State of California
Health and Human Services Agency
Department of Managed Health Care
IMR APPLICATION/COMPLAINT FORM – KHMER
DMHC 20-224 New: 04/06 Rev: 02/22

ពាក្យស្នើសុំការពិនិត្យវេជ្ជសាស្ត្រឯករាជ្យ (IMR)/ទម្រង់បែបបទបណ្តឹង

ព័ត៌មានសំខាន់

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

- **មិនបាច់បង់ប្រាក់**៖ ដំណើរការ IMR/បណ្តឹងរបស់អតិថិជន គឺមិនបាច់បង់ប្រាក់ឡើយ។
- **រហ័ស**៖ ចំពោះ IMR ជាធម្មតា ត្រូវបានដោះស្រាយរួចរាល់ក្នុងរវាង 45 ថ្ងៃ ឬក្នុងរវាង 7 ថ្ងៃ ប្រសិនបើបញ្ហាសុខភាពជារឿងបន្ទាន់។
- **ជោគជ័យ**៖ មានអតិថិជនប្រហែល 68 ភាគរយ ទទួលបានសេវាកម្មតាមការស្នើសុំ តាមរយៈ IMR។
- **ចុងក្រោយ**៖ ផែនការថែទាំសុខភាព ត្រូវតែធ្វើតាមការសម្រេចរបស់ IMR ហើយត្រូវផ្តល់សេវាកម្ម

ព័ត៌មានអ្នកជម្ងឺ

នាមខ្លួន__________ នាមកណ្តាល_____ នាមត្រកូល__________
ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើតអ្នកជម្ងឺ (ខខ/ទទ/ឆឆឆឆ)________ ភេទ៖ ☐ ប្រុស ☐ ស្រី ☐ អ្វីផ្សេងទៀត ______

ឈ្មោះឪពុកម្តាយ ឬអាណាព្យាបាល បើប្តឹងសម្រាប់កូនក្មេង__________
អាសយដ្ឋានផ្លូវថ្នល់__________
ក្រុង__________ រដ្ឋ_____ ហ្ស៊ីប______
លេខទូរស័ព្ទទីមួយ__________ លេខទូរស័ព្ទទីពីរ__________
អាសយដ្ឋានអ៊ីម៉េល__________
តើអ្នកចង់ទាក់ទង/ឆ្លើយឆ្លងផ្ញើតាមអាសយដ្ឋានអ៊ីម៉ែលនេះ ឬ? ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ (ប្រសិនបើឆ្លើយថា បាទ/ចាស លោកអ្នកត្រូវតែបង្កើតលេខសម្ងាត់សម្រាប់ទំនាក់ទំនងអ៊ីម៉ែលដែលមានសុវត្ថិភាពនៅពេលលោកអ្នកទទួលអ៊ីម៉ែលពីយើង។)
ឈ្មោះផែនការថែទាំសុខភាព__________ លេខសមាជិកភាពរបស់អ្នកជម្ងឺ__________
ឈ្មោះក្រុមវេជ្ជសាស្ត្រ (បើ នៅក្នុងវេជ្ជសាស្ត្រជាក្រុម)__________
និយោជក__________

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
តើអ្នកចង់បានថ្លៃបង់សេវាថែទាំដែលអ្នកបានទទួលរួចហើយដែរឬទេ? ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ
បើឆ្លើយ បាទ/ចាស សូមរាយកាលបរិច្ឆេទនិងឈ្មោះរបស់អ្នកផ្តល់សេវាកម្ម៖

បញ្ហាសុខភាពរបស់អ្នក

(សូមប្រើក្រដាសផ្សេងដើម្បីសរសេរ ហើយភ្ជាប់ឯកសារផ្សេងទៀតមកជាមួយ បើចាំបាច់)។

តើអ្នកចង់ឲ្យផែនការសុខភាពរបស់អ្នកបង់ថ្លៃសម្រាប់សេវាកម្មនានាពេលអនាគត ដែរឬទេ? ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ

តើអ្នកកើតអី ឬតើគ្រូពេទ្យថាអ្នកកើតជម្ងឺអ្វី? (សូមនិយាយឲ្យជាក់លាក់)____________________

តើអ្នកសុំការព្យាបាល /សេវាកម្មវេជ្ជសាស្ត្រ និង/ឬ ការប្រើថ្នាំប្រភេទណាដែរ? (សូមនិយាយឲ្យជាក់លាក់)

____

តើផែនការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក បដិសេធ ពន្យាពេល ឬកែប្រែការព្យាបាលរបស់អ្នកឬទេ? ☐ បាទ/ចាស់ ☐ ទេ

បើឆ្លើយ បាទ/ចាស់ សូមគូសប្រអប់មូលហេតុដែលផ្តល់ឲ្យ (សូមគូសយកមួយ) ៖

☐ មិនមានភាពចាំបាច់ខាងវេជ្ជសាស្ត្រ ☐ ការពិសោធន៍ ឬការអង្កេត

☐ មិនមែនជាការសង្គ្រោះបន្ទាន់/តម្រូវការប្រញាប់ ☐ មិនមែនជាអត្ថប្រយោជន៍ដែលមានការរ៉ាប់រងទេ

☐ ផ្សេងៗ (សូមពន្យល់ខាងក្រោម)

____

សូមសរសេរឈ្មោះ និងលេខទូរស័ព្ទរបស់គ្រូពេទ្យចម្បងរបស់អ្នក និងអ្នកផ្តល់សេវាកម្មផ្សេងទៀត ដែលអ្នកបានទៅជួប ដែលបានព្យាបាលអ្នក ឬដែលបានផ្តល់ដំបូន្មានដល់អ្នក ចំពោះស្ថានភាពជម្ងឺមួយនេះ។

____

តើអ្នកបានទៅជួបអ្នកផ្តល់សេវាកម្មថែទាំសុខភាពក្រៅបណ្តាញដែរឬទេ ចំពោះស្ថានភាពជម្ងឺនេះ? ☐ បាទ/ចាស់ ☐ ទេ

បើបានទៅជួប សូមភ្ជាប់កំណត់ត្រាព័ត៌មានវេជ្ជសាស្ត្រនៅក្នុងសំណុំបែបបទនេះផងដែរ។

សូមរៀបរាប់ដោយសង្ខេបអំពីបញ្ហារបស់អ្នកជាមួយនឹងផែនការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក។ ឧទាហរណ៍ សូមពន្យល់ ថាតើ បញ្ហានោះមកពីការបដិសេធមិនឲ្យអ្នកព្យាបាល មិនបង់វិក្កយបត្រ លំបាកក្នុងការណាត់ជួបពេទ្យ ឬការផ្តល់ថ្នាំព្យាបាល ឬ ការធានារ៉ាប់រងសុខភាពរបស់អ្នកត្រូវបានលុបចោលដោយផែនការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក។

