

BAN SỨC KHỎE và BỆNH VIỆN

# Mẫu Yêu Cầu Cuộc Điều Trần Công Bằng Tiểu Bang

Họ Tên Hội Viên: \_\_\_\_\_

Địa chỉ: \_\_\_\_\_

Thành Phố, Tiểu Bang, Bưu Chánh: \_\_\_\_\_

Tôi muốn khiếu nại quyết định của UnitedHealthcare Community Plan về trường hợp của tôi vì:

Ngày: \_\_\_\_\_ Chữ ký: \_\_\_\_\_

Người Nhận/Đại Diện: \_\_\_\_\_

Địa chỉ của quý vị nếu khác hơn địa chỉ ghi trên: \_\_\_\_\_

Số Điện Thoại: \_\_\_\_\_

Số An Sinh Xã Hội: \_\_\_\_\_

Địa chỉ điện thư: \_\_\_\_\_

Họ Tên, Địa Chỉ và Số Điện Thoại của Đại Diện Được Cho Phép tại Cuộc Điều Trần, nếu có:

## **GỬI MẪU ĐÃ ĐIỀN ĐẾN:**

*(Thay vì gửi qua bưu điện, quý vị có thể gửi mẫu qua điện sao (fax) đến số (225) 219-9823, hoặc quý vị có thể nộp trực tuyến tại <http://www.adminlaw.state.la.us/HH.htm>.)*

**Division of Administrative Law - Health And Hospitals Section**

**P.O. Box 4189**

**Baton Rouge, LA 70821-4189**

***Ngày ghi trên dấu bưu điện khi quý vị gửi thư kháng cáo của mình sẽ được coi là ngày quý vị yêu cầu kháng cáo.***

Sau khi yêu cầu Cuộc Điều Trần Công Bằng Tiểu Bang, Phân Ban Luật Hành Chánh sẽ gửi cho quý vị Thông Báo qua bưu điện ngày, giờ và địa điểm của Cuộc Điều Trần Công Bằng Tiểu Bang. Nếu không thể gửi thư qua bưu điện hoặc điện sao mẫu đính kèm, quý vị có thể gọi số (225) 342-5800 để được cho biết thông tin về việc kháng cáo của mình.