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

INDEPENDENT MEDICAL REVIEW (IMR) APPLICATION/COMPLAINT FORM

ข้อมูลสำคัญ

ท่านสามารถส่งแบบฟอร์ม IMR Application/Complaint Form ของท่านได้ทางออนไลน์ที่: www.DMHC.ca.gov

- **ฟรี:** กระบวนการ IMR/Complaint ไม่เสียค่าใช้จ่าย
- **รวดเร็ว:** โดยปกติ ผลการตัดสิน IMR จะออกภายใน 45 วัน หรือภายใน 7 วันหากปัญหาสุขภาพมีความเร่งด่วน
- **สำเร็จผล:** ประมาณ **73** เปอร์เซ็นต์ของผู้ป่วยได้รับบริการที่ร้องขอผ่าน IMR
- **ชี้ขาด:** แผนสุขภาพต้องปฏิบัติตามคำตัดสิน IMR และให้บริการโดยทันที

ข้อมูลผู้ป่วย

ชื่อต้น _____ อักษรย่อชื่อกลาง _____ นามสกุล _____

วันเดือนปีเกิดของผู้ป่วย (ดด/วว/ปปปป) _____ เพศ: ☐ ชาย ☐ หญิง ☐ อื่นๆ _____

ชื่อพ่อแม่ หรือผู้ปกครอง หากยื่นเรื่องแทนเด็กที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะ _____

ที่อยู่ถนน _____

เมือง _____ รัฐ _____ รหัสไปรษณีย์ _____

หมายเลขโทรศัพท์หลัก _____ หมายเลขโทรศัพท์รอง _____

ที่อยู่อีเมล _____

ท่านต้องการให้มีการสื่อสาร/โต้ตอบผ่านทางอีเมลนี้หรือไม่? ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

ชื่อแผนสุขภาพ _____ หมายเลขสมาชิกของผู้ป่วย _____

ชื่อกลุ่มทางการแพทย์ (หากลงทะเบียนในกลุ่มทางการแพทย์) _____

นายจ้าง _____

ท่านต้องการให้มีผู้ช่วยเหลือท่านในการร้องทุกข์หรือไม่? ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

หากใช่ โปรดกรอก 'แบบฟอร์มผู้ช่วยเหลือที่ได้รับอนุญาต' ที่แนบมานี้ให้ครบถ้วน

ท่านมี Medi-Cal หรือไม่? ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

หากใช่ ท่านได้ยื่นคำร้องขอการพิจารณาคดีที่เป็นธรรมของรัฐหรือไม่? ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

ท่านมี Medicare หรือ Medicare Advantage หรือไม่? ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

ท่านได้ยื่นคำร้องทุกข์ หรือร้องเรียนกับแผนสุขภาพของท่านหรือไม่? ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

ท่านต้องการให้ชำระเงินสำหรับบริการดูแลสุขภาพที่ท่านได้รับแล้วหรือไม่? ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

หากใช่ ระบุวันที่ต่างๆ ที่รับบริการ และชื่อของผู้ให้บริการ:

_____

ปัญหาสุขภาพของท่าน

(เขียนในกระดาษแยกต่างหากและแนบเอกสารอื่นๆ หากจำเป็น)

ท่านต้องการให้แผนสุขภาพของท่านชำระค่าบริการต่างๆ ในอนาคต หรือไม่? ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

อาการเจ็บป่วยของท่าน หรือผลการวินิจฉัยของแพทย์คืออะไร? (โปรดระบุให้ชัดเจน) _____

การรักษาทางการแพทย์/บริการ และ/หรือยาอะไรบ้างที่ท่านกำลังร้องขอ? (โปรดระบุให้ชัดเจน)

_____

แผนสุขภาพของท่านปฏิเสธ ทำให้ล่าช้า หรือปรับเปลี่ยนการรักษาพยาบาลของท่านหรือไม่?: ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
หากใช่ โปรดกาเครื่องหมายหน้าเหตุผลที่ท่านได้รับ: (เลือกหนึ่งข้อ)

☐ ไม่จำเป็นในทางการแพทย์ ☐ เป็นการทดลอง หรือวิจัย ☐ ไม่ด่วน/ฉุกเฉิน
☐ ไม่อยู่ในสิทธิประโยชน์ที่คุ้มครอง ☐ อื่นๆ (โปรดอธิบายข้างล่าง)

_____

บอกชื่อและหมายเลขโทรศัพท์ของแพทย์ประจำตัวของท่าน และผู้ให้บริการอื่นๆ ที่ได้พบ รักษา
หรือให้คำแนะนำแก่ท่านสำหรับความเจ็บป่วยนี้

_____

ท่านได้ไปพบผู้ให้บริการที่อยู่นอกเครือข่ายเพื่อรับการรักษาอาการเจ็บป่วยของท่านหรือไม่? ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
หากใช่ โปรดแนบบันทึกทางการแพทย์มาพร้อมกับแบบฟอร์มนี้

อธิบายปัญหาที่ท่านมีกับแผนสุขภาพของท่านพอสังเขป ยกตัวอย่างเช่น อธิบายว่า ปัญหาคือการถูกปฏิเสธการรักษา
ปัญหาใบเรียกเก็บเงินที่ยังไม่ชำระ ปัญหาในการนัดหมาย หรือด้านยา หรือหากความคุ้มครองของท่านถูกยกเลิกโดยแผนสุขภาพของท่าน

การเปิดเผยข้อมูลทางการแพทย์

ข้าพเจ้าร้องขอให้ Department of Managed Health Care (กรมฯ) ทำการพิจารณาตัดสินเกี่ยวกับปัญหาด้านแผนสุขภาพของข้าพเจ้า
ข้าพเจ้าร้องขอให้กรมฯ ทำการตรวจสอบแบบฟอร์ม Independent Medical Review (IMR) Application/Complaint Form
ของข้าพเจ้าเพื่อพิจารณาตัดสินว่า คำร้องทุกข์ของข้าพเจ้ามีคุณสมบัติเหมาะสมที่จะได้รับ IMR หรือกระบวนการร้องทุกข์ของกรมฯ หรือไม่
ข้าพเจ้าอนุญาตให้ผู้ให้บริการของข้าพเจ้า ทั้งในอดีตและปัจจุบัน และแผนสุขภาพของข้าพเจ้า
เปิดเผยบันทึกและข้อมูลทางการแพทย์ของข้าพเจ้าเพื่อการตรวจสอบในประเด็นนี้ บันทึกเหล่านี้อาจรวมถึง รายงานทางการแพทย์ สุขภาพจิต
การใช้สารเสพติด เอชไอวี รายงานภาพวินิจฉัย และบันทึกอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องในกรณีของข้าพเจ้า นอกจากนี้ บันทึกเหล่านี้ยังอาจรวมถึง
บันทึกต่างๆ ที่ไม่ใช่ในทางการแพทย์ และข้อมูลต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรณีของข้าพเจ้า ข้าพเจ้าอนุญาตให้กรมฯ ตรวจสอบบันทึกเหล่านี้
พร้อมด้วยข้อมูลต่างๆ และส่งให้กับแผนสุขภาพของข้าพเจ้า การอนุญาตของข้าพเจ้าจะสิ้นสุดหนึ่งปีนับจากวันที่ข้างล่างนี้
เว้นแต่กฎหมายอนุญาต ยกตัวอย่างเช่น กฎหมายอนุญาตกรมฯ ให้ใช้ข้อมูลของข้าพเจ้าเป็นการภายในต่อไปได้
ข้าพเจ้าสามารถยุติการอนุญาตของข้าพเจ้าก่อนเวลาดังกล่าวได้หากข้าพเจ้าต้องการ ข้อมูลทั้งหมดที่ข้าพเจ้าให้ไว้ในเอกสารนี้เป็นความจริง

ลายมือชื่อของผู้ป่วย หรือผู้ปกครอง (ตัวพิมพ์ใหญ่)
_____

ลายมือชื่อของผู้ป่วย หรือผู้ปกครอง _____ วันที่ _____

โปรดดูเอกสารคำแนะนำสำหรับข้อมูลเกี่ยวกับการส่งทางไปรษณีย์ หรือการส่งแฟกซ์

ข้อมูลทางสถิติ

ท่านได้รับการร้องขอให้มอบข้อมูลต่อไปนี้โดยสมัครใจ การให้ข้อมูลนี้จะช่วยให้กรมฯ สามารถระบุรูปแบบของปัญหาได้
ประมวลกฎหมายสุขภาพและความปลอดภัย มาตรา 1374.30 อนุญาตกรมฯ ให้ขอรับข้อมูลนี้เพื่อจุดประสงค์ด้านการวิจัยและสถิติ
การให้ข้อมูลนี้ไม่เป็นการบังคับ และจะไม่ส่งผลต่อ IMR หรือการตัดสินเรื่องร้องทุกข์ในทางใดๆ

ภาษาหลักที่พูด: _____

ท่านต้องการให้เราสื่อสาร/โต้ตอบกับท่านเป็นภาษาหลักของท่าน หรือไม่? ☐ ใช่

เชื้อชาติ/ชนเผ่า: _____

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

แบบฟอร์มผู้ช่วยเหลือที่ได้รับอนุญาต

- หากท่านต้องการอนุญาตให้บุคคลอื่นช่วยเหลือท่านเกี่ยวกับการตรวจสอบทางการแพทย์ที่เป็นอิสระ (Independent Medical Review, IMR) หรือการร้องทุกข์ของท่าน โปรดกรอกข้อมูลในส่วน A และ B ข้างล่าง
- หากท่านเป็นพ่อแม่ หรือผู้ปกครองตามกฎหมาย ซึ่งยื่นแบบฟอร์ม IMR/แบบฟอร์มคำร้องทุกข์นี้แทนเด็กที่อายุต่ำกว่า 18 ปี ท่านไม่จำเป็นต้องกรอกแบบฟอร์มนี้
- หากท่านกำลังยื่น IMR นี้
หรือคำร้องทุกข์แทนผู้ป่วยที่ไม่สามารถกรอกแบบฟอร์มนี้ได้ด้วยตนเองเนื่องจากผู้ป่วยไร้ความสามารถ
หรือเป็นบุคคลไร้ความสามารถ และท่านมีอำนาจตามกฎหมายที่จะกระทำการแทนผู้ป่วยรายนี้ โปรดกรอกเฉพาะส่วน B เท่านั้น
นอกจากนี้ โปรดแนบสำเนาหนังสือมอบอำนาจสำหรับการตัดสินใจด้านการดูแลสุขภาพ หรือเอกสารอื่นๆ
ที่ระบุว่าท่านสามารถทำการตัดสินใจแทนผู้ป่วยได้

ส่วน A: กรอกโดยผู้ป่วย

ข้าพเจ้าอนุญาตให้บุคคลที่มีชื่อข้างล่างนี้ในส่วน B ช่วยเหลือข้าพเจ้าในการยื่น IMR หรือคำร้องทุกข์ของข้าพเจ้ากับ Department of Managed Health Care (กรมการจัดการดูแลสุขภาพ) (กรมฯ) ข้าพเจ้าอนุญาตให้กรมฯ และเจ้าหน้าที่ IMR แบ่งปันข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการดูแลทางการแพทย์ของข้าพเจ้ากับบุคคลที่มีชื่อข้างล่างนี้ ข้อมูลนี้อาจรวมถึงข้อมูลการรักษาสุขภาพจิต การรักษา หรือการทดสอบหรือการรักษาเอชไอวี การรักษาอาการติดแอลกอฮอล์ หรือยาเสพติด หรือข้อมูลด้านการดูแลสุขภาพอื่นๆ

ข้าพเจ้าเข้าใจว่า เฉพาะข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับ IMR หรือคำร้องทุกข์ของข้าพเจ้าเท่านั้นที่จะถูกแบ่งปัน

การอนุญาตในการให้ความช่วยเหลือนี้ของข้าพเจ้าเป็นความสมัครใจ และข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะยุติการอนุญาต หากข้าพเจ้าต้องการยุติ ข้าพเจ้าต้องกระทำเป็นลายลักษณ์อักษร

ชื่อผู้ป่วย (ตัวพิมพ์ใหญ่)_____

ลายมือชื่อของผู้ป่วย _____ วันที่ _____

ส่วน B: กรอกโดยบุคคลที่ช่วยเหลือผู้ป่วย

ชื่อของบุคคลที่ช่วยเหลือ (ตัวพิมพ์ใหญ่) _____

ที่อยู่_____

เมือง _____ รัฐ _____ รหัสไปรษณีย์ _____

ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย _____

หมายเลขโทรศัพท์หลัก _____หมายเลขโทรศัพท์รอง _____

ที่อยู่อีเมล _____

☐ แนบหนังสือมอบอำนาจสำหรับการตัดสินใจด้านการดูแลสุขภาพของข้าพเจ้า หรือเอกสารทางกฎหมายอื่นๆ

IMR Application/Complaint Form Instruction Sheet

หากท่านมีคำถาม โปรดโทรติดต่อศูนย์ช่วยเหลือที่หมายเลข 1-888-466-2219 หรือ TDD ที่หมายเลข 1-877-688-9891
การโทรนี้ไม่เสียค่าใช้จ่าย

ก่อนท่านจะยื่นเรื่อง:

ในกรณีส่วนใหญ่แล้ว ท่านต้องดำเนินการตามกระบวนการร้องทุกข์ หรือร้องเรียนของแผนสุขภาพของท่านก่อนที่จะยื่นคำร้องทุกข์
หรือคำร้องขอ IMR กับกรมฯ แผนสุขภาพของท่านจะให้คำตัดสินแก่ท่านภายใน 30 วัน หรือภายใน 3
วันหากปัญหาของท่านจะเป็นอันตรายร้ายแรงและทันทีต่อสุขภาพของท่าน

หากแผนสุขภาพของท่านปฏิเสธการรักษาของท่านเนื่องจากเป็นการวิจัย/ทดลอง
ท่านไม่จำเป็นต้องดำเนินการในส่วนของกระบวนการร้องทุกข์ หรือร้องเรียนของแผนสุขภาพของท่านก่อนที่ท่านจะยื่นคำขอ IMR

ท่านต้องสมัครขอ IMR ภายในหกเดือนหลังจากแผนสุขภาพของท่านส่งหนังสือคำตอบต่อการอุทธรณ์ของท่าน ทั้งนี้ กรมฯ
อาจยอมรับใบสมัครของท่านหลังจากหกเดือน หากกรมฯ
พิจารณาเห็นว่ามีสถานการณ์พิเศษที่ทำให้ท่านไม่สามารถยื่นได้ตรงตามเวลา โปรดทราบว่า
หากท่านตัดสินใจที่จะไม่ยื่นคำร้องทุกข์กับกรมฯ สำหรับประเด็นหนึ่งใดที่จะทำให้มีคุณสมบัติได้รับ IMR
ท่านอาจต้องสละสิทธิ์ของท่านในการฟ้องร้องทางกฎหมายกับแผนของท่านในเรื่องการบริการ
หรือการรักษาพยาบาลที่ท่านกำลังร้องขอ

วิธีการยื่นเรื่อง:

1. ยื่นทางออนไลน์ที่ www.DMHC.ca.gov. [เป็นช่องทางที่เร็วที่สุด]
   หรือ
   กรอกข้อมูลพร้อมลงชื่อในแบบฟอร์ม IMR Application/Complaint Form
2. หากท่านต้องการให้มีผู้ช่วยเหลือท่านในเรื่อง IMR หรือการร้องทุกข์ของท่าน โปรดกรอกแบบฟอร์ม
   'แบบฟอร์มผู้ช่วยเหลือที่ได้รับการอนุญาต'
3. หากท่านมีบันทึกทางการแพทย์จาก ***ผู้ให้บริการนอกเครือข่าย*** โปรดแนบบันทึกดังกล่าวไปพร้อมกับแบบฟอร์ม IMR
   Application/Complaint Form ของท่าน แผนของท่านจะให้บันทึกทางการแพทย์จากผู้ให้บริการที่อยู่ในเครือข่าย
4. ท่านอาจแนบเอกสารอื่นๆ ที่สนับสนุนคำร้องของท่าน อย่างไรก็ตาม ไม่จำเป็นต้องให้เอกสาร หรือจดหมายใดๆ
   ระหว่างท่านและแผนสุขภาพของท่านที่เกี่ยวข้องกับเรื่องร้องทุกข์นี้ กรมฯ
   จะขอรับข้อมูลนี้โดยตรงจากแผนสุขภาพของท่านในฐานะเป็นส่วนหนึ่งของการสืบสวน
5. หากท่านไม่ได้ยื่นเรื่องทางออนไลน์ โปรดส่งแบบฟอร์ม และเอกสารสนับสนุนใดๆ ของท่านทางไปรษณีย์ หรือทางแฟกซ์
   โดยส่งไปที่:

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

สิ่งที่จะเกิดขึ้นต่อไป?

ศูนย์ช่วยเหลือจะส่งจดหมายถึงท่านภายในเจ็ดวันเพื่อแจ้งท่านว่า ท่านมีคุณสมบัติที่จะได้รับ IMR หรือไม่ หากกรมฯ ตัดสินว่า
คำร้องทุกข์ของท่านเข้าข่ายที่จะได้รับ IMR กรณีของท่านก็จะถูกมอบหมายไปยังผู้รับจ้างของรัฐซึ่งจะเป็นผู้ดำเนินการตรวจสอบ
ผู้รับจ้างของรัฐยังมีชื่อเรียกอีกว่า องค์การตรวจสอบทางการแพทย์ที่เป็นอิสระ (IMRO)
ข้อมูลทั้งหมดที่ศูนย์ช่วยเหลือมีที่เกี่ยวข้องกับคำร้องทุกข์ของท่าน รวมถึงบันทึกทางการแพทย์ของท่าน จะส่งไปที่ IMRO ดังกล่าว
โดยปกติแล้ว IMRO จะทำการตัดสินภายใน 30 วัน หรือภายในเจ็ดวันหากกรณีของท่านเร่งด่วน โดยกรมฯ
จะส่งจดหมายแจ้งคำตัดสินแก่ท่าน

หากกรมฯ ตัดสินว่า คำร้องทุกข์ของท่านควรได้รับการตรวจสอบผ่านกระบวนการร้องทุกข์สำหรับผู้บริโภค
จะมีการออกคำตัดสินเกี่ยวกับประเด็นของท่านภายใน 30 วัน ทั้งนี้ กรมฯ จะส่งจดหมายแจ้งคำตัดสินแก่ท่าน

กฎหมายว่าด้วยแนวทางปฏิบัติด้านข้อมูล ปี 1977 (ประมวลกฎหมายพลเมืองรัฐแคลิฟอร์เนีย มาตรา 1798.17) กำหนดการบอกกล่าวต่อไปนี้

- กฎหมาย Knox-Keene Act ของรัฐแคลิฟอร์เนียให้อำนาจกรมฯ ในการกำกับดูแลแผนสุขภาพ และสืบสวนคำร้องทุกข์ของสมาชิกแผนสุขภาพ
- ศูนย์ช่วยเหลือของกรมฯ ใช้ข้อมูลส่วนบุคคลของท่านในการสืบสวนปัญหาของท่านกับแผนสุขภาพของท่าน และจัดหา IMR ให้หากท่านมีคุณสมบัติที่จะได้รับ
- ท่านให้ข้อมูลนี้แก่กรมฯ โดยสมัครใจ ท่านไม่จำเป็นต้องให้ข้อมูลนี้ อย่างไรก็ตาม หากท่านไม่ให้ ทางกรมฯ อาจไม่สามารถสืบสวนเรื่องร้องทุกข์ของท่าน หรือจัดหา IMR ให้แก่ท่านได้
- กรมฯ อาจแบ่งปันข้อมูลส่วนบุคคลของท่าน เท่าที่จำเป็น กับแผนสุขภาพและผู้ให้บริการซึ่งเป็นผู้ที่ดำเนินการ IMR
- กรมฯ ยังอาจแบ่งปันข้อมูลของท่านกับหน่วยงานของรัฐบาลอื่นๆ ตามที่กฎหมายกำหนด หรืออนุญาต
- ท่านมีสิทธิที่จะดูข้อมูลส่วนบุคคลของท่าน หากต้องการดูข้อมูล โปรดติดต่อผู้ประสานงานด้านคำร้องขอบันทึกของกรมฯ ที่ Department of Managed Health Care, Office of Legal Services, 980 9th Street Suite 500, Sacramento CA 95814-2725 หรือโทร 916-322-6727