

# Խնամքի շարունակականության հրահանգներ

Health Net -ի Խնամքի շարունակականության բաժինը կօգնի ձեզ ղեկավարվող խնամք ստանալ առանց ապահովագրության ընդհատման, եթե դուք իրավասու եք խնամքի շարունակականության նպաստի համար:

## Չեռևեք այս քայլերին հայցը ներկայացնելու համար

- 1 Այս նպաստը խնդրելու համար լրացրեք Խնամքի շարունակականության խնդրանքի ձեռաթուղթը, որը գտնվում է 2-րդ էջում:**
  - Լրացրեք առանձին Health Net Խնամքի շարունակականության խնդրանքի ձևաթուղթ յուրաքանչյուր հայցվող մատակարարի համար:
  - Խնամքի շարունակականության խնդրանքի ձևաթուղթը կարող է լրացվել ձեզ սպասարկող մատակարարի կողմից, որը կարող է օգնել ձեզ այդ հարցում:  
**Նշում.** Խնդրանքը չի հաստատվի, մինչև չլրացնեք Խնամքի շարունակականության խնդրանքի ձևաթուղթը:
- 2 Վերադարձրեք այն ֆաքսով կամ փոստով:**

**Ֆաքսով ուղարկեք բոլոր ձևաթղթերը** Health Net-ի Խնամքի շարունակականության բաժին՝ 1-866-295-4780 հեռախոսահամարով:

**Կամ, օգտագործելով տրամադրված կանխավճարային ծրարը, փոստով ուղարկել հետևյալ հասցեին.**

Health Net Continuity of Care Dept.  
P.O. Box 9103  
Van Nuys, CA 91409-9103
- 3 Դիմեք Health Net-ի Անդամների ծառայությունների բաժին, եթե օգնության կարիք ունեք:**

**Զանգահարեք,** եթե դժվարանում եք լրացնել այս ձևաթուղթը կամ հարցեր ունեք այս գործընթացի մասին: Health Net-ի Անդամների ծառայությունների բաժին՝ անվճար 1-800-675-6110 (TTY՝ 711), օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր:

## Հայցը ներկայացնելուց հետո

Երբ մենք ստանանք ձեր Խնամքի շարունակականության խնդրանքի ձևաթուղթը, մենք բուժքույր գործի մենեջեր կնշանակենք, որը կվերանայի ձեր խնամքի կարիքները Լրացված ձևաթուղթը ստանալուն պես՝ մենք կտեղեկացնենք ձեզ այդ մասին հեռախոսով և/կամ փոստով:

Խնամքի շարունակականության յուրաքանչյուր խնդրանք դիտարկվում է՝ հիմնվելով հետևյալի վրա՝

- Ծրագրի նպաստ
- Կիրառելի նահանգային կանոններ
- Բժշկական համապատասխանություն
- Կլինիկական կարիքներ

# ԽՆԱՄՔԻ շարունակականության խնդրանքի ձևաթուղթ



Ջրացման տեսակ՝  Ջրատապ  Անմիջապես  Ստանդարտ

Ձեր լրացված ձևաթուղթը ֆաքսով ուղարկեք՝ 1-866-295-4780

Այսօրվա ամսաթիվը՝ \_\_\_\_\_

## Այս ձևաթուղթը պետք է ամբողջությամբ լրացվի՝ մշակման ուշացումները կանխելու նպատակով: Խնդրում ենք պարզ գրել:

Հիվանդի անունը (ազգանուն, անուն, միջին անուն)՝	Հիվանդի հեռախոսահամարը՝	Հիվանդի Health Net ինքնության (ID) համարը՝
Հիվանդի հասցեն (փողոց, քաղաք, փոստային դասիչ)՝		
Հիվանդին նշանակված առաջնային խնամքի բժիշկը՝	Հիվանդի ծննդյան ամսաթիվը (mm/dd/yyyy)՝	

**Չնարավոր է, որ կարողանաք պահպանել ձեր ոչ Health Net բժշկին: Մենք կուսումնասիրենք ձեր խնդրանքը՝ հիմնվելով ձեր ապահովագրության խնամքի շարունակականության նպաստի վրա:**

ԽՆԱՄՔԻ շարունակականության աջակցություն խնդրելու պատճառ(ներ)ը:	
<b>Իմ բժշկական կարիք(ներ)ը ներառում է/են. (Խնդրում ենք նշել այն ամենը, ինչ կիրառելի է):</b>	
<input type="checkbox"/> Նշանակված գործընթաց/վիրահատություն <input type="checkbox"/> Սուր վիճակներ <input type="checkbox"/> Լուրջ քրոնիկական վիճակ <input type="checkbox"/> Մահացու հիվանդություն <input type="checkbox"/> Հղիություն և հետծննդյան խնամք	<input type="checkbox"/> Ծննդից մինչև 36 ամսական նորածնի խնամք (չգերազանցել 12 ամիս՝ ապահովագրության սկզբի ամսաթվից նոր անդամագրված անձի համար) <input type="checkbox"/> Մասնագետի գրասենյակային այց <input type="checkbox"/> Մայրական հոգեկան առողջություն, չգերազանցել 12 ամիս ավտորոշումից հետո կամ հղիության ավարտից հետո, որը որ տեղի ունենա առաջինը:
Բժշկի անունը, ում մոտ հիվանդը ցանկանում է շարունակել սպասարկումը՝	
Բժշկի հասցեն (փողոց, քաղաք, փոստային դասիչ)՝	
Բժշկի հեռախոսահամարը՝ ( )	
Բժշկի հարկային համարը (եթե կիրառելի է)՝	Բժշկի NPI-ը (եթե կիրառելի է)՝
Հիվանդի ավտորոշումը՝	Հիվանդի CPT կոդը՝
Հաջորդ նշանակված ժամադրության ամսաթիվը՝	Ժամադրության պատճառը՝
Արդյո՞ք հիվանդն այցելել է բժշկին առնվազն մեկ անգամ վերջին 12 ամսվա ընթացքում: <input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ	
Խնդրում ենք տեղեկացնել մեզ, թե ինչու է հիվանդին օգնություն հարկավոր իր ընթացիկ բժշկական խնամքի համար: Գրեք այն ծառայության(ների) տեսակ(ներ)ը, որը նա խնդրում է:	
Հիվանդի ստորագրությունը կամ հայտը գրանցող Health Net-ի ներկայացուցչի անունը՝	

(շարունակվում է)

## **Վերադարձրեք լրացված ձևաթուղթը Health Net-ին**

Հիվանդները կարող են խնդրել իրենց բժշկին, որպեսզի լրացնի իր տվյալները:

### **Փոստային հասցե.**

Health Net Continuity of Care Dept.

P.O. Box 9103

Van Nuys, CA 91409-9103

### **Կամ ուղարկեք ֆաքսով`**

1-866-295-4780

## **Չանգահարեք, եթե հարցեր ունեք**

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Health Net-ի Անդամների ծառայությունների բաժին`

**1-800-675-6110 անվճար հեռախոսահամարով (TTY` 711), օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր`**

**[www.healthnet.com](http://www.healthnet.com)**

Health Community Solutions, Inc., 21281 Burbank Blvd., Woodland Hills, CA 91367

Health Net Community Solutions, Inc.-ը հանդիսանում է Health Net, LLC-ի և Centene Corporation-ի մասնաձյուղ:

Health Net-ը Health Net, LLC-ի գրանցված ապրանքանիշն է: Բոլոր իրավունքները պաշտպանված են:

FRM1643301MC01w (7/24)

Health Net-ը համապատասխանում է նահանգային և դաշնային քաղաքացիական իրավունքների մասին գործող օրենքներին և խտրականություն չի դնում, չի բացառում մարդկանց կամ այլ կերպ չի վերաբերվում նրանց ռասայի, մաշկի գույնի, ազգային ծագման, տարիքի, մտավոր հաշմանդամության, ֆիզիկական հաշմանդամության, սեռի (ներառյալ հղիությունը, սեռական կողմնորոշումը և գենդերային ինքնությունը), կրոնի, ծագման, էթնիկ խմբի նույնականացման, բժշկական վիճակի, գենետիկական տեղեկատվության, ամուսնական կարգավիճակի կամ սեռի հիման վրա:

#### Health Net-ը՝

- Հաշմանդամություն ունեցող անձանց տրամադրում է անվճար օգնություն և ծառայություններ՝ օգնելու նրանց արդյունավետ շփվել մեզ հետ, ինչպիսիք են՝
  - Որակավորված նշանների լեզվի թարգմանիչներ
  - Գրավոր նյութեր այլ ձևաչափերով (խոշոր տառատեսակով, աուդիո, մատչելի էլեկտրոնային ձևաչափեր և այլ ձևաչափեր)
- Տրամադրում է անվճար լեզվական ծառայություններ այն մարդկանց, ում առաջնային լեզուն անգլերենը չէ, ինչպես օրինակ՝
  - Որակավորված բանավոր թարգմանիչներ
  - Այլ լեզուներով գրավոր նյութեր
  - Եթե ձեզ անհրաժեշտ են այս ծառայությունները, դիմեք Health Net-ի Հաճախորդների կապի կենտրոնին՝ 1-800-675-6110 (TTY՝ 711), օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր, տարին 365 օր:

