

# ក្រដាសបំពេញ បញ្ជាក់ការទទួលជំនួយខាងភាសា

ឈ្មោះអ្នកជំងឺ៖ \_\_\_\_\_ កាលបរិច្ឆេទ៖ \_\_\_\_\_

## គំរោងសុខភាព

|                                     |                                      |   |  |  |
|-------------------------------------|--------------------------------------|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Commercial | <input type="checkbox"/> Aetna       | <input type="checkbox"/> Care 1st       | <input type="checkbox"/> Health Net    | <input type="checkbox"/> Molina                    |
| <input type="checkbox"/> Duals      | <input type="checkbox"/> Alignment   | <input type="checkbox"/> Central Health | <input type="checkbox"/> Heritage      | <input type="checkbox"/> SCAN                      |
| <input type="checkbox"/> Medi-Cal   | <input type="checkbox"/> Blue Cross  | <input type="checkbox"/> Cigna          | <input type="checkbox"/> Inland Empire | <input type="checkbox"/> United                    |
| <input type="checkbox"/> Senior     | <input type="checkbox"/> Blue Shield | <input type="checkbox"/> Easy Choice    | <input type="checkbox"/> Inter Valley  | <input type="checkbox"/> ផ្សេងទៀត (បញ្ជាក់)៖ _____ |
|                                     | <input type="checkbox"/> Cal Optima  | <input type="checkbox"/> Golden State   | <input type="checkbox"/> LA Care       |  |

បឋមភាសាបាននិយាយ៖ \_\_\_\_\_

សមាជិក ត្រូវបានជំរាបអំពីការមានសេវានៃអ្នកបកប្រែ សំរាប់ក្រុមពេទ្យ និង/ឬ គំរោងសុខភាព។ (ត្រូវតែមានឯកសារ)

- បាទ/ចាស - ខ្ញុំត្រូវបានជំរាប អំពីការមានសេវានៃអ្នកបកប្រែ
- ទេ - ខ្ញុំបានបដិសេធ នូវសេវានៃអ្នកបកប្រែ

ហត្ថលេខាអ្នកជំងឺ៖ \_\_\_\_\_ កាលបរិច្ឆេទ៖ \_\_\_\_\_

ហត្ថលេខាសាក្សី៖ \_\_\_\_\_ កាលបរិច្ឆេទ៖ \_\_\_\_\_

## សំរាប់តែអភិបាលកិច្ចប្រើ

ឯកសារជំនួយសេវានៃអ្នកបកប្រែ។

ភ្នាក់ងារអ្នកបកប្រែ៖ \_\_\_\_\_ កាលបរិច្ឆេទ៖ \_\_\_\_\_

ឈ្មោះអ្នកបកប្រែ៖ \_\_\_\_\_ កាលបរិច្ឆេទ៖ \_\_\_\_\_

ហត្ថលេខាបុគ្គលិក៖ \_\_\_\_\_ កាលបរិច្ឆេទ៖ \_\_\_\_\_



18RLAQIDD888KH KHUMAR



វេជ្ជបណ្ឌិត  
របស់យើង  
ស្តាប់ អ្នក