

## 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 Vitality 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 Vitality 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.vitalityhp.net](http://www.vitalityhp.net) 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：

Vitality Health Plan  
Attention: Grievances and Appeals Department  
18000 Studebaker Road, Suite 960  
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。

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

會員簽名： \_\_\_\_\_ 日期： \_\_\_\_\_  
(您必需簽名並註明日期方可受理您的上訴)

Vitality Health Plan 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)。