

Mẫu Than Phiền và Khiếu Nại

Họ Tên Hội Viên _____ Số Thẻ _____

Địa chỉ _____

Số Điện Thoại: (Nhà) _____ (Nơi Làm Việc) _____

Xin chọn một trong những điều sau đây:

- KHIẾU NẠI** — Có phải quý vị không hài lòng về quyết định trả tiền cho quyền lợi hay yêu cầu bồi hoàn của chúng tôi không?
- THAN PHIỀN** — Có phải quý vị không hài lòng điều gì ngoài quyết định trả tiền cho quyền lợi hay yêu cầu bồi hoàn của chúng tôi không?

Xin mô tả lo lắng chi tiết của quý vị dùng tên, ngày, nơi được phục vụ, thời gian trong ngày và những vấn đề xảy ra. Nếu có thể, cũng nêu rõ vì sao UnitedHealthcare Community Plan nên trả tiền cho các dịch vụ yêu cầu thường không được bao trả. Xin gửi qua bưu điện mẫu đã điền này đến địa chỉ nêu ở phía dưới cùng.

Họ Tên, Địa Chỉ và Số Điện Thoại của Đại Diện Được Ủy Quyền, nếu có:

(Chữ ký)

(Ngày)

Member Services
UnitedHealthcare Community Plan
P.O. Box 31364
Salt Lake City, UT 84131-0364