

2021

ភស្តុតាងនៃការធានារ៉ាប់រង/
កូនសៀវភៅសមាជិក៖

Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan
(Medicare-Medicaid Plan):

ខោនធី Los Angeles

Blue Shield of California Promise Health Plan គឺជាគម្រោងដែលទទួលបានអាជ្ញាប័ណ្ណឯករាជ្យនៃសមាគមន៍ Blue Shield Association
CMC-EOC-LA-KH-1020

blue 
california

Promise Health Plan

ថ្ងៃទី 01 ខែមករា ឆ្នាំ 2021 - ថ្ងៃទី 31 ខែធ្នូ ឆ្នាំ 2021

ការធានារ៉ាប់រងសុខភាពនិងឱសថរបស់អ្នកក្នុងគម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan

សៀវភៅណែនាំសមាជិកសេចក្តីផ្តើម

សៀវភៅមគ្គុទ្ទេសក៍នេះប្រាប់អំពីការរ៉ាប់រងរបស់អ្នកដែលស្ថិតនៅក្រោមគម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan រហូតដល់ថ្ងៃទី 31 ខែធ្នូ ឆ្នាំ 2021។ វាពន្យល់អំពីសេវាថែទាំសុខភាព, សេវាសុខភាព អាកប្បកិរិយា (សុខភាពផ្លូវចិត្ត និងវិបត្តិការប្រើប្រាស់សារធាតុគ្រឿងញៀន) ការរ៉ាប់រងលើឱសថតាម វេជ្ជបញ្ជា សេវានានា និង ជំនួយឧបត្ថម្ភរយៈពេលវែង។ សេវានានា និង ជំនួយឧបត្ថម្ភរយៈពេលវែងជួយឱ្យ លោកអ្នកបានស្ថិតនៅនឹងផ្ទះជំនួសឱ្យការចេញទៅមន្ទីរសម្រាកព្យាបាល ឬមន្ទីរពេទ្យ។ ពាក្យគន្លឹះនិងនិយមន័យមានតាមលំដាប់អក្ខរក្រមក្នុងជំពូកចុងក្រោយនៃ សៀវភៅណែនាំសមាជិក។

នេះគឺជាឯកសារផ្លូវការដ៏សំខាន់មួយ។ សូមមេត្តាទុកដាក់វានៅកន្លែងមានសុវត្ថិភាពល្អ។

គម្រោង Cal MediConnect Plan នេះត្រូវបានផ្តល់ដោយគម្រោង Blue Shield of California Promise Health Plan ។ នៅពេលដែលសៀវភៅណែនាំសមាជិកនេះសរសេរថា “យើង” “ពួកយើង” ឬ “របស់យើង” ពាក្យនេះសំដៅលើ Blue Shield of California Promise Health Plan ។ នៅពេលដែលវានិយាយថា “គម្រោង” ឬ “គម្រោងរបស់យើង” វាមានន័យថា Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan។

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-855-905-3825 (TTY: 711), 8:00 a.m. to 8:00 p.m., seven days a week. The call is free.

Español (Spanish): 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。

Tiếng Việt (Vietnamese): CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số Cal-MediConnect 1-855-905-3825 (TTY: 711) 8 giờ sáng–8 giờ tối, 7 ngày trong tuần. HOẶC Bạn.

Tagalog (Tagalog – Filipino): PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa Cal-MediConnect 1-855-905-3825 (TTY: 711)

한국어 (Korean): 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. Cal-MediConnect 1-855-905-3825 (TTY: 711)번으로 전화해 주십시오, 오후 8시, 7 일 주일 오전 8시.

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅកាន់ Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan តាមលេខ 1-855-905-3825 (TTY:711) ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹកដល់ម៉ោង 8:00 ល្ងាច ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅមកលេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** សូមចូលមើលនៅ

www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect។



Հայերեն (Armenian): ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ՝ Եթե խոսում եք հայերեն, ապա ձեզ անվճար կարող են տրամադրվել լեզվական աջակցության ծառայություններ: Չանգահարեք Cal-MediConnect 1-855-905-3825 (TTY (հեռատիպ))՝ 711)

فارسی:(Persian/Farsi for Cal-MediConnect Members)

توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد.
تماس بگیرید (1-855-905-3825 (TTY: 711)

Русский (Russian): ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните Cal-MediConnect 1-855-905-3825 (телетайп: 711).

日本語 (Japanese): 注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。
Cal-MediConnect 1-855-905-3825 (TTY:711) まで、お電話にてご連絡ください。

العربية:(Arabic)

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم (رقم هاتف الصم والبكم: 1-855-905-3825 Cal-MediConnect (711: رقم هاتف الصم والبكم)

ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi): ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ।
Cal-MediConnect 1-855-905-3825 (TTY:711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

ខ្មែរ (Cambodian/Khmer): ប្រយ័ត្ន៖ បើសិនជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសាដោយមិនគិតល្មើស គឺអាចមានសំរាប់អ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ Cal-MediConnect 1-855-905-3825 (TTY:711)។

Hmoob (Hmong): LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau Cal-MediConnect 1-855-905-3825 (TTY:711).

हिंदी (Hindi): ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं।
Cal-MediConnect 1-855-905-3825 (TTY:711) पर कॉल करें।

ภาษาไทย (Thai): เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร Cal-MediConnect 1-855-905-3825 (TTY:711).

اُردُو:(Urdu)

خبردار: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت میں دستیاب ہیں۔ کال کریں
Cal-MediConnect 1-855-905-3825 (TTY:711).

អ្នកអាចទទួលបានព័ត៌មាននេះដោយឥតគិតថ្លៃជាទម្រង់ផ្សេងៗដូចជាអក្សរពុម្ពធំ អក្សរស្នាប សម្រាប់ជនពិការភ្នែក និង/ឬជាសំលេង។ ទូរសព្ទ 1-855-905-3825 (TTY: 711) ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹកដល់ម៉ោង 8:00 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅមកលេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។

អ្នកអាចធ្វើការស្នើសុំឯកសារនេះជាភាសាផ្សេងក្រៅពីភាសាអង់គ្លេសឬជាទម្រង់ជំនួសសម្រាប់ពេលឥឡូវនេះនិងពេលអនាគត។ ដើម្បីធ្វើការស្នើសុំ សូមទំនាក់ទំនងមកកាន់សេវាអភិវឌ្ឍន៍របស់

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan តាមលេខ 1-855-905-3825 (TTY:711) ម៉ោង 8:00 ព្រឹក – ម៉ោង 8:00 យប់

ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅមកលេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលមើលនៅ www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect។



Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan ពួកគេនឹងរក្សាភាសា និង ទម្រង់ដែលអ្នកបានជ្រើសរើសនៅក្នុងឯកសារកំណត់ត្រាសម្រាប់ ការទាក់ទងនាពេលអនាគត។ ដើម្បីធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពផ្សេងៗលើការជ្រើសរើសរបស់អ្នក សូមទំនាក់ទំនង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan។

សេចក្តីបដិសេធ

- ❖ Blue Shield of California Promise Health Plan
គឺជាគម្រោងសុខភាពដែលបានចុះកិច្ចសន្យាជាមួយ Medicare និង Medi-Cal ដើម្បីផ្តល់អត្ថប្រយោជន៍នៃកម្មវិធីទាំងពីរនេះដល់អ្នកចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោង។
- ❖ ការធានារ៉ាប់រងនៅក្នុងគម្រោង Blue Shield of California Promise Health Plan
គឺជាការធានារ៉ាប់រងសុខភាពដែលមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ ដែលហៅថា "ការធានារ៉ាប់រងចាំបាច់អប្បបរមា"។
វាបំពេញបានតាមការទាមទារតម្រូវនៃទំនួលខុសត្រូវរួមចំណែកគ្នានីមួយៗនៃច្បាប់ការការពារអ្នក កង់ដីនិងការថែទាំប្រកបដោយតម្លៃសមស្រប (ACA)។
ចូលមើលគេហទំព័រសេវាប្រាក់ចំណូលផ្ទៃក្នុង (Internal Revenue Service, IRS) តាមអាស័យដ្ឋាន www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families សម្រាប់ព័ត៌មានស្តីអំពីតម្រូវការទទួលខុសត្រូវរួមគ្នា។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan តាមលេខ 1-855-905-3825 (TTY:711) ម៉ោង 8:00 ព្រឹក – ម៉ោង 8:00 យប់



ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅមកលេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** សូមចូលមើលនៅ www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect។

សៀវភៅណែនាំសមាជិកឆ្នាំ 2021 - តារាងមាតិកា

បញ្ជីជំពូក និងលេខទំព័រនេះគឺជាចំណុចចាប់ផ្តើមរបស់អ្នក។ សម្រាប់ជំនួយបន្ថែមក្នុងការស្វែងរកព័ត៌មានដែលអ្នកត្រូវការ សូមមើលនៅលើទំព័រដំបូងនៃជំពូកនេះ។ **លោកអ្នកនឹងរកឃើញបញ្ជីលម្អិតអំពីប្រធានបទនៅខាងដើមនៃជំពូកនីមួយៗ។**

ជំពូកទី 1: ការចាប់ផ្តើមក្នុងនាមជាសមាជិក	6
ជំពូកទី 2: ធនធាន និងលេខទូរសព្ទសំខាន់ៗ	18
ជំពូកទី 3: ការប្រើប្រាស់អត្ថប្រយោជន៍រ៉ាប់រងនៃគម្រោងសម្រាប់តំហែទាំសុខភាព និងសេវាកម្មដែលទទួលបានការរ៉ាប់រងផ្សេងៗទៀតរបស់អ្នក	39
ជំពូកទី 4: តារាងអត្ថប្រយោជន៍	65
ជំពូកទី 5: ការទទួលបានឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាសម្រាប់អ្នកជំងឺមិនសម្រាកនៅពេទ្យរបស់អ្នកតាមរយៈគម្រោង.....	131
ជំពូកទី 6: ចំនួនដែលអ្នកបង់ថ្លៃសម្រាប់ឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជា Medicare និង Medi-Cal របស់អ្នក	152
ជំពូកទី 7: ការស្នើឱ្យយើងខ្ញុំបង់ប្រាក់ តាមចំណែក របស់យើងខ្ញុំ ក្នុងវិក្កយបត្រដែលអ្នកទទួលបានសម្រាប់សេវាកម្ម ឬឱសថដែលទទួលបានការរ៉ាប់រង"។	166
ជំពូកទី 8: សិទ្ធិនិងទំនួលខុសត្រូវរបស់អ្នក	172
ជំពូកទី 9: តើអ្នកនឹងធ្វើដូចម្តេចខ្លះបើមានបញ្ហា ឬបណ្តឹង (សេចក្តីសម្រេចលើការរ៉ាប់រង បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ បណ្តឹង).....	192
ជំពូកទី 10: ការបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់អ្នកក្នុងគម្រោង Cal MediConnect របស់យើងខ្ញុំ	255
ជំពូកទី 11: សេចក្តីជូនដំណឹងតាមផ្លូវច្បាប់	266
ជំពូកទី 12: និយមន័យពាក្យសំខាន់ៗ	271



ជំពូកទី 1: ការចាប់ផ្តើមក្នុងនាមជាសមាជិក

សេចក្តីផ្តើម

ជំពូកនេះរួមបញ្ចូលទាំងព័ត៌មានអំពីគម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan ដែលជាគម្រោងសុខភាពដែលគ្របដណ្តប់លើសេវាកម្ម Medicare និង Medi-Cal ទាំងអស់របស់អ្នកនិងសមាជិកភាពរបស់អ្នកក្នុងគម្រោង។ វាក៏ប្រាប់អ្នកពីអ្វីដែលអ្នកគួររំពឹងទុកនិងព័ត៌មានផ្សេងទៀតដែលអ្នកនឹងទទួលបានពីគម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan។ ពាក្យគន្លឹះនិងនិយមន័យមានតាមលំដាប់អក្ខរក្រមក្នុងជំពូកចុងក្រោយនៃ សៀវភៅណែនាំសមាជិក។

តារាងមាតិកា

A. សូមស្វាគមន៍មកកាន់គម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan	8
B. ព័ត៌មានអំពី Medicare និង Medi-Cal.....	8
B1. កម្មវិធី Medicare.....	8
B2. កម្មវិធី Medi-Cal	8
C. គុណសម្បត្តិនៃគម្រោង	9
D. តំបន់សេវាកម្មរបស់ Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan	10
E. តើមានលក្ខខណ្ឌអ្វីខ្លះដែលធ្វើឱ្យអ្នកមានសិទ្ធិក្លាយជាសមាជិករបស់គម្រោងបាន.....	10
F. អ្វីដែលត្រូវរំពឹងទុកនៅពេលដែលអ្នកចូលរួមនៅក្នុងគម្រោងសុខភាពជាលើកដំបូង	11
G. ក្រុមថែទាំនិងគម្រោងថែទាំរបស់អ្នក	12
G1. ក្រុមផ្តល់ការថែទាំ	12
G2. គម្រោងថែទាំ	12
H. តម្លៃគម្រោងធានារ៉ាប់រង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan ប្រចាំខែ.....	13
I. សៀវភៅណែនាំសមាជិក	13
J. ព័ត៌មានផ្សេងទៀតដែលអ្នកនឹងទទួលបានពីយើង	13
J1. កាតសម្គាល់សមាជិក Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan.....	13
J2. បញ្ជីរាយឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថាន	14

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan តាមលេខ 1-855-905-3825 (TTY:711) ម៉ោង 8:00 ព្រឹក – ម៉ោង 8:00 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅមកលេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** សូមចូលមើលនៅ www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect។



J3. បញ្ជីឱសថដែលមានការរ៉ាប់រង.....	16
J4. ការពន្យល់ពីអត្ថប្រយោជន៍.....	16
K. របៀបរក្សាកំណត់ត្រាសមាជិកភាពរបស់អ្នកឱ្យទាន់សម័យ	16
K1. ភាពឯកជននៃព័ត៌មានសុខភាពផ្ទាល់ខ្លួន (PHI)	17



A. សូមស្វាគមន៍មកកាន់គម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan

Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan គឺជាគម្រោងរបស់ Cal MediConnect Plan ។ គម្រោង Cal MediConnect គឺជាអង្គការមួយដែលបង្កើតដោយមានក្រុមវេជ្ជបណ្ឌិត មន្ទីរពេទ្យ ឱសថស្ថាន អ្នកផ្តល់សេវានិងការគាំទ្ររយៈពេលវែង អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពផ្លូវចិត្ត និងអ្នកផ្តល់សេវាផ្សេងៗទៀត។ គម្រោងនេះក៏មានអ្នកគ្រប់គ្រងសេវាថែទាំ និង ក្រុមការងារថែទាំសុខភាព ដើម្បីជួយអ្នកគ្រប់គ្រងអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំ និង សេវាកម្មផ្សេងៗរបស់អ្នកផងដែរ។ ពួកគេទាំងអស់នោះ ធ្វើការងាររួមគ្នាដើម្បីផ្តល់នូវការថែទាំព្យាបាលដែលអ្នកចាំបាច់ត្រូវការ។

គម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan ត្រូវបានអនុម័តដោយរដ្ឋ California និងមជ្ឈមណ្ឌលសម្រាប់សេវា Medicare និង Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) ដើម្បីផ្តល់សេវាកម្មដល់អ្នកក្នុងគម្រោង Cal MediConnect ។

គម្រោង Cal MediConnect

គឺជាកម្មវិធីបង្ហាញមួយដែលត្រូវបានត្រួតពិនិត្យរួមគ្នាដោយរដ្ឋាភិបាលរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា និងសហព័ន្ធ ដើម្បីផ្តល់សេវាថែទាំកាន់តែប្រសើរសម្រាប់អ្នកចូលរួមទាំងកម្មវិធី Medicare និង Medi-Cal នេះ។ ស្ថិតក្រោម កម្មវិធីបង្ហាញនេះ រដ្ឋ និងរដ្ឋាភិបាលសហព័ន្ធចង់សាកល្បងប្រើវិធីថ្មីដើម្បីកែលម្អនូវរបៀបដែលអ្នកទទួលបានសេវា Medicare និង Medi-Cal របស់អ្នក។

B. ព័ត៌មានអំពី Medicare និង Medi-Cal

B1. កម្មវិធី Medicare

Medicare គឺជាកម្មវិធីធានារ៉ាប់រងសុខភាពសហព័ន្ធសម្រាប់៖

- ប្រជាពលរដ្ឋដែលមានអាយុចាប់ពី 65 ឆ្នាំឡើងទៅ,
- ប្រជាពលរដ្ឋមួយចំនួនមានអាយុក្រោម 65 ឆ្នាំដែលមានពិការភាពពិតប្រាកដ, និង
- ប្រជាពលរដ្ឋដែលមានជម្ងឺគ្រុនចាញ់ស្ថិតក្នុងដំណាក់កាលចុងក្រោយ (កំហូចក្រលៀន ឬរ៉ាំរ៉ៃ)។

B2. កម្មវិធី Medi-Cal

Medi-Cal គឺជាឈ្មោះកម្មវិធីជំនួយផ្នែកពេទ្យ (Medicaid) នៃរដ្ឋCalifornia។ កម្មវិធី Medi-Cal ត្រូវបាន ដំណើរការដោយរដ្ឋ និងទទួលបានការទូទាត់ឱ្យដោយរដ្ឋ និងរដ្ឋាភិបាលសហព័ន្ធ។ កម្មវិធី Medi-Cal ជួយដល់ ប្រជាពលរដ្ឋដែលមានកម្រិតប្រាក់ចំណូលនិងប្រភពហិរញ្ញវត្ថុកម្រិតទាប ក្នុងការបង់ថ្លៃការព្យាបាលនិងការ គាំទ្រនិងសេវារយៈពេលយូរ (LTSS) ក្នុងការមើលថែសុខភាព។ វារ៉ាប់រងលើសេវាបន្ថែម និងឱសថនានាដែល មិនទទួលបានការរ៉ាប់រងដោយកម្មវិធី Medicare។

រដ្ឋនីមួយៗសម្រេចចិត្តថា៖

- អ្វីទៅអាចរាប់បញ្ចូលថាជាចំណូលនិងធនធាន
- អ្នកណាមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan តាមលេខ 1-855-905-3825 (TTY:711) ម៉ោង 8:00 ព្រឹក – ម៉ោង 8:00 យប់

ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅមកលេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** សូមចូលមើលនៅ www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect។



- សេវាកម្មអ្វីដែលត្រូវបានគ្របដណ្តប់នឹង
- ចំណាយសម្រាប់សេវាកម្ម។

រដ្ឋអាចសម្រេចចិត្តពីរបៀបដំណើរការកម្មវិធីរបស់ពួកគេដរាបណាពួកគេអនុវត្តតាមច្បាប់របស់សហព័ន្ធ។

Medicare និង California បានអនុម័តគម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan។ អ្នកអាចទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍នៃកម្មវិធី Medicare និង Medi-Cal តាមរយៈគម្រោង ឬកម្មវិធីយើង ដរាបណា:

- យើងសម្រេចផ្តល់គម្រោងឱ្យ ហើយ
- Medicare និងរដ្ឋ California អនុញ្ញាតឱ្យយើងបន្តផ្តល់ជូនគម្រោងនេះ។

បើទោះជា គម្រោងយើងបញ្ឈប់ប្រតិបត្តិការនៅពេលអនាគតក៏ដោយ ក៏សិទ្ធិទទួលបានសេវាកម្មពីកម្មវិធី Medicare និង Medi-Cal របស់អ្នកនឹងមិនមានរងផលប៉ះពាល់អ្វីឡើយ។

C. គុណសម្បត្តិនៃគម្រោង

ឥឡូវអ្នកនឹងទទួលបានសេវាកម្មដែលមានការគ្របដណ្តប់ក្នុងគម្រោង Medicare និង Medi-Cal ទាំងអស់ពី Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan រួមទាំងឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជា។ **អ្នកនឹងមិនទទួលបានការបង់ប្រាក់ឱ្យបន្ថែមដើម្បីចូលរួមក្នុងកម្មវិធីសុខភាពនេះទេ។**

គម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan នឹងជួយសម្រួលឱ្យអត្ថប្រយោជន៍ Medicare និង Medi-Cal របស់អ្នកមានដំណើរការល្អប្រសើរជាមួយគ្នានិងកាន់តែមានប្រសិទ្ធភាពសម្រាប់អ្នក។ ផលប្រយោជន៍មួយចំនួនមានជាអាទិ៍:

- អ្នកនឹងអាចធ្វើការជាមួយគម្រោងសុខភាពតែ **មួយ** សម្រាប់តម្រូវការធានារ៉ាប់រងសុខភាពរបស់អ្នក **ទាំងអស់**។
- អ្នកនឹងមានក្រុមការងារមើលថែទាំព្យាបាលដែលលោកអ្នកនឹងប្រមូលផ្តុំបាន។ ក្រុមការងារមើលថែទាំព្យាបាលរបស់អ្នកអាចបូកបញ្ចូលអ្នកខ្លួនឯង, អ្នកមើលថែទាំអ្នក, ក្រុមវេជ្ជបណ្ឌិត, គិលានុបដ្ឋាយិកា, អ្នកប្រឹក្សាយោបល់, ឬក្រុមអ្នកអាជីពផ្នែកខាងសុខភាពផ្សេងៗទៀត។
- អ្នកនឹងមានលទ្ធភាព ឬសិទ្ធិជួបអ្នកគ្រប់គ្រងមើលថែទាំព្យាបាលម្នាក់ៗនេះគឺជាបុគ្គលដែលធ្វើការជាមួយអ្នក ជាមួយ Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan និងជាមួយក្រុមថែទាំសុខភាពដើម្បីជួយរៀបចំគម្រោងថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក។
- អ្នកអាចនឹងចាត់ការការថែទាំព្យាបាលរបស់អ្នកខ្លួនឯងផ្ទាល់ដោយមានជំនួយពីក្រុមការងារមើលថែទាំព្យាបាល និងអ្នកគ្រប់គ្រងខាងការមើលថែទាំ។
- ក្រុមការងារមើលថែទាំព្យាបាល និងអ្នកគ្រប់គ្រងខាងការមើលថែទាំនឹងធ្វើការងារជាមួយនឹងអ្នកដើម្បីកំណត់កម្រិតមើលគម្រោងតំបែរទាំព្យាបាលមួយដែលនឹងមានការរៀបចំឡើងយ៉ាងជាក់លាក់ដើម្បីឆ្លើយតបទៅតម្រូវការសុខភាពរបស់អ្នក។ ក្រុមការងារមើលថែទាំព្យាបាលនឹង

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan តាមលេខ 1-855-905-3825 (TTY:711) ម៉ោង 8:00 ព្រឹក – ម៉ោង 8:00 យប់

ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅមកលេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** សូមចូលមើលនៅ www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect។



ជួយសម្របសម្រួលលើបញ្ហាគម្រោងតំបន់ព្យាបាលដែលអ្នកចាំបាច់ត្រូវការ។ នេះមានន័យថា (ឧទាហរណ៍):

- ក្រុមការងារមើលថែទាំព្យាបាលរបស់អ្នកនឹងធ្វើឱ្យប្រាកដថា ក្រុមវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកបានដឹងអំពីឱសថគ្រប់ប្រភេទដែលអ្នកត្រូវប្រើប្រាស់ជាប្រយោជន៍ឱ្យពួកគេអាចធ្វើឱ្យប្រាកដថា អ្នកកំពុងប្រើប្រាស់ឱសថត្រឹមត្រូវ និងដើម្បីឱ្យក្រុមវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកអាចកាត់បន្ថយផលប៉ះពាល់បន្ទាប់បន្សំមួយចំនួនពីឱសថដែលអ្នកអាចនឹងមាន។
- ក្រុមការងារមើលថែទាំព្យាបាលរបស់អ្នកនឹងធ្វើឱ្យប្រាកដប្រជាថា លទ្ធផលនៃការធ្វើពិសោធន៍ (តេស្ត) របស់អ្នកមានការចែករំលែកជាមួយនឹងក្រុមវេជ្ជបណ្ឌិតទាំងអស់របស់អ្នក និងក្រុមគ្រូពេទ្យផ្សេងៗទៀតបានយ៉ាងត្រឹមត្រូវ។

D. តំបន់សេវាកម្មរបស់ Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan

តំបន់សេវាកម្មរបស់យើងរួមបញ្ចូលទាំងខោនធីក្លុងរដ្ឋ California: Los Angeles។

មានតែអ្នកដែលរស់នៅក្នុងតំបន់សេវាកម្មរបស់យើងប៉ុណ្ណោះដែលអាចចូលរួមជាមួយ Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan។

ប្រសិនបើអ្នករស់នៅចេញពីតំបន់សេវាកម្មរបស់យើងខ្ញុំ អ្នកមិនអាចបន្តការចូលរួមក្នុងកម្មវិធី ឬ គម្រោងនេះបានទេ។ សូមមើលជំពូកទី 8 ផ្នែក I ។

សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីផលប៉ះពាល់នៃការចាកចេញពីតំបន់សេវាកម្មរបស់យើង។ អ្នកនឹងចាំបាច់ត្រូវទាក់ទងបុគ្គលិកទទួលបន្ទុកសិទ្ធិទទួលប្រចាំខោនធីនៅតាមមូលដ្ឋានរបស់អ្នក:

ខោនធី Los Angeles ក្រសួងសេវាសង្គមសាធារណៈ (DPSS) មជ្ឈមណ្ឌលបម្រើសេវាកម្មអតិថិជន	ទូរសព្ទ: 1-866-613-3777 ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ TTY: 711 ម៉ោង: 7:30 ព្រឹក – 5:30 ល្ងាច ចាប់ពីថ្ងៃច័ន្ទដល់ ថ្ងៃសុក្រលើកលែងថ្ងៃឈប់សម្រាក
---	---

E. តើមានលក្ខខណ្ឌអ្វីខ្លះដែលធ្វើឱ្យអ្នកមានសិទ្ធិក្លាយជាសមាជិករបស់គម្រោងបាន

អ្នកមានសិទ្ធិចូលរួមក្នុងកម្មវិធី ឬគម្រោងយើងបាន ដរាបណាអ្នក:

- រស់នៅតំបន់សេវាកម្មរបស់យើង **និង**
- មានអាយុចាប់ពី 21 ឆ្នាំឡើងទៅដោយរាប់ចាប់ពីពេលចុះឈ្មោះ **និង**
- មានសិទ្ធិចូលរួមទាំងកម្មវិធី Medicare ផ្នែក A និងទាំង Medicare ផ្នែក B **ព្រមទាំង**
- បច្ចុប្បន្នមានសិទ្ធិទទួលបាន Medi-Cal, **និង**
- ជាពលរដ្ឋអាមេរិកឬអ្នកដែលរស់នៅស្របច្បាប់នៅក្នុងសហរដ្ឋអាមេរិក។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan តាមលេខ 1-855-905-3825 (TTY:711) ម៉ោង 8:00 ព្រឹក – ម៉ោង 8:00 យប់

ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅមកលេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** សូមចូលមើលនៅ www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect។



អាចនឹងមានវិធានច្បាប់សម្រាប់សិទ្ធិទទួលបានបន្ថែមនៅខោនធីរបស់អ្នក។ សូមហៅទូរសព្ទមកផ្នែកបម្រើអតិថិជនសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។

F. អ្វីដែលត្រូវរំពឹងទុកនៅពេលដែលអ្នកចូលរួមនៅក្នុងគម្រោងសុខភាពជាលើកដំបូង

នៅពេលដែលអ្នកចូលរួមក្នុងគម្រោងជាលើកដំបូង អ្នកនឹងទទួលបានការវាយតម្លៃអំពីហានិភ័យសុខភាព (HRA) នៅក្នុងរយៈពេល 45 – 90 ថ្ងៃដំបូងចាប់ពីថ្ងៃដែលទទួលបានការរ៉ាប់រង ។

យើងចាំបាច់ត្រូវបំពេញ HRA ឱ្យអ្នក។ ឯកសារ HRA នេះគឺជាមូលដ្ឋានសម្រាប់បង្កើតគម្រោងកំហែទាំព្យាបាលជាបុគ្គល (ICP) របស់អ្នក។ HRA នឹងរួមបញ្ចូលសំណួរនានាដើម្បីកំណត់តម្រូវការផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ LTSS និងសុខភាពភរិយាបថនិងតម្រូវការមុខងារផ្សេងៗរបស់អ្នក។

យើងនឹងចុះជួបអ្នកដើម្បីបំពេញ HRA។ គេអាចបំពេញឯកសារទម្រង់បែបបទ HRA បានតាមរយៈការចុះជួបផ្ទាល់, ការហៅទូរសព្ទ, ឬការផ្ញើជាសំបុត្រ។

យើងនឹងផ្ញើជូនអ្នកនូវព័ត៌មានច្រើនទៀតដែលទាក់ទងនឹងទម្រង់បែបបទ HRA នេះ។

ប្រសិនបើគម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan គឺថ្មីសម្រាប់អ្នក
អ្នកអាចបន្តទៅជួបវេជ្ជបណ្ឌិតដែលអ្នកតែងតែទៅជួបពេលបច្ចុប្បន្ននេះ ក្នុងមួយរយៈពេលជាក់លាក់ទៀត។ អ្នកអាចរក្សាបានការអនុញ្ញាតឱ្យប្រើសេវានិង អ្នកផ្តល់សេវាម្នាក់ ឬបច្ចុប្បន្នរបស់អ្នកនៅពេលអ្នកចុះឈ្មោះរហូតដល់ទៅ 12 ខែប្រសិនបើអ្នកបំពេញតាមលក្ខខណ្ឌទាំងអស់ខាងក្រោម៖

- អ្នក អ្នកតំណាងរបស់អ្នក ឬ គ្រូពេទ្យរបស់អ្នកធ្វើសំណើសុំដោយផ្ទាល់មកកាន់យើងដើម្បីឱ្យអ្នកបន្តជួបគ្រូពេទ្យបច្ចុប្បន្នរបស់អ្នក។
- យើងអាចកំណត់ថាអ្នកមានទំនាក់ទំនងស្រាប់ជាមួយអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពបឋម ឬអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំជំនាញដោយមានករណីលើកលែងមួយចំនួន។ នៅពេលយើងនិយាយថាទំនាក់ទំនងដែលមានស្រាប់ វាមានន័យថាអ្នកបានជួបអ្នកផ្តល់សេវាក្រៅបណ្តាញយ៉ាងហោចណាស់ម្តងក្នុងជំនួបដែលមិនមានភាពអាសន្នក្នុងកំឡុងពេល 12 ខែមុនថ្ងៃចុះឈ្មោះដំបូងរបស់អ្នកនៅក្នុង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan។
 - យើងនឹងកំណត់ទំនាក់ទំនងដែលមានស្រាប់ដោយការពិនិត្យឡើងវិញនូវព័ត៌មានសុខភាពរបស់អ្នកដែលយើងមានឬព័ត៌មានដែលអ្នកផ្តល់ឱ្យយើង។
 - យើងមានរយៈពេល 30 ថ្ងៃដើម្បីឆ្លើយតបទៅនឹងសំណើរបស់អ្នកបាន។ លើសពីនេះ អ្នកអាចនឹងសុំឱ្យយើងធ្វើសេចក្តីសម្រេចចិត្តយ៉ាងឆាប់រហ័សមួយបាន ហើយយើងត្រូវតែឆ្លើយតបវិញក្នុងរយៈពេល 15 ថ្ងៃ។
 - អ្នក ឬអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកត្រូវតែបង្ហាញឯកសារទំនាក់ទំនងដែលមានស្រាប់និងយល់ព្រមនឹងលក្ខខណ្ឌជាក់លាក់មួយចំនួននៅពេលអ្នកធ្វើសំណើ។



កំណត់សម្គាល់: សំណើនេះមិនអាចត្រូវបានធ្វើសម្រាប់អ្នកផ្តល់ឧបករណ៍វេជ្ជសាស្ត្រប្រើប្រាស់បានយូរ (DME) ការដឹកជញ្ជូន សេវាបន្ថែម ឬសេវាផ្សេងៗដែលមិនត្រូវបានបញ្ចូលក្នុងគម្រោង Cal MediConnect។

បន្ទាប់ពី រយៈពេលបន្តនៃសេវាថែទាំចប់ អ្នកនឹងត្រូវទៅជួបវេជ្ជបណ្ឌិត និងអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំផ្សេងទៀតក្នុងបណ្តាញគម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan network ដែលមានទំនាក់ទំនងជាមួយក្រុមវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំបឋម ក្នុងករណីយើងមានឯកភាពជាមួយគ្រូពេទ្យក្រៅបណ្តាញរបស់អ្នក។ អ្នកផ្តល់សេវាកម្មថែទាំក្នុងបណ្តាញ គឺជាអ្នកផ្តល់សេវាកម្មដែលធ្វើការជាមួយគម្រោងសុខភាពនេះ។ ក្រុមវេជ្ជសាស្ត្រ ឬសមាគមន៍គ្រូពេទ្យឯករាជ្យ (IPA) គឺអង្គភាពដែលបានបង្កើតឡើងដោយស្ថិតនៅក្រោមច្បាប់រដ្ឋ California ដែលមានកិច្ចសន្យាជាមួយគម្រោងសុខភាពដើម្បីផ្តល់ ឬរៀបចំការផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពដល់អ្នកចុះឈ្មោះនៅក្នុងគម្រោង។ ក្រុមវេជ្ជសាស្ត្រ ឬ IPA គឺជាសមាគមន៍ គ្រូពេទ្យថែទាំបឋមនិងអ្នកឯកទេសដែលត្រូវបានបង្កើតឡើងដើម្បីផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពដល់អ្នក។ មើលជំពូកទី 3 ផ្នែក D សម្រាប់ព័ត៌មានអំពីការទទួលបាននូវការថែទាំ។

G. ក្រុមថែទាំនិងគម្រោងថែទាំរបស់អ្នក

G1. ក្រុមផ្តល់ការថែទាំ

តើអ្នកត្រូវការជំនួយទទួលបានការថែទាំដែលអ្នកត្រូវការដែរឬទេ? ក្រុមផ្តល់សេវាថែទាំអាចជួយអ្នកបាន។ ក្រុមផ្តល់សេវាថែទាំ អាចរួមបញ្ចូល គ្រូពេទ្យ អ្នកស្ទង់ទិសថែទាំសុខភាព ឬអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពផ្សេងទៀតរបស់អ្នកដែលអ្នកជ្រើសរើស។

អ្នកស្ទង់ទិសថែទាំសុខភាពគឺជាអ្នកដែលទទួលបានការបណ្តុះបណ្តាលដែលជួយអ្នកគ្រប់គ្រងការថែទាំដែលអ្នកត្រូវការ។ អ្នកនឹងទទួលបានអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំមួយរូបនៅពេលដែលអ្នកចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan។ មនុស្សម្នាក់ៗនឹងណែនាំអ្នកទៅកាន់ធនធានសហគមន៍ផងដែរ ប្រសិនបើគម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan មិនផ្តល់សេវាដែលអ្នកត្រូវការ។

លោកអ្នកអាចទូរសព្ទមកកាន់យើងតាមរយៈលេខ៖ 1-855-905-3825 (TTY:711) ម៉ោង 8:00 ព្រឹក – ម៉ោង 8:00 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ ដើម្បីស្នើសុំក្រុមថែទាំសុខភាព។

G2. គម្រោងថែទាំ

ក្រុមថែទាំសុខភាពរបស់អ្នកនឹងធ្វើការជាមួយអ្នកដើម្បីដោះស្រាយគម្រោងថែទាំសុខភាព។ គម្រោងថែទាំសុខភាពប្រាប់អ្នក និងវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកនូវសេវាកម្មណាមួយដែលអ្នកត្រូវការ និងរបៀបដែលអ្នកនឹងទទួលបានសេវាទាំងនោះ។ វារួមបញ្ចូលទាំង តម្រូវការព្យាបាល សុខភាពអាកប្បកិរិយានិងតម្រូវការ LTSS របស់អ្នក។ គម្រោងថែទាំសុខភាពរបស់អ្នកនឹងត្រូវបង្កើតឡើងសម្រាប់តែអ្នកនឹងតម្រូវការរបស់អ្នកតែប៉ុណ្ណោះ។

គម្រោងថែទាំសុខភាពរបស់អ្នកនឹងរួមបញ្ចូល៖

- គោលបំណងនៃការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក។
- បន្ទាត់ពេលវេលាសម្រាប់ពេលដែលអ្នកត្រូវទទួលបានសេវាកម្មដែលអ្នកត្រូវការ។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan តាមលេខ 1-855-905-3825 (TTY:711) ម៉ោង 8:00 ព្រឹក – ម៉ោង 8:00 យប់

ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅមកលេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** សូមចូលមើលនៅ www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect។



បន្ទាប់ពីការវាយតម្លៃហានិភ័យផ្នែកសុខភាព ក្រុមថែទាំសុខភាពរបស់អ្នកនឹងជួបជាមួយអ្នក។ ពួកគេនឹងនិយាយជាមួយអ្នកអំពីសេវាដែលអ្នកត្រូវការ។ ពួកគេក៏នឹងប្រាប់អ្នកអំពីសេវាដែលអ្នកអាចនឹងចង់គិតនឹងទទួលផងដែរ។ គម្រោងថែទាំសុខភាពរបស់អ្នកនឹងធ្វើឡើងដោយផ្អែកលើតម្រូវការរបស់អ្នក។ ក្រុមថែទាំសុខភាពរបស់អ្នកនឹងធ្វើការជាមួយដើម្បីផ្តល់ព័ត៌មានថ្មីៗអំពីគម្រោងថែទាំសុខភាពរបស់អ្នកយ៉ាងហោចណាស់រៀងរាល់ឆ្នាំ។

H. តម្លៃគម្រោងធានារ៉ាប់រង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan ប្រចាំខែ

Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan មិនមានតម្លៃគម្រោងប្រចាំខែនោះទេ។

I. សៀវភៅណែនាំសមាជិក

សៀវភៅណែនាំសមាជិក នេះគឺជាចំណែកនៃកិច្ចសន្យារបស់យើងជាមួយអ្នក។ នេះមានន័យថាយើងត្រូវអនុវត្តតាមច្បាប់ទាំងអស់នៅក្នុងឯកសារនេះ។ ប្រសិនបើអ្នកគិតថាយើងបានធ្វើអ្វីមួយដែលប្រឆាំងនឹងច្បាប់ទាំងនេះអ្នកអាចប្តឹងឧទ្ធរណ៍ឬជំទាស់សកម្មភាពរបស់យើងបាន។ សម្រាប់ព័ត៌មានអំពីវិធីដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍សូមមើលជំពូកទី 9 ផ្នែក D ឬទាក់ទងមកលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)។

អ្នកអាចស្នើសុំ សៀវភៅណែនាំសមាជិក ដោយទូរសព្ទទៅផ្នែកបម្រើអតិថិជនតាមលេខ 1-855-905-3825 (TTY:711) ម៉ោង 8:00 ព្រឹក – ម៉ោង 8:00 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ អ្នកក៏អាចមើលសៀវភៅណែនាំសមាជិកនៅ www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect ឬទាញយកវាពីគេហទំព័រនេះ។

កិច្ចសន្យានេះមានសុពលភាពសម្រាប់ខែដែលអ្នកបានចុះឈ្មោះនៅក្នុងគម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect ចន្លោះថ្ងៃទី 01 ខែមករាឆ្នាំ 2021 និងថ្ងៃទី 31 ខែធ្នូឆ្នាំ 2021។

J. ព័ត៌មានផ្សេងទៀតដែលអ្នកនឹងទទួលបានពីយើង

អ្នកគួរតែទទួលបានកាតសមាជិក Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan ព័ត៌មានអំពីរបៀបប្រើប្រាស់អ្នកផ្តល់សេវានិងឱសថស្ថាននិង ព័ត៌មានអំពីរបៀបចូលប្រើ បញ្ជីឱសថដែលមានការគ្របដណ្តប់។

J1. កាតសម្គាល់សមាជិក Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan

ស្ថិតក្រោមគម្រោង ឬកម្មវិធីរបស់យើង អ្នកត្រូវទទួលបានប័ណ្ណមួយសន្លឹកសម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍ពីកម្មវិធី Medicare និង Medi-Cal របស់អ្នកដែលមានជាអាទិ៍ សេវានានា និង ជំនួយឧបត្ថម្ភរយៈពេលវែង, សេវាព្យាបាលសុខភាពផ្លូវចិត្តជាក់លាក់ និងវេជ្ជបញ្ជា។ អ្នកត្រូវតែបង្ហាញប័ណ្ណនេះនៅពេលដែលអ្នកទទួលអត្ថប្រយោជន៍ ឬវេជ្ជបញ្ជាណាមួយ។ នេះគឺជាប័ណ្ណគំរូដែលបង្ហាញអ្នកថា ប័ណ្ណរបស់អ្នកនឹងមានរូបរាងដូចម្តេច៖

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan តាមលេខ 1-855-905-3825 (TTY:711) ម៉ោង 8:00 ព្រឹក – ម៉ោង 8:00 យប់

ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅមកលេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលមើលនៅ www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect។





បើកាត Cal MediConnect របស់អ្នកមានការខូចខាត បាត់បង់ ត្រូវបានគេលួច ចូរហៅទូរសព្ទទៅផ្នែកបម្រើអតិថិជនភ្លាមៗ ហើយយើងនឹងផ្ញើរកាតថ្មីមួយទៀតឱ្យអ្នក។ លោកអ្នកអាចទទួលបានសេវាផ្នែកបម្រើអតិថិជនតាមរយៈលេខ៖ 1-855-905-3825 (TTY:711) ម៉ោង 8:00 ព្រឹក – ម៉ោង 8:00 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។

ដរាបណាអ្នកនៅជាសមាជិក/សមាជិកានៃកម្មវិធីរបស់យើង អ្នកមិនចាំបាច់ប្រើប័ណ្ណ Medicare ពាណិជ្ជកម្ម, ស, និងខៀវ ឬប័ណ្ណ Medi-Cal របស់អ្នកដើម្បីទទួលបានសេវានៃគម្រោង Cal MediConnect ទេ។ ចូររក្សាទុកប័ណ្ណទាំងនោះនៅកន្លែងមានសុវត្ថិភាព បើអ្នកចាំបាច់ត្រូវការប្រើវានៅពេលក្រោយទៀត។ ប្រសិនបើអ្នកបង្ហាញប័ណ្ណ Medicare របស់អ្នកជំនួសឱ្យកាតអត្តសញ្ញាណសមាជិក Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan របស់អ្នក អ្នកផ្តល់សេវាអាចនឹងចេញវិក័យប័ត្រទៅ Medicare ជំនួសឱ្យផែនការរបស់យើងហើយអ្នកអាចទទួលបានវិក័យប័ត្រទាញប្រាក់ផងដែរ។ សូមមើលជំពូកទី 7 ផ្នែក A ដើម្បីដឹងពីអ្វីដែលត្រូវធ្វើប្រសិនបើអ្នកទទួលបានវិក័យប័ត្រពីអ្នកផ្តល់សេវា។

សូមចងចាំថា សម្រាប់សេវាថែទាំសុខភាពផ្លូវចិត្តប្រភេទឯកទេសដែលអ្នកអាចទទួលបានពីគម្រោងថែទាំសុខភាពផ្លូវចិត្តខោនធី (MHP) អ្នកចាំបាច់ត្រូវតែមានប័ណ្ណ Medi-Cal ដើម្បីទទួលបានសេវាទាំងនោះ។

J2. បញ្ជីរាយឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថាន

បញ្ជីរាយឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថាន រៀបរាប់ពីអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំ និងឱសថស្ថានទាំងឡាយនៅក្នុងបណ្តាញគម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan នេះ។ ខណៈដែលអ្នកកំពុងនៅជាសមាជិកគម្រោងរបស់យើង អ្នកត្រូវតែប្រើប្រាស់សេវាកម្មត្រូវបានក្នុងបណ្តាញដើម្បីទទួលបានសេវាកម្ម ដែលទទួលបានការរ៉ាប់រង។ មានការលើកលែងមួយចំនួននៅពេលអ្នកចូលរួមជាមួយគម្រោងយើងលើកដំបូង (សូមមើលទំព័រ 42)។

អ្នកអាចស្នើសុំបញ្ជីរាយឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា និង ឱសថស្ថាន ដោយការហៅទៅកាន់ផ្នែកបម្រើអតិថិជនតាមលេខ 1-855-905-3825 (TTY:711) ម៉ោង 8:00 ព្រឹក – ម៉ោង 8:00 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ អ្នកក៏អាចមើល បញ្ជីរាយឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា និង ឱសថស្ថាននៅ www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect ឬទាញយកវាពីវេបសាយនេះ។

