



### 上訴或申訴申請表

如果您想提出申訴或上訴，請填寫此表格。如果您不想填寫此表格，您可以寫一封信，其中包含以下要求的資訊。填妥的表格或您的信件可以傳真給我們（傳真號碼：866-534-5972）或郵寄至：

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

保戶姓名：\_\_\_\_\_

保戶的 Ambetter from Sunshine Health ID 號碼：\_\_\_\_\_

街道地址：\_\_\_\_\_

城市 \_\_\_\_\_ 州 \_\_\_\_\_ 郵遞區號 \_\_\_\_\_

保戶日間電話號碼：\_\_\_\_\_

行動通知函左上角的參考編號：\_\_\_\_\_

請提供支持上訴或申訴的任何其他資訊。如有附件，請在下方註明：\_\_\_\_\_

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

保戶簽名：\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_\_

您可能會說您希望其他人代您行事。這包括您的醫生。如果您希望如此，您必須通知該人士，對方也必須同意代您行事。如果您希望有授權代表人員，請在下方以正楷填寫其姓名。

正楷姓名：\_\_\_\_\_

與保戶的關係：\_\_\_\_\_

授權代表人員簽名：\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_\_

**切記：您必須在行動通知函發出之日起 180 個日曆日內提出上訴。您必須在事件發生之日起 365 個日曆日內提出申訴。**