

## نارضایتی عضو/فرم شکایت

تاریخ: \_\_\_\_\_

لطفاً همه اطلاعات را با حروف خوانا بنویسید.  
اطلاعات شاکی:نام \_\_\_\_\_  
شماره تلفن محل کار ( ) شماره تلفن منزل ( )

نشانی \_\_\_\_\_ شهر \_\_\_\_\_ ایالت \_\_\_\_\_ کد پستی \_\_\_\_\_

نام شخص (اشخاص) وابسته به شاکی:

نام \_\_\_\_\_ شماره شناسه \_\_\_\_\_ #: \_\_\_\_\_

نام \_\_\_\_\_ شماره شناسه \_\_\_\_\_ #: \_\_\_\_\_

نام \_\_\_\_\_ شماره شناسه \_\_\_\_\_ #: \_\_\_\_\_

ماهیت شکایت: [همه موارد مربوط را علامت بزنید]

بازاریابی	_____	مشکل لغو عضویت	_____	صورتحساب عضو	_____
کیفیت	_____	حمل و نقل	_____	دسترسی به مراقبت	_____
مراقبت اضطراری	_____	طرز برخورد کارکنان	_____	صدور اجازه	_____

سایر موارد: \_\_\_\_\_

توصیف مشکل: \_\_\_\_\_ تاریخ وقوع: \_\_\_\_\_ مکان: \_\_\_\_\_  
نام ارائه کننده \_\_\_\_\_  
مشکل/شکایت را به طور مشروح توصیف کنید: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

اگر به فضای اضافی نیاز دارید، از پشت این فرم استفاده کنید.

امضای عضو \_\_\_\_\_  
(یا امضای ولی برای شخص صغیر یا محجور)  
تاریخ \_\_\_\_\_

### واگذاری پزشکی

نام و شماره **عضون:** هر ارائه کننده ای که ممکن است شما را برای این عارضه معالجه کرده باشد و موضوع این نارضایتی می باشد را ارائه کنید.

از همه پرونده های پزشکی کسب شده با محرمانگی اکید نگهداری شده و صرفاً به منظور بررسی نارضایتی شما از آنها استفاده خواهد شد.

بدینوسیله به ارائه کننده (های) فوق الذکر اجازه می دهم و از آنها درخواست می کنیم که هر کدام و همه پرونده های پزشکی را در پشتیبانی از لزوم پزشکی برای موضوع این نارضایتی به HEALTH NET تسلیم نمایند.

تاریخ:

امضاء:

(اگر توسط شخصی به غیر از عضو امضاء شود)

وابستگی:  
(مادر، پدر، قیم)

اگر هرگونه سؤالات دیگری دارید یا به کمک بیشتری در رابطه با این موضوع نیاز دارید، لطفاً با بخش خدمات اعضای ما به شماره رایگان 800-675-6110 (یا TTY/TDD به شماره: 800-0964-431) تماس بگیرید. هنگامیکه پر شد، لطفاً به نشانی زیر تسلیم کنید: Health Net, Attn: Medi-Cal Member Appeals and Grievance Department, P.O Box Woodland, 10348, Van Nuys, CA 91410-0348 (شماره نمابر: 877-6019-831).