

**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) 675-6110 или по номеру линии TTY/TDD: (800)-431-0964. 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.



Health Net®

## ВАШИ ПРАВА В РАМКАХ ПРОГРАММЫ УПРАВЛЯЕМОГО МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ MEDI-CAL

---

Если Вы по-прежнему не согласны с этим решением, Вы можете:

- подать запрос на проведение **независимой медицинской экспертизы (Independent Medical Review, IMR)** и рассмотрение Вашего дела специалистом, который не имеет отношения к Вашему плану медицинского страхования;
- подать запрос на проведение **слушания на уровне штата (State Hearing)**, чтобы Ваше дело рассмотрел судья.

**Вы можете подать одновременно запросы на проведение IMR и слушания на уровне штата.** Вы также можете подать данные запросы один за другим, и сначала посмотреть, не решит ли проблему первый из них. Например, если сначала Вы подадите запрос на проведение IMR, но не согласитесь с решением, Вы можете затем подать запрос на проведение слушания на уровне штата. Однако если Вы сначала подадите запрос на проведение слушания на уровне штата, Вы не сможете подать запрос на проведение IMR. В таком случае решение, принятое в рамках слушания на уровне штата, является окончательным.

IMR и слушание на уровне штата предоставляются бесплатно.

---

### ПОДАЧА ЗАПРОСА НА ПРОДОЛЖЕНИЕ ЛЬГОТ

Однако, если в настоящее время Вы проходите лечение и хотите продолжать данное лечение, необходимо подать апелляцию в течение **10 дней** с даты почтового штемпеля или даты доставки Вам письма-уведомления о предпринятом действии либо письма-уведомления о решении по апелляции, **ИЛИ** до даты прекращения предоставления Вам услуг компанией Health Net либо Вашей группой врачей. При подаче апелляции Вы должны сказать, что желаете продолжать получать лечение. Вы можете подать запрос на продолжение получения покрываемых услуг во время рассмотрения жалобы или проведения слушания на уровне штата при выполнении всех следующих условий:

- 1) Ваша апелляция получена в течение **60 дней** с момента получения письма-уведомления о предпринятом действии;
  - 2) Вы опротестовываете прекращение, приостановление или сокращение ранее одобренных услуг;
  - 3) покрываемые услуги заказаны одобренным поставщиком;
  - 4) период действия ранее одобренных услуг еще не истек;
  - 5) Вы подаете запрос на продолжение получения покрываемых услуг в течение **10 календарных дней** с момента отправки письма-уведомления о предпринятом действии либо до назначенной даты вступления в силу предложенного действия.
- 
-



Health Net®

## ВАШИ ПРАВА В РАМКАХ ПРОГРАММЫ УПРАВЛЯЕМОГО МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ MEDI-CAL

---

### НЕЗАВИСИМАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА (IMR)

Если Вы хотите провести IMR, Вы можете подать такой запрос в течение **180 дней** с момента получения этого письма-уведомления о решении по апелляции. Ниже представлена информация о том, как подать запрос на проведение IMR. Обратите внимание на то, что термин «претензия» означает и «жалобу», и «апелляцию».

Департамент управляемого медицинского обслуживания штата Калифорния (California Department of Managed Health Care) несет ответственность за регулирование деятельности планов медицинского страхования. Если Вы хотите подать претензию на Ваш план медицинского страхования, то прежде чем обращаться в Департамент, Вам следует связаться с компанией **Health Net** по телефону **1-800-675-6110** и воспользоваться **процедурой рассмотрения апелляций**, предусмотренной компанией **Health Net**. Использование данной процедуры рассмотрения претензий не исключает никаких законных прав или средств их защиты, которые могут быть Вам доступны. Если Вам нужна помощь по поводу претензии, связанной с ситуацией, требующей экстренной медицинской помощи, претензии, неудовлетворительно разрешенной Вашим планом медицинского страхования, или претензии, остающейся без решения более 30 дней, Вы можете позвонить в Департамент для получения помощи. 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. У Департамента также есть бесплатный номер телефона (**1-888-НМО-2219**) и номер линии TDD (**1-877-688-9891**) для лиц с нарушениями слуха и речи. На веб-сайте Департамента (<http://www.hmohelp.ca.gov>) имеются формы подачи жалоб, заявления на проведение IMR и инструкции по их заполнению.

---

### СЛУШАНИЕ НА УРОВНЕ ШТАТА

Если Вы желаете провести слушание на уровне штата, соответствующий запрос необходимо подать в течение **120 дней** от даты этого уведомления о решении по апелляции» (Notice of Appeal Resolution, NAR), информирующего Вас о том, что предыдущее отрицательное решение по льготе частично или полностью удовлетворено. Однако, **если в настоящее время Вы проходите лечение и хотите продолжать данное лечение, необходимо подать запрос для проведения слушания на уровне штата в течение 10 дней** с даты почтового штемпеля на данном письме или с даты доставки Вам данного письма, ИЛИ до даты прекращения предоставления услуг Вашим планом медицинского страхования. При подаче запроса для проведения слушания на уровне штата Вы должны сказать, что желаете продолжать получать лечение.

Вы можете подать запрос о проведении слушания на уровне штата по телефону или в письменном виде.



Health Net®

## **ВАШИ ПРАВА В РАМКАХ ПРОГРАММЫ УПРАВЛЯЕМОГО МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ MEDI-CAL**

---

- По телефону: звоните по номеру **1-800-952-5253**. Этот номер может быть часто занят. Возможно, Вас попросят перезвонить позже. Если у Вас имеются нарушения речи или слуха, звоните на линию **TTY/TDD по номеру 1-800-952-8349**.
- В письменном виде: Заполните прилагаемую форму заявления на проведение слушания на уровне штата либо отправьте письмо по адресу:  
**California Department of Social Services  
State Hearings Division  
P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-37  
Sacramento, CA 94244-2430**

Форма заявления на проведение слушания на уровне штата прилагается к данному письму. Обязательно укажите Ваши имя и фамилию, номер телефона, номер социального страхования, а также причину, по которой Вы подаете запрос на проведение слушания на уровне штата. Если кто-нибудь помогает Вам составить запрос о проведении слушания на уровне штата, в заполняемой Вами форме или письме укажите его/ее имя, фамилию, адрес и номер телефона. Если Вам нужен переводчик, сообщите нам, на каком языке Вы разговариваете. Вам не придется платить за услуги перевода. Мы предоставим Вам переводчика сами.

После того как Вы подадите запрос на проведение слушания на уровне штата, вынесение решения по Вашему делу и отправка ответа могут занять до 90 дней. Если Вы считаете, что ожидание в течение этого срока может причинить вред Вашему здоровью, Вы можете получить ответ в течение 3 рабочих дней. Попросите Вашего врача или план медицинского страхования написать для Вас письмо. В письме необходимо подробно пояснить, почему, ожидая решения в течение 90 дней, Вы в серьезной мере рискуете своей жизнью или своим здоровьем, или возможностью добиваться, поддерживать или восстанавливать максимальную функциональность. Затем сделайте запрос о проведении **ускоренного слушания** и предоставьте письмо с Вашей просьбой о проведении слушания.

Вы можете выступать на слушании на уровне штата самостоятельно. Или Вы можете попросить родственника, друга, адвоката, врача или доверенное лицо сделать это за Вас. Если Вы хотите, чтобы вместо Вас выступало другое лицо, Вы должны сообщить в службу проведения слушания на уровне штата о том, что данное лицо имеет право выступать от Вашего лица. Такое лицо называется уполномоченным представителем.

---

### **ЮРИДИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ**

Вы можете получить бесплатную юридическую помощь. Звоните на выделенную горячую линию по правам потребителей округа. Вы также можете позвонить в Общество юридической помощи (Legal Aid Society) в вашем округе по телефону 1-888-804-3536.



Health Net®

## ВАШИ ПРАВА В РАМКАХ ПРОГРАММЫ УПРАВЛЯЕМОГО МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ MEDI-CAL

---

Округ	Права потребителя
Fresno	Fresno Health Consumer Center 2115 Kern Street Suite 1 Fresno, CA 93721 Phone (559) 570 - 1200 Toll Free (800) 675 - 8001 Website <a href="http://www.centralcallegal.org">http://www.centralcallegal.org</a>
Kern	California Rural Legal Assistance, Inc. 601 High Street (map) Suite C Delano, CA 93215 Phone (661) 725 - 4350 Website <a href="http://crla.org">http://crla.org</a> Email <a href="mailto:info@crla.org">info@crla.org</a>
Kings	Fresno Health Consumer Center 2115 Kern Street Suite 1 Fresno, CA 93721 Phone (559) 570 - 1200 Toll Free (800) 675 - 8001 Website <a href="http://www.centralcallegal.org">http://www.centralcallegal.org</a>
Los Angeles	Center for Health Care Rights 520 South Lafayette Park Place Suite 214 Los Angeles, CA 90057 Toll Free (800) 824 - 0780 Email <a href="mailto:center@healthcarerights.org">center@healthcarerights.org</a>
Madera	Fresno Health Consumer Center 2115 Kern Street Suite 1 Fresno, CA 93721 Phone (559) 570 - 1200 Toll Free (800) 675 - 8001 Website <a href="http://www.centralcallegal.org">http://www.centralcallegal.org</a>



Health Net®

## ВАШИ ПРАВА В РАМКАХ ПРОГРАММЫ УПРАВЛЯЕМОГО МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ MEDI-CAL

---

Округ	Права потребителя
Riverside	California Rural Legal Assistance, Inc 1460 6th Street Coachella, CA 92236 Phone (760) 398 - 7261 Website <a href="http://crla.org">http://crla.org</a> Email <a href="mailto:info@crla.org">info@crla.org</a>
Sacramento	Community Legal Services - McGeorge School of Law 3200 Fifth Avenue Sacramento, CA 95818 Phone (916) 340 – 6080
San Bernardino	California Rural Legal Assistance, Inc 1460 6th Street Coachella, CA 92236 Phone (760) 398 - 7261 Website <a href="http://crla.org">http://crla.org</a> Email <a href="mailto:info@crla.org">info@crla.org</a>
San Diego	California Rural Legal Assistance, Inc. 640 Civic Center Drive #108 Vista, CA 92084 Phone (760) 966 - 0511 Website <a href="http://crla.org">http://crla.org</a> Email <a href="mailto:info@crla.org">info@crla.org</a>
San Joaquin	Legal Services of Northern California Phone: (888) 354-4474
Stanislaus	Central California Legal Services, Inc. Phone: (559) 570-1200
Tulare	Central California Legal Services, Inc. Phone: (559) 570-1200