Form ng Karaingan

DentaQuest
Benefits provided by California Dental Network

Pakikumpleto ang form na ito at ibalik sa address ng koreo na ipinakita sa itaas sa pinakamaagang panahon na maginhawa sa iyo. Kikilalanin ang pagtanggap mula sa iyo sa loob ng limang araw. Mareresolba ang lahat ng mga karaingan sa loob ng 30 araw hangga't maaari. Kung apurahan o emerhensiya ang lahat ng mga karaingan mo, pakitawagan ang libre ang toll na Plano sa 1-855-388-6257, TTY/TDD 711 para sa lalawigan ng Los Angeles o 1-833-479-1984, TTY/TDD 711 para sa lalawigan ng Sacramento para sa agarang pagrepaso. Hindi madidiskrimina o magagantihan sa anumang paraan ang mga miyembrong maghahain ng karaingan laban sa Plano..

Impormasyon ng Miyembro

Pangalan ng Miyembro: _____

ng Pagkakakilanlan ng Miyembro: _____

Pangalan ng Subscriber (kung naiiba sa itaas): _____

S# ng Pagkakakilanlan ng Subscriber (kung naiiba sa itaas): _____

Telepono sa Araw: _____ Telepono sa Gabi: _____

Impormasyon ng Karaingan

Pakigamit ang likurang bahagi ng form na ito para detalyadong ilarawan ang karaingan mo.
Inihahain ang karaingan na ito laban sa (pakilagyan ng tsek ang naaangkop ng (mga) kahon):

☐ ng Plano ☐Pasilidad ☐ Kawani ng Pasilidad

(Mga) Petsa ng Kaganapan ng Karaingan: _____

Impormasyon ng Pasilidad

Pangalan ng Pasilidad: _____ # ng Pagkakakilanlan ng Pasilidad: _____

Address ng Pasilidad: _____

(Mga) Pangalan ng Gumagamot na Tagapagkaloob: _____

Listahan ng (mga) pangalan ng kawani ng pasilidad na kinausap mo tungkol sa bagay na ito: _____

_____

Mga Kahulugan para sa Mga Pamamaraan ng Karaingan

- Ang "karaingan" ay nangangahulugang isang nakasulat o pasalitang pagpapahayag ng hindi kakuntentuhan hinggil sa plano at/o tagapagkaloob, kabilang ang mga alalahanin sa kalidad ng pangangalaga, at dapat isama ang isang reklamo, pagtatalo, kahilingan para sa rekonsidersyon o apela na ginawa ng isang naka-enroll o ng kinatawan ng naka-enroll.
- Ang "Reklamo" ay kapareho ng "karaingan."
- Ang "Nagrereklamo" ay kapareho ng "dumadaing," at nangangahulugang ang taong naghain ng karaingan kabilang ang naka-enroll, isang kinatawan na itinalaga ng naka-enroll, o ibang indibidwal na may awtoridad na kumilos sa ngalan ng naka-enroll.
- Ang ibig sabihin ng "Naresolba" ay narating na ng karaingan ang pangwakas na konklusyon patungkol sa isinumiteng karaingan ng naka-enroll, at walang nakabinbing apela ng naka-enroll sa loob ng sistema ng karaingan ng plano, kabilang ang mga entidad na may delegadong awtoridad.
- Ang "Nakabinbin" na mga karaingan na hindi naresolba sa loob ng 30 araw ng kalendaryo, o ang mga karaingan ay tinukoy sa reklamo ng Kagawaran o independiyenteng sistema ng medikal na pagrepaso.

Ang Kagawaran ng Pinamamahalaang Pangangalaga ng Kalusugan ng California ay may pananagutan sa pag-aayos ng mga plano ng serbisyo sa pangangalaga ng kalusugan. Kung mayroon kang karaingan laban sa planong pangkalusugan mo, dapat mo munang tawagan ang planong pangkalusugan mo sa 1-855-388-6257, TTY/TDD 711 para sa Lalawigan ng Los Angeles o 1-833-479-1984 TTY/TDD 711 para sa Lalawigan ng Sacramento at gamitin ang proseso ng karaingan ng planong pangkalusugan mo bago kontakin ang kagawaran. Ang paggamit sa pamamaraang ito ng karaingan ay hindi nagbabawal sa anumang potensyal na legal na karapatan o mga remedyo na maaaring magagamit para sa iyo. Kung kailangan mo ng tulong sa isang karaingan na kinasasangkutan ng isang emerhensiya, isang karaingan na hindi pa lubusang naresolba ng iyong plano ng kalusugan, o isang karaingan na nanatiling hindi nalutas nang higit sa 30 araw, maaari kang tumawag sa kagawaran para sa tulong. Maaari ka ring maging karapat-dapat para sa isang Independyenteng Medikal na Pagrepaso (IMR). Kung karapat-dapat ka para sa IMR, ang proseso ng IMR ay magbibigay ng walang kinikilingan na pagrepaso sa mga medikal na desisyon na ginawa ng isang plano ng kalusugan na may kaugnayan sa medikal na pangangailangan ng isang iminungkahing serbisyo o paggamot, mga desisyon sa pagsaklaw para sa mga paggagamot na pang-eksperimento o pagsisiyasat ang layunin at mga hindi pagkakaunawaan sa pagbabayad para sa emerhensiya o apurahang mga serbisyong medikal. Mayroon ding libreng tool na numero ng telepono ang kagawaran (1-888-466-2219) at linya ng TDD (1-877-688-9891) para sa may kapansanan sa pandinig at pagsasalita. Ang internet website ng kagawaran nawww.dmhc.ca.gov ay may mga form ng reklamo, mga form ng aplikasyon sa IMR at mga instruksion sa online.

Ilarawan ang Isidente at Karainga Mo (maglakip ng karagdagang mga pahina, kung kinakailangan)

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Ino-awtorisa ko ang sinumang dentista, doktor, ospital o ibang medikal na pasilidad o propesyonal na ilabas ang anuman at lahat ng medikal/pang-ngipin na mga rekord na nauugnay sa karaingan ko o na makakaapekto sa pagrepaso at resolusyon ng Plano.

_____ _____

Lagda ng Miyembro Petsa

Binibigyan ko ng kapahintulutan ang California Dental Network, Inc. DBA DentaQuest para talakayin ang Karaingan na ito sa (mga) taong pinangalanan sa ibaba, kabilang ang anumang nauukol na medikal/pang-ngipin na mga rekord at/o personal na impormasyon ng kalusugan na kinakailangan para makatulong sa pagproseso sa Karaingan na ito.

_____

(Mga) Pangalan ng Awtorisadong (Mga) Kinatawan

_____ _____

Lagda ng Miyembro Petsa

Form sa Karaingan ng Pagkansela ng Pagsaklaw sa Pangangalagang Pangkalusugan

DentaQuest
Benefits provided by California Dental Network

Impormasyon ng Miyembro

Pangalan ng Miyembro: _____ Kasarian: ☐ Lalaki ☐ Babae ☐ Iba pa

Pangalan ng Magulang/Tagapag-alaga (kung kinumpleto para sa batang menor de edad): _____

Petsa ng Kapanganakan ng Miyembro: _____ # ng Pagiging Miyembro: _____

Address ng Kereo ng Miyembro: _____

Lungsod, Estado, Zip ng Miyembro: _____

Telepono sa Araw: _____ Telepono sa Gabi: _____

E-mail Address: _____

Taga-empleyo (kung nalalapat): _____

Pinabisang (mga) # ng Pagkakakilanlan ng Lahat ng Naka-enroll: _____

_____

Pinabisang (mga) Pangalan ng Lahat ng Naka-enroll: _____

_____

Pangalan ng Plano ng Kalusugan: _____

ng Pagkakakilanlan ng Medi-Cal (kung nalalapat): _____

ng ID ng Medicare o Medicare Advantage (kung nalalapat): _____

Medikal na Grupo (kung nalalapat): _____

Lagda ng Miyembro: _____ Petsa: _____

Impormasyon ng Karaingan

Kung Nalalapat:

Petsa kung kailan natanggap ng Miyembro ang abiso na nagwakas o magwawakas ang pagsaklaw: _____

Petsa kung kailan naghain ang Miyembro ng karaingan na may entidad maliban sa DMHC: _____

Kung Magagamit, Pakibigay ang:

- Mga kopya ng (mga) abiso at (mga) sulat ng plano na natanggap, kung may anuman
- Mga kopya ng anumang (mga) sulat na ipinadala ng Miyembro
- Mga kopya ng katibayan ng pagbabayad para sa huling binayarang panahon ng pagsaklaw

Medikal na Pagpapalaya

Hinihiling ko sa Kagawaran ng Pinamamahalaang Pangangalaga ng Kalusugan (Department of Managed Health Care, DMHC) na gumawa ng desisyon tungkol sa problema sa plano ko. Hinihiling ko sa DMHC na repasuhin ang Pakansela ko ng Form ng Karaingan sa Pagsaklaw ng Kalusugan para matukoy kung kwalipikado ang karaingan ko para sa proseso sa Reklamo ng Konsumidor ng DMHC. Pinapahintulutan ko ang mga tagapagkaloob ko, nakaraan at kasalukuyan, at plano ko na ilabas ang mga medikal na rekord at impormasyon ko para repasuhin ang isyu na ito. Maaaring kabilang sa mga rekord na ito ang medikal, kalusugan ng pag-iisip, pag-abuso sa droga, HIV, mga ulat sa diagnostic imaging, at ibang mga rekord na nauugnay sa karaingan ko. Maaaring kabilang sa mga rekord na ito ang mga rekord na hindi medikal at anumang iba pang impormasyon na nauugnay sa karaingan ko. Pinapahintulutan ko ang DMHC na repasuhin ang mga rekord at impormasyon ko at ipadala ang mga ito sa plano ko. Magwawakas ang pagpapahintulot ko sa isang taon mula sa petsa sa ibaba, maliban sa pinapahintulutan ng batas. Halimbawa, pinapahintulutan ng batas ang DMHC na ipagpatuloy na panloob na gamitin ang impormasyon ko. Maaari kong wakasan nang mas maaga ang pahintulot ko kung nais ko. Totoo ang lahat ng impormasyong ipinagkaloob ko sa pilyegong ito.

Miyembro, Legal na Tagapag-alaga, o Lagda ng Magulang: _____ Petsa: _____

Ang Kagawaran ng Pinamamahalaang Pangangalaga ng Kalusugan ng California ay may pananagutan sa pag-aayos ng mga plano ng serbisyo sa pangangalaga ng kalusugan. Kung mayroon kang karaingan laban sa planong pangkalusugan mo, dapat mo munang tawagan ang planong pangkalusugan mo sa 1-855-388-6257, TTY/TDD 711 para sa Lalawigan ng Los Angeles o 1-833-479-1984, TTY/TDD 711 para sa Lalawigan ng Sacramento, at gamitin ang proseso ng karaingan ng planong pangkalusugan mo bago kontakin ang kagawaran. Ang paggamit sa pamamaraang ito ng karaingan ay hindi nagbabawal sa anumang potensyal na legal na karapatan o mga remedyo na maaaring magagamit para sa iyo. Kung kailangan mo ng tulong sa isang karaingan na kinasasangkutan ng isang emerhensiya, isang karaingan na hindi pa lubusang naresolba ng iyong plano ng kalusugan, o isang karaingan na nanatiling hindi nalutas nang higit sa 30 araw, maaari kang tumawag sa kagawaran para sa tulong. Maaari ka ring maging karapat-dapat para sa isang Independyenteng Medikal na Pagrepaso (IMR). Kung karapat-dapat ka para sa IMR, ang proseso ng IMR ay magbibigay ng walang kinikilingan na pagrepaso sa mga medikal na desisyon na ginawa ng isang plano ng kalusugan na may kaugnayan sa medikal na pangangailangan ng isang iminungkahing serbisyo o paggamot, mga desisyon sa pagsaklaw para sa mga paggagamot na pang-eksperimento o pagsisiyasat ang layunin at mga hindi pagkakaunawaan sa pagbabayad para sa emerhensiya o apurahang mga serbisyong medikal. Mayroon ding libreng tool na numero ng telepono ang kagawaran (1-888-466-2219) at linya ng TDD (1-877-688-9891) para sa may kapansanan sa pandinig at pagsasalita. Ang internet website ng kagawaran nawww.dmhc.ca.gov ay may mga form ng reklamo, mga form ng aplikasyon sa IMR at mga instruksion sa online.

Ilarawan ang Isidente at Karainga Mo (maglakip ng karagdagang mga pahina, kung kinakailangan)

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

(Maglakip ng karagdagang mga pilyego gaya kinakailangan)

Form ng Awtorisadong Katulong

Kung gusto mong bigyan ang ibang tao ng pahintulot para tulungan ka sa karaingan mo, kumpletuhin ang mga Bahagi A at B sa ibaba.

Kung isa kang magulang o legal na tagapag-alaga na nagsusumita sa karaingan na ito para sa batang wala pang 18 taong gulang, hindi mo kailangang kumpletuhin ang form na ito.

Kung inihahain mo ang karaingan na ito para sa naka-enroll na hindi makakumpleto sa form na ito dahil alinmang inkompetente o walang kakayahan ang naka-enroll, at mayroon kang legal na awtoridad para kumilos para sa naka-enroll na ito, pakikumpleto ang Bahagi B lamang. Maglakip din ang kopya ng kapangyarihan ng abugado para sa mga desisyon sa pangangalagang pangkalusugan o ibang mga dokumento na nagsasabing maaari kang gumawa ng mga desisyon para sa naka-enroll.

Bahagi A: Miyembro:

Pinapahintulutan ko ang taong pinangalanan sa ibaba sa Bahagi B para tulungan ako sa karaingan ko na inihain sa DMHC. Pinapahintulutan ko ang kawani ng DMHC na ibahagi ang impormasyon tungkol sa medikal na (mga) kondisyon at pangangalaga ko sa taong pinangalanan sa ibaba. Maaaring kabilang sa impormasyon ito ang paggamot sa kalusugan ng pag-iisip, paggamot o pag-suri ng HIV, paggamot ng alak o droga, o ibang impormasyon ng pangangalagang pangkalusugan.

Naiintindihan ko na tanging ang impormasyon na nauugnay sa karaingan ko ang maibabahagi.

Boluntaryo ang pag-apruba ko sa tulong na ito at may karapatan akong wakasan ito. Kung gusto kong wakasan ito, dapat gawin ko ito sa pamamagitan ng pagsutlat.

Pangalan ng Miyembro (ilimbag): _____

Lagda ng Miyembro: _____ Petsa: _____

Bahagi B: Taong Tumutulong sa Miyembro

Pinapahintulutan ko ang taong pinangalanan sa ibaba sa Bahagi B para tulungan ako sa karaingan ko na inihain sa DMHC. Pinapahintulutan ko ang kawani ng DMHC na ibahagi ang impormasyon tungkol sa medikal na (mga) kondisyon at pangangalaga ko sa taong pinangalanan sa ibaba. Maaaring kabilang sa impormasyon ito ang paggamot sa kalusugan ng pag-iisip, paggamot o pag-suri ng HIV, paggamot ng alak o droga, o ibang impormasyon ng pangangalagang pangkalusugan.

