

Evernorth Behavioral Health
Central Appeals Unit
P.O. Box 188064
Chattanooga, TN 37422
www.Evernorth.com

上诉申请指南

上诉是指申请变更先前由 Evernorth Behavioral Health 作出的不利决定。您或您的代表（包括代表您的医生）可以对与您的承保有关的不利决定提出上诉。

第 1 步：请拨打您的会员卡背面显示的免费电话号码与客户服务部联系，以审查任何不利的承保决定 / 付款减免。我们也许可以快速解决您的问题，而不必进入正式上诉流程。如果客户服务代表无法更改最初的承保决定，他或她会告知您有权申请上诉。

第 2 步：填写本表格和 / 或上诉信以及任何证明文件并邮寄至以下地址。为了快速处理您的上诉申请，请查看您最近收到的拒绝信，以确保您将上诉提交到的地址正确无误。正确地为上诉做准备将有助于我们进行及时彻底的审查。在大多数情况下，您的上诉应在 180 天内提交，但您的特定福利计划可能允许更长时间。

您将以书面形式收到上诉决定。

上诉申请应包括：

1. 这份填妥的表格和 / 或一封申请审查的上诉信，说明您认为不利决定存在问题并应进行变更的原因。如果您提交上诉信，请包括此表格要求的所有信息。
2. 原始索赔和付款解释 (Explanation of payment, EOP)、医疗福利说明 (Explanation of benefit, EOB) 或初始不利决定书（如适用）的副本。
3. 为您的上诉提供支持的任何文件。对于基于缺乏医疗必要性的不利决定，额外的文件可能包括您的医疗保健提供者或机构对服务或治疗描述的声明、任何适用的病历和 / 或进展说明。

参保人姓名： _____ 参保人 ID： _____

患者姓名： _____ 出生日期： _____

医疗保健提供者或机构名称： _____

服务日期： _____

索赔、文件或问题 ID 号： _____

服务程序 / 类型： _____

上诉方：

参保人 / 家庭 医疗保健提供者

填表人姓名： _____

签名： _____ 日期： _____

工作单位： _____ 电话（住宅）： _____

是否已获得服务： 是 否

是否为二次上诉？ 是 否

请勾选最能描述您诉求的选项：

- | | |
|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 要求网络内承保 | <input type="checkbox"/> 实验 / 研究程序 |
| <input type="checkbox"/> 承保排除或限制 | <input type="checkbox"/> 医疗必要性 |
| <input type="checkbox"/> 付款争议（共付额、自付额、最高可报销金额、
合同费率） | <input type="checkbox"/> 及时提交索赔 |

您认为不利承保决定存在问题的原因以及您认为预期结果应该是什么。温馨提示，请附上任何证明文件（与医疗必要性相关的拒绝的证明文件，包括您的医疗保健提供者或机构的病历）。

将填妥的上诉申请表或上诉信**以及所有证明文件邮寄至：**

Evernorth Behavioral Health
Central Appeals Unit
P.O. Box 188064
Chattanooga, TN 37422

重要提示：此地址仅用于上诉。邮寄到此地址的任何其他申请都将被转寄到相应的地址，这可能会导致您的申请或索赔处理延迟。

如果直接提供者 / 机构将发送额外的临床信息，请采用以下 Behavioral Appeals 封面页提供。

所有 Cigna 产品和服务皆由 Cigna Corporation 的营运子公司直接或间接提供，营运子公司包括 Cigna Health and Life Insurance Company、Connecticut General Life Insurance Company、Evernorth Care Solutions, Inc.、Evernorth Behavioral Health, Inc. 以及 Cigna Health Corporation 的 HMO 或服务公司子公司。Cigna 名称、徽标和其他 Cigna 标记均归 Cigna Intellectual Property, Inc. 所有。

