

THÔNG TIN VÀ HƯỚNG DẪN VỀ ĐƠN XIN DUYỆT XÉT Y KHOA ĐỘC LẬP CỦA QUÝ VỊ

Trước khi xin Duyệt Xét Y Khoa Độc Lập với Sở Bảo Hiểm, trước hết quý vị phải gửi kháng cáo/khiếu nại với hãng bảo hiểm để cố gắng giải quyết vấn đề đó. Nếu quý vị không nhận được câu trả lời thỏa đáng sau 30 ngày, hãy điền mẫu đơn xin, gửi kèm theo bản sao của các giấy tờ quan trọng liên quan tới vấn đề khiếu nại và gửi qua đường bưu điện tới địa chỉ ghi trong mẫu đơn xin. Quý vị có thể gửi thêm các tờ giấy khác nếu cần để giải thích và/hoặc trình bày về trường hợp của mình và việc quý vị không đồng ý với hãng bảo hiểm. Chúng tôi coi thông tin này là cần thiết để duyệt xét và nằm trong phạm vi thẩm quyền cũng như các nghĩa vụ được trình bày trong Bộ Luật Bảo Hiểm California, Mục 12921.3 và Mục 10169. Xin xem phần trình bày về bảo vệ sự riêng tư của chúng tôi liên quan tới thông tin mà chúng tôi thu thập từ quý vị.

Xin lưu ý rằng một bản sao của Đơn Xin Duyệt Xét Y Khoa Độc Lập của quý vị sẽ được cung cấp cho hãng bảo hiểm và Tổ Chức Duyệt Xét Y Khoa Độc Lập.

Quý vị có quyền cung cấp thông tin hoặc chứng từ mà quý vị tin rằng sẽ chứng minh cho quan điểm của mình trong thủ tục duyệt xét này.

Quý vị có thể xem các thông tin mà quý vị gửi đi vào bất cứ lúc nào, cho tới chừng nào sở còn lưu giữ hồ sơ về trường hợp của quý vị. Toàn bộ các giấy tờ bản gốc sẽ được gửi lại cho quý vị sau khi chúng tôi hoàn tất mọi thủ tục.

QUÝ VỊ CÓ THỂ NỘP ĐƠN XIN DUYỆT XÉT Y KHOA ĐỘC LẬP CHO SỞ BẢO HIỂM ĐỐI VỚI CÁC VẤN ĐỀ SAU ĐÂY:

Từ chối yêu cầu trả bảo hiểm do công ty thấy rằng biện pháp điều trị hoặc dịch vụ đó không cần thiết về mặt y tế hoặc mang tính chất nghiên cứu nên bị loại trừ theo qui định của hợp đồng bảo hiểm.

1. Đề nghị trả số tiền thấp hơn số tiền qui định trong hợp đồng bảo hiểm do ý kiến của công ty về mức độ cần thiết về mặt y tế.
2. Trì hoãn giải quyết yêu cầu hoàn trả bảo hiểm do vấn đề khiếu nại liên quan tới mức độ cần thiết về mặt y tế.
4. Từ chối yêu cầu trả bảo hiểm cho các dịch vụ chăm sóc khẩn cấp hoặc chăm sóc cấp cứu.

Theo thủ tục Duyệt Xét Y Khoa Độc Lập, một hoặc nhiều bác sĩ sẽ quyết định các vấn đề này và quyết định của họ sẽ có giá trị ràng buộc đối với hãng bảo hiểm.

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



ĐƠN XIN DUYỆT XÉT Y KHOA ĐỘC LẬP

_____ Số Điện Thoại Sở Làm: () _____
 Tên

_____ Số Điện Thoại Nhà: () _____
 Địa Chỉ

_____ Số
 Thành Phố

Xin lưu ý rằng một bản sao của Đơn Xin Duyệt Xét Y Khoa Độc Lập sẽ được cung cấp cho hãng bảo hiểm. Đồng thời, xin lưu ý rằng:

- Quyết định không tham gia thủ tục duyệt xét y khoa độc lập có thể dẫn tới việc mất quyền hạn khiếu kiện pháp lý đối với bên bảo hiểm liên quan tới dịch vụ y tế bị khiếu nại.
- Sự chấp thuận của quý vị trong việc có được hồ sơ y tế cần thiết từ hãng bảo hiểm, bất kỳ nhà cung cấp dịch vụ nào có ký hợp đồng với hãng bảo hiểm đó, và bất kỳ nhà cung cấp dịch vụ bên ngoài chương trình nào mà người được bảo hiểm có thể đã hỏi ý kiến về vấn đề này, cần phải có chữ ký của quý vị.
- Quý vị có quyền cung cấp thông tin, chứng từ, cho dù là trực tiếp hay qua hãng cung cấp dịch vụ của quý vị, về bất kỳ vấn đề nào sau đây:
 - Đề nghị của nhà cung cấp dịch vụ, trong đó cho biết dịch vụ chăm sóc sức khỏe bị khiếu nại là cần thiết về mặt y tế đối với căn bệnh của người được bảo hiểm.
 - Thông tin y tế hoặc lý do hợp lý cho thấy rằng dịch vụ y tế bị khiếu nại (trong trường hợp chăm sóc khẩn cấp hoặc chăm sóc cấp cứu) là cần thiết về mặt y tế cho căn bệnh của người được bảo hiểm.
 - Thông tin hợp lý chứng minh cho quan điểm của quý vị rằng dịch vụ y tế bị khiếu nại đã hoặc đang cần thiết về mặt y tế đối với căn bệnh đó, trong đó bao gồm tất cả mọi thông tin mà hãng bảo hiểm hoặc bất kỳ nhà cung cấp dịch vụ nào có ký hợp đồng với hãng bảo hiểm đó cung cấp, vẫn do người được bảo hiểm nắm giữ, liên quan tới quyết định của hãng bảo hiểm hoặc nhà cung cấp dịch vụ về các dịch vụ y tế bị khiếu nại và một bản sao của bất kỳ tài liệu nào mà người được bảo hiểm đã nộp cho hãng bảo hiểm, vẫn do người được bảo hiểm nắm giữ, để chứng minh cho lý do khiếu nại, cũng như bất kỳ tài liệu nào khác mà người được bảo hiểm coi là có liên quan.

1. Điền tên của hãng bảo hiểm và số chứng nhận/hợp đồng bảo hiểm:
2. Số yêu cầu hoàn trả bảo hiểm và ngày cung cấp các dịch vụ y tế:
3. Quý vị có liên lạc với công ty để yêu cầu Duyệt Xét Y Khoa Độc Lập không?
 Có _____ Không _____ (Cung cấp bản sao của mọi thư từ liên lạc)
4. Nếu có mối đe dọa nghiêm trọng sắp xảy ra đối với sức khỏe của người được bảo hiểm hoặc người yêu cầu hoàn trả bảo hiểm, xin đánh dấu vào ô và cho biết kết quả chẩn đoán. _____
5. Trình bày ngắn gọn về khoản chi phí hoặc dịch vụ y tế bị khiếu nại mà quý vị muốn chuyển cho Tổ Chức Duyệt Xét Y Khoa Độc Lập xem xét, và ghi tên các bác sĩ đã điều trị căn bệnh này cho quý vị. Có thể sử dụng thêm giấy khi cần.

Theo đây tôi muốn yêu cầu Duyệt Xét Y Khoa Độc Lập về khiếu nại của tôi với hãng bảo hiểm. Tôi cho phép tiết lộ bất kỳ và tất cả các thông tin và hồ sơ sức khỏe của tôi, ở bất kỳ dạng nào, hoặc liên quan tới phạm vi thẩm quyền cho phép này, trong đó bao gồm hồ sơ sức khỏe, sức khỏe tâm thần, nghiện rượu/ma túy, hồ sơ HIV, báo cáo rọi hình chẩn đoán, và bất kỳ dạng hồ sơ nào khác không mang tính chất tài liệu cũng như thông tin và các hồ sơ liên quan không mang tính chất y tế. Điều này cho phép việc tiết lộ tiến hành bởi và giữa tất cả các nhà cung cấp dịch vụ y tế, hãng bảo hiểm, Sở Y Tế California và bất kỳ Tổ Chức Duyệt Xét Y Khoa Độc Lập nào. Việc tiết lộ chỉ được phép thực hiện trong phạm vi bất kỳ cá nhân hoặc tổ chức nào nói trên có thể thấy là cần thiết cho một mục đích liên quan tới việc duyệt xét khiếu nại về các dịch vụ y tế. Sự cho phép này sẽ hết hạn năm kể từ ngày ghi dưới đây, trừ khi liên quan tới việc sử dụng nội bộ của Sở hoặc được luật pháp cho phép. Thời hạn này sẽ áp dụng cho tất cả mọi thông tin trước đây chưa được tiết lộ theo sự cho phép này. Sự cho phép này có thể bị hủy bỏ hoặc rút lại vào bất cứ lúc nào. Sự cho phép hoặc hủy bỏ sẽ áp dụng cho tất cả mọi thông tin trước đây chưa được tiết lộ theo sự cho phép này. Tôi chứng thực rằng các thông tin được cung cấp trong tài liệu này là đúng và chính xác.

Chữ Ký

Ngày

UBH-A023