

From: [DORIS ALLEN@afirm.org](#)
Subject: APL 18-003 (HC) - Independent Medical Review/Complaint Form
Date: Wednesday, August 1, 2018 4:14:48 PM
Attachments: [APL 18-003 \(HC\) - IMR Application 2018.pdf](#)
[IME Applications.xls](#)

Dear Health Plan Representative,

Please find the attached All Plan Letter regarding revisions to the Independent Medical Review (IMR)/Complaint Form.

Thank you.

ALL PLAN LETTER

DATE: August 1, 2018

TO: All Licensed Health Plans

FROM: Elizabeth Landsberg, Deputy Director
Help Center

SUBJECT: APL 18-013 (HC) Independent Medical Review (IMR)/Complaint Form
(DMHC 20-224)

The purpose of this All Plan Letter is to inform plans that the Department of Managed Health Care has revised the Independent Medical Review Application/Complaint Form (DMHC 20-224).

In accordance with Health & Safety Code (HSC) sections 1368 (b) 1374.30 and Title 28, California Code of Regulations (CCR), sections 1300.68 and 1300.74.30, the Department has revised the Independent Medical Review Application/Complaint Form and translated it into 15 threshold languages in accordance with HSC Section 1367.04 and Title 28, CCR, Section 1300.67.04. Those languages are:

Arabic	Korean
Armenian	Punjabi
Cambodian/Khmer	Russian
Chinese	Spanish
Farsi	Tamil
Hindi	Thai
Hmong	Vietnamese
Japanese	

The Department has attached the IMR Application/Complaint Form in all languages so you may comply with the notification and language requirements. All health plans are required to use the revised application effective **September 1, 2018**.

If you have questions regarding this APL, please contact Ben Carranco, Assistant Deputy Director, Help Center at ben.carranco@dmhc.ca.gov.

طلب مراجعة طبية مستقلة/نموذج الشكوى

معلومات مهمة

يمكنك أن تقدم طلب الحصول على مراجعة طبية مستقلة/نموذج شكوى على الإنترنت من خلال الموقع الإلكتروني www.healthhelp.ca.gov

- ❖ مبدئياً، يتم معالجة طلب المراجعة الطبية المستقلة/شكوى المستفيد معالجاً.
- ❖ مريضاً: يتم أخذ القرارات في المراجعات الطبية المستقلة خلال 45 يوماً، أو 7 أيام في الحالات الطبية العاجلة.
- ❖ يحتاج: يحصل حوالي 60 في المئة من المرضى على الخدمة المطلوبة من خلال طلب المراجعة الطبية المستقلة.
- ❖ ويشكل تهلي: يجب أن يتم تقديم خدمة التقييم الصعي قرار المراجعة الطبية المستقلة وتقديم الخدمة فوراً.

بيانات المريض

الاسم الأول _____ الاسم الأخير/اسم العائلة _____

تاريخ ميلاد المريض (تتم يوم/شهر) _____ الجنس: ☐ ذكر ☐ أنثى ☐ غير ذلك

اسم الوالد أو الوصي في حالة لجنة النموذج لطفل قصير _____

عنوان المريض _____

البلد _____

رقم الهاتف المنزلي _____ رقم الهاتف الخليوي _____

عنوان البريد الإلكتروني _____

هل ترقد في التمريض أو في المستشفى؟ ☐ نعم ☐ لا

اسم خطة الرعاية الصحية _____ رقم عضوية المريض _____

اسم الطبيب (أو من الاتصال بمجموعة طبية) _____

مستشفى _____

هل تريد من مساعدتك في شكوكك؟

☐ نعم ☐ لا

إذا كنت الإجابة نعم، فمن فضلك قم بخدمة النموذج الذي في "نموذج مساعد مريض"

هل لديك عضوية في Medi-Cal?

☐ نعم ☐ لا

إذا كنت الإجابة نعم، فهل تمت خدمة نموذج طلب الخدمة جلسة استماع حكومية علنية؟

☐ نعم ☐ لا

هل لديك نظام رعاية طبية أو رعاية طبية منزلية؟

☐ نعم ☐ لا

هل تمت بتقديم شكوى أو مطالبة من خلال مقدم خطة التأمين الصحي الخاص بك؟

☐ نعم ☐ لا

هل تريد الحصول على تين خدمة رعاية صحية لتقديمها بالشكوى؟

☐ نعم ☐ لا

إذا كنت الإجابة نعم، فذكر، فضلاً بتاريخ الخدمة/الخدمات وأسم مقدم الخدمة.

مشكلتك الصحية

(يمكنك استخدام ورقة ملاحظاتك وإرفاق أي مستندات أخرى بما في ذلك الصور.)

☐ نعم ☐ لا

هل تريد من خدماتك الصحية أن تدفع مقابل تلقي خدمات مستشفية؟

ما هي حالتك الطبية أو تشخيص الأطباء؟ (من فضلك كن مختصاً في إجابتك)

ما هو العلاج/الخدمات الطبية وألوان الأدوية التي تتلقاها؟ (من فضلك كن مختصاً في إجابتك)

☐ نعم ☐ لا

هل رفضت خدماتك الصحية علاجك أو أخطت في علاجك؟

إذا كانت الإجابة بنعم، يرجى اختيار السبب المذكور: (اختر واحداً)

☐ ليس ضرورياً هنا ☐ تعرضي أو استلقي في ☐ ليس ملائماً علاجاً

☐ ليست موزنة كافية لتغطية ☐ غيرها (من فضلك قم بالتوضيح أدناه)

وضح قائمة بأسماء وإرقام هؤلاء الأطباء أو رعاية الأولية أو غيرهم من مقدمي الخدمة الذين تشعرون أنهم إما أنك أو عائلتك أو شعركم أو عائلتكم أو خدماتك الطبية.

☐ نعم ☐ لا

هل قبلت أي من مقدمي الخدمة من خارج الشبكة لمتابعة حالتك الطبية؟

إذا كانت الإجابة بنعم، من فضلك قم بإرفاق التقارير الطبية مع هذا النموذج.

بالتفصيل، صف المشكلة التي تواجهها مع مقدم الخدمة الصحية. على سبيل المثال، وضح إذا ما كانت المشكلة تتعلق في رفض توفير العلاج أو وجود عترة أو غير مدفوعة أو صعوبة الحصول على موعد أو تواء أو إذا كانت الخدمة الصحية كانت تغطيها.

تقويض طبي

أطلب من قسم إدارة الرعاية الصحية (القسم) التالي إجراء حول خطتي الصحية وأطلب من القسم الإطلاع على نموذج المراجعة الطبية المسجلة/النموذج التكميلي التبعي إذا ما كانت شكراي مؤهلة للحصول على مراجعة طبية مستقلة أو خدمة التشخيص لدى قسم إدارة الرعاية الصحية. وأسمح لمقدمي الخدمة، المالكين والمعالين، وخطة التأمين الصحي الخاصة بي بالتكلم عن تقاريري، وبياناتي الطبية لغرض إحصائي. وقد تشمل هذه التقارير على السجلات الطبية وتقارير وحدة العناية وتغطية المخدرات وغيرها من نصوص الخدمة وتقارير التصوير التشخيصي وغيرها من السجلات المتعلقة بعائتي. وقد تشمل هذه التقارير أيضاً سجلات غير طبية وغيرها من المعلومات المتعلقة بعائتي. وأسمح للقسم بالتكلم عن هذه التقارير والبيانات وإرسالها إلى مقدمي خدمة التأمين الصحي المختصة بي. وستلهمني مدة صلاحية هذا الإذن بعد مرور سنة واحدة من التاريخ الموضح أدناه، باستثناء ما يسمح به القانون. على سبيل المثال، يمنع القانون القسم بالاستمرار في استخدام بياناتي الطبية. ويمكنني أن أهيئ مدة صلاحية الإذن في وقت أقرب إذا كنت أرغب في ذلك. وأقر بأن جميع المعلومات المقدمة في هذا السند حقيقية.

اسم المريض أو والده (بالحروف وأصابع)

توقيع المريض أو والديه

التاريخ

يرجى الإطلاع على ورقة التعليمات لأي معلومات حول إرسال تقريرك الإلكتروني والفكس.

المعلومات الإحصائية

نرجس منك توفير المعلومات التالية بشكل تطوعي، سيساعد تقييمك لهذه المعلومات القسم في تحديد النقاط المشكلية، ويقول عليك السعة والسلامة المالية 1374.30 القسم للحصول على هذه المعلومات للأغراض التحليلية والإحصائية، واعطاء هذه المعلومات هو أمر اختياري وإن يؤثر على القرار الخاص بالمرجعة الطبية المعلقة والشكوى بأي شكل من الأشكال.

لغة التحدث الأساسية

هل ترغب في أن نراسل معك باللغة الأمية؟

نعم ☐

الاسم العرق

نموذج طلب مساعد مفوض

- إذا كنت تريد إعطاء الإذن لشخص آخر لمساعدتك في تقديم طلب المراجعة الطبية المستقلة أو الشكوى، فأكمل الطرفين "أ" و"ب" فيما يلي. (يجب أن يوقع كلا الطرفين على النموذج)
- إذا كنت أحد الوالدين أو الأقارب الشرعيين ولتقوم بتعبئة نموذج IMR/Complaint (طلب المراجعة الطبية المستقلة/الشكوى) هذا نيابة عن طفلك تحت 18 سنة، فلا يتوجب عليك استكمال النموذج الثاني.
- إذا كنت تقوم بتعبئة نموذج طلب المراجعة الطبية المستقلة أو الشكوى نيابة عن مريض لا يمكنه استكمال هذا النموذج بنفسه سواء لأن المريض عاجز أو غير قادر، ولديك السلطة القانونية للتصرف نيابة عن هذا المريض، يرجى منك استكمال الفترة ب فقط. ويرجى منك أيضاً إرفاق نسخة من التوكيل الرسمي الخاص بالشخص بتخذ قرارات الرعاية الطبية أو غيرها من الوثائق التي تثبت أهليته في اتخاذ القرار نيابة عن المريض.

الجزء أ: يكمله المريض

أسمح للشخص المذكور أدناه في الفترة ب أثناء مساعدتي في تعبئة نموذج طلب المراجعة الطبية المستقلة أو الشكوى المقدمة إلى Department of Managed Health Care (قسم إدارة الرعاية الصحية) (Department (القسم)). وأسمح لـ Department (القسم) وفريق عمل IMR (المراجعة الطبية المستقلة) بمشاركة الطبيب حول حقلي الطبية والرعاية مع الشخص المذكور أدناه. وقد تشمل هذه البيانات سجلات حول الصحة العقلية وعلاج أو اختبارات مخبرية من فحص المخاض وتغذية الكحول أو المخدرات وغيرها من سجلات الرعاية الطبية.

أفهم أن المعلومات ذات الصلة بالمراجعة الطبية المستقلة أو الشكوى فقط هي التي سيتم مشاركتها. ولا تخفي على هذه المساعدة كانت تطوعية، ولتظل الحق في الغائها. وإذا أريدت الغائها، فسيتم إلغاء كفاءة اسم المريض (بمعروف وامتنع).

توقيع المريض: _____ التاريخ: _____

الجزء ب: يكمله الشخص المساعد للمريض

اسم الشخص المساعد: _____

توقيع الشخص المساعد: _____

العنوان: _____

المنطقة: _____ الولاية: _____ الرمز البريدي: _____

العلاقة مع المريض: _____

رقم الهاتف الرئيسي: _____

رقم الهاتف النقال: _____

عنوان البريد الإلكتروني: _____

☐ تم إرفاق نسخة من التوكيل القانوني الذي يخوطني اتخاذ قرارات الرعاية الطبية أو غيرها من السلطات القانونية.

IMR Application/Complaint Form Instruction Sheet

إذا كان لديك أي استفسار، فتصل بالقسم على الرقم 1-888-466-2219 أو خط الاتصالات للنسم (TDD) على الرقم 1-877-688-9891،
وهذه المكالمة مجانية.

قبل أن تقدم شكوى:

في معظم الحالات، يجب أن تمر عبر عملية الشكوى أو التظلم في خيلتك الصحية قبل أن تقدم شكوى أو طلب إلى Department (القسم).
يجب أن تعطيك خيلتك الصحية قراراً خلال 30 يوماً أو خلال 3 أيام إذا كانت مشكلتك تمثل تهديداً قوياً وخطيراً لصحتك.

إذا رفضت خيلتك الصحية تقديم العلاج لك لأنه كان علاجاً تجريبياً/ بحثياً، فليس عليك أن تدخل في عملية الشكوى أو التظلم في خيلتك
الصحية قبل أن تقدم طلب IMR (مراجعة طبية مستقلة).

يجب عليك التزم بالطلب المراجعة الطبية المستقلة خلال 6 شهور من إرسال مقدم خدمة التأمين الصحي رد مكتوب على الدعوى المطعنة منك.
ما زال بإمكانك تقديم طلبك بعد الفصد الذي 6 شهور. إذا كنت هناك ظروف خاصة حالت دون أن تقدم في الوقت المناسب، ويرجى العلم أنه في
حال قررت عدم تقديم شكوى للنسم لاقى الفصد من شأنها أن توهك للمراجعة الطبية المستقلة، قد تتخطى عن حقوقك في متابعة الإجراءات
القانونية ضد مقدم خطة التأمين الصحي بشأن الخدمة أو العلاج الذي تطلبه.

كيفية ملء النموذج:

1. تتوفر الملف عبر الإنترنت على الموقع الإلكتروني www.HealthHelp.ca.gov. وهي أسرع طريقة،
أو

لم يملء وتوقع نموذج المراجعة الطبية المستقلة/الشكوى. واستخدم المطلوب المقدم مع النموذج.

2. إذا كنت ترغب بالاستعانة بشخص آخر لمساعدتك في تقديم طلب المراجعة الطبية المستقلة/الشكوى، فملأ "نموذج طلب مساعد
مقدم". يجب عليك وعلى المساعد المعلوم معاً أن توقعا على النموذج.

3. إذا كان لديك أي سجلات طبية من مقدمي خدمة من خارج الشبكة، يرجى إرفاقها مع نموذج طلب المراجعة الطبية المستقلة/الشكوى.
وستوفر خطة التأمين الصحي الخاصة بك السجلات الطبية الصادرة عن مقدمي الخدمة من داخل الشبكة.

4. يمكنك إرفاق أي مستندات أخرى دعم طلبك، ولكنك لست بحاجة إلى إرفاق أي مستندات أو خطابات تمت بيك وبين خطة التأمين
الصحي شخص هذه الشكوى. سيجعل القسم على هذه المعلومات مباشرة من مقدم خدمة التأمين الصحي كجزء من التحقق.

5. في حال عدم تقديم عبر الإنترنت، يرجى إرسال النموذج عبر البريد الإلكتروني أو الفاكس مرفقاً بأي مستندات دعم طلبك في:

Department of Managed Health Care Help Center

980 9th Street, Suite 500

Sacramento, CA 95814-2725

فاكس: 916-255-5241

ما الذي يتم بعد ذلك؟

سيحدد القسم ما إذا كانت حالتك تتأهل لمراجعة طبية مستقلة أو شكوى. تتأهل الحالات لمراجعة طبية مستقلة إذا كانت خدمت الرعاية الصحية
قد تأخلت أو لم تحبها أو رفض تقديمها بناءً على ضرورة طبية أو باعتبارها تجريبية/ استكشافية.

تجري معالجة الحالات التي لا تتأهل لمراجعة طبية مستقلة من خلال عملية شكوى المستهلكين. تشمل هذه الحالات مشاكل مثل رفض تقديم
خدمات الرعاية الصحية لأن الميزة لا تخضع للتغطية وبسبب نزاعات على دفع مطالبات والغاء تغطية وجودة الرعاية والمصرفية والفلة
للخمس/ الثرية.

يتمثل لك القسم خطياً خلال سبعة أيام ليخبرك إذا كنت مؤهلاً للمراجعة الطبية المستقلة. وإذا قرر القسم أن شكواك مؤهلة للمراجعة الطبية
المستقلة، سيتم إرسال قضيتك إلى متعهد حكومي لإجراء المراجعة. ويسمى المتعهد الحكومي أيضاً بمؤسسة المراجعة الطبية المستقلة. سيتم
إرسال جميع البيانات ذات الصلة بشكواك لدى مركز المساعدة بما في ذلك التقارير الطبية إلى مؤسسة المراجعة. وتتخذ مؤسسة المراجعة
قرارها خلال 45 يوماً أو سبعة أيام إذا كانت حالتك عاجلة. وسيُرسل لك القسم خطاباً بالقرار المناسب.

IMR Application/Complaint Form Instruction Sheet

إذا قرر القسم أنه ينبغي مراجعة شكواك من خلال مكتب تنكاري المستهلك، فسيتم اتخاذ قرار بخصوص قضيتك خلال 30 يومًا، وسيُرسل لك القسم خطابًا بالقرار المتخذ.

تتطلب معلومات قانون السماعات لعام 1977 (القانون المدني لولاية كاليفورنيا، القسم 1798.17) الملاحظات التالية:

- يعطي قانون ولاية كاليفورنيا لوكس-كين للقسم سلطة تنظيم خطط التأمين الصحي والتحقق في التنكاري المقدمة من أعضاء خطط التأمين الصحي.
- يستخدم مركز المساعدة في القسم بياناتك الشخصية للتحقق في مشكلتك مع خطة التأمين الصحي ولتوفير مراجعة طبية مستقلة إذا كنت مؤهلًا لذلك.
- تقدم هذه المعلومات للقسم بشكل تطوعي، ولا يلزم عليك توفيرها. ولكن في حال عدم تقديمها، قد لا يتمكن القسم من التحقيق في شكواك أو تقديم مراجعة طبية مستقلة.
- قد يشارك القسم بياناتك مع الخطة، مع خطة التأمين الصحي ومقدمي الخدمة وموسسة المراجعة التي تقوم بإجراء المراجعة الطبية المستقلة.
- وقد يشارك القسم بياناتك مع وكالات حكومية أخرى إذا تطلب الأمر وفي الحد الذي يسمح به القانون.
- لك الحق في الامتناع عن إعطاء بياناتك الشخصية. ولتقديم بياناتك، يمكنك التواصل مع منسق طلبات السجلات في القسم ومكتب الخدمات القانونية التابع لقسم إدارة الرعاية الصحية، 980 9th Street Suite 500, Sacramento CA 95814-2725 أو الاتصال على الرقم 916-322-6727.

ԱՆՎԱՆ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ՎԵՐԱՆԱՑՄԱՆ (IMR) ՊԵՐՈՒՄ/ԳԱՆԳԱՅԻ ՁԵՎԱԹՈՒՆՔ

ԿԱՆԵՒՈՐ ՏԵՐԵԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

Կարող եք ձեր IMR Application/Complaint Form-ը ներկայացնել առցանց www.HealthHelp.ca.gov կայքում:

- ❖ ԱՆՎԱՆ՝ IMR-հանգանի գործընթացն անվճար է:
- ❖ ԱՄՍԳ՝ IMR-նեղի վերաբերյալ որպես մեկնաբանություն կայացվում է 45 օրվա ընթացքում, կամ 7 օրվա ընթացքում, եթե ուսուցանման խնդիրը հրապարակվում է:
- ❖ ԲԱՆԿԱՎՈՐ՝ Հիվանդների մասնաճյուղը 60% IMR-ի միջոցով ստանում է հաշվարկային ծախսեր:
- ❖ ՎԵՐԱՆԱՑՄԱՆ՝ Առողջապահական ծրագրերը պետք է հետևեն IMR-ի որոշումներին և աշխատեն աջակցել նրանց:

ՀԱՅՐԱՆԻ ՏՎԵՍԱԼՆԵՐ

Անուն _____ Միջին անվան անդամներ _____ Ազգանուն _____

Հիվանդի ծննդյան ամսաթիվ (mm/dd/yyyy) _____ Սեռ ☐ Արական ☐ Իգական ☐ Այլ _____

Մնացի կամ խնամակալի անուն, եթե լրացնում է անդամները երեխայի համար _____

Փողոցի հասցե _____

Բնակարան _____ Կապակցված _____ Փոստային կոդ _____

Առողջապահական հեռախոսահամար _____ Երկրորդական հեռախոսահամար _____

Էլ. փոստի հասցե _____

Յանվարում, մ եք, որ այս էլ. փոստի հասցեի հաղորդագրություն համակարգչային ուղարկվել: ☐ Այո ☐ Ոչ

Առողջապահական ծրագրի անվանում _____ Հիվանդի անդամակցության համար _____

Բժշկական խոչի անվանում (եթե բժշկական խոչում է) _____

Գրքահամար _____

Յանվարում, մ եք, որ որևէ մեկն օգնի ձեր IMR գործընթացի հետ կապված: ☐ Այո ☐ Ոչ

Եթե այո, խնդրում ենք լրացնել կլիմա՝ «Լրացրված օգնականի Անուն/Կոչ»:

Medi-Cal ունե՞ք: ☐ Այո ☐ Ոչ

Եթե այո, լրացնել է կա Լանկաշտիկ աղյուս լուծակ խնդրանք: ☐ Այո ☐ Ոչ

Medicare կամ Medicare Advantage ունե՞ք: ☐ Այո ☐ Ոչ

Գանդառ կամ բացը ներկայացրել էք ձեր առողջապահական ծրագրի: ☐ Այո ☐ Ոչ

Դուք լրանում ե՞ք վճարում առանձիկ ուղղին իսկ ստացված ծառայության համար:

☐ Այո ☐ Ոչ

Եթե այո, բխարվե՞ք ծառայության անմատչելի(ներ)ի և մատակարարի տեսակը:

ԶԵՂԱՊԱՐԱԿՈՒԹՅՈՒՆ

(Առանձին թերթ ազատարժեք և կցիկ սղ փաստաթղթեր, եթե հարկավոր է)

Դուք լրանում ե՞ք, որ ձեր ստացառչականին ծրագրերը վճարի ապագա ծառայությունների համար:

☐ Այո ☐ Ոչ

Ի՞նչ է ձեր բժշկական վիճակը կամ բժշկի տխուրագույնը: (Խնդրում ենք մոնիթորինգ)

Ի՞նչ բժշկական բաժնում(ներ) ծառայություն(ներ) և/կամ գնադատված(ներ) եք դուք խնդրում: (Խնդրում ենք մոնիթորինգ)

Ազգյւ՞ք ձեր ստացառչականին ծրագրերը մերժել, հետանգել կամ վախճել է ձեր բաժնում:
Եթե այո, խնդրում ենք կշիկ արժան պատճառաբանությունը: (Կշիկ միկել)

☐ Այո ☐ Ոչ

- ☐ Բժշկական տեսակետից տեղափոխվել է: ☐ Փոքրահասակ կամ հետադարձական է:
☐ Հստակ պատճառներ չկան/հրապարակվել է:
☐ Անպատկառելի կարգում է: ☐ Այլ (խնդրում ենք բացատրել խնդիրներ):

Կ՞եր ձեր ստացառչականին խնդրել բժշկի և ձեր ուղեկցող, մեզ բաժնում կամ ձեր վիճակի մասին մեզ հետ խորհրդակցում սղ մատակարարների տեսակը և հետադարձաբանությունը:

Ձեր վիճակի հետագա աղյուս՞ է կց լրանվել դուք մատակարարները:

☐ Այո

☐ Ոչ

Եթե այո, խնդրում ենք կշիկ բժշկական արձանագրություններ և/կամ մատերիներ:

Համաձայն իկարողացել ձեր ստացառչականին ծրագրի հետ ձեր անդրում խնդրել: Օրինակ, բացառել, եթե խնդրել
կարողանալ է մերժված բաժնում, վճարված հողի, ժամացույցների կամ գնադատված առանձիկ դժվարություն մեջ, կամ
եթե ձեր ստացառչականին ծրագրերը է ստացառչականին ծրագրի կապից:

ԲԺՇԿՈՒԹՅԱՆ ԲԱՆԱԿԱՆՈՒՄ

Ես խնդրում եմ, որ Department of Managed Health Care-ը (Կառավարվող ստացառչականին խնդրելի բաժնում) (Բաժնում) որոշում կայացնի իմ ստացառչականին ծրագրի հետ անհանդիմ իմ խնդրի վերաբերյալ: Ես խնդրում եմ, որ Բաժնումները վերանայի իմ Independent Medical Review (IMR) Application/Complaint Form-ը (Անկախ բժշկական վերանայում (IMR) դիմում/Գանգատի Անարկություն), քայլերի պաշտ. Եթե իմ գանգատը քանակաբան է IMR կամ Բաժնումների Գանգատի գործընթացի համար: Ես քաջ եմ տալիս իմ անհրաժեշտ կամ հեղինակաբանություններին և իմ ծրագրին բացառություն իմ բժշկական արձանագրությունները և արժանիքի: Ես խնդրելով վերանայելու կարողանալով: Այս արձանագրությունները կապով են հերանել բժշկական, կազմակերպչական, քաղաքական, քաղաքականության հարաբերական:

ՄԻԱԿ-ի անադրույից պատկերման գեղարվեստական արժանապատշաճություններ, որոնք վերաբերում են իմ գործին: Այս արժանապատշաճությունները կարող են հանդիսանալ ոչ բնականորեն արժանապատշաճություններ և այլ անխափելի, որոնք վերաբերում են իմ գործին: Ես թույլ եմ տալիս, որ Բաժանմունքը վերանայի այս արժանապատշաճությունները և ամփոփերը, և ուղարկի դրանք իմ նրադրին: Եմ վստահությունը կամարտադրողի ներքոնշյալ ամսագրից մեկ տարի ունի, չափի ինչպես թույլատրվում է օրենքով: Օրինակ, օրենքը թույլ է տալիս Բաժանմունքին ներքին կարգով շարահանել պատկերներ իմ ամփոփերը: Եթե ընտրվեմ, ես կարող եմ ավելի շատ զարգացնել իմ թույլտվությունը: Այս թերթիկում իմ կողմից տրամադրված չափեր ամփոփելի ճշմարիտ են:

Հիմնովի կամ ճնշող անուն (տպագրություն) _____

Հիմնովի կամ ճնշող տարադրություն _____ Ամսագրի վ _____

Նկարում ենք կարծիք հրահանգների թերթիկը, փոխում կամ փոխում ուղարկելու տեղեկություն համար:

ՎՐՏԱԿԱՆԻՄԱՆ, ՏԵՂԵԳԱԾՈՒԹՅԱՆ

Ձեզ խնդրում են կտանվոր կերպով ներկայացնել հետևյալ տեղեկություններ: Այս տեղեկությունն տրամադրում է կզգնի Բաժանմունքին սահմանել խնդիրների տիպարները: Առողջապահության և ապահովության մասին օրենքի մաս 1374.30 թույլ է տալիս Բաժանմունքին սահմանել այս տեղեկությունը ենթադրաբար և վիճակագրական հաշվարկներով: Այս տեղեկության տրամադրումը կտանվոր է, և օրենք կերպ չի ապրի IMA կամ գաղափարի որոշման վրա:

Քանի՞ անադրություն լեզուն _____

Ցանկանա՞մ եմ, որ մենք հաղորդակցվենք նամակներ ուղարկելու ձեզ հետ, անադրություն լեզվով: _____

Այո: 

Ընտանիքի/միության ծագում _____

ԼՄԱՐԻՄ ՕԳՆԱԿԱՆ ԶԽՔՈՒՄ

- Եթե զանկանում եք որևէ այլ անձի բույլ տալ, որ ես օգնի ձեզ ԼՄԿԻ բժշկական վերանայման (Independent Medical Review, IMR) կամ զանգաստի հետ կապված, լրացրեք Մաս Ա-ն և Բ-ն ներքևում: (Երկու կողմերը պետք է ստորագրեն այս ձևաթուղթը)
- Եթե դուք ծնող եք կամ օրինական խնամակալ, որը լրացնում է այս IMR/Complaint Form-ը (IMR/Զանգաստի ձևաթուղթ) 18 տարեկան չլրացած երեխայի համար, ապա ձեզ հարկավոր չէ լրացնել այս ձևաթուղթը:
- Եթե դուք լրացնում եք այս IMR կամ զանգաստի մի հիմանդի համար, որը չի կարող լրացնել այս ձևաթուղթը, բանի որ հիմանդի անիրավադոր է կամ անկարող, և դուք իրավական լիազորում ունեք այս հիմանդի անուսկից հանդես գալու համար, խնդրում ենք լրացնել միայն Մաս Բ-ն: Այնքան ևս արողջապահական խնամքի մասին որոշումներ կայացնելու լիազորագիրը կամ այլ փաստաթղթեր, որոնք ապում են, որ դուք կարող եք որոշումներ կայացնել այս հիմանդի փոխարեն:

ՄԱՍ Ա. ԼՄԱՐԻՄ-Ս Է ԶԻՎԱՆ/ՆԻ ԿՈՂՄԻՑ

Ես բույլ եմ տալիս ներքևում Մաս Բ-ում, եղված անձին օգնել ինձ ներկայացնել իմ IMR կամ զանգաստը Department of Managed Health Care (Դառնալարվող արողջապահական խնամքի բաժանմունք) (Բաժանմունք): Ես բույլ եմ տալիս Բաժանմունքին և IMR անձնակազմին կիսել իմ բժշկական միտք(ներ)ի և խնամքի մասին տվյալները ներդրելիքով անձի հետ: Այս անդեկատվությունը կարող է ներառել հոգեկան արողջության բուժման, ՄԻԱԿ բուժման կամ ստուգման, աչքի ուղի կամ դեղերի բուժման կամ այլ արողջապահական խնամքի մասին անդեկություններ:

Ես ծանախում եմ, որ կիսվելու է միայն իմ IMR-ին կամ զանգաստին վերաբերվող անդեկություններ:

Այս անդեկության իմ հավանությունը կամավոր է, և ես իրավունք ունեմ դադարեցնել այն: Եթե ես այն դադարեցնեմ, ես պետք է դա գրավոր անեմ:

Հիմանդի անուն (տպաստառելով) _____

Հիմանդի արողջապահություն _____ Ամսաթիվ _____

ՄԱՍ Բ. ԼՄԱՐԻՄ-Ս Է ԶԻՎԱՆ/ԻՆ ՕԳՆՈՂ ԱՆԶԻ ԿՈՂՄԻՑ

Օգնող անձի անուն (տպաստառելով) _____

Օգնող անձի արողջապահություն _____

Հասցե _____

Քաղաք _____ Նստանիկ _____ Փոստային կոդ _____

Հարաբերության կոդը հիվանդին _____

Առուցանային հետախուսումներ _____

Երկրորդական հետախուսումներ _____

Էլ. փոստի հասցե _____

☐ Ներկայումս է առողջապահական խնամքի մասին որոշումներ կայացնելու իմ լիազորագիրը կամ այլ իրավական փաստաթուղթ:

IMR Application/Complaint Form-ի հրահանգ և երիթերիկ

Եթե հարցեր ունեք, գանգառքեք Բաժանմունք՝ 1-888-466-2219 հեռախոսահամարով կամ TDD՝ 1-877-688-9891 հեռախոսահամարով: Այս գանգե անվճար է:

Նախքան դիմելը՝

Շատ դեպքերում դուք պետք է անցնեք ձեր առողջապահական ծրագրի գանգառի կամ բողոքի գործընթացը, նախքան կարող եք գանգառ ներկայացնել կամ IMR խնդրել Բաժանմունքից: Ձեր առողջապահական ծրագիրը պետք է ձեզ դաշում տա 30 օրվա ընթացքում կամ 3 օրվա ընթացքում, եթե ձեր խնդիրն անհապաղ է և լուրջ վտանգ է ներկայացնում ձեր առողջությանը:

Եթե ձեր առողջապահական ծրագիրը մերժել է ձեր բուժումը, բանի որ այն փորձառական/հետազոտական բնույթի է, ապա ձեզ հարկավոր չէ մասնակցել ձեր առողջապահական ծրագրի գանգառի կամ բողոքի գործընթացին, նախքան IMR դիմում ներկայացնելը:

Պար պետք է դիմեք IMR-ի համար ձեր բողոքարկման վերաբերյալ ձեր առողջապահական ծրագրի գրավոր պատասխանը ստանալուց հետո վեց ամսվա ընթացքում: Պար թերևս կարող եք ներկայացնել ձեր դիմումը վեց ամսից հետո, եթե կան հատուկ հանգամանքներ, որոնց պատճառով հնարավոր չէր ժամանակին դիմում ներկայացնել: Խնդրում ենք հաշվի առնել, որ եթե որոշեք գանգառ չներկայացնել Բաժանմունք IMR-ի համար որակավորվող խնդրի համար, ապա, հետագայում եք կարող եք իրավունքներից իրավական գործողություններ հետադարձել ձեր ծրագրի նկատմամբ ձեր խնդրած ծառայության կամ բուժման վերաբերյալ:

Ոչպես դիմել՝

1. Առցանց ներկայացրեք www.HealthHelp.ca.gov հասցեով: (Սա ամենաարագ տարբերակն է):
ԿԱՄ
Լրացրեք և ստորագրեք IMR Application/Complaint Form-ը (IMR դիմում/Մանգառի ձևաթուղթ):
2. Եթե ցանկանում եք, որ որևէ մեկն օգնի ձեզ ձեր IMR կամ գանգառի հետ կապված, լրացրեք «Լիազորված օգնականի ձևաթուղթ»: Ե՛վ դուք, և ձեր լիազորված օգնականը պետք է ստորագրեք ձևաթուղթը:
3. Եթե բժշկական արձանագրություններ ունեք *ցանցից դուրս մատակարարներից*, խնդրում ենք կրել դրանք ձեր IMR Application/Complaint Form-ին: Ձեր ծրագիրը կտրամադրի ցանցի մատակարարներից ստացված բժշկական արձանագրությունները:
4. Պար կարող եք ներառել այլ փաստաթղթեր, որոնք սպասարում են ձեր խնդրանքը: Այնուամենայնիվ, հարկավոր չէ որևէ փաստաթղթեր կամ ձեր և ձեր ծրագրի միջև նամակագրության ներկայացնել, որը վերաբերում է այս գանգառին: Բաժանմունքը կառավար այս տեղեկատվությունը ձեր ծրագրից՝ որպես իր հետաքննության մի մաս:
5. Եթե առցանց չեք ներկայացնում, խնդրում ենք փաստով կամ ֆաքսով ուղարկել ձեր ձևաթուղթը և որևէ անհայտ փաստաթղթեր ալարել:

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

IMR Application/Complaint Form-ի հրահանգներն էրթերթիկ

Ի՞նչ է տեղի ունենում դրանից հետո:

Բաժանմունքը կորոշի, եթե ձեր գործը որակավորվում է որպես IMR, թե զանգառ: Գործերը որակավորվում են IMR-ի համար, եթե ատոլջապահական խնամքի ծառայությունները ինտանձովել, փոխվել կամ մերժվել են հիմնվելով բժշկական անմիջապեսության կամ փորձաքննական/հետազոտական բնույթի վրա:

IMR-ի համար չորակավորվող գործերը մշակվում են ապառդի զանգառի գործընթացի միջոցով: Այս գործերը ներառում են այնպիսի խնդիրներ, ինչպիսիք են՝ ատոլջապահական խնամքի ծառայության մերժում՝ որպես չապահովագրված նպաստ, հալցի վճարման վեճեր, ապահովագրման չեղարկում, խնամքի որակ և չհասուցվող գումար/գրպանից վճարվող ծախսեր: Բաժանմունքը ձեզ նամակ կուղարկի յոթ օրվա ընթացքում՝ տեղեկացնելով ձեզ, եթե որակավորվում է IMR-ի համար: Եթե Բաժանմունքը որոշում է, որ ձեր զանգառը որակավորվում է IMR-ի համար, ձեր գործը կցվելու է նահանգային պաշտանագրային աշխատողին, որը կանցկացնի վերանայումը: Նահանգային պաշտանագրային աշխատողը հայտնի է նաև որպես Անկախ բժշկական վերանայման կազմակերպություն (Independent Medical Review Organization) [Ի՝ Ձեր զանգառին վերաբերվող Օգնության կենտրոնի ունեցած բոլոր տեղեկությունները ներառում է ձեր բժշկական արձանագրությունները, կուղարկվեն Վերանայման կազմակերպությունը: Վերանայման կազմակերպությունը սովորաբար որոշում է կայացնում 45 օրվա ընթացքում կամ յոթ օրվա ընթացքում, եթե ձեր գործը հրատապ է: Բաժանմունքը ձեզ նամակ կուղարկի որոշման մասին:

Եթե Բաժանմունքը որոշում է, որ ձեր զանգառը սխալ է վերանայվի Սպառողի զանգառի (Consumer Complaint) գործընթացի միջոցով, ապա ձեր գործի վերաբերյալ որոշում կկայացվի 30 օրվա ընթացքում: Բաժանմունքը ձեզ նամակ կուղարկի որոշման մասին:

1977թ. Տեղեկատվական գործընկերության մասին օրենքը (Կալիֆորնիայի Բաղաբացիական օրենսգրքի մաս 1798.17) պահանջում է հետևյալ ծանուցագիրը:

- Կալիֆորնիայի Knox-Keene օրենքը թույլ է տալիս Բաժանմունքին կանխանկարել ատոլջապահական ծրագրերը և ինտանձել ատոլջապահական ծրագրերի տեղամեների զանգառները:
- Բաժանմունքի Օգնության կենտրոնն օգտագործում է ձեր անձնական տվյալները, որպեսզի հետաքննի ձեր խնդիրը ձեր ծրագրի հետ և IMR տրամադրի, եթե դուք որակավորվում եք:
- Դուք Բաժանմունքին կառավոր եք ներկայացնում այս տեղեկությունը: Դուք պարտավոր չեք տրամադրել այս տեղեկությունը: Այնուամենայնիվ, եթե չառնեք դա, ապա հնարավոր է, որ Բաժանմունքը չկարողանա հետաքննել ձեր զանգառը կամ IMR տրամադրել:
- Բաժանմունքը կարող է կիսել ձեր անձնական տվյալները, ինչպես հարկավոր է, ծրագրի, մատակարարների և IMR անցկացնող Վերանայման կազմակերպության հետ:
- Բաժանմունքը նաև կարող է կիսել ձեր տվյալների այլ պետական գործակալությունների հետ ինչպես պահանջում կամ թույլատրվում է օրենքով:
- Դուք իրավունք ունեք տեսնել ձեր անձնական տվյալները: Սա տեսլու համար դիմել Բաժանմունքի Արձանագրությունների խնդրանքի համակարգողին Department of Managed Health Care, Office of Legal Services, 980 9th Street Suite 500, Sacramento CA 95814-2725 հարցնել, կամ զանգահարել 916-322-6727 հեռախոսահամարով:

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

重要資訊

您可以線上提交您的 IMR Application/Complaint Form (獨立醫療審查 (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 60 的病人透過 IMR 得到所請求的服務。
- ◆ 最終決定：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 _____ 中間名字字母 _____ 姓氏 _____

病人出生日期 (月/日/年) _____ 性別: ☐ 男 ☐ 女 ☐ 其他 _____

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 _____

主要電話號碼 _____ 次要電話號碼 _____

電郵地址 _____

您是否想透過此電郵地址接收通訊/信函? ☐ 是 ☐ 否

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)

您需要什麼治療/服務和處方？(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)

☐ 非醫療必需

☐ 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觀察、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，請將醫療給本隨本申請書附上。

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

我請求醫療保健服務(管理)為我的保健計劃問題作出決定。我請求管理審查我的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、藥物服用、實驗室檢查、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，法律允許管理繼續在內即使用我的資訊。如果我愿意，我可以提前結束我的許可。我在本表格中提供的所有資訊全部屬實。

病人或家長姓名(主請) _____

病人或家長簽名 _____ 日期 _____

請參閱說明書及說明書或填寫方式。

統計資訊

您將在本頁提供以下資訊，提供此資訊將會幫助我們瞭解您對相關問題的感。健康與安全部去第1374.30條授予我們取得此資訊在為研究和統計之用。提供此資訊是可信的，並不會以任何方式影響IMR或投訴的決定。

主要語言：_____

您是否希望我們用您的主要語言與您進行通訊或通信？ ☐ 是 ☐

地址/地址：_____

獨立醫療審查 (IMR) 申請/投訴表格說明書

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。（雙方都必須簽署此表格）
- 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（保健管理署）（管理署）的 IMR 或投訴。我允許管理署和 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）_____

協助者簽名_____

街道地址_____

城市_____州_____郵政區號_____

與病人的關係_____

主要電話號碼_____

次要電話號碼_____

電郵地址_____

獨立醫療審查 (IMR) 申請/投訴表格說明書

☐ 附上我的醫療護理授權書或其他相關的法律文件。

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，您可隨放棄了就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息。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 天之內作出決定。如果您的情況緊急則 7 天之內決定。管理部將就有關決定向您發出信函。

獨立醫療審查 (IMR) 申請/投訴表格說明書

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**（諾克斯基恩法案）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和出於自願，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**。

INDEPENDENT MEDICAL REVIEW (IMR) APPLICATION/COMPLAINT FORM

IMPORTANT INFORMATION

You can submit your IMR Application/Complaint Form online at: www.HealthHelp.ca.gov

- ❖ **FREE:** The IMR/Complaint process is free.
- ❖ **FAST:** IMRs are usually decided within 45 days; or within 7 days if the health issue is urgent.
- ❖ **SUCCESSFUL:** Approximately 60 percent of patients receive the requested service through IMR.
- ❖ **FINAL:** Health plans must follow the IMR decision and promptly provide the service.

PATIENT INFORMATION

First Name _____ Middle Initial _____ Last Name _____

Patient's Date of Birth (mm/dd/yyyy) _____ Gender: ☐ Male ☐ Female ☐ Other _____

Name of Parent or Guardian if Filing for Minor Child _____

Street Address _____

City _____ State _____ Zip _____

Primary Phone # _____ Secondary Phone # _____

Email Address _____

Would you like communication/correspondence sent to this email? ☐ Yes ☐ No

Health Plan Name _____ Patient's Membership # _____

Medical Group Name (if in a medical group) _____

Employer _____

Do you want someone to help you with your complaint? ☐ Yes ☐ No

If yes, please complete the attached "Authorized Assistant Form."

Do you have Medi-Cal? ☐ Yes ☐ No

If yes, have you filed a Request for a State Fair Hearing? ☐ Yes ☐ No

Do you have Medicare or Medicare Advantage? ☐ Yes ☐ No

Have you filed a complaint or grievance with your health plan? ☐ Yes ☐ No

Do you want payment for a health care service that you already received? ☐ Yes ☐ No

If yes, list the date(s) of service, and the provider's name:

YOUR HEALTH PROBLEM

(Use a separate sheet and attach other documents, if needed.)

Do you want your health plan to pay for future services?

☐ Yes ☐ No

What is your medical condition or doctor's diagnosis? (Please be specific) _____

What medical treatment(s)/service(s) and/or medication(s) are you asking for? (Please be specific) _____

Did your health plan deny, delay or modify your treatment?

☐ Yes ☐ No

If yes, please check the reason given: (Check one)

- ☐ Not Medically Necessary ☐ Experimental or Investigational ☐ Not an Emergency/Urgent
☐ Not a Covered Benefit ☐ Other (Please explain below)

List the name and phone number of your primary care doctor and other providers who have seen, treated, or advised you for this condition.

Have you seen any out-of-network providers for your condition?

☐ Yes ☐ No

If yes, please include the medical records with this form.

Briefly describe the problem you are having with your health plan. For example, explain if the problem is a denied treatment, an unpaid bill, trouble getting an appointment or medication, or if your coverage has been cancelled by the health plan.

MEDICAL RELEASE

I request the Department of Managed Health Care (Department) to make a decision about my problem with my health plan. I request the Department to review my Independent Medical Review (IMR) Application/Complaint Form to determine if my complaint qualifies for an IMR or the Department's Complaint process. I allow my providers, past and present, and my plan to release my medical records and information to review this issue. These records may include medical, mental health, substance abuse, HIV, diagnostic imaging reports, and other records related to my case. These records may also include non-medical records and any other information related to my case. I allow the Department to review these records and information and send them to my plan. My permission will end one year from the date below, except as allowed by law. For example, the law allows the Department to continue to use my information internally. I can end my permission sooner if I wish. All the information that I have provided on this sheet is true.

Patient or Parent Name (Print) _____

Patient or Parent Signature _____ Date _____

Please see the instruction sheet for mailing or faxing information.

STATISTICAL INFORMATION

You are asked to voluntarily provide the following information. Giving this information will help the Department identify any patterns of problems. Health and Safety Code section 1374.30 authorizes the Department to obtain this information for research and statistical purposes. Giving this information is optional and will not affect the IMR or complaint decision in any way.

Primary Language Spoken: _____
Would you like us to communicate/correspond with you in your primary language?

Yes ☐

Race/Ethnicity: _____

AUTHORIZED ASSISTANT FORM

- ☐ If you want to give another person permission to assist you with your Independent Medical Review (IMR) or complaint, complete Parts A and B below. (Both parties must sign the form)
- ☐ If you are a parent or legal guardian filing this IMR/Complaint Form for a child under the age of 18, you do not need to complete this form.
- ☐ If you are filing this IMR or complaint for a patient who cannot complete this form because the patient is either incompetent or incapacitated, and you have legal authority to act for this patient, please complete Part B only. Also attach a copy of the power of attorney for health care decisions or other documents that say you can make decisions for the patient.

PART A: COMPLETED BY PATIENT

I allow the person named below in Part B to assist me in my IMR or complaint filed with the Department of Managed Health Care (Department). I allow the Department and IMR staff to share information about my medical condition(s) and care with the person named below. This information may include mental health treatment, HIV treatment or testing, alcohol or drug treatment, or other health care information.

I understand that only information related to my IMR or complaint will be shared.

My approval of this assistance is voluntary and I have the right to end it. If I want to end it, I must do so in writing.

Patient Name (Print) _____

Patient Signature _____ Date _____

PART B: COMPLETED BY PERSON ASSISTING PATIENT

Name of Person Assisting (print) _____

Signature of Person Assisting _____

Address _____

City _____ State _____ Zip _____

Relationship to Patient _____

Primary Phone # _____

Secondary Phone # _____

Email Address _____

- ☐ My power of attorney for health care decisions or other legal document is attached.

IMR Application/Complaint Form Instruction Sheet

If you have questions, call the Department at 1-888-466-2219 or TDD at 1-877-686-9891. This call is free.

Before You File:

In most cases, you must go through your health plan's complaint or grievance process before you file a complaint or IMR request with the Department. Your health plan must give you a decision within 30 days or within 3 days if your problem is an immediate and serious threat to your health.

If your health plan denied your treatment because it was experimental/investigational, you do not have to take part in your health plan's complaint or grievance process before you file an IMR application.

You must apply for an IMR within six months after your health plan sends you a written response to your appeal. You can still file your application after six months if there were special circumstances that kept you from filing timely. Please be aware that if you decide not to file a complaint with the Department for an issue that would qualify for an IMR, you may be giving up your rights to pursue legal action against your plan regarding the service or treatment you are requesting.

How to File:

1. File online at www.HealthHelp.ca.gov. [This is the fastest way.]

OR

Fill out and sign the IMR Application/Complaint Form.

2. If you want someone to help you with your IMR or complaint, complete the Authorized Assistant Form. **Both you and your authorized assistant must sign the form.**
3. If you have medical records from **out of network providers**, please include them with your IMR Application/Complaint Form. Your plan will provide medical records from network providers.
4. You may include other documents that support your request. However, there is no need to provide any documents or letters between you and your plan relating to this complaint. The Department will obtain this information directly from your plan as part of the investigation.
5. If you are not submitting online, please mail or fax your form and any supporting documents to:

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

What Happens Next?

The Department will determine if your case qualifies as an IMR or a complaint. Cases qualify for an IMR if health care services were delayed, modified or denied based on a medical necessity or as experimental/investigational.

Cases that do not qualify for an IMR are processed through the consumer complaint process. These cases involve issues such as denials of health care service as not a covered benefit, claim payment disputes, cancellation of coverage, quality of care, and deductible/out of pocket expenses.

The Department will send you a letter within seven days telling you if you qualify for an IMR. If the Department decides that your complaint qualifies for an IMR, your case is assigned to a state contractor who will perform the review. The state contractor is also called the Independent Medical Review Organization (IMRO). All of the information the Help Center has related to your complaint, including

IMR Application/Complaint Form Instruction Sheet

your medical records, will be sent to the Review Organization. The Review Organization will make a decision usually within 45 days, or within seven days if your case is urgent. The Department will send you a letter with the decision.

If the Department decides that your complaint should be reviewed through the Consumer Complaint process, a decision about your issue will be made within 30 days. The Department will send you a letter with the decision.

The Information Practices Act of 1977 (California Civil Code Section 1798.17) requires the following notice.

- California's Knox-Keene Act gives the Department the authority to regulate health plans and investigate the complaints of health plan members.
- The Department's Help Center uses your personal information to investigate your problem with your plan and to provide an IMR if you qualify for one.
- You provide the Department this information voluntarily. You do not have to provide this information. However, if you do not, the Department may not be able to investigate your complaint or provide an IMR.
- The Department may share your personal information, as needed, with the plan, provider's, and the Review Organization who conducts the IMR.
- The Department may also share your information with other government agencies as required or allowed by law.
- You have a right to see your personal information. To do this, contact the Department's Records Request Coordinator, Department of Managed Health Care, Office of Legal Services, 980 9th Street Suite 500, Sacramento CA 95814-2725, or call 916-322-6727.

فرم درخواست بررسی مستقل پزشکی (IMR - INDEPENDENT MEDICAL REVIEW) شکایت

اطلاعات مهم

شما می توانید فرم درخواست IMR شکایت خود را بصورت آنلاین در این آدرس ارسال کنید: www.HealthHelp.ca.gov

- ❖ رایگان: زوال IMR شکایت رایگان می باشد.
- ❖ سریع: تصمیم گیری در مورد IMR ها معمولاً ظرف مدت 45 روز انجام می شود، و با اثر حمله بهداشتی دارای فوریت باشد، ظرف مدت 7 روز در مورد آن تصمیم گیری خواهد شد.
- ❖ مؤلفیت امیر: حدود 60 درصد بیماری های خدمات درخواست شده را از طریق IMR دریافت می کنند.
- ❖ نهایی: برنامه های مراقبت های بهداشتی و درمانی باید تصمیم IMR رایج مورد اجراء آورده و خدمات را فوراً ارائه نمایند.

اطلاعات بیمار

نام: _____ حرفه: اولی نام: _____ نام خانوادگی: _____
تاریخ تولد: _____ (میلادی/ماه) جنسیت: ☐ مذکر ☐ مؤنث ☐ خود _____
نام ولی یا قیم: در صورتی که فرم را برای یک کودک صغیر (زیر سن قانونی) تسلیم می کنید _____
آدرس: _____
شهر: _____ ایالت: _____ کدپستی: _____
شماره تلفن اصلی: _____ شماره تلفن دوم: _____
آدرس ایمیل: _____
آیا مایل هستید نامه های گفتگو به این آدرس ایمیل فرستاده شود؟ ☐ آری ☐ خیر
نام برنامه مراقبت های بهداشتی و درمانی: _____ شماره عضویت بیمار: _____
نام گروه (اگر عضو یک گروه پزشکی هستید): _____
کد فرما: _____

آیا من خواهم کسی در خصوص شکایت به شما کمک کند؟ ☐ آری ☐ خیر

اگر پاسخ شما مثبت است، "مردم تعیین نماینده مجاز" را تکمیل کنید.

آیا Medi-Cal دارید؟

☐ آری ☐ خیر

اگر پاسخ شما مثبت است، آیا برای رسیدگی آنلاین درخواست تسلیم کرده اید؟

☐ آری ☐ خیر

آیا Medicare یا Medicare Advantage دارید؟

☐ آری ☐ خیر

آیا به برنامه مراقبت های بهداشتی و درمانی خود شکایت یا اعتراض تسلیم کرده اید؟

☐ آری ☐ خیر

آیا خواستار پرداخت برای خدمات مراقبت های بهداشتی و درمانی هستید که قبلاً دریافت کرده اید؟

☐ آری ☐ خیر

اگر پاسخ شما مثبت است، لطفاً تاریخ (های) دریافت خدمات و نام ارائه کننده را بنویسید:

آیا من خواهم که برنامه مراقبت های بهداشتی و درمانی شما هزینه خدمات آبی را پرداخت کند؟ ☐ آری ☐ خیر

مشکل بهداشتی شما

(در صورت نیاز از یک برگه جداگانه استفاده کرده و مدارک تکمیلی را ضمیمه کنید.)

عارضه پزشکی یا تشخیصی شما چیست؟ (لطفاً بصورت روشن و دقیق توضیح دهید.)

هر استر چه تر من (ها) به دنبال پزشکی و/یا دارو (های) هستید؟ (لطفاً بصورت روشن و دقیق توضیح دهید.)

بله ☐ خیر ☐

آیا برنامه مراقبت های بهداشتی و درمانی شما در میان مدت گذشته به تغییر آشکارانه ای دست یافته است؟
اگر پاسخ شما مثبت است، دلیل ارائه شده را از میان موارد زیر علامت بزنید: (لطفاً یک مورد را علامت بزنید.)

☐ فقدان صورت پزشکی است. ☐ دارای جنبه آزمائشی یا تحقیقاتی است. ☐ مورد انتظار برای جراحی است.
☐ دارو و جراحی تحت پوشش نیست. ☐ عود (لطفاً در قسمت زیر توضیح دهید.)

نام و شماره تگن پزشکی ارائه کننده مراقبت های پزشکی و سایر ارائه کنندگانی که شما را برای این عارضه و/یا علت درمانی کار کرده اند، لطفاً بنویسید:

بله ☐ خیر ☐

آیا برای عارضه خود به هیچکس از ارائه کنندگان خارج از شبکه مراجعه کرده اید؟

اگر پاسخ شما مثبت است، لطفاً مواردی پزشکی را به این فرم ضمیمه کنید.

لطفاً مثال خود یا برنامه مراقبت های بهداشتی و درمانی را به انحصار شرح تغییر بعنوان مثال، توضیح دهید که آیا مثال رده درمان، صورتهای مربوط به اختلال، گرفتن وقت ملاقات یا ترخیص دارو یا دیواره یا دست پوشش شما توسط ارائه دهنده مراقبت های بهداشتی و درمانی لغو شده است.

ارائه اطلاعات پزشکی

من از سازمان مراقبت های بهداشتی بهداشت (Department of Managed Health Care) (DMHC) (سازمان) درخواست می کنم که در مورد مشکل من یا برنامه مراقبت های بهداشتی و درمانی تصمیم گیری نماید. من از سازمان درخواست می کنم که خود را با سازمان بررسی مشکل پزشکی (IMPR) (سازمان) من را بررسی کرده و نظر خود را در مورد ایجاد شرایط برای شکایت من برای IMPR یا روش شکایت سازمان اعلام نماید. من به ارائه کنندگانم، چه در گذشته و چه در حال حاضر، و برنامه مراقبت های بهداشتی و درمانی ام اجازه می دهم تا سوالات و اطلاعات پزشکی من را برای بررسی این موضوع در اختیار قرار دهند. این سوالات ممکن است شامل مدارک پزشکی، اطلاعات بهداشتی و سلامت و/یا - سوءمصرف مواد، HIV، گزارشات تصویربرداری های تشخیصی و سایر مدارک موجود به پرونده من باشند. این سوالات ممکن است شامل مدارک مربوط به پزشکی و سایر اطلاعات مربوط به پرونده من نیز باشند. من به سازمان اجازه می دهم تا این سوالات و اطلاعات را بررسی کرده و آنها را برای برنامه مراقبت های بهداشتی و درمانی من ارسال نماید. چنانچه اخبار اجازه من یک سال از تاریخ زیر می باشد، بعد از آن برای من که طبق قانون مجاز دانسته می شود، برای مثال، قانون به سازمان اجازه می دهد که به استفاده از اطلاعات من در باطل سازمان ادامه دهد. می توانم در صورت تمایل دوباره به اجازه خود ضمیمه کنم تا تمام اطلاعاتی که در این برگه ارائه نموده ام صحیح می باشد.

نام و نام خانوادگی (لطفاً با حروف درشت و واضح بنویسید):

تاریخ:

امضای بیمار یا ولی:

برای تکمیل فرم در صورتی که بیمار یا شرکت کننده به برگه دستور العمل مراجعه کنید.

اطلاعات اضافی

در شما درخواست می گردد که اطلاعات زیر را بصورت ایماندارانه ارائه کنید. شما با ارائه این اطلاعات به سازمان در تشخیص هرگونه شکایت بهداشتی در مشاغل، کسب خواهید کرد. سازمان بر اساس بخش 1374.30 از مجموعه مقررات بهداشت و ایمنی (Health and Safety Code) اعلام دارد این اطلاعات برای مقاصد تحقیقاتی و آماری جمع آوری نمیشد.

از آنکه این اطلاعات خطه اختیار نداشته و به هیچ ترتیبی بر تصمیم IMF با شکایت تقویر نظر ابراز نگذاشت.

زمان ارسال:

با بابل خطه بقیه هائیکتبات به زمان اصلی شماراننده  خانه

نزد آفریننده:

فرم تعیین تعارضه مجاز

اگر می خواهید به فردی اجازه دهید که در بررسی مستقل پزشکی (IMR) یا شکایت به شما کمک کند، بخش های A و B در زیر را پر کنید. (هر دو طرف باید فرم را امضاء کنند)

اگر یک ولی یا هم قانونی هستید که این فرم IMR/شکایت را برای کودکی (بر سن 18 سالگی می کنید، لزومی ندارد که این فرم را پر کنید)

اگر این IMR/شکایت را برای بیماری تکمیل می کنید که به دلیل داشتن صلاحیت یا توانایی کمتر به تکمیل آن نیست، و شما از اختیار قانونی لازم برای اقدام از طرف وی برخوردار هستید، لطفاً فقط بخش B را تکمیل کنید. عموماً لطفاً یک کپی از وکالت نامه تصمیمات مراقبت های بهداشتی و درمانی یا هر گونه مدرک دیگری را که اظهار می دارید می تواند برای بیمار تصمیم گیری کنید نیز از شما بخواهند.

بخش A: توسط بیمار تکمیل می گردد

من به فردی که در بخش B (بر نام یازده شده اجازه می دهم که در صورت IMR یا شکایتی که به سازمان مراقبت های بهداشتی شما کمک (مساز من) تنظیم می شود به من کمک کند من به سازمان و کارکنان IMR اجازه می دهم تا اطلاعات مربوط به کار شما (های) یا شکایت و مراقبت های من را یا فردی که در (بر نام یازده شده است، در میان بگذار در این اطلاعات ممکن است شامل اطلاعات مربوط به درمان های بهداشتی و سلامت روانی، درمان یا آزمایشات HIV، درمان اعتیاد به الکل یا مواد یا سایر اطلاعات مراقبت بهداشتی و درمانی باشند.

من می دانم که فقط اطلاعات مربوط به IMR یا شکایت در میان گذاشته خواهد شد.

لطیفه و موافقت من در مورد این کمک ها داوطلبانه بوده و حق دارم به آن خاتمه دهم. اگر بخوام به آن خاتمه دهم، پیشی اینکار را کجا انجام دهم.

نام بیمار (لطفاً با حروف درشت و واضح بنویسید)

امضای بیمار _____ تاریخ _____

بخش B: توسط شخصی تکمیل می گردد که به بیمار کمک می کند

نام شخص کمک کننده (لطفاً با حروف درشت و واضح بنویسید)

امضای شخص کمک کننده

آدرس

شماره

تاریخ

نسبت با بیمار

شماره تلفن اصلی

شماره تلفن دوم

آدرس ایمیل

☐ وکالت نامه من برای تصمیمات مراقبت های بهداشتی و درمانی یا سایر مدارک قانونی منسوخ شده است.

بزرگه دستور العمل فرم درخواست IMR/شکایت

اگر سالی دارید یا سازمان به شماره 1-888-466-2219 یا TDD به شماره 1-877-688-9891 تماس بگیرید. این تماس رایگان می باشد.

پیش از تسلیم

در بیشتر موارد باید ابتدا روال شکایت یا اعتراض برنامه مراقبت های بهداشتی و درمانی خود را طی کنید تا بعد بتوانید به سازمان درخواست IMR داده یا شکایت کنید. برنامه مراقبت های بهداشتی و درمانی شما باید ظرف مدت (30 روز و یا اگر مشکل شما فوری است و خطری سلامتی شما را تهدید می کند، ظرف 3 روز تصمیم خود را به شما اعلام نماید).

اگر برنامه مراقبت های بهداشتی و درمانی به دلیل تحقیقاتی از مبنای بودن درمان با آن مخالفت کرده است، برای تسلیم درخواست IMR نیازی نیست که ابتدا روال شکایت یا اعتراض برنامه مراقبت های بهداشتی و درمانی خود را طی کنید.

برای درخواست IMR باید ظرف مدت شش ماه از تاریخی اقدام کنید که برنامه مراقبت های بهداشتی و درمانی شما یک پاسخ کلی در مورد تجدیدنظرخواهی شما ارسال می دارد. اگر به نظر وجود شرایط خاصی نباشد، باید به موقع درخواست خود را تسلیم کنید. می توانید درخواست را بعد از گذشت شش ماه نیز تسلیم نمایید. لطفاً توجه داشته باشید که اگر تصمیم بگیرید برای مسئله ای که واحد شرایط IMR است به سازمان شکایت نکنید، امکان دارد حق خود برای پیگیری و اقدام قضایی علیه برنامه مراقبت های بهداشتی و درمانی در خصوص خدمات یا درمان درخواست شده را از دست بدهید.

نحوه تسلیم درخواست:

1. درخواست خود را بصورت آنلاین در www.HealthHelp.ca.gov تسلیم نمایید. (این سریع ترین راه است.)

یا

فرم درخواست IMR/شکایت را تکمیل و امضاء کنید.

2. اگر می خواهید در خصوص IMR یا شکایت خود از یک نفر کمک بگیرید، لطفاً "فرم تعیین نماینده مجاز" را تکمیل کنید. هم شما و هم نماینده مجاز شما باید فرم را امضاء کنید.

3. اگر سابق پزشکی از ارائه کنندگان خارج از شبکه دارید، لطفاً آنها را به همراه فرم درخواست IMR/شکایت ارائه نمایید. برنامه مراقبت های بهداشتی و درمانی شما سوابق پزشکی مربوط به ارائه کنندگان عضو شبکه را ارائه خواهد کرد.

4. می توانید هر مدرک دیگری را برای پشتیبانی از درخواست خود ضمیمه کنید. البته توجه داشته باشید که لازم نیست هیچ مدرک یا نامه ای که میل شما و برنامه مراقبت های بهداشتی و درمانی در خصوص این شکایت رد و بدل شده است را ارائه کنید.

سازمان بعد از بخشی از روال تحقیقات خود این اطلاعات را مستقیماً از مراقبت های بهداشتی و درمانی دریافت خواهد کرد.

5. اگر درخواست خود را بصورت آنلاین تسلیم نمی کنید، لطفاً فرم خود را به همراه تمام مدارک پشتیبانی به این آدرس پست کرده یا فکس نمایید.

Department of Managed Health Care Help Center

980 9th Street, Suite 500

Sacramento, CA 95814-2725

فکس: 916-255-5241

بعد از این چه می شود؟

سازمان در مورد واحد شرایط بودن پرونده شما جهت IMR یا شکایت تصمیم گیری می کند. پرونده های واحد شرایط IMR تشخیص داده خواهند شد که خدمات بهداشتی و درمانی در آنها به دلیل یک ضرورت پزشکی یا به دلیل تحقیقاتی آزمایشی بودن به تأخیر افتاده، تعبیر یافته یا رد شده باشد.

به پرونده هایی که واحد شرایط IMR تشخیص داده نمی شوند، از طریق روال شکایات خدمات گیرندگان رسیدگی خواهد شد. این شامل موارد رد شدن خدمات بهداشتی و درمانی به دلیل فقدان پوشش مزایا، اختلاف در مورد مطالبه پرداخت ها، لغز پوشش، کیفیت مراقبت ها و سوءاستفاده از خدمات می باشد.

سازمان ظرف مدت هفت روز نامه ای را برای شما ارسال می کند و در آن به آگاهی شما می رساند اراق IMR واحد شرایط هستید یا خیر. اگر سازمان به این نتیجه برسد که شکایت شما واحد شرایط IMR است، پرونده شما جهت بررسی به یک پیمایشگر ایالتی محول خواهد شد. پیمایشگر ایالتی با عنوان سازمان بررسی مستقل پزشکی (SMP) نیز خوانده می شود.

بزرگه دستور العمل فرم درخواست IMR/شکایت

لنام اطلاعاتی که مرکز کمک و راهنمایی در ارتباط با شکایت شما در اختیار دارد، شامل سوابق پزشکی شما یا فردی سازمان بررسی ارسال خواهد شد. سازمان بررسی معمولاً ظرف مدت 45 روز، و اگر مورد شما فوریتی نباشد ظرف مدت هفت روز تصمیم گیری خواهد کرد. سازمان تصمیم خود را طی یک نامه به اطلاع شما خواهد رساند.

اگر سازمان تصمیم بگیرد که شکایت شما باید با استفاده از روال شکایت خدمات گیرندگان مورد بررسی قرار گیرد، ظرف مدت 30 روز در باره مسئله شما تصمیم گیری خواهد شد. سازمان تصمیم خود را طی یک نامه برای شما ارسال می کند. ارائه اعلان زیر بر اساس قانون رویه های اطلاعات (Information Practices Act) مصوب 1977 (بخش 1798.17 از مجموعه مقررات مدنی کالیفرنیا - California Civil Code) الزامی می باشد.

- سازمان بر اساس قانون Knox-Keene کالیفرنیا اجازه دارد بر کار برنامه مراقبت های بهداشتی و درمانی نظارت کرده و در مورد شکایات اعضای برنامه های مراقبت های بهداشتی و درمانی تحقیق و بررسی نماید.
- مرکز کمک و راهنمایی سازمان برای تحقیق در مورد مشکلی که با برنامه مراقبت های بهداشتی و درمانی دارید و ارائه IMR بر صورتیکه واجد شرایط آن باشید، از اطلاعات شخصی شما استفاده خواهد کرد.
- شما این اطلاعات را بصورت داوطلبانه به سازمان ارائه می کنید. شما مجبور نیستید حتماً این اطلاعات را ارائه کنید و این در صورتیکه این اطلاعات را در اختیار قرار ندهید، IMR شاید قادر به تحقیق در مورد شکایت شما یا ارائه IMR نباشد.
- سازمان می تواند اطلاعات شخصی شما را طبق ابتر در اختیار برنامه مراقبت های بهداشتی و درمانی ارائه کنندگان و سازمان بررسی معزی IMR قرار دهد.
- سازمان همچنین ممکن است اطلاعات شما را در صورت نیاز و تا بر حسب مجوز های قانونی در اختیار سایر سازمان های دولتی قرار دهد.
- شما حق دارید اطلاعات شخصی شان را مشاهده کنید. مسئول هماهنگی درخواست های سوابق سازمان در آدرس
Department of Managed Health Care, Office of Legal Services, 980 9th Street Suite 500,
Sacramento CA 95814-2725 تماس گرفته یا به شماره 916-322-6727 تلفن کنید.

INDEPENDENT MEDICAL REVIEW (IMR) APPLICATION/COMPLAINT FORM

सहत्वपूर्ण जानकारी

आप आपके IMR (आईएमआर) आवेदन/Complaint Form (शिकायत प्रपत्र) को ऑनलाइन यहाँ जमा कर सकते हैं:
www.HealthHelp.ca.gov

- ♦ **मूलतः :** IMR (आईएमआर)/Complaint (शिकायत) प्रक्रिया मूलतः है।
- ♦ **सीधे :** IMR (आईएमआर) के निर्णय आम तौर पर 45 दिनों के भीतर लिए जाते हैं या फिर स्वास्थ्य मामले के अत्यावश्यक होने पर 7 दिनों के भीतर।
- ♦ **संलग्न:** लगभग 60 प्रतिशत रोगियों को मांगी गई सेवा IMR (आईएमआर) द्वारा प्राप्त हो जाती है।
- ♦ **अंतिम:** स्वास्थ्य योजनाओं को IMR (आईएमआर) के फैसले का मानना चाहिए व तुरंत सेवा प्रदान करनी चाहिए।

रोगी की जानकारी

पथन नाम _____ मध्य नाम का पथनाम _____ अंतिम नाम _____

रोगी की जन्म तिथि (महीना/तिथि/वर्ष) _____ लिंग ☐ पुरुष ☐ महिला ☐ अन्य _____

रोगी का नाम या नाबालिग के लिए भरणे पर अभिभावक का नाम _____

सदस्यता _____

गहर _____ राज्य _____ जिले _____

प्राथमिक फोन # _____ अन्य फोन # _____

ई-मेल पता _____

क्या आप इस ई-मेल पर संवाद/पत्र प्राप्त करना चाहेंगे? ☐ हाँ ☐ नहीं

स्वास्थ्य योजना का नाम _____ रोगी की सदस्यता # _____

चिकित्सकीय समूह का नाम (यदि किसी चिकित्सकीय समूह में हों तो) _____

नियोजक _____

क्या आप शिकायत करने के लिए किसी की सहायता चाहते हैं? ☐ हाँ ☐ नहीं

यदि हाँ, तो कृपया साथ में संलग्न अधिकृत सहायक प्रपत्र भर दें।

क्या आपके पास Medi-Cal (मेडिकैल) है? ☐ हाँ ☐ नहीं

यदि हाँ, तो क्या आपने स्टेट केयर डिभरिंग के लिए अनुरोध दायित्व किया है? ☐ हाँ ☐ नहीं

क्या आपके पास (मेडिकेयर) Medicare or Medicare Advantage (मेडिकेयर एडवांटेज) है? ☐ हाँ ☐ नहीं

क्या आपसे आपकी स्वास्थ्य योजना में कोई शिकायत या मोशानी दावा की है? ☐ हाँ ☐ नहीं

क्या आप किसी ऐसी स्वास्थ्य देखभाल सेवा का भुगतान चाहते हैं जो आपके लिंग चुकी है? ☐ हाँ ☐ नहीं

यदि हाँ, तो सेवा की तिथि (या) और प्रदाता का नाम बताएं :

आपकी स्वास्थ्य समस्या _____ (यदि आवश्यक हो तो, एक अलग कगज़ व दस्तावेज़ संलग्न करें।)

क्या आप आपकी स्वास्थ्य योजना से ब्रिक्थ की सेवाओं का भुगतान प्राप्त करना चाहते हैं? ☐ हाँ ☐ नहीं

आपकी बीमारी या डॉक्टर का निदान क्या है? (कृपया विस्तृत स्क्रॉल दें) _____
आप किस प्रकार का उपचार (वेब/ए/ए) चाहते हैं? (कृपया विस्तृत स्क्रॉल दें) _____

क्या आपकी स्वास्थ्य योजना में आपके उपचार को कवरेज शामिल है, या उसमें बदलाव किया है? ☐ हाँ ☐ नहीं
यदि हाँ, तो कृपया कृपया कारण पर सही का निदान लगाएँ : (किसी एक पर निदान लगाएँ)
☐ चिकित्सकीय रूप से आवश्यक नहीं ☐ प्रयोगात्मक या अनुसंधानात्मक ☐ आपातकालीन /अवधारक नहीं
☐ कवर नहीं होने वाला मामला ☐ अन्य (कृपया नीचे लिखें)

आपकी प्राथमिक देखभाल करने वाले डॉक्टर व अन्य प्रदाताओं का नाम व नंबर दें जिन्होंने आपको देखा है, उपचार किया है, या आपकी बीमारी के बारे में सलाह दी है।

क्या आपने आपकी बीमारी के लिए डॉक्टरों से बाहर के प्रदाताओं को दिखाया है ? ☐ हाँ ☐ नहीं
यदि हाँ, तो कृपया इस प्रपत्र के साथ चिकित्सकीय रिकार्ड को शामिल करें।
आपकी स्वास्थ्य योजना से होने वाली समस्या का संकेत में वर्णन करें। उदाहरण के लिए, आपकी समस्या अस्वीकृत उपचार है, ऐसा दिन है जिसका भुगतान न किया गया हो, भुगतान का समय जिसमें मैं आ रही हूँ जिसका या देखा है या आपकी स्वास्थ्य योजना में आपके कवरेज को रद्द कर दिया है।

चिकित्सकीय रिवीज

मैं Department of Managed Health Care (Department) (प्रबंधित स्वास्थ्य देखभाल विभाग/विभाग) से मेरी स्वास्थ्य योजना की समस्या के बारे में निर्णय लेने का अनुरोध करता हूँ। मैं विभाग से मेरी Independent Medical Review (IMR) (स्वतंत्र चिकित्सकीय समीक्षा आईएमआर/आवेदन/Complaint Form)(शिकायत प्रपत्र) से निर्णय लेने का अनुरोध करता हूँ ताकि यह निर्धारित किया जा सके की मेरी शिकायत (IMR/आईएमआर) या विभागीय शिकायत प्रक्रिया की पात्र है। मैं अपने भुगतान और कवरेज के दाताओं और मेरी योजना को मेरे आगमने की समीक्षा के लिए मेरे चिकित्सकीय रिकार्ड और जानकारी को रिवीज करने की स्वीकृति देता हूँ। इन रिकार्डों में चिकित्सकीय, मानसिक स्वास्थ्य, सहायक प्रदाता के सेवन, एचआईवी/निट्रोसोसोसल इमेजिंग रिपोर्ट और अन्य रिपोर्ट जहाँ मेरे मामले से संबंधित है शामिल हो सकते हैं। इनमें मेरे चिकित्सकीय रिकार्ड या अन्य जानकारी जहाँ मेरे मामले से संबंधित हो शामिल हो सकते हैं। मैं विभाग को इन रिकार्ड व जानकारी की समीक्षा करने की व मेरी योजना को मेजने की अनुमति देता हूँ। कानून द्वारा मान्यता के अतिरिक्त मेरी अनुमति नीचे दी गई तारीख से एक साल के भीतर संपादित हो जागी। उदाहरण के लिए कानून विभाग को अंदाज़ी स्प से मेरी जानकारी के उपयोग को जारी रखने की अनुमति देता है। मैं यदि चाहूँ तो अपनी अनुमति को जल्दी भी समाप्त कर सकता हूँ। मेरे द्वारा इस पृष्ठ पर दी गई सभी जानकारी सत्य है।

दोरी या अभिभावक का नाम (मुद्रित करें) _____

दोरी या अभिभावक के हस्ताक्षर _____ दिनांक _____

मेरा या फैमिली की जानकारी के लिए कृपया अनुदेश पत्र दें।

साधिकाय जानकारी

आपसे निम्न जानकारी को स्वच्छ से देने के लिए कहा जाता है। इस जानकारी देने से विभाग को समस्याओं के चार्ज की पहचान करने में सहायता मिलेगी। स्वास्थ्य व सुरक्षा कोड धारा 1374.30 विभाग को यह जानकारी गोप्य व साधिकाय उद्देश्यों के लिए प्रपत्र

करने के लिए अधिकृत करता है। यह जानकारी देना वैकल्पिक है और IMR(माइएमआर) का विकास के निर्णय को किसी भी तरीके से प्रभावित नहीं करता है।

बोलने आने वाली प्राथमिक भाषा : _____

क्या आप चाहते हैं कि हम आपसे आपकी प्राथमिक भाषा में संचालित/पहुँचाने करें ? ☐ हाँ



नमस्ते/प्रणाम: _____

अधिकृत सहायक प्रार

- यदि आप किसी अन्य व्यक्ति को आपके IMR(आईएमआर) या शिकायत करने के लिए अनुमति देने हैं तो नीचे दिए गए भाग अ व ब भरें। (दोनों पक्षों को प्रार पर हस्ताक्षर करने होंगे)
- यदि आप 18 से कम आयु के बालक के माता-पिता या कानून अधिकारक हैं जो उसके लिए IMR(आईएमआर)/Complaint Form(शिकायत प्रार) भर रहे हैं तो आपको इसे पूरा करने की आवश्यकता नहीं है।
- यदि आप किसी ऐसे रोगी के लिए IMR(आईएमआर) या Complaint Form(शिकायत प्रार) भर रहे हैं जो इसे भरने में आसानी/असमर्थ है, और आपके पास इस रोगी के लिए कार्य करने हेतु वास्तु में आपसे प्राधिकृत है तो कृपया निम्न भाग ब को पूरा करें। इसके अलावा स्वास्थ्य देखभाल निर्णय के लिए नि पावर ऑफ अटॉर्नी की एक प्रति या अन्य दस्तावेज जिनसे यह सचित हो कि आप रोगी के लिए निर्णय ले सकते हैं साथ में संलग्न करें।

भाग अ : रोगी द्वारा भरा जाएगा

मैं भाग ब में नामित किए गए व्यक्ति को Department of Managed Health Care (Department) (एकीकृत स्वास्थ्य देखभाल विभाग/विभाग) में मेरे IMR(आईएमआर) या Complaint(शिकायत) उपर करने में सहायता की अनुमति देता हूँ। मैं विभाग व IMR(आईएमआर) कर्मचारियों को मेरी चिकित्सकीय स्थिति/यों और देखभाल को नीचे नामित व्यक्ति के साथ साझा करने की अनुमति देता हूँ। इस जानकारी में सामाजिक स्वास्थ्य उपचार, एचआईवी उपचार या जघम/मादक दवा या ड्रग उपचार या नव चिकित्सकीय जानकारी शामिल हो सकती है।

मैं समझ चुका हूँ कि मेरे IMR(आईएमआर) या Complaint(शिकायत) से सम्बंधित जानकारी को साझा की जाएगी।

इस सहायता के लिए मेरे द्वारा दी जा रही अनुमति स्वैच्छिक है और मुझे इसे समाप्त करने का अधिकार है। यदि मैं इसे समाप्त करना हो तो मुझे इसे लिखित में देना होगा।

रोगी का नाम (मुद्रित) _____

रोगी के हस्ताक्षर _____ दिनांक _____

भाग ब: रोगी की सहायता करने वाले व्यक्ति द्वारा भरा जाएगा

सहायता करने वाले व्यक्ति का नाम (मुद्रित) _____

सहायता करने वाले व्यक्ति के हस्ताक्षर _____

पता _____

शहर _____ राज्य _____ जिला _____

रोगी के साथ संबंध _____

प्रारम्भिक फोन # _____

अतिरिक्त संवर # _____

ई-मेल पता _____

☐ स्वास्थ्य देखभाल विशेष के लिए पावर ऑफ एटोर्नी या अन्य कानूनी दस्तावेज साथ में संलग्न है।

IMR Application/Complaint Form Instruction Sheet

यदि आप कोई सवाल पूछना चाहते हैं तो विभाग में 1-888-468-2219 या TDD के लिए 1-877-688-8891 पर संपर्क करें। यह फोन सेवा मुफ्त है।

दाख़र करने से पहले:

अधिकतर मामलों में आपको विभाग के पास Complaint (शिकायत) या अनुरोध दाख़र करने से पहले आपकी स्वास्थ्य योजना की शिकायत या परिवर्तन प्रक्रिया को पढ़ लेना चाहिए। आपकी स्वास्थ्य योजना आपको 30 दिनों में या यदि आपकी समस्या अतिरिक्त और आपके स्वास्थ्य के लिए ख़तरा ख़तरा है तो 3 दिनों में निर्णय प्रदान करना चाहिए।

यदि आपकी स्वास्थ्य योजना में आपके उपचार के लिए प्रयोज्यतात्मक अनुसंधानात्मक होने की वजह से सवाल पਿਆ है तो आपको IMR(आईएमआर) आवेदन से पहले आपकी स्वास्थ्य योजना की Complaint(शिकायत) या परिवर्तन प्रक्रिया की आवश्यकता नहीं है।

अपने उपकी अर्जी के बाद स्वास्थ्य योजना के निर्धारित अवधि मिलने के छह महीनों के भीतर IMR(आईएमआर) के लिए आवेदन कर देना चाहिए। यदि किसी विशेष परिस्थितियों की वजह से आप समय पर दाख़र नहीं कर पते हैं तो आप छह महीनों के बाद भी आवेदन कर सकते हैं। कृपया इस बात के प्रति जागरूक रहें कि आप किसी मृद के कारण जो आपके IMR(आईएमआर) का पत्र बनाता हो के बावजूद आप शिकायत दाख़र नहीं करने का निर्णय लेते हैं तो आप आपकी योजना के चिन्ता किसी सेवा या उपचार जिसका अनुरोध आपने किया है के लिए कानूनी कारवाई के अनुसरण का अधिकार आप छोड़ देते हैं।

कैसे दाख़र करें :

1. www.HealthHelp.ca.gov पर ऑनलाइन दाख़र करें। (यह सबसे तेज़ तरीका है।)
या
IMR(आईएमआर)आवेदन/Complaint Form(शिकायत प्रपत्र) काटें और हस्ताक्षर करें।
2. यदि आप चाहते हैं कि IMR(आईएमआर) या Complaint(शिकायत) भरने में आपकी कोई सहायता करे तो 'Authorized Assistant Form.(अधिकृत सहायक प्रपत्र)' भरें। आपको और आपके अधिकृत सहायक को प्रपत्र पर हस्ताक्षर करने होंगे।
3. यदि आपके पास नैटवर्क प्रदाताओं के ज़रूरी किसी प्रदाता द्वारा दिये गए धिक्कृत/निर्यात रिपोर्ट हैं तो कृपया उन्हें भी आपकी IMR Application(आईएमआर आवेदन)/Complaint Form(शिकायत प्रपत्र) शामिल करें। आपकी योजना नैटवर्क प्रदाताओं से धिक्कृत/निर्यात रिपोर्ट प्रदान करेगी।
4. आप आपके अनुरोध को प्रमाणित करने वाले अन्य दस्तावेज़ भी लग सकते हैं। हालांकि, इस शिकायत से संबंधित किसी भी दस्तावेज़ या पत्राचार जो आपके और आपकी योजना के बीच हुआ हो को प्रदान करने की आवश्यकता नहीं है। विभाग इस जानकारी को इस जांच के किसी के रूप में सीधे आपकी योजना से ले लेगा।
5. यदि आप ऑनलाइन आवेदन नहीं कर रहे हैं तो कृपया आपके प्रपत्र को पुष्टि करने वाले दस्तावेज़ के साथ यहाँ पैक कर भेजें।

Department of Managed Health Care (प्रबंधित स्वास्थ्य देखभाल विभाग) सहायता केंद्र)
980 9th Street, Suite 500
Sacramento, CA 95814-2725
FAX: 916-255-5241

इसके बाद क्या होगा?

विभाग निर्धारित करेगा कि आपका मामला आईएमआर(आईएमआर) या Complaint (शिकायत) का पात्र है या नहीं। मामले (IMR/आईएमआर) के लिए घबसित होते हैं यदि स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं में चिकित्सकीय आवश्यकता या प्रयोगात्मक/अनुसंधानात्मक आधार पर दिक्कत/बदलाव/या अस्वीकृति दी गई हो।

ग़माने जो (IMR/आईएमआर) के लिए घबसित नहीं होते हैं उनका संरक्षण उपरोक्त शिकायत प्रक्रिया द्वारा किया जा सकता है। इन मामलों में ऐसे मुद्दे शामिल होते हैं जैसे - स्वास्थ्य देखभाल सेवा का कवर लाभ न होना, डॉक्टर के भुगतान में त्रुटि/कटौत का निरस्तकरण, देखभाल की गुणवत्ता और कर्तव्य योग्य सहायक द्वारा किया फुलकर ज़रूरत।

विभाग आपको सात दिनों के भीतर एक पत्र भेजेगा जिसमें बताया जाएगा कि (IMR/आईएमआर) के लिए घबसित हुए हैं या नहीं। यदि विभाग निर्णय लेता है कि आपकी Complaint(शिकायत) IMR(आईएमआर) के लिए घबसित है तो आपके मामले को राज्य के सचिवालय के सुपुर्दे किया जाएगा जो इसकी समीक्षा करेगा। राज्य के सचिवालय को Independent Medical Review Organization (स्वातंत्र्य चिकित्सकीय समीक्षा संगठन), सभी जानकारी जो सहायक केंद्र में आपकी Complaint(शिकायत) से सम्बंध की है जिसने आपकी चिकित्सकीय रिपोर्ट शामिल हैं को समीक्षा संगठन को भेज जाएगा। समीक्षा संगठन आम तौर पर 45 दिनों के भीतर या अत्यावश्यक मामलों में सात दिनों के भीतर निर्णय से जेत है। विभाग निर्णय की जानकारी का पत्र आपको भेजेगा।

यदि विभाग निर्णय लेता है कि आपकी Complaint(शिकायत) की समीक्षा उपरोक्त शिकायत प्रक्रिया द्वारा होनी चाहिए तो आपके मामले पर निर्णय 30 दिनों के भीतर लिया जाएगा। विभाग निर्णय के बारे में आपको पत्र द्वारा बताया जाएगा।

The Information Practices Act of 1977(जानकारी प्रथा नियम 1977), (California Civil Code Section 1798.17) (कैलिफोर्निया सिविल कोड धारा 1798.17) दिखाने मुद्रता आवश्यक है।

- कैलिफोर्निया का Knox-Keene कानून विभाग को स्वास्थ्य योजनाओं के नियमन और स्वास्थ्य योजना सदस्यों द्वारा की गई शिकायतों की जांच के लिए अधिकृत करता है।
- विभाग का सहायक केंद्र आपकी निजी जानकारी को आपकी योजना की समस्या की जांच हेतु उपयुक्त करता है और आपके पत्र होने पर आपको (IMR/आईएमआर) प्रदान करने के लिए करता है।
- आप विभाग को यह जानकारी खेच्छ से देते हैं। आपको यह जानकारी देना आवश्यक नहीं है। हालांकि, यदि आप नहीं देते हैं तो विभाग आपकी शिकायत की जांच नहीं कर सकता है और आपको (IMR/आईएमआर) भी प्रदान नहीं कर सकता है।
- विभाग आपकी निजी जानकारी को आवश्यकता के अनुसार योजना, प्रदाताओं और समीक्षा करने वाला संगठन जे (IMR (आईएमआर) आयोजित करता है के साथ साझा कर सकता है।
- विभाग आपकी जानकारी को कानून द्वारा आवश्यक या मान्य होने पर अन्य सार्वजनिक एजेंसियों से भी साझा कर सकता है।
- आपकी आपकी निजी जानकारी को देखने का अधिकार है। ऐसा करने के लिए, संपर्क करें - Department's Records Request Coordinator(विभागिय रिपोर्ट अनुरोध समन्वयक), Department of Managed Health Care(प्रबंधित स्वास्थ्य देखभाल विभाग), Office of Legal Services(कानूनी सेवा कार्यालय), 980 9th Street Suite 500, Sacramento CA. 95814-2725, या इस नंबर पर फोन करें 916-322-6727।

DAIM NTAUV TSO NPE THOV KOM ROV XYUAS KEV KHO MOB UAS NCAJ Nrab (IMR)/Daim Foos Tsis Txaus Siab

XOV XWM TSEEM CEEB

Koj tuaj yeem xa koj Daim Ntauv Tso Npe Thov IMR/Daim Foos Tsis Txaus Siab hauv oos lais ntawm: www.HealthHelp.ca.gov

- ❖ **QHOV UA PUB DAWB:** Tej txheej txheem Kev Tsis Txaus Siab ntawm IMR/Tus Neeg Siv Kev Pab Cuam yog ua pub dawb.
- ❖ **QHOV UA SAJ:** IMRs ib txwm raug txav txim tsis dhau li 45 hnub, lossis yog hais tias qhov kev mob nkeeg maj ceev ces tsis dhau li 7 hnub.
- ❖ **QHOV UA TIAV LAWM:** Kuv yeas li ntawm 60 feem pua ntawm cov neeg mob tau txais kev pab cuam uas raug thov los ntawm IMR.
- ❖ **THAUM KAWG:** Cov phwj awm npaj kho mob yuav tsum ua raws li kev txav txim ntawm IMR thiab muab kev pab cuam tam sid.

XOV XWM QHIA TXOG TUS NEEG MOB

Lub Npe _____ Tsiag Ntauv Cim Lub Npe Nrab _____ Lub Xeeb _____

Tus Neeg Mob li Hnub Yug (*immediacy*)? _____ Poj niam lossis Txiv Neeg: ☐ Txiv Neeg ☐ Poj Niam

☐ Lwm Yam

Leej Niam Leej Txiv lossis Tus Neeg Saib Xyuas Lub Npe yog hais tias Sau rau Tus Meriyuam Uas Tsis Tau Puv Hnub Nyooq _____

Chaw Nyob Txoj Kev _____

Lub Nroog _____ Lub Xeeb _____ Zauv Cim Xa Ntauv _____

Tus Xov Tooj Tseem Ceeb # _____ Tus Xov Tooj Thib Ob # _____

Chaw Nyob Email _____

Koj puas nylam kom muab qhov kev sib txuas lus/sau ntauv sib teb xa mus rau tus email no? ☐ Yiam ☐ Tsis Nylam

Lub Npe Phlapwm Npaj Kho Mob _____

Tus Neeg Mob li Naj Npawb Tut Koom Xeeb # _____

Lub Npe Pawg Neeg Kho Mob (yog hais tias nyob hauv ib dawg neeg kho mob) _____

Tus Tswv Haujwm _____

Koj puas xav tau ib tug neeg twg los pab koj ua koj daim ntawv tsis txaus siab?
Yog hais tias xav, ces thov caw sau kom tiav "Daim Foom Tus Meeg
Pab Uas Raug Tso Cai Rau (Authorized Assistant Form)."

☐ Xav ☐ Tsis Xav

Koj puas muaj Medi-Cal?

☐ Muaj ☐ Tsis Muaj

Yog hais tias muaj, es koj puas tau sau ib Daim Ntawv Thov txog ib
Rooj Lus Kho Ob Tog Raws Kev Ncaj Ncees Qib Xeev dhau los?

☐ Sau Lawm ☐ Tsis Tau Sau

Koj puas muaj Medicare Iossis Tau Txiaj Ntsig Los Ntawm Medicare
(Medicare Advantage)?

☐ Muaj ☐ Tsis Muaj

Koj puas tau sau ib daim ntawv tsis txaus siab Iossis daim ntawv tsis zoo
siab txog koj li phapxwm npaj kho mob dhau los?

☐ Sau Lawm ☐ Tsis Tau Sau

Koj puas xav tau nyiaj them nqi rau ib qho kev pab cuam uas koj twb tau
txais lawm?

☐ Yog ☐ Tsis Yog

Yog hais tias yog, ces sau huab tim ntawm kev pab cuam, thiab
tus neeg muab kev pab cuam nkag.

KOJ LI TEEB MEEM MOB NKEEG

(Sau rau him daim ntawv thiab tsuam him cov ntaub ntawv nrog yog hais tias tom nyog.)

Koj puas xav kom koj lub chaw pab them nqi kho mob them rau cov nqi kev pab cuam yav tom ntaj?

☐ Xav ☐ Tsis Xav

Koj li zwj ceeb kho mob lossis koj tau kwv kho mob qhia tias yog muab dab tsi? (thov caw qhia kiag rau) _____

(Cov) kev kho mob/(cov) kev pab cuam thiab/lossis (cov) tshuaj kho mob uas koj tab tom thov yog dab tsi? (thov caw qhia kiag rau)

Koj li phiajxwm kho mob puas tau tsis iiam muab, ncia qeeb lossis hloov koj qhov kev kho mob?

☐ Yog ☐ Tsis Yog

Yog hais tias yog, thov kos rau qhov laj thawj tau muab. (kos rau ib qho)

- ☐ Tsis Yog Kev Kho Mob Uas Tseem Ceeb
☐ Tsis Yog Ib qho Mob Ceeb/Maj
☐ Lwm Yam (thov caw plov qhia rau hauv qab no)

- ☐ Kev Sim lossis Kev Soj Xyuas
☐ Tsis Yog Qhov Kev Pab Uas Tau Txais Kev Pab Them

Sau lub npe thiab tus haj npawb xov tooj ntawm koj tus kwv kho mob tseem ceeb thiab him cov neeg muab kev saib xyuas mob tus uas tau mus ntsib, tau kho, lossis tau muab lus sab laj rau koj ntsig txog qhov zwj ceeb no.

Koj puas tau mus ntsib ib tus neeg muab kev saib xyuas mob uas tsis koom nrog ntsig txog koj li zwj ceeb?

☐ Tau Mus ☐ Tsis Tau Mus

Yog hais tias tau mus, ces thov caw sau cov ntawv teev kho mob ntaw rau daim foos no.

Plav luv luv txog tej teeb meem uas koj tab tom muaj hauv koj li phiajxwm kho mob. Piv txwv li, plov qhia seb qhov teeb meem yog ib qho kev kho mob uas tsis lees paub, ib qho kev tsub nqi uas tsis tau them, muaj teeb meem kev tau txais kev teem caij lossis kev kho mob lossis tsis yog, lossis seb koj li kev duav txog kev kho mob raug tso tseg los ntawm lub phiajxwm kho mob.

KEV NTHUAV QHIA TXOG KEV KHO MOB

Kuv thov kom Lub Rooj Tsav Xwm Saib Xyuas Kev Saib Xyuas Fab Kev Mob Nkeeg Uas Raug Tswj Xyuas (Lub Rooj Tsav Xwm) los bial bwm ntsig txog kuv qhov teeb meem nrog kuv li phiajxwm kho mob. Kuv thov kom Lub Rooj Tsav Xwm los xyuas dua txog kuv Daim Ntawv Tso Npe Thov Kom Rov Xyuas Kev Kho Mob Uas Ncaj Nhab (IMR)/Daim Foos Tsis Txais Siab bhwam rau bial bwm seb kuv tej lus tsis txaus siab uas zoo.

tsim nyog rau lossis tsis tsim nyog rau IMR lossis Lub Rooj Tsav Xwm tej tshetj tshem ua haujlwm fab Lus Tsis Txaus Siab. Kuv tso cai rau kuv cov neeg muab kev saib xyuas kho mob thiab kuv li phiajxwm kho mob yav dhau los thiab niaj hnub no los nthuav qhia txog kuv cov ntawv teev kev kho mob thiab tej xov xwm txhawm rau rov xyuas dua txog qhov teeb meem no. Cov ntawv teev tseg no kuj yuav xam muaj kev kho mob kev mob puas siab puas ntaws, kev siv tshuaj tshuam cai, mob HIV, cov ntawv tshaj qhia uas muaj duab tsom qhia kab mob, thiab lwm cov ntaub ntawv teev tseg ntsig txog kuv li case. Cov ntaub ntawv teev tseg no tej zaum kuj yuav xam muaj cov ntaub ntawv teev tseg uas tsis yog kev kho mob nrog thiab lwm yam xov xwm uas ntsig txog kuv li case. Kuv tso cai rau Lub Rooj Tsav Xwm los xyuas dua txog cov ntaub ntawv teev tseg no thiab tej xov xwm es xa nws mus rau kuv li phiajxwm. Kuv li kev tso cai yuav xaus thaum puv ib xyoox txi li hnub sau tseg hauv qab no, tshwj yog hais tias raug tso cai los ntawm kev cai li choj. Piv txwv li tsab cai li choj yuav tso cai rau Lub Rooj Tsav Xwm siv kuv tej xov xwm kiag hauv Lub Rooj Tsav Xwm txuas mus ntuv. Kuv tuaj yeem xaus kuv li kev tso cai sai dua ntawd yog hais tias kuv xav ua. Tag nrho phua tej xov xwm uas kuv tau muab nyob rau daim ntawv no yog muaj tseeb liag.

Tus Neeg Mob lossis Niam Txiv Lub Npe (Sau) _____

Tus Neeg Mob lossis Niam Txiv Kos Npe _____ Hnub Tim _____

Thov caw saib daim ntawv lus qhia hais txog xov xwm qhia txog kev xa ntawv lossis xa fax.

HAIS TXOG XOV XWM TEEV SUAV (STATISTICAL)

Koj raug hais kom muab tej xov xwm nram qab no yam txaus siab hio. Kev muab tej xov xwm no yuav pab rau Lub Rooj Tsav Xwm taw qhia txog ib tug qauv ntawm cov teeb meem. Tsab Cai Kev Noj Qab Nyob Zoo thiab Kev Nyab Xeeb tshopj 1374.30 yuav tso cai rau Lub Rooj Tsav Xwm los muaj tej xov xwm no txhawm rau lub hom phiaj tshawb nrhiav thiab teev suav (statistical). Kev muab tej xov xwm no yog ua lossis tsis ua los tau thiab yuav tsis tswm sim tsis zoo rov rau IMR lossis tej lus txav bim txog kev tsis txaus siab hauv ib txoj hau kev twg.

Thawj Hom Lus Tham Uas Koj Hais: _____

Koj puas nyiam kom muab qhov kev sib txuas lus/sib teb no tham nyob rau hauv koj thawj hom lus?

☐ Yiam ☐ Tsis Nyiam

Hauv Neeg/Hauv Neeg Me: _____

DAIM FOOS TUS NEEG PAB UAS RAUG TSO CAI RAU

Yog hais tias koj xav muab kev tso cai rau lwm tus neeg los pab koj sau koj daim ntawv Rov Xyuas Kev Kho Mob Kom Ncaj Nrab (IMR) lossis daim ntawv tsis txaus siab, ces au kom tiav Tshooj A thiab B hauv qab no. [Ob tog yuav tsim kos npe rau daim ntawv](#)

Yog hais tias koj yog ib tug leej niam leej txi lossis neeg saib xyuas raws kev cai uas tab tom sau daim IMR lossis daim ntawv tsis txaus siab rau ib tug menyuam uas hnuab nyong qis dua 18 xyoo, ces koj tsis tas sau daim foos no.

Yog hais tias koj tab tom sau daim ntawv IMR/Daim Ntawv Tsis Txaus Siab rau ib tug neeg mob tus uas tsis tuaj yeem sau daim foos no vim yog tus neeg mob tsis muaj peev xwm lossis tsis muaj tawv yim, thiab koj ho tau kev tso cai raws li kev cai li choj los sau rau tus neeg mob no, ces thov caw sau kom tiav Part B nkaus xwb. Kuj tseem tsim ib daim luam qauv lus muab cai ntsig txog cov kev txiav txim tab kev saib xyuas mob nkeeg lossis lwm cov ntaub ntawv uas hais tias koj tuaj yeem txiav biim sawv cev rau tus neeg mob.

TSHOOJ A: [UA TIAV LOS NTAWM](#) TUS NEEG MOB

Kuv tao cai rau tus neeg uas muaj npe nyob hauv Tshooj B los pab kuv sau kuv daim IMR lossis daim ntawv tsis txaus siab nrog Rooj Tsav Xwm Saib Xyuas Kev Saib Xyuas Mob Nkeeg Uas Tau Tswj Xyuas (Lub Rooj Tsav Xwm). Kuv tao cai rau cov neeg ua haujlwm ntawm Lub Rooj Tsav Xwm thiab IMR los nthuav qhia tej xov xwm ntsig txog kuv li zwj ceeb kho mob thiab kev saib xyuas mob hauv tus neeg uas muaj npe hauv qab no. Tej xov xwm no kuj yuav xam muaj kev kho mob puas siab puas ntaws, kho mob lossis kuaj mob HIV, kev cim dej cawv lossis cim tshuaj, lossis lwm yam xov xwm saib xyuas kev mob nkeeg.

Kuv nkag siab tias tsuas muaj tej xov xwm uas ntsig txog kuv li IMR lossis tej lus tsis txaus siab thia li yuav raug nthuav qhia rau pom.

Kuv li kev pom zoo ntawm qhov kev pab no yog txaus siab ua pub dawb thiab kuv muaj cai los xaus nws tseg. Yog hais tias kuv xav xaus nws tseg, ces kuv yuav tsim sau ntawv qhia tias kuv xav ua li ntawd.

Tua Neeg Mob Lub Npe (Sau) _____

Tua Neeg Mob Kos Npe _____ Hnuab Tim _____

TSHOOJ B: [UA TIAV LOS NTAWM](#) TUS NEEG UAS TAB TOM PAB TUS NEEG MOB

Lub Npe ntawm Tus Neeg Tab Tom Pab (sau) _____

Tus Qauv Tes Kos Npe ntawm Tus Neeg Tab Tom Pab _____

Chaw Nyob _____

Lub Nroog _____ Lub Xeev _____ Zauv Cim Xa Ntawv _____

Kev Tshieb Ze rau Tus Neeg Mob _____

Tus Xov Tooj Tseem Ceab # _____

Tus Xov Tooj Thiv Ob # _____

Chaw Nyob Email _____

☐ Kuv li lus tao cai hais txog cov kev txiav txim tab kev saib xyuas mob nkeeg lossis lwm cov ntaub ntawv raug cai raug tshuam tuaj nrog.

DAIM NTAUV TSO NPE THOV KOM ROV XYUAS KEV KHO MOB UAS NCAJ Nrab (IMR)/Daim Foos Tsis Tsaus Siab

Yog hais tias koj muaj lus nug, ces hu xov tooj rau Lub Rooj Tsav Xwm ntawm 1-888-466-2219 lossis TDD ntawm 1-877-688-9891. Qhov kev hu xov tooj no yog hu dawb.

Ua Ntej Koj Ua Daim Ntawv:

Feem ntau, koj yuav tsum mus saib hauv koj qhov phiaj npaj khomob cov txheej txheem txoj kev ua ntawv foob lossis kev tsis tsaus siab ua ntej koj xa daim ntawv tsis tsaus siab lossis thov daim ntawv IMR nrog Lub Rooj Tsav Xwm. Koj qhov phiaj xwm khomob yuavtsum tau muab kev txiautxim siab rau koj tsis pub dhau 30 hnub lossis 3 hnub yog tias koj qhov teebmeem yog ib txoj kev phom sij rau koj txoj kev noj qab haus huv.

Yog tias koj lub chaw pab them nqi kho mob tsis kam lees koj vqhov kev kho mob vim tias nws yog rau kev sim/tshawb nrhiav, koj tsis tas koom nrog hauv koj qhov phiaj npaj khomob cov txheej txheem txoj kev foob lossis kev tsis tsaus siab ua ntej koj xa daim ntawv thov IMR.

Koj yuav tsum tso npe thov brog ib qho IMR tsis pub dhau rau lub hli tam qab koj li phiajxwm npaj kho mob xa ib daim ntawv teb rau koj txog koj li kev hais mus rau txheej siab. Koj tseem tua yeem ua koj daim ntawv thov thov tom qab rau lub hli yog hais tias nws yog cov zwj ceeb thaiv kev tshwj xeeb uas ua rau koj ua ntawv tsis ncav sij hawm. Thov caw lees paub tias yog hais tias koj txiautxim siab tsis sau daim ntawv tsis tsaus siab hauv Rooj Tsav Xwm hais txog ib qho teeb meem lawm ces qhov ntawd yuav ua rau muaj qhov zoo phim rau IMR, tej zaum koj yuav swb kev muaj cai los nrhiav tej kev nqis tes ua uas raug kev cai li choj nrog koj li phiajxwm ntsig txog qhov kev pab cuam lossis kev kho mob uas koj tab tam thov.

Yuav Sau Ntawv Thov Tau Li Cas:

1. Sau ntawv thov hauv oos lais ntawm www.HealthHelp.ca.gov. Qhov no yog txoj hau kev uas sai tshaj plaws.

LOSSIS

Sau thiab kos npe rau Daim Foos Tso Npe Thov/Lus Tsis Tsaus Siab Ntawm IMR. Siv lub hnab ntawv uas muab tua nrog daim foos.

2. Yog hais tias koj xav kom ib tug neeg twg pab koj hauv koj li IMR lossis ntawv tsis tsaus siab, ces sau kom tiav "Daim Foos Neeg Pab Uas Raug Tso Cai Rau". **Ob tog koj thiab koj tus neeg pabcuam uas tau tso cai yuav tsum kos npe rau daim ntawv.**
3. Yog hais tias koj muaj cov ntaub ntawv teev kev kho mob los ntawm cov neeg muab kev kho mob uas tsis koom nrog, ces thov caw sau nws nkag hauv koj Daim Foos Kev Tso Npe Thov IMR/Lus Tsis Tsaus Siab. Koj li phiajxwm yuav muab cov ntaub ntawv teev kev kho mob los ntawm cov neeg muab kev saib xyuas mob uas koom nrog.
4. Koj tua yeem muab lwm cov ntaub ntawv uas yuav pab txhawb nqa koj li kev thov tua nrog. Txawm li cas los xij, tsis tas muab txhua txhua cov ntaub ntawv lossis tej ntawv sau ntawm koj thiab koj li phiajxwm ntsig txog qhov lus tsis tsaus siab no. Lub Rooj Tsav Xwm yuav tau tej xov xwm no ncaj qha los ntawm koj li phiajxwm tam li ib feem ntawm kev soj xyuas.
5. Yog hais tias koj tsis xa hauv oos lais ces thov caw xa koj li foos thiab tej ntaub ntawv uas txhawb nqa hauv tsab ntawv lossis xa fax mus rau:

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

Tom Qab Ntawd Yuav Muaj Dab Tsi Tshwm Sim?

Lub Rooj Tsav Xwm yuav txiav txim siab seb koj qhov teeb meem puas tsim nyog raws li yogi b qho IMR lossis kev tsis txaus siab. Cov rooj plaub uas tsim nyog rau IMR yog tias cov kev pab cuam kev kho mob raug ncuas qeeb, hloov lossis tsis pom zoo raws li kev mob nkeeg uas tsim nyog lossis raws li kev sim/tshawb nriav.

Cov rooj plaub uas tsis tsim nyog rau IMR raug ua los ntawm cov txheej txheem tus neeg siv kev tsis txaus siab. Cov rooj plaub no muaj teeb meem xws li kev tsis lees txais kev pab cuam kho mob vim tsis yog cov kev kho mob uas duav nyob hauv qhov kev pab them cov nqi kho mob, thov kev them nyiaj rau kev them nqi, tshem tawm cov kev pab them nqi, qhov zoo ntawm qhov kev kho mob, thiab cov nuj nqis kev siv uas txiav tawm mus them/them tawm ntawm lub hnab nyiaj mus.

Lub Rooj Tsav Xwm yuav xa ib tsab ntawv tuaj rau koj tsis dhau li xya hnub qhia rau koj tias koj muaj qhov zoo phim rau IMR. Yog hais tias Lub Rooj Tsav Xwm txiav txim tias koj tej lus tsis txaus siab zoo phim rau ib qho IMR, ces koj li case yuav raug cob rau ib lub tsev tuam txhab hauv xeev tus uas yuav los ntaus nqi txog kev rov xyuas. Lub tsav tuam txhab hauv xeev kuj tseem muaj lub npe hu tias Koom Haum Kev Rov Xyuas Fab Kev Kho Mob Kom Ncaj Nrab, Tag nrho txhua yam xov xwm hauv Help Center uas ntaig txog koj tej ntaub ntawv tsis txaus siab, xam muaj koj cov ntaub ntawv teev kev kho mob nrog, yuav raug xa mus rau Koom Haum Kev Rov Xyuas Dua. Lub Koom Haum Kev Rov Xyuas Dua yuav nqis tes txiav txim tsis dhau li 45 hnub lossis xya hnub yog hais tias koj li case maj ceev. Lub Rooj Tsav Xwm yuav xa ib tsab ntawv rau koj txog qhov kev txiav txim.

Yog hais tias Lub Rooj Tsav Xwm txiav txim tias koj li ntawv tsis txaus siab yuav tsim raug rov xyuas dua hauv txheej txheem ntawm Tej Lus Tsis Txaus Siab Ntawm Tus Neeg Siv Kev Pab Cuam, ces qhov kev txiav txim hais txog koj li teeb meem yuav raug nqis tes ua tsis pub dhau li 30 hnub. Lub Rooj Tsav Xwm yuav xa ib tsab ntawv rau koj txog qhov kev txiav txim.

Tsab Cai Fab Xov Xwm Uas Nqis Tes Ua thaum xyoo 1977 (Tsab Cai Pej Xeeb Ntawm California Tshooj 1798.17) hais kom muaj tej ntawv ceeb toom nram qab no.

- California Tsab Cai Knox-Keene yuav muab kev tso cai rau Lub Rooj Tsav Xwm los tsawj xyuas cov phiaxwm npaj kho mob thiab soj xyuas cov lus tsis txaus siab ntawm cov tub koom xeeb hauv phiaxwm npaj kho mob.
- Lub Rooj Tsav Xwm li Tsoom Ua Haujlwm Muab Kev Pab yuav siv koj li xov xwm ntiag tug los soj xyuas koj li teeb meem nrog koj li phiaxwm thiab yuav muab rau IMR yog hais tias koj muaj qhov zoo phim rau ib qho.
- Koj yuav tej xov xwm no rau Lub Rooj Tsav Xwm yam txaus siab hio. Koj tsis muab tej xov xwm no rau los yeej tau. Txawm li cas los xij, yog hais tias koj tsis muab, ces tej zaum Lub Rooj Tsav Xwm yuav tsis muaj peev xwm los soj xyuas koj tej ntawv tsis txaus siab lossis muab ib qho IMR rau.
- Tej zaum Lub Rooj Tsav Xwm yuav nthuav qhia koj tej xov xwm ntiag tug raws li qhov taim nyog rau lub phiaxwm, cov neeg muab kev saib xyuas mob, thiab Lub Koom Haum Saib Xyuas Dua uas yog tus ua txoj haujlwm IMR.
- Tej zaum Lub Rooj Tsav Xwm kuj yuav nthuav qhia koj tej xov xwm rau lwm cov koom haum ntawm no tsawj thaum raug hais kom muab lossis raug tso cai raws li kev cai lij choj.
- Koj muaj cai los saib koj li xov xwm ntiag tug. Txhawm rau ua li no, ces tiv tauj Lub Rooj Tsav Xwm Tus Neeg Cev Lus Kev Thov Fab Ntaub Ntawv Teev Tsag, Department of Managed Health Care, Lub Tsev Ua Haujlwm Pab Cuam Raws Li Kev Cai Lij Choj, 980 9th Street Suite 500, Sacramento CA 95814-2725, lossis hu rau 916-322-6727.

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) をダウンロードしてください。

- ◆ 無料 IMR 申請プロセスが提供されます。
- ◆ 早い IMR は通常 45 日以内、病院が決定を変更する場合には 7 日以内で完了がされます。
- ◆ 成功率 約 60 % の患者が IMR を通って得られたサービスを回復します。
- ◆ 最終決定 訴訟回避は IMR の決定に記入、迅速にサービスを提供する必要がある場合があります。

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 _____
居住地 _____
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、誰かの手助けを受けますか? ☐ はい ☐ いいえ
はいを選択された場合は、添付の「補佐人内付け用紙」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か? ☐ 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、予約や治療費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。

同意書

Department of Managed Health Care (健康管理医療部(部門)) に対して、医療施設の問題について判断を下すよう求めます。同意書として、Independent Medical Review Application/Complaint Form (独立医療審査申し立て書) をレビューし、申し立てた情報/IMR または同意の提供プロセスに提供される情報が正しいことを確認するよう求めます。過去および現在に関連した医療機関および医療機関に対して、この問題に関する情報は医療機関を提示することを許可します。これらの記録は、医療、標準、患者安全、HIV、医療訴訟レポート、本案件に関する他の記録を含む可能性があります。これらの記録は、本案件に関する医療機関の記録および他の記録も含める可能性があります。本署がこれらの記録を無条件でレビューし、同意書の提供に同意することを許可します。この同意書は、以下のいずれかから1年間有効です。法律で定められる場合はその限りではありません。たとえば、同意が私の健康や安全に使用することを法律で許可された場合などです。同意書は、この同意書1年以内に終了させることも可能です。この用紙で提供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 (姓字体) _____

患者または親の署名 _____ 日付 _____

親またはケアマネに関する情報は、説明書を確認してください。

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、調査は煩雑のパターンを特定しやすくなります。Health and Safety Code (安全衛生規則) セクション 1374.30 では、調査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 または死情報も全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: _____

毎電話での通話記録を希望されますか?

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 (NP) _____

Eメールアドレス _____

☐ 証拠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せん。

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 TDO 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回答を送信してから、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. 付随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回答は、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、審査機関に送付されます。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。

債権観光条例 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則や、医療保険の発行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。

សេចក្តីសម្រេចនៃក្រុមការងារសម្រុក ហើមឈូច រាជធានីភ្នំពេញ ត្រូវបានសម្រេចចេញនៅថ្ងៃទី១២ ខែកុម្ភៈ ឆ្នាំ២០១២ ដូចមានចែងក្នុងតារាងខាងក្រោម៖

ចេញឯកសារប្រយោជន៍ក្នុងការបង្កើន និងសម្រួលការងារបណ្តាញ។ កម្មវិធីនេះមានន័យ៖ គឺជាប្រព័ន្ធ ហ្វីលរ៉ាមិន មានឯកសារប្រយោជន៍ MR ស្តីពីការប្រកួតប្រជែងការបង្កើនវិជ្ជា។

តាមសិរីរាជ្យ៖ _____

គឺជាក្រុមប្រឹក្សាភិបាលដែលបានប្រកាសជាសាធារណៈ ឬ

☐ ជន/ក្រុម

ស្ថាប័ន/ជាតិ។ _____

ឈ្មោះអង្គការ: _____

អាសយដ្ឋានស្តីប្រកាស: _____

☐ យើងប្រកាសពីឯកសារដែលបានផ្តល់ឱ្យយើង ហើយយើងស្របច្បាប់ពីការបំពេញប្រតិបត្តិការរបស់យើង ឬយើងស្របច្បាប់ប្រតិបត្តិការ ឬយើងស្របច្បាប់ប្រតិបត្តិការ ឬយើងស្របច្បាប់ប្រតិបត្តិការ

ពាក្យស្នើសុំការពិនិត្យវេជ្ជសាស្ត្រឯករាជ្យ (IMR)/ទម្រង់បែបបទបណ្តឹង

ហើយតើវាបានបង្កើនបទដ្ឋានជីវិត?

ក្របខណ្ឌនេះគឺជាគោលការណ៍បឋមនៃការកាត់បន្ថយការប្រើប្រាស់ IMR ប្រចាំឆ្នាំនៅក្នុងប្រទេសកម្ពុជា។ IMR គឺជាលទ្ធផលនៃការប្រើប្រាស់ការងារប្រចាំឆ្នាំ ដែលបានកាត់បន្ថយការប្រើប្រាស់ IMR ប្រចាំឆ្នាំ។

សំណុំរឿងលេខ១៧២២/២០១៧/អវតក/អជសដក្តីស្តីពីករណី៖ **IMR** ជួញដូរមនុស្សពីកម្ពុជាទៅកាន់ប្រទេសថៃ និងប្រទេសឡាវ ក្នុងនាមជាមនុស្សជួញដូរ។ ករណីនេះបានបង្កឱ្យមានការប្រឈមនឹងការបំបែកគ្រួសារ និងការបាត់បង់សេចក្តីស្រឡាញ់ពីសំណាក់ប្រពន្ធក្នុងគ្រួសារ។ ក្រុមប្រឹក្សាភិបាលនៃគណៈកម្មាធិការជាតិរក្សាស្នូលនៃសិទ្ធិមនុស្សកម្ពុជាបានស្នើសុំឱ្យមានការស៊ើបអង្កេត និងការប្រឆាំងប្រតិបត្តិការប្រឆាំងនឹងការជួញដូរមនុស្ស។ ក្រុមប្រឹក្សាភិបាលនៃគណៈកម្មាធិការជាតិរក្សាស្នូលនៃសិទ្ធិមនុស្សកម្ពុជាបានស្នើសុំឱ្យមានការស៊ើបអង្កេត និងការប្រឆាំងប្រតិបត្តិការប្រឆាំងនឹងការជួញដូរមនុស្ស។

[illegible]

កាក្បាលស្មើស្មុំការពិនិត្យវេជ្ជសាស្ត្រឯករាជ្យ (IMR)/ទម្រង់បែបបទបណ្តឹង

ပြောလေ့ရှိသော အရှင်တော်ကမ္ဘာ့ ဣန္ဒြေကလေးမှာ ဤသို့ကလေးစားခြင်းဖြင့် ကောင်းမွန်သော အရှင်တော်ကမ္ဘာ့ အမည်ကို ခံယူရမည်ဟု ဆိုကြားရပါသည်။

ဤစည်းကမ်းချက်များကို (The Information Practices Act) ၁၉၇၇ ခုနှစ်၊ ဇူလိုင်လ ၁၇ ရက်နေ့တွင် နှစ် ၁၇၈၂၇ ခုနှစ်တွင် အတည်ပြုခဲ့ပါသည်။

- [illegible]

독립 의료 검토 신청서(IMR)/불만양식

중요정보

귀하의 IMR 신청서/불만양식을 온라인으로 다음에 제출할 수 있습니다: www.HealthHelp.ca.gov

- ❖ 무료: IMR/소비자 불만 처리는 무료입니다.
- ❖ 신속: IMR은 보통 45 일 내에 결정되며, 긴급 의료문제인 경우 7 일 이내에 결정됩니다.
- ❖ 성공률: 약 80 퍼센트 의 환자들이 IMR을 통해 요청한 서비스를 받습니다.
- ❖ 최종: 건강보험은 IMR 결정을 따라야 하며 즉시 해당 서비스를 제공해야 합니다.

환자 정보

이름 _____ 출생 일자/월 _____ 성 _____

환자의 생년월일 (mm/dd/yyyy) _____ 성별: ☐ 남성 ☐ 여성
☐ 기타

미성년자에 대한 제출인 경우 부모나 보호자의 성명 _____

주소 _____

도시 _____ 주 _____ ZIP _____

주요 전화번호# _____ 보조 전화번호# _____

이메일 주소 _____

이 이메일 주소로 연락/서신을 받기를 원하십니까? ☐ 예 ☐ 아니요

건강보험명 _____ 환자의 멤버십 번호# _____

의료그룹명 (의료그룹에 속한 경우) _____

고용주 _____

누군가가 귀하의 불만을 해결하도록 도와주기를 원하십니까? ☐ 예 ☐ 아니요

예라고 답하셨으면, 첨부된 "승인된 지원 양식"을 작성해 주십시오.

Medi-Cal이 있으십니까? ☐ 예 ☐ 아니요

예라고 답하셨으면, 주 공정 상의회에 요청서를 제출하셨습니까?

☐ 예 ☐ 아니요

메디케어 또는 메디케어 어드밴타지가 있으십니까?

☐ 예 ☐ 아니요

귀하의 건강보험에 불만 또는 고증을 제출하십니까?

☐ 예 ☐ 아니요

이미 받은 의료 서비스에 대해 지불을 받기를 희망하십니까?

☐ 예 ☐ 아니요

예라고 답하셨으면, 서비스 일자와 제공기관의 이름을 적어 주십시오.

귀하의 건강 문제

(필요할 경우, 별도의 종이를 사용하고 다른 서류를 첨부하십시오.)

향후 서비스에 대해 귀하의 건강보험이 지불하기를 원하십니까?

☐ 예 ☐ 아니요

향후 서비스에 대해 귀하의 건강보험이 지불하기를 원하십니까? ☐ 예 ☐ 아니요

귀하의 건강 상태와 의사의 진단에 대해 말씀해 주시겠습니까? (구체적으로 적어 주십시오.)

귀하가 요구하는 의료치료/서비스 및/또는 약물치료는 무엇입니까? (구체적으로 적어 주십시오.)

귀하의 건강보험이 귀하의 치료를 거부, 지연, 또는 수정했습니까?

☐ 예 ☐ 아니요

예라고 답하셨으면, 아래의 이유 중에서 표기하십시오. (여자의 항목에 체크 표시 하십시오.)

- ☐ 의학적으로 필요하지 않음 ☐ 실험적이거나 조사대상임 ☐ 응급이 아님/긴급하지 않음
☐ 보험[적용]에 해당[아님] ☐ 기타 (아래에 설명해 주십시오)

이 상태에 대해 진료, 치료 또는 조언을 해준 귀하의 주치의 및 기타 기관의 이름과 전화번호를 적어 주십시오.

귀하의 상태를 네트워크 외 제공기관에 보여준 적이 있습니까?

☐ 예 ☐ 아니요

예라고 답하셨으면, 이 양식에 해당 의료기록을 포함시켜 주십시오.

귀하의 건강보험에서 발생한 문제를 간단하게 설명해 주십시오. 예를 들어, 해당 문제가 진료거부, 미지급 청구서, 치료 약속이나 약물 치료 문제 또는 건강보험에서 보상대상 취소인지 설명해 주십시오.

의료정보 공개

본인은 관키보건부(DMHC, 이하 본 부처)에서 본인의 건강보험비 문제에 대한 결정을 내려주도록 요청합니다. 본인은 본 부처가 본인의 독립의료결정(IMR) 신청서/불만양식을 검토하여 해당 불만이 IMR 또는 본 부처의 불만 절차에 자격대상인지를 결정해 주도록 요청합니다. 본인은 이 문제를 검토하기 위해 과거와 현재 의료제공기관 및 본인의 보험플랜에서 본인의 의료 기록을 공개하도록 승인합니다. 이 기록에는 의료, 정신건강, 약물남용, HIV, 진단을 이미지 보고 및 본인의 사해와 연관된 기타 기록이 포함될 수 있습니다. 또한 이 기록에는 본인의 사해와 연관된 비 의료기록 및 기타 기록이 포함될 수 있습니다. 본인은 본 부처가 이 기록 및 정보를 검토한 후 이를 본인의 보험플랜에 송부하도록 승인합니다. 본인의 승인은 법률에서 승인하는 경우를 제외하고, 아래 날짜로부터 1년 간 유효합니다. 예를 들어, 법에 의거 본 부처에서 내부적으로 본인의 정보를 계속 사용할 수 있습니다. 본인은 원할 경우 승인 유효기간을 미리 종료할 수 있습니다. 이 페이지에 제공한 모든 정보는 사실입니다.

환자 또는 부모 성명 (정확해) _____

환자 또는 부모 서명 _____ 날짜 _____

구분이나 케이스 정보에 대해서는 안내장을 참고해 주십시오.

통계 정보

귀하에게 다음 정보를 자발적으로 제공하도록 요청합니다. 이 정보의 제공 시 본 부처가 문제의 유형을 파악하는데 도움이 됩니다. 보건 및 안전법 제 1374.30 조에 의거 본 부처는 이 정보를 연구와 통계 목적으로 수집할 수 있습니다. 이 정보의 제공은 선택사항이며 어떠한 방법으로도 IMR 또는 불만결정에 영향을 미치지 않습니다.

주요 사용 언어: _____

귀하의 주요 언어로 저희와 연락/서신을 주고받기를 원하십니까? 예 ☐

언종/민족: _____

지원승인양식

- 다른 사람에게 귀하에 독립의료결정(IMR) 또는 불만을 접수하도록 승인하고 싶으시면, 아래 파트 A 및 B를 작성하십시오. (양쪽 당사자 모두 본 양식에 서명해야 합니다)
- 귀하가 18 세 미만의 자녀를 위해 이 IMR/불만 양식을 제출하는 부모 또는 법적 보호자인 경우, 이 양식을 작성할 필요가 없습니다.
- 만약 금지상자 또는 불능치이서 이 양식을 작성할 수 없는 환자를 위해 귀하가 이 IMR/불만을 제출하는 경우이고, 귀하가 이 환자를 대할법 법적 권한이 있는 경우, 파트 B 만 작성해 주십시오. 또한 의료보호결정에 대한 위임장 또는 해당 환자를 위해 결정을 할 수 있다고 기재한 기타 서류를 첨부해 주십시오.

파트 A: 환자가 작성

본인은 파트 B 이 아래 사람이 본인을 도와 권리보장부(DMHC, 이하 본 부처)에 본인의 IMR 또는 불만을 제출하도록 승인합니다. 본인은 본 부처 및 IMR 직원이 본인의 건강상태와 아래 사람의 보호에 관한 정보를 공유하도록 승인합니다. 이 정보에는 정신건강치료, HIV 치료 또는 테스트, 알코올 또는 약물 치료, 또는 기타 치료정보가 포함될 수 있습니다.

본인은 본인의 IMR 또는 불만에 관련된 정보만 공유되는 것으로 알고 있습니다.

이 지원에 대한 본인의 승인은 자발적이며 이를 종료할 권리를 갖습니다. 이를 종료하고 싶으면, 서면으로 작성해야 합니다.

환자 이름 (정자체) _____
환자 서명 _____ 날짜 _____

파트 B: 환자를 돕는 사람이 작성

도움을 제공하는 사람의 이름 (정자체) _____

도움을 제공하는 사람의 서명 _____

주소 _____

도시 _____ 주 _____ ZIP _____

환자와의 관계 _____

주요 전화번호 _____

보조 전화번호 _____

이메일 주소 _____

☐ 의료결정에 대한 위임할 또는 기타 법적서류가 첨부되어 있습니다.

독립의료검토신청서/불만양식

질문이 있으신 경우 본 부처로 1-888-466-2219 또는 TDD 1-877-688-9899로 문의 주시길 바랍니다. 이 전화는 무료입니다.

제출하시기 전에:

대부분의 경우, 본 부처에 불만 또는 IMR 신청서를 제출하시기 전에 귀하의 건강보험을 통해 불만 또는 이의제기 절차를 거쳐야 합니다. 귀하의 건강보험은 30일 이내에, 또는 귀하의 문제가 건강에 심각적이고 심각한 피해를 주는 경우에는 3일 이내에 귀하께 결정을 알려드려야 합니다.

만일 귀하의 처치가 실험적/조사 대상이라는 이유로 귀하의 건강보험이 치료를 거부한 경우에는, IMR 신청서를 작성하시기 전에 건강보험의 불만 또는 이의제기 절차에 참여하실 필요는 없습니다.

귀하의 보험플랜에서 귀하의 불만에 대한 서면답변을 받은 후 6개월 이내에 IMR를 제출해야 합니다. 만일 시기적절하게 제출을 할 수 없게 한 특수한 상황이 있는 경우 6개월 이후에도 귀하의 신청서를 제출할 수 있습니다. 만일 IMR의 자격 대상이 되는 문제에 대해 본 부처에 불만을 제출하지 않기로 결정한 경우, 귀하가 요청하는 서비스 또는 치료와 관련하여 귀하의 보험플랜에 대해 입적 조치를 추구할 귀하의 권리를 포기하는 것임을 알아 두시기 바랍니다.

제출 방법:

1. 온라인으로 제출 www.HealthHelp.ca.gov. [이 방법은 가장 빠른 방법입니다.]

또는

IMR 신청서/불만양식을 작성한 후 서명.

2. 귀하의 IMR 또는 불만 제출을 다른 사람이 도와주길 원하신다면, "지원승인양식"을 작성해 주십시오. 귀하의 귀하를 도와주도록 승인된 사람 모두 본 양식에 서명해야 합니다.
3. 네트워크 외 의료서비스 제공기관의 의료기록이 없지 않다면, 귀하의 IMR 신청서/불만양식에 포함시켜 주십시오. 귀하의 보험플랜에서는 네트워크 내 의료서비스 제공기관의 의료기록을 제공합니다.
4. 귀하에 요청을 뒷받침하는 다른 서류를 포함시킬 수도 있습니다. 하지만, 이 불만과 관련하여 귀하와 귀하의 보험플랜 사이에 주고 받은 서류나 통신문을 제출하실 필요는 없습니다. 본 부처는 조사의 일환으로 이 정보를 귀하의 보험플랜에서 직접 확보합니다.
5. 온라인으로 제출하지 않으신다면, 양식 및 근거 서류를 우편 또는 팩스로 보내십시오.

Department of Managed Health Care Help Center

980 9th Street, Suite 500

Sacramento, CA 95814-2725

팩스 916-255-5241

다음 절차는 무엇입니까?

본 부처는 귀하의 사례가 IMR 또는 불만 자격 대상인지 결정합니다. 사례가 의료적 필요성 또는 실험적/조사 대상에 근거하여 의료 서비스의 지연, 수정, 또는 거부된 경우, IMR 자격 대상이 됩니다.

IMR 자격 대상이 아닌 사례들은 소비자 불만 절차를 통해 처리됩니다. 이러한 사례들로는 보험 계획이 안되는 혜택에 대한 의료서비스 거부, 금액을 지급 분쟁, 보험 적용 취소, 진료의 중절, 공제금/본인부담 비용과 같은 문제들이 포함됩니다.

본 부처는 귀하가 IMR의 자격 대상인지를 알려주는 서신을 7일 이내에 발송합니다. 귀하의 불만이 IMR 자격 대상이라고 본 부처가 결정한 경우, 귀하의 사례는 해당 검토를 수행할 수 계약업체에 전달됩니다. 이 계약업체는 독립의료검토기구로도 불립니다. 귀하의 의료기록을 포함하여 귀하의 불만과

독립의료검토신청서/불만양식

관련되어 카운셀러에서 보유한 모든 정보는 이 검토기구로 보내집니다. 검토기구는 보통 45일 이내에, 또는 귀하의 사례가 긴급한 경우 7일 이내에 결정합니다. 본 부처가 그 결정을 사실으로 보내드립니다.

간단히 본 부처가 귀하의 불만이 소비자 불만 절차를 통해 검토되어야 하는 것으로 간접한 경우, 귀하의 문제에 대한 결정은 30일 이내에 이루어집니다. 본 부처가 해당 결정을 사실으로 보내드립니다.
정보공개법 1977 (캘리포니아 민법 제 1798.17)에 의거 다음 통지를 해야 합니다.

- 캘리포니아의 Knox-Keene 법에 따라, 본 부처는 건강보험플랜을 규제하고 보험플랜 가입자의 불만을 조사할 권한을 갖습니다.
- 본 부처가 가질때는 귀하의 개인정보를 사용하여 귀하의 보험플랜 문제를 조사하고 해결대상인 경우 IMR을 제공합니다.
- 귀하는 이 정보를 본 부처에게 자발적으로 제공할 수 있습니다. 이 정보를 반드시 제공할 필요는 없습니다. 하지만, 만약 정보를 제공하지 않을 경우, 본 부처는 귀하의 불만을 조사하거나 IMR을 제공할 수 없습니다.
- 본 부처는 필요 시 귀하의 개인정보를 보험플랜, 제공기관, 및 IMR을 수행하는 검토기구와 공유할 수 있습니다.
- 또한 본 부처는 법에 따라 필요하거나 승인된 경우 다른 정부기관과 귀하의 정보를 공유할 수 있습니다.
- 귀하는 귀하의 개인정보를 잘 관리가 있습니다. 이를 위해, 본 부처의 Records Request Coordinator, Department of Managed Health Care, Office of Legal Services, 980 9th Street Suite 500, Sacramento CA 95814-2725로 연락하시거나 916-322-6727로 전화 주십시오.

INDEPENDENT MEDICAL REVIEW (IMR) APPLICATION/COMPLAINT FORM

ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ ਜਾਣਕਾਰੀ

ਤੁਸੀਂ ਆਪਣਾ IMR Application/Complaint Form ਆਨਲਾਈਨ: www.HealthHelp.ca.gov ਤੇ ਭਰੋ

- ♦ ਮੁਕੱਦਮਾ: IMR/Complaint ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਮੁਕੱਦਮਾ ਹੈ।
- ♦ ਤੇਜ਼: ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ 45 ਦਿਨਾਂ ਦੇ ਅੰਦਰ ਜਾਂ 7 ਦਿਨਾਂ ਦੇ ਅੰਦਰ-ਅੰਦਰ ਨਿਰਣਾ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਜੇਕਰ ਸਿਹਤ ਸੰਬੰਧਿਤ ਨਾਜ਼ੁਕ ਹੈ।
- ♦ ਸਫਲਤਾ: ਲਗਭਗ 60 ਪ੍ਰਤੀਸ਼ਤ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਨੂੰ IMR ਰਾਹੀਂ ਬੇਨਤੀ ਕੀਤੀ ਜਾਣ ਵਾਲੀ ਸੇਵਾ ਪ੍ਰਾਪਤ ਹੁੰਦੀ ਹੈ।
- ♦ ਅੰਤਮ: ਸਿਹਤ ਯੋਜਨਾਵਾਂ ਨੂੰ IMR ਦੇ ਫੈਸਲੇ ਦੀ ਪਾਲਣਾ ਕਰਨੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਸੇਵਾ ਨੂੰ ਤੁਰੰਤ ਮੁਦਾਨ ਕਰਨਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ।

ਮਰੀਜ਼ ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ

ਪਹਿਲਾ ਨਾਮ _____ ਵਿਚਲਾ ਅੰਕ _____ ਆਖਰੀ ਨਾਮ _____

ਮਰੀਜ਼ ਦੀ ਜਨਮ ਤਾਰੀਖ (mm/dd/yyyy) _____ ਲਿੰਗ: ☐ ਪੁਰੁਸ਼ ☐ ਔਰਤ ☐ ਟ੍ਰਾਂਜੀਸ ☐

ਮਾਤਾ ਜਾਂ ਪਿਤਾ ਦਾ ਨਾ ਛੋਟੇ ਅੱਖਰਾਂ ਦੇ ਵਾਖਲੇ ਲਈ _____

ਗਲੀ ਦਾ ਪਤਾ _____

ਲਹਿਰਾ _____ ਰਾਜ _____ ਜ਼ਿਲਾ _____

ਪ੍ਰਾਇਮਰੀ ਫੋਨ # _____ ਸੈਕੰਡਰੀ ਫੋਨ # _____

ਈਮੇਲ ਪਤਾ _____

ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਇਸ ਈਮੇਲ ਤੇ ਭੇਜੇ ਸੰਚਾਰ / ਪੱਤਰ-ਵਿਹਾਰ ਨੂੰ ਪਸੰਦ ਕਰਦੇ/ਕਰਦੀ? ☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ

ਸਿਹਤ ਯੋਜਨਾ ਦਾ ਨਾਮ _____ ਮਰੀਜ਼ ਦੀ ਮੈਂਬਰਸ਼ਿਪ # _____

ਮੈਡੀਕਲ ਗਰੁਪ ਨਾਮ (ਜੇ ਕਿਸੇ ਮੈਡੀਕਲ ਸਮੂਹ ਵਿਚ ਹੈ) _____

ਰੋਜ਼ਗਾਰਦਾਤਾ _____

ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ ਕਿ ਕੋਈ ਸਿਫਾਰਿਸ਼ ਵਿਚ ਤੁਹਾਡੀ ਸਹਾਇਤਾ ਕਰੇ? ☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ

ਜੇ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ 'ਅਧਿਕਾਰਤ ਸਹਾਇਕ ਫਾਕਟ' ਨੂੰ ਪੂਰਾ ਕਰੋ।

ਕੀ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ Medi-Cal ਹੈ? ☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ

ਜੇ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਸਟੇਟ ਫੈਮਰ ਸੁਫਵਾਈ ਲਈ ਬੇਨਤੀ ਦਾਇਰ ਕੀਤੀ ਹੈ? ☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ

ਕੀ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਮੈਡੀਕੇਅਰ ਜਾਂ ਮੈਡੀਕੇਅਰ ਐਡਵਾਂਟੇਜ ਹੈ? ☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ

ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੀ ਸਿਹਤ ਯੋਜਨਾ ਵਿਖੇ ਸਿਫਾਰਿਸ਼ ਕੀਤੀ ਹੈ?

☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ

ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਕਿਸੇ ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਸੇਵਾ ਲਈ ਕੁਗਤਾਨ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ ਜੋ ਤੁਸੀਂ ਪਹਿਲਾਂ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕੀਤੀ ਸੀ?

☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ

ਜੇ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਸੇਵਾ ਦੀ ਮਿਤੀ (ਆ), ਅਤੇ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਦਾ ਨਾਮ ਸੂਚੀਬੱਧ ਕਰੋ:

ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ ਕਿ ਤੁਹਾਡੀ ਸਿਹਤ ਯੋਜਨਾ ਭਵਿੱਖ ਦੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਲਈ ਕੁਗਤਾਨ ਕਰੇ?

☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ

ਤੁਹਾਡੀ ਮੈਡੀਕਲ ਹਾਲਤ ਜਾਂ ਡਾਕਟਰ ਦੀ ਤਸ਼ੀਸ਼ ਕੀ ਹੈ? (ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਖਾਸ ਜਾਣਨਾਰੀ ਦੱਸੋ)

ਤੁਸੀਂ ਕਿਹੜੇ ਡਾਕਟਰੀ ਇਲਾਜ / ਸੇਵਾ (ਵਾ) ਅਤੇ / ਜਾਂ ਦਵਾਈ (ਆ) ਦੀ ਮੰਗ ਕਰ ਰਹੇ ਹੋ? (ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਖਾਸ ਜਾਣਨਾਰੀ ਦੱਸੋ)

ਕੀ ਤੁਹਾਡੀ ਸਿਹਤ ਯੋਜਨਾ ਨੇ ਤੁਹਾਡੇ ਇਲਾਜ ਤੋਂ ਇਨਕਾਰ, ਬਦਲਾਵ ਜਾਂ ਸੰਸ਼ੋਧਿਤ ਕੀਤਾ?

☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ

ਜੇ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਦਿੱਤੇ ਕਦੇ ਤਰਕ ਦੀ ਸਾਂਝ ਕਰੋ: (ਇਕ ਤੋਂ ਜ਼ਿਆਦਾ ਲਗਾਓ)

☐ ਡਾਕਟਰੀ ਤੋਰ ਤੋਂ ਨਤੀਜੇ ਨਹੀਂ

☐ ਪ੍ਰਸਿੱਧਤਾਵਾਂ ਜਾਂ ਸਾਂਝ-ਪਤਾਨ

☐ ਐਲਰਜੀ / ਸ਼ਰੂਰੀ ਨਹੀਂ

☐ ਇਹ ਨਾਭ ਕਵਰ ਨਹੀਂ ਹੈ

☐ ਹੋਰ (ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਹੇਠਾਂ ਦੱਸੋ)

ਆਪਣੇ ਪ੍ਰਿਥਮ ਸੇਖਰ ਡਾਕਟਰ ਅਤੇ ਹੋਰ ਪ੍ਰਦਾਤਾਵਾਂ ਦੇ ਨਾਮ ਅਤੇ ਫੋਨ ਨੰਬਰ ਦੀ ਸੂਚੀ ਕਵਾਢੇ ਜਿਹਨਾਂ ਨੇ ਤੁਹਾਡਾ ਨਿਰਾਸ਼ ਕੀਤਾ, ਇਲਾਜ ਕੀਤਾ, ਜਾਂ ਇਸ ਦਲਾਤ ਬਾਰੇ ਸਲਾਹ ਦਿੱਤੀ ਹੈ।

ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੀ ਸਹਿਤੀ ਲਈ ਕਿਸੇ ਦੀ ਬਾਹਰੀ ਨੋਟਦਰਸ਼ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਨੂੰ ਵੇਖਿਆ ਹੈ?

☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ

ਜੇ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਇਸ ਫਾਰਮ ਨਾਲ ਮੈਡੀਕਲ ਰਿਵਾਜ਼ ਸ਼ਾਮਲ ਕਰੋ

ਸੰਖੇਪ ਰੂਪ ਵਿੱਚ ਦੱਸੋ ਕਿ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਸਿਹਤ ਯੋਜਨਾ ਲਾਜ਼ ਕੀ ਲਾਗੂਆ ਹੈ: ਉਦਾਹਰਨ ਲਈ, ਮਨੁੱਖੀ ਸੇਕਰ ਇਹ ਸਮੀਖਿਆ ਇਲਾਜ ਲਈ ਇਨਕਾਰ, ਇੱਕ ਘਟਾਣਾ ਕਿਤੇ ਘੱਟ, ਨਿਰੁਤੀ ਜਾਂ ਦਵਾਈ ਨੈਣ ਵਿੱਚ ਮੁਸ਼ਕਲ, ਜਾਂ ਸਿਹਤ ਬੀਮਾ ਯੋਜਨਾ ਦੁਆਰਾ ਤੁਹਾਡੀ ਕਵਰੇਜ ਚੰਦ ਕਰ ਦੇਣ ਬਾਰੇ ਹੈ।

ਮੈਡੀਕਲ ਸੀਲੀਓ

ਮੈਂ Department of Managed Health Care (ਡਿਵੀਜ਼) ਨੂੰ ਮੇਰੀ ਸਿਹਤ ਯੋਜਨਾ ਦੀ ਨਾਮਨਿਯਾ ਬਾਰੇ ਫੈਸਲਾ ਕਰਨ ਲਈ ਬੇਨਤੀ ਕਰ ਰਾ। ਮੈਂ ਡਿਵੀਜ਼ ਨੂੰ ਬੇਨਤੀ ਕਰ ਰਾ ਕਿ ਮੇਰੇ Independent Medical Review (IMR) Application/Complaint Form ਦੀ ਸਮੀਖੀਆ ਵਿੱਚ ਪਤਾ ਲਗਾਉਣ ਲਈ ਕੀਤੀ ਜਾਵੇ ਕਿ ਮੇਰੀ ਸਿਫਾਰਿਸ਼ ਮਨਜ਼ੂਰ ਜਾਂ ਡਿਵੀਜ਼ ਦੀ ਸਿਫਾਰਿਸ਼ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਲਈ ਸੇਵਾਤਾ ਪੂਰੀ ਕਰਦੀ ਹੈ। ਮੈਂ ਆਪਣੇ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਨੂੰ, ਕੀਤੇ ਸਮੇਂ ਅਤੇ ਮੌਜੂਦਾ, ਮੇਰੇ ਮੈਡੀਕਲ

ਵਿਕਾਸ ਅਤੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨੂੰ ਇਸ ਮੁੱਦੇ ਦੀ ਸਮੀਖਿਆ ਕਰਨ ਲਈ ਜਦੋਂ ਕਰਨ ਦੀ ਮੋਟੀ ਧੋਲਾ ਦੀ ਅਭਿਆਸ ਦਿੰਦਾ ਹਾਂ। ਇਹ ਵਿਕਾਸ ਵਿੱਚ ਮੈਡੀਕਲ, ਮਾਨਸਿਕ ਸਿਹਤ, ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਦੀ ਦੁਰਵਰਤ, ਪੌਦਾਦਾਰੀ, ਡਾਇਜਨੋਸਟਿਕ ਇੰਜੀਨੀਅਰਿੰਗ ਅਤੇ ਮੇਰੇ ਕੋਲ ਨਾਲ ਸੰਬੰਧਿਤ ਹੋਰ ਵਿਕਾਸ ਸ਼ਾਮਲ ਹੋ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਇਹਨਾਂ ਵਿਕਾਸ ਵਿੱਚ ਗੈਰ-ਮੈਡੀਕਲ ਵਿਕਾਸ ਅਤੇ ਮੇਰੇ ਕੋਲ ਨਾਲ ਸੰਬੰਧਿਤ ਸੋਧੀ ਵੀ ਹੋਰ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸ਼ਾਮਲ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਮੈਂ ਇਹਨਾਂ ਨੂੰ ਇਹਨਾਂ ਵਿਕਾਸ ਦੀ ਸਮੀਖਿਆ ਕਰਨ ਅਤੇ ਉਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਆਪਣੀ ਥੋੜ੍ਹੀ ਵਿੱਚ ਭੇਜਣ ਲਈ ਬੇਨਤੀ ਕਰਦਾ ਹਾਂ। ਮੇਰੀ ਅਨੁਮਤੀ ਹੋਣਾ ਇੰਤੀ ਤਾਕੀਮ ਤੋਂ ਇੱਕ ਸਾਲ ਵਿੱਚ ਸਮਾਪਤ ਹੋ ਜਾਵੇਗੀ, ਜਿਵੇਂ ਸੇਕਰ ਕਨੂੰਨ ਦੁਆਰਾ ਅਨੁਮਤੀ ਦਿੱਤੀ ਜਾਵੇ। ਇਹਨਾਂ ਵਿਕਾਸ ਨੂੰ ਅੰਦਰੂਨੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਮੇਰੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਨ ਦੀ ਅਭਿਆਸ ਦਿੰਦਾ ਹੈ। ਜੇ ਮੈਂ ਦਾਅਵਾ ਮੈਂ ਆਪਣੀ ਅਨੁਮਤੀ ਜਲਦੀ ਖਤਮ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹਾਂ ਮੇਰੇ ਵਲੋਂ ਇਸ ਗੱਲ 'ਤੇ ਦਿੱਤੀ ਜਾਵੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸੰਭਾਲੀ ਹੈ।

ਮੇਰੀ ਜਾਣਕਾਰੀ/ਪਿਤਾ ਦਾ ਨਾਮ (ਪੁੰਨ) _____

ਮੇਰੀ ਜਾਣਕਾਰੀ/ਪਿਤਾ ਦੀ ਦਸਤਖਤ _____ ਮਿਤੀ _____

ਮੇਰੀ ਜਾਣਕਾਰੀ/ਪਿਤਾ ਦੀ ਦਸਤਖਤ _____

ਵਿਸ਼ੇਸ਼ ਜਾਣਕਾਰੀ

ਜਦੋਂ ਨੂੰ ਹੋਰ ਦਿੱਤੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸਵੈ-ਵਿੱਛਾ ਨਾਲ ਮੁਹੱਲੇਆ ਕਰਦਾ ਹਾਂ। ਇਹ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੇ ਨਾਲ ਵਿਕਾਸ ਨੂੰ ਸਮੀਖਿਆ ਦੇ ਕਿਸੇ ਵੀ ਪੈਟਰਨ ਦੀ ਪਛਾਣ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਮਿਲੇਗੀ। ਸਿਹਤ ਅਤੇ ਸੁਰੱਖਿਆ ਕੋਡ ਸੈਕਸ਼ਨ 1374-30 ਕੋਲ ਅਤੇ ਅੰਕੜਾ ਉਦੇਸ਼ ਲਈ ਵਿਕਾਸ ਨੂੰ ਅਭਿਆਸ ਦਿੰਦਾ ਹੈ। ਇਸ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨੂੰ ਦੇਣਾ ਵਿਲੱਖਿਤ ਹੈ ਅਤੇ IIR ਜਾ ਸਿਕਾਇਤ ਦੇ ਕਿਸੇ ਵੀ ਫੈਸਲੇ 'ਤੇ ਸੋਧੀ ਅਸਰ ਨਹੀਂ ਕਰੇਗਾ।

ਪ੍ਰਾਮਾਣਿਕ ਭਾਸ਼ੀ ਬੋਲਦੀ: _____

ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੀ ਮੁਰਤੀ ਸ਼ਾਹ ਵਿੱਚ ਸਾਡੇ ਨਾਲ ਰੱਖ/ਵਿਕਾਸ ਕਰਦਾ ਦਾਅਵੇ ਹੋ?

ਦਾ ☐

ਨਹੀਂ / ਨਹੀਂ _____

ਅਧਿਕਾਰਤ ਸਹਾਇਕ ਫਾਰਮ

- ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਵਿਅਕਤੀ ਨੂੰ ਆਪਣੀ ਸੁਤੰਤਰ ਮੈਡੀਕਲ ਰਿਵਿਊ (IMR) ਜਾਂ ਸਿਫਾਰਿਸ਼ ਲਈ ਵਿਸ਼ੇਸ਼ਤਾ ਦੇਣੀ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਹੇਠਲੇ ਭਾਗ ਏ ਅਤੇ ਥੀ ਪੂਰਾ ਕਰੋ (ਦੋਵੇਂ ਪਾਰਟੀਆਂ ਨੂੰ ਫਾਰਮ ਤੇ ਹਸਤਾਖਰ ਕਰਨੇ ਪੈਣਗੇ)
- ਜੇ ਤੁਸੀਂ 18 ਨਾਲ ਤੋਂ ਘੱਟ ਉਮਰ ਦੇ ਕਿਸੇ ਬੱਚੇ ਲਈ IMR/Complaint Form ਭਰਵਾਣ ਵਾਲੇ ਮਾਪੇ ਜਾਂ ਕਾਨੂੰਨੀ ਸਰਪ੍ਰਸਤ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਸ ਫਾਰਮ ਨੂੰ ਭਰਨ ਦੀ ਲੋੜ ਨਹੀਂ ਹੈ।
- ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਕਿਸੇ ਮਰੀਜ਼ ਲਈ IMR ਜਾਂ complaint ਫਾਰਮ ਭਰ ਰਹੇ ਜੋ ਇਹ ਪੂਰਾ ਨਹੀਂ ਕਰ ਸਕਦਾ ਕਿਉਂਕਿ ਰੋਗੀ ਅਜੇਗਾ ਦੇ ਜਾਂ ਅਸਮਰਥ ਹੈ, ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਇਸ ਮਰੀਜ਼ 'ਤੇ ਕਾਰਵਾਈ ਕਰਨ ਲਈ ਕਾਨੂੰਨੀ ਅਧਿਕਾਰ ਹੈ, ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਸਿਰਫ਼ ਭਾਗ ਬੀ ਨੂੰ ਪੂਰਾ ਕਰੋ। ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਫੈਸਲਿਆਂ ਲਈ ਅਟਾਰਨੀ ਦੀ ਪਾਵਰ ਦੀ ਇਕ ਕਾਪੀ ਵੀ ਨਾਬੈਂ ਕਰੋ ਜਾਂ ਹੋਰ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਜਿਹਨਾਂ ਤੇ ਪਤਾ ਚਲੇ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਮਰੀਜ਼ ਲਈ ਫੈਸਲਾ ਲੈ ਸਕਦੇ ਹੋ।

ਭਾਗ A: ਰੋਗੀ ਦੁਆਰਾ ਭਰਿਆ ਜਾਵੇ

ਮੈਂ Department of Managed Health Care (ਡਿਫਾਗ) ਨਾਲ ਮੇਰੀ IMR ਜਾਂ complaint ਜਾਰੀ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਮੇਰੀ ਸਹਾਇਤਾ ਲਈ ਹੇਠਾਂ ਭਾਗ B ਵਿੱਚ ਨਾ ਦਿੱਤੇ ਗਏ ਵਿਅਕਤੀ ਨੂੰ ਬੰਨ੍ਹਣੀ ਕਰਦਾ ਹਾਂ।

ਮੈਂ ਵਿਭਾਗ ਅਤੇ IMR ਦੇ ਸਟਾਫ਼ ਨੂੰ ਆਪਣੀ ਮੈਡੀਕਲ ਹਾਲਤ (ਤਾਂ) ਅਤੇ ਦੋਖਾਲ ਥਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੇਣ ਨਿਮੇ ਵਿਅਕਤੀ ਨਾਲ ਸਾਂਝੀ ਕਰਨ ਦੀ ਵਿਸ਼ੇਸ਼ਤਾ ਦਿੰਦਾ ਹਾਂ। ਇਸ ਜਾਣਕਾਰੀ ਵਿੱਚ ਮਾਨਸਿਕ ਸਿਹਤ ਇਲਾਜ, HIV ਇਲਾਜ ਜਾਂ ਟੈਸਟਿੰਗ, ਅਲਕੋਹਲ ਜਾਂ ਨਸ਼ਾ ਇਲਾਜ ਜਾਂ ਹੋਰ ਸਿਹਤ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਸੰਬੰਧੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸ਼ਾਮਲ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ।

ਮੈਂ ਸਮਝਦਾ ਹਾਂ ਕਿ ਕੇਵਲ ਮੇਰੀ IMR ਜਾਂ complaint ਨਾਲ ਸਬੰਧਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸਾਂਝੀ ਕੀਤੀ ਜਾਵੇਗੀ।

ਇਸ ਸਹਾਇਤਾ ਲਈ ਮੇਰੀ ਮਨਜ਼ੂਰੀ ਸਵੈ-ਇੱਛਕ ਹੈ ਅਤੇ ਮੈਨੂੰ ਇਸ ਦਾ ਅੰਤ ਕਰਨ ਦਾ ਹੱਕ ਹੈ। ਜੇ ਮੈਂ ਇਸਨੂੰ ਖਤਮ ਕਰਨਾ ਚਾਹੁੰਦਾ ਹਾਂ, ਮੈਨੂੰ ਇਹ ਨਿਖਤ ਵਿੱਚ ਕਰਨਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ।

ਮਰੀਜ਼ ਦਾ ਨਾਮ (ਪ੍ਰਿੰਟ) _____

ਮਰੀਜ਼ ਦੇ ਹਸਤਾਖਰ _____ ਚਿੱਠੀ _____

ਭਾਗ B: ਮਰੀਜ਼ ਦੀ ਸਹਾਇਕ ਵਿਅਕਤੀ ਦੁਆਰਾ ਭਰਿਆ ਹੋਇਆ

ਸਹਾਇਕ ਵਿਅਕਤੀ ਦਾ ਨਾਮ (ਪ੍ਰਿੰਟ) _____

ਸਹਾਇਕ ਵਿਅਕਤੀ ਦੇ ਹਸਤਾਖਰ _____

ਪਤਾ _____

ਸਹਿਰ _____ ਰਾਜ _____ ਜ਼ਿਲ੍ਹਾ _____

ਮਰੀਜ਼ ਨਾਲ ਰਿਸ਼ਤਾ _____

ਪ੍ਰਾਇਮਰੀ ਫੋਨ # _____

ਸੈਕੰਡਰੀ ਫੋਨ # _____

ਈਮੇਲ ਪਤਾ _____

☐ ਸਿਹਤ ਸੇਵਾਵਾਂ ਟੈਸਟਿੰਗਾਂ ਜਾਂ ਹੋਰ ਕਾਨੂੰਨੀ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ਾਂ ਲਈ ਮੇਰੀ ਪਾਵਰ ਆਫ਼ ਅਟਾਰਨੀ ਨੰਬਰ ਹੈ।

IMR Application/Complaint Form Instruction Sheet

ਜੇ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਈ ਸਵਾਲ ਹਨ, ਤਾਂ ਵਿਭਾਗ ਨੂੰ 1-888-466-2219 ਤੇ ਫੋਨ ਕਰੋ ਜਾਂ 1-877-688-9891 ਤੇ ਟੈਕਸਟ ਕਰੋ। ਇਹ ਕਾਲ ਮੁਫਤ ਹੈ।

ਫਾਇਲ ਕਰਨ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ:

ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਮਾਮਲਿਆਂ ਵਿੱਚ, ਵਿਭਾਗ ਵਿੱਚ complaint ਦਰਜ ਕਰਨ ਜਾਂ IMR ਦੀ ਬੇਨਤੀ ਕਰਨ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੇ ਸਿਹਤ ਯੋਜਨਾ ਦੀ ਸਿਫਾਰਿਸ਼ ਜਾਂ ਸਿਫਾਰਿਸ਼ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਨੂੰ ਸਮਝ ਲੈਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ। ਤੁਹਾਡੀ ਸਿਹਤ ਯੋਜਨਾ ਨੂੰ 30 ਦਿਨਾਂ ਦੇ ਅੰਦਰ ਜਾਂ 3 ਦਿਨਾਂ ਜੇ ਤੁਹਾਡੀ ਸਮੱਸਿਆ ਤੁਹਾਡੀ ਸਿਹਤ ਲਈ ਇੱਕ ਤੁਰੰਤ ਅਤੇ ਗੰਭੀਰ ਸੋਖਮ ਹੈ, ਦੇ ਅੰਦਰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇੱਕ ਫੈਸਲਾ ਦੇਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ।

ਜੇ ਤੁਹਾਡੀ ਸਿਹਤ ਯੋਜਨਾ ਨੇ ਤੁਹਾਡੇ ਇਲਾਜ ਤੋਂ ਇਨਕਾਰ ਕੀਤਾ ਹੈ ਕਿਉਂਕਿ ਇਹ ਪ੍ਰਯੋਗਾਤਮਕ / ਜਾਂਚ-ਅਧੀਨ ਹੈ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ IMR ਬਿਨੈ-ਪੱਤਰ ਦੇਣ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਆਪਣੇ ਸਿਹਤ ਯੋਜਨਾ ਜਾਂ ਸਿਫਾਰਿਸ਼ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਵਿੱਚ ਹਿੱਸਾ ਨਹੀਂ ਲੈਣਾ ਪੈਂਦਾ।

ਸਿਹਤ ਯੋਜਨਾ ਦੁਆਰਾ ਤੁਹਾਨੂੰ ਤੁਹਾਡੀ ਅਪੀਲ ਲਈ ਲਿਖਤੀ ਜਵਾਬ ਭੇਜਣ ਦੇ ਛੇ ਮਹੀਨਿਆਂ ਦੇ ਅੰਦਰ ਤੁਹਾਨੂੰ IMR ਲਈ ਅਰਜ਼ੀ ਦੇਣੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ। ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੀ ਅਰਜ਼ੀ ਛੇ ਮਹੀਨਿਆਂ ਦੇ ਬਾਅਦ ਵੀ ਦਰਜ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ, ਜੇ ਕੋਈ ਖਾਸ ਹਾਲਾਤ ਸਨ ਜਿਹਨਾਂ ਕਰਕੇ ਤੁਸੀਂ ਸਮੇਂ ਸਿਰ ਲਿਖ ਨਹੀਂ ਸਕੇ।

ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਧਿਆਨ ਰੱਖੋ ਕਿ ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਇੱਕ ਅਜਿਹੇ ਮੁੱਦੇ ਲਈ ਫਿਵੀਜ਼ਨ ਕੇਲ ਸਿਫਾਰਿਸ਼ ਦਰਜ ਨਾ ਕਰਨ ਦਾ ਫੈਸਲਾ ਕਰਦੇ ਹੋ ਜਿਹੜਾ ਇੱਕ IMR, ਲਈ ਯੋਗ ਹੋਵੇਗਾ, ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਤੁਹਾਡੇ ਪਲਾਨ ਨਾਲ ਸਬੰਧਤ ਸੇਵਾ ਜਾਂ ਇਲਾਜ ਦੇ ਵਿਰੁੱਧ ਕਨੂੰਨੀ ਕਾਰਵਾਈ ਕਰਨ ਦੇ ਆਪਣੇ ਹੱਕ ਨੂੰ ਛੱਡ ਰਹੇ ਹੋ।

ਕਿਵੇਂ ਫਾਇਲ ਕਰੋ:

1. www.HealthHelp.ca.gov 'ਤੇ ਆਨਲਾਈਨ ਫਾਇਲ ਕਰੋ। (ਇਹ ਸਭ ਤੋਂ ਤੇਜ਼ ਤਰੀਕਾ ਹੈ।)

ਜਾਂ

IMR Application/Complaint Form ਨੂੰ ਭਰੋ ਅਤੇ ਹਸਤਾਖਰ ਕਰੋ।

2. ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ ਕਿ ਕੋਈ ਤੁਹਾਡੀ IMR ਜਾਂ complaint ਵਿੱਚ ਤੁਹਾਡੀ ਮਦਦ ਕਰੇ, ਤਾਂ ਅਧਿਕਾਰਤ ਸਹਾਇਕ ਫਾਰਮ ਭਰੋ। ਤੁਹਾਨੂੰ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੇ ਅਧਿਕਾਰਿਤ ਸਹਾਇਕ ਨੂੰ ਫਾਰਮ 'ਤੇ ਦਸਤਖਤ ਕਰਨੇ ਚਾਹੀਦੇ ਹਨ।
3. ਜੇ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਨੈਟਵਰਕ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਤੋਂ ਬਾਹਰ ਮੈਡੀਕਲ ਰਿਕਾਰਡ ਹੈ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਆਪਣੀ IMR Application/Complaint Form ਵਿੱਚ ਸ਼ਾਮਲ ਕਰੋ। ਤੁਹਾਡੀ ਯੋਜਨਾ ਨੈਟਵਰਕ ਪ੍ਰਦਾਤਾਵਾਂ ਤੋਂ ਡਾਕਟਰੀ ਰਿਕਾਰਡ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰੇਗੀ।
4. ਤੁਸੀਂ ਤੁਹਾਡੀ ਬੇਨਤੀ ਦੇ ਸਮਰਥਨ ਵਿੱਚ ਹੋਰ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਸ਼ਾਮਲ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਹਾਲਾਂਕਿ, ਇਸ ਸਿਫਾਰਿਸ਼ ਨਾਲ ਸਬੰਧਤ ਤੁਹਾਡੀ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੀ ਯੋਜਨਾ ਦੇ ਵਿਚਕਾਰ ਕੋਈ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਜਾਂ ਪੱਤਰ ਮੁਹੱਈਆ ਕਰਨ ਦੀ ਕੋਈ ਲੋੜ ਨਹੀਂ ਹੈ। ਵਿਭਾਗ ਇਸ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨੂੰ ਤੁਹਾਡੀ ਦੇ ਹਿੱਸੇ ਵਜੋਂ ਸਿੱਧੇ ਤੁਹਾਡੀ ਯੋਜਨਾ ਤੋਂ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰੇਗਾ।
5. ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਆਨਲਾਈਨ ਪ੍ਰਸਤੁਤ ਨਹੀਂ ਕਰ ਰਹੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਆਪਣੇ ਫਾਰਮ ਅਤੇ ਹੋਰ ਸਹਾਇਕ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਨੂੰ ਮੇਲ ਜਾਂ ਫੈਕਸ ਕਰੋ।

IMR Application/Complaint Form Instruction Sheet

Department of Managed Health Care ਦਾ ਮੈਂਦਰ ਕੇਂਦਰ

980 9th Street, Suite 500

Sacramento, CA 95814-2725

ਫੋਨ: 916-255-5241

ਅੱਗੋਂ ਕੀ ਹੁੰਦਾ ਹੈ?

ਵਿਭਾਗ ਨਿਰਧਾਰਤ ਕਰੇਗਾ ਕਿ ਕੀ ਤੁਹਾਡਾ ਕੇਸ IMR ਜਾਂ ਸਿਕਾਇਤ ਦੇ ਤੌਰ ਤੇ ਯੋਗ ਹੈ। ਮਾਮਲੇ ਇੱਕ IMR ਲਈ ਯੋਗ ਹੁੰਦੇ ਹਨ ਜੇ ਸਿਰਫ਼ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਸੇਵਾਵਾਂ ਇੱਕ ਡਾਕਟਰੀ ਲੇਡ ਜਾਂ ਪ੍ਰਯੋਗਾਤਮਕ / ਜਾਂਚ-ਪੜਤਾਲ ਦੇ ਅਧਾਰ ਤੇ ਦੇਰੀ, ਸੇਧੀਆਂ ਜਾਂ ਅਸਰੀਕਾਰ ਕੀਤੀਆਂ ਗਈਆਂ ਹਨ।

IMR ਲਈ ਯੋਗ ਨਾ ਹੋਣ ਵਾਲੇ ਮਾਮਲੇ ਅਪਤਰ ਸਿਕਾਇਤ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਦੁਆਰਾ ਸੰਸਥਿਤ ਹੁੰਦੇ ਹਨ।

ਇਹਨਾਂ ਮਾਮਲਿਆਂ ਵਿੱਚ ਮੁੱਦੇ ਜਿਵੇਂ ਸਿਰਫ਼ ਸੰਭਾਲ ਸੇਵਾ ਤੋਂ ਇਨਕਾਰ ਲਾਭ ਵਿੱਚ ਸ਼ਾਮਲ ਨਹੀਂ ਹੈ, ਭੁਗਤਾਨ ਦਾਅਵੇ ਤੇ ਵਿਵਾਦ, ਕਵਰੇਜ ਨੂੰ ਰੱਦ ਕਰਨਾ, ਦੇਖਭਾਲ ਦੀ ਗੁਣਵੱਤਾ, ਅਤੇ ਕਟੌਤੀ / ਜੰਬ ਤੇ ਬਾਹਰ ਖਰਚੇ।

ਵਿਭਾਗ ਤੁਹਾਨੂੰ ਸੱਤ ਦਿਨਾਂ ਦੇ ਅੰਦਰ ਇੱਕ ਪੱਤਰ ਭੇਜੇਗਾ, ਜੋ ਤੁਹਾਨੂੰ ਦੱਸੇਗਾ ਕਿ ਕੀ ਤੁਸੀਂ IMR ਲਈ ਯੋਗਤਾ ਪੂਰੀ ਕਰਦੇ ਹੋ। ਜੇ ਵਿਭਾਗ ਫੈਸਲਾ ਕਰਦਾ ਹੈ ਕਿ ਤੁਹਾਡੀ ਸਿਕਾਇਤ IMR ਲਈ ਯੋਗ ਹੈ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਕੇਸ ਨੂੰ ਸਟੇਟ ਠੇਕੇਦਾਰ ਨੂੰ ਸੌਂਪਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਜੋ ਸਮੀਖਿਆ ਦਾ ਕੰਮ ਕਰੇਗਾ। ਰਾਜ ਦੇ ਠੇਕੇਦਾਰ ਨੂੰ ਆਜ਼ਾਦ ਮੈਡੀਕਲ ਰਿਵਿਊ ਸੰਗਠਨ () ਵੀ ਕਿਹਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਮੈਂਦਰ ਕੇਂਦਰ ਤੋਂ ਤੁਹਾਡੀ ਸਿਕਾਇਤ ਨਾਲ ਸੰਬੰਧਤ ਸਾਰੀ ਜਾਣਕਾਰੀ, ਤੁਹਾਡੇ ਮੈਡੀਕਲ ਰਿਕਾਰਡਾਂ ਸਮੇਤ, ਰਿਵਿਊ ਸੰਸਥਾ ਨੂੰ ਭੇਜੀ ਜਾਵੇਗੀ। ਰਿਵਿਊ ਸੰਸਥਾ ਵੱਲੋਂ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ 65 ਦਿਨਾਂ ਦੇ ਅੰਦਰ ਜਾਂ ਜੇ ਤੁਹਾਡਾ ਕੇਸ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹੈ ਤਾਂ ਸੱਤ ਦਿਨਾਂ ਦੇ ਅੰਦਰ ਨਿਰਣਾ ਦਿੱਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਵਿਭਾਗ ਤੁਹਾਨੂੰ ਫੈਸਲੇ ਨਾਲ ਇੱਕ ਪੱਤਰ ਭੇਜੇਗਾ।

ਜੇ ਵਿਭਾਗ ਫੈਸਲਾ ਕਰਦਾ ਹੈ ਕਿ ਤੁਹਾਡੀ ਸਿਕਾਇਤ ਦੀ ਸਮੀਖਿਆ ਕੌਂਸਿਲਿੰਗ ਸਿਕਾਇਤ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਦੁਆਰਾ ਕੀਤੀ ਜਾਣੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੀ ਸਿਕਾਇਤ ਦਾ ਫੈਸਲਾ 30 ਦਿਨਾਂ ਦੇ ਅੰਦਰ ਕੀਤਾ ਜਾਵੇਗਾ। ਵਿਭਾਗ ਤੁਹਾਨੂੰ ਫੈਸਲੇ ਨਾਲ ਇੱਕ ਪੱਤਰ ਭੇਜੇਗਾ।

1977 ਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਪ੍ਰੋਕਟਿਸ ਐਕਟ (ਕੈਲੀਫੋਰਨੀਆ ਸਿਵਲ ਕੋਡ ਸੈਕਸ਼ਨ 1798.17) ਨੂੰ ਹੇਠ ਲਿਖੇ ਨੋਟਿਸ ਦੀ ਲੋੜ ਹੁੰਦੀ ਹੈ।

IMR Application/Complaint Form Instruction Sheet

- ਕੈਲੀਫੋਰਨੀਆ ਦੇ ਨੇਕਸ-ਕੋਨ ਐਕਟ ਵਿਭਾਗ ਨੂੰ ਸਿਹਤ ਯੋਜਨਾਵਾਂ ਨੂੰ ਨਿਯੰਤ੍ਰਿਤ ਕਰਨ ਅਤੇ ਸਿਹਤ ਯੋਜਨਾ ਦੇ ਮੈਂਬਰਾਂ ਦੀਆਂ ਸ਼ਿਕਾਇਤਾਂ ਦੀ ਜਾਂਚ ਕਰਨ ਦਾ ਅਧਿਕਾਰ ਦਿੱਤਾ ਹੈ।
- ਫਿਪਾਰਟਮੈਂਟ ਦਾ ਮੈਂਬਰ ਕੇਂਦਰ ਤੁਹਾਡੀ ਨਿਜੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਤੁਹਾਡੀ ਯੋਜਨਾ ਨਾਲ ਤੁਹਾਡੀ ਸਮੱਸਿਆ ਦੀ ਜਾਂਚ ਕਰਨ ਲਈ ਅਤੇ ਸੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਕਿਸੇ ਲਈ ਸ਼ੇਅਰਤਾ ਪੂਰੀ ਕਰਦੇ ਹੋ ਤਾਂ ਇਕ IMR ਮੁਹੱਈਆ ਕਰਵਾਉਣ ਲਈ ਵਰਤਦਾ ਹੈ।
- ਤੁਸੀਂ ਵਿਭਾਗ ਨੂੰ ਇਹ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸਵੈ-ਇਫ਼ਤ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਦੇ ਹੋ। ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਹ ਜਾਣਕਾਰੀ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਨ ਦੀ ਲੋੜ ਨਹੀਂ ਹੈ। ਹਾਲਾਂਕਿ, ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਨਹੀਂ ਕਰਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ ਕਿ ਵਿਭਾਗ ਤੁਹਾਡੀ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਦੀ ਜਾਂਚ ਜਾਂ IMR ਮੁਹੱਈਆ ਕਰਵਾਉਣ ਦੇ ਯੋਗ ਨਾ ਹੋਵੇ।
- ਵਿਭਾਗ ਨੇਤ ਮੁਤਾਬਕ, ਯੋਜਨਾ, ਪ੍ਰਦਾਤਾ, ਅਤੇ ਰਿਵਿਊ ਸੰਗਠਨ ਜੋ IMR ਦੀ ਸਮੀਖਿਆ ਕਰਦੇ ਹਨ ਨਾਲ ਤੁਹਾਡੀ ਨਿਜੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸਾਂਝੀ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ।
- ਫਿਪਾਰਟਮੈਂਟ ਤੁਹਾਡੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨੂੰ ਹੋਰ ਸਰਕਾਰੀ ਏਜੰਸੀਆਂ ਨਾਲ ਵੀ ਸਾਂਝੇ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ ਜੇ ਕਾਨੂੰਨ ਦੁਆਰਾ ਲੋੜੀਂਦਾ ਜਾਂ ਮਨਜ਼ੂਰ ਹੋਵੇ।
- ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਨਿਜੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੇਖਣ ਦਾ ਹੱਕ ਹੈ। ਅਜਿਹਾ ਕਰਨ ਲਈ, ਵਿਭਾਗ ਦੇ ਰਿਕਾਰਡ ਖੋਜਤੀ ਕੋਆਰਡੀਨੇਟਰ, Department of Managed Health Care, ਲੀਗਲ ਸਰਵਿਸਿਜ਼ ਦਾ ਦਫਤਰ, 980 9 ਸਟ੍ਰੀਟ ਸੂਟ 500, ਸੈਕਰਾਮੈਂਟੋ CA 95814-2725 ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਕਰੋ ਜਾਂ 916-322-6727 ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

Бланк заявления на проведение
независимого медицинского рассмотрения (IMR)/жалобы

ВАЖНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Бланк заявления на IMR/жалобы можно подать онлайн на сайте: www.HealthHelp.ca.gov

- ♦ **БЕСПЛАТНО.** Процесс рассмотрения заявления на проведение независимого медицинского рассмотрения (Independent Medical Review, IMR)/жалобы бесплатный.
- ♦ **БЫСТРО.** Как правило, решение по IMR принимается в течение 45 дней или в течение 7 дней в случае проблемы со здоровьем, требующей срочного вмешательства.
- ♦ **УСПЕШНО.** Примерно 80% пациентов получают затребованные через IMR услуги.
- ♦ **ОКОНЧАТЕЛЬНО.** Планы медицинского страхования должны выполнить решение IMR и незамедлительно предоставить услугу.

ИНФОРМАЦИЯ О ПАЦИЕНТЕ

Имя _____ Второе имя _____ Фамилия _____

Дата рождения пациента (мм/дд/гггг) _____ Пол: ☐ Мужской ☐ Женский ☐ Другое _____

Имя родителя или опекуна в случае заполнения за несовершеннолетнего _____

Адрес _____

Город _____ Штат _____ Почтовый индекс _____

Основной номер телефона _____ Дополнительный номер телефона _____

Адрес электронной почты _____

Хотели бы Вы получать сообщения/корреспонденцию на данный адрес электронной почты? ☐ Да ☐ Нет

Название плана медицинского страхования _____

Членский номер пациента _____

Название медицинской группы (если в медицинской группе) _____

Работодатель _____

Необходима ли Вам помощь в подаче жалобы? ☐ Да ☐ Нет

Если да, пожалуйста, заполните прилагаемую «Форму утверждения помощника».

Есть ли у вас Medi-Cal? ☐ Да ☐ Нет

Если да, то подали ли Вы запрос на объективное слушание на уровне штата? ☐ Да ☐ Нет

Есть ли у Вас Medicare или Medicare Advantage?

☐ Да ☐ Нет

Подали ли Вы жалобу или апелляцию на Ваш план медицинского страхования?

☐ Да ☐ Нет

Требуется ли Вам оплата за медицинскую услугу, которая уже была получена?

☐ Да ☐ Нет

Если да, укажите дату(-ы) предоставления услуги и имя поставщика услуги:

ВАША ПРОБЛЕМА СО ЗДОРОВЬЕМ

Хотите ли Вы, чтобы план медицинского страхования оплатил услуги в будущем?

☐ Да ☐ Нет

Какое Ваше заболевание или диагноз врача? (пожалуйста, укажите точно) _____

Какое лечение/услуги и/или лекарства Вы запрашиваете? (пожалуйста, укажите точно) _____

Ваш план медицинского страхования когда-либо отказывал, откладывал или изменял Ваше лечение?

☐ Да ☐ Нет

Если да, укажите, пожалуйста, причину, которая была предоставлена планом:

- ☐ Не является необходимым с медицинской точки зрения
- ☐ Не покрывается страховым планом
- ☐ Не является неотложным/срочным
- ☐ Является экспериментальным/исследовательским
- ☐ Другое (пожалуйста, объясните ниже)

Укажите имя и номер телефона Вашего лечащего врача и других поставщиков медицинских услуг, которых Вы посещали, которые Вас лечили или консультировали по поводу данного заболевания.

Посещали ли Вы каких-либо поставщиков медицинских услуг, не входящих в сеть плана, по поводу Вашего заболевания?

☐ Да ☐ Нет

Если да, пожалуйста, приложите медицинские записи к этой форме.

Кратко опишите проблему, которая возникла у вас с Вашим планом медицинского страхования. Например, объясните, связана ли проблема с отказом в лечении, неоплаченным счетом, проблемой с записью на прием или получением лекарства, или с тем, что Ваше страховое покрытие было отменено планом медицинского страхования.

РАЗРЕШЕНИЕ НА ВЫДАЧУ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ

Я прошу Департамент регулируемого здравоохранения (Department of Managed Health Care) (Департамент) принять решение в отношении моей проблемы с планом медицинского страхования. Я прошу Департамент изучить мое заявление на проведение независимого медицинского рассмотрения (IMR) / жалобу, чтобы определить, соответствует ли моя жалоба критериям для проведения IMR или критериям подачи жалоб Департаменту. Я разрешаю поставщикам, предоставившим мне медицинские услуги в прошлом, или предоставляющим их сейчас, предоставить мои медицинские записи и информацию для изучения данного вопроса. Такие записи могут включать медицинские и психиатрические записи, записи о злоупотреблении запрещенными веществами, ВИЧ, заключения диагностической визуализации, а также другие записи, связанные с моим делом. Эти записи могут также включать немедицинские записи и любую другую информацию, связанную с моим делом. Я разрешаю Департаменту изучить эти записи и информацию и отправить их моему плану медицинского страхования. Срок действия моего разрешения – один год с даты, указанной ниже, за исключением ситуаций, разрешенных законом. Например, закон позволяет Департаменту продолжать использовать мою информацию во внутренних целях. Я могу по желанию отозвать данное разрешение раньше срока. Вся информация, предоставленная мной на данной странице, является верной.

Имя пациента или родителя (печатными буквами) _____

Подпись пациента или родителя _____ Дата _____

Пожалуйста, ознакомьтесь со страницей инструкций, чтобы получить информацию об отправке почтой или факсом.

ДЛЯ СТАТИСТИЧЕСКОЙ ИНФОРМАЦИИ

Просим Вас добровольно предоставить следующую информацию. Предоставление этой информации поможет Департаменту определить повторные возникновения проблем. Согласно разделу 1374.30 Кодекса по охране здоровья и безопасности (Health and Safety Code), Департаменту разрешается получать данную информацию в исследовательских и статистических целях. Предоставление этой информации является добровольным и не повлияет каким-либо образом на решение по IMR или жалобе.

Основной язык, на котором Вы разговариваете _____

Хотите ли Вы, чтобы мы общались/отправляли Вам сообщения на языке, на котором Вы разговариваете?

☐ Да

Раса/Этническое происхождение _____

ФОРМА УТВЕРЖДЕНИЯ ПОМОЩНИКА

- Если Вы хотите предоставить другому человеку разрешение на предоставление помощи с независимым медицинским рассмотрением (IMR) или жалобой, заполните разделы А и В ниже.
- Если Вы являетесь родителем или законным опекуном, подающим данное заявление на IMR или жалобу за ребенка младше 18 лет, Вам не нужно заполнять эту форму.
- Если Вы подаете это заявление на IMR/жалобу за пациента, который не может заполнить данную форму, поскольку является недееспособным либо неправопособным, и у Вас есть законное право действовать от имени этого пациента, пожалуйста, заполните только раздел В. Также приложите копию доверенности для принятия медицинских решений или другие документы, в которых говорится, что Вы можете принимать решения за пациента.

РАЗДЕЛ А: ЗАПОЛНЯЕТСЯ ПАЦИЕНТОМ

Я разрешаю лицу, указанному ниже в разделе В, помочь мне с IMR или жалобой, поданной в Департамент регулируемого здравоохранения (Department of Managed Health Care) (Департамент). Я разрешаю сотрудникам Департамента и IMR предоставлять информацию о моем (-их) заболевании (-ях) и лечении лицу, указанному ниже. Эта информация может включать данные о психиатрическом лечении, лечении или тестировании на ВИЧ, лечении от алкогольной или наркотической зависимости, а также другую медицинскую информацию.

Я понимаю, что будет раскрыта только информация, связанная с моим заявлением на проведение IMR или жалобой.

Мое согласие на предоставление помощи является добровольным, и я имею право

прекратить его. Если я захочу отозвать данное разрешение, это необходимо сделать

письменно.

Имя пациента (печатными буквами) _____

Подпись пациента _____ Дата _____

РАЗДЕЛ В: ЗАПОЛНЯЕТСЯ ЛИЦОМ, ПРЕДОСТАВЛЯЮЩИМ ПОМОЩЬ ПАЦИЕНТУ

Имя и фамилия лица, предоставляющего помощь (печатными буквами) _____

Подпись лица, предоставляющего помощь _____

Адрес _____

Город _____ Штат _____ Почтовый индекс _____

Кем приходится пациенту _____

Основной номер телефона _____

Дополнительный номер телефона _____

Адрес электронной почты: _____

☐ Моя копия доверенности для принятия медицинских решений или другой юридический документ прилагается.

Заявка на проведение независимой медицинской проверки (IMR)/Форма жалобы

Если у Вас возникли вопросы, позвоните в Департамент по тел. 1-888-466-2219 или линия TDD: 1-877-688-9891. Звонок бесплатный.

Перед подачей заявления:

В большинстве случаев, перед тем как подать жалобу или заявление на проведение IMR Департаментом, Вы должны пройти процесс рассмотрения жалобы или апелляции планом медицинского страхования. Ваш план медицинского страхования должен предоставить решение в течение 30 дней или в течение 3 дней, если существует серьезная угроза Вашему здоровью.

Если Ваш план медицинского страхования отказал Вам в покрытии лечения в связи с тем, что оно является экспериментальным/исследовательским, Вам не нужно проходить процесс рассмотрения жалобы или апелляции планом медицинского страхования до того, как подавать заявление на проведение IMR.

Вы должны подать заявление на проведение IMR в течение шести месяцев с момента отправки Вашим планом медицинского страхования письменного ответа на Ваше обращение. Вы также имеете право подать заявление по истечении шести месяцев, если определено, что те или иные обстоятельства препятствовали своевременной подаче. Помните, что если Вы решите не подавать жалобу в Департамент в отношении проблемы, которая имела бы право на проведение IMR, Вы, возможно, отказываетесь от своих прав на подачу судебного иска против Вашего плана медицинского страхования в отношении услуг или лечения, которые Вы требуете.

Как подать заявку:

1. Онлайн на сайте: www.HealthHelp.ca.gov. [Это самый быстрый способ.]
или
Заполните и подпишите прилагаемый бланк заявления на проведение IMR/жалобы.
2. Если Вам необходима помощь с IMR или заявлением, заполните «Форму утверждения помощника».
3. Если у Вас есть медицинские записи от поставщиков услуг за пределами сети, пожалуйста, приложите их к заявлению на проведение IMR/жалобе. Ваш план медицинского страхования предоставит записи от поставщиков услуг в сети.
4. Вы можете приложить другие документы в поддержку Вашего требования. Однако нет необходимости предоставлять какие-либо документы или переписку между Вами и Вашим планом медицинского страхования в отношении данной жалобы. Департамент получит эту информацию непосредственно от Вашего плана медицинского страхования в рамках расследования.
5. Если Вы не подаете форму онлайн, пожалуйста, отправьте форму и все дополнительные документы почтой или по факсу в:
Department of Managed Health Care Help Center
980 9th Street, Suite 500
Sacramento, CA 95814-2725
ФАКС: 916-255-5241

Что будет дальше?

Департамент определит, правомочно ли проведение IMR или правомочна ли жалоба. Дела согласуются на проведение IMR, если предоставление медицинских услуг было задержано, изменено или в них было отказано на основании необходимости с медицинской точки зрения или ввиду экспериментального/исследовательского характера.

Дела, по которым не будет согласовано проведение IMR, будут обработаны согласно процессу работы с жалобами потребителей. К таким делам относятся проблемы с отказом в связи с невозможностью покрытия страховым планом, разногласия в оплате, отмена покрытия страховым планом, качество предоставляемых услуг, а также расходы, понесенные за свой счет или франшизы.

Департамент отправит Вам письмо в течение семи дней, сообщившее можете ли Вы претендовать на проведение IMR. Если Департамент установит, что Ваша жалоба соответствует критериям для проведения IMR, Ваше дело будет передано подрядчику штата, который проведет проверку. Подрядчик штата также известен как Организация по проведению независимых медицинских рассмотрений (Independent Medical Review Organization, IMRO). Вся информация, находящаяся в распоряжении Центра помощи, касающаяся Вашей жалобы, в том числе Ваши медицинские записи, будет отправлена в Организацию рассмотрения. Организация рассмотрения принимает решение, как правило, в течение 45 дней или в течение семи дней, если Ваш случай не терпит отлагательства. Департамент отправит Вам письмо с принятым решением.

Если Департамент установит, что Ваша жалоба должна быть рассмотрена согласно процессу рассмотрения жалоб потребителей, решение по Вашей проблеме будет принято в течение 30 дней. Департамент отправит Вам письмо с принятым решением.

Законом о предоставлении информации 1977 года (раздел 1798.17 Гражданского кодекса Калифорнии) требуется следующее уведомление.

- Закон Нокса-Кина (Knox-Keene Act) штата Калифорния предоставляет Департаменту право регулировать работу организаций, предоставляющих планы медицинского страхования, и рассматривать жалобы лиц, пользующихся этими планами.
- Центр помощи Департамента использует Ваши личные данные для рассмотрения Вашей проблемы, касающейся плана медицинского страхования, и для проведения IMR, если Ваша проблема соответствует критериям для ее проведения.
- Вы предоставляете Департаменту эту информацию добровольно. Вы не обязаны предоставлять эту информацию. Однако без этой информации Департамент, возможно, не сможет рассматривать Вашу жалобу или проводить IMR.
- При необходимости, Департамент может передавать Ваши личные данные поставщикам, входящим в сеть плана, и также Организации рассмотрения, проводящей IMR.
- Департамент также может предоставлять Ваши данные другим государственным органам, если это требуется или разрешено по закону.
- У вас есть право просматривать Ваши личные данные. Для этого обратитесь к координатору запросов о просмотре личных данных Department of Managed Health Care. Отдел юридических услуг по адресу: 980 9th Street Suite 500, Sacramento CA 95814-2725 или позвоните по телефону 916-322-6727.

Formulario de queja/solicitud de revisión médica independiente (IMR)

INFORMACIÓN IMPORTANTE

Puede presentar su formulario de queja/solicitud de IMR en línea en: www.HealthHelp.ca.gov

- ♦ **GRATIS:** El proceso de solicitud de IMR y de presentación de quejas de parte de los consumidores es gratis.
- ♦ **RÁPIDO:** Las IMR generalmente se deciden dentro de 45 días o dentro de 7 días si el asunto de salud es urgente.
- ♦ **EXITOSO:** Aproximadamente el 60 por ciento de los pacientes reciben el servicio solicitado a través de una IMR.
- ♦ **DEFINITIVO:** Los planes de salud deben acatar la decisión de la IMR y proveer el servicio con prontitud.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre _____ Inicial del segundo nombre _____ Apellido _____

Fecha de nacimiento del paciente (mm/dd/aaaa) _____ Género: Masculino ☐ Femenino ☐
Otro ☐

Nombre del padre o tutor si el solicitante es menor de edad _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono principal _____ Teléfono secundario _____

Correo electrónico _____

¿Desea que le envíen mensajes/correspondencia a este correo electrónico? ☐ Sí ☐ No

Nombre del plan de salud _____ Núm. de membresía del paciente _____

Nombre del grupo médico (si está en uno) _____

Empleador _____

¿Desea que alguien lo ayude con su queja? ☐ Sí ☐ No

De ser así, llene el 'Formulario de asistente autorizado' adjunto.

¿Tiene Medi-Cal? ☐ Sí ☐ No

De ser así, ¿ha presentado una petición de audiencia imparcial estatal? ☐ Sí ☐ No

¿Tiene Medicare o Medicare Advantage? ☐ Sí ☐ No

¿Ha presentado una queja o reclamo ante su plan de salud? ☐ Sí ☐ No

¿Desea recibir un pago por un servicio de atención médica que ya recibió? ☐ Sí ☐ No

De ser así, anote la(s) fecha(s) de servicio y el nombre del proveedor.

SU PROBLEMA DE SALUD (Use una hoja aparte y adjunte otros documentos de ser necesario)

¿Desea que su plan de salud pague servicios futuros? ☐ Sí ☐ No

¿Cuál es su condición médica o el diagnóstico del doctor? (sea específico) _____

¿Que tratamiento(s)/servicio(s) o medicamento(s) está pidiendo? (sea específico) _____

¿Su plan de salud le negó, retrasó o modificó su tratamiento?

Si fue así, marque la razón que le dieron: (marque una opción)

☐ No es medicamento necesario

☐ No es una emergencia/no es urgente

☐ Es experimental o de investigación

☐ No es un beneficio cubierto

☐ Otro (explicar a continuación) _____

Añade el nombre y el teléfono de su doctor de atención primaria y de otros proveedores que lo hayan visto, tratado o informado de su condición.

¿Ha visto a proveedores que no están dentro de su red en relación con esta condición? ☐ Sí ☐ No

De ser así, incluya los registros médicos con este formulario.

Describe brevemente el problema que tiene con su plan de salud. Por ejemplo, explique si es el problema es acerca de un tratamiento denegado, una factura no pagada, problemas para obtener una cita o medicamento, o si el plan de salud canceló su cobertura.

Divulgación de información médica

Solicito al Departamento de Atención Administrada de la Salud (Departamento) que tome una decisión acerca del problema que tengo con mi plan de salud. Solicito al Departamento que revise mi formulario de queja/solicitud de revisión médica independiente para que determine si mi queja reúne los requisitos para una IMR o para el proceso de queja del consumidor del Departamento. Autorizo a mis proveedores, pasados y presentes, y a mi plan a divulgar mi información y registros médicos para que revisen este asunto. Estos registros podrían incluir informes médicos, de salud mental, abuso de sustancias, VIH, diagnóstico por imágenes y otros registros relacionados con mi caso. Estos registros podrían también incluir registros no médicos y cualquier información relacionada con mi caso. Autorizo al Departamento a que revise estos registros e información y a que los envíe a mi plan. Mi autorización caducará en un año a partir de la fecha que se indica a continuación, a excepción de lo que permita la ley. Por ejemplo, la ley permite al Departamento continuar usando mi información internamente. Puedo revocar mi autorización más pronto si así lo deseo. Toda la información que proporcioné en esta hoja es verdadera.

Nombre del paciente o padre (en letra de molde) _____

Firma del paciente o padre _____ Fecha _____

Consulte la hoja de instrucciones para obtener la información para el envío por correo o fax.

PARA INFORMACIÓN ESTADÍSTICA

Se le pide que proporcione la siguiente información de manera voluntaria. Proporcionar esta información ayudará al Departamento a

identificar cualquier patrón de los problemas. El artículo 1374.30 del Código de Salud y Seguridad (Health and Safety Code) autoriza al Departamento a que utilice esta información para fines de investigación y estadística. Proporcionar esta información es opcional y no afectará de ninguna manera la decisión sobre la IMR o la queja.

Idioma principal que habla _____
¿Desea que nos comuniquemos con usted/le enviemos mensajes en su idioma principal? SI ☐

Raza/origen étnico: _____

FORMULARIO DE ASISTENTE AUTORIZADO

Si desea dar permiso a otra persona para que lo asista con su queja o revisión médica independiente (Independent Medical Review, IMR), llene las partes A y B a continuación (las dos partes deben firmar el formulario).

Si es un padre o tutor legal que presenta este formulario de queja/IMR en nombre de un menor de 18 años, no necesita llenar este formulario.

Si presenta esta queja o solicitud de IMR en nombre de un paciente que no puede llenar este formulario debido a que es incompetente o tiene una discapacidad, y si usted tiene autoridad legal para actuar en nombre de este paciente, llene la parte B solamente. Además, adjunte una copia de la carta poder para tomar decisiones de atención de salud u otros documentos que digan que usted puede tomar decisiones en nombre del paciente.

PARTE A: COMPLETADA POR EL PACIENTE

Autorizo a la persona mencionada en la parte B a continuación para que me asista con la queja o solicitud de IMR que presente ante el Departamento de Atención Administrada de la Salud (Departamento). Autorizo al personal del Departamento y la IMR a que compartan la información sobre mi(s) condición(es) y atención médicas con la persona mencionada a continuación. Esta información podría incluir tratamientos de salud mental, tratamientos y pruebas de VIH, tratamientos de alcoholismo o drogadicción u otra información de atención de salud.

Entiendo que sólo se compartirá la información relacionada con mi queja o IMR.

Mi autorización para esta asistencia es voluntaria y tengo derecho a anularla. Si deseo anularla, tengo que hacerlo por escrito.

Nombre del paciente (en letra de molde) _____

Firma del paciente _____ Fecha _____

PARTE B: COMPLETADA POR LA PERSONA QUE ASISTE AL PACIENTE

Nombre de la persona que asiste al paciente (en letra de molde) _____

Firma de la persona que asiste al paciente _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Relación con el paciente _____

Teléfono principal _____

Teléfono secundario _____

Correo electrónico _____

☐ Mi carta poder para tomar decisiones de atención de salud u otro documento legal está incluida.

FORMULARIO DE QUEJA/SOLICITUD DE REVISIÓN MÉDICA INDEPENDIENTE

Si tiene preguntas, llame al Departamento al 1-888-466-2219 o TDD al 1-877-688-9891. La llamada es gratuita.

Antes de presentar el formulario:

En la mayoría de los casos, debe agotar el proceso de quejas o reclamaciones de su plan de salud antes de presentar una queja o solicitud de IMR ante el Departamento. Su plan de salud debe proporcionarle una decisión en un plazo de 30 días o de 3 días en caso de que su problema represente una amenaza seria e inmediata para su salud.

Si su plan de salud le negó el tratamiento debido a que era experimental/de investigación, usted no debe participar en el proceso de quejas o reclamaciones de su plan de salud antes de presentar una solicitud de IMR.

Debe solicitar una IMR dentro de un plazo de seis meses a partir de que su plan de salud le envíe una respuesta por escrito referente a su apelación. Usted todavía puede presentar su solicitud después de seis meses si hubo circunstancias especiales que evitaron que la presentara de forma oportuna. Tenga en cuenta que, si decide no presentar una queja ante el Departamento por un asunto que reúne los requisitos para una IMR, podría renunciar a su derecho a emprender acciones legales contra su plan en relación con el servicio o tratamiento que está solicitando.

Cómo presentar el formulario:

- 1) Preséntelo en línea en www.HealthHelp.ca.gov. **Esta es la manera más rápida.**



Llene y firme el formulario de queja/solicitud de IMR. Use el sobre que viene con el formulario.

- 2) Si desea que alguien lo ayude con su queja o IMR, llene el 'Formulario de asistente autorizado'. Tanto usted como su asistente autorizado deben firmar el formulario.
- 3) Si tiene registros médicos de proveedores **fuera de la red**, inclúyalos con su formulario de queja/solicitud de IMR. Su plan proveerá los registros médicos de los proveedores dentro de la red.
- 4) Puede incluir otros documentos que apoyen su solicitud. Sin embargo, no es necesario proveer ningún documento o carta entre usted y su plan en relación con su queja. El Departamento obtendrá esta información directamente de su plan como parte de la investigación.
- 5) Si no hace su presentación en línea, envíe su formulario y todos los documentos de apoyo por correo postal o fax a:

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

¿Qué sucederá a continuación?

El Departamento determinará si su caso reúne los requisitos para una IMR o una queja. Un caso reúne los requisitos para una IMR si los servicios de atención médica se retrasaron, modificaron o denegaron con base en una necesidad médica o por ser experimentales/de investigación.

Los casos que no reúnen los requisitos para una IMR se procesan a través del proceso de queja del consumidor. Estos casos implican asuntos como la negación de un servicio de atención médica por no ser un beneficio cubierto, las disputas por el pago de una reclamación, la cancelación de la cobertura, la calidad de la atención y el deducible/los gastos de bolsillo. El Departamento le enviará una carta dentro de un plazo de siete días informándole si reúne los requisitos para una IMR. Si el Departamento decide que su queja reúne los requisitos para una IMR, su caso se asignará a un contratista estatal que llevará a cabo la revisión. Al contratista estatal también se le conoce como una organización de revisión médica independiente. Toda la información que el Centro de Ayuda ha relacionado con su queja, incluyendo sus registros médicos, se enviará a la organización de revisión. La organización de revisión tomará una decisión, generalmente dentro de un plazo de 45 días o dentro de siete días si su caso es urgente. El Departamento le enviará una carta con la decisión.

Si el Departamento decide que su queja debe revisarse mediante el proceso de Queja del Consumidor, se tomará una decisión acerca de su asunto dentro de un plazo de 30 días. El Departamento le enviará una carta con la decisión.

FORMULARIO DE QUEJA/SOLICITUD DE REVISIÓN MÉDICA INDEPENDIENTE

La Ley de Prácticas Informativas (Information Practices Act) de 1977 (artículo 1798.17 del Código Civil de California) requiere que se haga la siguiente notificación:

- La Ley Knox-Keene de California otorga al Departamento la autoridad para que regule los planes de salud e investigue las quejas de los miembros de los planes de salud.
- El Centro de Ayuda del Departamento usa su información personal para investigar el problema que tiene con su plan de salud y para concederle una IMR si reúne los requisitos para una.
- Usted proporciona esta información al Departamento de manera voluntaria. Usted no tiene que proporcionar esta información. Sin embargo, si no lo hace, el Departamento podría ser incapaz de investigar su queja o concederle una IMR.
- El Departamento podría compartir su información personal, según sea necesario, con el plan, los proveedores y la organización de revisión que lleva a cabo la IMR.
- El Departamento podría también compartir su información con otras agencias gubernamentales como lo exige o permite la ley.
- Usted tiene derecho a ver su información personal. Para hacerlo, comuníquese con el Coordinador de Solicitudes de Registros del Departamento, Department of Managed Health Care, Office of Legal Services, 980 9th Street Suite 500, Sacramento CA 95814-2725, o llame a 916-322-6727.

INDEPENDENT MEDICAL REVIEW (IMR) APPLICATION/COMPLAINT FORM

ข้อมูลสำคัญ

ท่านสามารถส่งแบบฟอร์ม IMR Application/Complaint Form ของท่านได้ทางออนไลน์ที่:
www.HealthHelp.ca.gov

- ♦ ฟังก์ชันการ IMR/Complaint ในระบบออนไลน์
- ♦ รายละเอียด โฉมปก และการตัดสินใจ IMR จะออกภายใน 45 วัน หรือภายใน 7 วันหากมีกฎหมายหรือความเร่งด่วน
- ♦ ส่วนีพิมพ์จะ ประกอบด้วย 80 เปอร์เซ็นต์ของข้อมูลที่ได้รับบริการหรือการขอผ่าน IMR
- ♦ ที่ศาลาแบบสหภาพต้องปฏิบัติตามคำสั่ง IMR และให้บันทึกโดยทันที

ข้อมูลผู้ป่วย

ชื่อเล่น _____ ชื่อกลาง _____ นามสกุล _____

วันเดือนปีเกิดของผู้ป่วย (ดล/รา/ปีไม่) _____ เพศ: ☐ ชาย ☐ หญิง ☐ อื่นๆ _____

ชื่อพ่อแม่ หรือผู้ปกครอง หากเป็นเรื่องชนเผ่าที่มิใช่ไม่บรรพบุรุษ: _____

ชื่อผู้ดูแล _____

เมือง _____ รัฐ _____ รหัสไปรษณีย์ _____

หมายเลขโทรศัพท์บ้าน # _____ หมายเลขโทรศัพท์มือถือ # _____

ที่อยู่ _____

ท่านต้องการให้มีการสื่อสาร/โต้ตอบผ่านทางอิเล็กทรอนิกส์หรือไม่? ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

ชื่อแผนสุขภาพ _____ หมายเลขสมาชิกของผู้ป่วย # _____

ชื่อกลุ่มทางการแพทย์ (หากอยู่ในกลุ่มทางการแพทย์) _____

นายจ้าง _____

ท่านต้องการให้บุคคลข้างต้นในการร้องทุกข์หรือไม่? ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

หากใช่ โปรดกรอก 'แผนของผู้ป่วย' หรือ 'ได้รับอนุญาต' ที่แนบมาไม่ครอบคลุม _____

ท่านมี Medi-Cal หรือไม่? ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

หากใช่ ท่านได้ยื่นคำร้องขอการพิจารณาของรัฐบาลหรือไม่? ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

ท่านมี Medicare หรือ Medicare Advantage หรือไม่? ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

ท่านได้ยื่นคำร้องขอ หรือร้องเรียนกับแผนสุขภาพของท่านหรือไม่? ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

ท่านต้องการการชำระเป็นค่าเงินในการดูแลสุขภาพที่ท่านได้รับแล้ว หรือไม่? ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

หากใช่ กรุณาระบุวันที่รับบริการ และชื่อของผู้ให้บริการ: _____

ท่านต้องการให้แผนสุขภาพของท่านมีความปลอดภัยในสถานที่หรือไม่? ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

ปัญหาสุขภาพของท่าน

(เขียนในกระดาษแยกต่างหากและแนบเอกสารอื่นๆ หากจำเป็น)

อาการเจ็บป่วยของท่าน หรือผลการวินิจฉัยของท่านพบคืออะไร? (โปรดระบุให้ชัดเจน)

การรักษาก่อนการแพทย์ฉุกเฉิน และ/หรือมาอะไรบ้างที่ท่านกำลังกังวล? (โปรดระบุให้ชัดเจน)

แผนสุขภาพของท่าน มีดีแค่ไหน? หากไม่สบาย หรือมีข้อสงสัย การรักษาดูแลของท่าน ใช่หรือไม่? ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

หากใช่ โปรดการอธิบายว่าท่านชอบหรือไม่? (เลือกหนึ่งข้อ)

- ☐ ไม่จำเป็นในการดูแลสุขภาพ ☐ เป็นการทดลอง หรือวิจัย ☐ ไม่ด่วน/ฉุกเฉิน
☐ ไม่อยู่ในพื้นที่หรือเวลาที่สมควร ☐ อื่นๆ (โปรดอธิบายอย่างละเอียด)

นอกเหนือจากแผนดูแลสุขภาพที่ท่านมีอยู่แล้ว ยังมีอะไรที่ท่านต้องการบ้าง? โปรดระบุความต้องการอื่นๆ ที่ไม่พบ วิชา หรือไม่ได้ผ่านระบบการดูแลสุขภาพที่ท่านมีอยู่

ท่านไม่ไปพบแพทย์หรือการดูแลสุขภาพอื่นเพื่อในการรักษาอาการเจ็บป่วยของท่านหรือไม่? ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

หากใช่ โปรดระบุว่ามีอีกทางการแพทย์ที่ท่านต้องการหรือไม่?

อธิบายปัญหาที่ท่านมีกับแผนสุขภาพของท่าน ยกตัวอย่างเช่น อธิบายว่า ปัญหาคือการถูกปฏิเสธการรักษา ปัญหาในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ ปัญหาในการนัดหมาย หรือสาขา หรือหากความกังวลของท่านถูกยกเลิกโดยแผนสุขภาพของท่าน

การเปิดเผยข้อมูลทางการแพทย์

ข้าพเจ้าหรือเรา (Department of Managed Health Care (กรม) การจัดการดูแลสุขภาพ) เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพของท่าน ข้าพเจ้าหรือเราไม่ทราบ การตรวจสุขภาพแบบอิสระ Independent Medical Review (IMR) Application/Complaint Form ของข้าพเจ้าหรือเราคือสิ่งที่เราคิดเห็นว่า คำร้องทุกข์ของท่านจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาโดย IMR หรือกระบวนการร้องทุกข์ของกรมฯ หรือไม่ ข้าพเจ้าขอแนะนำแพทย์หรือการดูแลสุขภาพอื่น ทั้งในอดีตและปัจจุบัน

แผนสุขภาพของท่านจำเป็นต้องเปิดเผยข้อมูลทางการแพทย์ของข้าพเจ้าคือเอกสารที่อยู่ในปัจจุบัน มีทั้งเอกสารทางการแพทย์ รายงานทางการแพทย์ สุขภาพจิต การไปสถานพยาบาล เวชชีวะ รายงานการวินิจฉัย และบันทึกอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพของท่าน นอกจากนี้ มีทั้งเอกสารอื่นที่เกี่ยวข้อง เช่น บันทึกอื่นๆ ที่ไม่ได้อยู่ในทางการแพทย์ และข้อมูลอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพของท่าน ข้าพเจ้าขอแนะนำกรมฯ ในการดูแลสุขภาพแบบอิสระหรืออื่นๆ หรือส่งไปยังแผนสุขภาพของข้าพเจ้า

การดูแลสุขภาพของข้าพเจ้าจะสิ้นสุดลงเมื่อมีระยะเวลาที่ข้างล่างนี้ เว้นแต่การดูแลสุขภาพของคุณ ยกตัวอย่าง กฎหมายอนุญาตกรมฯ ให้ใช้ข้อมูลของข้าพเจ้าเป็นหลักฐานในข้อโต้แย้ง ข้าพเจ้าสามารถยุติการดูแลสุขภาพของข้าพเจ้าได้เช่นกัน หากข้าพเจ้าต้องการ ข้อมูลจากกรมฯ ข้าพเจ้าขอไปไว้ในเอกสารนี้เป็นความลับ

ลายมือชื่อของข้าพเจ้า หรือผู้ปกครอง (ตัวพิมพ์ใหญ่)

ลายมือชื่อของข้าพเจ้า หรือผู้ปกครอง _____ วันที่ _____

โปรดดูเอกสารคำแนะนำสำหรับข้อมูลเกี่ยวกับการส่งทางไปรษณีย์ หรือการส่งแบบฟอร์ม

ข้อมูลทางสถิติ

ท่านได้รับการร้องขอในการให้ข้อมูลต่อไปนี้โดยสมัครใจ การให้ข้อมูลนี้จะรวมในกฎหมาย สามารถระบุปัญหาต่างๆ ในรูปแบบใดก็ได้ กรุณาตรวจสอบแผนสุขภาพและความปลอดภัย หมายเลข 1374.30 อนุญาตกรมฯ ในการใช้ข้อมูลเพื่อจุดประสงค์ด้านการวิจัยและการให้ข้อมูลที่ไม่เป็นการบังคับ และจะไม่ส่งต่อ IMR หรือการฟ้องร้องหรือการฟ้องร้องในทางใดๆ

ภาษาที่ฝึกเรียน: _____
ทางผลการให้คำปรึกษา/ให้คำแนะนำในการทำงานเกี่ยวกับภาษาหลักของงาน หรือไม? _____
เชื้อชาติ/ชนเผ่า: _____

ใช่ 

แบบฟอร์มผู้ช่วยเหลือที่ได้ในอนุญาต

- หากท่านต้องการอนุญาตให้บุคคลอื่นช่วยเหลือท่านเกี่ยวกับการตรวจสอบทางการแพทย์ที่เป็นอิสระ (Independent Medical Review, IMR) หรือการร้องทุกข์ของท่าน โปรดกรอกข้อมูลในส่วน A และ B ข้างล่าง (ทั้งสองฝ่ายต้องลงชื่อในแบบฟอร์ม)
- หากท่านเป็นผู้ป่วย หรือผู้ปกครองตามกฎหมาย ซึ่งยื่นแบบฟอร์ม IMR/แบบฟอร์มการร้องทุกข์เมื่อแรกเด็กที่อายุต่ำกว่า 18 ปี ท่านไม่จำเป็นต้องกรอกแบบฟอร์มนี้
- หากท่านกำลังยื่น IMR นี้ หรือสารร้องทุกข์แทนผู้ป่วยที่ไม่สามารถกรอกแบบฟอร์มนี้ได้ด้วยตนเองเนื่องจากผู้ป่วยไร้ความสามารถ หรือเป็นบุคคลไร้ความสามารถ และท่านมีอำนาจตามกฎหมายที่จะกระทำการแทนผู้ป่วยรายนี้ โปรดกรอกเฉพาะส่วน B เท่านั้น นอกจากนี้ โปรดแนบสำเนาหนังสือมอบอำนาจสำหรับการตัดสินใจด้านการดูแลสุขภาพ หรือเอกสารอื่นๆ ที่ระบุว่าท่านสามารถทำการตัดสินใจแทนผู้ป่วยได้

ส่วน A: กรอกโดยผู้ป่วย

ข้าพเจ้าอนุญาตให้บุคคลที่มีชื่อข้างล่างนี้ในส่วน B ช่วยเหลือข้าพเจ้าในการยื่น IMR หรือการร้องทุกข์ของข้าพเจ้ากับ Department of Managed Health Care (กรมการจัดการดูแลสุขภาพ) (กรมฯ) ข้าพเจ้าอนุญาตให้กรมฯ และเจ้าหน้าที่ IMR แบ่งปันข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการดูแลทางการแพทย์ของข้าพเจ้ากับบุคคลที่มีชื่อข้างล่างนี้ ข้อมูลนี้อาจรวมถึง ข้อมูลการรักษาสุขภาพจิต การรักษา หรือการทดสอบเอชไอวี การศึกษาจากการคัดกรองคอหอย หรือยาเสพติด หรือข้อมูลด้านการดูแลสุขภาพอื่นๆ ข้าพเจ้าเข้าใจว่า เฉพาะข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับ IMR หรือการร้องทุกข์ของข้าพเจ้าเท่านั้นที่จะถูกแบ่งปัน การอนุญาตความช่วยเหลือของข้าพเจ้าเป็นความสมัครใจ และข้าพเจ้ามีสิทธิ์ที่จะยุติการอนุญาต หากข้าพเจ้าต้องการยุติ ข้าพเจ้าต้องกระทำเป็นลายลักษณ์อักษร

ชื่อผู้ป่วย (ตัวพิมพ์ใหญ่) _____
ลายมือชื่อของผู้ป่วย _____ วันที่ _____

ส่วน B: กรอกโดยบุคคลที่ช่วยเหลือผู้ป่วย

ชื่อของบุคคลที่ช่วยเหลือ (ตัวพิมพ์ใหญ่) _____
ลายมือชื่อของบุคคลที่ช่วยเหลือ _____
ที่อยู่ _____
เมือง _____ รัฐ _____ รหัสไปรษณีย์ _____
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย _____

หมายเลขโทรศัพท์มือถือ # _____

หมายเลขโทรศัพท์รอง # _____

ชื่อผู้รับ _____

- ☐ แนบหนังสือมอบอำนาจสำหรับการตัดสินใจด้านการดูแลสุขภาพของข้าพเจ้า
หรือเอกสารทางกฎหมายอื่นๆ

IMR Application/Complaint Form Instruction Sheet

หากท่านมีคำถาม โปรดโทรศัพท์สอบถามที่หมายเลข 1-888-466-2219 หรือ TDD ที่หมายเลข 1-877-688-9891 ทางโทรฟรีไม่เสียค่าใช้จ่าย

ก่อนท่านจะเป็นเรื่อง:

ในกรณีส่วนใหญ่แล้ว ท่านต้องดำเนินการตามกระบวนการร้องทุกข์ หรือร้องเรียนของแผนสุขภาพของท่านก่อนที่จะยื่นคำร้องทุกข์ หรือคำร้องขอ IMR กับกรมฯ แผนสุขภาพของท่านจะให้คำตัดสินแก่ท่านภายใน 30 วัน หรือภายใน 3 วันหากปัญหาของท่านจะเป็นอันตรายร้ายแรงและเห็นว่าคุณภาพของท่าน

หากแผนสุขภาพของท่านปฏิเสธการรักษาของท่านเนื่องจากการเป็นกรรไกร/หัตถการ ท่านไม่จำเป็นต้องดำเนินการในส่วนของการร้องทุกข์ หรือร้องเรียนของแผนสุขภาพของท่านก่อนที่จะยื่นคำขอ IMR

ท่านต้องสมัครขอ IMR ภายในหกเดือนหลังจากแผนสุขภาพของท่านส่งหนังสือคำตอบต่อการอุทธรณ์ของท่าน ท่านยังคงสามารถยื่นใบสมัครขอ IMR ได้หลังจากหกเดือน

หากมีสถานการณ์พิเศษที่ทำให้ท่านไม่สามารถยื่นได้ตรงตามเวลา โปรดทราบว่

หากท่านตัดสินใจที่จะไม่ยื่นคำร้องทุกข์กับกรมฯ สำหรับประเด็นหนึ่งใดจะทำให้คุณสมบัตินี้ได้รับ IMR, ท่านอาจต้องสละสิทธิ์ของท่านในการฟ้องร้องทางกฎหมายกับแผนของท่านในเรื่องการบริการ หรือการรักษาพยาบาลที่ท่านกำลังร้องขอ

วิธีการยื่นเรื่อง:

1. ยื่นทางออนไลน์ที่ www.HealthHelp.ca.gov [เป็นช่องทางที่เร็วที่สุด]

หรือ

กรอกข้อมูลพร้อมลงชื่อในแบบฟอร์มสมัครขอ IMR/แบบฟอร์มคำร้องทุกข์

2. หากท่านต้องการความช่วยเหลือท่านในเรื่อง IMR หรือการร้องทุกข์ของท่าน โปรดกรอกแบบฟอร์ม 'แบบฟอร์มผู้ช่วยเหลือที่ได้รับการอนุญาต'

ทั้งท่านและผู้ช่วยเหลือที่ได้รับการอนุญาตของท่านต้องลงชื่อในแบบฟอร์ม

3. หากท่านมีบันทึกทางการแพทย์จาก **ผู้ให้บริการนอกเครือข่าย**, โปรดแนบบันทึกดังกล่าวไปพร้อมกับแบบฟอร์มสมัครขอ IMR/แบบฟอร์มคำร้องทุกข์ของท่าน แผนของท่านจะให้อัปโหลดทางการแพทย์จากผู้ให้บริการที่อยู่ในเครือข่าย

4. ท่านอาจแนบเอกสารอื่นๆ ที่สนับสนุนคำร้องของท่าน อย่างไรก็ตาม ไม่จำเป็นต้องให้เอกสารหรือจดหมายใดๆ ระหว่างท่านและแผนสุขภาพของท่านที่เกี่ยวข้องกับเรื่องร้องทุกข์นี้ กรมฯ จะขอรับข้อมูลโดยตรงจากแผนสุขภาพของท่านในฐานะเป็นส่วนหนึ่งของการสืบสวน

5. หากท่านไม่ได้ยื่นเรื่องทางออนไลน์ โปรดส่งทางไปรษณีย์ หรือทางแฟกซ์สำหรับแบบฟอร์ม และเอกสารสนับสนุนใดๆ ของท่าน โดยส่งไปที่:

Department of Managed Health Care Help Center
880 9th Street, Suite 500
Sacramento, CA 95814-2725
แฟกซ์: 916-255-5241

สิ่งที่จะเกิดขึ้นต่อไป?

Department จะพิจารณาว่า กรณีของท่านมีคุณสมบัติที่จะได้รับ IMR หรือการร้องทุกข์ หรือไม่ กรณีต่างๆ จะมีคุณสมบัติได้รับ IMR หากบริการสุขภาพสาขา ถูกปรับเปลี่ยน หรือถูกปฏิเสธ บนพื้นฐานด้านความจำเป็นทางการแพทย์ หรือในฐานะเป็นการทดสอบ/การวิจัย

กรณีต่างๆ ที่ไม่มีคุณสมบัติสำหรับ IMR จะได้รับการดำเนินการผ่านขั้นตอนการร้องทุกข์สำหรับผู้บริโภค กรณีต่างๆ เหล่านี้รวมถึงประเด็นต่างๆ เช่น

IMR Application Complaint Form Instruction Sheet

การปฏิเสธบริการดูแลสุขภาพเนื่องจากไม่อยู่ในสิทธิประโยชน์ที่คุ้มครอง ข้อขัดแย้งด้านการชำระค่าสินทดแทน การยกเลิกความคุ้มครอง สิ้นสภาพการดูแล และค่าใช้จ่ายสำหรับค่ารับผิดชอบส่วนแรก/ค่าใช้จ่ายที่ต้องชำระเอง กรมฯ จะส่งจดหมายถึงท่านภายในเจ็ดวันเพื่อแจ้งท่านว่า ท่านมีคุณสมบัติที่จะได้รับ IMR หรือไม่ หากกรมฯ คิดเห็นว่า ค่าร้องทุกข์ของท่านอยู่ในข่ายที่จะได้รับ IMR

กรณีของท่านก็จะถูกมอบหมายไปยังผู้รับจ้างของรัฐซึ่งจะเป็นผู้ดำเนินการตรวจสอบ

ผู้รับจ้างของรัฐยังมีชื่อเรียกอีกว่า องค์การตรวจสอบทางการแพทย์ที่เป็นอิสระ

ข้อมูลทั้งหมดที่ศูนย์ช่วยเหลือมีที่เกี่ยวข้องกับค่าร้องทุกข์ของท่าน รวมถึง บันทึกทางการแพทย์ของท่าน

จะได้รับการส่งไปให้องค์การตรวจสอบดังกล่าว โดยปกตินแล้ว องค์การตรวจสอบจะทำการตัดสินใจภายใน 45 วัน หรือภายในเจ็ดวันหากกรณีของท่านเร่งด่วน กรมฯ จะส่งจดหมายแจ้งคำตัดสินแก่ท่าน

หากกรมฯ คิดเห็นว่า ค่าร้องทุกข์ของท่านควรได้รับการตรวจสอบผ่านกระบวนการร้องทุกข์สำหรับผู้บริโภค

จะมีการออกคำตัดสินเกี่ยวกับประเด็นของท่านภายใน 30 วัน ทั้งนี้ กรมฯ จะส่งจดหมายแจ้งคำตัดสินแก่ท่าน

กฎหมายว่าด้วยแนวทางปฏิบัติด้านข้อมูล ปี 1977 (ประมวลกฎหมายพลเมืองรัฐแคลิฟอร์เนีย มาตรา 1798.17)

กำหนดการบอกกล่าวต่อไปนี้

- กฎหมาย Knox-Keene Act ของรัฐแคลิฟอร์เนียให้อำนาจกรมฯ ในการกำกับดูแลแผนสุขภาพ และสืบสวนค่าร้องทุกข์ของสมาชิกแผนสุขภาพ
- ศูนย์ช่วยเหลือของกรมฯ ใช้ข้อมูลส่วนบุคคลของท่านในการสืบสวนปัญหาของท่านกับแผนสุขภาพของท่าน และจัดหา IMR ให้หากท่านมีคุณสมบัติที่จะได้รับ
- ท่านให้ข้อมูลแก่กรมฯ โดยสมัครใจ ท่านไม่จำเป็นต้องให้ข้อมูลนี้ อย่างไรก็ตาม หากท่านไม่ให้ ทางกรมฯ อาจไม่สามารถสืบสวนเรื่องร้องทุกข์ของท่าน หรือจัดหา IMR ให้แก่ท่านได้
- กรมฯ อาจแบ่งปันข้อมูลส่วนบุคคลของท่าน หากจำเป็น กับแผนสุขภาพ ผู้ให้บริการ และองค์การตรวจสอบซึ่งเป็นผู้ดำเนินการ IMR
- กรมฯ ยังอาจแบ่งปันข้อมูลของท่านกับหน่วยงานของรัฐอื่นๆ ตามที่กฎหมายกำหนด หรืออนุญาต
- ท่านมีสิทธิที่จะดูข้อมูลส่วนบุคคลของท่าน หากต้องการดูข้อมูล โปรดติดต่อผู้ประสานงานด้านค่าร้องทุกข์ของกรมฯ, กรมการจัดการดูแลสุขภาพ, Office of Legal Services, 980 9th Street Suite 500, Sacramento CA 95814-2725, หรือโทร 916-322-6727

FORM PARA SA REKLAMO/APLIKASYON SA MALAYANG PAGSUSURING MEDIKAL

MAHALAGANG IMPORMASYON

Maaari mong isumite ang Iyong Pormularyo ng Aplikasyon/Reklamo sa IMR online sa: www.HealthHelp.ca.gov

- ❖ **LIBRE:** Ang proseso ng IMR/Reklamo ay libre para sa mga pasyente.
- ❖ **MABILIS:** Ang mga IMR ay madalas napagpasyahan sa loob ng 45 araw, o sa loob ng 7 araw kung ang problema sa kalusugan ay agaran.
- ❖ **MATAGUMPAY:** Humigit-kumulang 60 porsiyento ng mga pasyente ang nakatanggap ng mga hinihiling na serbisyo sa pamamagitan ng IMR.
- ❖ **PINAL:** Dapat sundin ng mga planong pangkalusugan ang desisyon ng IMR at agarang ibigay ang serbisyo.

IMPORMASYON NG PASYENTE

Pangalan _____ Gitnang Inisyal _____ Apelyido _____

Araw ng Kapanganakan ng Pasyente (hh/mm/aaaa) _____ Kasarian: ☐ Lalaki ☐ Babae
☐ Iba pa

Pangalan ng Magulang o Guardian kung nagreklamo para sa Minor de Edad _____

Address _____

Lungsod _____ Estado _____ Zip _____

Pangunahing # ng Telepono _____ Pangalawang # ng Telepono _____

Email Address _____

Gusto mo bang ipadala sa email na ito ang pag-uusap/palikipag-uugnayan? ☐ Oo ☐ Hindi

Pangalan ng Plan sa Kalusugan _____ ID # ng Miyembro o Pasyente _____

Pangalan ng Medikal na Grupo (kung nasa isang isang medikal na grupo) _____

Employer _____

Kailangan mo ba ng tulong ng isang tao sa iyong reklamo? ☐ Oo ☐ Hindi

Kung oo, mangyaring kumpletuhin ang nakalakip na 'Porma ng Autorisadong Tagatulong.'

Mayroon ka bang Medi-Cal? ☐ Oo ☐ Hindi

Kung oo, nakapag-file ka na ba ng Kahilingan para sa Makatarungang Pagding ng Estado? ☐ Oo ☐ Hindi

Mayroon ka bang Medicare o Medicare Advantage? ☐ Oo ☐ Hindi

Nakapagsampa ka na ba ng reklamo o karalingan sa iyong plan sa kalusugan? ☐ Oo ☐ Hindi

Gusto mo ba ng kabayaran para sa isang serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan na natanggap mo na? ☐ Oo ☐ Hindi

Kung oo, ilaran ang (mga) petsa ng serbisyo, at ang pangalan ng nag bigay ng serbisyo.

**ANG IYONG PROBLEMA SA
KALUSUGAN**(Gumamit ng hwalay na papel at ilakip ang ibang mga dokumento, kung
kailangan.)Gusto mo bang magbayad ang iyong plan sa kalusugan para sa mga serbisyo sa hinaharap? ☐ Oo ☐ Hindi

Ano ang iyong medikal na kondisyon o ang diagnosis ng doktor?

(Mangyaring maging tiyak)

Ano ang (mga) medikal na paggamot/serbisyo at/o (mga) gamot na iyong hinihingi? (Mangyaring maging tiyak)

Ang iyong plan sa kalusugan ba ay tinanggihan, inantala o binago ang iyong paggamot?

☐ Oo ☐ Hindi

Kung oo, pakilagyan ng check ang ibinigay na dahilan: (Lagyan ng check ang isa)

- | | |
|---|---|
| ☐ Hindi Medikal na Kinakailangan | ☐ Pang-eksperimento o Pang-imbestigasyon |
| ☐ Hindi Isang Enverhensiya/Apurahan | ☐ Hindi Isang Sakop na Benepisyo |
| ☐ Iba (Mangyaring ipaliwanag sa ibaba) | |

Ilista ang pangalan at ang numero ng telepono ng iyong doktor sa pangunahing pangangalaga at ibang mga
mangagamot na tumingin, gumagamot, at nagpayo sa kondisyong ito.Nagpatingin ka ba sa mga doctor na hindi kasama sa iyong medical na grupo para sa iyong
kondisyon?☐ Oo ☐ Hindi

Kung oo, mangyaring ilakip ang mga medikal rekords kasama ng pormang ito.

Makiling ilarawan ang problema na iyong nararanasan sa iyong plan sa kalusugan. Halimbawa, ipaliwanag
kung ang problema ay isang tinanggihang paggamot, isang hindi nabayarang bayarin, problema sa pagkuha
ng appointment o gamot, o kung ang iyong coverage ay kinansela ng plan sa kalusugan.**MEDIKAL NA PAGPAPALAYA**

Ako ay humihiling sa Kagawaran ng Pinamamahalaang Pangangalagang Pangkalusugan (Department of
Managed Health Care, DMHC) (Kagawaran) na gumawa ng panya tungkol sa aking problema sa aking plan.
Hinihiling ko sa Kagawaran na surin ang aking Aplikasyon sa Malayang Pagsusuring Medikal (Independent
Medical Review, IMR)/Form sa Reklamo upang matukoy kung ang aking reklamo ay kwalipikado para sa
isang IMR o sa proseso ng Kagawaran para sa Reklamo. Pinahihintulutan ko ang aking mga doktor, nakaraan
at kasalukuyan, at ang aking plano na ilabas ang aking mga medikal rekord at impormasyon upang surin ang
isyung ito. Ang mga record na ito ay maaaring kalakip ng mga medikal, kalusugan sa kaisipan, pang-asbuso
ng droga, HIV, mga ulat na diagnostic imaging, at iba pang mga rekord na may kaugnayan sa aking kaso.
Maaari ring kasama sa mga record na ito ang mga hindi medikal na rekord at anumang iba pang impormasyon
na may kaugnayan sa aking kaso. Pinahihintulutan ko ang Kagawaran na surin ang mga rekord at
impormasyong ito at ipadala ang mga ito sa aking plano. Ang aking pahintulot ay matatapos isang taon mula
sa petsa sa ibaba, maliban kung pinahihintulutan ng batas. Halimbawa, pinapayagan ng batas ang Kagawaran
na patuloy na gamitin ang aking impormasyon sa loob nito. Maaari kong itigil ang aking pahintulot nang mas
maaga kung nais ko. Ang lahat ng impormasyon na ibinigay ko sa papel na ito ay totoo.

Pangalan ng Pasyente o Magulang (Isulat)

Lagda ng Pasyente o Magulang

Petsa

Mangyaring tingnan ang pahina ng tagubilin para sa impormasyon sa pagkoreo o pag-tax.

PARA SA ISTATISTIKAL NA IMPORMASYON

Ikaw ay hinihiling na boluntaryong magbigay ng mga sumusunod na impormasyon. Ang pagbibigay ng impormasyon na ito ay makatutulong sa Kagawaran na matukoy ang anumang pattern ng mga problema. Ang Kodigo ng Kalusugan at Kaligtasan seksyon 1374.30 ay binibigyan ng awtorisasyon ang Kagawaran na kunin ang impormasyong ito para sa mga layuning pananaliksik at istatistikal. Ang pagbibigay ng impormasyong ito ay opsyonal at hindi makakaapekto sa pagpasya sa IMP o reklamo sa anumang paraan.

Pangunahing Wika na Sinasalita: _____

Gusto mo ba kaming makipag-usap/makipag-ugnayan sa iyo sa iyong pangunahing wika?

Oo ☐

Lahi/Etnisidad: _____

FORM NG AWTORISADONG KATULONG

- Kung nais mong bigyan ang isa pang tao ng pahintulot na tulungan ka sa iyong Aplikasyon sa Malayang Pagsusuri na Medikal (Independent Medical Review, IMR) o reklamo, kumpletuhin ang Bahagi A at B sa ibaba. **(Dapat pirmahan ng parehong panig ang form)**
- Kung ikaw ay isang magulang o legal guardian na nagsasampa nilong IMR/Form para sa Reklamo para sa isang batang wala pang 18 taon, hindi mo na kailangang kumpletuhin ang pormang ito.
- Kung ikaw ay nagsasampa nilong IMR/Reklamo para sa isang pasyente na hindi kayang magkumpleto ng pormang ito dahil ang pasyente ay walang kakayahan o may kapansanan, at mayroon kang legal na awtoridad na kumilos para sa pasyenteng ito, mangyaring kumpletuhin ang Bahagi B lamang. Maglakip din kopya ng kapangyarihan ng abogado (Power of Attorney) para sa mga pagpapasya sa pangangalaga ng kalusugan o iba pang mga dokumento na nagsasabing maaari kang gumawa ng mga desisyon para sa pasyente.

BAHAGI A: KUKUMPLETUHIN NG PASYENTE

Pinahihintulutan ko ang taong pinangalanan sa ibaba sa Bahagi B para tulungan ako sa aking IMR o reklamo na isinampa sa Department of Managed Health Care (DMHC) (Kagawaran). Pinahihintulutan ko ang Kagawaran at tauhan ng IMR na ibahagi ang impormasyon tungkol sa aking (mga) medikal na kalagayan at pangangalaga sa mga taong pinangalanan sa ibaba. Ang impormasyong ito ay maaaring magsama ng paggamot sa kalusugan sa kaisipan, paggamot o pagsusuri sa HIV, paggamot sa alkohol o droga, o iba pang impormasyon sa aking kalusugan. Naiintindihan ko na tanging impormasyon lamang na may kaugnayan sa aking IMR o reklamo ang ibababagi.

Ang aking pag-apruba sa tulong na ito ay boluntaryo at may karapatan akong itigil ito. Kung nais kong itigil ito, dapat kong gawin sa pamamagitan ng sulat.

Pangalan ng Pasyente (Isulat) _____

Lagda ng Pasyente: _____ Petsa: _____

BAHAGI B: KUKUMPLETUHIN NG TAONG TUMUTULONG SA PASYENTE

Pangalan ng Taong Tumutulong (isulat) _____

Lagda ng Taong Tumutulong _____

Address _____

Lungsod _____ Estado _____ Zip _____

Relasyon sa Pasyente _____

Pangunahing # ng Telepono _____

Pangalawang # ng Telepono _____

Email Address _____

- ☐ Ang aking kapangyarihan bilang abogado para sa mga pagpapasya (Power of Attorney) sa pangangalaga ng kalusugan o iba pang mga legal na dokumento ay nakalalagay.

PORMA NG REKLAMO/ APLIKASYON SA MALAYANG PAGSUSURI MEDIKAL

Kung mayroon kang mga katanungan, tawagan ang Kagawaran sa 1-888-466-2219 o TDD sa 1-877-688-9891. Ang tawag na ito ay libre.

Bago Magsampa:

Sa karamihan ng mga pangyayari, kailangan mong dumaan sa proseso ng iyong plan sa kalusugan para sa reklamo o karaingan bago ka magsampa ng reklamo o kahilingan para sa IMR sa Kagawaran. Ang iyong plan sa kalusugan ay dapat kang bigyan ng desisyon sa loob ng 30 araw o sa loob ng 3 araw kung ang iyong problema ay agaran at seryosong barta sa iyong kalusugan.

Kung tinanggihan ng iyong plan sa kalusugan ang iyong paggamot dahil ito ay sinusubukan/sinisiyasat pa lang, hindi mo kailangang maging bahagi ng proseso ng iyong plan sa kalusugan para sa reklamo o karaingan bago ka magsampa ng aplikasyon para sa IMR.

Dapat mag-apply ka para sa isang IMR sa loob ng anim na buwan pagkatapos kang padalhan ng nakasulat na tugon ng iyong plan sa kalusugan para sa iyong apela. Masari mo pa ring isampa ang iyong aplikasyon pagkatapos ng anim na buwan, kung mayroong mga espesyal na pangyayari na pipigil sa iyo mula sa pagsasampa nang nasa oras. Mangyaring malaman na kung magpapasya kang hindi magsampa ng reklamo sa Kagawaran para sa isang problema na magiging kuwalipikado para sa isang IMR, maaaring isinusuko mo ang iyong mga karapatang gumawa ng legal na aksyon laban sa iyong plan tungkol sa serbisyo o paggamit na hinihiling mo.

Paano Magsampa:

1. Magsampa online sa www.HealthHelp.ca.gov. [Ito ang pinakamabilis na paraan].

O

Punan at lagdaan ang Aplikasyon para sa IMR/Form para sa Reklamo.

2. Kung nais mo ng isang tao na tumulong sa iyo sa iyong Aplikasyon sa IMR o Reklamo, kumpletuhin ang 'Form para sa Awtorisadong Katulong.' **Dapat ikaw at ang iyong awtorisadong katulong ay parehong lagdaan ang form.**
3. Kung mayroon kang mga medikal rekord mula sa labas ng medikal grup, mangyaring isama ang mga ito sa iyong Porma ng Reklamo/Aplikasyon sa IMR. Ang iyong plan sa kalusugan ay magbibigay ng mga medikal rekord mula sa iyong medical grup.
4. Maaari mong isama ang iba pang mga dokumento na sumusuporta sa iyong kahilingan. Ngunit, hindi na kailangang magbigay ng anumang mga dokumento o mga sulat sa pagitan mo at ng iyong plan sa kalusugan na may kaugnayan sa reklamong ito. Kukunin ng Kagawaran nang direkta ang impormasyong ito mula sa iyong plan bilang bahagi ng imbestigasyon.
5. Kung hindi ka magsusumite sa online, mangyaring i-koreo o i-fax ang iyong form at anumang dokumento na sumusuporta sa:
Department of Managed Health Care Help Center
980 9th Street, Suite 500
Sacramento, CA 95814-2725
FAX: 916-255-5241

PORMA NG REKLAMO/ APLIKASYON SA MALAYANG PAGSUSURI MEDIKAL

Ano ang Susunod na Mangyayari?

Tutukuyin ng Kagawaran kung kwalipikado para sa isang IMR o reklamo ang iyong kaso. Kuwalipikado ang mga kaso para sa isang IMR kung ang mga serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan ay inantala, binago o tinanggihan batay sa isang medikal na pangangailangan o bilang sinusubukang/inisiyasat pa lang.

Ang mga kasong hindi kwalipikado para sa isang IMR ay pinoproseso sa pamamagitan ng proseso ng reklamo ng consumer. Ang mga kasong ito ay kinasasangkutan ng mga problema tulad ng mga pagtanggig ng serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan bilang hindi sakop na benepisyo, mga hindi pagkakasundo sa pagbabayad ng paghahabol, pagkansela ng coverage, kalidad ng pangangalaga at maibabawas mga sariling gastos.

Ang Kagawaran ay magpapadala sa iyo ng sulat sa loob ng pitong araw na nagsasabi sa iyo kung ikaw ay kwalipikado para sa isang IMR. Kung magpapasya ang Kagawaran na kwalipikado ang iyong reklamo para sa isang IMR, ang kaso ay itatalaga sa isang kontratista ng estado na gagawa ng pagsusuri. Ang kontratista ng estado ay tinatawag rin bilang Organisasyon ng Malayang Medikal na Pagsusuri (Independent Medical Review Organization). Ang lahat ng impormasyon na mayroon ang Help Center na kaugnay sa iyong reklamo, kabilang na ang iyong mga medikal na rekord, ay ipapadala sa Sumusuring Organisasyon. Ang Sumusuring Organisasyon ay gagawa ng desisyon karaniwan sa loob ng 45 araw o sa loob ng pitong araw kung ang iyong kaso ay nangangailangan ng agarang atensyon. Padadalhan ka ng sulat ng Kagawaran kasama ang desisyon.

Kung magpapasya ang Kagawaran na ang iyong reklamo ay dapat na masuri sa pamamagitan ng proseso ng Reklamo ng Consumer, isang desisyon tungkol sa iyong isyu ay gagawin sa loob ng 30 araw. Padadalhan ka ng Kagawaran ng Sulat kasama ang desisyon.

Ang Batas sa mga Kasanayan sa Impormasyon ng 1977 (Kodigo Sibil ng California Seksyon 1798.17) ay kailanganin ang mga sumusunod na abiso.

- Ang Batas ng Knox-Keene ng California ay nagbibigay sa Kagawaran ng awtoridad na pangasiwaan ang mga plan sa kalusugan at imbestigahan ang mga reklamo ng mga miyembro ng plan sa kalusugan.
- Ang Help Center ng Kagawaran ay ginagamit ang iyong personal na impormasyon upang imbestigahan ang iyong problema sa iyong plano at upang magbigay ng isang IMR kung ikaw ay kwalipikado para sa isa.
- Ibibigay mo sa Kagawaran ang impormasyong ito nang boluntaryo. Hindi mo kailangang ibigay ang impormasyong ito. Ngunit, kung ayaw mo, ang Kagawaran ay maaaring hindi makapag-imbestiga sa iyong reklamo o makapagbigay ng IMR.
- Ang Kagawaran ay maaaring ibahagi ang iyong personal na impormasyon, kung kailangan, sa plan, mga provider, at ang Sumusuring Organisasyon na gumagawa ng IMR.
- Ang Kagawaran ay maaari ring ibahagi ang iyong impormasyon sa ibang ahensya ng gobyerno kung kailangan o pinahihintulutan ng batas.
- Mayroon kang karapatan na makita ang iyong personal na impormasyon. Para gawin ito, makipag-ugnayan sa Records Request Coordinator ng Kagawaran, Department of Managed Health Care, Office of Legal Services, 980 9th Street Suite 500, Sacramento CA 95814-2725, o tumawag sa 916-322-6727.

MẪU ĐƠN YÊU CẦU XEM XÉT Y TẾ ĐỘC LẬP (IMR)/KHIẾU NẠI

THÔNG TIN QUAN TRỌNG

Quý vị có thể nộp Mẫu Đơn yêu cầu IMR/Khiếu nại trực tuyến tại: www.healthhelp.ca.gov

- ♦ **MIỄN PHÍ:** Quy trình IMR/Khiếu nại của Người tiêu dùng được miễn phí.
- ♦ **NHANH CHÓNG:** IMR thường được quyết định trong vòng 45 ngày, hoặc trong vòng 7 ngày nếu vấn đề sức khỏe là khẩn cấp.
- ♦ **THÀNH CÔNG:** Khoảng 60 phần trăm bệnh nhân nhận được dịch vụ đã yêu cầu qua IMR.
- ♦ **MANG TÍNH QUYẾT ĐỊNH:** Các chương trình bảo hiểm y tế phải tuân thủ quyết định IMR và cung cấp dịch vụ kịp thời.

THÔNG TIN BỆNH NHÂN

Tên _____ Chữ cái đầu Tên đệm _____ Họ _____

Ngày sinh của Bệnh nhân (tháng/ngày/năm) _____ Giới tính: ☐ Nam ☐ Nữ
☐ Khác

Tên Cha mẹ hoặc Người giám hộ nếu Nộp cho Trẻ Vị thành niên _____

Địa chỉ Đường phố _____

Thành phố _____ Tiểu bang _____ Mã Zip _____

Số Điện thoại Chính _____ Số Điện thoại Phụ _____

Địa chỉ Email _____

Quý vị có muốn được gửi thông tin/thư tin đến email này không? ☐ Có ☐ Không

Tên Chương trình bảo hiểm Y tế _____ Số Thành viên của Bệnh nhân _____

Tên Nhóm Y tế (nếu thuộc nhóm y tế) _____

Nhà tuyến dụng _____

Quý vị có muốn có người giúp quý vị về khiếu nại không? ☐ Có ☐ Không

Nếu có, vui lòng hoàn thành 'Mẫu Ủy quyền Hỗ trợ' đính kèm.

Quý vị có Medi-Cal không? ☐ Có ☐ Không

Nếu có, quý vị đã nộp Yêu cầu Điều trần Công bằng của Tiểu bang chưa? ☐ Có ☐ Không

Quý vị có Medicare hoặc Medicare Advantage không? ☐ Có ☐ Không

Quý vị đã nộp khiếu nại hoặc phản nàn cho chương trình bảo hiểm y tế của mình chưa? ☐ Có ☐ Không

Có phải quý vị muốn được thanh toán cho một dịch vụ chăm sóc sức khỏe mà quý vị đã nhận không? ☐ Có ☐ Không

Nếu có, liệt kê (các) ngày nhận dịch vụ, và tên nhà cung cấp:

**VẤN ĐỀ SỨC KHỎE
CỦA QUÝ VỊ**

(Sử dụng một tờ giấy riêng và đính kèm các tài liệu khác, nếu cần.)

Quý vị có muốn chương trình bảo hiểm sức khỏe của quý vị trả cho các dịch vụ y
tong tương lai không?

☐ Có ☐ Không

Tình trạng y tế của quý vị hay chẩn đoán của bác sĩ là như thế nào? (Vui lòng nêu rõ) _____

Quý vị đang yêu cầu (các) điều trị/(các) dịch vụ y tế và/hoặc (các) loại thuốc nào? (Vui lòng nêu rõ)

Chương trình bảo hiểm sức khỏe của quý vị có từ chối, trì hoãn hay thay đổi việc
điều trị cho quý vị không?

☐ Có ☐ Không

Nếu có, vui lòng đánh dấu vào lý do được cho: (Đánh dấu vào một)

☐ Không Cần thiết về mặt Y tế

☐ Mang tính thử nghiệm hoặc Nghiên cứu

☐ Không phải là một Quyền Lợi Được Đãi Thở

☐ Khác (Vui lòng giải thích bên dưới)

☐ Không phải là một dịch vụ Cấp Cứu/Khẩn Cấp

Liệt kê tên và số điện thoại của bác sĩ chăm sóc ban đầu của quý vị và các nhà cung cấp khác đã
khám, điều trị, hoặc tư vấn cho quý vị về tình trạng này.

Quý vị có khám với bất kỳ nhà cung cấp ngoài mạng lưới nào về tình trạng của
mình không?

☐ Có ☐ Không

Nếu có, vui lòng nộp các hồ sơ y tế cùng mẫu này.

Mô tả ngắn gọn vấn đề quý vị đang gặp phải với chương trình bảo hiểm sức khỏe của mình. Ví dụ,
giải thích có phải vấn đề là phải là điều trị bị từ chối, hóa đơn chưa được thanh toán, khó khăn trong
việc đặt hẹn hoặc lấy thuốc, hay việc chương trình bảo hiểm sức khỏe hủy bảo hiểm của quý vị.

TIẾT LỘ THÔNG TIN Y TẾ

Tôi yêu cầu Bộ Quản Lý Y Tế (Bộ) ra quyết định về vấn đề của tôi với chương trình bảo hiểm sức khỏe của tôi. Tôi yêu cầu Bộ xem xét Mẫu Đơn yêu cầu Xem xét Y tế Độc lập (IMR)/Khiếu nại của tôi để xác định khiếu nại của tôi đủ điều kiện cho IMR hoặc quy trình Than Phiếu của Bộ. Tôi cho phép các nhà cung cấp của tôi, trong quá khứ và hiện tại, và chương trình của tôi được tiết lộ hồ sơ và thông tin y tế của tôi để xem xét vấn đề này. Các hồ sơ này có thể bao gồm bảo cáo y tế, sức khỏe tâm thần, lạm dụng thuốc, HIV, chẩn đoán hình ảnh, và các hồ sơ khác liên quan đến trường hợp của tôi. Các hồ sơ này cũng có thể bao gồm hồ sơ phi y tế và bất kỳ thông tin nào khác liên quan đến trường hợp của tôi. Tôi cho phép Bộ được xem xét các hồ sơ và thông tin này và gửi chúng cho chương trình của tôi. Sự cho phép của tôi sẽ kết thúc một năm kể từ ngày bên dưới, ngoại trừ trường hợp được pháp luật cho phép. Ví dụ, pháp luật cho phép Bộ tiếp tục sử dụng thông tin của tôi trong nội bộ. Tôi có thể kết thúc sự cho phép của mình sớm hơn nếu tôi muốn. Mọi thông tin mà tôi cung cấp trên tờ giấy này là đúng sự thật.

Tên Bệnh nhân hoặc Cha mẹ (Viết in hoa) _____

Chữ ký của Bệnh nhân hoặc Cha mẹ _____ Ngày _____

Vui lòng xem tờ hướng dẫn để biết cách gửi thông tin qua bưu điện hoặc bằng fax.

THÔNG TIN THÔNG KÊ

Quý vị được yêu cầu tự nguyện cung cấp thông tin sau đây. Việc cung cấp thông tin này sẽ giúp Bộ xác định bất kỳ mô thức vấn đề nào. Bộ luật Y tế và An toàn phần 1374.30 cho phép Bộ thu thập thông tin này vì mục đích nghiên cứu và thống kê. Việc cung cấp thông tin này là không bắt buộc và sẽ không ảnh hưởng để quyết định IMR hay khiếu nại bằng bất kỳ cách nào.

Ngôn ngữ Chính Sử dụng _____

Quý vị có muốn chúng tôi trao thông tin/thư tin với quý vị bằng ngôn ngữ chính của quý vị? ☐ Có ☐

Chúng tôi/Sắc tộc: _____

MẪU ỦY QUYỀN HỖ TRỢ

- Nếu quý vị muốn cho phép người khác giúp quý vị về Xem xét Y tế Độc lập (IMR) hoặc khiếu nại của mình, hoàn thành phần A và B dưới đây. (Cả hai bên phải ký tên vào mẫu này)
- Nếu quý vị là cha mẹ hoặc người giám hộ pháp lý nộp Mẫu IMR/Than phiền này cho một trẻ dưới 18 tuổi, quý vị không cần hoàn thành mẫu này.
- Nếu quý vị nộp IMR/Khiếu nại này cho một bệnh nhân không thể hoàn thành mẫu này vì bệnh nhân đó không đủ năng lực hoặc bị mất khả năng, và quý vị được ủy quyền pháp lý làm thay cho bệnh nhân này, vui lòng chỉ hoàn thành Phần B. Ngoài ra xin đính kèm bản sao của giấy ủy quyền về các quyết định y tế hoặc các tài liệu khác nói rằng quý vị có thể ra quyết định cho bệnh nhân đó.

PHẦN A: DO BỆNH NHÂN HOÀN TẤT

Tôi cho phép người có tên dưới đây trong Phần B được hỗ trợ tôi trong IMR hoặc khiếu nại của tôi nộp cho Bộ Quản lý Y tế (Bộ). Tôi cho phép nhân viên của Bộ và IMR được chia sẻ thông tin về (các) tình trạng sức khỏe và chăm sóc của tôi với người có tên dưới đây. Thông tin này có thể bao gồm điều trị sức khỏe tâm thần, điều trị hoặc xét nghiệm HIV, điều trị nghiện rượu hoặc nghiện ma túy, hoặc thông tin y tế khác.

Tôi hiểu rằng chỉ có thông tin liên quan đến IMR hoặc khiếu nại của tôi sẽ được chia sẻ. Tôi tự nguyện chấp nhận sự hỗ trợ này và tôi có quyền chấm dứt nó. Nếu tôi muốn chấm dứt nó, tôi phải làm điều đó bằng văn bản.

Tên Bệnh nhân (Viết in hoa) _____

Chữ ký của Bệnh nhân _____ Ngày _____

PHẦN B: DO NGƯỜI HỖ TRỢ BỆNH NHÂN HOÀN TẤT

Tên của Người Hỗ trợ (viết chữ in) _____

Chữ ký của Người Hỗ trợ _____

Địa chỉ _____

Thành phố _____ Tiểu bang _____ Mã Zip _____

Quan hệ với Bệnh nhân _____

Số Điện thoại Chính _____

Số Điện thoại Phụ _____

Địa chỉ Email _____

☐ Giấy ủy quyền của tôi về các quyết định y tế hoặc các tài liệu pháp lý khác được đính kèm.

MẪU ĐƠN YÊU CẦU XEM XÉT Y TẾ ĐỘC LẬP/KHIẾU NẠI

Nếu quý vị có thắc mắc, gọi cho Bộ tại 1-888-466-2219 hoặc TDD tại 1-877-688-9891. Cuộc gọi được miễn cước.

Trước Khi quý Vị Nộp Đơn:

Trong hầu hết trường hợp, quý vị phải thực hiện xuyên suốt quy trình than phiền hoặc phản nân của chương trình bảo hiểm sức khỏe của quý vị trước khi quý vị nộp đơn than phiền hay đơn yêu cầu IMR với Bộ. Chương trình bảo hiểm sức khỏe của quý vị phải cung cấp cho quý vị một quyết định trong vòng 30 ngày hay trong vòng 3 ngày nếu vấn đề của quý vị là một mối đe dọa tức thời và nghiêm trọng đến sức khỏe của quý vị.

Nếu chương trình bảo hiểm sức khỏe của quý vị từ chối điều trị cho quý vị vì nó mang tính thử nghiệm/điều tra, quý vị không phải tham gia vào quy trình than phiền hay phản nân của chương trình bảo hiểm sức khỏe của quý vị trước khi quý vị nộp đơn xin IMR.

Quý vị phải nộp đơn yêu cầu IMR trong vòng sáu tháng sau khi chương trình bảo hiểm sức khỏe gửi cho quý vị văn bản trả lời khiếu nại của quý vị. Quý vị vẫn có thể nộp đơn yêu cầu của quý vị sau sáu tháng nếu có những hoàn cảnh đặc biệt khiến quý vị không thể nộp đơn kịp thời. Xin lưu ý rằng nếu quý vị quyết định không nộp than phiền cho Bộ về một vấn đề đủ điều kiện cho IMR, quý vị có thể sẽ từ bỏ các quyền tiến hành thủ tục pháp lý chống lại chương trình của mình liên quan đến dịch vụ hoặc điều trị mà quý vị đang yêu cầu.

Cách Nộp:

1. Nộp trực tuyến tại www.HealthHelp.ca.gov. Đây là cách nhanh nhất.

hoặc

Điền và ký Mẫu Đơn yêu cầu IMR/Khiếu nại đính kèm. Sử dụng phong bì được cung cấp cùng mẫu.

2. Nếu quý vị muốn có người giúp quý vị về IMR hoặc khiếu nại của mình, hoàn thành 'Mẫu Ủy quyền Hỗ trợ'. Cả quý vị và người hỗ trợ được ủy quyền của quý vị phải ký tên vào mẫu đơn.
3. Nếu quý vị có hồ sơ y tế từ các nhà cung cấp ngoài mạng lưới, vui lòng nộp chúng cùng Mẫu Đơn yêu cầu IMR/Khiếu nại. Chương trình của quý vị sẽ cung cấp hồ sơ y tế từ các nhà cung cấp trong mạng lưới.
4. Quý vị có thể nộp các tài liệu khác hỗ trợ yêu cầu của mình. Tuy nhiên, không cần cung cấp bất kỳ tài liệu hay thư từ nào giữa quý vị và chương trình của quý vị liên quan đến khiếu nại này. Bộ sẽ thu thập trực tiếp thông tin này từ chương trình của quý vị trong quá trình điều tra.
5. Nếu quý vị không nộp trực tuyến, vui lòng gửi mẫu của quý vị và bất kỳ tài liệu hỗ trợ nào qua bưu điện hoặc bằng fax đến:

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

MẪU ĐƠN YÊU CẦU XEM XÉT Y TẾ ĐỘC LẬP/KHIẾU NẠI

Điều gì Xảy ra Tiếp theo?

Bộ sẽ xác định xem trường hợp của quý vị có hội đủ điều kiện với IMR hay than phiền. Những trường hợp hội đủ điều kiện với IMR nếu các dịch vụ chăm sóc sức khỏe bị trì hoãn, thay đổi hay từ chối dựa theo tính cần thiết về mặt y tế hay mang tính thử nghiệm/điều tra.

Những trường hợp không hội đủ điều kiện với IMR được xử lý thông qua quy trình than phiền cho người tiêu dùng. Những trường hợp này liên quan đến những vấn đề từ chối dịch vụ chăm sóc sức khỏe như không phải là một quyền lợi được đài thọ, tranh chấp thanh toán yêu cầu bồi thường, hủy bảo hiểm, chất lượng chăm sóc, và tiền khấu trừ/chí phí tự trả.

Bộ sẽ gửi cho quý vị một lá thư trong vòng bảy ngày thông báo quý vị có đủ điều kiện cho IMR hay không. Nếu Bộ quyết định rằng than phiền của quý vị đủ điều kiện cho IMR, trường hợp của quý vị được giao cho một tổ chức ký hợp đồng với tiểu bang để tiến hành xem xét. Tổ chức ký hợp đồng với tiểu bang cũng được gọi là Tổ chức Xem xét Y tế Độc lập. Mọi thông tin mà Trung tâm Hỗ trợ có liên quan đến than phiền của quý vị, bao gồm hồ sơ y tế của quý vị, sẽ được gửi cho Tổ Chức Duyệt Xét. Tổ Chức Duyệt Xét sẽ ra quyết định thường là trong vòng 45 ngày hoặc trong vòng bảy ngày nếu trường hợp của quý vị là trường hợp khẩn cấp. Bộ sẽ gửi cho quý vị một lá thư thông báo quyết định này.

Nếu Bộ quyết định rằng than phiền của quý vị nên được xem xét qua quy trình Khiếu nại của Người tiêu dùng, một quyết định về vấn đề của quý vị sẽ được đưa ra trong vòng 30 ngày. Bộ sẽ gửi cho quý vị một lá thư thông báo quyết định này.

Đạo luật Thực hành Thông tin năm 1977 (Bộ luật Dân sự California Phần 1798.17) quy định thông báo sau:

- Đạo luật Knox-Keene của California cho Bộ quyền điều phối các chương trình bảo hiểm y tế và điều tra các khiếu nại của thành viên chương trình bảo hiểm y tế.
- Trung tâm Hỗ trợ của Bộ sử dụng thông tin cá nhân của quý vị để điều tra vấn đề của quý vị với chương trình của quý vị và cung cấp IMR nếu quý vị đủ điều kiện.
- Quý vị tự nguyện cung cấp thông tin này cho Bộ. Quý vị không phải cung cấp thông tin này. Tuy nhiên nếu quý vị không cung cấp thông tin, Bộ có thể không điều tra được khiếu nại của quý vị hoặc cung cấp IMR.
- Bộ có thể chia sẻ thông tin cá nhân của quý vị, khi cần thiết, với chương trình, các nhà cung cấp và Tổ Chức Duyệt Xét tiến hành IMR.
- Bộ cũng có thể chia sẻ thông tin của quý vị với các cơ quan chính phủ khác như pháp luật quy định hoặc cho phép.
- Quý vị có quyền xem thông tin cá nhân của mình. Để xem thông tin cá nhân của quý vị, liên lạc với Điều phối viên Yêu cầu Hồ sơ của Bộ, Department of Managed Health Care, Phòng Dịch vụ Pháp lý, 980 9th Street Suite 500, Sacramento CA 95814-2725, hoặc gọi số 916-322-6727.