

แบบฟอร์มคำร้องทุกข์/คำร้องเรียนของสมาชิก

วันที่: _____

กรุณากรอกข้อมูลด้วยตัวบรรจงทั้งหมด

ข้อมูลของผู้ร้องเรียน:

_____	()	_____	()
ชื่อ	หมายเลขโทรศัพท์ที่ทำงาน	หมายเลขโทรศัพท์ที่บ้าน	

_____	อำเภอ/เขต	จังหวัด	รหัสไปรษณีย์
ที่อยู่			

ชื่อผู้ที่เกี่ยวข้องกับผู้ร้องเรียน:

_____	#:
ชื่อ	หมายเลขรหัสประจำตัว

_____	#:
ชื่อ	หมายเลขรหัสประจำตัว

_____	#:
ชื่อ	หมายเลขรหัสประจำตัว

ประเภทคำร้องเรียน: [เลือกข้อที่เกี่ยวข้องทั้งหมด]

_____	การตลาด	_____	ปัญหาการยกเลิกการสมัคร	_____	การเรียกเก็บเงินจากสมาชิก
_____	คุณภาพ	_____	การเดินทาง	_____	การเข้าถึงการรับบริการ
_____	การบริการลูกค้า	_____	ทัศนคติของพนักงาน	_____	การอนุญาต

อื่น ๆ: _____

รายละเอียดปัญหา: _____ วันที่เกิดเหตุการณ์: _____ สถานที่: _____

ชื่อผู้ให้บริการ _____

กรุณาอธิบายรายละเอียดปัญหา/คำร้องเรียน:

ใช้ด้านหลังของแบบฟอร์มนี้หากจำเป็นต้องใช้พื้นที่เพิ่มเติม

ลายมือชื่อของสมาชิก

วันที่

(หรือลายมือชื่อของผู้ปกครองในกรณีที่สมาชิกเป็นผู้เยาว์หรือเป็นบุคคลไร้ความสามารถ)

การอนุญาตทางการแพทย์

สมาชิก: กรุณาระบุชื่อและหมายเลขโทรศัพท์ของผู้ให้บริการใด ๆ
ที่ได้ทำการรักษาท่านสำหรับสภาวะอาการที่เกี่ยวข้องกับคำร้องเรียนนี้

ประวัติการรักษาทั้งหมดจะถูกเก็บเป็นความลับอย่างเคร่งครัด
และใช้งานเพื่อวัตถุประสงค์ในการพิจารณาคำร้องเรียนของท่านเท่านั้น

ข้าพเจ้าให้อนุญาตและขอให้ผู้ให้บริการที่ระบุข้างต้นเปิดเผยประวัติการรักษาใด ๆ ทั้งหมดกับ HEALTH NET
ที่สนับสนุนความจำเป็นทางการแพทย์สำหรับหัวข้อคำร้องเรียนนี้

ลายมือชื่อ: _____ วันที่: _____

(หากลงลายมือชื่อโดยผู้อื่นที่ไม่ใช่สมาชิก) ความสัมพันธ์: _____
(มารดา บิดา หรือผู้ปกครอง)

หากท่านมีคำถามเพิ่มเติมใด ๆ หรือต้องการความช่วยเหลือเพิ่มเติมเกี่ยวกับประเด็นนี้ กรุณาติดต่อแผนกบริการสมาชิกผ่านทางหมายเลขโทรศัพท์ที่
(800) 675-6110 (TTY: 711) เมื่อกรอกข้อมูลเสร็จแล้วกรุณาส่งแบบฟอร์มนี้ถึง: Health Net, Attn: Medi-Cal Member
Appeals and Grievance Department, P.O Box 10348, Woodland Hills, CA 91367 หมายเลขโทรสาร:
(877) 831-6019