

FORM PARA SA KARAINGAN

IMPORMASYON NG MIYEMBRO

Pangalan ng Miyembro (Apelyido)	(Pangalan)	Petsa ng Taon	Buwan	Araw	Petsa ng Pagkakaroon ng Buwan	Bisa ng Araw	Taon Pag-enroll:
Address (Kalye)		(Lungsod)		(Estado)	(ZIP Code)		
Telepono (Bahay)		(Trabaho)			Bilang ng Mga Miyembro ng Plano sa Pamilya, Kasama ang Miyembrong May Karaingan:		
Pangalan ng indibidwal na sumasagot sa form, kung iba sa pangalan ng miyembro				(Pang-araw na Telepono)			

Saan nangyari ang problema? (Pangalan ng Parmasya, Ospital o Klinika)	Petsa ng Taon	Buwan	Araw
			Insidente:

Sino ang sangkot dito bukod sa inyo? (Ibigay ang mga pangalan ng mga tauhang sangkot, kung posible.)

Detalyadong ilarawan ang nangyari hangga't maaari: (Isama ang pagkakasunod-sunod ng mga pangyayari at kung paano kayo naapektuhan ng problema.)

Tingnan ang Nakalakip

Ang Department of Managed Health Care (DMHC) ng California ay responsable sa pagkontrol sa mga plano ng serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan. Kung mayroon kayong karaingan laban sa Blue Shield Promise, dapat muna ninyong tawagan ang Blue Shield Promise sa **1-855-699-5557** (TDD/TTY para sa may kapansanan sa pandinig sa **1-877-735-2929**) at gamitin ang proseso ng paghahain ng karaingan ng Blue Shield Promise bago makipag-ugnayan sa DMHC. Kahit gamitin ang paraan ng paghahain ng karaingan na ito, hindi kayo pagbabawalang gamitin ang anumang potensyal na legal na karapatan o remedyong maaari ninyong magamit. Kung kailangan ninyo ng tulong sa isang karaingan na may kinalaman sa isang emergency, sa isang karaingan na hindi kasiya-siyang nalutas ng Blue Shield Promise, o isang karaingan na hindi pa nalulutas sa loob ng mahigit 30 araw, maaari kayong tumawag sa DMHC para sa tulong. Maaari rin kayong maging kwalipikado para sa isang Hiwalay na Medikal na Pagsusuri (Independent Medical Review, IMR). Kung kwalipikado kayo para sa IMR, magbibigay ang proseso ng IMR ng walang kinikilingang pagsusuri ng mga pagpapasyang medikal na ginawa ng isang planong pangkalusugan na may kaugnayan sa pangangailangang medikal ng iminumungkahing serbisyo o paggamot, mga pagpapasya sa saklaw para sa mga paggamot na sinusubukan o sinisiyasat pa lang, at mga hindi pagkakasundo sa pagbabayad para sa mga pang-emergency o agarang serbisyong medikal. Ang Department of Managed Health Care ay mayroon ding toll-free na numero ng telepono (**1-888-466-2219**) at linya ng TDD (**1-877-688-9891**) para sa may kapansanan sa pandinig at pagsasalita. Ang Internet web site ng Department na <http://www.dmhc.ca.gov>, ay may mga form sa pagrereklamo, form ng aplikasyon para sa IMR, at tagubilin on-line.

HINIHLING NA PAGKILOS

Ano ang gusto ninyong gawin tungkol sa problemang ito?

Tingnan ang Nakalakip

Ang Karaingan ay Tinanggap Ni:	Nang Personal <input type="checkbox"/>	Lagda ng Miyembro (opsyonal) NAUUNAWAAN KONG MAKIKIPAG-UGNAYAN SA AKIN ANG PLANO SA LOOB NG TATLUMPUNG (30) ARAW UPANG BIGYAN AKO NG ULAT TUNGKOL SA PAGSISIYASAT NITO AT/O PAGKILOS KAUGNAY NG AKING REKLAMO.
	Sa Pamamagitan ng Telepono <input type="checkbox"/>	
Petsa ng Pagtanggap: Oras ng Pagtanggap:	Sa Pamamagitan ng Koreo <input type="checkbox"/>	Petsa
	Online <input type="checkbox"/>	



ILARAWAN ANG NANGYARI:

HINIHING NA PAGKILOS:

(PARA LANG SA OPISYAL NA PAGGAMIT)

RESULTA/RESOLUSYON:

(Sagutan lang kung Pinabilis na Apela)

Ang miyembro ay harapang kinilala at inabisuhan tungkol sa 72 oras na proseso ng pag-apela: Oo Hindi

Ang Karaingan ay Tinanggap ni:

Petsa ng Pagtanggap: