

独立医疗审查 (IMR) 申请/投诉表

重要信息

您可以在线提交独立医疗审查 (IMR) 申请/投诉表, 网址: www.DMHC.ca.gov

免费: 独立医疗审查/投诉处理流程不收取任何费用。

快速: 独立医疗审查通常在45日内出具审查结果, 如遇紧急健康问题则缩短至7日。

成功: 约 **73%** 的患者通过独立医疗审查成功获得所申请的服务。

终局性: 医保计划必须遵守IMR决定, 并及时提供相关服务。

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 _____

城市 _____ 州 _____ 邮编 _____

主要联系电话 _____ 备用联系电话 _____

电子邮箱 _____

您是否希望通过此电子邮箱接收通讯/往来文书? 是 否

医保计划名称 _____ 患者会员编号 _____

医疗集团名称 (若已加入医疗集团) _____

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《协助人授权书》。

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

您是否已向您的医保计划提出投诉或申诉? 是 否

您是否希望 (医保计划) 为您已获得的医疗服务支付费用? 是 否

若是, 请列出服务日期与医疗服务方的名称:

病情描述

(如有需要, 可另附页说明, 并随附其他相关文件)

您是否希望 (医保计划) 支付后续的服务费用? 是 否

您的病情或医生诊断（请具体说明）_____

申请的治疗项目/医疗服务和/或药品（请具体说明）

您的医保计划是否曾拒绝、延迟或修改您的治疗方案？ 是 否

若是，请勾选给出的理由：（单选）

- 缺乏医疗必要性 属实验性或研究性疗法
非急诊/紧急病情 其他（请在下方说明）

请列出您的主治医生以及曾针对此病情为您进行诊察、治疗或提供建议的其他医疗提供者的名称及电话：

您是否曾为您的病情咨询过网络外的医疗保健提供者？ 是 否

若是，请随本表一并提交病例记录。

请简要陈述您与医保计划之间的争议事由。例如，说明问题是治疗被拒、账单未付、预约或取药困难，还是您的保险已被健康计划取消。

医疗信息授权书

本人申请 **Department of Managed Health Care**（加州医疗保健管理部门，以下简称“本部门”）就本人与医保计划之争议作出裁决。本人要求本部门审阅我的《独立医疗审查（IMR）申请/投诉表》，以明确我的投诉是否符合独立医疗审查或部门投诉程序的受理标准。本人特此允许本人现任及既往医疗服务方及本人的医保计划，为配合本案审查之需，披露本人的医疗记录与信息。该等记录可能包括医疗、心理健康、物质滥用、人类免疫缺陷病毒（HIV）、诊断成像报告，以及其他与本人个案相关的记录。该等记录可能还包括非医疗记录和与本人个案相关的任何其他信息。本人允许本部门审阅上述记录与信息，并可将其发送至我的医保计划。本授权自下方签署之日起一年内有效，法律法规另有规定者除外。例如，依据法律，本部门有权在内部继续使用我的信息。本人保留随时提前终止本授权的权利。本人在本表所填信息均真实无误。

患者或家长姓名（工整书写）_____

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

请您自愿提供以下信息。这些资料将有助于本部门识别问题的规律性。根据《健康与安全法典》（**Health and Safety Code**）第1374.30条款授权，本部门可收集此类信息用于研究和统计之目的。此项信息为选填内容，填写与否不会对独立医疗审查或投诉处理结果产生任何影响。

首选语言：_____

希望我们使用您的首选语言进行沟通/文书往来？ 是 否

种族/族裔：_____

协助人授权书

- 如果您想授权他人协助您办理独立医疗审查（IMR）或投诉事宜，请填写下方A、B两部分内容。
- 如果您是作为家长或法定监护人代未满18岁的子女提交独立医疗审查或投诉，则无需填写此表。
- 如果因患者无行为能力或丧失行为能力无法自行填表，而您具有为该患者决策的法定权限，请仅填写B部分。此外，请随附一份医疗决策授权委托书或其他证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 B 部分中的具名人士协助本人处理我向 Department of Managed Health Care（加州医疗保健管理部门，以下简称“本部门”）提交的独立医疗审查或投诉事宜。本人允许本部门和独立医疗审查工作人员，向下文具名人士共享本人的健康状况及诊疗信息。所涉信息可能包括心理健康治疗、HIV 治疗或检测、酒精或药物治疗及其他医疗保健信息。

本人知悉，共享信息仅限与本人独立医疗审查或投诉相关的信息。

本授权系基于本人自愿，且本人有权终止授权。如欲终止授权，本人必须以书面形式终止。

患者姓名（工整书写）_____

患者签名_____日期_____

B部分：由患者协助人填写

协助人姓名（工整书写）_____

地址_____

城市_____州_____邮编_____

与患者的关系_____

主要联系电话_____备用联系电话_____

电子邮箱_____

本人的医疗决策授权委托书及其他法律文件已附上。

独立医疗审查申请/投诉表说明页

如有疑问，请拨打 Help Center 电话：1-888-466-2219，或听障专线（TDD）：1-877-688-9891。此电话服务免费。

申请前须知：

在大多数情况下，您必须先完成医保计划的投诉或申诉流程，才能向本部门提出投诉或独立医疗审查申请。您的医保计划必须在 30 天内作出处理决定；若争议问题对您的健康构成直接严重威胁，则须在 3 日内作出处理决定。

若您的治疗方案因被认定为实验性/研究性疗法而遭医保计划拒绝，则无需经过该医保计划的投诉或申诉流程，可直接提交独立医疗审查申请。

请务必在医保计划就您的上诉发出书面答复后六个月内提交独立医疗审查申请。逾期申请经查实确系特殊情况所致的，仍可获本部门受理。请注意，若您符合独立医疗审查申请条件却放弃向本部门投诉，可能意味着您放弃了就相关服务或治疗对医保计划追究法律责任的权利。

申请方式：

1. 通过 www.DMHC.ca.gov 在线提交【这是最快捷的方式】。

或者

填写《独立医疗审查 (IMR) 申请/投诉表》并署名。

2. 如需他人帮助您办理独立医疗审查或投诉事宜，请另行填写《协助人授权书》。
3. 如果您持有**网络外的**医疗保健提供者出具的病例资料，请在《独立医疗审查 (IMR) 申请/投诉表》中随附该病历资料。网络内的医疗保健提供者的病历将由您的医保计划负责提供。
4. 您可随函提交其他证明材料。但是，无需提供您与医保计划就此投诉产生的任何文件或往来文书。本部门将在调查过程中，直接向医保计划调取该等资料。
5. 如果不是在线提交，请将表格及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

后续流程说明

Help Center（帮助中心）将在七日内向您发出 IMR 资格审核结果通知。若确认您的投诉符合 IMR 受理标准，案件将移交至州政府合约机构开展专业审查。州政府合约机构即“Independent Medical Review Organization”（IMRO）。帮助中心持有的全部投诉相关材料（包括您的医疗记录）将移送至独立医疗审查组织。独立医疗审查组织通常在 30 日内出具审查结果；紧急案件则缩短至 7 日。您将以书面形式收到处理结果。

如认定您的投诉适用于消费者投诉（Consumer Complaint）程序，相关问题将在 30 日内给出处理结果。您将以书面形式收到处理结果。

根据《1977 年信息实践法案》（《加州民法典》第 1798.17 条）规定（The Information Practices Act of 1977 (California Civil Code Section 1798.17)），需提供以下通知。

- 加州《Knox-Keene 法案》授予本部门依法行使对医保计划实施监管及调查医保计划参保人员投诉之权利。
- 本部门的 Help Center 将使用您的个人信息，调查您与医保计划的争议，并在您符合条件时提供独立医疗审查服务。
- 您向本部门提供上述信息纯属自愿，并无强制性要求。但是，如果不提供此等信息，可能导致本部门无法对您的投诉展开调查或提供独立医疗审查服务。
- 本部门将根据审查需要，与医保计划及独立医疗审查机构共享您的个人信息。
- 本部门也可能会根据法律要求或在法律许可的情况下，与其他政府机构共享您的信息。
- 您有权查阅自己的个人信息。如需查阅个人信息，请联系：Department Records Request Coordinator, Department of Managed Health Care, Office of Legal Services, 980 9th Street Suite 500, Sacramento CA 95814-2725，或致电：916-322-6727