



**由醫療提供者代為提出健康保險計劃上訴的會員同意書**  
**Member Consent for Provider to File an Appeal on My Behalf**  
**with Health Insurance Plan**

本人，\_\_\_\_\_ 瞭解在此同意書中，我同意  
(會員姓名 / Name of member)

由醫療提供者 \_\_\_\_\_ 代表我 提出上訴。  
(醫療提供者名稱 / Name of provider)

**會員資訊 / Member Information :**

會員正楷姓名 / Member Name	會員出生日期 / Date of Birth	CCHP ID # 編號
會員地址 / Member Address		

**醫療提供者資訊 / Provider Information :**

醫療提供者正楷名稱 / Provider Name	醫療提供者計劃 ID 編號 / Provider Plan ID	醫療提供者電話號碼 / Provider Phone No.
醫療提供者地址 / Provider Address		服務日期 / Date(s) of Service
對被上訴之服務的說明 / Description of services that are being appealed		
對被上訴之服務的說明 / Description of services that are being appealed		

如果上方所列出之服務承保範圍有問題，我同意允許上述醫療提供者代表我向 Contra Costa Health Plan 提出上訴。



我瞭解：

- 如果我同意，則除非此同意書以書面形式撤銷，否則我將無法針對這些服務親自提出上訴，也無法指定任何代表人提出上訴。
- 我有隨時撤銷此同意書的權利。我的法定代表人有隨時撤銷此同意書的權利。
- 如果我的醫療提供者不提出上訴或中止我的上訴，此同意書將自動撤銷。
- 我已經閱讀或請人代唸此同意書，並且已經獲得令我滿意的解釋。

會員簽名 / Member Signature	日期 / Date
-------------------------	-----------

\*由於下列原因，上述會員無法簽署此同意書：（*僅在會員無法提供簽名時填寫 / only to be completed if member is unable to provide signature*）

會員無法提供簽名的原因 / Reason Member is unable to provide a signature
--

我同意上述會員：

代表人正楷姓名 / Representative Name:	代表人簽名 / Representative Signature	日期 / Date
見證人正楷姓名 / Witness Name :	見證人簽名 / Witness Signature	日期 / Date

在下列方式中擇一交回填寫完成的授權表格：

郵件 / Mail :

Member Appeals Department  
595 Center Avenue, Ste 100  
Martinez, CA 94553

傳真 / FAX : (925) 313-6047

