ambetter. FROM | sunshine health
Insured by Celtic Insurance Company

Yêu Cầu Mẫu Đơn Than Phiền hoặc Kháng Cáo

Nếu quý vị muốn nộp đơn than phiền hoặc kháng cáo, 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 bao gồm thông tin được yêu cầu bên dưới. Mẫu đơn đã điền đầy đủ hoặc thư của quý vị có thể được fax cho chúng tôi theo số 866-534-5972 hoặc gửi đến:

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

Tên Hội Viên: _____

Số ID Ambetter from Sunshine Health của Hội Viên: _____

Địa Chỉ Đường Phố: _____

_____
Thành Phố Tiểu Bang Mã Zip

Số Điện Thoại Liên Hệ Ban Ngày của Hội Viên: _____

Số tham chiếu ở góc trên bên trái của thư Thông Báo Hành Động: _____

Vui lòng cung cấp bất kỳ thông tin bổ sung nào để hỗ trợ than phiền hoặc kháng cáo. Nếu có tệp đính kèm, xin lưu ý những thông tin sau: _____

_____

_____

Chữ Ký của Hội Viên: _____ Ngày: _____

Quý vị có thể nói rằng quý vị muốn người khác hành động cho quý vị. Điều này bao gồm bác sĩ của quý vị. Nếu quý vị làm vậy, quý vị phải cho người đó biết và họ phải đồng ý làm điều này cho quý vị. Nếu quý vị muốn có một người đại diện được ủy quyền, vui lòng viết in hoa tên của họ bên dưới.

Viết In Hoa Tên: _____

Mối Quan Hệ với Hội Viên: _____

Chữ ký của Người đại diện được ủy quyền: _____ Ngày: _____

Hãy nhớ: Quý vị phải nộp đơn kháng cáo trong vòng 180 ngày theo lịch kể từ ngày ghi trên thư Thông Báo Hành Động. Quý vị phải nộp đơn than phiền trong vòng 365 ngày kể từ ngày ghi trên quyết định từ chối.

© 2016 Celtic Insurance Company. All rights reserved.