

**ការអនុញ្ញាតសម្រាប់ការប្រើ
ប្រាស់ និងការបញ្ចេញ
ព័ត៌មានអំពីសុខភាព**



ច្បាប់ស្តីពីភាពចល័ត និងគណនេយ្យភាពនៃការធានារ៉ាប់រង
សុខភាពតម្រូវឱ្យអ្នកផ្តល់ការអនុញ្ញាតដល់គម្រោងថែទាំសុខភាព
Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan
("Health Plan") ដើម្បីប្រើប្រាស់ ឬចែករំលែកព័ត៌មានអំពី
សុខភាពនៅក្នុងករណីមួយចំនួន។ ក្រមរដ្ឋប្បវេណីរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា
§56.10 នឹងមិនអនុញ្ញាតឱ្យបុគ្គល ឬក្រុមហ៊ុនដែលទទួលព័ត៌មាន
របស់អ្នកចែករំលែកព័ត៌មាននោះជាមួយអ្នកដទៃទេ ប្រសិនបើ
អ្នកមិនផ្តល់ការអនុញ្ញាតដល់ពួកគេ ឬបើមិនដូច្នោះទេពួកគេត្រូវ
បានអនុញ្ញាតដោយច្បាប់។

សូមឆ្លើយសំណួរទាំងអស់នៅលើទំព័រខាងក្រោម។ Health Plan
ប្រហែលជាបានបំពេញចម្លើយមួយចំនួនរួចហើយ។ ទំព័រទាំងអស់
ក្នុងទម្រង់បែបបទត្រូវតែបំពេញ។ បន្ទាប់ពីអ្នកបំពេញទម្រង់
បែបបទនេះរួច សូមផ្ញើតាមប្រៃសណីយ៍ ឬយកទម្រង់បែបបទ
នេះប្រគល់ទៅឱ្យ Health Plan នៅទីតាំងមួយក្នុងចំណោមទីតាំង
ខាងក្រោម៖

7751 South Manthey Road French Camp, CA 95231-9802	1025 J Street Modesto, CA 95354
---	--

**អ្នកក៏អាចផ្ញើទម្រង់បែបបទនេះតាមទូរសារទៅ៖
1-209-461-2550**

ឈ្មោះសមាជិកជាអក្សរធំ **លេខសម្គាល់ (ID) Health Plan**

ការអនុញ្ញាតសម្រាប់ការប្រើប្រាស់ និងការបញ្ចេញព័ត៌មានអំពីសុខភាព



1. ផ្តល់ការពណ៌នាជាក់លាក់នៃព័ត៌មានសុខភាពដែលត្រូវប្រើប្រាស់ ឬចែករំលែក។ (កាលបរិច្ឆេទនៃការធានារ៉ាប់រង កាលបរិច្ឆេទនៃការព្យាបាល ប្រភេទរបួស ឬជំងឺ និងឈ្មោះវេជ្ជបណ្ឌិត មន្ទីរពេទ្យ ឬអ្នកផ្តល់សេវាផ្សេងទៀត និងជួយយើងឱ្យឆ្លើយតបទៅនឹងសំណើរបស់អ្នកបានលឿនជាងមុន)៖
2. ព័ត៌មានសុខភាពនឹងត្រូវបានប្រើប្រាស់ ឬចែករំលែកសម្រាប់តែហេតុផលខាងក្រោមប៉ុណ្ណោះ៖
3. សូមជ្រើសរើសបុគ្គល ឬក្រុមហ៊ុន ដែលស្នើសុំឱ្យចែករំលែកព័ត៌មានសុខភាព៖
សមាជិក តំណាងផ្ទាល់ខ្លួនរបស់សមាជិក។ (ឧទាហរណ៍៖ ឪពុកម្តាយ ឬអាណាព្យាបាលស្របច្បាប់។) Health Plan (សូមជម្រាបថា Health Plan មិនទទួលការទូទាត់សម្រាប់ការចែករំលែកព័ត៌មានទេ។)

ឈ្មោះសមាជិកជាអក្សរធំ
 លេខសម្គាល់ (ID) Health Plan

4. រាយឈ្មោះបុគ្គល ឬក្រុមហ៊ុនដែលមានការអនុញ្ញាតឱ្យទទួលបានព័ត៌មានសុខភាព៖

ជីដូនជីតា។ ឈ្មោះ៖ _____
ឪពុកម្តាយ ឬឪពុកម្តាយចុងដែលមិនមែនជា
អាណាព្យាបាល។ ឈ្មោះ៖ _____
សាច់ញាតិ ដៃគូ ឬមិត្តភក្តិរបស់សមាជិកផ្សេងទៀត៖
ឈ្មោះ៖ _____ ទំនាក់ទំនង៖ _____
មេធាវីរបស់សមាជិក។ ឈ្មោះ៖ _____
ផ្សេងទៀត។ ឈ្មោះ៖ _____

5. ការអនុញ្ញាតនេះផុតកំណត់នៅ (សូមផ្តល់កាលបរិច្ឆេទ ឬព្រឹត្តិការណ៍) *ឯកសារនេះមិនមានសុពលភាពទេ ប្រសិនបើសំណួរនេះមិនត្រូវបានឆ្លើយ៖

កាលបរិច្ឆេទ (MM/DD/YYYY)៖ _____
ព្រឹត្តិការណ៍៖ _____

អ្នកមានសិទ្ធិក្នុងការបដិសេធចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់បែបបទនេះ។
ប្រសិនបើអ្នកបដិសេធក្នុងការចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់បែបបទ
នេះ ព័ត៌មានរបស់អ្នកនឹងមិនត្រូវបានប្រើ ឬចែករំលែកដូចដែល
បានបង្ហាញលើទម្រង់បែបបទនេះទេ។ ការបដិសេធរបស់អ្នកក្នុង

ឈ្មោះសមាជិកជាអក្សរធំ

លេខសម្គាល់ (ID) Health Plan

ការអនុញ្ញាតសម្រាប់ការប្រើ
ប្រាស់ និងការបញ្ចេញ
ព័ត៌មានអំពីសុខភាព



ការចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់បែបបទនេះនឹងមិនប៉ះពាល់ដល់ការ
ព្យាបាល ឬសិទ្ធិទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ ឬការទូទាត់សេវារបស់
Health Plan នោះទេ។

ប្រសិនបើអ្នកចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់បែបបទ នោះអ្នកមាន
សិទ្ធិប្តូរចិត្តរបស់អ្នកនៅពេលណាក៏បាន។ អ្នកនឹងត្រូវធ្វើដូចនេះ
ដោយផ្ញើលិខិតទៅកាន់ Health Plan។ សំណើរបស់អ្នកនឹង
មានប្រសិទ្ធភាពនៅថ្ងៃដែលយើងទទួលបានសំណើនោះ ប៉ុន្តែ
យើងនឹងមិនអាចបញ្ឈប់ចំណាត់ការណាមួយដែលអាចកើតមាន
រួចហើយនោះទេ។

ឈ្មោះសមាជិកជាអក្សរធំ	លេខសម្គាល់ (ID) Health Plan
លេខទូរសព្ទ	
ហត្ថលេខារបស់សមាជិក	កាលបរិច្ឆេទ
ហត្ថលេខារបស់តំណាងផ្ទាល់ខ្លួន	កាលបរិច្ឆេទ

ឈ្មោះសមាជិកជាអក្សរធំ	លេខសម្គាល់ (ID) Health Plan
----------------------	-----------------------------

**ការអនុញ្ញាតសម្រាប់ការប្រើ
ប្រាស់ និងការបញ្ចេញ
ព័ត៌មានអំពីសុខភាព**



ចំណាំថា ប្រសិនបើអ្នកកំពុងដើរតួជាតំណាងផ្ទាល់ខ្លួនរបស់
សមាជិក សូមប្រាប់យើងពីទំនាក់ទំនងរបស់អ្នកជាមួយសមាជិក៖

ទំនាក់ទំនងជាមួយសមាជិក

អ្នកអាចនឹងត្រូវបានតម្រូវឱ្យបង្ហាញយើងនូវភស្តុតាងនៃ
ការអនុញ្ញាតផ្លូវច្បាប់របស់អ្នកដើម្បីធ្វើសកម្មភាពជំនួសសមាជិក។

ប្រសិនបើអ្នកកំពុងបំពេញទម្រង់បែបបទនេះ ដោយសារតែអ្នក
ចង់ឱ្យ Health Plan ផ្តល់ព័ត៌មានដល់បុគ្គល ឬក្រុមហ៊ុនផ្សេងទៀត
អ្នកគួរតែធ្វើច្បាប់ចម្លងសម្រាប់កំណត់ត្រារបស់អ្នក។ ប្រសិនបើ
Health Plan កំពុងស្នើសុំការអនុញ្ញាតរបស់អ្នកក្នុងការប្រើប្រាស់
ឬចែករំលែកព័ត៌មានដោយហេតុផលផ្ទាល់ខ្លួន ច្បាប់ចម្លងនៃ
ការអនុញ្ញាតនេះនឹងត្រូវបានផ្ញើទៅអ្នកបន្ទាប់ពីអ្នកចុះហត្ថលេខា
លើច្បាប់ចម្លងនេះ។ ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរអ្វីមួយអំពីទម្រង់
បែបបទនេះ សូមទាក់ទងផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជនរបស់យើង
តាមលេខ **1-209-942-6320**។

ឈ្មោះសមាជិកជាអក្សរធំ

លេខសម្គាល់ (ID) Health Plan