

FORM NG PAGREREKLAMO

IMPORMASYON NG KASAPI

Pangalan ng Kasapi (Apelido)	(Pangalan)	Kaarawan Bu. Arw Taon	Mabisang Buwan Arw Taon Petsa ng Pagsali:
Tirahan (Kalye)	(Lungsod)	(Estado)	(ZIP Code)
Telepono (Bahay)	(Trabaho)	Numero ng mga Kasapi ng Plano sa Pamilya, kasama ang Pagreklamo ng Kasapi:	
Pangalan ng taong sumasagot sa pormularyo, kung naiiba sa pangalan ng kasapi			(Telepono sa Araw)

Saan nagsimula ang problema? (Pangalan ng parmasya, ospital o klinika)	Petsa ng Pangyayari Bu. Arw Taon
Sino ang nasangkot maliban sa sarili? (Kung maaari, magbigay ng pangalan ng mga nasangkot na tauhan.)	
Maaari po lamang na ilarawan ang nangyari nang pinakatiyak na maaari: (Isali ang pagkakasunod-sunod ng mga pangyayari at paano kayo naapektuhan ng problema.)	
Tingnan ang Kalakip	

Ang California Department of Managed Care (DMHC) ay may pananagutan sa pag-aayos ng mga plano ng mga serbisyong pangangalaga ng kalusugan. Kung kayo ay may hinanakit laban sa Blue Shield Promise, maaari po lamang unahing ta wagan ang Blue Shield Promise sa **1-800-605-2556** (TDD/TTY para sa may kapansanan sa pandinig sa **1-877-735-2929**) at gamitin ang pamamaraan ng paghihinakit ng Blue Shield Promise bago makipag-alam sa DMHC. Ang paggamit ng pamamaraan ng paghihinakit ay hindi makakapigil sa anumang maaaring mangyaring legal na karapatan o mga lunas na magagamit ninyo. Kung kailangan ninyo ng tulong sa paghihinakit kaugnay sa emerhensya, isa ng paghihinakit na hindi kasiya-siyang nalutas ng Blue Shield Promise, o paghihinakit na nanatiling hindi nalutas ng mahigit sa 30 araw, maaari po lamang ta wagan ang DMHC para sa tulong. Maaari din kayong maging karapat-dapat para sa Independent Medical Review (IMR). Kung kayo ay karapat-dapat na makatanggap ng IMR, magbibigay ang pamamaraan ng IMR ng walang pinapanigang pag-aaral ng mga desisyong medikal na ginawa ng isang planong pangkalusugan na kaugnay sa pangangailangang medikal ng isang iminungkahing serbisyo o pag-gamot, mga desisyon sa pagkakasakop ng mga pag-gamot na pang-eksperimento o pinag-aaralan, at mga di mapagkasunduang pagbabayad para sa mga serbisyong medikal na pang-emerhensya o pangmadalian. Ang Kagawaran ng Pinangangasiwaang Pangangalaga ng Kalusugan (Department of Managed Health Care) ay mayroon ding numerong toll-free (**1-888-466-2219**) at isang linyang TDD (**1-877-688-9891**) para sa mga may kapansanan sa pandinig o pagsasalita. Ang internet website ng kagawaran, <http://www.dmhc.ca.gov>, ay may mga forms para sa pagreklamo, forms para sa paghiling ng IMR, at mga pagtuturo online.

HINIHING NA KILOS

Ano ang nais ninyong makitang mangyari ukol sa problemang ito?	Tingnan ang Kalakip
--	----------------------------

Reklamo Natanggap Ni:	Harapan <input type="checkbox"/>	Lagda ng Kasapi (hindi obligado) Petsa
	Sa Telepono <input type="checkbox"/>	
Petsa Natanggap: <input type="text"/> Oras Natanggap: <input type="text"/>	Sa Liham <input type="checkbox"/>	NAUUNAWAAN KO NA MAKIKIPAG-ALAM SA AKIN ANG PLANO SA LOOB NG TATLUMPUNG (30) ARAW UPANG MAGBIGAY NG TALAAN SA KANILANG PAGSISIYASAT AT/O KILOS HINGGIL SA AKING REKLAMO.
	Online <input type="checkbox"/>	



Promise
Health
Plan

IPALIWANAG ANG PANGYAYARI:

HINIHLING NA KILOS:

(OFFICIAL USE ONLY)

OUTCOME/RESOLUTION:

(Complete only if an Expedited Appeal)

Member was acknowledged verbally and notified of the 72 hours appeal process: Yes No

Grievance Received by:

Date Received: