

회원 불만 양식

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



Medi-Cal
CalOptima
Better. Together.

문의사항은 CalOptima 고객
서비스 전화 **1-888-587-8088** 로
연락 주십시오

회원 정보

회원의이름	미들이름	성	회원 ID 번호:
건강 네트워크	불만을 제출하는 사람		날짜
주소	아파트 번호	시	우편번호 전화

불만의 사연

체크 하세요:

<input type="checkbox"/> 의사나 그의 직원과의 문제	<input type="checkbox"/> 예약할때의 문제	<input type="checkbox"/> 의료 서비스 청구서를 받았다
<input type="checkbox"/> 다른곳 추천 받을때의 문제	<input type="checkbox"/> 약이나 처방전을 받는 문제	<input type="checkbox"/> 의료 서비스 문제
<input type="checkbox"/> 사무실/시설 문제	<input type="checkbox"/> 기타 _____	<input type="checkbox"/> 항소

이 양식을 작성하는 분의 회원과의 관계: **필요하시면 한장을 더쓰십시오**

<input type="checkbox"/> 회원/본인	<input type="checkbox"/> 부모	<input type="checkbox"/> 조부모	<input type="checkbox"/> 승인된 대리인	<input type="checkbox"/> 기타 _____
<input type="checkbox"/> 의료 제공자	<input type="checkbox"/> CalOptima	<input type="checkbox"/> 건강 네트워크		

X _____ X _____
성명 직책(적용이 되면)

X _____ X _____
이양식을 작성하는 분의 서명 날짜

의사 정보

의사의 성명	마지막 검진 날짜
주소	
시	전화번호