



Форма скарги учасника

Заповніть цю форму та додайте всі відповідні документи. Надішліть форму та документи на адресу: **Attn: Grievance Department, Anthem Blue Cross, P.O. Box 60007, Los Angeles, CA 90060-0007.**

Ви також можете подати скаргу, зателефонувавши до центру обслуговування клієнтів за номером **800-407-4627 (TTY 711)** або **888-285-7801 (TTY 711)** в Los Angeles з понеділка по п'ятницю, з 7:00 до 19:00 за тихоокеанським часом або через сайт **anthem.com/ca/medi-cal**. Вам буде надіслано відповідь протягом 30 календарних днів після отримання нами цієї форми або вашого дзвінка.

Дата: _____

Ім'я учасника: _____ Ідентифікаційний номер учасника/номер CIN: _____

Адреса: _____

Місто: _____ Штат: _____ Поштовий індекс: _____

Номер телефону: _____

Інформація стосовно скарги

Ця інформація стане частиною вашої особистої справи; пишiть зрозуміло.

Дата інциденту (ММ/ДД/РР): _____

Опишіть, що сталося (за потреби використайте додаткові сторінки). Будьте якомога конкретнішими щодо того, що трапалося та хто був причетний:

Підпис учасника (батька або опікуна, якщо учасник неповнолітній)

Х

Дата:

Якщо вам потрібна допомога з цією формою, зателефонуйте до центру обслуговування клієнтів за номером телефону, вказаним у вашій ідентифікаційній картці Anthem Blue Cross. Щоб отримати додаткову інформацію, перегляньте зворотну сторінку цієї форми.

Anthem Blue Cross – це торговельна назва організації Blue Cross of California. Anthem Blue Cross і Blue Cross of California Partnership Plan, Inc. є незалежними ліцензіатами організації Blue Cross Association. Anthem – це зареєстрована торгова марка Anthem Insurance Companies, Inc. Blue Cross of California має угоду з L.A. Care Health Plan на надання послуг керованого догляду Medi-Cal в окрузі Los Angeles.

Усі учасники програми Medi-Cal

Ви можете вимагати проведення справедливого слухання на рівні штату протягом 120 днів після інциденту. Напишіть на адресу:

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

Ви можете зателефонувати безпосередньо до Департаменту соціального обслуговування за номером **800-743-8525**. Щоб отримати допомогу, ви можете звернутися до офісу Ombudsman за номером **888-452-8609**.

Учасники програми Medi-Cal в окрузі Los Angeles

Ви також можете звернутися до таких осіб:

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

За допомогою ви можете звернутися до офісу Ombudsman за номером **888-452-8609**. Ви можете також вимагати проведення справедливого слухання на рівні штату протягом 120 днів після інциденту. Напишіть на адресу:

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

Ви можете зателефонувати безпосередньо до Департаменту соціального обслуговування за номером **800-743-8525**.

Після отримання ваш запит буде підтверджено, і вам буде надіслана додаткова інформація щодо арбітражного процесу.

Усі учасники програми Anthem Blue Cross

Департамент керованого медичного обслуговування California несе відповідальність за регулювання планів медичних послуг. Якщо у вас є скарга щодо вашого плану медичного обслуговування, вам слід спочатку зателефонувати до представників плану за номером **800-407-4627 (TTY 711)** або **888-285-7801 (TTY 711)** в Los Angeles з понеділка по п'ятницю з 7:00 до 19:00 за тихоокеанським часом або відвідати сторінку **anthem.com/ca/medi-cal** і скористатися процедурою розгляду скарг за вашим планом медичного обслуговування, перш ніж звертатися до департаменту. Використання цієї процедури розгляду скарг не впливає на потенційні законні права або засоби захисту, які можуть бути вам доступні. Якщо вам потрібна допомога зі скаргою, яка стосується екстреної медичної допомоги, скаргою, яка не була задовільно вирішена вашим планом медичного обслуговування, або скаргою, яка залишалася невирішеною протягом більше ніж 30 днів, ви можете зателефонувати до департаменту по допомогу. Ви також можете мати право на незалежний медичний розгляд (IMR). Якщо ви маєте право на IMR, процес IMR забезпечить неупереджений перегляд медичних рішень, прийнятих планом медичного обслуговування та пов'язаних із медичною необхідністю запропонованої послуги або лікування, рішень

щодо страхового покриття лікування, яке є експериментальним або дослідницьким за своєю природою, і спорів щодо оплати невідкладної або екстреної медичної допомоги. У департаменті також є безкоштовний номер телефону **(1-888-466-2219)** та лінія TDD **(1-877-688-9891)** для людей із вадами слуху та мовлення. На вебсайті департаменту www.dhmc.ca.gov є форми скарг, заявок на IMR та інструкції.