

सदस्य कष्ट/ शिकायत फॉर्म

तारीख: _____

कृपया सभी जानकारी प्रिंट करें।

शिकायतकर्ता की जानकारी:

नाम _____ () कार्यकारी फोन नंबर _____ () घरेलू टेलीफोन नंबर _____
पता _____ शहर _____ राज्य _____ ज़िप कोड _____

शिकायतकर्ता से संबंधित व्यक्ति(यों) के नाम:

नाम _____ #: _____ आईडी नंबर _____
नाम _____ #: _____ आईडी नंबर _____
नाम _____ #: _____ आईडी नंबर _____

शिकायत का प्रकार: [जो लागू हों उन सभी को टिक करें]

___ विपणन ___ एनरोलमेंट निरस्त करने में कठिनाई ___ सदस्य के लिए बिलिंग
___ गुणवत्ता ___ परिवहन ___ देखभाल की सुविधा
___ आपातकालीन देखभाल ___ स्टाफ का रवैया ___ प्राधिकरण

अन्य: _____

समस्या का विवरण: घटना की तिथि: _____ स्थान: _____ प्रदाता
का नाम _____

समस्या/ शिकायत को विस्तार से बताएं:

यदि अतिरिक्त स्थान की आवश्यकता है तो इस फॉर्म के पिछले भाग का उपयोग करें।

सदस्य के हस्ताक्षर

तिथि

(या माता-पिता के हस्ताक्षर जहां सदस्य नाबालिग या अक्षम हैं)

मेडिकल रिलीज

सदस्य: कृपया उन प्रदाताओं के नाम और टेलीफोन नंबर प्रदान करें जिन्होंने आपका इस स्थिति के लिए इलाज किया है जो कि इस शिकायत का विषय है।

प्राप्त किये गए सभी मेडिकल रिकॉर्ड्स गोपनीय रखे जायेंगे और केवल आपकी शिकायतों की समीक्षा करने के लिए उपयोग किए जाएंगे।

मैं उपरोक्त लिखे प्रदाताओं को अधिकृत और अनुरोध करता हूँ कि इस शिकायत के विषय में आवश्यक सभी मेडिकल रिकॉर्ड को चिकित्सीय जरूरतों की पूर्ति हेतु HEALTH NET को जारी करें:

हस्ताक्षर: _____ **दिनांक:** _____

(यदि सदस्य के अलावा अन्य द्वारा हस्ताक्षर किए गए हैं) रिश्ता: _____
(माँ, पिता, अभिभावक)

यदि आपके पास कोई और प्रश्न हो या इस मामले से आपको इस संबंध में अतिरिक्त सहायता की आवश्यकता हो, तो कृपया हमारे सदस्य सेवा विभाग को टोल फ्री नंबर (800) 675-6110 या टीटीवाय/टीडीडी नंबर: पर संपर्क करें (800)-431-0964. पूरा हो जाने पर कृपया इस फॉर्म को यहाँ जमा करें: Health Net, एटीटीएन: Medi-Cal Member Appeals and Grievance Department, P.O. Box 10348, Van Nuys, CA 91410-0348 | फ़ैक्स नंबर: (877) 831-6019.