



នាយកដ្ឋានសុខភាពផ្លូវចិត្តនៃខោនធី Los Angeles ទម្រង់បែបបទពាក្យស្នើសុំការបន្តការថែទាំ

កាលបរិច្ឆេទនៃការស្នើសុំ: _____

តើការបន្តការថែទាំជាអ្វី?

ការបន្តការថែទាំគឺជាជម្រើសសម្រាប់សមាជិក Medi-Cal ដើម្បីបន្តទទួលបានសេវាកម្មពីអ្នកផ្តល់សេវាដែលមានស្រាប់ (បច្ចុប្បន្ន) របស់ពួកគេក្នុងរយៈពេលរហូតដល់ 12 ខែ បន្ទាប់ពីសមាជិកបានផ្លាស់ទៅខោនធីមួយផ្សេងទៀត ឬបានផ្លាស់ប្តូរព័ត៌មានសុខភាពផ្លូវចិត្តទៅជាគម្រោងថែទាំគ្រប់គ្រង ឬផ្ទុយមកវិញ។ ការបន្តការថែទាំត្រូវបានរចនាឡើងដើម្បីអនុញ្ញាតឱ្យសមាជិកបញ្ចប់ការព្យាបាលជាមួយអ្នកផ្តល់សេវាដែលមានស្រាប់ដែលបានក្លាយជា «ក្រៅបណ្តាញ» និង/ឬគាំទ្រដល់ការផ្លាស់ប្តូរសេវាកម្មទៅអ្នកផ្តល់សេវាថ្មីដោយរលូន។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីអ្នកផ្តល់សេវាក្រៅបណ្តាញ សូមមើល [បញ្ជីឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា LACDMH](#)។

ប្រសិនបើអ្នកជឿថាអ្នក ឬសមាជិកដែលអ្នកបម្រើ មានសិទ្ធិទទួលបានការបន្តការថែទាំ សូមបំពេញទម្រង់បែបបទនេះ ផ្តល់ឯកសារគាំទ្រ ហើយដាក់ស្នើជូនអង្គភាពធានាគុណភាព LACDMH តាមរយៈ QAPolicy@dmh.lacounty.gov។

ដើម្បីធានាថាពាក្យស្នើសុំរបស់អ្នកត្រូវបានដំណើរការដោយមិនមានការពន្យារពេល សូមឆ្លើយសំណួរខាងក្រោម៖

អ្នក (ឬសមាជិកដែលអ្នកបម្រើ) មាន Medi-Cal នៅខោនធី Los Angeles	☐ បាទ/ចាស	☐ ទេ
អ្នក (ឬសមាជិកដែលអ្នកបម្រើ) បំពេញតាមលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យសម្រាប់សេវាសុខភាពផ្លូវចិត្តឯកទេស	☐ បាទ/ចាស	☐ ទេ
អ្នក (ឬសមាជិកដែលអ្នកបម្រើ) មានទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកផ្តល់សេវា "ក្រៅបណ្តាញ" ដែលមានស្រាប់	☐ បាទ/ចាស	☐ ទេ

សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យសម្រាប់សេវាសុខភាពផ្លូវចិត្តឯកទេស សូមមើល [សៀវភៅណែនាំសមាជិក](#)។

ប្រសិនបើអ្នកឆ្លើយថា "ទេ" ចំពោះសំណួរ **ណាមួយ** ខាងលើ សូមផ្ញើអ៊ីមែលទៅកាន់ QAPolicy@dmh.lacounty.gov ដើម្បីដោះស្រាយបញ្ហាករណីរបស់អ្នក។

ប្រសិនបើអ្នកឆ្លើយថា "បាទ/ចាស" ចំពោះសំណួរ **ទាំងអស់** ខាងលើ សូមបន្តទៅខាងក្រោម។

តើអ្នកណាជាអ្នកដាក់ពាក្យស្នើសុំនេះ? សូមជ្រើសរើសមួយក្នុងចំណោមជម្រើសខាងក្រោម៖

- ☐ ខ្ញុំជាសមាជិក Medi-Cal ដែលដាក់ពាក្យស្នើសុំការបន្តការថែទាំ ហើយ ខ្ញុំអនុញ្ញាតឱ្យមានការបញ្ចេញព័ត៌មានរបស់ខ្ញុំ ដើម្បីដំណើរការសំណើនេះ។ លិខិតអនុញ្ញាតបញ្ចេញព័ត៌មានដែលបានចុះហត្ថលេខាត្រូវបានភ្ជាប់មកជាមួយនឹងពាក្យស្នើសុំនេះ។
- ☐ ខ្ញុំជាអ្នកផ្តល់ការថែទាំរបស់សមាជិក Medi-Cal ដែលដាក់ពាក្យស្នើសុំការបន្តការថែទាំក្នុងនាមនៃសមាជិកនេះ។ លិខិតបញ្ជាក់ការអនុញ្ញាតរបស់អ្នកផ្តល់ការថែទាំដែលបានចុះហត្ថលេខា ត្រូវបានភ្ជាប់មកជាមួយនឹងពាក្យស្នើសុំនេះ។
- ☐ ខ្ញុំជាអ្នកផ្តល់សេវារបស់សមាជិក Medi-Cal ដែលដាក់ពាក្យស្នើសុំការបន្តការថែទាំក្នុងនាមនៃសមាជិកនេះ។ លិខិតអនុញ្ញាតបញ្ចេញព័ត៌មានដែលបានចុះហត្ថលេខា ត្រូវបានភ្ជាប់មកជាមួយនឹងពាក្យស្នើសុំនេះ។

ឈ្មោះអ្នកស្នើសុំ:	អ៊ីមែលរបស់អ្នកស្នើសុំ:	លេខ ទំនាក់ទំនង របស់អ្នកស្នើសុំ:
-------------------	------------------------	---------------------------------



នាយកដ្ឋានសុខភាពផ្លូវចិត្តនៃខោនធី Los Angeles

ទម្រង់បែបបទពាក្យស្នើសុំការបន្តការថែទាំ

ព័ត៌មានសមាជិក		
ឈ្មោះសមាជិក៖	លេខ Medi-Cal៖	
ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើតរបស់សមាជិក៖		
លេខទូរសព្ទទំនាក់ទំនងរបស់សមាជិក៖	អ៊ីមែលរបស់សមាជិក៖	
អាសយដ្ឋានបច្ចុប្បន្នរបស់សមាជិក៖	ទីក្រុង៖	ហ្សឺបកូដ៖
អាសយដ្ឋានប្រៃសណីយ៍របស់សមាជិក (ប្រសិនបើខុសពីអាសយដ្ឋានបច្ចុប្បន្ន)៖	ទីក្រុង៖	ហ្សឺបកូដ៖
ស្ថានភាព និងរោគវិនិច្ឆ័យរបស់សមាជិក៖		

ព័ត៌មានអ្នកផ្តល់សេវាក្រៅបណ្តាញដែលមានស្រាប់		
ឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា៖	ខោនធី៖	
អាសយដ្ឋានអ្នកផ្តល់សេវា៖	ទីក្រុង៖	ហ្សឺបកូដ៖
ឈ្មោះគ្រូពេទ្យ៖	លេខទូរសព្ទទំនាក់ទំនងរបស់គ្រូពេទ្យ៖	
អ៊ីមែលរបស់គ្រូពេទ្យ៖		
សូមពន្យល់ពីមូលហេតុដែលការបន្តការថែទាំត្រូវបានស្នើសុំសម្រាប់សមាជិក Medi-Cal៖		

សូម ជ្រើសរើសមួយ ក្នុងចំណោមជម្រើសខាងក្រោម៖

- ☐ ឯកសារគ្លីនិក ត្រូវបានភ្ជាប់មកជាមួយ ដើម្បីគាំទ្រពាក្យស្នើសុំនេះ (ឧទាហរណ៍ ការវាយតម្លៃ កំណត់ត្រាការវិវត្ត លិខិតអនុញ្ញាតបញ្ជូញព័ត៌មាន លិខិតបញ្ជាក់របស់អ្នកផ្តល់ការថែទាំ។ល។)។ ផ្ញើឯកសារគាំទ្រជាមួយទម្រង់បែបបទពាក្យស្នើសុំនេះតាមរយៈអ៊ីមែលដែលបានបំព្រួងក្នុងទៅកាន់ QAPolicy@dmh.lacounty.gov។
- ☐ មិនមានកំណត់ត្រាសមាជិកទេ

ឈ្មោះអ្នកស្នើសុំ៖	ហត្ថលេខារបស់អ្នកស្នើសុំ៖	កាលបរិច្ឆេទ៖
-------------------	--------------------------	--------------



នាយកដ្ឋានសុខភាពផ្លូវចិត្តនៃខោនធី Los Angeles
ទម្រង់បែបបទពាក្យស្នើសុំការបន្តការថែទាំ

សម្រាប់ការប្រើប្រាស់ដោយផ្នែកធានាគុណភាព LACDMH តែប៉ុណ្ណោះ		
☐ ត្រូវបានអនុម័ត	☐ ត្រូវបានបដិសេធ	
កាលបរិច្ឆេទដែលត្រូវបានអនុម័ត៖	កាលបរិច្ឆេទដែលត្រូវបានបដិសេធ៖	
កាលបរិច្ឆេទដែលសមាជិកត្រូវបានជូនដំណឹងថាត្រូវបានអនុម័ត៖	កាលបរិច្ឆេទដែលសមាជិកត្រូវបានជូនដំណឹងថាត្រូវបានបដិសេធ៖	
ចំនួនវគ្គដែលត្រូវបានអនុម័ត៖ ____ ឬ ចំនួនខែដែលត្រូវបានអនុម័ត៖ ____ ការបន្តការថែទាំត្រូវបានអនុម័តចាប់ពី៖ _____ ដល់ _____	មូលហេតុនៃការបដិសេធ៖	
កិច្ចព្រមព្រៀងស្តីពីអត្រា ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ		
តើអ្វីជាគម្រោងសម្រាប់អភិវឌ្ឍន៍ក្នុងការផ្លាស់ប្តូរទៅអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ នៅចុងបញ្ចប់នៃកាលកំណត់ដែលត្រូវបានអនុម័ត?		
ភ្ជាប់ លិខិតជូនដំណឹងអំពីការសម្រេចចិត្តមិនអំណោយផលដល់អ្នកទទួលបាន (ប្រសិនបើមាន) របៀបទទួលបានសេវាសុខភាពផ្លូវចិត្តឯកទេស៖ • សៀវភៅណែនាំសមាជិកសុខភាពអាកប្បកិរិយា៖ https://dmh.lacounty.gov/our-services/patients-rights/handbooks/ • បញ្ជីអ្នកផ្តល់សេវា៖ https://dmh.lacounty.gov/pd/		
ឈ្មោះអ្នកពិនិត្យឡើងវិញនៃ DMH៖	ហត្ថលេខារបស់អ្នកពិនិត្យឡើងវិញនៃ DMH៖	កាលបរិច្ឆេទ៖