State of California
Business, Transportation and Housing Agency
Department of Managed Health Care
CONSUMER COMPLAINT FORM-Lao
DMHC 20-081 New: 01/02 Rev: 04/06

HMO Help Center

State of California
Department of Managed Health Care

ແບບຟອມການຮ້ອງຮຽນ

ໃຫ້ປະກອບແບບຟອມໃຫ້ຄົບຖ້ວນພ້ອມທັງເຊັນຊື່ລົງໃນແບບຟອມນີ້ ຖ້າຫາກທ່ານຢາກຮ້ອງຮຽນ ຫຼື ຮ້ອງທຸກຕໍ່ກັບແຜນສຸຂະພາບຂອງທ່ານ ແລະ:

- ທ່ານບໍ່ພໍໃຈກັບການຕັດສິນຂອງແຜນ ຫຼື
- ທ່ານບໍ່ໄດ້ຮັບການຕັດສິນຂອງແຜນພາຍໃນ 30 ວັນ.

ຖ້າຫາກວ່າທ່ານຕ້ອງການມອບສິດໃຫ້ຜູ້ອື່ນໃຫ້ຄົນອື່ນຊ່ວຍງານທ່ານໃນເລື້ອງການຮ້ອງຮຽນ, ທ່ານຈະຕ້ອງປະກອບແບບຟອມການມອບອຳນາດການຊ່ວຍເຫຼືອໃຫ້ຄົບຖ້ວນ.

ຖ້າທ່ານຮ້ອງຮຽນກ່ຽວກັບຄວາມສ່ຽງດ້ານສຸຂະພາບທີ່ຮ້າຍແຮງ, ໃຫ້ໂທລະສັບຫາ ສູນການຊ່ວຍເຫຼືອ HMO ທັນທີ.
ໂທໝາຍເລກຕາມໝາຍເລກທີ່ບໍ່ເສັຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍເຫຼົ່ານີ້.

1-888-HMO-2219 / 1-888-466-2219 TDD 1-877-688-9891

ຂໍ້ມູນຄົນເຈັບ

ຊື່_____ ຊື່ກາງ_____ ນາມສະກຸນ _____

ຊື່ຂອງພໍ່ແມ່ ຫຼືຜູ້ປົກຄອງ ຖ້າຫາກປະກອບແບບຟອມໃຫ້ເດັກນ້ອຍ_____

ຖະໜົນທີ່ຢູ່ _____

ເມືອງ _____ ລັດ _____ ລະຫັດໄປສະນີ _____

ເບີໂທລະສັບຕິດຕໍ່ໄດ້ຕອນກາງເວັນ # _____ ເບີໂທລະສັບຕິດຕໍ່ໄດ້ຕອນແລງ # _____

ຊື່ຂອງແຜນສຸຂະພາບ _____

ໝາຍເລກສະມາຊິກຂອງພໍ່ແມ່* _____ ວັນເດືອນປີເກີດຂອງພໍ່ແມ່ (ດດ/ວວ/ປປ) _____

ຊື່ຂອງກຸ່ມການແພດ* _____ ໝາຍເລກຂອງກຸ່ມການແພດ* _____

**ໃນບັດປະກັນຂອງທ່ານ*

1. ທ່ານມີ ເມດິ-ການ ຫຼືບໍ່ (Medi-Cal)? ☐. ມີ ☐ ບໍ່
2. ທ່ານມີເມດິແຄຣ (Medicare) ຫຼື ສິດທິພິເສດຂອງເມດິແຄຣ? ☐. ມີ ☐ ບໍ່
3. ທ່ານໄດ້ຮຽກຮ້ອງ ຫຼື ຮ້ອງທຸກຕໍ່ແຜນສຸຂະພາບຂອງທ່ານບໍ່? ☐. ມີ ☐ ບໍ່
4. ທ່ານມີແຜນການທີ່ຈະຍົກເລີກປະກັນຂອງທ່ານບໍ່? ☐. ມີ ☐ ບໍ່
5. ກະລຸນາອະທິບາຍການຮຽກຮ້ອງຂອງທ່ານ: (ໃຊ້ເຈ້ຍແຜ່ນໃໝ່ ຖ້າຫາກຈຳເປັນ)

ຕົວຢ່າງ: ການບໍລິການແບບໃດທີ່ທ່ານຕ້ອງການຈາກແຜນສຸຂະພາບຂອງທ່ານ, ຫຼື ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ?
ມີຄວາມຜິດພາດອັນໃດແດ່ທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບຈາກແຜນສຸຂະພາບຂອງທ່ານ ຫຼື ຜູ້ໃຫ້ການບໍລິການ?
ມີບັນຫາກ່ຽວກັບໃບຮັບເງິນອັນໃດແດ່ທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບຈາກແຜນສຸຂະພາບຂອງທ່ານ ຫຼືຜູ້ໃຫ້ການບໍລິການ?

_____

_____

_____

6 ບັນຫາດ້ານສຸຂະພາບຂອງທ່ານ ຫຼື ການບົ່ງມະຕິພະຍາດອັນໃດແດ່ທີ່ພົວພັນກັບການຮຽກຮ້ອງຄັ້ງນີ້?

_____

_____

7 ມີການປິ່ນປົວອັນໃດແດ່ທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບສຳລັບບັນຫາສຸຂະພາບນີ້?

_____

_____

8 ກະລຸນາລຳດັບລາຍຊື່ຂອງຜູ້ໃຫ້ບໍລິການທີ່ດູແລບັນຫາສຸຂະພາບຂອງທ່ານ, ຖ້າຫາກວ່າທ່ານມີລາຍຊື່ຂອງພວກເຂົາເຈົ້າ.

_____

_____

9 ທ່ານໄດ້ການຮຽກຮ້ອງອັນອື່ນອີກບໍ່ຕໍ່ບັນຫານີ້ ຕໍ່ກັບສູນການຊ່ວຍເຫຼືອ HMO ຫຼື ຕົວແທນຂອງລັດອື່ນໆ?

☐ ກັບສູນການຊ່ວຍເຫຼືອ HMO? ໝາຍເລກເອກະສານການຮຽກຮ້ອງ # (ຖ້າຫາກຮູ້) _____

☐ ກັບຕົວແທນຂອງລັດອື່ນໆ ? ໝາຍເລກເອກະສານການຮຽກຮ້ອງ # (ຖ້າຫາກຮູ້)_____

ກະລຸນາລຳດັບລາຍຊື່ຕົວແທນຂອງລັດ: _____

10 ຕິດຂັດສຳເນົາເອກະສານທີ່ພົວພັນກັບການຮ້ອງຮຽນຂອງທ່ານ, ເຊັ່ນວ່າ ການປະຕິເສດຕ່າງໆ, ການຮ້ອງທຸກຕໍ່ກັບແຜນສຸຂະພາບ ແລະ ການຕອບຮັບຂອງເຂົາເຈົ້າ, ໃບຮັບເງິນ, ແລະ ການອະທິບາຍທີ່ກ່ຽວກັບສິດຜົນປະໂຫຍດ.

ພວກເຮົາບໍ່ສາມາດສົ່ງເອກະສານຕົ້ນສະບັບຄືນ.

11 ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ຮ້ອງຂໍໃຫ້ພະແນກຄຸ້ມຄອງສຸຂະພາບ (Managed Health Care - DMHC) ຊ່ວຍຕັດສິນໃຈ ກ່ຽວກັບບັນຫາຂອງຂ້າພະເຈົ້າ. ຂ້າພະເຈົ້າອະນຸຍາດໃຫ້ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງຂ້າພະເຈົ້າທີ່ຜ່ານມາ ແລະ ປັດຈຸບັນ, ແລະ ແຜນສຸຂະພາບຂອງຂ້າພະເຈົ້າເປີດເຜີຍການບັນທຶກສຸຂະພາບໃຫ້ແກ່ DMHC. ການບັນທຶກເຫຼົ່ານີ້ອາດຈະມີທັງສຸຂະພາບທາງຮ່າງກາຍ ແລະ ຈິດໃຈ, ສານເສບຕິດ, ເອດ, ການລາຍງານຂອງການບົ່ງມະຕິທີ່ເປັນຮູບພາບ, ແລະບັນທຶກອື່ນໆທີ່ກ່ຽວກັບກໍລະນີຂອງຂ້າພະເຈົ້າ. ການບັນ ທຶກເຫຼົ່ານີ້ອາດຈະລວມເຖິງການບັນ ທຶກ ທີ່ບໍ່ແມ່ນທາງການແພດ ແລະ ຂໍ້ມູນອັນອື່ນທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບກໍລະນີຂອງຂ້າພະເຈົ້າ. ຂ້າພະເຈົ້າອະນຸຍາດໃຫ້ທາງ DMHC ໄດ້ທົບທວນ ການບັນທຶກ ແລະ ຂໍ້ມູນເຫຼົ່ານີ້. ການຍິນຍອມຂອງຂ້າພະເຈົ້ານີ້ຈະສິ້ນສຸດລົງພາຍໃນເວລາໜຶ່ງປີນັບຈາກວັນທີ່ຂ້າງລຸ່ມນີ້, ຍົກເວັ້ນການ ອະນຸຍາດຂອງກົດໝາຍ. ເຊັ່ນວ່າ, ກົດໝາຍອະນຸຍາດໃຫ້ DMHC ສືບຕໍ່ໃຊ້ຂໍ້ມູນຂອງຂ້າພະເຈົ້າຢູ່ພາຍໃນ. ຂ້າພະເຈົ້າສາມາດຍຸດເຊົາ ການຍິນຍອມຂອງຂ້າພະເຈົ້າໃນເວລາອັນສັ້ນໄດ້ ຖ້າຫາກຂ້າພະເຈົ້າຫາກຕ້ອງການ. ຂໍ້ມູນທຸກຢ່າງທີ່ຂ້າພະເຈົ້າໃຫ້ໄວ້ໃນເອກະສານສະ ບັບນີ້ແມ່ນເປັນຄວາມຈິງທັງໝົດ.

ມີຕິດຂັດແບບຟອມທີ່ອະນຸຍາດໃຫ້ການຊ່ວຍເຫຼືອຫຼືບໍ່? ☐ ມີ ☐ ບໍ່

ລາຍເຊັນຂອງຄົນເຈັບ ຫຼື ພໍ່ແມ່ _____ ວັນທີ _____

ສົ່ງແບບຟອມ ແລະ ເອກະສານຕິດຂັດໄປທາງໄປສະນີ ຫຼື ສົ່ງແຟັກໃຫ້ກັບ: ສູນການຊ່ວຍເຫຼືອ HMO, ພະແນກຄຸ້ມຄອງສຸຂະພາບ, ໜ່ວຍງານດູແລດ້ານການຮຽກຮ້ອງ Complaint Unit, 980 9th Street, Suite 500, Sacramento, CA 95814 ແຟັກ: 916-255-5241

State of California, Business,
Transportation and Housing Agency
Department of Managed Health Care
AUTHORIZED ASSISTANT FORM-Lao
DMHC 20-160 New: 04/06

HMO Help Center

State of California
Department of Managed Health Care

ແບບຟອມການອະນຸຍາດໃຫ້ຊ່ວຍເຫຼືອ

- ຖ້າຫາກວ່າທ່ານຕ້ອງການມອບອຳນາດໃນການຊ່ວຍເຫຼືອແກ່ທ່ານໃນເລື້ອງການກວດສອບທາງການແພດທີ່ເປັນອິດສະຫຼະ (Independent Medical Review - IMR) ຫຼືການຮຽກຮ້ອງໃຫ້ກັບຜູ້ອື່ນ, ແມ່ນໃຫ້ເຮັດພາກ A ແລະ B ດັງລຸ່ມນີ້.
- ຖ້າຫາກທ່ານເປັນຜູ້ປົກຄອງ ຫຼືຜູ້ດູແລທີ່ຖືກຕ້ອງຕາມກົດໝາຍຂອງການ IMR ຫຼືການຮ້ອງຮຽນໃຫ້ແກ່ເດັກທີ່ມີອາຍຸຕ່ຳກວ່າ 18 ປີ, ທ່ານບໍ່ຈຳເປັນຕ້ອງປະກອບແບບຟອມນີ້ໃຫ້ສຳເລັດ.
- ຖ້າວ່າທ່ານເປັນດຳເນີນ IMR ຫຼືການຮ້ອງຮຽນໃຫ້ກັບຄົນເຈັບ ຜູ້ທີ່ບໍ່ສາມາດປະກອບແບບຟອມນີ້ໃຫ້ສຳເລັດ ເນື່ອງຈາກວ່າຄົນເຈັບບໍ່ມີຄວາມສາມາດ ຫຼື ສູນເສຍຄວາມສາມາດ, ແລະ ທ່ານເອງມີສິດອຳນາດທາງກົດໝາຍ ທີ່ຈະດຳເນີນການສຳລັບຄົນເຈັບຜູ້ນີ້, ກະລຸນາປະກອບພາກ B ໃຫ້ສຳເລັດເທົ່ານັ້ນ. ພ້ອມທັງຕິດຂັດສຳເນົາຂອງເອກະສານມອບອຳນາດການຕັດສິນໃນການປິ່ນປົວ ຫຼື ເອກະສານທາງການອື່ນໆ ທີ່ລະບຸວ່າທ່ານສາມາດຕັດສິນໃຈໃຫ້ແກ່ຄົນເຈັບ.

ພາກ A: ຄົນເຈັບ

ຂ້າພະເຈົ້າອະນຸຍາດໃຫ້ບຸກຄົນທີ່ມີລາຍຊື່ດັ່ງລຸ່ມນີ້ ໃນພາກ B ໃຫ້ການຊ່ວຍເຫຼືອຂ້າພະເຈົ້າໃນ IMR ຂອງຂ້າພະເຈົ້າ ຫຼື ການຮ້ອງຮຽນຕໍ່ພະແນກຄຸ້ມຄອງສຸຂະພາບ (DMHC). ຂ້າພະເຈົ້າອະນຸຍາດໃຫ້ພະນັກງານຂອງ DMHC ແລະ IMR ໃຫ້ນຳໃຊ້ຂໍ້ມູນດ້ານສຸຂະພາບ ແລະ ການປິ່ນປົວຂອງຂ້າພະເຈົ້າກັບບຸກຄົນທີ່ມີລາຍຊື່ດັ່ງລຸ່ມນີ້. ຂໍ້ມູນນີ້ອາດຈະມີທັງການປິ່ນປົວທາງຈິດ, ເອດ ຫຼື ການກວດຫາເຊື້ອເອດ, ການບຳບັດ ເຫຼົ້າ ຫຼື ຢາເສບຕິດ, ຫຼືຂໍ້ມູນທາງການແພດອື່ນໆ.

ຂ້າພະເຈົ້າຮັບຊາບແລ້ວວ່າ ຈະມີພຽງແຕ່ຂໍ້ມູນທີ່ກ່ຽວກັບ IMR ຫຼື ການຮ້ອງຮຽນຂອງຂ້າພະເຈົ້າຈະຖືກເປີດເຜີຍ.

ການຍິນຍອມຮັບເອົາການຊ່ວຍເຫຼືອຂອງຂ້າພະເຈົ້າແມ່ນການສະມັກໃຈ ແລະ ຂ້າພະເຈົ້າກໍ່ມີສິດທີ່ຈະຢຸດຮັບເອົາມັນ. ໃນເມື່ອຂ້າພະເຈົ້າຕ້ອງການທີ່ຈະຢຸດ, ຂ້າພະເຈົ້າຈະຕ້ອງປະຕິບັດຕາມທີ່ຂຽນໄວ້.

ລາຍເຊັນຂອງຄົນເຈັບ _____ ວັນທີ _____

ພາກ B: ບຸກຄົນທີ່ຊ່ວຍຄົນເຈັບ

ຊື່ຂອງຜູ້ທີ່ມາຊ່ວຍ (ພິມ) _____

ລາຍເຊັນຂອງຜູ້ທີ່ມາຊ່ວຍ _____

ທີ່ຢູ່ _____

ສາຍພົວພັນຕໍ່ກັບຄົນເຈັບ _____

ເບີໂທລະສັບຕິດຕໍ່ໄດ້ຕອນກາງເວັນ # _____

ເບີໂທລະສັບຕິດຕໍ່ໄດ້ຕອນແລງ # _____

☐ ໄດ້ຕັດຂັດ ເອກະສານມອບອຳນາດນການຕັດສິນໃນການປິ່ນປົວຫຼືເອກະສານທາງການອື່ນໆ.

