



Anthem Blue Cross
Anthem Blue Cross Life and Health Insurance Company
會員申訴表

說明：請填寫此表格，並附上所有相關證件。請將表格與證件郵寄至：P.O. Box 60007, Los Angeles, CA. 90060-0007，收件人署名為：Priority Member Grievance。或者您可以撥打會員識別卡上的免費電話號碼，請會員服務代表為您填寫此表格。在 Anthem Blue Cross 收到您表格後的 30 天之內，您將收到我們的回信。

會員姓名：_____ 出生日期：_____
會員識別碼：(見識別卡) _____ 團體號碼：(見識別卡) _____
會員地址：_____
日間電話號碼 (_____) _____ 晚間電話號碼：(_____) _____

如果您不是會員或會員配偶，請填寫下表：

您的姓名：_____ 您與該會員的關係 _____
您的地址：_____
日間電話號碼：(_____) _____ 晚間電話號碼：(_____) _____
簽名：_____ 日期：_____

申訴

請說明申訴的理由；請提供盡可能多的資訊。如果您的申訴對象是某位提供者，請指明該提供者是誰及其服務日期。如果您不是當時的病人，請列出病人的姓名。如有需要，可另附紙說明。

提供者姓名：_____ 服務日期：_____ 病人：_____

說明：_____

您認為應採取何種解決方法？_____

若您的保健由管理醫療服務部 (Department of Managed Health Care) 管理，請閱讀下列通知。若您的保健不是由該部門管理，則此通知對您不適用。請參閱您的保健範圍說明書 (Explanation of Coverage) 上所列的申訴權。

加州管理醫療服務部 (California Department of Managed Health Care) 負責掌管醫療服務計劃。如果您對自己的保健計劃有任何申訴，在與該部門聯繫前，應該先撥打您的識別卡上所列的免費電話號碼，與您的保健計劃聯繫，並使用該計劃的申訴程序。使用此項申訴程序並不會影響您可獲得的任何潛在法定權利或補救措施。如果您需要急診的申訴、尚未完滿解決的申訴、或是超過 30 天還未解決的申訴協助，可致電該部門尋求協助。您也可能有資格申請獨立醫療審查 (IMR)。如果您有資格獲得 IMR，該程序會對保健計劃就某項服務或治療根據醫學上的必要性所做的決策、試驗性或研究性治療方法的保險承保決策，以及急診或緊急醫療服務的費用糾紛做出公正的審查。該部門設有一個免費電話 (1-888-HMO-2219) 及聽力與語言障礙者專用的 TDD 號碼 (1-877-688-9891)。該部門網站

<http://www.hmohelp.ca.gov> 提供申訴表格、IMR 申請表及在線指導。

絕症權利

如果您患有絕症 (在一年內有高死亡率，且無法治癒或無法改變之病症)，且建議的療程因仍認定為實驗或試驗性質而被拒，您有權利與我們會面討論此情況，並作為申訴程序中的一部分。如果您認為此情況適用於您，且想要求進行面談，請與我們連絡。電話是 **1-800-365-0609**，或撥打聽障專線 **1-866-333-4823** (TDD)。如本通知中所說明的，此權利是除其他任何爭議解決方法外，您還可考慮使用的方法。

For Blue Cross use only: Blue Cross Representative:	Unit/Location:	Date:
--------------------------------------------------------	----------------	-------

Anthem Blue Cross 為 Blue Cross of California 的商標。Anthem Blue Cross 與 Anthem Blue Cross Life and Health Insurance 為隸屬於 Blue Cross Association 的獨立持照公司。 © ANTHEM 是註冊商標。 © Blue Cross 之名稱及標誌為 Blue Cross Association 的註冊商標。