



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。