

Biểu Mẫu Khiếu Nại CHO Hội Viên



Quý vị có khiếu nại phải không? Quý vị phải khiếu nại bằng văn bản để Ambetter gửi cho quý vị văn bản trả lời khiếu nại.

Quý vị có thể sử dụng biểu mẫu này hoặc viết thư. Người khác có thể điền biểu mẫu này thay cho quý vị, nhưng quý vị phải ký tên vào biểu mẫu khi gửi cho chúng tôi. Vui lòng cho chúng tôi biết càng nhiều thông tin chi tiết càng tốt. Điều này sẽ giúp ích cho chúng tôi khi trả lời quý vị. Chúng tôi sẽ gửi câu trả lời qua đường bưu điện trong vòng 30 ngày kể từ ngày nhận được đơn khiếu nại của quý vị.

Vui lòng gửi biểu mẫu này hoặc thư qua đường bưu điện hoặc gửi fax tới:

Địa Chỉ Nhận Thư:
Ambetter from Superior HealthPlan
ATTN: Complaints Department
5900 E. Ben White Blvd. Austin, TX 78741

Fax: 1-866-683-5369

THÔNG TIN KHIẾU NẠI

Vui lòng hoàn thành thông tin dưới đây.

Tên Hội Viên: _____ **Họ Hội Viên:** _____

Số ID Hội Viên Ambetter: _____

Quý vị khiếu nại về vấn đề gì?

Ambetter có thể giải quyết vấn đề của quý vị bằng cách nào?

Chữ Ký của Hội Viên: _____ **Ngày:** _____

Ambetter.SuperiorHealthPlan.com

SHP_20218400