

Affinity by Molina Healthcare

# 上訴申請表

對於正在減少、暫停或停止的服務

郵寄至：

Affinity by Molina Healthcare  
2900 Exterior St.  
Suite 202  
Bronx, NY 10463

傳真至： (718) 536-3358

今天日期： \_\_\_\_\_

## 截止日期：

- 如果您希望在計劃上訴裁決之前保持服務不變，您必須在本通知日期的 10 個日曆日內，或在裁決生效之日（以較晚者為準）前提出請求。（如果您上訴失敗，您可能需要為等待裁決時獲得的服務支付費用。）
- 提出計劃上訴以保持服務不變的最後一天為 [ ]。
- 自收到本通知之日起，您有 60 個日曆日的時間可提出計劃上訴。針對本裁決提出計劃上訴的最後一天為 [ ]。若您想要提出計劃上訴，您必須即時申請。

保戶資訊：

姓名： [ ] [ ]  
保戶 ID： [ ]  
地址： [ ] [ ]  
住家電話： [ ] 手機號碼： [ ]  
計劃參考編號： [ ]  
正在減少、暫停或停止的服務： [ ]

我認為計劃的裁決有誤，因為：

勾選所有適用項目：

- ☐ 在計劃上訴裁定期間，我不希望我的服務保持不變。
- ☐ 我申請快速審批上訴，因為延遲可能會損害我的健康。
- ☐ 我附上了其他文件，以供在上訴期間審查。
- ☐ 我想要親自提供資訊。
- ☐ 我希望有人代我提出計劃上訴：

- 您是否曾授權此人處理 Molina 事務？

是 ☐ 否 ☐

- 您是否希望此人代為處理上訴或是公平聽證會的所有步驟？如果您改變心意，請告訴我們。

是 ☐ 否 ☐

申請人（我的代表人）：

姓名：\_\_\_\_\_ 電子郵件：\_\_\_\_\_

地址：\_\_\_\_\_

城市：\_\_\_\_\_ 州：\_\_\_\_\_ 郵遞區號：\_\_\_\_\_

電話號碼：( ) \_\_\_\_\_ 傳真：( ) \_\_\_\_\_

保戶簽名：\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_\_

申請人簽名：\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_\_

如果無法簽署這份表單，計劃將會向保戶進行後續追蹤，以確認  
是否有意願提出上訴。