

Mẫu Chấp thuận Khiếu nại/Kháng nghị



**San Francisco
Health Plan™**

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

Điện thoại: 1(415) 547-7800 hoặc 1(800) 288-5555
(Hội viên Medi-Cal và Healthy Workers HMO)

Điện thoại: : 1(415) 539-2273 hoặc 1(833) 530-7327
(Hội viên SFHP Care Plus)

Fax: 1(415) 547-7825

Tên Hội viên:

SFHP ID:

DOB:

Số Hồ sơ:

Vào ngày _____, _____ đã gửi
 khiếu nại kháng nghị đến San Francisco Health Plan (SFHP) thay mặt quý vị về việc

Trước đây, quý vị chưa nêu tên _____ là người đại diện
được ủy quyền của quý vị. Quý vị phải đồng ý cho phép SFHP tiếp tục xử lý khiếu nại hoặc
kháng nghị này. Bằng việc ký vào mẫu chấp thuận này, quý vị xác nhận rằng:

- Quý vị cho phép SFHP điều tra và xử lý khiếu nại hoặc kháng nghị này. Bao gồm việc cho phép SFHP liên hệ với nhà cung cấp hoặc các cá nhân có tên trong đơn khiếu nại hoặc kháng nghị để biết thêm thông tin.
- Nếu SFHP không nhận được giấy cho phép của quý vị thì SFHP sẽ đóng và rút lại khiếu nại hoặc kháng nghị này.
- Quý vị có thể từ chối ký tên vào mẫu chấp thuận này.
- Quý vị có thể hủy giấy chấp thuận này bất cứ lúc nào bằng cách liên lạc với bộ phận Dịch vụ Khách hàng SFHP.
- Quý vị có thể nhận một bản sao mẫu chấp thuận này, nếu yêu cầu.
- Quý vị có thể nhận bản sao thông tin sức khỏe được bảo vệ. Đây là thông tin được sử dụng hoặc tiết lộ liên quan đến khiếu nại hoặc kháng nghị này, nếu yêu cầu.
- Mẫu chấp thuận bằng văn bản này có hiệu lực từ ngày quý vị ký và hết hạn vào ngày ghi trên đó hoặc một năm kể từ ngày quý vị ký.

Sau khi ký tên, vui lòng gửi lại mẫu này cho SFHP qua thư, fax hoặc email.

Chữ ký của Hội viên: _____ **Ngày:** _____

California Department of Managed Health Care chịu trách nhiệm quản lý các chương trình dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Nếu muốn khiếu nại chương trình bảo hiểm sức khỏe thì trước hết quý vị nên gọi cho chương trình của quý vị theo số **1(415) 547-7800** hoặc **1(800) 288-5555** (với hội viên Medi-Cal và Healthy Workers HMO) hoặc theo số **1(415) 539-2273** hoặc **1(833) 530-7327** (với hội viên SFHP Care Plus) và sử dụng quy trình khiếu nại của chương trình bảo hiểm y tế trước khi gọi cho cơ quan này. 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 khẩn cấp, một khiếu nại chưa được chương trình bảo hiểm sức khỏe của quý vị giải quyết thỏa đáng hoặc một khiếu nại mà quá 30 ngày vẫn không được giải quyết, thì quý vị có thể gọi cho California Department of Managed Health Care 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 sức khỏe 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. Cơ quan này cũng có số điện thoại miễn phí (**1-888-466-2219**) và đường dây TDD (**1-877-688-9891**) cho người khiếm thính và khiếm thanh. Trang web của cơ quan này là **www.dmhc.ca.gov** có mẫu đơn khiếu nại, mẫu đơn đăng ký IMR và các hướng dẫn trực tuyến.

“Văn phòng Thanh tra” Chương trình Quản lý Chăm sóc Sức khỏe Medi-Cal của Tiểu bang có thể giúp giải đáp mọi thắc mắc của quý vị. Quý vị có thể gọi cho họ theo số **1(888) 452-8609**. Giờ làm việc từ 8:00am đến 5:00pm PST, Thứ Hai đến Thứ Sáu, trừ ngày lễ.

Hội viên SFHP Care Plus có thể gọi Chương trình Tư vấn và Hỗ trợ về Bảo hiểm Y tế (HICAP) theo số **1(800) 434-0222**. Quý vị cũng có thể gọi Chương trình Thanh tra Medicare Medi-Cal theo số **1(855) 501-3077**. Quý vị cũng có thể gọi Medicare theo số **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**. Người dùng TTY hãy gọi **1(877) 486-2048**.

Quý vị có thể yêu cầu bác sĩ của mình trợ giúp hoặc gọi cho Dịch vụ Khách hàng SFHP. Hội viên Medi-Cal và Healthy Workers HMO hãy gọi số **1(415) 547-7800** hoặc **1(800) 288-5555**, Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8:00am đến 5:00pm. Hội viên SFHP Care Plus hãy gọi số **1(415) 539-2273** hoặc **1(833) 530-7327** từ 8:00am đến 8:00pm, bảy ngày một tuần từ tháng Mười đến tháng Ba hoặc Thứ Hai đến Thứ Sáu từ tháng Tư đến tháng Chín.

Tài liệu đính kèm:

Thông tin trợ giúp ngôn ngữ

Thông báo không phân biệt đối xử