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 ապահովագրութեան վաճառքի հետ կապուած խարդախութիւններու վերաբերեալ տեղեկագրութիւններու կեղծարարութեան դէմ բողոքի ձեւաթուղթ

Բողոքի վերաբերեալ մանրամասն տեղեկութիւններ

1) Ի՞նչ առաջարկած է ընկերութիւնը ձեզի:

_____

_____

2) Դուք ստացա՞ծ էք այն, ինչ առաջարկուած է: ☐ Այո ☐ Ոչ

3) Կը հաւատա՞ք, որ ընկերութիւնը սխալ յայտարարութիւններ կատարած է: ☐ Այո ☐ Ոչ

4) Ո՞ր յայտարարութիւնները սխալ են ձեր կարծիքով:

_____

_____

5) Դուք վճարա՞ծ էք ընկերութեան: ☐ Այո ☐ Ոչ

Եթէ այո, ուրեմն որքա՞ն վճարած էք:_____

Վճարման ո՞ր միջոցը օգտագործած էք:_____

6) Ե՞րբ ընկերութիւնը առաջին անգամ կապ հաստատած է ձեզի հետ (ամիս/օր/տարի):_____

7) Ի՞նչն էր ձեր առաջին արձագանգը:

_____

_____

8) Ի՞նչպէս ձեզի հետ կապ հաստատած են:

☐ Հեռաձայնով ☐ Բժիշկի Գրասենեակը, Դեղարանը, կամ Հիւանդանոցը
☐ Էլ-Մակով ☐ Յայտարարութեամբ. հաճեցէք նկարագրել բովանդակութիւնը եւ վայրը
☐ Տունը ☐ Այլ. հաճեցէք մեկնաբանել

_____

_____

9) Դուք որեւէ փաստաթուղթ ստորագրա՞ծ էք ընկերութեան: ☐ Այո ☐ Ոչ

10) Դուք որեւէ անձնական կամ ելեւմտական տեղեկատուութիւն տրամադրա՞ծ էք ընկերութեան: ☐ Այո ☐ Ոչ

11) Հաճեցէք նշել որեւէ այլ գործակալութիւններ կամ կազմակերպութիւններ, որոնց հետ կապ հաստատած էք օգնութեան համար:

_____

_____

12) Ի՞նչ կ՚ուզէք, ինչի՞ կարիք ունիք, կամ ի՞նչ կ՚ակնկալէք ձեր բողոքը բաւարարելու համար:

_____

_____

_____

Յաւելեալ Տեղեկութիւն

Հաճեցէք աւելցնել որեւէ տեղեկութիւն, որ կարեւոր է ձեր փորձառութեան համար, այդ կարգին տեղեկութիւն այն ընկերութեան մասին, որ ձեզի առաջարկուեր է, եւ արդեօք դուք ստացե՞ր էք այն, ինչ ձեզի առաջարկեր են:

_____

_____

_____

_____

_____

Տեղեկութիւն Սպառողի Համար

Հաճեցէք տրամադրել ձեր հաղորդակցութեան տուեալները, որպէսզի անհրաժեշտութեան պարագային կարենանք կապ հաստատել ձեզի հետ՝ ձեր բողոքի հետ առընչուած յետագայ տեղեկութեան համար:

Անուն _____ Մականուն _____

Թղթատարի Հասցէ _____

Քաղաք _____ Նահանգ _____ Թղթատարութիւն _____

Ցերեկային Հեռաձայնի Թիւ _____ Երեկոյեան Հեռաձայնի Թիւ _____

Էլ-Մակ_____

Ընկերութեան Վերաբերեալ Տեղեկութիւն

Հաճեցէք հաղորդել ընկերութեան վերաբերեալ ձեզի յայտնի որեւէ տեղեկութիւն:

Ընկերութեան Անունը _____

Թղթատարի Հասցէ_____

Քաղաք _____Նահանգ _____Թղթատարութիւն_____

Հեռաձայնի Թիւ _____ Էլ-Մակ_____

Կայքէջ_____

Ընկերութեան Ներկայացուցչին Անունը _____

Ընկերութեան Ներկայացուցչին Կոչումը կամ Պաշտօնը_____

Հեռաձայնի Թիւ _____Էլ-Մակ_____

Ներկայացուցիչը ի՞նչպէս նկարագրած է իր անդամակցութիւնը (Ծրագիր, Covered California, Պետական Ծրագիր, եւ այլն)։_____

_____

13) Դուք ընկերութեան կողմէ տրուած որեւէ փաստաթուղթ ունի՞ք: ☐ Այո ☐ Ոչ

Եթէ ունիք ձեր գործին առընչուող որեւէ փաստաթուղթ, որ դուք կ՝ուզէիք տրամադրել, հաճեցէք ձեր դիմումին մէջ ներառել անոր պատճէնը:

Ես կը դիմեմ Կառավարուող Առողջապահական Խնամքի Վարչութիւն (DMHC) իմ բողոքի հետ կապուած ինծի օգնելու համար: Ես կը հասկնամ, որ DMHC -ն կը պաշտպանէ իմ անձնական տեղեկութիւնը: Եթէ իմ բողոքը DMHC -ի իրաւասութեան շրջանակներու մէջ է, DMHC -ն յետագային կրնայ զայն ուսումնասիրել եւ կապ հաստատել ինծի հետ: Անհրաժեշտութեան պարագային DMHC -ն կրնայ իմ բողոքը հասցէագրել Covered California, Ապահովագրական Վարչութիւն, կամ այլ գործակալութեան՝ յետագայ վերանայելու համար:

Ստորագրութիւն_____Թուական_____

Հրահանգներ

Կեղծարարութեան դէմ բողոքի ձեւաթուղթը փոստով կամ հեռապատճէնով ներկայացնելու համար՝

1. Ամբողջացուցէ՛ք, ստորագրեցէ՛ք, եւ տպեցէ՛ք ձեւաթուղթը: Եթէ ձեր պատասխանը ամբողջացնելու համար ձեզի յաւելեալ տարածութիւն անհրաժեշտ է, հաճեցէք առանձին էջ կցել:

2. Կցեցէ՛ք նամակներու կամ այլ փաստաթուղթերու պատճէնները, որոնք ձեր կարծիքով կը վերաբերին ձեր բողոքին:
   Հաճեցէք ուղարկել փաստաթուղթերու պատճէնները, այլ ոչ թէ բնօրինակները: Օգնութեան Կեդրոնը չի կրնար որեւէ փաստաթուղթ վերադարձնել:
3. Հեռապատճէնով կամ փոստով ուղարկեցէք կից փաստաթուղթերու պատճէնները եւ ձեւաթուղթը՝

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

   Հեռապատճէն՝ 916-255-5241

Եթէ բողոքի օգնութեան ձեւաթուղթի ամբողջացման վերաբերեալ հարցումներ ունիք, հաճեցէք հեռաձայնել Օգնութեան Կեդրոն հետեւեալ անվճար հեռաձայնի թիւով՝ 1-888-466-2219 կամ ((Լսողութեան Խնդիրներ Ունեցող Անձերու Հեռահաղորդակցման Համակարգ)1-877-688-9891: