

# ទម្រង់បែបបទស្នើសុំការថែទាំបន្ត

## គោលបំណងនៃការថែទាំបន្ត

ការថែទាំបន្ត គឺអនុញ្ញាតឱ្យមានការថែទាំបន្តសម្រាប់សមាជិក នៅពេល៖

- បណ្តាញដែលអ្នកផ្តល់សេវាដែលចូលរួមធ្វើការជាមួយឈប់ផ្តល់សេវា
- ថ្មីនេះ ពួកគេបានចូលរួមក្នុងបណ្តាញដែលអ្នកផ្តល់សេវាបច្ចុប្បន្នរបស់ពួកគេមិនមែនជាអ្នកចូលរួមទេ

## ការបំពេញទម្រង់បែបបទ

សមាជិកអាចស្នើសុំការថែទាំបន្តបាន ប្រសិនបើពួកគេ៖

- កំពុងទទួលការព្យាបាលសម្រាប់បញ្ហាសុខភាពរយៈពេលវែងដែលត្រូវការការថែទាំបន្ត។
  - **ស្ថានភាពសុខភាពធ្ងន់ធ្ងរ** គឺជាស្ថានភាពសុខភាព ដែលពាក់ព័ន្ធនឹងការចេញធាតុសញ្ញាភ្លាមៗ ដោយសារតែជំងឺ រឺ រូស ឬបញ្ហាសុខភាពផ្សេងៗ។ ស្ថានភាពសុខភាពធ្ងន់ធ្ងរតម្រូវឱ្យមានការយកចិត្តទុកដាក់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រភ្លាមៗ និងមានរយៈពេលកំណត់។
  - **ស្ថានភាពរ៉ាំរ៉ៃធ្ងន់ធ្ងរ** គឺជាស្ថានភាពសុខភាពដោយសារជំងឺ ធាតុ ឬបញ្ហាសុខភាពផ្សេងទៀត ដែលធ្ងន់ធ្ងរ។ ស្ថានភាពរ៉ាំរ៉ៃធ្ងន់ធ្ងរ គឺជាជំងឺមួយដែលនៅតែបន្តដោយគ្មានការព្យាបាលពេញលេញ ឬកាន់តែធ្ងន់ធ្ងរទៅៗតាមពេលវេលា ឬត្រូវការការព្យាបាលជាបន្ត ដើម្បីរក្សាការជួសជុល ឬបង្ការភាពកាន់តែធ្ងន់ធ្ងរទៅៗ។
  - សេវាដែលបានរួមបញ្ចូលនៅក្នុងការរ៉ាំរ៉ៃរបស់អ្នកអាចបន្តបានដរាបណាវាត្រូវការ ដើម្បីបំពេញគម្រោងការព្យាបាល ឬដើម្បីធានាឱ្យប្រាកដថា អ្នកអាចធ្វើដោយសុវត្ថិភាពទៅកាន់អ្នកផ្តល់សេវាមួយផ្សេងទៀត។
- គឺមានផ្ទៃពោះ អំឡុងពេលមានផ្ទៃពោះ និងការថែទាំក្រោយពេលមានផ្ទៃពោះ
- អ្នកមានកូនដែលទើបនឹងកើត ឬរហូតដល់អាយុ 36 ខែ
- មានបញ្ហាសុខភាពផ្លូវចិត្តរបស់ម្តាយ
- មានជំងឺដែលមិនអាចព្យាបាលបាន ហើយអាចឈានទៅដល់ការស្លាប់
- ប្រសិនបើអ្នកមានការរះកាត់ ឬការថែទាំផ្សេងទៀតដែលបានគ្រោងទុកក្នុងរយៈពេល 180 ថ្ងៃនៃការចាប់ផ្តើមរបស់អ្នក អ្នកត្រូវទទួលបានការយល់ព្រមពីគម្រោងពីមុនរបស់អ្នក ឬអ្នកផ្តល់សេវាដែលពួកគេបានចាត់ចែងឱ្យអ្នក

## ករណីលើកលែង

មិនត្រូវការគម្រោង Blue Shield of California Promise Health Plan ឲ្យផ្តល់ការថែទាំបន្តសម្រាប់សេវាលើដែលការការពាររបស់អ្នកផ្តល់សេវាមិនរាប់រងនោះទេ។

ការការពារការថែទាំបន្តរបស់អ្នកផ្តល់សេវាមិនរាប់បញ្ចូលសម្ភារផ្គត់ផ្គង់ ឬសេវាទាំងនេះទេ៖

