

Seksyon A: Impormasyon ng Miyembro

Apelyido		Pangalan		Inisyal
Petsa ng Kapanganakan (MM/DD/YY)		Petsa ng Insidente		
Mailing Address		Lungsod	Estado	Zip
Numero ng Telepono para sa Gabi	Numero ng Telepono para sa Araw	Mga Oras ng Pakikipag-ugnayan (Pakitukoy kung kailan mo gustong matawagan)		
Numero ng Miyembro				

Seksyon B: Mangyaring magbigay ng detalyadong dahilan ng iyong karaingan (reklamo):

Seksyon C: Lagda

Pinatutunayan ko na totoo at wasto sa abot ng kaalaman at paniniwala ko ang mga pahayag na nakasaad sa reklamong ito.

\_\_\_\_\_ Lagda \_\_\_\_\_ Petsa

Kung isang personal na kinatawan ang naghain ng reklamo sa ngalan ng indibidwal, kumpletuhin ang sumusunod at lagyan ng tsek ang naaangkop na kahon.

Naka-print ang Pangalan ng Personal na Kinatawan:

\_\_\_\_\_ Lagda ng Personal na Kinatawan \_\_\_\_\_ Petsa

- Magulang ng Menor de Edad na Anak  
  Legal na Tagapag-alaga  
  Power of Attorney  
  Tagapagpairal/Tagapagtanggol  
 Iba pa \_\_\_\_\_

Pakibalik ang form na ito sa:

Molina Healthcare of California  
Attn: Member Appeals and Grievance  
200 Oceangate, Suite 100  
Long Beach, CA 90802 or  
Fax (562) 499-0757

Responsibilidad ng Departamento ng Pinamamahalaang Pangangalagang Pangkalusugan (Department of Managed Health Care) ng California na pangasiwaan ang mga plano ng serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan. Kung mayroon kayong karaingan laban sa inyong planong pangkalusugan, dapat muna kayong tumawag sa inyong planong pangkalusugan sa **1-888-665-4621, dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 711**, at gamitin ang proseso para sa karaingan ng inyong planong pangkalusugan bago makipag-ugnayan sa departamento. Kapag ginamit ninyo ang proseso ng karaingang ito, magagamit pa rin ninyo ang anumang posibleng legal na karapatan o solusyong available sa inyo. Kung kailangan ninyo ng tulong sa karaingang may kaugnayan sa emergency, karaingang hindi kasiya-siyang nalutas ng inyong planong pangkalusugan, o karaingang hindi pa rin nalulutas makalipas ang tatlong (30) araw, maaari kayong tumawag sa departamento para sa tulong. Maaari din kayong maging kwalipikado para sa isang Hiwalay na Pagsusuring Medikal (Independent Medical Review o IMR). Kung kwalipikado kayo para sa IMR, magsasagawa ang proseso ng IMR ng walang kinikilingang pagsusuri sa mga medikal na pagpapasya ng planong pangkalusugan na may kaugnayan sa medikal na pangangailangan para sa isang iminumungkahing serbisyo o paggamot, mga pasya ukol sa saklaw para sa mga paggamot na pang-eksperimento o pangsiyasat, gayundin sa mga problema sa pagbabayad ng mga pang-emergency o pang-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 pananalita. May mga form ng reklamo, form ng aplikasyon sa IMR, at online na tagubilin sa website sa internet ng departamento na [www.dmhc.ca.gov](http://www.dmhc.ca.gov).

Maaari kayong humingi ng tulong mula sa Departamento ng Mga Serbisyo sa Pangangalagang Pangkalusugan (Department of Health Care Services, DHCS). Maaaring matulungan ng DHCS ang mga miyembro ng Medi-Cal Managed Care sa kanilang mga karaingan at apela. Kung gusto ninyong makipag-ugnayan sa DHCS upang talakayin ang inyong mga alalahanin, problema, o reklamo, mangyaring tumawag sa Medi-Cal Managed Care Ombudsman nang toll-free sa 1-888-452-8609, Lunes hanggang Biyernes, mula 8:00 a.m. hanggang 5:00 p.m. Maaaring tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 711.