State of California - Health and Human Services Agency
Department of Managed Health Care
IMR APPLICATION/COMPLAINT FORM - LAO
DMHC 20-224 New: 11/15 Rev: 09/25

ຄຳຮ້ອງກວດສອບທາງການແພດແບບເອກະລາດ (IMR)/ແບບຟອມຮ້ອງທຸກ

ຂໍ້ມູນທີ່ສຳຄັນ

ທ່ານສາມາດສົ່ງຄຳຮ້ອງ (Independent Medical Review, IMR)/ ແບບຟອມຮ້ອງທຸກຂອງທ່ານທາງອອນໄລນ໌ໄດ້ທີ່: www.DMHC.ca.gov

- **ບໍ່ເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ:** ຂະບວນການ IMR/ຮ້ອງທຸກແມ່ນ ບໍ່ເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ.
- **ວ່ອງໄວ:** ຈະມີການຕັດສິນວ່ອງ IMR ພາຍໃນ 45 ມື້ຫຼືພາຍໃນ 7 ມື້ຖ້າບັນຫາທາງສຸຂະພາບແມ່ນມີຄວາມຮີບດ່ວນ.
- **ອຳ ເລັ່ງ :** ປະມານ **73** ເປີເຊັນຂອງຄົນເຈັບຈະໄດ້ຮັບການ ບໍລິການທີ່ຮ້ອງຂໍຜ່ານ IMR.
- **ສຸດທ້າຍ:** ແຜນການທາງສຸຂະພາບຕ້ອງປະຕິບັດຕາມ ຄຳຕັດສິນຂອງ IMR ແລະ ຕ້ອງໃຫ້ບໍລິການທັນທີ.

ຂໍ້ມູນຄົນເຈັບ

ຊື່ _____ ຊື່ກາງ _____ນາມສະກຸນ_____

ອັນເດືອນປີເກີດຂອງຄົນເຈັບ (ດດ/ອອ/ປປປປ) _____

ເພດ: □ຊາຍ □ຍິງ □ ອື່ນໆອີກ_____

ຊື່ ແລະ ນາມສະກຸນຂອງພໍ່ແມ່ ຫຼື ຜູ້ປົກຄອງ ຖ້າເປັນການຍື່ນຄຳຮ້ອງໃຫ້ເດັກນ້ອຍ _____

ທີ່ຢູ່ຖະໜົນ _____

ເມືອງ _____ ລັດ _____ ລະຫັດໄປສະນີ _____

ໂທລະສັບ # _____ທີ່ຢູ່ອີເມວ _____

ທ່ານຕ້ອງການໃຫ້ສົ່ງໜັງສື/ຈົດໝາຍໄປທີ່ອີເມວນີ້ບໍ? □ ຕ້ອງການ □ ບໍ່ຕ້ອງການ

ຊື່ແຜນການສຸຂະພາບ _____ ການເປັນສະມາຊິກຂອງຄົນເຈັບ # _____

ຊື່ກຸ່ມການແພດ (ຖ້າໄດ້ລົງທະບຽນໃນກຸ່ມການແພດ) _____

ນາຍຈ້າງ _____

ທ່ານຕ້ອງການໃຫ້ຜູ້ໃດຜູ້ໜຶ່ງຊ່ວຍທ່ານກັບການຮ້ອງທຸກຂອງທ່ານບໍ? □ ຕ້ອງການ □ ບໍ່ຕ້ອງການ

ຖ້າຕ້ອງການ, ກະລຸນາຕື່ມ 'ແບບຟອມຜູ້ຊ່ວຍທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດ' (Authorized Assistant Form) ທີ່ຄັດຕິດມາພ້ອມ.

