

ĐƠN THAN PHIÊN CỦA THÀNH VIÊN

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



Medi-Cal
CalOptima
Better. Together.

Mọi thắc mắc, xin gọi Văn
Phòng Dịch Vụ Thành
Viên CalOptima
1-888-587-8088

CHI TIẾT VỀ THÀNH VIÊN

Tên Thành Viên	Tên Đệm	Họ	Thẻ Khám Bệnh ID số:
Nhóm Y Tế	Tên Người Than Phiền:		Ngày
Địa Chỉ	Số Căn hộ (Apt. #)	Thành Phố	Số Mã vùng (Zipcode) Điện Thoại []

VẤN ĐỀ THAN PHIỀN

Xin Đánh Dấu:

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Về Bác Sĩ hay Nhân Viên | <input type="checkbox"/> Khó Lấy Hẹn | <input type="checkbox"/> Hóa Đơn Đòi Tiền của Dịch Vụ Y Tế |
| <input type="checkbox"/> Về Giới Thiệu đi Chuyên Khoa | <input type="checkbox"/> Khó Lấy Thuốc hay Toa Thuốc | <input type="checkbox"/> Về Dịch Vụ Chăm Sóc Y Tế |
| <input type="checkbox"/> Về Văn Phòng hay Cơ Sở | <input type="checkbox"/> Khác _____ | <input type="checkbox"/> Khiếu nại |

Người Điền Mẫu đơn này, Cho Biết Mỗi Liên Hệ với Thành Viên:

Dùng thêm trang thứ hai, nếu cần

- | | | | |
|--|------------------------------------|------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Thành Viên/Chính quý vị | <input type="checkbox"/> Phụ Huynh | <input type="checkbox"/> Ông Bà | <input type="checkbox"/> Người Đại Diện Được Cho Phép |
| <input type="checkbox"/> Bác Sĩ/Người Cung Cấp Dịch Vụ | <input type="checkbox"/> CalOptima | <input type="checkbox"/> Nhóm Y Tế | <input type="checkbox"/> Liên Hệ Khác _____ |

X _____
Điền Tên Bằng Chữ In

X _____
Danh Hiệu (Nếu Có)

X _____
Chữ Ký Của Người Điền Đơn

X _____
Ngày

CHI TIẾT VỀ BÁC SĨ

Tên Bác Sĩ	Ngày Khám Bệnh Lần Cuối Cùng
Địa Chỉ	
Thành Phố	Điện Thoại []