



**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 Connect Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan). Llene y entregue este formulario en persona, o envíe por correo o facsímil al 1-714-246-8562.

**Por favor escriba a máquina o 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 la razón por la apelación, queja o solicitud (incluyendo las solicitudes para una excepción a la cobertura de medicamentos) – indique el servicio, nombre del medicamento, las fechas, horarios, personas involucradas, los lugares relacionados a la queja, etc. Incluya detalles exactos y use una hoja de papel adicional si es necesario. Por favor incluya copias de cualquier información adicional que puede ser pertinente a su queja o solicitud. Asegúrese de escribir su nombre y número de identificación de miembro en todas las hojas.

---

---

---

---

---

---

---

---

**Fecha** \_\_\_\_\_ **Firma** \_\_\_\_\_

Si tiene cualquier pregunta, por favor llame gratuitamente al Departamento de Servicios para Miembros de OneCare Connect al 1-855-705-8823, las 24 horas al día, los 7 días de la semana. Usuarios de la línea TDD/TTY deben llamar al 1-800-735-2929. 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.

**Aviso:** Si desea que otra persona lo represente, usted y su representante autorizado deben firmar, escribir la fecha y enviar una declaración nombrando a esa persona como su representante.

Por favor consulte la Guía para miembros para más información respecto a lo que debe hacer si tiene un problema o una queja.



OneCare Connect es un plan de salud que tiene contratos con Medicare y Medi-Cal para brindar beneficios de ambos programas a sus afiliados.

If you need this letter in another language or alternate format, like large print, audio, or Braille; or if you need help understanding this letter, please call OneCare Connect at 1-855-705-8823, 24 hours a day, 7 days a week. TDD/TTY users should call 1-800-735-2929.

Si necesita esta carta en otro idioma o formato alternativo, como impresa grande, audio o Braille; o si necesita ayuda para entender esta carta, por favor llame a OneCare Connect al 1-855-705-8823, las 24 horas al día, los 7 días de la semana. Usuarios de la línea TDD/TTY deben llamar al 1-800-735-2929.

Nếu quý vị cần lá thư này bằng một ngôn ngữ hoặc hình thức khác, như khổ chữ in lớn, đĩa âm thanh, hoặc chữ nổi Braille; hoặc nếu quý vị cần được giúp đỡ để hiểu lá thư này, xin gọi cho OneCare Connect ở số 1-855-705-8823, 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần. Thành viên sử dụng máy TDD/TTY có thể gọi ở số 1-800-735-2929.

اگر می خواهید که این نامه را به زبانی دیگر و یا فرمتی متفاوت، از قبیل چاپ درشتتر، به صورت صوتی یا خط بریل دریافت کنید و یا در صورتی که نیاز به دریافت کمک برای متوجه شدن مفهوم این نامه دارید لطفاً با OneCare Connect از طریق شماره 1-855-705-8823، طی 24 ساعت شبانه روز در 7 روز هفته تماس بگیرید. کاربران خط TDD/TTY می توانند با شماره 1-800-735-2929 تماس بگیرند.

만약 이 편지를 다른 언어 또는 큰 글자, 오디오나 점자 같은 다른 형식으로 원하거나, 이 편지를 이해하는데 도움이 필요하시면, OneCare Connect 번호 1-855-705-8823로, 주 7일, 24시간 전화 주십시오. TDD/TTY 사용자는 번호 1-800-735-2929로 전화 주십시오.