



Health Net of California, LLC

Bảo mật - Thông tin sức khỏe được bảo vệ

MẪU KHIẾU NẠI CỦA HỘI VIÊN 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 of California, Inc. (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 trả lời quý vị trong vòng không quá 30 ngày. 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 để yêu cầu duyệt xét khẩn cấp.

Bộ Quản trị Chăm sóc Sức khỏe California chịu trách nhiệm về quản lý các chương trình dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Nếu quý vị có khiếu nại đối với chương trình bảo hiểm sức khỏe của mình, trước tiên quý vị cần gọi điện thoại đến chương trình bảo hiểm sức khỏe theo số **1-800-522-0088**, **TTY: 711** và sử dụng quy trình khiếu nại của chương trình bảo hiểm sức khỏe của quý vị trước khi liên lạc với bộ. Việc sử dụng thủ tục khiếu nại này không cấm bất kỳ quyền pháp lý hoặc biện pháp sửa chữa tiềm năng nào có thể có sẵn cho quý vị. Nếu quý vị cần được giúp đỡ để giải quyết khiếu nại liên quan tới một trường hợp cấp cứu, khiếu nại chưa được chương trình bảo hiểm sức khỏe của quý vị giải quyết thỏa đáng hoặc khiếu nại đã quá 30 ngày mà vẫn chưa được giải quyết, quý vị có thể gọi cho cơ quan chúng tôi để được giúp đỡ. Quý vị cũng có thể đủ điều kiện được Duyệt xét y khoa độc lập (Independent Medical Review, IMR). Nếu quý vị đủ điều kiện cho IMR, thủ tục IMR sẽ cung cấp đánh giá khách quan về các quyết định y tế được chương trình bảo hiểm sức khỏe đưa ra liên quan đến sự cần thiết về mặt y tế của dịch vụ hoặc phương pháp điều trị được đề xuất, quyết định về quyền lợi bảo hiểm đối với các phương pháp điều trị có tính chất thử nghiệm hoặc nghiên cứu và các tranh chấp về thanh toán cho trường hợp cấp cứu hoặc dịch vụ y tế khẩn cấp. Bộ cũng có số điện thoại miễn phí (**1-888-466-2219**) và đường dây TDD (**1-877-688-9891**) cho những người bị khiếm thính và khiếm thanh. Trang web trên Internet của bộ www.dmh.ca.gov có các mẫu than phiền, đơn xin Duyệt xét y khoa độc lập (IMR) và các hướng dẫn trực tuyến.

6003757 (8/2013), (9/2019), (02/2020), (3/2022)