បញ្ជីរាយឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា និង ឱសថស្ថាន រាយឈ្មោះអ្នកជំនាញថែទាំសុខភាព (ដូចជាវេជ្ជបណ្ឌិត គិលានុបដ្ឋាកា និងអ្នកចិត្តសាស្ត្រ) មន្ទីរថែទាំ (ដូចជាមន្ទីរពេទ្យ ឬគ្លីនិក) និងអ្នកផ្តល់សេវាកាំទ្រ

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan តាមលេខ 1-855-905-3825 (TTY:711) ម៉ោង 8:00 ព្រឹក – ម៉ោង 8:00 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅមកលេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** សូមចូលមើលនៅ www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect។



(ដូចជាអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពមនុស្សពេញវ័យ និងសេវាសុខភាពតាមផ្ទះ) ដែលអ្នកអាចទៅពិគ្រោះជំងឺ ក្នុងនាមជាសមាជិកគម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan។ បញ្ជីមានរាយឈ្មោះឱសថស្ថានដែលអ្នកអាចប្រើដើម្បីទទួលបានថ្នាំតាមវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក។ បញ្ជីរាយនាម នេះក៏ផ្តល់ជូននូវព័ត៌មានមួយចំនួនដូចខាងក្រោម៖

- ពេលណាដែលអ្នកត្រូវការការបញ្ជូនបន្តដើម្បីជួបអ្នកផ្តល់សេវា អ្នកឯកទេសឬមណ្ឌលសុខភាពផ្សេង និង
- របៀបជ្រើសរើសយកគ្រូពេទ្យនិង
- របៀបផ្លាស់ប្តូរវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកនិង
- របៀបស្វែងរកវេជ្ជបណ្ឌិត អ្នកឯកទេស ឱសថស្ថានឬមណ្ឌលសុខភាពនានានៅក្នុងតំបន់របស់អ្នកនិង/ឬក្រុមពេទ្យ/IPA និង
- របៀបទទួលបានសេវានិងការគាំទ្ររយៈពេលយូរ (LTSS) សេវាកម្មគាំទ្រតាមផ្ទះ (IHSS) ឬកម្មវិធីសេវាជំនួសចម្រុះសម្រាប់មនុស្សចាស់ (MSSP) និង
- ព័ត៌មានអំពីរបៀបរកមើលឱសថស្ថានដែលបញ្ជាទិញតាមប្រៃសណីយ៍បាន ឬលក់ឱសថចាក់នៅផ្ទះ ឬ ឱសថស្ថានថែទាំសុខភាពរយៈពេលយូរ។

និយមន័យនៃអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ

- អ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញរបស់ Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan រួមមាន៖
 - ក្រុមវេជ្ជបណ្ឌិត គិលានុប្បដ្ឋាក/គិលានុប្បដ្ឋាយិកា និងក្រុមអ្នកមានវិជ្ជាជីវៈតំបែទាំ សុខភាពផ្សេងៗទៀតដែលអ្នកអាចទៅជួបគ្នាក្នុងនាមជាសមាជិកនៃគម្រោង របស់យើង។
 - គ្លីនិក មន្ទីរពេទ្យ កន្លែងថែទាំមនុស្ស ចាស់និងកន្លែងផ្សេងៗទៀតដែលផ្តល់សេវាកម្មសុខភាពនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើង និង
 - LTSS សេវាព្យាបាលសុខភាពឥរិយាបថ ទីភ្នាក់ងារគ្រប់គ្រងសុខភាពតាមផ្ទះ អ្នក ផ្គត់ផ្គង់សម្ភារៈបរិក្ខារផ្នែកពេទ្យសម្រាប់ប្រើរយៈពេលយូរ និងអង្គភាពផ្សេងៗទៀតដែល ផ្តល់នូវមុខទំនិញ និងសេវាកម្មដែលអ្នកទទួលបានតាមរយៈ Medicare ឬ Medi-Cal។

រហូតមកទល់ពេលនេះ ក្រុមគ្រូពេទ្យនៃបណ្តាញបានយល់ព្រមទទួលយកការទូទាត់ពិគ្រោះរបស់យើង សម្រាប់សេវាកម្មដែលបានរ៉ាប់រងជាការទូទាត់ពេញលេញទាំងស្រុងតែម្តង។

និយមន័យឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញ

- ឱសថស្ថាននៃបណ្តាញគឺជាឱសថស្ថាន (ហាងលក់ថ្នាំ) ដែលបានព្រមព្រៀងបំពេញតាម វេជ្ជបញ្ជាសម្រាប់សមាជិកនៃសមាជិកសមាជិកានៃគម្រោង។ សូមប្រើ *បញ្ជីរាយឈ្មោះ អ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថាន* ដើម្បីស្វែងរកឱសថស្ថានបណ្តាញដែលអ្នកចង់ប្រើ។
- លើកលែងករណីមានអាសន្ន អ្នកត្រូវតែបំពេញវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកនៅឱសថស្ថានមួយក្នុងចំណោមឱសថស្ថានបណ្តាញរបស់ យើងប្រសិនបើអ្នកចង់ឲ្យគម្រោងរបស់យើងជួយបង់ប្រាក់ឲ្យ។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan តាមលេខ 1-855-905-3825 (TTY:711) ម៉ោង 8:00 ព្រឹក – ម៉ោង 8:00 យប់

ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅមកលេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** សូមចូលមើលនៅ www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect។



ទូរសព្ទមកកាន់ផ្នែកបម្រើអតិថិជនតាមរយៈលេខ៖ 1-855-905-3825 (TTY:711) ម៉ោង 8:00 ព្រឹក – ម៉ោង 8:00 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។ ទាំងផ្នែកបម្រើអតិថិជន និង គេហទំព័ររបស់ Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan អាចផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវព័ត៌មានថ្មីៗបំផុតអំពីការផ្លាស់ប្តូរនៅក្នុងបណ្តាញឱសថស្ថាននិងអ្នកផ្តល់សេវារបស់យើង ។

J3. បញ្ជីឱសថដែលមានការរ៉ាប់រង

គម្រោងនេះមាន បញ្ជីឱសថដែលមានការរ៉ាប់រង។ យើងហៅវាយ៉ាងខ្លីថា៖ “បញ្ជីឱសថ”។ វាប្រាប់ថាឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាណាខ្លះដែលមានការរ៉ាប់រងពីគម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan។

លើសពីនេះ បញ្ជីឱសថប្រាប់អ្នកឱ្យដឹងថា មានវិធានច្បាប់ ឬការកម្រិតលក្ខខណ្ឌណាមួយចំនួននៅលើប្រភេទឱសថណាមួយដែលមានប្រភេទដូចជាកម្រិតលើបរិមាណដែលអ្នកអាចទទួលបាន។ សូមមើលជំពូកទី 5 ផ្នែក C ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែមអំពីវិធាន និង លក្ខខណ្ឌទាំងនេះ។

ជារៀងរាល់ឆ្នាំ យើងនឹងបញ្ជូនទៅអ្នកនូវ ព័ត៌មានអំពីរបៀបចូលប្រើបញ្ជីឱសថប៉ុន្តែការផ្លាស់ប្តូរខ្លះអាចកើតឡើងក្នុងកំឡុងឆ្នាំសេវា។ ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានថ្មីបំផុតអំពីប្រភេទឱសថដែលមានការរ៉ាប់រង សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect ឬទូរសព្ទទៅកាន់លេខ 1-855-905-3825 (TTY:711) ម៉ោង 8:00 ព្រឹក – ម៉ោង 8:00 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។

J4. ការពន្យល់ពីអត្ថប្រយោជន៍

នៅពេលដែលអ្នកប្រើប្រាស់អត្ថប្រយោជន៍ពីឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជានៃផ្នែក D របស់អ្នក យើងនឹងផ្ញើឱ្យអ្នកនូវរបាយការណ៍សង្ខេបមួយច្បាប់ជួយឱ្យយល់ដឹង និងបន្តការតាមដានចំណាយទូទាត់សម្រាប់ឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជានៃផ្នែក D របស់អ្នក។ របាយការណ៍សង្ខេបនេះត្រូវបានហៅថា ការពន្យល់ពីអត្ថប្រយោជន៍ផ្សេងៗ (EOB)។

EOB ប្រាប់អ្នកពីចំនួនទឹកប្រាក់សរុបដែលអ្នក ឬ អ្នកដទៃក្នុងនាមរបស់អ្នក បានចំណាយលើឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាផ្នែក D របស់អ្នក និង ដែលយើងបានបង់សម្រាប់ឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាផ្នែក D របស់អ្នកប្រចាំខែនីមួយៗ។ EOB មានព័ត៌មានបន្ថែមអំពីឱសថដែលអ្នកប្រើ។ ជំពូកទី 6 ផ្តល់នូវព័ត៌មានបន្ថែមអំពី EOB និងវិធីដែលអាចជួយអ្នកតាមដានការរ៉ាប់រងលើឱសថរបស់អ្នក។

EOB ក៏អាចរកបានផងដែរនៅពេលអ្នកស្នើសុំ។ ដើម្បីទទួលបានច្បាប់ចម្លងមួយច្បាប់ សូមទាក់ទងផ្នែកបម្រើសេវាអតិថិជនតាមលេខ 1-855-905-3825 (TTY:711) ម៉ោង 8:00 ព្រឹក – ម៉ោង 8:00 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។

K. របៀបរក្សាកំណត់ត្រាសមាជិកភាពរបស់អ្នកឱ្យទាន់សម័យ

អ្នកអាចបន្តរក្សាកំណត់ត្រាសមាជិកភាពរបស់អ្នកឱ្យមានបច្ចុប្បន្នភាពបានតាមរយៈការឱ្យយើងដឹងពេលអ្នកកែប្រែព័ត៌មានរបស់អ្នក។

ក្រុមគ្រូពេទ្យ និង ឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញរបស់គម្រោងត្រូវការឱ្យមាននូវព័ត៌មានត្រឹមត្រូវអំពីអ្នក។ ពួកគេប្រើប្រាស់កំណត់ត្រាសមាជិកភាពរបស់អ្នកដើម្បីស្វែងយល់ដឹងនូវប្រភេទសេវាកម្ម និងឱសថដែលអ្នកទទួល

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan តាមលេខ 1-855-905-3825 (TTY:711) ម៉ោង 8:00 ព្រឹក – ម៉ោង 8:00 យប់

ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅមកលេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** សូមចូលមើលនៅ www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect។



បាន និងកម្រិតតម្លៃដែលអ្នកត្រូវទូទាត់។ ដោយសារបញ្ហានេះ វាមានសារៈសំខាន់ខ្លាំងណាស់ដែលអ្នកជួយឱ្យយើងបន្តរក្សាទុកព័ត៌មានឱ្យបានថ្មីបំផុត។

ចូរអនុញ្ញាតឱ្យយើងបានដឹងដូចខាងក្រោម:

- ការផ្លាស់ប្តូរឈ្មោះ អាសយដ្ឋាន ឬលេខទូរសព្ទរបស់អ្នក។
- ការផ្លាស់ប្តូរណាមួយនៅក្នុងការរ៉ាប់រងសុខភាពផ្សេងទៀតដែលមានដូចជាការធានារ៉ាប់រងពីនិយោជិករបស់អ្នក និយោជិករបស់ប្តី/ប្រពន្ធរបស់ ឬសំណងប្រាក់ការងាររបស់អ្នក។
- ការទាមទារសំណងណាមួយដូចជាការទាមទារពីបញ្ហាគ្រោះថ្នាក់យានយន្ត។
- ការចូលទៅស្នាក់នៅផ្ទះថែទាំមនុស្សជរាឬមន្ទីរពេទ្យ។
- ថែទាំនៅមន្ទីរពេទ្យឬបន្ទប់សង្គ្រោះបន្ទាន់។
- ការផ្លាស់ប្តូរអ្នកមើលការខុសត្រូវរបស់អ្នក (ឬនរណាម្នាក់ដែលទទួលខុសត្រូវចំពោះអ្នក)
- អ្នកគឺជាផ្នែកមួយនៃការសិក្សាស្រាវជ្រាវការព្យាបាលជម្ងឺ។

ប្រសិនបើមានព័ត៌មានផ្លាស់ប្តូរ សូមប្រាប់យើងដោយការហៅទូរសព្ទទៅសេវាបម្រើអតិថិជនតាមលេខ 1-855-905-3825 (TTY:711) ម៉ោង 8:00 ព្រឹក – ម៉ោង 8:00 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។

K1. ភាពឯកជននៃព័ត៌មានសុខភាពផ្ទាល់ខ្លួន (PHI)

ព័ត៌មានក្នុងកំណត់ត្រាសមាជិកភាពរបស់អ្នកអាចរួមបញ្ចូលទាំងព័ត៌មានសុខភាពផ្ទាល់ខ្លួន (PHI) ។ ច្បាប់រដ្ឋនិងសហព័ន្ធតម្រូវឱ្យយើងរក្សាទុក PHI របស់អ្នកជាលក្ខណៈឯកជន។ យើងត្រូវប្រាកដថា PHI របស់អ្នកត្រូវបានការពារ។ សម្រាប់ព័ត៌មានលម្អិតអំពីវិធីដែលយើងការពារ PHI របស់អ្នក សូមមើល ជំពូកទី 8 ផ្នែក C ។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan តាមលេខ 1-855-905-3825 (TTY:711) ម៉ោង 8:00 ព្រឹក – ម៉ោង 8:00 យប់



ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅមកលេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** សូមចូលមើលនៅ www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect។

ជំពូកទី 2៖ ធនធាន និងលេខទូរសព្ទសំខាន់ៗ

សេចក្តីផ្តើម

ជំពូកនេះផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវព័ត៌មានទំនាក់ទំនងសម្រាប់ធនធានសំខាន់ៗដែលអាចជួយអ្នកក្នុងការឆ្លើយតប
នឹងចម្ងល់របស់អ្នកអំពីគម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan
និងអត្ថប្រយោជន៍នៃការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក។
អ្នកក៏អាចប្រើជំពូកនេះដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានអំពីរបៀបទាក់ទងអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំ
របស់អ្នកនិងអ្នកផ្សេងទៀតដែលអាចផ្តល់ការគាំទ្រដល់អ្នក។ ពាក្យគន្លឹះនិងនិយមន័យមានតាម
លំដាប់អក្ខរក្រមក្នុងជំពូកចុងក្រោយនៃ សៀវភៅណែនាំសមាជិក។

តារាងមាតិកា

A. របៀបទាក់ទងទៅកាន់ផ្នែកបម្រើសេវាអតិថិជនរបស់ Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan៖.....	20
A1. ពេលណាត្រូវទាក់ទងទៅសេវាបម្រើអតិថិជន.....	20
B. របៀបទាក់ទងអ្នកស្វែងរកសេវា ថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក.....	23
B1. ពេលត្រូវទាក់ទងអ្នកស្វែងរកសេវា ថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក	24
C. របៀបទាក់ទងបណ្តាញទូរសព្ទសម្រាប់ដំបូន្មានពិគ្រោះយោបល់.....	25
C1. ពេលត្រូវទាក់ទងបណ្តាញទូរសព្ទសម្រាប់ដំបូន្មានពិគ្រោះយោបល់.....	25
D. របៀបទាក់ទងទៅកាន់បណ្តាញទូរសព្ទវិបត្តិសុខភាពអាកប្បកិរិយា.....	26
D1. ពេលដែលត្រូវទាក់ទងទៅកាន់បណ្តាញទូរសព្ទវិបត្តិសុខភាពអាកប្បកិរិយា.....	26
E. របៀបទាក់ទងកម្មវិធី Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP).....	28
E1. ពេលដែលត្រូវទាក់ទង HICAP	28
F. របៀបទាក់ទងអង្គការលើកកម្ពស់គុណភាព (QIO).....	29
F1. នៅពេលទាក់ទងអង្គការមួយដែលគេហៅថា អង្គការលើកកម្ពស់គុណភាពថែទាំអ្នកទទួលបាន និងគ្រួសារ Livanta (Livanta Beneficiary and Family Centered Care Quality Improvement Organization, BFCC-QIO)	29
G. របៀបទាក់ទង Medicare.....	30
H. របៀបទាក់ទង Medi-Cal ជម្រើសថែទាំសុខភាព	31
I. របៀបទាក់ទងកម្មវិធី Cal MediConnect Ombuds Program	32

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan
តាមលេខ 1-855-905-3825 (TTY:711) ម៉ោង 8:00 ព្រឹក – ម៉ោង 8:00 យប់

ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅមកលេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** សូមចូលមើលនៅ
[www.blueshieldca.com/promise/Cal MediConnect](http://www.blueshieldca.com/promise/Cal%20MediConnect)។



J. របៀបទាក់ទងទៅសេវាសង្គមកិច្ចខោនធី	33
K. របៀបទាក់ទងទៅគម្រោង County Specialty Mental Health Plan របស់អ្នក	34
K1. ទាក់ទងគម្រោងឯកទេសសុខភាពផ្លូវចិត្តប្រចាំនៅខោនធីអំពី៖.....	34
L. របៀបទាក់ទងមកកាន់ California Department of Managed Health Care (ក្រសួងគ្រប់គ្រងការថែទាំសុខភាពនៃរដ្ឋ California).....	35
M. ធនធានផ្សេងទៀត	36

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan

តាមលេខ 1-855-905-3825 (TTY:711) ម៉ោង 8:00 ព្រឹក – ម៉ោង 8:00 យប់

ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅមកលេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** សូមចូលមើលនៅ

www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect។



A. របៀបទាក់ទងទៅកាន់ផ្នែកបម្រើសេវាអតិថិជនរបស់ Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan:

ទូរសព្ទ	1-855-905-3825 ការហៅមកលេខនេះគឺមិនគិតថ្លៃ។ ម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ ម៉ោង 8:00 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ អ្នកអាចទទួលបានឯកសារនេះដោយឥតគិតថ្លៃនៅក្នុងទ្រង់ទ្រាយផ្សេងទៀតដូចជាអក្សរពុម្ពធំ អក្សរស្លាបសម្រាប់ជនពិការភ្នែក និង/ឬជាអ្នកដឹងដោយទូរសព្ទទៅលេខខាងលើ។ យើងរកសេវាកម្មអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ដោយឥតគិតថ្លៃសម្រាប់អ្នកដែលមិនចេះនិយាយភាសាអង់គ្លេស។
TTY	711 ការហៅមកលេខនេះគឺមិនគិតថ្លៃ។ លេខនេះគឺសម្រាប់អ្នកដែលមានបញ្ហាការស្តាប់ ឬ ការនិយាយ។ អ្នកត្រូវតែមានគ្រឿងបរិក្ខារទូរសព្ទពិសេសៗដើម្បីហៅវាបាន។ ម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ ម៉ោង 8:00 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។
សរសេរទៅកាន់	Blue Shield of California Promise Health Plan Customer Care Department 601 Potrero Grande Dr. Monterey Park, CA 91755
គេហទំព័រ	www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect

A1. ពេលណាត្រូវទាក់ទងទៅសេវាបម្រើអតិថិជន

- សួរសំណួរអំពីគម្រោង
- សំណួរនានាអំពីការទាមទារសំណង ការចេញវិក្កយបត្រ ឬប័ណ្ណសមាជិកភាព
- ការសម្រេចចិត្តអំពីការគ្របដណ្តប់សម្រាប់ការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក
 - សេចក្តីសម្រេចលើការរ៉ាប់រងអំពីបញ្ជាក់ហេតុសុខភាពរបស់អ្នកគឺជាការសម្រេចមួយអំពី៖
 - អត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នក និងសេវាដែលទទួលបានការរ៉ាប់រង ឬ
 - ចំនួនទឹកប្រាក់ដែលយើងត្រូវទូទាត់បង់សម្រាប់សេវាសុខភាពរបស់អ្នក។
 - សូមទូរសព្ទមកយើងប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរអំពីការសម្រេចចិត្តលើការធានារ៉ាប់រងសម្រាប់ការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក។
 - ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពីសេចក្តីសម្រេចលើការគ្របដណ្តប់ មើលជំពូកទី 9 ផ្នែក D។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan តាមលេខ 1-855-905-3825 (TTY:711) ម៉ោង 8:00 ព្រឹក – ម៉ោង 8:00 យប់

ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅមកលេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** សូមចូលមើលនៅ www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect។



- បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍អំពីការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក
 - បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ គឺជាវិធីផ្លូវការមួយនៃការស្នើឱ្យយើងពិនិត្យមើលសេចក្តីសម្រេចដែលយើងបានធ្វើអំពីការគ្របដណ្តប់របស់អ្នកឡើងវិញ និងស្នើឱ្យយើងផ្លាស់ប្តូររបៀបសិនបើអ្នកគិតថាយើងបានធ្វើឱ្យមានកំហុស។
 - ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពីការធ្វើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ មើលជំពូកទី 9 ផ្នែក D។
- បណ្តឹងអំពីការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក
 - អ្នកអាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងអំពីយើងឬអ្នកផ្តល់សេវាណាមួយ (រួមទាំងអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងនិងក្រៅបណ្តាញ) ។ អ្នកផ្តល់សេវាកម្មថែទាំក្នុងបណ្តាញ គឺជាអ្នកផ្តល់សេវាកម្មដែលធ្វើការជាមួយគម្រោងសុខភាពនេះ។ អ្នកក៏អាចធ្វើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍អំពីគុណភាពនៃការថែទាំដែលអ្នកបានយកមកកាន់យើងឬទៅកាន់អង្គភាពធ្វើឱ្យប្រសើរឡើងដល់គុណភាព (មើល ផ្នែក F ខាងក្រោម) ។
 - អ្នកអាចទូរសព្ទមកយើងនិងពន្យល់ពីពាក្យបណ្តឹងរបស់អ្នក។ ទូរសព្ទមកកាន់ផ្នែកបម្រើអតិថិជនតាមលេខ 1-855-905-3825 (TTY:711) ម៉ោង 8:00 ព្រឹក – ម៉ោង 8:00 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។
 - ប្រសិនបើបណ្តឹងរបស់អ្នកទាក់ទងនឹងការសម្រេចចិត្តអំពីការរ៉ាប់រងលើការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក អ្នកអាចធ្វើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍មួយបាន (សូមមើលផ្នែកខាងលើ)។
 - អ្នកអាចផ្ញើបណ្តឹងអំពី Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan ទៅកាន់ Medicare ។ អ្នកអាចប្រើទម្រង់បែបបទអនឡាញនៅ www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx ។ ឬអ្នកអាចទូរសព្ទទៅ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) ដើម្បីស្នើសុំជំនួយ។
 - អ្នកអាចដាក់បណ្តឹងអំពីគម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan ទៅកាន់កម្មវិធី Cal MediConnect Ombuds Program ដោយហៅទូរសព្ទទៅកាន់លេខ 1-855-501-3077 (TTY:1-855-847-7914) ថ្ងៃច័ន្ទ ដល់ ថ្ងៃសុក្រ ម៉ោង 9:00 ព្រឹក – 5:00 រសៀល
 - ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពីការធ្វើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍អំពីការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក សូមមើលជំពូកទី 9 ផ្នែក J ។
- ការសំរេចចិត្តអំពីការធានារ៉ាប់រងសម្រាប់ឱសថរបស់អ្នក
 - សេចក្តីសម្រេចលើការរ៉ាប់រងអំពីឱសថរបស់អ្នកគឺជាការសម្រេចមួយអំពី:
 - អត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នក និងឱសថដែលទទួលបានការរ៉ាប់រង ឬ
 - ចំនួនទឹកប្រាក់ដែលយើងនឹងបង់សម្រាប់ឱសថរបស់អ្នក។
 - អត្ថប្រយោជន៍ទាំងនេះមានសម្រាប់ឱសថផ្នែក D ឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជា Medi-Cal និងឱសថមិនត្រូវការវេជ្ជបញ្ជា Medi-Cal របស់អ្នក។



- សម្រាប់ច្រើនទៀតលើសេចក្តីសម្រេចលើការគ្របដណ្តប់អំពីថ្នាំមានវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក មើល ជំពូកទី 9 ផ្នែក F ។
- បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍អំពីឱសថរបស់អ្នក
 - បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍
គឺជាវិធីមួយក្នុងការស្នើឱ្យយើងផ្លាស់ប្តូរសេចក្តីសម្រេចលើការគ្របដណ្តប់មួយ។
 - ដើម្បីធ្វើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍លើការសម្រេចនៃការធានារ៉ាប់រងណាមួយសម្រាប់ឱសថណាមួយរបស់អ្នក ដែលមាននៅក្នុងបញ្ជីឈ្មោះឱសថដែលមានការធានារ៉ាប់រង (បញ្ជីឱសថ) នៃគម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan សូមទាក់ទងមកផ្នែកបម្រើសេវាអតិថិជនតាមលេខ 1-855-905-3825 (TTY:711) ម៉ោង 8:00 ព្រឹក – ម៉ោង 8:00 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ឱសថ Medi-Cal ត្រូវបានដាក់ស្លាកជាមួយសញ្ញាផ្កាយ (*) ក្នុងសៀវភៅរូបមន្តថ្នាំ។
 - សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមទាក់ទងនឹងការធ្វើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍អំពីឱសថមានវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក សូមមើលជំពូកទី 9 ផ្នែក J។
- ពាក្យបណ្តឹងឱសថរបស់អ្នក
 - អ្នកអាចធ្វើបណ្តឹងអំពីយើងឬឱសថស្ថានណាមួយ។
នេះរួមបញ្ចូលទាំងពាក្យបណ្តឹងអំពីឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក។
 - ប្រសិនបើពាក្យបណ្តឹងរបស់អ្នកគឺសំដៅលើការសំរេចចិត្តលើការធានារ៉ាប់រងសម្រាប់ឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក អ្នកអាចធ្វើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍បាន។ (សូមមើលផ្នែកខាងលើ។)
 - អ្នកអាចធ្វើបណ្តឹងអំពី Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan ទៅកាន់ Medicare ។ អ្នកអាចប្រើទម្រង់បែបបទអនឡាញនៅ www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx ។ ឬអ្នកអាចទូរសព្ទទៅ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) ដើម្បីស្នើសុំជំនួយ។
 - សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមទាក់ទងនឹងការតវ៉ាអំពីឱសថមានវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក សូមមើលជំពូកទី 9 ផ្នែក J ។
- ការបង់ប្រាក់សម្រាប់ការថែទាំសុខភាពឬឱសថដែលអ្នកបានបង់រួចហើយ
 - សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមទៀតពីរបៀបស្នើសុំឱ្យយើងបង់ថ្លៃឱ្យអ្នកវិញ ឬបង់វិក័យប័ត្រដែលអ្នកបានទទួល មើល ជំពូកទី 7 ផ្នែក A ។
 - ប្រសិនបើអ្នកស្នើសុំឱ្យយើងបង់ថ្លៃវិក័យប័ត្រមួយ ហើយយើងបដិសេធផ្នែកណាមួយនៃសំណើរបស់អ្នក អ្នកអាចប្តឹងឧទ្ធរណ៍លើការសម្រេចចិត្តរបស់យើងបាន។ សូមមើលជំពូកទី 9 ផ្នែក D សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan តាមលេខ 1-855-905-3825 (TTY:711) ម៉ោង 8:00 ព្រឹក – ម៉ោង 8:00 យប់

ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅមកលេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** សូមចូលមើលនៅ www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect។



B. របៀបទាក់ទងអ្នកស្វែងរកសេវា ថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក

អ្នកស្វែងរកមើលទិសថែទាំគឺជាបុគ្គលដែលទទួលបានការបណ្តុះបណ្តាលពិសេសដើម្បីជួយអ្នកតាមរយៈការសម្របសម្រួលនៃដំណើរការថែទាំ។ អ្នកស្វែងរកមើលទិសថែទាំរបស់អ្នកនឹងជាផ្នែកមួយនៃក្រុមថែទាំរបស់អ្នក ហើយគាត់/នាងនឹងបម្រើជាប្រភពបឋមនៃទំនាក់ទំនងសម្រាប់អ្នក។ អ្នកនឹងត្រូវបានបាត់តាំងអ្នកស្វែងរកមើលទិសថែទាំម្នាក់ នៅពេលអ្នកចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងសុខភាព។ អ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំនឹងទូរសព្ទទៅអ្នកដើម្បីណែនាំខ្លួននិងជួយកំណត់ព័ត៌មានការប្រើប្រាស់របស់អ្នក។ អ្នកអាចទាក់ទងមកអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នកដោយទូរសព្ទទៅផ្នែកបម្រើសេវាអតិថិជន Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan ហើយជ្រើសរើសអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំដែលមាននៅទីនេះ។ នៅពេលអ្នកស្វែងរកមើលទិសថែទាំត្រូវបានបាត់តាំងទៅអ្នក អ្នកក៏អាចទាក់ទងគាត់/នាងផងដែរដោយការទូរសព្ទទៅបណ្តាញទូរសព្ទផ្ទាល់របស់ពួកគេ។ ដើម្បីស្នើសុំផ្លាស់ប្តូរអ្នកសម្របសម្រួលផ្នែកថែទាំរបស់អ្នក អ្នកអាចទូរសព្ទទៅផ្នែកបម្រើសេវាអតិថិជន Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan។

ទូរសព្ទ	1-855-905-3825 ការហៅមកលេខនេះគឺមិនគិតថ្លៃ។ ម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ ម៉ោង 8:00 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ អ្នកអាចទទួលបានឯកសារនេះដោយឥតគិតថ្លៃនៅក្នុងទ្រង់ទ្រាយផ្សេងទៀតដូចជាអក្សរពុម្ពធំ, អក្សរស្លាបសម្រាប់ជនពិការភ្នែក និង/ឬជាអូឌីយ៉ូដោយទូរសព្ទទៅលេខខាងលើ។ យើងរកសេវាកម្មអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ដោយឥតគិតថ្លៃសម្រាប់អ្នកដែលមិនចេះនិយាយភាសាអង់គ្លេស។
TTY	711 ការហៅមកលេខនេះគឺមិនគិតថ្លៃ។ លេខនេះគឺសម្រាប់អ្នកដែលមានបញ្ហាការស្តាប់ ឬ ការនិយាយ។ អ្នកត្រូវតែមានគ្រឿងបរិក្ខារទូរសព្ទពិសេសៗដើម្បីហៅវាបាន។ ម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ ម៉ោង 8:00 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។
សរសេរទៅកាន់	Blue Shield of California Promise Health Plan Customer Care Department 601 Potrero Grande Dr. Monterey Park, CA 91755
គេហទំព័រ	www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan តាមលេខ 1-855-905-3825 (TTY:711) ម៉ោង 8:00 ព្រឹក – ម៉ោង 8:00 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅមកលេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** សូមចូលមើលនៅ www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect។



B1. ពេលត្រូវទាក់ទងអ្នកស្វែងរកសេវា ថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក

- សំណួរនានាអំពីបញ្ហាគំហែទាំសុខភាពរបស់អ្នក
- សំណួរនានាអំពីការទទួលបានសេវាកម្មសុខភាពអាកប្បកិរិយា (សុខភាពផ្លូវចិត្ត និងបញ្ហាប្រើប្រាស់សារធាតុញៀន)
- សំណួរនានាអំពីបញ្ហាការដឹកជញ្ជូន
- សំណួរនានាអំពីសេវាកម្ម និងការគាំទ្ររយៈពេលវែង (LTSS)

LTSS មានជាអាទិ៍ សេវាកម្មសម្រាប់មនុស្សពេញវ័យតាមសហគមន៍ (CBAS) កម្មវិធីសេវាជំនួយចម្រុះសម្រាប់មនុស្សចាស់ (MSSP) មណ្ឌលថែទាំចាស់ជរា (NF)។

ការផ្គត់ផ្គង់ និងសេវាថែទាំរយៈពេលវែង (LTSS) សំដៅទៅលើសេវាដែលគាំទ្រដល់មនុស្សពេញវ័យដែលមានបញ្ហាខាងមុខងាររាងកាយ និង/ឬមានជំងឺរ៉ាំរ៉ៃដើម្បីរស់នៅក្នុងសហគមន៍ ឬមន្ទីរថែទាំរយៈពេលវែង។ LTSS គឺសម្រាប់សមាជិកដែលត្រូវការជំនួយដើម្បីធ្វើសកម្មភាពប្រចាំថ្ងៃដូចជាការដឹកទឹក ការស្លៀកពាក់ ការរៀបចំអាហារ និងការគ្រប់គ្រងឱសថ។ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយដើម្បីបន្តរស់នៅដោយឯករាជ្យ សូមទូរសព្ទមកសេវាបម្រើអតិថិជនសម្រាប់ការបញ្ជូនបន្ត ។

LTSS រួមមាន៖ សេវាកម្មមនុស្សពេញវ័យមានមូលដ្ឋានក្នុងសហគមន៍ (CBAS) សេវាកម្មគាំទ្រតាមផ្ទះ (IHSS) កម្មវិធីសេវាកម្មជនចាស់ជរាដែលផ្តល់ពហុប្រយោជន៍ (MSSP) ការថែទាំរយៈពេលវែង/ការថែទាំក្នុងបន្ទប់។

ជួនកាលអ្នកអាចទទួលបានជំនួយពីការថែទាំសុខភាពប្រចាំថ្ងៃនិងតម្រូវការរស់នៅនានារបស់អ្នក។ អ្នកអាចទទួលបានសេវាកម្មទាំងនេះ៖

- សេវាមនុស្សពេញវ័យតាមសហគមន៍ (CBAS)
- កម្មវិធីសេវាពហុបំណងសម្រាប់មនុស្សចាស់ (MSSP),
- ជំនាញមើលថែ
- ការព្យាបាលដោយចលនា
- ការព្យាបាលបែបអាជីព
- ការព្យាបាលការនិយាយ
- សេវាសង្គមវេជ្ជសាស្ត្រ និង
- គំហែទាំសុខភាពនៅតាមផ្ទះ។



C. របៀបទាក់ទងបណ្តាញទូរសព្ទសម្រាប់ដំបូន្មានពិគិលានុបដ្ឋាយិកា

ខ្សែទូរសព្ទផ្តល់ដំបូន្មានពិគិលានុបដ្ឋាយិការបស់ Blue Shield Promise of California Health Plan ផ្តល់ជូនការគាំទ្រដោយមានគិលានុបដ្ឋាយិកាដែលបានចុះឈ្មោះត្រឹមត្រូវសម្រាប់រង់ចាំឆ្លើយសំណួរ 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ទូរសព្ទទៅបណ្តាញដំបូន្មានពិគិលានុបដ្ឋាយិកាតាមលេខ (800) 609-4166 (TTY 711)។ គិលានុបដ្ឋាយិកា នៅរង់ចាំតាមទូរសព្ទ ដើម្បីឆ្លើយតបសំណួរអំពីសុខភាពទូទៅ និងផ្តល់ការគ្រប់គ្រងទិសទៅកាន់ធនធានបន្ថែមសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។ ជាមួយខ្សែទូរសព្ទផ្តល់ដំបូន្មានពិគិលានុបដ្ឋាយិកា សមាជិកអាចទទួលបាន សេចក្តីសង្ខេបនៃការសន្និដ្ឋានតាមរយៈអ៊ីមែល ដែលរួមមានព័ត៌មានទាំងអស់ និងតំណដើម្បីងាយស្រួលរក។

ទូរសព្ទ	(800) 609-4166 (TTY 711) ការហៅមកលេខនេះគឺមិនគិតថ្លៃ។ 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ អ្នកអាចទទួលបានឯកសារនេះដោយឥតគិតថ្លៃនៅក្នុងទ្រង់ទ្រាយផ្សេងទៀតដូចជា អក្សរពុម្ពធំ អក្សរស្លាបសម្រាប់ជនពិការភ្នែក និង/ឬជាអូឌីយ៉ូដោយទូរសព្ទទៅលេខខាងលើ។ យើងរកសេវាកម្មអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ដោយឥតគិតថ្លៃសម្រាប់អ្នកដែលមិនចេះនិយាយភាសាអង់គ្លេស។
TTY	711 ការហៅមកលេខនេះគឺមិនគិតថ្លៃ។ លេខនេះគឺសម្រាប់អ្នកដែលមានបញ្ហាការស្តាប់ ឬ ការនិយាយ។ អ្នកត្រូវតែមានគ្រឿងបរិក្ខារទូរសព្ទពិសេសៗដើម្បីហៅបាន។ 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។

C1. ពេលត្រូវទាក់ទងបណ្តាញទូរសព្ទសម្រាប់ដំបូន្មានពិគិលានុបដ្ឋាយិកា

- សំណួរនានាអំពីបញ្ជាក់ហេតុអ្វីសុខភាពរបស់អ្នក

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan តាមលេខ 1-855-905-3825 (TTY:711) ម៉ោង 8:00 ព្រឹក – ម៉ោង 8:00 យប់

ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅមកលេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** សូមចូលមើលនៅ www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect។



D. របៀបទាក់ទងទៅកាន់បណ្តាញទូរសព្ទវិបត្តិសុខភាពអាកប្បកិរិយា

ទូរសព្ទ	បណ្តាញសិទ្ធិប្រើប្រាស់និងវិបត្តិនៅ Los Angeles 1-800-854-7771 ការហៅមកលេខនេះគឺមិនគិតថ្លៃ។ 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ យើងរកសេវាកម្មអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ដោយឥតគិតថ្លៃសម្រាប់អ្នកដែលមិនចេះនិយាយភាសាអង់គ្លេស។
TTY	711 ការហៅមកលេខនេះគឺមិនគិតថ្លៃ។ លេខនេះគឺសម្រាប់អ្នកដែលមានបញ្ហាការស្តាប់ ឬ ការនិយាយ។ អ្នកត្រូវតែមានគ្រឿងបរិក្ខារទូរសព្ទពិសេសៗដើម្បីហៅវាបាន។ 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។
ទូរសព្ទ	<u>អង្គភាពសុខភាពអាកប្បកិរិយាក្រោមការគ្រប់គ្រងរបស់គម្រោង Blue Shield of California Promise Health Plan</u> 1-855-765-9701 ការហៅមកលេខនេះគឺមិនគិតថ្លៃ។ 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ យើងរកសេវាកម្មអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ដោយឥតគិតថ្លៃសម្រាប់អ្នកដែលមិនចេះនិយាយភាសាអង់គ្លេស។
TTY	711 ការហៅមកលេខនេះគឺមិនគិតថ្លៃ។ លេខនេះគឺសម្រាប់អ្នកដែលមានបញ្ហាការស្តាប់ ឬ ការនិយាយ។ អ្នកត្រូវតែមានគ្រឿងបរិក្ខារទូរសព្ទពិសេសៗដើម្បីហៅវាបាន។ 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍

D1. ពេលដែលត្រូវទាក់ទងទៅកាន់បណ្តាញទូរសព្ទវិបត្តិសុខភាពអាកប្បកិរិយា

- សំណួរនានាអំពីសុខភាពផ្លូវចិត្ត និងសេវាកម្មទាក់ទងនឹងការប្រើប្រាស់គ្រឿងញៀន
- នៅពេលជួបវិបត្តិសុខភាពផ្លូវចិត្ត សូមទូរសព្ទទៅខ្សែទូរសព្ទ Los Angeles Access Crisis ដែលមានបម្រើជូន 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ព័ត៌មានទំនាក់ទំនងមាននៅខាងលើ។
- នៅពេលអ្នកមានសំណួរអំពីសេវាសុខភាពផ្លូវចិត្ត និងបញ្ហាប្រើប្រាស់សារធាតុញៀន សូមទាក់ទងសេវាសុខភាពអាកប្បកិរិយារបស់គម្រោង Blue Shield of California Promise Health Plan។ ព័ត៌មានទំនាក់ទំនងមាននៅខាងលើ។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan តាមលេខ 1-855-905-3825 (TTY:711) ម៉ោង 8:00 ព្រឹក – ម៉ោង 8:00 យប់

ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅមកលេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** សូមចូលមើលនៅ www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect។



- គម្រោងថែទាំសុខភាពរបស់ Cal MediConnect ទទួលខុសត្រូវលើការផ្តល់ឱ្យអ្នកចុះឈ្មោះនូវការចូលប្រើសេវាកម្មសុខភាពឥរិយាបថចាំបាច់តាមវេជ្ជសាស្ត្រទាំងអស់ (ការព្យាបាលសុខភាពផ្លូវចិត្ត និងបញ្ហាប្រើប្រាស់សារធាតុញៀន) ដែលត្រូវបានរ៉ាប់រងនាពេលបច្ចុប្បន្នដោយ Medicare និង Medi-Cal។

សម្រាប់សំណួរទាក់ទងនឹងសេវាឯកទេសថែទាំសុខភាពផ្លូវចិត្តក្នុងខោនធីរបស់អ្នក សូមមើលទំព័រ 34។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan
តាមលេខ 1-855-905-3825 (TTY:711) ម៉ោង 8:00 ព្រឹក – ម៉ោង 8:00 យប់



ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅមកលេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** សូមចូលមើលនៅ
www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect។

E. របៀបទាក់ទងកម្មវិធី Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP)

កម្មវិធីប្រឹក្សាយោបល់លើការធានារ៉ាប់រងសុខភាព និងការគាំពារ (HICAP) ផ្តល់នូវការប្រឹក្សាយោបល់ធានារ៉ាប់រងសុខភាពដោយឥតគិតថ្លៃដល់ក្រុមប្រជាពលរដ្ឋដែលចូលរួមជាមួយនឹងកម្មវិធី Medicare។ ក្រុមអ្នកប្រឹក្សាយោបល់របស់ HICAP អាចឆ្លើយសំណួរ និងជួយឱ្យអ្នកយល់ដឹងនូវអ្វីដែលត្រូវធ្វើដើម្បីដោះស្រាយបញ្ហារបស់អ្នកបាន។ HICAP បានបណ្តុះបណ្តាលអ្នកប្រឹក្សានៅក្នុងគ្រប់ខោនធីទាំងអស់ ហើយសេវាកម្មគឺពុំគិតថ្លៃទេ។

HICAP គ្មានទំនាក់ទំនងជាមួយនឹងក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រង ឬគម្រោងសុខភាពណាមួយឡើយ។

ទូរសព្ទ	Center for Health Care Rights 1-213-383-4519 ថ្ងៃច័ន្ទដល់សុក្រ ពីម៉ោង 8:30 ព្រឹកដល់ម៉ោង 4:30 ល្ងាច។
TTY	711 លេខនេះគឺសម្រាប់អ្នកដែលមានបញ្ហាការស្តាប់ ឬ ការនិយាយ។ អ្នកត្រូវតែមានគ្រឿងបរិក្ខារទូរសព្ទពិសេសៗដើម្បីហៅវាបាន។
សរសេរទៅកាន់	Los Angeles County HICAP Office 520 S. Lafayette Park Place, Suite 214 Los Angeles, CA 90057
គេហទំព័រ	http://www.aging.ca.gov/HICAP/

E1. ពេលដែលត្រូវទាក់ទង HICAP

- សំណួរអំពីគម្រោង Cal MediConnect ឬសំណួរ Medicare ផ្សេងទៀត
 - អ្នកប្រឹក្សាយោបល់របស់ HICAP អាចឆ្លើយសំណួររបស់អ្នកអំពីការផ្លាស់ប្តូរគម្រោងថ្មីនិងជួយអ្នក៖
 - យល់អំពីសិទ្ធិរបស់អ្នក
 - យល់ពីជម្រើសគម្រោងរបស់អ្នក
 - ដាក់ពាក្យបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍អំពីបញ្ហាតំបែទាំសុខភាព ឬការព្យាបាលរបស់អ្នក និង
 - ដោះស្រាយបញ្ហាវិកលចរិតរបស់អ្នក។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan តាមលេខ 1-855-905-3825 (TTY:711) ម៉ោង 8:00 ព្រឹក – ម៉ោង 8:00 យប់

ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅមកលេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលមើលនៅ www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect។



F. របៀបទាក់ទងអង្គការលើកកម្ពស់គុណភាព (QIO)

រដ្ឋរបស់យើងមានអង្គការមួយដែលគេហៅថា អង្គការលើកកម្ពស់គុណភាពថែទាំអ្នកទទួលបានផលនិងគ្រួសារ Livanta (Livanta Beneficiary and Family Centered Care Quality Improvement Organization, BFCC-QIO) ។ នេះគឺជាក្រុមប្រឹក្សាបណ្ឌិត និងអ្នកអាជីពផ្នែកគាំពារសុខភាពផ្សេងៗទៀតដែលជួយលើកកម្ពស់គុណភាពគាំពារសុខភាពដល់អ្នកចូលរួមកម្មវិធី Medicare។ កម្មវិធី Livanta BFCC-QIO គ្មានទំនាក់ទំនងជាមួយនឹងគម្រោងរបស់យើងទេ។

ទូរសព្ទ	លេខទូរសព្ទនេះគឺ 1-877-588-1123។
TTY	1-855-887-6668 លេខនេះគឺសម្រាប់អ្នកដែលមានបញ្ហាការស្តាប់ ឬ ការនិយាយ។ អ្នកត្រូវតែមានគ្រឿងបរិក្ខារទូរសព្ទពិសេសៗដើម្បីហៅវាបាន។
សរសេរទៅកាន់	Livanta BFCC_QIO Program 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701
គេហទំព័រ	https://www.livantaqio.com/en

F1. នៅពេលទាក់ទងអង្គការមួយដែលគេហៅថា អង្គការលើកកម្ពស់គុណភាពថែទាំអ្នកទទួលបានផលនិងគ្រួសារ Livanta (Livanta Beneficiary and Family Centered Care Quality Improvement Organization, BFCC-QIO)

- សំណួរនានាអំពីបញ្ហាគាំពារសុខភាពរបស់អ្នក
 - អ្នកអាចធ្វើបណ្តឹងអំពីការថែទាំដែលអ្នកទទួលបានប្រសិនបើអ្នក៖
 - មានបញ្ហាជាមួយគុណភាពនៃការថែទាំ
 - គិតថាការស្នាក់នៅមន្ទីរពេទ្យរបស់អ្នកនឹងត្រូវបញ្ចប់ក្នុងពេលឆាប់ៗ ឬ
 - គិតថាការថែទាំនៅផ្ទះរបស់អ្នក ការថែទាំនៅមណ្ឌលថែទាំជំនាញ ឬមណ្ឌលស្តារនីតិសម្បទាទូទៅសម្រាប់អ្នកជំងឺមិនសម្រាកនៅមន្ទីរពេទ្យ (CORF) នឹងត្រូវបញ្ចប់ក្នុងពេលឆាប់ៗផងដែរ។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan តាមលេខ 1-855-905-3825 (TTY:711) ម៉ោង 8:00 ព្រឹក – ម៉ោង 8:00 យប់



ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅមកលេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលមើលនៅ www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect។

G. របៀបទាក់ទង Medicare

Medicare គឺជាកម្មវិធីធានារ៉ាប់រងសុខភាពសហព័ន្ធសម្រាប់ប្រជាពលរដ្ឋដែលមានអាយុចាប់ពី 65 ឆ្នាំឡើងទៅ, មនុស្សពិការមួយចំនួនដែលមានអាយុក្រោម 65 ឆ្នាំ, និងប្រជាពលរដ្ឋដែលមានជម្ងឺ គាំងនោមស្លឹកក្នុងដំណាក់កាលចុងក្រោយ ឬក៏ហូចក្រលៀន ឬរ៉ាំរ៉ៃ (គឺអ្នកមានកំហូចក្រលៀន អចិន្ត្រៃយ៍ដែលទាមទារឱ្យមានការច្រោះឈាម ឬប្លូរក្រលៀន)។

ទីភ្នាក់ងារសហព័ន្ធដែលទទួលបន្ទុកកម្មវិធី Medicare គឺជាមជ្ឈមណ្ឌលបម្រើសេវាកម្មនៃកម្មវិធី Medicare & Medicaid ឬ CMS។

ទូរសព្ទ	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) ការហៅមកទៅកាន់លេខទូរសព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃនិងបាន 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។
TTY	1-877-486-2048 ការហៅទូរសព្ទនេះឥតគិតថ្លៃ។ លេខនេះគឺសម្រាប់អ្នកដែលមានបញ្ហាការស្តាប់ ឬ ការនិយាយ។ អ្នកត្រូវតែមានគ្រឿងបរិក្ខារទូរសព្ទពិសេសៗដើម្បីហៅវាបាន។
គេហទំព័រ	www.medicare.gov នេះគឺជាគេហទំព័រផ្លូវការសម្រាប់កម្មវិធី Medicare។ វាផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវព័ត៌មានទាន់សម័យបំផុតអំពី Medicare ។ វាក៏មានព័ត៌មានអំពីមន្ទីរពេទ្យ ផ្ទះថែទាំសុខភាព គ្រូពេទ្យ ភ្នាក់ងារសុខាភិបាលតាមផ្ទះ និងឧបករណ៍ពិនិត្យឈាម។ វារួមបញ្ចូលទាំងសៀវភៅណែនាំដែលអ្នកអាចបោះពុម្ពបានពីកុំព្យូទ័ររបស់អ្នក។ អ្នកក៏អាចស្វែងរកលេខទំនាក់ទំនងរបស់ Medicare នៅក្នុងរដ្ឋរបស់អ្នកដោយជ្រើសរើស "Forms, Help & Resources" ហើយបន្ទាប់មកចុចលើ "Phone numbers & websites" ។ គេហទំព័រនៃកម្មវិធី Medicare មានកម្មវិធីឧបករណ៍ដូចខាងក្រោមដើម្បីជួយឱ្យអ្នករកមើលគម្រោងធានាដែលមាននៅតំបន់របស់អ្នក៖ កម្មវិធីរកមើលគម្រោង Medicare: ផ្តល់ជូននូវព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួនអំពីគម្រោងប្រើឱសថមានវេជ្ជបញ្ជានៃកម្មវិធី Medicare គម្រោងថែទាំសុខភាពនៃកម្មវិធី Medicare និងគោលការណ៍ Medigap (ការធានារ៉ាប់រងបន្ថែមនៃកម្មវិធី Medicare) នៅក្នុងតំបន់របស់អ្នក។ ជ្រើសរើស "Find plans." បើអ្នកមិនមានកុំព្យូទ័រទេនោះ បណ្តាលយ ឬមជ្ឈមណ្ឌលសម្រាប់មនុស្សចាស់មូលដ្ឋានរបស់អ្នកអាចនឹងមានលទ្ធភាពជួយឱ្យអ្នកមើលគេហទំព័រនេះបានដោយការប្រើកុំព្យូទ័រដែលមាននៅទីនោះ។ បើមិនដូច្នោះទេ អ្នកអាចហៅទូរសព្ទទៅកម្មវិធី Medicare តាមរយៈលេខខាងលើ ហើយប្រាប់ពួកគេនូវព័ត៌មានដែលអ្នកកំពុងស្វែងរក។ ពួកគេនឹងស្វែងរកព័ត៌មាននៅលើគេហទំព័រ ព្រឹត្តិការណ៍ ហើយផ្ញើវាទៅអ្នក។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan តាមលេខ 1-855-905-3825 (TTY:711) ម៉ោង 8:00 ព្រឹក – ម៉ោង 8:00 យប់

ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅមកលេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលមើលនៅ www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect។



H. របៀបទាក់ទង Medi-Cal ជម្រើសថែទាំសុខភាព

Medi-Cal Health Care Options អាចជួយអ្នកបាន

ប្រសិនបើអ្នកមានចម្ងល់អំពីការជ្រើសរើសគម្រោង Cal MediConnect ឬបញ្ហាចុះឈ្មោះផ្សេងទៀត។

ទូរសព្ទ	លេខទូរសព្ទនេះគឺ 1-844-580-7272។ អ្នកគំណាង Health Care Options អាចរកបាននៅចន្លោះម៉ោង 8:00 ព្រឹកនិង 6:00 ល្ងាចចាប់ពីថ្ងៃច័ន្ទដល់ថ្ងៃសុក្រ។
TTY	លេខទូរសព្ទនេះគឺ 1-800-430-7077។ លេខនេះគឺសម្រាប់អ្នកដែលមានបញ្ហាការស្តាប់ ឬ ការនិយាយ។ អ្នកត្រូវតែមានគ្រឿងបរិក្ខារទូរសព្ទពិសេសៗដើម្បីហៅវាបាន។
សរសេរទៅកាន់	California Department of Health Care Services Health Care Options P.O. Box 989009 West Sacramento, CA 95798-9850
គេហទំព័រ	www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan

តាមលេខ 1-855-905-3825 (TTY:711) ម៉ោង 8:00 ព្រឹក – ម៉ោង 8:00 យប់

ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅមកលេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលមើលនៅ

www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect។



I. របៀបទាក់ទងកម្មវិធី Cal MediConnect Ombuds Program

កម្មវិធី Cal MediConnect Ombuds Program ដើរតួនាទីជាតំណាងអ្នកគាំទ្ររបស់អ្នក។ ពួកគេអាចឆ្លើយសំណួរនានាប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហាឬពាក្យបណ្តឹងហើយអាចជួយអ្នកឱ្យយល់ពីអ្វីដែលត្រូវធ្វើ។ កម្មវិធី Cal MediConnect Ombuds Program អាចជួយអ្នកទាក់ទងនឹងបញ្ហាសេវាកម្ម និងការចេញវិក័យប័ត្រ។ កម្មវិធី Cal MediConnect Ombuds Program មិនជាប់ពាក់ព័ន្ធនឹងគម្រោងរបស់យើង ឬក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រង ឬគម្រោងសុខភាពណាមួយឡើយ។ សេវាកម្មរបស់ពួកគេគឺឥតគិតថ្លៃ។

ទូរសព្ទ	1-855-501-3077 ការហៅទូរសព្ទនេះឥតគិតថ្លៃ។ ពីថ្ងៃច័ន្ទដល់ថ្ងៃសុក្រ ម៉ោង 9:00 ព្រឹកដល់ម៉ោង 5:00 ល្ងាច
TTY	1-855-847-7914 លេខនេះគឺសម្រាប់អ្នកដែលមានបញ្ហាការស្តាប់ ឬ ការនិយាយ។ អ្នកត្រូវតែមានគ្រឿងបរិក្ខារទូរសព្ទពិសេសៗដើម្បីហៅវាបាន។
សរសេរទៅកាន់	<u>Neighborhood Legal Services of Los Angeles County</u> 13327 Van Nuys Boulevard Pacoima, CA 91131 1104 E. Chevy Chase Drive Glendale, CA 91205 3629 Santa Anita Avenue El Monte, CA 91731
គេហទំព័រ	www.healthconsumer.org

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan តាមលេខ 1-855-905-3825 (TTY:711) ម៉ោង 8:00 ព្រឹក – ម៉ោង 8:00 យប់

ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅមកលេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** សូមចូលមើលនៅ www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect។



J. របៀបទាក់ទងទៅសេវាសង្គមកិច្ចខោនធី

ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយជាមួយអត្ថប្រយោជន៍នៃសេវាសង្គមនិងសុខភាពក្នុងខោនធី Los Angeles សូមទាក់ទងមន្ទីរសង្គមកិច្ចខោនធីរបស់អ្នក។

ទូរសព្ទ	1-866-613-3777 ការហៅមកលេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ ក្រសួងសេវាសង្គមសាធារណៈនៃខោនធី Los Angeles (Los Angeles County Department of Public Social Services) មានផ្នែកសេវាអភិវឌ្ឍន៍ (CSC) ដែលបម្រើការិយាល័យស្រុក 33 ការិយាល័យ។ ម៉ោងធ្វើការគឺពីថ្ងៃច័ន្ទដល់ថ្ងៃសុក្រលើកលែងថ្ងៃឈប់សម្រាកចាប់ពីម៉ោង 7:30 ព្រឹករហូតដល់ម៉ោង 5:30 នាទីល្ងាច។ CSC រួមបញ្ចូលប្រព័ន្ធស្វ័យប្រវត្តិសម្រាប់បម្រើខ្លួនឯង។ អ្នកទូរសព្ទចូលអាចទទួលបានកំណត់ត្រាសំណុំរឿងរបស់ពួកគេ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ។ ដើម្បីចូលប្រើប្រព័ន្ធដោយស្វ័យប្រវត្តិនេះ សូមចុចទៅលេខទូរសព្ទដែលឥតគិតថ្លៃ។
TTY	1-877-735-2929 លេខនេះគឺសម្រាប់អ្នកដែលមានបញ្ហាការស្តាប់ ឬ ការនិយាយ។ អ្នកត្រូវតែមានគ្រឿងបរិក្ខារទូរសព្ទពិសេសៗដើម្បីហៅវាបាន។
សរសេរ ទៅកាន់	Los Angeles County Department of Public Social Services 2855 E. Olympic Blvd. Los Angeles, CA 90023
គេហទំព័រ	http://dpss.lacounty.gov

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan តាមលេខ 1-855-905-3825 (TTY:711) ម៉ោង 8:00 ព្រឹក – ម៉ោង 8:00 យប់



ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅមកលេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលមើលនៅ www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect។

K. របៀបទាក់ទងទៅគម្រោង County Specialty Mental Health Plan របស់អ្នក

សេវាកម្មឯកទេសសុខភាពផ្លូវចិត្តនៃកម្មវិធី Medi-Cal អាចរកបានសម្រាប់អ្នកតាមរយៈគម្រោងសុខភាពផ្លូវចិត្តប្រចាំនៅខោនធី (MHP) បើអ្នកឆ្លើយតបបានទៅនឹងលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យនៃភាពសំខាន់ចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ។

ទូរសព្ទ	1-800-854-7771 ការហៅមកលេខនេះគឺមិនគិតថ្លៃ។ 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ អ្នកអាចទទួលបានឯកសារនេះដោយឥតគិតថ្លៃនៅក្នុងទ្រង់ទ្រាយផ្សេងទៀតដូចជាអក្សរពុម្ពធំ អក្សរស្លាបសម្រាប់ជនពិការភ្នែក និង/ឬជាអូឌីយ៉ូដោយទូរសព្ទទៅលេខខាងលើ។ យើងរកសេវាកម្មអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ដោយឥតគិតថ្លៃសម្រាប់អ្នកដែលមិនចេះនិយាយភាសាអង់គ្លេស។
TTY	711 ការហៅមកលេខនេះគឺមិនគិតថ្លៃ។ លេខនេះគឺសម្រាប់អ្នកដែលមានបញ្ហាការស្តាប់ ឬ ការនិយាយ។ អ្នកត្រូវតែមានគ្រឿងបរិក្ខារទូរសព្ទពិសេសៗដើម្បីហៅវាបាន។ 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។

K1. ទាក់ទងគម្រោងឯកទេសសុខភាពផ្លូវចិត្តប្រចាំនៅខោនធីអំពី៖

- សំណួរនានាអំពីសេវាកម្មសុខភាពផ្លូវចិត្តផ្តល់ដោយខោនធី
- សេវាឯកទេសសុខភាពផ្លូវចិត្តដែលមានប៉ុន្តែមិនកំណត់ត្រឹម៖
 - សេវាពិគ្រោះសុខភាពផ្លូវចិត្ត
 - ការព្យាបាលប្រចាំថ្ងៃ
 - អន្តរាគមន៍និងធ្វើឱ្យមានស្ថេរភាពវិបត្តិផ្លូវចិត្ត
 - ការគ្រប់គ្រងករណីគោលដៅ
 - ការព្យាបាលមនុស្សពេញវ័យនៅលំនៅដ្ឋាននិង
 - ការព្យាបាលវិបត្តិផ្លូវចិត្តតាមលំនៅដ្ឋាន

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan តាមលេខ 1-855-905-3825 (TTY:711) ម៉ោង 8:00 ព្រឹក – ម៉ោង 8:00 យប់



ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅមកលេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** សូមចូលមើលនៅ www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect។

L. របៀបទាក់ទងមកកាន់ California Department of Managed Health Care (ក្រសួងគ្រប់គ្រងការថែទាំសុខភាពនៃរដ្ឋ California)

California Department of Managed Health Care (DMHC)

គឺទទួលខុសត្រូវលើការដាក់បញ្ញត្តិផែនការសុខភាព។ មណ្ឌលជំនួយ DMHC អាចជួយអ្នកក្នុងការពិបាកបញ្ជាក់និងបណ្តឹងសារទុក្ខប្រឆាំងនឹងគម្រោងសុខភាពរបស់អ្នកទាក់ទងនឹងសេវាកម្ម Medi-Cal ។

ទូរសព្ទ	1-888-466-2219 អ្នកតំណាង DMHC អាចរកបាននៅចន្លោះម៉ោង 8:00 ព្រឹកនិង 6:00 ល្ងាចចាប់ពីថ្ងៃច័ន្ទដល់ថ្ងៃសុក្រ។
TTY	លេខទូរសព្ទនេះគឺ 1-877-688-9891។ លេខនេះគឺសម្រាប់អ្នកដែលមានបញ្ហាការស្តាប់ ឬ ការនិយាយ។ អ្នកត្រូវតែមានគ្រឿងបរិក្ខារទូរសព្ទពិសេសៗដើម្បីហៅវាបាន។
សរសេរទៅកាន់	Help Center California Department of Managed Health Care 980 Ninth Street, Suite 500 Sacramento, CA 95814-2725
ទូរសារ	1-916-255-5241។
គេហទំព័រ	www.dmhc.ca.gov

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan តាមលេខ 1-855-905-3825 (TTY: 711) ម៉ោង 8:00 ព្រឹក – ម៉ោង 8:00 យប់

ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅមកលេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** សូមចូលមើលនៅ www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect។



M. ធនធានផ្សេងទៀត

របៀបទាក់ទងទីភ្នាក់ងារមនុស្សចាស់ជរាប្រចាំតំបន់នៃខោនធី Los Angeles (Los Angeles County Area Agency on Aging)

AIS ផ្តល់សេវាកម្មដល់មនុស្សចាស់

មនុស្សពិការនិងសមាជិកគ្រួសាររបស់ពួកគេដើម្បីជួយថែទាំពួកគេឱ្យមានសុវត្ថិភាពនៅផ្ទះ

លើកកម្ពស់សុខភាពនិងសកម្មភាពរស់នៅចាំបាច់

និងផ្សព្វផ្សាយជាសាធារណៈនូវការរួមចំណែកជាវិជ្ជមានពីសំណាក់មនុស្សចាស់និងជនពិការ។

ទូរសព្ទ	1-888-202-4248 ថ្ងៃច័ន្ទដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹកដល់ម៉ោង 5:00 ល្ងាច
TTY	711 លេខនេះគឺសម្រាប់អ្នកដែលមានបញ្ហាការស្តាប់ ឬ ការនិយាយ។ អ្នកត្រូវតែមានគ្រឿងបរិក្ខារទូរសព្ទពិសេសៗដើម្បីហៅវាបាន។
សរសេរ ទៅកាន់	Los Angeles County Department of Workforce Development, Aging and Community Services 3175 W. 6 th St. Los Angeles, CA 90020
គេហទំព័រ	http://css.lacounty.gov/

១

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan

តាមលេខ 1-855-905-3825 (TTY:711) ម៉ោង 8:00 ព្រឹក – ម៉ោង 8:00 យប់

ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅមកលេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** សូមចូលមើលនៅ

www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect។



របៀបទាក់ទងមជ្ឈមណ្ឌលប្រចាំតំបន់ក្នុងខោនធី Los Angeles (Los Angeles County Regional Centers)

មជ្ឈមណ្ឌលប្រចាំតំបន់គឺជាសាធារណៈកម្មឯកជនមិនរកប្រាក់ចំណេញដែលបានចុះកិច្ចសន្យាជាមួយក្រសួងសេវាកម្មអភិវឌ្ឍន៍ (Department of Developmental Services) ដើម្បីផ្តល់ឬសម្របសម្រួលសេវាកម្មនិងការគាំទ្រដល់បុគ្គលដែលមានពិការភាពខាងការលូតលាស់។ ក្រសួងនេះមានការិយាល័យនៅទូទាំងរដ្ឋ California សម្រាប់ផ្តល់ធនធានក្នុងមូលដ្ឋានដើម្បីជួយបុគ្គលនិងគ្រួសាររបស់ពួកគេក្នុងការស្វែងរកនិងទទួលបានសេវាកម្មជាច្រើនដែលអាចរកបានសម្រាប់ពួកគេ។ California មានមជ្ឈមណ្ឌលក្នុងតំបន់ចំនួន 21 ដែលមានការិយាល័យច្រើនជាង 40 ស្ថិតនៅទូទាំងរដ្ឋដែលបម្រើដល់បុគ្គលដែលមានពិការភាពខាងការអភិវឌ្ឍន៍រាងកាយ និងគ្រួសាររបស់ពួកគេ។ ដើម្បីចូលមើលបញ្ជីមជ្ឈមណ្ឌលប្រចាំតំបន់ សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រដែលមានខាងក្រោម។

ទូរសព្ទ	1-916-654-1690 ថ្ងៃច័ន្ទដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹកដល់ម៉ោង 5:00 ល្ងាច
សរសេរទៅកាន់	1600 9 th Street P.O.Box 944202 Sacramento, CA 94244-2020
TTY	1-916-654-2054 លេខនេះគឺសម្រាប់អ្នកដែលមានបញ្ហាការស្តាប់ ឬ ការនិយាយ។ អ្នកត្រូវតែមានគ្រឿងបរិក្ខារទូរសព្ទពិសេសៗដើម្បីហៅវាបាន។
គេហទំព័រ	www.dds.ca.gov

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan

តាមលេខ 1-855-905-3825 (TTY:711) ម៉ោង 8:00 ព្រឹក – ម៉ោង 8:00 យប់

ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅមកលេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** សូមចូលមើលនៅ

www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect។



របៀបទាក់ទងទៅសេវាកម្មផ្នែកច្បាប់ប្រចាំតំបន់នៃខោនធី Los Angeles

សេវាកម្មផ្នែកច្បាប់ប្រចាំតំបន់នៃខោនធី Los Angeles (NLSLA)

ផ្តល់សេវាផ្នែកច្បាប់ឥតគិតថ្លៃដល់អ្នកដែលត្រូវការ។ NLSLA អាចជួយមនុស្សដែលមានបញ្ហាផ្លូវច្បាប់ផ្សេងៗរួមមានបញ្ហាលំនៅដ្ឋានច្បាប់គ្រួសារ សុវត្ថិភាពសេដ្ឋកិច្ច ការទទួលបានយុត្តិធម៌ ការធានារ៉ាប់រងសុខភាពនិងបញ្ហាជាច្រើនទៀត។

ទូរសព្ទ	1-800-433-6251 ថ្ងៃច័ន្ទ ថ្ងៃពុធនិងថ្ងៃសុក្រពីម៉ោង 9:00 ព្រឹកដល់ម៉ោង 1:00 ថ្ងៃត្រង់
សរសេរ ទៅកាន់	<u>Neighborhood Legal Services of Los Angeles County</u> 13327 Van Nuys Boulevard Pacoima, CA 91131 1104 E. Chevy Chase Drive Glendale, CA 91205 3629 Santa Anita Avenue El Monte, CA 91731
TTY	1-855-847-7914 លេខនេះគឺសម្រាប់អ្នកដែលមានបញ្ហាការស្តាប់ ឬ ការនិយាយ។ អ្នកត្រូវតែមានគ្រឿងបរិក្ខារទូរសព្ទពិសេសៗដើម្បីហៅវាបាន។
គេហទំព័រ	www.nlsla.org

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan

តាមលេខ 1-855-905-3825 (TTY:711) ម៉ោង 8:00 ព្រឹក – ម៉ោង 8:00 យប់

ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅមកលេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** សូមចូលមើលនៅ

www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect។



ជំពូកទី 3: ការប្រើប្រាស់អត្ថប្រយោជន៍រ៉ាប់រងនៃគម្រោងសម្រាប់តំបន់សុខភាព និងសេវាកម្មដែលទទួលបានការរ៉ាប់រងផ្សេងៗទៀតរបស់អ្នក

សេចក្តីផ្តើម

ជំពូកនេះមានលក្ខខណ្ឌនិងវិធានជាក់លាក់ដែលអ្នកត្រូវដឹងដើម្បីទទួលបានការថែទាំសុខភាពនិងសេវាកម្មដែលមានការរ៉ាប់រងជាមួយនឹង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan។ វាក៏ប្រាប់អ្នកអំពី អ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នក, របៀបទទួលបានការថែទាំពីប្រភេទផ្សេងៗគ្នានៃអ្នកផ្តល់សេវានិងនៅក្រោមកាលៈទេសៈពិសេសមួយចំនួន (រួមបញ្ចូលទាំងអ្នកផ្តល់សេវាឬឱសថស្ថានក្រៅបណ្តាញ) អ្វីដែលត្រូវធ្វើនៅពេលអ្នកទទួលបានវិក្កយបត្រដោយផ្ទាល់ពីសេវាកម្មដែលគ្របដណ្តប់ដោយគម្រោងរបស់យើង និងវិធានសម្រាប់ការធ្វើជាម្ចាស់ឧបករណ៍វេជ្ជសាស្ត្រសម្រាប់ប្រើរយៈពេលយូរ (DME) ។ ពាក្យគន្លឹះនិងនិយមន័យមានតាមលំដាប់អក្ខរក្រមក្នុងជំពូកចុងក្រោយនៃសៀវភៅណែនាំសមាជិក។

តារាងមាតិកា

A. ព័ត៌មានអំពី “សេវាកម្ម” “សេវាកម្មដែលត្រូវបានគ្របដណ្តប់” “អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំ” និង “អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំក្នុងបណ្តាញ”	42
B. វិធានច្បាប់នានាសម្រាប់ការទទួលបានការថែទាំសុខភាពទូទៅរបស់អ្នក សុខភាពអប្បកិរិយា និងសេវាកម្មនិងការគាំទ្ររយៈពេលយូរ (LTSS) ដែលគ្របដណ្តប់ដោយគម្រោងនេះ:	42
C. ព័ត៌មានអំពីអ្នកសម្របសម្រួលផ្នែកថែទាំរបស់អ្នក.....	44
C1. តើអ្នកស្វែងរកសេវាថែទាំសុខភាពជាអ្វី.....	44
C2. របៀបដែលអ្នកអាចទាក់ទងអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នក.....	44
C3. របៀបដែលអ្នកអាចផ្លាស់ប្តូរអ្នកស្វែងរកសេវាថែទាំរបស់អ្នក	45
D. ការថែទាំព្យាបាលពីអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំបឋម ក្រុមគ្រូពេទ្យឯកទេស អ្នកផ្តល់សេវាវេជ្ជសាស្ត្រផ្សេងៗទៀតក្នុងបណ្តាញ និងអ្នកផ្តល់សេវាក្រៅបណ្តាញ.....	45
D1. ការថែទាំពីអ្នកផ្តល់សេវាកម្មថែទាំបឋម.....	45
D2. ការថែទាំពីក្រុមគ្រូពេទ្យឯកទេស និងក្រុមអ្នកផ្តល់សេវាផ្សេងទៀតក្នុងបណ្តាញ.....	48
D3. អ្នកត្រូវធ្វើអ្វីនៅពេលអ្នកផ្តល់សេវាចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើង	49
D4. របៀបទទួលបាននូវការថែទាំព្យាបាលពីក្រុមគ្រូពេទ្យក្រៅបណ្តាញ	49

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan តាមលេខ 1-855-905-3825 (TTY:711) ម៉ោង 8:00 ព្រឹក – ម៉ោង 8:00 យប់

ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅមកលេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** សូមចូលមើលនៅ www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect។



- E. របៀបទទួលបានសេវាកម្ម និងការគាំទ្ររយៈពេលវែង (LTSS).....50
- F. របៀបទទួលបានសេវាអត្ថប្រយោជន៍សុខភាពអាក្សកិរិយា (សុខភាពផ្លូវចិត្ត និងវិបត្តិការប្រើប្រាស់សារធាតុញៀន).....51
 - F1. តើសេវាកម្មសុខភាពអាក្សកិរិយារបស់ Medi-Cal អ្វីខ្លះដែលត្រូវបានផ្តល់ជូននៅក្រៅ Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan តាមរយៈ ក្រសួងសុខភាពផ្លូវចិត្តនៃខោនធី Los Angeles (Los Angeles County Department of Mental Health, LACDMH) ហើយនិងក្រសួងសុខភាពសាធារណៈនៃខោនធី Los Angeles (Los Angeles County Department of Public Health, LACDPH)?..... 51
- G. របៀបទទួលបានសេវាដឹកជញ្ជូន.....53
- H. របៀបទទួលបានសេវាកម្មដែលមានការរ៉ាប់រង នៅពេលអ្នកមានតម្រូវការបន្ទាន់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ ឬតម្រូវការបន្ទាន់ផ្នែកថែទាំសុខភាព ឬអំឡុងពេលមានគ្រោះមហន្តរាយ.....54
 - H1. ការថែទាំនៅពេលដែលអ្នកត្រូវការសង្គ្រោះបន្ទាន់ 54
 - H2. ការថែទាំដែលត្រូវការបន្ទាន់..... 56
 - H3. ការថែទាំក្នុងអំឡុងពេលមានគ្រោះមហន្តរាយ 57
- I. តើអ្នកត្រូវធ្វើអ្វីប្រសិនបើអ្នកទទួលបានវិក្កយបត្រដោយផ្ទាល់សម្រាប់សេវាកម្មដែលមានការគ្របដណ្តប់ពីគម្រោងរបស់យើង57
 - I1. តើអ្នកត្រូវធ្វើអ្វីប្រសិនបើសេវាកម្មមិនមានការគ្របដណ្តប់ពីគម្រោងរបស់យើង 57
- J. ការគ្របដណ្តប់សេវាថែទាំសុខភាពនៅពេលដែលអ្នកកំពុងស្ថិតនៅក្នុងការស្រាវជ្រាវលើការព្យាបាល58
 - J1. និយមន័យនៃការសិក្សាស្រាវជ្រាវខាងព្យាបាល..... 58
 - J2. ការបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាកម្មនៅពេលអ្នកស្ថិតនៅក្នុងការសិក្សាស្រាវជ្រាវខាងព្យាបាលជម្ងឺ..... 59
 - J3. ការស្វែងយល់បន្ថែម អំពីការសិក្សាស្រាវជ្រាវខាងព្យាបាលជម្ងឺ..... 59
- K. តើសេវាតំបន់សុខភាពរបស់អ្នកទទួលបានការរ៉ាប់រងយ៉ាងដូចម្តេច នៅពេលដែលអ្នកចូលរួមក្នុងស្ថាប័នសាសនាដែលមិនផ្តល់សេវាកម្មតំបន់សុខភាពផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ?.....60
 - K1. និយមន័យនៃស្ថាប័នសាសនាដែលមិនផ្តល់សេវាកម្មតំបន់សុខភាពផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ 60
 - K2. ការទទួលបានការថែទាំពីស្ថាប័នសាសនាដែលមិនផ្តល់សេវាកម្មតំបន់សុខភាពផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ 60
- L. ឧបករណ៍វេជ្ជសាស្ត្រសម្រាប់ប្រើរយៈពេលយូរ (DME)61

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan តាមលេខ 1-855-905-3825 (TTY:711) ម៉ោង 8:00 ព្រឹក – ម៉ោង 8:00 យប់



ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅមកលេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** សូមចូលមើលនៅ www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect។

ជំពូកទី 3: ការប្រើប្រាស់អត្ថប្រយោជន៍រ៉ាប់រងនៃគម្រោងសម្រាប់តំបន់សុខភាព និងសេវាកម្មដែលទទួលបានការរ៉ាប់រងផ្សេងៗ
ទៀតរបស់អ្នក

L1. DME ក្នុងនាមជាសមាជិកគម្រោងរបស់យើង	61
L2. ភាពជាម្ចាស់នៃ DME នៅពេលអ្នកប្តូរទៅគម្រោង Original Medicare ឬ Medicare Advantage	62
L3. អត្ថប្រយោជន៍នៃឧបករណ៍ជំនួយអ្នកស៊ីសែន ក្នុងនាមជាសមាជិកគម្រោងរបស់យើង	62
L4. ឧបករណ៍ជំនួយអ្នកស៊ីសែននៅពេលអ្នកប្តូរទៅគម្រោង Original Medicare ឬ Medicare Advantage	63

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan

តាមលេខ 1-855-905-3825 (TTY:711) ម៉ោង 8:00 ព្រឹក – ម៉ោង 8:00 យប់

ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅមកលេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** សូមចូលមើលនៅ

www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect។



**A. ព័ត៌មានអំពី “សេវាកម្ម” “សេវាកម្មដែលត្រូវបានគ្របដណ្តប់”
“អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំ” និង “អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំក្នុងបណ្តាញ”**

សេវាកម្មនានា គឺជាការថែទាំសុខភាព សេវាកម្ម និងការគាំទ្ររយៈពេលយូរ អ្នកផ្តល់ផ្គត់ផ្គង់ សេវាកម្មសុខភាពអាកប្បកិរិយា ថ្នាំពេទ្យមានវេជ្ជបញ្ជា និងថ្នាំពេទ្យមិនមានវេជ្ជបញ្ជា បរិក្ខារ និងសេវាផ្សេងទៀត។ **សេវាកម្មដែលគ្របដណ្តប់** គឺជាសេវាកម្មណាមួយក្នុងចំណោម សេវាកម្មទាំងនេះដែលគម្រោងរបស់យើងបង់ឱ្យ។ សេវាកំហែទាំសុខភាពដែលទទួលបានការរ៉ាប់រង សុខភាពផ្លូវចិត្ត សេវានានា និង ជំនួយឧបត្ថម្ភរយៈពេលវែង (LTSS) មានចុះនៅក្នុងតារាង អត្ថប្រយោជន៍ នៅជំពូកទី 4 ផ្នែក D ។

អ្នកផ្តល់សេវាកម្ម គឺជាវេជ្ជបណ្ឌិត គិលានុបដ្ឋាយិកា និងមនុស្សដទៃដែលផ្តល់សេវាកម្ម និងការថែទាំដល់អ្នក។ ពាក្យ អ្នកផ្តល់សេវាកម្ម ក៏រាប់បញ្ចូលទាំងមន្ទីរពេទ្យ ទីភ្នាក់គ្រប់គ្រងសុខភាព តាមផ្ទះ គ្លីនិក និងទីកន្លែងផ្សេងទៀតដែលផ្តល់ជូនអ្នកនូវសេវាកម្មថែទាំសុខភាព សេវាកម្មសុខភាពអាកប្បកិរិយា បរិក្ខារវេជ្ជសាស្ត្រ និងសេវាកម្ម និងការគាំទ្ររយៈពេលយូរជាក់លាក់ (LTSS)។

អ្នកផ្តល់សេវាកម្មក្នុងបណ្តាញ គឺជាអ្នកផ្តល់សេវាកម្ម ដែលធ្វើការជាមួយគម្រោងសុខភាព។ ត្រូវពេទ្យ ទាំងនេះបានយល់ព្រមទទួលយកការទូទាត់បង់ប្រាក់របស់យើងជាការទូទាត់ពេញលេញ។ អ្នកផ្តល់សេវានៅក្នុងបណ្តាញចេញវិក្កយបត្រឱ្យយើងដោយផ្ទាល់សម្រាប់ការថែទាំដែលពួកគេផ្តល់ឱ្យអ្នក។ នៅពេលអ្នកទៅពិនិត្យជាមួយអ្នកផ្តល់បណ្តាញម្នាក់ ជាធម្មតាអ្នក មិនបង់ប្រាក់អ្វីទាំងអស់ សម្រាប់សេវាដែលមានការរ៉ាប់រង។

**B. វិធានច្បាប់នានាសម្រាប់ការទទួលបានការថែទាំសុខភាពទូទៅរបស់អ្នក
សុខភាពអាកប្បកិរិយា និងសេវាកម្មនិងការគាំទ្ររយៈពេលយូរ (LTSS)
ដែលគ្របដណ្តប់ដោយគម្រោងនេះ**

Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan គ្របដណ្តប់លើសេវាទាំងអស់ដែលគ្របដណ្តប់ដោយ Medicare និង Medi-Cal ។ នេះរួមបញ្ចូលទាំងសុខភាពអាកប្បកិរិយា និង សេវាកម្មនិងការគាំទ្ររយៈពេលយូរ (LTSS) ។

Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan ជាទូទាត់បង់ប្រាក់ជារួមសម្រាប់សេវាកម្មកំហែទាំ សុខភាព, សេវាកម្មសុខភាពផ្លូវចិត្ត, និង LTSS ដែលអ្នកទទួលបាន បើអ្នកអនុវត្តតាមវិធានច្បាប់ នៃគម្រោងនេះ។ ដើម្បីទទួលបានការធានារ៉ាប់រងពីគម្រោងរបស់យើង:

- ការថែទាំដែលអ្នកទទួលបានត្រូវតែជា **អត្ថប្រយោជន៍គម្រោង**មួយ។ នេះមានន័យថា វាត្រូវតែ មានការប្រកបបញ្ចូលក្នុងតារាងកំណត់អត្ថប្រយោជន៍នៃគម្រោង។ (តារាងនៅក្នុងជំពូកទី 4 ផ្នែក D នៃសៀវភៅណែនាំនេះ)។
- ការថែទាំត្រូវតែ ត្រូវបានកំណត់ថា **ចាំបាច់តាមបែបវេជ្ជសាស្ត្រ**។ តាមរយៈពាក្យ ចាំបាច់តាមបែបវេជ្ជសាស្ត្រ យើង មានន័យថា អ្នកចាំបាច់ត្រូវការសេវាកម្មដើម្បីបង្ការ, កំណត់រោគវិនិច្ឆ័យ, ឬយកចិត្តទុកលើលក្ខខណ្ឌរបស់អ្នក ឬដើម្បីរក្សាស្ថានភាពសុខភាព បច្ចុប្បន្នរបស់អ្នក។ ចំណុចនេះរួមមានការថែទាំព្យាបាលដែលកុំឱ្យអ្នកពិបាកទៅមន្ទីរពេទ្យ ឬ

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan តាមលេខ 1-855-905-3825 (TTY:711) ម៉ោង 8:00 ព្រឹក – ម៉ោង 8:00 យប់

ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅមកលេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** សូមចូលមើលនៅ www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect។



មន្ទីរសម្រាកព្យាបាល។ លើសពីនេះ វាមានន័យសំខាន់ដល់សេវាកម្ម, ការផ្គត់ផ្គង់, ឬឱសថដែល
 ឆ្លើយតបបានតាមបទដ្ឋានអនុវត្តន៍ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដែលបានទទួលយក។

- **សម្រាប់សេវាកម្មវេជ្ជសាស្ត្រ អ្នកត្រូវតែមានអ្នកផ្តល់សេវាកម្មថែទាំបឋម (PCP)**
 នៃបណ្តាញមួយដែលបានបញ្ជាទិញការថែទាំ ឬ បានប្រាប់អ្នកឱ្យទៅជួបវេជ្ជបណ្ឌិតមួយផ្សេងៗ
 ក្នុងនាមជាសមាជិកសមាជិកនៃគម្រោងមួយ អ្នកត្រូវតែសម្រេចជ្រើសយកគ្រូពេទ្យក្នុង
 បណ្តាញម្នាក់ដែលនឹងក្លាយជា PCP របស់អ្នក។
 - ក្នុងករណីភាគច្រើន គម្រោងរបស់យើង ត្រូវផ្តល់ការយល់ព្រមដល់
 អ្នកមុនពេលអ្នកអាចជួបបណ្តាញម្នាក់ដែលមិនមែនជា PCP
 របស់អ្នកឬប្រើអ្នកផ្តល់សេវាផ្សេងទៀតនៅក្នុងបណ្តាញរបស់គម្រោងនេះ។ វាត្រូវបាន
 គេហៅថា **ការបញ្ជូនបន្ត**។ ប្រសិនបើអ្នកមិនបានទទួលការយល់ព្រមទេនោះ Blue Shield
 Promise Cal MediConnect Plan មិនអាចរ៉ាប់រងលើសេវាទាំងនោះទេ។
 អ្នកមិនត្រូវការបញ្ជូនបន្តដើម្បីជួប
 អ្នកឯកទេសជាក់លាក់មួយចំនួនដូចជាអ្នកឯកទេសខាងសុខភាពរបស់ស្ត្រីនោះទេ។
 ដើម្បីស្វែងយល់ច្រើនទៀតអំពីការបញ្ជូនបន្ត (ការផ្ទេរ) មើលទំព័រទី 45។
 - PCPs របស់គម្រោងយើងមានទំនាក់ទំនងជាមួយក្រុមវេជ្ជសាស្ត្រទាំងនេះ។ នៅពេល
 អ្នកជ្រើស PCP របស់អ្នក អ្នកក៏អាចជ្រើសក្រុមវេជ្ជសាស្ត្រដែល
 មានទំនាក់ទំនងនឹងគ្នាផងដែរ។ នេះមានន័យថា PCP របស់អ្នកនឹងណែនាំអ្នកឱ្យ
 ទៅជួបគ្រូពេទ្យជំនាញ និងសេវាកម្មដែលមានទំនាក់ទំនងជាមួយក្រុម
 វេជ្ជសាស្ត្ររបស់គាត់ផងដែរ។ ក្រុមវេជ្ជសាស្ត្រ គឺជាសមាគម
 គ្រូពេទ្យថែទាំបឋមនិងអ្នកឯកទេសដែលត្រូវបានបង្កើតឡើងដើម្បីជួយសម្រប
 សម្រួលដល់ការផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពដល់អ្នក។
 - អ្នកមិនចាំបាច់ត្រូវការមានការបញ្ជូនបន្ត ឬ ការផ្ទេរពី PCP របស់អ្នកសម្រាប់ការ
 ព្យាបាលសង្គ្រោះបន្ទាន់ ឬ ការព្យាបាលដែលត្រូវការជាបន្ទាន់ ឬដើម្បីជួបគ្រូពេទ្យ
 សុខភាពស្ត្រីនោះទេ។ អ្នកអាចទទួលបានការថែទាំព្យាបាលប្រភេទផ្សេងៗទៀតដោយមិន
 ចាំបាច់មានការបញ្ជូនបន្ត ឬការផ្ទេរពី PCP របស់អ្នក។ ដើម្បីស្វែងយល់ច្រើនទៀតអំពី
 ចំណុចនេះ មើលទំព័រទី 45។
 - ដើម្បីស្វែងយល់ច្រើនទៀតអំពីការបញ្ជូនបន្ត (ការផ្ទេរ) សូមអានទំព័រទី 44។
- **អ្នកត្រូវតែទទួលយកការថែទាំពីអ្នកផ្តល់សេវា ដែលមានទំនាក់ទំនងជាមួយក្រុមវេជ្ជសាស្ត្រ
 របស់ PCP។** ជាធម្មតា គម្រោងនឹងមិនរ៉ាប់រងការថែទាំពីអ្នកផ្តល់សេវាដែលមិនធ្វើ
 ការជាមួយគម្រោងសុខភាព និងក្រុមវេជ្ជសាស្ត្រ PCP របស់អ្នកទេ ។ ទាំងនេះគឺជាករណីមួយ
 ចំនួន នៅពេលវិធានច្បាប់នេះមិនអនុវត្តន៍ ឬពាក់ព័ន្ធ៖
 - គម្រោងនេះរ៉ាប់រងលើការព្យាបាលសង្គ្រោះបន្ទាន់ ឬដែលត្រូវការជាបន្ទាន់ពីគ្រូពេទ្យក្រៅ
 បណ្តាញ។ ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមនិង មើលអំពី ការសង្គ្រោះបន្ទាន់ ឬ មធ្យោបាយថែទាំ
 បន្ទាន់ចាំបាច់ណាមួយ សូមមើលផ្នែក H ក្នុងទំព័រទី 51។
 - ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការការថែទាំដែលគម្រោងរបស់យើងគ្របដណ្តប់ហើយអ្នកផ្តល់សេវាក្នុង
 បណ្តាញរបស់យើងមិនអាចផ្តល់ឱ្យអ្នកបាន នោះអ្នកអាចទទួល



ការថែទាំនេះពីអ្នកផ្តល់សេវាក្រៅបណ្តាញ។ ការផ្តល់សិទ្ធិអនុញ្ញាត
គឺជាចាំបាច់និងគួរតែទទួលបានពីគម្រោងមុននឹងស្វែងរកការថែទាំ។ នៅ
ក្នុងស្ថានភាពនេះ យើងនឹងរ៉ាប់រងការថែទាំ ប្រៀបដូចជាអ្នកបានទទួលសេវានោះពី
អ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ។ ដើម្បីស្វែងយល់អំពីការទទួលបាននូវការបញ្ជាក់យល់ព្រមឲ្យ
ជួបគ្រូពេទ្យក្រៅបណ្តាញបាន ចូរមើលផ្នែក D ទំព័រ 42។

