

การอนุญาตทางการแพทย์

สมาชิก: กรุณาระบุชื่อและหมายเลขโทรศัพท์ของผู้ให้บริการใด ๆ ที่ได้ทำการรักษาท่านสำหรับสภาวะอาการที่เกี่ยวข้องกับคำร้องเรียนนี้
ประวัติการรักษาทั้งหมดจะถูกเก็บเป็นความลับอย่างเคร่งครัด และใช้งานเพื่อวัตถุประสงค์ในการพิจารณาคำร้องเรียนของท่านเท่านั้น

ข้าพเจ้าให้อนุญาตและขอให้ผู้ให้บริการที่ระบุข้างต้นเปิดเผยประวัติการรักษาใด ๆ ทั้งหมดกับ HEALTH NET
ที่สนับสนุนความจำเป็นทางการแพทย์สำหรับหัวข้อคำร้องเรียนนี้

ลายมือชื่อ: _____ วันที่: _____

(หากลงลายมือชื่อโดยผู้อื่นที่ไม่ใช่สมาชิก) ความสัมพันธ์: _____
(มารดา บิดา หรือผู้ปกครอง)

หากท่านมีคำถามเพิ่มเติมใด ๆ หรือต้องการความช่วยเหลือเพิ่มเติมเกี่ยวกับประเด็นนี้ กรุณาติดต่อแผนกบริการสมาชิกผ่านทางหมายเลขโทรฟรีที่
(800) 675-6110 หรือหมายเลข TTY/TDD: (800)-431-0964 เมื่อกรอกข้อมูลเสร็จแล้วกรุณาส่งแบบฟอร์มนี้ถึง: Health Net,
Attn: Medi-Cal Member Appeals and Grievance Department, P.O. Box 10348, Van Nuys,
CA 91410-0348. หมายเลขโทรสาร: (877) 831-6019