

ទម្រង់បែបបទបណ្តឹងសាទុក្ខ និងបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍

សេចក្តីណែនាំ៖

1. សូមសរសេរជាអក្សរធំ ឬវាយបញ្ចូលក្នុងចន្លោះទាំងអស់ខាងក្រោមនេះ។ អ្នកអាចភ្ជាប់ក្រដាសបន្ថែមបាន បើសិនជាមិនគ្រប់គ្រាន់។
2. សូមដាក់បញ្ជូនទម្រង់បែបបទដែលបានបំពេញរួចត្រឹមថ្ងៃទី៖



តាមប្រៃសណីយ៍៖ Blue Shield of California Promise Health Plan
Attn: Appeals and Grievances
3840 Kilroy Airport Way
Long Beach, CA 90806



ទូរសារ៖ (323) 889-2228

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ ឬត្រូវការជំនួយក្នុងការបំពេញទម្រង់បែបបទនេះ សូមទាក់ទងសេវាបម្រើអតិថិជនតាមរយៈលេខទូរសព្ទ៖ (800) 605-2556 (TTY: 711) ចាប់ពីម៉ោង 8 ព្រឹកដល់ម៉ោង 6 ល្ងាច ចាប់ពីថ្ងៃចន្ទដល់ថ្ងៃសុក្រ។

ព័ត៌មានរបស់សមាជិក

ទម្រង់បែបបទនេះគឺសម្រាប់៖ <input type="checkbox"/> បណ្តឹងសាទុក្ខ <input type="checkbox"/> បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍	សម្រាប់តែ Blue Shield Promise ប៉ុណ្ណោះ កាលបរិច្ឆេទទទួល៖	
ឈ្មោះសមាជិក៖	ខែថ្ងៃឆ្នាំកើត៖	លេខសម្គាល់សមាជិក៖
អាសយដ្ឋានផ្លូវ៖	ទីក្រុង៖	លេខកូដតំបន់៖
លេខទូរសព្ទ៖	លេខទូរសព្ទផ្សេងទៀត៖	
ឈ្មោះអ្នកដែលបំពេញទម្រង់បែបបទនេះ បើសិនជាមិនមែនឈ្មោះសមាជិក៖	ទំនាក់ទំនង៖	លេខទូរសព្ទរបស់អ្នកតំណាង៖
(ចន្លោះខាងក្រោមនេះគឺជាជម្រើសស្រេចតែចិត្ត)		
ភេទព័ត៌មាន (យេនឌ័រ)៖	អត្តសញ្ញាណយេនឌ័រ៖	ទំនោរផ្លូវភេទ៖
ស្ថានភាពអាពាហ៍ពិពាហ៍៖	សព្វនាមរបស់សមាជិក៖	ជាតិសាសន៍៖

តើអ្នកមានដើមកំណើតមកពីប្រទេសដែលនិយាយភាសាអេស្ប៉ាញ ជនជាតិ ឡាទីន ឬអេស្ប៉ាញមែនទេ ?

លក្ខណៈនៃបណ្តឹងសាទុក្ខ ឬបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍

តើបញ្ហាបានកើតឡើងនៅទីណា ? (ឈ្មោះឱសថស្ថាន មន្ទីរពេទ្យ ឬគ្លីនិក)	កាលបរិច្ឆេទដែលបញ្ហាបានកើតឡើង៖
---	-------------------------------

តើនរណាខ្លះទៀតដែលទាក់ទងនឹងបញ្ហានេះ ក្រៅពីខ្លួនអ្នក? (សូមផ្តល់ឈ្មោះបុគ្គលិកដែលពាក់ព័ន្ធ បើអាច។)

សូមរៀបរាប់ពីបញ្ហាឱ្យបានលម្អិត៖

សម្រាប់តែពាក្យបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ប៉ុណ្ណោះ៖ សូមរាយឈ្មោះសេវាដែលអ្នកកំពុងប្តឹងឧទ្ធរណ៍ (សរសេរលេខកូដអនុញ្ញាត ពីលិខិតបដិសេធ)៖

ដំណោះស្រាយ

តើអ្នកបានព្យាយាមដោះស្រាយបញ្ហានេះដោយវិធីណាខ្លះ?

តើអ្នកគិតថា ដំណោះស្រាយបែបណាដែលល្អសម្រាប់បញ្ហារបស់អ្នក?

ហត្ថលេខា៖	កាលបរិច្ឆេទ៖
------------------	---------------------

តើអ្នកណាខ្លះអាចដាក់បណ្តឹងបាន?

សមាជិក Blue Shield Promise ណាក៏ដោយអាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងបាន។ អ្នកត្រូវតែជាសមាជិកដែលមានសិទ្ធិនៅពេលដែលបញ្ហាបានកើតឡើង ឬនៅកាលបរិច្ឆេទដែលអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នកត្រូវបានបដិសេធ។

ប្រសិនបើអ្នកចង់ឱ្យអ្នកណាម្នាក់តំណាងឱ្យអ្នក ពួកគេត្រូវតែមានការយល់ព្រមពីអ្នក។ ការយល់ព្រមនេះធ្វើឡើងដោយបំពេញទម្រង់តែងតាំងអ្នកតំណាង (AOR) ឬដាក់លិខិតបញ្ជាក់ជាលាយលក្ខណ៍អក្សរផ្សេងទៀតអំពីការតំណាងផ្នែកច្បាប់។ ដើម្បីទទួលបានទម្រង់ AOR សូមទូរសព្ទទៅសេវាបម្រើអតិថិជនតាមរយៈលេខ (800) 605-2556 (TTY: 711)។ អ្នកក៏អាចរកទម្រង់ AOR នេះតាមអនឡាញបានផងដែរនៅលើវេបសាយ blueshieldca.com/en/bsp។

អ្នកផ្តល់សេវាអាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ជំនួសអ្នកបាន ដោយមិនចាំបាច់មានទម្រង់លិខិតអនុញ្ញាតអ្នកតំណាងទេ។ នេះគឺដោយសារតែពួកគេកំពុងជំទាស់ទាមទារសេវាដែលពួកគេត្រូវការដើម្បីព្យាបាលអ្នក។

តើបណ្តឹងសាទុក្ខគឺជាអ្វី?

បណ្តឹងតវ៉ា (ឬសាទុក្ខ) គឺនៅពេលអ្នកមានបញ្ហា ឬមិនសប្បាយចិត្ត ជាមួយសេវា ដែលអ្នកកំពុងទទួលពី Blue Shield Promise ឬពីអ្នកផ្តល់សេវា។ ឧទាហរណ៍នៃបណ្តឹងសាទុក្ខ គឺការរង់ចាំយូរពេកដើម្បីទទួលបានការណាត់ជួបជាមួយគ្រូពេទ្យរបស់អ្នក។ គ្មានពេលកំណត់សម្រាប់ការដាក់ពាក្យបណ្តឹងសាទុក្ខនោះទេ។

អ្នកអាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងសាទុក្ខបាន ប្រសិនបើអ្នកជឿថា អ្នកអាចត្រូវបានរើសអើងដោយផ្អែកលើលក្ខណៈនៃក្រុមការពារជាច្រើន ដូចដែលបានកំណត់ដោយច្បាប់ CA (រួមមានស្ថានភាពសុខភាព ស្ថានភាពមានផ្ទៃពោះ ពូជសាសន៍ ពិការភាព វង្សត្រកូល ដើមកំណើតជាតិ សាសនា អាយុ ភេទ អត្តសញ្ញាណយេនឌ័រ ការបង្ហាញយេនឌ័រ ទំនោរផ្លូវភេទ ឬស្ថានភាពអាពាហ៍ពិពាហ៍)។ អ្នកក៏អាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងសាទុក្ខបានដែរ ប្រសិនបើអ្នកជឿជាក់ថា បុគ្គលិកគម្រោងបានខកខានមិនបានផ្តល់ការថែទាំដែលរួមបញ្ចូលតម្រូវការរបស់ប្រជាជនភេទទីបី។

តើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍គឺជាអ្វី?

បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍គឺជាការស្នើសុំឱ្យ Blue Shield Promise ពិនិត្យឡើងវិញ និងផ្លាស់ប្តូរសេចក្តីសម្រេចដែលយើងបានធ្វើឡើងចំពោះសេវាកម្មរបស់អ្នក។ ប្រសិនបើយើងធ្វើលិខិតសេចក្តីជូនដំណឹងស្តីពីចំណាត់ការ (NOA) ឱ្យអ្នកប្រាប់អ្នកថាយើងកំពុងបដិសេធ ពន្យារពេល ការផ្លាស់ប្តូរ ឬបញ្ចប់សេវា ហើយអ្នកមិនយល់ស្របនឹងសេចក្តីសម្រេចចិត្តរបស់យើង អ្នកអាចស្នើសុំឱ្យយើងប្តឹងឧទ្ធរណ៍។ វាក៏រួមបញ្ចូលទាំងការមិនបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាដែលបានរ៉ាប់រងផង

ដែរ។ ឧទាហរណ៍នៃបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ គឺប្រសិនបើអ្នកមិនយល់ស្របនឹងការបដិសេធការវះកាត់។ អ្នកត្រូវតែដាក់ពាក្យបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នកក្នុងរយៈពេល 60 ថ្ងៃតាមប្រតិទិន គិតចាប់ពីកាលបរិច្ឆេទដែលបានចុះក្នុងសេចក្តីជូនដំណឹងពីសកម្មភាព (NOA)។

ដំណើរការ និងពេលវេលាកំណត់

នៅពេលដែលបណ្តឹងរបស់អ្នកបានដាក់រួចរាល់ គម្រោងនឹងចាត់តាំងអ្នកសម្របសម្រួលបណ្តឹងសាទុក្ខ និងបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ម្នាក់ជូនអ្នក ដែលនឹងស៊ើបអង្កេតពីបញ្ហារបស់អ្នក។ លិខិតមួយច្បាប់បានផ្ញើទៅអ្នកនៅថ្ងៃទី 5 ឬមុនថ្ងៃនេះ ដើម្បីឱ្យអ្នកបានដឹងថា ពាក្យបណ្តឹងរបស់អ្នកត្រូវបានទទួលហើយ។ អ្នកសម្របសម្រួលបណ្តឹងសាទុក្ខ និងបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍នឹងហៅទូរសព្ទទៅអ្នក ដើម្បីសួរសុំព័ត៌មានអំពីបញ្ហាដែលបានរាយការណ៍។ នៅចុងបញ្ចប់នៃដំណើរការនេះ អ្នកនឹងទទួលបានការហៅទូរសព្ទ និងលិខិតមួយច្បាប់ពីអ្នកសម្របសម្រួលបណ្តឹងសាទុក្ខ និងបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ ដើម្បីឱ្យអ្នកបានដឹងអំពីលទ្ធផលនៃការស៊ើបអង្កេត។

បណ្តឹងសាទុក្ខ និងបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ភាគច្រើនត្រូវបានស៊ើបអង្កេតក្នុងរយៈពេល 30 ថ្ងៃតាមប្រតិទិន។

ប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហាបន្ទាន់ដែលពាក់ព័ន្ធនឹងបញ្ហាសុខភាពធ្ងន់ធ្ងរ យើងនឹងចាប់ផ្តើមការពន្លឿនការពិនិត្យឡើងវិញ (រហ័ស)។ យើងនឹងផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវសេចក្តីសម្រេចចិត្តក្នុងរយៈពេល 72 ម៉ោង។ ដើម្បីស្នើសុំការពិនិត្យមើលឆាប់រហ័ស សូមហៅទូរសព្ទមកយើងនៅផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជនតាមរយៈលេខ៖ (800) 605-2556 (TTY: 711)។

ក្រសួងគ្រប់គ្រងការថែទាំសុខភាពតម្រូវឱ្យគម្រោង Blue Shield of California Promise Health Plan ជូនដំណឹងដល់អ្នកដូចខាងក្រោម៖

ក្រសួងថែទាំសុខភាពក្រោមការគ្រប់គ្រងរបស់រដ្ឋ California គឺមានភារៈកិច្ចសម្រាប់ដាក់ច្បាប់ដល់គម្រោងសេវាថែទាំសុខភាព។ ប្រសិនបើអ្នកមានបណ្តឹងសាទុក្ខជំទាស់នឹងគម្រោងថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក ដំបូងអ្នកគួរតែហៅទូរសព្ទទៅគម្រោងថែទាំសុខភាពរបស់អ្នកតាមរយៈលេខ (800) 605-2556 (TTY: 711) និងប្រើប្រាស់ដំណើរការបណ្តឹងសាទុក្ខរបស់គម្រោងថែទាំរបស់អ្នក មុនពេលទាក់ទងទៅក្រសួង។ ការប្រើប្រាស់នីតិវិធីបណ្តឹងសាទុក្ខនេះ គឺមិនហាមឃាត់សិទ្ធិស្របច្បាប់អ្វីមួយដែលអាចយកមកប្រើ ឬដំណោះស្រាយអ្វីៗ ដែលអាចមានសម្រាប់អ្នកឡើយ។ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយឱ្យដោះស្រាយបណ្តឹងសាទុក្ខដែលទាក់ទងនឹងភាពអាសន្ន ឬបណ្តឹងសាទុក្ខអ្វីមួយដែលគម្រោងថែទាំសុខភាពរបស់អ្នកមិនទាន់បានដោះស្រាយឱ្យគាប់ចិត្តនៅឡើយ ឬក៏បណ្តឹងសាទុក្ខដែលនៅតែមិនទាន់ដោះស្រាយរួចលើសពីចំនួន 30 ថ្ងៃ អ្នកអាចហៅទូរសព្ទទៅកាន់ក្រសួងសម្រាប់ស្នើសុំជំនួយ។ អ្នកក៏អាចនឹងមានសិទ្ធិទទួលការត្រួតពិនិត្យដោយការត្រួតពិនិត្យផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រឯករាជ្យ (IMR) ផងដែរ។ បើសិនអ្នកមានសិទ្ធិទទួល IMR នោះវិធី IMR នឹងផ្តល់ការពិនិត្យហ្មត់ចត់ ដោយមិនលំអៀង នូវការសម្រេច ព្យាបាលសុខភាព ដែលបានធ្វើដោយគម្រោងថែទាំសុខភាព ទាក់ទងនឹងពេទ្យសាស្ត្រចាំបាច់ នូវសំណើសេវា ឬការព្យាបាល, ការសម្រេចពីការធានារ៉ាប់រង សម្រាប់ការព្យាបាល ដែលជាលក្ខណៈនៃការពិសោធន៍ ឬជាការស៊ើបអង្កេត និងទំនាស់ការបង់ប្រាក់ សំរាប់សេវាសុខភាព ជាអាសន្ន ឬបន្ទាន់។ ក្រសួងក៏មានលេខទូរសព្ទឥតគិតថ្លៃ (888) 466-2219 និងខ្សែទូរសព្ទ TDD (877) 688-9891 ផងដែរ។ វេបសាយអ៊ីនធឺណិតរបស់ក្រសួង www.dmhc.ca.gov មានទម្រង់ពាក្យបណ្តឹង ទម្រង់ពាក្យសុំ IMR និងសេចក្តីណែនាំតាមអនឡាញ។

Blue Shield of California Promise Health Plan is contracted with L.A. Care Health Plan to provide Medi-Cal managed care services in Los Angeles County.
Blue Shield of California Promise Health Plan is an independent licensee of the Blue Shield Association A53596MDC-LA-FF-KH_0125
Medi_25_060_LA_040425