



## Biểu Mẫu Khiếu Nại và Kháng Cáo cho Hội Viên

Điện Thoại: 1-888-421-8444 Fax: 1-408-885-4425  
2480 N. First Street, Suite 160, San Jose, CA 95131

Biểu mẫu này là không bắt buộc. Valley Health Plan có thể giúp quý vị điền vào biểu mẫu này. Quý vị có thể nộp đơn khiếu nại bằng lời theo cách gọi cho chúng tôi theo số 1-888-421-8444, 9 giờ sáng đến 5 giờ chiều. (theo Giờ chuẩn Thái Bình Dương), Thứ Hai đến Thứ Sáu, TTY/TDD gọi số 711 hoặc gửi email đến MemberServices@vhp.sccgov.org. Sẽ có người liên hệ với quý vị qua điện thoại khi biểu mẫu này được nhận. Chúng tôi sẽ hỗ trợ quý vị hết mình và giải đáp bất kỳ thắc mắc nào của quý vị. Chúng tôi có thể hỗ trợ quý vị bằng mọi ngôn ngữ.

### Thông Tin Liên Hệ Hội Viên

Tên Hội Viên: \_\_\_\_\_  
ID Hội Viên: \_\_\_\_\_ Ngày Sinh: \_\_\_\_\_  
Địa Chỉ của Hội Viên: \_\_\_\_\_  
Số điện thoại giờ hành chính: \_\_\_\_\_ Số điện thoại ngoài giờ hành chính: \_\_\_\_\_  
Email: \_\_\_\_\_ Giới Tính:  Nam  Nữ  Khác

### Thông Tin Liên Hệ dành cho Người Giám Hộ hoặc Bên Không Khiếu Nại

Tên của người giám hộ hoặc cá nhân điền vào đơn, nếu không phải là chính hội viên: \_\_\_\_\_  
Mối quan hệ: \_\_\_\_\_ Số điện thoại liên hệ: \_\_\_\_\_  
Email: \_\_\_\_\_

### Mô Tả Vấn Đề

Mô tả vấn đề chi tiết:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Quý vị muốn được giải quyết vấn đề theo cách nào?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Quý vị có cần được hỗ trợ về ngôn ngữ không?  Có  Không Nếu có, ngôn ngữ ưa thích: \_\_\_\_\_

Quý vị có nhu cầu thăm khám y tế trong vòng ba ngày tới hoặc đang có một cơn đau nghiêm trọng không?  Có  Không

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ngày Hội Viên nộp đơn khiếu nại cho một đơn vị khác, nếu có: \_\_\_\_\_

Đơn khiếu nại này có liên quan tới việc chấm dứt bảo hiểm y tế không?  Có  Không

Nếu có, xin hãy cung cấp thông tin về ngày Hội Viên nhận được thông báo cho biết bảo hiểm đã hoặc sẽ hết hạn: \_\_\_\_\_

Vui lòng cung cấp bất kỳ tài liệu hỗ trợ nào cùng với biểu mẫu này, như (các) thông báo chương trình và (các) thư từ trao đổi, bảng thông báo giao dịch và bằng chứng thanh toán.

Chữ Ký\*: \_\_\_\_\_ Ngày: \_\_\_\_\_

\*Nếu có người ký thay Hội Viên, yêu cầu phải có một Biểu Mẫu Đại Diện Cá Nhân (Personal Representative, PR).

### Chỉ Dùng Nội Bộ

Nhận bởi: \_\_\_\_\_ Ngày: \_\_\_\_\_

Ngày Nhận Được Biểu Mẫu Thông Báo Cho Hội Viên \_\_\_\_\_

Ngày Gửi Thư Xác Nhận Hội Viên: \_\_\_\_\_

Số Theo Dõi Trường Hợp/Cuộc Gọi: \_\_\_\_\_  **Kháng Cáo**  **Khiếu Nại**

Sở Quản Lý Y Tế yêu cầu Valley Health Plan cung cấp cho quý vị các thông tin sau:

Sở Quản Lý Y Tế Bang California có trách nhiệm kiểm soát các chương trình dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Nếu quý vị muốn nộp đơn khiếu nại chương trình bảo hiểm y tế của quý vị, quý vị nên gọi điện cho chương trình bảo hiểm y tế của mình trước theo số **1-888-421-8444** và sử dụng quy trình khiếu nại của chương trình bảo hiểm y tế đó trước khi liên hệ sở. Việc sử dụng thủ tục khiếu nại này không làm quý vị mất bất kỳ quyền pháp lý hoặc biện pháp khắc phục nào quý vị có thể được hưởng. Nếu quý vị cần hỗ trợ về đơn khiếu nại liên quan đến một ca khẩn cấp, đơn khiếu nại chưa được giải quyết thỏa đáng bởi chương trình bảo hiểm y tế của quý vị, hoặc đơn khiếu nại chưa được giải quyết hơn 30 ngày, quý vị có thể gọi cho sở để được hỗ trợ. Quý vị cũng có thể đủ điều kiện để yêu cầu Duyệt Xét Y Tế Độc Lập (Independent Medical Review, IMR). Nếu quý vị đủ điều kiện để yêu cầu IMR, quy trình IMR sẽ xem xét công bằng các quyết định y tế được thực hiện bởi chương trình bảo hiểm y tế liên quan đến sự cần thiết về mặt y tế của một dịch vụ hoặc phương pháp điều trị được đề xuất, các quyết định bảo hiểm dành cho phương pháp điều trị có tính chất thử nghiệm hoặc nghiên cứu và các tranh chấp về thanh toán đối với các dịch vụ y tế cấp cứu hoặc khẩn cấp. Sở cũng có số điện thoại miễn phí (**1-888-466-2219**) và đường dây TDD (**1-877-688-9891**) dành cho người khiếm khuyết về khả năng nghe hoặc nói. Trang web mạng của sở <http://www.dmhc.ca.gov/> có các biểu mẫu khiếu nại, đơn đăng ký IMR và các hướng dẫn trực tuyến.