

会员投诉表



要进行投诉？您必须以书面形式提出投诉，以便 **Ambetter** 向您发送针对您投诉的书面答复。

您可以使用此表或发送书面信函。某人可以为您填写表格，但在提交给我们时您必须亲自签名。尽可能详细地描述您的问题。这有助于我们对您的回应。我们会在收到您的投诉后 **30** 天内给您发送回复信函。

请以邮寄或传真方式提交此表格或您的信件：

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

传真：1-866-683-5369

投诉信息

请填写以下信息。

会员名字： _____ 会员姓氏： _____

Ambetter 会员 ID 号： _____

何谓投诉？

Ambetter 可以如何解决您的问题？

会员签名： _____ 日期： _____