



แบบฟอร์มการร้องทุกข์ของสมาชิก

โปรดกรอกแบบฟอร์มนี้พร้อมแนบเอกสารใดๆ ที่เกี่ยวข้อง ส่งแบบฟอร์มและเอกสารไปยัง:  
**Attn: Grievance Department, Anthem Blue Cross, P.O. Box 60007, Los Angeles, CA 90060-0007**

คุณยังสามารถยื่นเรื่องร้องทุกข์ได้โดยการโทรหา ศูนย์ลูกค้าสัมพันธ์ ได้ที่ **800-407-4627 (TTY 711)** หรือ **888-285-7801 (TTY 711)** ใน Los Angeles วันจันทร์ถึงวันศุกร์ 07.00 น. ถึง 19.00 น. เวลาแปซิฟิก หรือเข้าไปที่ **anthem.com/ca/medi-cal** คุณจะได้รับการตอบกลับภายใน 30 วันตามปฏิทิน หลังจากที่เรารับแบบฟอร์มนี้หรือได้รับโทรศัพท์จากคุณ

วันที่: \_\_\_\_\_

ชื่อสมาชิก: \_\_\_\_\_

หมายเลขประจำตัวสมาชิก/หมายเลข CIN: \_\_\_\_\_

ที่อยู่: \_\_\_\_\_

เมือง: \_\_\_\_\_ รัฐ: \_\_\_\_\_ รหัสไปรษณีย์: \_\_\_\_\_

หมายเลขโทรศัพท์: \_\_\_\_\_

**ข้อมูลเกี่ยวกับการร้องทุกข์**

ข้อมูลนี้จะเป็นส่วนหนึ่งของบันทึกถาวร โปรดเขียนให้ชัดเจน

วันที่เกิดเหตุ (ดด/วว/ปป): \_\_\_\_\_

โปรดอธิบายสิ่งที่เกิดขึ้น (แนบหน้าเอกสารเพิ่มเติมหากจำเป็น) โดยระบุให้ละเอียดที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ถึงสิ่งที่เกิดขึ้นและผู้ที่เกี่ยวข้อง:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**ลายมือชื่อของสมาชิก (พ่อแม่หรือผู้ปกครองหากสมาชิกเป็นผู้เยาว์)**

**X**

วันที่: \_\_\_\_\_

หากต้องการความช่วยเหลือเกี่ยวกับแบบฟอร์มนี้ โปรดโทรหา ศูนย์ลูกค้าสัมพันธ์ ตามหมายเลขโทรศัพท์ที่อยู่บนบัตรประจำตัว Anthem Blue Cross ของคุณ โปรดดูข้อมูลเพิ่มเติมที่ด้านหลังของแบบฟอร์มนี้

Anthem Blue Cross คือชื่อทางการค้าของ Blue Cross of California โดย Anthem Blue Cross และ Blue Cross of California Partnership Plan, Inc. เป็นผู้รับอนุญาตอิสระของ Blue Cross Association ส่วน Anthem คือเครื่องหมายทางการค้าจดทะเบียนของ Anthem Insurance Companies, Inc. Blue Cross of California ได้ทำสัญญากับ L.A. Care Health Plan ในการให้บริการการดูแลสุขภาพที่ได้รับการจัดการของ Medi-Cal ในเทศมณฑล Los Angeles

### **สมาชิก Medi-Cal ทุกคน**

---

คุณอาจร้องขอให้มีการพิจารณาคดีด้วยความเป็นธรรมโดยรัฐภายใน 120 วัน นับจากวันเกิดเหตุ  
เขียนถึง:

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

คุณสามารถโทรติดต่อ หน่วยงานบริการสังคม ได้โดยตรงที่ **800-743-8525** คุณสามารถโทรติดต่อ  
สำนักงานของ Ombudsman เพื่อช่วยเหลือคุณได้ที่ **888-452-8609**

### **สมาชิก Medi-Cal ของเทศมณฑล Los Angeles**

---

คุณยังสามารถติดต่อได้ตามนี้:

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

คุณสามารถโทรติดต่อ สำนักงานของ Ombudsman เพื่อช่วยเหลือคุณได้ที่ **888-452-8609**  
คุณยังสามารถร้องขอการพิจารณาคดีด้วยความเป็นธรรมโดยรัฐภายใน 120 วันนับจากวันเกิดเหตุ  
เขียนถึง:

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

คุณสามารถโทรติดต่อ หน่วยงานบริการสังคม ได้โดยตรงที่ **800-743-8525**

เมื่อได้รับแล้ว คำขอของคุณจะได้รับการตอบรับ และคุณจะได้รับข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับกระบวนการ  
อนุญาตต่อผลการ

### **สมาชิก Anthem Blue Cross ทุกคน**

---

หน่วยงานบริการสุขภาพที่มีการจัดการของ California มีหน้าที่รับผิดชอบในการควบคุมแผน  
บริการด้านการดูแลสุขภาพ หากคุณมีการร้องทุกข์ต่อแผนประกันสุขภาพของคุณ คุณควร  
โทรศัพท์ติดต่อแผนประกันสุขภาพของคุณก่อน ที่ **800-407-4627 (TTY 711)** หรือ **888-285-7801  
(TTY 711)** ใน Los Angeles วันจันทร์ถึงวันศุกร์ 07.00 น. ถึง 19.00 น. เวลาแปซิฟิก หรือไปที่  
**[anthem.com/ca/medi-cal](http://anthem.com/ca/medi-cal)** และใช้กระบวนการร้องทุกข์ของแผนประกันสุขภาพของคุณก่อนที่  
จะติดต่อหน่วยงานฯ การดำเนินกระบวนการร้องทุกข์นี้มิได้จำกัดสิทธิหรือการเยียวยาตามกฎหมาย  
ที่คุณอาจได้รับแต่อย่างใด หากคุณต้องการความช่วยเหลือในการร้องทุกข์ที่เกี่ยวกับเหตุฉุกเฉิน การ  
ร้องทุกข์ที่ไม่ได้รับการแก้ไขจนเป็นที่น่าพอใจโดยแผนประกันสุขภาพของคุณ หรือการร้องทุกข์ที่  
ยังไม่ได้รับการแก้ไขมาเป็นเวลานานกว่า 30 วัน คุณอาจติดต่อหน่วยงานฯ เพื่อขอความช่วยเหลือ  
ได้ นอกจากนี้คุณอาจมีสิทธิรับการตรวจสอบทางการแพทย์โดยอิสระ (IMR) ด้วย ถ้าคุณมีสิทธิรับ  
IMR กระบวนการ IMR จะทบทวนการตัดสินใจทางการแพทย์ของแผนประกันสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับ  
ความจำเป็นทางการแพทย์ของบริการหรือการรักษาที่เสนอ การตัดสินใจคุ้มครองสำหรับการรักษา  
เชิงทดลองหรือเชิงวิจัย และข้อพิพาทเรื่องการจ่ายค่าบริการฉุกเฉินหรือบริการทางการแพทย์

งตัวอย่างเป็นกลาง นอกจากนี้ทางหน่วยงานฯ ยังมีหมายเลขโทรฟรี **(1-888-466-2219)** และ  
หมายเลข TDD **(1-877-688-9891)** สำหรับผู้บกพร่องทางการได้ยินหรือการพูดด้วย คุณสามารถ  
ดาวน์โหลดแบบฟอร์มคำร้องเรียน คำขอ IMR และดูคำแนะนำออนไลน์ได้ที่เว็บไซต์ทาง  
อินเทอร์เน็ตของหน่วยงานฯ **[www.dmhc.ca.gov](http://www.dmhc.ca.gov)**