

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.