



ក្រសួងថែទាំសុខភាពក្រោមការគ្រប់គ្រងរដ្ឋ California ទទួលខុសត្រូវក្នុងការគ្រប់គ្រងគម្រោងសេវាថែទាំសុខភាព។ ប្រសិនបើអ្នកមានបណ្តឹងសាទុក្ខប្រឆាំងនឹងគម្រោងសុខភាពរបស់អ្នក អ្នកគួរតែទូរសព្ទទៅគម្រោងសុខភាពរបស់អ្នកជាមុនសិនតាមរយៈលេខ **1-888-936-7526 (TTY 711)** ហើយប្រើដំណើរការបណ្តឹងសាទុក្ខរបស់គម្រោងសុខភាពរបស់អ្នកមុននឹងទាក់ទងទៅក្រសួង។ ការប្រើប្រាស់នីតិវិធីបណ្តឹងសាទុក្ខនេះមិនហាមឃាត់សិទ្ធិស្របច្បាប់ ឬដំណោះស្រាយណាមួយដែលអាចមានសម្រាប់អ្នកនោះទេ។ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយទាក់ទងនឹងបណ្តឹងសាទុក្ខពេលមានអាសន្ន បណ្តឹងសាទុក្ខដែលមិនត្រូវបានដោះស្រាយយ៉ាងគាប់ចិត្តដោយគម្រោងសុខភាពរបស់អ្នក ឬបណ្តឹងសាទុក្ខដែលនៅតែមិនទាន់ដោះស្រាយអស់រយៈពេលយូរជាង 30 ថ្ងៃ អ្នកអាចទូរសព្ទទៅក្រសួង ដើម្បីទទួលបានជំនួយ។ អ្នកក៏អាចមានសិទ្ធិទទួលបានការពិនិត្យមើលផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រឯករាជ្យ (IMR) ផងដែរ។ ប្រសិនបើអ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានការពិនិត្យមើលផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រឯករាជ្យ (IMR) ដំណើរការ IMR នឹងផ្តល់ការពិនិត្យមើលអព្យាក្រឹកលើការសម្រេចចិត្តផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដែលធ្វើឡើងដោយគម្រោងសុខភាពទាក់ទងនឹងភាពចាំបាច់ខាងវេជ្ជសាស្ត្រនៃសេវាកម្ម ឬការព្យាបាលដែលបានស្នើ ការសម្រេចចិត្តអំពីការធានារ៉ាប់រងសម្រាប់ការព្យាបាលដែលមានលក្ខណៈជាការពិសោធន៍ ឬជាការស៊ើបអង្កេត និងវិវាទនៃការបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាវេជ្ជសាស្ត្រក្នុងត្រីមាស ឬបន្ទាន់។ ក្រសួងក៏មានលេខទូរសព្ទឥតគិតថ្លៃផងដែរ **(1-888-466-2219)** និងខ្សែទូរសព្ទ TDD **(1-877-688-9891)** សម្រាប់អ្នកខ្សោយការស្តាប់ និងនិយាយផងដែរ។ គេហទំព័រតាមអ៊ីនធឺណិតរបស់ក្រសួង **www.dmhc.ca.gov** មានទម្រង់បែបបទនៃបណ្តឹងគវី ទម្រង់បែបបទនៃពាក្យស្នើសុំ IMR និងការណែនាំតាមអនឡាញ។

ដោយអនុលោមតាមក្រមស្តីពីសុខភាព និងសុវត្ថិភាព ផ្នែក 1367.043 និងការណែនាំពីក្រសួងថែទាំសុខភាពក្រោមការគ្រប់គ្រង និងក្រសួងសេវាថែទាំសុខភាព Health Plan បានធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពទម្រង់បែបបទនៃបណ្តឹងសាទុក្ខរបស់ខ្លួនដើម្បីឆ្លុះបញ្ចាំងអំពីសិទ្ធិរបស់អ្នកឱ្យកាន់តែប្រសើរឡើង។ អ្នកមានសិទ្ធិប្តឹងសាទុក្ខ ប្រសិនបើអ្នកមានអារម្មណ៍ថា អ្នកត្រូវបានគេប្រព្រឹត្តមកលើតាមរបៀបដែលមិនបញ្ជាក់ពីអត្តសញ្ញាណយេនឌ័ររបស់អ្នកដោយបុគ្គលិក ឬអ្នកផ្តល់សេវារបស់ Health Plan ឬប្រសិនបើអ្នកត្រូវបានបដិសេធពីតម្រូវការផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ ការបញ្ជាក់យេនឌ័រ ឬការថែទាំដែលរួមបញ្ចូលអ្នកប្តូរភេទ។ Health Plan ប្តេជ្ញាផ្តល់ការថែទាំប្រកបដោយការគោរព ការរួមបញ្ចូល និងសមធម៌ដល់រាល់សមាជិកទាំងអស់។ មតិរបស់អ្នកមានសារៈសំខាន់ ហើយយើងលើកទឹកចិត្តឱ្យអ្នកចែករំលែកក្តីកង្វល់របស់អ្នកដើម្បីឱ្យយើងអាចបន្តកែលម្អការថែទាំ និងសេវាកម្មដែលយើងផ្តល់ជូន។



ឈ្មោះសមាជិក _____ នាមត្រកូល _____ នាមខ្លួន _____ អក្សរសង្ខេបឈ្មោះកណ្តាល _____
អាសយដ្ឋានសមាជិក _____ ទូរសព្ទ _____
ទីក្រុង _____ រដ្ឋ _____ លេខកូដតំបន់ _____
លេខសម្គាល់ (ID) សមាជិក# _____ ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត _____ ភេទ _____
ឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំបឋម _____

ពាក្យបណ្តឹង

តើបញ្ហានេះកើតឡើងនៅឯណា? (ឈ្មោះមន្ទីរពេទ្យ ការិយាល័យវេជ្ជបណ្ឌិត ឬទីតាំងផ្សេងទៀត)

តើបញ្ហានេះកើតឡើងនៅពេលណា? (រួមបញ្ចូលកាលបរិច្ឆេទ)

តើមាននរណាខ្លះដែលពាក់ព័ន្ធ?

សូមពណ៌នាអំពីអ្វីដែលបានកើតឡើង៖ (ភ្ជាប់ទំព័របន្ថែម បើចាំបាច់)

តើអ្នកបានព្យាយាមដោះស្រាយបញ្ហានេះដែរឬទេ? ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ

ប្រសិនបើអ្នកឆ្លើយថា "បាទ/ចាស" សូមពន្យល់៖

តើអ្នកចង់ឱ្យមានការដោះស្រាយបែបណាទៅលើបញ្ហានេះ?



តើអ្នកនឹងត្រូវការជំនួយភាសាដែរឬទេ? ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ

ភាសា: _____

តើអ្នកមានឧបសគ្គខាងផ្នែករាងកាយ ឬឧបសគ្គផ្សេងទៀត ដែលអាចរារាំងអ្នកមិនឱ្យចូលរួមការប្រជុំដោះស្រាយបណ្តឹងសាទុក្ខដែរឬទេ? ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ

ប្រសិនបើអ្នកឆ្លើយថា "បាទ/ចាស" សូមពន្យល់៖

ខ្ញុំដឹង និងយល់ថា គម្រោងថែទាំសុខភាព Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan ("Health Plan") នឹងដោះស្រាយបណ្តឹងសាទុក្ខរបស់ខ្ញុំក្នុងរយៈពេល 30 ថ្ងៃ។

ខ្ញុំដឹង និងយល់ថាជំនួយរបស់ខ្ញុំគឺស្ម័គ្រចិត្ត។ ទោះយ៉ាងណាក៏ដោយ ការខកខានក្នុងការធ្វើដូច្នេះអាចប៉ះពាល់ដល់បណ្តឹងសាទុក្ខរបស់ខ្ញុំ។

ខ្ញុំដឹង និងយល់ថាខ្ញុំមានសិទ្ធិ៖

- លុបការចុះឈ្មោះ
- ទាក់ទងក្រសួងថែទាំសុខភាពដែលស្ថិតក្រោមការគ្រប់គ្រង (DMHC)
- ដាក់ពាក្យស្នើសុំសវនាការយុត្តិធម៌របស់រដ្ឋ (សម្រាប់តែសមាជិក Medi-Cal ប៉ុណ្ណោះ)។

ហត្ថលេខា _____ កាលបរិច្ឆេទ _____

ខ្ញុំយល់ព្រមឱ្យ Health Plan ទទួលបានព័ត៌មានខាងក្រោម ដើម្បីដោះស្រាយបណ្តឹងសាទុក្ខជំនួសខ្លះ៖

- កំណត់ត្រាវេជ្ជសាស្ត្រ
- កំណត់ត្រាបណ្តឹងទាមទារសំណង
- ទិន្នន័យផ្សេងទៀតដែលត្រូវការដើម្បីដោះស្រាយបណ្តឹងសាទុក្ខរបស់ខ្ញុំ។

ហត្ថលេខា _____ កាលបរិច្ឆេទ _____

តើមាននរណាម្នាក់ជួយអ្នកបំពេញទម្រង់បែបបទនេះដែរឬទេ? ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ

ប្រសិនបើអ្នកឆ្លើយថា "បាទ/ចាស"៖

ឈ្មោះ: _____ ទំនាក់ទំនង _____

អាសយដ្ឋាន _____ ទូរសព្ទ _____

ទីក្រុង _____ រដ្ឋ _____ លេខកូដតំបន់ _____

ហត្ថលេខា _____ កាលបរិច្ឆេទ _____