

فرم شکایت عضو

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

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

اطلاعات عضو			
نام عضو	نام میانی	نام خانوادگی	شماره کارت عضویت :
شبکه بهداشت و درمان	شخص شکایت کننده		تاریخ
آدرس	شماره آپارتمان	شهر	کدپستی
() تلفن			
نوع شکایت			
لطفاً علامت بزنید:			
مشکل با پزشک یا کادر مطب	مشکل دریافت نوبت (نوبتها)	دریافت صورتحساب برای خدمات درمانی	
مشکل با دریافت ارجاع	مشکل دریافت دارو یا نسخه	مشکل با مراقبت درمانی	
مشکل با مطب یا موسسه	غیره: _____	دریافت رد درخواست	
اطلاعات اضافی (در صورت نیاز برگه اضافی ضمیمه نمایید):			
آیا عضو شما فرم را پر میکند؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر			
اگر شما خود عضو نیستید، آیا نماینده رسمی عضو هستید؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر			
لطفاً نسبت خود با عضو را توضیح دهید:			
همسر <input type="checkbox"/> والدین <input type="checkbox"/> پدر بزرگ/مادر بزرگ <input type="checkbox"/> خواهر/برادر <input type="checkbox"/> دوست <input type="checkbox"/> قیم <input type="checkbox"/> فرزند (+18) <input type="checkbox"/>			
ارائه دهنده <input type="checkbox"/> نماینده CalOptima Health <input type="checkbox"/> نماینده شبکه درمانی <input type="checkbox"/> غیره <input type="checkbox"/>			
درج نام		لقب (در صورت وجود)	
امضا شخص تکمیل کننده فرم		تاریخ	
اطلاعات پزشک			
نام پزشک		تاریخ آخرین نوبت	

أدرس:	
شهر	تلفن ()