



FORM NG KARAINGAN AT APELA - MEDI-CAL

Mangyaring kumpletuhin ang form na ito sa kabuuan nito at ibalik ang nakumpletong form at anumang hiniling na impormasyon nang direkta sa:

Community Health Group
ATTN: Appeals Supervisor
2420 Fenton Street Suite 100
Chula Vista, CA 91914
Telephone (619) 498-6578
Fax (619) 476-3834

Mangyaring tandaan: May karapatan ka na pangalanan ang isa pang tao para maghain ng karaingan o apela para sa iyo. Gayunman, dapat kang magbigay ng pahintulot nang nakasulat.

IMPORMASYON NG MIYEMBRO

Ano ang pangalan mo? _____ SSN: _____

Sino ang tumatanggap o naghahangad ng mga serbisyo? _____ SSN: _____

Address: _____ Numero ng Telepono: _____

Sino ang Primary Care Provider sa panahon nang natanggap o hinahangad mo/miyembro ng pamilya ang mga serbisyo? _____

IMPORMASYON/DAHILAN NG KARAINGAN O APELA

Lagyan ng petsa ang form na ito na ihahain:

Ito ba ang kahilingan na binago ng CHG o isang kontratista ng CHG ang isang desisyong ginawa nito? OO HINDI

Kasangkot ba sa bagay na ito ang napipinto at malalang banta sa kalusugan, malubhang sakit, o posibleng pagkawala ng buhay, paa, o malaking pag-andar mg katawan? Oo Hindi (Kung isasaad mong "Oo," kung gayon ang Chief Medical Officer o itinalaga ng CHG ay magpapasya ng kung ipapangasiwa ito sa isang batayang pinabilis.)

PARA SA PAGGAMIT LAMANG NG CHG

Ang sagot ng Chief Medical Officer ng CHG: SUMASANG-AYON: _____ HINDI SUMASANG-AYON: _____ LAGDA AT PETSAT: _____

MGA PUNA: _____

Ano ang dahilan para sa karaingan o apela? (Lagyan ng check ang lahat ng lalapat o ipaliwanag sa ilalim ng Iba pa)

| | | |
|--|---|---|
| | Mga isyu ng Pagkakaroon ng Serbisyo (hindi makakuha ng kailangang pangangalaga) | Hindi nasiyahan sa sagot sa isang reklamo |
| | | |

| | | | |
|--|---|--|---------|
| | Mga isyu sa Pagkuha ng Pangangalaga (oras ng paghihintay sa opisina, atbp.) | | Iba pa: |
| | Tinanggihan ang Serbisyo o Awtorisasyon para sa Serbisyo | | |
| | Hindi nagugustuhan ang Provider (hindi nagustuhan ang provider / kawani, atbp.) | | |

Mangyaring sandaling ipaliwanag ang sitwasyon na gusto mong repasuhin ng CHG

Paano mo gustong maresolba ang iyong karaingan o apela?

Mangyaring maglakip na (mga) karagdagang pahina kung kinakailangan

Mangyaring lagyan ng check dito kung gusto mong tumulong sa iyong apela ang Tagataguyod ng Miyembro ng CHG.

1. Saan mo natanggap o kanino mo hiniling ang mga serbisyo?

(Address)

2. Kailan mo natanggap o hiniling ang serbisyo?

3. Mayroon pa bang anumang bagay ang dapat naming malaman tungkol sa iyong karaingan o apela?

Lagda ng Miyembro

Petsa

Ang California Department of Managed Health Care ang mananagot para sa pagkokontrol sa mga plan ng serbisyo ng pangangalagang pangkalusugan. Kung mayroon kang karaingan laban sa iyong health plan, dapat ka munang tumawag sa telepono sa iyong health plan sa **(1-800-224-7766)** at gamitin ang proseso ng karaingan ng iyong health plan bago kontakin ang departamento. Ang paggamit sa paraan ng karaingan na ito ay hindi binabawalan ang anumang potensyal na mga legal na karapatan o mga remedyo na maaaring nakalaan sa iyo. Kung kailangan mo ng tulong sa isang karaingan kabilang ang isang emergency, isang karaiangan na hindi kasiya-siyang naresolba ng iyong health plan, o isang karaingan na nananatiling hindi nareresolba nang higit sa 30 araw, maaari mong tawagan ang departamento para sa tulong. Maari ka ring maging karapat-dapat para sa isang Independent Medical Review (IMR). Kung karapat-dapat ka para sa IMR, ang proseso ng IMR ay magkakaloob ng walang kinikilingang repaso ng mga medikal na desisyon na ginawa ng isang health plan kaugnay sa medikal na kinakailangan ng isang iminungkahing serbisyo o paggagamot, mga desisyon ng nasasaklawan para sa mga paggagamot na mga eksperimental o mapag-imbetiga ang gawi at mga hindi pagkakasunduan sa bayad o mga madaliang serbisyong medikal. Mayroon ding toll-free na numero ng telepono ang departamento **(1-888-HMO-2219)** at isang linya ng TDD na **(1-877-688-9891)** para sa may kapansanan sa pagdinig at pannalita. Ang Internet Web site ng

departamento na <http://www.hmohelp.ca.gov> ay may mga form para sa reklamo, mga IMR application form at mga tagubilin sa online.


Kung hindi ka nasiyahan sa isang desisyon ng “kinakailangang medikal” ng CHG, maaari kang humiling ng form ng IMR para sa California Department of Managed Health Care. Kung ipapadala namin ang form na ito sa iyo at sa panahong iyon naging malinaw sa CHG na ikaw ay potensyal na karapat-dapat para sa isang IMR, naglakip kami ng Form ng IMR Application. Dahil diyan, kung pipiliin mong humiling ng IMR, mangyaring gamitin ang kalakip na form at bumalik sa Department of Managed Health Care sa kalakip na envelope. Kung hindi kasama o kalakip ang IMR Application Form sa form na ito, at naniniwala ka na karapat-dapat ka para sa isang IMR, mangyaring kontakin kami kaagad at magkaloob kami ng IMR Application Form para sa iyo. Maaari ka rin makakuha ng IMR application form sa Department of Managed Health Care internet web site: www.dmhc.ca.gov. Kung hindi ka sigurado kung karapat-dapat ka o hindi para sa isang IMR o gusto ng marami pang impormasyon, mangyaring kontakin ang Member Services Department ng CHG sa **1-800-224-7766**.

Ang mga deisyon na karapat-dapat para sa IMR ay mga CHG o isang kotratista ng CHG na nagpasiya na ang kahilingan para sa pangangalaga o serbisyo ay hindi medikal na kinakailangan. Mga kahilingan para sa mga benepisyo na lampas sa mga kasamang iyon sa package ng mga benepisyo ay hindi karapat-dapat para sa IMR.

Isinasagawa ang IMR ng isang independent review organization (IRO). Ang isang IRO ay hindi konektado sa anumang paraan sa CHG, at nasa ilalim ng kontrata sa Department of Managed Health Care. Ang CHG ay dapat sumama sa desisyon ng IRO at ipatutupad ang mga tagubilin nito, gaya ng inuutos ng Department of Managed Health Care. Hindi ka mananagot para sa mga gastos ng IMR.

Upang maging karapat-dapat para sa isang IMR, dapat mong hilingin ang IMR sa loob ng 180 araw (anim na buwan) sa petsa nang maabisuhan ka ng isang desisyon para tanggihan, iantala o baguhin ang awtorisasyon o pagbabayad para sa isang serbisyo ng pangangalagang pangkalusugan. Kung hindi mo hihilingin ang IMR sa loob ng panahon na iyon, hindi ito marerepaso ng IRO, maliban na lang kung sa ibang paraan ay hihingin ng Department of Managed Health Care requires.

Bilang isang miyembro ng Medi-cal, maaari mo rin tawagan ang California Department of Health Services Medi-Cal Managed Care Ombudsman sa **1-888-452-8609** o humiling ng patas na pagdinig ng State Department of Social Services sa pamamagitan ng pagtawag sa **1-800-952-5253**. Maaari kang humiling ng patas na pagdinig nang hindi muna pupunta sa proseso ng aplela, o maaaring humiling ng patas na pagdinig sa anumang oras sa panahon ng proseso ng aplela.

| | |
|---|--|
|  | Community Health Group materials are available in English, Arabic, Spanish, Tagalog and Vietnamese. Please call 1-800-224-7766. |
| | Los materiales de Community Health Group están disponibles en Inglés, Árabe, Español, Tagalo y Vietnamita. Por favor llame 1-800-224-7766. |
| | Materiales Community Health Group ay magagamit sa Ingles, Arabic, Espanyol, Tagalog at Vietnamese. Mangyaring tumawag sa 1-800-224-7766. |
| | داوم تيمانتيفيل او غول اغتلا، تين اسرالا، تيزيل جنال اة غلاب رفوتت ل اصرال اى جري. تيمنت جملا اة حصرلا اة نجوم جملا 1-800-224-7766. |
| | Nhóm vật liệu y tế cộng long có sẵn trong tiếng Anh, tiếng Ả Rập, tiếng Tây Ban Nha, Tagalog và tiếng Việt. Xin vui lòng gọi 1-800-224-7766. |