State of California
Health and Human Services Agency
Department of Managed Health Care
IMR APPLICATION/COMPLAINT FORM – FARSI
DMHC 20-224 New: 04/06 Rev: 09/25

فرم درخواست بررسی مستقل پزشکی (INDEPENDENT MEDICAL REVIEW - IMR)/شکایت

اطلاعات مهم

شما می توانید فرم درخواستIMR /شکایت خود را بصورت آنلاین در این آدرس ارسال کنید: www.DMHC.ca.gov

- **رایگان:** روال IMR/شکایت رایگان می باشد.
- **سریع:** تصمیم گیری در مورد IMR ها معمولاً ظرف مدت 45 روز انجام می شود، و یا اگر مسئله بهداشتی دارای فوریت باشد، ظرف مدت 7 روز در مورد آن تصمیم گیری خواهد شد.
- **موفقیت آمیز:** حدود **73** درصد بیماران خدمات درخواست شده را از طریق IMR دریافت می کنند.
- **نهائی:** برنامه های مراقبت های بهداشتی و درمانی باید تصمیم IMR را به مورد اجراء درآورده و خدمات را فورا اً رائه نمایند.

اطلاعات بیمار

نام _____ حرف اول نام میانی ___ نام خانوادگی _____

تاریخ تولد بیمار (سال/روز/ماه)_____

جنسیت: ☐ مذکر ☐ مؤنث ☐ ک چیز دیگر_____

نام ولی یا قیم، در صورتی که فرم را برای یک کودک صغیر (زیر سن قانونی) تسلیم می کنید_____

آدرس خیابان_____

شهر _____ ایالت _____ کدپستی_____

شماره تلفن _____ آدرس ایمیل_____

آیا مایل هستید نامه ها/مکاتبات به این آدرس ایمیل فرستاده شود؟ ☐ بله ☐ خیر (در صورتی که پاسختان مثبت است، هنگام دریافت ایمیل از طرف ما باید جهت برقراری ارتباط ایمن از طریق ایمیل، یک کلمه رمز ایجاد کنید.)

نام برنامه مراقبت های بهداشتی و درمانی _____ شماره عضویت بیمار_____

نام گروه (اگر عضو یک گروه پزشکی هستید)_____

کارفرما_____

آیا می خواهید کسی در خصوص شکایت به شما کمک کند؟ ☐ بله ☐ خیر

اگر پاسخ شما مثبت است، "فرم تعیین نماینده مجاز" را تکمیل کنید.

آیا Medi-Cal دارید؟ ☐ بله ☐ خیر

اگر پاسخ شما مثبت است، آیا برای رسیدگی عادلانه ایالتی درخواست تسلیم کرده اید؟ ☐ بله ☐ خیر

آیا Medicare یا Medicare Advantage دارید؟ ☐ بله ☐ خیر

آیا به برنامه مراقبت های بهداشتی و درمانی خود شکایت یا اعتراض تسلیم کرده اید؟ ☐ بله ☐ خیر

آیا خواستار پرداخت برای خدمات مراقبت های بهداشتی و درمانی هستید که قبلاً دریافت کرده اید؟ ☐ بله ☐ خیر

اگر پاسخ شما مثبت است، لطفاً تاریخ(های) دریافت خدمات و نام ارائه کننده را بنویسید:

_____

مشکل بهداشتی شما (در صورت نیاز از یک برگه جداگانه استفاده کرده و مدارک تکمیلی را ضمیمه کنید.)

آیا می خواهید که برنامه مراقبت های بهداشتی و درمانی شما هزینه خدمات آتی را پرداخت نماید؟ ☐ بله ☐ خیر

عارضه پزشکی یا تشخیص پزشک شما چیست؟ (لطفاً بصورت روشن و دقیق توضیح دهید)_____

خواستار چه درمان(ها)/خدمات پزشکی و/یا دارو(هائی) هستید؟ (لطفاً بصورت روشن و دقیق توضیح دهید)

آیا برنامه مراقبت های بهداشتی و درمانی شما، درمان را رد کرده، به تأخیر افکنده یا تغییر داده است؟: ☐ بله ☐ خیر
اگر پاسخ شما مثبت است، دلیل ارائه شده را از میان موارد زیر علامت بزنید: (لطفاً یک مورد را علامت بزنید)

☐ فاقد ضرورت پزشکی است ☐ دارای جنبه آزمایشی یا تحقیقاتی است ☐ مورد اضطراری/فوریتی نیست
☐ جزو مزایای تحت پوشش نیست ☐ غیره (لطفاً در قسمت زیر توضیح دهید)

نام و شماره تلفن پزشک ارائه کننده مراقبت های اصلی و سایر ارائه کنندگانی که شما را برای این عارضه ویزیت، درمان یا راهنمائی کرده اند ذکر نمائید.

آیا برای عارضه خود به هیچیک از ارائه کنندگان خارج از شبکه مراجعه کرده اید؟ ☐ بله ☐ خیر
اگر پاسخ شما مثبت است، لطفاً سوابق پزشکی را به این فرم ضمیمه نمائید.

لطفاً مشکل خود با برنامه مراقبت های بهداشتی و درمانی را به اختصار شرح دهید. بعنوان مثال، توضیح دهید که آیا مشکل رد درمان، صورتحساب پرداخت نشده، گرفتن وقت ملاقات یا دریافت داروها بوده و یا مثلاً پوشش شما توسط برنامه مراقبت های بهداشتی و درمانی لغو شده است.

ارائه اطلاعات پزشکی

من از سازمان مراقبت های بهداشتی هماهنگ (Department of Managed Health Care) (سازمان) درخواست می کنم که در مورد مشکل من با برنامه مراقبت های بهداشتی و درمانی تصمیم گیری نماید. من از سازمان درخواست می کنم که فرم درخواست بررسی مستقل پزشکی (IMR)/شکایت من را بررسی کرده و نظر خود را در مورد واجد شرایط بودن شکایت من برای IMR یا روال شکایات سازمان اعلام نماید. من به ارائه کنندگانم، چه در گذشته و چه در حال حاضر و برنامه مراقبت های بهداشتی و درمانی ام اجازه می دهم تا سوابق و اطلاعات پزشکی من را برای بررسی این موضوع در اختیار قرار دهند. این سوابق ممکن است شامل مدارک پزشکی، اطلاعات بهداشت و سلامت روانی، سومصرف موارد، HIV، گزارشات تصویربرداری های تشخیصی و سایر مدارک مربوط به پرونده من باشند. این سوابق ممکن است شامل مدارک غیرپزشکی و سایر اطلاعات مربوط به پرونده من نیز باشند. من به سازمان اجازه می دهم تا این سوابق و اطلاعات را بررسی کرده و آنها را برای برنامه مراقبت های بهداشتی و درمانی من ارسال نمایند. مدت اعتبار اجازه من یک سال از تاریخ زیر می باشد، بغیر از مواردی که طبق قانون مجاز دانسته می شود. برای مثال، قانون به سازمان اجازه می دهد که به استفاده از اطلاعات من در داخل سازمان ادامه دهد. می توانم در صورت تمایل زودتر به اجازه خود خاتمه دهم. تمام اطلاعاتی که در این برگه ارائه نموده ام صحیح می باشند.

نام بیمار یا ولی (لطفاً با حروف درشت و واضح بنویسید) _____

امضای بیمار یا ولی _____ تاریخ_____

برای آگاهی از آدرس پستی یا شماره فاکس، به برگه دستورالعمل مراجعه کنید.

اطلاعات آماری

از شما درخواست می گردد که اطلاعات زیر را بصورت داوطلبانه ارائه کنید. شما با ارائه این اطلاعات به سازمان در شناسائی هرگونه الگوی احتمالی در مشکلات کمک خواهید کرد. سازمان بر اساس بخش 1374.30 از مجموعه مقررات بهداشت و ایمنی (Health and Safety Code) اجازه دارد این اطلاعات را برای مقاصد تحقیقاتی و آماری جمع آوری نماید.

ارائه این اطلاعات جنبه اختیاری داشته و به هیچ ترتیبی بر تصمیم IMR یا شکایت تأثیر نخواهد گذاشت.

زبان اصلی:_____

آیا مایل هستید نامه ها/مکاتبات به زبان اصلی شما باشند؟ بله ☐

نژاد/قومیت:_____

State of California
Health and Human Services Agency
Department of Managed Health Care
AUTHORIZED ASSISTANT FORM – FARSI
DMHC 20-160 New: 04/06 Rev: 01/20

فرم تعیین نماینده مجاز

- اگر می خواهید به فردی اجازه دهید که در بررسی مستقل پزشکی (IMR) یا شکایت به شما کمک کند، بخش های A و B در زیر را پر کنید.
- اگر یک ولی یا قیم قانونی هستید که این فرم IMR/شکایت را برای کودکی زیر سن 18 تسلیم می کنید، لزومی ندارد که این فرم را پر کنید.
- اگر این IMR/شکایت را برای بیماری تکمیل می کنید که به دلیل نداشتن صلاحیت یا توانائی قادر به تکمیل آن نیست، و شما از اختیار قانونی لازم برای اقدام از طرف وی برخوردار هستید، لطفاً فقط بخش B را تکمیل کنید ضمناً لطفاً یک کپی از وکالت نامه تصمیمات مراقبت های بهداشتی و درمانی یا هرگونه مدرک دیگری را که اظهار می دارد می توانید برای بیمار تصمیم گیری کنید نیز ارسال نمائید.

بخش A: توسط بیمار تکمیل می گردد

من به فردی که در بخش B زیر نام برده شده اجازه می دهم که در مورد IMR یا شکایتی که به سازمان مراقبت های بهداشتی هماهنگ (سازمان) تسلیم می شود به من کمک کند. من به سازمان و کارکنان IMR اجازه می دهم تا اطلاعات مربوط به عارضه(های) پزشکی و مراقبت های من را با فردی که در زیر نام برده شده است، در میان بگذارند. این اطلاعات ممکن است شامل اطلاعات مربوط به درمان های بهداشت و سلامت روانی، درمان یا آزمایشات HIV، درمان اعتیاد به الکل یا مواد یا سایر اطلاعات مراقبت بهداشتی و درمانی باشد.

من می دانم که فقط اطلاعات مربوط به IMR یا شکایت در میان گذاشته خواهد شد.

تأیید و موافقت من در مورد این کمک ها داوطلبانه بوده و حق دارم به آن خاتمه دهم. اگر بخواهم به آن خاتمه دهم، بایستی اینکار را کتباً انجام دهم.

نام بیمار (لطفاً با حروف درشت و واضح بنویسید)_____

امضای بیمار _____ تاریخ_____

بخش B: توسط شخصی تکمیل می گردد که به بیمار کمک می کند

نام شخص کمک کننده (لطفاً با حروف درشت و واضح بنویسید)_____

آدرس_____

شهر _____ ایالت _____ کدپستی_____

نسبت با بیمار_____

شماره تلفن اصلی_____

شماره تلفن دوم_____

آدرس ایمیل_____

☐ وکالت نامه من برای تصمیمات مراقبت های بهداشتی و درمانی یا سایر مدارک قانونی ضمیمه شده است.

برگه دستورالعمل فرم درخواست IMR/شکایت

اگر سؤالی دارید با سازمان به شماره 1-888-466-2219 یا TDD به شماره 1-877-688-9891 تماس بگیرید. این تماس رایگان می باشد.

پیش از تسلیم

در بیشتر موارد، باید ابتدا روال شکایت یا اعتراض برنامه مراقبت های بهداشتی و درمانی خود را طی کنید تا بعد بتوانید به سازمان درخواست IMR داده یا شکایت کنید. برنامه مراقبت های بهداشتی و درمانی شما باید ظرف مدت 30 روز و یا اگر مشکل شما فوریتی است و خطری سلامتی شما را تهدید می کنید، ظرف 3 روز تصمیم خود را به شما اعلام نماید.

اگر برنامه مراقبت های بهداشتی و درمانی به دلیل تحقیقاتی/آزمایشی بودن درمان با آن مخالفت کرده است، برای تسلیم درخواست IMR نیازی نیست که ابتدا روال شکایت یا اعتراض برنامه مراقبت های بهداشتی و درمانی خود را طی کنید.

برای درخواست IMR بایستی ظرف مدت شش ماه از تاریخی اقدام کنید که برنامه مراقبت های بهداشتی و درمانی شما یک پاسخ کتبی در مورد تجدیدنظرخواهی شما ارسال می دارد. اگر بخاطر وجود شرایط خاصی نتوانسته اید به موقع درخواست خود را تسلیم کنید، می توانید درخواست را بعد از گذشت شش ماه نیز تسلیم نمائید. لطفاً توجه داشته باشید که اگر تصمیم بگیرید برای مسئله ای که واجد شرایط IMR است به سازمان شکایت نکنید، امکان دارد حق خود برای پیگیری و اقدام قانونی علیه برنامه مراقبت های بهداشتی و درمانی در خصوص خدمات یا درمان درخواست شده را از دست بدهید.

نحوه تسلیم درخواست:

1. درخواست خود را بصورت آنلاین در www.DMHC.ca.gov تسلیم نمائید. [این سریع ترین راه است.]
   یا
   فرم درخواست IMR/شکایت را تکمیل و امضاء کنید.
2. اگر می خواهید در خصوص IMR یا شکایت خود از یک نفر کمک بگیرید، لطفاً "فرم تعیین نماینده مجاز" را تکمیل کنید. **هم شما و هم نماینده مجاز شما باید فرم را امضاء کنید.**
3. اگر سوابق پزشکی از ***ارائه کنندگان خارج از شبکه*** دارید، لطفاً آنها را به همراه فرم درخواست IMR/شکایت ارائه نمائید. برنامه مراقبت های بهداشتی و درمانی شما سوابق پزشکی مربوط به ارائه کنندگان عضو شبکه را ارائه خواهد کرد.
4. می توانید هر مدرک دیگری را برای پشتیبانی از درخواست خود ضمیمه کنید. البته توجه داشته باشید که لازم نیست هیچ مدرک یا نامه ای که میان شما و برنامه مراقبت های بهداشتی و درمانی در خصوص این شکایت رد و بدل شده است را ارائه کنید. سازمان بعنوان بخشی از روال تحقیقات خود، این اطلاعات را مستقیماً از مراقبت های بهداشتی و درمانی دریافت خواهد کرد.
5. اگر درخواست خود را بصورت آنلاین تسلیم نمی کنید، لطفاً فرم خود را به همراه تمام مدارک پشتیبان به این آدرس پست کرده یا فکس نمائید:

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

بعد از این چه می شود؟

سازمان در مورد واجد شرایط بودن پرونده شما جهت IMR یا شکایت تصمیم گیری می کند. پرونده هائی واجد شرایط IMR تشخیص داده خواهند شد که خدمات بهداشتی و درمانی در آنها به دلیل یک ضرورت پزشکی یا به دلیل تحقیقاتی/آزمایشی بودن به تأخیر افتاده، تغییر یافته یا رد شده باشد.

به پرونده هائی که واجد شرایط IMR تشخیص داده نمی شوند، از طریق روال شکایات خدمات گیرندگان رسیدگی خواهد شد. این شامل موارد رد شدن خدمات بهداشتی و درمانی به دلیل فقدان پوشش مزایا، اختلاف در مورد مطالبه پرداخت ها، لغو پوشش، کیفیت مراقبت ها و کسورات/مخارج نقدی می باشد.
سازمان ظرف مدت هفت روز نامه ای را برای شما ارسال می کند و در آن به آگاهی شما می رساند برای IMR واجد شرایط هستید یا خیر.
اگر سازمان به این نتیجه برسد که شکایت شما واجد شرایط IMR است، پرونده شما جهت بررسی به یک پیمانکار ایالتی محول خواهد شد.
پیمانکار ایالتی با عنوان سازمان بررسی مستقل پزشکی () نیز خوانده می شود.

تمام اطلاعاتی که مرکز کمک و راهنمائی در ارتباط با شکایت شما در اختیار دارد، شامل سوابق پزشکی شما برای سازمان بررسی ارسال خواهد شد. سازمان بررسی معمولاً ظرف مدت 45 روز، و اگر مورد شما فوریتی باشد ظرف مدت هفت روز تصمیم گیری خواهد کرد. سازمان تصمیم خود را طی یک نامه به اطلاع شما خواهد رساند.

اگر سازمان تصمیم بگیرد که شکایت شما باید با استفاده از روال شکایات خدمات گیرندگان مورد بررسی قرار گیرد، ظرف مدت 30 روز درباره مسئله شما تصمیم گیری خواهد شد. سازمان تصمیم خود را طی یک نامه برای شما ارسال می کند.
ارائه اعلان زیر بر اساس قانون رویه های اطلاعات (Information Practices Act) مصوب 1977 (بخش 1798.17 از مجموعه مقررات مدنی کالیفرنیا - California Civil Code) الزامی می باشد.

- سازمان بر اساس قانون Knox-Keene کالیفرنیا اجازه دارد بر کار برنامه مراقبت های بهداشتی و درمانی نظارت کرده و در مورد شکایات اعضای برنامه های مراقبت های بهداشتی و درمانی تحقیق و بررسی نماید.
- مرکز کمک و راهنمائی سازمان برای تحقیق در مورد مشکلی که با برنامه مراقبت های بهداشتی و درمانی دارید و ارائه IMR در صورتیکه واجد شرایط آن باشید، از اطلاعات شخصی شما استفاده خواهد کرد.
- شما این اطلاعات را بصورت داوطلبانه به سازمان ارائه می کنید. شما مجبور نیستید حتماً این اطلاعات را ارائه کنید. ولی در صورتیکه این اطلاعات را در اختیار قرار ندهید، IMR شاید قادر به تحقیق در مورد شکایت شما یا ارائه IMR نباشد.
- سازمان می تواند اطلاعات شخصی شما را طبق نیاز در اختیار برنامه مراقبت های بهداشتی و درمانی، ارائه کنندگان و سازمان بررسی مجری IMR قرار دهد.
- سازمان همچنین ممکن است اطلاعات شما را در صورت نیاز و یا بر حسب مجوزهای قانونی در اختیار سایر سازمان های دولتی قرار دهد.
- شما حق دارید اطلاعات شخصی تان را ملاحظه کنید. مسئول هماهنگی درخواست های سوابق سازمان در آدرس Department of Managed Health Care, Office of Legal Services, 980 9th Street Suite 500, Sacramento CA 95814-2725 تماس گرفته یا به شماره 916-322-6727 تلفن کنید.