

សេចក្តីថ្លែងបញ្ហា:

កាលបរិច្ឆេទនៃឧប្បត្តិហេតុ: _____

ទីកន្លែង: _____

ឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា

រៀបរាប់បញ្ហា/បណ្តឹង ឲ្យក្បោះក្បាយ:

ប្រើខាងខ្នងនៃក្រដាសបំពេញនេះ បើសិនត្រូវការកន្លែងសរសេរចម្លើយទៀត។

ហត្ថលេខាសមាជិក

កាលបរិច្ឆេទ

(ឬ ហត្ថលេខានៃមាតាបិតា បើសិនសមាជិកជាអនីតិជន ឬអសមត្ថភាព)

ការបញ្ចេញព័ត៌មានសុខភាព

សមាជិក: សូមផ្តល់ឈ្មោះ និងលេខទូរស័ព្ទនៃអ្នកផ្តល់សេវា ដែលអាចជាបានព្យាបាលអ្នក
សំរាប់លក្ខណៈជាកម្មវត្ថុ នៃសារទុក្ខនេះ។

**កំណត់ត្រាសុខភាពទាំងអស់ ដែលបានទទួល នឹងត្រូវបានរក្សាទុកជាសំងាត់បំផុត
ហើយប្រើសំរាប់តែគោលបំណង នៃការពិនិត្យមើលសារទុក្ខរបស់អ្នកប៉ុណ្ណោះ។**

តាមរយៈនេះ ខ្ញុំអនុញ្ញាត និងស្នើអ្នកផ្តល់សេវាដែលមានកត់នៅខាងលើ ឲ្យបញ្ចេញកំណត់ត្រា
សុខភាពអ្វីមួយ និងទាំងអស់ ទៅ HEALTH NET ដើម្បីគាំទ្រសុខភាពជាចាំបាច់ សំរាប់កម្មវត្ថុ
នៃសារទុក្ខនេះ។

ហត្ថលេខា: _____ **កាលបរិច្ឆេទ:** _____

(បើសិនបានចុះហត្ថលេខាដោយមនុស្សក្រៅពីសមាជិក)

ទំនាក់ទំនង:

(ម្តាយ ឪពុក

អាណាព្យាបាល)

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរអ្វីថែមទៀត ឬត្រូវការជំនួយបន្ថែម ពាក់ព័ន្ធនឹងរឿងរ៉ាវនេះ

សូមទាក់ទងផ្នែកសេវាសមាជិក តាមលេខ ឥតចេញថ្លៃ (800) 675-6110 ឬ TTY/TDD: (800)-431-0964។

ព្រះពុទ្ធសាសនា លេខ ប្រាប់ សូមបញ្ជូនក្នុង ប្រា ញ្ញពានៈ ទៅ: Health Net, Attn: Medi-Cal Member Appeals

and Grievance Department, P.O. Box 10348, Van Nuys, CA 91410-0348។ លេខទូរស័ព្ទ: (877) 831-6019។