

投保人申訴流程

選項 1： 與您的服務提供者談談

如果您對您的保健服務不滿意，我們強烈建議您直接與您的服務提供者溝通。我們相信服務提供者將非常高興能夠為您解決您的問題和疑慮。

選項 2： 聯絡客戶服務

如果您與您的保健服務提供者溝通後仍不滿意，或您對您的計劃和賠款有任何疑問，請聯絡客戶服務尋求幫助。如果客戶服務團隊的處理結果未能令您滿意，您可以提交正式的申訴。

選項 3： 提交正式申訴

您可以透過以下幾種方式提出申訴：

- 在線服務：您可以在線上填寫表格：
https://secure1.ddpdelta.org/ddpca_secure/%21complaint.asp
- 書面形式：您可以向客戶服務代表或服務提供者索取表格。
- 口頭方式：您可以透過電話要求客戶服務代表接受您的申訴。

您的申訴中需包括以下資訊：

- 您的姓名和投保人身份識別號碼
- 您的服務提供者名稱
- 一份關於您疑問的詳細書面說明，這樣可使我們充分理解並作出回應。提供相關文件，例如支援您疑問的收據或治療記錄。

傳真或郵寄書面申訴至：

Delta Dental of California
Quality Management
P.O. Box 997330
Sacramento, CA 95899-7330
客戶服務：888-335-8227
傳真號碼：916-631-6374

我們將在收到申訴 30 天內給您寄送書面決定。對於涉及嚴重疼痛和/或緊急並嚴重威脅到您健康的申請，我們會立即進行審查，並在收到三天之內作出回應。

選項4：

加州 DMHC 負責管控醫療保健服務計劃。如果您要對您的健康計劃提出申訴，我們推薦您聯絡您的健康計劃，並且在聯絡加州 DMHC 前，先進行健康計劃的申訴程序（儘管這不是必需的第一步）。履行 DMHC 的申訴程序並不會剝奪您可能擁有的任何法定權利或者您可能資格獲得的任何補救方法。若您需要幫助解決涉及緊急情況的申訴、您的健康計劃尚未妥善解決的申訴或者在超過 30 天後仍未得到解決的申訴，您可以打電話請加州 DMHC 給予幫助。

您還可能有資格申請一次獨立醫療審核 (Independent Medical Review, IMR)。如果您符合申請 IMR 的條件，IMR 程序將提供一次公平審核，以審查某個健康保險計劃所作的醫療決定，其中包括擬議的服務或治療之醫療必要性，就試驗或調查性質的治療所作的承保決定，以及就急診或緊急醫療服務費用支付問題而產生的爭議。加州 DMHC 設有免費電話 **(1-888-466-2219)**；並設有 TDD 專線 **(1-877-688-9891)**，供聽障和語障人士使用。該部門的網際網路網站 <http://www.dmhc.ca.gov> 載有線上投訴表格。

獨立醫療審核 (IMR) 對您計劃的作用很有限。如果您的服務提供者索賠涉及生命健康或嚴重危害身體狀況，且因其被視作實驗程序而遭拒或變更，則您可請求 IMR。

Delta Dental 在以下各州包括以下各公司：Delta Dental of California — CA, Delta Dental of the District of Columbia — DC, Delta Dental of Pennsylvania — PA & MD, Delta Dental of West Virginia, Inc. — WV, Delta Dental of Delaware, Inc. — DE, Delta Dental of New York, Inc. — NY, Delta Dental Insurance Company — AL, DC, FL, GA, LA, MS, MT, NV, TX 和 UT。