

Бланк претензии от участника плана (Member Grievance Form)



БЛАНК ПРЕТЕНЗИИ ОТ УЧАСТНИКА
ПЛАНА, НЕ В РАМКАХ MEDICARE
(GRIEVANCE FORM, NON-MEDICARE)

Уведомление о недопущении дискриминации

Дискриминация запрещена законом. Kaiser Permanente соблюдает федеральные гражданские законы и законы штата.

Kaiser Permanente не нарушает закон, дискриминируя, исключая или относясь иначе к людям на основании возраста, расы, этнической принадлежности, цвета кожи, национальности, культурной принадлежности, происхождения, религии, пола, гендерной идентичности, гендерного самовыражения, сексуальной ориентации, семейного положения, физической или психической неполноценности, заболевания, источника оплаты, генетической информации, гражданства, основного языка или иммиграционного статуса.

Kaiser Permanente предоставляет следующие услуги:

- Бесплатную помощь и услуги людям с ограниченными возможностями для обеспечения эффективной коммуникации с нами, например:
 - ◆ услуги квалифицированных сурдопереводчиков;
 - ◆ письменную информацию в других форматах (шрифт Брайля, крупный шрифт, в аудио формате, доступном цифровом и другом формате).
- Бесплатные услуги перевода людям, не владеющим английским языком, например:
 - ◆ услуги квалифицированных устных переводчиков;
 - ◆ информацию в письменном виде на других языках.

Если вам нужны данные услуги, звоните в наш контактный центр отдела обслуживания участников по телефону **1-800-464-4000** (линия ТТУ: **711**) круглосуточно, ежедневно (кроме праздничных дней). Если вы плохо слышите или испытываете трудности с речью, пожалуйста, звоните по номеру **711**.

По требованию, данный документ может быть предоставлен в шрифте Брайля, напечатан крупным шрифтом, записан на аудиокассету или в другой цифровой формат. Чтобы получить копию в одном из данных альтернативных форматов или в каком-либо еще формате, позвоните в наш контактный центр отдела обслуживания участников и спросите о нужном вам формате.

Как подать жалобу в Kaiser Permanente

Вы можете подать жалобу по поводу дискриминации в Kaiser Permanente, если считаете, что мы вам не предоставили данные услуги или нарушили закон, проявив дискриминацию в каком-либо виде. Для получения более подробной информации, пожалуйста, обратитесь к брошюрам *Свидетельство о страховом покрытии (Evidence of Coverage)* или *Свидетельство о страховании (Certificate of Insurance)* Вы также можете поговорить с сотрудником отдела обслуживания участников, чтобы выбрать относящийся к вашему случаю вариант действий. Если вам нужна помощь при подаче жалобы, позвоните в отдел обслуживания участников.

Вы можете подать жалобу о дискриминации одним из описанных ниже способов.

- **По телефону:** позвоните в отдел обслуживания участников по телефону **1-800-464-4000** (линия ТТУ 711) круглосуточно, ежедневно (за исключением праздничных дней).
- **По почте:** позвоните нам по телефону **1-800-464-4000** (линия ТТУ 711) и попросите, чтобы вам прислали соответствующую форму.
- **Лично:** заполните жалобную форму или форму иска/требования о льготах в отделе обслуживания участников в учреждении плана (воспользуйтесь справочником поставщиков услуг на сайте kp.org/facilities, чтобы узнать адрес).
- **Онлайн:** используйте онлайн-форму на нашем веб-сайте **kp.org**.

Вы также можете связаться с координатором по гражданским правам Kaiser Permanente непосредственно по адресу:

Attn: Kaiser Permanente Civil Rights Coordinator
Member Relations Grievance Operations
P.O. Box 939001
San Diego CA 92193

Как подать жалобу в отдел по гражданским правам Департамента здравоохранения штата Калифорния *(только для получателей льгот программы Medi-Cal)*

Вы можете подать жалобу о нарушении гражданских прав в отдел по гражданским правам Департамента здравоохранения штата Калифорния в письменном виде, по телефону или по электронной почте:

- **По телефону:** позвоните в отдел по гражданским правам Департамента здравоохранения (Department of Health Care Services, DHCS) по телефону **916-440-7370** (линия ТТУ 711)
- **По почте:** заполните форму жалобы и отправьте письмом по адресу:

Deputy Director, Office of Civil Rights
Department of Health Care Services
Office of Civil Rights
P.O. Box 997413, MS 0009
Sacramento, CA 95899-7413

Найти форму жалобы можно на странице:

http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx

- **Онлайн:** отправьте электронное сообщение на адрес CivilRights@dhcs.ca.gov

Как подать жалобу в отдел по гражданским правам Департамента Соединенных Штатов по здравоохранению и социальному обеспечению

Вы также имеете право подать жалобу о дискриминации в отдел по гражданским правам Департамента Соединенных Штатов по здравоохранению и социальному обеспечению. Вы можете подать жалобу в письменном виде, по телефону или онлайн.

- **По телефону:** позвоните **1-800-368-1019** (линия ТТУ 711 или **1-800-537-7697**)

- **По почте:** заполните форму жалобы и отправьте письмом по адресу:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, ННН Building
Washington, D.C. 20201

Формы для подачи жалоб можно найти на странице
<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

- **Онлайн:** посетите портал для подачи жалоб Отдела по гражданским правам:
<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>.

Language Assistance Services

English: Language assistance is available at no cost to you, 24 hours a day, 7 days a week. You can request interpreter services, materials translated into your language, or in alternative formats. You can also request auxiliary aids and devices at our facilities. Just call us at **1-800-464-4000**, 24 hours a day, 7 days a week (closed holidays). TTY users call **711**.

Arabic: خدمات الترجمة الفورية متوفرة لك مجاناً على مدار الساعة كافة أيام الأسبوع. بإمكانك طلب خدمة الترجمة الفورية أو ترجمة وثائق للغة أو لصيغ أخرى. يمكنك أيضاً طلب مساعدات إضافية وأجهزة في مرافقنا. ما عليك سوى الاتصال بنا على الرقم **1-800-464-4000** على مدار الساعة كافة أيام الأسبوع (مغلق أيام العطلات). لمستخدمي خدمة الهاتف النصي يرجى الاتصال على الرقم (711).

Armenian: Ձեզ կարող է անվճար օգնություն ստանալը լինել ինչպիսիք է ինչպես 24 ժամ, շաբաթը 7 օր: Դուք կարող եք պահանջել բանավոր թարգմանչի ծառայություններ, Ձեր լեզվով թարգմանված կամ այլընտրանքային ձևաչափով պատրաստված նյութեր: Դուք նաև կարող եք խնդրել օժանդակ օգնություններ և սարքեր մեր հաստատություններում: Պարզապես զանգահարեք մեզ **1-800-464-4000** հեռախոսահամարով՝ օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր (տոն օրերին փակ է): TTY-ից օգտվողները պետք է զանգահարեն **711**:

Chinese: 您每週 7 天，每天 24 小時均可獲得免費語言協助。您可以申請口譯服務、要求將資料翻譯成您所用語言或轉換為其他格式。您還可以在我們的場所內申請使用輔助工具和設備。我們每週 7 天，每天 24 小時均歡迎您打電話 **1-800-757-7585** 前來聯絡（節假日休息）。聽障及語障專線 (TTY) 使用者請撥 **711**。

Farsi: خدمات زبانی در 24 ساعت شبانروز و 7 روز هفته بدون اخذ هزینه در اختیار شما است. شما می توانید برای خدمات مترجم شفاهی، ترجمه مدارک به زبان شما و یا به صورتهای دیگر درخواست کنید. شما همچنین می توانید کمکهای جانبی و وسایل. کمکی برای محل اقامت خود درخواست کنید کفایت در 24 ساعت شبانروز و 7 روز هفته (به استثنای روزهای تعطیل) با ما به شماره **1-800-464-4000** تماس بگیرید. کاربران ناشنوا (TTY) با شماره **711** تماس بگیرند.

