



會員投訴表格

CalOptima Health Grievance and Appeals Resolution Services
505 City Parkway West, Orange, CA 92868

CalOptima Health Customer Service
1-888-587-8088 (TTY 711)

會員信息

會員名字	中間名字 首字母	姓氏	會員 ID 卡號碼：
醫療網	投訴人	日期	
地址	公寓#	城市	郵政編碼
			電話 ()

投訴性質

請勾選：

- | | | |
|-------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 醫生或工作人員的問題 | <input type="checkbox"/> 取得預約的問題 | <input type="checkbox"/> 收到醫療服務賬單 |
| <input type="checkbox"/> 獲取轉診的問題 | <input type="checkbox"/> 獲取藥物或處方藥的問題 | <input type="checkbox"/> 醫療護理的問題 |
| <input type="checkbox"/> 辦公室或設施的問題 | <input type="checkbox"/> 其他：_____ | <input type="checkbox"/> 收到拒絕通知 |

額外資訊（如果需要使用第二頁）：

此表格是否由會員本人填寫？☐ 是 ☐ 否

如果您不是會員，您是會員的授權代表嗎？☐ 是 ☐ 否

請說明您與會員的關係：

- | | | | | | | |
|--------------------------------|--|--------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 配偶 | <input type="checkbox"/> 父母 | <input type="checkbox"/> 祖父母 | <input type="checkbox"/> 兄弟姐妹 | <input type="checkbox"/> 朋友 | <input type="checkbox"/> 監護人 | <input type="checkbox"/> 兒童（18 歲以上） |
| <input type="checkbox"/> 醫療服務者 | <input type="checkbox"/> CalOptima Health 代表 | <input type="checkbox"/> 醫療網代表 | <input type="checkbox"/> 其他 | | | |

正楷填寫姓名

職稱（如適用）

填寫此表格人的簽名

日期

醫生信息

醫生姓名	最後一次看診日期
------	----------

地址	
城市	電話（ ）