



FROM |



### 申诉、上诉、疑虑或建议表

如果您想提出申诉、上诉、疑虑或建议，请填写此表。如果您选择不填写此表，可以写信提供以下信息。填妥的表格或信件应邮寄至以下地址：

Ambetter from WellCare of Kentucky  
Attn: Appeals & Grievances Department  
PO Box 10341  
Van Nuys CA, 91410  
电话：1-833-705-2175（转接 711）  
传真：1-833-886-7956

会员姓名： \_\_\_\_\_

会员的 Ambetter ID 编号： \_\_\_\_\_

街道地址： \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 城市 \_\_\_\_\_ 州 \_\_\_\_\_ 邮政编码

会员电话号码： \_\_\_\_\_

对于上诉申请，请提供拒绝的跟踪/授权编号： \_\_\_\_\_

支持申诉、上诉、疑虑或建议的其他信息（或随附文件）：

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

会员或代表： \_\_\_\_\_

白天电话号码： \_\_\_\_\_ 日期： \_\_\_\_\_

**\*您必须在拒绝信发出之日起 180 个日历日内提出上诉。**

**\*\*您可以随时提交申诉。**