



ແບບຟອມສຳລັບໄຂຂໍ້ຂ້ອງໃຈ/ຮ້ອງທຸກຂອງສະມາຊິກ

ວັນທີ: _____

ກະດູນາພິມຂໍ້ມູນທັງໝົດ.

ຂໍ້ມູນຜູ້ຮ້ອງທຸກ:

ຊື່ _____ () _____ ()
ໝາຍເລກໂທລະສັບຢູ່ບ່ອນເຮັດວຽກ _____ ໝາຍເລກໂທລະສັບເຮືອນ _____

ທີ່ຢູ່ _____ ເມືອງ _____ ລັດ _____ ລະຫັດໄປສະນີ _____

ຊື່ຂອງບຸກຄົນທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບຜູ້ຮ້ອງທຸກ:

ຊື່ _____ #: _____
ເລກບັດປະຈຳຕົວ _____

ຊື່ _____ #: _____
ເລກບັດປະຈຳຕົວ _____

ຊື່ _____ #: _____
ເລກບັດປະຈຳຕົວ _____

ປະເພດຂອງການຮ້ອງທຸກ: [ເລືອກທັງໝົດທີ່ເຫັນວ່າແມ່ນ]

- _____ ການຕະຫຼາດ _____ ຄວາມຫຍຸ້ງຍາກໃນ _____ ການຮຽກເກັບເງິນສຳລັບສະມາຊິກ
- _____ ຄຸນນະພາບ _____ ການຂົນສົ່ງ _____ ຄວາມສາມາດໃນການເຂົ້າເຖິງການປິ່ນປົວ
- _____ ການປິ່ນປົວກໍລະນີສຸກເສີນ _____ ທັດສະນະຂອງພະນັກງານ _____ ການອະນຸຍາດ

ອື່ນໆ: _____

ຄຳຊີ້ແຈງບັນຫາ: _____ ວັນທີເກີດບັນຫາ: _____ ສະຖານທີ່: _____
ຊື່ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ _____

ອະທິບາຍບັນຫາ/ຄຳຮ້ອງທຸກໂດຍລະອຽດ:

ໃຊ້ດ້ານຫຼັງຂອງແບບຟອມນີ້ ຖ້າຈຳເປັນຕ້ອງຂະຫຍາຍຂໍ້ມູນເພີ່ມຕື່ມ.

ລາຍເຊັນຂອງສະມາຊິກ

ວັນທີ

(ຫຼື ລາຍເຊັນຜູ້ປົກຄອງຂອງສະມາຊິກທີ່ເປັນເດັກນ້ອຍ ຫຼື ຜູ້ທີ່ບໍ່ມີຄວາມສາມາດເຊັນເອງໄດ້)

ການເຜີຍແຜ່ຂໍ້ມູນທາງການແພດ

ສະມາຊິກ: ກະລຸນາລະບຸຊື່ ແລະ ໝາຍເລກໂທລະສັບຂອງຜູ້ໃຫ້ບໍລິການທີ່ປະຕິບັດຕໍ່ທ່ານຈົນພາ
ໃຫ້ເກີດມີຂໍ້ຂ້ອງໃຈນີ້.

**ຂໍ້ມູນທາງການແພດທັງໝົດທີ່ໄດ້ມາຈະໄດ້ຮັບການເກັບຮັກສາໄວ້ເປັນຢ່າງດີ ແລະ
ຈະຖືກນຳໃຊ້ເພື່ອຈຸດປະສົງໃນການກວດກາເພື່ອແກ້ໄຂຂໍ້ຂ້ອງໃຈຂອງ ທ່ານເທົ່ານັ້ນ.**

ຂ້າພະເຈົ້າອະນຸຍາດ ແລະ ຂໍໃຫ້ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດັ່ງທີ່ລະບຸໄວ້ຂ້າງເທິງ
ສຸມາດເຜີຍແຜ່ຂໍ້ມູນທາງການແພດບາງສ່ວນ ແລະ ທັງໝົດໃຫ້ແກ່ HEALTH NET
ເພື່ອສະໜັບສະໜູນຄວາມຕ້ອງການທາງການແພດ ສຳລັບປະເດັນຂໍ້ຂ້ອງໃຈນີ້:

ລາຍເຊັນ: _____ ວັນທີ: _____

(ຖ້າເຊັນໂດຍຜູ້ອື່ນ ນອກຈາກສະມາຊິກ) ສາຍພົວພັນ: _____
(ແມ່, ພໍ່, ຜູ້ປົກຄອງ)

ຖ້າທ່ານມີຄຳຖາມເພີ່ມເຕີມ ຫຼື ຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບເລື່ອງນີ້,
ກະລຸນາຕິດຕໍ່ພະແນກບໍລິການສະມາຊິກຂອງພວກເຮົາດ້ວຍການໂທໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າໄດ້ທີ່ເບີໂທ
(800) 675-6110 (TTY: 711). ເມື່ອຕິດຂໍ້ມູນຮຽບຮ້ອຍແລ້ວ, ກະລຸນາສົ່ງແບບຟອມນີ້ໄປທີ່:
Health Net, Attn: Medi-Cal Member Appeals and Grievance Department, P.O Box 10348, Woodland
Hills, CA 91367. ແຟັກ: (877) 831-6019.

ພະແນກຄຸ້ມຄອງບັນເທົາສຸຂະພາບຂອງລັດແຄລິຟໍເນຍມີໜ້າທີ່ໃນການກຳນົດແຜນບໍລິການບັນເທົາ
ສຸຂະພາບ. ຖ້າມີຂໍ້ຂ້ອງໃຈກ່ຽວກັບແຜນປະກັນສຸຂະພາບຂອງທ່ານ, ທ່ານຄວນໂທຫາ ແຜນປະກັນ
ສຸຂະພາບຂອງທ່ານກ່ອນ ທີ່ເລກຫມາຍ 1-800-675-6110, TTY: 711 ແລະ ໃຊ້ຂະບວນການຮ້ອງທຸກ
ຂອງແຜນປະກັນສຸຂະພາບຂອງທ່ານ ກ່ອນຈະຕິດຕໍ່ຫາພະແນກ. ການໃຊ້ຂັ້ນຕອນແກ້ຂໍ້ຂ້ອງໃຈນີ້
ບໍ່ໄດ້ເປັນການຫ້າມບໍ່ໃຫ້ມີສິດທິ ຫຼື
ຄວາມສາມາດໃນການແກ້ໄຂບັນຫາຕາມກົດໝາຍທີ່ອາດຈະເກີດຂຶ້ນກັບທ່ານ.
ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອກ່ຽວກັບຂໍ້ຂ້ອງໃຈໃນກໍລະນີສຸກເສີນ,
ຂໍ້ຂ້ອງໃຈທີ່ບໍ່ໄດ້ຮັບການແກ້ໄຂຢ່າງໜ້າເພິ່ງພໍໃຈຈາກແຜນປະກັນສຸຂະພາບຂອງທ່ານ, ຫຼື
ຂໍ້ຂ້ອງໃຈທີ່ຍັງບໍ່ໄດ້ຮັບການແກ້ໄຂເປັນເວລາດົນກວ່າ 30 ວັນ, ທ່ານຍັງ
ສາມາດໂທຫາພະແນກເພື່ອຂໍຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອ. ນອກຈາກນີ້
ທ່ານຍັງມີສິດຮ້ອງຂໍກັບອົງການກວດກາການແພດອິດສະຫຼະ (Independent Medical Review, IMR).
ກໍລະນີທາງທ່ານມີສິດຮ້ອງຂໍກັບ IMR, ຂະບວນການ IMR ຈະດຳເນີນການກວດກາ
ຄຳຕັດສິນທາງການແພດຈາກແຜນປະກັນສຸຂະພາບ
ທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບຄວາມຈຳເປັນທາງການແພດຂອງການບໍລິການ ຫຼື ການບັນເທົາທີ່ສະເໜີ,
ຄຳຕັດສິນກ່ຽວກັບການຄຸ້ມຄອງສຳລັບການບັນເທົາທີ່ມີລັກສະນະເປັນ ແບບທົດລອງ ຫຼື
ແບບສຳຫຼວດ ແລະ ຊຶ່ງຂັດແຍ່ງດ້ານການຈ່າຍເງິນສຳລັບການບໍລິການທາງການແພດສຸກເສີນ ຫຼື
ຮີບດ່ວນ. ນອກຈາກນີ້ ພະແນກຍັງມີການບໍລິການໂທໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ (1-888-466-2219) ແລະ ສາຍ

TDD (1-877-688-9891) ສຳລັບຜູ້ທີ່ມີຄວາມບົກຜ່ອງທາງການໄດ້ຢືນ ແລະ ການເວົ້າ.
ເວັບໄຊທ໌ຂອງພະແນກ www.dmhc.ca.gov ມີແບບຟອມຮ້ອງທຸກ, ແບບຟອມສະໝັກ IMR, ແລະ
ຄຳແນະນຳອອນໄລນ໌.

3.2.22