

# 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៖ \_\_\_\_\_