- គម្រោងនេះរ៉ាប់រងលើសេវាប្រោះឈាមព្យាបាលរោគក្រលៀន នៅពេលដែលអ្នកស្ថិតនៅ
ក្រៅតំបន់សេវានៃគម្រោងសម្រាប់រយៈពេលខ្លី។ អ្នកអាចទទួលបានសេវាកម្មទាំងនេះនៅ
មន្ទីរប្រោះឈាមដែលទទួលបានការបញ្ជាក់ត្រឹមត្រូវរបស់កម្មវិធី Medicare។
- នៅពេលអ្នកចូលរួមក្នុងគម្រោងដំបូង
អ្នកអាចស្នើសុំបន្តមើលអ្នកផ្តល់សេវាបច្ចុប្បន្នរបស់អ្នកបាន។ លើកលែងករណីមួយចំនួន
យើងចាំបាច់តម្រូវឱ្យមានការយល់ព្រមលើសំណើរនេះ បើអ្នកអាចបង្ហាញឲ្យឃើញច្បាស់នូវ
ទំនាក់ទំនងដែលមានកន្លងមកជាមួយនឹងអ្នកផ្តល់សេវាដែលមានស្រាប់ (មើលជំពូកទី
1 ទំព័រទី 11)។ ប្រសិនបើយើងយល់ព្រមលើសំណើរបស់អ្នក
អ្នកអាចបន្តជួបអ្នកផ្តល់សេវាដែលអ្នកកំពុងជួបព្យាបាលជាមួយឥឡូវនេះដល់ទៅ 12
ខែសម្រាប់សេវាកម្មនោះ។ ក្នុងពេលនោះដែរ អ្នកសម្របសម្រួលផ្នែកថែទាំរបស់អ្នក នឹង
ទាក់ទងទៅអ្នកដើម្បីជួយអ្នកស្វែងរកអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញរបស់យើង ដែលមាន
ទំនាក់ទំនងជាមួយក្រុមវេជ្ជសាស្ត្រ PCP របស់អ្នក ។ បន្ទាប់ពីរយៈពេល 12 ខែទៅ
យើងនឹងលែងធានារ៉ាប់រងទៀតហើយប្រសិនបើអ្នកបន្តជួបអ្នកផ្តល់សេវា
ដែលមិនមាននៅក្នុងបណ្តាញរបស់យើងនិងមិនពាក់ព័ន្ធនឹងក្រុមវេជ្ជសាស្ត្រ PCP
របស់អ្នកទេ ។

C. ព័ត៌មានអំពីអ្នកសម្របសម្រួលផ្នែកថែទាំរបស់អ្នក

C1. តើអ្នកស្វែងរកសេវាថែទាំសុខភាពជាអ្វី

អ្នកស្ទង់មើលទិសថែទាំគឺជាបុគ្គលដែលទទួលបានការបណ្តុះបណ្តាលពិសេសដើម្បី
ជួយអ្នកតាមរយៈការសម្របសម្រួលនៃដំណើរការថែទាំ។ អ្នកសម្របសម្រួល
ការថែទាំរបស់អ្នកនឹងក្លាយជាផ្នែកមួយនៃក្រុមអ្នកថែទាំរបស់អ្នក ហើយគាត់/នាងដើរតួនាទីជា
ប្រភពចម្បងក្នុងការផ្តល់ទំនាក់ទំនង/ព័ត៌មាននានាសម្រាប់អ្នក។ អ្នកនឹងត្រូវបានចាត់តាំងអ្នក
សម្របសម្រួលការថែទាំមួយរូបនៅពេលដែលអ្នកចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោង Blue Shield Promise Cal
MediConnect Plan។ អ្នកសម្របសម្រួល
ការថែទាំនឹងទូរសព្ទទៅអ្នកដើម្បីណែនាំខ្លួននិងជួយកំណត់ពីតម្រូវការរបស់អ្នក។

C2. របៀបដែលអ្នកអាចទាក់ទងអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នក

អ្នកអាចទាក់ទងមកអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នកដោយទូរសព្ទទៅផ្នែកបម្រើសេវាអភិវឌ្ឍន៍
Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan ហើយជ្រើសរើសអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំដែលមាន
នៅទំនេរ។ នៅពេលអ្នកស្ទង់មើលទិសថែទាំត្រូវបានចាត់តាំងទៅអ្នក អ្នកក៏អាចទាក់ទងគាត់/នាង
ផងដែរដោយការទូរសព្ទទៅបណ្តាញទូរសព្ទផ្ទាល់របស់ពួកគេ។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan
តាមលេខ 1-855-905-3825 (TTY: 711) ម៉ោង 8:00 ព្រឹក – ម៉ោង 8:00 យប់

ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅមកលេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលមើលនៅ
www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect។



C3. របៀបដែលអ្នកអាចផ្លាស់ប្តូរអ្នកស្វែងរកសេវាថែទាំរបស់អ្នក

ដើម្បីស្នើសុំផ្លាស់ប្តូរអ្នកសម្របសម្រួលផ្នែកថែទាំរបស់អ្នក អ្នកអាចទូរសព្ទទៅផ្នែកបម្រើសេវាអតិថិជន Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan តាមលេខ 1-855-905-3825 (TTY:711) ម៉ោង 8:00 ព្រឹក – ម៉ោង 8:00 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។

D. ការថែទាំព្យាបាលពីអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំបឋម ក្រុមគ្រូពេទ្យឯកទេស អ្នកផ្តល់សេវាវេជ្ជសាស្ត្រផ្សេងៗទៀតក្នុងបណ្តាញ និងអ្នកផ្តល់សេវាក្រៅបណ្តាញ

D1. ការថែទាំពីអ្នកផ្តល់សេវាកម្មថែទាំបឋម

អ្នកត្រូវតែជ្រើសរើសអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំបឋម (PCP) ដើម្បីផ្តល់ និង ចាត់ចែង ការថែទាំព្យាបាលរបស់អ្នក។ PCPs របស់គម្រោងយើងមានទំនាក់ទំនងជាមួយ ក្រុមវេជ្ជសាស្ត្រទាំងនេះ។ នៅពេលអ្នកជ្រើស PCP របស់អ្នក អ្នកក៏អាចជ្រើសក្រុមវេជ្ជសាស្ត្រដែល មានទំនាក់ទំនងនឹងគ្នាផងដែរ។

និយមន័យនៃពាក្យ "PCP" និងអ្វីដែល PCP ធ្វើសម្រាប់អ្នក

PCP របស់អ្នកគឺជាគ្រូពេទ្យម្នាក់ដែលបំពេញតាមតម្រូវការរដ្ឋ និងត្រូវបានបណ្តុះបណ្តាលដើម្បីផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវការថែទាំវេជ្ជសាស្ត្រមូលដ្ឋាន។ PCP អាចជាគ្រូពេទ្យពិភាក្សាការងារតាមគ្រួសារ អ្នកហ្វឹកហាត់ការងារទូទៅ អ្នកផ្តល់សេវាឱសថខាងក្នុង និងគ្រូពេទ្យឯកទេសនៅពេលមានការស្នើសុំ។ លោកអ្នកក៏អាចជ្រើសរើសគ្រូពេទ្យជំនាញជា PCP របស់អ្នក បើសិនគ្រូពេទ្យឯកទេសយល់ព្រមផ្តល់សេវាទាំងអស់ដែល PCPs បានផ្តល់ឱ្យតាមធម្មតា។ ដើម្បីស្នើសុំគ្រូពេទ្យជំនាញឱ្យធ្វើជា PCP របស់អ្នក សូមទាក់ទងទៅកាន់ផ្នែកបម្រើសេវាអតិថិជនរបស់គម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan (លេខទូរសព្ទនិងម៉ោងធ្វើការមាននៅខាងក្រោមនៃទំព័រនេះ)។ គ្លីនិក ដូចជាមជ្ឈមណ្ឌលសុខភាពដែលមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់តាមបែបសហព័ន្ធ (FQHC) អាចនឹងជា PCP របស់អ្នកផងដែរ។ អ្នកនឹងទទួលបានការថែទាំព្យាបាលតាមធម្មតា ឬជាមូលដ្ឋានពី PCP របស់អ្នក។ PCP របស់អ្នកក៏អាចសម្របសម្រួលសេវាកម្មដែលមានការរ៉ាប់រងផ្សេងទៀតដែលអ្នកត្រូវការផងដែរ។ សេវាកម្មដែលគ្របដណ្តប់ទាំងនេះរួមមាន៖

- ថតកម្មរស្មីអ៊ុច
- ការធ្វើតេស្តនៅមន្ទីរពិសោធន៍
- វិធីព្យាបាលរោគ
- ការមើលថែទាំព្យាបាលពីសំណាក់ក្រុមគ្រូពេទ្យដែលជាគ្រូពេទ្យឯកទេស
- ការចូលសម្រាកនៅមន្ទីរពេទ្យ និង
- ការថែទាំព្យាបាលដោយការតាមដាន

PCPs របស់គម្រោងយើងមានទំនាក់ទំនងជាមួយក្រុមវេជ្ជសាស្ត្រពិសេស។ ក្រុមវេជ្ជសាស្ត្រ ឬ សមាគមន៍គ្រូពេទ្យឯករាជ្យ (IPA) គឺអង្គភាពដែលបានបង្កើតឡើងដោយស្ថិតនៅក្រោមច្បាប់រដ្ឋ California ដែលមានកិច្ចសន្យាជាមួយគម្រោងសុខភាពដើម្បីផ្តល់ ឬរៀបចំសម្រាប់ការផ្តល់ នូវសេវាថែទាំសុខភាពដល់អ្នកចុះឈ្មោះនៅក្នុងគម្រោង។ នៅពេលអ្នកជ្រើស PCP របស់អ្នក អ្នកក៏អាចជ្រើសក្រុមវេជ្ជសាស្ត្រដែលមានទំនាក់ទំនងនឹងគ្នាផងដែរ។ នេះមានន័យថា PCP

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan តាមលេខ 1-855-905-3825 (TTY:711) ម៉ោង 8:00 ព្រឹក – ម៉ោង 8:00 យប់

ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅមកលេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** សូមចូលមើលនៅ www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect។



របស់អ្នកនឹងណែនាំអ្នកឱ្យទៅជួបគ្រូពេទ្យជំនាញ និងសេវាកម្មដែលមានទំនាក់ទំនងជាមួយក្រុម វេជ្ជសាស្ត្ររបស់គាត់ផងដែរ។

នៅក្នុងករណីភាគច្រើនអ្នកត្រូវតែទៅជួប PCP របស់អ្នកដើម្បីទទួលបានការបញ្ជូនបន្ត មុននឹង អ្នកអាចទៅជួបអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពដទៃទៀតឬគ្រូពេទ្យជំនាញណាម្នាក់។ អ្នកអាច ធ្វើការបញ្ជូនបន្តដោយខ្លួនឯងទៅកាន់គ្រូពេទ្យជំនាញខាងផ្នែកសម្ភព និងខាងផ្នែករោគស្ត្រី (OB/GYN) នៅក្នុងក្រុមវេជ្ជសាស្ត្រដែលមានកិច្ចសន្យា ឬ IPA សម្រាប់ការត្រួតពិនិត្យមាត់ស្បូន ត្រកាក និងការពិនិត្យសុដន់ប្រចាំឆ្នាំ។ នៅពេលការបញ្ជូនបន្តនេះត្រូវបានយល់ព្រមដោយក្រុម វេជ្ជសាស្ត្រ PCP របស់អ្នក អ្នកអាចធ្វើការណាត់ជួបជាមួយគ្រូពេទ្យជំនាញ ឬអ្នកផ្តល់សេវាកម្ម ផ្សេងទៀតដើម្បីទទួលបានការព្យាបាលដែលអ្នកត្រូវការ។ គ្រូពេទ្យជំនាញនឹងជូនដំណឹងដល់ PCP របស់អ្នកនៅពេលបញ្ចប់ការព្យាបាល ឬសេវាដូច្នេះ PCP អាចបន្តគ្រប់គ្រងការថែទាំ សុខភាពរបស់អ្នក។

ដើម្បីអាចឱ្យអ្នកទទួលបានសេវាកម្មជាក់លាក់មួយចំនួន PCP របស់អ្នកនឹងចាំបាច់ត្រូវទទួលបាន ការយល់ព្រមជាមុនពីគម្រោង ឬក្នុងករណីខ្លះ ពីក្រុមវេជ្ជសាស្ត្រដែលមានទំនាក់ទំនងជាមួយ PCP ។ វាត្រូវបានគេហៅថា "ការអនុញ្ញាតជាមុន"។

ជម្រើស PCP របស់អ្នក

ពេលអ្នកក្លាយជាសមាជិកសមាជិកនៃគម្រោងមួយ អ្នកត្រូវតែសម្រេចជ្រើសយកគ្រូពេទ្យក្នុង បណ្តាញម្នាក់ដែលនឹងក្លាយជា PCP របស់អ្នក។ ដើម្បីជ្រើសរើសយក PCP ម្នាក់ អ្នកអាច៖

- ប្រើ បញ្ជីរាយឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា និង ឱសថស្ថាន របស់អ្នក។ រកមើលនៅក្នុងលិបិក្រមនៃ “គ្រូពេទ្យថែទាំបឋម” ដែលស្ថិតនៅលើក្របសៀវភៅដើម្បីស្វែងរកវេជ្ជបណ្ឌិតដែលអ្នកត្រូវការ។ (លិបិក្រមគឺមានតាមលំដាប់អក្ខរក្រមតាមឈ្មោះរបស់វេជ្ជបណ្ឌិត។) ឬ
- ចូលទៅកាន់គេហទំព័ររបស់យើង www.bluehshieldca.com/promise/calmediconnect ហើយស្វែងរក PCP ដែលអ្នកចង់បាន ឬ
- ហៅទូរសព្ទទៅផ្នែកបម្រើសេវាអតិថិជននៃគម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan សម្រាប់ជំនួយ (លេខទូរសព្ទនិងម៉ោងធ្វើការត្រូវបានបោះពុម្ពនៅផ្នែកខាងក្រោមនៃទំព័រនេះ) ។

ដើម្បីរកមើលថាអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពដែលអ្នកចង់បានគឺទំនេរ ឬ ទទួលយកអ្នកជំងឺថ្មី សូម មើល **បញ្ជីរាយឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវានិងឱសថស្ថាន** ដែលមានតាមរយៈវេបសាយរបស់យើង www.bluehshieldca.com/promise/calmediconnect ឬទូរសព្ទទៅកាន់ផ្នែកបម្រើសេវាអតិថិជន (លេខទូរសព្ទនិងម៉ោងធ្វើការមាននៅខាងក្រោមនៃទំព័រនេះ)។

ប្រសិនបើមានគ្រូពេទ្យឯកទេស ឬ មន្ទីរពេទ្យក្នុងគម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan ជាក់លាក់ណាមួយ ដែលអ្នកចង់ប្រើ កត្តាដែលសំខាន់នោះគឺត្រូវមើលថាតើពួកគេ មានទំនាក់ទំនងជាមួយក្រុមវេជ្ជសាស្ត្រ PCP របស់អ្នកដែរឬទេ។ អ្នកអាចរកមើលនៅក្នុង **បញ្ជីរាយឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវានិងឱសថស្ថាន** ដែលមាននៅលើគេហទំព័ររបស់យើង www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect ឬសួរផ្នែក បម្រើសេវាអតិថិជននៃគម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan តាមលេខ 1-855-905-3825 (TTY:711) ម៉ោង 8:00 ព្រឹក – ម៉ោង 8:00 យប់

ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅមកលេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** សូមចូលមើលនៅ www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect។



ដើម្បីពិនិត្យមើលថា តើ PCP ដែលអ្នកចង់បានធ្វើការបញ្ឈប់បន្តទៅអ្នកឯកទេស ឬប្រើមន្ទីរពេទ្យនោះដែរឬទេ។

ជម្រើសក្នុងការផ្លាស់ប្តូរ PCP របស់អ្នក

អ្នកអាចនឹងផ្លាស់ប្តូរ PCP ដោយសារហេតុផលណាមួយនៅពេលណាមួយ។ លើសពីនេះ វាអាចទៅរួចផងដែរ ដែលថា PCP របស់អ្នកអាចចាកចេញពីបណ្តាញគម្រោងរបស់យើង។ ប្រសិនបើ PCP របស់អ្នកចាកចេញពីបណ្តាញគម្រោងរបស់យើង យើងអាចជួយអ្នករក PCP ថ្មីដែលស្ថិតនៅក្នុងបណ្តាញគម្រោងរបស់យើងប្រសិនបើអ្នកផ្តល់សេវា របស់អ្នកបច្ចុប្បន្នបានចាកចេញពីបណ្តាញរបស់យើង។

អ្នកអាចអនុវត្តន៍តាមជំហាននៅក្នុងផ្នែក "ជម្រើស PCP របស់អ្នក" ខាងលើដើម្បីប្តូរ PCP របស់អ្នក។ សូមប្រាកដថាអ្នកបានទូរសព្ទទៅកាន់ផ្នែកបម្រើសេវាអតិថិជន ដើម្បីឱ្យពួកគេបានដឹងថាអ្នកកំពុងផ្លាស់ប្តូរ PCP របស់អ្នក (លេខទូរសព្ទនិងម៉ោងធ្វើការមាននៅក្រោមទំព័រនេះ)។

នៅពេលការផ្លាស់ប្តូររបស់អ្នកត្រូវបានស្នើសុំឡើង ការកំណត់ PCP ថ្មី និងក្រុមវេជ្ជសាស្ត្រដែលគេធ្វើការជាមួយនឹងកើតឡើងនៅថ្ងៃដំបូងនៃខែបន្ទាប់តាមសំណើរបស់អ្នកក្នុងការផ្លាស់ប្តូរ PCP របស់អ្នក។

ឈ្មោះ និងលេខទូរសព្ទការិយាល័យរបស់ PCP ត្រូវបានបោះពុម្ពនៅលើប័ណ្ណសមាជិកភាពរបស់អ្នក។ បើសិនអ្នកផ្លាស់ប្តូរ PCP របស់អ្នក អ្នកនឹងទទួលបានប័ណ្ណសមាជិកភាពថ្មី។

សូមចងចាំ PCPs របស់គម្រោងយើងមានទំនាក់ទំនងជាមួយក្រុមវេជ្ជសាស្ត្រទាំងនេះ។ បើសិនអ្នកផ្លាស់ប្តូរ PCP របស់អ្នក អ្នកក៏អាចផ្លាស់ប្តូរក្រុមវេជ្ជសាស្ត្រផងដែរ។ នៅពេលអ្នកស្នើសុំការផ្លាស់ប្តូរ សូមប្រាកដថាបានជំរាបប្រាប់ផ្នែកបម្រើសេវាអតិថិជន ថា តើអ្នកកំពុងទៅជួបគ្រូពេទ្យជំនាញ ឬទទួលយកសេវារ៉ាប់រងផ្សេងទៀតដែលទាមទារការយល់ព្រមពីសំណាក់ PCP របស់អ្នកដែរឬទេ។ សេវាអតិថិជននឹងជួយឱ្យប្រាកដថាអ្នកអាចបន្តទទួលបានការថែទាំសុខភាពជំនាញ និងសេវាកម្មដទៃទៀតរបស់អ្នកនៅពេលអ្នកផ្លាស់ប្តូរ PCP របស់អ្នក។

សេវាកម្មដែលអ្នកអាចទទួលបានដោយមិនទទួលបានការអនុម័តពីដំបូងពី PCP របស់អ្នក

ក្នុងករណីភាគច្រើនបំផុត អ្នកនឹងចាំបាច់ត្រូវការការបញ្ជាក់យល់ព្រមពីសំណាក់ PCP របស់អ្នកសិនមុនការជួបជាមួយនឹងអ្នកផ្តល់សេវាផ្សេងៗទៀតបាន។ ការអនុម័តនេះត្រូវបានហៅថា

ការណែនាំបន្ត។ អ្នកអាចទទួលបាននូវសេវាកម្មនានាដូចដែលមានចុះនៅខាងក្រោម ដោយមិនចាំបាច់មានការទទួលបាននូវការបញ្ជាក់យល់ព្រមជាមុនពីសំណាក់ PCP របស់អ្នក:

- សេវាកម្មព្យាបាលសង្គ្រោះបន្ទាន់ពីក្រុមគ្រូពេទ្យក្នុងបណ្តាញ ឬក្រៅបណ្តាញ។
- សេវាកម្មថែទាំព្យាបាលដែលត្រូវការចាំបាច់ពីសំណាក់គ្រូពេទ្យក្នុងបណ្តាញ។
- សេវាកម្មថែទាំព្យាបាលដែលត្រូវការចាំបាច់ពីសំណាក់គ្រូពេទ្យក្រៅបណ្តាញនៅពេលដែលអ្នកមិនអាចរកបានគ្រូពេទ្យក្នុងបណ្តាញ (ឧទាហរណ៍ នៅពេលដែលអ្នកទៅក្រៅតំបន់សេវានៃគម្រោង)។
- សេវាប្រោះឈាមព្យាបាលរោគគ្រលៀនដែលអ្នកទទួលបានពីមន្ទីរប្រោះឈាមដែលទទួលបានការបញ្ជាក់ទទួលស្គាល់ត្រឹមត្រូវរបស់កម្មវិធី Medicare។ (សូមទូរសព្ទទាក់ទង

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan តាមលេខ 1-855-905-3825 (TTY: 711) ម៉ោង 8:00 ព្រឹក – ម៉ោង 8:00 យប់

ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅមកលេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** សូមចូលមើលនៅ

www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect។



ជំពូកទី 3: ការប្រើប្រាស់អត្ថប្រយោជន៍រ៉ាប់រងនៃគម្រោងសម្រាប់កំហែទាំសុខភាព និងសេវាកម្មដែលទទួលបានការរ៉ាប់រងផ្សេងៗ ទៀតរបស់អ្នក

ផ្នែកបម្រើសេវាអតិថិជន មុននឹងអ្នកចាកចេញពីតំបន់សេវា យើងអាចជួយឱ្យអ្នករក សេវាកម្មច្រោះឈាមបាន នៅខណៈពេលដែលអ្នកកំពុងចាកចេញដំណើរទៅ។)

- ការចាក់ថ្នាំការពាររោគផ្តាសាយធំ ការចាក់ថ្នាំការពាររោគថ្លើមប្រភេទ B និងការចាក់ថ្នាំ ការពាររោគរលាកសួត ដរាបណាអ្នកទទួលបានវាពីអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ ។
- ការថែទាំព្យាបាលរោគស្ត្រីធម្មតា និងសេវាពន្យារកំណើត។ ចំណុចនេះមានជាអាទិ៍ ការពិនិត្យ សុដន់ ការឆ្លុះមើលសុដន់ (ការថតកាំរស្មីអ៊ុចចំពោះសុដន់) ការធ្វើតេស្តមើលមហារីកស្បូន និងការពិនិត្យត្រគាក ដរាបណាអ្នកទទួលបានវាពីអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ ។
- លើសពីនេះ បើអ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ពីក្រុមគ្រូពេទ្យកំហែទាំសុខភាពគណ្តា អ្នកអាចនឹងជួបគ្រូពេទ្យទាំងនេះដោយមិនចាំបាច់មានការបញ្ជូនបន្ត។

D2. ការថែទាំពីក្រុមគ្រូពេទ្យឯកទេស និងក្រុមអ្នកផ្តល់សេវាផ្សេងទៀតក្នុងបណ្តាញ

អ្នកឯកទេសម្នាក់គឺជាវេជ្ជបណ្ឌិតដែលផ្តល់ការថែទាំសុខភាពសម្រាប់ជំងឺជាក់លាក់មួយ ឬផ្នែកមួយនៃរាងកាយ។ មានអ្នកឯកទេសជាច្រើនប្រភេទ។ ទាំងនេះគឺជាឧទាហរណ៍ជាក់ស្តែងពីរបី:

- គ្រូពេទ្យឯកទេសខាងជំងឺមហារីក ថែទាំអ្នកជំងឺដែលមានជំងឺមហារីក។
- គ្រូពេទ្យឯកទេសជំងឺបេះដូង ថែទាំអ្នកជំងឺដែលមានជំងឺបេះដូង។
- គ្រូពេទ្យឯកទេសរោគគ្រោងឆ្អឹង (Orthopedists) មើលថែទាំព្យាបាលអ្នកជំងឺ ឬមានបញ្ហា ឆ្អឹង, សន្លាក់, ឬសាច់ដុំ។

នៅពេលអ្នកត្រូវការការថែទាំសុខភាពឯកទេស ឬសេវាកម្មបន្ថែមដែល PCP របស់អ្នកមិនអាចផ្តល់ ជូនបាន គាត់នឹងផ្តល់ការណែនាំបញ្ជូនបន្តដល់លោកអ្នក។ នៅពេល ការបញ្ជូនបន្តនេះត្រូវបានយល់ព្រមដោយក្រុមវេជ្ជសាស្ត្រ PCP របស់អ្នក អ្នកអាចធ្វើការណាត់ជួប ជាមួយគ្រូពេទ្យជំនាញ ឬអ្នកផ្តល់សេវាកម្មផ្សេងទៀតដើម្បីទទួលបានការព្យាបាលដែលអ្នកត្រូវការ។ គ្រូពេទ្យជំនាញនឹងជូនដំណឹងដល់ PCP របស់អ្នកនៅពេលបញ្ចប់ការព្យាបាល ឬសេវាដូច្នេះ PCP អាចបន្តគ្រប់គ្រងការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក។

PCP របស់អ្នកនឹងត្រូវការយល់ព្រមជាមុនពីគម្រោងសម្រាប់អ្នកដើម្បីទទួលបានសេវាកម្មជាក់លាក់ មួយចំនួន។ វាត្រូវបានគេហៅថា "ការអនុញ្ញាតជាមុន"។ ឧទាហរណ៍ ការអនុញ្ញាតជាមុនគឺត្រូវបានទាមទារសម្រាប់អ្នកជំងឺស្នាក់នៅមន្ទីរពេទ្យដែលមិនត្រូវការ សង្គ្រោះបន្ទាន់ទាំងអស់។ ក្នុងករណីខ្លះ ក្រុមវេជ្ជសាស្ត្រដែលមានទំនាក់ទំនងជាមួយ PCP របស់អ្នកជំនួសឱ្យគម្រោងយើងអាចនឹងអនុញ្ញាតសេវាកម្មរបស់អ្នក។

ប្រសិនបើអ្នកមានចម្ងល់ណាមួយអំពីអ្នកដែលទទួលខុសត្រូវចំពោះការដាក់ស្នើសុំ និងអ្នកអនុម័ត ការអនុញ្ញាតជាមុនសម្រាប់សេវាទាំងនោះ សូមទាក់ទងក្រុមវេជ្ជសាស្ត្រដែលមានទំនាក់ទំនងជាមួយ PCP របស់អ្នក។ អ្នកក៏អាចទូរសព្ទទៅផ្នែកបម្រើអតិថិជនផងដែរ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម អំពីសេវាណាមួយដែលទាមទារការអនុញ្ញាតជាមុន សូមមើលតារាងអត្ថប្រយោជន៍នៅក្នុងជំពូកទី 4 ផ្នែក D។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan តាមលេខ 1-855-905-3825 (TTY:711) ម៉ោង 8:00 ព្រឹក – ម៉ោង 8:00 យប់



ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅមកលេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** សូមចូលមើលនៅ www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect។

D3. អ្នកត្រូវធ្វើអ្វីនៅពេលអ្នកផ្តល់សេវាចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើង

អ្នកផ្តល់សេវាកម្មក្នុងបណ្តាញដែលអ្នកកំពុងប្រើប្រាស់អាចនឹងចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើង។ ប្រសិនបើអ្នកផ្តល់សេវាណាម្នាក់ពិតជាបានចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើង អ្នកអាចមានសិទ្ធិ និងការការពារជាក់លាក់ ដូចបានសង្ខេបខាងក្រោម៖

- ទោះបីជា អ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញយើងអាចនឹងផ្លាស់ប្តូរពេញមួយឆ្នាំ យើងត្រូវផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវសិទ្ធិទទួលបានអ្នកផ្តល់សេវាដែលមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ដោយគ្មានការរារាំង។
- យើងនឹងខិតខំប្រឹងប្រែងឱ្យអស់ពីចិត្តក្នុងការផ្តល់ដំណឹងជូនអ្នកយ៉ាងហោចណាស់ 30 ថ្ងៃមុន ដើម្បីឱ្យអ្នកមានពេលវេលាគ្រប់គ្រាន់ក្នុងការជ្រើសរើសអ្នកផ្តល់សេវាថ្មី។
- យើងនឹងជួយអ្នកក្នុងការជ្រើសរើសអ្នកផ្តល់សេវាថ្មីដែលមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ ដើម្បីបន្តការគ្រប់គ្រងគម្រូវការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក។
- ប្រសិនបើអ្នកកំពុងតែព្យាបាលសុខភាព អ្នកមានសិទ្ធិស្នើសុំ ហើយយើងនឹងធ្វើការជាមួយអ្នកដើម្បីធានាថាការព្យាបាលដែលចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដែលអ្នកទទួលបានមិនត្រូវបានរារាំង។
- ប្រសិនបើអ្នកជឿថាយើងមិនបានជំនួសអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំពីមុនរបស់អ្នកជាមួយអ្នកផ្តល់សេវាដែលមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ ឬ ថាការថែទាំរបស់អ្នកកំពុងមិនមានការគ្រប់គ្រងយ៉ាងត្រឹមត្រូវ អ្នកមានសិទ្ធិដាក់ពាក្យបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍លើសេចក្តីសម្រេចចិត្តរបស់យើងបាន។

ប្រសិនបើអ្នករកឃើញថាអ្នកផ្តល់សេវារបស់យើងណាម្នាក់កំពុងចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើង សូមទាក់ទងមកកាន់យើង ដូច្នេះយើងអាចជួយគាំទ្រអ្នកក្នុងការស្វែងរកអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំថ្មី និងគ្រប់គ្រងការថែទាំរបស់អ្នក។ សូមទូរសព្ទមកផ្នែកបម្រើសេវាអតិថិជន Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan តាមលេខ 1-855-905-3825 (TTY: 711) ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹកដល់ម៉ោង 8:00 ល្ងាច ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។

D4. របៀបទទួលបាននូវការថែទាំព្យាបាលពីក្រុមគ្រូពេទ្យក្រៅបណ្តាញ

ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការការថែទាំបែបវេជ្ជសាស្ត្រដែល Medicare និង/ឬ Medi-Cal ទាមទារឱ្យគម្រោងយើងរ៉ាប់រង ហើយអ្នកផ្តល់សេវានៅក្នុងបណ្តាញយើងមិនអាចផ្តល់ជូនការថែទាំនេះបាន អ្នកអាចទទួលយកការថែទាំនេះពីអ្នកផ្តល់សេវាក្រៅបណ្តាញបាន។ គ្រូពេទ្យថែទាំបឋមរបស់អ្នកមានទំនួលខុសត្រូវក្នុងការស្នើសុំសំណើសម្រាប់ការអនុញ្ញាតជាមុនសម្រាប់សេវាកម្មក្រៅបណ្តាញ។ អ្នកត្រូវតែទទួលបានការអនុញ្ញាតពីគម្រោង ឬ ក្រុមវេជ្ជសាស្ត្រដែលមានទំនាក់ទំនងជាមួយ PCP របស់អ្នកសិន មុននឹងស្វែងរកការថែទាំពីអ្នកផ្តល់សេវាក្រៅបណ្តាញ។ នៅក្នុងស្ថានភាពនេះ អ្នកនឹងត្រូវបង់ថ្លៃដូចដែលអ្នកត្រូវបង់ពេលអ្នកទទួលបានការថែទាំពីអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ។

បើអ្នកចេញទៅរដ្ឋបន្តិចត្រួតពិនិត្យក្រៅបណ្តាញម្នាក់នោះ គ្រូពេទ្យនោះត្រូវតែមានសិទ្ធិចូលរួមក្នុងកម្មវិធី Medicare និង/ឬ Medi-Cal។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan តាមលេខ 1-855-905-3825 (TTY:711) ម៉ោង 8:00 ព្រឹក – ម៉ោង 8:00 យប់

ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅមកលេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** សូមចូលមើលនៅ www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect។



- យើងមិនអាចបង់ប្រាក់ទូទាត់ឱ្យគ្រូពេទ្យម្នាក់ដែលគ្មានសិទ្ធិចូលរួមក្នុងកម្មវិធី Medicare និង/ឬ Medi-Cal បានឡើយ។
- បើអ្នកចេញទៅជួបនឹងគ្រូពេទ្យក្រៅបណ្តាញម្នាក់នោះ គ្រូពេទ្យនោះត្រូវតែមានសិទ្ធិចូលរួមក្នុងកម្មវិធី Medicare នោះ អ្នកត្រូវតែបង់ប្រាក់ទូទាត់ថ្លៃពេញនៃសេវាកម្មដែលអ្នកទទួលបាន។
- ក្រុមគ្រូពេទ្យត្រូវតែប្រាប់អ្នកដឹងអំពីករណីដែលពួកគេគ្មានសិទ្ធិចូលរួមក្នុងកម្មវិធី Medicare។

E. របៀបទទួលបានសេវាកម្ម និងការគាំទ្ររយៈពេលវែង (LTSS)

សេវា និង ជំនួយគាំទ្ររយៈពេលវែង (LTSS) រួមមានសេវាកម្មសម្រាប់មនុស្សចំណាស់តាមសហគមន៍ (CBAS) កម្មវិធីសេវាកម្មគោលបំណងចម្រុះសម្រាប់មនុស្សចាស់ (MSSP), មន្ទីរសម្រាកព្យាបាល (NF)។ សេវាកម្មនានាអាចកើតមានឡើងនៅផ្ទះរបស់អ្នក, សហគមន៍, ឬនៅតាមអាគារពេទ្យមួយបាន។ ប្រភេទខុសៗគ្នានៃ LTSS មានបរិយាយខាងក្រោមនេះ៖

- **សេវាកម្មមនុស្សចំណាស់តាមសហគមន៍ (CBAS)៖** អ្នកជម្ងឺមិនសម្រាកនៅមន្ទីរពេទ្យ, កម្មវិធីបម្រើសេវាកម្មនៅតាមអគារពេទ្យ, សេវាសង្គម ការព្យាបាលដោយប្រើសកម្មភាព និងពាក្យសម្តី, ការថែទាំព្យាបាលផ្ទាល់ខ្លួន, ជំនួយគ្រួសារ/ការបណ្តុះបណ្តាលជំនាញអ្នកមើលថែទាំព្យាបាល, សេវាអាហារូបត្ថម្ភ, ការដឹកជញ្ជូន, និងសេវាផ្សេងៗទៀត ក្នុងករណីដែលអ្នកឆ្លើយតបបានទៅនឹងលក្ខខណ្ឌវិនិច្ឆ័យលើសិទ្ធិទទួលបានដែលមានជាប់ពាក់ព័ន្ធ។
- **កម្មវិធីសេវាជំនួសចម្រុះសម្រាប់មនុស្សចាស់ (MSSP)** កម្មវិធីជាក់លាក់មួយរបស់រដ្ឋ California ដែលផ្តល់ជូននូវសេវាថែទាំតាមផ្ទះនិងសហគមន៍ (HCBS) ដល់អតិថិជនវ័យចាស់ទន់ខ្សោយដែលត្រូវមករស់នៅក្នុងមណ្ឌលថែទាំមនុស្សចាស់ប៉ុន្តែមានបំណងចង់រស់នៅក្នុងសហគមន៍។
 - បុគ្គលដែលមានសិទ្ធិទទួលបាន Medi-Cal ដែលមានអាយុចាប់ពី 65 ឆ្នាំឡើងទៅនិងដែលមានពិការភាពអាចមានលក្ខណៈគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់កម្មវិធីនេះ។ កម្មវិធីនេះគឺជាជំរើសជំនួសមួយសម្រាប់ការមករស់នៅមណ្ឌលថែទាំមនុស្សចាស់។
 - សេវាកម្ម MSSP អាចរាប់បញ្ចូលប៉ុន្តែមិនត្រូវបានកំណត់ចំពោះ៖
 - ការថែទាំពេលថ្ងៃសម្រាប់មនុស្សពេញវ័យ/មណ្ឌលថែទាំ
 - ជំនួយការតាមផ្ទះដូចជាការសម្របខ្លួន និងឧបករណ៍ជំនួយ
 - ជំនួយការងារបន្ទាប់បន្សំនិងការថែទាំផ្ទាល់ខ្លួន ការគ្រប់គ្រងការពារ
 - ការគ្រប់គ្រងការថែទាំ និងប្រភេទសេវាផ្សេងៗទៀត។
- **អគារផ្តល់ការថែទាំ (NF)៖** កន្លែងមួយដែលផ្តល់នូវការថែទាំព្យាបាលដល់ប្រជាពលរដ្ឋដែលមិនអាចរស់នៅបានដោយសុវត្ថិភាពនៅផ្ទះ និងអ្នកដែលមិនត្រូវការសម្រាកនៅមន្ទីរពេទ្យ។

អ្នកសម្របសម្រួលផ្នែកថែទាំរបស់អ្នក នឹងជួយឱ្យអ្នកយល់ដឹងកម្មវិធីនីមួយៗ។ ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពីកម្មវិធីណាមួយក្នុងចំណោមទាំងនេះ ទូរសព្ទទៅកាន់ផ្នែកបម្រើសេវាអតិថិជននៃគម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan តាមលេខ 1-855-905-3825 (TTY:711) ម៉ោង 8:00 ព្រឹក – ម៉ោង 8:00 យប់

ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅមកលេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** សូមចូលមើលនៅ www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect។



ដើម្បីភ្ជាប់ជាមួយអ្នកសម្របសម្រួលផ្នែកថែទាំ (លេខទូរសព្ទនិងម៉ោងការងារ
មានបោះពុម្ពនៅលើផ្នែកខាងក្រោមនៃទំព័រនេះ)។

**F. របៀបទទួលបានសេវាអត្ថប្រយោជន៍សុខភាពអាក្សកិរិយា (សុខភាពផ្លូវចិត្ត និង
វិបត្តិការប្រើប្រាស់សារធាតុញៀន)**

អ្នកនឹងមានលទ្ធភាពប្រើប្រាស់សេវាកម្មសុខភាពផ្លូវចិត្តដែលសំខាន់ចាំបាច់ក្នុងការទទួលបាន
ការរ៉ាប់រងដោយគម្រោង ឬកម្មវិធី Medicare and Medi-Cal។ Blue Shield Promise Cal
MediConnect Plan ផ្តល់ជូនសេវាសុខភាពអាក្សកិរិយាដែលគ្របដណ្តប់ដោយ Medicare ។
សេវាសុខភាពអាក្សកិរិយាដែលគ្របដណ្តប់ដោយ Medi-Cal មិនត្រូវបានផ្តល់ដោយគម្រោង Blue
Shield Promise Cal MediConnect Plan នោះទេប៉ុន្តែនឹងមានសម្រាប់សមាជិក Blue Shield
Promise Cal MediConnect Plan ដែលមានសិទ្ធិទទួលបាន តាមរយៈ
ក្រសួងសុខាភិបាលផ្លូវចិត្តនៃខោនធី Los Angeles (Los Angeles County Department of Mental
Health, LACDMH) និង ក្រសួងសុខាភិបាលសាធារណៈនៃខោនធី Los Angeles (Los Angeles County
Department of Public Health, LACDPH) ។

**F1. តើសេវាកម្មសុខភាពអាក្សកិរិយារបស់ Medi-Cal អ្វីខ្លះដែលត្រូវបានផ្តល់ជូននៅក្រៅ
Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan តាមរយៈ:**

ក្រសួងសុខាភិបាលផ្លូវចិត្តនៃខោនធី Los Angeles (Los Angeles County Department of Mental
Health, LACDMH) ហើយនិងក្រសួងសុខាភិបាលសាធារណៈនៃខោនធី Los Angeles (Los Angeles
County Department of Public Health, LACDPH)?

សេវាកម្មឯកទេសសុខភាពផ្លូវចិត្តនៃកម្មវិធី Medi-Cal អាចរកបានសម្រាប់អ្នកតាមរយៈគម្រោង
សុខភាពផ្លូវចិត្ត (MHP) ប្រចាំនៅខោនធី បើអ្នកឆ្លើយតបបានទៅនឹងលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យនៃភាព
សំខាន់ចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រសម្រាប់គម្រោងសេវាឯកទេសសុខភាពផ្លូវចិត្តនៃកម្មវិធី Medi-Cal។
សេវាកម្មសុខភាពផ្លូវចិត្តជំនាញរបស់ Medi-Cal ត្រូវបានផ្តល់ដោយ
ក្រសួងសុខាភិបាលផ្លូវចិត្តនៃខោនធី Los Angeles (Los Angeles County Department of Mental
Health, LACDMH) រួមមាន៖

- គម្រោងសេវាឯកទេសព្យាបាលសុខភាពផ្លូវចិត្ត (ការវាយតម្លៃ, វិធីព្យាបាលរោគ,
ការស្តារនីតិសម្បទា, ការព្យាបាលបន្ថែម, និងការបង្កើតគម្រោង)
- សេវាជំនួយការផ្តល់ថ្នាំព្យាបាល
- ការព្យាបាលហ្មត់ចត់នៅពេលថ្ងៃ
- ការស្តារនីតិសម្បទានៅពេលថ្ងៃ
- អន្តរាគមន៍ដោះស្រាយវិបត្តិ
- ការជួយដោះស្រាយវិបត្តិឱ្យមានប្រក្រតីភាព
- សេវាព្យាបាលនៅផ្ទះសម្រាប់មនុស្សជំងឺ



- សេវាព្យាបាលនៅផ្ទះសម្រាប់ដោះស្រាយវិបត្តិ
- សេវាផ្តល់កន្លែងថែទាំព្យាបាលសុខភាពខ្លួនរក្សាល
- សេវាដាក់ឱ្យសម្រាកព្យាបាលសុខភាពខ្លួនរក្សាល
- ការកំណត់គោលដៅគ្រប់គ្រងករណី

សេវាកម្មនៃកម្មវិធី Drug Medi-Cal អាចរកបានសម្រាប់អ្នកតាមរយៈ:

ក្រសួងសុខាភិបាលសាធារណៈនៃខោនធី Los Angeles (Los Angeles County Department of Public Health, LACDPH) ប្រសិនបើអ្នកត្រូវនឹងលក្ខណវិនិច្ឆ័យចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្ររបស់កម្មវិធី Drug Medi-Cal ។ សេវាកម្មនៃកម្មវិធី Drug Medi-Cal ដែលផ្តល់ដោយ

ក្រសួងសុខាភិបាលសាធារណៈនៃខោនធី Los Angeles (Los Angeles County Department of Public Health, LACDPH) រួមមាន៖

- សេវាកម្មព្យាបាលហ្មត់ចត់សម្រាប់អ្នកជម្ងឺមិនសម្រាកនៅមន្ទីរពេទ្យ
- សេវាព្យាបាលនៅផ្ទះ
- សេវាផ្តល់ថ្នាំព្យាបាលដោយឥតគិតថ្លៃដល់អ្នកជម្ងឺដែលមិនសម្រាកនៅមន្ទីរពេទ្យ
- សេវាព្យាបាលបន្ទាប់សារធាតុណាតូទិក
- សេវាព្យាបាលបន្ទាប់ជាតិសុរា

បន្ថែមលើសេវាកម្ម Drug Medi-Cal ដែលមានរៀបរាប់ខាងលើ

អ្នកអាចមានការចូលប្រើសេវាកម្មបំបាត់សារធាតុពុលរបស់អ្នកជម្ងឺសម្រាកក្នុងមន្ទីរពេទ្យដោយស្ម័គ្រចិត្ត ប្រសិនបើអ្នកបំពេញបានតាមលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យវេជ្ជសាស្ត្រ។

ភាពអាចរកបាននៃសេវាសុខភាពអាកប្បកិរិយា

អ្នកមានសេវាកម្មជាច្រើនដែលមានសម្រាប់រូបអ្នក។ អ្នកអាចធ្វើការបញ្ជូនបន្តដោយខ្លួនឯងទៅកាន់អ្នកផ្តល់សេវាដែលមានកិច្ចសន្យាជាមួយគម្រោងហើយក៏អាចបញ្ជូនបន្តដោយ PCP របស់អ្នកនិងសមាជិកគ្រួសាររបស់អ្នកជាដើម។ មិន “មានច្រកមិនត្រឹមត្រូវ” ក្នុងការទទួលបានសេវាទាំងនេះទេ។ អ្នកអាចទាក់ទងមកលេខខាងក្រោមសម្រាប់ជំនួយក្នុងការទទួលបានសេវាកម្មទាំងនេះ៖

- ខ្សែទូរសព្ទបញ្ជូនបន្ត និងផ្នែកវិបត្តិរបស់ខោនធី (សូមមើលជំពូកទី 2 ផ្នែក K នៅក្នុងសៀវភៅមគ្គុទ្ទេសក៍នេះសម្រាប់លេខទូរសព្ទ និងម៉ោងប្រតិបត្តិការ)
- ក្រសួងសុខាភិបាលសាធារណៈ ការបង្ការនិងការគ្រប់គ្រងការប្រើគ្រឿងញៀននៃខោនធី LA (សូមទូរសព្ទមកលេខ 888-742-7900 (TTY: 711) 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍)
- ខ្សែទូរសព្ទសេវាសុខភាពអាកប្បកិរិយានៃគម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan (សូមមើលជំពូកទី 2 ផ្នែក D នៃសៀវភៅណែនាំនេះសម្រាប់លេខទូរសព្ទនិងម៉ោងធ្វើការ)
- ផ្នែកបម្រើសេវាអតិថិជននៃគម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan (លេខទូរសព្ទនិងម៉ោងធ្វើការត្រូវបានបោះពុម្ពនៅផ្នែកខាងក្រោមនៃទំព័រនេះ) ។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan តាមលេខ 1-855-905-3825 (TTY:711) ម៉ោង 8:00 ព្រឹក – ម៉ោង 8:00 យប់

ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅមកលេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** សូមចូលមើលនៅ www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect។



ដំណើរការដើម្បីកំណត់សេវាវេជ្ជសាស្ត្រចាំបាច់

ភាពចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រត្រូវបានកំណត់ដោយអ្នកផ្តល់សេវាដែលមានអាជ្ញាប័ណ្ណត្រឹមត្រូវ។
លក្ខណៈវិនិច្ឆ័យចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រត្រូវបានប្រើដោយគម្រោង Blue Shield Promise Cal
MediConnect Plan និងខោនធី
និងបានបង្កើតឡើងដោយអ្នកឯកទេសខាងសុខភាពអាកប្បកិរិយានិងអ្នកពាក់ព័ន្ធដ៏ទៀតនិង
ស្របតាមលក្ខខណ្ឌតម្រូវនៃច្បាប់។

នីតិវិធីបញ្ជូនបន្តរវាងគម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan និងខោនធី

ប្រសិនបើអ្នកកំពុងទទួលសេវាកម្មពី Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan ឬខោនធី
អ្នកអាចទទួលបានការបញ្ជូនព្យាបាលបន្តទៅអង្គភាពផ្សេងទៀតស្របតាមតម្រូវការរបស់អ្នក។ Blue
Shield Promise Cal MediConnect Plan ឬ ខោនធី
អាចបញ្ជូនអ្នកបន្តដោយការទូរសព្ទទៅស្ថាប័នដែលអ្នកត្រូវបញ្ជូនបន្តទៅ។ ទម្រង់បែបបទបញ្ជូនបន្ត
ក៏ត្រូវបំពេញដោយអ្នកផ្តល់សេវាដែលធ្វើការបញ្ជូនបន្ត ហើយវាត្រូវផ្ញើទៅកាន់អង្គភាពដែលអ្នក
កំពុងត្រូវបានគម្រោងបញ្ជូនទៅ។

ដំណើរការដោះស្រាយបញ្ហា

បើមានជំលោះរវាងអ្នកនិងខោនធីឬគម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan
អ្នកនឹងបន្តទទួលបានការថែទាំសុខភាពអាកប្បកិរិយាចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្ររួមទាំងឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជា
ហូតដល់ជំលោះត្រូវបានដោះស្រាយ។ Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan
បានធ្វើការជាមួយខោនធីដើម្បីបង្កើតនីតិវិធីដោះស្រាយ ដែលទាន់ពេលវេលា
និងមិនប៉ះពាល់ដល់សេវាដែលអ្នកកំពុងត្រូវការ។
អ្នកក៏អាចប្រើដំណើរការការប្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់គម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan
ឬខោនធីដោយអាស្រ័យលើអង្គភាពដែលអ្នកកំពុងមានជម្លោះជាមួយ។

G. របៀបទទួលបានសេវាដឹកជញ្ជូន

សេវាកម្មមធ្យោបាយដឹកជញ្ជូនវេជ្ជសាស្ត្រ គឺជាសេវាថយន្តសង្គ្រោះបន្ទាន់។
ការដឹកជញ្ជូនតាមរថយន្តសង្គ្រោះបន្ទាន់ទៅកាន់មន្ទីរពេទ្យដំបូងដែលទទួលយកសមាជិក
សម្រាប់ការថែទាំសង្គ្រោះបន្ទាន់ ត្រូវបានការធានារ៉ាប់រងទាក់ទងនឹងសេវាកម្មសង្គ្រោះបន្ទាន់នោះ។
សេវាកម្មទាំងនេះរួមមានរថយន្តសង្គ្រោះ និងការដឹកជញ្ជូនតាមរថយន្តសង្គ្រោះដែលផ្តល់តាមរយៈ
ប្រព័ន្ធលឿយកបការសង្គ្រោះបន្ទាន់ “911” ។

មធ្យោបាយដឹកជញ្ជូនវេជ្ជសាស្ត្រមិនបន្ទាន់ (NEMT) ត្រូវបានគ្របដណ្តប់ក្រោមគម្រោង Blue Shield
Promise Cal MediConnect Plan។ សេវាកម្ម NEMT គឺសមស្របប្រសិនបើវារៀបរាប់ថា
អាការៈរបស់សមាជិកត្រូវការមធ្យោបាយដឹកជញ្ជូនផ្សេងទៀតសម្រាប់អ្នកដែល កំពុងស្ថិតនៅ
ក្នុងស្ថានភាពគ្រោះថ្នាក់ (អាចមានគ្រោះថ្នាក់ចំពោះសុខភាពរបស់អ្នកជំងឺ)
និងថាការដឹកជញ្ជូនដោយរថយន្តសង្គ្រោះគឺមានលក្ខណៈចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ។ សេវាកម្មដឹកជញ្ជូន
អាចនឹងត្រូវផ្តល់តាមរយៈរថយន្តសង្គ្រោះ រថយន្តដឹកសំរាម ឬសេវាដឹកជញ្ជូនវេជ្ជសាស្ត្រតាមយានយន្ត
ផ្សេងៗ។ ការបញ្ជូនបន្តសមាជិកម្នាក់ពីមន្ទីរពេទ្យទៅកាន់មន្ទីរពេទ្យ ឬមន្ទីរថែទាំមួយផ្សេងទៀត ឬពី
មន្ទីរថែទាំទៅគេហដ្ឋានគួរតែ៖

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan
តាមលេខ 1-855-905-3825 (TTY:711) ម៉ោង 8:00 ព្រឹក – ម៉ោង 8:00 យប់

ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅមកលេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** សូមចូលមើលនៅ
www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect។



- មានលក្ខណៈសំខាន់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ និង
- បានស្នើសុំដោយអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងគម្រោង និង
- ត្រូវអនុញ្ញាតជាមុនដោយ Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan។

គម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan ក៏ផ្តល់ជូន **សេវាកម្មដឹកជញ្ជូនបែបមិនមែនវេជ្ជសាស្ត្រ (NMT)** ទាំងនៅនឹងមកពីការិយាល័យរបស់វេជ្ជបណ្ឌិតផងដែរ។ សេវាកម្មដឹកជញ្ជូនត្រូវបានផ្តល់ជូនតាមរយៈរថយន្តតាក់ស៊ី ឡានដឹកអ្នកដំណើរ ឬតាមទម្រង់ផ្សេងទៀត។ រាល់សមាជិកដែលស្នើសុំការដឹកជញ្ជូនត្រូវតែមានសិទ្ធិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់សេវាកម្មទាំងឡាយប្រចាំខែដែលការដឹកជញ្ជូនត្រូវបានស្នើសុំ។ ការរៀបចំសម្រាប់មធ្យោបាយធ្វើដំណើរវេជ្ជសាស្ត្រមិនបន្ទាន់និងមធ្យោបាយធ្វើដំណើរមិនទាក់ទងនឹងផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រត្រូវបានគ្រប់គ្រងដោយផ្នែកបម្រើសេវាអភិវឌ្ឍន៍នៃគម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan។ អ្នកអាចទូរសព្ទទៅកាន់ផ្នែកបម្រើសេវាអភិវឌ្ឍន៍របស់ Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan ដើម្បីភ្ជាប់ទៅផ្នែកដឹកជញ្ជូន ឬ ហៅទៅពួកគេដោយផ្ទាល់តាមលេខ 1-877-433-2178 (TTY:711) 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ សូមណែនាំយ៉ាងមុតមាំថា ការរៀបចំសម្រាប់ធ្វើដំណើរត្រូវតែធ្វើយ៉ាងហោចណាស់ម្ភៃបួន (24) ម៉ោងជាមុន។

H. របៀបទទួលបានសេវាកម្មដែលមានការរ៉ាប់រង នៅពេលអ្នកមានតម្រូវការបន្ទាន់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ ឬតម្រូវការបន្ទាន់ផ្នែកថែទាំសុខភាព ឬអំឡុងពេលមានគ្រោះមហន្តរាយ

H1. ការថែទាំនៅពេលដែលអ្នកត្រូវការសង្គ្រោះបន្ទាន់

និយមន័យនៃការសង្គ្រោះបន្ទាន់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ

ការសង្គ្រោះបន្ទាន់វេជ្ជសាស្ត្រ គឺជាបញ្ហាវេជ្ជសាស្ត្រជាមួយអាការរោគ ដូចជា ការឈឺចាប់ធ្ងន់ធ្ងរ ឬការរងរបួសធ្ងន់ធ្ងរ។ បើមិនមានការយកចិត្តទុកដាក់ភ្លាមៗទៅលើលក្ខខណ្ឌសុខភាពនេះទេ លក្ខខណ្ឌនេះនឹងកាន់តែធ្ងន់ធ្ងរខ្លាំងហើយអ្នក ឬនរណាម្នាក់ដែលមានចំណេះដឹងកម្រិតមធ្យមផ្នែកសុខភាព ឬថ្នាំពេទ្យ អាចរំពឹងទុកជាមុនថាវានឹងបណ្តាលឱ្យ៖

- ហានិភ័យធ្ងន់ធ្ងរចំពោះសុខភាពរបស់អ្នកឬចំពោះកូនដែលមិនទាន់កើតរបស់អ្នក **ឬ**
- ហានិភ័យធ្ងន់ធ្ងរចំពោះមុខងាររាងកាយ **ឬ**
- ការបំពេញមុខងារមិនប្រក្រតីធ្ងន់ធ្ងរនៃសរីរាង្គកាយ ឬផ្នែកណាមួយ **ឬ**
- ក្នុងករណីស្ត្រីមានគភ៌កំពុងសម្រាល ពេល៖
 - មិនមានពេលវេលាគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ផ្ទេរសមាជិកនោះដោយសុវត្ថិភាពទៅមន្ទីរពេទ្យមួយផ្សេងទៀត មុនពេលសម្រាលកូន។
 - ការផ្ទេរទៅមន្ទីរពេទ្យផ្សេងទៀតអាចបង្កការកំរាមកំហែងដល់សុខភាពឬសុវត្ថិភាពរបស់អ្នកឬចំពោះកូនដែលមិនទាន់កើតរបស់អ្នក។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan តាមលេខ 1-855-905-3825 (TTY:711) ម៉ោង 8:00 ព្រឹក – ម៉ោង 8:00 យប់

ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅមកលេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** សូមចូលមើលនៅ www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect។



អ្វីដែលត្រូវធ្វើប្រសិនបើអ្នកត្រូវការសង្គ្រោះបន្ទាន់

បើអ្នកមានតម្រូវការចាំបាច់សម្រាប់ការព្យាបាលសង្គ្រោះបន្ទាន់៖

- **ទទួលជំនួយឱ្យបានលឿនតាមដែលអាចធ្វើទៅបាន។** ហៅទូរសព្ទទៅលេខ 911 ឬឆ្ពោះទៅកាន់បន្ទប់សង្គ្រោះបន្ទាន់ ឬមន្ទីរពេទ្យដែលនៅជិតបំផុត។ ហៅសុំរថយន្តសង្គ្រោះ បើអ្នកចាំបាច់ត្រូវការវា។ អ្នក **មិន** ត្រូវការទទួលការយល់ព្រមឬការបញ្ជូនបន្តជាមុនពី PCP របស់អ្នកឡើយ។
- **ធ្វើឱ្យប្រាកដប្រជាឱ្យបានឆាប់ៗតាមដែលអាចធ្វើទៅបាន ថាគម្រោងរបស់អ្នកមានការប្រាប់អំពីបញ្ហាសង្គ្រោះបន្ទាន់របស់អ្នក។** យើងចាំបាច់ត្រូវតាមដាន លើការថែទាំព្យាបាលសង្គ្រោះបន្ទាន់របស់អ្នក។ អ្នកឬនរណាម្នាក់ទៀតគួរហៅទូរសព្ទប្រាប់មកយើងអំពីការថែទាំព្យាបាលសង្គ្រោះបន្ទាន់របស់អ្នក ដែលតាមធម្មតាគឺក្នុងរយៈពេល 48 ម៉ោង។ ទោះបីយ៉ាងណា អ្នកនឹងមិនចាំបាច់ត្រូវបង់ថ្លៃសម្រាប់សេវាកម្មសង្គ្រោះបន្ទាន់ទេដោយសារតែមានការពន្យារពេលក្នុងរយៈពេលជូនដំណឹងដល់យើង។ សូមទូរសព្ទមកផ្នែកបម្រើសេវាអតិថិជន Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan តាមលេខ 1-855-905-3825 (TTY:711) ម៉ោង 8:00 ព្រឹក – ម៉ោង 8:00 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ លេខផ្នែកបម្រើសេវាអតិថិជនរបស់យើងមាននៅលើប័ណ្ណសមាជិកភាពរបស់អ្នកផងដែរ។

សេវាក្របដណ្តប់នៅក្នុងការសង្គ្រោះបន្ទាន់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ

អ្នកអាចនឹងទទួលបានការថែទាំព្យាបាលសង្គ្រោះបន្ទាន់នៅពេលណាក៏ដោយដែលអ្នកចាំបាច់ត្រូវការវា (គ្រប់កន្លែងនៅសហរដ្ឋអាមេរិក ឬដែនដីនានារបស់ខ្លួន។ បើអ្នកចាំបាច់ត្រូវការរថយន្តសង្គ្រោះចូលទៅដល់បន្ទប់សង្គ្រោះបន្ទាន់ គម្រោងយើងនឹងរ៉ាប់រងលើបញ្ហានោះ។ ដើម្បីស្វែងយល់ច្រើនទៀត មើលតារាងកំណត់អត្ថប្រយោជន៍ នៅជំពូកទី 4 ផ្នែក D ។

នៅឆ្នាំ 2021 គម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan កំពុងផ្តល់ជូននូវការធានារ៉ាប់រងផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រសម្រាប់ការសង្គ្រោះបន្ទាន់ដល់សមាជិកនៅពេលណាក៏ដោយឱ្យតែអ្នកត្រូវការ គ្រប់ទីកន្លែងនៅក្នុងពិភពលោក។ យើងនឹងក្របដណ្តប់រហូតដល់ \$25,000 ក្នុងការចំណាយបន្ទាន់។ ដើម្បីស្វែងយល់ច្រើនទៀត មើលតារាងកំណត់អត្ថប្រយោជន៍ នៅជំពូកទី 4, ផ្នែក D ។

នៅក្រោយការសង្គ្រោះបន្ទាន់បានចប់ទៅ អ្នកអាចនឹងចាំបាច់ត្រូវការការថែទាំព្យាបាលតាមដាន មើលប្រយោជន៍ធានាឱ្យបានថា អ្នកទទួលបានជួរស្រាល។ ការថែទាំព្យាបាលដោយការតាមដានរបស់អ្នកនឹងទទួលបានការរ៉ាប់រងដោយយើង។ បើអ្នកទទួលបានការថែទាំព្យាបាលសង្គ្រោះបន្ទាន់ពីសំណាក់ក្រុមគ្រូពេទ្យកំហែទាំសុខភាពក្រៅបណ្តាញ យើងនឹងព្យាបាលរកឱ្យបាននូវគ្រូពេទ្យក្នុងបណ្តាញដើម្បីគ្រប់គ្រងករណីរបស់អ្នកឱ្យបានឆាប់ៗតាមដែលអាចធ្វើទៅបាន។

ការទទួលការថែទាំបន្ទាន់ប្រសិនបើអ្នកមិនត្រូវការសង្គ្រោះបន្ទាន់

ជួនកាល វាអាចនឹងពិបាកក្នុងការដឹងបានថា តើអ្នកមានតម្រូវការបន្ទាន់សម្រាប់ការព្យាបាលសុខភាពផ្លូវកាយឬអាកប្បកិរិយាឬក៏អត់។ អ្នកអាចចូលទៅរកសេវាថែទាំសង្គ្រោះបន្ទាន់ និងស្នើសុំឱ្យវេជ្ជបណ្ឌិតបញ្ជាក់ថាអ្នកមិនត្រូវការការសង្គ្រោះបន្ទាន់នោះទេ។ ដរាបណាអ្នកបានគិតសមហេតុផលថា សុខភាពរបស់អ្នកបានស្ថិតក្នុងគ្រោះថ្នាក់ធ្ងន់ធ្ងរ យើងនឹងរ៉ាប់រងលើការថែទាំព្យាបាលរបស់អ្នក។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan តាមលេខ 1-855-905-3825 (TTY:711) ម៉ោង 8:00 ព្រឹក – ម៉ោង 8:00 យប់

ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅមកលេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** សូមចូលមើលនៅ www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect។



ទោះជាយ៉ាងណា បន្ទាប់ពីវេជ្ជបណ្ឌិតនិយាយថា វាគឺមិនមែន ការសង្គ្រោះបន្ទាន់, យើងនឹងគ្របដណ្តប់ការថែទាំបន្ថែមរបស់អ្នក តែ ប្រសិនបើ:

- អ្នកទៅរកអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំក្នុងបណ្តាញ ឬ
- ការមើលថែទាំព្យាបាលបន្ថែមដែលអ្នកទទួលបានត្រូវបានគេចាត់ទុកថាជា “ការថែទាំព្យាបាលដែលចាំបាច់ត្រូវការជាបន្ទាន់” ហើយអ្នកធ្វើតាមវិធានច្បាប់សម្រាប់ការទទួលបានការថែទាំព្យាបាលនេះ។ (មើលផ្នែកបន្ទាប់។)

H2. ការថែទាំដែលត្រូវការបន្ទាន់

និយមន័យនៃការថែទាំដែលត្រូវការជាបន្ទាន់

ការថែទាំដែលត្រូវការបន្ទាន់ គឺជាការថែទាំដែលអ្នកទទួលបានសម្រាប់ជំងឺ ការរងរបួស ឬបញ្ហាភ្លាមៗ ដែលមិនមែនសង្គ្រោះបន្ទាន់ ប៉ុន្តែត្រូវការការថែទាំភ្លាមៗ។ ឧទាហរណ៍ អ្នកអាចនឹងមានការកញ្ឆោលឡើងនៃលក្ខខណ្ឌដែលមានកន្លងមក ហើយចាំបាច់ត្រូវការទទួលបានការព្យាបាល។

ការថែទាំដែលត្រូវការបន្ទាន់នៅពេលអ្នកស្ថិតនៅក្នុងតំបន់សេវារបស់គម្រោង

នៅក្នុងស្ថានភាពភាគច្រើន យើងនឹងរ៉ាប់រងការថែទាំសុខភាពដែលចាំបាច់បន្ទាន់ តែក្នុងករណីដែល:

- អ្នកទទួលបានការថែទាំនេះពីអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំក្នុងបណ្តាញ ឬ
- អ្នកធ្វើតាមវិធានច្បាប់ដែលបានបរិយាយប្រាប់នៅក្នុងជំពូកនេះ។

យ៉ាងណាមិញ បើអ្នកមិនអាចរកបានគ្រូពេទ្យក្នុងបណ្តាញ យើងនឹងរ៉ាប់រងលើការថែទាំព្យាបាលដែលត្រូវការជាបន្ទាន់ដែលអ្នកទទួលបានពីគ្រូពេទ្យក្រៅបណ្តាញម្នាក់។

ដើម្បីទទួលបានសេវាកម្មថែទាំដែលត្រូវការជាបន្ទាន់ក្រៅម៉ោងការងារ អ្នកអាច:

សូមទូរសព្ទទៅលេខបណ្តាញជំនួយបន្ទាន់គិលានុបដ្ឋាយិការបស់គម្រោង Blue Shield of California Promise Health Plan តាមលេខ (800) 609-4166 (TTY:711) 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ គិលានុបដ្ឋាយិការអាចណែនាំអ្នកទៅកាន់មជ្ឈមណ្ឌលថែទាំបន្ទាន់នៅក្នុងបណ្តាញគម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan។

ការថែទាំដែលត្រូវការបន្ទាន់នៅពេលអ្នកស្ថិតនៅក្រៅតំបន់សេវារបស់គម្រោង

នៅពេលដែលអ្នកស្ថិតនៅក្រៅតំបន់សេវាកម្មគម្រោង អ្នកមិនអាចទទួលបានការថែទាំព្យាបាលពីគ្រូពេទ្យក្នុងបណ្តាញឡើយ។ ស្ថិតក្នុងករណីនោះ គម្រោងយើងនឹងរ៉ាប់រងលើការថែទាំព្យាបាលដែលត្រូវការជាបន្ទាន់ដែលអ្នកទទួលបានពីគ្រូពេទ្យណាម្នាក់។

Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan នឹងធ្វើការផ្តល់ជូន

ការធានារ៉ាប់រងផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដែលត្រូវការជាបន្ទាន់

ដល់សមាជិកនៅពេលណាក៏ដោយឱ្យតែអ្នកត្រូវការ គ្រប់ទីកន្លែងនៅក្នុងពិភពលោក។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan

តាមលេខ 1-855-905-3825 (TTY:711) ម៉ោង 8:00 ព្រឹក – ម៉ោង 8:00 យប់

ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅមកលេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** សូមចូលមើលនៅ

www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect។



ជំពូកទី 3: ការប្រើប្រាស់អត្ថប្រយោជន៍រ៉ាប់រងនៃគម្រោងសម្រាប់តំបន់សុខភាព និងសេវាកម្មដែលទទួលបានការរ៉ាប់រងផ្សេងៗ ទៀតរបស់អ្នក

យើងនឹងគ្របដណ្តប់រហូតដល់ទៅ \$25,000 ក្នុងការចំណាយលើសេវាចាំបាច់ជាបន្ទាន់។ ដើម្បីស្វែងយល់ច្រើនទៀត មើលតារាងកំណត់អត្ថប្រយោជន៍ នៅជំពូកទី 4, ផ្នែក D។

H3. ការថែទាំក្នុងអំឡុងពេលមានគ្រោះមហន្តរាយ

ប្រសិនបើអភិបាលរដ្ឋ រដ្ឋលេខាធិការនៃសេវាសុខភាពនិងមនុស្សជាតិសហរដ្ឋអាមេរិក (U.S. Secretary of Health and Human Services) ឬប្រធានាធិបតីសហរដ្ឋអាមេរិកប្រកាសថា រដ្ឋកំពុងស្ថិតនៅក្នុងគ្រោះមហន្តរាយ ឬស្ថានភាពអាសន្នក្នុងតំបន់ភូមិសាស្ត្ររបស់អ្នក អ្នកនៅតែអាចទទួលបានការថែទាំពិគម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan។

សូមចូលមើលវិបសាយរបស់យើងសម្រាប់ព័ត៌មានអំពីរបៀបទទួលបានការថែទាំដែលចាំបាច់ក្នុងអំឡុងពេលមានគ្រោះមហន្តរាយដូចដែលបានប្រកាស៖

www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect។

ក្នុងអំឡុងពេលមានការប្រកាសគ្រោះមហន្តរាយ ប្រសិនបើអ្នកមិនអាចប្រើអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញបាន យើងនឹងអនុញ្ញាតឱ្យអ្នកទទួលបានការថែទាំពីអ្នកផ្តល់សេវាក្រៅបណ្តាញដោយមិនគិតថ្លៃដល់អ្នកឡើយ ។ ប្រសិនបើអ្នកមិនអាចប្រើឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញក្នុងអំឡុងពេលមានគ្រោះមហន្តរាយដូចដែលបានបញ្ជាក់នោះ អ្នកនឹងអាចបំពេញឱសថមានវេជ្ជបញ្ជានៅឯឱសថស្ថានក្រៅបណ្តាញបាន។ សូមមើល ជំពូកទី 5 សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។

I. តើអ្នកត្រូវធ្វើអ្វីប្រសិនបើអ្នកទទួលបាន

វិក្កយបត្រដោយផ្ទាល់សម្រាប់សេវាកម្មដែលមានការគ្របដណ្តប់ពិគម្រោងរបស់យើង

ប្រសិនបើអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំធ្វើឱ្យអ្នកនូវវិក្កយបត្រមួយជំនួសឱ្យការផ្ញើទៅកាន់គម្រោងនេះ អ្នកគួរតែស្នើឱ្យពួកយើង បង់ថ្លៃចំណែក វិក្កយបត្ររបស់យើង។

អ្នកមិនគួរបង់វិក្កយបត្រដោយខ្លួនអ្នកផ្ទាល់ទេ។ បើអ្នកធ្វើដូច្នោះ គម្រោងមិនអាចនឹងមានលទ្ធភាពទូទាត់សងអ្នកវិញឡើយ។

ប្រសិនបើអ្នកបានបង់ថ្លៃលើសពីចំណែករបស់អ្នកសម្រាប់សេវាដែលបានធានារ៉ាប់រង ឬប្រសិនបើអ្នកទទួលបានវិក្កយបត្រសម្រាប់ ការបង់ថ្លៃពេញលេញទៅលើ សេវាវេជ្ជសាស្ត្រដែលមានការរ៉ាប់រង សូមមើលជំពូកទី 7 ផ្នែក A និង B ដើម្បីស្វែងយល់ពីអ្វីដែលត្រូវធ្វើ។

I1. តើអ្នកត្រូវធ្វើអ្វីប្រសិនបើសេវាកម្មមិនមានការគ្របដណ្តប់ពិគម្រោងរបស់យើង

Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan គ្របដណ្តប់លើសេវាទាំងអស់៖

- សេវាដែលត្រូវបានកំណត់ថាចាំបាច់សម្រាប់ការព្យាបាល **និង**
- វាត្រូវបានរៀបរាប់ក្នុងកំនួសតាងអត្ថប្រយោជន៍របស់គម្រោងនេះ (មើលជំពូក 4 ផ្នែក D) **និង**
- សេវាកម្មដែលអ្នកទទួលបានតាមការអនុវត្តតាមវិធានច្បាប់នៃគម្រោង។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan តាមលេខ 1-855-905-3825 (TTY:711) ម៉ោង 8:00 ព្រឹក – ម៉ោង 8:00 យប់

ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅមកលេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** សូមចូលមើលនៅ www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect។



បើអ្នកទទួលបានសេវាកម្មណាមួយដែលមិនត្រូវបានគ្របដណ្តប់ដោយគម្រោងរបស់យើង អ្នកត្រូវតែបង់ពេញថ្លៃដោយខ្លួនឯង។

បើអ្នកចង់ដឹងអំពីករណីដែលយើងត្រូវទូទាត់បង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាកម្មពេទ្យ ឬការថែទាំព្យាបាល នោះ អ្នកមានសិទ្ធិសាកសួរយើងបាន។ អ្នកក៏មានសិទ្ធិដើម្បីស្នើសុំវាចាលយល់ក្នុងអក្សរផងដែរ។ បើ យើងនិយាយថា យើងនឹងមិនបង់ប្រាក់ទូទាត់សម្រាប់សេវាកម្មរបស់អ្នកនោះ អ្នកមានសិទ្ធិប្តឹង ឧទ្ធរណ៍ចំពោះសេចក្តីសម្រេចយើងបាន។

ជំពូកទី 9 ផ្នែក D, E, F និង G ពន្យល់ពីអ្វីដែលត្រូវធ្វើ បើសិនជាអ្នកចង់ឲ្យយើងរ៉ាប់រងសម្ភារៈ ឬសេវាវេជ្ជសាស្ត្រ។ លើសពីនេះ វាប្រាប់ឱ្យអ្នកដឹងអំពីរបៀបដែលត្រូវប្តឹងឧទ្ធរណ៍ចំពោះសេចក្តីសម្រេច លើការរ៉ាប់រងរបស់យើងបន្ថែមទៀត។ អ្នកក៏អាចហៅទូរសព្ទទៅផ្នែកបម្រើសេវាអតិថិជន ដើម្បីស្វែងយល់ច្រើនទៀតអំពីបញ្ហាសិទ្ធិប្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក។

យើងនឹងបង់ប្រាក់ទូទាត់ឱ្យថ្លៃសេវាកម្មមួយចំនួនរហូតដល់ត្រឹមការកំណត់ជាក់លាក់មួយ។ បើអ្នក ចំណាយហួសពីកម្រិតនេះ អ្នកត្រូវបង់ប្រាក់ទូទាត់ពេញថ្លៃដើម្បីទទួលបានប្រភេទសេវាកម្មច្រើនជាង នេះទៀត។ ហៅទូរសព្ទទៅផ្នែកបម្រើសេវាអតិថិជនដើម្បីសាកសួរអំពីកម្រិតនានាដែលមាន និងអំពី កម្រិតដែលអ្នកអាចធ្វើបាន។

J. ការគ្របដណ្តប់សេវាថែទាំសុខភាពនៅពេលដែលអ្នកកំពុងស្ថិតនៅក្នុងការស្រាវ ជ្រាវលើការព្យាបាល

J1. និយមន័យនៃការសិក្សាស្រាវជ្រាវខាងព្យាបាល

ការសិក្សាស្រាវជ្រាវគឺនិក (ត្រូវបានហៅផងដែរថា ការសាកល្បងគ្លីនិក) គឺជាមធ្យោបាយមួយដែលវេជ្ជបណ្ឌិតធ្វើតេស្តប្រភេទថ្មីនៃការថែទាំសុខភាព ឬថ្នាំពេទ្យ។ ពួកគេសុំឱ្យ អ្នកស្ម័គ្រចិត្តជួយនៅក្នុងការសិក្សាស្រាវជ្រាវនេះ។ ប្រភេទនៃការសិក្សាស្រាវជ្រាវនេះជួយឱ្យក្រុម វេជ្ជបណ្ឌិតសម្រេចចិត្តបានថា តើកំហែទាំសុខភាព ឬឱសថថ្មីមួយមានប្រសិទ្ធភាពឬយ៉ាងណា និងថា តើវាមានសុវត្ថិភាពដែរឬអត់។

នៅពេលដែលកម្មវិធី Medicare យល់ព្រមលើការសិក្សាស្រាវជ្រាវមួយដែលអ្នកចង់ចូលរួមនៅក្នុងនោះ មនុស្សម្នាក់ដែលធ្វើការងារសិក្សាស្រាវជ្រាវនឹងទាក់ទងអ្នក។ មនុស្សនោះនឹងប្រាប់អ្នកឱ្យដឹងអំពី ការសិក្សាស្រាវជ្រាវនេះ និងពិនិត្យមើលថា តើអ្នកមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ដើម្បីចូលរួមកម្មវិធី នេះដែរឬយ៉ាងណា។ អ្នកអាចចូលរួមក្នុងការសិក្សាស្រាវជ្រាវនេះបាន ដរាបណាអ្នកឆ្លើយតបបានតាម លក្ខខណ្ឌចាំបាច់នានា។ អ្នកក៏ត្រូវតែយល់ដឹង និងយល់ព្រមទទួលយកនូវអ្វីដែលអ្នកត្រូវតែធ្វើ សម្រាប់ការសិក្សាស្រាវជ្រាវនេះ។

នៅខណៈដែលអ្នកចូលរួមក្នុងការសិក្សាស្រាវជ្រាវនេះ អ្នកអាចនឹងបន្តទទួលបានការចុះឈ្មោះចូលរួម គម្រោងយើងបាន។ តាមវិធីនោះ អ្នកបន្តទទួលបានការថែទាំព្យាបាលពីគម្រោងយើងដែលមិន ទាក់ទងទៅនឹងការសិក្សាស្រាវជ្រាវនេះ។

ប្រសិនបើអ្នកចង់ចូលរួមក្នុងការសិក្សាស្រាវជ្រាវគ្លីនិកដែលអនុម័តដោយ Medicare អ្នក មិន ត្រូវការទទួលការអនុម័តពីយើង ឬអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំបឋមរបស់អ្នកឡើយ។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan តាមលេខ 1-855-905-3825 (TTY: 711) ម៉ោង 8:00 ព្រឹក – ម៉ោង 8:00 យប់

ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅមកលេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** សូមចូលមើលនៅ www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect។



អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំដែលផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវការថែទាំជាផ្នែកនៃការសិក្សាមិន
ត្រូវការជាអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំបណ្តាញឡើយ។

អ្នក ពិតជា ត្រូវការប្រាប់យើង មុនពេលអ្នកចាប់ផ្តើមចូលរួមក្នុងការសិក្សាស្រាវជ្រាវគ្លីនិកមួយ។

ប្រសិនបើអ្នកមានគម្រោងចូលរួមក្នុងការស្រាវជ្រាវខាងការព្យាបាល អ្នកឬអ្នកសម្របសម្រួល
ការថែទាំរបស់អ្នកគួរទាក់ទងផ្នែកបម្រើសេវាអតិថិជនដើម្បីឱ្យយើងដឹងថាអ្នកនឹងចូលរួមក្នុងការ
សាកល្បងធ្វើតេស្តព្យាបាល។

**J2. ការបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាកម្មនៅពេលអ្នកស្ថិតនៅក្នុងការសិក្សាស្រាវជ្រាវខាងព្យាបាល
ជម្ងឺ**

បើអ្នកស្ម័គ្រចិត្តសម្រាប់ការសិក្សាស្រាវជ្រាវព្យាបាលដែល Medicare អនុម័ត
អ្នកនឹងមិនត្រូវបង់ប្រាក់អ្វីទាំងអស់សម្រាប់សេវាកម្មដែលរ៉ាប់រងដោយការសិក្សា ហើយ Medicare
នឹងបង់ថ្លៃសេវាដែលរ៉ាប់រងដោយការសិក្សាព្រមទាំងថ្លៃចំណាយប្រចាំថ្ងៃដែលពាក់ព័ន្ធ
ជាមួយនឹងការថែទាំរបស់អ្នកផងដែរ។ នៅពេលដែលអ្នកចូលរួមក្នុងការសិក្សាស្រាវជ្រាវព្យាបាលដែល
ទទួលបានការបញ្ជាក់យល់ព្រមដោយកម្មវិធី Medicare នោះ អ្នកនឹងទទួលបានការរ៉ាប់រងសម្រាប់
មុខចំណាយ និងសេវាកម្មដែលអ្នកទទួលបានក្នុងនាមជាអ្នកចូលរួមក្នុងការសិក្សាស្រាវជ្រាវនេះ។ នេះ
រួមបញ្ចូលទាំង៖

- បន្ទប់ស្នាក់នៅនិងរបបអាហារនៅមន្ទីរពេទ្យដែលកម្មវិធី Medicare នឹងបង់ចំណាយឱ្យ សូម្បី
តែក្នុងករណីដែលអ្នកមិនបានស្ថិតក្នុងការសិក្សាស្រាវជ្រាវក៏ដោយ។
- ប្រតិបត្តិការវះកាត់ ឬនីតិវិធីព្យាបាលផ្សេងទៀតដែលជាផ្នែកនៃការសិក្សាស្រាវជ្រាវនេះ។
- ការព្យាបាលលើផលប៉ះពាល់បន្ទាប់បន្សំ និងបញ្ហាស្លេកស្លាញនៃការថែទាំព្យាបាលថ្មី។

បើសិនអ្នកជាផ្នែកមួយនៃការសិក្សាដែល Medicare មិនបានអនុម័ត អ្នកនឹងត្រូវបង់ថ្លៃ
សម្រាប់ការចំណាយណាមួយសម្រាប់ការស្ថិតនៅក្នុងការសិក្សានោះ។

J3. ការស្វែងយល់បន្ថែម អំពីការសិក្សាស្រាវជ្រាវខាងព្យាបាលជម្ងឺ

អ្នកអាចសិក្សាបន្ថែមអំពីការចូលរួមក្នុងការសិក្សាស្រាវជ្រាវគ្លីនិកដោយការអាន “ការសិក្សាស្រាវជ្រាវ
Medicare & គ្លីនិក” លើគេហទំព័រ Medicare (www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf)។ អ្នកអាចទូរសព្ទផងដែរទៅកាន់ 1-800-MEDICARE
(1-800-633-4227) 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY អាចទូរសព្ទ
ទៅកាន់លេខ 1-877-486-2048។



K. តើសេវាតំហែទាំសុខភាពរបស់អ្នកទទួលបានការរ៉ាប់រងយ៉ាងដូចម្តេច នៅពេលដែលអ្នកចូលរួមក្នុងស្ថាប័នសាសនាដែលមិនផ្តល់សេវាកម្មតំហែទាំសុខភាពផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ?

K1. និយមន័យនៃស្ថាប័នសាសនាដែលមិនផ្តល់សេវាកម្មតំហែទាំសុខភាពផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ

ស្ថាប័នថែទាំសុខភាពសាសនាគ្មានវេជ្ជសាស្ត្រ

គឺជាទីកន្លែងមួយដែលផ្តល់ការថែទាំដល់អ្នកនឹងជាធម្មតាទទួលបាននៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យ ឬនៅមណ្ឌលថែទាំជំនាញ។ បើការទទួលបានសេវាថែទាំព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យ ឬអគារពេទ្យឯកទេស មានវិវាទនឹងជំនឿសាសនារបស់អ្នក យើងនឹងរ៉ាប់រងលើការថែទាំព្យាបាលនៅស្ថាប័នសាសនាដែលមិនផ្តល់តំហែទាំសុខភាពផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រទេ។

អ្នកអាចនឹងទទួលបានការថែទាំព្យាបាលគ្រប់ពេល និងគ្រប់ហេតុផល។ អត្ថប្រយោជន៍នេះគឺសម្រាប់តែអត្ថប្រយោជន៍អ្នកជម្ងឺដែលមិនសម្រាកព្យាបាលនៅពេទ្យដោយយោងតាមផ្នែក A នៃកម្មវិធី Medicare (សេវាកម្មតំហែទាំសុខភាពមិនមែនផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ) ប៉ុណ្ណោះ។ កម្មវិធី Medicare នឹងគ្រាន់តែបង់ប្រាក់ទូទាត់សម្រាប់សេវាកម្មតំហែទាំសុខភាពមិនមែនផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដែលផ្តល់ជូនដោយស្ថាប័នថែទាំសុខភាពបែបសាសនាមិនមែនវេជ្ជសាស្ត្រ។

K2. ការទទួលបានការថែទាំពីស្ថាប័នសាសនាដែលមិនផ្តល់សេវាកម្មតំហែទាំសុខភាពផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ

ដើម្បីទទួលបានការថែទាំព្យាបាលពីស្ថាប័នសាសនាដែលមិនផ្តល់តំហែទាំសុខភាពផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ អ្នកត្រូវតែចុះហត្ថលេខាលើឯកសារផ្លូវការមួយច្បាប់ដែលនិយាយបញ្ជាក់ថា អ្នកប្រឆាំងនឹងការទទួលបាននូវការព្យាបាលតាមបែបវេជ្ជសាស្ត្រដែល “មិនមានការលើកលែង”។

- ការព្យាបាល “មិនលើកលែង” គឺជាការថែទាំទាំងឡាយដែល ស្ម័គ្រចិត្ត និង មិនគម្រើដោយច្បាប់សហព័ន្ធ រដ្ឋ ឬមូលដ្ឋានឡើយ។
- ការព្យាបាលវេជ្ជសាស្ត្រ “លើកលែង” គឺជាការថែទាំទាំងឡាយដែល មិន ស្ម័គ្រចិត្ត ហើយត្រូវបានគម្រើ ស្ថិតក្រោមច្បាប់សហព័ន្ធ រដ្ឋ ឬមូលដ្ឋាន។

ដើម្បីទទួលបានការរ៉ាប់រងពីគម្រោងយើង ការថែទាំព្យាបាលដែលអ្នកទទួលបានពីស្ថាប័នថែទាំសុខភាពបែបសាសនាមិនមែនវេជ្ជសាស្ត្រត្រូវតែឆ្លើយតបបានទៅនឹងលក្ខខណ្ឌដូចខាងក្រោម៖

- អគារពេទ្យដែលផ្តល់នូវសេវាតំហែទាំព្យាបាលត្រូវតែទទួលបានការបញ្ជាក់ទទួលស្គាល់ដោយកម្មវិធី Medicare។
- ការគ្របដណ្តប់នៃសេវាកម្មរបស់គម្រោងរបស់អ្នកត្រូវបានកម្រិតទៅកាន់ទិដ្ឋភាពមិនមែនសាសនា នៃការថែទាំ។
- បើអ្នកទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍នានាពីសំណាក់ស្ថាប័ននេះដែលមានការផ្តល់ឱ្យដល់អ្នកនៅសេវាមួយ ចំណុចខាងក្រោមនេះនឹងអនុវត្តន៍ ឬពាក់ព័ន្ធ៖

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan តាមលេខ 1-855-905-3825 (TTY:711) ម៉ោង 8:00 ព្រឹក – ម៉ោង 8:00 យប់

ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅមកលេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** សូមចូលមើលនៅ www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect។



- អ្នកត្រូវតែមានលក្ខខណ្ឌផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដែលនឹងអនុញ្ញាតឱ្យអ្នកទទួលបានសេវាដែលទទួលបានការរ៉ាប់រងសម្រាប់ការថែទាំព្យាបាលដែលមិនសម្រាកនៅមន្ទីរពេទ្យ ឬការថែទាំព្យាបាលនៅអគារពេទ្យឯកទេស។
- អ្នកត្រូវតែទទួលបានការបញ្ជាក់យល់ព្រមពីយើងសិន មុននឹងអ្នកទទួលបានការអនុញ្ញាតឱ្យចូលពេទ្យ បើមិនដូច្នោះទេ ការសម្រាកស្នាក់នៅរបស់អ្នកនឹងមិនទទួលបានការរ៉ាប់រងទេ។

មិនមានការដាក់កម្រិតទៅលើចំនួនថ្ងៃត្រូវរ៉ាប់រងសម្រាប់ការស្នាក់នៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យនីមួយៗទេ។ ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែម សូមមើលតារាងអត្ថប្រយោជន៍នៅក្នុងជំពូកទី 4 ផ្នែក D។

L. ឧបករណ៍វេជ្ជសាស្ត្រសម្រាប់ប្រើរយៈពេលយូរ (DME)

L1. DME ក្នុងនាមជាសមាជិកគម្រោងរបស់យើង

DME មានន័យសំដៅដល់មុខរបស់ដែលបញ្ជាទិញដោយគ្រូពេទ្យម្នាក់សម្រាប់ការប្រើនៅផ្ទះរបស់អ្នក ផ្ទាល់។ ឧទាហរណ៍នៃវត្ថុទាំងនេះគឺមានរទេះរុញ ឈើច្រក់ ប្រព័ន្ធពូកអគ្គិសនី ឧបករណ៍ផ្គត់ផ្គង់ជម្ងឺទឹកនោមផ្អែម គ្រែមន្ទីរពេទ្យដែលបញ្ជាទិញដោយអ្នកផ្តល់សេវាសម្រាប់ប្រើប្រាស់ក្នុងផ្ទះ ថ្នាំចាក់បញ្ចូលតាមសរសៃឈាម (IV) ឧបករណ៍បញ្ចេញសម្លេង ឧបករណ៍ផ្គត់ផ្គង់អុកស៊ីសែន ឧបករណ៍កិនឱសថនិងជំនួយក្នុងការដើរ។

ជានិច្ចកាល អ្នកត្រូវមានរបស់របរជាក់លាក់ដែលមានប្រភេទដូចជា ធ្មេញសិប្បនិម្មិត។

នៅក្នុងផ្នែកនេះ យើងពិភាក្សាអំពី DME ដែលអ្នកត្រូវជួល។ ក្នុងនាមជាសមាជិកនៃគម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan ជាទូទៅ អ្នកមិនមាន DME ជាកម្មសិទ្ធិឡើយ មិនថាអ្នកជួលរយៈពេលយូរប៉ុន្មាននោះទេ។

ក្នុងស្ថានភាពខ្លះ គម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan អាចផ្ទេរកម្មសិទ្ធិរបស់ DME ទៅអ្នកដោយអាស្រ័យលើលក្ខខណ្ឌថា អ្នកបំពេញបានតាមលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យមួយឬទាំងអស់ដូចខាងក្រោមឬទេ៖

- អ្នកមានតម្រូវការវេជ្ជសាស្ត្រជាបន្តបន្ទាប់សម្រាប់ឧបករណ៍ដែលមានតម្លៃតិចជាង \$150 នឹង/ឬម៉ាស៊ីនចាក់ថ្នាំតាមសរសៃ/ព្យួរស្បែក។
- វិញ្ញាបនប័ត្រគ្រូពេទ្យ ឬ
- ប្រសិនបើឧបករណ៍ឬគ្រឿងបរិក្ខារត្រូវបានធ្វើឡើងដើម្បីឱ្យសមនឹងអ្នក។

នៅក្នុងស្ថានភាពមួយចំនួន យើងនឹងផ្ទេរកម្មសិទ្ធិឧបករណ៍ DME ទៅអ្នក។ ហេតុអ្វីហើយនៅផ្នែកបម្រើសេវាអតិថិជនដើម្បីរកមើលឃើញនូវព័ត៌មានអំពីលក្ខខណ្ឌដែលអ្នកត្រូវតែឆ្លើយតប និងឯកសារដែលអ្នកចាំបាច់ត្រូវផ្តល់។ ។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan តាមលេខ 1-855-905-3825 (TTY:711) ម៉ោង 8:00 ព្រឹក – ម៉ោង 8:00 យប់

ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅមកលេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** សូមចូលមើលនៅ www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect។



L2. ភាពជាម្ចាស់នៃ DME នៅពេលអ្នកប្តូរទៅគម្រោង Original Medicare ឬ Medicare Advantage

នៅក្នុងកម្មវិធី Original Medicare សមាជិកដែលជួលប្រភេទ DME ជាក់លាក់មួយចំនួនអាចមានកម្មសិទ្ធិលើវាបន្ទាប់ពី 13 ខែ។ នៅក្នុងគម្រោង Medicare Advantage គម្រោងនេះអាចកំណត់ចំនួនខែដែលសមាជិកត្រូវជួលប្រភេទជាក់លាក់មួយចំនួននៃ DME មុនពេលពួកគេមានកម្មសិទ្ធិលើវា។

កំណត់សម្គាល់៖ អ្នកអាចរកនិយមន័យគម្រោង Medicare និង Medicare Advantage Plans នៅក្នុងជំពូកទី 12 ។ អ្នកក៏អាចរកព័ត៌មានបន្ថែមអំពីគម្រោងទាំងនេះនៅក្នុងសៀវភៅណែនាំ *Medicare & You 2021* ផងដែរ។ ប្រសិនបើអ្នកគ្មានច្បាប់ចម្លងនៃកូនសៀវភៅនេះទេ អ្នកអាចទទួលវាបាននៅវេបសាយ Medicare (www.medicare.gov) ឬដោយទូរសព្ទទៅ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ អ្នកប្រើ TTY គួរទូរសព្ទមកលេខ 1-877-486-2048។

អ្នកនឹងត្រូវធ្វើការបង់ប្រាក់ចំនួន 13 ដងជាប់ៗគ្នានៅក្រោមគម្រោង Original Medicare ឬអ្នកត្រូវតែបង់ប្រាក់ក្នុងចំនួនជាក់លាក់បន្តបន្ទាប់គ្នាតាមការកំណត់របស់គម្រោង Medicare Advantage plan ដើម្បីក្លាយជាម្ចាស់ឧបករណ៍ DME ប្រសិនបើ៖

- អ្នកមិនមានកម្មសិទ្ធិលើឧបករណ៍ DME នៅពេលដែលអ្នកស្ថិតនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើងនឹង
- អ្នកចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើង ហើយទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ពីកម្មវិធី Medicare នៅក្រៅគម្រោងសុខភាពដែលមានក្នុងគម្រោង Original Medicare program ឬ a Medicare Advantage plan។

ប្រសិនបើអ្នកបានបង់ប្រាក់សម្រាប់ឧបករណ៍ DME នៅក្រោមផែនការ Original Medicare ឬ Medicare Advantage plan មុនពេលអ្នកបានចូលរួមក្នុងគម្រោងរបស់យើង **ការចំណាយក្នុងគម្រោង Original Medicare ឬ Medicare Advantage plan មិនរាប់បញ្ចូលជា** **ការចំណាយដែលអ្នកត្រូវធ្វើបន្ទាប់ពីចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើងឡើយ។**

- អ្នកនឹងត្រូវធ្វើការបង់ប្រាក់ថ្មីចំនួន 13 លើកជាប់ៗគ្នានៅក្រោមគម្រោង Original Medicare ឬចំនួនការបង់ប្រាក់ថ្មីជាប់ៗគ្នាតាមការកំណត់របស់គម្រោង Medicare Advantage plan ដើម្បីធ្វើជាម្ចាស់កម្មសិទ្ធិ DME ។
- មិនមានករណីលើកលែងចំពោះករណីនេះទេនៅពេលអ្នកត្រលប់ទៅគម្រោង Original Medicare ឬ Medicare Advantage plan វិញ។

L3. អត្ថប្រយោជន៍នៃឧបករណ៍ជំនួយអ្នកស៊ីសែន ក្នុងនាមជាសមាជិកគម្រោងរបស់យើង

ប្រសិនបើអ្នកមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ឧបករណ៍ជំនួយអ្នកស៊ីសែនក្រោមការគ្របដណ្តប់របស់ Medicare ហើយអ្នកគឺជាសមាជិកនៃគម្រោងរបស់យើង យើងនឹងរ៉ាប់រងវត្ថុដូចខាងក្រោម៖

- ការជួលឧបករណ៍ជំនួយអ្នកស៊ីសែន

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan តាមលេខ 1-855-905-3825 (TTY:711) ម៉ោង 8:00 ព្រឹក – ម៉ោង 8:00 យប់

ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅមកលេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** សូមចូលមើលនៅ www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect។



- ការចែកចាយអ្នកស៊ីសែន និង កំហាប់អ្នកស៊ីសែនក្នុងឈាម
- គ្រឿងបំពង់និងគ្រឿងបន្លាស់ដែលទាក់ទងសម្រាប់ការចែកចាយអ្នកស៊ីសែននិងកំហាប់អ្នកស៊ីសែនក្នុងឈាម
- ការថែទាំនិងជួសជុលឧបករណ៍ជំនួយអ្នកស៊ីសែន

គ្រឿងបរិក្ខារអ្នកស៊ីសែនត្រូវតែប្រគល់ជូនម្ចាស់វិញនៅពេលដែលសុខភាព
លែងត្រូវការជាចាំបាច់សម្រាប់អ្នក ឬ ប្រសិនបើអ្នកចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើង។

L4. ឧបករណ៍ជំនួយអ្នកស៊ីសែននៅពេលអ្នកប្តូរទៅគម្រោង Original Medicare ឬ Medicare Advantage

នៅពេលដែលឧបករណ៍ជំនួយអ្នកស៊ីសែនមានភាពចាំបាច់សម្រាប់ការព្យាបាល ហើយ
អ្នកចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើង ហើយប្តូរទៅគម្រោង Original Medicare
អ្នកនឹងជួលវាពីអ្នកផ្គត់ផ្គង់រយៈពេល 36 ខែ។ ការបង់ថ្លៃជួលប្រចាំខែរបស់អ្នករ៉ាប់រង
ដល់ឧបករណ៍ជំនួយអ្នកស៊ីសែននិងការផ្គត់ផ្គង់និងសេវាកម្មដែលបានរាយឈ្មោះខាងលើ។

ប្រសិនបើឧបករណ៍ជំនួយអ្នកស៊ីសែនចាំបាច់សម្រាប់ការព្យាបាល **បន្ទាប់ពីអ្នកជួលវាអស់រយៈពេល
36 ខែ**៖

- អ្នកផ្គត់ផ្គង់របស់អ្នកត្រូវតែផ្តល់សេវាកម្ម ការផ្គត់ផ្គង់ និង
ឧបករណ៍ជំនួយអ្នកស៊ីសែនក្នុងរយៈពេល 24 ខែទៀត។
- អ្នកផ្គត់ផ្គង់របស់អ្នកត្រូវតែផ្គត់ផ្គង់ឧបករណ៍និងការផ្គត់ផ្គង់អ្នកស៊ីសែនរហូតដល់ 5
ឆ្នាំប្រសិនបើចាំបាច់សម្រាប់ការព្យាបាល។

ប្រសិនបើឧបករណ៍ជំនួយអ្នកស៊ីសែននៅតែចាំបាច់សម្រាប់ការព្យាបាល **នៅចុងបញ្ចប់នៃរយៈពេល 5
ឆ្នាំ**៖

- អ្នកផ្គត់ផ្គង់របស់អ្នកមិនត្រូវផ្តល់វាទៀតទេ
ហើយអ្នកអាចជ្រើសរើសទិញឧបករណ៍ជំនួយពីអ្នកផ្គត់ផ្គង់ណាមួយ។
- រយៈពេល 5 ឆ្នាំថ្មីមួយទៀតចាប់ផ្តើម។
- អ្នកនឹងជួលពីអ្នកផ្គត់ផ្គង់ក្នុងរយៈពេល 36 ខែ។
- អ្នកផ្គត់ផ្គង់របស់អ្នកបន្ទាប់មកត្រូវតែផ្តល់សេវាកម្ម ការផ្គត់ផ្គង់ និង
ឧបករណ៍ជំនួយអ្នកស៊ីសែនក្នុងរយៈពេល 24 ខែទៀត។
- រដ្ឋថ្មីចាប់ផ្តើមរៀងរាល់ 5
ឆ្នាំម្តងដរាបណាឧបករណ៍ជំនួយអ្នកស៊ីសែនមានភាពចាំបាច់សម្រាប់ការព្យាបាល។

នៅពេលដែលឧបករណ៍ជំនួយអ្នកស៊ីសែនចាំបាច់សម្រាប់ការព្យាបាល ហើយ **អ្នកចាកចេញពីគម្រោង
របស់យើង ហើយប្តូរទៅគម្រោង Medicare Advantage**ណាមួយ

នោះគម្រោងថ្មីយ៉ាងហោចណាស់ត្រូវគ្របដណ្តប់ចំពោះអ្វីដែល Original Medicare គ្របដណ្តប់។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan

តាមលេខ 1-855-905-3825 (TTY:711) ម៉ោង 8:00 ព្រឹក – ម៉ោង 8:00 យប់

ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅមកលេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** សូមចូលមើលនៅ

www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect។



ជំពូកទី 3: ការប្រើប្រាស់អត្ថប្រយោជន៍រ៉ាប់រងនៃគម្រោងសម្រាប់តំបន់សុខភាព និងសេវាកម្មដែលទទួលបានការរ៉ាប់រងផ្សេងៗ
ទៀតរបស់អ្នក

អ្នកអាចសាកសួរគម្រោង Medicare Advantage

របស់អ្នកថា តើឧបករណ៍ជំនួយនិងការផ្គត់ផ្គង់អ្នកស៊ីសែន ដែលគម្រោងគ្របដណ្តប់មានអ្វីខ្លះ
ហើយតើថ្លៃចេញរបស់អ្នកមានប៉ុន្មានវិញ។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan

តាមលេខ 1-855-905-3825 (TTY: 711) ម៉ោង 8:00 ព្រឹក – ម៉ោង 8:00 យប់



ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅមកលេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** សូមចូលមើលនៅ

www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect។

ជំពូកទី 4៖ តារាងអត្ថប្រយោជន៍

សេចក្តីផ្តើម

ជំពូកនេះប្រាប់អ្នកអំពីសេវាកម្មដែលគម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan គ្របដណ្តប់ និងការរឹតបន្តឹង ឬ ការដាក់កម្រិតលើសេវាកម្មទាំងនោះ និង ចំនួនទឹកប្រាក់ ដែលអ្នកត្រូវចំណាយសម្រាប់សេវាកម្មនីមួយៗ ។
វាក៏ប្រាប់អ្នកផងដែរពីអត្ថប្រយោជន៍ដែលមិនមានក្នុងគម្រោងរបស់យើង ។ ពាក្យគន្លឹះនិងនិយមន័យ មានតាមលំដាប់អក្ខរក្រមក្នុងជំពូកចុងក្រោយនៃ សៀវភៅណែនាំសមាជិក។

តារាងមាតិកា

A. សេវាដែលបានធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នក និង ការចំណាយចេញពីហោប៉ៅរបស់អ្នក	66
B. ច្បាប់ប្រឆាំងនឹងអ្នកផ្តល់សេវាកម្មដែលគិតថ្លៃសេវាកម្មអ្នក	66
C. កំនួនតាមអត្ថប្រយោជន៍នៃគម្រោងរបស់យើង.....	66
D. តារាងអត្ថប្រយោជន៍	68
E. អត្ថប្រយោជន៍ដែលបានគ្របដណ្តប់នៅខាងក្រៅគម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan	126
E1. ការផ្ទេររបស់សហគមន៍California (CCT).....	126
E2. កម្មវិធីទន្តពេទ្យ Medi-Cal	127
E3. សេវាកម្មថែទាំអ្នកជំងឺធ្ងន់	127
F. អត្ថប្រយោជន៍ ដែលមិនត្រូវបានរ៉ាប់រងដោយ Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan Medicare ឬ Medi-Cal.....	128

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan
តាមលេខ 1-855-905-3825 (TTY:711) ម៉ោង 8:00 ព្រឹក – ម៉ោង 8:00 យប់

ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅមកលេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលមើលនៅ
www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect។



A. សេវាដែលបានធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នក និង ការចំណាយចេញពីហោប៉ៅរបស់អ្នក

ជំពូកនេះប្រាប់អ្នកពីសេវាកម្មអ្វីដែលគម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan ត្រូវបង់។ វាក៏ប្រាប់ពីថ្លៃប៉ុន្មានដែលអ្នកត្រូវបង់សម្រាប់សេវាកម្មនីមួយៗ។ អ្នកក៏អាចដឹងពីសេវាកម្មដែលមិនត្រូវទទួលបានការរ៉ាប់រងផងដែរ។ ព័ត៌មានអំពីអត្ថប្រយោជន៍ឱសថ គឺមាននៅក្នុងជំពូកទី 5 ផ្នែក B, C និង D. ជំពូកនេះក៏ពន្យល់ពីដែនកំណត់នៃសេវាកម្មយ៉ាងច្រើនផងដែរ។

សម្រាប់សេវាកម្មមួយចំនួន អ្នកនឹងត្រូវបង់ថ្លៃចេញពីហោប៉ៅដែលហៅថាប្រាក់រួមចំណែក។ នេះគឺជាចំនួនទឹកប្រាក់ថេរ (ឧទាហរណ៍ \$5) ដែលអ្នកត្រូវបង់រាល់ពេលដែលអ្នកទទួលសេវាកម្មនោះ។ អ្នកបង់ប្រាក់រួមចំណែកនៅពេលដែលអ្នកទទួលសេវាកម្មផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ។

ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយក្នុងការស្វែងយល់អំពីសេវាកម្ម ដែលត្រូវបានគ្របដណ្តប់ សូមទូរសព្ទទៅអ្នកសម្របសម្រួលផ្នែកថែទាំនិង/ឬផ្នែកបម្រើសេវាអតិថិជនតាមលេខ 1-855-905-3825 (TTY:711) ម៉ោង 8:00 ព្រឹក – ម៉ោង 8:00 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ ។

B. ច្បាប់ប្រឆាំងនឹងអ្នកផ្តល់សេវាកម្មដែលគិតថ្លៃសេវាមកអ្នក

យើងមិនអនុញ្ញាតឱ្យអ្នកផ្តល់សេវាកម្ម Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan ផ្តល់វិក័យប័ត្រដល់អ្នកសម្រាប់សេវាកម្មដែលមានការរ៉ាប់រងនោះឡើយ។ យើងបង់ប្រាក់ជូនក្រុមគ្រូពេទ្យដោយផ្ទាល់ ហើយយើងការពារអ្នកពីការគិតថ្លៃផ្សេងៗ។ នេះគឺជារឿងពិត ទោះបីយើងផ្តល់ប្រាក់ជូនគ្រូពេទ្យ ក្នុងចំនួនតិចជាងគ្រូពេទ្យគិតថ្លៃសេវាក៏ដោយ។

អ្នកមិនគួរទទួលបានវិក័យប័ត្រពីអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំ
ជាងចំណាត់សម្រាប់សេវាកម្មដែលមានការរ៉ាប់រងទាំងនេះ។ ប្រសិនបើអ្នកទទួលយក សូមអានជំពូក 7 ផ្នែក A ឬ ទូរសព្ទទៅកាន់ផ្នែកបម្រើសេវាអតិថិជន។

C. កំនួសតាងអត្ថប្រយោជន៍នៃគម្រោងរបស់យើង

តារាងអត្ថប្រយោជន៍នេះប្រាប់អ្នកអំពីប្រភេទសេវាកម្មដែលគម្រោងនេះបង់ប្រាក់ឱ្យ។ តារាងនេះបង្ហាញពីប្រភេទសេវាកម្មតាមលំដាប់អក្សរ និងពន្យល់ពីសេវាកម្មដែលទទួលបានការរ៉ាប់រង។

យើងនឹងបង់ប្រាក់ទូទាត់សម្រាប់សេវាកម្មដែលមាននៅក្នុងតារាងអត្ថប្រយោជន៍តែប៉ុណ្ណោះនៅពេលវិធានច្បាប់ខាងក្រោមត្រូវបានឆ្លើយតប។

- សេវាកម្មរបស់អ្នកដែលស្ថិតក្រោមការរ៉ាប់រងរបស់កម្មវិធី Medicare និង Medi-Cal ត្រូវតែមានការផ្តល់ឱ្យ ដោយយោងតាមវិធានច្បាប់កំណត់ដោយកម្មវិធី Medicare និង Medi-Cal។
- សេវាកម្ម (ដែលរួមមានសេវាកម្មថែទាំសុខភាព ប្រក្រតីភាពនៃឥរិយាបថ (សុខភាពផ្លូវចិត្ត) និងការប្រើប្រាស់សារធាតុផ្សេងៗ សេវានានា និង ជំនួយឧបត្ថម្ភរយៈពេលវែង សម្ភារៈផ្គត់ផ្គង់សម្ភារៈបរិក្ខារ និងឱសថ ជាដើម) ត្រូវតែមានសារៈសំខាន់ចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ។ ការចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រមានន័យថាអ្នកត្រូវការសេវាកម្មដើម្បីបង្ការរោគ វិនិច្ឆ័យរោគឬព្យាបាលស្ថានភាពសុខភាពឬដើម្បីរក្សាស្ថានភាពសុខភាពបច្ចុប្បន្នរបស់អ្នក។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan តាមលេខ 1-855-905-3825 (TTY:711) ម៉ោង 8:00 ព្រឹក – ម៉ោង 8:00 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅមកលេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** សូមចូលមើលនៅ

www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect។



ចំណុចនេះរួមមានការថែទាំព្យាបាលដែលកុំឱ្យអ្នកពិបាកទៅមន្ទីរពេទ្យ ឬ មន្ទីរសម្រាកព្យាបាល។ លើសពីនេះ វាមានន័យសំខាន់ដល់សេវាកម្ម, ការផ្គត់ផ្គង់, ឬឱសថដែល ឆ្លើយតបបានតាមបទដ្ឋានអនុវត្តន៍ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដែលបានទទួលយក។ សេវាកម្មមានសារៈសំខាន់ខាងវេជ្ជសាស្ត្រនៅពេលវាសមហេតុផលនិងចាំបាច់ក្នុងការការពារ ជីវិត ក្នុងការបង្ការជំងឺធ្ងន់ធ្ងរឬពិការភាពធ្ងន់ធ្ងរ ឬដើម្បីកាត់បន្ថយការឈឺចាប់ធ្ងន់ធ្ងរ។

- អ្នកទទួលបានសេវាកម្មថែទាំពីក្រុមគ្រូពេទ្យក្នុងបណ្តាញ។ អ្នកផ្តល់សេវាកម្មក្នុងបណ្តាញ គឺជា អ្នកផ្តល់សេវាកម្មថែទាំដែលធ្វើការជាមួយយើង។ ក្នុងករណីភាគច្រើន យើងនឹងមិនបង់ប្រាក់ ទូទាត់សម្រាប់សេវាកម្មដែលអ្នកទទួលបានពីគ្រូពេទ្យក្រៅបណ្តាញទេ។ ជំពូកទី 3 ផ្នែក D មានព័ត៌មានកាន់តែច្រើនទាក់ទងនឹងការប្រើប្រាស់ក្រុមគ្រូពេទ្យក្នុង និងក្រៅបណ្តាញ។
- អ្នកមានគ្រូពេទ្យកំហែទាំបឋម (PCP) ឬក្រុមថែទាំដែលកំពុងផ្តល់ និងគ្រប់គ្រងសេវាកម្មថែទាំអ្នក។ ក្នុងករណីភាគច្រើន PCP របស់យើងត្រូវផ្តល់ការយល់ព្រមដល់អ្នកមុនពេលអ្នកអាចជួបនរណាម្នាក់ដែលមិនមែនជា PCP របស់អ្នកឬប្រើអ្នកផ្តល់សេវាផ្សេងទៀតនៅក្នុងបណ្តាញរបស់គម្រោងនេះ។ វាត្រូវបាន គេហៅថា ការបញ្ជូនបន្ត។ ជំពូក 3 ផ្នែក D មានព័ត៌មានច្រើនទៀតអំពីការទទួលបានការបញ្ជូនបន្ត និងពន្យល់ ពីពេលដែលអ្នកមិនត្រូវការការបញ្ជូនបន្ត។
- អ្នកត្រូវតែទទួលយកការថែទាំពីអ្នកផ្តល់សេវាដែលមានទំនាក់ទំនងជាមួយក្រុមវេជ្ជសាស្ត្រ របស់ PCP។ សូមមើលជំពូកទី 3 ផ្នែក D សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។
- សេវាកម្មមួយចំនួនដែលរៀបរាប់នៅក្នុងកំណត់សម្គាល់អត្ថប្រយោជន៍គឺត្រូវបានគ្របដណ្តប់ តែប្រសិនបើវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក ឬអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំបណ្តាញ ផ្សេងទៀតទទួលបានការអនុម័តពីយើងជាមុនប៉ុណ្ណោះ។ វាត្រូវបានហៅថា ការអនុញ្ញាតជាមុន។ សេវាគ្របដណ្តប់ដែលត្រូវការការអនុម័តជាមុនត្រូវបានគូសសម្គាល់ក្នុង កំណត់សម្គាល់អត្ថប្រយោជន៍ ជាប្រភេទអក្សរច្រើន។
- សេវាកម្មគាំពារទាំងអស់ គឺគិតគិតថ្លៃ។ អ្នកនឹងមើលឃើញថ្លៃប៉ោមមួយថ្លៃនេះ 🍎 នៅក្បែរសេវាកម្មបង្ការនៅក្នុងតារាងអត្ថប្រយោជន៍។
- សេវា Care Plan Optional (CPO) អាចមាននៅក្នុងគម្រោងថែទាំលក្ខណៈបុគ្គលរបស់អ្នក (Individualized Care Plan)។ សេវាទាំងនេះផ្តល់ជំនួយកាន់តែច្រើនដល់អ្នកនៅផ្ទះ ដូចជាអាហារ ជួយឱ្យអ្នកឬអ្នកផ្តល់ការថែទាំរបស់អ្នក ឬប្រារព្ធជាមួយក្រុមគ្រួសារ និងផ្លូវជំរាល។ សេវាកម្មទាំងនេះអាចជួយអ្នករស់នៅកាន់តែមានឯករាជ្យ ប៉ុន្តែមិនជំនួសឱ្យសេវាកម្មនិងការគាំទ្ររយៈពេលវែង (LTSS) ដែលអ្នកទទួលបាន ការអនុញ្ញាតឱ្យទទួលបានក្រោមកម្មវិធី Medi-Cal នោះទេ។ ឧទាហរណ៍នៃសេវាកម្ម CPO ដែល Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan បានផ្តល់ជូនក្នុងពេលកន្លងមករួមមាន៖ មូលនិធិ Partners in Care Foundation សម្រាប់ការគ្រប់គ្រងករណី ការវាយតម្លៃនិងសេវាកម្មនៅតាមផ្ទះនិងតាមសហគមន៍ និង LifeSpring សម្រាប់អាហារដែលចែកចាយដល់ផ្ទះ។ បើសិនជាអ្នកត្រូវការជំនួយ ឬចង់ស្វែងយល់ពីរបៀបដែលសេវាកម្ម CPO អាចជួយអ្នកបាន សូមទាក់ទង អ្នកសម្របសម្រួលផ្នែកថែទាំរបស់អ្នក។



D. តារាងអត្ថប្រយោជន៍

សេវាកម្មដែលគម្រោងរបស់យើងបង់ប្រាក់ទូទាត់ជូន		អ្វីដែលអ្នកត្រូវតែចំណាយ
	សេវាកម្មថតឆ្លុះផ្ទៃកខាងក្នុងនៃដងខ្លួន យើងនឹងបង់ចំណាយសម្រាប់ការត្រួតពិនិត្យអ៊ុលត្រាសោនម្តងសម្រាប់អ្នកដែលមានការប្រឈម។ គម្រោងនឹងធ្វើការគ្របដណ្តប់ការពិនិត្យនេះប្រសិនបើអ្នកមានកត្តាប្រឈមមួយចំនួនជាក់លាក់ហើយប្រសិនបើអ្នកមានការបញ្ជូនបន្តពីគ្រូពេទ្យ អ្នកជំនួយការគ្រូពេទ្យ គិលានុបដ្ឋាយិកាជំនាញឬអ្នកឯកទេសខាងថែទាំរបស់អ្នក។	\$0



សេវាកម្មដែលគម្រោងរបស់យើងបង់ប្រាក់ទូទាត់ជូន	អ្វីដែលអ្នកត្រូវតែចំណាយ
ការចាក់ម្ជុលវិទ្យាសាស្ត្រសម្រាប់ការឈឺឆ្លងខ្លួនខាងក្រោមរ៉ាំរ៉ៃ សេវាកម្មដែលគ្របដណ្តប់រួមមាន៖ ការទៅរកសេវាដល់ទៅ 12 ដងក្នុងរយៈពេល 90 ថ្ងៃត្រូវមានការរ៉ាប់រងសម្រាប់អ្នកទទួលអត្ថប្រយោជន៍នៃគម្រោង Medicare ក្រោមកាលៈទេសៈដូចខាងក្រោម៖ សម្រាប់គោលបំណងនៃអត្ថប្រយោជន៍នេះ ការឈឺឆ្លងខ្លួនខាងក្រោមរ៉ាំរ៉ៃត្រូវបានកំណត់ថា៖ • មានរយៈពេល 12 សប្តាហ៍ឬយូរជាងនេះ។ • មិនសមហេតុសមផល ដោយក្នុងនោះមិនមានមូលហេតុជាប្រព័ន្ធដែលអាចសម្គាល់បានទេ (មានន័យថា មិនជាប់ទាក់ទងនឹងជំងឺស្បែករលាកខ្លះ ការរលាកស្បែកជំងឺឆ្លងជាដើម)។ • មិនទាក់ទងនឹងការរះកាត់ និង • មិនទាក់ទងនឹងការមានផ្ទៃពោះ។ វគ្គជំនួបចំនួនប្រាំបីបីនៃមន្ទីរត្រូវបានគ្របដណ្តប់សម្រាប់អ្នកជំងឺដែលបង្ហាញពីភាពធ្ងន់ធ្ងរស្បែកទាំងនេះ។ ការព្យាបាលដោយចាក់ម្ជុលវិទ្យាសាស្ត្រមិនអាចមានលើសពី 20 លើកឡើយក្នុងមួយឆ្នាំ។ ការព្យាបាលត្រូវតែបញ្ឈប់ប្រសិនបើអ្នកជំងឺមិនមានភាពប្រសើរឡើងឬក៏ពុំកាន់តែដុះដាល។ អត្ថប្រយោជន៍ផ្តល់ជូនតាមរយៈកិច្ចសន្យាជាមួយគម្រោង American Specialty Health Plans of California, Inc. (ASH Plans)។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមឬដើម្បីរកទីតាំងអ្នកផ្គត់ផ្គង់គម្រោង ASH Plan អ្នកអាចទូរសព្ទទៅគម្រោង ASH Plans តាមលេខ <(800) 678-9133, [TTY: (877) 710-2746] ថ្ងៃច័ន្ទដល់ថ្ងៃសុក្រ ម៉ោង 5 ព្រឹកដល់ 6 ល្ងាច។ អ្នកក៏អាចទូរសព្ទទៅផ្នែកបម្រើអតិថិជននៃកម្មវិធី Blue Shield Promise Cal MediConnect ឬប្រើមុខងារ Find a Doctor នៅ www.blueshieldca.com ដើម្បីកំណត់ទីតាំងអ្នកផ្តល់សេវាដែលជាផ្នែកមួយនៃ ASH Plans។	\$0



សេវាកម្មដែលគម្រោងរបស់យើងបង់ប្រាក់ទូទាត់ជូន	អ្វីដែលអ្នកត្រូវតែចំណាយ
ការចាក់ម្ជុលវិទ្យាសាស្ត្រ យើងនឹងបង់ថ្លៃចំណាយសម្រាប់សេវាកម្មចាក់ម្ជុលវិទ្យាសាស្ត្រ លក្ខណៈពិគ្រោះជំងឺរហូតដល់ទៅពីរ លើកនៅក្នុងខែប្រក្រតីទិន្នន័យមួយក៏ដោយ ប្រសិនបើអ្នកបញ្ជាក់ជាងនេះប្រសិនបើអ្នកត្រូវការ ការព្យាបាលបែបនេះជាចាំបាច់។ អត្ថប្រយោជន៍ផ្តល់ជូនតាមរយៈកិច្ចសន្យាជាមួយគម្រោង American Specialty Health Plans of California, Inc. (ASH Plans)។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមឬដើម្បីរកទីតាំងអ្នកផ្គត់ផ្គង់គម្រោង ASH Plan អ្នកអាចទូរសព្ទទៅគម្រោង ASH Plans តាមលេខ <(800) 678-9133, [TTY: (877) 710-2746] ថ្ងៃច័ន្ទដល់ថ្ងៃសុក្រ ម៉ោង 5 ព្រឹកដល់ 6 ល្ងាច>។ អ្នកក៏អាចទូរសព្ទទៅផ្នែកបម្រើអតិថិជននៃកម្មវិធី Blue Shield Promise Cal MediConnect ឬ ប្រើមុខងារ Find a Doctor នៅ blueshieldca.com ដើម្បីកំណត់ទីតាំងអ្នកផ្តល់សេវាដែលជាផ្នែកមួយនៃ ASH Plans។	\$0
សេវាកម្មផ្តល់ព័ត៌មានសុខភាពដោយប្រព័ន្ធអេឡិចត្រូនិចបន្ថែម Teladoc ផ្តល់ការពិគ្រោះយោបល់ពីគ្រូពេទ្យតាមទូរសព្ទឬវីដេអូ 24/7/365។ គ្រូពេទ្យ Teladoc អាចវិនិច្ឆ័យរោគ និងព្យាបាលលក្ខខណ្ឌវេជ្ជសាស្ត្រមូលដ្ឋាន និងអាចចេញវេជ្ជបញ្ជាឱសថជាក់លាក់ផងដែរ។ Teladoc គឺជា សេវាកម្មបំពេញបន្ថែមមួយ ដែលមិនមានគោលបំណងជំនួស ការថែទាំពីគ្រូពេទ្យថែទាំបឋមរបស់អ្នកឡើយ។ សូមចូលទៅគេហទំព័រ blueshieldca.com/teladoc ឬកម្មវិធីទូរសព្ទ Blue Shield of California ដើម្បីស្នើសុំជួប។ ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ អ្នកអាចទាក់ទង Teladoc តាមទូរសព្ទលេខ 1-800-Teladoc (1-800-835-2363) [TTY: 711] 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ 365 ថ្ងៃក្នុងមួយឆ្នាំ។	\$0

សេវាកម្មដែលគម្រោងរបស់យើងបង់ប្រាក់ទូទាត់ជូន	អ្វីដែលអ្នកត្រូវតែចំណាយ
 សេវាពិនិត្យ និងពិគ្រោះយោបល់អំពីការប្រើប្រាស់ជាតិអាល់កុលមិនត្រឹមត្រូវ យើងនឹងបង់ប្រាក់ទូទាត់សម្រាប់សេវាពិនិត្យការប្រើប្រាស់ជាតិអាល់កុលមិនត្រឹមត្រូវ (SBIRT) ចំពោះមនុស្សពេញវ័យដែលប្រើប្រាស់ជាតិអាល់កុលមិនត្រឹមត្រូវ ក៏ប៉ុន្តែមិនមែនញៀនសុរាទេ។ ក្រុមមនុស្សនេះបូករួមទាំងស្ត្រីមានផ្ទៃពោះផងដែរ។ ប្រសិនបើអ្នកពិនិត្យឃើញវិជ្ជមានសម្រាប់ការប្រើប្រាស់ឆ្គងនូវជាតិអាល់កុល អ្នកទទួលបានវគ្គពិគ្រោះយោបល់តទល់រយៈពេលសង្ខេបចំនួនបួនលើក រៀងរាល់ឆ្នាំ (ប្រសិនបើអ្នកអាច និងទទួលបានដំណឹងអំពីការពិគ្រោះយោបល់) ជាមួយអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំបឋម ដែលមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ ឬ ត្រូវពេទ្យក្នុងមណ្ឌលថែទាំបឋមមួយកន្លែង។ ការអន្តរាគមន៍រយៈពេលខ្លីជាធម្មតារួមមាន 1 ទៅ 3 វគ្គរយៈពេល 15 នាទីក្នុងមួយវគ្គ ផ្តល់ជូនដោយផ្ទាល់ តាមរយៈទូរសព្ទ ឬ តាមមធ្យោបាយផ្តល់ព័ត៌មានសុខភាពដោយប្រព័ន្ធអេឡិចត្រូនិក។	\$0



សេវាកម្មដែលគម្រោងរបស់យើងបង់ប្រាក់ទូទាត់ជូន	អ្វីដែលអ្នកត្រូវតែចំណាយ
សេវាកម្មវេជ្ជសាស្ត្របន្ទាន់ សេវាវេជ្ជសាស្ត្របន្ទាន់ដែលមានការធានារ៉ាប់រងរួមមានសេវាសង្គ្រោះតាមយន្តហោះ ឧទ្ធម្ភាសចក្រ និងវេជ្ជសាស្ត្រ។ សេវាកម្មសង្គ្រោះបន្ទាន់នឹងនាំអ្នកទៅកាន់កន្លែងដែលជិតបំផុតដែលអាចផ្តល់សេវាថែទាំបាន។ ស្ថានភាពរបស់អ្នកត្រូវតែធ្ងន់ធ្ងរដែលការប្រើមធ្យោបាយដទៃទៀតដើម្បីទៅកន្លែងព្យាបាលអាចបង្កគ្រោះថ្នាក់ដល់សុខភាពឬជីវិតរបស់អ្នក។ សេវាវេជ្ជសាស្ត្រសង្គ្រោះសម្រាប់ករណីផ្សេងៗទៀតត្រូវតែមានការយល់ព្រមពីយើង។ ក្នុងករណីដែល មិនមែន ការសង្គ្រោះបន្ទាន់, យើង អាចបង់ថ្លៃសម្រាប់សេវាវេជ្ជសាស្ត្របន្ទាន់ ។ ស្ថានភាពរបស់អ្នកត្រូវតែធ្ងន់ធ្ងរល្មមប្រឈមនឹងហានិភ័យជីវិត ឬសុខភាពរបស់អ្នកនៅពេលធ្វើដំណើរទៅកាន់កន្លែងថែទាំ។ <i>ច្បាប់សុំការអនុញ្ញាតជាមុនអាចមានអនុវត្តន៍។ អ្នកគួរតែប្រឹក្សាជាមួយពេទ្យរបស់អ្នក និងស្នើសុំការបញ្ជូនបន្ត។</i>	\$0
ការពិនិត្យរាងកាយប្រចាំឆ្នាំ អ្នកទទួលបានការរ៉ាប់រងសម្រាប់ការពិនិត្យសុខភាពរាងកាយជាទម្លាប់រៀងរាល់ 12 ខែ ថែមពីលើការទៅពិនិត្យសុខភាពប្រចាំឆ្នាំរបស់អ្នក។ ការមកពិនិត្យនេះរួមមានការពិនិត្យឡើងវិញយ៉ាងទូលំទូលាយនៃប្រតិក្រមសារីរូបនិងសុខភាពរបស់អ្នក ការវាយតម្លៃលំអិតពីក្បាលដល់ចុងជើង និងសេវាផ្សេងទៀត ការបញ្ជូនបន្ត និងការណែនាំដែលអាចមានភាពសមរម្យ។ ដំណើរការរោគវិនិច្ឆ័យតាមមន្ទីរពិសោធន៍ ឬសេវាកម្មប្រភេទផ្សេងទៀតដែលបានបញ្ជាទិញ មិនត្រូវបានរ៉ាប់រងនៅក្រោមអត្ថប្រយោជន៍នេះទេ ហើយអ្នកត្រូវបង់ប្រាក់តាមចំនួនរួមចំណែកថ្លៃសេវាកម្មរបស់គម្រោងអ្នកសម្រាប់សេវាកម្មនីមួយៗដាច់ដោយឡែកពីគ្នា។	\$0



សេវាកម្មដែលគម្រោងរបស់យើងបង់ប្រាក់ទូទាត់ជូន	អ្វីដែលអ្នកត្រូវតែចំណាយ
 សេវាពិនិត្យសុខុមាលភាពប្រចាំឆ្នាំ អ្នកអាចទទួលបានសេវាកម្មពិនិត្យសុខុមាលភាពប្រចាំឆ្នាំ។ សេវាកម្មនេះមានគោលបំណងបង្កើតគម្រោង និងធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពគម្រោងការងារ ដោយផ្អែកលើកត្តាហានិភ័យបច្ចុប្បន្នរបស់អ្នក។ យើងនឹងបង់ប្រាក់ទូទាត់សម្រាប់សេវាកម្មនេះរៀងរាល់ 12 ខែម្តង។	\$0
 សេវាកម្មវាស់ដុំឆ្អឹង យើងនឹងបង់ប្រាក់ទូទាត់សម្រាប់នីតិវិធីច្បាស់លាស់ សម្រាប់សមាជិកដែលមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ (ជាធម្មតាអ្នកដែលប្រឈមនឹងហានិភ័យបាត់បង់ដុំឆ្អឹង ឬហានិភ័យឆ្អឹងពុក)។ នីតិវិធីទាំងនេះកំណត់ប្រភេទបញ្ហាពីបញ្ហាដុំឆ្អឹង រកឃើញករណីបាត់បង់ឆ្អឹង ឬរងឃើញគុណភាពឆ្អឹង។ យើងនឹងបង់ប្រាក់ទូទាត់សម្រាប់សេវាកម្មទាំងនេះរៀងរាល់ 24 ខែម្តង ឬញឹកញាប់ជាងនេះអាស្រ័យទៅលើភាពចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រសម្រាប់សេវាកម្មទាំងនោះ។ យើងក៏នឹងបង់ប្រាក់ទូទាត់សម្រាប់វេជ្ជបណ្ឌិត ដើម្បីពិនិត្យ និងផ្តល់យោបល់អំពីលទ្ធផល។	\$0
 សេវាកម្មពិនិត្យរកជម្ងឺមហារីកសុដន់ (សេវាកម្មឆ្លុះមើលសុដន់) យើងនឹងបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាកម្មខាងក្រោម៖ • ឆ្លុះមើលសុដន់កម្រិតមូលដ្ឋានសម្រាប់ស្ត្រីដែលមានអាយុក្នុងចន្លោះពី 35 ឆ្នាំ ដល់ 39 ឆ្នាំ • ឆ្លុះមើលសុដន់រៀងរាល់ 12 ខែ សម្រាប់ស្ត្រីដែលមានអាយុចាប់ពី 40 ឆ្នាំឡើងទៅ • ពិនិត្យសុដន់សម្រាប់ការព្យាបាលរៀងរាល់ 24 ខែម្តង	\$0



សេវាកម្មដែលគម្រោងរបស់យើងបង់ប្រាក់ទូទាត់ជូន	អ្វីដែលអ្នកត្រូវតែចំណាយ
សេវាកម្មស្តារស្ថានភាពបេះដូង យើងនឹងបង់ប្រាក់ទូទាត់សម្រាប់សេវាកម្មស្តារស្ថានភាពបេះដូងដូចជា ការធ្វើលំហាត់ប្រាណ ការសិក្សារៀនសូត្រ និងការពិគ្រោះយោបល់ជាដើម។ សមាជិកត្រូវតែបំពេញបានតាមលក្ខខណ្ឌជាក់លាក់ជាមួយការបញ្ជូនបន្ត របស់វេជ្ជបណ្ឌិត។ យើងក៏គ្របដណ្តប់កម្មវិធីស្តារនីតិសម្បទាបេះដូង ទូលាយដែលខ្លាំងជាងកម្មវិធីស្តារនីតិសម្បទាបេះដូង។ <i>ច្បាប់សុំការអនុញ្ញាតជាមុនអាចមានអនុវត្តន៍។</i> <i>អ្នកគួរតែប្រឹក្សាជាមួយពេទ្យរបស់អ្នក និងស្នើសុំការបញ្ជូនបន្ត។</i>	\$0
 សេវាកម្មពិគ្រោះយោបល់អំពីការកាត់បន្ថយហានិភ័យជំងឺបេះដូង (វិធីការការពារជំងឺបេះដូង)* យើងបង់ប្រាក់ទូទាត់សម្រាប់សេវាកម្មពិគ្រោះយោបល់ម្តងក្នុងមួយឆ្នាំឬច្រើនជាងនេះ បើសិនជាចាំបាច់ជាមួយអ្នក ផ្តល់សេវាថែទាំ សុខភាពបឋម ដើម្បីជួយកាត់បន្ថយហានិភ័យរបស់អ្នកជំងឺបេះដូង។ អំឡុងពេលកំពុងពិគ្រោះយោបល់ វេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកអាច៖ • ពិភាក្សាអំពីការប្រើប្រាស់ថ្នាំអាស្ប័រីន • ពិនិត្យសម្ពាធឈាមរបស់អ្នក និង/ឬ • ផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវគន្លឹះក្នុងការធ្វើឱ្យប្រាកដថា អ្នកកំពុងតែទទួលបានអាហារយ៉ាងត្រឹមត្រូវ។	\$0
 សេវាកម្មពិនិត្យរកជំងឺបេះដូង* យើងបង់ប្រាក់ទូទាត់សម្រាប់សេវាកម្មពិនិត្យឈាម ដើម្បីពិនិត្យរកជំងឺបេះដូងរៀងរាល់ប្រាំឆ្នាំ (60ខែ)។ សេវាកម្មពិនិត្យឈាមក៏ពិនិត្យរកបញ្ហាដែលកើតឡើងដោយសារហានិភ័យជំងឺបេះដូងផងដែរ។	\$0



សេវាកម្មដែលគម្រោងរបស់យើងបង់ប្រាក់ទូទាត់ជូន	អ្វីដែលអ្នកត្រូវតែចំណាយ
 សេវាកម្មពិនិត្យរកជម្ងឺមហារីកកស្ម័ននិងរន្ធយោនី យើងនឹងបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាកម្មខាងក្រោម៖ • សម្រាប់ស្ត្រីទាំងអស់៖ សេវាកម្មពិនិត្យក្បាលដោះ និងសេវាកម្មពិនិត្យក្រចករៀងរាល់ 24 ខែម្តង • សម្រាប់ស្ត្រីដែលប្រឈមនឹងបញ្ហាជម្ងឺមហារីកក្បាលដោះឬទ្វារមាស៖ សេវាកម្មពិនិត្យក្បាលដោះឬទ្វារមាសធ្វើឡើងរៀងរាល់ 12 ខែម្តង • សម្រាប់ស្ត្រីដែលបានឆ្លងកាត់ការពិនិត្យក្បាលដោះខុសធម្មតាក្នុងពេល 3 ឆ្នាំចុងក្រោយនិងស្ថិតក្នុងវ័យសម្រាលកូន៖ សេវាកម្មពិនិត្យក្បាលដោះធ្វើឡើងរៀងរាល់ 12 ខែម្តង • សម្រាប់ស្ត្រីដែលមានអាយុពី 30-65 ឆ្នាំ៖ តេស្តរកមេរោគបង្កឬសលើស្បែក (HPV) របស់មនុស្ស ឬ តេស្តពិនិត្យមហារីកក្នុងស្បូនបូកនឹង HPV រៀងរាល់ 5 ឆ្នាំម្តង	\$0
សេវាកម្មព្យាបាលដោយចាប់សរសៃនិងសន្លាក់ (Chiropractic services) យើងនឹងបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាកម្មខាងក្រោម៖ • សេវាកម្មគ្រប់គ្រងឆ្អឹងខ្នងដើម្បីកែតម្រូវទ្រង់ទ្រាយឆ្អឹង	\$0



សេវាកម្មដែលគម្រោងរបស់យើងបង់ប្រាក់ទូទាត់ជូន	អ្វីដែលអ្នកត្រូវតែចំណាយ
 ការពិនិត្យមើលជំងឺមហារីកពោះវៀនធំ សម្រាប់អ្នកដែលមានអាយុចាប់ពី 50 ឡើងទៅ យើងនឹងបង់ប្រាក់ទូទាត់សម្រាប់សេវាកម្មខាងក្រោម៖ • សេវាកម្មពិនិត្យរកបញ្ហាពោះវៀន (ឬឆ្លុះមើលពោះវៀនធំតាមការស្នើអ៊ុច) ធ្វើឡើងរៀងរាល់ 48 ខែម្តង។ • សេវាកម្មពិនិត្យឈាមកប់ក្នុងលាមក ធ្វើឡើងរៀងរាល់ 12 ខែម្តង • ការធ្វើតេស្តឈាមតាមលាមកផ្នែកលើសារធាតុកូដាតិ Guaiac ឬ ការធ្វើតេស្តសារធាតុជាតិគីមីនៃប្រព័ន្ធការពាររាងកាយតាមលាមករៀងរាល់ 12 ខែម្តង • ការពិនិត្យចុងពោះវៀនធំតាម DNA រៀងរាល់ 3 ឆ្នាំម្តង • ការឆ្លុះពោះវៀនធំរៀងរាល់ ដប់ឆ្នាំម្តង (ប៉ុន្តែមិនមែនក្នុងរយៈពេល 48 ខែនៃការពិនិត្យក្នុងពោះវៀនធំរួចហើយនោះទេ) • ការឆ្លុះពោះវៀនធំ (ឬការពិនិត្យសូលុយស្យុងដែលមានជាតិបារីយ៉ូមតាមរន្ធកូច) ចំពោះមនុស្សដែលមានហានិភ័យខ្ពស់នៃជំងឺមហារីកពោះវៀនធំ រៀងរាល់ 24 ខែ។ <i>វិធានអនុញ្ញាតអាចនឹងអនុវត្តន៍ចំពោះសេវាទាំងនេះ។ អ្នកគួរតែប្រឹក្សាជាមួយពេទ្យរបស់អ្នក និងស្នើសុំការបញ្ជូនបន្ត។</i>	\$0



សេវាកម្មដែលគម្រោងរបស់យើងបង់ប្រាក់ទូទាត់ជូន	អ្វីដែលអ្នកត្រូវតែចំណាយ
សេវាមនុស្សពេញវ័យនៅតាមសហគមន៍ (CBAS) CBAS គឺជាកម្មវិធីផ្តល់សេវាកម្មនៅមូលដ្ឋានដល់អ្នកជម្ងឺមិនសម្រាកនៅពេទ្យ ដោយមានកាលវិភាគចូលរួមរបស់ប្រជាជន។ សេវាកម្មនេះផ្តល់នូវសេវាកម្មជំនាញមើលថែសេវាកម្មសង្គម វិជ្ជាព្យាបាល (រួមទាំងធម្មជាតិព្យាបាល រាងកាយ និងការនិយាយស្តីផងដែរ) សេវាកម្មថែទាំផ្ទាល់ខ្លួន សេវាកម្មបណ្តុះបណ្តាល និងគាំទ្រគ្រួសារ/ និងអ្នកថែទាំ សេវាកម្មផ្តល់អាហារូបត្ថម្ភ សេវាកម្មដឹកជញ្ជូន និងសេវាកម្មផ្សេងៗទៀត។ យើងនឹងបង់ប្រាក់ទូទាត់សម្រាប់សេវាកម្ម CBAS បើអ្នកបំពេញតាមលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យសិទ្ធិទទួលបានសេវាកម្ម។ កំណត់សម្គាល់៖ ប្រសិនបើកន្លែង CBAS មិនមានសេវាកម្មផ្តល់ឲ្យទេ យើងនឹងផ្តល់សេវាកម្មដែលមិនមានទាំងនេះដាច់ដោយឡែកពីគ្នា។ <i>វិធានអនុញ្ញាតអាចនឹងអនុវត្តន៍ចំពោះសេវាទាំងនេះ។</i> <i>អ្នកគួរតែប្រឹក្សាជាមួយពេទ្យរបស់អ្នក និងស្នើសុំការបញ្ជូនបន្ត។</i>	\$0



សេវាកម្មដែលគម្រោងរបស់យើងបង់ប្រាក់ទូទាត់ជូន	អ្វីដែលអ្នកត្រូវតែចំណាយ
 សេវាកម្មពិគ្រោះយោបល់អំពីការបញ្ឈប់ការជក់បារី ឬប្រើប្រាស់ថ្នាំជក់ ប្រសិនបើអ្នកប្រើថ្នាំជក់ មិនមានសញ្ញាឬរោគសញ្ញានៃជំងឺទាក់ទងនឹងថ្នាំជក់ហើយអ្នកមានបំណងចង់ឈប់៖ - យើងនឹងបង់ប្រាក់ទូទាត់ពីរដងសម្រាប់ការព្យាយាមបញ្ឈប់ក្នុងរយៈពេល 12 ខែក្នុងរូបភាពជាសេវាបង្ការជម្ងឺ។ សេវាកម្មនេះមិនគិតថ្លៃសម្រាប់អ្នកទេ។ ការប៉ុនប៉ងឈប់ជក់បារីនីមួយៗរួមបញ្ចូលទាំងការប្រឹក្សាយោបល់មួយទល់នឹងមួយរហូតដល់ទៅបួនដង។ បើអ្នកប្រើប្រាស់ថ្នាំជក់ ហើយត្រូវធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យទៅឃើញថាមានជម្ងឺពាក់ព័ន្ធនឹងថ្នាំជក់ ឬកំពុងលេបថ្នាំដែលរងផលប៉ះពាល់ដោយសារថ្នាំជក់៖ - យើងនឹងបង់ប្រាក់សម្រាប់ការព្យាយាមឈប់ជក់បារីដោយការប្រឹក្សាពីរដងក្នុងកំឡុងពេល 12 ខែ។ សេវាកម្មពិគ្រោះយោបល់នីមួយៗរួមបញ្ចូលទាំងការជួបវេជ្ជបណ្ឌិតផ្ទាល់ចំនួនបួនដងផងដែរ។ បើអ្នកមានផ្ទៃពោះ អ្នកប្រហែលជាទទួលបានសេវាកម្មពិគ្រោះយោបល់អំពីការបញ្ឈប់ការប្រើប្រាស់ថ្នាំជក់ដោយគ្មានកំណត់ប៉ុន្តែត្រូវមានការអនុញ្ញាតជាមុន។	\$0
សេវាព្យាបាលធ្មេញ សេវាទន្តសាស្ត្រមួយចំនួនដូចជាការសំអាត ការប៉ះ និងក្រាស់ធ្មេញពាក់មានក្នុងកម្មវិធី Medi-Cal Dental Program។ សូមមើលផ្នែក F សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីអត្ថប្រយោជន៍នេះ។ Denti-Cal នឹងគ្របដណ្តប់រហូតដល់ទៅ \$1,800 សម្រាប់សេវាកម្មរៀងរាល់ឆ្នាំ។ សូមមើលគេហទំព័រ Denti-Cal និងសៀវភៅណែនាំអ្នកទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍សេវាទន្តសាស្ត្រ Medi-Cal នៃរដ្ឋ California នៅ www.denti-cal.ca.gov ។ វិធានអនុញ្ញាតអាចនឹងអនុវត្តន៍ចំពោះសេវាទាំងនេះ។ អ្នកគួរតែប្រឹក្សាជាមួយពេទ្យរបស់អ្នក និងស្នើសុំការបញ្ជូនបន្ត។	\$0



សេវាកម្មដែលគម្រោងរបស់យើងបង់ប្រាក់ទូទាត់ជូន	អ្វីដែលអ្នកត្រូវតែចំណាយ
 សេវាកម្មថតឆ្លុះរកជម្ងឺបាក់ទឹកចិត្ត យើងនឹងបង់ប្រាក់ទូទាត់សម្រាប់សេវាកម្មឆ្លុះរកជម្ងឺបាក់ទឹកចិត្តរៀងរាល់ឆ្នាំ។ សេវាកម្មថតឆ្លុះនេះត្រូវតែត្រូវបានធ្វើឡើងនៅមណ្ឌលតំបែទាំសុខភាពបឋមដែលអាចផ្តល់សេវាកម្មព្យាបាលបន្ត និងសេចក្តីបញ្ជាក់បាន។	\$0
 ការពិនិត្យរកជម្ងឺទឹកនោមផ្អែម យើងនឹងបង់ប្រាក់ទូទាត់សម្រាប់សេវាកម្មនេះ (រួមទាំងការពិនិត្យជាតិក្លុយកូសលើនផងដែរ) បើអ្នកមានកត្តាហានិភ័យណាមួយក្នុងចំណោមកត្តាខាងក្រោម៖ • សម្ពាធឈាមខ្ពស់ (ឡើងឈាម) • កំណត់ហេតុកម្រិតកូឡេស្តេរ៉ូល និង triglyceride ខុសប្រក្រតី (dyslipidemia) • ភាពធាត់ខ្លាំង • ប្រវត្តិកម្រិតជាតិស្ករក្នុងឈាមខ្ពស់ (ក្លុយកូស) សេវាកម្មពិនិត្យអាចទទួលបានការរ៉ាប់រងនៅក្នុងករណីផ្សេងៗមួយចំនួនទៀត ដូចជា បើអ្នកមានទំងន់លើស ហើយមានប្រវត្តិគ្រួសារ មានជម្ងឺទឹកនោមផ្អែម។ ផ្អែកលើលទ្ធផលពិនិត្យ អ្នកប្រហែលជាមានលក្ខណៈសង្ស័យគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់សេវាកម្មពិនិត្យរកជម្ងឺទឹកនោមផ្អែម ជាមធ្យមរាល់ 12 ខែម្តង។	\$0



	កម្មវិធីបណ្តុះបណ្តាល សេវាកម្ម និងសម្ភារៈសម្រាប់ការគ្រប់គ្រងជំងឺទឹកនោមផ្អែមដោយខ្លួនឯង យើងនឹងបង់ប្រាក់ទូទាត់សម្រាប់សេវាកម្មខាងក្រោម ចំពោះសមាជិកទាំងឡាយណាដែលមានជម្ងឺទឹកនោមផ្អែម(ថា តើពួកគេប្រើប្រាស់អង់លុយលីន ឬក៏អត់): • សម្ភារៈផ្គត់ផ្គង់សម្រាប់ពិនិត្យជាតិស្ករក្នុងឈាមរបស់អ្នក រួមមានដូចខាងក្រោម៖ ○ ឧបករណ៍ត្រួតពិនិត្យជាតិស្ករក្នុងឈាម ○ បន្ទះពិនិត្យជាតិស្ករក្នុងឈាម ○ គ្រឿងវះកាត់ និងកូនកាំបិតវះកាត់ ○ ដំណោះស្រាយសម្រាប់គ្រប់គ្រងជាតិស្ករ ដើម្បីពិនិត្យភាពសុក្រិតនៃបន្ទះពិនិត្យ និងឧបករណ៍ត្រួតពិនិត្យ ○ សម្រាប់បន្ទះធ្វើតេស្តនិងអេក្រង់ក្តុយកូសក្នុងឈាម ក្រុមហ៊ុនផលិតដែលយើងចង់បានគឺ Abbott។ បន្ទះតេស្តនិងអេក្រង់ក្តុយកូសក្នុងឈាមម៉ាក FreeStyle® (បង្កើតដោយ Abbott) នឹងមិនតម្រូវឱ្យគ្រូពេទ្យ របស់អ្នកទទួលការយល់ព្រមជាមុនទេ (ពេលខ្លះគេហៅថា “ការអនុញ្ញាតជាមុន” ពីគម្រោង។ បន្ទះតេស្តនិងអេក្រង់ក្តុយកូសឈាមពីក្រុមហ៊ុនផលិតផ្សេងទៀតទាំងអស់នឹងតម្រូវឱ្យគ្រូពេទ្យរបស់អ្នកសុំការយល់ព្រមជាមុន (ជូនកាលគេហៅថា “ការអនុញ្ញាតជាមុន” ពីគម្រោង • សម្រាប់អ្នកជម្ងឺទឹកនោមផ្អែមដែលមានជម្ងឺជើងរ៉ាំរ៉ៃ យើងនឹងបង់ប្រាក់សម្រាប់សម្ភារៈដូចខាងក្រោម៖ ○ ស្បែកជើងសម្រាប់ព្យាបាលជម្ងឺមួយគូរ (រួមមានទ្រនាប់បាតជើងខាងក្នុង) ស្រោមជើង និងទ្រនាប់បាតជើងខាងក្នុងពីរគូរបន្ថែមក្នុងឆ្នាំនីមួយៗ ឬ ○ ស្បែកជើងកវែងមួយគូរ រួមទាំងការតម្រឹមតម្រូវនិងប្រដាប់សិកបញ្ចូលបីគូរ (មិនរាប់បញ្ចូលប្រដាប់ស្លាកបញ្ចូលអាចដកចេញបានប៉ុន្តែមិនអាចតម្រូវតាមជើងបានដែលត្រូវបានផ្តល់ឱ្យជាមួយស្បែកជើងបែបនេះទេ) • យើងនឹងបង់ប្រាក់ទូទាត់សម្រាប់ការបណ្តុះបណ្តាលដើម្បីជួយអ្នកក្នុងការគ្រប់គ្រងជម្ងឺទឹកនោមផ្អែមរបស់អ្នក ក្នុងករណីមួយចំនួន។ ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែម សូមទាក់ទងផ្នែកបម្រើសេវាអតិថិជន។ ច្បាប់សុំការអនុញ្ញាតជាមុនអាចនឹងមានអនុវត្តន៍ចំពោះសេវាទាំងនេះ។ អ្នកគួរតែប្រឹក្សាជាមួយពេទ្យរបស់អ្នក និងស្នើសុំការបញ្ជូនបន្ត។	\$0
---	--	------------



សេវាកម្មដែលគម្រោងរបស់យើងបង់ប្រាក់ទូទាត់ជូន	អ្វីដែលអ្នកត្រូវតែចំណាយ
សម្ភារៈបរិក្ខារពេទ្យដែលជាប់បានយូរ (DME) និងសម្ភារៈផ្គត់ផ្គង់ផ្សេងៗទៀត (សម្រាប់និយមន័យនៃពាក្យ “សម្ភារៈបរិក្ខារពេទ្យដែលជាប់បានយូរ (DME)” សូមមើលជំពូកទី 12 នៃសៀវភៅណែនាំនេះ។) ឧបករណ៍ខាងក្រោមទទួលបានការរ៉ាប់រង៖ • កៅអីរុញ • ឈើច្រក • ប្រព័ន្ធពូកអគ្គិសនី • បន្ទះសម្អាតស្បែកសម្រាប់ពូក • ការផ្គត់ផ្គង់សម្រាប់ជំងឺទឹកនោមផ្អែម • ក្រុមន្ទីរពេទ្យដែលបញ្ជាទិញដោយអ្នកផ្តល់សេវាសម្រាប់ប្រើនៅក្នុងផ្ទះ • ឧបករណ៍ដាក់ស្បែក និងដៃកម្រ (Intravenous (IV) infusion pumps and pole) • ឧបករណ៍ផ្តល់និងការផ្គត់ផ្គង់អាហារ (Enteral pump and supplies) • ឧបករណ៍ជំនួយបញ្ចេញសំលេងនិយាយ • សម្ភារៈបរិក្ខារអុកស៊ីសែន និងសម្ភារៈពេទ្យ • ឧបករណ៍បាញ់ទឹក • ឧបករណ៍ជំនួយដើរ • ដៃកោងស្តង់ដារ ឬ ដៃកច្រកជើងបួន និងការផ្គត់ផ្គង់គ្រឿងបន្លាស់ • ខ្សែទម្រ (Cervical traction) (នៅលើទ្វារ) • ឧបករណ៍ជម្រុញឆ្អឹង (Bone stimulator) • គ្រឿងបរិក្ខារថែទាំពេលលាងចម្រោះឈាម (Dialysis care equipment) ធាតុផ្សេងទៀត អាច ត្រូវបានគ្របដណ្តប់។ អត្ថប្រយោជន៍នេះគឺមានបន្តនៅទំព័របន្ទាប់	\$0



សេវាកម្មដែលគម្រោងរបស់យើងបង់ប្រាក់ទូទាត់ជូន	អ្វីដែលអ្នកត្រូវតែចំណាយ
ឧបករណ៍វេជ្ជសាស្ត្រសម្រាប់ច្រើនរយៈពេលយូរ (DME) និងសម្ភារៈដែលពាក់ព័ន្ធ(បន្ត) យើងនឹងបង់ថ្លៃ DME ចាំបាច់សម្រាប់ការព្យាបាលទាំងអស់ដែល Medicare និង Medi-Cal បង់ជាធម្មតា។ ប្រសិនបើអ្នកផ្គត់ផ្គង់របស់យើងក្នុងតំបន់របស់អ្នកមិនមានយីហោឬអ្នកផលិតផលជាក់លាក់ណាមួយ អ្នកអាចសួរពួកគេថា តើពួកគេអាចបញ្ជាទិញវាជាពិសេសសម្រាប់អ្នកបានដែរឬទេ។ <i>វិធានអនុញ្ញាតអាចនឹងអនុវត្តចំពោះសេវាទាំងនេះ។</i> <i>អ្នកគួរតែប្រឹក្សាជាមួយពេទ្យរបស់អ្នក និងស្នើសុំការបញ្ជូនបន្ត។</i>	\$0



សេវាកម្មដែលគម្រោងរបស់យើងបង់ប្រាក់ទូទាត់ជូន	អ្វីដែលអ្នកត្រូវតែចំណាយ
ការថែទាំព្យាបាលសង្គ្រោះបន្ទាន់ ការថែទាំសង្គ្រោះបន្ទាន់ មានន័យថាជាសេវាដែល៖ • ផ្តល់ដោយអ្នកផ្តល់សេវា ដែលមានការបណ្តុះបណ្តាលសម្រាប់សេវាសង្គ្រោះបន្ទាន់ និង • ចាំបាច់ត្រូវដោះស្រាយស្ថានភាពអាសន្នផ្នែកសុខភាព។ ការសង្គ្រោះបន្ទាន់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ គឺជាបញ្ហាវេជ្ជសាស្ត្រជាមួយការឈឺចាប់ធ្ងន់ធ្ងរ ឬការរងរបួសធ្ងន់ធ្ងរ។ បើមិនមានការយកចិត្តទុកដាក់ភ្លាមៗទៅលើលក្ខខណ្ឌសុខភាពនេះទេ លក្ខខណ្ឌនេះនឹងកាន់តែធ្ងន់ធ្ងរខ្លាំងហើយអ្នកដែលមានចំណេះដឹងកម្រិតមធ្យមផ្នែកសុខភាព ឬថ្នាំពេទ្យ អាចរំពឹងទុកជាមុនថាវានឹងបណ្តាលឱ្យ៖ • ហានិភ័យធ្ងន់ធ្ងរចំពោះសុខភាពរបស់អ្នកឬចំពោះកូនដែលមិនទាន់កើតរបស់អ្នក ឬ • ហានិភ័យធ្ងន់ធ្ងរចំពោះមុខងាររាងកាយ ឬ • ការបំពេញមុខងារមិនប្រក្រតីធ្ងន់ធ្ងរនៃសរីរាង្គកាយ ឬផ្នែកណាមួយ ឬ • ក្នុងករណីស្ត្រីមានគភ៌កំពុងសម្រាល ពេល៖ ○ មិនមានពេលវេលាគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ផ្ទេរសមាជិកនោះដោយសុវត្ថិភាពទៅមន្ទីរពេទ្យមួយផ្សេងទៀត មុនពេលសម្រាលកូន។ ○ ការផ្ទេរទៅមន្ទីរពេទ្យផ្សេងទៀតអាចបង្កការគំរាមកំហែងដល់សុខភាពឬសុវត្ថិភាពរបស់អ្នកឬចំពោះកូនដែលមិនទាន់កើតរបស់អ្នក។ គម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan នឹងសងប្រាក់ជូនអ្នកវិញរហូតដល់ទៅចំនួន \$25,000 សម្រាប់សេវាសង្គ្រោះបន្ទាន់ ឬ សេវាករណីអាសន្នដែលអ្នកទទួលបាននៅកន្លែងណាមួយក្រៅពីសហរដ្ឋអាមេរិករៀងរាល់ឆ្នាំ។ យើងនឹងទូទាត់សងជូនអ្នកប្រសិនបើសេវាកម្មដែលអ្នកទទួលបានត្រូវនឹងលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យសម្រាប់ការថែទាំបន្ទាន់ដែលបានរៀបរាប់ខាងលើ។ សូមមើលផ្នែកគ្របដណ្តប់ពេលមានអាសន្ននិងការសង្គ្រោះបន្ទាន់ទូទាំងពិភពលោក នៅចុងតារាងនេះ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។	\$0 ប្រសិនបើអ្នកទទួលបានការថែទាំបន្ទាន់នៅមន្ទីរពេទ្យក្រៅបណ្តាញ ហើយត្រូវការការថែទាំក្នុងមន្ទីរពេទ្យក្រោយពេលស្ថានភាពសង្គ្រោះបន្ទាន់របស់អ្នកមានស្ថេរភាព អ្នកត្រូវត្រលប់ទៅមន្ទីរពេទ្យក្នុងបណ្តាញវិញសម្រាប់ការថែទាំរបស់អ្នកដើម្បីបន្តទទួលបានការធានារ៉ាប់រងមិនដូច្នេះទេការសម្រាកព្យាបាលក្នុងមន្ទីរពេទ្យដែលជាមន្ទីរពេទ្យក្រៅបណ្តាញត្រូវមានការអនុញ្ញាតជាមុនពីបណ្តាញ។ ប្រសិនបើការស្នាក់នៅរបស់អ្នកមានការអនុញ្ញាតជាស្រេច ថ្លៃចំណាយរបស់អ្នកគឺដូចគ្នាអ្នកនឹងថ្លៃដែលអ្នកត្រូវបង់ពេលស្នាក់នៅមន្ទីរពេទ្យក្នុងបណ្តាញ។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan តាមលេខ 1-855-905-3825 (TTY:711) ម៉ោង 8:00 ព្រឹក – ម៉ោង 8:00 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅមកលេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** សូមចូលមើលនៅ

www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect



សេវាកម្មដែលគម្រោងរបស់យើងបង់ប្រាក់ទូទាត់ជូន	អ្វីដែលអ្នកត្រូវតែចំណាយ
សេវាកម្មរៀបចំគម្រោងគ្រួសារ ច្បាប់នេះអនុញ្ញាតឱ្យអ្នកជ្រើសរើសក្រុមគ្រូពេទ្យណាមួយសម្រាប់សេវាកម្មរៀបចំគម្រោងគ្រួសារច្បាស់លាស់។ នេះមានន័យថា វេជ្ជបណ្ឌិត មន្ទីរសម្រាកព្យាបាល មន្ទីរពេទ្យ ឱសថស្ថានឬការិយាល័យរៀបចំគម្រោងគ្រួសារ។ យើងនឹងបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាកម្មខាងក្រោម៖ • សេវាកម្មពិនិត្យការរៀបចំគម្រោងគ្រួសារ និងសេវាកម្មថែទាំសុខភាព • ពិសោធន៍ការរៀបចំគម្រោងគ្រួសារ និងពិនិត្យការធ្វើវិនិច្ឆ័យរោគ • វិធីសាស្ត្រក្នុងការរៀបចំផែនការគ្រួសារ (ថង់ដៃស្បូន ក្រៀវ បាក់ថ្នាំពន្យារ ថ្នាំពន្យារ ថ្នាំគុណិតាប្បដាក់កង) • សម្ភារៈរៀបចំគម្រោងគ្រួសារដោយមានវេជ្ជបញ្ជា (ស្រោមអនាម័យ អេប៊ុន ហ្វូមលាង, ហ្វូល, ស្រោម, កង) • សេវាកម្មពិគ្រោះយោបល់ និងធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យលើការមិនមានកូន និងសេវាកម្មពាក់ព័ន្ធ • ការប្រឹក្សា ការធ្វើតេស្ត និងការព្យាបាលជំងឺកាមរោគ (STIs) • ការផ្តល់ប្រឹក្សានិងការធ្វើតេស្តមេរោគ HIV និងអេដស៍និងស្ថានភាពទាក់ទងនឹងមេរោគអេដស៍ផ្សេងៗ • ការពន្យាកំណើតជាអចិន្ត្រៃយ៍ (អ្នកត្រូវតែមានអាយុ 21 ឆ្នាំឬចាស់ជាងនេះដើម្បីជ្រើសរើសរបៀបនៃការធ្វើផែនការគ្រួសារនេះ។ អ្នកត្រូវតែចុះហត្ថលេខាលើបែបបទរបស់សហព័ន្ធយល់ព្រមលើការក្រៀមយ៉ាងតិច 30 ថ្ងៃប៉ុន្តែមិនលើសពី 180 ថ្ងៃមុនថ្ងៃកាត់នោះទេ។) • សេវាកម្មពិគ្រោះយោបល់អំពីពូជ យើងនឹងបង់ប្រាក់ទូទាត់សម្រាប់សេវាកម្មរៀបចំគម្រោងគ្រួសារផ្សេងមួយចំនួនទៀត។ ទោះជាយ៉ាងណា អ្នកត្រូវជួបអ្នកផ្តល់សេវាកម្មយូបពីបណ្តាញអ្នកផ្តល់សេវារបស់យើង ដើម្បីពិភាក្សាអំពីសេវាកម្មខាងក្រោម៖ • សេវាកម្មព្យាបាលរោគខ្វះសារធាតុបំប៉នសុខភាព (សេវាកម្មនេះមិនរាប់បញ្ចូលវិធីសាស្ត្រថ្លៃឱ្យមានថ្លៃពោះទេ។) • សេវាកម្មព្យាបាលស្ថានភាពជម្ងឺអេដស៍ និងមេរោគពាក់ព័ន្ធមេរោគអេដស៍ • សេវាកម្មពិនិត្យពូជ	\$0 ការរួមចំណែកបង់ថ្លៃសម្រាប់សេវាកម្មវេជ្ជសាស្ត្រនិងរោគវិនិច្ឆ័យ។ សម្រាប់សម្ភារៈតាមវេជ្ជបញ្ជាការបង់ប្រាក់រួមតាមវេជ្ជបញ្ជាអាចនឹងបានអនុវត្តន៍។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan តាមលេខ 1-855-905-3825 (TTY:711) ម៉ោង 8:00 ព្រឹក – ម៉ោង 8:00 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅមកលេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** សូមចូលមើលនៅ

www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect។



សេវាកម្មដែលគម្រោងរបស់យើងបង់ប្រាក់ទូទាត់ជូន	អ្វីដែលអ្នកត្រូវតែចំណាយ
 កម្មវិធីអប់រំសុខភាព និងសុខុមាលភាព យើងខ្ញុំផ្តល់ជូននូវកម្មវិធីជាច្រើនដែលផ្ដោតសំខាន់ទៅលើលក្ខខណ្ឌសុខភាពជាក់លាក់។ កម្មវិធីទាំងនេះរួមមាន៖ • កម្មវិធីអប់រំអំពីសុខភាព • កម្មវិធីអប់រំអំពីសារធាតុបំប៉ន • កម្មវិធីបញ្ឈប់ការជក់បារី និងការប្រើប្រាស់ថ្នាំជក់ និង • បណ្តាញទូរសព្ទសម្រាប់ការពិគ្រោះការព្យាបាល ខ្សែទូរសព្ទផ្តល់ដំបូន្មានពីគិលានុបដ្ឋាយិការបស់ Blue Shield of California Promise Health Plan ផ្តល់ជូនការគាំទ្រដោយមានគិលានុបដ្ឋាយិកាដែលបានចុះឈ្មោះត្រឹមត្រូវសម្រាប់រង់ចាំឆ្លើយសំណួរ 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ទូរសព្ទទៅបណ្តាញដំបូន្មានពីគិលានុបដ្ឋាយិកាតាមលេខ (800) 609-4166 (TTY 711)។ គិលានុបដ្ឋាយិកា នៅរង់ចាំតាមទូរសព្ទដើម្បីឆ្លើយតបសំណួរអំពីសុខភាពទូទៅ និងផ្តល់ការគ្រប់គ្រងទិសទៅកាន់ធនធានបន្ថែមសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។ ជាមួយខ្សែទូរសព្ទផ្តល់ដំបូន្មានពីគិលានុបដ្ឋាយិកាសមាជិកអាចទទួលបានសេចក្តីសង្ខេបនៃការសន្ទនាតាមរយៈអ៊ីមែលដែលរួមមានព័ត៌មានទាំងអស់ និងគំណើម្បីងាយស្រួលរក។	\$0



សេវាកម្មដែលគម្រោងរបស់យើងបង់ប្រាក់ទូទាត់ជូន	អ្វីដែលអ្នកត្រូវតែចំណាយ
 សមាជិកក្តីបសុខភាពនិងថ្នាក់ហាត់ប្រាណ SilverSneakers® Fitness ការធ្វើលំហាត់ប្រាណ ការអប់រំ និងសកម្មភាពសង្គមដែលអាចទទួលបាននៅ៖ • កន្លែងហាត់ប្រាណរាប់ពាន់កន្លែងទូទាំងប្រទេសដែលអ្នកអាចប្រើបានគ្រប់ពេល។ • ឧបករណ៍ហាត់ប្រាណនិងថ្នាក់នៅ SilverSneakers ។ • ព្រឹត្តិការណ៍និងសកម្មភាពសង្គម។ • ថ្នាក់នៅ SilverSneakers FLEX™ ដូចជាយូហ្គា រាំឡាតាំង និង ថៃជី។ • មានអារម្មណ៍ដូចជាអ្នកនៅក្នុងថ្នាក់ដោយមិនចាំបាច់ចាកចេញពីផ្ទះដោយការប្រើ SilverSneakers Life។	\$0

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan តាមលេខ 1-855-905-3825 (TTY:711) ម៉ោង 8:00 ព្រឹក – ម៉ោង 8:00 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅមកលេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** សូមចូលមើលនៅ

www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect។



សេវាកម្មដែលគម្រោងរបស់យើងបង់ប្រាក់ទូទាត់ជូន	អ្វីដែលអ្នកត្រូវតែចំណាយ
សេវាកម្មផ្នែកស្តាប់ យើងខ្ញុំបង់ប្រាក់ទូទាត់សម្រាប់សេវាកម្មផ្នែកស្តាប់ និងពិនិត្យកម្រិតល្បឿននៃការស្តាប់ដែលផ្តល់ជូនដោយក្រុមគ្រូពេទ្យរបស់អ្នក។ សេវាកម្មពិនិត្យទាំងនេះនឹងប្រាប់អ្នកថា តើអ្នកត្រូវការសេវាកម្មថែទាំសុខភាពអ្វីខ្លះ។ សេវាកម្មទាំងនេះទទួលបានការរ៉ាប់រងជាសេវាកម្មថែទាំអ្នកជម្ងឺមិនសម្រាកពេទ្យនៅពេលអ្នកទទួលបានសេវាកម្មទាំងនេះពីគ្រូពេទ្យឯកទេស គ្រូពេទ្យផ្នែកសោតទស្សន៍ ឬក្រុមគ្រូពេទ្យមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ដទៃទៀត។ Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan គ្របដណ្តប់ចំពោះអត្ថប្រយោជន៍ឧបករណ៍ជំនួយការស្តាប់បន្ថែមសម្រាប់គ្រូពេទ្យទាំងពីររួមគ្នាដល់ទៅ \$2,000 រាល់ឆ្នាំទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ (1 មករា – 31 ធ្នូ)។ អត្ថប្រយោជន៍ជំនួយការស្តាប់រួមមាន៖ • ឧបករណ៍ជំនួយការស្តាប់ • ផ្នែកដាក់ជាប់គ្រឿងនៃឧបករណ៍ជំនួយការស្តាប់ • សម្ភារៈផ្គត់ផ្គង់សម្រាប់ការកែតម្រូវ • គ្រឿងបន្លាស់ បន្ថែមពីលើអត្ថប្រយោជន៍បន្ថែមខាងលើនេះ Medi-Cal អាចគ្របដណ្តប់លើអត្ថប្រយោជន៍ជំនួយការស្តាប់ ក្នុងតម្លៃរហូតដល់ទៅ \$1,510 ជារៀងរាល់ឆ្នាំសារពើពន្ធ (ថ្ងៃទី 1 ខែកក្កដា ដល់ថ្ងៃទី 30 ខែមិថុនា) ។ ប្រសិនបើអ្នកមានផ្ទៃពោះឬរស់នៅក្នុងមណ្ឌលថែទាំអ្នកជម្ងឺ យើងក៏នឹងបង់ថ្លៃសម្រាប់ឧបករណ៍ជំនួយការស្តាប់ផងដែរដូចជា៖ • ការបំពាក់បំប៉ន ការផ្គត់ផ្គង់ និងការស្ថិតបញ្ចូល • ការជួសជុលដែលមានតម្លៃលើសពី \$25 ក្នុងការជួសជុលម្តង • ថ្មថាមពលមួយឈ្មុតដំបូង • ចូលរួមប្រាំមួយដងក្នុងកម្មវិធីបណ្តុះបណ្តាល កម្មវិធីកែតម្រូវ និងកម្មវិធីបង្រៀនអ្នករស់នៅក្នុងមណ្ឌលថែទាំអ្នកជម្ងឺ ទទួលបានជំនួយផ្នែកស្តាប់ • សេវាកម្មជួលឧបករណ៍ជំនួយផ្នែកស្តាប់សម្រាប់ពេលសាកល្បង <i>វិធានអនុញ្ញាតអាចនឹងអនុវត្តន៍ចំពោះសេវាទាំងនេះ។ អ្នកគួរតែប្រឹក្សាជាមួយពេទ្យរបស់អ្នក និងស្នើសុំការបញ្ជូនបន្ត។</i>	\$0

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan តាមលេខ 1-855-905-3825 (TTY:711) ម៉ោង 8:00 ព្រឹក – ម៉ោង 8:00 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅមកលេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** សូមចូលមើលនៅ

www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect។



សេវាកម្មដែលគម្រោងរបស់យើងបង់ប្រាក់ទូទាត់ជូន	អ្វីដែលអ្នកត្រូវតែចំណាយ
 សេវាកម្មពិនិត្យរកមេរោគ HIV យើងខ្ញុំបង់ប្រាក់ទូទាត់សម្រាប់សេវាកម្មពិនិត្យរកមេរោគអេដស៍រៀងរាល់ 12 ខែសម្រាប់សមាជិកដែល៖ • ស្នើសុំការធ្វើតេស្តពិនិត្យរកមេរោគ HIV, ឬ • ស្ថិតក្នុងស្ថានភាពមានហានិភ័យឆ្លងមេរោគ HIV កាន់តែខ្ពស់។ សម្រាប់ស្ត្រីដែលមានផ្ទៃពោះ យើងខ្ញុំបង់ប្រាក់ទូទាត់សម្រាប់សេវាកម្មពិនិត្យរកមេរោគអេដស៍បីដង អំឡុងពេលមានផ្ទៃពោះ។	\$0
តំហែទាំសុខភាពនៅតាមផ្ទះ៖ មុនពេលអ្នកអាចទទួលបានសេវាកម្មថែទាំសុខភាពនៅមូលដ្ឋានវេជ្ជបណ្ឌិតមួយរូបត្រូវប្រាប់យើងខ្ញុំថា អ្នកត្រូវការសេវាកម្មទាំងនេះហើយត្រូវបានផ្តល់ជូនដោយទីភ្នាក់ងារសុខភាពក្នុងមូលដ្ឋាន។ យើងខ្ញុំនឹងបង់ប្រាក់ទូទាត់សម្រាប់សេវាកម្មខាងក្រោម ហើយប្រហែលជាសេវាកម្មផ្សេងៗទៀតដែលមិនមាននៅក្នុងបញ្ជីនេះ៖ • សេវាកម្មផ្តល់ជំនួយសុខភាពតាមគេហដ្ឋាន និងមន្ទីរថែទាំជំនាញមួយរយៈពេល ឬក្រៅម៉ោង (ដើម្បីទទួលបានការរ៉ាប់រងក្រោមសេវាកម្មអត្ថប្រយោជន៍ថែទាំសុខភាពតាមគេហដ្ឋាន មន្ទីរថែទាំជំនាញ និងសេវាផ្តល់ជំនួយសុខភាពតាមគេហដ្ឋានរួមត្រូវតែសរុបឱ្យបានតិចជាង 8 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ និង 35 ម៉ោងក្នុងមួយសប្តាហ៍) • សេវាកម្មព្យាបាលដោយចលនាលើរាងកាយ សេវាកម្មព្យាបាលដោយចលនាដោយអ្នកជំនាញ និងសេវាកម្មព្យាបាលដោយពាក្យសំដី • សេវាកម្មវេជ្ជសាស្ត្រ និងសង្គម • សម្ភារៈបរិក្ខារ និងសម្ភារៈពេទ្យ <i>វិធានអនុញ្ញាតអាចនឹងអនុវត្តន៍ចំពោះសេវាទាំងនេះ។ អ្នកគួរតែប្រឹក្សាជាមួយពេទ្យរបស់អ្នក និងស្នើសុំការបញ្ជូនបន្ត។</i>	\$0



សេវាកម្មដែលគម្រោងរបស់យើងបង់ប្រាក់ទូទាត់ជូន	អ្វីដែលអ្នកត្រូវតែចំណាយ
វិធីព្យាបាលតាមការចាក់ថ្នាំនៅផ្ទះ: យើងនឹងបង់ប្រាក់សម្រាប់ការព្យាបាលដោយវិធីព្យាបាលដោយចាក់ថ្នាំនៅតាមផ្ទះ ពោលគឺសារធាតុជីវសាស្ត្រឬជាឱសថដែលត្រូវចាក់បញ្ចូលក្នុងសរសៃឈាម ឬ ក្រោមស្បែក ហើយអ្នកទទួលបានការចាក់នៅផ្ទះ។ ឱសថប្រភេទខាងក្រោមត្រូវចាំបាច់ចាក់នៅតាមផ្ទះ៖ • សារធាតុជីវសាស្ត្រ ឬ ឱសថ ដូចជា ក្លូប៊ីយលីនប្រព័ន្ធសុំ ឬ ប្រឆាំងនឹងមេរោគឆ្លង • ឧបករណ៍ដូចជា ឧបករណ៍គ្រប់គ្រងចំណុះចាក់ថ្នាំ និង • គ្រឿងផ្គត់ផ្គង់ដូចជា បំពង់បញ្ចូលថ្នាំ ឬ បំពង់កាតេទេ។ យើងនឹងគ្រប់ដណ្តប់លើសេវាចាក់ថ្នាំនៅផ្ទះ ដែលរួមបញ្ចូលទាំង៖ • សេវាដែលមានវិជ្ជាជីវៈ ដូចជា សេវាថែទាំអ្នកជម្ងឺ ដែលអ្នកនឹងទទួលបានស្របតាមគម្រោងរបស់អ្នក។ • ការបណ្តុះបណ្តាលនិងការអប់រំដល់សមាជិក ដែលមិនទាន់បានរាប់បញ្ចូលក្នុងអត្ថប្រយោជន៍ DME។ • ការតាមដានអាការពិចម្ងាយ និង • សេវាតាមដានការផ្តល់ជូនវិធីព្យាបាលដោយការចាក់ថ្នាំនៅផ្ទះ និង ឱសថសម្រាប់ចាក់នៅផ្ទះ ដែលទទួលបានពីអ្នកផ្គត់ផ្គង់ឱសថសម្រាប់ចាក់នៅផ្ទះដែលមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់។ ច្បាប់ស្តីអំពីការអនុញ្ញាតជាមុខអាចនឹងមានសម្រាប់សេវាកម្មទាំងនេះ។ អ្នកគួរពិភាក្សាជាមួយគ្រូពេទ្យនិងសុំការបញ្ជូនបន្ត។	អ្នកចំណាយ \$0 សម្រាប់ការទៅជួបអំពីវិធីព្យាបាលដោយចាក់ថ្នាំនៅផ្ទះដែលមានការគ្របដណ្តប់។



សេវាកម្មដែលគម្រោងរបស់យើងបង់ប្រាក់ទូទាត់ជូន	អ្វីដែលអ្នកត្រូវតែចំណាយ
ការចែកចាយម្ហូបអាហារតាមផ្ទះ: សម្រាប់បុគ្គល នាពេលចេញពីការស្នាក់នៅមន្ទីរពេទ្យសម្រាកព្យាបាលឬកន្លែងថែទាំជំនាញ(SNF)យើងគ្របដណ្តប់ចំពោះ៖ • អាហារ 22 មុខនិងអាហារសម្រន់ 10 ដងក្នុងពេលចេញពីមន្ទីរពេទ្យម្តង • អាហារនិងអាហារសម្រន់នឹងត្រូវបែងចែកជាការចែកចាយរហូតដល់ទៅ 1 ប៊ី ដងដាច់ដោយឡែកពីគ្នាតាមតម្រូវការ • ការធានារ៉ាប់រងនឹងត្រូវកំណត់ទៅត្រឹមពីរលើកក្នុងមួយឆ្នាំ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម អ្នកអាចទទួលបានព័ត៌មានកាន់ផ្នែកបម្រើសេវាអតិថិជនរបស់ Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan (លេខមាននៅខាងក្រោយកូនសៀវភៅ។	អ្នកចំណាយ \$0 សម្រាប់ ការដឹកជញ្ជូនអាហារ ដល់ផ្ទះក្រោម ការគ្របដណ្តប់ នីមួយៗ។
សេវាកម្មថែទាំអ្នកជំងឺធ្ងន់ អ្នកអាចទទួលបានសេវាកម្មថែទាំពីកម្មវិធីថែទាំជនងាយរងគ្រោះបំផុតដែលមានសេចក្តីអនុញ្ញាតពីកម្មវិធី Medicare។ អ្នកមានសិទ្ធិជ្រើសមន្ទីរថែទាំចុងក្រោយ បើសិនអ្នកផ្តល់សេវា ឬប្រធានគ្រប់គ្រងមន្ទីរវេជ្ជសាស្ត្រកំណត់ថាអ្នកត្រូវតែទទួលបានការថែទាំសម្រាប់ដំណាក់កាលចុងក្រោយ។ នេះមានន័យថាអ្នកមានជំងឺធ្ងន់ធ្ងរ និងរំពឹងថាអាចរស់បានត្រឹមប្រាំមួយខែ ឬតិចជាងនេះ។ វេជ្ជបណ្ឌិតផ្នែកសេវាកម្មថែទាំអ្នកជំងឺធ្ងន់ធ្ងរ អាចជាក្រុមគ្រូពេទ្យក្នុងបណ្តាញ ឬក្រុមគ្រូពេទ្យក្រៅបណ្តាញ។ គម្រោងនឹងបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាដូចខាងក្រោម ខណៈដែលអ្នកកំពុងទទួលបានសេវាកម្មនៅក្នុងមន្ទីរថែទាំចុងក្រោយ៖ • ឱសថសម្រាប់ព្យាបាលរោគសញ្ញា និងការឈឺចាប់ • សេវាកម្មថែទាំជំនួសរយៈពេលខ្លី • សេវាកម្មថែទាំតាមផ្ទះ អត្ថប្រយោជន៍នេះគឺមានបន្តនៅទំព័របន្ទាប់	\$0



សេវាកម្មថែទាំអ្នកជំងឺធ្ងន់ (បន្ត) សេវាកម្មមន្ទីរពេទ្យថែទាំចុងក្រោយ ឬសេវាដែលរ៉ាប់រងដោយ Medicare ផ្នែក A ឬ B ត្រូវបានចេញវិក្កយបត្រទៅកាន់ Medicare។ • សូមមើលផ្នែក F នៃជំពូកនេះសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។ • នៅពេលអ្នកស្ថិតនៅក្នុងកម្មវិធីព្យាបាលអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយដែលទទួលបានការបញ្ជាក់ពីកម្មវិធី Medicare ផ្នែក A និង B សេវាកម្មដែលមានទំនាក់ទំនងជាមួយជម្ងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយរបស់អ្នកនឹងត្រូវបង់ចំណាយដោយ Medicare។ Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan មិនបង់ថ្លៃសម្រាប់សេវាទាំងនេះទេ។ សម្រាប់សេវារ៉ាប់រងដោយគម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan ប៉ុន្តែមិនត្រូវបានរ៉ាប់រងដោយ Medicare ផ្នែក A ឬ B៖ • គម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan នឹងរ៉ាប់រងលើសេវាកម្មដែលត្រូវរ៉ាប់រងដោយផែនការដែលមិនស្ថិតក្រោមការរ៉ាប់រងរបស់ផ្នែក A ឬ B នៃកម្មវិធី។ ផែនការនេះនឹងរ៉ាប់រងលើសេវាកម្មទាំងនេះ ទោះបីជាវាមានឬមិនមានទំនាក់ទំនងជាមួយជម្ងឺដែលមិនអាចព្យាបាលបានរបស់អ្នកក៏ដោយ។ អ្នក មិន ចាំបាច់បង់ប្រាក់ទូទាត់សម្រាប់សេវាកម្មទាំងនេះទេ។ សម្រាប់ឱសថដែលមិនមានការរ៉ាប់រងដោយអត្ថប្រយោជន៍ Medicare ផ្នែក D របស់គម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan៖ • ឱសថមិនអាចត្រូវបានរ៉ាប់រងដោយមធ្យោបាយថែទាំរយៈពេលយូរ និងគម្រោងរបស់យើងក្នុងពេលតែមួយបានទេ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមមើលជំពូកទី 5 ផ្នែក B, C និង D ។ កំណត់សម្គាល់៖ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការសេវាមន្ទីរមើលថែទាំជនងាយរងគ្រោះបំផុត អ្នកអាចទូរសព្ទទៅកាន់កម្មវិធី Care Navigator របស់អ្នកដើម្បីឱ្យគេរៀបចំសេវាកម្មទាំងនោះជូនអ្នក។ សេវាកម្មមិនមែនសម្រាប់ជនងាយរងគ្រោះបំផុតគឺជាសេវាកម្មថែទាំដែលមិនពាក់ព័ន្ធនឹងជំងឺសេសសល់របស់អ្នក។ ដើម្បីនិយាយជាមួយអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នក សូមទូរសព្ទទៅកាន់ផ្នែកបម្រើសេវាអតិថិជនតាមលេខទូរសព្ទនៅផ្នែកខាងក្រោមនៃទំព័រនេះនិងជ្រើសរើសជំរើសអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំនៅក្នុងជួរ។ គម្រោងរបស់យើងរ៉ាប់រងចំពោះសេវាកម្មប្រឹក្សាអំពីមន្ទីរមើលថែទាំជនងាយរងគ្រោះ (តែម្តងគត់) សម្រាប់អ្នកជំងឺដែលឈឺធ្ងន់ដែលមិនបានជ្រើសយកអត្ថប្រយោជន៍ណាមួយពីមន្ទីរមើលថែជនងាយរងគ្រោះបំផុត។	\$0
--	------------



