State of California
Health and Human Services Agency
Department of Managed Health Care
INDEPENDENT MEDICAL REVIEW APPLICATION-Farsi
DMHC 20-086 New: 01/02 Rev: 09/12

Department of Managed Health Care Help Center

درخواست بازنگری پزشکی مستقل

اگر مایلید به شخص دیگری اختیار دهید تا در مورد IMR به شما کمک کند، باید فرم دستیار مجاز را نیز تکمیل کنید

اطلاعات بیمار

نام کوچک _____ حروف نخست نام میانی _ نام خانوادگی _____

نام پدر یا مادر یا قیم در صورت طرح شکایت برای کودک صغیر _____

نشانی خیابان _____

شهر _____ ایالت _____ کد پستی _____

شماره تلفن روز _____ شماره تلفن شب _____

نام برنامه بهداشتی _____

شماره عضویت بیمار _____

تاریخ تولد بیمار (ماه/روز/سال) _____ جنسیت ☐ مرد ☐ زن

آیا Medi-Cal در اختیار دارید؟ ☐ بله ☐ خیر

آیا مدیکیر (Medicare) یا امتیاز مدیکیر (Medicare Advantage) در اختیار دارید؟ ☐ بله ☐ خیر

آیا شکایت یا نارضایتی در خصوص برنامه بهداشتی خود طرح کرده اید؟ ☐ بله ☐ خیر

آیا متقاضی پرداخت برای خدماتی هستید که قبلاً دریافت کرده اید؟ ☐ بله ☐ خیر

مشکل سلامتی شما

(در صورت نیاز از یک برگه جداگانه استفاده کرده و مدارک دیگر را ضمیمه کنید).

1 وضعیت سلامتی شما یا تشخیص پزشک چیست؟ _____

2 درخواست چه نوع درمان یا خدمات پزشکی را دارید؟ _____

3 ترجیح می دهید تصمیم اتخاذ شده در خصوص این پرونده چگونه باشد؟ _____

4 آیا شرایطی دارید که تهدیدی جدی برای سلامت شما محسوب می شود؟ ☐ بله ☐ خیر

اگر پاسخ «مثبت» است، لطفاً توضیح دهید . _____

5 آیا برنامه بهداشتی شما اظهار داشته است که درمان درخواستی شما (یک مورد را علامت بزنید):

☐ ضرورت پزشکی ندارد ☐ آزمایشی یا تحقیقی است ☐ غیره (لطفاً شرح دهید)

6 نام و شماره تلفن پزشک مراقب اصلی خود و دیگر پزشکانی را که شرایط شما را مشاهده کرده، درمان پیشنهاد کرده یا مشاوره ارائه نموده اند، ذکر کنید. آیا این پزشکان در شبکه برنامه بهداشتی شما هستند؟ (در صورت نیاز از یک برگه جداگانه استفاده کنید.)

_____

7 من درخواست انجام یک بازنگری پزشکی مستقل (IMR) دارم تا درباره مشکل من با برنامه بهداشتی تصمیم بگیرد. اگر مورد من برای IMR واجد شرایط نباشد، لطفاً از طریق روال عادی رسیدگی به شکایات بازبینی کنید. بدینوسیله به ارائه دهندگان خدمات خود، در گذشته و حال، و نیز برنامه بهداشتی خود اختیار میدهم تا اطلاعات و سوابق پزشکی اینجانب را برای بازبینی این مورد ارائه دهند. این سوابق می توانند شامل گزارشات پزشکی، سلامت روانی، اعتیاد به مواد مخدر، HIV، گزارشات تصویربرداری تشخیصی، و دیگر سوابق مربوط به پرونده من باشند. این سوابق می توانند شامل سوابق غیر پزشکی و هرگونه اطلاعات دیگر در خصوص پرونده اینجانب نیز باشند. بدینوسیله به کارکنان اداره مراقبت های بهداشتی مدیریت شده (DMHC) و IMR اختیار داده میشود تا این سوابق و اطلاعات را مورد بازبینی قرار دهند. اجازه اینجانب، یکسال پس از تاریخ ذیل خاتمه خواهد یافت، مگر اینکه مورد دیگری به موجب قانون مجاز شمرده شده باشد. بعنوان مثال، قانون به DMHC اجازه میدهد تا به استفاده از اطلاعات من جهت مقاصد داخلی ادامه دهد. در صورت تمایل می توانم اجازه خود را زودتر از موعد خاتمه دهم. صحت کلیه اطلاعاتی که در این برگه ارائه شده اند تایید میگردد.

امضای بیمار یا یکی از والدین _____ **تاریخ** _____

فرم خود و هرگونه پیوست آن را به این نشانی پست کرده و یا فکس نمایید:

Help Center, Department of Managed Health Care, IMR Unit,
980 9th Street Suite 500, Sacramento CA 95814:

فکس: -916-255-5241;

دستورالعمل درخواست IMR

در صورتیکه برنامه بهداشتی شما از انجام تقاضای شما برای درمان یا خدمات پزشکی خودداری می کند، می توانید یک شکایت (نارضایتی) در مورد برنامه خود طرح نمایید. اگر با تصمیمات برنامه خود مخالف هستید، می توانید از مرکز کمک رسانی در اداره مراقبت های بهداشتی مدیریت شده (DMHC)، یک بازنگری پزشکی مستقل (IMR) درخواست نمایید IMR .بازنگری پرونده شما توسط پزشکانی است که در برنامه بهداشتی شما مشارکت ندارند. در صورتیکه رای IMR به نفع شما باشد، برنامه شما بایستی درمان یا خدمات درخواستی شما را ارائه دهد. شما برای IMR هیچ هزینه ای پرداخت نمی کنید.

در صورتیکه برنامه بهداشتی شما یکی از اقدامات زیر را انجام داد، می توانید درخواست IMR نمایید:

- از ارائه خدمات یا درمان خاصی به این دلیل که برنامه مربوطه تشخیص می دهد از نظر پزشکی ضروری نیست، خودداری کرده، آن را تغییر داده و یا به تعویق بیندازد.
- درمان آزمایشی یا تحقیقاتی را برای یک شرایط پزشکی جدی پوشش ندهد.
- از پرداخت هزینه جهت خدمات پزشکی اضطراری یا فوری که قبلاً دریافت کرده اید، خودداری کند.

قبل از ارائه درخواست

در بیشتر موارد، قبل از درخواست برای IMR بایستی روال رسیدگی به شکایت برنامه بهداشتی خود را طی کنید. برنامه شما بایستی ظرف 30 روز، یا ظرف 3 روز در صورتیکه مشکل شما یک مسئله فوری و جدی در خصوص سلامتی شما باشد، تصمیم خود را در اختیار شما قرار دهد.

در صورتیکه برنامه شما به دلیل آزمایشی یا تحقیقی بودن درمان شما از انجام آن خودداری کرده باشد، مجبور نیستید قبل از درخواست IMR روال رسیدگی به شکایات برنامه خود را طی کنید .

شما بایستی ظرف 6 ماه پس از اینکه برنامه بهداشتی شما یک پاسخ مکتوب به نارضایتی شما ارسال نمود، برای انجام IMR تقاضای خود را ارائه دهید. اگر تشخیص دهیم که شرایط مربوطه از ارائه بموقع درخواست جلوگیری کرده است، ممکن است درخواست شما را پس از شش ماه بپذیریم .

لطفاً توجه داشته باشید که اگر تصمیم به عدم شرکت در روند IMR بگیرید، ممکن است حقوق قانونی خود را جهت دنبال کردن مراحل قانونی علیه برنامه خود در خصوص خدمات یا درمانی که تقاضای آن را دارید، از دست بدهید.

نحوه ارائه درخواست

فرم درخواست IMR را تکمیل کنید. اگر شخص دیگری در زمینه IMR به شما کمک می کند، فرم دستیار مجاز را تکمیل کنید. اگر سوابق پزشکی از *ارائه دهندگان خدمات بدون قرارداد* در خصوص مسئله مراقبت بهداشتی خود در اختیار دارید، لطفاً آنها را ضمیمه درخواست خود نمایید. از برنامه بهداشتی شما خواسته خواهد شد تا سوابق پزشکی را از ارائه دهندگان خدمات دارای قرارداد دریافت کند.

کپی هایی از نامه ها یا مدارک دیگر در ارتباط با درمان یا خدماتی که برنامه بهداشتی شما از ارائه آنها خودداری کرده است، ضمیمه کنید. این کار می تواند روند IMR را تسریع کند. کپی مدارک را ارسال کنید، از ارسال مدارک اصلی خودداری نمایید. مرکز کمک رسانی نمی تواند مدارک را به شما برگرداند.

اگر پرسشی درباره پرکردن فرم درخواست خود دارید، با مرکز کمک رسانی با شماره 1-888-466-2219 یا TDD 1-877-688-9891تماس بگیرید. هیچ هزینه ای برای این تماس دریافت نمی شود.

فرم و هرگونه پیوست مربوطه را به این نشانی پست کرده یا فکس کنید:

Help Center
Department of Managed Health Care
980 9th Street Suite 500
Sacramento CA 95814-2725

فکس: 916-255-5241

اگر واجد شرایط IMR باشید چه اتفاقی می افتد؟

مرکز کمک رسانی درخواست شما را مورد بازبینی قرار داده و ظرف 7 روز نامه ای برای شما ارسال می نماید که صلاحیت شما برای IMR در آن ذکر شده است. زمانی که تمام اطلاعات شما که شامل سوابق پزشکی مرتبط می شود دریافت شد، IMR در ظرف 30 روز، یا در صورت فوری بودن پرونده در ظرف 3 تا 7 روز برای سازمان بازبینی ارسال خواهد شد که تصمیمی را اتخاذ خواهد کرد. پزشکانی که پرونده شما را مورد بازبینی قرار داده اند، شما را در جریان تصمیمات گرفته شده خواهند گذاشت. در صورتیکه رای IMR به نفع شما باشد، برنامه شما بایستی درمان یا خدمات درخواستی شما را ارائه دهد.

اگر واجد شرایط IMR نباشید چه اتفاقی می افتد؟

مورد شما از طریق روال عادی رسیدگی به شکایات این اداره رسیدگی خواهد شد. شما ظرف 30 روز، یک اطلاعیه مکتوب در مورد تصمیمات ما دریافت خواهید کرد.

این اطلاعیه به موجب قانون الزام گردیده است

- قانون Knox-Keene کالیفرنیا، این اجازه را به اداره مراقبت های بهداشتی مدیریت شده (DMHC) می دهد تا برنامه های بهداشتی را مورد نظارت قرار داده و به شکایات دریافتی از اعضای برنامه بهداشتی رسیدگی کند.
- مرکز کمک رسانی متعلق به DMHC از اطلاعات شما جهت بررسی مشکل شما در خصوص برنامه بهداشتی و ارائه یک بازنگری پزشکی مستقل، در صورتیکه شرایط لازم جهت این بازنگری را داشته باشید، استفاده می کند.
- شما این اطلاعات را به صورت داوطلبانه در اختیار ما قرار می دهید. شما مجبور به ارائه این اطلاعات به ما نیستید.
- اما اگر این اطلاعات را در اختیار ما قرار ندهید، ممکن است قادر به بررسی شکایت شما یا ارائه یک بازنگری پزشکی مستقل نباشیم.
- این احتمال وجود دارد که اطلاعات شخصی شما را در صورت لزوم، در اختیار برنامه بهداشتی مربوطه و پزشکانی که بازنگری پزشکی مستقل را انجام می دهند، قرار دهیم.
- همچنین ممکن است اطلاعات شما را در اختیار سازمان های دولتی دیگر، در صورتی که به موجب قانون الزام شده یا مجاز شمرده شده باشد، قرار دهیم.
- شما این حق را دارید که اطلاعات شخصی خود را مشاهده کنید. برای انجام این کار، با «هماهنگ کننده درخواست سوابق DMHC» درDMHC ، دفتر خدمات حقوقی به نشانی 980 9th Street Suite 500, Sacramento CA 95814-2725, 916-322-6727 تماس بگیرید.
- *قانون الزام کننده این اطلاعیه، «قانون شیوه های اطلاعات 1977» (دستورالعمل مدنی کالیفرنیا، بخش 1798.17) می باشد.

State of California
Health and Human Services Agency
Department of Managed Health Care
AUTHORIZED ASSISTANT FORM-Farsi
DMHC 20-160 New: 04/06 Rev: 09/12

Department of Managed Health Care Help Center

فرم دستیار مجاز

- اگر مایلید به شخص دیگری اختیار دهید که در مورد بازنگری پزشکی مستقل (IMR) یا شکایت شما به شما کمک کند، بخش های A و B در زیر را تکمیل کنید.
- اگر یکی از والدین یا قیم قانونی هستید که این IMR یا شکایت را برای کودک زیر 18 سال طرح می کنید، نیازی به تکمیل این فرم ندارید.
- اگر این IMR یا شکایت را برای بیماری طرح می کنید که به دلیل عدم داشتن صلاحیت یا توانایی لازم قادر به تکمیل این فرم نیست، و شما اختیار قانونی جهت اقدام برای این بیمار را دارید، لطفاً فقط بخش B را تکمیل نمایید. همچنین یک نسخه از وکالت نامه جهت تصمیم گیری های مراقبت های بهداشتی و یا مدارک دیگری که نشان دهنده صلاحیت شما برای تصمیم گیری برای بیمار است را ضمیمه کنید.

بخش A: بیمار

اینجانب به شخص ذیل در بخش B اجازه می دهم که در زمینه طرح IMR یا شکایت من در اداره مراقبت های بهداشتی مدیریت شده (DMHC) به من کمک کند. اینجانب به کارکنان DMHC و IMR اجازه می دهم تا اطلاعات مربوط به وضعیت پزشکی من را در اختیار فرد نامبرده در ذیل قرار داده و همکاری لازم را با وی مبذول دارند. این اطلاعات میتواند شامل درمان سلامت روانی، درمان یا آزمایشاتHIV ، درمان اعتیاد به الکل یا مواد مخدر، یا دیگر اطلاعات مربوط به مراقبت های بهداشتی گردد.

اینجانب مطلع هستم که فقط اطلاعات مربوط به IMR یا شکایت من در اختیار دیگران قرار خواهد گرفت.

موافقت اینجانب در مورد این کمک، داوطلبانه بوده و حق خاتمه دادن به آن برای اینجانب محفوظ است. در صورت تمایل به خاتمه دادن به این کمک، باید این کار را به صورت مکتوب انجام دهم.

امضای بیمار _____ تاریخ _____

بخش B: فرد کمک کننده به بیمار

نام فرد کمک کننده (با حروف بنویسید) _____

امضای فرد کمک کننده _____

نشانی _____

وابستگی با بیمار _____

شماره تلفن روز _____

شماره تلفن شب _____

☐ وکالت نامه اینجانب جهت تصمیم گیری های مراقبت های بهداشتی و یا مدارک قانونی دیگر پیوست است.