

Mẫu đơn Yêu cầu Khiếu nại hoặc Than phiền của Thành viên

Xin sử dụng mẫu đơn này để yêu cầu một quyết định về sự đài thọ, khiếu nại hoặc để nộp than phiền về bất kỳ phần nào của dịch vụ chăm sóc hoặc dịch vụ mà quý vị đã nhận từ Chương trình OneCare Connect Cal MediConnect (Medicare-Medicaid Plan). Xin hoàn tất mẫu đơn này và gửi lại cho chúng tôi bằng cách nộp trực tiếp, gửi qua đường bưu điện hoặc fax đến số **1-714-246-8562**.

Xin viết rõ ràng bằng chữ in hoa hoặc đánh máy vào phần dưới đây:

Tên của Thành Viên (*Tên*)(*Chữ viết tắt tên đệm*) (Họ) Số ID Thành Viên

Địa Chỉ Gửi Thư (Thành phố) (Tiểu bang) (Mã số vùng)

()
Số Điện Thoại

Ngày Sinh (*Tháng/Ngày/Năm*)

Xin mô tả ngắn gọn về lý do quý vị khiếu nại, than phiền hoặc yêu cầu (bao gồm các yêu cầu cho sự ngoại lệ về đài thọ thuốc của chúng tôi) — xin nêu rõ dịch vụ, tên thuốc, ngày, thời gian, người, địa điểm, v.v.... Xin cung cấp các chi tiết chính xác và sử dụng thêm tờ giấy thứ hai nếu cần. Đính kèm các bản sao của bất cứ thư từ, chi tiết hoặc hồ sơ nào sẽ hỗ trợ cho khiếu nại, than phiền hay yêu cầu của quý vị. Xin bảo đảm rằng quý vị viết tên và số ID Thành Viên của mình trên tất cả các trang.

Ngày _____ Chữ ký _____

Nếu quý vị có bất kỳ thắc mắc nào, xin liên lạc với văn phòng Dịch Vụ OneCare Connect ở số miễn phí **1-855-705-8823 (TTY 711)**, 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần. Chúng tôi có nhân viên nói cùng ngôn ngữ với quý vị. Quý vị cũng có thể đến văn phòng của chúng tôi thứ Hai đến thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều, tại **505 City Parkway West, Orange, CA 92868**. Xin vào trang mạng của chúng tôi tại **www.caloptima.org/onecareconnect**.

Lưu ý: Nếu quý vị muốn một người khác ngoài bác sĩ hoặc người kê toa của quý vị nộp yêu cầu của quý vị, xin quý vị điền và nộp **Mẫu Đơn Chỉ Định Người Đại Diện** có thể được in ra từ trang mạng của CalOptima OneCare Connect tại **www.caloptima.org/onecareconnect** hoặc bằng cách gọi cho văn phòng Dịch Vụ OneCare Connect ở số miễn phí **1-855-705-8823 (TTY 711)**. Xin xem tài liệu Minh Định Sự Đài Thọ của quý vị để biết thông tin đầy đủ về những việc cần làm nếu quý vị có vấn đề hoặc than phiền.

Xin xem Cẩm Nang Thành Viên của quý vị để biết thông tin đầy đủ về những việc cần làm nếu quý vị có vấn đề hoặc than phiền.

Nếu quý vị cần lá thư này được trình bày bằng một ngôn ngữ hoặc hình thức thay thế khác, như chữ in khổ lớn, đĩa thu thanh, hoặc chữ nổi Braille; hoặc nếu quý vị cần trợ giúp để hiểu nội dung của lá thư này, xin gọi cho OneCare Connect ở số **1-855-705-8823 (TTY 711)**, 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần. Xin vào trang mạng của chúng tôi tại **www.caloptima.org/onecareconnect**.

OneCare Connect Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan) là một chương trình y tế có hợp đồng với Medicare và Medi-Cal để cung cấp các phúc lợi của cả hai chương trình cho các tham dự viên. OneCare Connect tuân thủ luật dân quyền hiện hành của Liên bang và không phân biệt đối xử dựa trên chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, độ tuổi, khuyết tật, hoặc giới tính. Xin liên lạc văn phòng Dịch Vụ OneCare Connect ở số miễn phí **1-855-705-8823 (TTY 711)**, 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần.