獨立醫療審查
申請表

您的聯絡資訊

名字 _____ 中間名字 _____ 姓氏 _____ 出生日期 __/__/__

HMO 或健康計劃 _____ **成員 I.D.** _____ **社會福利號碼** _____

地址 _____ **電話號碼** _____

城市 _____ **州** _____ **郵遞區號** _____ **電子郵件** _____

（如果填寫此表格的是登記者的代表人，請在單獨的一頁上填寫您的資訊。）

您是否是加州醫療保險受益人？ 是 否（選其一）

- **您是聯邦醫療保險的受益人還是醫療保險附加選項的受益人？ 是 否（選其一）**
- 您是否參加了 **HMO** 或者健康計劃組織的申訴過程？ 是 否（選其一）
- **您是否已獲得請求的醫學治療方法或服務？ 是 否（選其一）**

您的狀況

（請在單獨的一頁上完成這一部分。同時包括所有的支援和相關文件。）

- **請簡短提供您的醫療狀況或診斷情況** _____
- **您要請求什麼醫學治療方法或者服務？** _____
- **您希望如何解決這個案例？** _____
- **您是否處於一種對健康有嚴重威脅的狀況？是 否 如果是，請加以說明** _____
- **爲什麼您的 HMO 或健康計劃組織宣佈拒絕、修改或拖延緊急護理的服務、治療方法或償付？（選取下列其中一項）**

_____無醫療必要 _____ 實驗性或研究性 其他： _____

請列出處理過您的這種狀況的醫師。請提供他們的聯絡資訊，並註明他們是在您的 HMO 或健康計劃組織網路內還是網路外。（若紙張空間不足，請自行加頁。）

_____

_____

本人特此請求對於本人和健康計劃組織之間的爭議進行獨立醫療審查。本人授權公佈特定範圍內的所有醫療記錄和資訊（任何類型），此授權的範圍包括醫療、心理健康、藥物濫用、HIV 記錄、影像診斷報告，以及任何其他非文件記錄，也包括相關的非醫療記錄和資訊。此授權書可以授權所有醫療提供者、登記者的健康計劃組織、加州醫療保健管理部及其諮商員、以及任何獨立醫療檢查組織或者由醫療保健管理部授權的審查者，審查關於健康護理服務的不滿意見。只有認爲符合特定目的（與健康護理服務方面的不滿和申訴的審查相一致的目的）的個人和團體，才可獲得發放和公開的授權。本授權將從下面的日期起一年內有效，除非是本部門內部使用，或者經過法律許可。該期限適用於以前未依據此授權發放的所有資訊。該授權隨時可能會被廢除或撤消。這種廢除或撤消適用於以前未依據此授權發放的所有資訊。我證明所提供的資訊是正確和真實的。

_____

登記者簽名 **日期**

獨立醫療審查
申請說明

感謝您聯絡 HMO 保險範圍與醫療保健管理部。我們知道您面臨困難，我們會在此提供協助。

- 使用此單頁申請表可完成申請獨立醫療審查。提供請求的文件有助於加快審查過程。如果在填表時需要協助，請與我們聯絡：1-888-HMO-2219。

- 當您的 HMO 聲稱此服務在治療方面沒有必要或只是實驗性的，因而拒絕、拖延或更改治療方法或服務時，我們的獨立醫療審查過程可協助您。如果 HMO 拒絕償付您接受的緊急或急救服務 ，我們也可以提供協助。

- 在我們的獨立醫療審查過程中，一位或多位獨立醫師將確認這些問題， HMO 要接受醫生的決定。

- **您無需支付這項審查的費用！**

- 請注意，不申請獨立醫療審查，則可能在對 HMO 進行訴訟時對有爭議的健康護理服務喪失其他法定權利。如果在有爭議的健康護理服務遭到拒絕六個月內不提交此申請，則此申請可能會被退回。

申請表

- 請儘可能完整、正確的完成申請表。我們建議您需要時加上附頁，解釋和/或說明其狀況以及與 HMO 的不同意見。請清楚標示附頁上的資訊以便與表格相配合。

- 您不但可以也應當提供與 HMO 或健康計劃拒絕相關的（或您認爲與您的狀況有關的）任何其他記錄、文件或資訊。**請提供副本，因爲原件不能退回。**

- 我們還可能向您的 HMO 請求相關的醫療記錄。

- 在說明醫療狀況時，請列出醫師診斷，例如糖尿病、癌症和中風。請提供我們被拒絕的醫療服務或治療方法的名稱，或儘可能詳細地加以說明。附上您的 HMO 或健康計劃的拒絕信（如果有的話）。

- 在列舉醫師時，請列出所有曾在這種狀況下照顧或治療過您的醫師，或者您曾向其請求醫療服務或治療的醫師，或者曾建議是否應接受此醫療服務或治療的醫師。同時指出哪位醫師是您的主要醫療提供者（一般醫師）。請列出所有照顧和提議您接受此醫療服務或治療方法的醫師。請註明這些醫師是否在您的 HMO 網路內。

- **請以傳真或者限時郵件的形式將文件和本表格寄到：Department of Managed Health Care, HMO Help Center, IMR Unit, 980 Ninth Street, Suite 500, Sacramento, CA 95814。如有任何問題，請與本部門電話聯絡 (888) HMO-2219，或傳真至 (916) 229-4328。**