

Mẫu đơn này là tùy chọn. Santa Clara Family Health Plan có thể giúp quý vị điền vào mẫu đơn này hoặc quý vị có thể than phiền qua lời nói bằng cách gọi cho chúng tôi theo số **1-800-260-2055**, 8:30 sáng tới 5:00 tối, Thứ Hai - Thứ Sáu. Những người sử dụng TTY/TDD nên gọi số **1-800-735-2929**. 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 di động: _____

Tên của người nộp đơn nếu khác với ở trên: _____

Quan hệ: _____ Điện thoại: _____

Này 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 gì cần được chăm sóc y khoa trong ba ngày tới, hoặc đang bị đau đớn trầm trọng hay không?

Có Không

Chữ ký*: _____ Ngày: _____

*Nếu người khác chữ không phải thành viên ký, thì bắt buộc phải có Mẫu Đơn Người Đại Diện Được Ủy Quyền (Authorized Representative Form, ARF).

SCFHP USE ONLY

Grievance Appeal

SCFHP RECEIPT DATE: _____

FOR INTERNAL USE ONLY

Received by: _____ Date: _____

Referred to: _____ Date: _____

Information/Resolution:

Patient Notified: Yes No

Notified by: _____ Date: _____

Special assistance provided (language, transportation):

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 **1-800-260-2055** 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 được hưởng Medi-Cal:

Quý vị có thể yêu cầu có một cuộc Điều Trần Công Bằng Của Tiểu Bang. Nếu quý vị quyết định xin có một cuộc điều trần, quý vị phải làm điều này trong vòng 90 ngày kể từ ngày gửi thông báo của quý vị. Xin liên lạc với Santa Clara Family Health Plan để lấy các mẫu đơn mà quý vị cần. Các mẫu đơn này cũng có ở Ban Dịch Vụ Xã Hội Quận Santa Clara.

Thông tin về tiến trình Điều Trần Công Bằng của Tiểu Bang cũng có bằng cách viết gửi:

California Department of Social Services
State Hearings Division
P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-37
Sacramento, CA 94244-2430

Hoặc bằng cách gọi số **1-800-952-5253**. Số TDD là **1-800-952-8349**.