

회원 불만 접수 양식 지침

1. 회원의 이름을 적으십시오.
2. 만약 해당된다면(꼭 필요한것은 아님), 회원의 미들 네임의 약자를 적으십시오.
3. 회원의 성을 적으십시오.
4. 회원 ID 번호를 적으십시오. 이것은 회원의 ID 카드에 있습니다.
5. 회원의 건강 네트워크를 적으십시오.
6. 회원 불만 접수 양식을 작성하는 사람의 이름을 적으십시오.
7. 오늘 날짜를 적으십시오.
8. 현재 주소칸에 회원의 주소 번호와 길 이름을 적으십시오. 만약 해당 된다면, 아파트 번호를 적으십시오.
9. 회원의 거주 시를 입력란에 적으십시오.
10. 회원의 우편 번호를 입력란에 적으십시오.
11. 접수한 불만에 대하여 연락할 수 있는 회원의 전화 번호를 다음과 같은 형식으로 적으십시오:
(111)111-1111.
12. "불만 내용"에 적용되는 것에 표시하십시오.
 - a. 의사 또는 사무실 직원과의 문제
 - b. 의뢰를 갖는 데의 문제
 - c. 사무실/시설 문제
 - d. 의사와 예약하는 문제
 - e. 처방약을 받는 문제
 - f. 의료 서비스에 대한 청구서를 받음
 - g. 의료 관리에 대한 문제
 - h. 항소 (혜택 서비스 거절 결정을 연장, 변경, 거절 또는 중지하도록 요청.)
 - i. 기타 (제공된 칸에 문제를 설명하십시오.)
13. "불만 내용" 부분에 제공된 칸에 회원의 불만 내용을 자세하게 적어주십시오. 이름, 날짜 및 다른 정보등을 포함한 상세한 내용을 적어주십시오.

14. 양식을 작성하는 사람은 회원과의 관계를 표시하십시오(회원/자신, 부모, 조부모, 제공자, CalOptima, 건강 네트워크 또는 대리인.) 만약 적용되는 것이 없다면, 기타 칸에 관계를 명시하십시오.
15. 양식을 작성하는 사람은 자신의 이름, 직책(적용된다면), 서명 및 날짜를 양식에 적으십시오.
16. 귀하의 불만에 관련된 의사의 대한 아래 정보들을 입력해 주십시오.
 - a. 이름
 - b. 마지막 검진 날짜
 - c. 주소
 - d. 시
 - e. 전화 번호

참고: 필요하다면, 종이를 추가로 첨부하실 수 있습니다.

**문의가 있으시면, 저희 고객 서비스부 번호 1-888-587-8088 로
전화 주십시오.**