

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

Đây là mẫu đơn: <input type="checkbox"/> Khiếu nại <input type="checkbox"/> Kháng nghị		CHỈ DÀNH CHO SFHP SỬ DỤNG Ngày Nhận:	
Tên Hội viên:		Số Thẻ Hội viên:	Ngày Hôm nay:
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 chi tiết vấn đề: (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 được 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 thực hiện nhanh.			
BẮT BUỘC Chữ ký của Hội viên:		Ngày:	
CHỈ DÀNH CHO KHÁNG NGHỊ Vui lòng liệt kê thuốc / dịch vụ mà quý vị kháng nghị:			

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 8:30 sáng đến 5:30 chiều. 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 hoặc 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 trong trường hợp sức khỏe của quý vị đang trong tình trạng nguy hiểm.

Nếu không đồng ý với quyết định được đưa ra về việc 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 Hành động” 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 muốn được tiếp tục điều trị khi kháng nghị. Nếu là hội viên **Healthy Kids HMO** hoặc **Healthy Workers HMO**, quý vị có **180 ngày** kể từ ngày trên thư “Thông báo Hành động” để nộp đơn kháng nghị. Vui lòng liên lạc với San Francisco Health Plan để biết cách kháng nghị qua điện thoại, văn bản hoặc phương thức điện tử.

Chương trình bảo hiểm sức khỏe có 30 ngày để trả lời quý vị. Khi 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, thì quý vị có thể:**

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

Quý vị cũng 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 rồi mới yêu cầu phương án còn lại. Ví dụ: nếu quý vị yêu cầu IMR trước, nhưng không đồng ý với quyết định được đưa ra, 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, nhưng phiên điều trần đã diễn ra, thì quý vị không thể yêu cầu IMR. Trong trường hợp này, phiên Điều trần cấp Tiểu bang sẽ ra quyết định cuối cùng. Quý vị sẽ không phải trả phí để yêu cầu IMR hoặc Điều trần cấp Tiểu bang.

Nếu cho rằng việc chờ 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. Đảm bảo là quý vị yêu cầu **“kháng nghị thực hiện nhanh.”**

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 trong vòng 30 ngày hoặc nếu quý vị không hài lòng với quyết định của chương trình bảo hiểm sức khỏe, thì sau đó 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 phải 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.

Sở Y tế Điều quản California chịu trách nhiệm điều chỉnh các chương trình 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 điện đến chương trình bảo hiểm sức khỏe theo số **1 (800) 288-5555** hoặc **1 (415) 547-7800** và sử dụng quy trình khiếu nại của chương trình bảo hiểm sức khỏe trước khi liên lạc với sở. Khi sử dụng quy trình khiếu nại này, quý vị không bị mất bất kỳ quyền hợp pháp hoặc biện pháp giải quyết nào có thể có dành cho quý vị. Nếu cần giúp giải quyết một khiếu nại liên quan tới trường hợp cấp cứu, một khiếu nại chưa được chương trình sức khỏe của quý vị giải quyết thỏa đáng hoặc đã quá 30 ngày mà khiếu nại vẫn chưa được giải quyết, thì quý vị có thể gọi cho sở để được trợ giúp. Quý vị cũng có thể hội đủ điều kiện để yêu cầu Duyệt xét Y khoa Độc lập (IMR). Nếu quý vị hội đủ điều kiện cho IMR, quy trình IMR sẽ tiến hành kiểm tra khách quan về các quyết định y khoa của một chương trình bảo hiểm sức khỏe liên quan tới sự cần thiết về mặt y tế của dịch vụ hoặc biện pháp điều trị được đề nghị, các quyết định về bảo hiểm cho các biện pháp điều trị mang tính chất nghiên cứu hoặc thử nghiệm và các tranh chấp về việc thanh toán cho các dịch vụ y tế khẩn cấp hoặc cấp cứu. Sở cũng có một số điện thoại miễn phí **(1-888-HMO-2219)** và đường dây TDD **(1-877-688-9891)** dành cho người khiếm thính và khiếm thanh. Trang Web trên Internet của sở <http://www.hmohelp.ca.gov> có mẫu khiếu nại, mẫu đơn yêu cầu IMR và các hướng dẫn trực tuyến.

Nếu là hội viên Medi-Cal và muốn yêu cầu **Điều trần cấp Tiểu bang**, thì quý vị có thể yêu cầu trong vòng 120 ngày kể từ ngày gửi 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:** Hãy gọi **1(800) 952-5253**. Số này có thể rất bận. Quý vị có thể nhận được lời nhắn yêu cầu gọi lại sau. Nếu quý vị không thể nghe hoặc nói tốt, vui lòng gọi TTY/TDD **1(800) 952-8349**.
- **Qua văn bản:** Điền mẫu 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 trường hợp của quý vị và gửi trả lời. 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 quyết định cho trường hợp của quý vị trong thời gian 90 ngày sẽ nguy hiểm như thế nào đến tính mạng, sức khỏe hoặc khả năng đạt được, duy trì hoặc lấy lại chức năng tối đa của quý vị. Sau đó, hãy nhớ yêu cầu “điều trần thực hiện nhanh” và gửi kèm bức 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 mình. Người này được gọi là “đại diện được ủy quyền”.

Nếu quý vị bị khiếm thính, vui lòng gọi TDD/TYY line theo số **1(415) 547-7830**, số miễn phí **1(888) 883-7347** hoặc qua California Relay Service theo số **711**. Quý vị có thể yêu cầu tài liệu này ở định dạng khác như Chữ nổi, chữ in cỡ lớn và âm thanh. Để yêu cầu định dạng khác hoặc để được trợ giúp đọc tài liệu này và các tài liệu SFHP khác, vui lòng gọi cho Dịch vụ Khách hàng theo số **1(415) 547-7800** hoặc số miễn phí **1(800) 288-5555**.