

Компания Health Net Community Solutions (Health Net) уделяет большое внимание Вашим проблемам. Если Вы не согласны с решением, Вы или кто-то другой от Вашего имени можете подать апелляцию на отказ в предоставлении услуги. Вы вправе подать претензию в случае возникновения нареканий по поводу полученного Вами медицинского обслуживания или лечения.

У нас должно быть Ваше письменное согласие, если Ваш поставщик или выбранное Вами лицо подает апелляцию или претензию от Вашего имени. Нам может понадобиться Ваше письменное согласие, чтобы получить медицинские документы для рассмотрения Вашей апелляции или претензии. Чтобы получить эти формы, можно обратиться в отдел обслуживания участников Health Net по телефону 1-800-675-6110 или на веб-сайт www.healthnet.com.

- Форма назначения уполномоченного представителя
- Форма согласия на предоставление медицинской документации

Приложите все документы или информацию, имеющие отношение к Вашей апелляции или претензии. Вы можете выбрать любой из следующих способов отправки апелляции или претензии.

- Позвоните в отдел обслуживания участников Health Net по телефону 1-800-675-6110. При необходимости Вы можете воспользоваться услугами по переводу.
- Линия ТTY: 711 — для лиц с нарушениями слуха и речи
- Заполните форму апелляции или претензии онлайн по адресу: www.healthnet.com
- Заполните эту форму и отправьте ее по почте или факсу

Почтовый адрес: Health Net Community Solutions
Attn: Member Appeals and Grievance Department
PO Box 10348
Van Nuys, CA 91410-0348

Или

Факс: 1-877-831-6019

Материалы для участников могут быть предоставлены в других форматах, таких как шрифт Брайля, крупный шрифт, аудио и другие.

Member Appeal or Grievance Form



Часть 1. Информация об участнике.		
Имя и фамилия:	Идентификационный номер:	Дата рождения:
Номер дома и улица:	Город:	Почтовый индекс:
Номер телефона:	Оптимальное время для связи по телефону:	

Часть 2. Информация об апелляции или претензии.	
Имя поставщика услуг:	Дата оказания услуг/возникновения проблемы:
Номер(-а) страхового(-ых) требования(-ий):	Справочный(-е) номер(-а):

Изложите нам свою проблему (проблемы) и желаемые действия. Укажите следующую информацию: имя поставщика услуг, дата оказания услуги, номер(-а) страхового(-ых) требования (-ий) и справочный(-е) номер(-а).

При подаче апелляции: приложите копию письма-уведомления о принятом решении.

Member Appeal or Grievance Form



Вы можете попросить о проведении конференции, если получили отказ в предоставлении лечения или расходных материалов как экспериментальных и страдаете неизлечимым заболеванием.

У меня неизлечимое заболевание, и я прошу о конференции.

Часть 3. К Вашему сведению

Уведомление о принятом решении — это официальное письмо, в котором мы сообщаем Вам о том, что отказываем, задерживаем, изменяем или прекращаем предоставление услуги (услуг). Претензию можно подать в любое время.

Попросите ускорить рассмотрение, если Ваша апелляция или претензия связана с непосредственной или серьезной угрозой Вашему здоровью. В этом случае мы рассмотрим Вашу апелляцию или претензию в течение 72 часов с момента получения.

Вы получите письмо в течение пяти (5) календарных дней после того, как мы получим Вашу апелляцию или претензию.

Сотрудник Health Net, который будет работать над Вашим делом, может обратиться к Вам за дополнительной информацией.

Если Вы не удовлетворены тем, как Health Net решает Ваши вопросы, воспользуйтесь услугами DMHC или DHCS.

California Department of Managed Health Care (DMHC)

California Department of Managed Health Care (DMHC) отвечает за регулирование деятельности планов медицинского страхования. Если у Вас есть претензии к плану медицинского страхования, то, прежде чем обращаться в Департамент, Вам следует позвонить в план по телефону **(1-800-675-6110; линия ТТУ: 711)** и воспользоваться внутренней процедурой рассмотрения претензий. Использование такой процедуры рассмотрения претензий не ограничивает возможность пользования какими-либо юридическими правами или средствами защиты, доступными Вам. Если Вам потребуется помощь в подаче претензии, требующей ускоренного рассмотрения, претензии, решение по которой не удовлетворяет Вас, либо претензии, которая не была рассмотрена в течение 30 дней, Вы можете обратиться в Департамент. У Вас также может быть право на проведение независимой медицинской экспертизы (Independent Medical Review, IMR). Данная процедура представляет собой независимую оценку медицинских решений, принятых планом медицинского страхования в отношении медицинской

целесообразности предложенных услуг или лечения, страхового покрытия лечения экспериментального или исследовательского характера, а также споров, касающихся оплаты экстренной или неотложной медицинской помощи. В Департамент также можно позвонить по бесплатному номеру телефона **(1-888-466-2219)** или на линию TDD **(1-877-688-9891)** для лиц с нарушениями слуха и речи. На веб-сайте Департамента www.dmhc.ca.gov представлены бланки жалоб, заявления о проведении IMR и указания по их заполнению.

Законопроект Сената (SB) 923 «О инклюзивном уходе за трансгендерами, представителями разных полов и интерсексуалами (TGI)»

Вы имеете право подать жалобу в Health Net и DMHC, если ваш поставщик услуг или сотрудники Health Net не обеспечили вам инклюзивное медицинское обслуживание, предусмотренное для транссексуалов законом.

Инклюзивное медицинское обслуживание для транссексуалов означает комплексное медицинское обслуживание, которое соответствует стандартам обслуживания лиц, идентифицирующих себя как TGI, предусматривает соблюдение принципа индивидуальной физической автономии, не допускает суждений о половой принадлежности человека, признает возможность смены пола и нетрадиционное гендерное представление, а также предполагает проявление сострадания, понимания и уважения к каждому человеку [HSC § 1367.043(d)(3)].

California Department of Health Care Services (DHCS) Office of the Ombudsman

Также Вы можете обратиться за помощью, позвонив в California Department of Health Care Services (DHCS) Office of the Ombudsman. Office of the Ombudsman оказывает содействие получателям льгот Medi-Cal в пользовании своими правами в качестве участника плана управляемого медицинского обслуживания. Дополнительную информацию можно узнать по линии для бесплатного звонка **1-888-452-8609** с понедельника по пятницу с 8:00 а.м. до 5:00 р.м.



Часть 4. Подпись

Подпись участника или уполномоченного им
представителя

Дата

Имя участника или уполномоченного им представителя
печатными буквами