



## 申訴、上訴、顧慮或建議表格

如果您想提出申訴、上訴、顧慮或建議，請填寫此表格。如果您決定不填寫此表格，  
您可以寫一封信，其中包含以下要求的資訊。填妥的表格或您的信件請郵寄至：

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

印第安納州會員電話：1-877-687-1182（中繼 1-800-743-3333）

保戶姓名：\_\_\_\_\_

保戶的 Ambetter ID 編號：\_\_\_\_\_

街道地址：\_\_\_\_\_

城市 \_\_\_\_\_ 州 \_\_\_\_\_ 郵遞區號 \_\_\_\_\_

保戶電話號碼：\_\_\_\_\_

如為申請上訴，請提供您收到的拒絕追蹤/授權編號：\_\_\_\_\_

支持申訴、上訴、顧慮或建議的其他資訊（或者附上）：

---

---

---

---

---

---

保戶或代表：\_\_\_\_\_

日間電話號碼：\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_\_

\*您必須在拒絕函發出之日起 **180** 個日曆日內提出上訴。

\*您必須在事件發生之日起 **180** 個日曆日內提出申訴。