

Health Net Dental - ទម្រង់ស្នើសុំ ទំនាក់ទំនងសម្ងាត់



Health Net Dental ចង់ឱ្យអ្នកដឹងថាអ្នកមានជម្រើសអំពីព័ត៌មានសុខភាពដែលត្រូវបានការពារ (PHI) របស់អ្នក។ អ្នកអាចឱ្យ Health Net ធ្វើការទំនាក់ទំនងណាមួយដែលមាន PHI ដោយផ្ទាល់ទៅអ្នក។

ច្បាប់កាលីហ្វ័រញ៉ាចែងថា៖ "សេវារសើបមានន័យថា៖ សេវាថែទាំសុខភាពទាំងអស់ដែលទាក់ទងនឹងសុខភាព ផ្លូវចិត្ត ឬអាកប្បកិរិយា សុខភាពផ្លូវភេទ និងសុខភាពបន្តពូជ ជំងឺកាមរោគ ជំងឺនៃការប្រើប្រាស់សារធាតុ ញៀន ការថែទាំដែលបញ្ជាក់ពីយេនឌ័រ និងអំពើហិង្សាផ្នែកជិតស្និទ្ធ។"


PHI គឺជាព័ត៌មានសុខភាពអំពីអ្នក។ ឧទាហរណ៍នៃការទំនាក់ទំនងដែលរួមបញ្ចូល PHI គឺ៖

- ព័ត៌មានអំពីការណាត់ជួបរបស់អ្នក។
- ការបដិសេធការទាមទារ សំណើសុំព័ត៌មានបន្ថែមអំពីការទាមទារ និងការជូនដំណឹងអំពីការទាមទារដែលមានការប្រកួតប្រជែង។
- ឈ្មោះ និងអាសយដ្ឋានរបស់អ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក ការពិពណ៌នាអំពីសេវាកម្មដែលបានផ្តល់ និងព័ត៌មានអំពីការទៅពិនិត្យផ្សេងទៀត។


ចំណាំ៖ ប្រសិនបើអ្នកមានអាយុលើសពី 12 ឆ្នាំ អ្នកមិនចាំបាច់ត្រូវមានការយល់ព្រមដោយអ្នកជាន់ខ្ពស់នៃគម្រោងធានារ៉ាប់រងសុខភាពរបស់គ្រួសារអ្នកដើម្បីធ្វើសំណើទំនាក់ទំនងសម្ងាត់នោះទេ។

សូមបំពេញទម្រង់បែបបទនេះ ប្រសិនបើអ្នកចង់ឱ្យយើងធ្វើទំនាក់ទំនងដែលមាន PHI ដោយផ្ទាល់ទៅអ្នក។ ការទំនាក់ទំនងនឹងត្រូវបានផ្ញើទៅកាន់អាសយដ្ឋានប្រៃសណីយ៍ ឬអ៊ីមែលដាច់ដោយឡែក។ សូមចូលទៅកាន់ www.hndental.com ។

សូមទូរសព្ទ ឬផ្ញើទម្រង់បែបបទដែលបានបញ្ចប់នេះទៅកាន់ Health Net ។
ទុកពេលរហូតដល់ 7-14 ថ្ងៃសម្រាប់ពួកយើងដើម្បីដំណើរការសំណើរបស់អ្នក។

 **សំបុត្រ៖** Health Net Dental – Quality Mgt. Dept.
PO Box 26110, Santa Ana, CA 92799-6110

យើងនៅទីនេះដើម្បីជួយ!
សូមទូរសព្ទមកយើងប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរផ្សេងៗ។

 **ទូរសព្ទ៖** Health Net Sacramento (GMC):
877-550-3868 (សេវាបម្រើសមាជិក);
Health Net Los Angeles (PHP):
800-977-7307 (សេវាបម្រើសមាជិក)

កន្លឹះ!

ប្រសិនបើអ្នកផ្លាស់ប្តូរការចុះឈ្មោះរបស់អ្នកទៅគម្រោងមួយផ្សេងទៀត អ្នកនឹងត្រូវបំពេញទម្រង់បែបបទនេះម្តងទៀតនៅក្រោមលេខសម្គាល់ខ្លួនសមាជិកថ្មីរបស់អ្នក។

Health Net Dental - ទម្រង់ស្នើសុំ ទំនាក់ទំនងសម្ងាត់



ព័ត៌មានរបស់អ្នក៖			
ឈ្មោះ៖	នាមត្រកូល៖	ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត៖	
លេខសម្គាល់ខ្លួនអ្នកជារ៖		លេខទូរសព្ទ៖ តើត្រូវទូរសព្ទនៅអ្នករបៀបណា ប្រសិនបើយើងមានសំណួរ?	
ត្រូវហើយ! សូមផ្ញើទំនាក់ទំនងជាមួយ PHI របស់ខ្ញុំទៅកាន់អាសយដ្ឋានប្រៃសណីយ៍ នេះ និង/ឬអាសយដ្ឋានអ៊ីមែល៖			
អាសយដ្ឋានប្រៃសណីយ៍៖			
ទីក្រុង៖	រដ្ឋ៖	ZIP៖	
អាសយដ្ឋានអ៊ីមែល៖			
ខ្ញុំសូមបញ្ជាក់ និងទទួលស្គាល់ថាព័ត៌មានខាងលើគឺពិត និងត្រឹមត្រូវ៖			
ហត្ថលេខា៖		កាលបរិច្ឆេទ៖	

ចំណាំ៖ សំណើទំនាក់ទំនងសម្ងាត់នឹងមានសុពលភាពរហូតដល់សមាជិកដាក់ស្នើការលុបចោលសំណើ ឬសំណើទំនាក់ទំនងសម្ងាត់ថ្មីត្រូវបានដាក់ជូន។

ប្រសិនបើអ្នកកំពុងចុះហត្ថលេខាជំនួសសមាជិក សូមពណ៌នាទំនាក់ទំនងរបស់អ្នកខាងក្រោម។ ប្រសិនបើអ្នកជាអ្នកតំណាងផ្ទាល់ខ្លួនរបស់សមាជិក សូមពណ៌នាអំពីចំណុចនេះខាងក្រោម ហើយផ្ញើមកយើងនូវច្បាប់ចម្លងនៃទម្រង់បែបបទទាំងនោះ (ដូចជា លិខិតប្រគល់សិទ្ធិអំណាច ឬការបង្គាប់បញ្ជារបស់អាណាព្យាបាល)។

ខ្ញុំសូមបញ្ជាក់ និងទទួលស្គាល់ថាព័ត៌មានខាងលើគឺពិត និងត្រឹមត្រូវ៖	
ឈ្មោះតំណាងផ្ទាល់ខ្លួន៖ (សូមសរសេរជាអក្សរធំ)	
ពិពណ៌នាអំពីទំនាក់ទំនង៖	
ទំនាក់ទំនងជាមួយសមាជិក៖ (សូមសរសេរជាអក្សរធំ)	
ហត្ថលេខាតំណាងផ្ទាល់ខ្លួន៖	
ហត្ថលេខា៖	កាលបរិច្ឆេទ៖

Health Net of California, Inc. និង Health Net Community Solutions, Inc. គឺជាក្រុមហ៊ុនបុគ្គលសម្បែងរបស់ Health Net, LLC
Health Net គឺជាសញ្ញាសេវាកម្មដែលបានចុះបញ្ជីរបស់ Health Net, LLC ។ រក្សាសិទ្ធិគ្រប់យ៉ាង។