

**ԱՆԿԱՆ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ՎԵՐԱՆԱՅՄԱՆ ՀԱՄԱՐ ՁԵՐ ԴԻՄՈՒՄՆԱԳԻՆ
ՎԵՐԱԲԵՐՎՈՂ ՏԵՂԵԿՈՒԹՅՈՒՆ ԵՎ ՀՐԱՀԱՆԳՆԵՐ**

Ապահովագրության Բաժանմունքից Անկախ Բժշկական Վերանայում խնդրելուց առաջ, ձեզանից պահանջվում է նախ բողոք/դժգոհություն ներկայացնել ապահովագրական ընկերության, փորձելով լուծել խնդիր(ներ)ը: Եթե 30 օր անցնելուց հետո չեք ստացել գոհացուցիչ պատասխան, կարող եք լրացնել այս դիմումնագրի ձևը, կցել պատճենները ձեր գանգատին վերաբերվող որևէ կարևոր փաստաթղթի և ուղարկել դիմումնագրի ձևի վրա նշված հասցեով: Կարող եք նաև կցել լրացուցիչ թերթեր ըստ կարիքի, բացատրելու և/կամ նկարագրելու համար կացությունը և ձեր ապահովագրական ընկերության հետ անհամաձայնությունը: Մենք այս տեղեկությունը նկատում ենք անհրաժեշտ մեր վերանայման համար և այն համապատասխանում է իրավասություններին և պարտականություններին, որոնք արտահայտվել են Կալիֆոռնիայի Ապահովագրության Օրենսգրքում, Հոդված 12921.3 և Հոդված 10169: Խնդրվում է քննել ձեզանից մեր ձեռք բերած տեղեկությանը վերաբերվող գաղտնիության հայտարարությունը:

Խնդրվում է նկատի ունենալ, որ Անկախ Բժշկական Վերանայման ձեր դիմումի պատճենը կտրամադրվի ապահովագրական ընկերության և Անկախ Բժշկական Վերանայման Կազմակերպության:

Իրավունք ունեք ներկայացնել տեղեկություններ և փաստաթղթեր, որոնք ձեր կարծիքով կգորակցեն ձեր կեցվածքին այս վերանայման գործում:

Կարող եք ձեր ներկայացրած տեղեկությունը քննել որևէ ժամանակ, ցորչափ բաժանմունքի գործը պահպանվում է: Բոլոր փաստաթղթերի իսկական օրինակները ձեզ կվերադարձվեն մեր գործընթացը լրացնելուց հետո:

**ԱՆԿԱՆ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ՎԵՐԱՆԱՅՄԱՆ ԴԻՄՈՒՄՆԱԳԻՐԸ ԱՊԱՀՈՎԱԳՐՈՒԹՅԱՆ ԲԱԺԱՆՄՈՒՆՔԻՆ
ՎԱՐՈՂ ԵՔ ՆԵՐԿԱՅՄԱՑՆԵԼ ՀԵՏԵՎՅԱԼ ՏԵՍԱԿԻ ԽՆԴԻՐՆԵՐԻ ՀԱՄԱՐ՝**

Մեր ժումը մի հայցի այն պատճառով, որ ընկերությունը կարծում է, որ բուժումը կամ ծառայությունը բժշկականորեն անհրաժեշտ չէ, կամ այն փորձառական է և բացառվում է ըստ ապահովագրի նախատեսությունների:

1. Առաջարկումը մի գումարի, որը նվազ է քան այն, որը նշվել է ապահովագրում, բժշկական անհրաժեշտության կապակցությամբ ընկերության տեսակետի պատճառով:
2. Ուշացումը մի հայցի հաշվեհարդարի, բժշկական անհրաժեշտությունը վիճարկելու պատճառով:
4. Մեր ժումը շտապ կամ հրատապ ծառայությունների հայցի:

Անկախ Բժշկական Վերանայման գործընթացի ներքո, մեկ կամ ավելի բժիշկներ կորոշեն այս հարցը և նրանց որոշումը պարտավորեցնող կլինի ապահովագրական ընկերության համար:

DEPARTMENT OF INSURANCE
CLAIMS SERVICES BUREAU
300 SOUTH SPRING STREET, SOUTH TOWER
LOS ANGELES, CA 90013
www.insurance.ca.gov



ԱՆԿԱՆ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ՎԵՐԱՆԱՅՄԱՆ ԴԻՄՈՒՄՆԱԳԻՐ

Աշխատանքի հեռախոս՝ ()

Անուն

Տան հեռախոս՝ ()

Հասցե

Քաղաք

Փոստի թվանիշ

Խնդրվում է գիտակցել, որ Անկախ Բժշկական Վերանայման Դիմումի պատճենը կտրամադրվի ապահովագրական ընկերության: Նաև գիտակցել, որ Անկախ վերանայման գործընթացին չմասնակցելու որոշումը կարող է հանգեցնել վիճարկվող բուժսպասարկման կապակցությամբ ապահովագրողի դեմ որևէ իրավական քայլի դիմելու օրենքով նախատեսված իրավունքից հրաժարման: Ապահովագրողից, որևէ պայմանագրային մատակարարից և որևէ ծրագրից դուրս գտնվող մատակարարից, որի հետ ապահովագրողը կարող է խորհրդակցած լինել այս հարցով, անհրաժեշտ բժշկական տեղեկությունները ստանալու ձևեր հավանությունը պետք է ստորագրված լինի ձեր կողմից: Իրավունք ունեք ուղղակի կամ ձեր մատակարարի միջոցով տեղեկություն կամ փաստաթղթեր ներկայացնել հետևյալներից որևէ մեկի համար - Մատակարարի հանձնարարությունը, որը նշում է, որ վիճարկվող բուժսպասարկումը բժշկականորեն անհրաժեշտ է ապահովագրվածի բժշկական վիճակի համար: Բժշկական տեղեկություն կամ արդարացում, որ վիճարկվող բուժսպասարկումը, շտապ կամ հրատապ խնամքի հիմքի վրա, բժշկականորեն անհրաժեշտ էր ապահովագրվածի բժշկական վիճակի համար: Ձեր կեցվածքին զորակցող տրամաբանական տեղեկություն, որ վիճարկվող բուժսպասարկումը բժշկականորեն անհրաժեշտ է կամ էր բժշկական վիճակի համար, ներառած ապահովագրողի կամ նրա որևէ պայմանագրային մատակարարի կողմից ապահովագրվածին տրված բոլոր տեղեկությունները, որոնք դեռևս գտնվում են ապահովագրվածի մոտ՝ վիճարկվող բուժսպասարկման վերաբերվող ապահովագրողի կամ մատակարարի որոշման վերաբերյալ, և պատճենը որևէ նյութի, որը ապահովագրվածը ներկայացրել է ապահովագրողին և որը դեռևս գտնվում է ապահովագրվածի մոտ, զորակցելու համար բողոքարկումին, ինչպես նաև որևէ լրացուցիչ նյութ, որը ապահովագրվածը կարևոր է համարում:

- 1. Ապահովագրական ընկերության լրիվ անունը և ապահովագրի/վկայականի համարը՝
2. Հայրի համարը և բժշկական ծառայություն(ներ)ի թվական(ներ)ը՝
3. Ընկերության դիմել էք Անկախ բժշկական Վերանայման խնդրանքով: Այո՝ _____ Ոչ՝ _____ (Ներկայացրեք բոլոր թղթակցությունների պատճենները)
4. Եթե ապահովագրված անձի կամ հայցվորի առողջության սպառնում է անմիջական և լուրջ վտանգ, խնդրվում է ստուգման նշան դնել և նշել խիստաճանաչումը: _____
5. Համառոտակի նկարագրեք վիճարկվող բժշկական ծառայությունը կամ ծախսը, որը ուզում եք հղել Անկախ Բժշկական Վերանայման Կազմակերպության և նշեք բժիշկները, ովքեր ձեզ բուժել են այս վիճակի համար: Օգտագործեք լրացուցիչ թերթիկները ըստ կարիքի:

Ես այսու Անկախ Բժշկական Վերանայում եմ խնդրում ապահովագրողի հետ իմ վեճի համար: Ես լիազորում եմ իմ բոլոր բժշկական արձանագրությունների և տեղեկությունների բացթողումը, ինչ տեսակի էլ լինեն, որոնք վերաբերվում են այս լիազորության տեսադաշտին, ներառած բժշկական, հոգեկան առողջության, թմրամոլության, ՄԻՄՎ-ի (HIV) արձանագրությունները, ախտաճանաչողական նկարահանման տեղեկանքները և որևէ այլ տեսակի ոչ-վավերագրային արձանագրություն, ինչպես նաև կարևոր ոչ-բժշկական արձանագրություն և տեղեկություն: Մա լիազորում է բացթողումը՝ բոլոր բժշկական մատակարարների, ապահովագրողի, Գալիֆորնիայի Ապահովագրության Բաժանմունքի և որևէ Անկախ Բժշկական Վերանայման Կազմակերպության կողմից և նրանց միջև: Բացթողումն ու բացահայտումը լիազորվում են միայն այնքանով, ինչքանով այս անձերից կամ իրավական անձերից որևէ մեկը դա բարեհարմար կնկատի այնպիսի նպատակով, որը համապատասխանում է բուժսպասարկմանը վերաբերվող գանգատին: Այս լիազորությունը կժամկետանցվի ներքևը նշված թվականից մի տարի հետո, բացառելով Բաժանմունքի ներքին օգտագործումը կամ այլապես օրենքի կողմից թույլատրվությունը: Ժամկետանցումը կվերաբերվի բոլոր տեղեկություններին, որոնք նախապես չեն բացահայտվել այս լիազորության համաձայն: Այս լիազորությունը կարող է չեղյալ հայտարարվել կամ հետ կոչվել որևէ ժամանակ: Չեղյալ հայտարարումը կամ հետ կոչումը կվերաբերվի այս լիազորության համաձայն նախապես չբացահայտված բոլոր տեղեկություններին: Ես հավաստում եմ, որ ներկայացված տեղեկությունը ճշգրիտ և ճշմարիտ է: