State of California
Health and Human Services Agency
Department of Managed Health Care
IMR APPLICATION/COMPLAINT FORM – Punjabi Clarify
DMHC 20-224 New: 05/18

INDEPENDENT MEDICAL REVIEW (IMR) APPLICATION/COMPLAINT FORM

ਮਹੱਤਵਪੂਰਣ ਜਾਣਕਾਰੀ

ਤੁਸੀਂ ਆਪਣਾ IMR Application/Complaint Form ਆਨਲਾਈਨ: www.HealthHelp.ca.gov ਤੇ ਭਰੋ

- **ਮੁਫ਼ਤ:** IMR/Complaint ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਮੁਫ਼ਤ ਹੈ।
- **ਤੇਜ਼:** ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ 45 ਦਿਨਾਂ ਦੇ ਅੰਦਰ ਜਾਂ 7 ਦਿਨਾਂ ਦੇ ਅੰਦਰ-ਅੰਦਰ ਨਿਰਮਤ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਜੇਕਰ ਸਿਹਤ ਸਮੱਸਿਆ ਨਾਜ਼ੁਕ ਹੈ।
- **ਸਫਲਤਾ:** ਲਗਭਗ 60 ਪ੍ਰਤੀਸ਼ਤ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਨੂੰ IMR ਰਾਹੀਂ ਬੇਨਤੀ ਕੀਤੀ ਜਾਣ ਵਾਲੀ ਸੇਵਾ ਪ੍ਰਾਪਤ ਹੁੰਦੀ ਹੈ।
- **ਅੰਤਮ:** ਸਿਹਤ ਯੋਜਨਾਵਾਂ ਨੂੰ IMR ਦੇ ਫੈਸਲੇ ਦੀ ਪਾਲਣਾ ਕਰਨੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਸੇਵਾ ਨੂੰ ਤੁਰੰਤ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਨਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ

ਮਰੀਜ਼ ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ

ਪਹਿਲਾ ਨਾਮ ____________ ਵਿਚਲਾ ਅੱਖਰ ____ ਆਖਰੀ ਨਾਮ ____________

ਮਰੀਜ਼ ਦੀ ਜਨਮ ਤਾਰੀਖ (mm/dd/yyyy) ____________ ਲਿੰਗ: ☐ ਪੁਰੂਸ਼ ☐ ਔਰਤ ☐ ਗੈਰ ☐ ____________

ਮਾਤਾ ਜਾਂ ਪਿਤਾ ਦਾ ਨਾਂ ਛੋਟੇ ਬੱਚੇ ਦੇ ਦਾਖ਼ਲੇ ਲਈ ____________

ਗਲੀ ਦ ਪਤਾ ____________

ਸ਼ਹਿਰ ____________ ਰਾਜ ________ ਜ਼ਿਪ ________

ਪ੍ਰਾਇਮਰੀ ਫੋਨ # ____________ ਸੈਕੰਡਰੀ ਫੋਨ # ____________

ਈਮੇਲ ਪਤਾ ____________

ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਇਸ ਈਮੇਲ ਤੇ ਭੇਜੇ ਸੰਚਾਰ / ਪੱਤਰ-ਵਿਹਾਰ ਨੂੰ ਪਸੰਦ ਕਰੋਗੇ? ☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ

ਸਿਹਤ ਯੋਜਨਾ ਦਾ ਨਾਮ ____________ ਮਰੀਜ਼ ਦੀ ਮੈਂਬਰਸ਼ਿਪ # ____________

ਮੈਡੀਕਲ ਗਰੁਪ ਨਾਮ (ਜੇ ਕਿਸੇ ਮੈਡੀਕਲ ਸਮੂਹ ਵਿਚ ਹੋ) ____________

ਰੋਜ਼ਗਾਰਦਾਤਾ ____________

ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ ਕਿ ਕੋਈ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਵਿਚ ਤੁਹਾਡੀ ਸਹਾਇਤਾ ਕਰੇ? ☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ

ਜੇ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ' ਅਧਿਕਾਰਤ ਸਹਾਇਕ ਫਾਰਮ' ਨੂੰ ਪੂਰਾ ਕਰੋ।

ਕੀ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ Medi-Cal ਹੈ? ☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ

ਜੇ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਸਟੇਟ ਫੇਅਰ ਸੁਣਵਾਈ ਲਈ ਬੇਨਤੀ ਦਾਇਰ ਕੀਤੀ ਹੈ? ☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ

ਕੀ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਮੈਡੀਕੇਅਰ ਜਾਂ ਮੈਡੀਕੇਅਰ ਐਡਵਾਂਟੇਜ ਹੈ? ☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ

ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੀ ਸਿਹਤ ਯੋਜਨਾ ਵਿਖੇ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਕੀਤੀ ਹੈ? ▯ ਹਾਂ ▯ ਨਹੀਂ

ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਕਿਸੇ ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਸੇਵਾ ਲਈ ਭੁਗਤਾਨ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ ਜੋ ਤੁਸੀਂ ਪਹਿਲਾਂ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕੀਤੀ ਸੀ? ▯ ਹਾਂ ▯ ਨਹੀਂ

ਜੇ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਸੇਵਾ ਦੀ ਮਿਤੀ (ਆਂ), ਅਤੇ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਦਾ ਨਾਮ ਸੂਚੀਬੱਧ ਕਰੋ:

ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ ਕਿ ਤੁਹਾਡੀ ਸਿਹਤ ਯੋਜਨਾ ਭਵਿੱਖ ਦੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਲਈ ਭੁਗਤਾਨ ਕਰੇ? ▯ ਹਾਂ ▯ ਨਹੀਂ

ਤੁਹਾਡੀ ਮੈਡੀਕਲ ਹਾਲਤ ਜਾਂ ਡਾਕਟਰ ਦੀ ਤਸ਼ਖ਼ੀਸ ਕੀ ਹੈ? (ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਖਾਸ ਜਾਣਜਾਰੀ ਦੱਸੋ) ____________________

ਤੁਸੀਂ ਕਿਹੜੇ ਡਾਕਟਰੀ ਇਲਾਜ / ਸੇਵਾ (ਵਾਂ) ਅਤੇ / ਜਾਂ ਦਵਾਈ (ਆਂ) ਦੀ ਮੰਗ ਕਰ ਰਹੇ ਹੋ? (ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਖਾਸ ਜਾਣਜਾਰੀ ਦੱਸੋ)

ਕੀ ਤੁਹਾਡੀ ਸਿਹਤ ਯੋਜਨਾ ਨੇ ਤੁਹਾਡੇ ਇਲਾਜ ਤੋਂ ਇਨਕਾਰ, ਬਦਲਾਵ ਜਾਂ ਸੰਸ਼ੋਧਿਤ ਕੀਤਾ ?: ▯ ਹਾਂ ▯ ਨਹੀਂ

ਜੇ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਦਿੱਤੇ ਗਏ ਤਰਕ ਦੀ ਜਾਂਚ ਕਰੋ: (ਇਕ ਤੇ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਵੋ)

☐ ਡਾਕਟਰੀ ਤੌਰ ਤੇ ਲੋੜੀਂਦੀ ਨਹੀਂ ▯ ਪ੍ਰਯੋਗਾਤਮਕ ਜਾਂ ਜਾਂਚ-ਪੜਤਾਲ ▯ ਐਮਰਜੈਂਸੀ / ਜ਼ਰੂਰੀ ਨਹੀਂ

▯ ਇਹ ਲਾਭ ਕਵਰ ਨਹੀਂ ਹੈ ▯ ਹੋਰ (ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਹੇਠਾਂ ਦੱਸੋ)

ਆਪਣੇ ਪ੍ਰਾਇਮਰੀ ਕੇਅਰ ਡਾਕਟਰ ਅਤੇ ਹੋਰ ਪ੍ਰਦਾਤਿਆਂ ਦੇ ਨਾਮ ਅਤੇ ਫੋਨ ਨੰਬਰ ਦੀ ਸੂਚੀ ਬਣਾਓ ਜਿਹਨਾਂ ਨੇ ਤੁਹਾਡਾ ਨਿਰਖਣ ਕੀਤਾ, ਇਲਾਜ ਕੀਤਾ, ਜਾਂ ਇਸ ਹਾਲਾਤ ਬਾਰੇ ਸਲਾਹ ਦਿੱਤੀ ਹੈ।

ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੀ ਸਥਿਤੀ ਲਈ ਕਿਸੇ ਵੀ ਬਾਹਰੀ ਨੈੱਟਵਰਕ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਨੂੰ ਵੇਖਿਆ ਹੈ? ▯ ਹਾਂ ▯ ਨਹੀਂ

ਜੇ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਇਸ ਫਾਰਮ ਨਾਲ ਮੈਡੀਕਲ ਰਿਕਾਰਡ ਸ਼ਾਮਲ ਕਰੋ।

ਸੰਖੇਪ ਰੂਪ ਵਿੱਚ ਦੱਸੋ ਕਿ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਸਿਹਤ ਯੋਜਨਾ ਨਾਲ ਕੀ ਸਮਸਿਆ ਹੈ। ਉਦਾਹਰਨ ਲਈ, ਸਮਝਾਓ ਜੇਕਰ ਇਹ ਸਮੱਸਿਆ ਇਲਾਜ ਲਈ ਇਨਕਾਰ, ਇੱਕ ਅਦਾ ਨਾ ਕਿਤੇ ਬਿੱਲ, ਨਿਯੁਕਤੀ ਜਾਂ ਦਵਾਈ ਲੈਣ ਵਿੱਚ ਮੁਸ਼ਕਲ, ਜਾਂ ਸਿਹਤ ਬੀਮਾ ਯੋਜਨਾ ਦੁਆਰਾ ਤੁਹਾਡੀ ਕਵਰੇਜ ਰੱਦ ਕਰ ਦੇਣ ਬਾਰੇ ਹੈ।.

