

Hạt Santa Clara / County of Santa Clara
Kháng Cáo Chương Trình Trợ Giúp Thuốc/ MedAssist Program Appeal

Quý vị đã nộp đơn xin Chương Trình Trợ Giúp Thuốc (MedAssist) của Hạt Santa Clara và đã bị từ chối. Quý vị có quyền kháng cáo quyết định này bằng cách gửi đơn kháng cáo trong vòng **30 ngày kể từ ngày từ chối đơn xin**. Muốn kháng cáo quyết định từ chối, quý vị có thể điền mẫu đơn này và nộp đơn theo chỉ dẫn dưới đây:

Tên Bệnh Nhân:	
Ngày Sinh:	
Ngày từ chối đơn:	
Lý do của sự từ chối:	
Yêu cầu giải tỏa:	

Bệnh nhân/Người
bảo lãnh ký tên : _____

Ngày
nộp đơn: _____

Vui lòng điền các chi tiết trên đây. Quý vị cần cung cấp đầy đủ thông tin để đơn kháng cáo của quý vị được cứu xét một cách thỏa đáng. Trong vòng 30 ngày đơn xin Trợ Giúp Thuốc bị từ chối, quý vị cần gửi đơn này đến:

County of Santa Clara Health System Patient Business Services
2325 Enborg Lane, Suite 440
San Jose, CA 95128
Attention: Revenue Cycle Director

Đơn kháng cáo sẽ được cứu xét, và quý vị sẽ nhận được thư trả lời trong vòng 30 ngày. Nếu sự từ chối vẫn được duy trì, thì quý vị có quyền gửi đơn kháng cáo thứ hai, đến:

County of Santa Clara Health System Finance Department
2325 Enborg Lane, Suite 360
San Jose, CA 95128
Attention: Chief Financial Officer

Đơn kháng cáo thứ hai sẽ được cứu xét, và quý vị sẽ nhận được thư trả lời trong vòng 30 ngày. Quyết định về đơn kháng cáo thứ hai sẽ là quyết định cuối cùng.