

تعليمات نموذج شكوى الأعضاء

1. أدخل الاسم الأول للعضو.
2. أدخل الاسم الأوسط للعضو، إن أمكن (غير مطلوب).
3. أدخل اسم العائلة للعضو.
4. أدخل رقم تعريف العضو. هذا موجود على بطاقة تعريف العضو.
5. أدخل اسم الشبكة الصحية للعضو.
6. أدخل الاسم الكامل للشخص الذي يملأ نموذج شكوى الأعضاء.
7. أدخل تاريخ اليوم.
8. أدخل رقم الشارع واسم الشارع الخاص بالعضو في حقل عنوان المنزل الحالي.
 - a. أدخل رقم الشقة إن أمكن تطبيق ذلك.
9. أدخل مدينة العضو في حقل المدينة.
10. أدخل الرمز البريدي الخاص بالعضو في حقل الرمز البريدي.
11. أدخل رقم هاتف حيث يمكن الوصول إلى العضو بشأن الشكوى بهذا التنسيق: 111-1111 (111).
12. يرجى تحديد جميع المربعات التي تنطبق على الشكوى ضمن "طبيعة الشكوى".
 - a. مشكلة مع الطبيب أو الطاقم
 - b. مشكلة في الحصول على إحالة
 - c. مشكلة في العيادة أو المرفق
 - d. مشكلة في الحصول على موعد
 - e. مشكلة في الحصول على دواء أو وصفة طبية
 - f. تم استلام فاتورة للخدمات الطبية
 - g. مشكلة مع الرعاية الطبية
 - h. الاستئناف (طلب مراجعة قرار المزايا السلبية لتأخير الخدمة المطلوبة، أو تغييرها، أو رفضها أو إيقافها).
 - i. غير ذلك (يرجى كتابة وصف للمشكلة على السطر المقدم).
13. يرجى كتابة وصف لتحفظات العضو أو مشكلته على السطور المقدمة في قسم "طبيعة الشكوى". يرجى إدراج الأسماء، والتواريخ، والتفاصيل وأكبر قدر ممكن من المعلومات حول الشكوى.
14. سيحتاج الشخص الذي يملأ النموذج إلى تحديد علاقته بالعضو (العضو أو نفسه، أو أحد الوالدين، أو الجد/الجدة، أو مزود الرعاية، أو CalOptima Health، أو الشبكة الصحية، أو الممثل المعتمد). إذا لم ينطبق أي مما يلي، يرجى الكتابة في العلاقة ضمن غير ذلك.
15. يجب على الشخص الذي يملأ النموذج أن يكتب اسمه أو اسمها والمسمى الوظيفي (إن وجد)، ثم يوقع على النموذج ويؤرخه.
16. يرجى إدخال المعلومات التالية عن الطبيب المعني بتظلمك:
 - a. الاسم
 - b. تاريخ آخر زيارة
 - c. العنوان
 - d. المدينة
 - e. رقم الهاتف

يرجى الملاحظة: يمكنك إرفاق صفحات إضافية إذا لزم الأمر. إذا كانت لديك أي أسئلة أو كنت بحاجة إلى مساعدة، فيرجى الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health على الرقم 1-888-587-8088 (TTY 711) مجانًا، من الاثنين إلى الجمعة، من 8 صباحًا حتى 5:30 مساءً. لدينا موظفين يتحدثون لغتك.