State of California - Health and Human Services Agency
Department of Managed Health Care
IMR APPLICATION/COMPLAINT FORM - SIMPLIFIED CHINESE
DMHC 20-224 New: 11/15 Rev: 09/24

独立医疗审核 (IMR) 申请/投诉表格

重要信息

您可以在线提交独立医疗审核 (Independent Medical Review, IMR) 申请书/投诉表格 (IMR Application/Complaint Form)，网址为www.DMHC.ca.gov

- **免费**：IMR/投诉流程免费。
- **快速**：IMR通常在45天内做出决定，如存在紧急健康问题，时间可缩短至7天内。
- **成功**：约百分之72的患者通过IMR获得了申请的服务。
- **终局性**：健康保险计划必须遵循IMR的裁定，并且尽快提供服务。

患者信息

名字_____中间名首字母___姓氏_____

患者出生日期（月/日/年）_____性别：☐男☐女 ☐其他_____

家长或监护人姓名（如代未成年子女提交）_____

街道地址_____

市_____州_____邮编_____

主要电话号码_____次要电话号码_____

电子邮箱_____

您是否希望通过此电子邮箱接收通讯/通信？ ☐是☐否

健康保险计划名称_____患者会员编号_____

医疗团队名称（若入保医疗团队）_____

雇主_____

您是否希望他人为您提供投诉方面的帮助？ ☐是☐否

若是，请填写随附的“Authorized Assistant Form（授权协助人表格）”

您是否享有Medi-Cal？ ☐是☐否

若是，您是否已提交Request for a State Fair Hearing（州公平听证会申请）？ ☐是☐否

您是否享有Medicare或Medicare Advantage？ ☐是☐否

独立医疗审核 (IMR) 申请/投诉表格

您是否已向您的健康保险计划提出投诉或申诉？ ☐ 是 ☐ 否

您是否想就您已获得的医疗保健服务获得付款？ ☐ 是 ☐ 否

若是，请列出服务日期与医疗服务提供者姓名：

您的健康问题 （如有需要，请使用另附的纸张并附上其他文件。）

您是否希望您的健康保险计划为未来的服务付款？ ☐ 是 ☐ 否

您的病症或医生的诊断是什么（请具体说明）_____

您正在接受何种治疗/服务和/或服用哪种药物？（请具体说明）

_____

您的健康保险计划是否曾拒绝、延迟或修改您的治疗？： ☐是☐否

如是，请勾选其给出的原因：（勾选一项）

☐ 非医疗必要 ☐ 实验性或研究性 ☐ 非急诊/紧急病情
☐非急诊/紧急病情 ☐其他（请在下方说明）

_____

请列出曾针对该病症为您看诊、治疗或提供建议的基本保健医生和其他医疗服务提供者的名称和电话号码。

_____

您是否已针对您的病症就诊过任何网络外医疗服务提供者？ ☐ 是 ☐ 否

若是，请随此表格附上医疗记录。

请简要描述您在计划中遇到的问题。例如，解释说明该问题是否为治疗遭拒、未付账单、难以预约或获取药物，或者您的承保是否已被健康保险计划取消。

医疗信息披露 (MEDICAL RELEASE)

本人申请Department of Managed Health Care（统一管理医疗保健部门）（下称“本部门”）针对本人与健康保险计划之间的问题作出裁定。本人申请本部门审查本人的Independent Medical Review (IMR) Application/Complaint Form（IMR申请/投诉表格），以确定本人的投诉是否符合IMR或本部门投诉流程的标准。本人允许本人之前和现在的医疗服务提供者与计划披露本人的医疗记录与信息，以审核此问题。该等记录可能包括医疗、精神健康、药物滥用、艾滋病 (Human Immunodeficiency Virus, HIV)、诊断成像报告，以及其他与本人个案相关的记录。该等记录还可能包括非医疗记录和与本人个案相关的任何其他信息。本人允许本部门审查该等记录和信息，并将其发送给我的计划。本人的许可有效期为自下方日期起一年，法律允许的情况除外。例如，法律允许本部门继续在内部使用本人的信息。如果本人希望，本人可以提早终止许可。本人在此文件中提供的所有信息均真实无误。

患者或家长姓名（正楷）_____

患者或家长签名 _____ 日期 _____

邮寄或传真信息请参阅说明页。

仅用于统计信息

独立医疗审核 (IMR) 申请/投诉表格

您需要自愿提供以下信息。提供此信息将有助于本部门确定问题的类型。《健康与安全法》(Health and Safety Code) 第1374.30条授权本部门出于调查和统计目的获取此信息。提供这些信息是非强制性的，并且不会以任何方式影响IMR或投诉裁定。

首选语言：_____

您是否希望我们以您的首选语言与您进行沟通/通信？ ☐是

种族/民族：_____

State of California - Health and Human Services Agency
Department of Managed Health Care
AUTHORIZED ASSISTANT FORM - SIMPLIFIED CHINESE
DMHC 20-160 New: 04/06 Rev: 01/20

DEPARTMENT OF Managed Health Care

授权协助人表格 (AUTHORIZED ASSISTANT FORM)

- 如果您想许可其他人士协助您进行独立医疗审核 (IMR) 或投诉，请填写下方的A部分和B部分。
- 如果您以家长或合法监护人的身份为未满18岁的子女填写IMR或投诉表格，则您无需填写此表。
- 如果您为一位因无能力或丧失行为能力而无法填写此表格的患者提交IMR或投诉，并且您有法定权限可代表该患者行事，请仅填写B部分。亦请附上一份医疗保健决定授权书副本或其他说明您可为该患者做出决定的文件。

A部分：由患者填写

本人允许下方B部分的具名人士协助本人处理已向Department of Managed Health Care（统一管理医疗保健部门）（下称“本部门”）提交的IMR或投诉。本人允许本部门和IMR工作人员与下述人士分享与本人病症和护理相关的信息。此等信息可能包括精神健康治疗、HIV治疗或测试、酒精或药物治疗或其他医疗保健信息。

本人理解，分享的信息仅限与本人的IMR或投诉相关的信息。

本人自愿批准此协助并且本人拥有终止权。如果本人希望终止此批准，本人必须通过书面形式终止。

患者姓名（正楷）_____

患者签名_____日期_____

B部分：由协助患者的人士填写

协助人姓名（正楷）_____

地址_____

市_____州_____邮编_____

与患者的关系_____

主要电话号码_____次要电话号码_____

电子邮箱 _____

独立医疗审核 (IMR) 申请/投诉表格

☐ 本人的医疗保健决定授权书和其他法律文件已附上。

IMR申请/投诉表格说明页

如果您有疑问，请致电帮助中心，电话：1-888-466-2219或TDD专线：1-877-688-9891。此为免费电话。

提交前：

在多数情况下，您必须先完成您健康保险计划的投诉或申诉流程，然后您方可向本部门提交投诉或IMR申请。您的计划应在30天内做出裁定，如果您的问题对您的健康存在紧迫的严重威胁，则该时间缩短至3天。

如果您的计划因为您的治疗属于实验/研究性质而拒绝，您无需在提交IMR申请前使用您计划的投诉或申诉流程。

在您的健康保险计划就您的上诉发出书面回复后，您必须在六个月内申请IMR。如果本部门确定您由于某些情况无法及时提交申请，可以在六个月后接受您的申请。请知悉，如果您决定不针对符合IMR标准的问题向本部门提出投诉，您可能会放弃针对您要求的服务或治疗对您的计划提出法律诉讼的权利。

如何提交：

1. 在线提交：www.DMHC.ca.gov。[这是最快的方式。]
   或者
   填写并签署此IMR申请/投诉表格。
2. 如果您希望其他人士帮助您进行IMR或投诉，请填写授权协助人表格。
3. 如果您有来自***网络外****医疗服务提供者*的医疗记录，请将其附在您的IMR申请/投诉表格后。您的计划将提供来自网络内医疗服务提供者的医疗记录。
4. 您可提供其他文件，以支持您的申请。但是，无需提供您与您的计划之间有关此投诉的任何文件或通信。本部门将在调查过程中，直接从您的计划获取该等信息，作为调查的一部分。
5. 如果您不是通过在线提交，请将您的表格和任何证明文件邮寄或传真至：

   Department of Managed Health Care Help Center
   980 9th Street, Suite 500
   Sacramento, CA 95814-2725
   传真：916-255-5241

下一步会发生什么？

帮助中心将在七天内向您致函，告知您是否符合IMR的标准。如果帮助中心裁定您的投诉符合IMR的标准，您的个案会被分配给将执行此审核的州级承包商。州级承包商也称为独立医疗审核组织(Independent Medical Review Organization, IMRO)。帮助中心掌握的与您的投诉有关的所有信息，包

IMR申请/投诉表格说明页

括您的医疗记录，都将发送给IMRO。IMRO通常将在30天内做出裁定，或者如果您的个案很紧急，裁定将在七天内做出。您将收到有关裁定的书面通知。

如果其裁定您的投诉应通过消费者投诉流程进行审核，则有关您问题的裁定将在30天内作出。您将收到有关裁定的书面通知。

依照《1977年信息惯例法》(Information Practices Act of 1977)（《加州民法》(California Civil Code) 第1798.17条），需提供以下通知。

- 加州《Knox-Keene法》(Knox-Keene Act) 授予本部门监管健康保险计划和调查健康保险计划会员投诉的权利。
- 本部门的帮助中心使用您的个人信息，用于调查您提出的关于您计划的问题并提供IMR（如果您符合标准）。
- 您自愿向本部门提供此等信息。您并非必须提供此等信息。但是，如果您不提供此等信息，本部门可能无法调查您的投诉或提供IMR。
- 必要时，本部门可与进行IMR的计划和医疗服务提供者共享您的个人信息。
- 本部门也可能会根据法律要求或在法律许可的情况下，与其他政府机构分享您的信息。
- 您有权查看您的个人信息。如要查看个人信息，请联系本部门的记录申请协调员，地址：Department of Managed Health Care, Office of Legal Services, 980 9th Street Suite 500, Sacramento CA 95814-2725，或致电916-322-6727。