



ԱՆԴԱՄԻ ԲՈՂՈՔԻ/ԳԱՆԳԱՏԻ ՁԵՎԱԹՈՒՂԹ

Ամսաթիվ՝ _____

**Խնդրում ենք տպատառով գրել ողջ տեղեկությունը:
Գանգատվողի տեղեկությունը՝**

_____ () _____ ()
Անուն Աշխատանքային հեռախոսահամար Տան հեռախոսահամար

Հասցե Քաղաք Նահանգ Փոստային թվանիշ

Գանգատվողի հետ կապ ունեցող անձ(եր)ի անունը՝

_____ համար՝

Անուն Ճանաչողական համար

_____ համար՝

Անուն Ճանաչողական համար

_____ համար՝

Անուն Ճանաչողական համար

Գանգատի բնույթը՝ [Նշեք բոլոր կիրառելիները]

- ___ Շուկայադրում
- ___ Անդամին ներկայացվող հաշիվ
- ___ Փոխադրություն
- ___ Արտակարգ իրավիճակի խնամք
- ___ Լիազորում
- ___ Ապանդամագրվելու դժվարություն
- ___ Որակ
- ___ Խնամքի մատչելիություն
- ___ Անձնակազմի վերաբերմունք

Այլ՝ _____

Խնդրի բնութագիրը՝

Պատահման ամսաթիվը՝ _____ Վայրը՝ _____

Մատակարարի անունը _____

Մանրամասն նկարագրեք խնդիրը/գանգատը՝

Օգտագործեք այս ձևաթղթի հետևի կողմը հավելյալ միջոցի կարիքի դեպքում:

Անդամի ստորագրությունը

(կամ ծնողի ստորագրությունը, եթե անդամը դեռահաս է կամ անկարողության դատապարտված)

Ամսաթիվը

ԲԺՇԿԱԿԱՆ ՀՐԱՊԱՐԱԿՈՒՄ

ԱՆԴԱՄ՝ Խնդրում ենք ներկայացնել անունն ու հեռախոսահամարը որևէ մատակարարի, որը Ձեզ բուժել է վիճակի համար, որը կազմում է այս բողոքի նյութը:

Բոլոր ձեռք բերված Բժշկական արձանագրությունները կպահվեն խիստ գաղտնի և կօգտագործվեն միայն Ձեր բողոքը քննելու նպատակով:

ԱՅՍՈՒ ԼԻԱԶՈՐՈՒՄ ԵՄ ԵՎ ԽՆԴՐՈՒՄ, ՈՐ ՎԵՐՈՆՇՅԱԼ ՄԱՏԱԿԱՐԱՐ(ՆԵՐ)Ը ՀՐԱՊԱՐԱԿԻ/ՀՐԱՊԱՐԱԿԵՆ ՈՐԵՎԷ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ԱՐՁԱՆԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆ HEALTH NET-ԻՆ՝ ԱԶԱԿՑԵԼՈՒ ԱՅՍ ԲՈՂՈՔԻ ՆՅՈՒԹԻ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ԱՆՀՐԱԺԵՇՏՈՒԹՅԱՆ՝

ՍՏՈՐԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆ՝ _____ ԱՄՍԱԹԻՎ՝ _____
(Եթե Անդամից տարբեր անձ է ստորագրել) ԿԱՊԸ՝ _____
(ՄԱՅՐ, ՀԱՅՐ, ԽՆԱՄԱԿԱԼ)

Հավելյալ հարցեր ունենալու կամ այս հարցի կապակցությամբ հավելյալ օգնության կարիքի դեպքում, խնդրում ենք զանգահարել մեր Անդամների սպասարկման բաժանմունք անվճար (800) 675-6110 կամ TTY/TDD համարով՝ (800)-431-0964: Լրացնելուց հետո խնդրում ենք ձևաթուղթը ներկայացնել հետևյալին՝ Health Net, Attn: Medi-Cal Member Appeals and Grievance Department, P.O Box 10348, Woodland Hills, CA 91367. Ֆաքսի համար՝ (877) 831-6019:

**ՁԵՐ ԻՐԱՎՈՒՆՔՆԵՐԸ
MEDI-CAL-Ի ՂԵԿԱՎԱՐՎՈՂ ԽՆԱՄՔԻ ՆԵՐՔՈ**

ԵԹԵ ՀԱՄԱԶԱՅՆ ՉԵՔ ՁԵՐ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ԲՈՒԺՄԱՆ ՀԱՄԱՐ ԿԱՑԱՑՎԱԾ ՈՐՈՇՄԱՆ ՀԵՏ, ԿԱՐՈՂ ԵՔ ԲՈՂՈՔԱՐԿՈՒՄ ՆԵՐԿԱՅԱՑՆԵԼ: ԱՅՍ ԲՈՂՈՔԱՐԿՈՒՄԸ ՆԵՐԿԱՅԱՑՎՈՒՄ Է ՁԵՐ HEALTH NET-ԻՆ:

ԻՆՉՊԵՍ ԲՈՂՈՔԱՐԿՈՒՄ ՆԵՐԿԱՅԱՑՆԵԼ՝

Բողոքարկում ներկայացնելու համար Դուք ունեք **60 օր** այս «Գործողության ծանուցագրի» ամսաթվից սկսած: Սակայն **եթե ներկայումս բուժում եք ստանում և ուզում եք շարունակել բուժման ստացումը, պարտավոր եք բողոքարկումը խնդրել 10 օրից՝** սկսած այս նամակի ծրարի վրա նշված կամ այն Ձեզ հանձնելու ամսաթվից, ԿԱՄ նախքան այն ամսաթիվը, երբ Ձեր Բժշկական խումբը կամ Health Net-ը ասում են, որ Ձեր ծառայությունները կդադարեցվեն:

Բողոքարկումը ներկայացնելիս, Դուք պետք է ասեք, որ ուզում եք շարունակել բուժման ստացումը:

Բողոքարկումը կարող եք ներկայացնել հեռախոսով, գրավոր, կամ էլեկտրոնային միջոցով`

- Հեռախոսով` Կապ հաստատեք Health Net-ի հետ զանգահարելով (800) 675-6110 համարով: Կամ եթե լավ չեք կարող լսել կամ խոսել, խնդրում ենք զանգահարել TTY/TDD համարով` (800)-431-0964:
- Գրավոր` Լրացրեք բողոքարկման ձևաթուղթը կամ նամակ գրեք և ուղարկեք հետևյալ հասցեով`

Health Net
Attn: Medi-Cal Member Appeals and Grievance Department
P.O Box 10348
Woodland Hills, CA 91367

- Տաքս ուղարկելով հետևյալ ֆաքսի համարով` (877) 831-6019:
- Էլեկտրոնային միջոցով` Այցելեք Health Net-ի կայքը` www.healthnet.com:

Ձեր բժշկի գրասենյակը իր տրամադրության ներքո կունենա բողոքարկման ձևաթղթեր:
Ձեր առողջապահական ծրագիրը ևս կարող է ձևաթուղթ ուղարկել Ձեզ:

Բողոքարկումը կարող եք ներկայացնել անձամբ: Կամ կարող եք դասավորել, որ մի բարեկամ, ընկեր, դատապաշտպան, բժիշկ, կամ իրավաբան բողոքարկումը ներկայացնի Ձեր անունից: Կարող եք ուղարկել որևէ տեսակի տեղեկություն, որը ցանկանում եք, որ Ձեր առողջապահական ծրագիրը քննի: Առաջին որոշումը կայացրած բժշկից տարբեր մի բժիշկ կքննի Ձեր բողոքարկումը:

Health Net-ը պարտավոր է 30 օրում պատասխան տալ Ձեզ: Այդ ժամանակ, Դուք կստանաք «Բողոքարկման լուծման ծանուցագրի» նամակ: Այս նամակը Ձեզ կտեղեկացնի, թե ինչ է որոշել Health Net-ը: **Այս նամակը 30 օրում չստանալու դեպքում, կարող եք`**

- «Անկախ բժշկական վերանայում» (IMR) խնդրել և առողջապահական ծրագրի հետ կապ չունեցող մի արտաքին վերանայող կվերանայի Ձեր գործը:
- «Նահանգային լսում» խնդրել և մի դատավոր կվերանայի Ձեր գործը:

Խնդրում ենք կարդալ ներքևի բաժինը հրահանգների համար, թե ինչպես պետք է խնդրել IMR կամ Նահանգային լսում:

Եթե կարծում եք, որ 30 օր սպասելը կվնասի Ձեր առողջության, թերևս կարողանաք պատասխան ստանալ 72 ժամից: Ձեր բողոքարկումը ներկայացնելիս, նշեք, թե ինչու սպասելը կվնասի Ձեր առողջության: Անպայման **«արագացված բողոքարկում»** խնդրեք:

ԲՈՂՈՔԱՐԿՄԱՆ ՈՐՈՇՄԱՆ ՀԱՄԱՁԱՅՆ ՉԳՏՆՎԵԼՈՒ ԴԵՊՔՈՒՄ

Եթե բողոքարկում եք ներկայացրել և ստացել եք «Բողոքարկման լուծման ծանուցագրի» նամակ, որը տեղեկացնում է, որ Ձեր առողջապահական ծրագիրը կշարունակի ծառայությունները չմատուցել, կամ **երբեք չեք ստացել նամակ, որը տեղեկացնում է որոշումը և 30 օր է անցել**, կարող եք՝

- **«Անկախ բժշկական վերանայում» (IMR)** խնդրել և առողջապահական ծրագրի հետ կապ չունեցող մի արտաքին վերանայող կվերանայի Ձեր գործը
- **«Նահանգային լսում»** խնդրել և մի դատավոր կվերանայի Ձեր գործը:

Կարող եք միաժամանակ ն՝ IMR, և՝ Նահանգային լսում խնդրել: Կարող եք նաև մեկը մյուսից առաջ խնդրել, պարզելու համար, որ արդյո՞ք այն նախ կլուծի Ձեր խնդիրը: Օրինակ, եթե նախ IMR խնդրեք, բայց համաձայն չգտնվեք որոշման հետ, կարող եք այնուամենայնիվ Նահանգային լսում խնդրել ավելի ուշ: Սակայն եթե նախ Նահանգային լսում խնդրեք և լսումը արդեն իսկ անցկացված լինի, Դուք չեք կարող IMR խնդրել: Այս դեպքում վերջնական խոսքը պատկանում է Նահանգային լսումին:

Դուք ոչ մի վճարում չեք կատարի IMR-ի կամ Նահանգային լսումի համար:

ԱՆԿԱԽ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ՎԵՐԱՆԱՅՈՒՄ (IMR)

IMR ցանկանալու դեպքում, նախ բողոքարկում պետք է ներկայացնեք Ձեր առողջապահական ծրագրին: Ձեր առողջապահական ծրագրից 30 օրում չլսելու դեպքում, կամ եթե դժգոհ եք Ձեր առողջապահական ծրագրի որոշումից, ապա կարող եք IMR խնդրել: IMR-ը պարտավոր եք խնդրել «Բողոքարկման լուծման ծանուցագրի» նամակի ամսաթվին հաջորդող **180 օրում**:

Թերևս կարողանաք IMR ստանալ անմիջապես՝ առանց նախ բողոքարկում ներկայացնելու: Սա պատահում է այնպիսի դեպքերում, երբ Ձեր առողջությունը գտնվում է անմիջական վտանգի ներքո կամ խնդրանքը մերժվել է բուժումը փորձառական կամ հետազոտական նկատելու հետևանքով:

Ներքևի պարբերությունը Ձեզ կմատուցի տեղեկություն IMR խնդրելու կերպի մասին: Նկատի առեք, որ «բողոք» բառը վերաբերում է ն՝ «գանգատին», և՝ «բողոքարկման»:

Կալիֆորնիայի Ղեկավարվող առողջական խնամքի բաժանմունքը (California Department of Managed Health Care) կարգավորում է առողջական խնամքի ծառայության ծրագրերը: Եթե Ձեր Առողջապահական Ծրագրի դեմ բողոք ունեք, ապա, նախքան բաժին դիմելը, ՊԵՏՔ է գանգահարեք Health Net **(800) 675-6110** համարով և օգտագործեք Ձեր Առողջապահական Ծրագրի բողոքարկման գործընթացը: Բողոքարկման այս գործընթացից օգտվելը չի արգելի

որևէ հնարավոր օրինական իրավունք կամ դարման, որը կարող է տրամադրելի լինել Ձեզ: Եթե Ձեզ շտապ օգնության հետ կապված բողոքի, Ձեր առողջապահական ծրագրի կողմից անբավարար լուծում ստացած բողոքի, կամ 30 օրվա ժամկետում չլուծված բողոքի կապակցությամբ օգնություն է հարկավոր, օգնության համար կարող եք զանգահարել բաժանմունք: Կարող եք նաև Անկախ բժշկական վերանայման (IMR) իրավասու լինել: Եթե IMR-ի իրավասու եք, ապա IMR-ի գործընթացը Ձեզ կընձեռի առողջապահական ծրագրի կայացրած բժշկական որոշումների անաչառ վերանայման հնարավորություն՝ կապված առաջարկված ծառայության կամ բուժման բժշկական անհրաժեշտության, փորձնական կամ հետազոտական բնույթի բուժումն ապահովագրելու որոշումների, ինչպես նաև շտապ օգնության կամ հրատապ բժշկական ծառայությունները փոխհատուցելու վեճերի հետ: Բաժինն ունի նաև անվճար հեռախոսահամար՝ **(1-888-HMO-2219)**, ինչպես նաև լսողության կամ խոսքի խանգարում ունեցող անձանց համար TDD հեռախոսագիծ՝ **(1-877-688-9891)**: Բաժանմունքի համացանցային կայքը՝ (<http://www.hmohelp.ca.gov>), ունի բողոքի ձևաթղթեր, IMR-ի դիմումի ձևաթղթեր և առցանց հրահանգներ:

ՆԱՀԱՆԳԱՅԻՆ ԼՍՈՒՄ

Եթե Նահանգային լսում եք ուզում, պարտավոր եք այն խնդրել «Բողոքարկման լուծման ծանուցագրի» նամակի ամսաթվին հաջորդող **120 օրում**: Նահանգային լսումը կարող եք խնդրել հեռախոսով կամ գրավոր՝

- Հեռախոսով՝ Չանգահարեք **1-800-952-5253** համարով: Այս համարը կարող է խիստ զբաղված լինել: Թերևս պատգամ ստանաք ավելի ուշ նորից զանգահարելու: Եթե չեք կարող լավ խոսել կամ լսել, խնդրում ենք զանգահարել **TTY/TDD 1-800-952-8349** համարով:
- Գրավոր՝ Լրացրեք Նահանգային լսումի ձևաթուղթը կամ նամակ ուղարկեք այս հասցեով՝

**California Department of Social Services
State Hearings Division
P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-37
Sacramento, CA 94244-2430**

Անպայման ներառեք Ձեր անունը, հասցեն, հեռախոսի համարը, Սոցիալական ապահովության համարը և նահանգային լսում խնդրելու դրդապատճառը: Եթե որևէ անձ օգնում է Ձեզ Նահանգային լսում խնդրելու հարցում, ավելացրեք նրա անունը, հասցեն, և հեռախոսի համարը ձևաթղթում կամ նամակում: Բանավոր թարգմանչի կարիքի դեպքում, նշեք Ձեր խոսած լեզուն: Դուք ոչ մի վճարում չեք կատարի բանավոր թարգմանչի համար: Մենք Ձեզ համար կապահովենք այդպիսին:

Նահանգային լսում խնդրելուց հետո, Ձեր գործի որոշումը և պատասխանի առաքումը կարող են պահանջել մինչև 90 օր: Եթե կարծում եք, որ այդքան երկար սպասելը կվնասի Ձեր առողջության, թերևս կարողանաք պատասխան ստանալ 3 աշխատանքային օրից: Ձեր բժշկից կամ առողջապահական ծրագրից խնդրեք, որ նամակ գրեն Ձեզ համար: Նամակը պետք է մանրամասնորեն բացատրի, թե ինչպես Ձեր գործի որոշման համար մինչև 90 օր սպասելը լրջորեն կվնասի Ձեր կյանքին, առողջության, կամ առավելագույն գործառույթի հասնելու, այն պահպանելու կամ վերագտնելու կարողության: Այնուհետև անպայման խնդրեք «**արագացված լսում**» և նամակը ներկայացրեք լսումի Ձեր խնդրանքին հետ մեկտեղ:

Նահանգային լսման ժամանակ կարող եք խոսել Ձեր անունից: Կամ կարող եք դասավորել, որ մի բարեկամ, ընկեր, դատապաշտպան, բժիշկ, կամ իրավաբան խոսի Ձեր անունից: Եթե ուզում եք, որ ուրիշ անձ խոսի Ձեր անունից, պարտավոր եք Նահանգային լսումի գրասենյակին իմացնել, որ անձին թույլատրվում է խոսել Ձեր անունից: Այս անձը կոչվում է «վիագործված ներկայացուցիչ»:

ՕՐԻՆԱԿԱՆ ՕԳՆՈՒԹՅՈՒՆ

Թերևս կարողանաք անվճար օրինական օգնություն ստանալ: Զանգահարեք *[name and telephone number of the county's consumer rights hotline]*: Կարող եք նաև զանգահարել Ձեր վարչաշրջանի Օրինական օգնության ընկերություն 1-888-804-3536 համարով: