



上诉或申诉申请表

如果您想提出申诉或上诉，请填写此表。如果您不想填写此表，可以写信提供以下信息。填妥的表格或信件可传真至 866-534-5972，或邮寄至：

Ambetter from Sunshine Health
 Appeals Department
 PO Box 459087
 Fort Lauderdale FL 33345-9087

会员姓名： _____

会员的 Ambetter from Sunshine Health ID 号： _____

街道地址： _____

城市 _____ 州 _____ 邮编 _____

会员白天电话号码： _____

行动通知函左上角的参考编号： _____

请提供支持上诉或申诉的任何其他信息。如果有附件，请在下面注明： _____

会员签名： _____ 日期： _____

您可能会说，您想让别人代您行事。这包括您的医生。如果您要这样做，您必须让对方知道，而且对方必须同意为您这样做。如果您希望有一位授权代表，请将其姓名工整书写在下面。

正楷签名： _____

与会员的关系： _____

授权代理人签名日期： _____ 日期： _____

请记住：您必须在行动通知函发出之日起 180 个日历日内提出上诉。您必须在事件发生之日起 365 个日历日内提出申诉。