

ឈ្មោះសមាជិក _____

នាមត្រកូល _____

នាមខ្លួន _____

អក្សរសង្ខេបឈ្មោះ
កណ្តាល _____

អាសយដ្ឋានសមាជិក _____ ទូរសព្ទ _____

ទីក្រុង _____ រដ្ឋ _____ លេខកូដតំបន់ _____

លេខសម្គាល់ (ID) សមាជិក# _____

ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត _____ ភេទ _____

ឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំបឋម _____

បណ្តឹងតវ៉ា

តើអ្នកចង់ប្តឹងតវ៉ាអំពីអ្វី?

(បញ្ជាក់ទំនិញ/សេវាកម្ម/ថ្នាំដែលត្រូវបានបដិសេធ/ពន្យារ/កែប្រែ)

តើវាត្រូវបានបដិសេធនៅពេលណា?

(បញ្ជាក់កាលបរិច្ឆេទដែលបានបដិសេធ។

វាអាចមាននៅលើកាលបរិច្ឆេទនៅលើលិខិតជូនដំណឹង NOA
របស់អ្នក)

ហេតុអ្វីបានជាមានបណ្តឹងតវ៉ានេះ?

(បញ្ជាក់មូលហេតុដែលមានភាពចាំបាច់ខាងវេជ្ជសាស្ត្រសម្រាប់អ្នក)

សូមបញ្ជាក់កំណត់ត្រាណាមួយដែលផ្ទៀងផ្ទាត់ជាមួយទម្រង់បែបបទ
នេះ៖ (ដូចជា៖ ច្បាប់ចម្លងនៃកំណត់ត្រារបស់វេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក
ឬបច្ចេកការស្តីអ៊ីច)

តើអ្នកបានសាកល្បងអ្វីផ្សេងទៀត (ថ្នាំ/វិធីព្យាបាល) ដែរឬទេ?

☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ

ប្រសិនបើអ្នកឆ្លើយថា "បាទ/ចាស" សូមពន្យល់៖

តើអ្នកនឹងត្រូវការជំនួយភាសាដែរឬទេ? ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ

ភាសា៖ _____

សិទ្ធិរបស់អ្នក

គម្រោងថែទាំសុខភាព Health Plan of San Joaquin/
Mountain Valley Health Plan ("Health Plan")

នឹងផ្ញើមកខ្ញុំនូវដំណោះស្រាយបណ្តឹងតវ៉ាក្នុងរយៈពេល 30
ថ្ងៃបន្ទាប់ពីការទទួលបានបណ្តឹងតវ៉ានេះ។

- ការសហការរបស់ខ្ញុំមានលក្ខណៈស្ម័គ្រចិត្ត។
- ខ្ញុំមានសិទ្ធិដកខ្លួនចេញពីការចុះឈ្មោះ។
- ខ្ញុំមានសិទ្ធិទាក់ទងក្រសួងថែទាំសុខភាពដែលស្ថិតក្រោមការ
គ្រប់គ្រង។ ខ្ញុំមានសិទ្ធិទទួលបានសវនាការយុត្តិធម៌របស់រដ្ឋ
(សម្រាប់តែសមាជិក Medi-Cal ប៉ុណ្ណោះ)។

ហត្ថលេខា _____ កាលបរិច្ឆេទ _____

**ខ្ញុំអនុញ្ញាតឱ្យ Health Plan ទទួលបាន៖ កំណត់ត្រាវេជ្ជសាស្ត្រ
កំណត់ត្រាបណ្តឹងទាមទារសំណង ឬកំណត់ត្រាផ្សេងទៀត។
កំណត់ត្រាទាំងនេះនឹងត្រូវបានប្រើសម្រាប់បណ្តឹងតវ៉ារបស់ខ្ញុំ។**

ហត្ថលេខា _____ កាលបរិច្ឆេទ _____

តើអ្នកចង់ឱ្យវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកដាក់បណ្តឹងតវ៉ាជូនអ្នកដែរឬទេ?

☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ

ប្រសិនបើអ្នកឆ្លើយថា "បាទ/ចាស"៖

ខ្ញុំអនុញ្ញាតឱ្យវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់ខ្ញុំ

_____ (បញ្ជីឈ្មោះវេជ្ជបណ្ឌិត
) ដាក់បណ្តឹងតវ៉ាជំនួសខ្ញុំ។

ហត្ថលេខា _____ កាលបរិច្ឆេទ _____

តើមាននរណាម្នាក់ជួយអ្នកបំពេញទម្រង់បែបបទនេះដែរឬទេ?

☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ

ប្រសិនបើអ្នកឆ្លើយថា "បាទ/ចាស"៖

ឈ្មោះ _____ ទំនាក់ទំនង _____

អាសយដ្ឋាន _____ ទូរសព្ទ _____

ទីក្រុង _____ រដ្ឋ _____ លេខកូដតំបន់ _____

ហត្ថលេខា _____ កាលបរិច្ឆេទ _____

