

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.