

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

- ❖ **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

Требуете ли вы оплаты за услугу, которая уже получена? Да Нет

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

Требуете ли вы 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.

**Инструкция о подаче Заявки на проведение независимой медицинской
проверки (IMR)/Формы 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.

Инструкция о подаче Заявки на проведение независимой медицинской проверки (IMR)/Формы жалобы

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

Перед подачей заявки/жалобы:

В большинстве случаев прежде, чем подавать жалобу или заявку о проведении IMR в DMHC необходимо подать жалобу или претензию в вашу программу медицинского страхования. Ваша программа должна предоставить вам решение в течение 30 дней или в течение 3 дней, если ваша проблема является неотложной и представляет серьезную угрозу для вашего здоровья.

Если ваша программа отказала вам в лечении, поскольку оно было экспериментальным/исследовательским, вы не обязаны принимать участие в процессе подачи жалобы или претензии перед подачей заявки на проведение IMR.

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 услуг или лечения, которые вы требуете.

Как подать заявку:

1. Онлайн на сайте: www.HealthHelp.ca.gov. Это самый быстрый способ.
или
Заполните и подпишите прилагаемую заявку на IMR/форму жалобы.
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.

Инструкция о подаче Заявки на проведение независимой медицинской проверки (IMR)/Формы жалобы

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.

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.