

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](http://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 ТТТ: 711 — для лиц с нарушениями слуха и речи
- Заполните форму апелляции или претензии онлайн по адресу: [www.healthnet.com](http://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.



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.

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.

Для подачи апелляции отводится 60 календарных дней с момента получения письма с уведомлением о принятом решении. 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 ДМНС или DHCS.

### **Департамент управляемого медицинского обслуживания штата Калифорния (ДМНС)**

«Департамент управляемого медицинского обслуживания штата Калифорния 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.dmhca.gov](http://www.dmhca.gov) представлены бланки жалоб, заявления о проведении IMR и указания по их заполнению.»



**Офис омбудсмена Департамента здравоохранения штата Калифорния**  
**(Department of Health Care Services, DHCS)**

Также Вы можете обратиться за помощью, позвонив в офис омбудсмена Департамента здравоохранения штата Калифорния (Department of Health Care Services, DHCS). Офис омбудсмена оказывает содействие получателям льгот Medi-Cal в пользовании своими правами в качестве участника плана управляемого медицинского обслуживания. Чтобы получить дополнительную информацию, звоните по бесплатному номеру **1-888-452-8609**.

**Часть 4. Подпись**

Подпись участника или уполномоченного им представителя

Дата

Имя участника или уполномоченного им представителя печатными буквами

**English:** If you, or someone you are helping, need language services, call 1-800-675-6110 (TTY: 711). Aids and services for people with disabilities, like accessible PDF and large print documents, are also available. These services are at no cost to you.

**Arabic:** إذا كنت أنت أو أي شخص تقوم بمساعدته، بحاجة إلى الخدمات اللغوية، فاتصل بالرقم (1-800-675-6110 (TTY: 711) تتوفر أيضاً المساعدات والخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل الملفات المنقولة (PDF) التي يمكن الوصول إليها والمستندات المطبوعة الكبيرة. تتوفر هذه الخدمات بدون تكلفة بالنسبة لك.

**Armenian:** Եթե դուք կամ որևէ մեկը, ում դուք օգնում եք, ունեն լեզվական օգնության կարիք, գանգախարհք 1-800-675-6110 (TTY: 711): Հաշմանդամություն ունեցող մարդկանց համար հասանելի են օգնություն և ծառայություններ, ինչպես օրինակ՝ մատչելի PDF և մեծ տպագրությամբ փաստաթղթեր: Այս ծառայությունները ձեզ համար անվճար են:

**Cambodian:** ប្រសិនបើអ្នក ឬនរណាម្នាក់ដែលអ្នកកំពុងជួយ ត្រូវការសេវាផ្នែកភាសា សូមទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-800-675-6110 (TTY: 711)។ ជំនួយ និងសេវាកម្មផ្សេងៗសម្រាប់អ្នកដែលពិការ ដូចជាទម្រង់ PDF សម្រាប់អ្នកពិការ និងឯកសារព្រីនជាអក្សរខ្នាតធំក៏មានផ្តល់ជូនផងដែរ។ សេវាកម្មទាំងនេះត្រូវបានផ្តល់ជូនអ្នកដោយមិនគិតថ្លៃ។

**Chinese:** 如果您或者您正在帮助的人需要语言服务，请致电1-800-675-6110 (TTY: 711)。还可提供面向残障人士的帮助和服务，例如无障碍 PDF 和大字版文档。这些服务免费为您提供。

**Farsi:** اگر شما یا هر فرد دیگری که به او کمک می‌کنید نیاز به خدمات زبانی دارد، با شماره 1-800-675-6110 (TTY: 711) تماس بگیرید. کمک‌ها و خدماتی مانند مدارک با چاپ درشت و PDF دسترس‌پذیر نیز برای معلولان قابل عرضه است. این خدمات هزینه‌ای برای شما نخواهد داشت.

**Hindi:** यदि आपको, या जिसकी आप मदद कर रहे हैं उसे, भाषा सेवाएँ चाहिए, तो कॉल करें 1-800-675-6110 (TTY: 711)। विकलांग लोगों के लिए सहायता और सेवाएं, जैसे सुलभ PDF और बड़े प्रिंट वाले दस्तावेज़, भी उपलब्ध हैं। ये सेवाएँ आपके लिए मुफ्त उपलब्ध हैं।

**Hmong:** Yog hais tias koj, los sis ib tus neeg twg uas koj tab tom pab nws, xav tau cov kev pab cuam txhais lus, hu rau 1-800-675-6110 (TTY: 711). Tsis tas li ntawd, peb kuj tseem muaj cov khoom siv pab thiab cov kev pab cuam rau cov neeg xiam oob qhab tib si, xws li cov ntaub ntawv PDF uas tuaj yeem nkag cuag tau yooj yim thiab cov ntaub ntawv luam tawm uas pom tus niam ntawv loj. Cov kev pab cuam no yog muaj pab yam tsis xam nqi dab tsi rau koj them li.

**Japanese:** ご自身またはご自身がサポートしている方が言語サービスを必要とする場合は、1-800-675-6110 (TTY: 711)までお問い合わせください。障がいをお持ちの方のために、アクセシブルなPDFや大きな文字で書かれたドキュメントなどの補助・サービスも提供しています。これらのサービスは無料で提供されています。

**Korean:** 귀하 또는 귀하가 도와주고 있는 분이 언어 서비스가 필요하시면 1-800-675-6110 (TTY: 711) 번으로 연락해 주십시오. 장애가 있는 분들에게 보조 자료 및 서비스(예: 액세스 가능한 PDF 및 대형 활자 인쇄본)도 제공됩니다. 이 서비스는 무료로 이용하실 수 있습니다.

**Laotian:** ຖ້າທ່ານ, ຫຼື ບຸກຄົນໃດໜຶ່ງທີ່ທ່ານກຳລັງຊ່ວຍເຫຼືອ, ຕ້ອງການບໍລິການແປພາສາ, ໂທ 1-800-675-6110 (TTY: 711). ນອກນັ້ນ, ພວກເຮົາຍັງມີອຸປະກອນຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ການບໍລິການສຳລັບຄົນພິການອີກດ້ວຍ, ເຊັ່ນ ເອກະສານ PDF ທີ່ສາມາດເຂົ້າເຖິງໄດ້ສະດວກ ແລະ ເອກະສານພິມຂະໜາດໃຫຍ່. ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ແມ່ນມີໄວ້ຊ່ວຍເຫຼືອທ່ານໂດຍບໍ່ໄດ້ເສຍຄ່າໃດໆ.

**Mien:** Da'faanh Meih, Fai Heuc Meih Haih Tengx, Oix Janx-kaeqv waac gong, Heuc 1-800-675-6110 (TTY: 711). JomcCaux gong Bun Yangh mienh Caux mv fungc, Oix dongh eix PDF Caux Bunh Fiev dimc, Haih yaac kungx nyei. Deix gong Haih buac Yietc liuz maiv jaax-zinh Bieqc Meih.

**Punjabi:** ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ, ਜਾਂ ਜਿਸ ਦੀ ਤੁਸੀਂ ਮਦਦ ਕਰ ਰਹੇ ਹੋ, ਨੂੰ ਭਾਸ਼ਾ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੀ ਜ਼ਰੂਰਤ ਹੈ, ਤਾਂ 1-800-675-6110 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਅਪਹਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਪਹੁੰਚਯੋਗ PDF ਅਤੇ ਵੱਡੇ ਪ੍ਰਿੰਟ ਵਾਲੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਹਨ।

**Russian:** Если вам или человеку, которому вы помогаете, необходимы услуги перевода, звоните по телефону 1-800-675-6110 (TTY: 711). Кроме того, мы предоставляем материалы и услуги для людей с ограниченными возможностями, например документы в специальном формате PDF или напечатанные крупным шрифтом. Эти услуги предоставляются бесплатно.

**Spanish:** Si usted o la persona a quien ayuda necesita servicios de idiomas, comuníquese al 1-800-675-6110 (TTY: 711). También hay herramientas y servicios disponibles para personas con discapacidad, como documentos en letra grande y en archivos PDF accesibles. Estos servicios no tienen ningún costo para usted.

**Tagalog:** Kung ikaw o ang taong tinutulungan mo ay kailangan ng mga serbisyo sa wika, tumawag sa 1-800-675-6110 (TTY: 711). Makakakuha rin ng mga tulong at serbisyo para sa mga taong may mga kapansanan, tulad ng naa-access na PDF at mga dokumentong malaking print. Wala kang babayaran para sa mga serbisyong ito.

**Thai:** หากคุณหรือคนที่คุณช่วยเหลือ ต้องการบริการด้านภาษา โทร 1-800-675-6110 (TTY: 711) นอกจากนี้ยังมี ความช่วยเหลือและบริการสำหรับผู้ทุพพลภาพ เช่น PDF ที่เข้าถึงได้และเอกสารที่พิมพ์ขนาดใหญ่ บริการเหล่านี้ ไม่มีค่าใช้จ่ายสำหรับคุณ

**Ukrainian:** Якщо вам або людині, якій ви допомагаєте, потрібні послуги перекладу, телефонуйте на номер 1 800 675 6110 (TTY: 711). Ми також надаємо матеріали та послуги для людей з обмеженими можливостями, як-от документи в спеціальному форматі PDF або надруковані великим шрифтом. Ці послуги для вас безкоштовні.

**Vietnamese:** Nếu quý vị hoặc ai đó mà quý vị đang giúp đỡ cần dịch vụ ngôn ngữ, hãy gọi 1-800-675-6110 (TTY: 711). Chúng tôi cũng có sẵn các trợ giúp và dịch vụ dành cho người khuyết tật, như tài liệu dạng bản in khổ lớn và PDF có thể tiếp cận được. Quý vị được nhận các dịch vụ này miễn phí.

Health Net соблюдает применимые законы штата и федеральное законодательство по защите гражданских прав и не допускает дискриминации, не отказывает в обслуживании и не относится к людям по-разному на основании расовой принадлежности, цвета кожи, страны происхождения, возраста, ограниченных психических и физических возможностей, пола (в том числе беременности, сексуальной ориентации и гендерной самоидентификации), религии, социального происхождения, принадлежности к этнической группе, заболеваний, генетической информации, семейного положения или гендера.

Health Net предоставляет приведенные ниже услуги.

- Бесплатные услуги и помощь людям с ограниченными возможностями для эффективной коммуникации с нами, в том числе:
  - услуги квалифицированных сурдопереводчиков;
  - печатные материалы в других форматах (крупный шрифт, специальный электронный формат, аудиозапись и т. д.).
- Бесплатные услуги перевода для людей, чей родной язык — не английский, в том числе:
  - услуги квалифицированных устных переводчиков;
  - печатные материалы на других языках.
  - Если вам нужны эти услуги, звоните в контактный центр для клиентов Health Net по телефону 1-800-675-6110 (TTY: 711) круглосуточно и без выходных.

По запросу этот документ можно получить напечатанным шрифтом Брайля, крупным шрифтом, на аудиокассете или в электронной форме. Чтобы получить его в одном из таких альтернативных форматов, позвоните по указанному ниже телефону или напишите на следующий адрес:

Health Net

Post Office Box 9103, Van Nuys, California 91409-9103

Контактный центр для клиентов: 1-800-675-6110 (TTY: 711)

Коммутаторная служба штата California: 711

Если вы считаете, что компания Health Net не предоставила вам эти услуги или иным образом подвергла вас дискриминации на основании расовой принадлежности, цвета кожи, страны происхождения, возраста, пола (в том числе беременности, сексуальной ориентации либо гендерной самоидентификации), ограниченных психических или физических возможностей, религии, социального происхождения, принадлежности к этнической группе, заболеваний, генетической информации, семейного положения либо гендера, вы можете подать претензию координатору по соблюдению требований Раздела 1557.

Вы можете подать претензию лично либо по почте, факсу или электронной почте. Если вам нужна помощь в подаче претензии, обратитесь к **координатору по соблюдению требований Раздела 1557**.

- По телефону. Позвоните по номеру 855-577-8234 (TTY: 711).
- По факсу. 1-866-388-1769.
- В письменном виде. Напишите письмо и отправьте его по адресу Health Net 1557 Coordinator, PO Box 31384, Tampa, FL 33631.

В электронном виде. Отправьте электронное письмо по адресу [SM\\_Section1557Coord@centene.com](mailto:SM_Section1557Coord@centene.com). Это уведомление доступно на сайте Health Net: [https://www.healthnet.com/content/healthnet/en\\_us/disclaimers/legal/non-discrimination-notice-medi-cal.html](https://www.healthnet.com/content/healthnet/en_us/disclaimers/legal/non-discrimination-notice-medi-cal.html).

Кроме того, вы можете подать жалобу на нарушение гражданских прав в Управление по вопросам гражданских прав при Департаменте здравоохранения штата California по телефону, в письменном или электронном виде:

- По телефону. Позвоните по номеру 916-440-7370. Если у вас есть нарушения речи или слуха, звоните по номеру 711.
- В письменном виде. Заполните бланк жалобы или напишите письмо и отправьте его по адресу Deputy Director, Office of Civil Rights, Department of Health Care Services, Office of Civil Rights, P.O. Box 997413, MS 0009, Sacramento, CA 95899-7413. Бланки жалоб есть на сайте [http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language\\_Access.aspx](http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx).
- В электронном виде. Отправьте электронное письмо по адресу [CivilRights@dhcs.ca.gov](mailto:CivilRights@dhcs.ca.gov).

Вы также можете подать жалобу на нарушение гражданских прав в Управление по вопросам гражданских прав при Департаменте здравоохранения и социального обеспечения в электронном виде через портал для подачи жалоб этого управления <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, по почте или по телефону:

U.S. Department of Health and Human Services

200 Independence Avenue, SW

Room 509F, HHH Building

Washington, D.C. 20201

1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD)

Бланки жалоб есть на сайте <https://www.hhs.gov/ocr/complaints/index.html>.