

聖塔克拉拉縣  
藥物補助計劃申訴表

您已申請卻被拒絕加入聖塔克拉拉縣的藥物補助 (MedAssist) 計劃。您有權在拒絕後30天內以書面形式對本決定提出上訴。想對您的拒絕提出申訴，請填寫此表格之後按照以下說明提交：

患者姓名:	
出生日期:	
拒絕日期:	
拒絕理由:	
要求的救濟:	

患者/擔保人  
簽名: \_\_\_\_\_

日期  
提交: \_\_\_\_\_

請填寫上述詳細資料。必須提供完整的訊息，以幫助確保您的申訴得到適當考量。在MedAssist被拒絕後的30天內，將您的申訴提交給：

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

我們會考慮您的申訴，並在30天內得到回覆。如果仍維持原案拒絕，患者可以向以下機構提出二次申訴：

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

我們會考慮您的申訴，並在30天內得到回覆。對任何第二次上訴的決定將是最終裁定。