



Formulario de Queja o Reclamación por Agravio

HFP

HKSB

PPO

UTAH CHIP

La Compañía de Seguros Access Dental (el plan "Premier") toma muy en serio los problemas que tienen sus Personas Afiliadas, y se esfuerza para lograr soluciones aceptables para todas las partes involucradas. A fin de facilitar estos esfuerzos, por favor, proporciónenos la siguiente información. Si necesita ayuda para completar este formulario, por favor, comuníquese con cualquier Representante del Servicio de Atención a las Personas Afiliadas al plan Premier, al 888-715-0760, ó con un(a) representante de cualquier Proveedor del plan Premier.

Nombre: \_\_\_\_\_  
Domicilio: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Índole de la Queja – Por favor sea lo más específico(a) posible e incluya la(s) fecha(s) de servicio y el/los nombre(s) del/de los proveedor(es) del servicio. Por favor, use hojas adicionales, si necesita más espacio.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Por favor envíe este formulario por correo a:

**Premier Access Insurance Company**  
**Attention: Grievances/Appeals Department**  
**P. O. BOX 659010**  
**Sacramento, CA 95865-9010**

GrievanceDept@PremierLife.com

**NO ESCRIBA DEBAJO DE ESTA LÍNEA**  
**SOLAMENTE PARA USO DE LA COMPAÑÍA**

GRIEVANCE RECEIVED BY: \_\_\_\_\_

DATE RECEIVED: \_\_\_\_\_

TIME RECEIVED: \_\_\_\_\_

GRIEVANCE LOG COMPLETED BY: \_\_\_\_\_