



**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.

\_\_\_\_\_ 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) 977-7307 (TTY: 711). Kapag tapos na, pakisumite ang form na ito sa: HealthNet, Attn: Medi-Cal Member Appeals and Grievance Department, P.O. Box 10348, Van Nuys, CA 91410-0348. Numero ng Fax: (877) 831-6019.

Responsibilidad ng Departamento ng Pinamamahalaang Pangangalagang Pangkalusugan ng California na pangasiwaan ang mga plano ng serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan. Kung mayroon kayong karaingan laban sa inyong planong pangkalusugan, dapat ninyo munang tawagan ang inyong planong pangkalusugan sa **1-800-977-7307** at gamitin ang proseso sa karaingan ng inyong planong pangkalusugan bago makipag-ugnayan sa departamento. Hindi makakahadlang ang paggamit sa pamamaraan ng karaingan na ito sa anumang potensyal na legal na karapatan o solusyon na maaari ninyong gamitin. Kung kailangan ninyo ng tulong sa isang karaingang nauugnay sa emergency, karaingang hindi pa kasiya-siyang nalulutas ng inyong planong pangkalusugan, o karaingang hindi pa rin nalulutas sa loob ng mahigit sa 30 araw, maaari kayong tumawag sa departamento para sa tulong. Maaari din kayong maging kwalipikado para sa isang Independiyenteng Medikal na Pagsusuri (Independent Medical Review, IMR). Kung kwalipikado kayo para sa IMR, magsasagawa sa 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 paggamot, mga pasya ukol sa pagsaklaw para sa mga paggamot na pang-eksperimento o sinisiyasat pa lang, at di-pagkakasundo sa pagbabayad ng mga medikal na serbisyong pang-emergency o kinakailangan kaagad. Ang departamento ay mayroon ding toll-free na numero ng telepono **(1-888-466-2219)** at linya ng TDD **(1-877-688-9891)** para sa mga may kapansanan sa pandinig at pagsasalita. Ang internet website ng departamento ([www.dmhc.ca.gov](http://www.dmhc.ca.gov)) ay may mga form sa pagrereklamo, form ng aplikasyon sa IMR, at tagubilin online.