

의료 정보 제공

가입자: 본 고불만사항에 관련한 상태에 대해 귀하를 진료한 서비스 제공자의 이름 및 전화번호를 작성해주십시오.

제공된 모든 의료 기록은 엄격한 기밀로 처리되며 귀하의 불만사항을 검토하는 목적으로만 사용됩니다.

본인은 이에 본불만사항에 관련한 의료적 필요성에 따라 상기의 서비스 제공자(들)가 모든 의료 기록을 HEALTH NET 에 제공하는 것을 승인하고 요청합니다.

서명: _____ 날짜: _____

(가입자 외 서명의 경우) 관계: _____
(어머니, 아버지, 보호자)

추가 질문이 있으시거나 본 사항에 대해 추가 지원이 필요하신 경우 무료전화 (800) 675-6110 또는 TTY/TDD 번호인 (800)-431-0964 번을 이용해 가입자 서비스 부서로 문의하십시오. 작성을 완료하신 후 본 양식을 다음 주소로 보내십시오. Health Net, Attn: Medi-Cal Member Appeals and Grievance Department, P.O. Box 10348, Van Nuys, CA 91410-0348. 팩스 번호: (877) 831-6019.