State of California, Business,
Transportation and Housing Agency
Department of Managed Health Care
INDEPENDENT MEDICAL REVIEW APPLICATION-Arabic
DMHC 20-086 New: 01/02 Rev: 04/06

HMO Help Center

State of California
Department of Managed Health Care

تقديم طلب لإجراء المراجعة الطبية المستقلة

إذا أردت منح شخص آخر التصريح لمعاونتك في إجراء IMR الخاصة بك، يجب عليك إكمال نموذج التصريح بالمساعدة.

معلومات المريض

الاسم الأول _____ الحرف الأول من الاسم الأوسط _____ الاسم الأخير _____

اسم ولي الأمر أو الوصي إذا كان هذا المستند يُقدم لطفل قاصر _____

عنوان الشارع _____

مدينة _____ ولاية _____ الرمز البريدي _____

رقم هاتف الاتصال بالنهار _____ رقم هاتف الاتصال بالمساء _____

اسم البرنامج الصحي _____

رقم عضوية المريض _____

تاريخ ميلاد المريض (شهر/يوم/عام) _____

هل أنت مشترك في Medi-Cal؟ ☐ نعم ☐ لا

هل أنت مشترك في Medicare أو Medicare Advantage؟ ☐ نعم ☐ لا

هل قمت بتقديم شكوى أو تظلم بشأن البرنامج الصحي الذي تخضع له؟ ☐ نعم ☐ لا

هل تطلب تلقي السداد لخدمة قد تلقيتها بالفعل؟ ☐ نعم ☐ لا

المشكلة الصحية الخاصة بك

(استخدم ورقة منفصلة وأرفق مستندات أخرى إذا لزم الأمر.)

1 ما هي حالتك الصحية أو تشخيص الطبيب؟ _____

2 ما هو العلاج الطبي أو الخدمة التي تطلبها؟ _____

3 كيف ترغب في حسم هذه الحالة؟ _____

4 هل تعاني من حالة تمثل تهديداً حرجاً لصحتك؟ ☐ نعم ☐ لا

إذا كانت الإجابة "نعم" يرجى التوضيح. _____

5 هل ذكر البرنامج الصحي أن العلاج الذي تريده (اختر واحداً):

☐ ليس ضرورياً من الناحية الطبية ☐ تجريبياً أو تشخيصياً ☐ غير ذلك (يرجى التوضيح)

6 اذكر أسماء وأرقام الهاتف لطبيب الرعاية الصحية الأساسية الذي تتعامل معه والأطباء الآخرين الذين قاموا بالإطلاع على حالتك أو معالجتها أو تقديم المشورة لك بشأنها. هل هم في شبكة البرنامج الصحي الذي تخضع له؟ استخدم ورقة منفصلة إذا لزم الأمر

_____

7 إنني أطلب إجراء مراجعة طبية مستقلة (IMR) لاتخاذ قرار بشأن مشكلتي مع البرنامج الصحي الذي أخضع له. إنني أسمح لجهات تقديم الرعاية، سواءً الماضية والحالية، وللبرنامج الصحي الذي أتبعه، بتقديم سجلاتي الصحية والمعلومات إلى IMR. قد تشمل هذه السجلات تقارير طبية أو تقارير خاصة بالصحة العقلية أو إدمان المخدرات أو HIV أو تقارير أشعة تشخيصية وسجلات أخرى متعلقة بحالتي. وقد تتضمن هذه السجلات أيضاً سجلات غير طبية وأية معلومات أخرى متعلقة بحالتي. إنني أسمح لطاقم إدارة الرعاية الصحية (DMHC) وIMR بالاطلاع على هذه السجلات والمعلومات. ينتهي الإذن بعد عام من التاريخ

المدون بالأسفل، باستثناء ما يقره القانون. على سبيل المثال، يسمح القانون لإدارة DMHC بمتابعة استخدام المعلومات الخاصة بي داخل نطاق هذه الإدارة. يمكنني إنهاء الإذن قبل هذا التاريخ إذا أردت. جميع المعلومات الواردة في هذه الورقة صحيحة.

توقيع المريض أو ولي الأمر _____ **التاريخ** _____

قم بإرسال النموذج وأي مرفقات عبر البريد أو الفاكس إلى:

HMO Help Center, Department of Managed Health Care, IMR Unit,
980 9th Street, Suite 500, Sacramento, CA 95814;
فاكس: 916-255-5241

تعليمات التقدم بطلب لإجراء مراجعة طبية مستقلة IMR

إذا رفضت البرنامج الصحي طلبك للخدمات الصحية أو العلاج، يمكنك تقديم شكوى (تظلم) مع الخطة الخاصة بك. إذا لم توافق على قرار البرنامج، فيمكنك سؤال مركز مساعدة HMO في إدارة الرعاية الصحية عن المراجعة الطبية المستقلة (IMR). IMR هي مراجعة لحالتك يجريها الأطباء الذين يعملون ضمن البرنامج الصحي الذي تخضع له. إذا خرجت نتيجة IMR لصالحك، فإنه يتعين على البرنامج الصحي أن يوفر لك الخدمة أو العلاج الذي طلبته. لا يوجد مصروفات لمراجعة IMR.

يمكنك تقديم طلب لإجراء IMR للبرنامج الصحي الذي تخضع له، وذلك في حالة قيام البرنامج بما يلي:

- الحرمان من الخدمة أو العلاج أو إجراء التغيرات عليهما أو حالات التأخير في تقديمهما لأن البرنامج قد حدد أنهما غير ضروريين من الناحية الطبية.
- عدم إقدام البرنامج على تغطية علاج تجريبي أو تشخيصي لحالة طبية حرجة.
- عدم تحمل نفقات الخدمات الطبية الطارئة أو العاجلة التي قد تلقيتها بالفعل.

قبل تقديم الطلب

في معظم الحالات، عليك بإكمال عملية التقدم بشكوى ضد البرنامج الصحي قبل تقديم طلب لإجراء IMR. على البرنامج أن يقدم لك قراراً في خلال 30 يوماً أو في خلال 3 أيام إذا كانت مشكلتك تمثل تهديداً عاجلاً وحرجاً لصحتك.

إذا رفض البرنامج علاجك لأنه كان تجريبياً أو تشخيصياً، فليس عليك أن تخوض إجراءات التقدم بشكوى قبل تقديم طلب لإجراء IMR.

عليك بتقديم طلب لإجراء IMR في خلال ستة أشهر بعد أن يرسل لك البرنامج الطبي الذي تخضع له رداً كتابياً على تظلمك. قد نقبل طلبك بعد ستة أشهر، إذا رأينا أن الظروف هي التي منعت تقديم الطلب في الموعد.

يرجى العلم بأنه إذا قررت عدم المشاركة في عملية IMR، فقد تكون قد تنازلت عن حقوقك القانونية في اتباع الإجراء القانوني ضد البرنامج الذي تخضع له بشأن الخدمة أو العلاج الذي قمت بطلبه.

كيفية التقديم

قم بملء نموذج طلب إجراء IMR. املأ نموذج التصريح بالمساعدة إذا كان هناك شخص ما يساعدك في IMR. إذا كان لديك سجلات طبية تخص رعايتك الصحية من جهات غير متعاقد معها لتقديم الخدمة فإنه يرجى إرفاقها مع الطلب الخاص بك. سيكون على البرنامج الصحي الذي تخضع له أن يحصل على السجلات الطبية من الجهات المتعاقد معها لتقديم الخدمة.

أرفق نسخاً من الخطابات أو غيرها من المستندات الأخرى بشأن العلاج أو الخدمة التي رفضها البرنامج الصحي، حيث يمكن أن يعجل ذلك من إجراءات عملية IMR. أرسل نسخ المستندات وليس الأصول، حيث لا يمكن لمركز مساعدة HMO أن يقوم بإعادة المستندات.

إذا كان لديك تساؤلات بشأن ملء نموذج التقديم، اتصل بمركز HMO Help Center على 1-888-HMO-2219 أو TDD 1-877-688-9891. هذه المكالمة مجانية.أرسل النموذج عن طريق البريد أو الفاكس وأي مرفقات إلى:

HMO Help Center
Department of Managed Health Care
980 9th Street, Suite 500
Sacramento, CA 95814-2725

فاكس 916-255-5241

ماذا يحدث إذا أصبحت مؤهلاً لإجراء IMR؟

سوف يقوم مركز مساعدة HMO بمراجعة الطلب الخاص بك وإرسال خطاب إليك في خلال 7 أيام يخبرك بأنك أصبحت مؤهلاً لإجراء مراجعة IMR. حينما يتم الحصول على جميع المعلومات بما يشمل السجلات الطبية المتعلقة، سوف يتم اتخاذ قرار IMR في خلال 30 يوماً، أو في خلال 3 إلى 7 أيام إذا كانت حالتك عاجلة. سوف يقوم الأطباء الذين قاموا بمراجعة حالتك، بإخطارك بقرارهم. إذا خرجت نتيجة IMR لصالحك، فإنه يتعين على البرنامج الصحي أن يوفر لك الخدمة أو العلاج الذي طلبته.

