



過渡照護

Cigna HealthCare of California



您的 Cigna HealthCare of California 過渡照護福利



過渡照護福利是要為符合以下全部標準的個人提供承保：

- 1) 患有幾種指定醫療病況之一。
- 2) 必須在某段期間內持續接受治療。
- 3) 正在接受不屬於其新計畫網絡（非簽約）的醫師、醫院、機構或其他健康照護服務提供者提供的服務。
- 4) 取得計畫資格時正在接受這些服務。

運作方式

- ▶ 您應儘快申請過渡照護福利，而且最好是在承保生效日期後 30 至 60 天內申請。
- ▶ 您必須已經接受由過渡照護申請表上指明的健康照護服務提供者為合格醫療病況所提供的照護。
- ▶ 如果您符合過渡照護福利的規定，我們會與健康照護服務提供者聯絡。如果健康照護服務提供者同意我們的合約條款與條件，您將可在特定期間內或只要病況仍存在期間（視情況而定），取得該特定病況治療的網絡內級別福利。如果健康照護服務提供者不同意我們的合約條款與條件，我們可能會拒絕或只提供有限的過渡照護福利。您也會在提出要求起 30 天內收到決定通知，但如果我們基於您的病況判定應特急處理該要求時，便會更快收到通知。

- ▶ 核准福利僅適用由過渡照護申請表上指明的醫療服務提供者為申請表上指定的醫療病況而提供或囑咐的治療。
- ▶ 對在承保生效日期後由核准醫療服務提供者對特定病況所提供治療的理賠將視為網絡內級別。
- ▶ 提供過渡照護福利不表示治療屬於承保範圍，亦不構成所要提供醫療服務的事先授權。在事先證明和病例管理過程中，仍須取得福利判定和事先授權。
- ▶ 所有福利都必須遵守計畫條款的規定。
- ▶ 如果您的計畫沒有網絡外承保，您便要負擔由任何非簽約健康照護服務提供者、醫院或其他機構所提供任何服務的費用，除非這些服務經 Cigna 核准為過渡照護福利。

可能會符合過渡照護福利資格的醫療病況和其他情況包括：

- ▶ 急性病況，適用急性病況持續期間。「急性病況」的定義是與因為某種疾病、傷害或其他醫療問題而出現病症突然發作有關的醫療病況，必須立即進行醫療處置，而且持續時間有限。
- ▶ 嚴重慢性病況，適用完成療程並安排安全移轉至其他醫療服務提供者所需期間。此期間由我們與計畫參加者和診療健康照護服務提供者諮商後，以符合良好醫療服務提供者慣例的方式加以判定。就剛受保的計畫參加者而言，此期間不應超過自承保生效日期起 12 個月。「嚴重慢性病況」是指因為某種性質嚴重且具有下列特徵的疾病或其他醫療問題或醫療障礙而導致的醫療病況：
 - 持續而無法痊癒；
 - 長期下來會逐漸惡化；或
 - 必須持續治療才能維持緩解情況或防止惡化。
- ▶ 懷孕，適用懷孕期間（三期）和產後初期。
- ▶ 末期疾病，適用末期病況持續期間。「末期疾病」是指無法治癒或無法逆轉的病況，極有可能在一年內或更短期間致死。

- ▶ 從出生到 36 個月大的新生兒照護（無論該新生兒是否正在接受積極療程），不超過 12 個月期間。
- ▶ 進行已由計畫授權，有文件證明屬於即將在承保生效日期起 180 天內發生之療程的一部分之外科手術或其他程序。

如果我因為某種疾病而獲准接受過渡照護福利，我能否獲得非相關病況的網絡內福利給付？

視為過渡照護的一部分而提供的網絡內福利級別僅針對特定疾病 / 病況，無法適用其他疾病 / 病況。您必須為每一種非相關疾病 / 病況填寫一份過渡照護申請表。

如果我已經開始接受我的計畫網絡中的醫療服務提供者看診，我是否仍須填寫過渡照護申請表？

不需要。如果您正在接受您新計畫網絡內醫療服務提供者的照護，您就不必申請過渡照護。請查閱名錄或上網 Cigna.com，點選「Find a doctor」（尋找醫師），確認醫療服務提供者是否在您的計畫網絡內。您也可以撥打會員卡上的電話號碼，請客戶服務專員提供協助。



No Cost Language Services for customers who live in California and customers who live outside of California who are covered under a policy issued in California. You can get an interpreter. You can get documents read to you and some sent to you in your language. For help, call us at the number listed on your ID card or 1-800-244-6224 for medical/dental or 1-866-421-8629 for mental health/substance use. For more help, call either the HMO Help Center at 1-888-466-2219 or for Non-HMO plans (e.g. PPO) call the CA Dept. of Insurance at 1-800-927-4357. **English**

Servicios de idioma sin costo para asegurados que viven en California y para asegurados que viven fuera de California y que están cubiertos por una póliza emitida en California. Puede obtener un intérprete. Puede hacer que le lean los documentos en español y que le envíen algunos de ellos en ese idioma. Para obtener ayuda, llámenos al número que aparece en su tarjeta de identificación o al 1-800-244-6224 para servicios médicos/dentales de o al 1-866-421-8629 para la salud mental/consumo de sustancias. Para obtener ayuda adicional, llame al Centro de ayuda HMO al 1-888-466-2219 o para los planes que no sean HMO (p. ej. PPO) llame al Departamento de Seguros de CA al 1-800-927-4357. **Spanish**

居住在加州境內的被保人和居住在加州境外但受到加州境內核發保單承保的被保人可取得**免費語言服務**。您可取得口譯員服務。我們可以用中文將文件讀給您聽，並將部分備有中文版的文件寄送給您。欲取得協助，請撥打您會員卡上所列示的電話號碼，或致電 1-800-244-6224 與醫療 / 牙科聯絡，或撥打 1-866-421-8629 聯繫 行為健康服務的精神健康 / 物質使用部門。欲取得其他協助，請致電 1-888-466-2219 與 HMO 協助中心聯絡，或非 HMO 計畫 (例如：PPO) 請致電 1-800-927-4357 與加州保險部聯絡。 **Chinese**

خدمات لغوية بدون تكلفة للعملاء المقيمين في ولاية كاليفورنيا والعملاء المقيمين خارج ولاية كاليفورنيا الذين تشملهم سياسة تأمين صادرة في ولاية كاليفورنيا. يُمكنك الاستعانة بمترجم. يمكنك طلب قراءة الوثائق لك وإرسال بعض منها إليك بلغتك. للحصول على المساعدة، اتصل بنا على الرقم المبين على بطاقة عضويتك أو على الرقم 1-800-244-6224 للحصول على الخدمات الطبية / خدمات طب الفم والأسنان أو على الرقم 1-866-421-8629 للصحة النفسية / تعاطي المواد المخدرة. وللحصول على المزيد من المساعدة، اتصل إما بمركز HMO للمساعدة على الرقم 1-888-466-2219 أو للبرامج الأخرى غير HMO (مثل PPO)، اتصل بإدارة التأمين لولاية كاليفورنيا على الرقم 1-800-927-4357. **Arabic**

캘리포니아 거주 고객 및 캘리포니아에서 발행된 보험으로 보장을 받는 캘리포니아 이외 지역 거주 고객님들을 위한 **무료 언어 지원 서비스**. 귀하는 통역 서비스를 받으실 수 있습니다. 한국어로 서류를 낭독해주는 서비스를 받으실 수 있으며 한국어로 번역된 서류를 받아보실 수도 있습니다. 도움이 필요하신 분은 본인의 ID 카드상에 기재된 안내번호 혹은 의료/치과 안내번호(1-800-244-6224번), 혹은 정신 건강/약물 사용에 대해서는 안내번호(1-866-421-8629번)로 연락해주시시오. 더 많은 도움이 필요하신 분은 HMO 헬프 센터(HMO Help Center), 안내번호 1-888-466-2219번으로 문의하시거나 비-HMO 플랜(예: PPO)에 해당하시는 분은 캘리포니아주 보험국(CA Dept. of Insurance) 안내번호 1-800-927-4357번으로 연락해주시시오. **Korean**

Walang Gastos na Mga Serbisyo sa Wika para sa mga customer na nakatira sa California at mga customer na nakatira sa labas ng California na sakop ng isang polisiyang inisyu sa California. Makakakuha ka ng interpreter. Maaari mong ipabasa para sa iyo ang mga dokumento at maaaring ipadala sa iyo ang ilan sa iyong wika. Para sa tulong, tawagan kami sa numerong nakalista sa iyong ID card o sa 1-800-244-6224 para sa medikal/dental o sa 1-866-421-8629 para sa mga kalusugang pangkaisipan/paggamit ng droga. Para sa karagdagang tulong, tumawag sa HMO Help Center sa 1-888-466-2219 o para sa mga planong Hindi HMO (hal. PPO) tawagan ang CA Dept. of Insurance sa 1-800-927-4357. **Tagalog**

Dịch vụ trợ giúp ngôn ngữ miễn phí cho khách hàng sinh sống trong tiểu bang California và khách hàng sống ngoài California được đài thọ qua một hợp đồng bảo hiểm y tế ký kết tại California. Quý vị có thể được cấp thông dịch viên. Quý vị có thể được có người đọc văn bản cho quý vị hoặc được nhận tài liệu, văn bản bằng ngôn ngữ của quý vị. Để được giúp đỡ, vui lòng gọi cho chúng tôi tại số điện thoại ghi trên thẻ hội viên (ID) của quý vị hoặc gọi chương bảo hiểm y tế/nha khoa theo số 1-800-244-6224, hoặc gọi số 1-866-421-8629 để biết thông tin về chương trình chăm sóc sức khỏe tâm thần/sử dụng chất gây nghiện. Để được giúp đỡ thêm, vui lòng gọi Trung tâm Trợ giúp HMO tại 1-888-466-2219 hoặc gọi Bộ Bảo hiểm California tại số 1-800-927-4357 cho các vấn đề thuộc các chương trình bảo hiểm không thuộc loại HMO (như các chương trình PPO). **Vietnamese**

សេវាកម្មប្រកាសដោយឥតគិតថ្លៃ សម្រាប់អតិថិជនដែលរស់នៅក្នុងរដ្ឋកាលីហ្វ័រនីញ៉ា និងអតិថិជនដែលរស់នៅក្រៅរដ្ឋកាលីហ្វ័រនីញ៉ា ដែលបានរ៉ាប់រង នៅក្រោមច្បាប់សន្យា បានចេញឱ្យក្នុងរដ្ឋកាលីហ្វ័រនីញ៉ា។ អ្នកអាចទទួលបានជំនួយពីអ្នកបកប្រែបាន។ អ្នកអាចឱ្យគេអានឯកសារជូនអ្នក និងផ្ញើឯកសារខ្លះ ទៅឱ្យអ្នក ជាភាសាខ្មែរ។ សម្រាប់ជំនួយ សូមទូរស័ព្ទមកយើង តាមលេខមានកត់នៅលើប័ណ្ណ ID របស់អ្នក ឬលេខ 1-800-244-6224 សម្រាប់ខាងសុខភាព/ធ្មេញ ឬ 1-866-421-8629 សម្រាប់ខាងការប្រើប្រាស់ថ្នាំ/ការរំលោភសារធាតុញៀន ។ សម្រាប់ជំនួយថែមទៀត ទូរស័ព្ទទៅមជ្ឈមណ្ឌលជំនួយ HMO តាមលេខ 1-888-466-2219 ឬសម្រាប់គម្រោងមែនមែនជា HMO (ដូចជា PPO) ទូរស័ព្ទទៅក្រសួងធានារ៉ាប់រងរដ្ឋកាលីហ្វ័រនីញ៉ា តាមលេខ 1-800-927-4357។ **Khmer**

ਮੁਫਤ ਭਾਸ਼ਾ ਸੇਵਾਵਾਂ ਉਹਨਾਂ ਗਾਹਕਾਂ ਲਈ ਹਨ ਜੋ ਕੈਲੀਫੋਰਨੀਆ ਵਿੱਚ ਰਹਿੰਦੇ ਹਨ ਅਤੇ ਉਹਨਾਂ ਗਾਹਕਾਂ ਲਈ ਜੋ ਕੈਲੀਫੋਰਨੀਆ ਤੋਂ ਬਾਹਰ ਰਹਿੰਦੇ ਹਨ ਅਤੇ ਕੈਲੀਫੋਰਨੀਆ ਵਿੱਚ ਜਾਰੀ ਕੀਤੀ ਗਈ ਪਾਲਿਸੀ ਦੇ ਅਧੀਨ ਕਵਰਡ ਹਨ। ਤੁਹਾਨੂੰ ਦੁਆਰੀਆ ਮਿਲ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਤੁਹਾਨੂੰ ਤੁਹਾਡੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਪੜ੍ਹ ਕੇ ਸੁਣਾਏ ਜਾ ਸਕਦੇ ਹਨ ਅਤੇ ਕੁਝ ਤੁਹਾਨੂੰ ਭੇਜੇ ਜਾ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਮਦਦ ਲਈ ਸਾਨੂੰ ਆਪਣੇ ਆਈ.ਡੀ. ਕਾਰਡ ਉੱਤੇ ਦਿੱਤੇ ਗਏ ਨੰਬਰ ਤੇ ਜਾਂ ਮੈਡੀਕਲ/ਡੈਂਟਲ ਲਈ 1-800-244-6224 ਤੇ ਜਾਂ ਮਾਨਸਿਕ ਸਿਹਤ/ਪਦਾਰਥਾਂ ਦੇ ਉਪਯੋਗ ਲਈ 1-866-421-8629 ਤੇ ਫੋਨ ਕਰੋ। ਹੋਰ ਮਦਦ ਲਈ, ਜਾਂ ਤਾਂ HMO ਮਦਦ ਕੇਂਦਰ ਨੂੰ 1-888-466-2219 ਤੇ ਫੋਨ ਕਰੋ ਜਾਂ ਗੈਰ HMO ਯੋਜਨਾਵਾਂ (ਉਦਾਹਰਣ ਲਈ PPO) ਲਈ CA ਦੇ ਬੀਮਾ ਵਿਭਾਗ (CA Dept. of Insurance) ਨੂੰ 1-800-927-4357 ਤੇ ਫੋਨ ਕਰੋ। **Punjabi**

خدمات رایگان مربوط به زبان برای مشتریان که در کالیفرنیا زندگی می‌کنند و مشتریانی که در خارج کالیفرنیا زندگی کرده و بر اساس بیمه نامه‌ای که در کالیفرنیا صادر شده تحت پوشش هستند. می‌توانید از خدمات یک مترجم شفاهی برخوردار شوید. می‌توانید بگویند که مدارک به زبان شما برایتان خوانده شوند و برخی از آن‌ها به زبان شما برایتان ارسال شوند. برای دریافت کمک، با ما از طریق شماره تلفنی که روی کارت شناسایی شما قید شده تماس بگیرید و یا با شماره 1-800-244-6224 برای طرح پزشکی/دندانپزشکی یا با شماره 1-866-421-8629 برای برنامه بهداشت روانی/مصرف مواد مخدر تماس بگیرید. برای دریافت کمک بیشتر، با مرکز کمک HMO به شماره 1-866-466-2219 و یا برای طرح‌های غیر HMO (برای مثال PPO) به اداره بیمه کالیفرنیا به شماره 1-800-927-4357 تماس بگیرید. **Persian**

無料の言語サービス。カリフォルニア州にお住まいのお客様、および、カリフォルニア州外にお住まいで、カリフォルニア州において発行された保険のお客様が対象。通訳がご利用でき、書類を日本語でお読みします。また、書類によっては日本語版をお届けできるものもあります。サービスをご希望の方は、IDカードに記載の電話番号、または医療・歯科サービス担当：1-800-244-6224、またはメンタルヘルス・薬物使用のための担当：1-866-421-8629までご連絡ください。その他のお問い合わせは、HMO Help Center：1-888-466-2219、またはNon-HMOプラン（例：PPO「優先医療給付機構」）については、カリフォルニア州保険庁、1-800-927-4357までご連絡ください。 **Japanese**

Бесплатные услуги перевода для клиентов, проживающих на территории штата Калифорния, а также для тех клиентов, которые проживают за его пределами и имеют страховой полис, выданный в штате Калифорния. Вы имеете право воспользоваться услугами устного переводчика. Вам могут прочесть ваши документы, а также выслать перевод некоторых из них на вашем языке. Чтобы получить помощь, позвоните нам по номеру, указанному в вашей идентификационной карте; по вопросам получения медицинских/стоматологических услуг, позвоните по номеру 1-800-244-6224, по вопросам психического здоровья/употребления наркотиков — 1-866-421-8629. Для получения дополнительной помощи обращайтесь либо в Центр поддержки HMO по телефону 1-888-466-2219 либо обращайтесь в Министерство страхования штата Калифорния (CA Dept. of Insurance) по телефону 1-800-927-4357 для получения информации в отношении не HMO планов (например PPO). **Russian**

Անվճար Լեզվական Օտարություններ անդամների համար, ովքեր բնակվում են Կալիֆոռնիայում և անդամների համար, ովքեր բնակվում են Կալիֆոռնիայից դուրս բայց ապահովագրված են Կալիֆոռնիայում տրված ապահովագրությամբ: Դուք կարող եք թարգմանիչ ձեռք բերել: Դուք կարող եք փաստաթղթերը ձեր լեզվով ընթերցել տալ ձեզ համար և նրանց մի մասը ստանալ ձեր լեզվով: Օգնության համար, զանգահարեք մեզ ձեր ինքնության (ID) տոմսի վրա նշված համարով կամ 1-800-244-6224, բժշկական/ստոմատոլոգիական ծրագրի համար կամ 1-866-421-8629 վարքային առողջապահական ծառայությունների համար՝ հոգեկան առողջության/թմրանյութերի օգտագործման դեպքում: Լրացուցիչ օգնության համար զանգահարեք կամ HMO-ի Օգնության կենտրոն 1-888-466-2219 համարով կամ Ոչ-HMO ծրագրերի համար (օրինակ՝ PPO) զանգահարեք Կալիֆոռնիայի Ապահովագրության Բաժանմունք 1-800-927-4357 համարով: **Armenian**

Cov Kev Pab Txhais Lus Uas Tsis Tau Them Nqi rau cov qhua uas nyob hauv xeev California thiab cov qhua uas nyob tawm Xeev California uas tau muaj kev pov fwm los ntawm California. Koj yeej muaj tau tus neeg txhais lus. Koj hais tau kom muab cov ntawv nyeem rau koj mloog thiab kom muab qee cov ntaub ntawv txhais ua koj hom lus xa rau. Yog xav tau kev pab, hu rau peb ntawm tus xov tooj nyob hauv koj daim yuaj ID los sis 1-800-244-6224 rau chaw pab them nqi kho mob/kho hniav los sis 1-866-421-8629 rau thov kev pab cuam kev noj qab haus huv fab kev coj cwj pwm los ntawm rau kev coj cwj pwm/kev siv yeeb tshuaj. Yog xav tau kev pab ntxiv, hu rau HMO Qhov Chaw Muab Kev Pab ntawm tus xov tooj 1-888-466-2219 los sis rau cov chaw pab them nqi kho mob uas Tsis Koom HMO (piv txwv li yog PPO) hu rau CA Lub Tuam Tsev Tswj Xyuas Txog Kev Tuav Pov Hwm ntawm 1-800-927-4357. **Hmong**

कैलिफोर्निया और कैलिफोर्निया के बाहर रहने वाले कैलिफोर्निया में जारी पॉलिसी के तहत कवर किये गए ग्राहकों के लिए **निःशुल्क भाषा सेवाएं**। आप एक दुभाषिया प्राप्त कर सकते हैं। आप इन दस्तावेजों को किसी से पढ़ा सकते हैं और कुछ दस्तावेजों को अपनी भाषा में प्राप्त कर सकते हैं। सहायता के लिए, अपने ID कार्ड पर सूचीबद्ध नंबर पर या चिकित्सीय/दंत के लिए 1-800-244-6224 पर या मानसिक स्वास्थ्य/नशे के उपयोग संबंधी सहायता के लिए 1-866-421-8629 पर कॉल करें। अधिक सहायता के लिए, HMO सहायता केंद्र पर 1-888-466-2219 पर कॉल करें या गैर-HMO योजनाओं (उदा. PPO) के लिए 1-800-927-4357 पर CA बीमा विभाग (CA Dept. of Insurance) को कॉल करें। **Hindi**

บริการภาษาโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย สำหรับลูกค้าที่อาศัยอยู่ในรัฐแคลิฟอร์เนีย และที่อาศัยอยู่นอกรัฐแคลิฟอร์เนียที่ได้รับ การคุ้มครองภายใต้กรมธรรม์ที่ออกในรัฐแคลิฟอร์เนีย คุณสามารถขอล่ามแปลภาษาได้ คุณสามารถขอให้อ่านเอกสารให้คุณฟัง และขอให้ส่งเอกสารบางส่วนถึงคุณเป็นภาษาของคุณ หากต้องการความช่วยเหลือ โปรดโทรศัพท์ถึงเราตาม หมายเลขที่ระบุไว้บนบัตรประจำตัวของคุณ หรือหมายเลข 1-800-244-6224 สำหรับบริการของ ด้านการรักษา พยาบาล/ทันตกรรมของ หรือ 1-866-421-8629 สำหรับบริการของ ด้านสุขภาพจิต/การใช้สารที่มีผลต่อจิตประสาทในทางที่ผิดปกติ หากต้องการความช่วยเหลือเพิ่มเติม โปรดโทรศัพท์ถึงศูนย์ช่วยเหลือสำหรับแผนการรักษาพยาบาลแบบ HMO ที่หมายเลข 1-888-466-2219 หรือสำหรับแผนการรักษาพยาบาลที่ไม่ใช่ HMO (เช่น PPO) โปรดโทรศัพท์ถึง Dept. of Insurance ของรัฐแคลิฟอร์เนียที่หมายเลข 1-800-927-4357 **Thai**

824713_e 8/21

請參閱背面的填表說明。

過渡照護申請表



請注意：您可能不須填寫本表

- 只有當您正在接受非簽約健康照護專業人員看診時，才要填寫本表。請查閱您的名錄或到 Cigna.com 點選「Find a doctor」(尋找醫師)，確認您的醫療服務提供者是否在您的計畫網絡內。您也可以撥打會員卡上的電話號碼，請客戶服務專員提供協助。
- 每一種病況請單獨使用一份表格。可影印使用。必要時可附上額外資訊。

| | | | |
|------|-----------|----------------|---|
| 雇主 | 保單編號 | 員工投保日期(月/日/年) | |
| 員工姓名 | 會員卡號碼： | | 公司電話 |
| 住家地址 | 街道 | 城市 | 州 郵遞區號 |
| 住家電話 | 住家地址 | | 住家電話 |
| 病患姓名 | 病患的社會安全號碼 | 病患的出生日期(月/日/年) | 與員工的關係 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 眷屬 <input type="checkbox"/> 本人 |

- 病患是否懷孕？ 是 否
- 如為是，預產期在什麼時候？_____ (月/日/年)
- 是否要求輸液或注射藥物？ 是 否
如為是，請列出輸液或注射藥物的名稱 _____
- 病患目前是否正在接受急性病況或創傷治療？ 是 否
- 是否安排病患在您於我們的承保生效日期後接受外科手術或住院？ 是 否
- 病患是否正在接受化療、放射線治療、癌症治療或等待接受器官移植？ 是 否
- 病患是否因為近期的重大外科手術而正在接受治療？ 是 否
- 病患是否正在接受精神健康 / 物質使用照護？ 是 否
- 病患是否正在接受末期疾病照護？ 是 否
- 如果您對以上全部問題的答案均非「是」，則請說明病患欲申請過渡照護的病況。

11. 請填寫以下資訊。

| | | |
|-----------------|---------------|--------|
| 聯合診所名稱 | | |
| 醫療服務提供者的姓名 / 名稱 | 醫療服務提供者的電話號碼 | |
| 醫療服務提供者的專科 | | |
| 醫療服務提供者的地址 | | |
| 病患的醫療服務提供者執業的醫院 | 醫院的電話號碼 | |
| 醫院地址 | | |
| 理由 / 診斷 | | |
| 住院日期(月/日/年) | 外科手術日期(月/日/年) | 外科手術類型 |
| 正在接受的治療和預期持續期間 | | |

- 病患是否預期會在我們的承保開始時或之後住院？ 是 否
- 請列出可能會符合過渡照護福利的任何其他過渡照護需求。如果這些需求與您正在申請持續照護福利的病況不相關，您必須另外填寫一份過渡照護申請表。

我茲授權以上醫療服務提供者可提供 Cigna HealthCare of California, Inc. 或其關係企業為做成與我申請我的 Cigna 計畫所提供過渡照護福利相關之知情決定所需的任何和一切資訊和病歷。我瞭解我有權取得本授權表的一份複本。

| | |
|-------------|-----------|
| 病患、父母或監護人簽名 | 日期(月/日/年) |
|-------------|-----------|

請從此處裁切過渡照護申請表。

過渡照護申請表填寫說明

- ▶ 您必須為您或您的受撫養人希望取得過渡照護福利的每一種病況單獨填寫一份過渡照護申請表。如需更多表格，請至 **Cigna.com/customer-forms** 下載。您可使用影印本。
- ▶ 請完整回答所有問題。
- ▶ 填妥的表格必須由已為其申請過渡照護福利的病患簽名。如病患為未成年人，監護人必須在表格上簽名。
- ▶ 為能確保及時審查您的申請案，請儘速將表格交回。**您應儘快申請過渡照護福利，而且最好是在承保生效日期後 30 至 60 天內申請。**填妥的表格應標示為「保密」並交到以下適當地址。請參閱重要通知。

重要通知

第 1-7 題：如果在這幾題中您有任何問題的回答為「是」，或您因為任何其他非精神健康照護服務而繳交本過渡照護申請表，請將表格傳送至：

Cigna Health Facilitation Care Center
400 N. Brand Blvd., Suite 400
Glendale, CA 91203
傳真 (800) 558-3710

第 8 題：如果您的答案為「是」，且您正在接受**精神健康 / 物質使用服務**，而您的計畫有包括透過 Evernorth Behavioral Health of California 提供的精神健康 / 物質使用承保，請將本表格傳送至：

Evernorth Behavioral Health
400 N. Brand Blvd., Suite 400
Glendale, CA 91203
傳真 (860) 697-7985

第 9 題：請寫下您目前或所提議的治療計畫的相關資訊，以及預期您的治療將持續多久。如已安排外科手術，請寫下您外科手術的類型和所提議的日期。

第 13 題：簡短說明健康狀況。何時開始以及目前涉及的醫療服務提供者？您多久去看一次這位醫療服務提供者？請儘量具體回答。



所有 Cigna 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、Cigna HealthCare of California, Inc.、Evernorth Care Solutions, Inc. 和 Evernorth Behavioral Health of California, Inc.。Cigna 名稱、標誌和其他 Cigna 標章為 Cigna Intellectual Property, Inc. 所有。所有圖片僅供示意。

593689TC n CA 12/22 © 2022 Cigna。部分內容經授權提供。