

**From:** [DMHC Licensing eFiling](#)  
**Subject:** APL 18-013 (HC) - Independent Medical Review/Complaint Form  
**Date:** Wednesday, August 1, 2018 4:14:48 PM  
**Attachments:** [APL 18-013 \(HC\) - IMR Application 2018.pdf](#)  
[IMR Applications.zip](#)

---

Dear Health Plan Representative,

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

Thank you.



Edmund G. Brown Jr., Governor  
State of California  
Health and Human Services Agency  
**DEPARTMENT OF MANAGED HEALTH CARE**  
980 9<sup>th</sup> Street, Suite 500, Sacramento, CA 95814-2725  
Toll-Free: 1-888-466-2219 | Fax: 916-255-5241  
Email: [helpline@dmhc.ca.gov](mailto:helpline@dmhc.ca.gov)  
[www.HealthHelp.ca.gov](http://www.HealthHelp.ca.gov)

## 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	Tagalog
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](mailto:ben.carranco@dmhc.ca.gov).

## طلب مراجعة طبية مستقلة/نموذج الشكوى

### معلومات مهمة

يمكنك أن تقدم طلب الحصول على مراجعة طبية مستقلة/نموذج الشكوى على الإنترنت من خلال الموقع الإلكتروني [www.healthhelp.ca.gov](http://www.healthhelp.ca.gov)

- ❖ مجاناً: تتم عملية تقديم طلب المراجعة الطبية المستقلة/شكوى المستهلك مجاناً.
- ❖ سريعاً: يتم اتخاذ القرارات في المراجعات الطبية المستقلة خلال 45 يوماً، أو 7 أيام في الحالات الطبية العاجلة.
- ❖ بنجاح: يحصل حوالي 60 في المئة من المرضى على الخدمة المطلوبة من خلال طلب المراجعة الطبية المستقلة.
- ❖ وبشكل نهائي: يجب أن ينفذ مقدم خدمة التأمين الصحي قرار المراجعة الطبية المستقلة وتقديم الخدمة فوراً.

### بيانات المريض

الاسم الأول \_\_\_\_\_ الاسم الأوسط/اسم العائلة \_\_\_\_\_

تاريخ ميلاد المريض (شهر/يوم/سنة) \_\_\_\_\_ الجنس:  ذكر  أنثى  غير ذلك

اسم الوالد أو الوصي في حالة تعبئة النموذج لطفل قاصر \_\_\_\_\_

عنوان الشارع \_\_\_\_\_

المدينة \_\_\_\_\_ الولاية \_\_\_\_\_ الرمز البريدي \_\_\_\_\_

رقم الهاتف الأساسي \_\_\_\_\_ رقم الهاتف الثانوي \_\_\_\_\_

عنوان البريد الإلكتروني \_\_\_\_\_

هل ترغب في التواصل/ إرسال المواصلات على هذا البريد الإلكتروني؟  نعم  لا

اسم خطة الرعاية الصحية \_\_\_\_\_ رقم عضوية المريض \_\_\_\_\_

اسم المجموعة الطبية (في حال الالتحاق بمجموعة طبية) \_\_\_\_\_

صاحب عمل \_\_\_\_\_

هل تريد من يساعدك في شكواك؟  نعم  لا

إذا كانت الإجابة بنعم، فمن فضلك قم بتعبئة النموذج المرفق "نموذج مساعد مفوض"

هل لديك عضوية في Medi-Cal؟  نعم  لا

إذا كانت الإجابة بنعم، فهل قمت بتعبئة نموذج طلب انعقاد جلسة استماع حكومية عادلة؟

هل لديك نظام رعاية طبية أو رعاية طبية متميزة؟  نعم  لا

هل قمت بتقديم شكوى أو مظلمة من خلال مقدم خطة التأمين الصحي الخاص بك؟  نعم  لا

هل تريد الحصول على ثمن خدمة رعاية صحية تلقيتها بالفعل؟  نعم  لا

إذا كانت الإجابة بنعم، فاذكر قائمة بتاريخ الخدمة/الخدمات واسم مقدم الخدمة:

## مشكلتك الصحية

(يمكنك استخدام ورقة منفصلة وإرفاق أي مستندات أخرى إذا لزم الأمر.)

نعم  لا

هل تريد من خطتك الصحية أن تدفع مقابل تلقي خدمات مستقبلية؟

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

ما هو العلاج/الخدمات الطبية و/أو الأدوية التي تطلبها؟ (من فضلك كن محددًا في إجابتك)

نعم  لا

هل رفضت خطتك الصحية علاجك أو أجلته أو عدلته؟:

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

ليس ضروريًا طبيًا  تجريبي أو استكشافي  ليس طارئًا/عاجلاً  
 ليست ميزة خاضعة للتغطية  غيرها (من فضلك قم بالتوضيح أدناه)

ضع قائمة بأسماء وأرقام هواتف أطباء الرعاية الأولية أو غيرهم من مقدمي الخدمة الذين شاهدوك أو عالجوك أو تابعوا حالتك الطبية.

نعم  لا

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

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

باختصار، صف المشكلة التي تواجهها مع مقدم الخطة الصحية. على سبيل المثال، وضح إذا ما كانت المشكلة تتمثل في رفض توفير العلاج أو وجود فاتورة غير مدفوعة أو صعوبة الحصول على موعد أو دواء أو إذا كانت الخطة الصحية ألغت تغطيتك.

## تفويض طبي

أطلب من قسم إدارة الرعاية الصحية (القسم) اتخاذ قرار حول خطتي الصحية. وأطلب من القسم الاطلاع على نموذج المراجعة الطبية المستقلة/نموذج الشكوى لتحديد إذا ما كانت شكواي مؤهلة للحصول على مراجعة طبية مستقلة أو عملية الشكاوى لدى قسم إدارة الرعاية الصحية. وأسمح لمقدمي الخدمة، السابقين والحاليين، وخطة التأمين الصحي الخاصة بي الكشف عن تقاريري وبياناتي الطبية لعرض قضيتي. وقد تشمل هذه التقارير على السجلات الطبية وتقارير الحالة العقلية وتعاطي المخدرات وفيروس نقص المناعة وتقارير التصوير التشخيصي وغيرها من السجلات المتعلقة بحالتي. وقد تشمل هذه التقارير أيضًا سجلات غير طبية وغيرها من المعلومات المتعلقة بحالتي. وأسمح للقسم باستعراض هذه التقارير والبيانات وإرسالها إلى مقدمي خطة التأمين الصحي الخاصة بي. وستنتهي مدة صلاحية هذا الإذن بعد مرور سنة واحدة من التاريخ الموضح أدناه، باستثناء ما يسمح به القانون. على سبيل المثال، سمح القانون للقسم بالاستمرار في استخدام بياناتي داخليًا. ويمكنني أن أهي مدة صلاحية الإذن في وقت أقرب إذا كنت أرغب في ذلك. وأقر بأن جميع المعلومات المقدمة في هذا المستند حقيقية.

اسم المريض أو والده (بحروف واضحة)

التاريخ

توقيع المريض أو والديه

يرجى الاطلاع على ورقة التعليمات لأي معلومات حول إرسال البريد الإلكتروني والفاكس.



### للمعلومات الإحصائية

يرجى منك توفير المعلومات التالية بشكل تطوعي؛ سيساعد تقديمك لهذه المعلومات القسم في تحديد أنماط المشكلات. ويخول ميثاق الصحة والسلامة المادة 1374.30 القسم للحصول على هذه المعلومات للأغراض البحثية والإحصائية. وإعطاء هذه المعلومات هو أمر اختياري ولن يؤثر على القرار الخاص بالمراجعة الطبية المستقلة والشكوى بأي شكل من الأشكال.

لغة التحدث الأساسية: \_\_\_\_\_

هل ترغب في أن نتواصل/ نتراسل معك بلغتك الأساسية؟

نعم

الأصل/ العرق: \_\_\_\_\_

## نموذج طلب مساعد مفوض

- إذا كنت تريد إعطاء الأذن لشخص آخر لمساعدتك في تقديم طلب المراجعة الطبية المستقلة أو الشكوى، فأكمل الفقرتين "أ" و"ب" فيما يلي. (يجب أن يوقع كلا الطرفين على النموذج)
- إذا كنت أحد الوالدين أو الأوصياء الشرعيين وتقوم بتعبئة نموذج IMR/Complaint (طلب المراجعة الطبية المستقلة/الشكوى) هذا نيابةً عن طفل تحت 18 سنة، فلا يتوجب عليك استكمال النموذج التالي.
- إذا كنت تقوم بتعبئة نموذج طلب المراجعة الطبية المستقلة أو الشكوى نيابةً عن مريض لا يمكنه استكمال هذا النموذج بنفسه سواءً لأن المريض عاجز أو غير قادر، ولديك السلطة القانونية للتصرف نيابةً عن هذا المريض، يرجى منك استكمال الفقرة ب فقط. ويرجى منك أيضًا إرفاق نسخة من التوكيل الرسمي الخاص باتخاذ قرارات الرعاية الطبية أو غيرها من الوثائق التي تثبت أحقيتك في اتخاذ القرار نيابةً عن المريض.

### الجزء أ: يكمله المريض

أسمح للشخص المذكور اسمه في الفقرة ب أدناه مساعدتي في تعبئة نموذج طلب المراجعة الطبية المستقلة أو الشكوى المقدمة إلى Department of Managed Health Care (قسم إدارة الرعاية الصحية) (قسم) Department (القسم). وأسمح لـ Department (القسم) وفريق عمل IMR (المراجعة الطبية المستقلة) بمشاركة البيانات حول حالتي الطبية والرعاية مع الشخص المذكور أدناه. وقد تشمل هذه البيانات سجلات حول الصحة العقلية وعلاج أو اختبارات فيروس نقص المناعة وتعاطي الكحول أو المخدرات وغيرها من بيانات الرعاية الطبية.

أتفهم أن المعلومات ذات الصلة بالمراجعة الطبية المستقلة أو الشكوى فقط هي التي سيتم مشاركتها. موافقتي على هذه المساعدة كانت تطوعية، واحتفظ بالحق في إلغائها. وإذا أردت إلغائها، فسألتزم بفعل ذلك كتابةً.

اسم المريض (بحروف واضحة) \_\_\_\_\_

توقيع المريض \_\_\_\_\_ التاريخ \_\_\_\_\_

### الجزء ب: يكمله الشخص المساعد للمريض

اسم الشخص المساعد \_\_\_\_\_

توقيع الشخص المساعد \_\_\_\_\_

العنوان \_\_\_\_\_

المدينة \_\_\_\_\_ الولاية \_\_\_\_\_ الرمز البريدي \_\_\_\_\_

القرباية مع المريض \_\_\_\_\_

رقم الهاتف الرئيسي \_\_\_\_\_

رقم الهاتف الثانوي \_\_\_\_\_

عنوان البريد الإلكتروني \_\_\_\_\_

تم إرفاق نسخة من التوكيل القانوني الذي يخولني اتخاذ قرارات الرعاية الطبية أو غيرها من المستندات القانونية.

# IMR Application/Complaint Form Instruction Sheet

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

قبل أن تقدم شكوى:

في معظم الحالات، يجب أن تمر عبر عملية الشكوى أو التظلم في خطتك الصحية قبل أن تقدم شكوى أو طلب إلى Department (القسم). يجب أن تعطيك خطتك الصحية قرارًا خلال 30 يومًا أو خلال 3 أيام إذا كانت مشكلتك تمثل تهديدًا فوريًا وخطيرًا لصحتك.

إذا رفضت خطتك الصحية تقديم العلاج لك لأنه كان علاجًا تجريبيًا/ بحثيًا، فليس عليك أن تدخل في عملية الشكوى أو التظلم في خطتك الصحية قبل أن تقدم طلب IMR (مراجعة طبية مستقلة).

يجب عليك التقديم لطلب المراجعة الطبية المستقلة خلال 6 شهور من إرسال مقدم خدمة التأمين الصحي رد مكتوب على الدعوى المقدمة منك. ما زال بإمكانك تقديم طلبك بعد انقضاء الـ 6 شهور إذا كانت هناك ظروف خاصة حالت دون أن تقدم في الوقت المناسب. ويرجى العلم أنه في حال قررت عدم تقديم شكوى للقسم لأي قضية من شأنها أن تؤهلك للمراجعة الطبية المستقلة، قد تتخلى عن حقوقك في متابعة الإجراءات القانونية ضد مقدم خطة التأمين الصحي بشأن الخدمة أو العلاج الذي تطلبه.

كيفية ملء النموذج:

1. يتوفر الملف عبر الإنترنت على الموقع الإلكتروني [www.HealthHelp.ca.gov](http://www.HealthHelp.ca.gov). وهي أسرع طريقة، أو

قم بملء وتوقيع نموذج المراجعة الطبية المستقلة/الشكوى. واستخدم المظروف المقدم مع النموذج.

2. إذا كنت ترغب بالاستعانة بشخص آخر ليساعدك في تقديم طلب المراجعة الطبية المستقلة/الشكوى، فاملأ "نموذج طلب مساعد مفوض". يجب عليك وعلى المساعد المفوض معًا أن توقعوا 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 تدعم طلبك. ولكنك لست بحاجة إلى إرفاق أي مستندات أو خطابات تمت بينك وبين خطة التأمين الصحي تخص هذه الشكوى. سيحصل القسم على هذه المعلومات مباشرةً من مقدم خدمة التأمين الصحي كجزء من التحقيقات.

5. في حال عدم التقديم عبر الإنترنت، يرجى إرسال النموذج عبر البريد الإلكتروني أو الفاكس مرفقًا بأي مستندات تدعم طلبك إلى:

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 لشكوى. تتأهل الحالات لمراجعة طبية مستقلة إذا كانت خدمات الرعاية الصحية قد تأجلت أو تم تعديلها أو رفض تقديمها بناء على ضرورة طبية أو باعتبارها تجريبية/ استكشافية.

تجري معالجة الحالات التي لا تتأهل لمراجعة طبية مستقلة من خلال عملية شكاوى المستهلكين. تشمل هذه الحالات مشاكل مثل رفض تقديم خدمات الرعاية الصحية لأن الميزة لا تخضع للتغطية وبسبب نزاعات على دفع مطالبات وإلغاء تغطية وجودة الرعاية والمصروفات القابلة للخصم/ النثرية.

سيرسل لك القسم خطابًا خلال سبعة أيام ليخبرك إذا كنت مؤهلاً للمراجعة الطبية المستقلة. وإذا قرر القسم أن شكاوك مؤهلة للمراجعة الطبية المستقلة، فسيتم إسناد قضيتك إلى متعهد حكومي لإجراء المراجعة. ويسمى المتعهد الحكومي أيضًا بمؤسسة المراجعة الطبية المستقلة. وسيتم إرسال جميع البيانات ذات الصلة بشكاوك لدى مركز المساعدة بما في ذلك التقارير الطبية إلى مؤسسة المراجعة. وتتخذ مؤسسة المراجعة قرارها خلال 45 يومًا أو سبعة أيام إذا كانت حالتك عاجلة. وسيُرسل لك القسم خطابًا بالقرار الصادر.

## IMR Application/Complaint Form Instruction Sheet

إذا قرر القسم أنه ينبغي مراجعة شكاوك من خلال مكتب شكاوى المستهلك، فسيتم اتخاذ قرار بخصوص قضيتك خلال 30 يوماً. وسيُرسل لك القسم خطاباً بالقرار الصادر.

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

- يعطي قانون ولاية كاليفورنيا نويس-كين للقسم سلطة تنظيم خطط التأمين الصحي والتحقيق في الشكاوى المقدمة من أعضاء خطط التأمين الصحي.
- يستخدم مركز المساعدة في القسم بياناتك الشخصية للتحقيق في مشكلتك مع خطة التأمين الصحي وتوفير مراجعة طبية مستقلة إذا كنت مؤهلاً لذلك.
- تقدم هذه المعلومات للقسم بشكل تطوعي، ولا يتوجب عليك توفيرها. ولكن في حال عدم تقديمها، قد لا يتمكن القسم من التحقيق في شكاوك أو تقديم مراجعة طبية مستقلة.
- قد يتشارك القسم ببياناتك، عند الحاجة، مع خطة التأمين الصحي ومقدمي الخدمة ومؤسسة المراجعة التي تقوم بإجراء المراجعة الطبية المستقلة.
- وقد يتشارك القسم أيضاً ببياناتك مع وكالات حكومية أخرى إذا تطلب الأمر وفي الحد الذي يسمح به القانون.
- لك الحق في الاطلاع على بياناتك الشخصية. وللقيام بذلك، 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

## ԱՆԿԱՆ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ՎԵՐԱՆԱՅՄԱՆ (IMR) ԴԻՄՈՒՄ/ԳԱՆԳԱՏԻ ՁԵՎԱԹՈՒՂԹ

### ԿԱՐԵՎՈՐ ՏԵՂԵԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

Կարող եք ձեր IMR Application/Complaint Form-ը ներկայացնել առցանց՝ [www.HealthHelp.ca.gov](http://www.HealthHelp.ca.gov) հասցեով

- ❖ ԱՆՎՃԱՐ՝ IMR/Գանգատի գործընթացն անվճար է:
- ❖ ԱՐԱԳ՝ IMR-ների վերաբերյալ որոշումները սովորաբար կայացվում են 45 օրվա ընթացքում, կամ 7 օրվա ընթացքում, եթե առողջական խնդիրը հրատապ է:
- ❖ ԲԱՐԵՀԱՋՈՂ՝ Հիվանդների մոտ 60% IMR-ի միջոցով ստանում են հայցվող ծառայությունը:
- ❖ ՎԵՐՋՆԱԿԱՆ՝ Առողջապահական ծրագրերը պետք է հետևեն IMR-ի որոշմանը և արագորեն տրամադրեն ծառայությունը:

### ՀԻՎԱՆԴԻ ՏՎՅԱԼՆԵՐ

Անուն \_\_\_\_\_ Միջին անվան սկզբնատառ \_\_\_\_\_ Ազգանուն \_\_\_\_\_

Հիվանդի ծննդյան ամսաթիվ (աա/օօ/տտտտ)՝ \_\_\_\_\_ Սեռ՝  Արական  Իգական  Այլ \_\_\_\_\_

Ծնողի կամ խնամակալի անուն, եթե լրացնում է անչափահաս երեխայի համար \_\_\_\_\_

Փողոցի հասցե \_\_\_\_\_

Քաղաք \_\_\_\_\_ Նահանգ \_\_\_\_\_ Փոստային կոդ \_\_\_\_\_

Առաջնային հեռախոսահամար \_\_\_\_\_ Երկրորդական հեռախոսահամար \_\_\_\_\_

Էլ. փոստի հասցե \_\_\_\_\_

Ցանկանում եք, որ այս էլ. փոստի հասցեին հաղորդագրություն/նամակագրություն ուղարկվի:  Այո  Ոչ

Առողջապահական ծրագրի անվանում \_\_\_\_\_ Հիվանդի անդամակցության համար \_\_\_\_\_

Բժշկական խմբի անվանում (եթե բժշկական խմբում է) \_\_\_\_\_

Գործատու \_\_\_\_\_

Ցանկանում եք, որ որևէ մեկն օգնի ձեզ ձեր գանգատի հետ կապված:  Այո  Ոչ

Եթե այո, խնդրում ենք լրացնել կցված «Լիազորված օգնականի ձևաթուղթը»:

Medi-Cal ունե՞ք:  Այո  Ոչ

Եթե այո, լրացրե՞լ եք Նահանգային արդար լսման խնդրանքը:  Այո  Ոչ

Medicare կամ Medicare Advantage ունե՞ք:  Այո  Ոչ

Գանգատ կամ բողոք ներկայացրե՞լ եք ձեր առողջապահական ծրագրին:  Այո  Ոչ

Դուք ցանկանու՞մ եք վճարում ստանալ արդեն իսկ ստացված ծառայության համար:  Այո  Ոչ  
Եթե այո, թվարկեք ծառայության ամսաթիվ(եր)ը և մատակարարի անունը՝

**ՁԵՐ ԱՌՈՂՋԱԿԱՆ ԽՆԴԻՐԸ** (Առանձին թերթ օգտագործեք և կցեք այլ փաստաթղթեր, եթե հարկավոր է):

Դուք ցանկանու՞մ եք, որ ձեր առողջապահական ծրագիրը վճարի ապագա ծառայությունների համար:  Այո  Ոչ

Ի՞նչ է ձեր բժշկական վիճակը կամ բժշկի ախտորոշումը: (Խնդրում ենք մանրամասնել) \_\_\_\_\_

Ի՞նչ բժշկական բուժում(ներ)/ծառայություն(ներ) և/կամ դեղամիջոց(ներ) եք դուք խնդրում: (Խնդրում ենք մանրամասնել)

Արդյո՞ք ձեր առողջապահական ծրագիրը մերժել, հետաձգել կամ փոխել է ձեր բուժումը:  Այո  Ոչ  
Եթե այո, խնդրում ենք նշել տրված պատճառաբանությունը՝ (նշեք մեկը)

- Բժշկական տեսակետից անհրաժեշտ չէ  Փորձառական կամ հետազոտական է
- Շտապ օգնություն պահանջող/հրատապ չէ
- Ապահովագրված նպաստ չէ  Այլ (խնդրում ենք բացատրել ներքևում)

Նշեք ձեր առաջնային խնամքի բժշկի և ձեր այցելած, ձեզ բուժած կամ ձեր վիճակի մասին ձեզ հետ խորհրդակցած այլ մատակարարների անունը և հեռախոսահամարը:

Ձեր վիճակի համար այցելե՞լ եք ցանցից դուրս մատակարարների:  Այո  Ոչ  
Եթե այո, խնդրում ենք կցել բժշկական արձանագրություններն այս ձևաթղթին:

Համառոտ նկարագրեք ձեր առողջապահական ծրագրի հետ ձեր ունեցած խնդիրը: Օրինակ, բացատրեք, եթե խնդիրը կայանում է մերժված բուժման, չվճարված հայցի, ժամադրություն կամ դեղորայք ստանալու դժվարության մեջ, կամ եթե ձեր ապահովագրումը դադարեցվել է առողջապահական ծրագրի կողմից:

**ԲԺՇԿԱԿԱՆ ԲԱՑԱՀԱՅՏՈՒՄ**

Ես խնդրում եմ, որ Department of Managed Health Care-ը (Կառավարվող առողջապահական խնամքի բաժանմունք) (Բաժանմունք) որոշում կայացնի իմ առողջապահական ծրագրի հետ ունեցած իմ խնդրի վերաբերյալ: Ես խնդրում եմ, որ Բաժանմունքը վերանայի իմ Independent Medical Review (IMR) Application/Complaint Form-ը (Անկախ բժշկական վերանայման (IMR) դիմում/Գանգատի ձևաթուղթ), որպեսզի որոշի, եթե իմ գանգատը որակավորվում է IMR կամ Բաժանմունքի Գանգատի գործընթացի համար: Ես թույլ եմ տալիս իմ անցյալ կամ ներկա մատակարարներին և իմ ծրագրի բացահայտել իմ բժշկական արձանագրությունները և տվյալներն՝ այս խնդիրը վերանայելու նպատակով: Այս արձանագրությունները կարող են ներառել բժշկական, հոգեկան առողջության, թմրանյութերի չարաշահման,

ՄԻԱՎ-ի, ախտորոշիչ պատկերման զեկույցներ և այլ արձանագրություններ, որոնք վերաբերում են իմ գործին: Այս արձանագրությունները կարող են նաև ներառել ոչ բժշկական արձանագրություններ և այլ տվյալներ, որոնք վերաբերում են իմ գործին: Ես թույլ եմ տալիս, որ Բաժանմունքը վերանայի այս արձանագրությունները և տվյալները, և ուղարկի դրանք իմ ծրագրին: Իմ լիազորումը կավարտվի ներքոնշյալ ամսաթվից մեկ տարի անց, բացի՝ ինչպես թույլատրվում է օրենքով: Օրինակ, օրենքը թույլ է տալիս Բաժանմունքին ներքին կարգով շարունակել օգտագործել իմ տվյալները: Եթե ցանկանամ, ես կարող եմ ավելի շուտ դադարեցնել իմ թույլտվությունը: Այս թերթիկում իմ կողմից տրամադրված բոլոր տվյալները ճշմարիտ են:

Հիվանդի կամ ծնողի անուն (տպատառերով) \_\_\_\_\_

Հիվանդի կամ ծնողի ստորագրություն \_\_\_\_\_ Ամսաթիվ \_\_\_\_\_

Խնդրում ենք կարդալ հրահանգների թերթիկը՝ փոստով կամ ֆաքսով ուղարկելու տեղեկության համար:

*ՎԻՃԱԿԱԳՐԱԿԱՆ ՏԵՂԵԿԱՏՎՈՒԹՅՈՒՆ*

Ձեզ խնդրում են կամավոր կերպով ներկայացնել հետևյալ տեղեկությունը: Այս տեղեկության տրամադրումը կօգնի Բաժանմունքին սահմանել խնդիրների տիպարները: Առողջապահության և ապահովության մասին օրենքի մաս 1374.30 թույլ է տալիս Բաժանմունքին ստանալ այս տեղեկությունը հետազոտական և վիճակագրական նպատակներով: Այս տեղեկության տրամադրումը կամավոր է, և որևէ կերպ չի ազդի IMR կամ գանգատի որոշման վրա:

Խոսելու առաջնային լեզուն՝ \_\_\_\_\_

Ցանկանո՞ւմ եք, որ մենք հաղորդակցվենք/նամակներ ուղարկենք ձեզ ձեր առաջնային լեզվով: Այո

Ռասա/էթնիկական ծագում \_\_\_\_\_

### ԼԻԱԶՈՐՎԱԾ ՕԳՆԱԿԱՆԻ ՁԵԱԹՈՒՂԹ

- Եթե ցանկանում եք որևէ այլ անձի թույլ տալ, որ նա օգնի ձեզ Անկախ բժշկական վերանայման (Independent Medical Review, IMR) կամ գանգատի 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 /Գանգատի ձևաթուղթ) 18 տարեկան չլրացած երեխայի համար, ապա ձեզ հարկավոր չէ լրացնել այս ձևաթուղթը:
- Եթե դուք լրացնում եք այս IMR կամ գանգատը մի հիվանդի համար, որը չի կարող լրացնել այս ձևաթուղթը, քանի որ հիվանդն անիրավագոր է կամ անկարող, և դուք իրավական լիազորում ունեք այս հիվանդի անունից հանդես գալու համար, խնդրում ենք լրացնել միայն Մաս Բ-ն: Կցեք նաև առողջապահական խնամքի մասին որոշումներ կայացնելու լիազորագիրը կամ այլ փաստաթղթեր, որոնք ասում են, որ դուք կարող եք որոշումներ կայացնել այս հիվանդի փոխարեն:

### ՄԱՍ Ա. ԼՐԱՑՎՈՒՄ Է ՀԻՎԱՆՂԻ ԿՈՂՄԻՑ

Ես թույլ եմ տալիս ներքևում՝ Մաս Բ-ում, նշված անձին օգնել ինձ ներկայացնել իմ IMR կամ գանգատը Department of Managed Health Care (Կառավարվող առողջապահական խնամքի բաժանմունք) (Բաժանմունք): Ես թույլ եմ տալիս Բաժանմունքին և IMR անձնակազմին կիսել իմ բժշկական վիճակ(ներ)ի և խնամքի մասին տվյալները ներքոնշյալ անձի հետ: Այս տեղեկատվությունը կարող է ներառել հոգեկան առողջության բուժման, ՄԻԱՎ բուժման կամ ստուգման, ակոնոլի կամ դեղերի բուժման կամ այլ առողջապահական խնամքի մասին տեղեկություններ:

Ես հասկանում եմ, որ կիսվելու է միայն իմ IMR-ին կամ գանգատին վերաբերվող տեղեկությունը:

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

Հիվանդի անուն (տպատառերով) \_\_\_\_\_

Հիվանդի ստորագրություն \_\_\_\_\_ Ամսաթիվ \_\_\_\_\_

### ՄԱՍ Բ. ԼՐԱՑՎՈՒՄ Է ՀԻՎԱՆՂԻՆ ՕԳՆՈՂ ԱՆՁԻ ԿՈՂՄԻՑ

Օգնող անձի անուն (տպատառերով) \_\_\_\_\_

Օգնող անձի ստորագրություն \_\_\_\_\_



Հասցե \_\_\_\_\_

Քաղաք \_\_\_\_\_ Նահանգ \_\_\_\_\_ Փոստային կոդ \_\_\_\_\_

Հարաբերությունը հիվանդին \_\_\_\_\_

Առաջնային հեռախոսահամար \_\_\_\_\_

Երկրորդական հեռախոսահամար \_\_\_\_\_

Էլ. փոստի հասցե \_\_\_\_\_

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

# IMR Application/Complaint Form-ի հրահանգները

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

## Նախքան դիմելը՝

Շատ դեպքերում դուք պետք է անցնեք ձեր առողջապահական ծրագրի գանգատի կամ բողոքի գործընթացը, նախքան կարող եք գանգատ ներկայացնել կամ IMR խնդրել Բաժանմունքից: Ձեր առողջապահական ծրագիրը պետք է ձեզ որոշում 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, քանի որ այն փորձառական/հետազոտական բնույթի է, ապա ձեզ հարկավոր չէ մասնակցել ձեր առողջապահական ծրագրի գանգատի կամ բողոքի գործընթացին, նախքան IMR դիմում ներկայացնելը:

Դուք պետք է դիմեք IMR-ի համար ձեր բողոքարկման վերաբերյալ ձեր առողջապահական ծրագրի գրավոր պատասխանը ստանալուց հետո վեց ամսվա ընթացքում: Դուք 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 գանգատ չներկայացնել Բաժանմունք IMR-ի համար որակավորվող խնդրի համար, ապա, հնարավոր է, հրաժարվում եք ձեր իրավունքներից իրավական գործողություններ հետապնդել ձեր ծրագրի նկատմամբ ձեր խնդրած ծառայության կամ բուժման վերաբերյալ:

## Ինչպես դիմել՝

1. Առցանց ներկայացրեք՝ [www.HealthHelp.ca.gov](http://www.HealthHelp.ca.gov) հասցեով: [Սա ամենաարագ տարբերակն է:]  
**ԿԱՍ**

Լրացրեք և ստորագրեք IMR Application/Complaint Form-ը (IMR դիմում/Գանգատի ձևաթուղթ):

2. Եթե ցանկանում եք, որ որևէ մեկն օգնի ձեզ ձեր IMR կամ գանգատի հետ կապված, լրացրեք «Լիազորված օգնականի ձևաթուղթը»: **Ե՛վ դուք, և՛ ձեր լիազորված օգնականը պետք է ստորագրեք ձևաթուղթը:**
3. Եթե բժշկական արձանագրություններ ունեք *ցանցից դուրս մատակարարներից*, խնդրում ենք կցել դրանք ձեր IMR Application/Complaint Form-ին: Ձեր ծրագիրը կտրամադրի ցանցի մատակարարներից ստացված բժշկական արձանագրությունները:
4. Դուք կարող եք ներառել այլ փաստաթղթեր, որոնք սատարում են ձեր խնդրանքը: Այնուամենայնիվ, հարկավոր չէ որևէ փաստաթղթեր կամ ձեր և ձեր ծրագրի միջև նամակագրություն ներկայացնել, որը վերաբերում է այս գանգատին: Բաժանմունքը կստանա այս տեղեկատվությունը ձեր ծրագրից՝ որպես իր հետաքննության մի մաս:
5. Եթե առցանց չեք ներկայացնում, խնդրում ենք փոստով կամ ֆաքսով ուղարկել ձեր ձևաթուղթը և որևէ սատարող փաստաթղթեր այստեղ՝

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

# IMR Application/Complaint Form-ի հրահանգները

## Ի՞նչ է տեղի ունենում դրանից հետո:

Բաժանմունքը կորոշի, եթե ձեր գործը որակավորվում է որպես IMR, թե գանգատ: Գործերը որակավորվում են IMR-ի համար, եթե առողջապահական խնամքի ծառայությունները հետաձգվել, փոխվել կամ մերժվել են՝ հիմնվելով բժշկական անհրաժեշտության կամ փորձառական/հետազոտական բնույթի վրա:

IMR-ի համար չորակավորվող գործերը մշակվում են սպառողի գանգատի գործընթացի միջոցով: Այս գործերը ներառում են այնպիսի խնդիրներ, ինչպիսիք են՝ առողջապահական խնամքի ծառայության մերժում՝ որպես չապահովագրված նպաստ, հայցի վճարման վեճեր, ապահովագրման չեղարկում, խնամքի որակ և չհատուցվող գումար/գրպանից վճարվող ծախսեր: Բաժանմունքը ձեզ նամակ կուղարկի յոթ օրվա ընթացքում՝ տեղեկացնելով ձեզ, եթե որակավորվում էք IMR-ի համար: Եթե Բաժանմունքը որոշում է, որ ձեր գանգատը որակավորվում է IMR-ի համար, ձեր գործը կցվելու է նահանգային պայմանագրային աշխատողին, որը կանցկացնի վերանայումը: Նահանգային պայմանագրային աշխատողը հայտնի է նաև որպես Անկախ բժշկական վերանայման կազմակերպություն (Independent Medical Review Organization) (IMRO): Ձեր գանգատին վերաբերվող Օգնության կենտրոնի ունեցած բոլոր տեղեկությունները, ներառյալ՝ ձեր բժշկական արձանագրությունները, կուղարկվեն Վերանայման կազմակերպություն: 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 գանգատը պետք է վերանայվի Սպառողի գանգատի (Consumer Complaint) գործընթացի միջոցով, ապա ձեր գործի վերաբերյալ որոշում կկայացվի 30 օրվա ընթացքում: Բաժանմունքը ձեզ նամակ կուղարկի որոշման մասին: 1977թ. Տեղեկատվական գործելակերպերի մասին օրենքը (Կալիֆորնիայի Քաղաքացիական օրենսգրքի մաս 1798.17) պահանջում է հետևյալ ծանուցագիրը:

- Կալիֆորնիայի Knox-Keene օրենքը թույլ է տալիս Բաժանմունքին կանոնակարգել առողջապահական ծրագրերը և հետաքննել առողջապահական ծրագրերի անդամների գանգատները:
- Բաժանմունքի Օգնության կենտրոնն օգտագործում է ձեր անձնական տվյալները, որպեսզի հետաքննի ձեր խնդիրը ձեր ծրագրի հետ և IMR տրամադրի, եթե դուք որակավորվում եք:
- Դուք Բաժանմունքին կամավոր եք ներկայացնում այս տեղեկությունը: Դուք պարտավոր չեք տրամադրել այս տեղեկությունը: Այնուամենայնիվ, եթե չանեք դա, ապա հնարավոր է, որ Բաժանմունքը չկարողանա հետաքննել ձեր գանգատը 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 տվյալներն այլ պետական գործակալությունների հետ՝ ինչպես պահանջում կամ թույլատրվում է օրենքով:
- Դուք իրավունք ունեք տեսնել ձեր անձնական տվյալները: Սա անելու համար դիմեք Բաժանմունքի Արձանագրությունների խնդրանքի համակարգողին՝ Department of Managed Health Care, Office of Legal Services, 980 9th Street Suite 500, Sacramento CA 95814-2725 հասցեով, կամ գանգահարեք 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 \_\_\_\_\_ 中間名首字母 \_\_\_\_\_ 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 \_\_\_\_\_ 郵編區號 \_\_\_\_\_

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) \_\_\_\_\_

您要求什麼治療/服務和/或藥物？(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)

- 非醫療必須                       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看視、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，請將醫療檔案隨本申請書附上。

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

我請求醫療保健管理部(管理部)為我的保健計劃問題作出決定。我請求管理部審查我的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或管理部投訴流程的資格。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、藥物濫用、愛滋病毒、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。我允許管理部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，法律允許管理部繼續在內部使用我的資訊。如果我願意，我可以提早結束我的許可。我在本表格中提供的所有資訊全部屬實。

病人或家長姓名(正楷) \_\_\_\_\_

病人或家長簽名 \_\_\_\_\_ 日期 \_\_\_\_\_

請參閱說明書查看郵寄或傳真方式。

### 統計資訊

您被要求自願提供以下資訊。提供此資訊將會幫助管理部識別任何問題的模式。健康及安全法第1374.30條授予管理部獲取此資訊作為研究和統計之用。提供此資訊是可選的，並不會以任何方式影響IMR或投訴的決定。

主要語言：\_\_\_\_\_

您是否希望我們使用您的主要語言與您進行通訊/通信？ 是

種族/族裔：\_\_\_\_\_

## 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，您並不需要填寫此表格。
- 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（保健管理部）（管理部）的 IMR 或投訴。我允許管理部和 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 \_\_\_\_\_ 郵編區號 \_\_\_\_\_

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，您無需在提交 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，您可能放棄了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](http://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函。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 天內作出決定，如您的情況緊急則 7 天內決定。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**（洛克斯基恩法案）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系出於自願。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](http://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 1-877-688-9891. 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](http://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, providers, 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 (INDEPENDENT MEDICAL REVIEW - IMR)/شکایت

### اطلاعات مهم

شما می توانید فرم درخواست IMR/شکایت خود را بصورت آنلاین در این آدرس ارسال کنید: [www.HealthHelp.ca.gov](http://www.HealthHelp.ca.gov)

- ❖ رایگان: روال IMR/شکایت رایگان می باشد.
- ❖ سریع: تصمیم گیری در مورد IMR ها معمولاً ظرف مدت 45 روز انجام می شود، و یا اگر مسئله بهداشتی دارای فوریت باشد، ظرف مدت 7 روز در مورد آن تصمیم گیری خواهد شد.
- ❖ موفقیت آمیز: حدود 60 درصد بیماران خدمات درخواست شده را از طریق IMR دریافت می کنند.
- ❖ نهایی: برنامه های مراقبت های بهداشتی و درمانی باید تصمیم IMR را به مورد اجراء درآورده و خدمات را فوراً ارائه نمایند.

### اطلاعات بیمار

نام \_\_\_\_\_ حرف اول نام میانی \_\_\_\_\_ نام خانوادگی \_\_\_\_\_  
تاریخ تولد بیمار (سال/روز/ماه) \_\_\_\_\_ جنسیت:  مذکر  مؤنث  غیره \_\_\_\_\_  
نام ولی یا قیم، در صورتی که فرم را برای یک کودک صغیر (زیر سن قانونی) تسلیم می کنید \_\_\_\_\_  
آدرس خیابان \_\_\_\_\_  
شهر \_\_\_\_\_ ایالت \_\_\_\_\_ کدپستی \_\_\_\_\_  
شماره تلفن اصلی \_\_\_\_\_ شماره تلفن دوم \_\_\_\_\_  
آدرس ایمیل \_\_\_\_\_  
آیا مایل هستید نامه ها/مکاتبات به این آدرس ایمیل فرستاده شود؟  بله  خیر  
نام برنامه مراقبت های بهداشتی و درمانی \_\_\_\_\_ شماره عضویت بیمار \_\_\_\_\_  
نام گروه (اگر عضو یک گروه پزشکی هستید) \_\_\_\_\_  
کارفرما \_\_\_\_\_

بله  خیر

آیا می خواهید کسی در خصوص شکایت به شما کمک کند؟

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

بله  خیر

آیا Medi-Cal دارید؟

بله  خیر

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

بله  خیر

آیا Medicare یا Medicare Advantage دارید؟

بله  خیر

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

بله  خیر

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

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

بله  خیر

آیا می خواهید که برنامه مراقبت های بهداشتی و درمانی شما هزینه خدمات آتی را پرداخت نماید؟



## مشکل بهداشتی شما

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

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

خواستار چه درمان(ها)/خدمات پزشکی و/یا دارو(هائی) هستید؟ (لطفاً بصورت روشن و دقیق توضیح دهید)

بله  خیر

آیا برنامه مراقبت های بهداشتی و درمانی شما، درمان را رد کرده، به تأخیر افکنده یا تغییر داده است؟  
اگر پاسخ شما مثبت است، دلیل ارائه شده را از میان موارد زیر علامت بزنید: (لطفاً یک مورد را علامت بزنید)

فاقد ضرورت پزشکی است  دارای جنبه آزمایشی یا تحقیقاتی است  مورد اضطراری/فوریتی نیست  
 جزو مزایای تحت پوشش نیست  غیره (لطفاً در قسمت زیر توضیح دهید)

نام و شماره تلفن پزشک ارائه کننده مراقبت های اصلی و سایر ارائه کنندگانی که شما را برای این عارضه ویزیت، درمان یا راهنمایی کرده اند ذکر نمایید.

