

獨立醫療審查申請資訊與說明

在您向保險局申請獨立醫療審查之前，您須先向保險公司提出上訴 / 申訴，以期解決問題。如果 30 天後您沒有收到滿意的答覆，可填寫申請表，附上與您的抱怨相關的任何重要文件複本，然後寄至申請表上所列的地址。必要時，您還可以另行加頁，說明和 (或) 描述您的情況及與您的保險公司意見不同之處。我們認為這類資訊是我們審查所必需的，也屬於 California Insurance Code, Section 12921.3 and Section 10169 中規定的權力和職責範圍之內。請詳閱有關我們從您所獲取資訊的隱私聲明。

請注意，您的獨立醫療審查申請表複本將提供給保險公司與獨立醫療審查組織。

您有權提供您認為會支持您在本審查中立場的資訊或文件。

您可在保險局保管個案的任何時候檢閱您提交的資訊。處理完畢後，我們會把所有文件原件退還給您。

可向保險局提交以下類型問題的獨立醫療審查申請：

因保險公司認為治療或服務不是醫療所需或是具試驗性且為保單規定所排除，故理賠遭拒。

- 1 因保險公司對醫療必要性的認定，償付金額少於保單指明的金額。
- 2 因存在醫療必要性爭議，理賠處理發生延誤。
4. 緊急或急診服務的理賠遭拒。

在獨立醫療審查程序中，將由一名或多名醫師判定這些問題，且其決定對保險公司具有約束力。

DEPARTMENT OF INSURANCE

CLAIMS SERVICES BUREAU

300 SOUTH SPRING STREET, SOUTH TOWER

LOS ANGELES, CA 90013

www.insurance.ca.gov

CSB-005 P

Revised: 12/21/06



獨立醫療審查申請

姓名

地址

城市

郵遞區號

公司電話：() _____

住家電話：() _____

請注意，本獨立醫療審查申請表複本將提供給保險公司。同時，謹通知：

- 若決定不參加獨立審查程序，可能導致喪失向保險公司提出有關爭議健康照護服務的訴訟的任何法定權利。
- 若您同意從保險公司、及其任何簽約醫療服務提供者與保險公司可能就此事宜諮詢過的任何計畫外醫療服務提供者處獲取任何必需的病歷，您需要簽署同意書。
- 您有權直接或透過您的醫療服務提供者提供與下列任何事項相關的資訊或文件：
 - 醫療服務提供者的建議，說明爭議健康照護服務對於被保人的病況而言是醫療所需的。
 - 醫療資訊或證明，說明因緊急照護或急診而提供的爭議健康照護服務對於被保人的病況而言是醫療所需的。
 - 支持您立場的合理資訊，說明爭議健康照護服務對於病況而言是醫療所需的，包括由保險公司或其簽約醫療服務提供者提供給被保人，且仍然由被保人持有的、有關保險公司或醫療服務提供者對爭議健康照護服務所作的決定的所有資訊，和由被保人提交給保險公司的且仍然由被保人持有的、支持申訴的任何資料的複本，以及被保人認為相關的任何其他資料。

1. 填妥保險公司名稱與保單 / 證明號碼：

2. 理賠編號與醫療服務日期：

3. 您是否聯絡過該公司要求進行獨立醫療審查？
是_____ 否_____（請提供所有通訊的複本）

4. 如果狀況危及或對被保人或理賠申請人的健康有嚴重威脅時，請打勾並指明診斷情況。_____

5. 簡要描述您希望提交獨立醫療審查組織的爭議醫療服務或費用，並列出治療您病況的醫師名單。
必要時，可另行加頁。

本人茲申請對我與保險公司的爭議進行獨立醫療審查。我授權公開我的任何類型的病歷和醫療資訊，或與本授權範圍相關的資訊，包括醫療紀錄、精神健康紀錄、物質濫用紀錄、愛滋病毒紀錄、診斷影像報告，和任何其他類型的非文獻紀錄，以及相關的非醫療紀錄與資訊。這是授權所有醫療服務提供者、保險公司、加州保險局以及任何獨立醫療審查組織公開並共享資訊。公開和透露的授權範圍僅限於任何這類人士或實體認為這與健康照護服務的抱怨審查目的符合時。本授權將在下方簽名日期一年以後到期，但保險局內部使用或法律另外許可者不在此限。根據本授權規定，該到期日期適用於所有以前未曾公開的資訊。本授權可在任何時候撤銷或收回。根據本授權規定，撤銷或收回適用於所有以前未曾公開的資訊。我證明所提供的資訊正確屬實。

簽名

日期