



Premier Access Insurance Company
8890 Cal Center Drive
Sacramento, CA 95826
PHN: 916.920.2500
FAX: 866.379.3247

WWW.PREMIERLIFE.COM

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.

Multiple horizontal lines for writing the complaint details.

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: _____