

<sub_full_name>	លេខសម្គាល់សមាជិក	<Date>
<sub_addr_line_one>	Rx ID:	<Member #>
<sub_addr_line_two>	Rx GRP:	<RxID>
<sub_addr_city>, <sub_addr_state> <sub_addr_zip>	Rx BIN:	E0001002
	Rx PCN:	012353
		07820000

សំខាន់៖ អ្នកបានចុះឈ្មោះចូលក្នុងគម្រោងថ្មីមួយសម្រាប់សេវា Medicare និង Medi-Cal។
រក្សាទុកលិខិតនេះធ្វើជាភស្តុតាងនៃការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នក។

<Name>:

សូមស្វាគមន៍មកកាន់គម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan)!

ចាប់ផ្តើម <effective date> អ្នកនឹងមានគម្រោងសុខភាព Cal MediConnect ដែលរៀបចំឡើងដើម្បីផ្តល់អោយអ្នកនូវការថែទាំគ្រោះថ្នាក់ដែលមានគុណភាពខ្ពស់ដោយមិនគិតថ្លៃបន្ថែមលើអ្នក។ គម្រោង Blue Shield of California Promise Health គឺជាគម្រោងសុខភាពដែលបានចុះកិច្ចសន្យាជាមួយទាំង Medicare និង Medi-Cal ដើម្បីផ្តល់អត្ថប្រយោជន៍នៃកម្មវិធីទាំងពីរនេះដល់អ្នកចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោង។

ការគ្របដណ្តប់ថ្មីរបស់អ្នករួមមាន៖

- អត្ថប្រយោជន៍ Medicare របស់អ្នករួមទាំងថ្នាំតាមវេជ្ជបញ្ជា
- អត្ថប្រយោជន៍ Medi-Cal របស់អ្នករួមបញ្ចូលទាំងសេវាកម្មនិងការគាំទ្រ រយៈពេលវែង (LTSS) ដែលជួយថែទាំអ្នកទៅតាមតម្រូវការផ្ទាល់ខ្លួន។ LTSS រួមបញ្ចូលកម្មវិធីជំនួយសម្រាប់គោលបំណងចម្រុះលើមនុស្សចាស់ (MSSP) និងសេវាកម្មសម្រាប់មនុស្សជំនឿនតាមសហគមន៍ (CBAS) ដែលជាសេវាកម្មដែលអាចជួយអ្នកស្នាក់នៅផ្ទះរបស់អ្នកឱ្យបានយូរតាមដែលអាចធ្វើទៅបាន។ វាក៏រួមបញ្ចូលទាំងការថែទាំនៃមណ្ឌលមនុស្សចាស់ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការវា។
- ជម្រើសវេជ្ជបណ្ឌិតនិងអ្នកផ្តល់សេវាផ្សេងទៀតរបស់អ្នកនៅក្នុងបណ្តាញរបស់យើងដែលធ្វើការជាមួយគ្នាដើម្បីផ្តល់ការថែទាំដែលអ្នកត្រូវការ
- អត្ថប្រយោជន៍ និងសេវាកម្មបន្ថែមដូចជាការថែទាំសុខភាពភ្នែក ជំនួយការស្តាប់ សមាជិកភាពក្តីបសុខភាព និងផ្ទះកំហត់ប្រាណ អត្ថប្រយោជន៍នៃថ្នាំគ្រោះថ្នាក់ផ្សេងៗ ការគ្របដណ្តប់ករណីអាសន្នទូទាំងពិភពលោកប្រព័ន្ធផ្តើយតបការសង្គ្រោះបន្ទាន់ផ្ទាល់ខ្លួន (PERS) គឺប្រព័ន្ធត្រួតពិនិត្យការជូនដំណឹងផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដែលមានលទ្ធភាពជួយ 24/7 ដោយអ្នកគ្រាន់តែចុចចុំត្រង់ហៅ។
- អ្នកសម្របសម្រួលផ្នែកថែទាំនិងជួយអ្នកគ្រប់គ្រងអ្នកផ្តល់សេវានិងសេវាកម្មនានារបស់អ្នក។
- សម្ភារៈបរិក្ខារពេទ្យដែលជាប់បានយូរ ដូចជា រលើចត់ ប្រដាប់ដើរ និងអាវុំអ៊ុយ។



