State of California
Health and Human Services Agency
Department of Managed Health Care
Fraud Complaint Form
DMHC 20-220 New: 03/14

DEPARTMENT OF Managed Health Care

បែបបទប្តឹងអំពីការបន្ទំសម្រាប់រាយការណ៍អំពីការឆបោកក្នុងការលក់ការធានារ៉ាប់រងសុខភាព

ព័ត៌មានលំអិតអំពីបណ្តឹង ៖

1) តើក្រុមហ៊ុនបានឲ្យអ្វីខ្លះដល់អ្នក ៖

_____

_____

2) តើអ្នកបានទទួលនូវអ្វីដែលក្រុមហ៊ុនឲ្យអ្នកដែរឬទេ ៖ ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ

3) តើអ្នកមានការជឿជាក់ថា ក្រុមហ៊ុនបាននិយាយខុសពីការពិតមែនទេ ៖ ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ

4) តើអ្វីដែលអ្នកជឿថាក្រុមហ៊ុនបាននិយាយខុស ៖

_____

_____

5) តើអ្នកបានបង់ប្រាក់ឲ្យក្រុមហ៊ុនដែរឬទេ ៖ ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ

លើបានបង់ តើអ្នកបង់ចំនួនប៉ុន្មាន ៖_____

តើអ្នកបានបង់ប្រាក់ដោយវិធីណា ៖_____

6) តើក្រុមហ៊ុនបានទាក់ទងជាមួយអ្នកលើកដំបូងនៅពេលណា (ខែ/ថ្ងៃទី/ឆ្នាំ) ៖_____

7) តើពេលនោះអ្នកបានធ្វើយតបជាមួយក្រុមហ៊ុនយ៉ាងដូចម្តេច ៖

_____

_____

8) តើក្រុមហ៊ុនបានទាក់ទងជាមួយអ្នកដោយវិធីណា ៖

☐ ទូរស័ព្ទ ☐ នៅឯការិយាល័យគ្រូពេទ្យ ឱសថស្ថាន ឬមន្ទីរពេទ្យ

☐ អ៊ីម៉ែល ☐ ការផ្សាយពាណិជ្ជកម្ម - សូមរៀបរាប់ពីខ្លឹមសារ និងទីកន្លែង

☐ មកជួបដល់ផ្ទះ ☐ ផ្សេងៗ — សូមពន្យល់

_____

_____

9) តើអ្នកបានចុះហត្ថលេខាលើឯកសារណាមួយរបស់ក្រុមហ៊ុនដែរឬទេ ៖ ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ

10) តើអ្នកបានឲ្យក្រុមហ៊ុនទូវព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួន ឬព័ត៌មានហិរញ្ញវត្ថុដែរឬទេ ៖ ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ

11) សូមសរសេរឈ្មោះភ្នាក់ងារ ឬអង្គភាពនានាដែលអ្នកបានទាក់ទងសុំជំនួយ ៖

_____

_____

12) តើអ្នកត្រូវការ ចង់បានអ្វី ឬសង្ឃឹមថាបានទទួលអ្វី ដើម្បីដោះស្រាយបណ្តឹងរបស់អ្នក ៖

_____

_____

_____

ព័ត៌មានបន្ថែម

សូមបញ្ជូលព័ត៌មានបន្ថែមណាមួយដែលមានសារសំខាន់អំពីបទពិសោធន៍របស់អ្នក គឺរួមទាំងព័ត៌មានអំពីក្រុមហ៊ុន អ្វីដែលក្រុមហ៊ុនបានឲ្យអ្នក ហើយថាតើអ្នកបានទទួលអ្វីដែលក្រុមហ៊ុនបានឲ្យអ្នកឬទេ ។

_____

_____

_____

_____

_____

_____

ព័ត៌មានអតិថិជន

សូមផ្តល់ព័ត៌មានទំនាក់ទំនងរបស់អ្នក ដើម្បីឲ្យយើងខ្ញុំអាចទាក់ទងជាមួយអ្នក ក្នុងការសួររកព័ត៌មានបន្ថែមអំពីបណ្តឹងរបស់អ្នក បើជាការចាំបាច់ ។

ឈ្មោះខ្លួន _____ ឈ្មោះត្រកូល _____

អាសយដ្ឋានផ្ទៃសំបុត្រ _____

ទីក្រុង _____ រដ្ឋ _____ ហ្ស៊ីប _____

លេខទូរស័ព្ទពេលថ្ងៃ _____ លេខទូរស័ព្ទពេលយប់ _____

អ៊ីម៉ែល _____

ព័ត៌មានក្រុមហ៊ុន

សូមរាយការណ៍ព័ត៌មានណាមួយអំពីក្រុមហ៊ុនដែលអ្នកមាន ។

ឈ្មោះក្រុមហ៊ុន _____

អាសយដ្ឋានផ្ទៃសំបុត្រ _____

ទីក្រុង _____ រដ្ឋ _____ ហ្ស៊ីប _____

លេខទូរស័ព្ទ _____ អ៊ីម៉ែល _____

វ៉ិបសៃត៍ _____

ឈ្មោះអ្នកតំណាងក្រុមហ៊ុន _____

តួនាទី ឬតំណែងរបស់អ្នកតំណាងក្រុមហ៊ុន _____

លេខទូរស័ព្ទ _____ អ៊ីម៉ែល _____

តើអ្នកតំណាងក្រុមហ៊ុនបានផ្តល់ព័ត៌មានអំពីក្រុមហ៊ុនរបស់គេយ៉ាងដូចម្តេច (ឧ. គម្រោងធានារ៉ាប់រងសុខភាព ការធានារ៉ាប់រងសុខភាពរបស់រដ្ឋកាលីហ្វ័រនីញ៉ា កម្មវិធីធានារ៉ាប់រងសុខភាពរបស់រដ្ឋាភិបាល ។ល។) ៖ _____

_____

13) តើអ្នកមានឯកសារអ្វីខ្លះរបស់ក្រុមហ៊ុនដែរឬទេ ៖ ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ

បើអ្នកមានឯកសារណាពាក់ព័ន្ធនឹងសំណុំរឿងរបស់អ្នក ដែលអ្នកចង់ប្រគល់ឲ្យយើងខ្ញុំ សូមដាក់សំណៅថតចម្លងឯកសារនោះភ្ជាប់មកជាមួយនឹងពាក្យបណ្តឹងរបស់អ្នក ។

ខ្ញុំសូមស្នើសុំឲ្យនាយកដ្ឋានគ្រប់គ្រងគម្រោងធានារ៉ាប់រងសុខភាព (Department of Managed Health Care (DMHC) ជួយដោះស្រាយបណ្តឹងឲ្យខ្ញុំផង ។ ខ្ញុំដឹងថា DMHC នឹងមិនធ្វើឲ្យព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួនរបស់ខ្ញុំបែកធ្លាយចេញក្រៅឡើយ ។ ប្រសិនបើបណ្តឹងរបស់ខ្ញុំត្រូវស្ថិតក្រោមអំណាចយុត្តាធិការរបស់ DMHC នោះ DMHC អាចនឹងស៊ើបអង្កេតលើសំណុំរឿងនេះ ហើយអ្នកស៊ើបអង្កេតអាចទាក់ទងខ្ញុំ ។ បើជាការសមរម្យ DMHC អាចបញ្ជូនពាក្យបណ្តឹងរបស់ខ្ញុំទៅកាន់គម្រោងធានារ៉ាប់រងសុខភាពរបស់រដ្ឋកាលីហ្វ័រនីញ៉ា (Covered California) នាយកដ្ឋានធានារ៉ាប់រងសុខភាព (Department of Insurance) ឬភ្នាក់ងារដទៃទៀត ដើម្បីពិនិត្យមើលបន្ថែម ទៀត ។

ហត្ថលេខា ៖ _____ កាលបរិច្ឆេទ ៖ _____

ពាក្យណែនាំ ៖

ដើម្បីដាក់ជូនបែបបទបណ្តឹងអំពីការបន្ធូតាមប្រៃសនី ឬតាមហ្វាក់ ៖

1. បំពេញ និងចុះហត្ថលេខាលើបែបបទ ។ បើអ្នកត្រូវការក្រដាសរបន្ថែមដើម្បីសរសេរចម្លើយឲ្យអស់ សូមសរសេរចូលក្នុងទំព័របន្ថែមដើម្បីភ្ជាប់មកជាមួយ ។
2. សូមភ្ជាប់សំណៅលិខិត ឬឯកសារដទៃៗទៀតដែលអ្នកជឿថាអាចពាក់ព័ន្ធនឹងបណ្តឹងរបស់ អ្នក ។ សូមផ្ញើសំណៅថតចម្លងឯកសារមកយើងខ្ញុំ មិនមែនសំណៅឯកសារច្បាប់ដើម ឡើយ ។ មជ្ឈមណ្ឌលផ្តល់ជំនួយមិនអាចផ្តល់ឲ្យអ្នកវិញនូវឯកសារណាមួយដែលអ្នកផ្ញើមកឡើយ ។
3. សូមផ្ញើហ្វាក់ ឬផ្ញើបែបបទតាមប្រៃសនី និងសំណៅថតចម្លងឯកសារគាំទ្រនានាមកកាន់ ៖

Help Center
Department of Managed Health Care
980 9th Street, Suite 500
Sacramento, CA 95814-2725

ហ្វាក់ ៖ 916-255-5241

បើអ្នកមានសំណួរអំពីបែបបទប្តឹងការបន្ធូ សូមហៅទូរស័ព្ទមកកាន់មជ្ឈមណ្ឌលផ្តល់ជំនួយតាមលេខដែលហៅដោយមិនបាច់បង់ប្រាក់ 1-888-466-2219 ឬលេខ (សម្រាប់មនុស្សអន់សំដី ឬធ្ងន់ត្រចៀកដែលប្រើ TDD) 1-877-688-9891 ។