

會員請求上訴或投訴表

使用此表格就您從 OneCare Connect Cal MediConnect 計畫 (Medicare Medicaid 計畫) 獲得的任何護理或服務部分請求承保決定、上訴或提出投訴。填寫並將本表格親自，郵寄或傳真至 **1-714-246-8562** 寄回給我們。

清晰書寫或打印在下面：

會員姓名(名子) (中間名首字母) (姓氏) 會員 ID 號碼 #

郵寄地址 (城市) (州) (郵政編碼)

() 電話號碼 生日 (月/日/年)

簡要描述您上訴的原因，投訴或請求 (包括對我們藥物承保的例外請求) — 說明服務、藥物名稱、日期、時間、人員、地點等。提供準確的細節，並在需要時使用第二張紙。附上支持您上訴、申訴或請求的任何信件、詳細信息或記錄的副本。請務必寫下您的姓名並在所有頁面上的會員 ID #。

日期 簽字

如果您有任何疑問，請撥打免費電話 **1-855-705-8823 (TTY 711)**，<每週 7 天，每天 24 小時>聯繫 OneCare Connect 客戶服務。我們有會說您的語言的工作人員。您也可以在周一至週五上午 8 點至下午 5 點訪問我們的辦公室，地址為 **505 City Parkway West, Orange, CA 92868**。請造訪我們的網站 www.caloptima.org/healthandwellness。

筆記： 如果你有別人以外的人 醫生或開藥者提交您的請求，請完成並提交**指定代表表格**，表格可以從 CalOptima OneCare Connect 網站 <www.caloptima.org/onecareconnect> 打印或致電 OneCare Connect 客戶服務部門的免費電話 **1-855-705-8823 (TTY) 711** 獲取。如果您有問題或投訴，請參閱您的承保範圍證據手冊，以獲取有關如何處理的完整信息。

如果您需要另一種語言或替代格式的這封信，如大字體、音頻或盲文；或者，如果您需要幫助理解這封信，請撥打 OneCare Connect 聯繫 **1-855-705-8823 (TTY 711)**，每週 7 天，每天 24 小時。請造訪我們的網站 www.caloptima.org/onecareconnect。

OneCare Connect Cal MediConnect 計劃（Medicare-Medicaid 計劃）是一項健康計劃，它與 Medicare 和 Medi-Cal 簽訂合同，為參保者提供這兩個計劃的福利。OneCare Connect 遵守適用的聯邦民權法，不因種族、膚色、國籍、年齡、殘疾或性別而歧視。請致電 CalOptima OneCare Connect 客戶服務部門免費電話 **1-855-705-8823 (TTY 711)**，服務時間為每週 7 天，每天 24 小時。