HealthPlan OF SAN MATEO

Print Form

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

Opsiyonal 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.
- ☐ 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:

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

O i-fax sa:

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:

Responsibilidad ng Departamento ng Pinamamahalaan na Pangangalagang Pangkalusugan ng California na pamahalaan ang mga plano ng serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan. Kung kayo ay may karaingan laban sa inyong planong pangkalusugan, dapat muna ninyong tawagan ang inyong planong pangkalusugan sa **1-800-750-4776** (TTY **1-800-735-2929** o **7-1-1**) at gamitin ang proseso para sa karaingan ng inyong planong pangkalusugan bago makipag-ugnayan sa departamento. Ang paggamit sa proseso para sa karaingan na ito ay hindi ipagbabawal ang anumang potensyal na legal na karapatan o remedyo na maaaring available sa inyo. Kung kailangan ninyo ng tulong sa isang karaingan na may kinalaman sa emergency, sa isang karaingan na hindi pa lubusang nalulutas ng inyong planong pangkalusugan, o sa isang karaingan na nanatiling hindi pa nalulutas nang higit 30 araw, puwede ninyong tawagan ang departamento upang humingi ng tulong. Puwede rin kayong maging karapat-dapat sa isang Hiwalay na Medikal na Pagsusuri (Independent Medical Review, IMR). Kung kuwalipikado kayo para sa IMR, bibigyan kayo ng proseso para sa IMR ng walang kinikilingang pagrerepaso ng mga desisyong medikal na ginawa ng planong pangkalusugan at may kinalaman sa pangangailangang medikal ng iminumungkahing serbisyo o paggamot, mga desisyon tungkol sa coverage ng paggamot na sinusubukan o sinisiyasat pa lang, at mga hindi pagkakasundo tungkol sa pagbabayad para sa pang-emergency o agarang serbisyong medikal. Mayroon ding numero ng telepono para sa libreng pagtawag ang departamento (**1-888-466-2219**) at TDD na linya (**1-877-688-9891**) para sa may kapansanan sa pandinig at pananalita. Ang internet website ng departamento na **www.dmhc.ca.gov** ay may mga form para sa reklamo, form para sa aplikasyon sa IMR at online na instruksiyon.

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.