



ទម្រង់បែបបទបណ្តឹងសាទុក្ខរបស់សមាជិក

សូមបំពេញទម្រង់បែបបទនេះ និងភ្ជាប់មកជាមួយឯកសារទាក់ទង។ ផ្ញើទម្រង់បែបបទនេះ
និងឯកសារទៅកាន់៖ **Attn: Grievance Department, Anthem Blue Cross, P.O. Box 60007, Los Angeles, CA 90060-0007.**

អ្នកអាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងសាទុក្ខដោយហៅទូរសព្ទទៅ មជ្ឈមណ្ឌលថែទាំអតិថិជន តាមលេខ
800-407-4627 (TTY 711) ឬ 888-285-7801 (TTY 711) នៅ Los Angeles ពីថ្ងៃចន្ទដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង
7 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 7 យប់ម៉ោងនៅតំបន់ប៉ាស៊ីហ្វិក ឬសូមចូលទៅកាន់ **anthem.com/ca/medi-cal**។ អ្នកនឹងទទួលបានការឆ្លើយតបក្នុងរយៈពេល 30 ថ្ងៃតាមប្រតិទិន បន្ទាប់ពីយើងទទួលបានទម្រង់បែបបទនេះ ឬទទួលបានការហៅទូរសព្ទរបស់អ្នក។

កាលបរិច្ឆេទ៖ _____
ឈ្មោះសមាជិក៖ _____ លេខសម្គាល់សមាជិក/លេខ CIN៖ _____
អាសយដ្ឋាន៖ _____
ទីក្រុង៖ _____ រដ្ឋ៖ _____ លេខកូដតំបន់៖ _____
លេខទូរសព្ទ៖ _____

ព័ត៌មានអំពីបណ្តឹងសាទុក្ខ

ព័ត៌មាននេះក្លាយជាផ្នែកមួយនៃកំណត់ត្រាអចិន្ត្រៃយ៍។ សូរសរសេរឱ្យបានច្បាស់លាស់។

កាលបរិច្ឆេទឧប្បត្តិហេតុ (MM/DD/YY)៖ _____
ពិពណ៌នាថាមានរឿងអ្វីកើតឡើង (ភ្ជាប់សន្លឹកក្រដាសបន្ថែមប្រសិនបើចាំបាច់) សូមបញ្ជាក់ឱ្យបានច្បាស់លាស់អំពីរឿង ដែលបានកើតឡើងឱ្យអស់ពីលទ្ធភាព និងអ្នកណាខ្លះដែលទាក់ទង៖

ហត្ថលេខាសមាជិក (ឪពុកឬម្តាយ ឬ អាណាព្យាបាល ប្រសិនបើសមាជិកគឺជាអតីតិជន។)

X

កាលបរិច្ឆេទ៖

ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយក្នុងការបំពេញទម្រង់បែបបទនេះ សូមហៅទូរសព្ទមក មជ្ឈមណ្ឌលថែទាំអតីតិជន តាមលេខទូរសព្ទនៅខាងក្រោយបណ្ណសម្គាល់សមាជិក Anthem Blue Cross របស់អ្នក។ សូមមើលផ្នែកខាងក្រោយនៃទម្រង់បែបបទនេះសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។

Anthem Blue Cross គឺជាឈ្មោះពាណិជ្ជកម្មនៃ Blue Cross of California។ Anthem Blue Cross និង Blue Cross of California Partnership Plan, Inc. គឺជាអ្នកទទួលអាជ្ញាបណ្ណឯករាជ្យរបស់ Blue Cross Association។ Anthem គឺជាពាណិជ្ជសញ្ញាដែលបានចុះបញ្ជីរបស់ Anthem Insurance Companies, Inc.។ Blue Cross of California បានចុះកិច្ចសន្យាជាមួយគម្រោងសុខភាព L.A. Care Health Plan ដើម្បីផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពក្រោមការគ្រប់គ្រងរបស់ Medi-Cal នៅក្នុងខោនធី Los Angeles។

សមាជិក Medi-Cal ទាំងអស់

អ្នកក៏អាចស្នើសុំឱ្យមានសវនាការយុត្តិធម៌ថ្នាក់រដ្ឋក្នុងរយៈពេល 120 ថ្ងៃពីឧប្បត្តិហេតុ។ សរសេរទៅកាន់៖

**California Department of Social
Services State Hearings Division
P.O. Box 944243, MS 9-17-37
Sacramento, CA 94244-2430**

អ្នកអាចហៅទូរសព្ទទៅក្រសួងសេវាកម្មសង្គមដោយផ្ទាល់តាមលេខ **800-743-8525**។ អ្នកអាចហៅទូរសព្ទទៅ
ការិយាល័យ Ombudsman ដើម្បីសុំជំនួយតាមលេខ **888-452-8609**។

សមាជិក Medi-Cal នៅខោនធី Los Angeles

អ្នកក៏អាចទាក់ទងទៅ៖

**Attn: Member Services
L.A. Care Health Plan
555 W. Fifth Street
Los Angeles, CA 90013
888-285-7801**

អ្នកអាចហៅទូរសព្ទទៅការិយាល័យ Ombudsman ដើម្បីសុំជំនួយតាមលេខ **888-452-8609**។

អ្នកក៏អាចស្នើសុំឱ្យមានសវនាការយុត្តិធម៌ថ្នាក់រដ្ឋក្នុងរយៈពេល 120 ថ្ងៃពីឧប្បត្តិហេតុ។ សរសេរទៅកាន់៖

**California Department of Social
Services State Hearings Division
P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-37
Sacramento, CA 94244-2430**

អ្នកអាចហៅទូរសព្ទទៅក្រសួងសេវាកម្មសង្គមដោយផ្ទាល់តាមលេខ **800-743-8525**។

នៅពេលទទួលបានពាក្យនេះ សំណើរបស់អ្នកនឹងត្រូវបានទទួលស្គាល់ ហើយអ្នកនឹងទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែម
ទាក់ទងនឹងដំណើរការមជ្ឈត្តកម្ម។

សមាជិក Anthem Blue Cross ទាំងអស់

ក្រសួងគ្រប់គ្រងការថែទាំសុខភាពនៃរដ្ឋ California ទទួលខុសត្រូវចំពោះការធ្វើនិយ័តកម្មគម្រោងសេវាក
ម្មថែទាំសុខភាព។ ប្រសិនបើអ្នកមានបណ្តឹងសាទុក្ខប្រឆាំងនឹងគម្រោងសុខភាពរបស់អ្នក អ្នកគួរតែទូរស
ព្ទទៅគម្រោងសុខភាពរបស់អ្នកជាមុនតាមរយៈលេខ **800-407-4627 (TTY 711)** ឬ **888-285-7801
(TTY 711)** នៅ Los Angeles ពីថ្ងៃចន្ទដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 7 ព្រឹកដល់ម៉ោង 7 យប់ ម៉ោងនៅតំបន់ប៉ាស៊ី
ហ្វិក ឬចូលមើល anthem.com/ca/medi-cal ហើយប្រើប្រាស់នីតិវិធីបណ្តឹងសាទុក្ខរបស់គម្រោង
សុខភាពរបស់អ្នក មុនពេលទាក់ទងទៅក្រសួង។ ការប្រើនីតិវិធីបណ្តឹងសាទុក្ខនេះមិនបានរារាំងសិទ្ធិផ្លូវ
ច្បាប់ ឬដំណោះស្រាយកែតម្រូវជាសក្តានុពលដែលអាចនឹងមានសម្រាប់អ្នកនោះឡើយ។ ប្រសិនបើអ្នក

ត្រូវការជំនួយសម្រាប់ការដាក់បណ្តឹងសាទុក្ខពាក់ព័ន្ធនឹងករណីបន្ទាន់ បណ្តឹងសាទុក្ខដែលគម្រោងសុខ ភាពរបស់អ្នកមិនបានដោះស្រាយជូនអ្នកដោយពេញចិត្ត ឬបណ្តឹងសាទុក្ខដែលមិនទាន់បានដោះស្រាយ ក្នុងអំឡុងពេលលើសពី 30 ថ្ងៃ នោះអ្នកអាចទូរសព្ទទៅក្រសួងដើម្បីស្នើសុំជំនួយបាន។ អ្នកក៏អាចនឹង មានសិទ្ធិទទួលបានការត្រួតពិនិត្យផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រឯករាជ្យ (IMR) ផងដែរ។ ប្រសិនបើអ្នកមានសិទ្ធិទទួល បាន IMR ដំណើរការ IMR នោះនឹងផ្តល់ការត្រួតពិនិត្យសុខភាពឡើងវិញដោយឥតលម្អៀងលើសេចក្តី សម្រេចវេជ្ជសាស្ត្រដែលធ្វើឡើងដោយគម្រោងសុខភាពដែលទាក់ទងនឹងការចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រនៃ សេវាកម្ម ឬការព្យាបាលដែលបានស្នើឡើង សេចក្តីសម្រេចលើធានារ៉ាប់រងសម្រាប់ការព្យាបាលដែលជា ប្រភេទការដកពិសោធន៍ ឬការអង្កេត និងជម្លោះក្នុងការទូទាត់សម្រាប់សេវាកម្មវេជ្ជសាស្ត្រសង្គ្រោះបន្ទាន់ ឬភាពបន្ទាន់។ ក្រសួងក៏មានលេខទូរសព្ទឥតគិតថ្លៃផងដែរគឺលេខ **(1-888-466-2219)** និងខ្សែទូរសព្ទ TDD **(1-877-688-9891)** សម្រាប់អ្នកដែលមានបញ្ហាក្នុងការស្តាប់ និងនិយាយ។ គេហទំព័រតាមប្រព័ន្ធអ៊ីន ធឺណិតរបស់ក្រសួង **www.dmhca.gov** មានទម្រង់បែបបទពាក្យបណ្តឹង ទម្រង់បែបបទស្នើសុំ IMR និងសេចក្តីណែនាំតាមអនឡាញ។