



**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, TTY: 711 與我們的客戶服務部聯絡，請求特急審查。

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