



### Formulario de queja, apelación, problema o recomendación

Si desea presentar una queja, apelación, problema o recomendación, complete este formulario. Si decide no completar este formulario, puede escribir una carta que incluya la información solicitada a continuación. El formulario completado o su carta deben enviarse por correo a la siguiente dirección:

Ambetter Health  
Attn: Appeals and Grievances Department  
PO Box 10341  
Van Nuys, CA 91410  
Fax: 1-833-886-7956

Afiliados de Indiana, comuníquese por teléfono al: 1-877-687-1182 (TTY 1-800-743-3333)

Nombre del (de la) afiliado(a): \_\_\_\_\_

Núm. de ID del (de la) afiliado(a): \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad Estado Código postal

Número de teléfono del (de la) afiliado(a): \_\_\_\_\_

Para presentar una apelación, anote el número de seguimiento/autorización de la decisión desfavorable: \_\_\_\_\_

Información adicional para apoyar la queja, apelación, problema o recomendaciones (o adjuntos):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Afiliado(a) o representante: \_\_\_\_\_

Número de teléfono durante el día: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**\* Usted debe presentar una apelación en un plazo de 180 días de calendario a partir de la fecha de la carta de denegación.**

**\* Usted debe presentar una queja en un plazo de 180 días de calendario a partir de el evento.**