



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 Louisiana Healthcare Connections
Attn: Appeals & Grievances Department
PO Box 10341
Van Nuys, CA 91410
电话：1-833-635-0450（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。*