State of California
Health and Human Services Agency
Department of Managed Health Care
IMR APPLICATION/COMPLAINT FORM - Khmer Web
DMHC 20-224 New: 11/15

Department of Managed Health Care Help Center

ពាក្យស្នើសុំការពិនិត្យវេជ្ជសាស្ត្រឯករាជ្យ (IMR)/សំណុំបែបបទបណ្តឹង

ព័ត៌មានសំខាន់

អ្នកអាចដាក់ស្នើពាក្យសុំ/បែបបទបណ្តឹង IMR អនឡាញ បាននៅ ៖ www.HealthHelp.ca.gov

- **មិនបាច់បង់ប្រាក់ ៖** ដំណើរការ IMR/បណ្តឹងរបស់អតិថិជន គឺមិនបាច់បង់ប្រាក់ឡើយ ។
- **រហ័ស ៖** ចំពោះ IMRs ជាធម្មតា ត្រូវបានដោះស្រាយរួចរាល់ក្នុងរវាង 30 ថ្ងៃ ឬក្នុងរវាង 7 ថ្ងៃ ប្រសិនបើបញ្ហាសុខភាពជាវឿងបន្ទាន់ ។
- **ជោគជ័យ ៖** មានអតិថិជនចំនួន 60% ទទួលបានសេវាកម្មតាមការស្នើសុំ តាមរយៈ IMR ។
- **ចុងក្រោយ ៖** ផែនការថែទាំសុខភាព ត្រូវតែធ្វើតាមការសម្រេចរបស់ IMR ហើយត្រូវផ្តល់សេវាកម្មដល់អតិថិជនជាបន្ទាន់ ។

ព័ត៌មានអ្នកជម្ងឺ

នាមខ្លួន _____ នាមកណ្តាល _____ នាមត្រកូល _____

ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើតអ្នកជម្ងឺ (ខខ/ទទ/ឆឆឆឆ) _____ ភេទ ៖ ប្រុស ☐ ស្រី ☐

ឈ្មោះឪពុកម្តាយ ឬអាណាព្យាបាល បើប្តឹងសម្រាប់កូនក្មេង _____

អាសយដ្ឋានផ្លូវផ្ទះ _____

ក្រុង _____ រដ្ឋ _____ ហ្ស៊ីប _____

លេខទូរស័ព្ទពេលថ្ងៃ _____ លេខទូរស័ព្ទពេលល្ងាច _____

អាសយដ្ឋានអ៊ីម៉ែល _____

ឈ្មោះផែនការថែទាំសុខភាព _____ លេខសមាជិកភាពរបស់អ្នកជម្ងឺ _____

ឈ្មោះក្រុមវេជ្ជសាស្ត្រ (បើបានចុះឈ្មោះនៅក្នុងវេជ្ជសាស្ត្រជាក្រុម) _____

និយោជក _____ មិនបានធ្វើការ ☐

តើអ្នកចង់ឲ្យមានអ្នកជួយចំពោះការដាក់បណ្តឹងរបស់អ្នកដែរឬទេ? ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ

បើត្រូវការអ្នកជួយ សូមបំពេញ "សំណុំបែបបទប្រគល់សិទ្ធិដល់ជំនួយការ" ដែលមានភ្ជាប់មកជាមួយ ។

តើអ្នកមានការធានាសុខភាពពីកម្មវិធី Medi-Cal ដែរឬទេ? ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ

បើមាន តើអ្នកមានបានដាក់ពាក្យស្នើសុំឲ្យមានសវនាការយុត្តិធម៌រដ្ឋដែរឬទេ? ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ

តើអ្នកមានការធានាសុខភាពពីកម្មវិធី Medicare ឬ Medicare Advantage ដែរឬទេ? ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ

ទេតើអ្នកមានបានដាក់ពាក្យប្តឹង ឬដាក់បណ្តឹងសារទុក្ខជាមួយនឹងផែនការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នកដែរឬទេ? ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ

តើអ្នកកំពុងតែស្វែងរកការចេញការចំណាយលើផ្នែកសេវាកម្មដែលអ្នកបានទទួលរួចហើយដែរឬទេ? ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ

បើកំពុងតែស្វែងរក សូមសរសេរចូលនូវកាលបរិច្ឆេទទាំងឡាយដែលអ្នកបានទទួលសេវាកម្ម ព្រមទាំងឈ្មោះរបស់អ្នកផ្តល់សេវាកម្មផងដែរ ៖

ពាក្យស្នើសុំការពិនិត្យវេជ្ជសាស្ត្រឯករាជ្យ (IMR)/សំណុំបែបបទបណ្តឹង

តើអ្នកកំពុងតែស្វែងរកការប្រគល់សិទ្ធិសម្រាប់ទទួលសេវាកម្មនាពេលអនាគតមែនទេ? ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ

តើអ្នកត្រូវការជំនួយចំពោះសកម្មភាពប្រចាំថ្ងៃរបស់ខ្លួន ឬអ្នកគិតថាខ្លួនមានពិការភាពមែនដែរឬទេ? ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ

បញ្ហាសុខភាពរបស់អ្នក (សូមប្រើក្រដាសផ្សេងដើម្បីសរសេរ ហើយភ្ជាប់ឯកសារផ្សេងទៀតមកជាមួយ បើចាំបាច់) ។

តើអ្នកកើតអី ឬតើគ្រូពេទ្យថាអ្នកកើតជម្ងឺអ្វី? (សូមនិយាយឲ្យជាក់លាក់)_____

តើអ្នកកំពុងតែស្នើសុំការព្យាបាល /សេវាកម្មវេជ្ជសាស្ត្រ និង/ឬ ការប្រើថ្នាំប្រភេទណាដែរ? (សូមនិយាយឲ្យជាក់លាក់)

តើផែនការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក មានបាននិយាយទេថា ការព្យាបាលដែលអ្នកត្រូវការគឺ (សូមគូសយកតែមួយ) ៖

☐ មិនមានភាពចាំបាច់ខាងវេជ្ជសាស្ត្រ ☐ ការពិសោធន៍ ឬការអភ្លេត

☐ មិនមែនជាការសង្គ្រោះបន្ទាន់/តម្រូវការប្រញាប់ ☐ ផ្សេងៗ (សូមពន្យល់ខាងក្រោម)

សូមសរសេរឈ្មោះ និងលេខទូរស័ព្ទរបស់គ្រូពេទ្យចម្បងរបស់អ្នក និងអ្នកផ្តល់សេវាកម្មផ្សេងទៀត ដែលអ្នកបានទៅជួប ដែលបានព្យាបាលអ្នក ឬដែលបានផ្តល់ជំនួយដល់អ្នក ចំពោះស្ថានភាពជម្ងឺមួយនេះ ។

តើអ្នកមានបានទៅជួបអ្នកផ្តល់សេវាកម្មថែទាំសុខភាពដែលនៅក្រៅបណ្តាញដែរឬទេ ចំពោះស្ថានភាពជម្ងឺនេះ? ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ

បើបានទៅជួប សូមសរសេរចូលនូវកំណត់ត្រាព័ត៌មានវេជ្ជសាស្ត្រនៅក្នុងសំណុំបែបបទនេះផងដែរ ។

សូមរៀបរាប់ដោយសង្ខេបអំពីបញ្ហារបស់អ្នកជាមួយនឹងផែនការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក ។ ឧទាហរណ៍ សូមពន្យល់ ថាតើ
បញ្ហានោះគឺវាបណ្តាលមកពីការបដិសេធមិនឲ្យអ្នកព្យាបាល បញ្ហាចំពោះការមិនបង់ចំណាយដែលអ្នកស្នើសុំ បញ្ហាក្នុងការពិបាកណាត់ជួបពេទ្យ ឬបញ្ហាការផ្តល់ថ្នាំព្យាបាល
ឬក៏ជាបញ្ហាដែលការធានារ៉ាប់រងសុខភាពរបស់អ្នក ត្រូវផែនការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នកលើកលែងចោល ។

ការបញ្ជូនព័ត៌មានវេជ្ជសាស្ត្រ

ខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំ សូមស្នើសុំនាយកដ្ឋានការថែទាំសុខភាពដែលមានការចាត់ចែង (Department of Managed Health Care (DMHC)) ឲ្យជួយដោះស្រាយ
អំពីបញ្ហារបស់ខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំ ជាមួយនឹងផែនការថែទាំសុខភាពរបស់ខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំ ។ ខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំ សូមស្នើ សុំឲ្យ DMHC
ធ្វើការពិនិត្យឡើងវិញនូវពាក្យស្នើសុំពិនិត្យវេជ្ជសាស្ត្រឯករាជ្យ (IMR)/សំណុំបែបបទបណ្តឹង របស់ខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំ ដើម្បីកំណត់ថាតើបណ្តឹងរបស់ខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំ

ពាក្យស្នើសុំការពិនិត្យវេជ្ជសាស្ត្រឯករាជ្យ (IMR)/សំណុំបែបបទបណ្តឹង

មានលក្ខណៈសម្បត្តិចំពោះ IMR ឬសម្រាប់ដំណើរការបណ្តឹងអ្នកប្រើប្រាស់របស់ DMHC ដែរឬទេ ។ ខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំ អនុញ្ញាតឲ្យអ្នកផ្តល់សេវាកម្មថែទាំសុខភាព អតីតកាល និងបច្ចុប្បន្ន និងផែនការថែទាំសុខភាព របស់ខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំ អាចបញ្ចេញកំណត់ត្រាព័ត៌មានសុខភាព និងព័ត៌មានរបស់ខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំ ដើម្បីធ្វើការពិនិត្យឡើង វិញនូវបញ្ហា នេះ ។ កំណត់ត្រាព័ត៌មាននេះអាចរួមបញ្ចូលនូវព័ត៌មានវេជ្ជសាស្ត្រ សុខភាពផ្លូវចិត្ត ការញៀនថ្នាំ មេរោគអេដស៍ របាយការណ៍រោគវិនិច្ឆ័យដោយប្រើរូបភាពវេជ្ជសាស្ត្រ ព្រមទាំងកំណត់ត្រាព័ត៌មានដទៃទៀតដែលពាក់ព័ន្ធនឹងករណីរបស់ខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំ ។ កំណត់ត្រាព័ត៌មានទាំងនេះ អាចរួមបញ្ចូលនូវព័ត៌មានមិនមែនវេជ្ជសាស្ត្រ និងព័ត៌មានផ្សេងទៀតដែលពាក់ព័ន្ធនឹងករណីរបស់ខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំ ។ ខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំ សូមអនុញ្ញាតឲ្យ DMHC ធ្វើការពិនិត្យឡើងវិញនូវកំណត់ត្រា និងព័ត៌មានទាំងនេះ ហើយផ្ញើវាទៅកាន់ផែនការថែទាំសុខភាពរបស់ខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំ ។ ការអនុញ្ញាតរបស់ដែលខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំ ផ្តល់ជូន នឹងត្រូវបញ្ចប់ក្នុងរវាងមួយឆ្នាំ ដោយគិតចាប់ពីកាលបរិច្ឆេទខាងក្រោម លើកលែងតែករណីមានការអនុញ្ញាតដោយច្បាប់ ។ ឧទាហរណ៍ ច្បាប់អណុញ្ញាតឲ្យ DMHC អាចបន្តការប្រើប្រាស់ព័ត៌មានរបស់ខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំ ជាលក្ខណៈផ្ទៃក្នុង ។ ខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំ អាចបញ្ចប់ការអនុញ្ញាតលឿនជាងនេះ បើខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំ មានបំណងចង់ធ្វើដូច្នោះ ។ ព័ត៌មានទាំងអស់ដែលខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំ បានផ្តល់ជូនក្នុងបែបបទនេះ គឺជាការពិតទាំងអស់ ។

ហត្ថលេខារបស់អ្នកជម្ងឺ ឬឪពុកម្តាយអ្នកជម្ងឺ_____ កាលបរិច្ឆេទ_____

សូមអានទំព័រពាក្យណែនាំសម្រាប់ព័ត៌មានការផ្ញើសំបុត្រ ឬព័ត៌មានការផ្ញើទូរសារ ។

សម្រាប់តែព័ត៌មានផ្នែកស្ថិតិ

យើងខ្ញុំសូមស្នើសុំអ្នកឲ្យជួយផ្តល់ព័ត៌មានខាងក្រោមដោយស្ម័គ្រចិត្ត ។ ការផ្តល់ព័ត៌មាននេះ នឹងអាចជួយឲ្យ DMHC អាចកំណត់រកឃើញនូវទ្រង់ទ្រាយណាមួយនៃបញ្ហា ។ ក្រមសុខភាព និងសុវត្ថិភាព វគ្គទី 1374.30 បានប្រគល់សិទ្ធិឲ្យ DMHC អាចយកព័ត៌មាននេះ សម្រាប់គោលបំណងការសិក្សាស្រាវជ្រាវ និងសម្រាប់គោលបំណងស្ថិតិ ។ ការផ្តល់ព័ត៌មាននេះ គឺជាជម្រើស ហើយវាមិនមានផលប៉ះពាល់ចំពោះ IMR ឬដំណោះស្រាយចំពោះបណ្តឹងឡើយ ។

ភាសានិយាយចម្បង ៖_____ ☐ សម្រេចមិនផ្តល់ព័ត៌មាន

សាសន៍/ជាតិពន្ធុពីដូនតា ៖_____ ☐ សម្រេចមិនផ្តល់ព័ត៌មាន

State of California
Health and Human Services Agency
Department of Managed Health Care
AUTHORIZED ASSISTANT FORM - Khmer
DMHC 20-160 New: 04/06 Rev: 11/15

DEPARTMENT OF Managed Health Care Help Center

សំណុំបែបបទផ្តល់សិទ្ធិជំនួយការ

- បើអ្នកចង់ផ្តល់ការអនុញ្ញាតឲ្យអ្នកដទៃជួយអ្នកចំពោះការពិនិត្យឡើងវិញនូវវេជ្ជសាស្ត្រឯករាជ្យ (Independent Medical Review (IMR)) ឬបណ្តឹង របស់អ្នក សូមបំពេញព័ត៌មានក្នុងផ្នែក ក និងផ្នែក ខ ខាងក្រោម ។
- បើអ្នកគឺជាឱពុកម្តាយ ឬជាអាណាព្យាបាលស្របច្បាប់ដែលជាអ្នកដាក់ពាក្យស្នើ IMR ឬដាក់ពាក្យបណ្តឹងនេះ សម្រាប់កុមារដែលមានអាយុតិចជាង 18ឆ្នាំ អ្នកមិនចាំបាច់បំពេញសំណុំបែបបទនេះឡើយ ។
- បើអ្នកដាក់ពាក្យស្នើ IMR/ដាក់ពាក្យបណ្តឹងនេះ សម្រាប់អ្នកជម្ងឺ ដែលមិនអាចបំពេញសំណុំបែបបទនេះបាន ដោយសារអ្នកជម្ងឺមិនមានសមត្ថភាព ឬមិនមានលទ្ធភាពអាចបំពេញដោយខ្លួនឯងបាន ហើយអ្នកមានសិទ្ធិស្របច្បាប់ដើម្បីធ្វើជំនួសអ្នកជម្ងឺនេះបាន សូមបំពេញព័ត៌មានតែក្នុងផ្នែក ខ បានហើយ ។ យើងខ្ញុំក៏បានភ្ជាប់ឯកសារផងដែរស្តីអំពីអំណាចមេធាវីសម្រាប់ការសម្រេចចិត្តចំពោះការថែទាំសុខភាព ឬឯកសារផ្សេងទៀតដែលនិយាយថា អ្នកអាចសម្រេចចិត្តជំនួសអ្នកជម្ងឺ បាន ។

ផ្នែក ក ៖ អ្នកជម្ងឺ

ខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំ សូមអនុញ្ញាតឲ្យបុគ្គលដែលមានឈ្មោះខាងក្រោមនៅក្នុងផ្នែក ខ ដើម្បីជួយខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំចំពោះ IMR ឬបណ្តឹងរបស់ខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំ ដែលបានដាក់ជូននាយកដ្ឋានថែទាំសុខភាពដែលមានការវៀបចំ (Department of Managed Health Care (DMHC)) ។ ខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំ សូមផ្តល់ការអនុញ្ញាតឲ្យបុគ្គលិក DMHC និង IMR អាចចែករំលែកព័ត៌មានស្តីអំពីស្ថានភាពវេជ្ជសាស្ត្ររបស់ខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំ ហើយចែករំលែកជាមួយបុគ្គលដែលមានឈ្មោះខាងក្រោម ។ ព័ត៌មាននេះ អាចរួមបញ្ចូលនូវការព្យាបាលជម្ងឺសុខភាពផ្លូវចិត្ត ការព្យាបាល ឬធ្វើតេស្តមេរោគអេដស៍ ការព្យបាលភាពញៀនគ្រឿងស្រវឹង ឬថ្នាំញៀន ឬព័ត៌មានការថែទាំសុខភាពផ្សេងទៀត ។

ខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំ បានដឹងថា គឺមានតែព័ត៌មានពាក់ព័ន្ធនឹង IMR ឬបណ្តឹងរបស់ខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំ តែប៉ុណ្ណោះដែលអាចចែករំលែកបាន ។

ការអនុម័តិសម្រេចយកជំនួយការនេះ គឺជាការស្ម័គ្រចិត្តរបស់ខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំ ហើយខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំ មានសិទ្ធិបញ្ចប់ការសម្រេចចិត្តនេះបាន ។ បើខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំ ត្រូវការបញ្ចប់ការសម្រេចចិត្តនេះ ខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំ ត្រូវតែធ្វើឡើងជាលាយល័ក្ខណ៍អក្សរ ។

ហត្ថលេខាអ្នកជម្ងឺ _____ កាលបរិច្ឆេទ _____

ផ្នែក ខ ៖ ជំនួយការអ្នកជម្ងឺ

ឈ្មោះបុគ្គលជាអ្នកជួយ (សរសេរឲ្យច្បាស់) _____

ហត្ថលេខាអ្នកជួយ _____

អាសយដ្ឋាន _____

ក្រុង _____ រដ្ឋ _____ ហ្ស៊ីប _____

ទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកជម្ងឺ _____

លេខទូរស័ព្ទពេលថ្ងៃ _____

លេខទូរស័ព្ទពេលល្ងាច _____

អាសយដ្ឋានអ៊ីម៉ែល _____

☐ លិខិតប្រគល់សិទ្ធិអំណាចរបស់ខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំ សម្រាប់ការសម្រេចចិត្តលើការថែទាំសុខភាព ឬឯកសារផ្លូវច្បាប់ផ្សេងទៀត ត្រូវបានដាក់ភ្ជាប់មកជាមួយ ។

សន្លឹកណែនាំចំពោះពាក្យស្នើសុំ IMR/សំណុំបែបបទបណ្តឹង

បើអ្នកមានសំណួរ សូមហៅទូរស័ព្ទមកកាន់មជ្ឈមណ្ឌលផ្តល់ជំនួយ តាមលេខ 1-888-466-2219 ឬអ្នកប្រើក្តារចុច (TDD) ហៅមកលេខ 1-877-688-9891 ។ ការហៅនេះមិនអស់ប្រាក់ឡើយ ។

មុនអ្នកដាក់ពាក្យប្តឹង ៖

ក្នុងករណីភាគច្រើន អ្នកត្រូវបំពេញដំណើរការបណ្តឹង ឬបណ្តឹងសារទុក្ខចំពោះផែនការថែទាំសុខភាពអ្នក ឲ្យបានរួចរាល់ជាមុនសិន ទើបអ្នកអាចដាក់ពាក្យប្តឹង ឬស្នើសុំ IMR មកកាន់ DMHC ។ ផែនការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក ត្រូវផ្តល់សេចក្តីសម្រេចដល់អ្នកឲ្យបានក្នុងរវាង 30 ថ្ងៃ ឬក្នុងរវាង 3 ថ្ងៃ បើបញ្ហារបស់អ្នកជារឿងបន្ទាន់ ហើយមានការគម្រាមកំហែងធ្ងន់ធ្ងរចំពោះសុខភាពអ្នក ។

បើផែនការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក បដិសេធចំពោះការថែទាំរបស់អ្នក ដោយសារថាវាគឺជាការដកពិសោធន៍/ការស៊ើបអង្កេត គឺអ្នកមិនត្រូវចូលរួមក្នុងដំណើរការបណ្តឹង ឬបណ្តឹងសារទុកចំពោះ ផែនការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក មុនពេលអ្នកដាក់ពាក្យប្តឹង IMR ឡើយ ។
អ្នកត្រូវតែដាក់ពាក្យស្នើសុំឲ្យមាន IMR ក្នុងរវាងប្រាំមួយខែ បន្ទាប់ពីផែនការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក ផ្ញើឲ្យ អ្នកនូវការឆ្លើយតបជាលាយល័ក្ខណ៍អក្សរចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក ។ DMHC អាចទទួលយកពាក្យស្នើសុំរបស់អ្នក បន្ទាប់ពីប្រាំមួយខែ បើខ្លួនកំណត់ឃើញថា មានហេតុការណ៍រារាំងអ្នកមិនឲ្យដាក់ពាក្យស្នើសុំឲ្យបានទាន់ពេលវេលាទេនោះ ។ សូមមេត្តាជ្រាបថា បើអ្នកសម្រេចចិត្តមិនដាក់ពាក្យប្តឹងមកកាន់ DMHC ចំពោះបញ្ហាដែលអាចមានលក្ខណៈសម្បត្តិអាចទទួលបាន IMR គឺមានន័យថា អ្នកកំពុងតែបោះបង់សិទ្ធិរបស់ខ្លួនចំពោះសកម្មភាពផ្លូវច្បាប់ ប្រឆាំងនឹងផែនការថែទាំសុខភាបរបស់អ្នក ស្តីអំពីសេវាកម្ម ឬការព្យាបាល ដែលអ្នកបានស្នើសុំ ។

របៀបដាក់ពាក្យប្តឹង ៖

1. ដាក់ពាក្យប្តឹងអនឡាញ តាមអសយដ្ឋាន www.HealthHelp.ca.gov. នេះគឺជាវិធីលឿនជាទីបំផុត ។

   ឬ

   សូមបំពេញព័ត៌មាន រួចហើយចុះហត្ថលេខា លើសំណុំបែបបទពាក្យស្នើសុំឲ្យមាន IMR/សំណុំបែបបទបណ្តឹង ។

2. បើអ្នកត្រូវការឲ្យមាននរណាម្នាក់សម្រាប់ជួយអ្នក ចំពោះ IMR ឬបណ្តឹងរបស់អ្នក សូមបំពេញព័ត៌មានក្នុង "សំណុំបែបបទផ្តល់សិទ្ធិជំនួយការ" ។
3. បើអ្នកមានកំណត់ត្រាព័ត៌មានពី អ្នកផ្តល់សេវាកម្ម នៅក្រៅបណ្តាញ សូមដាក់វាបញ្ចូលជាមួយនឹងពាក្យស្នើសុំ IMR/សំណុំបែបបទបណ្តឹងរបស់អ្នក ។ ផែនការរបស់អ្នក នឹងផ្តល់កំណត់ត្រាព័ត៌មានវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នកផ្តល់សេវាកម្មនៅក្នុងបណ្តាញ ។
4. អ្នកអាចដាក់បញ្ចូលព័ត៌មានដទៃទៀតដែលគាំទ្រដល់ពាក្យស្នើសុំរបស់អ្នក ។ ទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយ គឺវាមិនមានតម្រូវការណាមួយដើម្បីផ្តល់ឯកសារណាមួយ ឬការទំនាក់ទំនងណាមួយរវាងអ្នក និងផែនការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក ពាក់ព័ន្ធនឹង បណ្តឹងនេះឡើយ ។ DMHC នឹងបានទទួលព័ត៌មាននេះដោយផ្ទាល់ពីផែនការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក ដែលវាគឺជាផ្នែកមួយនៃការស៊ើបអង្កេត ។
5. បើអ្នកមិនបានដាក់សំណុំបែបបទពាក្យស្នើសុំ និងឯកសារគាំទ្ររបស់អ្នកតាមអនឡាញទេ សូមផ្ញើពាក្យស្នើសុំនេះតាមប្រៃសនីយ៍ ឬតាមទូរសារ មកកាន់ ៖
   DMHC Help Center
   980 9th Street, Suite 500
   Sacramento, CA 95814-2725
   លេខទូរសារ ៖ 916-255-5241

សន្លឹកណែនាំចំពោះពាក្យស្នើសុំ IMR/សំណុំបែបបទបណ្តឹង

តើមានអ្វីកើតឡើងបន្តមកទៀត?

មជ្ឈមណ្ឌលផ្តល់ជំនួយ (Help Center) នឹងផ្ញើសំបុត្រឲ្យអ្នកក្នុងរវាងប្រាំពីរថ្ងៃ ដើម្បីប្រាប់អ្នកឲ្យបានដឹងថា តើអ្នកមានលក្ខណៈសម្បត្តិដើម្បីទទួលបាន IMR ដែរឬទេ ។ បើត្រូវបានកំណត់ឃើញថា បណ្តឹងរបស់អ្នកមានលក្ខណៈសម្បត្តិសម្រាប់ IMR, សំណុំរឿងរបស់អ្នកនឹងត្រូវបានប្រគល់ទៅឲ្យអ្នកម៉ៅការរបស់រដ្ឋ ដើម្បី ធ្វើការពិនិត្យឡើងវិញ ។ អ្នកម៉ៅការរបស់រដ្ឋ ក៏ត្រូវបានគេស្គាល់ផងដែរថាជាអង្គការវិវេចនាវេជ្ជសាស្ត្រឯករាជ្យ (Independent Medical Review Organization (IMRO)) ។ ព័ត៌មានទាំងអស់ដែលមជ្ឈមណ្ឌលផ្តល់ជំនួយមាន ពាក់ព័ន្ធនឹងបណ្តឹងរបស់អ្នក បូករួមទាំងកំណត់ត្រាព័ត៌មានវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នក នឹងត្រូវផ្ញើទៅឲ្យ IMRO ។ IMRO នឹងធ្វើការសម្រេច ជាធម្មតាក្នុងរវាង 30 ថ្ងៃ ឬក្នុងរវាងប្រាំពីរថ្ងៃ បើសំណុំរឿងរបស់អ្នកគឺជារឿងបន្ទាន់ ។ អ្នកនឹងបានទទួលដំណឹងអំពីសេចក្តីសម្រេចជាលាយល័ក្ខណ៍អក្សរ ។

