



會員申訴與上訴表

第 1 步：

請致電會員服務部代表討論您的申訴。我們的代表或許能為您節省時間並解決問題。如需其他資訊，請致電 **1-866-333-3530** 聯絡 CCA Health 會員服務部代表。（聽障人士可致電 711）。服務時間為 10 月 1 日至 3 月 31 日（節假日除外），上午 8 點至晚上 8 點，每週七天；4 月 1 日至 9 月 30 日（節假日除外），上午 8 點至晚上 8 點，週一至週五。在節假日及營業時間之外收到的訊息將在一個工作日內回覆。

第 2 步：

請盡可能完整填寫下方的「會員申訴和上訴申請表」。您也可以選擇寫信說明您的問題並寄送給我們。

第 3 步：

如果您指定一名人士作為您的申訴或上訴代表，您和您的委任代表 (AOR) 必須傳送一份填寫好的代表委任書。請聯絡 CCA Health 會員服務部代表索取代表委任書。此外，代表委任書也可透過我們的網站 www.ccahealthca.org 獲取。

將上述所有必需表格一起寄送，有助於我們及時審核。**第 4 步：**
此表填寫完成後，請將表格和/或代表委任文件透過傳真 **1-866-207-6539** 傳回，或郵寄至：

CCA Health California
Attention: Grievances and Appeals Department
18000 Studebaker Road, Suite 150
Cerritos, CA 90703

會員姓名：	日間聯絡電話：
地址：	
會員 ID 號碼：	事件發生日期：
申訴或上訴服務日期：	
機構或涉及的醫療服務提供者名稱（如適用）：	
機構或醫療服務提供者電話號碼：	機構或醫療服務提供者地址：



請提供與申訴相關的資訊。若空行不夠可另行附頁。

Multiple horizontal lines for providing information.

會員簽名： _____
(您必需簽名並註明日期方可受理您的上訴)

日期： _____

CCA Health California of California 是一項簽有 Medicare 合約的 Medicare Advantage HMO 計劃。能否在計劃註冊參保視合約續簽情況而定。ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-866-333-3530 (TTY: 711). ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-866-333-3530 (TTY: 711). 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-866-333-3530 (TTY：711)。