



សំណុំបែបបទស្តីពីការដកចេញការយល់ព្រម

អ្នកផ្តល់សេវាកម្ម/ឈ្មោះមណ្ឌល

តើលោកអ្នកត្រូវធ្វើអ្វីខ្លះ:

លោកអ្នកបានចុះហត្ថលេខាលើសំណុំបែបបទស្តីពីការយល់ព្រមកាលពីមុន ដែលផ្តល់ជូនការអនុញ្ញាតឱ្យអ្នកផ្តល់សេវាកម្ម ថែទាំសុខភាពនេះ ដើម្បីចូលប្រើកម្មវិធីមេឌីកែត Medicaid របស់អ្នក និងព័ត៌មានសុខភាពផ្សេងទៀតដែលមាននៅក្នុងមូលដ្ឋានទិន្នន័យនៃប្រព័ន្ធសេវាកម្មផ្នែកវិកលចរិត និងការធ្វើឱ្យប្រសើរឡើងផ្នែកព្យាបាលជំងឺ (PSYCKES) ។

លោកអ្នកត្រូវតែបំពេញនិងចុះហត្ថលេខាលើសំណុំបែបបទស្តីពីការដកចេញការយល់ព្រមនេះ ប្រសិនបើលោកអ្នកមិនត្រូវការអ្នកផ្តល់សេវាកម្មនេះទៅទៀត និងបុគ្គលិករបស់ពួកគេដែលផ្តល់ជូនការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក ដើម្បីពិនិត្យមើលព័ត៌មានរបស់អ្នក។ នៅពេលលោកអ្នកបំពេញ សូមចុះហត្ថលេខានិងប្រគល់ជូនសំណុំបែបបទស្តីពីការយល់ព្រមនេះទៅពួកគេ។

- 1 អ្នកផ្តល់សេវាកម្មថែទាំសុខភាពនេះ នឹងមិនអាចចូលប្រើព័ត៌មានសុខភាពរបស់អ្នកតាមរយៈប្រព័ន្ធ PSYCKES ទេ។ លើកលែងតែករណី៖
 - ការសង្គ្រោះបន្ទាន់ ឬ
 - ក្នុងករណីមានច្បាប់និងបទប្បញ្ញត្តិស្តីពីការសម្ងាត់របស់រដ្ឋនិងសហព័ន្ធអនុញ្ញាត។ ឧទាហរណ៍ប្រសិនបើកម្មវិធីមេឌីកែត Medicaid មានការព្រួយបារម្ភអំពីគុណភាពនៃការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នកនោះ អ្នកផ្តល់សេវាកម្មរបស់អ្នកអាចចូលប្រើប្រព័ន្ធ PSYCKES ដើម្បីជួយពួកគេកំណត់ថាតើលោកអ្នកកំពុងទទួលបានការថែទាំសុខភាពត្រឹមត្រូវតាមពេលវេលាត្រឹមត្រូវឬទេ។
- 2 អ្នកផ្តល់សេវាកម្មរបស់អ្នកអាចចូលប្រើព័ត៌មានវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នកតាមវិធីផ្សេងទៀត។ ឧទាហរណ៍ច្បាប់និងបទប្បញ្ញត្តិដូចគ្នា អាចអនុញ្ញាតឱ្យពួកគេទទួលបានព័ត៌មានដែលត្រូវការ ដើម្បីព្យាបាលលោកអ្នកពីអ្នកផ្តល់សេវាកម្មផ្សេងទៀត។
- 3 ការដកចេញការយល់ព្រម មិនមានផលប៉ះពាល់ដល់ព័ត៌មានសុខភាពដែលបានចែករំលែកនៅខណៈពេលការយល់ព្រមរបស់អ្នកបានចូលជាធរមានឡើយ។
- 4 ការចូលប្រើរបស់អ្នកចំពោះការថែទាំសុខភាពខាងវេជ្ជសាស្ត្រ និងការធានារ៉ាប់រងសុខភាពរបស់អ្នក នឹងមិនផ្លាស់ប្តូរទេ ដោយសារតែលោកអ្នកបានដកចេញការយល់ព្រម។ អ្នកផ្តល់សេវាកម្មថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក នឹងនៅតែប្រគល់ជូនការទាមទារទៅក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកសម្រាប់សេវាកម្មនានាដែលលោកអ្នកទទួលបាន។
- 5 លោកអ្នកអាចបំពេញសំណុំបែបបទស្តីពីការយល់ព្រមនៃប្រព័ន្ធ PSYCKES ថ្មីមួយ នៅពេលណាមួយក៏បាន។ សំណុំបែបបទនានាអាចរកបានពីអ្នកផ្តល់សេវាកម្មរបស់អ្នក ហើយនៅពេលបានបំពេញ និងបានចុះហត្ថលេខាហើយ ត្រូវប្រគល់ជូនពួកគេវិញ។
- 6 លោកអ្នកនឹងទទួលបានឯកសារថែទាំសុខភាពមួយច្បាប់នៃសំណុំបែបបទស្តីពីការយល់ព្រមនេះ នៅពេលលោកអ្នកចុះហត្ថលេខានិងប្រគល់ជូន។

តើលោកអ្នកត្រូវធ្វើអ្វីខ្លះ:

សូមផ្តល់ជូនព័ត៌មានដែលបានស្នើសុំខាងក្រោមនេះ ហើយផ្តល់ជូនសំណុំបែបបទនេះទៅអ្នកផ្តល់សេវាកម្មរបស់អ្នក។

សូមសរសេរឈ្មោះអ្នកជំងឺជាអក្សរពុម្ព	ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើតរបស់អ្នកជំងឺ
លេខសម្គាល់កម្មវិធីមេឌីកែត Medicaid របស់អ្នកជំងឺ	
ហត្ថលេខាអ្នកជំងឺ ឬអ្នកតំណាងស្របច្បាប់របស់អ្នកជំងឺ	កាលបរិច្ឆេទ
សូមសរសេរឈ្មោះអ្នកតំណាងផ្នែកច្បាប់ជាអក្សរពុម្ព (បើអាចអនុវត្តបាន)	ទំនាក់ទំនងរបស់អ្នកតំណាងផ្នែកច្បាប់ចំពោះអ្នកជំងឺ (បើអាចអនុវត្តបាន)