



FORM NG KARAINGAN/REKLAMO NG MIYEMBRO

Petsa: _____

Paki-print ang lahat ng impormasyon.

Impormasyon ng complainant:

_____ () _____ ()
Pangalan Numero ng Telepono sa Trabaho Numero ng Telepono sa Bahay

_____ Address Lungsod State Zip Code

Pangalan ng (mga) taong kamag-anak ng complainant:

_____ #: _____
Pangalan Numero ng ID

_____ #: _____
Pangalan Numero ng ID

_____ #: _____
Pangalan Numero ng ID

Uri ng reklamo: [Lagyan ng check ang lahat ng nalalapat]

- Marketing Hirap sa pag-disenroll Singilin ng miyembro
- Kalidad Transportasyon Pagiging naa-access ng alaga
- Emergency na alaga Ugali ng staff Authorization

Iba Pa: _____

Pahayag ng Problema: Petsa ng Pangyayari: _____ Lokasyon: _____

Pangalan ng Provider _____

Ilarawan nang detalyado ang problema/reklamo: _____

Gamitin ang likod ng form kung kailangan ng karagdagang espasyo.

_____ Lagda ng Miyembro

_____ Petsa

(o lagda ng magulang kung ang miyembro ay menor de edad o may kapansanan)

MEDIKAL NA PAGPAPALABAS

MIYEMBRO Pakibigay ang pangalan at numero ng telepono ng sinumang provider na maaaring gumamot sa iyo para sa kundisyon na paksa ng iyong karaingan.

Ang lahat ng Talang Medikal na makukuha ay mahigpit na pananatiliing kumpidensyal at tanging gagamitin sa layunin ng pagsusuri ng iyong karaingan.

SA PAMAMAGITAN NITO AY PINAHIHINTULUTAN AT HINIHING KO ANG (MGA) PROVIDER NA NAKALISTA SA ITAAS NA ILABAS ANG ANUMAN AT LAHAT NG TALANG MEDIKAL SA HEALTH NET NA SUMUSUPORTA SA PANGANGAILANGANG MEDIKAL PARA SA PAKSA NG KARAINGANG ITO:

LAGDA: _____ **PETSA:** _____

(Kung nilagdaan ng iba pa maliban sa Miyembro) **KAUGNAYAN:** _____
(INA, AMA, TAGAPANGALAGA)

Kung mayroon ka pang anumang tanong o kung kailangan ng karagdagang tulong tungkol dito, nang walang bayad sa aming Member Services Department sa (800) 675-6110 o TTY/TDD Numero: (800)-431-0964. Kapag tapos na, pakisumite ang form na ito sa: Health Net, Attn: Medi-Cal Member Appeals and Grievance Department, P.O Box 10348, Woodland Hills, CA 91367. Numero ng Fax: (877) 831-6019.

ANG IYONG MGA KARAPATAN SA ILALIM NG PANGANGALAGANG PINAMAMAHALAN NG MEDI-CAL

KUNG HINDI KA SANG-AYON SA PAGPAPASYANG GINAWA PARA SA IYONG PAGGAMOT, MAAARI KANG MAGHAIN NG APELA. ANG APELANG ITO AY IHAHAIN KASAMA NG IYONG HEALTH NET

PAANO MAGHAIN NG APELA

Mayroon kang **60 araw** mula sa araw ng sulat na “Abiso ng Pagkilos” na ito upang maghain ng appela. Ngunit, **kung kasalukuyan kang nagpapagamot at gusto mong patuloy na magpagamot, dapat kang humiling ng apela sa loob ng 10 araw** mula sa petsa na na-postmark o naipadala sa iyo ang sulat na ito, O bago ang petsa na sinabi ng iyong Pangkat ng Doktor o Health Net na ihihinto ang mga serbisyo. Dapat mong sabihin na gusto mo pa ring magpagamot kapag inihain mo ang apela.

Maaari kang maghain ng apela sa pamamagitan ng telepono, sulat, o sa paraang elektroniko:

- Sa pamamagitan ng telepono: Makipag-ugnayan sa Health Net sa pamamagitan ng pagtawag sa (800) 675-6110. O, kung hindi ka makarinig o makapagsalita nang maayos, pakitawag ang TTY/TDD Numero: (800)-431-0964.

- Sa pamamagitan ng sulat: Punan ang isang form ng apela o magsulat at ipadala ito sa:

Health Net
Attn: Medi-Cal Member Appeals and Grievance Department
P.O Box 10348
Woodland Hills, CA 91367

- Sa pamamagitan ng fax sa numero ng fax na: (877) 831-6019.
- Paraang Elektroniko: Bisitahin ang website ng Health Net sa: www.healthnet.com.

