

ФОРМА ЖАЛОБЫ НА БОЛЬНИЧНЫЙ СЧЕТ

HCAI-Legal-560 (New 8/24/2023)

- ✓ Вы можете подать свою жалобу онлайн по адресу: HospitalBillComplaintProgram.hcai.ca.gov.
- ✓ Для получения бесплатной помощи в рассмотрении вашей жалобы вы можете обратиться в Альянс потребителей медицинских услуг, пройдя по ссылке healthconsumer.org или позвонив по телефону (888) 804-3536.
- ✓ Для того, чтобы HCAI было проведено расследование с целью выяснения, являлся ли неправомерным отказ больницы в помощи в оплате ваших медицинских счетов, вы уже подавали заявку на льготы по оплате и/или благотворительной помощи **до подачи этой жалобы**.
- ✓ При отправке документов по почте, пожалуйста, приложите только копии. **Не отправляйте оригиналы документов: они не будут возвращены.**

РАЗДЕЛ 1: ИНФОРМАЦИЯ О ПАЦИЕНТЕ

1. Имя, среднее имя, фамилия _____ 2. Предпочтительное имя (необязательно) _____
3. Пол: женский мужской неизвестен предпочитаю(т) не отвечать
4. Дата рождения: _____ 5. Умер ли пациент? Да Нет
6. Является ли пациент несовершеннолетним? Да Нет
7. Для несовершеннолетних пациентов, пожалуйста, укажите печатными буквами имя родителя или законного опекуна: _____
8. Почтовый адрес, город, штат, почтовый индекс (5-значный), страна _____
9. Основной номер телефона _____ 10. Дополнительный номер телефона _____
11. Адрес электронной почты: _____
12. Помогает ли вам кто-либо, кроме родителя или законного опекуна ребенка младше 18 лет, с подачей вашей жалобы? Да Нет
- Если да, пожалуйста, заполните форму уполномоченного представителя.*

РАЗДЕЛ 2: ИНФОРМАЦИЯ О ЧЛЕНАХ СЕМЬИ

Для пациентов в возрасте 18 лет и старше укажите полное имя, возраст и степень родства со следующими лицами: супруг(а), гражданский партнер и находящиеся на иждивении дети в возрасте до 21 года (вне зависимости от того, проживают они вместе с пациентом или нет). Для пациентов младше 18 лет укажите полное имя, возраст и степень родства со следующими лицами: родители, родственники, осуществляющие уход за пациентом, и другие дети родителей или родственников, осуществляющих уход за пациентом, в возрасте до 21 года. (Если в списке более шести членов семьи, заполните приложение на странице 11.)

п/п	Полное имя	Возраст	Степень родства с пациентом
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			

РАЗДЕЛ 3: ИНФОРМАЦИЯ О БОЛЬНИЦЕ

13. Наименование больницы: _____

14. Адрес, город, штат, почтовый индекс (5-значный)

15. Дата поступления: _____ 16. Дата выписки: _____

17. Получили ли вы письменную смету из больницы? Да Нет

Если да, приложите подтверждающую документацию, если таковая в наличии.

18. Даты оказания услуг(и), за которые(-ую) больница выставила счет: _____

При более чем одном поступлении в больницу или нескольких отдельных датах получения услуг, пожалуйста, подайте отдельную жалобу.

19. Заплатили ли вы уже какую-либо сумму за обсуждаемую(-ые) услугу(-и)?

Да Нет Неизвестно

Если да, предоставьте подтверждающие документы и дату последнего платежа, если таковые имеются: _____

РАЗДЕЛ 4: ИНФОРМАЦИЯ О ПЛАНЕ МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ

20. Были ли больничные услуги связаны с травмами, причиненными третьей стороной (такими как дорожно-транспортное происшествие, преступление или производственная травма)?

Да Нет Неизвестно

21. Были ли вы зарегистрированы в плане медицинского обслуживания, страховом плане и/или государственной программе страхования (например, Medi-Cal, Medicare, дополнительное страхование Medicare и т.д.) на момент любой из дат оказания рассматриваемой услуги?

Да Нет Неизвестно

Если да, то для каждого типа страхового покрытия укажите название плана, даты вступления в силу страхового покрытия и идентификационный номер члена, а также установите флажок для типа страхового покрытия ниже, если таковой имеется.

Основное покрытие

Даты покрытия

Идентификационный номер члена

Коммерческий/Работодатель Medi-Cal Medicare

Дополнительное страхование Medicare

Дополнительное покрытие	Даты покрытия	Идентификационный номер члена
<input type="checkbox"/> Коммерческий/Работодатель <input type="checkbox"/> Medi-Cal <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Дополнительное страхование Medicare		

Другое покрытие	Даты покрытия	Идентификационный номер члена
<input type="checkbox"/> Коммерческий/Работодатель <input type="checkbox"/> Medi-Cal <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Дополнительное страхование Medicare		

Другое покрытие	Даты покрытия	Идентификационный номер члена
<input type="checkbox"/> Коммерческий/Работодатель <input type="checkbox"/> Medi-Cal <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Дополнительное страхование Medicare		

22. Обрабатывались ли в рамках плана медицинского обслуживания, плана страхования и/или государственной программы страхования какие-либо претензии в связи с услугами, включенными в счет, выставленный больницей?

Да Нет Не применимо Неизвестно

23. Если да, подавал ли пациент жалобу или апелляцию в рамках своего плана медицинского обслуживания, плана страхования или государственной программы страхования по поводу отказа?

Да Нет Не применимо Неизвестно

Если да, приложите копию письма-решения, полученного в рамках плана медицинского обслуживания, плана страхования или государственной программы страхования, а также укажите дату рассмотрения жалобы или апелляции, если таковая доступна.

24. Дата рассмотрения жалобы или апелляции, если применимо и доступно: _____

РАЗДЕЛ 5: ИНФОРМАЦИЯ О ВЗЫСКАНИИ ЗАДОЛЖЕННОСТИ

25. Продала ли больница рассматриваемый долг за медицинское обслуживание коллекторам или существует ли риск, что ваш долг будет им отправлен? Да Нет Неизвестно

26. Если да, было ли сообщено о долге в кредитное бюро или повлиял ли он на ваш кредитный отчет / рейтинг? Да Нет Неизвестно Не применимо

Если да, пожалуйста, предоставьте копию вашего кредитного отчета.

27. Имя коллектора Если применимо и доступно: _____

28. Дата продажи долга коллекторам Если применимо и доступно: _____

29. Номер счета Если применимо и доступно: _____

Вся информация, которую я предоставил(а) при подаче данной жалобы, является достоверной и точной, насколько мне известно.

Имя пациента (печатными буквами)

Подпись пациента или законного представителя

Обратите внимание: если пациент не в состоянии принимать решения по медицинским и/или финансовым вопросам и желает, чтобы представитель помог ему с жалобой, или же в случае смерти пациента, пожалуйста, заполните прилагаемую Форму для уполномоченного представителя. Без действительной подписи пациента уполномоченный представитель должен предоставить прочие документы, подтверждающие его полномочия действовать в качестве уполномоченного представителя данного пациента (например: доверенность, документы об опекунстве, письмо о назначении душеприказчика и т.д.).

РАЗДЕЛ 6: РАСКРЫТИЕ ИНФОРМАЦИИ

HCAI-Legal-562 (New 8/24/23)

Я, [имя пациента печатными буквами] _____, даю свое согласие [название больницы печатными буквами] _____ на предоставление моей полной медицинской карты указанному лицу, включая, но не ограничиваясь, финансовую информацию, информацию о платежах, физическом и психическом здоровье, злоупотреблении веществами, ВИЧ-статусе, заключения скрининговых исследований и прочие записи, имеющие отношение к жалобе, которая была подана мной или от моего имени в Калифорнийский Департамент по вопросам доступности медицинских услуг и информации (HCAI), Программа рассмотрения жалоб на больничные счета (НВСП), с целью определения соблюдения названной больницей положения Закона о выставлении больничных счетов по справедливой стоимости и связанных с ним нормативных актов.

Я понимаю, что мои записи о расстройствах, связанных с употреблением психоактивных веществ, если таковые имеются, защищены федеральным законодательством, регулирующим соблюдение конфиденциальности, положениями части 2 статьи 42 Свода федеральных правил о "Записях пациентов, страдающих от расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ", а также Актом о мобильности и подотчетности медицинского страхования (HIPAA), пунктами 160 и 164 статьи 45 Свода федеральных правил, и не могут быть раскрыты без моего письменного согласия, если иное не предусмотрено законом.

