

Complaint Form
(Formulario De Quejas)

Please complete and return the Complaint Form along with any associated documents to the Quality of Care Liaison at the return address shown above for prompt resolution.

(Complete y envíe el Formulario de reclamo junto con los documentos asociados al Enlace de calidad de la atención a la dirección de devolución que se muestra arriba para una pronta resolución.)

SUBSCRIBER ID # (NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL SUSCRIPTOR)	SUBSCRIBER NAME (NOMBRE DEL SUSCRIPTOR)	GROUP # (NÚMERO DE GRUPO)
--	--	------------------------------

ADDRESS (DIRECCIÓN)	HOME TELEPHONE # () (TELÉFONO CASA)
	WORK TELEPHONE # () TELÉFONO TRABAJO ()
	FAX ()

NAME AND # OF THE DENTAL OFFICE INVOLVED (NOMBRE Y NÚMERO DE LA OFICINA DENTAL INVOLUCRADA):
--

THIS COMPLAINT RELATES TO (ESTA QUEJA SE RELACIONA CON):

Name (Nombre): _____ Subscriber (El Suscriptor) Dependent (Un dependiente)

PLEASE EXPLAIN YOUR GRIEVANCE (POR FAVOR EXPLIQUE EL MOTIVO DE LA QUEJA):

WHAT ACTION WOULD YOU LIKE MDG TO TAKE? (¿QUE ACCION DESEARIA USTED QUE TOME MDG?)

SUBSCRIBER SIGNATURE (FIRMA DEL SUSCRIPTOR)	Date (Fecha)
---	--------------

IMPORTANT NOTICE

To obtain information or make a complaint:

You may call MDG's toll-free number for information or make a complaint at: 866 569 9900

You may contact the Texas Department of Insurance to obtain information on companies, coverage, rights or complaints at: 800 252 3439

You may write the Texas Department of Insurance at:

P.O. Box 149104
Austin, TX 78714-9104
FAX #: (512) 475-1771

AVISO IMPORTANTE

Para obtener información o para someter una queja:

Usted puede llamar al número de teléfono gratis de MDG para información o para someter una queja. Este número de teléfono es el: 866 869 9900

Puede comunicarse con el Departamento de Seguros de Texas para obtener información acerca de compañías, coberturas, derechos o quejas al: 800 252 3439

Puede escribirle al Departamento de Seguros de Texas al:

P.O. Box 149104
Austin, TX 78714-9104
FAX #: (512) 475-1771