EmblemHealth | UnitedHealthcare

NYCE 首选医疗机构 (PPO) 计划服务后上诉要求表

如果您要求对 EmblemHealth 或联合健康保险的不利福利裁决或请款拒绝决定进行审查，请填写以下信息。如果您是代表他人提出上诉，请同时在此要求中附上授权代表指定表格。

要求信息

1. 今天的日期 _____ / _____ / _____
   月月 日日 年年年年
2. 病患姓名 _____
3. 病患出生日期 _____ / _____ / _____
   月月 日日 年年年年
4. 会员卡号码 _____
5. 会员姓名 _____
6. 计划名称 _____
7. 请款的服务日期 _____ / _____ / _____
   月月 日日 年年年年
8. 请款控制编号 _____
9. 请款的账单总金额 $ _____
10. 医疗护理提供者姓名 / 名称 _____

11. 您是否在您的要求中附上病历？ ◯ 是 ◯ 否

请注意：如果没有提交医疗书面记录，我们则将根据我们档案中现有的信息进行审查。

病历包括诊所记录、化验结果、手术记录 / 报告和医疗病史。

12. 填写此表格之人士的姓名、地址和电话号码，以便 EmblemHealth 或联合健康保险在有任何疑问时可以联系：

姓名 _____

电话号码 _____

地址 _____

_____

_____

13. 对争议的说明

请将您填妥的表格连同任何佐证医疗书面记录邮寄至：

NYCE Post Service Appeals, P.O. Box 211381, Eagan, MN 55121

© 2025 EmblemHealth。保留所有权利。© 2025 United HealthCare Services, Inc. 保留所有权利。
UMF0010-NYCE-MAN 1225 UA