

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 Đãi 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 để 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?

Chủng tộc/Sắc tộc: _____

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 dọa 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.