

**Если вам нужна помощь в заполнении
этого бланка:**

- Вы можете попросить помощи у работника страхового плана.
- Вы можете позвонить в Службу обслуживания участников плана:
(916) 875-6069
Бесплатный телефон:
1-888-881-4881 TDD 711
- Вы можете позвонить в Службу защиты прав пациентов:
(916) 333-3800

Совет округа Сакраменто

Sacramento County Board of Supervisors

Phil Serna, 1-й округ
Patrick Kennedy, 2-й округ
Rich Desmond, 3-й округ
Sue Frost, 4-й округ
Don Nottoli, 5-й округ

Исполнительный менеджер округа

Ann Edwards

Отдел здравоохранения

Chevon Kothari, директор

Отдел психического здоровья

Ryan Quist, Ph.D., директор

Sacramento County MHP соблюдает применимый Федеральный закон о гражданских правах и не допускает дискриминации по признаку расы, цвета кожи, национального происхождения, возраста, инвалидности или пола.

***Опубликовано отделом психического
здоровья
Округа Сакраменто***

**Sacramento County Mental Health Plan
Quality Management – Member Services
7001-A East Parkway, Suite 300M
Sacramento, CA 95823**

**Sacramento County Mental Health Plan
Quality Management, Member Services
7001A East Parkway, Suite 300M
Sacramento, CA 95823**



**Округ Сакраменто
Страховой план психического
здоровья**

**Бланк
АПЕЛЛЯЦИИ**

Стандартная / Ускоренная

Appeal Form - Russian

**Место
для
марки**

АПЕЛЛЯЦИЯ

ВНИМАНИЕ: Подача апелляции после принятия мер не повлияет на услуги, оказываемые вам страховым планом психического здоровья округа Сакраменто. Служба обслуживания участников вышлет вам ответ в течение 45 дней (для стандартных апелляций) или 3 рабочих дней (для ускоренных апелляций). Если ускоренная апелляция будет отклонена, участнику будет направлено уведомление, и апелляция будет рассматриваться по стандартной схеме. Пожалуйста, отметьте нужное:

Стандартная апелляция Ускоренная апелляция

Пожалуйста, пишите отчетливо печатными буквами.

Дата: _____ Место обслуживания: _____

Имя клиента: _____ Дата рождения: _____

Если клиент несовершеннолетний, укажите имя опекуна, подающего апелляцию от имени клиента: _____

Адрес (Город/Штат/Индекс): _____

Номер телефона (Пожалуйста, укажите, в какое время лучше всего звонить): _____

1. Какова суть вашей апелляции? Подробно опишите проблему. Если необходимо, приложите дополнительные листы.

2. Если вы отметили «Ускоренная», объясните причину? Пожалуйста, дайте как можно более подробную информацию. Если необходимо, приложите дополнительные листы.

3. Обсуждали ли вы эту проблему с работником плана (координатором обслуживания, врачом, консультантом, психиатром, и т.п.)? ДА НЕТ

4. Каковым вам видится разрешение вашей апелляции?

Подпись подающего апелляцию: _____ Дата: _____