

## Form (sinasagutang papel) para sa Kumpidensiyal na Reklamo (Hinaing) ng Miyembro

Opsijonal ang form na ito. Puwede rin kayong maghain ng reklamo sa pamamagitan ng pagtawag sa Yunit para sa mga Hinaing at Apela ng Health Plan of San Mateo (Planong Pangkalusugan ng San Mateo).

Kung mayroon kayong mga katanungan tungkol sa form na ito o kung gusto niyong pasalitang maghain ng reklamo, pakitawagan kami sa **1-888-576-7227** o sa **650-616-2850**. Ang mga gumagamit ng TTY ay puwedeng tumawag sa **1-800-735-2929** o i-dial ang **7-1-1**. Ang aming mga oras ng trabaho ay mula Lunes hanggang Biyernes, 8:00 AM hanggang 5:00 PM.

Gusto naming matulungan kayo na mabigyan ng resolusyon ang inyong reklamo nang nasisiyahan kayo, at magawa ito sa lalong madaling panahon. Hindi kami gagawa ng diskrimasyon laban sa inyo o lilimitahan ang inyong mga benepisyo dahil lamang nagpahayag kayo ng mga alalahanin o naghain ng reklamo. Hindi rin maaaring magsagawa ng diskriminasyon laban sa inyo ang inyong tagabigay ng serbisyo (doktor) dahil naghain kayo ng reklamo.

Pangalan ng Miyembro

Numero ng ID

Petsa ng Kapanganakan

Adres

Lungsod

Estado

Zip Code

Numero ng Telepono

Inihain ang  
Reklamo Ni:

Miyembro/Sarili

Magulang/Tagapangalaga (Kung mas bata pa sa 18 taong gulang ang Miyembro)

Tagabigay ng serbisyo

Nabigyan ng kapangyarihan na kinatawan

\*Kung inihahain ang reklamong ito ng Awtorisadong Kinatawan ng miyembro, kinakailangan ng Form para sa Pagtatalaga ng Kinatawan (Appointment of Representative, AOR), o iba pang nakasulat na patunay ng legal na representasyon. Para makakuha ng Form na AOR, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro (Member Services) ng HPSM sa **1-800-750-4776** o sa **650-616-2133**. Puwede rin ninyong makita ang form na AOR online sa [www.hpsm.org](http://www.hpsm.org).

Iba pa (Pakisaad ang inyong relasyon sa Miyembro):

Pakilarawan nang detalyado ang problema:

Kailan naganap ang insidenteng ito?

Saan ito naganap?

Ano ang gusto ninyong mangyari?

Kung ang inyong reklamo ay laban sa inyong doktor o iba pang tagabigay ng serbisyo, pakikumpleto ang seksiyon sa ibaba:

Pangalan ng Tagabigay ng Serbisyo/Doktor

Numero ng Telepono ng Tagabigay ng Serbisyo (kung makukuha)

Adres ng Tagabigay ng Serbisyo (kung makukuha):      Lungsod      Estado      Zip Code

May problema ba kayo na nangangailangan ng medikal na atensiyon sa susunod na tatlong araw, o may nararamdaman ba kayong matinding sakit? (Kung kailangan ninyo ng agarang medikal na atensiyon, mangyaring pumunta na sa pinakamalapit na emergency room.)

Oo

Hindi

Kung oo, pakipaliwanag

Lagda

Petsa

---

Mangyaring ipadala sa amin ang inyong nakumpletong form sa pamamagitan ng koreo sa:

O i-fax sa:

Health Plan of San Mateo  
Attn: Grievance and Appeals Unit  
801 Gateway Blvd., Suite #100  
South San Francisco, CA 94080

**650-829-2002**

Matapos matanggap ang nakumpletong form na ito, tatawagan kayo ng Tagapag-ugnay para sa mga Karaingan at Apela ng HPSM para talakayin ang inyong reklamo at repasuhin ang proseso para sa mga hinaing (reklamo) ng HPSM.

---

Itinatakda ng Departamento ng Pinamamahalaang Pangangalaga sa Kalusugan (Department of Managed Health Care) sa Health Plan of San Mateo na ipagbigay-alam sa inyo ang mga sumusunod:

Ang Departamento ng Pinamamahalaang Pangangalaga sa Kalusugan ng California ang siyang may responsibilidad sa pamamahala sa mga plano ng serbisyo para sa pangangalaga ng kalusugan. Kung mayroon kayong hinaing laban sa HPSM, kailangan niyo munang tawagan sa telepono ang HPSM sa 1-800-750-4776 at gamitin ang proseso para sa mga hinaing ng HPSM bago kayo makipag-ugnay sa departamento. Hindi hinahadlangan ng proseso para sa karaingang ito ang anumang mga karapatang legal o mga remedyong nakasaad sa batas na maaari ninyong magamit. Kung kailangan ninyo ng tulong sa isang karaingan na emerhensiya ang pangangailangan, sa isang karaingan na hindi pa lubusang nalulutas ng HPSM, o sa isang karaingan na nanatiling hindi pa nalulutas nang mahigit sa 30 araw, maaari ninyong tawagan ang departamento upang humingi ng tulong. Maaari din kayong maging karapat-dapat sa isang Independiyenteng Pagrerepasong Medikal (Independent Medical Review, IMR). Kung karapat-dapat kayo para sa IMR, bibigyan kayo ng proseso ng IMR ng walang-kinikilingang pagrerepaso ng mga desisyong medikal na ginawa ng HPSM na may kinalaman sa pangangailangang medikal ng isang iminumungkahing serbisyo o paggamot, mga desisyon tungkol sa pagkakasakop ng paggamot na likas na eksperimental o para sa pagsisiyasat, at mga pagtatalo tungkol sa pagbabayad para sa mga pang-emerhensiya o madaliang serbisyong medikal. Mayroon ding walang-bayad na numero ng telepono ang departamento na (1-888-466-2219) at isang linyang TDD na (1-877-688-9891) para sa mga may kapansanan sa pagdinig at pagsasalita. Ang Internet website ng departamento na [www.dmhc.ca.gov](http://www.dmhc.ca.gov) ay mayroong mga forms para sa pagrereklamo, forms para aplikasyon sa IMR at mga instruksiyon na makukuha online.

May karapatan kang magsumite ng karaingan, alinsunod sa pamantayang pamamaraan para sa karaingan ng HPSM, para sa hindi pagbibigay sa iyo ng kawani ng HPSM ng trans-inclusive na pangangalaga. Puwede mong gamitin ang form na ito, o magsumite ng reklamo gamit ag telepono, email, nang personal, o online.