ທ່ານມີແຜ ນການສຸຂະພາບ Medi-Cal ບໍ? □ ມີ □ ບໍ່ມີ

ຖ້າມີ, ທ່ານໄດ້ຍື່ນຄຳຮ້ອງຂໍການພິຈາລະນາແບບຍຸຕິທຳຂອງລັດແລ້ວບໍ? □ ໄດ້ □ ບໍ່ໄດ້

ທ່ານມີແຜນການສຸຂະພາບ Medicare ຫຼື Medicare Advantage ບໍ? □ ມີ □ ບໍ່ມີ

ທ່ານໄດ້ຍື່ນຄຳຮ້ອງທຸກ ຫຼື ຮ້ອງຮຽນກັບແຜນການສຸຂພາບຂອງທ່ານແລ້ວບໍ? □ ໄດ້ □ ບໍ່ໄດ້

ທ່ານຕ້ອງການໃຫ້ມີການຈ່າຍເງິນສຳລັບການບໍລິການດູແລສຸຂະພາບທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບແລ້ວບໍ? □ ຕ້ອງການ □ ບໍ່ຕ້ອງການ

ຖ້າຕ້ອງການ, ໃຫ້ບອກວັນທີຂອງການບໍລິການ ແລະ ຊື່ຂອງຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ:

_____

ບັນຫາສຸຂະພາບຂອງທ່ານ

(ໃຊ້ເຈ້ຍແຍກຕ່າງຫາກ ແລະ ຄັດຕິດເອກະສານອື່ນໆ, ຖ້າຈຳເປັນ.)

ທ່ານຕ້ອງການໃຫ້ແຜນການສຸຂະພາບຂອງທ່ານຈ່າຍຄ່າບໍລິການໃນອະນາຄົດບໍ? □ ຕ້ອງການ □ ບໍ່ຕ້ອງການ

ສະພາບທາງການແພດຂອງທ່ານ ຫຼື ການບົ່ງມະຕິຂອງທ່ານໝໍເປັນແນວໃດ? (ກະລຸນາໃຫ້ລາຍລະອຽດ) _____

ການປິ່ນປົວທາງການແພດ/ການບໍລິການ ແລະ/ຫຼື ຢາທີ່ທ່ານກຳລັງຮ້ອງຂໍແມ່ນປະເພດໃດ? (ກະລຸນາໃຫ້ລາຍລະອຽດ)

ແຜນການສຸຂະພາບຂອງທ່ານໄດ້ປະຕິເສດ, ຫ່ວງດຶງ ຫຼື ແກ້ໄຂການປິ່ນປົວຂອງທ່ານບໍ? ☐ ໄດ້ ☐ ບໍ່ໄດ້

ຖ້າຕອບວ່າໄດ້, ກະລຸນາໝາຍໃສ່ເຫດຜົນທີ່ມີໃຫ້ເລືອກ: (ເລືອກໜຶ່ງເຫດຜົນ)

☐ ບໍ່ຈຳເປັນກັບທາງການແພດ ☐ ກ່ຽວກັບການທົດລອງ ຫຼື ການກວດສອບ ☐ ບໍ່ແມ່ນເຫດສຸກເສີນ/ສິ່ງຮີບດ່ວນ
☐ ບໍ່ແມ່ນຜົນປະໂຫຍດທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ ☐ ອື່ນໆ (ກະລຸນາອະທິບາຍລຸ່ມນີ້)

ບອກຊື່ ແລະ ເບີໂທລະສັບຂອງທ່ານໝໍຫຼັກຂອງທ່ານ ແລະ ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການອື່ນໆທີ່ໄດ້ໄປພົບ, ໄດ້ປິ່ນປົວ ຫຼື ໄດ້ແນະນຳທ່ານສຳລັບບັນຫາສຸຂະພາບນີ້.

ທ່ານເຄີຍໄປພົບຜູ້ໃຫ້ບໍລິການນອກເຄືອຂ່າຍສຳລັບບັນຫາສຸຂະພາບຂອງທ່ານບໍ? ☐ ເຄີຍ ☐ ບໍ່ເຄີຍ

ຖ້າເຄີຍ, ກະລຸນາໃສ່ບັນທຶກທາງການແພດໃສ່ແບບຟອມນີ້.

ອະທິບາຍຫຍໍ້ໆກ່ຽວກັບບັນຫາທີ່ທ່ານມີກັບແຜນການສຸຂະພາບຂອງທ່ານ. ຕົວຢ່າງ:
ອະທິບາຍຖ້າບັນຫາແມ່ນການປິ່ນປົວທີ່ຖືກປະຕິເສດ, ບັນທຶກໄດ້ຊ້ຳລະ, ມີບັນຫາໃນການນັດພົບ ຫຼື ການໃຊ້ຢາ ຫຼື ຖ້າແຜນການຄຸ້ມຄອງຂອງທ່ານຖືກຍົກເລີກໂດຍແຜນການສຸຂະພາບ.

ການເປີດເຜີຍທາງກ ານແພດ

ຂ້າພະເຈົ້າຂໍສະເໜີໃຫ້ ພະແນກຄຸ້ມຄອງການດູແລສຸຂະພາບ (ພະແນກ)
ເປັນຜູ້ຕັດສິນກ່ຽວກັບບັນຫາຂອງຂ້າພະເຈົ້າກັບແຜນການສຸຂະພາບຂອງຂ້າພະເຈົ້າ.
ຂ້າພະເຈົ້າຂໍສະເໜີໃຫ້ພະແນກກວດສອບຄຳຮ້ອງກວດສອບທາງການແພດແບບເອກະລາດ
(IMR)/ແບບຟອມຮ້ອງທຸກຂອງຂ້າພະເຈົ້າເພື່ອຕັດສິນວ່າການຮ້ອງທຸກຂອງຂ້າພະເຈົ້າມີເງື່ອນໄຂສຳລັບ IMR ຫຼື
ຂະບວນການຮ້ອງທຸກຂອງພະແນກ ຫຼື ບໍ່. ຂ້າພະເຈົ້າອະນຸຍາດຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງຂ້າພະເຈົ້າ ລວມທັງໃນອາດີດ ແລະ ປະຈຸບັນ ແລະ
ແຜນການຂອງຂ້າພະເຈົ້າໃນການເປີດເຜີຍບັນທຶກທາງການແພດ ແລະ ຂໍ້ມູນຂອງຂ້າພະເຈົ້າເພື່ອກວດສອບບັນຫານີ້.
ບັນທຶກເຫຼົ່ານີ້ອາດຈະລວມເຖິງບັນທຶກທາງການແພດ, ສຸຂະພາບຈິດ, ການໃຊ້ສານເສບຕິດ, ເຊື້ອ HIV, ບົດລາຍງານພາບບົ່ງມະຕິ ແລະ
ບັນທຶກອື່ນໆທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບກໍລະນີຂອງຂ້າພະເຈົ້າ. ບັນທຶກເຫຼົ່ານີ້ອາດຈະປະກອບມີບັນທຶກທີ່ບໍ່ແມ່ນທາງການແພດ ແລະ
ຂໍ້ມູນອື່ນໆທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບກໍລະນີຂອງຂ້າພະເຈົ້າ. ຂ້າພະເຈົ້າອະນຸຍາດໃຫ້ພະແນກກວດສອບບັນທຶກ ແລະ ຂໍ້ມູນເຫຼົ່ານີ້ ແລະ
ສົ່ງໄປຫາແຜນການຂອງຂ້າພະເຈົ້າ. ການອະນຸຍາດຂອງຂ້າພະເຈົ້າຈະສິ້ນສຸດລົງໃນໜຶ່ງປີ ນັບແຕ່ວັນທີຂ້າງລຸ່ມນີ້,
ເວັ້ນແຕ່ວ່າຈະໄດ້ຮັບອະນຸຍາດໂດຍກົດໝາຍ. ຕົວຢ່າງ: ກົດໝາຍອະນຸຍາດໃຫ້ພະແນກສືບຕໍ່ນຳໃຊ້ຂໍ້ມູນຂອງຂ້າພະເຈົ້າສຳລັບພາຍໃນ.
ຂ້າພະເຈົ້າສາມາດສິ້ນສຸດການອະນຸຍາດຂອງຂ້າພະເຈົ້າໂດຍການນີ້ຖ້າຂ້າພະເຈົ້າຕ້ອງການ.
ຂໍ້ມູນທັງໝົດທີ່ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ສະໜອງໃຫ້ຢູ່ໃນເອກະສານໃບນີ້ລ້ວນແຕ່ແມ່ນເປັນຄວາມຈິງ.

ຊື່ຄົນເຈັບ ຫຼື ພໍ່/ແມ່ (ໃຕ້ອັກສອນພິມໃຫຍ່) _____

ລາຍເຊັນຄົນເຈັບ ຫຼື ພໍ່/ແມ່ _____ ວັນທີ _____

ກະລຸນາເບິ່ງໃບແນະນຳສຳລັບຂໍ້ມູນທາງໄປສະນີ ຫຼື ແຟັກ.

ຂໍ້ມູນທາງສະຖິຕິເທົ່ານັ້ນ

ທ່ານຖືກຂໍໃຫ້ສະໜັກໃຈໃນການສະໜອງຂໍ້ມູນຕໍ່ໄປນີ້. ການໃຫ້ຂໍ້ມູນນີ້ຈະຊ່ວຍໃຫ້ພະແນກກຳນົດຮູບແບບຂອງບັນຫາຕ່າງໆໄດ້.
ກົດໝາຍວ່າດ້ວຍສຸຂະພາບ ແລະ ຄວາມປອດໄພ, ໝວດ 1374.30 ອະນຸຍາດໃຫ້ພະແນກຮັບເອົາຂໍ້ມູນນີ້ເພື່ອຈຸດປະສົງທາງດ້ານສະຖິຕິ
ແລະ ການຄົ້ນຄວ້າ. ການໃຫ້ຂໍ້ມູນນີ້ແມ່ນຕາມຄວາມສະໜັກໃຈ ແລະ ຈະບໍ່ສົ່ງຜົນກະທົບຕໍ່ IMR ຫຼື ການຕັດສິນຕໍ່ການຮ້ອງທຸກ.

ພາສາຫຼັກທີ່ໃຊ້ໃນການເວົ້າສື່ສານ: _____

ທ່ານຕ້ອງການໃຫ້ພວກເຮົາຕິດຕໍ່ສື່ສານ/ພົວພັນກັບທ່ານໃນພາສາຫຼັກຂອງທ່ານບໍ? ☐ ຕ້ອງການ

ເຊື້ອຊາດ/ຊົນເຜົ່າ: _____

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

ແບບຟອມຜູ້ຊ່ວຍທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດ

- ຖ້າທ່ານຕ້ອງການມອບອະນຸຍາດໃຫ້ຄົນອື່ນເພື່ອຊ່ວຍເຫຼືອທ່ານກັບ IMR ຫຼື ການຮ້ອງທຸກຂອງທ່ານ, ໃຫ້ຕື່ມຂໍ້ມູນໃສ່ພາກ A ແລະ B ຂ້າງລຸ່ມນີ້.
- ຖ້າທ່ານເປັນພໍ່/ແມ່ ຫຼື ຜູ້ປົກຄອງຕາມກົດໝາຍ ທີ່ເປັນຄົນຍື່ນແບບຟອມ IMR ຫຼື ຄຳຮ້ອງທຸກນີ້ໃຫ້ເດັກທີ່ມີອາຍຸຕ່ຳກວ່າ 18 ປີ, ທ່ານບໍ່ຈຳເປັນຕ້ອງຕື່ມແບບຟອມນີ້.
- ຖ້າທ່ານກຳລັງຍື່ນ IMR ຫຼື ຄຳຮ້ອງທຸກໃຫ້ຄົນເຈັບທີ່ບໍ່ສາມາດປະກອບແບບຟອມນີ້ເພາະວ່າລາວບໍ່ມີຄວາມສາມາດ ຫຼື ຂາດຄວາມສາມາດ ແລະ ທ່ານມີສິດອຳນາດຕາມກົດໝາຍໃນການດຳເນີນການເພື່ອຄົນເຈັບດັ່ງກ່າວນີ້, ກະລຸນາຕື່ມຂໍ້ມູນໃສ່ພາກ B ເທົ່ານັ້ນ. ນອກຈາກນັ້ນ, ໃຫ້ຄັດຕິດສຳເນົາໜັງສືມອບສິດສຳລັບການຕັດສິນການດູແລສຸຂະພາບ ຫຼື ເອກະສານອື່ນໆທີ່ລະບຸວ່າທ່ານສາມາດຕັດສິນໃຈແທນຄົນເຈັບໄດ້.

ພາກ A: ຕື່ມໂດຍຄົນເຈັບ

ຂ້າພະເຈົ້າອະນຸຍາດໃຫ້ບຸກຄົນທີ່ມີຊື່ຂ້າງລຸ່ມນີ້ຢູ່ໃນພາກ B ຊ່ວຍເຫຼືອຂ້າພະເຈົ້າກັບ IMR ຫຼື ຄຳຮ້ອງທຸກຂອງຂ້າພະເຈົ້າ ທີ່ຍື່ນກັບພະແນກຄຸ້ມຄອງການດູແລສຸຂະພາບ (ພະແນກ). ຂ້າພະເຈົ້າອະນຸຍາດໃຫ້ພະແນກ ແລະ ພະນັກງານ IMR ແບ່ງປັນຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບສະພາບທາງການແພດ ແລະ ການດູແລຂອງຂ້າພະເຈົ້າ ກັບບຸກຄົນທີ່ມີຊື່ຂ້າງລຸ່ມນີ້. ຂໍ້ມູນນີ້ອາດຈະລວມເຖິງການປິ່ນປົວສຸຂະພາບຈິດ, ການປິ່ນປົວ ຫຼື ການກວດຫາເຊື້ອ HIV, ການບຳບາດເຫຼົ້າ ຫຼື ຢາເສບຕິດ ຫຼື ຂໍ້ມູນການດູແລສຸຂະພາບອື່ນໆ.

ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າມີພຽງແຕ່ຂໍ້ມູນທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບ IMR ຫຼື ຄຳຮ້ອງທຸກຂອງຂ້າພະເຈົ້າເທົ່ານັ້ນທີ່ຈະຖືກແບ່ງປັນ.

ການອະນຸມັດຂອງຂ້າພະເຈົ້າຕໍ່ການຊ່ວຍເຫຼືອຄັ້ງນີ້ແມ່ນຕາມຄວາມສະໝັກໃຈ ແລະ ຂ້າພະເຈົ້າມີສິດທີ່ຈະສິ້ນສຸດມັນໄດ້. ຖ້າຂ້າພະເຈົ້າຕ້ອງການສິ້ນສຸດມັນ, ຂ້າພະເຈົ້າຈຳເປັນຕ້ອງເຮັດເປັນລາຍລັກອັກສອນ.

ຊື່ຄົນເຈັບ (ໂຕອັກສອນພິມໃຫຍ່)_____

ລາຍເຊັນຄົນເຈັບ _____ ວັນທີ _____

ພາກ B: ຕື່ມໂດຍຜູ້ຊ່ວຍເຫຼືອຄົນເຈັບ

ຊື່ຜູ້ຊ່ວຍເຫຼືອຄົນເຈັບ (ໂອອັກສອນພິມໃຫຍ່)_____

ທີ່ຢູ່_____

ເມືອງ_____ ລັດ_____ ລະຫັດໄປສະນີ _____

ສາຍສຳພັນກັບຄົນເຈັບ_____

ເບີໂທລະສັບຫຼັກ # _____ ເບີໂທລະສັບສຳຮອງ # _____

ທີ່ຢູ່ອີເມວ_____

☐ ໃບມອບສິດຂອງຂ້າພະເຈົ້າສຳລັບການຕັດສິນດ້ານການດູແລສຸຂະພາບ ຫຼື ເອກະສານທາງກົດໝາຍອື່ນໆແມ່ນໄດ້ຄັດຕິດມາພ້ອມ.

