

نموذج تظلم/شكوى الأعضاء

التاريخ: _____

برجاء كتابة كافة المعلومات.

معلومات مقدم الشكوى:

الاسم	رقم هاتف العمل ()	رقم هاتف المنزل ()
-------	--------------------	---------------------

العنوان	المدينة	الولاية	الرمز البريدي
---------	---------	---------	---------------

اسم الشخص (الأشخاص) ذو الصلة بمقدم الشكوى:

الاسم	رقم المعرف
-------	------------

الاسم	رقم المعرف
-------	------------

الاسم	رقم المعرف
-------	------------

طبيعة الشكوى: [تحقق من كل ما ينطبق]

التسويق	صعوبة إلغاء التسجيل	فوترة الأعضاء
الجودة	النقل	إمكانية الحصول على الرعاية
الرعاية في حالات الطوارئ	سلوك الموظفين	التراخيص

أخرى: _____

بيان الخطأ:	تاريخ الحدث:	الموقع:
-------------	--------------	---------

اسم موفر الرعاية
صف المشكلة/الشكوى بالتفصيل:

استخدم الجزء الخلفي من هذا النموذج إذا أردت مزيداً من المساحة.

توقيع العضو

التاريخ

(أو توقيع ولي الأمر إذا كان العضو قاصراً أو فاقد الأهلية)

الكشف الطبي

العضو: يُرجى تقديم اسم ورقم هاتف أي من موفري الرعاية الذين قد عالجوا الحالة موضع التظلم.

تُحفظ جميع السجلات الطبية التي تم الحصول عليها في سرية تامة ولا تستخدم إلا لغرض مراجعة التظلم.

إنني بموجب هذا أخول موفر (موفري) الرعاية المذكور أعلاه وأطلب منه الكشف عن أي من وجميع السجلات الطبية إلى HEALTH NET التي تدعم الضرورة الطبية لموضوع هذا التظلم:

التوقيع: _____

التاريخ: _____

(في حال توقيع غير الأعضاء)

العلاقة: _____

(والدة, والد, ولي أمر)

إذا كان لديك أي أسئلة أخرى أو تحتاج إلى مزيدٍ من المساعدة بخصوص هذه المسألة، يُرجى الاتصال على الرقم المجاني لقسم خدمات الأعضاء 675-6110 (800) أو رقم TTY/TDD (خط الاتصال لضعاف السمع/الهاتف النصي): 431-0964 (800). وعند الانتهاء، يُرجى إرسال هذا النموذج إلى: Health Net, Attn: قسم طعون وتظلمات أعضاء برنامج Medi-Cal, P.O.Box 10348, Van Nuys, CA 91410-0348. رقم الفاكس: 831-6019 (877).