



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

Formulario para presentar un agravio, apelación, inquietud o recomendación

Si desea presentar un agravio, apelación, inquietud o recomendación, por favor complete este formulario. Si decide no completar este formulario, puede escribir una carta que incluya la información que se solicita abajo. El formulario completado o su carta deben enviarse por correo postal a:

Ambetter Health
Appeal Department
P.O. Box 459087
Fort Lauderdale, FL 33345-9087
Teléfono 1-877-687-1169
TTY 1-877-941-9230
Fax 1-866-719-5373 (Apelaciones)
Fax 1-866-550-3248 (Agravio/Queja)
(Retransmisión de Florida 1-800-955-8770)

Nombre del afiliado o afiliada: _____

Número de Ambetter del afiliado o afiliada: _____

Dirección (Número y Calle): _____

_____ Ciudad	_____ Estado	_____ Código postal
-----------------	-----------------	------------------------

Número telefónico del afiliado o afiliada: _____

Número de rastreo (si corresponde; se encuentra en la esquina superior izquierda de la carta de denegación):

Información adicional para respaldar el agravio, la apelación, la inquietud o la recomendación (o adjuntarla):

Afiliado(a) o Representante: _____

Núm. telefónico durante el día: _____ Fecha: _____

**Las apelaciones deben presentarse en un plazo de 180 días calendario a partir de la fecha de la carta de Aviso de Acción.*

**Los agravios deben presentarse en un plazo de 365 días calendario a partir de la fecha del evento.*