



ФОРМА ЖАЛОБЫ

территориальное регулируемое медицинское обслуживание

коммерческое регулируемое медицинское обслуживание

программа Здоровые семьи

Предоплаченная программа медицинского страхования Лос-Анджелеса

GMC

DHMO

HFP

LAPHP

Access Dental Plan, Inc. ("План") очень серьезно относится к проблемам, которые поднимают его участники, и старается найти решения, удовлетворяющие все заинтересованные стороны. Чтобы сделать эти усилия более эффективными, предоставьте нам, пожалуйста, следующую информацию. Если вам требуется помощь в заполнении этой формы, свяжитесь с любым представителем центра обслуживания участников по телефону 1-800-707-6453 или с представителем поставщика плана.

Имя, фамилия: _____

Адрес: _____

Город: _____ Штат: _____ Почтовый индекс: _____ Телефон: (____) ____ - _____

ПРИЧИНА ЖАЛОБЫ (ПОСТАРАЙТЕСЬ ИЗЛОЖИТЬ МАКСИМАЛЬНО ТОЧНО И ПРИ НЕОБХОДИМОСТИ ИСПОЛЬЗУЙТЕ ОБОРОТНУЮ СТОРОНУ ЛИСТА ДАННОЙ ФОРМЫ):

ДАТА ПРОИСШЕСТВИЯ СОБЫТИЯ, СТАВШЕГО ПРИЧИНОЙ ДЛЯ ДАННОЙ ЖАЛОБЫ: _____

ИМЕНА СОТРУДНИКОВ ПЛАНА, ИМЕЮЩИХ ОТНОШЕНИЕ К ДАННОМУ СОБЫТИЮ: _____

Департамент регулируемого здравоохранения штата Калифорния отвечает за управление работой планов медицинского страхования. Если вы хотите подать жалобу на свой план медицинского страхования, до обращения в департамент вам следует позвонить в офис плана по телефону **(1-800-707-6453)** и инициировать процесс рассмотрения жалобы в рамках плана. Осуществление данной процедуры не лишает вас потенциальных прав или средств правовой защиты, предусмотренных законом. Если вам требуется помощь в отношении срочной жалобы, вы не довольны результатом рассмотрения жалобы планом страхования или решение в отношении поданной жалобы не было принято в течение 30 дней, вы можете позвонить в департамент. Вы также можете иметь право на независимую медицинскую экспертизу (IMR). Если вы имеете право на IMR, в рамках процесса IMR будет проведено беспристрастное рассмотрение медицинских решений, принятых планом страхования, относительно медицинской необходимости предложенного лечения или услуги, решений о страховом покрытии экспериментальных или проходящих клинические испытания методов лечения и споров об оплате услуг скорой или срочной медицинской помощи. В департаменте также предусмотрена бесплатная телефонная линия **(1-888-HMO-2219)** и линия для глухонемых **(1-877-688-9891)**. На сайте департамента в Интернете <http://www.hmohelp.ca.gov> предложены формы жалоб, формы заявок на независимую медицинскую экспертизу (IMR) и инструкции в режиме реального времени.

ПОЖАЛУЙСТА, ОТПРАВЬТЕ ЭТУ ФОРМУ НА СЛЕДУЮЩИЙ АДРЕС:

**Grievance Department
Access Dental Plan
P. O. Box: 255039
Sacramento, CA 95865-5039**

Не пишите под этой линией – только для служебного использования.

Имя и фамилия лица, принявшего жалобу: _____

Дата приема: _____

Время приема: _____

Дата/Время регистрации: _____