លិខិតនេះគឺជាភស្តុតាងនៃការធានារ៉ាប់រងថ្មីរបស់អ្នក។ សូមក្រាបលិខិតនេះមកជាមួយអ្នកពេទ្យទៅកាន់មិសថស្ថាន ឬការិយាល័យពេទ្យរហូតដល់ពេលអ្នកទទួលបានប័ណ្ណសម្គាល់សមាជិកពីយើងខ្ញុំ។ ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរស័ព្ទទៅកាន់ផ្នែកសេវាសមាជិករបស់គម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan តាមរយៈលេខ 1-855-905-3825 (TTY 711), ម៉ោង 8:00 a.m. – 8:00 p.m., 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។

តើអ្វីត្រូវកើតឡើងបន្ទាប់?

អ្នកអាចចាប់ផ្តើមប្រើប្រាស់បណ្តាញអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំបឋម និងមិសថស្ថានក្នុងបណ្តាញរបស់គម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan សំរាប់សេវាថែទាំសុខភាពនិងមិសថតាមវេជ្ជបញ្ជាទាំងអស់របស់អ្នក ចាប់ពី

<effective date>។ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការការថែទាំបន្ត ឬត្រូវការការថែទាំពេទ្យសេវាសុខភាពសម្រាប់សេវាកម្មពេទ្យសេវាសុខភាពសម្រាប់សេវាកម្មនោះ អ្នកអាចប្រើអ្នកផ្តល់សេវាខាងក្រៅបណ្តាញ Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan បាន។

ដើម្បីជួយជាមួយនឹងការផ្លាស់ប្តូរទៅគម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan អ្នកអាចបន្តជួបព្យាបាលជាមួយវេជ្ជបណ្ឌិតដែលអ្នកកំពុងពិនិត្យជាមួយឥឡូវនេះរហូតដល់ទៅដប់ពីរ(12)ខែគិតចាប់ពីថ្ងៃចុះឈ្មោះចូលរបស់អ្នកនៅក្នុងគម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan។ ទាក់ទងផ្នែកសេវាសមាជិករបស់គម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan តាមរយៈលេខ 1-855-905-3825 (TTY 711) សម្រាប់ព័ត៌មានពីរបៀបដើម្បីធ្វើកិច្ចការនេះ។ អ្នកក៏នឹងមានសិទ្ធិចូលប្រើ (30) លើការ ផ្គត់ផ្គង់ថ្នាំតាមវេជ្ជបញ្ជាដែលអ្នកប្រើនាពេលដំបូង (90) ថ្ងៃក្នុងគម្រោង ប្រសិនបើអ្នកកំពុងប្រើថ្នាំដែលមិនមាននៅក្នុងបញ្ជីរបស់យើងទេប្រសិនបើច្បាប់ ស្តីពីផែនការសុខភាពមិនអនុញ្ញាតឱ្យអ្នកទទួលបានចំនួនទឹកប្រាក់ដែលបានបញ្ជាដោយវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកប្រសិនបើថ្នាំនោះត្រូវបានចាត់ទុកថាជាមុនពីគម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan។

កញ្ចប់សមាជិកថ្មីរួមមាន៖

- សេចក្តីណែនាំបញ្ជីថ្នាំដែលមានការធានារ៉ាប់រង (រួមបញ្ចូល) ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែមអំពីថ្នាំនៅលើបញ្ជីថ្នាំដែលមានការធានារ៉ាប់រង។
- សេចក្តីណែនាំបញ្ជីរបស់អ្នកផ្តល់សេវា និងមិសថស្ថាន ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែមអំពីបណ្តាញអ្នកផ្តល់សេវា និងមិសថស្ថាននៅក្នុងបណ្តាញរបស់យើង។
- កូនសៀវភៅសមាជិក (ភស្តុតាងនៃការធានារ៉ាប់រង)

មុន **<enrollment effective date>** យើងនឹងផ្ញើប័ណ្ណសម្គាល់សមាជិកដល់អ្នក។

មុន **<enrollment effective date>** យើងនឹងផ្ញើ សៀវភៅណែនាំសមាជិក ដល់អ្នក (ភស្តុតាងនៃការធានារ៉ាប់រង)។

ច្បាប់ថតចម្លងទាន់សម័យនៃសៀវភៅណែនាំសមាជិក (ភស្តុតាងនៃការធានារ៉ាប់រង) តែងតែអាចទាញបាននៅលើគេហទំព័ររបស់យើង www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect។ អ្នកក៏អាចទូរស័ព្ទទៅសេវាសមាជិកតាមលេខ 1-855-905-3825 ដើម្បីស្នើសុំឱ្យយើងផ្ញើ កូនសៀវភៅណែនាំសមាជិក ជូនអ្នកមួយច្បាប់។

តើអ្វីត្រូវបង់ថ្លៃជូនសម្រាប់គម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan?

អ្នកមិនទាំបង់ថ្លៃធានារ៉ាប់រងគម្រោង ថ្លៃកាត់កងឬថ្លៃបង់ចំណាយរួមឡើយពេលអ្នកទទួលបានសេវាសុខភាពតាមរយៈអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងគម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan ។

តើខ្ញុំត្រូវបង់ចំណាយប្រាក់ប៉ុន្មានសម្រាប់ថ្នាំពេទ្យតាមវេជ្ជបញ្ជា?

នៅពេលដែលអ្នកទិញថ្នាំពេទ្យតាមវេជ្ជបញ្ជានៅតាមបណ្តាញមិសថស្ថានរបស់យើង អ្នកនឹងបង់ប្រាក់មិនលើសពី **\$3.60** ដុល្លារក្នុងមួយពេលដែលអ្នកបានទទួលមិសថទូទៅដែល គ្របដណ្តប់ដោយគម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan និងមិនលើសពី **\$8.95** ដុល្លារក្នុងមួយពេលដែលអ្នកទទួលបានមិសថមានម៉ាកដែលគ្របដណ្តប់ដោយ Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan។ ការបង់ថ្លៃថ្នាំតាមវេជ្ជបញ្ជាអាចខុសគ្នាអាស្រ័យ លើកម្រិតនៃជំនួយបន្ថែមដែលអ្នកទទួលបាន។ សូមទាក់ទងទៅកាន់គម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan សម្រាប់ព័ត៌មានលម្អិតបន្ថែម។

តើខ្ញុំអាចជ្រើសរើសអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពរបស់យើងដូចម្តេច?

ដើម្បីជ្រើសរើសអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំរបស់ (PCP) របស់អ្នកអ្នកអាចមើលបញ្ជីអ្នក ផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថានរបស់ Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan នៅលើគេហទំព័ររបស់យើងតាមរយៈ www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect ឬហៅទៅ កាន់សេវាកម្មសមាជិកសម្រាប់ជំនួយ។

អ្នកនឹងទទួលបានការថែទាំព្យាបាលតាមធម្មតា ឬជាមូលដ្ឋានពី PCP របស់អ្នក។ PCP របស់អ្នកក៏អាចសម្របសម្រួលសេវាកម្មដែលមានការរ៉ាប់រងផ្សេងទៀតដែលអ្នកត្រូវ ការផងដែរ។

PCPs របស់គម្រោងយើងខ្ញុំមានទំនាក់ទំនងជាមួយក្រុមជំនាញពិសេស។ នៅពេលអ្នកជ្រើស PCP របស់អ្នក លោកអ្នកក៏អាចជ្រើសក្រុមជំនាញពិសេសដែលមានទំនាក់ទំនង នឹងគ្នាផងដែរ។ នេះមានន័យថា PCP របស់អ្នកនឹងណែនាំអ្នកឱ្យទៅជួបគ្រូពេទ្យជំនាញ និងសេវាកម្មដែលមានទំនាក់ទំនងជាមួយក្រុមជំនាញពិសេសរបស់គាត់ផងដែរ។ ដូច្នេះ ប្រសិនបើមានអ្នកជំនាញ ឬមន្ត្រីពេទ្យជាក់លាក់ណាមួយរបស់ Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan ដែលអ្នកចង់ប្រើប្រាស់វាគឺសំខាន់ក្នុងការមើលឃើញថាតើពួកគេគឺ មានទំនាក់ទំនងជាមួយនឹងក្រុមជំនាញពិសេសរបស់ PCP របស់អ្នក។

នៅពេលអ្នកត្រូវការការថែទាំសុខភាពឯកទេស ឬសេវាកម្មបន្ថែមដែល PCP របស់អ្នកមិនអាចផ្តល់ជូនបាន គាត់នឹងផ្តល់ការណែនាំបញ្ជូនបន្តដល់លោកអ្នក។ នៅក្នុងករណី ភាគច្រើនអ្នកត្រូវតែទៅជួប PCP របស់អ្នកដើម្បីទទួលបានការបញ្ជូនបន្ត មុននឹងអ្នកអាចទៅជួបអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពជំនាញពិសេស ឬគ្រូពេទ្យជំនាញណាម្នាក់។ នៅពេលការបញ្ជូនបន្តនេះត្រូវបានយល់ព្រមដោយក្រុមជំនាញពិសេស PCP របស់អ្នក អ្នកអាចធ្វើការណាត់ជួបជាមួយគ្រូពេទ្យជំនាញ ឬអ្នកផ្តល់សេវាកម្មផ្សេងទៀត ដើម្បីទទួលបានការព្យាបាលដែលអ្នកត្រូវការ។ អ្នកឯកទេសនឹងអនុញ្ញាតឱ្យ PCP របស់អ្នកដឹងនៅពេលអ្នកបានបញ្ចប់ការព្យាបាលឬសេវាកម្ម ដើម្បីឱ្យ PCP របស់អ្នកអាចបន្តគ្រប់គ្រងការថែទាំរបស់អ្នក។

PCP ក៏នឹងទាមទារការយល់ព្រមជាមុនពីគម្រោងសម្រាប់អ្នកដើម្បីទទួលបានសេវាកម្ម ជាក់លាក់មួយចំនួន។ វាត្រូវបានគេហៅថា "ការអនុញ្ញាតជាមុន"។ ឧទាហរណ៍ការអនុញ្ញាតជាមុនគឺត្រូវបានទាមទារសម្រាប់អ្នកជំងឺស្លាកនៅមន្ទីរពេទ្យដែលមិនត្រូវការសង្គ្រោះបន្ទាន់ទាំងអស់។ ក្នុងករណីខ្លះ ក្រុមជំនាញពិសេសដែលមានទំនាក់ទំនង ជាមួយ PCP របស់អ្នកជំនួសឱ្យគម្រោងយើងខ្ញុំអាចនឹងអនុញ្ញាតសេវាកម្មរបស់អ្នក។

អ្នកអាចទទួលបានសេវាកម្មជាក់លាក់មួយចំនួនដោយមិនចាំបាច់ទទួលបានការយល់ព្រមពី PCP របស់អ្នកដូចជា៖ សេវាសង្គ្រោះបន្ទាន់ សេវាថែទាំបន្ទាន់ សេវាលាង តម្រងនោមពីមណ្ឌលលាងសម្អាតដែលបានបញ្ជាក់ពី Medicare ការចាក់ថ្នាំបង្ការ គ្រុនក្តៅ ថ្នាំបង្ការជំងឺរលាកឆ្អឹងប្រភេទ B និងជំងឺរលាកសួត ការចាក់ថ្នាំ បង្ការ ការថែទាំសុខភាពស្ត្រីជាប្រចាំ និងសេវាផែនការគ្រួសារ ។ល។

ចុះបើខ្ញុំមានសំណួរអំពីការធានារ៉ាប់រង វិធានសុខភាពរបស់ Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan ត្រូវធ្វើដូចម្តេច?

- ទូរស័ព្ទទៅកាន់ផ្នែកសេវាកម្មសមាជិករបស់គម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan តាមរយៈលេខ 1-855-905- 3825 ចាប់ពីម៉ោង 8:00 a.m. – 8:00p.m. 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។
- សូមទូរស័ព្ទទៅលេខ 711 ប្រសិនបើអ្នកប្រើ TTY។
- សូមចូលមើល www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect។

ចុះបើខ្ញុំមានការធានារ៉ាប់រងលើសុខភាព ឬថ្នាំពេទ្យតាមវេជ្ជបញ្ជាផ្សេងទៀត?

ប្រសិនបើអ្នកមានការធានារ៉ាប់រងសុខភាព ឬថ្នាំដទៃទៀតដូចជាពិនិយោជក ឬសហជីពនោះ អ្នក

ប្រអូកនៅក្នុងបន្តិករបស់អ្នកអាចបាត់បង់ការធានារ៉ាប់រងសុខភាពឬថ្នាំដទៃទៀតរបស់អ្នកទាំងស្រុងហើយមិនអាចទទួលបានមកវិញទេប្រសិនបើអ្នកចូលរួមគម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan។

