



Biểu Mẫu Than Phiền của Hội Viên

Ambetter from Coordinated Care Corporation cam kết với quý vị. Nếu quý vị không hài lòng với chất lượng dịch vụ chăm sóc mà quý vị nhận được, cảm thấy bác sĩ hoặc nhân viên cư xử thô lỗ với quý vị hoặc quý vị cảm thấy các quyền hội viên của mình trong chương trình bảo hiểm sức khỏe đã bị ảnh hưởng, quý vị có thể nộp đơn than phiền.

Quý vị có thể nộp đơn than phiền theo một trong các hình thức sau:

1. Quý vị có thể điền thông tin vào biểu mẫu này và gửi qua đường bưu điện hoặc fax cho chúng tôi **hoặc**
2. Quý vị có thể gửi qua đường bưu điện hoặc fax một lá thư chứa thông tin theo yêu cầu dưới đây **hoặc**
3. Quý vị có thể gọi cho chúng tôi theo số điện thoại dưới đây và Người Đại Diện Dịch Vụ Hội Viên sẽ hỗ trợ quý vị nộp đơn than phiền.

Liên hệ với Dịch Vụ Hội Viên:

Điện Thoại: 1-877-687-1197
TTY: 711

Gửi biểu mẫu điền đầy đủ thông tin hoặc thư:

Ambetter from Coordinated Care
Grievance Department
1145 Broadway, Suite 700
Tacoma, WA 98402

Gửi fax biểu mẫu điền đầy đủ thông tin hoặc thư:

Fax: 1-855-218-0588

Vui lòng cung cấp tất cả những thông tin sau:		
Tên Hội Viên:		
Mã Số Hội Viên:		
Địa Chỉ Đường Phố của Hội Viên:		
Thành Phố:		Tiểu Bang:
Mã Zip:		
Số Điện Thoại của Hội Viên: (Bao gồm cả mã vùng)		
Vui lòng cho chúng tôi biết về nội dung than phiền (thời điểm xảy ra, những người liên quan và vấn đề than phiền là gì) Vui lòng cung cấp mọi thông tin bổ sung hữu ích để đánh giá mối quan ngại của quý vị. (Sử dụng thêm trang nếu cần).		
Ai gửi biểu mẫu này?		
Số Điện Thoại Liên Hệ Ban Ngày: (Vui lòng cung cấp cả mã vùng)		Ngày: