

Seksyon A: Impormasyon ng Miyembro

Apelyido		Pangalan		Inisyal
Petsa ng Kapanganakan (MM/DD/YY)		Petsa ng Insidente		
Address		Lungsod	Estado	Zip
Numero ng Telepono sa Gabi	Numero ng Telepono sa Araw		Mga Oras ng Pakikipag-ugnayan (Pakitukoy kung kailan mo gustong makaugnayan)	
Paki-check Ang Isa: ☐ Medi-Cal ☐ Marketplace		Numero ng Miyembro		

Seksyon B: Mangyaring magbigay ng simpleng dahilan para sa iyong reklamo:

Seksyon C: Lagda

Pinapatotohanan ko na ang mga inilabas na pahayag sa reklamong ito ay tunay at wasto sang-ayon sa aking nalalamang impormasyon at paniniwala.

Lagda _____ Petsa _____

Kung ang reklamo ay inihain ng isang personal na kinatawan sa ngalan ng indibidwal, kumpletuhin ang sumusunod at lagyan ng check ang naaangkop na kahon. I-print ang Pangalan ng Personal na Kinatawan: _____

Lagda ng Personal na Kinatawan _____ Petsa _____

☐ Magulang ng Menor-de-edad na Bata
 ☐ Legal na Tagapag-alaga
 ☐ Power of Attorney
 ☐ Tagagawa/Tagapag-ingat
☐ 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

Ang California Department of Managed Health Care ay responsable sa pangangasiwa sa mga plano ng serbisyo sa pangangalaga sa kalusugan. Kung mayroon kang karaingan laban sa iyong plano sa kalusugan, dapat mo munang tawagan ang iyong plano sa kalusugan sa **1-888-665-4621, Magdayal ng mga gumagamit ng TTY 711** at gamitin ang proseso sa karaingan ng iyong plano sa kalusugan bago makipag-ugnayan sa departamento. Hindi ipagbabawal ng paggamit sa proseso sa karaingan na ito ang anumang mga potensyal na legal na karapatan o remedyo na maaaring available sa iyo. Kung kailangan mo ng tulong sa isang karaingan na nauugnay sa isang emergency, isang karaingan na hindi pa sapat na nalulutas ng iyong plano sa kalusugan, o isang karaingan na hindi pa nalulutas nang lampas 30 araw, maaari mong tawagan ang departamento para sa tulong. Maaari ka ring maging kwalipikado para sa isang Hiwalay na Pagsusuring Medikal (Independent Medical Review o IMR). Kung kwalipikado ka para sa IMR, ang proseso ng IMR ay magbibigay ng walang kinikilingang pagsusuri ng mga medikal na pasya ng isang plano sa kalusugan na nauugnay sa medikal na pangangailangan ng isang iminumungkahing serbisyo o pangagamot, mga pagpapasya sa saklaw para sa mga pangagamot na sinusubukan o sinusuri pa lang at mga hindi pagkakasundo sa pagbabayad para sa mga pang-emergency o agarang serbisyong medikal. Mayroon ding toll-free na numero ng telepono **(1-888-HMO-2219)** at **lina ng TDD (1-877-688-9891), Magdayal ng mga gumagamit ng TTY 711** ang departamento para sa may kapansanan sa pandinig at pagsasalita. Ang Internet Web site ng departamento <http://www.hmohelp.ca.gov> ay mayroong mga form sa pagrereklamo, form sa pag-apply para sa IMR at mga tagubilin online.