



회원 불만 양식

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

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

회원 정보

회원의 이름	미들 약자	성	회원 ID 카드 번호(#):
건강 네트워크	불만을 제출하는 사람		날짜
주소	아파트 #	시	우편번호 전화번호()

불만 내용

표시하십시오:

<input type="checkbox"/> 의사 또는 직원과의 문제	<input type="checkbox"/> 예약하는 문제	<input type="checkbox"/> 의료 서비스를 위해 받은 청구서
<input type="checkbox"/> 의뢰를 받는 문제	<input type="checkbox"/> 약물 또는 처방약을 받는 문제	<input type="checkbox"/> 의료 관리의 문제
<input type="checkbox"/> 사무실 또는 시설 문제	<input type="checkbox"/> 기타: _____	<input type="checkbox"/> 거부 통지를 받았음

추가 정보 (필요하면 2 번째 용지 추가):

본 양식을 작성하는 사람이 회원입니까? 예 아니오

회원이 아니라면, 회원의 승인된 대리인입니까? 예 아니오

회원과의 관계를 알려주십시오:

배우자 부모 조부모 형제/자매 친구 보호자 자녀 (18+)

제공자 CalOptima 직원 건강 네트워크 직원 기타

인쇄체 이름

직함 (해당되면)

본 양식을 작성하는 사람의 서명

날짜

의사 정보

의사의 이름

마지막 진료 날짜

주소

시

전화번호 ()