

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 ТТУ/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, Woodland Hills, CA 91367. Номер факса: (877) 831-6019.

ВАШИ ПРАВА В РАМКАХ ПРОГРАММЫ УПРАВЛЯЕМОГО МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ MEDI-CAL

ЕСЛИ ВЫ НЕ СОГЛАСНЫ С РЕШЕНИЕМ, ПРИНЯТЫМ В ОТНОШЕНИИ ВАШЕГО ЛЕЧЕНИЯ, ВЫ МОЖЕТЕ ПОДАТЬ АПЕЛЛЯЦИЮ. ДАННУЮ АПЕЛЛЯЦИЮ СЛЕДУЕТ ПОДАВАТЬ В КОМПАНИЮ HEALTH NET

КАК ПОДАТЬ АПЕЛЛЯЦИЮ

Вы можете подать апелляцию в течение **60 дней** с момента получения данного письма с уведомлением о решении (Notice of Action). Однако **если в настоящее время Вы проходите лечение и хотите продолжать данное лечение, необходимо подать апелляцию в течение 10 дней** с даты почтового штемпеля на данном письме или с даты доставки Вам данного письма ИЛИ до даты прекращения предоставления Вам услуг компанией Health Net или Вашей группой врачей. При подаче апелляции Вы должны сказать, что желаете продолжать получать лечение.

Вы можете подать апелляцию по телефону, в письменном или электронном виде.

- По телефону: свяжитесь с компанией Health Net по номеру (800) 675-6110; либо, если у Вас имеются нарушения слуха или речи, позвоните по номеру линии TTY/TDD: (800)-431-0964.
- В письменном виде: заполните форму подачи апелляции или напишите письмо и направьте их по адресу:

Health Net
Attn: Medi-Cal Member Appeals and Grievance Department
P.O Box 10348
Woodland Hills, CA 91367

- По факсу на номер: (877) 831-6019.
- В электронном виде: посетите веб-сайт компании Health Net по адресу: www.healthnet.com.

Вы можете взять форму подачи апелляции в офисе Вашего врача. Также сотрудники Вашего плана медицинского страхования могут направить Вам форму по почте.

Вы можете подать апелляцию самостоятельно. Либо Вы можете попросить родственника, друга, адвоката, врача или доверенное лицо сделать это за Вас. Вы можете направить любую информацию на рассмотрение Вашим планом медицинского страхования. Вашу апелляцию будет рассматривать врач, который не принимал участия в вынесении первого решения.

Компания Health Net обязана предоставить Вам ответ в течение 30 дней. В течение этого времени Вы получите письмо с уведомлением о решении по апелляции (Notice of Appeal Resolution). В данном письме будет изложена информация о решении, принятом компанией Health Net. **Если Вы не получите письмо в течение 30 дней, 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.

Прочитайте раздел ниже, чтобы узнать, как подать запросы на проведение IMR или слушания на уровне штата.

УСКОРЕННОЕ РАССМОТРЕНИЕ АПЕЛЛЯЦИЙ

Если Вы считаете, что 30-дневное ожидание решения причинит вред Вашему здоровью, возможно, Вам удастся получить ответ в течение 72 часов. При подаче апелляции укажите, что ожидание причинит вред Вашему здоровью. Убедитесь в том, что Вы подаете запрос на **ускоренное рассмотрение апелляции (expedited appeal)**.

ЕСЛИ ВЫ НЕ СОГЛАСНЫ С РЕШЕНИЕМ ПО АПЕЛЛЯЦИИ

Если Вы подали апелляцию и получили письмо с уведомлением о решении по апелляции, в котором указано, что Ваш план медицинского страхования не будет предоставлять Вам услуги, или **Вы так и не получили письмо с решением в течение 30 дней**, 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.

НЕЗАВИСИМАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА (IMR)

Если Вы хотите подать запрос на проведение IMR, сначала Вы должны подать апелляцию в свой план медицинского страхования. Если в течение 30 дней Вы не получите ответ или Вы будете недовольны решением, вынесенным Вашим планом медицинского страхования, тогда Вы можете подать запрос на проведение IMR. Вы можете подать запрос на проведение IMR в течение **180 дней** с момента получения письма с уведомлением о решении по апелляции.

Иногда запрос на проведение IMR можно подать и без подачи апелляции. Это возможно в случаях, когда Вашему здоровью угрожает опасность или когда Ваш запрос отклонили потому, что Ваше лечение считается экспериментальным или предоставляется в рамках исследования.

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 **(800) 675-6110** и воспользоваться процедурой рассмотрения претензий, предусмотренной планом. 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 хотите провести слушание на уровне штата, Вы можете подать такой запрос в течение **120 дней** с момента получения письма с уведомлением о решении по апелляции. Вы можете подать запрос о проведении слушания на уровне штата по телефону или в письменном виде.

- 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**

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

Возможно, Вы можете получить бесплатную юридическую помощь. Позвоните на линию *[name and telephone number of the county's consumer rights hotline]*. Вы также можете позвонить в местное Общество юридической помощи (Legal Aid Society) в своем округе по телефону 1-888-804-3536.