

INDEPENDENT MEDICAL REVIEW (IMR) APPLICATION/COMPLAINT FORM

महत्वपूर्ण जानकारी

आप आपके **IMR (आईएमआर) आवेदन/Complaint Form (शिकायत परपत्र)** को ऑनलाइन यहाँ जमा कर सकते हैं:
www.DMHC.ca.gov

- ❖ **मुफ्त:** IMR (आईएमआर)/Complaint (शिकायत) पिरकरया मुफ्त है।
- ❖ **शीर:** IMRs (आईएमआर) के निणरय आम तौर पर 45 दिनो के भीतर लिए जाते हैं या फिर सवाय मामले के अतयावश्यक होने पर 7 दिनो के भीतर।
- ❖ **सफल:** लगभग 72 प्रतिशत रोगियो को मांगी गई सेवा IMR (आईएमआर) द्वारा परापत हो जाती है।
- ❖ **अंतिम:** सवाय योजनाओं को IMR (आईएमआर) के फैसले का मानना चाहिए व तुरंत सेवा परदान करनी चाहिए।

रोगी की जानकारी

प्रथम नाम _____ मध्य नाम का प्रथमाक्षर _____ अंतिम नाम _____

रोगी की जनम तिथि (महीना/तिथि/वषर) _____

लिंग: पुरुष मिहला कुछ और _____

रोगी का नाम या नाबा लग के लए भरने पर अ भभावक का नाम _____

सड़क/पता _____

शहर _____ राज्य _____ ज़िप _____

फोन # _____ ई मेल पता _____

क्या आप इस ई मेल पर सबाद/पत्र प्राप्त करना चाहेगे? हाँ नहीं (अगर हाँ, जब आपको हमारा ईमेल मिलें, तो आपको सुरक्षित ईमेल संचार के लिए पासवर्ड बनाना पड़ेगा।)

स्वास्थ्य योजना का नाम _____ रोगी की सदस्यता # _____

चिकित्सकीय समूह का नाम (यदि किसी चिकित्सकीय समूह में हों तो) _____

नियोक्ता _____

क्या आप शिकायत करने के लिए किसी की सहायता चाहते हैं ? हाँ नहीं

यदि हाँ, तो कृपया साथ में संलग्न 'अधिकृत सहायक प्रपत्र' भर दें।

क्या आपके पास Medi-Cal (मेडी-केल) है? हाँ नहीं

यदि हाँ, तो क्या आपने स्टेट फेयर हियरिंग के लिए अनुरोध दाखिल किया है ? हाँ नहीं

क्या आपके पास (मेडिकेयर) Medicare or Medicare Advantage (मेडिकेयर एडवांटेज) है? हाँ नहीं

क्या आपने आपकी स्वास्थ्य योजना में कोई शिकायत या परेशानी दायर की है ? हाँ नहीं

क्या आप किसी ऐसी स्वास्थ्य देखभाल सेवा का भुगतान चाहते हैं जो आपको मिल चुकी है ? हाँ नहीं

यदि हाँ, तो सेवा की तिथि (यां) और प्रदाता का नाम बताएं :

आपकी स्वास्थ्य समस्या

(यदि आवश्यक हो तो, एक अलग कागज़ व दस्तावेज़ संलग्न करें।)

क्या आप आपकी स्वस्थ योजना से भविष्य की सेवाओं का भुगतान प्राप्त करना चाहते हैं? हाँ नहीं

आपकी बीमारी या डॉक्टर का निदान क्या है? (कृपया विस्तृत ब्योरा दें) _____

आप किस प्रकार का उपचार /सेवा(एं) या दवा(एं) चाहते हैं? (कृपया विस्तृत ब्योरा दें) _____

IMR APPLICATION/COMPLAINT FORM – HINDI
DMHC 20-224

क्या आपकी स्वास्थ्य योजना ने आपके उपचार को निरस्त, विलंब, या उसमें बदलाव किया है? हाँ नहीं
यदि हाँ, तो कृपया कृपया कारण पर सही का निशान लगाएँ : (किसी एक पर निशान लगाएँ)
 चिकित्सकीय रूप से आवश्यक नहीं प्रयोगात्मक या अनुसंधानात्मक आपातकालीन / अत्यावश्यक नहीं
 कवर नहीं होने वाला लाभ अन्य (कृपया नीचे लिखें)

आपकी प्राथमिक देखभाल करने वाले डॉक्टर व अन्य प्रदाताओं का नाम व नंबर दें जिन्होंने आपको देखा है, उपचार किया है या आपकी बीमारी के बारे में सलाह दी है।

क्या आपने आपकी बीमारी के लिए नेटवर्क से बाहर के प्रदाताओं को दिखाया है ? हाँ नहीं
यदि हाँ, तो कृपया इस प्रपत्र के साथ चिकित्सकीय रिकार्ड को शामिल करें।
आपकी स्वास्थ्य योजना से होने वाली समस्या का संक्षेप में वर्णन करें। उदाहरण के लिए, आपकी समस्या अस्वीकृत उपचार है, ऐसा बिल है जिसका भुगतान न किया गया हो, मुलाकात का समय मिलने में आ रही दिक्कत या दवाएं हैं या आपकी स्वास्थ्य योजना ने आपके कवरेज को रद्द कर दिया है।

चिकित्सकीय रिलीज़

मैं Department of Managed Health Care (Department) (प्रबंधित स्वास्थ्य देखभाल विभाग (विभाग) से मेरी स्वास्थ्य योजना की समस्या के बारे में निर्णय लेने का अनुरोध करता हूँ। मैं विभाग से मेरे Independent Medical Review (IMR) (स्वतंत्र चिकित्सकीय समीक्षा आईएमआर) आवेदन/Complaint Form (शिकायत प्रपत्र) से निर्णय लेने का अनुरोध करता हूँ ताकि यह निर्धारित किया जा सके कि मेरी शिकायत IMR (आईएमआर) या विभागीय शिकायत प्रक्रिया की पात्र है। मैं अपने भूतपूर्व और वर्तमान के प्रदाताओं और मेरी योजना को मेरे मामले की समीक्षा के लिए मेरे चिकित्सकीय रिकार्डों और जानकारी को रिलीज़ करने की स्वीकृति देता हूँ। इन रिकार्डों में चिकित्सकीय, मानसिक स्वास्थ्य, मादक पदार्थों के सेवन, एचआईवी, निदानात्मक इमेजिंग रिपोर्ट और अन्य रिपोर्ट जो मेरे मामले से संबंधित हैं शामिल हो सकते हैं। इनमें गैर-चिकित्सकीय रिकार्ड या अन्य जानकारी जो मेरे मामले से संबंधित हो शामिल हो सकती है। मैं विभाग को इन रिकार्ड व जानकारी की समीक्षा करने की व मेरी योजना को भेजने की अनुमति देता हूँ। कानून द्वारा मान्यत के अतिरिक्त मेरी अनुमति नीचे दी गई तारीख से एक साल के भीतर समाप्त हो जाएगी। उदाहरण के लिए कानून विभाग को अंदरूनी रूप से मेरी जानकारी के उपयोग को जारी रखने की अनुमति देता है। मैं यदि चाहूँ तो अपनी अनुमति को जल्दी भी समाप्त कर सकता हूँ। मेरे द्वारा इस पृष्ठ पर दी गई सभी जानकारी सत्य है।

रोगी या अभिभावक का नाम (मुद्रित करें) _____

रोगी या अभिभावक के हस्ताक्षर _____ दिनांक _____

मेल या फैक्स की जानकारी के लिए कृपया अनुदेश पत्र देखें।

सांख्यिकीय जानकारी

आपसे निम्न जानकारी को स्वेच्छा से देने के लिए कहा जाता है। इस जानकारी देने से विभाग को समस्याओं के खाके की पहचान करने में सहायता मिलेगी। स्वास्थ्य व सुरक्षा कोड धारा 1374.30 विभाग को यह जानकारी शोध व सांख्यिकीय उद्देश्यों के लिए प्राप्त करने के लिए अधिकृत करता है। यह जानकारी देना वैकल्पिक है और IMR (आईएमआर) या शिकायत के निर्णय को किसी भी तरीके से प्रभावित नहीं करता है।

बोली जाने वाली प्राथमिक भाषा : _____

क्या आप चाहते हैं कि हम आपसे आपकी प्राथमिक भाषा में संवाद/ पत्राचार करें ? हाँ

नस्ल /प्रजाति: _____

अधिकृत सहायक प्रपत्र

- यदि आप किसी अन्य व्यक्ति को आपके IMR (आईएमआर) या शिकायत करने के लिए अनुमति देते हैं तो नीचे दिये गए भाग अ व ब भरें।
- यदि आप 18 से कम आयु के बालक के माता-पिता या कानून अभिवक्ता हैं जो उसके लिए IMR (आईएमआर) / Complaint Form (शिकायत प्रपत्र) भर रहे हैं तो आपको इसे पूरा करने की आवश्यकता नहीं है।
- यदि आप किसी ऐसे रोगी के लिए IMR (आईएमआर) या Complaint Form (शिकायत प्रपत्र) भर रहे हैं जो इसे भरने में अक्षम/असमर्थ है, और आपके पास इस रोगी के लिए कार्य करने हेतु कानूनी रूप से प्राधिकृत हैं तो कृपया केवल भाग ब को पूर्ण करें। इसके अलावा स्वास्थ्य देखभाल निर्णय के लिए ति पावर ऑफ अटॉर्नी की एक प्रति या अन्य दस्तावेज़ जिनसे यह साबित हो कि आप रोगी के लिए निर्णय ले सकते हैं साथ में संलग्न करें।

भाग अ : रोगी द्वारा भरा जाएगा

मैं भाग ब में नामित किए गए व्यक्ति को Department of Managed Health Care (Department) (प्रबंधित स्वास्थ्य देखभाल विभाग (विभाग) में मेरे IMR (आईएमआर) या Complaint (शिकायत) दायर करने में सहायता की अनुमति देता हूँ। मैं विभाग व IMR (आईएमआर) कर्मचारियों को मेरी चिकित्सकीय स्थिति/यों और देखभाल को नीचे नामित व्यक्ति के साथ साझा करने की अनुमति देता हूँ। इस जानकारी में मानसिक स्वास्थ्य उपचार, एचआईवी उपचार या जांच, मादक द्रव्य या ड्रग उपचार या नाय चिकित्सकीय जानकारी शामिल हो सकती है।

मैं समझ चुका हूँ कि मेरे IMR (आईएमआर) या Complaint (शिकायत) से संबंधित जानकारी ही साझा की जाएगी।

इस सहायता के लिए मेरे द्वारा दी जा रही अनुमति स्वैच्छिक है और मुझे इसे समाप्त करने का अधिकार है। यदि मैं इसे समाप्त करना हो तो मुझे इसे लिखित में देना होगा।

रोगी का नाम (मुद्रित) _____

रोगी के हस्ताक्षर _____ दिनांक _____

भाग ब: रोगी की सहायता करने वाले व्यक्ति द्वारा भरा जाएगा

सहायता करने वाले व्यक्ति का नाम (मुद्रित) _____

पता _____

शहर _____ राज्य _____ ज़िप _____

रोगी के साथ संबंध _____

प्राथमिक फोन # _____

अतिरिक्त नंबर # _____

ई मेल पता _____

स्वास्थ्य देखभाल निर्णय के लिए पावर ऑफ एटोर्नी या अन्य कानूनी दस्तावेज़ साथ में संलग्न हैं। .

IMR Application/Complaint Form Instruction Sheet

यदि आप कोई सवाल पूछना चाहते हैं तो विभाग में 1-888-466-2219 या TDD के लिए 1-877-688-9891 पर संपर्क करें। यह फोन सेवा मुफ्त है।

दायर करने से पहले:

अधिकतर मामलों में, आपको विभाग के पास Complaint (शिकायत) या अनुरोध दायर करने से पहले आपकी स्वास्थ्य योजना की शिकायत या परिवेदना प्रक्रिया को पढ़ लें। आपकी स्वास्थ्य योजना आपको 30 दिनों में या यदि आपकी समस्या अविलंब और आपके स्वास्थ्य के लिए गंभीर खतरा है तो 3 दिनों में निर्णय प्रदान करना चाहिए।

यदि आपकी स्वास्थ्य योजना ने आपके उपचार के लिए प्रयोगात्मक/ अनुसंधानात्मक होने की वजह से माना किया है तो आपको IMR (आईएमआर) आवेदन से पहले आपकी स्वास्थ्य योजना की Complaint (शिकायत) या परिवेदना प्रक्रिया की आवश्यकता नहीं है।

आपको आपकी अपील के बाद स्वास्थ्य योजना के लिखित जवाब मिलने के छह महीनों के भीतर IMR (आईएमआर) के लिए आवेदन कर देना चाहिए। यदि किन्हीं विशेष परिस्थितियों की वजह से आप समय पर दायर नहीं कर पते हैं तो आप छह महीनों के बाद भी आवेदन कर सकते हैं। कृपया इस बात के प्रति जागरूक रहें कि आप किसी मुद्दे के कारण जो आपको IMR (आईएमआर) का पाल बनाता हो के बावजूद आप शिकायत दायर नहीं करने का निर्णय लेते हैं तो आप आपकी योजना के खिलाफ किसी सेवा या उपचार जिसका अनुरोध आपने किया है के लिए कानूनी कारवाई के अनुसरण का अधिकार आप छोड़ देते हैं।

कैसे दायर करें :

1. www.DMHC.ca.gov पर ऑनलाइन दायर करें। [यह सबसे तेज़ तरीका है।]
या
IMR (आईएमआर) आवेदन/Complaint Form (शिकायत परपतर) बाहरेन और हसताकषर करें।
2. यदि आप चाहते हैं कि IMR (आईएमआर) या Complaint (शिकायत) भरने में आपकी कोई सहायता करे तो 'Authorized Assistant Form. (अधिकृत सहायक परपतर)' भरें। आपको और आपके अधिकृत सहायक को परपतर पर हसता र करने होंगे।
3. यदि आपके पास नेटवकर परदाताओं के अलावा किसी परदाता द्वारा दिये गए चिकित्सकीय रिकार्डर हैं तो कृपया उन्हें भी आपकी IMR Application (आईएमआर आवेदन)/Complaint Form (शिकायत परपतर) शामिल करें। आपकी योजना नेटवकर परदाताओं से चिकित्सकीय रिकार्डर परदान करेगी।
4. आप आपके अनुरोध को परमाणित करने वाले अनय दसतावेज़ भी लगा सकते हैं। हालांकि, इस शिकायत से सम्बन्धित किसी भी दसतावेज़ या पतराचार जो आपके और आपकी योजना के बीच हुआ हो को परदान करने की आवश्यकता नहीं है। विभाग इस जानकारी को इस जांच के किससे के स्प में सीधे आपकी योजना से ले लेगा।
5. यदि आप ऑनलाइन आवेदन नहीं कर रहे हैं तो कृपया आपके परपतर को पुषिट करने वाले दसतावेज़ों के साथ यहाँ फ़ैक्स या मेल करें :
Department of Managed Health Care (फ़्लैखित सवा य देखभाल विभाग) सहायता केंद्र)
980 9th Street, Suite 500
Sacramento, CA 95814-2725
FAX: 916-255-5241

इसके बाद क्या होगा?

विभाग निर्धारित करेगा कि आपका मामला आईएमआर (आईएमआर) या Complaint (शिकायत) का पाल है या नहीं। मामले IMR (आईएमआर) के लिए चयनित होते हैं यदि स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं में चिकित्सकीय आवश्यकता या प्रयोगात्मक/अनुसंधानात्मक आधार पर विलंब, बदलाव, या अस्वीकृति दी गई हो।

मामले जो IMR (आईएमआर) के लिए चयनित नहीं होते हैं उनका संसाधन उपभोक्ता शिकायत प्रक्रिया द्वारा किया जाता है। इन मामलों में ऐसे मुद्दे शामिल होते हैं जैसे - स्वास्थ्य देखभाल सेवा का कवर लाभ न होना, दावे के भुगतान में तकरार, कवरेज का निरस्तीकरण, देखभाल की गुणवत्ता और कटौती योग्य/ ग्राहक द्वारा किया फुटकर व्यय ।

विभाग आपको सात दिनों के भीतर एक पत्र भेजेगा जिसमें बताया जाएगा कि IMR (आईएमआर) के लिए चयनित हुए हैं या नहीं। यदि विभाग निर्णय लेता है कि आपकी Complaint (शिकायत) IMR (आईएमआर) के लिए चयनित है तो आपके मामले को राज्य के संविदाकार के सुपुर्द किया जाएगा को उसकी समीक्षा करेगा। राज्य के संविदाकार को Independent Medical Review Organization (स्वतंत्र चिकित्सकीय समीक्षा संगठन). सभी जानकारी जो सहायता केंद्र ने आपकी Complaint (शिकायत) से सम्बद्ध की है जिसमें आपके चिकित्सकीय रिकार्ड शामिल हैं को समीक्षा संगठन को भेजा जाएगा। समीक्षा संगठन आम तौर पर 45 दिनों के भीतर या अत्यावश्यक मामलों में सात दिनों के भीतर निर्णय ले लेता है। विभाग निर्णय की जानकारी का पत्र आपको भेजेगा।

यदि विभाग निर्णय लेता है कि आपकी Complaint (शिकायत) की समीक्षा उपभोक्ता शिकायत प्रक्रिया द्वारा होनी चाहिए तो आपके मामले पर निर्णय 30 दिनों के भीतर लिया जाएगा। विभाग निर्णय के बारे में आपको पत्र द्वारा बताएगा।

The Information Practices Act of 1977 (जानकारी प्रथा नियम 1977) (California Civil Code Section 1798.17) (कैलिफोर्निया सिविल कोड धारा 1798.17) निम्न सूचना आवश्यक है।

- कैलिफोर्निया का Knox-Keene कानून विभाग को स्वास्थ्य योजनाओं के नियमन और स्वास्थ्य योजना सदस्यों द्वारा की गई शिकायतों की जांच के लिए प्राधिकृत करता है।
- विभाग का सहायता केंद्र आपकी निजी जानकारी को आपकी योजना की समस्या की जांच हेतु उपयोग करता है और आपके पाल होने पर आपको IMR (आईएमआर) प्रदान करने के लिए करता है।
- आप विभाग को यह जानकारी स्वेच्छा से देते हैं। आपको यह जानकारी देना आवश्यक नहीं है। हालांकि, यदि आप नहीं देते हैं तो विभाग आपकी शिकायत की जांच नहीं कर सकता है और आपको IMR (आईएमआर) भी प्रदान नहीं कर सकता है।
- विभाग आपकी निजी जानकारी को आवश्यकता के अनुसार योजना, प्रदाताओं और समीक्षा करने वाला संगठन जो IMR (आईएमआर) आयोजित करता है के साथ साझा कर सकता है।
- विभाग आपकी जानकारी को कानून द्वारा आवश्यक या मान्य होने पर अन्य सरकारी एजेंसियों से भी साझा कर सकता है।
- आपको आपकी निजी जानकारी को देखने का अधिकार है। ऐसा करने के लिए, संपर्क करें – **Department's Records Request Coordinator** (विभागीय रिकार्ड अनुरोध समन्वयक), Department of Managed Health Care (प्रबंधित स्वास्थ्य देखभाल विभाग), Office of Legal Services (कानूनी सेवा कार्यालय), 980 9th Street Suite 500, Sacramento CA 95814-2725, या इस नंबर पर फोन करें 916-322-6727।