

نموذج تظلم/شكوى الأعضاء

التاريخ: _____

برجاء كتابة كافة المعلومات.

معلومات مقدم الشكوى:

الاسم _____ رقم هاتف العمل () _____ رقم هاتف المنزل () _____

العنوان _____ المدينة _____ الولاية _____ الرمز البريدي _____

اسم الشخص (الأشخاص) ذو الصلة بمقدم الشكوى:

الاسم _____ رقم المعرف _____ #: _____

الاسم _____ رقم المعرف _____ #: _____

الاسم _____ رقم المعرف _____ #: _____

طبيعة الشكوى: [تحقق من كل ما ينطبق]

التسويق _____ صعوبة إلغاء التسجيل _____ فوترة الأعضاء _____
الجودة _____ النقل _____ إمكانية الحصول على الرعاية _____
الرعاية في حالات الطوارئ _____ سلوك الموظفين _____ التراخيص _____

أخرى: _____

بيان الخطأ: تاريخ الحدث: _____ الموقع: _____

اسم موفر الرعاية _____
صف المشكلة/الشكوى بالتفصيل: _____

استخدم الجزء الخلفي من هذا النموذج إذا أردت مزيداً من المساحة.

التاريخ _____

توقيع العضو _____

(أو توقيع ولي الأمر إذا كان العضو قاصراً أو فاقد الأهلية)

الكشف الطبي

العضو: يُرجى تقديم اسم ورقم هاتف أي من موفري الرعاية الذين قد عالجوا الحالة موضع التظلم.

تُحفظ جميع السجلات الطبية التي تم الحصول عليها في سرية تامة ولا تستخدم إلا لغرض مراجعة التظلم.

إنني بموجب هذا أخول موفر (موفري) الرعاية المذكور أعلاه وأطلب منه الكشف عن أي من وجميع السجلات الطبية إلى HEALTH NET التي تدعم الضرورة الطبية لموضوع هذا التظلم:

التوقيع: _____ التاريخ: _____
(في حال توقيع غير الأعضاء) العلاقة: _____
(والدة, والد, ولي أمر)

إذا كان لديك أي أسئلة أخرى أو تحتاج إلى مزيدٍ من المساعدة بخصوص هذه المسألة، يُرجى الاتصال على الرقم المجاني لقسم خدمات الأعضاء 675-6110 (800) أو رقم TTY/TDD (خط الاتصال لضعاف السمع/الهاتف النصي): 431-0964-(800). وعند الانتهاء، يُرجى إرسال هذا النموذج إلى: Health Net, Attn: قسم طعون وتظلمات أعضاء برنامج Medi-Cal، P.O.Box 10348، Van Nuys, CA 91410-0348. رقم الفاكس: 831-6019 (877).