



FROM



申訴、上訴、疑慮或建議表

如果您想提出申訴、上訴、顧慮或建議，請填寫此表。如果您選擇不填寫此表，可以寫信提供以下資訊。填妥的表格或信件應郵寄至以下地址：

提出上訴時：

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

提出申訴和疑慮時：

Ambetter from Buckeye Health Plan
Attn: Grievances Department
PO Box 10341
Van Nuys, CA 91410
傳真：1-833-886-7956

請撥打以下電話聯絡我們：1-877-687-1189 (TTY 1-877-941-9236)

保戶姓名：_____

保戶的 Ambetter ID 編號：_____

街道地址：_____

城市 _____ 州 _____ 郵遞區號 _____

保戶電話號碼：_____

對於上訴申請，請提供拒絕的追蹤/授權編號：

支持申訴、上訴、顧慮或建議的其他資訊（或者附上）：

保戶或代表：_____

白天電話號碼：_____ 日期：_____

*您必須在不利裁定通知（拒絕）上註明的日期起 **180** 個曆日內提出上訴。

*您必須在事件發生之日起 **180** 個曆日內提出申訴。

上訴和申訴

有用的定義



如何確定您是否需要提出上訴或申訴，其中可能包括表達疑慮或提供建議。

- **上訴（或內部上訴）**是指對計畫做出的不利福利裁定進行審查，以決定拒絕提供福利或服務的決定是否適當。上訴表示您對健康計畫做出的不利福利裁定有爭議。上訴決定可以基於從您、您的授權代表人員或您的醫療服務提供者那裡收到的新資訊，如果沒有為上訴審查提供其他證據或支援文件，也可以僅對提交的原始資訊進行審查來做出上訴決定。
- **申訴**是指對任何事項表示不滿（不利福利裁定除外）。申訴可能包括但不限於所提供護理或服務的品質，以及人際關係的各個方面，例如醫療服務提供者或員工態度粗魯，或者無論是否要求採取補救措施都未能尊重您的權利。申訴包括您對計畫提出延長做出決定的時間提出異議的權利。您的一些疑慮也可以透過致電保戶服務部得到快速解決，可能並不需要您提出申訴，但您有權提出申訴。

在提出上訴或申訴以及從我們這裡獲得解決方案時為您提供幫助的其他術語。

- **不利福利裁定**是指任何拒絕、減少或終止或未能提供或給付（全部或部分）福利的行為。
- **授權（或預先授權）**是指在接受服務之前健康計畫核准您的 PCP 或醫療服務提供者團體請求的專科或其他必要的醫療護理的決定。
- **最終不利福利裁定**是指健康計畫在我們的內部上訴審查完成後維持的不利福利裁定，包括醫療判斷或承保福利。
- **外部審查（或外部上訴）**是指對我們拒絕承保服務的決定進行的複審，由與我們沒有任何關聯的獨立第三方進行。外部審查可能會維持健康計畫的決定，也可能推翻健康計畫的全部或部分決定。健康計畫必須接受他們的決定。
- **推翻**是指先前的決定在（內部/外部）上訴期間沒有得到確認並被撤銷。
- **維持原判**是指先前的決定得到支援並將保留為最終（內部/外部）上訴決定。

瞭解如何充分利用您的計畫。請參閱您的承保證明 (EOC) 瞭解更多資訊，包括上訴和申訴流程，請瀏覽：

Ambetter.BuckeyeHealthPlan.com/health-plans.html