

上訴是指要求變更 Cigna 先前做成的不利決定。您或您的代表 (包括代表您的醫師) 可針對您的保險福利相關不利決定提出上訴。

## 步驟 1：

利用客戶識別卡背面所列的免付費號碼聯絡 Cigna 的客戶服務部，要求針對任何保險福利不利判定 / 給付縮減進行審查。我們也許不透過正式上訴流程就能快速解決您的問題。如果客戶服務代表不能變更初始保險福利決定，服務代表會告訴您有權要求上訴。

## 步驟 2：

填寫本表格和 (或) 上訴函後連同任何證明文件一起郵寄到下列地址。完整及準確地做好上訴準備將有助於我們進行及時徹底的審查。大多數情況下，您應該在 180 天內提出上訴，但您的特定保險福利計畫可能允許更久的期限。

您會收到上訴決定書面通知。

## 上訴要求應包括：

1. 如果您提交的信函沒有附客戶上訴申請表，請在函中指出這是「客戶上訴」。請提供本表格要求的所有資訊。
2. 原始理賠和給付說明 (EOP)、保險福利說明 (EOB) 或初始不利決定通知函 (如適用) 的複本。
3. 支持您上訴的任何文件。若是基於缺乏醫療必要性而做出不利決定，可再提供健康照護專業人員或機構對於服務或治療的陳述說明，以及任何相關病歷等文件。

Cigna 計畫參加者姓名 (姓氏)		(名字)	(中間名首字母)	計畫參加者識別號碼	
雇主姓名			帳戶號碼 (見 Cigna 客戶識別卡)		
病患姓氏		(名字)	(中間名首字母)	出生日期	居住州別
健康照護專業人員姓名或機構名稱			健康照護專業人員是否為特約人員？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
服務日期	程序 / 服務類型		理賠編號 / 文件控制編號		
提出上訴者： <input type="checkbox"/> 計畫參加者 <input type="checkbox"/> 主治醫師 <input type="checkbox"/> 專科醫師 / 輔助治療醫師 <input type="checkbox"/> 健康照護機構 <input type="checkbox"/> 其他代表 (請指明與計畫參加者的關係)：_____					
表格填寫者				今天日期	
簽名					
住家電話			公司電話		
您是否已經取得服務？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如果答「否」且相關服務需要事先核准，我們會在 30 個曆日內儘快解決您提出的保險福利上訴要求。					

「Cigna」是 Cigna Intellectual Property, Inc. 的註冊服務標章，「Tree of Life」標誌是其服務標章，授權由 Cigna Corporation 和其營運子公司使用。所有產品和服務均由這些營運子公司提供或透過其提供，而非由 Cigna Corporation 提供。這些營運子公司包括 Connecticut General Life Insurance Company、Cigna Health and Life Insurance Company、Cigna Health Management, Inc. 以及 Cigna Health Corporation 的 HMO 或服務公司子公司。請參閱您的客戶識別卡，查詢為您的保險福利計畫提供保險或管理的子公司。

這是否為第二次的上訴或外部審查要求 (如果您的計畫允許)?  是  否

請勾選與您的上訴最相符的敘述：

- 要求網絡內保險福利
- 保險福利排除或限制規定
- 最高可補償金額
- 住院機構保險福利遭拒 (照護級別、住院期間)
- 互相排除、附帶的程序代碼遭拒
- 針對某程序代碼修改符額外補償您的網絡外健康照護專業人員
- 實驗 / 研究性質程序
- 醫療必要性
- 及時申請理賠 (沒有證明)
- 因帳單收費的程序重新訂價而縮減的保險福利 (Viant、Beech Street、Multiplan 等)

您為何認為不利保險福利決定並不正確，以及您認為應該要有的預期結果。提醒您，請附上所有證明文件 (適用醫療必要性相關拒絕決定，包括您的健康照護專業人員或機構提供的醫療紀錄文件)。

額外意見：

請參閱您的客戶識別卡，確定要使用以下哪個上訴地址。  
把填好的上訴要求表或上訴函連同所有證明文件寄到以下地址：

如果客戶識別卡顯示：**Cigna Network**  
**Cigna Appeals Unit**  
**P.O.Box 188011**  
**Chattanooga, TN 37422-8011**

如果客戶識別卡顯示：**GW - Cigna Network**  
**Cigna Appeals Unit**  
**P.O.Box 188062**  
**Chattanooga, TN 37422-8062**

如果客戶識別卡顯示：**Cigna-HealthSpring**  
**AZ Medicare Appeals Unit**  
**25500 N Norterra Dr., Bldg. B**  
**Phoenix, AZ 85085-8200**

**重要：**這個地址僅供保險福利遭拒上訴使用。所有其他寄到這個地址的要求將會轉交適當的 Cigna 辦事處，因此可能會延遲處理您的要求或理賠的時間。