



Forma de queja de miembro

Complete y envíe o mande un fax a:
5900 E. Ben White Blvd. | Austin, Texas | 78741 | Fax: 1-866-683-5369

El Nombre de miembro: _____

Numero de Medicaid o Numero de identificaion de CHIP del meimbro: _____

La relación al miembro (rodea por favor uno): Auto Legal del Guardián Padre Esposo
Otro: _____

Numero de telefono: _____

Dirección de calle: _____

Ciudad: _____ **Estado:** _____ **Codigo Postal:** _____ **Condado:** _____

De tipo queja (escoge por favor uno):

- La Accesibilidad/Disponibilidad de Servicio (El local no está en un sitio conveniente y/o es difícil encontrar horas para citas)
- El servicio o Attitude del Plan de Salud Superior
- Balance de facturarcion
- Manejo de Caso
- Proceso de queja
- Marketing
- Farmacia
- Tarjeta de identificacion
- El idioma o servicio de interprete
- Calidad de cuidado
- Calidad del lugar en donde está oficina (Aspecto físico de la oficina y/o una larga espera)
- Calidad de servicio de la oficina del doctor
- Transporte
- Otro

Detalles de la queja

¿Cuál es su queja? _____

¿Cómo puede Superior resolver su problema? _____

For Administrative Use Only/Sólo para uso administrativo Complaint No.: _____	Date Received: _____
--	----------------------