بله  خیر

آیا برای عارضه خود به هیچیک از ارائه کنندگان خارج از شبکه مراجعه کرده اید؟  
اگر پاسخ شما مثبت است، لطفاً سوابق پزشکی را به این فرم ضمیمه نمایید.

لطفاً مشکل خود با برنامه مراقبت های بهداشتی و درمانی را به اختصار شرح دهید. بعنوان مثال، توضیح دهید که آیا مشکل رد درمان، صورتحساب پرداخت نشده، گرفتن وقت ملاقات یا دریافت داروها بوده و یا مثلاً پوشش شما توسط برنامه مراقبت های بهداشتی و درمانی لغو شده است.

## ارائه اطلاعات پزشکی

من از سازمان مراقبت های بهداشتی هماهنگ (Department of Managed Health Care) (سازمان) درخواست می کنم که در مورد مشکل من با برنامه مراقبت های بهداشتی و درمانی تصمیم گیری نماید. من از سازمان درخواست می کنم که فرم درخواست بررسی مستقل پزشکی (IMR)/شکایت من را بررسی کرده و نظر خود را در مورد واجد شرایط بودن شکایت من برای IMR یا روال شکایات 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 سوابق و اطلاعات پزشکی من را برای بررسی این موضوع در اختیار قرار دهند. این سوابق ممکن است شامل مدارک پزشکی، اطلاعات بهداشت و سلامت روانی، سومصرف موارد، HIV، گزارشات تصویربرداری های تشخیصی و سایر مدارک مربوط به پرونده من باشند. این سوابق ممکن است شامل مدارک غیر پزشکی و سایر اطلاعات مربوط به پرونده من نیز باشند. من به سازمان اجازه می دهم تا این سوابق و اطلاعات را بررسی کرده و آنها را برای برنامه مراقبت های بهداشتی و درمانی من ارسال نمایند. مدت اعتبار اجازه من یک سال از تاریخ زیر می باشد، بغیر از مواردی که طبق قانون مجاز دانسته می شود. برای مثال، قانون به سازمان اجازه می دهد که به استفاده از اطلاعات من در داخل سازمان ادامه دهد. می توانم در صورت تمایل زودتر به اجازه خود خاتمه دهم تمام اطلاعاتی که در این برگه ارائه نموده ام صحیح می باشند.

نام بیمار یا ولی (لطفاً با حروف درشت و واضح بنویسید)

تاریخ

امضای بیمار یا ولی

برای آگاهی از آدرس پستی یا شماره فاکس، به برگه دستور العمل مراجعه کنید.

## اطلاعات آماری

از شما درخواست می گردد که اطلاعات زیر را بصورت داوطلبانه ارائه کنید. شما با ارائه این اطلاعات به سازمان در شناسایی هرگونه الگوی احتمالی در مشکلات کمک خواهید کرد. سازمان بر اساس بخش 1374.30 از مجموعه مقررات بهداشت و ایمنی (Health and Safety Code) اجازه دارد این اطلاعات را برای مقاصد تحقیقاتی و آماری جمع آوری نماید.

ارائه این اطلاعات جنبه اختیاری داشته و به هیچ ترتیبی بر تصمیم IMR یا شکایت تأثیر نخواهد گذاشت.

زبان اصلی:



بله

آیا مایل هستید نامه ها/مکاتبات به زبان اصلی شما باشند؟

نژاد/قومیت:



## فرم تعیین نماینده 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 قیم قانونی هستید که این فرم IMR/شکایت را برای کودکی زیر سن 18 تسلیم می کنید، لزومی ندارد که این فرم را پر کنید.
- اگر این IMR/شکایت را برای بیماری تکمیل می کنید که به دلیل نداشتن صلاحیت یا توانایی قادر به تکمیل آن نیست، و شما از اختیار قانونی لازم برای اقدام از طرف وی برخوردار هستید، لطفاً فقط بخش B را تکمیل کنید ضمناً لطفاً یک کپی از وکالت نامه تصمیمات مراقبت های بهداشتی و درمانی یا هرگونه مدرک دیگری را که اظهار می دارد می توانید برای بیمار تصمیم گیری کنید نیز ارسال نمایید.

### بخش A: توسط بیمار تکمیل می گردد

من به فردی که در بخش B زیر نام برده شده اجازه می دهم که در مورد IMR یا شکایتی که به سازمان مراقبت های بهداشتی هماهنگ (سازمان) تسلیم می شود به من کمک کند. من به سازمان و کارکنان IMR اجازه می دهم تا اطلاعات مربوط به عارضه(های) پزشکی و مراقبت های من را با فردی که در زیر نام برده شده است، در میان بگذارند. 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 باشد.

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

تأیید و موافقت من در مورد این کمک ها داوطلبانه بوده و حق دارم به آن خاتمه دهم. اگر بخواهم به آن خاتمه دهم، بایستی اینکار را کتبا 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 \_\_\_\_\_

شهر \_\_\_\_\_ ایالت \_\_\_\_\_ کدپستی \_\_\_\_\_

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 ضمیمه شده است.

## برگه دستور العمل فرم درخواست IMR/شکایت

اگر سؤالی دارید با 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 فوریتی است و خطری سلامتی شما را تهدید می کنید، ظرف 3 روز تصمیم خود را به شما اعلام نماید.

اگر برنامه مراقبت های بهداشتی و درمانی به دلیل تحقیقاتی/آزمایشی 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 بایستی ظرف مدت شش ماه از تاریخی اقدام کنید که برنامه مراقبت های بهداشتی و درمانی شما یک پاسخ کتبی در مورد تجدیدنظرخواهی شما ارسال می دارد. اگر بخاطر وجود شرایط خاصی نتوانسته اید 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 واجد شرایط IMR است به سازمان شکایت نکنید، امکان دارد حق خود برای پیگیری و اقدام قانونی 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](http://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 سوابق پزشکی از ارائه کنندگان خرج 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 میان شما و برنامه مراقبت های بهداشتی و درمانی در خصوص این شکایت رد و بدل شده است را ارائه کنید.  
سازمان بعنوان 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 مدارک پشتیبان 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 واجد شرایط بودن پرونده شما جهت IMR یا شکایت تصمیم گیری می کند. پرونده هائی واجد 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، تغییر یافته یا رد شده باشد.

به پرونده هائی که واجد 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، لغو پوشش، کیفیت مراقبت ها و کسورات/مخارج نقدی می باشد.

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

## برگه دستور العمل فرم درخواست IMR/شکایت

تمام اطلاعاتی که مرکز کمک و راهنمایی در ارتباط با شکایت شما در اختیار دارد، شامل سوابق پزشکی شما برای سازمان بررسی ارسال خواهد شد. سازمان بررسی معمولاً ظرف مدت 45 روز، و اگر مورد شما فوریتی باشد 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 شکایات خدمات گیرندگان مورد بررسی قرار گیرد، ظرف مدت 30 روز درباره 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 در 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. ولی 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 نیاز در اختیار برنامه مراقبت های بهداشتی و درمانی، ارائه کنندگان و سازمان بررسی مجری IMR قرار دهد.
- سازمان همچنین ممکن است اطلاعات شما را در صورت نیاز و یا بر حسب مجوزهای قانونی در اختیار سایر سازمان های دولتی قرار دهد.
- شما حق دارید اطلاعات شخصی تان را ملاحظه 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

### महत्वपूर्ण जानकारी

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

- ❖ मुफ्त : IMR(आईएमआर)/Complaint (शिकायत)प्रक्रिया मुफ्त है।
- ❖ शीघ्र : IMRs(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।
- ❖ सफल: लगभग 60 प्रतिशत रोगियों को मांगी गई सेवा IMR (आईएमआर) द्वारा प्राप्त हो जाती है।
- ❖ अंतिम: स्वास्थ्य योजनाओं को IMR (आईएमआर)के फैसलों का मानना चाहिए व तुरंत सेवा प्रदान करनी चाहिए।

### रोगी की जानकारी

प्रथम नाम \_\_\_\_\_ मध्य नाम का प्रथमाक्षर \_\_\_\_\_ अंतिम नाम \_\_\_\_\_

रोगी की जन्म तिथि (महीना/तिथि/वर्ष) \_\_\_\_\_ लिंग:  पुरुष  महिला  अन्य \_\_\_\_\_

रोगी का नाम या नाबालिग के लिए भरने पर अभिभावक का नाम \_\_\_\_\_

सड़क/पता \_\_\_\_\_

शहर \_\_\_\_\_ राज्य \_\_\_\_\_ ज़िप \_\_\_\_\_

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) \_\_\_\_\_

नियोक्ता \_\_\_\_\_

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(मेडी-केल) है?  हाँ  नहीं

यदि हाँ, तो क्या आपने स्टेट फेयर हियरिंग के लिए अनुरोध दाखिल किया है ?  हाँ  नहीं

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

क्या आपने आपकी स्वास्थ्य योजना में कोई शिकायत या परेशानी दायर की है ?  हाँ  नहीं

क्या आप किसी ऐसी स्वास्थ्य देखभाल सेवा का भुगतान चाहते हैं जो आपको मिल चुकी है ?  हाँ  नहीं

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

### आपकी स्वास्थ्य समस्या

(यदि आवश्यक हो तो, एक अलग कागज़ व दस्तावेज़ संलग्न करें।)

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

आपकी बीमारी या डॉक्टर का निदान क्या है? (कृपया विस्तृत ब्योरा दें) \_\_\_\_\_

आप किस प्रकार का उपचार /सेवा(एँ)या दवा(एँ) चाहते हैं? (कृपया विस्तृत ब्योरा दें)

क्या आपकी स्वास्थ्य योजना ने आपके उपचार को निरस्त,विलंब, या उसमें बदलाव किया है?  हाँ  नहीं

यदि हाँ, तो कृपया कृपया कारण पर सही का निशान लगाएँ : (किसी एक पर निशान लगाएँ)

- चिकित्सकीय रूप से आवश्यक नहीं  प्रयोगात्मक या अनुसंधानात्मक  आपातकालीन /अत्यावश्यक नहीं  
 कवर नहीं होने वाला लाभ  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 नेटवर्क 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 संक्षेप में वर्णन करें। उदाहरण के लिए, आपकी समस्या अस्वीकृत उपचार है, ऐसा बिल है जिसका भुगतान न किया गया हो, मुलाकात का समय मिलने में आ रही दिक्कत या दवाएं हैं या आपकी स्वास्थ्य योजना ने आपके कवरेज को रद्द कर दिया है।

### चिकित्सकीय रिलीज़

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 मेरे 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 भूतपूर्व और वर्तमान के प्रदाताओं और मेरी योजना को मेरे मामले की समीक्षा के लिए मेरे चिकित्सकीय रिकार्डों और जानकारी को रिलीज़ करने की स्वीकृति देता हूँ। इन रिकार्डों में चिकित्सकीय, मानसिक स्वास्थ्य, मादक पदार्थों के सेवन, एचआईवी,निदानात्मक इमेजिंग रिपोर्ट और अन्य रिपोर्ट जो मेरे मामले से संबन्धित हैं शामिल हो सकते हैं। इनमें गैर-चिकित्सकीय रिकार्ड या अन्य जानकारी जो मेरे मामले से संबन्धित हो शामिल हो सकती है। मैं विभाग को इन रिकार्ड व जानकारी की समीक्षा करने की व मेरी योजना को भेजने की अनुमति देता हूँ। कानून द्वारा मान्यत के अतिरिक्त मेरी अनुमति नीचे दी गई तारीख से एक साल के भीतर समाप्त हो जाएगी। उदाहरण के लिए कानून विभाग को अंदरूनी रूप 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।

रोगी या अभिभावक का नाम (मुद्रित करें) \_\_\_\_\_

रोगी या अभिभावक के हस्ताक्षर \_\_\_\_\_ दिनांक \_\_\_\_\_

मेल या फ़ैक्स की जानकारी के लिए कृपया अनुदेश पत्र देखें।

सांख्यिकीय जानकारी

आपसे निम्न जानकारी को स्वेच्छा से देने के लिए कहा जाता है। इस जानकारी देने से विभाग को समस्याओं के खाके की पहचान करने में सहायता मिलेगी। स्वास्थ्य व सुरक्षा कोड धारा 1374.30 विभाग को यह जानकारी शोध व सांख्यिकीय उद्देश्यों के लिए प्राप्त



करने के लिए अधिकृत करता है। यह जानकारी देना वैकल्पिक है और IMR(आईएमआर) या शिकायत के निर्णय को किसी भी तरीके से प्रभावित नहीं करता है।

बोली जाने वाली प्राथमिक भाषा : \_\_\_\_\_

क्या आप चाहते हैं कि हम आपसे आपकी प्राथमिक भाषा में संवाद/ पत्राचार करें ?      हाँ



नस्ल /प्रजाति: \_\_\_\_\_

### अधिकृत सहायक प्रपत्र

- यदि आप किसी अन्य व्यक्ति को आपके IMR(आईएमआर) या शिकायत करने के लिए अनुमति देते हैं तो नीचे दिये गए भाग अ व ब भरें। (दोनों पक्षों को प्रपत्र पर हस्ताक्षर करने होंगे)
- यदि आप 18 से कम आयु के बालक के माता-पिता या कानून अभिवक्ता हैं जो उसके लिए IMR(आईएमआर)/Complaint Form(शिकायत प्रपत्र) 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 प्रपत्र) भर रहे हैं जो इसे भरने में अक्षम/असमर्थ है, और आपके पास इस रोगी के लिए कार्य करने हेतु कानूनी रूप से प्राधिकृत हैं तो कृपया केवल भाग ब को पूर्ण करें। इसके अलावा स्वास्थ्य देखभाल निर्णय के लिए ति पावर ऑफ अटॉर्नी की एक प्रति या अन्य दस्तावेज़ जिनसे यह साबित 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)(प्रबंधित स्वास्थ्य देखभाल विभाग(विभाग) में मेरे IMR(आईएमआर)या Complaint(शिकायत) दायर 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 मानसिक स्वास्थ्य उपचार ,एचआईवी उपचार या जांच,मादक द्रव्य या ड्रग उपचारया नाय चिकित्सकीय जानकारी शामिल हो सकती है।

मैं समझ चुका हूँ कि मेरे IMR(आईएमआर) या Complaint(शिकायत) से संबन्धित जानकारी ही 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 \_\_\_\_\_ ज़िप \_\_\_\_\_

रोगी के साथ संबंध \_\_\_\_\_

प्राथमिक फोन # \_\_\_\_\_

अतिरिक्त नंबर # \_\_\_\_\_

ई मेल पता \_\_\_\_\_

स्वास्थ्य देखभाल निर्णय के लिए पावर ऑफ एटोर्नी या अन्य कानूनी दस्तावेज़ साथ में संलग्न हैं। .

# IMR Application/Complaint Form Instruction Sheet

यदि आप कोई सवाल पूछना चाहते हैं तो विभाग में 1-888-466-2219 या TDD के लिए 1-877-688-9891 पर संपर्क करें। यह फोन सेवा मुफ्त है।

## दायर करने से पहले:

अधिकतर मामलों में, आपको विभाग के पास Complaint (शिकायत) या अनुरोध दायर करने से पहले आपकी स्वास्थ्य योजना की शिकायत या परिवेदना प्रक्रिया को पढ़ लें। आपकी स्वास्थ्य योजना आपको 30 दिनों में या यदि आपकी समस्या अविलंब और आपके स्वास्थ्य के लिए गंभीर खतरा है तो 3 दिनों में निर्णय प्रदान करना चाहिए।

यदि आपकी स्वास्थ्य योजना ने आपके उपचार के लिए प्रयोगात्मक/ अनुसंधानात्मक होने की वजह से माना किया है तो आपको IMR(आईएमआर) आवेदन से पहले आपकी स्वास्थ्य योजना की Complaint(शिकायत) या परिवेदना प्रक्रिया की आवश्यकता नहीं है।

आपको आपकी अपील के बाद स्वास्थ्य योजना के लिखित जवाब मिलने के छह महीनों के भीतर IMR(आईएमआर) के लिए आवेदन कर देना चाहिए। यदि किन्हीं विशेष परिस्थितियों की वजह से आप समय पर दायर 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 मुद्दे के कारण जो आपको IMR(आईएमआर) का पात्र बनाता हो के बावजूद आप शिकायत दायर नहीं करने का निर्णय लेते हैं तो आप आपकी योजना के खिलाफ किसी सेवा या उपचार जिसका अनुरोध आपने किया है के लिए कानूनी कारवाई के अनुसरण का अधिकार आप छोड़ देते हैं।

## कैसे दायर करें :

1. [www.HealthHelp.ca.gov](http://www.HealthHelp.ca.gov) पर ऑनलाइन दायर करें। [यह सबसे तेज़ तरीका है।]  
या  
IMR(आईएमआर)आवेदन/Complaint Form(शिकायत प्रपत्र) बाहरेन 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 नेटवर्क प्रदाताओं के अलावा किसी प्रदाता द्वारा दिये गए चिकित्सकीय रिकार्ड हैं तो कृपया उन्हें भी आपकी IMR Application(आईएमआर आवेदन)/Complaint Form(शिकायत प्रपत्र) शामिल करें। आपकी योजना नेटवर्क प्रदाताओं से चिकित्सकीय रिकार्ड प्रदान करेगी।
4. आप आपके अनुरोध को प्रमाणित करने वाले अन्य दस्तावेज़ भी लगा सकते हैं। हालांकि, इस शिकायत से संबन्धित 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 किस्से 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 दस्तावेज़ों के साथ यहाँ फैंक्स या मेल करें :

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 चयनित होते हैं यदि स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं में चिकित्सकीय आवश्यकता या प्रयोगात्मक/अनुसंधानात्मक आधार पर विलंब, बदलाव, या अस्वीकृति दी गई हो।

मामले जो IMR(आईएमआर) के लिए चयनित नहीं होते हैं उनका संसाधन उपभोक्ता शिकायत प्रक्रिया द्वारा किया जाता है। इन मामलों में ऐसे मुद्दे शामिल होते हैं जैसे - स्वास्थ्य देखभाल सेवा का कवर लाभ न होना, दावे के भुगतान में तकरार, कवरेज का निरस्तीकरण, देखभाल की गुणवत्ता और कटौती योग्य/ ग्राहक द्वारा किया फुटकर व्यय ।

विभाग आपको सात दिनों के भीतर एक पत्र भेजेगा जिसमें बताया जाएगा कि IMR(आईएमआर) के लिए चयनित हुए हैं या नहीं। यदि विभाग निर्णय लेता है कि आपकी Complaint(शिकायत) IMR(आईएमआर) के लिए चयनित है तो आपके मामले को राज्य के संविदाकार के सुपुर्द किया जाएगा को उसकी समीक्षा करेगा। राज्य के संविदाकार को Independent Medical Review Organization (स्वतंत्र चिकित्सकीय समीक्षा संगठन). सभी जानकारी जो सहायता केंद्र ने आपकी Complaint(शिकायत) से सम्बद्ध की है जिसमें आपके चिकित्सकीय रिकार्ड शामिल हैं को समीक्षा संगठन को भेजा जाएगा। समीक्षा संगठन आम तौर पर 45 दिनों के भीतर या अत्यावश्यक मामलों में सात दिनों के भीतर निर्णय ले लेता है। विभाग निर्णय की जानकारी का पत्र आपको भेजेगा।

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

The Information Practices Act of 1977(जानकारी प्रथा नियम 1977) (California Civil Code Section 1798.17) (कैलिफोर्निया सिविल कोड धारा 1798.17) निम्न सूचना 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 प्राधिकृत करता है।
- विभाग का सहायता केंद्र आपकी निजी जानकारी को आपकी योजना की समस्या की जांच हेतु उपयोग करता है और आपके पात्र होने पर आपको IMR(आईएमआर) प्रदान करने के लिए करता है।
- आप विभाग को यह जानकारी स्वेच्छा 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 जो IMR (आईएमआर) आयोजित करता है के साथ साझा कर सकता है।
- विभाग आपकी जानकारी को कानून द्वारा आवश्यक या मान्य होने पर अन्य सरकारी एजेंसियों से भी साझा कर सकता है।
- आपको आपकी निजी जानकारी को देखने का अधिकार है। ऐसा करने के लिए, संपर्क करें - Department's Records Request Coordinator(विभागीय रिकार्ड 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 Ntawv Tso Npe Thov IMR/Daim Foos Tsis Txaus Siab hauv oos lais ntawm: [www.HealthHelp.ca.gov](http://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 SAI:** IMRs ib txwm raug txiav txim tsis dhau li 45 hnuv, lossis yog hais tias qhov kev mob nkeeg maj ceev ces tsis dhau li 7 hnuv.
- ❖ **QHOV UA TIAV LAWM:** Kwv yeem li ntawm 60 feem pua ntawm cov neeg mob tau txais kev pab cuam uas raug thov los ntawm IMR.
- ❖ **THAUM KAWG:** Cov phwj xwm npaj kho mob yuav tsum ua raws li kev txiav txim ntawm IMR thiab muab kev pab cuam tam sid.

## XOV XWM QHIA TXOG TUS NEEG MOB

Lub Npe \_\_\_\_\_ Tsiav Ntawv Cim Lub Npe Nrab \_\_\_\_\_ Lub Xeem \_\_\_\_\_

Tus Neeg Mob li Hnuv Yug (mm/dd/yyyy) \_\_\_\_\_ Pojniam lossis Txiv Neej:  Txiv Neej  Poj Niam

Lwm Yam

Leej Niam Leej Txi lossis Tus Neeg Saib Xyuas Lub Npe yog hais tias Sau rau Tus Menyuum Uas Tsis Tau Puv Hnuv Nyoo \_\_\_\_\_

Chaw Nyob Txoj Kev \_\_\_\_\_

Lub Nroog \_\_\_\_\_ Lub Xeev \_\_\_\_\_ Zauv Cim Xa Ntawv \_\_\_\_\_

Tus Xov Tooj Tseem Ceeb # \_\_\_\_\_ Tus Xov Tooj Thib Ob # \_\_\_\_\_

Chaw Nyob Email \_\_\_\_\_

Koj puas nyiam kom muab qhov kev sib txuas lus/sau ntawv sib teb xa mus rau tus email no?  Yiam  Tsis Nyiam

Lub Npe Phiajxwm Npaj Kho Mob \_\_\_\_\_

Tus Neeg Mob li Naj Npawb Tub Koom Xeeb # \_\_\_\_\_

Lub Npe Pawg Neeg Kho Mob (yog hais tias nyob hauv ib pawg neeg kho mob) \_\_\_\_\_

Tus Tswv Haujlwm \_\_\_\_\_

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 Foos Tus Neeg  
Pab Uas Raug Tso Cai Rau (Authorized Assistant Form)."

Xav  Tsis Xav

Koj puas muaj Medi-Cal?  
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?

Muaj  Tsis Muaj  
 Sau Lawm  Tsis Tau Sau

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

Muaj  Tsis Muaj

Koj puas tau sau ib daim ntawv tsis txaus siab lossis daim ntawv tsis zoo  
siab txog koj li phiajxwm 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 hnuv tim ntawm kev pab cuam, thiab  
tus neeg muab kev pab cuam nkag:

---

## KOJ LI TEEB MEEM MOB NKEEG

(Sau rau lwm daim ntawv thiab tsuam lwm cov ntaub ntawv nrog, yog hais tias tsim nyog.)

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

Xav  Tsis Xav

Koj li zwj ceeb kho mob lossis koj tus kws kho mob qhia tias yog mob 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 kam muab, ncuq 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 Ceev/Maj
- Lwm Yam (thov caw piav 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 naj npawb xov tooj ntawm koj tus kws kho mob tseem ceeb thiab lwm 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 nkag rau daim foos no.

Piav luv luv txog tej teeb meem uas koj tab tom muaj hauv koj li phiajxwm kho mob. Piv txwv li, piav 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 txiav txim 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 Nrab (IMR)/Daim Foos Tsis Txais Siab txhawm rau txiav txim seb kuv tej lus tsis txaus siab uas zoo



tsim nyog rau lossis tsis tsim nyog rau IMR lossis Lub Rooj Tsav Xwm tej txheej txheem 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 hnuv 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 ntsws, kev siv tshuaj txhaum 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 xyoos txij li hnuv sau tseg hauv qab no, tshwj yog hais tias raug tso cai los ntawm kev cai li choj. Piv txwv li tsab cai lij choj yuav tso cai rau Lub Rooj Tsav Xwm siv kuv tej xov xwm kiag hauv Lub Rooj Tsav Xwm txuas mus ntxiv. Kuv tuaj yeem xaus kuv li kev tso cai sai dua ntawd yog hais tias kuv xav ua. Tag nrho txhua tej xov xwm uas kuv tau muab nyob rau daim ntawv no yog muaj tseeb tiag.

Tus Neeg Mob lossis Niam Txiv Lub Npe (Sau)\_\_\_\_\_

Tus Neeg Mob lossis Niam Txiv Kos Npe\_)\_\_\_\_\_ Hnuv Tim\_\_\_\_\_

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

*HAI TXOG XOV XWM TEEV SUAV (STATISTICAL)*

Koj raug hais kom muab tej xov xwm nram qab no yam txaus siab hlo. 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 tshooj 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 txiav txim 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

Haiv Neeg/Haiv 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, cess au kom tiav Tshooj A thiab B hauv qab no. ([Ob tog yuav tsum 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 menyuum uas hnuv nyoog 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 tswj yim, thiab koj ho tau kev tso cai raws li kev cai lij choj los sau rau tus neeg mob no, ces thov caw sau kom tiav Part B nkaus xwb. Kuj tseem tsuam ib daim luam qauv lus muab cai ntsig txog cov kev txiav txim fab kev saib xyuas mob nkeeg lossis lwm cov ntaub ntawv uas hais tias koj tuaj yeem txiav txim sawv cev rau tus neeg mob.

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

Kuv tso 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 tso 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 ntsws, 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 thiaj 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 tsum sau ntawv qhia tias kuv xav ua li ntawd.

Tus Neeg Mob Lub Npe (Sau) \_\_\_\_\_

Tus Neeg Mob Kos Npe \_\_\_\_\_ Hnuv 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 Txheeb Ze rau Tus Neeg Mob \_\_\_\_\_

Tus Xov Tooj Tseem Ceeb # \_\_\_\_\_

Tus Xov Tooj Thiv Ob # \_\_\_\_\_

Chaw Nyob Email \_\_\_\_\_

Kuv li lus tso cai hais txog cov kev txiav txim fab 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 txaus siab ua ntej koj xa daim ntawv tsis txaus siab lossis thov daim ntawv IMR nrog Lub Rooj Tsav Xwm. Koj qhov phiaj xwm khomob yuavtsum tau muab kev txiavtxim siab rau koj tsis pub dhau 30 hnuv lossis 3 hnuv 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 txaus siab ua ntej koj ua daim ntawv thov IMR.

Koj yuav tsum tso npe thov txog ib qho IMR tsis pub dhau rau lub hli tom 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 tuaj 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 txiav txim siab tsis sau daim ntawv tsis txaus 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 lij choj nrog koj li phiajxwm ntsig txog qhov kev pab cuam lossis kev kho mob uas koj tab tom thov.

## Yuav Sau Ntawv Thov Tau Li Cas:

1. Sau ntawv thov hauv oos lais ntawm [www.HealthHelp.ca.gov](http://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 hnav ntawv uas muab tuaj nrog daim foos.

2. Yog hais tias koj xav kom ib tug neeg twg pab koj hauv koj li IMR lossis ntawv tsis txaus 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 mobuas 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 tuaj yeem muab lwm cov ntaub ntawv uas yuav pab txhawb nqa koj li kev thov tuaj 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 txaus 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 pabcuam kev kho mob raug ncuu qeeb, hloov lossis tsis pom zoo raws li kev mob nkeeg uas tsim nyog lossis raws li kev sim/tshawb nrhiav.

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 hlab nyiaj mus.

Lub Rooj Tsav Xwm yuav xa ib tsab ntawv tuaj rau koj tsis dhau li xya hnuv 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 tsev 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 ntsig 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 hnuv lossis xya hnuv 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 tsum 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 hnuv. 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 Xeem 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 tswj xyuas cov phiajxwm npaj kho mob thiab soj xyuas cov lus tsis txaus siab ntawm cov tub koom xeeb hauv phiajxwm 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 phiajxwm 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 hlo. 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 tsim nyog rau lub phiajxwm, 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 tswv 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 Tseg, 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](http://www.HealthHelp.ca.gov) から IMR Application/Complaint (IMR 申し立て/苦情用紙) を送信してください。

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

### 患者の情報

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

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

(未成年の代わりに記入する場合)親または保護者の名前 \_\_\_\_\_

番地 \_\_\_\_\_

市町村 \_\_\_\_\_ 州 \_\_\_\_\_ 郵便番号 \_\_\_\_\_

電話番号 (主) \_\_\_\_\_ 電話番号 (副) \_\_\_\_\_

メールアドレス \_\_\_\_\_

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

医療保険名 \_\_\_\_\_ 患者の会員番号 \_\_\_\_\_

医療グループ名 (医療グループに所属する場合) \_\_\_\_\_

雇用主 \_\_\_\_\_

苦情の申し立てに伴い、誰かのサポートを受けますか? \_\_\_\_\_  はい  いいえ

はいを選択された場合は、添付の「補佐人向け用紙」にご記入ください。

Medi-Cal をお持ちですか? \_\_\_\_\_  はい  いいえ

はいを選択された場合は、州の公平な公聴会を要請されましたか? \_\_\_\_\_

はい  いいえ

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

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

受診した医療サービスに対する支払いを希望しますか? \_\_\_\_\_  はい  いいえ

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

### 健康上の問題

(必要に応じて別の用紙を使用し、他の書類を添付してください。)

医療保険で、今後のサービスの支払いも希望しますか? \_\_\_\_\_  はい  いいえ

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

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

医療保険により、治療が却下、遅延、変更されましたか?  はい  いいえ

はいを選択した場合は、理由を教えてください(1つ選択してください)

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

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

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

はいを選択した場合は、この用紙に医療記録を含めるようにしてください。

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

#### 医療同意

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

患者または親の名前 (活字体) \_\_\_\_\_

患者または親の署名 \_\_\_\_\_ 日付 \_\_\_\_\_

郵送またはファックスに関する情報は、説明書を参照してください。

*統計情報*

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

使用する主な言語: \_\_\_\_\_

母国語での通信/連絡を希望されますか？

はい

人種/民族: \_\_\_\_\_



## 補佐人向け用紙

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

### パート A: 患者が記入してください

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

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

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

患者名 (活字体) \_\_\_\_\_

患者の署名 \_\_\_\_\_ 日付 \_\_\_\_\_

### パート B: 補佐人が記入してください

補佐人の名前 (活字体) \_\_\_\_\_

補佐人の署名 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

市町村 \_\_\_\_\_ 州 \_\_\_\_\_ 郵便番号 \_\_\_\_\_

患者との関係 \_\_\_\_\_

電話番号 (主) \_\_\_\_\_



電話番号 (副) \_\_\_\_\_

メールアドレス \_\_\_\_\_

医療の判断またはその他の法的書類の委任状を添付しています。

# IMR Application/Complaint Form Instruction Sheet

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

## 申し立ての前に:

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

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

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

## 申請の方法:

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

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

## 次のステップ

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

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

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

## IMR Application/Complaint Form Instruction Sheet

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

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

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

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

## ពាក្យស្នើសុំការពិនិត្យវេជ្ជសាស្ត្រឯករាជ្យ (IMR)/ទម្រង់បែបបទបណ្តឹង

### ព័ត៌មានសំខាន់

អ្នកអាចដាក់ស្នើពាក្យសុំបែបបទបណ្តឹង IMR អនឡាញ បាននៅឯ : [www.HealthHelp.ca.gov](http://www.HealthHelp.ca.gov)

- ❖ មិនបាច់បង់ប្រាក់ : ដំណើរការ IMR/បណ្តឹងរបស់អតិថិជន គឺមិនបាច់បង់ប្រាក់ឡើយ។
- ❖ រហ័ស : ចំពោះ IMR ជាធម្មតា ត្រូវបានដោះស្រាយរួចរាល់ក្នុងរវាង 45 ថ្ងៃ ឬក្នុងរវាង 7 ថ្ងៃ ប្រសិនបើបញ្ហាសុខភាពជារឿងបន្ទាន់។
- ❖ ជោគជ័យ : មានអតិថិជនប្រហែល 60 ភាគរយ ទទួលបានសេវាកម្មតាមការស្នើសុំ តាមរយៈ IMR។
- ❖ ចុងក្រោយ : ផែនការថែទាំសុខភាព ត្រូវតែធ្វើតាមការសម្រេចរបស់ IMR ហើយត្រូវផ្តល់សេវាកម្ម

#### ព័ត៌មានអ្នកជម្ងឺ

នាមខ្លួន \_\_\_\_\_ នាមកណ្តាល \_\_\_\_\_ នាមត្រកូល \_\_\_\_\_  
 ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើតអ្នកជម្ងឺ (ខខ/ទទ/ឆឆឆឆ) \_\_\_\_\_ ភេទ :  ប្រុស  ស្រី  ផ្សេង \_\_\_\_\_

ឈ្មោះឪពុកម្តាយ ឬអាណាព្យាបាល បើប្តឹងសម្រាប់កូនក្មេង \_\_\_\_\_  
 អាសយដ្ឋានផ្លូវថ្នល់ \_\_\_\_\_

ក្រុង \_\_\_\_\_ រដ្ឋ \_\_\_\_\_ ហ្សឺប \_\_\_\_\_  
 លេខទូរស័ព្ទទីមួយ \_\_\_\_\_ លេខទូរស័ព្ទទីពីរ \_\_\_\_\_

អាសយដ្ឋានអ៊ីម៉ែល \_\_\_\_\_  
 តើអ្នកចង់ទាក់ទង/ឆ្លើយតបធ្វើតាមអាសយដ្ឋានអ៊ីម៉ែលនេះ ឬ?  បាទ/ចាស  ទេ

ឈ្មោះផែនការថែទាំសុខភាព \_\_\_\_\_ លេខសមាជិកភាពរបស់អ្នកជម្ងឺ \_\_\_\_\_  
 ឈ្មោះក្រុមវេជ្ជសាស្ត្រ (បើ នៅក្នុងវេជ្ជសាស្ត្រជាក្រុម) \_\_\_\_\_

និយោជក \_\_\_\_\_  
 តើអ្នកចង់ឲ្យមានអ្នកជួយចំពោះការដាក់បណ្តឹងរបស់អ្នកដែរឬទេ?  បាទ/ចាស  ទេ

បើត្រូវការអ្នកជួយ សូមបំពេញ “សំណុំបែបបទប្រគល់សិទ្ធិដល់ជំនួយការ” ដែលមានភ្ជាប់មកជាមួយ។  
 តើអ្នកមានការធានាសុខភាពពីកម្មវិធី Medi-Cal ដែរឬទេ?  បាទ/ចាស  ទេ

បើមាន តើអ្នកមានបានដាក់ពាក្យស្នើសុំឲ្យមានសវនាការយុត្តិធម៌រដ្ឋដែរឬទេ?  បាទ/ចាស  ទេ  
 តើអ្នកមានការធានាសុខភាពពីកម្មវិធី Medicare ឬ Medicare Advantage ដែរឬទេ?  បាទ/ចាស  ទេ

ទេតើអ្នកមានបានដាក់ពាក្យប្តឹង ឬដាក់បណ្តឹងសារទុកជាមួយនឹងផែនការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នកដែរឬទេ?  បាទ/ចាស  ទេ  
 តើអ្នកចង់បានថ្លៃបង់សេវាថែទាំដែលអ្នកបានទទួលរួចហើយដែរឬទេ?  បាទ/ចាស  ទេ

បើឆ្លើយ បាទ/ចាស សូមរាយការលបរិច្ឆេទនិងឈ្មោះរបស់អ្នកផ្តល់សេវាកម្ម : \_\_\_\_\_

**បញ្ហាសុខភាពរបស់អ្នក** (សូមប្រើក្រដាសផ្សេងដើម្បីសរសេរ ហើយភ្ជាប់ឯកសារផ្សេងទៀតមកជាមួយ បើចាំបាច់)។  
 តើអ្នកចង់ឲ្យផែនការសុខភាពរបស់អ្នកបង់ថ្លៃសម្រាប់សេវាកម្មនានាពេលអនាគត ដែរឬទេ?  បាទ/ចាស  ទេ

តើអ្នកកើតអី ឬតើគ្រូពេទ្យថាអ្នកកើតជម្ងឺអ្វី? (សូមនិយាយឲ្យជាក់លាក់) \_\_\_\_\_  
 តើអ្នកសុំការព្យាបាល /សេវាកម្មវេជ្ជសាស្ត្រ និង/ឬ ការប្រើថ្នាំប្រភេទណាដែរ? (សូមនិយាយឲ្យជាក់លាក់) \_\_\_\_\_

តើផែនការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក បដិសេធ ពន្យារពេល ឬកែប្រែការព្យាបាលរបស់អ្នកឬទេ?  បាទ/ចាស  ទេ  
 បើឆ្លើយ បាទ/ចាស សូមគូសប្រអប់មូលហេតុដែលផ្តល់ឱ្យ (សូមគូសយកមួយ) ៖  
 មិនមានភាពចាំបាច់ខាងវេជ្ជសាស្ត្រ  ការពិសោធន៍ ឬការអង្កេត  
 មិនមែនជាការសង្គ្រោះបន្ទាន់/គម្រូវការប្រញាប់  មិនមែនជាអត្ថប្រយោជន៍ដែលមានការរ៉ាប់រងទេ  
 ផ្សេងៗ (សូមពន្យល់ខាងក្រោម)

សូមសរសេរឈ្មោះ និងលេខទូរស័ព្ទរបស់គ្រូពេទ្យចម្បងរបស់អ្នក និងអ្នកផ្តល់សេវាកម្មផ្សេងទៀត ដែលអ្នកបានទៅជួប  
 ដែលបានព្យាបាលអ្នក ឬដែលបានផ្តល់ដំបូន្មានដល់អ្នក ចំពោះស្ថានភាពជម្ងឺមួយនេះ។

តើអ្នកបានទៅជួបអ្នកផ្តល់សេវាកម្មថែទាំសុខភាពក្រៅបណ្តាញដែរឬទេ ចំពោះស្ថានភាពជម្ងឺនេះ?  បាទ/ចាស  ទេ  
 បើបានទៅជួប សូមភ្ជាប់កំណត់ត្រាព័ត៌មានវេជ្ជសាស្ត្រនៅក្នុងសំណុំបែបបទនេះផងដែរ។

សូមរៀបរាប់ដោយសង្ខេបអំពីបញ្ហារបស់អ្នកជាមួយនឹងផែនការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក។ ឧទាហរណ៍ សូមពន្យល់ ថាតើ  
 បញ្ហានោះមកពីការបដិសេធមិនឱ្យអ្នកព្យាបាល មិនបង់វិភាយបត្រ លំបាកក្នុងការណាត់ជួបពេទ្យ ឬការផ្តល់ថ្នាំព្យាបាល ឬ ការធានា  
 រ៉ាប់រងសុខភាពរបស់អ្នកត្រូវបានលុបចោលដោយផែនការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក។

**ការបញ្ជាក់ព័ត៌មានវេជ្ជសាស្ត្រ**

ខ្ញុំបាន/នាងខ្ញុំ សូមស្នើសុំនាយកដ្ឋានការថែទាំសុខភាពដែលមានការចាត់ចែង (Department of Managed Health Care (DMHC))  
 (ក្រសួង) ឱ្យជួយដោះស្រាយអំពីបញ្ហារបស់ខ្ញុំបាន/នាងខ្ញុំ ជាមួយនឹងផែនការថែទាំសុខភាពរបស់ខ្ញុំបាន/នាងខ្ញុំ។ ខ្ញុំបាន/នាងខ្ញុំ  
 សូមស្នើ សុំឱ្យក្រសួងធ្វើការពិនិត្យឡើងវិញនូវពាក្យស្នើសុំពិនិត្យវេជ្ជសាស្ត្រឯករាជ្យ (IMR)/សំណុំបែបបទបណ្តឹងរបស់ខ្ញុំបាន/នាងខ្ញុំ  
 ដើម្បីកំណត់ថាតើបណ្តឹងរបស់ខ្ញុំបាន/នាងខ្ញុំ មានលក្ខណសម្បត្តិចំពោះ IMR ឬសម្រាប់ដំណើរការបណ្តឹងអ្នកប្រើប្រាស់របស់ ក្រសួង  
 ដែរឬទេ។ ខ្ញុំបាន/នាងខ្ញុំ អនុញ្ញាតឱ្យអ្នកផ្តល់សេវាកម្មថែទាំសុខភាព អតីតកាល និងបច្ចុប្បន្ន និងផែនការថែទាំសុខភាព  
 របស់ខ្ញុំបាន/នាងខ្ញុំ អាចបញ្ជាក់កំណត់ត្រាព័ត៌មានសុខភាព និងព័ត៌មានរបស់ខ្ញុំបាន/នាងខ្ញុំ ដើម្បីធ្វើការពិនិត្យឡើង វិញនូវបញ្ហា  
 នេះ។ កំណត់ត្រាព័ត៌មាននេះអាចរួមបញ្ចូលនូវព័ត៌មានវេជ្ជសាស្ត្រ សុខភាពផ្លូវចិត្ត ការញៀនផ្ទុំ មេរោគអេដស៍ របាយការណ៍  
 រោគវិនិច្ឆ័យដោយប្រើរូបភាពវេជ្ជសាស្ត្រ ព្រមទាំងកំណត់ត្រាព័ត៌មានដទៃទៀតដែលពាក់ព័ន្ធនឹងករណីរបស់ខ្ញុំបាន/នាងខ្ញុំ។ កំណត់  
 ត្រាព័ត៌មានទាំងនេះ អាចរួមបញ្ចូលនូវព័ត៌មានមិនមែនវេជ្ជសាស្ត្រ និងព័ត៌មានផ្សេងទៀតដែលពាក់ព័ន្ធនឹងករណីរបស់  
 ខ្ញុំបាន/នាងខ្ញុំ។ ខ្ញុំបាន/នាងខ្ញុំ សូមអនុញ្ញាតឱ្យក្រសួងធ្វើការពិនិត្យឡើងវិញនូវកំណត់ត្រា និងព័ត៌មានទាំងនេះ ហើយផ្ញើទៅកាន់  
 ផែនការថែទាំសុខភាពរបស់ខ្ញុំបាន/នាងខ្ញុំ។ ការអនុញ្ញាតរបស់ខ្ញុំបាន/នាងខ្ញុំ ផ្តល់ជូន នឹងត្រូវបញ្ចប់ក្នុងរាងមួយឆ្នាំ  
 ដោយគិតចាប់ពីកាលបរិច្ឆេទខាងក្រោម លើកលែងតែករណីមានការអនុញ្ញាតដោយច្បាប់។ ឧទាហរណ៍ ច្បាប់អនុញ្ញាតឱ្យ ក្រសួង  
 អាចបន្តការប្រើប្រាស់ព័ត៌មានរបស់ខ្ញុំបាន/នាងខ្ញុំ ជាលក្ខណៈផ្ទៃក្នុង។ ខ្ញុំបាន/នាងខ្ញុំ អាចបញ្ចប់ការអនុញ្ញាតលើនាមនេះ  
 បើខ្ញុំបាន/នាងខ្ញុំ មានបំណងចង់ធ្វើដូច្នោះ។ ព័ត៌មានទាំងអស់ដែលខ្ញុំបាន/នាងខ្ញុំ បានផ្តល់ជូនក្នុងបែបបទនេះ គឺជាការពិត  
 ទាំងអស់។

សរសេរឈ្មោះអ្នកជម្ងឺ ឬឪពុកម្តាយ (ផ្តិតឈ្មោះ) \_\_\_\_\_

ហត្ថលេខារបស់អ្នកជម្ងឺ ឬឪពុកម្តាយអ្នកជម្ងឺ \_\_\_\_\_ កាលបរិច្ឆេទ \_\_\_\_\_

សូមអានទំព័រពាក្យណែនាំសម្រាប់ព័ត៌មានការផ្ញើសំបុត្រ ឬព័ត៌មានការផ្ញើទូរសារ។

**សម្រាប់គ្រូព័ត៌មានផ្នែកសិក្ខា**

យើងខ្ញុំសូមស្នើសុំអ្នកឱ្យជួយផ្តល់ព័ត៌មានខាងក្រោមដោយស្ម័គ្រចិត្ត។ ការផ្តល់ព័ត៌មាននេះ នឹងអាចជួយឱ្យក្រសួងអាចកំណត់រក  
 ឃើញនូវទ្រង់ទ្រាយណាមួយនៃបញ្ហា ក្រុមសុខភាព និងសុវត្ថិភាព រដ្ឋទី 1374.30 បានប្រគល់សិទ្ធិឱ្យក្រសួង អាចយកព័ត៌មាននេះ

សម្រាប់គោលបំណងការសិក្សាស្រាវជ្រាវ និងសម្រាប់គោលបំណងស្ថិតិ។ ការផ្តល់ព័ត៌មាននេះ គឺជាជម្រើស ហើយវាមិនមានផលប៉ះពាល់ចំពោះ IMR ឬដំណោះស្រាយចំពោះបណ្តឹងឡើយ។

ភាសានិយាយចម្បង ៖ \_\_\_\_\_

តើអ្នកចង់ឲ្យយើងទាក់ទង/ឆ្លើយតបជាមួយអ្នកជាភាសាចម្បងរបស់អ្នក ឬ?  បាទ/ចាស

សាសន៍/ជាតិពន្ធ ៖ \_\_\_\_\_

### ទម្រង់បែបបទផ្តល់សិទ្ធិជំនួយការ

- បើអ្នកចង់ផ្តល់ការអនុញ្ញាតឲ្យអ្នកដទៃជួយអ្នកចំពោះការពិនិត្យឡើងវិញនូវវេជ្ជសាស្ត្រឯករាជ្យ (Independent Medical Review (IMR)) ឬបណ្តឹងរបស់អ្នក សូមបំពេញព័ត៌មានក្នុងផ្នែក ក និងផ្នែក ខ ខាងក្រោម។ (ភាគីទាំងពីរត្រូវតែចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់បែបបទ)
- បើអ្នកគឺជាឪពុកម្តាយ ឬជាអាណាព្យាបាលស្របច្បាប់ដែលជាអ្នកដាក់ពាក្យស្នើ IMR/ទម្រង់បែបបទបណ្តឹងនេះ សម្រាប់កុមារដែលមានអាយុតិចជាង 18ឆ្នាំ អ្នកមិនចាំបាច់បំពេញសំណុំបែបបទនេះឡើយ។
- បើអ្នកដាក់ពាក្យស្នើ IMR/ដាក់ពាក្យបណ្តឹងនេះ សម្រាប់អ្នកជម្ងឺ ដែលមិនអាចបំពេញសំណុំបែបបទនេះបានដោយសារអ្នកជម្ងឺមិនមានសមត្ថភាព ឬមិនមានលទ្ធភាពអាចបំពេញដោយខ្លួនឯងបាន ហើយអ្នកមានសិទ្ធិស្របច្បាប់ដើម្បីធ្វើជំនួសអ្នកជម្ងឺនេះបាន សូមបំពេញព័ត៌មានក្នុងផ្នែក ខ បានហើយ។ យើងខ្ញុំក៏បានភ្ជាប់ឯកសារផងដែរស្តីអំពីអំណាចមេធាវីសម្រាប់ការសម្រេចចិត្តចំពោះការថែទាំសុខភាព ឬឯកសារផ្សេងទៀតដែលនិយាយថា អ្នកអាចសម្រេចចិត្តជំនួសអ្នកជម្ងឺបាន។

#### ផ្នែក ក : បំពេញដោយអ្នកជម្ងឺ

ខ្ញុំបាន/នាងខ្ញុំ សូមអនុញ្ញាតឲ្យបុគ្គលដែលមានឈ្មោះខាងក្រោមនៅក្នុងផ្នែក ខ ដើម្បីជួយខ្ញុំបាន/នាងខ្ញុំចំពោះ IMR ឬបណ្តឹងរបស់ខ្ញុំបាន/នាងខ្ញុំ ដែលបានដាក់ជូននាយកដ្ឋានថែទាំសុខភាពដែលមានការរៀបចំ (Department of Managed Health Care (DMHC)) (ក្រសួង)។ ខ្ញុំបាន/នាងខ្ញុំ សូមផ្តល់ការអនុញ្ញាតឲ្យបុគ្គលិកក្រសួង និង IMR អាចចែករំលែកព័ត៌មានស្តីអំពីស្ថានភាពវេជ្ជសាស្ត្ររបស់ខ្ញុំបាន/នាងខ្ញុំ ហើយចែករំលែកជាមួយបុគ្គលដែលមានឈ្មោះខាងក្រោម។ ព័ត៌មាននេះ អាចរួមបញ្ចូលនូវការព្យាបាលជម្ងឺសុខភាពផ្លូវចិត្ត ការព្យាបាល ឬធ្វើតេស្តមេរោគអេដស៍ ការព្យាបាលភាពញៀនគ្រឿងស្រវឹង ឬផ្ទុំញៀន ឬព័ត៌មានការថែទាំសុខភាពផ្សេងទៀត។

ខ្ញុំបាន/នាងខ្ញុំ បានដឹងថា គឺមានតែព័ត៌មានពាក់ព័ន្ធនឹង IMR ឬបណ្តឹងរបស់ខ្ញុំបាន/នាងខ្ញុំ តែប៉ុណ្ណោះដែលអាចចែករំលែកបាន។

ការអនុម័តសម្រេចយកជំនួយការនេះ គឺជាការស្ម័គ្រចិត្តរបស់ខ្ញុំបាន/នាងខ្ញុំ ហើយខ្ញុំបាន/នាងខ្ញុំ មានសិទ្ធិបញ្ចប់ការសម្រេចចិត្តនេះបាន។ បើខ្ញុំបាន/នាងខ្ញុំ ត្រូវការបញ្ចប់ការសម្រេចចិត្តនេះ ខ្ញុំបាន/នាងខ្ញុំ ត្រូវតែធ្វើឡើងជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ។

ឈ្មោះអ្នកជម្ងឺ (ផ្តិតឈ្មោះ) \_\_\_\_\_  
ហត្ថលេខាអ្នកជម្ងឺ \_\_\_\_\_ កាលបរិច្ឆេទ \_\_\_\_\_

#### ផ្នែក ខ : បំពេញដោយជំនួយការអ្នកជម្ងឺ

ឈ្មោះបុគ្គលជាអ្នកជួយ (សរសេរឲ្យច្បាស់) \_\_\_\_\_

ហត្ថលេខាអ្នកជួយ \_\_\_\_\_

អាសយដ្ឋាន \_\_\_\_\_

ក្រុង \_\_\_\_\_ រដ្ឋ \_\_\_\_\_ ហ្សឺប \_\_\_\_\_

ទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកជម្ងឺ \_\_\_\_\_

លេខទូរស័ព្ទទីមួយ \_\_\_\_\_

លេខទូរស័ព្ទទីពីរ \_\_\_\_\_

អាសយដ្ឋានអ៊ីម៉ែល \_\_\_\_\_

- លិខិតប្រគល់សិទ្ធិអំណាចរបស់ខ្ញុំ/នាងខ្ញុំ សម្រាប់ការសម្រេចចិត្តលើការថែទាំសុខភាព ឬឯកសារ ផ្សេងៗទៀត ត្រូវបានដាក់ភ្ជាប់មកជាមួយ។



# ពាក្យស្នើសុំការពិនិត្យវេជ្ជសាស្ត្រឯករាជ្យ (IMR)/ទម្រង់បែបបទបណ្តឹង

បើអ្នកមានសំណួរ សូមហៅទូរស័ព្ទមកក្រសួងតាមលេខ 1-888-466-2219 ឬអ្នកប្រើក្តារចុច (TDD) ហៅមកលេខ 1-877-688-9891។ ការហៅនេះមិនអស់ប្រាក់ឡើយ។

## មុនពេលដាក់ពាក្យបណ្តឹង៖

ស្ទើរតែរាល់ករណីទាំងអស់គឺអ្នកត្រូវតែឆ្លងកាត់បែបបទបណ្តឹងរបស់ផែនការសុខភាពរបស់អ្នក ឬដំណើរការតវ៉ាបណ្តឹងសារទុក្ខមុននឹងដាក់បណ្តឹងទាមទារ ឬពាក្យស្នើសុំឲ្យមាន IMR ជាមួយក្រសួង។ ផែនការសុខភាពរបស់អ្នកត្រូវតែផ្តល់ឲ្យអ្នកនូវសេចក្តីសម្រេចចិត្តក្នុងអំឡុងពេល 30 ថ្ងៃ ឬក្នុងអំឡុងពេល 3 ថ្ងៃ បើសិនជាបញ្ហានោះវាជាការគំរាមកំហែងនិងមានលក្ខណៈធ្ងន់ធ្ងរដល់សុខភាពអ្នក។

បើសិនជាផែនការសុខភាពរបស់អ្នកបដិសេធការព្យាបាលរបស់អ្នកដោយសារវាជាការព្យាបាលរបៀបពិសោធន៍/អង្កេត អ្នកមិនចាំបាច់ចូលរួមក្នុងការដាក់ពាក្យបណ្តឹងផែនការសុខភាពរបស់អ្នក ឬដំណើរការតវ៉ាបណ្តឹងសារទុក្ខនេះទេ មុននឹងដាក់ពាក្យសុំIMR។

អ្នកត្រូវតែដាក់ពាក្យស្នើសុំឲ្យមាន IMR ក្នុងរវាងប្រាំមួយខែ បន្ទាប់ពីផែនការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក ធ្វើឲ្យអ្នកនូវការឆ្លើយតបជាលាយល័ក្ខណ៍អក្សរចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក។ អ្នកអាចនៅតែដាក់ពាក្យបណ្តឹង ពាក្យស្នើសុំរបស់អ្នក បន្ទាប់ពីប្រាំមួយខែ បើមានហេតុការណ៍ពិសេសរវាងអ្នកមិនឲ្យដាក់ពាក្យស្នើសុំឲ្យបានទាន់ពេលវេលានោះទេ។ សូមមេត្តាជ្រាបថា បើអ្នកសម្រេចចិត្តមិនដាក់ពាក្យបណ្តឹងមកកាន់ក្រសួងចំពោះបញ្ហាដែលអាចមានលក្ខណៈសម្បត្តិសម្រាប់ IMR គឺមានន័យថា អ្នកកំពុងតែបោះបង់សិទ្ធិរបស់ខ្លួនចំពោះសកម្មភាពផ្លូវច្បាប់ ប្រឆាំងនឹងផែនការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក ស្តីអំពីសេវាកម្ម ឬការព្យាបាល ដែលអ្នកបានស្នើសុំ។

## របៀបដាក់ពាក្យបណ្តឹង ៖

1. ដាក់ពាក្យបណ្តឹងអនឡាញ តាមអសយដ្ឋាន [www.HealthHelp.ca.gov](http://www.HealthHelp.ca.gov) នេះគឺជាវិធីលឿនជាទីបំផុត។

ឬ

សូមបំពេញព័ត៌មាន រួចហើយចុះហត្ថលេខា លើសំណុំបែបបទពាក្យស្នើសុំឲ្យមាន IMR/សំណុំបែបបទបណ្តឹង។ សូមប្រើស្រោមសំបុត្រដែលមានភ្ជាប់មកជាមួយនិងសំណុំបែបបទ។

2. បើអ្នកត្រូវការឲ្យមាននរណាម្នាក់សម្រាប់ជួយអ្នក ចំពោះ IMR ឬបណ្តឹងរបស់អ្នក សូមបំពេញព័ត៌មានក្នុង “សំណុំបែបបទផ្តល់សិទ្ធិជំនួយការ” ទាំងអ្នកនិងអ្នកជំនួយស្របច្បាប់របស់អ្នកត្រូវតែចុះហត្ថលេខា។
3. បើអ្នកមានកំណត់ត្រាព័ត៌មានពី អ្នកផ្តល់សេវាកម្ម នៅក្រៅបណ្តាញ សូមដាក់វាបញ្ចូលជាមួយនិងពាក្យស្នើសុំ IMR/សំណុំបែបបទបណ្តឹងរបស់អ្នក។ ផែនការរបស់អ្នក នឹងផ្តល់កំណត់ត្រាព័ត៌មានវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នកផ្តល់សេវាកម្មនៅក្នុងបណ្តាញ។
4. អ្នកអាចដាក់បញ្ចូលព័ត៌មានដទៃទៀតដែលគាំទ្រដល់ពាក្យស្នើសុំរបស់អ្នក។ ទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយ គឺវាមិនមានតម្រូវការណាមួយដើម្បីផ្តល់ឯកសារណាមួយ ឬលិខិតការទំនាក់ទំនងណាមួយរវាងអ្នក និងផែនការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក ពាក់ព័ន្ធនឹង បណ្តឹងនេះឡើយ។ ក្រសួង នឹងបានទទួលព័ត៌មាននេះដោយផ្ទាល់ពីផែនការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក ដែលវាគឺជាផ្នែកមួយនៃការស៊ើបអង្កេត។
5. បើអ្នកមិនបានដាក់សំណុំបែបបទពាក្យស្នើសុំ និងឯកសារគាំទ្ររបស់អ្នកតាមអនឡាញទេ សូមផ្ញើពាក្យស្នើសុំនេះតាមប្រៃសណីយ៍ ឬតាមទូរសារ មកកាន់ ៖

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

# ពាក្យស្នើសុំការពិនិត្យវេជ្ជសាស្ត្រឯករាជ្យ (IMR)/ទម្រង់បែបបទបណ្តឹង

## តើមានអ្វីកើតឡើងបន្តមកទៀត?

ក្រសួងនឹងកំណត់ថា តើករណីរបស់អ្នកមានគុណសម្បត្តិជា IMR ឬករណីបណ្តឹងដែលមានគុណសម្បត្តិជា IMR បើសិនជាសេវាថែទាំសុខភាពត្រូវបានពន្យារពេល កែប្រែ ឬបដិសេធដោយផ្អែកលើភាពចាំបាច់នៃវេជ្ជសាស្ត្រ ឬជាការពិសោធន៍/អង្កេត។

សំណុំរឿងដែលមិនមានគុណសម្បត្តិសម្រាប់ IMR នឹងរៀបចំដំណើរការដោយដំណើរការបណ្តឹងផ្នែកអ្នកប្រើប្រាស់។ ករណីទាំងនេះមានទាក់ទងនឹងបញ្ហាដូចជាការបដិសេធសេវាថែទាំសុខភាពដែលជាសេវាមិនមានការរ៉ាប់រងអត្រប្រយោជន៍ វិវាទបណ្តឹងអំពីការទាមទារបណ្តឹង ការលុបការធានារ៉ាប់រង គុណភាពនៃការថែទាំ ការដកថ្លៃបង់/ការចំណាយចេញពីហោប៉ៅ។

ក្រសួង នឹងផ្ញើសំបុត្រឲ្យអ្នកក្នុងរវាងប្រាំពីរថ្ងៃ ដើម្បីប្រាប់អ្នកឲ្យបានដឹងថា តើអ្នកមានលក្ខណសម្បត្តិដើម្បីទទួលបាន IMR ដែរឬទេ។ បើក្រសួងសម្រេចថា បណ្តឹងរបស់អ្នកមានលក្ខណសម្បត្តិសម្រាប់ IMR, សំណុំរឿងរបស់អ្នកនឹងត្រូវបានប្រគល់ទៅឲ្យអ្នកម៉ៅការរបស់រដ្ឋ ដើម្បីធ្វើការពិនិត្យឡើងវិញ។ អ្នកម៉ៅការរបស់រដ្ឋ ក៏ត្រូវបានគេហៅថាជាអង្គការពិនិត្យឡើងវិញវេជ្ជសាស្ត្រឯករាជ្យ (Independent Medical Review Organization (IMRO))។ ព័ត៌មានទាំងអស់ដែលមជ្ឈមណ្ឌលជំនួយមានពាក់ព័ន្ធនឹងបណ្តឹងរបស់អ្នក ឬក្រុមទាំងកំណត់ត្រាព័ត៌មានវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នក នឹងត្រូវផ្ញើទៅឲ្យអង្គការផ្នែកពិនិត្យឡើងវិញ។ អង្គការផ្នែកពិនិត្យឡើងវិញ នឹងធ្វើការសម្រេចជាធម្មតាក្នុងរវាង 45 ថ្ងៃ ឬក្នុងរវាងប្រាំពីរថ្ងៃ បើសំណុំរឿងរបស់អ្នកគឺជាសំណុំរឿងបន្ទាន់។ ក្រសួងនឹងផ្ញើលិខិតមួយមកអ្នក អំពីសេចក្តីសម្រេចចិត្ត។

# ពាក្យស្នើសុំការពិនិត្យវេជ្ជសាស្ត្រឯករាជ្យ (IMR)/ទម្រង់បែបបទបណ្តឹង

បើក្រសួងសម្រេចថា បណ្តឹងរបស់អ្នក ត្រូវធ្វើការពិនិត្យឡើងវិញតាមរយៈដំណើរការបណ្តឹងអ្នកប្រើប្រាស់ សេចក្តីសម្រេចអំពី បញ្ហារបស់អ្នក នឹងត្រូវធ្វើឡើងក្នុងរវាង 30 ថ្ងៃ។ ក្រសួងនឹងផ្ញើលិខិតមួយមកអ្នក អំពីសេចក្តីសម្រេចចិត្ត។

ច្បាប់ស្តីអំពីការអនុវត្តព័ត៌មាន (The Information Practices Act) នៃឆ្នាំ 1977 (ក្រមរដ្ឋប្បវេណីរដ្ឋកាលីហ្វ័រនីញ៉ា រក្ខត្តិ 1798.17) តម្រូវឱ្យមានការជូនដំណឹងដូចខាងក្រោម។

- ច្បាប់ផែនការសេវាកម្មថែទាំសុខភាព (California's Knox-Keene Act) ផ្តល់សិទ្ធិឱ្យក្រសួងដើម្បីធ្វើនិយត្តិកម្មផែនការ សុខភាព ហើយស៊ើបអង្កេតបណ្តឹងរបស់សមាជិកផែនការថែទាំសុខភាព។
- មជ្ឈមណ្ឌលជំនួយរបស់ក្រសួងប្រើព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួនរបស់អ្នក ដើម្បីស៊ើបអង្កេតចំពោះបញ្ហារបស់អ្នកជាមួយនឹងផែនការ ថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក ហើយផ្តល់ជូននូវ IMR បើសំណុំរឿងរបស់អ្នកមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់។
- អ្នកផ្តល់ព័ត៌មានដល់ក្រសួង ដោយការស្ម័គ្រចិត្ត។ អ្នកមិនចាំបាច់ត្រូវផ្តល់ព័ត៌មាននេះឡើយ។ ទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយ បើអ្នកមិនផ្តល់ព័ត៌មានឱ្យយើងខ្ញុំទេក្រសួង អាចមិនមានលទ្ធភាពស៊ើបអង្កេតបណ្តឹងរបស់អ្នក ឬមិនអាចផ្តល់ឱ្យនូវ IMR បានឡើយ។
- ក្រសួងអាចចែករំលែកព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួនអ្នក តាមអ្វីដែលត្រូវធ្វើ ជាមួយនឹងផែនការ អ្នកផ្តល់សេវាកម្ម និងអង្គការពិនិត្យ ឡើងវិញដែលជាអ្នកដឹកនាំធ្វើ IMR។
- ក្រសួងក៏អាចចែករំលែកព័ត៌មានរបស់អ្នកជាមួយនឹងភ្នាក់ងារដទៃទៀតរបស់រដ្ឋាភិបាល តាមអ្វីដែលជាភាពតម្រូវ ឬជា ការអនុញ្ញាតរបស់ច្បាប់។
- អ្នកមានសិទ្ធិបើកមើលព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួនរបស់អ្នក។ ដើម្បីបើកមើលព័ត៌មានរបស់អ្នក សូមទាក់ទងមកកាន់អ្នកសម្រប សម្រួលការស្នើសុំព័ត៌មានរបស់ក្រសួង ក្រសួងថែទាំសុខភាពមានការគ្រប់គ្រង ការិយាល័យសេវាកម្មច្បាប់ (DMHC Records Request Coordinator, DMHC, Office of Legal Services), 980 9th Street Suite 500, Sacramento CA 95814-2725, ឬហៅទូរស័ព្ទមកកាន់លេខ 916-322-6727។

## 독립 의료 검토 신청서(IMR)/불만양식

### 중요정보

귀하의 IMR 신청서/불만양식을 온라인으로 다음에 제출할 수 있습니다: [www.HealthHelp.ca.gov](http://www.HealthHelp.ca.gov)

- ❖ 무료: IMR/소비자 불만 처리는 무료입니다.
- ❖ 신속: IMR 은 보통 45 일 내에 결정되며, 긴급 의료문제인 경우 7 일 이내에 결정됩니다.
- ❖ 성공률: 약 60 퍼센트 의 환자들이 IMR 을 통해 요청한 서비스를 받습니다.
- ❖ 최종: 건강보험은 IMR 결정을 따라야 하며 즉시 해당 서비스를 제공해야 합니다.

### 환자 정보

이름 \_\_\_\_\_ 중간 이니셜 \_\_\_\_\_ 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 심의회에 요청서를 제출하십니까?  예  아니요

메디케어 또는 메디케어 어드밴티지가 있으십니까?  예  아니요

귀하의 건강보험에 불만 또는 고충을 제출하셨습니까?  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: (하나의 항목에 체크표시 하십시오)

- 의학적으로 필요하지 않음  실험적이거나 조사대상임  응급이 아님/긴급하지 않음  
 보험 적용 혜택이 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, 진료 약속이나 약물 치료 문제 또는 건강보험에서 보상대상 취소인지 설명해 주십시오.

## 의료정보 공개

본인은 관리보건부(DMHC, 이하 본 부처)에서 본인의 건강보험의 문제에 대한 결정을 내려주도록 요청합니다. 본인은 본 부처가 본인의 독립의료검토(IMR) 신청서/불만양식을 검토하여 해당 불만이 IMR 또는 본 부처의 불만 절차에 자격대상인지를 결정해 주도록 요청합니다. 본인은 이 문제를 검토하기 위해 과거와 현재의 의료제공기관 및 본인의 보험플랜에서 본인의 의료 기록을 공개하도록 승인합니다. 이 기록에는 의료, 정신건강, 약물남용, HIV, 진단용 이미지 보고 및 본인의 사례와 연관된 기타 기록이 포함될 수 있습니다. 또한 이 기록에는 본인의 사례와 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 (정자체) \_\_\_\_\_

환자 또는 부모 서명 \_\_\_\_\_ 날짜 \_\_\_\_\_

우편이나 팩스 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

인종/민족: \_\_\_\_\_

## 지원승인양식

- 다른 사람에게 귀하의 독립의료검토(IMR) 또는 불만을 돕도록 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 금치산자 또는 불능이어서 이 양식을 작성할 수 없는 환자를 위해 귀하가 이 IMR/불만을 제출하는 경우이고, 귀하가 이 환자를 대항할 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 의 아래 사람이 본인을 도와 관리보건부(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 의료정보가 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 위임장 또는 기타 법적서류가 첨부되어 있습니다.



# 독립의료검토신청서/불만양식

질문이 있으신 경우 본 부처로 1-888-466-2219 또는 TDD 1-877-688-9891 로 문의 주시기 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 30 일 이내에, 또는 귀하의 문제가 건강에 즉각적이고 심각한 위협을 주는 경우에는 3 일 이내에 귀하께 결정을 알려드려야 합니다.

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

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

## 제출 방법:

1. 온라인으로 제출: [www.HealthHelp.ca.gov](http://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 원하시면, "지원승인양식"을 작성해 주십시오.  
귀하와 귀하를 도와주도록 승인된 사람 모두 본 양식에 서명해야 합니다.
3. 네트워크 외 의료서비스 제공기관의 의료기록이 있으시면, 귀하의 IMR 신청서/불만양식에 포함시켜 주십시오. 귀하의 보험플랜에서는 네트워크 내 의료서비스 제공기관의 의료기록을 제공합니다.
4. 귀하의 요청을 뒷받침하는 다른 서류를 포함시킬 수도 있습니다. 하지만, 이 불만과 관련하여 귀하와 귀하의 보험플랜 사이에 주고 받은 서류나 통신문을 제공하실 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 서비스가 지연, 수정, 또는 거부된 경우, IMR 자격 대상이 됩니다.

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

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

## 독립의료검토신청서/불만양식

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

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

- 캘리포니아의 Knox-Keene 법에 의거 본 부처는 건강보험플랜을 규제하고 보험플랜 가입자의 불만을 조사할 권한을 갖습니다.
- 본 부처의 지원센터는 귀하의 개인정보를 사용하여 귀하의 보험플랜 문제를 조사하고 자격대상인 경우 IMR을 제공합니다.
- 귀하는 이 정보를 본 부처에게 자발적으로 제공합니다. 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 의거 필요하거나 승인된 경우 다른 정부기관과 귀하의 정보를 공유할 수 있습니다.
- 귀하는 귀하의 개인정보를 볼 권리가 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

### ਮਹੱਤਵਪੂਰਣ ਜਾਣਕਾਰੀ

ਤੁਸੀਂ ਆਪਣਾ IMR Application/Complaint Form ਆਨਲਾਈਨ: [www.HealthHelp.ca.gov](http://www.HealthHelp.ca.gov) ਤੇ ਭਰੋ

- ❖ ਮੁਫਤ: IMR/Complaint ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਮੁਫਤ ਹੈ।
- ❖ ਤੇਜ਼: ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ 45 ਦਿਨਾਂ ਦੇ ਅੰਦਰ ਜਾਂ 7 ਦਿਨਾਂ ਦੇ ਅੰਦਰ-ਅੰਦਰ ਨਿਰਮਤ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਜੇਕਰ ਸਿਹਤ ਸਮੱਸਿਆ 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 ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਨਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ

### ਮਰੀਜ਼ ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ

ਪਹਿਲਾ ਨਾਮ \_\_\_\_\_ ਵਿਚਲਾ ਅੱਖਰ \_\_\_\_\_ ਆਖਰੀ ਨਾਮ \_\_\_\_\_

ਮਰੀਜ਼ ਦੀ ਜਨਮ ਤਾਰੀਖ (mm/dd/yyyy) \_\_\_\_\_ ਲਿੰਗ:  ਪੁਰੂਸ਼  ਔਰਤ  ਗੈਰ

ਮਾਤਾ ਜਾਂ ਪਿਤਾ ਦਾ ਨਾਂ ਛੋਟੇ ਬੱਚੇ ਦੇ ਦਾਖਲੇ ਲਈ \_\_\_\_\_

ਗਲੀ ਦ ਪਤਾ \_\_\_\_\_

ਸ਼ਹਿਰ \_\_\_\_\_ ਰਾਜ \_\_\_\_\_ ਜ਼ਿਪ \_\_\_\_\_

ਪ੍ਰਾਇਮਰੀ ਫੋਨ # \_\_\_\_\_ ਸੈਕੰਡਰੀ ਫੋਨ # \_\_\_\_\_

ਈਮੇਲ ਪਤਾ \_\_\_\_\_

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

ਸਿਹਤ ਯੋਜਨਾ ਦਾ ਨਾਮ \_\_\_\_\_ ਮਰੀਜ਼ ਦੀ ਮੈਂਬਰਸ਼ਿਪ # \_\_\_\_\_

ਮੈਡੀਕਲ ਗਰੁਪ ਨਾਮ (ਜੇ ਕਿਸੇ ਮੈਡੀਕਲ ਸਮੂਹ ਵਿਚ ਹੋ) \_\_\_\_\_

ਰੋਜ਼ਗਾਰਦਾਤਾ \_\_\_\_\_

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

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

ਕੀ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ Medi-Cal ਹੈ?  ਹਾਂ  ਨਹੀਂ

ਜੇ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਸਟੇਟ ਫੇਅਰ ਸੁਝਵਾਈ ਲਈ ਬੇਨਤੀ ਦਾਇਰ ਕੀਤੀ ਹੈ?  ਹਾਂ  ਨਹੀਂ

ਕੀ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਮੈਡੀਕੇਅਰ ਜਾਂ ਮੈਡੀਕੇਅਰ ਐਡਵਾਂਟੇਜ ਹੈ?  ਹਾਂ  ਨਹੀਂ

ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੀ ਸਿਹਤ ਯੋਜਨਾ ਵਿਖੇ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਕੀਤੀ ਹੈ?

ਹਾਂ  ਨਹੀਂ

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

ਹਾਂ  ਨਹੀਂ

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

---

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

ਹਾਂ  ਨਹੀਂ

ਤੁਹਾਡੀ ਮੈਡੀਕਲ ਹਾਲਤ ਜਾਂ ਡਾਕਟਰ ਦੀ ਤਸ਼ਖੀਸ ਕੀ ਹੈ? (ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਖਾਸ ਜਾਣਜਾਰੀ ਦੱਸੋ) \_\_\_\_\_

ਤੁਸੀਂ ਕਿਹੜੇ ਡਾਕਟਰੀ ਇਲਾਜ / ਸੇਵਾ (ਵਾਂ) ਅਤੇ / ਜਾਂ ਦਵਾਈ (ਆਂ) ਦੀ ਮੰਗ ਕਰ ਰਹੇ ਹੋ? (ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਖਾਸ ਜਾਣਜਾਰੀ ਦੱਸੋ)

---

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

ਹਾਂ  ਨਹੀਂ

ਜੇ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਦਿੱਤੇ ਗਏ ਤਰਕ ਦੀ ਜਾਂਚ ਕਰੋ: (ਇਕ ਤੋਂ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਵੋ)

- ਡਾਕਟਰੀ ਤੋਰ ਤੇ ਲੋੜੀਂਦੀ ਨਹੀਂ  ਪ੍ਰਯੋਗਾਤਮਕ ਜਾਂ ਜਾਂਚ-ਪੜਤਾਲ  ਐਮਰਜੈਂਸੀ / ਜ਼ਰੂਰੀ ਨਹੀਂ  
 ਇਹ ਲਾਭ ਕਵਰ ਨਹੀਂ ਹੈ  ਹੋਰ (ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਹੇਠਾਂ ਦੱਸੋ)
- 

ਆਪਣੇ ਪ੍ਰਾਇਮਰੀ ਕੇਅਰ ਡਾਕਟਰ ਅਤੇ ਹੋਰ ਪ੍ਰਦਾਤਾਵਾਂ ਦੇ ਨਾਮ ਅਤੇ ਫੋਨ ਨੰਬਰ ਦੀ ਸੂਚੀ ਬਣਾਓ ਜਿਹਨਾਂ ਨੇ ਤੁਹਾਡਾ ਨਿਰਖਣ ਕੀਤਾ, ਇਲਾਜ ਕੀਤਾ, ਜਾਂ ਇਸ ਹਾਲਾਤ ਬਾਰੇ ਸਲਾਹ ਦਿੱਤੀ ਹੈ।

---

ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੀ ਸਥਿਤੀ ਲਈ ਕਿਸੇ ਵੀ ਬਾਹਰੀ ਨੈੱਟਵਰਕ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਨੂੰ ਵੇਖਿਆ ਹੈ?

ਹਾਂ  ਨਹੀਂ

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

ਸੰਖੇਪ ਰੂਪ ਵਿੱਚ ਦੱਸੋ ਕਿ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਸਿਹਤ ਯੋਜਨਾ ਨਾਲ ਕੀ ਸਮਸਿਆ ਹੈ। ਉਦਾਹਰਨ ਲਈ, ਸਮਝਾਓ ਜੇਕਰ ਇਹ ਸਮੱਸਿਆ ਇਲਾਜ ਲਈ ਇਨਕਾਰ, ਇੱਕ ਅਦਾ ਨਾ ਕਿਤੇ ਖਿੱਲ, ਨਿਯੁਕਤੀ ਜਾਂ ਦਵਾਈ ਲੈਣ ਵਿੱਚ ਮੁਸ਼ਕਲ, ਜਾਂ ਸਿਹਤ ਬੀਮਾ ਯੋਜਨਾ ਦੁਆਰਾ ਤੁਹਾਡੀ ਕਵਰੇਜ ਰੱਦ ਕਰ ਦੇਣ ਬਾਰੇ ਹੈ।

### ਮੈਡੀਕਲ ਰੀਲੀਜ਼

ਮੈਂ Department of Managed Health Care (ਵਿਭਾਗ) ਨੂੰ ਮੇਰੀ ਸਿਹਤ ਯੋਜਨਾ ਦੀ ਸਮੱਸਿਆ ਬਾਰੇ ਫੈਸਲਾ ਕਰਨ ਲਈ ਬੇਨਤੀ ਕਰਦਾ ਹਾਂ। ਮੈਂ ਵਿਭਾਗ ਨੂੰ ਬੇਨਤੀ ਕਰਦਾ ਹਾਂ ਕਿ ਮੇਰੇ Independent Medical Review (IMR) Application/Complaint Form ਦੀ ਸਮਿਖੀਆ ਇਹ ਪਤਾ ਲਗਾਉਣ ਲਈ ਕੀਤੀ ਜਾਵੇ ਕਿ ਮੇਰੀ ਸ਼ਿਕਾਇਤ IMR ਜਾਂ ਵਿਭਾਗ ਦੀ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਲਈ ਯੋਗਤਾ ਪੂਰੀ ਕਰਦੀ ਹੈ। ਮੈਂ ਆਪਣੇ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਨੂੰ, ਬੀਤੇ ਸਮੇਂ ਅਤੇ ਮੌਜੂਦਾ, ਮੇਰੇ ਮੈਡੀਕਲ

ਰਿਕਾਰਡ ਅਤੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨੂੰ ਇਸ ਮੁੱਦੇ ਦੀ ਸਮੀਖਿਆ ਕਰਨ ਲਈ ਜਾਰੀ ਕਰਨ ਦੀ ਮੇਰੀ ਯੋਜਨਾ ਦੀ ਆਗਿਆ ਦਿੰਦਾ ਹਾਂ। ਇਨ੍ਹਾਂ ਰਿਕਾਰਡਾਂ ਵਿੱਚ ਮੈਡੀਕਲ, ਮਾਨਸਿਕ ਸਿਹਤ, ਪਦਾਰਥਾਂ ਦੀ ਦੁਰਵਰਤੋਂ, ਐੱਚਆਈਵੀ, ਡਾਇਗਨੋਸਟਿਕ ਇਮੇਜਿੰਗ ਰਿਪੋਰਟਾਂ ਅਤੇ ਮੇਰੇ ਕੇਸ ਨਾਲ ਸਬੰਧਿਤ ਹੋਰ ਰਿਕਾਰਡ ਸ਼ਾਮਲ ਹੋ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਇਹਨਾਂ ਰਿਕਾਰਡਾਂ ਵਿੱਚ ਗੈਰ-ਮੈਡੀਕਲ ਰਿਕਾਰਡ ਅਤੇ ਮੇਰੇ ਕੇਸ ਨਾਲ ਸਬੰਧਿਤ ਕੋਈ ਵੀ ਹੋਰ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸ਼ਾਮਲ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਮੈਂ ਵਿਭਾਗ ਨੂੰ ਇਹਨਾਂ ਰਿਕਾਰਡਾਂ ਦੀ ਸਮੀਖਿਆ ਕਰਨ ਅਤੇ ਉਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਆਪਣੀ ਯੋਜਨਾ ਵਿੱਚ ਭੇਜਣ ਲਈ ਬੇਨਤੀ ਕਰਦਾ ਹਾਂ। ਮੇਰੀ ਅਨੁਮਤੀ ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤੀ ਤਾਰੀਖ ਤੋਂ ਇਕ ਸਾਲ ਵਿੱਚ ਸਮਾਪਤ ਹੋ ਜਾਵੇਗੀ, ਸਿਵਾਏ ਜੇਕਰ ਕਨੂੰਨ ਦੁਆਰਾ ਅਨੁਮਤੀ ਦਿੱਤੀ ਜਾਵੇ। ਉਦਾਹਰਨ ਲਈ, ਕਾਨੂੰਨ ਵਿਭਾਗ ਨੂੰ ਅੰਦਰੂਨੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਮੇਰੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਨ ਦੀ ਆਗਿਆ ਦਿੰਦਾ ਹੈ। ਜੇ ਮੈਂ ਚਾਹਾਂ ਤਾਂ ਮੈਂ ਆਪਣੀ ਅਨੁਮਤੀ ਜਲਦੀ ਖਤਮ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹਾਂ। ਮੇਰੇ ਵਲੋਂ ਇਸ ਸ਼ੀਟ ਤੇ ਦਿੱਤੀ ਸਾਰੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸੱਚੀ ਹੈ।

ਮਰੀਜ਼ ਜਾਂ ਮਾਤਾ/ਪਿਤਾ ਦਾ ਨਾਮ (ਪ੍ਰਿੰਟ) \_\_\_\_\_

ਮਰੀਜ਼ ਜਾਂ ਮਾਤਾ/ਪਿਤਾ ਦੇ ਦਸਤਖਤ \_\_\_\_\_ ਮਿਤੀ \_\_\_\_\_

ਮੇਲਿੰਗ ਜਾਂ ਫੈਕਸ ਜਾਣਕਾਰੀ ਲਈ ਕ੍ਰਿਪਾ ਕਰਕੇ ਹਦਾਇਤ ਪੱਤਰ ਵੇਖੋ।

*ਵਿੱਦਿਅਕ ਜਾਣਕਾਰੀ*

ਤੁਹਾਨੂੰ ਹੇਠ ਦਿੱਤੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸਵੈ-ਇੱਛਾ ਨਾਲ ਮੁਹੱਈਆ ਕਰਾਉਣ ਲਈ ਕਿਹਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੇਣ ਨਾਲ ਵਿਭਾਗ ਨੂੰ ਸਮੱਸਿਆਵਾਂ ਦੇ ਕਿਸੇ ਵੀ ਪੈਟਰਨ ਦੀ ਪਛਾਣ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਮਿਲੇਗੀ। ਸਿਹਤ ਅਤੇ ਸੁਰੱਖਿਆ ਕੋਡ ਸੈਕਸ਼ਨ 1374.30 ਖੋਜ ਅਤੇ ਅੰਕੜਾ ਉਦੇਸ਼ਾਂ ਲਈ ਵਿਭਾਗ ਨੂੰ ਅਧਿਕਾਰ ਦਿੰਦਾ ਹੈ। ਇਸ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨੂੰ ਦੇਣਾ ਵਿਕਲਪਿਕ ਹੈ ਅਤੇ IMR ਜਾਂ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਦੇ ਕਿਸੇ ਵੀ ਫੈਸਲੇ 'ਤੇ ਕੋਈ ਅਸਰ ਨਹੀਂ ਕਰੇਗਾ।

ਪ੍ਰਾਥਮਿਕ ਭਾਸ਼ਾ ਬੋਲਣੀ: \_\_\_\_\_

ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੀ ਮੁਢਲੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਾਡੇ ਨਾਲ ਗੱਲ/ਵਿਹਾਰ ਕਰਨਾ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ? ਹਾਂ

ਰੇਸ / ਨਸਲ: \_\_\_\_\_

## ਅਧਿਕਾਰਤ ਸਹਾਇਕ ਫਾਰਮ

- ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਵਿਅਕਤੀ ਨੂੰ ਆਪਣੀ ਸੁਤੰਤਰ ਮੈਡੀਕਲ ਰਿਵਿਊ (IMR) ਜਾਂ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਲਈ ਇਜਾਜ਼ਤ ਦੇਣੀ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਹੇਠਲੇ ਭਾਗ ਏ ਅਤੇ ਬੀ ਪੂਰਾ ਕਰੋ (ਦੋਵੇਂ ਪਾਰਟੀਆਂ ਨੂੰ ਫਾਰਮ ਤੇ ਹਸਤਾਖਰ ਕਰਨੇ ਪੈਣਗੇ)
- ਜੇ ਤੁਸੀਂ 18 ਸਾਲ ਤੋਂ ਘੱਟ ਉਮਰ ਦੇ ਕਿਸੇ ਬੱਚੇ ਲਈ IMR/Complaint Form ਭਰਣ 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 ਜੇ ਇਹ ਪੂਰਾ ਨਹੀਂ ਕਰ ਸਕਦਾ ਕਿਉਂਕਿ ਰੋਗੀ ਅਯੋਗ ਹੈ 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 ਨਥੀ ਕਰੋ ਜਾਂ ਹੋਰ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ਾਂ ਜਿਹਨਾਂ ਤੇ ਪਤਾ ਚਲੇ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਮਰੀਜ਼ ਲਈ ਫੈਸਲਾ ਲੈ ਸਕਦੇ ਹੋ।

### ਭਾਗ A: ਰੋਗੀ ਦੁਆਰਾ ਭਰਿਆ ਜਾਵੇ

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

ਮੈਂ ਵਿਭਾਗ ਅਤੇ IMR ਦੇ ਸਟਾਫ਼ ਨੂੰ ਆਪਣੀ ਮੈਡੀਕਲ ਹਾਲਤ (ਤਾਂ) ਅਤੇ ਦੇਖਭਾਲ ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਹੇਠ ਲਿਖੇ ਵਿਅਕਤੀ ਨਾਲ ਸਾਂਝੀ ਕਰਨ ਦੀ ਇਜਾਜ਼ਤ 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 ਲਿਖਤ ਵਿੱਚ ਕਰਨਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ।

ਮਰੀਜ਼ ਦਾ ਨਾਮ (ਪਿੰਟ) \_\_\_\_\_

ਮਰੀਜ਼ ਦੇ ਹਸਤਾਖਰ \_\_\_\_\_ ਮਿਤੀ \_\_\_\_\_

### ਭਾਗ B: ਮਰੀਜ਼ ਦੇ ਸਹਾਇਕ ਵਿਅਕਤੀ ਦੁਆਰਾ ਭਰਿਆ ਹੋਇਆ

ਸਹਾਇਕ ਵਿਅਕਤੀ ਦਾ ਨਾਮ (ਪਿੰਟ) \_\_\_\_\_

ਸਹਾਇਕ ਵਿਅਕਤੀ ਦੇ ਹਸਤਾਖਰ \_\_\_\_\_

ਪਤਾ \_\_\_\_\_

ਸ਼ਹਿਰ \_\_\_\_\_ ਰਾਜ \_\_\_\_\_ ਜ਼ਿਲ੍ਹਾ \_\_\_\_\_

ਮਰੀਜ਼ ਨਾਲ ਰਿਸ਼ਤਾ \_\_\_\_\_

ਪ੍ਰਾਇਮਰੀ ਫੋਨ # \_\_\_\_\_

ਸੈਕੰਡਰੀ ਫੋਨ # \_\_\_\_\_

ਈਮੇਲ ਪਤਾ \_\_\_\_\_

ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਫੈਸਲਿਆਂ ਜਾਂ ਹੋਰ ਕਾਨੂੰਨੀ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ਾਂ ਲਈ ਮੇਰੀ ਪਾਵਰ ਆਫ ਅਟਾਰਨੀ ਨੱਥੀ 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 ਟੀਡੀਡੀ 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 ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਜਾਂ ਸ਼ਿਕਾਇਤ 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 ਜੋਖਮ ਹੈ, ਦੇ ਅੰਦਰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇੱਕ ਫ਼ੈਸਲਾ 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 ਸ਼ਿਕਾਇਤ 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 ਮਹੀਨੇ ਦੇ ਬਾਅਦ ਵੀ ਦਰਜ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ, ਜੇ ਕੋਈ ਖਾਸ ਹਾਲਾਤ ਸਨ ਜਿਹਨਾਂ ਕਰ ਕੇ ਤੁਸੀਂ ਸਮੇਂ ਸਿਰ ਲਿਖ ਨਹੀਂ ਸਕੇ।

ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਧਿਆਨ ਰੱਖੋ ਕਿ ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਇੱਕ ਅਜਿਹੇ ਮੁੱਦੇ ਲਈ ਡਿਵੀਜ਼ਨ ਕੋਲ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਦਰਜ ਨਾ ਕਰਨ ਦਾ ਫ਼ੈਸਲਾ 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](http://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 ਨੈੱਟਵਰਕ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਤੋਂ ਬਾਹਰ ਮੈਡੀਕਲ ਰਿਕਾਰਡ ਹੈ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਆਪਣੀ IMR Application/Complaint Form ਵਿੱਚ ਸ਼ਾਮਲ ਕਰੋ। ਤੁਹਾਡੀ ਯੋਜਨਾ ਨੈੱਟਵਰਕ ਪ੍ਰਦਾਤਾਵਾਂ ਤੋਂ ਡਾਕਟਰੀ ਰਿਕਾਰਡ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰੇਗੀ।
4. ਤੁਸੀਂ ਤੁਹਾਡੀ ਬੇਨਤੀ ਦੇ ਸਮਰਥਨ ਵਿੱਚ ਹੋਰ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਸ਼ਾਮਲ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਹਾਲਾਂਕਿ, ਇਸ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਨਾਲ ਸਬੰਧਤ ਤੁਹਾਡੀ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੀ ਯੋਜਨਾ ਦੇ ਵਿਚਕਾਰ ਕੋਈ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਜਾਂ ਪੱਤਰ ਮੁਹੱਈਆ ਕਰਨ ਦੀ ਕੋਈ ਲੋੜ ਨਹੀਂ ਹੈ। ਵਿਭਾਗ ਇਸ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨੂੰ ਤਫ਼ਤੀਸ਼ 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 ਮੱਦਦ 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 ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਦੇ ਤੌਰ ਤੇ ਯੋਗ ਹੈ। ਮਾਮਲੇ ਇੱਕ IMR ਲਈ ਯੋਗ ਹੁੰਦੇ ਹਨ ਜੇ ਸਿਹਤ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਸੇਵਾਵਾਂ ਇੱਕ ਡਾਕਟਰੀ ਲੋੜ ਜਾਂ ਪ੍ਰਯੋਗਾਤਮਕ / ਜਾਂਚ-ਪੜਤਾਲ ਦੇ ਅਧਾਰ 'ਤੇ ਦੇਰੀ, ਸੇਧੀਆਂ ਜਾਂ ਅਸਵੀਕਾਰ ਕੀਤੀਆਂ ਗਈਆਂ ਹਨ।

IMR ਲਈ ਯੋਗ ਨਾ ਹੋਣ ਵਾਲੇ ਮਾਮਲੇ ਖਪਤਕਾਰ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਦੁਆਰਾ ਸੰਸਾਧਿਤ ਹੁੰਦੇ ਹਨ।

ਇਹਨਾਂ ਮਾਮਲਿਆਂ ਵਿੱਚ ਮੁੱਦੇ ਜਿਵੇਂ ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਸੇਵਾ ਤੋਂ ਇਨਕਾਰ ਲਾਭ ਵਿਚ ਸਾਮਿਲ ਨਹੀਂ ਹੈ, ਭੁਗਤਾਨ ਦਾਅਵੇ ਤੇ ਵਿਵਾਦ, ਕਵਰੇਜ ਨੂੰ ਰੱਦ ਕਰਨਾ, ਦੇਖਭਾਲ ਦੀ ਗੁਣਵੱਤਾ, ਅਤੇ ਕਟੌਤੀ / ਜੇਬ ਤੋਂ 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 ਫ਼ੈਸਲਾ ਕਰਦਾ ਹੈ ਕਿ ਤੁਹਾਡੀ ਸ਼ਿਕਾਇਤ 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। ਮੱਦਦ ਕੇਂਦਰ ਤੋਂ ਤੁਹਾਡੀ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਨਾਲ ਸੰਬੰਧਤ ਸਾਰੀ ਜਾਣਕਾਰੀ, ਤੁਹਾਡੇ ਮੈਡੀਕਲ ਰਿਕਾਰਡਾਂ ਸਮੇਤ, ਰਿਵਿਊ ਸੰਸਥਾ ਨੂੰ ਭੇਜੀ ਜਾਵੇਗੀ। ਰਿਵਿਊ ਸੰਸਥਾ ਵੱਲੋਂ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ 45 ਦਿਨਾਂ ਦੇ ਅੰਦਰ ਜਾਂ ਜੇ ਤੁਹਾਡਾ ਕੇਸ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹੈ ਤਾਂ ਸੱਤ ਦਿਨਾਂ ਦੇ ਅੰਦਰ ਨਿਰਣਾ ਦਿੱਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਵਿਭਾਗ ਤੁਹਾਨੂੰ ਫ਼ੈਸਲੇ ਨਾਲ ਇੱਕ ਪੱਤਰ ਭੇਜੇਗਾ।

ਜੇ ਵਿਭਾਗ ਫ਼ੈਸਲਾ ਕਰਦਾ ਹੈ ਕਿ ਤੁਹਾਡੀ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਦੀ ਸਮੀਖਿਆ ਕੰਜ਼ਿਊਮਰ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਦੁਆਰਾ ਕੀਤੀ ਜਾਣੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੀ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਦਾ ਫ਼ੈਸਲਾ 30 ਦਿਨਾਂ ਦੇ ਅੰਦਰ ਕੀਤਾ ਜਾਵੇਗਾ। ਵਿਭਾਗ ਤੁਹਾਨੂੰ ਫ਼ੈਸਲੇ 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 ਨੈਕਸ-ਕੀਨ ਐਕਟ ਵਿਭਾਗ ਨੂੰ ਸਿਹਤ ਯੋਜਨਾਵਾਂ ਨੂੰ ਨਿਯੰਤ੍ਰਿਤ ਕਰਨ ਅਤੇ ਸਿਹਤ ਯੋਜਨਾ ਦੇ ਮੈਂਬਰਾਂ ਦੀਆਂ ਸ਼ਿਕਾਇਤਾਂ ਦੀ ਜਾਂਚ ਕਰਨ ਦਾ ਅਧਿਕਾਰ ਦਿੰਦਾ ਹੈ।
- ਡਿਪਾਰਟਮੈਂਟ ਦਾ ਮੱਦਦ ਕੇਂਦਰ ਤੁਹਾਡੀ ਨਿੱਜੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਤੁਹਾਡੀ ਯੋਜਨਾ ਨਾਲ ਤੁਹਾਡੀ ਸਮੱਸਿਆ ਦੀ ਜਾਂਚ ਕਰਨ ਲਈ ਅਤੇ ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਕਿਸੇ ਲਈ ਯੋਗਤਾ ਪੂਰੀ ਕਰਦੇ ਹੋ ਤਾਂ ਇੱਕ IMR ਮੁਹੱਈਆ ਕਰਵਾਉਣ ਲਈ ਵਰਤਦਾ ਹੈ।
- ਤੁਸੀਂ ਵਿਭਾਗ ਨੂੰ ਇਹ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸਵੈ-ਇੱਛਤ 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 ਲੋੜ ਮੁਤਾਬਕ, ਯੋਜਨਾ, ਪ੍ਰਦਾਤਾ, ਅਤੇ ਰਿਵਿਊ ਸੰਗਠਨ ਜੋ IMR ਦੀ ਸਮੀਖਿਆ ਕਰਦੇ ਹਨ ਨਾਲ ਤੁਹਾਡੀ ਨਿੱਜੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸਾਂਝੀ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ।
- ਡਿਪਾਰਟਮੈਂਟ ਤੁਹਾਡੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨੂੰ ਹੋਰ ਸਰਕਾਰੀ ਏਜੰਸੀਆਂ ਨਾਲ ਵੀ ਸਾਂਝੇ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ ਜੋ ਕਾਨੂੰਨ ਦੁਆਰਾ ਲੋੜੀਂਦਾ ਜਾਂ ਮਨਜ਼ੂਰ ਹੋਵੇ।
- ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਨਿੱਜੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਵੇਖਣ ਦਾ ਹੱਕ ਹੈ। ਅਜਿਹਾ ਕਰਨ ਲਈ, ਵਿਭਾਗ ਦੇ ਰਿਕਾਰਡ ਬੇਨਤੀ 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](http://www.HealthHelp.ca.gov)

- ❖ **БЕСПЛАТНО:** Процесс рассмотрения заявления на проведение независимого медицинского рассмотрения (Independent Medical Review, IMR)/жалобы бесплатный.
- ❖ **БЫСТРО:** Как правило, решения по IMR принимаются в течение 45 дней или в течение 7 дней в случае проблемы со здоровьем, требующей срочного вмешательства.
- ❖ **УСПЕШНО:** Примерно 60% пациентов получают затребованные через IMR услуги.
- ❖ **ОКОНЧАТЕЛЬНО:** Планы медицинского страхования должны выполнять 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

Каково 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 разрешения 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 неправоеспособным, 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 истечению 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](http://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, сообщающее 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 отлагательств. 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 (Кнох-Кеене 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, а 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](http://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) \_\_\_\_\_

¿Qué 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

Es experimental o de investigación

No es una emergencia/no es urgente

No es un beneficio cubierto

Otro (explicar a continuación)

Anote 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.

