

## دستورالعمل های تکمیل فرم شکایت اعضا

1. نام عضو را وارد کنید.
2. در صورت وجود، حرف اول نام میانی عضو را وارد کنید (الزامی نیست).
3. نام خانوادگی عضو را وارد کنید.
4. شماره شناسه عضو را وارد کنید. این شماره روی کارت شناسایی اعضا موجود است.
5. نام شبکه بهداشت و درمان عضو را وارد کنید.
6. نام کامل فردی را که فرم شکایت را برای عضو پر می کند را وارد کنید.
7. تاریخ امروز را وارد کنید.
8. شماره خیابان و نام خیابان را در قسمت آدرس منزل فعلی عضو وارد کنید.
  - a. در صورت وجود، شماره آپارتمان را وارد کنید.
9. شهر عضو را در قسمت نام شهر وارد کنید.
10. کد پستی عضو را در قسمت کد پستی وارد کنید.
11. شماره تلفنی که در آن می توان با عضو در مورد شکایت تماس گرفت را به صورت زیر وارد کنید: 111-1111 (111).
12. لطفاً تمام کادرهای مربوط به شکایت را در بخش "ماهیت شکایت" علامت بزنید.
  - a. مشکل با پزشک یا کادر مطب
  - b. مشکل با دریافت ارجاع
  - c. مشکل با مطب یا موسسه
  - d. مشکل دریافت نوبت
  - e. مشکل دریافت دارو یا نسخه
  - f. دریافت صورتحساب برای خدمات درمانی
  - g. مشکل با مراقبت درمانی
  - h. درخواست تجدیدنظر (درخواستی برای بررسی یک تصمیم نامطلوب در زمینه مزایا برای به تاخیر انداختن، تغییر، رد یا توقف خدمات درخواستی).
  - i. سایر موارد (لطفاً توضیحاتی در مورد مشکل خود را روی این خط بنویسید).
13. لطفاً روی خطوط ارائه شده در بخش «ماهیت شکایت» توضیحاتی درباره نارضایتی یا مشکل عضو بنویسید. لطفاً تا حد امکان نامها، تاریخها، جزئیات و اطلاعات مربوط به شکایت را ذکر کنید.
14. شخصی که فرم را پر می کند باید رابطه خود را با عضو (عضو یا شخص، والدین، پدر بزرگ و مادر بزرگ، ارائه دهنده، CalOptima Health، شبکه بهداشت و درمان یا نماینده مجاز) علامت گذاری کند. اگر هیچ یک از این موارد صدق نمی کند، لطفاً نسبت خود را در قسمت **غیره** زیر بنویسید.
15. فردی که فرم را پر می کند باید نام و عنوان خود را (در صورت وجود) درج کند، سپس فرم را امضا کرده و تاریخ آن را ثبت کند.
16. لطفاً اطلاعات پزشک مرتبط با شکایت خود را در قسمت زیر وارد کنید:
  - a. نام
  - b. تاریخ آخرین نوبت
  - c. آدرس:
  - d. شهر
  - e. شماره تلفن

**لطفا توجه داشته باشید: در صورت نیاز می توانید صفحات اضافی را پیوست کنید. اگر سؤالی دارید یا نیاز به کمک دارید، لطفاً با خدمات مشتریان CalOptima Health با شماره رایگان 1-888-587-8088 (TTY 711)، از دوشنبه تا جمعه، از ساعت 8**

**صبح تا 5:30 بعد از ظهر تماس بگیرید. ما کارکنانی داریم که به زبان شما صحبت می کنند.**