

Biểu mẫu Khiếu nại hoặc Kháng cáo

Sử dụng biểu mẫu này để gửi khiếu nại:

Khiếu nại thể hiện sự không hài lòng với bất kỳ khía cạnh nào trong việc điều trị của quý vị từ Dịch vụ Sức khỏe Hành vi. Quý vị có thể điền vào thông tin dưới đây và sử dụng phong bì có ghi sẵn địa chỉ bên cạnh biểu mẫu này để gửi khiếu nại. Quý vị có thể gọi cho Dịch vụ Đảm bảo Quyền lợi của Bệnh nhân theo số (800) 668-4240 hoặc (866) 308-3074

Đánh dấu vào ô này Nếu quý vị muốn nộp đơn kháng cáo và điền vào thông tin bên dưới.

Thông tin Khách hàng

Tên: _____ Họ: _____

Ngày sinh Tháng: _____ Ngày: _____ Năm: _____

Địa chỉ: _____

Thành phố: _____ Tiểu bang: _____ Mã Zip: _____

Số điện thoại: _____

Thông tin Chương trình:

Tên chương trình mà khách hàng đang nhận dịch vụ.

Địa chỉ đường phố, Thành phố, Tiểu bang, Mã Zip của chương trình

Vui lòng mô tả ngắn gọn mối quan tâm hoặc sự không hài lòng của quý vị.

Nếu quý vị đang điền vào biểu mẫu này, nhưng quý vị không phải là khách hàng nhận dịch vụ, vậy mối quan hệ của quý vị với khách hàng là gì: _____

Tên của quý vị _____ Số điện thoại của quý vị _____

Chữ ký của Bệnh nhân hoặc Đại diện được Ủy quyền

Ngày