



Bảo mật - Thông tin sức khỏe được bảo vệ

MẪU KHIẾU NẠI CỦA NGƯỜI GHI DANH HEALTH NET

Tên: _____ Ngày: _____

Số nhận dạng của người ghi danh bảo hiểm: _____ Mã số nhóm: _____

Địa chỉ:

Số điện thoại liên hệ ban ngày. _____

Nhóm bác sĩ tham gia: _____

Vui lòng giải thích chi tiết các trường hợp dẫn đến sự không hài lòng của quý vị với Health Net. Điều quan trọng là quý vị liệt kê ngày, người và các cơ sở liên quan đầy đủ nhất có thể. Vui lòng gửi kèm theo bản gốc mọi yêu cầu thanh toán hoặc hóa đơn nhận được liên quan đến vấn đề của quý vị. (Hãy nhớ làm bản sao để lưu hồ sơ.) Sử dụng mặt sau hoặc dùng thêm giấy nếu cần thiết. Gửi mẫu và tài liệu này qua đường bưu điện đến: Health Net, Appeals and Grievances Department, P.O. Box 10348, Van Nuys, CA 91410-0348 hoặc gửi fax đến (877) 831-6019.

Trình bày vấn đề: Ngày xảy ra _____ Địa điểm: _____
Tên nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe: _____

Mô tả chi tiết vấn đề/than phiền:

Sử dụng mặt sau của mẫu này nếu cần thêm khoảng trống

Mong muốn của Health Net là cung cấp dịch vụ chăm sóc y tế chất lượng cao theo cách thỏa đáng nhất có thể. Để làm được điều này, chúng tôi phải nhận thức được mọi khó khăn về dịch vụ mà quý vị gặp phải. Bằng cách điền vào mẫu này, quý vị đang cung cấp cho chúng tôi những thông tin cần thiết để tiếp tục duy trì các tiêu chuẩn cao của chúng tôi. Chúng tôi sẽ cố gắng hết sức để trả lời quý vị trong vòng 30 ngày, khi có thể. Nếu quý vị cho rằng sự chậm trễ trong việc đưa ra quyết định có thể gây ra mối đe dọa nghiêm trọng và sắp xảy ra cho sức khỏe của quý vị, vui lòng liên hệ với bộ phận dịch vụ khách hàng của chúng tôi theo số 1-800-522-0088, TTY: 711 để yêu cầu duyệt xét khẩn cấp.

6003757 (8/2013) (9/2019) (3/2022)