

會員申訴表

本表共有兩面。
請工整清晰填寫。
請填妥本表所有部份。

CIGNA Dental Health of California, Inc.
郵寄至： National Appeals Unit
P.O. Box 188047
Chattanooga, TN 37422-8047
會員服務： 1.800.244.6224 (免付費)
1.800.321.9545 (聽語障人士專線)
或傳真： 1.866.870.3842 (免付費)



本人在此向 CIGNA Dental Health of California, Inc. (「CIGNA Dental」) 提出申訴。
若有緊急情況，請撥打 911 電話或直接前往最近的急診室。

如果申訴事件對您或病患的健康有迫切且嚴重的威脅，包括但不限於劇痛，可能喪失生命、肢體或其他重要身體機能，請勾選此方塊。若有此情況，請撥打 1-800-244-6224 或您 CIGNA Dental 會員卡上的免付費電話，聯絡 CIGNA Dental 會員服務部。聽語障人士請撥 711 聯絡加州傳呼服務 (California Relay Service)，再告訴接線生 CIGNA Dental 的電話號碼。

為能快速提供服務，請您務必盡量提供更多資訊。如果您對本申訴表有任何問題，請撥打 1-800-244-6224 或您 CIGNA Dental 會員卡上的免付費電話聯絡會員服務部。

加州醫療保健管理局負責管理健康照護服務計畫。如果想對健保計畫提出申訴，您應先撥打 1-800-244-6224 或您 CIGNA 會員卡上的免付費電話 (或聽語障專線 1-800-321-9545 (TTY)) 並利用您健保計畫的申訴程序，然後再聯絡管理局。透過此申訴程序提起申訴並不會妨礙您可能享有的任何潛在法律權利或可能採取的救濟措施。如果您的申訴案件涉及緊急情況，或是未獲健保計畫公司妥善處理，又或是超過 30 天仍未獲得解決時，您可致電管理局請求協助。您也可能符合獨立醫療審查 (簡稱「醫審」) 的資格。如果您具有提出醫審的資格，醫審程序會就健保計畫針對有關建議服務或治療是否為醫療所必須、是否承保實驗性或調查性的治療，以及有關急診或緊急醫療服務給付爭議而做成的醫療決定，進行公正無私的審查。管理局也設置免付費專線 (1-888-HMO-2219) 與聽語障專線 (1-877-688-9891)。管理局網站 <http://www.hmohelp.ca.gov> 可下載投訴表格、醫審申請表和說明資料。

會員資訊 (會員填寫)

姓名 (姓)	(名)	(中間名縮寫)	會員卡號碼
郵寄地址 (街道)	(城市)	(州)	(郵遞區號)
日間聯絡電話 ()	夜間聯絡電話 ()	電子郵件地址	
申訴者姓名 (若非會員)			

病患資訊 (病患為非會員時填寫)

姓名 (姓)	(名)	(中間名縮寫)	與會員的關係	會員卡號碼
郵寄地址 (街道)	(城市)	(州)	(郵遞區號)	
日間聯絡電話 ()	夜間聯絡電話 ()	電子郵件地址		

牙科服務資訊

牙醫姓名 (姓)	(名)	(中間名縮寫)	服務日期
地址 (街道)	(城市)	(州)	(郵遞區號)
牙醫診所號碼	牙醫診所電話號碼 ()		
問題性質： <input type="checkbox"/> 牙醫服務內容 <input type="checkbox"/> 收費 <input type="checkbox"/> 牙醫服務態度 <input type="checkbox"/> 其他 _____ <input type="checkbox"/> 福利 <input type="checkbox"/> 門診預約 <input type="checkbox"/> 診所工作人員的態度			
問題描述：			
我們是否可以寄送本表的複本給您上述所列的牙醫？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
證明			
本人茲此證明此資訊正確屬實。			
會員 / 病患簽名			日期

填妥申訴表後請寄至：

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

或傳真至： 866-870-3842 (免付費)

FOR INTERNAL USE ONLY:

Initial Determination Complaint Appeal