

# Form ng Karaingan/Apela ng Miyembro

Telepono: 1(415) 547-7800 o 1(800) 288-5555  
Fax: 1(415) 547-7825

Ang form na ito ay para sa isang: <input type="checkbox"/> Karaingan <input type="checkbox"/> Apela		<b>GAGAMITIN LAMANG NG SFHP</b> Petsa na Natanggap:	
Pangalan ng Miyembro:		Numero ng ID ng Miyembro:	Petsa Ngayon:
Address ng Kalye:		Lungsod:	Zip:
Petsa ng Kapanganakan:	Telepono:	Teleponong Pang-araw:	Teleponong Pangmensahe:
Pangalan ng taong nagsasampa kung iba sa nasa itaas:			
Kaugnayan:		Telepono ng Kinatawan:	Fax ng Kinatawan:
Ilarawan ang detalye ng problema: (gumamit at maglakip ng mga karagdagang piraso ng papel kung kinakailangan)			Petsa ng problema:
Paano ninyo sinubukang lutasin ang problema? (gumamit at maglakip ng mga karagdagang piraso ng papel kung kinakailangan)			
Ano ang gusto ninyong gawin ng isang tao tungkol sa problemang ito? (gumamit at maglakip ng mga karagdagang piraso ng papel kung kinakailangan)			
Kakailanganin ba ninyo ng tulong sa wika? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi		Anong wika?	
Mayroon ba kayong mga pisikal na kapansanan na nangangailangan ng pagtulong?			
Mayroon ba kayong problema na nangangailangan ng medikal na atensyon sa susunod na tatlong araw, o kayo ba ay nakakaranas ng matinding pananakit? Ilarawan kung bakit ang paghihintay nang mahigit sa tatlong araw para sa kasagutan mula sa amin ay makakasama sa inyong kalusugan (gumamit at maglakip ng mga karagdagang piraso ng papel kung kinakailangan). Maaaring kwalipikado kayo para sa pinabilis na karaingan o apela.			
<b>KAILANGAN</b> Lagda ng Miyembro:		Petsa:	
<b>PARA SA MGA APELA LAMANG</b> Pakilista ang gamot / serbisyong inaapela ninyo:			

Ang mga tauhan ng San Francisco Health Plan (SFHP) ay “Narito para sa Inyo.” Matutulungan namin kayong sagutan ang form na ito sa telepono. Tawagan ninyo kami Lunes hanggang Biyernes sa **1(415) 547-7800** o **1(800) 288-5555** magmula 8:30am hanggang 5:30pm. O may isang taong makikipag-ugnayan sa inyo sa telepono o sa sulat sa sandaling matanggap namin ang form na ito. Makikipagtulungan kaming mabuti sa inyo upang maintindihan ang inyong reklamo. Gusto naming maintindihan ang problema at tumulong na lutasin ito. Tutulungan namin kayo sa anumang paraang makakaya namin at sasagutin ang anumang mga tanong ninyo. Maaari namin kayong tulungan sa anumang wika.

#### **Gusto naming malaman ninyo na:**

- Karapatan ninyo ang magreklamo. Walang sinuman ang “magpaparusa” sa inyo.
- Maaari kayong magreklamo tungkol sa inyong doktor, sa inyong nurse, o sa San Francisco Health Plan.
- Tutulungan namin kayo sa pagsasampa ng inyong reklamo nang pasalita o sa pamamagitan ng sulat.
- Bawat reklamo ay mahalaga sa San Francisco Health Plan.
- Bibigyan pa rin kayo ng inyong doktor o nurse ng medikal na pangangalaga habang sinisiyasat namin ang inyong reklamo.
- Sinusubukan naming sagutin ang mga reklamo sa loob ng 72 oras kapag may agarang panganib sa inyong kalusugan.

Kung hindi kayo sumasang-ayon sa isang desisyon na ginawa para sa inyong medikal na paggamot, maaari kayong humingi ng apela. Kung kayo ay miyembro ng **Medi-Cal**, mayroon kayong **60 araw** magmula sa petsa ng sulat na “Paunawa tungkol sa Aksiyon” upang magsampa ng apela. Ngunit **kung kasalukuyan kayong tumanggap ng paggamot at gusto ninyong ipagpatuloy na tanggapin ang paggamot, kailangan ninyong humingi ng apela sa loob ng 10 araw** magmula sa petsa na namarkahan ang sulat na ito sa koreo o naihatid ito sa inyo, O KAYA bago ang petsa na sinasabi ng inyong planong pangkalusugan na mahihinto ang mga serbisyo. Kailangan ninyong sabihin na gusto ninyong ipagpatuloy na tanggapin ang paggamot kapag magsasampa kayo ng apela. Kung kayo ay miyembro ng **Healthy Kids HMO** o **Healthy Workers HMO**,

mayroon kayong **180 araw** magmula sa petsa ng sulat na “Paunawa tungkol sa Aksiyon” upang magsampa ng apela. Mangyaring makipag-ugnayan sa San Francisco Health Plan tungkol sa kung paano magsasampa ng apela sa telepono, sa sulat, o sa elektronikong paraan.

May 30 araw ang inyong planong pangkalusugan para bigyan kayo ng kasagutan. Sa panahong iyon, makakatanggap kayo ng sulat na “Paunawa tungkol sa Resolusyon ng Apela”. Sasabihin ng sulat na ito sa inyo ang desisyon ng planong pangkalusugan.

#### **Kung hindi kayo makakatanggap ng sulat sa loob ng 30 araw, maaari kayong:**

- Humingi ng “**Independenteng Pagrerepasong Medikal**” (IMR) at isang tagarepasong tagalabas na walang kaugnayan sa planong pangkalusugan ang magrerepaso sa inyong kaso. Ang IMR ay magagamit ng mga miyembro ng SFHP Medi-Cal, Healthy Kids HMO, at Healthy Workers HMO.
- Humingi ng “**Pagdinig ng Estado**” at isang huwes ang magrerepaso sa inyong kaso. Ang mga Pagdinig ng Estado ay magagamit lamang ng mga miyembro ng SFHP Medi-Cal.

**Maaari kayong humingi ng kapwa IMR at Pagdinig ng Estado nang sabay.** Maaari din ninyong hingin ang isa bago ang pangalawa upang tingnan kung malulutas nito ang inyong problema. Halimbawa, kung hihingi kayo ng IMR muna, ngunit hindi kayo sumasang-ayon sa desisyon, maaari pa rin kayong humingi paglaon ng Pagdinig ng Estado. Gayunpaman, kung hihingi kayo ng Pagdinig ng Estado muna, ngunit naganap na ang pagdinig, hindi na kayo maaaring humingi ng IMR. Sa ganitong kaso, ang Pagdinig ng Estado ang pinal na desisyon. Hindi kayo kailangang magbayad para sa isang IMR o Pagdinig ng Estado.

Kung inaakala ninyong ang paghihintay nang 30 araw ay makakasama sa inyong kalusugan, maaaring makakuha kayo ng kasagutan sa loob ng 72 oras. Kapag isinasampa ninyo ang inyong apela, sabihin kung bakit ang paghihintay ay makakasama sa inyong kalusugan. Siguraduhing humingi kayo ng “**pinabilis na apela.**”

Kung gusto ninyo ng **IMR**, kailangan munang magsampa kayo ng apela sa inyong planong pangkalusugan. Kung wala kayong balita mula sa inyong planong pangkalusugan sa loob ng 30 araw, o kung hindi kayo nasisiyahan sa desisyon ng inyong planong pangkalusugan, maaari

kayong humingi ng IMR. Kailangan ninyong humingi ng IMR sa loob ng **180 araw** magmula sa petsa ng sulat na “Paunawa tungkol sa Resolusyon ng Apela”.

**Maaaring makakuha kayo kaagad ng IMR nang hindi muna nagsasampa ng apela. Ito ang nangyayari sa mga kaso kung saan may agarang panganib sa inyong kalusugan o hindi inaprubahan ang kahilingan dahil ang paggamot ay itinuturing na pag- eeksperimento o pagsisiyasat.**

Ang California Department of Managed Health Care ang siyang may tungkulin para sa pangangasiwa sa mga plano ng serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan. Kung ikaw ay may karaingan laban sa iyong plano ng kalusugan, dapat mong tawagan muna sa telepono ang iyong plano ng kalusugan sa **1(415) 547-7800** o **1(800) 288-5555** at gamitin ang proseso sa karaingan ng iyong plano ng kalusugan bago makikipag-ugnayan sa departamento. Ang paggamit sa pamamaraan ng karaingan na ito ay hindi nagbabawal sa anumang mga posibleng legal na mga karapatan o mga remedyo na maaari ninyong gamitin. Kung kailangan ninyo ng tulong sa isang karaingan sangkot ang isang emerhensya, isang karaingan na hindi kasiyasayang nalutas ng inyong planong pangkalusugan, o isang karaingan na nananatiling hindi nalulutas nang mahigit sa 30 araw, maaari kayong tumawag sa departamento para sa tulong. Maaari ring kwalipikado kayo para sa Independenteng Pagreparasong Medikal (IMR). Kung ikaw ay kwalipikado para sa IMR, ang proseso ng IMR ay magbibigay ng walang pinapanigang pagrerepaso ng medikal na mga desisyon na ginawa ng isang planong pangkalusugan na nauugnay sa medikal na pangangailangan para sa isang iminumungkahing serbisyo o paggamot, saklaw na mga desisyon para sa mga paggamot na likas na pag-eksperimento o kalagayang pagsisiyasat at mga pagtatalo sa bayad para sa emerhensya o agarang medikal na mga serbisyo. Ang departamento ay mayroon din toll-free na numero ng telepono **(1-888-466-2219)** at TDD na linya **(1-877-688-9891)** para sa may kahirapan sa pandinig at pagsasalita. Ang internet website ng departamento na **www.dmhc.ca.gov** ay

may mga porma para sa reklamo, porma ng aplikasyon para sa IMR at mga tagubilin sa online.

Kung kayo ay miyembro ng Medi-Cal at gusto ninyo ng **Pagdinig ng Estado**, maaari kayong humingi ng isa sa loob ng 120 araw ng pagpapadala sa koreo ng sulat na “Paunawa tungkol sa Resolusyon ng Apela”. Maaari kayong humingi ng Pagdinig ng Estado sa telepono o sa sulat:

- **Sa telepono:** Tumawag sa **1(800) 952-5253**. Ang numerong ito ay maaaring masyadong busy. Maaari kayong makakuha ng mensahe na tumawag ulit sa ibang pagkakataon. Kung hindi kayo nakakapagsalita o nakakarinig nang mabuti, mangyaring tumawag sa TTY/TDD **1(800) 952-8349**.
- **Sa sulat:** Sagutan ang isang form ng Pagdinig ng Estado o magpadala ng sulat sa: **California Department of Social Services State Hearings Division**  
**P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-37**  
**Sacramento, CA 94244-2430**

Matapos ninyong humingi ng Pagdinig ng Estado, maaaring magtagal nang hanggang 90 araw upang desisyunan ang inyong kaso at padalhan kayo ng kasagutan. Kung inaakala ninyong ang ganoong katagal na paghihintay ay makakasama sa kalusugan ninyo, maaaring makakuha kayo ng kasagutan sa loob ng 3 araw ng trabaho. Hingin sa inyong doktor o planong pangkalusugan na gumawa ng sulat para sa inyo. Kailangang detalyadong ipaliwanag ng sulat kung paano ang paghihintay nang hanggang 90 araw para sa desisyon sa inyong kaso ay seryosong makakasama sa inyong buhay, sa inyong kalusugan, o sa kakayahan ninyong makamit, mapanatili, o mabawi ang sukdulang kakayahang gumanap. Pagkatapos, siguraduhin na humingi ng “pinabilis na pagdinig” at ibigay ang sulat kasama ang inyong kahilingan para sa pagdinig.

Maaari kayong magsalita sa Pagdinig ng Estado. O maaaring magsalita para sa inyo ang isang kamag-anak, kaibigan, tagasuporta, doktor, o abogado. Kung gusto ninyong magsalita para sa inyo ang ibang tao, kailangan ninyong sabihin sa opisina ng Pagdinig ng Estado na ang taong ito ay napahintulatang magsalita para sa inyo. Ang taong ito ay tinatawag na “awtorisadong kinatawan.”