

ការណែនាំសម្រាប់ការបំពេញទម្រង់បែបបទយល់ព្រមសម្រាប់ការទូទាត់ប្រាក់ និងប្រតិបត្តិការថែទាំសុខភាពរបស់ SAPC

គោលបំណងនៃទម្រង់បែបបទយល់ព្រមនេះគឺដើម្បីអនុញ្ញាតឱ្យមានការទូទាត់សម្រាប់សេវាកម្មទាំងអស់ដែលបានផ្តល់សម្រាប់ការពិនិត្យព្យាបាលជំងឺញៀនគ្រឿងញៀន (SUD) និងដើម្បីអនុញ្ញាតឱ្យមានការបញ្ចេញព័ត៌មានសុខភាពទាក់ទងនឹង SUD របស់អ្នកដែលត្រូវបានការពារដោយ **42 CFR ផ្នែកទី 2** ពីអ្នកផ្តល់សេវាព្យាបាលបច្ចុប្បន្ន អតីតកាល និងអនាគតរបស់អ្នក នៅក្នុងបណ្តាញអ្នកផ្តល់សេវារបស់កម្មវិធីបង្ការនិងគ្រប់គ្រងការប្រើប្រាស់គ្រឿងញៀន (SAPC) ទៅកាន់ SAPC ក្នុងក្នុងនាមរបស់ខ្លួនជាគម្រោង SUD ឯកទេស Medi-Cal សម្រាប់សេវាកម្ម SUD សម្រាប់គោលបំណងនៃការទូទាត់សម្រាប់សេវាកម្មដែលទទួលបាន និងប្រតិបត្តិការថែទាំសុខភាពផ្សេងទៀត។ ក្រោមច្បាប់ HIPAA "ប្រតិបត្តិការថែទាំសុខភាព" រួមបញ្ចូលសកម្មភាពជាច្រើនដូចជា ការធ្វើ/ការរៀបចំសម្រាប់សេវាកម្មសរុប រួមទាំងការរកឃើញការភ្លេចបង្គំ និងការរំលោភបំពាន កម្មវិធីអនុលោមភាព ការគ្រប់គ្រងអាជីវកម្ម និងសកម្មភាពរដ្ឋបាលទូទៅ។ ការយល់ព្រមនេះក៏អនុញ្ញាតឱ្យមានការដាក់ស្នើ និងការទូទាត់ទៅកាន់នាយកដ្ឋានសេវាថែទាំសុខភាពរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា (DHCS) គម្រោងថែទាំដែលមានការគ្រប់គ្រង (MCP) និងអ្នកបង់ប្រាក់ភាគីទីបីផ្សេងទៀត និងការបញ្ចេញព័ត៌មានទាំងអស់ដែលចាំបាច់ដើម្បីដាក់ស្នើ និងដំណើរការការទាមទារសំណង។

សូមជ្រាបថាការអនុញ្ញាតរបស់អ្នកគឺធ្វើឡើងដោយស្ម័គ្រចិត្ត ហើយអ្នកអាចបដិសេធមិនចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់បែបបទយល់ព្រមនេះបាន។ ទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយ ប្រសិនបើអ្នកមិនចុះហត្ថលេខាលើការយល់ព្រមនេះទេ អ្នកកំពុងទទួលខុសត្រូវចំពោះការទូទាត់ទាំងអស់ រួមទាំងចំនួនទឹកប្រាក់ណាមួយដែលនឹងត្រូវចេញវិក្កយបត្រទៅ ឬសងត្រឡប់ដោយ SAPC ក្នុងក្នុងនាមរបស់ខ្លួនជាគម្រោង SUD ឯកទេស Medi-Cal ក៏ដូចជាអ្នកបង់ប្រាក់ភាគីទីបីណាមួយដែលពាក់ព័ន្ធ ហើយអ្នកនឹងត្រូវទទួលខុសត្រូវចំពោះរាល់ការចំណាយផ្ទាល់ខ្លួនទាំងអស់ដែលពាក់ព័ន្ធ។ សូមពិនិត្យមើលការណែនាំទាំងនេះមុនពេលបន្ត។

អានផ្នែកនីមួយៗដោយប្រុងប្រយ័ត្ន

ទម្រង់បែបបទនេះរួមមានផ្នែកជាច្រើនដែលពិពណ៌នាអំពី៖

- **តើព័ត៌មានអ្វីខ្លះដែលអាចត្រូវបានចែករំលែក**
- **អ្នកណាខ្លះដែលអាចធ្វើ និងទទួលបានព័ត៌មាន**
- **មូលហេតុដែលព័ត៌មានត្រូវបានចែករំលែក**
- **រយៈពេលនៃការអនុញ្ញាតឱ្យបញ្ចេញព័ត៌មាន**
- **សិទ្ធិរបស់អ្នកក្នុងការដកហូតការអនុញ្ញាតឱ្យបញ្ចេញព័ត៌មាន**
- **សិទ្ធិរបស់អ្នកក្នុងការបដិសេធមិនចុះហត្ថលេខា និងផលវិបាកដែលអាចកើតមានពីការបដិសេធនោះ**

សូមអាន និងពិនិត្យមើលផ្នែកនីមួយៗឱ្យបានហ្មត់ចត់មុនពេលចុះហត្ថលេខា។

អ្នកណាខ្លះដែលអាចចែករំលែក និងទទួលបានព័ត៌មានរបស់អ្នក

តាមរយៈការចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់បែបបទនេះ អ្នកយល់ព្រមអនុញ្ញាតឱ្យមានការចែករំលែកព័ត៌មានសុខភាពទាក់ទងនឹង SUD ដែលត្រូវបានការពារដោយ 42 CFR ផ្នែកទី 2 ពីអ្នកផ្តល់សេវាព្យាបាលបច្ចុប្បន្ន អតីតកាល និងអនាគត នៅក្នុងបណ្តាញអ្នកផ្តល់សេវារបស់ SAPC ទៅកាន់ SAPC ក្នុងក្នុងនាមរបស់ខ្លួនជាគម្រោង SUD ឯកទេស Medi-Cal សម្រាប់គោលបំណងនៃការទូទាត់ប្រាក់ និងប្រតិបត្តិការថែទាំសុខភាពផ្សេងទៀត។ អ្នកក៏នឹងអនុញ្ញាតឱ្យមានការបញ្ចេញព័ត៌មានព័ត៌មានត្រួតពិនិត្យសម្រាប់អ្នកទៅកាន់ SAPC ឬអ្នកបង់ប្រាក់ភាគីទីបីផ្សេងទៀត រួមទាំងព័ត៌មានទាំងអស់ដែលចាំបាច់ដើម្បីដាក់ស្នើ និងដំណើរការការទាមទារសំណង ដូចជាឈ្មោះ កាលបរិច្ឆេទកំណើត អាសយដ្ឋាន ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ និងសេវាកម្មដែលបានផ្តល់ជូនអ្នក។

សូមយោងទៅផ្នែកទី II "អង្គភាពដែលត្រូវបានអនុញ្ញាតឱ្យចែករំលែកព័ត៌មានសុខភាព" និងផ្នែកទី III "ព័ត៌មានសំខាន់ៗផ្សេងទៀត"។

ពិនិត្យមើលសិទ្ធិរបស់អ្នកក្រោមច្បាប់ HIPAA និង 42 CFR ផ្នែកទី 2

ទម្រង់នេះបញ្ជាក់ពីសិទ្ធិរបស់អ្នកក្រោមច្បាប់សហព័ន្ធ និងច្បាប់រដ្ឋ។ អ្នកមានសិទ្ធិដើម្បី៖

- **បដិសេធមិនចុះហត្ថលេខាលើការអនុញ្ញាតនេះ**
- **ដកហូតការអនុញ្ញាតរបស់អ្នកបានគ្រប់ពេលវេលា** ដោយការសរសេរជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ ឬប្រាប់ដោយផ្ទាល់
- **ទទួលបានច្បាប់ចម្លងនៃទម្រង់ដែលបានបំពេញរួចរាល់**
- **រំពឹងថានឹងមានការការពារការសម្ងាត់** រួមទាំងការហាមឃាត់លើការបង្ហាញព័ត៌មានបន្ត

សូមយោងទៅផ្នែកទី III "ព័ត៌មានសំខាន់ៗផ្សេងទៀត" និងផ្នែកទី V "សេចក្តីជូនដំណឹងដែលភ្ជាប់ជាមួយការបង្ហាញព័ត៌មាន" សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមទាក់ទងនឹងសិទ្ធិរបស់អ្នកក្រោមច្បាប់ HIPAA និង 42 CFR ផ្នែកទី 2។

ការផុតកំណត់នៃការអនុញ្ញាត

ការអនុញ្ញាតនេះមិនផុតកំណត់ទេ ហើយនឹងនៅតែបន្តមានសុពលភាពរហូត លុះត្រាតែអ្នកជ្រើសរើសដកហូតវិញ។

សូមយោងទៅផ្នែកទី III "ព័ត៌មានសំខាន់ៗផ្សេងទៀត" និងផ្នែកទី VI "ការដកហូតការយល់ព្រម" សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីសិទ្ធិអនុញ្ញាតរបស់អ្នក។

ការដកហូតការអនុញ្ញាតរបស់អ្នក

អ្នកអាចដកហូតការអនុញ្ញាតរបស់អ្នកបានគ្រប់ពេលវេលា ដោយជូនដំណឹងដល់អ្នកផ្តល់សេវាព្យាបាល ឬកម្មវិធីរបស់អ្នកជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ ឬប្រាប់ដោយផ្ទាល់។ ការដកហូតមិនមានអានុភាពលុបចោលការបង្ហាញព័ត៌មានដែលបានធ្វើរួចមកហើយ មុនពេលការដកហូតការយល់ព្រមនោះត្រូវបានទទួលឡើយ។ សេវាកម្មដែលបានផ្តល់មុនពេលដកហូត នឹងនៅតែត្រូវបានចាត់ទុកថាមានការអនុញ្ញាតសម្រាប់គោលបំណងនៃការទូទាត់ប្រាក់ និងប្រតិបត្តិការថែទាំសុខភាព។

សូមយោងទៅផ្នែកទី III “ព័ត៌មានសំខាន់ៗផ្សេងទៀត” និងផ្នែកទី VI “ការដកហូតការយល់ព្រម” សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីរបៀបដកហូតការអនុញ្ញាតរបស់អ្នក។

ការចែករំលែកព័ត៌មានតាមប្រព័ន្ធអេឡិចត្រូនិក និងសុវត្ថិភាព

ការបង្ហាញព័ត៌មានទាំងអស់ រួមទាំងការបង្ហាញដែលធ្វើឡើងតាមប្រព័ន្ធអេឡិចត្រូនិក ត្រូវតែអនុលោមតាម៖

- លក្ខខណ្ឌ **HIPAA**
- **42 CFR ផ្នែកទី 2**
- ច្បាប់ស្តីពី**ការរក្សាការសម្ងាត់របស់សហព័ន្ធ** និងរដ្ឋផ្សេងទៀតដែលពាក់ព័ន្ធ

ចុះហត្ថលេខា និងចុះកាលបរិច្ឆេទលើទម្រង់

ហត្ថលេខារបស់អ្នកបញ្ជាក់ថា៖

- អ្នកយល់អំពីព័ត៌មាននៅលើទម្រង់នេះ
- អ្នកអនុញ្ញាតឱ្យបញ្ចេញព័ត៌មានដែលបានពិពណ៌នា
- អ្នកយល់អំពីសិទ្ធិរបស់អ្នកក្រោមច្បាប់ HIPAA និង 42 CFR ផ្នែកទី 2

ប្រសិនបើអ្នកចុះហត្ថលេខាក្នុងនាមជា**តំណាងស្របច្បាប់** អ្នកត្រូវតែបញ្ជាក់ពីសិទ្ធិអំណាចផ្លូវច្បាប់របស់អ្នកក្នុងការធ្វើដូច្នេះ។ ឧទាហរណ៍នៃសិទ្ធិអំណាចស្របច្បាប់រួមមាន ឪពុកម្តាយ អាណាព្យាបាលស្របច្បាប់ អ្នកគ្រប់គ្រងទ្រព្យសម្បត្តិ អ្នកគ្រប់គ្រងមរតក អ្នកកាន់លិខិតប្រគល់សិទ្ធិ និង/ឬសាច់ញាតិជិតបំផុត។ អ្នកនឹងត្រូវតម្រូវឱ្យផ្តល់ឯកសារបន្ថែមដើម្បីបញ្ជាក់ពីសិទ្ធិអំណាចរបស់អ្នកក្នុងការយល់ព្រមជំនួសអតិថិជន។

ប្រសិនបើអ្នកចុះហត្ថលេខាក្នុងនាមជាសាក្សីសម្រាប់ការចុះហត្ថលេខាដោយប្រើសញ្ញាសម្គាល់ សូមបំពេញផ្នែកដែលត្រូវគ្នាជាមួយនឹងព័ត៌មានរបស់អ្នក។

ការប្រគល់ទម្រង់បែបបទដែលបានបំពេញរួច

សូមប្រគល់ទម្រង់ដែលបានចុះហត្ថលេខារួចទៅកាន់អ្នកផ្តល់សេវា កម្មវិធី ឬភ្នាក់ងារដែលទទួលបន្ទុកក្នុងការដំណើរការសំណើរបស់អ្នក។ អ្នកអាចស្នើសុំច្បាប់ចម្លងសម្រាប់កំណត់ត្រារបស់អ្នក។

កម្មវិធីបង្ការនិងគ្រប់គ្រងការប្រើប្រាស់សារធាតុញៀន (SAPC)

ការយល់ព្រមសម្រាប់ការទូទាត់ប្រាក់ និងប្រតិបត្តិការថែទាំសុខភាព

គោលបំណងនៃការយល់ព្រម និងការបង្ហាញព័ត៌មាន៖

គោលបំណងនៃការយល់ព្រមនេះគឺដើម្បីអនុញ្ញាតឱ្យមានការទូទាត់សម្រាប់រាល់សេវាកម្មដែលបានផ្តល់សម្រាប់ការព្យាបាលជំងឺញៀនសារធាតុ (SUD) និងដើម្បីអនុញ្ញាតឱ្យមានការបញ្ចេញព័ត៌មានសុខភាព SUD របស់ខ្ញុំដែលត្រូវបានការពារដោយ 42 CFR ផ្នែកទី 2 ពីអ្នកផ្តល់សេវាព្យាបាលបច្ចុប្បន្ន អតីតកាល និងអនាគតរបស់ខ្ញុំនៅក្នុងបណ្តាញអ្នកផ្តល់សេវា SAPC ទៅកាន់ SAPC ក្នុងក្នុងនាមរបស់ខ្លួនជាគម្រោង Medi-Cal Specialty SUD សម្រាប់សេវាកម្ម SUD សម្រាប់គោលបំណងនៃការទូទាត់ប្រាក់ និងប្រតិបត្តិការថែទាំសុខភាពផ្សេងទៀត។ ការយល់ព្រមនេះក៏អនុញ្ញាតឱ្យមានការដាក់ស្នើ និងការទូទាត់ទៅកាន់នាយកដ្ឋានសេវាថែទាំសុខភាពរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា (DHCS) គម្រោងថែទាំដែលបានគ្រប់គ្រង (MCP) និងអ្នកបង់ប្រាក់ភាគីទីបីផ្សេងទៀត និងការបញ្ចេញព័ត៌មានទាំងអស់ដែលចាំបាច់ដើម្បីដាក់ស្នើ និងដំណើរការការទាមទារសំណង។

I. ព័ត៌មានអតិថិជន		
ឈ្មោះ (នាមត្រកូល នាមខ្លួន និងនាមកណ្តាល)៖	ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត៖	លេខ Medi-Cal៖
អាសយដ្ឋានអ៊ីមែល៖ តាមរយៈការផ្តល់អាសយដ្ឋានអ៊ីមែលរបស់អ្នក អ្នកកំពុងអនុញ្ញាតឱ្យ SAPC និងបណ្តាញអ្នកផ្តល់សេវារបស់ SAPC ទាក់ទងអ្នកតាមរយៈអ៊ីមែល។	លេខទូរសព្ទ៖	លេខ 4 ខ្ទង់ចុងក្រោយនៃ SSN៖
អាសយដ្ឋាន៖		លេខសម្គាល់ Sage៖
II. អង្គភាពដែលមានសិទ្ធិចែករំលែកព័ត៌មានសុខភាព		
ខ្ញុំយល់ព្រមឱ្យមានការបញ្ចេញព័ត៌មានសុខភាព SUD របស់ខ្ញុំដែលត្រូវបានការពារដោយ 42 CFR ផ្នែកទី 2 ពីអ្នកផ្តល់សេវាព្យាបាលបច្ចុប្បន្ន អតីតកាល និងអនាគតរបស់ខ្ញុំនៅក្នុងបណ្តាញអ្នកផ្តល់សេវា SAPC ទៅកាន់ SAPC ក្នុងក្នុងនាមរបស់ខ្លួនជាគម្រោង Medi-Cal specialty SUD សម្រាប់គោលបំណងនៃការទូទាត់ប្រាក់ និងប្រតិបត្តិការថែទាំសុខភាពផ្សេងទៀត។ ខ្ញុំអនុញ្ញាតឱ្យមានការបញ្ចេញព័ត៌មានព័ត៌មានគ្រួសារសម្រាប់សេវាទៅកាន់ SAPC ឬអ្នកបង់ប្រាក់ភាគីទីបីផ្សេងទៀត រួមទាំងព័ត៌មានទាំងអស់ដែលចាំបាច់ដើម្បីដាក់ស្នើ និងដំណើរការការទាមទារសំណង ដូចជាឈ្មោះ ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត អាសយដ្ឋាន ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យវេជ្ជសាស្ត្រ និងសេវាកម្មដែលបានផ្តល់ឱ្យខ្ញុំ។		
III. ព័ត៌មានសំខាន់ៗផ្សេងទៀត		
តាមរយៈការចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់យល់ព្រមនេះ ខ្ញុំយល់ថា៖ ការផ្គត់ផ្គង់នៃការយល់ព្រម - ការអនុញ្ញាតនេះនឹងនៅតែមានសុពលភាពរហូតដល់មានការដកហូតជាផ្លូវការ។ - កំណត់ត្រាព្យាបាលគ្រឿងស្រវឹង និង/ឬគ្រឿងញៀនរបស់ខ្ញុំត្រូវបានការពារក្រោមបទប្បញ្ញត្តិសហព័ន្ធដែលគ្រប់គ្រងការរក្សាការសម្ងាត់ និងកំណត់ត្រាអ្នកជំងឺប្រើប្រាស់គ្រឿងញៀន 42 C.F.R. ផ្នែកទី 2 និងច្បាប់ស្តីពីលទ្ធភាពបន្តការធានារ៉ាប់រងសុខភាព និងគណនេយ្យភាពឆ្នាំ 1996 ("HIPAA") 45 C.F.R. ផ្នែកទី 160 និង 164 ហើយមិនអាចត្រូវបានបង្ហាញដោយគ្មានការយល់ព្រមជាលាយលក្ខណ៍អក្សរពីខ្ញុំឡើយ លុះត្រាតែបទប្បញ្ញត្តិទាំងនោះអនុញ្ញាតផ្សេងពីនេះ។ សិទ្ធិមិនចុះហត្ថលេខា៖ ការយល់ព្រមនេះគឺសម្រាប់ការទូទាត់ថ្លៃថែទាំសុខភាពរបស់ខ្ញុំ និងប្រតិបត្តិការថែទាំសុខភាពផ្សេងទៀត។ ខ្ញុំទទួលស្គាល់ថាខ្ញុំមានសិទ្ធិមិនចុះហត្ថលេខាលើការយល់ព្រមនេះ។ ប្រសិនបើខ្ញុំមិនចុះហត្ថលេខាលើការយល់ព្រមនេះទេ ខ្ញុំកំពុងទទួលខុសត្រូវចំពោះការទូទាត់ទាំងអស់ រួមទាំងចំនួនទឹកប្រាក់ណាមួយដែលនឹងត្រូវចេញវិក្កយបត្រ ឬសងត្រឡប់ដោយ SAPC ក្នុងក្នុងនាមរបស់ខ្លួនជាគម្រោង Medi-Cal specialty SUD ក៏ដូចជាអ្នកបង់ប្រាក់ភាគីទីបីណាមួយដែលពាក់ព័ន្ធ ហើយខ្ញុំនឹងទទួលខុសត្រូវចំពោះរាល់ការចំណាយផ្ទាល់ខ្លួនដែលពាក់ព័ន្ធទាំងអស់។ - ខ្ញុំទទួលស្គាល់ថាការអនុញ្ញាតនេះគឺចាំបាច់ដើម្បីកំណត់សិទ្ធិទទួលបានការព្យាបាល ឬអត្ថប្រយោជន៍ ឬដើម្បីទូទាត់ថ្លៃព្យាបាលដែលខ្ញុំទទួលបាន ប៉ុន្តែ SAPC មិនអាចកំណត់ការព្យាបាលរបស់ខ្ញុំដោយផ្អែកលើការផ្តល់ការអនុញ្ញាតនេះបានទេ។ - ខ្ញុំមានសិទ្ធិទទួលបានច្បាប់ចម្លងនៃទម្រង់ការយល់ព្រមនេះ។ ច្បាប់ចម្លងនៃទម្រង់ការយល់ព្រមនេះមានសុពលភាពដូចគ្នានឹងឯកសារដើមដែរ។ ព័ត៌មានស្តីពីការបង្ហាញព័ត៌មានបន្ត - ព័ត៌មានទាក់ទងនឹងការព្យាបាលគ្រឿងស្រវឹង ឬគ្រឿងញៀនដែលត្រូវបានបង្ហាញដល់អង្គភាពដែលគ្របដណ្តប់ ឬដៃគូអាជីវកម្មអាចត្រូវបានបង្ហាញបន្តស្របតាមការអនុញ្ញាតដែលមាននៅក្នុងបទប្បញ្ញត្តិ HIPAA។ - ការហាមឃាត់សម្រាប់ការបង្ហាញព័ត៌មានបន្ត - ព័ត៌មានដែលបានបង្ហាញមិនអាចត្រូវបានបង្ហាញបន្តសម្រាប់ដំណើរការរដ្ឋប្បវេណី ព្រហ្មទណ្ឌ រដ្ឋបាល និងនីតិបញ្ញត្តិប្រឆាំងនឹងអតិថិជនដោយគ្មានការទទួលបានទម្រង់ការយល់ព្រមបន្ថែមដែលសម្រាប់គោលបំណងនេះតែមួយគត់ ដែលស្របតាម 42 C.F.R. ផ្នែកទី 2។		

VI. ការដកហូតការយល់ព្រម

ខ្ញុំមានសិទ្ធិឯកភូតទម្រង់ការយល់ព្រមនេះបានគ្រប់ពេលវេលា ដោយបំពេញផ្នែកនេះ និងផ្តល់ការឯកភូតការយល់ព្រមរបស់ខ្ញុំតាមប្រៃសណីយ៍ ឬប្រាប់ដោយផ្ទាល់ទៅកាន់អ្នកផ្តល់សេវាព្យាបាលការប្រើប្រាស់សារធាតុញៀនរបស់ខ្ញុំ លើកលែងតែក្នុងកម្រិតដែលអ្នកផ្តល់សេវារបស់ខ្ញុំ ឬអ្នកកាន់កាប់ស្របច្បាប់ផ្សេងទៀតបានធ្វើសកម្មភាពដោយផ្អែកលើវាហើយ។

អាសយដ្ឋានប្រៃសណីយ៍របស់ភ្នាក់ងារផ្តល់សេវាព្យាបាលការប្រើប្រាស់សារធាតុញៀន

ឈ្មោះអង្គភាព: _____

អាសយដ្ឋានផ្លូវ (បន្ទាត់ទី 1)៖ _____

អាសយដ្ឋានផ្លូវ (បន្ទាត់ទី 2៖ អាជ្ញាធរមិន/បន្ទប់/យូនីត)៖ _____

ទីក្រុង រដ្ឋ និងលេខកូដប្រៃសណីយ៍: _____

នៅពេលដែលការដកហូតការយល់ព្រមរបស់ខ្ញុំត្រូវបានទទួល អ្នកផ្តល់សេវារបស់ខ្ញុំនឹងដកហូតទម្រង់ការយល់ព្រមសម្រាប់ការបង្ហាញព័ត៌មាននាពេលអនាគត។
ការបង្ហាញព័ត៌មានដែលបានធ្វើឡើងមុនពេលទទួលបានការដកហូត មិនអាចទាញយកមកវិញបានទេ។

ដោយចុះហត្ថលេខានៅខាងក្រោម ខ្ញុំដកហូតការយល់ព្រមរបស់ខ្ញុំសម្រាប់ការចេញផ្សាយព័ត៌មាននាពេលអនាគតសម្រាប់ការទូទាត់ប្រាក់ និងប្រតិបត្តិការថវិកាសុខភាព។ ខ្ញុំយល់ថាការបង្ហាញព័ត៌មានណាមួយដែលបានធ្វើឡើងមុនពេលទទួលបានការដកហូតនេះ មិនអាចលុបចោលឬទាញយកមកវិញបានទេ។

