

Yêu Cầu Xác Định Lại Quyết Định Từ Chối Đòi Thụ Thuốc Kê Toa Medicare

Vì chúng tôi, Chương Trình Cal MediConnect của Santa Clara Family Health Plan (Chương Trình Medicare-Medicaid), đã từ chối yêu cầu của quý vị về đòi thụ (hoặc thanh toán cho) một loại thuốc theo toa, quý vị có quyền yêu cầu chúng tôi xác định lại (kháng cáo) quyết định của chúng tôi. Quý vị có 60 ngày kể từ ngày nhận được Thông Báo Từ Chối Đòi Thụ Thuốc Kê Theo Toa Medicare của chúng tôi để yêu cầu chúng tôi xác định lại. Quý vị có thể gửi mẫu đơn này cho chúng tôi bằng bưu điện hoặc fax:

Địa Chỉ: Attn: Grievances and Appeals
Santa Clara Family Health Plan
PO Box 18880
San Jose, CA 95119

Fax: 1-408-874-1962

Quý vị cũng có thể yêu cầu kháng cáo thông qua trang mạng của chúng tôi tại www.scfhp.com. Yêu cầu kháng cáo nhanh có thể được thực hiện qua điện thoại theo số 1-877-723-4795, từ thứ Hai đến thứ Sáu, 8 giờ sáng tới 8 giờ tối. Những người sử dụng TTY/TDD nên gọi số 1-800-735-2929 hoặc 711.

Ai Có Thể Yêu Cầu: Bác sĩ kê toa của quý vị có thể thay mặt quý vị yêu cầu chúng tôi kháng cáo. Nếu quý vị muốn một người khác (như một thành viên trong gia đình hoặc bạn bè) yêu cầu kháng cáo thay cho quý vị, người đó phải là người đại diện của quý vị. Liên hệ với chúng tôi để tìm hiểu cách chỉ định người đại diện.

Thông Tin của Người Đăng Ký

Tên Người Đăng Ký: _____ Ngày Sinh: _____

Địa Chỉ của Người Đăng Ký: _____

Thành Phố: _____ Tiểu Bang: _____ Mã Zip: _____

Điện Thoại: _____

Số ID Chương Trình của Người Đăng Ký: _____

CHỈ điền phần sau đây nếu người đưa ra yêu cầu này không phải là người đăng ký:

Tên Người Yêu Cầu: _____

Mối Quan Hệ của Người Yêu Cầu với Người Đăng Ký: _____

Địa Chỉ: _____

Thành Phố: _____ Tiểu Bang: _____ Mã Zip: _____

Điện Thoại: _____

Tài liệu chứng minh quyền đại diện đối với các yêu cầu kháng cáo được thực hiện bởi người không phải là người đăng ký hoặc bác sĩ kê toa của người đăng ký:

Đính kèm tài liệu chứng minh quyền đại diện cho người đăng ký (Mẫu Đơn CMS-1696 Giấy Ủy Quyền Đại Diện hoặc văn bản tương đương được điền đầy đủ) nếu chưa được nộp ở cấp quyết định bao trả. Để biết thêm thông tin về chỉ định người đại diện, hãy liên hệ với chương trình của quý vị hoặc 1-800-Medicare (1-800-633-4227), 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần. Những người sử dụng TTY/TDD nên gọi số 1-877-486-2048.

Thuốc kê theo toa mà quý vị đang yêu cầu:

Tên thuốc: _____ Hàm lượng/số lượng/liều dùng: _____

Quý vị đã mua thuốc đang chờ kháng cáo? ☐ Có ☐ Không

Nếu “Có”:

Ngày mua: _____ Số tiền thanh toán: \$ _____ (đính kèm bản sao biên lai)

Tên và số điện thoại của nhà thuốc: _____

Thông Tin của Bác Sĩ Kê Toa

Tên: _____

Địa Chỉ: _____

Thành Phố: _____ Tiểu Bang: _____ Mã Zip: _____

Điện Thoại Văn Phòng: _____ Fax: _____

Người Liên Hệ tại Văn Phòng: _____

Lưu Ý Quan Trọng: Quyết Định Cấp tốc

Nếu quý vị hoặc bác sĩ kê đơn của quý vị cho rằng việc chờ 7 ngày cho một quyết định tiêu chuẩn có thể gây tổn hại nghiêm trọng cho tính mạng, sức khỏe hoặc khả năng phục hồi chức năng tối đa của quý vị, quý vị có thể yêu cầu một quyết định Cấp tốc (nhANH chóng). Nếu bác sĩ kê toa của quý vị cho biết rằng việc chờ đợi 7 ngày có thể gây tổn hại nghiêm trọng đến sức khỏe của quý vị, chúng tôi sẽ tự động đưa ra quyết định trong vòng 72 giờ. Nếu quý vị không nhận được hỗ trợ của bác sĩ kê toa để kháng cáo cấp tốc, chúng tôi sẽ quyết định xem trường hợp của quý vị có đòi hỏi một quyết định nhanh chóng hay không. Quý vị không thể yêu cầu kháng cáo cấp tốc nếu quý vị đang đề nghị chúng tôi bồi hoàn cho thuốc mà quý vị đã nhận.

☐ **ĐÁNH DẤU Ô NÀY NẾU QUÝ VỊ CHO RẰNG QUÝ VỊ CẦN NHẬN ĐƯỢC QUYẾT ĐỊNH TRONG VÒNG 72 GIỜ.**

(Nếu quý vị có tuyên bố hỗ trợ từ bác sĩ kê toa, hãy đính kèm vào yêu cầu này.)

Vui lòng giải thích lý do kháng cáo của quý vị. Đính kèm các trang bổ sung nếu cần thiết. Đính kèm bất kỳ thông tin bổ sung nào mà quý vị cho rằng có thể giúp cho trường hợp của quý vị, như tuyên bố từ bác sĩ kê toa và hồ sơ y tế có liên quan. Quý vị có thể muốn tham khảo giải thích mà chúng tôi đã cung cấp trong Thông Báo Từ Chối Đòi Thuốc Kê Theo Toa Medicare.

Chữ ký của người yêu cầu kháng cáo (người đăng ký, hoặc bác sĩ kê toa hoặc người đại diện của người đăng ký): _____

Ngày: _____

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): ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ՝ Եթե խոսում 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, hnub 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 مجانًا. 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 مجانًا.

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): เรียบ: 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): ប្រមយកចិត្តទុកដាក់៖ 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.