



ASSURANT

Employee Benefits®

UDC Dental California, Inc.

6310 Greenwich Drive, Suite 210
San Diego, CA 92122
1.800.821.1294
Fax: 858.678.0692

REPORTE DE INCIDENTE INUSUAL

Su satisfacción completa con el plan dental es nuestra prioridad principal. Para poderle ofrecer el mejor servicio posible, de forma eficiente y eficaz, por favor llene este formulario referente a su incidente y envíelo por correo al domicilio indicado arriba.

Fecha de hoy _____ Fecha del incidente _____

Su nombre _____ Núm. De Identif. de Miembro _____

Domicilio

calle

ciudad

estado

código postal

Teléfono () _____ () _____

De día

De noche

Consultorio Dental _____

Describa el incidente detalladamente (utilice hojas adicionales si necesita más espacio)

¿Qué ha hecho para tratar de resolver su problema o asunto directamente con su dentista?

Indique la acción que desea, si deseara alguna

El *California Department of Managed Health Care* es responsable de la regulación de los planes de servicios médicos. Si tuviera alguna queja referente a su plan de salud, primero usted debería comunicarse por teléfono con la gerencia de su plan, marcando el **(800) 821-1294**. Además, usted tendrá que haber utilizado el procedimiento de presentación de queja de su plan antes de contactar a este Departamento. El uso de este procedimiento de queja no limita ninguno de los derechos o remedios legales que le pudieran corresponder. Si necesitara ayuda con alguna queja que implique una emergencia, una queja que no haya sido resuelta satisfactoriamente a su favor por la

gerencia de su plan de salud o alguna queja que no haya sido resuelta por más de 30 días, usted podrá llamar al Departamento para obtener asistencia.

Usted también podrá calificar para una revisión médica independiente, conocida en inglés como Independent Medical Review o por sus siglas IMR. Si usted calificara para una IMR, el procedimiento de la misma incluirá una revisión imparcial de las decisiones tomadas por la gerencia del plan de salud en torno a la necesidad médica de un servicio o tratamiento propuesto, las decisiones sobre los tratamientos que fueran de carácter experimental o exploratorio, así como las disputas relacionadas con el pago de servicios médicos de emergencia o de carácter urgente.

El Departamento cuenta con una línea telefónica gratuita **(1.888.HMO.2219)** y una línea **TDD (1.877.688.9891)** para las personas con impedimentos de la audición y del habla. Además, los formularios para la presentación de quejas, formularios de solicitud para IMR, así como las instrucciones en línea se encuentran en el Sitio Web del departamento — <http://www.hmohelp.ca.gov>.

Firma _____

Fecha _____

NOTICE

This is a translation of a document originally drawn up in English. Accordingly, it is understood that all legal rights, responsibilities and/or obligations are governed by the original English version of this document. Furthermore, we reserve the right to correct any errors in this document.

ADVERTENCIA

Ésta es la traducción de un documento originalmente redactado en inglés. Consiguientemente, hágase saber que todos los derechos legales, responsabilidades y/u obligaciones expresadas en el mismo se regirán por la versión original del documento expedida en inglés. Además, nosotros nos reservamos el derecho de corregir cualquier error en este documento.