



會員投訴表格說明

1. 請填寫會員的名字。
2. 請填寫會員的中間名首字母（如適用）（非必填）。
3. 請填寫會員姓氏。
4. 請填寫會員ID碼。該號碼在會員ID卡上。
5. 請填寫會員的醫療網名稱。
6. 請填寫會員投訴表格的填寫人全名。
7. 請填寫今天日期。
8. 請在目前家庭住址欄位中填寫會員的街道號碼和街道名稱。
 - a. 請填寫公寓號碼（如適用）。
9. 請在城市欄位中填寫會員所在的城市。
10. 請在郵遞區號欄位中填寫會員的郵遞區號。
11. 請填寫可以就投訴事宜聯絡會員的電話號碼，格式如下：(111) 111-1111。
12. 請在“投訴性質”下勾選所有適用於該投訴的方格。
 - a. 醫生或工作人員的問題
 - b. 獲取轉診的問題
 - c. 辦公室或設施的問題
 - d. 取得預約的問題
 - e. 獲取藥物或處方藥的問題
 - f. 收到醫療服務賬單
 - g. 醫療護理的問題
 - h. 申訴（申請審核關於延遲、更改、拒絕或停止所申請的服務的不利福利決定。）
 - i. 其他（請在提供的橫綫上寫下問題的描述。）
13. 請在“投訴性質”部分提供的橫綫上寫下會員的疑慮或問題的說明。請填寫姓名、日期、詳細資訊以及盡可能詳細的投訴資訊。
14. 表格填寫人需要註明會員與其的關係（會員或本人、父母、祖父母、醫療服務者、CalOptima Health、醫療網 或授權代表）。如果以上都不適用，請在其他下方填寫關係。
15. 填寫表格的人必須正楷填寫其姓名和職稱（如適用），然後在表格上簽名並註明日期。
16. 請填寫與您的申訴有關的醫生的以下資訊：
 - a. 姓名
 - b. 最後一次就診日期
 - c. 地址
 - d. 城市
 - e. 電話號碼

請注意：如有需要，您可以附加額外頁面。如果您有任何疑問或需要協助，請在週一至週五，上午 **8 點**至下午 **5點30 分**撥打 **CalOptima Health** 客戶服務部免付費電話 **1-888-587-8088**（**TTY 711**）。我們的工作人員會說您的語言。