EmblemHealth | UnitedHealthcare

申诉提交表

请填写以下信息，向 NYC 员工首选医疗机构 (PPO) (NYCE PPO) 计划提交申诉。如果您希望表达关于请款决定的不满，请提交服务后上诉要求表。如果您是代表他人提出此申诉，请同时在此要求中附上授权代表指定表格。

要求信息

今天的日期 ___/___/_____
月月 日日 年年年年

病患姓名 _____ 病患出生日期 ___/___/_____
月月 日日 年年年年

会员卡号码 _____ 会员姓名 _____

请选择您的申诉类型。如果您的投诉不属于这些类别的任何一种，请提交 NYCE 首选医疗机构 (PPO) 服务后上诉表，从而确保您的要求能得到适当处理。

☐ 未提供服务 ☐ 护理 / 服务质量 ☐ 欺诈 / 浪费 / 滥用
☐ 不正确的账单 / 收费 ☐ 会员服务质量 ☐ 健保计划 / 福利

☐ 其它 _____

您是否在您的申诉中附上病历或其它文件？ ☐ 是 ☐ 否

请注意：如果没有提交书面记录，我们则将根据我们档案中现有的信息进行审查。

填写此表格之人士的姓名、地址和电话号码，以便 NYCE 首选医疗机构 (PPO) 在有任何疑问时可以联系。

姓名 _____

地址 _____ 城市 _____ 州 _____ 邮政编码 _____

电话号码 ___-___-_____

对申诉的说明 _____

_____

_____

_____

请将您填妥的表格连同任何佐证医疗书面记录邮寄至：

NYCE PPO Grievance, P.O. Box 21534, Eagan, MN 55121

© 2026 EmblemHealth。保留所有权利。
© 2026 联合健康保险服务公司。保留所有权利。UMF0174-NYCE-MAN 0126 UA
未获得许可，不得复制本文件的任何部份。