



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) 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: