DentaQuest
Benefits provided by California Dental Network

Форма жалобы

Заполните эту форму и отправьте ее по указанному выше почтовому адресу как можно скорее. Мы подтвердим получение отправленной вами формы в течение пяти рабочих дней. Все жалобы будут рассмотрены по мере возможности в течение 30 дней. В случае срочных и экстренных жалоб, требующих немедленного рассмотрения, звоните в программу страхования по бесплатному номеру 1-855-388-6257 (TTY/TDD 711) для округа Лос-Анджелес или 1-833-479-1984 (TTY/TDD 711) для округа Сакраменто. Против страхователя не будут применяться ответные меры в случае подачи жалобы в отношении программы страхования.

Информация для страхователей

Имя страхователя: _____

Идентификационный номер страхователя: _____

Имя подписчика (если отличается от указанного выше): _____

Идентификационный номер подписчика (если отличается от указанного выше): _____

Тел. (днем): _____ Тел. (вечером): _____

Информация о жалобе

Подробно изложите свою жалобу на обороте формы.

Предмет настоящей жалобы (поставить галочку в одной или более клеток):

☐ Программа страхования ☐ Лечебное учреждение ☐ Персонал учреждения

Даты событий, в отношении которых подается жалоба: _____

Информация об учреждении

Наименование учреждения: _____ Идентификационный номер учреждения: _____

Адрес учреждения: _____

Имя лечащего врача: _____

Укажите сотрудников учреждения, с которыми вы говорили по этому вопросу: _____

_____

Определения в рамках процедуры подачи жалоб

- «Жалоба» – письменное или устное выражение недовольства в отношении программы страхования и (или) поставщика услуг, в том числе в отношении качества медицинской помощи. Понятие включает в себя жалобу, спор, запрос на пересмотр решения или апелляцию. Подается лицом, зарегистрированным в программе страхования, или его представителем.
- «Претензия» – это то же самое, что и «жалоба».
- «Податель» жалобы или претензии – лицо, подающее жалобу или претензию, в том числе зарегистрированное лицо, назначенный им представитель или иное лицо, уполномоченное действовать от имени зарегистрированного лица.
- «Решено» означает, что в отношении претензии или жалобы, поданной зарегистрированным лицом, принято окончательное решение, и в системе рассмотрения жалоб отсутствуют нерассмотренные апелляции со стороны данного зарегистрированного лица в отношении программы страхования, включая организации с делегированными полномочиями.
- «Рассматривается» – статус жалобы, по которой не принято решение в течение 30 календарных дней, или жалобы, переданной в систему рассмотрения жалоб Департамента или в независимую систему медицинского надзора.

Департамент регулируемого медицинского обслуживания Калифорнии отвечает за регулирование программ медицинского обслуживания. Если у вас есть жалоба в отношении вашей программы медицинского страхования, вам следует сначала связаться с организацией, предоставляющей программу медицинского страхования, по телефону 1-855-388-6257 (TTY/TDD 711) для округа Лос-Анджелес или 1-833-479-1984 (TTY/TDD 711) для округа Сакраменто и подать жалобу в соответствии с процедурой, предусмотренной вашей программой медицинского страхования, прежде чем обращаться в департамент. Использование данной процедуры подачи жалоб не лишает вас каких-либо потенциальных законных прав или средств правовой защиты, которые могут быть вам доступны. Если вам требуется помощь с жалобой, связанной с чрезвычайной ситуацией, жалобой, которая не была удовлетворительно разрешена организацией, предоставляющей вам программу медицинского страхования, или жалобой, которая остается нерешенной в течение более 30 дней, вы можете обратиться в департамент за помощью. Вы также можете иметь право на независимую медицинскую экспертизу (IMR). Если вы имеете право на независимую медицинскую экспертизу, процесс экспертизы обеспечит беспристрастную проверку медицинских решений, принятых организацией, предоставляющей программу медицинского страхования, в отношении медицинской необходимости предлагаемой услуги или лечения, решений о покрытии расходов на экспериментальные или исследовательские виды лечения, а также споров об оплате экстренных и неотложных медицинских услуг. В департаменте также имеется бесплатный номер телефона (1-888-466-2219) и линия TDD (1-877-688-9891) для лиц с нарушениями слуха и речи. На сайте департамента www.dmhc.ca.gov есть формы жалоб, формы заявлений на проведение независимой медицинской экспертизы и инструкции.

Опишите инцидент и вашу жалобу (при необходимости приложите дополнительные страницы)

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Настоящим даю разрешение стоматологу, врачу, больнице или иному медицинскому учреждению или специалисту на раскрытие медицинских (стоматологических) данных, которые имеют отношение к моей жалобе или могут повлиять на ее рассмотрение и урегулирование в рамках программы страхования.

_____ _____

Подпись страхователя Дата

Настоящим даю разрешение компании California Dental Network, осуществляющей деятельность под наименованием DentaQuest, обсудить с указанными ниже лицами данную жалобу, включая любые соответствующие медицинские (стоматологические) данные и личную информацию о состоянии здоровья, необходимую для содействия в рассмотрении данной жалобы.

_____

Имена уполномоченных представителей

_____ _____

Подпись страхователя Дата

Отмена медицинского страхования
Форма жалобы

DentaQuest
Benefits provided by California Dental Network

Информация для страхователей

Имя страхователя: _____ Пол: ☐ Мужской ☐ Женский ☐ Иной

Имя родителя/опекуна (для несовершеннолетнего ребенка): _____

Дата рождения страхователя: _____ Номер страхователя: _____

Почтовый адрес страхователя: _____

Город, штат, почтовый индекс: _____

Тел. (днем): _____ Тел. (вечером): _____

Адрес электронной почты: _____

Работодатель (если применимо): _____

Имена всех зарегистрированных лиц, на которых распространяется действие: _____

_____

Идентификационный номер подписчика для всех зарегистрированных лиц: _____

_____

Название программы медицинского страхования: _____

Идентификационный номер Medi-Cal (если применимо): _____

Идентификационный номер Medicare или Medicare Advantage (если применимо): _____

Медицинская группа (если применимо): _____

Подпись страхователя: _____ Дата: _____

Информация о жалобе

Если применимо:

Дата получения страхователем уведомления о том, что покрытие было или будет прекращено: _____

Дата, когда страхователь подал жалобу в организацию, отличную от DMHC: _____

Предоставьте, если возможно:

- Копии уведомлений в рамках программы страхования и копии полученных писем, если таковые имеются
- Копии любой корреспонденции, отправленной страхователем
- Копии подтверждения оплаты за последний оплаченный период покрытия

Разрешение на раскрытие медицинских данных

Прошу Департамент регулируемого медицинского обслуживания (DMHC) принять решение по моей жалобе в отношении программы страхования. Прошу DMHC рассмотреть мою жалобу на отмену медицинского страхования, чтобы определить, соответствует ли моя жалоба требованиям процедуры рассмотрения жалоб потребителей DMHC. Настоящим разрешаю поставщикам, оказывающим и оказывавшим мне медицинские и стоматологические услуги, а также организации, предоставляющей программу медицинского страхования, раскрыть мои медицинские данные и информацию, необходимую для рассмотрения жалобы. Эти данные могут включать в себя медицинские данные, данные о психическом здоровье, злоупотреблении психоактивными веществами, ВИЧ, результаты диагностических исследований с визуализацией, а также другие данные, имеющие отношение к моей жалобе. Эти данные могут также включать в себя немедицинские сведения и любую другую информацию, связанную с моей жалобой. Настоящим разрешаю DMHC ознакомиться с этими данными, а также направить их в организацию, предоставляющую программу медицинского страхования. Срок действия настоящего разрешения составляет год с указанной ниже даты, за исключением случаев, разрешенных законом. Например, закон позволяет DMHC продолжать использовать мою информацию для внутренних целей. По своему усмотрению я могу прекратить действие своего разрешения раньше. Вся информация, предоставленная мной на этой странице, является достоверной.

Подпись страхователя, законного опекуна или родителя: _____ Дата: _____

Департамент регулируемого медицинского обслуживания Калифорнии отвечает за регулирование программ медицинского обслуживания. Если у вас есть жалоба в отношении вашей программы медицинского страхования, вам следует сначала связаться с организацией, предоставляющей программу медицинского страхования, по телефону 1-855-388-6257 (TTY/TDD 711) для округа Лос-Анджелес или 1-833-479-1984 (TTY/TDD 711) для округа Сакраменто и подать жалобу в соответствии с процедурой, предусмотренной вашей программой медицинского страхования, прежде чем обращаться в департамент. Использование данной процедуры подачи жалоб не лишает вас каких-либо потенциальных законных прав или средств правовой защиты, которые могут быть вам доступны. Если вам требуется помощь с жалобой, связанной с чрезвычайной ситуацией, жалобой, которая не была удовлетворительно разрешена организацией, предоставляющей вам программу медицинского страхования, или жалобой, которая остается нерешенной в течение более 30 дней, вы можете обратиться в департамент за помощью. Вы также можете иметь право на независимую медицинскую экспертизу (IMR). Если вы имеете право на независимую медицинскую экспертизу, процесс экспертизы обеспечит беспристрастную проверку медицинских решений, принятых организацией, предоставляющей программу медицинского страхования, в отношении медицинской необходимости предлагаемой услуги или лечения, решений о покрытии расходов на экспериментальные или исследовательские виды лечения, а также споров об оплате экстренных и неотложных медицинских услуг. В департаменте также имеется бесплатный номер телефона (1-888-466-2219) и линия TDD (1-877-688-9891) для лиц с нарушениями слуха и речи. На сайте департамента www.dmhc.ca.gov есть формы жалоб, формы заявлений на проведение независимой медицинской экспертизы и инструкции.

Опишите инцидент и вашу жалобу (при необходимости приложите дополнительные страницы)

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

(При необходимости приложите дополнительные страницы)

Информация об уполномоченном помощнике

Если вы хотите предоставить полномочия другому лицу, чтобы оно могло помочь вам с вашей жалобой, заполните части A и B ниже.

Если вы являетесь родителем или законным опекуном, подающим жалобу от имени ребенка младше 18 лет, вам не требуется заполнять эту форму.

Если вы подаете эту жалобу от имени заявителя, который не может заполнить эту форму, поскольку заявитель недееспособен, и у вас есть законные полномочия действовать от имени этого заявителя, заполните только Часть B. Также приложите копию доверенности на принятие решений в области медицинского обслуживания либо копии других документов, подтверждающих, что вы имеете право принимать решения от имени застрахованного лица.

Часть A: Страхователь

Настоящим предоставляю полномочия лицу, указанному ниже в Части B, действовать в целях оказания помощи в рамках процесса рассмотрения моей жалобы в DMHC. Настоящим разрешаю персоналу DMHC раскрывать лицу, указанному ниже, информацию о моих заболеваниях и лечении. Эта информация может включать в себя информацию о лечении психического заболевания, лечении или тестировании на ВИЧ, лечении алкогольной или наркотической зависимости, а также другую медицинскую информацию.

Я понимаю, что будет раскрываться только информация, имеющая отношение к моей жалобе.

Мое согласие на привлечение этого лица для оказания помощи является добровольным, и я могу его отозвать. Если я хочу отозвать свое согласие, я должен сделать это в письменной форме.

Имя страхователя (печатными буквами): _____

Подпись страхователя: _____ Дата: _____

Часть B: Лицо, оказывающее помощь страхователю

Настоящим предоставляю полномочия лицу, указанному ниже в Части B, действовать в целях оказания помощи в рамках процесса рассмотрения моей жалобы в DMHC. Настоящим разрешаю персоналу DMHC раскрывать лицу, указанному ниже, информацию о моих заболеваниях и лечении. Эта информация может включать в себя информацию о лечении психического заболевания, лечении или тестировании на ВИЧ, лечении алкогольной или наркотической зависимости, а также другую медицинскую информацию.

Имя лица, оказывающего помощь (печатными буквами): _____

Подпись лица, оказывающего помощь: _____

Адрес: _____

Город, штат, почтовый индекс: _____

Кем приходится пациенту: _____

Тел. (днем): _____

Тел. (вечером): _____

Эл. почта: _____

☐ Моя доверенность на принятие решений в области медицинского обслуживания или другой юридический документ прилагаются. (поставить галочку, если применимо)

Инструкция по заполнению формы жалобы/претензии

Если у вас возникнут вопросы, позвоните в Справочный центр по телефону 1-888-466-2219 или в TDD по телефону 1-877-688-9891. Звонок бесплатный.

Как подать:

1. Подайте заявление онлайн на сайте www.dmhc.ca.gov (это самый быстрый способ).

   ИЛИ

   Заполните и подпишите форму жалобы на отмену медицинского страхования.

2. Если вы хотите, чтобы кто-то помог вам с вашей жалобой, заполните форму «Информация об уполномоченном помощнике».

3. Приложите документы, запрашиваемые в форме жалобы на отмену медицинского страхования, такие как уведомления от организации, предоставляющей вам программу медицинского страхования, выписки по счетам и документы, подтверждающие оплату.

4. Если вы подаете форму не через сеть Интернет, отправьте ее по почте или факсу вместе с любыми подтверждающими документами по адресу:

   Department of Managed Health Care Help Center
   980 9th Street, Suite 500
   Sacramento, CA 95814-2725
   Факс: 916-255-5241

Что дальше?

Справочный центр направит вам письмо с сообщением о том, была ли принята к рассмотрению ваша жалоба. Если ваша жалоба принимается к рассмотрению, решение по вашему вопросу будет принято в течение 30 дней. О принятом решении вы будете уведомлены в письменной форме.

Данное уведомление требуется в соответствии с законом

УВЕДОМЛЕНИЕ О ТРЕБОВАНИЯХ ЗАКОНА 1977 ГОДА О ПРАВИЛАХ РАСКРЫТИЯ ИНФОРМАЦИИ
Согласно Закону 1977 года о правилах раскрытия информации (разд. 1798.17 Гражданского кодекса Калифорнии) требуется предоставление следующего уведомления.

- Закон Нокса-Кина о страховом медицинском обслуживании в Калифорнии предоставляет департаменту DMHC полномочия регулировать программы медицинского страхования и расследовать жалобы страхователей в рамках программ медицинского страхования.
- Справочный центр DMHC использует вашу личную информацию в целях изучения вашей жалобы в отношении программой медицинского страхования.
- Вы предоставляете департаменту DMHC эту информацию добровольно. Вы не обязаны предоставлять эту информацию. Однако, в случае отказа предоставить эту информацию, рассмотрение вашей жалобы департаментом DMHC не гарантируется.
- При необходимости DMHC может передавать вашу личную информацию организации, предоставляющей программу медицинского страхования, и поставщикам услуг с целью проведения разбирательства по вашей жалобе.
- DMHC также может передавать вашу информацию другим государственным органам, если это требуется или разрешено законом.
- Вы имеете право просматривать свою личную информацию. Для этого обратитесь к координатору по запросу данных (DMHC Records Request Coordinator), DMHC, Office of Legal Services, 980 9th Street Suite 500, Sacramento CA 95814-2725, или позвоните по телефону 916-322-6727.