

ՁԵՐ ԻՐԱՎՈՒՆՔՆԵՐԸ՝
ԱՏԱՄՆԱԲՈՒԺԱԿԱՆ ԿԱՌԱՎԱՐՎՈՂ ԽՆԱՄՔԻ ՆԵՐՔՈ

ԵԹԵ ԴՈՒՔ ՀԱՄԱՁԱՅՆ ՉԵՔ ՁԵՐ ԱՏԱՄՆԱԲՈՒԺԱԿԱՆ ԽՆԱՄՔԻ ԱՌՆՉՈՒԹՅԱՍԲ ԿԱՅԱՑՐԱԾ ՈՐՈՇՄԱՆ ՀԵՏ, ԴՈՒՔ ԿԱՐՈՂ ԵՔ ԲՈՂՈՔԱՐԿԵԼ ԱՅՆ: ԲՈՂՈՔԱՐԿՈՒՄ ՆԵՐԿԱՅԱՑՐԵՔ ՁԵՐ ԱՏԱՄՆԱԲՈՒԺԱԿԱՆ ԾՐԱԳՐԻՆ:

ԻՆՉՊԵՍ ԲՈՂՈՔԱՐԿՈՒՄ ՆԵՐԿԱՅԱՑՆԵԼ

Բողոքարկում ներկայացնելու համար Դուք ունեք **60 օր՝** այս «Գործողության ծանուցման» նամակի ամսաթվից հաշված: **Եթե ներկայումս բուժում եք ստանում և ցանկանում եք շարունակել այն ստանալ, Դուք պետք է բողոքարկում ներկայացնեք այս նամակի վրա գտնվող դրոշմանիշի ամսաթվից կամ այն Ձեզ առաքելու ամսաթվից 10 օրվա** ընթացքում ԿԱՄ նախքան այն օրը, երբ Ձեր առողջապահական ծրագիրը կդադարեցնի ծառայությունները: Բողոքարկում ներկայացնելիս Դուք պետք է նշեք, որ ցանկանում եք շարունակել բուժում ստանալ:

Դուք կարող եք բողոքարկում ներկայացնել հեռախոսով, գրավոր կամ էլեկտրոնային տարբերակով:

- Հեռախոսով. Չանգահարեք LIBERTY Dental Plan-ին 8:00 a.m.-ից մինչև 5:00 p.m., երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին 1-888-703-6999 հեռախոսահամարով: Եթե չեք կարող լսել կամ խոսել, խնդրում ենք զանգահարել 1-800-735-2929 հեռախոսահամարով:
- Գրավոր. Լրացրեք բողոքարկման ձևաթուղթը կամ նամակ գրեք և ուղարկեք այն հետևյալ հասցեով՝

LIBERTY Dental Plan of California
340 Commerce Suite 100
Irvine, Ca 92602

Բողոքարկման ձևաթղթերը կարելի է ստանալ Ձեր բժշկի գրասենյակից: Կարող եք նաև ստանալ դրանք Ձեր ատամնաբուժական ծրագրից:

- Էլեկտրոնային տարբերակ. Այցելեք Ձեր առողջապահական ծրագրի կայքէջը: Այցելեք www.libertydentalplan.com կայքը:

Դուք կարող եք ինքնուրույն ներկայացնել բողոքարկումը: Ձեր բարեկամը, ընկերը, իրավապաշտպանը, ատամնաբույժը, բժիշկը կամ փաստաբանը կարող է բողոքարկում ներկայացնել Ձեր անունից: Դուք կարող եք ատամնաբուժական ծրագրի կողմից ուսումնասիրության համար ներկայացնել ցանկացած տեսակի տեղեկություն: Բժիշկը, որն այն բժիշկը չէ, ով կայացրել է առաջին որոշումը, կուսումնասիրի Ձեր բողոքարկումը:

Ձեր ատամնաբուժական ծրագիրը 30 օր ունի Ձեզ պատասխան տրամադրելու համար: Այդ ժամանակ Դուք կստանաք «Բողոքարկման վճռի ծանուցագիր» նամակը: Այս նամակով Ձեզ կտեղեկացնեն, թե ինչ է որոշել ատամնաբուժական ծրագիրը: **Եթե նամակ չստանաք 30 օրվա ընթացքում, Դուք կարող եք՝**

- Խնդրել «Անկախ բժշկական վերանայում» (Independent Medical Review, IMR), և առողջապահական ծրագրին չառնչվող դրսից հրավիրված վերանայողը կուսումնասիրի Ձեր գործը:
- Խնդրել «Նահանգային լսում», և դատավորը կուսումնասիրի Ձեր գործը:

Խնդրում ենք կարդալ ներքոնշյալ հատվածը՝ IMR կամ Նահանգային լսում խնդրելու հրահանգներին ծանոթանալու համար:

ԱՐԱԳԱՑՎԱԾ ԲՈՂՈՔԱՐԿՈՒՄՆԵՐ

Եթե կարծում եք, որ 30 օր սպասելը կարող է վնասել Ձեր առողջությանը կամ ատամնաբուժական վիճակին, ապա, հնարավոր է, որ կարողանաք պատասխան ստանալ 72 ժամվա ընթացքում: Ձեր բողոքարկումը ներկայացնելիս նշեք, թե ինչու սպասելը կարող է վնասել Ձեր առողջությանը կամ ատամնաբուժական վիճակին: Համոզվեք, որ «արագացված բողոքարկում» եք խնդրում:

ԵԹԵ ՀԱՄԱՁԱՅՆ ՉԵՔ ԲՈՂՈՔԱՐԿՄԱՆ ՈՐՈՇՄԱՆ ՀԵՏ

Եթե Դուք բողոքարկում եք ներկայացրել ու ստացել եք «Բողոքարկման վճռի ծանուցագիր» նամակը, որը տեղեկացնում է, որ ատամնաբուժական ծրագիրը միևնույն է Ձեզ ծառայություններ չի տրամադրելու, կամ **եթե որոշման մասին նամակ չեք ստացել և 30 օրն արդեն անցել է, Դուք կարող եք՝**

- Խնդրել «Անկախ բժշկական վերանայում» (Independent Medical Review, IMR), և առողջապահական ծրագրին չառնչվող դրսից հրավիրված վերանայողը կուսումնասիրի Ձեր գործը:
- Խնդրել «Նահանգային լսում», և դատավորը կուսումնասիրի Ձեր գործը:

Դուք կարող եք միաժամանակ խնդրել ն՝ IMR, ն՝ Նահանգային լսում: Դուք կարող եք նաև խնդրել մեկն, այնուհետև՝ մյուսը, որպեսզի տեսնեք, թեարդոյոք դրանցից մեկը կլուծի Ձեր խնդիրը: Օրինակ, եթե սկզբից IMR խնդրեք, սակայն չհամաձայնեք նրանց որոշման հետ, Դուք կարող եք այնուհետև Նահանգային լսում խնդրել: Այնուամենայնիվ, եթե սկզբից Նահանգային լսում եք խնդրում, և այդ լսումը տեղի է ունեցել, ապա Դուք արդեն չեք կարող IMR խնդրել: Այս դեպքում վերջնական որոշումը Նահանգային լսումն է կայացնում:

Դուք ոչինչ չեք վճարում IMR-ի կամ Նահանգային լսման համար:

ԱՆԿԱՆ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ՎԵՐԱՆԱՅՈՒՄ (IMR)

Եթե IMR եք ցանկանում, Դուք պետք է սկզբից բողոքարկում ներկայացնեք Ձեր ատամնաբուժական ծրագրին: Եթե պատասխան չեք ստանում ձեր ատամնաբուժական ծրագրից 30 օրվա ընթացքում, կամ դժգոհ եք ատամնաբուժական ծրագրի որոշումից, ապա կարող եք IMR խնդրել: Դուք պետք է IMR խնդրեք «Բողոքարկման վճռի ծանուցագիր» նամակը ստանալու ամսաթվից **180 օրվա** ընթացքում:

Հնարավոր է, որ կարողանաք միանգամից IMR ստանալ՝ առանց սկզբից բողոքարկում ներկայացնելու: Դա լինում է այն դեպքերում, երբ Ձեր առողջությունը կամ ատամնաբուժական վիճակը անմիջական վտանգի տակ է: Ներքոնշյալ պարբերությունը ձեզ կտեղեկացնի, թե ինչպես պետք է IMR խնդրել:

Կալիֆորնիայի Կառավարվող առողջապահական խնամքի բաժինը (Բաժին) պատասխանատու է ստամնաբուժական կառավարվող խնամքի ծրագրերի կանոնակարգման համար: Եթե Դուք ստացել եք «Նպաստի բացասական որոշման ծանուցում» նամակը, նախ և առաջ Դուք պետք է զանգահարեք Ձեր ստամնաբուժական ծրագրին՝ 1-888-703-6999 հեռախոսահամարով և օգտվեք Ձեր ստամնաբուժական ծրագրի բողոքարկման գործընթացից, նախքան Բաժնի հետ կապվելը: Ձեր ծրագրի բողոքարկման գործընթացից օգտվելը չի բացառում որևէ պոտենցիալ օրինական իրավունքներ կամ միջոցներ, որոնք Ձեզ կարող են հասանելի լինել: Եթե անհետաձգելի իրավիճակի հետ կապված բողոքարկման հարցում օգնության կարիք ունեք, կամ բողոքարկման, որի լուծումը Ձեր ստամնաբուժական ծրագրի կողմից Ձեզ չի բավարարել, կամ բողոքարկման, որը լուծում չի ստացել 30 օրից ավելի, օգնության համար Դուք կարող եք զանգահարել Բաժին: Դուք կարող եք նաև իրավունակ լինել Անկախ բժշկական վերանայման (Independent Medical Review, IMR) համար: Եթե Դուք իրավունակ եք IMR-ի համար, IMR-ի գործընթացը կտրամադրի ստամնաբուժական ծրագրի կողմից կայացրած որոշման անկողմնակալ վերանայում, որը վերաբերում է առաջարկվող ծառայության կամ բուժման բժշկական տեսանկյունից անհրաժեշտությանը և շտապ օգնության կամ հրատապ բժշկական ծառայությունների վճարումների հետ կապված տարաձայնություններին: Բաժինը ունի նաև անվճար հեռախոսահամար **(1-888-HMO-2219)** և TDD գիծ **(1-877-688-9891)** լսողության և խոսակցության հարցում դժվարություններ ունեցողների համար: Բաժնի ինտերնետային կայքը (<http://www.hmohelp.ca.gov>) պարունակում է բողոքի ձևաթղթեր, IMR դիմումի ձևաթղթեր և առցանց հրահանգներ:

ՆԱՀԱՆԳԱՅԻՆ ԼՍՈՒՄ

Եթե Դուք Նահանգային լսում եք ցանկանում, Դուք պետք է խնդրեք այն «Բողոքարկման վճռի ծանուցագիր» նամակը ստանալու ամսաթվից **120 օրվա** ընթացքում: Կարող եք Նահանգային լսում խնդրել հեռախոսով կամ գրավոր.

