

ទម្រង់បែបបទព័ត៌មានអំពីសុខភាពមាត់ ធុមញ្ជ្រូរបស់ Medi-Cal



អ្នកកំពុងទទួលបានទម្រង់បែបបទនេះ ពីព្រោះអ្នកបានចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងថែទាំផ្ទេរថ្មីមួយដែលមានការគ្រប់គ្រង Health Net Dental (Health Net) ។ យើងនឹងប្រើទម្រង់បែបបទនេះដើម្បីធ្វើឱ្យប្រាកដថា អ្នកទទួលបានការថែទាំដែលចាំបាច់។

សូមគូសផឹកចម្លើយ ដែលត្រូវសម្រាប់អ្នកដោយប្រើប៊ិចពណ៌ខៀវ ឬខ្មៅ។ សូមបំពេញទម្រង់បែបបទមួយ **សម្រាប់មនុស្សម្នាក់ៗ** ក្នុងគ្រួសាររបស់អ្នកដែលបានចុះឈ្មោះក្នុង Health Net ។ ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមហៅទូរសព្ទមក Health Net តាមលេខឥតគិតថ្លៃ 1-844-233-4522 ។ កំណត់ម្នាក់ៗចាំបាច់និយាយជាមួយអ្នកពីថ្ងៃចន្ទដល់ថ្ងៃសុក្រចន្លោះម៉ោង 8:00 am និង 5:00 pm ។ អ្នកប្រើប្រាស់ឧបករណ៍ TDD/TTY គួរហៅមកលេខ 711 ។

ការបំពេញទម្រង់បែបបទនេះគឺជាការស្ម័គ្រចិត្ត។ អ្នកនឹងមិនត្រូវបានបដិសេធចំពោះការថែទាំដោយផ្អែកលើចម្លើយជាសមាត់របស់អ្នកឡើយ។				
ឈ្មោះសមាជិក៖		ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត៖	លេខសម្គាល់ខ្លួន Medi-Cal៖	
សំណួរ			សូមគូសផឹកយកមួយ៖	
			បាទ/ចាស	ទេ
1.	តើវាមានរយៈពេលលើសពី 12 ខែហើយឬនៅ ចាប់តាំងពីការជួបពិនិត្យធ្មេញចុងក្រោយរបស់អ្នក?			
2.	តើអ្នកមានការឈឺចាប់ទេ នៅពេលញ័រអាហារត្រជាក់ ក្តៅ ឬផ្អែម?			
3.	តើអ្នកមានការដុះចេញធ្មេញមកឈឺទេ?			
4.	តើអ្នកមានធ្មេញមួយ ឬច្រើនដែលឆ្លងរោគទេ?			
5.	តើអ្នកមានធ្មេញបាក់មួយ ឬច្រើនទេ?			
6.	តើមាត់របស់អ្នកស្អិតទេ?			
7.	តើអញ្ចាញធ្មេញរបស់អ្នកចេញឈាមទេ នៅពេលអ្នកដុសធ្មេញ ឬប្រើខ្សែសម្អាតធ្មេញ?			
8.	តើអ្នកធ្លាប់មានការព្យាបាលអញ្ចាញធ្មេញ (ជំងឺឬសធ្មេញ) ទេ? បើឆ្លើយបាទ/ចាស សូមដាក់កាលបរិច្ឆេទនៃការព្យាបាលចុងក្រោយ៖			
9.	តើអ្នកពាក់ក្រាស់ធ្មេញ ឬក្រាស់ធ្មេញមួយផ្នែកទេ?			
10.	តើអ្នកកំពុងទទួលបានការបាញ់កាំរស្មី ឬការព្យាបាលដោយប្រើថ្នាំគីមីទេ?			
11.	តើអ្នកមានផ្ទៃពោះឬ?			
12.	តើអ្នកទៅជួបវេជ្ជបណ្ឌិតជាទៀងទាត់សម្រាប់ស្ថានភាពសុខភាពរ៉ាំរ៉ៃទេ? បើឆ្លើយបាទ/ចាស សូមគូសផឹកទាំងអស់ដែលពាក់ព័ន្ធ៖ ☐ ជំងឺហឺម៉ាតូឡូស៊ី ☐ ជំងឺទឹកនោមផ្អែម ☐ ជំងឺគ្រុនចាញ់ ☐ ផ្សេងៗ៖			
13.	តើអ្នកមាន ឬធ្វើឱ្យខ្លួនឯងពាក់ព័ន្ធនឹង ពិការភាពខាងផ្លូវចិត្ត ឬរាងកាយទេ?			
សូមផ្ញើត្រឡប់មកវិញនូវទម្រង់បែបបទដែលបំពេញរួចដោយប្រើស្រោមសំបុត្រដែលភ្ជាប់មកជាមួយនិងបានទូទាត់រួច ឬផ្ញើតាមប្រៃសណីយ៍មកកាន់៖ Health Net Dental, Attn: Case Management, PO Box 2182 Milwaukee, WI 53201-2182. ប្រសិនបើអ្នកគិតថា អ្នកត្រូវជួបជាមួយពេទ្យធ្មេញម្នាក់ មុនពេល Health Net ទាក់ទងមកអ្នក សូមទាក់ទងមកការិយាល័យពេទ្យធ្មេញរបស់អ្នក ឬស្វែងរកការថែទាំពីមន្ទីរពេទ្យ។ ខ្ញុំយល់ ថាព័ត៌មាននេះនឹងត្រូវបញ្ចេញទៅឱ្យគម្រោងថែទាំផ្ទេរថ្មីរបស់ខ្ញុំ។				
ហត្ថលេខា៖		កាលបរិច្ឆេទចុះហត្ថលេខា៖		