



- Medi-Cal
 Healthy Families

MOLINA HEALTHCARE OF CALIFORNIA

Докладная записка по претензиям/жалобам для использования между офисами

КОМУ: ДЕПАРТАМЕНТ ОБСЛУЖИВАНИЯ КЛИЕНТОВ	ДАТА: (М/Ч/Г) / /	ВРЕМЯ: до полудня после полудня
ОТ: (ВЗАИМОДЕЙСТВУЮЩИЙ ПОСТАВЩИК УСЛУГ ИЛИ РАБОТНИКИ)	АДРЕС:	ТЕЛЕФОН: ()
ПЕРЕСЛАНО: <input type="checkbox"/> Вручено лично <input type="checkbox"/> Почтой <input type="checkbox"/> Факсом		
ИНФОРМАЦИЯ ОБ УЧАСТНИКЕ		
ИМЯ КЛИЕНТА: (ФАМИЛИЯ, ИМЯ)	ТЕЛЕФОН: ()	
ИМЯ ПРЕДСТАВИТЕЛЯ УЧАСТНИКА: (ФАМИЛИЯ, ИМЯ)	ТЕЛЕФОН: ()	
АДРЕС УЧАСТНИКА: (ДОМ, УЛИЦА, ГОРОД, ШТАТ, ИНДЕКС)		
ИДЕНТИФИКАЦИОННЫЙ НОМЕР ПО ПРОГРАММЕ MEDI-CAL ИЛИ НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ:	НОМЕР МЕДИЦИНСКОЙ КАРТЫ:	
ПОДПИСЬ УЧАСТНИКА ИЛИ ПРЕДСТАВИТЕЛЯ УЧАСТНИКА:	ДАТА: / /	
СПОСОБ ПОДАЧИ ДАННОЙ ПРЕТЕНЗИИ ИЛИ ЖАЛОБЫ: <input type="checkbox"/> Лично <input type="checkbox"/> По телефону <input type="checkbox"/> Письмом <input type="checkbox"/> Другое _____		
ПРЕТЕНЗИЯ / ЖАЛОБА УЧАСТНИКА		
ИЗЛОЖЕНИЕ СУТИ ПРЕТЕНЗИИ / ЖАЛОБЫ: (ПРИ НЕОБХОДИМОСТИ ИСПОЛЬЗУЙТЕ И ПРИЛОЖИТЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЙ ЛИСТ)		
<p>Департамент организованного медицинского обслуживания штата Калифорния (California Department of Managed Health Care) обязан регулировать вопросы, связанные с планами медицинского обслуживания. Если у вас есть претензии к вашему плану медицинского обслуживания, вам следует сначала связаться с вашим планом медицинского обслуживания по телефону (1-888-665-4621) и воспользоваться процедурой подачи претензий, прежде чем связываться с Департаментом. Использование процедуры подачи претензии не препятствует осуществлению каких-либо потенциальных юридических прав или использованию средств защиты, на которые вы имеете право. Если вам требуется помощь относительно претензии, касающейся экстренной ситуации, претензии, которая не была удовлетворительно разрешена вашим планом медицинского обслуживания или осталась неразрешенной в течение более чем тридцати (30) дней, то вы можете обратиться в Департамент за помощью. Кроме того, вы можете иметь право на прохождение Независимой медицинской проверки (Independent Medical Review, IMR). Если у вас есть право пройти проверку IMR, процедура IMR обеспечит вам независимую проверку принятых вашим планом медицинского обслуживания медицинских решений, связанных с медицинской необходимостью предлагаемой услуги или лечения, оплаты лечения, являющегося экспериментальным или исследовательским по природе, а также споров по оплате экстренной помощи или неотложных медицинских услуг. Департамент располагает бесплатным номером телефона (1-888-НМО-2219) и линией ТТД (1-877-688-9891) для лиц с нарушениями слуха и речи. Формы для подачи жалоб, заявок на проведение IMR и инструкции вы можете найти на веб-сайте Департамента по адресу http://www.hmohelp.ca.gov.</p>		
ДАТА:	ПОДПИСЬ:	