

IMR APPLICATION/COMPLAINT FORM (獨立醫療審 (IMR) 申請/投訴表格)

重要資訊

您可以線上提交您的 **IMR Application/Complaint Form (獨立醫療審 (IMR) 申請/投訴表格)**，網址：
www.HealthHelp.ca.gov

- ❖ **免費**：免費受理 IMR/消費者投訴流程。
- ❖ **快速**：IMR 一般在 45 天內決定，如有緊急健康問題則在 7 天內決定。
- ❖ **成功**：大約百分之 **68** 的病人透過 IMR 得到所請求的服務。
- **具結決定**：保健計劃必須遵循 IMR 的決定並及時提供服務。

病人資料

名字 _____ 中間名首字母 _____ 姓氏 _____

病人出生日期 (月/日/年) _____

性別: 男 女 別的 _____

家長或監護人姓名 (如果為未成年子女申請) _____

街道地址 _____

城市 _____ 州 _____ 郵編區號 _____

電話號碼 _____ 電郵地址 _____

您是否想透過此電郵地址接收通訊/信函? 是 否 如果是，您需要創立密碼以安全接收我們發送的電子郵件。

保健計劃名稱 _____ 病人的會員號碼 _____

醫療團體名稱 (如果屬於醫療團體) _____

僱主 _____

您是否希望他人幫助您辦理投訴? 是 否

如果是，請填寫隨附的「授權助理表格」。

您是否參加Medi-Cal? 是 否

如果是，您是否有要求申請State Fair Hearing (州級公平聽證會)? 是 否

您是否有參加Medicare (聯邦醫療保險) 或Medicare Advantage (聯邦醫療保險優勢計劃) ? 是 否

您是否曾向您的保健計劃提出申訴或投訴? 是 否

您是否想為您已接受的保健服務作出付款要求? 是 否

如果是，列出所有服務的日期，以及護理提供者的名字：

您的健康問題

(如有需要，請用另頁和附加其他文件。)

您是否希望您的保健計劃支付未來的服務? 是 否

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? (請具體說明) _____

您的保健計劃是否拒絕、延遲或變更您的治療? : 是 否

如果是，請選擇保健計劃所提出的原因：(選擇一項)

非醫療必須

試驗或研究性質

非急診/緊急

非承保福利

其他 (請在下面說明)

列出您的主要護理提供者以及曾為您這種狀況提供看視、治療或指導的其他護理提供者的名字和電話號碼。

您有針對您的情況見過網絡外護理提供者嗎? 是 否

如果有，請將醫療檔案隨本申請書附上。

簡要地描述您關於您的保健計劃的問題。例如，解釋您是否在被拒絕治療、不獲付款、預約醫生或領取藥物上遇到困難，或者您的承保範圍已經被您的保健計劃取消。

醫療授權書

我請求醫療保健管理部 (管理部) 為我的保健計劃問題作出決定。我請求管理部審查我的IMR Application/Complaint Form (獨立醫療審查 (IMR) 申請/投訴表格)，以確定我的投訴是否符合IMR或管理部投訴流程的資格。我允許我以往和目前的護理提供者以及保健計劃為審查這一問題而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。我允許管理部審查這些記錄和資料，並將其發送給我的保健計劃。我對此的許可將於下述日期一年後結束，法律允許的情況除外。例如，法律允許管理部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許可。我在本表格中提供的所有資訊全部屬實。

病人或家長姓名 (正楷) _____

病人或家長簽名 _____ 日期 _____

請參閱說明書查看郵寄或傳真方式。

統計資訊

您被要求自願提供以下資訊。提供此資訊將會幫助管理部識別任何問題的模式。健康及安全法第1374.30條授予管理部獲取此資訊作為研究和統計之用。提供此資訊是可選的，並不會以任何方式影響IMR或投訴的決定。

主要語言： _____

您是否希望我們使用您的主要語言與您進行通訊/通信？ 是

種族/族裔： _____

授權助理表格

- 如果您想給予他人許可權，以協助您辦理獨立醫療審查 (IMR) 或投訴，請填寫以下的A部分和B部分。
- 如果您是家長或法定監護人，為18歲以下的子女提交本IMR/投訴表格，您並不需要填寫此表格。
- 如果您替另一位病人填寫本IMR/投訴表格，而該病人無能力或喪失勞動能力，並且您有代表該病人行事的法定權力，您只需填寫B部分。並附上一份醫療護理授權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：由病人填寫

我允許下面 B 部分指定人士幫助我處理我提交給 Department of Managed Health Care (保健管理部) (管理部) 的 IMR 或投訴。我允許管理部和 IMR 的工作人員將我的醫療狀況和護理資訊提供給以下指定人士。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醫療資訊。

我理解只有與我的 IMR 或投訴有關的資訊才會被提供。

我自願同意此協助，並有權撤銷此授權書。如果我希望撤銷授權，我必須以書面形式提出。

病人姓名 (正楷) _____

病人簽名 _____ 日期 _____

B部分：由病人的協助者填寫

協助者姓名 (正楷) _____

街道地址 _____

城市 _____ 州 _____ 郵編區號 _____

與病人的關係 _____

主要電話號碼 _____

次要電話號碼 _____

電郵地址 _____

附上我的醫療護理授權書或其他相關的法律文件。

獨立醫療審查 (IMR) 申請/投訴表格說明書

如有任何疑問，請致電管理部，電話 1-888-466-2219 或 TDD (聽障者專用電話) 1-877-688-9891。電話是免費的。

提交之前：

在大多數情況下，您必須完成您的保健計劃的投訴或申訴流程，然後才能向管理部提交投訴或 IMR 申請。您的保健計劃必須在 30 天內作出決定；如果您的問題會對您的健康造成急迫和嚴重的威脅，您的保健計劃則須在 3 天之內作出決定。

如果您的保健計劃因治療屬於試驗性或研究性而拒絕您的治療，您無需在提交 IMR 申請前參與您保健計劃的投訴或申訴流程。

您必須在您的保健計劃書面回應您的上訴後六個月內申請 IMR。如有特殊情況使您無法及時提交，您仍可在六個月後提交您的申請。請務必注意，如果您決定不向管理部投訴具有 IMR 資格的問題，您可能放棄了您所請求的服務或治療，對您的保健計劃採取法律行動的權利。

如何提交：

1. 線上提交，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/投訴表格。

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」。您與您的授權助理都必須簽署此表格。
3. 如果您有來自**網絡外護理提供者**的醫療記錄，請將醫療記錄隨您的 IMR 申請/投訴表格附上。您的保健計劃將提供網絡內護理提供者的醫療記錄。
4. 您可以附上其他支援您請求的文件。但是，沒有必要提供任何您和您的保健計劃有關此投訴的文件或信函。管理部將直接從您的保健計劃處獲取此資訊，作為調查的一部分。
5. 如果您不是線上提交，請郵寄或傳真將您的表格和任何輔助文件寄至：

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

下一步會發生什麼？

管理部將確定您的個案是否具備 IMR 的資格。如果保健服務因醫療必要性或試驗性/研究性而被延遲、變更或拒絕，則此個案符合 IMR 資格。

不符合 IMR 資格的個案將透過消費者投訴流程進行處理。該等個案涉及以下問題，如：非承保福利的保健服務被拒、索賠付款糾紛、承保取消、護理品質、免賠額/自付額費用。

管理部將在七天之內發信給您，告知您是否具有 IMR 的資格。如果管理部確定您的投訴具有 IMR 的資格，您的個案將會為您分配一名本州的承保人進行審查。本州的承保人也被稱為獨立醫療審查組織。支援中心擁有與您的投訴相關的所有資訊，包括您的醫療記錄，將被發送至審查組織。審查組織通常在 45 天內作出決定，如您的情況緊急則 7 天內決定。管理部將就有關決定向您發出信函。

如果管理部確定您的投訴應當透過消費者投訴流程進行審查，則其將在 30 天內作出有關您的問題的決定。管理部將就有關決定向您發出信函。

1977 年資訊處理法案 (加州民事訴訟法典第 1798.17 條) 要求通知如下。

- 加州 Knox-Keene Act (洛克斯基恩法案) 賦予管理部規管保健計劃和調查保健計劃成員投訴的權利。
- 管理部支援中心使用您的個人資料調查您的保健計劃問題，並為具備 IMR 資格的人士提供 IMR。
- 向管理部提供這些資訊系出於自願。提供這些資訊並非強制性的。但是，如果您不提供這些資訊，管理部可能無法調查您的投訴或提供 IMR。
- 如有需要，管理部可能會將您的個人資料提供給保健計劃、護理提供者或調查 IMR 的審查組織。
- 管理部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，請聯繫管理部的記錄請求協調員，
Department of Managed Health Care (保健管理部) 法律服務辦公室，980 9th Street Suite 500,
Sacramento CA 95814-2725，或致電 916-322-6727。