- **Հեռախոսով.** Չանգահարեք **1-800-952-5253** հեռախոսահամարով: Այս հեռախոսագիծը կարող է շատ ծանրաբեռնված լինել: Հնարավոր է, որ Դուք ձայնագրություն լսեք, որը խնդրում է ավելի ուշ զանգահարել: Եթե լավ չեք լսում կամ խոսում, խնդրում ենք զանգահարել **TTY/TDD 1-800-952-8349** համարով:
- **Գրավոր.** Լրացրեք Նահանգային լսման ձևաթուղթը կամ նամակ ուղարկեք այստեղ

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

Sacramento, CA 94244-2430

Դուք կարող եք Նահանգային լսման ձևաթուղթը կամ նամակը ուղարկել Ֆարսուն (916) 651-5210 կամ (916) 651-2789 համարին:

Անպայման ներառեք Ձեր անունը, հասցեն, հեռախոսահամարը, Ձեր «Բողոքարկման վճռի ծանուցագիր» (հայտնի է նաև որպես NAR) նամակի ամսաթիվը, և Նահանգային լսում խնդրելու պատճառը: Եթե որևէ անձ օգնում է Ձեզ Նահանգային լսում խնդրելու հարցում, ձևաթղթին կամ նամակին ավելացրեք նրա անունը, հասցեն և հեռախոսի համարը: Եթե Ձեզ բանավոր թարգմանիչ է հարկավոր, մեզ ասեք, թե ինչ լեզվով եք խոսում: Դուք թարգմանչի համար չեք վճարում: Մենք Ձեզ կտրամադրենք մեկին:

Նահանգային լսում խնդրելուց հետո Ձեր գործի որոշումը և պատասխանի առաքումը կարող է տևել մինչև 90 օր: Եթե կարծում եք, որ այդքան երկար սպասելը կարող է վնասել Ձեր առողջությանը կամ ատամնաբուժական վիճակին, ապա, հնարավոր է, որ կարողանաք պատասխան ստանալ 3 աշխատանքային օրվա ընթացքում: Ձեր ատամնաբույժին կամ ատամնաբուժական

ծրագրին խնդրեք նամակ ներկայացնել Ձեր անունից: Նամակում պետք է մանրամասնորեն բացատրվի, թե ինչու Ձեր գործի որոշմանը 90 օր սպասելը լրջորեն կվնասի Ձեր առողջությունն ու ատամնաբուժական վիճակը: Այնուհետև համոզվեք, որ խնդրում եք **«արագացված լսում»**, և նամակը ներկայացրեք լսման Ձեր խնդրանքի հետ:

Կարող եք Նահանգային լսման ընթացքում ինքնուրույն հանդես գալ: Ձեր բարեկամը, ընկերը, իրավապաշտպանը, ատամնաբույժը, բժիշկը կամ փաստաբանը կարող է հանդես գալ Ձեր անունից: Եթե ցանկանում եք, որ որևէ այլ անձ խոսի Ձեր անունից, Դուք պետք է տեղեկացնեք Նահանգային լսման գրասենյակին, որ թույլ եք տալիս այդ անձին հանդես գալ Ձեր անունից: Այս անձը կոչվում է «լիազոր ներկայացուցիչ»:

ԻՐԱՎԱԿԱՆ ՕԳՆՈՒԹՅՈՒՆ

Հնարավոր է, որ կարողանաք անվճար իրավական օգնություն ստանալ: Ձանգահարեք:

Կազմակերպության անվանում	Հեռախոս	Մպասարկվող վարչաշրջան
Legal Services of Northern California	(888) 354-4474	Alpine, Amador, Butte, Calaveras, Colusa, El Dorado, Glenn, Inyo, Mono, Nevada, Placer, Plumas, Sacramento, San Joaquin, Sierra, Sutter, Tehama, Yuba
Greater Bakersfield Legal Assistance, Inc.	(888) 292-4252	Kern
Central California Legal Services, Inc.	(559) 570-1200	Fresno, Kings, Madera, Mariposa, Stanislaus, Tulare, Tuolumne
California Rural Legal Assistance, Inc.	(760) 353-0220	Imperial
Legal Aid Foundation of Los Angeles	(800) 399-4529	Los Angeles
Legal Aid Society of San Diego	(877) 534-2524	San Diego

Կարող եք նաև զանգահարել ձեր վարչաշրջանի տեղային Իրավական օգնության միություն 1-888-804-3536 հեռախոսահամարով: