

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 بمقام المقدم 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 الحدوث: _____
_____ اسم موفر الرعاية _____
صف المشكلة/الشكوى بالتفصيل: _____

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

توقيع العضو _____	التاريخ _____
-------------------	---------------

(أو توقيعولي الأمر إذا كان العضو قاصراً أو فاقد الأهلية)

الكشف الطبي

العضو: يُرجى تقديم اسم ورقم هاتف أي من موفرى الرعاية الذين قد عالجوها الحالة موضع التظلم.
ثُحفظ جميع السجلات الطبية التي تم الحصول عليها في سرية تامة ولا تستخدم إلا لغرض مراجعة التظلم.

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

التاريخ: _____ التوقيع: _____

_____ العلاقة: _____
(في حال توقيع غير الأعضاء)
(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 6110-675 (800) أو رقم TTY/TDD (خط الاتصال لضعاف السمع/الهاتف النصي): (800)-431-0964. وعند الانتهاء،
يرجى إرسال هذا النموذج إلى: Health Net, Attn: Medi-Cal Program, P.O.Box 10348, Van Nuys, CA 91410-0348.
رقم الفاكس: (877) 831-6019.