



申诉、上诉、疑虑或建议表

如果您想提出申诉、上诉、疑虑或建议，请填写此表。如果您选择不填写此表，可以写信提供以下信息。填妥的表格或信件应邮寄至以下地址：

提出上诉：  
Ambetter from Buckeye Health Plan  
Attn:Appeals Department  
4349 Easton Way, Suite 120  
Columbus, OH 43219  
传真： 1-866-719-5404

提出申诉和疑虑：  
Ambetter from Buckeye Health Plan  
Attn:Grievances Department  
PO Box 10341  
Van Nuys, CA 91410  
传真： 1-833-886-7956

请拨打以下电话联系： 1-877-687-1189 (TTY 1-877-941-9236)

会员姓名： \_\_\_\_\_

会员的 Ambetter ID 编号： \_\_\_\_\_

街道地址： \_\_\_\_\_

城市 \_\_\_\_\_ 州 \_\_\_\_\_ 邮政编码 \_\_\_\_\_

会员电话号码： \_\_\_\_\_

对于上诉申请，请提供拒绝的跟踪/授权编号：

\_\_\_\_\_

支持申诉、上诉、疑虑或建议的其他信息（或随附文件）：

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

会员或代表： \_\_\_\_\_

白天电话号码： \_\_\_\_\_ 日期： \_\_\_\_\_

**\*您必须在不利裁定通知（拒绝）上注明的日期起 180 个日历日内提出上诉。**

**\*您必须在事件发生之日起 180 个日历日内提出申诉。**

# 上诉和申诉

## 有用的定义



如何确定您是否需要提出上诉或申诉，其中可能包括表达疑虑或提供建议。

- **上诉（或内部上诉）**是指对计划做出的不利福利裁定进行审查，以决定拒绝提供福利或服务的决定是否适当。上诉表明您对健康计划做出的不利福利裁定有争议。上诉决定可以基于从您、您的授权代表或您的医疗服务提供者那里收到的新信息，如果没有为上诉审查提供其他证据或支持文件，也可以仅对提交的原始信息进行审查来做出上诉决定。
- **申诉**是指对任何事项表示不满（不利福利裁定除外）。申诉可能包括但不限于所提供护理或服务的品质，以及人际关系的各个方面，例如医疗服务提供者或员工态度粗鲁，或者未能尊重您的权利（无论是否要求采取补救措施）。申诉包括您对计划提出延长做出决定的时间提出异议的权利。您的一些疑虑也可以通过致电会员服务部得到快速解决，可能并不需要您提出申诉，但您有权提出申诉。

在提出上诉或申诉以及从我们这里获得解决方案时为您提供帮助的其他术语。

- **不利福利裁定**是指任何拒绝、减少或终止或未能提供或给付（全部或部分）福利的行为。
- **授权（或事先授权）**是指在接受服务之前健康计划批准您的 PCP 或医疗服务提供者团体请求的专科或其他医疗所必需护理的决定。
- **最终不利福利裁定**是指健康计划在我们的内部上诉审查完成后维持的不利福利裁定，包括医疗判断或承保福利。
- **外部审查（或外部上诉）**是指对我们拒绝承保服务的决定进行的复审，由与我们没有任何关联的独立第三方进行。外部审查可能会维持健康计划的决定，也可能推翻健康计划的全部或部分决定。健康计划必须接受他们的决定。
- **推翻**是指先前的决定在（内部/外部）上诉期间没有得到确认并被撤销。
- **维持原判**是指先前的决定得到支持并将保留为最终（内部/外部）上诉决定。

了解如何充分利用您的计划。请参阅您的承保证明书 (EOC) 了解更多信息，包括上诉和申诉流程，请访问：  
[Ambetter.BuckeyeHealthPlan.com/health-plans.html](https://Ambetter.BuckeyeHealthPlan.com/health-plans.html)