

**ФОРМА ПОДАЧИ ПРЕТЕНЗИИ/ЖАЛОБЫ**

Дата: \_\_\_\_\_

**Указывайте всю информацию печатными буквами.****Информация о лице, подающем претензию/жалобу:**\_\_\_\_\_  
Имя и фамилия ( ) Рабочий номер телефона ( ) Домашний номер телефона\_\_\_\_\_  
Адрес Город Штат Почтовый индекс**Имя и фамилия лица (лиц), связанного (-ых) с лицом, подающим претензию/жалобу:**\_\_\_\_\_  
Имя и фамилия №: Идентификационный номер:\_\_\_\_\_  
Имя и фамилия №: Идентификационный номер:\_\_\_\_\_  
Имя и фамилия №: Идентификационный номер:**Характер жалобы:** [отметьте все подходящие варианты]

\_\_\_ Маркетинг \_\_\_ Сложности при выходе из плана \_\_\_ Выставление счетов участникам

\_\_\_ Качество \_\_\_ Услуги транспортировки \_\_\_ Доступ к обслуживанию

\_\_\_ Экстренная мед. помощь \_\_\_ Отношение персонала \_\_\_ Получение разрешений

Другое: \_\_\_\_\_

**Формулировка проблемы:**

Дата возникновения проблемы: \_\_\_\_\_

Место: \_\_\_\_\_

Имя и фамилия поставщика услуг \_\_\_\_\_

Подробно изложите суть проблемы/жалобы:

---

---

---

---

Если нужно дополнительное место, можно продолжить на оборотной стороне данной формы.

---

Подпись участника

---

Дата

(или подпись родителя участника, если последний является несовершеннолетним или недееспособным лицом)

**РАЗГЛАШЕНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ**

**УЧАСТНИК:** Укажите имена, фамилии и номера телефонов всех поставщиков услуг, у которых Вы проходили лечение заболевания, являющегося предметом данной претензии.

**Вся полученная медицинская документация будет храниться в условиях конфиденциальности и использоваться только при рассмотрении Вашей претензии.**

НАСТОЯЩИМ Я ДАЮ РАЗРЕШЕНИЕ УКАЗАННОМУ (-ЫМ) ВЫШЕ ПОСТАВЩИКУ (-АМ) ПЕРЕДАВАТЬ КОМПАНИИ HEALTH NET ЛЮБУЮ МЕДИЦИНСКУЮ ИНФОРМАЦИЮ В СЛУЧАЕ НЕОБХОДИМОСТИ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ ФАКТОВ В СВЯЗИ С ДАННОЙ ПРЕТЕНЗИЕЙ.

---

**ПОДПИСЬ:** \_\_\_\_\_ **ДАТА:** \_\_\_\_\_

(В случае подписания лицом, которое не является участником)

КЕМ ПРИХОДИТСЯ УЧАСТНИКУ: \_\_\_\_\_

(МАТЬ, ОТЕЦ, ОПЕКУН)

---

Если у Вас есть вопросы или Вам нужна дополнительная помощь по данному делу, свяжитесь с Отделом обслуживания участников (Member Services Department) по бесплатному номеру (800) 675-6110 или по номеру линии TTY/TDD: (800)-431-0964. После заполнения направьте данную форму по адресу: Health Net, Attn: Medi-Cal Member Appeals and Grievance Department, P.O. Box 10348, Van Nuys, CA 91410-0348. Номер факса: (877) 831-6019.