

CA Behavioral Health 申訴表

Evernorth Behavioral Health of California
Central Appeals Unit
PO Box 188064
Chattanooga, TN 37422
1.800.753.0540

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 Evernorth Behavioral Health of California 的疑慮和 (或) 不滿。

如果本案件相關情況對您或病患的健康造成立即且嚴重的威脅，包括但不限於劇痛、可能失去生命、四肢或重要身體機能，請勾選此方框。如有這種情況，請立即致電通知 Evernorth Behavioral Health of California 客戶服務部，電話 1.800.753.0540。

關於您的權利及申訴程序，請見附寄的小冊子。為能快速提供服務，請您務必儘量提供多一點資訊。如果您對本表格任何內容的意義有任何疑問，請撥打客戶服務部電話 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。如果您想對健保計畫提出申訴，您應該先撥打健保計畫的電話 1.800.244.6224 (聽障和語障人士請撥 711 (聽語障專線)) 或撥您會員卡上的免付費電話號碼並使用您健保計畫的申訴程序，之後才聯絡管理局。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給付爭議。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 可以下載投訴表、IMR 申請表和說明資訊。

客戶資訊 (由客戶填寫相關資訊)

姓名 (姓氏、名字、中間名)	會員卡號碼
----------------	-------

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 (如果不是會員)

病患資訊 (只有病患不是客戶本人時才需填寫)

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)

電話號碼 (白天)	(晚上)
-----------	------

填寫完畢後，請將此表格寄至：

Evernorth Behavioral Health of California

Central Appeals Unit
PO Box 188064
Chattanooga, TN 37422
傳真：1.877.815.4827

限內部使用

投訴 初始判定
 上訴

會員投訴資訊

本案件要投訴的醫療服務提供者或機構的姓名 / 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。註明投訴事件以及您描述的該事件發生時間。請提供可能對本投訴案有幫助的所有明細帳單、支票 (雙面) 及通信文件的複本。

如有需要，請另附其他頁面。

您是否曾寄送過有關本案件的任何紀錄、通信或其他投訴給 Evernorth Behavioral Health 客戶服務部或與 Evernorth 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。

Evernorth Behavioral Health 聯絡人

電話號碼

傳真號碼

日期

證明本人茲此證明以上資訊正確屬實。

會員 / 病患簽名

日期