

ក្រដាសបំពេញសារទុក្ខ/បណ្តឹង សមាជិក

កាលបរិច្ឆេទ: _____

**សូមសរសេរព័ត៌មានទាំងអស់ ជាអក្សរពុម្ព។
ព័ត៌មានបណ្តឹង:**

	()	()
ឈ្មោះ:	លេខទូរស័ព្ទធ្វើការ	លេខទូរស័ព្ទផ្ទះ
អាសយដ្ឋានផ្លូវ	ទីក្រុង	រដ្ឋ ស៊ីបកូដ

ឈ្មោះមនុស្ស ដែលទាក់ទងនឹងបណ្តឹង:

	#:
ឈ្មោះ:	លេខ ID
	#:
ឈ្មោះ:	លេខ ID
	#:
ឈ្មោះ:	លេខ ID

លក្ខណៈនៃបណ្តឹង: [គូសទាំងអស់ដែលពាក់ព័ន្ធ]

_____ ការផ្សាយលក់	_____ ការពិបាកដកឈ្មោះចេញ	_____ វិក្កយប័ត្រសមាជិក
_____ គុណភាព	_____ យានជំនិះ	_____ លទ្ធភាពចំពោះការថែទាំ
_____ ការថែទាំជាបន្ទាន់	_____	_____ អាកប្បកិរិយាបុគ្គលិក
_____ ការអនុញ្ញាត		_____

ផ្សេងទៀត: _____

សេចក្តីថ្លែងបញ្ជា: កាលបរិច្ឆេទនៃឧប្បត្តិហេតុ: _____ ទីកន្លែង: _____
ឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា _____

រៀបរាប់បញ្ហា/បណ្តឹង ឲ្យក្លោះក្លាយ:

ប្រើខាងខ្នងនៃក្រដាសបំពេញនេះ បើសិនត្រូវការកន្លែងសរសេរថែមទៀត។

ហត្ថលេខាសមាជិក

កាលបរិច្ឆេទ

(ឬ ហត្ថលេខានៃមាតាបិតា បើសិនសមាជិកជាអនីតិជន ឬអសមត្ថភាព)

ការបញ្ជាក់មានសុខភាព

សមាជិក: សូមផ្តល់ឈ្មោះ និងលេខទូរស័ព្ទនៃអ្នកផ្តល់សេវា ដែលអាចជាបានព្យាបាលអ្នកសំរាប់លក្ខណៈជាកម្មវត្ថុ នៃសារទុក្ខនេះ។

កំណត់ត្រាសុខភាពទាំងអស់ ដែលបានទទួល នឹងត្រូវបានរក្សាទុកជាសំងាត់បំផុត ហើយប្រើសំរាប់តែគោលបំណង នៃការពិនិត្យមើលសារទុក្ខរបស់អ្នកប៉ុណ្ណោះ។

តាមរយៈនេះ ខ្ញុំអនុញ្ញាត និងស្នើអ្នកផ្តល់សេវាដែលមានកត់នៅខាងលើ ឲ្យបញ្ជាក់កំណត់ត្រាសុខភាពអ្វីមួយ និងទាំងអស់ ទៅ HEALTH NET ដើម្បីគាំទ្រសុខភាពជាចាំបាច់ សំរាប់កម្មវត្ថុ នៃសារទុក្ខនេះ។

ហត្ថលេខា: _____ **កាលបរិច្ឆេទ:** _____

(បើសិនបានចុះហត្ថលេខាដោយមនុស្សក្រៅពីសមាជិក) ទំនាក់ទំនង: _____
(ម្តាយ, ឪពុក, អាណាព្យាបាល)

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរអ្វីថែមទៀត ឬត្រូវការជំនួយបន្ថែម ពាក់ព័ន្ធនឹងរឿងរ៉ាវនេះ សូមទាក់ទងផ្នែកសេវាសមាជិក តាមលេខ ឥតចេញថ្លៃ (800) 675-6110 (TTY:711) នៅពេលបំពេញចប់ សូមបញ្ជូនក្រដាសបំពេញនេះទៅ៖ Health Net, Attn: Medi-Cal Member Appeals and Grievance Department, P.O. Box 10348, Van Nuys, CA 91410-0348។ លេខទូរសារ: (877) 831-6019។

ក្រសួងគ្រប់គ្រងសុខាភិបាល រដ្ឋ California មានភារៈកិច្ចសំរាប់ការដាក់បញ្ញត្តិ ដល់គំរោងសេវាថែទាំសុខភាព។ បើសិនអ្នកមានសារទុក្ខប្រឆាំងនឹងគំរោងសុខភាពរបស់អ្នក ជាដំបូងបំផុត អ្នកគួរតែទូរស័ព្ទទៅគំរោងសុខភាពរបស់អ្នក តាមលេខ **1-800-675-6110** និងប្រើវិធីធ្វើសារទុក្ខនៃគំរោងសុខភាពរបស់អ្នក មុននឹងទាក់ទងក្រសួង។ ការប្រើវិធីធ្វើសារទុក្ខនេះ គឺមិនហាមឃាត់នូវសិទ្ធិស្របច្បាប់អ្វី មួយ ដែលអាចយកមកប្រើ ឬដំណោះស្រាយអ្វីៗ ដែលអាចមានសំរាប់អ្នកឡើយ។ បើសិនអ្នកត្រូវការជំនួយឲ្យដោះស្រាយសារទុក្ខ ដែលទាក់ទងនឹងភាពអាសន្ន ឬសារទុក្ខអ្វីមួយដែលគំរោងសុខភាពរបស់អ្នក មិនទាន់បានដោះស្រាយឲ្យគាប់ចិត្តនៅឡើយ ឬក៏សារទុក្ខ អ្វីមួយដែលនៅតែមិនទាន់ដោះស្រាយរួច លើសពីចំនួន 30 ថ្ងៃ អ្នកអាចទូរស័ព្ទទៅក្រសួង សំរាប់ជំនួយ។ អ្នកក៏អាចនឹងមានសិទ្ធិទទួល ការពិនិត្យពិច័យដោយពេទ្យឯករាជ្យ (Independent Medical Review, IMR) ដែរ។ បើសិនអ្នក មានសិទ្ធិទទួល IMR នោះវិធី IMR នឹងផ្តល់ការពិនិត្យមើលឡើងវិញដោយមិនលំអៀង នូវការសំរេចខាងសុខភាព ដែលគំរោងសុខភាពបានសំរេចចំពោះរោគាព្យាបាលចាំបាច់ នូវសេវា ឬការព្យាបាលដែលបានស្នើ ឬការសំរេចពីការរ៉ាប់រង សំរាប់ការព្យាបាលជាលក្ខណៈនៃការពិសោធន៍ ឬការស៊ុបអង្កេត និងទំនាស់ការបង់ប្រាក់សំរាប់ថ្លៃ ព្យាបាលជាអាសន្ន ឬសេវាសុខភាពជាបន្តាន់។

ក្រសួងក៏មានលេខទូរស័ព្ទឥតចេញថ្លៃ (1-888-466-2219) និងខ្សែ TDD (1-877-688-9891) សំរាប់អ្នក
អន់សោតវិញ្ញាណ និងសំដីផងដែរ។ រីឯគេហទំព័រអន្តរាគមន៍របស់ក្រសួង www.dhhs.ca.gov វិញ
ក៏មានក្រដាសបំពេញបណ្តឹង, ក្រដាសបំពេញបណ្តឹងពាក្យសុំ IMR, និងសេចក្តីណែនាំតាមបណ្តាញ។