

INFORMACIÓN DEL MIEMBRO			
Apellido del miembro	Nombre del miembro	Fecha de hoy	
Dirección del miembro	Ciudad	Estado	Código postal
Número de teléfono del miembro	Número de identificación del miembro (ver tarjeta de identificación)		
Empleador o grupo	Nombre del paciente	Relación	

INFORMACIÓN DEL CONSULTORIO/PROVEEDOR DE ATENCIÓN DENTAL			
Autorizo a LIBERTY Dental Plan a solicitar mi información, incluso los historiales médicos y de rayos x, si corresponde, al siguiente consultorio:			
Número de consultorio	Nombre del consultorio dental	Fecha de la última consulta	
Dirección del consultorio dental	Ciudad	Estado	Código postal
Número de teléfono del consultorio dental	Nombre(s) del personal del consultorio dental involucrado (si se conoce)		

Descripción de la queja
<p>Describa su queja en detalle. Proporcione las fechas, los nombres y el tratamiento objetos de su queja. Adjunte más hojas, de ser necesario.</p>

Descripción de la queja

Describa su queja en detalle. Proporcione las fechas, los nombres y el tratamiento objetos de su queja. Adjunte más hojas, de ser necesario.

¿Cuál es la resolución que desea para su(s) inquietud(es)?

ENVÍE EL FORMULARIO COMPLETADO A:

LIBERTY Dental Plan

Attention: Quality Management Department
P.O. Box 26110
Santa Ana, CA 92799-6110

O puede enviar su queja:

- Por fax al Quality Management Department de LIBERTY al **(949) 270-0109**, o
- De forma verbal llamando a la línea gratuita del Departamento de Servicios para Miembros de LIBERTY Dental Plan: **(888) 703-6999**, o
- Usando el proceso de presentación de quejas en línea a través de nuestro sitio web www.libertydentalplan.com.

**Recibirá una carta para confirmar que se ha recibido su queja dentro de los siguientes cinco (5) días calendario después de que LIBERTY la reciba.
Recibirá una resolución por escrito de su queja dentro de los siguientes treinta (30) días calendario después de que LIBERTY la reciba.**