

申請取得診斷和治療代碼資訊



建議您與負責向 Cigna 提供相關資訊的健康照護專業人員聯絡，瞭解他們對相關資訊的解釋及這類資訊與您健康的關聯性。

使用本表格申請更多有關因您本人 (或您計畫的其他受保人) 接受健康服務而向 Cigna 請款時使用的診斷和治療代碼資訊。請您務必：

- 提供全部要求應提供的資訊
- 正楷填寫您的回答使其清晰可讀
- 將填妥且簽名的表格寄至：

Correspondence Unit
Cigna Global Health BenefitsSM
P.O. Box 15050
Wilmington, DE 19850
或傳真至：302-797-3150

如果您是 Cigna Global Health Benefits 網站 Cigna Envoy 的註冊客戶，您可以透過 www.Cignaenvoy.com 的安全電子郵件傳送填妥的表格。

您的個人資訊：

您索取的資訊屬於「受保護健康資訊」，也就是說，我們只會和取得授權可查看資訊的人分享相關資訊。您提供以下身分資訊，讓我們確認您是 Cigna 客戶並查閱您需要的資訊。

客戶姓名：(名字) (中間名首字母) (姓氏)

客戶出生日期：(月 / 日 / 年)	電話號碼，以便我們在處理您的申請時若有必要可與您聯絡：	最方便聯絡您的時間：
--------------------	-----------------------------	------------

電子郵件地址：	客戶會員卡號碼 (若適用)：	會員卡上的團體號碼或帳戶號碼：
---------	----------------	-----------------

投保人姓名：(如非客戶本人)	投保人與客戶的關係：
----------------	------------

投保人的雇主姓名 / 名稱：

您的要求：

請勾選您想要索取資訊旁的方格。提供健康照護專業人員的姓名、地址以及服務或治療日期。提供您的福利說明 (EOB) 所列的理賠號碼 (若有)。請注意，這類資訊通常只有在服務或治療日期起一年 (12 個月) 期間內才能提供。我們也許可以在歷史檔案中檢索更久以前的資訊，但這需要更長時間。

診斷代碼 (以及其標準定義)

治療代碼 (以及其標準定義)

提供服務或治療的健康照護專業人員		服務日期		理賠號碼
姓名	地址	首次治療日期	最後治療日期	

「Cigna」是 Cigna Intellectual Property, Inc. 的註冊服務標章，「Tree of Life」標誌、「GO YOU」和「Cigna Global Health Benefits」是其服務標章，授權供 Cigna Corporation 和其營運子公司使用。所有產品和服務均由這類營運子公司提供或透過其提供，包括 Connecticut General Life Insurance Company 和 Cigna Health and Life Insurance Company，而非由 Cigna Corporation 提供。

瞭解您的治療和診斷代碼：

提供的資訊會包括來自國際疾病分類 (ICD) 手冊和最新程序術語 (CPT) 編碼等參考文獻之治療和診斷代碼的標準化定義。

重要資訊：在您簽署和寄出本表格之前

確定您已經提供全部要求應提供的資訊。如果本表格中的資訊不完整，Cigna 就會將表格退回給您，而且要等我們收到填妥的表格時才會再審查本申請。

您的簽名：

我已經閱讀並瞭解以上資訊：

客戶、父母 / 監護人、個人代表 (若適用) 簽名：

日期：(月 / 日 / 年)

關係 (若非客戶本人簽名)：

請注意，若尚未提供個人代表的權限證明文件，我們必須先取得相關權限證明文件，才算完成申請。

如果是由父母 / 監護人提出申請，請填寫以下資訊：

客戶是 _____ 歲的未成年人。如果您是代表未成年子女提出申請，我們可能會要求提供額外資訊，才算完成申請。