



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

申訴、上訴、疑慮或建議表

如果您想提出申訴、上訴、疑慮或建議，請填寫此表。如果您選擇不填寫此表，可以寫信提供以下資訊。填妥的表格或信件應郵寄至以下地址：

Ambetter Health
Appeal Department
P.O.Box 459087
Fort Lauderdale, FL 33345-9087
電話：1-877-687-1169
TTY 1-877-941-9230
傳真：1-866-719-5373（上訴）
傳真：1-866-550-3248（申訴/投訴）
（Florida 中繼 1-800- 955-8770）

保戶姓名： _____

保戶的 Ambetter 編號： _____

街道地址： _____

城市	州	郵遞區號
----	---	------

保戶電話號碼： _____

追蹤號碼（如適用；位於拒絕信函的左上角）： _____

支持申訴、上訴、疑慮或建議的其他資訊（或者附上）：

保戶或代表： _____

白天電話號碼： _____ 日期： _____

*您必須在行動通知函發出之日起 **180** 個日曆日內提出上訴。*您必須在事件發生之日起 **365** 個日曆日內提出申訴。