نموذج شكاوى الأعضاء

CalOptima
Grievance and Appeals
Resolution Services
505 City Parkway
West

Medi-Cal
CalOptima
A Public Agency
Better. Together.

للاسئلة إتصل بخدمة
عملاء CalOptima على
1-888-587-8088

معلومات العضو

الإسم الأول للعضو	الحرف الأول من اسم العضو الأوسط	إسم العائلة للعضو	رقم تعريف العضو
الشبكة الصحية	إسم الشخص الذي يملأ الشكوى		التاريخ
عنوان الشارع رقم الوحدة	المدينة	الرقم البريدي	رقم الهاتف [ ]

طبيعة الشكوى

يُرجى وضع علامة:

- ☐ مشكلة مع الطبيب أو الموظفين
- ☐ مشكلة في الحصول على موعد
- ☐ استلمت فاتورة للخدمات الطبية
- ☐ مشكلة في الحصول على إحالة
- ☐ مشكلة في الحصول على الدواء/ الوصفة الطبية
- ☐ مشكلة في الرعاية الطبية
- ☐ مشكلة مكتب/مرفق
- ☐ آخر _____
- ☐ استئناف

الشخص الذي يقوم بملء النموذج و علاقته بالعضو: **يمكنك إرفاق ورقة إضافية إن لزم الأمر**

☐ العضو ذاته ☐ والد ☐ جد ☐ ممثل مفوض ☐ آخر _____
☐ مزود رعاية ☐ CalOptima ☐ الشبكة الصحية

X _____
طباعة الإسم

X _____
اللقب (إن وجد)

X _____
توقيع الشخص الذي ملأ الاستمارة

X _____
التاريخ

معلومات الطبيب

إسم الطبيب	تاريخ أخر زيارة
العنوان	
المدينة	رقم الهاتف [ ]