



**TIẾT LỘ THÔNG TIN Y TẾ**

**HỘI VIÊN:** Vui lòng cung cấp tên và số điện thoại của bất kỳ nhà cung cấp nào có thể đã điều trị bệnh cho quý vị mà là đối tượng của khiếu nại này.

**Tất cả các Hồ sơ y khoa được thu thập sẽ được giữ bảo mật nghiêm ngặt và chỉ được sử dụng để xem lại đơn khiếu nại của quý vị.**

THEO ĐÂY TÔI CHO PHÉP VÀ YÊU CẦU (CÁC) NHÀ CUNG CẤP DỊCH VỤ CHĂM SÓC SỨC KHỎE ĐƯỢC LIỆT KÊ TRÊN ĐÂY TIẾT LỘ BẤT KỲ VÀ TẤT CẢ CÁC HỒ SƠ Y KHOA CHO HEALTH NET ĐỂ HỖ TRỢ SỰ CẦN THIẾT VỀ MẶT Y TẾ CHO ĐỐI TƯỢNG TRONG ĐƠN KHIẾU NẠI NÀY:

---

**CHỮ KÝ:** \_\_\_\_\_ **NGÀY:** \_\_\_\_\_

(Nếu do người khác không phải Hội viên ký)      **MỐI QUAN HỆ:** \_\_\_\_\_  
(MẸ, CHA, NGƯỜI GIÁM HỘ)

---

Nếu quý vị có thêm bất kỳ thắc mắc hoặc cần thêm trợ giúp nào về vấn đề này, vui lòng liên lạc Ban Phục vụ Hội viên theo số miễn phí (800) 675-6110 hoặc Số TTY/TDD: (800)-431-0964. Khi hoàn thành, xin vui lòng gửi mẫu này đến: Health Net, Attn: Medi-Cal Member Appeals and Grievance Department, P.O. Box 10348, Van Nuys CA 91410-0348. Số fax: (877) 831-6019.