Available ang mga form ng pag-apela sa opisina ng iyong doktor. Maaari ding magpadala ang iyong health plan ng form sa iyo.

Maaaring ikaw mismo ang maghain ng apela. O maaaring kamag-anak, kaibigan, kinatawan, doktor, o abugado ang maghain ng apela para sa iyo. Magagawa mong magpadala ng kahit anong uri ng impormasyong gusto mong suriin ng iyong health plan. Ang iyong apela ay titingnan ng doktor na iba sa doktor na unang nagpasya.

May 30 araw ang Health Net upang bigyan ka ng sagot. Sa panahong iyon, makakatanggap ka ng sulat na “Abiso ng Paglutas sa Apela.” Sasabihin sa sulat na ito kung ano ang desisyon ng Health Net. **Kung hindi ka makatanggap ng sulat sa loob ng 30 araw, maaari kang:**

- Humiling ng “**Hiwalay na Medikal na Pagsusuri**” (**Independent Medical Review - IMR**) at susuriin ng tagalabas na reviewer na hindi kaugnay sa health plan ang iyong kaso.
- Humiling ng “**State Hearing**” at susuriin ng hukom ang iyong kaso

Pakibasa ang seksyon sa ibaba para sa mga tagubilin kung paano humiling ng IMR o State Hearing.

MGA PINABILIS NA APELA

Kung sa tingin mo ay ikalulubha ng iyong kalusugan ang paghintay nang 30 araw, maaari kang makakuha ng sagot sa loob ng 72 oras. Habang inihahain ang iyong apela, sabihin kung bakit ikalulubha ng iyong kalusugan ang paghihintay. Tiyaking humihiling ka ng “**pinabilis na apela.**”

KUNG HINDI KA SUMASANG-AYON SA DESISYON SA APELA

Kung naghain ka ng apeal at nakatanggap ng sulat na “Abiso ng Paglutas sa Apela” na nagsasabing hindi pa rin ibibigay ng iyong health plan ang mga serbisyo, o **hindi ka nakatanggap ng sulat na ipinapaalam sa iyo ang desisyon at lampas na nang 30 araw**, maaari kang:

- Humiling ng “**Hiwalay na Medikal na Pagsusuri**” (**Independent Medical Review - IMR**) at susuriin ng tagalabas na reviewer na hindi kaugnay sa health plan ang iyong kaso.
- Humiling ng “**State Hearing**” at susuriin ng hukom ang iyong kaso

Maaari kang sabay na humiling ng IMR at State Hearing. Maaari mo ring unahing hilingin ang isa bago ang isa pa upang makita kung mauna nitong malutas ang problema. Halimbawa, kung humiling ka

muna ng IMR, ngunit hindi ka sumasang-ayon sa desisyon, magagawa mo pa ring humiling ng State Hearing sa ibang pagkakataon. Gayunpaman, kung humiling ka muna ng State Hearing, ngunit nagaganap na ang hearing, hindi mo magagawang humiling ng IMR. Sa kasong ito, ang State Hearing ang may huling sabi.

Hindi mo kakailanganing magbayad para sa IMR o State Hearing.

HIWALAY NA MEDIKAL NA PAGSUSURI (Independent Medical Review - IMR)

Kung gusto mo ng IMR, dapat ka munang maghain ng apela sa iyong health plan. Kung wala kang balita mula sa iyong health plan sa loob ng 30 araw, o kung hindi ka nasisiyahan sa desisyon ng iyong health plan, tsaka ka lang maaaring humiling ng IMR. Dapat kang humiling ng IMR sa loob ng **180 araw** mula sa petsa ng sulat na “Abiso ng Paglutas sa Apela.”

Maaari kang agad na makakuha ng IMR nang hindi muna naghahain ng apela. Ito ay sa mga pagkakataon kung kailan ang iyong kalusugan ay napipinto sa panganib o tinanggihan ang kahilingan dahil ang paggamot ay itinuturing na eksperimental o investigational.

Ibibigay sa iyo ng talata sa ibaba ang impormasyon kung paano humiling ng IMR. Tandaan na ang salitang “karaingan” ay kapwa tumutukoy sa “mga reklamo” at “apela.”

Responsibilidad ng Departamento ng Pinamamahalaang Pangangalagang Pangkalusugan ng California na pangasiwaan ang mga plano ng serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan. Kung mayroon kang karaingan laban sa iyong health plan, dapat mo munang tawagan ang Health Net sa **(800) 675-6110** at gamitin ang proseso ng karaingan ng iyong health plan bago makipag-ugnayan sa Departamento. Hindi hahadlang ang paggamit sa pamamaraang ito ng karaingan sa anumang potensyal na legal na karapatan o remedyo na maaari mong gamitin. Kung kailangan mo ng tulong sa isang karaingang nauugnay sa emergency, karaingang hindi pa kasiya-siyang nalulutas ng iyong planong pangkalusugan, o karaingang hindi pa rin nalulutas sa loob ng mahigit sa 30 araw, maaari kang tumawag sa departamento para sa tulong. Maaaring maging kwalipikado ka rin para sa isang Hiwalay na Medikal na Pagsusuri (Independent Medical Review, IMR). Kung kwalipikado ka para sa IMR, magsasagawa ang proseso ng IMR ng isang walang kinikilingang pagsusuri ng mga medikal na pasya na ginawa ng isang planong pangkalusugang nauugnay sa medikal na pangangailangan ng isang iminumungkahing serbisyo o panggagamot, mga pasya ukol sa saklaw para sa mga panggagamot na pang-eksperimento o sinisiyasat pa lang, at alitan sa pagbabayad ng mga medikal na serbisyong pang-emergency o kinakailangan kaagad. Mayroon ding walang bayad na numero ng telepono **(1-888-HMO-2219)** at linya ng TDD **(1-877-688-9891)** ang Departamento para sa mga may problema sa pandinig at pagsasalita. Ang Internet Website ng Departamento (<http://www.hmohelp.ca.gov>) ay may mga form sa pagrereklamo, form ng aplikasyon sa IMR, at tagubilin online.

STATE HEARING

Kung gusto mo ng State Hearing, dapat kang humiling nito sa loob ng **120 araw** mula sa petsa ng sulat na “Abiso ng Paglutas sa Apela.” Maaari kang humiling ng State Hearing sa pamamagitan ng pagtawag o pagsulat:

- Sa pamamagitan ng telepono: Tumawag sa **1-800-952-5253**. Maaaring maging napakaabala ng numerong ito. Maaari kang masabihang tumawag muli sa ibang pagkakaton. Kung hindi ka makapagsalita o makarinig nang maayos, pakitawag ang **TTY/TDD 1-800-952-8349**.

- Sa pamamagitan ng sulat: Punan ang form ng State Hearing para magpadala ng sulat sa:

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

Tiyaking isama ang iyong pangalan, address, numero ng telepono, Social Security Number, at dahilan kung bakit mo gusto ng State Hearing. Kung may tumutulong sa iyo na humiling ng State Hearing, idagdag ang kanyang pangalan, address, at numero ng telepono sa form o sulat. Kung kailangan mo ng interpreter, sabihin sa amin kung anong wika ang iyong sinasalita. Hindi mo kakailanganing magbayad para sa interpreter. Kami ang kukuha para sa iyo.

Pagkatapos mong humiling ng State Hearing, maaaring magtagal nang 90 araw upang pagpasyahan ang iyong kaso at magpadala sa iyo ng sagot. Kung sa tingin mo ay ikalulubha ng iyong kalusugan ang paghintay nang ganoon katagal, maaari kang makakuha ng sagot sa loob ng 3 araw ng trabaho. Hilingin sa iyong doktor o health plan na magsulat para sa iyo. Dapat ay detalyadong maipaliwanag sa sulat kung paano lubhang ikapapanganib ng iyong buhay, iyong kalusugan, o iyong kakayanang makamit, mapanatili, o maibalik ang maximum na lakas ang paghintay nang hanggang 90 araw para mapagpasyahan ang iyong kaso. Pagkatapos ay tiyaking humihiling ka ng **“pinabilis na hearing”** at ibigay ang sulat kasama ng iyong kahilingan para sa isang hearing.

Maaaring ikaw mismo ang magsalita sa State Hearing. O maaaring kamag-anak, kaibigan, kinatawan, doktor, o abugado ang magsalita para sa iyo. Kung gusto mong ibang tao ang magsalita para sa iyo, dapat mong ipaalam sa State Hearing office na may pahintulot ang tao na magsalita sa iyong ngalan. Ang tawag sa taong ito ay “awtorisadong kinatawan.”

LEGAL NA TULONG

Maaari kang makakuha ng libreng legal na tulong. Tawagan ang *[name and telephone number of the county's consumer rights hotline]*. Maaari mo ring tawagan ang lokal na Legal Aid Society sa iyong bansa sa 1-888-804-3536.