

FORM NG HINAING

Pangalan ng Miyembro _____ # ng ID _____

Adres _____

Numero ng Telepono: (Bahay) _____ (Trabaho) _____

Pakipili ng isa sa mga sumusunod:

HINAING — Hindi ka ba nasisiyahan sa bagay maliban sa pasya sa benepisyo o bayad sa paghabol na ginawa namin?

APELA — Hindi ka ba nasisiyahan sa pasya sa benepisyo o mga bayad sa paghabol na ginawa namin?

Pakisalarawan ang iyong alalahanin nang detalyado gamit ang mga pangalan, petsa, at mga lugar ng serbisyo, oras sa araw at mga isyu na naganap. Kung naaangkop, pakisaad din kung bakit dapat pag-isipan ng UnitedHealthcare Community Plan of California ang pagbabayad sa mga hiniling na serbisyong hindi karaniwang nasasaklawan. Pakipadala sa koreo ang nakumpletong form na ito sa adres na nakalista sa ibaba.

Pangalan, Adres, ang numero ng Telepono ng Awtorisado mong Kinatawan, kung mayroon man:

(Lagda)

(Petsa)

**Mga Serbisyo sa Miyembro
UnitedHealthcare Community Plan of California
Grievance and Appeals
P.O. Box 31364
Salt Lake City, UT 84131-0364**

Ang California Department of Managed Health Care ay may pananagutan sa pamamahala ng mga plano ng serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan. Kung ikaw ay may karaingan laban sa iyong planong pangkalusugan, kailangan mo munang tawagan sa telepono ang iyong planong pangkalusugan sa **1-866-270-5785, TTY 711** at gamitin ang proseso ng karaingan ng iyong planong pangkalusugan bago tumawag sa departamento. Ang paggamit sa pamamaraan ng karaingan na ito ay hindi humahadlang sa anumang potensyal na mga legal na karapatan o mga remedyo na maaari mong magamit. Kung kailangan mo ng tulong sa isang karaingan na kinasasangkutan ng isang emergency, isang karaingan na hindi kasiyasiyang nalutas ng iyong planong pangkalusugan, o isang karaingan na nananatiling hindi nalulutas sa loob ng higit 30 araw, maaari mong tawagan ang departamento para sa tulong. Maaari ka ring maging karapat-dapat para sa isang Independiyenteng Medikal na Pagrepaso (Independent Medical Review, IMR). Kung karapat-dapat ka para sa IMR, magbibigay ang proseso ng IMR ng isang walang kinikilingang pagrepaso sa mga medikal na pagpapasyang ginawa ng isang planong pangkalusugan kaugnay ng medikal na pangangailangan sa isang iminumungkahing serbisyo o paggamot, mga pagpapasya ukol sa saklaw para sa mga paggamot na eksperimental o pansiyasat ang kalikasan, at mga gusot sa pagbabayad para sa emergency o mga agarang medikal na serbisyo. Ang departamento ay mayroon ding libreng numero ng telepono (**1-888-466-2219**) at isang **lina ng TDD(1-877-688-9891)** para sa may kapansanan sa pandinig at pagsasalita. Ang Internet website ng departamento www.dmhca.gov ay may mga form para sa reklamo, mga form sa aplikasyon sa IMR, at mga online na tagubilin.