

會員申訴表

會員姓氏：

名字：

中間名首字母：

地址： 城市： 州： 郵遞區號：

電話：

會員 ID 號： 出生日期： 性別：

申訴

1.問題在哪裡發生？（醫院、醫生診所或其他地點的名稱）

2.問題在何時發生？（填寫日期）

3.涉及的人士？

4.請描述事件經過：

5.您是否嘗試過解決此問題？

如果「是」，請說明：

6.您希望我們如何處理此問題？

7.您是否需要語言協助？

如果「是」，您說什麼語言？

如果您想要提交其他資訊或文件，請將其傳真至 (209) 942-6355 - 收件者：申訴部或郵寄至：Health Plan of San Joaquin

Attn: Grievances
7751 S. Manthey Rd.
French Camp, CA 95231

本人授權 Health Plan of San Joaquin 獲得病歷、理賠資訊和其他指定資料，以代表我解決申訴。

本人瞭解 Health Plan of San Joaquin 將在收到此申訴後 30 天內向我提供解決方法。本人瞭解我是自願合作的；但是，不合作可能會對我的申訴產生影響。本人瞭解，我的承保範圍說明書手冊完整說明了申訴流程和我的權利。

簽名（輸入您的姓名）：日期：

是否有人幫助您完成本表格？

如果「是」，請填寫以下內容，然後請填寫健康資訊使用和披露授權表。

姓名：

關係：

地址：

電話：

簽名：

日期：



English Tagline

ATTENTION: If you need help in your language call **888.936.7526, TTY/TDD 711**. Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call **888.936.7526, TTY/TDD 711**. These services are free of charge.

مطلب به زبان فارسی (Farsi)

توجه: اگر می‌خواهید به زبان خود کمک دریافت کنید، با **888.936.7526, TTY/TDD 711** تماس بگیرید. کمک‌ها و خدمات مخصوص افراد دارای معلولیت، مانند نسخه‌های خط بریل و چاپ با حروف بزرگ، نیز موجود است. با **888.936.7526, TTY/TDD 711** تماس بگیرید. این خدمات رایگان ارائه می‌شوند.

الشعار بالعربية (Arabic)

يرجى الانتباه: إذا احتجت إلى المساعدة بلغتك، فاتصل بـ **888.936.7526, TTY/TDD 711**. تتوفر أيضًا المساعدات والخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل المستندات المكتوبة بطريقة بريل والخط الكبير. اتصل بـ **888.936.7526, TTY/TDD 711**. هذه الخدمات مجانية.

Հայերեն պիտակ (Armenian)

Ուժեղացրե՛ք Ձեր օգնությունը հարկավոր Ձեր լեզվով, զանգահարե՛ք **888.936.7526, TTY/TDD 711**: Կան նաև օժանդակ միջոցներ ու ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար, օրինակ՝ Բրայլի գրատիպով ու խոշորատառ տպագրված նյութեր: Զանգահարե՛ք **888.936.7526, TTY/TDD 711**: Այդ ծառայություններն անվճար են:

ហ្លួសម្ពុលជាកាសខ្មែរ (Cambodian)

ចំណាំ: បើអ្នក ត្រូវ ការជំនួយ ជាកាស របស់អ្នក សូម ទូរស័ព្ទទៅលេខ **888.936.7526, TTY/TDD 711**។ ជំនួយ និង សេវាកម្ម សម្រាប់ ជនពិការ ដូចជាឯកសារសរសេរជាអក្សរធំសម្រាប់ជនពិការ ភ្នែក ឬឯកសារសរសេរជាអក្សរពុម្ពធំ ក៏អាចរកបានផងដែរ។ ទូរស័ព្ទមកលេខ **888.936.7526, TTY/TDD 711**។ សេវាកម្មទាំងនេះមិនគិតថ្លៃឡើយ។

简体中文标语 (Chinese)

请注意：如果您需要以您的母语提供帮助，请致电 **888.936.7526, TTY/TDD 711**。另外还提供针对残疾人士的帮助和服务，例如盲文和需要较大字体阅读，也是方便取用的。请致电 **888.936.7526, TTY/TDD 711**。这些服务都是免费的。

हिंदी टैगलाइन (Hindi)

ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा में सहायता की आवश्यकता है तो **888.936.7526, TTY/TDD 711** पर कॉल करें। अशक्तता वाले लोगों के लिए सहायता और सेवाएं, जैसे ब्रेल और बड़े प्रिंट में भी दस्तावेज़ उपलब्ध हैं। **888.936.7526, TTY/TDD 711** पर कॉल करें। ये सेवाएं नि: शुल्क हैं।

Nqe Lus Hmoob Cob (Hmong)

CEEB TOOM: Yog koj xav tau kev pab txhais koj hom lus hu rau **888.936.7526, TTY/TDD 711**. Muaj cov kev pab txhawb thiab kev pab cuam rau cov neeg xiam oob qhab, xws li puav leej muaj ua cov ntawv su thiab luam tawm ua tus ntawv loj. Hu rau **888.936.7526, TTY/TDD 711**. Cov kev pab cuam no yog pab dawb xwb.

日本語表記 (Japanese)

注意日本語での対応が必要な場合は **888.936.7526, TTY/TDD 711**へお電話ください。点字の資料や文字の拡大表示など、障がいをお持ちの方のためのサービスも用意しています。 **888.936.7526, TTY/TDD 711**へお電話ください。これらのサービスは無料で提供しています。

한국어 태그라인 (Korean)

유의사항: 귀하의 언어로 도움을 받고 싶으시면 **888.936.7526, TTY/TDD 711** 번으로 문의하십시오. 점자나 큰 활자로 된 문서와 같이 장애가 있는 분들을 위한 도움과 서비스도 이용 가능합니다. **888.936.7526, TTY/TDD 711** 번으로 문의하십시오. 이러한 서비스는 무료로 제공됩니다.

ແທງໂລພາສາລາວ (Laotian)

ປະກາດ:

ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານໃຫ້ໂທຫາເບີ **888.936.7526, TTY/TDD 711.**

ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອແລະການບໍລິການສໍາລັບຄົນພິການ

ເຊັ່ນເອກະສານທີ່ເປັນອັກສອນນູນແລະມີໂຕພິມໃຫຍ່ໃຫ້ໂທຫາເບີ **888.936.7526, TTY/TDD 711.**

ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ຕ້ອງເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆ.

Mien Tagline (Mien)

LONGC HNYOUV JANGX LONGX OC: Beiv taux meih qiemx longc mienh tengx faan benx meih nyei waac nor douc waac daaih lorx taux **888.936.7526, TTY/TDD 711.** Liouh lorx jauv-louc tengx aengx caux nzie gong bun taux ninh mbuo wuaaic fangx mienh, beiv taux longc benx nzangc-pokc bun hluo mbiutc aengx caux aamz mborqv benx domh sou se mbenc nzoih bun longc. Douc waac daaih lorx **888.936.7526, TTY/TDD 711.** Naaiv deix nzie weih gong-bou jauv-louc se benx wang-henh tengx mv zuqc cuotv nyaanh oc.

ਪੰਜਾਬੀ ਟੈਗਲਾਈਨ (Punjabi)

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਤਾਂ ਕਾਲ ਕਰੋ **888.936.7526, TTY/TDD 711.**

ਆਪਰਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬੋਲ ਅਤੇ ਮੋਟੀ ਛਪਾਈ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਕਾਲ ਕਰੋ **888.936.7526, TTY/TDD 711.**

ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫਤ ਹਨ।

Русский слоган (Russian)

ВНИМАНИЕ! Если вам нужна помощь на вашем родном языке, звоните по номеру **888.936.7256 (линия TTY/TDD711).** Также предоставляются средства и услуги для людей с ограниченными возможностями, например документы крупным шрифтом или шрифтом Брайля. Звоните по номеру **888.936.7256 (линия TTY/TDD 711).** Такие услуги предоставляются бесплатно.

Mensaje en español (Spanish)

ATENCIÓN: si necesita ayuda en su idioma, llame al **888.936.7526, TTY/TDD 711.** También ofrecemos asistencia y servicios para personas con discapacidades, como documentos en braille y con letras grandes. Llame al

888.936.7526, TTY/TDD 711. Estos servicios son gratuitos.

Tagalog Tagline (Tagalog)

ATENSIYON: Kung kailangan mo ng tulong sa iyong wika, tumawag sa **888.936.7526, TTY/TDD 711.** Mayroon ding mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, tulad ng mga dokumento sa braille at malaking print. Tumawag sa **888.936.7526, TTY/TDD 711.** Libre ang mga serbisyong ito.

แท็กไลน์ภาษาไทย (Thai)

โปรดทราบ:

หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข **888.936.7526, TTY/TDD 711** นอกจากนี้

ยังพร้อมให้ความช่วยเหลือและบริการต่าง ๆ สำหรับบุคคลที่มีความพิการ เช่น เอกสารต่าง ๆ ที่เป็นอักษรเบรลล์และเอกสารที่พิมพ์ด้วยตัวอักษรขนาดใหญ่ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข **888.936.7526, TTY/TDD 711** ไม่มีค่าใช้จ่ายสำหรับบริการเหล่านี้

Примітка українською (Ukrainian)

УВАГА! Якщо вам потрібна допомога вашою рідною мовою, телефонуйте на номер **888.936.7526, TTY/TDD 711.** Люди з обмеженими можливостями також можуть скористатися допоміжними засобами та послугами, наприклад, отримати документи, надруковані шрифтом Брайля та великим шрифтом. Телефонуйте на номер **888.936.7526, TTY/TDD 711.** Ці послуги безкоштовні.

Khẩu hiệu tiếng Việt (Vietnamese)

CHÚ Ý: Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình, vui lòng gọi số **888.936.7526, TTY/TDD 711.** Chúng tôi cũng hỗ trợ và cung cấp các dịch vụ dành cho người khuyết tật, như tài liệu bằng chữ nổi Braille và chữ khổ lớn (chữ hoa). Vui lòng gọi số **888.936.7526, TTY/TDD 711.** Các dịch vụ này đều miễn phí.

您在
MEDI-CAL 管理式照護計畫下的權利

如果您仍不同意該裁決，您可以：

- 申請「**獨立醫療審查**」(IMR)，與健康計畫無關的外部審查員將對您的個案進行審查
- 申請舉行「**州聽證會**」，法官將對您的個案進行審查

您可以同時申請獨立醫療審查和州聽證會。您也可以先申請其中一個，然後在您的問題沒有得到妥善解決時再申請另外一個。例如，如果您先申請獨立醫療審查，但對裁決存有異議，您稍後仍可申請舉行州聽證會。但是，如果您先申請舉行州聽證會，並且聽證會已經舉行，您將無法申請獨立醫療審查。

您不必為獨立醫療審查或州聽證會付費。

獨立醫療審查 (IMR)

如果您想要申請獨立醫療審查，您必須在收到「上訴決議通知書」信函之日起 **180 天**內提出申請。以下段落將為您提供有關如何申請獨立醫療審查的資訊。在本段落中，「申訴」一詞與「上訴」的含義相同。

加州健康照護管理部負責調整健康照護服務計畫。如果您想對您的健康計畫提出申訴，請先致電 **(209) 942-6320** 與您的健康計畫聯絡，並使用健康計畫的申訴程序，然後再與加州健康照護管理部聯絡。使用本申訴程序並不會使您失去任何潛在的法律權利或補償。如果您需要協助處理涉及緊急情況的申訴，或您的健康計畫未針對您的申訴提供令您滿意的解決方案，亦或您的申訴超過 30 天仍未得到解決，您可致電加州健康照護管理部尋求協助。您可能符合申請獨立醫療審查 (IMR) 的資格。如果您符合申請獨立醫療審查的資格，獨立醫療審查程序將對健康計畫就提議之服務或治療的醫療必要性作出的醫療決定、本質是實驗或研究之治療的承保決定以及有關緊急或急診醫療服務的付款爭議進行公正審查。加州健康照護管理部也有免費的電話專線 **(1-888-466-2219)**，以及供聽語障人士使用的聽障專線 **(1-877-688-9891)**。加州健康照護管理部網站 (<http://www.dmhc.ca.gov>) 上提供投訴表、獨立醫療審查申請表和線上說明。

由加州健康照護服務部編製以幫助您瞭解自己的權利。

州聽證會

如果您想要申請舉行州聽證會，您必須在收到本信函之日起 **120 天**內提出申請。但是，**如果您目前正在接受治療並且想要繼續接受治療**，您必須在本信函的郵戳日期或送達日期後的 **10 天**內，或在您的健康計畫表示將停止或減少服務的日期之前**申請舉行州聽證會**。請說明您想在申請舉行州公平聽證會時繼續接受治療。

您可透過電話或書面方式申請舉行州聽證會：

- 如果您決定透過電話申請舉行州聽證會，請致電 **1-800-743-8525**。此電話號碼可能非常繁忙，因此您可能會聽到讓您稍後回電的訊息。如果您有語言或聽力障礙，請致電**聽/語障專線 1-800-952-8349**。
- 如果您決定透過書面方式申請舉行州聽證會，您將需要填寫州聽證會申請表或將信函寄送至：

**California Department of Social Services
State Hearings Division
P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-37
Sacramento, CA 94244-2430**

透過傳真：1.916.309.3487 或免費電話 1.833.281.0903

我們已為您附上州聽證會申請表。請務必填寫您的姓名、地址、電話號碼、社會安全號碼，以及您想要申請舉行州聽證會的原因。如果有人幫助您申請州聽證會，請在申請表或信函中填寫他們的姓名、地址和電話號碼。如果您需要口譯人員，請告訴我們您使用的語言，我們將免費提供口譯人員。

在您申請舉行州聽證會之後，最長可能需要 **90 天**才能對您的個案作出裁決並將答覆寄給您。如果您認為等待這麼長時間會危害您的健康，您可能可以在 **72 小時**內得到答覆。請您的醫生或健康計畫幫您寫信。這封信必須詳細說明等待長達 **90 天**的時間決定您的個案將如何嚴重損害您的生命、健康，或獲得、維持或重新獲得充分發揮功能之能力。然後可申請舉行「**加急聽證會**」，並將本信函及聽證會申請表一併提交。

法律援助

您可以在州聽證會上為自己發言，也可以請其他人代您發言，例如親屬、朋友、倡議者、醫生或律師。如果您想讓其他人代您發言，則您必須親自詢問對方。您可能可以獲得免費法律援助。請致電 **1-800-952-5210** 與消費者投訴和保護協調員聯絡。您也可以致電 **1-888-804-3536** 與您所在郡的當地法律援助協會聯絡。



歧視是違法行為。 Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan ("Health Plan")

遵守州和聯邦人權法律。 Health Plan 不

會因性別、種族、膚色、宗教、血統、國籍、族群身份、年齡、精神殘疾、身體殘疾、醫療狀況、遺傳資訊、婚姻狀況、性別、性別身份或性取向而非法歧視、排斥任何人或有差別待遇。

Health Plan :

- 為殘疾人士提供免費援助與服務，幫助他們更順利地交流，例如：
 - ✓ 合資格的手語翻譯
 - ✓ 以其他格式提供的書面資訊（大字版、語音版、無障礙電子格式及其他格式）
- 為英語不是母語的人士提供免費語言服務，例如：
 - ✓ 合資格的口譯員
 - ✓ 以其他語言提供的書面資訊

如果您需要這些服務，請致電 **888.936.7526** 與 Health Plan 聯絡，服務時間為週一至週五上午 8:00 至下午 5:00。如果您有聽力或言語障礙，請致電聽/語障專線 711 以使用加州聽語障人士轉接服務。我們可以根據要求向您提供本文件的盲文版、大字版、語音版和無障礙電子格式。如欲獲得上述任一替代格式的副本，請致電或寫信至：

Health Plan

7751 South Manthey Road, French Camp, CA 95231

888.936.PLAN (7526)，聽/語障專線 711

如何提出申訴

如果您認為 Health Plan 未能提供上述服務或基於性別、種族、膚色、宗教、血統、國籍、族群身份、年齡、精神殘疾、身體殘疾、醫療狀況、遺傳資訊、婚姻狀況、性別、性別身份或性取向等理由而透過其他方式歧視他人，您可以向 Health Plan of San Joaquin 的民權協調員（即合規長）提出申訴。您可透過寫信、當面或在線上提出申訴：

- 透過電話：在週一至週五上午 8:00 至下午 5:00 透過致電 **888.936.7526** 聯絡。或者，如果您有聽力或言語障礙，請致電聽/語障專線 711。
- 寫信：填寫投訴申請表，或書寫信函並寄送至：

Health Plan

Attn: Grievance and Appeals Department

7751 S. Manthey Road, French Camp, CA 95231

888.936.PLAN (7526)，聽/語障專線 711

傳真：209.942.6355

- 當面：前往您的醫生診所或 Health Plan ，表明您要提出申訴。
- 線上：瀏覽 Health Plan 的網站 www.hpsj-mvhp.org

如果您在提出申訴時需要幫助，客服代表可以予以協助。

民權辦事處 – 加州健康照護服務部

您還可以透過電話、寫信或在線上向加州健康照護服務部民權辦事處提交人權投訴：

- 透過電話：致電 **916.440.7370**。如果您有言語或聽力障礙，請致電 711（聽語障人士電信轉接服務）。
- 寫信：填寫投訴申請表，或將信函寄送至：

**Deputy Director, Office of Civil Rights
Department of Health Care Services
Office of Civil Rights
P.O. Box 997413, MS 0009
Sacramento, CA 95899-7413**

投訴申請表可在以下網站上找到：www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx

- 線上：傳送電子郵件至 CivilRights@dhcs.ca.gov

民權辦事處 - 美國衛生及公共服務部

如果您認為基於種族、膚色、國籍、年齡、殘疾或性別而受到歧視，您也可以透過電話、寫信或在線上向美國衛生及公共服務部民權辦事處提出民權投訴：

- 透過電話：致電 **1.800.368.1019**。如果您有言語或聽力障礙，請致電聽/語障專線 **1.800.537.7697**。
- 寫信：填寫投訴申請表，或將信函寄送至：

**U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201**

投訴申請表可在以下網站上找到：www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html

- 線上：瀏覽民權辦事處投訴入口網站 <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>。