- ប្រសិនបើការធានារ៉ាប់រងផ្នែកសុខភាពនិងឱសថដទៃទៀតមាន TRICARE, នាយកដ្ឋានកិច្ចការអតីតយុទ្ធជន ឬគោលនយោបាយធានារ៉ាប់រង Medigap (Medicare Supplement Insurance) ។
- សូមទាក់ទងអ្នកគ្រប់គ្រងអត្ថប្រយោជន៍នៃការធានារ៉ាប់រងសុខភាព / ថ្នាំពេទ្យផ្សេងទៀតរបស់អ្នកប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរអំពីការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នក។
- ប្រសិនបើអ្នកបោះបង់ការចុះឈ្មោះចូលក្នុងគម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan អ្នកអាចទូរស័ព្ទទៅផ្នែកជម្រើសថែទាំសុខភាព (Health Care Options) តាមរយៈលេខ 1-844-580-7272, ថ្ងៃចន្ទដល់ថ្ងៃសុក្រ ចាប់ពីម៉ោង 8:00 a.m. ដល់ 6:00 p.m. ទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-800-430-7077 ប្រសិនបើអ្នកប្រើ TTY។

តើខ្ញុំអាចទាញបានពីគម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan បន្ទាប់ពីថ្ងៃចាប់ផ្តើមមានប្រសិទ្ធភាពដែរទេ?

បាទ/ចាស។ អ្នកអាចទាញបានពីគម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan ប្រសិនបើសកម្មភាព Cal MediConnect ថ្មីនាំពេលណាមួយក្នុងកំឡុងពេលមួយ ឆ្នាំដោយទូរស័ព្ទទៅផ្នែកជម្រើសថែទាំសុខភាព (Health Care Options) តាមរយៈលេខ 1-844-580-7272, ថ្ងៃចន្ទដល់ថ្ងៃសុក្រ ចាប់ពីម៉ោង 8:00 a.m. ដល់ 6:00 p.m. ទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-800-430-7077 ប្រសិនបើអ្នកប្រើ TTY។

ប្រសិនបើអ្នកទាញបានពីគម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan ហើយមិនចង់ ចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោង Cal MediConnect Plan ផ្សេងទៀតនោះ ការធានារ៉ាប់រងរបស់ អ្នកនឹងបញ្ចប់នៅថ្ងៃចុងក្រោយនៃថ្ងៃចុងបន្ទាប់ពីអ្នកប្រាប់យើងខ្ញុំ។ ប្រសិនបើ អ្នកទាញបានពីគម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan ហើយមិនចូលរួមក្នុង គម្រោងឱសថវេជ្ជបញ្ជាឬគម្រោងសុខភាព Medicare ណាមួយទេនោះ អ្នកនឹងត្រូវ បានរ៉ាប់រងដោយគម្រោង Original Medicare ហើយ Medicare នឹងចុះឈ្មោះអ្នកទៅក្នុង គម្រោងថ្នាំពេទ្យតាមវេជ្ជបញ្ជាមួយរបស់ Medicare ។

ចុះបើខ្ញុំចង់ចូលរួមក្នុងគម្រោង Cal MediConnect Plan ផ្សេងទៀត?

ប្រសិនបើអ្នកចង់បន្តទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ Medicare និង Medi-Cal រួមគ្នាពីគម្រោងតែមួយ អ្នកអាចចូលរួមក្នុងគម្រោង Cal MediConnect Plan ផ្សេងទៀតបាន។ ដើម្បីចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោង Cal MediConnect Plan មួយផ្សេងទៀត សូមហៅទូរស័ព្ទទៅ Health Care Options តាមលេខ 1-844-580-7272 ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រចាប់ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ 6:00 ល្ងាច។ ទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-800-430-7077 ប្រសិនបើអ្នកប្រើ TTY។ ប្រាប់ពួកគេថា អ្នកចង់ទាញបានពីគម្រោង Cal MediConnect Plan បច្ចុប្បន្នរបស់អ្នក ហើយចង់ចូលរួម ក្នុងគម្រោង Cal MediConnect Plan ផ្សេងមួយទៀត។ បើអ្នកមិនប្រាកដអំពីគម្រោងអ្វី ដែលអ្នកចង់ចូលរួម ពួកគេអាចប្រាប់អ្នកអំពីគម្រោងផ្សេងទៀតក្នុងតំបន់របស់អ្នក។

តើមានអ្វីកើតឡើងចំពោះ Medicare របស់ខ្ញុំ បើខ្ញុំចាកចេញពីគម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan?

