



## 医疗保健上诉申请表

**受保会员姓名：** 单击或点击此处输入文字。**会员 ID 编号：** 单击或点击此处输入文字。  
**上诉代表姓名（如与上述不同）：** 单击或点击此处输入文字。  
**邮寄地址：** 单击或点击此处输入文字。**电话号码：** 单击或点击此处输入文字。  
**城市：** 单击或点击此处输入文字。**州：** 单击或点击此处输入文字。**邮政编码：** 单击或点击此处输入文字。

拒绝类型：  理赔遭拒绝（已接受服务）  服务遭拒绝（尚未接受）

如果您对保险公司拒绝为您提供尚未接受的服务的决定提出上诉，那么延迟 30 至 60 天接受服务是否会对您的健康造成重大不利影响？

是  否

*如果您的回答是“是”，您可能有权获得快速上诉。您的主治医生必须签署并发送一份证明和文件，以支持快速上诉的需要。*

您想上诉哪一级？

1 级  2 级  3 级（申请免费外部审查）。

您要对什么决定提出上诉（您希望获得支付或批准什么）？

单击或点击此处输入文字。

请解释您认为 AzCH 应支付或授权此项服务的原因（如有需要，请附上附加页）：

单击或点击此处输入文字。

*\* 请务必附上所有资料，说明您认为 AzCH 应支付或授权所请求服务的原因，包括任何病历、医生来信、记录、小册子等。如果您申请加急上诉，则必须附上主治医生的证明（表格可在我们的网站上获取）。*

通过以下任一方式发送填写完整的表格（或包含相同信息的文件）：

电子邮件： <a href="mailto:AzCHMarketplace2@azcompletehealth.com">AzCHMarketplace2@azcompletehealth.com</a>	传真： 877.615.7734	邮寄： Ambetter from Arizona Complete Health Attention:Appeals & Grievance PO Box 10341 Van Nuys, CA 91410
---	---------------------	---

如果您在填写表格时需要帮助，或对申诉程序有任何疑问，请致电 1.888.926.5057 TTY/TDD 1.888.926.5180 联系会员服务部。

\_\_\_\_\_  
受保人或授权代表签名

\_\_\_\_\_  
日期