



就 Aetna Medicare Advantage 計劃拒絕索賠提出上訴申請

由於 Aetna（或我們的代表之一）拒絕了您提出的醫療福利付款申請，您有權對我們的決定向我們提出上訴。自您的申請被拒之日起，您有 **65** 個曆日的時間向我們提出上訴。您可透過郵寄或傳真將本表傳送給我們：

地址：
Aetna Medicare Part C Appeals
PO Box 14067
Lexington, KY 40512

傳真號碼：
1-724-741-4953

您亦可透過我們的網站向我們提出上訴，網址：www.aetnamedicare.com。

可提出申請之人士：若您想要另一名個人（例如您的家人、醫師或朋友）代您提出上訴，則該名個人必須是您的代表。若需瞭解如何指定代表，請聯絡我們，電話：[1-888-267-2637 \(TTY 711\)](tel:1-888-267-2637)，服務時間為週一至週日早上 **8** 點至晚上 **9** 點。

參保者資訊

參保者姓名		出生日期
參保者地址		
城市	州	郵遞區號
主要電話 ()	參保者計劃 ID 號碼	
手機 ()	備用電話 ()	

僅在提出本申請之人士並非參保者時填寫以下部分：

申請人姓名	申請人與參保者的關係	
地址		
城市	州	郵遞區號
主要電話 ()	傳真號碼 ()	
手機 ()	備用電話 ()	

由參保者以外人士提出上訴申請的代表文件：若您想要其他人士（例如您的家人、醫師或朋友）代您提出上訴，則該人士必須是您的代表。若您已向所在州提交了文件（例如授權書文件），則該人士可能已經是您的代表。請附上已填妥的「代表授權書 CMS-1696」或其他等效書面文件。若需瞭解有關委任代表的更多資訊，請聯絡您的計劃，電話：**1-800-Medicare**，服務時間為每天 **24** 小時，每週 **7** 天。TTY 使用者請撥打**1-877-486-2048**。

索賠詳情

醫療服務提供者姓名		提供服務的日期	
醫療服務提供者地址			
城市	州	郵遞區號	
電話 ()	上訴金額		
備用電話 ()	傳真號碼 ()		

請說明您上訴的原因。

若有必要，請另附頁面。請附上您認為可能對您的個案有所幫助的任何其他資訊，例如您醫師的聲明及相關病歷。建議您參閱我們在拒絕您的申請通知函中提供的說明。

上訴申請人簽名 (參保者、參保者醫師或代表)	日期
---------------------------	----