

Форма для подачи жалобы (претензии)

Раздел А: Информация об участнике

Фамилия		Имя		Инициалы
Дата рождения (ММ/ДД/ГГ)		Дата происшествия		
Адрес		Город	Штат	Индекс
Номер домашнего телефона	Номер рабочего телефона		Удобное время (Укажите, когда с Вами можно связываться)	
Выберите один пункт: <input type="checkbox"/> Medi-Cal <input type="checkbox"/> Marketplace		Номер участника		

Раздел В: Укажите причины подачи жалобы:

Раздел С: Подпись

Настоящим удостоверяю, что в меру моих знаний и убеждений указанная информация является правдивой.

Подпись

Дата

Если жалоба подается личным представителем от имени участника, заполните следующие поля и укажите это в соответствующем пункте.

Имя и фамилия личного представителя прописью:

Подпись личного представителя

Дата

- Родитель несовершеннолетнего ребенка
 Законный опекун
 Лицо, уполномоченное доверенностью
 Исполнитель/опекун
 Другое

Отправьте эту форму по адресу:

Molina Healthcare of California
 Кому: Member Appeals and Grievance (Отдел рассмотрения жалоб и претензий участников)
 200 OceanGate, Suite 100
 Long Beach, CA 90802 (Калифорния) или
 Факс (562) 499-0757

Департамент управления медицинскими услугами штата Калифорния несет ответственность за контроль договоров медицинского страхования. Если у Вас есть претензии по осуществлению Вашего договора, Вы должны в первую очередь, прежде чем обращаться в Департамент, позвонить по номеру **1-888-665-4621**, Пользователи ТТУ наберите **711** и использовать установленный процесс подачи жалоб согласно Вашему договору. Использование этой процедуры подачи жалоб не означает, что потенциально какие-либо законные права или средства правовой защиты будут для Вас недоступны. Если Вам необходима помощь в оформлении и подаче жалобы, связанной с чрезвычайной ситуацией, неудовлетворительным решением жалобы в соответствии с Вашим договором страхования, либо неотвеченной в течение 30 дней жалобой, Вы можете обратиться за такой помощью в Департамент. Вы также можете иметь право на проведение независимой медицинской экспертизы (IMR). Если Вы имеете право на проведение независимой медицинской экспертизы, то 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 имеется бесплатный номер телефона (**1-888-HMO-2219**) и линия **TDD** для людей с ограниченными возможностями (**1-877-688-9891**). На веб-сайте Департамента <http://www.hmohelp.ca.gov> размещены жалобные формы, формы заявки на оказание независимой экспертизы, а также интернет-инструкции.