

PROCESO DE QUEJAS

Paso 1: Hable con su proveedor

Le recomendamos que se comunique directamente con su proveedor del cuidado dental o de la vista si no está conforme con el servicio prestado. Estamos seguros de que el proveedor abordará sus preguntas e inquietudes con mucho gusto.

Paso 2: Llame a Dentegra

Si aún no está conforme después de hablar con su proveedor del cuidado dental o de la vista, o si tiene preguntas sobre su plan y sobre el pago de reclamaciones, llame a Servicio al Cliente para obtener ayuda. Un representante de Servicio al Cliente le atenderá de lunes a viernes, de 7:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del Pacífico. Si el equipo de Servicio al Cliente no puede resolver sus inquietudes de manera satisfactoria, puede presentar una queja formal.

Paso 3: Cómo presentar una queja formal

Usted puede presentar una queja de varias maneras:

- En línea: Puede llenar un formulario en línea en:
<https://www.dentegra.com/sites/default/files/uploaded/Grievance%20Form.pdf>
- Por escrito: El representante de Servicio al Cliente o su proveedor pueden proporcionarle un formulario. Envíe su queja por email o por correo a Dentegra:

Dentegra Insurance Company
P.O. Box 1850
Alpharetta, GA 30023-1850
customerservice@dentegra.com

- Verbalmente: Puede solicitar al representante de Servicio al Cliente que tome su queja por teléfono: 877-280-4204.

Incluya la siguiente información en su queja:

- Su nombre y número de identificación de afiliado.
- El nombre de su dentista o prestador del cuidado de la vista.
- Una descripción detallada por escrito sobre su inquietud para que podamos comprender la situación y responder a ésta en su totalidad. Incluya documentación, como recibos o registros de tratamiento, que ayude o respalde su inquietud.

Dentegra le enviará una determinación por escrito en un plazo de 30 días a partir de la fecha en la que recibamos la queja. Las quejas relacionadas con dolores intensos o amenazas inminentes y graves para la salud se revisarán de inmediato y recibirán una respuesta en un plazo de tres días a partir de la fecha en la que se reciban.



- You may complete this form and mail to us at:

Dentegra Insurance Company
P.O. Box 1850
Alpharetta, GA 30023-1850

Last name: (please print) _____

First name: (please print) _____

Account number: _____

Street address: _____

City: _____ State: _____ ZIP: _____

Language Assistance

IMPORTANT:

Can you read this document? If not, we can have somebody help you read it. For free help, please call Dentegra. You may also be able to receive this document in Spanish or Chinese.

IMPORTANTE:

¿Puede leer este documento? Si no, podemos ayudarle. Para obtener ayuda gratis, llame a Dentegra. También puede recibir este documento en español o chino.

重要通知：您能讀這份文件嗎？如有問題，我們可請他人協助您。如需免費協助，請電 **Dentegra**。您也能取得這份文件的西班牙文或中文譯本。