State of California
Health and Human Services Agency
Department of Managed Health Care
Fraud Complaint Form
DMHC 20-220 New: 03/14

DEPARTMENT OF Managed Health Care

Առողջապահական ապահովագրության վաճառքի հետ կապված խարդախությունների վերաբերյալ զեկույցների կեղծարարության դեմ բողոքի ձևաթուղթ

Մանրամասն տեղեկություններ բողոքի վերաբերյալ

1) Ի՞նչ է Ձեզ առաջարկել ընկերությունը:

_____

_____

2) Դուք ստացե՞լ եք այն, ինչ առաջարկվել է: ☐ Այո ☐ Ոչ

3) Արդյոք կարծու՞մ եք, որ ընկերությունը սխալ հայտարարություններ է արել: ☐ Այո ☐ Ոչ

4) Ո՞ր հայտարարություններն են Ձեր կարծիքով սխալ:

_____

_____

5) Դուք ընկերությանը վճարե՞լ եք: ☐ Այո ☐ Ոչ

Եթե այո, ապա որքա՞ն եք վճարել:_____

Վճարման ո՞ր միջոցն եք օգտագործել:_____

6) Ե՞րբ է ընկերությունն առաջին անգամ կապվել Ձեզ հետ (ամիս/օր/տարի):_____

7) Ո՞րն է եղել Ձեր առաջին արձագանքը:

_____

_____

8) Ինչպե՞ս են Ձեզ հետ կապվել:

☐ Հեռախոսով ☐ Բժշկի գրասենյակում, Դեղատանը, կամ Հիվանդանոցում
☐ Էլ-փոստով ☐ Հայտարարությամբ. խնդրում ենք նկարագրել բովանդակությունը և վայրը
☐ Տանը ☐ Այլ. խնդրում ենք մեկնաբանել

_____

_____

9) Դուք ընկերության որևէ փաստաթուղթ ստորագրե՞լ եք: ☐ Այո ☐ Ոչ

10) Դուք ընկերությանը որևէ անձնական կամ ֆինանսական տեղեկատվություն տրամադրե՞լ եք: ☐ Այո ☐ Ոչ

11) Խնդրում ենք թվարկել ցանկացած այլ գործակալություններ կամ կազմակերպություններ, որոնց կապվել եք օգնության համար:

_____

_____

12) Ի՞նչ եք ցանկանում, ինչի՞ կարիք ունեք, կամ ի՞նչ եք ակնկալում Ձեր բողոքը բավարարելու համար:

_____

_____

_____

Հավելյալ տեղեկատվություն

Խնդրում ենք ավելացնել ցանկացած տեղեկատվություն, որը կարևոր է Ձեր դեպքի համար, այդ թվում տեղեկատվություն այն ընկերության մասին, որը Ձեզ առաջարկվել է, և արդյո՞ք Դուք ստացել եք այն, ինչ Ձեզ առաջարկել են:

_____

_____

_____

_____

_____

Տեղեկատվություն սպառողի համար

Խնդրում ենք տրամադրել Ձեր կոնտակտային տվյալները, որպեսզի անհրաժեշտության դեպքում կարողանանք կապվել Ձեզ հետ՝ Ձեր բողոքի հետ կապված հետագա տեղեկատվության համար:

Անուն _____ Ազգանուն _____

Փոստային հասցե _____

Քաղաք _____ Նահանգ _____ Փոստային ինդեքս _____

Ցերեկային հեռախոսահամար _____ Երեկոյան հեռախոսահամար _____

Էլ.փոստ_____

Ընկերության վերաբերյալ տեղեկատվություն

Խնդրում ենք հաղորդել ընկերության վերաբերյալ Ձեզ հայտնի ցանկացած տեղեկատվություն:

Ընկերության անվանումը _____

Փոստային հասցե _____

Քաղաք _____ Նահանգ _____ Փոստային ինդեքս _____

Հեռախոսահամար _____ Էլ-փոստ _____

Կայքէջ_____

Ընկերության ներկայացուցչի անունը _____

Ընկերության ներկայացուցչի կոչումը կամ պաշտոնը_____

Հեռախոսահամար _____Էլ.փոստ _____

Ինչպե՞ս է ներկայացուցիչը նկարագրել իր անդամակցությունը (Ծրագիր, Covered California, պետական ծրագիր և այլն)_____

_____

13) Դուք ընկերության կողմից տրված որևէ փաստաթուղթ ունե՞ք: ☐ Այո ☐ Ոչ

Եթե ունեք Ձեր գործին առընչվող որևէ փաստաթուղթ, որը կցանկանայիք տրամադրել, խնդրում ենք Ձեր դիմումում ներառել դրա պատճենը:

Ես դիմում եմ Կառավարվող Առողջապահական Խնամքի Վարչություն (DMHC) իմ բողոքի հետ կապված ինձ աջակցելու համար: Ես հասկանում են, որ DMHC -ն կպաշտպանի իմ անձնական տեղեկատվությունը: Եթե իմ բողոքը DMHC -ի իրավասության շրջանակներում է, DMHC -ն հետագայում կարող է այն ուսումնասիրել և ինձ հետ կապվել: Անհրաժեշտության դեպքում DMHC -ն կարող է իմ բողոքը Covered California, Ապահովագրական վարչություն, կամ այլ գործակալության հասցեագրել հետագա վերանայման համար:

Ստորագրություն_____Ամսաթիվ_____

Հրահանգներ

Կեղծարարության դեմ բողոքի ձևաթուղթը փոստով կամ ֆաքսով ներկայացնելու համար՝

1. Լրացրեք, ստորագրեք, և տպեք ձևաթուղթը: Եթե Ձեր պատասխանը լրացնելու համար Ձեզ հավելյալ տարածություն է անհրաժեշտ, խնդրում ենք առանձին էջ կցել: :
2. Կցեք նամակների կամ այլ փաստաթղթերի պատճենները, որոնք Ձեր կարծիքով վերաբերում են Ձեր բողոքին: Խնդրում ենք ուղարկել փաստաթղթերի պատճենները, այլ ոչ թե բնօրինակները: Աջակցման Կենտրոնը չի կարող որևէ փաստաթուղթ վերադարձնել:
3. Որևէ աջակցող փաստաթղթի ձևաթուղթը կամ պատճենը ֆաքսով կամ փոստով ուղարկեք հետևյալ հասցեով՝

Help Center
Department of Managed Health Care
980 9th Street, Suite 500
Sacramento, CA 95814-2725

ՖԱՔՍ՝ 916-255-5241

Եթե բողոքի աջակցման ձևաթղթի վերաբերյալ հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Աջակցման Կենտրոն հետևյալ անվճար հեռախոսահամարով 1-888-466-2219 կամ (Լսողության խնդիրների ունեցող անձանց հեռահաղորդակցման համակարգ) 1-877-688-9891: