

## 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.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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 tatlung (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**.