

投訴表

加州

請填妥本表，並按下文所列地址交回SafeGuard，以便您的投訴得以從速解決。SafeGuard將於接獲本表後五（5）日內向您發送一份認收書。SafeGuard將於接獲本表後三十（30）日內，審查您的投訴，並向您發送書面決議通知。如您對SafeGuard的投訴處理結果不滿意，請按下述方式聯絡加州醫療保健管理部門。本表副本可轉遞予提供牙科或視力治療的提供者。

第1部分：會員信息

會員姓名		家庭ID編號	
會員家庭住址			
城市		州	郵遞區號
會員家庭電話號碼		職業	
患者姓名		與會員關係	
患者家庭電話號碼		工作電話號碼	

第2部分：雇主信息

僱主姓名	僱主團體號
牙科／視力機構名稱	城市

第3部分：授權

如您在填寫本表時需要任何幫助，請致電800.880.1800聯絡客戶服務部。您亦可參閱保險證明，了解投訴處理的有關詳情。

本人授權SafeGuard Health Plans, Inc.品質管理部發佈與披露本人任何及所有牙科／視力記錄。

簽署: _____ 日期: _____

請在本文件背頁註明投訴，或另附一份表格，填妥後郵寄至：

品質管理部
P.O. Box 3532
Laguna Hills, CA 92654-3532

語言協助

As a SafeGuard member you have a right to free language assistance services, including interpretation and translation services. SafeGuard collects and maintains your language preferences, race, and ethnicity so that we can communicate more effectively with our members. If you require language assistance or would like to inform SafeGuard of your preferred language, please contact SafeGuard at **(800) 880-1800**.

Como miembro de SafeGuard usted tiene derecho a recibir servicios gratuitos de asistencia en idiomas. Esto incluye servicios de interpretación y traducción. SafeGuard recaba la información sobre sus preferencias de idioma, raza, y etnia de manera que nos podamos comunicar eficazmente con nuestros afiliados. Si necesita asistencia en su idioma o quiere informarle a SafeGuard sobre su idioma de preferencia, comuníquese con SafeGuard al **(800) 880-1800**.

作為**SafeGuard**的會員，您有權獲得免費語言服務，包括口譯和筆譯。**SafeGuard**收集並保存有關您的語言選擇、人種和族裔方面的資料，以便我們更有效地與會員溝通。如果您需要語言方面的協助，或希望將您選擇的語言告訴**SafeGuard**，可通過電話或網站與**SafeGuard**聯絡，電話是**(800) 880-1800**。