



Tên Hội Viên _____
Họ _____ Tên _____ Tên Đệm Viết Tắt _____

Địa Chỉ Hội Viên _____ Số Điện Thoại _____

Thành Phố _____ Tiểu Bang _____ Mã Zip _____

ID Hội Viên _____ Ngày Sinh _____ Giới Tính _____

Tên Bác Sĩ Chăm Sóc Chính _____

Kháng Cáo

Quý vị muốn kháng cáo gì? (Liệt kê vật dụng/dịch vụ/thuốc bị từ chối/hoãn/sửa đổi)

Quý vị bị từ chối vào thời điểm nào? (Liệt kê ngày bị từ chối. Quý vị có thể dùng ngày trên thư NOA)

Tại sao quý vị lại kháng cáo? (Liệt kê lý do tại sao điều này cần thiết về mặt y tế đối với quý vị)

Vui lòng liệt kê mọi hồ sơ quý vị gửi kèm với biểu mẫu này: (chẳng hạn như bản sao ghi chú của bác sĩ hoặc ảnh chụp X-quang)

Quý vị đã thử các cách (Thuốc/Phương Pháp Điều Trị) khác chưa? ☐ Có ☐ Không

Nếu quý vị trả lời “có”, vui lòng giải thích:

Quý vị có cần hỗ trợ ngôn ngữ không? ☐ Có ☐ Không

Ngôn ngữ: _____

Quyền của Quý Vị

Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan (“Chương Trình Bảo Hiểm Sức Khỏe”) sẽ gửi hướng dẫn giải quyết kháng cáo cho tôi trong vào 30 ngày kể từ khi nhận được kháng cáo này.

- Tôi hợp tác trên cơ sở tự nguyện.
- Tôi có quyền hủy ghi danh.
- Tôi có quyền liên hệ với Sở Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe Có Quản Lý. Tôi có quyền yêu cầu Phiên Điều Trần Công Bằng Cấp Tiểu Bang (chỉ dành cho hội viên Medi-Cal).

Chữ Ký _____ Ngày _____

Tôi cho phép Chương Trình Bảo Hiểm Sức Khỏe xem: hồ sơ y tế; hồ sơ yêu cầu bảo hiểm; hoặc các hồ sơ khác. Những hồ sơ này sẽ được sử dụng để phục vụ kháng cáo.

Chữ Ký _____ Ngày _____

Quý vị có muốn bác sĩ nộp đơn kháng cáo thay cho quý vị không? ☐ Có ☐ Không

Nếu quý vị trả lời “Có”: Tôi cho phép bác sĩ của mình _____ (Nêu tên bác sĩ) nộp đơn kháng cáo thay mặt tôi.

Chữ Ký _____ Ngày _____

Có ai hỗ trợ quý vị hoàn thành biểu mẫu này không? ☐ Có ☐ Không

Nếu quý vị trả lời “Có”:

Tên _____ Mối Quan Hệ _____

Địa Chỉ _____ Số Điện Thoại _____

Thành Phố _____ Tiểu Bang _____ Mã Zip _____

Chữ Ký _____ Ngày _____