

Форма согласия с претензией/апелляцией

телефону: 1(415) 547-7800 или 1(800) 288-5555
Факсу: 1(415) 547-7825
Электронная почта: grievances@sfhp.org

Grievance/Appeal Coordinator
P.O. Box 194247
San Francisco, CA 94119

Имя и фамилия участника:

Ид. № SFHP:

Дата рождения:

Номер дела:

от вашего имени подал в
San Francisco Health Plan (SFHP) претензию апелляцию в отношении следующего решения:

Вы ранее не указывали _____ в качестве вашего
уполномоченного представителя. Вам необходимо предоставить свое согласие, чтобы SFHP смог
продолжить обработку данной претензии или апелляции.

Подписывая настоящую форму согласия, вы понимаете, что:

- вы даете SFHP разрешение на проведение расследования и обработку данной претензии или апелляции. Это может включать обращение SFHP к поставщикам медицинских услуг или прочим лицам, указанным в претензии или апелляции, для получения дополнительной информации;
- если SFHP не получит от вас данного письменного согласия, SFHP закроет и отзовет эту претензию или апелляцию;
- вы можете отказаться подписывать данную форму согласия;
- вы можете в любое время аннулировать данное согласие, обратившись в Отдел обслуживания участников SFHP;
- вы можете получить копию данной формы согласия по запросу;
- по вашему запросу вам могут быть предоставлены копии защищенной медицинской информации, которая используется или раскрывается в связи с данной претензией или апелляцией;
- данное письменное согласие вступает в силу в день подписания, а срок его действия истекает или через год с даты подписания.

Подписанный документ отправьте обратно в SFHP по обычной или электронной почте, а также по факсу.

Подпись участника: _____ **Дата подписания:** _____

California Department of Managed Health Care отвечает за регулирование работы планов медицинского страхования. Если у вас есть претензия к своему плану медицинского страхования, прежде чем обращаться в Департамент, вам следует, в первую очередь, позвонить в офис плана медицинского страхования по телефону (1-800-288-5555) и воспользоваться процедурой рассмотрения претензий в рамках плана. Использование данной процедуры подачи претензии не лишает вас других доступных вам

Форма согласия с претензией/апелляцией

телефону: **1(415) 547-7800** или **1(800) 288-5555**
Факсу: **1(415) 547-7825**
Электронная почта: **grievances@sfhp.org**

Grievance/Appeal Coordinator
P.O. Box 194247
San Francisco, CA 94119

потенциальных юридических прав или средств правовой защиты. Чтобы получить помощь в отношении претензии, связанной с экстренной ситуацией, претензии, которая не была удовлетворительно разрешена вашим планом медицинского страхования, или претензии, оставшейся неразрешенной в течение более 30 дней, вы можете позвонить в Департамент. Вы также можете иметь право на проведение Независимой медицинской экспертизы (IMR). Если вы отвечаете критериям для подачи запроса о проведении IMR, в рамках IMR будет осуществлен беспристрастный разбор медицинских решений, принятых планом страхования в отношении наличия медицинских показаний для 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 также предлагает бесплатную телефонную линию (**1-888-466-2219**) и TDD-линию (**1-877-688-9891**) для лиц с нарушениями слуха и речи. На веб-сайте Департамента по адресу www.dmhca.gov представлены формы жалоб, заявлений на проведение IMR и инструкции по их заполнению.

Офис Уполномоченного по рассмотрению жалоб участников программы регулируемого здравоохранения Medi-Cal в рамках штата может помочь вам в решении любых вопросов. Вы можете обратиться туда по телефону **1(888) 452-8609**. Часы работы: с понедельника по пятницу, с 8:00am до 5:00pm PST, кроме выходных и праздничных дней.

Вы также можете обратиться за помощью к своему врачу или позвонить в Отдел обслуживания участников SFHP по номеру **1(415) 547-7800**, **1(800) 288-5555** (бесплатный номер) или по номеру ТТУ **1(888) 883-7347**. Мы открыты с понедельника по пятницу, с 8:30am до 5:30pm.

Вложения:

Информация о переводческих услугах

Уведомление о недопустимости дискриминации