

ԱՆԿԱՆ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ՎԵՐԱՆԱՅՄԱՆ (IMR) ԴԻՄՈՒՄ/ԳԱՆԳԱՏԻ ՁԵՎԱԹՈՒՂԹ

ԿԱՐԵՎՈՐ ՏԵՂԵԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

Կարող եք ձեր IMR Application/Complaint Form-ը ներկայացնել առցանց՝ www.HealthHelp.ca.gov հասցեով

- ❖ ԱՆՎՃԱՐ՝ IMR/Գանգատի գործընթացն անվճար է:
- ❖ ԱՐԱԳ՝ IMR-ների վերաբերյալ որոշումները սովորաբար կայացվում են 45 օրվա ընթացքում, կամ 7 օրվա ընթացքում, եթե առողջական խնդիրը հրատապ է:
- ❖ ԲԱՐԵՀԱՋՈՂ՝ Հիվանդների մոտ 60% IMR-ի միջոցով ստանում են հայցվող ծառայությունը:
- ❖ ՎԵՐՋՆԱԿԱՆ՝ Առողջապահական ծրագրերը պետք է հետևեն IMR-ի որոշմանը և արագորեն տրամադրեն ծառայությունը:

ՀԻՎԱՆԴԻ ՏՎՅԱԼՆԵՐ

Անուն _____ Միջին անվան սկզբնատառ _____ Ազգանուն _____

Հիվանդի ծննդյան ամսաթիվ (աա/օօ/տտտտ)՝ _____ Սեռ՝ Արական Իգական Այլ _____

Ծնողի կամ խնամակալի անուն, եթե լրացնում է անչափահաս երեխայի համար _____

Փողոցի հասցե _____

Քաղաք _____ Նահանգ _____ Փոստային կոդ _____

Առաջնային հեռախոսահամար _____ Երկրորդական հեռախոսահամար _____

Էլ. փոստի հասցե _____

Ցանկանու՞մ եք, որ այս էլ. փոստի հասցեին հաղորդագրություն/նամակագրություն ուղարկվի: Այո Ոչ

Առողջապահական ծրագրի անվանում _____ Հիվանդի անդամակցության համար _____

Բժշկական խմբի անվանում (եթե բժշկական խմբում է) _____

Գործատու _____

Ցանկանու՞մ եք, որ որևէ մեկն օգնի ձեզ ձեր գանգատի հետ կապված: Այո Ոչ

Եթե այո, խնդրում ենք լրացնել կցված «Լիազորված օգնականի ձևաթուղթը»:

Medi-Cal ունե՞ք: Այո Ոչ

Եթե այո, լրացրե՞լ եք Նահանգային արդար լսման խնդրանքը: Այո Ոչ

Medicare կամ Medicare Advantage ունե՞ք: Այո Ոչ

Գանգատ կամ բողոք ներկայացրե՞լ եք ձեր առողջապահական ծրագրին: Այո Ոչ

Դուք ցանկանու՞մ եք վճարում ստանալ արդեն իսկ ստացված ծառայության համար: Այո Ոչ
Եթե այո, թվարկեք ծառայության ամսաթիվ(եր)ը և մատակարարի անունը՝

ՁԵՐ ԱՌՈՂՋԱԿԱՆ ԽՆԴԻՐԸ (Առանձին թերթ օգտագործեք և կցեք այլ փաստաթղթեր, եթե հարկավոր է):

Դուք ցանկանու՞մ եք, որ ձեր առողջապահական ծրագիրը վճարի ապագա ծառայությունների համար: Այո Ոչ

Ի՞նչ է ձեր բժշկական վիճակը կամ բժշկի ախտորոշումը: (Խնդրում ենք մանրամասնել) _____

Ի՞նչ բժշկական բուժում(ներ)/ծառայություն(ներ) և/կամ դեղամիջոց(ներ) եք դուք խնդրում: (Խնդրում ենք մանրամասնել)

Արդյո՞ք ձեր առողջապահական ծրագիրը մերժել, հետաձգել կամ փոխել է ձեր բուժումը: Այո Ոչ
Եթե այո, խնդրում ենք նշել տրված պատճառաբանությունը՝ (նշեք մեկը)

- Բժշկական տեսակետից անհրաժեշտ չէ Փորձառական կամ հետազոտական է
- Շտապ օգնություն պահանջող/հրատապ չէ
- Ապահովագրված նպաստ չէ Այլ (խնդրում ենք բացատրել ներքևում)

Նշեք ձեր առաջնային խնամքի բժշկի և ձեր այցելած, ձեզ բուժած կամ ձեր վիճակի մասին ձեզ հետ խորհրդակցած այլ մատակարարների անունը և հեռախոսահամարը:

Ձեր վիճակի համար այցելե՞լ եք ցանցից դուրս մատակարարների: Այո Ոչ
Եթե այո, խնդրում ենք կցել բժշկական արձանագրություններն այս ձևաթղթին:

Համառոտ նկարագրեք ձեր առողջապահական ծրագրի հետ ձեր ունեցած խնդիրը: Օրինակ, բացատրեք, եթե խնդիրը կայանում է մերժված բուժման, չվճարված հայցի, ժամադրություն կամ դեղորայք ստանալու դժվարության մեջ, կամ եթե ձեր ապահովագրումը դադարեցվել է առողջապահական ծրագրի կողմից:

ԲԺՇԿԱԿԱՆ ԲԱՑԱՀԱՅՏՈՒՄ

Ես խնդրում եմ, որ Department of Managed Health Care-ը (Կառավարվող առողջապահական խնամքի բաժանմունք) (Բաժանմունք) որոշում կայացնի իմ առողջապահական ծրագրի հետ ունեցած իմ խնդրի վերաբերյալ: Ես խնդրում եմ, որ Բաժանմունքը վերանայի իմ Independent Medical Review (IMR) Application/Complaint Form-ը (Անկախ բժշկական վերանայման (IMR) դիմում/Գանգատի ձևաթուղթ), որպեսզի որոշի, եթե իմ գանգատը որակավորվում է IMR կամ Բաժանմունքի Գանգատի գործընթացի համար: Ես թույլ եմ տալիս իմ անցյալ կամ ներկա մատակարարներին և իմ ծրագրի բացահայտել իմ բժշկական արձանագրությունները և տվյալներն՝ այս խնդիրը վերանայելու նպատակով: Այս արձանագրությունները կարող են ներառել բժշկական, հոգեկան առողջության, թմրանյութերի չարաշահման,

ՄԻԱՎ-ի, ախտորոշիչ պատկերման զեկույցներ և այլ արձանագրություններ, որոնք վերաբերում են իմ գործին: Այս արձանագրությունները կարող են նաև ներառել ոչ բժշկական արձանագրություններ և այլ տվյալներ, որոնք վերաբերում են իմ գործին: Ես թույլ եմ տալիս, որ Բաժանմունքը վերանայի այս արձանագրությունները և տվյալները, և ուղարկի դրանք իմ ծրագրին: Իմ լիազորումը կավարտվի ներքոնշյալ ամսաթվից մեկ տարի անց, բացի՝ ինչպես թույլատրվում է օրենքով: Օրինակ, օրենքը թույլ է տալիս Բաժանմունքին ներքին կարգով շարունակել օգտագործել իմ տվյալները: Եթե ցանկանամ, ես կարող եմ ավելի շուտ դադարեցնել իմ թույլտվությունը: Այս թերթիկում իմ կողմից տրամադրված բոլոր տվյալները ճշմարիտ են:

Հիվանդի կամ ծնողի անուն (տպատառերով) _____

Հիվանդի կամ ծնողի ստորագրություն _____ Ամսաթիվ _____

Խնդրում ենք կարդալ հրահանգների թերթիկը՝ փոստով կամ ֆաքսով ուղարկելու տեղեկության համար:

ՎԻՃԱԿԱԳՐԱԿԱՆ ՏԵՂԵԿԱՏՎՈՒԹՅՈՒՆ

Ձեզ խնդրում են կամավոր կերպով ներկայացնել հետևյալ տեղեկությունը: Այս տեղեկության տրամադրումը կօգնի Բաժանմունքին սահմանել խնդիրների տիպարները: Առողջապահության և ապահովության մասին օրենքի մաս 1374.30 թույլ է տալիս Բաժանմունքին ստանալ այս տեղեկությունը հետազոտական և վիճակագրական նպատակներով: Այս տեղեկության տրամադրումը կամավոր է, և որևէ կերպ չի ազդի IMR կամ գանգատի որոշման վրա:

Խոսելու առաջնային լեզուն՝ _____

Ցանկանո՞ւմ եք, որ մենք հաղորդակցվենք/նամակներ ուղարկենք ձեզ ձեր առաջնային լեզվով: Այո

Ռասա/էթնիկական ծագում _____

ԼԻԱԶՈՐՎԱԾ ՕԳՆԱԿԱՆԻ ՁԵԱԹՈՒՂԹ

- Եթե ցանկանում եք որևէ այլ անձի թույլ տալ, որ նա օգնի ձեզ Անկախ բժշկական վերանայման (Independent Medical Review, IMR) կամ գանգատի հետ կապված, լրացրեք Մաս Ա-ն և Բ-ն ներքևում: (Երկու կողմերը պետք է ստորագրեն այս ձևաթուղթը)
- Եթե դուք ծնող եք կամ օրինական խնամակալ, որը լրացնում է այս IMR/Complaint Form-ը (IMR /Գանգատի ձևաթուղթ) 18 տարեկան չլրացած երեխայի համար, ապա ձեզ հարկավոր չէ լրացնել այս ձևաթուղթը:
- Եթե դուք լրացնում եք այս IMR կամ գանգատը մի հիվանդի համար, որը չի կարող լրացնել այս ձևաթուղթը, քանի որ հիվանդն անիրավագոր է կամ անկարող, և դուք իրավական լիազորում ունեք այս հիվանդի անունից հանդես գալու համար, խնդրում ենք լրացնել միայն Մաս Բ-ն: Կցեք նաև առողջապահական խնամքի մասին որոշումներ կայացնելու լիազորագիրը կամ այլ փաստաթղթեր, որոնք ասում են, որ դուք կարող եք որոշումներ կայացնել այս հիվանդի փոխարեն:

ՄԱՍ Ա. ԼՐԱՑՎՈՒՄ Է ՀԻՎԱՆԴԻ ԿՈՂՄԻՑ

Ես թույլ եմ տալիս ներքևում՝ Մաս Բ-ում, նշված անձին օգնել ինձ ներկայացնել իմ IMR կամ գանգատը Department of Managed Health Care (Կառավարվող առողջապահական խնամքի բաժանմունք) (Բաժանմունք): Ես թույլ եմ տալիս Բաժանմունքին և IMR անձնակազմին կիսել իմ բժշկական վիճակ(ներ)ի և խնամքի մասին տվյալները ներքոնշյալ անձի հետ: Այս տեղեկատվությունը կարող է ներառել հոգեկան առողջության բուժման, ՄԻԱՎ բուժման կամ ստուգման, ակոբոլի կամ դեղերի բուժման կամ այլ առողջապահական խնամքի մասին տեղեկություններ:

Ես հասկանում եմ, որ կիսվելու է միայն իմ IMR-ին կամ գանգատին վերաբերվող տեղեկությունը:

Այս աջակցության իմ հավանությունը կամավոր է, և ես իրավունք ունեմ դադարեցնել այն: Եթե ես այն դադարեցնեմ, ես պետք է դա գրավոր անեմ:

Հիվանդի անուն (տպատառերով) _____

Հիվանդի ստորագրություն _____ Ամսաթիվ _____

ՄԱՍ Բ. ԼՐԱՑՎՈՒՄ Է ՀԻՎԱՆԴԻՆ ՕԳՆՈՂ ԱՆՁԻ ԿՈՂՄԻՑ

Օգնող անձի անուն (տպատառերով) _____

Օգնող անձի ստորագրություն _____

Հասցե _____

Քաղաք _____ Նահանգ _____ Փոստային կոդ _____

Հարաբերությունը հիվանդին _____

Առաջնային հեռախոսահամար _____

Երկրորդական հեռախոսահամար _____

Էլ. փոստի հասցե _____

Ներփակված է առողջապահական խնամքի մասին որոշումներ կայացնելու իմ լիազորագիրը կամ այլ իրավական փաստաթուղթ:

IMR Application/Complaint Form-ի հրահանգները

Եթե հարցեր ունեք, զանգահարեք Բաժանմունք՝ 1-888-466-2219 հեռախոսահամարով կամ TDD՝ 1-877-688-9891 հեռախոսահամարով: Այս զանգն անվճար է:

Նախքան դիմելը՝

Շատ դեպքերում դուք պետք է անցնեք ձեր առողջապահական ծրագրի գանգատի կամ բողոքի գործընթացը, նախքան կարող եք գանգատ ներկայացնել կամ IMR խնդրել Բաժանմունքից: Ձեր առողջապահական ծրագիրը պետք է ձեզ որոշում տա 30 օրվա ընթացքում կամ 3 օրվա ընթացքում, եթե ձեր խնդիրն անհապաղ է և լուրջ վտանգ է ներկայացնում ձեր առողջությանը:

Եթե ձեր առողջապահական ծրագիրը մերժել է ձեր բուժումը, քանի որ այն փորձառական/հետազոտական բնույթի է, ապա ձեզ հարկավոր չէ մասնակցել ձեր առողջապահական ծրագրի գանգատի կամ բողոքի գործընթացին, նախքան IMR դիմում ներկայացնելը:

Դուք պետք է դիմեք IMR-ի համար ձեր բողոքարկման վերաբերյալ ձեր առողջապահական ծրագրի գրավոր պատասխանը ստանալուց հետո վեց ամսվա ընթացքում: Դուք թերևս կարող եք ներկայացնել ձեր դիմումը վեց ամսից հետո, եթե կան հատուկ հանգամանքներ, որոնց պատճառով հնարավոր չէր ժամանակին դիմում ներկայացնել: Խնդրում ենք հաշվի առնել, որ եթե որոշեք գանգատ չներկայացնել Բաժանմունք IMR-ի համար որակավորվող խնդրի համար, ապա, հնարավոր է, հրաժարվում եք ձեր իրավունքներից իրավական գործողություններ հետապնդել ձեր ծրագրի նկատմամբ ձեր խնդրած ծառայության կամ բուժման վերաբերյալ:

Ինչպես դիմել՝

1. Առցանց ներկայացրեք՝ www.HealthHelp.ca.gov հասցեով: [Սա ամենաարագ տարբերակն է:]
ԿԱՍ

Լրացրեք և ստորագրեք IMR Application/Complaint Form-ը (IMR դիմում/Գանգատի ձևաթուղթ):

2. Եթե ցանկանում եք, որ որևէ մեկն օգնի ձեզ ձեր IMR կամ գանգատի հետ կապված, լրացրեք «Լիազորված օգնականի ձևաթուղթը»: **Ե՛վ դուք, և՛ ձեր լիազորված օգնականը պետք է ստորագրեք ձևաթուղթը:**
3. Եթե բժշկական արձանագրություններ ունեք *ցանցից դուրս մատակարարներից*, խնդրում ենք կցել դրանք ձեր IMR Application/Complaint Form-ին: Ձեր ծրագիրը կտրամադրի ցանցի մատակարարներից ստացված բժշկական արձանագրությունները:
4. Դուք կարող եք ներառել այլ փաստաթղթեր, որոնք սատարում են ձեր խնդրանքը: Այնուամենայնիվ, հարկավոր չէ որևէ փաստաթղթեր կամ ձեր և ձեր ծրագրի միջև նամակագրություն ներկայացնել, որը վերաբերում է այս գանգատին: Բաժանմունքը կստանա այս տեղեկատվությունը ձեր ծրագրից՝ որպես իր հետաքննության մի մաս:
5. Եթե առցանց չեք ներկայացնում, խնդրում ենք փոստով կամ ֆաքսով ուղարկել ձեր ձևաթուղթը և որևէ սատարող փաստաթղթեր այստեղ՝

Department of Managed Health Care Help Center
980 9th Street, Suite 500
Sacramento, CA 95814-2725
ՖԱՔՍ՝ 916-255-5241

IMR Application/Complaint Form-ի հրահանգները

Ի՞նչ է տեղի ունենում դրանից հետո:

Բաժանմունքը կորոշի, եթե ձեր գործը որակավորվում է որպես IMR, թե գանգատ: Գործերը որակավորվում են IMR-ի համար, եթե առողջապահական խնամքի ծառայությունները հետաձգվել, փոխվել կամ մերժվել են՝ հիմնվելով բժշկական անհրաժեշտության կամ փորձառական/հետազոտական բնույթի վրա:

IMR-ի համար չորակավորվող գործերը մշակվում են սպառողի գանգատի գործընթացի միջոցով: Այս գործերը ներառում են այնպիսի խնդիրներ, ինչպիսիք են՝ առողջապահական խնամքի ծառայության մերժում՝ որպես չապահովագրված նպաստ, հայցի վճարման վեճեր, ապահովագրման չեղարկում, խնամքի որակ և չհատուցվող գումար/գրպանից վճարվող ծախսեր: Բաժանմունքը ձեզ նամակ կուղարկի յոթ օրվա ընթացքում՝ տեղեկացնելով ձեզ, եթե որակավորվում էք IMR-ի համար: Եթե Բաժանմունքը որոշում է, որ ձեր գանգատը որակավորվում է IMR-ի համար, ձեր գործը կցվելու է նահանգային պայմանագրային աշխատողին, որը կանցկացնի վերանայումը: Նահանգային պայմանագրային աշխատողը հայտնի է նաև որպես Անկախ բժշկական վերանայման կազմակերպություն (Independent Medical Review Organization) (I): Ձեր գանգատին վերաբերվող Օգնության կենտրոնի ունեցած բոլոր տեղեկությունները, ներառյալ՝ ձեր բժշկական արձանագրությունները, կուղարկվեն Վերանայման կազմակերպություն: Վերանայման կազմակերպությունը սովորաբար որոշում է կայացնում 45 օրվա ընթացքում կամ յոթ օրվա ընթացքում, եթե ձեր գործը հրատապ է: Բաժանմունքը ձեզ նամակ կուղարկի որոշման մասին:

Եթե Բաժանմունքը որոշում է, որ ձեր գանգատը պետք է վերանայվի Սպառողի գանգատի (Consumer Complaint) գործընթացի միջոցով, ապա ձեր գործի վերաբերյալ որոշում կկայացվի 30 օրվա ընթացքում: Բաժանմունքը ձեզ նամակ կուղարկի որոշման մասին: 1977թ. Տեղեկատվական գործելակերպերի մասին օրենքը (Կալիֆորնիայի Քաղաքացիական օրենսգրքի մաս 1798.17) պահանջում է հետևյալ ծանուցագիրը:

- Կալիֆորնիայի Knox-Keene օրենքը թույլ է տալիս Բաժանմունքին կանոնակարգել առողջապահական ծրագրերը և հետաքննել առողջապահական ծրագրերի անդամների գանգատները:
- Բաժանմունքի Օգնության կենտրոնն օգտագործում է ձեր անձնական տվյալները, որպեսզի հետաքննի ձեր խնդիրը ձեր ծրագրի հետ և IMR տրամադրի, եթե դուք որակավորվում եք:
- Դուք Բաժանմունքին կամավոր եք ներկայացնում այս տեղեկությունը: Դուք պարտավոր չեք տրամադրել այս տեղեկությունը: Այնուամենայնիվ, եթե չանեք դա, ապա հնարավոր է, որ Բաժանմունքը չկարողանա հետաքննել ձեր գանգատը կամ IMR տրամադրել:
- Բաժանմունքը կարող է կիսել ձեր անձնական տվյալները, ինչպես հարկավոր է, ծրագրի, մատակարարների և IMR անցկացնող Վերանայման կազմակերպության հետ:
- Բաժանմունքը նաև կարող է կիսել ձեր տվյալներն այլ պետական գործակալությունների հետ՝ ինչպես պահանջում կամ թույլատրվում է օրենքով:
- Դուք իրավունք ունեք տեսնել ձեր անձնական տվյալները: Սա անելու համար դիմեք Բաժանմունքի Արձանագրությունների խնդրանքի համակարգողին՝ Department of Managed Health Care, Office of Legal Services, 980 9th Street Suite 500, Sacramento CA 95814-2725 հասցեով, կամ գանգահարեք 916-322-6727 հեռախոսահամարով: