



Promise Health Plan

Form ng karaingan at apela

Mga Tagubilin:

1. Mangyaring isulat sa hiwa-hiwalay na letra, o i-type ang sagot sa lahat ng mga nasa ibaba. Maaari kayong maglakip ng mga karagdagang pahina kung kailangan.
2. 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 kayong mga tanong, o kung kailangan ninyo ng tulong sa form na ito, mangyaring makipag-ugnayan sa Customer Service sa **(855) 699-5557 (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 botika, ospital, o klinika) Petsa ng problema:

Sino ang sangkot bukod sa inyong sarili? (Magbigay ng mga pangalan ng mga sangkot na staff o kawani, kung posible.)

Mangyaring ilarawan ang problema nang detalyado:

PARA LAMANG SA APELA: Pakilista ang serbisyong inaapela ninyo (isulat ang numero ng pahintulot mula sa liham ng pagtanggì):

Resolusyon

Paano ninyo sinubukan na malutas ang problemang ito?

Ano sa palagay ninyo ang magandang solusyon sa inyong problema?

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

Sino ang maaaring maghain ng kaso?

Ang sinumang miyembro ng Blue Shield Promise ay maaaring maghain ng kaso. 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 (855) 699-5557 (TTY: 711). Maaari rin ninyong makita ang form ng AOR online sa [blueshieldca.com/en/bsp](https://www.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 kapag mayroon kayong problema o hindi kayo nasiyahan sa mga serbisyong nakukuha ninyo 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 isang kahilingan para sa Blue Shield Promise na suriin at baguhin ang isang pasyang 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 ninyong 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. Ang coordinator ng Karaingan at Apela ay tatawag sa inyo para magtanong tungkol sa iniulat na problema. Sa katapusan ng proseso, makakatanggap kayo ng tawag sa telepono at liham mula sa coordinator ng Karaingan & Apela para ipaalam sa inyo ang tungkol sa resulta ng imbestigasyon.

Sinusuri ang karamihan sa mga karaingan at apela sa loob ng 30 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 inyo ang pasya sa loob ng 72 oras. Para humiling ng pinabilis na pagsusuri, tawagan kami sa customer service sa (855) 699-5557 (TTY: 711).

Hinihiling ng Kagawaran ng Pinamamahalaang Pangangalagang Pangkalusugan ng Blue Shield of California Promise Health Plan na ipaalam sa inyo ang mga sumusunod: Responsibilidad ng Departamento ng Pinamamahalaang Pangangalagang Pangkalusugan ng California na pangasiwaan ang mga plano ng serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan. Kung mayroon kayong karaingan laban sa inyong planong pangkalusugan, dapat muna ninyong tawagan ang inyong planong pangkalusugan sa (855) 699-5557 at gamitin ang proseso ng karaingan ng inyong planong pangkalusugan bago kayo makipag-ugnayan sa departamento. Ang paggamit ng pamamaraan ng karaingan 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.

Blue Shield of California Promise Health Plan is an independent licensee of the Blue Shield Association A53596MDC-SD-FF-TA_0125
Medi_25_061_SD_032125