

独立医療審査 (IMR) 申し立て/苦情用紙

重要な情報

www.HealthHelp.ca.gov から IMR Application/Complaint (IMR 申し立て/苦情用紙) を送信してください。

- ❖ **無料** IMR/苦情プロセスは無料です。
- ❖ **早い** IMR は通常45 日以内、疾病が緊急を要する場合は7 日以内で判断がなされます。
- ❖ **成功** 約60 % の患者がIMR を通じて要求したサービスを受けています。
- ❖ **最終決定** 医療保険は、IMR の決定に従い、迅速にサービスを提供する必要はありません。

患者の情報

名 (ファーストネーム) _____ ミドルネームのイニシャル _____ 姓 _____

患者の生年月日 (mm/dd/yyyy) _____ 性別: 男性 女性 その他 _____

(未成年の代わりに記入する場合)親または保護者の名前 _____

番地 _____

市町村 _____ 州 _____ 郵便番号 _____

電話番号 (主) _____ 電話番号 (副) _____

メールアドレス _____

通信・連絡は、このメールアドレスに送信してもよろしいですか? _____ はい いいえ

医療保険名 _____ 患者の会員番号 _____

医療グループ名 (医療グループに所属する場合) _____

雇用主 _____

苦情の申し立てに伴い、誰かのサポートを受けますか? はい いいえ

はいを選択された場合は、添付の「補佐人向け用紙」にご記入ください。

Medi-Cal をお持ちですか? はい いいえ

はいを選択された場合は、州の公平な公聴会を要請されましたか?

はい いいえ

はいを選択された場合は、Medicare または Medicare Advantage をお持ちですか? はい いいえ

ご契約されている医療保険に苦情または抗議申し立てをされました? はい いいえ

受診した医療サービスに対する支払いを希望しますか? はい いいえ

はいを選択された場合は、サービスを受けた日付、医療機関名を記載してください。

健康上の問題

(必要に応じて別の用紙を使用し、他の書類を添付してください。)

医療保険で、今後のサービスの支払いも希望しますか? はい いいえ

病状および医師による診断についてご記載ください。(具体的に記載してください) _____

どのような治療/サービスおよび/または投薬治療をご希望ですか?(具体的に記載してください)

医療保険により、治療が却下、遅延、変更されましたか? はい いいえ

はいを選択した場合は、理由を教えてください(1つ選択してください)

- 治療の必要がない 実験または調査 緊急/救急ではない
 保険で適用されない その他(以下に説明してください)

主治医、または他にこの症状について診察、治療、アドバイスを受けた医療機関の名前および電話番号を記載してください。

症状についてアウトオブネットワーク・プロバイダーの診察を受けましたか? はい いいえ

はいを選択した場合は、この用紙に医療記録を含めるようにしてください。

お持ちの医療保険での問題を簡単に記載してください。たとえば、問題が治療拒否であるか、請求書の未払いであるか、予約や治療薬を取得できないのか、あるいは医療保険により保険対象外になったのかなど、説明してください。

医療同意

Department of Managed Health Care (効率管理型医療省(部門)) に対して、医療保険との問題について判断を下すよう求めます。同省に対して、Independent Medical Review Application/Complaint Form (独立医療審査申し立て苦情用紙) をレビューし、申し立てた苦情がIMR または同省の苦情プロセスに適用される資格があるかを判断するよう求めます。過去および現在に受診した医療機関および医療保険に対して、この問題に関する情報および医療記録を開示することを許可します。これらの記録は、医療、精神科、薬物乱用、HIV、画像診断レポート、本案件に関する他の記録が含まれる可能性があります。これらの記録は、本案件に関する医療関係以外の記録および他の情報も含まれる可能性があります。本省がこれらの記録や情報をレビューし、契約中の医療保険に送付することを許可します。この承諾は、以下の日付から1年間有効とします。法律で許可される場合はその限りではありません。たとえば、同省が私の承諾を今後も使用することを法律で許可された場合などです。希望があれば、この承諾を1年以内に終了させることも可能です。この用紙で提示した情報はすべて真実であるものとします。

患者または親の名前 (活字体) _____

患者または親の署名 _____ 日付 _____

郵送またはファックスに関する情報は、説明書を参照してください。

統計情報

以下の情報の提供は任意です。以下の情報を提供することで、同省 は問題のパターンを特定しやすくなります。 **Health and Safety Code** (安全衛生規約) セクション **1374.30** では、同省 がこれらの情報を研究および統計目的で取得することを許可しています。この情報の提供は任意となっており、IMR または苦情申し立ての判断にはいかなる形でも影響はないものとします。

使用する主な言語: _____

母国語での通信/連絡を希望されますか？

はい

人種/民族: _____

補佐人向け用紙

- Independent Medical Review (IMR: 独立医療審査) または苦情の申し立てで、他の人が補佐することを許可する場合には、以下のパート A および B を記入してください。(両当事者がこの用紙に署名する必要があります)
- 18歳未満の子供の代わりにこの IMR/苦情用紙を提出する親または法定後見人の場合には、この用紙を記入する必要はありません。
- 機能不全または行動不能であるためこの用紙に記入できない患者の代わりに、この IMR または苦情を提出し、この患者の代理人として法的権限を持つ場合には、パート B のみを記入してください。医療判断の委任状や、患者の代わりに判断を下すことができると記載されたその他の書類の写しを添付してください。

パート A: 患者が記入してください

パート B に名前が記載されている人に対して、Department of Managed Health Care (Department (効率管理型医療省)) に提出された IMR または苦情申し立ての補佐を行うことを許可します。同省 および IMR スタッフ が病状および治療内容を以下に記載の人に共有することを許可します。この情報には、精神科治療、HIV 治療または検査、アルコールまたは薬物の治療、その他の医療情報が含まれる可能性があります。

私に関係する IMR または苦情申し立てに関連する情報のみを共有することを理解します。

この補佐に対する承認は任意で、承認をいつでも取り下げる権利を持つものとします。終了させるには書面で終了の旨を通知する必要があります。

患者名 (活字体) _____

患者の署名 _____ 日付 _____

パート B: 補佐人が記入してください

補佐人の名前 (活字体) _____

補佐人の署名 _____

住所 _____

市町村 _____ 州 _____ 郵便番号 _____

患者との関係 _____

電話番号 (主) _____

電話番号 (副) _____

メールアドレス _____

医療の判断またはその他の法的書類の委任状を添付しています。

IMR Application/Complaint Form Instruction Sheet

質問がある場合は、1-888-466-2219 から同省に、または 1-877-688-9891 から TDD にお問い合わせください。通話料は無料となっています。

申し立ての前に:

多くの場合、医療保険の苦情または申し立てのプロセスを経てからでないと、同省の苦情または IMR 依頼を申請することができません。ご契約している医療保険は、30 日以内、あるいは病状が深刻または健康に悪影響が及ぶ恐れがある場合には 3 日以内に判断を下す必要があります。

治療が実験または調査が目的としているという理由で、医療保険により治療が拒否された場合には、IMR 申し立ての前に、医療保険の苦情または申し立てプロセスを経る必要はありません。

申し立てに対して医療保険が書面による返答を送信してから、6 ヶ月以内に IMR を申請する必要があります。期限内に申請できない特別な状況があった場合には、6 ヶ月後でも申請をすることができます。IMR 申し立ての資格がある問題に対して同省に苦情を申し立てない場合には、求めているサービスまたは治療に関して、医療保険に法的措置を取る権利を放棄したことになる可能性があります。

申請の方法:

1. オンラインの場合は、www.HealthHelp.ca.gov から申し立てを行います。[これが一番早い方法です。]
または、
IMR Application/Complaint Form (IMR 申し立て/苦情用紙) を記入、署名してください。
2. IMR または苦情申し立てにおいて支援が必要な場合には、「補佐人向け用紙」に記入してください。この用紙には、あなたと、補佐人両方による署名が必要です。
3. アウトオブネットワーク・プロバイダーからの医療記録をお持ちの場合は、IMR/苦情用紙に追加してください。ご契約中の医療保険により、ネットワークプロバイダーの医療記録が提出されます。
4. 今回の要請を補足する他の文書も添付してください。ただし、この苦情に関する医療保険同省は、調査の一環として、当該情報を医療保険から直接取得します。
5. オンラインで提出しない場合には、用紙と補足文書を郵送またはファックスで送信してください。

Department of Managed Health Care (効率管理型医療省) ヘルプセンター
980 9th Street, Suite 500
Sacramento, CA 95814-2725
ファックス: 916-255-5241

次のステップ

同省は、申し立てが IMR または苦情として処理することができるかを判断します。申し立ては、医療サービスが遅延、変更または却下された場合には、IMR として対応することができます。

IMR として対応できない申し立ては、消費者苦情プロセスを通して処理されます。これらの案件には、保険の対象でないことが原因で却下された医療サービス、請求支払いに関する論争、対象となる保険の取り消し、医療の品質、控除額/自己負担額などが含まれます。

同省は、IMR の資格があるかどうかを書面で 7 日以内に通知します。同省が IMR として申し立ての対応ができると判断した場合には、州の請負業者に申し立てを割り当て、レビューを行います。この

IMR Application/Complaint Form Instruction Sheet

州の請負業者は、第三者医療審査機関とも呼ばれます。医療記録など、苦情に関してヘルプセンターが所有する情報はすべて、審査機関に送信されます。審査機関は、**45** 日以内、緊急の場合には **7** 日以内に決定がくだされます。同省は、判断の結果を手紙にして送付します。

同省が苦情が消費者苦情プロセスで審査されるべきだと判断した場合には、申し立てに対する判断は **30** 日以内に出されます。同省は、判断の結果を書面にて送付します。

情報観光条例 **1977** (カリフォルニア州民法 **1798.17** 項) では、以下の通知を必要とします。

- カリフォルニア州の **Knox-Keene Act** では、同省に医療保険の規制や、医療保険の契約者の苦情調査の権限を与えるものとします。
- 同省のヘルプセンターは、個人情報を使用して、医療保険での問題を調査し、資格のある申し立てに対して **IMR** を実施します。
- 同省へのこれらの情報の提示は、任意となっています。この情報は提示する必要はありません。ただし、情報を提示しない場合には、同省は、苦情の調査ができず、**IMR** を提供できない可能性があります。
- 同省は、必要に応じて、医療保険、医療機関、**IMR** を実施する審査機関と個人の情報を共有する場合があります。
- また、同省は、必要に応じて法律が規定する範囲において、その他の行政機関と情報を共有する場合があります。
- 個人の情報を確認する権利があります。個人情報の確認には、**Department's Records Request Coordinator, Department of Managed Health Care, Office of Legal Services, 980 9th Street Suite 500, Sacramento CA 95814-2725** または **916-322-6727** までご連絡ください。