



**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՝

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) 977-7307 կամ (TTY՝ 711) համարով: 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:

Կալիֆորնիայի Կառավարվող 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 զանգահարեք Ձեր առողջապահական ծրագիր **1-800-977-7307** 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 (Independent Medical Review, 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: Բաժինն ունի նաև անվճար հեռախոսահամարով (**1-888-466-2219**), ինչպես նաև լսողության կամ խոսքի խանգարում ունեցող անձանց համար TDD հեռախոսագծով (**1-877-688-9891**): Բաժնի համացանցային կայքը՝ [www.dmhca.gov](http://www.dmhca.gov), ունի առցանց գանգատի ձևաթղթեր, IMR-ի դիմումի ձևաթղթեր և հրահանգներ: