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

FORM PARA SA REKLAMO/APLIKASYON SA MALAYANG PAGSUSURING MEDIKAL

MAHALAGANG IMPORMASYON

Maaari mong isumite ang iyong Pormularyo ng Aplikasyon/Reklamo sa IMR online sa: www.DMHC.ca.gov

- **LIBRE:** Ang proseso ng IMR/Reklamo ay libre para sa mga pasyente.
- **MABILIS:** Ang mga IMR ay madalas napagpasyahan sa loob ng 45 araw, o sa loob ng 7 araw kung ang problema sa kalusugan ay agaran.
- **MATAGUMPAY:** Humigit-kumulang **73** porsiyento ng mga pasyente ang nakatanggap ng mga hinihiling na serbisyo sa pamamagitan ng IMR.
- **PINAL:** Dapat sundin ng mga planong pangkalusugan ang desisyon ng IMR at agarang ibigay ang serbisyo.

IMPORMASYON NG PASYENTE

Pangalan _____ Gitnang Inisyal _____ Apelyido _____

Araw ng Kapanganakan ng Pasyente (bb/aa/tttt) _____

Kasarian: ☐ Lalaki ☐ Babae ☐ Iba pa _____

Pangalan ng Magulang o Guardian kung nagrereklamo para sa Menor de Edad _____

Address _____

Lungsod _____ Estado _____ Zip _____

ng Telepono _____ Email Address _____

Gusto mo bang ipadala sa email na ito ang pag-uusap/pakikipag-ugnayan? ☐ Oo ☐ Hindi Kung oo, kakailanganin mong gumawa ng password para sa secure na komunikasyon sa email kapag tatanggap ka ng email mula sa amin.

Pangalan ng Plan sa Kalusugan _____ ID # ng Miyembro o Pasyente _____

Pangalan ng Medikal na Grupo (kung nasa isang isang medikal na grupo) _____

Employer _____

Kailangan mo ba ng tulong ng isang tao sa iyong reklamo? ☐ Oo ☐ Hindi

Kung oo, mangyaring kumpletuhin ang nakalakip na 'Porma ng Awtorisadong Tagatulong.'

Mayroon ka bang Medi-Cal? ☐ Oo ☐ Hindi

Kung oo, nakapag-file ka na ba ng Kahilingan para sa Makatarungang Pagdinig ng Estado? ☐ Oo ☐ Hindi

Mayroon ka bang Medicare o Medicare Advantage? ☐ Oo ☐ Hindi

Nakapagsampa ka na ba ng reklamo o karaingan sa iyong plan sa kalusugan? ☐ Oo ☐ Hindi

Gusto mo ba ng kabayaran para sa isang serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan na natanggap mo na? ☐ Oo ☐ Hindi

Kung oo, ilista ang (mga) petsa ng serbisyo, at ang pangalan ng nag bigay ng serbisyo:

_____

ANG IYONG PROBLEMA SA KALUSUGAN (Gumamit ng hiwalay na papel at ilakip ang ibang mga dokumento, kung kailangan.)

Gusto mo bang magbayad ang iyong plan sa kalusugan para sa mga serbisyo sa hinaharap? ☐ Oo ☐ Hindi

Ano ang iyong medikal na kondisyon o ang dyagnosis ng doktor?
(mangyaring maging tiyak)_____

Ano ang (mga) medikal na paggamot/serbisyo at/o (mga) gamot na iyong hinihingi? (Mangyaring maging tiyak)

_____

Ang iyong plan sa kalusugan ba ay tinanggihan, inantala o binago ang iyong paggamot?: ☐ Oo ☐ Hindi
Kung oo, pakilagyan ng check ang ibinigay na dahilan: (Lagyan ng check ang isa)

☐ Hindi Medikal na Kinakailangan
☐ Hindi isang Emerhensiya/Apurahan
☐ Iba (Mangyaring ipaliwanag sa ibaba)
☐ Pang-eksperimento o Pang-imbestigasyon
☐ Hindi isang Sakop na Benepisyo

_____

Ilista ang pangalan at ang numero ng telepono ng iyong doktor sa pangunahing pangangalaga at ibang mga mangagamot na tumingin, gumagamot, at nagpayo sa kondisyong ito.

_____

Nagpatingin ka ba sa mga doctor na hindi kasama sa iyong medical na grupo para sa iyong kondisyon? ☐ Oo ☐ Hindi

Kung oo, mangyaring ilakip ang mga medikal rekords kasama ng pormang ito.

