

FORMULARIO DE QUEJA

Texas

Complete este formulario y envíelo a SafeGuard a la dirección que figura abajo a fin de permitir una rápida resolución de su queja. SafeGuard le enviará una carta de confirmación dentro de los cinco (5) días posteriores a la recepción de este formulario., SafeGuard revisará su queja y le enviará un aviso por escrito con la determinación dentro de los treinta (30) días desde la recepción de este formulario. Si SafeGuard no resuelve su queja de acuerdo con sus expectativas, puede apelar la decisión de SafeGuard, tal como se describe en su Evidencia de Cobertura, o puede comunicarse con el Departamento de Seguros de Texas como se establece a continuación. Se puede enviar una copia de este formulario al proveedor dental o de la visión que proporcionó el tratamiento.

SECCIÓN 1: Información del Miembro

Nombre del Miembro		Número de Identificación de la Institución	
Dirección			N. ° de Departamento o Suite (si corresponde)
Ciudad	Estado	Código postal	
N. ° de Teléfono Particular del Miembro		N. ° de Teléfono Laboral	
Nombre del Paciente		Parentesco con el Miembro	
N. ° de Teléfono Particular del Paciente		N. ° de Teléfono Laboral del Paciente	

SECCIÓN 2: Información del Empleador

Nombre del Empleador	Número del Grupo del Empleador
Nombre de la Institución Dental o de la Visión	Ciudad

SECCIÓN 3: Autorización

Si necesita ayuda para completar este formulario, comuníquese con el Departamento de Servicio al Cliente al 800.880.1800. También puede consultar su Evidencia de Cobertura para obtener una descripción detallada del proceso de quejas.

Autorizo la publicación y revelación de todos y cada uno de mis registros dentales o de la visión al Departamento de Administración de Calidad de SafeGuard Health Plans, Inc.

Firma: _____ **Fecha:** _____

Indique su queja en el reverso de este documento o adjunte un formulario por separado.

Envíe el formulario completo a:

Departamento de Administración de Calidad
P.O. Box 3532
Laguna Hills, CA 92654-3532

Cualquier persona, incluidas aquellas que intentaron resolver quejas a través del proceso del sistema de quejas de SafeGuard y que no están satisfechas con la resolución, puede presentar una queja ante el Departamento de Seguros de Texas, P.O. Box 149091, Austin, TX 78714-9091. El número teléfono del Departamento es (800) 252-3439.

El comisionado investigará una queja contra SafeGuard a fin de determinar su cumplimiento con las leyes de seguros dentro de los sesenta (60) días desde que el Departamento reciba su queja, junto con toda la información necesaria para que dicho Departamento pueda determinar el cumplimiento. El comisionado puede ampliar el tiempo necesario para finalizar una investigación en caso de que ocurra alguna de las siguientes circunstancias: a) se necesita información adicional, b) se necesita una revisión in situ, c) SafeGuard, el médico o el proveedor, o usted no proporcionan toda la documentación necesaria para completar la investigación, o d) se produzcan otras circunstancias ajenas al Departamento.