ਮੈਡੀਕਲ ਰੀਲੀਜ਼

ਮੈਂ Department of Managed Health Care (ਵਿਭਾਗ) ਨੂੰ ਮੇਰੀ ਸਿਹਤ ਯੋਜਨਾ ਦੀ ਸਮਸਿਆ ਬਾਰੇ ਫੈਸਲਾ ਕਰਨ ਲਈ ਬੇਨਤੀ ਕਰਦਾ ਹਾਂ। ਮੈਂ ਵਿਭਾਗ ਨੂੰ ਬੇਨਤੀ ਕਰਦਾ ਹਾਂ ਕਿ ਮੇਰੇ Independent Medical Review (IMR) Application/Complaint Form ਦੀ ਸਮਿਖੀਆ ਇਹ ਪਤਾ ਲਗਾਉਣ ਲਈ ਕੀਤੀ ਜਾਵੇ ਕਿ ਮੇਰੀ ਸ਼ਿਕਾਇਤ IMR ਜਾਂ ਵਿਭਾਗ ਦੀ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਲਈ ਯੋਗਤਾ ਪੂਰੀ ਕਰਦੀ ਹੈ। ਮੈਂ ਆਪਣੇ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਨੂੰ, ਬੀਤੇ ਸਮੇਂ ਅਤੇ ਮੌਜੂਦਾ, ਮੇਰੇ ਮਡੀਕਲ

ਰਿਕਾਰਡ ਅਤੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨੂੰ ਇਸ ਮੁੱਦੇ ਦੀ ਸਮੀਖਿਆ ਕਰਨ ਲਈ ਜਾਰੀ ਕਰਨ ਦੀ ਮੇਰੀ ਯੋਜਨਾ ਦੀ ਆਗਿਆ ਦਿੰਦਾ ਹਾਂ।ਇਨ੍ਹਾਂ ਰਿਕਾਰਡਾਂ ਵਿੱਚ ਮੈਡੀਕਲ, ਮਾਨਸਿਕ ਸਿਹਤ, ਪਦਾਰਥਾਂ ਦੀ ਦੁਰਵਰਤੋਂ, ਐੱਚਆਈਵੀ, ਡਾਇਗਨੋਸਟਿਕ ਇਮੇਜਿੰਗ ਰਿਪੋਰਟਾਂ ਅਤੇ ਮੇਰੇ ਕੇਸ ਨਾਲ ਸਬੰਧਿਤ ਹੋਰ ਰਿਕਾਰਡ ਸ਼ਾਮਲ ਹੋ ਸਕਦੇ ਹਨ।ਇਹਨਾਂ ਰਿਕਾਰਡਾਂ ਵਿੱਚ ਗੈਰ-ਮੈਡੀਕਲ ਰਿਕਾਰਡ ਅਤੇ ਮੇਰੇ ਕੇਸ ਨਾਲ ਸੰਬੰਧਿਤ ਕੋਈ ਵੀ ਹੋਰ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸ਼ਾਮਲ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ।ਮੈਂ ਵਿਭਾਗ ਨੂੰ ਇਹਨਾਂ ਰਿਕਾਰਡਾਂ ਦੀ ਸਮੀਖਿਆ ਕਰਨ ਅਤੇ ਉਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਆਪਣੀ ਯੋਜਨਾ ਵਿੱਚ ਭੇਜਣ ਲਈ ਬੇਨਤੀ ਕਰਦਾ ਹਾਂ। ਮੇਰੀ ਅਨੁਮਤੀ ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤੀ ਤਾਰੀਖ ਤੋਂ ਇਕ ਸਾਲ ਵਿਚ ਸਮਾਪਤ ਹੋ ਜਾਵੇਗੀ, ਸਿਵਾਏ ਜੇਕਰ ਕਨੂੰਨ ਦੁਆਰਾ ਅਨੁਮਤੀ ਦਿੱਤੀ ਜਾਵੇ। ਉਦਾਹਰਨ ਲਈ, ਕਾਨੂੰਨ ਵਿਭਾਗ ਨੂੰ ਅੰਦਰੂਨੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਮੇਰੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਨ ਦੀ ਆਗਿਆ ਦਿੰਦਾ ਹੈ।. ਜੇ ਮੈਂ ਚਾਹਾਂ ਤਾਂ ਮੈਂ ਆਪਣੀ ਅਨੁਮਤੀ ਜਲਦੀ ਖਤਮ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹਾਂ। ਮੇਰੇ ਵਲੋਂ ਇਸ ਸ਼ੀਟ ਤੇ ਦਿੱਤੀ ਸਾਰੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸੱਚੀ ਹੈ।

ਮਰੀਜ਼ ਜਾਂ ਮਾਤਾ/ਪਿਤਾ ਦਾ ਨਾਮ (ਪ੍ਰਿੰਟ) ______________________________

ਮਰੀਜ਼ ਜਾਂ ਮਾਤਾ/ਪਿਤਾ ਦੇ ਦਸਤਖਤ ______________________________ ਮਿਤੀ______________

ਮੇਲਿੰਗ ਜਾਂ ਫੈਕਸ ਜਾਣਕਾਰੀ ਲਈ ਕ੍ਰਿਪਾ ਕਰਕੇ ਹਦਾਇਤ ਪੱਤਰ ਵੇਖੋ।

ਵਿੱਦਿਅਕ ਜਾਣਕਾਰੀ

ਤੁਹਾਨੂੰ ਹੇਠ ਦਿੱਤੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸਵੈ-ਇੱਛਾ ਨਾਲ ਮੁਹੱਈਆ ਕਰਾਓਣ ਲਈ ਕਿਹਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੇਣ ਨਾਲ ਵਿਭਾਗ ਨੂੰ ਸਮੱਸਿਆਵਾਂ ਦੇ ਕਿਸੇ ਵੀ ਪੈਟਰਨ ਦੀ ਪਛਾਣ ਕਰਨ ਵਿਚ ਮਦਦ ਮਿਲੇਗੀ।ਸਿਹਤ ਅਤੇ ਸੁਰੱਖਿਆ ਕੋਡ ਸੈਕਸ਼ਨ 1374.30 ਖੋਜ ਅਤੇ ਅੰਕੜਾ ਉਦੇਸ਼ਾਂ ਲਈ ਵਿਭਾਗ ਨੂੰ ਅਧਿਕਾਰ ਦਿੰਦਾ ਹੈ। ਇਸ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨੂੰ ਦੇਣਾ ਵਿਕਲਪਿਕ ਹੈ ਅਤੇ IMR ਜਾਂ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਦੇ ਕਿਸੇ ਵੀ ਫੈਸਲੇ 'ਤੇ ਕੋਈ ਅਸਰ ਨਹੀਂ ਕਰੇਗਾ.

ਪ੍ਰਾਥਮਿਕ ਭਾਸ਼ਾ ਬੋਲਣੀ:______________________________

ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੀ ਮੁਢਲੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਾਡੇ ਨਾਲ ਗੱਲ/ਵਿਹਾਰ ਕਰਨਾ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ? ਹਾਂ ☐

ਰੇਸ / ਨਸਲ:______________________________

ਅਧਿਕਾਰਤ ਸਹਾਇਕ ਫਾਰਮ

- ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਵਿਅਕਤੀ ਨੂੰ ਆਪਣੀ ਸੁਤੰਤਰ ਮੈਡੀਕਲ ਰਿਵਿਊ (IMR) ਜਾਂ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਲਈ ਇਜਾਜ਼ਤ ਦੇਣੀ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਹੇਠਲੇ ਭਾਗ ਏ ਅਤੇ ਬੀ ਪੂਰਾ ਕਰੋ (ਦੋਵੇਂ ਪਾਰਟੀਆਂ ਨੂੰ ਫਾਰਮ ਤੇ ਹਸਤਾਖਰ ਕਰਨੇ ਪੈਣਗੇ)
- ਜੇ ਤੁਸੀਂ 18 ਸਾਲ ਤੋਂ ਘੱਟ ਉਮਰ ਦੇ ਕਿਸੇ ਬੱਚੇ ਲਈ IMR/Complaint Form ਭਰਣ ਵਾਲੇ ਮਾਪੇ ਜਾਂ ਕਾਨੂੰਨੀ ਸਰਪ੍ਰਸਤ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਸ ਫਾਰਮ ਨੂੰ ਭਰਨ ਦੀ ਲੋੜ ਨਹੀਂ ਹੈ।
- ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਕਿਸੇ ਮਰੀਜ਼ ਲਈ IMR ਜਾਂ complaint ਫਾਰਮ ਭਰ ਰਹੇ ਜੋ ਇਹ ਪੂਰਾ ਨਹੀਂ ਕਰ ਸਕਦਾ ਕਿਉਂਕਿ ਰੋਗੀ ਅਯੋਗ ਹੈ ਜਾਂ ਅਸਮਰਥ ਹੈ, ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਇਸ ਮਰੀਜ਼ 'ਤੇ ਕਾਰਵਾਈ ਕਰਨ ਲਈ ਕਾਨੂੰਨੀ ਅਧਿਕਾਰ ਹੈ, ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਸਿਰਫ਼ ਭਾਗ' ਬੀ 'ਨੂੰ ਪੂਰਾ ਕਰੋ। ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਫੈਸਲਿਆਂ ਲਈ ਅਟਾਰਨੀ ਦੀ ਪਾਵਰ ਦੀ ਇਕ ਕਾਪੀ ਵੀ ਨਥੀ ਕਰੋ ਜਾਂ ਹੋਰ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ਾਂ ਜਿਹਨਾਂ ਤੋ ਪਤਾ ਚਲੇ ਕਿ ਤੁਸੀ ਮਰੀਜ਼ ਲਈ ਫ਼ੈਸਲਾ ਲੈ ਸਕਦੇ ਹੋ।

ਭਾਗ A: ਰੋਗੀ ਦੁਆਰਾ ਭਰਿਆ ਜਾਵੇ

ਮੈਂ Department of Managed Health Care (ਵਿਭਾਗ) ਨਾਲ ਮੇਰੀ IMR ਜਾਂ complaint ਜਾਰੀ ਕਰਨ ਵਿਚ ਮੇਰੀ ਸਹਾਇਤਾ ਲਈ ਹੇਠਾਂ ਭਾਗ B ਵਿੱਚ ਨਾਂ ਦਿੱਤੇ ਗਏ ਵਿਅਕਤੀ ਨੂੰ ਬੇਨਤੀ ਕਰਦਾ ਹਾਂ।

ਮੈਂ ਵਿਭਾਗ ਅਤੇ IMR ਦੇ ਸਟਾਫ਼ ਨੂੰ ਆਪਣੀ ਮੈਡੀਕਲ ਹਾਲਤ (ਤਾਂ) ਅਤੇ ਦੇਖਭਾਲ ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਹੇਠ ਲਿਖੇ ਵਿਅਕਤੀ ਨਾਲ ਸਾਂਝੀ ਕਰਨ ਦੀ ਇਜਾਜ਼ਤ ਦਿੰਦਾ ਹਾਂ। ਇਸ ਜਾਣਕਾਰੀ ਵਿੱਚ ਮਾਨਸਿਕ ਸਿਹਤ ਇਲਾਜ, HIV ਇਲਾਜ ਜਾਂ ਟੈਸਟਿੰਗ, ਅਲਕੋਹਲ ਜਾਂ ਨਸ਼ਾ ਇਲਾਜ ਜਾਂ ਹੋਰ ਸਿਹਤ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਸੰਬੰਧੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸ਼ਾਮਲ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ।

ਮੈਂ ਸਮਝਦਾ ਹਾਂ ਕਿ ਕੇਵਲ ਮੇਰੀ IMR ਜਾਂ complaint ਨਾਲ ਸਬੰਧਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸਾਂਝੀ ਕੀਤੀ ਜਾਵੇਗੀ।

ਇਸ ਸਹਾਇਤਾ ਲਈ ਮੇਰੀ ਮਨਜ਼ੂਰੀ ਸਵੈ-ਇੱਛਕ ਹੈ ਅਤੇ ਮੈਨੂੰ ਇਸ ਦਾ ਅੰਤ ਕਰਨ ਦਾ ਹੱਕ ਹੈ। ਜੇ ਮੈਂ ਇਸਨੂੰ ਖਤਮ ਕਰਨਾ ਚਾਹੁੰਦਾ ਹਾਂ, ਮੈਨੂੰ ਇਹ ਲਿਖਤ ਵਿਚ ਕਰਨਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ।

ਮਰੀਜ਼ ਦਾ ਨਾਮ (ਪ੍ਰਿੰਟ) ______________________________

ਮਰੀਜ਼ ਦੇ ਹਸਤਾਖਰ ______________________________ ਮਿਤੀ______________

ਭਾਗ B: ਮਰੀਜ਼ ਦੇ ਸਹਾਇਕ ਵਿਅਕਤੀ ਦੁਆਰਾ ਭਰਿਆ ਹੋਇਆ

ਸਹਾਇਕ ਵਿਅਕਤੀ ਦਾ ਨਾਮ (ਪ੍ਰਿੰਟ) ______________________________

ਸਹਾਇਕ ਵਿਅਕਤੀ ਦੇ ਹਸਤਾਖਰ ______________________________

ਪਤਾ ______________________________

ਸ਼ਹਿਰ ______________________ ਰਾਜ ______ ਜ਼ਿਪ __________

ਮਰੀਜ਼ ਨਾਲ ਰਿਸ਼ਤਾ ______________________________

ਪ੍ਰਾਇਮਰੀ ਫ਼ੋਨ # ______________________________

ਸੈਕੰਡਰੀ ਫ਼ੋਨ # ______________________________

ਈਮੇਲ ਪਤਾ ______________________________

☐ ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਫ਼ੈਸਲਿਆਂ ਜਾਂ ਹੋਰ ਕਾਨੂੰਨੀ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ਾਂ ਲਈ ਮੇਰੀ ਪਾਵਰ ਆਫ ਅਟਾਰਨੀ ਨੱਥੀ ਹੈ।

IMR Application/Complaint Form Instruction Sheet

ਜੇ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਈ ਸਵਾਲ ਹਨ, ਤਾਂ ਵਿਭਾਗ ਨੂੰ 1-888-466-2219 ਤੇ ਫੋਨ ਕਰੋ ਜਾਂ 1-877-688-9891 ਤੇ ਟੀਡੀਡੀ ਕਰੋ। ਇਹ ਕਾਲ ਮੁਫਤ ਹੈ।

ਫਾਇਲ ਕਰਨ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ:

ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਮਾਮਲਿਆਂ ਵਿੱਚ, ਵਿਭਾਗ ਵਿਚ complaint ਦਰਜ ਕਰਨ ਜਾਂ IMR ਦੀ ਬੇਨਤੀ ਕਰਨ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੇ ਸਿਹਤ ਯੋਜਨਾ ਦੀ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਜਾਂ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਨੂੰ ਸਮਝ ਲੈਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ।ਤੁਹਾਡੀ ਸਿਹਤ ਯੋਜਨਾ ਨੂੰ 30 ਦਿਨਾਂ ਦੇ ਅੰਦਰ ਜਾਂ 3 ਦਿਨਾਂ ਜੇ ਤੁਹਾਡੀ ਸਮੱਸਿਆ ਤੁਹਾਡੀ ਸਿਹਤ ਲਈ ਇੱਕ ਤੁਰੰਤ ਅਤੇ ਗੰਭੀਰ ਜੋਖਮ ਹੈ, ਦੇ ਅੰਦਰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇੱਕ ਫ਼ੈਸਲਾ ਦੇਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ।

