

## طلب مراجعة طبية مستقلة/نموذج الشكوى

### معلومات مهمة

يمكنك أن تقدم طلب الحصول على مراجعة طبية مستقلة/نموذج الشكوى على الإنترنت من خلال الموقع الإلكتروني [www.healthhelp.ca.gov](http://www.healthhelp.ca.gov)

- ❖ مجاناً: تتم عملية تقديم طلب المراجعة الطبية المستقلة/شكوى المستهلك مجاناً.
- ❖ سريعاً: يتم اتخاذ القرارات في المراجعات الطبية المستقلة خلال 45 يوماً، أو 7 أيام في الحالات الطبية العاجلة.
- ❖ بنجاح: يحصل حوالي 68 في المئة من المرضى على الخدمة المطلوبة من خلال طلب المراجعة الطبية المستقلة.
- ❖ وبشكل نهائي: يجب أن ينفذ مقدم خدمة التأمين الصحي قرار المراجعة الطبية المستقلة وتقديم الخدمة فوراً.

### بيانات المريض

الاسم الأول \_\_\_\_\_ الاسم الأوسط/اسم العائلة \_\_\_\_\_

تاريخ ميلاد المريض (شهر/يوم/سنة) \_\_\_\_\_ الجنس:  ذكر  أنثى  شيء آخر \_\_\_\_\_

اسم الوالد أو الوصي في حالة تعبئة النموذج لطفل قاصر \_\_\_\_\_

نوان الشارع \_\_\_\_\_

المدينة \_\_\_\_\_ الولاية \_\_\_\_\_ الرمز البريدي \_\_\_\_\_

رقم الهاتف الأساسي \_\_\_\_\_ رقم الهاتف الثانوي \_\_\_\_\_

عنوان البريد الإلكتروني \_\_\_\_\_

هل ترغب في التواصل/ إرسال المواصلات على هذا البريد الإلكتروني؟  نعم  لا (في حالة الإجابة بنعم، سوف يتحتم عليك إنشاء كلمة مرور لتأمين الاتصال عبر البريد الإلكتروني عندما تستلم بريداً إلكترونياً من طرفنا.)

اسم خطة الرعاية الصحية \_\_\_\_\_ رقم عضوية المريض \_\_\_\_\_

اسم المجموعة الطبية (في حال الالتحاق بمجموعة طبية) \_\_\_\_\_

صاحب عمل \_\_\_\_\_

هل تريد من يساعدك في شكواك؟

نعم  لا

إذا كانت الإجابة بنعم، فمن فضلك قم بتعبئة النموذج المرفق "نموذج مساعد مفوض"

هل لديك عضوية في Medi-Cal؟

نعم  لا

إذا كانت الإجابة بنعم، فهل قمت بتعبئة نموذج طلب انعقاد جلسة استماع حكومية عادلة؟

نعم  لا

هل لديك نظام رعاية طبية أو رعاية طبية متميزة؟

نعم  لا

هل قمت بتقديم شكوى أو مظلمة من خلال مقدم خطة التأمين الصحي الخاص بك؟

نعم  لا

هل تريد الحصول على ثمن خدمة رعاية صحية تلقيتها بالفعل؟

نعم  لا

إذا كانت الإجابة بنعم، فاذكر قائمة بتواريخ الخدمة/الخدمات واسم مقدم الخدمة:

مشكلتك الصحية

(يمكنك استخدام ورقة منفصلة وإرفاق أي مستندات أخرى إذا لزم الأمر.)

لا  نعم

هل تريد من خطتك الصحية أن تدفع مقابل تلقي خدمات مستقبلية؟

ما هي حالتك الطبية أو تشخيص الأطباء؟ (من فضلك كن محددًا في إجابتك)

ما هو العلاج/الخدمات الطبية و/أو الأدوية التي تطلبها؟ (من فضلك كن محددًا في إجابتك)

لا  نعم

هل رفضت خطتك الصحية علاجك أو أجلته أو عدلته؟

إذا كانت الإجابة بنعم، يرجى اختيار السبب المذكور: (اختر واحدًا)

لا  ليس ضروريًا طبيًا  تجريبي أو استكشافي  ليس طارئًا/عاجلاً

لا  ليست ميزة خاضعة للتغطية  غيرها (من فضلك قم بالتوضيح أدناه)

ضع قائمة بأسماء وأرقام هواتف أطباء الرعاية الأولية أو غيرهم من مقدمي الخدمة الذين شاهدوك أو عالجوك أو تابعوا حالتك الطبية.

لا  نعم

هل قابلت أي من مقدمي الخدمة من خارج الشبكة لمتابعة حالتك الطبية؟

إذا كانت الإجابة بنعم، فمن فضلك قم بإرفاق التقارير الطبية مع هذا النموذج.

باختصار، صف المشكلة التي تواجهها مع مقدم الخطة الصحية. على سبيل المثال، وضح إذا ما كانت المشكلة تتمثل في رفض توفير العلاج أو وجود فاتورة غير مدفوعة أو صعوبة الحصول على موعد أو دواء أو إذا كانت الخطة الصحية ألغت تغطيتك.

تفويض طبي

أطلب من قسم إدارة الرعاية الصحية (القسم) اتخاذ قرار حول خطتي الصحية. وأطلب من القسم الاطلاع على نموذج المراجعة الطبية المستقلة/نموذج الشكوى لتحديد إذا ما كانت شكواي مؤهلة للحصول على مراجعة طبية مستقلة أو عملية الشكاوى لدى قسم إدارة الرعاية الصحية. وأسمح لمقدمي الخدمة السابقين والحاليين، وخطة التأمين الصحي الخاصة بي الكشف عن تقاريري وبياناتي الطبية لعرض قضيتي. وقد تشمل هذه التقارير على السجلات الطبية وتقارير الحالة العقلية وتعاطي المخدرات وفيروس نقص المناعة وتقارير التصوير التشخيصي وغيرها من السجلات المتعلقة بحالتي. وقد تشمل هذه التقارير أيضًا سجلات غير طبية وغيرها من المعلومات المتعلقة بحالتي. وأسمح للقسم باستعراض هذه التقارير والبيانات وإرسالها إلى مقدمي خطة التأمين الصحي الخاصة بي. وستنتهي مدة صلاحية هذا الإذن بعد مرور سنة واحدة من التاريخ الموضح أدناه، باستثناء ما يسمح به القانون. على سبيل المثال، سمح القانون للقسم بالاستمرار في استخدام بياناتي داخليًا. ويمكنني أن أهي مدة صلاحية الإذن في وقت أقرب إذا كنت أرغب في ذلك. وأقر بأن جميع المعلومات المقدمة في هذا المستند حقيقية.

اسم المريض أو والده (بحروف واضحة)

التاريخ

توقيع المريض أو والديه

يرجى الاطلاع على ورقة التعليمات لأي معلومات حول إرسال البريد الإلكتروني والفاكس.

للمعلومات الإحصائية

يرجى منك توفير المعلومات التالية بشكل تطوعي؛ سيساعد تقديمك لهذه المعلومات القسم في تحديد أنماط المشكلات. ويخول ميثاق الصحة والسلامة المادة 1374.30 القسم للحصول على هذه المعلومات للأغراض البحثية والإحصائية. وإعطاء هذه المعلومات هو أمر اختياري ولن يؤثر على القرار الخاص بالمراجعة الطبية المستقلة والشكوى بأي شكل من الأشكال.

لغة التحدث الأساسية:

نعم

هل ترغب في أن نتواصل/ نتراسل معك بلغتك الأساسية؟

الأصل/ العرق:

### نموذج طلب مساعد مفوض

- إذا كنت تريد إعطاء الأذن لشخص آخر لمساعدتك في تقديم طلب المراجعة الطبية المستقلة أو الشكوى، فأكمل الفقرتين "أ" و"ب" فيما يلي.
- إذا كنت أحد الوالدين أو الأوصياء الشرعيين وتقوم بتعبئة نموذج IMR/Complaint (طلب المراجعة الطبية المستقلة/الشكوى) هذا نيابةً عن طفل تحت 18 سنة، فلا يتوجب عليك استكمال النموذج التالي.
- إذا كنت تقوم بتعبئة نموذج طلب المراجعة الطبية المستقلة أو الشكوى نيابةً عن مريض لا يمكنه استكمال هذا النموذج بنفسه سواءً لأن المريض عاجز أو غير قادر، ولديك السلطة القانونية للتصرف نيابةً عن هذا المريض، يرجى منك استكمال الفقرة ب فقط. ويرجى منك أيضًا إرفاق نسخة من التوكيل الرسمي الخاص باتخاذ قرارات الرعاية الطبية أو غيرها من الوثائق التي تثبت أحقيتك في اتخاذ القرار نيابةً عن المريض.

#### الجزء أ: يكمله المريض

أسمح للشخص المذكور اسمه في الفقرة ب أدناه مساعدتي في تعبئة نموذج طلب المراجعة الطبية المستقلة أو الشكوى المقدمة إلى Department of Managed Health Care (قسم إدارة الرعاية الصحية) (قسم) Department (القسم). وأسمح لـ Department (القسم) وفريق عمل IMR (المراجعة الطبية المستقلة) بمشاركة البيانات حول حالتي الطبية والرعاية مع الشخص المذكور أدناه. وقد تشمل هذه البيانات سجلات حول الصحة العقلية وعلاج أو اختبارات فيروس نقص المناعة وتعاطي الكحول أو المخدرات وغيرها من بيانات الرعاية الطبية.

أتفهم أن المعلومات ذات الصلة بالمراجعة الطبية المستقلة أو الشكوى فقط هي التي سيتم مشاركتها. موافقتي على هذه المساعدة كانت تطوعية، واحتفظ بالحقوق في إلغائها. وإذا أردت إلغائها، فسألتزم بفعل ذلك كتابةً.

اسم المريض (بحروف واضحة) \_\_\_\_\_

توقيع المريض \_\_\_\_\_ التاريخ \_\_\_\_\_

#### الجزء ب: يكمله الشخص المساعد للمريض

اسم الشخص المساعد \_\_\_\_\_

العنوان \_\_\_\_\_

المدينة \_\_\_\_\_ الولاية \_\_\_\_\_ الرمز البريدي \_\_\_\_\_

القرابة مع المريض \_\_\_\_\_

رقم الهاتف الرئيسي \_\_\_\_\_

رقم الهاتف الثانوي \_\_\_\_\_

عنوان البريد الإلكتروني \_\_\_\_\_

تم إرفاق نسخة من التوكيل القانوني الذي يخولني اتخاذ قرارات الرعاية الطبية أو غيرها من المستندات القانونية.

## IMR Application/Complaint Form Instruction Sheet

إذا كان لديك أي استفسار، فاتصل بالقسم على الرقم 1-888-466-2219 أو خط الاتصالات للسمع (TDD) على الرقم 1-877-688-9891، وهذه المكالمات مجانية.

قبل أن تقدم شكوى:

في معظم الحالات، يجب أن تمر عبر عملية الشكوى أو التظلم في خطتك الصحية قبل أن تقدم شكوى أو طلب إلى Department (القسم). يجب أن تعطيك خطتك الصحية قرارًا خلال 30 يومًا أو خلال 3 أيام إذا كانت مشكلتك تمثل تهديدًا فوريًا وخطيرًا لصحتك.

إذا رفضت خطتك الصحية تقديم العلاج لك لأنه كان علاجًا تجريبيًا/ بحثيًا، فليس عليك أن تدخل في عملية الشكوى أو التظلم في خطتك الصحية قبل أن تقدم طلب IMR (مراجعة طبية مستقلة).

يجب عليك التقديم لطلب المراجعة الطبية المستقلة خلال 6 شهور من إرسال مقدم خدمة التأمين الصحي رد مكتوب على الدعوى المقدمة منك. ما زال بإمكانك تقديم طلبك بعد انقضاء الـ 6 شهور إذا كانت هناك ظروف خاصة حالت دون أن تقدم في الوقت المناسب. ويرجى العلم أنه في حال قررت عدم تقديم شكوى للقسم لأي قضية من شأنها أن تؤهلك للمراجعة الطبية المستقلة، قد تتخلى عن حقوقك في متابعة الإجراءات القانونية ضد مقدم خطة التأمين الصحي بشأن الخدمة أو العلاج الذي تطلبه.

كيفية ملء النموذج:

1. يتوفر الملف عبر الإنترنت على الموقع الإلكتروني [www.HealthHelp.ca.gov](http://www.HealthHelp.ca.gov). وهي أسرع طريقة، أو

قم بملء وتوقيع نموذج المراجعة الطبية المستقلة/الشكوى. واستخدم المظروف المقدم مع النموذج.

2. إذا كنت ترغب بالاستعانة بشخص آخر ليساعدك في تقديم طلب المراجعة الطبية المستقلة/الشكوى، فاملأ "نموذج طلب مساعد مفوض". يجب عليك وعلى المساعد المفوض معًا أن توقعوا على النموذج.

3. إذا كان لديك أي سجلات طبية من مقدمي خدمة من خارج الشبكة، يرجى إرفاقها مع نموذج طلب المراجعة الطبية المستقلة/الشكوى. وستوفر خطة التأمين الصحي الخاصة بك السجلات الطبية الصادرة عن مقدمي الخدمة من داخل الشبكة.

4. يمكنك إرفاق أي مستندات أخرى تدعم طلبك. ولكنك لست بحاجة إلى إرفاق أي مستندات أو خطابات تمت بينك وبين خطة التأمين الصحي تخص هذه الشكوى. سيحصل القسم على هذه المعلومات مباشرةً من مقدم خدمة التأمين الصحي كجزء من التحقيقات.

5. في حال عدم التقديم عبر الإنترنت، يرجى إرسال النموذج عبر البريد الإلكتروني أو الفاكس مرفقًا بأي مستندات تدعم طلبك إلى:

Department of Managed Health Care Help Center

980 9th Street, Suite 500

Sacramento, CA 95814-2725

فاكس: 916-255-5241

ما الذي يتم بعد ذلك؟

سيحدد القسم ما إذا كانت حالتك تتأهل لمراجعة طبية مستقلة أو لشكوى. تتأهل الحالات لمراجعة طبية مستقلة إذا كانت خدمات الرعاية الصحية قد تأجلت أو تم تعديلها أو رفض تقديمها بناء على ضرورة طبية أو باعتبارها تجريبية/ استكشافية.

تجري معالجة الحالات التي لا تتأهل لمراجعة طبية مستقلة من خلال عملية شكاوى المستهلكين. تشمل هذه الحالات مشاكل مثل رفض تقديم خدمات الرعاية الصحية لأن الميزة لا تخضع للتغطية وبسبب نزاعات على دفع مطالبات وإلغاء تغطية وجودة الرعاية والمصروفات القابلة للخصم/ النثرية.

سيرسل لك القسم خطابًا خلال سبعة أيام ليخبرك إذا كنت مؤهلاً للمراجعة الطبية المستقلة. وإذا قرر القسم أن شكاوك مؤهلة للمراجعة الطبية المستقلة، فسيتم إسناد قضيتك إلى متعهد حكومي لإجراء المراجعة. ويسمى المتعهد الحكومي أيضًا بمؤسسة المراجعة الطبية المستقلة. وسيتم إرسال جميع البيانات ذات الصلة بشكاوك لدى مركز المساعدة بما في ذلك التقارير الطبية إلى مؤسسة المراجعة. وتتخذ مؤسسة المراجعة قرارها خلال 45 يومًا أو سبعة أيام إذا كانت حالتك عاجلة. وسيُرسل لك القسم خطابًا بالقرار الصادر.

إذا قرر القسم أنه ينبغي مراجعة شكاوك من خلال مكتب شكاوى المستهلك، فسيتم اتخاذ قرار بخصوص قضيتك خلال 30 يومًا. وسيُرسل لك القسم خطابًا بالقرار الصادر.

تتطلب معلومات قانون الممارسات لعام 1977 (القانون المدني لولاية كاليفورنيا، القسم 1798.17) الملاحظات التالية:

- يعطي قانون ولاية كاليفورنيا نويس-كين للقسم سلطة تنظيم خطط التأمين الصحي والتحقق في الشكاوى المقدمة من أعضاء خطط التأمين الصحي.
- يستخدم مركز المساعدة في القسم بياناتك الشخصية للتحقيق في مشكلتك مع خطة التأمين الصحي وتوفير مراجعة طبية مستقلة إذا كنت مؤهلًا لذلك.
- تقدم هذه المعلومات للقسم بشكل تطوعي، ولا يتوجب عليك توفيرها. ولكن في حال عدم تقديمها، قد لا يتمكن القسم من التحقيق في شكاوك أو تقديم مراجعة طبية مستقلة.
- قد يتشارك القسم ببياناتك، عند الحاجة، مع خطة التأمين الصحي ومقدمي الخدمة ومؤسسة المراجعة التي تقوم بإجراء المراجعة الطبية المستقلة.
- وقد يتشارك القسم أيضًا ببياناتك مع وكالات حكومية أخرى إذا تطلب الأمر وفي الحد الذي يسمح به القانون.
- لك الحق في الاطلاع على بياناتك الشخصية. وللقيام بذلك، يمكنك التواصل مع منسق طلبات السجلات في القسم ومكتب الخدمات القانونية التابع لقسم إدارة الرعاية الصحية،  
 Department of Managed Health Care, Office of Legal Services, 980 9th Street Suite 500, Sacramento CA 95814-2725  
 أو الاتصال على الرقم 916-322-6727