



# Բողոքարկման և գանգատների ներկայացման ձև

Blue Shield of California-ի Medicare Advantage պլանի անդամների և Blue Shield-ի Medicare-ի Դեղատոմսով դուրս գրվող դեղերի պլանի անդամների կողմից օգտագործման համար: Բողոքարկման հայց և/կամ գանգատ («բողոքարկում» և «գանգատ» բառերի բացատրությունը տե՛ս դարձերեսին)

|                                  |                                      |
|----------------------------------|--------------------------------------|
| <b>Անդամի անունը՝<br/>Հասցե՝</b> | <b>Անդամի նույնականացման համարը՝</b> |
| <b>Հեռախոսահամար՝</b>            | <b>Լիազորված ներկայացուցիչ՝</b>      |

## Բողոքարկում

**Մերժված ծառայությունը կամ պահանջի համարը, որ ցանկանում եք բողոքարկել՝**

|  |   |
|--|---|
| <b>Ծառայության(ծառայությունների) ամսաթիվը՝</b> | <b>Բուժծառայություն մատուցողի անունը՝</b>     |
| <b>Վեճի առարկա ընդհանուր գումարը՝ \$</b>       | <b>Անդամի վճարած գումարը (եթե առկա է)՝ \$</b> |

Շարադրեք ձեր բողոքարկման հայցը՝ պարզ, հեշտ ընթեռնելի, մանրամասն ձևով: Ներկայացրեք ցանկացած տեղեկատվություն, որը ձեր կարծիքով կարող է օգտակար լինել, ներառյալ ցանկացած պահանջների/հաշիվների օրինակները, բժշկական արձանագրությունները կամ մերժման մասին ծանուցումները, եթե առկա են. \_\_\_\_\_

**Ստանդարտ բողոքարկման (որոշման վերանայման) հայցը պետք է գրավոր ներկայացվի՝ մերժման մասին ծանուցումը ստանալուց հետո 65 օրվա ընթացքում:** Եթե գանգահարեք Հանձնախորհրդի սպասարկման ծառայություն, ձեզ կառաջարկեն ստանդարտ բողոքարկում, սակայն այն չի կարող մշակվել՝ առանց ձեր գրավոր հայցի:

## Գանգատ

Շարադրեք ձեր գանգատը կամ խնդիրը. \_\_\_\_\_

**Գանգատը կարող է ներկայացվել բանավոր կամ գրավոր՝ դեպքից հետո 60 օրվա ընթացքում:** Նկատի ունեցեք, որ գանգատ ներկայացնելու համար կարող եք կապ հաստատել մեր Հանձնախորհրդի սպասարկման բաժնի հետ՝ Blue Shield-ի անդամի նույնականացման քարտին նշված հեռախոսահամարով:

Ստորագրություն՝ \_\_\_\_\_ Ամսաթիվ՝ \_\_\_\_\_  
**Անդամի (կամ ներկայացուցչի) ստորագրությունը** (Ներկայացուցիչը պետք է լրացնի կից Ներկայացուցչի նշանակման (AOR) ձևը)

Այս ձևը վերադարձրեք Blue Shield of California Medicare-ի Բողոքարկման և գանգատների ներկայացման բաժնի՝

|  |  |
|--|--|
| <b>Ձևն ուղարկեք հետևյալ հասցեով՝<br/>P.O. Box 927<br/>Woodland Hills, CA 91365-9856<br/>կամ ֆաքսով՝ (916) 350-6510 հեռախոսահամարին</b> | <b>Անձամբ՝<br/>6300 Canoga Ave.<br/>Woodland Hills, CA 91367</b> |
|--|--|

## Ի՞նչ է գանգատը

Բողոքի տեսակ, որը դուք ներկայացնում եք մեր կամ մեր ցանցի մատակարարների կամ դեղատներից մեկի դեմ: Դրա մեջ կարող է մտնել ձեր խնամքի որակի վերաբերյալ բողոքը: Այս տեսակի բողոքը չի ներառում փոխհատուցման կամ վճարման հետ կապված վեճերը:

## Ի՞նչ է կազմակերպության կողմից կայացված որոշումը

Կազմակերպության որոշումը Blue Shield 65 Plus-ի կամ այնպիսի անձի կողմից կայացված նախնական որոշումն է, ինչպիսին ձեր պլանի անունից հանդես եկող առաջնային խնամքի բժիշկն է կամ բժիշկների խումբն է, հաստատելու կամ մերժելու ծառայության վճարման կամ ծառայության մատուցման վերաբերյալ հայցը, որը ներկայացվել է ձեր կողմից կամ ձեր անունից:

## Ի՞նչ է փոխհատուցման վերաբերյալ որոշումը

Որոշում է այն մասին, թե արդյոք ձեր բուժօժանայությունը կամ դեղը պետք է փոխհատուցվեն պլանի կողմից և ինչ գումարի չափով (եթե կիրառելի է), որքան է ձեզանից պահանջվում վճարել ծառայության կամ դեղատոմսով բաց թողնվող դեղի համար: Սովորաբար, եթե ձեր դեղատոմսը ներկայացնում եք դեղատուն, և դեղատանը ձեզ հաղորդում են, որ դեղը չի փոխհատուցվում ձեր պլանի կողմից, դա փոխհատուցման վերաբերյալ որոշում չէ: Դուք պետք է զանգահարեք կամ գրեք ձեր պլանին, որպեսզի խնդրեք պաշտոնական որոշում կայացնել փոխհատուցման վերաբերյալ, եթե համաձայն չեք:

## Ի՞նչ է բողոքարկումը

Բողոքարկումն այն գործողությունն է, որը դուք կատարում եք, եթե համաձայն չեք առողջապահական ծառայությունների կամ դեղատոմսով դեղերի փոխհատուցման հայցը մերժելու որոշման հետ, ինչպես նաև ծառայությունների կամ արդեն ստացած դեղերի վճարումը մերժելու որոշման հետ: Դուք կարող եք բողոքարկել, եթե համաձայն չեք ձեր ստացած ծառայությունները դադարեցնելու որոշման հետ: Օրինակ, դուք կարող եք բողոքարկել, եթե ձեր պլանը չի վճարում դեղի, ապրանքի կամ ծառայության համար, որը ձեր կարծիքով դուք իրավունք ունեք ստանալու:

Եթե մենք մերժենք բուժխնամքի ծառայության կամ ծառայության վճարման վերաբերյալ ձեր հայցի որևէ մասը, դուք կարող եք պահանջել մեզնից վերանայել մեր որոշումը: Սա կոչվում է «բողոքարկում» կամ «որոշման վերանայման հայց»:

Ինչպես նաև, եթե փոխհատուցման որոշման մեջ մենք մերժենք D բաժնի դեղատոմսով դուրս գրվող դեղի(երի) վերաբերյալ ձեր հայցի որևէ մասը, դուք կարող եք պահանջել մեզանից վերանայել մեր որոշումը: Սա կոչվում է «որոշման վերանայման հայց»:

Տե՛ս *Evidence of Coverage*-ը (Ապահովագիր) գանգատ և/կամ բողոքարկում ներկայացնելու ամբողջական նկարագրության համար: