

MẪU KHÁNG CÁO

Mẫu này để quý vị sử dụng khi nộp đơn kháng cáo về quyết định của chương trình không chi trả dịch vụ chăm sóc y tế hoặc thuốc theo toa. Nếu quý vị có bất kỳ thắc mắc nào, vui lòng gọi Bộ phận Dịch vụ Hội viên Brand New Day theo số 1-866-255-4795, TTY 711, Thứ Hai - Thứ Sáu từ 8 giờ sáng - 8 giờ tối và 7 ngày mỗi tuần từ 8 giờ sáng - 8 giờ tối từ ngày 10/01 - 03/31.

VUI LÒNG VIẾT IN THÔNG TIN SAU VỀ BẢN THÂN:

Tên Hội viên: _____ Số ID Hội viên: _____

Địa chỉ: _____

Điện thoại Nhà: _____ Điện thoại Di động: _____

Email: _____

CHỈ ĐỊNH ĐẠI DIỆN ĐỂ KHÁNG CÁO

Quý vị có thể yêu cầu một người nào đó thực hiện thay mặt quý vị. Nếu quý vị muốn, quý vị có thể nêu tên một người khác để thực hiện cho quý vị như là "Người đại diện" của quý vị để đưa ra kháng cáo. Có thể có ai đó đã được ủy quyền hợp pháp để đóng vai trò như người đại diện của quý vị theo luật tiểu bang. Nếu quý vị muốn bạn bè, người thân, bác sĩ của mình hoặc nhà cung cấp khác hoặc người khác làm người đại diện của quý vị, gọi Bộ phận Dịch vụ Hội viên và yêu cầu mẫu "Chỉ định Người đại diện" hoặc truy cập trang web của chúng tôi tại www.bndhmo.com/Members/Resources và cuộn xuống cuối trang trong "Mẫu". Quý vị cũng có thể điền đầy đủ thông tin bên dưới về người mà quý vị đang chỉ định để thực hiện kháng cáo này. Chúng tôi không thể bắt đầu xem xét các kháng cáo từ một người nào đó không phải quý vị trừ khi chúng tôi có mẫu "Chỉ định Người đại diện" đã điền đầy đủ thông tin hoặc bằng chứng khác về việc ủy quyền hợp pháp cho ai đó thực hiện thay quý vị.

**Nếu chọn Người đại diện, vui lòng điền đầy đủ thông tin sau:
Tôi chỉ định người sau đây thay tôi thực hiện kháng cáo này:**

Tên Người đại diện: _____

Địa chỉ của Người đại diện: _____

Điện thoại của Người đại diện: _____

Mối quan hệ với Hội viên: _____

Chữ ký của Hội viên: _____ Ngày: _____

Chữ ký của Người đại diện: _____ Ngày: _____