Настоящее разрешение на раскрытие моей медицинской информации действительно до тех пор, пока моя жалоба в HCAI не будет рассмотрена. Я понимаю, что я имею право отозвать данное разрешение на раскрытие медицинской информации в любое время путем отправки письма по адресу:

Department of Health Care Access and Information
Hospital Fair Billing Program
2020 West El Camino, Suite 1101
Sacramento, CA 95833

Если не будет отозвано ранее, срок действия данного согласия истекает через 12 месяцев после даты моего подписания этой формы или даты закрытия моей жалобы, в зависимости от того, что произойдет раньше. Отзыв вступит в силу с того момента, когда НВСП получит мой письменный запрос, за исключением

случаев, когда НВСП или другие лица уже полагались на мое предварительное согласие на разглашение медицинской информации.

Я понимаю, что настоящее согласие на раскрытие медицинской информации является добровольным, но что НВСП не может обработать мою жалобу на больничные счета без подписания этого согласия.

За исключением случаев, предусмотренных законом, законодательство Калифорнии запрещает HCAI раскрывать мою медицинскую информацию в дальнейшем, если HCAI не получит другого разрешения. Я понимаю, что если я даю разрешение на раскрытие моей медицинской информации лицу, которое не имеет обязательств перед законом сохранять ее конфиденциальность, и она может больше не защищаться законами штата или федеральными законами о конфиденциальности.

Я понимаю, что у меня есть право на получение копии этого согласия.

Подпись пациента: _____ Дата: _____

Укажите свое имя печатными буквами: _____

Если данная форма заполняется лицом, уполномоченным действовать от имени лица, таким как родитель, законный опекун несовершеннолетнего или медицинский работник, пожалуйста, заполните следующие данные:

Имя лица, заполняющего данную форму: _____

Подпись лица, заполняющего данную форму: _____

Дата: _____

Укажите ниже, на каком основании лицо обладает полномочиями подписывать данную форму: _____

ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Следующие демографические вопросы будут использоваться только в целях отчетности и анализа. **Данная информация является опциональной. Если вы не желаете предоставлять эту информацию, это никак не повлияет на результат рассмотрения вашей жалобы.**

1. ЯЗЫК

Предпочитаемый язык общения: _____

Хотели бы вы, чтобы мы общались с вами на предпочитаемом вами языке? Да Нет

2. РАСА И/ИЛИ ЭТНИЧЕСКАЯ ПРИНАДЛЕЖНОСТЬ

К какой расе и/или этнической принадлежности вы относитесь?

Выберите все применимые категории и подкатегории и введите любую дополнительную информацию в поля ниже. Обратите внимание, что вы можете выбрать более одной группы.

АМЕРИКАНСКИЕ ИНДЕЙЦЫ или УРОЖЕНЦЫ АЛЯСКИ

Предоставьте подробности ниже.

Нация навахо Ответ в свободной форме: _____

АЗИАТЫ ИЛИ АМЕРИКАНЦЫ АЗИАТСКОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ

Предоставьте подробности ниже.

Азиаты-индийцы Камбоджийцы Китайцы Филиппинцы Хмонги Японцы
 Корейцы Лаосцы Пакистанцы Вьетнамцы
 Ответ в свободной форме: _____

АФРИКАНЦЫ ИЛИ АФРОАМЕРИКАНЦЫ

Предоставьте подробности ниже.

Афроамериканцы Барбадосцы Эфиопцы Ганцы Гаитяне Ямайцы
 Кенийцы Нигерийцы Сомалийцы Южноафриканцы Суданцы
 Ответ в свободной форме: _____

ИСПАНОЯЗЫЧНЫЕ или ЛАТИНОАМЕРИКАНЦЫ

Предоставьте подробности ниже.

Колумбийцы Кубинцы Доминиканцы Эквадорцы Гватемальцы Гондурасцы
 Мексиканцы или американские мексиканцы Пуэрториканцы Сальвадорцы Испанцы
 Ответ в свободной форме: _____

ВЫХОДЦЫ ИЗ БЛИЖНЕГО ВОСТОКА или СЕВЕРОАФРИКАНЦЫ

Предоставьте подробности ниже.

Афганцы Алжирцы Армяне Египтяне Иранцы Иракцы
 Израильяне Курды Ливанцы Марокканцы Сирийцы
 Ответ в свободной форме: _____

КОРЕННЫЕ ГАВАЙЦЫ или ВЫХОДЦЫ ИЗ ТИХООКЕАНСКОГО РЕГИОНА

Предоставьте подробности ниже.

- Чаморро Чуукезе Фиджийцы Гуамцы Маршалльцы Коренные гавайцы
 Палауанцы Самоанцы Таитяне Тонганцы
 Ответ в свободной форме: _____

БЕЛЫЕ

Предоставьте подробности ниже.

- Нидерландцы Англичане Французы Немцы Ирландцы Итальянцы
 Норвежцы Поляки Португальцы Русские Шотландцы
 Ответ в свободной форме: _____

3. ГЕНДЕРНАЯ ИДЕНТИЧНОСТЬ

Предоставьте подробности ниже.

- Женщина Мужчина FtM/Трансгендерный мужчина/Транс-мужчина
 MtF/Трансгендерная женщина/Транс-женщина
 Гендерквир (не исключительно мужчина или женщина)
 Не знаю/предпочитаю не говорить
 Ответ в свободной форме: _____

УВЕДОМЛЕНИЕ СОГЛАСНО ЗАКОНУ ОБ ИНФОРМАЦИОННОЙ ПРАКТИКЕ ОТ 1977 ГОДА

Согласно Закону об информационной практике от 1977 года (раздел 1798.17 Гражданского кодекса Калифорнии) мы должны уведомить вас о нижеследующем:

- Раздел 127436 Кодекса охраны здоровья и техники безопасности наделяет Департамент по вопросам доступности медицинских услуг и информации (HCAI) полномочиями расследовать жалобы на больничные счета, связанные с политикой предоставления больницей льгот и/или благотворительной помощи.
- Программа выставления больничных счетов по справедливой стоимости HCAI использует вашу персональную информацию для расследования вашей жалобы на больничные счета.
- Вы можете предоставить эту информацию HCAI добровольно, но это не является обязательным. Тем не менее, HCAI, вероятно, не сможет расследовать вашу жалобу, если вы не предоставите запрашиваемую информацию.
- HCAI может при необходимости раскрыть вашу персональную информацию больнице и поставщикам медицинских услуг в рамках расследования вашей жалобы.
- HCAI также вправе раскрывать вашу информацию другим государственным учреждениям, если такое требуется или разрешено законодательством.
- Вы имеете право ознакомиться со своей персональной информацией. Если вам необходима дополнительная информация или у вас есть вопросы о конфиденциальности персональных данных, хранящихся в HCAI, пожалуйста, свяжитесь с сотрудником по вопросам конфиденциальности по адресу:

Department of Health Care Access and Information
Privacy Officer
2020 West El Camino, Suite 800
Sacramento, CA 95833
Privacy.Officer@HCAI.ca.gov
hcai.ca.gov/home/privacy-policy/

ДО ПОДАЧИ ЖАЛОБЫ

Если вы желаете, чтобы HCAI было проведено расследование с целью выяснения, являлся ли неправомерным отказ больницы в помощи в оплате ваших медицинских счетов, вы, должно быть, уже подали заявку на получение финансовой помощи в больницу, где вами были получены рассматриваемые услуги. Если вы еще не обращались в больницу по данному вопросу, вам следует связаться с представителями больницы для получения дополнительной информации о подаче жалобы. Если вам необходима помощь, вы можете обратиться в Альянс потребителей медицинских услуг по телефону 888-804-3536 или перейти по ссылке healthconsumer.org для получения дополнительной информации.

КАК ПОДАТЬ ЖАЛОБУ

1. Подайте жалобу онлайн по адресу HospitalBillComplaintProgram.hcai.ca.gov (это самый быстрый способ подачи жалобы).

Следуйте онлайн-инструкциям и заполните форму жалобы.

2. Если вы пользуетесь услугами уполномоченного представителя, заполните 'Форму уполномоченного представителя'.
3. Приложите копию вашей последней формы W-2 или платежных ведомостей за шесть месяцев.
4. Вы можете приложить другие документы, подтверждающие ваш запрос, такие как любое из нижеперечисленного:
 - Письменная смета из больницы.
 - Любая документация, подтверждающая платежи, произведенные в счет оплаты услуг.
 - Любые коммуникации с представителями вашего плана медицинского обслуживания или государственной программы страхования о выставленных счетах за услуги.
 - Доказательство того, что долг за медицинское обслуживание был продан коллекторам или существует риск, что этот долг будет им отправлен.
 - Копия вашего кредитного отчета, если произошедшее повлияло на ваш кредитный рейтинг.

Пожалуйста, обратите внимание, что к рассмотрению подлежит только документация, относящаяся к дате (датам) предоставления услуги, указанной в вашей жалобе.

5. Если вы подаете жалобу не онлайн, пожалуйста, отправьте свою Форму жалобы и любую подтверждающую документацию по адресу:

Department of Health Care Access and Information
Hospital Bill Complaint Program
2020 West El Camino, Suite 1101
Sacramento, CA 95833

ПРИЛОЖЕНИЕ - ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ЧЛЕНЫ СЕМЬИ

HCAI-Legal-564 (New 8/24/23)

Просьба заполнить эту страницу, если у вас есть дополнительные члены семьи, которых вы хотите добавить в список. Если места не будет достаточно, сделайте дополнительные копии этой страницы для отправки вместе с вашей жалобой.

ИНФОРМАЦИЯ О ЧЛЕНАХ СЕМЬИ

Для пациентов в возрасте 18 лет и старше укажите полное имя, возраст и родственные связи следующих лиц: супруг(а), гражданский партнер, находящиеся на иждивении дети в возрасте до 21 года (вне зависимости от того, проживают они вместе с пациентом или нет).

Для пациентов младше 18 лет укажите полное имя, возраст и степень родства со следующими лицами: родители, родственники, осуществляющие уход за пациентом, и другие дети родителей или родственников, осуществляющих уход за пациентом, в возрасте до 21 года.

п/п	Полное имя	Возраст	Степень родства с пациентом
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
11.			
12.			
13.			
14.			

ФОРМА ДЛЯ УПОЛНОМОЧЕННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ

HCAI-Legal-561 (New 8.24.23)

- Если вы хотите предоставить другому лицу разрешение быть вашим представителем или помогать вам с вашей жалобой, заполните нижеприведенные части А и Б.
- **Если вы являетесь родителем или опекуном ребенка младше 18 лет, от чьего имени вы подаете данную жалобу, вы можете не заполнять данную форму.**
- Если вы подаете данную жалобу за пациента и вы по закону уполномочены действовать от его лица, пожалуйста, заполните только часть Б настоящей формы. Вы должны приложить копии документов, которые наделяют вас полномочиями действовать в качестве уполномоченного представителя данного пациента.

ЧАСТЬ А. ЗАПОЛНЯЕТСЯ ПАЦИЕНТОМ

Я уполномочиваю лицо, чье имя указано ниже в Части Б, действовать от моего имени по всем вопросам, связанным с жалобой, поданной в Департамент по вопросам доступности медицинских услуг и информации (HCAI). Я позволяю сотрудникам HCAI сообщать нижеупомянутому лицу финансовую информацию и информацию о состоянии моего здоровья и связанных с ними услугах. Я понимаю и принимаю, что такие сведения могут включать в себя финансовую информацию, информацию о платежах, физическом и психическом здоровье, злоупотреблении веществами, ВИЧ-статусе, заключениями скрининговых исследований и прочие записи, имеющие отношение к жалобе.

Я даю добровольное согласие на такое представление и имею право отозвать его. Отзыв доверенности должен осуществляться в письменной форме.

1. Подпись пациента

2. ФИО пациента печатными буквами

3. Дата: _____

ЧАСТЬ Б. ЗАПОЛНЯЕТСЯ ЛИЦОМ, ПОМОГАЮЩИМ ПАЦИЕНТУ

4. ФИО пациента: _____

5. ФИО уполномоченного представителя: _____

6. Степень родства с пациентом: _____

7. Почтовый адрес, город, штат, индекс (5-значный), страна

8. Номер телефона

9. Адрес электронной почты

10. Подпись уполномоченного представителя

11. Дата

12. Мои документы, подтверждающие законное право действовать в качестве уполномоченного представителя пациента, приложены. (Отметьте, если применимо).