បើវាត្រូវបានគេកំណត់ឃើញថា បណ្តឹងរបស់អ្នក ត្រូវធ្វើការពិនិត្យឡើងវិញតាមរយៈដំណើរការបណ្តឹងអ្នកប្រើប្រាស់ សេចក្តីសម្រេចអំពីបញ្ហារបស់អ្នក នឹងត្រូវធ្វើឡើងក្នុងរវាង 30 ថ្ងៃ ។ អ្នកនឹងបានទទួលដំណឹងអំពីសេចក្តីសម្រេចជាលាយល័ក្ខណ៍អក្សរ ។

ច្បាប់ស្តីអំពីការអនុវត្តន៍ព័ត៌មាន (The Information Practices Act) នៃឆ្នាំ 1977 (ក្រមរដ្ឋប្បវេនីរដ្ឋកាលីហ្វ៉ានីញ៉ា វគ្គទី 1798.17) តម្រូវឲ្យមានការជូនដំណឹងដូចខាងក្រោម ។

- ច្បាប់ផែនការសេវាកម្មថែទាំសុខភាព (California's Knox-Keene Act) ផ្តល់សិទ្ធិឲ្យ DMHC ដើម្បីធ្វើនិយត្តកម្មផែនការសុខភាព ហើយស្ទើបអង្កេតបណ្តឹងរបស់សមាជិកផែនការថែទាំសុខភាព ។
- មជ្ឈមណ្ឌលផ្តល់ជំនួយរបស់ DMHC ប្រើព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួនរបស់អ្នក ដើម្បីស្ទើបអង្កេតចំពោះបញ្ហារបស់អ្នកជាមួយនឹងផែនការថែទាំសុខភាបរបស់អ្នក ហើយផ្តល់ជូនន្ទូវ IMR បើសំណុំរឿងរបស់អ្នកមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ ។
- អ្នកផ្តល់ព័ត៌មានដល់ DMHC ដោយការស្ម័គ្រចិត្ត ។ អ្នកមិនចាំបាច់ត្រូវផ្តល់ព័ត៌មាននេះឡើយ ។ ទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយ បើអ្នកមិនផ្តល់ព័ត៌មានឲ្យយើងខ្ញុំទេ DMHC អាចមិនមានលទ្ធភាពស្ទើបអង្កេតបណ្តឹងរបស់អ្នក ឬមិនអាចផ្តល់ឲ្យន្ទូវ IMR បានឡើយ ។
- DMHC អាចចែករំលែកព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួនអ្នក តាមអ្វីដែលត្រូវធ្វើ ជាមួយនឹងផែនការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក និងអ្នកផ្តល់សេវាកម្ម ដែលជាអ្នកធ្វើ IMR ។
- DMHC ក៏អាចចែករំលែកព័ត៌មានរបស់អ្នកជាមួយនឹងភ្នាក់ងារដទៃទៀតរបស់រដ្ឋាភិបាល តាមអ្វីដែលជាភាពតម្រូវ ឬជាការអនុញ្ញាតរបស់ច្បាប់ ។
- អ្នកមានសិទ្ធិបើកមើលព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួនរបស់អ្នក ។ ដើម្បីបើកមើលព័ត៌មានរបស់អ្នក សូមទាក់ទងមកកាន់អ្នកសម្របសម្រួលការស្នើសុំព័ត៌មាន DMHC , DMHC, ការិយាល័យសេវាកម្មច្បាប់ (DMHC Records Request Coordinator, DMHC, Office of Legal Services), 980 9th Street Suite 500, Sacramento CA 95814-2725, ឬហៅទូរស័ព្ទមកកាន់លេខ 916-322-6727 ។