State of California - Health and Human Services Agency
Department of Managed Health Care
IMR APPLICATION/COMPLAINT FORM - ENGLISH
DMHC 20-224 New: 11/15 Rev: 09/24

INDEPENDENT MEDICAL REVIEW (IMR) APPLICATION/COMPLAINT FORM

IMPORTANT INFORMATION

You can submit your IMR Application/Complaint Form online at: www.DMHC.ca.gov

- **FREE:** The IMR/Complaint process is free.
- **FAST:** IMRs are usually decided within 45 days, or within 7 days if the health issue is urgent.
- **SUCCESSFUL:** Approximately **72** percent of patients receive the requested service through IMR.
- **FINAL:** Health plans must follow the IMR decision and promptly provide the service.

PATIENT INFORMATION

First Name _____ Middle Initial __ Last Name _____

Patient's Date of Birth (mm/dd/yyyy) _____

Gender: ☐ Male ☐ Female ☐ Something Else _____

Name of Parent or Guardian if Filing for Minor Child _____

Street Address _____

City _____ State _____ Zip _____

Phone # _____ Email Address _____

Would you like communication/correspondence sent to this email? ☐ Yes ☐ No

Health Plan Name _____ Patient's Membership # _____

Medical Group Name (if enrolled in a medical group) _____

Employer _____

Do you want someone to help you with your complaint? ☐ Yes ☐ No

If yes, please complete the attached 'Authorized Assistant Form.'

Do you have Medi-Cal? ☐ Yes ☐ No

If yes, have you filed a Request for a State Fair Hearing? ☐ Yes ☐ No

Do you have Medicare or Medicare Advantage? ☐ Yes ☐ No

Have you filed a complaint or grievance with your health plan? ☐ Yes ☐ No

Do you want payment for a health care service that you already received? ☐ Yes ☐ No

If yes, list the date(s) of service, and the provider's name:

_____

YOUR HEALTH PROBLEM

(Use a separate sheet and attach other documents, if needed.)

Do you want your health plan to pay for future services? ☐ Yes ☐ No

What is your medical condition or doctor's diagnosis (Please be specific) _____

What medical treatment(s)/service(s) and/or medication(s) are you asking for? (Please be specific)

_____

Did your health plan deny, delay or modify your treatment? ☐ Yes ☐ No

If yes, please check the reason given: (Check one)

☐Not Medically Necessary ☐Experimental or Investigational ☐Not an Emergency/Urgent
☐Not a Covered Benefit ☐Other (Please explain below)

_____

List the name and phone number of your primary care doctor and other providers who have seen, treated, or advised you for this condition.

_____

Have you seen any out-of-network providers for your condition? ☐ Yes ☐ No

If yes, please include the medical records with this form.

Briefly describe the problem you are having with your plan. For example, explain if the problem is a denied treatment, an unpaid bill, trouble getting an appointment or medication, or if your coverage has been cancelled by the health plan.

MEDICAL RELEASE

I request the Department of Managed Health Care (Department) to make a decision about my problem with my health plan. I request the Department to review my Independent Medical Review (IMR) Application/Complaint Form to determine if my complaint qualifies for an IMR or the Department's Complaint process. I allow my providers, past and present, and my plan to release my medical records and information to review this issue. These records may include medical, mental health, substance abuse, HIV, diagnostic imaging reports, and other records related to my case. These records may also include non-medical records and any other information related to my case. I allow the Department to review these records and information and send them to my plan. My permission will end one year from the date below, except as allowed by law. For example, the law allows the Department to continue to use my information internally. I can end my permission sooner if I wish. All the information that I have provided on this sheet is true.

Patient or Parent Name (Print) _____

Patient or Parent Signature _____ Date _____

Please see the instruction sheet for mailing or faxing information.

STATISTICAL INFORMATION ONLY

You are asked to voluntarily provide the following information. Giving this information will help the Department identify any patterns of problems. Health and Safety Code section 1374.30 authorizes the Department to obtain this information for research and statistical purposes. Giving this information is optional and will not affect the IMR or complaint decision in any way.

Primary Language Spoken: _____

Would you like us to communicate/correspond with you in your primary language? ☐ Yes

Race/Ethnicity: _____

State of California - Health and Human Services Agency
Department of Managed Health Care
AUTHORIZED ASSISTANT FORM - English
DMHC 20-160 New: 04/06 Rev: 01/20

AUTHORIZED ASSISTANT FORM

- If you want to give another person permission to assist you with your Independent Medical Review (IMR) or complaint, complete Parts A and B below.
- If you are a parent or legal guardian filing this IMR or complaint for a child under the age of 18, you do not need to complete this form.
- If you are filing this IMR or complaint for a patient who cannot complete this form because the patient is either incompetent or incapacitated, and you have legal authority to act for this patient, please complete Part B only. Also attach a copy of the power of attorney for health care decisions or other documents that say you can make decisions for the patient.

PART A: COMPLETED BY PATIENT

I allow the person named below in Part B to assist me in my IMR or complaint filed with the Department of Managed Health Care (Department). I allow the Department and IMR staff to share information about my medical condition(s) and care with the person named below. This information may include mental health treatment, HIV treatment or testing, alcohol or drug treatment, or other health care information.

I understand that only information related to my IMR or complaint will be shared.

My approval of this assistance is voluntary and I have the right to end it. If I want to end it, I must do so in writing.

Patient Name (Print)_____

Patient Signature_____ Date_____

PART B: COMPLETED BY PERSON ASSISTING PATIENT

Name of Person Assisting (Print)_____

Address_____

City_____ State_____ Zip_____

Relationship to Patient_____

Primary Phone #_____ Secondary Phone #_____

Email Address_____

☐ My power of attorney for health care decisions or other legal document is attached.

IMR Application/Complaint Form Instruction Sheet

If you have questions, call the Help Center at 1-888-466-2219 or TDD at 1-877-688-9891. This call is free.

Before You File:

In most cases, you must complete your plan's complaint or grievance process before you file a complaint or IMR request to the Department. Your plan must give you a decision within 30 days or within 3 days if your problem is an immediate and serious threat to your health.

If your plan denied your treatment because it was experimental/investigational, you do not have to take part in your plan's complaint or grievance process before you file an IMR application.

You must apply for an IMR within six months after your health plan sends you a written response to your appeal. The Department may accept your application after six months if it is determined that circumstances prevented timely submission. Please be aware that if you decide not to file a complaint with the DEPARTMENT for an issue that would qualify for an IMR, you may be giving up your rights to pursue legal action against your plan regarding the service or treatment you are requesting.

How to File:

1. File online at www.DMHC.ca.gov. [This is the fastest way.]
   OR
   Fill out and sign the IMR Application/Complaint Form.
2. If you want someone to help you with your IMR or complaint, complete the 'Authorized Assistant Form.'
3. If you have medical records from ***out of network*** *providers*, please include them with your IMR Application/Complaint Form. Your plan will provide medical records from network providers.
4. You may include other documents that support your request. However, there is no need to provide any documents or correspondence between you and your plan relating to this complaint. The Department will obtain this information directly from your plan as part of the investigation.
5. If you are not submitting online, please mail or fax your form and any supporting documents to:
   Department of Managed Health Care Help Center
   980 9th Street, Suite 500
   Sacramento, CA 95814-2725
   FAX: 916-255-5241

What Happens Next?

The Help Center will send you a letter within seven days telling you if you qualify for an IMR. If it is determined that your complaint qualifies for an IMR, your case is assigned to a state contractor who will perform the review. The state contractor is also known as the Independent Medical Review Organization (IMRO). All of the information in the Help Center's possession related to your complaint, including your medical records, will be sent to the IMRO. The IMRO will make a decision usually within 30 days or within seven days if your case is urgent. You will be notified in writing of the decision.

If it is determined that your complaint should be reviewed through the Consumer Complaint process, a decision about your issue will be made within 30 days. You will be notified in writing of the decision.

IMR Application/Complaint Form Instruction Sheet

The Information Practices Act of 1977 (California Civil Code Section 1798.17) requires the following notice.

- California's Knox-Keene Act gives the Department the authority to regulate health plans and investigate the complaints of health plan members.
- The Department's Help Center uses your personal information to investigate your problem with your plan and to provide an IMR if you qualify for one.
- You provide the Department this information voluntarily. You do not have to provide this information. However, if you do not, the Department may not be able to investigate your complaint or provide an IMR.
- The Department may share your personal information, as needed, with the plan and providers who conduct the IMR.
- The Department may also share your information with other government agencies as required or allowed by law.
- You have a right to see your personal information. To do this, contact the Department Records Request Coordinator, Department of Managed Health Care, Office of Legal Services, 980 9th Street Suite 500, Sacramento CA 95814-2725, or call 916-322-6727.

State of California - Health and Human Services Agency
Department of Managed Health Care
IMR APPLICATION/COMPLAINT FORM - SPANISH
DMHC 20-224 New: 11/15 Rev: 09/24

Formulario de queja/solicitud de revisión médica independiente (IMR)

INFORMACIÓN IMPORTANTE

Puede presentar su formulario de queja/solicitud de IMR en línea en:

www.DMHC.ca.gov

- **GRATIS:** El proceso de solicitud de IMR y de presentación de quejas de parte de los consumidores es gratis.
- **RÁPIDO:** Las IMR generalmente se deciden dentro de 45 días o dentro de 7 días si el asunto de salud es urgente.
- **EXITOSO:** Aproximadamente el **72** por ciento de los pacientes reciben el servicio solicitado a través de una IMR.
- **DEFINITIVO:** Los planes de salud deben acatar la decisión de la IMR y proveer el servicio con prontitud.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre_____ Inicial del segundo nombre____ Apellido_____

Fecha de nacimiento del paciente (mm/dd/aaaa)_____

Género: ☐ Masculino ☐ Femenino ☐ Algo Más_____

Nombre del padre o tutor si el solicitante es menor de edad_____

Dirección_____

Ciudad_____ Estado_____ Código postal_____

Teléfono _____ Correo electrónico_____

¿Desea que le envíen mensajes/correspondencia a este correo electrónico? ☐ Sí ☐ No

Nombre del plan de salud_____ Núm. de membresía del paciente_____

Nombre del grupo médico (si está en uno)_____

Empleador_____

¿Desea que alguien lo ayude con su queja? ☐ Sí ☐ No

De ser así, llene el 'Formulario de asistente autorizado' adjunto.

¿Tiene Medi-Cal? ☐ Sí ☐ No
De ser así, ¿ha presentado una petición de audiencia imparcial estatal? ☐ Sí ☐ No
¿Tiene Medicare o Medicare Advantage? ☐ Sí ☐ No
¿Ha presentado una queja o reclamo ante su plan de salud? ☐ Sí ☐ No
¿Desea recibir un pago por un servicio de atención médica que ya recibió? ☐ Sí ☐ No

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

_____

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

¿Desea que su plan de salud pague servicios futuros? ☐ Sí ☐ No
¿Cuál es su condición médica o el diagnóstico del doctor? (sea específico)_____
¿Qué tratamiento(s)/servicio(s) o medicamento(s) está pidiendo? (sea específico)

_____

¿Su plan de salud le negó, retrasó o modificó su tratamiento?
Si fue así, marque la razón que le dieron: (marque una opción):

☐ No es medicamente necesario
☐ No es una emergencia/no es urgente
☐ Es experimental o de investigación
☐ No es un beneficio cubierto
☐ Otro (explicar a continuación)

_____

Anote el nombre y el teléfono de su doctor de atención primaria y de otros proveedores que lo hayan visto, tratado o informado de su condición.

_____

¿Ha visto a proveedores que no están dentro de su red en relación con esta condición? ☐ Sí ☐ No
De ser así, incluya los registros médicos con este formulario.

Describa brevemente el problema que tiene con su plan de salud. Por ejemplo, explique si es el problema es acerca de un tratamiento denegado, una factura no pagada, problemas para obtener una cita o medicamento, o si el plan de salud canceló su cobertura.

Divulgación de información médica

Solicito al Departamento de Atención Administrada de la Salud (Departamento) que tome una decisión acerca del problema que tengo con mi plan de salud. Solicito al Departamento que revise mi formulario de queja/solicitud de revisión médica independiente para que determine si mi queja reúne los requisitos para una IMR o para el proceso de queja del consumidor del Departamento. Autorizo a mis proveedores, pasados y presentes, y a mi plan a divulgar mi información y registros médicos para que revisen este asunto. Estos registros podrían incluir informes médicos, de salud mental, abuso de sustancias, VIH, diagnóstico por imágenes y otros registros relacionados con mi caso. Estos registros podrían también incluir registros no médicos y cualquier información relacionada con mi caso. Autorizo al Departamento a que revise estos registros e información y a que los envíe a mi plan. Mi autorización caducará en un año a partir de la fecha que se indica a continuación, a excepción de lo que permita la ley. Por ejemplo, la ley permite al Departamento continuar usando mi información internamente. Puedo revocar mi autorización más pronto si así lo deseo. Toda la información que proporcioné en esta hoja es verdadera.

Nombre del paciente o padre (en letra de molde) _____

Firma del paciente o padre_____ **Fecha**_____

Consulte la hoja de instrucciones para obtener la información para el envío por correo o fax.

PARA INFORMACIÓN ESTADÍSTICA

Se le pide que proporcione la siguiente información de manera voluntaria. Proporcionar esta información ayudará al Departamento a identificar cualquier patrón de los problemas. El artículo 1374.30 del Código de Salud y Seguridad (Health and Safety Code) autoriza al Departamento a que obtenga esta información para fines de investigación y estadística. Proporcionar esta información es opcional y no afectará de ninguna manera la decisión sobre la IMR o la queja.

Idioma principal que habla:_____

¿Desea que nos comuniquemos con usted/le enviemos mensajes en su idioma principal? Sí ☐

Raza/origen étnico:_____

State of California
Health and Human Services Agency
Department of Managed Health Care
AUTHORIZED ASSISTANT FORM – SPANISH
DMHC 20-160 New: 04/06 Rev: 01/20

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 este formulario de queja/IMR en nombre de un menor de 18 años, no necesita llenar este formulario.
- Si presenta esta queja o solicitud de IMR en nombre de un paciente que no puede llenar este formulario debido a que es incompetente o tiene una discapacidad, y si usted tiene autoridad legal para actuar en nombre de este paciente, llene la parte B solamente. Además, adjunte una copia de la carta poder para tomar decisiones de atención de salud u otros documentos que digan que usted puede tomar decisiones en nombre del paciente.

PARTE A: COMPLETADA POR EL PACIENTE

Autorizo a la persona mencionada en la parte B a continuación para que me asista con la queja o solicitud de IMR que presenté ante el Departamento de Atención Administrada de la Salud (Departamento). Autorizo al personal del Departamento y la IMR a que compartan la información sobre mi(s) condición(es) y atención médicas con la persona mencionada a continuación. Esta información podría incluir tratamientos de salud mental, tratamientos y pruebas de VIH, tratamientos de alcoholismo o drogadicción u otra información de atención de salud.

Entiendo que sólo se compartirá la información relacionada con mi queja o IMR.

Mi autorización para esta asistencia es voluntaria y tengo derecho a anularla. Si deseo anularla, tengo que hacerlo por escrito.

Nombre del paciente (en letra de molde) _____

Firma del paciente_____ Fecha_____

PARTE B: COMPLETADA POR LA PERSONA QUE ASISTE AL PACIENTE

Nombre de la persona que asiste al paciente (en letra de molde)_____

Dirección_____

Ciudad_____Estado_____Código postal_____

Relación con el paciente_____

Teléfono principal _____

Teléfono secundario _____

Correo electrónico _____

☐ Mi carta poder para tomar decisiones de atención de salud u otro documento legal está incluida.

FORMULARIO DE QUEJA/SOLICITUD DE REVISIÓN MÉDICA INDEPENDIENTE

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

Antes de presentar el formulario:

En la mayoría de los casos, debe agotar el proceso de quejas o reclamaciones de su plan de salud antes de presentar una queja o solicitud de IMR ante el Departamento. Su plan de salud debe proporcionarle una decisión en un plazo de 30 días o de 3 días en caso de que su problema represente una amenaza seria e inmediata para su salud.

Si su plan de salud le negó el tratamiento debido a que era experimental/de investigación, usted no debe participar en el proceso de quejas o reclamaciones de su plan de salud antes de presentar una solicitud de IMR.

Debe solicitar una IMR dentro de un plazo de seis meses a partir de que su plan de salud le envíe una respuesta por escrito referente a su apelación. Usted todavía puede presentar su solicitud después de seis meses si hubo circunstancias especiales que evitaron que la presentara de forma oportuna. Tenga en cuenta que, si decide no presentar una queja ante el Departamento por un asunto que reúne los requisitos para una IMR, podría renunciar a su derecho a emprender acciones legales contra su plan en relación con el servicio o tratamiento que está solicitando.

Cómo presentar el formulario:

1) Preséntelo en línea en www.DMHC.ca.gov. **Esta es la manera más rápida.**
   o
   Llene y firme el formulario de queja/solicitud de IMR. Use el sobre que viene con el formulario.

2) Si desea que alguien lo ayude con su queja o IMR, llene el 'Formulario de asistente autorizado'. Tanto usted como su asistente autorizado deben firmar el formulario.
3) Si tiene registros médicos de proveedores ***fuera de la red***, inclúyalos con su formulario de queja/solicitud de IMR. Su plan proveerá los registros médicos de los proveedores dentro de la red.
4) Puede incluir otros documentos que apoyen su solicitud. Sin embargo, no es necesario proveer ningún documento o carta entre usted y su plan en relación con su queja. El Departamento obtendrá esta información directamente de su plan como parte de la investigación.
5) Si no hace su presentación en línea, envíe su formulario y todos los documentos de apoyo por correo postal o fax a:
   Department of Managed Health Care Help Center
   980 9th Street Suite 500
   Sacramento CA 95814-2725
   FAX: 916-255-5241

¿Qué sucederá a continuación?

El Departamento determinará si su caso reúne los requisitos para una IMR o una queja. Un caso reúne los requisitos para una IMR si los servicios de atención médica se retrasaron, modificaron o denegaron con base en una necesidad médica o por ser experimentales/de investigación.

Los casos que no reúnen los requisitos para una IMR se procesan a través del proceso de queja del consumidor. Estos casos implican asuntos como la negación de un servicio de atención médica por no ser un beneficio cubierto, las disputas por el pago de una reclamación, la cancelación de la cobertura, la calidad de la atención y el deducible/los gastos de bolsillo. El Departamento le enviará una carta dentro de un plazo de siete días informándole si reúne los requisitos para una IMR. Si el Departamento decide que su queja reúne los requisitos para una IMR, su caso se asignará a un contratista estatal que llevará a cabo la revisión. Al contratista estatal también se le conoce como una organización de revisión médica independiente. Toda la información que el Centro de Ayuda ha relacionado con su queja, incluyendo sus registros médicos, se enviará a la organización de revisión. La organización de revisión tomará una decisión, generalmente dentro de un plazo de 45 días o dentro de siete días si su caso es urgente. El Departamento le enviará una carta con la decisión.

Si el Departamento decide que su queja debe revisarse mediante el proceso de Queja del Consumidor, se tomará una decisión acerca de su asunto dentro de un plazo de 30 días. El Departamento le enviará una carta con la decisión.

La Ley de Prácticas Informativas (Information Practices Act) de 1977 (artículo 1798.17 del Código Civil de California) requiere que se haga la siguiente notificación.

- La Ley Knox-Keene de California otorga al Departamento la autoridad para que regule los planes de salud e investigue las quejas de los miembros de los planes de salud.
- El Centro de Ayuda del Departamento usa su información personal para investigar el problema que tiene con su plan de salud y para concederle una IMR si reúne los requisitos para una.
- Usted proporciona esta información al Departamento de manera voluntaria. Usted no tiene que proporcionar esta información. Sin embargo, si no lo hace, el Departamento podría ser incapaz de investigar su queja o concederle una IMR.
- El Departamento podría compartir su información personal, según sea necesario, con el plan, los proveedores y la organización de revisión que lleva a cabo la IMR.
- El Departamento podría también compartir su información con otras agencias gubernamentales como lo exija o permita la ley.
- Usted tiene derecho a ver su información personal. Para hacerlo, comuníquese con el Coordinador de Solicitudes de Registros del Departamento, Department of Managed Health Care, Office of Legal Services, 980 9th Street Suite 500, Sacramento CA 95814-2725, o llame a 916-322-6727.

State of California
Health and Human Services Agency
Department of Managed Health Care
IMR APPLICATION/COMPLAINT FORM – CHINESE
DMHC 20-224 New: 04/06 Rev: 09/24

IMR APPLICATION/COMPLAINT FORM（獨立醫療審 (IMR) 申請/投訴表格）

重要資訊

您可以線上提交您的IMR Application/Complaint Form（獨立醫療審 (IMR) 申請/投訴表格），網址：www.DMHC.ca.gov

- **免費**：免費受理 IMR/消費者投訴流程。
- **快速**：IMR 一般在 45 天內決定，如有緊急健康問題則在 7 天內決定。
- **成功**：大約百分之 **72** 的病人透過 IMR 得到所請求的服務。
- **最終決定** 保健計劃必須遵循 IMR 的決定並及時提供服務

病人資料

名字 _____ 中間名首字母 ___ 姓氏 _____

病人出生日期（月/日/年） _____

性別: ☐ 男 ☐ 女 ☐ 別的 _____

家長或監護人姓名（如果為未成年子女申請） _____

街道地址 _____

城市 _____ 州 _____ 郵編區號 _____

電話號碼 _____ 電郵地址 _____

您是否想透過此電郵地址接收通訊/信函？ ☐ 是 ☐ 否 如果是，您需要創立密碼以安全接收我們發送的電子郵件。

保健計劃名稱 _____ 病人的會員號碼 _____

醫療團體名稱（如果屬於醫療團體） _____

僱主 _____

您是否希望他人幫助您辦理投訴？ ☐ 是 ☐ 否

如果是，請填寫隨附的「授權助理表格」。

您是否參加Medi-Cal？ ☐ 是 ☐ 否

如果是，您是否有要求申請State Fair Hearing（州級公平聽證會）？ ☐ 是 ☐ 否

您是否有參加Medicare（聯邦醫療保險）或Medicare Advantage（聯邦醫療保險優勢計劃）？ ☐是 ☐否

您是否曾向您的保健計劃提出申訴或投訴？ ☐是 ☐否

您是否想為您已接受的保健服務作出付款要求？ ☐是 ☐否

如果是，列出所有服務的日期，以及護理提供者的名字：

您的健康問題 （如有需要，請用另頁和附加其他文件。）

您是否希望您的保健計劃支付未來的服務？ ☐是 ☐否

您的醫療情況或醫生的診斷是什麼？（請具體說明）_____

您要求什麼治療/服務和/或藥物？（請具體說明）

您的保健計劃是否拒絕、延遲或變更您的治療？： ☐是 ☐否

如果是，請選擇保健計劃所提出的原因：（選擇一項）

☐非醫療必須 ☐試驗或研究性質 ☐非急診/緊急

☐非承保福利 ☐其他（請在下面說明）

列出您的主要護理提供者以及曾為您這種狀況提供看視、治療或指導的其他護理提供者的名字和電話號碼。

您有針對您的情況見過網絡外護理提供者嗎？ ☐是 ☐否

如果有，請將醫療檔案隨本申請書附上。

簡要地描述您關於您的保健計劃的問題。例如，解釋您是否在被拒絕治療、不獲付款、預約醫生或領取藥物上遇到困難，或者您的承保範圍已經被您的保健計劃取消。

醫療授權書

我請求醫療保健管理部（管理部）為我的保健計劃問題作出決定。我請求管理部審查我的IMR Application/Complaint Form（獨立醫療審查 (IMR) 申請/投訴表格），以確定我的投訴是否符合IMR或管理部投訴流程的資格。我允許我以往和目前的護理提供者以及保健計劃為審查這一問題而提供我的醫療記錄和資料。這些記錄可能包括醫療、心理健康、藥物濫用、愛滋

病毒、影像學診斷報告和其他有關我的情況的記錄。這些記錄還可能包括非醫療記錄和任何其他有關我的情況的資訊。我允許管理部審查這些記錄和資料，並將其發送給我的保健計劃。我對此的許可將於下述日期一年後結束，法律允許的情況除外。例如，法律允許管理部繼續在內部使用我的資訊。如果我願意，我可以提早結束我的許可。我在本表格中提供的所有資訊全部屬實。

病人或家長姓名（正楷）_____

病人或家長簽名_____ 日期_____

請參閱說明書查看郵寄或傳真方式。

統計資訊

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

主要語言：_____
您是否希望我們使用您的主要語言與您進行通訊/通信？ 是 ☐

種族/族裔：_____

State of California
Health and Human Services Agency
Department of Managed Health Care
AUTHORIZED ASSISTANT FORM – CHINESE
DMHC 20-160 New: 04/06 Rev: 01/20

授權助理表格

- 如果您想給予他人許可權，以協助您辦理獨立醫療審查 (IMR) 或投訴，請填寫以下的A部分和B部分。
- 如果您是家長或法定監護人，為18歲以下的子女提交本IMR/投訴表格，您並不需要填寫此表格。
- 如果您替另一位病人填寫本IMR/投訴表格，而該病人無能力或喪失勞動能力，並且您有代表該病人行事的法定權力，您只需填寫B部分。並附上一份醫療護理授權書的影印本或其他說明您有權為該病人做決定的文件。

A部分：由病人填寫

我允許下面 B 部分指定人士幫助我處理我提交給 Department of Managed Health Care（保健管理部）（管理部）的 IMR 或投訴。我允許管理部和 IMR 的工作人員將我的醫療狀況和護理資訊提供給以下指定人士。此資訊可能包括心理健康治療、愛滋病毒治療或測試、酒精或藥物治療或其他醫療資訊。

我理解只有與我的 IMR 或投訴有關的資訊才會被提供。

我自願同意此協助，並有權撤銷此授權書。如果我希望撤銷授權，我必須以書面形式提出。

病人姓名（正楷）_____

病人簽名 _____ 日期_____

B部分：由病人的協助者填寫

協助者姓名（正楷）_____

街道地址 _____

城市 _____ 州 _____ 郵編區號 _____

與病人的關係 _____

主要電話號碼 _____

次要電話號碼 _____

電郵地址 _____

☐ 附上我的醫療護理授權書或其他相關的法律文件。

獨立醫療審查 (IMR) 申請/投訴表格說明書

如有任何疑問，請致電管理部，電話 1-888-466-2219 或 TDD（聽障者專用電話）1-877-688-9891。電話是免費的。

提交之前：

在大多數情況下，您必須完成您的保健計劃的投訴或申訴流程，然後才能向管理部提交投訴或 IMR 申請。您的保健計劃必須在 30 天內作出決定；如果您的問題會對您的健康造成急迫和嚴重的威脅，您的保健計劃則須在 3 天之內作出決定。

如果您的保健計劃因治療屬於試驗性或研究性而拒絕您的治療，您無需在提交 IMR 申請前參與您保健計劃的投訴或申訴流程。

您必須在您的保健計劃書面回應您的上訴後六個月內申請 IMR。如有特殊情況使您無法及時提交，您仍可在六個月後提交您的申請。請務必注意，如果您決定不向管理部投訴具有 IMR 資格的問題，您可能放棄了就您所請求的服務或治療，對您的保健計劃採取法律行動的權利。

如何提交：

1. 線上提交，網址 www.DMHC.ca.gov。[這是最快的方法。]

   或

   填寫並簽署附上的 IMR 申請/投訴表格。
2. 如果您需要別人幫助您辦理 IMR 或投訴，請填寫「授權助理表格」。**您與您的授權助理都必須簽署此表格。**
3. 如果您有來自***網絡外護理提供者***的醫療記錄，請將醫療記錄隨您的 IMR 申請/投訴表格附上。您的保健計劃將提供網絡內護理提供者的醫療記錄。
4. 您可以附上其他支援您請求的文件。但是，沒有必要提供任何您和您的保健計劃有關此投訴的文件或信函。管理部將直接從您的保健計劃處獲取此資訊，作為調查的一部分。

5. 如果您不是線上提交，請郵寄或傳真將您的表格和任何輔助文件寄至：

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

下一步會發生什麼？

管理部將確定您的個案是否具備 IMR 的資格。如果保健服務因醫療必要性或試驗性/研究性而被延遲、變更或拒絕，則此個案符合 IMR 資格。

不符合 IMR 資格的個案將透過消費者投訴流程進行處理。該等個案涉及以下問題，如：非承保福利的保健服務被拒、索賠付款糾紛、承保取消、護理品質、免賠額/自付額費用。
管理部將在七天之內發信給您，告知您是否具有 IMR 的資格。如果管理部確定您的投訴具有 IMR 的資格，您的個案將會為您分配一名本州的承保人進行審查。本州的承保人也被稱為獨立醫療審查組織。支援中心擁有與您的投訴相關的所有資訊，包括您的醫療記錄，將被發送至審查組織。審查組織通常在 45 天內作出決定，如您的情況緊急則 7 天內決定。管理部將就有關決定向您發出信函。

如果管理部確定您的投訴應當透過消費者投訴流程進行審查，則其將在 30 天內作出有關您的問題的決定。管理部將就有關決定向您發出信函。
1977 年資訊處理法案（加州民事訴訟法典第 1798.17 條）要求通知如下。

- 加州 Knox-Keene Act（洛克斯基恩法案）賦予管理部規管保健計劃和調查保健計劃成員投訴的權利。
- 管理部支援中心使用您的個人資料調查您的保健計劃問題，並為具備 IMR 資格的人士提供 IMR。
- 向管理部提供這些資訊系出於自願。提供這些資訊並非強制性的。但是，如果您不提供這些資訊，管理部可能無法調查您的投訴或提供 IMR。
- 如有需要， 管理部可能會將您的個人資料提供給保健計劃、護理提供者或調查 IMR 的審查組織。
- 管理部也可以根據法律要求或准許，將您的個人資料提供給其他政府機構。
- 您有權參閱您的個人資訊。如欲參閱您的個人資訊，請聯繫管理部的記錄請求協調員，Department of Managed Health Care（保健管理部）法律服務辦公室，980 9th Street Suite 500, Sacramento CA 95814-2725，或致電 916-322-6727。

State of California
Health and Human Services Agency
Department of Managed Health Care
IMR APPLICATION/COMPLAINT FORM – VIETNAMESE
DMHC 20-224 New: 04/06 Rev: 09/24

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.DMHC.ca.gov

- **MIỄN PHÍ:** Quy trình IMR/Khiếu nại của Người tiêu dùng được miễn phí.
- **NHANH CHÓNG:** IMR thường được quyết định trong vòng 45 ngày, hoặc trong vòng 7 ngày nếu vấn đề sức khỏe là khẩn cấp.
- **THÀNH CÔNG:** Khoảng **72** phần trăm bệnh nhân nhận được dịch vụ đã yêu cầu qua IMR.
- **MANG TÍNH QUYẾT ĐỊNH:** Các chương trình bảo hiểm y tế phải tuân thủ quyết định IMR và cung cấp dịch vụ kịp thời.

THÔNG TIN BỆNH NHÂN

Tên_____ Chữ cái đầu Tên đệm_____ Họ_____

Ngày sinh của Bệnh nhân (tháng/ngày/năm)_____

Giới tính: ☐ Nam ☐ Nữ ☐ Khác _____

Tên Cha mẹ hoặc Người giám hộ nếu Nộp cho Trẻ Vị thành niên_____

Địa chỉ Đường phố_____

Thành phố_____ Tiểu bang_____ Mã Zip_____

Số Điện thoại_____ Địa chỉ Email_____

Quý vị có muốn được gửi thông tin/thư tín đến email này không? ☐ Có ☐ Không (Nếu có, bạn phải tạo mật khẩu để liên lạc an toàn qua email khi bạn nhận được email từ chúng tôi.)

Tên Chương trình bảo hiểm Y tế_____ Số Thành viên của Bệnh nhân_____

Tên Nhóm Y tế (nếu thuộc nhóm y tế)_____

Nhà tuyển dụng_____

Quý vị có muốn có người giúp quý vị về khiếu nại không? ☐ Có ☐ Không

Nếu có, vui lòng hoàn thành 'Mẫu Ủy quyền Hỗ trợ' đính kèm.

Quý vị có Medi-Cal không? ☐ Có ☐ Không

Nếu có, quý vị đã nộp Yêu cầu Điều trần Công bằng của Tiểu bang chưa? ☐ Có ☐ Không

Quý vị có Medicare hoặc Medicare Advantage không? ☐ Có ☐ Không

Quý vị đã nộp khiếu nại hoặc phàn nàn cho chương trình bảo hiểm y tế của mình chưa? ☐ Có ☐ Không

Có phải quý vị muốn được thanh toán cho một dịch vụ chăm sóc sức khỏe mà quý vị đã nhận không? ☐ Có ☐ Không

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

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

VẤN ĐỀ SỨC KHỎE CỦA QUÝ VỊ

(Sử dụng một tờ giấy riêng và đính kèm các tài liệu khác, nếu cần.)

Quý vị có muốn chương trình bảo hiểm sức khỏe của quý vị trả cho các dịch vụ t rong tương lai không? ☐ Có ☐ Không

Tình trạng y tế của quý vị hay chẩn đoán của bác sĩ là như thế nào? (Vui lòng nêu rõ)

Quý vị đang yêu cầu (các) điều trị/(các) dịch vụ y tế và/hoặc (các) loại thuốc nào? (Vui lòng nêu rõ)

Chương trình bảo hiểm sức khỏe của quý vị có từ chối, trì hoãn hay thay đổi việc điều trị cho quý vị không? ☐ Có ☐ Không

Nếu có, vui lòng đánh dấu vào lý do được cho: (Đánh dấu vào một)

☐Không Cần thiết về mặt Y tế
☐Không phải là một Quyền Lợi Được Đài Thọ
☐Mang tính thử nghiệm hoặc Nghiên cứu
☐Khác (Vui lòng giải thích bên dưới)

☐ Không phải là một dịch vụ Cấp Cứu/Khẩn Cấp

Liệt kê tên và số điện thoại của bác sĩ chăm sóc ban đầu của quý vị và các nhà cung cấp khác đã khám, điều trị, hoặc tư vấn cho quý vị về tình trạng này.

Quý vị có khám với bất kỳ nhà cung cấp ngoài mạng lưới nào về tình trạng của mình không? ☐ Có ☐ Không

Nếu có, vui lòng nộp các hồ sơ y tế cùng mẫu này.

Mô tả ngắn gọn vấn đề quý vị đang gặp phải với chương trình bảo hiểm sức khỏe của mình. Ví dụ, giải thích có phải vấn đề là phải là điều trị bị từ chối, hóa đơn chưa được thanh toán, khó khăn trong việc đặt hẹn hoặc lấy thuốc, hay việc chương trình bảo hiểm sức khỏe hủy bảo hiểm của quý vị.

TIẾT LỘ THÔNG TIN Y TẾ

Tôi yêu cầu Bộ Quản Lý Y Tế (Bộ) ra quyết định về vấn đề của tôi với chương trình bảo hiểm sức khỏe của tôi. Tôi yêu cầu Bộ xem xét Mẫu Đơn yêu cầu Xem xét Y tế Độc lập (IMR)/Khiếu nại của tôi

để xác định khiếu nại của tôi đủ điều kiện cho IMR hoặc quy trình Than Phiền của Bộ. Tôi cho phép các nhà cung cấp của tôi, trong quá khứ và hiện tại, và chương trình của tôi được tiết lộ hồ sơ và thông tin y tế của tôi để xem xét vấn đề này. Các hồ sơ này có thể bao gồm báo cáo y tế, sức khỏe tâm thần, lạm dụng thuốc, HIV, chẩn đoán hình ảnh, và các hồ sơ khác liên quan đến trường hợp của tôi. Các hồ sơ này cũng có thể bao gồm hồ sơ phi y tế và bất kỳ thông tin nào khác liên quan đến trường hợp của tôi. Tôi cho phép Bộ được xem xét các hồ sơ và thông tin này và gửi chúng cho chương trình của tôi. Sự cho phép của tôi sẽ kết thúc một năm kể từ ngày bên dưới, ngoại trừ trường hợp được pháp luật cho phép. Ví dụ, pháp luật cho phép Bộ tiếp tục sử dụng thông tin của tôi trong nội bộ. Tôi có thể kết thúc sự cho phép của mình sớm hơn nếu tôi muốn. Mọi thông tin mà tôi cung cấp trên tờ giấy này là đúng sự thật.

Tên Bệnh nhân hoặc Cha mẹ (Viết in hoa) _____

Chữ ký của Bệnh nhân hoặc Cha mẹ_____ Ngày_____

Vui lòng xem tờ hướng dẫn để biết cách gửi thông tin qua bưu điện hoặc bằng fax.

THÔNG TIN THỐNG KÊ

Quý vị được yêu cầu tự nguyện cung cấp thông tin sau đây. Việc cung cấp thông tin này sẽ giúp Bộ xác định bất kỳ mô thức vấn đề nào. Bộ luật Y tế và An toàn phần 1374.30 cho phép Bộ thu thập thông tin này vì mục đích nghiên cứu và thống kê. Việc cung cấp thông tin này là không bắt buộc và sẽ không ảnh hưởng đế quyết định IMR hay khiếu nại bằng bất kỳ cách nào.

Ngôn ngữ Chính Sử dụng:_____

Quý vị có muốn chúng tôi trao thông tin/thư tin với quý vị bằng ngôn ngữ chính của quý vị? Có ☐

Chủng tộc/Sắc tộc:_____

State of California
Health and Human Services Agency
Department of Managed Health Care
AUTHORIZED ASSISTANT FORM – VIETNAMESE
DMHC 20-160 New: 04/06 Rev: 01/20

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 Mẫu IMR/Than phiền này cho một trẻ dưới 18 tuổi, quý vị không cần hoàn thành mẫu này.
- Nếu quý vị nộp IMR/Khiếu nại này cho một bệnh nhân không thể hoàn thành mẫu này vì bệnh nhân đó không đủ năng lực hoặc bị mất khả năng, và quý vị được ủy quyền pháp lý làm thay cho bệnh nhân này, vui lòng chỉ hoàn thành Phần B. Ngoài ra xin đính kèm bản sao của giấy ủy quyền về các quyết định y tế hoặc các tài liệu khác nói rằng quý vị có thể ra quyết định cho bệnh nhân đó.

PHẦN A: DO BỆNH NHÂN HOÀN TẤT

Tôi cho phép người có tên dưới đây trong Phần B được hỗ trợ tôi trong IMR hoặc khiếu nại của tôi nộp cho Bộ Quản lý Y Tế (Bộ). Tôi cho phép nhân viên của Bộ và IMR được chia sẻ thông tin về (các) tình trạng sức khỏe và chăm sóc của tôi với người có tên dưới đây. Thông tin này có thể bao gồm điều trị sức khỏe tâm thần, điều trị hoặc xét nghiệm HIV, điều trị nghiện rượu hoặc nghiện ma túy, hoặc thông tin y tế khác.

Tôi hiểu rằng chỉ có thông tin liên quan đến IMR hoặc khiếu nại của tôi sẽ được chia sẻ.

Tôi tự nguyện chấp nhận sự hỗ trợ này và tôi có quyền chấm dứt nó. Nếu tôi muốn chấm dứt nó, tôi phải làm điều đó bằng văn bản.

Tên Bệnh nhân (Viết in hoa) _____

Chữ ký của Bệnh nhân_____ Ngày_____

PHẦN B: DO NGƯỜI HỖ TRỢ BỆNH NHÂN HOÀN TẤT

Tên của Người Hỗ trợ (viết chữ in)_____

Địa chỉ_____

Thành phố_____ Tiểu bang_____ Mã Zip_____

Quan hệ với Bệnh nhân_____

Số Điện thoại Chính_____

Số Điện thoại Phụ_____

Địa chỉ Email_____

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

MẪU ĐƠN YÊU CẦU XEM XÉT Y TẾ ĐỘC LẬP/KHIẾU NẠI

Nếu quý vị có thắc mắc, gọi cho Bộ tại 1-888-466-2219 hoặc TDD tại 1-877-688-9891. Cuộc gọi được miễn cước.

Trước Khi quý Vị Nộp Đơn:

Trong hầu hết trường hợp, quý vị phải thực hiện xuyên suốt quy trình than phiền hoặc phàn nàn của chương trình bảo hiểm sức khỏe của quý vị trước khi quý vị nộp đơn than phiền hay đơn yêu cầu IMR với Bộ. Chương trình bảo hiểm sức khỏe của quý vị phải cung cấp cho quý vị một quyết định trong vòng 30 ngày hay trong vòng 3 ngày nếu vấn đề của quý vị là một mối đe doa tức thời và nghiêm trọng đến sức khỏe của quý vị.

Nếu chương trình bảo hiểm sức khỏe của quý vị từ chối điều trị cho quý vị vì nó mang tính thử nghiệm/điều tra, quý vị không phải tham gia vào quy trình than phiền hay phàn nàn của chương trình bảo hiểm sức khỏe của quý vị trước khi quý vị nộp đơn xin IMR.

Quý vị phải nộp đơn yêu cầu IMR trong vòng sáu tháng sau khi chương trình bảo hiểm sức khỏe gửi cho quý vị văn bản trả lời khiếu nại của quý vị. Quý vị vẫn có thể nộp đơn yêu cầu của quý vị sau sáu tháng nếu có những hoàn cảnh đặc biệt khiến quý vị không thể nộp đơn kịp thời. Xin lưu ý rằng nếu quý vị quyết định không nộp than phiền cho Bộ về một vấn đề đủ điều kiện cho IMR, quý vị có thể sẽ từ bỏ các quyền tiến hành thủ tục pháp lý chống lại chương trình của mình liên quan đến dịch vụ hoặc điều trị mà quý vị đang yêu cầu.

Cách Nộp:

1. Nộp trực tuyến tại www.DMHC.ca.gov. Đây là cách nhanh nhất.

   hoặc

   Điền và ký Mẫu Đơn yêu cầu IMR/Khiếu nại đính kèm. Sử dụng phong bì được cung cấp cùng mẫu.

2. Nếu quý vị muốn có người giúp quý vị về IMR hoặc khiếu nại của mình, hoàn thành ‘Mẫu Ủy quyền Hỗ trợ’. Cả quý vị và người hỗ trợ được ủy quyền của quý vị phải ký tên vào mẫu đơn

3. Nếu quý vị có hồ sơ y tế từ các nhà cung cấp ngoài mạng lưới, vui lòng nộp chúng cùng Mẫu Đơn yêu cầu IMR/Khiếu nại. Chương trình của quý vị sẽ cung cấp hồ sơ y tế từ các nhà cung cấp trong mạng lưới.

4. Quý vị có thể nộp các tài liệu khác hỗ trợ yêu cầu của mình. Tuy nhiên, không cần cung cấp bất kỳ tài liệu hay thư từ nào giữa quý vị và chương trình của quý vị liên quan đến khiếu nại này. Bộ sẽ thu thập trực tiếp thông tin này từ chương trình của quý vị trong quá trình điều tra.

5. Nếu quý vị không nộp trực tuyến, vui lòng gửi mẫu của quý vị và bất kỳ tài liệu hỗ trợ nào qua bưu điện hoặc bằng fax đến:

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

Điều gì Xảy ra Tiếp theo?

Bộ sẽ xác định xem trường hợp của quý vị có hội đủ điều kiện với IMR hay than phiền. Những trường hợp hội đủ điều kiện với IMR nếu các dịch vụ chăm sóc sức khỏe bị trì hoãn, thay đổi hay từ chối dựa theo tính cần thiết về mặt y tế hay mang tính thử nghiệm/điều tra.

Những trường hợp không hội đủ điều kiện với IMR được xử lý thông qua quy trình than phiền cho người tiêu dùng. Những trường hợp này liên quan đến những vấn đề từ chối dịch vụ chăm sóc sức khỏe như không phải là một quyền lợi được đài thọ, tranh chấp thanh toán yêu cầu bồi thường, hủy bảo hiểm, chất lượng chăm sóc, và tiền khấu trừ/chi phí tự trả.

Bộ sẽ gửi cho quý vị một lá thư trong vòng bảy ngày thông báo quý vị có đủ điều kiện cho IMR hay không. Nếu Bộ quyết định rằng than phiền của quý vị đủ điều kiện cho IMR, trường hợp của quý vị được giao cho một tổ chức ký hợp đồng với tiểu bang để tiến hành xem xét. Tổ chức ký hợp đồng với tiểu bang cũng được gọi là Tổ chức Xem xét Y tế Độc lập. Mọi thông tin mà Trung tâm Hỗ trợ có liên quan đến than phiền của quý vị, bao gồm hồ sơ y tế của quý vị, sẽ được gửi cho Tổ Chức Duyệt Xét. Tổ Chức Duyệt Xét sẽ ra quyết định thường là trong vòng 45 ngày hoặc trong vòng bảy ngày nếu trường hợp của quý vị là trường hợp khẩn cấp. Bộ sẽ gửi cho quý vị một lá thư thông báo quyết định này.

Nếu Bộ quyết định rằng than phiền của quý vị nên được xem xét qua quy trình Khiếu nại của Người tiêu dùng, một quyết định về vấn đề của quý vị sẽ được đưa ra trong vòng 30 ngày. Bộ sẽ gửi cho quý vị một lá thư thông báo quyết định này.

Đạo luật Thực hành Thông tin năm 1977 (Bộ luật Dân sự California Phần 1798.17) quy định thông báo sau.

- Đạo luật Knox-Keene của California cho Bộ quyền điều phối các chương trình bảo hiểm y tế và điều tra các khiếu nại của thành viên chương trình bảo hiểm y tế.
- Trung tâm Hỗ trợ của Bộ sử dụng thông tin cá nhân của quý vị để điều tra vấn đề của quý vị với chương trình của quý vị và cung cấp IMR nếu quý vị đủ điều kiện.
- Quý vị tự nguyện cung cấp thông tin này cho Bộ. Quý vị không phải cung cấp thông tin này. Tuy nhiên nếu quý vị không cung cấp thông tin, Bộ có thể không điều tra được khiếu nại của quý vị hoặc cung cấp IMR.
- Bộ có thể chia sẻ thông tin cá nhân của quý vị, khi cần thiết, với chương trình, các nhà cung cấp và Tổ Chức Duyệt Xét tiến hành IMR.
- Bộ cũng có thể chia sẻ thông tin của quý vị với các cơ quan chính phủ khác như pháp luật quy định hoặc cho phép.
- Quý vị có quyền xem thông tin cá nhân của mình. Để xem thông tin cá nhân của quý vị, liên lạc với Điều phối viên Yêu cầu Hồ sơ của Bộ, Department of Managed Health Care, Phòng Dịch vụ Pháp lý, 980 9th Street Suite 500, Sacramento CA 95814-2725, hoặc gọi số 916-322-6727.

State of California
Health and Human Services Agency
Department of Managed Health Care
IMR APPLICATION/COMPLAINT FORM – TAGALOG
DMHC 20-224 New: 04/06 Rev: 09/24

FORM PARA SA REKLAMO/APLIKASYON SA MALAYANG PAGSUSURING MEDIKAL

MAHALAGANG IMPORMASYON

Maaari mong isumite ang iyong Pormularyo ng Aplikasyon/Reklamo sa IMR online sa: www.DMHC.ca.gov

- **LIBRE:** Ang proseso ng IMR/Reklamo ay libre para sa mga pasyente.
- **MABILIS:** Ang mga IMR ay madalas napagpasyahan sa loob ng 45 araw, o sa loob ng 7 araw kung ang problema sa kalusugan ay agaran.
- **MATAGUMPAY:** Humigit-kumulang **72** porsiyento ng mga pasyente ang nakatanggap ng mga hinihiling na serbisyo sa pamamagitan ng IMR.
- **PINAL:** Dapat sundin ng mga planong pangkalusugan ang desisyon ng IMR at agarang ibigay ang serbisyo.

IMPORMASYON NG PASYENTE

Pangalan _____ Gitnang Inisyal _____ Apelyido _____

Araw ng Kapanganakan ng Pasyente (bb/aa/tttt) _____

Kasarian: ☐ Lalaki ☐ Babae ☐ Iba pa _____

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

Address _____

Lungsod _____ Estado _____ Zip _____

ng Telepono _____ Email Address _____

Gusto mo bang ipadala sa email na ito ang pag-uusap/pakikipag-ugnayan? ☐ Oo ☐ Hindi Kung oo, kakailanganin mong gumawa ng password para sa secure na komunikasyon sa email kapag tatanggap ka ng email mula sa amin.

Pangalan ng Plan sa Kalusugan _____ ID # ng Miyembro o Pasyente _____

Pangalan ng Medikal na Grupo (kung nasa isang isang medikal na grupo) _____

Employer _____

Kailangan mo ba ng tulong ng isang tao sa iyong reklamo? ☐ Oo ☐ Hindi

Kung oo, mangyaring kumpletuhin ang nakalakip na 'Porma ng Awtorisadong Tagatulong.'

Mayroon ka bang Medi-Cal? ☐ Oo ☐ Hindi

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

Mayroon ka bang Medicare o Medicare Advantage? ☐ Oo ☐ Hindi

Nakapagsampa ka na ba ng reklamo o karaingan sa iyong plan sa kalusugan? ☐ Oo ☐ Hindi

Gusto mo ba ng kabayaran para sa isang serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan na natanggap mo na? ☐ Oo ☐ Hindi

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

_____

ANG IYONG PROBLEMA SA KALUSUGAN (Gumamit ng hiwalay na papel at ilakip ang ibang mga dokumento, kung kailangan.)

Gusto mo bang magbayad ang iyong plan sa kalusugan para sa mga serbisyo sa hinaharap? ☐ Oo ☐ Hindi

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

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

_____

Ang iyong plan sa kalusugan ba ay tinanggihan, inantala o binago ang iyong paggamot?: ☐ Oo ☐ Hindi
Kung oo, pakilagyan ng check ang ibinigay na dahilan: (Lagyan ng check ang isa)

☐ Hindi Medikal na Kinakailangan
☐ Hindi isang Emerhensiya/Apurahan
☐ Iba (Mangyaring ipaliwanag sa ibaba)
☐ Pang-eksperimento o Pang-imbestigasyon
☐ Hindi isang Sakop na Benepisyo

_____

Ilista ang pangalan at ang numero ng telepono ng iyong doktor sa pangunahing pangangalaga at ibang mga mangagamot na tumingin, gumagamot, at nagpayo sa kondisyong ito.

_____

Nagpatingin ka ba sa mga doctor na hindi kasama sa iyong medical na grupo para sa iyong kondisyon? ☐ Oo ☐ Hindi

Kung oo, mangyaring ilakip ang mga medikal rekords kasama ng pormang ito.

Maikling ilarawan ang problema na iyong nararanasan sa iyong plan sa kalusugan. Halimbawa, ipaliwanag kung ang problema ay isang tinanggihang paggamot, isang hindi nabayarang bayarin, problema sa pagkuha ng appointment o gamot, o kung ang iyong coverage ay kinansela ng plan sa kalusugan.

MEDIKAL NA PAGPAPALAYA

Ako ay humihiling sa Kagawaran ng Pinamamahalaang Pangangalagang Pangkalusugan (Department of Managed Health Care, DMHC) (Kagawaran) na gumawa ng pasya tungkol sa aking problema sa aking plan. Hinihiling ko sa Kagawaran na suriin ang aking Aplikasyon sa Malayang Pagsusuring Medikal (Independent Medical Review, IMR)/Form sa Reklamo upang matukoy kung ang aking reklamo ay kuwalipikado para sa isang IMR o sa proseso ng Kagawaran para sa Reklamo. Pinahihintulutan ko ang aking mga doktor, nakaraan at kasalukuyan, at ang aking plano na ilabas ang aking mga medikal rekord at impormasyon upang suriin ang isyung ito. Ang mga record na ito ay maaaring kalakip ng mga medikal, kalusugan sa kaisipan, pang-aabuso ng droga, HIV, mga ulat na diagnostic imaging, at iba pang mga rekord na may kaugnayan sa aking kaso. Maaari ring kasama sa mga record na ito ang mga hindi medikal na rekord at anumang iba pang impormasyon na may kaugnayan sa aking kaso. Pinahihintulutan ko ang Kagawaran na suriin ang mga rekord at impormasyong ito at ipadala ang mga ito sa aking plano. Ang aking pahintulot ay matatapos isang taon mula sa petsa sa ibaba, maliban kung pinahihintulutan ng batas. Halimbawa, pinapayagan ng batas ang Kagawaran na patuloy na gamitin ang aking impormasyon sa loob nito. Maaari kong itigil ang aking pahintulot nang mas maaga kung nais ko. Ang lahat ng impormasyon na ibinigay ko sa papel na ito ay totoo.
Pangalan ng Pasyente o Magulang (Isulat) _____

Lagda ng Pasyente o Magulang_____ Petsa_____

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

PARA SA ISTATISTIKAL NA IMPORMASYON

Ikaw ay hinihiling na boluntaryong magbigay ng mga sumusunod na impormasyon. Ang pagbibigay ng impormasyon na ito ay makatutulong sa Kagawaran na matukoy ang anumang pattern ng mga problema. Ang Kodigo ng Kalusugan at Kaligtasan seksyon 1374.30 ay binibigyan ng awtorisasyon ang Kagawaran na kunin ang impormasyong ito para sa mga layuning pananaliksik at istatistikal. Ang pagbibigay ng impormasyong ito ay opsyonal at hindi makakaapekto sa pagpasya sa IMR o reklamo sa anumang paraan.

Pangunahing Wika na Sinasalita:_____
Gusto mo ba kaming makipag-usap/makipag-ugnayan sa iyo sa iyong pangunahing wika? Oo ☐

Lahi/Etnisidad:_____

State of California
Health and Human Services Agency
Department of Managed Health Care
AUTHORIZED ASSISTANT FORM – TAGALOG
DMHC 20-160 New: 04/06 Rev: 01/20

FORM NG AWTORISADONG KATULONG

- Kung nais mong bigyan ang isa pang tao ng pahintulot na tulungan ka sa iyong Aplikasyon sa Malayang Pagsusuri na Medikal (Independent Medical Review, IMR) o reklamo, kumpletuhin ang Bahagi A at B sa ibaba.

- Kung ikaw ay isang magulang o legal guardian na nagsasampa nitong IMR/Form para sa Reklamo para sa isang batang wala pang 18 taon, hindi mo na kailangang kumpletuhin ang pormang ito.

- Kung ikaw ay nagsasampa nitong IMR/Reklamo para sa isang pasyente na hindi kayang magkumpleto ng pormang ito dahil ang pasyente ay walang kakayahan o may kapansanan, at mayroon kang legal na awtoridad na kumilos para sa pasyenteng ito, mangyaring kumpletuhin ang Bahagi B lamang. Maglakip din kopya ng kapangyarihan ng abogado (Power of Attorney) para sa mga pagpapasya sa pangangalaga ng kalusugan o iba pang mga dokumento na nagsasabing maaari kang gumawa ng mga desisyon para sa pasyente.

BAHAGI A: KUKUMPLETUHIN NG PASYENTE

Pinahihintulutan ko ang taong pinangalanan sa ibaba sa Bahagi B para tulungan ako sa aking IMR o reklamo na isinampa sa Department of Managed Health Care (DMHC) (Kagawaran). Pinahihintulutan ko ang Kagawaran at tauhan ng IMR na ibahagi ang impormasyon tungkol sa aking (mga) medikal na kalagayan at pangangalaga sa mga taong pinangalanan sa ibaba. Ang impormasyong ito ay maaaring magsama ng paggamot sa kalusugan sa kaisipan, paggamot o pagsusuri sa HIV, paggamot sa alkohol o droga, o iba pang impormasyon sa aking kalusugan.

Naiintindihan ko na tanging impormasyon lamang na may kaugnayan sa aking IMR o reklamo ang ibabahagi.

Ang aking pag-apruba sa tulong na ito ay boluntaryo at may karapatan akong itigil ito. Kung nais kong itigil ito, dapat kong gawin sa pamamagitan ng sulat.

Pangalan ng Pasyente (Isulat) _____

Lagda ng Pasyente_____ Petsa_____

BAHAGI B: KUKUMPLETUHIN NG TAONG TUMUTULONG SA PASYENTE

Pangalan ng Taong Tumutulong (isulat)_____

Address_____

Lungsod_____ Estado_____ Zip_____

Relasyon sa Pasyente_____

Pangunahing # ng Telepono_____

Pangalawang # ng Telepono_____

Email Address_____

☐ Ang aking kapangyarihan bilang abogado para sa mga pagpapasya (Power of Attorney) sa pangangalaga ng kalusugan o iba pang mga legal na dokumento ay nakalakip.

PORMA NG REKLAMO/ APLIKASYON SA MALAYANG PAGSUSURI MEDIKAL

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

Bago Magsampa:

Sa karamihan ng mga pangyayari, kailangan mong dumaan sa proseso ng iyong plan sa kalusugan para sa reklamo o karaingan bago ka magsampa ng reklamo o kahilingan para sa IMR sa Kagawaran. Ang iyong plan sa kalusugan ay dapat kang bigyan ng desisyon sa loob ng 30 araw o sa loob ng 3 araw kung ang iyong problema ay agaran at seryosong banta sa iyong kalusugan.

Kung tinanggihan ng iyong plan sa kalusugan ang iyong paggamot dahil ito ay sinusubukan/sinisiyasat pa lang, hindi mo kailangang maging bahagi ng proseso ng iyong plan sa kalusugan para sa reklamo o karaingan bago ka magsampa ng aplikasyon para sa IMR.

Dapat mag-apply ka para sa isang IMR sa loob ng anim na buwan pagkatapos kang padalhan ng nakasulat na tugon ng iyong plan sa kalusugan para sa iyong apela. Maaari mo pa ring isampa ang iyong aplikasyon pagkatapos ng anim na buwan, kung mayroong mga espesyal na pangyayari na pipigil sa iyo mula sa pagsasampa nang nasa oras. Mangyaring malaman na kung magpapasya kang hindi magsampa ng reklamo sa Kagawaran para sa isang problema na magiging kuwalipikado para sa isang IMR, maaaring isinusuko mo ang iyong mga karapatang gumawa ng legal na aksyon laban sa iyong plan tungkol sa serbisyo o paggamit na hinihiling mo.

Paano Magsampa:

1. Magsampa online sa www.DMHC.ca.gov. [Ito ang pinakamabilis na paraan].
   O
   Punan at lagdaan ang Aplikasyon para sa IMR/Form para sa Reklamo.
2. Kung nais mo ng isang tao na tumulong sa iyo sa iyong Aplikasyon sa IMR o Reklamo, kumpletuhin ang 'Form para sa Awtorisadong Katulong.' **Dapat ikaw at ang iyong awtorisadong katulong ay parehong lagdaan ang form.**
3. Kung mayroon kang mga medikal rekord mula sa labas ng medikal grup, mangyaring isama ang mga ito sa iyong Porma ng Reklamo/Aplikasyon sa IMR. Ang iyong plan sa kalusugan ay magbibigay ng mga medikal rekord mula sa iyong medical grup.
4. Maaari mong isama ang iba pang mga dokumento na sumusuporta sa iyong kahilingan. Ngunit, hindi na kailangang magbigay ng anumang mga dokumento o mga sulat sa pagitan mo at ng iyong plan sa kalusugan na may kaugnayan sa reklamong ito. Kukunin ng Kagawaran nang direkta ang impormasyong ito mula sa iyong plan bilang bahagi ng imbestigasyon.
5. Kung hindi ka magsusumite sa online, mangyaring i-koreo o i-fax ang iyong form at anumang dokumento na sumusuporta sa:
   Department of Managed Health Care Help Center
   980 9th Street, Suite 500
   Sacramento, CA 95814-2725
   FAX: 916-255-5241

Ano ang Susunod na Mangyayari?

Tutukuyin ng Kagawaran kung kuwalipikado para sa isang IMR o reklamo ang iyong kaso. Kuwalipikado ang mga kaso para sa isang IMR kung ang mga serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan ay inantala, binago o tinanggihan batay sa isang medikal na pangangailangan o bilang sinusubukan/sinisiyasat pa lang.

Ang mga kasong hindi kwalipikado para sa isang IMR ay pinoproseso sa pamamagitan ng proceso ng reklamo ng consumer. Ang mga kasong ito ay kinasasangkutan ng mga problema tulad ng mga pagtanggi ng serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan bilang hindi sakop na benepisyo, mga hindi pagkakasundo sa pagbabayad ng paghahabol, pagkansela ng coverage, kalidad ng pangangalaga at maibabawas/mga sariling gastos.

Ang Kagawaran ay magpapadala sa iyo ng sulat sa loob ng pitong araw na nagsasabi sa iyo kung ikaw ay kwalipikado para sa isang IMR. Kung magpapasya ang Kagawaran na kwalipikado ang iyong reklamo para sa isang IMR, ang kaso ay itatalaga sa isang kontratista ng estado na gagawa ng pagsusuri. Ang kontratista ng estado ay tinatawag rin bilang Organisasyon ng Malayang Medikal na Pagsusuri (Independent Medical Review Organization). Ang lahat ng impormasyon na mayroon ang Help Center na kaugnay sa iyong reklamo, kabilang na ang iyong mga medikal na rekord, ay ipapadala sa Sumusuring Organisasyon. Ang Sumusuring Organisasyon ay gagawa ng desisyon karaniwan sa loob ng 45 araw o sa loob ng pitong araw kung ang iyong kaso ay nangangailangan ng agarang atensyon. Padadalhan ka ng sulat ng Kagawaran kasama ang desisyon.

Kung magpapasya ang Kagawaran na ang iyong reklamo ay dapat na masuri sa pamamagitan ng proseso ng Reklamo ng Consumer, isang desisyon tungkol sa iyong isyu ay gagawin sa loob ng 30 araw. Padadalhan ka ng Kagawaran ng Sulat kasama ang desisyon.
Ang Batas sa mga Kasanayan sa Impormasyon ng 1977 (Kodigo Sibil ng California Seksyon 1798.17) ay kailanganin ang mga sumusunod na abiso.

- Ang Batas ng Knox-Keene ng California ay nagbibigay sa Kagawaran ng awtoridad na pangasiwaan ang mga plan sa kalusugan at imbestigahan ang mga reklamo ng mga miyembro ng plan sa kalusugan.
- Ang Help Center ng Kagawaran ay ginagamit ang iyong personal na impormasyon upang imbestigahan ang iyong problema sa iyong plano at upang magbigay ng isang IMR kung ikaw ay kwalipikado para sa isa.
- Ibibigay mo sa Kagawaran ang impormasyong ito nang boluntaryo. Hindi mo kailangang ibigay ang impormasyong ito. Ngunit, kung ayaw mo, ang Kagawaran ay maaaring hindi makapag-imbestiga sa iyong reklamo o makapagbigay ng IMR.
- Ang Kagawaran ay maaaring ibahagi ang iyong personal na impormasyon, kung kailangan, sa plan, mga provider, at ang Sumusuring Organisasyon na gumagawa ng IMR.
- Ang Kagawaran ay maaari ring ibahagi ang iyong impormasyon sa ibang ahensya ng gobyerno kung kailangan o pinahihintulutan ng batas.
- Mayroon kang karapatan na makita ang iyong personal na impormasyon. Para gawin ito, makipag-ugnayan sa Records Request Coordinator ng Kagawaran, Department of Managed Health Care, Office of Legal Services, 980 9th Street Suite 500, Sacramento CA 95814-2725, o tumawag sa 916-322-6727.