



**Formulario de queja, apelación, problema o recomendación**

Si desea presentar una queja, apelación, problema o recomendación, complete este formulario. Si decide no completar este formulario, puede escribir una carta que incluya la información solicitada a continuación. El formulario completado o su carta deben enviarse por correo a la siguiente dirección:

Ambetter from WellCare of Kentucky  
Attn: Appeals and Grievances Department  
PO Box 10341  
Van Nuys, CA 91410  
Phone: 1-833-705-2175 (Relay 711)  
Fax: 1-833-886-7956

Nombre del (de la) afiliado(a): \_\_\_\_\_

Núm. de ID del (de la) afiliado(a): \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ciudad Estado Código postal

Número de teléfono del (de la) afiliado(a): \_\_\_\_\_

Para presentar una apelación, anote el número de seguimiento/autorización de la decisión desfavorable: \_\_\_\_\_

Información adicional para apoyar la queja, apelación, problema o recomendaciones (o adjuntos):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Afiliado(a) o representante:** \_\_\_\_\_

**Número de teléfono durante el día:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_

**\* Usted debe presentar una apelación en un plazo de 180 días de calendario a partir de la fecha de la carta de denegación.**

**\* Usted puede presentar una queja en cualquier momento.**