

ԲՈՂՈՔԻ ՁԵՎԱԹՈՒՂԹ

ԱՆԴԱՄԻ ՎԵՐԱԲԵՐՑԱԼ ՏԵՂԵԿՈՒԹՅՈՒՆ

Անդամի անուն (Ազգանուն)	(Անուն)	Ծննդյան Ամիս Օր Տարի	Գործուն թվական Ամիս Օր Տարի Անդամագրում
Հասցե (Փողոց)	(Քաղաք)	(Նահանգ)	(Փոստային թվանիշ)
Հեռախոս (Բնակարան)	(Աշխատանք)		Ծրագրի անդամների քանակը ընտանիքում, Ներառյալ անդամի բողոքը
Ձևաթուղթը լրացնող անձի անունը, եթե տարբեր է անդամի անունից			(Ցերեկային հեռախոս)

Որտե՞ղ է պատահել խնդիրը: (Դեղատան, Հիվանդանոցի կամ Կլինիկայի անունը)	Պատահարի թվական Ամիս Օր տարի
--	------------------------------

Բացի Ձեզանից, ո՞վ էր ներգրավվել: (Տվեք ներգրավված անձնակազմի անունը, եթե հնարավոր է:)

Խնդրում ենք նկարագրել պատահարը հնարավորինս մանրամասն՝ (Ընդգրկեք պատահարների հերթականությունը և թե խնդիրն ինչպես է ազդել Ձեզ:)

Տեսեք կցուրդը

Կալիֆորնիայի Կառավարվող առողջական խնամքի բաժինը (DMHC) պատասխանատու է առողջական խնամքի սպասարկման ծրագրերի կարգավորման համար: Եթե բողոքարկում ունեք Blue Shield Promise-ի դեմ, պարտավոր եք նախ զանգահարել Blue Shield Promise **1-800-605-2556** համարով (TDD/TTY լսողության խանգարում ունեցողների համար **1-877-735-2929**) և օգտագործել Blue Shield Promise-ի բողոքարկման գործընթացը, նախքան DMHC դիմելը: Բողոքի այս գործընթացից օգտվելը չի արգելի որևէ հնարավոր օրինական իրավունք կամ դարման, որը կարող է տրամադրելի լինել Ձեզ: Շտապ օգնության հետ կապված բողոքի, Blue Shield Promise-ի կողմից անբավարար լուծում ստացած բողոքի կամ 30 օրվա ժամկետում չլուծված բողոքի կապակցությամբ օգնության համար կարող եք զանգահարել DMHC: Կարող եք նաև Անկախ բժշկական վերանայման (Independent Medical Review, IMR) իրավասու լինել: Եթե IMR-ի իրավունք ունեք, ապա IMR-ի գործընթացը Ձեզ կընձեռի առողջապահական ծրագրի կողմից կայացված բժշկական որոշումների անաչառ վերանայման հնարավորություն կապված առաջարկված ծառայության կամ բուժման բժշկական անհրաժեշտության, փորձական կամ հետազոտական բնույթի բուժումն ապահովագրելու որոշումների, ինչպես նաև արտակարգ իրավիճակի կամ հրատապ բժշկական ծառայությունները փոխհատուցելու վեճերի հետ: Կառավարվող առողջական խնամքի բաժինը նաև ունի անվճար հեռախոսահամար **(1-888-466-2219)** և TDD հեռախոսագիծ **(1-877-688-9891)** լսողության կամ խոսքի խանգարում ունեցող անձանց համար: Բաժնի համացանցային կայքը՝ <http://www.dmhc.ca.gov>, ունի գանգատի ձևաթղթեր, IMR-ի դիմումի ձևաթղթեր և առցանց հրահանգներ:

ԽՆԴԻՎՈՂ ԳՈՐԾՈՂՈՒԹՅՈՒՆԸ

Ի՞նչ եք ցանկանում, որ կատարվի այս խնդրի վերաբերյալ:

Տեսեք կցուրդը

Բողոքն ստացողը՝	Անձամբ <input type="checkbox"/>	<div style="text-align: right;">Թվական</div> Անդամի ստորագրությունը (անպարտադիր) ԵՄ ՀԱՄԿԱՆՈՒՄ ԵՄ, ՈՐ ԾՐԱԳԻՐԸ ԻՆՉ ԷՏ ՎԱՊ ԿՀԱՍՏԱՏԻ ԵՐԵՍՈՒՆ (30) ՕՐԵՐԻ ԸՆԹԱՑՔՈՒՄ ԻՆՉ ԶԵԿՈՒՑԵԼՈՒ ԻՐ ՀԵՏԱՔՆՆՈՒԹՅԱՆ ԵՎ/ԿԱՍ ԳՈՐԾՈՂՈՒԹՅԱՆ ՄԱՍԻՆ ԻՄ ԳԱՆԳԱՏԻ ՎԵՐԱԲԵՐՑԱԼ:
	Հեռախոսով <input type="checkbox"/>	
Ստացման թվական՝	Փոստով <input type="checkbox"/>	
Ստացման ժամ՝	Առցանց <input type="checkbox"/>	



Promise
Health
Plan

ՆԿԱՐԱԳՐԵՔ ՊԱՏԱՀԱԾԸ՝

ԽՆԴԻՎՈՂ ԳՈՐԾՈՂՈՒԹՅՈՒՆԸ՝

(ՊԱՇՏՈՆԱԿԱՆ ՕԳՏԱԳՈՐԾՄԱՆ ՀԱՄԱՐ ՄԻԱՅՆ)

ԱՐԴՅՈՒՆՔ/ԼՈՒԾՈՒՄ՝

(Լրացրեք միայն Արագացված բողոքարկման դեպքում)

Անդամին բանավոր ճանաչել են և տեղեկացրել 72-ժամյա բողոքարկման գործընթացի մասին.

Այո Ոչ

Բողոքն ստացողը՝

Ստացման թվական՝