Pangalan ng Taong Tumutulong (ilimbag): _____

Lagda ng Taong Tumutulong: _____

Address ng Kalye: _____

Lungsod, Estado, Zip: _____

Relasyon sa Pasyente: _____

ng Telepono sa Araw: _____

ng Telepono sa Gabi: _____

Email Address: _____

□ Nakalakip ang kapangyarihan ng abugado ko para sa mga desisyon sa pangangalagang pangkalusugan o ibang legal na dokumento. (lagyan ng tsek kung nalalapat)

Pilyego ng Instruksyon ng Form ng Karaingan/Reklamp

Kung mayroon kang mga tanong, tawagan ang Sentro ng Tulong sa 1-888-466-2219 o TDD sa 1-877-688-9891. Libre ang tawag na ito.

Paano Maghain:

1. Maghain online sa www.dmhc.ca.gov (Ito ang pinakamabilis na paraan).

   O

   Punan at lagdaan ang Form ng Karaingan sa Pagkansela ng Pagsaklaw ng Pangangalagang Pangkalusugan.

2. Kung gusto mong tulungan ka ng ibang tao sa karaingan mo, kumpletuhin ang Form ng Awtorisadong Katulong.

3. Isama ang mga dokumentong hiniling sa Form ng Karaingan sa Pagkansela ng Pagsaklaw ng Pangangalagang Pangkalusugan, gaya ng mga abiso mula sa planong pangkalusugan, mga pahayag sa pagsingil, at katibayan ng pagbabayad mo.

4. Kung hindi ka magsusumite online, pakikoreo o i-fax ang form at anumang sumusuportang dokumento mo sa:

   Department of Managed Health Care Help Center
   980 9th Street, Suite 500
   Sacramento, CA 95814-2725
   Fax: 916-255-5241

Ano ang Susunod na Mangyayari?

Magpapadala ang Sentro ng Tulong sa iyo ng liham na nagsasabi sa iyo kung natanggap ang karaingan mo. Kung natanggap ang karaingan mo, magpagdedesisyunan ang isyo mo sa loob ng 30 araw. Maaabisuhan ka sa pamamagitan ng sulat sa desisyon.

Iniaatas ng Batas ng Abiso na Ito

ABISO SA BATAS NG MGA KASANAYAN SA IMPORMASYON NG 1977

Iniaatas ng Batas ng Mga Kasanayan sa Impormasyon ng 1977 (Sibil na Kodigo ng California seksyon 1798.17) ang sumusunod na abiso.

- Ang Batas ng Knox-Keene ng California ay nagbibigay ng awtoridad sa DMHC na pangasiwaan ang mga planong pangkalusugan at imbestigahan ang mga karaingan ng mga miyembro ng planong pagkalusugan.
- Ang Sentro ng Tulong ng DMHC ay ginagamit ang personal na impormasyon mo para imbestigahan ang problema mo sa iyong planong pangkalusugan.
- Boluntaryo mong ipinagkaloob sa DMHC ang impormasyong ito. Hindi mo kailangang ipagkaloob ang impormasyong ito. Subalit, kung hindi, maaaring hindi maimbestigahan ng DMHC ang karaingan mo.
- Maaaring ibahagi ng DMHC ang personal na impormasyon mo, gaya ng kinakailangan, sa plano at para maimbestigahan ng mga tagapagkaloob ang karaingan mo.
- Maaari ding ibahagi ng DMHC ang impormasyon mo sa ibang mga ahensya ng pamahalaan gaya ng iniatas o pinahintulutan ng batas.
- May karapatan kang makita ang personal na impormasyon mo. Para magawa ito, kontakin ang Koodinador ng Kahilingan ng Mga Rekord ng DMHC, DMHC, Tanggapan ng Legal na Mga Serbisyo, 980 9th Street Suite 500, Sacramento CA 95814-2725, o tumawag sa 916-322-6727.