

## ԱՆԿԱԽ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ՎԵՐԱՔՆՆՈՒԹԵԱՆ ԴԻՄՈՒՄՆԱԳԻՐ (IMR)/ԳԱՆԳԱՏԻ ԶԵԻԱԹՈՒՂԹ

### ԿԱՐԵԻՈՐ ՏԵՂԵԿՈՒԹԻՒՆՆԵՐ

Դուք կրնաք ձեր IMR Դիմումնագիրը/Գանգատի ձեռագրույթը ներկայացնել առցանց՝  
[www.HealthHelp.ca.gov](http://www.HealthHelp.ca.gov)

- ❖ ԱՆՎՃԱՐ՝ IMR/Սպառողին Գանգատի գործարկությունը անվճար է:
- ❖ ԱՐԱԳ՝ IMR-ներ սովորաբար կը վճռուին 30 կամ 7 օրուան ընթացքին, եթե առողջական խնդիրը անյետաձգելի է:
- ❖ ՅԱԶՈՂ՝ Հիւանդներու հարիւր առ 60 կ'ստանան այն ծառայութիւնը զոր կը հայցէն IMR-ին միջոցով:
- ❖ ՎԵՐՋՆԱԿԱՆ՝ Առողջապահական ծրագիրները պետք է հետեւին IMR-ինորոշումին եւ շուտով տրամադրեն ծառայութիւնը:

### ՏԵՂԵԿՈՒԹԻՒՆՆԵՐ ՀԻՒԱՆԴԻ ՎԵՐԱԲԵՐԵԱԼ

Անուն \_\_\_\_\_ Միջին անունի սկզբնատառ \_\_\_\_\_ Մականուն \_\_\_\_\_

Հիւանդին ծննդեան թուականը (mm/dd/yyyy) \_\_\_\_\_ Սեռը՝ Արական  Իգական

Ծնողին կամ խնամակալին անունը, եթէ կը ներկայացուի անչափահաս երեխայի համար \_\_\_\_\_

Փողոցի հասցէ \_\_\_\_\_

Քաղաք \_\_\_\_\_ Նահանգ \_\_\_\_\_ Փոստային դասիչ (Zip) \_\_\_\_\_

Յերեկային հեռաձայնի թիւ՝ \_\_\_\_\_ Երեկոյան հեռաձայնի թիւ՝ \_\_\_\_\_

Ել.փոստի հասցէ \_\_\_\_\_

Առողջապահական ծրագրի անուն \_\_\_\_\_ Հիւանդի անդամութեան թիւ՝ \_\_\_\_\_

Բժշկական խումբի անուն(եթէ ներառուած է բժշկական խումբին մէջ) \_\_\_\_\_

Գործատէր \_\_\_\_\_ Անգործ է

Դուք կը փափաքի՞ք որ որեւէ մէկը ձեզի օգնէ գանգատ ներկայացնելու համար:  Այո  Ոչ

Եթէ այո, հաճեցէք լրացնել կից « Արտօնագրուած օգնականի ձեռագրույթը »:

Դուք Medi-Cal ունի՞ք:  Այո  Ոչ

Եթէ այո, դուք Նահանգային Արդար Լուծմի հայց ներկայացուցա՞ծ եք:  Այո  Ոչ

Դուք Medicare կամ Medicare Advantage ունի՞ք:  Այո  Ոչ

Դուք գանգատ կամ բողոք ներկայացուցա՞ծ եք ձեր առողջապահական ծրագրին դէմ:  Այո  Ոչ

# ԱՆԿԱԽ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ՎԵՐԱՔՆՆՈՒԹԵԱՆ ԴԻՄՈՒՄՆԱԳԻՐ (IMR)/ԳԱՆԳԱՏԻ ՁԵԻԱԹՈՒՂԹ

Դուք դիմում կատարած եք ծառայութեան մը վճարումի համար, զոր արդէն ստացած եք:  Այո  Ոչ  
Եթէ այո, նշեցէք այդ ծառայութիւններու ամսաթիւ(եր)ը եւ մատակարարին անունը:

Ապագայ ծառայութիւններու համար արտօնագիր կը պահանջէ՞ք:  Այո  Ոչ

Դուք ամենօրեայ գործողութիւններու համար օգնութեան կարիք ունի՞ք կամ ինքզինքնիդ հաշմանդամ կը  
համարէ՞ք:  Այո  Ոչ

**ՁԵՐ ԱՌՈՂՋԱԿԱՆ ԽՆԴԻՐԸ** (Զատ թուոյթ գործածեցէք եւ այլ փաստաթուղթեր կցէք եթէ կարիք կայ:

Ի՞նչ է ձեր առողջական խնդիրը կամ բժիշկի ախտաճանաչումը: (Հաճեցէք մասնայատուկ գրել) \_\_\_\_\_

Ի՞նչ բժշկական բուժում/ծառայութիւն(ներ) եւ/կամ դեղեր դուք կը հայցէք: (Հաճեցէք մասնայատուկ գրել)

Արդեօք ձեր ծրագիր կ'ըսէ որ ձեր փափաքած բուժումը (նշէք մէկը)

- Բժշկական տեսանկիւնէ անհրաժեշտ չէ  Փորձառական կամ հետազօտական է  
 Անակնկալ կամ անյետաձգելի դէպք չէ  Այլ (հաճեցէք վարը բացատրել)

Նշէք ձեր հիմնական խնամքի բժիշկի եւ այլ բժիշկներու անունը եւ հեռաձայնի թիւը որ ձեզի հետ  
հանդիպած են, ձեզի բուժած են կամ ձեզի խորհուրդ տուած են այս առողջական խնդրի վերաբերեալ:

Դուք այցելած եք ցանցէ դուրս որեւէ բժիշկի ձեր առողջական խնդրին համար:  Այո  Ոչ  
Եթէ այո հաճեցէք այս ձեւաթուղթին հետ ներառնել բժշկական արձանագրութիւնները:

Մէկ խօսքով նկարագրէք խնդիրը զոր դուք ունէք ձեր ծրագիրին հետ: Օրինակ, բացատրեցէք եթէ խնդիրը  
մերժուած բուժում է, չվճարուած պահանջք է, ժամադրութիւն կամ դեղ ստանալու դժվարութիւն է կամ եթէ  
ձեր ապահովագրութիւնը ջնջուած է ծրագիրի կողմէ:

## ԲԺՇԿԱԿԱՆ ԹՈՂԱՐԿՈՒԹԻՒՆ

Ես կը հայցելմ Կառավարուող Առողջապահական Խնամքի բաժինէն (Department of Managed Health Care (DMHC)) որոշում կայացնել ծրագիրին հետ առնչակից իմ խնդրիս համար: Ես կը հայցելմ DMHC-էն  
վերաքննել իմ Անկախ Բժշկական Վերաքննութեան (Independent Medical Review (IMR))

Դիմումնագիրը/Գանգատի ձեւաթուղթը եթէ իմ գանգատը IMR-ի կամ Սպառողի Գանգատի գործարկութեան  
իրավունք ունի: Ես իմ բժիշկներուս, անցեալի եւ ներկայիս եւ իմ ծրագիրին արտօնութիւն կ'ուստամ  
թողարկել իմ բժշկական արձանագրութիւնները եւ տեղեկութիւնները՝ այս խնդիրը վերաքննելու համար:  
Այս արձանագրութիւնները կրնան ներառնել բժշկական, հոգեկան առողջութեան, թմրեցուցիչներու

# ԱՆԿԱԽ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ՎԵՐԱՔՆՆՈՒԹԵԱՆ ԴԻՄՈՒՄՆԱԳԻՐ/ ԳԱՆԳԱՏԻ ՁԵՎԱԹՈՒՂԹ

չարաչար գործածութեան, ՄԻԱՎ-ի (HIV), ախտաճանաչումի պատկերումների զեկոյցների եւ այլ արձանագրութիւններու մէջ որ կ'առնչուին իմ խնդիրին: Այս արձանագրութիւնները նաեւ կրնան ներառնել ոչ-բժշկական արձանագրութիւններ եւ որեւէ այլ տեղեկութիւն որ առնչակից է իմ խնդիրին: Եր DMHC-ին արտօնութիւն կ'ուտամ վերաքննել այս արձանագրութիւնները եւ տեղեկութիւնները եւ անոնք ուղարկել իմ ծրագիրին: Իմ արտօնութիւնը կը լրանայ վարը նշուած թուականէն մէկ տարի վերջ՝ օրենքով արտօնուած պարագաներէն զատ: Օրինակ օրենքը DMHC-ին կ'արտօնէ ներքուստ շարունակել օգտագործել իմ տեղեկութիւնները: Ես կրնամ իմ արտօնութիւնը ավելի կանուխ լմնցնել եթէ փափաքիմ: Այստեղ տրամադրուած բոլոր տեղեկութիւնները ճիշտ են:

Հիւանդի կամ ծնողի ստորագրութիւն \_\_\_\_\_ Ամսաթիւ \_\_\_\_\_

Հաճեցէք նայիլ ցուցումներու էջը թղթատարական կամ հեռապատճենին վերաբերող տեղեկութիւններու համար:

## *ՄԻՄԻԱՅՆ ՎԻՃԱԿԱԳՐԱԿԱՆ ՏԵՂԵԿՈՒԹԻՒՆՆԵՐՈՒ ՀԱՄԱՐ*

Ձեզի կը խնդրուի յօժարական տրամադրել հետեւեալ տեղեկութիւնները: Այս տեղեկութիւններու տրամադրումը DMHC-ին կ'օգնէ հասկնալ խնդիրներու որեւէ կաղապար: Առողջապահութեան եւ Ապահովութեան Օրինագիրքի 1374.30 յօդուածը DMHC-ին արտօնութիւն կ'ուտայ ձեռք բերել այս տեղեկութիւնները՝ հետազօտական եւ վիճակագրական նպատակներէ ելնելով: Այս տեղեկութիւնները տրամադրելը կամաւորական է եւ ոեւէ կերպով չի ազդեր IMR-ին կամ գանգատի որոշումին վրայ:

Հիմնական խոսուած լեզուն՝ \_\_\_\_\_  Որոշած է չտրամադրել

Ցեղ/ցեղային ժառանգութիւն՝ \_\_\_\_\_  Որոշած է չտրամադրել

## ԱՐՏՕՆՈՒԱԾ ՕԳՆԱԿԱՆԻ ՁԵԻԱԹՈՒՂԹ

- Եթե կը փափաքիք մեկ այլ անձի արտօնութիւն տրամադրել ձեզի օգնելու Անկախ Բժշկական Վերաքննութեան (IMR) կամ գանգատի համար, լրացրէք վարը տրուած Part A-ն եւ B-ն:
- Եթե դուք ծնող կամ օրինաւոր խնամակալ եք որ կը ներկայացնէք այս IMR-ը կամ գանգատը երեխայի մը համար ով 18 տարեկանէն պզտիկ է, կարիք չկայ որ դուք լրացնէք այս ձեւաթուղթը:
- Եթե դուք այս IMR-ը/Գանգատը կը ներկայացնէք ք հիւանդի մը համար որ չի կրնար լրացնել այս ձեւաթուղթը որովհետեւ անկարող է եւ դուք օրինաւոր արտօնութիւն ունէք այս հիւանդի անունէն գործելու, հաճեցէք լրացնել միայն Part B-ն: Նաեւ կցեք առողջապահական որոշումներու կամ այլ փաստաւորութիւն փոխանորդագիրին պատճէնը որ դուք կրնաք որոշում կայացնել հիւանդին համար:

### ՄԱՍ Ա. ՀԻԻԱՆԴ

Ես վարը Part B-ին մէջ նշուած անձին արտօնութիւն կ'ուտամ օգնել ինձի ներկայացնելու իմ IMR-ը կամ գանգատը Կառավարող Առողջապահական Խնամքի Բաժին (Department of Managed Health Care (DMHC)): Ես DMHC-ին եւ IMR-ին աշխատակիցներու խումբին կ'արտօնեմ բաժնել իմ առողջական խնդիր(ներ)ին եւ խնամքին վերաբերող տեղեկութիւնները՝ վարը նշուած անձերուն հետ: Այս տեղեկութիւնները կրնան ներառնել հոգեկան առողջութեան բուժում, ՄԻԱՎ-ի (HIV) բուժում կամ քննութիւն, ալքոհիլ կամ թմրեցուցիչներու գործածութենէն բուժում կամ առողջական խնամքին վերաբերող այլ տեղեկութիւններ:

Ես կը հասկնամ որ միայն իմ IMR-ին կամ գանգատին վերաբերող տեղեկութիւնները կը բաժնուին: Այս օգնութեան իմ կողմէ հաստատումը ինքնայոժար է եւ ես իրավունք ունի անիկա լմնցնելու: Եթե փափաքիմ լմնցնել անիկա, ես պետք է այն գրավոր կերպով ընեմ:

Հիւանդին ստորագրութիւնը \_\_\_\_\_ Ամսաթիւ \_\_\_\_\_

### ՄԱՍ Բ. ՀԻԻԱՆԴԻՆ ՕԳՆՈՂ ԱՆՁ

Օգնող անձին անունը (տպատառերով) \_\_\_\_\_

Օգնող անձին ստորագրութիւնը \_\_\_\_\_

Հասցէ՝ \_\_\_\_\_

Քաղաք \_\_\_\_\_ Նահանգ \_\_\_\_\_ Փոստային դասիչ (Zip) \_\_\_\_\_

Հիւանդին հետ ազգակցութիւնը \_\_\_\_\_

Ցերեկային հեռաձայնի թիւ \_\_\_\_\_

Երեկոյան հեռաձայնի թիւ՝ \_\_\_\_\_

Ել.փոստի հասցէ՝ \_\_\_\_\_

Առողջապահական որոշումների կամ այլ օրինական փաստաւորութիւն փոխանորդագիրը կցուած է:

# IMR ԴԻՄՈՒՄՆԱԳԻՐԻ/ԳԱՆԳԱՏԻ ՁԵԻԱԹՈՒՂԹԻ ՑՈՒՑՈՒՄՆԵՐԻ ԹԵՐԹԻԿ

Եթե հարց ունիք հեռաձայնեք Օգնութեան Կեդրոն՝ 1-888-466-2219 հեռաձայնի թիւով կամ TDD՝ 1-877-688-9891 թիւով: Այն հեռաձայնի թիւերուն հետ խոսիլն անվճար է:

## Մինչև ներկայացնելը՝

Մեծամասամբ դուք պետք է լրացնեք ձեր ծրագիրին յատուկ գանգատի կամ նեղութեան գործարկութիւնը նախքան DMHC-ին գանգատ կամ IMR-ի խնդրանք ներկայացնելը: Ձեր ծրագիրը պետք է ձեզի 30 օրուան կամ եթէ ձեր խնդիրը անմիջական լուծումի կարօտող խնդիր է եւ ձեր առողջութեանը լուրջ վտանգ կ'ապառնայ, ապա 3 օրուան ընթացքին ձեզի համար որոշում պիտի կայացուի:

Եթէ ձեր ծրագիրը մերժէ ձեր բուժումը որովհետեւ անիկա փորձարարկան/հետազօտական է, ապա դուք ստիպված չեք ըլլայ մասնակցիլ ձեր ծրագիրի գանգատի կամ նեղութեան գործարկութեանը՝ նախքան IMR դիմումնագիր ներկայացնելը:

Դուք պետք է վեց ամսուան ընթացքին դիմումագիր ներկայացնեք IMR-ին համար երբ որ ձեր առողջապահական ծրագիրը ձեր գանգատի գրավոր պատասխանը ձեզի ուղարկէ: DMHC-ը կրնայ ընդունել ձեր դիմումնագիրը վեց ամիս հետո եթէ որոշուի, որ հանգամանքները կանխած են ժամանակին ներկայացնելը: Հաճեցէք տեղեակ ըլլալ, որ եթէ որոշում տաք գանգատ չներկայացնելու DMHC-ին այն խնդիրին համար որ IMR-ի իրավունք ունի, կրնայ ըլլալ որ դուք հրաժարեք ձեր իրավունքներէն՝ օրինավոր գործողութիւն հետապնդելու ձեր առողջապահական ծրագիրի դէմ, որ կը վերաբերուի հայցուող ծառայութեանը կամ բուժումին:

## Ինչպէս ներկայացնել՝

1. Առցանց ներկայացնել՝ [www.HealthHelp.ca.gov](http://www.HealthHelp.ca.gov). [ասիկա ամենէն արագ միջոցն է:  
Կամ.]

Լրացնել եւ ստորագրել կից IMR Դիմումնագիրի/Գանգատի ձեւաթուղթը

2. Եթէ կը փափաքիք որ մէկ այլ անձ ձեզի օգնէ Անկախ Բժշկական Վերաքննութեան (IMR) կամ գանգատի նիւթին շուրջ, լրացրէք «Արտօնութիւն ունեցող օգնականի ձեւաթուղթը»:
3. Եթէ դուք բժշկական արձանագրութիւններ ունիք *ցանցէ դուրս մատակարարներէն*, հաճեցէք ներառնել անոնք ձեր IMR դիմումնագիրի /Գանգատի ձեւաթուղթին հետ միասին: Ձեր ծրագիրը բժշկական արձանագրութիւններ կը տրամադրի ցանցային մատակարարներէն:
4. Դուք կրնաք ուրիշ փաստաթուղթեր ալ տրամադրել որ կ'աջակցեն ձեր հայցին: Սակայն կարիք չկայ տրամադրել որեւէ փաստաթուղթ կամ նամակագրութիւն՝ ձեր եւ ձեր ծրագիրի միջեւ, որ կը վերաբերուի այս գանգատին: DMHC այս տեղեկութիւնները շիտակ ձեր ծրագիրէն պիտի ստանայ որպէս այս հետազօտութեան մէկ մաս:
5. Եթէ դուք առցանց չեք ներկայացնել, հաճեցէք ձեր ձեւաթուղթը եւ ունէլ այլ աջակից փաստաթուղթ թղթածրարին կամ հեռապատճենին միջոցաւ ուղարկել  
DMHC Help Center  
980 9th Street, Suite 500  
Sacramento, CA 95814-2725  
ՀԵՌՆԱՊԱՏՃԵՆ՝ 916-255-5241

