

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 ឬនូវសារ
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 ១: ព័ត៌មានសមាជិក		
នាមត្រកូល និងនាមខ្លួន:	លេខសម្គាល់:	ខែថ្ងៃឆ្នាំកំណើត:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
អាសយដ្ឋាន:	ក្រុង:	លេខកូដតំបន់:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
លេខទូរសព្ទ:	ពេលវេលាល្អបំផុតដើម្បីទូរសព្ទទៅ:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

ផ្នែកទី ២: ព័ត៌មានអំពីបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ ឬបណ្តឹងសាទុក្ខ	
ឈ្មោះរបស់អ្នកផ្តល់សេវា:	កាលបរិច្ឆេទនៃសេវា/ព្រឹត្តិការណ៍:
<input type="text"/>	<input type="text"/>
លេខទាមទារសំណង:	លេខយោង:
<input type="text"/>	<input type="text"/>

សូមប្រាប់យើងអំពីការព្រួយបារម្ភរបស់អ្នក និងអំពីសកម្មភាព ដែលអ្នកចង់បាន។ រាប់បញ្ចូល: ឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា កាលបរិច្ឆេទផ្តល់សេវា ការទាមទារសំណង ឬលេខយោង។

សម្រាប់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍: ភ្ជាប់ច្បាប់ចម្លងនៃលិខិតជូនដំណឹងអំពីចំណាត់ការ។

Member Appeal or Grievance Form



អ្នកអាចស្នើសុំការជួបប្រជុំគ្នាមួយ ប្រសិនបើអ្នកបានទទួលការបដិសេធសម្រាប់ការព្យាបាល ឬសម្ព័ន្ធក្នុងការពិសោធន៍ និងមានជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយ។

ខ្ញុំមានជំងឺធ្ងន់ធ្ងរ ហើយខ្ញុំស្នើសុំការជួបប្រជុំមួយ។

ផ្នែកទី 3: សម្រាប់ជាតិមានរបស់អ្នក

អ្នកមានពេល 60 ថ្ងៃតាមប្រតិទិនចាប់ពីលិខិតជូនដំណឹងអំពីចំណាត់ការនេះដើម្បីដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍។ សេចក្តីជូនដំណឹងអំពីចំណាត់ការ គឺជាលិខិតផ្តល់ការដែលយើងប្រាប់អ្នកថាយើងនឹងបដិសេធពន្យារពេល ផ្លាស់ប្តូរ ឬបញ្ចប់សេវាកម្មមួយឬច្រើន។ បណ្តឹងសាទុក្ខអាចត្រូវបានធ្វើនៅគ្រប់ពេលវេលា។

ស្នើសុំការពិនិត្យឡើងវិញរហ័ស ប្រសិនបើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ ឬបណ្តឹងសាទុក្ខរបស់អ្នកពាក់ព័ន្ធនឹងការកំរាមកំហែងភ្លាមៗ ឬធ្ងន់ធ្ងរដល់សុខភាពរបស់អ្នក។ យើងនឹងពិនិត្យឡើងវិញនូវបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ ឬបណ្តឹងសាទុក្ខរបស់អ្នកក្នុងរយៈពេល 72 ម៉ោងចាប់ពីពេលទទួលបាន។

អ្នកនឹងទទួលបានលិខិតមួយក្នុងរយៈពេលប្រាំ (5) ថ្ងៃតាមប្រតិទិន នៅពេលដែលយើងទទួលបានបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ ឬបណ្តឹងសាទុក្ខរបស់អ្នក។

បុគ្គលិកនៅ Health Net ដែលនឹងធ្វើការលើករណីរបស់អ្នកអាចនិយាយជាមួយអ្នកសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមនានា។

ទាក់ទងទៅ DMHC ឬ DMHC ប្រសិនបើអ្នកមិនពេញចិត្តនឹងរបៀបដែល Health Net ដោះស្រាយកង្វល់របស់អ្នក។

California Department of Managed Health Care (DMHC)

California Department of Managed Health Care គឺជាអង្គការសម្រាប់ការដាក់បញ្ជាក់ ដល់គម្រោងសេវាថែទាំសុខភាព។ ប្រសិនបើអ្នកមានបណ្តឹងសាទុក្ខប្រឆាំងនឹងគម្រោងសុខភាពរបស់អ្នក ដំបូង អ្នកគួរតែទូរសព្ទមកគម្រោងសុខភាពរបស់អ្នកតាមរយៈលេខ **(1-800-675-6110, TTY:711)** ហើយប្រើប្រាស់ដំណើរការបណ្តឹងសាទុក្ខរបស់គម្រោងសុខភាពរបស់អ្នក មុនទាក់ទងទៅក្រសួងនោះ។ ការប្រើវិធីសាទុក្ខនេះ មិនហាមឃាត់សិទ្ធិស្របច្បាប់អ្វី មួយ ដែលអាចយកមកប្រើ ឬដំណោះស្រាយអ្វីៗ ដែលអាចមានសម្រាប់អ្នកឡើយ។ បើសិនអ្នកត្រូវការជំនួយឱ្យដោះស្រាយសាទុក្ខ ដែលទាក់ទងនឹងភាពអាសន្ន ឬសាទុក្ខអ្វីមួយដែលគម្រោងសុខភាពរបស់អ្នក មិនទាន់បានដោះស្រាយឱ្យគាប់ចិត្តនៅឡើយ ឬក៏សាទុក្ខដែលនៅតែមិនទាន់ដោះស្រាយរួច លើសពីចំនួន 30 ថ្ងៃ អ្នកអាចទូរសព្ទទៅក្រសួងសម្រាប់ជំនួយ។ អ្នកក៏អាចនឹងមានសិទ្ធិទទួល ការពិនិត្យពិច័យដោយពេទ្យឯករាជ្យ (IMR, Independent Medical Review, IMR) ដែរ។ បើសិនអ្នកមានសិទ្ធិទទួល ការពិនិត្យ ពិច័យដោយពេទ្យឯករាជ្យ (IMR) នោះវិធី ការពិនិត្យពិច័យដោយពេទ្យឯករាជ្យ (IMR) នឹងផ្តល់ការពិនិត្យឡើងវិញដោយមិន លំអៀង នូវការសម្រេចខាងសុខភាព ដែលគម្រោងសុខភាពបានសម្រេច ចំពោះរោគាព្យាបាលចាំបាច់ នូវសេវា ឬការព្យាបាលបានស្នើ, ការសម្រេចពីការរ៉ាប់រង សម្រាប់ការព្យាបាលជាលក្ខណៈនៃការពិសោធន៍ ឬការស៊ើបអង្កេត និងទំនាស់ការបង់ប្រាក់ សម្រាប់ ថ្លៃព្យាបាលជាអាសន្ន ឬសេវាសុខភាពជាបន្ទាន់។ ក្រសួងក៏មានលេខទូរសព្ទគត់ក៏តែមួយខ្សែផងដែរ 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



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

អ្នកក៏អាចទទួលបានការិយាល័យ Office of the Ombudsman នៃក្រសួង California Department of Health Care Services (DHCS) សម្រាប់ជំនួយផងដែរ។ ការិយាល័យ Ombudsman Office ជួយអ្នកទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍របស់កម្មវិធី Medi-Cal ឱ្យប្រើប្រាស់យ៉ាងពេញលេញនូវសិទ្ធិ និងទំនួលខុសត្រូវរបស់ពួកគេក្នុងនាមជាសមាជិកនៃគម្រោងថែទាំដែលស្ថិតក្រោមការគ្រប់គ្រង។ ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែម សូមទូរសព្ទមកលេខ **1-888-452-8609** ដោយឥតគិតថ្លៃ។

ផ្នែកទី 4: ហត្ថលេខា

ហត្ថលេខារបស់សមាជិក ឬអ្នកតំណាងដែលមានសិទ្ធិ

កាលបរិច្ឆេទ

សរសេរឈ្មោះសមាជិក ឬអ្នកតំណាងដែលមានសិទ្ធិជាអក្សរធំ

English: If you, or someone you are helping, need language services, call 1-800-675-6110 (TTY: 711). Aids and services for people with disabilities, like accessible PDF and large print documents, are also available. These services are at no cost to you.

Arabic: إذا كنت أنت أو أي شخص تقوم بمساعدته، بحاجة إلى الخدمات اللغوية، فاتصل بالرقم (1-800-675-6110 (TTY: 711) تتوفر أيضاً المساعدات والخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل الملفات المنقولة (PDF) التي يمكن الوصول إليها والمستندات المطبوعة الكبيرة. تتوفر هذه الخدمات بدون تكلفة بالنسبة لك.

Armenian: Եթե դուք կամ որևէ մեկը, ում դուք օգնում եք, ունեն լեզվական օգնության կարիք, գանգախարհք 1-800-675-6110 (TTY: 711): Հաշմանդամություն ունեցող մարդկանց համար հասանելի են օգնություն և ծառայություններ, ինչպես օրինակ՝ մատչելի PDF և մեծ տպագրությամբ փաստաթղթեր: Այս ծառայությունները ձեզ համար անվճար են:

Cambodian: ប្រសិនបើអ្នក ឬនរណាម្នាក់ដែលអ្នកកំពុងជួយ ត្រូវការសេវាផ្នែកភាសា សូមទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-675-6110 (TTY: 711)។ ជំនួយ និងសេវាកម្មផ្សេងៗសម្រាប់អ្នកដែលពិការ ដូចជាទម្រង់ PDF សម្រាប់អ្នកពិការ និងឯកសារព្រីនជាអក្សរខ្នាតធំក៏មានផ្តល់ជូនផងដែរ។ សេវាកម្មទាំងនេះត្រូវបានផ្តល់ជូនអ្នកដោយមិនគិតថ្លៃ។

Chinese: 如果您或者您正在帮助的人需要语言服务，请致电1-800-675-6110 (TTY: 711)。还可提供面向残障人士的帮助和服务，例如无障碍 PDF 和大字版文档。这些服务免费为您提供。

Farsi: اگر شما یا هر فرد دیگری که به او کمک می‌کنید نیاز به خدمات زبانی دارد، با شماره 1-800-675-6110 (TTY: 711) تماس بگیرید. کمک‌ها و خدماتی مانند مدارک با چاپ درشت و PDF دسترس‌پذیر نیز برای معلولان قابل عرضه است. این خدمات هزینه‌ای برای شما نخواهد داشت.

Hindi: यदि आपको, या जिसकी आप मदद कर रहे हैं उसे, भाषा सेवाएँ चाहिए, तो कॉल करें 1-800-675-6110 (TTY: 711)। विकलांग लोगों के लिए सहायता और सेवाएं, जैसे सुलभ PDF और बड़े प्रिंट वाले दस्तावेज़, भी उपलब्ध हैं। ये सेवाएँ आपके लिए मुफ्त उपलब्ध हैं।

Hmong: Yog hais tias koj, los sis ib tus neeg twg uas koj tab tom pab nws, xav tau cov kev pab cuam txhais lus, hu rau 1-800-675-6110 (TTY: 711). Tsis tas li ntawd, peb kuj tseem muaj cov khoom siv pab thiab cov kev pab cuam rau cov neeg xiam oob qhab tib si, xws li cov ntaub ntawv PDF uas tuaj yeem nkag cuag tau yooj yim thiab cov ntaub ntawv luam tawm uas pom tus niam ntawv loj. Cov kev pab cuam no yog muaj pab yam tsis xam nqi dab tsi rau koj them li.

Japanese: ご自身またはご自身がサポートしている方が言語サービスを必要とする場合は、1-800-675-6110 (TTY: 711)までお問い合わせください。障がいをお持ちの方のために、アクセシブルなPDFや大きな文字で書かれたドキュメントなどの補助・サービスも提供しています。これらのサービスは無料で提供されています。

Korean: 귀하 또는 귀하가 도와주고 있는 분이 언어 서비스가 필요하시면 1-800-675-6110 (TTY: 711) 번으로 연락해 주십시오. 장애가 있는 분들에게 보조 자료 및 서비스(예: 액세스 가능한 PDF 및 대형 활자 인쇄본)도 제공됩니다. 이 서비스는 무료로 이용하실 수 있습니다.

Laotian: ຖ້າທ່ານ, ຫຼື ບຸກຄົນໃດໜຶ່ງທີ່ທ່ານກຳລັງຊ່ວຍເຫຼືອ, ຕ້ອງການບໍລິການແປພາສາ, ໂທ 1-800-675-6110 (TTY: 711). ນອກນັ້ນ, ພວກເຮົາຍັງມີອຸປະກອນຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ການບໍລິການສຳລັບຄົນພິການອີກດ້ວຍ, ເຊັ່ນ ເອກະສານ PDF ທີ່ສາມາດເຂົ້າເຖິງໄດ້ສະດວກ ແລະ ເອກະສານພິມຂະໜາດໃຫຍ່. ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ແມ່ນມີໄວ້ຊ່ວຍເຫຼືອທ່ານໂດຍບໍ່ໄດ້ເສຍຄ່າໃດໆ.

Mien: Da'faanh Meih, Fai Heuc Meih Haih Tengx, Oix Janx-kaeqv waac gong, Heuc 1-800-675-6110 (TTY: 711). JomcCaux gong Bun Yangh mienh Caux mv fungc, Oix dongh eix PDF Caux Bunh Fiev dimc, Haih yaac kungx nyei. Deix gong Haih buac Yietc liuz maiv jaax-zinh Bieqc Meih.

Punjabi: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ, ਜਾਂ ਜਿਸ ਦੀ ਤੁਸੀਂ ਮਦਦ ਕਰ ਰਹੇ ਹੋ, ਨੂੰ ਭਾਸ਼ਾ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੀ ਜ਼ਰੂਰਤ ਹੈ, ਤਾਂ 1-800-675-6110 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਅਪਹਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਪਹੁੰਚਯੋਗ PDF ਅਤੇ ਵੱਡੇ ਪ੍ਰਿੰਟ ਵਾਲੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਹਨ।

Russian: Если вам или человеку, которому вы помогаете, необходимы услуги перевода, звоните по телефону 1-800-675-6110 (TTY: 711). Кроме того, мы предоставляем материалы и услуги для людей с ограниченными возможностями, например документы в специальном формате PDF или напечатанные крупным шрифтом. Эти услуги предоставляются бесплатно.

Spanish: Si usted o la persona a quien ayuda necesita servicios de idiomas, comuníquese al 1-800-675-6110 (TTY: 711). También hay herramientas y servicios disponibles para personas con discapacidad, como documentos en letra grande y en archivos PDF accesibles. Estos servicios no tienen ningún costo para usted.

Tagalog: Kung ikaw o ang taong tinutulungan mo ay kailangan ng mga serbisyo sa wika, tumawag sa 1-800-675-6110 (TTY: 711). Makakakuha rin ng mga tulong at serbisyo para sa mga taong may mga kapansanan, tulad ng naa-access na PDF at mga dokumentong malaking print. Wala kang babayaran para sa mga serbisyong ito.

Thai: หากคุณหรือคนที่คุณช่วยเหลือ ต้องการบริการด้านภาษา โทร 1-800-675-6110 (TTY: 711) นอกจากนี้ยังมี ความช่วยเหลือและบริการสำหรับผู้ทุพพลภาพ เช่น PDF ที่เข้าถึงได้และเอกสารที่พิมพ์ขนาดใหญ่ บริการเหล่านี้ ไม่มีค่าใช้จ่ายสำหรับคุณ

Ukrainian: Якщо вам або людині, якій ви допомагаєте, потрібні послуги перекладу, телефонуйте на номер 1 800 675 6110 (TTY: 711). Ми також надаємо матеріали та послуги для людей з обмеженими можливостями, як-от документи в спеціальному форматі PDF або надруковані великим шрифтом. Ці послуги для вас безкоштовні.

Vietnamese: Nếu quý vị hoặc ai đó mà quý vị đang giúp đỡ cần dịch vụ ngôn ngữ, hãy gọi 1-800-675-6110 (TTY: 711). Chúng tôi cũng có sẵn các trợ giúp và dịch vụ dành cho người khuyết tật, như tài liệu dạng bản in khổ lớn và PDF có thể tiếp cận được. Quý vị được nhận các dịch vụ này miễn phí.

Health Net អនុវត្តតាមច្បាប់សិទ្ធិស៊ីវិលរបស់រដ្ឋ និងសហព័ន្ធជាធរមាន ហើយមិនរើសអើង មិនរាប់បញ្ចូលមនុស្ស ឬប្រព្រឹត្តលើពួកគេខុសគ្នាដោយសារតែពូជសាសន៍ ពណ៌សម្បុរ ដើមកំណើត អាយុ ពិការភាពផ្លូវចិត្ត ពិការភាពរាងកាយ ភេទ (រួមទាំងការមានផ្ទៃពោះ ទំនោរផ្លូវភេទ និងអត្តសញ្ញាណយេនឌ័រ) សាសនា ពូជពង្ស ការកំណត់អត្តសញ្ញាណក្រុមជនជាតិ ស្ថានភាពវេជ្ជសាស្ត្រ ព័ត៌មានសេនេទិច ស្ថានភាពអាពាហ៍ពិពាហ៍ ឬភេទឡើយ។

Health Net ៖

- ផ្តល់ជំនួយ និងសេវាកម្មគតិកថ្លៃដល់អ្នកមានពិការភាព ដើម្បីជួយពួកគេប្រាស្រ័យទាក់ទង ប្រកបដោយប្រសិទ្ធភាពជាមួយពួកយើង ដូចជា៖
 - អ្នកបកប្រែភាសាសញ្ញាដែលមានសមត្ថភាព
 - ព័ត៌មានជាលាយលក្ខណ៍អក្សរជាទម្រង់ផ្សេងៗ (ការព្រិនជាអក្សរខ្នាតធំ ជាសំឡេង ជាទម្រង់អេឡិចត្រូនិកដែលអាចប្រើប្រាស់បាន និងជាទម្រង់ផ្សេងៗទៀត)
- ផ្តល់សេវាកម្មភាសាគតិកថ្លៃដល់អ្នកដែលភាសាចម្បងមិនមែនជាភាសាអង់គ្លេស ដូចជា៖
 - អ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ដែលមានសមត្ថភាព
 - ព័ត៌មានលាយលក្ខណ៍អក្សរជាភាសាផ្សេងៗ
 - ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការសេវាកម្មទាំងនេះ សូមទាក់ទងមជ្ឈមណ្ឌលទំនាក់ទំនងអភិវឌ្ឍន៍ Health Net តាមរយៈលេខ 1-800-675-6110 (TTY: 711) បម្រើការ 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ 365 ថ្ងៃក្នុងមួយឆ្នាំ។

តាមការស្នើសុំ ឯកសារនេះអាចត្រូវបានផ្តល់ជូនអ្នកជាអក្សរស្នាម ការព្រិនជាអក្សរខ្នាតធំ កាសែតជាសំឡេង ឬទម្រង់អេឡិចត្រូនិក។ ដើម្បីទទួលបានច្បាប់ចម្លងទាំងនេះ សូមទូរសព្ទ ឬសរសេរទៅកាន់ Health Net

Post Office Box 9103, Van Nuys, California 91409-9103
មជ្ឈមណ្ឌលទំនាក់ទំនងអភិវឌ្ឍន៍ 1-800-675-6110 (TTY: 711)
California Relay 711

ប្រសិនបើអ្នកជឿថា Health Net បានបរាជ័យក្នុងការផ្តល់សេវាទាំងនេះ ឬមានការរើសអើងក្នុងវិធី មួយផ្សេងទៀតដោយផ្អែកលើពូជសាសន៍ ពណ៌សម្បុរ ដើមកំណើត អាយុ ឬភេទ (រួមទាំងការមានផ្ទៃពោះ ទំនោរផ្លូវភេទ និងអត្តសញ្ញាណយេនឌ័រ) ពិការភាពផ្លូវចិត្ត ពិការភាពរាងកាយ សាសនា ពូជពង្ស ការកំណត់អត្តសញ្ញាណក្រុមជនជាតិ ស្ថានភាពវេជ្ជសាស្ត្រ ព័ត៌មានសេនេទិច ស្ថានភាពអាពាហ៍ពិពាហ៍ ឬយេនឌ័រ អ្នកអាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងសារទុក្ខទៅកាន់អ្នកសម្របសម្រួល 1557។

អ្នកអាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងសារទុក្ខដោយផ្ទាល់ ឬតាមប្រៃសណីយ៍ ទូរសារ ឬអ៊ីមែល។ **អ្នកសម្របសម្រួល 1557** របស់យើងខ្ញុំអាចជួយអ្នកបាន ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយដើម្បីដាក់ពាក្យបណ្តឹងសារទុក្ខ។

- តាមទូរសព្ទ: ហៅទៅលេខ 855-577-8234 (TTY: 711)
- តាមទូរសារ: 1-866-388-1769
- ជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ: សរសេរលិខិតមួយច្បាប់ ហើយផ្ញើទៅកាន់ Health Net 1557 Coordinator, PO Box 31384, Tampa, FL 33631

តាមអេឡិចត្រូនិក: ផ្ញើអ៊ីមែលទៅ SM_Section1557Coord@centene.com ការជូនដំណឹងនេះមាននៅ លើគេហទំព័រ Health Net: https://www.healthnet.com/content/healthnet/en_us/disclaimers/legal/non-discrimination-notice-medi-cal.html

អ្នកក៏អាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងតវ៉ាស្តីពីសិទ្ធិស៊ីវិលជាមួយក្រសួងសេវាថែទាំសុខភាពរដ្ឋ California ការិយាល័យសិទ្ធិស៊ីវិល តាមរយៈទូរសព្ទ ជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ ឬតាមប្រព័ន្ធអេឡិចត្រូនិក:

- តាមទូរសព្ទ: ហៅទៅលេខ 916-440-7370។ ប្រសិនបើអ្នកមិនអាចនិយាយ ឬស្តាប់មិនសូវបានល្អទេ សូមទូរសព្ទទៅ 711។

- ជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ៖ បំពេញទម្រង់ពាក្យបណ្តឹងតវ៉ា ឬសរសេរលិខិតមួយច្បាប់ រួចផ្ញើទៅ Deputy Director, Office of Civil Rights, Department of Health Care Services, Office of Civil Rights, P.O. Box 997413, MS 0009, Sacramento, CA 95899-7413.
ទម្រង់បែបបទពាក្យបណ្តឹងតវ៉ាអាចរកបាននៅ http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx
- តាមប្រព័ន្ធអេឡិចត្រូនិក៖ ផ្ញើអ៊ីមែលទៅ CivilRights@dhcs.ca.gov

អ្នកក៏អាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងតវ៉ាសិទ្ធិស៊ីវិលជាមួយ U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights តាមប្រព័ន្ធអេឡិចត្រូនិក តាមរយៈការិយាល័យសម្រាប់វិបធានបណ្តឹងសិទ្ធិស៊ីវិល មាននៅ <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> ឬតាមសំបុត្រ ឬទូរសព្ទបានតាមរយៈ៖

U.S. Department of Health and Human Services

200 Independence Avenue, SW

Room 509F, HHH Building

Washington, D.C. 20201

1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD)

ទម្រង់បែបបទពាក្យបណ្តឹងតវ៉ាមាននៅ <https://www.hhs.gov/ocr/complaints/index.html>។