



會員申訴 / 投訴表

日期： _____

請以正楷填寫所有資訊。

投訴人資訊：

姓名 _____ () 公司電話號碼 _____ () 住家電話號碼 _____

地址 _____ 城市 _____ 州 _____ 郵遞區號 _____

與投訴人相關的個人姓名：

姓名 _____ 號碼： _____ 會員卡號碼 _____

姓名 _____ 號碼： _____ 姓名 _____ 會員卡號碼 _____

姓名 _____ 號碼： _____ 會員卡號碼 _____

投訴性質：[請勾選所有適用項目]

- | | | |
|-------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 行銷 | <input type="checkbox"/> 退保遭遇困難 | <input type="checkbox"/> 會員帳單 |
| <input type="checkbox"/> 品質 | <input type="checkbox"/> 交通運輸 | <input type="checkbox"/> 照護便利性 |
| <input type="checkbox"/> 急診照護 | <input type="checkbox"/> 職員態度 | <input type="checkbox"/> 授權 |

其他： _____

問題陳述：發生日期： _____ 地點： _____

醫療服務提供者名稱 / 姓名 _____

詳細說明問題 / 投訴：

如需更多空間，請使用本表格的背面。

會員簽名

日期

(會員未成年或無行為能力時，則由父母簽名)

公開醫療資訊

會員：請提供本申訴案由中負責治療您病況的任何醫療服務提供者名稱 / 姓名和電話號碼。

取得的所有病歷都將嚴格保密，只供審查您的申訴案時使用。

我茲此授權並要求以上所列的醫療服務提供者公開所有病歷給 HEALTH NET，以支持本申訴案由的醫療必要性。

簽名：

日期：

(非會員本人簽名時)

關係：

(母親、父親、監護人)

如果您有任何其他疑問或需要本事項的額外協助，請聯絡會員服務部免付費電話 (800) 675-6110 或聽 / 語障專線：(800)-431-0964。表格填好後請提交至：Health Net, Attn: Medi-Cal Member Appeals and Grievance Department, P.O. Box 10348, Van Nuys, CA 91410-0348。傳真號碼：(877) 831-6019。