

Landmark Healthplan

FORM NG REKLAMO CALIFORNIA

Landmark Healthplan of California, Inc.
1610 Arden Way, Suite 280, Sacramento, CA 95815
Phone (800) 298-4875 • FAX (916) 929-2048

Mga Pangunahing Impormasyon:

Pakilagyan ng tsek ang isa: Ang taong nagsusumite ng hinanaing, o nagrereklamo, ay si:

(PANGGAMIT NG OPISINA LAMANG) Pamamaraan
ng Pagreklamo
 Telepono Koreo Iniaabot:

Pasyente Kinatawan ng Pasyente Tagapaghatid ng Pangangalaga Pinagtatrabahuhan o Broker

Iba pa (Pakitukoy lamang): _____

Ang Inyong Pangalan: _____ Telepono # (_____) _____

Iyong Address _____

Lungsod, Estado _____ Zip Code _____

Pangalan ng Pasyente: _____ Kaugnayan sa Pasyente: _____

Pangalan ng Health Plan: _____ ID #. ng Pasyente (kung nalalaman): _____

Impormasyon Ng Reklamo:

Mangyaring magbigay ng mga pangalan, numero ng telepono at address ng mga ibang taong kaugnay sa iyong reklamo, tulang ng iyong doktor. Mangyaring tukuyin kung ang taong ito ay pasyente, doktor, grupo ng pinagtatrabahuhan o ibang indibidwal. Maglakip ng karagdagang papel kung kinakailangan.

Pangalan _____ Numero ng Telepono (_____) _____

Address _____ Lungsod, Estado _____ ZIP Code: _____

Pasyente Doktor Pinagtatrabahuhan o Broker Iba pa (mangyaring tukuyin): _____

Pangalan _____ Numero ng Telepono (_____) _____

Address _____ Lungsod, Estado _____ ZIP Code: _____

Pasyente Doktor Pinagtatrabahuhan o Broker Iba pa (mangyaring tukuyin): _____

Paksa ng Iyong Reklamo _____

Lagda _____ Petsa _____

KARAGDAGANG IMPORMASYON TUNGKOL SA PROSESO NG PAGREREKLAMO

- Maari mong simulan ang proseso ng pagrereklamo sa anumang oras sa pamamagitan ng pagsumite ng isang nakasulat o pasabing pagrereklamo sa Landmark sa address at sa teleponong nakalista sa itaas na bahagi ng form na ito. Ang pagrereklamo ay maaring isumite sa pamamagitan ng isang ligtas na link ng website ng Landmark sa www.landmarkhealthcare.com. **Para sa layuning ng pagiging kumpidensiyal, huwag ipadala ang impormasyon ng reklamo sa pamamagitan ng e-mail.**
- Isama ang mga naaangkop na mga dokumento na gusto mong maisaalang-alang sa pag-aaral ng iyong reklamo, tulad ng mga **petsa ng serbisyo, mga kopya ng paghahabol, pangalan at numero ng telepono ng mga taong tinutukoy sa iyong reklamo**, o ng **mga taong maaaring iyong nakaasap tungkol sa iyong reklamo.**
- Ikaw ay makakatanggap ng **sulat ng pagkilala ng pagkakatanggap** ng Landmark **sa loob ng 5 araw ng trabaho** ng pagkakatanggap sa iyong reklamo. Pag-aaralan ng Landmark ang iyong reklamo at sasabihan ka ng aming **desisyon sa pamamagitan ng pagsulat sa loob ng 30 araw**. Kapag ang iyong kaso ay may kaugnayan sa maaaring magdulot ng nagbabanta at malubhang panganib sa inyong kalusugan, kasama na ang ngunit hindi limitado sa malubhang sakit, posibleng pagkawala ng buhay, paa o kamay o mga pangunahing paggana ng katawan, maaari kayong humiling ng madaliang pagreklamo sa loob ng tatlong (3) araw mula sa pagkakatanggap ng iyong kahilingan.
- May tungkulin ang California Department of Managed Health Care na pangasiwaan ang mga plano ng serbisyong health care. Kung kayo ay may reklamo laban sa Landmark, kailangan muna ninyong tawagan ang Landmark sa **(1-800-298-4875)** at gamitin ang proseso ng pagrereklamo ng Landmark bago tawagan ang Departamento. Ang paggamit nitong prosesong ng pagrereklamo ay hindi nagbabawal ng anumang mga potensiyal na legal na karapatan o pagremedyo na maaaring ninyong magagamit. Kung kailangan ninyo ng tulong sa pagrereklamo na kaugnay ng isang emergency, reklamong hindi kasiya-siyang linutas ng Landmark, o ang isang reklamong nanatiling hindi nalutas sa mahigit na 30 na araw, maaari kayong tumawag sa Departamento upang matulungan. Malamang rin kayong maging karapatdapat para sa Independent Medical Review (Independenteng Medikal na Pagsisiyasat o IMR), Kung kayo ay karapatdapat para sa isang IMR, ang proseso ng IMR ang magdudulot ng isang walang pinapaboran na pag-aaral ng mga medikal na pagdedesisyon ng Landmark na nauugnay sa medikal na pangangailangan ng isang iminungkahing serbisyo o paggamot, mga desisyon sa coverage para sa uri ng paggamot na pagsubok o pagsusuri, at ang mga problema sa pagbabayad para sa mga emergency o agaran medikal na serbisyo. Ang Departamento ay mayroon ring toll-free (libreng-tawag) na numero **(1-888-HMO-2219)** at a **TDD line (1-877-688-9891)** para sa may kapansanan sa pandinig o pananalita. May mga online ng form sa pagrereklamo, mga IMR application forms at mga tagubilin ang internet website ng Departamento (<http://www.hmohelp.ca.gov>).