ਜੇ ਤੁਹਾਡੀ ਸਿਹਤ ਯੋਜਨਾ ਨੇ ਤੁਹਾਡੇ ਇਲਾਜ ਤੋਂ ਇਨਕਾਰ ਕੀਤਾ ਹੈ ਕਿਉਂਕਿ ਇਹ ਪ੍ਰਯੋਗਾਤਮਕ / ਜਾਂਚ-ਅਧੀਨ ਹੈ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ IMR ਬਿਨੈ-ਪੱਤਰ ਦੇਣ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਆਪਣੇ ਸਿਹਤ ਯੋਜਨਾ ਜਾਂ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਪ੍ਰਕ੍ਰਿਆ ਵਿਚ ਹਿੱਸਾ ਨਹੀਂ ਲੈਣਾ ਪੈਂਦਾ।

ਸਿਹਤ ਯੋਜਨਾ ਦੁਆਰਾ ਤੁਹਾਨੂੰ ਤੁਹਾਡੀ ਅਪੀਲ ਲਈ ਲਿਖਤੀ ਜਵਾਬ ਭੇਜਣ ਦੇ ਛੇ ਮਹੀਨਿਆਂ ਦੇ ਅੰਦਰ ਤੁਹਾਨੂੰ IMR ਲਈ ਅਰਜ਼ੀ ਦੇਣੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ।ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੀ ਅਰਜ਼ੀ ਛੇ ਮਹੀਨੇ ਦੇ ਬਾਅਦ ਵੀ ਦਰਜ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ, ਜੇ ਕੋਈ ਖਾਸ ਹਾਲਾਤ ਸਨ ਜਿਹਨਾਂ ਕਰ ਕੇ ਤੁਸੀ ਸਮੇਂ ਸਿਰ ਲਿਖ ਨਹੀਂ ਸਕੇ।

ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਧਿਆਨ ਰੱਖੋ ਕਿ ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਇੱਕ ਅਜਿਹੇ ਮੁੱਦੇ ਲਈ ਡਿਵੀਜ਼ਨ ਕੋਲ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਦਰਜ ਨਾ ਕਰਨ ਦਾ ਫੈਸਲਾ ਕਰਦੇ ਹੋ ਜਿਹੜਾ ਇੱਕ IMR, ਲਈ ਯੋਗ ਹੋਵੇਗਾ, ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਤੁਹਾਡੇ ਪਲਾਨ ਨਾਲ ਸਬੰਧਤ ਸੇਵਾ ਜਾਂ ਇਲਾਜ ਦੇ ਵਿਰੁੱਧ ਕਨੂੰਨੀ ਕਾਰਵਾਈ ਕਰਨ ਦੇ ਆਪਣੇ ਹੱਕ ਨੂੰ ਛੱਡ ਰਹੇ ਹੋ।

ਕਿਵੇਂ ਫਾਈਲ ਕਰੋ:

1. www.HealthHelp.ca.gov 'ਤੇ ਆਨਲਾਈਨ ਫਾਇਲ ਕਰੋ। [ਇਹ ਸਭ ਤੋਂ ਤੇਜ਼ ਤਰੀਕਾ ਹੈ।]

   ਜਾਂ

   IMR Application/Complaint Form ਨੂੰ ਭਰੋ ਅਤੇ ਹਸਤਾਖਰ ਕਰੋ।
2. ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ ਕਿ ਕੋਈ ਤੁਹਾਡੀ IMR ਜਾਂ complaint ਵਿਚ ਤੁਹਾਡੀ ਮਦਦ ਕਰੇ, ਤਾਂ ' ਅਧਿਕਾਰਤ ਸਹਾਇਕ ਫਾਰਮ' ਭਰੋ। ਤੁਹਾਨੂੰ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੇ ਅਧਿਕਾਰਿਤ ਸਹਾਇਕ ਨੂੰ ਫਾਰਮ 'ਤੇ ਦਸਤਖ਼ਤ ਕਰਨੇ ਚਾਹੀਦੇ ਹਨ।
3. ਜੇ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਨੈੱਟਵਰਕ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਤੋਂ ਬਾਹਰ ਮੈਡੀਕਲ ਰਿਕਾਰਡ ਹੈ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਆਪਣੀ IMR Application/Complaint Form ਵਿਚ ਸ਼ਾਮਲ ਕਰੋ। ਤੁਹਾਡੀ ਯੋਜਨਾ ਨੈਟਵਰਕ ਪ੍ਰਦਾਤਾਵਾਂ ਤੋਂ ਡਾਕਟਰੀ ਰਿਕਾਰਡ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰੇਗੀ
4. ਤੁਸੀਂ ਤੁਹਾਡੀ ਬੇਨਤੀ ਦੇ ਸਮਰਥਨ ਵਿਚ ਹੋਰ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਸ਼ਾਮਲ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਹਾਲਾਂਕਿ, ਇਸ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਨਾਲ ਸਬੰਧਤ ਤੁਹਾਡੀ ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੀ ਯੋਜਨਾ ਦੇ ਵਿਚਕਾਰ ਕੋਈ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਜਾਂ ਪੱਤਰ ਮੁਹੱਈਆ ਕਰਨ ਦੀ ਕੋਈ ਲੋੜ ਨਹੀਂ ਹੈ। ਵਿਭਾਗ ਇਸ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨੂੰ ਤਫ਼ਤੀਸ਼ ਦੇ ਹਿੱਸੇ ਵਜੋਂ ਸਿੱਧੇ ਤੁਹਾਡੀ ਯੋਜਨਾ ਤੋਂ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰੇਗਾ
5. ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਔਨਲਾਈਨ ਪ੍ਰਸਤੁਤ ਨਹੀਂ ਕਰ ਰਹੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਆਪਣੇ ਫਾਰਮ ਅਤੇ ਹੋਰ ਸਹਾਇਕ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਨੂੰ ਮੇਲ ਜਾਂ ਫੈਕਸ ਕਰੋ:

IMR Application/Complaint Form Instruction Sheet

Department of Managed Health Care ਦਾ ਮੱਦਦ ਕੇਂਦਰ

980 9th Street, Suite 500

Sacramento, CA 95814-2725

ਫੈਕਸ: 916-255-5241

ਅੱਗੇ ਕੀ ਹੁੰਦਾ ਹੈ?

ਵਿਭਾਗ ਨਿਰਧਾਰਤ ਕਰੇਗਾ ਕਿ ਕੀ ਤੁਹਾਡਾ ਕੇਸ IMR ਜਾਂ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਦੇ ਤੌਰ ਤੇ ਯੋਗ ਹੈ। ਮਾਮਲੇ ਇੱਕ IMR ਲਈ ਯੋਗ ਹੁੰਦੇ ਹਨ ਜੇ ਸਿਹਤ ਦੇਖ-ਰੇਖ ਸੇਵਾਵਾਂ ਇੱਕ ਡਾਕਟਰੀ ਲੋੜ ਜਾਂ ਪ੍ਰਯੋਗਾਤਮਕ / ਜਾਂਚ-ਪੜਤਾਲ ਦੇ ਅਧਾਰ 'ਤੇ ਦੇਰੀ, ਸੋਧੀਆਂ ਜਾਂ ਅਸਵੀਕਾਰ ਕੀਤੀਆਂ ਗਈਆਂ ਹਨ।

IMR ਲਈ ਯੋਗ ਨਾ ਹੋਣ ਵਾਲੇ ਮਾਮਲੇ ਖਪਤਕਾਰ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਦੁਆਰਾ ਸੰਸਾਧਿਤ ਹੁੰਦੇ ਹਨ।
ਇਹਨਾਂ ਮਾਮਲਿਆਂ ਵਿੱਚ ਮੁੱਦੇ ਜਿਵੇਂ ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਸੇਵਾ ਤੋਂ ਇਨਕਾਰ ਲਾਭ ਵਿਚ ਸਾਮਿਲ ਨਹੀਂ ਹੈ, ਭੁਗਤਾਨ ਦਾਅਵੇ ਤੇ ਵਿਵਾਦ, ਕਵਰੇਜ ਨੂੰ ਰੱਦ ਕਰਨਾ, ਦੇਖਭਾਲ ਦੀ ਗੁਣਵੱਤਾ, ਅਤੇ ਕਟੌਤੀ / ਜੇਬ ਤੋਂ ਬਾਹਰ ਖਰਚੇ

ਵਿਭਾਗ ਤੁਹਾਨੂੰ ਸੱਤ ਦਿਨਾਂ ਦੇ ਅੰਦਰ ਇਕ ਪੱਤਰ ਭੇਜੇਗਾ, ਜੋ ਤੁਹਾਨੂੰ ਦੱਸੇਗਾ ਕਿ ਕੀ ਤੁਸੀਂ IMR ਲਈ ਯੋਗਤਾ ਪੂਰੀ ਕਰਦੇ ਹੋ। ਜੇ ਵਿਭਾਗ ਫ਼ੈਸਲਾ ਕਰਦਾ ਹੈ ਕਿ ਤੁਹਾਡੀ ਸ਼ਿਕਾਇਤ IMR ਲਈ ਯੋਗ ਹੈ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਕੇਸ ਨੂੰ ਸਟੇਟ ਠੇਕੇਦਾਰ ਨੂੰ ਸੌਂਪਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਜੋ ਸਮੀਖਿਆ ਦਾ ਕੰਮ ਕਰੇਗਾ। ਰਾਜ ਦੇ ਠੇਕੇਦਾਰ ਨੂੰ ਆਜ਼ਾਦ ਮੈਡੀਕਲ ਰਿਵਿਊ ਸੰਗਠਨ () ਵੀ ਕਿਹਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਮੱਦਦ ਕੇਂਦਰ ਤੋਂ ਤੁਹਾਡੀ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਨਾਲ ਸੰਬੰਧਤ ਸਾਰੀ ਜਾਣਕਾਰੀ, ਤੁਹਾਡੇ ਮੈਡੀਕਲ ਰਿਕਾਰਡਾਂ ਸਮੇਤ, ਰਿਵਿਊ ਸੰਸਥਾ ਨੂੰ ਭੇਜੀ ਜਾਵੇਗੀ। ਰਿਵਿਊ ਸੰਸਥਾ ਵੱਲੋਂ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ 45 ਦਿਨਾਂ ਦੇ ਅੰਦਰ ਜਾਂ ਜੇ ਤੁਹਾਡਾ ਕੇਸ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹੈ ਤਾਂ ਸੱਤ ਦਿਨਾਂ ਦੇ ਅੰਦਰ ਨਿਰਣਾ ਦਿੱਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਵਿਭਾਗ ਤੁਹਾਨੂੰ ਫੈਸਲੇ ਨਾਲ ਇੱਕ ਪੱਤਰ ਭੇਜੇਗਾ।

ਜੇ ਵਿਭਾਗ ਫ਼ੈਸਲਾ ਕਰਦਾ ਹੈ ਕਿ ਤੁਹਾਡੀ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਦੀ ਸਮੀਖਿਆ ਕੰਜ਼ਿਊਮਰ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਦੁਆਰਾ ਕੀਤੀ ਜਾਣੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੀ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਦਾ ਫ਼ੈਸਲਾ 30 ਦਿਨਾਂ ਦੇ ਅੰਦਰ ਕੀਤਾ ਜਾਵੇਗਾ।ਵਿਭਾਗ ਤੁਹਾਨੂੰ ਫੈਸਲੇ ਨਾਲ ਇੱਕ ਪੱਤਰ ਭੇਜੇਗਾ।

1977 ਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਪ੍ਰੈਕਟਿਸ ਐਕਟ (ਕੈਲੀਫੋਰਨੀਆ ਸਿਵਲ ਕੋਡ ਸੈਕਸ਼ਨ 1798.17) ਨੂੰ ਹੇਠ ਲਿਖੇ ਨੋਟਿਸ ਦੀ ਲੋੜ ਹੁੰਦੀ ਹੈ।

IMR Application/Complaint Form Instruction Sheet

- ਕੈਲੀਫੋਰਨੀਆ ਦੇ ਨੋਕਸ-ਕੀਨ ਐਕਟ ਵਿਭਾਗ ਨੂੰ ਸਿਹਤ ਯੋਜਨਾਵਾਂ ਨੂੰ ਨਿਯੰਤ੍ਰਿਤ ਕਰਨ ਅਤੇ ਸਿਹਤ ਯੋਜਨਾ ਦੇ ਮੈਂਬਰਾਂ ਦੀਆਂ ਸ਼ਿਕਾਇਤਾਂ ਦੀ ਜਾਂਚ ਕਰਨ ਦਾ ਅਧਿਕਾਰ ਦਿੰਦਾ ਹੈ।
- ਡਿਪਾਰਟਮੈਂਟ ਦਾ ਮੱਦਦ ਕੇਂਦਰ ਤੁਹਾਡੀ ਨਿਜੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਤੁਹਾਡੀ ਯੋਜਨਾ ਨਾਲ ਤੁਹਾਡੀ ਸਮੱਸਿਆ ਦੀ ਜਾਂਚ ਕਰਨ ਲਈ ਅਤੇ ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਕਿਸੇ ਲਈ ਯੋਗਤਾ ਪੂਰੀ ਕਰਦੇ ਹੋ ਤਾਂ ਇੱਕ IMR ਮੁਹੱਈਆ ਕਰਵਾਉਣ ਲਈ ਵਰਤਦਾ ਹੈ।
- ਤੁਸੀਂ ਵਿਭਾਗ ਨੂੰ ਇਹ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸਵੈ-ਇੱਛਤ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਦੇ ਹੋ।ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਹ ਜਾਣਕਾਰੀ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਨ ਦੀ ਲੋੜ ਨਹੀਂ ਹੈ। ਹਾਲਾਂਕਿ, ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਨਹੀਂ ਕਰਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ ਕਿ ਵਿਭਾਗ ਤੁਹਾਡੀ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਦੀ ਜਾਂਚ ਜਾਂ IMR ਮੁਹੱਈਆ ਕਰਵਾਉਣ ਦੇ ਯੋਗ ਨਾ ਹੋਵੇ।
- ਵਿਭਾਗ ਲੋੜ ਮੁਤਾਬਕ, ਯੋਜਨਾ, ਪ੍ਰਦਾਤਾ, ਅਤੇ ਰਿਵਿਊ ਸੰਗਠਨ ਜੋ IMR ਦੀ ਸਮੀਖਿਆ ਕਰਦੇ ਹਨ ਨਾਲ ਤੁਹਾਡੀ ਨਿੱਜੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸਾਂਝੀ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ ।
- ਡਿਪਾਰਟਮੈਂਟ ਤੁਹਾਡੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨੂੰ ਹੋਰ ਸਰਕਾਰੀ ਏਜੰਸੀਆਂ ਨਾਲ ਵੀ ਸਾਂਝੇ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ ਜੋ ਕਾਨੂੰਨ ਦੁਆਰਾ ਲੋੜੀਂਦਾ ਜਾਂ ਮਨਜ਼ੂਰ ਹੋਵੇ।
- ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਨਿੱਜੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਵੇਖਣ ਦਾ ਹੱਕ ਹੈ। ਅਜਿਹਾ ਕਰਨ ਲਈ, ਵਿਭਾਗ ਦੇ ਰਿਕਾਰਡ ਬੇਨਤੀ ਕੋਆਰਡੀਨੇਟਰ, Department of Managed Health Care, ਲੀਗਲ ਸਰਵਿਸਿਜ਼ ਦਾ ਦਫਤਰ, 980 9 ਸਟ੍ਰੀਟ ਸੂਟ 500, ਸੈਕਰਾਮੈਂਟੋ CA 95814-2725 ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਕਰੋ ਜਾਂ 916-322-6727 ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।