

FORM NG REKLAMO PARA SA KARAINGAN

Minamahal na Miyembro:

Ang sumusunod ay Form ng Reklamo para sa Karaingan na puwede mong kumpletuhin para maghain ng reklamo. Kung sa tingin mo ay hindi naibigay ng miyembro ng staff ng Plano ang trans-inclusive na pangangalagang pangkalusugan, may karapatan kang maghain ng karaingan gamit ang form na ito sa ilalim ng mga pangunahing pamamaraan sa karaingan ng Plano. Kung kailangan mo ng tulong sa pagpunan ng form na ito o gusto mo na lang isumite ang reklamo mo sa telepono, pakitawagan kami sa **1-800-344-4222**. Puwede ka ring magsumite ng reklamo sa aming website sa **concernhealth.com** sa pamamagitan ng portal ng empleyado mo (tingnan ang link sa form ng karaingan sa ibaba ng page).

Makakatanggap ka ng liham ng Pagkilala sa Pagtanggap ng Reklamo sa loob ng limang (5) araw mula nang matanggap ang reklamo. Ipinapaalam sa iyo sa liham ng Pagkilala sa Pagtanggap ng Reklamo na natanggap namin ang reklamo mo at inaayon na namin ito. Kapag natapos namin ang aming pagsisiyasat, magpapadala kami sa iyo ng Pahayag ng Paglutas sa Reklamo sa loob ng limang (5) araw mula nang magpasya kami (pero hindi kahit kailan lalampas sa tatlung (30) araw ng kalendaryo mula nang matanggap namin ang reklamo mo).

Posibleng matanggap mo ang aming mga liham sa pamamagitan ng mail o, kung binigyan mo kami ng pahintulot, sa email. *Pakitandaang hindi ganap na secure na paraan ng komunikasyon ang email at posibleng maipadala ang mga mensahe sa maling tao o hindi wastong masuri ang Protektadong Impormasyon sa Kalusugan sa panahon ng pag-store o pagpapadala. Sa pamamagitan ng pagbibigay ng pahintulot sa amin na makipag-ugnayan sa iyo sa email, kinikilala at sumasang-ayon ka sa mga panganiib na iyon.*

Ayon sa batas, dapat malutas ang lahat ng reklamo sa loob ng tatlung (30) araw mula nang matanggap ito. Para sa mga sitwasyong nauugnay sa hindi maiiwasan at matinding banta sa kalusugan ng Miyembro, magagawa mong humiling ng pinabilis na pagsusuri at/o makipag-ugnayan sa Departamento ng Pinapamahalaang Pangangalagang Pangkalusugan para sa tulong.

Pakitandaang puwede kaming makipag-ugnayan sa iyo sa telepono para talakayin ang reklamo mo at kumuha ng karagdagang impormasyong kailangan namin para malutas ang isyu. Pakitayak na magbigay ng numero ng telepono kung saan kami puwedeng makipag-ugnayan sa iyo para talakayin pa ang reklamo mo kung kinakailangan.

Paki-mail ang nakumpletong form mo sa:

*Attn: Grievances and Appeals
Concern: EAP
2490 Hospital Dr, Suite #310
Mountain View, CA 94040*

Kung mayroon kang anumang tanong kaugnay ng proseso sa karaingan o ng partikular na karaingan mo, makipag-ugnayan sa amin sa 1-800-344-4222. Ayon sa batas, kailangang malutas ang lahat ng karaingan sa loob ng tatlung (30) araw mula nang matanggap ang reklamo.

CONCERN: Employee Assistance Program
2490 Hospital Drive, Suite 310
Mountain View, California 94040
1-800-344-4222



FORM NG REKLAMO PARA SA KARAINGAN

Pangalan ng Miyembro: _____

Pangalan ng Employer: _____

Address ng Miyembro: _____

Pinapahintulutan mo ba kaming makipag-ugnayan sa iyo sa email? Oo Hindi

Email: _____

Pangunahing # ng Telepono: _____ # ng Cell Phone: _____

Paglalarawan ng Reklamo: (Maglakip ng mga karagdagang papel kung kinakailangan)

Pangalan ng Provider, Staff, o Serbisyo ng CONCERN (kung alam): _____

Pinapatunayan ko rito na tunay ang impormasyon sa itaas.

Lagda: _____

Naka-print na Pangalan: _____ Petsa: _____

PAUNAWA SA MGA RESIDENTE NG CALIFORNIA: MAY MAHALAGANG IMPORMASYON SA LIKOD

FORM NG REKLAMO PARA SA KARAINGAN

Responsibilidad ng Departamento ng Pinapamahalaang Pangangalagang Pangkalusugan ng California na pangasiwaan ang mga plano ng serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan. Kung mayroon kang karaingan laban sa planong pangkalusugan mo, dapat ka munang tumawag sa planong pangkalusugan mo sa telepono sa **1-800-344-4222** at gamitin ang proseso sa karaingan ng planong pangkalusugan mo bago makipag-ugnayan sa departamento. Ang paggamit ng pamamaraang ito sa karaingan ay hindi humahadlang sa anumang potensyal na legal na karapatan o remedyo na posibleng available para sa iyo. Kung nangangailangan ka ng tulong sa karaingan na nauugnay sa emergency, karaingan na hindi nalutas nang kasiya-siya ng planong pangkalusugan mo, o karaingan na hindi pa rin nalulutas sa loob ng mahigit 30 araw, puwede mong tawagan ang departamento para sa tulong. Puwede ka ring maging kwalipikado para sa Independiyenteng Medikal na Pagsusuri (Independent Medical Review, IMR). Kung kwalipikado ka para sa IMR, ang proseso ng IMR ay magbibigay ng walang pinapanigang pagsusuri ng mga medikal na desisyon na ginawa ng planong pangkalusugan na nauugnay sa medikal na pangangailangan ng ipinanukalang serbisyo o paggamot, mga desisyon sa saklaw para sa mga paggamot na eksperimental o pansiyasat at mga dispute sa pagbabayad para sa mga emergency o agarang medikal na serbisyo. Ang departamento ay mayroon ding toll-free na numero ng telepono (**1-888-466-2219**) at linya ng TDD (**1-877-688-9891**) para sa may problema sa pandinig at pagsasalita. Mayroong mga form ng reklamo, form ng aplikasyon para sa IMR, at tagubilin online ang internet website ng departamento sa **www.dmhc.ca.gov**.

Mababasa mo ba ang liham na ito?

Notice of Availability

You can request an interpreter at no cost to speak with CONCERN: EAP or a counselor. To request an interpreter or ask about written information in your language, first call CONCERN at 800-344-4222. Someone who speaks your language can help you. If you need more help, call the HMO Help Center at 888-466-2219

Aviso de Disponibilidad

Puede solicitar un intérprete sin cargo para hablar con CONCERN: EAP o un asesor. Para solicitar un intérprete o información escrita en su idioma, primero llame a CONCERN al 800-344-4222. Una persona que hable su idioma puede ayudarlo. Si necesita más ayuda, llame al Centro de Ayuda de HMO al 888-466-2219

通知：可提供的語言

在與 CONCERN（EAP 或者一位輔導員）

聯絡時，您可以請求免費提供口譯人員。如需請求提供口譯人員或以您的語言提供書面資料，請首先致電 CONCERN，電話號碼是 800-344-4222。將有一位會講您語言的工作人員幫助您。

如果您需要更多幫助，請致電 HMO 協助服務中心，電話號碼是 888-466-2219。

Paunawa ng Kahandaan

Makaahiling kayo ng isang tagasalin ng wika upang makipag-usap sa CONCERN: EAP o isang tagapayo. Upang humiling ng isang tagasalin ng wika o magtanong tungkol sa nakasulat na impormasyon sa inyong wika, tumawag muna sa CONCERN sa 800-344-4222. Ang isang nagsasalita ng inyong wika ay makakatulong sa inyo. Kung kailangan ninyo ng karagdagang tulong, tawagan ang HMO Help Center sa 888-466-2219