ការបញ្ចេញព័ត៌មានវេជ្ជសាស្ត្រ

ខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំ សូមស្នើសុំនាយកដ្ឋានការថែទាំសុខភាពដែលមានការចាត់ចែង (Department of Managed Health Care (DMHC)) (ក្រសួង) ឲ្យជួយដោះស្រាយអំពីបញ្ហារបស់ខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំ ជាមួយនឹងផែនការថែទាំសុខភាពរបស់ខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំ។ ខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំ សូមស្នើ សុំឲ្យក្រសួងធ្វើការពិនិត្យឡើងវិញនូវពាក្យស្នើសុំពិនិត្យវេជ្ជសាស្ត្រឯករាជ្យ (IMR)/សំណុំបែបបទបណ្តឹងរបស់ខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំ ដើម្បីកំណត់ថាតើបណ្តឹងរបស់ខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំ មានលក្ខណសម្បត្តិចំពោះ IMR ឬសម្រាប់ដំណើរការបណ្តឹងអ្នកប្រើប្រាស់របស់ ក្រសួងដែរឬទេ។ ខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំ អនុញ្ញាតឲ្យអ្នកផ្តល់សេវាកម្មថែទាំសុខភាព អតីតកាល និងបច្ចុប្បន្ន និងផែនការថែទាំសុខភាពរបស់ខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំ អាចបញ្ចេញកំណត់ត្រាព័ត៌មានសុខភាព និងព័ត៌មានរបស់ខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំ ដើម្បីធ្វើការពិនិត្យឡើង វិញនូវបញ្ហានេះ។ កំណត់ត្រាព័ត៌មាននេះអាចរួមបញ្ចូលនូវព័ត៌មានវេជ្ជសាស្ត្រ សុខភាពផ្លូវចិត្ត ការញៀនថ្នាំ មេរោគអេដស៍ របាយការណ៍រោគវិនិច្ឆ័យដោយប្រើរូបភាពវេជ្ជសាស្ត្រ ព្រមទាំងកំណត់ត្រាព័ត៌មានដទៃទៀតដែលពាក់ព័ន្ធនឹងករណីរបស់ខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំ។ កំណត់ត្រាព័ត៌មានទាំងនេះ អាចរួមបញ្ចូលនូវព័ត៌មានមិនមែនវេជ្ជសាស្ត្រ និងព័ត៌មានផ្សេងទៀតដែលពាក់ព័ន្ធនឹងករណីរបស់ខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំ។ ខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំ សូមអនុញ្ញាតឲ្យក្រសួងធ្វើការពិនិត្យឡើងវិញនូវកំណត់ត្រា និងព័ត៌មានទាំងនេះ ហើយផ្ញើវាទៅកាន់ផែនការថែទាំសុខភាំពរបស់ខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំ។ ការអនុញ្ញាតរបស់ដែលខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំ ផ្តល់ជូន នឹងត្រូវបញ្ចប់ក្នុងរវាងមួយឆ្នាំ ដោយគិតចាប់ពីកាលបរិច្ឆេទខាងក្រោម លើកលែងតែករណីមានការអនុញ្ញាតដោយច្បាប់។ ឧទាហរណ៍ ច្បាប់អនុញ្ញាតឲ្យ ក្រសួង អាចបន្តការប្រើប្រាស់ព័ត៌មានរបស់ខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំ ជាលក្ខណៈផ្ទៃក្នុង។ ខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំ អាចបញ្ចប់ការអនុញ្ញាតលឿនជាងនេះ បើខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំ មានបំណងចង់ធ្វើដូច្នោះ។ ព័ត៌មានទាំងអស់ដែលខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំ បានផ្តល់ជូនក្នុងបែបបទនេះ គឺជាការពិតទាំងអស់។

សរសេរឈ្មោះអ្នកជម្ងឺ ឬឪពុកម្តាយ (ផ្តិតឈ្មោះ)____________________

ហត្ថលេខារបស់អ្នកជម្ងឺ ឬឪពុកម្តាយអ្នកជម្ងឺ____________________ កាលបរិច្ឆេទ____________________

សូមអានទំព័រពាក្យណែនាំសម្រាប់ព័ត៌មានការផ្ញើសំបុត្រ ឬព័ត៌មានការផ្ញើទូរសារ។

សម្រាប់តែព័ត៌មានផ្នែកស្ថិតិ

យើងខ្ញុំសូមស្នើសុំអ្នកឲ្យជួយផ្តល់ព័ត៌មានខាងក្រោមដោយស្ម័គ្រចិត្ត។ ការផ្តល់ព័ត៌មាននេះ នឹងអាចជួយឲ្យក្រសួងអាចកំណត់រកឃើញនូវទ្រង់ទ្រាយណាមួយនៃបញ្ហា។ ក្រមសុខភាព និងសុវត្ថិភាព វគ្គទី 1374.30 បានប្រគល់សិទ្ធិឲ្យក្រសួង អាចយកព័ត៌មាននេះសម្រាប់គោលបំណងការសិក្សាស្រាវជ្រាវ និងសម្រាប់គោលបំណងស្ថិតិ។ ការផ្តល់ព័ត៌មាននេះ គឺជាជម្រើស ហើយវាមិនមានផលប៉ះពាល់ចំពោះ IMR ឬដំណោះស្រាយចំពោះបណ្តឹងឡើយ។

ភាសានិយាយចម្បង ៖ ____________________

តើអ្នកចង់ឲ្យយើងទាក់ទង/ឆ្លើយឆ្លងជាមួយអ្នកជាភាសាចម្បងរបស់អ្នក ឬ? ☐ បាទ/ចាស់

សាសន៍/ជាតិពន្ធុ ៖ ____________________

State of California
Health and Human Services Agency
Department of Managed Health Care
AUTHORIZED ASSISTANT FORM – KHMER
DMHC 20-160 New: 04/06 Rev: 01/20

ទម្រង់បែបបទផ្ដល់សិទ្ធិជំនួយការ

- បើអ្នកចង់ផ្ដល់ការអនុញ្ញាតឲ្យអ្នកដទៃជួយអ្នកចំពោះការពិនិត្យឡើងវិញនូវវេជ្ជសាស្ត្រឯករាជ្យ (Independent Medical Review (IMR)) ឬបណ្ដឹង របស់អ្នក សូមបំពេញព័ត៌មានក្នុងផ្នែក ក និងផ្នែក ខ ខាងក្រោម។ **(ភាគីទាំងពីរត្រូវតែចុះ**

- បើអ្នកគឺជាឪពុកម្ដាយ ឬជាអាណាព្យាបាលស្របច្បាប់ដែលជាអ្នកដាក់ពាក្យស្នើ IMR/ទម្រង់បែបបទបណ្ដឹងនេះ សម្រាប់កុមារដែលមានអាយុតិចជាង 18ឆ្នាំ អ្នកមិនចាំបាច់បំពេញសំណុំបែបបទនេះឡើយ។

- បើអ្នកដាក់ពាក្យស្នើ IMR/ដាក់ពាក្យបណ្ដឹងនេះ សម្រាប់អ្នកជម្ងឺ ដែលមិនអាចបំពេញសំណុំបែបបទនេះបានដោយសារអ្នកជម្ងឺមិនមានសមត្ថភាព ឬមិនមានលទ្ធភាពអាចបំពេញដោយខ្លួនឯងបាន ហើយអ្នកមានសិទ្ធិស្របច្បាប់ដើម្បីធ្វើជំនួសអ្នកជម្ងឺនេះបាន សូមបំពេញព័ត៌មានតែក្នុងផ្នែក ខ បានហើយ។ យើងខ្ញុំក៏បានភ្ជាប់ឯកសារផងដែរស្ដីអំពីអំណាចមេធាវីសម្រាប់ការសម្រេចចិត្តចំពោះការថែទាំសុខភាព ឬឯកសារផ្សេងទៀតដែលនិយាយថា អ្នកអាចសម្រេចចិត្តជំនួសអ្នកជម្ងឺបាន។

ផ្នែក ក ៖ បំពេញដោយអ្នកជម្ងឺ

ខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំ សូមអនុញ្ញាតឲ្យបុគ្គលដែលមានឈ្មោះខាងក្រោមនៅក្នុងផ្នែក ខ ដើម្បីជួយខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំចំពោះ IMR ឬបណ្ដឹងរបស់ខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំ ដែលបានដាក់ជូននាយកដ្ឋានថែទាំសុខភាពដែលមានការរៀបចំ (Department of Managed Health Care (DMHC)) (ក្រសួង)។ ខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំ សូមផ្ដល់ការអនុញ្ញាតឲ្យបុគ្គលិកក្រសួង និង IMR អាចចែករំលែកព័ត៌មានស្ដីអំពីស្ថានភាពវេជ្ជសាស្ត្ររបស់ខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំ ហើយចែករំលែកជាមួយបុគ្គលដែលមានឈ្មោះខាងក្រោម។ ព័ត៌មាននេះ អាចរួមបញ្ចូលនូវការព្យាបាលជម្ងឺសុខភាពផ្លូវចិត្ត ការព្យាបាល ឬធ្វើតេស្តមេរោគអេដស៍ ការព្យាបាលភាពញៀនគ្រឿងស្រវឹង ឬថ្នាំញៀន ឬព័ត៌មានការថែទាំសុខភាពផ្សេងទៀត។

ខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំ បានដឹងថា គឺមានតែព័ត៌មានពាក់ព័ន្ធនឹង IMR ឬបណ្ដឹងរបស់ខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំ តែប៉ុណ្ណោះដែលអាចចែករំលែកបាន។

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

ឈ្មោះអ្នកជម្ងឺ (ផ្ដិតឈ្មោះ)____

ហត្ថលេខាអ្នកជម្ងឺ____ កាលបរិច្ឆេទ____________________

ផ្នែក ខ ៖ បំពេញដោយជំនួយការអ្នកជម្ងឺ

ឈ្មោះបុគ្គលជាអ្នកជួយ (សរសេរឲ្យច្បាស់)____

អាសយដ្ឋាន____

ក្រុង____ រដ្ឋ______ ហ្ស៊ីប________________

ទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកជម្ងឺ____

លេខទូរស័ព្ទទីមួយ____

លេខទូរស័ព្ទទីពីរ____

អាសយដ្ឋានអ៊ីម៉េល____

☐ លិខិតប្រគល់សិទ្ធិអំណាចរបស់ខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំ សម្រាប់ការសម្រេចចិត្តលើការថែទាំសុខភាព ឬឯកសារផ្លូវច្បាប់ផ្សេងទៀត ត្រូវបានដាក់ភ្ជាប់មកជាមួយ។

ពាក្យស្នើសុំការពិនិត្យវេជ្ជសាស្ត្រឯករាជ្យ (IMR)/ទម្រង់បែបបទបណ្ដឹង

បើអ្នកមានសំណួរ សូមហៅទូរស័ព្ទមកក្រសួងតាមលេខ 1-888-466-2219 ឬអ្នកប្រើក្ដារចុច (TDD) ហៅមកលេខ 1-877-688-9891។ ការហៅនេះមិនអស់ប្រាក់ឡើយ។

មុនពេលដាក់ពាក្យបណ្ដឹង៖

ស្ទើរតែរាល់ករណីទាំងអស់គឺអ្នកត្រូវតែឆ្លងកាត់បែបបទបណ្ដឹងរបស់ផែនការសុខភាពរបស់អ្នក ឬដំណើរការតវ៉ាបណ្ដឹងសារទុក្ខមុននឹងអ្នកដាក់បណ្ដឹងទាមទារ ឬពាក្យស្នើសុំឲ្យមាន IMR ជាមួយក្រសួង។ ផែនការសុខភាពរបស់អ្នកត្រូវតែផ្ដល់ឲ្យអ្នកនូវសេចក្ដីសម្រេចចិត្តក្នុងអំឡុងពេល 30 ថ្ងៃ ឬក្នុងអំឡុងពេល 3 ថ្ងៃ បើសិនជាបញ្ហានោះវាជាការគំរាមកំហែងនិងមានលក្ខណធ្ងន់ធ្ងរដល់សុខភាពអ្នក។

បើសិនជាផែនការសុខភាពរបស់អ្នកបដិសេធការព្យាបាលរបស់អ្នកដោយសារវាជាការព្យាបាលរបៀបពិសោធន៍/អង្កេត អ្នកមិនចាំបាច់ចូលរួមក្នុងការដាក់ពាក្យបណ្ដឹងផែនការសុខភាពរបស់អ្នក ឬដំណើរការតវ៉ាបណ្ដឹងសារទុក្ខនេះទេ មុននឹងអ្នកដាក់ពាក្យសុំIMR។

អ្នកត្រូវតែដាក់ពាក្យស្នើសុំឲ្យមាន IMR ក្នុងរវាងប្រាំមួយខែ បន្ទាប់ពីផែនការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក ផ្ញើឲ្យអ្នកនូវការឆ្លើយតបជាលាយល័ក្ខណ៍អក្សរចំពោះបណ្ដឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក។ អ្នកអាចនៅតែដាក់ពាក្យបណ្ដឹង ពាក្យស្នើសុំរបស់អ្នក បន្ទាប់ពីប្រាំមួយខែ បើមានហេតុការណ៍ពិសេសរារាំងអ្នកមិនឲ្យដាក់ពាក្យស្នើសុំឲ្យបានទាន់ពេលវេលាទេនោះ។ សូមមេត្តាជ្រាបថា បើអ្នកសម្រេចចិត្តមិនដាក់ពាក្យប្ដឹងមកកាន់ក្រសួងចំពោះបញ្ហាដែលអាចមានលក្ខណសម្បត្តិសម្រាប់ IMR គឺមានន័យថា អ្នកកំពុងតែបោះបង់សិទ្ធិរបស់ខ្លួនចំពោះសកម្មភាពផ្លូវច្បាប់ ប្រឆាំងនឹងផែនការថែទាំសុខភាបរបស់អ្នក ស្ដីអំពីសេវាកម្ម ឬការព្យាបាល ដែលអ្នកបានស្នើសុំ។

របៀបដាក់ពាក្យប្ដឹង ៖

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

   ឬ

   សូមបំពេញព័ត៌មាន រួចហើយចុះហត្ថលេខា លើសំណុំបែបបទពាក្យស្នើសុំឲ្យមាន IMR/សំណុំបែបបទបណ្ដឹង។ សូមប្រើស្រោមសំបុត្រដែលមានភ្ជាប់មកជាមួយនឹងសំណុំបែបបទ។
2. បើអ្នកត្រូវការឲ្យមាននរណាម្នាក់សម្រាប់ជួយអ្នក ចំពោះ IMR ឬបណ្ដឹងរបស់អ្នក សូមបំពេញព័ត៌មានក្នុង “សំណុំបែបបទផ្ដល់សិទ្ធិជំនួយការ” ទាំងអ្នកនិងអ្នកជំនួយស្របច្បាប់របស់អ្នកត្រូវតែចុះហត្ថលេខា។
3. បើអ្នកមានកំណត់ត្រាព័ត៌មានពី អ្នកផ្ដល់សេវាកម្ម នៅក្រៅបណ្ដាញ សូមដាក់វាបញ្ចូលជាមួយនឹងពាក្យស្នើសុំ IMR/សំណុំបែបបទបណ្ដឹងរបស់អ្នក។ ផែនការរបស់អ្នក នឹងផ្ដល់កំណត់ត្រាព័ត៌មានវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នកផ្ដល់សេវាកម្ម នៅក្នុងបណ្ដាញ។
4. អ្នកអាចដាក់បញ្ចូលព័ត៌មានដទៃទៀតដែលគាំទ្រដល់ពាក្យស្នើសុំរបស់អ្នក។ ទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយ គឺវាមិនមានតម្រូវការណាមួយដើម្បីផ្ដល់ឯកសារណាមួយ ឬលិខិតការទំនាក់ទំនងណាមួយរវាងអ្នក និងផែនការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក ពាក់ព័ន្ធនឹង បណ្ដឹងនេះឡើយ។ ក្រសួង នឹងបានទទួលព័ត៌មាននេះដោយផ្ទាល់ពីផែនការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក ដែលវាគឺជាផ្នែកមួយនៃការស៊ើបអង្កេត។
5. បើអ្នកមិនបានដាក់សំណុំបែបបទពាក្យស្នើសុំ និងឯកសារគាំទ្ររបស់អ្នកតាមអនឡាញទេ សូមផ្ញើពាក្យស្នើសុំនេះតាមប្រៃសនីយ៍ ឬតាមទូរសារ មកកាន់ ៖

   Department of Managed Health Care Help Center
   980 9th Street, Suite 500
   Sacramento, CA 95814-2725
   លេខទូរសារ ៖ 916-255-5241

តើមានអ្វីកើតឡើងបន្ទាប់មកទៀត?

ក្រសួងនឹងកំណត់ថាតើករណីរបស់អ្នកមានគុណសម្បត្តិជា IMR ឬករណីបណ្តឹងដែលមានគុណសម្បត្តិជា IMR បើសិនជាសេវាថែទាំសុខភាពត្រូវបានពន្យាពេល កែប្រែ ឬបដិសេធដោយផ្អែកលើភាពចាំបាច់នៃវេជ្ជសាស្ត្រ ឬជាការពិសោធន៍/អង្កេត។

សំណុំរឿងដែលមិនមានគុណសម្បត្តិសម្រាប់ IMR នឹងរៀបចំដំណើរការដោយដំណើរការបណ្តឹងផ្នែកអ្នកប្រើប្រាស់។ ករណីទាំងនេះមានទាក់ទងនឹងបញ្ហាដូចជាការបដិសេធសេវាថែទាំសុខភាពដែលជាសេវាមិនមានការរ៉ាប់រងអត្ថប្រយោជន៍ វិវាទបណ្តឹងអំពីការទាមទារបណ្តឹង ការលុបការធានារ៉ាប់រង គុណភាពនៃការថែទាំ ការដកថ្លៃបង់/ការចំណាយចេញពីហោប៉ៅ។
ក្រសួង នឹងផ្ញើសំបុត្រឲ្យអ្នកក្នុងរវាងប្រាំពីរថ្ងៃ ដើម្បីប្រាប់អ្នកឲ្យបានដឹងថា តើអ្នកមានលក្ខណសម្បត្តិដើម្បីទទួលបាន IMR ដែរឬទេ។ បើក្រសួងសម្រេចថា បណ្តឹងរបស់អ្នកមានលក្ខណសម្បត្តិសម្រាប់ IMR, សំណុំរឿងរបស់អ្នកនឹងត្រូវបានប្រគល់ទៅឲ្យអ្នកម៉ៅការរបស់រដ្ឋ ដើម្បីធ្វើការពិនិត្យឡើងវិញ។ អ្នកម៉ៅការរបស់រដ្ឋ ក៏ត្រូវបានគេហៅថាជាអង្គការពិនិត្យឡើងវិញវេជ្ជសាស្ត្រឯករាជ្យ (Independent Medical Review Organization (IMRO))។ ព័ត៌មានទាំងអស់ដែលមជ្ឈមណ្ឌលជំនួយមានពាក់ព័ន្ធនឹងបណ្តឹងរបស់អ្នក បូករួមទាំងកំណត់ត្រាព័ត៌មានវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នក នឹងត្រូវផ្ញើទៅឲ្យអង្គការផ្នែកពិនិត្យឡើងវិញ។ អង្គការផ្នែកពិនិត្យឡើងវិញ នឹងធ្វើការសម្រេចជាធម្មតាក្នុងរវាង 45 ថ្ងៃ ឬក្នុងរវាងប្រាំពីរថ្ងៃ បើសំណុំរឿងរបស់អ្នកគឺជារឿងបន្ទាន់។ ក្រសួងនិងផ្ញើលិខិតមួយមកអ្នក អំពីសេចក្តីសម្រេចចិត្ត។

បើក្រសួងសម្រេចថា បណ្តឹងរបស់អ្នក ត្រូវធ្វើការពិនិត្យឡើងវិញតាមរយៈដំណើរការបណ្តឹងអ្នកប្រើប្រាស់ សេចក្តីសម្រេចអំពីបញ្ហារបស់អ្នក នឹងត្រូវធ្វើឡើងក្នុងរវាង 30 ថ្ងៃ។ ក្រសួងនិងផ្ញើលិខិតមួយមកអ្នក អំពីសេចក្តីសម្រេចចិត្ត។

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

- ច្បាប់ផែនការសេវាកម្មថែទាំសុខភាព (California’s Knox-Keene Act) ផ្តល់សិទ្ធិឲ្យក្រសួងដើម្បីធ្វើនិយត្តកម្មផែនការសុខភាព ហើយស៊ើបអង្កេតបណ្តឹងរបស់សមាជិកផែនការថែទាំសុខភាព។
- មជ្ឈមណ្ឌលជំនួយរបស់ក្រសួងប្រើព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួនរបស់អ្នក ដើម្បីស៊ើបអង្កេតចំពោះបញ្ហារបស់អ្នកជាមួយនឹងផែនការថែទាំសុខភាបរបស់អ្នក ហើយផ្តល់ជូននូវ IMR បើសំណុំរឿងរបស់អ្នកមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់។
- អ្នកផ្តល់ព័ត៌មានដល់ក្រសួង ដោយការស្ម័គ្រចិត្ត។ អ្នកមិនចាំបាច់ត្រូវផ្តល់ព័ត៌មាននេះឡើយ។ ទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយ បើអ្នកមិនផ្តល់ព័ត៌មានឲ្យយើងខ្ញុំទេក្រសួង អាចមិនមានលទ្ធភាពស៊ើបអង្កេតបណ្តឹងរបស់អ្នក ឬមិនអាចផ្តល់ឲ្យនូវ IMR បានឡើយ។
- ក្រសួងអាចចែករំលែកព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួនអ្នក តាមអ្វីដែលត្រូវធ្វើ ជាមួយនឹងផែនការ អ្នកផ្តល់សេវាកម្ម និងអង្គការពិនិត្យឡើងវិញដែលជាអ្នកដឹកនាំធ្វើ IMR។
- ក្រសួងក៏អាចចែករំលែកព័ត៌មានរបស់អ្នកជាមួយនឹងភ្នាក់ងារដទៃទៀតរបស់រដ្ឋាភិបាល តាមអ្វីដែលជាភាពតម្រូវ ឬជាការអនុញ្ញាតរបស់ច្បាប់។
- អ្នកមានសិទ្ធិបើកមើលព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួនរបស់អ្នក។ ដើម្បីបើកមើលព័ត៌មានរបស់អ្នក សូមទាក់ទងមកកាន់អ្នកសម្របសម្រួលការស្នើសុំព័ត៌មានរបស់ក្រសួង ក្រសួងថែទាំសុខភាពមានការគ្រប់គ្រង ការិយាល័យសេវាកម្មច្បាប់ (DMHC Records Request Coordinator, DMHC, Office of Legal Services), 980 9th Street Suite 500, Sacramento CA 95814-2725, ឬហៅទូរស័ព្ទមកកាន់លេខ 916-322-6727។