Խնդրանքի դեպքում այս փաստաթուղթը մատչելի կլինի բրեյլով, մեծ տպված, ձայներիզով կամ էլեկտրոնային ձևով: Այս ձևաչափերից մեկով պատճենը ստանալու համար խնդրում ենք զանգահարել կամ գրել՝

Health Net

Post Office Box 9103, Van Nuys, California 91409-9103

Հաճախորդների կապի կենտրոն՝ 1-800-675-6110 (TTY՝ 711)

California-ի հեռախոսական 711

Եթե կարծում եք, որ Health Net-ը չի տրամադրել այս ծառայությունները կամ այլ կերպ խտրականություն է դրսևորել ռասայի, մաշկի գույնի, ազգային ծագման, տարիքի կամ սեռի (ներառյալ հղիությունը, սեռական կողմնորոշումը և գենդերային ինքնությունը), մտավոր հաշմանդամության, ֆիզիկական հաշմանդամության, կրոնի, ծագման, էթնիկ խմբի նույնականացման, բժշկական վիճակի, գենետիկական տեղեկատվության, ամուսնական կարգավիճակի կամ սեռի պատճառով, դուք կարող եք բողոք ներկայացնել 1557 Համակարգողին:

Դուք կարող եք բողոք ներկայացնել անձամբ կամ փոստով, ֆաքսով կամ էլփոստով: Եթե բողոք ներկայացնելու համար օգնության կարիք ունեք, մեր **1557 Համակարգողը** հասանելի է ձեզ օգնելու համար:

- Հեռախոսով. Չանգահարեք՝ 855-577-8234 (TTY՝ 711)
- Ֆաքսով. 1-866-388-1769
- Գրավոր. Գրեք նամակ և ուղարկեք հետևյալ հասցեով՝ Health Net 1557 Coordinator, PO Box 31384, Tampa, FL 33631:

Էլեկտրոնային. Ուղարկեք էլփոստ՝ [SM\\_Section1557Coord@centene.com](mailto:SM_Section1557Coord@centene.com) Այս ծանուցումը հասանելի է նաև Health Net-ի կայքում՝ [https://www.healthnet.com/content/healthnet/en\\_us/disclaimers/legal/non-discrimination-notice-medi-cal.html](https://www.healthnet.com/content/healthnet/en_us/disclaimers/legal/non-discrimination-notice-medi-cal.html)

Կարող եք նաև քաղաքացիական իրավունքների գանգատ ներկայացնել California-ի Առողջական ինսամքի ծառայությունների բաժանմունքի Քաղաքացիական իրավունքների գրասենյակ՝ հեռախոսով, գրավոր կամ էլեկտրոնային տարբերակով.

- Հեռախոսով. Չանգահարեք՝ 916-440-7370: Եթե չեք խոսում կամ լավ չեք լսում, ինդրում ենք գանգահարել 711:
- Գրավոր. լրացրեք գանգատի ձևաթուղթը կամ նամակ գրեք և ուղարկեք այն հետևյալ հասցեով՝ Deputy Director, Office of Civil Rights, Department of Health Care Services, Office of Civil Rights, P.O. Box 997413, MS 0009, Sacramento, CA 95899-7413. Գանգատի ձևերը հասանելի են հետևյալ հղումով՝ [http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language\\_Access.aspx](http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx)
- Էլեկտրոնային. Էլ. նամակ ուղարկեք [CivilRights@dhcs.ca.gov](mailto:CivilRights@dhcs.ca.gov) հասցեին:

Դուք կարող եք նաև քաղաքացիական իրավունքների բողոք ներկայացնել ԱՄՆ Առողջապահության և մարդու բաժանմունքի Քաղաքացիական իրավունքների գրասենյակ էլեկտրոնային ձևով՝ Քաղաքացիական իրավունքների գրասենյակի գանգատների հարթակի միջոցով՝ <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> փոստով կամ հեռախոսով՝

U.S. Department of Health and Human Services

200 Independence Avenue, SW

Room 509F, HHH Building

Washington, D.C. 20201

1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD)

Գանգատի ձևերը հասանելի են <https://www.hhs.gov/ocr/complaints/index.html> հղումով:

**English:** If you, or someone you are helping, need language services, call 1-800-675-6110 (TTY: 711). Aids and services for people with disabilities, like accessible PDF and large print documents, are also available. These services are at no cost to you.

**Arabic:** إذا كنت أنت أو أي شخص تقوم بمساعدته، بحاجة إلى الخدمات اللغوية، فاتصل بالرقم 1-800-675-6110 (TTY: 711) تتوفر أيضاً المساعدات والخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل الملفات المنقولة (PDF) التي يمكن الوصول إليها والمستندات المطبوعة الكبيرة. تتوفر هذه الخدمات بدون تكلفة بالنسبة لك.

**Armenian:** Եթե դուք կամ որևէ մեկը, ում դուք օգնում եք, ունեն լեզվական օգնության կարիք, գանգախարհք 1-800-675-6110 (TTY 711): Հաշմանդամություն ունեցող մարդկանց համար հասանելի են օգնություն և ծառայություններ, ինչպես օրինակ՝ մատչելի PDF և մեծ տպագրությամբ փաստաթղթեր: Այս ծառայությունները ձեզ համար անվճար են:

**Cambodian:** ប្រសិនបើអ្នក ឬនរណាម្នាក់ដែលអ្នកកំពុងជួយ ត្រូវការសេវាផ្នែកភាសា សូមទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-675-6110 (TTY: 711)។ ជំនួយ និងសេវាកម្មផ្សេងៗសម្រាប់អ្នកដែលពិការ ដូចជាទម្រង់ PDF សម្រាប់អ្នកពិការ និងឯកសារត្រឹមត្រូវជាអក្សរខ្នាតធំក៏មានផ្តល់ជូនផងដែរ។ សេវាកម្មទាំងនេះត្រូវបានផ្តល់ជូនអ្នកដោយមិនគិតថ្លៃ។

**Chinese:** 如果您或者您正在帮助的人需要语言服务，请致电1-800-675-6110 (TTY: 711)。还可提供面向残障人士的帮助和服务，例如无障碍 PDF 和大字版文档。这些服务免费为您提供。

**Farsi:** اگر شما یا هر فرد دیگری که به او کمک می‌کنید نیاز به خدمات زبانی دارد، با شماره 1-800-675-6110 (TTY: 711) تماس بگیرید. کمک‌ها و خدماتی مانند مدارک با چاپ درشت و PDF دسترس‌پذیر نیز برای معلولان قابل عرضه است. این خدمات هزینه‌ای برای شما نخواهد داشت.

**Hindi:** यदि आपको, या जिसकी आप मदद कर रहे हैं उसे, भाषा सेवाएँ चाहिए, तो कॉल करें 1-800-675-6110 (TTY: 711)। विकलांग लोगों के लिए सहायता और सेवाएं, जैसे सुलभ PDF और बड़े प्रिंट वाले दस्तावेज़, भी उपलब्ध हैं। ये सेवाएँ आपके लिए मुफ्त उपलब्ध हैं।

**Hmong:** Yog hais tias koj, los sis ib tus neeg twg uas koj tab tom pab nws, xav tau cov kev pab cuam txhais lus, hu rau 1-800-675-6110 (TTY: 711). Tsis tas li ntawd, peb kuj tseem muaj cov khoom siv pab thiab cov kev pab cuam rau cov neeg xiam oob qhab tib si, xws li cov ntaub ntawv PDF uas tuaj yeem nkag cuag tau yooj yim thiab cov ntaub ntawv luam tawm uas pom tus niam ntawv loj. Cov kev pab cuam no yog muaj pab yam tsis xam nqi dab tsi rau koj them li.

**Japanese:** ご自身またはご自身がサポートしている方が言語サービスを必要とする場合は、1-800-675-6110 (TTY: 711)までお問い合わせください。障がいをお持ちの方のために、アクセシブルなPDFや大きな文字で書かれたドキュメントなどの補助・サービスも提供しています。これらのサービスは無料で提供されています。

**Korean:** 귀하 또는 귀하가 도와주고 있는 분이 언어 서비스가 필요하시면 1-800-675-6110 (TTY: 711) 번으로 연락해 주십시오. 장애가 있는 분들에게 보조 자료 및 서비스(예: 액세스 가능한 PDF 및 대형 활자 인쇄본)도 제공됩니다. 이 서비스는 무료로 이용하실 수 있습니다.

**Laotian:** ຖ້າທ່ານ, ຫຼື ບຸກຄົນໃດໜຶ່ງທີ່ທ່ານກຳລັງຊ່ວຍເຫຼືອ, ຕ້ອງການບໍລິການແປພາສາ, ໂທ 1-800-675-6110 (TTY: 711). ນອກນັ້ນ, ພວກເຮົາຍັງມີອຸປະກອນຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ການບໍລິການສຳລັບຄົນພິການອີກດ້ວຍ, ເຊັ່ນ ເອກະສານ PDF ທີ່ສາມາດເຂົ້າເຖິງໄດ້ສະດວກ ແລະ ເອກະສານພິມຂະໜາດໃຫຍ່. ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ແມ່ນມີໄວ້ຊ່ວຍເຫຼືອທ່ານໂດຍບໍ່ໄດ້ເສຍຄ່າໃດໆ.

**Mien:** Da'faanh Meih, Fai Heuc Meih Haih Tengx, Oix Janx-kaeqv waac gong, Heuc 1-800-675-6110 (TTY: 711). JomcCaux gong Bun Yangh mienh Caux mv fungc, Oix dongh eix PDF Caux Bunh Fiev dimc, Haih yaac kungx nyei. Deix gong Haih buac Yietc liuz maiv jaax-zinh Bieqc Meih.

**Punjabi:** ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ, ਜਾਂ ਜਿਸ ਦੀ ਤੁਸੀਂ ਮਦਦ ਕਰ ਰਹੇ ਹੋ, ਨੂੰ ਭਾਸ਼ਾ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੀ ਜ਼ਰੂਰਤ ਹੈ, ਤਾਂ 1-800-675-6110 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਅਪਹਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਪਹੁੰਚਯੋਗ PDF ਅਤੇ ਵੱਡੇ ਪ੍ਰਿੰਟ ਵਾਲੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਹਨ।

**Russian:** Если вам или человеку, которому вы помогаете, необходимы услуги перевода, звоните по телефону 1-800-675-6110 (TTY: 711). Кроме того, мы предоставляем материалы и услуги для людей с ограниченными возможностями, например документы в специальном формате PDF или напечатанные крупным шрифтом. Эти услуги предоставляются бесплатно.

**Spanish:** Si usted o la persona a quien ayuda necesita servicios de idiomas, comuníquese al 1-800-675-6110 (TTY: 711). También hay herramientas y servicios disponibles para personas con discapacidad, como documentos en letra grande y en archivos PDF accesibles. Estos servicios no tienen ningún costo para usted.

**Tagalog:** Kung ikaw o ang taong tinutulongan mo ay kailangan ng mga serbisyo sa wika, tumawag sa 1-800-675-6110 (TTY: 711). Makakakuha rin ng mga tulong at serbisyo para sa mga taong may mga kapansanan, tulad ng naa-access na PDF at mga dokumentong malaking print. Wala kang babayaran para sa mga serbisyong ito.

**Thai:** หากคุณหรือคนที่คุณช่วยเหลือ ต้องการบริการด้านภาษา โทร 1-800-675-6110 (TTY: 711) นอกจากนี้ยังมี ความช่วยเหลือและบริการสำหรับผู้ทุพพลภาพ เช่น PDF ที่เข้าถึงได้และเอกสารที่พิมพ์ขนาดใหญ่ บริการเหล่านี้ ไม่มีค่าใช้จ่ายสำหรับคุณ

**Ukrainian:** Якщо вам або людині, якій ви допомагаєте, потрібні послуги перекладу, телефонуйте на номер 1 800 675 6110 (TTY: 711). Ми також надаємо матеріали та послуги для людей з обмеженими можливостями, як-от документи в спеціальному форматі PDF або надруковані великим шрифтом. Ці послуги для вас безкоштовні.

**Vietnamese:** Nếu quý vị hoặc ai đó mà quý vị đang giúp đỡ cần dịch vụ ngôn ngữ, hãy gọi 1-800-675-6110 (TTY: 711). Chúng tôi cũng có sẵn các trợ giúp và dịch vụ dành cho người khuyết tật, như tài liệu dạng bản in khổ lớn và PDF có thể tiếp cận được. Quý vị được nhận các dịch vụ này miễn phí.