



**ਮੈਂਬਰ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਫਾਰਮ**

ਤਰੀਕ: \_\_\_\_\_

ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਸਾਰੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਪ੍ਰਿੰਟ ਕਰੋ।

ਸ਼ਿਕਾਇਤ-ਕਰਤਾ ਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ:

ਨਾਮ	( ) ਕੰਮ ਦਾ ਫੋਨ ਨੰਬਰ	( ) ਘਰ ਦਾ ਫੋਨ ਨੰਬਰ
-----	------------------------	-----------------------

ਪਤਾ	ਸ਼ਹਿਰ	ਪ੍ਰਾਂਤ	ਪੋਸਟਲ ਕੋਡ
-----	-------	--------	-----------

ਸ਼ਿਕਾਇਤ-ਕਰਤਾ ਦੇ ਨਾਲ ਸੰਬੰਧਿਤ ਲੋਕਾਂ ਦੇ ਨਾਮ:

ਨਾਮ	#: ਆਈ.ਡੀ. ਨੰਬਰ
-----	-------------------

ਨਾਮ	#: ਆਈ.ਡੀ. ਨੰਬਰ
-----	-------------------

ਨਾਮ	#: ਆਈ.ਡੀ. ਨੰਬਰ
-----	-------------------

ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਦੀ ਕਿਸਮ: [ਜਿਹੜੀਆਂ ਲਾਗੂ ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ ਉਹਨਾਂ ਸਾਰੀਆਂ ਉੱਤੇ ਸਹੀ ਦਾ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਾਉ]

\_\_\_\_\_ ਮਾਰਕੀਟਿੰਗ      \_\_\_\_\_ ਭਰਤੀ ਵਿੱਚੋਂ ਨਿਕਲਣ ਵਿੱਚ ਮੁਸ਼ਕਿਲ      \_\_\_\_\_ ਮੈਂਬਰਾਂ ਦੇ ਬਿਲ  
 \_\_\_\_\_ ਗੁਣਵੱਤਾ      \_\_\_\_\_ ਪਰਿਵਹਨ      \_\_\_\_\_ ਦੇਖਭਾਲ ਦੀ ਉਪਲੱਬਧਤਾ  
 \_\_\_\_\_ ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਧਿਆਨ      \_\_\_\_\_ ਸਟਾਫ ਰਵੱਈਆ      \_\_\_\_\_ ਪ੍ਰਮਾਣਿਕਤਾ

ਹੋਰ: \_\_\_\_\_

ਸਮੱਸਿਆ ਦਾ ਬਿਆਨ: ਘਟਨਾ ਦੀ ਤਰੀਕ: \_\_\_\_\_ ਪਤਾ: \_\_\_\_\_

ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਦਾ ਨਾਮ \_\_\_\_\_

ਸਮੱਸਿਆ/ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਦਾ ਵਿਸਤਾਰ ਵਿੱਚ ਵਰਨਣ ਕਰੋ:

---

---

---

ਜੇਕਰ ਵਾਧੂ ਥਾਂ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਤਾਂ ਇਸ ਫਾਰਮ ਦੇ ਪਿਛਲੇ ਹਿੱਸੇ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰੋ।

ਮੈਂਬਰ ਦੇ ਦਸਤਖਤ

ਤਰੀਕ

(ਜਾਂ ਮਾਤਾ-ਪਿਤਾ ਦੇ ਦਸਤਖਤ ਜੇਕਰ ਮੈਂਬਰ ਨਾਬਾਲਗ ਜਾਂ ਅਯੋਗ ਹੈ)

### ਮੈਡੀਕਲ ਰੀਲੀਜ਼

**ਮੈਂਬਰ:** ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਹਰ ਉਸ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਦਾ ਨਾਮ ਅਤੇ ਫੋਨ ਨੰਬਰ ਮੁਹੱਈਆ ਕਰਵਾਓ ਜਿਹਨਾਂ ਨੇ ਤੁਹਾਡੀ ਉਸ ਹਾਲਤ ਦਾ ਇਲਾਜ ਕੀਤਾ ਹੈ ਜਿਹੜੀ ਕੇ ਇਸ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਦਾ ਵਿਸ਼ਾ ਹੈ।

**ਪ੍ਰਾਪਤ ਕੀਤੇ ਗਏ ਸਾਰੇ ਡਾਕਟਰੀ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਗੁਪਤ ਰੱਖੇ ਜਾਣਗੇ ਅਤੇ ਸਿਰਫ਼ ਤੁਹਾਡੀ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਦਾ ਸਰਵੇਖਣ ਕਰਨ ਲਈ ਹੀ ਵਰਤੇ ਜਾਣਗੇ।**

ਇਸ ਨਾਲ ਮੈਂ ਉਪਰੋਕਤ ਲਿਖਿਤ ਪ੍ਰਦਾਤਾਵਾਂ ਨੂੰ ਇਸ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਦੇ ਵਿਸ਼ੇ ਦੀ ਡਾਕਟਰੀ ਜ਼ਰੂਰਤ ਦੇ ਸਹਿਯੋਗ ਵਿੱਚ ਕਿਸੇ ਅਤੇ ਸਾਰੇ ਡਾਕਟਰੀ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ਾਂ ਨੂੰ HEALTH NET ਨੂੰ ਦੇਣ ਲਈ ਪ੍ਰਮਾਣਿਤ ਅਤੇ ਬੇਨਤੀ ਕਰਦਾ/ਕਰਦੀ ਹਾਂ:

ਦਸਤਖਤ: \_\_\_\_\_ ਤਰੀਕ: \_\_\_\_\_

(ਜੇਕਰ ਮੈਂਬਰ ਤੋਂ ਇਲਾਵਾ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਦੇ ਦਸਤਖਤ ਹੋਣ) ਸੰਬੰਧ: \_\_\_\_\_

(ਮਾਤਾ, ਪਿਤਾ, ਸਰਪ੍ਰਸਤ)

ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਈ ਹੋਰ ਸਵਾਲ ਹੋਣ ਜਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਸ ਮਾਮਲੇ ਵਿੱਚ ਵਾਧੂ ਸਹਾਇਤਾ ਦੀ ਲੋੜ ਹੋਵੇ ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਸਾਡੇ ਮੈਂਬਰ ਸੇਵਾਵਾਂ ਵਿਭਾਗ (Member Services Department) ਨੂੰ ਟੋਲ-ਫ੍ਰੀ (800) 675-6110 (TTY: 711) ਤੇ ਫੋਨ ਕਰੋ। ਜਦੋਂ ਪੂਰਾ ਹੋ ਜਾਵੇ, ਇਸ ਫਾਰਮ ਨੂੰ ਹੇਠ ਲਿਖੇ ਪਤੇ ਉੱਤੇ ਜਮਾਂ ਕਰੋ: Health Net, Attn: Medi-Cal Member Appeals and Grievance Department, P.O Box 10348, Woodland Hills, CA 91367. ਫੈਕਸ ਨੰਬਰ: (877) 831-6019।

