

تاریخ: \_\_\_\_\_

نام: \_\_\_\_\_

آدرس: \_\_\_\_\_

شهر: \_\_\_\_\_ خیابان: \_\_\_\_\_ کدپستی: \_\_\_\_\_

### فرم شکایت MEDI-CAL DENTAL

لطفا فرم زیر را پر کنید و سوالات یا شکایات خود را به طور کامل شرح دهید. این اطلاعات برای تحقیق و حل و فصل سوالات یا شکایات شما مهم و ضروری می باشد.

شماره کارت شناسایی مزایای MEDI-CAL ایالت کالیفرنیا: \_\_\_\_\_

شماره تلفن: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

شماره تلفن پیامک: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

نماینده شما (فردی غیر از خودتان):

نام: \_\_\_\_\_

آدرس: \_\_\_\_\_

شهر: \_\_\_\_\_ ، ایالت: \_\_\_\_\_ کدپستی: \_\_\_\_\_

شماره تلفن: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

نام ارائه‌دهنده خدمات دندانپزشکی شما: \_\_\_\_\_

نام: \_\_\_\_\_

آدرس: \_\_\_\_\_

شهر: \_\_\_\_\_ ، ایالت: \_\_\_\_\_ کدپستی: \_\_\_\_\_

شماره تلفن: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

فرم شکایت MEDI-CAL DENTAL (صفحه 2)

نوع شکایت:

\_\_\_\_\_ خدمات دندانپزشک ناقص یا نامطلوب بود

\_\_\_\_\_ روند غربالگری بالینی نامطلوب بود

\_\_\_\_\_ سایر

\_\_\_\_\_ توضیحات (لطفاً در اینجا سوالات یا دغدغه‌ها/ شکایات خود را به طور کامل شرح دهید. در صورت نیاز به جای بیشتر، از پشت این فرم یا برگه های اضافی استفاده کنید.)

---

---

---

---

---

---

---

---

لطفاً این فرم را امضا و تاریخ بزنید:

شاید لازم باشد سوابق پزشکی خود را از ارائه‌دهنده خدمات دندانپزشکی خود بگیرید. امضای شما در زیر اجازه انتشار سوابق دندانپزشکی شما را به Medi-Cal Dental می دهد.

\_\_\_\_\_ امضا \_\_\_\_\_ تاریخ

Medi-Cal Dental Program  
Member Services Group  
P.O. Box 15539 Sacramento, CA 95852-1539

این فرم را برگشت دهید به:

وقتی این اطلاعات را دریافت کردیم، در مورد سوالات یا دغدغه‌ها/ شکایات شما تحقیق خواهیم کرد و یافته‌های خود را به شما اطلاع خواهیم داد. اگر برای حل این مشکل نیاز است که برای معاینه بالینی حاضر شوید، ما تاریخ، زمان، و مکان این قرار را به صورت نوشتاری به آگاهی شما می رسانیم.