



BIỂU MẪU YÊU CẦU KHÁNG CÁO DỊCH VỤ CHĂM SÓC SỨC KHỎE

Tên Hội Viên Được Bảo Hiểm: Nhấp hoặc chạm vào đây để nhập nội dung.

Số ID Hội Viên: Nhấp hoặc chạm vào đây để nhập nội dung.

Tên người đại diện theo đuổi kháng cáo (nếu không phải là hội viên): Nhấp hoặc chạm vào đây để nhập nội dung.

Địa Chỉ Nhận Thư: Nhấp hoặc chạm vào đây để nhập nội dung.

Số Điện Thoại: Nhấp hoặc chạm vào đây để nhập nội dung.

Thành Phố: Nhấp hoặc chạm vào đây để nhập nội dung. **Tiểu Bang:** Nhấp hoặc chạm vào đây để nhập nội dung.

Mã Zip: Nhấp hoặc chạm vào đây để nhập nội dung.

Loại Từ Chối: Từ Chối Yêu Cầu Thanh Toán (Cho Dịch Vụ Đã Nhận Được)

Từ Chối Dịch Vụ (Chưa Nhận Được)

Nếu quý vị kháng cáo quyết định từ chối của công ty bảo hiểm đối với dịch vụ mà quý vị chưa nhận được, việc trì hoãn nhận dịch vụ từ 30 đến 60 ngày có thể gây ra thay đổi tiêu cực đáng kể đến sức khỏe của quý vị không?

Có Không

Nếu quý vị trả lời "Có", quý vị có thể có quyền kháng cáo nhanh. Nhà cung cấp dịch vụ điều trị của quý vị phải ký tên và gửi chứng nhận và tài liệu hỗ trợ nhu cầu kháng cáo nhanh.

Quý vị muốn kháng cáo ở Cấp độ nào?

Cấp 1

Cấp 2

Cấp 3 (yêu cầu đánh giá bên ngoài miễn phí).

Quý vị đang kháng cáo quyết định nào (quý vị muốn được thanh toán hoặc ủy quyền dịch vụ gì)?

Nhấp hoặc chạm vào đây để nhập nội dung.

Giải thích lý do tại sao quý vị cho rằng AzCH nên thanh toán hoặc cho phép nhận dịch vụ này (đính kèm thêm trang nếu cần):

Nhấp hoặc chạm vào đây để nhập nội dung.

**Hãy đảm bảo gửi kèm mọi thông tin nêu rõ lý do tại sao quý vị lại cho rằng AzCH nên thanh toán hoặc cho phép nhận dịch vụ được yêu cầu, bao gồm mọi hồ sơ y tế, thư từ (các) bác sĩ của quý vị, các ghi chú, tài liệu hướng dẫn, v.v. Nếu quý vị đang yêu cầu kháng cáo nhanh, quý vị PHẢI có chứng nhận từ nhà cung cấp dịch vụ điều trị (biểu mẫu có sẵn trên trang web của chúng tôi).*

Hãy gửi biểu mẫu đã điền đầy đủ thông tin (hoặc tài liệu có thông tin tương tự) theo một trong những phương thức sau:

Email: AzCHMarketplace2@azcompletehealth.com	Fax: 877.615.7734	Gửi qua đường bưu điện: Ambetter from Arizona Complete Health Attention: Appeals & Grievance PO Box 10341 Van Nuys, CA 91410
--	----------------------	--

Nếu quý vị cần hỗ trợ hoàn thành biểu mẫu hoặc có thắc mắc về quy trình kháng cáo, vui lòng liên hệ Dịch Vụ Hội Viên theo số 1.888.926.5057 TTY/TDD 1.888.926.5180.

Chữ ký của người được bảo hiểm hoặc người đại diện được ủy quyền

Ngày

