

# Cigna HealthCare of California, Inc.

## (Cigna HealthCare) 客戶申訴表

如欲提出申訴，請遵循以下簡短的步驟。

1. 閱讀本表格最後的申訴資訊。
2. 檢查您的資訊，必要時進行變更。
3. 提交表格即可完成流程。

如果您有任何與本表格相關的疑問，請撥打客戶服務部電話 1.800.244.6224 或 Cigna HealthCare 會員卡上的免付費電話。

發生緊急情況時，請撥 911 或直接前往最近的急診室。

本人在此向 Cigna HealthCare of California, Inc. (Cigna HealthCare) 提出申訴。

- ☐ 如果本案件相關情況對您或病患的健康造成立即且嚴重的威脅，包括但不限於劇痛、可能失去生命、四肢或重要身體機能，請勾選此方框。如有這種情況，請撥打 Cigna HealthCare 客戶服務部電話 **1.800.244.6224 (聽障和語障人士請撥 711 (聽語障專線))** 或 Cigna HealthCare 會員卡上的免付費電話。

### 客戶資訊 (由客戶填寫相關資訊)

|                     |        |      |                                                |          |  |
|---------------------|--------|------|------------------------------------------------|----------|--|
| 姓名 (姓氏)             |        | (名字) | (中間名首字母)                                       | 投保人會員卡號碼 |  |
| 通訊地址 (街道)           |        | (城市) | (州)                                            | (郵遞區號)   |  |
| 白天聯絡電話              | 晚上聯絡電話 |      | <input type="checkbox"/> 如果您不希望透過電話與您聯絡，請勾選此方框 |          |  |
| 申訴人姓名 (如非客戶本人) (姓氏) |        | (名字) | (中間名首字母)                                       |          |  |

### 病患資訊 (只有病患不是客戶本人時才需填寫)

|           |        |      |                                                |          |  |
|-----------|--------|------|------------------------------------------------|----------|--|
| 姓名 (姓氏)   |        | (名字) | (中間名首字母)                                       | 投保人會員卡號碼 |  |
| 通訊地址 (街道) |        | (城市) | (州)                                            | (郵遞區號)   |  |
| 白天聯絡電話    | 晚上聯絡電話 |      | <input type="checkbox"/> 如果您不希望透過電話與您聯絡，請勾選此方框 |          |  |

### 醫療服務提供者或機構資訊 (請提供您在本申訴表提到的任何醫療服務提供者或機構的姓名 / 名稱、電話號碼和地址)

|                   |  |      |     |        |  |
|-------------------|--|------|-----|--------|--|
| 醫療服務提供者姓名或機構名稱    |  | 電話號碼 |     |        |  |
| 醫療服務提供者或機構地址 (街道) |  | (城市) | (州) | (郵遞區號) |  |

簡要說明您要申訴的特定細節。註明申訴事件以及您描述的該事件發生時間。請提供可能對本申訴案有幫助的所有明細帳單、支票 (雙面) 及往來文書的複本。您可以將這類額外資訊寄送到下列地址或傳真號碼。

Cigna HealthCare National Appeals  
 PO Box 188011  
 Chattanooga, TN 37422  
 傳真：1.877.815.4827

如果本申訴案內容與拒絕末期疾病的實驗性治療、服務或用品有關，而您要求在申訴過程中舉行會議，請提供下列資訊給我們。

您是否曾寄送過有關本案件的任何紀錄、通信或其他疑慮給 Cigna HealthCare 客戶服務部或與 Cigna HealthCare 有關聯的任何其他人？ ☐ 是 ☐ 否

如果答是，請在下面填寫聯絡資訊(包括電話或傳真號碼(若有))及您寄送資訊的日期。

#### CIGNA HEALTHCARE 聯絡人資訊

|                               |      |
|-------------------------------|------|
| Cigna HealthCare 聯絡人姓名(姓氏)    | (名字) |
| Cigna HealthCare 聯絡人電話 / 傳真號碼 | 日期   |

#### 證明

本人茲此證明以上資訊正確屬實。

|    |    |
|----|----|
| 簽名 | 日期 |
|----|----|

加州醫療保健計畫管理局負責管理健康照護服務計畫。如果您想對健保計畫提出申訴，您應該先打電話與您的健保計畫聯絡，電話 **1-800-244-6224** (聽障和語障人士請撥 **711** (聽語障專線))，並使用您健保計畫的申訴程序，之後才與管理局聯絡。使用此申訴程序並不會妨礙您可能享有的任何法律權利或可採取的任何救濟措施。如果您需要協助的申訴案件涉及緊急情況，您的健保計畫無法圓滿解決申訴，或申訴案件超過 30 天仍未獲得解決，您可致電管理局尋求協助。您也可能符合獨立醫療審查 (IMR) 的資格。如果您符合資格可進行 IMR，IMR 流程會公正審查健保計畫對於提議的服務或治療是否具醫療必要性而做成的醫療決定、對於具實驗或研究性質的治療所做的承保決定，以及有關急診或緊急醫療服務的付款爭議。管理局也設置免付費電話 (**1-888-466-2219**) 以及聽障和語障人士使用的聽障專線 (**1-877-688-9891**)。管理局網站 **www.dmhc.ca.gov** 提供投訴表、IMR 申請表和說明資訊。



所有 Cigna 產品和服務均只由或只透過 Cigna Corporation 的營運子公司提供，包括 Cigna Health and Life Insurance Company。Cigna 名稱、標誌和其他 Cigna 標章皆為 Cigna Intellectual Property, Inc. 所有。