

Member Appeal or Grievance Form



នៅ Health Net Community Solutions (Health Net) យកចិត្តទុកដាក់ខ្លាំងចំពោះការព្រួយបារម្ភរបស់អ្នក។ ប្រសិនបើអ្នកមិនយល់ស្របនឹងសេចក្តីសម្រេចនេះទេ អ្នក ឬនរណាម្នាក់ផ្សេងទៀតអាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ចំពោះសេវាដែលបានបដិសេធ។ អ្នកអាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងសាទុក្ខ ប្រសិនបើអ្នកមិនពេញចិត្តនឹងការថែទាំ ឬការព្យាបាលដែលអ្នកបានទទួល។

យើងខ្ញុំត្រូវតែមានការយល់ព្រមជាលាយលក្ខណ៍អក្សរពីអ្នក ប្រសិនបើអ្នកផ្តល់សេវា ឬនរណាម្នាក់ដែលអ្នកជ្រើសរើស ដាក់ពាក្យបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ ឬបណ្តឹងសាទុក្ខជំនួសអ្នក។ យើងខ្ញុំអាចត្រូវការការយល់ព្រមជាលាយលក្ខណ៍អក្សរពីអ្នក ដើម្បីទទួលបានកំណត់ត្រាសុខភាពសម្រាប់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ ឬបណ្តឹងសាទុក្ខរបស់អ្នក។ អ្នកអាចទាក់ទងផ្នែកបម្រើសេវាសមាជិករបស់ Health Net ដោយទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-675-6110 ឬទៅកាន់គេហទំព័រ www.healthnet.com ដើម្បីទទួលបានទម្រង់ទាំងនេះ។

- ទម្រង់បែបបទផ្ទេរសិទ្ធិឱ្យអ្នកតំណាង
- ទម្រង់បែបបទអនុញ្ញាតឱ្យចេញផ្សាយកំណត់ត្រាសុខភាព

រួមបញ្ចូលឯកសារ ឬព័ត៌មានណាមួយដែលពាក់ព័ន្ធនឹងបណ្តឹងគវ៉ា ឬបណ្តឹងសាទុក្ខរបស់អ្នក។ អ្នកអាចជ្រើសរើសវិធីណាមួយខាងក្រោមដើម្បីផ្ញើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ ។

- សូមទូរសព្ទទៅផ្នែកបម្រើសេវាសមាជិករបស់ Health Net តាមរយៈលេខ 1-800-675-6110។ សេវាផ្នែកភាសាអាចរកបាន ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការ។
- 711(TTY)សម្រាប់អ្នកពិការភាពការស្តាប់ និងនិយាយ
- បំពេញទម្រង់បែបបទបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ ឬបណ្តឹងសាទុក្ខតាមអនឡាញនៅ៖ www.healthnet.com
- សូមបំពេញទម្រង់បែបបទនេះ ហើយបញ្ជូនវាតាមរយៈប្រៃសណីយ៍ ឬទូរសារ

ប្រៃសណីយ៍: Health Net Community Solutions
 Attn: Member Appeals and Grievance Department
 PO Box 10348
 Van Nuys, CA 91410-0348
 ឬ
ទូរសារលេខ 1-877-831-6019

ឯកសារសមាជិកមានជាទម្រង់ផ្សេងទៀតដូចជា អក្សរស្តាប់សម្រាប់ជនពិការភ្នែក អក្សរពុម្ពធំៗ អូឌីយ៉ូ និងច្រើនទៀត។

Member Appeal or Grievance Form



ផ្នែកទី 1: ព័ត៌មានសមាជិក		
នាមត្រកូល និងនាមខ្លួន:	លេខសម្គាល់:	ខែថ្ងៃឆ្នាំកំណើត:
អាសយដ្ឋាន:	ក្រុង:	លេខកូដតំបន់:
លេខទូរសព្ទ:	ពេលវេលាល្អបំផុតដើម្បីទូរសព្ទទៅ:	

ផ្នែកទី 2: ព័ត៌មានអំពីបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ ឬបណ្តឹងសាទុក្ខ	
ឈ្មោះរបស់អ្នកផ្តល់សេវា:	កាលបរិច្ឆេទនៃសេវា/ព្រឹត្តិការណ៍:
លេខទាមទារសំណង:	លេខយោង:

សូមប្រាប់យើងអំពីការព្រួយបារម្ភរបស់អ្នក និងអំពីសកម្មភាព ដែលអ្នកចង់បាន។ រាប់បញ្ចូល: ឈ្មោះ អ្នកផ្តល់សេវា កាលបរិច្ឆេទផ្តល់សេវា ការទាមទារសំណង ឬលេខយោង។

សម្រាប់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍: ភ្ជាប់ច្បាប់ចម្លងនៃលិខិតជូនដំណឹងអំពីចំណាត់ការ។

Member Appeal or Grievance Form



អ្នកអាចស្នើសុំការជួបប្រជុំគ្នាមួយ ប្រសិនបើអ្នកបានទទួលការបដិសេធសម្រាប់ការព្យាបាល ឬសម្ភារៈផ្គត់ផ្គង់ក្នុងការពិសោធន៍ និងមានជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយ។

ខ្ញុំមានជំងឺធ្ងន់ធ្ងរ ហើយខ្ញុំស្នើសុំការជួបប្រជុំមួយ។

ផ្នែកទី 3: សម្រាប់ជាតិមានរបស់អ្នក

សេចក្តីជូនដំណឹងអំពីចំណាត់ការ គឺជាលិខិតផ្លូវការដែលយើងប្រាប់អ្នកថាយើងនឹងបដិសេធ ពន្យារពេល ផ្លាស់ប្តូរ ឬបញ្ចប់សេវាកម្មមួយឬច្រើន។ បណ្តឹងសាទុក្ខអាចត្រូវបានធ្វើនៅគ្រប់ពេលវេលា។

ស្នើសុំការពិនិត្យឡើងវិញរហ័ស ប្រសិនបើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ ឬបណ្តឹងសាទុក្ខរបស់អ្នកពាក់ព័ន្ធនឹងការកំរាមកំហែងភ្លាមៗ ឬធ្ងន់ធ្ងរដល់សុខភាពរបស់អ្នក។ យើងនឹងពិនិត្យឡើងវិញនូវបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ ឬបណ្តឹងសាទុក្ខរបស់អ្នកក្នុងរយៈពេល 72 ម៉ោងចាប់ពីពេលទទួលបាន។

អ្នកនឹងទទួលបានលិខិតមួយក្នុងរយៈពេលប្រាំ (5) ថ្ងៃតាមប្រតិទិន នៅពេលដែលយើងទទួលបានបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ ឬបណ្តឹងសាទុក្ខរបស់អ្នក។

បុគ្គលិកនៅ Health Net ដែលនឹងធ្វើការលើករណីរបស់អ្នកអាចនិយាយជាមួយអ្នកសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមនានា។

ទាក់ទងទៅ DMHC ឬ DHCS ប្រសិនបើអ្នកមិនពេញចិត្តនឹងរបៀបដែល Health Net ដោះស្រាយកង្វល់របស់អ្នក។

California Department of Managed Health Care (DMHC)

California Department of Managed Health Care មានភារៈកិច្ចសម្រាប់ការដាក់បញ្ញត្តិ ដល់គម្រោងសេវាថែទាំសុខភាព។ ប្រសិនបើអ្នកមានបណ្តឹងសាទុក្ខប្រឆាំងនឹងគម្រោងសុខភាពរបស់អ្នក ដំបូង អ្នកគួរតែទូរសព្ទមកគម្រោងសុខភាពរបស់អ្នកតាមរយៈលេខ **(1-800-675-6110, TTY:711)** ហើយប្រើប្រាស់ដំណើរការបណ្តឹងសាទុក្ខរបស់គម្រោងសុខភាពរបស់អ្នក មុនទាក់ទងទៅក្រសួងនោះ។ ការប្រើវិធីធ្វើសាទុក្ខនេះ មិនហាមឃាត់សិទ្ធិស្របច្បាប់អ្វី មួយ ដែលអាចយកមកប្រើ ឬដំណោះស្រាយអ្វីៗ ដែលអាចមានសម្រាប់អ្នកឡើយ។ បើសិនអ្នកត្រូវការជំនួយឱ្យដោះស្រាយសាទុក្ខ ដែលទាក់ទងនឹងភាពអាសន្ន ឬសាទុក្ខអ្វីមួយដែលគម្រោងសុខភាពរបស់អ្នក មិនទាន់បានដោះស្រាយឱ្យគាប់ចិត្តនៅឡើយ ឬក៏សាទុក្ខដែលនៅតែមិនទាន់ដោះស្រាយរួច លើសពីចំនួន 30 ថ្ងៃ អ្នកអាចទូរសព្ទទៅក្រសួងសម្រាប់ជំនួយ។ អ្នកក៏អាចនឹងមានសិទ្ធិទទួល ការពិនិត្យពិច័យដោយពេទ្យឯករាជ្យ (Independent Medical Review, IMR) ដែរ។ បើសិនអ្នកមានសិទ្ធិទទួល ការពិនិត្យពិច័យដោយពេទ្យឯករាជ្យ (IMR) នោះវិធី ការពិនិត្យពិច័យដោយពេទ្យឯករាជ្យ (IMR) នឹងផ្តល់ការពិនិត្យឡើងវិញ ដោយមិន លំអៀង នូវការសម្រេចខាងសុខភាព ដែលគម្រោងសុខភាពបានសម្រេច ចំពោះរោគាព្យាបាលចាំបាច់ នូវសេវា ឬការព្យាបាលបានស្នើ, ការសម្រេចពីការរ៉ាប់រង សម្រាប់ការព្យាបាលជាលក្ខណៈនៃការពិសោធន៍ ឬការស៊ើបអង្កេត និងទំនាស់ការបង់ប្រាក់ សម្រាប់ ថ្លៃព្យាបាលជាអាសន្ន ឬសេវាសុខភាពជាបន្ទាន់។ ក្រសួងក៏មានលេខទូរសព្ទគតិកថ្លៃមួយខ្សែផងដែរ តាមរយៈលេខ **(1-888-466-2219)** និងបណ្តាញ TDD **(1-877-688-9891)** សម្រាប់អ្នកដែលមានបញ្ហាក្នុងការស្តាប់ និងការនិយាយ។ គេហទំព័ររបស់ក្រសួង www.dmhc.ca.gov មានទម្រង់បំពេញបណ្តឹង ទម្រង់បំពេញពាក្យសុំ IMR និងសេចក្តីណែនាំតាមអនឡាញ។

Member Appeal or Grievance Form



សេចក្តីប្រាងច្បាប់របស់ព្រឹទ្ធសភា (SB) លេខ 923 ស្តីពីការថែទាំដែលមានលក្ខណៈរួមបញ្ចូលសម្រាប់ជនប្តូរភេទ ភេទចម្រុះ ឬអន្តរភេទ (TGI)

អ្នកមានសិទ្ធិដាក់ពាក្យបណ្តឹងជាមួយ Health Net និង DMHC ប្រសិនបើអ្នកផ្តល់សេវា ឬបុគ្គលិក Health Net ខកខានក្នុងការផ្តល់ការថែទាំដែលមានលក្ខណៈរួមបញ្ចូលសម្រាប់ជនប្តូរភេទ។

ការថែទាំសុខភាពប្រកបដោយលក្ខណៈរួមបញ្ចូលជនប្តូរភេទ ត្រូវបានកំណត់ថា ជាការថែទាំសុខភាពដ៏ទូលំទូលាយដែលស្របតាមស្តង់ដារនៃការថែទាំសម្រាប់បុគ្គលដែលកំណត់អត្តសញ្ញាណថា ជា TGI។ វាការព្រួយបារម្ភរាងកាយផ្ទាល់ខ្លួនរបស់បុគ្គល មិនធ្វើការសន្ទនាអំពីយេនឌ័រ ទទួលយកភាពប្រែប្រួលនៃយេនឌ័រ និងការបង្ហាញយេនឌ័រខុសពីលក្ខណៈប្រពៃណី ហើយមានការប្រព្រឹត្តចំពោះមនុស្សគ្រប់រូបដោយមានការយោគយល់ ការគោរព និងការយកចិត្តទុកដាក់ [HSC § 1367.043(d)(3)] ។

California Department of Health Care Services (DHCS) Office of the Ombudsman

អ្នកក៏អាចទូរសព្ទទៅការិយាល័យ Office of the Ombudsman នៃក្រសួង California Department of Health Care Services (DHCS) សម្រាប់ជំនួយផងដែរ ។ ការិយាល័យ Ombudsman Office ជួយអ្នកទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍របស់កម្មវិធី Medi-Cal ឱ្យប្រើប្រាស់យ៉ាងពេញលេញនូវសិទ្ធិ និងទំនួលខុសត្រូវរបស់ពួកគេក្នុងនាមជាសមាជិកនៃគម្រោងថែទាំដែលស្ថិតក្រោមការគ្រប់គ្រង។ ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែម សូមទូរសព្ទទៅលេខភ័ស្តុតាងតេឡេហ្វូន 1-888-452-8609 ពីថ្ងៃចន្ទដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 5:00 ល្ងាច។

ផ្នែកទី 4: ហត្ថលេខា

ហត្ថលេខារបស់សមាជិក ឬអ្នកតំណាងដែលមានសិទ្ធិ

កាលបរិច្ឆេទ

សរសេរឈ្មោះសមាជិក ឬអ្នកតំណាងដែលមានសិទ្ធិជាអក្សរធំ