

Pormularyo ng Reklamo sa Panlilinlang Para sa mg Ulat ng Panloloko sa Pagbebenta ng Seguro sa Kalusugan

Impormasyon sa Detalye ng Reklamo:

1) Ano ang inalok sa iyo ng kumpanya:

2) Natanggap mo ba ang iniaalok?: Oo Hindi

3) Naniniwala ka ba na ang kumpanya ay gumawa ng mga pahayag na hindi tama? Oo Hindi

4) Anong mga pahayag ang pinaniniwalaan mong hindi tama:

5) Nagbayad ka ba sa kumpanya: Oo Hindi

Kung oo, magkano ang iyong ibinayad: _____

Anong pamamaraan ng pagbabayad ang ginamit: _____

6) Kailan unang nakipag-ugnayan sa iyo ang kumpanya (bb/aa/tttt): _____

7) Ano ang iyong unang tugon:

8) Paano sila nakipag-ugnayan sa iyo:

- | | |
|-----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Telepono | <input type="checkbox"/> Sa Tanggapan ng Doktor, Parmasya, o Ospital |
| <input type="checkbox"/> E-mail | <input type="checkbox"/> Patalastas – mangyaring ilarawan ang nilalalaman at lokasyon |
| <input type="checkbox"/> Sa Bahay | <input type="checkbox"/> Iba pa – mangyaring ipaliwanag |

9) Lumagda ka ba ng anumang dokumento mula sa kumpanya: Oo Hindi

10) Ikaw ba ay nagbigay sa kumpanya ng anumang mga personal o pinansiyal na impormasyon:

Oo Hindi

11) Mangyaring itala ang anumang iba pang mga ahensiya o nilalang na nakipag-ugnayan sa iyo para sa tulong:

12) Ano ang iyong nais, kailangan, o inaasahan upang maresolba ang iyong reklamo?

Dagdag na Impormasyon

Mangyaring idagdag ang anumang impormasyon tungkol sa iyong karanasan, kabilang ang impormasyon tungkol sa kumpanya, ano ang inialok sa iyo, at kung natanggap mo o hindi ang inialok.

Impormasyon ng Mamimili

Mangyaring ibigay ang iyong mga impormasyon sa pakikipag-ugnayan upang kami ay makapag-ugnay sa iyo para sa dagdag na impormasyon tungkol sa iyong reklamo, kung kinakailangan.

Pangalan _____ Apelyido _____

Address para sa Koreo _____

Lunsod _____ Estado _____ Zip _____

ng Pang-araw na Telepono _____ # ng Pang-gabing Telepono _____

E-mail _____

Impormasyon ng Kumpanya

Mangyaring iulat ang anumang impormasyon na mayroon ka tungkol sa kumpanya.

Pangalan ng Kumpanya _____

Address para sa Koreo _____

Lunsod _____ Estado _____ Zip _____

ng Telepono _____ E-mail _____

Website _____

Pangalan ng Kinatawan ng Kumpanya _____

Titulo o Posisyon ng Kinatawan ng Kumpanya _____

ng Telepono _____ E-mail _____

Paano inilarawan ng kinatawan ang kanyang pagkaka-ugnay (hal., Plano, Covered California, Programa ng Pamahalaan, atbp.): _____

13) Mayroon ka bang anumang dokumento mula sa kumpanya: Oo Hindi

Kung mayroon kang anumang mga dokumento na mahalaga sa iyong kaso na nais mong ibigay, mangyaring maglakip ng kopya nito sa iyong ipapasa.

Hinihiling ko ang Kagawaran ng Pinapangasiwaang Pangangalaga sa Kalusugan (Department of Managed Health Care, DMHC) na tulungan ako sa aking reklamo. Nauunawaan ko na pangangalagaan ng DMHC ang aking personal na impormasyon. Kung ang aking reklamo ay mapunta sa hurisdiksyon ng DMHC, ang DMHC ay maaaring higit pang mag-imbetiga at makipag-ugnayan sa akin. Kung naaangkop, ang DMHC ay maaaring isangguni ang aking reklamo sa Covered California, sa Kagawaran ng Seguro, o sa iba pang ahensiya para sa higit pang pagsusuri.

Lagda: _____ Petsa: _____

Mga Tagubilin:

Upang magpasa ng pormularyo ng Reklamo sa Panlilinlang na ikokoreo o ifa-fax:

1. Kumpletuhin at lagdaan ang pormularyo. Kung kailangan mo ng dagdag na espasyo upang kumpletuhin ang iyong sagot, mangyaring maglakip ng dagdag na hiwalay na pahina.
2. Maglakip ng kopya ng mga liham at iba pang mga dokumento na pinaniniwalaan mong mahalaga sa iyong reklamo. Mangyaring magpadala ng mga kopya ng mga dokumento, hindi ang mga orihinal. Ang Sentro ng Tulong ay hindi makakapagsauli ng anumang dokumento.
3. I-fax o ikoreo ang pormularyo at mga kopya ng anumang makakatulong na mga dokumento sa:

Help Center

Department of Managed Health Care
980 9th Street, Suite 500
Sacramento, CA 95814-2725

FAX: 916-255-5241

Kung mayroon kang mga katanungan tungkol sa pormularyo ng reklamo sa panlilinlang, mangyaring tumawag sa Sentro ng Tulong ng toll-free sa 1-888-466-2219 o (TDD) 1-877-688-9891.