California Department of Managed Health Care ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਸੇਵਾ ਪਲਾਨ ਦੀ ਪਾਲਣਾ ਕਰਨ ਲਈ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰ ਹੈ। ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਡੀਆਂ ਹੈਲਥ ਪਲਾਨ ਸਬੰਧੀ ਕੋਈ ਸ਼ਿਕਾਇਤਾਂ ਹਨ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਡਿਪਾਰਟਮੈਂਟ ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਕਰਨ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਆਪਣੇ ਹੈਲਥ ਪਲਾਨ ਨੂੰ 1-800-675-6110 TTY: 711, ਨੰਬਰ ਉੱਤੇ ਫੋਨ ਕਰਨਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਆਪਣੇ ਹੈਲਥ ਪਲਾਨ ਦੀ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਨੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ। ਇਸ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਦੀ ਵਿਧੀ ਦਾ ਉਪਯੋਗ ਤੁਹਾਨੂੰ ਉਪਲਬਧ ਕਿਸੇ ਵੀ ਸੰਭਵ ਕਾਨੂੰਨੀ ਹੱਕਾਂ ਤੋਂ ਜਾਂ ਇਲਾਜ ਤੋਂ ਵਾਂਝਾ ਨਹੀਂ ਕਰਦਾ। ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕਿਸੇ ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਦੇ ਮਾਮਲੇ ਨਾਲ ਜੁੜੀ ਕਿਸੇ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਜਿਸ ਨੂੰ ਤੁਹਾਡੇ ਹੈਲਥ ਪਲਾਨ ਦੁਆਰਾ ਤਸੱਲੀਬਖਸ਼ ਢੰਗ ਨਾਲ ਹੱਲ ਨਹੀਂ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਹੈ, ਜਾਂ ਕੋਈ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਜੋ 30 ਦਿਨਾਂ ਤੋਂ ਵੱਧ ਸਮੇਂ ਤੱਕ ਹੱਲ ਨਹੀਂ ਕੀਤੀ ਗਈ ਹੈ, ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਸਹਾਇਤਾ ਲਈ ਡਿਪਾਰਟਮੈਂਟ ਨੂੰ ਕਾਲ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਤੁਸੀਂ ਸੁਤੰਤਰ ਡਾਕਟਰੀ ਮੁਆਇਨੇ (Independent Medical Review, IMR) ਲਈ ਵੀ ਯੋਗ ਹੋ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ IMR ਲਈ ਯੋਗ ਹੋ, ਤਾਂ IMR ਵਿਧੀ ਸਿਹਤ ਪਲੈਨ ਵਲੋਂ ਡਾਕਟਰੀ ਲੋੜ ਲਈ ਕੀਤੀ ਗਈ ਪ੍ਰਸਤਾਵਿਤ ਸੇਵਾ ਜਾਂ ਇਲਾਜ ਤੋਂ ਸੰਬੰਧਿਤ, ਤਜਰਬੇ ਜਾਂ ਜਾਂਚ ਦੇ ਸੁਭਾ ਵਾਲੇ ਇਲਾਜ ਲਈ ਫੈਸਲੇ ਅਤੇ ਸੰਕਟ ਜਾਂ ਜ਼ਰੂਰੀ ਡਾਕਟਰੀ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੇ ਭੁਗਤਾਨ ਦੇ ਵਿਵਾਦ, ਡਾਕਟਰੀ ਫੈਸਲਿਆਂ ਦਾ ਇਕ ਨਿਰਪੱਖ ਮੁਆਇਨਾ ਮੁਹੱਈਆ ਕਰਵਾਏਗੀ। ਡਿਪਾਰਟਮੈਂਟ ਦਾ ਇੱਕ ਟੋਲ-ਫ੍ਰੀ ਨੰਬਰ (1-888-466-2219) ਅਤੇ ਗੂੰਗੇ ਅਤੇ ਬਹਿਰੇ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਇੱਕ TDD ਲਾਈਨ (1-877-688-9891) ਵੀ ਹੈ। ਡਿਪਾਰਟਮੈਂਟ ਦੀ ਇੰਟਰਨੈੱਟ ਵੈੱਬਸਾਈਟ [www.dmhca.gov](http://www.dmhca.gov) ਉੱਤੇ ਔਨਲਾਈਨ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਫਾਰਮ, IMR ਐਪਲੀਕੇਸ਼ਨ ਫਾਰਮ ਅਤੇ ਹਦਾਇਤਾਂ ਦਿੱਤੀਆਂ ਗਈਆਂ ਹਨ।