

IMPORTANTE: Este formulario tiene dos lados. Complete todas las secciones. Escriba claramente en letra de molde.

Estoy presentando una queja ante Cigna Dental Health of California, Inc. ("Cigna Dental").

EN CASO DE EMERGENCIA, LLAME AL 911 O VAYA DIRECTAMENTE A LA SALA DE EMERGENCIAS MÁS CERCANA.

Marque aquí si este caso implica una amenaza grave e inminente para usted o la salud del paciente, lo cual incluye, a modo de ejemplo, dolor intenso, o posible pérdida de la vida, de un miembro o de una función principal del cuerpo. Si es así, llame por teléfono a Servicio al cliente de Cigna Dental al **1.800.Cigna24** (1.800.244.6224) o al número gratuito que figura en su tarjeta de identificación de Cigna Dental. Las personas con dificultades auditivas o los usuarios de teléfonos de texto (TTY) pueden llamar al 711 para comunicarse con el Servicio de retransmisión de California y brindarle al operador el número de teléfono de Cigna Dental.

IMPORTANTE: Para darle una respuesta rápida, es importante que nos suministre la mayor cantidad de información posible. Si tiene alguna pregunta sobre el significado de algún término de este formulario, llame a Servicio al cliente de Cigna al **1.800.Cigna24** (1.800.244.6224) o al número de teléfono gratuito que figura en su tarjeta de identificación de Cigna Dental.

El Departamento de Atención Médica Administrada de California (el "Departamento") está a cargo de la regulación de los planes de servicios de atención médica. Si tiene una queja contra su plan de salud, primero debe llamar a su plan de salud al **1.800.Cigna24** (1.800.244.6224) o al número de teléfono gratuito que figura en su tarjeta de identificación de Cigna para las personas con impedimentos auditivos o del habla (**1.800.321.9545 - TTY**).

Use el proceso de queja de su plan de salud antes de comunicarse con el Departamento. Utilizar dicho proceso de queja no limita ningún posible derecho o recurso legal que pueda estar a su alcance. Si necesita ayuda con una queja relacionada con una emergencia, una queja que no ha sido resuelta satisfactoriamente por su plan de salud o una queja que lleva más de 30 días sin resolverse, puede llamar al Departamento para recibir asistencia. También es posible que reúna los requisitos para una Revisión médica independiente (IMR, por sus siglas en inglés). Si reúne los requisitos para este tipo de revisión, 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, decisiones en materia de cobertura para tratamientos experimentales o en investigación, y controversias respecto del pago de servicios médicos de emergencia o urgencia. El Departamento también tiene un número de teléfono gratuito, **1.888.HMO.2219** (1.888.466.2219), y una línea TDD (**1.877.688.9891**) para las personas con impedimentos auditivos o del habla. El sitio web del Departamento, **HMOhelp.ca.gov**, incluye formularios de queja, formularios de solicitud de IMR e instrucciones en línea.

INFORMACIÓN SOBRE EL AFILIADO (Esta información debe ser completada por el afiliado)				
Nombre (Apellido)		(Nombre)	(Inicial del 2.º nombre)	Número de identificación del afiliado
Dirección postal (Calle)		(Ciudad)	(Estado)	(Código postal)
Número de teléfono diurno	Número de teléfono nocturno	Dirección de correo electrónico		
Nombre de la persona que presenta la queja (si difiere del afiliado)				
INFORMACIÓN SOBRE EL PACIENTE (Esta sección debe ser completada únicamente si el paciente no es el afiliado)				
Nombre (Apellido)		(Nombre)	(Inicial del 2.º nombre)	Relación con el afiliado
Dirección postal (Calle)		(Ciudad)	(Estado)	(Código postal)
Número de teléfono diurno	Número de teléfono nocturno	Dirección de correo electrónico		

INFORMACIÓN SOBRE LOS SERVICIOS DENTALES

Nombre del dentista (Apellido)	(Nombre)	(Inicial del 2.º nombre)	Fecha de servicio
Dirección postal (Calle)	(Ciudad)	(Estado)	(Código postal)
Número del consultorio dental	Número de teléfono del consultorio dental		
Naturaleza del problema <input type="checkbox"/> Servicio del dentista <input type="checkbox"/> Cargos <input type="checkbox"/> Actitud del dentista <input type="checkbox"/> Otro: _____ <input type="checkbox"/> Beneficios <input type="checkbox"/> Cita <input type="checkbox"/> Actitud del personal del consultorio dental			
Descripción del problema			
¿Podemos enviarle una copia de este formulario al dentista que mencionó anteriormente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			

CERTIFICACIÓN

Certifico que esta información es verdadera y correcta.

Firma del afiliado/paciente	Fecha
-----------------------------	-------

Una vez completado, envíe este formulario por correo o por fax.

Correo: Cigna Dental Health of California, Inc.
National Appeals Unit
P.O. Box 188047
Chattanooga, TN 37422-8047

Fax: 866.870.3842 (gratuito)

AREA FOR CIGNA USE ONLY

Initial Determination Complaint Complaint Appeal

“Cigna” es una marca de servicio registrada, y el logo “Tree of Life” es una marca de servicio, de Cigna Intellectual Property, Inc., cuya licencia de uso poseen Cigna Corporation y sus subsidiarias operativas. Todos los productos y servicios son brindados por dichas subsidiarias operativas, o a través de ellas, que incluyen a Connecticut General Life Insurance Company, Cigna Health and Life Insurance Company y HMO subsidiarias o compañías de servicios subsidiarias de Cigna Health Corporation y Cigna Dental Health, Inc., y no por Cigna Corporation.