



Santa Clara Family Health Plan™

Hội Viên Cal MediConnect  
Mẫu Đơn Khiếu Nại và Kháng Nghị

Điện thoại: 1-877-723-4795  
TTY/TDD: 1-800-735-2929 hoặc 711  
Fax: 1-408-874-1962

Mẫu đơn này là không bắt buộc. Chương trình bảo hiểm Santa Clara Family Health có thể giúp quý vị điền đơn này hoặc quý vị có thể gọi điện cho chúng tôi để đưa ra khiếu nại hoặc kháng nghị theo số 1-877-723-4795, Thứ Hai đến Thứ Sáu, từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Những người sử dụng TTY/TDD nên gọi số 1-800-735-2929 hoặc 711. Hoặc, một người nào đó sẽ liên lạc với quý vị ngay sau khi chúng tôi nhận được mẫu này. Chúng tôi sẽ giúp quý vị trong khả năng của mình và trả lời bất cứ câu hỏi nào mà quý vị có. Chúng tôi có thể giúp quý vị bằng bất cứ ngôn ngữ nào.

Tên Hội Viên: \_\_\_\_\_

Số ID Hội Viên: \_\_\_\_\_ Ngày Sinh: \_\_\_\_\_

Địa Chỉ: \_\_\_\_\_

Điện thoại Nhà: \_\_\_\_\_ Điện thoại Chỗ làm/Di động: \_\_\_\_\_

Tên người điền mẫu nếu khác người ở trên: \_\_\_\_\_

Quan hệ: \_\_\_\_\_ Điện thoại: \_\_\_\_\_

Ngày xảy ra vấn đề: \_\_\_\_\_

Mô tả chi tiết về vấn đề:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Quý vị muốn có người giải quyết vấn đề đó như thế nào?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Liệu quý vị có cần giúp đỡ về ngôn ngữ hay không?

Có  Không Ngôn ngữ nào: \_\_\_\_\_

Quý vị có vấn đề cần chăm sóc y tế trong vòng 72 giờ tới hoặc quý vị có đang bị đau dữ dội không?

Có  Không

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Chữ ký\*: \_\_\_\_\_ Ngày: \_\_\_\_\_

\* Nếu người khác không phải hội viên ký đơn, cần phải có biểu mẫu Appointment of Representative (AOR, Chỉ Định Đại Diện).

SCFHP USE ONLY

Grievance

Appeal

SCFHP RECEIPT DATE: \_\_\_\_\_

**FOR INTERNAL USE ONLY**

---

Received by: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Referred to: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Expedited Review Required:  Yes  No

Decision must be made and communicated to member by: \_\_\_\_\_

Information/Resolution:

---

---

---

AOR Form Received:  Yes  No

Dated: \_\_\_\_\_

Member or Authorized Representative Notified:  Yes  No

Notified by: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Special assistance provided (language, transportation):

---

---

---

Review completed by:

Name: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Ban Chăm Sóc Sức Khỏe có Quản Lý đòi hỏi Santa Clara Family Health Plan phải cho quý vị biết những điều sau đây:

Sở Phụ Trách Các Chương Trình Bảo Hiểm Sức Khỏe Có Quản Lý Tiểu Bang California có trách nhiệm điều chỉnh chương trình dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Nếu quý vị có khiếu kiện về chương trình sức khỏe của mình, trước hết quý vị nên gọi cho chương trình sức khỏe của quý vị theo số **1-877-723-4795** và sử dụng quy trình khiếu kiện của chương trình sức khỏe của quý vị trước khi liên hệ với sở này. Việc áp dụng thủ tục than phiền không ngăn cấm quyền hợp pháp hoặc phương pháp điều trị nào mà có thể áp dụng cho quý vị. Nếu quý vị cần trợ giúp về khiếu kiện liên quan đến trường hợp khẩn cấp, khiếu kiện đã không giải quyết thỏa đáng bởi chương trình sức khỏe của quý vị hoặc khiếu kiện vẫn chưa được giải quyết trong vòng 30 ngày, quý vị có thể gọi sở này để được trợ giúp. Quý vị cũng có thể đủ điều kiện để yêu cầu một Cuộc Thẩm định Y Khoa Độc lập (IMR). Nếu quý vị hội đủ điều kiện IMR, quý vị sẽ nhận được một cuộc thẩm định công bằng về các quyết định y khoa do chương trình sức khỏe đưa ra có liên quan đến sự cần thiết về y khoa của dịch vụ hoặc điều trị đề xuất. Về bản chất, phạm vi quyết định về điều trị chỉ có hiệu lực đối với các tranh chấp về thanh toán trong quá trình thử nghiệm, điều tra, hoặc đối với các dịch vụ y khoa khẩn cấp và cấp cứu. Sở cũng có số điện thoại miễn phí (**1-888-HMO-2219**) và đường dây TDD (**1-877-688-9891**) nếu quý vị bị khiếm thính hoặc khiếm ngôn. Trang Web Internet của sở (<http://www.hmohelp.ca.gov>) có các biểu mẫu khiếu nại, mẫu đơn IMR và hướng dẫn trực tuyến.