- សេវានានាបន្ថែមផ្សេងទៀត
- អ្នកផ្តល់សេវាដែលញែកចេញពីកិច្ចសន្យាគម្រោង

Blue Shield Promise មិនតម្រូវឱ្យអ្នកដាក់បញ្ជូនសំណើសុំការថែទាំបន្តសម្រាប់៖

- បរិក្ខារវេជ្ជសាស្ត្រដែលប្រើជាប់បានយូរ
- ការផ្លាស់ប្តូរ

អ្នក ឬបុគ្គលដែលមានការអនុញ្ញាតនៃ Blue Shield Promise របស់អ្នកអាចបំពេញទម្រង់បែបបទខាងក្រោម ប្រសិនបើអ្នកកំពុងទទួលបានការថែទាំ ឬបានកំណត់សម្រាប់ទទួលបានសេវានៃការថែទាំ។ ទម្រង់បែបបទនេះ ជួយធ្វើឱ្យប្រាកដថាការថែទាំរបស់អ្នកមិនមានចន្លោះទេ។

សូមបំពេញទម្រង់បែបបទសម្រាប់សមាជិកម្នាក់ៗ ដែលចង់បន្តទៅជួបវេជ្ជបណ្ឌិតបច្ចុប្បន្នរបស់ពួកគេ។ ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ អ្នកអាចហៅទូរសព្ទទៅលេខនៃផ្នែកថែទាំអតិថិជន ដែលមាននៅលើបណ្ណសម្គាល់សមាជិករបស់អ្នក។

**ព័ត៌មានអំពីអ្នកជាវ**

ឈ្មោះអ្នកជាវ៖

អាសយដ្ឋាន៖

ទីក្រុង៖	រដ្ឋ៖	លេខកូដតំបន់៖
ខែថ្ងៃឆ្នាំកើត៖	លេខ ID អ្នកជាវ៖	
ឈ្មោះក្រុមនិយោជក៖	លេខ ID Kaiser (ប្រសិនបើមាន)៖	
លេខទូរសព្ទនៅផ្ទះ៖	លេខទូរសព្ទដៃ៖	
ឈ្មោះក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងសុខភាពពីមុន៖	កាលបរិច្ឆេទដែលបានធានារ៉ាប់រងដែលត្រូវបានបញ្ចប់៖	

**ព័ត៌មានអំពីអ្នកជំងឺ**

ឈ្មោះសមាជិក (ប្រសិនបើខុសពីអ្នកជាវ)៖

ទីក្រុង៖	រដ្ឋ៖	លេខកូដតំបន់៖
ខែថ្ងៃឆ្នាំកើត៖	ទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកជាវ៖	
ឈ្មោះក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងសុខភាពពីមុន៖	កាលបរិច្ឆេទដែលបានធានារ៉ាប់រងដែលត្រូវបានបញ្ចប់៖	

តើបច្ចុប្បន្ននេះសមាជិកកំពុងសម្រាកព្យាបាលពេទ្យមែនទេ?  បាទ/ចាស ឬ  ទេ

ប្រសិនបើឆ្លើយបាទ/ចាស សូមផ្តល់ឈ្មោះមន្ទីរពេទ្យ៖ លេខសម្គាល់អត្តសញ្ញាណអ្នកផ្តល់សេវាជាតិ (NPI)៖

តើសមាជិកបច្ចុប្បន្ននេះកំពុងទទួលបានការថែទាំសុខភាពតាមផ្ទះ ឬការថែទាំនៅមន្ទីរថែទាំអ្នកជំងឺដ៏ធំណាកាលចុងក្រោយ?  បាទ/ចាស ឬ  ទេ

ប្រសិនបើឆ្លើយបាទ/ចាស សូមផ្តល់ឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពតាមផ្ទះ ឬអ្នកផ្តល់សេវានៅមន្ទីរថែទាំអ្នកជំងឺដ៏ធំណាកាលចុងក្រោយ៖

លេខទូរសព្ទអ្នកផ្តល់សេវា៖ លេខទូរសាររបស់អ្នកផ្តល់សេវា៖

ទីក្រុង៖	រដ្ឋ៖	លេខកូដតំបន់៖
----------	-------	--------------

តើសមាជិកមានស្ថានភាពធ្ងន់ធ្ងរដ៏ធំណាកាលចុងក្រោយមែនទេ?  បាទ/ចាស ឬ  ទេ

ប្រសិនបើសមាជិកមានផ្ទៃពោះ តើទារកនឹងកើតនៅពេលណា?

ឈ្មោះមន្ទីរពេទ្យ/មជ្ឈមណ្ឌលសម្រាលកូន៖

លេខទូរសព្ទមជ្ឈមណ្ឌលសម្រាលកូន៖ លេខទូរសារមជ្ឈមណ្ឌលសម្រាលកូន៖

**ព័ត៌មានអំពីអ្នកផ្តល់សេវា**

ស្នើសុំនាមខ្លួន និងនាមត្រកូលរបស់អ្នកផ្តល់សេវា៖

លេខសម្គាល់អត្តសញ្ញាណអ្នកផ្តល់សេវាជាតិ (NPI)៖ លេខសម្គាល់ពន្ធលើក្តីយបត្រ

អាសយដ្ឋានអ្នកផ្តល់សេវា៖

ទីក្រុង៖	រដ្ឋ៖	លេខកូដតំបន់៖
----------	-------	--------------

ឯកទេសរបស់អ្នកផ្តល់សេវា៖

លេខទូរសព្ទអ្នកផ្តល់សេវា៖ លេខទូរសាររបស់អ្នកផ្តល់សេវា៖

ស្ថានភាព/រោគវិនិច្ឆ័យកំពុងព្យាបាល (លេខកូដ ICD-10 ប្រសិនបើមាន)៖

ការព្យាបាល (លេខកូដ CPT ប្រសិនបើមាន)៖

កាលបរិច្ឆេទចាប់ផ្តើមដំបូងជាមួយអ្នកផ្តល់សេវា៖ កាលបរិច្ឆេទនៃការជួបពិនិត្យនៅការិយាល័យចុងក្រោយ៖

មូលដ្ឋាន៖

កាលបរិច្ឆេទណាត់ជួប/ព្យាបាលបន្ទាប់៖

**ព័ត៌មានបន្ថែមដែលត្រូវយកមកពិចារណា**

សូមរាយបញ្ជីព័ត៌មានបន្ថែមដែលត្រូវពិចារណា ខាងក្រោម៖

សូមផ្ញើទម្រង់បែបបទដែលបានបំពេញរួចតាមអ៊ីមែល ឬទូរសារទៅកាន់៖

Blue Shield Promise Health Plan  
PO Box 629005  
El Dorado Hills, CA 95762  
Fax: (855) 895-3506

សម្រាប់សំណួរបន្ថែម សូមទាក់ទងផ្នែកថែទាំអតិថិជន៖

**Medi-Cal**

ផ្នែកថែទាំអតិថិជនរបស់ Medi-Cal (Los Angeles)៖  
1-800-605-2556 (TTY: 711) ចាប់ពីម៉ោង  
8:00 ព្រឹកដល់ម៉ោង 6:00 ល្ងាច ចាប់ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ។  
ផ្នែកថែទាំអតិថិជនរបស់ Medi-Cal (San Diego)៖  
1-855-699-5557 (TTY: 711) ចាប់ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក  
ដល់ម៉ោង 6:00 ល្ងាច ចាប់ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ។

ការបញ្ជូនតាមទូរសារនេះអាចនឹងមានផ្ទុកព័ត៌មានវេជ្ជសាស្ត្រ ព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួន និងព័ត៌មានសុខភាព (PHI) និង/ឬព័ត៌មានផ្លូវច្បាប់ដែលមានការការពារ និងមានអភ័យឯកសិទ្ធិ ការសម្ងាត់ខ្ពស់។

ព័ត៌មាននេះគឺមានបំណងសម្រាប់តែការប្រើប្រាស់លក្ខណៈបុគ្គល ឬអង្គការដែលមានឈ្មោះខាងលើប៉ុណ្ណោះ។

ប្រសិនបើអ្នកមិនមែនជាអ្នកទទួលដែលមានបំណងផ្ញើព័ត៌មាននេះជូន អ្នកមិនអាចប្រើប្រាស់ បោះពុម្ពផ្សាយ ពិភាក្សា ផ្សព្វផ្សាយ ឬចែកចាយវាបានទេ។ ប្រសិនបើអ្នកមិនមែនជាអ្នកទទួលដែលមានបំណងផ្ញើជូន ឬប្រសិនបើអ្នកបានទទួលការផ្ញើជូននេះដោយសារមានកំហុស សូមជូនដំណឹងដល់អ្នកផ្ញើភ្លាមៗ ហើយបំផ្លាញចោលព័ត៌មានដែលទទួលបានតាមទូរសារដោយមានកំហុសនេះជាសម្ងាត់ ។ សូមអរគុណចំពោះអ្នកដែលជួយរក្សាការសម្ងាត់ដ៏សមស្រប។