

**회원 요청 항소 또는 불만 양식**

본 양식을 사용하여 혜택 보장 결정을 요청하고 OneCare Connect Cal MediConnect Plan(Medicare-Medicaid Plan)를 통해 받은 치료 또는 서비스의 모든 부분에 대한 불만을 제기할 수 있습니다. 양식을 작성하여 직접, 우편으로 또는 팩스번호 **1-714-246-8562** 번으로 저희에게 제출하십시오

**아래에 명확하게 적거나 타이프 하십시오:**

\_\_\_\_\_

회원 이름 (이름)      (미들 이니셜)      (성)

\_\_\_\_\_

회원 ID 번호

\_\_\_\_\_

우편 주소      (시)      (주)      (우편번호)

( ) \_\_\_\_\_

전화번호

\_\_\_\_\_

생년월일 (월/일/년도)

항소, 불만 또는 요청(약물 보장 예외 요청 포함)의 이유를 간략하게 설명하고 — 서비스, 약품 이름, 날짜, 시간, 사람, 장소 등을 명시하십시오. 정확한 세부 정보를 제공하고 필요하신 경우 종이를 추가하십시오. 귀하의 항소, 불만 또는 요청을 뒷받침할 모든 서신, 세부 정보 또는 기록의 사본을 첨부하십시오. 모든 페이지에 귀하의 이름 및 회원 ID 번호를 적으십시오.

날짜 \_\_\_\_\_ 서명 \_\_\_\_\_

질문이 있다면, OneCare Connect 고객 서비스부 무료번호 **1-855-705-8823** (TTY **711**)번으로 주 7 일 24 시간 > 연락하십시오. 저희 직원이 귀하의 언어로 상담해 드립니다. 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 5시 사이 505 City Parkway West, Orange, CA 92868 에 위치한 저희 사무실을 직접 방문하실 수도 있습니다. 저희 웹사이트는 **www.caloptima.org/healthandwellness** 입니다.

**참고:** 의사나 처방자가 아닌 다른 사람이 귀하의 요청을 제출한 경우 CalOptima OneCare Connect 웹사이트 **www.caloptima.org/onecareconnect** 또는 OneCare Connect 고객 서비스부서 무료 전화 **1-855-705-8823** (TTY **711**)번으로 전화하여 인쇄할 수 있는 **대리인 임명 양식 (Appointment of Representative Form)**을 작성하여 제출하십시오. 문제나 불만 사항이 있는 경우 취해야 할 조치에 대한 완전한 정보는 보장 증명서(Evidence of Coverage)를 참조하십시오. 문제나 불만 사항이 있는 경우 취해야 할 조치에 대한 자세한 내용은 회원 안내서를 참조하십시오.

다른 언어나 큰 활자, 오디오 또는 점자와 같은 대체 형식으로 된 본 편지가 필요한 경우 또는 본 서신을 이해하는 데 도움이 필요하시면 OneCare Connect 전화번호 **1-855-705-8823** (TTY **711**), <주 7 일 24 시간>로 전화하십시오. 저희 웹사이트는 **www.caloptima.org/healthandwellness** 입니다.

OneCare Connect Cal MediConnect Plan(Medicare-Medicaid Plan)은 메디케어 및 메디-칼과 계약하여 가입자에게 두 프로그램의 혜택을 모두 제공하는 건강 플랜입니다. OneCare Connect 는 해당 연방 민권법을 준수하며 인종, 피부색, 출신 국가, 나이, 장애 또는 성별을 근거로 차별하지 않습니다. OneCare Connect 고객 서비스 무료번호 **1-855-705-8823** 으로 주 7 일 24 시간 전화하십시오.