Maikling ilarawan ang problema na iyong nararanasan sa iyong plan sa kalusugan. Halimbawa, ipaliwanag kung ang problema ay isang tinanggihang paggamot, isang hindi nabayarang bayarin, problema sa pagkuha ng appointment o gamot, o kung ang iyong coverage ay kinansela ng plan sa kalusugan.

MEDIKAL NA PAGPAPALAYA

Ako ay humihiling sa Kagawaran ng Pinamamahalaang Pangangalagang Pangkalusugan (Department of Managed Health Care, DMHC) (Kagawaran) na gumawa ng pasya tungkol sa aking problema sa aking plan. Hinihiling ko sa Kagawaran na suriin ang aking Aplikasyon sa Malayang Pagsusuring Medikal (Independent Medical Review, IMR)/Form sa Reklamo upang matukoy kung ang aking reklamo ay kuwalipikado para sa isang IMR o sa proseso ng Kagawaran para sa Reklamo. Pinahihintulutan ko ang aking mga doktor, nakaraan at kasalukuyan, at ang aking plano na ilabas ang aking mga medikal rekord at impormasyon upang suriin ang isyung ito. Ang mga record na ito ay maaaring kalakip ng mga medikal, kalusugan sa kaisipan, pang-aabuso ng droga, HIV, mga ulat na diagnostic imaging, at iba pang mga rekord na may kaugnayan sa aking kaso. Maaari ring kasama sa mga record na ito ang mga hindi medikal na rekord at anumang iba pang impormasyon na may kaugnayan sa aking kaso. Pinahihintulutan ko ang Kagawaran na suriin ang mga rekord at impormasyong ito at ipadala ang mga ito sa aking plano. Ang aking pahintulot ay matatapos isang taon mula sa petsa sa ibaba, maliban kung pinahihintulutan ng batas. Halimbawa, pinapayagan ng batas ang Kagawaran na patuloy na gamitin ang aking impormasyon sa loob nito. Maaari kong itigil ang aking pahintulot nang mas maaga kung nais ko. Ang lahat ng impormasyon na ibinigay ko sa papel na ito ay totoo.
Pangalan ng Pasyente o Magulang (Isulat) _____

Lagda ng Pasyente o Magulang_____ Petsa_____

Mangyaring tingnan ang pahina ng tagubilin para sa impormasyon sa pagkoreo o pag-fax.

PARA SA ISTATISTIKAL NA IMPORMASYON

Ikaw ay hinihiling na boluntaryong magbigay ng mga sumusunod na impormasyon. Ang pagbibigay ng impormasyon na ito ay makatutulong sa Kagawaran na matukoy ang anumang pattern ng mga problema. Ang Kodigo ng Kalusugan at Kaligtasan seksyon 1374.30 ay binibigyan ng awtorisasyon ang Kagawaran na kunin ang impormasyong ito para sa mga layuning pananaliksik at istatistikal. Ang pagbibigay ng impormasyong ito ay opsyonal at hindi makakaapekto sa pagpasya sa IMR o reklamo sa anumang paraan.

Pangunahing Wika na Sinasalita:_____
Gusto mo ba kaming makipag-usap/makipag-ugnayan sa iyo sa iyong pangunahing wika? Oo ☐

Lahi/Etnisidad:_____

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

FORM NG AWTORISADONG KATULONG

- Kung nais mong bigyan ang isa pang tao ng pahintulot na tulungan ka sa iyong Aplikasyon sa Malayang Pagsusuri na Medikal (Independent Medical Review, IMR) o reklamo, kumpletuhin ang Bahagi A at B sa ibaba.

- Kung ikaw ay isang magulang o legal guardian na nagsasampa nitong IMR/Form para sa Reklamo para sa isang batang wala pang 18 taon, hindi mo na kailangang kumpletuhin ang pormang ito.

- Kung ikaw ay nagsasampa nitong IMR/Reklamo para sa isang pasyente na hindi kayang magkumpleto ng pormang ito dahil ang pasyente ay walang kakayahan o may kapansanan, at mayroon kang legal na awtoridad na kumilos para sa pasyenteng ito, mangyaring kumpletuhin ang Bahagi B lamang. Maglakip din kopya ng kapangyarihan ng abogado (Power of Attorney) para sa mga pagpapasya sa pangangalaga ng kalusugan o iba pang mga dokumento na nagsasabing maaari kang gumawa ng mga desisyon para sa pasyente.

BAHAGI A: KUKUMPLETUHIN NG PASYENTE

Pinahihintulutan ko ang taong pinangalanan sa ibaba sa Bahagi B para tulungan ako sa aking IMR o reklamo na isinampa sa Department of Managed Health Care (DMHC) (Kagawaran). Pinahihintulutan ko ang Kagawaran at tauhan ng IMR na ibahagi ang impormasyon tungkol sa aking (mga) medikal na kalagayan at pangangalaga sa mga taong pinangalanan sa ibaba. Ang impormasyong ito ay maaaring magsama ng paggamot sa kalusugan sa kaisipan, paggamot o pagsusuri sa HIV, paggamot sa alkohol o droga, o iba pang impormasyon sa aking kalusugan.

Naiintindihan ko na tanging impormasyon lamang na may kaugnayan sa aking IMR o reklamo ang ibabahagi.

Ang aking pag-apruba sa tulong na ito ay boluntaryo at may karapatan akong itigil ito. Kung nais kong itigil ito, dapat kong gawin sa pamamagitan ng sulat.

Pangalan ng Pasyente (Isulat) _____

Lagda ng Pasyente_____ Petsa_____

BAHAGI B: KUKUMPLETUHIN NG TAONG TUMUTULONG SA PASYENTE

Pangalan ng Taong Tumutulong (isulat)_____

Address_____

Lungsod_____ Estado_____ Zip_____

Relasyon sa Pasyente_____

Pangunahing # ng Telepono_____

Pangalawang # ng Telepono_____

Email Address_____

☐ Ang aking kapangyarihan bilang abogado para sa mga pagpapasya (Power of Attorney) sa pangangalaga ng kalusugan o iba pang mga legal na dokumento ay nakalakip.

PORMA NG REKLAMO/ APLIKASYON SA MALAYANG PAGSUSURI MEDIKAL

Kung mayroon kang mga katanungan, tawagan ang Kagawaran sa 1-888-466-2219 o TDD sa 1-877-688-9891. Ang tawag na ito ay libre.

Bago Magsampa:

Sa karamihan ng mga pangyayari, kailangan mong dumaan sa proseso ng iyong plan sa kalusugan para sa reklamo o karaingan bago ka magsampa ng reklamo o kahilingan para sa IMR sa Kagawaran. Ang iyong plan sa kalusugan ay dapat kang bigyan ng desisyon sa loob ng 30 araw o sa loob ng 3 araw kung ang iyong problema ay agaran at seryosong banta sa iyong kalusugan.

Kung tinanggihan ng iyong plan sa kalusugan ang iyong paggamot dahil ito ay sinusubukan/sinisiyasat pa lang, hindi mo kailangang maging bahagi ng proseso ng iyong plan sa kalusugan para sa reklamo o karaingan bago ka magsampa ng aplikasyon para sa IMR.

Dapat mag-apply ka para sa isang IMR sa loob ng anim na buwan pagkatapos kang padalhan ng nakasulat na tugon ng iyong plan sa kalusugan para sa iyong apela. Maaari mo pa ring isampa ang iyong aplikasyon pagkatapos ng anim na buwan, kung mayroong mga espesyal na pangyayari na pipigil sa iyo mula sa pagsasampa nang nasa oras. Mangyaring malaman na kung magpapasya kang hindi magsampa ng reklamo sa Kagawaran para sa isang problema na magiging kuwalipikado para sa isang IMR, maaaring isinusuko mo ang iyong mga karapatang gumawa ng legal na aksyon laban sa iyong plan tungkol sa serbisyo o paggamit na hinihiling mo.

Paano Magsampa:

1. Magsampa online sa www.DMHC.ca.gov. [Ito ang pinakamabilis na paraan].
   O
   Punan at lagdaan ang Aplikasyon para sa IMR/Form para sa Reklamo.
2. Kung nais mo ng isang tao na tumulong sa iyo sa iyong Aplikasyon sa IMR o Reklamo, kumpletuhin ang 'Form para sa Awtorisadong Katulong.' **Dapat ikaw at ang iyong awtorisadong katulong ay parehong lagdaan ang form.**
3. Kung mayroon kang mga medikal rekord mula sa labas ng medikal grup, mangyaring isama ang mga ito sa iyong Porma ng Reklamo/Aplikasyon sa IMR. Ang iyong plan sa kalusugan ay magbibigay ng mga medikal rekord mula sa iyong medical grup.
4. Maaari mong isama ang iba pang mga dokumento na sumusuporta sa iyong kahilingan. Ngunit, hindi na kailangang magbigay ng anumang mga dokumento o mga sulat sa pagitan mo at ng iyong plan sa kalusugan na may kaugnayan sa reklamong ito. Kukunin ng Kagawaran nang direkta ang impormasyong ito mula sa iyong plan bilang bahagi ng imbestigasyon.
5. Kung hindi ka magsusumite sa online, mangyaring i-koreo o i-fax ang iyong form at anumang dokumento na sumusuporta sa:
   Department of Managed Health Care Help Center
   980 9th Street, Suite 500
   Sacramento, CA 95814-2725
   FAX: 916-255-5241

Ano ang Susunod na Mangyayari?

Tutukuyin ng Kagawaran kung kuwalipikado para sa isang IMR o reklamo ang iyong kaso. Kuwalipikado ang mga kaso para sa isang IMR kung ang mga serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan ay inantala, binago o tinanggihan batay sa isang medikal na pangangailangan o bilang sinusubukan/sinisiyasat pa lang.

Ang mga kasong hindi kwalipikado para sa isang IMR ay pinoproseso sa pamamagitan ng proceso ng reklamo ng consumer. Ang mga kasong ito ay kinasasangkutan ng mga problema tulad ng mga pagtanggi ng serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan bilang hindi sakop na benepisyo, mga hindi pagkakasundo sa pagbabayad ng paghahabol, pagkansela ng coverage, kalidad ng pangangalaga at maibabawas/mga sariling gastos.

Ang Kagawaran ay magpapadala sa iyo ng sulat sa loob ng pitong araw na nagsasabi sa iyo kung ikaw ay kwalipikado para sa isang IMR. Kung magpapasya ang Kagawaran na kwalipikado ang iyong reklamo para sa isang IMR, ang kaso ay itatalaga sa isang kontratista ng estado na gagawa ng pagsusuri. Ang kontratista ng estado ay tinatawag rin bilang Organisasyon ng Malayang Medikal na Pagsusuri (Independent Medical Review Organization). Ang lahat ng impormasyon na mayroon ang Help Center na kaugnay sa iyong reklamo, kabilang na ang iyong mga medikal na rekord, ay ipapadala sa Sumusuring Organisasyon. Ang Sumusuring Organisasyon ay gagawa ng desisyon karaniwan sa loob ng 45 araw o sa loob ng pitong araw kung ang iyong kaso ay nangangailangan ng agarang atensyon. Padadalhan ka ng sulat ng Kagawaran kasama ang desisyon.

Kung magpapasya ang Kagawaran na ang iyong reklamo ay dapat na masuri sa pamamagitan ng proseso ng Reklamo ng Consumer, isang desisyon tungkol sa iyong isyu ay gagawin sa loob ng 30 araw. Padadalhan ka ng Kagawaran ng Sulat kasama ang desisyon.
Ang Batas sa mga Kasanayan sa Impormasyon ng 1977 (Kodigo Sibil ng California Seksyon 1798.17) ay kailanganin ang mga sumusunod na abiso.

- Ang Batas ng Knox-Keene ng California ay nagbibigay sa Kagawaran ng awtoridad na pangasiwaan ang mga plan sa kalusugan at imbestigahan ang mga reklamo ng mga miyembro ng plan sa kalusugan.
- Ang Help Center ng Kagawaran ay ginagamit ang iyong personal na impormasyon upang imbestigahan ang iyong problema sa iyong plano at upang magbigay ng isang IMR kung ikaw ay kwalipikado para sa isa.
- Ibibigay mo sa Kagawaran ang impormasyong ito nang boluntaryo. Hindi mo kailangang ibigay ang impormasyong ito. Ngunit, kung ayaw mo, ang Kagawaran ay maaaring hindi makapag-imbestiga sa iyong reklamo o makapagbigay ng IMR.
- Ang Kagawaran ay maaaring ibahagi ang iyong personal na impormasyon, kung kailangan, sa plan, mga provider, at ang Sumusuring Organisasyon na gumagawa ng IMR.
- Ang Kagawaran ay maaari ring ibahagi ang iyong impormasyon sa ibang ahensya ng gobyerno kung kailangan o pinahihintulutan ng batas.
- Mayroon kang karapatan na makita ang iyong personal na impormasyon. Para gawin ito, makipag-ugnayan sa Records Request Coordinator ng Kagawaran, Department of Managed Health Care, Office of Legal Services, 980 9th Street Suite 500, Sacramento CA 95814-2725, o tumawag sa 916-322-6727.