



Ang form na ito ay opsyonal. Maaari kang tulungan ng Santa Clara Family Health Plan na sagutan ang form na ito o maaari kang personal na maghain ng karaingan o apela sa pamamagitan ng pagtawag sa amin sa 1-877-723-4795, Lunes hanggang Biyernes, 8 a.m. hanggang 8 p.m. Ang mga gumagamit ng TTY/TDD ay dapat tumawag sa 1-800-735-2929 o 711. O, may makikipag-ugnayan sa iyo sa telepono sa sandaling matanggap namin ang form na ito. Tutulungan ka namin sa anumang paraan na kaya namin at sasagot sa anumang mga katanungan na mayroon ka. Matutulungan ka namin sa anumang wika.

Pangalan ng Miyembro: \_\_\_\_\_

ID ng Miyembro: \_\_\_\_\_ Petsa ng kapanganakan: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

Telepono (Tahanan): \_\_\_\_\_ Telepono (Trabaho/Cell): \_\_\_\_\_

Pangalan ng taong sumasagot kung iba sa nasa itaas: \_\_\_\_\_

Kaugnayan: \_\_\_\_\_ Telepono: \_\_\_\_\_

Petsa ng problema: \_\_\_\_\_

Ilarawan ang mga detalye ng problema: \_\_\_\_\_

Pakipasok ang isang paglalarawan ng problema? \_\_\_\_\_

Kakailanganin mo ba ng tulong sa wika?

Oo  Hindi Gustong wika: \_\_\_\_\_

May problema ka ba na kailangan ng medikal na pagtugon sa loob ng susunod na 72 oras o nakakaranas ka ba ng matinding pananakit?

Oo  Hindi

Lagda\*: \_\_\_\_\_ Petsa: \_\_\_\_\_

\* Kung lalagdaan ng tao maliban sa miyembro, kinakailangan ang form sa Pagtatalaga ng Kinatawan (Appointment of Representative, AOR).

SCFHP USE ONLY

Grievance  Appeal SCFHP RECEIPT DATE: \_\_\_\_\_

**FOR INTERNAL USE ONLY**

---

Received by: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Referred to: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Expedited Review Required:  Yes  No

Decision must be made and communicated to member by: \_\_\_\_\_

Information/Resolution:

---

---

---

AOR Form Received:  Yes  No

Dated: \_\_\_\_\_

Member or Authorized Representative Notified:  Yes  No

Notified by: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Special assistance provided (language, transportation):

---

---

---

Review completed by:

Name: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Hinihingi ng Department of Managed Health Care mula sa Santa Clara Family Health Plan na ipagbigay-alam sa iyo ang mga sumusunod:

Responsable ang California Department of Managed Health Care para sa pagkontrol sa mga plano ng serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan. Kung mayroon kang karaingan laban sa iyong planong pangkalusugan, dapat mo munang tawagan ang iyong planong pangkalusugan sa **1-877-723-4795** at gamitin ang proseso sa karaingan ng iyong planong pangkalusugan bago makipag-ugnayan sa kagawaran. Ang paggamit ng pamamaraang ito para sa karaingan ay hindi nagbabawal sa anumang mga posibleng legal na karapatan o remedyo na maaari mong magamit. Kung kailangan mo ng tulong para sa isang karaingan na kinasasangkutan ng isang emergency, karaingan na hindi kasiya-siyang nalutas ng iyong planong pangkalusugan, o isang karaingan na nananatiling hindi nalulutas sa loob ng mahigit sa 30 araw, maaari mong tawagan ang departamento para sa tulong. Maaaring karapat-dapat ka rin para sa isang Independent Medi-Cal Review (IMR). Kung karapat-dapat ka para sa IMR, magbibigay ang proseso ng IMR ng isang walang kinikilingang pagsusuri sa mga medikal na desisyong ginawa ng planong pangkalusugan na may kinalaman sa medikal na pangangailangan sa ipinanukalang serbisyo o paggamot, mga desisyon sa nasasaklaw para sa mga paggamot na pang-eksperimento o pang-imbetiga ang dahilan at mga pagtatalo sa pagbabayad para sa mga pang-emergency o agad na serbisyong medikal. Mayroon ding walang bayad na numero ng telepono ang departamento (**1-888-HMO-2219**) at linyang TDD (**1-877-688-9891**) para sa mga may kapansanan sa pandinig at pagsasalita. May mga form sa reklamo, IMR application form at mga online na tagubilin ang Internet Web site na (<http://www.hmohelp.ca.gov>) ng departamento.

Bilang benepisyaryo ng Medi-Cal, maaari kang humiling ng Pagdinig ng Estado. Kung mapagpapasyahan mong humiling ng pagdinig, dapat mo itong gawin sa loob ng 120 araw sa kalendaryo mula sa pagpapadala ng iyong abiso. Mangyaring makipag-ugnayan sa SCFHP para sa mga form na kailangan mo. Available din ang mga ito mula sa Department of Social Services ng Santa Clara County. Available din ang impormasyon tungkol sa proseso ng Pagdinig ng Estado:

- Telepono: **1-800-952-5253**  
TTY/TDD: **1-800-952-8349**
- Sumulat sa: California Department of Social Services  
State Hearings Division  
PO Box 944243, MS 9-17-37  
Sacramento, CA 94244-2430

### **Pagkuha ng tulong mula sa Medicare**

Maaari kang tumawag nang direkta sa Medicare para sa tulong sa mga problema. Narito ang dalawang paraan upang makakuha ng tulong mula sa Medicare:

- Telepono: **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo.  
TTY/TDD: **1-877-486-2048**. Libre ang tawag.
- Website: **www.medicare.gov**

## **Makakukuha ka ng tulong mula sa Quality Improvement Organization (QIO)**

May isang organisasyon ang ating estado na tinatawag na Livanta. Isa itong grupo ng mga doktor at iba pang mga propesyonal sa pangangalaga sa kalusugan na tumutulong mapabuti ang kalidad ng pangangalaga para sa mga taong may Medicare.

Makipag-ugnayan sa Livanta kung may problema ka sa kalidad ng natanggap mong pangangalaga, palagay mo'y napakadaling matatapos ng pananatili mo sa ospital o palagay mo'y napakadaling matatapos ng mga serbisyo sa pangangalaga ng iyong kalusugan sa tahanan, pangangalaga sa skill nursing facility o comprehensive outpatient rehabilitation facility (CORF).

- Telepono: **1-877-588-1123**, handa 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo.  
TTY/TDD: **1-855-887-6668**, para sa mga taong may problema sa pandinig o pagsasalita ang numerong ito. Dapat na mayroon kang espesyal na kagamitan sa telepono upang tawagan ito.
- Fax: Mga apela: **1-855-694-2929**  
Lahat ng iba pang mga pag-aaral: **1-844-420-6672**
- Sumulat sa: Livanta, LLC.  
BFCC-QIO Area 5  
10820 Guilford Road, Suite 202  
Annapolis Junction, MD 20701-1105
- Website: **[www.bfccqioarea5.com](http://www.bfccqioarea5.com)**

---

Ang Santa Clara Family Health Plan Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan) ay isang planong pangkalusugan na nakikipagkontrata sa Medicare at Medi-Cal upang makapagbigay ng mga benepisyo ng kapwa programa sa mga nagpatala.



## **Ang Diskriminasyon ay Labag sa Batas**

Sumusunod ang Santa Clara Family Health Plan (SCFHP) sa mga naaangkop na Pampederal na batas sa karapatang sibil at hindi nandiskrimina batay sa lahi, kulay, bansang pinagmulan, edad, kapansanan o kasarian. Ang SCFHP ay hindi nagtatangi ng mga tao o hindi nagpapakita ng ibang pakikitungo dahil sa lahi, kulay, bansang pinagmulan, edad, kapansanan o kasarian.

Ang SCFHP ay:

- Nagbibigay ng mga libreng tulong at serbisyo sa mga taong may kapansanan upang mahusay silang makipag-ugnayan sa amin, gaya ng:
  - Mga kwalipikadong interpreter ng sign language
  - Nakasulat na impormasyon sa iba pang mga format (malaking print, audio, mga naa-access na electronic na format, iba pang mga format)
- Nagbibigay ng mga libreng serbisyo sa wika sa mga taong hindi Ingles ang pangunahing wika, gaya ng:
  - Mga kwalipikadong interpreter
  - Impormasyong nakasulat sa iba pang mga wika

Kung kailangan mo ang mga serbisyong ito, makipag-ugnayan sa Serbisyo para sa Customer sa 1-877-723-4795, Lunes hanggang Biyernes, 8 a.m. hanggang 8 p.m. Para sa mga gumagamit ng TTY/TDD, tumawag sa 1-800-735-2929 o 711.

Kung naniniwala kang hindi naibigay ng SCFHP ang mga serbisyong ito o nandiskrimina ito sa ibang paraan batay sa lahi, kulay, bansang pinagmulan, edad, kapansanan o kasarian, maaari kang maghain ng karaingan sa:

Attn: Appeals and Grievances Department  
Santa Clara Family Health Plan  
6201 San Ignacio Ave  
San Jose, CA 95119  
Telepono: 1-877-723-4795  
TTY/TDD: 1-800-735-2929 o 711  
Fax: 1-408-874-1962  
Email: CalMediConnectGrievances@scfhp.com

Maaari kang maghain ng karaingan nang personal o sa pamamagitan ng koreo, fax o email. Kung kailangan mo ng tulong sa paghahain ng hinaing, maaari kang tulungan ng kinatawan ng Serbisyo para sa Customer.

Maaari ka ring maghain ng reklamo sa mga karapatang sibil sa U.S. Department of Health and Human Services (Kagawaran ng Mga Serbisyong Pangkalusugan at Pantao ng U.S.), Office for Civil Rights (Tanggapan para sa Mga Karapatang Sibil), sa electronic na paraan sa Office for Civil Rights Complaint Portal, na makikita sa <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o sa pamamagitan ng koreo o telepono sa:

U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue, SW  
Room 509F, HHH Building  
Washington, D.C. 20201  
Telepono: 1-800-368-1019  
TDD: 1-800-537-7697

Ang mga form ng reklamo ay makukuha sa <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

## Language Assistance Services

**English:** ATTENTION: If you speak another language, language assistance services, free of charge, are available to you. Call Customer Service at 1-877-723-4795, Monday through Friday, 8 a.m. to 8 p.m. TTY/TDD users should call 1-800-735-2929 or 711. The call is free.

**Español (Spanish):** ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame a Servicio al Cliente al 1-877-723-4795, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-735-2929 o al 711. La llamada es gratuita.

**Tiếng Việt (Vietnamese):** CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Hãy gọi Dịch Vụ Khách Hàng theo số 1-877-723-4795, từ thứ Hai đến thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Những người sử dụng TTY/TDD gọi đến số 1-800-735-2929 hoặc 711. Cuộc gọi được miễn phí.

**中文 (Chinese):** 注意：如果您说中文，将为您提供免费的语言服务。请致电 1-877-723-4795 联系客户服务部，工作时间是周一至周五早上 8:00 至晚上 8:00。TTY/TDD 用户请致电 1-800-735-2929 或 711。这是免费电话。

**Tagalog – Filipino (Tagalog):** PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa Serbisyo para sa Customer sa 1-877-723-4795, Lunes hanggang Biyernes, mula 8 a.m. hanggang 8 p.m. Dapat tumawag ang mga TTY/TDD user sa 1-800-735-2929 o 711. Libre ang tawag.

**한국어 (Korean):** 주의:한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 월요일부터 금요일까지 오전 8시부터 오후 8시 사이에 1-877-723-4795 번으로 고객 서비스 부서에 전화해 주십시오. TTY/TDD 사용자는 1-800-735-2929 번 또는 711 번으로 전화해 주시면 됩니다.통화료는 무료입니다.

**Հայերեն (Armenian):** Ուշադրութեամբ՝ եթե խոսում եք հայերեն, ապա լեզվական օգնության ծառայությունները Ձեզ կտրամադրվեն անվճար: Ջանգահարեք Հաճախորդների սպասարկման կենտրոն 1-877-723-4795 հեռախոսահամարով՝ երկուշաբթիից ուրբաթ՝ 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը: TTY/TDD օգտվողները պետք է զանգահարեն 1-800-735-2929 կամ 711: Ջանգն անվճար է:

**Русский (Russian):** ВНИМАНИЕ: Если Вы говорите по-русски, Вы можете бесплатно воспользоваться услугами переводчика. Звоните в службу поддержки клиентов по номеру 1-877-723-4795 с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. Лица, пользующиеся телетайпом / телекоммуникационными устройствами для глухих (TTY/TDD), могут связаться по номерам 1-800-735-2929 или 711. Звонки бесплатные.

### فارسی (Persian, Farsi):

توجه: اگر به زبان فارسی صحبت می کنید، سرویس های دستیار زبان به صورت رایگان در دسترس هستند. از طریق شماره 1-877-723-4795 روزهای دوشنبه تا جمعه از ساعت 8 صبح تا 8 عصر با سرویس مشتری تماس بگیرید. کاربران TTY/TDD می توانند از طریق شماره 1-800-735-2929 یا 711 تماس بگیرند. این تماس رایگان است.

**日本語 (Japanese):** 注意事項: 日本語を話される場合、無料の言語サービスをご利用いただけます。月曜日から金曜日、午前 8 時～午後 8 時に対応のカスタマーサービス(1-877-723-4795)までご連絡ください。TTY/TDD ご利用の方は、1-800-735-2929 または 711 に電話してください。通話料金は無料です。

**Hmoob (Hmong):** LUS CEEV:Yog koj hais lus Hmoob, pab muaj kev pab txhais lus pub dawb rau koj. Hu Rau Lub Chaw Pab Cuam Neeg Qhua rau ntawm 1-877-723-4795, hnuv Monday txog Friday, 8 teev sawv ntxov txog 8 teev tsaus ntuj. Tus xov tooj rau cov neeg TTY/TDD hu rau 1-800-735-2929 lossis 711. Yog tus xov tooj hu dawb.

**ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi):** ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। ਗਾਹਕ ਸੇਵਾ ਨੂੰ ਸੋਮਵਾਰ ਤੋਂ ਸ਼ੁੱਕਰਵਾਰ, ਸਵੇਰੇ 8 ਤੋਂ ਰਾਤ 8 ਵਜੇ ਤੱਕ ਤੇ, 1-877-723-4795 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। TTY/TDD ਵਰਤਣ ਵਾਲਿਆਂ ਨੂੰ 1-800-735-2929 ਜਾਂ 711 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰਨੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ। ਇਹ ਕਾਲ ਮੁਫਤ ਹੁੰਦੀ ਹੈ।

**العربية(Arabic):**

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية متاحة لك مجاناً. اتصل بخدمة العملاء على الرقم 1-877-723-4795، من الإثنين إلى الجمعة، 8 ص إلى 8 م. مستخدمى الهاتف النصي/جهاز الاتصال لضعاف السمع يمكنهم الاتصال على الرقم 1-800-735-2929 أو 711. اتصل مجاناً.

**हिंदी (Hindi):** ध्यान दें: अगर आप हिंदी बोलते हैं, तो आपके लिए भाषा सहायता सेवाएँ निःशुल्क उपलब्ध हैं। आप सोमवार से शुक्रवार, सुबह 8 बजे से रात के 8 बजे तक ग्राहक सेवा को 1-877-723-4795 पर कॉल कर सकते हैं। TTY/TDD उपयोगकर्ताओं को 1-800-735-2929 या 711 पर कॉल करना चाहिए। कॉल निःशुल्क है।

**ภาษาไทย (Thai):** หมายเหตุ: หากท่านพูดภาษาไทย เรามีบริการความช่วยเหลือทางด้านภาษาโดยไม่มีค่าใช้จ่าย โทรติดต่อฝ่ายบริการลูกค้าที่ 1-877-723-4795 ได้ตั้งแต่วันจันทร์ถึงวันศุกร์ เวลา 08.00 น. ถึง 20.00 น. ผู้ใช้ TTY/TDD สามารถโทรติดต่อได้ที่ 1-800-735-2929 หรือ 711 โดยไม่มีค่าใช้จ่าย

**ខ្មែរ (Mon-Khmer, Cambodian):** ប្រមូលកិច្ចទុកដាក់: ប្រសិនបើលោកអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ សេវាជំនួយផ្នែកភាសាមានផ្តល់ជូនលោកអ្នកដោយឥតគិតថ្លៃ។ សេវាផ្នែកទំនាក់ទំនងអតិថិជនតាមលេខ 1 877 723 4795 អាចរកបាន ពីថ្ងៃច័ន្ទ ដល់សុក្រ ម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ 8 ល្ងាច។ អ្នកប្រើ TTY/TDD គួរតែទូរស័ព្ទមកលេខ 1 800 735 2929 ឬ 711 ។ ការហៅទូរស័ព្ទគឺឥតគិតថ្លៃ។

**ພາສາລາວ (Lao):** ເຊັນຊາບ: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ, ມີບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາບໍ່ເສຍຄ່າໃຫ້ແກ່ທ່ານ. ໃຫ້ໂທຫາ ຝ່າຍບໍລິການລູກຄ້າທີ່ເບີ 1-877-723-4795, ເຊິ່ງເປີດໃຫ້ບໍລິການ 7 ວັນຕໍ່ອາທິດ, ຕັ້ງແຕ່ 8 ໂມງເຊົ້າຫາ 8 ໂມງ ແລງ. ຜູ້ທີ່ໃຊ້ TTY/TDD ແມ່ນໃຫ້ໂທຫາເບີ 1-800-735-2929 ຫຼື 711. ການໂທແມ່ນໂທຟຣີ.