



FROM



home state health

### 申诉、上诉、疑虑或建议表

如果您想提出申诉、上诉、疑虑或建议，请填写此表。如果您选择不填写此表，可以写信提供以下信息。填妥的表格或信件应邮寄至以下地址：

#### 提出上诉：

Ambetter from Home State Health  
Attn: Appeals Department  
7711 Carondelet Ave. St.  
Louis, MO 63105  
传真：1-855-805-9812

#### 提出申诉和疑虑：

Ambetter from Home State Health  
Attn: Grievances Department  
PO Box 10341  
Van Nuys, CA 91410  
传真：1-833-886-7956

请拨打以下电话联系我们：1-855-650-3789 (TTY 711)

会员姓名： \_\_\_\_\_

会员的 Ambetter ID 编号： \_\_\_\_\_

街道地址： \_\_\_\_\_

城市 \_\_\_\_\_ 州 \_\_\_\_\_ 邮政编码 \_\_\_\_\_

会员电话号码： \_\_\_\_\_

对于上诉申请，请提供拒绝的跟踪/授权编号：

\_\_\_\_\_

支持申诉、上诉、疑虑或建议的其他信息（或随附文件）：

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

会员或代表： \_\_\_\_\_

白天电话号码：

日期： \_\_\_\_\_

**\*您必须在不利裁定通知（拒绝）上注明的日期起 180 个日历日内提出上诉。**

**\*您可以随时提交申诉。**

了解如何充分利用您的计划。请参阅您的承保证明书（EOC）了解更多信息，包括上诉和申诉流程，请访问：[Ambetter.homestatehealth.com/health-plans.html](http://Ambetter.homestatehealth.com/health-plans.html)