



Formulario de reclamaciones, apelaciones, inquietudes o recomendaciones

Si desea presentar una reclamación, apelación, inquietud o recomendación, llene este formulario. Si elige no llenar este formulario, puede escribir una carta en la que se incluya la información que se solicita a continuación. Envíe el formulario completado o su carta a:

Appeal Department
PO Box 25538
Little Rock, AR 72221
1-877-617-0390
1-844-265-1278; TTY/TDD:
Fax: 1-877-617-0393

Nombre del(de la) afiliado(a): _____

N.º de afiliado(a) de Ambetter: _____

Dirección: _____

Ciudad Estado Código postal

Número de teléfono del(de la) afiliado(a): Número de identificación (si corresponde. Se encuentra en la esquina superior izquierda de la carta de negación):

Información adicional para apoyar la reclamación, apelación, inquietud o recomendación (o adjuntar):

Afiliado(a) o representante: _____

N.º de teléfono durante el día: _____ **Fecha:** _____

****Tiene que presentar la apelación en un plazo de 180 días calendario desde la fecha de la carta de negación.***

****Tiene que presentar la reclamación en un plazo de 180 días calendario desde la fecha del evento.***