



FORM NG KARAINGAN AT PAGHAHABOL - MEDI-CAL

Mangyaring ganap na kumpletuhin ang form na ito at ibalik ang nakumpletong form at anumang hinihiling na impormasyon nang direkta sa:

Ang Koponan ng Kalusugan sa Komunidad (Community Health Group)
PANSININ: Tagapangasiwa ng Karaingan at Paghahabol (Grievance and Appeals Manager)
2420 Fenton Street Suite 100
Chula Vista, CA 91914
Telepono (619) 498-6578
Fax (619) 476-3834

May karapatan kang mag-atas ng sinuman para magpila ng karaingan o paghahabol para sa iyo. Dapat mauna kang mag-apruba sa sulat. Kung naghahabol ka laban sa aming desisyon sa serbisyong tinanggihan namin, mayroon kang 60 araw para magpila ng paghahabol. Aabisuhan ka namin sa aming desisyon sa loob ng 30 araw matapos naming matanggap ang inyong paghahabol. Kung sa palagay mo ay nangangailangan ng mabilis na pagsusuri ang iyong kaso at mayroon kang malubhang sakit o nanganganib ang buhay, paa o paggana ng katawan maari kang humiling ng mabilis na pagsusuri. Para sa mabilis na mga pagsusuri, makakatanggap mo ang aming tugon sa loob ng 3 araw. Ang mga karaingan ay maaring ipila sa anumang oras alinsunod sa bagong mga patakarang pederal.

IMPORMASYON NG MIYEMBRO

Ano ang iyong pangalan? _____ SSN: _____
Sino ang tumanggap o naghahanap ng mga serbisyo? _____ SSN: _____
Address: _____ Numero ng Telepono: _____
Sino ang Pangunahing Provider ng Pangangalaga sa panahong ikaw/miyembro ng pamilya ay tumanggap o naghahanap ng mga serbisyo?

IMPORMASYON / RASON NG KARAINGAN O PAGHAHABOL

Petsa ng pagpila ng form na ito: _____

Ito ba ay kahilingan na baguhin ng CHG o isang kontraktor ng CHG na ginawa nito? OO HINDI

Nagsasangkot ba ang bagay na ito ng seryosong banta sa kalusugan, malubhang sakit, o potensyal na pagkawala ng buhay, paa, o pangunahing paggana ng katawan? Oo Hindi (Kung piliin mo ang "Oo," pagkatapos ang Chief Medical Officer ng CHG o hinirang ay gagawa ng desisyon kung pangangasiwaan ba ito alinman sa pinabilis na batayan.)

PARA SA PAGGAMIT NG CHG LAMANG

Tugon ng Chief Medical Officer ng CHG: SANG-AYON: _____ HINDI SANG-AYON: _____ LAGDA AT PETA: _____

MGA PUNA: _____

Ano ang dahilan para sa karaingan o paghahabol? (Lagyan ng tsek ang lahat ng naa-angkop o ipaliwanag sa ialim ng Iba pa)

Pagiging available ng mga Isyu ng Serbisyo (hindi makuha ang pangangalagang kailangan)	Hindi nasisiyahan sa tugon sa isang reklamo
--	---

	Akses sa mga Isyu ng Pangangalaga (oras ng paghihintay sa opisina, atbp.)		Iba pa:
	Tinaggihan ang Serbisyo o Awtorisasyon para sa Serbisyo		
	Hindi Nasisiyahan sa Provider (hindi gusto ang provider / kawani, atbp.)		

Mangyaring ilarawan ng maikli ang sitwasyon na gusto mong suriin ng CHG _____

Paano mo gustong maresolba ang karaingan o paghahabol? _____

Mangyaring maglakip ng dagdag na (mga) pahina kung kailangan

Mangyaring lagyan ng tsek dito kung gusto mo ang Tagataguyod ng Miyembro ng CHG na tumulong sa inyong paghahabol.

1. Saan mo tinanggap o kanino mo hiniling ang mga serbisyo? _____
(Address)

2. Kailan mo natanggap o hiniling ang serbisyo? _____

3. Mayroon pa ba kaming dapat malaman tungkol sa iyong karaingan o paghahabol?

Lagda ng Miyembro

Petsa

Responsibilidad ng Departamento ng Pinangangasiwaang Pangangalaga ng Kalusugan (Department of Managed Health Care) ng California na pangasiwaan ang mga plano para sa pagkontrol ng serbisyo sa pangangalaga ng kalusugan. Kung may karaingan ka laban sa iyong plano ng kalusugan, tumawag muna sa iyong plano ng kalusugan sa **1-800-224-7766** at gamitin ang proseso ng karaingan ng inyong plano ng kalusugan bago makipag-ugnay sa departamento. Ang paggamit sa proseso ng karaingang ito ay hindi hahadlang sa potensyal na legal na karapatan o mga remedyo na maaaring magamit para sa iyo. Kung kailangan mo ng tulong sa karaingang nauugnay sa emerhensya, ang karaingang hindi kasiya-siyang nalutas ng inyong plano ng kalusugan, o karaingang hindi nalulutas sa loob ng mahigit 30 araw, maaari kang tumawag sa departamento para sa tulong. Maaari ka ring kwalipikado para sa Hiwalay na Pagsusuring Medikal (Independent Medical Review, IMR). Kung kwalipikado ka para sa IMR, magsasagawa ang proseso ng IMR ng isang walang kinikilingang pagsusuri sa mga medikal na pagpapasya ng plano ng kalusugan na nauugnay sa medikal na pangangailangan ng iminungkahing serbisyo o paggamot, mga pasya ukol sa saklaw ng mga paggamot na pang-eksperimento o pangsiyasat at mga problema sa pagbabayad para sa emerhensya o apurahang mga medikal na serbisyo. Mayroon ding toll-free na numero ng telepono (**1-888-HMO-2219**) at linya ng TDD (**1-877-688-9891**) ang departamento para sa may problema sa pandinig o pagsasalita. Ang Internet Web site ng departamento na **<http://www.hmohelp.ca.gov>** ay may mga form sa pagrereklamo, form para sa aplikasyon sa IMR at online na mga tagubilin.

Kung hindi ka nasisiyahan sa isang “medical na pangangailangan” na desisyon ng CHG, maari kang humiling ng IMR mula sa California Department of Managed Health Care. Kung ipinadala namin sa iyo ang form na ito at malinaw sa CHG sa panahong iyan na ikaw ay potensyal na kwalipikado para sa isang IMR, naglakip kami ng Application Form ng IMR. Sa kasong iyan, kung pipiliin mong humiling ng IMR, mangyaring gamitin ang nakalakip na form at ibalik gamit ang nakalakip na sobre sa Department of Managed Health Care. Kung hindi naisama o nailakip kasama ng form na ito ang isang Application Form ng IMR, at naniniwala kang kwalipikado ka para sa IMR, mangyaring makipag-ugnay kaagad sa amin at magbibigay kami sa iyo ng Application Form ng IMR. Maari ka ring kumuha ng application form ng IMR sa internet web site ng Department of Managed Health Care. www.dmhc.ca.gov. Kung hindi sigurado na kwalipikado ka para sa isang IMR o gusto ng higit na impormasyon, mangyaring makipag-ugnay sa Departamento ng mga Serbisyo sa Miyembro ng CHG sa **1-800-224-7766**.

Ang mga dinesisyonan ng CHG o kontraktor ng CHG na ang kahilingan para sa pangangalaga o serbisyo ay hindi medikal na kinakailangan ang mga desisyon na kwalipikado para sa IMR. Hindi kwalipikado para sa IMR ang mga kahilingan para sa mga benepisyo sa labas ng mga kabilang sa pakete ng mga benepisyo.

Ginagawa ang IMR sa pamamagitan ng malayang organisasyon ng pagsusuri (IRO). Hindi konektado sa anumang paraan ang IRO sa CHG, at nakakontra sa Department of Managed Health Care. Dapat na sumang-ayon ang CHG sa desisyon ng IRO at isagawa ang mga tagubilin nito, bilang kinakailangan ng Department of Managed Health Care. Wala kang pananagutan sa mga gastusin ng IMR.

Upang makwalipika para sa isang IMR, dapat mong hilingin ang IMR sa loob ng 180 araw (anim na buwan) ng petsa na naabisuhan ng desisyong tanggihan, ipagpaliban o baguhin ang awtorisasyon o pagbabayad para sa serbisyo ng pangangalaga sa kalusugan. Kung hindi mo hilingin ang IMR sa loob ng panahon na iyon, hindi masusuri ng IRO, maliban kung hindi man kailanganin ng Department of Managed Health Care.

Bilang miyembro ng Medi-cal, maari mo ring tawagan ang California Department of Health Services Medi-Cal Managed Care Ombudsman sa **1-888-452-8609** o humiling ng patas na paglilitis sa pamamagitan ng Department of Social Services ng Estado sa pamamagitan ng pagtawag sa **1-800-952-5253**. Maari kang humiling ng patas na paglilitis nang hindi naunang pumupunta sa proseso ng paghahabol, o maaring humiling ng patas na paglilitis sa anumang oras sa panahon ng proseso ng paghahabol.



Community Health Group materials are available in English, Arabic, Spanish, Tagalog and Vietnamese. Please call 1-800-224-7766. Language assistance services are provided free of charge.

Los materiales de Community Health Group están disponibles en inglés, árabe, español, tagalo y vietnamita. Por favor llame al 1-800-224-7766. Los servicios de asistencia lingüística se proporcionan de forma gratuita.

Ang materyales ng Koponan ng Kalusugan ng Komunidad (Community Health Group) ay magagamit sa Ingles, Arabe, Espanyol, Tagalog at Vietnamese. Mangyaring tumawag sa 1-(800)-224-7766. Ibinibigay ng libre ang serbisyong ito.

موارد ال كميونتي هيلث كروب متوفرة في اللغات الانكليزية والعربية والاسبانية والتغالوغ والفيتنامية. الرجاء الاتصال على 1-800-224-7766. خدمات الترجمة تقدم لكم مجاناً.

Nhóm vậ liệ y tểc đing có sả trong tiếng Anh, tiếng ẢRập, tiếng Tây Ban Nha, Tagalog và tiếng Việt. Xin vui lòng gọi 1-800-224-7766. Ngôn ngữ hỗ trợ dịch vụ đượ cung cấp miễn phí.