نموذج الأعضاء لطلب استئناف أو تظلم

استخدم هذا النموذج لطلب قرار تغطية أو استئناف أو لتقديم شكوى بشأن أي جزء من الرعاية أو الخدمة التي حصلت عليها من CalOptima Health OneCare (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan. أكمل هذا النموذج وأعده إلينا شخصيًا ، أو عن طريق البريد أو الفاكس على الرقم **1-714-481-6499**.

اطبع بوضوح أو اكتب أدناه:

اسم العضو (*الأول*) (*الحرف الأول الأوسط*) (*الأخير*) رقم تعريف العضو#

عنوان البريد (*المدينة*) (*الولاية*) (*الرمز البريدي*)

رقم الهاتف (_____)_____ تاريخ الميلاد (*شهر / يوم / سنة*)

صِف بإيجاز سبب الاستئناف أو التظلم أو الطلب (بما في ذلك طلبات استثناء من تغطيتنا للأدوية). اذكر الخدمة ، واسم الدواء ، والتواريخ ، والأوقات ، والأشخاص ، والأماكن ، وما إلى ذلك. قدم التفاصيل الدقيقة واستخدم ورقة ثانية إذا لزم الأمر. أرفق نسخ من أي خطابات أو تفاصيل أو سجلات تدعم الاستئناف أو التظلم أو الطلب. تأكد من كتابة اسمك ورقم تعريف العضو # في جميع الصفحات.

التاريخ _____ **التوقيع** _____

إذا كانت لديك اي أسئلة، قم بالاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete مجانًا على الرقم **1-877-412-2734** (TTY **711**)، من 8 صباحاً الى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً الى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). لدينا موظفين يتحدثون لغتك. يمكنك أيضًا زيارة مكتبنا من الاثنين إلى الجمعة من 8 صباحًا الى 5 مساءً ، في **505 City Parkway West ، Orange ، CA 92868** أو قم بزيارتنا على **www.caloptima.org/onecare**.

ملاحظة: إذا كان لديك شخص آخر غير طبيبك أو الواصف قام بتقديم طلبك ، فيرجى إكمال وتقديم **نموذج تعيين ممثل** الذي يمكن طباعته من موقع CalOptima Health OneCare الإلكتروني على **www.caloptima.org/onecare** أو عن طريق الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare على الرقم المجاني **1-877-412-2734** (TTY **711**). يرجى الرجوع إلى دليل التغطية للحصول على معلومات كاملة حول ما يجب القيام به إذا كانت لديك مشكلة.

يرجى الرجوع إلى دليل الأعضاء للحصول على معلومات كاملة حول ما يجب القيام به إذا كانت لديك مشكلة أو شكوى.

CalOptima Health OneCare (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan، هي منظمة Medicare Advantage ذات عقد مع Medicare وMedi-Cal. يعتمد التسجيل في CalOptima Health OneCare على تجديد العقد. قم بالاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCareعلى الرقم **1-877-412-2734** (TTY **711**)، من 8 صباحاً الى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً الى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). قم بزيارتنا على **www.caloptima.org/OneCare**.