



Formulario de reclamo del miembro

Ambetter de Coordinated Care Corporation está comprometido con usted. Si no está conforme con la calidad de la atención que recibió, cree que su médico o un integrante de su personal fue grosero con usted, o siente que sus derechos como miembro del plan de salud se han visto afectados, puede presentar una queja.

Estas son las opciones que tiene para poder informar la queja:

1. completar este formulario y enviárnoslo por correo o fax; **o**
2. enviar por correo o fax una carta que incluya la información solicitada a continuación; **o**
3. llamarnos al número que aparece a continuación para que un representante de Servicios para Miembros le ayude a presentar su queja.

Para comunicarse con Servicios para Miembros:

Teléfono: 1-877-687-1197
TTY: 711

Para enviar por fax un formulario completo o una carta:

Fax: 1-833-886-7956

Para enviar un formulario completo o una carta:

Ambetter from Coordinated Care
Grievance Department
P.O. Box 10341
Van Nuys, CA 91410

Le solicitamos que proporcione todos los siguientes datos:		
Nombre del miembro:		
Número de miembro:		
Domicilio del miembro:		
Ciudad:		Estado:
Código postal:		
Número de teléfono del miembro: (incluir código de área)		
Cuéntenos sobre la queja (cuándo sucedió, quién estuvo involucrado y qué sucedió). Incluya toda información adicional que sea útil para abordar sus inquietudes. (Agregue más páginas si es necesario).		
¿Quién presenta este formulario?		
Número de teléfono para contacto diurno: (incluir código de área)		Fecha: