



MẪU ĐƠN THAN PHIÊN CỦA THÀNH VIÊN

Văn phòng Giải Quyết Than Phiền và Khiếu Nại của CalOptima Health
505 City Parkway West, Orange, CA 92868

Văn phòng Dịch Vụ của CalOptima Health
1-888-587-8088 (TTY 711)

THÔNG TIN CỦA THÀNH VIÊN

Tên của Thành viên	Chữ viết tắt Tên đệm	Họ	Số thẻ ID Thành viên:
Nhóm Y Tế	Người Nộp đơn Than phiền		Ngày
Địa chỉ	Số nhà	Thành phố	Mã số vùng
			Số điện thoại ()

LÝ DO THAN PHIỀN

Xin đánh dấu:

☐ Vấn đề với bác sĩ hoặc nhân viên	☐ Vấn đề về việc lấy (các) buổi hẹn	☐ Nhận được hóa đơn cho các dịch vụ y tế
☐ Vấn đề về việc lấy giấy giới thiệu	☐ Vấn đề về việc lấy thuốc hoặc toa thuốc	☐ Vấn đề với dịch vụ chăm sóc y tế
☐ Vấn đề về văn phòng hoặc trung tâm	☐ Khác:	☐ Nhận được quyết định từ chối

Thông tin bổ sung (xin sử dụng trang thứ hai nếu cần):

Người điền mẫu đơn này có phải là thành viên không? ☐ Có ☐ Không

Nếu không phải là thành viên, quý vị có phải là Người Đại diện được Ủy quyền của thành viên không?

☐ Có ☐ Không

Xin cho biết mối quan hệ của quý vị với thành viên:

☐ Vợ/chồng	☐ Cha mẹ	☐ Ông bà	☐ Anh/chị/em	☐ Bạn bè	☐ Người giám hộ
☐ Con (từ 18 tuổi trở lên)	☐ Nhà cung cấp dịch vụ	☐ Nhân viên của CalOptima Health			
☐ Nhân viên của Nhóm Y tế	☐ Khác				

Tên viết in hoa

Chức danh (nếu có)

Chữ ký của Người Hoàn tất Mẫu đơn này

Ngày

THÔNG TIN CỦA BÁC SĨ	
Tên của Bác sĩ	Ngày thực hiện Buổi khám Cuối cùng
Địa chỉ	
Thành phố	Số điện thoại ()