

អ្នកកំពុងទទួលទម្រង់បែបបទនេះ ដោយសារអ្នកបានចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងការថែទាំដែលមានការគ្រប់គ្រងសម្រាប់ធ្មេញ (Dental Managed Care) ថ្មី របស់ Health Net Dental (Health Net) ។ យើងនឹងប្រើទម្រង់បែបបទនេះ ដើម្បីបញ្ជាក់ឲ្យប្រាកដថាអ្នកទទួលបាននូវការថែទាំដែលអ្នកត្រូវការ ។

**សូមគូសយកចម្លើយទាំងឡាយណា** ដែលត្រូវនឹងអ្នកដោយប្រើប៊ិចពណ៌ខៀវឬពណ៌ខ្មៅ ។

សូមបំពេញទម្រង់បែបបទមួយច្បាប់សម្រាប់មនុស្សម្នាក់ដែលនៅក្នុងគ្រួសារអ្នក ដែលបានចុះឈ្មោះជាមួយ Health Net ។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរផ្សេងៗ សូមទូរស័ព្ទទៅលេខដែលឥតគិតថ្លៃរបស់ Health Net តាមលេខ **1.877.550.3868** ។

អ្នកតំណាងមាននៅចាំនិយាយជាមួយអ្នក ពីថ្ងៃច័ន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ នៅចន្លោះព្រឹកម៉ោង 8:00 ព្រឹក និង ម៉ោង 5:00 ល្ងាច ។ អ្នកប្រើប្រាស់ TDD/TTY គួរតែទូរស័ព្ទទៅលេខ **711** ។

**ការបំពេញទម្រង់បែបបទនេះ គឺមានលក្ខណៈស្ម័គ្រចិត្ត ។**  
**អ្នកនឹងមិនអាចត្រូវបានបដិសេធការផ្តល់ឲ្យនូវការថែទាំដោយផ្អែកលើចម្លើយដែលមានលក្ខណៈសម្ងាត់របស់អ្នកឡើយ ។**

ឈ្មោះសមាជិក ៖	ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត
---------------	------------------

អត្តលេខ Medi-Cal ៖		សូមគូសជ្រើសរើសយកមួយ ៖		
		បាទ/ ចាស	ទេ	មិន មាន
1.	តើជាង 12 ខែហើយមែនទេ ចាប់តាំងពីការមកពិនិត្យព្យាបាលធ្មេញលើកចុងក្រោយរបស់អ្នកមក ?			
2.	តើអ្នកមានការឈឺចាប់ដែរឬទេនៅពេលញាបភាគអណាហារដែលត្រជាក់ខ្លាំង ក្តៅ ឬអណាហារដែលមានជាតិស្ករ ?			
3.	តើអ្នកមានការបំពេញដែលឈឺចាប់ដែរឬទេ ?			
4.	តើអ្នកមានធ្មេញឈឺមួយឬច្រើនជាងមួយទេ ?			
5.	តើអ្នកមានធ្មេញដែលប្រេះបែក មួយ ឬច្រើនជាងមួយទេ ?			
6.	តើមាត់របស់អ្នកស្ងួតដែរឬទេ ?			
7.	តើអញ្ចាញធ្មេញរបស់អ្នកមានចេញឈាមនៅពេលប្រើប្រាស់ដុសប្រើស្រែអំបោះសម្អាតធ្មេញទេ ?			
8.	តើអ្នកមានការព្យាបាលអញ្ចាញ (សាច់កោសិកាជុំវិញជើងធ្មេញដែលទប់ធ្មេញ) ដែរឬទេ ? <i>ប្រសិនបើឆ្លើយថាបាទឬចាស សូមចុះថ្ងៃខែនៃការព្យាបាលចុងក្រោយបំផុត ៖ _____</i>			
9.	តើអ្នកពាក់ធ្មេញទាំងក្រាស់ទេ ឬពាក់ធ្មេញផ្នែកខ្លះឬទេ ?			
10.	តើអ្នកកំពុងទទួលការបាញ់កាំរស្មីដើម្បីព្យាបាល ឬការចាក់ថ្នាំយ៉ូដូអ៊ីយ៉ូព្យាបាលទេ ?			
11.	តើអ្នកមានផ្ទៃពោះទេ ?			
12.	តើអ្នកប្រើវេជ្ជបណ្ឌិតទៀងទាត់សម្រាប់ស្ថានភាពវេជ្ជសាស្ត្រណាដែលមានលក្ខណៈរ៉ាំរ៉ៃទេ ? <i>ប្រសិនបើឆ្លើយថាបាទឬចាស សូមគូសយកអ្វីដែលត្រូវនឹងអ្នក ៖</i> <input type="checkbox"/> ជម្ងឺមហារីក <input type="checkbox"/> ជម្ងឺទឹកនោមផ្អែម <input type="checkbox"/> ជម្ងឺក្រលៀន <input type="checkbox"/> ជម្ងឺផ្សេងៗទៀត ៖ _____			
13.	តើអ្នកមានជម្ងឺ ឬជាប់ទាក់ទងនឹងជម្ងឺពិការផ្លូវចិត្ត ឬពិការរាងកាយទេ ?			

**សូមផ្ញើត្រឡប់មកវិញនូវទម្រង់បែបបទដែលបានបំពេញរួច**  
**ដោយបញ្ជូនសម្រាប់បុគ្គលិកសុខភាពមាត់របស់អ្នកដែលបានបង់ថ្លៃផ្ញើជាមុនដែលភ្ជាប់មកជាមួយនេះ ទៅកាន់ ៖**  
 Health Net Dental, PO Box 26110, Santa Ana, CA 92799-6110 ។

ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជួបជាមួយទណ្ឌបណ្ឌិតមុនពេល Health Net ទាក់ទងទៅអ្នក សូមទាក់ទងទៅការិយាល័យពេទ្យធ្មេញរបស់អ្នក ឬស្វែងរកការថែទាំមន្ទីរពេទ្យមួយ ។

**ខ្ញុំយល់ថាព័ត៌មាននេះ នឹងត្រូវបានបង្ហាញទៅកាន់គម្រោងធ្មេញថ្មីរបស់ខ្ញុំ ។**

ហត្ថលេខ ៖	កាលបរិច្ឆេទចុះហត្ថលេខា ៖
-----------	--------------------------