



健康照護上訴申請表

受保保戶姓名：按一下或點選此處以輸入文字。**保戶 ID 編號：**按一下或點選此處以輸入文字。
進行上訴的代表姓名（如與上述不同）：按一下或點選此處以輸入文字。
郵寄地址：按一下或點選此處以輸入文字。**電話號碼：**按一下或點選此處以輸入文字。
城市：按一下或點選此處以輸入文字。**州：**按一下或點選此處以輸入文字。
郵政編碼：按一下或點選此處以輸入文字。

拒絕類型： 拒絕理賠（已接受服務） 拒絕服務（尚未接受）

如果您是就保險公司拒絕為您提供服務的決定提出上訴，而您尚未接受該項服務，則延遲 30 到 60 天接受服務，是否可能對您的健康造成顯著的負面改變？

是 否

如您回答「是」，您可能有權進行加急上訴。為您提供治療的醫療服務提供者必須簽署並送出認證和正式文件，支持有加急上訴的需要。

您想提出哪種層級的上訴？

1 級 2 級 3 級（申請免費外部審查）。

您上訴針對的是哪個決定（您想得到給付或授權的是哪個項目）？

按一下或點選此處以輸入文字。

請說明您為何認為 AzCH 應當支付或授權這項服務（如果需要，請加上更多頁）：

按一下或點選此處以輸入文字。

*請務必附上能證明為何您相信 AzCH 應當支付或授權所要求服務的一切資料，包括任何醫療記錄、醫師函、記錄、手冊等。如果您要申請加急上訴，您「必須」附上提供治療的醫療服務提供者的認證（表格可自我們的網站取得）。

請將填妥的表格（或含有相同資訊的文件）透過下列一種選項寄送：

| | | |
|---|---------------------|--|
| 電子郵件： AzCHMarketplace2@azcompletehealth.com | 傳真： 877.615.7734 | 郵寄： Ambetter from Arizona Complete Health Attention: Appeals & Grievance PO Box 10341 Van Nuys, CA 91410 |
|---|---------------------|--|

如果您在填寫本表格上需要協助，或是對於上訴程序有疑問，請透過 1.888.926.5057 TTY/TDD 1.888.926.5180 聯絡保戶服務部。

 被保險人或授權代表人員簽名

 日期