

獨立醫療審查申請 (IMR) / 投訴表格

重要資訊

您可以上網提交您的 IMR 申請/投訴表格，網址：www.HealthHelp.ca.gov

- ❖ 免費：IMR/消費者投訴過程免費受理。
- ❖ 快速：IMR 一般在 30 天內決定，如有緊急健康問題則 7 天內決定。
- ❖ 成功：接近 60% 的病人通過 IMR 得到所請求的服務。
- ❖ 最終決定：保健計劃必須遵循 IMR 的決定並及時提供服務。

病人資料

名_____ 中間名首字母_____ 姓_____

病人出生日期 (日/月/年)_____ 性別：男 女

未成年子女申請，家長或監護人的姓名_____

街道地址_____

城市_____ 州_____ 郵遞區號_____

日間電話號碼_____ 夜間電話號碼_____

電郵地址_____

保健計劃名稱_____ 病人的會員號碼_____

醫療組名稱(如果注冊在一個醫療小組)_____

雇主_____ 無職業

您是否需要別人幫助辦理投訴？ 是 否

如果是，請填寫附上的「授權助理表格」。

您參加Medi-Cal(加利福尼亞州醫療補助計劃)嗎？ 是 否

如果是，你有申請州公平聽證嗎？ 是 否

您參加Medicare(聯邦醫療保險)或Medicare Advantage(聯邦醫療保險優先計劃)嗎？ 是 否

您有沒有提交過投訴或申訴您的保健計劃？ 是 否

您是否要求支付您已接受的服務？ 是 否

如果是，列出所有服務的日期，以及供應者的名字：

您是否要求授權未來的服務呢？ 是 否

您的日常活動需要幫助，或認為自己有殘疾？ 是 否

獨立醫療審查申請 (IMR) /投訴表格

您的健康問題 (如有需要, 請用另頁和附加其他文件)。

您的醫療情況或醫生的診斷是什麼? (請具體說明) _____

您要求什麼治療/服務和/或藥物呢? (請具體說明)

您的保健計劃有否表示您想要的治療是 (選擇一項):

- 沒有必要醫療 試驗或研究性
 不是緊急 其他 (請在下面說明)

列出您的初級保健醫生和其他為您這個情況看視, 治療, 或指導您的供應者的名字和電話號碼。

因為您的情況, 您有見過網絡外醫療服務供應者嗎? 是 否

如果是, 請在該表格附加醫療記錄。

簡要地描述您對保健計劃的問題。 例如, 解釋您的問題是被拒絕處理, 未支付索賠, 約時間或領取藥物有困難, 或者您的保健計劃已經取消了您的承保範圍。

病歷授權書

我請求保健管理部(DMHC)為我的保健計劃問題作出決定。 我請求DMHC審查我的獨立醫療審查 (IMR) 申請/投訴表格, 以確定我的投訴是否具有 IMR 或DMHC消費者投訴過程的資格。 我允許我以往和目前的供應者及保健計劃因審查這一問題提供我的醫療記錄和資料。 這些記錄可能包括醫療, 心理健康, 藥物濫用, 愛滋病毒, 影像學的診斷報告和其他有關我的情況的記錄。 這些記錄還可能包括非醫療記錄和任何其他有關我的情況的資訊。 我允許DMHC審查這些記錄和資料, 並發送到我的保健計劃。 我的允許將於下述日期一年後結束, 法律所允許的除外。 例如, 法律允許DMHC繼續在內部使用我的資訊。 如果我願意, 我可以提早結束我的允許。 我在本表格中提供的所有資訊全是事實。

病人或家長簽名 _____ 日期 _____

請參閱說明書的郵寄或傳真資訊。

僅作統計資訊所用

您被要求自願提供以下的資訊。 提供此資訊將會幫助DMHC識別任何問題的模式。 健康和安代碼 1374.30 授權予DMHC獲取此資訊作為研究和統計之用。 提供此資訊是可選的, 並且不會以任何方式影響IMR或投訴的決定。

主要語言: _____

選擇不提供

種族/傳統族裔: _____

選擇不提供

授權助理表格

- 如果您想給予另一個人許可權，以協助您辦理獨立醫療審查 (IMR) 或投訴，請填寫以下的A和B部分。
- 如果您是家長或法定監護人，替 18 歲以下的一個孩子提交本 IMR 或投訴，您並不需要填寫此表。
- 如果您替另一位病人填寫本 IMR/投訴表，而該病人無能力或喪失勞動能力，並且你有法定權力代表該病人行事，請僅完成 B 部分。並附上一份保健授權委託書的影印本或其他說明您有權為該病人做決定的文件。

A 部分：病人

我允許下面 B 部分指名的人士幫助我處理我提交給保健管理部(DMHC)的 IMR 或投訴。我允許 DMHC 和 IMR 的工作人員將我的醫療條件和醫療資訊提供給以下指名的人士。此資訊可能包括心理健康治療，愛滋病毒治療或測試，酒精或藥物治療，或其他保健資訊。

我明白，只有與我的 IMR 或投訴相關的資訊才會被提供。

批准這種援助是自願的，我有權終止它。如果我想終止它，我必須以書面形式提出。

病人簽名_____ 日期_____

B 部分：病人的協助者

協助者姓名(請用印刷字體書寫)_____

協助者簽名_____

街道地址_____

城市_____ 州_____ 郵遞區號_____

與病人的關係_____

日間電話號碼_____

夜間電話號碼_____

電郵地址_____

附加我的保健決策授權委託書或其他相關的法律文件。

IMR 申請/投訴表格說明書

如有任何疑問，請致電支援中心，電話 466-2219 或 TDD (聽障者專用電話) 688-9891。電話是免費的。

提交之前：

通常，在向 DMHC 提交投訴以前，您必須完成您保健計劃的投訴或申訴程序。您的保健計劃必須在 30 天內給您做出決定；若您的問題對您的健康構成緊急而嚴重的威脅，則為 3 天。

如果保健計劃拒絕了您的治療，因為其為實驗性/研究性的，則在向 IMR 提交申請以前，您不需要透過您計劃的投訴或申訴程序。

您必須在您的保健計劃就您的上訴給你寄送書面回復後六個月內申請 IMR。若存在導致您無法及時提交的情況時，DMHC 可能會在六個月後接受您的申請。請務必注意，如果您決定不向 DMHC 投訴一個具有符合 IMR 資格的事項，您可能放棄了您所請求的服務或治療而對您的保健計劃採取法律行動的權利。

如何提交：

1. 上網提交，網址 www.HealthHelp.ca.gov。這是最快的方法。
或
填寫並簽署附上的 IMR 申請/投訴表。
2. 如果您需要別人幫助您辦理 IMR 或投訴，請填寫「授權助理表格」。
3. 如果您有來自 **網絡外醫療服務供應者**的醫療記錄，請在您的 IMR 申請/投訴表內包括它們。您的保健計劃將提供網絡內醫療服務供應者的醫療記錄。
4. 您可以包括其他支持您的請求的文件。但是，沒有必要提供任何您和您的保健計劃有關這投訴的文件或信函。DMHC 將直接從您的保健計劃獲取此資訊，作為調查的一部份。
5. 如果您不在網上提交，請用郵政或傳真把您的表格和任何輔助文件寄至：
DMHC Help Center
980 9th Street, Suite 500
Sacramento, CA 95814-2725
傳真：916-255-5241

下一步會發生什麼？

支援中心將在七天之內發信給您，通知您是否具有 IMR 的資格。如果確定您的投訴具有 IMR 的資格，您的個案將會分配給一個本州的承包人進行審查。本州的承包人也被稱為獨立醫療審查組織 (IMRO)。所有支援中心擁有與您的投訴相關的資訊，包括您的醫療記錄，將被發送到 IMRO。IMRO 通常在 30 天內作出決定，如您的情況緊急則 7 天內決定。您將會收到有關決定的書面通知。

如果確定您的投訴應當通過消費者投訴過程的審查，將在 30 天內作出有關您的問題的決定。您將會收到有關決定的書面通知。

1977年資訊處理法案(加州民法代碼1798.17)要求通知如下。

- 加州 Knox-Keene (諾克斯-基恩)法賦予 DMHC 規管保健計劃和調查保健計劃成員投訴的權利。
- DMHC 支援中心使用您的個人資料調查您的保健計劃問題，並提供 IMR 如果您有 IMR 資格。
- 提供這些資訊給 DMHC 是自願的。您沒有必要提供這些資訊。但是，如果你不提供這些資訊，DMHC 可能無法調查您的投訴或提供 IMR。
- 如有需要，DMHC 可能會將您的個人資料提供給保健計劃或調查 IMR 的供應者。
- DMHC 也可以根據法律要求或准許，將您的個人資料提供給其他政府機構。
- 您有權參閱您的個人資料。如欲參閱您的個人資料，請聯繫 DMHC 的記錄請求協調員，法律服務辦公室，980 9th Street Suite 500, Sacramento CA 95814-2725, 或致電 916-322-6727。