

ФОРМА ПОДАЧИ ПРЕТЕНЗИИ/ЖАЛОБЫ

Дата: _

Указывайте всю информацию печатными буквами.

Информация о лице, подающем претензию/жалобу:

Имя и фамилия _____ () _____ ()
Рабочий номер телефона Домашний номер телефона

Адрес _____ Город _____ Штат _____ Почтовый индекс _____

Имя и фамилия лица (лиц), связанного (-ых) с лицом, подающим претензию/жалобу:

Имя и фамилия _____ №: _____
Идентификационный номер: №: _____

Имя и фамилия _____ №: _____
Идентификационный номер: №: _____

Имя и фамилия _____ Идентификационный номер: _____

Характер жалобы: [отметьте все подходящие варианты]

- Маркетинг Сложности при выходе из плана Выставление счетов участникам
 Качество Услуги транспортировки Доступ к обслуживанию
 Экстренная мед. помощь Отношение персонала Получение разрешений

Другое: _____

Формулировка проблемы: Дата возникновения проблемы: _____ Место: _____

Имя и фамилия поставщика услуг _____

Подробно изложите суть проблемы/жалобы:

Если нужно дополнительное место, можно продолжить на оборотной стороне данной формы.

Подпись участника

Дата

(или подпись родителя участника, если последний является несовершеннолетним или недееспособным лицом)

РАЗГЛАШЕНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ

УЧАСТНИК: Укажите имена, фамилии и номера телефонов всех поставщиков услуг, у которых Вы проходили лечение заболевания, являющегося предметом данной претензии.

Вся полученная медицинская документация будет храниться в условиях конфиденциальности и использоваться только при рассмотрении Вашей претензии.

НАСТОЯЩИМ Я ДАЮ РАЗРЕШЕНИЕ УКАЗАННОМУ (-ЫМ) ВЫШЕ ПОСТАВЩИКУ (- АМ) ПЕРЕДАВАТЬ КОМПАНИИ HEALTH NET ЛЮБУЮ МЕДИЦИНСКУЮ ИНФОРМАЦИЮ В СЛУЧАЕ НЕОБХОДИМОСТИ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ ФАКТОВ В СВЯЗИ С ДАННОЙ ПРЕТЕНЗИЕЙ.

ПОДПИСЬ: _____ **ДАТА:** _____

(В случае подписания лицом, которое не является участником) КЕМ ПРИХОДИТСЯ УЧАСТНИКУ: _____

(МАТЬ, ОТЕЦ, ОПЕКУН)

Если у Вас есть вопросы или Вам нужна дополнительная помощь по данному делу, свяжитесь с Отделом обслуживания участников (Member Services Department) по бесплатному номеру (800) 977-7307 или по номеру линии (TTY: 711). После заполнения направьте данную форму по адресу: Health Net, Attn: Medi-Cal Member Appeals and Grievance Department, P.O. Box 10348, Van Nuys, CA 91410-0348. Номер факса: (877) 831-6019.

Департамент управляемого медицинского обслуживания штата Калифорния (California) отвечает за регулирование деятельности планов медицинского страхования. Если у Вас есть претензия к плану медицинского страхования, то, прежде чем обращаться в Департамент, Вам следует позвонить в план по телефону **1-800-977-7307** и воспользоваться внутренней процедурой рассмотрения претензий. Использование данной процедуры не лишит Вас никаких законных прав и средств их защиты, которые могут быть Вам доступны. Если Вам нужна помощь по поводу претензии, связанной с чрезвычайной ситуацией, претензии, разрешенной планом медицинского страхования не в Вашу пользу, или претензии, остающейся без решения более 30 дней, Вы можете обратиться за содействием в Департамент. У Вас также может быть право на независимую медицинскую экспертизу (Independent Medical Review, IMR). Если у Вас есть право на IMR, в ходе IMR будет проведен объективный анализ медицинских решений, вынесенных планом медицинского страхования в отношении необходимости, с медицинской точки зрения, в предлагаемой услуге или лечении, решений о страховом покрытии видов лечения, которые по своей природе являются экспериментальными и исследовательскими, а также споров по оплате за экстренную или неотложную медицинскую помощь. В департамент также можно обратиться по бесплатному номеру телефона (**1-888-466-2219**) и на линию TDD (**1-877-688-9891**) для лиц с нарушениями слуха и речи. На веб-сайте Департамента www.dmhca.gov представлены формы для подачи жалоб, формы запроса о проведении IMR и указания по их заполнению.