

**ແບບຟອມສໍາລັບໄຂຂໍ້ຂ້ອງໃຈ/ຮ້ອງທຸກຂອງສະມາຊິກ**

ວັນທີ: \_\_\_\_\_

**ກະດູນາພິມຂໍ້ມູນທັງໝົດ.**
**ຂໍ້ມູນຜູ້ຮ້ອງທຸກ:**

 \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_ ( )  
 ຊື່ ໝາຍເລກໂທລະສັບຢູ່ບ່ອນເຮັດວຽກ ໝາຍເລກໂທລະສັບເຮືອນ

ທີ່ຢູ່ \_\_\_\_\_ ເມືອງ \_\_\_\_\_ ລັດ \_\_\_\_\_ ລະຫັດໄປສະນີ \_\_\_\_\_

**ຊື່ຂອງບຸກຄົນທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບຜູ້ຮ້ອງທຸກ:**

 \_\_\_\_\_ #: \_\_\_\_\_  
 ຊື່ ເລກບັດປະຈຳຕົວ

 \_\_\_\_\_ #: \_\_\_\_\_  
 ຊື່ ເລກບັດປະຈຳຕົວ

 \_\_\_\_\_ #: \_\_\_\_\_  
 ຊື່ ເລກບັດປະຈຳຕົວ

**ປະເພດຂອງການຮ້ອງທຸກ:** [ເລືອກທັງໝົດທີ່ເຫັນວ່າແມ່ນ]

- |                               |                          |                            |
|-------------------------------|--------------------------|----------------------------|
| _____ ການຕະຫຼາດ               | _____ ຄວາມຫຍຸ້ງຍາກໃນ     | _____ ການຮຽກເກັບເງິນສໍາລັບ |
|                               | ການຖອນລົງທະບຽນ           | ສະມາຊິກ                    |
| _____ ຄຸນນະພາບ                | _____ ການຂົນສົ່ງ         | _____ ຄວາມສາມາດໃນການເຂົ້າ  |
|                               |                          | ເຖິງການປິ່ນປົວ             |
| _____ ການປິ່ນປົວກໍລະນີສຸກເສີນ | _____ ທັດສະນະຂອງພະນັກງານ | _____ ການອະນຸຍາດ           |

ອື່ນໆ: \_\_\_\_\_

 ຄໍາຊີ້ແຈງບັນຫາ: \_\_\_\_\_ ວັນທີເກີດບັນຫາ: \_\_\_\_\_ ສະຖານທີ່: \_\_\_\_\_  
 ຊື່ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ \_\_\_\_\_

 ອະທິບາຍບັນຫາ/ຄໍາຮ້ອງທຸກໂດຍລະອຽດ:  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

ໃຊ້ດ້ານຫຼັງຂອງແບບຟອມນີ້ ຖ້າຈໍາເປັນຕ້ອງຂະຫຍາຍຂໍ້ມູນເພີ່ມຕື່ມ.

 \_\_\_\_\_ ວັນທີ \_\_\_\_\_  
 ລາຍເຊັນຂອງສະມາຊິກ \_\_\_\_\_  
 (ຫຼື ລາຍເຊັນຜູ້ບົກຄອງຂອງສະມາຊິກທີ່ເປັນເດັກນ້ອຍ ຫຼື ຜູ້ທີ່ບໍ່ມີຄວາມສາມາດເຊັນເອງໄດ້)



Health Net®

# ສິດທິຂອງທ່ານ ພາຍໃຕ້ການເບິ່ງແຍງຄຸ້ມຄອງຂອງ MEDI-CAL

## ການເຜີຍແຜ່ຂໍ້ມູນທາງການແພດ

**ສະມາຊກ:** ກະລຸນາລະບຸ ແລະ ໝາຍເລກໂທລະສັບຂອງຜູ້ໃຫ້ບໍລິການທີ່ປະຕິບັດຕໍ່ທ່ານຈົນພາ ໃຫ້ເກດມາຂອງໃຈນ

**ຂໍ້ມູນທາງການແພດທາງໝາດໄດ້ມາຈະໄດ້ຮັບການເກບຮກສາໄວເປັນຢ່າງດີ ແລະ ຈະຖືກນຳໃຊ້ເພື່ອຈຸດປະສົງໃນການກວດກາເພື່ອແກ້ໄຂຂອງໃຈຂອງ ທ່ານເທົ່ານັ້ນ.**

ຂ້າພະເຈົ້າອະນຸຍາດ ແລະ ຂໍໃຫ້ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດາວທຽມລະບົບຂອງເທງ ສາມາດເຜີຍແຜ່ຂໍ້ມູນທາງການແພດບາງສ່ວນ ແລະ ທາງໝາດໃຫ້ແກ່ HEALTH NET ເພື່ອສະໜັບສະໜູນຄວາມຕ້ອງການທາງການແພດ ສໍາລັບປະເດັນຂໍ້ຂ້ອງໃຈນີ້:

ລາຍເຊັນ: \_\_\_\_\_ ວນທ: \_\_\_\_\_

(ຖາເຊັນໂດຍຜ່ານ ນອກຈາກສະມາຊກ) ສາຍພວພນ: \_\_\_\_\_

(ແມ, ພ, ຜປກຄອງ)

ຖ້າທ່ານມີຄໍາຖາມເພີ່ມເຕີມ ຫຼື ຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບເລື່ອງນີ້, ກະລຸນາຕິດຕໍ່ພະແນກບໍລິການສະມາຊິກຂອງພວກເຮົາດ້ວຍການໂທໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າໄດ້ທີ່ເບີໂທ (800) 675-6110 (TTY: 711). ເມື່ອຕິດຕໍ່ມູນຮຽບຮ້ອຍແລ້ວ, ກະລຸນາສົ່ງແບບຟອມນີ້ໄປທີ່: Health Net, Attn: Medi-Cal Member Appeals and Grievance Department, P.O Box 10348, Woodland Hills, CA 91367. ແຟກ: (877) 831-6019.