

## 控訴表格

本表格用於提出醫療保健或處方藥的相關控訴。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：\_\_\_\_\_

住家電話：\_\_\_\_\_ 手機：\_\_\_\_\_

電子郵箱：\_\_\_\_\_

### 委任控訴代表

**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」以進行控訴。根據州法律，可能以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](http://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，僅代表您進行控訴。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控訴。

#### 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控訴：

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：\_\_\_\_\_

