



P.O.Box 459089
Fort Lauderdale, FL 33345-9089

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：

Ambetter Health
Appeal Department
P.O.Box 459087
Fort Lauderdale, FL 33345-9087
电话：1-877-687-1169
TTY 1-877-941-9230
传真：1-866-719-5373（上诉）
传真：1-866-550-3248（申诉/投诉）
（Florida 州中继电话 1-800-955-8770）

会员姓名： _____

会员的 Ambetter 编号： _____

街道地址： _____

城市 _____ 州 _____ 邮政编码 _____

会员电话号码： _____

跟踪编号（如适用；位于拒绝函左上角）：

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： _____

***您必须在行动通知函发出之日起 180 个日历日内提出上诉。*您必须在事件发生之日起 365 个日历日内提出申诉。**