

Form ng Karaingan para sa Komersyal na Mga Miyembro ng ASH Plans

Atensyon mga miyembro ng Medicare Advantage – huwag kumpletuhin ang form na ito. Hilingin ang “Form ng Apela at Karaingan ng Medicare Advantage Plan Member sa California”

May karapatan kang magsampa ng karaingan tungkol sa anuman ng iyong medikal na pag-aalaga o mga serbisyo, kabilang ang para sa pagkabigo ng mga tauhan ng plano na magbigay sa iyo ng trans-inclusive na pangangalaga. Upang magsampa ng karaingan, mangyaring kumpletuhin ang form na ito. Ang ASH Plans, o ang iyong pangunahing plano ng medikal na kalusugan ay dapat, sa pamamagitan ng batas, magbigay ng sagot sa iyo sa loob ng 30 araw. Maaari mong tawagan ang mga numero ng telepono na nasa iyong (ID) kard ng Miyembro o tawagan ang tanggapan ng iyong doktor kung mayroon kang katanungan. Kung sa palagay mo ang paghihintay ng sagot mula sa iyong plano ng kalusugan ay makakasama sa iyong kalusugan, tumawag at hihingi ng “Pinapadaling Pagrepaso.”

Mangyaring i-print o i-type ang sumusunod na impormasyon:

Pangalan ng Miyembro (Apelyido, pangalan, gitnang inisyal)

Tirahan

Numero ng Telepono sa Tahanan (kabilang ang area code)

Lungsod, Estado, Zip

Numero ng Telepono sa Trabaho (kabilang ang area code)

Pangalan ng Maypagawa o Grupo

ID # ng Miyembro o ng Pagpapalista

Petsa ng Kapanganakan (bb/aa/tttt)

Kung may isang tao na iba sa miyembro ang nagpupuno sa karaingan na ito, mangyaring ibigay ang sumusunod na impormasyon:

Pangalan: _____ Telepono sa Panahon ng Araw #: _____

Relasyon sa Miyembro: _____

Tirahan: _____

Lungsod: _____ Estado: _____ Zip: _____

Isulat kung ano ang tungkol sa iyong karaingan. Magbigay ng mga petsa, mga oras, mga pangalan ng tao, mga lugar, atbp. na kasangkot.



American Specialty Health Plans of California, Inc.

Mangyaring ikabit ang mga kopya ng anumang bagay na makakatulong sa amin na maiintindihan ang iyong karaingan.

Kung magkabit ka ng ibang mga pahina, mangyaring lagyan ng tsek ang kahon na ito. ☐

Mangyaring LAGDAAN at ipadala sa pamamagitan ng SULAT o i-FAX ang kumpletong form sa P.O. Box 509077, San Diego, CA 92150-9077 o 877-404-2746. O, kung mailalapat, mangyaring isumite ang kumpletong form sa iyong pangunahing plano ng medikal na kalusugan. Tingnan ang iyong Ebidensya ng Saklaw para sa karagdagang impormasyon.

Petsa: _____ **Lagda ng Miyembro:** _____

Petsa: _____ **Lagda ng Kinatawan:** _____

PAUNAWA SA MIYEMBRO O SA IYONG KINATAWAN:

Ang Kagawaran ng Pinamahalaang Pag-aalaga ng Kalusugan sa California ay may pananagutan sa pangangalaga ng mga plano ng serbisyo sa pag-aalaga sa kalusugan. Kung ikaw ay may karaingan laban sa iyong plano ng kalusugan, dapat mong tawagan muna sa telepono ang iyong plano ng kalusugan sa **1-800-678-9133** at gamitin ang proseso ng karaingan sa iyong plano ng kalusugan bago makikipag-ugnayan sa departamento. Ang paggamit sa pamamaraan ng karaingan na ito ay hindi maghihigpit ng anumang mahalagang ligal na mga karapatan o mga remedyo na maaaring mong makukuha. Kung ikaw ay nangangailangan ng tulong ng karaingan na sangkot sa emerhensya, isang karaingan na hindi kasiya-siyang nalutas ng iyong plano ng kalusugan, o isang karaingan na nanatiling hindi nalutas nang higit sa 30 araw, maaari mong tawagan ang departamento para sa tulong. Ikaw ay maaaring may karapatan na hihiling ng independyenteng medikal na pagsusuri kung sa palagay mo ang mga serbisyong pag-aalaga ng kalusugan ay hindi maayos na tinanggihan, binago, o inantala ng ASH Plans, o isa sa tagakontratang mga tagapagbigay ng ASH Plans. Maaari din ikaw na maging karapat-dapat para sa isang Independent Medical Review (IMR). Kung ikaw ay karapat-dapat para sa IMR, ang proseso ng IMR ay magbibigay ng walang kinikilingan na pagrepaso sa medikal na mga desisyong ginawa ng plano sa kalusugan kaugnay sa medikal na kailangan ng iminungkahing serbisyo o paggagamot, mga desisyon ng saklaw para sa mga paggamot na pamamaraan sa pag-eksperimento o pagsisiyasat at mga pagtatalo sa pagbabayad para sa emerhensya o madaliang mga serbisyong medikal. 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 kapansanan sa pandinig at pagsasalita. Ang Web site sa Internet ng departamento na www.dmhc.ca.gov ay may mga form ng reklamo, mga form sa aplikasyon ng IMR at mga tagubilin sa online.

Federal na Mga Kawani: Kung ikaw ay isang Federal na Kawani, mayroon kang dagdag na mga karapatan sa pamamagitan ng Tanggapan ng Tagapamahala ng Tauhan (OPM) sa halip na sa DMHC. Mangyaring isasangguni ang iyong Brosyur sa Programa ng Federal na Mga Benepisyo sa Kalusugan ng Mga Kawani (FEHB), na nagpapahayag na maaari mong hilingin ang OPM na repasuhin ang pagtatanggi matapos mong hilingin ang iyong plano ng kalusugan na muling isaalang-alang ang paunang pagtatanggi o pag-aayaw. Tutukuyin ng OPM kung ang iyong plano ng kalusugan ay naglapat nang wastong mga tuntunin sa kanyang kontrata nang tinanggihan ang iyong claim o hiling ng serbisyo. Ipadala ang iyong hiling upang repasuhin sa: Tanggapan ng Tagapamahala ng Tauhan, Tanggapan ng Mga Programa ng Insyurans Dibisyon ng Mga Kontrata IV, P. O. Box 436, Washington, D.C. 20044

Mga Kawani ng Mga Kompanyang Sariling-Nakasiguro: Ikaw ay may karapatan na dalhin ang sibil na aksyon sa ilalim ng Seksyon 502(a) ng Akta sa Siguridad ng Kinita sa Pagreretiro ng Kawani (ERISA) kung ikaw ay nakapagpalista sa iyong plano ng kalusugan sa pamamagitan ng maypagawa na nasasakop sa ERISA. Una, siguraduhin na lahat ng kinakailangang mga pagsusuri sa iyong apelang claim ay nakumpleto at ang iyong claim ay hindi naaprubahan. Kung ganoon konsultahin ang administrador sa plano ng kalusugan ng iyong maypagawa upang tukuyin kung ang plano ng kalusugan ng iyong maypagawa ay pinamahalaan ng ERISA. Bukod pa rito, ikaw at ang iyong plano ng kalusugan ay maaaring may ibang mga pagpipiliang resolusyon ng boluntaryong alternatibong pagtatalo, tulad ng pagpamamagitan.

MAHALAGA: Kung nagkakaproblema ka sa pagbabasa ng dokumentong ito at nangangailangan ng wika na iba sa Ingles, mayroon kaming isang tao na tutulong sa iyo. Maaari kang tatawag sa 1.800.678.9133 Lunes hanggang Biyernes 5 a.m. hanggang 6 p.m. Oras ng Pasipiko. Walang bayad ang serbisyong ito. Dahil ang dokumentong ito ay maaaring nangangailangan ng iyong aksyon, ikaw ay hinikayat na tatawag sa lalong madaling panahon.