

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

- ❖ **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)

Hindi Medikal na Kinakailangan

Pang-eksperimento o Pang-imbestigasyon

Hindi isang Emerhensiya/Kritikal

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:

Kadalasan, kinakailangan kumpletuhin ang reklamo o pagdaanan ang Grievance Process bago magsampa ng reklamo o mag aplay ng IMR sa DMHC. Kailangan mapagdesisyunan ng iyong plano ang iyong reklamo sa loob ng 30 araw o sa loob ng 3 araw kung ang iyong problema ay isang madalian o seryosong tangka sa iyong kalusugan.

Kung tinanggihan ng iyong plano ang iyong pagpapagamot dahil ito ay experimental o pag-iimbestiga hindi mo kailangan mag sampa ng reklamo sa iyong plano bago mo isampa ang aplikasyon para sa IMR.

Kailangan mo mag aplay para sa IMR sa loob ng 6 na buwan matapos magpadala ang iyong planong pangkalusugan ng sulat na tugon sa iyong apela. Maaring tanggapin ng DMHC ang iyong aplikasyon makalipas ang anim na buwan kung matukoy na may mga pangyayari na humahadlang sa napapanahong pagsumite. Dapat mong malaman na kapag nagpasya kang hindi magsampa ng reklamo sa DMHC para sa isang isyu na maaaring kwalipikado para sa IMR, maaaring isinuko mo ang iyong karapatan na ipagpatuloy ang isang legal na aksyon laban sa iyong planong pangkalusugan tungkol sa mga serbisyo o pag gamut na iyong hinihiling.

Paano Magsampa:

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

o

Kumpletuhin at lagdaan ang Porma ng Reklamo/Aplikasyon sa IMR.

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.

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

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.

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.