

# Բողոքի ձևաթուղթ

Լրացրեք այս ձևաթուղթը և հնարավորինս շուտ վերադարձրեք այն վերևում նշված փոստային հասցեին: Ձեզնից ուղարկվածի ընդունելու մասին ստացականը կհաստատվի հինգ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Հնարավորության դեպքում բոլոր բողոքների մասին որոշում կընդունվի 30 օրվա ընթացքում: Եթե ձեր բողոքը հրատապ կամ անհետաձգելի է, գանգահարեք Պլանի հետևյալ անվճար հեռախոսահամարին Լոս Անջելեսի շրջանի համար՝ 1-855-388-6257, TTY/TDD 711, կամ 1-833-479-1984, TTY/TDD 711՝ Սակրամենտո շրջանի համար՝ անհապաղ վերանայման համար: Պլանի դեմ դժգոհություն ներկայացնող անդամները որևէ կերպ չեն ենթարկվի խտրականության կամ պատասխան մեղադրանքի:

## Անդամի տվյալներ

Անդամի անունը՝ \_\_\_\_\_

Անդամի նույնականացման #՝ \_\_\_\_\_

Անդամագրվողի անունը (եթե տարբեր է վերը նշվածից)՝ \_\_\_\_\_

Անդամագրվողի նույնականացման # (եթե տարբեր է վերը նշվածից)՝ \_\_\_\_\_

Ցերեկային գանգի հեռախոսահամար՝ \_\_\_\_\_ Երեկոյան գանգի հեռախոսահամար՝ \_\_\_\_\_

## Բողոքի տվյալներ

Ինդրում ենք օգտագործել այս ձևաթղթի ետևի կողմը՝ ձեր բողոքը մանրամասն նկարագրելու համար: Այս բողոքը ներկայացվում է (նշեք համապատասխան վանդակ(ներ)ը) ընդդեմ:

Պլան  Հաստատություն  Հաստատության անձնակազմ

Բողոքի ներկայացման ամսաթիվը (ամսաթվերը)՝ \_\_\_\_\_

## Հաստատության տվյալները

Հաստատության անվանումը՝ \_\_\_\_\_ Հաստատության նույնականացման #՝ \_\_\_\_\_

Հաստատության հասցեն՝ \_\_\_\_\_

Բուժող մատակարարի անուն(ներ)ը՝ \_\_\_\_\_

Նշեք հաստատության անձնակազմի այն անուն(ներ)ը, ում հետ խոսել եք այս հարցի շուրջ՝ \_\_\_\_\_

## Բողոքի ընթացակարգերի սահմանումներ

- «Բողոք» նշանակում է պլանի և/կամ մատակարարի վերաբերյալ դժգոհության գրավոր կամ բանավոր արտահայտում, այդ թվում՝ խնամքի որակի հետ կապված մտահոգությունների վերաբերյալ, և պետք է ներառի անդամի կամ անդամի ներկայացուցչի կողմից ներկայացված բողոք, վեճ, վերանայման հայտ կամ բողոքարկում:
- «Դժգոհությունը» նույնն է, ինչ «բողոքը»:
- «Դժգոհողը» նույնն է, ինչ «բողոքատուն», և նշանակում է բողոքը ներկայացրած անձը, այդ թվում՝ անդամը, անդամի կողմից նշանակված ներկայացուցիչը կամ անդամի անունից գործելու իրավասություն ունեցող այլ անձ:
- «Որոշված» նշանակում է, որ բողոքի վերաբերյալ վերջնական եզրակացություն է կայացվել անդամի ներկայացրած բողոքի առնչությամբ, և պլանի բողոքների համակարգում չկան անդամի կողմից սպասման մեջ բողոքարկումներ, ներառյալ իրավասություններով պատվիրակված կազմակերպությունների նկատմամբ:
- «Սպասման մեջ» բողոքներ, որոնք չեն որոշվել 30 օրացուցային օրվա ընթացքում, կամ բողոքներ, որոնք ուղարկվել են Վարչության բողոքների կամ սպասման բժշկական վերանայումների համակարգին:



# Առողջապահական ապահովագրության չեղարկում Բողոքի ձևաթուղթ

## Անդամի տվյալներ

Անդամի անունը՝ \_\_\_\_\_ Սեռ՝  Արական  Իգական  Այլ

Ծնողի/խնամակալի անունը (եթե լրացված է անչափահաս երեխայի համար)՝ \_\_\_\_\_

Անդամի ծննդյան ամսաթիվը՝ \_\_\_\_\_ Անդամագրության#՝ \_\_\_\_\_

Անդամի փոստային հասցեն՝ \_\_\_\_\_

Անդամի քաղաքը, նահանգը, փոստային ինդեքսը՝ \_\_\_\_\_

Ցերեկային զանգի հեռախոսահամար՝ \_\_\_\_\_ Երեկոյան զանգի հեռախոսահամար՝ \_\_\_\_\_

Էլ փոստի հասցեն՝ \_\_\_\_\_

Գործատու (եթե կիրառելի է)՝ \_\_\_\_\_

Բոլոր ազդակիր անդամների անուն(ներ)ը՝ \_\_\_\_\_

Բոլոր անդամների անդամագրության նույնականացման համար(ներ)ը՝ \_\_\_\_\_

Առողջապահական պլանի անվանումը՝ \_\_\_\_\_

Medi-Cal նույնականացման # (եթե կիրառելի է)՝ \_\_\_\_\_

Medicare կամ Medicare Advantage ID-ի # (եթե կիրառելի է)՝ \_\_\_\_\_

Medical խումբը (եթե կիրառելի է)՝ \_\_\_\_\_

Անդամի ստորագրությունը՝ \_\_\_\_\_ Ամսաթիվը՝ \_\_\_\_\_

## Բողոքի տվյալներ

### Եթե կիրառելի է՝

Ապահովագրության ավարտի վերաբերյալ ծանուցումը անդամի կողմից ստանալու ամսաթիվը՝ \_\_\_\_\_

DMHC-ից տարբեր այլ կազմակերպության դեմ անդամի կողմից բողոք ներկայացնելու ամսաթիվը՝ \_\_\_\_\_

### Եթե կիրառելի է, խնդրում ենք տրամադրել՝

- Պլանից ստացած ծանուցման (ծանուցումների) և նամակագրության (նամակագրությունների) պատճենները, եթե կա
- Անդամի կողմից ուղարկված ցանկացած նամակագրության (նամակագրությունների) պատճենները
- Վերջին վճարված ապահովագրության ժամանակահատվածի վճարման ապացույցների պատճենները



## Լիազորված օգնականի ձևաթուղթ

Եթե ցանկանում եք տրամադրել թույլտվություն մեկ այլ անձի ձեր բողոքի հետ կապված հարցերում օգնելու համար, լրացրեք ստորև Մասեր A-ն և B-ն:

Եթե տարեկանից փոքր երեխայի համար բողոք ներկայացնող ծնող կամ օրինական խնամակալ եք, այս ձևաթուղթը լրացնելու կարիք չկա:

Եթե ներկայացնում եք այս բողոքը այն անդամի համար, ով չի կարող լրացնել այս ձևաթուղթը անաշխատունակության կամ հաշմանդամության պատճառով, և դուք ունեք այդ անդամի անունից գործելու օրինական լիազորություն, լրացրեք միայն Մաս B-ն: Նաև կցեք առողջապահական խնամքի որոշումների լիազորագրի կամ այլ փաստաթղթերի պատճենը, որտեղ նշված է՝ կարող եք որոշումներ կայացնել անդամի անունից:

### Մաս A՝ Անդամ

Ես թույլատրում եմ ստորև Մաս B-ում նշված անձին օգնել DMHC-ին ներկայացված իմ բողոքի հարցում: Ես թույլատրում եմ DMHC-ի անձնակազմին տրամադրել իմ առողջական վիճակի(ների) և խնամքի վերաբերյալ տվյալները ստորև նշված անձին: Այդ տվյալները կարող են ներառել հոգեկան առողջության բուժման, ՄԻԱՎ-ի բուժման կամ թեստավորման, ակրիհոլի կամ թմրամիջոցային դեմ բուժման կամ առողջապահական այլ տվյալներ:

Ես հասկանում եմ, որ կտրամադրվեն միայն իմ բողոքին վերաբերող տվյալները:

Օգնելուն միտված իմ հաստատումը կամավոր սկզբունքով է, և ես իրավունք ունեմ դադարեցնել այն: Եթե ես ցանկանամ դադարեցնել այն, պետք է գրավոր տեղեկացնեմ:

Անդամի անունը (տպագիր)՝ \_\_\_\_\_

Անդամի ստորագրությունը՝ \_\_\_\_\_ Ամսաթիվը՝ \_\_\_\_\_

### Մաս B՝ Անդամին օգնող անձ

Ես թույլատրում եմ ստորև Մաս B-ում նշված անձին օգնել DMHC-ին ներկայացված իմ բողոքի հարցում: Ես թույլատրում եմ DMHC-ի անձնակազմին տրամադրել իմ առողջական վիճակի(ների) և խնամքի վերաբերյալ տվյալները ստորև նշված անձին: Այդ տվյալները կարող են ներառել հոգեկան առողջության բուժման, ՄԻԱՎ-ի բուժման կամ թեստավորման, ակրիհոլի կամ թմրամիջոցային դեմ բուժման կամ առողջապահական այլ տվյալներ:

Օգնող անձի անունը (տպագիր)՝ \_\_\_\_\_

Օգնող անձի ստորագրությունը՝ \_\_\_\_\_

Փողոցի հասցեն՝ \_\_\_\_\_

Քաղաքը, նահանգը, փոստային ինդեքսը՝ \_\_\_\_\_

Բուժառուի հետ կապը՝ \_\_\_\_\_

Ցերեկային զանգի հեռախոսահամար՝ \_\_\_\_\_

Երեկոյան զանգի հեռախոսահամար՝ \_\_\_\_\_

Էլ փոստի հասցե՝ \_\_\_\_\_

- Կից ներկայացված է առողջապահական որոշումների կամ այլ իրավական փաստաթղթի համար իմ լիազորագիրը: (նշեք, եթե կիրառելի է)

# Բողոքի/Դժգոհության ձևաթղթի ուղեցույցի թերթիկ

Հարցերի դեպքում զանգահարեք Օգնության կենտրոն 1-888-466-2219 կամ TDD 1-877-688-9891  
հեռախոսահամարին: Չանգն անվճար է:

## Ինչպես ներկայացնել՝

1. Ներկայացրեք առցանց նշված կայքում՝ [www.dmhca.gov](http://www.dmhca.gov) (Սա ամենաարագ եղանակն է):  
ԿԱՄ  
Լրացրեք և ստորագրեք Առողջապահական ինսամբի ապահովագրության չեղարկման բողոքի ձևաթուղթը:
2. Եթե ցանկանում եք՝ ինչ-որ մեկը օգնի ձեզ բողոքի հարցում, լրացրեք Լիազորված օգնականի ձևաթուղթը:
3. Ներառեք Առողջապահական ինսամբի ապահովագրության չեղարկման բողոքի ձևաթղթում պահանջվող փաստաթղթերը, ինչպես օրինակ՝ ձեր առողջապահական պլանից ստացած ծանուցումները, հաշիվ-ապրանքագրերը և վճարման ապացույցը:
4. Եթե առցանց չեք ներկայացնում, ուղարկեք ձեր ձևաթուղթը և հիմնավորող բոլոր փաստաթղթերը փոստով կամ ֆաքսով նշված հասցեին՝

Department of Managed Health Care Help Center  
980 9th Street, Suite 500  
Sacramento, CA 95814-2725  
Ֆաքս՝ 916-255-5241

## Ո՞րն է հաջորդ քայլը:

Օգնության կենտրոնը կուղարկի ձեզ նամակ, որով կտեղեկացնի, եթե ձեր բողոքն ընդունվել է: Եթե ձեր բողոքը ընդունվի, ձեր հարցի վերաբերյալ որոշում կկայացվի 30 օրվա ընթացքում: Որոշման մասին ձեզ կտեղեկացնեն գրավոր:

## Այս ծանուցումը պահանջվում է օրենքով

1977 ԾԱՆՈՒՑՄԱՆ ՏՎՅԱԼՆԵՐԻ ԱՆՎՏԱՆԳՈՒԹՅԱՆ ՕՐԵՆՔ

1977 ծանուցման Տվյալների անվտանգության օրենքը (Կալիֆորնիայի քաղաքացիական օրենսգրքի բաժին 1798.17) պահանջում է հետևյալ ծանուցումը:

- Կալիֆորնիայի Նոքս-Քին օրենքը (California Knox-Keene Act) լիազորում է DMHC-ին կարգավորել առողջապահական պլանները և քննել առողջապահական պլանի անդամների բողոքներ:
- DMHC-ի օգնության կենտրոնն օգտագործում է ձեր անձնական տվյալները՝ ձեր առողջապահական պլանի հետ կապված խնդիրը քննելու համար:
- Դուք տրամադրում եք այդ տվյալները DMHC-ին կամավոր սկզբունքով: Դուք չունեք պարտավորվածություն տրամադրել այդ տվյալները: Այնուամենայնիվ, եթե չտրամադրեք, DMHC-ը չի կարողանալ քննել ձեր բողոքը:
- Անհրաժեշտության դեպքում DMHC-ը կարող է փոխանցել ձեր անձնական տվյալները պլանին և մատակարարներին՝ ձեր բողոքը քննելու համար:
- DMHC-ն կարող է նաև փոխանցել ձեր տվյալները պետական այլ մարմիններին՝ օրենքով պահանջվող կամ թույլատրելի ձևով:
- Դուք իրավունք ունեք տեսնել ձեր անձնական տվյալները: Տվյալները տեսնելու համար կապ հաստատեք DMHC գրառումների հայտի համակարգողի հետ նշված հասցեով՝ DMHC, Office of Legal Services, 980 9th Street Suite 500, Sacramento CA 95814-2725, կամ զանգահարեք 916-322-6727 հեռախոսահամարին: