

Форма жалобы / апелляции участника

Телефон: 1(415) 547-7800 или 1(800) 288-5555

Факс: 1(415) 547-7825

**SAN FRANCISCO
HEALTH PLAN**



Here for you

Координатор по
рассмотрению жалоб
P.O. Box 194247
San Francisco, CA 94119
sfhp.org

Данная форма предназначена для подачи: <input type="checkbox"/> жалобы <input type="checkbox"/> апелляции		ТОЛЬКО ДЛЯ СЛУЖЕБНОГО ПОЛЬЗОВАНИЯ SFHP Дата получения:	
Имя участника:		Ид. № участника:	Дата заполнения:
Улица, дом:		Город:	Почтовый индекс:
Дата рождения:	Телефон:	Домашний телефон:	Телефон для отправки сообщений:
Имя и фамилия лица, оформляющего документ, если отличается от вышеуказанного:			
Кем приходится:		Телефон представителя:	Факс представителя:
Подробно изложите проблему: (при необходимости используйте и приложите дополнительные листы)			Дата, когда имела место проблемная ситуация:
Как вы пытались разрешить проблему: (при необходимости используйте и приложите дополнительные листы)			
Какие действия, по вашему мнению, должны быть предприняты в отношении данной проблемы: (при необходимости используйте и приложите дополнительные листы)			
Вам потребуется языковая помощь: <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		На каком языке:	
У вас есть физическая инвалидность, в связи с которой требуются особые приспособления?			
У вас есть проблема, требующая медицинской помощи в ближайшие три дня, или острая боль? Изложите причины, по которым ожидание нашего ответа в течение более трех дней может причинить вред вашему здоровью (при необходимости используйте и приложите дополнительные листы). Вам может быть предоставлено право на рассмотрение жалобы или апелляции в ускоренном порядке.			
ОБЯЗАТЕЛЬНО Подпись участника:		Дата:	
ТОЛЬКО ДЛЯ АПЕЛЛЯЦИЙ Перечислите препараты / услуги, в отношении которых вы подаете апелляцию:			

Сотрудники San Francisco Health Plan (SFHP) всегда готовы вам помочь. Мы можем помочь вам заполнить данную форму по телефону. Звоните нам в будние дни по номеру **1(415) 547-7800** или **1(800) 288-5555** с 8:30am до 5:30pm. Либо наш сотрудник свяжется с вами по телефону или по почте, как только мы получим данную форму. Мы будем тесно сотрудничать с вами, чтобы составить полное представление о вашей претензии. Мы хотим понять суть проблемы и решить ее. Мы постараемся помочь вам всеми доступными способами и ответим на любые ваши вопросы. Мы готовы предоставить помощь на любом языке.

Мы хотим, чтобы вы знали, что:

- Вы имеете право жаловаться. Никто не накажет вас за это.
- Вы можете пожаловаться на своего врача, медсестру или San Francisco Health Plan.
- Мы поможем вам оформить жалобу в устной или письменной форме.
- Каждая жалоба важна для San Francisco Health Plan.
- Ваш врач или медсестра продолжают осуществлять ваше медицинское обслуживание в период рассмотрения нами вашей жалобы.
- Мы стараемся отвечать на жалобы, связанные с неминуемым вредом для вашего здоровья, в течение 72 часов.

Если вы не согласны с решением, вынесенным в отношении вашего лечения, вы можете подать апелляцию. Если вы являетесь участником программы **Medi-Cal**, вы можете подать апелляцию в течение **60 дней** с даты, указанной на «Уведомлении о решении». Однако **если вы сейчас проходите лечение или хотите продолжать лечение, то необходимо запросить апелляцию в течение 10 дней** с даты по почтовому штемпелю на данном письме, или с даты его доставки вам, ИЛИ до даты, в которую, по словам вашего страхового плана, прекратятся предоставляемые вам услуги. При подаче запроса на апелляцию вы обязаны сообщить, что хотите продолжать лечение. Если вы являетесь участником программ **Healthy Kids HMO** или **Healthy Workers HMO**, вы можете подать

апелляцию в течение **180 дней** с даты, указанной на «Уведомлении о решении». Обратитесь в San Francisco Health Plan, чтобы уточнить порядок оформления апелляции по телефону, в письменной или в электронной форме.

Ваш план медицинского страхования обязан предоставить вам ответ в течение 30 дней. В течение этого срока вы должны будете получить письмо с Уведомлением о решении по апелляции. В этом письме должно быть изложено решение, принятое планом. **Если вы не получите письмо в течение 30 дней, вы можете:**

- Подать запрос на проведение **Независимой медицинской экспертизы (IMR)** и пригласить независимого эксперта, который не связан с планом, рассматривающим ваше дело. Такая возможность предоставляется участникам программ Medi-Cal, Healthy Kids HMO и Healthy Workers HMO от SFHP.
- Подать запрос на проведение **Слушания в суде штата**, и судья рассмотрит ваше дело. Данная возможность предоставляется только участникам программы Medi-Cal плана SFHP.

Вы можете одновременно подать запрос на проведение IMR и Слушания в суде штата. Вы также можете подать такие запросы последовательно, чтобы выяснить, какая из процедур быстрее решит вашу проблему. Например, если вы сначала подадите запрос на IMR, но будете не согласны с решением, у вас сохраняется возможность подать запрос на Слушание в суде штата позже. Однако, если вы сначала потребуете проведения Слушания в суде штата, а оно уже проводилось, вы не сможете подать запрос на IMR. В этом случае решение, вынесенное на Слушании в суде штата, является окончательным. Процедуры IMR или Слушания в суде штата являются бесплатными для участников плана.

Если вы полагаете, что ожидание в течение 30 дней может причинить вред вашему здоровью, ответ может быть предоставлен вам в течение 72 часов. При оформлении апелляции следует указать основания, по которым ожидание может нанести вред

вашему здоровью. Убедитесь, что ваш запрос содержит требование **«рассмотрения апелляции в ускоренном порядке»**.

Если вы хотите потребовать проведения **IMR**, сначала вам необходимо подать апелляцию в ваш план медицинского страхования. Если вы не получите ответа от вашего страхового плана в течение 30 дней или будете недовольны принятым им решением, вы можете в дальнейшем подать запрос на проведение IMR. Вам необходимо подать запрос на IMR в течение **180 дней** от даты получения письма с Уведомлением о решении по апелляции.

Вам может быть предоставлена возможность проведения IMR незамедлительно без предварительного оформления апелляции. Данный вариант возможен в ситуациях, когда ваше здоровье подвергается непосредственной опасности или запрос был отклонен по причине экспериментального или исследовательского характера лечения.

Департамент регулируемого медицинского обслуживания Калифорнии отвечает за регулирование работы планов медицинского страхования здоровья. Если у вас есть жалоба на свой план медицинского страхования, прежде чем обращаться в Департамент, вам следует позвонить в свой страховой план по телефону **1 (800) 288-5555** или **1 (415) 547-7800** и воспользоваться внутренней процедурой подачи жалобы. Применение этой процедуры подачи жалоб не препятствует осуществлению каких-либо доступных вам юридических прав или использованию средств судебной защиты. Если вам нужна помощь по поводу жалобы, связанной с критической ситуацией, жалобы, которая не была удовлетворительно разрешена вашим планом медицинского страхования, или жалобы, оставшейся неразрешенной в течение более 30 дней, вы можете позвонить в департамент для получения помощи. Вы также можете иметь право на проведение независимой медицинской экспертизы (Independent Medical Review, IMR). В рамках независимой медицинской экспертизы будет осуществлен

беспристрастный разбор медицинских решений, принятых планом страхования в отношении наличия медицинских показаний для оказания предлагаемой услуги или лечения, решений по оплате методов лечения, имеющих экспериментальный или исследовательский характер, и споров по поводу оплаты услуг экстренной или неотложной медицинской помощи. Департамент имеет также бесплатный телефонный номер **(1-888- HMO-2219)** и TDD линию **(1-877-688-9891)** для людей с нарушениями слуха и речи. На веб-сайте Департамента <http://www.hmohelp.ca.gov> представлены интерактивные формы жалоб, заявок на проведение IMR и инструкции.

Если вы являетесь участником программы Medi-Cal и желаете подать запрос на **Слушание в суде штата**, вы можете сделать это в течение 120 дней от даты отправки письма с Уведомлением о решении по апелляции. Вы можете подать запрос на Слушание в суде штата по телефону или в письменной форме:

- **По телефону:** звоните по номеру **1(800) 952-5253**. По этому номеру бывает трудно дозвониться из-за высокой загруженности. Вы можете получить сообщение с просьбой перезвонить позже. Если у вас есть нарушения речи или слуха, воспользуйтесь линией TTY/TDD по номеру **1(800) 952-8349**.
- **В письменной форме:** заполните форму заявки на Слушание в суде штата или 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**

После оформления вами запроса на Слушание в суде штата на рассмотрение вашего дела и вынесение решения может уйти до 90 дней. Если вы полагаете, что столь длительное ожидание может причинить вред вашему здоровью, ответ может быть предоставлен вам в течение 3 рабочих дней. Попросите своего врача или представителя страхового плана написать письмо за вас. В письме должно быть подробное объяснение причины, по которой ожидание вынесения

решения по вашему делу в течение 90 дней может подвергнуть существенному риску вашу жизнь, здоровье или возможность получить, сохранить или восстановить дееспособность в полном объеме. В этом случае следует обязательно подать запрос на «ускоренное слушание» и предоставить письмо с запросом на слушание.

Вы можете лично представлять свои интересы на Слушании в суде штата либо обратиться с просьбой к родственнику, другу, адвокату, врачу или юристу выступать от вашего имени. Если вы желаете, чтобы ваши интересы на слушании представлял другой человек, вам следует уведомить Управление слушаний в суде штата о том, что данное лицо имеет право выступать от вашего имени. Такое лицо называется «уполномоченным представителем».