



STAR • STAR+PLUS • STAR Health • CHIP HMO • CHIP RSA

Complete y envíe o mande un fax a:
2100 South IH 35, Suite 202 | Austin, Texas | 78704 | Fax: 1-866-683-5369

Forma de Queja de miembro

El Nombre de miembro: _____ **Fecha del Nacimiento:** _____

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:** _____

Proveedor: _____

De tipo queja (escoge por favor uno) :

- la Accesibilidad/Disponibilidad de Servicio (la Disponibilidad Geográfica de Acceso o Cita)
- el servicio o Attitude del Plan de Salud Superior
- Balance de facturarcion
- Proceso de queja
- Ancuncio del Plan de Salud Superior
- Farmacia
- Tarjeta de identificacion
- El idioma o servicio de interprete
- La calidad del Cuidado
- La calidad de Sitio de Oficina (Apariencia y/o Adecuación Físicas de Espera Tiempo)
- La calidad de proveedor
- Transporte
- Otro

¿Qué es su queja?

¿Cómo puede resolución Superior su asunto?

For Administrative Use Only

Complaint No.: _____ *Date Received:* _____