

ແບບຟອມສໍາລັບໄຂຂໍ້ຂ້ອງໃຈ/ຮ້ອງທຸກຂອງສະມາຊິກ

ວັນທີ: _____

ກະລຸນາພິມຂໍ້ມູນທັງໝົດ.

ຂໍ້ມູນຜູ້ຮ້ອງທຸກ:

| | | |
|--------|-----------------------------|--------------------|
| () | () | |
| ຊື່ | ໝາຍເລກໂທລະສັບຢູ່ບ່ອນເຮັດວຽກ | ໝາຍເລກໂທລະສັບເຮືອນ |
| ທີ່ຢູ່ | ເມືອງ | ລັດ |
| | | ລະຫັດໄປສະນີ |

ຊື່ຂອງບຸກຄົນທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບຜູ້ຮ້ອງທຸກ:

| | |
|-----|---------------|
| | #: |
| ຊື່ | ເລກບັດປະຈຳຕົວ |
| | #: |
| ຊື່ | ເລກບັດປະຈຳຕົວ |
| | #: |
| ຊື່ | ເລກບັດປະຈຳຕົວ |

ປະເພດຂອງການຮ້ອງທຸກ: [ເລືອກທັງໝົດທີ່ເຫັນວ່າແມ່ນ]

| | | |
|-------------------------------|------------------------------------|---|
| _____ ການຕະຫຼາດ | _____ ຄວາມຫຍຸ້ງຍາກໃນການຖອນລົງທະບຽນ | _____ ການຮຽກເກັບເງິນສໍາລັບສະມາຊິກ |
| _____ ຄຸນນະພາບ | _____ ການຂົນສົ່ງ | _____ ຄວາມສາມາດໃນການເຂົ້າເຖິງການປິ່ນປົວ |
| _____ ການປິ່ນປົວກໍລະນີສຸກເສີນ | _____ ທັດສະນະຂອງພະນັກງານ | _____ ການອະນຸຍາດ |

ອື່ນໆ: _____

ຄໍາຊີ້ແຈງບັນຫາ: ວັນທີເກີດບັນຫາ: _____ ສະຖານທີ່: _____
 ຊື່ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ _____

ອະທິບາຍບັນຫາ/ຄໍາຮ້ອງທຸກໂດຍລະອຽດ:

ໃຊ້ດ້ານຫຼັງຂອງແບບຟອມນີ້ ຖ້າຈໍາເປັນຕ້ອງຂະຫຍາຍຂໍ້ມູນເພີ່ມຕື່ມ.

_____ ວັນທີ
 ລາຍເຊັນຂອງສະມາຊິກ (ຫຼື ລາຍເຊັນຜູ້ປົກຄອງຂອງສະມາຊິກທີ່ເປັນເດັກນ້ອຍ ຫຼື ຜູ້ທີ່ບໍ່ມີຄວາມສາມາດເຊັນເອງໄດ້)

ການເຜີຍແຜ່ຂໍ້ມູນທາງການແພດ

ສະມາຊິກ: ກະຊວງລະບຸຊື່ ແລະ ໝາຍເລກໂທລະສັບຂອງຜູ້ໃຫ້ບໍລິການທີ່ປະຕິບັດຕໍ່ທ່ານຈົນພາ
ໃຫ້ເກີດມີຂໍ້ຂ້ອງໃຈນີ້.

**ຂໍ້ມູນທາງການແພດທັງໝົດທີ່ໄດ້ມາຈະໄດ້ຮັບການເກັບຮັກສາໄວ້ເປັນຢ່າງດີ ແລະ
ຈະຖືກນຳໃຊ້ເພື່ອຈຸດປະສົງໃນການກວດກາເພື່ອແກ້ໄຂຂໍ້ຂ້ອງໃຈຂອງ ທ່ານເທົ່ານັ້ນ.**

ຂ້າພະເຈົ້າອະນຸຍາດ ແລະ ຂໍໃຫ້ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດັ່ງທີ່ລະບຸໄວ້ຂ້າງເທິງ
ສາມາດເຜີຍແຜ່ຂໍ້ມູນທາງການແພດບາງສ່ວນ ແລະ ທັງໝົດໃຫ້ແກ່ HEALTH NET
ເພື່ອສະໜັບສະໜູນຄວາມຕ້ອງການທາງການແພດ ສຳລັບປະເດັນຂໍ້ຂ້ອງໃຈນີ້:

ລາຍເຊັນ: _____ **ວັນທີ:** _____

(ຖ້າເຊັນໂດຍຜູ້ອື່ນ ນອກຈາກສະມາຊິກ) ສາຍພົວພັນ: _____

(ແມ່, ພໍ່, ຜູ້ປົກຄອງ)

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

ພະແນກຄຸ້ມຄອງປື້ນປົວສຸຂະພາບຂອງລັດແຄລິຟໍເນຍມີໜ້າທີ່ໃນການກຳນົດແຜນບໍລິການປື້ນປົວສຸຂະພາບ.
ຖ້າມີຂໍ້ຂ້ອງໃຈກ່ຽວກັບແຜນປະກັນສຸຂະພາບຂອງທ່ານ, ທ່ານຄວນໂທຫາ ແຜນປະກັນສຸຂະພາບຂອງທ່ານກ່ອນ
ທີ່ເລກຫມາຍ
1-800-675-6110 ແລະ ໃຊ້ຂະບວນການຮ້ອງທຸກ ຂອງແຜນປະກັນສຸຂະພາບຂອງທ່ານ
ກ່ອນຈະຕິດຕໍ່ຫາພະແນກ. ການໃຊ້ຂັ້ນຕອນແກ້ໄຂຂໍ້ຂ້ອງໃຈນີ້ ບໍ່ໄດ້ເປັນການຫ້າມບໍ່ໃຫ້ມີສິດທິ ຫຼື
ຄວາມສາມາດໃນການແກ້ໄຂບັນຫາຕາມກົດໝາຍທີ່ອາດຈະເກີດຂຶ້ນກັບທ່ານ.
ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອກ່ຽວກັບຂໍ້ຂ້ອງໃຈໃນກໍລະນີສຸກເສີນ,
ຂໍ້ຂ້ອງໃຈທີ່ບໍ່ໄດ້ຮັບການແກ້ໄຂຢ່າງໜ້າເພີ່ມໃຈຈາກແຜນປະກັນສຸຂະພາບຂອງທ່ານ, ຫຼື
ຂໍ້ຂ້ອງໃຈທີ່ຍັງບໍ່ໄດ້ຮັບການແກ້ໄຂເປັນເວລາດົນກວ່າ 30 ວັນ, ທ່ານຍັງ
ສາມາດໂທຫາພະແນກເພື່ອຂໍຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອ. ນອກຈາກນີ້
ທ່ານຍັງມີສິດຮ້ອງຂໍກັບອົງການກວດກາການແພດອິດສະຫຼະ (Independent Medical Review, IMR).
ກໍລະນີຫາກທ່ານມີສິດຮ້ອງຂໍກັບ IMR, ຂະບວນການ IMR ຈະດຳເນີນການກວດກາ
ຄຳຕັດສິນທາງການແພດຈາກແຜນປະກັນສຸຂະພາບ
ທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບຄວາມຈຳເປັນທາງການແພດຂອງການບໍລິການ ຫຼື ການປື້ນປົວທີ່ສະເໜີ,
ຄຳຕັດສິນກ່ຽວກັບການຄຸ້ມຄອງສຳລັບການປື້ນປົວທີ່ມີລັກສະນະເປັນ ແບບທົດລອງ ຫຼື ແບບສຳຫຼວດ ແລະ
ຂໍ້ຂັດແຍ່ງດ້ານການຈ່າຍເງິນສຳລັບການບໍລິການທາງການແພດສຸກເສີນ ຫຼື ຮີບດ່ວນ. ນອກຈາກນີ້
ພະແນກຍັງມີການບໍລິການໂທໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ **(1-888-466-2219)** ແລະ ສາຍ TDD **(1-877-688-9891)**
ສຳລັບຜູ້ທີ່ມີຄວາມບົກຜ່ອງທາງການໄດ້ຍິນ ແລະ ການເວົ້າ. ເວັບໄຊທ໌ຂອງພະແນກ www.dmhc.ca.gov
ມີແບບຟອມຮ້ອງທຸກ, ແບບຟອມສະໝັກ IMR, ແລະ ຄຳແນະນຳອອນໄລນ໌.