

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

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

Данная форма для подачи: <input type="checkbox"/> Апелляции <input type="checkbox"/> Жалобы		SFHP USE ONLY Receipt Date :	
Имя и фамилия участника:		Ид. № участника:	Дата заполнения:
Улица, дом:		Город:	Почтовый индекс:
Дата рождения:	Телефон:	Телефон для звонков в дневное время:	Телефон для отправки сообщений:
Имя и фамилия лица, оформляющего документ, если отличается от вышеуказанного:			
Кем приходится:		Телефон представителя:	Факс представителя:
Подробно опишите проблему: (при необходимости 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 личному запросу, должны быть у вас в связи с данной проблемой? (при необходимости используйте и приложите дополнительные листы)			
Вам потребуются 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 ¹ :		Дата:	
ТОЛЬКО ДЛЯ АПЕЛЛЯЦИЙ Перечислите препараты / услуги, в отношении которых вы подаете апелляцию:			

¹ Подписывая данную форму, вы разрешаете сотрудникам SFHP звонить вам в рамках урегулирования данной проблемы.

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:

- Вы имеете право жаловаться. Никто не «накажет» вас за это.
- Вы можете пожаловаться на своего врача, медсестру или на San Francisco Health Plan.
- Мы поможем вам оформить вашу жалобу в устной или письменной форме.
- San Francisco Health Plan серьезно относится к каждой жалобе.
- 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». Но, **если вы в настоящее время проходите лечение и желаете его продолжить, вам необходимо подать апелляцию в течение 10 дней** от даты, указанной на штемпеле данного письма, или от даты получения письма вами, ИЛИ до наступления даты, когда, по информации, предоставленной вашим планом медицинского страхования, предоставление услуг будет прекращено. Во время подачи апелляции вам необходимо указать, что вы хотите продолжать получать лечение. Если вы являетесь участником программы **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 нем будет содержаться информация о принятом плане решения. **Если вы не получите письмо в течение 30 дней, вы можете:**

- Подать запрос на проведение **«Независимой медицинской экспертизы» (IMR)**, и ваше дело рассмотрит внешний рецензент, не связанный с планом медицинского страхования. Возможность запроса IMR предоставляется участникам SFHP Medi-Cal и Healthy Workers HMO.
- Подать запрос на проведение **Слушания в суде штата**, и ваше дело рассмотрит судья. Данная возможность предоставляется только участникам плана SFHP в рамках программы Medi-Cal.

Если вы полагаете, что ожидание в течение 30 дней может причинить вред вашему здоровью, ответ может быть предоставлен вам в течение 72 часов. При подаче апелляции сообщите, почему ожидание навредит вашему здоровью. Убедитесь, что ваш запрос содержит требование **«рассмотрения апелляции в ускоренном порядке»**.

Вы можете одновременно подать запрос и на проведение IMR, и на слушание 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 просите провести сначала Слушание в суде штата, а оно уже было проведено, то вы не сможете запросить проведение IMR. В этом случае решение по слушанию в суде штата является окончательным. Процедуры IMR или Слушания в суде штата являются бесплатными для участников плана.

Если вы хотите потребовать проведения **IMR**, сначала вам необходимо подать апелляцию в ваш план медицинского страхования. Если вы не получили уведомление от вашего страхового плана в течение 30 дней, или вы недовольны решением вашего плана медицинского страхования, вы можете 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. Так бывает в тех случаях, когда вашему здоровью угрожает непосредственная опасность или запрос был отклонен по причине того, что лечение является экспериментальным или проводится в рамках исследования.

California Department of Managed Health Care (Департамент регулируемого медицинского обслуживания штата Калифорния, DMHC) несет ответственность за регулирование работы планов медицинского страхования. 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(415) 547-7800** или **1(800) 288-5555** и воспользоваться внутренней процедурой подачи жалобы. Использование процедуры рассмотрения претензий не отменяет потенциально доступных вам юридических прав или средств правовой защиты. Если вам необходима помощь в связи с претензией, которая затрагивает экстренную ситуацию, в случае неудовлетворительного рассмотрения претензии страховым планом или в случае задержки рассмотрения на срок более 30 дней вы можете обратиться за помощью в департамент. Вы также можете иметь право на проведение независимой медицинской экспертизы (IMR). Если вы соответствуете критериям требования IMR, в рамках независимой медицинской экспертизы (IMR) 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 срочной медицинской помощи. В департамент можно обратиться по бесплатному номеру **(1-888-466-2219)** и по номеру линии для лиц с нарушениями слуха и речи (TDD) **(1-877-688-9891)**. На веб-сайте Департамента по адресу **www.dmhc.ca.gov** представлены формы жалоб, заявок на проведение IMR и инструкции по их заполнению.

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

- **По телефону:** позвоните по номеру **1(800) 952-5253**. По этому номеру бывает трудно дозвониться из-за высокой загруженности. Вы можете получить сообщение с просьбой перезвонить позже. Лицам с нарушениями слуха или речи следует обращаться на линию TTY/TDD по номеру **1(800) 952-8349**.

- **В письменной форме:** заполните форму заявки на Слушание в суде штата или отправьте письмо на адрес:
California Department of Social Services State Hearing 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 потребоваться 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 страховой план написать письмо за вас. В письме должно содержаться 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 самостоятельно 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».

Вам может быть предоставлена возможность получить бесплатную юридическую помощь. Позвоните на горячую линию Health Consumer Alliance (Союза потребителей медицинских услуг) по телефону **1(888) 804-3536**. Вы также можете позвонить в Legal Aid Society (Сообщество юридической помощи) в вашем округе, Bay Area Legal Aid, по телефону **1(800) 551-5554**.