

Member Appeal or Grievance Form



Health Net Community Solutions-ում (Health Net), Ձեր մտահոգությունները կարևոր են մեզ համար: Եթե որոշման հետ համաձայն չեք, Դուք կամ որևէ այլ մեկը կարող եք մերժված ծառայության համար բողոքարկում ներկայացնել: Դուք կարող եք բողոք ներկայացնել, երբ գոհ չեք այն խնամքից կամ բուժումից, որն ստացել եք:

Մենք պետք է Ձեր գրավոր համաձայնությունն ունենանք, եթե Ձեր մատակարարը կամ ինչ-որ մեկը, ում ընտրել եք, բողոքարկում կամ բողոք է ներկայացնում Ձեր անունից: Մենք կարող ենք Ձեր գրավոր համաձայնության կարիքն ունենալ՝ բժշկական արձանագրություններ ստանալու Ձեր բողոքի կամ բողոքարկման համար: Դուք կարող եք դիմել Health Net-ի Անդամների սպասարկման բաժին՝ զանգահարելով 1-800-675-6110 հեռախոսահամարով կամ այցելելով www.healthnet.com կայքէջը՝ այս ձևաթղթերն ստանալու համար:

- Լիազորված ներկայացուցչի ձևաթուղթ
- Բժշկական արձանագրությունների հրապարակման ձևաթուղթ

Ներառեք Ձեր բողոքարկմանը կամ բողոքին համապատասխան ցանկացած փաստաթուղթ կամ տեղեկատվություն: Դուք կարող եք ընտրել հետևյալ մեթոդներից որևէ մեկը՝ Ձեր բողոքարկումը կամ բողոքն ուղարկելու համար:

- Զանգահարեք Health Net-ի Անդամների սպասարկման բաժին՝ 1-800-675-6110 հեռախոսահամարով: Լեզվական ծառայություններն անհրաժեշտության դեպքում հասանելի են:
- 711 (TTY)՝ լսելու և խոսելու խանգարում ունեցողների համար
- Բողոքարկումների կամ բողոքների ձևաթղթերն առցանց լրացրեք հետևյալ հասցեով՝ www.healthnet.com
- Լրացրեք այս ձևաթուղթը և ներկայացրեք փոստով կամ ֆաքսով

Փոստ՝ Health Net Community Solutions
Attn: Member Appeals and Grievance Department
PO Box 10348
Van Nuys, CA 91410-0348
Կամ
877-831-6019 ֆաքսի համարով

Անդամների նյութերը հասանելի են այլ ձևաչափերով, ինչպես օրինակ՝ բրայլյան այբուբենով, խոշոր տպագիր, աուդիո և ավելին:

Member Appeal or Grievance Form



Մաս 1. Անդամին վերաբերող տվյալներ		
Անունը և ազգանունը`	Նույնականացման (ID) համարը`	Ծննդյան ամսաթիվ`
Հասցե	Քաղաք	Փոստային դասիչ
Հեռախոսահամար	Զանգահարելու լավագույն ժամը	

Մաս 2. Բողոքարկումանը կամ բողոքին վերաբերող տեղեկություններ	
Մատակարարի անունը`	Ծառայության (ծառայությունների) տրամադրման ամսաթիվը`
Հայցի համար(ներ)ը`	Վկայակոչման համարը`

Պատմեք մեզ Ձեր մտահոգության (մտահոգությունների) մասին և այն, թե ինչ գործողություն եք ցանկանում: Ներառեք հետևյալը` Մատակարարի անունը, ծառայության (ծառայությունների) ամսաթիվը, հայցի կամ վկայակոչման համար(ներ)ը:

Բողոքարկումների համար` կցեք «Գործողության ծանուցագրի նամակի» պատճենը:

Member Appeal or Grievance Form



Դուք կարող եք խորհրդածողով խնդրել, եթե մերժում եք ստացել բուժման կամ պաշարների համար որպես փորձի ենթակա եղող և մահացու հիվանդություն ունեք:

Ես մահացու հիվանդություն ունեմ և խորհրդածողով եմ խնդրում:

Մաս 3. Ձեր տեղեկատվության համար

«Գործողության ծանուցագիրը» պաշտոնական նամակ է, որտեղ մենք Ձեզ ասում ենք, որ կմերժենք, կհետաձգենք, կփոխենք կամ կավարտենք ծառայություն(ներ)ը: Բողոքը կարող է ցանկացած պահի ուղարկվել:

Արագ վերանայում խնդրեք, եթե Ձեր բողոքարկումը կամ բողոքը Ձեր առողջության համար անհետաձգելի կամ լուրջ սպառնալիք է ներառում: Մենք Ձեր բողոքարկումը կամ բողոքը կվերանայենք այն ստանալու պահից սկսած 72 ժամվա ընթացքում:

Դուք հինգ (5) օրացուցային օրվա ընթացքում նամակ կստանաք, երբ որ մենք ստանանք Ձեր բողոքարկումը կամ բողոքը:

Health Net-ի աշխատակազմից որևէ մեկը, որը պետք է աշխատի Ձեր գործի վրա, կարող է զրուցել Ձեզ հետ՝ հավելյալ տեղեկությունների համար:

Դիմեք DMHC կամ DHCS, եթե գոհ չեք, թե ինչպես է Health Net-ը լուծում Ձեր մտահոգությունները:

California Department of Managed Health Care (DMHC)

California Department of Managed Health Care-ը կարգավորում է առողջական խնամքի ծառայության ծրագրերը: Եթե Ձեր առողջապահական ծրագրի դեմ բողոք ունեք, ապա, նախքան բաժին դիմելը պետք է գանգահարեք Ձեր առողջապահական ծրագիր **(1-800-675-6110, TTY`711)** հեռախոսահամարով և օգտագործեք Ձեր առողջապահական ծրագրի բողոքարկման գործընթացը: Բողոքարկման այս ընթացակարգի օգտագործումը չի բացառում որևէ հավանական օրինական իրավունք կամ պաշտպանության միջոց, որը կարող է Ձեզ հասանելի լինել: 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 մասնակցել Independent Medical Review-ին (IMR): 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 հեռախոսահամար **(1-888-466-2219)** և TDD գիծ **(1-877-688-9891)**՝ լսողության և խոսքի խանգարում ունեցողների համար: Բաժնի համացանցային կայքը՝ **www.dmhc.ca.gov** ունի առցանց գանգատի ձևաթղթեր, IMR-ի դիմումի ձևաթղթեր և հրահանգներ:

Մենատի օրինագիծ (SB) 923՝ «Տրանսգենդեր, գենդերային բազմազանության կամ միջսեռական (TGI) ներառական խնամքի մասին» օրենք

Իրավունք ունեք գանգատ ներկայացնելու Health Net-ին և DMHC-ին, եթե Ձեր մատակարարին կամ Health Net-ի անձնակազմին չի հաջողվել Ձեզ փոխներառական խնամք մատուցել:

Տրանսներառական առողջական խնամքը սահմանվում է որպես համապարփակ առողջական խնամք, որը համապատասխանում է TGI-ով նույնականացվող անհատների խնամքի չափանիշներին, հարգում է անհատի անձնական մարմնական ինքնավարությունը, չի կատարում ենթադրություններ անհատի սեռի վերաբերյալ, ընդունում է սեռային հոսունությունը և ոչ ավանդական սեռային ներկայացումը, և բոլորին վերաբերվում է կարեկցանքով, հասկացողությամբ և հարգանքով [HSC § 1367.043(d)(3)]:



California Department of Health Care Services (DHCS) Office of the Ombudsman

Դուք նաև կարող եք զանգահարել California Department of Health Care Services (DHCS) Office of the Ombudsman՝ օգնության համար: Office of the Ombudsman-ն օգնում է Medi-Cal-ի նպաստառուներին՝ լիարժեք օգտվել իրենց իրավունքներից և պարտավորություններից՝ որպես կառավարվող ինսամքի ծրագրի անդամ: Հավելյալ տեղեկության համար զանգահարեք **1-888-452-8609** անվճար հեռախոսահամարով, երկուշաբթիից ուրբաթ, 8:00-ից 17:00:

Մաս 4. Ստորագրություն

Անդամի կամ լիազորված ներկայացուցչի ստորագրությունը Ամսաթիվ

Անդամի կամ լիազորված ներկայացուցչի տպագիր անունը