



ក្រសួងសុខាភិបាល សាវត្ស/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: _____

សេចក្តីថ្លែងបញ្ជា: កាលបរិច្ឆេទនៃឧប្បត្តិហេតុ: _____ ទីកន្លែង: _____

ឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា _____

រៀបរាប់បញ្ហា/បណ្តឹង ឱ្យរក្សាភាពស្ងៀមស្ងាម:

ប្រើខាងខ្នងនៃក្រដាសបំពេញនេះ បើសិនត្រូវការកន្លែងសរសេរថែមទៀត។

ហត្ថលេខាសមាជិក

កាលបរិច្ឆេទ

(ឬ ហត្ថលេខានៃមាតាបិតា បើសិនសមាជិកជាអនីតិជន ឬអសមត្ថភាព)

ការបញ្ចេញព័ត៌មានសុខភាព

សមាជិក: សូមផ្តល់ឈ្មោះ និងលេខទូរស័ព្ទនៃអ្នកផ្តល់សេវា ដែលអាចជាបានព្យាបាលអ្នក សំរាប់លក្ខណៈជាកម្មវត្ថុ នៃសារទុក្ខនេះ។

កំណត់ត្រាសុខភាពទាំងអស់ ដែលបានទទួល និងត្រូវបានរក្សាទុកជាសំអាតបំផុត ហើយប្រើសំរាប់តែគោលបំណង នៃការពិនិត្យនីសសារទុក្ខរបស់អ្នកប៉ុណ្ណោះ។

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

ហត្ថលេខា: _____

កាលបរិច្ឆេទ: _____

(បើសិនបានចុះហត្ថលេខាដោយមនុស្សក្រៅពីសមាជិក)

ទំនាក់ទំនង: _____

(ម្តាយ ឪពុក អាណាព្យាបាល)

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរអ្វីមួយទៀត ឬត្រូវការជំនួយបន្ថែម ពាក់ព័ន្ធនឹងរឿងរ៉ាវនេះ សូមទាក់ទងផ្នែកសេវាសមាជិក តាមលេខ ឥតចេញថ្លៃ (800) 675-6110 ឬ TTY/TDD: (800)-431-0964។ នៅពេលបំពេញចប់ សូមបញ្ជូនក្រដាស បំពេញនេះទៅ: Health Net, Attn: Medi-Cal Member Appeals and Grievance Department, P.O. Box 10348, Woodland Hills, CA 91367។ លេខទូរស័ព្ទ: (877) 831-6019។

សិទ្ធិរបស់អ្នក
នៅក្រោម MEDI-CAL គ្រប់គ្រងការរើទាំ

បើអ្នកមិនយល់ស្របជាមួយការសម្រេចដែលបានធ្វើ សំរាប់ការព្យាបាលអ្នកទេ អ្នកអាចប្តឹងតវ៉ាបាន។ ការតវ៉ានេះ ត្រូវបានប្តឹងជាមួយ HEALTH NET របស់អ្នក។

របៀបប្តឹងតវ៉ា

អ្នកមានពេល **60 ថ្ងៃ** ចាប់តាំងពីកាលបរិច្ឆេទនៃសំបុត្រ “ជូនដំណឹងពីការសម្រេច” (Notice of Action) នេះ ដើម្បីប្តឹងតវ៉ា។ ក៏ប៉ុន្តែ **បើសិននៅពេលបច្ចុប្បន្ននេះ**

អ្នកកំពុងតែទទួលការព្យាបាល ហើយអ្នកចង់បន្តការព្យាបាលទៀត អ្នកត្រូវតែស្នើសុំតវ៉ាក្នុងពេល 10 ថ្ងៃ ចាប់តាំងពីកាលបរិច្ឆេទនៃសំបុត្រនេះ បានបោះត្រាប្រៃសណីយ៍ ឬបានប្រគល់ឱ្យអ្នក ឬមុនកាលបរិច្ឆេទដែលក្រុមជំនុំ បណ្តឹងរបស់អ្នក ឬ Health Net ថ្លែងថាសេវានឹងឈប់។ អ្នកត្រូវតែថ្លែងថា អ្នកចង់រក្សាការព្យាបាល នៅពេលអ្នកប្តឹងតវ៉ា។

អ្នកអាចប្តឹងតវ៉ាតាមទូរស័ព្ទ ជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ ឬជាអេឡិកត្រូនិក:

- តាមទូរស័ព្ទ: ទាក់ទង Health Net ដោយទូរស័ព្ទទៅលេខ (800) 675-6110។ ឬ បើសិនអ្នកស្តាប់មិនឮ ឬនិយាយ មិនបានល្អ សូមហៅលេខ TTY/TDD: (800)-431-0964។
- ជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ: បំពេញក្រដាសបំពេញតវ៉ា ឬសរសេរសំបុត្រ និងផ្ញើទៅ:
Health Net
Attn:Medi-Cal Member Appeals and Grievance Department
P.O Box 10348
Woodland Hills, CA 91367
- តាមទូរសារ ទៅលេខទូរសារ: (877) 831-6019។
- ជាអេឡិកត្រូនិក: មើលគេហទំព័ររបស់ Health Net នៅ: www.healthnet.com។

ការិយាល័យជំនុំជម្រះរបស់អ្នក នឹងមានក្រដាសបំពេញនេះដែរ។ គំរោងសុខភាពរបស់អ្នក ក៏អាចធ្វើក្រដាសបំពេញ ទៅឱ្យអ្នក បានដែរ។

អ្នកអាចនឹងប្តឹងសារទុក្ខដោយខ្លួនឯង។ ឬ អ្នកអាចឱ្យមានញាតិសន្តាន មិត្តភក្តិ អ្នកគាំពារ វេជ្ជបណ្ឌិត ឬមេធាវីរបស់អ្នក ប្តឹង សំរាប់អ្នក។ អ្នកអាចធ្វើព័ត៌មានប្រភេទអ្វីមួយ ដែលអ្នកចង់ឱ្យគំរោងសុខភាពរបស់អ្នកពិនិត្យមើល។ វេជ្ជបណ្ឌិតម្នាក់ដែលខុសពី វេជ្ជបណ្ឌិត ដែលធ្វើការសម្រេចដំបូង នឹងពិនិត្យមើលការតវ៉ារបស់អ្នក។

Health Net មានពេល **30 ថ្ងៃ** ដើម្បីផ្តល់ចម្លើយឱ្យអ្នក។ នៅពេលនោះ អ្នកនឹងទទួលសំបុត្រ “ជូនដំណឹងដំណោះស្រាយ ការតវ៉ា” (Notice of Appeal Resolution) មួយច្បាប់។ សំបុត្រនេះនឹងប្រាប់អ្នក ពីអ្វីៗដែល Health Net បានសម្រេច។ **បើសិនអ្នកមិនបានទទួលសំបុត្រនេះ ក្នុងពេល 30 ថ្ងៃទេ អ្នកអាច:**

- ស្នើសុំ “**ការពិនិត្យពិន័យ ដោយពេទ្យឯករាជ្យ**” (Independent Medical Review, IMR) ហើយអ្នកពិនិត្យមើល ពីខាងក្រៅ ដែលមិនពាក់ព័ន្ធនឹងគំរោងសុខភាព នឹងពិនិត្យមើលករណីរបស់អ្នក។
- ស្នើសុំ “**រដ្ឋសវនាការ**” ហើយចៅក្រមនឹងពិនិត្យមើលករណីរបស់អ្នក។

សូមអានផ្នែកនៅខាងក្រោម សំរាប់សេចក្តីណែនាំពីរបៀបស្នើសុំ IMR ឬរដ្ឋសវនាការ។

ការតវ៉ាដោយពន្លឺន

បើសិនអ្នកគិតថាការដេញថា 30 ថ្ងៃ និងសេវាប្រុងប្រយ័ត្នសុខភាពរបស់អ្នក អ្នកអាចនឹងបានចម្លើយក្នុងពេល 72 ម៉ោង។ នៅពេល បំពេញពាក្យតវ៉ារបស់អ្នក ត្រូវផ្ញើមូលហេតុការដេញថា និងសេវាប្រុងប្រយ័ត្នសុខភាពរបស់អ្នក។ ត្រូវផ្ញើឱ្យប្រាកដ ថាអ្នកស្នើសុំ “ការតវ៉ា ដោយពន្លឺន”។

បើសិនអ្នកមិនយល់ស្រប ជាមួយនឹងការសម្រេចនៃការតវ៉ា

បើសិនអ្នកបានប្តឹងតវ៉ា និងបានទទួលសំបុត្រ “ជូនដំណឹងដំណោះស្រាយការតវ៉ា” ដែលប្រាប់អ្នកថាគំរោងសុខភាពរបស់អ្នក នឹងនៅតែមិនផ្តល់សេវា ឬអ្នកមិនដែលបានទទួលសំបុត្រប្រាប់អ្នកពីការសម្រេចទេ ហើយ 30 ថ្ងៃក៏បានកន្លងផុត អ្នកអាច៖

- ស្នើសុំ “ការពិនិត្យពិច័យដោយពេទ្យឯករាជ្យ” (IMR) ហើយអ្នកពិនិត្យមើលពីខាងក្រៅ ដែលមិនពាក់ព័ន្ធនឹងគំរោង សុខភាព នឹងពិនិត្យមើលករណីរបស់អ្នក។
- ស្នើសុំ “រដ្ឋសវនាការ” ហើយចៅក្រមនឹងពិនិត្យមើលករណីរបស់អ្នក។

អ្នកអាចស្នើសុំ IMR និងរដ្ឋសវនាការ ទាំងពីរមុននៅពេលព្រមគ្នា។ អ្នកក៏អាចស្នើសុំការមួយ មុនការមួយទៀត ក្នុងលំដាប់សិន វានឹងដោះស្រាយបញ្ហារបស់អ្នក បានមុន។ ឧទាហរណ៍ បើសិនអ្នកស្នើសុំ IMR ជាមុន ប៉ុន្តែមិនយល់ស្របជាមួយនឹងការសម្រេច ទេ អ្នកនៅតែអាចស្នើសុំរដ្ឋសវនាការ នៅពេលក្រោយ។ តែយ៉ាងណាមិញ បើសិនអ្នកស្នើសុំរដ្ឋសវនាការជាមុន ប៉ុន្តែរដ្ឋសវនាការ បានកើតឡើងទៅហើយ អ្នកមិនអាចស្នើសុំ IMR បានទេ។ នៅក្នុងករណីនេះ រដ្ឋសវនាការ មានការសម្រេចជាចុងក្រោយ។

អ្នកនឹងមិនត្រូវបង់ប្រាក់ សំរាប់ IMR ឬរដ្ឋសវនាការឡើយ។

ការពិនិត្យពិច័យដោយពេទ្យឯករាជ្យ (IMR)

បើសិនអ្នកចង់បាន IMR ជាដំបូង អ្នកត្រូវតែប្តឹងតវ៉ាជាមួយគំរោងសុខភាពរបស់អ្នកសិន។ បើសិនអ្នកមិនឮដំណឹងពីគំរោងសុខ ភាពរបស់អ្នក ក្នុងពេល 30 ថ្ងៃទេ ឬបើសិនអ្នកមិនសប្បាយចិត្តជាមួយនឹងការសម្រេច នៃគំរោងសុខភាពរបស់អ្នកទេ ជាបន្ទាប់មក សឹមអ្នកអាចស្នើសុំ IMR។ អ្នកត្រូវតែស្នើសុំ IMR ក្នុងពេល 180 ថ្ងៃ ចាប់តាំងពីការបញ្ជូនសំបុត្រ “ជូនដំណឹងដំណោះ ស្រាយការតវ៉ា” ។

អ្នកអាចនឹងទទួល IMR ភ្លាមៗ ដោយមិនបាច់ប្តឹងតវ៉ាជាមុនសិនទេ។ នេះគឺជាករណីដែលសុខភាពរបស់អ្នក មិនក្នុងគ្រោះថ្នាក់ ភ្លាមៗ ឬសំណើត្រូវបានបដិសេធ ពីព្រោះការព្យាបាលត្រូវបានចាត់ទុក ជាការពិសោធន៍ ឬការស៊ើបអង្កេត។

ប្រយោគនៅខាងក្រោម នឹងផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវព័ត៌មានពីរបៀបស្នើសុំ IMR។ សូមកំណត់ថាពាក្យ “សារទុក្ខ” គឺនិយាយទាំងអំពី “បណ្តឹង” និង “ការតវ៉ា”។

ក្រសួងគ្រប់គ្រងសុខាភិបាល (Department of Managed Health Care) រដ្ឋកាលីហ្វ័រនីញ៉ា ទទួលខុសត្រូវសំរាប់ការដាក់ បញ្ញត្តិដល់គំរោងសេវាថែទាំសុខភាព។ បើសិនអ្នកមានសារទុក្ខមួយ ទាស់នឹងគំរោងសុខភាពរបស់អ្នក នោះជាដំបូងបំផុត អ្នក គួរតែទូរស័ព្ទទៅ Health Net តាមលេខ (800) 675-6110 ហើយត្រូវប្រើវិធីសារទុក្ខនៃគំរោងសុខភាពរបស់អ្នកសិន មុននឹង ទាក់ទងក្រសួង។ ការប្រើវិធីសារទុក្ខនេះ មិនហាមឃាត់នូវសិទ្ធិស្របច្បាប់អ្វីមួយ ដែលអាចយកមកប្រើ ឬដំណោះស្រាយអ្វីៗ ដែលអាចមានសំរាប់អ្នកឡើយ។ បើសិនអ្នកត្រូវការជំនួយឱ្យដោះស្រាយសារទុក្ខ ដែលទាក់ទងនឹងភាពអាសន្ន ឬសារទុក្ខអ្វីមួយ ដែលគំរោងសុខភាពរបស់អ្នក មិនទាន់បានដោះស្រាយឱ្យគាប់ចិត្តទៅឡើយ ឬក៏សារទុក្ខដែលនៅតែមិនទាន់ដោះស្រាយរួច លើសពីចំនួន 30 ថ្ងៃ អ្នកអាចទូរស័ព្ទទៅក្រសួង សំរាប់ជំនួយ។ អ្នកក៏អាចនឹងមានសិទ្ធិទទួល ការពិនិត្យពិច័យដោយពេទ្យ ឯករាជ្យ (Independent Medical Review, IMR) ដែរ។ បើសិនអ្នកមានសិទ្ធិទទួល IMR នោះវិធី IMR នឹងផ្តល់ការពិនិត្យមើលឡើងវិញដោយមិនលំអៀង នូវការសម្រេចខាងសុខភាព ដែល គំរោងសុខភាពបានសម្រេចចំពោះអាគារព្យាបាលចាំបាច់ នូវសេវា ឬការព្យាបាលដែលបានស្នើ ឬការសម្រេចពីការប៉ះពាល់ សំរាប់ការព្យាបាលដែលជាលក្ខណៈនៃការពិសោធន៍ ឬការស៊ើបអង្កេត និងទំនាស់ការ បង់ប្រាក់សំរាប់វិធីព្យាបាលជាអាសន្ន ឬសេវាថែទាំសុខភាពជាបន្ត។ ក្រសួងមានលេខទូរស័ព្ទតតចេញថ្លៃ (1-888-HMO-2219) និងថ្លៃ TDD (1-877-688-9891) សំរាប់អ្នកត្រឡប់ និងអន់សំដីផងដែរ។ គេប៊ិចព័ត៌មានទំរង់ពិគររបស់ក្រសួង (<http://www.hmohelp.ca.gov>) មានក្រដាសបំពេញបណ្តឹង ក្រដាសបំពេញដាក់ ពាក្យសុំ IMR និងសេចក្តីណែនាំតាមបណ្តាញ។

រដ្ឋសវនាការ

បើសិនអ្នកចង់បានរដ្ឋសវនាការ អ្នកត្រូវតែស្នើសុំក្នុងពេល **120 ថ្ងៃ** ចាប់តាំងពីកាលបរិច្ឆេទនៃសំបុត្រ “ជូនដំណឹងដំណោះស្រាយ ការតវ៉ា” ។ អ្នកអាចស្នើសុំរដ្ឋសវនាការ តាមទូរស័ព្ទ ឬជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ:

- តាមទូរស័ព្ទ: សូមទូរស័ព្ទទៅលេខ **1-800-952-5253**។ លេខនេះអាចជាវេលាលំដាប់។ អ្នកអាចនឹងទទួលបានសេវា ទូរស័ព្ទមកវិញនៅពេលក្រោយទៀត។
បើសិនអ្នកមិនអាចនិយាយបាន ឬឮបានល្អ សូមហៅលេខ **TTY/TDD 1-800-952-8349**។
- ជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ: បំពេញក្រដាសបំពេញ រដ្ឋសវនាការ ឬស្នើសុំប្រគល់ទៅ:

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

ត្រូវបញ្ចូលឈ្មោះ អាសយដ្ឋាន លេខទូរស័ព្ទ លេខសូស្យាល់ស៊ីក្យូរីទី របស់អ្នក និងមូលហេតុដែលអ្នកចង់បានរដ្ឋសវនាការ។ បើសិនជនណាម្នាក់ដែលជួយអ្នកស្នើសុំរដ្ឋសវនាការ ក៏បន្ថែមនូវឈ្មោះ អាសយដ្ឋាន និងលេខទូរស័ព្ទ របស់គេ ទៅនឹងក្រដាសបំពេញ ឬសំបុត្រផងដែរ។ បើសិនអ្នកត្រូវការអ្នកបកប្រែ ត្រូវប្រាប់យើងនូវភាសាដែលអ្នកនិយាយ។ អ្នកនឹងមិនត្រូវបង់ប្រាក់ សំរាប់អ្នកបកប្រែឡើយ។ អ្នកនឹងបានអ្នកបកប្រែម្នាក់។

បន្ទាប់ពីអ្នកស្នើសុំរដ្ឋសវនាការមក វាអាចនឹងប្រើពេលដល់ទៅ **90 ថ្ងៃ** ដើម្បីសំរេចទៅលើករណីរបស់អ្នក និងធ្វើចេញសំបុត្រ។ បើសិនអ្នកគិតថាការរង់ចាំយូរ នឹងសៅហ្មងដល់សុខភាពរបស់អ្នក នោះអ្នកអាចនឹងបានចម្លើយក្នុងពេល **3 ថ្ងៃ** ធ្វើការ។ ស្នើ វេជ្ជបណ្ឌិត ឬគំរោងសុខភាពរបស់អ្នក ឱ្យសរសេរសំបុត្រសំរាប់អ្នក។ សំបុត្រនោះត្រូវតែពន្យល់ល្អិតល្អន់ អំពីរបៀបដែលការរង់ចាំដល់ទៅ **90 ថ្ងៃ** ឱ្យ ករណីរបស់អ្នកត្រូវបានសំរេច នឹងសៅហ្មងធ្ងន់ធ្ងរដល់ជីវិត សុខភាព ឬសមត្ថភាពរបស់អ្នក ដើម្បីទទួល រក្សា ឬឱ្យមានដំណើរការជាអតិបរិមាឡើងវិញ។ បន្ទាប់មក ក៏ធ្វើឱ្យប្រាកដថាអ្នកស្នើសុំ “**សវនាការ ដោយឡែក**” និងផ្តល់សំបុត្រមក ជាមួយនឹងសំណើរបស់អ្នក សំរាប់សវនាការ។

អ្នកអាចនឹងនិយាយនៅរដ្ឋសវនាការ ដោយខ្លួនឯង។ ឬ អ្នកអាចឱ្យមានញាតិសន្តាន មិត្តភក្តិ អ្នកគាំពារ វេជ្ជបណ្ឌិត ឬមេធាវី និយាយសំរាប់អ្នក។ បើសិនអ្នកចង់ឱ្យមនុស្សម្នាក់ទៀត និយាយសំរាប់អ្នក នោះអ្នកត្រូវតែប្រាប់ការិយាល័យរដ្ឋសវនាការ ថា មនុស្សនោះបានអនុញ្ញាត ឱ្យនិយាយជូនអ្នក។ មនុស្សនេះគឺហៅថា “អ្នកតំណាងបានអនុញ្ញាត” ។

ជំនួយខាងច្បាប់

អ្នកអាចនឹងទទួលបានជំនួយខាងច្បាប់ឥតគិតថ្លៃ។ ទូរស័ព្ទទៅ **[name and telephone number of the county's consumer rights hotline]**។ អ្នកក៏អាចទូរស័ព្ទទៅ សង្គមជំនួយខាងច្បាប់ (Legal Aid Society) តាមមូលដ្ឋាន ក្នុងខោនធីរបស់អ្នក តាមលេខ **1-888-804-3536** បានដែរ។