

Cigna Behavioral Health of California

本表格共有兩頁。請工整清楚填寫。請填妥本表格所有部分。

本人謹以書面方式表達對 Cigna Behavioral Health of California 的疑慮和 (或) 不滿。

如果本案件涉及對您或病患的健康有迫切且嚴重的威脅，包括但不限於劇痛，可能失去生命、肢體或其他重要身體機能，請勾選此方框。如有這種情況，請立即致電通知 Cigna Behavioral Health of California 客戶服務部，電話 (1-800-753-0540)。

請閱讀所附的手冊，瞭解您的權利和上訴程序。為能儘速為您服務，請務必提供詳盡的資訊，愈詳細愈好。如果您對本表格任何內容的意義有疑問，請致電客戶服務部，電話 (1-800-753-0540)。

加州醫療保健計畫管理局負責管理健康照護服務計畫。如果您想對健康保險計畫提出申訴，您應該先撥打健康保險計畫的電話 **1-800-753-0540** 並使用其申訴程序，之後才聯絡管理局。利用此申訴程序並不會妨礙您的任何潛在法定權利或可採取的救濟措施。如果您需要協助的申訴案件涉及緊急情況、健康保險計畫無法圓滿解決您的申訴案件，或您的申訴案件超過 30 天仍未獲得解決，您可致電管理局請求協助。您可能符合資格可取得獨立醫療審查 (IMR)。如果您符合 IMR 資格，IMR 流程會公正審查健康保險計畫對於提議的服務或治療是否具醫療必要性做成的醫療決定、對於具實驗或研究性質的治療做成的承保決定，以及有關急診或緊急醫療服務的給付爭議。管理局也有免付費電話 **(1-888-HMO-2219)**，並為聽語障人士提供 TDD 專線電話 **1-877-688-9891**。管理局的網站 <http://www.hmohelp.ca.gov> 有投訴表、IMR 申請表和線上說明。

您也有權向醫療保健計畫管理局要求對您的上訴案件開始進行獨立醫療審查 (IMR)。對於健康保險計畫或其特約醫療專業人員 / 醫療機構全部或部分根據健康照護服務非醫療所需的決定而拒絕、修改或延遲的爭議性健康照護服務，您可申請獨立醫療審查。您應先試著透過健康保險計畫的上訴流程解決上訴問題。如需更多關於 IMR 流程的資訊，請致電客戶服務部 1-800-753-0540。

客戶資訊 (客戶請填寫相關資訊)

姓名 (姓氏、名字、中間名首字母)

客戶編號

通訊地址 (街道、城市、州、郵遞區號)

電話號碼 (白天)

(晚上)

投訴人姓名 (如果不是客戶本人)

病患資訊 (病患不是客戶本人時才填寫)

姓名 (姓氏、名字、中間名首字母)

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)

電話號碼 (白天)

(晚上)

請填妥後將本表格郵寄至：

Cigna Behavioral Health of California

Central Appeals Unit

P.O. Box 188064

Chattanooga, TN 37422

如遇緊急情況，請傳真至：877.815.4827

898692TC 08/16

限內部使用

投訴

上訴

初步判定

客戶投訴資訊

本件投訴相關的醫師或醫療專業人員 / 醫療機構的姓名 / 名稱、電話號碼和地址？

姓名 / 名稱

電話號碼

地址 (街道、城市、州、郵遞區號)

簡要說明您要投訴的特定細節。註明投訴內容，以及您描述事件的發生時間。必要時，請提供本件投訴相關的所有明細帳單、支票 (雙面) 及通信文件的複本。

必要時請加頁。

您是否寄送過有關本案件的紀錄、通信或其他投訴給 Cigna Behavioral Health 客戶服務部或與 Cigna Behavioral Health 有關聯的任何其他人？如果是，您在何時寄送和寄給誰？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。本人茲證明以上資訊屬實無誤。

客戶 / 病患簽名

日期