



Pormularyo ng Paghihinaing para sa mga Miyembro

Paki-punuan ang pormularyong ito at ikabit ang anumang nauugnay na dokumentasyon. Ipadala ang mga pormularyo at dokumentasyon sa: **Attn: Grievance Coordinator, Anthem Blue Cross, P.O. Box 60007, Los Angeles, CA 90060-0007.**

Maaari rin kayong magharap ng hinaing sa pamamagitan ng pagtawag sa numero ng telepono ng Customer Care Center o Member Services na nakasaad sa inyong Anthem Blue Cross Identification Card. Padadalhan kayo ng sagot sa loob ng 30 araw ayon sa kalendariyo mula sa pagtanggap namin ng pormularyong ito o ng inyong pagtawag.

Petsa: _____

Pangalan ng Kasali: _____ ID ng Miyembro/Numero ng CIN: _____

Adres: _____

Siyudad: _____ Estado: _____ ZIP Code: _____

Numero ng Telepono.: _____

Impormasyon Tungkol Sa Hinaing

Ang impormasyong ito ay magiging bahagi ng permanenteng rekord; magsulat nang malinaw at madaling basahin.

Petsa ng insidente:: _____

Ipliwanag kung ano ang nangyari (Maglakip ng mga karagdagang mga pahina papel kung kinakailangan):

Lagda ng miyembro (Magulang o Legal na Tagapag-alaga kung ang miyembro ay menor de edad)

X _____ Petsa: _____

Kung kailangan ninyo ang tulong sa pagpuno sa pormularyong ito, pakitawagan ang numero ng telepono ng Customer Care o Member Services na nasa inyong Anthem Blue Cross Identification card. Pakibasa ang nasa likod ng pormularyong ito para sa mga karagdagang impormasyon.

Lahat ng mga Miyembro ng Medi-Cal

Maaari rin kayong makipag-ugnayan sa mga sumusunod:

**Department of Social Services
State Hearings Division
P.O. Box 944243, MS 19-37
Sacramento, CA 94244-2430**

Maaari kayong tumawag sa Department of Social Service nang direkta sa **1-800-952-5253**. Maaari kayong tumawag sa Tanggapan ng Ombudsman sa **1-888-452-8609** upang kayo'y matulungan.

Mga Miyembro ng Healthy Families Program

Naglalaman ang inyong Kasunduan para sa mga Benepisyo ng Anthem Blue Cross ng isang arbitration clause o sugnay ng arbitrasyon. Anumang di-pagkakasunduan kaugnay kayo o ang inyong representante at ang Anthem Blue Cross, o ang mga kasama nito, na sumosobra sa limitasyong pangautoridad ng mga maliliit na kahilingan ay kinakailangang malutas sa pamamagitan ng arbitrasyon. Upang simulan ang arbitrasyon, isang nakasulat na kahilingan ang kailangang ipadala sa:

**Attn: Appeals and Complaints Department
Anthem Blue Cross
P.O. Box 60007
Los Angeles, CA 90060-0007**

Kapag natanggap na, ipagbibigay-alam ang pagkakatanggap ng inyong kahilingan at makatatanggap kayo ng karagdagang impormasyon tungkol sa proseso ng arbitrasyon.

Mga Miyembro ng Los Angeles County Medi-Cal

Maaari rin kayong makipag-ugnayan sa mga sumusunod:

**Attn: Member Services
L.A. Care Health Plan
555 W. Fifth Street
Los Angeles, CA 90013
1-888-452-2273**

Maaari kayong tumawag sa Tanggapan ng Ombudsman sa **1-888-452-8609** upang kayo'y matulungan. Maaari kayong humingi ng Paglilitis ng Estado sa anumang oras sa loob ng proseso ng paghihinaing. Sumulat sa:

**Department of Social Services
State Hearings Division
P.O. Box 944243, MS 19-37
Sacramento, CA 94244-2430**

Maaari kayong tumawag sa Department of Social Service nang direkta sa **1-800-952-5253**.

Kapag natanggap na, ipagbibigay-alam ang pagkakatanggap ng inyong kahilingan at makatatanggap kayo ng karagdagang impormasyon tungkol sa proseso ng arbitrasyon.

Mga Miyembro ng Anthem Blue Cross na nasa

Pananagutan ng California Department of Managed Health Care ang pangangasiwa ng mga plano ng serbisyo ng pangkalusugang pangangalaga. Kung mayroon kayong hinaing laban sa inyong pangkalusugang plano, kailangang tumawag muna kayo sa telepono ng inyong pangkalusugang plano sa **1-800-407-4627** at gamitin ang proseso ng paghihinaing ng inyong pangkalusugang plano bago kayo makipag-ugnayan sa departamento. Ang paggamit ng proseso ng paghihinaing na ito ay hindi nakapipigil sa mga potensiyal na legal na karapatan o kalutasan na maaari ninyong makuha. Kung kailangan ninyo ng tulong sa paghihinaing na kinakabilangan ang isang biglaang pangyayari, hinaing na hindi nasagot nang husto ng inyong pangkalusugang plano, o isang hinaing na hindi pa nasasagot nang mahigit pa 30 araw, maaari kayong tumawag sa departamento para humingi ng tulong. Maaaring maging karapat-dapat kayo sa isang Independent Medical Review (IMR). Kung karapat-dapat kayo sa IMR, ang proseso ng IMR ay magbibigay ng pagsusuri nang walang pinapanigan ng mga medikal na pagpapasya na ginawa ng pangkalusugang plano na nauugnay sa medikal na pangangailangan ng isang iminumungkahing serbisyo or paggagamot, mga pagpapasya tungkol sa pagsakop ng insurance para sa mga pagpapagamot na nasa ilalim pa ng pananaliksik o iniimbistigahan pa at pagtatalo tungkol sa pagbabayad para sa mga medikal na serbisyo na biglaan o nagmamadali. Mayroon ding libreng numero ng telepono ang departamento sa **(1-888-HMO-2219)** at isang TDD na linya **(1-877-688-9891)** para sa mga bingi at hindi nakapagsasalita. Ang internet websayt ng departamento na **<http://www.hmohelp.ca.gov>** ay may mga pormularyo para sa hinaing, mga pormularyo ng aplikasyon para sa IMR at mga instruksiyon na online.