ឈ្មោះ និងហត្ថលេខារបស់អតិថិជន ឬតំណាងស្របច្បាប់របស់អតិថិជន៖

ប្រសិនបើអតិថិជនមិនអាចសរសេរបាន ពួកគេអាចធ្វើសញ្ញាសម្គាល់ជំនួសហត្ថលេខានៅលើបន្ទាត់ហត្ថលេខា។

ការចុះហត្ថលេខាដោយសញ្ញាសម្គាល់តម្រូវឱ្យមានសាក្សីពីរនាក់។

សាក្សីម្នាក់ត្រូវសរសេរឈ្មោះរបស់អតិថិជននៅលើបន្ទាត់ដែលបានកំណត់សម្រាប់ឈ្មោះរបស់អតិថិជន ហើយសរសេរឈ្មោះរបស់ខ្លួនឯង

ព្រមទាំងចុះហត្ថលេខានៅក្នុងចន្លោះណាមួយដែលបានកំណត់សម្រាប់សាក្សីខាងក្រោម។ សាក្សីទីពីរត្រូវសរសេរឈ្មោះ

និងចុះហត្ថលេខារបស់ខ្លួននៅក្នុងចន្លោះសម្រាប់សាក្សីដែលនៅសល់ ដើម្បីបញ្ជាក់ការចុះហត្ថលេខាជំនួសដោយសញ្ញាសម្គាល់របស់អតិថិជន។

បោះពុម្ពឈ្មោះ: (នាមខ្លួន ឈ្មោះកណ្តាល និងនាមត្រកូល)

ហត្ថលេខា

12

၁၆၁

5

ប្រសិនបើចុះហត្ថលេខាដោយកំណាងស្របច្បាប់របស់អភិថិជន សូមបញ្ជាក់ពីទំនាក់ទំនង និងសិទ្ធិអំណាចផ្លូវច្បាប់ក្នុងការធ្វើដូច្នេះ៖

ប្រសិនបើអតិថិជនមិនអាចសរសេរបាន ហើយបានផ្ញើសញ្ញាសម្គាល់ជាហត្ថលេខារបស់ពួកគេខាងលើ

សាក្សីពីរនាក់ត្រូវបានគម្របឱ្យបំពេញផ្នែកសាក្សីដោយសរសេរឈ្មោះរបស់ពួកគេ និងចុះហត្ថលេខាខាងក្រោម។

1.

បោះពុម្ពឈ្មោះសាក្សី (នាមខ្លួន ឈ្មោះកណ្តាល និងនាមត្រកូល)

2.

បោះពុម្ពឈ្មោះសាក្សី (នាមខ្លួន ឈ្មោះកណ្តាល និងនាមត្រកូល)

ហត្ថលេខា

ហត្ថលេខា

អភិវឌ្ឍន៍ដែលបានដាក់បញ្ចូលទម្រង់បែបបទយល់ព្រមក្នុងការបញ្ចេញព័ត៌មានដោយផ្ទាល់ទៅកាន់ SAPC

អាចធ្វើទម្រង់បែបបទឥកាយលំព្រមដែលបានបំពេញរួចរាល់ត្រូវបំបែកវិញតាមរយៈអ៊ីមែលដែលមានសុវត្ថិភាព

ឬតាមប្រែសំណើទៅកាន់អាសយដ្ឋានដែលមានរាយខាងក្រោម។

ច្បាប់ចម្លងនៃអត្ថសញ្ញាណប័ណ្ណផ្លូវការដែលចេញដោយរដ្ឋាភិបាលរបស់ពួកគេត្រូវតែភ្ជាប់មកជាមួយ

ដើម្បីជ្រៀងផ្លាស់ភាពត្រឹមត្រូវនៃសំណើនេះ។

អាសយដ្ឋានប្រៃសណីយ៍របស់ SAPC

កម្មវិធីបង្ការនិងត្រួតពិនិត្យការប្រើប្រាស់សារធាតុញៀន

1000 South Fremont Ave.

អគារ A-9 ជាន់ទី 3 ប្រអប់លេខ 34

Alhambra, CA 91803

អាសយដ្ឋានអ៊ីមែល:

SAPC-HIM@ph.lacounty.gov

ស្ទួចចំណុះ សំណើដកការយល់ព្រមដែលធ្វើទៅកាន់ SAPC ពីអភិវឌ្ឍន៍ដែលមិនបានបំពេញទម្រង់បែបបទយល់ព្រមក្នុងការបញ្ចេញព័ត៌មានដោយផ្ទាល់ជាមួយ SAPC ឬសំណើដែលធ្វើដោយគ្មានច្បាប់ចម្លងនៃអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណត្រឹមត្រូវដែលចេញដោយរដ្ឋាភិបាល នឹងមិនត្រូវបានដំណើរការឡើយ។

របៀបបំពេញទម្រង់ការយល់ព្រមរបស់ SAPC សម្រាប់ការទូទាត់ប្រាក់ និងប្រតិបត្តិការថែទាំសុខភាព

គោលបំណងនៃការយល់ព្រម និងការបង្ហាញព័ត៌មាន (ផ្នែកខាងលើនៃទម្រង់បែបបទ)

ផ្នែកនេះពន្យល់ថាអ្នកកំពុងអនុញ្ញាត៖

- SAPC ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មាន SUD របស់អ្នកសម្រាប់ការទូទាត់ប្រាក់ និងប្រតិបត្តិការថែទាំសុខភាព និង
- SAPC, DHCS, MCPs និងអ្នកបង់ប្រាក់ផ្សេងទៀត ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានដែលត្រូវការដើម្បីដាក់បញ្ជូន និងដំណើរការការទាមទារសំណង។
- ទម្រង់នេះត្រូវបានទាមទារប្រសិនបើអ្នកចង់ឱ្យ SAPC គិតថ្លៃសេវា Medi-Cal ឬអ្នកបង់ប្រាក់ផ្សេងទៀតសម្រាប់សេវា SUD របស់អ្នក។

ផ្នែកទី I — ព័ត៌មានអតិថិជន

បំពេញព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួនរបស់អ្នក ដើម្បីឱ្យ SAPC និងអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកអាចកំណត់អត្តសញ្ញាណកម្មអ្នកបានត្រឹមត្រូវ។

1. **ឈ្មោះ៖** សរសេរឈ្មោះស្របច្បាប់ពេញលេញរបស់អ្នក (នាមត្រកូល, នាមខ្លួន, ឈ្មោះកណ្តាល)។
2. **ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត៖** ប្រើទម្រង់ ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ។
3. **លេខ Medi-Cal៖** បញ្ចូលលេខ Medi-Cal របស់អ្នក ប្រសិនបើអ្នកមាន។
4. **អាសយដ្ឋានអ៊ីមែល៖** បញ្ចូលអ៊ីមែលដែលអ្នកប្រើជាប្រចាំ។
5. **លេខទូរស័ព្ទ៖** លេខទូរស័ព្ទដែលងាយស្រួលទាក់ទងអ្នកបំផុត។
6. **លេខ 4 ខ្ទង់ចុងក្រោយនៃ SSN៖** បញ្ចូលតែលេខបួនខ្ទង់ចុងក្រោយនៃលេខសន្តិសុខសង្គមរបស់អ្នកប៉ុណ្ណោះ។ ប្រសិនបើអ្នកមិនមាន SSN ឬមិនដឹងថា SSN របស់អ្នកជាអ្វីទេ សូមទុកវាឱ្យទំនេរ។
7. **អាសយដ្ឋាន៖** អាសយដ្ឋានប្រៃសណីយ៍បច្ចុប្បន្នរបស់អ្នក។
8. **លេខសម្គាល់ Sage៖** ផ្តល់លេខកំណត់ត្រាវេជ្ជសាស្ត្រ Sage EHR របស់អ្នក ប្រសិនបើអ្នក ប្រសិនបើមិនដឹងទេ សូមទុកវាឱ្យទំនេរ ឬសួរអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក។

ផ្នែកទី II — អង្គភាពដែលមានសិទ្ធិចែករំលែកព័ត៌មានសុខភាព

មិនចាំបាច់សរសេរអ្វីនៅក្នុងផ្នែកនេះទេ។ ផ្នែកនេះពន្យល់ថា អ្នកកំពុងផ្តល់ការអនុញ្ញាតឱ្យអ្នកផ្តល់សេវាព្យាបាល SAPC បច្ចុប្បន្ន អតីតកាល និងអនាគតរបស់អ្នក ដើម្បីបញ្ចេញព័ត៌មាន SUD របស់អ្នកទៅឱ្យ SAPC និងទៅឱ្យអ្នកបង់ប្រាក់ភាគីទីបី (DHCS, MCPs, ផែនការធានារ៉ាប់រង) សម្រាប់ការទូទាត់ប្រាក់ និងប្រតិបត្តិការថែទាំសុខភាព។

ផ្នែកទី III — ព័ត៌មានសំខាន់ៗផ្សេងទៀត

អ្នកមិនចាំបាច់សរសេរអ្វីទាំងអស់នៅក្នុងផ្នែកនេះទេ។ សូមអានផ្នែកនីមួយៗដោយយកចិត្តទុកដាក់។

- **ការផ្គត់ផ្គង់៖** ការយល់ព្រមរបស់អ្នកនៅតែមានសុពលភាពរហូតដល់អ្នកដកហូតវាវិញ។
- **ការការពារ៖** កំណត់ត្រារបស់អ្នកត្រូវបានការពារដោយច្បាប់សហព័ន្ធគ្រាម 42 CFR ផ្នែកទី 2 និង HIPAA។
- **សិទ្ធិមិនចុះហត្ថលេខា៖** អ្នកអាចបដិសេធមិនចុះហត្ថលេខាបាន ប្រសិនបើអ្នកធ្វើដូច្នេះ អ្នកនឹងត្រូវទទួលខុសត្រូវលើការចំណាយដែលទាក់ទងនឹងការថែទាំរបស់អ្នក។
- **សិទ្ធិទទួលបានច្បាប់ចម្លង៖** អ្នកអាចស្នើសុំច្បាប់ចម្លងនៃការយល់ព្រមដែលបានចុះហត្ថលេខារួច។
- **ការបង្ហាញព័ត៌មានបន្ថែម៖** ព័ត៌មានមួយចំនួនរបស់អ្នកអាចត្រូវបានបញ្ចេញបន្ថែមគ្រាម HIPAA ក្នុងករណីមួយចំនួនដែលច្បាប់អនុញ្ញាតប៉ុណ្ណោះ។
- **ការការពារតាមផ្លូវច្បាប់៖** ព័ត៌មានរបស់អ្នកមិនអាចត្រូវបានប្រើប្រាស់ក្នុងដំណើរការផ្លូវច្បាប់ដោយគ្មានការយល់ព្រមដាច់ខាតឡើយនោះទេ។
- **សិទ្ធិដកហូត៖** អ្នកអាចដកហូតការយល់ព្រមនេះបានគ្រប់ពេល។ ព័ត៌មានដែលត្រូវបានចែករំលែករួចហើយ មិនអាចដកហូតវិញបានទេ។

ផ្នែកទី IV — ហត្ថលេខារបស់អតិថិជន ឬតំណាងស្របច្បាប់

នេះគឺជាកន្លែងដែលអ្នកផ្តល់ការអនុញ្ញាតជាផ្លូវការសម្រាប់ការបញ្ចេញព័ត៌មាន។

1. **សរសេរឈ្មោះ៖** ឈ្មោះពេញតាមផ្លូវច្បាប់របស់អ្នក។
2. **ហត្ថលេខា៖** ចុះហត្ថលេខាលើឈ្មោះរបស់អ្នក។
 - a. ប្រសិនបើអ្នកមិនអាចសរសេរបាន អ្នកអាចចុះហត្ថលេខាដោយប្រើសញ្ញាសម្គាល់។
 - b. ប្រសិនបើចុះហត្ថលេខាដោយប្រើសញ្ញាសម្គាល់ សាក្សីពីរនាក់ត្រូវតែបំពេញផ្នែកសាក្សី។
3. **កាលបរិច្ឆេទ៖** បញ្ចូលកាលបរិច្ឆេទនៃការចុះហត្ថលេខា។
4. **ប្រសិនបើចុះហត្ថលេខាដោយតំណាងស្របច្បាប់៖**
 - a. បញ្ជាក់ពីទំនាក់ទំនង (ឧទាហរណ៍៖ ឪពុកម្តាយ អាណាព្យាបាល ។ល។)។
 - b. បញ្ជាក់ពីសិទ្ធិតំណាងផ្លូវច្បាប់ (ឧទាហរណ៍៖ ឯកភាពការ សិទ្ធិអ្នកគ្រប់គ្រងទ្រព្យសម្បត្តិ ។ល។)។
5. **ផ្នែកសាក្សី (សម្រាប់តែករណីអតិថិជនចុះហត្ថលេខាដោយប្រើសញ្ញាសម្គាល់ប៉ុណ្ណោះ)**

សាក្សីពីរនាក់ចាំបាច់ត្រូវ៖

 - សរសេរឈ្មោះរបស់ពួកគេឱ្យបានច្បាស់លាស់
 - ចុះហត្ថលេខាលើឈ្មោះរបស់ពួកគេ

ប្រសិនបើគំណាងស្របច្បាប់ចុះហត្ថលេខាគំណាងអតិថិជន ពួកគេត្រូវតែបញ្ជាក់ពីទំនាក់ទំនង និងសិទ្ធិអំណាចស្របច្បាប់របស់ពួកគេក្នុងការធ្វើដូច្នេះ។ ប្រសិនបើអតិថិជនចុះហត្ថលេខាដោយប្រើសញ្ញាសម្គាល់ សាក្សីពីរនាក់ត្រូវតែសរសេរឈ្មោះ និងចុះហត្ថលេខា។

ផ្នែកទី V — សេចក្តីជូនដំណឹងដែលភ្ជាប់ជាមួយការបញ្ជាក់ព័ត៌មាន

នេះគឺជាសេចក្តីជូនដំណឹងអំពីការរក្សាការសម្ងាត់តាម 42 CFR ផ្នែកទី 2 ដែលតម្រូវឱ្យមាន ដែលនឹងភ្ជាប់ជាមួយព័ត៌មានរបស់អ្នក។ មិនចាំបាច់សរសេរឡើយនៅក្នុងផ្នែកនេះទេ។ សេចក្តីជូនដំណឹងដែលភ្ជាប់ជាមួយការបញ្ជាក់ព័ត៌មាន គឺជាសេចក្តីជូនដំណឹងអំពីការរក្សាការសម្ងាត់ដែលនឹងភ្ជាប់ជាមួយឯកសារដែលត្រូវបានបញ្ជាក់តាមការអនុញ្ញាតដោយការចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់នេះ។ សេចក្តីជូនដំណឹងអំពីការរក្សាការសម្ងាត់ជូនដំណឹងដល់អ្នកទទួលកំណត់ត្រាថា កំណត់ត្រាដែលកំពុងទទួលបានត្រូវបានការពារច្បាប់រក្សាការសម្ងាត់របស់រដ្ឋ និងសហព័ន្ធ ហើយមិនអាចចែករំលែកជាមួយអង្គភាពផ្សេងទៀតដែលមិនត្រូវបានអនុញ្ញាតដោយទម្រង់បែបបទយល់ព្រមនេះទេ។

ផ្នែកទី VI — ការដកហូតការយល់ព្រម

បំពេញផ្នែកនេះតែនៅពេលដែលអ្នកចង់ដកហូតការយល់ព្រមរបស់អ្នក (ឧទាហរណ៍៖ នៅពេលអនាគត)។

ជំហានទី 1 — ព័ត៌មានអ្នកផ្តល់សេវា

បំពេញព័ត៌មានរបស់អ្នកផ្តល់សេវាព្យាបាល៖

- ឈ្មោះអង្គភាព
- អាសយដ្ឋានប្រៃសណីយ៍ពេញលេញ

ជំហានទី 2 — ការដកហូតហត្ថលេខា

1. សរសេរឈ្មោះរបស់អ្នក
2. ចុះហត្ថលេខាលើឈ្មោះរបស់អ្នក (ឬធ្វើសញ្ញាសម្គាល់)។
3. ចុះកាលបរិច្ឆេទនៃការដកហូត (ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ)
4. ប្រសិនបើមានអ្នកតំណាងស្របច្បាប់ចុះហត្ថលេខា សូមបញ្ជាក់ពីទំនាក់ទំនង និងសិទ្ធិអំណាចក្នុងការធ្វើដូច្នេះ
5. ប្រសិនបើដាក់ជូនដោយផ្ទាល់ទៅ SAPC សូមភ្ជាប់មកជាមួយនូវច្បាប់ចម្លងនៃអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណដែលចេញដោយរដ្ឋាភិបាលរបស់អ្នក ដើម្បីផ្ទៀងផ្ទាត់អត្តសញ្ញាណរបស់អ្នក

ជំហានទី 3 — សាក្សី (ប្រសិនបើចុះហត្ថលេខាដោយការធ្វើសញ្ញាសម្គាល់)

សាក្សីពីរនាក់ត្រូវតែសរសេរឈ្មោះជាអក្សរពុម្ព និងចុះហត្ថលេខា។

ជំហានទី 4 — ដាក់ពាក្យស្នើសុំដកហូត

ប្រសិនបើអ្នកបានដាក់បញ្ជូនការយល់ព្រមដោយផ្ទាល់ទៅ SAPC ពីដំបូង អ្នកអាចធ្វើការដកហូតតាមរយៈ៖

- តាមរយៈអ៊ីមែលដែលមានសុវត្ថិភាពទៅកាន់ SAPC-HIM@ph.lacounty.gov (ត្រូវតែភ្ជាប់មកជាមួយនូវច្បាប់ចម្លងនៃអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណដែលចេញដោយរដ្ឋាភិបាលរបស់អ្នក)
- តាមប្រៃសណីយ៍ទៅកាន់អាសយដ្ឋាន SAPC ដែលមានរាយក្នុងទម្រង់បែបបទ

សូមធ្វើការដកហូតទៅកាន់អ្នកផ្តល់សេវា ភ្នាក់ងាររបស់អ្នក ឬទៅកាន់ SAPC ដោយប្រើការណែនាំនៅលើទម្រង់បែបបទ។

និយមន័យបន្ថែម

ការអនុញ្ញាត / ការយល់ព្រម

ឯកសារដែលបានចុះហត្ថលេខាជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ ដែលបំពេញតាមលក្ខខណ្ឌទាំងអស់នៃ 42 CFR ផ្នែកទី 2 រួមមាន៖

- គោលបំណងនៃការបង្ហាញព័ត៌មាន
- អ្នកដែលអាចបង្ហាញព័ត៌មាន
- អ្នកដែលអាចទទួលបានព័ត៌មាន
- ព័ត៌មានអ្វីខ្លះដែលអាចចែករំលែកបាន
- កាលបរិច្ឆេទផុតកំណត់
- ហត្ថលេខា និងកាលបរិច្ឆេទ

ទម្រង់បែបបទ ROI របស់ SAPC នីមួយៗត្រូវបានរចនាឡើងដើម្បីបំពេញតាមលក្ខខណ្ឌទាំងនេះសម្រាប់គោលបំណងជាក់លាក់របស់វា

ការសម្របសម្រួលការថែទាំ

ការទំនាក់ទំនង និងកិច្ចសហប្រតិបត្តិការរវាងអ្នកផ្តល់សេវា ដើម្បីគាំទ្រដល់ការព្យាបាល ការបញ្ជូនបន្ត ការគ្រប់គ្រងករណី និងការបន្តការថែទាំរបស់អតិថិជន។

អតិថិជន

បុគ្គលដែលទទួលបានសេវាព្យាបាលបញ្ហាប្រើប្រាស់សារធាតុញៀន (SUD)។ អតិថិជនគឺជាបុគ្គលដែលព័ត៌មានសុខភាពដែលត្រូវបានការពារ (PHI) របស់ពួកគេអាចត្រូវបានចែករំលែក នៅពេលដែលពួកគេចុះហត្ថលេខាលើ ROI។

អង្គភាព

អង្គភាព ភ្នាក់ងារ អ្នកផ្តល់សេវា តុលាការ មេធាវី ឬបុគ្គលណាមួយដែលមានសិទ្ធិទទួលបាន ឬបង្ហាញព័ត៌មាន SUD។ ឧទាហរណ៍៖ អ្នកផ្តល់សេវា SAPC, DHCS, ផែនការថែទាំដែលបានគ្រប់គ្រង (Managed Care Plans), តុលាការ, ការឃ្លាំមើល (probation), អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំបឋម។

ដំណើរការផ្លូវច្បាប់

ដំណើរការព្រហ្មទណ្ឌ រដ្ឋប្បវេណី រដ្ឋបាល ឬនីតិបញ្ញត្តិណាមួយ ដែលព័ត៌មាន SUD អាចត្រូវបានស្នើសុំ ឬប្រើប្រាស់ប្រឆាំងនឹងអតិថិជន។ ឧទាហរណ៍៖ សវនាការតុលាការ ករណីត្រួតពិនិត្យតាមដាន ករណីសុខុមាលភាពកុមារ សវនាការកំណត់អត្ថប្រយោជន៍សន្តិសុខសង្គម។

អ្នកកំណត់ស្របច្បាប់

បុគ្គលដែលមានសិទ្ធិស្របច្បាប់ក្នុងការសម្រេចចិត្តជំនួសអតិថិជន។ ឧទាហរណ៍៖

- អ្នកអភិរក្សដែលតែងតាំងដោយតុលាការ
- អាណាព្យាបាលស្របច្បាប់
- ឪពុកម្តាយរបស់អតិថិជន ពួកគេអាចចុះហត្ថលេខាលើ ROI បានលុះត្រាតែពួកគេមានឯកសារបញ្ជាក់ពីសិទ្ធិអំណាចស្របច្បាប់។

ស្តង់ដារអប្បបរមាដែលចាំបាច់

យោងតាមនិយមន័យ HIPAA ព័ត៌មានតិចតួចបំផុតដែលចាំបាច់ដើម្បីបំពេញគោលបំណងនៃការយល់ព្រម អាចត្រូវបានចែករំលែក។

ការទូទាត់ប្រាក់ និងប្រតិបត្តិការថែទាំសុខភាព

សកម្មភាពរដ្ឋបាលដែលចាំបាច់ដើម្បីចេញវិក្កយបត្រ ទូទាត់ប្រាក់ ឬគ្រប់គ្រងសេវា SUD រួមមាន៖

- ការចេញវិក្កយបត្រ Medi-Cal
- ការត្រួតពិនិត្យសិទ្ធិទទួលបាន
- ការពិនិត្យមើលការប្រើប្រាស់សេវា
- ការកែលម្អគុណភាព
- ការត្រួតពិនិត្យ និងការពិនិត្យការអនុលោមតាមច្បាប់

ការបង្ហាញព័ត៌មានបន្ត

ការចែករំលែកព័ត៌មាន SUD ណាមួយបន្ទាប់ពីការបង្ហាញព័ត៌មានដំបូង។ យោងតាម 42 CFR ផ្នែកទី 2 ការបង្ហាញព័ត៌មានបន្តត្រូវបាន**អនុញ្ញាត** លើកលែងតែសម្រាប់ដំណើរការផ្លូវច្បាប់។

ការដកហូតការយល់ព្រម

អតិថិជនមានសិទ្ធិដកការយល់ព្រមរបស់ពួកគេបានគ្រប់ពេលវេលា។ ការដកការយល់ព្រមមិនអាចលុបចោលការបង្ហាញព័ត៌មានដែលបានធ្វើរួចហើយ នៅពេលដែលការយល់ព្រមនៅមានសុពលភាពនោះទេ។ ការដកហូតត្រូវតែធ្វើឡើងជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ ឬបំពេញដោយប្រើផ្នែកលុបចោលនៃទម្រង់បែបបទ ROI។

អ្នកបង់ប្រាក់ភាគីទីបី

អង្គភាពណាមួយដែលទទួលខុសត្រូវក្នុងការទូទាត់ ឬសងថ្លៃសេវា SUD ក្រៅពីអតិថិជនផ្ទាល់។ ឧទាហរណ៍៖ Medi-Cal, DHCS, ផែនការថែទាំដែលបានគ្រប់គ្រង (Managed Care Plans), ធានារ៉ាប់រងឯកជន។

អ្នកផ្តល់សេវាព្យាបាល / បណ្តាញអ្នកផ្តល់សេវា SAPC

កម្មវិធីព្យាបាល SUD ណាមួយដែលបានចុះកិច្ចសន្យាជាមួយ SAPC នៃខោនធី LA រួមទាំងកម្មវិធីព្យាបាលក្រៅមន្ទីរពេទ្យ, កម្មវិធីស្នាក់នៅ, OTP, ការគ្រប់គ្រងការផ្តាច់សារធាតុញៀន និងកម្មវិធីគាំទ្រការងារស្ទើរយ។

សាក្សី

បុគ្គលដែលសង្កេតមើលអតិថិជនចុះហត្ថលេខាលើ ROI **ដោយការធ្វើសញ្ញាសម្គាល់** (នៅពេលដែលអតិថិជនមិនអាចសរសេរហត្ថលេខាបាន)។ សាក្សីពីរ (2) នាក់ត្រូវតែសរសេរឈ្មោះជាអក្សរពុម្ព និងចុះហត្ថលេខា ដើម្បីឱ្យសញ្ញាសម្គាល់នោះត្រូវបានចាត់ទុកថាមានសុពលភាព។