



## 上訴或申訴表格

如果您對您的 Humana 計畫或您的護理的任何方面有投訴或上訴，我們希望聆聽您的意見，並為您提供解決方案。您可以使用此表格告知我們發生了什麼以及您的感受。請提供完整的資訊，以便我們可以將您的問題傳達給最能為您提供幫助的工作人員。

請將此表格以及任何證明文件（如收據、醫療記錄或醫生的信函）郵寄或傳真至以下地址：

位址：Humana Grievance and Appeals Department 傳真號碼：888-556-2128  
P.O.Box 14165  
Lexington, KY 40512 - 4165

### 1. 誰是會員？

會員姓名（名字和姓氏）		
Humana 會員編號：		會員出生日期（年/月/日）
代表會員行事的人（若非會員本人）		
街道地址		城市
州	郵遞區號	電話號碼（含地區代碼）

### 2 具體是什麼問題？

首先，請告知我們具體關於什麼方面：

- 藥物
- 醫療服務（或醫療設備）
- 與特定醫療服務或藥物無關的問題

對於特定的醫療服務或藥物，請提供詳細資訊：

服務或藥物
提供者（醫生、設施、開處方者）



您的上訴是否需要加急？加急上訴僅適用於尚未提供的服務，並且您和您的提供者認為等待標準決定可能會嚴重損害您的生命、健康或恢復最大功能的能力。若希望處理加急上訴，我們需要您的提供者提供一份聲明，說明需要加急處理的原因。

如果您需要在 72 小時內做出加急決定，並且您有提供者的支援聲明文件，請勾選此選項框。

### 3 您是否需要指定一名代表？

如果您是代表自己行事的會員，請跳過此部分。

如果您不是該會員，並且不確定您是否有權代表該會員與 Humana 合作，請與該會員一起填寫本部分的內容。（注意：如果您是提供者或法定代表人，則需要填寫一份獨立的代表人士表格，此表格可在[此處](#)獲取。）

會員的 Medicare 編號或 HICN（在會員的 Medicare 卡上）		
代表姓名（名字和姓氏）		與會員的關係
街道地址		城市
州	郵遞區號	電話號碼（含地區代碼）

### 4 簽署並提交

\_\_\_\_\_  
會員簽名（或處方醫生）日期

\_\_\_\_\_  
授權代表簽名（如果您填寫了第 3 部分）日期

感謝您抽出寶貴時間告知我們此問題。如果我們有任何問題，我們將與您聯絡，並在完成對問題的調查後立即回復您。

