

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 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

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

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؟

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

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

بله خیر

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 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 کتباً 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 پرستی 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.

قبل از تسلیم:

در بسیاری از موارد، قبل از تسلیم شکایت یا درخواست IMR به DMHC، باید روند تسلیم شکایت مربوط به طرح بهداشتی خود را به طور کامل طی کنید. طرح بهداشتی شما موظف است ظرف 30 روز، یا، اگر مشکل‌تان تهدیدی فوری و جدی برای سلامت شما محسوب می‌شود، ظرف 3 روز شما را از تصمیم خود مطلع سازد.

اگر طرح‌تان به دلیل ماهیت آزمایشی/پژوهشی درمان مورد تقاضای شما، از ارائه آن خودداری کرده، لازم نیست قبل از تسلیم یک درخواست IMR، روند شکایت مربوط به طرح خود را طی کنید.

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 تسلیم کنید. این سریع‌ترین شیوه است.
یا
فرم درخواست IMR/شکایت را تکمیل و امضاء کنید
2. 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 9th 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.