HMO Help Center

State of California
Department of Managed Health Care

ການແຈ້ງການນີ້ ແມ່ນກຳນົດໂດຍກົດໝາຍ*

ກົດໝາຍ ນິກ-ຄີນ ຂອງລັດຄາລິຟໍເນຍ (California's Knox-Keene Act) ໃຫ້ສິດອຳນາດແກ່ພະແນກຄຸ້ມຄອງສຸຂະພາບ (Department of Managed Health Care - DMHC) ໄດ້ວາງກົດລະບຽບຕໍ່ແຜນສຸຂະພາບ ແລະ ກວດສອບການຮ້ອງຮຽນຂອງສະມາຊິກ ແຜນສຸຂະພາບ.

- ພະແນກ DMHC ຂອງ ສູນໃຫ້ການຊ່ວຍເຫຼືອ HMO ນຳໃຊ້ຂໍ້ມູນສ່ວນຕົວຂອງທ່ານໄປກວດສອບບັນຫາຂອງທ່ານກັບແຜນສຸຂະພາບ ແລະ ໃຫ້ການກວດສອບທາງການແພດຢ່າງເປັນອິດສະຫຼະ ຖ້າຫາກວ່າທ່ານເໝາະສົມຕາມເງື່ອນໄຂໃດໜຶ່ງໃນນັ້ນ.

- ທ່ານໃຫ້ຂໍ້ມູນນີ້ແກ່ພວກເຮົາດ້ວຍຄວາມສະມັກໃຈເອງ. ໂດຍທີ່ທ່ານບໍ່ຈຳເປັນທີ່ຈະຕ້ອງໃຫ້ຂໍ້ມູນນີ້ແກ່ພວກເຮົາ.

- ເຖິງຢ່າງໃດກໍ່ຕາມ, ຖ້າຫາກທ່ານບໍ່ໃຫ້ຂໍ້ມູນແກ່ພວກເຮົາ, ພວກເຮົາອາດຈະບໍ່ສາມາດທີ່ຈະກວດສອບການຮ້ອງຮຽນຂອງທ່ານ ຫຼືໃຫ້ການກວດສອບຂໍ້ມູນດ້ານການແພດ ຫຼື.

- ພວກເຮົາອາດຈະແບ່ງຂໍ້ມູນສ່ວນຕົວຂອງທ່ານ, ຕາມຄວາມຕ້ອງການ, ກັບທາງແຜນສຸຂະພາບ ແລະ ບັນດາທ່ານໝໍ ຜູ້ທີ່ເຮັດການທົບທວນຂໍ້ມູນທາງດ້ານການແພດ.

- ພວກເຮົາອາດຈະແບ່ງຂໍ້ມູນສ່ວນຕົວຂອງທ່ານ,ພວກເຮົາອາດຈະແບ່ງປັນກັບຕົວແທນຂອງລັດ ຕາມການຮຽກຮ້ອງ ຫຼື ອະນຸຍາດໃຫ້ຕາມທາງກົດໝາຍ.

- ທ່ານມີສິດທີ່ຈະເບິ່ງຂໍ້ມູນສ່ວນຕົວຂອງທ່ານ. ເພື່ອຈະເບິ່ງນັ້ນ, ໃຫ້ຕິດຕໍ່ໄປຫາຜູ້ປະສານງານທີ່ກຳກັບດ້ານການບັນທຶກຂອງ DMHC (DMHC Records Request Coordinator), DMHC, ຫ້ອງການຂອງການບໍລິການທີ່ຖືກຕ້ອງຕາມກົດໝາຍ - Office of Legal Services, 980 9th Street, Suite 500, Sacramento, CA 95814-2725, 916-322-6727.

* ກົດໝາຍທີ່ຕ້ອງການການແຈ້ງການນີ້ ແມ່ນຂໍ້ມູນຂອງກົດໝາຍປະຕິບັດ ໃນປີ 1977 (ລະຫັດຂອງພົນລະເມືອງ ລັດຄາລິຟໍເນຍ ໝວດ 1798.17).