

Mẫu Đơn Yêu Cầu Khiếu Nại hoặc Than Phiền của Thành Viên

Xin sử dụng mẫu đơn này để yêu cầu khiếu nại về một quyết định đài thọ, hoặc để nộp đơn than phiền chính thức cho bất cứ phần chăm sóc hay dịch vụ nào mà quý vị đã nhận từ OneCare Connect Cal MediConnect (Medicare-Medicaid Plan). Xin hoàn tất và gửi lại mẫu đơn này cho chúng tôi bằng cách gặp mặt trực tiếp, gửi thư hoặc fax đến số 1-714-246-8562.

Xin viết rõ ràng bằng chữ in hoa hoặc đánh máy dưới đây:

Tên Thành Viên (Tên) (Viết tắt của tên đệm) (Họ) Số ID Thành Viên

Địa Chỉ Gửi Thư (Thành Phố) (Tiểu Bang) (Mã Vùng)

()

Số Điện Thoại Ngày Sinh (Tháng/Ngày/Năm)

Xin mô tả ngắn gọn lý do quý vị khiếu nại, than phiền hoặc yêu cầu (bao gồm các yêu cầu cho sự ngoại lệ về đài thọ thuốc của chúng tôi) – nêu rõ dịch vụ, tên thuốc, ngày, thời gian, người, địa điểm, v.v... Cung cấp các chi tiết chính xác và sử dụng thêm tờ giấy thứ hai nếu cần. Đính kèm các bản sao của bất cứ thư từ, chi tiết hoặc hồ sơ nào hỗ trợ cho sự than phiền hay yêu cầu của quý vị. Xin bảo đảm rằng quý vị viết tên và số ID Thành Viên của mình trên tất cả các trang.

Ngày _____ Chữ Ký _____

Nếu quý vị có bất cứ câu hỏi nào, xin liên lạc Văn Phòng Dịch Vụ OneCare Connect ở số miễn phí 1-855-705-8823, 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần, thành viên sử dụng máy TDD/TTY nên gọi số 1-800-735-2929 hoặc trực tiếp đến văn phòng của chúng tôi từ thứ Hai đến thứ Sáu, từ 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều, tại 505 City Parkway West, Orange, CA 92868.

Lưu Ý: Nếu quý vị muốn một người khác thay mặt cho quý vị, quý vị và người đại diện được ủy quyền của quý vị phải ký tên, điền ngày, và gửi cho chúng tôi một văn bản chỉ định người đó để đại diện cho quý vị.

Xin xem Cẩm Nang Thành Viên của quý vị để biết thông tin đầy đủ về những việc cần làm nếu quý vị có vấn đề hoặc than phiền.



OneCare Connect là một chương trình y tế có hợp đồng với Medicare và Medi-Cal để cung cấp các phúc lợi của cả hai chương trình cho các tham dự viên.

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 days, 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.