Mẫu đơn Thành viên Yêu cầu Khiếu nại hoặc Than phiền

Xin sử dụng mẫu đơn này để yêu cầu quyết định về việc đài thọ, khiếu nại hoặc để nộp đơn than phiền về bất kỳ phần nào của việc chăm sóc hoặc dịch vụ mà quý vị đã nhận được từ chương trình CalOptima Health OneCare (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan. Xin hoàn tất và gửi lại mẫu đơn này trực tiếp, qua đường bưu điện hoặc bằng fax cho chúng tôi ở số **1-714-481-6499**.

Xin viết rõ ràng hoặc đánh máy bên dưới:

_____ _____

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

_____

Địa chỉ nhận thư *(Thành phố)* *(Tiểu bang)* *(Mã số vùng)*

(_____)_____ _____

Số điện thoại Ngày sinh *(Tháng/Ngày/Năm)*

Xin miêu tả ngắn gọn lý do quý vị khiếu nại, than phiền hoặc yêu cầu (bao gồm những yêu cầu về sự ngoại lệ đối với sự đài thọ thuốc của chúng tôi). Xin cho biết dịch vụ, tên thuốc, ngày, thời gian, người, địa điểm, v.v… Xin cung cấp các chi tiết chính xác và sử dụng tờ giấy thứ hai nếu cần. Xin đính kèm bản sao của bất kỳ thư từ, chi tiết hoặc hồ sơ sẽ hỗ trợ khiếu nại, than phiền hoặc yêu cầu của quý vị. Xin chắc chắn viết tên của quý vị và số ID Thành viên trên tất cả các trang.

_____

_____

_____

Ngày_____ **Chữ Ký**_____

Nếu quý vị có thắc mắc, xin liên lạc với văn phòng Dịch Vụ CalOptima Health OneCare ở số miễn phí **1-877-412-2734** (TTY **711**), từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần (từ ngày 1 tháng 10 đến ngày 31 tháng 3), và từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, thứ Hai đến thứ Sáu (từ ngày 1 tháng 4 đến ngày 30 tháng 9). 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** hoặc vào trang mạng của chúng tôi tại **www.caloptima.org/onecare**.

Xin lưu ý: Nếu quý vị nhờ một người nào đó ngoài bác sĩ hoặc người kê toa của quý vị nộp yêu cầu của quý vị, xin hoàn tất và nộp **Mẫu đơn Chỉ định Người đại diện**, quý vị có thể in mẫu đơn từ trang mạng của CalOptima OneCare tại **www.caloptima.org/onecare** hoặc bằng cách gọi đường dây miễn phí của văn phòng Dịch Vụ CalOptima Health OneCare ở số **1-877-412-2734** (TTY **711**). Xin tham khảo tài liệu Minh định Sự đài thọ của quý vị để có thông tin đầy đủ về những gì cần làm nếu quý vị gặp vấn đề.

Xin tham khảo Cẩm nang Thành viên của quý vị để có thông tin đầy đủ về những gì cần làm nếu quý vị gặp vấn đề hoặc than phiền.

CalOptima Health OneCare (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan, là một chương trình Medicare Advantage có hợp đồng với Medicare và Medi-Cal. Việc ghi danh vào chương trình CalOptima Health OneCare tùy thuộc vào việc gia hạn hợp đồng. Xin gọi cho văn phòng Dịch Vụ CalOptima Health OneCare ở số miễn phí **1-877-412-2734** (TTY **711**), từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần (từ ngày 1 tháng 10 đến ngày 31 tháng 3), và từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, thứ Hai đến thứ Sáu (từ ngày 1 tháng 4 đến ngày 30 tháng 9). Xin vào trang mạng của chúng tôi tại **www.caloptima.org/OneCare**.