

Member Appeal or Grievance Form



Sa Health Net Community Solutions (Health Net), mahalaga ang inyong mga alalahanin. Kung hindi kayo sang-ayon sa isang pasiya, kayo o kung sinupaman ay maaaring maghain ng Apela para sa isang tinanggihang serbisyo. Maaari kayong maghain ng Karaingan kung hindi kayo nasiyahan sa pangangalaga o paggamot na natanggap niyo.

Kailangan namin ang inyong nakasulat na pahintulot kung ang inyong Tagapagkaloob o isang tao na pinili niyo ang naghahain ng Apela o Karaingan sa ngalan ninyo. Maaaring kailanganin namin ang inyong nakasulat na pahintulot upang makuha ang mga medikal na talaan para sa inyong Apela o Karaingan. Maaari kayong makipag-ugnayan sa Departamento ng Serbisyo para sa Miyembro ng Health Net sa pamamagitan ng pagtawag sa 1-800-675-6110 o pumunta sa www.healthnet.com upang makuha ang mga form na ito.

- Form ng Pinahintulutang Kinatawan
- Form ng Pagpapalabas ng mga Medikal na Talaan

Magsama ng anumang mga papel o impormasyong kaugnay para sa inyong Apela o Karaingan. Maaari kayong pumili ng anuman sa mga sumusunod na paraan para ipadala ang inyong Apela o Karaingan.

- Tumawag sa Departamento ng Serbisyo para sa Miyembro ng Health Net sa 1-800-675-6110. Mayroong mga serbisyo sa wika kung kailangan ninyo ito.
- 711 (TTY) para sa mga may kapansanan sa pandinig at pagsasalita
- Kumpletuhin ang form ng mga Apela o Karaingan online sa: www.healthnet.com
- Kumpletuhin ang form na ito at isumite ito sa pamamagitan ng koreo o fax

Koreo: Health Net Community Solutions
Attn: Member Appeals and Grievance Department
PO Box 10348
Van Nuys, CA 91410-0348
○
Fax # 1-877-831-6019

Mayroon ring mga materyal para sa miyembro na nasa ibang format gaya ng, Braille, malaking print, audio, at iba pa.

Member Appeal or Grievance Form



Bahagi 1: Impormasyon ng Miyembro		
Pangalan at Apelyido:	ID#:	Petsa ng Kapanganakan:
Address:	Lungsod:	Zip Code:
Numero ng Telepono:	Pinakamagandang Oras para Tumawag:	

Bahagi 2: Impormasyon tungkol sa Apela o Karaingan	
Pangalan ng Tagapagkaloob:	Petsa ng (mga) Serbisyo/Kung Kailan Nangyari:
(Mga) Numero ng Claim:	(Mga) Reference Number:

Sabihin sa amin ang inyong (mga) alalahanin at aksyon na nais ninyo. Isama: Pangalan ng Tagapagkaloob, petsa ng (mga) serbisyo, (mga) numero ng claim o reference.

Para sa Mga Apela: Maglakip ng isang kopya ng Liham ng Abiso ng Pagkilos.

Member Appeal or Grievance Form



Maaari kayong humingi ng pagtitipon kung nakatanggap kayo ng isang pagtanggap para sa paggamot o mga supply bilang experimental at mayroong nakamamatay na sakit.

Mayroon akong nakamamatay na sakit at humihingi ako ng isang pagtitipon.

Bahagi 3: Para sa Inyong Impormasyon

Ang Abiso ng Pagkilos ay isang pormal na liham na nagsasabi sa inyo kung tatanggihan, maaantala, mababago o matatapos ang isang (mga) serbisyo. Maaaring mapadala ng isang Karaingan sa anumang panahon.

Humiling para sa isang pinabilis na pagsusuri kung may kasamang agaran o malubhang banta sa inyong kalusugan ang inyong Apela o Karaingan. Susuriin namin ang inyong Apela o Karaingan sa loob ng 72 oras mula sa oras ng pagtanggap.

Makakakuha kayo ng isang liham sa loob ng limang (5) araw ng kalendaryo kapag natanggap na namin ang inyong Apela o Karaingan.

Ang empleyado sa Health Net na magtatrabaho sa inyong kaso ay maaaring makipag-usap sa inyo para sa karagdagang impormasyon.

Makipag-ugnayan sa DMHC o DHCS kung hindi kayo nasiyahan sa kung paano nilutas ng Health Net ang inyong mga alalahanin.

California Department of Managed Health Care (DMHC)

Responsibilidad ng Departamento ng Pinamamahalaang Pangangalagang Pangkalusugan ng California (California Department of Managed Health Care) na pangasiwaan ang mga plano ng serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan. Kung mayroon kayong karaingan laban sa inyong planong pangkalusugan, dapat muna ninyong tawagan ang inyong planong pangkalusugan sa **(1-800-675-6110, TTY:711)** 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 kasiya-siyang nalutas ng inyong planong pangkalusugan, o karaingang hindi pa rin nalulutas makalipas ang mahigit 30 araw, maaari kayong tumawag sa Departamento para sa tulong. Maaari rin kayong maging kwalipikado para sa isang Independiyenteng Medikal na Pagsusuri (Independent Medical Review, IMR).

Member Appeal or Grievance Form



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. Mayroon ding toll-free na numero ng telepono ang departamento **(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 na www.dhmc.ca.gov ay may mga form ng reklamo, form ng aplikasyon sa IMR at tagubilin online.

Senate Bill (SB) 923 Transgender, Gender Diverse o Intersex (TGI) Inclusive Care Act

May karapatan kayong magsampa ng reklamo sa Health Net at sa DMHC kung nabigo ang inyong tagapagkaloob o kawani ng Health Net na magbigay sa inyo ng pangangalagang inklusibo para sa trans.

Ipinapaliwanag ang pangangalagang pangkalusugang inklusibo para sa trans bilang komprehensibong pangangalagang pangkalusugan na naaayon sa mga pamantayan ng pangangalaga para sa mga indibidwal na kinikilala ang mga sarili bilang TGI, iginagalang ang personal na awtonomiya sa katawan ng isang indibidwal, hindi gumagawa ng mga pagpapalagay tungkol sa kasarian ng isang indibidwal, tumatanggap ng gender fluidity at hindi tradisyonal na pagrerepresenta ng kasarian, at tinatrato ang lahat nang may habag, pag-unawa at paggalang [HSC § 1367.043(d)(3)].

California Department of Health Care Services (DHCS) Office of the Ombudsman

Maaari rin kayong tumawag sa Tanggapan ng Ombudsman ng Departamento ng Mga Serbisyo sa Pangangalagang Pangkalusugan (Department of Health Care Services, DHCS) para sa tulong. Tinutulungan ng Tanggapan ng Ombudsman ang mga benepisyaryo ng Medi-Cal upang magamit nang buo ang kanilang mga karapatan at tungkulin bilang miyembro ng isang pinamamahalaang plano ng pangangalaga. Para malaman ang higit pa, tumawag sa toll-free **1-888-452-8609**, Lunes hanggang Biyernes, 8:00am hanggang 5:00pm.

Member Appeal or Grievance Form



Bahagi 4: Lagda

Lagda ng Miyembro o Pinahintulatang Kinatawan

Petsa

Pangalan ng Miyembro o Pinahintulatang Kinatawan
na Naka-Print