ប្រសិនបើអ្នកទាញបានពីគម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan ហើយមិនចូលរួមក្នុងគម្រោងឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាឬគម្រោងសុខភាព Medicare ណាមួយទេនោះ អ្នកនឹងត្រូវបានរ៉ាប់រងដោយគម្រោង Original Medicare ហើយ Medicare នឹងចុះឈ្មោះអ្នកទៅក្នុងគម្រោងថ្នាំពេទ្យតាមវេជ្ជបញ្ជាមួយរបស់ Medicare ។ ប្រសិនបើអ្នកចង់ចូលរួមក្នុងផែនការថ្នាំពេទ្យ Medicare ឬថ្នាំពេទ្យតាមវេជ្ជបញ្ជា ចង់ដឹងបន្ថែមអំពីផែនការ Medicare នៅក្នុងតំបន់របស់អ្នកឬមានសំណួរអំពី

Medicare

- ទាក់ទងតាមរយៈទូរស័ព្ទលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 24 ម៉ោងក្នុងមួយ ថ្ងៃ 7 ថ្ងៃ ក្នុងមួយសប្តាហ៍។
- ទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-877-486-2048 បើអ្នកប្រើ TTY ។
- ចូលមើលគេហទំព័រវេបសាយ Medicare តាមរយៈ <http://www.medicare.gov> ។

តើមានស្តីពីការផ្លាស់ប្តូរពី Medi-Cal របស់ខ្ញុំ ទៅកាន់កម្រិត Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan?

អ្នកត្រូវតែមានឥរិយាបថសុខភាព Medi-Cal មួយដើម្បីបន្តទទួលបានសេវាកម្មរបស់ Medi-Cal រួមទាំងសេវាកម្ម និងការគាំទ្ររយៈពេលវែង (LTSS) ដែលជួយអ្នកជាមួយនឹងតម្រូវការថែទាំផ្ទាល់ខ្លួនដែលកំពុងតែរីករាលដាល។ ប្រសិនបើអ្នកចាកចេញពីកម្រិត Cal MediConnect Plan អ្នកត្រូវជូនដំណឹងដល់ Health Care Options ថាគម្រោងថែទាំសុខភាពក្រោមការគ្រប់គ្រងរបស់ Medi-Cal ណាមួយ ដែលអ្នកចង់ចូលរួម។

ដើម្បីធ្វើដូច្នោះ សូមទូរស័ព្ទទៅ Health Care Options តាមលេខ 1-844-580-7272 ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រចាប់ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹកដល់ 6:00 ល្ងាច។ សូមទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-800-430-7077 ប្រសិនបើអ្នកប្រើ TTY ។ ប្រាប់ពួកគេថាអ្នកមិនចង់ចុះឈ្មោះចូលក្នុងកម្រិត Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan ទេ ហើយអ្នកចង់ចូលរួមក្នុងកម្រិតថែទាំសុខភាពក្រោមការគ្រប់គ្រងរបស់ Medi-Cal ។ បើអ្នកមិនប្រាកដថាខ្លួនចង់ចូលរួមកម្រិតមួយណា ពួកគេអាចប្រាប់អ្នកអំពីគម្រោងផ្សេងទៀតក្នុងតំបន់របស់អ្នក។

ចុះប្រសិនបើខ្ញុំត្រូវការជំនួយ ឬព័ត៌មានបន្ថែម?

- ប្រសិនបើអ្នកចង់និយាយជាមួយអ្នកផ្តល់ជំនួយពីការធានារ៉ាប់រងសុខភាពអំពីការប្រែប្រួលទាំងនេះ និងជម្រើសរបស់អ្នក សូមហៅទូរស័ព្ទមកកាន់កម្មវិធីផ្តល់ប្រឹក្សាអំពីការធានារ៉ាប់រងសុខភាព និងគាំពារសុខភាព (HICAP) របស់រដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ាតាមលេខ 1-800-434-0222 ចាប់ពីថ្ងៃចន្ទដល់ថ្ងៃសុក្រចាប់ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹករហូតដល់ម៉ោង 5:00 ល្ងាច។ សូមទូរស័ព្ទទៅ 711 ប្រសិនបើអ្នកប្រើ TTY ។
- ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយក្នុងការចុះឈ្មោះចូលក្នុងកម្រិត Cal MediConnect ឬ Medi-Cal Plan សូមទូរស័ព្ទទៅកាន់ Health Care Options តាមលេខ 1-844-580-7272 ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រចាប់ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹកដល់ 6:00 ល្ងាច។ សូមទូរស័ព្ទមកលេខ 1-800-430-7077 ប្រសិនបើអ្នកប្រើ TTY ។
- ប្រសិនបើអ្នកស្ថិតនៅក្នុងកម្រិត Cal MediConnect ហើយត្រូវការជំនួយបន្ថែម សូមទូរស័ព្ទមកកម្មវិធី MediConnect Ombuds Program តាមលេខ 1-855-501-3077 ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ចាប់ពីម៉ោង 9:00 ព្រឹករហូតដល់ម៉ោង 5:00 ល្ងាច។ សូមទូរស័ព្ទមកលេខ 1-855-847-7914 ប្រសិនបើអ្នកប្រើ TTY ។

កម្រិត Blue Shield of California Promise Health គឺជាកម្រិតសុខភាពដែលបានចុះកិច្ចសន្យាជាមួយទាំង Medicare និង Medi-Cal ដើម្បីផ្តល់អត្ថប្រយោជន៍នៃកម្មវិធី ទាំងពីរនេះដល់អ្នកចុះឈ្មោះក្នុងកម្រិត។

អ្នកអាចទទួលបានឯកសារនេះដោយឥតគិតថ្លៃក្នុងទម្រង់ផ្សេងៗដូចជាអក្សរពុម្ពធំ អក្សរសម្រាប់ជនពិការភ្នែក ឬជាសំឡេងអូឌីយ៉ូ។ សូមទូរស័ព្ទមកលេខ 1-855-905-3825 (TTY: 711) ដោយឥតគិតថ្លៃបានប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹកដល់ម៉ោង 8:00 ល្ងាច។ ការហៅនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ សូមយកចិត្តទុកដាក់ ប្រសិនបើអ្នកនិយាយភាសាអង់គ្លេស សេវាកម្មជំនួយភាសាមានប្រើជូនអ្នកដោយឥតគិតថ្លៃ។ ទូរស័ព្ទទៅកាន់ 1-855-905-3825 (TTY: 711), 8:00 a.m. ដល់ 8:00 p.m., ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅមកលេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។
Español (ភាសាអេស៉្បាញ), ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al Cal-MediConnect 1-855-905-3825 (TTY: 711) de 8:00 a.m. a

8:00 p.m., los 7 días de la semana.

繁體中文 (Chinese): 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 Cal-MediConnect 1-855-905-3825 (TTY: 711) 每週七天辦公，早上8:00 點至晚上8:00 點或。

IMPORTANT NOTE: ដើម្បីមើលព័ត៌មានសំខាន់ៗស្តីពីតម្រូវការមិនមែនសេរី អ្នកអាចចូលទៅកាន់គេហទំព័ររបស់យើងតាមរយៈ:

<https://www.blueshieldca.com/promise/affordable-care-act.asp> ។

ការរើសអើងក្នុងប្រព័ន្ធនិងច្បាប់

គម្រោង Blue Shield of California Promise Health គោរពតាមច្បាប់សិទ្ធិស៊ីវិលរបស់រដ្ឋនិងសហព័ន្ធហើយមិនរើសអើងលើមូលដ្ឋានជាតិសាសន៍ ពណ៌សម្បុរ ដើមកំណើត ពូជពង្ស សាសនា ភេទ ស្ថានភាពអាពាហ៍ពិពាហ៍ យេនឌ័រ អត្តសញ្ញាណយេនឌ័រ ចំណង់ចំណូលចិត្តផ្លូវភេទ អាយុ ពិការភាពឡើយ។ គម្រោង Blue Shield of California Promise Health Plan មិនបានចំបាក់ចោលជនណាមួយឬប្រព្រឹត្តិចំពោះពួកគេខុសពីអ្នកដទៃ ដោយសារមូលហេតុបុគ្គលិក សាសនា ស្ថានភាពគ្រួសារ ពូជសាសន៍ ពណ៌ ជាតិសាសន៍ដើមកំណើត អាយុ ពិការភាព ឬភេទ/យេនឌ័រ អត្តសញ្ញាណយេនឌ័រ ឬចំណង់ចំណូលចិត្តផ្លូវភេទរបស់គេនោះឡើយ។

Blue Shield of California Promise Health Plan ផ្តល់នូវ៖

- ជំនួយ និងសេវាកម្មដោយឥតគិតថ្លៃទៅដល់ជនទាំងឡាយដែលមានពិការភាពដើម្បីប្រាស្រ័យទាក់ទងប្រកបដោយប្រសិទ្ធភាពជាមួយពួកយើង ដូចជា៖
 - អ្នកបកប្រែភាសាកាយវិការប្រកបដោយលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់
 - ព័ត៌មានដែលសរសេរជាទម្រង់ផ្សេងៗ (អក្សរពុម្ពធំ សម្លេង ទម្រង់អេឡិចត្រូនិកដែលអាចមើលបាន និងទ្រង់ទ្រាយផ្សេងៗ)
- សេវាកម្មភាសាដល់ជនទាំងឡាយណាដែលភាសាដើមរបស់ពួកគេមិនមែនជាភាសាអង់គ្លេសដូចជា៖
 - អ្នកបកប្រែភាសាប្រកបដោយគុណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់
 - ព័ត៌មានដែលត្រូវបានសរសេរជាភាសាដទៃផ្សេងទៀត

ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការសេវាទាំងនេះ សូមទាក់ទងទៅកាន់អ្នកសម្របសម្រួលសិទ្ធិស៊ីវិល Blue Shield of California Promise Health Plan។

ប្រសិនបើអ្នកជឿថា Blue Shield of California Promise Health Plan ខកខានមិនបានផ្តល់សេវាកម្មទាំងនេះឬបានរើសអើងតាមរូបភាពផ្សេងទៀតដោយសារបុគ្គលិក សាសនា ស្ថានភាពគ្រួសារ ពូជសាសន៍ ពណ៌ ជាតិដើមកំណើត ពិការភាព ភេទ/យេនឌ័រ អត្តសញ្ញាណយេនឌ័រ ឬចំណង់ចំណូលចិត្តផ្លូវភេទរបស់អ្នក អ្នកអាចដាក់បណ្តឹងសារទុក្ខជាមួយយើង។

Blue Shield of California Promise Health Plan
 Civil Right Coordinator
 601 Potrero Grande Dr.
 Monterey Park, CA 91755
 ទូរស័ព្ទ: (844) 883-2233 (TTY: 711)
 ទូរសារ: (323) 889-2228
 អ៊ីម៉ែល BSCPHPCivilRights@blueshieldca.com

អ្នកអាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងសារទុក្ខផ្ទាល់ឬតាមប្រៃសណីយ៍ តាមទូរសារ ឬតាមអ៊ីម៉ែល។ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយក្នុងការដាក់បណ្តឹងសារទុក្ខ នោះអ្នកសម្របសម្រួលសិទ្ធិស៊ីវិលអាចបានដើម្បីជួយអ្នក។

អ្នកក៏អាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងសិទ្ធិពលរដ្ឋទៅក្រសួងសុខាភិបាលនិងសេវាមនុស្សស្រស់ស្រាយរដ្ឋអាមេរិក ទៅកាន់ការិយាល័យសិទ្ធិពលរដ្ឋ ជាសារអេឡិចត្រូនិកតាមរយៈគេហទំព័របណ្តឹងរបស់ការិយាល័យសិទ្ធិពលរដ្ឋ <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> ឬតាមប្រៃសណីយ៍ ឬតាមទូរសព្ទទៅ។

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

ទម្រង់ពាក្យបណ្តឹងអាចរកបានតាមរយៈ <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>។

ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការឯកសារនេះជាភាសាមួយផ្សេងទៀតឬជាទម្រង់ផ្សេងដូចជាការបោះពុម្ពអក្សរធំ អក្សរធំប្រេង (អក្សរសម្រាប់មនុស្សឆ្មារ) ឬអូឌីយ៉ូ ឬប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយក្នុងការស្វែងយល់អំពីលិខិតនេះសូមទូរស័ព្ទទៅជម្រើសថែទាំសុខភាព (Health Care Options) តាមលេខ 1-844-580-7272 ពីថ្ងៃចន្ទដល់ថ្ងៃសុក្រចាប់ពីម៉ោង 8:00 a.m. ដល់ 6:00 p.m. ទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-800-430-7077 ប្រសិនបើអ្នកប្រើ TTY។ អ្នកអាចទទួលបានព័ត៌មាននេះដោយឥតគិតថ្លៃ។