

INDEPENDENT MEDICAL REVIEW (IMR) APPLICATION/COMPLAINT FORM

**ข้อมูลสำคัญ**

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

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

**ข้อมูลผู้ป่วย**

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

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

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

ที่อยู่ถาวร \_\_\_\_\_

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

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

ที่อยู่อีเมล \_\_\_\_\_

ท่านต้องการให้มีการสื่อสาร/โต้ตอบผ่านทางอีเมลนี้หรือไม่? ใช่ ไม่ใช่  
(ถ้าใช่คุณจะต้องสร้างรหัสผ่านสำหรับการสื่อสารทางอีเมลที่ปลอดภัย เมื่อคุณได้รับอีเมลจากเรา)

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

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

นายจ้าง \_\_\_\_\_

ท่านต้องการให้บุคคลช่วยท่านในการร้องทุกข์หรือไม่? ใช่ ไม่ใช่

หากใช่ โปรดกรอก 'แบบฟอร์มผู้ช่วยเหลือที่ได้รับอนุญาต' ที่แนบมานี้ให้ครบถ้วน

ท่านมี Medi-Cal หรือไม่? ใช่ ไม่ใช่

หากใช่ ท่านได้ยื่นคำร้องขอการพิจารณาคดีของรัฐหรือไม่? ใช่ ไม่ใช่

ท่านมี Medicare หรือ Medicare Advantage หรือไม่? ใช่ ไม่ใช่

ท่านได้ยื่นคำร้องทุกข์ หรือร้องเรียนกับแผนสุขภาพของท่านหรือไม่? ใช่ ไม่ใช่

ท่านต้องการการชำระเงินสำหรับบริการดูแลสุขภาพที่ท่านได้รับแล้ว หรือไม่? ใช่ ไม่ใช่

หากใช่ ระบุวันที่ต่างๆ ที่รับบริการ และชื่อของผู้ให้บริการ:

ท่านต้องการให้แผนสุขภาพของท่านชำระค่าบริการต่างๆ ในอนาคต หรือไม่? ใช่ ไม่ใช่

**ปัญหาสุขภาพของท่าน** (เขียนในกระดาษแยกต่างหากและแนบเอกสารอื่นๆ หากจำเป็น)

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

แผนสุขภาพของท่าน ปฏิเสธ ทำให้ล่าช้า หรือปรับเปลี่ยน การรักษาพยาบาลของท่าน ใช่หรือไม่? ใช่ ไม่ใช่  
หากใช่ โปรดกาเครื่องหมายหน้าเหตุผลที่ให้: (เลือกหนึ่งข้อ)

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

บอกชื่อและหมายเลขโทรศัพท์ของแพทย์ประจำตัวของท่าน และผู้ให้บริการอื่นๆ ที่ได้พบ รักษา  
หรือให้คำแนะนำแก่ท่านสำหรับความเจ็บป่วยนี้

ท่านได้ไปพบผู้ให้บริการที่อยู่นอกเครือข่ายเพื่อรับการรักษาอาการเจ็บป่วยของท่านหรือไม่? ใช่ ไม่ใช่  
หากใช่ โปรดแนบบันทึกทางการแพทย์มาพร้อมกับแบบฟอร์มนี้

อธิบายปัญหาที่ท่านมีกับแผนสุขภาพ ของท่าน ยกตัวอย่างเช่น อธิบายว่า ปัญหาคือการถูกปฏิเสธการรักษา ปัญหาใบเรียกเก็บเงินที่ยังไม่ชำระ  
ปัญหาในการนัดหมาย หรือด้านยา หรือหากความคุ้มครองของท่านถูกยกเลิกโดยแผนสุขภาพ ของท่าน

**การเปิดเผยข้อมูลทางการแพทย์**

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

ลายมือชื่อของผู้ป่วย หรือผู้ปกครอง (ตัวพิมพ์ใหญ่)

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

โปรดดูเอกสารคำแนะนำสำหรับข้อมูลเกี่ยวกับการส่งทางไปรษณีย์ หรือการส่งแฟกซ์

*ข้อมูลทางสถิติ*

ท่านได้รับการร้องขอในการให้ข้อมูลต่อไปนี้เป็นโดยสมัครใจ การให้ข้อมูลนี้จะช่วยให้กรมฯ สามารถระบุปัญหาต่างๆ ในรูปแบบใดๆ  
ประมวลกฎหมายสุขภาพและความปลอดภัย มาตรา 1374.30 อนุญาตกรมฯ ในการได้มาซึ่งข้อมูลนี้เพื่อจุดประสงค์ด้านการวิจัยและสถิติ  
การให้ข้อมูลนี้ไม่เป็นการบังคับ และจะไม่ส่งผลต่อ IMR หรือการตัดสินเรื่องร้องทุกข์ในทางใดๆ

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

ใช่

เชื้อชาติ/ชนเผ่า: \_\_\_\_\_

### แบบฟอร์มผู้ช่วยเหลือที่ได้รับอนุญาต

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

#### ส่วน A: กรอกโดยผู้ป่วย

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

ข้าพเจ้าเข้าใจว่า เฉพาะข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับ IMR หรือคำร้องทุกข์ของข้าพเจ้าเท่านั้นที่จะถูกแบ่งปัน การอนุญาตความช่วยเหลือนี้ของข้าพเจ้าเป็นความสมัครใจ และข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะยุติการอนุญาต หากข้าพเจ้าต้องการยุติ ข้าพเจ้าต้องกระทำเป็นลายลักษณ์อักษร

ชื่อผู้ป่วย (ตัวพิมพ์ใหญ่) \_\_\_\_\_

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

#### ส่วน B: กรอกโดยบุคคลที่ช่วยเหลือผู้ป่วย

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

ที่อยู่ \_\_\_\_\_

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

ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย \_\_\_\_\_

หมายเลขโทรศัพท์หลัก # \_\_\_\_\_

หมายเลขโทรศัพท์รอง # \_\_\_\_\_

ที่อยู่อีเมล \_\_\_\_\_

แนบหนังสือมอบอำนาจสำหรับการตัดสินใจด้านการดูแลสุขภาพของข้าพเจ้า  
หรือเอกสารทางกฎหมายอื่นๆ

## IMR Application/Complaint Form Instruction Sheet

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

### ก่อนท่านจะยื่นเรื่อง:

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

หากแผนสุขภาพของท่านปฏิเสธการรักษาของท่านเนื่องจากการวิจัย/ทดลอง ท่านไม่จำเป็นต้องดำเนินการในส่วนของการกระบวนการร้องทุกข์ หรือร้องเรียนของแผนสุขภาพของท่านก่อนที่จะยื่นคำขอ IMR

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

### วิธีการยื่นเรื่อง:

1. ยื่นทางออนไลน์ที่ [www.HealthHelp.ca.gov](http://www.HealthHelp.ca.gov). [เป็นช่องทางที่เร็วที่สุด]  
หรือ  
กรอกข้อมูลพร้อมลงชื่อในแบบฟอร์มสมัครขอ IMR/แบบฟอร์มคำร้องทุกข์
2. หากท่านต้องการบุคคลมาช่วยท่านในเรื่อง IMR หรือการร้องทุกข์ของท่าน โปรดกรอกแบบฟอร์ม 'แบบฟอร์มผู้ช่วยเหลือที่ได้รับการอนุญาต'  
ทั้งท่านและผู้ช่วยเหลือที่ได้รับการอนุญาตของท่านต้องลงชื่อในแบบฟอร์ม
3. หากท่านมีบันทึกทางการแพทย์จาก *ผู้ให้บริการนอกเครือข่าย*, โปรดแนบบันทึกดังกล่าวไปพร้อมกับแบบฟอร์มสมัครขอ IMR/แบบฟอร์มคำร้องทุกข์ของท่าน แผนของท่านจะให้บันทึกทางการแพทย์จากผู้ให้บริการที่อยู่ในเครือข่าย
4. ท่านอาจแนบเอกสารอื่นๆ ที่สนับสนุนคำร้องของท่าน อย่างไรก็ตาม ไม่จำเป็นต้องให้เอกสารหรือจดหมายใดๆ ระหว่างท่านและแผนสุขภาพของท่านที่เกี่ยวข้องกับเรื่องร้องทุกข์นี้ กรมฯ จะขอรับข้อมูลนี้โดยตรงจากแผนสุขภาพของท่านในฐานะเป็นส่วนหนึ่งของการสืบสวน
5. หากท่านไม่ได้ยื่นเรื่องทางออนไลน์ โปรดส่งทางไปรษณีย์ หรือทางแฟกซ์สำหรับแบบฟอร์มและเอกสารสนับสนุนใดๆ ของท่าน โดยส่งไปที่:  
Department of Managed Health Care Help Center  
980 9th Street, Suite 500  
Sacramento, CA 95814-2725  
แฟกซ์: 916-255-5241

### สิ่งที่จะเกิดขึ้นต่อไป?

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

กรณีต่างๆ ที่ไม่มีคุณสมบัติสำหรับ IMR จะได้รับการดำเนินการผ่านขั้นตอนการร้องทุกข์สำหรับผู้บริโภค กรณีต่างๆ เหล่านี้รวมถึงประเด็นต่างๆ เช่น

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

กรณีของท่านก็จะถูกมอบหมายไปยังผู้รับจ้างของรัฐซึ่งจะเป็นผู้ดำเนินการตรวจสอบ

ผู้รับจ้างของรัฐยังมีชื่อเรียกอีกว่า องค์กรตรวจสอบทางการแพทย์ที่เป็นอิสระ

ข้อมูลทั้งหมดที่ศูนย์ช่วยเหลือมีที่เกี่ยวกับคำร้องทุกข้อของท่าน รวมถึง บันทึกทางการแพทย์ของท่าน

จะได้รับการส่งไปที่องค์กรตรวจสอบดังกล่าว โดยปกติแล้ว องค์กรตรวจสอบจะทำการตัดสินใจภายใน 45 วัน หรือภายในเจ็ดวันหากกรณีของท่านเร่งด่วน กรมฯ จะส่งจดหมายแจ้งคำตัดสินแก่ท่าน

หากกรมฯ ตัดสินว่า คำร้องทุกข้อของท่านควรได้รับการตรวจสอบผ่านกระบวนการร้องทุกข์สำหรับผู้บริโภค

จะมีการออกคำตัดสินเกี่ยวกับประเด็นของท่านภายใน 30 วัน ทั้งนี้ กรมฯ จะส่งจดหมายแจ้งคำตัดสินแก่ท่าน

กฎหมายว่าด้วยแนวทางปฏิบัติด้านข้อมูล ปี 1977 (ประมวลกฎหมายพลเมืองรัฐแคลิฟอร์เนีย มาตรา 1798.17)

กำหนดการบอกกล่าวต่อไปนี้

- กฎหมาย Knox-Keene Act ของรัฐแคลิฟอร์เนียให้อำนาจกรมฯ ในการกำกับดูแลแผนสุขภาพ และสืบสวนคำร้องทุกข์ของสมาชิกแผนสุขภาพ
- ศูนย์ช่วยเหลือของกรมฯ ใช้ข้อมูลส่วนบุคคลของท่านในการสืบสวนปัญหาของท่านกับแผนสุขภาพของท่าน และจัดหา IMR ให้หากท่านมีคุณสมบัติที่จะได้รับ
- ท่านให้ข้อมูลนี้แก่กรมฯ โดยสมัครใจ ท่านไม่จำเป็นต้องให้ข้อมูลนี้ อย่างไรก็ตาม หากท่านไม่ให้ ทางกรมฯ อาจไม่สามารถสืบสวนเรื่องราวทุกข์ของท่าน หรือจัดหา IMR ให้แก่ท่านได้
- กรมฯ อาจแบ่งปันข้อมูลส่วนบุคคลของท่าน เท่าที่จำเป็น กับแผนสุขภาพ ผู้ให้บริการ และองค์กรตรวจสอบซึ่งเป็นผู้ดำเนินการ IMR
- กรมฯ ยังอาจแบ่งปันข้อมูลของท่านกับหน่วยงานของรัฐบาลอื่นๆ ตามที่กฎหมายกำหนด หรืออนุญาต
- ท่านมีสิทธิที่จะดูข้อมูลส่วนบุคคลของท่าน หากต้องการดูข้อมูล โปรดติดต่อผู้ประสานงานด้านคำร้องขอบันทึกของกรมฯ, กรมการจัดการดูแลสุขภาพ, Office of Legal Services, 980 9th Street Suite 500, Sacramento CA 95814-2725, หรือโทร 916-322-6727