Hindi: बिना किसी लागत के दुभाषिया सेवाएँ, दिन के 24 घंटे, सप्ताह के सातों दिन उपलब्ध हैं। आप एक दुभाषिये की सेवाओं के लिए, बिना किसी लागत के सामग्रियों को अपनी भाषा में अनुवाद करवाने के लिए, या वैकल्पिक प्रारूपों के लिए अनुरोध कर सकते हैं। आप हमारे सुविधा-स्थलों में सहायक साधनों और उपकरणों के लिए भी अनुरोध कर सकते हैं। बस केवल हमें **1-800-464-4000** पर, दिन के 24 घंटे, सप्ताह के सातों दिन (छुट्टियों वाले दिन बंद रहता है) कॉल करें। TTY उपयोगकर्ता **711** पर कॉल करें।

Hmong: Muaj kev pab txhais lus pub dawb rau koj, 24 teev ib hnuv twg, 7 hnuv ib lim tiam twg. Koj thov tau cov kev pab txhais lus, muab cov ntaub ntawv txhais ua koj hom lus, los yog ua lwm hom. Koj kuj thov tau lwm yam kev pab thiab khoom siv hauv peb tej tsev hauj lwm. Tsuas hu rau **1-800-464-4000**, 24 teev ib hnuv twg, 7 hnuv ib lim tiam twg (cov hnuv caiv kaw). Cov neeg siv TTY hu **711**.

Japanese: 当院では、言語支援を無料で、年中無休、終日ご利用いただけます。通訳サービス、日本語に翻訳された資料、あるいは資料を別の書式でも依頼できます。補助サービスや当施設の機器についてもご相談いただけます。お気軽に **1-800-464-4000** までお電話ください（祭日を除き年中無休）。TTY ユーザーは **711** にお電話ください。

Khmer: ជំនួយភាសា គឺឥតគិតថ្លៃថ្ងៃដល់អ្នកឡើយ 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ អ្នកអាចស្នើសុំសេវាអ្នកបកប្រែឯកសារដែលបានបកប្រែទៅជាភាសាខ្មែរ ឬជាទំរង់ជំនួសផ្សេងៗទៀត។ អ្នកក៏អាចស្នើសុំឧបករណ៍និងបរិក្ខារជំនួយទំនាក់ទំនងសម្រាប់អ្នកពិការនៅទីតាំងរបស់យើងផងដែរ។ គ្រាន់តែទូរស័ព្ទមកយើង តាមលេខ **1-800-464-4000** បាន 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ (បិទថ្ងៃបុណ្យ)។ អ្នកប្រើ TTY ហៅលេខ 711។

Korean: 요일 및 시간에 관계없이 언어지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 귀하는 통역 서비스, 귀하의 언어로 번역된 자료 또는 대체 형식의 자료를 요청할 수 있습니다. 또한 저희 시설에서 보조기구 및 기기를 요청하실 수 있습니다. 요일 및 시간에 관계없이 **1-800-464-4000** 번으로 전화하십시오. (공휴일휴무). TTY 사용자번호 **711**.

Laotian: ການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາມີໃຫ້ໄດ້ຍ່ອຍຮັ່ງຄ່າ ຕາມທ່ານ, ຕະຫຼອດ 24 ຊົ່ວໂມງ, 7 ວັນຕໍ່ອາທິດ. ທ່ານສາມາດຮ້ອງຂໍຮັບບໍລິການນາຍພາສາ, ໃຫ້ແປເອກະສານເປັນພາສາຂອງທ່ານ, ຫຼື ໃນຮູບແບບອື່ນ. ທ່ານສາມາດຂໍອຸປະກອນຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ອຸປະກອນຕ່າງໆໃນສະຖານບໍລິການຂອງພວກເຮົາໄດ້. ພາຍໃຈຕໍ່ທ່ານ ຫາພວກເຮົາທີ່ **1-800-464-4000**, ຕະຫຼອດ 24 ຊົ່ວໂມງ, 7 ວັນຕໍ່ອາທິດ (ປິດວັນພັກຕ່າງໆ). ຜູ້ໃຊ້ສາຍ TTY ໃຫ້ **711**.

Mien: Mbenc nzoih liouh wang-henh tengx nzie faan waac bun muangx maiv zuqc cuotv zinh nyaanh meih, yietc hnoi mbenc maaih 24 norm ziangh hoc, yietc norm liv baaiz mbenc maaih 7 hnoi. Meih se haih tov heuc tengx lorx faan waac mienh tengx faan waac bun muangx, dorh nyungc horngh jaa-sic mingh faan benx meih nyei waac, a'fai liouh ginv longc benx haaix hoc sou-guv daan yaac duqv. Meih corc haih tov longc benx wuotc ginc jaa-dorngx tengx aengx caux jaa-sic nzie bun yiem njiec zorc goux baengc zingh gorn zangc. Kungx douc waac mingh lorx taux yie mbuo yiem njiec naaiv **1-800-464-4000**, yietc hnoi mbenc maaih 24 norm ziangh hoc, yietc norm liv baaiz mbenc maaih 7 hnoi. (hnoi-gec se guon gorn zangc oc). TTY nyei mienh nor douc waac lorx **711**.

Navajo: Doo bik'é asinílaágoó saad bee ata' hane' bee áká e'elyeed nich'í' áq'át'é, t'áá álahjí' jíigo dóó t'ée'go áádóó tsosts'íjí áq'át'é. Ata' hane' yidííkił, naaltsoos t'áá Diné bizaad bee bik'i' ashchíigo, éi doodago hane' bee didííts'ííligíí yidííkił. Hane' bee bik'i' di'díííligíí dóó bee hane' didííts'ííligíí bína'idííkiłgo yidííkił. Kojí hodiilnih **1-800-464-4000**, t'áá álahjí', jíigo dóó t'ée'go áádóó tsosts'íjí áq'át'é. (Dahodíizingóne' doo nida'anish dago éi da'deelkaal). TTY chodayool'ínigíí kojí dahalne' **711**.

Punjabi: ਬਿਨਾਂ ਕਿਸੀ ਲਾਗਤ ਦੇ, ਦਿਨ ਦੇ 24 ਘੰਟੇ, ਹਫ਼ਤੇ ਦੇ 7 ਦਿਨ, ਦੁਬਾਸੀਆ ਸੇਵਾਵਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। ਤੁਸੀਂ ਇੱਕ ਦੁਬਾਸੀਏ ਦੀ ਮਦਦ ਲਈ, ਸਮੱਗਰੀਆਂ ਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਅਨੁਵਾਦ ਕਰਵਾਉਣ ਲਈ, ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਵੱਖ ਫਾਰਮੈਟ ਵਿੱਚ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਲਈ ਬੇਨਤੀ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਤੁਸੀਂ ਸਾਡੀਆਂ ਸੁਵਿਧਾਵਾਂ ਵਿੱਚ ਵੀ ਸਹਾਇਕ ਸਾਧਨਾਂ ਅਤੇ ਉਪਕਰਣਾਂ ਲਈ ਬੇਨਤੀ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਾਂ। ਬਸ ਸਿਰਫ਼ ਸਾਨੂੰ **1-800-464-4000** ਤੇ, ਦਿਨ ਦੇ 24 ਘੰਟੇ, ਹਫ਼ਤੇ ਦੇ 7 ਦਿਨ (ਛੁੱਟੀਆਂ ਵਾਲੇ ਦਿਨ ਬੰਦ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ) ਫ਼ੋਨ ਕਰੋ। TTY ਦਾ ਉਪਯੋਗ ਕਰਨ ਵਾਲੇ **711** 'ਤੇ ਫ਼ੋਨ ਕਰਨ।

Russian: Мы бесплатно обеспечиваем Вас услугами перевода 24 часа в сутки, 7 дней в неделю. Вы можете воспользоваться помощью устного переводчика, запросить перевод материалов на свой язык или запросить их в одном из альтернативных форматов. Мы также можем помочь вам с вспомогательными средствами и альтернативными форматами. Просто позвоните нам по телефону **1-800-464-4000**, который доступен 24 часа в сутки, 7 дней в неделю (кроме праздничных дней). Пользователи линии TTY могут звонить по номеру **711**.

Spanish: Tenemos disponible asistencia en su idioma sin ningún costo para usted 24 horas al día, 7 días a la semana. Puede solicitar los servicios de un intérprete, que los materiales se traduzcan a su idioma o en formatos alternativos. También puede solicitar recursos para discapacidades en nuestros centros de atención. Solo llame al **1-800-788-0616**, 24 horas al día, 7 días a la semana (excepto los días festivos). Los usuarios de TTY, deben llamar al **711**.

Tagalog: May magagamit na tulong sa wika nang wala kang babayaran, 24 na oras bawat araw, 7 araw bawat linggo. Maaari kang humingi ng mga serbisyo ng tagasalin sa wika, mga babasahin na isinalin sa iyong wika o sa mga alternatibong format. Maaari ka ring humiling ng mga karagdagang tulong at device sa aming mga pasilidad. Tawagan lamang kami sa **1-800-464-4000**, 24 na oras bawat araw, 7 araw bawat linggo (sarado sa mga pista opisyal). Ang mga gumagamit ng TTY ay maaaring tumawag sa **711**.

Thai: มีบริการช่วยเหลือด้านภาษาฟรีตลอด 24 ชั่วโมง
7 วันต่อสัปดาห์ คุณสามารถขอใช้บริการล่าม
แปลเอกสารเป็นภาษาของคุณ หรือในรูปแบบอื่นได้
คุณสามารถขออุปกรณ์และเครื่องมือช่วยเหลือได้ที่ศูนย์บริการ
ให้ความช่วยเหลือของเรา โดยโทรหาเราที่ **1-800-464-4000**
ตลอด 24 ชั่วโมง 7 วันต่อสัปดาห์ (ยกเว้นวันหยุดราชการ)
ผู้ใช้ TTY ให้โทร **711**

Ukrainian: Послуги перекладача надаються
безкоштовно, цілодобово, 7 днів на тиждень. Ви
можете зробити запит на послуги усного
перекладача, отримання матеріалів у перекладі
мовою, якою володієте, або в альтернативних
форматах. Також ви можете зробити запит на
отримання допоміжних засобів і пристроїв у
зкладах нашої мережі компаній. Просто
зателефонуйте нам за номером **1-800-464-4000**.
Ми працюємо цілодобово, 7 днів на тиждень
(крім святкових днів). Номер для користувачів
телетайпа: **711**.

Vietnamese: Dịch vụ thông dịch được cung cấp miễn
phí cho quý vị 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày trong tuần. Quý
vị có thể yêu cầu dịch vụ thông dịch, tài liệu phiên dịch
ra ngôn ngữ của quý vị hoặc tài liệu bằng nhiều hình
thức khác. Quý vị cũng có thể yêu cầu các phương tiện
trợ giúp và thiết bị hỗ trợ tại các cơ sở của chúng tôi.
Quý vị chỉ cần gọi cho chúng tôi tại số **1-800-464-4000**,
24 giờ mỗi ngày, 7 ngày trong tuần (trừ các ngày lễ).
Người dùng TTY xin gọi **711**.

Вопросы, проблемы, запросы на услуги или недовольство обслуживанием

Цель Kaiser Permanente — обеспечить максимальную удовлетворенность участников планов. Все врачи, сотрудники и волонтеры несут ответственность за то, чтобы всем участникам всегда обеспечивалось обслуживание высочайшего качества. Это включает, в частности, реагирование на любые возможные проблемы или недовольство. Наш главный приоритет — решение любых проблем и устранение причин недовольства независимо от места обслуживания.

В случае возникновения вопросов, проблем или недовольства предоставленными услугами обратитесь к руководителю отдела. Запросить услугу, сообщить о проблеме или жалобе либо подать страховое требование для возмещения расходов можно, связавшись с планом медицинского страхования с помощью прилагаемого бланка.

Как подать претензию

Вы можете подать претензию по любому вопросу. В претензии следует объяснить проблему, например причины, по которым вы считаете, что принятое в отношении вас решение было ошибочным, или недовольны полученными услугами. Претензию необходимо подать в устной или письменной форме в течение 180 дней с даты инцидента, вызвавшего ваше недовольство. Участники программы Medi-Cal могут подавать претензии в любое время. Вы можете подать претензию одним из описанных ниже способов.

- Отправить письмо в Kaiser Foundation Health Plan по одному из следующих адресов:

Member Case Resolution Center (для стандартных претензий, не требующих срочного или экстренного рассмотрения)

P.O. Box 9390011
San Diego, CA 92193-90011

ИЛИ

Expedited Review Unit (для претензий, требующих срочного или экстренного рассмотрения, когда стандартные сроки рассмотрения недопустимы по следующим причинам: (а) это может серьезно угрожать вашей жизни или здоровью либо способности восстановить функции организма в максимальном объеме; (b) согласно заключению врача, осведомленного о состоянии вашего здоровья, вы будете испытывать острую боль, которую невозможно надлежащим образом устранить без оказания услуг, являющихся предметом претензии; (с) ваш поставщик медицинских услуг сообщил нам, что этот вопрос требует рассмотрения в срочном порядке)

P.O. Box 1809
Pleasanton, CA 94566

- Обратиться в местный отдел обслуживания участников
- Позвонить в контактный центр отдела обслуживания участников (линия работает круглосуточно и без выходных, кроме праздников)

Английский язык:	1-800-464-4000
Испанский язык:	1-800-788-0616
Диалекты китайского языка:	1-800-757-7585
TTY:	711
- Онлайн через наш сайт kp.org (на английском языке)

БЛАНК ЖАЛОБЫ ИЛИ СТРАХОВОГО ТРЕБОВАНИЯ / ЗАПРОСА НА СТРАХОВОЕ ПОКРЫТИЕ (не в рамках Medicare) штат Калифорния

Имя и фамилия участника/пациента		Номер медицинской карты	
Адрес	Улица и номер дома/квартиры	Город	Почтовый индекс
Номер телефона для звонков в течение дня		Альтернативный номер телефона	Дата рождения
Имя и фамилия человека, заполнившего бланк (если отличается от указанного выше, участнику для заполнения будет отправлена по почте форма заявления о назначении уполномоченного представителя)		Кем приходится	Номер телефона для звонков в течение дня
Отдел/отделение и медицинское учреждение, в котором возникла проблема			Дата инцидента

Опишите ситуацию и характер проблемы (при необходимости приложите дополнительные листы).

Расскажите о своих попытках решить проблему.

Как вы видите правильное решение проблемы?

Подпись	Дата
---------	------

<i>For Program Representative Use Only</i>		
Name of Program Representative	Facility	Date Received

Процедура подачи и рассмотрения жалобы в Департамент регулируемого здравоохранения*

Департамент регулируемого здравоохранения штата Калифорния отвечает за регулирование планов медицинского страхования. Если у вас есть претензии к плану медицинского страхования, прежде чем связаться с Департаментом, вам следует позвонить в Kaiser Foundation Health Plan по телефону **1-800-464-4000** и воспользоваться процедурой подачи претензии, предусмотренной вашим планом. Следование процедуре подачи претензии не означает потерю имеющихся у вас юридических прав или средств правовой защиты. Если вам требуется помощь в отношении претензии, которая связана с экстренной ситуацией, не была должным образом удовлетворена планом медицинского страхования или решение по которой не было принято в течение 30 дней, Вы можете позвонить в Департамент. Вы можете также иметь право на проведение независимого медицинского рассмотрения (Independent Medical Review, IMR). Если вы соответствуете критериям проведения IMR, в процессе рассмотрения будет произведена независимая проверка медицинских решений, принятых страховым планом в отношении медицинской необходимости предложенных услуг или лечения, решений о покрытии экспериментального либо исследовательского по своей природе лечения, а также спорных вопросов об оплате экстренной или неотложной медицинской помощи. Также можно позвонить в Департамент по бесплатному номеру (**1-888-466-2219**) или воспользоваться линией TDD (**1-877-688-9891**), предназначенной для лиц с нарушениями слуха и речи. На сайте Департамента **www.dhmc.ca.gov** можно найти бланки для подачи жалоб, бланки заявления на IMR и инструкции по заполнению.

* Недоступна для участников программы Medi-Cal, зарегистрированных в планах Cal-Optima, Gold Coast Health Plan и Partnership HealthPlan of California

В случае проблемы, которая представляет непосредственную и серьезную угрозу вашему здоровью (например, острая боль, риск потери конечности, важной функции организма или жизни), вы можете обратиться напрямую в Департамент регулируемого здравоохранения штата Калифорния в любое время без предварительной подачи претензии в план.

Отправьте этот бланк для обработки по почте на один из адресов, указанных на странице 8. Кроме того, жалобу можно подать через Интернет на сайте kr.org, лично в местном офисе отдела обслуживания участников или по телефону **1-800-464-4000**.

