

# Khiếu nại/Kháng nghị Mẫu Chấp thuận

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

Fax: 1(415) 547-7825

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

Grievance/Appeal Coordinator

P.O. Box 194247

San Francisco, CA 94119

Tên Hội viên:

Số ID SFHP:

Ngày Sinh:

Số Hồ sơ:

Vào ngày \_\_\_\_\_,

đã nộp đơn

khiếu nại  kháng nghị cho San Francisco Health Plan (SFHP) thay mặt quý vị về

Trước đây, vì quý vị chưa nêu tên \_\_\_\_\_ là người đại diện được ủy quyền của mình nên 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 \_\_\_\_\_ 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 ký:

# Khiếu nại/Kháng nghị Mẫu Chấp thuận

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

Fax: 1(415) 547-7825

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

Grievance/Appeal Coordinator

P.O. Box 194247

San Francisco, CA 94119

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 điện đến chương trình bảo hiểm sức khỏe đó theo số (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 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 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](http://www.dmhc.ca.gov) có mẫu đơn khiếu nại, mẫu đơn đăng ký IMR và các hướng dẫn trực tuyến.

“Văn phòng Thanh tra” Quản lý Chăm sóc Medi-Cal Tiểu bang có thể trợ giúp quý vị nếu có bất kỳ thắc mắc nào. 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.

Quý vị cũng có thể yêu cầu bác sĩ của mình trợ giúp hoặc gọi cho Phòng Dịch vụ Khách hàng của SFHP theo số 1(415) 547-7800, 1(800) 288-5555 (miễn phí) hoặc TTY 1(888) 883-7347. Giờ làm việc hành chính là từ 8:30am đến 5:30pm, Thứ Hai đến Thứ Sáu.

Tài liệu đính kèm:

Thông tin trợ giúp ngôn ngữ

Thông báo không phân biệt đối xử