

會員抱怨書表格



CIGNA Behavioral Health
of California

CIGNA Behavioral Health of California
Customer Service
450 N. Brand Boulevard, Suite 500
Glendale, CA 91203
(800) 753-0540

本表共有兩面。請工整清晰填寫。請填妥本表各個部份。

本人謹以書面方式表達對 CIGNA Behavioral Health of California 的關切及 / 或不滿。

若申訴案件非常迫切且嚴重威脅到您或患者的健康，請在格子中打勾，此一威脅包括但不限於嚴重疼痛、喪失性命、四肢或身體主要功能的可能性。若有此類情況，請立即致電 CIGNA Behavioral Health of California 客戶服務專線 (1-800-753-0540) 告知相關人員。

關於您的權利及上訴程序，請見附寄的小冊子。為儘速為您服務，請儘可能提供您的資訊。如果您對本表有任何問題，請致電客戶服務專線 (1-800-753-0540)。

加州醫療保健計畫管理局負責管理醫療保健服務計畫。

若對您的醫療保健計畫不滿意，您應在聯絡加州醫療保健管理部門之前，先撥打 **1-800-753-0540** 通知您的醫療保健計畫單位，並依程序提出申訴。透過此申訴程序提起申訴並不會妨礙您得享有的任何潛在法律權利或可採取的救濟措施。如果您需要協助處理涉及緊急情況的申訴、您的醫療保健計畫無法以令人滿意的方式解決申訴，或申訴超過 30 天仍未獲得解決時，您可致電管理局請求協助。您可能有資格可接受獨立醫療審查 (簡稱「醫審」)。如果您有接受醫審的資格，則醫審程序將會針對醫療保健計畫對有關建議服務或治療是否為醫療所必需、是否承保實驗性或研究性的治療，以及有關急診或緊急醫療服務付款爭議而做成的醫療決定，進行公正無私的審查。管理局也設有免付費電話 **(1-888-HMO-2219)**，以及為聽語障人士提供 TDD 專線電話 **1-877-688-9891**。管理局的網站 <http://www.hmohelp.ca.gov> 裡有可供線上下載的抱怨書表格、醫審申請書和說明資料。

您有權利向醫療保健管理部門提出獨立醫療審查請。對於遭醫療保健計畫或其契約醫療服務提供者根據全部或部分醫療保健服務非醫療所必須之決定而拒絕、修改或延誤的爭議性醫療保健服務，您可申請獨立醫療審查。您應先試著透過醫療保健計畫的上訴程序解決上訴案件。

如需更多關於獨立醫審的資訊，請致電客戶服務專線 1-800-753-0540。

會員資料 (請填寫本表)

姓名 (姓氏、名字、中間名)

會員識別號碼

通訊地址 (街道、城市、州、郵遞區號)

電話 (白天)

(晚上)

申訴人姓名 (如果不是會員)

患者資料 (若患者並非會員，請填寫以下表格)

姓名 (姓氏、名字、中間名)

與會員的關係

社會安全號碼

通訊地址 (街道、城市、州、郵遞區號)

電話 (白天)

(晚上)

填寫完畢後，請將此表格寄至：

CIGNA Behavioral Health of California
Customer Service
450 N. Brand Boulevard, Suite 500
Glendale, CA 91203

如遇緊急情況，請傳真至: (818) 551-2787

限內部使用

抱怨
 上訴

初步決議

會員申訴資料

您所申訴的醫師或醫療服務提供者的姓名 / 名稱、電話號碼及地址？

姓名

電話號碼

地址 (街道、城市、州、郵遞區號)

請簡要說明您所申訴的具體細節。請註明申訴內容及所述事件發生時間。若可以，請提供帳單明細、支票（雙面）以及與本申訴有關之往來信件的副本。

如有需要，請另附其他頁面。

您曾經寄過有關此一申訴案件的記錄、通信或其他申訴至 CIGNA Behavioral Health 的客戶服務中心或與 CIGNA Behavioral Health 有關聯的任何其他單位嗎？如有，是在何時，以及寄給誰？請註明您所知道的電話或傳真號碼。

CIGNA Behavioral Health 聯絡人

電話 / 傳真號碼

日期

證明。 本人茲證明此資料屬實無誤。

會員 / 患者簽名

日期