

# Formulario de queja del miembro



Para presentar su queja, complete la información a continuación y envíe el formulario o cualquier otra documentación pertinente por correo postal o fax a:

**Superior HealthPlan**

**ATTN: Complaint Department - 5900 E. Ben White Blvd., Austin, Texas 78741**

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

Primer nombre del miembro: \_\_\_\_\_ Apellido del miembro: \_\_\_\_\_

Número de identificación de Medicaid o CHIP: \_\_\_\_\_

Primer nombre de la persona que llena el formulario: \_\_\_\_\_

Apellido de la persona que llena el formulario: \_\_\_\_\_

Relación con el miembro (marque una opción con un círculo):

Miembro

Padre o madre

Tutor legal

Cónyuge

Otra relación (explique): \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

## Detalles de la queja:

Tipo de queja (marque una opción con un círculo):

Acceso a la atención

Políticas/Procedimientos

Reclamo/Pago

Proveedor contratante

Servicio de atención al cliente

Servicios de recetas

Verificación electrónica de visitas (EVV)

Calidad de la atención

Transporte médico

Servicios de valor agregado

Otro tipo (explique): \_\_\_\_\_

Fecha en que ocurrió el incidente: \_\_\_\_\_

¿Esta queja se relaciona con un problema de la salud del comportamiento u otro problema de salud? (marque una opción con un círculo)

Salud del comportamiento

Otro problema de salud

¿Cuál es su queja?

---

---

---

---

---

¿Cómo puede Superior resolver a su problema?

---

---

---

Solo para uso administrativo

N.º de queja: \_\_\_\_\_

Fecha de recepción: \_\_\_\_\_