



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

Այլ՝ _____

Խնդրի բնութագիրը՝

Պատահման ամսաթիվը՝ _____ Վայրը՝ _____

Մատակարարի անունը _____

Մանրամասն նկարագրեք խնդիրը/գանգատը՝

Օգտագործեք այս ձևաթղթի հետևի կողմը հավելյալ միջոցի կարիքի դեպքում:

Անդամի ստորագրությունը

Ամսաթիվը

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

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՝

ՄՏՈՐԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆ՝ _____

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, Van Nuys, CA 91410-0348. Ֆաքսի համար՝ (877) 831-6019:



ՁԵՐ ԻՐԱՎՈՒՆՔՆԵՐԸ MEDI-CAL-Ի ԿԱՌԱՎԱՐՎՈՂ ԽՆԱՄՔԻ ՆԵՐՔՈ

Եթե այնուամենայնիվ համաձայն չեք այս որոշման հետ, 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 նաև IMR, նաև Նահանգային լսում խնդրել: Կարող եք նաև մեկը մյուսից առաջ խնդրել, պարզելու համար, որ արդյոք 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:

ԻՆՉՊԵՍ ԽՆԴՐԵԼ ՆՊԱՍՏՆԵՐԻ ՇԱՐՈՒՆԱԿՈՒՄ

Եթե ներկայումս բուժում եք ստանում և ուզում եք շարունակել բուժման ստացումը, կարող եք հայց խնդրել «Գործողության ծանուցագրի» կամ «Հայցի լուծման ծանուցագրի» նամակի փոստային կնիքի կամ այն ստանալու ամսաթվին հաջորդող 10 օրում, կամ նախքան այն ամսաթիվը, երբ ըստ Ձեր Բժշկական խմբի կամ Health Net-ի՝ ծառայությունները կդադարեցվեն: Հայցը ներկայացնելիս պետք է ասեք, որ ուզում եք շարունակել բուժման ստացումը: Ապահովագրված ծառայությունների ստացման շարունակումը կարող եք խնդրել Հայցը կամ նահանգային լսումը առկա լինելիս գտնվելիս, եթե լրացնում եք հետևյալ պայմանները՝

- 1) Ձեր Հայցն ստացվել է «Գործողության ծանուցագրի» ամսաթվին հաջորդող 60 օրում.
- 2) Դուք հայց եք ներկայացնում նախապես լիազորված ծառայությունների դադարեցման, առկախման կամ նվազեցման դեմ.
- 3) Ապահովագրված ծառայությունները հրահանգվել էին լիազորված մատակարարի կողմից.
- 4) Նախապես լիազորված ծառայությունների համար ապահովագրման ժամանակաշրջանը չի սպառվել. և
- 5) Դուք խնդրել եք Ապահովագրված ծառայությունների ստացումը շարունակել «Գործողության ծանուցագրի» նամակի ուղարկման հաջորդող 10 օրացուցային



Health Net®

ՁԵՐ ԻՐԱՎՈՒՆՔՆԵՐԸ

MEDI-CAL-Ի ԿԱՌԱՎԱՐՎՈՂ ԽՆԱՄՔԻ ՆԵՐՔՈ

օրում կամ առաջարկված գործողության համար նախատեսված գործունե ամսաթվից առաջ:

ԱՆԿԱՆ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ՎԵՐԱՆԱՅՈՒՄ (IMR)

IMR ցանկանալու դեպքում, այն պարտավոր եք խնդրել այս «Բողոքարկման լուծման ծանուցագրի» նամակի ամսաթվին հաջորդող **180 օրում**: Ներքևի պարբերությունը Ձեզ կմատուցի տեղեկություն IMR խնդրելու կերպի մասին: Նկատի առեք, որ «բողոք» բառը վերաբերում է ն «գանգատին», ն «բողոքարկման»:

Կալիֆոռնիայի 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 1-800-675-6110** համարով և օգտագործեք **Health Net-ի հայցերի** գործընթացը: Բողոքարկման այս գործընթացից օգտվելը չի արգելի որևէ հնարավոր օրինական իրավունք կամ դարման, որը կարող է տրամադրելի լինել Ձեզ: Շտապ օգնության հետ կապված բողոքի, Ձեր առողջապահական ծրագրի կողմից անբավարար լուծում ստացած բողոքի կամ 30 օրվա ժամկետում չլուծված բողոքի կապակցությամբ օգնության համար կարող եք գանգահարել բաժին: Կարող եք նաև Անկախ բժշկական վերանայման (IMR) իրավասու լինել: Եթե IMR-ի իրավասու եք, ապա IMR-ի գործընթացը Ձեզ կընձեռի առողջապահական ծրագրի կողմից կայացված բժշկական որոշումների անաչառ վերանայման հնարավորություն՝ կապված առաջարկված ծառայության կամ բուժման բժշկական անհրաժեշտության, փորձնական կամ հետազոտական բնույթի բուժումն ապահովագրելու որոշումների, ինչպես նաև արտակարգ իրավիճակի կամ հրատապ բժշկական ծառայությունները փոխհատուցելու վեճերի հետ: Բաժինը նաև ունի անվճար հեռախոսահամար՝ **(1-888-HMO-2219)** և TDD հեռախոսագիծ **(1-877-688-9891)** լսողության և խոսքի խանգարում ունեցող անձանց համար: Բաժնի համացանցային կայքը՝ (<http://www.hmohelp.ca.gov>) ունի գանգատի ձևաթղթեր, IMR-ի դիմումի ձևաթղթեր և առցանց հրահանգներ:

ՆԱՀԱՆԳԱՅԻՆ ԼՍՈՒՄ

Եթե Նահանգային լսում եք ուզում, պարտավոր եք այն խնդրել այս «Բողոքարկման լուծման ծանուցագրի» (NAR) նամակի ամսաթվին հաջորդող **120 օրում**, որը տեղեկացնում է Ձեզ, որ Նպաստի բացասական որոշումը պահպանվել է մասնակի կամ լրիվ: 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 առողջապահական ծրագիրն ասում է, որ Ձեր ծառայությունները կդադարեցվեն: Նահանգային լսում խնդրելիս, Դուք



Health Net®

ՁԵՐ ԻՐԱՎՈՒՆՔՆԵՐԸ MEDI-CAL-Ի ԿԱՌԱՎԱՐՎՈՂ ԽՆԱՄՔԻ ՆԵՐՔՈ

պետք է ասեք, որ ուզում եք շարունակել բուժման ստացումը:

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**

Նահանգային լսման ձևաթուղթը ներփակված է այս նամակի հետ: Անպայման ներառեք Ձեր անունը, հասցեն, հեռախոսի համարը, Սոցիալական ապահովության համարը և Նահանգային լսում խնդրելու դրդապատճառը: Եթե Նահանգային լսում խնդրելու համար Ձեզ օգնում է ինչ-որ անձ, նամակում կամ ձևաթղթում ավելացրեք նրա անունը, հասցեն, հեռախոսի համարը: 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 «լիազորված ներկայացուցիչ»:



Health Net®

ՁԵՐ ԻՐԱՎՈՒՆՔՆԵՐԸ MEDI-CAL-Ի ԿԱՌԱՎԱՐՎՈՂ ԽՆԱՄՔԻ ՆԵՐՔՈ

ԻՐԱՎԱԲԱՆԱԿԱՆ ՕԳՆՈՒԹՅՈՒՆ

Դուք կարող եք անվճար իրավաբանական օգնություն ստանալ: Ձանգահարեք շրջանի սպառողների շահերի պաշտպանված թեժ գիծը: Դուք կարող եք նաև զանգահարել Տեղական իրավաբանական օգնության միություն ձեր շրջանում 1-888-804-3536 համարով:



Health Net®

ՁԵՐ ԻՐԱՎՈՒՆՔՆԵՐԸ MEDI-CAL-Ի ԿԱՌԱՎԱՐՎՈՂ ԽՆԱՄՔԻ ՆԵՐՔՈ

Վարչաշրջան	Սպառողի իրավունքներ
Fresno	Fresno Health Consumer Center 2115 Kern Street Suite 1 Fresno, CA 93721 Phone (559) 570 - 1200 Toll Free (800) 675 - 8001 Website http://www.centralcallegal.org
Kern	California Rural Legal Assistance, Inc. 601 High Street (map) Suite C Delano, CA 93215 Phone (661) 725 - 4350 Website http://crla.org Email info@crla.org
Kings	Fresno Health Consumer Center 2115 Kern Street Suite 1 Fresno, CA 93721 Phone (559) 570 - 1200 Toll Free (800) 675 - 8001 Website http://www.centralcallegal.org
Los Angeles	Center for Health Care Rights 520 South Lafayette Park Place Suite 214 Los Angeles, CA 90057 Toll Free (800) 824 - 0780 Email center@healthcarerights.org
Madera	Fresno Health Consumer Center 2115 Kern Street Suite 1 Fresno, CA 93721 Phone (559) 570 - 1200 Toll Free (800) 675 - 8001 Website http://www.centralcallegal.org



Health Net®

ՁԵՐ ԻՐԱՎՈՒՆՔՆԵՐԸ
MEDI-CAL-Ի ԿԱՌԱՎԱՐՎՈՂ ԽՆԱՄՔԻ ՆԵՐՔՈ

Վարչաշրջան	Սպառողի իրավունքներ
Riverside	California Rural Legal Assistance, Inc 1460 6th Street Coachella, CA 92236 Phone (760) 398 - 7261 Website http://crla.org Email info@crla.org
Sacramento	Community Legal Services - McGeorge School of Law 3200 Fifth Avenue Sacramento, CA 95818 Phone (916) 340 – 6080
San Bernardino	California Rural Legal Assistance, Inc 1460 6th Street Coachella, CA 92236 Phone (760) 398 - 7261 Website http://crla.org Email info@crla.org
San Diego	California Rural Legal Assistance, Inc. 640 Civic Center Drive #108 Vista, CA 92084 Phone (760) 966 - 0511 Website http://crla.org Email info@crla.org
San Joquin	Legal Services of Northern California Phone: (888) 354-4474
Stanislaus	Central California Legal Services, Inc. Phone: (559) 570-1200
Tulare	Central California Legal Services, Inc. Phone: (559) 570-1200