

Formulario de miembro para solicitar o presentar una apelación o queja

Use este formulario para solicitar una decisión de cobertura, apelación o para presentar una queja formal respecto a cualquier aspecto de atención o servicio brindado por OneCare Connect Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan). Llene y devuelva este formulario en persona, por correo postal o fax al **1-714-246-8562**.

Escriba a máquina o claramente en letra de molde:

Nombre del miembro (*nombre*) (*inicial*) (*apellido*)

Número de identificación de miembro

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

(_____) _____
Número de teléfono

Fecha de nacimiento (*mes/día/año*)

Describa brevemente el motivo de su apelación, queja o solicitud (incluidas las solicitudes de una excepción a la cobertura de medicamentos): indique el servicio, el nombre del medicamento, las fechas, los horarios, las personas involucradas, los lugares relacionados a la queja, etc. Incluya los detalles exactos y use una hoja de papel adicional si es necesario. Incluya copias de cualquier carta, detalle o registro que respalde 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 Connect gratuitamente al **1-855-705-8823 (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**. Visítenos en **www.caloptima.org/onecareconnect**.

Aviso: Si desea que alguien que no sea su médico o proveedor recetante presente su solicitud por usted, llene y devuelva el **Formulario de nombramiento de representante** que se puede imprimir desde el sitio web de CalOptima OneCare Connect en **www.caloptima.org/onecareconnect** o llamando al Departamento de Servicios para Miembros de OneCare Connect gratuitamente al **1-855-705-8823 (TTY 711)**. Consulte su Evidencia de cobertura para obtener información completa sobre qué hacer si tiene un problema o queja.

Si necesita esta carta en otro idioma o formato alternativo, como impresa grande, audio o braille; o si necesita ayuda para entender esta carta, llame a OneCare Connect al **1-855-705-8823 (TTY 711)**, las 24 horas al día, los 7 días de la semana. Visítenos en **www.caloptima.org/onecareconnect**.

OneCare Connect Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan) es un plan de salud que tiene contratos con Medicare y Medi-Cal para ofrecer los beneficios de ambos programas a sus afiliados. OneCare Connect 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 Connect gratuitamente al **1-855-705-8823 (TTY 711)**, las 24 horas al día, los 7 días de la semana.