## Ետքը ի՞նչ կըլլայ:

Օգնութեան Կեդրոնը ձեզի յօթ օրուա ընթացքին նամակը կը դրկէ տեղեկացնելու թէ արդեօք դուք IMR-ի իրավունք ունիք: Եթէ որոշուի որ ձեր ձեր գանգատը IMR-ի իրավունք ունի, ձեր խնդիրը կը նշանակուի նահանգային յանձնառուի մը որ կը վերաքննէ այն: Նահանգային յանձնառուն նաեւ յայտնի է որպէս Անկախ Բժշկական Վերաքննութեան կազմակերպիչ (IMRO): Օգնութեան Կեդրոնի ձեռքին տակ եղած բոլոր տեղեկութիւնները որ կը վերաբերուին ձեր գանգատին, ներառեալ ձեր բժշկական

# ԱՆԿԱԽ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ՎԵՐԱՔՆՆՈՒԹԵԱՆ ԴԻՄՈՒՄՆԱԳԻՐ/ ԳԱՆԳԱՏԻ ՁԵՎԱԹՈՒՂԹ

արձանագրությունները, կ'ուղարկուեն IMRO-ին: IMRO-ն որոշում մը կը կայացնէ՝ սովորաբար 30 օրուան ընթացքին կամ յօթը օրուան ընթացքին եթէ խնդիրը անյետաձգելի է: Դուք որոշումի մասին գրավոր կերպով կը տեղեկացուեք:

Եթէ որոշուի որ ձեր գանգատը պետք է վերաքննուի Սպառողներու Գանգատի գործարկութեան միջոցաւ, ձեր խնդիրին վերաբերող որոշում մը կայացուի 30 օրուան ընթացքին: Դուք որոշումի մասին գրավոր կերպով կը տեղեկացուեք:

«The Information Practices Act of 1977»-ը (Քալիֆորնիոյ քաղաքացիական օրինագիրքի հոդուած 1798.17) կը պահանջէ հետեւեալ ծանուցումը:

- Քալիֆորնիոյ «Knox-Keene Act»-ը DMHC-ին արտօնութիւն կ'ուտայ կանոնակարգել առողջապահական ծրագիրները եւ հետագօտել առողջապահական ծրագիրներու անդամներուն գանգատները:
- DMHC-ին Օգնութեան Կեդրոնը կը գործածէ ձեր անձնական տեղեկութիւնները՝ հետագօտելու ձեր առողջապահական ծրագիրին հետ ունեցած ձեր խնդիրը եւ IMR տրամադրել եթէ դուք անոր իրավունքը ունիք:
- Դուք յօժարակամ այս տեղեկութիւնները կը տրամադրեք DMHC-ին: Դուք ստիպված չեք այս տեղեկությունները տրամադրել: Սակայն, եթէ դուք չտրամադրեք, DMHC կրնայ ի վիճակի չըլլալ հետագօտել ձեր գանգատը կամ IMR տրամադրել:
- DMHC-ը կրնայ բաժնել ձեր անձնական տեղեկութիւնները, եթէ կարիք կայ՝ դրագիրին եւ այն մատակարարներուն հետ որ կ'անցկացնեն IMR-ը:
- DMHC-ը կրնայ նաեւ ձեր տեղեկութիւնները բաժնել այլ կառավարական գործակալութիւններուն հետ ինչպէս կը պահանջուի կամ կը թոյլատրուի օրենքով:
- Դուք իրավունք ունիք տեսնել ձեր անձնական տեղեկութիւնները: Անիկա ընելու համար կապ հաստատեցէք հետեւեալ հասցեով՝ DMHC Records Request Coordinator, DMHC, Office of Legal Services, 980 9th Street Suite 500, Sacramento CA 95814-2725 կամ հեռաձայնեցէք 1 916-322-6727: