



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

Biểu Mẫu Than Phiền, Kháng Cáo, Quan Ngại hoặc Đề Xuất

Nếu quý vị muốn nộp đơn than phiền, kháng cáo, quan ngại hoặc đề xuất, vui lòng hoàn thành biểu mẫu này. Nếu quý vị không muốn hoàn thành biểu mẫu này, quý vị có thể viết một lá thư nêu những thông tin theo yêu cầu bên dưới. Quý vị cần gửi biểu mẫu đã điền đầy đủ thông tin hoặc thư qua đường bưu điện đến:

Ambetter Health
Appeal Department
P.O. Box 459087
Fort Lauderdale, FL 33345-9087
Điện thoại 1-877-687-1169
TTY 1-877-941-9230
Fax 1-866-719-5373 (Kháng Cáo)
Fax 1-866-550-3248 (Đơn Than Phiền/khiếu Nại)
(Dịch Vụ Tiếp Âm tại Florida 1-800-955-8770)

Tên Hội Viên: _____

Số Ambetter của Hội Viên: _____

Địa Chỉ Đường Phố: _____

Thành Phố _____ Tiểu Bang _____ Mã Zip _____

Số Điện Thoại của Hội Viên: _____

Số Theo Dõi (nếu có; nằm ở góc trên bên trái của thư từ chối):

Thông tin bổ sung để hỗ trợ than phiền, kháng cáo, quan ngại hoặc đề xuất (hoặc đính kèm):

Hội Viên hoặc Người Đại Diện: _____

Số Điện Thoại Liên Hệ Ban Ngày: _____ Ngày: _____

****Quý vị phải nộp đơn kháng cáo trong vòng 180 ngày theo lịch kể từ ngày đề trên thư Thông Báo Hành Động. *Quý vị phải nộp đơn than phiền trong vòng 365 ngày theo lịch kể từ ngày xảy ra sự kiện.***