

نموذج شكوى الأعضاء

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

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

معلومات العضو			
الاسم الأول للعضو	أول حرف من الاسم الوسط	اسم العائلة	رقم بطاقة تعريف العضو:
الشبكة الصحية	الشخص الذي يقدم الشكوى		التاريخ
العنوان	رقم الشقة	المدينة	الرمز البريدي
رقم الهاتف ()			
طبيعة الشكوى			
يرجى التحديد:			
مشكلة مع الطبيب أو الطاقم	مشكلة في الحصول على موعد (مواعيد)	تم استلام فاتورة للخدمات الطبية	[]
مشكلة في الحصول على إحالة	مشكلة في الحصول على دواء أو وصفة طبية	مشكلة مع الرعاية الطبية	
مشكلة في العيادة أو المرفق	غير ذلك:	تم استلام رفض	
معلومات إضافية (استخدم ورقة ثانية إذا لزم الأمر):			
هل الشخص الذي يقوم بإكمال هذه الاستمارة هو العضو؟ ☐ نعم ☐ لا			
إذا لم تكن عضواً، فهل أنت الممثل المعتمد للعضو؟ ☐ نعم ☐ لا			
يرجى ذكر علاقتك بالعضو:			
زوج/ة	والدة/ة	جدة/ة	أخ/أخت
صديق	وصي	طفل (18+)	غير ذلك
ممثل CalOptima Health	ممثل الشبكة الصحية	مزدود رعاية	ممثل CalOptima Health
الاسم كتابةً		المسمى الوظيفي (إن وجد)	
توقيع الشخص الذي أكمل هذا النموذج		التاريخ	
معلومات الطبيب			
اسم الطبيب	تاريخ آخر زيارة		
العنوان			

الهاتف ()	المدينة
---------------	---------