



メンバー用苦情申し立てフォーム

日付： \_\_\_\_\_

情報はすべて楷書でご記入ください。

苦情の内容：

\_\_\_\_\_ ( ) ( )  
氏名 勤務先電話番号 自宅電話番号

\_\_\_\_\_ 市 州 ジップコード  
住所（町名・番地）

苦情申し立てに関係する個人の氏名：

\_\_\_\_\_ # : \_\_\_\_\_  
氏名 ID 番号

\_\_\_\_\_ # : \_\_\_\_\_ 氏名  
ID 番号

\_\_\_\_\_ # : \_\_\_\_\_  
氏名 ID 番号

苦情申し立ての内容： [該当するものをすべてにチェックマークを付けてください]

\_\_\_\_\_ マーケティング \_\_\_\_\_ 契約解除の困難さ \_\_\_\_\_ 請求  
\_\_\_\_\_ サービスの質 \_\_\_\_\_ 交通手段 \_\_\_\_\_ 治療へのアクセス  
\_\_\_\_\_ 緊急時のケア \_\_\_\_\_ スタッフの態度 \_\_\_\_\_ 承認

その他： \_\_\_\_\_

問題の記述： 発生日： \_\_\_\_\_ 発生場所： \_\_\_\_\_

プロバイダーの名前 \_\_\_\_\_

問題・苦情の内容を詳しく説明してください。

---

---

---

---

記入欄が足りない場合はこのフォームの裏面をご利用ください。

メンバーの署名

日付

(メンバーが未成年もしくは判断能力がない場合は親の署名)

### 医療情報の開示

メンバー：この苦情申し立ての対象となる、あなたの症状を治療したプロバイダーの名前と電話番号を提供してください。

入手されるすべての医療記録は極秘扱いとなり、この苦情申し立ての審査目的にのみ使用されます。

私は、上記のプロバイダーがこの苦情申し立ての対象に関する医学的必要性の根拠となるすべての医療記録を HEALTH NET に開示することを承認および要請します。

署名： \_\_\_\_\_ 日付： \_ \_\_\_\_\_

(メンバー以外の個人が署名した場合)

メンバーとの関係： \_\_\_\_\_

(父母、後見人)

本件に関するご質問がある場合、または援助が必要な場合は、メンバーサービス部門まで、フリーダイヤル (800) 675-6110 または TTY/TDD 専用番号： (800)-431-0964 をご利用の上、ご連絡ください。記入済みの本フォームを以下まで提出してください。Health Net, Attn: Medi-Cal Member Appeals and Grievance Department, P.O. Box 10348, Van Nuys, CA 91410-0348。ファクス番号： (877) 831-6019