

Cigna Dental Health of California, Inc.

California 客戶申訴表

重要：本表格共有兩面，每一個部分都要填寫。請工整清楚填寫。

本人在此向 Cigna Dental Health of California, Inc. (「Cigna Dental」) 提出申訴。

若有緊急情況，請撥 911 或直接前往最近的急診室。

如果本案件相關情況對您或病患的健康造成立即且嚴重的威脅，包括但不限於劇痛、可能失去生命、四肢或重要身體機能，請勾選此方框。如有這種情況，請撥打 Cigna Dental 客戶服務部電話 **1.800.Cigna24** (1.800.244.6224) 或 Cigna Dental 會員卡上的免付費電話。聽障人士或聽語障專線使用者請撥 711 接通 California 轉接服務，告知接線人員 Cigna Dental 的電話號碼。

重要：為能快速提供服務，請您務必儘量提供更多資訊。如果您對本表格任何內容的意義有任何疑問，請撥打 Cigna 客戶服務部電話 **1.800.Cigna24** (1.800.244.6224) 或 Cigna Dental 會員卡上的免付費電話。

加州醫療保健計畫管理局負責管理健康照護服務計畫。如果您想對健保計畫提出申訴，您應該先打電話與您的健保計畫聯絡，電話 **1-800-244-6224** (聽障和語障人士請撥 **711** (聽語障專線))，並使用您健保計畫的申訴程序，之後才與管理局聯絡。使用此申訴程序並不會妨礙您可能享有的任何法律權利或可採取的任何救濟措施。如果您需要協助的申訴案件涉及緊急情況，您的健保計畫無法圓滿解決申訴，或申訴案件超過 30 天仍未獲得解決，您可致電管理局尋求協助。您也可能符合獨立醫療審查 (IMR) 的資格。如果您符合資格可進行 IMR，IMR 流程會公正審查健保計畫對於提議的服務或治療是否具醫療必要性而做成的醫療決定、對於具實驗或研究性質的治療所做的承保決定，以及有關急診或緊急醫療服務的付款爭議。管理局也設置免付費電話 (**1-888-466-2219**) 以及聽障和語障人士使用的聽障專線 (**1-877-688-9891**)。管理局網站 www.dmhca.ca.gov 提供投訴表、IMR 申請表和說明資訊。

客戶資訊 (由客戶填寫相關資訊)					
姓名 (姓氏)		(名字)		(中間名首字母)	客戶會員卡號碼
通訊地址 (街道)			(城市)		(州) (郵遞區號)
白天聯絡電話	晚上聯絡電話	電子郵件地址			
申訴人姓名 (如非客戶本人) (姓氏)			(名字)		(中間名首字母)
病患資訊 (只有病患不是客戶本人時才需填寫)					
姓名 (姓氏)		(名字)		(中間名首字母)	與客戶的關係
通訊地址 (街道)			(城市)		(州) (郵遞區號)
白天聯絡電話	晚上聯絡電話	電子郵件地址			

牙科服務資訊

牙醫姓名 (姓氏)	(名字)	(中間名首字母)	服務日期
通訊地址 (街道)	(城市)	(州)	(郵遞區號)
牙醫診所編號	牙醫診所電話號碼		
問題的性質			
<input type="checkbox"/> 牙醫服務內容 <input type="checkbox"/> 變更 <input type="checkbox"/> 牙醫服務態度 <input type="checkbox"/> 其他 _____			
<input type="checkbox"/> 福利 <input type="checkbox"/> 約診 <input type="checkbox"/> 牙醫診所職員的服務態度			
問題的說明			

我們是否可以寄送本表格的複本給您以上所列的牙醫？ 是 否

證明

本人茲此證明以上資訊正確屬實。

客戶 / 病患簽名	日期
-----------	----

填妥後，請郵寄或傳真本表格。

郵寄：Cigna Dental Health of California, Inc.
Central Appeals Unit
PO Box 188047
Chattanooga, TN 37422-8047

傳真： 1.866.870.3842 (免付費)

以下僅供 CIGNA 使用

初始判定 投訴 投訴上訴



所有 Cigna 產品和服務均只由或只透過 Cigna Corporation 的營運子公司提供，包括 Cigna Health and Life Insurance Company。Cigna 名稱、標誌和其他 Cigna 標章皆為 Cigna Intellectual Property, Inc. 所有。