



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 of Delaware
Attn: Appeals & Grievances Department
PO Box 10341
Van Nuys, CA 91410
電話：1-833-919-3214 (中繼 711)
傳真：1-833-886-7956

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）：

Multiple horizontal lines for providing additional information.

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。

\*您隨時可以提出申訴。