

Yêu Cầu Xác Định Lại Quyết Định Từ Chối Đòi Thọ 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 thọ (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 Thọ 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 Thọ 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 hành vi trái pháp luật. Chương Trình Cal MediConnect (Chương Trình Medicare-Medicaid) của Santa Clara Family Health Plan (SCFHP Cal MediConnect) tuân thủ các luật dân quyền của Tiểu Bang và Liên Bang. Cal MediConnect của SCFHP không phân biệt đối xử một cách trái pháp luật, loại trừ mọi người hay đối xử với họ khác biệt vì giới tính, chủng tộc, màu da, tôn giáo, nguồn gốc tổ tiên, nguồn gốc quốc gia, nhận dạng nhóm dân tộc, tuổi tác, tình trạng khuyết tật tinh thần, khuyết tật thể chất, tình trạng y tế, thông tin di truyền, tình trạng hôn nhân, giới tính, nhận dạng giới hay khuynh hướng tính dục.

Cal MediConnect của SCFHP cung cấp:

- Hỗ trợ và dịch vụ miễn phí cho người khuyết tật để giúp họ trao đổi thông tin tốt hơn, như:
 - Thông dịch viên ngôn ngữ ký hiệu có chuyên môn
 - Thông tin được viết dưới định dạng khác (bản in chữ lớn, âm thanh, định dạng điện tử có thể truy cập, các định dạng khác)
- Dịch vụ ngôn ngữ miễn phí cho những người có ngôn ngữ chính không phải là Tiếng Anh như:
 - Thông dịch viên có chuyên môn
 - Thông tin trên văn bản bằng các ngôn ngữ khác

Nếu quý vị cần các dịch vụ này, hãy liên hệ với Cal MediConnect của SCFHP từ 8 giờ 30 phút sáng đến 8 giờ tối, Thứ Hai đến Thứ Sáu bằng cách gọi theo số 1-877-723-4795. Nếu quý vị không thể nghe hoặc nói rõ ràng, vui lòng gọi đến 711. Khi có yêu cầu, thông tin này sẽ được in bằng chữ nổi braille, trên bản in khổ lớn, băng ghi âm hoặc định dạng điện tử. Để nhận một trong số các bản sao ở định dạng thay thế này, vui lòng gọi hoặc viết thư gửi đến:

**Santa Clara Family Health Plan
PO Box 18880
San Jose, CA 95158
1-877-723-4795 (TTY: 711)**

CÁCH NỘP ĐƠN KHIẾU NẠI

Nếu quý vị tin rằng Cal MediConnect của SCFHP đã không cung cấp các dịch vụ này hoặc phân biệt đối xử trái pháp luật theo cách khác dựa trên cơ sở giới tính, chủng tộc, màu da, tôn giáo, nguồn gốc tổ tiên, nguồn gốc quốc gia, nhận dạng nhóm dân tộc, tuổi tác, tình trạng khuyết tật tinh thần, khuyết tật thể chất, tình trạng y tế, thông tin di truyền, tình trạng hôn nhân, giới tính, nhận dạng giới hay khuynh hướng tính dục, quý vị có thể nộp đơn khiếu nại với Cal MediConnect của SCFHP. Quý vị có thể nộp đơn khiếu nại bằng cách gọi điện, viết thư, trực tiếp hoặc qua hình thức điện tử:

- Qua điện thoại: Hãy liên hệ với Cal MediConnect của SCFHP từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, Thứ Hai đến Thứ Sáu bằng cách gọi số 1-877-723-4795. Hoặc nếu quý vị không thể nghe hoặc nói rõ ràng, vui lòng gọi đến 711.
- Gửi thư: Điền đầy đủ thông tin vào mẫu đơn khiếu nại hoặc viết thư và gửi đến địa chỉ:

**Attn: Grievance and Appeals Department
Santa Clara Family Health Plan
6201 San Ignacio Ave
San Jose, CA 95119**

- Trực tiếp: Hãy đến văn phòng bác sĩ của quý vị hoặc Cal MediConnect của SCFHP và nói là quý vị muốn nộp đơn khiếu nại.
- Dưới dạng điện tử: Truy cập trang web của Cal MediConnect của SCFHP tại địa chỉ www.scfhp.com.

VĂN PHÒNG PHỤ TRÁCH DÂN QUYỀN – SỞ DỊCH VỤ CHĂM SÓC SỨC KHỎE CALIFORNIA **(CALIFORNIA DEPARTMENT OF HEALTH CARE SERVICES)**

Quý vị cũng có thể nộp đơn khiếu nại về dân quyền với Văn Phòng Phụ Trách Dân Quyền của Sở Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe California qua điện thoại, viết thư hoặc bằng hình thức điện tử:

- Qua điện thoại: Gọi theo số **916-440-7370**. Nếu quý vị không thể nghe hoặc nói tốt, vui lòng gọi **711 (Dịch Vụ Tiếp Âm Viễn Thông)**.
- Gửi thư: Hãy điền thông tin vào biểu mẫu khiếu nại hoặc gửi thư đến:

Deputy Director, Office of Civil Rights
Department of Health Care Services
Office of Civil Rights
P.O. Box 997413, MS 0009
Sacramento, CA 95899-7413

Các biểu mẫu khiếu nại có sẵn tại http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx.

- Dưới dạng điện tử: Gửi email tới CivilRights@dhcs.ca.gov.

VĂN PHÒNG PHỤ TRÁCH DÂN QUYỀN – BỘ Y TẾ VÀ DỊCH VỤ NHÂN SINH HOA KỲ **(CALIFORNIA DEPARTMENT OF HEALTH CARE SERVICES)**

Nếu quý vị tin rằng quý vị đã bị phân biệt đối xử dựa trên chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, tuổi tác, tình trạng khuyết tật hay giới tính, quý vị cũng có thể nộp đơn khiếu nại về dân quyền với Bộ Y Tế và Dịch Vụ Nhân Sinh Hoa Kỳ, Văn Phòng Phụ Trách Dân Quyền bằng cách gọi điện, viết thư hoặc qua định dạng điện tử:

- Qua điện thoại: Hãy gọi số **1-800-368-1019**. Nếu quý vị không thể nghe hoặc nói tốt, vui lòng gọi TTY/TDD **1-800-537-7697**.
- Gửi thư: Hãy điền thông tin vào biểu mẫu khiếu nại hoặc gửi thư đến:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201

Mẫu đơn khiếu nại có thể tải về tại <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

- Dưới dạng điện tử: Truy cập Cổng Thông Tin Điện Tử của Office for Civil Rights tại <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>.

English: ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call Customer Service at 1-877-723-4795 (TTY: 711), Monday through Friday, 8 a.m. to 8 p.m. The call is free.

Español (Spanish): ATENCIÓN: Si habla español, hay servicios de ayuda de idiomas gratis disponibles para usted. Llame a Servicio al Cliente al 1-877-723-4795 (TTY: 711) de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis.

Tiếng Việt (Vietnamese): CHÚ Ý: Nếu quý vị nói tiếng Việt, có dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ, miễn phí dành cho quý vị. Hãy gọi đến Dịch Vụ Khách Hàng theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi là miễn phí.

中文 (Chinese): 注意: 如果您说中文, 您可申请免费语言援助服务。请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 (TTY 用户请致电 711) 与客户服务部联系。本电话免费。

Tagalog (Tagalog): PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, may magagamit kang mga serbisyong tulong sa wika na walang bayad. Tumawag sa Serbisyo para sa Mamimili sa 1-877-723-4795 (TTY: 711), Lunes hanggang Biyernes, 8 a.m. hanggang 8 p.m. Ang pagtawag ay libre.

한국어(Korean): 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 월요일부터 금요일 오전 8시부터 저녁 8시까지 1-877-723-4795 (TTY: 711)번으로 고객 서비스부에 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다.

Հայերեն (Armenian). ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ. Եթե խոսում եք հայերեն, սպա լեզվական օգնության ծառայությունները Ձեզ կտրամադրվեն անվճար: Ջանգահարեք հաճախորդների սպասարկման կենտրոն հետևյալ հեռախոսահամարով՝ 1-877-723-4795 (TTY. 711), երկուշաբթիից ուրբաթ՝ ժ. 8:00 - 20:00: Ջանգն անվճար է:

Русский (Russian): ВНИМАНИЕ: Если Вы говорите по-русски, Вы можете бесплатно воспользоваться услугами переводчика. Позвоните в Службу поддержки клиентов по номеру 1-877-723-4795 (телетайп: 711), с понедельника по пятницу, с 8:00 до 20:00. Звонок бесплатный.

فارسی (Farsi):

توجه: اگر به زبان فارسی صحبت می کنید، خدمات کمک‌زبانی به‌صورت رایگان در دسترس شما قرار دارد. روزهای دوشنبه تا جمعه، از صبح الی 8 شب، با واحد خدمات مشتریان به شماره 1-877-723-4795 (TTY: 711) تماس بگیرید. تماس با این شماره رایگان است.

日本語 (Japanese): ご注意: 日本語を話される場合、無料の言語支援サービスをご利用いただけます。カスタマーサービス 1-877-723-4795 (TTY: 711) までお電話下さい。サービス時間帯は月曜日から金曜日の午前8時から午後8時までです。通話は無料です。

Ntawv Hmoob (Hmong): LUS CEEV: Yog hais tias koj hais lus Hmoob, peb muaj kev pab txhais lus pub dawb rau koj. Hu rau Lub Chaw Pab Cuam Neeg Qhua rau ntawm tus xov tooj 1-877-723-4795 (TTY: 711), hnub Monday txog Friday, 8 teev sawv ntxov txog 8 teev tsaus ntuj. Qhov hu no yog hu dawb xwb.

ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi): ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾਵਾਂ ਬਿਲਕੁਲ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। 1-877-723-4795 (TTY: 711) 'ਤੇ ਗਾਹਕ ਸੇਵਾ ਨੂੰ ਸੋਮਵਾਰ ਤੋਂ ਸ਼ੁੱਕਰਵਾਰ, ਸਵੇਰੇ 8 ਵਜੇ ਤੋਂ ਰਾਤੀਂ 8 ਵਜੇ ਤੱਕ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਕਾਲ ਕਰਨ ਦਾ ਪੈਸਾ ਨਹੀਂ ਲੱਗਦਾ।

:العربية (Arabic)

تنبيه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية المجانية متاحة لك. الاتصال بخدمة العملاء على الرقم 1-877-723-4795 (الهاتف النصي لضعاف السمع (TTY: 711) من الاثنين إلى الجمعة، من 8 صباحًا إلى 8 مساءً. الاتصال مجاني).

हिंदी (Hindi): ध्यान दें: अगर आप हिंदी, भाषा बोलते हैं, तो आपके लिए भाषा सहायता सेवाएँ निःशुल्क उपलब्ध हैं। ग्राहक सेवा को 1-877-723-4795 (TTY: 711) पर, सोमवार से शुक्रवार, सुबह 8:00 से शाम 8:00 बजे तक कॉल करें यह कॉल निःशुल्क है।

ภาษาไทย (Thai): โปรดทราบ: หากท่านพูดภาษาไทย จะมีบริการความช่วยเหลือทางด้านภาษาโดยไม่มีค่าใช้จ่าย ติดต่อศูนย์บริการลูกค้าได้ที่ 1-877-723-4795 (TTY: 711) ได้ในวันจันทร์ถึงศุกร์ เวลา 08.00 น. ถึง 20.00 น. ไม่มีค่าใช้จ่ายในการโทร

ខ្មែរ (Khmer): ជូនចំពោះ: ប្រសិនបើលោកអ្នកនិយាយភាសាស្នេហាជំនួយផ្នែកភាសាមានជួនលោកអ្នកដោយឥតគិតថ្លៃ។ ទូរស័ព្ទមកផ្នែកសេវាកម្មអតិថិជនតាមលេខ 1-877-723-4795 (TTY: 711) ពីថ្ងៃច័ន្ទដល់ថ្ងៃសុក្រម៉ោង 8 ព្រឹក។ ដល់ម៉ោង 8 យប់ ការហៅទូរស័ព្ទគឺឥតគិតថ្លៃ។

ພາສາລາວ (Lao): ໂປດຊາບ: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ, ມີການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາໂດຍບໍ່ຄິດຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ ສໍາລັບທ່ານ. ໂທຫາສູນບໍລິການລູກຄ້າໄດ້ທີ່ເບີ 1-877-723-4795 (TTY: 711), ວັນຈັນ ຫາ ວັນສຸກ ເວລາ 8 ໂມງເຊົ້າ ຫາ 8 ໂມງແລງ. ໂທຟຣີ.

Mien Tagline (Mien): JANGX LONGX: Beiv taux meih benx gorngv ang gitv waac nyei mienh nor, duqv mbenc maaih nzie weih gong tengx wang-henh faan waac bun muangx maiv zuqc cuotv nyaanh, mbenc nzoih liouh bun meih longc. Douc waac daaih lorx taux nzie weih zipv kaeqv gorn zangc yiem njiec naaiv 1-877-723-4795 (TTY: 711), yiem naaiv liv baaiz yietv mingh taux liv baaiz hmz bouc dauh, yiem 8 diemv lungv ndorm ziagh hoc mingh 8 diemv lungv muonz. Naaiv norm douc waac gorn se wang-henh longc maiv zuqc cuotv nyaanh oc.

Примітка українською (Ukrainian): УВАГА: Якщо ви розмовляєте англійською мовою, ви можете безкоштовно скористатися доступними послугами перекладача. Телефонуйте до служби підтримки клієнтів за номером 1-877-723-4795 (телефонний пристрій із текстовим вводом [Teletype TTY]: 711), понеділок-п'ятниця, з 8:00 до 20:00. Дзвінок безкоштовний.