State of California
Business, Transportation and Housing Agency
Department of Managed Health Care
CONSUMER COMPLAINT FORM-Tagalog
DMHC 20-081 New: 01/02 Rev: 04/06

HMO Help Center

State of California
Department of Managed Health Care

FORM PARA SA REKLAMO

Kumpletuhin at pirmahan ang form na ito kung nagsampa ka ng reklamo o karaingan sa iyong planong pangkalusugan at:

- Kung hindi ka nasisiyahan sa desisyon ng iyong plano *o*
- Hindi mo natanggap ang desisyon ng iyong plano sa loob ng 30 araw.

Kung gusto mong bigyan ang ibang tao ng awtoridad na tulungan ka sa iyong reklamo, dapat mong kumpletuhin ang Form Para sa Awtorisadong Katulong.

Kung ang iyong reklamo ay tungkol sa seryosong panganib sa kalusugan, tawagan ang HMO Help Center (Sentro ng Pagtulong ng HMO) ngayon. Ang mga tawag sa mga numerong ito ay libre.

1-888-HMO-2219 / 1-888-466-2219 TDD 1-877-688-9891

IMPORMASYON TUNGKOL SA PASYENTE

Pangalan _____ Gitnang Inisyal ___ Apelyido _____

Pangalan ng Magulang o Tagapangalaga kung Naghaharap para sa isang Menor na Anak _____

Kalyeng Direksiyon _____

Lungsod _____ Estado _____ Zip _____

Numero ng Telepono sa Araw _____ Numero ng Telepono sa Gabi _____

Pangalan ng Pangangalagang Pangkalusugan _____

Numero ng Pagiging Miyembro ng Pasyente* _____ Petsa ng Kapanganakan ng Pasyente (mm/dd/yy) _____

Pangalan ng Medical Group* _____ Numero ng Medical Group* _____

**sa iyong kard ng insurance*

1. Mayroon ka bang Medi-Cal? ☐ Oo ☐ Hindi
2. Mayroon ka bang Medicare o Medicare Advantage? ☐ Oo ☐ Hindi
3. Nakapagsampa ka na ba ng reklamo o karaingan sa iyong planong pangkalusugan? ☐ Oo ☐ Hindi
4. Kinansela ba ng iyong planong pangkalusugan ang iyong insurance? ☐ Oo ☐ Hindi
5. Mangyaring ipaliwanag ang iyong reklamo: (gumamit ng isang nakahiwalay na papel kung kailangan)

   Halimbawa: Anong serbisyo ang gusto mo mula sa iyong planong pangkalusugan, o tagapagkaloob ng pangangalaga?

   Ano ang mali sa serbisyong nakukuha mo sa iyong planong pangkalusugan o tagapagkaloob ng pangangalaga?

   Anong problema sa pagsingil mayroon ka sa iyong planong pangkalusugan, o tagapagkaloob ng pangangalaga?

_____

_____

_____

6 Ano ang iyong problema sa kalusugan o pagsusuring may kaugnayan sa reklamong ito?

_____

_____

7 Anong (mga) paggamot ang natanggap mo para sa problemang ito sa kalusugan?

_____

_____

8 Mangyaring ilista ang mga tagapagkaloob ng pangangalaga na gumamot sa iyong problema sa kalusugan, kung alam mo ang kanilang mga pangalan.

_____

_____

9 Nakapagsampa ka na ba ng ibang reklamo tungkol sa problemang ito sa HMO Help Center o ibang ahensiya ng pamahalaan?

☐ Sa HMO Help Center? Complaint File # (kung alam) _____

☐ Sa ibang ahensiya ng pamahalaan? Complaint File # (kung alam) _____

Mangyaring ilista ang ahensiya ng pamahalaan:_____

10 Ilakip ang **mga kopya** ng mga dokumentong may kaugnayan sa iyong relamo, tulad ng mga pagtanggi, iyong karaingan sa planong pangkalusugan at ang tugon nito, mga singil, at mga paliwanag ng mga benepisyo.

Hindi namin maibabalik ang mga orihinal.

11 Hinihiling ko sa Department of Managed Health Care (Kagawaran ng Pinamamahalaang Pangangalagang Pangkalusugan [DMHC]) na tumulong na gumawa ng isang desisyon tungkol sa aking problema sa aking planong pangkalusugan. Naiintindihan ko na ang isang kopya ng aking reklamo ay ipapadala sa aking planong pangkalusugan. Pinahihintulutan ko ang aking mga tagapagkaloob ng pangangalaga, nakaraan at kasalukuyan, at ang aking planong pangkalusugan na ilabas ang aking mga rekord na pangkalusugan sa DMHC. Maaaring kabilang sa mga rekord na ito ang medikal, kalusugan ng isip, pag-abuso ng substansiya, HIV, mga ulat ng diagnostic imaging , at ibang mga rekord na may kaugnayan sa aking kaso. Maaari ring kabilang sa mga rekord na ito ang mga di-medikal na rekord at anumang ibang impormasyong may kaugnayan sa aking kaso. Pinahihintulutan ko ang DMHC na repasuhin ang mga rekord at impormasyong ito. Ang aking pahintulot ay matatapos isang taon mula sa petsang nasa ibaba, maliban kung ipinahihintulot ng batas. Halimbawa, ang batas ay nagpapahintulot sa DMHC na patuloy na gumamit ng aking impormasyon sa panloob na layunin.. Maaari kong tapusin ang aking pahintulot nang mas maaga kung nais ko. Lahat ng impormasyong ibinigay ko sa papel na ito ay totoo.

Kalakip ang Form Para sa Awtorisadong Katulong? ☐ Oo ☐ Hindi

Pirma ng Pasyente o Magulang _____Petsa _____

Ipakoreo o i-fax ang iyong form at anumang mga kalakip sa: **HMO Help Center, Department of Managed Health Care, Complaint Unit, 980 9th Street, Suite 500, Sacramento, CA 95814; FAX: 916-255-5241**

State of California, Business,
Transportation and Housing Agency
Department of Managed Health Care
AUTHORIZED ASSISTANT FORM-Tagalog
DMHC 20-160 New: 04/06

HMO Help Center

State of California
Department of Managed Health Care

FORM PARA SA AWTORISADONG KATULONG

- Kung gusto mong bigyan ang ibang tao ng awtoridad na tulungan ka sa iyong Independent Medical Review (Independiyenteng Pagrepasong Medikal [IMR]) o reklamo, kumpletuhin ang mga Bahagi A at B sa ibaba.
- Kung ikaw ay isang magulang o legal na tagapangalaga na naghaharap nitong IMR o reklamo para sa isang batang wala pang 18, hindi mo kailangang kumpletuhin ang form na ito.
- Kung ikaw ay naghaharap nitong IMR o reklamo para sa isang pasyenteng hindi kayang kumpletuhin ang form na ito dahil ang pasyente ay walang-kakayahan o may kapansanan, at ikaw ay may legal na awtoridad na umakto para sa pasyenteng ito, mangyaring kumpletuhin ang Bahagi B lamang. Maglakip din ng isang kopya ng power of attorney para mga desisyon sa pangangalagang pangkalusugan o ibang mga dokumento na nagsasabi sa iyo na maaari kang gumawa ng mga desisyon para sa pasyente.

BAHAGI A: PASYENTE

Pinahihintulutan ko ang taong tinukoy sa ibaba sa Bahagi B upang tulungan ako sa aking IMR o reklamong iniharap sa Kagawaran Department of Managed Health Care. Pinahihintulutan ko ang mga tauhan ng DMHC at IMR na ibahagi ang impormasyon tungkol sa aking (mga) kondisyong medikal at pangangalaga sa taong tinukoy sa ibaba. Maaaring kabilang sa impormasyong ito ang paggamot sa kalusugan ng isip, paggamot o pagsusuri sa HIV, paggamot sa alkohol o droga, o ibang impormasyon tungkol sa pangangalagang pangkalusugan.

Naiintindihan ko na ang impormasyon lamang na may kaugnayan sa aking IMR o reklamo ang ibabahagi.

Ang aking pag-aproba sa tulong na ito ay kusang-loob at ako ay may karapatang tapusin ito. Kung gusto kong tapusin ito, dapat kong gawin ito sa pamamagitan ng pagsulat.

Pirma ng Pasyente _____ Petsa _____

BAHAGI B: TAONG TUMUTULONG SA PASYENTE

Pangalan ng Taong Tumutulong (ilimbag) _____

Pirma ng Taong Tumutulong _____

Tirahan _____

Relasyon sa Pasyente _____

Numero ng Telepono sa Araw _____

Numero ng Telepono sa Gabi _____

☐ Kalakip nito ang aking power of attorney o ibang mga dokumentong pambatas para sa mga desisyon sa pangangalagang pangkalusugan.

HMO Help Center

State of California
Department of Managed Health Care

ANG PAUNAWANG ITO AY INIAATAS NG BATAS*

Ang Batas na Knox-Keene ng California ay nagbibigay sa Department of Managed Health Care (DMHC) ng awtoridad na kontrolahin ang mga planong pangkalusugan at imbestigahan ang mga reklamo ng mga miyembro ng planong pangkalusugan.

- Ginagamit ng HMO Help Center ng DMHC ang iyong personal na impormasyon upang imbestigahan ang iyong problema sa iyong planong pangkalusugan at upang magkaloob ng Independent Medical Review (Independiyenteng Pagrepasong Medikal) kung kuwalipikado ka para rito.

- Kusang loob na ibinibigay mo amin ang impormasyong ito. Hindi mo kailangang ibigay sa amin ang impormasyong ito.

- Gayunman, kung hindi mo ibibigay sa amin ang impormasyon, maaaring hindi namin magawang imbestigahan ang iyong reklamo o magkaloob ng isang Independiyenteng Pagrepasong Medikal.

- Maaari naming ibahagi ang iyong personal na impormasyon, kung kailangan, sa planong pangkalusugan at sa mga doktor na gumagawa ng Independiyenteng Pagrepasong Medikal.

- Maaari rin naming ibahagi ang iyong impormasyon sa ibang mga ahensiya ng pamahalaan gaya ng iniataas o ipinahihintulot ng batas.

- May karapatan kang makita ang iyong personal na impormasyon. Upang magawa ito, makipag-ugnayan sa DMHC Records Request Coordinator, DMHC, Office of Legal Services, 980 9th Street, Suite 500, Sacramento, CA 95814-2725, 916-322-6727.

* Ang batas na nag-aatas ng paunawang ito ay ang Batas ng 1977 sa Gawaing Nauukol sa Impormasyon (Seksiyon 1798.17 ng Kodigo Sibil ng California).