

會員申訴（投訴）表格

說明： 請將填妥的表單及備用資訊傳真或郵寄至：

傳真： (718) 536-3358
上訴與申訴部 (Appeals & Grievances Department)
收件人： Affinity by Molina Healthcare
Attn: Appeals & Grievances Department
2900 Exterior St.
Suite 202
Bronx, NY 10463

如果您在要求方面需要協助，您可以致電或來函給我們

電話： (800) 223-7242
郵件： Affinity by Molina Healthcare
Attn: Appeals & Grievances Department
2900 Exterior St.
Suite 202
Bronx, NY 10463

如果您不是會員，請提供您的姓名給我們。請填寫並簽署隨附的「代表委任書」。您不必使用此表單。若是如此，您可以向我們寄送該會員已簽名的書面信函。

今天日期： _____

承保類型（選擇）：

- | | |
|---|--|
| ☐ Medicaid Managed Care | ☐ Child Health Plus |
| ☐ Molina Healthcare PLUS | ☐ Essential Plan 1 |
| ☐ Essential Plan 2 | ☐ Essential Plan 3 |
| ☐ Essential Plan 4 | ☐ Essential Plan 1 Plus |
| ☐ Essential Plan 2 Plus | |

會員姓氏： _____ 會員名字： _____

會員出生日期： _____ 會員ID/CIN 號碼： _____

與會員的關係： _____

白天電話號碼： (_____) _____

特定問題：如果您需要更多空間，可以向我們寄送另一份文件。

會員簽名： _____ 日期： _____

會員申訴（投訴）表格

如何提出申訴（投訴）：

1. 填寫此表單。請盡可能將問題說明給我們。
2. 您可以將您的記錄副本傳送給我們。若有，請連同此表單一併寄出。（請勿寄送正本）。
3. 您可以親自提供您的資訊給我們。若要這麼做，請撥打 (800) 223-7242。
4. 我們可以協助您撰寫您的要求。我們能以您使用的語言為您提供協助。如果您需要聽障服務，您可以撥打我們的聽障專線電話號碼 711。
5. 如果您年滿 18 歲，並請他人代表您採取行動，則需要代表委任（AOR）書。我們會審查檔案，以確認您是否已獲得批准。您也可以向我們寄送已簽名的書面信函讓該人代表您，以取代（AOR）書。Affinity by Molina Healthcare 為您提供「委任代表書」。請使用所附的 AOR，或向我們寄送已簽名的書面信函。
6. 我們仍會處理申訴（投訴），但在您獲得會員部批准之前，我們不會將資訊發送給您。如果我們沒有獲得任何類型的核准，決定將只會寄給會員。
7. 您可以要求查看個案檔案。您隨時都可要求查看或取得個案檔案的副本。這是免費的。您的檔案可能有您的全部醫療紀錄，其中也可能會有關於您個案的其他文件。
8. 您可以請人代表您採取動作。如果是這樣，他們也可以查看您的申訴（投訴）檔案。
9. 填寫並寄送至：
傳真： (718) 536-3358
收件人：上訴與申訴部 (Appeals & Grievances Department)

郵件： Affinity by Molina Healthcare
Attn: Appeals & Grievances Department
2900 Exterior St.
Suite 202
Bronx, NY 10463
10. 我們會寄信給您。這封信將讓您知道我們收到您的要求。

感謝您使用 **Affinity by Molina Healthcare** 會員申訴流程。

代表委任 (AOR) 書

會員姓名： _____

Affinity by Molina Healthcare 會員 ID 號碼： _____

委任代表

本人同意指定 _____ (姓名和地址) 代表本人提出 (特定問題) 的 _____ 申訴/上訴。

本人同意此人為我作出或提出任何要求或通知。此人可以提出或出示任何事實或證據。此人也可以取得任何過去、現在或未來治療、檢測、評估、藥物、診斷和結果的資訊。此人也可以談論我所有的醫療照護或服務。此人也可以談論我可能收到的理賠或帳單。此外，此人可以收到所有關於本人未決申訴或上訴的通知。

簽名 (會員)： _____

地址：

電話號碼：(_____) _____

日期： _____

接受委任

本人 _____ 同意上述內容。本人確認自己並未遭到社會保障局懷疑或禁止執業。本人並非不符合以會員代表之身分行事的美國現任官員或員工或是前官員或員工；本人不會因為代表行事而索取或獲得任何費用，除非已在合約中獲得法律及法規的核准。

本人為 _____ (律師、工會代表、親戚等)

簽名 (代表)： _____

地址：

電話號碼：(_____) _____

日期： _____