ماذا يحدث إذا لم تتأهل لإجراء IMR؟

سوف تتم مراجعة مشكلتك من خلال الإجراءات المتبعة في الإدارة لتقديم الشكاوى. وسوف تتسلم إشعاراً كتابياً بالقرار في خلال 30 يوماً.

هذا الإشعار يتطلبه القانون*

- إن قانون Knox-Keene المطبق في ولاية كاليفورنيا يمنح إدارة الرعاية الصحية (DMHC) التصريح لتنظيم البرامج الصحية والتحقيق في الشكاوى من أعضاء البرنامج الصحي.
- يقوم مركز مساعدة DMHC في إدارة HMO باستخدام المعلومات الشخصية للتحقيق في مشكلتك مع البرنامج الصحي الذي تخضع له ويقدم مراجعة طبية مستقلة (Independent Medical Review) إذا كنت مؤهلاًلهذا الإجراء.
- إنك تقدم هذه المعلومات طواعية، ولست مضطراً لإعطائنا هذه المعلومات.
- ولكن إذا لم تقم بإعطائنا المعلومات، فقد لا نتمكن من التحقيق في الشكوى الخاصة بك أو تقديم مستند مراجعة طبية مستقلة.
- قد نقوم بمشاركة معلوماتك الشخصية كلما لزم الأمر، مع البرنامج الصحي والأطباء الذين يقومون بإجراء المراجعة الطبية المستقلة.
- قد نقوم أيضاً بمشاركة معلوماتك مع جهات حكومية أخرى حسبما يتطلب القانون أو وفقاً لما يسمح به.
- يحق لك الاطلاع على معلوماتك الشخصية. للقيام بهذا الأمر، اتصل بـ
  DMHC Records Request Coordinator, DMHC, Office of Legal Services,
  980 9th Street, Suite 500, Sacramento, CA 95814-2725, 916-322-6727
- * إن القانون الذي يتطلب هذا الإشعار هو قانون التصرف في المعلومات (Information Practices Act) لعام 1977 (القانون المدني لولاية كاليفورنيا قسم 1798.17)

State of California, Business،
Transportation and Housing Agency
Department of Managed Health Care
AUTHORIZED ASSISTANT FORM-Arabic
DMHC 20-160 New: 04/06

HMO Help Center

State of California
Department of Managed Health Care

نموذج تصريح بالمساعدة

- إذا أردت منح شخص آخر التصريح لمعاونتك في مستند المراجعة الطبية المستقلة (IMR) أو في إحدى الشكاوى، يمكنك إكمال الجزئين A وB بالأسفل.
- إذا كنت أحد الوالدين أو وصياً قانونياً وتقدم IMR أو شكوى لطفل دون ١٨ سنة، ليس عليك إكمال هذا النموذج.
- إذا كنت تقدم IMR أو شكوى لمريض لا يستطيع إكمال هذا النموذج لأنه قد يكون غير قادر أو معاق وتتوافر لديك السلطة القانونية لتمثيل هذا المريض، يرجى إكمال الجزء B فقط. عليك أيضاً بإرفاق نسخة من التوكيل الرسمي بقرارات الرعاية الصحية أو مستندات أخرى تنص على أنه يمكنك اتخاذ قرارات لهذا المريض.

الجزء A: المريض

أسمح أنا للشخص المذكور أدناه في الجزء B أن يساعدني في IMR أو الشكوى المقدمة للإدارة

إدارة الرعاية الصحية أسمح أنا لطاقم DMHC وIMR بمشاركة المعلومات بشأن حالتي الطبية ومساعدة الشخص المذكور أدناه. قد تتضمن هذه المعلومات علاج الصحة العقلية، أو علاج أو اختبار HIV، أو علاج من الكحول أو المخدرات، أو أية معلومات أخرى تخص الرعاية الصحية.

إنني أتفهم أنه لا تتم مشاركة أية معلومات إلا التي تخص IMR أو الشكوى متعلقة بي.

كما أن موافقتي على هذه المساعدة طواعية ولدي الحق في إنهائها، فإن أردت إنهاءها، يجب أن أقوم بذلك كتابةً.

توقيع المريض _____ التاريخ _____

الجزء B: الشخص المساعد للمريض

اسم الشخص المساعد (اكتب الاسم بأحرف منفصلة) _____

توقيع الشخص المساعد _____

العنوان _____

العلاقة بالمريض _____

رقم هاتف الاتصال بالنهار: _____

رقم هاتف الاتصال بالمساء: _____

☐ التوكيل الرسمي الصادر عني لاتخاذ قرارات الرعاية الصحية أو المستند القانوني الآخر مرفق.