

# 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.healthhelp.ca.gov](http://www.healthhelp.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 30 ngày, hoặc trong vòng 7 ngày nếu vấn đề sức khỏe là khẩn cấp.
- ❖ **THÀNH CÔNG:** Gần 60% 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

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 Ban ngày \_\_\_\_\_ Số Điện thoại Ban đêm \_\_\_\_\_

Địa chỉ Email \_\_\_\_\_

Tên Chương trình bảo hiểm Y tế \_\_\_\_\_ Số Thành viên của Bệnh nhân \_\_\_\_\_

Tên Nhóm Y tế (nếu ghi danh trong nhóm y tế) \_\_\_\_\_

Nhà tuyển dụng \_\_\_\_\_ Không được 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 mà quý vị đã nhận không?  Có  Không

Nếu có, liệt kê (các) ngày nhận dịch vụ, và tên nhà cung cấp:

Có phải quý vị muốn được cho phép các dịch vụ trong tương lai không?  Có  Không

Quý vị có cần giúp đỡ trong các hoạt động hàng ngày hoặc cho rằng mình bị khuyết tật không?

Có  Không

# MẪU ĐƠN YÊU CẦU XEM XÉT Y TẾ ĐỘC LẬP (IMR)/KHIẾU NẠI

**VẤN ĐỀ SỨC KHỎE CỦA QUÝ VỊ** (Sử dụng một tờ giấy riêng và đính kèm các tài liệu khác, nếu cần.)

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 của quý vị có nói rằng điều trị mà quý vị muốn là: (chọn một)

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Không Cần thiết về mặt Y tế               | <input type="checkbox"/> Thí nghiệm hoặc Nghiên cứu          |
| <input type="checkbox"/> Không phải là trường hợp Cấp cứu/Khẩn cấp | <input type="checkbox"/> Khác (vui lòng giải thích bên dưới) |

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 của mình. Ví dụ, giải thích vấn đề đó có phải là điều trị bị từ chối, yêu cầu bồi thường chưa được thanh toán, khó khăn trong việc đặt hẹn hoặc lấy thuốc, hay việc chương trình hủy bảo hiểm của quý vị.

## TIẾT LỘ THÔNG TIN Y TẾ

Tôi yêu cầu Sở Y tế Quản lý (DMHC) ra quyết định về vấn đề của tôi với chương trình. Tôi yêu cầu DMHC 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 Khiếu nại của Người tiêu dùng của DMHC. 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 DMHC 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 DMHC 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.

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.

## CHỈ DÀNH CHO 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 DMHC xác định bất kỳ mô thức vấn đề nào. Bộ luật Y tế và An toàn phần 1374.30 cho phép DMHC 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 đến quyết định IMR hay khiếu nại bằng bất kỳ cách nào.

Ngôn ngữ Chính Sử dụng: \_\_\_\_\_  Chọn không cung cấp

Chủng tộc/Nguồn gốc Dân tộc: \_\_\_\_\_  Chọn không cung cấp

## 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 IMR hoặc khiếu nại 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; BỆNH NHÂN

Tôi cho phép người có tên dưới đây trong Phần B được hỗ trợ tôi trong IMR hoặc khiếu nại của tôi nộp cho Sở Y tế Quản lý (DMHC). Tôi cho phép nhân viên DMHC 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.

Chữ ký của Bệnh nhân \_\_\_\_\_ Ngày \_\_\_\_\_

### PHẦN B; NGƯỜI HỖ TRỢ BỆNH NHÂN

Tên của Người Hỗ trợ (viết chữ in) \_\_\_\_\_

Chữ ký của Người Hỗ trợ \_\_\_\_\_

Địa chỉ \_\_\_\_\_

Thành phố \_\_\_\_\_ Tiểu bang \_\_\_\_\_ Mã Zip \_\_\_\_\_

Quan hệ với Bệnh nhân \_\_\_\_\_

Số Điện thoại Ban ngày \_\_\_\_\_

Số Điện thoại Ban đêm \_\_\_\_\_

Địa chỉ Email \_\_\_\_\_

Giấy ủy quyền của tôi về các quyết định y tế hoặc các tài liệu pháp lý khác được đính kèm.

# Tờ Hướng dẫn cho Mẫu Đơn yêu cầu IMR/Khiếu nại

Nếu quý vị có thắc mắc, gọi cho Trung tâm Hỗ trợ theo số 1-888-466-2219 hoặc TDD theo số 1-877-688-9891. Cuộc gọi được miễn cước.

## Trước khi Quý vị Nộp:

Trong hầu hết các trường hợp, quý vị phải hoàn thành quy trình khiếu nại hoặc than phiền của chương trình của mình trước khi nộp khiếu nại hoặc yêu cầu IMR cho DMHC. Chương trình của quý vị phải ra quyết định cho quý vị trong vòng 30 ngày hoặc trong vòng 3 ngày nếu vấn đề của quý vị là mối đe dọa tức thời và nghiêm trọng đến sức khỏe của quý vị.

Nếu chương trình của quý vị từ chối điều trị của quý vị vì đó là điều trị thí nghiệm/đang nghiên cứu, quý vị không phải tham gia quy trình khiếu nại hoặc than phiền của chương trình của mình trước khi nộp đơn yêu cầu IMR.

Quý vị phải nộp đơn yêu cầu IMR trong vòng sáu tháng sau khi chương trình bảo hiểm y tế gửi cho quý vị văn bản trả lời kháng cáo của quý vị. DMHC có thể chấp nhận đơn yêu cầu của quý vị sau sáu tháng nếu xác định là do hoàn cảnh khiến không thể nộp đơn kịp thời. Xin lưu ý rằng nếu quý vị quyết định không nộp khiếu nại cho DMHC 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.HealthHelp.ca.gov](http://www.HealthHelp.ca.gov). [Đây là cách nhanh nhất.]

### HOẶC

Điền và ký Mẫu Đơn yêu cầu IMR/Khiếu nại

2. Nếu quý vị muốn có người giúp về IMR hoặc khiếu nại của mình, hoàn thành “Mẫu Ủy quyền Hỗ trợ.”
3. Nếu quý vị có hồ sơ y tế từ các nhà cung cấp **ngoài mạng lưới**, vui lòng gửi kèm chúng với 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 bao gồm 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. DMHC 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:

DMHC Help Center  
980 9th Street, Suite 500  
Sacramento, CA 95814-2725  
FAX: 916-255-5241

## Điều gì Xảy ra Tiếp theo?

Trung tâm Hỗ trợ 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 xác định rằng khiếu nại 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 (IMRO). Mọi thông tin mà Trung tâm Hỗ trợ có liên quan đến khiếu nại của quý vị, bao gồm hồ sơ y tế của quý vị, sẽ được gửi cho IMRO. IMRO sẽ ra quyết định thường là trong vòng 30 ngày hoặc trong vòng

# Tờ Hướng dẫn cho Mẫu Đơn yêu cầu IMR/Khiếu nại

bảy ngày nếu trường hợp của quý vị là trường hợp khẩn cấp. Quý vị sẽ được thông báo bằng văn bản về quyết định này.

Nếu xác định rằng khiếu nại 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. Quý vị sẽ được thông báo bằng văn bản về 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 DMHC 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 DMHC 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 DMHC. Quý vị không phải cung cấp thông tin này. Tuy nhiên nếu quý vị không cung cấp thông tin, DMHC có thể không điều tra được khiếu nại của quý vị hoặc cung cấp IMR.
- DMHC có thể chia sẻ thông tin cá nhân của quý vị, khi cần thiết, với chương trình và các nhà cung cấp tiến hành IMR.
- DMHC 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 DMHC, DMHC, Phòng Dịch vụ Pháp lý, 980 9th Street Suite 500, Sacramento CA 95814-2725, hoặc gọi số 916-322-6727.