

Formulario de quejas formales para miembros

CIGNA Dental Health of California, Inc.



Este formulario tiene dos lados.

Por favor, escriba en forma clara y en letra de molde.

Complete todas las secciones de este formulario.

ENVÍELO POR National Appeals Unit

CORREO A: P.O. Box 188047

Chattanooga, TN 37422-8047

Servicios a los miembros:

1.800.244.6224 Número de teléfono gratuito

1.800.321.9545 (TTY)

O POR FAX AL: 1.866.870.3842 Número de teléfono gratuito

Estoy presentando una queja formal a CIGNA Dental Health of California, Inc. (en adelante "CIGNA Dental").

EN CASO DE UNA EMERGENCIA, POR FAVOR, LLAME AL 911 O DIRÍJASE DIRECTAMENTE A LA SALA DE EMERGENCIAS MÁS CERCANA.

Marque este casillero si este caso involucra una amenaza inminente y seria a usted o la salud del paciente, que incluye pero no se limita a un dolor grave, a la potencial pérdida de la vida, las extremidades o funciones principales del cuerpo. Si así fuera, por favor, llama al Departamento de servicios a los miembros de CIGNA Dental al 1-800-244-6224 o al número de teléfono gratuito que aparece en su tarjeta de identificación dental de CIGNA. Las personas con impedimentos auditivos o los usuarios de equipos TTY deben llamar al 711 para comunicarse con el Servicio de relé de California y brindarle al operador el número de teléfono del Departamento dental de CIGNA.

Para brindarle un servicio rápido, es importante que provea la mayor cantidad de información posible. Si tiene alguna pregunta sobre el significado de algo que aparece en este formulario, por favor, llame a Servicios a los miembros al 1-800-244-6224 o al número de teléfono gratuito que aparece en su tarjeta de identificación dental de CIGNA.

El Departamento de Atención Médica Administrada de California es la entidad responsable de regular los planes de servicio de atención médica. Si usted tiene una queja formal relacionada con su plan de salud, primero debe llamar a su plan de salud al **1-800-244-6224 o al número de teléfono gratuito que aparece en su tarjeta de identificación de CIGNA (1-800-321-9545 (TTY) para personas con dificultades auditivas o del habla)**, y utilizar el proceso de presentación de quejas formales del plan antes de ponerse en contacto con el Departamento. La utilización del proceso de quejas formales no prohíbe el posible ejercicio de cualquier derecho legal o remedio que pueda estar a su disposición. Si necesita ayuda con una queja formal en referencia a una emergencia; una queja formal que su plan de salud no ha resuelto a su satisfacción o una queja que no se ha resuelto en más de 30 días, puede llamar al Departamento para obtener ayuda. También puede cumplir con los requisitos para una Revisión médica independiente (IMR, por sus siglas en inglés). Si cumple con los requisitos para la IMR, el proceso de IMR brindará una revisión imparcial de las decisiones médicas tomadas por un plan de salud en relación con la necesidad médica de un servicio o tratamiento propuesto, las decisiones de cobertura para los tratamientos que son de índole experimental o de investigación, y las disputas de pagos por los servicios médicos de urgencia o emergencia. El departamento también posee un número de teléfono gratuito (**1-888-HMO-2219**) y una línea TTD (**1-877-688-9891**) para las personas con dificultades auditivas y del habla. El sitio en Internet del Departamento <http://www.hmohelp.ca.gov> ofrece formularios de quejas, formularios de solicitud de IMR e instrucciones en línea.

INFORMACIÓN DEL MIEMBRO *(Para ser completado por el miembro)*

Nombre completo <i>(Apellido)</i>	<i>(Nombre)</i>	<i>(Inicial del segundo nombre)</i>	Número de identificación del miembro
Dirección postal <i>(Calle)</i>		<i>(Ciudad)</i>	<i>(Estado) (Código postal)</i>
Número de teléfono diurno ()	Número de teléfono durante la noche ()	Dirección de correo electrónico	

Nombre de la persona que presenta la queja formal *(si no es el miembro)*

INFORMACIÓN DEL PACIENTE *(Complete sólo si el paciente no es el miembro)*

Nombre completo <i>(Apellido)</i>	<i>(Nombre)</i>	<i>(Inicial del segundo nombre)</i>	Parentesco con el miembro	Número de identificación del miembro
Dirección postal <i>(Calle)</i>		<i>(Ciudad)</i>	<i>(Estado)</i>	<i>(Código postal)</i>
Número de teléfono diurno ()	Número de teléfono durante la noche ()	Dirección de correo electrónico		

INFORMACIÓN DE LOS SERVICIOS DENTALES

Nombre completo del dentista (Apellido)	(Nombre)	(Inicial del segundo nombre)	Fecha de Servicio
Dirección (Calle)		(Ciudad)	(Estado) (Código postal)
Número del consultorio del dentista		Número de teléfono del consultorio del dentista ()	
Naturaleza del problema:			
<input type="checkbox"/> Servicio del dentista	<input type="checkbox"/> Cargos	<input type="checkbox"/> Actitud del dentista	<input type="checkbox"/> Otros: _____
<input type="checkbox"/> Beneficios	<input type="checkbox"/> Cita	<input type="checkbox"/> Actitud del personal del dentista	
Descripción del problema:			
¿Podemos enviarle una copia de este formulario al dentista que mencionó arriba? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
CERTIFICACIÓN			
Certifico que esta información es verdadera y correcta.			
Firma del miembro/paciente			Fecha

CUANDO ESTÉ COMPLETO, ENVÍE ESTE FORMULARIO POR CORREO A:

CIGNA Dental Health of California, Inc.
P.O. Box 188047
Chattanooga, TN 37422-8047

O ENVÍELO POR FAX AL: 866-870-3842 Número de teléfono gratuito

FOR INTERNAL USE ONLY:

Initial Determination Complaint Appeal