[member Name]
Id. de Medicaid: [xxxxxxxx]

REF.: Finalización de la relación entre proveedor y paciente

Estimado/a **[Member Name]**:

La presente carta tiene por objeto informarle que **[name of practice]** ya no podrá seguir siendo su proveedor dental a partir del **[date]**.

Esta decisión se tomó porque **[insert reason- multiple missed and/or canceled appointments without adequate notice]**. Las citas no atendidas perturban la atención a otros pacientes y dificultan que nuestro consultorio pueda proporcionar un tratamiento oportuno a todas las personas que necesitan atención. A pesar de las conversaciones y los recordatorios anteriores, este problema ha persistido.

Para garantizar la continuidad de su atención, **[name of practice]** se compromete a seguir cubriendo sus necesidades de atención médica en casos de emergencia durante un máximo de 45 días a partir de la fecha de esta carta, o hasta que haya establecido una relación con otro proveedor, lo que ocurra primero.

Le recomendamos que se comunique con el Departamento de servicios para afiliados de DentaQuest al 855-225-1729 (Centro de enlace del estado 711) entre las 8 a.m. y las 5 p.m., hora de la Montaña, o visitar el Portal para afiliados de DentaQuest para seleccionar un nuevo proveedor tan pronto como le sea posible. Una vez que haya elegido un nuevo proveedor, con gusto transferiremos sus expedientes dentales y médicos tan pronto como recibamos su autorización por escrito. Puede solicitar un formulario de autorización poniéndose en contacto con nuestra oficina al **[phone number]** o enviándonos un correo electrónico a **[email address]**.

Le deseamos lo mejor para su salud y su atención médica en el futuro.

Atentamente,

[**insert provider/office name]**