Là người hưởng lợi Medi-Cal, quý vị có thể yêu cầu một phiên Điều Trần Tiểu Bang. Nếu quý vị quyết định yêu cầu một phiên điều trần, quý vị phải làm điều này trong vòng 120 ngày dương lịch kể từ ngày thông báo của quý vị được gửi đi qua đường bưu điện. Vui lòng liên hệ SCFHP để có các mẫu đơn mà quý vị cần. Các mẫu đơn này cũng có sẵn tại Department of Social Services (Sở Dịch Vụ Xã Hội) của Quận Santa Clara. Thông tin về quy trình của Phiên Điều Trần Tiểu Bang cũng có sẵn:

- Điện thoại: **1-800-952-5253**  
TTY/TDD: **1-800-952-8349**
- Viết thư: California Department of Social Services  
State Hearings Division  
PO Box 944243, MS 9-17-37  
Sacramento, CA 94244-2430

### **Nhận sự giúp đỡ của Medicare**

Quý vị có thể gọi thẳng cho Medicare để được giúp đỡ về các vấn đề. Có hai cách để nhận sự giúp đỡ của Medicare:

- Điện thoại: **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần.  
TTY/TDD: **1-877-486-2048**. Cuộc gọi được miễn phí.
- Trang web: **www.medicare.gov**

## **Quý vị có thể nhận sự giúp đỡ của Tổ Chức Cải Tiến Chất Lượng (Quality Improvement Organization - QIO)**

Tiểu bang của chúng ta có một tổ chức được gọi là Livanta. Đây là một nhóm các bác sĩ và các nhân viên y tế chuyên môn khác giúp cải tiến chất lượng chăm sóc cho những người có Medicare.

Liên lạc với Livanta nếu quý vị có một vấn đề về chất lượng chăm sóc mà quý vị đã nhận được, quý vị nghĩ là lần lưu ngụ ở bệnh viện chấm dứt quá sớm hoặc quý vị nghĩ là sự chăm sóc sức khỏe tại gia của mình, chăm sóc tại cơ sở điều dưỡng chuyên môn hoặc cơ sở phục hồi toàn diện cho bệnh nhân ngoại trú (CORF) chấm dứt quá sớm.

- Điện thoại: **1-877-588-1123**, có sẵn 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần.  
TTY/TDD: **1-855-887-6668**, số này là cho những người bị các vấn đề về thính giác hoặc nói năng. Quý vị phải có dụng cụ điện thoại đặc biệt để gọi số này.
- Fax: Kháng cáo: **1-855-694-2929**  
Tất cả các duyệt xét khác: **1-844-420-6672**
- Viết thư: Livanta, LLC.  
BFCC-QIO Area 5  
10820 Guilford Road, Suite 202  
Annapolis Junction, MD 20701-1105
- Trang web: **[www.bfccqioarea5.com](http://www.bfccqioarea5.com)**

---

Chương Trình Cal MediConnect (Chương Trình Medicare-Medicaid) của Santa Clara Family Health Plan là một chương trình sức khỏe hợp tác với cả Medicare và Medi-Cal để cung cấp phúc lợi của cả hai chương trình này cho những người ghi danh.



## **Phân Biệt Đối Xử là Vi Phạm Pháp Luật**

Santa Clara Family Health Plan (SCFHP) tuân thủ luật dân quyền hiện hành của Liên bang và không phân biệt đối xử dựa trên chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, độ tuổi, khuyết tật, hoặc giới tính. SCFHP không loại trừ mọi người hoặc đối xử với họ khác biệt vì chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, độ tuổi, khuyết tật, hoặc giới tính.

SCFHP:

- Cung cấp dịch vụ hỗ trợ miễn phí cho những người khuyết tật để giao tiếp với chúng tôi có hiệu quả, như:
  - Thông dịch viên ngôn ngữ ký hiệu đủ năng lực
  - Thông tin bằng văn bản ở các định dạng khác (chữ in lớn, âm thanh, định dạng điện tử có thể tiếp cận, các định dạng khác)
- Cung cấp miễn phí các dịch vụ ngôn ngữ cho những người có ngôn ngữ chính không phải là tiếng Anh, như:
  - Thông dịch viên đủ năng lực
  - Thông tin được trình bày bằng ngôn ngữ khác

Nếu quý vị cần các dịch vụ này, hãy liên hệ Dịch Vụ Khách Hàng theo số điện thoại 1-877-723-4795, từ thứ Hai đến thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Những người sử dụng TTY/TDD gọi số 1-800-735-2929 hoặc 711.

Nếu bạn tin rằng SCFHP không cung cấp những dịch vụ này hoặc phân biệt đối xử theo cách khác dựa trên chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, độ tuổi, khuyết tật, hoặc giới tính, bạn có thể nộp đơn khiếu nại với:

Attn: Appeals and Grievances Department  
Santa Clara Family Health Plan  
6201 San Ignacio Ave  
San Jose, CA 95119  
Điện thoại: 1-877-723-4795  
TTY/TDD: 1-800-735-2929 hoặc 711  
Fax: 1-408-874-1962  
Email: CalMediConnectGrievances@scfhp.com

Bạn có thể trực tiếp nộp đơn khiếu nại hoặc gửi qua đường bưu điện, chuyển fax, hoặc email. Nếu quý vị cần hỗ trợ nộp đơn khiếu nại, người đại diện Dịch Vụ Khách Hàng luôn sẵn sàng giúp quý vị.

Bạn cũng có thể nộp đơn khiếu nại về dân quyền lên U.S. Department of Health and Human Services (Bộ Y Tế và Dịch Vụ Nhân Sinh Hoa Kỳ), Office for Civil Rights (Văn Phòng Dân Quyền) bằng hình thức điện tử qua Office for Civil Rights Complaint Portal, có trên trang <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, hoặc qua đường bưu điện hoặc bằng điện thoại tại:

U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue, SW  
Room 509F, HHH Building  
Washington, D.C. 20201  
Điện thoại: 1-800-368-1019  
TDD: 1-800-537-7697

Các mẫu khiếu nại có trên trang <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

## Language Assistance Services

**English:** ATTENTION: If you speak another language, language assistance services, free of charge, are available to you. Call Customer Service at 1-877-723-4795, Monday through Friday, 8 a.m. to 8 p.m. TTY/TDD users should call 1-800-735-2929 or 711. The call is free.

**Español (Spanish):** ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame a Servicio al Cliente al 1-877-723-4795, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-735-2929 o al 711. La llamada es gratuita.

**Tiếng Việt (Vietnamese):** CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Hãy gọi Dịch Vụ Khách Hàng theo số 1-877-723-4795, từ thứ Hai đến thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Những người sử dụng TTY/TDD gọi đến số 1-800-735-2929 hoặc 711. Cuộc gọi được miễn phí.

**中文 (Chinese):** 注意：如果您说中文，将为您提供免费的语言服务。请致电 1-877-723-4795 联系客户服务部，工作时间是周一至周五早上 8:00 至晚上 8:00。TTY/TDD 用户请致电 1-800-735-2929 或 711。这是免费电话。

**Tagalog – Filipino (Tagalog):** PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa Serbisyo para sa Customer sa 1-877-723-4795, Lunes hanggang Biyernes, mula 8 a.m. hanggang 8 p.m. Dapat tumawag ang mga TTY/TDD user sa 1-800-735-2929 o 711. Libre ang tawag.

**한국어 (Korean):** 주의:한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 월요일부터 금요일까지 오전 8시부터 오후 8시 사이에 1-877-723-4795 번으로 고객 서비스 부서에 전화해 주십시오. TTY/TDD 사용자는 1-800-735-2929 번 또는 711 번으로 전화해 주시면 됩니다.통화료는 무료입니다.

**Հայերեն (Armenian):** Ուշադրութեամբ հարկ է խոստում եք հայերեն, ապա լեզվական օգնության ծառայությունները Ձեզ կտրամադրվեն անվճար: Ձանգահարեք Հաճախորդների սպասարկման կենտրոն 1-877-723-4795 հեռախոսահամարով՝ երկուշաբթիից ուրբաթ՝ 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը: TTY/TDD օգտվողները պետք է զանգահարեն 1-800-735-2929 կամ 711: Ձանգն անվճար է:

**Русский (Russian):** ВНИМАНИЕ: Если Вы говорите по-русски, Вы можете бесплатно воспользоваться услугами переводчика. Звоните в службу поддержки клиентов по номеру 1-877-723-4795 с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Лица, пользующиеся телетайпом / телекоммуникационными устройствами для глухих (TTY/TDD), могут связаться по номерам 1-800-735-2929 или 711. Звонки бесплатные.

### فارسی (Persian, Farsi):

توجه: اگر به زبان فارسی صحبت می کنید، سرویس های دستیار زبان به صورت رایگان در دسترس هستند. از طریق شماره 1-877-723-4795 روزهای دوشنبه تا جمعه از ساعت 8 صبح تا 8 عصر با سرویس مشتری تماس بگیرید. کاربران TTY/TDD می توانند از طریق شماره 1-800-735-2929 یا 711 تماس بگیرند. این تماس رایگان است.

**日本語 (Japanese):** 注意事項: 日本語を話される場合、無料の言語サービスをご利用いただけます。月曜日から金曜日、午前 8 時～午後 8 時に対応のカスタマーサービス(1-877-723-4795)までご連絡ください。TTY/TDD ご利用の方は、1-800-735-2929 または 711 に電話してください。通話料金は無料です。

**Hmoob (Hmong):** LUS CEEV:Yog koj hais lus Hmoob, peb muaj kev pab txhais lus pub dawb rau koj. Hu Rau Lub Chaw Pab Cuam Neeg Qhua rau ntawm 1-877-723-4795, hnuv Monday txog Friday, 8 teev sawv ntxov txog 8 teev tsaus ntuj. Tus xov tooj rau cov neeg TTY/TDD hu rau 1-800-735-2929 lossis 711. Yog tus xov tooj hu dawb.

**ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi):** ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। ਗਾਹਕ ਸੇਵਾ ਨੂੰ ਸੋਮਵਾਰ ਤੋਂ ਸ਼ੁੱਕਰਵਾਰ, ਸਵੇਰੇ 8 ਤੋਂ ਰਾਤ 8 ਵਜੇ ਤੱਕ ਤੇ, 1-877-723-4795 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। TTY/TDD ਵਰਤਣ ਵਾਲਿਆਂ ਨੂੰ 1-800-735-2929 ਜਾਂ 711 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰਨੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ। ਇਹ ਕਾਲ ਮੁਫਤ ਹੁੰਦੀ ਹੈ।

**العربية(Arabic):**  
ملحوظة: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية متاحة لك مجاناً. اتصل بخدمة العملاء على الرقم 1-877-723-4795، من الإثنين إلى الجمعة، 8 ص إلى 8 م. مستخدمى الهاتف النصي/جهاز الاتصال لضعاف السمع يمكنهم الاتصال على الرقم 1-800-735-2929 أو 711. اتصل مجاناً.

**हिंदी (Hindi):** ध्यान दें: अगर आप हिंदी बोलते हैं, तो आपके लिए भाषा सहायता सेवाएँ निःशुल्क उपलब्ध हैं। आप सोमवार से शुक्रवार, सुबह 8 बजे से रात के 8 बजे तक ग्राहक सेवा को 1-877-723-4795 पर कॉल कर सकते हैं। TTY/TDD उपयोगकर्ताओं को 1-800-735-2929 या 711 पर कॉल करना चाहिए। कॉल निःशुल्क है।

**ภาษาไทย (Thai):** หมายเหตุ: หากท่านพูดภาษาไทย เรามีบริการความช่วยเหลือทางด้านภาษาโดยไม่มีค่าใช้จ่าย โทรติดต่อฝ่ายบริการลูกค้าที่ 1-877-723-4795 ได้ตั้งแต่วันจันทร์ถึงวันศุกร์ เวลา 08.00 น. ถึง 20.00 น. ผู้ใช้ TTY/TDD สามารถโทรติดต่อได้ที่ 1-800-735-2929 หรือ 711 โดยไม่มีค่าใช้จ่าย

**ខ្មែរ (Mon-Khmer, Cambodian):** ប្រមូលកិច្ចទុកដាក់: ប្រសិនបើលោកអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ សេវាជំនួយផ្នែកភាសាមានផ្តល់ជូនលោកអ្នកដោយឥតគិតថ្លៃ។ សេវាផ្នែកទំនាក់ទំនងអតិថិជនតាមលេខ 1 877 723 4795 អាចរកបាន ពីថ្ងៃច័ន្ទ ដល់សុក្រ ម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ 8 ល្ងាច។ អ្នកប្រើ TTY/TDD គួរតែទូរស័ព្ទមកលេខ 1 800 735 2929 ឬ 711 ។ ការហៅទូរស័ព្ទគឺឥតគិតថ្លៃ។

**ພາສາລາວ (Lao):** ເຊັນຊາບ: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ, ມີບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາບໍ່ເສຍຄ່າໃຫ້ແກ່ທ່ານ. ໃຫ້ໂທຫາ ຝ່າຍບໍລິການລູກຄ້າທີ່ເບີ 1-877-723-4795, ເຊິ່ງເປີດໃຫ້ບໍລິການ 7 ວັນຕໍ່ອາທິດ, ຕັ້ງແຕ່ 8 ໂມງເຊົ້າຫາ 8 ໂມງ ແລງ. ຜູ້ທີ່ໃຊ້ TTY/TDD ແມ່ນໃຫ້ໂທຫາເບີ 1-800-735-2929 ຫຼື 711. ການໂທແມ່ນໂທຟຣີ.