

# КАЛИФОРНИЙСКОЕ ОБЩЕСТВО ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ФОРМА ДЛЯ ПОДАЧИ ЖАЛОБЫ ИЛИ АПЕЛЛЯЦИИ

Дата: \_\_\_\_\_

Фамилия, имя участника плана: \_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Телефон участника плана: \_\_\_\_\_

Идентификационный номер на вашей карточке PHS или Medi-Cal: \_\_\_\_\_

Пожалуйста, изложите вашу апелляцию или жалобу:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Что мы можем сделать для решения проблемы?: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Жалобу необходимо подать в течение 180 календарных дней  
после какого-либо инцидента.**

**Апелляции, касающиеся неблагоприятного Уведомления о принятых мерах, должны  
быть поданы в течение 90 календарных дней после даты уведомления**

**Жалобу или апелляцию направьте по почте или доставьте лично по адресу:**

**Partnership HealthPlan of California  
360 Campus Lane, Ste., 100  
Fairfield, CA 94534  
Attn: Grievance Unit**

Вы также можете подать жалобу по телефону. Обратитесь в Отдел по обслуживанию

клиентов Калифорнийского общества охраны здоровья по телефону (707) 863-4120 или 1-800-863-4155.