

## 會員投訴表格填寫說明

1. 填寫會員名字。
2. 填寫會員中間名首位字母，若有(非必填)。
3. 填寫會員姓氏。
4. 填寫會員號碼。此號碼在醫療卡上。
5. 填寫會員的醫療網名字。
6. 填寫申請投訴人的全名。
7. 填寫今日日期。
8. 在現住址欄里填寫會員的街號和街名。如果有，請填寫公寓號碼。
9. 在城市欄里填寫會員的城市。
10. 在郵編欄里填寫會員的郵政編碼。
11. 填寫可以連絡會員討論相關投訴的電話號碼，格式：(111) 111-1111。
12. 請在「投訴性質」一欄所列適合您的選項方塊里打勾。
  - a. 與醫生或工作人員之間的問題
  - b. 獲得轉診介紹的問題
  - c. 診所/設施問題
  - d. 預約門診問題
  - e. 獲得藥物/處方的問題
  - f. 收到醫療服務的帳單
  - g. 關於醫療保健的問題
  - h. 上訴 (對諸如延遲，更改，否決或終止申請服務的不利保險裁定，請求重新評估。)
  - i. 其它 (請在提供的線上描述您的問題)。

13. 請在「投訴性質」一欄所提供的橫線上寫上會員的問題或問題的說明。請提供姓名，日期，及盡可能多的投訴詳細信息。
14. 請註明填表人和會員的關係（會員本人／自己，家長，祖父母，醫療服務者，CalOptima 醫療網或授權人員。）如果都不是，在其它下面寫關係。
15. 填寫申請表格的人一定要寫明他/她的姓名，稱呼（若有），簽名並註明日期。
16. 請填寫以下關於您投訴的醫生訊息：
  - a. 姓名
  - b. 上次拜訪的日期
  - c. 地址
  - d. 城市
  - e. 電話號碼

**請注意：如果需要，您可以附加文件。**

**如果您有任何問題，請致電我們的客戶服務部門專線  
1-888-587-8088 尋求幫助。**