



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.**