

MGA INSTRUKSYON SA FORM NG KARAINGAN AT APELA NG MIYEMBRO

ANG MISYON NAMIN: Tulungan ang aming mga miyembro at ang mga komunidad na pinaglilingkuran namin na maging malusog.



Mahalaga ang iyong pananaw! Gusto naming magkaroon ka ng pinakamahusay na pangangalaga at serbisyo hangga't posible. Kung mayroon kang problema habang ginagamit ang iyong Partnership Medi-Cal plan, may karapatan kang maghain ng Karaingan o Apela. Kompletihin ang kalakip na form. Sabihin sa amin kung ano ang nangyari at kung paano kami makakatulong. Ipaliwanag kung bakit hindi ka kontento sa iyong karanasan o kung bakit dapat aprubahan ang iyong benepisyo. Kapag sinabi mo sa amin ang tungkol sa iyong problema, makakatulong ito sa amin na mapahusay ang pangangalaga para sa lahat ng miyembro. Kadalasan nang iniimbestigahan ang mga kaso sa loob ng 30 araw. Hindi kami mandidiskrimina o gaganti sa iyo dahil sa paghahain ng kaso. Kung pipiliin mong katawanin ka ng isang tao, dapat na may awtorisasyon sila na nasa file ng Partnership. Kung nagkakaproblema ka sa iyong pagiging karapat-dapat sa Medi-Cal, mangyaring tawagan ang iyong Pagiging Karapat-dapat sa County.


Ano ang Karaingan?

Hindi ka ba nasisiyahan sa iyong serbisyo? Ang Karaingan ay isang kahilingan upang suriin ng Partnership ang isang problema sa mga serbisyong natanggap mo mula sa iyong provider o Partnership. Ang isang halimbawa ng Karaingan ay paghihintay nang masyadong matagal upang makatanggap ng appointment sa iyongng doktor. Walang limitasyon ng oras para sa paghahain ng Karaingan.

Ano ang Apela?

Ang Apela ay isang kahilingan na repasuhin ng Partnership ang isang desisyon tungkol sa isang benepisyo o serbisyong tinanggihan, nilimitahan, o inihinto. Kasama rin dito ang hindi pagbabayad para sa mga saklaw na serbisyo. Ang isang halimbawa ng Apela ay kung hindi ka sumasang-ayon sa tinanggihang operasyon. Dapat mong ihain ang iyong Apela sa loob ng **60 araw sa kalendaryo** mula sa petsa sa sulat na Abiso ng Aksyon (Notice of Action, NOA). Sasabihin sa iyo ng sulat na NOA kung bakit tinaggihan ang benepisyo.

Paano Maghain ng Karaingan o Apela

 **(800) 863-4155 or (800) 735-2929 (TTY)**
Tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro nang Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. - 5 p.m. para sa tulong sa paghahain ng kaso. Humiling sa Mga Serbisyo sa Miyembro ng interpreter o iba pang serbisyo ng tulong sa wika kung kailangan mo ng tulong sa pakikipag-ugnayan.

Pwede ka ring maghain ng kaso online, sa pamamagitan ng koreo, fax o ng personal.



Partnership HealthPlan of California
ATTN: Grievance & Appeals Dept.
4665 Business Center Drive
Fairfield, CA 94534



Maghain sa pamamagitan ng pag-fax sa:
(707) 863-4351



Maghain online sa:
www.partnershiphp.org



Maghain ng personal sa:
Fairfield: 4665 Business Center Drive, Fairfield,
CA 94534

Kung hindi ka nasisiyahan sa pagpapasya sa anumang Apela, maaari kang maghain ng Pagdinig ng Estado sa California Department of Social Services. Tumawag sa **(800) 952-5253** para sa tulong.

MGA INSTRUKSYON PARA SA KAWANI NG PROVIDER/OPISINA

Kung magpahayag ang miyembro ng anumang problema sa panahon ng kanilang pagbisita, pwede silang

maghain ng kaso gamit ang anumang paraan na nasa itaas o sa pamamagitan ng pagkompleto sa form na ito. Pwede kang mag-fax o ang miyembro ng nakompletong form sa **(707) 863-4351**. Iimbestigahan ng Partnership ang mga alalahaning ito. Hindi ibabahagi ng Partnership ang mga resulta ng imbestigasyon sa provider o sa opisina nito. Kung mayroon kang anumang tanong tungkol sa proseso ng Karaingan at mga Apela, mangyaring makipag-ugnayan sa Kinatawan ng Pakikipag-ugnayan ng Provider ng Partnership. Hinahadlangan ng mga patakaran at pamamaraan ng Partnership ang anumang partido na gumanti sa kahit na sinong naghain ng kaso o nakibahagi sa imbestigasyon ng Karaingan o Apela.



FORM NG KARAINGAN AT APELA NG MIYEMBRO

Petsa Ngayon:	Uri ng Kaso: <input type="checkbox"/> Karaingan <input type="checkbox"/> Apela <input type="checkbox"/> Hindi Alam	
IMPORMASYON NG MIYEMBRO		
Pangalan ng Miyembro:	ID/CIN ng Miyembro:	Petsa ng Kapanganakan:
Address sa Koreo:	Lungsod:	Zip:
Numro ng Telepono:	Alternatibong Numero ng Telepono:	
Pangalan ng Taong Sumasagot sa Form:	Taong Sumasagot sa Form : <input type="checkbox"/> Miyembro <input type="checkbox"/> Awtorisadong Kinatawan <input type="checkbox"/> Iba pa	
URI NG KARAINGAN O APELA		
Petsa ng problema:	Saan naganap ang problema?	
Sino ang sangkot?		
Ipaliwanag sa maikli ang problema. Isama ang anumang impormasyon na maaaring makatulong sa pagsasaliksik ng iyong kaso.		
Kung tinanggihan namin ang benepisyo, isulat ang authorization # mula sa sulat ng NOA. Kung nawawala ito, isulat ang petsa ng (mga) serbisyo.		
KALUTASAN		
Anong mga hakbang na ang ginawa mo para ayusin ang problema?		
Paano makakatulong ang Partnership?		
Pirma ng Miyembro:	Petsa:	