

Health Net Dental – ការដកហូតសំណើទំនាក់ទំនង សម្ងាត់



ខ្ញុំចង់លុបចោល ឬដកហូតសំណើទំនាក់ទំនងសម្ងាត់ ដែលខ្ញុំបានប្រគល់ឱ្យទៅ Health Net Dental ទាក់ទងនឹង៖

- ទំនាក់ទំនង (ការផ្ញើសារ ការជូនដំណឹង ។ល។) នៃគណនី
- ព័ត៌មានផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ
- សេវាសំខាន់ៗ

សកម្មភាពនេះចូលជាធរមានតាមកាលបរិច្ឆេទដែលបានរៀបរាប់ដូចខាងក្រោម។

ព័ត៌មានរបស់អ្នក៖			
នាមខ្លួន៖	នាមត្រកូល៖	ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត៖	
លេខ ID អ្នកជារ៖	លេខទូរសព្ទ៖ តើត្រូវទូរសព្ទទៅអ្នកដោយរបៀបណា ប្រសិនបើយើងមានសំណួរ?		
អាសយដ្ឋានប្រៃសណីយ៍៖			
ទីក្រុង៖	រដ្ឋ៖	ZIP៖	
អាសយដ្ឋានអ៊ីមែល៖			

ច្បាប់កាលីហ្វ័រញ៉ាចែងថា៖ "សេវាសំខាន់ៗមានន័យថា៖ សេវាថែទាំសុខភាពទាំងអស់ដែលទាក់ទងនឹងសុខភាព ផ្លូវចិត្ត ឬអាកប្បកិរិយា សុខភាពផ្លូវភេទ និងសុខភាពបន្តពូជ ជំងឺកាមរោគ វិបត្តិនៃការប្រើប្រាស់សារធាតុ ញៀន ការថែទាំដែលបញ្ជាក់ពីយេនឌ័រ និងអំពើហិង្សាផ្នែកជិតស្និទ្ធ"។

ព័ត៌មានអំពីសុខភាពរួមមាន៖

- ព័ត៌មានអំពីការណាត់ជួបរបស់អ្នក។
- ការបដិសេធការទាមទារ។ សំណើសុំព័ត៌មានបន្ថែមអំពីការទាមទារ។ ការជូនដំណឹងអំពីការទាមទារដែល មានការជំទាស់។
- ឈ្មោះ និងអាសយដ្ឋាននៃអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក។ ព័ត៌មានលម្អិតអំពីសេវាកម្មដែលបានផ្តល់ និងព័ត៌មាន អំពីការទៅពិនិត្យផ្សេងទៀត។

ខ្ញុំដឹងថាព័ត៌មានអំពីសុខភាពរបស់ខ្ញុំប្រហែលជាត្រូវបានផ្ញើទៅកាន់បណ្តាញទំនាក់ទំនងបម្រុងទុកដែល ពេញចិត្ត។ ខ្ញុំដឹងដែរថាការលុបចោលនេះអនុវត្តតែចំពោះការយល់ព្រមដែលខ្ញុំបានស្នើសុំមុនពេលកើតមាន ទំនាក់ទំនងបម្រុងទុកប៉ុណ្ណោះ។

ខ្ញុំផ្តល់ការយល់ព្រមថាព័ត៌មានខាងលើគឺពិត និងត្រឹមត្រូវ។	
ហត្ថលេខា៖	កាលបរិច្ឆេទ៖

(បន្ត)

Health Net Dental – ទម្រង់បែបបទដកហូតសំណើសុំ ទំនាក់ទំនងសម្ងាត់




ប្រសិនបើអ្នកកំពុងចុះហត្ថលេខាជំនួសសមាជិក សូមពណ៌នាទំនាក់ទំនងរបស់អ្នកខាងក្រោម។ ប្រសិនបើអ្នកជាអ្នកតំណាងផ្ទាល់ខ្លួនរបស់សមាជិក សូមពណ៌នាអំពីចំណុចនេះខាងក្រោម។ ហើយផ្ញើមកយើងនូវច្បាប់ចម្លងនៃទម្រង់បែបបទទាំងនោះ (ដូចជា លិខិតប្រគល់សិទ្ធិអំណាច ឬការបង្គាប់បញ្ជារបស់អាណាព្យាបាល)។


ខ្ញុំផ្តល់ការយល់ព្រមថាព័ត៌មានខាងលើគឺពិត និងត្រឹមត្រូវ។	
ឈ្មោះតំណាងផ្ទាល់ខ្លួន៖ (សូមសរសេរជាអក្សរធំ)	
សូមពណ៌នាអំពីទំនាក់ទំនង៖	
ទំនាក់ទំនងជាមួយសមាជិក៖ (សូមសរសេរជាអក្សរធំ)	
ហត្ថលេខាតំណាងផ្ទាល់ខ្លួន៖	
ហត្ថលេខា៖	កាលបរិច្ឆេទ៖

Health Net Dental នឹងឈប់ប្រើប្រាស់ ឬចែករំលែកព័ត៌មានអំពីសុខភាពរបស់អ្នក នៅពេលដែលយើងទទួលបាន និងដំណើរការទម្រង់បែបបទនេះ។ ប្រើអាសយដ្ឋានប្រៃសណីយ៍ខាងក្រោម។ អ្នកក៏អាចទូរសព្ទស្វែងរកជំនួយតាមរយៈលេខខាងក្រោម។

សូមទូរសព្ទ ឬផ្ញើទម្រង់បែបបទដែលបានបញ្ចប់នេះទៅកាន់ Health Net។ ទុកពេលរហូតដល់ 7-14 ថ្ងៃដើម្បីឱ្យយើងដំណើរការសំណើរបស់អ្នក។

 **សំបុត្រប្រៃសណីយ៍៖** Health Net Dental – Quality Mgt. Dept.
PO Box 26110, Santa Ana, CA 92799-6110

យើងនៅចាំជួយជានិច្ច!
សូមទូរសព្ទមកយើង ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរផ្សេងៗ។

 **ទូរសព្ទ៖** Health Net Sacramento (GMC):
877-550-3868 (សេវាបម្រើសមាជិក),
Health Net Los Angeles (PHP):
800-977-7307 (សេវាសមាជិក)។

កន្លឹះ!

ប្រសិនបើអ្នកផ្លាស់ប្តូរការចុះឈ្មោះរបស់អ្នកទៅគម្រោងមួយផ្សេងទៀត អ្នកនឹងត្រូវបំពេញទម្រង់បែបបទនេះម្តងទៀតនៅក្រោមលេខ ID សមាជិកថ្មីរបស់អ្នក។