

**From:** [Chechi\\_Munir@DMHC](mailto:Chechi_Munir@DMHC)  
**To:** ["Candee\\_Bolyog@glic.com"](mailto:Candee_Bolyog@glic.com); ["scaastro@acngroup.com"](mailto:scaastro@acngroup.com); ["AndersonMV@aetna.com"](mailto:AndersonMV@aetna.com); ["lyle.honig@aidhealth.org"](mailto:lyle.honig@aidhealth.org); ["MLevin@alamedaalliance.org"](mailto:MLevin@alamedaalliance.org); ["RobertW@ashn.com"](mailto:RobertW@ashn.com); ["dlagarzamd@gmail.com"](mailto:dlagarzamd@gmail.com); ["jilby@polsinelli.com"](mailto:jilby@polsinelli.com); ["matthew@avantehealth.com"](mailto:matthew@avantehealth.com); ["terry.german@wellpoint.com"](mailto:terry.german@wellpoint.com); ["sjcasey@caldental.net"](mailto:sjcasey@caldental.net); ["lohil@cahealthwellness.com"](mailto:lohil@cahealthwellness.com); ["kathleen.lynaugh@blueshieldca.com"](mailto:kathleen.lynaugh@blueshieldca.com); ["atran@care1st.com"](mailto:atran@care1st.com); ["Tam.Rossini@caremore.com"](mailto:Tam.Rossini@caremore.com); ["awarre@chgsd.com"](mailto:awarre@chgsd.com); ["cdobry@CCHPHMO.COM"](mailto:cdobry@CCHPHMO.COM); ["lorna.villacarlos-mora@cigna.com"](mailto:lorna.villacarlos-mora@cigna.com); ["william.jameson@cigna.com"](mailto:william.jameson@cigna.com); ["lward@wardlegalinc.com"](mailto:lward@wardlegalinc.com); ["awarre@chgsd.com"](mailto:awarre@chgsd.com); ["cecile.currier@concern-eap.com"](mailto:cecile.currier@concern-eap.com); ["stan.andrakowicz@smilebrands.com"](mailto:stan.andrakowicz@smilebrands.com); ["ptanquary@hsd.co.contra-costa.ca.us"](mailto:ptanquary@hsd.co.contra-costa.ca.us); ["TBrigham@dhs.lacounty.gov"](mailto:TBrigham@dhs.lacounty.gov); ["Dee.Pupa@ventura.org"](mailto:Dee.Pupa@ventura.org); ["LKDannels@healthcarepartners.com"](mailto:LKDannels@healthcarepartners.com); ["smithc@interdent.com"](mailto:smithc@interdent.com); ["mhankinson@delta.org"](mailto:mhankinson@delta.org); ["kirk\\_e\\_andrews@uhc.com"](mailto:kirk_e_andrews@uhc.com); ["mfenton@dentalhealthservices.com"](mailto:mfenton@dentalhealthservices.com); ["bweir@empathia.com"](mailto:bweir@empathia.com); ["JSwartz@EPICLP.com"](mailto:JSwartz@EPICLP.com); ["lisenhar@luxotticaretail.com"](mailto:lisenhar@luxotticaretail.com); ["jkemper@firstdentalhealth.com"](mailto:jkemper@firstdentalhealth.com); ["robert.patton@firstsightvision.net"](mailto:robert.patton@firstsightvision.net); ["mwright@maciasconsulting.com"](mailto:mwright@maciasconsulting.com); ["mbcorrado@calvivahealth.org"](mailto:mbcorrado@calvivahealth.org); ["mmyers@gemcarehealthplan.com"](mailto:mmyers@gemcarehealthplan.com); ["peggy.wagner@rfl.com"](mailto:peggy.wagner@rfl.com); ["douglas.a.schur@healthnet.com"](mailto:douglas.a.schur@healthnet.com); ["ashin@hpsj.com"](mailto:ashin@hpsj.com); ["jkurian@hdmg.net"](mailto:jkurian@hdmg.net); ["marcuss@holmangroup.com"](mailto:marcuss@holmangroup.com); ["jgluzman@magellanhealth.com"](mailto:jgluzman@magellanhealth.com); ["mayer-r@lehp.org"](mailto:mayer-r@lehp.org); ["jgillingham@ndbltd.com"](mailto:jgillingham@ndbltd.com); ["deborah.espinal@kp.org"](mailto:deborah.espinal@kp.org); ["Carl.Breining@khs-net.com"](mailto:Carl.Breining@khs-net.com); ["deborah.espinal@kp.org"](mailto:deborah.espinal@kp.org); ["sgoby@lacare.org"](mailto:sgoby@lacare.org); ["qvlieth@lhp-ca.com"](mailto:qvlieth@lhp-ca.com); ["drn@libertydentalplan.com"](mailto:drn@libertydentalplan.com); ["Ahaydel@lacare.org"](mailto:Ahaydel@lacare.org); ["jgluzman@magellanhealth.com"](mailto:jgluzman@magellanhealth.com); ["Larry.X.Tallman@healthnet.com"](mailto:Larry.X.Tallman@healthnet.com); ["gmarch@marchvisioncare.com"](mailto:gmarch@marchvisioncare.com); ["JA91913@gmail.com"](mailto:JA91913@gmail.com); ["rcole@mesvision.com"](mailto:rcole@mesvision.com); ["Richard.Chambers@molinahealthcare.com"](mailto:Richard.Chambers@molinahealthcare.com); ["kgoldstein@mhealth.com"](mailto:kgoldstein@mhealth.com); ["jbomgren@caloptima.org"](mailto:jbomgren@caloptima.org); ["shilpa@hioscar.com"](mailto:shilpa@hioscar.com); ["EGibboney@partnershiphp.org"](mailto:EGibboney@partnershiphp.org); ["Brian.Douglas@pihhealth.org"](mailto:Brian.Douglas@pihhealth.org); ["lhutchins@nammc.com"](mailto:lhutchins@nammc.com); ["cmcelroy@metlife.com"](mailto:cmcelroy@metlife.com); ["nmaruyama@sfhp.org"](mailto:nmaruyama@sfhp.org); ["nmaruyama@sfhp.org"](mailto:nmaruyama@sfhp.org); ["ashin@hpsj.com"](mailto:ashin@hpsj.com); ["ian.johansson@hpsm.org"](mailto:ian.johansson@hpsm.org); ["ian.johansson@hpsm.org"](mailto:ian.johansson@hpsm.org); ["rhudson@cencalhealth.org"](mailto:rhudson@cencalhealth.org); ["ctomcala@scfhp.com"](mailto:ctomcala@scfhp.com); ["georgette.cook@vhp.sccgov.org"](mailto:georgette.cook@vhp.sccgov.org); ["ctomcala@scfhp.com"](mailto:ctomcala@scfhp.com); ["dcarlson@ccah-alliance.org"](mailto:dcarlson@ccah-alliance.org); ["abrag@satellitehealth.com"](mailto:abrag@satellitehealth.com); ["Pantovic.Linda@scrippshealth.org"](mailto:Pantovic.Linda@scrippshealth.org); ["DThompson2@memorialcare.org"](mailto:DThompson2@memorialcare.org); ["melissa.cook@sharp.com"](mailto:melissa.cook@sharp.com); ["christina.suggett@simnsa.com"](mailto:christina.suggett@simnsa.com); ["LachanG@sutterhealth.org"](mailto:LachanG@sutterhealth.org); ["JRSTJohn@swbf.net"](mailto:JRSTJohn@swbf.net); ["eileen.innecken@optum.com"](mailto:eileen.innecken@optum.com); ["Fred.Cook@assurant.com"](mailto:Fred.Cook@assurant.com); ["laurie.laspina@ucci.com"](mailto:laurie.laspina@ucci.com); ["Elizabeth.Hays@uhc.com"](mailto:Elizabeth.Hays@uhc.com); ["melissa\\_k\\_stout-penn@UHC.com"](mailto:melissa_k_stout-penn@UHC.com); ["erin.karnes@valueoptions.com"](mailto:erin.karnes@valueoptions.com); ["Jameskeu@yahoo.com"](mailto:Jameskeu@yahoo.com); ["stu@visionplanofamerica.com"](mailto:stu@visionplanofamerica.com); ["stuart@vsp.com"](mailto:stuart@vsp.com); ["nick.shashati@sterlingvisioncare.com"](mailto:nick.shashati@sterlingvisioncare.com); ["mantoine@nossaman.com"](mailto:mantoine@nossaman.com); ["scorbin@westerndental.com"](mailto:scorbin@westerndental.com); ["r.downing@westernhealth.com"](mailto:r.downing@westernhealth.com)  
**Cc:** ["wsoe@calhealthplans.org"](mailto:wsoe@calhealthplans.org); [Watanabe\\_Mary@DMHC](mailto:Watanabe_Mary@DMHC); [George\\_Andrew@DMHC](mailto:George_Andrew@DMHC); [Ventura\\_Carol@DMHC](mailto:Ventura_Carol@DMHC); [Ravel\\_Gabriel@DMHC](mailto:Ravel_Gabriel@DMHC); [Wong\\_Nancy@DMHC](mailto:Wong_Nancy@DMHC)  
**Subject:** New Independent Medical Review Application/Compliant Form Translations  
**Date:** Friday, February 05, 2016 3:59:00 PM  
**Attachments:** [All Plan Letter - New IMR Application-Complaint Form Translations.doc](#)  
[20-224 IMR Application Complaint Form Arabic HP.docx](#)  
[20-224 IMR Application Complaint Form Farsi HP.docx](#)  
[20-224 IMR Application Complaint Form Hmong HP.doc](#)  
[20-224 IMR Application Complaint Form Khmer HP.doc](#)  
[20-224 IMR Application Complaint Form Korean HP.doc](#)  
[20-224 IMR Application Complaint Form Lao HP.doc](#)  
[20-224 IMR Application Complaint Form Russian HP.doc](#)  
[20-224 IMR Application Complaint Form Spanish HP.doc](#)  
[20-224 IMR Application Complaint Form Tagalog HP.doc](#)  
[20-224 IMR Application Complaint Form Traditional Chinese HP.doc](#)  
[20-224 IMR Application Complaint Form Vietnamese HP.doc](#)  
[20-224 IMR Application Complaint Form W Armenian HP.doc](#)

---

Hi,

Please see attached, the All Plan Letter regarding the New Independent Medical Review Application/Compliant Form Translations.

Thank you,

Munir Chechi

**ALL PLAN LETTER**

**DATE:** February 5, 2016

**TO:** Full Service and Specialized Health Plans

**FROM:** Nancy P. Wong  
Deputy Director, Office of Plan Licensing

**SUBJECT: New Independent Medical Review Application/Complaint Form  
Translations**

---

On December 10, 2015, plans were notified that the Department of Managed Health Care (DMHC) approved the new Independent Medical Review Application/Complaint form for use beginning no later than February 10, 2016. Attached please find the approved translations of the form. Due to the date of release, the DMHC has extended the compliance date to March 5, 2016. After that date, Plans that do not use the IMR form released on December 10, 2015 and the attached translations will be cited for non-compliance with the applicable laws. (1374.30(m); 1374.30(i) and 1300.74.30(d)). Thank you.

## طلب مراجعة طبية مستقلة/ نموذج الشكوى

### معلومات هامة

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 30 يوم، أو 7 أيام في الحالات الطبية العاجلة.
- ❖ بنجاح: يحصل ما يقرب من 60% 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  انثى

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

عنوان الشارع \_\_\_\_\_

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

رقم الهاتف النهاري \_\_\_\_\_ رقم الهاتف المسائي \_\_\_\_\_

عنوان البريد الإلكتروني \_\_\_\_\_

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

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

صاحب عمل \_\_\_\_\_ لا تعمل

هل تريد من يساعدك في شكواك؟  نعم  لا

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

هل لديك عضوية في Medi-Cal؟  نعم  لا

• إذا كانت الإجابة بنعم، هل قمت بتعبئة نموذج طلب انعقاد جلسة استماع حكومية عادلة؟  نعم  لا

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

## طلب مراجعة طبية مستقلة/ نموذج الشكوى

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

هل تسعى للحصول ثمن خدمة قد تلقيتها بالفعل؟  نعم  لا

• إذا كانت الإجابة بنعم، اذكر قائمة بتواريخ الخدمة/الخدمات واسم مقدم الخدمة:

هل تسعى للحصول على ترخيص لتلقي خدمات مستقبلية؟  نعم  لا

هل تحتاج إلى مساعدة في نشاطاتك اليومية أو تعتقد أن لديك إعاقة؟  نعم  لا

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

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)

هل تنص خطة التأمين الصحي التي تتبعها على أن العلاج الذي تحتاجه (اختر إجابة واحدة):

- ليس ضروري طبيًا
- ليس طارئًا/عاجلاً
- تجريبي أو استكشافي
- 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.

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

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

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

### تفويض طبي

أطلب من قسم إدارة الرعاية الصحية اتخاذ قرار حول خطة التأمين الصحي الخاصة بي. وأطلب من القسم الاطلاع على نموذج المراجعة الطبية المستقلة/نموذج الشكوى لتحديد إذا ما كانت شكواي مؤهلة للحصول على مراجعة طبية مستقلة أو عملية شكوى العميل لدى قسم إدارة الرعاية الصحية. وأسمح لمقدمي الخدمة، السابقين والحاليين، وخطة التأمين الصحي الخاصة بي الكشف عن تقاريري وبياناتي الطبية لعرض قضيتي.



## طلب مراجعة طبية مستقلة/ نموذج الشكوى

وقد تشتمل 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 لقسم إدارة الرعاية الصحية استعراض 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 لقسم إدارة الرعاية الصحية الاستمرار في استخدام بياناتي داخليًا. ويمكنني أن أنهى مدة صلاحية الإذن في وقت أقرب إذا كنت أرغب في ذلك. وأقر بأن جميع المعلومات المقدمة في هذا المستند حقيقية.

توقيع المريض أو والديه \_\_\_\_\_ التاريخ \_\_\_\_\_

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

### للمعلومات الإحصائية فقط

يرجى منك توفير المعلومات التالية بشكل تطوعي؛ سيساعد تقديمك لهذه المعلومات قسم إدارة الرعاية الصحية في تحديد أنماط المشكلات. ويخول ميثاق الصحة والسلامة المادة 1374.30 قسم إدارة الرعاية الصحية الحصول 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: \_\_\_\_\_  اختار عدم الإفصاح

الأصل/ الانتماء العرقي: \_\_\_\_\_  اختار عدم الإفصاح

## نموذج طلب مساعد مفوض

إذا كنت تريد إعطاء الأذن لشخص آخر لمساعدتك في تقديم طلب المراجعة الطبية المستقلة أو الشكوى، قم باستكمال الفقرات أ و ب فيما يلي.

إذا كنت أحد الوالدين أو الأوصياء الشرعيين وتقوم بتعبئة نموذج طلب المراجعة الطبية المستقلة أو الشكوى نيابةً عن طفل تحت 18 سنة، لا 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.

### فقرة أ: المريض

أسمح للشخص المذكور اسمه في الفقرة ب أدناه مساعدتي في تعبئة نموذج طلب المراجعة الطبية المستقلة أو الشكوى المقدمة إلى قسم إدارة الرعاية الصحية. وأسمح لفريق العمل في قسم إدارة الرعاية الصحية وطلب المراجعة الطبية المستقلة مشاركة 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.

اتفهم 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 اردت إلغائها، سألتزم بفعل ذلك كتابةً.

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

### فقرة ب: الشخص المساعد للمريض

اسم الشخص المساعد \_\_\_\_\_

توقيع الشخص المساعد \_\_\_\_\_

العنوان \_\_\_\_\_

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

القرابة مع المريض \_\_\_\_\_

رقم الهاتف النهاري \_\_\_\_\_

رقم الهاتف المسائي \_\_\_\_\_

عنوان البريد الإلكتروني \_\_\_\_\_

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

## ورقة الإرشادات الخاصة بنموذج المراجعة الطبية المستقلة/الشكوى

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

يجب عليك التقديم لطلب المراجعة الطبية المستقلة خلال 6 شهور من إرسال مقدم خدمة التأمين الصحي رد مكتوب على الدعوى المقدمة منك. وقد يقبل قسم إدارة الرعاية الصحية طلبك بعد انقضاء الـ 6 شهور إذا تقرر أن الظروف حالت دون تقديمها في الوقت المناسب. ويرجى العلم أنه في حال قررت عدم تقديم شكوى لقسم إدارة الرعاية الصحية 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 الظروف المقدم مع النموذج.
2. إذا كنت ترغب بالاستعانة بشخص آخر ليساعدك في تقديم طلب المراجعة الطبية المستقلة/الشكوى، قم بملء "نموذج طلب مساعد مفوض"
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 مراسلات تمت بينك وبين خطة التأمين الصحي تخص هذه الشكوى. سيحصل قسم إدارة الرعاية الصحية 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 مرفقاً بأي مستندات تدعم طلبك إلى:

DMHC Help Center  
980 9th Street Suite 500  
Sacramento CA 95814-2725  
فاكس: 916-255-5241

### ما الذي يتم بعد ذلك؟

سيرسل لك مركز المساعدة خطابًا خلال 7 أيام ليخبرك إذا كنت مؤهلاً للمراجعة الطبية المستقلة. وفي حالة الإقرار بأن شكواك مؤهلة للمراجعة الطبية المستقلة، سيتم إسناد قضيتك إلى متعهد حكومي لإجراء المراجعة. ويُعرف هذا المتعهد الحكومي أيضًا بمؤسسة المراجعة الطبية المستقلة. وسيتم إرسال جميع البيانات ذات الصلة بشكواك والتي في حوزة مركز المساعدة بما في ذلك التقارير الطبية إلى مؤسسة المراجعة الطبية المستقلة. وتتخذ مؤسسة المراجعة الطبية المستقلة قرارها خلال 30 يومًا أو 7 أيام إذا كانت حالتك عاجلة. وسيتم إبلاغك كتابيًا بالقرار الصادر. وإذا تقرر أنه ينبغي مراجعة شكواك من خلال مكتب شكوى المستهلك، سيتم اتخاذ قرار بخصوص قضيتك خلال 30 يومًا. وسيتم إبلاغك كتابيًا بالقرار الصادر.

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

- يعطي قانون ولاية كاليفورنيا نوكس-كين لقسم إدارة الرعاية الصحية السلطة لتنظيم خطط التأمين الصحي والتحقيق في الشكاوى المقدمة من أعضاء خطط التأمين الصحي.
- يستخدم قسم إدارة الرعاية الصحية بياناتك الشخصية للتحقيق في مشكلتك مع خطة التأمين الصحي وتوفير مراجعة طبية مستقلة إذا كنت مؤهلاً لذلك.

- تقدم المعلومات لقسم إدارة الرعاية الصحية بشكل تطوعي، ولا يتوجب عليك توفيرها. ولكن في حال عدم تقديمها، قد لا يتمكن قسم إدارة الرعاية الصحية من التحقيق في شكاوك أو تقديم مراجعة طبية مستقلة.
- قد يتشارك قسم إدارة الرعاية الصحية ببياناتك، عند الحاجة، مع خطة التأمين الصحي ومقدمي الخدمة الذين يقومون بإجراء المراجعة الطبية المستقلة.
- وقد يتشارك قسم إدارة الرعاية الصحية أيضاً ببياناتك مع وكالات حكومية أخرى إذا تطلب الأمر وفي الحد الذي يسمح به القانون.
- لديك الحق في الاطلاع على بياناتك الشخصية. وللقيام بذلك، يمكنك التواصل مع منسق طلبات السجلات في قسم إدارة الرعاية الصحية ومكتب الخدمات القانونية التابع لقسم إدارة الرعاية الصحية، 980 شارع 9، جناح رقم 500، ساكرامنتو، كاليفورنيا 95814-2725 أو الاتصال على الرقم 916-322-6727

## فرم درخواست برای بازنگری پزشکی مستقل (IMR)/شکایت

### اطلاعات مهم

- می‌توانید فرم درخواست IMR/شکایت خود را به صورت اینترنتی از طریق نشانی [www.HealthHelp.ca.gov](http://www.HealthHelp.ca.gov) تسلیم کنید.
- ❖ رایگان: روند IMR/رسیدگی به شکایت مشتری رایگان است.
- ❖ سریع: رأی مربوط به IMR معمولاً ظرف 30 روز اعلام می‌شود؛ اگر بیماری اورژانسی باشد، رأی مذکور ظرف 7 روز اعلام خواهد شد.
- ❖ موفقیت‌آمیز: قریب به 60% از بیماران خدمت درخواست شده از طریق IMR را دریافت می‌کنند.
- ❖ نهایی: طرح‌های بهداشتی باید از رأی صادره در خصوص IMR پیروی کنند و فوراً خدماتی که با آنها موافقت شده را ارائه دهند.

### اطلاعات بیمار

نام \_\_\_\_\_ حرف اول نام وسط \_\_\_\_\_ نام خانوادگی \_\_\_\_\_

تاریخ تولد بیمار (ماه/روز/سال) \_\_\_\_\_ جنسیت:  زن  مرد

نام والد یا سرپرست، اگر شکایت برای یک کودک صغیر تسلیم می‌گردد \_\_\_\_\_

نشانی خیابان \_\_\_\_\_

شهر \_\_\_\_\_ ایالت \_\_\_\_\_ کد پستی \_\_\_\_\_

شماره تلفن برای تماس در طول روز \_\_\_\_\_ شماره تلفن برای تماس در طول شب \_\_\_\_\_

نشانی ایمیل \_\_\_\_\_

نام طرح بهداشتی \_\_\_\_\_ شماره عضویت بیمار \_\_\_\_\_

نام گروه پزشکی (چنانچه در یک گروه پزشکی ثبت‌نام شده‌اید) \_\_\_\_\_

کارفرما  غیر شاغل

بله  خیر آیا می‌خواهید کسی در خصوص شکایت به شما کمک کند؟

اگر بله، «فرم نماینده و دستیار مجاز» را تکمیل کنید.

آیا Medi-Cal دارید؟  بله  خیر

اگر بله، آیا درخواست برای رسیدگی عادلانه ایالتی را تسلیم کرده‌اید؟

آیا Medicare یا Medicare Advantage دارید؟  بله  خیر

آیا شکایت یا شکوائیه‌ای را به طرح بهداشتی خود تسلیم کرده‌اید؟  بله  خیر

آیا در صدد دریافت هزینه خدماتی هستید که قبلاً دریافت کرده‌اید؟  بله  خیر

اگر بله، تاریخ(های) خدمات و نام ارائه دهنده را بنویسید:



## فرم درخواست برای بازنگری پزشکی مستقل (IMR)/شکایت

صدد اخذ اجازه برای خدمات آتی هستید؟  بله  خیر  
آیا برای فعالیت‌های روزانه به کمک نیاز دارید یا خودتان را دچار معلولیت تلقی می‌کنید؟  بله  خیر

**بیماری شما** (در صورت لزوم، از یک برگه جداگانه استفاده و سایر اسناد مربوطه را ضمیمه کنید).

بیماری شما یا تشخیص پزشکتان چیست؟ (لطفاً مختصر، مفید و دقیق توضیح دهید)  
متقاضی چه درمان(ها)/خدمت(ها) و/یا دارو(هایی) هستید؟ (لطفاً مختصر، مفید و دقیق توضیح دهید)

آیا طرح شما گفته که درمان مورد تقاضای شما (یک مورد را علامت بزنید):

از نظر پزشکی ضروری نیست  جنبه آزمایشی یا تحقیقاتی دارد  
 اورژانسی/اضطراری نیست  سایر موارد (لطفاً در ذیل توضیح دهید)

نام و شماره تلفن پزشک مسئول مراقبت‌های اولیه خود و نیز سایر ارائه دهندگانی که برای درمان این بیماری به آنها مراجعه کرده یا از آنها مشاوره گرفته‌اید را ذکر کنید.

آیا به دلیل بیماری خود به هیچ یک از ارائه دهندگان خارج از شبکه مراجعه کرده‌اید؟  بله  خیر  
اگر بله، لطفاً سوابق پزشکی مربوطه را ضمیمه این فرم کنید.

مشکلی که با طرح بهداشتی خود دارید را مختصر و مفید شرح دهید. به عنوان مثال، توضیح دهید که آیا مشکل شما یک درمان مضایقه شده، ادعای پرداخت نشده، مشکل در گرفتن وقت ملاقات یا دریافت دارو، و یا لغو پوشش توسط طرح بهداشتی شما است.

### افشای اطلاعات بهداشتی

اینجانب از «اداره مراقبت‌های بهداشتی مدیریت شده» (DMHC) تقاضا دارم که به مشکلی که با طرح بهداشتی خود دارم رسیدگی و رأی مقتضی را صادر کند. من از «اداره مراقبت‌های بهداشتی مدیریت شده» (DMHC) تقاضا دارم که فرم درخواست بازنگری پزشکی مستقل (IMR)/شکایت من را بررسی و تعیین کند که آیا شکایت من واجد شرایط IMR یا روند رسیدگی به شکایات مشتری DMHC است. اینجانب به ارائه دهندگان مراقبت‌های بهداشتی، اعم از فعلی و گذشته، و نیز طرح بهداشتی خود اجازه می‌دهم که سوابق و اطلاعات پزشکی من را تا جایی که به حل این مشکل مربوط می‌شود افشاء کنند. این سوابق می‌تواند شامل مواردی از قبیل سوابق پزشکی، بهداشت روانی، اعتیاد به مواد مخدر، HIV، گزارش‌های عکسبرداری تشخیصی، و سایر سوابق مربوطه به پرونده من باشد. همچنین، این سوابق می‌تواند شامل سوابق غیر پزشکی و سایر اطلاعات مربوط به پرونده من باشد. من به DMHC اجازه می‌دهم که این سوابق و اطلاعات را بررسی کند و آنها را برای طرح من بفرستد. اجازه من ظرف یک سال از تاریخ ذیل منقضی خواهد شد، به جز مواردی که قانون مجاز دانسته باشد. به عنوان مثال، قانون به DMHC اجازه می‌دهد از اطلاعات من به صورت درون‌سازمانی استفاده کند. اگر مایل باشم، می‌توانم زودتر به اجازه خود خاتمه دهم. کلیه اطلاعاتی که در این برگه ارائه داده‌ام کاملاً صحیح و مبتنی بر واقعیت است.

امضای بیمار یا والد/سرپرست بیمار \_\_\_\_\_ تاریخ \_\_\_\_\_

برای کسب اطلاعات درباره نشانی پستی یا شماره فاکس، به دستورالعمل مراجعه کنید.



## فرم درخواست برای بازنگری پزشکی مستقل (IMR)/شکایت

فقط برای اطلاعات آماری

از شما تقاضا می‌شود که داوطلبانه اطلاعات زیر را ارائه دهید. ارائه این اطلاعات به DMHC کمک خواهد کرد هر گونه الگوی مشکل را شناسایی کند. قسمت 1374.30 «قانون سلامت و ایمنی» (Health and Safety Code) به DMHC اجازه می‌دهد این اطلاعات را برای اهداف پژوهشی و آماری کسب کند. ارائه این اطلاعات اختیاری است و به هیچ وجه بر رأی مربوط به IMR یا شکایت تأثیر نخواهد گذاشت.

زبان اولیه: \_\_\_\_\_  
 ترجیح می‌دهم ذکر نکنم

پیشینه نژادی/قومیت: \_\_\_\_\_  
 ترجیح می‌دهم ذکر نکنم

## فرم نماینده یا دستیار مجاز

- اگر مایل هستید به شخص دیگری اجازه دهید که در خصوص بازنگری پزشکی مستقل (IMR) یا شکایت به شما کمک کند، قسمت‌های الف و ب زیر را تکمیل کنید.
- اگر والد یا سرپرست قانونی هستید که این IMR یا شکایت را برای فرزند زیر 18 سال خود تسلیم می‌کنید، لازم نیست این فرم را تکمیل نمایید.
- اگر این IMR/شکایت را برای بیماری تکمیل می‌کنید که خودش به دلیل نداشتن صلاحیت قانونی یا توانایی لازم قادر به تکمیل آن نیست، و شما از اختیار قانونی لازم برای اقدام به نمایندگی از وی برخوردار هستید، لطفاً فقط قسمت ب را تکمیل کنید. همچنین، یک نسخه از وکالت‌نامه مربوط به تصمیمات مراقبت‌های پزشکی و یا سایر اسنادی که حاکی از اجازه شما برای اقدام به نمایندگی از بیمار باشد را ضمیمه نمایید.

### قسمت الف: بیمار

اینجانب به شخصی که نامش در قسمت ب ذیل ذکر شده اجازه می‌دهم که در تسلیم IMR یا شکایت به اداره مراقبت‌های بهداشتی مدیریت شده (DMHC) به من کمک کند. من به کارکنان DMHC و IMR اجازه می‌دهم که اطلاعات مربوط به بیماری(های) اینجانب را در اختیار شخصی که نامش در ذیل ذکر شده است قرار دهند. این اطلاعات می‌تواند شامل اطلاعات بهداشت روانی، درمان یا آزمایش HIV، درمان اعتیاد به الکل یا مواد مخدر، یا سایر اطلاعات مراقبت‌های بهداشتی باشد. اینجانب آگاهی کامل دارم که کارکنان مذکور اجازه دارند فقط اطلاعات مربوط به IMR یا شکایت من را در اختیار شخص مذکور قرار دهند. اجازه من برای این کمک کاملاً اختیاری است و این حق را دارم که آن را لغو کنم. اگر بخواهم آن را لغو کنم، باید کتیباً درخواست دهم.

امضای بیمار \_\_\_\_\_

تاریخ \_\_\_\_\_

### قسمت ب: شخصی که به بیمار کمک می‌کند

نام شخصی که کمک می‌کند (با حروف بزرگ و خوانا بنویسید) \_\_\_\_\_

امضای شخصی که کمک می‌کند \_\_\_\_\_

نشانی \_\_\_\_\_

شهر \_\_\_\_\_

ایالت \_\_\_\_\_ کد پستی \_\_\_\_\_

نسبت با بیمار \_\_\_\_\_

شماره تلفن برای تماس در طول روز \_\_\_\_\_

شماره تلفن برای تماس در طول شب \_\_\_\_\_

نشانی ایمیل \_\_\_\_\_

وکالت‌نامه اینجانب برای تصمیمات مربوط به مراقبت‌های بهداشتی یا سایر اسناد قانونی پیوست شده است.

## دستور العمل فرم درخواست IMR/شکایت

اگر پرسشی دارید، از طریق شماره 1-888-466-2219 یا TDD به شماره 1-877-688-9891 با «مرکز کمک و راهنمایی» تماس بگیرید. این تماس رایگان است.

باید ظرف شش ماه از تاریخی که طرح بهداشتی یک پاسخ کتبی را برای درخواست تجدید نظر شما می‌فرستد، برای **IMR** درخواست دهید. ممکن است **DMHC** بعد از شش ماه هم درخواست شما را قبول کند، البته به شرطی که ثابت شود که به دلیل شرایط خاص و عذری موجه نتوانسته‌اید درخواست خود را به موقع تسلیم کنید. لطفاً توجه داشته باشید که اگر تصمیم بگیرید شکایتی را در خصوص مشکلی که واجد شرایط **IMR** است به **DMHC** تسلیم نکنید، ممکن است از حقوق خود برای اقدام قانونی علیه طرح خود به دلیل مضایقه خدمات یا درمان مورد تقاضا چشمپوشی کنید.

### نحوه تسلیم:

1. به صورت اینترنتی و از طریق نشانی [www.HealthHelp.ca.gov](http://www.HealthHelp.ca.gov) تسلیم کنید. این سریع‌ترین شیوه است.  
یا
2. فرم درخواست **IMR/شکایت** پیوست شده را تکمیل و امضاء کنید. از پاکت ارائه شده به همراه فرم استفاده کنید.
3. اگر می‌خواهید کسی درباره **IMR** یا شکایت‌تان به شما کمک کند، «فرم نماینده و دستیار مجاز» را تکمیل کنید.
3. اگر سوابق پزشکی صادره توسط **ارائه دهندگان خارج از شبکه** را در اختیار دارید، لطفاً آنها را ضمیمه فرم درخواست **IMR/شکایت** خود کنید. طرح شما سوابق پزشکی صادره توسط ارائه دهندگان عضو شبکه را ارائه خواهد کرد.
4. می‌توانید سایر اسناد پشتیبان را ضمیمه درخواست خود کنید. به هر حال، نیاز نیست هیچ یک از اسناد یا مکاتباتی را که در رابطه با این شکایت بین شما و طرح بهداشتی‌تان رد و بدل شده ضمیمه کنید. **DMHC** این اطلاعات را به عنوان بخشی از تحقیقات مستقیماً از طرح بهداشتی شما دریافت خواهد کرد.
5. اگر درخواست یا شکایت خود را به صورت اینترنتی تسلیم نمی‌کنید، لطفاً فرم درخواست یا شکایت خود و اسناد پشتیبان آن را به نشانی زیر پست یا فکس کنید:

DMHC Help Center  
980 9<sup>th</sup> Street, Suite 500  
Sacramento, CA 95814-2725  
فکس: 916-255-5241

### بعد چه اتفاقی می‌افتد؟

مرکز کمک و راهنمایی ظرف هفت روز نامه‌ای را برای شما خواهد فرستاد که نشان می‌دهد آیا واجد شرایط **IMR** هستید یا خیر. اگر مشخص گردد که شکایت شما واجد شرایط **IMR** است، پرونده شما در اختیار یک سازمان ایالتی قرار خواهد گرفت تا بازنگری را انجام دهد. این سازمان ایالتی به «سازمان بازنگری پزشکی مستقل» (**IMRO**) معروف است. کلیه اطلاعاتی که در خصوص شکایت شما در اختیار مرکز کمک و راهنمایی قرار دارد به **IMRO** فرستاده خواهد شد. **IMRO** معمولاً ظرف **30** روز اقدام به صدور رأی می‌کند؛ اگر پرونده شما اضطراری باشد، ظرف هفت روز اقدام به صدور رأی خواهد کرد. رأی این سازمان کتباً به اطلاع شما خواهد رسید.

اگر مشخص گردد که باید از طریق روند شکایت مشتری به شکایت شما رسیدگی شود، ظرف **30** روز رأی در خصوص مشکل شما صادر خواهد شد. رأی این سازمان کتباً به اطلاع شما خواهد رسید.

## دستور العمل فرم درخواست IMR/شکایت

قانون رویه‌های اطلاعاتی (Information Practices Act) مصوب سال 1997 (قسمت 1798.17 قانون مدنی کالیفرنیا) ایجاب می‌کند که رأی این گونه اعلام شود.

- قانون Knox-Keene به DMHC این اختیار را می‌دهد که بر طرح‌های بهداشتی نظارت و درباره شکایات اعضای طرح‌های بهداشتی تحقیق کند.
- مرکز کمک و راهنمایی DMHC از اطلاعات شخصی شما به منظور تحقیق درباره مشکلی که با طرح بهداشتی خود دارید استفاده می‌کند و نیز ارائه یک IMR، اگر واجد شرایط آن باشید.
- شما این اطلاعات را داوطلبانه در اختیار DMHC قرار می‌دهید. شما مجبور به ارائه این اطلاعات نیستید. به هر حال، اگر این اطلاعات را ارائه ندهید، ممکن است DMHC نتواند درباره شکایت شما تحقیق کند یا یک IMR را ارائه دهد.
- ممکن است DMHC اطلاعات شخصی شما را، حسب نیاز، در اختیار طرح بهداشتی و ارائه دهندگان مسئول اجرای IMR قرار دهد.
- همچنین، ممکن است DMHC اطلاعات شما را، حسب اجازه یا الزام قانون، در اختیار سایر سازمان‌های دولتی قرار دهد.
- شما این حق را دارید که اطلاعات شخصی خود را مشاهده کنید. برای این منظور، با «مسئول هماهنگی درخواست سوابق DMHC» به نشانی DMHC Records Request Coordinator, DMHC, Office of Legal Services, 980 9th Street Suite 500, Sacramento CA 95814-2725 مکاتبه کنید یا با شماره 916-322-6727 تماس بگیرید.

# DAIM NTAWV 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 li 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 30 hnuv, lossis yog hais tias qhov kev mob nkeeg maj ceev ces tsis dhau li 7 hnuv.
- ❖ **QHOV UA TIAV LAWM:** Ze txog li 60% 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 \_\_\_\_\_ Tsiab Ntawv Cim Lub Npe Nrab \_\_\_\_\_ Lub Xeem \_\_\_\_\_

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

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 \_\_\_\_\_

Xov Tooj Hu Thaum Nruab Hnuv # \_\_\_\_\_ Xov Tooj Hu Thaum Tsaus Ntuj # \_\_\_\_\_

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

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

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

Lub Npe Pawg Neeg Kho Mob (yog hais tias tau rau npe nkag hauv ib pawg neeg kho mob) \_\_\_\_\_

Tus Tswv Haujlwm \_\_\_\_\_ Tsis Ua Haujlwm

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

Koj puas muaj Medi-Cal?  Muaj  Tsis Muaj  
Yog hais tias muaj, es koj puas tau sau ib Daim Ntawv Thov txog Ib Rooj Lus Kho Ob Tog Raws Kev Ncaj Ncees Qib Xeev dhau los?  Sau Lawm  Tsis Tau Sau

Koj puas muaj Medicare 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



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

Puas yog koj tab tom thov 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:

Puas yog koj tab tom thov kev tso cai ntsig txog cov kev pab cuam nyob yav tom ntej?

Yog  Tsis Yog

Koj puas xav tau kev pab nyob rau cov dej num txhua hnuv lossis muab koj ntsia tias muaj ib qho kev xiam oob qhab?

Xav Tau  Tsis Xav Tau

## KOJ LI TEEB MEEM MOB NKEEG

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

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 puas tau hais tias kev kho mob uas koj xav tau ntawd yog (ntaus cim rau ib qho):

Tsis Yog Kev Kho Mob Uas Tseem Ceeb

Kev Sim lossis Kev Soj Xyuas

Tsis Yog ib qho Mob Ceev/Maj

Lwm Yam (thov caw piav qhia rau hauv qab no)

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. Piv txwv li, piav qhia seb qhov teeb meem yog ib qho kev kho mob uas tsis lees paub, ib qho kev txheeb them uas tsis them rau, 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 lossis tsis yog.

## 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 (DMHC) los txiav txim ntsig txog kuv qhov teeb meem nrog kuv li phiajxwm. Kuv thov kom DMHC los xyuas dua txog kuv Daim Ntawv Tso Npe Thov Kom Rov Xyuas Kev Kho Mob Uas Ncaj Nrab (IMR)/Daim Foos Tsis Txaus Siab txhawm rau txiav txim seb kuv tej lus tsis txaus siab uas zoo tsim nyog rau lossis tsis tsim nyog rau IMR lossis DMHC tej txheej txheem ua haujlwm fab Lus Tsis Txaus Siab Ntawm Neeg Siv Kev Pab Cuam. Kuv tso cai rau kuv cov neeg muab kev saib xyuas kho mob thiab kuv li phiajxwm kho mob yav dhau los thiab



# Daim Ntawv Tso Npe Thov Kom Rov Xyuas Kev Kho Mob Uas Ncaj Ncees/Daim Foos Tsis Txaus Siab

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 DMHC 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 DMHC siv kuv tej xov xwm kiag hauv DMHC 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 Qauv Tes Kos Npe Ntawm Tus Neeg Mob lossis Leej Niam Leej Txi \_\_\_\_\_

Hnuv Tim \_\_\_\_\_

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

## *HAIS TXOG XOV XWM TEEV SUAV (STATISTICAL) NKAUS XWB*

Koj raug hais kom muab tej xov xwm nram qab no yam txaus siab hlo. Kev muab tej xov xwm no yuav pab rau DMHC 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 DMHC 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.

Hom Lus Tham Uas Tseem Ceeb: \_\_\_\_\_

Xaiv tsis txhob muab

Tej Qub Txeeg Qub Teg Ntawm Haiv Neeg/Haiv Neeg Me: \_\_\_\_\_

Xaiv tsis txhob muab

# 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 Parts A thiab B hauv qab no.
- 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.

## PART A: TUS NEEG MOB

Kuv tso cai rau tus neeg uas muaj npe nyob hauv Part 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 (DMHC). Kuv tso cai rau cov neeg ua haujlwm ntawm DMHC 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 thiab 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.

Qauv Tes Kos Npe Ntawm Tus Neeg Mob \_\_\_\_\_ Hnuv Tim \_\_\_\_\_

## PART B: 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 Hu Thaum Nruab Hnuv # \_\_\_\_\_

Tus Xov Tooj Hu Thaum Tsaus Ntuj # \_\_\_\_\_

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 Ntawv Lus Qhia Txog Kev Tso Npe Thov Ntawm IMR/Daim Foos Tsis Txaus Siab

Yog hais tias koj muaj lus nug, ces hu xov tooj rau Tsoom Ua Haujlwm Muab Kev Pab ntawm 1-888-466-2219 lossis TDD ntawm 1-877-688-9891. Qhov kev hu xov tooj no yog hu dawb.

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. Tej zaum DMHC yuav lees txais koj li kev tso npe thov tom qab rau lub hli yog hais tias nws raug txiav txim tias muaj tej zwj ceeb thaiv kev xav ncav sij hawm. Thov caw lees paub tias yog hais tias koj txiav txim siab tsis sau daim ntawv tsis txaus siab hauv DMHC 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 Txaus Siab Ntawm IMR. Siv lub hnab 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”.
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 Txaus 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 sib teb lus ntawm koj thiab koj li phiajxwm ntsig txog qhov lus tsis txaus siab no. DMHC 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:  
DMHC Help Center  
980 9th Street, Suite 500  
Sacramento, CA 95814-2725  
FAX: 916-255-5241

## Tom Qab Ntawd Yuav Muaj Dab Tsi Tshwm Sim?

Tsoom Ua Haujlwm Muab Kev Pab (Help Center) yuav xa ib tsab ntawv tuaj rau koj tsis dhau li xya hnub qhia rau koj tias koj muaj qhov zoo phim rau IMR lossis tsis zoo. Yog hais tias nws raug 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 (IMRO). Tag nrho txhua yam xov xwm hauv Tsoom Ua Haujlwm Muab Kev Pab (Help Center) li kev ua tswv 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 IMRO. Ib txwm IMRO yuav nqis tes txiav txim tsis dhau li 30 hnub lossis xya hnub yog hais tias koj li case maj ceev. Koj yuav raug ceeb toom hauv tsab ntawv txog kev txiav txim.

