

**Oficina del Comisionado de Seguros de Salud de Rhode Island
Procedimiento de quejas del afiliado**

Dentegra se compromete con la calidad en todo el proceso de beneficios dentales. Si tiene alguna pregunta sobre los servicios recibidos, le recomendamos que primero lo consulte con su dentista. Si aún tiene inquietudes, no dude en ponerse en contacto con nosotros o imprimir y completar un formulario de quejas.

Le notificaremos cuando se niegue parcial o totalmente una reclamación o un servicio dental y le indicaremos los motivos específicos de tal rechazo. Si tiene alguna queja en relación con la elegibilidad o la denegación de servicios dentales o reclamaciones, puede consultar el proceso de apelación que se describe más adelante. Para todas las demás quejas relacionadas con nuestras políticas, los procedimientos o las operaciones, o sobre la calidad de los servicios dentales proporcionados por un dentista contratado, puede llamar al Departamento de Servicio al Cliente al 877-280-4204 o enviar una queja por escrito a:

Dentegra Insurance Company
P.O Box 1850
Alpharetta, GA 30023-1850

Las quejas por escrito deben incluir, como mínimo, la siguiente información:

- nombre del paciente,
- nombre, dirección, número de teléfono y número de identificación del afiliado principal,
- nombre del titular del contrato,
- nombre del dentista consultado y la dirección.

Responderemos por escrito a las quejas en un plazo de 30 días a partir de la fecha en que recibamos la queja oral o escrita, a menos que la Oficina del Comisionado de Seguros de Salud de Rhode Island (OHIC, por sus siglas en inglés) conceda una prórroga.

Tomaremos una determinación, por escrito, en un plazo de 30 días a partir de la recepción de la queja, o proporcionaremos una explicación por escrito si se requiere más tiempo para realizar un informe sobre la queja. Se realizará una revisión de la decisión si se hace una solicitud de apelación de la determinación por escrito en un plazo de 30 días a partir de la fecha de la



es.dentegra.com

determinación por escrito. Realizaremos una revisión completa y justa a solicitud. Al realizar dicha revisión, es posible que solicitemos documentos adicionales. Le enviaremos una respuesta por escrito en un plazo de 30 días después de recibir su apelación y la documentación respaldatoria correspondiente o una explicación por escrito si se requiere más tiempo para tomar la decisión.

Apelaciones

Les avisaremos a usted y a su proveedor si se deniegan, en parte o en su totalidad, los beneficios para los servicios presentados en un formulario de reclamación y estableceremos los motivos de la denegación. Para la notificación de las posibles determinaciones adversas iniciales, les notificaremos a usted y a su proveedor dentro de las 72 horas de haber recibido toda la información necesaria para completar la revisión de los servicios de salud de urgencia o de emergencia; dentro de los 15 días calendario de haber recibido toda la información necesaria para completar una revisión de los servicios que no sean de urgencia o de emergencia y antes de la fecha de servicio esperada.

Usted y su proveedor cuentan con al menos 180 días después de haber recibido el aviso de denegación para solicitarnos una revisión por escrito; su solicitud debe incluir las razones por las que cree que la denegación no fue correcta. También puede solicitar que analicemos toda información adicional que usted haya incluido y que pueda respaldar su apelación.

Apelaciones de determinaciones de beneficios adversas

Usted y su proveedor podrán apelar cualquier determinación de beneficios adversa que incluya:

- negación de beneficios (en su totalidad o en parte);
- reducción del beneficio;
- terminación de un beneficio;
- no proporcionar ni efectuar pagos, en su totalidad o en parte, por un beneficio; y
- cancelación de la cobertura aunque no exista efecto adverso sobre ningún beneficio.

Envíenos su apelación a la dirección que se muestra a continuación:

Dentegra Insurance Company
P.O. Box 1850
Alpharetta, Georgia 30023-1850

El proveedor participante de la organización de proveedores preferidos (PPO, por sus siglas en inglés) de Dentegra Dental, está respaldado por Dentegra Insurance Company, excepto en New York, donde está respaldado por Dentegra Insurance Company of New England. En Texas y North Carolina, este programa se conoce como Plan de la organización de proveedores de servicios dentales (DPO, por sus siglas en inglés). Es posible que la cobertura no esté disponible en todos los estados ni en todas las áreas.



es.dentegra.com

Revisaremos toda la información, sin importar si dicha información se envió o consideró inicialmente. La revisión estará a cargo de una persona que no sea quien haya realizado la determinación original ni el subalterno de dicha persona.

Previa solicitud, le proporcionaremos:

- copias de cualquier documento que sea relevante para la determinación de beneficios;
- una copia de la regla, la guía o el protocolo internos; y
- una explicación de cualquier criterio científico o clínico utilizado para realizar la determinación de beneficios adversa.

Si la revisión de una denegación se basa parcial o totalmente en una falta de necesidad médica, tratamientos experimentales o un juicio clínico al aplicar los términos del contrato, consultaremos a un proveedor que cuente con suficientes conocimientos y experiencia. Si algún proveedor que consulta participa en la revisión, la identidad de dicho proveedor estará disponible si lo solicita. Una persona que no sea ni el individuo que haya denegado la reclamación sujeta a revisión ni el subordinado de dicho individuo llevará a cabo la revisión para nosotros.

Realizaremos una revisión completa y justa en un plazo de 30 días a partir de que recibamos la apelación. En caso de ser necesario, es posible que solicitemos más documentos. Le enviaremos una decisión por escrito en un plazo de 30 días. La revisión tendrá en cuenta todos los comentarios, los documentos, los registros y demás información, independientemente de si dicha información se hubiera enviado o considerado inicialmente. Para situaciones de urgencia y de emergencia, le notificaremos a usted y a su proveedor de nuestra decisión a más tardar 72 horas después de recibir la apelación.

Revisión externa

Puede presentar una solicitud de revisión externa a más tardar cuatro (4) meses después de la recepción de un aviso de decisión sobre una apelación interna definitiva. Todas las solicitudes de revisión externa deben enviarse por escrito a nosotros. Enviaremos la apelación externa a una organización de revisión independiente que haya sido aprobada por la Oficina del Comisionado de Seguros de Salud ("OHIC"). En un plazo de 5 días laborables a partir de la fecha en que recibamos el aviso de su solicitud de revisión externa, le enviaremos a la organización de revisión independiente ("IRO", por sus siglas en inglés) nuestros documentos y toda la información considerada para tomar la determinación adversa, lo que incluye:

El proveedor participante de la organización de proveedores preferidos (PPO, por sus siglas en inglés) de Dentegra Dental, está respaldado por Dentegra Insurance Company, excepto en New York, donde está respaldado por Dentegra Insurance Company of New England. En Texas y North Carolina, este programa se conoce como Plan de la organización de proveedores de servicios dentales (DPO, por sus siglas en inglés). Es posible que la cobertura no esté disponible en todos los estados ni en todas las áreas.

- el expediente completo en el que se basó la decisión adversa, incluidas las conclusiones específicas de la determinación adversa; y
- los criterios específicos de la agencia de revisión utilizados para hacer la determinación adversa.

Para tomar su decisión, la IRO considerará:

- los criterios de revisión utilizados por nosotros para la denegación;
- la necesidad médica de la atención, los tratamientos o los servicios denegados;
- la idoneidad de la prestación de servicios que se denegó; y
- otros documentos enviados por nosotros, usted o su proveedor de tratamiento.

Se le notificará que tendrá al menos cinco (5) días laborables desde la recepción del aviso de apelación externa para enviar información adicional a la IRO.

En un plazo de 10 días calendario a partir de la fecha de recepción de toda la información necesaria para completar la revisión externa y en un plazo máximo de cuarenta y cinco (45) días calendario después de recibir la solicitud, la IRO le notificará por escrito su decisión de confirmar o revocar la determinación adversa. Se expedirá una decisión de revisión externa acelerada dentro de las setenta y dos (72) horas siguientes a la fecha de recepción de la solicitud.

La decisión de la IRO es vinculante para nosotros; sin embargo, toda persona afectada por la decisión de la IRO tiene derecho a una revisión judicial.

Si usted cree que ha habido una violación de los estatutos o regulaciones del seguro, puede presentar una queja por escrito ante la OHIC. Debe firmar y enviar una queja por escrito. La OHIC solo aceptará las quejas presentadas por su representante designado, su abogado, un albacea o un administrador, u otro representante legal aprobado por el tribunal de su estado.

Una vez recibida la queja por escrito, la OHIC tomará una determinación inicial con respecto a la legitimación y la jurisdicción. Luego, la OHIC le enviará una carta de reconocimiento avisándole que la OHIC está revisando el asunto. La carta de queja junto con cualquier anexo se nos enviará para que la respondamos. Una vez que la OHIC haya concluido su revisión, se le enviará una carta para indicar las conclusiones de la OHIC.



es.dentegra.com

También puede comunicarse con el Programa de recursos para el consumidor de la Oficina del Comisionado de Seguros de Salud, RIREACH, al 1-855-747-3224 para obtener ayuda con las quejas y apelaciones.

El proveedor participante de la organización de proveedores preferidos (PPO, por sus siglas en inglés) de Dentegra Dental, está respaldado por Dentegra Insurance Company, excepto en New York, donde está respaldado por Dentegra Insurance Company of New England. En Texas y North Carolina, este programa se conoce como Plan de la organización de proveedores de servicios dentales (DPO, por sus siglas en inglés). Es posible que la cobertura no esté disponible en todos los estados ni en todas las áreas.