

Бланк заявления на проведение  
независимого медицинского рассмотрения (IMR)/жалобы

**ВАЖНАЯ ИНФОРМАЦИЯ**

Бланк заявления на IMR/жалобы можно подать онлайн на сайте: [www.HealthHelp.ca.gov](http://www.HealthHelp.ca.gov)

- ❖ **БЕСПЛАТНО:** Процесс рассмотрения заявления на проведение независимого медицинского рассмотрения (Independent Medical Review, IMR)/жалобы бесплатный.
- ❖ **БЫСТРО:** Как правило, решения по IMR принимаются в течение 45 дней или в течение 7 дней в случае проблемы со здоровьем, требующей срочного вмешательства.
- ❖ **УСПЕШНО:** Примерно **68%** пациентов получают затребованные через IMR услуги.
- ❖ **ОКОНЧАТЕЛЬНО:** Планы медицинского страхования должны выполнять решение IMR и незамедлительно предоставить услугу.

**ИНФОРМАЦИЯ О ПАЦИЕНТЕ**

Имя \_\_\_\_\_ Второе имя \_\_\_\_\_ Фамилия \_\_\_\_\_

Дата рождения пациента (мм/дд/гггг) \_\_\_\_\_ Пол:  Мужской  Женский  Что-то другое \_\_\_\_\_

Имя родителя или опекуна в случае заполнения за несовершеннолетнего \_\_\_\_\_

Адрес \_\_\_\_\_

Город \_\_\_\_\_ Штат \_\_\_\_\_ Почтовый индекс \_\_\_\_\_

Основной номер телефона \_\_\_\_\_ Дополнительный номер телефона \_\_\_\_\_

Адрес электронной почты \_\_\_\_\_

Хотели бы Вы получать сообщения/корреспонденцию на данный адрес электронной почты?  Да  Нет  
(Если да, то вам нужно будет создать пароль для безопасного общения по электронной почте, когда вы получите письмо от нас.)

Название плана медицинского страхования \_\_\_\_\_

Членский номер пациента \_\_\_\_\_

Название медицинской группы (если в медицинской группе) \_\_\_\_\_

Работодатель \_\_\_\_\_

Необходима ли Вам помощь в подаче жалобы?  Да  Нет

Если да, пожалуйста, заполните прилагаемую «Форму утверждения помощника».

DMHC 20-224

Есть ли у вас Medi-Cal?

 Да  Нет

Если да, то подали ли Вы запрос на объективное слушание на уровне штата?

 Да  Нет

Есть ли у Вас Medicare или Medicare Advantage?

 Да  Нет

Подали ли Вы жалобу или апелляцию на Ваш план медицинского страхования?

 Да  Нет

Требуется ли Вы оплата за медицинскую услугу, которая уже была получена?

 Да  Нет

Если да, укажите дату(-ы) предоставления услуги и имя поставщика услуги: \_\_\_\_\_

**ВАША ПРОБЛЕМА СО ЗДОРОВЬЕМ**

Хотите ли Вы, чтобы план медицинского страхования оплатил услуги в будущем?

 Да  Нет

Каково Ваше заболевание или диагноз врача? (пожалуйста, укажите точно) \_\_\_\_\_

Какое лечение/услуги и/или лекарства Вы запрашиваете? (пожалуйста, укажите точно)

Ваш план медицинского страхования когда-либо отказывал, откладывал или изменял Ваше лечение?

 Да  Нет

Если да, укажите, пожалуйста, причину, которая была предоставлена планом:

- Не является необходимым с медицинской точки зрения
- Не покрывается страховым планом
- Не является неотложным/срочным
- Является экспериментальным/исследовательским
- Другое (пожалуйста, объясните ниже)

Укажите имя и номер телефона Вашего лечащего врача и других поставщиков медицинских услуг, которых Вы посещали, которые Вас лечили или консультировали по поводу данного заболевания.

Посещали ли Вы каких-либо поставщиков медицинских услуг, не входящих в сеть плана, по поводу Вашего заболевания?

 Да  Нет

Если да, пожалуйста, приложите медицинские записи к этой форме.

Кратко опишите проблему, которая возникла у вас с Вашим планом медицинского страхования. Например, объясните, связана ли проблема с отказом в лечении, неоплаченным счетом, проблемой с записью на прием или получением лекарства, или с тем, что Ваше страховое покрытие было отменено планом медицинского страхования.

## РАЗРЕШЕНИЕ НА ВЫДАЧУ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ

Я прошу Департамент регулируемого здравоохранения (Department of Managed Health Care) (Департамент) принять решение в отношении моей проблемы с планом медицинского страхования. Я прошу Департамент изучить мое заявление на проведение независимого медицинского рассмотрения (IMR)/жалобу, чтобы определить, соответствует ли моя жалоба критериям для проведения IMR или критериям подачи жалоб Департаменту. Я разрешаю поставщикам, предоставившим мне медицинские услуги в прошлом, или предоставляющим их сейчас, предоставить мои медицинские записи и информацию для изучения данного вопроса. Такие записи могут включать медицинские и психиатрические записи, записи о злоупотреблении запрещенными веществами, ВИЧ, заключения диагностической визуализации, а также другие записи, связанные с моим делом. Эти записи могут также включать немедицинские записи и любую другую информацию, связанную с моим делом. Я разрешаю Департаменту изучить эти записи и информацию и отправить их моему плану медицинского страхования. Срок действия моего разрешения - один год с даты, указанной ниже, за исключением ситуаций, разрешенных законом. Например, закон позволяет Департаменту продолжать использовать мою информацию во внутренних целях. Я могу по желанию отозвать данное разрешение раньше срока. Вся информация, предоставленная мной на данной странице, является верной.

Имя пациента или родителя (печатными буквами) \_\_\_\_\_

Подпись пациента или родителя \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_

Пожалуйста, ознакомьтесь со страницей инструкций, чтобы получить информацию об отправке почтой или факсом.

### *ДЛЯ СТАТИСТИЧЕСКОЙ ИНФОРМАЦИИ*

Просим Вас добровольно предоставить следующую информацию. Предоставление этой информации поможет Департаменту определить повторные возникновения проблем. Согласно разделу 1374.30 Кодекса по охране здоровья и безопасности (Health and Safety Code), Департаменту разрешается получать данную информацию в исследовательских и статистических целях. Предоставление этой информации является добровольным и не повлияет каким-либо образом на решение по IMR или жалобе.

Основной язык, на котором Вы разговариваете: \_\_\_\_\_

Хотите ли Вы, чтобы мы общались/отправляли Вам сообщения на языке, на котором Вы разговариваете?

Да

Раса/Этническое происхождение: \_\_\_\_\_

### ФОРМА УТВЕРЖДЕНИЯ ПОМОЩНИКА

- Если Вы хотите предоставить другому человеку разрешение на предоставление помощи с независимым медицинским рассмотрением (IMR) или жалобой, заполните разделы А и В ниже.
- Если Вы являетесь родителем или законным опекуном, подающим данное заявление на IMR или жалобу за ребенка младше 18 лет, Вам не нужно заполнять эту форму.
- Если Вы подаете это заявление на IMR/жалобу за пациента, который не может заполнить данную форму, поскольку является недееспособным либо неправоеспособным, и у Вас есть законное право действовать от имени этого пациента, пожалуйста, заполните только раздел В. Также приложите копию доверенности для принятия медицинских решений или другие документы, в которых говорится, что Вы можете принимать решения за пациента.

### РАЗДЕЛ А: ЗАПОЛНЯЕТСЯ ПАЦИЕНТОМ

Я разрешаю лицу, указанному ниже в разделе В, помочь мне с IMR или жалобой, поданной в Департамент регулируемого здравоохранения (Department of Managed Health Care) (Департамент). Я разрешаю сотрудникам Департамента и IMR предоставлять информацию о моем (-их) заболевании (-ях) и лечении лицу, указанному ниже. Эта информация может включать данные о психиатрическом лечении, лечении или тестировании на ВИЧ, лечении от алкогольной или наркотической зависимости, а также другую медицинскую информацию.

Я понимаю, что будет раскрыта только информация, связанная с моим заявлением на проведение IMR или жалобой.

Мое согласие на предоставление помощи является добровольным, и я имею право

прекратить его. Если я захочу отозвать данное разрешение, это необходимо сделать

письменно.

Имя пациента (печатными буквами) \_\_\_\_\_

Подпись пациента \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_

### РАЗДЕЛ В: ЗАПОЛНЯЕТСЯ ЛИЦОМ, ПРЕДОСТАВЛЯЮЩИМ ПОМОЩЬ ПАЦИЕНТУ

Имя и фамилия лица, предоставляющего помощь (печатными буквами) \_\_\_\_\_

Адрес \_\_\_\_\_

Город \_\_\_\_\_ Штат \_\_\_\_\_ Почтовый индекс \_\_\_\_\_

Кем приходится пациенту \_\_\_\_\_

Основной номер телефона \_\_\_\_\_

Дополнительный номер телефона \_\_\_\_\_

Адрес электронной почты \_\_\_\_\_

Моя копия доверенности для принятия медицинских решений или другой юридический документ прилагается.

**Заявка на проведение независимой медицинской проверки (IMR)/Форма жалобы**

Если у Вас возникли вопросы, позвоните в Департамент по тел. 1-888-466-2219 или линия TDD: 1-877-688-9891. Звонок бесплатный.

**Перед подачей заявления:**

В большинстве случаев, перед тем как подать жалобу или заявление на проведение IMR Департаментом, Вы должны пройти процесс рассмотрения жалобы или апелляции планом медицинского страхования. Ваш план медицинского страхования должен предоставить решение в течение 30 дней или в течение 3 дней, если существует серьезная угроза Вашему здоровью. Если Ваш план медицинского страхования отказал Вам в покрытии лечения в связи с тем, что оно является экспериментальным/исследовательским, Вам не нужно проходить процесс рассмотрения жалобы или апелляции планом медицинского страхования до того, как подавать заявление на проведение IMR.

Вы должны подать заявление на проведение IMR в течение шести месяцев с момента отправки Вашим планом медицинского страхования письменного ответа на Ваше обращение. Вы также имеете право подать заявление по истечению шести месяцев, если определено, что те или иные обстоятельства препятствовали своевременной подаче. Помните, что если Вы решите не подавать жалобу в Департамент в отношении проблемы, которая имела бы право на проведение IMR, Вы, возможно, отказываетесь от своих прав на подачу судебного иска против Вашего плана медицинского страхования в отношении услуг или лечения, которые Вы требуете.

**Как подать заявку:**

1. Онлайн на сайте: [www.HealthHelp.ca.gov](http://www.HealthHelp.ca.gov). [Это самый быстрый способ.]  
**ИЛИ**  
Заполните и подпишите прилагаемый бланк заявления на проведение IMR/жалобы.
2. Если Вам необходима помощь с IMR или заявлением, заполните «Форму утверждения помощника».
3. Если у Вас есть медицинские записи от поставщиков услуг за пределами сети, пожалуйста, приложите их к заявлению на проведение IMR/жалобе. Ваш план медицинского страхования предоставит записи от поставщиков услуг в сети.
4. Вы можете приложить другие документы в поддержку Вашего требования. Однако нет необходимости предоставлять какие-либо документы или переписку между Вами и Вашим планом медицинского страхования в отношении данной жалобы. Департамент получит эту информацию непосредственно от Вашего плана медицинского страхования в рамках расследования.
5. Если Вы не подаете форму онлайн, пожалуйста, отправьте форму и все дополнительные документы почтой или по факсу в:  
Department of Managed Health Care Help Center  
980 9th Street, Suite 500  
Sacramento, CA 95814-2725  
ФАКС: 916-255-5241

**Что будет дальше?**

Департамент определит, правомочно ли проведение IMR или правомочна ли жалоба. Дела согласуются на проведение IMR, если предоставление медицинских услуг было задержано, изменено или в них было отказано на основании необходимости с медицинской точки зрения или ввиду экспериментального/исследовательского характера.

Дела, по которым не будет согласовано проведение IMR, будут обработаны согласно процессу работы с жалобами потребителей. К таким делам относятся проблемы с отказом в связи с невозможностью покрытия страховым планом, разногласия в оплате, отмена покрытия страховым планом, качество предоставляемых услуг, а также расходы, понесенные за свой счет или франшизы.

Департамент отправит Вам письмо в течение семи дней, сообщающее можете ли Вы претендовать на проведение IMR. Если Департамент установит, что Ваша жалоба соответствует критериям для проведения IMR, Ваше дело будет передано подрядчику штата, который проведет проверку. Подрядчик штата также известен как Организация по проведению независимых медицинских рассмотрений (Independent Medical Review Organization, IMRO). Вся информация, находящаяся в распоряжении Центра помощи, касающаяся Вашей жалобы, в том числе Ваши медицинские записи, будет отправлена в Организацию рассмотрения. Организация рассмотрения принимает решение, как правило, в течение 45 дней или в течение семи дней, если Ваш случай не терпит отлагательств. Департамент отправит Вам письмо с принятым решением.

Если Департамент установит, что Ваша жалоба должна быть рассмотрена согласно процессу рассмотрения жалоб потребителей, решение по Вашей проблеме будет принято в течение 30 дней. Департамент отправит Вам письмо с принятым решением. Законом о предоставлении информации 1977 года (раздел 1798.17 Гражданского кодекса Калифорнии) требуется следующее уведомление.

- Закон Нокса-Кина (Кнох-Кеене Act) штата Калифорния предоставляет Департаменту право регулировать работу организаций, предоставляющих планы медицинского страхования, и рассматривать жалобы лиц, пользующихся этими планами.
- Центр помощи Департамента использует Ваши личные данные для рассмотрения Вашей проблемы, касающейся плана медицинского страхования, и для проведения IMR, если Ваша проблема соответствует критериям для ее проведения.
- Вы предоставляете Департаменту эту информацию добровольно. Вы не обязаны предоставлять эту информацию. Однако без этой информации Департамент, возможно, не сможет рассматривать Вашу жалобу или проводить IMR.
- При необходимости, Департамент может передавать Ваши личные данные поставщикам, входящим в сеть плана, а также Организации рассмотрения, проводящей IMR.
- Департамент также может предоставлять Ваши данные другим государственным органам, если это требуется или разрешено по закону.
- У вас есть право просматривать Ваши личные данные. Для этого обратитесь к координатору запросов о просмотре личных данных Department of Managed Health Care, Отдел юридических услуг по адресу: 980 9th Street Suite 500, Sacramento CA 95814-2725 или позвоните по телефону 916-322-6727.