

แบบฟอร์มคำร้องทุกข์/คำร้องเรียนของสมาชิก

วันที่: _____

กรุณากรอกข้อมูลด้วยตัวบรรจงทั้งหมด

ข้อมูลของผู้ร้องเรียน:

ชื่อ _____ () _____ ()
หมายเลขโทรศัพท์ที่ทำงาน _____ หมายเลขโทรศัพท์ที่บ้าน _____

ที่อยู่ _____ อำเภอ/เขต _____ จังหวัด _____ รหัสไปรษณีย์ _____

ชื่อผู้ที่เกี่ยวข้องกับผู้ร้องเรียน:

ชื่อ _____ #: _____

ชื่อ _____ หมายเลขรหัสประจำตัว _____

ชื่อ _____ #: _____

ชื่อ _____ หมายเลขรหัสประจำตัว _____

ชื่อ _____ #: _____

ชื่อ _____ หมายเลขรหัสประจำตัว _____

ประเภทคำร้องเรียน: [เลือกข้อที่เกี่ยวข้องทั้งหมด]

_____ การตลาด _____ ปัญหาการยกเลิกการสมัคร _____

_____ การเรียกเก็บเงินจากสมาชิก

_____ คุณภาพ _____ การเดินทาง _____ การเข้าถึงการรับบริการ

_____ การบริการฉุกเฉิน _____ 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
กรุณาติดต่อแผนกบริการสมาชิกผ่านหมายเลขโทรฟรีที่ (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

California Department of Managed Health Care มีหน้าที่กำกับควบคุมแผนกบริการด้านการรักษาพยาบาล
หากคุณมีเรื่องร้องทุกข์เกี่ยวกับแผนสุขภาพของคุณ
ขั้นแรกคุณควรโทรศัพท์ถึงแผนสุขภาพของคุณที่หมายเลข **1-800-675-6110**
และใช้กระบวนการร้องทุกข์ของแผนสุขภาพของคุณก่อนที่จะติดต่อกับกรม
การใช้วิธีดำเนินการร้องทุกข์นี้ไม่ได้เป็นการห้ามสิทธิหรือการเยียวยาที่พึงมีตามกฎหมายที่อาจมีต่อท่าน
หากท่านต้องการความช่วยเหลือสำหรับการร้องทุกข์ที่เกี่ยวข้องกับกรณีฉุกเฉิน
เรื่องร้องทุกข์ที่ไม่ได้รับการแก้ไขโดยแผนสุขภาพของท่านจนเป็นที่พอใจของท่าน
หรือเรื่องร้องทุกข์ที่ยังไม่ได้รับการแก้ไขเป็นเวลานานกว่า
30 วัน ท่านสามารถติดต่อขอความช่วยเหลือจากทางกรมได้
ท่านยังอาจมีสิทธิ์ขอให้มีการทบทวนด้านการแพทย์โดยอิสระ
(Independent Medical Review, IMR) ด้วย หากท่านมีสิทธิ์ขอ IMR กระบวนการ IMR
จะดำเนินการทบทวนอย่างเป็นทางการเกี่ยวกับการตัดสินใจทางการแพทย์ที่ทำโดยแผนสุขภาพ

อันเกี่ยวข้องกับความสำเร็จในการแพทย์ของบริการหรือการรักษาที่เสนอ
การตัดสินใจเกี่ยวกับการคุ้มครองสำหรับการรักษาเชิงทดลองหรือวิจัย
และข้อพิพาทเกี่ยวกับการชำระเงินค่าบริการฉุกเฉินหรือเร่งด่วนทางการแพทย์
ทางกรมยังมีหมายเลขโทรฟรี (1-888-466-2219) และหมายเลข TDD (1-877-688-9891)
สำหรับผู้มีความบกพร่องทางการได้ยินและการพูด เว็บไซต์ของกรม www.dmhc.ca.gov
มีแบบฟอร์มคำร้องเรียน แบบฟอร์มการสมัคร IMR และคำแนะนำต่าง ๆ ทางออนไลน์