5900 E. Ben White Blvd.
Austin, TX 78741

Complaint Form

PLEASE NOTE: YOU MUST PUT YOUR COMPLAINT IN WRITING FOR AMBETTER TO SEND YOU A WRITTEN RESPONSE TO YOUR COMPLAINT

Do you have a complaint? You can use this form. Someone can fill it out for you but **you** must sign it. Or you can write a letter. Please tell us as much as you can. We will send you an answer. We will mail it within 30 days of getting your complaint.

Please send this form or your letter to:

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

Or you can fax to: Fax: 1-866-683-5369

Member Name: _____
ID Number: _____

Tell us about your complaint:
_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Signature: _____ Date: _____

© 2016 Celtic Insurance Company. All rights reserved.

5900 E. Ben White Blvd.
Austin, TX 78741

Formulario de queja

POR FAVOR, TENGA EN CUENTA: DEBE PRESENTAR SU QUEJA POR ESCRITO PARA QUE AMBETTER LE ENVÍE UNA RESPUESTA POR ESCRITO A SU QUEJA.

¿Tiene una queja? Puede utilizar este formulario. Otra persona puede llenarlo, pero debe estar firmado por **usted**. O puede escribir una carta. Cuéntenos la situación lo más detalladamente posible. Le enviaremos una respuesta. Se la enviaremos por correo dentro de un plazo de 30 días tras haber recibido su queja.

Por favor, envíe este formulario o su carta a:

Ambetter de Superior HealthPlan
ATTN: Departamento de quejas
5900 E. Ben White Blvd.
Austin, TX 78741

O puede enviar un fax a: Fax: 1-866-683-5369

Nombre del afiliado: _____
Número de identificación: _____

Cuéntenos acerca de su queja:
_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Firma: _____ Fecha: _____