

INDEPENDENT MEDICAL REVIEW (IMR) APPLICATION/COMPLAINT FORM

IMPORTANT INFORMATION

You can submit your IMR Application/Complaint Form online at: www.HealthHelp.ca.gov

- ❖ **FREE:** The IMR/Consumer Complaint process is free.
- ❖ **FAST:** IMRs are usually decided within 30 days, or within 7 days if the health issue is urgent.
- ❖ **SUCCESSFUL:** Close to **60%** of patients receive the requested service through IMR.
- ❖ **FINAL:** Health plans must follow the IMR decision and promptly provide the service.

PATIENT INFORMATION

First Name _____ Middle Initial ____ Last Name _____

Patient's Date of Birth (mm/dd/yyyy) _____ Gender: ☐ Male ☐ Female

Name of Parent or Guardian if Filing for Minor Child _____

Street Address _____

City _____ State _____ Zip _____

Daytime Phone # _____ Evening Phone # _____

Email Address _____

Health Plan Name _____ Patient's Membership # _____

Medical Group Name (if enrolled in a medical group) _____

Employer _____ ☐ Not Employed

Do you want someone to help you with your complaint? ☐ Yes ☐ No

If yes, please complete the attached 'Authorized Assistant Form.'

Do you have Medi-Cal? ☐ Yes ☐ No

If yes, have you filed a Request for a State Fair Hearing? ☐ Yes ☐ No

Do you have Medicare or Medicare Advantage? ☐ Yes ☐ No

Have you filed a complaint or grievance with your health plan? ☐ Yes ☐ No

Are you seeking payment for a service that you have already received? ☐ Yes ☐ No

If yes, list the date(s) of service, and the provider's name:

Are you seeking authorization for future services? ☐ Yes ☐ No

Do you need help with daily activities or consider yourself to have a disability? ☐ Yes ☐ No

INDEPENDENT MEDICAL REVIEW (IMR) APPLICATION/COMPLAINT FORM

YOUR HEALTH PROBLEM

(Use a separate sheet and attach other documents, if needed.)

What is your medical condition or doctor's diagnosis? (Please be specific) _____

What medical treatment(s)/service(s) and/or medication(s) are you requesting? (Please be specific) _____

Did your plan say that the treatment you want is: (Check one)

☐ Not Medically Necessary

☐ Experimental or Investigational

☐ Not an Emergency/Urgent

☐ Other (Please explain below)

List the name and phone number of your primary care doctor and other providers who have seen, treated, or advised you for this condition.

Have you seen any out-of-network providers for your condition?

☐ Yes

☐ No

If yes, please include the medical records with this form.

Briefly describe the problem you are having with your plan. For example, explain if the problem is a denied treatment, an unpaid claim, trouble getting an appointment or medication, or if your coverage has been cancelled by the plan.

MEDICAL RELEASE

I request the Department of Managed Health Care (DMHC) to make a decision about my problem with my plan. I request the DMHC to review my Independent Medical Review (IMR) Application/Complaint Form to determine if my complaint qualifies for an IMR or the DMHC's Consumer Complaint process. I allow my providers, past and present, and my plan to release my medical records and information to review this issue. These records may include medical, mental health, substance abuse, HIV, diagnostic imaging reports, and other records related to my case. These records may also include non-medical records and any other information related to my case. I allow the DMHC to review these records and information and send them to my plan. My permission will end one year from the date below, except as allowed by law. For example, the law allows the DMHC to continue to use my information internally. I can end my permission sooner if I wish. All the information that I have provided on this sheet is true.

Patient or Parent Signature _____ Date _____

Please see the instruction sheet for mailing or faxing information.

STATISTICAL INFORMATION ONLY

You are asked to voluntarily provide the following information. Giving this information will help the DMHC identify any patterns of problems. Health and Safety Code section 1374.30 authorizes the DMHC to obtain this information for research and statistical purposes. Giving this information is optional and will not affect the IMR or complaint decision in any way.

Primary Language Spoken: _____

☐ Declined to provide

Race/Ethnicity Heritage: _____

☐ Declined to provide

AUTHORIZED ASSISTANT FORM

- ☐ If you want to give another person permission to assist you with your Independent Medical Review (IMR) or complaint, complete Parts A and B below.
- ☐ If you are a parent or legal guardian filing this IMR or complaint for a child under the age of 18, you do not need to complete this form.
- ☐ If you are filing this IMR or complaint for a patient who cannot complete this form because the patient is either incompetent or incapacitated, and you have legal authority to act for this patient, please complete Part B only. Also attach a copy of the power of attorney for health care decisions or other documents that say you can make decisions for the patient.

PART A: PATIENT

I allow the person named below in Part B to assist me in my IMR or complaint filed with the Department of Managed Health Care (DMHC). I allow the DMHC and IMR staff to share information about my medical condition(s) and care with the person named below. This information may include mental health treatment, HIV treatment or testing, alcohol or drug treatment, or other health care information.

I understand that only information related to my IMR or complaint will be shared.

My approval of this assistance is voluntary and I have the right to end it. If I want to end it, I must do so in writing.

Patient Signature _____ Date _____

PART B: PERSON ASSISTING PATIENT

Name of Person Assisting (print) _____

Signature of Person Assisting _____

Address _____

City _____ State ____ Zip _____

Relationship to Patient _____

Daytime Phone # _____

Evening Phone # _____

Email Address _____

☐ My power of attorney for health care decisions or other legal document is attached.

IMR Application/Complaint Form Instruction Sheet

If you have questions, call the Help Center at 1-888-466-2219 or TDD at 1-877-688-9891. This call is free.

Before You File:

In most cases, you must complete your plan's complaint or grievance process before you file a complaint or IMR request to the DMHC. Your plan must give you a decision within 30 days or within 3 days if your problem is an immediate and serious threat to your health.

If your plan denied your treatment because it was experimental/investigational, you do not have to take part in your plan's complaint or grievance process before you file an IMR application.

You must apply for an IMR within six months after your health plan sends you a written response to your appeal. The DMHC may accept your application after six months if it is determined that circumstances prevented timely submission. Please be aware that if you decide not to file a complaint with the DMHC for an issue that would qualify for an IMR, you may be giving up your rights to pursue legal action against your plan regarding the service or treatment you are requesting.

How to File:

1. File online at www.HealthHelp.ca.gov. [This is the fastest way.]

OR

Fill out and sign the IMR Application/Complaint Form

2. If you want someone to help you with your IMR or complaint, complete the 'Authorized Assistant Form.'
3. If you have medical records from **out of network providers**, please include them with your IMR Application/Complaint Form. Your plan will provide medical records from network providers.
4. You may include other documents that support your request. However, there is no need to provide any documents or correspondence between you and your plan relating to this complaint. The DMHC will obtain this information directly from your plan as part of the investigation.
5. If you are not submitting online, please mail or fax your form and any supporting documents to:

DMHC Help Center
980 9th Street, Suite 500
Sacramento, CA 95814-2725
FAX: 916-255-5241

What Happens Next?

The Help Center will send you a letter within seven days telling you if you qualify for an IMR. If it is determined that your complaint qualifies for an IMR, your case is assigned to a state contractor who will perform the review. The state contractor is also known as the Independent Medical Review Organization (IMRO). All of the information in the Help Center's possession related to your complaint, including your medical records, will be sent to the IMRO. The IMRO will make a decision usually within 30 days or within seven days if your case is urgent. You will be notified in writing of the decision.

If it is determined that your complaint should be reviewed through the Consumer Complaint process, a decision about your issue will be made within 30 days. You will be notified in writing of the decision.

IMR Application/Complaint Form Instruction Sheet

The Information Practices Act of 1977 (California Civil Code Section 1798.17) requires the following notice.

- California's Knox-Keene Act gives the DMHC the authority to regulate health plans and investigate the complaints of health plan members.
- The DMHC's Help Center uses your personal information to investigate your problem with your plan and to provide an IMR if you qualify for one.
- You provide the DMHC this information voluntarily. You do not have to provide this information. However, if you do not, the DMHC may not be able to investigate your complaint or provide an IMR.
- The DMHC may share your personal information, as needed, with the plan and providers who conduct the IMR.
- The DMHC may also share your information with other government agencies as required or allowed by law.
- You have a right to see your personal information. To do this, contact the DMHC Records Request Coordinator, DMHC, Office of Legal Services, 980 9th Street Suite 500, Sacramento CA 95814-2725, or call 916-322-6727.

Formulario de queja/solicitud de revisión médica independiente (IMR)

INFORMACIÓN IMPORTANTE

Puede presentar su formulario de queja/solicitud de IMR en línea en: www.HealthHelp.ca.gov

- ❖ **GRATIS:** El proceso de solicitud de IMR y de presentación de quejas de parte de los consumidores es gratis.
- ❖ **RAPIDO:** Las IMR generalmente se deciden dentro de 30 días o dentro de 7 días si el asunto de salud es urgente.
- ❖ **Exitoso :** Cerca de 60% de los pacientes reciben el servicio solicitado a través de una IMR.
- ❖ **Definitivo:** Los planes de salud deben acatar la decisión de la IMR y proveer el servicio con prontitud.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre _____ Inicial del segundo nombre _____ Apellido _____

Fecha de nacimiento del paciente (mm/dd/aaaa) _____ Género: Masculino ☐ Femenino ☐

Nombre del padre o tutor si el solicitante es menor de edad _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono durante el día _____ Teléfono durante la noche _____

Correo electrónico _____

Nombre del plan de salud _____ Núm. de membresía del paciente _____

Nombre del grupo médico (si está inscrito en uno) _____

Empleador _____ No está empleado ☐

¿Desea que alguien lo ayude con su queja? ☐ Sí ☐ No

De ser así, llene el 'Formulario de asistente autorizado' adjunto.

¿Tiene Medi-Cal? ☐ Sí ☐ No

De ser así, ¿ha presentado una petición de audiencia imparcial estatal? ☐ Sí ☐ No

¿Tiene Medicare o Medicare Advantage? ☐ Sí ☐ No

¿Ha presentado una queja o reclamo ante su plan de salud? ☐ Sí ☐ No

¿Desea recibir pago por un servicio que ya recibió? ☐ Sí ☐ No

De ser así, anote la(s) fecha(s) de servicio y el nombre del proveedor:

_____ ☐ Sí ☐ No

¿Desea recibir autorización para servicios futuros? ☐ Sí ☐ No

¿Necesita ayuda con sus actividades diarias o considera que tiene una discapacidad? ☐ Sí ☐ No

FORMULARIO DE QUEJA/SOLICITUD DE REVISIÓN MÉDICA INDEPENDIENTE (IMR)

SU PROBLEMA DE SALUD (Use una hoja aparte y adjunte otros documentos de ser necesario)

¿Cuál es su condición médica o el diagnóstico del doctor? (sea específico) _____

¿Qué tratamiento(s)/servicio(s) o medicamento(s) solicita? (sea específico) _____

Su plan dice que el tratamiento que desea (marque una opción):

☐ No es medicamento necesario

☐ Es experimental o de investigación

☐ No es una emergencia/no es urgente

☐ Otro (explicar a continuación)

Anote el nombre y el teléfono de su doctor de atención primaria y de otros proveedores que lo hayan visto, tratado o informado de su condición.

¿Ha visto a proveedores que no están dentro de su red en relación con esta condición? ☐ Sí ☐ No

De ser así, incluya los registros médicos con este formulario.

Describa brevemente el problema que tiene con su plan. Por ejemplo, explique si el problema es acerca de un tratamiento denegado, un reclamo no pagado, problemas para obtener una cita o medicamento, o si el plan canceló su cobertura.

Divulgación de información médica

Solicito al Departamento de Atención Administrada de la Salud (Department of Managed Health Care, DMHC) que tome una decisión acerca del problema que tengo con mi plan. Solicito al DMHC que revise mi formulario de queja/solicitud de revisión médica independiente para que determine si mi queja reúne los requisitos para una IMR o para el proceso de quejas de los consumidores del DMHC. Autorizo a mis proveedores, pasados y presentes, y a mi plan a divulgar mi información y registros médicos para que revisen este asunto. Estos registros podrían incluir informes médicos, de salud mental, abuso de sustancias, VIH, diagnóstico por imágenes y otros registros relacionados con mi caso. Estos registros podrían también incluir registros no médicos y cualquier información relacionada con mi caso. Autorizo a DMHC a que revise estos registros e información y a que los envíe a mi plan. Mi autorización caducará en un año a partir de la fecha que se indica a continuación, a excepción de lo que permita la ley. Por ejemplo, la ley permite al DMHC continuar usando mi información internamente. Puedo revocar mi autorización más pronto si así lo deseo. Toda la información que proporcioné en esta hoja es verdadera.

Firma del paciente o padre _____ Fecha _____

Consulte la hoja de instrucciones para obtener la información para el envío por correo o fax.

PARA INFORMACIÓN ESTADÍSTICA SOLAMENTE

Se le pide que proporcione la siguiente información de manera voluntaria. Proporcionar esta información ayudará a DMHC a identificar cualquier patrón de los problemas. El artículo 1374.30 del Código de Salud y Seguridad (Health and Safety Code) autoriza al DMHC a que obtenga esta información para fines de investigación y estadística. Proporcionar esta información es opcional y no afectará de ninguna manera la decisión sobre la IMR o la queja.

Idioma principal que habla: _____ ☐ Prefiero no decir

Raza/origen étnico: _____ ☐ Prefiero no decir

FORMULARIO DE ASISTENTE AUTORIZADO

- Si desea dar permiso a otra persona para que lo asista con su queja o revisión médica independiente (Independent Medical Review, IMR), llene las partes A y B a continuación.
- Si es un padre o tutor legal que presenta esta queja o solicitud de IMR en nombre de un menor de 18 años, no necesita llenar este formulario.
- Si presenta este formulario de queja/IMR en nombre de un paciente que no puede llenar este formulario debido a que es incompetente o tiene una discapacidad, y si usted tiene autoridad legal para actuar en nombre de este paciente, llene la parte B solamente. Además, adjunte una copia de carta de poder para tomar decisiones de atención de salud u otros documentos que digan que usted puede tomar decisiones en nombre del paciente.

PARTE A: PACIENTE

Autorizo a la persona mencionada en la parte B a continuación para que me asista con la queja o solicitud de IMR que presenté ante el Departamento de Atención Administrada de la Salud (Department of Managed Health Care, DMHC). Autorizo al personal del DMHC y la IMR a que compartan la información sobre mi(s) condición(es) y atención médicas con la persona mencionada a continuación. Esta información podría incluir tratamientos de salud mental, tratamientos y pruebas de VIH, tratamientos de alcoholismo o drogadicción u otra información de atención de salud.

Entiendo que sólo se compartirá la información relacionada con mi queja o IMR.

Mi autorización para esta asistencia es voluntaria y tengo derecho a anularla. Si deseo anularla, tengo que hacerlo por escrito.

Firma del paciente _____ Fecha _____

PARTE B: PERSONA QUE ASISTE AL PACIENTE

Nombre de la persona que asiste al paciente (letra de molde) _____

Firma de la persona que asiste al paciente _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Relación con el paciente _____

Teléfono durante el día _____

Teléfono durante la noche _____

Correo electrónico _____

- ☐ Mi carta de poder para tomar decisiones de atención de salud u otro documento legal está incluido

Hoja de instrucciones para el formulario de queja/solicitud de IMR

Si tiene preguntas, llame al Centro de Ayuda al 1-888-466-2219 o TDD al 1-877-688-9891. La llamada es gratuita.

Antes de presentar su solicitud:

En la mayoría de los casos, usted debe completar el proceso de queja o reclamación de su plan antes de que pueda presentar una solicitud de queja o IMR ante el DMHC. Su plan debe darle una decisión dentro de un plazo de 30 días o dentro de un plazo de 3 días si su problema representa una amenaza inmediata o grave para su salud.

Si su plan le negó el tratamiento que solicitó por ser experimental o estar en investigación, no tiene que participar en el proceso de queja o reclamación de su plan antes de que pueda presentar una solicitud de IMR.

Debe solicitar una IMR dentro de un plazo de seis meses a partir de que su plan de salud le envíe una respuesta por escrito referente a su apelación. El DMHC podría aceptar su solicitud después de seis meses si se determina que las circunstancias evitaron su presentación oportuna. Tenga en cuenta que si decide no presentar una queja ante el DMHC por un asunto que cumple con los requisitos para una IMR, podría estar renunciando sus derechos de emprender una acción legal contra su plan en relación con el servicio o tratamiento que está solicitando.

Cómo presentar el formulario:

- 1) Preséntelo en línea en www.HealthHelp.ca.gov. **Esta es la manera más rápida.**

o

Llene y firme el formulario de queja/solicitud de IMR.

- 2) Si desea que alguien lo ayude con su queja o IMR, llene el 'Formulario de asistente autorizado'.
- 3) Si tiene registros médicos de proveedores **fuera de la red**, inclúyalos con su formulario de queja/solicitud de IMR. Su plan proveerá los registros médicos de los proveedores dentro de la red.
- 4) Puede incluir otros documentos que apoyen su solicitud. Sin embargo, no es necesario proveer ningún documento o correspondencia entre usted y su plan en relación con su queja. El DMHC obtendrá esta información directamente de su plan como parte de la investigación.
- 5) Si no hace su presentación en línea, envíe su formulario y todos los documentos de apoyo por correo postal o fax a:
DMHC Help Center
980 9th Street Suite 500
Sacramento CA 95814-2725
FAX: 916-255-5241

¿Qué sucederá a continuación?

El Centro de Ayuda (Help Center) le enviará una carta dentro de un plazo de siete días informándole si reúne los requisitos para una IMR. Si se determina que su queja reúne los requisitos para una IMR, su caso se asignará a un contratista estatal que llevara a cabo la revisión. Al contratista estatal también se le conoce como una organización de revisión médica independiente (Independent Medical Review Organization, IMRO). Toda la información en posesión del Centro de Ayuda relacionada con su queja, incluyendo sus registros médicos, se enviará al IMRO. La IMRO tomará una decisión, generalmente dentro de un plazo de 30 días o dentro de siete días si su caso es urgente. Se le notificará por escrito de la decisión.

Si se determina que su queja debe revisarse mediante el proceso de Queja del Consumidor, se tomará una decisión acerca de su asunto dentro de un plazo de 30 días. Se le notificará por escrito de la decisión.

Hoja de instrucciones para el formulario de queja/solicitud de IMR

La Ley de Prácticas Informativas (Information Practices Act) de 1977 (artículo 1798.17 del Código Civil de California) requiere que se haga la siguiente notificación.

- La Ley Knox-Keene de California otorga al DMHC la autoridad para que regule los planes de salud e investigue las quejas de los miembros de los planes de salud.
- El Centro de Ayuda del DMHC usa su información personal para investigar el problema que tiene con su plan de salud y para concederle una IMR si reúne los requisitos para una.
- Usted proporciona esta información al DMHC de manera voluntaria. Usted no tiene que proporcionar esta información. Sin embargo, si no lo hace, el DMHC podría ser incapaz de investigar su queja o concederle una IMR.
- El DMHC podría compartir su información personal, según sea necesario, con el plan y los proveedores que llevan a cabo la IMR.
- El DMHC podría también compartir su información con otras agencias gubernamentales como lo exija o permita la ley.
- Usted tiene derecho a ver su información personal. Para hacerlo, comuníquese con el Coordinador de Solicitudes Registros de DMHC, , Office of Legal Services, 980 9th Street Suite 500, Sacramento CA 95814-2725, o llame a 916-322-6727.