

لطفًا این فرم را پر کرده و مدارک لازم را ضمیمه کنید. فرم و مدارک را به این آدرس پست کنید:
Attn: Grievance Coordinator, Anthem Blue Cross, P.O. Box 60007, Los Angeles, CA 90060-0007.

همچنین می توانید شکایت خود را تلفنی با مرکز خدمات مراجعین و یا تماس با شماره تلفن خدمات مشتریان مندرج در پشت کارت شناسایی Anthem Blue Cross مطرح کنید. در ظرف 30 روز از تاریخی که ما فرم یا تلفن شما را دریافت کنیم، پاسخی به شما فرستاده می شود.

تاریخ: _____
نام عضو: _____ شماره شناسایی عضو/ کارت عضویت: _____
آدرس: _____
شهر: _____ ایالت: _____ کدپستی: _____
شماره تلفن: _____ عنایة: _____

اطلاعاتی در باره شکایت

این اطلاعات قسمتی از پرونده همیشگی می شود؛ لطفًا آن را با خط خوانا بنویسید.

تاریخ واقعه: _____

آنچه را که اتفاق افتاده شرح دهید: (در صورت لزوم از اوراق اضافی هم استفاده کنید).

امضای عضو (در صورتی که عضو کودک است، امضای والد یا سرپرست)

X _____ تاریخ: _____

اگر برای پر کردن این فرم نیاز به کمک دارید، لطفًا با شماره تلفن پشت کارت شناسایی Anthem Blue Cross خود تماس بگیرید.
برای انتخاب راه های دیگر لطفًا پشت این فرم را بخوانید.

اعضای Medi-Cal نوس آجلس کانتی

شما همینطور میتوانید در عرض 90 روز بعد از واقعه درخواست تشکیل جلسه رسیدگی ایالتی کنید. با آدرس زیر مکاتبه کنید:

Department of Social Services
State Hearings Division
P.O. Box 944243, MS 19-37
Sacramento, CA 94244-2430

همچنین می توانید مستقیماً با وزارت خدمات اجتماعی با تلفن 1-800-952-5253 تماس بگیرید.
مدیریت خدمات اجتماعی Ombudsman بن‌فلاز هرامش با 1-888-452-8609 تلفن هرامش با رایحه مت‌فایرد ی‌ارید دیناوتیم روطنیمه

اعضای Healthy Families Program

در قرارداد شرکت بیمه Anthem Blue Cross شما بندی در مورد حکمیت قید شده است. هرگونه اختلاف نظر بین شما یا نماینده شما و Anthem Blue Cross کالیفرنیا یا وابستگان آن که مبلغ آن از حد مباحث دادگاه شکایات خورد جاوز کند. باید از طریق حکمیت حل و فصل شود. برای آغاز یک پرونده حکمیت باید درخواست کتبی به نشانی زیر ارسال کنید:

Attn: Appeals and Complaints Department
Anthem Blue Cross
P.O. Box 60007
Los Angeles, CA 90060-0007

زمانی که درخواست شما به دست ما برسد. رسید آن را برایتان ارسال می کنیم و اطلاعاتی درباره مراحل حکمیت ضمیمه آن می کنیم.

اعضای Medi-Cal نوس آجلس

شما می توانید با نشانی های زیر نیز تماس بگیرید:

Attn: Member Services
L.A. Care Health Plan
555 W. Fifth Street
Los Angeles, CA 90013
1-888-452-2273

مدیریت خدمات اجتماعی Ombudsman بن‌فلاز هرامش با 1-888-452-8609 تلفن هرامش با رایحه مت‌فایرد ی‌ارید دیناوتیم روطنیمه
مدیریت خدمات اجتماعی Ombudsman بن‌فلاز هرامش با 1-888-452-8609 تلفن هرامش با رایحه مت‌فایرد ی‌ارید دیناوتیم روطنیمه

Department of Social Services
State Hearings Division
P.O. Box 944243, MS 19-37
Sacramento, CA 94244-2430

همچنین می توانید برای مساعدت بیشتر با دفتر حکمیت با شماره 1-888-452-8609 تماس بگیرید. برای

درخواست تشکیل یک دادگاه استماع عادلانه ظرف مدت 90 روز از پیشامد حادثه می توانید به آدرس زیر مکاتبه نمایید:

همه اعضای Anthem Blue Cross

اداره مراقبت های پزشکی کالیفرنیا مسئول تنظیم مقررات بیمه های پزشکی است. اگر بر علیه بیمه پزشکی خود شکایتی دارید. قبل از تماس با این اداره ابتدا باید با بیمه پزشکی خود با شماره تلفن 1-800-407-4627 تماس بگیرید و مراحل شکایت از بیمه خود را بگذرانید. اقدام به شکایت هیچ حق و حقوق بالقوه قانونی شما را سلب نخواهد کرد. اگر درباره شکایتی که جنبه اضطراری دارد. شکایتی که توسط بیمه خودتان به نحو مطلوبی حل و فصل نشده. یا شکایتی که پس از گذشت 30 روز همچنان به قوت خود باقی است. نیاز به کمک دارید. می توانید با اداره مراقبت های پزشکی تماس بگیرید تا کمکتان کنند. شما همچنین ممکن است برای "بررسی پزشکی مستقل" واجد شرایط باشید. اگر چنین باشد. تصمیمات پزشکی اتخاذ شده و اقدامات و معالجات پزشکی لازم که توسط بیمه شما به عمل آمده. و نیز پرداخت برای تصمیماتی که طبیعت تجربی یا تحقیقاتی داشته. توسط یک مرجع بی طرف مورد رسیدگی قرار می گیرد. اختلافات راجع به پرداخت خدمات پزشکی اضطراری یا فوری نیز به همین صورت است. این اداره همچنین دارای یک شماره تلفن رایگان (1-888-HMO-2219) و نیز یک خط مخصوص افرادی که اختلال شنوایی دارند (1-877-688-9891) است. از طریق تار نمایی این اداره:
<http://www.hmohelp.ca.gov> فرم های شکایت. فرم های بررسی پزشکی مستقل و اطلاعات لازم را می توانید بگیرید.