



FROM



home state health

申訴、上訴、疑慮或建議表

如果您想提出申訴、上訴、顧慮或建議，請填寫此表。如果您選擇不填寫此表，可以寫信提供以下資訊。填妥的表格或信件應郵寄至以下地址：

提出上訴時：

Ambetter from P [{ ^ Á Ú æ Á ^ æ @
Attn: Appeals Department
í í FF Á Ó æ [} á ^ | ^ Ó Ç ^ È Ú Ę
Š [~ ã È Ú Á Á H F é Á Á
傳真：FÈ Í Í È é È Ì F G Á

提出申訴和疑慮時：

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

請撥打以下電話聯絡我們： FÈ Í Í È é È Ì F G Á

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： _____

對於上訴申請，請提供拒絕的追蹤/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： _____

白天電話號碼： _____ 日期： _____

*您必須在不利裁定通知（拒絕）上註明的日期起 **180** 個曆日內提出上訴。

您隨時可以提出申訴。

瞭解如何充分利用您的計畫。請參閱您的承保證明 (EOC) 瞭解更多資訊，包括上訴和申訴流程，請瀏覽：[5 a VYHf \ ca YgHUM YUH 'Vt:a # YUH !d'Ubg \ ha](#)