



會員上訴或申訴申請表

請填寫此表，以針對您從 OneCare (HMO D-SNP) 獲得的護理或服務的任何部分來申請作出承保決定、進行上訴或提出申訴。填妥此表後，您可透過以下 3 種方式將此表返回：親自送回、郵寄或傳真至 **1-714-481-6499**。

請清楚地書寫或鍵入下方資訊：

會員姓名 (名字) (中間名) (姓氏) 會員編號

郵寄地址 (城市) (州) (郵遞區號)

()
電話號碼

出生日期 (月月/日日/

請簡要說明您的上訴、申訴或請求的原因 (包括請求藥物承保例外處理)。說明服務內容、藥物名稱、日期、時間、人員、地點等。提供準確細節，如有需要，請另附頁說明。附上支持您上訴、申訴或申請的任何信件、詳情或記錄的副本。確保在所有頁面上書寫您的姓名和會員編號。

日期 簽名

如果您有任何疑問，請撥打 OneCare 客戶服務部免費電話 **1-877-412-2734 (TTY 711)**，服務時間為每週 7 天，每天 24 小時。我們擁有會講您的語言的工作人員。您還可以於週一至週五，上午 8 時至下午 5 時之間到訪我們的辦公室，地址為 **505 City Parkway West, Orange, CA 92868**，或造訪我們的網站 **www.caloptima.org/onecare**。

注如果您需要讓除您的醫生或處方醫生以外的人士提出申請，請填妥並提交**委託代表表格**，該表格可從 CalOptima OneCare 網站 **www.caloptima.org/onecare** 獲取，或致電 OneCare 客戶服務部免費電話 **1-877-412-2734 (TTY 711)**。請參閱您的《承保範圍說明書》，了解關於您遇到問題時如何處理的完整資訊。

請參閱您的《會員手冊》，了解關於您遇到問題或需要投訴時如何處理的完整資訊。

OneCare (HMO D-SNP) (一項 Medicare Medi-Cal Plan) 是與 Medicare 簽有合約的 Medicare Advantage 組織。參保 OneCare 需要視合約的續約情況而定。OneCare 遵守適用的聯邦民權法，不會基於種族、膚色、原國籍、年齡、殘障或性別等理由而歧視他人。請撥打 OneCare 客戶服務部免費電話 **1-877-412-2734** (TTY **711**)，服務時間為每週 7 天，每天 24 小時。