



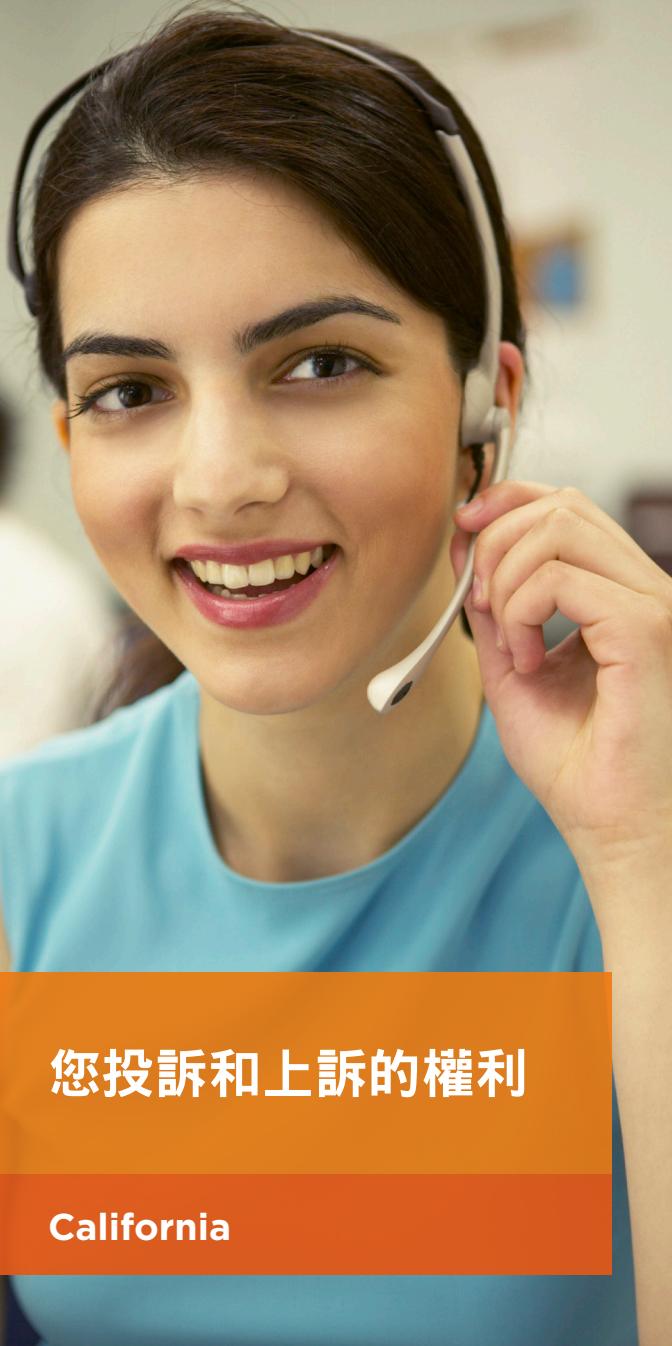
如需更多關於這些申訴程序的特定資訊，
請參閱您的團體服務協議或與我們的
客戶服務部聯絡。

自願調解

如果您收到我們的上訴決定但您對決定感到不滿，您也可以先向我們要求自願調解，之後才行使權利向 DMHC 提出申訴，或要求參加 IMR 流程。為了能進行調解，我們必須自願同意以調解方式處理。我們會視個案情況考慮每次的調解要求。雙方應平均分擔調解費用。如欲開始調解，請將書面要求提交至本手冊中所列的地址。

強制的約束性仲裁

如法律准許，當無法透過其他方式解決爭議時，我們依合約規定必須使用約束性仲裁。可向 Cigna HealthCare of California, Inc. 送達仲裁要求文件以開始仲裁程序。對於與受 1974 年員工退休收入保障法案 (ERISA) 規範之保險計畫有關的爭議，約束性仲裁不具強制性。如果您的保險計畫是受 ERISA 規範，當您不滿意上訴程序之結果時，您即有權依 502(a) 條規定提出民事訴訟。大多數情況下，您必須先完成我們的內部上訴流程才能開始採取法律行動。



您投訴和上訴的權利



California

Cigna 所有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、Connecticut General Life Insurance Company、Evernorth Behavioral Health, Inc. 以及 Cigna Health Corporation 的 HMO 或服務公司子公司，包括 Cigna HealthCare of California, Inc.。Cigna 名稱、標誌和其他 Cigna 標章為 Cigna Intellectual Property, Inc. 所有。

所有相片均僅供說明之用。

531265TCf 04/25 © 2025 Cigna Healthcare。部分內容經授權提供。

531265TCf 04/25



您投訴和上訴的權利

您向 Cigna HealthCare of California ('Cigna') 提出申訴的權利。

我們希望您能滿意您所接受的照護。這也是我們建立內部申訴程序的主要原因，希望能夠消除您的擔憂，解決您的問題。

申訴包含投訴和上訴兩種類型。投訴可包括對人員、服務品質、照護品質、福利排除項目和資格規定的顧慮。

上訴是請求撤銷先前對於您的照護服務內容所做的拒絕或修改決定。

如何提出申訴

電話：請撥我們的免付費電話 **800.Cigna24** 或您會員卡上的電話號碼。聽障人士或聽語障專線使用者請撥 711 聯絡 California 轉接服務，然後向接線人員提供您會員卡上的電話號碼。

透過郵件：醫療服務的書面申訴請寄至：

Cigna
National Appeals Unit (NAO)
PO Box 188011
Chattanooga, TN 37422

精神健康 / 物質使用失調服務的書面申訴請寄至：

Evernorth Behavioral Health
Central Appeals Unit
PO Box 188064
Chattanooga, TN 37422

牙科服務的書面申訴請寄至：

Cigna Dental Health of California, Inc.
PO Box 188047
Chattanooga, TN 37422-8047

只要您索取，我們便會提供申訴表格，但您並非一定要使用這份表格才能提出書面申訴。

透過網路：您可以透過我們網站下載申訴表或在網上提交申訴，網址：Cigna.com/Cigna-ca (點選 Member Grievance and Appeals (會員申訴和上訴) 頁籤)。

親自遞送：在正常營業時間內，我們會在下列地址協助您提出申訴：

400 N. Brand Boulevard, Suite 400
Glendale, CA 91203

如果會員是未成年人、無行為能力或無法做成理性判斷或無法表示同意，父母、監護人、保護人、親屬或其他代表會員的法定代理人（視何者適用）能以會員代理人身分向我們或加州醫療保健計畫管理局 (DMHC 或「管理局」) 提出申訴。而且，簽約醫療服務提供者或您指定的任何其他人也可以一同或協助您或您的代理人向我們或 DMHC 提出申訴。

A. 投訴

如果您對您所接受的服務或照護品質、福利排除項目有顧慮或有資格方面的問題，您應該要和我們聯絡以提出口頭或書面投訴。如果您打電話向我們提出投訴，我們會記錄投訴內容和（或）在電話中解決您的投訴事項。如果我們無法在接到您來電當天解決您的投訴事項，或如果我們收到您郵寄過來的投訴，我們會在五個曆日內寄信向您確認我們已收到投訴。信裡面會告訴您，當您有疑問或想要提交與您的投訴有關的額外資訊時應該要和誰聯絡。我們會對您的投訴事項進行調查，並在 30 個曆日內通知您調查結果。



您享有州法律所賦予的其他權利，包括自願接受具約束力的獨立醫療審查

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。