



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 24시간 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 양식**을 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.