Yog hais tias nws raug 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 hnub. Koj yuav raug ceeb toom hauv tsab ntawv txog kev txiav txim.

# Daim Ntawv Lus Qhia Txog Kev Tso Npe Thov Ntawm IMR/Daim Foos Tsis Txaus Siab

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 DMHC 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.
- DMHC 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 DMHC 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 DMHC yuav tsis muaj peev xwm los soj xyuas koj tej ntawv tsis txaus siab lossis muab ib qho IMR rau.
- Tej zaum DMHC yuav nthuav qhia koj tej xov xwm ntiag tug raws li qhov tsim nyog rau lub phiajxwm thiab cov neeg muab kev saib xyuas mob tus uas ua txoj haujlwm IMR.
- Tej zaum DMHC 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 Tus Neeg Cev Lus Kev Thov Fab Ntaub Ntawv Teev Tseg Ntawm DMHC, DMHC, 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.

## ពាក្យស្នើសុំការពិនិត្យវេជ្ជសាស្ត្រឯករាជ្យ (IMR)/សំណុំបែបបទបណ្តឹង

### ព័ត៌មានសំខាន់

អ្នកអាចដាក់ស្នើសុំពាក្យសុំ/បែបបទបណ្តឹង IMR អនឡាញ បាននៅទី : [www.HealthHelp.ca.gov](http://www.HealthHelp.ca.gov)

- ❖ មិនបាច់បង់ប្រាក់ : ដំណើរការ IMR/បណ្តឹងរបស់អតិថិជន គឺមិនបាច់បង់ប្រាក់ឡើយ ។
- ❖ រហ័ស : ចំពោះ IMRs ជាធម្មតា ត្រូវបានដោះស្រាយរួចរាល់ក្នុងរវាង 30 ថ្ងៃ ឬក្នុងរវាង 7 ថ្ងៃ ប្រសិនបើបញ្ហាសុខភាពជាអ្វីមួយបន្ទាន់ ។
- ❖ ជោគជ័យ : មានអតិថិជនចំនួន 60% ទទួលបានសេវាកម្មតាមការស្នើសុំ តាមរយៈ IMR ។
- ❖ ចុងក្រោយ : ផែនការថែទាំសុខភាព ត្រូវតែធ្វើតាមការសម្រេចរបស់ IMR ហើយត្រូវផ្តល់សេវាកម្មដល់អតិថិជនជាបន្ទាន់ ។

### ព័ត៌មានអ្នកជំងឺ

នាមខ្លួន \_\_\_\_\_ នាមកណ្តាល \_\_\_\_\_ នាមត្រកូល \_\_\_\_\_

ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើតអ្នកជំងឺ (ខខ/ខខ/ឆឆឆឆ) \_\_\_\_\_ ភេទ : ប្រុស  ស្រី

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

អាសយដ្ឋានផ្លូវថ្នល់ \_\_\_\_\_

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

លេខទូរស័ព្ទពេលថ្ងៃ \_\_\_\_\_ លេខទូរស័ព្ទពេលល្ងាច \_\_\_\_\_

អាសយដ្ឋានអ៊ីម៉ែល \_\_\_\_\_

ឈ្មោះផែនការថែទាំសុខភាព \_\_\_\_\_ លេខសមាជិកភាពរបស់អ្នកជំងឺ \_\_\_\_\_

ឈ្មោះក្រុមវេជ្ជសាស្ត្រ (បើបានចុះឈ្មោះនៅក្នុងវេជ្ជសាស្ត្រជាប្រក្រតី) \_\_\_\_\_

និយោជក \_\_\_\_\_ មិនបានធ្វើការ

តើអ្នកចង់ឱ្យមានអ្នកជួយចំពោះការដាក់បណ្តឹងរបស់អ្នកដែរឬទេ?  បាទ/ចាស  ទេ

បើត្រូវការអ្នកជួយ សូមបំពេញ "សំណុំបែបបទប្រគល់សិទ្ធិដល់ជំនួយការ" ដែលមានភ្ជាប់មកជាមួយ ។

តើអ្នកមានការធានាសុខភាពពីកម្មវិធី Medi-Cal ដែរឬទេ?  បាទ/ចាស  ទេ

បើមាន តើអ្នកមានបានដាក់ពាក្យស្នើសុំឱ្យមានសវនាការយុត្តិធម៌ដែរឬទេ?  បាទ/ចាស  ទេ

តើអ្នកមានការធានាសុខភាពពីកម្មវិធី Medicare ឬ Medicare Advantage ដែរឬទេ?  បាទ/ចាស  ទេ

ទេតើអ្នកមានបានដាក់ពាក្យប្តឹង ឬដាក់បណ្តឹងសារទុកជាមួយនឹងផែនការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នកដែរឬទេ?  បាទ/ចាស  ទេ

តើអ្នកកំពុងតែស្វែងរកការចេញការចំណាយលើថ្លៃសេវាកម្មដែលអ្នកបានទទួលរួចហើយដែរឬទេ?  បាទ/ចាស  ទេ

បើកំពុងតែស្វែងរក សូមសរសេរចូលនូវកាលបរិច្ឆេទទាំងឡាយដែលអ្នកបានទទួលសេវាកម្ម ព្រមទាំងឈ្មោះរបស់អ្នកផ្តល់សេវាកម្មផងដែរ :

# ពាក្យស្នើសុំការពិនិត្យវេជ្ជសាស្ត្រឯករាជ្យ (IMR)/សំណុំបែបបទបណ្តឹង

តើអ្នកកំពុងតែស្វែងរកការប្រគល់សិទ្ធិសម្រាប់ទទួលសេវាកម្មនាពេលអនាគតមែនទេ?  បាទ/ចាស  ទេ

តើអ្នកត្រូវការជំនួយចំពោះសកម្មភាពប្រចាំថ្ងៃរបស់ខ្លួន ឬអ្នកគិតថាខ្លួនមានពិការភាពមែនដែរឬទេ?  បាទ/ចាស  ទេ

**បញ្ហាសុខភាពរបស់អ្នក** (សូមប្រើក្រដាសផ្សេងទៀតសរសេរ ហើយភ្ជាប់ឯកសារផ្សេងទៀតមកជាមួយ បើចាំបាច់) ។

តើអ្នកកើតអី ឬតើគ្រូពេទ្យថាអ្នកកើតជម្ងឺអ្វី? (សូមនិយាយឱ្យជាក់លាក់) \_\_\_\_\_

តើអ្នកកំពុងតែស្នើសុំការព្យាបាល /សេវាកម្មវេជ្ជសាស្ត្រ និង/ឬ ការប្រើថ្នាំប្រភេទណាដែរ? (សូមនិយាយឱ្យជាក់លាក់)

តើផែនការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក មានបាននិយាយទេថា ការព្យាបាលដែលអ្នកត្រូវការគឺ (សូមគូសយកតែមួយ) ៖

- មិនមានការចាំបាច់ខាងវេជ្ជសាស្ត្រ  ការពិសោធន៍ ឬការអង្កេត
- មិនមែនជាការសង្គ្រោះបន្ទាន់/តម្រូវការប្រញាប់  ផ្សេងៗ (សូមពន្យល់ខាងក្រោម)

សូមសរសេរឈ្មោះ និងលេខទូរស័ព្ទរបស់គ្រូពេទ្យចម្បងរបស់អ្នក និងអ្នកផ្តល់សេវាកម្មផ្សេងទៀត ដែលអ្នកបានទៅជួប ដែលបានព្យាបាលអ្នក ឬដែលបានផ្តល់ដំបូន្មានដល់អ្នក ចំពោះស្ថានភាពជម្ងឺនេះ ។

តើអ្នកមានបានទៅជួបអ្នកផ្តល់សេវាកម្មថែទាំសុខភាពដែលនៅក្រៅបណ្តាញដែរឬទេ ចំពោះស្ថានភាពជម្ងឺនេះ?  បាទ/ចាស  ទេ

បើបានទៅជួប សូមសរសេរចូលនូវកំណត់ត្រាព័ត៌មានវេជ្ជសាស្ត្រនៅក្នុងសំណុំបែបបទនេះផងដែរ ។

សូមរៀបរាប់ដោយសង្ខេបអំពីបញ្ហារបស់អ្នកជាមួយនឹងផែនការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក ។ ឧទាហរណ៍ សូមពន្យល់ ថាតើ

បញ្ហានោះគឺវាបណ្តាលមកពីការបដិសេធមិនឱ្យអ្នកព្យាបាល បញ្ហាចំពោះការមិនបង់ចំណាយដែលអ្នកស្នើសុំ បញ្ហាក្នុងការពិបាកណាត់ជួបពេទ្យ ឬបញ្ហាការផ្តល់ថ្នាំព្យាបាល

ឬក៏ជាបញ្ហាដែលការគាំទ្ររបស់សុខភាពរបស់អ្នក ត្រូវផែនការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នកលើកលែងចោល ។

## ការបញ្ជាក់ព័ត៌មានវេជ្ជសាស្ត្រ

ខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំ សូមស្នើសុំនាយកដ្ឋានការថែទាំសុខភាពដែលមានការចាត់ចែង (Department of Managed Health Care (DMHC)) ឱ្យជួយដោះស្រាយ

អំពីបញ្ហារបស់ខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំ ជាមួយនឹងផែនការថែទាំសុខភាពរបស់ខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំ ។ ខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំ សូមស្នើ សុំឱ្យ DMHC

ធ្វើការពិនិត្យឡើងវិញនូវពាក្យស្នើសុំពិនិត្យវេជ្ជសាស្ត្រឯករាជ្យ (IMR)/សំណុំបែបបទបណ្តឹង របស់ខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំ ដើម្បីកំណត់ថាតើបណ្តឹងរបស់ខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំ



# ពាក្យស្នើសុំការពិនិត្យវេជ្ជសាស្ត្រឯករាជ្យ (IMR)/សំណុំបែបបទបណ្តឹង

មានលក្ខណៈសម្បត្តិចំពោះ IMR ឬសម្រាប់ដំណើរការបណ្តឹងអ្នកប្រើប្រាស់របស់ DMHC ដែរឬទេ ។ ខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំ អនុញ្ញាតឱ្យអ្នកផ្តល់សេវាកម្មថែទាំសុខភាព អតីតកាល និងបច្ចុប្បន្ន និងផែនការថែទាំសុខភាព របស់ខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំ អាចបញ្ចេញកំណត់ត្រាព័ត៌មានសុខភាព និងព័ត៌មានរបស់ខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំ ដើម្បីធ្វើការពិនិត្យឡើងវិញនូវបញ្ហា នេះ ។ កំណត់ត្រាព័ត៌មាននេះអាចរួមបញ្ចូលនូវព័ត៌មានវេជ្ជសាស្ត្រ សុខភាពផ្លូវចិត្ត ការញៀនថ្នាំ មេរោគអេដស៍ របាយការណ៍អាគវិនិច្ឆ័យដោយប្រើរូបភាពវេជ្ជសាស្ត្រ ព្រមទាំងកំណត់ត្រាព័ត៌មានដទៃទៀតដែលពាក់ព័ន្ធនឹងករណីរបស់ខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំ ។ កំណត់ត្រាព័ត៌មានទាំងនេះ អាចរួមបញ្ចូលនូវព័ត៌មានមិនមែនវេជ្ជសាស្ត្រ និងព័ត៌មានផ្សេងទៀតដែលពាក់ព័ន្ធនឹងករណីរបស់ខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំ ។ ខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំ សូមអនុញ្ញាតឱ្យ DMHC ធ្វើការពិនិត្យឡើងវិញនូវកំណត់ត្រា និងព័ត៌មានទាំងនេះ ហើយផ្ញើទៅកាន់ផែនការថែទាំសុខភាពរបស់ខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំ ។ ការអនុញ្ញាតរបស់ខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំ ផ្តល់ជូន នឹងត្រូវបញ្ចប់ក្នុងរយៈពេលយូរ ដោយគិតចាប់ពីកាលបរិច្ឆេទខាងក្រោម លើកលែងតែករណីមានការអនុញ្ញាតដោយច្បាប់ ។ ឧទាហរណ៍ ច្បាប់អនុញ្ញាតឱ្យ DMHC អាចបន្តការប្រើប្រាស់ព័ត៌មានរបស់ខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំ ជាលក្ខណៈផ្ទៃក្នុង ។ ខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំ អាចបញ្ចប់ការអនុញ្ញាតលើនាមនេះ បើខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំ មានបំណងចង់ធ្វើដូច្នោះ ។ ព័ត៌មានទាំងអស់ដែលខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំ បានផ្តល់ជូនក្នុងបែបបទនេះ គឺជាការពិតទាំងអស់ ។

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

សូមអានទំព័រពាក្យណែនាំសម្រាប់ព័ត៌មានការផ្ញើសំបុត្រ ឬព័ត៌មានការផ្ញើទូរសារ ។

### សម្រាប់តែព័ត៌មានផ្នែកស្ថិតិ

យើងខ្ញុំសូមស្នើសុំអ្នកឱ្យជួយផ្តល់ព័ត៌មានខាងក្រោមដោយស្ម័គ្រចិត្ត ។ ការផ្តល់ព័ត៌មាននេះ នឹងអាចជួយឱ្យ DMHC អាចកំណត់រកឃើញនូវទ្រង់ទ្រាយណាមួយនៃបញ្ហា ។ ក្រុមសុខភាព និងសុវត្ថិភាព រក្ខត្រឹម 1374.30 បានប្រគល់សិទ្ធិឱ្យ DMHC អាចយកព័ត៌មាននេះ សម្រាប់គោលបំណងការសិក្សាស្រាវជ្រាវ និងសម្រាប់គោលបំណងស្ថិតិ ។ ការផ្តល់ព័ត៌មាននេះ គឺជាជម្រើស ហើយវាមិនមានផលប៉ះពាល់ចំពោះ IMR ឬដំណោះស្រាយចំពោះបណ្តឹងឡើយ ។

ភាសានិយាយចម្បង ៖ \_\_\_\_\_  សម្រេចមិនផ្តល់ព័ត៌មាន  
សាសន៍/ជាតិពន្ធពីជនតា ៖ \_\_\_\_\_  សម្រេចមិនផ្តល់ព័ត៌មាន

# សំណុំបែបបទផ្តល់សិទ្ធិជំនួយការ

- បើអ្នកចង់ផ្តល់ការអនុញ្ញាតឱ្យអ្នកដទៃជួយអ្នកចំពោះការពិនិត្យឡើងវិញនូវវេជ្ជសាស្ត្រឯករាជ្យ (Independent Medical Review (IMR)) ឬបណ្តឹង របស់អ្នក សូមបំពេញព័ត៌មានក្នុងផ្នែក ក និងផ្នែក ខ ខាងក្រោម ។
- បើអ្នកគឺជាឪពុកម្តាយ ឬជាអាណាព្យាបាលស្របច្បាប់ដែលជាអ្នកដាក់ពាក្យស្នើ IMR ឬដាក់ពាក្យបណ្តឹងនេះ សម្រាប់កុមារដែលមានអាយុតិចជាង 18ឆ្នាំ អ្នកមិនចាំបាច់បំពេញសំណុំបែបបទនេះឡើយ ។
- បើអ្នកដាក់ពាក្យស្នើ IMR/ដាក់ពាក្យបណ្តឹងនេះ សម្រាប់អ្នកជម្ងឺ ដែលមិនអាចបំពេញសំណុំបែបបទនេះបាន ដោយសារអ្នកជម្ងឺមិនមានសមត្ថភាព ឬមិនមានលទ្ធភាពអាចបំពេញដោយខ្លួនឯងបាន ហើយអ្នកមានសិទ្ធិស្របច្បាប់ដើម្បីធ្វើជំនួសអ្នកជម្ងឺនេះបាន សូមបំពេញព័ត៌មានតែក្នុងផ្នែក ខ បានហើយ ។ យើងខ្ញុំក៏បានភ្ជាប់ឯកសារផងដែរស្តីអំពីអំណាចមេធាវីសម្រាប់ការសម្រេចចិត្តចំពោះការថែទាំសុខភាព ឬឯកសារផ្សេងទៀតដែលនិយាយថា អ្នកអាចសម្រេចចិត្តជំនួសអ្នកជម្ងឺ បាន ។

**ផ្នែក ក : អ្នកជម្ងឺ**

ខ្ញុំបាទ/ខាងខ្ញុំ សូមអនុញ្ញាតឱ្យបុគ្គលដែលមានឈ្មោះខាងក្រោមនៅក្នុងផ្នែក ខ ដើម្បីជួយខ្ញុំបាទ/ខាងខ្ញុំចំពោះ IMR ឬបណ្តឹងរបស់ខ្ញុំបាទ/ខាងខ្ញុំ ដែលបានដាក់ ជូននាយកដ្ឋានថែទាំសុខភាពដែលមានការរៀបចំ (Department of Managed Health Care (DMHC)) ។ ខ្ញុំបាទ/ខាងខ្ញុំ សូមផ្តល់ការ អនុញ្ញាតឱ្យបុគ្គលិក DMHC និង IMR អាចចែករំលែកព័ត៌មានស្តីអំពីស្ថានភាពវេជ្ជសាស្ត្ររបស់ខ្ញុំបាទ/ខាងខ្ញុំ ហើយចែករំលែកជាមួយបុគ្គលដែលមានឈ្មោះខាងក្រោម ។ ព័ត៌មាននេះ អាចរួមបញ្ចូលនូវការព្យាបាលជម្ងឺសុខភាពផ្លូវចិត្ត ការព្យាបាល ឬធ្វើតេស្តមេរោគអេដស៍ ការព្យាបាលភាពញៀនគ្រឿងស្រវឹង ឬថ្នាំញៀន ឬព័ត៌មានការថែទាំសុខភាពផ្សេងទៀត ។

ខ្ញុំបាទ/ខាងខ្ញុំ បានដឹងថា គឺមានតែព័ត៌មានពាក់ព័ន្ធនឹង IMR ឬបណ្តឹងរបស់ខ្ញុំបាទ/ខាងខ្ញុំ តែប៉ុណ្ណោះដែលអាចចែករំលែកបាន ។

ការអនុម័តសម្រេចយកជំនួយការនេះ គឺជាការស្ម័គ្រចិត្តរបស់ខ្ញុំបាទ/ខាងខ្ញុំ ហើយខ្ញុំបាទ/ខាងខ្ញុំ មានសិទ្ធិបញ្ចប់ការសម្រេចចិត្តនេះបាន ។ បើខ្ញុំបាទ/ខាងខ្ញុំ ត្រូវការបញ្ចប់ការសម្រេចចិត្តនេះ ខ្ញុំបាទ/ខាងខ្ញុំ ត្រូវតែធ្វើឡើងជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ ។

ហត្ថលេខាអ្នកជម្ងឺ \_\_\_\_\_ កាលបរិច្ឆេទ \_\_\_\_\_

**ផ្នែក ខ : ជំនួយការអ្នកជម្ងឺ**

ឈ្មោះបុគ្គលជាអ្នកជួយ (សរសេរឱ្យច្បាស់) \_\_\_\_\_

ហត្ថលេខាអ្នកជួយ \_\_\_\_\_

អាសយដ្ឋាន \_\_\_\_\_

ក្រុង \_\_\_\_\_ រដ្ឋ \_\_\_\_\_ ហ្សិប \_\_\_\_\_

ទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកជម្ងឺ \_\_\_\_\_

លេខទូរស័ព្ទពេលថ្ងៃ \_\_\_\_\_

លេខទូរស័ព្ទពេលល្ងាច \_\_\_\_\_

អាសយដ្ឋានអ៊ីម៉ែល \_\_\_\_\_

សិទ្ធិប្រគល់សិទ្ធិអំណាចរបស់ខ្ញុំបាទ/ខាងខ្ញុំ សម្រាប់ការសម្រេចចិត្តលើការថែទាំសុខភាព ឬឯកសារផ្សេងទៀត ត្រូវបានដាក់ភ្ជាប់មកជាមួយ ។

# សន្លឹកណែនាំចំពោះពាក្យស្នើសុំ IMR/សំណុំបែបបទបណ្តឹង

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

អ្នកត្រូវតែដាក់ពាក្យស្នើសុំឱ្យមាន IMR ក្នុងរវាងប្រាំមួយខែ បន្ទាប់ពីផែនការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក ធ្វើឱ្យអ្នកនូវការឆ្លើយតបជាលាយលក្ខណ៍អក្សរចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក ។ DMHC អាចទទួលយកពាក្យស្នើសុំរបស់អ្នក បន្ទាប់ពីប្រាំមួយខែ បើខ្លួនកំណត់ឃើញថា មានហេតុការណ៍រារាំងអ្នកមិនឱ្យដាក់ពាក្យស្នើសុំឱ្យបានទាន់ពេលវេលាទេនោះ ។ សូមមេត្តាជ្រាបថា បើអ្នកសម្រេចចិត្តមិនដាក់ពាក្យប្តឹងមកកាន់ DMHC ចំពោះបញ្ហាដែលអាចមានលក្ខណៈសម្បត្តិអាចទទួលបាន IMR គឺមានន័យថា អ្នកកំពុងតែបោះបង់សិទ្ធិរបស់ខ្លួនចំពោះសកម្មភាពផ្លូវច្បាប់ ប្រឆាំងនឹងផែនការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក ស្តីអំពីសេវាកម្ម ឬការព្យាបាល ដែលអ្នកបានស្នើសុំ ។

## របៀបដាក់ពាក្យប្តឹង ៖

1. ដាក់ពាក្យប្តឹងអនឡាញ តាមអសយដ្ឋាន [www.HealthHelp.ca.gov](http://www.HealthHelp.ca.gov). នេះគឺជាវិធីលឿនជាងបំផុត ។  
ឬ  
សូមបំពេញព័ត៌មាន រួចហើយចុះហត្ថលេខា លើសំណុំបែបបទពាក្យស្នើសុំឱ្យមាន IMR/សំណុំបែបបទបណ្តឹង ។  
សូមប្រើស្រោមសំបុត្រដែលមានភ្ជាប់មកជាមួយនឹងសំណុំបែបបទ ។
2. បើអ្នកត្រូវការឱ្យមាននរណាម្នាក់សម្រាប់ជួយអ្នក ចំពោះ IMR ឬបណ្តឹងរបស់អ្នក សូមបំពេញព័ត៌មានក្នុង “សំណុំបែបបទផ្តល់សិទ្ធិជំនួយការ” ។
3. បើអ្នកមានកំណត់ត្រាព័ត៌មានពី អ្នកផ្តល់សេវាកម្ម នៅក្រៅបណ្តាញ សូមដាក់វាបញ្ចូលជាមួយនឹងពាក្យស្នើសុំ IMR/សំណុំបែបបទបណ្តឹងរបស់អ្នក ។  
ផែនការរបស់អ្នក និងផ្តល់កំណត់ត្រាព័ត៌មានផ្សេងៗសម្រាប់អ្នកផ្តល់សេវាកម្មនៅក្នុងបណ្តាញ ។
4. អ្នកអាចដាក់បញ្ចូលព័ត៌មានដទៃទៀតដែលគាំទ្រដល់ពាក្យស្នើសុំរបស់អ្នក ។ ទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយ គឺវាមិនមានតម្រូវការណាមួយដើម្បីផ្តល់ឯកសារណាមួយ ឬការទំនាក់ទំនងណាមួយរវាងអ្នក និងផែនការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក ពាក់ព័ន្ធនឹង បណ្តឹងនេះឡើយ ។ DMHC នឹងបានទទួលព័ត៌មាននេះដោយផ្ទាល់ពីផែនការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក ដែលវាគឺជាផ្នែកមួយនៃការស៊ើបអង្កេត ។
5. បើអ្នកមិនបានដាក់សំណុំបែបបទពាក្យស្នើសុំ និងឯកសារគាំទ្ររបស់អ្នកតាមអនឡាញទេ សូមផ្ញើពាក្យស្នើសុំនេះតាមប្រៃសណីយ៍ ឬតាមទូរសារ មកកាន់ ៖  
DMHC Help Center  
980 9th Street, Suite 500  
Sacramento, CA 95814-2725  
លេខទូរសារ ៖ 916-255-5241

## តើមានអ្វីកើតឡើងបន្តមកទៀត?

មជ្ឈមណ្ឌលផ្តល់ជំនួយ (Help Center) នឹងផ្ញើសំបុត្រឱ្យអ្នកក្នុងរវាងប្រាំពីរថ្ងៃ ដើម្បីប្រាប់អ្នកឱ្យបានដឹងថា តើអ្នកមានលក្ខណៈសម្បត្តិដើម្បីទទួលបាន IMR ដែរឬទេ ។ បើត្រូវបានកំណត់ឃើញថា បណ្តឹងរបស់អ្នកមានលក្ខណៈសម្បត្តិសម្រាប់ IMR, សំណុំរឿងរបស់អ្នកនឹងត្រូវបានប្រគល់ទៅឱ្យអ្នកម៉ៅការរបស់រដ្ឋ ដើម្បី ធ្វើការពិនិត្យឡើងវិញ ។ អ្នកម៉ៅការរបស់រដ្ឋ ក៏ត្រូវបានគេស្គាល់ផងដែរថាជាអង្គការវិវេចនាផ្សេងៗសាស្ត្រឯករាជ្យ (Independent Medical Review Organization (IMRO)) ។ ព័ត៌មានទាំងអស់ដែលមជ្ឈមណ្ឌលផ្តល់ជំនួយមាន ពាក់ព័ន្ធនឹងបណ្តឹងរបស់អ្នក ឬក្រុមទាំងកំណត់ត្រាព័ត៌មានផ្សេងៗសម្រាប់អ្នក នឹងត្រូវផ្ញើទៅឱ្យ IMRO ។ IMRO នឹងធ្វើការសម្រេច ជាធម្មតាក្នុងរវាង 30 ថ្ងៃ ឬក្នុងរវាងប្រាំពីរថ្ងៃ បើសំណុំរឿងរបស់អ្នកគឺជារឿងបន្ទាន់ ។ អ្នកនឹងបានទទួលដំណឹងអំពីសេចក្តីសម្រេចជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ ។

# សន្លឹកណែនាំចំពោះពាក្យស្នើសុំ IMR/សំណុំបែបបទបណ្តឹង

បើវាត្រូវបានគេកំណត់ឃើញថា បណ្តឹងរបស់អ្នក ត្រូវធ្វើការពិនិត្យឡើងវិញតាមរយៈដំណើរការបណ្តឹងអ្នកប្រើប្រាស់ សេចក្តីសម្រេចអំពីបញ្ហារបស់អ្នក នឹងត្រូវធ្វើឡើងក្នុងរវាង 30 ថ្ងៃ ។ អ្នកនឹងទទួលបានដំណឹងអំពីសេចក្តីសម្រេចជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ ។

ច្បាប់ស្តីអំពីការអនុវត្តព័ត៌មាន (The Information Practices Act) នៃឆ្នាំ 1977 (ក្រមរដ្ឋប្បវេណីរដ្ឋកាលីហ្វ័រនីញ៉ា រក្ខត្រី 1798.17)

តម្រូវឱ្យមានការជូនដំណឹងដូចខាងក្រោម ។

- ច្បាប់ផែនការសេវាកម្មថែទាំសុខភាព (California's Knox-Keene Act) ផ្តល់សិទ្ធិឱ្យ DMHC ដើម្បីធ្វើនិយ័តកម្មផែនការសុខភាព ហើយស៊ើបអង្កេតបណ្តឹងរបស់សមាជិកផែនការថែទាំសុខភាព ។
- មជ្ឈមណ្ឌលផ្តល់ជំនួយរបស់ DMHC ប្រើព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួនរបស់អ្នក ដើម្បីស៊ើបអង្កេតចំពោះបញ្ហារបស់អ្នកជាមួយនឹងផែនការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក ហើយផ្តល់ជូននូវ IMR បើសំណុំរឿងរបស់អ្នកមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ ។
- អ្នកផ្តល់ព័ត៌មានដល់ DMHC ដោយការស្ម័គ្រចិត្ត ។ អ្នកមិនចាំបាច់ត្រូវផ្តល់ព័ត៌មាននេះឡើយ ។ ទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយ បើអ្នកមិនផ្តល់ព័ត៌មានឱ្យយើងខ្ញុំទេ DMHC អាចមិនមានលទ្ធភាពស៊ើបអង្កេតបណ្តឹងរបស់អ្នក ឬមិនអាចផ្តល់ឱ្យនូវ IMR បានឡើយ ។
- DMHC អាចចែករំលែកព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួនអ្នក តាមអ្វីដែលត្រូវធ្វើ ជាមួយនឹងផែនការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក និងអ្នកផ្តល់សេវាកម្ម ដែលជាអ្នកធ្វើ IMR ។
- DMHC ក៏អាចចែករំលែកព័ត៌មានរបស់អ្នកជាមួយនឹងភ្នាក់ងារដទៃទៀតរបស់រដ្ឋាភិបាល តាមអ្វីដែលជាភាពតម្រូវ ឬជាការអនុញ្ញាតរបស់ច្បាប់ ។
- អ្នកមានសិទ្ធិបើកមើលព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួនរបស់អ្នក ។ ដើម្បីបើកមើលព័ត៌មានរបស់អ្នក សូមទាក់ទងមកកាន់អ្នកសម្របសម្រួលការស្នើសុំព័ត៌មាន DMHC , DMHC, 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: IMR은 보통 30일 내에 결정되며, 긴급한 의료문제인 경우 7일 이내에 결정됩니다.
- ❖ 성공률: 거의 60%의 환자들이 IMR을 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

미성년자에 대한 제출인 경우 부모나 보호자의 성명 \_\_\_\_\_

주소 \_\_\_\_\_

도시 \_\_\_\_\_ 주 \_\_\_\_\_ ZIP \_\_\_\_\_

주간전화번호 # \_\_\_\_\_ 야간전화번호 # \_\_\_\_\_

이메일 주소 \_\_\_\_\_

건강보험명 \_\_\_\_\_ 환자의 멤버십 번호# \_\_\_\_\_

의료그룹명 (의료그룹으로 등록된 경우) \_\_\_\_\_

고용주 \_\_\_\_\_ 미고용

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 제출하셨습니까?

예  아니요

메디케어 또는 메디케어 어드밴티지가 있으십니까?  예  아니요

귀하의 건강보험에 불만 또는 고충을 제출하셨습니까?  예  아니요

이미 받은 서비스에 대한 지불을 원하십니까?  예  아니요

예라고 답하셨으면, 서비스 일자와 제공기관의 이름을 적어 주십시오:

향후 서비스에 대한 승인을 원하십니까?  예  아니요

일상생활에 대한 도움이 필요하십니까? 아니면 자신을 장애인으로 간주하십니까?  예  아니요

# 독립의료검토신청서/불만양식

## 귀하의 건강 문제

(필요할 경우, 별도의 종이를 사용하고 다른 서류를 첨부하십시오.)

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

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

귀하의 보험플랜에서 귀하가 원하는 치료에 대해 무엇이라고 말했습니까?(하나의 항목에 체크표시 하십시오)

- 의학적으로 필요하지 않음  
 응급이 아님/긴급하지 않음

- 실험적이거나 조사대상임  
 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 보험플랜에서 발생한 문제를 간단하게 설명해 주십시오. 예를 들어, 해당 문제가 진료거부, 미지급 클레임, 진료 약속이나 약물 치료 문제 또는 해당 플랜에서 보상대상 취소인지 설명해 주십시오.

## 의료정보 공개

본인은 관리보건부(DMHC)에서 본인의 보험플랜의 문제에 대한 결정을 내려주도록 요청합니다. 본인은 DMHC가 본인의 독립의료검토(IMR) 신청서/불만양식을 검토하여 해당 불만이 IMR 또는 DMHC의 소비자 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 DMHC가 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 DMHC에서 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 서명 \_\_\_\_\_ 날짜 \_\_\_\_\_

우편이나 팩스 정보에 대해서는 안내장을 참고해 주십시오.

## 통계 정보 전용

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

주요 사용 언어: \_\_\_\_\_  제공하지 않음

인종/민족: \_\_\_\_\_  제공하지 않음



# 지원승인양식

다른 사람에게 귀하의 독립의료검토(IMR) 또는 불만을 돕도록 승인하고 싶으시면, 아래 파트 A 및 B 를 작성하십시오.

귀하가 18 세 미만의 자녀를 위해 이 IMR 또는 불만을 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: 환자

본인은 파트 B 의 아래 사람이 본인을 도와 관리보건부(DMHC)에 본인의 IMR 또는 불만을 제출하도록 승인합니다. 본인은 DMHC 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.

부모 서명 \_\_\_\_\_ 날짜 \_\_\_\_\_

## 파트 B: 환자를 돕는 사람

도움을 제공하는 사람의 이름 (정자체) \_\_\_\_\_

도움을 제공하는 사람의 서명 \_\_\_\_\_

주소 \_\_\_\_\_

도시 \_\_\_\_\_ 주 \_\_\_\_\_ ZIP \_\_\_\_\_

환자와의 관계 \_\_\_\_\_

주간 전화번호 \_\_\_\_\_

야간 전화번호 \_\_\_\_\_

이메일 주소 \_\_\_\_\_

의료결정에 대한 위임장 또는 기타 법적서류가 첨부되어 있습니다.

# IMR 신청서/불만양식 안내서

질문이 있으신 경우 지원센터 1-888-466-2219 또는 TDD 1-877-688-9891 로 문의 주시기 바랍니다. 이 전화는 무료입니다.

귀하의 보험플랜에서 귀하의 청원에 대한 서면답변을 발송한 후 6 개월 이내에 IMR 을 제출해야 합니다. DMHC 는 상황 상 시기적절한 제출을 할 수 없다고 판단되는 경우 6 개월 이후에 귀하의 신청을 접수할 수 있습니다. 만약 IMR 의 자격 대상이 되는 문제에 대해 DMHC 에 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  
동봉한 IMR 신청서/불만양식을 작성한 후 서명. 이 양식과 함께 제공된 봉투 이용.
2. 귀하의 IMR 또는 불만 제출을 다른 사람이 도와주길 원하시면, "지원승인양식"을 작성해 주십시오.
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. DMHC 는 조사의 일환으로 이 정보를 귀하의 보험플랜에서 직접 확보합니다.
5. 온라인으로 제출하지 않으신다면, 양식 및 근거 서류를 우편 또는 팩스로 보내십시오.

DMHC Help Center  
980 9th Street, Suite 500  
Sacramento, CA 95814-2725  
팩스: 916-255-5241

## 다음 절차는 무엇입니까?

지원센터에서 귀하가 IMR 의 자격대상인지를 알려주는 서신을 7 일 이내에 발송합니다. 귀하의 불만이 IMR 자격 대상인 경우, 귀하의 사례는 해당 검토를 수행할 주 계약업체에 할당됩니다. 이 계약업체는 독립의료검토기구(IMRO)로도 알려져 있습니다. 귀하의 의료기록을 포함하여 귀하의 불만과 관련되어 지원센터에서 보유한 모든 정보는 IMRO 로 보내집니다. IMRO 는 보통 30 일 이내에 또는 귀하의 사례가 긴급한 경우 7 일 이내에 결정합니다. 해당 결정은 서면으로 통보됩니다.

귀하의 불만이 소비자 불만 절차를 통해 검토되어야 하는 것으로 판단되는 경우, 귀하의 문제에 대한 결정은 30 일 이내에 이루어집니다. 해당 결정은 서면으로 통보됩니다.

정보실무법 1977 (캘리포니아 민법 제 1798.17)에 의거 다음 통지를 해야 합니다.

- 캘리포니아의 Knox-Keene 법에 의거 DMHC는 건강보험플랜을 규제하고 보험플랜 가입자의 불만을 조사할 권한을 갖습니다.
- DMHC의 지원센터는 귀하의 개인정보를 사용하여 귀하의 보험플랜 문제를 조사하고 자격대상인 경우 IMR을 제공합니다.
- 귀하는 이 정보를 DMHC에게 자발적으로 제공합니다. 이 정보를 반드시 제공할 필요는 없습니다. 하지만, 만약 정보를 제공하지 않을 경우, DMHC는 귀하의 불만을 조사하거나 IMR을 제공할 수 없습니다.
- DMHC는 필요 시 귀하의 개인정보를 IMR을 수행하는 보험플랜 및 제공기관과 공유할 수 있습니다.
- 또한 DMHC는 법에 의거 필요하거나 승인된 경우 다른 정부기관과 귀하의 정보를 공유할 수 있습니다.
- 귀하는 귀하의 개인정보를 볼 권리가 있습니다. 이를 위해, DMHC Records Request Coordinator, DMHC, Office of Legal Services, 980 9th Street Suite 500, Sacramento CA 95814-2725으로 연락하시거나 916-322-6727로 전화 주십시오.

## ໃບສະໝັກ(IMR)/ແບບຟອມຄຳຮ້ອງຂໍທົບທວນການເບິ່ງແຍງສຸຂະພິດ າບແບບອັດຕະລາຍ

### ຂໍ້ມູນທົ່ວໄປສຳຄັນ

ທ່ານສາມາດສົ່ງໃບສະໝັກ IMR/ແບບຟອມຄຳຮ້ອງທາງອອນລາຍນີ້: [www.HealthHelp.ca.gov](http://www.HealthHelp.ca.gov)

- ❖ ບໍ່ເສຍຄ່າ: ຂະບວນການຮ້ອງທຸກຂອງລູກຄ້າ/IMR ແມ່ນບໍ່ເສຍຄ່າ.
- ❖ ໄວ: ຕາມປົກກະຕິແລ້ວ IMR ໃຫ້ຄຳຕັດສິນພາຍໃນ 30 ວັນ, ຫຼືພາຍໃນ 7 ວັນ ຖ້າເຫັນວ່າບັນຫາສຸຂະພິດແມ່ນຮີບດ່ວນ.
- ❖ ປະສິບຜົນສຳເລັດ: ເກືອບເທົ່າກັບ 60% ຂອງຄົນເຈັບໄດ້ຮັບການບໍລິການທີ່ຮັບຮູ້ຮ້ອງໂດຍຜ່ານ IMR.
- ❖ ສຸດທ້າຍ: ແຜນສຸຂະພິດຕ້ອງປະຕິບັດຕາມຄຳຕັດສິນຂອງ IMR ແລະ ຈັດຫາການບໍລິການທີ່ເໝາະສົມ.

ຊື່ \_\_\_\_\_ ຊື່ກາງ \_\_\_\_\_ ນາມສະກຸນ \_\_\_\_\_

ວັນເດືອນປີເກີດຂອງຄົນເຈັບ (dd/mm/yyyy) \_\_\_\_\_ ເພດ: ຊາຍ  ຍິງ

ຊື່ຂອງພໍ່ແມ່ຫຼືຜູ້ປົກຄອງຖ້າວ່າສະໝັກຂໍການຊ່ວຍເຫລືອໃຫ້ເດັກນ້ອຍ \_\_\_\_\_

ຖະໜົນ \_\_\_\_\_

ເມືອງ \_\_\_\_\_ ຮັຖະໜົນ \_\_\_\_\_ ລະຫັດໄປສະນີ (Zip) \_\_\_\_\_

ເບີໂທລະສັບສາມາດຕິດຕໍ່ຕອນກາງວັນ # \_\_\_\_\_

ເບີໂທລະສັບສາມາດຕິດຕໍ່ຕອນກາງຄືນ # \_\_\_\_\_

ທີ່ຢູ່ອີເມວ \_\_\_\_\_

ຊື່ຂອງແຜນສຸຂະພິດ \_\_\_\_\_

ການເປັນສະມາຊິກຂອງຄົນເຈັບ # \_\_\_\_\_

ຊື່ກຸ່ມການເບິ່ງແຍງສຸຂະພິດ (ຖ້າໄດ້ລົງທະບຽນໃນກຸ່ມເບິ່ງແຍງສຸຂະພິດ) \_\_\_\_\_

ນາຍຈ້າງ \_\_\_\_\_ ບໍ່ໄດ້ຮັບການວ່າຈ້າງ

ທ່ານຕ້ອງການໃຫ້ຄົນຊ່ວຍທ່ານໃນການຂຽນຄຳຮ້ອງທຸກບໍ່?  ແມ່ນ  ບໍ່ແມ່ນ

ຖ້າແມ່ນ, ກະລຸນາຂຽນ "ແບບຟອມຂໍຄວາມຊ່ວຍເຫລືອທີ່ໄດ້ຮັບການອະນຸມັດ" ທີ່ຂັດຕິດມາພ້ອມນີ້.

ທ່ານມີ Medi-Cal ບໍ່?  ແມ່ນ  ບໍ່ແມ່ນ

ຖ້າມີ, ທ່ານໄດ້ປະກອບເອກະສານຮ້ອງທຸກເພື່ອຂໍຄວາມຍຸດຕິທຳຂອງຮັຖບໍ່?  ແມ່ນ  ບໍ່ແມ່ນ

# ໃບສະໝັກ(IMR)/ແບບຟອມຄຳຮ້ອງຂໍທົບທວນການເບິ່ງແຍງສຸຂະພິດ ບາບແບບອັດຕະລາຍ

ທ່ານມີ Medicare ຫຼື ໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫລືອຈາກ Medicare ບໍ່?  ແມ່ນ  ບໍ່ແມ່ນ

ທ່ານໄດ້ປະກອບເອກະສານຮ້ອງທຸກ ຫຼື ຄຳຮ້ອງທຸກ ພ້ອມກັບແຜນສຸຂະພິດບາບບໍ່?  ແມ່ນ  ບໍ່ແມ່ນ

ທ່ານກຳລັງຂໍຄ່າບໍລິການທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບແລ້ວນັ້ນບໍ່?  ແມ່ນ  ບໍ່ແມ່ນ

ຖ້າແມ່ນ, ຈົ່ງໃສ່ວັນທີຂອງການບໍລິການ ແລະ ຊື່ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ:

ທ່ານກຳລັງຂໍອະນຸມັດການບໍລິການໃນອະນາຄົດບໍ່?  ແມ່ນ  ບໍ່ແມ່ນ

ທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫລືອໃນກິດຈະວັດປະຈຳວັນ ຫຼື ຂໍໃຫ້ພິຈາລະນາວ່າຕົວທ່ານເອງ  
ມີຄວາມພິການບໍ່?  ແມ່ນ  ບໍ່ແມ່ນ

## ບັນຫາສຸຂະພິດຂອງ

(ນຳໃຊ້ເອກະສານຕ່າງຫາກ ແລະ ຄິດຕິດເອກະສານອື່ນໃສ່, ຖ້າເຫັນວ່າຈຳເປັນ.)

ເງື່ອນໄຂຂອງການເບິ່ງແຍງສຸຂະພິດຂອງທ່ານ ຫຼື ການບົ່ງມະຕິພະຍາດຂອງທ່ານໝໍແມ່ນ  
ແນວໃດ? (ກະລຸນາລະບຸ)

ການປິ່ນປົວ/ການບໍລິການສຸຂະພິດ ແລະ/ຫຼື ການປິ່ນປົວສຸຂະພິດທີ່ທ່ານຮ້ອງຂໍແມ່ນ  
ແນວໃດ? (ກະລຸນາລະບຸ)

ແຜນຂອງທ່ານບອກວ່າການປິ່ນປົວທີ່ທ່ານຕ້ອງການແມ່ນ (ໝາຍຂໍ້ໜຶ່ງ):

- ບໍ່ມີຄວາມຈຳເປັນດ້ານການດູແລສຸຂະພິດ
- ການທົດລອງ ຫຼື ການສຳຫລວດ
- ບໍ່ແມ່ນພາວະສຸກເສີນ/ຮີບດ່ວນ

ອື່ນ

ໃສ່ຊື່ ແລະ ເບີໂທລະສັບຂອງທ່ານໝໍ ບົ່ງມະຕິສຸຂະພິດຫລັກຂອງທ່ານ ແລະ ຜູ້ສະໜອງຄົນ  
ອື່ນທີ່ໄດ້ພົບເຫັນ, ໄດ້ຖືກປິ່ນປົວ ຫຼື ແນະນຳໃຫ້ທ່ານສຳລັບເງື່ອນໄຂນັ້ນ.

ທ່ານໄດ້ພົບຜູ້ສະໜອງທີ່ຢູ່ນອກເຄືອຂ່າຍສຳລັບເງື່ອນໄຂຂອງທ່ານບໍ່?  ແມ່ນ  ບໍ່ແມ່ນ

ຖ້າແມ່ນ, ກະລຸນາໃສ່ບັນທຶກການດູແລສຸຂະພິດໃນແບບຟອມນີ້.

ອະທິບາຍບັນຫາທີ່ທ່ານກຳລັງພົບພໍ້ໃນແຜນຂອງທ່ານແບບຫຍໍ້ ທີ່ຢູ່ຕົວຢ່າງ: ອະທິບາຍວ່າ  
ບັນຫາແມ່ນການປິ່ນປົວທີ່ຖືກປະຕິເສດ, ການຮ້ອງທຸກທີ່ບໍ່ໄດ້ຈ່າຍ, ບັນຫາທີ່ໄດ້  
ຮັບການນຳໜ້າ ຫຼື ການປິ່ນປົວສຸຂະພິດ, ຫຼື ການຄຸ້ມຄອງຂອງທ່ານໄດ້ຖືກຍົກ  
ເລີກດ້ວຍແຜນການ.



**ໃບສະໝັກ(IMR)/ແບບຟອມຄໍາຮ້ອງຂໍທົບທວນການເບິ່ງແຍງສຸຂະພິດ  
ບາດຕະຮ່າງ**

ຂ້ອຍຂໍໃຫ້ພະແນກດູແລສສຸຂະພິດ ທີ່ໄດ້ມີການຄຸ້ມຄອງ (Department of Managed Health Care – DMHC) ໃຫ້ຄໍາຕົກລະຫຼົດສິນຄ້າ ບົວກັບບັນຫາຂອງຂ້ອຍ ຂ້ອຍຂໍໃຫ້ DMHC ທົບທວນໃບສະໝັກ/ແບບຟອມຄໍາຮ້ອງຂໍທົບທວນການເບິ່ງແຍງສຸຂະພິດ ບາດຕະຮ່າງ (IMR) ຂອງຂ້ອຍ ເພື່ອກຳນົດວ່າຄໍາຮ້ອງຂອງຂ້ອຍມີຄຸນສົມບັດເໝາະສົມ ໄດ້ຮັບ IMR ທີ່ຂັບວນການຮ້ອງທຸກຂອງລູກຄ້າຂອງ DMHC. ຂ້ອຍອະນຸຍາດໃຫ້ຜູ້ສະໜອງໃນອະດີດ ແລະປັດຈຸບັນ ແລະແຜນຂອງຂ້ອຍເປີດເຜີຍ ບັນທຶກຂອງການດູແລສສຸຂະພິດ ແລະຂໍ້ມູນໃນການທົບທວນບັນຫານີ້. ບັນທຶກເຫວີ້ນ ອາດຈະປະກອບດ້ວຍ: ບັນທຶກກຳລັງບົວກັບສຸຂະພິດ, ການໃຊ້ສານເສບຕິດ, HIV, ມະໂນພາບການເບິ່ງແຍງ ມະຕິພະຍາດ ແລະບັນທຶກອື່ນໆ ທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບສໍານວນຂອງຂ້ອຍ. ບັນທຶກເຫວີ້ນ ຍັງອາດຈະລວມທັງ: ບັນທຶກທີ່ບໍ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບການດູແລສສຸຂະພິດ ແລະຂໍ້ມູນອື່ນໆ ທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບສໍານວນຂອງຂ້ອຍ. ຂ້ອຍອະນຸຍາດໃຫ້ DMHC ທົບທວນບັນທຶກ ແລະຂໍ້ມູນເຫວີ້ນ ແລະສົ່ງພວກມັນໄປໃຫ້ແຜນຂອງຂ້ອຍ ການອະນຸຍາດຂອງຂ້ອຍຈະສິ້ນສຸດໝົດ ງ່າຍດີ ບໍ່ຈາກວັນທີ່ຂ້າງລຸ່ມນີ້, ຍົກເວັ້ນກົດໝາຍອະນຸຍາດໃຫ້. ຕົວຢ່າງ: ກົດໝາຍອະນຸຍາດໃຫ້ DMHC ສືບຕໍ່ນຳໃຊ້ຂໍ້ມູນຂອງຂ້ອຍຢູ່ພາຍໃນ. ຂ້ອຍສາມາດສິ້ນສຸດການອະນຸຍາດຂອງຂ້ອຍໃນບໍ່ລຸ້ນທຳຂ້ອຍຕ້ອງການ. ຂໍ້ມູນທັງໝົດທີ່ຂ້ອຍໄດ້ຈັດຫາໃຫ້ໃນເອກະສານນີ້ ແມ່ນມີຄວາມຈິງ.

ລາຍເຊັນຂອງຄົນເຈັບທັງໝົດ ພໍ່ ແມ່ \_\_\_\_\_ ວັນທີ \_\_\_\_\_

ກະລຸນາເບິ່ງເອກະສານແນະນຳເພື່ອສື່ງຂໍ້ມູນໃຫ້ທາງໄປສະນີ ຫຼືທາງແຟັກ.

**ສຳລັບຂໍ້ມູນທາງສະຖິຕິເທົ່ານັ້ນ**

ທ່ານສາມາດສະໜອງຂໍ້ມູນດັ່ງຕໍ່ໄປນີ້ ໂດຍສະໝັກໃຈ. ການໃຫ້ຂໍ້ມູນນີ້ ຈະຊ່ວຍໃຫ້ DMHC ກຳນົດຮູບແບບຂອງບັນຫາ. ກົດໝາຍວ່າດ້ວຍສຸຂະພິດ ແລະຄວາມປອດໄພ ພາກ 1374.30 ອະນຸຍາດໃຫ້ DMHC ຮັບເອົາຂໍ້ມູນເພື່ອຈຸດປະສົງຂອງການຄຸ້ມຄອງ ແລະຂໍ້ມູນດັ່ງນັ້ນສະຖິຕິ. ການໃຫ້ຂໍ້ມູນນີ້ ຖືວ່າເປັນທາງເລືອກ ແລະຈະບໍ່ມີຜົນຕໍ່ IMR ທີ່ຄໍາຕົກລະຫຼົດສິນຄ້າ ບົວກັບບັນຫາໃນຮູບແບບໃດໆ.

ພາສາຫວັກທັງໝົດ ຈື່ງ: \_\_\_\_\_  ເລືອກທີ່ຈະ  
ບໍ່ໃຫ້

ຊົນເຜົ່າ/ລັກສະນະເຊື້ອຊາດ: \_\_\_\_\_  ເລືອກທີ່ຈະ  
ບໍ່ໃຫ້



# ແບບຟອມໃຫ້ການຊ່ວຍເຫລືອທາງໂຕ້ຮ້າຍອະນຸມັດ

- ຖ້າທ່ານຕ້ອງການໃຫ້ອະນຸຍາດແກ້ບຸກຄົນອື່ນເພື່ອຊ່ວຍໃຫ້ທ່ານໄດ້ມີການທົບທວນການດູແລສຸຂະພາບແບບອິດສະລະ (Independent Medical Review – IMR) ຫຼື ຄໍາຮ້ອງ, ຂັ້ນພາກ A ແລະ B ຂ້າງລຸ່ມນີ້.
- ຖ້າທ່ານແມ່ນພໍ່ແມ່ ຫຼື ຜູ້ປົກຄອງທີ່ຖືກຕ້ອງຕາມກົດໝາຍທີ່ປະກອບເອກະສານ IMR ຫຼື ຄໍາຮ້ອງທຸກສະບັບ ສໍາລັບເດກນ໌ ອຍທິ ມີອາຍຸຕໍ່າກວ່າ 18 ປີ, ທ່ານບໍ່ຈໍາເປັນຕ້ອງຂຽນແບບຟອມນີ້.
- ຖ້າທ່ານກໍາລັງປະກອບເອກະສານ IMR/ຄໍາຮ້ອງສໍາລັບຄົນເຈັບຜູ້ທີ່ບໍ່ສາມາດຂຽນແບບຟອມນີ້ໄດ້ ຍ້ອນວ່າຄົນເຈັບບໍ່ມີຄວາມສາມາດຫຼື ບໍ່ມີຄຸນສົມບັດພ້ອມ ແລະ ທ່ານມີສິດຕາມກົດໝາຍໃນການເອື້ອມໂຫວແທນຄົນເຈັບຄົນນີ້, ກະລຸນາຂຽນແຕ່ພາກ B ເທົ່ານັ້ນ. ພ້ອມກັນນັ້ນ ຈຶ່ງຄິດຕົວສໍາເລັດຂອງໃບມອບອໍານາດສໍາລັບການຕັດສິນຂອງການເບິ່ງແຍງສຸຂະພາບ ຫຼື ເອກະສານອື່ນໆທີ່ບອກວ່າທ່ານສາມາດຕັດສິນໃຈແທນຄົນເຈັບໄດ້.

## ພາກ A: ຄົນເຈັບ

ຂ້ອຍອະນຸຍາດໃຫ້ບຸກຄົນທີ່ມີຊື່ລຸ່ມນີ້ໃນພາກ B ຊ່ວຍໃຫ້ຂ້ອຍປະກອບເອກະສານ IMR ຫຼື ຄໍາຮ້ອງໃຫ້ພະແນກດູແລສຸຂະພາບທີ່ມີການຄຸ້ມຄອງ (Department of Managed Health Care – DMHC). ຂ້ອຍອະນຸຍາດຂອງ DMHC ແລະ IMR ໃຫ້ຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບເງື່ອນໄຂຂອງການດູແລສຸຂະພາບ ແລະ ການເບິ່ງແຍງໃຫ້ກັບບຸກຄົນທີ່ມີຊື່ລຸ່ມນີ້. ຂໍ້ມູນນີ້ອາດຈະປະກອບດ້ວຍ: ການປິ່ນປົວສຸຂະພາບຈິດ, ການປິ່ນປົວຫຼື ການກວດຫາ HIV, ການບໍາບັດເຫຼົ້າ ຫຼື ຢາເສບຕິດ ຫຼື ຂໍ້ມູນດ້ານການດູແລສຸຂະພາບອື່ນໆ.

ຂ້ອຍເຂົ້າໃຈວ່າ: ມີພົງແຕ່ຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບ IMR ຫຼື ຄໍາຮ້ອງຂອງຂ້ອຍເທົ່ານັ້ນ ຈະໄດ້ຮັບການເຜີຍແຜ່.

ການອະນຸຍາດຂອງຂ້ອຍສໍາລັບການຊ່ວຍເຫລືອອື່ນໆ ແມ່ນໂດຍສະເໝີກໃຈ ແລະ ຂ້ອຍມີສິດຍົກເລີກໄດ້. ຖ້າວ່າຂ້ອຍຕ້ອງການຍົກເລີກ, ຂ້ອຍຕ້ອງດໍາເນີນການຍົກເລີກໂດຍການຂຽນເປັນລາຍລະອຽດກະທັນ.

ລາຍເຊັນຂອງຄົນເຈັບ \_\_\_\_\_ ວັນທີ \_\_\_\_\_

## ພາກ B: ຜູ້ຊ່ວຍເຫລືອຄົນເຈັບ

ຊື່ຂອງບຸກຄົນທີ່ໃຫ້ການຊ່ວຍເຫລືອ (ໂຕພິມ) \_\_\_\_\_

ລາຍເຊັນຂອງບຸກຄົນທີ່ໃຫ້ການຊ່ວຍເຫລືອ \_\_\_\_\_

ທີ່ຢູ່ \_\_\_\_\_

ເມືອງ \_\_\_\_\_ ຮັຖ \_\_\_\_\_ ລະຫັດໄປສະນີ (Zip) \_\_\_\_\_

ສາຍພົວພັນກັບຄົນເຈັບ \_\_\_\_\_

ເບີໂທລະສັບສາມາດຕິດຕໍ່ຕອນກາງວັນ # \_\_\_\_\_

ເບີໂທລະສັບສາມາດຕິດຕໍ່ຕອນກາງຄືນ # \_\_\_\_\_

ທີ່ຢູ່ອີເມວ \_\_\_\_\_

ໃບມອບສິດຂອງຂ້ອຍສໍາລັບຄໍາຕັດສິນຂອງການເບິ່ງແຍງສຸຂະພາບ ຫຼື ເອກະສານທາງດ້ານກົດໝາຍອື່ນໆ ແມ່ນຄໍາຕັດສິນມາພ້ອມ.

# ເອກະສານແນະນຳໃນການສະໜັກຂໍ IMR/ແບບຟອມຄຳຮ້ອງ

ຖ້າທ່ານມີຄຳຖາມ, ຈົ່ງໂທຫາສູນໃຫ້ຄວາມຊ່ວຍເຫລືອ (Help Center) ທີ່ 1-888-466-2219 ຫຼື TDD ທີ່ 1-877-688-9891. ສາຍນິເມ່ນບໍ່ເສຍຄ່າ.

ທ່ານຕ້ອງສະໜັກຂໍ IMR ພາຍໃນຫົກເດືອນຫລັງຈາກທີ່ແຜນຂອງທ່ານສິ່ງຈິດໝາຍຕອບຮັບຕໍ່ຄຳຮ້ອງຂອງທ່ານ. DMHC ອາດຈະຮັບເອົາໃບສະໜັກຂອງທ່ານຫລັງຈາກທີ່ກຳລັງເດືອນຖ້າພິສູດໄດ້ວ່າມີຕົ້ນສະບັບໃນໄຂທີ່ເຮັດໃຫ້ການສິ່ງຈິດໝາຍມີຄວາມຊັບຊ້ອນ. ກະລຸນາຮັບຮູ້ວ່າ: ຖ້າທ່ານຕັດສິນໃຈຈະບໍ່ປະກອບເອກະສານຄຳຮ້ອງໃຫ້ກັບ DMHC ສຳລັບບັນຫາທີ່ຈະເຮັດໃຫ້ມີຄວາມເໝາະສົມຕໍ່ IMR, ທ່ານອາດຈະຖືກຍົກເລີກສົດຂອງທ່ານຕາມການເຄື່ອນໄຫວທາງດ້ານກົດໝາຍຕໍ່ແຜນຂອງທ່ານກ່ຽວກັບການບໍລິການຫຼືການປົນປົງທີ່ທ່ານກຳລັງຮ້ອງຂໍ.

## ຈະປະກອບເອກະສານໄດ້ແນວໃດ:

1. ປະກອບເອກະສານທາງອອນລາຍໄປທີ່ [www.HealthHelp.ca.gov](http://www.HealthHelp.ca.gov). ນິເມ່ນວິທີທີ່ໄວທີ່ສຸດ.  
ຫຼື  
ປະກອບແລະເຊັນໃສ່ໃບສະໜັກຂໍ IMR/ແບບຟອມຄຳຮ້ອງ. ຈົ່ງໃຊ້ຊ່ອງຈິດໝາຍທີ່ມາກັບແບບຟອມ.
2. ຖ້າທ່ານຕ້ອງການໃຫ້ຄົນຊ່ວຍທ່ານສະໜັກຂໍ IMR ຫຼື ຄຳຮ້ອງ, ຈົ່ງຂຽນ "ແບບຟອມຂໍຄວາມຊ່ວຍເຫລືອທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸມັດ".
3. ຖ້າທ່ານມີບັນທຶກທາງດ້ານສຸຂະພາບຈາກຜູ້ຈັດຫາທີ່ຢູ່ນອກເຄືອຂ່າຍ, ກະລຸນາໃສ່ຂໍ້ມູນເຫລົ່ານັ້ນພ້ອມກັບໃບສະໜັກຂໍ IMR/ແບບຟອມຮ້ອງທຸກ. ແຜນຂອງທ່ານຈະສະໜອງບັນທຶກທາງດ້ານສຸຂະພາບຈາກຜູ້ຈັດຫາເຄືອຂ່າຍ.
4. ທ່ານສາມາດເອົາເອກະສານອື່ນໆເພື່ອສະໜັບສະໜູນການຮັບຮ້ອງຂອງທ່ານ. ເຖິງຢ່າງໃດກໍຕາມ, ບໍ່ມີຄວາມຈຳເປັນຈະສະໜອງເອກະສານໃດໜຶ່ງຫຼື ເອກະສານຕິດຕໍ່ທາງຈິດໝາຍລະຫວ່າງທ່ານແລະແຜນຂອງທ່ານກ່ຽວກັບການຄຳຮ້ອງນີ້. DMHC ຈະຮັບເອົາເອກະສານນີ້ໂດຍກົງຈາກແຜນຂອງທ່ານຊຶ່ງເປັນສ່ວນໜຶ່ງຂອງການສຳຫລວດນັ້ນ.
5. ຖ້າທ່ານບໍ່ສິ່ງທາງອອນລາຍ, ກະລຸນາສົ່ງແບບຟອມຂອງທ່ານທາງຈິດໝາຍຫຼື ແຟັກແລະເອກະສານຄັດຕິດໃດໜຶ່ງໄປທີ່:  
DMHC Help Center  
980 9th Street, Suite 500  
Sacramento, CA 95814-2725  
FAX: 916-255-5241

## ຕໍ່ໄປຈະເຮັດແນວໃດ?

ສູນຊ່ວຍເຫລືອ (Help Center) ຈະສົ່ງຈິດໝາຍໄປໃຫ້ທ່ານພາຍໃນເຈັດວັນເພື່ອບອກທ່ານວ່າທ່ານຈະມີສິດໄດ້ຮັບ IMR ຫຼື ບໍ່. ຖ້າຖືກຕັດສິນວ່າຄຳຮ້ອງຂອງທ່ານສົມຄວນຈະໄດ້ຮັບ IMR, ສຳເນົາຂອງທ່ານໄດ້ຖືກມອບໃຫ້ຜູ້ຮັບເໝາະຂອງຖືຊື່ງເປັນຜູ້ທີ່ຈະດຳເນີນການທົບທວນ. ຜູ້ຮັບເໝາະຂອງຖືຊື່ງເປັນອົງກອນທົບທວນການເບິ່ງແຍງສຸຂະພາບແບບອິດສະລະ (IMRO). ທ່ານຂໍ້ມູນຢູ່ໃນກຳມະສິດຂອງສູນໃຫ້ຄວາມຊ່ວຍເຫລືອ (Help Center) ກ່ຽວກັບຄຳຮ້ອງຂອງທ່ານ, ລວມທັງບັນທຶກການດູແລສຸຂະພາບຂອງທ່ານ ຈະຖືກສົ່ງໄປໃຫ້ IMRO. IMRO ຈະຕັດສິນພາຍໃນ 30 ວັນຫຼື ພາຍໃນເຈັດວັນຖ້າວ່າສຳເນົາຂອງທ່ານແມ່ນຮັບດ້ວນ. ທ່ານຈະຖືກແຈ້ງຄຳຕັດສິນໃຫ້ເປັນລາຍລະອຽດກ່ອນກ່ອນ.

## ເອກະສານແນະນຳໃນການສະໜັກຂໍ IMR/ແບບຟອມຄຳຮ້ອງ

ຖ້າວ່າທ່ານຖືກຕັດສິນວ່າຄຳຮ້ອງທຸກຂອງທ່ານຄວນຈະໄດ້ຮັບການທົບທວນໂດຍຜ່ານຂະບວນການຮ້ອງທຸກຂອງລູກຄ້າ (Customer Complaint), ຄຳຕັດສິນກ່ຽວກັບບັນຫາຂອງທ່ານຈະດຳເນີນພາຍໃນ 30 ວັນ. ທ່ານຈະຖືກແຈ້ງຄຳຕັດສິນໃຫ້ເປັນລາຍລະອຽດກ່ອນສອນ.

# ເອກະສານແນະນຳໃນການສະໝັກຂໍ IMR/ແບບຟອມຄຳຮ້ອງ

ກົດໝາຍວ່າດ້ວຍການປະຕິບັດຂໍ້ມູນ (Information Practices Act) ປະຈຳປີ 1977 (ກົດໝາຍວ່າດ້ວຍກົດໝາຍແພ່ງຂອງຮຸ່ຖແຄລິຟໍເນຍ ພາກ 1798.17) ຕ້ອງການແຈ້ງການດັ່ງຕໍ່ໄປນີ້.

- ກົດໝາຍນອກສະຫະລັດຂອງຮຸ່ຖແຄລິຟໍເນຍ (California's Knox-Keene Act) ໃຫ້ອຳນາດໃນການຈັດລະບົບແຜນສຸຂະພາບຂອງ DMHC ແລະ ສຳຫລວດຄຳຮ້ອງທຸກຂອງສະມາຊິກແຜນສຸຂະພາບ.
- ສູນໃຫ້ຄວາມຊ່ວຍເຫລືອຂອງ DMHC ນຳໃຊ້ຂໍ້ມູນສ່ວນຕົວຂອງທ່ານໃນການສຳຫລວດບຸນຫາຂອງທ່ານດ້ວຍແຜນຂອງທ່ານ ແລະ ຈັດຫາ IMR ໃຫ້ຖ້າວ່າທ່ານສົມຄວນຈະໄດ້ຮັບ.
- ທ່ານສະໜອງຂໍ້ມູນໃຫ້ DMHC ດ້ວຍຄວາມສະໝັກໃຈ. ທ່ານບໍ່ຕ້ອງສະໜອງຂໍ້ມູນນີ້. ເຖິງຢ່າງໃດກໍຕາມ, ຖ້າວ່າທ່ານບໍ່ສະໜອງ DMHC ອາດຈະບໍ່ສາມາດສຳຫລວດການຮ້ອງທຸກຂອງທ່ານຫຼື ຈັດຫາ IMR ໃຫ້.
- DMHC ອາດຈະເຜີຍແຜ່ຂໍ້ມູນສ່ວນຕົວຂອງທ່ານເທົ່າທີ່ຈຳເປັນພ້ອມດ້ວຍແຜນແລະ ຜູ້ສະໜອງທີ່ປະຕິບັດ IMR.
- DMHC ອາດຈະເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນຂອງທ່ານໃຫ້ກັບໜ່ວຍງານຂອງຮຸ່ຖບານອື່ນ ຕາມຄວາມຈຳເປັນ ຕາມການອະນຸຍາດຂອງກົດໝາຍ.
- ທ່ານມັດເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນສ່ວນຕົວຂອງທ່ານ. ຕ້ອງການປະຕິບັດສິ່ງນີ້, ຈຶ່ງຕິດຕໍ່ຫາ DMHC Records Request Coordinator, DMHC, Office of Legal Services, 980 9th Street Suite 500, Sacramento CA 95814-2725, ຫຼື ໂທຫາ 916-322-6727.

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

### ВАЖНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Заявки на IMR/Форму жалобы можно подать онлайн на сайте: [www.HealthHelp.ca.gov](http://www.HealthHelp.ca.gov)

- ❖ **БЕСПЛАТНО:** Процесс рассмотрения заявки на IMR/жалобы является бесплатным.
- ❖ **БЫСТРО:** Решения по IMR, как правило, принимаются в течение 30 дней или в течение 7 дней в случае проблемы со здоровьем, требующей срочного вмешательства.
- ❖ **УСПЕШНО:** Примерно 60% пациентов получают затребованные через IMR услуги.
- ❖ **ОКОНЧАТЕЛЬНО:** Программы медицинского страхования должны выполнять решение IMR и незамедлительно предоставить услугу.

### ИНФОРМАЦИЯ О ПАЦИЕНТЕ

Имя \_\_\_\_\_ Второй инициал \_\_\_\_\_ Фамилия \_\_\_\_\_

Дата рождения пациента (мм/дд/гггг) \_\_\_\_\_ Пол: Мужской  Женский

Имя родителя или опекуна в случае заполнения за несовершеннолетнего \_\_\_\_\_

Адрес \_\_\_\_\_

Город \_\_\_\_\_ Штат \_\_\_\_\_ Индекс \_\_\_\_\_

Номер телефона в дневное время \_\_\_\_\_ Номер телефона в вечернее время \_\_\_\_\_

Адрес электронной почты \_\_\_\_\_

Название программы медицинского страхования \_\_\_\_\_

Членский номер пациента \_\_\_\_\_

Название медицинской группы (если зарегистрировано в медицинской группе) \_\_\_\_\_

Работодатель \_\_\_\_\_ Не работает

Необходима ли вам помощь с подачей 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 о справедливом слушании штата?  Да  Нет

Есть ли у вас Medicare или Medicare Advantage?  Да  Нет

Подали ли вы жалобу или претензию в вашу программу медицинского страхования?  Да  Нет

Требуется ли вам оплата за услугу, которая уже получена?  Да  Нет

Если да, укажите дату(-ы) предоставления услуги и название провайдера услуги:

Требуется ли вам разрешение для будущих услуг?  Да  Нет

Необходима ли вам помощь с повседневной деятельностью или рассматриваете ли вы себя как человека с ограниченными возможностями?  Да  Нет



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

### ВАША ПРОБЛЕМА СО ЗДОРОВЬЕМ

(Используйте отдельный лист и приложите другие документы в случае необходимости.)

Каково ваше заболевание или диагноз врача? (пожалуйста, укажите точно) \_\_\_\_\_

Какое лечение/услуги и/или лекарства вы требуете? (пожалуйста, укажите точно)

Говорит ли вам ваша программа медицинского страхования, что желаемое лечение: (выберите одно)

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Не является необходимым с медицинской точки зрения | <input type="checkbox"/> Является экспериментальным или исследовательским |
| <input type="checkbox"/> Не является неотложным/срочным                     | <input type="checkbox"/> Другое (пожалуйста, объясните ниже)              |

Укажите имя и номер телефона вашего врача первичной медицинской помощи и других провайдеров медицинских услуг, которых вы посещали, которые вас лечили или консультировали по поводу данного заболевания.

Посещали ли вы каких-либо провайдеров медицинских услуг, не входящих в сеть программы, по поводу вашего заболевания?  Да  Нет

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

Кратко опишите проблему, которая возникла у вас с вашей программой медицинского страхования. Например, объясните, связана ли проблема с отказом в лечении, неоплаченным требованием, проблемой с получением посещения или лекарства или с тем, что ваше страховое покрытие было отменено программой медицинского страхования.

### РАЗРЕШЕНИЕ НА ВЫДАЧУ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ

Я прошу Департамент управляемого медицинского обслуживания (Department of Managed Health Care, DMHC) принять решение в отношении моей проблемы с программой медицинского страхования. Я прошу DMHC изучить мою Заявку на проведение независимой медицинской проверки (IMR)/Форму жалобы, чтобы определить, соответствует ли моя жалоба критериям для проведения IMR или процессу подачи жалоб потребителей DMHC. Я разрешаю провайдерам, предоставившим мне медицинские услуги в прошлом, или предоставляющим их сейчас, раскрыть мои медицинские записи и информацию для изучения данного вопроса. Такие записи могут включать медицинские, психиатрические записи, записи о злоупотреблении запрещенными веществами, ВИЧ, заключения диагностической визуализации, а также другие записи, связанные с моим делом. Эти записи могут также включать в себя немедицинские записи и любую другую информацию, связанную с моим делом. Я разрешаю DMHC изучить эти записи и информацию и отправить их моей программе медицинского страхования. Срок действия моего разрешения заканчивается через один год с даты, указанной ниже, за исключением ситуаций, разрешенных законом. Например, закон позволяет DMHC продолжать использовать мою информацию во внутренних целях. Я могу по желанию прекратить действие данного разрешения ранее. Вся информация, предоставленная мной на данной странице, является верной.

Подпись пациента или родителя \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_

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

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

### *ТОЛЬКО ДЛЯ СТАТИСТИЧЕСКОЙ ИНФОРМАЦИИ*

Просим вас добровольно предоставить следующую информацию. Предоставление этой информации поможет DMHC определить схемы возникновения проблем. Разделом 1374.30 Кодекса о здравоохранении и безопасности DMHC разрешается получать данную информацию для исследовательских и статистических целей. Предоставление этой информации является добровольным и не повлияет каким-либо образом на решение по IMR или жалобе.

Основной язык, на котором вы разговариваете: \_\_\_\_\_

Не хочу отвечать

Раса/Этническое происхождение: \_\_\_\_\_

Не хочу отвечать



## Форма утверждения помощника

- Если вы хотите предоставить другому человеку разрешение на помощь с вашей независимой медицинской проверкой (IMR) или жалобой, заполните разделы А и В ниже.
- Если вы являетесь родителем или законным опекуном, подающим данную заявку на IMR или жалобу за ребенка до 18 лет, вам не нужно заполнять эту форму.
- Если вы подаете эту заявку на IMR/жалобу за пациента, который не может заполнить данную форму, поскольку является либо 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: ПАЦИЕНТ

Я разрешаю лицу, указанному ниже в разделе В, помочь мне с IMR или жалобой, поданной в Департамент управляемого медицинского обслуживания (DMHC). Я разрешаю сотрудникам DMHC и IMR предоставлять информацию о моем(-их) заболевании(-ях) и лечении лицам, указанным ниже. Эта информация может включать в себя данные о психиатрическом лечении, лечении или тестировании ВИЧ, лечении от алкогольной или наркотической зависимости, а также другую медицинскую информацию.

Я понимаю, что будет раскрыта только информация, связанная с моей заявкой на IMR или жалобой.

Мое утверждение этой помощи является добровольным и я имею право прекратить его. Если я захочу прекратить действие данного разрешения, это необходимо сделать письменно.

Подпись пациента \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_

### РАЗДЕЛ В: ЛИЦО, ПРЕДОСТАВЛЯЮЩЕЕ ПОМОЩЬ ПАЦИЕНТУ

Имя и фамилия лица, предоставляющего помощь (печатными буквами) \_\_\_\_\_

Подпись лица, предоставляющего помощь \_\_\_\_\_

Адрес \_\_\_\_\_

Город \_\_\_\_\_ Штат \_\_\_\_\_ Индекс \_\_\_\_\_

Кем приходится пациенту \_\_\_\_\_

Номер телефона в дневное время \_\_\_\_\_

Номер телефона в вечернее время \_\_\_\_\_

Адрес электронной почты \_\_\_\_\_

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

## Инструкции: Заявка на проведение IMR/Форма жалобы

Если у вас возникли вопросы, позвоните в Центр помощи по тел. 1-888-466-2219 или TDD: 1-877-688-9891. Звонок бесплатный.

Вы должны подать заявку на IMR в течение шести месяцев с момента отправки вашей программой медицинского страхования письменного ответа на ваше обращение. DMHC имеет право принимать вашу заявку по истечению шести месяцев, если определено, что те или иные обстоятельства препятствовали своевременной подаче. Помните, что если вы решите не подавать жалобу в DMHC в отношении проблемы, которая имела бы право на проведение IMR, вы, возможно, отказываетесь от своих прав на подачу судебного иска против вашей программы медицинского страхования в отношении услуги 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 прилагаемую заявку на IMR/форму жалобы. Используйте конверт, предоставляемый вместе с формой.
2. Если вам необходима помощь с IMR или заявкой, заполните «Форму утверждения помощника».
3. Если у вас есть медицинские записи от провайдеров услуг за пределами сети, пожалуйста, приложите их к заявке на IMR/форме жалобы. Ваша программа медицинского страхования предоставит записи от провайдеров услуг в сети.
4. Вы можете приложить другие документы в поддержку вашего требования. Однако нет необходимости предоставлять какие-либо документы или корреспонденцию между вами и вашей программой медицинского страхования в отношении данной жалобы. DMHC получит эту информацию непосредственно от вашей программы медицинского страхования в рамках расследования.
5. Если вы не подаете форму онлайн, пожалуйста, отправьте форму и все дополнительные документы почтой или по факсу в:

DMHC Help Center  
980 9th Street, Suite 500  
Sacramento, CA 95814-2725  
ФАКС: 916-255-5241

### Что будет дальше?

Центр помощи в течение семи дней направит вам письмо, сообщающее можете ли вы претендовать на IMR. Если будет установлено, что ваша жалоба соответствует критериям для проведения IMR, ваше дело будет назначено подрядчику штата, который проведет проверку. Подрядчик штата также известен как Организация по проведению независимых медицинских проверок (IMRO). Вся информация, находящаяся в распоряжении Центра помощи, касающаяся вашей жалобы, в том числе ваши медицинские записи, будет отправлена IMRO. IMRO, как правило, принимает решение в течение 30 дней или в течение семи дней, если ваш случай не терпит отлагательств. Вы будете уведомлены в письменной форме о принятом решении.

Если будет установлено, что ваша жалоба должна быть рассмотрена в процессе по рассмотрению жалоб потребителей, решение по вашей проблеме будет принято в течение 30 дней. Вы будете уведомлены в письменной форме о принятом решении.

## Инструкции: Заявка на проведение IMR/Форма жалобы

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

- Закон Нокса-Кина (Кнох-Кеене Act) штата Калифорния предоставляет Управлению регулируемого медицинского обслуживания (DMHC) право регулировать работу организаций, предоставляющих программы медицинского страхования, и рассматривать жалобы лиц, пользующихся этими программами.
- Центр помощи DMHC использует ваши личные данные для рассмотрения вашей проблемы, касающейся программы медицинского страхования, и для проведения IMR, если ваша проблема соответствует критериям для ее проведения.
- Вы предоставляете DMHC эту информацию добровольно. Вы не обязаны предоставлять ее. Однако без этой информации DMHC не может рассматривать вашу жалобу или проводить IMR.
- DMHC при необходимости может передавать ваши личные данные программе медицинского страхования и подрядчикам, проводящим IMR.
- DMHC 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 документов DMHC (DMHC Records Request Coordinator) по адресу Office of Legal Services, 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.
- ❖ **RAPIDO:** Las IMR generalmente se deciden dentro de 30 días o dentro de 7 días si el asunto de salud es urgente.
- ❖ **Exitoso :** Cerca de 60% 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

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

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Teléfono durante el día \_\_\_\_\_ Teléfono durante la noche \_\_\_\_\_

Correo electrónico \_\_\_\_\_

Nombre del plan de salud \_\_\_\_\_ Núm. de membresía del paciente \_\_\_\_\_

Nombre del grupo médico (si está inscrito en uno) \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_ No está empleado

¿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 pago por un servicio que ya recibió?  Sí  No

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

\_\_\_\_\_  Sí  No

¿Desea recibir autorización para servicios futuros?  Sí  No

¿Necesita ayuda con sus actividades diarias o considera que tiene una discapacidad?  Sí  No

## FORMULARIO DE QUEJA/SOLICITUD DE REVISIÓN MÉDICA INDEPENDIENTE (IMR)

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

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

¿Qué tratamiento(s)/servicio(s) o medicamento(s) solicita? (sea específico)

Su plan dice que el tratamiento que desea (marque una opción):

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> No es medicamento necesario        | <input type="checkbox"/> Es experimental o de investigación |
| <input type="checkbox"/> No es una emergencia/no es urgente | <input type="checkbox"/> 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. Por ejemplo, explique si es el problema es acerca de un tratamiento denegado, un reclamo no pagado, problemas para obtener una cita o medicamento, o si el plan canceló su cobertura.

### Divulgación de información médica

Solicito al Departamento de Atención Administrada de la Salud (Department of Managed Health Care, DMHC) que tome una decisión acerca del problema que tengo con mi plan. Solicito al DMHC 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 quejas de los consumidores del DMHC. 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 a DMHC 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 DMHC 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.

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 SOLAMENTE

Se le pide que proporcione la siguiente información de manera voluntaria. Proporcionar esta información ayudará a DMHC a identificar cualquier patrón de los problemas. El artículo 1374.30 del Código de Salud y Seguridad (Health and Safety Code) autoriza al DMHC 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: \_\_\_\_\_  Prefiero no decir

Raza/origen étnico: \_\_\_\_\_  Prefiero no decir



## 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.
- Si es un padre o tutor legal que presenta esta queja o solicitud de IMR en nombre de un menor de 18 años, no necesita llenar este formulario.
- Si presenta este formulario de queja/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 carta de poder para tomar decisiones de atención de salud u otros documentos que digan que usted puede tomar decisiones en nombre del paciente.

### PARTE A: 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 (Department of Managed Health Care, DMHC). Autorizo al personal del DMHC 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.

Firma del paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

### PARTE B: PERSONA QUE ASISTE AL PACIENTE

Nombre de la persona que asiste al paciente (letra de molde) \_\_\_\_\_

Firma de la persona que asiste al paciente \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Relación con el paciente \_\_\_\_\_

Teléfono durante el día \_\_\_\_\_

Teléfono durante la noche \_\_\_\_\_

Correo electrónico \_\_\_\_\_

Mi carta de poder para tomar decisiones de atención de salud u otro documento legal está incluido

# Hoja de instrucciones para el formulario de queja/solicitud de IMR

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

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. El DMHC podría aceptar su solicitud después de seis meses si se determina que las circunstancias evitaron su presentación oportuna. Tenga en cuenta que si decide no presentar una queja ante el DMHC 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'.
- 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 correspondencia entre usted y su plan en relación con su queja. El DMHC 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:

DMHC Help Center  
980 9th Street Suite 500  
Sacramento CA 95814-2725  
FAX: 916-255-5241

## ¿Qué sucederá a continuación?

El Centro de Ayuda (Help Center) le enviará una carta dentro de un plazo de siete días informándole si reúne los requisitos para una IMR. Si se determina que su queja reúne los requisitos para una IMR, su caso se asignará a un contratista estatal que llevara a cabo la revisión. Al contratista estatal también se le conoce como una organización de revisión médica independiente (Independent Medical Review Organization, IMRO). Toda la información en posesión del Centro de Ayuda relacionada con su queja, incluyendo sus registros médicos, se enviará al IMRO. La IMRO tomará una decisión, generalmente dentro de un plazo de 30 días o dentro de siete días si su caso es urgente. Se le notificará por escrito de la decisión.

Si se determina 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. Se le notificará por escrito de la decisión.

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 DMHC 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 DMHC 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 DMHC de manera voluntaria. Usted no tiene que proporcionar esta información. Sin embargo, si no lo hace, el DMHC podría ser incapaz de investigar su queja o concederle una IMR.
- El DMHC podría compartir su información personal, según sea necesario, con el plan y los proveedores que llevan a cabo la IMR.
- El DMHC 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 Registros de DMHC, , Office of Legal Services, 980 9th Street Suite 500, Sacramento CA 95814-2725, o llame a 916-322-6727.

## PORMA NG 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 30 araw, o sa loob ng 7 araw kung ang problema sa kalusugan ay kritikal.
- ❖ **MATAGUMPAY:** Halos 60% ng mga pasyente naka tanggap 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

Unang Pangalan \_\_\_\_\_ Gitnang Inisyal \_\_\_\_\_ Apelyido \_\_\_\_\_

Araw ng Kapanganakan ng Pasyente (bb/aa/tttt) \_\_\_\_\_ Kasarian:  Lalaki  Babae

Pangalan ng Magulang o Guardian kung nagrereklamo para sa Menor de Edad \_\_\_\_\_

Adres ( Kalye) \_\_\_\_\_

Lungsod \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_

# ng Telepono sa Araw \_\_\_\_\_ # ng Telepono sa Gabi \_\_\_\_\_

Email Address \_\_\_\_\_

Pangalan ng Planong Pangkalusugan \_\_\_\_\_ ID # ng Miyembro o Pasyente \_\_\_\_\_

Pangalan ng Grupo Medikal (kung nakatala sa isang medikal na grupo) \_\_\_\_\_

Employer \_\_\_\_\_ Hindi Nagtatrabaho

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 daing sa iyong planong pangkalusugan?  Oo  Hindi

Humihingi ka ba ng kabayaran para sa isang serbisyo na iyo nang natanggap?  Oo  Hindi

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

Humihiling ka ba ng awtorisasyon para sa mga serbisyo sa hinaharap?  Oo  Hindi

Kailangan mo ba ng tulong sa pang-araw-araw na mga gawain o tinuturing ang sarili na may kapansanan?

Oo  Hindi



# PORMA NG REKLAMO/APLIKASYON SA MALAYANG PAGSUSURING MEDIKAL

## ANG IYONG PROBLEMA SA KALUSUGAN

(Gumamit ng hiwalay na pahina at ilakip ang ibang mga dokumento, kung kailangan.)

Ano ang iyong medikal na kondisyon o ang dyagnosis ng doktor? (mangyaring maging tiyak) \_\_\_\_\_

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

Sinaad ba sa plano mo na ang paggamot na iyong nais ay (magtsek ng isa)

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Hindi Medikal na Kinakailangan   | <input type="checkbox"/> Pang-eksperimento o Pang-imbestigasyon |
| <input type="checkbox"/> Hindi isang Emerhensiya/Kritikal | <input type="checkbox"/> 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 plano. Halimbawa, ipaliwanag kung ang problema ay isang pagtangga sa paggamot, isang hindi nabayarang serbisyo, problema sa pagkuha ng appointment o gamot, o kung ang iyong plano ay kinansela ng segurong pangkalusugan.

## MEDIKAL NA PAGPAPALAYA

Ako ay humihiling sa Kagawaran ng Pinangangasiwaang Pangkalusugan (Department of Managed Health Care, DMHC) na gumawa ng pasya tungkol sa aking problema sa aking plano. Hinihiling ko sa DMHC na suriin ang aking Reklamo/Aplikasyon sa Malayang Pagsusuring Medikal (Independent Medical Review, IMR) upang matukoy kung ang aking reklamo ay kuwalipikado para sa isang IMR o bilang isang regular na 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 DMHC 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 DMHC 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.

Lagda ng Pasyente o Magulang \_\_\_\_\_ Petsa \_\_\_\_\_

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

# PORMA NG REKLAMO/APLIKASYON SA MALAYANG PAGSUSURING MEDIKAL

## *PARA SA ISTATISTIKAL NA IMPORMASYON LAMANG*

Ikaw ay hinihiling na boluntaryong magbigay ng mga sumusunod na impormasyon. Ang pagbibigay ng impormasyon na ito ay makatutulong sa DMHC na matukoy ang anumang patern ng mga problema. Kodigo ng Kalusugan at Kaligtasan seksyon 1374.30 ay nag-aawtorisa sa DMHC 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: \_\_\_\_\_  Pumili na hindi magbigay  
Lahi/Etnisidad: \_\_\_\_\_  Pumili na hindi magbigay

# PORMA 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.
- Kung ikaw ay isang magulang o legal guardian na nagsasampa nitong IMR o 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: PASYENTE

Pinahihintulutan ko ang taong pinangalanan sa ibaba sa Bahagi B para tulungan ako sa aking IMR application o reklamo na isinampa sa Department of Managed Health Care (DMHC). Pinahihintulutan ko ang kawani ng DMHC 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.

Lagda ng Pasyente \_\_\_\_\_ Petsa \_\_\_\_\_

## BAHAGI B: TAONG TUMUTULONG SA PASYENTE

Pangalan ng Taong Tumutulong (isulat) \_\_\_\_\_

Lagda ng Taong Tumutulong \_\_\_\_\_

Adres (Kalye) \_\_\_\_\_

Lungsod \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_

Relasyon sa Pasyente \_\_\_\_\_

# ng Telepono sa Araw \_\_\_\_\_

# ng Telepono sa Gabi \_\_\_\_\_

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.

## Pahina ng Tagubilin para sa Porma ng Reklamo/Aplikasyon para sa IMR

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

### **Bago Magsampa:**

Kailangan mong mag aplay para sa isang IMR sa loob ng anim na buwan matapos makatanggap ng sulat na tugon sa iyong apela galing sa iyong planong pangkalusugan. Ang DMHC ay maaaring tanggapin ang iyong aplikasyon makalipas ang anim na buwan kung napag alaman na may mga sirkumstansya na naging hadlang sa napapanahong pagsumite. Dapat mong malaman na kung magpasya kang hindi magsampa ng reklamo sa DMHC para sa isang isyu na kwalipikado para sa isang IMR, maaaring sinuko mo ang iyong mga karapatan na ipagpatuloy ang legal na aksyon laban sa iyong planong pangkalusugan tungkol sa mga serbisyo o paggamot na iyong hinihiling.

### **Paano Magsampa:**

1. Magsampa online sa [www.HealthHelp.ca.gov](http://www.HealthHelp.ca.gov). Ito ang pinakamabilis na paraan.

o

Kumpletuhin at lagdaan ang nakalakip na Porma ng Reklamo/Aplikasyon sa IMR. Gamitin ang sobre na ibinigay kasama ng pormularyo.

2. Kung nais mo ng isang tao na tumulong sa iyo sa iyong Aplikasyon sa IMR o Reklamo, kumpletuhin ang 'Porma para sa Awtorisadong Katulong.'
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 planong pangkalusugan 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 sulat sa pagitan mo at ng iyong planong pangkalusugan na may kaugnayan sa reklamong ito. Kukunin ng DMHC nang direkta ang impormasyong ito mula sa iyong planong pangkalusugan bilang bahagi ng imbestigasyon.
5. Kung hindi ka magsumite online, mangyaring i-koreo o i-fax ang iyong porma at anumang dokumento na sumusuporta sa:

DMHC Help Center  
980 9th Street, Suite 500  
Sacramento, CA 95814-2725  
FAX: 916-255-5241

### **Ano ang Sunod na Mangyayari?**

Ang Sentro ng Tulong (Help Center) ay magpapadala sa iyo ng sulat sa loob ng pitong araw na nagsasabi sa iyo kung ikaw ay kwalipikado para sa isang IMR. Kung natukoy na ang iyong reklamo ay kuwalipikado para sa isang IMR, ang kaso ay itatalaga sa isang kontratista ng estado na gagawa ng pagsusuri. Ang kontratista ng estado ay kilala rin bilang Organisasyon ng Malayang Medikal na Pagsusuri (Independent Medical Review Organization, IMRO). Ang lahat ng impormasyon na hawak ng Sentro ng Tulong (Help Center) na kaugnay sa iyong reklamo, kabilang na ang iyong mga medical rekord, ay ipapadala sa IMRO. Ang IMRO ay gagawa ng desisyon karaniwan sa loob ng 30 na araw o sa loob ng pitong araw kung ang iyong kaso ay kritikal. Ikaw ay aabisuhan sa pamamagitan ng sulat tungkol sa desisyon.

Kung natukoy na ang iyong reklamo ay dapat na masuri sa pamamagitan ng proseso ng Reklamo ng Mamimili, isang desisyon tungkol sa iyong isyu ay gagawin sa loob ng 30 araw. Ikaw ay aabisuhan sa pamamagitan ng sulat tungkol sa desisyon.

## Pahina ng Tagubilin para sa Porma ng Reklamo/Aplikasyon para sa IMR

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

- Batas ng Knox-Keene ng California ay nagbibigay sa DMHC ng awtoridad na pangasiwaan ang mga planong pangkalusugan at imbestigahan ang mga reklamo ng mga miyembro ng planong pangkalusugan.
- Ang Sentro ng Tulong (Help Center) ng DMHC 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 DMHC ang impormasyong ito nang boluntaryo. Hindi mo kailangang ibigay ang impormasyong ito. Ngunit, kung ayaw mo, ang DMHC ay maaaring hindi makapag-imbestiga sa iyong reklamo o makapagbigay ng IMR.
- Ang DMHC ay maaaring ibahagi ang iyong personal na impormasyon, kung kailangan, sa planong pangkalusugan at mga doktor na gumagawa ng IMR.
- Ang DMHC 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 DMHC Records Request Coordinator, DMHC, Office of Legal Services, 980 9th Street Suite 500, Sacramento CA 95814-2725, o tumawag sa 916-322-6727.



## 獨立醫療審查申請 (IMR) / 投訴表格

### 重要資訊

您可以上網提交您的 IMR 申請/投訴表格，網址：[www.HealthHelp.ca.gov](http://www.HealthHelp.ca.gov)

- ❖ 免費：IMR/消費者投訴過程免費受理。
- ❖ 快速：IMR 一般在 30 天內決定，如有緊急健康問題則 7 天內決定。
- ❖ 成功：接近 60% 的病人通過 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 \_\_\_\_\_ 中間名首字母 \_\_\_\_\_ 姓 \_\_\_\_\_

病人出生日期 (日/月/年) \_\_\_\_\_ 性別：男  女

未成年子女申請，家長或監護人的姓名 \_\_\_\_\_

街道地址 \_\_\_\_\_

城市 \_\_\_\_\_ 州 \_\_\_\_\_ 郵遞區號 \_\_\_\_\_

日間電話號碼 \_\_\_\_\_ 夜間電話號碼 \_\_\_\_\_

電郵地址 \_\_\_\_\_

保健計劃名稱 \_\_\_\_\_ 病人的會員號碼 \_\_\_\_\_

醫療組名稱(如果註冊在一個醫療小組) \_\_\_\_\_

雇主 \_\_\_\_\_ 無職業

您是否需要別人幫助辦理投訴？  是  否

如果是，請填寫附上的「授權助理表格」。

您參加Medi-Cal(加利福尼亞州醫療補助計劃)嗎？  是  否

如果是，你有申請州公平聽證嗎？  是  否

您參加Medicare(聯邦醫療保險)或Medicare Advantage(聯邦醫療保險優先計劃)嗎？  是  否

您有沒有提交過投訴或申訴您的保健計劃？  是  否

您是否要求支付您已接受的服務？  是  否

如果是，列出所有服務的日期，以及供應者的名字：

您是否要求授權未來的服務呢？  是  否

您的日常活動需要幫助，或認為自己有殘疾？  是  否

# 獨立醫療審查申請 (IMR) /投訴表格

**您的健康問題** (如有需要, 請用另頁和附加其他文件)。

您的醫療情況或醫生的診斷是什麼? (請具體口明) \_\_\_\_\_

您要求什麼治療/服務和/或藥物呢? (請具體口明)

您的保健計劃有否表示您想要的治療是 (選擇一項):

- 沒有必要醫療                       試驗或研究性  
 不是緊急                               其他 (請在下面口明)

列出您的初級保健醫生和其他為您這個情況看視, 治療, 或指導您的供應者的名字和電話號碼。

因為您的情況, 您有見過網絡外醫療服務供應者嗎?  是  否

如果是, 請在該表格附加醫療記錄。

簡要地描述您對保健計劃的問題。 例如, 解釋您的問題是被拒口處理, 未支付索賠, 約時間或領取藥物有困難, 或者您的保健計劃已經取消了您的承保範圍。

## 病歷授權書

我請求保健管理部(DMHC)為我的保健計劃問題作出決定。 我請求DMHC審口我的獨立醫療審口 (IMR) 申請/投訴表格, 以確定我的投訴是否具有 IMR 或DMHC消費者投訴過程的資格。 我允許我以往和目前的供應者及保健計劃因審口這一問題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, 影像學的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DMHC審口這些記錄和資料, 並發送到我的保健計劃。 我的允許將於下述日期一年後結束, 法律所允許的除外。 例如, 法律允許DMHC繼續在口部使用我的資訊。 如果我願意, 我可以提早結束我的允許。 我在本表格中提供的所有資訊全是事實。

病人或家長簽名 \_\_\_\_\_ 日期 \_\_\_\_\_

請參口口明書的郵寄或傳真資訊。

### 僅作統計資訊所用

您被要求自願提供以下的資訊。 提供此資訊將會幫助DMHC識別任何問題的模式。 健康和 safety 代碼 1374.30 授權予DMHC獲取此資訊作為研究和統計之用。 提供此資訊是可選的, 並且不會以任何方式影響IMR或投訴的決定。

主要語言: \_\_\_\_\_

選擇不提供

種族/傳統族裔: \_\_\_\_\_

選擇不提供

# 授權助理表格

- 如果您想給予另一個人許可權，以協助您辦理獨立醫療審判 (IMR) 或投訴，請填寫以下的A和B部分。
- 如果您是家長或法定監護人，替 18 歲以下的一個孩子提交本 IMR 或投訴，您並不需要填寫此表。
- 如果您替另一位病人填寫本 IMR/投訴表，而該病人無能力或喪失勞動能力，並且你有法定權力代表該病人行事，請僅完成 B 部分。並附上一份保健授權委託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：病人

我允許下面 B 部分指名的人士幫助我處理我提交給保健管理部(DMHC)的 IMR 或投訴。我允許 DMHC 和 IMR 的工作人員將我的醫療條件和醫療資訊提供給以下指名的人士。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，或其他保健資訊。

我明白，只有與我的 IMR 或投訴相關的資訊才會被提供。

批准這種援助是自願的，我有權終止它。如果我想終止它，我必須以書面形式提出。

病人簽名\_\_\_\_\_ 日期\_\_\_\_\_

## B 部分：病人的協助者

協助者姓名(請用印刷字體書寫)\_\_\_\_\_

協助者簽名\_\_\_\_\_

街道地址\_\_\_\_\_

城市\_\_\_\_\_ 州\_\_\_\_\_ 郵遞區號\_\_\_\_\_

與病人的關係\_\_\_\_\_

日間電話號碼\_\_\_\_\_

夜間電話號碼\_\_\_\_\_

電郵地址\_\_\_\_\_

附加我的保健決策授權委託書或其他相關的法律文件。



# IMR 申請/投訴表格說明書

如有任何疑問，請致電支援中心，電話 466-2219 或 TDD (聽障者專用電話) 688-9891。電話是免費的。

您必須在您的保健計劃發送書面回應您的上訴後六個月內申請 IMR。如在確定的情況下無法及時提交，DMHC 可能會在六個月後接受您的申請。請務必注意，如果您決定不向 DMHC 投訴一項具有 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. 上網提交，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。使用該表格提供的信封。
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」。
3. 如果您有來自**網絡外醫療服務供應者**的醫療記錄，請在您的 IMR 申請/投訴表內包括它們。您的保健計劃將提供網絡內醫療服務供應者的醫療記錄。
4. 您可以包括其他支持您的請求的文件。但是，沒有必要提供任何您和您的保健計劃有關這投訴的文件或信函。DMHC 將直接從您的保健計劃獲取此資訊，作為調查的一部份。
5. 如果您不在網上提交，請用郵政或傳真把您的表格和任何輔助文件寄至：  
DMHC Help Center  
980 9th Street, Suite 500  
Sacramento, CA 95814-2725  
傳真：916-255-5241

## 下一步會發生什麼？

支援中心將在七天之內發信給您，通知您是否具有 IMR 的資格。如果確定您的投訴具有 IMR 的資格，您的個案將會分配給一個本州的承包人進行審查。本州的承包人也被稱為獨立醫療審查組織 (IMRO)。所有支援中心擁有與您的投訴相關的資訊，包括您的醫療記錄，將被發送到 IMRO。IMRO 通常在 30 天內作出決定，如您的情況緊急則 7 天內決定。您將會收到有關決定的書面通知。

如果確定您的投訴應當通過消費者投訴過程的審查，將在 30 天內作出有關您的問題的決定。您將會收到有關決定的書面通知。

1977年資訊處理法案(加州民法代碼1798.17)要求通知如下。

- 加州 Knox-Keene (諾克斯-基恩)法賦予 DMHC 規管保健計劃和調查保健計劃成員投訴的權利。
- DMHC 支援中心使用您的個人資料調查您的保健計劃問題，並提供 IMR 如果您有 IMR 資格。
- 提供這些資訊給 DMHC 是自願的。您沒有必要提供這些資訊。但是，如果你不提供這些資訊，DMHC 可能無法調查您的投訴或提供 IMR。
- 如有需要，DMHC 可能會將您的個人資料提供給保健計劃或調查 IMR 的供應者。
- DMHC 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，請聯系 DMHC 的記錄請求協調員，法律服務辦公室，980 9th Street Suite 500, Sacramento CA 95814-2725, 或致電 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 30 ngày, hoặc trong vòng 7 ngày nếu vấn đề sức khỏe là khẩn cấp.
- ❖ **THÀNH CÔNG:** Gần 60% 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

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 Ban ngày \_\_\_\_\_ Số Điện thoại Ban đêm \_\_\_\_\_

Địa chỉ Email \_\_\_\_\_

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

Tên Nhóm Y tế (nếu ghi danh trong nhóm y tế) \_\_\_\_\_

Nhà tuyển dụng \_\_\_\_\_ Không được 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 mà quý vị đã nhận không?  Có  Không

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

Có phải quý vị muốn được cho phép các dịch vụ trong tương lai không?  Có  Không

Quý vị có cần giúp đỡ trong các hoạt động hàng ngày hoặc cho rằng mình bị khuyết tật không?  Có  Không

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

**VẤN ĐỀ SỨC KHỎE CỦA QUÝ VỊ** (Sử dụng một tờ giấy riêng và đính kèm các tài liệu khác, nếu cần.)

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 của quý vị có nói rằng điều trị mà quý vị muốn là: (chọn một)

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Không Cần thiết về mặt Y tế               | <input type="checkbox"/> Thí nghiệm hoặc Nghiên cứu          |
| <input type="checkbox"/> Không phải là trường hợp Cấp cứu/Khẩn cấp | <input type="checkbox"/> Khác (vui lòng giải thích bên dưới) |

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 của mình. Ví dụ, giải thích vấn đề đó có phải là điều trị bị từ chối, yêu cầu bồi thường chưa được thanh toán, khó khăn trong việc đặt hẹn hoặc lấy thuốc, hay việc chương trình hủy bảo hiểm của quý vị.

## TIẾT LỘ THÔNG TIN Y TẾ

Tôi yêu cầu Sở Y tế Quản lý (DMHC) ra quyết định về vấn đề của tôi với chương trình. Tôi yêu cầu DMHC 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 Khiếu nại của Người tiêu dùng của DMHC. 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 DMHC 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 DMHC 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.

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.

### CHỈ DÀNH CHO 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 DMHC xác định bất kỳ mô thức vấn đề nào. Bộ luật Y tế và An toàn phần 1374.30 cho phép DMHC 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 đến quyết định IMR hay khiếu nại bằng bất kỳ cách nào.

Ngôn ngữ Chính Sử dụng: \_\_\_\_\_  Chọn không cung cấp

Chủng tộc/Nguồn gốc Dân tộc: \_\_\_\_\_  Chọn không cung cấp



# 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.
- Nếu quý vị là cha mẹ hoặc người giám hộ pháp lý nộp IMR hoặc khiếu nại 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; BỆNH NHÂN

Tôi cho phép người có tên dưới đây trong Phần B được hỗ trợ tôi trong IMR hoặc khiếu nại của tôi nộp cho Sở Y tế Quản lý (DMHC). Tôi cho phép nhân viên DMHC 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.

Chữ ký của Bệnh nhân \_\_\_\_\_ Ngày \_\_\_\_\_

## PHẦN B; NGƯỜI HỖ TRỢ BỆNH NHÂN

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 Ban ngày \_\_\_\_\_

Số Điện thoại Ban đêm \_\_\_\_\_

Địa chỉ Email \_\_\_\_\_

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

# Tờ Hướng dẫn Mẫu Đơn yêu cầu IMR/Khiếu nại

Nếu quý vị có thắc mắc, gọi cho Trung tâm Hỗ trợ theo số 1-888-466-2219 hoặc TDD theo số 1-877-688-9891. Cuộc gọi được miễn cước.

Quý vị phải nộp đơn yêu cầu IMR trong vòng sáu tháng sau khi chương trình bảo hiểm y tế gửi cho quý vị văn bản trả lời kháng cáo của quý vị. DMHC có thể chấp nhận đơn yêu cầu của quý vị sau sáu tháng nếu xác định là do hoàn cảnh khiến không thể nộp đơn kịp thời. Xin lưu ý rằng nếu quý vị quyết định không nộp khiếu nại cho DMHC 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'.
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. DMHC 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:  
DMHC Help Center  
980 9th Street, Suite 500  
Sacramento, CA 95814-2725  
FAX: 916-255-5241

## Điều gì Xảy ra Tiếp theo?

Trung tâm Hỗ trợ 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 xác định rằng khiếu nại 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 (IMRO). Mọi thông tin mà Trung tâm Hỗ trợ có liên quan đến khiếu nại của quý vị, bao gồm hồ sơ y tế của quý vị, sẽ được gửi cho IMRO. IMRO sẽ ra quyết định thường là trong vòng 30 ngày hoặc trong vòng bảy ngày nếu trường hợp của quý vị là trường hợp khẩn cấp. Quý vị sẽ được thông báo bằng văn bản về quyết định này.

Nếu xác định rằng khiếu nại 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. Quý vị sẽ được thông báo bằng văn bản về quyết định này.



# Tờ Hướng dẫn Mẫu Đơn yêu cầu IMR/Khiếu nại

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 DMHC 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 DMHC 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 DMHC. Quý vị không phải cung cấp thông tin này. Tuy nhiên nếu quý vị không cung cấp thông tin, DMHC có thể không điều tra được khiếu nại của quý vị hoặc cung cấp IMR.
- DMHC có thể chia sẻ thông tin cá nhân của quý vị, khi cần thiết, với chương trình và các nhà cung cấp tiến hành IMR.
- DMHC 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 DMHC, DMHC, Phòng Dịch vụ Pháp lý, 980 9th Street Suite 500, Sacramento CA 95814-2725, hoặc gọi số 916-322-6727.

## ԱՆԿԱԽ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ՎԵՐԱՔՆՆՈՒԹԵԱՆ ԴԻՄՈՒՄՆԱԳԻՐ (IMR)/ԳԱՆԳԱՏԻ ՁԵԻԱԹՈՒՂԹ

### ԿԱՐԵԻՈՐ ՏԵՂԵԿՈՒԹԻՒՆՆԵՐ

Դուք կրնաք ձեր IMR Դիմումնագիրը/Գանգատի ձեռագրույթը ներկայացնել առցանց՝  
[www.HealthHelp.ca.gov](http://www.HealthHelp.ca.gov)

- ❖ ԱՆՎՃԱՐ՝ IMR/Սպառողին Գանգատի գործարկությունը անվճար է:
- ❖ ԱՐԱԳ՝ IMR-ներ սովորաբար կը վճռուին 30 կամ 7 օրուան ընթացքին, եթե առողջական խնդիրը անյետաձգելի է:
- ❖ ՅԱԶՈՂ՝ Հիւանդներու հարիւր առ 60 կ'ստանան այն ծառայությունը զոր կը հայցէն IMR-ին միջոցով:
- ❖ ՎԵՐՋՆԱԿԱՆ՝ Առողջապահական ծրագիրները պետք է հետեւին IMR-ինորոշումին եւ շուտով տրամադրեն ծառայությունը:

### ՏԵՂԵԿՈՒԹԻՒՆՆԵՐ ՀԻՒԱՆԴԻ ՎԵՐԱԲԵՐԵԱԼ

Անուն \_\_\_\_\_ Միջին անունի սկզբնատառ \_\_\_\_\_ Մականուն \_\_\_\_\_

Հիւանդին ծննդեան թուականը (mm/dd/yyyy) \_\_\_\_\_ Սեռը՝ Արական  Իգական

Ծնողին կամ խնամակալին անունը, եթէ կը ներկայացուի անչափահաս երեխայի համար \_\_\_\_\_

Փողոցի հասցէ \_\_\_\_\_

Քաղաք \_\_\_\_\_ Նահանգ \_\_\_\_\_ Փոստային դասիչ (Zip) \_\_\_\_\_

Յերեկային հեռաձայնի թիւ՝ \_\_\_\_\_ Երեկոյան հեռաձայնի թիւ՝ \_\_\_\_\_

Ել.փոստի հասցէ \_\_\_\_\_

Առողջապահական ծրագրի անուն \_\_\_\_\_ Հիւանդի անդամութեան թիւ՝ \_\_\_\_\_

Բժշկական խումբի անուն(եթէ ներառուած է բժշկական խումբին մէջ) \_\_\_\_\_

Գործատէր \_\_\_\_\_ Անգործ է

Դուք կը փափաքի՞ք որ որեւէ մէկը ձեզի օգնէ գանգատ ներկայացնելու համար:  Այո  Ոչ

Եթէ այո, հաճեցէք լրացնել կից « Արտօնագրուած օգնականի ձեռագրույթը »:

Դուք Medi-Cal ունի՞ք:  Այո  Ոչ

Եթէ այո, դուք Նահանգային Արդար Լուծմի հայց ներկայացուցա՞ծ եք:  Այո  Ոչ

Դուք Medicare կամ Medicare Advantage ունի՞ք:  Այո  Ոչ

Դուք գանգատ կամ բողոք ներկայացուցա՞ծ եք ձեր առողջապահական ծրագրին դէմ:  Այո  Ոչ

# ԱՆԿԱԽ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ՎԵՐԱՔՆՆՈՒԹԵԱՆ ԴԻՄՈՒՄՆԱԳԻՐ (IMR)/ԳԱՆԳԱՏԻ ՁԵԻԱԹՈՒՂԹ

Դուք դիմում կատարած եք ծառայութեան մը վճարումի համար, զոր արդէն ստացած եք:  Այո  Ոչ  
Եթէ այո, նշեցէք այդ ծառայութիւններու ամսաթիւ(եր)ը եւ մատակարարին անունը:

Ապագայ ծառայութիւններու համար արտօնագիր կը պահանջէ՞ք:  Այո  Ոչ

Դուք ամենօրեայ գործողութիւններու համար օգնութեան կարիք ունի՞ք կամ ինքզինքնիդ հաշմանդամ կը  
համարէ՞ք:  Այո  Ոչ

**ՁԵՐ ԱՌՈՂՋԱԿԱՆ ԽՆԴԻՐԸ** (Զատ թուրք գործածեցէք եւ այլ փաստաթուղթեր կցեք եթէ կարիք կայ:

Ի՞նչ է ձեր առողջական խնդիրը կամ բժիշկի ախտաճանաչումը: (Հաճեցէք մասնաւորապէս գրել) \_\_\_\_\_

Ի՞նչ բժշկական բուժում/ծառայութիւն(ներ) եւ/կամ դեղեր դուք կը հայցէք: (Հաճեցէք մասնաւորապէս գրել)

Արդեօք ձեր ծրագիր կ'ըսէ որ ձեր փափաքած բուժումը (նշեք մէկը)

- Բժշկական տեսանկիւնէ անհրաժեշտ չէ  Փորձառական կամ հետազօտական է  
 Անակնկալ կամ անյետաձգելի դէպք չէ  Այլ (հաճեցէք վարը բացատրել)

Նշեք ձեր հիմնական խնամքի բժիշկի եւ այլ բժիշկներու անունը եւ հեռաձայնի թիւը որ ձեզի հետ  
հանդիպած են, ձեզի բուժած են կամ ձեզի խորհուրդ տուած են այս առողջական խնդրի վերաբերեալ:

Դուք այցելած եք ցանցէ դուրս որեւէ բժիշկի ձեր առողջական խնդրին համար:  Այո  Ոչ  
Եթէ այո հաճեցէք այս ձեռաթուղթին հետ ներառնել բժշկական արձանագրութիւնները:

Մէկ խօսքով նկարագրէք խնդիրը զոր դուք ունէք ձեր ծրագրին հետ: Օրինակ, բացատրեցէք եթէ խնդիրը  
մերժուած բուժում է, չվճարուած պահանջք է, ժամադրութիւն կամ դեղ ստանալու դժվարութիւն է կամ եթէ  
ձեր ապահովագրութիւնը ջնջուած է ծրագրի կողմէ:

## ԲԺՇԿԱԿԱՆ ԹՈՂԱՐԿՈՒԹԻՒՆ

Ես կը հայցելմ Կառավարուող Առողջապահական Խնամքի բաժինէն (Department of Managed Health Care (DMHC)) որոշում կայացնել ծրագրին հետ առնչակից իմ խնդրիս համար: Ես կը հայցելմ DMHC-էն  
վերաքննել իմ Անկախ Բժշկական Վերաքննութեան (Independent Medical Review (IMR))

Դիմումագիրը/Գանգատի ձեռաթուղթը եթէ իմ գանգատը IMR-ի կամ Սպառողի Գանգատի գործարկութեան  
իրավունք ունի: Ես իմ բժիշկներուս, անցեալի եւ ներկայիս եւ իմ ծրագրիին արտօնութիւն կ'ուստամ  
թողարկել իմ բժշկական արձանագրութիւնները եւ տեղեկութիւնները՝ այս խնդիրը վերաքննելու համար:  
Այս արձանագրութիւնները կրնան ներառնել բժշկական, հոգեկան առողջութեան, թմրեցուցիչներու

# ԱՆԿԱԽ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ՎԵՐԱՔՆՆՈՒԹԵԱՆ ԴԻՄՈՒՄՆԱԳԻՐ/ ԳԱՆԳԱՏԻ ՁԵՎԱԹՈՒՂԹ

չարաչար գործածութեան, ՄԻԱՎ-ի (HIV), ախտաճանաչումի պատկերումների գեկոյցների եւ այլ արձանագրութիւններու մէջ որ կ'առնչուին իմ խնդիրին: Այս արձանագրութիւնները նաեւ կրնան ներառնել ոչ-բժշկական արձանագրութիւններ եւ որեւէ այլ տեղեկութիւն որ առնչակից է իմ խնդիրին: Եր DMHC-ին արտօնութիւն կ'ուտամ վերաքննել այս արձանագրութիւնները եւ տեղեկութիւնները եւ անոնք ուղարկել իմ ծրագիրին: Իմ արտօնութիւնը կը լրանայ վարը նշուած թուականէն մէկ տարի վերջ՝ օրենքով արտօնուած պարագաներէն զատ: Օրինակ օրենքը DMHC-ին կ'արտօնէ ներքուստ շարունակել օգտագործել իմ տեղեկութիւնները: Ես կրնամ իմ արտօնութիւնը ավելի կանուխ լմնցնել եթէ փափաքիմ: Այստեղ տրամադրուած բոլոր տեղեկութիւնները ճիշտ են:

Հիւանդի կամ ծնողի ստորագրութիւն \_\_\_\_\_ Ամսաթիւ \_\_\_\_\_

Հաճեցէք նայիլ ցուցումներու էջը թղթատարական կամ հեռապատճենին վերաբերող տեղեկութիւններու համար:

## *ՄԻՄԻԱՅՆ ՎԻՃԱԿԱԳՐԱԿԱՆ ՏԵՂԵԿՈՒԹԻՒՆՆԵՐՈՒ ՀԱՄԱՐ*

Ձեզի կը խնդրուի յօժարական տրամադրել հետեւեալ տեղեկութիւնները: Այս տեղեկութիւններու տրամադրումը DMHC-ին կ'օգնէ հասկնալ խնդիրներու որեւէ կաղապար: Առողջապահութեան եւ Ապահովութեան Օրինագիրքի 1374.30 յօդուածը DMHC-ին արտօնութիւն կ'ուտայ ձեռք բերել այս տեղեկութիւնները՝ հետազօտական եւ վիճակագրական նպատակներէ ելնելով: Այս տեղեկութիւնները տրամադրելը կամաւորական է եւ ոեւէ կերպով չի ազդեր IMR-ին կամ գանգատի որոշումին վրայ:

Հիմնական խոսուած լեզուն՝ \_\_\_\_\_  Որոշած է չտրամադրել

Ցեղ/ցեղային ժառանգութիւն՝ \_\_\_\_\_  Որոշած է չտրամադրել



## ԱՐՏՕՆՈՒԱԾ ՕԳՆԱԿԱՆԻ ՁԵԻԱԹՈՒՂԹ

- Եթե կը փափաքիք մէկ այլ անձի արտօնութիւն տրամադրել ձեզի օգնելու Անկախ Բժշկական Վերաքննութեան (IMR) կամ գանգատի համար, լրացրէք վարը տրուած Part A-ն եւ B-ն:
- Եթե դուք ծնող կամ օրինաւոր խնամակալ եք որ կը ներկայացնէք այս IMR-ը կամ գանգատը երեխայի մը համար ով 18 տարեկանէն պզտիկ է, կարիք չկայ որ դուք լրացնէք այս ձեւաթուղթը:
- Եթե դուք այս IMR-ը/Գանգատը կը ներկայացնէք ք հիւանդի մը համար որ չի կրնար լրացնել այս ձեւաթուղթը որովհետեւ անկարող է եւ դուք օրինաւոր արտօնութիւն ունէք այս հիւանդի անունէն գործելու, հաճեցէք լրացնել միայն Part B-ն: Նաեւ կցեք առողջապահական որոշումներու կամ այլ փաստաթուղթերու փոխանորդագիրին պատճէնը որ դուք կրնար որոշում կայացնել հիւանդին համար:

### ՄԱՍ Ա. ՀԻԻԱՆԴ

Ես վարը Part B-ին մէջ նշուած անձին արտօնութիւն կ'ուտամ օգնել ինձի ներկայացնելու իմ IMR-ը կամ գանգատը Կառավարող Առողջապահական Խնամքի Բաժին (Department of Managed Health Care (DMHC)): Ես DMHC-ին եւ IMR-ին աշխատակիցներու խումբին կ'արտօնեմ բաժնել իմ առողջական խնդիր(ներ)ին եւ խնամքին վերաբերող տեղեկութիւնները՝ վարը նշուած անձերուն հետ: Այս տեղեկութիւնները կրնան ներառնել հոգեկան առողջութեան բուժում, ՄԻԱՎ-ի (HIV) բուժում կամ քննութիւն, ալքոհլի կամ թմրեցուցիչներու գործածութենէն բուժում կամ առողջական խնամքին վերաբերող այլ տեղեկութիւններ:

Ես կը հասկնամ որ միայն իմ IMR-ին կամ գանգատին վերաբերող տեղեկութիւնները կը բաժնուին: Այս օգնութեան իմ կողմէ հաստատումը ինքնայոժար է եւ ես իրավունք ունի անիկա լմնցնելու: Եթե փափաքիմ լմնցնել անիկա, ես պետք է այն գրավոր կերպով ընեմ:

Հիւանդին ստորագրութիւնը \_\_\_\_\_ Ամսաթիւ \_\_\_\_\_

### ՄԱՍ Բ. ՀԻԻԱՆԴԻՆ ՕԳՆՈՂ ԱՆՁ

Օգնող անձին անունը (տպատատերով) \_\_\_\_\_

Օգնող անձին ստորագրութիւնը \_\_\_\_\_

Հասցէ՝ \_\_\_\_\_

Քաղաք \_\_\_\_\_ Նահանգ \_\_\_\_\_ Փոստային դասիչ (Zip) \_\_\_\_\_

Հիւանդին հետ ազգակցութիւնը \_\_\_\_\_

Ցերեկային հեռաձայնի թիւ \_\_\_\_\_

Երեկոյան հեռաձայնի թիւ՝ \_\_\_\_\_

Ել. փոստի հասցէ՝ \_\_\_\_\_

Առողջապահական որոշումների կամ այլ օրինական փաստաթուղթերու փոխանորդագիրը կցուած է:

# IMR ԴԻՄՈՒՆԱԳԻՐԻ/ԳԱՆԳԱՏԻ ՁԵԱԹՈՒՂԹԻ ՑՈՒՑՈՒՄՆԵՐՈՒ ԹԵՐԹԻԿ

Եթե հարց ունիք հեռաձայնեք Օգնութեան Կեդրոն՝ 1-888-466-2219 հեռաձայնի թիւով կամ TDD՝ 1-877-688-9891 թիւով: Այն հեռաձայնի թիւերուն հետ խոսիլն անվճար է:

Դուք պետք է վեց ամսուան ընթացքին դիմումագիր ներկայացնեք IMR-ին համար երբ որ ձեր առողջապահական ծրագիրը ձեր գանգատի գրավոր պատասխանը ուղարկի ձեզ: DMHC-ը կրնայ ընդունել ձեր դիմումագիրը վեց ամիս հետո եթե որոշուի, որ հանգամանքները կանխած են ժամանակին ներկայացնելը: Հաճեցեք տեղեկ ըլլալ, որ եթե որոշում տաք գանգատ չներկայացնելու DMHC-ին այն խնդիրին համար որ IMR-ի իրավունք ունի, կրնայ ըլլալ որ դուք հրաժարեք ձեր իրավունքներէն՝ օրինավոր գործողութիւն հետապնդելու ձեր առողջապահական ծրագրի դէմ, որ կը վերաբերուի հայցուող ծառայութեանը կամ բուժումի:ն

## Ինչպէս ներկայացնել՝

1. Առցանց ներկայացնել՝ [www.HealthHelp.ca.gov](http://www.HealthHelp.ca.gov). ասիկա ամենէն արագ միջոցն է:  
կամ

Լրացնել եւ ստորագրել կից IMR Դիմումագրի/Գանգատի ձեւաթուղթը. Գործածեցեք ձեւաթուղթին հետ տրուած պահարանը:

2. Եթե կը փափաքիք որ մէկ այլ անձ ձեզի օգնէ Անկախ Բժշկական Վերաքննութեան (IMR) կամ գանգատի նիւթին շուրջ, լրացրեք «Արտօնութիւն ունեցող օգնականի ձեւաթուղթը»:
3. Եթե դուք բժշկական արձանագրութիւններ ունիք *ցանցէ դուրս մատակարարներէն*, հաճեցեք ներառնել անոնք ձեր IMR դիմումագրի /Գանգատի ձեւաթուղթին հետ միասին: Ձեր ծրագիրը բժշկական արձանագրութիւններ կը տրամադրի ցանցային մատակարարներէն:
4. Դուք կրնաք ուրիշ փաստաթուղթեր ալ տրամադրել որ կ'աջակցեն ձեր հայցին: Սակայն կարիք չկայ տրամադրել որեւէ փաստաթուղթ կամ նամակագրութիւն՝ ձեր եւ ձեր ծրագրի միջեւ, որ կը վերաբերուի այս գանգատին: DMHC այս տեղեկութիւնները շիտակ ձեր ծրագիրէն պիտի ստանայ որպէս այս հետազոտութեան մէկ մաս:
5. Եթե դուք առցանց չէք ներկայացնել, հաճեցեք ձեր ձեւաթուղթը եւ ունէ՛լ այլ աջակից փաստաթուղթ թղթածրարին կամ հեռապատճենին միջոցաւ ուղարկել  
DMHC Help Center  
980 9th Street, Suite 500  
Sacramento, CA 95814-2725  
ՀԵՌԱՊԱՏՃԵՆ՝ 916-255-5241

## Ետքը ի՞նչ կըլլայ:

Օգնութեան Կեդրոնը ձեզի յօթ օրուա ընթացքին նամակը կը դրկէ տեղեկացնելու թէ արդեօք դուք IMR-ի իրավունք ունիք: Եթե որոշուի որ ձեր ձեր գանգատը IMR-ի իրավունք ունի, ձեր խնդիրը կը նշանակուի նահանգային յանձնառուի մը որ կը վերաքննէ այն: Նահանգային յանձնառուն նաեւ յայտնի է որպէս Անկախ Բժշկական Վերաքննութեան կազմակերպիչ (IMRO): Օգնութեան Կեդրնի ձեռքին տակ եղած բոլոր տեղեկութիւնները որ կը վերաբերուին ձեր գանգատին, ներառեալ ձեր բժշկական արձանագրութիւնները, կ'ուղարկուեն IMRO-ին: IMRO-ն որոշում մը կը կայացնէ՝ սովորաբար 30 օրուան ընթացքին կամ յօթ օրուան ընթացքին եթէ խնդիրը անյետաձգելի է: Դուք որոշումի մասին գրավոր կերպով կը տեղեկացուեք:

Եթե որոշուի որ ձեր գանգատը պետք է վերաքննուի Սպառողներու Գանգատի գործարկութեան միջոցաւ, ձեր խնդիրին վերաբերող որոշում մը կայացուի 30 օրուան ընթացքին: Դուք որոշումի մասին գրավոր կերպով կը տեղեկացուեք:

## IMR ԴԻՍՈՒՆԱԳԻՐԻ/ԳԱՆԳԱՏԻ ՁևԱԹՈՒՂԹԻ ՑՈՒՑՈՒՄՆԵՐՈՒ ԹԵՐԹԻԿ

«The Information Practices Act of 1977»-ը (Քալիֆորնիոյ քաղաքացիական օրինագիրքի հոդուած 1798.17) կը պահանջէ հետեւեալ ծանուցումը:

- Քալիֆորնիոյ «Knox-Keene Act»-ը DMHC-ին արտօնութիւն կ'ուտայ կանոնակարգել առողջապահական ծրագիրները եւ հետագօտել առողջապահական ծրագիրներու անդամներուն գանգատները:
- DMHC-ին Օգնութեան Կեդրոնը կը գործածէ ձեր անձնական տեղեկութիւնները՝ հետագօտելու ձեր առողջապահական ծրագիրին հետ ունեցած ձեր խնդիրը եւ IMR տրամադրել էթէ դուք անոր իրավունքը ունիք:
- Դուք յօժարակամ այս տեղեկութիւնները կը տրամադրէք DMHC-ին: Դուք ստիպված չէք այս տեղեկությունները տրամադրել: Սակայն, էթէ դուք չտրամադրէք, DMHC կրնայ ի վիճակի չըլլալ հետագօտել ձեր գանգատը կամ IMR տրամադրել:
- DMHC-ը կրնայ բաժնել ձեր անձնական տեղեկութիւնները, էթէ կարիք կայ՝ դրագիրին եւ այն մատակարարներուն հետ որ կ'անցկացնեն IMR-ը:
- DMHC-ը կրնայ նաեւ ձեր տեղեկութիւնները բաժնել այլ կառավարական գործակալութիւններուն հետ ինչպէս կը պահանջուի կամ կը թոյլատրուի օրէնքով:
- Դուք իրավունք ունիք տեսնել ձեր անձնական տեղեկութիւնները: Անիկա ընելու համար կայ հաստատեցէք հետեւեալ հասցէով՝ DMHC Records Request Coordinator, DMHC, Office of Legal Services, 980 9th Street Suite 500, Sacramento CA 95814-2725 կամ հեռաձայնեցէք 1 916-322-6727: