

Form ng karaingan at apela

Mga Tagubilin:

1. Mangyaring i-print ng malinaw, o i-type ang sagot sa lahat ng mga patlang sa ibaba. Maaari kayong maglakip ng mga karagdagang pahina kung kailangan.
2. Mangyaring pakisumite ang nakumpletong form sa pamamagitan ng:



Koreo: Blue Shield of California Promise Health Plan
Attn: Appeals and Grievances
3840 Kilroy Airport Way
Long Beach, CA 90806



Fax: (323) 889-2228

Kung mayroon kang tanong, o kung kailangan mo ng tulong sa form na ito, pakikontak ang Customer Service sa (800) 605-2556 (TTY: 711), 8 a.m. hanggang 6 p.m., Lunes hanggang Biyernes.

Impormasyon ng miyembro

Ang form na ito ay para sa: ☐ Karaingan ☐ Apela		Para lang sa Blue Shield Promise, petsa na natanggap:	
Pangalan ng miyembro:		Petsa ng kapanganakan:	Member ID#:
Address ng kalye:		Lungsod:	ZIP
Numero ng telepono:		Alternatibong numero ng telepono:	
Pangalan ng taong kumukumpleto sa form, kung iba sa pangalan ng miyembro:		Relasyon:	Telepono ng kinatawan:
(Ang mga sumusunod na patlang sa ibaba ay opsyonal)			
Kasarian sa kapanganakan (kasarian):	Kinikilalang kasarian:	Sekswal na oryentasyon:	
Katayuan sa pag-aasawa:	Mga panghalip ng miyembro:	Lahi:	
Ikaw ba ay may Hispanic, Latino, o Spanish na pinagmulan? Etnisidad:			

Paglalarawan sa karaingan o apela

Saan nangyari ang problema? (Pangalan ng pharmacy, ospital, o klinika)	Petsa ng problema:
Sino ang sangkot bukod sa inyong sarili? (Pangalanan ang mga sangkot na staff o kawani, kung posible.)	
Pakilarawan ang problema nang detalyado:	
PARA LAMANG SA APELA: Pakilista ang serbisyong inaapela mo (isulat ang numero ng pahintulot mula sa liham ng pagtanggì):	

Resolusyon

Paano mo sinubukan na malutas ang problemang ito?

Ano sa palagay mo ang magandang solusyon sa iyong problema?

Lagda:	Petsa:
---------------	---------------

Sino ang maaaring maghain ng kaso?

Puwedeng maghain ng kaso ang sinumang miyembro ng Blue Shield Promise. Dapat isa kayong miyembrong karapat-dapat makatanggap ng mga serbisyo sa oras na nangyari ang problema o sa petsa kung kailan tinanggihan ang inyong mga benepisyo.

Kung nais ninyong katawanin kayo ng isang tao, dapat siyang magkaroon ng inyong pag-apruba. Ginagawa ito sa pamamagitan ng pagkumpleto ng isang form ng Pagtatalaga ng Kinatawan (Appointment of Representative, AOR) o ng pagsusumite ng iba pang nakasulat na patunay ng legal na representasyon. Para makakuha ng Form ng AOR, pakitawagan ang Customer Service sa (800) 605-2556 (TTY: 711). Makikita mo rin ang form ng AOR online sa blueshieldca.com/en/bsp.

Maaaring maghain ng apela ang isang provider sa ngalan ninyo nang walang form ng Pahintulot sa Kinatawan. Ito ay dahil pinag-uusapan nila ang mga serbisyong kailangan nila para sa inyong paggamot.

Ano ang Karaingan?

Ang reklamo (karaingan) ay kung mayroon kang problema o hindi ka nasiyahan sa mga serbisyong nakukuha mo mula sa Blue Shield Promise o sa isang provider. Ang isang halimbawa ng karaingan ay ang paghihintay nang masyadong matagal para makatanggap ng appointment sa inyong doktor. Walang limitasyon sa oras sa paghahain ng karaingan.

Maaari kayong maghain ng karaingan kung naniniwala kayong nakaranas kayo ng diskriminasyon batay sa isa sa ilang protektadong class characteristic na tinukoy ng batas ng CA (kabilang ang Medikal na Kundisyon, Katayuan sa Pagbubuntis, Lahi, Kapansanan, Ninuno, Pambansang Pinagmulan, Relihiyon, Edad, Sex, Kasarian, Kinikilalang Kasarian, Pagpapahayag ng Kasarian, Sekswal na Oryentasyon, o Katayuan sa Pag-aasawa). Maaari din kayong maghain ng karaingan kung sa palagay ninyo ay hindi naibigay sa inyo ng kawani ng plano ang trans-inclusive na pangangalaga.

Ano ang Apela?

Ang apela ay kahilingan para sa Blue Shield Promise na suriin at baguhin ang isang pasiyang ginawa namin tungkol sa inyong mga serbisyo. Kung nagpadala kami sa inyo ng liham ng Abiso sa Pagkilos (Notice of Action, NOA) na nagsasabi sa inyo na tinatanggihan, inaantala, binabago o tinatapos namin ang mga serbisyo, at hindi kayo sumasang-ayon sa aming pasya, maaari kayong humiling sa amin ng apela. Kasama rin dito ang hindi pagbabayad para sa mga saklaw na serbisyo. Ang isang halimbawa ng apela ay kung hindi kayo sumasang-ayon sa isang tinanggihan na operasyon. Dapat mong ihain ang inyong apela sa loob ng 60 araw sa kalendaryo mula sa petsang nasa sulat na Abiso sa Pagkilos (Notice of Action, NOA).

Mga Proseso at Itinakdang Bilang ng Araw

Sa sandaling maihain na ang inyong kaso, magtatalaga para sa inyo ng isang coordinator ng Karaingan at Apela na mag-iimbestiga ng inyong problema. Padadalhan kayo ng sulat sa o bago ang ika-5 araw para ipaalam sa inyo na natanggap na ang inyong kaso. Tatawagan ka ng coordinator ng Karaingan at Apela para magtanong tungkol sa inireport na problema. Sa katapusan ng proseso, makatanggap ka ng tawag sa telepono at liham mula sa coordinator ng Grievance and Appeals para ipaalam sa iyo ang tungkol sa resulta ng imbestigasyon.

Sinusuri ang karamihan sa mga karaingan at apela sa loob ng 30 mga araw sa kalendaryo.

Kung mayroon kayong agarang usapin na may kinalaman sa isang seryosong alalahanin sa kalusugan, pasisimulan namin ang isang pinabilis (mabilis) na pagsusuri. Ibibigay namin sa iyo ang pasiya sa loob ng 72 oras. Para humiling ng pinabilis na pagsusuri, tawagan kami sa customer service sa (800) 605-2556 (TTY: 711).

Hinihiling ng Kagawaran ng Pinamamahalaang Pangangalagang Pangkalusugan ng Blue Shield of California Promise Health Plan na ipaalam sa iyo ang mga sumusunod:

Responsibilidad ng Departamento ng Pinamamahalaang Pangangalagang Pangkalusugan ng California na pangasiwaan ang mga plano ng serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan. Kung mayroon kang karaingan laban sa iyong planong pangkalusugan, dapat ka munang tumawag sa iyong planong pangkalusugan sa (800) 605-2556 (TTY: 711) at gamitin ang proseso sa karaingan

ng inyong planong pangkalusugan bago kontakin ang departamento. Ang paggamit ng pamamaraan ng karaingang ito ay hindi nagbabawal sa paggamit ng anumang potensiyal na legal na karapatan o solusyon na maaaring available sa inyo. Kung kailangan ninyo ng tulong sa isang karaingan na may kinalaman sa isang emergency, sa isang karaingan kaugnay sa hindi kasiya-siyang paglutas ng inyong planong pangkalusugan, o sa isang karaingan na hindi nalutas nang mahigit 30 araw, maaari kayong tumawag sa departamento para sa tulong. Maaari din kayong maging karapat-dapat para sa Hiwalay na Medikal na Review (Independent Medical Review, IMR). Kung karapat-dapat kayo para sa IMR, magbibigay ang proseso sa IMR ng walang kinikilingang pagsusuri sa mga pagpapasyang medikal na ginawa ng isang planong pangkalusugan na may kaugnayan sa pangangailangang medikal ng iminumungkahing serbisyo o paggamot, mga pagpapasya sa saklaw para sa mga paggamot na pang-eksperimento o sinisiyasat pa lang at mga hindi pagkakasunduan sa pagbabayad para sa mga pang-emergency o agarang serbisyong medikal. Mayroon ding toll-free na telepono ang departamento (888) 466-2219 at TDD line (877) 688-9891. Ang internet website ng departamento na www.dmhc.ca.gov ay may mga form sa pagrereklamo, form ng aplikasyon sa IMR, at mga tagubilin online.