

メンバー用苦情申し立てフォーム

日付： _____

情報はすべて楷書でご記入ください。

苦情の内容：

_____ () _____ ()
氏名 勤務先電話番号 自宅電話番号

_____ 住所（町名・番地） 市 州 ジップコード

苦情申し立てに関係する個人の氏名：

_____ # : _____
氏名 ID 番号

_____ # : _____
氏名 ID 番号

_____ # : _____
氏名 ID 番号

苦情申し立ての内容： [該当するものをすべてにチェックマークを付けてください]

_____ マーケティング _____ 契約解除の困難さ _____ 請求
_____ サービスの質 _____ 交通手段 _____ 治療へのアクセス
_____ 緊急時のケア _____ スタッフの態度 _____ 承認

その他： _____

問題の記述： 発生日： _____ 発生場所： _____

_____ プロバイダーの名前 _____

問題・苦情の内容を詳しく説明してください：

記入欄が足りない場合はこのフォームの裏面をご利用ください。

_____ 日付

_____ メンバーの署名
(メンバーが未成年もしくは判断能力がない場合は親の署名)

医療情報の開示

メンバー：この苦情申し立ての対象となる、あなたの症状を治療したプロバイダーの名前と電話番号を提供してください。

入手されるすべての医療記録は極秘扱いとなり、この苦情申し立ての審査目的にのみ使用されます。

私は、上記のプロバイダーがこの苦情申し立ての対象に関する医学的必要性の根拠となるすべての医療記録を HEALTH NET に開示することを承認および要請します。

署名： _____ 日付： _____

(メンバー以外の個人が署名した場合) メンバーとの関係： _____
(父、母、後見人)

本件に関するご質問がある場合、または援助が必要な場合は、メンバーサービス部門まで、フリーダイヤル (800) 675-6110 (TTY:711) にてご連絡ください。記入済みの本フォームを以下まで提出してください。Health Net, Attn: Medi-Cal Member Appeals and Grievance Department, P.O. Box 10348, Van Nuys, CA 91410-0348。ファクス番号：(877) 831-6019.

カリフォルニア州マネージドヘルスケア局は、医療サービスプランの規制に責任を負っています。健康保険プランに対して苦情申し立てをする場合、同局に連絡する前に、まず健康保険プランまで **1-800-675-6110, TTY: 711** にお電話になり、健康保険プランの苦情申し立て手続きをご利用ください。この苦情申し立て手続きを利用することにより、ご利用になれる可能性がある法的権利や救済手段が妨げられることはありません。緊急医療が関連する苦情申し立て、健康保険プランによって満足いく方法で解決されなかった苦情申し立て、または 30 日を超えて未解決のままである苦情申し立てについての支援を必要とされる場合は、同局に電話して支援を求めることができます。また、独立医療審査 (Independent Medical Review, IMR) を受ける資格がある場合もあります。IMR を受ける資格がある場合、提案されたサービスもしくは治療の医療上の必要性、本質的に実験的もしくは試験的な治療に関する決定、または緊急医療もしくは応急治療サービスの支払いに関する争議に関連して、健康保険プランが行った医療上の決定に関する公平な審査が IMR の手続きにより提供されます。同局には、フリーダイヤル (**1-888-466-2219**) のほか、耳や会話が不自由な方のための TDD 回線 (**1-877-688-9891**) も用意されています。同局のウェブサイト (www.dmhc.ca.gov) には、オンラインの苦情申し立てフォーム、IMR 申請フォーム、および記入方法が掲載されています。