

羅德島州健康保險專員辦公室 投保人投訴程序

Delta Dental 致力於保證在整個牙科給付流程中提供高品質服務。如果您對接受的任何服務有任何疑問，我們建議您先與您的牙醫商討相關事宜。如果商討後仍有疑問，請隨時與我們聯絡或列印並填妥申訴表。

如果您的牙科服務或索賠申請全部或部分被拒，我們將向您發送通知，以說明具體原因或被拒原因。如果您對資格條件或者牙科服務或索賠申請被拒有異議，您可以參閱下方上訴流程提出上訴。關於我們的政策、程序或操作流程，或由簽約牙醫提供的牙科服務品質的所有其他投訴，您可以撥打 **800-422-4234** 與客戶服務部聯絡，或將書面投訴提交至以下地址：

Quality Management Department
P.O Box 1860
Alpharetta, GA 30023

P.O. Box 6050
Artesia, CA 90702

書面投訴必須至少包含以下資訊：

- 患者姓名
- 主要投保人的姓名、地址、電話號碼和識別號碼
- 合約持有者姓名
- 主治牙醫姓名和地址

我們的 Delta Dental PPO 計劃在以下州由以下公司承保：Delta Dental of California — CA, Delta Dental of the District of Columbia — DC, Delta Dental of Pennsylvania — PA 和 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. DeltaCare USA 在以下州由以下公司承保：AL — Alpha Dental of Alabama, Inc.; AZ — Alpha Dental of Arizona, Inc.; CA — Delta Dental of California; AR, CO, IA, MA, ME, MI, MN, NC, ND, NE, NH, OK, OR, RI, SC, SD, VA, VT, WA, WI, WY — Dentegra Insurance Company; AK, CT, DC, DE, FL, GA, KS, LA, MS, MT, TN, WV — Delta Dental Insurance Company; HI, ID, IL, IN, KY, MD, MO, NJ, OH, TX — Alpha Dental Programs, Inc.; NV — Alpha Dental of Nevada, Inc.; UT — Alpha Dental of Utah, Inc.; NM — Alpha Dental of New Mexico, Inc.; NY — Delta Dental of New York, Inc.; PA — Delta Dental of Pennsylvania. Delta Dental Insurance Company 在上述所有州擔任 DeltaCare USA 的管理機構。這些公司對自身產品負有財務責任。DeltaVision 在以下州由以下公司承保：Delta Dental of California — CA; Delta Dental Insurance Company — AL, DE, DC, FL, GA, LA, MD, MT, NV, NY, PA, TX, UT 和 WV. DeltaVision 由 Vision Service Plan (VSP) 管理。

修訂於 2025 年 6 月

我們將在收到口頭或書面投訴之日起的 **30 天**內作出書面回覆，除非獲得羅德島州健康保險專員辦公室 (Office of the Health Insurance Commissioner, OHIC) 的延期許可。

我們將在收到投訴後的 **30 天**內作出書面裁決，如需更多時間處理投訴，我們將會提供書面說明。如果您在我們作出書面裁決後的 **30 天**內提出針對該裁決的書面上訴申請，我們將會對該決定進行複審。我們將按照要求進行全面且公平的複審，在進行此類審查時，我們可能會要求您提供其他證明文件。我們將在收到您的上訴及證明文件後的 **30 天**內作出書面回覆，如需更多時間發出處理結果，我們將另行提供書面說明。

上訴

如果您透過填寫索賠表格而提交的給付申請被拒，我們將通知您和您的服務提供方，以說明被拒原因。關於初次預審不利裁決的通知，我們將在收到所有必要資訊後的 **72 小時**內通知您和您的服務提供方，以完成對急症和/或緊急健康服務的審查；我們將在收到所有必要資訊後的 **15 個日曆日**內且在預期服務日期前完成對非急症和/或非緊急健康服務的審查。

您和您的服務提供方在收到拒賠通知後至少有 **180 天**的時間可向我們提出書面審查申請，並說明您認為原拒賠決定不合理的原因。您還可以要求我們審查您附上的能夠支持上訴理由的任何其他資訊。

針對不利給付裁決的上訴

您和您的服務提供方可針對任何不利給付裁決提出上訴，其中包括：

- （全部或部分）給付遭拒；
- 給付削減；
- 給付終止；
- 無法提供給付或支付全部或部分給付額；以及
- 即使未對任何給付造成不利影響，仍撤銷承保。

我們的 Delta Dental PPO 計劃在以下州由以下公司承保：Delta Dental of California — CA, Delta Dental of the District of Columbia — DC, Delta Dental of Pennsylvania — PA 和 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. DeltaCare USA 在以下州由以下公司承保：AL — Alpha Dental of Alabama, Inc.; AZ — Alpha Dental of Arizona, Inc.; CA — Delta Dental of California; AR, CO, IA, MA, ME, MI, MN, NC, ND, NE, NH, OK, OR, RI, SC, SD, VA, VT, WA, WI, WY — Dentegra Insurance Company; AK, CT, DC, DE, FL, GA, KS, LA, MS, MT, TN, WV — Delta Dental Insurance Company; HI, ID, IL, IN, KY, MD, MO, NJ, OH, TX — Alpha Dental Programs, Inc.; NV — Alpha Dental of Nevada, Inc.; UT — Alpha Dental of Utah, Inc.; NM — Alpha Dental of New Mexico, Inc.; NY — Delta Dental of New York, Inc.; PA — Delta Dental of Pennsylvania. Delta Dental Insurance Company 在上述所有州擔任 DeltaCare USA 的管理機構。這些公司對自身產品負有財務責任。DeltaVision 在以下州由以下公司承保：Delta Dental of California — CA; Delta Dental Insurance Company — AL, DE, DC, FL, GA, LA, MD, MT, NV, NY, PA, TX, UT 和 WV. DeltaVision 由 Vision Service Plan (VSP) 管理。

請將您的上訴材料郵寄至以下地址：

Quality Management Department
P.O. Box 1860
Alpharetta, Georgia 30023

無論此類資訊是否曾在初次審核時提交或予以考慮，我們均將審查所有資訊，審查工作將由獨立人員執行，此人既不是作出原裁決的人員，也不是作出原裁決人員的下屬。

我們按要求將向您提供以下材料：

- 與給付決定相關的所有文件的副本；
- 內部規則、指南或協議的副本；以及
- 用於作出不利給付裁決的任何科學或臨床判斷的說明。

如果對拒賠決定進行複審全部或部分基於缺乏醫療必要性、實驗性治療或應用合約條款時的臨床判斷，我們將諮詢受過適當培訓與具有適當經驗的服務提供方。如果有任何諮詢服務提供方參與複審，該等諮詢服務提供方的身分可應要求提供。為我們進行複審的人員既不是當初決定拒批索賠申請之人員，也不是該人員之下屬。

我們將在收到上訴後的 **30** 天內進行全面且公平的審查，必要時，我們可能會要求提供更多證明。我們將在 **30** 天內向您發送書面決定。我們將在審查時考慮所有意見、證明、記錄或其他資訊，無論此類資訊是否曾在初步審查時提交過或考慮過。對於急症或緊急狀況，我們將在收到上訴後的 **72** 小時內向您和您的服務提供方告知我們的決定。

外部審查

您可在收到最終內部上訴決定通知後的四 **(4)** 個月內提出外部審查申請，所有外部審查申請必須以書面形式提交給我們。我們會將外部上訴發送至已獲健康保險專員辦公室 (“OHIC”) 批准的獨立審查組織進行審查。我們將在收到外部審查申請通知之日起的 **5** 個工作日內，向獨立審查組織 (Independent Review Organization, “IRO”) 發送我們的文件及用於作出不利裁決時需考慮的任何資訊，其中包括：

我們的 Delta Dental PPO 計劃在以下州由以下公司承保：Delta Dental of California — CA, Delta Dental of the District of Columbia — DC, Delta Dental of Pennsylvania — PA 和 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. DeltaCare USA 在以下州由以下公司承保：AL — Alpha Dental of Alabama, Inc.; AZ — Alpha Dental of Arizona, Inc.; CA — Delta Dental of California; AR, CO, IA, MA, ME, MI, MN, NC, ND, NE, NH, OK, OR, RI, SC, SD, VA, VT, WA, WI, WY — Dentegra Insurance Company; AK, CT, DC, DE, FL, GA, KS, LA, MS, MT, TN, WV — Delta Dental Insurance Company; HI, ID, IL, IN, KY, MD, MO, NJ, OH, TX — Alpha Dental Programs, Inc.; NV — Alpha Dental of Nevada, Inc.; UT — Alpha Dental of Utah, Inc.; NM — Alpha Dental of New Mexico, Inc.; NY — Delta Dental of New York, Inc.; PA — Delta Dental of Pennsylvania. Delta Dental Insurance Company 在上述所有州擔任 DeltaCare USA 的管理機構。這些公司對自身產品負有財務責任。DeltaVision 在以下州由以下公司承保：Delta Dental of California — CA; Delta Dental Insurance Company — AL, DE, DC, FL, GA, LA, MD, MT, NV, NY, PA, TX, UT 和 WV. DeltaVision 由 Vision Service Plan (VSP) 管理。

- 作為不利決定依據的完整文件，包括不利決定的具體結果；以及
- 作出不利決定時採用的具體審查機構標準。

IRO 作出決定時將考慮以下因素：

- 我們作出拒賠決定時所採用的審查標準；
- 被拒絕的護理、治療或服務所具有的醫療必要性；
- 被拒絕的服務提供的適當性；以及
- 由我們、您或您的主治服務提供方提交的其他文件。

您將在收到外部上訴通知後至少五 (5) 天內收到通知，以便向 IRO 提交其他資訊。

IRO 將在收到完成外部審查所需的全部資訊後 10 個日曆日內，且最晚不超過收到申請後的四十五 (45) 個日曆日內，向您發送維持或推翻原不利裁決的書面通知。我們將於收到申請後的七十二 (72) 小時內作出加急外部審查決定。

IRO 所作決定對我們具有約束力，但任何受該決定影响的當事人均有权申請司法審查。

如果您認為該決定違反了保險法令和/或法規，您可向 OHIC 提出書面投訴。您必須簽字後再提交書面投訴。OHIC 僅會受理以下人員提交的投訴：您指定的代表、您的律師、您遺囑的執行人和/或管理人，或其他獲法院批准的法定代表人。

收到書面投訴後，OHIC 將對投訴人資格和管轄權限作出初步裁決。OHIC 隨後將向您發送確認函，以告知您 OHIC 已開始審查。投訴函及任何附件將發送給我們，以作出回覆。在完成審查後，OHIC 將向您發送一封信函，以告知您 OHIC 的審查結果。

您也可以撥打 1-855-747-3224 與健康保險專員辦公室的消費者資源計劃 RIREACH 聯絡，以獲取投訴和上訴方面的協助。

我們的 Delta Dental PPO 計劃在以下州由以下公司承保：Delta Dental of California — CA, Delta Dental of the District of Columbia — DC, Delta Dental of Pennsylvania — PA 和 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. DeltaCare USA 在以下州由以下公司承保：AL — Alpha Dental of Alabama, Inc.; AZ — Alpha Dental of Arizona, Inc.; CA — Delta Dental of California; AR, CO, IA, MA, ME, MI, MN, NC, ND, NE, NH, OK, OR, RI, SC, SD, VA, VT, WA, WI, WY — Dentegra Insurance Company; AK, CT, DC, DE, FL, GA, KS, LA, MS, MT, TN, WV — Delta Dental Insurance Company; HI, ID, IL, IN, KY, MD, MO, NJ, OH, TX — Alpha Dental Programs, Inc.; NV — Alpha Dental of Nevada, Inc.; UT — Alpha Dental of Utah, Inc.; NM — Alpha Dental of New Mexico, Inc.; NY — Delta Dental of New York, Inc.; PA — Delta Dental of Pennsylvania. Delta Dental Insurance Company 在上述所有州擔任 DeltaCare USA 的管理機構。這些公司對自身產品負有財務責任。DeltaVision 在以下州由以下公司承保：Delta Dental of California — CA; Delta Dental Insurance Company — AL, DE, DC, FL, GA, LA, MD, MT, NV, NY, PA, TX, UT 和 WV. DeltaVision 由 Vision Service Plan (VSP) 管理。