



FORM NG KARAINGAN/REKLAMO NG MIYEMBRO

Petsa: _____

Paki-print ang lahat ng impormasyon.

Impormasyon ng complainant:

_____ () _____ ()
Pangalan Numero ng Telepono sa Trabaho Numero ng Telepono sa Bahay

_____ Address Lungsod State Zip Code

Pangalan ng (mga) taong kamag-anak ng complainant:

_____ #: _____
Pangalan Numero ng ID

_____ #: _____
Pangalan Numero ng ID

_____ #: _____
Pangalan Numero ng ID

Uri ng reklamo: [Lagyan ng check ang lahat ng nalalapat]

- Marketing Hirap sa pag-disenroll Singilin ng miyembro
- Kalidad Transportasyon Pagiging naa-access ng alaga
- Emergency na alaga Ugali ng staff Authorization

Iba Pa: _____

Pahayag ng Problema: Petsa ng Pangyayari: _____ Lokasyon: _____

Pangalan ng Provider _____

Ilarawan nang detalyado ang problema/reklamo:

Gamitin ang likod ng form kung kailangan ng karagdagang espasyo.

Lagda ng Miyembro

Petsa

(o lagda ng magulang kung ang miyembro ay menor de edad o may kapansanan)

MEDIKAL NA PAGPAPALABAS

MIYEMBRO Pakibigay ang pangalan at numero ng telepono ng sinumang provider na maaaring gumamot sa iyo para sa kondisyon na paksa ng iyong karaingan.

Ang lahat ng Talang Medikal na makukuha ay mahigpit na pananatiliing kumpidensyal at tanging gagamitin sa layunin ng pagsusuri ng iyong karaingan.

SA PAMAMAGITAN NITO AY PINAHIHINTULUTAN AT HINIHING KO ANG (MGA) PROVIDER NA NAKALISTA SA ITAAS NA ILABAS ANG ANUMAN AT LAHAT NG TALANG MEDIKAL SA HEALTH NET NA SUMUSUPORTA SA PANGANGAILANGANG MEDIKAL PARA SA PAKSA NG KARAINGANG ITO:

LAGDA: _____ **PETSA:** _____

(Kung nilagdaan ng iba pa maliban sa Miyembro) **KAUGNAYAN:** _____
(INA, AMA, TAGAPANGALAGA)

Kung mayroon ka pang anumang tanong o kung kailangan ng karagdagang tulong tungkol dito, nang walang bayad sa aming Member Services Department sa (800) 675-6110 o TTY/TDD Numero: (800)-431-0964. Kapag tapos na, pakisumite ang form na ito sa: Health Net, Attn: Medi-Cal Member Appeals and Grievance Department, P.O. Box 10348, Van Nuys, CA 91410-0348. Numero ng Fax: (877) 831-6019.