



Անդամի բողոքների ձևաթուղթ

Խնդրում ենք լրացնել այս ձևաթուղթը և կցել ցանկացած առնչվող փաստաթուղթ:  
Փոստով ուղարկեք ձևաթուղթը և փաստաթղթերը հետևյալ հասցեին՝  
**Attn: Grievance Department, Anthem Blue Cross, P.O. Box 60007,  
Los Angeles, CA 90060-0007.**

Կարող եք բողոք ներկայացնել՝ զանգահարելով Հաճախորդների սպասարկման կենտրոն **800-407-4627 (TTY 711)** կամ **888-285-7801 (TTY 711)** հեռախոսահամարով Los Angeles-ում երկուշաբթիից ուրբաթ, խաղաղօվկիանոսյան ժամանակով առավոտյան 7-ից մինչև երեկոյան ժամը 7-ը կամ այցելելով **anthem.com/ca/medi-cal**: Ձեզ պատասխան կուղարկենք 30 օրացուցային օրվա ընթացքում, երբ ստանանք այս ձևաթուղթը կամ Ձեր զանգը:

Ամսաթիվ՝ \_\_\_\_\_

Անդամի անուն՝ \_\_\_\_\_ Member ID համարը/CIN համարը՝ \_\_\_\_\_

Հասցե՝ \_\_\_\_\_

Քաղաք՝ \_\_\_\_\_ Նահանգ՝ \_\_\_\_\_ Փոստային կոդ՝ \_\_\_\_\_

Հեռախոսահամար՝ \_\_\_\_\_

**Բողոքի վերաբերյալ տեղեկություններ**

Այս տեղեկությունը մշտական գրառումների մաս կկազմի, հստակ ձևակերպեք այն:

Պատահարի ամսաթիվը (ամիս/օր/տարի)՝ \_\_\_\_\_

Նկարագրե՛ք պատահածը (կցեք լրացուցիչ էջեր, ըստ անհրաժեշտության:) Եղե՛ք

հնարավորինս կոնկրետ այն մասին, թե ինչ է պատահել և ով է ներգրավված եղել:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Անդամի ստորագրություն (ծնող կամ խնամակալ, եթե անդամն անչափահաս է:)**

**X**

Ամսաթիվ՝

---

Եթե այս ձևաթղթի հետ կապված օգնության կարիք ունեք, զանգահարեք Հաճախորդների սպասարկման կենտրոն Ձեր Anthem Blue Cross-ի նույնականացման քարտին նշված հեռախոսահամարով: Մանրամասների համար խնդրում ենք տեսնել այս ձևաթղթի դարձերեսը:

Anthem Blue Cross-ը Blue Cross of California-ի ապրանքանիշն է: Anthem Blue Cross-ը և Blue Cross of California Partnership Plan, Inc.-ը Blue Cross Association-ի անկախ լիցենզառուներ են: Anthem-ն Anthem Insurance Companies, Inc.-ի գրանցված ապրանքանիշն է: Blue Cross of California-ն պայմանագիր է կնքել L.A. Care Health Plan-ի հետ՝ Medi-Cal-ի կառավարվող խնամքի ծառայությունները Los Angeles վարչաշրջանում մատուցելու համար:

***Medi-Cal-ի բոլոր անդամները***

---

Կարող եք նաև Նահանգային արդար լսում խնդրել պատահարից հետո 120 օրվա ընթացքում: Գրեք՝

**California Department of Social  
Services State Hearings Division  
P.O. Box 944243, MS 9-17-37  
Sacramento, CA 94244-2430**

Կարող եք զանգահարել Սոցիալական ծառայությունների վարչություն անմիջապես **800-743-8525** հեռախոսահամարով: Աջակցության համար կարող եք նաև զանգարահել Օմբուդսմենի գրասենյակ **888-452-8609** հեռախոսահամարով:

***Los Angeles վարչաշրջանի Medi-Cal-ի անդամներ***

---

Նաև կարող եք կապվել հետևյալ կերպ՝

**Attn: Member Services  
L.A. Care Health Plan  
555 W. Fifth Street  
Los Angeles, CA 90013  
888-285-7801**

Աջակցության համար կարող եք նաև զանգարահել Օմբուդսմենի գրասենյակ **888-452-8609** հեռախոսահամարով: Կարող եք նաև Նահանգային արդար լսում խնդրել պատահարից հետո 120 օրվա ընթացքում: Գրեք՝

**California Department of Social  
Services State Hearings Division  
P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-37  
Sacramento, CA 94244-2430**

Կարող եք զանգահարել Սոցիալական ծառայությունների վարչություն անմիջապես **800-743-8525** հեռախոսահամարով:

Ստանալուն պես Ձեր հարցումը կընդունվի, և միջնորդ դատարանի գործընթացի մասին լրացուցիչ տեղեկություններ կստանաք:

***Anthem Blue Cross-ի բոլոր անդամները***

---

California-ի Կառավարվող առողջապահական խնամքի վարչությունը պատասխանատու է բուժապասարկման ծառայության ծրագրերի կարգավորման համար: Եթե ունեք դժգոհություն Ձեր բժշկական ապահովագրության ծրագրի նկատմամբ, պետք է առաջին հերթին զանգահարեք Ձեր բժշկական ապահովագրության ծրագրի **800-407-4627 (TTY 711)** կամ Los Angeles-ում գտնվողների համար **888-285-7801 (TTY 711)** հեռախոսահամարով երկուշաբթիից ուրբաթ, խաղաղօվկիանոսյան ժամանակով առավոտյան 7-ից մինչև երեկոյան 7-ը կամ այցելեք **[anthem.com/ca/medi-cal](http://anthem.com/ca/medi-cal)** և օգտվեք Ձեր բժշկական ապահովագրության ծրագրի բողոքների ներկայացման գործընթացից՝ նախքան վարչության հետ կապ հաստատելը: Բողոքի այս ընթացակարգն օգտագործելը Ձեզ չի գրկի առկա հնարավոր իրավաբանական իրավունքներից կամ միջոցներից: Եթե բողոք ներկայացնելու օգնության կարիք ունեք, որը կապված է արտակարգ դեպքի հետ, բողոք, որը բավարար կերպով չի լուծվել Ձեր

առողջապահական ծրագրի կողմից, կամ բողոք, որը չի լուծվել ավելի քան 30 օրվա ընթացքում, օգնության համար կարող եք զանգահարել վարչություն: Դուք կարող եք նաև իրավունակ լինել Անկախ բժշկական վերանայման (IMR) համար: Եթե IMR-ի իրավունք ունեք, IMR-ի գործընթացը կապահովի առաջարկվող ծառայության կամ բուժման բժշկական անհրաժեշտությանն առնչվող առողջապահական ծրագրի կողմից կայացրած բժշկական որոշումների, իրենց բնույթով փորձարարական կամ հետազոտական հանդիսացող բուժումների փոխհատուցման որոշումների և շտապ օգնության կամ հրատապ բժշկական ծառայությունների վճարման համար վեճերի անկողմնակալ ուսումնասիրություն: Վարչությունն ունի նաև անվճար հեռախոսահամար՝ **(1-888-HMO-2219)** և TDD համար **(1-877-688-9891)**՝ լսելու և խոսելու հետ կապված խնդիրներ ունեցող անձանց համար: Վարչության ինտերնետային կայքէջը **[www.dmhc.ca.gov](http://www.dmhc.ca.gov)** ունի բողոքի ձևաթղթեր, IMR դիմումի ձևաթղթեր և առցանց ուղենիշներ: