

## ФОРМА ЖАЛОБЫ

### ИНФОРМАЦИЯ ОБ УЧАСТНИКЕ

Имя участника (фамилия)	(имя)	Дата рождения	Мес.	День	Год	Фактическая дата регистрации:	Мес.	День	Год
Адрес (улица)		(город)			(штат)		(индекс)		
Телефон (домашний)		(рабочий)			Количество участников плана в семье, включая лицо, подающее жалобу:				
Имя лица, заполняющего форму (если отличается от имени участника)						(номер телефона в дневное время)			

Где имела место проблема? (Название аптеки, больницы или клиники)	Дата инцидента:
Мес.	
День	
Год	
Кто, кроме вас, имеет отношение к возникшей проблеме? (По возможности, укажите имена участвующих сотрудников)	
Пожалуйста, опишите все, что произошло, как можно подробнее: (Укажите последовательность событий и то, как проблема отразилась на вас.)	
<b>См. приложение</b>	

Департамент организованного медицинского обслуживания штата Калифорния (California Department of Managed Health Care) отвечает за регулирование деятельности планов медицинского обслуживания. Если у вас имеется жалоба против плана Blue Shield Promise, вы должны сначала позвонить в план BSC PHP по телефону **1-800-605-2556** (линия TDD/TTY для лиц с нарушением слуха **1-877-735-2929**) и воспользоваться процедурой рассмотрения жалобы плана Care 1st до обращения в департамент DMHC. Использование процедуры рассмотрения жалоб не лишает вас никаких потенциальных юридических прав или средств правовой защиты, которые могут быть вам доступны. Если вам нужна помощь в отношении жалобы, связанной с экстренным случаем, либо с жалобой, которая не была решена в течение более чем 30 дней, вы можете обратиться в департамент DMHC за помощью. Вы также можете иметь право на проведение независимой медицинской проверки (Independent Medical Review, IMR). Если вы имеете право на проведение проверки IMR, в рамках проверки IMR будет проведена беспристрастная проверка медицинских решений, принятых вашим планом медицинского обслуживания относительно медицинской необходимости предложенной услуги или лечения, решений, касающихся оплаты лечения экспериментального или исследовательского характера, а также споров в отношении оплаты услуг экстренной или срочной медицинской помощи. У департамента DMHC также имеется бесплатная телефонная линия (**1-888-466-2219**) и линия TDD (**1-877-688-9891**) для лиц с нарушениями речи и слуха. На веб-сайте департамента DMHC по адресу <http://www.dmhc.ca.gov> есть формы жалоб, заявлений на проведение проверки IMR и инструкции в режиме он-лайн.

### ТРЕБУЕМЫЕ МЕРЫ

Что, по вашему мнению, следует предпринять для решения данной проблемы?
<b>См. приложение</b>

Жалобу получил (а):	Лично <input type="checkbox"/>	
	По телефону <input type="checkbox"/>	
Дата получения:      Время получения:	По почте <input type="checkbox"/>	Подпись участника (необязательно) <span style="float: right;">Дата</span>  Я ПОНИМАЮ, ЧТО ПЛАН СВЯЖЕТСЯ СО МНОЙ В ТЕЧЕНИЕ 30 ДНЕЙ, ЧТОБЫ ПРЕДОСТАВИТЬ МНЕ ОТЧЕТ О ПРОВЕДЕННОМ РАССЛЕДОВАНИИ И/ИЛИ ПРИНЯТЫХ МЕРАХ В ОТНОШЕНИИ МОЕЙ ЖАЛОБЫ.
	Через Интернет <input type="checkbox"/>	



Promise  
Health  
Plan

**ОПИШИТЕ, ЧТО ПРОИЗОШЛО:**

**ТРЕБУЕМЫЕ МЕРЫ:**

*(OFFICIAL USE ONLY)*

**OUTCOME/RESOLUTION:**

*(Complete only if an Expedited Appeal)*

**Member was acknowledged verbally and notified of the 72 hours appeal process: Yes  No**

**Grievance Received by:**

**Date Received:**