



Formulario de miembro para solicitar o presentar una apelación o queja

Use este formulario para solicitar una apelación sobre la decisión de cobertura o para presentar una queja formal respecto a cualquier aspecto de atención o servicio brindado por OneCare (HMO D-SNP). Llene y entregue este formulario en persona, o envíelo por correo postal o fax al **1-714-481-6499**.

Escriba a máquina o en letra de molde:

Nombre del miembro (*nombre*) (*inicial*) (*apellido*) Número de identificación del miembro

Dirección postal (*ciudad*) (*estado*) (*código postal*)

(_____) Número de teléfono Fecha de nacimiento (mes/día/año)

Describa brevemente la razón por la apelación, queja o solicitud (incluidas las solicitudes para una excepción a la cobertura de medicamentos), e incluya el servicio, nombre del medicamento, las fechas, los horarios, las personas involucradas, los lugares relacionados a la queja, etc. También incluya los detalles exactos y use una hoja de papel adicional si es necesario. Adjunte copias de cualquier carta, detalles o registros que respalden su apelación, queja o solicitud. Asegúrese de escribir su nombre y número de identificación de miembro en todas las hojas.

Fecha _____ **Firma** _____

Si tiene cualquier pregunta, llame al Departamento de Servicios para Miembros de OneCare gratuitamente al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas al día, los 7 días de la semana. Contamos con personal que habla su idioma. También puede visitar nuestra oficina de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m. en el **505 City Parkway West, Orange, CA 92868** o visítenos en **www.caloptima.org/onecare**.

Aviso: Si quiere que otra persona, a parte de su médico o proveedor recetante, presente su solicitud, llene y entregue el **Formulario de Nombramiento de Representante**, el cual puede ser imprimido del sitio web de CalOptima OneCare en **www.caloptima.org/onecare** o solicitado llamando al Departamento de Servicios para Miembros de OneCare gratuitamente al **1-877-412-2734 (TTY 711)**. Consulte la Evidencia de Cobertura para más información respecto a lo que debe hacer si tiene un problema.

OneCare (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal plan es una organización de Medicare Advantage con un contrato de Medicare. La inscripción en OneCare depende de la renovación del contrato. OneCare cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Llame al Departamento de Servicios para Miembros de OneCare gratuitamente al **1-877-412-2734** (TTY **711**), las 24 horas al día, los 7 días de la semana.