



Formulario de reclamos de los miembros

Ambetter de Coordinated Care Corporation tiene un compromiso con usted. Si no está satisfecho con la calidad de la atención que ha recibido, siente que su médico o un miembro de su personal fue descortés con usted o considera que sus derechos como miembro del plan de salud se han visto afectados, puede presentar un reclamo.

Para esto, puede usar una de estas opciones:

1. Puede completar este formulario y enviárnoslo por correo postal o fax.
2. Puede enviar por correo postal o fax una carta que incluya la información solicitada debajo.
3. Puede llamarnos al número que figura debajo y un representante de Servicios para Miembros lo ayudará a presentar su reclamo.

Para comunicarse con Servicios para Miembros:

Teléfono: 1-877-687-1197
TTY: 1-877-941-9238

Para enviar una carta o un formulario completado:

Ambetter from Coordinated Care
Grievance Department
1145 Broadway, Suite 300
Tacoma, WA 98402

Para enviar por fax una carta o un formulario completado:

Fax: 1-855-218-0588

Proporcione toda la siguiente información:		
Nombre del miembro:		
Número del miembro:		
Dirección del miembro:		
Ciudad:		Estado:
Código postal:		
Número de teléfono del miembro: (Incluya el código de área)		
Cuéntenos sobre el reclamo (cuándo sucedió, quién estuvo involucrado y qué sucedió). Incluya toda información adicional que sea útil para revisar sus inquietudes. (Use páginas adicionales si es necesario).		
¿Quién envía este formulario?		
Número de teléfono durante el día: (Incluya el código de área)		Fecha: