

會員申訴表

本表共有兩面。
請工整清晰填寫。
請填妥本表所有部份。

郵寄至： CIGNA HealthCare of California, Inc.
National Appeals Unit
P.O. Box 5225
Scranton, PA 18505-5225
會員服務： 1.800.244.6224 (免付費)
1.800.321.9545 (聽語障人士專線)
或傳真： 1.866.254.9406 (免付費)



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

若有緊急情況，請撥打 911 電話或直接前往最近的急診室。

如果申訴事件對您或病患健康有迫切且嚴重的威脅，包括但不限於劇痛，可能喪失生命、肢體或其他重要身體機能，請勾選此方塊。若有以上情況，請撥打 1-800-244-6224 (或聽語障專線 1-800-321-9545)，或您 CIGNA HealthCare 會員卡上的免付費電話，聯絡 CIGNA HealthCare 會員服務部。

請閱讀隨附的手冊以瞭解您向 CIGNA HealthCare 提出申訴的權利。為能快速為您提供服務，請您務必盡量提供更多資訊。如果您對本申訴表有任何疑問，請撥打 1-800-244-6224 或您 CIGNA HealthCare 會員卡上的免付費電話聯絡會員服務部。

加州醫療保健管理局負責管理健康照護服務計畫。如果想對健保計畫提出申訴，您應先撥打 1-800-244-6224 或您 CIGNA HealthCare 會員卡上的免付費電話 (或聽語障專線 1-800-321-9545) 並利用您健保計畫的申訴程序，然後再聯絡管理局。透過此申訴程序提起申訴並不會妨礙您可能享有的任何潛在法律權利或可能採取的救濟措施。如果您的申訴案件涉及緊急情況，或是未獲健保計畫公司妥善處理，又或是超過 30 天仍未獲得解決時，您可致電管理局請求協助。您可能符合獨立醫療審查 (簡稱「醫審」) 的資格。如果您具有醫審的資格，醫審程序會就健保計畫針對有關建議服務或治療是否為醫療所必須、是否承保實驗性或調查性的治療，以及有關急診或緊急醫療服務給付爭議而做成的醫療決定，進行公正無私的審查。管理局也設置免付費專線 (1-888-HMO-2219) 與聽語障專線 (1-877-688-9891)。管理局網站 <http://www.hmohelp.ca.gov> 可下載抱怨表、醫審申請表和說明資料。

會員資訊 (會員填寫)

姓名 (姓)	(名)	(中間名縮寫)	會員卡號碼
郵寄地址 (街道)	(城市)	(州)	(郵遞區號)
日間聯絡電話 ()	夜間聯絡電話 ()		
申訴者姓名 (若非會員)			

病患資訊 (僅當病患為非會員時填寫)

姓名 (姓)	(名)	(中間名縮寫)	與會員的關係	會員卡號碼
郵寄地址 (街道)	(城市)	(州)	(郵遞區號)	
日間聯絡電話 ()	夜間聯絡電話 ()			

會員申訴資訊

請列出您申訴事件的醫師或醫療團體的姓名 / 名稱、電話號碼及地址。

醫師或醫療團體姓名 / 名稱	電話號碼 ()		
地址 (街道)	(城市)	(州)	(郵遞區號)

簡要說明您要申訴的具體資訊。說明申訴事件以及該事件發生的時間。請提供可能對本申訴有幫助的帳單細目、支票 (雙面) 及往來文書的複本。

如果申訴內容與拒絕臨終疾病的實驗性治療、服務或用品有關，而您想要求申訴時舉辦協商會，請提供下列資料給我們。

如有需要，請另附其他頁面。

您是否曾經寄送與本申訴相關的任何記錄、往來文書或其他疑問給 CIGNA HealthCare 會員服務部，或任何其他與 CIGNA HealthCare 有關的人員？ 是 否

若是，請在下面列出您寄送的時間與收件人。請註明您所知道的電話或傳真號碼。

CIGNA HealthCare 聯絡人資訊	電話或傳真號碼 ()
------------------------	---------------------

日期

證明

本人茲此證明此資訊正確屬實。

會員 / 病患簽名	日期
-----------	----

填妥申訴表後請寄至： CIGNA HealthCare of California, Inc.
National Appeals Unit
P.O. Box 5225
Scranton, PA 18505-5225

或傳真至： 866-254-9406 (免付費)

FOR INTERNAL USE ONLY:

Initial Determination Complaint Appeal