

獨立醫療審查 (IMR) 申請/投訴表

重要資訊

您可於線上提交獨立醫療審查 (IMR) 申請/投訴表，網址：www.DMHC.ca.gov

- ❖ **免費：**獨立醫療審查及投訴處理流程不收取任何費用。
- ❖ **快速：**獨立醫療審查通常在45日內出具審查結果，緊急情況則縮短至7日。
- ❖ **高成功率：**約73%的患者透過獨立醫療審查成功獲得所申請的醫療服務。
- ❖ **終局性：**醫療保險計劃必須遵循IMR決定，並及時提供相關服務。

患者資訊

名字 _____ 中間名首字母 _____ 姓氏 _____

患者出生日期 (月/日/年) _____ 性別：男 女 其他 _____

家長或監護人姓名 (如代未成年子女提交申請) _____

街道地址 _____

城市 _____ 州 _____ 郵遞區號 _____

主要聯絡電話 _____ 備用聯絡電話 _____

電郵地址 _____

您是否希望透過此電子郵箱接收通訊/往來文書？ 是 否

醫療保險計劃名稱 _____ 患者會員編號 _____

醫療團體名稱 (若已加入醫療團體) _____

雇主 _____

您是否希望他人協助處理投訴事宜？ 是 否

若「是」，請填寫隨附的「協助人授權書」。

您是否享有Medi-Cal？ 是 否

若「是」，請問是否已提交Request for a State Fair Hearing「州公平聽證會申請」？ 是 否

您是否享有 Medicare 或 Medicare Advantage？ 是 否

您是否已向醫療保險計劃提出投訴或申訴？ 是 否

您是否希望 (醫療健保計劃) 為您已獲得的醫療服務支付費用？ 是 否

若「是」，請列出服務日期與醫療服務提供者名稱：

病情描述

(如有需要，可另附頁說明，並隨附相關文件)

您是否希望醫療保險計劃支付後續治療費用？ 是 否

您的病情或醫生診斷（請具體說明）_____

申請的治療項目/醫療服務和/或藥品（請具體說明）

您的醫療保險計劃是否曾拒絕、延遲或修改您的治療方案？ 是 否

若「是」，請勾選醫療保險計劃提供的理由（單選）：

- 缺乏醫療必要性 屬實驗性或研究性療法
非緊診/緊急病情 其他（請在下方說明）

請列出您的主治醫生以及曾針對此病情為您進行診察、治療或提供建議的其他醫療提供者的名稱及電話：

您是否曾因您的病情諮詢過網路外的醫療保健提供者？ 是 否

若「是」，請隨本申請表一併提交相關病歷記錄。

請簡要陳述您與醫療保險計劃之間的爭議事由。例如：請說明問題是治療被拒、帳單未付、預約或取藥困難，還是您的醫療保險計劃已取消您的保險。

醫療資訊授權書

本人要求Department of Managed Health Care（以下簡稱「本部門」）就本人與醫療保險計劃之爭議作出裁決。本人要求本部門審閱本《獨立醫療審查（IMR）申請/投訴表》，以判定本人的投訴是否符合獨立醫療審查或部門投訴程序之受理標準。本人特此允許本人現任及既往醫療服務方及本人的醫療保險計劃，為配合本案審查之需，披露本人的醫療記錄與資訊。前述紀錄可能包含醫療、心理健康、物質濫用治療、人類免疫缺陷病毒（HIV）檢測、診斷影像報告及其他與本案相關之資料；亦可能涵蓋非醫療紀錄及其他與本案相關之任何資訊。本人授權本部門審閱前述紀錄與資訊，並可將其發送給我的醫療保險計劃。本授權自下方簽署日起一年內有效，除法律允許外。例如，依據相關法律，本部門有權於內部持續使用我的資訊。本人保留隨時提前終止本授權的權利。本表所填報資訊均屬真實無誤。

患者/家長姓名（請以正楷書寫）_____

患者/家長簽名_____ 日期_____

郵寄或傳真資訊請參閱說明頁。

此部分資訊僅供統計使用

請您自願提供以下資訊，這將有助於本部門識別任何問題的規律性。依據《健康與安全法典》（Health and Safety Code）第1374.30條授權，本部門有權收集此類資訊用於研究與統計目的。此項資訊為選填內容，填寫與否不影響獨立醫療審查或投訴處理之結果。

首選語言：_____

是否希望我們使用您的主要語言進行溝通與文書往來？ 是 否

種族/族裔：_____

協助人授權書

- 若您需授權他人協助辦理獨立醫療審查（IMR）或投訴事宜，請填寫下方A、B兩部分內容。
- 若您是作為家長或法定監護人代未滿18歲的子女提交獨立醫療審查或投訴，則無需填寫此表。
- 若患者因無行為能力或喪失行為能力無法自行填表，而您具有為該患者決策的法定權限，請僅填寫B部分。此外，請隨附一份醫療決策授權委託書或其他證明您可為該患者做出決定的文件。

A部分：由患者填寫

本人授權 B 部分所載之指定人士，協助處理本人向 Department of Managed Health Care（以下簡稱「本部門」）提交的獨立醫療審查（IMR）或投訴事宜。本人同意本部門及 IMR 工作人員，向該指定人士提供與本人健康狀況及診療相關的資訊。前述資訊可能包含心理健康治療、HIV 檢測或治療、酒精或藥物治療，以及其他醫療保健資訊。

本人知悉，共用資訊僅限與本人獨立醫療審查或投訴相關的資訊。

本授權係基於本人自願，且本人有權隨時終止此授權。如欲終止授權，本人須以書面形式作出終止。

患者姓名（請以正楷書寫）_____

患者簽名_____日期_____

B部分：由患者協助人填寫

協助人姓名（請以正楷書寫）_____

地址_____

城市_____州_____郵遞區號_____

與患者的關係_____

主要聯絡電話_____備用聯絡電話_____

電郵地址_____

醫療決策授權委託書及相關法律文件已隨附提交。

獨立醫療審查申請/投訴表說明頁

如有疑問，請撥打 Help Center 專線：1-888-466-2219，或 TDD 專線（TDD）：1-877-688-9891。此電話服務免費。

申請前須知：

在大多數情況下，您必須先完成醫療保險計劃的投訴或申訴流程，方可向本部門提出投訴或獨立醫療審查申請。您的醫療保險計劃必須在 30 天內作出處理決定；若爭議問題對您的健康構成直接嚴重威脅，則須在 3 天內完成處理。

若您的治療方案因被認定屬實驗性/研究性療法而遭醫療保險計劃拒絕，則無需經過其投訴或申訴流程，可直接提交獨立醫療審查申請。

請務必於醫療保險計劃就您的上訴發出書面答覆後六個月內提交獨立醫療審查申請。若經查證確認逾期申請確因特殊情況所致，本部門仍可予以受理。請注意，若您符合 IMR 申請條件卻放棄向本部門投訴，可能意味著您放棄了就相關醫療服務向醫療保險計劃追究法律責任的權利。

申請方式：

1. 透過 www.DMHC.ca.gov 線上提交【此為最快捷途徑】。

或者

填寫並簽署《獨立醫療審查（IMR）申請/投訴表》。

2. 若需他人協助辦理獨立醫療審查或投訴事宜，請另行填寫《協助人授權書》。
3. 如您持有**網絡外**的醫療提供者開具的病歷資料，請隨申請表一併附上。網絡內的提供者的病歷將由您的醫療保險計劃負責提供。
4. 您可隨申請補充其他輔助證明材料，但無需提交您與醫療保險計劃就本投訴事宜產生的往來文書或相關文件。此類資料將由本部門在調查過程中直接向醫療保險計劃調取。
5. 若不是線上提交，請將表格及證明文件郵寄或傳真至：

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

後續流程說明

Help Center 將於七日內向您寄送獨立醫療審查（IMR）資格審核結果通知。若確認您的投訴符合 IMR 受理標準，案件將移交至州政府合約機構進行專業審查。該州政府合約機構即為「Independent Medical Review Organization」（IMRO）。

Help Center 持有的全部投訴相關材料（包括您的醫療記錄）將移送至 IMRO。IMRO 通常於 30 日內出具審查結果，緊急案件則縮短至 7 日。結果將以書面形式送達您本人。

若認定您的投訴適用「消費者投訴」（Consumer Complaint）程序，相關問題將於 30 日內完成處理。結果同樣以書面形式通知

依據《1977 年資訊實踐法案》（《加州民法典》第 1798.17 條）規定（The Information Practices Act of 1977 (California Civil Code Section 1798.17)），需向您提供以下告知事項：

- 加州《Knox-Keene 法案》授權本部門對醫療保險計劃行使監管職權，並受理參保人員之投訴調查。
- 本部門的 Help Center 將使用您的個人資料，用於調查您與醫療保險計劃之間的爭議，並在您符合條件時提供獨立醫療審查服務。
- 您向本部門提供上述資訊純屬自願，並無強制性要求。但若未能提供相關資訊，可能導致本部門無法對您的投訴進行調查或提供獨立醫療審查服務。
- 本部門將依審查需要，與您的醫療保險計劃及獨立醫療審查組織共享您的個人資料。
- 本部門亦可能依法規要求或允許，與其他政府機構共享您的資訊。
- 您有權查閱自己的個人資料。如需查閱個人資料，請聯絡：Department Records Request Coordinator, Department of Managed Health Care, Office of Legal Services, 980 9th Street Suite 500, Sacramento CA 95814-2725，或致電 916-322-6727。