

ទំរង់បំពេញសំណើសុំដកហូតការប្រស្រយទាក់ទងជាសំងាត់



ខ្ញុំចង់លុបចោល ឬដកហូត ទំរង់បំពេញសំណើសុំ ការប្រស្រយទាក់ទងជាសំងាត់ ដែលខ្ញុំបានឲ្យទៅ Health Net, LLC. ដែលទាក់ទងចំពោះ៖

- ការប្រស្រយទាក់ទង (សារ, ប្រាប់ដំណឹង, ល.) នៃគណនី
- ព័ត៌មានសុខភាព
- សេវាងាយអន់ចិត្ត

នេះគឺត្រូវមានប្រសិទ្ធិភាព នៅកាលបរិច្ឆេទបានកត់ខាងក្រោម។

ព័ត៌មានរបស់អ្នក៖		
នាមខ្លួន៖	នាមត្រកូល៖	ខែថ្ងៃឆ្នាំកើត៖
លេខ ID អ្នកជាវ៖	លេខទូរស័ព្ទ៖ ទឹកកកដើម្បីហៅ បើសិនយើងមានសំណួរ?	
អាសយដ្ឋានប្រៃសណីយ៍៖		
ក្រុង៖	រដ្ឋ៖	ស៊ីប៖
អាសយដ្ឋានអីមែល៖		

ច្បាប់រដ្ឋ California ចែងថា៖ “សេវាងាយអន់ចិត្ត មានន័យថា៖ សេវាថែទាំសុខភាពទាំងអស់ ទាក់ទងនឹងសុខភាពផ្លូវចិត្ត ឬតិរិយាបថ, សេពសន្តវៈ និងសុខភាពការបន្តពូជ, ជំងឺឆ្លងតាមការសេពកាម, វិបត្តិសេពគ្រឿងញៀន, ការថែទាំបញ្ជាក់ ភ័នភេទ, និងដៃគូរួមសង្វាសយោរយោ”។

ព័ត៌មានសុខភាព រួមមាន៖

- ប្រាប់ដំណឹងនូវ ការពន្យល់នៃអត្ថប្រយោជន៍ (Explanation of Benefit, EOB) និងព័ត៌មានអំពីការណាត់ជួបរបស់អ្នក។
- ការបដិសេធន៍បណ្តឹងសំណង។ សំណើសុំព័ត៌មានថែមទៀត អំពីបណ្តឹងសំណង។ ប្រាប់ដំណឹង អំពីបណ្តឹងសំណង ដែលបានជំទាស់។
- ឈ្មោះ និងអាសយដ្ឋាន នៃអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក។ សេចក្តីពិស្តារ នៃសេវាបានផ្តល់ និងព័ត៌មានជួបពិគ្រោះផ្សេងទៀត។

ខ្ញុំដឹងថាព័ត៌មានសុខភាពរបស់ខ្ញុំ អាចនឹងបានផ្ញើទៅ ខ្សែនៃការប្រស្រយទាក់ទង បង្ការទុកជាទីពេញចិត្ត។ ខ្ញុំក៏ដឹងដែរ ថាការលុបចោលនេះ អនុវត្តតែចំពោះការយល់ព្រម ដែលខ្ញុំបានស្នើពីមុន សំរាប់ការប្រស្រយទាក់ទងបង្ការទុក។

ខ្ញុំសូមបញ្ជាក់អះអាង និងទទួលស្គាល់ ថាព័ត៌មានខាងលើ គឺពិតប្រាកដ និងត្រឹមត្រូវ៖	
ហត្ថលេខា៖	កាលបរិច្ឆេទ៖

(បន្តដ)

ទំរង់បំពេញសំណើសុំដកហូតការប្រស្រយទាក់ទងជាសង្ខេប



បើសិនអ្នកកំពុងតែចុះហត្ថលេខា សំរាប់សមាជិក សូមរៀបរាប់ទំនាក់ទំនង របស់អ្នកខាងក្រោម។ បើសិនអ្នក ជាអ្នកតំណាងផ្ទាល់ខ្លួនរបស់សមាជិក សូមរៀបរាប់ខាងក្រោមនេះ។ និងផ្ញើឲ្យយើង នូវសំណើនៃទំរង់បំពេញទាំងនោះ (ដូចជា អ្នកមានសិទ្ធិអំណាច ឬបទបញ្ជាភាពអាណាព្យាបាល)។

ខ្ញុំសូមបញ្ជាក់អះអាង និងទទួលស្គាល់ ថាព័ត៌មានខាងលើ គឺពិតប្រាកដ និងត្រឹមត្រូវ៖	
ឈ្មោះអ្នកតំណាងផ្ទាល់ខ្លួន៖ (សូមសរសេរអក្សរពុម្ព)	
សូមរៀបរាប់ទំនាក់ទំនង៖	
ទំនាក់ទំនងជាមួយសមាជិក៖ (សូមសរសេរអក្សរពុម្ព)	
ហត្ថលេខាអ្នកតំណាងផ្ទាល់ខ្លួន៖	
ហត្ថលេខា៖	កាលបរិច្ឆេទ៖

Health Net នឹងឈប់ប្រើ ឬចែកចាយ ព័ត៌មានសុខភាពរបស់អ្នក នៅពេលយើងទទួល និងគិតគូរ ទំរង់បំពេញនេះ។ ប្រើអាសយដ្ឋានប្រសណីយខាងក្រោម។ អ្នកក៏អាចទូរស័ព្ទ សំរាប់ជំនួយ តាមលេខខាងក្រោមដែរ។

សូមផ្ញើតាមប្រៃសណីយ៍ ឬតាមទូរសារ នូវទំរង់បំពេញបានបំពេញចប់ ទៅ Health Net។ អនុញ្ញាតដល់ទៅ 14 ថ្ងៃ សំរាប់យើង ដើម្បីគិតគូរសំណើរបស់អ្នក។

ប្រៃសណីយ៍៖ Health Net – Privacy Office
PO Box 9103, Van Nuys, CA 91409-9103

ទូរសារ៖ (818) 676-8314, Attention: Health Net Privacy Office

យើងនៅទីនេះដើម្បីជួយ!
សូមហៅ ឬផ្ញើអ៊ីមែលមកយើង បើអ្នកមានសំណួរអ្វី។

ទូរស័ព្ទ៖ មើលលេខទូរស័ព្ទ នៅខាងខ្នងនៃប័ណ្ណ ID សមាជិករបស់អ្នក។

អ៊ីមែល៖ Privacy@HealthNet.com

ឱវាទ!
បើសិនអ្នកប្តូរការចុះឈ្មោះរបស់អ្នក ទៅគណនីមួយទៀត អ្នកនឹងត្រូវបំពេញទំរង់បំពេញនេះម្តងទៀត ក្រោមប័ណ្ណ ID សមាជិកថ្មីរបស់អ្នក។

*Health Net Community Solutions, Inc., Health Net of California, Inc., និង Health Net Life Insurance គឺជាសាខានៃ Health Net, LLC, និង Centene Corporation។ Health Net គឺជាសញ្ញាសេវាបានចុះបញ្ជីនៃ Health Net, LLC។ ពាណិជ្ជសញ្ញា/សញ្ញាសេវា ទាំងអស់ផ្សេងទៀតដែលបានសគាល នៅតែជាកម្មសិទ្ធិនៃក្រុមហ៊ុនរៀងៗខ្លួន របស់គេដដែល។ រក្សាសិទ្ធិគ្រប់យ៉ាង។