



सदस्य कष्ट/ शिकायत फॉर्म

तारीख: _____

कृपया सभी जानकारी प्रिंट करें।

शिकायतकर्ता की जानकारी:

नाम () कार्यकारी फोन नंबर () घर का 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 है)

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 मामलेसे आपको इस संबंधमें अतिरिक्त सहायता की आवश्यकता हो, तो कृपया हमारे सदस्य सेवा विभाग को टोलफ्री नंबर (800) 675-6110 या टीटीवाय: 711 पर संपर्क करें। पूरा हो जाने पर कृपया इस फॉर्मको यहाँ जमा करें: Health Net, एटीटीएन: Medi-Cal Member Appeals and Grievance Department, P.O Box 10348, Woodland Hills, CA 91367| फ़ैक्सनंबर: (877) 831-6019.