

**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  
TTY (916) 876-8853
- 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  
Susan Peters, 3-й округ  
Sue Frost, 4-й округ  
Don Nottoli, 5-й округ

**Исполнительный менеджер округа**

Navdeep S. Gill

**Отдел здравоохранения**

Peter Beilenson, MD, MPH, 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  
7001A East Parkway, Suite 300M  
Sacramento, CA 95823

Место  
для  
марки

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



Округ Сакраменто  
Страховой план психического  
здоровья

**Бланк  
АПЕЛЛЯЦИИ**

Стандартная / Ускоренная

# 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: \_\_\_\_\_