



FROM |



## Biểu Mẫu Than Phiền, Kháng Cáo, Quan Ngại hoặc Đề Xuất

Nếu quý vị muốn nộp đơn than phiền, kháng cáo, quan ngại hoặc đề xuất, vui lòng hoàn thành biểu mẫu này. Nếu quý vị không muốn hoàn thành biểu mẫu này, quý vị có thể viết một lá thư nêu những thông tin theo yêu cầu bên dưới. Quý vị cần gửi biểu mẫu đã điền đầy đủ thông tin hoặc thư qua đường bưu điện đến:

Ambetter from WellCare of New Jersey  
Attn: Appeals & Grievances Department  
PO Box 10341  
Van Nuys, CA 91410  
Điện Thoại: 1-844-606-1926 (Dịch Vụ Chuyển Tiếp 711)  
Fax: 1-833-886-7956

Tên Hội Viên: \_\_\_\_\_

Số ID Ambetter của Hội Viên: \_\_\_\_\_

Địa Chỉ Đường Phố: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Thành Phố

Tiểu Bang

Mã ZIP

Số Điện Thoại của Hội Viên: \_\_\_\_\_

Để yêu cầu Kháng Cáo, hãy cung cấp Số Theo Dõi/Ủy Quyền của quyết định từ chối:

\_\_\_\_\_  
Thông tin bổ sung để hỗ trợ than phiền, kháng cáo, quan ngại hoặc đề xuất (hoặc đính kèm):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Hội Viên hoặc Người Đại Diện: \_\_\_\_\_

Số Điện Thoại Liên Hệ Ban Ngày: \_\_\_\_\_ Ngày: \_\_\_\_\_

**\*Quý vị phải nộp đơn kháng cáo trong vòng 180 ngày theo lịch kể từ ngày đề trên thư từ chối.**

**\*Quý vị có thể nộp đơn than phiền bất kỳ lúc nào.**