

# Formulario de queja



FROM



superior  
healthplan.

**¿Tiene una queja? Debe presentar su queja por escrito para que Ambetter le envíe una respuesta por escrito a su queja.**

Puede usar este formulario o escribir una carta. Otra persona puede llenar el formulario, pero usted debe firmarlo antes de enviarnoslo. Cuéntenos la situación lo más detalladamente posible. Esto nos ayudará al responderle. Le enviaremos una respuesta por correo dentro de un plazo de 30 días tras haber recibido su queja.

Envíe este formulario o su carta por correo o fax a:

**Dirección de correo postal:**

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

**Fax:** 1-866-683-5369

## INFORMACIÓN EN RELACIÓN A LA QUEJA

Llene la información solicitada abajo.

**Nombre del miembro:** \_\_\_\_\_ **Apellido del miembro:** \_\_\_\_\_

**Número de identificación de miembro de Ambetter:** \_\_\_\_\_

**¿Cuál es su queja?**

---

---

---

---

---

**¿De qué forma Ambetter puede resolver su problema?**

---

---

---

---

---

**Firma de miembro:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_