



保密 – 受保護健康資訊

HEALTH NET 計畫參加者申訴表

姓名：_____ 日期：_____

投保人識別號碼：_____ 團體編號：_____

地址：

日間電話號碼：_____

簽約醫師團體：_____

請詳細說明造成您對 Health Net 有所不滿的狀況。一定要盡可能完整列出相關日期、人員和機構。請附上與您的問題相關的理賠或帳單正本。(請務必自行留底。)如有必要請使用反面或加頁。請將此表格和文件寄至：Health Net, Appeals and Grievances Department, P.O. Box 10348, Van Nuys, CA 91410-0348 或傳真至：(877) 831-6019。

問題陳述： 發生日期：_____ 地點：_____

醫療服務提供者姓名 / 名稱：_____

詳細說明問題 / 投訴：

如需更多空間，請使用本表格的背面。

Health Net 希望盡可能以最令人滿意的方式提供高品質的醫療照護。因此，我們必須知道您接受服務時遭遇到的任何困難。您填寫此表格，就是提供我們必要資訊，使我們能繼續維持高的標準。我們將盡一切可能在 30 天內做出回應。如果您認為延遲決定可能立即且嚴重威脅您的健康，請致電 1-800-522-0088 與我們的客戶服務部聯絡，請求特急審查。

6003757 (8/2013) (9/2019)