



会员申诉表

Ambetter from Coordinated Care Corporation 竭诚为您服务。如果您对所接受的护理质量不满意，认为您的医生或其工作人员对您无礼，或者您认为您作为健康计划会员的权利受到了影响，您可以提出申诉。

您可以通过以下方式之一进行投诉：

1. 填写此表格并邮寄或传真给我们，或
2. 可以邮寄或传真信件，提供以下必填的信息，或
3. 您可以拨打以下电话号码联系我们，会员服务代表将会协助您提交申诉。

会员服务部联系方式：

电话：1-877-687-1197
TTY：711

传真填妥的表格或信函：

传真：1-833-886-7956

邮寄填妥的表格或信函：

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

请提供以下所有信息：

会员姓名：		
会员编号：		
会员街道地址：		
城市：		州：
邮政编码：		
会员电话号码：（含区号）		
请告诉我们有关申诉的情况（何时发生、涉及谁以及发生了什么）。请提供有助于审核您的投诉的任何其他信息。（如果需要，可附加更多页面。）		
谁提交此表格？		
白天电话号码：（请包含区号）		日期：