|  |  |
| --- | --- |
|  | Процесс подачи жалоб и апелляций (для бенефициаров) |

Если вы не удовлетворены качеством получаемого ухода или у вас возникли проблемы, связанные с ограничением, сокращением либо прекращением предоставления услуг, можете сообщить нам об этом. Мы рассмотрим вашу претензию И поможем решить возникшую проблему.

Вы можете уполномочить представителя (например, друга, родственника или другое лицо на свое усмотрение) действовать от вашего имени. В таком случае вам потребуется предоставить нам письменное разрешение, прежде чем мы начнем процедуру урегулирования ситуации вместе с вашим уполномоченным представителем.

# Жалоба

# Жалоба — это запрос на рассмотрение проблемной ситуации в отношении услуг, предоставляемых Службами охраны психического здоровья (Behavioral Health Services). Существует несколько способов подачи жалоб.

* Воспользуйтесь формой подачи жалоб и (или) апелляций и конвертом с обратным адресом, доступными в учреждении, в котором вы получаете услуги, или онлайн на веб-странице [**www.ochealthinfo.com/dmc-ods**.](http://www.ochealthinfo.com/dmc-ods)
* Позвоните лицу, уполномоченному принимать и передавать на рассмотрение жалобы, на номер **866-308-3074 (TDD: 866-308-3073)**.
* Обратитесь к своему поставщику услуг (персоналу или представителю учреждения) с просьбой помочь вам заполнить и отправить форму подачи жалоб и (или) апелляций.

# Апелляция

Если вы являетесь бенефициаром Medi-Cal, то для получения некоторых услуг вам требуется предварительное разрешение от плана медицинского страхования. Если план медицинского страхования намеревается ограничить, сократить, отсрочить или прекратить предоставление ранее одобренных услуг по охране психического здоровья, которые, по мнению поставщика, необходимы вам, вы можете обжаловать данное решение. Это называется процедурой апелляции. Если план медицинского страхования отказывается одобрять для вас услуги по причине отсутствия медицинской необходимости, вы можете обратиться к нему с просьбой пересмотреть решение. Это также называется процедурой апелляции. Существует три способа подачи апелляций.

Если вы считаете, что рассмотрение апелляции в обычные сроки может привести к серьезным проблемам с вашим психическим здоровьем, в том числе к проблемам, влияющим на вашу способность обретать, поддерживать или восстанавливать важные жизненные функции, вы можете запросить ускоренное рассмотрение апелляции. В таком случае решение предоставляется в течение 72 часов.

* Воспользуйтесь формой подачи жалоб и (или) апелляций и конвертом с обратным адресом, доступными в учреждении, в котором вы получаете услуги, или онлайн на веб-странице [**www.ochealthinfo.com/dmc-ods**.](http://www.ochealthinfo.com/dmc-ods)
* Позвоните лицу, уполномоченному принимать и передавать на рассмотрение апелляции, на номер **866-308-3074 (TDD: 866-308-3073)**.
* Обратитесь к своему поставщику услуг (персоналу или представителю учреждения) с просьбой помочь вам заполнить и отправить форму подачи жалоб и (или) апелляций.

# Независимое слушание на уровне штата

# Если вы являетесь бенефициаром Medi-Cal и план медицинского страхования намеревается ограничить, сократить, отсрочить или прекратить предоставление ранее одобренных услуг, вы можете запросить проведение независимого слушания на уровне штата. Существует три способа инициировать данный процесс.

* Заполните форму запроса о проведении независимого слушания на уровне штата онлайн на веб-странице **https://secure.dss.cahwnet.gov/shd/pubintake/cdss-request.aspx.**
* Для лиц, получивших Уведомление об отрицательном заключении в отношении льгот (Notice of Adverse Benefit Determination): следуйте прилагаемым инструкциям и заполните форму запроса о проведении независимого слушания на уровне штата (Request for a State Fair Hearing).
* Позвоните непосредственно в администрацию штата Калифорния на номер 800-952-5253 (TTD: 800-952-8349).

# Если у вас возникла проблема, проконсультируйтесь с руководителем службы или директором программы, чтобы узнать, смогут ли они урегулировать ее должным образом. Если вы хотите оформить свой запрос в виде жалобы, заполните одну из форм в учреждении, в котором вы получаете услуги, или свяжитесь с представителем поставщика в своем регионе.

**Представитель поставщика услуг в вашем регионе:**

**Номер телефона:**