

## 회원 불만 양식 지침

1. 회원의 이름 입력.
2. 회원의 미대니셜 입력, 해당되는 경우 (필수 아님).
3. 회원의 성 입력.
4. 회원의 ID 번호 입력. 이것은 회원 ID 카드에 있음.
5. 회원 건강 네트워크 이름 입력.
6. 회원 불만 양식을 작성하는 사람의 성, 이름 입력.
7. 오늘의 날짜 입력.
8. 현재 주소 자리에 회원의 번지와 도로명 입력.
  - a. 해당되는 경우 아파트 호수 입력.
9. 도시 자리에 회원의 도시 입력.
10. 우편번호 자리에 회원의 우편번호 입력.
11. 불만 사항에 대해 회원에게 연락할 수 있는 전화번호를 다음 형식으로 입력. (111) 111-1111.
12. "불만의 종류" 항목에서 해당되는 **모든 항목을 표시**해 주십시오.
  - a. 의사 또는 직원과의 문제
  - b. 의뢰 받는 문제
  - c. 진료소 또는 시설 문제
  - d. 진료 예약 문제
  - e. 약 또는 처방전 받는 문제
  - f. 의료 서비스에 대한 청구서 문제
  - g. 의료 관리 문제
  - h. 항소 (요청된 서비스의 지연, 변경, 거부 또는 중단과 같은 불리한 혜택 결정에 대한 재검토 요청)
  - i. 기타 (제공된 줄에 문제에 대한 설명을 작성해 주십시오.)
13. "불만의 종류" 섹션에 제공된 줄에 회원의 우려 사항이나 문제에 대한 설명을 적어 주십시오. 이름, 날짜, 세부 정보 및 불만 사항에 대한 가능한 한 자세한 정보를 포함하십시오.

14. 양식을 작성하는 사람은 회원과의 관계를 표시해야 합니다 (회원 또는 본인, 부모, 조부모, 의료 제공자, CalOptima Health, 건강 네트워크 또는 공인 대리인). 해당 사항이 없는 경우, **기타**에 관계를 작성해 주십시오.
15. 양식을 작성하는 사람은 이름과 직함(해당되는 경우)을 인쇄체로 기입한 후 서명하고 날짜를 기입해야 합니다.
16. 불만 사항과 관련된 의사에 대한 다음 정보를 입력하십시오:
  - a. 이름
  - b. 마지막 진료 날짜
  - c. 주소
  - d. 시
  - e. 전화번호

**참고: 필요한 경우 추가 페이지를 첨부할 수 있습니다. 질문이 있으시면, CalOptima Health 고객 서비스 무료번호 1-888-587-8088(TTY 711) 로 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 5시 30분사이 전화하십시오. 귀하의 언어를 구사하는 직원이 도와드립니다.**