

上訴表格

就該計劃決策未涵蓋醫療或處方藥提出上訴時，此表格可供您使用。如有任何疑問，請隨時致電 Brand New Day 會員服務中心。電話：1-866-255-4795，聽障專線 (TTY) 711，星期一-星期五上午 8 點-晚上 8 點，以及每週 7 天，上午 8 點-晚上 8 點，10 月 1 日至 3 月 31 日。

請以印刷體書寫以下個人資訊：

會員姓名：_____ 會員編號：_____

地址：_____

住址電話：_____ 手機：_____

電子郵箱：_____

委任上訴代表

您可以要求某人代您行事。如果您願意，可以指定其他人代您擔任「代表」以進行上訴。根據州法律，可能已合法授權某人擔任您的代表。如果您希望朋友、親戚、醫師或其他服務提供者或其他人作為您的代表，請致電會員服務中心並索取「代表委任」表格或訪問我們的網站，網址為 www.bndhmo.com/Members/Resources，請捲動到頁面底部的「表單」下方。您也可以填寫以下有關您要委任的人的資訊，僅代表進行上訴。除非我們已填寫完整的「代表委任」表格或其他法律授權證明供某人代您行事，否則我們無法開始審核您以外的其他人的上訴。

**如果選擇代表人，請填寫以下資訊：
我委任以下人員代我處理此次上訴：**

代表人姓名：_____

代表人地址：_____

代表人電話：_____

與會員的關係：_____

會員簽名：_____ 日期：_____

代表人簽名：_____ 日期：_____

有關您的上訴資訊：

請在以下空白處描述您的訴求。請附上任何可能有助於我們解決上訴的其他資訊的副本。

您希望上訴的項目或服務：_____

藥品名稱：_____ 劑量/強度：_____

服務提供者名稱：_____

日期：_____ 索賠編號：_____ 索賠金額：_____

描述上訴的原因：_____

會員或代表人簽名：_____ 日期：_____

將填寫好的表格郵寄到：

Brand New Day
ATTN: Appeals & Grievance Department
5455 Garden Grove Blvd., Suite 500
Westminster, CA 92683
或傳真至：1-657-400-1217