



회원 항소 또는 불만 요청 양식

귀하가 OneCare(HMO D-SNP)로부터 받은 진료 또는 서비스의 어떠한 부분에 대한 보장 결정 요청, 항소 또는 불만을 제기하고자 하는 경우 본 양식을 사용하십시오. 본 양식을 작성해 저희에게 직접, 우편으로, 또는 1-714-481-6499 번으로 팩스를 통해 보내주십시오.

아래 내용을 정자로 작성하거나 입력하십시오:

회원 이름 (이름) (미들 이니셜) (성) 회원 ID 번호

우편 주소 (도시) (주) (우편번호)

( ) 전화번호 생년월일(월/일/년)

귀하의 항소, 불만 또는 요청(저희 약품 보장에 대한 예외 요청 포함)에 대한 이유를 간략히 설명하십시오. 서비스, 약품명, 날짜, 시간, 사람, 장소 등을 작성하십시오. 정확한 세부사항을 제공하고 필요한 경우 두 장의 종이를 사용하십시오. 귀하의 항소, 불만 또는 요청에 도움이 되는 모든 서신 사본, 세부사항 또는 기록을 첨부하십시오. 모든 페이지에 귀하의 이름과 회원 ID 번호를 적으십시오.

날짜 서명

질문이 있는 경우, 무료 전화 1-877-412-2734 (TTY 711)번을 이용해 주 7일, 하루 24 시간 OneCare 고객 서비스로 문의하십시오. 귀하의 언어를 구사하는 저희 직원들이 도와드릴 것입니다. 저희 사무실에 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 5시까지 505 City Parkway West, Orange, CA 92868 로 방문하거나 웹사이트 www.caloptima.org/onecare 를 방문하십시오.

주: 귀하의 의사 또는 처방인 외에 다른 사람이 귀하의 요청을 제기하는 경우, 대리인 임명 양식을 작성해 제출하십시오. 본 양식은 CalOptima OneCare 웹사이트, www.caloptima.org/onecare 에서 인쇄하거나 무료 전화 1-877-412-2734 (TTY 711)번을 이용해 OneCare 고객 서비스로 전화해 받을 수 있습니다. 귀하에게 문제 또는 불만이 있는 경우 무엇을 해야 하는지에 대한 완전한 정보는 귀하의 회원 안내서를 참조하십시오.

OneCare (HMO D-SNP), Medicare Medi-Cal 플랜은 Medicare 와 계약을 맺은 Medicare Advantage 조직입니다. OneCare 가입은 계약 갱신에 따라 다릅니다. OneCare 는 해당되는 연방 민권법을 준수하며 인종, 피부색, 출신 국가, 나이, 장애 또는 성별을 근거로 차별하지 않습니다. 무료 전화 **1-877-412-2734** (TTY 711)번을 이용해 주 7 일, 하루 24 시간 OneCare 고객 서비스로 문의하십시오.