



# សំណើកែប្រែព័ត៌មានសុខភាពដែលមានការការពារ

ប្រើប្រាស់ទម្រង់បែបនេះដើម្បីស្នើសុំការកែប្រែព័ត៌មានសុខភាពដែលមានការការពាររបស់អ្នក ("PHI") ឬកំណត់ត្រាអំពីអ្នកដែល Blue Shield of California រក្សាទុកនៅក្នុងសំណុំកំណត់ត្រាដែលបានកំណត់។

សំណុំកំណត់ត្រាដែលបានកំណត់ជាក្រុមកំណត់ត្រាដែលរក្សាទុកដោយ ឬសម្រាប់ Blue Shield of California រួមមានការចុះឈ្មោះ ការបង់ប្រាក់ ការវិនិច្ឆ័យលើការទាមទារសំណង កំណត់ត្រាគ្រប់គ្រងករណី ឬកំណត់ត្រាគ្រប់គ្រងវេជ្ជសាស្ត្រ ឬព័ត៌មានផ្សេងទៀតដែលយើងប្រើដើម្បីធ្វើការសម្រេចចិត្តអំពីអ្នក។

យើងអាចបដិសេធសំណើការកែប្រែរបស់អ្នកដោយសារហេតុផលជាក់លាក់ រួមមានឧទាហរណ៍ថាព័ត៌មានមិនមែនជាផ្នែកសំណុំកំណត់ត្រាដែលបានកំណត់ត្រាទុក យើងមិនបានបង្កើតព័ត៌មាន ឬយើងជឿថាព័ត៌មាននោះពេញលេញ និងត្រឹមត្រូវ។ យើងនឹងជូនដំណឹងដល់អ្នកជាលាយលក្ខណ៍អក្សរថាតើសំណើរបស់អ្នកត្រូវបានផ្តល់ឱ្យ ឬត្រូវបានបដិសេធនោះ។

សូមបញ្ជាក់ថា យើងមិនរក្សាទុកកំណត់ត្រាវេជ្ជសាស្ត្រទេ។ អ្នកគួរតែទាក់ទងអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាព ឬមណ្ឌលសុខភាពរបស់អ្នក ដើម្បីស្នើសុំការកែប្រែកំណត់ត្រាវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នក។

## ការស្នើសុំការកែប្រែនីមួយៗ

ឈ្មោះ៖ \_\_\_\_\_

លេខ ID អ្នកជំរះ៖ \_\_\_\_\_

អាសយដ្ឋាន៖ \_\_\_\_\_

លេខទូរសព្ទ៖ \_\_\_\_\_

ខ្សែអាសយដ្ឋានក៏ត៖ \_\_\_\_\_

## សូមបញ្ជាក់កំណត់ត្រាដែលអ្នកចង់កែប្រែ និងការកែប្រែដែលអ្នកចង់ធ្វើ៖

### សូមបញ្ជាក់ពីមូលហេតុរបស់ការកែប្រែដែលបានស្នើសុំ៖

### ហត្ថលេខារបស់បុគ្គល ឪពុកម្តាយរបស់អនីតិជន ឬអ្នកតំណាងផ្ទាល់ខ្លួន៖

<p><b>ហត្ថលេខា</b></p> <p>បុរសិទ្ធិបីទម្រង់បែបនេះត្រូវបានចុះហត្ថលេខាដោយនរណាម្នាក់ក្នុងក្រុមបុគ្គល ឬឪពុកម្តាយរបស់អនីតិជន ដូចជាអ្នកតំណាងផ្ទាល់ខ្លួន/ស្រូវបច្ចុប្បន្ន ឬអាណាព្យាបាល អ្នកត្រូវតែ <b>ដាក់បញ្ជូនជូនឯកសារ</b> ដល់បង្គោលព័ត៌មានរបស់អ្នកក្នុងការធ្វើសកម្មភាពសម្រាប់ ឬក្នុងនាមបុគ្គលនោះទាក់ទងនឹងការថែទាំសុខភាព / ព័ត៌មានអំពីសុខភាពផ្ទាល់ខ្លួន (PHI) របស់ពួកគេ ដូចជាការអនុញ្ញាតការធានារ៉ាប់រងសុខភាព និងច្បាប់ទំនួលខុសត្រូវ (HIPAA) ដែលមានសុពលភាព អំណាចនៃមធ្យោបាយថែទាំសុខភាព ឬឯកសារអាណាព្យាបាល។ <b>សូមផ្តល់ព័ត៌មានដូចខាងក្រោមផងដែរ៖</b></p> <p>ឈ្មោះ អាសយដ្ឋាន និងទំនាក់ទំនងរបស់អ្នកតំណាងជាមួយបុគ្គលដែលសំណើនេះកំពុងត្រូវបានធ្វើឡើង (សរសេរជាអក្សរធំ)៖</p>	<p><b>កាលបរិច្ឆេទ៖</b></p>
---	----------------------------