# 會員投訴表

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

Medi-Cal CalOptima
A Public Agency
Better. Together.

如有疑問請致電
CalOptima 客戶服務部門
**1-888-587-8088**

## 會員資料

| 會員的名字 | 中間名字首位字母 | 姓氏 | 會員醫療卡號碼 |
|---|---|---|---|
| 醫療網 | 投訴人姓名 | | 日期 |

地址　公寓號碼　城市　郵政編碼　電話 [ ]

## 申訴性質

請註明:

☐ 醫生或員工問題　☐ 預約問題　☐ 醫療服務帳單問題

☐ 轉診問題　☐ 取藥/處方問題　☐ 醫療護理問題

☐ 辦公室/設備問題　☐ 其他 _____　☐ 上訴

**填表人與會員的關係：**　**使用第二 張紙（如果需要）**

☐會員/本人　☐父母　☐祖父母　☐ 授權代表　☐其他 _____
☐醫療服務者　☐ CalOptima　☐ 醫療網

X _____
稱謂(若有)

X _____
填表人姓名(請清晰填寫)

X _____
填表人簽名

X _____
日期

## 醫生資料

| 醫生的名字 | 上次看診的日期 |
|---|---|
| 地址 | |
| 城市 | 電話號碼 [ ] |