



## 保戶申訴表

Ambetter from Coordinated Care Corporation 竭誠為您服務。如果您對所接受的照護品質不滿意，覺得您的醫生或其工作人員對您無禮，或者覺得您作為健康計畫成員的權利受到了影響，您可以提出申訴。

您可以使用以下選項之一進行申訴：

1. 您可以填寫此表格並郵寄或傳真給我們，或
2. 您可以郵寄或傳真包含以下資訊的信件，或
3. 您可以撥打以下號碼與我們聯絡，保戶服務代表將協助您提交申訴。

請致電保戶服務部：

電話：1-877-687-1197

TTY:711

傳真填妥的表格或信件：

傳真：1-833-886-7956

寄送填妥的表格或信件：

Ambetter from Coordinated Care

Grievance Department

P.O. Box 10341

Van Nuys, CA 91410

請提供以下所有資訊：

|   |  |     |
|---|--|-----|
| 保戶姓名：   |  |     |
| 保戶編號：   |  |     |
| 保戶街道地址：   |  |     |
| 城市：   |  | 州：  |
| 郵遞區號：   |  |     |
| 保戶電話號碼：（含地區碼）   |  |     |
| 請告訴我們申訴的內容（何時發生，涉及到誰以及發生了什麼）。請包含有助於審查您問題的任何其他資訊。<br>（如果需要，請使用額外頁面）。 |  |     |
|   |  |     |
| 誰提交這份表格？  |  |     |
| 日間電話號碼：（含地區碼）   |  | 日期： |