

Форма согласия с претензией / апелляцией



Grievance Coordinator
P.O. Box 194247
San Francisco, CA 94119
sfhp.org

Телефон: 1(415) 547-7800 или 1(800) 288-5555 (для участников Medi-Cal и Healthy Workers HMO)

Телефон: 1(415) 539-2273 или 1(833) 530-7327 (для участников SFHP Care Plus)

Факс: 1(415) 547-7825

Имя, фамилия участника плана:

Ид. № SFHP:

Дата рождения:

Дело №:

В дату _____ от вашего имени была подана
 претензия апелляция в San Francisco Health Plan (SFHP) в отношении следующего:

Вы ранее не указывали _____ в качестве вашего
уполномоченного представителя. Вам необходимо дать согласие на то, чтобы план SFHP смог продолжить
обработку такой претензии или апелляции. Подписывая настоящую форму согласия, вы понимаете, что:

- вы даете SFHP разрешение на проведение расследования и обработку такой 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 письменное согласие, SFHP закроет и отзовет такую 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 запросу вам могут быть предоставлены копии защищенной медицинской информации, которая используется или раскрывается в связи с такой претензией или апелляцией;
- настоящее письменное согласие вступает в силу в дату подписания, а срок его действия истекает через год с даты подписания.

Подписанный документ отправьте обратно в SFHP обычной или электронной почтой либо факсом.

Дата подписания участником план: _____ Дата: _____

Департамент регулируемого медицинского обслуживания штата Калифорния (California Department of Managed Health Care) несет ответственность за регулирование работы планов медицинского обслуживания. Если у вас возникли претензии к плану медицинского страхования, в первую очередь следует позвонить представителям своего плана медицинского страхования по телефону: **1(415) 547-7800**, или **1(800) 288-5555** (для участников Medi-Cal и Healthy Workers HMO), или **1(415) 539-2273**, или **1(833) 530-7327** (для участников SFHP Care Plus) — и воспользоваться внутренней процедурой подачи претензии, прежде чем обращаться в Департамент. Использование процедуры рассмотрения претензий не отменяет потенциально доступных вам 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 линию TDD (**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.

Ответы на любые вопросы вы можете получить в Офисе Уполномоченного по рассмотрению жалоб Программы штата по регулируемому медицинскому обслуживанию Medi-Cal. Для этого можно позвонить по номеру **1(888) 452-8609**. Часы работы: с понедельника по пятницу, с 8:00am до 5:00pm PST, кроме выходных и праздничных дней.

Участники SFHP Care Plus могут обращаться в Программу консультирования по вопросам медицинского страхования и защиты интересов (NICAP) по номеру **1(800) 434-0222**. Вы также можете позвонить в Программу помощи в рассмотрении жалоб участников Medicare Medi-Cal по номеру **1(855) 501-3077**. Вы также можете позвонить в программу Medicare по телефону **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**. Номер для пользователей ТТТ: **1(877) 486-2048**.

Вы также можете обратиться за помощью к своему врачу или позвонить в Отдел обслуживания участников SFHP. Участникам Medi-Cal и Healthy Workers HMO следует звонить по номеру **1(415) 547-7800** или **1(800) 288-5555** с понедельника по пятницу, с 8:00am до 5:00pm. Участники SFHP Care Plus могут звонить по номеру **1(415) 539-2273** или **1(833) 530-7327** с 8:00am до 5:00pm, без выходных с октября по март или с понедельника по пятницу с апреля по сентябрь.

Вложения:

Информация о переводческих услугах

Уведомление о недопустимости дискриминации