

Cigna Dental Health of California, Inc.

Formulario de queja para clientes de California

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 aparece en su tarjeta de ID 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 aparece en su tarjeta de ID de Cigna Dental.

El Departamento de Atención Médica Administrada de California está a cargo de la regulación de los planes de servicios de cuidado de la salud. Si tiene una queja contra su plan de salud, primero debe llamar a su plan de salud al **1-800-244-6224** (marque **711** [TTY] en caso de impedimentos auditivos o del habla) y usar el proceso de queja interna de su plan de salud antes de comunicarse con el Departamento. Utilizar dicho proceso de queja interna no limita ningún posible derecho o recurso legal que pueda estar a su alcance. Si necesita ayuda con una queja interna relacionada con una emergencia, una queja interna que no ha sido resuelta satisfactoriamente por su plan de salud o una queja interna que lleva más de 30 días sin resolverse, puede llamar al Departamento para recibir asistencia. También es posible que sea elegible para una revisión médica independiente (IMR, por sus siglas en inglés). Si es elegible 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 de urgencia. El Departamento también tiene un número de teléfono gratuito (**1-888-466-2219**) y una línea TDD (**1-877-688-9891**) para las personas con impedimentos auditivos o del habla. El sitio web en Internet del Departamento, www.dmhc.ca.gov, tiene formularios para presentar una queja, formularios para solicitar una IMR e instrucciones en línea.

INFORMACIÓN SOBRE EL CLIENTE (Esta información debe ser completada por el cliente)					
Nombre (Apellido)		(Primer nombre)		(Inicial del 2.º nombre)	Número de ID del cliente
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 no es el cliente) (Apellido)			(Primer nombre)		(Inicial del 2.º nombre)
INFORMACIÓN SOBRE EL PACIENTE (Esta sección debe ser completada únicamente si el paciente no es el cliente)					
Nombre (Apellido)		(Primer nombre)		(Inicial del 2.º nombre)	Relación con el cliente
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)	(Primer 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"/> Cambios	
<input type="checkbox"/> Beneficios		<input type="checkbox"/> Cita	
Descripción del problema			
¿Podemos enviarle una copia de este formulario al dentista que mencionó anteriormente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Certifico que esta información es verdadera y correcta.			
Firma del cliente/paciente		Fecha	

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

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

Fax: 1.866.870.3842 (gratuito)

ÁREA PARA USO EXCLUSIVO DE CIGNA

Determinación inicial Queja Apelación de queja



Todos los productos y servicios de Cigna son brindados exclusivamente por subsidiarias operativas de Cigna Corporation, o a través de ellas, entre las que se incluyen Cigna Health and Life Insurance Company. El nombre de Cigna, el logo y otras marcas de Cigna son propiedad de Cigna Intellectual Property, Inc.