



기밀 - 보호되는 건강 정보

HEALTH NET 가입자 불만사항 양식

이름: _____ 날짜: _____

가입자 ID 번호: _____ 그룹 번호: _____

주소:

주간 전화 번호 _____

참여 의사 그룹: _____

Health Net에 불만족을 느끼게 되신 상황에 대해 자세히 설명해주시요. 가능한 한 날짜, 관련된 사람 및 시설을 전부 기재하는 것이 중요합니다. 귀하의 문제와 관련된 클레임 또는 받으신 청구서의 원본을 포함해주시요. (귀하의 기록을 위해 복사해두십시오.) 필요한 경우 뒷면 또는 추가 용지를 이용하십시오. 이 양식과 서류를 Health Net, Appeals and Grievances Department, P.O. Box 10348, Van Nuys, CA 91410-0348로 우편 또는 (877) 831-6019번을 이용해 팩스로 보내십시오.

문제점 설명: 발생일자: _____ 발생 장소: _____

서비스 제공자 이름: _____

문제/불만사항을 자세히 설명하십시오:

추가 공간이 필요하신 경우 본 양식의 뒷면을 이용하십시오

Health Net은 귀하께 만족을 드릴 수 있는 높은 품질의 의료 관리를 제공하기 위해 노력하고 있습니다. 이를 위해 저희는 귀하께서 겪으신 모든 서비스의 문제점에 대해 알고자 합니다. 본 양식을 작성함으로써 귀하는 저희의 높은 기준을 지속적으로 유지하는 데 필요한 정보를 제공해주시게 됩니다. 저희는 가능한 한 30일 이내에 응답을 드리기 위해 최대한 노력할 것입니다. 이러한 결정의 지연이 귀하의 건강에 즉각적이고 심각한 위협이 된다고 생각하는 경우, 1-800-522-0088번을 이용해 고객 서비스 부서로 신속 검토를 요청하십시오.

6003757 (8/2013) (9/2019)