

Компания California Health & Wellness с вниманием относится к Вашим проблемам. Если **Вы не согласны с решением относительно предоставления запрошенных услуг**, принятым в отношении Вашего медицинского обслуживания, **Вы вправе подать апелляцию на это решение**. Чтобы **пожаловаться на качество полученного обслуживания** или на плохое отношение к Вам со стороны персонала, **Вы можете подать жалобу**, которая называется **претензией**. Подать апелляцию или претензию можно любым из нижеперечисленных способов по Вашему выбору:

- Заполнив эту форму.
- Позвонив в отдел обслуживания участников плана California Health & Wellness по телефону 1-877-658-0305 (**для доступа к линии ТТУ позвоните в службу переадресации вызовов штата Калифорния, набрав 711, и сообщите номер отдела обслуживания участников плана: 1-877-658-0305**).
- Ваш вызов могут обслужить **двуязычные сотрудники**. Кроме того, участникам плана, говорящим на другом языке, **доступны услуги устного перевода**.
- По Вашему запросу информация для участников плана будет предоставлена в альтернативном формате (например, шрифт Брайля, крупный шрифт или аудиозапись).
- Чтобы заполнить онлайн-форму, перейдите по ссылке www.CAHealthWellness.com
- Написав письмо, содержащее указанную ниже информацию.

Вы можете поручить подачу Вашей апелляции или претензии другому человеку. Для этого Вы должны предоставить нам соответствующее разрешение в письменной форме. Кроме того, нам может понадобиться Ваше письменное разрешение на получение медицинской документации, необходимой для обработки Вашей апелляции или претензии. Вы можете позвонить в отдел обслуживания участников (Member Services) по номеру **1-877-658-0305 (для доступа к линии ТТУ позвоните в службу переадресации вызовов штата Калифорния, набрав 711, и сообщите номер отдела обслуживания участников плана: 1-877-658-0305)** или перейти по ссылке www.CAHealthWellness.com, чтобы получить форму для уполномоченного лица (Authorized Representative Form) и форму разрешения на раскрытие медицинской документации (Medical Records Release Form).

Часть 1. Информация об участнике.

Имя и фамилия:	Идентификационный номер Medi-Cal:	Дата рождения:
Номер дома и улица:	Город:	Почтовый индекс:
Номер телефона:	Оптимальное время для связи по телефону:	

Часть 2. Информация об апелляции или претензии.

Пожалуйста, опишите свою проблему. Предоставьте подробную информацию о том, что произошло, и о лицах, которые участвовали в этих событиях. При подаче апелляции приложите копию уведомления о принятом решении от компании California Health & Wellness.

Часть 3. К Вашему сведению.

При подаче жалобы или апелляции на решение, которое Вы считаете неправильным, Ваша жалоба (апелляция) будет рассматриваться в рамках Процесса рассмотрения апелляций и жалоб. Подать жалобу можно в любое время по Вашему выбору. Подать апелляцию необходимо в течение 60 календарных дней с момента получения уведомления о принятом решении. «Уведомление о принятом решении» — официальное письмо, в котором компания California Health & Wellness уведомляет Вас об изменении, задержке или отказе в предоставлении медицинского обслуживания.

Если Ваша апелляция (претензия) является неотложной, Вы можете направить «запрос на проведение ускоренного рассмотрения». Ваша апелляция может быть рассмотрена в течение 72 часов с момента получения, если она связана с непосредственной и серьезной угрозой Вашему здоровью, включая, помимо прочего, сильную боль, возможную смерть, потерю конечностей или основных функций организма.

В течение пяти (5) календарных дней с момента получения Вашей апелляции или претензии компания California Health & Wellness отправит Вам письмо, подтверждающее получение Вашего запроса. В этом письме будет указано имя, адрес и номер телефона сотрудника компании California Health & Wellness, который будет работать с Вашим запросом, а также дата, когда Ваш запрос был получен. С этим письмом сотрудник отправит Вам информацию общего характера о процессе рассмотрения апелляций и претензий и о Ваших правах. Кроме того, Вы получите информацию о процессе рассмотрения претензий органами власти штата, а также адреса и номера телефонов адвокатских контор в Северной Калифорнии.

Сотрудник, ведающий апелляциями и претензиями, постарается получить дополнительную информацию, которая поможет нам принять более взвешенное решение относительно Вашего запроса. При необходимости сотрудник компании California Health & Wellness может связаться с Вами, чтобы задать дополнительные вопросы.

Вы можете сами связаться с сотрудником компании California Health & Wellness,

ведущим апелляциями и претензиями, чтобы обсудить Ваш запрос. В течение тридцати (30) календарных дней с даты получения Вашего запроса сотрудник компании California Health & Wellness направит Вам письменное решение относительно Вашей апелляции или претензии.

У Вас есть право в любой момент обратиться в государственный орган, регулирующий деятельность планов медицинского страхования, в отношении Вашей претензии или апелляции, которая не была рассмотрена компанией California Health & Wellness, или решение по которой не удовлетворяет Вас.

Департамент управляемого медицинского обслуживания штата Калифорния (DMHC)

Планы медицинского страхования находятся в ведении Департамента управляемого медицинского обслуживания штата Калифорния (California Department of Managed Health Care). Если у Вас возникнут претензии к плану медицинского страхования, прежде чем обращаться в Департамент, Вам следует связаться с сотрудниками Вашего плана медицинского страхования по телефону **1-877-658-0305** и воспользоваться процедурой рассмотрения претензий, предусмотренной планом. Использование такой процедуры рассмотрения претензий не ограничивает возможность пользования какими-либо юридическими правами или средствами защиты, доступными Вам. Если Вам потребуется помощь в подаче претензии, требующей ускоренного рассмотрения, претензии, решение по которой не удовлетворяет Вас, либо претензии, которая не была рассмотрена в течение 30 дней, Вы можете обратиться в Департамент. У Вас также может быть право на проведение независимой медицинской экспертизы (Independent Medical Review, IMR). Данная процедура представляет собой независимую оценку медицинских решений, принятых планом медицинского страхования в отношении медицинской целесообразности предложенных услуг или лечения, страхового покрытия лечения экспериментального или исследовательского характера, а также споров, касающихся оплаты экстренной или неотложной медицинской помощи. В Департамент также можно позвонить по бесплатному номеру телефона (**1-888-466-2219**) или на линию TDD (**1-877-688-9891**) для лиц с нарушениями слуха и речи. На веб-сайте Департамента www.dmhc.ca.gov представлены бланки жалоб, заявления о проведении IMR и указания по их заполнению.

Офис омбудсмана Департамента здравоохранения штата Калифорния (Department of Health Care Services, DHCS)

Также Вы можете обратиться за помощью, позвонив в офис омбудсмана Департамента здравоохранения штата Калифорния (Department of Health Care Services, DHCS). Офис омбудсмана оказывает содействие получателям льгот Medi-Cal в пользовании своими правами в качестве участника плана управляемого медицинского обслуживания. Чтобы получить дополнительную информацию, звоните по бесплатному номеру **1-888-452-8609**.

Часть 4. Подпись.

Место подписи ➤

Подпись участника или уполномоченного им представителя

Дата

Имя участника или уполномоченного им представителя печатными буквами

ИНСТРУКЦИИ. Отправьте эту форму или Ваше письмо на номер факса:

1-855-460-1009 или почтой по адресу:

California Health & Wellness

Attn: Appeals and Grievance Coordinator

P.O. Box 10348 Van Nuys, CA 91410

Мы ответим на Вашу апелляцию или претензию в течение 30 дней.