

แบบฟอร์มคำร้องทุกข์/คำร้องเรียนของสมาชิก

วันที่: \_\_\_\_\_

กรุณากรอกข้อมูลด้วยตัวบรรจงทั้งหมด

ข้อมูลของผู้ร้องเรียน:

ชื่อ \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_ ( )  
หมายเลขโทรศัพท์ที่ทำงาน      หมายเลขโทรศัพท์ที่บ้าน

ที่อยู่ \_\_\_\_\_ อำเภอ/เขต \_\_\_\_\_ จังหวัด \_\_\_\_\_ รหัสไปรษณีย์ \_\_\_\_\_

ชื่อผู้ที่เกี่ยวข้องกับผู้ร้องเรียน:

ชื่อ \_\_\_\_\_ #: \_\_\_\_\_

ชื่อ \_\_\_\_\_ หมายเลขรหัสประจำตัว \_\_\_\_\_

ชื่อ \_\_\_\_\_ #: \_\_\_\_\_

ชื่อ \_\_\_\_\_ หมายเลขรหัสประจำตัว \_\_\_\_\_

ชื่อ \_\_\_\_\_ #: \_\_\_\_\_

ชื่อ \_\_\_\_\_ หมายเลขรหัสประจำตัว \_\_\_\_\_

ประเภทคำร้องเรียน: [เลือกข้อที่เกี่ยวข้องทั้งหมด]

\_\_\_\_\_ การตลาด \_\_\_\_\_ ปัญหาการยกเลิกการสมัคร \_\_\_\_\_ การเรียกเก็บเงินจากสมาชิก

\_\_\_\_\_ คุณภาพ \_\_\_\_\_ การเดินทาง \_\_\_\_\_ การเข้าถึงการรับบริการ

\_\_\_\_\_ การบริการลูกค้า \_\_\_\_\_ ทัศนคติของพนักงาน \_\_\_\_\_ การอนุญาต

อื่น ๆ: \_\_\_\_\_

รายละเอียดปัญหา: \_\_\_\_\_ วันที่เกิดเหตุการณ์: \_\_\_\_\_ สถานที่: \_\_\_\_\_

ชื่อผู้ให้บริการ \_\_\_\_\_

กรุณาอธิบายรายละเอียดปัญหา/คำร้องเรียน:

---

---

---

---

ใช้ด้านหลังของแบบฟอร์มนี้หากจำเป็นต้องใช้พื้นที่เพิ่มเติม

ลายมือชื่อของสมาชิก

วันที่

(หรือลายมือชื่อของผู้ปกครองในกรณีที่สมาชิกเป็นผู้เยาว์หรือเป็นบุคคลไร้ความสามารถ)

**การอนุญาตทางการแพทย์**

**สมาชิก:** กรุณาระบุชื่อและหมายเลขโทรศัพท์ของผู้ให้บริการใด ๆ  
ที่ได้ทำการรักษาท่านสำหรับสภาวะอาการที่เกี่ยวข้องกับคำร้องเรียนนี้

**ประวัติการรักษาทั้งหมดจะถูกเก็บเป็นความลับอย่างเคร่งครัด  
และใช้งานเพื่อวัตถุประสงค์ในการพิจารณาคำร้องเรียนของท่านเท่านั้น**

ข้าพเจ้าให้อนุญาตและขอให้ผู้ให้บริการที่ระบุข้างต้นเปิดเผยประวัติการรักษาใด ๆ ทั้งหมดกับ  
HEALTH NET ที่สนับสนุนความจำเป็นทางการแพทย์สำหรับหัวข้อคำร้องเรียนนี้

ลายมือชื่อ: \_\_\_\_\_ วันที่: \_\_\_\_\_

(หากลงลายมือชื่อโดยผู้อื่นที่ไม่ใช่สมาชิก) ความสัมพันธ์: \_\_\_\_\_

(มารดา บิดา หรือผู้ปกครอง)

หากท่านมีคำถามเพิ่มเติมใด ๆ หรือต้องการความช่วยเหลือเพิ่มเติมเกี่ยวกับประเด็นนี้ กรุณาติดต่อแผนกบริการสมาชิกผ่านทางหมายเลขโทรฟรีที่ (800) 675-6110 (TTY: 711) เมื่อกรอกข้อมูลเสร็จแล้วกรุณาส่งแบบฟอร์มนี้ถึง: Health Net, Attn: Medi-Cal Member Appeals and Grievance Department, P.O Box 10348, Woodland Hills, CA 91367 หมายเลขโทรสาร: (877) 831-6019

California Department of Managed Health Care มีหน้าที่กำกับควบคุมแผนบริการด้านการรักษาพยาบาล หากคุณมีเรื่องร้องทุกข์เกี่ยวกับแผนสุขภาพของคุณ  
ขั้นแรกคุณควรโทรศัพท์ถึงแผนสุขภาพของคุณที่หมายเลข **1-800-675-6110, TTY: 711** และใช้กระบวนการร้องทุกข์ของแผนสุขภาพของคุณก่อนที่จะติดต่อกับกรม  
การใช้วิธีดำเนินการร้องทุกข์นี้ไม่ได้เป็นการห้ามสิทธิหรือการเยียวยาที่พึงมีตามกฎหมายที่อาจมีต่อท่าน หากท่านต้องการความช่วยเหลือสำหรับการร้องทุกข์ที่เกี่ยวข้องกับกรณีฉุกเฉิน  
เรื่องร้องทุกข์ที่ไม่ได้รับการแก้ไขโดยแผนสุขภาพของท่านจนเป็นที่พอใจของท่าน  
หรือเรื่องร้องทุกข์ที่ยังไม่ได้รับการแก้ไขเป็นเวลานานกว่า  
30 วัน ท่านสามารถติดต่อขอความช่วยเหลือจากทางกรมได้  
ท่านยังอาจมีสิทธิ์ขอให้มีการทบทวนด้านการแพทย์โดยอิสระ  
(Independent Medical Review, IMR) ด้วย หากท่านมีสิทธิ์ขอ IMR กระบวนการ IMR  
จะดำเนินการทบทวนอย่างเป็นกลางเกี่ยวกับการตัดสินใจทางการแพทย์ที่ทำโดยแผนสุขภาพ  
อันเกี่ยวข้องกับความจำเป็นทางการแพทย์ของบริการหรือการรักษาที่เสนอ  
การตัดสินใจเกี่ยวกับการคุ้มครองสำหรับการรักษาเชิงทดลองหรือวิจัย  
และข้อพิพาทเกี่ยวกับการชำระเงินค่าบริการฉุกเฉินหรือเร่งด่วนทางการแพทย์  
ทางกรมยังมีหมายเลขโทรฟรี (1-888-466-2219) และหมายเลข TDD (1-877-688-9891)  
สำหรับผู้มีความบกพร่องทางการได้ยินและการพูด เว็บไซต์ของกรม [www.dmhc.ca.gov](http://www.dmhc.ca.gov)  
มีแบบฟอร์มคำร้องเรียน แบบฟอร์มการสมัคร IMR และคำแนะนำต่าง ๆ ทางออนไลน์