



申诉表格

电话: 1-800-260-2055

听障及语障人士专线 (TTY/TDD): 1-800-735-2929

传真: 1-408-874-1962

办公时间: 上午 8:30 至下午 5:00, 周一 - 周五

此表为可选项。 Santa Clara Family Health Plan 可帮助您填写此表, 或者您也可致电 1-800-260-2055 联系我们 (工作时间为早上 8:30 至下午 5:00, 周一 - 周五) 以提出口头申诉。 TTY/TDD 使用者应拨打 1-800-735-2929。 或者我们收到该表格后, 将立即通过电话与您联系。 我们将以我们能够采取的任何方式帮助您, 并回答您的任何问题。 我们可提供任何语言服务。

会员名称: _____

会员 ID: _____ 出生日期: _____

地址: _____

住宅电话: _____ 办公电话/手机: _____

填表人姓名 (如与上述会员名称不同): _____

关系: _____ 电话: _____

出现问题的日期: _____

详细描述问题:

您希望我们针对该问题采取哪些措施?

您是否需要语言协助?

是 否 语言偏好: _____

您是否具有需要在三天内接受医治的问题, 或是否感到严重疼痛?

是 否

签字*: _____ 日期: _____

*如果由会员以外的其他人签署, 则必须提供“授权代理人表格”(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):

管理医疗部要求 Santa Clara Family Health Plan (SCFHP) 通知您下列事宜：

加州管理式医疗保健部负责监管医疗保健服务计划。如果您想对健康计划提起申诉，首先应该致电您的健康计划，电话是**1-800-260-2055**，在联系管理部门之前通过健康计划的申诉流程提起申诉。通过此申诉程序提起申诉不会妨碍您享有的任何潜在法律权利或可采取的救济措施。如果您需要协助处理涉及紧急情况的申诉、您的健康计划无法以令人满意的方式解决申诉，或申诉超过 **30** 天仍未获得解决时，您可致电管理部门寻求帮助。您可能符合独立医疗审查 (**IMR**) 的条件。如果您符合 **IMR** 的条件，则 **IMR** 程序将会就健康计划对建议服务或治疗是否为医疗所需的医疗决定、是否承保实验性或调查性治疗的承保决定，以及有关急诊或紧急医疗服务的付款争议进行公证审查。管理部门同时设有免费电话 (**1-888-HMO-2219**) 及语障和听障专线 (**1-877-688-9891**)。管理部门网站 (<http://www.hmohelp.ca.gov>) 上有投诉表格、**IMR** 申请表格和说明。

作为 **Medi-Cal** 受益人：

您可申请州公平听证会。如果决定申请听证会，您必须在邮寄通知后 **90** 天内申请。请联系 **Santa Clara Family Health Plan** 获取您需要的表格。您也可从圣克拉拉县社会服务部门获取它们。

您也可通过书面致函：

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

或拨打 **1-800-952-5253** 或 TDD **1-800-952-8349**，获取州公平听证会流程的信息。