

# 投訴/上訴 同意書

電話：1(415) 547-7800 或 1(800) 288-5555

傳真：1(415) 547-7825

電郵：grievances@sfhp.org

Grievance/Appeal Coordinator

P.O. Box 194247

San Francisco, CA 94119

會員姓名：

SFHP ID 號碼：

出生日期：

個案編號：

代表您就  被拒  申訴的說明

向 San Francisco Health Plan (SFHP) 提出了

鑒於您之前未將  
供您的同意書，以便 SFHP 繼續處理此投訴或上訴。

委任為您的授權代表。您必須提

- 您允許 SFHP 調查並處理此投訴或上訴。這可能涉及 SFHP 聯絡投訴或上訴中指定的提供者或其他個人以獲取更多資訊。
- 如果 SFHP 未收到您的書面同意，SFHP 將關閉並撤回此申訴或上訴。
- 您可以拒絕簽署本同意書。
- 您可以隨時聯絡 SFHP 客戶服務以撤銷此同意。
- 您可以根據要求取得本同意書的副本。
- 您可以根據要求取得與此申訴或上訴相關的使用或揭露的受保護健康資訊的副本。
- 該書面同意書自您簽字之日起生效，並於 \_\_\_\_\_ 或自您簽字之日起一年內到期。

簽字後，請透過郵件或傳真將此表單送回給 SFHP。

會員簽字：\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_\_

California Department of Managed Health Care 負責監管醫療保健服務計劃。如果您想對您的健康計劃提出投訴，您應在聯絡該客戶服務部門之前，首先致電您的健康計劃，電話 (1-800-288-5555)，並使用您的健康計劃投訴程序。利用此申訴程序並不禁止您可以享有的任何潛在合法權利或補救措施。若您需要幫助來處理涉及緊急情況的申訴、您的健康計劃仍未妥善解決的申訴，或超過 30 天後仍未解決的申訴，您可致電該部門尋求協助。您可能還有資格申請獨立醫療審查 (IMR)。如果您符合 IMR 條件，則 IMR 程序將公正地審查健康計劃作出的與所建議的服務或治療的醫療必要性有關的決定、本質為實驗性或研究性治療的承保決定，以及急診或緊急醫療服務的付款糾紛。該部門亦提供免費電話號碼 (1-888-466-2219)，並為聽障及有語言障礙人士提供 TDD 專線 (1-877-688-9891)。該部門的互聯網網站 [www.dmhc.ca.gov](http://www.dmhc.ca.gov) 上面有在線投訴表、IMR 申請表和說明。

# 投訴/上訴 同意書

電話：1(415) 547-7800 或 1(800) 288-5555

傳真：1(415) 547-7825

電郵：[grievances@sfhp.org](mailto:grievances@sfhp.org)

Grievance/Appeal Coordinator

P.O. Box 194247

San Francisco, CA 94119

州 Medi-Cal 管理式照護「申訴專員辦公室」可協助您解答任何疑問。您可以致電他們，電話：**1(888) 452-8609**。工作時間是週一至週五，8:00am 至 5:00pm PST，節假日除外。

您也可以從您的醫生處獲得幫助，或致電 SFHP 的客戶服務部，電話：**1(415) 547-7800**，**1(800) 288-5555**（免費）或 TTY **1(888) 883-7347**。我們的工作時間是週一至週五 8:30am 至 5:30pm。

附件：

語言援助資訊

無歧視聲明