ຄຳຮ້ອງ IMR/ໃບແນະນຳກ່ຽວກັບແບບຟອມຮ້ອງທຸກ

ຖ້າທ່ານມີຄຳຖາມ, ໃຫ້ໂທຫາສູນຊ່ວຍເຫຼືອ (Help Center) ທີ່ເບີ 1-888-466-2219 ຫຼື TDD ທີ່ເບີ 1-877-688-9891. ການໂທນີ້ແມ່ນບໍ່ມີຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ.

ກ່ອນທີ່ທ່ານຈະຍື່ນ:

ໃນກໍລະນີສ່ວນໃຫຍ່, ທ່ານຕ້ອງຕື່ມແບບຟອມຄຳຮ້ອງທຸກ ຫຼື ຮ້ອງຮຽນຂອງແຜນການສຸຂະພາບຂອງທ່ານກ່ອນທີ່ທ່ານຈະຍື່ນຄຳຮ້ອງທຸກ ຫຼື IMR ໄປຫາທາງພະແນກ. ແຜນການຂອງທ່ານຈະຕ້ອງໃຫ້ຄຳຕັດສິນແກ່ທ່ານພາຍໃນ 30 ມື້ ຫຼື ພາຍໃນ 3 ມື້ ຖ້າບັນຫາຂອງທ່ານມີໄພໂດຍກົງ ແລະ ຮ້າຍແຮງຕໍ່ສຸຂະພາບຂອງທ່ານ.

ຖ້າແຜນການຂອງທ່ານໄດ້ປະຕິເສດການປິ່ນປົວຂອງທ່ານເພາະວ່າມັນເປັນການທົດລອງ/ການກວດສອບ, ທ່ານບໍ່ຈຳເປັນຕ້ອງມີສ່ວນຮ່ວມໃນຂະບວນການຮ້ອງທຸກ ຫຼື ຮ້ອງຮຽນຂອງແຜນການຂອງທ່ານກ່ອນທີ່ທ່ານຈະຍື່ນຄຳຮ້ອງ IMR.

ທ່ານຕ້ອງຍື່ນ IMR
ພາຍໃນຫົກເດືອນຫຼັງຈາກທີ່ແຜນການສຸຂະພາບຂອງທ່ານໄດ້ສົ່ງຄຳຕອບຢ່າງເປັນລາຍລັກອັກສອນເຖິງທ່ານກ່ຽວກັບການອຸທອນຂອງທ່ານ.
ພະແນກອາດຈະຍອມຮັບຄຳຮ້ອງຂອງທ່ານຫຼັງຈາກຫົກເດືອນຖ້າມີການກຳນົດວ່າສະຖານະການຕ່າງໆກີດກັ້ນການຍື່ນຄຳຮ້ອງຕາມເວລາ. ກະລຸນາຮັບຊາບວ່າຖ້າທ່ານຕັດສິນໃຈບໍ່ຍື່ນຄຳຮ້ອງທຸກກັບທາງພະແນກ ສຳລັບບັນຫາທີ່ຈະມີເງື່ອນໄຂສຳລັບ IMR, ທ່ານອາດຈະສະລະສິດຂອງທ່ານໃນການດຳເນີນການທາງກົດໝາຍຕໍ່ແຜນການຂອງທ່ານກ່ຽວກັບການບໍລິການ ຫຼື ການປິ່ນປົວທີ່ທ່ານກຳລັງຮ້ອງຂໍ.

ວິທີການຍື່ນຄຳຮ້ອງ:

1. ຍື່ນທາງອອນໄລນ໌ທີ www.DMHC.ca.gov. [ນີ້ແມ່ນວິທີທີ່ໄວທີ່ສຸດ.]
   ຫຼື
   ຕື່ມຂໍ້ມູນ ແລະ ວິງວາຍເຊັນໃສ່ຄຳຮ້ອງ IMR/ແບບຟອມຮ້ອງທຸກ.
2. ຖ້າທ່ານຕ້ອງການໃຫ້ຜູ້ໃດຜູ້ນຶ່ງຊ່ວຍທ່ານກັບ IMR ຫຼື ຄຳຮ້ອງທຸກຂອງທ່ານ, ໃຫ້ຕື່ມຂໍ້ມູນໃສ່ 'ແບບຟອມຜູ້ຊ່ວຍທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດ' (Authorized Assistant Form).
3. ຖ້າທ່ານມີບັນທຶກທາງການແພດຈາກ***ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ***ນອກ*ເຄືອຂ່າຍ*, ກະລຸນາໃສ່ພວກເຂົາໃນຄຳຮ້ອງ IMR/ແບບຟອມຮ້ອງທຸກຂອງທ່ານ.
   ແຜນການຂອງທ່ານຈະສະໜອງບັນທຶກທາງການແພດຈາກຜູ້ໃຫ້ບໍລິການໃນເຄືອຂ່າຍ.
4. ທ່ານອາດຈະລວມເອົາເອກະສານອື່ນໆທີ່ສະໜັບສະໜູນຄຳຮ້ອງຂໍຂອງທ່ານ. ເຖິງຢ່າງໃດກໍຕາມ, ບໍ່ຈຳເປັນຕ້ອງສະໜອງເອກະສານ ຫຼື ຈົດໝາຍໃດໆລະຫວ່າງທ່ານ ແລະ ແຜນການຂອງທ່ານ ທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບຮ້ອງທຸກນີ້. ພະແນກຈະຮັບເອົາຂໍ້ມູນນີ້ໂດຍກົງຈາກແຜນການຂອງທ່ານ ເຊິ່ງເປັນສ່ວນໜຶ່ງຂອງການກວດສອບ.
5. ຖ້າຫາກວ່າທ່ານບໍ່ໄດ້ສົ່ງທາງອອນໄລນ໌, ກະລຸນາສົ່ງແບບຟອມຂອງທ່ານ ແລະ ເອກະສານສະໜັບສະໜູນທີ່ກ່ຽວຂ້ອງທາງໄປສະນີ ຫຼື ແຟັກໄປທີ່:

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

ຈະເກີດຫຍັງຂຶ້ນໃນຂັ້ນຕອນຕໍ່ໄປ?

ຄຳຮ້ອງ IMR/ໃບແນະນຳກ່ຽວກັບແບບຟອມຮ້ອງທຸກ

ສູນຊ່ວຍເຫຼືອ (Help Center) ຈະສົ່ງຈົດໝາຍໃຫ້ທ່ານພາຍໃນເຈັດມື້ ເພື່ອບອກທ່ານວ່າທ່ານມີເງື່ອນໄຂສຳລັບ IMR ຫຼື ບໍ່. ຖ້າມີການຕັດສິນວ່າຄຳຮ້ອງທຸກຂອງທ່ານມີເງື່ອນໄຂສຳລັບ IMR, ກໍລະນີຂອງທ່ານຈະຖືກມອບໃຫ້ຜູ້ຮັບເໝົາຂອງລັດເພື່ອດຳເນີນການກວດສອບ. ຜູ້ຮັບເໝົາຂອງລັດຍັງເປັນທີ່ຮູ້ຈັກກັນໃນນາມ ອົງການການກວດສອບທາງການແພດແບບເອກະລາດ (Independent Medical Review Organization, IMRO). ຂໍ້ມູນທັງໝົດທີ່ຢູ່ໃນການຄອບຄອງຂອງສູນຊ່ວຍເຫຼືອ ທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບຄຳຮ້ອງທຸກຂອງທ່ານ ລວມທັງບັນທຶກທາງການແພດຂອງທ່ານ ຈະຖືກສົ່ງໄປໃຫ້ IMRO. ຕາມປົກກະຕິແລ້ວ, IMRO ຈະຕັດສິນພາຍໃນ 30 ມື້ ຫຼື ພາຍໃນເຈັດມື້ ຖ້າກໍລະນີຂອງທ່ານຮີບດ່ວນຫຼາຍ. ທ່ານຈະໄດ້ຮັບແຈ້ງການຢ່າງເປັນລາຍລັກອັກສອນກ່ຽວກັບຄຳຕັດສິນ.

ຖ້າມີການຕັດສິນວ່າຄຳຮ້ອງທຸກຂອງທ່ານສົມຄວນໄດ້ຮັບການກວດສອບໂດຍຜ່ານຂະບວນການຮ້ອງທຸກຂອງຜູ້ບໍລິໂພກ (Consumer Complaint), ການຕັດສິນກ່ຽວກັບບັນຫາຂອງທ່ານຈະຖືກດຳເນີນການພາຍໃນ 30 ມື້. ທ່ານຈະໄດ້ຮັບແຈ້ງການຢ່າງເປັນລາຍລັກອັກສອນກ່ຽວກັບການຕັດສິນໃຈ.
ກົດໝາຍວ່າດ້ວຍການປະຕິບັດດ້ານຂໍ້ມູນຂ່າວສານຂອງປີ 1977 (ປະມວນກົດໝາຍແພ່ງລັດ California, ພາກທີ 1798.17) ກຳນົດໃຫ້ມີແຈ້ງການດັ່ງຕໍ່ໄປນີ້.

- ກົດໝາຍວ່າດ້ວຍ Knox-Keene ຂອງ California ມອບສິດອຳນາດໃຫ້ພະແນກຄຸ້ມຄອງແຜນການສຸຂະພາບ ແລະ ກວດສອບການຮ້ອງທຸກຂອງສະມາຊິກແຜນການສຸຂະພາບ.
- ສູນຊ່ວຍເຫຼືອຂອງທາງພະແນກນຳໃຊ້ຂໍ້ມູນສ່ວນຕົວຂອງທ່ານເພື່ອກວດສອບບັນຫາຂອງທ່ານກັບແຜນການຂອງທ່ານ ແລະ ເພື່ອສະໜອງ IMR ຖ້າທ່ານມີເງື່ອນໄຂຮັບເອົາມັນ.
- ທ່ານສະໜອງຂໍ້ມູນເຫຼົ່ານີ້ໃຫ້ທາງພະແນກຕາມຄວາມສະໝັກໃຈ. ທ່ານບໍ່ຈຳເປັນຕ້ອງສະໜອງຂໍ້ມູນນີ້. ເຖິງຢ່າງໃດກໍຕາມ, ຖ້າທ່ານບໍ່ສະໜອງຂໍ້ມູນ, ທາງພະແນກອາດຈະບໍ່ສາມາດກວດສອບຄຳຮ້ອງທຸກຂອງທ່ານ ຫຼື ສະໜອງ IMR.
- ພະແນກອາດຈະແບ່ງປັນຂໍ້ມູນສ່ວນຕົວຂອງທ່ານກັບແຜນການ ແລະ ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການທີ່ດຳເນີນ IMR ຕາມຄວາມຈຳເປັນ.
- ນອກຈາກນັ້ນ, ທາງພະແນກອາດຈະແບ່ງປັນຂໍ້ມູນຂອງທ່ານກັບໜ່ວຍງານລັດຖະບານອື່ນໆ ຕາມການຮ້ອງຂໍ ຫຼື ຕາມການອະນຸຍາດໂດຍກົດໝາຍ.
- ທ່ານມີສິດທີ່ຈະເຫັນຂໍ້ມູນສ່ວນຕົວຂອງທ່ານ. ເພື່ອເຮັດສິ່ງດັ່ງກ່າວນີ້, ໃຫ້ຕິດຕໍ່ Department Records Request Coordinator, Department of Managed Health Care, Office of Legal Services, 980 9th Street Suite 500, Sacramento CA 95814-2725, ຫຼື ໂທທີ່ເບີ 916-322-6727.