

ក្រដាសបំពេញ សារទុក្ខ/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: _____

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។



នៅក្រោម MEDI-CAL គ្រប់គ្រងការថែទាំ

បើសិនអ្នកនៅតែមិនយល់ស្របជាមួយនឹងការសម្រេចនេះទេ អ្នកអាច:

- ស្នើសុំ “ការពិនិត្យពិច័យដោយពេទ្យឯករាជ្យ” (Independent Medical Review, IMR) ហើយអ្នកពិនិត្យមើល ពីខាងក្រៅ ដែលមិនពាក់ព័ន្ធនឹងគំរោងសុខភាព នឹងពិនិត្យមើលករណីរបស់អ្នក
- ស្នើសុំ “រដ្ឋសវនាការ” ហើយចៅក្រមនឹងពិនិត្យមើលករណីរបស់អ្នក

អ្នកអាចស្នើសុំ IMR និងរដ្ឋសវនាការ ទាំងពីរមុខនៅពេលព្រមគ្នា។ អ្នកក៏អាចស្នើសុំការមួយ មុនការមួយទៀត ក្រែងលោបើសិនវានឹង ដោះស្រាយបញ្ហារបស់អ្នក បានមុន។ ឧទាហរណ៍ បើសិនអ្នកស្នើសុំ IMR ជាមុន ប៉ុន្តែមិនយល់ស្របជាមួយនឹងការសម្រេចទេ អ្នកនៅ តែអាចស្នើសុំរដ្ឋសវនាការ នៅពេលក្រោយ។ តែយ៉ាងណាមិញ បើសិនអ្នកស្នើសុំរដ្ឋសវនាការជាមុន ប៉ុន្តែសវនាការបានកើតឡើងទៅ ហើយ អ្នកមិនអាចស្នើសុំ IMR បានទេ។ នៅក្នុងករណីនេះ រដ្ឋសវនាការ មានការសម្រេចជាចុងក្រោយ។

អ្នកនឹងមិនត្រូវបង់ប្រាក់ សំរាប់ IMR ឬរដ្ឋសវនាការឡើយ។

របៀបស្នើសុំ ការបន្តអត្ថប្រយោជន៍

បើសិននៅពេលបច្ចុប្បន្ននេះ អ្នកកំពុងតែទទួលការព្យាបាល ហើយអ្នកចង់បន្តការព្យាបាលទៀត អ្នកត្រូវតែស្នើសុំក្នុងពេល 10 ថ្ងៃ ចាប់តាំងពីកាលបរិច្ឆេទនៃសំបុត្រ “ជូនដំណឹងពីការសម្រេច” (Notice of Action) ឬសំបុត្រ “ជូនដំណឹងដំណោះស្រាយការតវ៉ា” (Notice of Appeal Resolution) បានបោះត្រាប្រៃសណីយ៍ ឬបានប្រគល់ឲ្យអ្នក ឬ មុនកាលបរិច្ឆេទដែលក្រុមវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក ឬ Health Net ថ្លែងថាសេវានឹងឈប់។ អ្នកត្រូវតែថ្លែងថា អ្នកចង់រក្សាការព្យាបាល នៅពេលអ្នកប្តឹងតវ៉ា។ អ្នកអាចសូមបន្តទទួល សេវាដែលរ៉ាប់រង ក្នុងខណៈការតវ៉ា ឬរដ្ឋសវនាការ មិនទាន់ដាច់ស្រេចនៅឡើយ បើសិនអ្នកស្របតាមលក្ខណៈទាំងអស់នៅខាងក្រោម:

- 1) ការតវ៉ារបស់អ្នក បានទទួលក្នុងពេល 60 ថ្ងៃ ចាប់តាំងពីកាលបរិច្ឆេទនៃសំបុត្រ “ជូនដំណឹងពីការសម្រេច”;



នៅក្រោម MEDI-CAL គ្រប់គ្រងការថែទាំ

- 2) អ្នកកំពុងតវ៉ាការបញ្ចប់ ការបញ្ឈប់បណ្តោះអាសន្ន
ឬការកាត់បន្ថយនូវសេវាដែលបានអនុញ្ញាតពីមុន;
- 3) សេវាដែលរ៉ាប់រង ត្រូវបានចេញបញ្ជាដោយអ្នកផ្តល់សេវាដែលអនុញ្ញាត;
- 4) រយៈពេលបានរ៉ាប់រងដោយសេវាដែលបានអនុញ្ញាតពីមុន មិនទាន់ផុតកំណត់នៅឡើយ; និង
- 5) អ្នកបានបញ្ជូនសំណើ ដើម្បីបន្តសេវាដែលរ៉ាប់រង ក្នុងពេល 10 ថ្ងៃប្រតិទិន នៃពេលសំបុត្រ
“ជូនដំណឹងពីការសំរេច” បានផ្ញើទៅ ឬមុនកាលបរិច្ឆេទបំរុងមានប្រសិទ្ធិភាព
នូវចំណាត់ការដែលបានស្នើ។

ការពិនិត្យពិច័យដោយពេទ្យឯករាជ្យ (IMR)

បើសិនអ្នកចង់បាន IMR អ្នកត្រូវតែស្នើសុំក្នុងពេល 180 ថ្ងៃ ចាប់តាំងពីកាលបរិច្ឆេទនៃសំបុត្រ
“ជូនដំណឹងដំណោះស្រាយការតវ៉ា” ។ វត្តនៅខាងក្រោម នឹងផ្តល់ឲ្យអ្នកនូវព័ត៌មានពីរបៀបស្នើសុំ IMR។
សូមកំណត់ថាពាក្យ “សារទុក្ខ” គឺនិយាយទាំងអំពី “បណ្តឹង” និង “ការតវ៉ា”។

ក្រសួងគ្រប់គ្រងសុខាភិបាល (Department of Managed Health Care) រដ្ឋកាលីហ្វ័រនីញ៉ា
ទទួលខុសត្រូវសំរាប់ការដាក់បញ្ញត្តិ ដល់គំរោងសេវាថែទាំសុខភាព។ បើសិនអ្នកមានសារទុក្ខមួយ
ទាស់នឹងគំរោងសុខភាពរបស់អ្នក នោះជាដំបូងបំផុត អ្នកគួរតែទូរស័ព្ទទៅ Health Net តាមលេខ 1-800-
675-6110 ហើយត្រូវប្រើវិធីធ្វើសារទុក្ខរបស់ Health Net សិន មុននឹងទាក់ទងក្រសួង។ ការប្រើ វិធីធ្វើ
សារទុក្ខនេះ មិនហាមឃាត់នូវសិទ្ធិស្របច្បាប់អ្វីមួយ ដែលអាចយកមកប្រើ ឬដំណោះស្រាយអ្វីៗ
ដែលអាចមានសំរាប់អ្នកឡើយ។ បើសិនអ្នកត្រូវការជំនួយឲ្យដោះស្រាយសារទុក្ខ
ដែលទាក់ទងនឹងភាពអាសន្ន ឬសារទុក្ខអ្វីមួយដែលគំរោងសុខភាពរបស់អ្នក មិនទាន់
បានដោះស្រាយឲ្យគាប់ចិត្តនៅឡើយ ឬក៏សារទុក្ខដែលនៅតែមិនទាន់ដោះស្រាយរួច លើសពីចំនួន 30 ថ្ងៃ
អ្នកអាចទូរស័ព្ទទៅក្រសួង សំរាប់ជំនួយ។ អ្នកក៏អាចនឹងមានសិទ្ធិទទួល
ការពិនិត្យពិច័យដោយពេទ្យឯករាជ្យ (IMR) ដែរ។ បើសិនអ្នកមានសិទ្ធិទទួល IMR នោះវិធី IMR នឹងផ្តល់
ការពិនិត្យមើលឡើងវិញដោយមិនលំអៀង នូវការសំរេចខាងសុខភាព ដែលគំរោងសុខភាពបានសំរេចចំពោះ
ធាតាព្យាបាលចាំបាច់ នូវសេវា ឬការព្យាបាលដែលបានស្នើ ឬការសំរេចពីការរ៉ាប់រង សំរាប់
ការព្យាបាលជាលក្ខណៈនៃការពិសោធន៍ ឬការស៊ើបអង្កេត និងទំនាស់ការ



Health Net®

សិទ្ធិរបស់អ្នក

នៅក្រោម MEDI-CAL គ្រប់គ្រងការថែទាំ

បង់ប្រាក់សំរាប់ថ្លៃព្យាបាលជាអាសន្ន ឬសេវាសុខភាពជាបន្ទាន់។ ក្រសួងក៏មានលេខទូរស័ព្ទឥតចេញថ្លៃ (1-888-HMO-2219) និងខ្សែ TDD (1-877-688-9891) សំរាប់អ្នកត្រចៀកឆ្ងល់ និងអន់សំដីផងដែរ។ គេហទំព័រអ៊ិនធឺណិតរបស់ក្រសួង (<http://www.hmohelp.ca.gov>) មានក្រដាសបំពេញបណ្តឹង ក្រដាសបំពេញដាក់ពាក្យសុំ IMR និងសេចក្តីណែនាំតាមបណ្តាញ។

រដ្ឋសវនាការ

បើសិនអ្នកចង់បានរដ្ឋសវនាការ អ្នកត្រូវតែស្នើសុំក្នុងពេល 120 ថ្ងៃ ចាប់តាំងពីកាលបរិច្ឆេទនៃសំបុត្រ “ជូនដំណឹងដំណោះស្រាយ ការតវ៉ា” (Notice of Appeal Resolution, NAR) ដែលជំរាបអ្នកថាការសម្រេចដ៏ទាស់អត្ថប្រយោជន៍ (Adverse Benefit Determination) ពីមុន គឺត្រូវបានប្រព្រឹត្តតាមផ្នែកខ្លះ ឬពេញលេញ។ ក៏ប៉ុន្តែ បើសិននៅពេលបច្ចុប្បន្ននេះ អ្នកកំពុងតែទទួលការ ព្យាបាល ហើយអ្នកចង់បន្តការព្យាបាលទៀត អ្នកត្រូវតែស្នើសុំរដ្ឋសវនាការក្នុងពេល 10 ថ្ងៃ ចាប់តាំងពីកាលបរិច្ឆេទនៃសំបុត្រនេះ បានបោះត្រាប្រៃសណីយ៍ ឬបានប្រគល់ឲ្យអ្នក ឬ មុនកាលបរិច្ឆេទដែលគំរោងសុខភាពរបស់អ្នក ថ្លែងថាសេវានឹងឈប់។ អ្នកត្រូវតែ ថ្លែងថាអ្នកចង់រក្សាការព្យាបាល នៅពេលអ្នកស្នើសុំរដ្ឋសវនាការ។

អ្នកអាចស្នើសុំរដ្ឋសវនាការ តាមទូរស័ព្ទ ឬជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ:

- តាមទូរស័ព្ទ: ទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-800-952-5253។ លេខនេះអាចរៀនសូត្របាន។ អ្នកអាចនឹងទទួលសារឲ្យទូរស័ព្ទមកវិញ នៅពេលក្រោយទៀត។ បើសិនអ្នកមិនអាចនិយាយបាន ឬឮបានល្អ សូមហៅលេខ TTY/TDD 1-800-952-8349។
- ជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ: បំពេញក្រដាសបំពេញ រដ្ឋសវនាការ ឬផ្ញើសំបុត្រទៅ:

California Department of Social Services
State Hearings Division
P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-37
Sacramento, CA 94244-2430



សិទ្ធិរបស់អ្នក

នៅក្រោម MEDI-CAL គ្រប់គ្រងការថែទាំ

ក្រដាសបំពេញរដ្ឋសវនាការ មានភ្ជាប់មកជាមួយសំបុត្រនេះ។ ត្រូវបញ្ចូលឈ្មោះ អាសយដ្ឋាន លេខទូរស័ព្ទ លេខសូស្យាល់ សីគ្យុរីទី របស់អ្នក និងមូលហេតុដែលអ្នកចង់បានរដ្ឋសវនាការ។ បើសិនជនណាម្នាក់ដែលជួយអ្នកស្នើសុំរដ្ឋសវនាការ ក៏ត្រូវ បន្ថែមនូវឈ្មោះ អាសយដ្ឋាន និងលេខ ទូរស័ព្ទរបស់គេ ទៅនឹងក្រដាសបំពេញ ឬសំបុត្រដែរ។ បើសិនអ្នកត្រូវការអ្នកបកប្រែ ត្រូវប្រាប់ យើងនូវភាសាដែលអ្នកនិយាយ។ អ្នកនឹងមិនត្រូវបង់ប្រាក់ សំរាប់អ្នកបកប្រែឡើយ។ យើងនឹងរកអ្នកបកប្រែម្នាក់ឲ្យ អ្នក។

បន្ទាប់ពីអ្នកស្នើសុំរដ្ឋសវនាការមក វាអាចនឹងប្រើពេលដល់ទៅ 90 ថ្ងៃ ដើម្បីសំរេចទៅលើករណីរបស់អ្នក និងផ្ញើចំឡើយឲ្យអ្នក។ បើសិន អ្នកគិតថាការរង់ចាំយូរ នឹងសៅហ្មងដល់សុខភាពរបស់អ្នក នោះអ្នកអាចនឹងបានចំឡើយក្នុងពេល 3 ថ្ងៃធ្វើការ។ ស្នើវេជ្ជបណ្ឌិត ឬ គំរោងសុខភាពរបស់អ្នក ឲ្យសរសេរសំបុត្រសំរាប់អ្នក។ សំបុត្រនោះត្រូវតែពន្យល់ល្អិតល្អន់ អំពីរបៀបដែលការរង់ចាំដល់ទៅ 90 ថ្ងៃ ឲ្យ ករណីរបស់អ្នកត្រូវបានសំរេច នឹងសៅហ្មងធ្ងន់ធ្ងរដល់ជីវិត សុខភាព ឬសមត្ថភាពរបស់អ្នក ដើម្បីទទួល រក្សា ឬឲ្យមានដំណើរការជាអតិបរិមាឡើងវិញ។ បន្ទាប់មក ក៏ធ្វើឲ្យប្រាកដថាអ្នកស្នើសុំ “សវនាការដោយពន្លឺ” និងផ្តល់សំបុត្រមកជាមួយនឹងសំណើរបស់អ្នក សំរាប់សវនាការ។

អ្នកអាចនឹងនិយាយនៅឯរដ្ឋសវនាការ ដោយខ្លួនឯង។ ឬ អ្នកអាចឲ្យមានញាតិសន្តាន មិត្តភក្តិ អ្នកគាំពារ វេជ្ជបណ្ឌិត ឬមេធាវី និយាយសំរាប់អ្នក។ បើសិនអ្នកចង់ឲ្យមនុស្សម្នាក់ទៀត និយាយសំរាប់អ្នក នោះអ្នកត្រូវតែប្រាប់ការិយាល័យរដ្ឋសវនាការ ថាមនុស្ស នោះត្រូវបានអនុញ្ញាត ឲ្យនិយាយជូនអ្នក។ មនុស្សនេះគឺហៅថា “អ្នកតំណាងបានអនុញ្ញាត”។

ជំនួយខាងច្បាប់

អ្នកអាចនឹងទទួលជំនួយខាងច្បាប់ឥតគិតថ្លៃ។ ទូរស័ព្ទទៅលេខពិសេសសិទ្ធិអ្នកប្រើប្រាស់ របស់ខោនធី។ អ្នកក៏អាច ទូរស័ព្ទទៅ សង្គមជំនួយខាងច្បាប់តាមមូលដ្ឋាន ក្នុងខោនធីរបស់អ្នក តាមលេខ 1-888-804-3536 បានដែរ។



Health Net®

សិទ្ធិរបស់អ្នក

នៅក្រោម MEDI-CAL គ្រប់គ្រងការថែទាំ

ខោនធី	សិទ្ធិអ្នកប្រើប្រាស់
Fresno	Fresno Health Consumer Center 2115 Kern Street Suite 1 Fresno, CA 93721 Phone (559) 570 - 1200 Toll Free (800) 675 - 8001 Website http://www.centralcallegal.org
Kern	California Rural Legal Assistance, Inc. 601 High Street (map) Suite C Delano, CA 93215 Phone (661) 725 - 4350 Website http://crla.org Email info@crla.org
Kings	Fresno Health Consumer Center 2115 Kern Street Suite 1 Fresno, CA 93721 Phone (559) 570 - 1200 Toll Free (800) 675 - 8001 Website http://www.centralcallegal.org
Los Angeles	Center for Health Care Rights 520 South Lafayette Park Place Suite 214 Los Angeles, CA 90057 Toll Free (800) 824 - 0780 Email center@healthcarerights.org



Health Net®

សិទ្ធិរបស់អ្នក

នៅក្រោម MEDI-CAL គ្រប់គ្រងការថែទាំ

ខោនធី	សិទ្ធិអ្នកប្រើប្រាស់
Madera	Fresno Health Consumer Center 2115 Kern Street Suite 1 Fresno, CA 93721 Phone (559) 570 - 1200 Toll Free (800) 675 - 8001 Website http://www.centralcallegal.org
Riverside	California Rural Legal Assistance, Inc 1460 6th Street Coachella, CA 92236 Phone (760) 398 - 7261 Website http://crla.org Email info@crla.org
Sacramento	Community Legal Services - McGeorge School of Law 3200 Fifth Avenue Sacramento, CA 95818 Phone (916) 340 – 6080
San Bernardino	California Rural Legal Assistance, Inc 1460 6th Street Coachella, CA 92236 Phone (760) 398 - 7261 Website http://crla.org Email info@crla.org



Health Net®

សិទ្ធិរបស់អ្នក

នៅក្រោម MEDI-CAL គ្រប់គ្រងការថែទាំ

ខោនធី	សិទ្ធិអ្នកប្រើប្រាស់
San Diego	California Rural Legal Assistance, Inc. 640 Civic Center Drive #108 Vista, CA 92084 Phone (760) 966 - 0511 Website http://crla.org Email info@crla.org
San Joquin	Legal Services of Northern California Phone: (888) 354-4474
Stanislaus	Central California Legal Services, Inc. Phone: (559) 570-1200
Tulare	Central California Legal Services, Inc. Phone: (559) 570-1200