



សេចក្តីថ្លែងបញ្ហា:

កាលបរិច្ឆេទនៃឧប្បត្តិហេតុ: \_\_\_\_\_

ទីកន្លែង: \_\_\_\_\_

ឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា

\_\_\_\_\_

រៀបរាប់បញ្ហា/បណ្តឹង ឲ្យក្លោះក្លាយ:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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។

ព្រះពុទ្ធ លប្បា ញាចប់ សូមបញ្ជូនក្នុង ប្បា ញាពានៈ ទៅ: Health Net, Attn: Medi-Cal Member Appeals

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