



## 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 60 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](http://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)**，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 ( )	

