

ແບບຟອມສໍາລັບໄຂຂໍ້ຂ້ອງໃຈ/ຮ້ອງທຸກຂອງສະມາຊິກ

ວັນທີ: _____

ກະດູນາພິມຂໍ້ມູນທັງໝົດ.
ຂໍ້ມູນຜູ້ຮ້ອງທຸກ:

 _____ () _____ ()
 ຊື່ ໝາຍເລກໂທລະສັບຢູ່ບ່ອນເຮັດວຽກ ໝາຍເລກໂທລະສັບເຮືອນ

ທີ່ຢູ່ _____ ເມືອງ _____ ລັດ _____ ລະຫັດໄປສະນີ _____

ຊື່ຂອງບຸກຄົນທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບຜູ້ຮ້ອງທຸກ:

 _____ #: _____
 ຊື່ ເລກບັດປະຈຳຕົວ

 _____ #: _____
 ຊື່ ເລກບັດປະຈຳຕົວ

 _____ #: _____
 ຊື່ ເລກບັດປະຈຳຕົວ

ປະເພດຂອງການຮ້ອງທຸກ: [ເລືອກທັງໝົດທີ່ເຫັນວ່າແມ່ນ]

- | | | |
|-------------------------------|--------------------------|----------------------------|
| _____ ການຕະຫຼາດ | _____ ຄວາມຫຍຸ້ງຍາກໃນ | _____ ການຮຽກເກັບເງິນສໍາລັບ |
| | ການຖອນລົງທະບຽນ | ສະມາຊິກ |
| _____ ຄຸນນະພາບ | _____ ການຂົນສົ່ງ | _____ ຄວາມສາມາດໃນການເຂົ້າ |
| | | ເຖິງການປິ່ນປົວ |
| _____ ການປິ່ນປົວກໍລະນີສຸກເສີນ | _____ ທັດສະນະຂອງພະນັກງານ | _____ ການອະນຸຍາດ |

ອື່ນໆ: _____

ຄໍາຊີ້ແຈງບັນຫາ: ວັນທີເກີດບັນຫາ: _____ ສະຖານທີ່: _____
 ຊື່ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ _____

ອະທິບາຍບັນຫາ/ຄໍາຮ້ອງທຸກໂດຍລະອຽດ:

ໃຊ້ດ້ານຫຼັງຂອງແບບຟອມນີ້ ຖ້າຈໍາເປັນຕ້ອງຂະຫຍາຍຂໍ້ມູນເພີ່ມຕື່ມ.

 _____ ວັນທີ _____
 ລາຍເຊັນຂອງສະມາຊິກ _____
 (ຫຼື ລາຍເຊັນຜູ້ບົກຄອງຂອງສະມາຊິກທີ່ເປັນເດັກນ້ອຍ ຫຼື ຜູ້ທີ່ບໍ່ມີຄວາມສາມາດເຊັນເອງໄດ້)

ການເຜີຍແຜ່ຂໍ້ມູນທາງການແພດ

ສະມາຊິກ: ກະລຸນາລະບຸຊື່ ແລະ ໝາຍເລກໂທລະສັບຂອງຜູ້ໃຫ້ບໍລິການທີ່ປະຕິບັດຕໍ່ທ່ານຈົນພາໃຫ້ເກີດມີຂໍ້ຂ້ອງໃຈນີ້.

ຂໍ້ມູນທາງການແພດທັງໝົດທີ່ໄດ້ມາຈະໄດ້ຮັບການເກັບຮັກສາໄວ້ເປັນຢ່າງດີ ແລະ ຈະຖືກນຳໃຊ້ເພື່ອຈຸດປະສົງໃນການກວດກາເພື່ອແກ້ໄຂຂໍ້ຂ້ອງໃຈຂອງ ທ່ານເທົ່ານັ້ນ.

ຂ້າພະເຈົ້າອະນຸຍາດ ແລະ ຂໍໃຫ້ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດັ່ງທີ່ລະບຸໄວ້ຂ້າງເທິງ ສາມາດເຜີຍແຜ່ຂໍ້ມູນທາງການແພດບາງສ່ວນ ແລະ ທັງໝົດໃຫ້ແກ່ HEALTH NET ເພື່ອສະໜັບສະໜູນຄວາມຕ້ອງການທາງການແພດ ສໍາລັບປະເດັນຂໍ້ຂ້ອງໃຈນີ້:

ລາຍເຊັນ: _____ **ວັນທີ:** _____

(ຖ້າເຊັນໂດຍຜູ້ອື່ນ ນອກຈາກສະມາຊິກ) **ສາຍພົວພັນ:** _____
(ແມ່, ພໍ່, ຜູ້ບົກຄອງ)

ຖ້າທ່ານມີຄໍາຖາມເພີ່ມຕື່ມ ຫຼື ຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອເພີ່ມຕື່ມກ່ຽວກັບເລື່ອງນີ້, ກະລຸນາຕິດຕໍ່ພະແນກບໍລິການສະມາຊິກຂອງພວກເຮົາດ້ວຍການໂທໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າໄດ້ທີ່ເບີໂທ (800) 675-6110 ຫຼື TTY/TDD ໝາຍເລກ: (800)-431-0964. ເມື່ອຕມຂໍ ມູນຮຽບ ຮ້ອຍແ ລ້ວ, ກະລຸນາ ສົ່ງແບບຟອມ ນີ້ໄປທີ່: Health Net, Attn: Medi-Cal Member Appeals and Grievance Department, P.O. Box 10348, Van Nuys, CA 91410-0348. ຄຳຮ້ອງ: (877) 831-6019.