

## FORMULARIO DE QUEJA

### Florida

Complete este formulario y envíelo a SafeGuard, a la dirección que figura a continuación, para que no haya demoras en la resolución de su reclamo. SafeGuard le enviará una carta de reconocimiento en un plazo de cinco (5) días de recibido este formulario. SafeGuard revisará su reclamo y le enviará un aviso escrito de la determinación en un plazo de treinta (30) días de recibido este formulario. Si SafeGuard no resuelve su reclamo de forma satisfactoria, puede solicitar una apelación por escrito ante SafeGuard, o puede comunicarse con el Departamento de Servicios Financieros de Florida como se detalla a continuación. Es posible que se reenvíe una copia de este formulario al proveedor de servicios dentales o de la visión que brindó el tratamiento.

### SECCIÓN 1: Información del miembro

Nombre del miembro		Número de identificación del centro	
Dirección			N.º de apartamento/suite (de existir)
Ciudad	Estado	Código postal	
N.º de teléfono particular del miembro		N.º de teléfono laboral	
Nombre del paciente		Parentesco con el miembro	
N.º de teléfono particular del paciente		N.º de teléfono laboral	

### SECCIÓN 2: Información del empleador

Nombre del empleador	Número de grupo del empleador
Nombre del centro con servicios dentales/de visión	Ciudad

### SECCIÓN 3: Autorización

Si necesita asistencia para llenar este formulario, comuníquese con el Departamento de Atención al Cliente al 800.880.1800. También puede consultar su Evidencia de cobertura para obtener una descripción detallada del proceso de reclamo.

**Autorizo la liberación y divulgación de todos mis historiales dentales/de visión al Departamento de Administración de Calidad de SafeGuard Health Plans, Inc.**

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

Indique su reclamo en el reverso de este documento, o adjunte un formulario por separado y envíe por correo el formulario completo a:

Quality Management Department  
P.O. Box 3532  
Laguna Hills, CA 92654-3532

Los miembros siempre tienen el derecho de presentar un reclamo ante, o solicitar asistencia al, Departamento de Servicios Financieros, División de Reclamos del Consumidor, State Capitol Larson Building, 200 East Gaines Street, Room 637, Tallahassee, FL 32399-0300 o por teléfono al (800) 342-2762.

Reclamo:

