

# Mẫu đơn Khiếu nại/Kháng nghị của Hội viên

Điện thoại: 1(415) 547-7800 hoặc 1(800) 288-5555

Fax: 1(415) 547-7825

**SAN FRANCISCO  
HEALTH PLAN** 

*Here for you*

Grievance Coordinator  
P.O. Box 194247  
San Francisco, CA 94119  
sfhp.org

Đây là mẫu đơn: <input type="checkbox"/> Khiếu nại <input type="checkbox"/> Kháng nghị		<b>SFHP USE ONLY</b> Receipt Date:	
Tên Hội viên:		Số Thẻ Hội viên:	Hôm nay Ngày:
Địa chỉ Đường phố:		Thành phố:	Zip:
Ngày Sinh:	Điện thoại:	Điện thoại Ban ngày:	Điện thoại Nhắn tin:
Tên người nộp đơn nếu khác với người có tên ở trên:			
Quan hệ:		Điện thoại của Người đại diện:	Fax của Người đại diện:
Mô tả lại chi tiết sự việc: (nếu cần thì viết vào tờ khác và đính kèm theo đơn)			Ngày xảy ra vấn đề:
Quý vị đã cố gắng giải quyết vấn đề như thế nào? (nếu cần thì viết vào tờ khác và đính kèm theo đơn)			
Quý vị muốn có người giải quyết vấn đề này như thế nào? (nếu cần thì viết vào tờ khác và đính kèm theo đơn)			
Quý vị có cần hỗ trợ về ngôn ngữ không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không		Ngôn ngữ nào?	
Quý vị có bị khuyết tật cơ thể nào cần được hỗ trợ lưu trú không?			
Quý vị có vấn đề gì cần được chăm sóc y tế trong ba ngày tới hoặc quý vị có đang bị đau nặng không? Mô tả lý do tại sao việc chờ chúng tôi trả lời quá ba ngày sẽ có hại cho sức khỏe của quý vị (nếu cần thì viết vào tờ khác và đính kèm theo đơn). Quý vị có thể đủ tiêu chuẩn cho khiếu nại hoặc kháng nghị cấp tốc.			
<b>BẮT BUỘC</b> Chữ ký của Hội viên <sup>1</sup> :		Ngày:	
<b>CHỈ DÀNH CHO KHÁNG NGHỊ</b> Vui lòng liệt kê thuốc / dịch vụ mà quý vị kháng nghị:			

<sup>1</sup> Bằng việc ký vào mẫu này, quý vị đồng ý cho nhân viên của SFHP gọi cho quý vị về vấn đề này.

Nhân viên tại San Francisco Health Plan (SFHP)) luôn “Sẵn sàng Phục vụ Quý vị”. Chúng tôi có thể giúp quý vị điền mẫu này qua điện thoại. Hãy gọi cho chúng tôi từ Thứ Hai đến Thứ Sáu theo số **1(415) 547-7800** hoặc **1(800) 288-5555** từ 8:30am đến 5:30pm. Hoặc sẽ có người liên lạc với quý vị qua điện thoại hoặc qua thư ngay sau khi chúng tôi nhận được mẫu này. Chúng tôi sẽ làm việc kỹ lưỡng cùng quý vị để hiểu rõ khiếu nại của quý vị. Chúng tôi muốn hiểu và giúp giải quyết vấn đề. Chúng tôi sẽ hỗ trợ quý vị bằng bất cứ cách nào trong khả năng của mình và trả lời mọi thắc mắc của quý vị. Chúng tôi có thể trợ giúp quý vị bằng mọi ngôn ngữ.

### **Chúng tôi muốn quý vị biết rằng:**

- Quý vị có quyền khiếu nại. Sẽ không ai “phạt” quý vị.
- Quý vị có thể khiếu nại về bác sĩ, y tá của mình hoặc San Francisco Health Plan.
- Chúng tôi sẽ hỗ trợ quý vị khiếu nại bằng lời hay bằng văn bản.
- Mọi khiếu nại đều quan trọng với San Francisco Health Plan.
- Bác sĩ hoặc y tá sẽ vẫn tiếp tục chăm sóc y tế cho quý vị trong khi chúng tôi xem xét khiếu nại của quý vị.
- Chúng tôi sẽ cố gắng trả lời các khiếu nại trong vòng 72 giờ với trường hợp sức khỏe của quý vị đang trong tình trạng nguy hiểm.

Nếu không đồng ý với quyết định được đưa ra đối với biện pháp điều trị y khoa của mình, thì quý vị có thể yêu cầu kháng nghị. Nếu là hội viên **Medi-Cal**, quý vị có **60 ngày** kể từ ngày trên thư “Thông báo Quyết định” để nộp đơn kháng nghị. **Nhưng nếu hiện đang được điều trị và muốn tiếp tục được điều trị, thì quý vị phải yêu cầu kháng nghị trong vòng 10 ngày** kể từ ngày đóng dấu bưu điện trên thư này hoặc ngày quý vị nhận được thư HOẶC trước ngày chương trình bảo hiểm sức khỏe của quý vị thông báo sẽ ngừng dịch vụ. Quý vị phải nói rõ là quý vị muốn tiếp tục được điều trị khi quý vị nộp đơn kháng nghị. Nếu là hội viên **Healthy Workers HMO**, quý vị có **180 ngày** kể từ ngày trên thư “Thông báo Quyết định” để nộp đơn kháng nghị. Vui lòng liên lạc với San Francisco

Health Plan để biết cách kháng nghị qua điện thoại, bằng văn bản hoặc phương thức điện tử.

Chương trình bảo hiểm sức khỏe có 30 ngày để trả lời quý vị. Đến lúc đó, quý vị sẽ nhận được thư “Thông báo Giải quyết Kháng nghị”. Thư này sẽ cho quý vị biết quyết định của chương trình bảo hiểm sức khỏe. **Nếu không nhận được thư trong vòng 30 ngày, quý vị có thể:**

- Yêu cầu **“Kiểm tra Y khoa Độc lập” (IMR)** và một người kiểm tra bên ngoài không liên quan đến chương trình bảo hiểm sức khỏe đó sẽ xem xét trường hợp của quý vị. IMR luôn sẵn sàng với SFHP Medi-Cal và hội viên Healthy Workers HMO.
- Yêu cầu **“Điều trần cấp Tiểu bang”** và một thẩm phán sẽ xem xét trường hợp của quý vị. Điều trần cấp Tiểu bang chỉ áp dụng cho hội viên SFHP Medi-Cal.

Nếu cho rằng việc chờ đợi 30 ngày sẽ có hại cho sức khỏe của mình, thì quý vị có thể được trả lời trong vòng 72 giờ. Khi kháng nghị, hãy nêu lý do tại sao việc chờ đợi sẽ có hại cho sức khỏe của quý vị. Hãy nhớ yêu cầu **“kháng nghị cấp tốc.”**

**Quý vị có thể yêu cầu cả IMR và Điều trần cấp Tiểu bang cùng một lúc.** Quý vị cũng có thể yêu cầu một trong hai phương án trước để xem vấn đề của mình có được giải quyết hay không. Ví dụ: nếu quý vị yêu cầu IMR trước, nhưng không đồng ý với quyết định của họ thì sau đó quý vị vẫn có thể yêu cầu Điều trần cấp Tiểu bang. Tuy nhiên, nếu quý vị yêu cầu Điều trần cấp Tiểu bang trước, đồng thời buổi điều trần đã diễn ra, thì quý vị không thể yêu cầu IMR. Trong trường hợp này, Điều trần cấp Tiểu bang sẽ đưa ra quyết định cuối cùng. Quý vị sẽ không phải trả tiền cho IMR hay Điều trần cấp Tiểu bang.

Nếu muốn yêu cầu **IMR**, thì trước tiên quý vị phải kháng nghị với chương trình bảo hiểm sức khỏe của mình. Nếu chương trình bảo hiểm sức khỏe không trả lời quý vị trong vòng 30 ngày hoặc nếu không hài lòng với quyết định của chương trình bảo hiểm sức khỏe thì quý vị có thể yêu cầu IMR. Quý vị phải yêu cầu IMR trong vòng **180 ngày** kể từ ngày trên thư “Thông báo Giải quyết Kháng nghị”.

**Quý vị có thể yêu cầu IMR ngay mà không cần phải nộp đơn kháng nghị trước. Điều này áp dụng cho những trường hợp sức khỏe của quý vị đang trong tình trạng nguy hiểm hoặc yêu cầu bị từ chối vì biện pháp điều trị được coi là thử nghiệm hoặc nghiên cứu.**

California Department of Managed Health Care chịu trách nhiệm quản lý các chương trình bảo hiểm của dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Nếu có khiếu nại đối với chương trình bảo hiểm sức khỏe của mình thì trước hết quý vị nên gọi cho chương trình bảo hiểm sức khỏe của quý vị theo số **1(415) 547-7800** hoặc **1(800) 288-5555** và sử dụng quy trình khiếu nại của chương trình bảo hiểm sức khỏe đó trước khi liên lạc với sở. Khi sử dụng thủ tục khiếu nại này, quý vị không bị mất bất kỳ quyền hợp pháp hoặc biện pháp khắc phục nào có thể có cho quý vị. Nếu quý vị cần giúp giải quyết một khiếu nại liên quan tới trường hợp cấp cứu, một khiếu nại chưa được chương trình bảo hiểm sức khỏe của quý vị giải quyết thỏa đáng hoặc quá 30 ngày khiếu nại vẫn chưa được giải quyết, quý vị có thể gọi cho sở để được trợ giúp. Quý vị cũng có thể đủ điều kiện để yêu cầu Kiểm tra Y khoa Độc lập (IMR). Nếu quý vị đủ điều kiện để yêu cầu IMR thì quy trình IMR sẽ xem xét một cách khách quan các quyết định y khoa của một chương trình bảo hiểm y tế liên quan tới dịch vụ hoặc biện pháp điều trị được đề xuất cần thiết về mặt y tế, các quyết định bảo hiểm cho các biện pháp điều trị mang tính chất nghiên cứu hoặc thử nghiệm cũng như các tranh chấp về việc thanh toán cho các dịch vụ y tế cấp cứu hoặc khẩn cấp.

Sở này cũng có một số điện thoại miễn cước **(1-888-466-2219)** và đường dây TDD **(1-877-688-9891)** cho người khiếm thính và khiếm thanh. Trang web trên Internet của sở **www.dmhc.ca.gov** có mẫu đơn khiếu nại, mẫu đơn đăng ký IMR và các hướng dẫn trực tuyến”.

Nếu là hội viên Medi-Cal và muốn xin **Điều trần cấp Tiểu bang**, thì quý vị có thể yêu cầu trong vòng **120 ngày** kể từ ngày trên thư "Thông báo Giải quyết Kháng nghị". Quý vị có thể yêu cầu Điều trần cấp Tiểu bang qua điện thoại hoặc bằng văn bản:

- Qua điện thoại: Gọi **1(800) 952-5253**. Số này có thể rất bận. Quý vị có thể nhận được tin nhắn gọi lại sau. Nếu quý vị không thể nói hoặc nghe tốt, vui lòng gọi số TTY/TDD **1(800) 952-8349**.
- Bằng văn bản: Điền mẫu đơn yêu cầu Điều trần cấp Tiểu bang hoặc gửi thư đến:  
**California Department of Social Services  
State Hearings Division  
P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-37  
Sacramento, CA 94244-2430**

Sau khi quý vị yêu cầu Điều trần cấp Tiểu bang, có thể mất đến 90 ngày để quyết định và gửi trả lời cho trường hợp của quý vị. Nếu cho rằng việc chờ lâu như vậy sẽ có hại cho sức khỏe của mình, thì quý vị có thể được trả lời trong vòng 3 ngày làm việc. Hãy yêu cầu bác sĩ hoặc chương trình bảo hiểm sức khỏe viết thư giúp quý vị. Thư này phải giải thích chi tiết việc chờ đợi đến 90 ngày để có quyết định cho trường hợp của quý vị sẽ có hại nghiêm trọng như thế nào đối với tính mạng, sức khỏe hoặc khả năng đạt được, duy trì hoặc phục hồi chức năng tối đa của quý vị. Sau đó, hãy nhớ yêu cầu **“điều trần cấp tốc”** và gửi kèm thư đó với yêu cầu điều trần của quý vị.

Quý vị có thể tự trình bày tại buổi Điều trần cấp Tiểu bang. Hoặc có thể nhờ người thân, bạn bè, luật sư, bác sĩ hoặc người được ủy quyền trình bày thay cho quý vị. Nếu muốn người khác trình bày thay cho mình, thì quý vị phải thông báo cho văn phòng Điều trần cấp Tiểu bang rằng quý vị cho phép người đó trình bày thay mặt quý vị. Người này được gọi là “đại diện được ủy quyền”.

Quý vị có thể được hỗ trợ pháp lý miễn phí. Hãy gọi đường dây nóng của Health Consumer Alliance theo số **1(888) 804-3536**. Quý vị cũng có thể gọi cho Legal Aid Society địa phương tại quận của mình, Bay Area Legal Aid, theo số **1(800) 551-5554**.