

सदस्य कष्ट/ शिकायत फॉर्म

तारीख: _____

कृपया सभी जानकारी प्रिंट करें।

शिकायतकर्ता की जानकारी:

_____ () ()
नाम कार्यकारी फोन नंबर घर का टेलीफोन नंबर

_____ शहर राज्य ज़िप कोड

शिकायतकर्ता से संबंधित व्यक्ति(यों) के नाम:

_____ #:
नाम आईडी नंबर

_____ #:
नाम आईडी नंबर

_____ #:
नाम आईडी नंबर

शिकायत का प्रकार: [जो लागू हों उन सभी को टिक करें]

_____ विपणन _____ एनरोलमेंट निरस्त करने में कठिनाई _____ सदस्य के लिए बिलिंग

_____ गुणवत्ता _____ परिवहन _____ देखभाल की सुविधा

_____ आपातकालीन देखभाल _____ स्टाफ का रवैया _____ प्राधिकरण

अन्य: _____

समस्या का विवरण: घटना की तिथि: _____ स्थान: _____

प्रदाता का नाम _____

समस्या/ शिकायत को विस्तार से बताएं:

यदि अतिरिक्त स्थान की आवश्यकता है तो इस फॉर्म के पिछले भाग का उपयोग करें।

सदस्य के हस्ताक्षर

तिथि

(या माता-पिता के हस्ताक्षर जहां सदस्य नाबालिग या अक्षम है)

मेडिकल रिलीज

सदस्य: कृपया उन प्रदाताओं के नाम और टेलीफोन नंबर प्रदान करें जिन्होंने आपका इस स्थिति के लिए इलाज किया है जो कि इस शिकायत का विषय है।

प्राप्त किये गए सभी मेडिकल रिकॉर्ड्स गोपनीय रखे जायेंगे और केवल आपकी शिकायतों की समीक्षा करने के लिए उपयोग किए जाएंगे।

मैं उपरोक्त लिखे प्रदाताओं को अधिकृत और अनुरोध करता हूँ कि इस शिकायत के विषय में आवश्यक सभी मेडिकल रिकॉर्ड को चिकित्सीय जरूरतों की पूर्ति हेतु HEALTH NET को जारी करें:

हस्ताक्षर: _____ **दिनांक:** _____

(यदि सदस्य के अलावा अन्य द्वारा हस्ताक्षर किए गए हैं) रिश्ता: _____

(माँ, पिता, अभिभावक)

यदि आपके पास कोई और प्रश्न हो या इस मामलेसे आपको इस संबंधमें अतिरिक्त सहायता की आवश्यकता हो, तो कृपया हमारे सदस्य सेवा विभाग को टोलफ्री नंबर (800) 675-6110 या टीटीवाय: 711 पर संपर्क करें। पूरा हो जाने पर कृपया इस फॉर्मको यहाँ जमा करें: Health Net, एटीटीएन: Medi-Cal Member Appeals and Grievance Department, P.O Box 10348, Woodland Hills, CA 91367| फ़ैक्सनंबर: (877) 831-6019.

कैलिफोर्निया डिपार्टमेंट ऑफ मैनेज्ड हैल्थ (California Department of Managed Health Care) केयर स्वास्थ्य देखभाल सेवा योजनाओं को विनियमित करने के लिए जिम्मेदार है। अगर आपकी स्वास्थ्य योजना के खिलाफ आपकी कोई शिकायत है, तो आपको पहले **1-800-675-6110 TTY: 711**, पर अपनी स्वास्थ्य योजना को फोन करना चाहिए और विभाग से संपर्क करने से पहले अपने स्वास्थ्य संबंधी योजना की शिकायत प्रक्रिया का उपयोग करना चाहिए। इस शिकायत की प्रक्रिया का उपयोग किसी भी संभावित कानूनी अधिकारों या उपचारों को प्रतिबंधित नहीं करता है जो आपके लिए उपलब्ध हो सकते हैं। अगर आपको आपातकालीन स्थिति से सम्बंधित किसी शिकायत में, ऐसी शिकायत जिसे आपकी स्वास्थ्य योजना द्वारा संतोषजनक ढंग से हल नहीं किया गया है, या ऐसी शिकायत जो कि 30 दिनों से ज्यादा अवधि तक अनसुलझी रह गई है, के लिए मदद की जरूरत है, तो आप सहायता के लिए विभाग को कॉल कर सकते हैं। आप एक स्वतंत्र चिकित्सा समीक्षा (Independent Medical Review, IMR) के लिए भी योग्य हो सकते हैं। यदि आप IMR के लिए योग्य हैं, IMR प्रक्रिया प्रस्तावित सेवा या उपचार की चिकित्सा की जरूरत से संबंधित स्वास्थ्य योजना द्वारा किए गए चिकित्सा निर्णय, आपातकालीन या तत्काल चिकित्सा सेवायें जिनकी प्रकृति प्रयोगात्मक या अनुसंधानात्मक हैं उनके उपचार के लिए बीमा निर्णय और भुगतान विवादों की निष्पक्ष समीक्षा प्रदान करेगी। विभाग का एक टोल फ्री टेलीफोन नंबर (1-888-466-2219) है और सुनने और बोलने में अक्षम लोगों के लिए एक TDD (टीडीडी) लाइन (1-877-688-9891) है। विभाग की इंटरनेट वेबसाइट www.dmhc.ca.gov पर शिकायत फॉर्म, IMR आवेदन फॉर्म और निर्देश ऑनलाइन उपलब्ध हैं।