

保戶投訴表



您是否有投訴？您必須將您的投訴以書面形式提交給 **Ambetter**，以便向您發送對您投訴的書面回覆。

您可以用此表，也可以寫信。他人可以幫您填寫表格，但您必須在將其提交給我們時簽名。請盡可能向我們告知詳情。這將有助於我們回覆您。我們將在收到您的投訴後 **30** 天內寄出回覆。

請將此表格或您的信件透過郵件或傳真提交至：

郵寄地址：
Ambetter from Superior HealthPlan
ATTN: Complaints Department
5900 E. Ben White Blvd. Austin, TX 78741

傳真：1-866-683-5369

投訴資訊

請填寫以下內容。

保戶名字：_____ 保戶姓氏：_____

Ambetter 保戶 ID 號碼：_____

您的投訴是什麼？

Ambetter 可以如何解決您的問題？

保戶簽名：_____ 日期：_____