# ФОРМА ЖАЛОБЫ

| территориальное регулируемое медицинское обслуживание | коммерческое регулируемое медицинское обслуживание | Предоплаченная программа медицинского страхования Лос-Анджелеса |
|---|---|---|
| ❑ **GMC** | ❑ **DHMO** | ❑ **LAPHP** |

Access Dental / Premier Access. ("План") очень серьезно относится к проблемам, которые поднимают его участники, и старается найти решения, удовлетворяющие все заинтересованные стороны. Чтобы сделать эти усилия более эффективными, предоставьте нам, пожалуйста, следующую информацию. Если вам требуется помощь в заполнении этой формы, свяжитесь с любым представителем центра обслуживания участников по телефону 1-800-707-6453 или с представителем поставщика плана.

Имя, фамилия: _____

Адрес: _____

Город: _____ Штат: _____Почтовый индекс:_____ Телефон: (_____) _____- _____

**ПРИЧИНА ЖАЛОБЫ (ПОСТАРАЙТЕСЬ ИЗЛОЖИТЬ МАКСИМАЛЬНО ТОЧНО И ПРИ НЕОБХОДИМОСТИ ИСПОЛЬЗУЙТЕ ОБОРОТНУЮ СТОРОНУ ЛИСТА ДАННОЙ ФОРМЫ):**

_____

_____

_____

_____

**ДАТА ПРОИСШЕСТВИЯ СОБЫТИЯ, СТАВШЕГО ПРИЧИНОЙ ДЛЯ ДАННОЙ ЖАЛОБЫ:** _____

**ИМЕНА СОТРУДНИКОВ ПЛАНА, ИМЕЮЩИХ ОТНОШЕНИЕ К ДАННОМУ СОБЫТИЮ**: _____

_____

Департамент регулируемого здравоохранения штата Калифорния отвечает за управление работой планов медицинского страхования. Если вы хотите подать жалобу на свой план медицинского страхования, до обращения в департамент вам следует позвонить в офис плана по телефону **(1-800-707-6453)** и инициировать процесс рассмотрения жалобы в рамках плана. Осуществление данной процедуры не лишает вас потенциальных прав или средств правовой защиты, предусмотренных законом. Если вам требуется помощь в отношении срочной жалобы, вы не довольны результатом рассмотрения жалобы планом страхования или решение в отношении поданной жалобы не было принято в течение 30 дней, вы можете позвонить в департамент. Вы также можете иметь право на независимую медицинскую экспертизу (IMR). Если вы имеете право на IMR, в рамках процесса IMR будет проведено беспристрастное рассмотрение медицинских решений, принятых планом страхования, относительно медицинской необходимости предложенного лечения или услуги, решений о страховом покрытии экспериментальных или проходящих клинические испытания методов лечения и споров об оплате услуг скорой или срочной медицинской помощи. В департаменте также предусмотрена бесплатная телефонная линия **(1-888-HMO-2219)** и линия для глухонемых **(1-877-688-9891).** На сайте департамента в Интернете **(http://www.hmohelp.ca.gov)** предложены формы жалоб, формы заявок на независимую медицинскую экспертизу (IMR) и инструкции в режиме реального времени.

**ПОЖАЛУЙСТА, ОТПРАВЬТЕ ЭТУ ФОРМУ НА СЛЕДУЮЩИЙ АДРЕС:**

**Grievance Department**
**Access Dental / Premier Access**
**P. O. Box: 255039**
**Sacramento, CA 95865-5039**

**Не пишите под этой линией – только для служебного использования.**

**Имя и фамилия лица, принявшего жалобу:**_____ **Дата приема:**_____ **Время приема:**_____ **Дата/Время регистрации:** _____