Describa 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 obtenga 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? Sí

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 presenté 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](http://www.HealthHelp.ca.gov). **Esta es la manera más rápida.**

o

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 exija o permita 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](http://www.HealthHelp.ca.gov)

- ❖ ฟรี: กระบวนการ IMR/Complaint ไม่เสียค่าใช้จ่าย
- ❖ รวดเร็ว: โดยปกติ ผลการตัดสิน IMR จะออกภายใน 45 วัน หรือภายใน 7 วันหากปัญหาสุขภาพมีความเร่งด่วน
- ❖ สำเร็จผล: ประมาณ 60 เปอร์เซ็นต์ของผู้ป่วยได้รับบริการที่ร้องขอผ่าน IMR
- ❖ ชี้อายุ: แผนสุขภาพต้องปฏิบัติตามคำตัดสิน IMR และให้บริการโดยทันที

### ข้อมูลผู้ป่วย

ชื่อต้น \_\_\_\_\_ ชื่อกลาง \_\_\_\_\_ นามสกุล \_\_\_\_\_

วันเดือนปีเกิดของผู้ป่วย (ดต/วว/ปปปป) \_\_\_\_\_ เพศ:  ชาย  หญิง  อื่นๆ \_\_\_\_\_

ชื่อพ่อแม่ หรือผู้ปกครอง หากยื่นเรื่องแทนเด็กที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะ \_\_\_\_\_

ที่อยู่ถาวร \_\_\_\_\_

เมือง \_\_\_\_\_ รัฐ \_\_\_\_\_ รหัสไปรษณีย์ \_\_\_\_\_

หมายเลขโทรศัพท์หลัก # \_\_\_\_\_ หมายเลขโทรศัพท์รอง # \_\_\_\_\_

ที่อยู่อีเมล \_\_\_\_\_

ท่านต้องการให้มีการสื่อสาร/โต้ตอบผ่านทางอีเมลนี้หรือไม่?  ใช่  ไม่ใช่

ชื่อแผนสุขภาพ \_\_\_\_\_ หมายเลขสมาชิกของผู้ป่วย # \_\_\_\_\_

ชื่อกลุ่มทางการแพทย์ (หากอยู่ในกลุ่มทางการแพทย์) \_\_\_\_\_

นายจ้าง \_\_\_\_\_

ท่านต้องการให้บุคคลช่วยท่านในการร้องทุกข์หรือไม่?  ใช่  ไม่ใช่

หากใช่ โปรดกรอก 'แบบฟอร์มผู้ช่วยเหลือที่ได้รับอนุญาต' ที่แนบมานี้ให้ครบถ้วน

ท่านมี Medi-Cal หรือไม่?  ใช่  ไม่ใช่

หากใช่ ท่านได้ยื่นคำร้องขอการพิจารณาคดีของรัฐหรือไม่?  ใช่  ไม่ใช่

ท่านมี Medicare หรือ Medicare Advantage หรือไม่?  ใช่  ไม่ใช่

ท่านได้ยื่นคำร้องทุกข์ หรือร้องเรียนกับแผนสุขภาพของท่านหรือไม่?  ใช่  ไม่ใช่

ท่านต้องการการชำระเงินสำหรับบริการดูแลสุขภาพที่ท่านได้รับแล้ว หรือไม่?  ใช่  ไม่ใช่

หากใช่ ระบุวันที่ต่างๆ ที่รับบริการ และชื่อของผู้ให้บริการ:

ท่านต้องการให้แผนสุขภาพของท่านชำระค่าบริการต่างๆ ในอนาคต หรือไม่?  ใช่  ไม่ใช่

## ปัญหาสุขภาพของท่าน

(เขียนในกระดาษแยกต่างหากและแนบเอกสารอื่นๆ หากจำเป็น)

อาการเจ็บป่วยของท่าน หรือผลการวินิจฉัยของแพทย์คืออะไร? (โปรดระบุให้ชัดเจน) \_\_\_\_\_  
การรักษาทางการแพทย์/บริการ และ/หรือยาอะไรบ้างที่ท่านกำลังร้องขอ? (โปรดระบุให้ชัดเจน) \_\_\_\_\_

แผนสุขภาพของท่าน ปฏิเสธ ทำให้ล่าช้า หรือปรับเปลี่ยน การรักษายามาลของท่าน ใช่หรือไม่?  ใช่  ไม่ใช่

หากใช่ โปรดกาเครื่องหมายหน้าเหตุผลที่ให้: (เลือกหนึ่งข้อ)

- ไม่จำเป็นในทางการแพทย์  เป็นการทดลอง หรือวิจัย  ไม่ด่วน/ฉุกเฉิน  
 ไม่อยู่ในสิทธิประโยชน์ที่คุ้มครอง  อื่นๆ (โปรดอธิบายข้างล่าง)

บอกชื่อและหมายเลขโทรศัพท์ของแพทย์ประจำตัวของท่าน และผู้ให้บริการอื่นๆ ที่ได้พบ รักษา  
หรือให้คำแนะนำแก่ท่านสำหรับความเจ็บป่วยนี้

ท่านได้ไปพบผู้ให้บริการที่อยู่นอกเครือข่ายเพื่อรับการรักษาอาการเจ็บป่วยของท่านหรือไม่?  ใช่  ไม่ใช่

หากใช่ โปรดแนบบันทึกทางการแพทย์มาพร้อมกับแบบฟอร์มนี้

อธิบายปัญหาที่ท่านมีกับแผนสุขภาพ ของท่าน ยกตัวอย่างเช่น อธิบายว่า ปัญหาคือการถูกปฏิเสธการรักษา ปัญหาใบเรียกเก็บเงินที่ยังไม่ชำระ  
ปัญหาในการนัดหมาย หรือด้านยา หรือหากความคุ้มครองของท่านถูกยกเลิกโดยแผนสุขภาพ ของท่าน

## การเปิดเผยข้อมูลทางการแพทย์

ข้าพเจ้าร้องขอให้ Department of Managed Health Care (กรมฯ) ทำการพิจารณาตัดสินเกี่ยวกับปัญหาด้านแผนสุขภาพของข้าพเจ้า  
ข้าพเจ้าร้องขอให้กรมฯ ทำการตรวจสอบแบบฟอร์ม Independent Medical Review (IMR) Application/Complaint Form  
ของข้าพเจ้าเพื่อพิจารณาตัดสินว่า คำร้องทุกข์ของข้าพเจ้ามีคุณสมบัติเหมาะสมที่จะได้รับ IMR หรือกระบวนการร้องทุกข์ของกรมฯ หรือไม่  
ข้าพเจ้าอนุญาตผู้ให้บริการของข้าพเจ้า ทั้งในอดีตและปัจจุบัน  
และแผนสุขภาพของข้าพเจ้าเปิดเผยบันทึกและข้อมูลทางการแพทย์ของข้าพเจ้าเพื่อการตรวจสอบในประเด็นนี้ บันทึกเหล่านี้อาจรวมถึง  
รายงานทางการแพทย์ สุขภาพจิต การใช้สารเสพติด เอชไอวี รายงานภาพวินิจฉัย และบันทึกอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรณีของข้าพเจ้า นอกจากนี้  
บันทึกเหล่านี้ยังอาจรวมถึง บันทึกต่างๆ ที่ไม่ใช่ในทางการแพทย์ และข้อมูลต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรณีของข้าพเจ้า ข้าพเจ้าอนุญาตกรมฯ  
ในการตรวจสอบบันทึกเหล่านี้ พร้อมด้วยข้อมูลต่างๆ และส่งให้กับแผนสุขภาพของข้าพเจ้า  
การอนุญาตของข้าพเจ้าจะสิ้นสุดหนึ่งปีนับจากวันที่ข้างล่างนี้ เว้นแต่กฎหมายอนุญาต ยกตัวอย่าง กฎหมายอนุญาตกรมฯ  
ให้ใช้ข้อมูลของข้าพเจ้าเป็นการภายในต่อไปได้ ข้าพเจ้าสามารถยุติการอนุญาตของข้าพเจ้าได้เร็วขึ้น หากข้าพเจ้าต้องการ  
ข้อมูลทั้งหมดที่ข้าพเจ้าให้ไว้ในเอกสารนี้เป็นความจริง

ลายมือชื่อของผู้ป่วย หรือผู้ปกครอง (ตัวพิมพ์ใหญ่)

ลายมือชื่อของผู้ป่วย หรือผู้ปกครอง \_\_\_\_\_ วันที่ \_\_\_\_\_

โปรดดูเอกสารคำแนะนำสำหรับข้อมูลเกี่ยวกับการส่งทางไปรษณีย์ หรือการส่งแฟกซ์

### ข้อมูลทางสถิติ

ท่านได้รับการร้องขอในการให้ข้อมูลต่อไปนี้โดยสมัครใจ การให้ข้อมูลนี้จะช่วยให้กรมฯ สามารถระบุปัญหาต่างๆ ในรูปแบบใด  
ประมวลกฎหมายสุขภาพและความปลอดภัย มาตรา 1374.30 อนุญาตกรมฯ ในการได้มาซึ่งข้อมูลนี้เพื่อจุดประสงค์ด้านการวิจัยและสถิติ  
การให้ข้อมูลนี้ไม่เป็นการบังคับ และจะไม่ส่งผลต่อ IMR หรือการตัดสินเรื่องร้องทุกข์ในทางใดๆ

ภาษาหลักที่พูด: \_\_\_\_\_  
ท่านต้องการให้เราสื่อสาร/โต้ตอบกับท่านเป็นภาษาหลักของท่าน หรือไม่?

ใช่

เชื้อชาติ/ชนเผ่า: \_\_\_\_\_

## แบบฟอร์มผู้ช่วยเหลือที่ได้รับอนุญาต

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

### ส่วน A: กรอกโดยผู้ป่วย

ข้าพเจ้าอนุญาตให้บุคคลที่มีชื่อข้างล่างนี้ในส่วน B ช่วยเหลือข้าพเจ้าในการยื่น IMR หรือคำร้องทุกข์ของข้าพเจ้ากับ Department of Managed Health Care (กรมการจัดการดูแลสุขภาพ) (กรมฯ) ข้าพเจ้าอนุญาตให้กรมฯ และเจ้าหน้าที่ IMR แบ่งปันข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการดูแลสุขภาพทางการแพทย์ของข้าพเจ้ากับบุคคลที่มีชื่อข้างล่างนี้ ข้อมูลนี้อาจรวมถึง ข้อมูลการรักษาสุขภาพจิต การรักษา หรือการทดสอบเอชไอวี การรักษาอาการติดแอลกอฮอล์ หรือยาเสพติด หรือข้อมูลด้านการดูแลสุขภาพอื่นๆ

ข้าพเจ้าเข้าใจว่า เฉพาะข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับ IMR หรือคำร้องทุกข์ของข้าพเจ้าเท่านั้นที่จะถูกแบ่งปัน การอนุญาตความช่วยเหลือนี้ของข้าพเจ้าเป็นความสมัครใจ และข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะยุติการอนุญาต หากข้าพเจ้าต้องการยุติ ข้าพเจ้าต้องกระทำเป็นลายลักษณ์อักษร

ชื่อผู้ป่วย (ตัวพิมพ์ใหญ่) \_\_\_\_\_

ลายมือชื่อของผู้ป่วย \_\_\_\_\_ วันที่ \_\_\_\_\_

### ส่วน B: กรอกโดยบุคคลที่ช่วยเหลือผู้ป่วย

ชื่อของบุคคลที่ช่วยเหลือ (ตัวพิมพ์ใหญ่) \_\_\_\_\_

ลายมือชื่อของบุคคลที่ช่วยเหลือ \_\_\_\_\_

ที่อยู่ \_\_\_\_\_

เมือง \_\_\_\_\_ รัฐ \_\_\_\_\_ รหัสไปรษณีย์ \_\_\_\_\_

ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย \_\_\_\_\_

หมายเลขโทรศัพท์หลัก # \_\_\_\_\_

หมายเลขโทรศัพท์รอง # \_\_\_\_\_

ที่อยู่อีเมล \_\_\_\_\_

แนบหนังสือมอบอำนาจสำหรับการตัดสินใจด้านการดูแลสุขภาพของข้าพเจ้า  
หรือเอกสารทางกฎหมายอื่นๆ

# IMR Application/Complaint Form Instruction Sheet

หากท่านมีคำถาม โปรดโทรติดต่อกรมฯ ที่หมายเลข 1-888-466-2219 หรือ TDD ที่หมายเลข 1-877-688-9891 การโทรนี้ไม่เสียค่าใช้จ่าย

## ก่อนท่านจะยื่นเรื่อง:

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

หากแผนสุขภาพของท่านปฏิเสธการรักษาของท่านเนื่องจากการวิจัย/ทดลอง ท่านไม่จำเป็นต้องดำเนินการในส่วนขอกระบวนการร้องทุกข์ หรือร้องเรียนของแผนสุขภาพของท่านก่อนที่ท่านจะยื่นคำขอ IMR

ท่านต้องสมัครขอ IMR ภายในหกเดือนหลังจากแผนสุขภาพของท่านส่งหนังสือคำตอบต่อการอุทธรณ์ของท่าน ท่านยังคงสามารถยื่นใบสมัครขอ IMR ได้หลังจากหกเดือน หากมีสถานการณ์พิเศษที่ทำให้ท่านไม่สามารถยื่นได้ตรงตามเวลา โปรดทราบว่า หากท่านตัดสินใจที่จะไม่ยื่นคำร้องทุกข์กับกรมฯ สำหรับประเด็นหนึ่งใดที่จะทำให้มีคุณสมบัติได้รับ IMR, ท่านอาจต้องสละสิทธิ์ของท่านในการฟ้องร้องทางกฎหมายกับแผนของท่านในเรื่องการบริการ หรือการรักษาพยาบาลที่ท่านกำลังร้องขอ

## วิธีการยื่นเรื่อง:

1. ยื่นทางออนไลน์ที่ [www.HealthHelp.ca.gov](http://www.HealthHelp.ca.gov). [เป็นช่องทางที่เร็วที่สุด]  
หรือ

กรอกข้อมูลพร้อมลงชื่อในแบบฟอร์มสมัครขอ IMR/แบบฟอร์มคำร้องทุกข์

2. หากท่านต้องการบุคคลมาช่วยท่านในเรื่อง IMR หรือการร้องทุกข์ของท่าน โปรดกรอกแบบฟอร์ม 'แบบฟอร์มผู้ช่วยเหลือที่ได้รับการอนุญาต'  
ทั้งท่านและผู้ช่วยเหลือที่ได้รับการอนุญาตของท่านต้องลงชื่อในแบบฟอร์ม

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

4. ท่านอาจแนบเอกสารอื่นๆ ที่สนับสนุนคำร้องของท่าน อย่างไรก็ตาม ไม่จำเป็นต้องให้เอกสารหรือจดหมายใดๆ ระหว่างท่านและแผนสุขภาพของท่านที่เกี่ยวข้องกับเรื่องร้องทุกข์นี้ กรมฯ จะขอรับข้อมูลนี้โดยตรงจากแผนสุขภาพของท่านในฐานะเป็นส่วนหนึ่งของการสืบสวน

5. หากท่านไม่ได้ยื่นเรื่องทางออนไลน์ โปรดส่งทางไปรษณีย์ หรือทางแฟกซ์สำหรับแบบฟอร์ม และเอกสารสนับสนุนใดๆ ของท่าน โดยส่งไปที่:

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

## สิ่งที่จะเกิดขึ้นต่อไป?

Department จะพิจารณาว่า กรณีของท่านมีคุณสมบัติที่จะได้รับ IMR หรือการร้องทุกข์ หรือไม่ กรณีต่างๆ จะมีคุณสมบัติได้รับ IMR หากบริการสุขภาพล่าช้า ถูกปรับเปลี่ยน หรือถูกปฏิเสธ บนพื้นฐานด้านความจำเป็นทางการแพทย์ หรือในฐานะเป็นการทดลอง/การวิจัย

กรณีต่างๆ ที่ไม่มีคุณสมบัติสำหรับ IMR จะได้รับการดำเนินการผ่านขั้นตอนการร้องทุกข์สำหรับผู้บริโภค กรณีต่างๆ เหล่านี้รวมถึงประเด็นต่างๆ เช่น

## IMR Application/Complaint Form Instruction Sheet

การปฏิเสธบริการดูแลสุขภาพเนื่องจากไม่อยู่ในสิทธิประโยชน์ที่คุ้มครอง ข้อขัดแย้งด้านการชำระค่าสินทดแทน การยกเลิกความคุ้มครอง คุณภาพการดูแล และค่าใช้จ่ายสำหรับค่ารับผิดชอบส่วนแรก/ค่าใช้จ่ายที่ต้องชำระเอง กรมฯ จะส่งจดหมายถึงท่านภายในเจ็ดวันเพื่อแจ้งท่านว่า ท่านมีคุณสมบัติที่จะได้รับ IMR หรือไม่ หากกรมฯ ตัดสินว่า คำร้องทุกข้อของท่านอยู่ในข่ายที่จะได้รับ IMR

กรณีของท่านก็จะถูกมอบหมายไปยังผู้รับจ้างของรัฐซึ่งจะเป็นผู้ดำเนินการตรวจสอบ

ผู้รับจ้างของรัฐยังมีชื่อเรียกอีกว่า องค์กรตรวจสอบทางการแพทย์ที่เป็นอิสระ

ข้อมูลทั้งหมดที่ศูนย์ช่วยเหลือมีที่เกี่ยวกับคำร้องทุกข้อของท่าน รวมถึง บันทึกทางการแพทย์ของท่าน

จะได้รับการส่งไปที่องค์กรตรวจสอบดังกล่าว โดยปกติแล้ว องค์กรตรวจสอบจะทำการตัดสินใจภายใน 45 วัน

หรือภายในเจ็ดวันหากกรณีของท่านเร่งด่วน กรมฯ จะส่งจดหมายแจ้งคำตัดสินแก่ท่าน

หากกรมฯ ตัดสินว่า คำร้องทุกข้อของท่านควรได้รับการตรวจสอบผ่านกระบวนการร้องทุกข้อสำหรับผู้บริโภค

จะมีการออกคำตัดสินเกี่ยวกับประเด็นของท่านภายใน 30 วัน ทั้งนี้ กรมฯ จะส่งจดหมายแจ้งคำตัดสินแก่ท่าน

กฎหมายว่าด้วยแนวทางปฏิบัติด้านข้อมูล ปี 1977 (ประมวลกฎหมายพลเมืองรัฐแคลิฟอร์เนีย มาตรา 1798.17)

กำหนดการบอกกล่าวต่อไปนี้

- กฎหมาย Knox-Keene Act ของรัฐแคลิฟอร์เนียให้อำนาจกรมฯ ในการกำกับดูแลแผนสุขภาพ และสืบสวนคำร้องทุกข้อของสมาชิกแผนสุขภาพ
- ศูนย์ช่วยเหลือของกรมฯ ใช้ข้อมูลส่วนบุคคลของท่านในการสืบสวนปัญหาของท่านกับแผนสุขภาพของท่าน และจัดหา IMR ให้หากท่านมีคุณสมบัติที่จะได้รับ
- ท่านให้ข้อมูลนี้แก่กรมฯ โดยสมัครใจ ท่านไม่จำเป็นต้องให้ข้อมูลนี้ อย่างไรก็ตาม หากท่านไม่ให้ ทางกรมฯ อาจไม่สามารถสืบสวนเรื่องร้องทุกข้อของท่าน หรือจัดหา IMR ให้แก่ท่านได้
- กรมฯ อาจแบ่งปันข้อมูลส่วนบุคคลของท่าน เท่าที่จำเป็น กับแผนสุขภาพ ผู้ให้บริการ และองค์กรตรวจสอบซึ่งเป็นผู้ดำเนินการ IMR
- กรมฯ ยังอาจแบ่งปันข้อมูลของท่านกับหน่วยงานของรัฐบาลอื่นๆ ตามที่กฎหมายกำหนด หรืออนุญาต
- ท่านมีสิทธิที่จะดูข้อมูลส่วนบุคคลของท่าน หากต้องการดูข้อมูล โปรดติดต่อผู้ประสานงานด้านคำร้องขอบันทึกของกรมฯ, 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](http://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 (bb/aa/tttt) \_\_\_\_\_ Kasarian:  Lalaki  Babae  
 Iba pa

Pangalan ng Magulang o Guardian kung nagreklamo para sa Menor 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/pakikipag-ugnayan?  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 Awtorisadong Tagatulong.'

Mayroon ka bang Medi-Cal?  Oo  Hindi

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

Mayroon ka bang Medicare o Medicare Advantage?  Oo  Hindi

Nakapagsampa ka na ba ng reklamo o karaingan 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, ilista ang (mga) petsa ng serbisyo, at ang pangalan ng nag bigay ng serbisyo:

**ANG IYONG PROBLEMA SA KALUSUGAN**

(Gumamit ng hiwalay 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 Emerhensiya/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.

Maikling 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 pasya tungkol sa aking problema sa aking plan. Hinihiling ko sa Kagawaran na suriin ang aking Aplikasyon sa Malayang Pagsusuring Medikal (Independent Medical Review, IMR)/Form sa Reklamo upang matukoy kung ang aking reklamo ay kuwalipikado 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 suriin ang isyung ito. Ang mga record na ito ay maaaring kalakip ng mga medikal, kalusugan sa kaisipan, pang-aabuso 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 suriin 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-fax.

*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 IMR 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 nitong 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 nitong 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 ibabahagi.

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 nakalakip.

# 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 banta 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. Maaari 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](http://www.HealthHelp.ca.gov). [Ito ang pinakamabilis na paraan].

○

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 kuwalipikado 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 sinusubukan/sinisiyasat 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 pagtangi 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](http://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 tín 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 tuyển 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 phàn 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 t  
rong 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

Không phải là một Quyền Lợi Được Đãi Thọ

Mang tính thử nghiệm hoặc Nghiên cứu

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 Phiền 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 báo 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 THỐNG 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?

Chủng tộc/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 phàn nàn 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 phàn nàn 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](http://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/chi 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.