

Tất Cả Các Hội Viên Medi-Cal

Quý vị cũng có thể yêu cầu một buổi Điều Trần cấp Tiểu Bang trong vòng 90 ngày kể từ khi sự kiện xảy ra. Viết thư gửi đến:

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

Quý vị có thể gọi trực tiếp cho Sở Xã Hội tại số **1-800-952-5253**. Quý vị có thể gọi cho Văn Phòng Thanh Tra số **1-888-452-8609** để được giúp đỡ.

Hội Viên Healthy Families Program

Hợp Đồng Phúc Lợi Anthem Blue Cross của quý vị có một điều khoản về sự hoà giải. Bất cứ những tranh chấp nào giữa quý vị hay người đại diện của quý vị và Anthem Blue Cross, và/hoặc các chi nhánh phụ thuộc, vượt quá thẩm quyền tài phán về những khiếu nại nhỏ (small claims) phải được giải quyết bằng sự hòa giải. Để tiến hành thủ tục hòa giải, phải nộp thư yêu cầu cho:

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

Khi nhận được thư, yêu cầu của quý vị sẽ được thừa nhận và quý vị sẽ nhận được thêm chi tiết về thủ tục hoà giải.

Hội Viên Los Angeles County Medi-Cal

Quyền vô cưỡng còu theá liên laic ñeán:

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

Quý vị có thể gọi cho Văn Phòng Thanh Tra số **1-888-452-8609** để được giúp đỡ. Quý vị cũng có thể yêu cầu một buổi Điều Trần cấp Tiểu Bang trong vòng 90 ngày kể từ khi sự kiện xảy ra. Viết thư gửi đến:

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

Quý vị có thể gọi trực tiếp cho Sở Xã Hội tại số **1-800-952-5253**.

Khi nhận được thư, yêu cầu của quý vị sẽ được thừa nhận và quý vị sẽ nhận được thêm chi tiết về thủ tục hoà giải.

Tất Cả Các Hội Viên Anthem Blue Cross

Ban Quản Trị Việc Chăm Sóc Sức Khỏe California (California Department of Managed Health Care) có trách nhiệm quy định các dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho các chương trình sức khỏe. Nếu quý vị khiếu nại về chương trình sức khỏe của quý vị, trước tiên quý vị phải gọi điện thoại cho chương trình sức khỏe tại số **1-800-407-4627** và sử dụng tiến trình khiếu nại của chương trình sức khỏe này trước khi liên lạc với Ban. Tận dụng thủ tục khiếu nại này không ngăn cấm bất cứ quyền lợi pháp lý hay phương cách giải quyết khả hữu nào quý vị có thể sử dụng được. Nếu quý vị cần giúp đỡ với sự khiếu nại liên quan đến một tình trạng cấp cứu, một sự khiếu nại đã không được chương trình bảo hiểm sức khỏe giải quyết thỏa đáng, hay một khiếu nại đã không được giải quyết trong thời hạn quá 30 ngày. Quý vị có thể gọi cho Ban để được giúp đỡ. Quý vị cũng có thể yêu cầu một Sự Tải Xét Độc Lập Về Y Tế (IMR). Nếu quý vị hợp lệ với IMR, thủ tục IMR sẽ cung cấp một sự xét duyệt vô tư về những quyết định y tế của chương trình bảo hiểm sức khỏe liên quan đến sự cần thiết về y tế của một dịch vụ hay một sự chữa trị đề nghị, những quyết định đòi hỏi hay chữa trị đang còn trong sự thí nghiệm hay nghiên cứu và tranh chấp về sự chi trả cho các dịch vụ y tế cấp cứu hay khẩn cấp. Ban cũng có số điện thoại miễn phí (**1-888-HMO-2219**) và một số TDD (**1-877-688-9891**) phục vụ người có khuyết tật về thính giác hay lời nói. Trang mạng của Ban <http://www.hmohelp.ca.gov> có các mẫu đơn khiếu nại, mẫu đơn xin thủ tục IMR và các hướng dẫn trực tuyến.