

## Раздел А: информация об участнике

Фамилия		Имя		Инициал
Дата рождения (дд/мм/гг)		Дата инцидента		
Почтовый адрес		Город	Штат	Индекс
Номер телефона для звонков в вечернее время	Номер телефона для звонков в течение дня	Время для связи (укажите предпочтительное время для звонков)		
Номер участника				

## Раздел В: подробно опишите суть своей жалобы

## Раздел С: подпись

Я подтверждаю, что заявления, содержащиеся в настоящей жалобе, по имеющимся у меня сведениям и по моему убеждению, являются верными и точными.

\_\_\_\_\_  
Подпись\_\_\_\_\_  
Дата

Если жалоба подписана от имени лица его личным представителем, укажите следующую информацию и поставьте отметку рядом с соответствующим вариантом.

ФИО личного представителя прописью:

\_\_\_\_\_  
Подпись личного представителя\_\_\_\_\_  
Дата

Родитель несовершеннолетнего управляющий     Законный опекун     Доверенность     Судебный исполнитель/Доверительный

 Другое \_\_\_\_\_

Отправьте настоящую форму по адресу:

Molina Healthcare of California  
Кому: Member Appeals and Grievance  
200 Oceangate, Suite 100  
Long Beach, CA 90802 or  
Факс: (562) 499-0757

Департамент управляемых медицинских услуг штата Калифорния несет ответственность за контроль планов медицинского обслуживания. Если у Вас есть претензии к Вашему плану медицинского обслуживания, то, прежде чем обращаться в Департамент, Вам следует позвонить по телефону **1-888-665-4621** или по номеру для лиц с нарушениями слуха **TTY 711** и воспользоваться процедурой подачи жалоб, установленной согласно Вашему плану. Применение этой процедуры подачи жалоб не означает, что Вы лишитесь каких-либо законных прав или средств правовой защиты. Если Вам необходима помощь в оформлении и подаче жалобы, связанной с чрезвычайной ситуацией, неудовлетворительным решением жалобы в соответствии с Вашим договором страхования, либо оставшейся без ответа в течение 30 дней жалобой, Вы можете обратиться за такой помощью в Департамент. Вы также можете иметь право на проведение независимой медицинской экспертизы (Independent Medical Review, IMR). Если Вы имеете право на проведение независимой медицинской экспертизы, то Вы сможете им воспользоваться для получения беспристрастного рассмотрения медицинских решений, принятых согласно договору медицинского страхования и связанных с медицинской необходимостью оказания предлагаемой услуги или лечения, возмещения способов лечения, связанных с экспериментами или исследованиями, а также финансовых споров в чрезвычайных или срочных случаях оказания медицинских услуг. В Департаменте также есть бесплатная телефонная линия (**1-888-466-2219**) и линия **TDD** для лиц с нарушениями слуха и речи (**1-877-688-9891**). На веб-сайте Департамента [www.dmhca.ca.gov](http://www.dmhca.ca.gov) размещены формы для подачи жалоб, заявок на проведение независимой медицинской экспертизы и инструкции по их заполнению.

Вы можете обратиться за помощью в Департамент здравоохранения (Department of Health Care Services, DHCS). DHCS может помочь участникам планов организованного медицинского обслуживания Medi-Cal Managed Care при подаче жалоб и обращений. Если Вы хотите сообщить в DHCS о своих опасениях, проблемах или жалобах, обратитесь к Уполномоченному по соблюдению законных прав и интересов граждан программы организованного медицинского обслуживания Medi-Cal по бесплатному телефону 1-888-452-8609, с понедельника по пятницу, с 8:00 до 17:00. Номер TTY для лиц с нарушениями слуха: 711.