

Бланк жалобы (претензии) для конфиденциального обращения участника

Заполнение этого бланка не является обязательным. Вы можете подать жалобу, позвонив в отдел по рассмотрению жалоб и апелляций Health Plan of San Mateo.

Если у вас есть вопросы по поводу этого бланка или вы хотите подать жалобу в устной форме, позвоните по телефону **1-888-576-7227** или **650-616-2850**. Пользователи ТТУ могут звонить **1-800-735-2929** или набирать **7-1-1**. Мы работаем с 8:00 до 17:00 с понедельника по пятницу.

Мы хотим помочь вам разрешить ваш вопрос как можно скорее. Мы не будем относиться к вам с пристрастием и ограничивать ваши льготы из-за того, что вы заявили о своем недовольстве или обратились с жалобой. Ваш поставщик медицинских услуг (врач) также не может относиться к вам с пристрастием из-за того, что вы подали жалобу.

Имя и фамилия участника	Идентификационный номер	Дата рождения	
Адрес	Город	Штат	Почтовый индекс
Телефон			

Жалобу подал: Участник/сам
Родитель/опекун (если участнику плана нет 18 лет)
Поставщик медицинских услуг
Уполномоченный представитель
*Если жалобу подает уполномоченный представитель Участника, необходимо предоставить заполненный бланк о назначении представителя (AOR) или какое-либо другое подтверждение права представлять интересы в письменном виде. Бланк AOR можно получить, позвонив в отдел обслуживания участников плана HPSM по телефону **1-800-750-4776** или **650-616-2133**. Его также можно найти на сайте www.hpsm.org.
Иное (укажите, кем вы приходитесь Участнику):

Подробно опишите проблему:

Когда произошел этот инцидент?

Где это произошло?

Что вы хотите? Каких последствий ждете?

Если вы подаете жалобу на своего врача или другого поставщика медицинских услуг, заполните раздел ниже:

Имя и фамилия поставщика медуслуг/врача:

Номер телефона поставщика (при наличии):

Адрес поставщика (при наличии):

Город

Штат

Почтовый индекс

Необходима ли вам медпомощь в связи с вашей проблемой в течение трех следующих дней?

Испытываете ли вы крайне острую боль? (Если вам необходима срочная медицинская помощь, обратитесь в ближайший пункт неотложной помощи.)

Да

Нет

Если да, объясните

Подпись

Дата

Отправьте заполненный бланк по почте:

Или по факсу:

Health Plan of San Mateo
Attn: Grievance and Appeals Unit
801 Gateway Blvd., Suite #100
South San Francisco, CA 94080

650-829-2002

Когда мы получим заполненный бланк, с вами свяжется координатор отдела HPSM по рассмотрению жалоб и апелляций, чтобы обсудить процедуру рассмотрения жалоб HPSM.

В соответствии с требованиями департамента регулируемого медицинского обслуживания Health Plan of San Mateo обязан сообщить вам следующее:

Регулирование деятельности планов медицинского обслуживания осуществляет департамент регулируемого медицинского обслуживания штата Калифорния. Если у вас есть претензии к HPSM, прежде чем обращаться в департамент, вам следует связаться с HPSM по телефону **1-800-750-4776** и пройти через процесс разрешения жалоб HPSM. Использование такого процесса рассмотрения жалоб не отменяет потенциальных юридических прав или средств правовой защиты, которыми вы можете воспользоваться. Если вам необходима помощь в отношении жалобы по поводу неотложного случая, если жалоба не была удовлетворительно рассмотрена планом HPSM или если проблема остается нерешенной по истечении 30 дней, вы можете позвонить в департамент для получения помощи. Вы также можете иметь право на проведение независимой медицинской экспертизы (Independent Medical Review, IMR). Если у вас есть право на проведение независимой медицинской экспертизы (IMR), процесс проведения экспертизы гарантирует непредвзятое рассмотрение решений, принятых планом HPSM в отношении медицинской необходимости запрошенной услуги или курса лечения, страхового покрытия процедур, находящихся в стадии исследования или разработки, и разногласий по поводу оплаты услуг скорой или неотложной помощи. В департаменте также действует бесплатная телефонная линия (**1-888-466-2219**) и номер TDD для лиц с нарушениями слуха и речи (**1-877-688-9891**). На сайте департамента в Интернете www.dmhsc.ca.gov можно найти бланки жалоб и заявлений на проведение независимой медицинской экспертизы, а также инструкции по их заполнению.

Вы имеете право подать жалобу в соответствии со стандартными процедурами рассмотрения жалоб HPSM, если сотрудники HPSM не предоставили Вам помощь, инклюзивную по отношению к трансгендерным людям. Вы можете воспользоваться этой формой или подать свою жалобу по телефону, электронной почте, лично либо онлайн.