សេវាកម្មដែលគម្រោងរបស់យើងបង់ប្រាក់ទូទាត់ជូន	អ្វីដែលអ្នកត្រូវតែចំណាយ
 ការចាក់ថ្នាំបង្ការ យើងនឹងបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាកម្មខាងក្រោម៖ • ថ្នាំវ៉ាក់សាំងការពារជម្ងឺសួត (Pneumonia vaccine) • ការចាក់ថ្នាំការពារជំងឺផ្តាសាយធំ ម្តងរៀងរាល់ដប់ប្រាំពីរខែនៅរដូវកាលរដូវក្ដៅ និងរដូវរងារ ដោយមានការចាក់ការពារជំងឺផ្តាសាយបន្ថែម បើសិនជាចាំបាច់តាមបែបវេជ្ជសាស្ត្រ • ថ្នាំបង្ការជម្ងឺថ្លើមប្រភេទ B បើអ្នកស្ថិតក្នុងស្ថានភាពមានហានិភ័យខ្ពស់ឬមធ្យមនៃជម្ងឺថ្លើមប្រភេទ B ។ • ថ្នាំវ៉ាក់សាំងផ្សេងៗទៀត បើអ្នកស្ថិតក្នុងស្ថានភាពប្រឈមសុខភាព ហើយថ្នាំទាំងនោះសមស្របតាមវិធានច្បាប់ធានារ៉ាប់រងផ្នែក B នៃកម្មវិធី Medicare។ យើងខ្ញុំនឹងបង់ប្រាក់ទូទាត់សម្រាប់ថ្នាំបង្ការផ្សេងៗទៀតដែលសមស្របតាមគោលការណ៍ធានារ៉ាប់រងផ្នែក B នៃកម្មវិធី Medicare។ សូមអានជំពូកទី 6 ផ្នែក H ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែម។ យើងក៏បង់ថ្លៃវ៉ាក់សាំងទាំងអស់សម្រាប់មនុស្សពេញវ័យដូចតាមការណែនាំដោយគណៈកម្មាធិការប្រឹក្សាស្តីពីការអនុវត្តន៍ការចាក់ថ្នាំបង្ការរោគ (Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP)។	\$0



សេវាកម្មដែលគម្រោងរបស់យើងបង់ប្រាក់ទូទាត់ជូន	អ្វីដែលអ្នកត្រូវតែចំណាយ
ការថែទាំអ្នកជំងឺដែលសម្រាកនៅមន្ទីរពេទ្យ យើងខ្ញុំនឹងបង់ប្រាក់ទូទាត់សម្រាប់សេវាកម្មខាងក្រោម និងសេវាកម្មដែលចាំបាច់តាមបែបវេជ្ជសាស្ត្រផ្សេងៗទៀតដែលមិនមាននៅក្នុងបញ្ជីនេះ៖ • បន្ទប់ពាក់កណ្តាលឯកជន (ឬបន្ទប់ឯកជនពេញលេញ បើមានភាពចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ) • អាហារ រួមទាំងរបបអាហារពិសេស • សេវាកម្មថែទាំអ្នកជំងឺជាប្រចាំ • ថ្លៃបង់ប្រាក់ទូទាត់ឱ្យផ្នែកសេវាកម្មពិសេស ដូចជា សេវាកម្មថែទាំដោយចេតនាឬផ្នែកសេវាកម្មថែទាំដោយចេញពីចិត្ត • ឱសថ និងសេវាកម្មព្យាបាល • សេវាកម្មពិសោធន៍ • សេវាកម្មថតកាំរស្មីអ៊ុច និងសេវាកម្មថតឆ្លុះផ្សេងៗទៀត • សម្ភារៈរក្សាទុក និងសម្ភារៈពេទ្យដែលចាំបាច់ត្រូវមាន អត្ថប្រយោជន៍នេះគឺមានបន្តនៅទំព័របន្ទាប់	\$0 អ្នកត្រូវតែទទួលបានការបញ្ជាក់យល់ព្រមពីគម្រោង ដើម្បីបន្តទទួលបានសេវាស្នាក់នៅមន្ទីរពេទ្យ ក្នុងមន្ទីរពេទ្យក្រៅបណ្តាញបន្ទាប់ពីករណីអាសន្នរបស់អ្នកស្ថិតមានស្ថេរភាព។



សេវាកម្មដែលគម្រោងរបស់យើងបង់ប្រាក់ទូទាត់ជូន	អ្វីដែលអ្នកត្រូវតែចំណាយ
ការថែទាំអ្នកជំងឺដែលសម្រាកនៅមន្ទីរពេទ្យ (បន្ត) • របស់របរប្រើប្រាស់ ដូចជា កៅអីសម្រាប់អ្នកពិការភ្លើងជាដើម • សេវាកម្មប្រតិបត្តិការ និងបន្ទប់សម្រាប់ពេលធ្ងន់ស្រាល • សេវាកម្មព្យាបាលដោយចលនាឈាមកាយ ដោយវិជ្ជាជីវៈ និងដោយសំដី • សេវាកម្មអំពីការសេពសារធាតុញៀនសម្រាប់អ្នកជំងឺ • ក្នុងករណីមួយចំនួន ប្រភេទនៃការវះកាត់ប្តូរសរីរាង្គដូចជា៖ កែវភ្នែក ក្រលៀន ក្រលៀន/លំពែង បេះដូង ថ្លើម សួរ បេះដូង/សួរ ខួងឆ្អឹង ទងឆ្អឹង និងពោះវៀន/គ្រឿងក្នុងចម្រុះ។ បើអ្នកត្រូវការគ្រឿងក្នុងសម្រាប់ប្តូរ មជ្ឈមណ្ឌលគ្រឿងក្នុងសម្រាប់ប្តូរដែលមានការយល់ព្រមពីកម្មវិធី Medicare នឹងពិនិត្យករណីរបស់អ្នក និងសម្រេចថា តើអ្នកជាបេក្ខជនសម្រាប់សេវាកម្មផ្លាស់ប្តូរគ្រឿងក្នុងដែរឬទេ។ អ្នកផ្តល់សេវាផ្លាស់ប្តូរសរីរាង្គក្នុងអាចនៅក្នុងមូលដ្ឋាន ឬ នៅក្រៅតំបន់សេវាកម្មរបស់អ្នក។ ប្រសិនបើអ្នកផ្តល់សេវាវះកាត់ប្តូរសរីរាង្គក្នុងតំបន់យល់ព្រមទទួលយកអត្រាតម្លៃ Medicare នោះអ្នកអាចទទួលបានសេវាប្តូរសរីរាង្គរបស់អ្នកនៅតាមមូលដ្ឋានឬក្រៅទម្រង់នៃការថែទាំសម្រាប់សហគមន៍របស់អ្នក។ ប្រសិនបើ Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan ផ្តល់នូវសេវាប្តូរសរីរាង្គខាងក្រៅក្នុងនៃការថែទាំសម្រាប់សហគមន៍របស់អ្នក ហើយ អ្នកជ្រើសរើសយកការប្តូរសរីរាង្គរបស់អ្នកនៅទីនោះ យើងនឹងរៀបចំឬបង់ថ្លៃស្នាក់នៅនិងថ្លៃធ្វើដំណើរសម្រាប់អ្នកនិងមនុស្សម្នាក់ផ្សេងទៀត។ • ឈាមដែលរួមទាំងការរក្សាទុក និងការផ្តល់ឱសថព្យាបាល • សេវាកម្មគ្រូពេទ្យ <i>វិធានអនុញ្ញាតអាចនឹងអនុវត្តន៍ចំពោះសេវាទាំងនេះ។</i> <i>អ្នកគួរតែប្រឹក្សាជាមួយពេទ្យរបស់អ្នក និងស្នើសុំការបញ្ជូនបន្ត។</i>	\$0 អ្នកត្រូវតែទទួលបានការបញ្ជាក់យល់ព្រមពីគម្រោង ដើម្បីបន្តទទួលបានសេវាស្នាក់នៅមន្ទីរពេទ្យ ក្នុងមន្ទីរពេទ្យក្រៅបណ្តាញបន្ទាប់ពីករណីអាសន្នរបស់អ្នកស្ថិតមានស្ថេរភាព។



សេវាកម្មដែលគម្រោងរបស់យើងបង់ប្រាក់ទូទាត់ជូន	អ្វីដែលអ្នកត្រូវតែចំណាយ
ការថែទាំសុខភាពផ្លូវចិត្តរបស់អ្នកជំងឺស្នាក់នៅមន្ទីរពេទ្យ យើងខ្ញុំនឹងបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាកម្មថែទាំសុខភាពផ្លូវចិត្តដែលត្រូវការស្នាក់នៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យ។ • បើអ្នកត្រូវការសេវាកម្មអ្នកជំងឺសម្រាកនៅមន្ទីរពេទ្យ នៅមន្ទីរពេទ្យវិកលចរិត យើងខ្ញុំនឹងបង់ប្រាក់ទូទាត់សម្រាប់រយៈពេល 190 ថ្ងៃដំបូង។ បន្ទាប់មក ទីភ្នាក់ងារសុខភាពខោនធីមួយដ្ឋាននឹងបង់ប្រាក់ទូទាត់សម្រាប់សេវាកម្មអ្នកជំងឺវិកលចរិតដែលចាំបាច់សម្រាប់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ។ ការអនុញ្ញាតសម្រាប់សេវាកម្មថែទាំលើសពី 190 ថ្ងៃ នឹងត្រូវបានសម្របសម្រួលជាមួយទីភ្នាក់ងារសុខភាពផ្លូវចិត្តខោនធីមួយដ្ឋាន។ ◦ កម្រិតកំណត់ 190 ថ្ងៃមិនត្រូវបានអនុវត្តចំពោះសេវាកម្មសុខភាពផ្លូវចិត្តរបស់អ្នកជំងឺសម្រាកនៅមន្ទីរពេទ្យដែលត្រូវបានផ្តល់នៅផ្នែកវិកលចរិតនៃមន្ទីរពេទ្យទូទៅ។ • បើអ្នកមានអាយុលើសពី 65 ឆ្នាំឡើងទៅ យើងនឹងបង់ប្រាក់ទូទាត់សម្រាប់សេវាកម្មដែលទទួលបាននៅវិទ្យាស្ថានជំងឺផ្លូវចិត្ត (IMD)។ <i>វិធានអនុញ្ញាតអាចនឹងអនុវត្តចំពោះសេវាទាំងនេះ។ អ្នកគួរតែប្រឹក្សាជាមួយពេទ្យរបស់អ្នក និងស្នើសុំការបញ្ជូនបន្ត។</i>	\$0



ការស្នាក់នៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យ៖ សេវាក្របដណ្តប់នៅមន្ទីរពេទ្យឬមន្ទីរថែទាំជំនាញ (SNF) ក្នុងកំឡុងពេលស្នាក់នៅមន្ទីរពេទ្យដោយមិនមានការធានារ៉ាប់រង។ ប្រសិនបើការស្នាក់នៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យរបស់អ្នក មិនមានហេតុផលសមរម្យតាមការតម្រូវការខាងព្យាបាលទេនោះ យើងនឹងមិនបង់ថ្លៃសម្រាប់សេវាទាំងនេះទេ។ ទោះបីយ៉ាងណា ក្នុងករណីមួយចំនួនដែលការថែទាំ សម្រាប់ការសង្រ្គោះក្នុងមន្ទីរពេទ្យមិនត្រូវបានធានារ៉ាប់រង យើងប្រហែលជាអាចនៅតែបង់ថ្លៃសម្រាប់សេវាដែលអ្នកបាន ទទួលបាន៖ ពេលដែលអ្នកស្នាក់នៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យ ឬ មន្ទីរថែទាំ។ ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែម សូមទាក់ទងផ្នែកបម្រើសេវាអតិថិជន។ យើងខ្ញុំនឹងបង់ប្រាក់ទូទាត់សម្រាប់សេវាកម្មខាងក្រោម ហើយប្រហែលជាសេវាកម្មផ្សេងៗទៀតដែល មិនមាននៅក្នុងបញ្ជីនេះ៖ • សេវាកម្មវេជ្ជបណ្ឌិត • ការធ្វើតេស្តរកមេរោគ ដូចជាការធ្វើតេស្តក្នុងមន្ទីរពិសោធន៍ • សេវាកម្មព្យាបាលដោយចលនាបំបាត់ការងាយរងគ្រោះ (វ៉ាឌីយ៉ូម និង ការព្យាបាលដោយអ៊ីសូតូប) ឬកម្រិតទាំងសម្ភារៈ និងគ្រឿង ផ្គត់ផ្គង់របស់អ្នកបច្ចេកទេសផងដែរ • គ្រឿងផ្គត់ផ្គង់ផ្នែកវះកាត់ • ប្រដាប់ទ្រទ្រង់ដៃបាក់ និងសម្ភារៈផ្សេងៗទៀតដែល ត្រូវបានប្រើប្រាស់សម្រាប់ផ្នែកបាក់ និងភ្លាត់ • ឧបករណ៍ទ្រ និងតម្រង់ក្រៅពីទន្ធពេទ្យរួមមានការជំនួស ឬ ការជួសជុលឧបករណ៍ទាំងនេះ។ ទាំងនេះជាឧបករណ៍ដែល៖ ○ ជំនួសផ្នែកទាំងអស់ ឬ ផ្នែកណាមួយនៃសរីរាង្គកាយ ខាងក្នុង (រួមមាន ជាលិកាដែលជាប់គ្នា) ឬ ○ ជំនួសផ្នែកទាំងអស់ ឬផ្នែកណាមួយនៃសរីរាង្គកាយដែល អស់កម្ម ឬមានមុខងារខុសប្រក្រតី។ • ជើង ដៃ ខ្នង និងប្រដាប់ទប់ក ប្រដាប់ទ្រ និង ជើងដៃសិប្បនិម្មិត ព្រមទាំងភ្នែក។ នេះរួមមានការតម្រង់ ការជួសជុល និងការជំនួសដែលចាំបាច់ដោយសារតែការ ការបាក់បែក សឹកវិចរិល បាត់បង់ ឬការផ្លាស់ប្តូរទៅតាម អាការៈរបស់អ្នកជំងឺ • ការព្យាបាលដោយចលនាការព្យាបាលការនិយាយនិងការព្យា បាលដោយការងារ <i>វិធានអនុញ្ញាតអាចនឹងអនុវត្តន៍ចំពោះសេវាទាំងនេះ។ អ្នកគួរតែប្រឹក្សាជាមួយពេទ្យរបស់អ្នក និងស្នើសុំការបញ្ជូនបន្ត។</i>	\$0
---	------------



សេវាកម្មដែលគម្រោងរបស់យើងបង់ប្រាក់ទូទាត់ជូន	អ្វីដែលអ្នកត្រូវតែចំណាយ
សេវាកម្ម និងសម្ភារៈព្យាបាលជំងឺក្រលៀន យើងនឹងបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាកម្មខាងក្រោម៖ • សេវាកម្មអប់រំអំពីជំងឺក្រលៀន ដើម្បីបង្រៀនអំពីរបៀបថែទាំក្រលៀន និងជួយសមាជិកក្នុងការធ្វើសេចក្តីសម្រេចចិត្តដ៏ល្អអំពីការថែទាំខ្លួន។ អ្នកត្រូវតែមានជំងឺក្រលៀនរ៉ាំរ៉ៃកម្រិតទី IV ហើយវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកត្រូវតែបញ្ជាក់អំពីអ្នក។ យើងខ្ញុំនឹងរ៉ាប់រងរហូតដល់ប្រាំមួយវគ្គនៃសេវាកម្មអប់រំអំពីជំងឺក្រលៀន។ • សេវាពិគ្រោះអ្នកជំងឺច្រោះឈាម រួមទាំងការព្យាបាលដោយការច្រោះឈាមពេលស្ថិតនៅខាងក្រៅតំបន់សេវាកម្មជាបណ្តោះអាសន្ន ដូចដែលត្រូវបានបង្ហាញនៅក្នុងជំពូកទី 3 ផ្នែក D • សេវាកម្មបំបែកធាតុអ្នកជំងឺមិនសម្រាកនៅពេទ្យ បើអ្នកត្រូវបានទទួលស្គាល់ថា ជាអ្នកជំងឺមិនសម្រាកនៅពេទ្យសម្រាប់សេវាកម្មថែទាំពិសេស • កម្មវិធីបណ្តុះបណ្តាលអំពីវិធីបំបែកធាតុដោយខ្លួនឯង រួមមានកម្មវិធីបណ្តុះបណ្តាលសម្រាប់អ្នក និងអ្នកដែលជួយអ្នកក្នុងការព្យាបាលដោយវិធីបំបែកធាតុនៅផ្ទះរបស់អ្នក • សម្ភារៈបរិក្ខារ និងគ្រឿងផ្គត់ផ្គង់សម្រាប់ការអនុវត្តន៍លាងតម្រងនៅមន្ទីរពេទ្យ • សេវាកម្មគាំទ្រនៅលំនៅដ្ឋានជាក់លាក់ ដូចជា ការចុះទៅពិនិត្យនៅពេលចាំបាច់ដោយបុគ្គលិកផ្នែកបំបែកធាតុដែលទទួលបានការបណ្តុះបណ្តាល ដើម្បីពិនិត្យការបំបែកធាតុនៅផ្ទះរបស់អ្នក ដើម្បីជួយក្នុងករណីអាសន្ន និងដើម្បីពិនិត្យឧបករណ៍បំបែកធាតុ និងការផ្គត់ផ្គង់ទឹក។ អត្ថប្រយោជន៍ឱសថផ្នែក B របស់អ្នកក្នុងកម្មវិធី Medicare នឹងបង់ថ្លៃឱសថមួយចំនួនសម្រាប់ការច្រោះឈាម។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមមើល “ឱសថមានវេជ្ជបញ្ជា Medicare ផ្នែក B” នៅក្នុងតារាងនេះ។ <i>វិធានអនុញ្ញាតអាចនឹងអនុវត្តន៍ចំពោះសេវាទាំងនេះ។ អ្នកគួរតែប្រឹក្សាជាមួយពេទ្យរបស់អ្នក និងស្នើសុំការបញ្ជូនបន្ត។</i>	\$0

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan តាមលេខ 1-855-905-3825 (TTY:711) ម៉ោង 8:00 ព្រឹក – ម៉ោង 8:00 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅមកលេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** សូមចូលមើលនៅ

www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect



សេវាកម្មដែលគម្រោងរបស់យើងបង់ប្រាក់ទូទាត់ជូន	អ្វីដែលអ្នកត្រូវតែចំណាយ
 ការពិនិត្យជំងឺមហារីកសួត គម្រោងនេះនឹងចំណាយសម្រាប់ការពិនិត្យជំងឺមហារីកសួតជារៀងរាល់ 12 ខែប្រសិនបើអ្នក៖ • មានអាយុពី 55-80 និង • មានការពិគ្រោះយោបល់និងចូលរួមធ្វើការសម្រេចចិត្តរួមគ្នាជាមួយគ្រូពេទ្យឬអ្នកផ្តល់សេវាដែលមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់របស់អ្នក និង • ជក់បារីយ៉ាងហោចណាស់ 1 កញ្ចប់ក្នុងមួយថ្ងៃអស់រយៈពេល 30 ឆ្នាំដោយគ្មានសញ្ញាឬរោគសញ្ញានៃជំងឺមហារីកសួត ឬនៅជក់បារីឬបានឈប់នៅក្នុងរយៈពេល 15 ឆ្នាំចុងក្រោយ។ បន្ទាប់ពីការឆ្លុះពិនិត្យជាលើកដំបូង គម្រោងនឹងបង់ប្រាក់សម្រាប់ការតាមដានម្តងទៀតជារៀងរាល់ឆ្នាំបើអ្នកមានការណែនាំជាលាយលក្ខណ៍អក្សរពីវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកឬអ្នកផ្តល់សេវាដែលមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ផ្សេងទៀត។ <i>វិធានអនុញ្ញាតអាចនឹងអនុវត្តន៍ចំពោះសេវាទាំងនេះ។ អ្នកគួរតែប្រឹក្សាជាមួយគ្រូពេទ្យរបស់អ្នក និងស្នើសុំការបញ្ជូនបន្ត។</i>	\$0



សេវាកម្មដែលគម្រោងរបស់យើងបង់ប្រាក់ទូទាត់ជូន	អ្វីដែលអ្នកត្រូវតែចំណាយ
ការព្យាបាលដោយប្រើសារធាតុបំប៉នតាមវេជ្ជសាស្ត្រ អត្ថប្រយោជន៍នេះមានសម្រាប់អ្នកជំងឺទឹកនោមផ្អែម ឬជំងឺក្រលៀន ដោយមិនមានការប្រោះឈាម។ វាក៏មានសម្រាប់ការវះកាត់ប្តូរក្រលៀនផងដែរ នៅពេលត្រូវបានណែនាំ ដោយវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក។ យើងនឹងបង់ប្រាក់ទូទាត់សម្រាប់សេវាកម្មពិគ្រោះយោបល់មួយទល់នឹងមួយរយៈពេលបីម៉ោង អំឡុងឆ្នាំដំបូងដែលអ្នកទទួលបានសេវាកម្មព្យាបាលដោយប្រើសារធាតុឱសថបំប៉នក្រោមកម្មវិធី Medicare។ (សេវាកម្មនេះរួមមានផែនការរបស់យើងខ្ញុំគម្រោងអត្ថប្រយោជន៍ Medicare ផ្សេងៗទៀត ឬកម្មវិធី Medicare។) យើងអាចអនុម័តសេវាកម្មបន្ថែម បើសិនជាចាំបាច់តាមបែបវេជ្ជសាស្ត្រ។ យើងនឹងបង់ប្រាក់ទូទាត់សម្រាប់សេវាកម្មពិគ្រោះយោបល់មួយទល់នឹងមួយរយៈពេលពីរម៉ោងក្នុងឆ្នាំនីមួយៗបន្ទាប់ពីនោះ។ ប្រសិនបើស្ថានភាពរបស់អ្នក ការព្យាបាល ឬការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យផ្លាស់ប្តូរ អ្នកប្រហែលជាអាចទទួលបានម៉ោងបន្ថែមសម្រាប់ការព្យាបាលជាមួយ សេវាដែលបញ្ជូនបន្ត ពីគ្រូពេទ្យរបស់អ្នក។ វេជ្ជបណ្ឌិតម្នាក់ត្រូវតែចេញវេជ្ជបញ្ជាសេវាកម្មទាំងនេះ និងប្តូរការបញ្ជូនបន្ត រាល់ឆ្នាំ។ ប្រសិនបើការព្យាបាលត្រូវបានត្រូវការនៅឆ្នាំប្រតិទិនបន្ទាប់។ យើងអាចអនុម័តសេវាកម្មបន្ថែម បើសិនជាចាំបាច់តាមបែបវេជ្ជសាស្ត្រ។ <i>វិធានអនុញ្ញាតអាចនឹងអនុវត្តន៍ចំពោះសេវាទាំងនេះ។ អ្នកគួរតែប្រឹក្សាជាមួយពេទ្យរបស់អ្នក និងស្នើសុំការបញ្ជូនបន្ត។</i>	\$0



សេវាកម្មដែលគម្រោងរបស់យើងបង់ប្រាក់ទូទាត់ជូន	អ្វីដែលអ្នកត្រូវតែចំណាយ
 កម្មវិធី Medicare Diabetes Prevention Program (MDPP) គម្រោងនឹងបង់ចំណាយសម្រាប់សេវាកម្ម MDPP ។ MDPP ត្រូវបានបង្កើតឡើងដើម្បីជួយអ្នកបង្កើនសុខភាពអាកប្បកិរិយា ។ វាផ្តល់នូវការបណ្តុះបណ្តាជាក់ស្តែងនៅក្នុង៖ • ការផ្លាស់ប្តូររបបអាហាររយៈពេលវែង និង • ការបង្កើនសកម្មភាពរាងកាយ និង • វិធីដើម្បីរក្សាការសម្រកទម្ងន់និងរបៀបរស់នៅដែលមានសុខភាពល្អ។ វិធានអនុញ្ញាតអាចនឹងអនុវត្តន៍ចំពោះសេវាទាំងនេះ។ អ្នកគួរតែប្រឹក្សាជាមួយពេទ្យរបស់អ្នក និងស្នើសុំការបញ្ជូនបន្ត។	\$0

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan តាមលេខ 1-855-905-3825 (TTY:711) ម៉ោង 8:00 ព្រឹក – ម៉ោង 8:00 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅមកលេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** សូមចូលមើលនៅ

www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect។



សេវាកម្មដែលគម្រោងរបស់យើងបង់ប្រាក់ទូទាត់ជូន	អ្វីដែលអ្នកត្រូវតែចំណាយ
ឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាផ្នែក B នៃកម្មវិធី Medicare ឱសថទាំងនេះត្រូវបានធានារ៉ាប់រងក្រោមផ្នែក B នៃ Medicare។ Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan នឹងបង់ចំណាយសម្រាប់ឱសថដូចខាងក្រោម៖ • ឱសថដែលជាធម្មតាអ្នកមិនផ្តល់ឱ្យខ្លួនឯង និងត្រូវបានចាក់បញ្ចូលឬបំបាយ ក្នុងពេលដែលអ្នកកំពុងទទួលបានសេវាកម្មគ្រូពេទ្យ ជាអ្នកជម្ងឺមិនសម្រាកក្រៅពេទ្យ ឬសេវាកម្មមជ្ឈមណ្ឌលវះកាត់ផ្នែកជំនួយដល់ការដើរ • ឱសថដែលអ្នកកំពុងលេប ដោយប្រើប្រាស់ឧបករណ៍វេជ្ជសាស្ត្រ (ដូចជា ឧបករណ៍បាញ់ទឹក ជាដើម) ដែលមានការអនុញ្ញាតពីគម្រោងនេះ • កត្តាបណ្តាលឱ្យឈាមកកដែលអ្នកផ្តល់ឱ្យខ្លួនឯង តាមរយៈការចាក់ថ្នាំនៅពេលអ្នកមានការបាត់បង់ឈាម • ឱសថសម្រាប់ភាពស្ងប់ បើអ្នកបានចុះឈ្មោះនៅផ្នែក A នៃកម្មវិធី Medicare នៅពេលមានការផ្លាស់ប្តូរសិទ្ធិរាងកាយ • ឱសថជំនួយឆ្អឹងដែលត្រូវបានចាក់បញ្ចូល។ ឱសថទាំងនេះត្រូវបានបង់ថ្លៃនៅពេលអ្នកកំពុងធ្វើដំណើរមកផ្ទះ មានរបួស ប្រេះឆ្អឹងដែលវេជ្ជបណ្ឌិតបញ្ជាក់ថា មានទំនាក់ទំនងជាមួយស្ថានភាពឆ្អឹងខ្សោយក្រោយពេលស្រីអស់រដូវ ហើយមិនអាចចាក់ឱសថដោយខ្លួនឯងបាន។ • អង់ទីសែន • ឱសថលេបសម្រាប់ការពារជម្ងឺមហារីក និងឱសថការពារក្អក • ថ្នាំមួយចំនួនសម្រាប់ការលាងចម្រោះឈាមនៅផ្ទះ រួមមានថ្នាំរាវឈាមកក ថ្នាំប្រឆាំងនឹងការរាវឈាមកក (នៅពេលចាំបាច់សម្រាប់ការព្យាបាល) ថ្នាំលាបឱ្យស្អាត និងភ្នាក់ងាររំញ័រកោសិកាឈាមក្រហម (ដូចជា Epoetin Alfa-epbx ឬ Aranesp®) • ក្លូប៊ុយលីនភាពស្ងប់ IV សម្រាប់ការព្យាបាលជំងឺកង្វះភាពស្ងប់សំខាន់បំផុតនៅផ្ទះ។ យើងក៏គ្របដណ្តប់ថ្នាំរ៉ាក់សាំដមួយចំនួននៅក្រោមអត្ថប្រយោជន៍ឱសថមានវេជ្ជបញ្ជានៃ Medicare ផ្នែក B និងផ្នែក D។ អត្ថប្រយោជន៍នេះគឺមានបន្តនៅទំព័របន្ទាប់	\$0

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan តាមលេខ 1-855-905-3825 (TTY:711) ម៉ោង 8:00 ព្រឹក – ម៉ោង 8:00 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅមកលេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** សូមចូលមើលនៅ

www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect។



សេវាកម្មដែលគម្រោងរបស់យើងបង់ប្រាក់ទូទាត់ជូន	អ្វីដែលអ្នកត្រូវតែចំណាយ
ឱសថមានវេជ្ជបញ្ជានៃកម្មវិធី Medicare ផ្នែក B (បន្ត) ជំពូកទី 5 នេះពន្យល់អំពីអត្ថប្រយោជន៍នៃឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាដល់អ្នកជំងឺដែលមិនសម្រាកនៅមន្ទីរពេទ្យ។ ជំពូកនេះពន្យល់ពីវិធានច្បាប់ដែលអ្នកត្រូវអនុវត្តតាម ដើម្បីឱ្យវេជ្ជបញ្ជាទទួលបានការរ៉ាប់រង។ ជំពូកទី 6 ប្រាប់ពីអ្វីដែលអ្នកត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាជម្ងឺរបស់អ្នកដែលបានមកពីការសម្រាកព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យ។	\$0



សេវាកម្មដែលគម្រោងរបស់យើងបង់ប្រាក់ទូទាត់ជូន	អ្វីដែលអ្នកត្រូវតែចំណាយ
Multipurpose Senior Services Program (MSSP) MSSP គឺជាកម្មវិធីគ្រប់គ្រងករណីមួយដែលផ្តល់សេវាកម្មនៅតាមលំនៅដ្ឋាននិងសហគមន៍ (HCBS) ដល់សមាជិកដែលមានសិទ្ធិទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ក្នុងកម្មវិធី Medi-Cal ។ ដើម្បីមានសិទ្ធិចូលរួមក្នុងកម្មវិធីនេះ អ្នកត្រូវមានអាយុលើសពី 65 ឆ្នាំ រស់នៅក្នុងតំបន់សេវាកម្មក្នុងទីតាំងណាមួយ អាចទទួលបានសេវាកម្មក្នុងកម្រិតកំណត់ថ្លៃចំណាយរបស់កម្មវិធី MSSP សមស្របសម្រាប់សេវាកម្មគ្រប់គ្រងការថែទាំ បច្ចុប្បន្នមានសិទ្ធិសម្រាប់កម្មវិធី Medi-Cal និងមានសេចក្តីបញ្ជាក់ ឬមានលក្ខណៈគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ការដាក់នៅក្នុងមណ្ឌលថែទាំ។ សេវាកម្ម MSSP រួមមាន៖ • មជ្ឈមណ្ឌលជំនួយ/ថែទាំក្មេងជំនង់ពេលថ្ងៃ • ជំនួយក្នុងការស្នាក់នៅ • ការងារផ្ទះនិងជំនួយដល់ការថែទាំបុគ្គល • ការត្រួតពិនិត្យដើម្បីការពារ • ការគ្រប់គ្រងករណី • ការសម្រាកលំហែ • មធ្យោបាយការធ្វើដំណើរ • សេវាកម្មអាហារ • សេវាសង្គម • សេវាកម្មទំនាក់ទំនង សេវាកម្មនេះទទួលបានការរ៉ាប់រងរហូតដល់ទៅ \$5,356.25 ក្នុងមួយឆ្នាំ។ វិធានអនុញ្ញាតអាចនឹងអនុវត្តន៍ចំពោះសេវាទាំងនេះ។ អ្នកគួរតែប្រឹក្សាជាមួយពេទ្យរបស់អ្នក និងស្នើសុំការបញ្ជូនបន្ត។	\$0



សេវាកម្មដែលគម្រោងរបស់យើងបង់ប្រាក់ទូទាត់ជូន	អ្វីដែលអ្នកត្រូវតែចំណាយ
ការដឹកជញ្ជូនផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រករណីមិនបន្ទាន់ អត្ថប្រយោជន៍នេះអនុញ្ញាតឱ្យមានការផ្តល់មធ្យោបាយធ្វើដំណើរដែលមានតម្លៃសមរម្យបំផុត និងអាចប្រើប្រាស់។ សេវាកម្មនេះរួមមាន៖ រថយន្តសង្គ្រោះបន្ទាន់ រថយន្តវត្ត រថយន្តដឹកអ្នកជម្ងឺ បែបវេជ្ជសាស្ត្រមានរទេះរុញ និងសេវាកម្មសម្របសម្រួលការធ្វើដំណើរ។ ទម្រង់នៃមធ្យោបាយធ្វើដំណើរត្រូវបានអនុញ្ញាតនៅពេល៖ - នៅពេលលក្ខខណ្ឌសុខភាព និង/ឬរូបកាយមិនអនុញ្ញាតឱ្យអ្នកធ្វើដំណើរដោយរថយន្តក្រុង រថយន្តដឹកអ្នកជម្ងឺ រថយន្តតាក់ស៊ី ឬទម្រង់នៃមធ្យោបាយធ្វើដំណើរសាធារណៈ និងឯកជនដទៃទៀត និង - ធ្វើដំណើរចាំបាច់ត្រូវមានសម្រាប់គោលបំណងនៃការទទួលសេវាកម្មថែទាំចាំបាច់។ ដោយផ្អែកលើសេវាកម្មនេះ ចាំបាច់ត្រូវមានសេចក្តីអនុញ្ញាតជាមុន។ សេវាកម្មនេះអាចរកបាន ដោយទូរសព្ទទៅលេខ 1-877-433-2178 (TTY 711) 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ និង 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ វិធានអនុញ្ញាតអាចនឹងអនុវត្តន៍ចំពោះសេវាទាំងនេះ។ អ្នកគួរតែប្រឹក្សាជាមួយពេទ្យរបស់អ្នក និងស្នើសុំការបញ្ជូនបន្ត។	\$0



សេវាកម្មផ្តល់មធ្យោបាយធ្វើដំណើរមិនមែនវេជ្ជសាស្ត្រ អត្ថប្រយោជន៍នេះ អនុញ្ញាតឱ្យមធ្យោបាយធ្វើដំណើរទៅកាន់កន្លែងផ្តល់សេវាកម្មវេជ្ជសាស្ត្រ ដោយរថយន្តដឹកអ្នកដំណើររថយន្តតាក់ស៊ី ឬទម្រង់នៃមធ្យោបាយធ្វើដំណើរសាធារណៈ និងឯកជនដទៃទៀត។ កិច្ចព្រមព្រៀងនេះមិនកំណត់កម្រិតអត្ថប្រយោជន៍ផ្នែកមធ្យោបាយធ្វើដំណើរផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រមិនមែនក្នុងករណីអាសន្នទេ។ យើងនឹងផ្តល់ជូននូវការដឹកជញ្ជូនដោយគ្មានដែនកំណត់ទៅកាន់ និងក្រឡប់ពីសេវាកម្មដែលមានការគ្របដណ្តប់និងដែលចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្ររួមបញ្ចូលប៉ុន្តែមិនមានកំណត់ត្រឹមសេវាខាងក្រោម៖ • ការជួបពិគ្រោះជាមួយវេជ្ជបណ្ឌិតឬអ្នកឯកទេសតាមទំលាប់ • ឱសថស្ថានដើម្បីទៅយកឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាដែលមិនអាចផ្ញើទៅអ្នកបាន • ទៅយកសម្ភារៈផ្គត់ផ្គង់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ គ្រឿងសរីរាង្គ សិប្បនិម្មិត សម្ភារៈទ្រទ្រង់សរីរាង្គ ពេលរួសនិងឧបករណ៍ផ្សេងទៀត • សេវាសុខភាពផ្លូវចិត្តឯកទេស សេវាព្យាបាលការប្រើប្រាស់សារធាតុញៀន សេវា Denti-Cal និងសេវាកម្មផ្សេងទៀតដែលផ្តល់ដោយកម្មវិធីរដ្ឋឬស្រុក។ ក្នុងករណីខ្លះ Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan នឹងផ្តល់ប្រាក់សំណងដល់មិត្តភក្តិឬសមាជិកគ្រួសាររបស់អ្នកសម្រាប់ថ្លៃសំង ពេលពួកគេនាំអ្នកទៅកាន់ទីតាំងសេវាដែលមានការគ្របដណ្តប់។ ការទូទាត់សំណងនឹងកើតឡើងនៅពេលគ្មានវិធីសាស្ត្រដឹកជញ្ជូនផ្សេងទៀតអាចរកបាន។ អ្នកមិនអាចបើកបរដោយខ្លួនឯងបានហើយប្រសិនបើអ្នកគិតថាមិត្តភក្តិឬគ្រួសារនឹងត្រូវប្រើឡានផ្ទាល់ខ្លួនរបស់គេដើម្បីជូនអ្នកទៅកាន់ទីតាំងសេវាកម្មដែលមានការធានារ៉ាប់រងសូមទាក់ទងផ្នែកបម្រើសេវាអភិវឌ្ឍន៍ Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan មុនពេលធ្វើដំណើរដើម្បីទទួលបានការយល់ព្រម។ សេវាកម្មនេះអាចរកបាន ដោយទូរសព្ទទៅលេខ 1-877-433-2178 (TTY 711) 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ និង 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ អ្នកគួរតែប្រឹក្សាជាមួយពេទ្យរបស់អ្នក និងស្នើសុំការបញ្ជូនបន្ត។	\$0
--	------------



សេវាកម្មដែលគម្រោងរបស់យើងបង់ប្រាក់ទូទាត់ជូន	អ្វីដែលអ្នកត្រូវតែចំណាយ
ការថែទាំនៅមណ្ឌលមើលថែអ្នកជំងឺ មណ្ឌលថែទាំ (NF) គឺជាកន្លែងផ្តល់សេវាថែទាំសម្រាប់សមាជិកដែលមិនអាចទទួលបានសេវាកម្មថែទាំនៅលំនៅដ្ឋាន ក៏ប៉ុន្តែមិនចាំបាច់សម្រាកនៅមន្ទីរពេទ្យ។ សេវាកម្មដែលយើងខ្ចីនឹងបង់ថ្លៃ ប៉ុន្តែមិនកំណត់សម្រាប់ចំពោះតែសេវាកម្មខាងក្រោមទេ • បន្ទប់ពាក់កណ្តាលឯកជន (ឬបន្ទប់ឯកជន បើមានភាពចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ) • អាហារ រួមទាំងរបបអាហារពិសេស • សេវាកម្មថែទាំអ្នកជំងឺ • សេវាកម្មព្យាបាលដោយចលនាលើរាងកាយ សេវាកម្មព្យាបាលដោយចលនាដោយអ្នកជំនាញ និងសេវាកម្មព្យាបាលដោយពាក្យសំដី • ការព្យាបាលផ្លូវដំណកដង្ហើម • ឱសថដែលត្រូវផ្តល់ឱ្យអ្នក ក្នុងផ្នែកមួយនៃគម្រោងថែទាំរបស់អ្នក។ (ឱសថនេះបូករួមទាំងសារធាតុដែលតែងតែមានវត្តមាននៅក្នុងខ្លួន ដូចជា កត្តាបណ្តាលឱ្យឈាមកកជាដើម។) • ឈាមដែលរួមទាំងការរក្សាទុក និងការផ្តល់ឱសថព្យាបាល • គ្រឿងផ្គត់ផ្គង់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ និងវះកាត់ជាធម្មតាត្រូវបានផ្តល់ឱ្យដោយកន្លែងផ្តល់សេវាកម្មថែទាំអ្នកជំងឺ • សេវាកម្មពិសោធន៍ជាធម្មតាត្រូវបានផ្តល់ជូនដោយកន្លែងថែទាំអ្នកជំងឺ • សេវាកម្មថែទាំស្តីអ៊ីច និងសេវាកម្មថែទាំផ្លូវចន្តផ្សេងៗទៀតជាធម្មតាត្រូវបានផ្តល់ជូនដោយកន្លែងផ្តល់សេវាកម្មថែទាំអ្នកជំងឺ • ការប្រើប្រាស់របស់របរ ដូចជា កៅអីសម្រាប់អ្នកពិការជើងជាធម្មតាត្រូវបានផ្តល់ជូនដោយកន្លែងថែទាំអ្នកជំងឺ • សេវាកម្មគ្រូពេទ្យ/អ្នកមើលជំងឺ • សម្ភារៈបរិក្ខារពេទ្យដែលជាប់បានយូរ • សេវាកម្មទន្តពេទ្យ រួមមានសេវាកម្មដាក់ធ្មេញជាដើម • អត្ថប្រយោជន៍ផ្នែកចក្ខុ អត្ថប្រយោជន៍នេះគឺមានបន្តនៅទំព័របន្ទាប់	\$0

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan តាមលេខ 1-855-905-3825 (TTY:711) ម៉ោង 8:00 ព្រឹក – ម៉ោង 8:00 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅមកលេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** សូមចូលមើលនៅ



www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect

សេវាកម្មដែលគម្រោងរបស់យើងបង់ប្រាក់ទូទាត់ជូន	អ្វីដែលអ្នកត្រូវតែចំណាយ
សេវាកម្មថែទាំនៅមណ្ឌលមើលថែអ្នកជំងឺ (បន្ត) • សេវាកម្មពិនិត្យត្រចៀកស្តាប់ • សេវាកម្មកក់ច្របាច់ • សេវាកម្មព្យាបាលជើង អ្នកជាធម្មតានឹងទទួលបានសេវាកម្មថែទាំរបស់អ្នកពីមណ្ឌលថែទាំក្នុងបណ្តាញ។ ទោះជាយ៉ាងណា អ្នកប្រហែលជាអាចទទួលបានសេវាកម្មថែទាំរបស់អ្នកពីមណ្ឌលដែលមិននៅក្នុងបណ្តាញរបស់យើងខ្ញុំ។ អ្នកអាចទទួលបានសេវាកម្មថែទាំពីកន្លែងខាងក្រោម បើអ្នកព្រមទទួលចំនួនទឹកប្រាក់របស់ផែនការសម្រាប់ការទូទាត់៖ • សហគមន៍អ្នកចូលនិវត្តន៍ផ្តល់សេវាកម្មថែទាំនៅផ្ទះ ឬសេវាកម្មថែទាំបន្តដែលជាទីកន្លែងរស់នៅរបស់អ្នកមុនពេលអ្នកទៅមន្ទីរពេទ្យ (ឱ្យតែវាផ្តល់សេវាកម្មមណ្ឌលថែទាំអ្នកជំងឺ)។ • មណ្ឌលថែទាំអ្នកជំងឺដែលជាកន្លែងស្នាក់នៅ ឬការវិញ្ញាបនបត្ររបស់អ្នកកំពុងរស់នៅ ក្នុងពេលដែលអ្នកចាកចេញពីមន្ទីរពេទ្យ។ <i>វិធានអនុញ្ញាតអាចនឹងអនុវត្តន៍ចំពោះសេវាទាំងនេះ។ អ្នកគួរតែប្រឹក្សាជាមួយពេទ្យរបស់អ្នក និងស្នើសុំការបញ្ជូនបន្ត។</i>	\$0
 សេវាកម្មថតឆ្លុះរកជម្ងឺឆាប់ឆាត់ និងសេវាកម្មព្យាបាលដោយចលនាដើម្បីបញ្ឈប់រោគម្លូន បើអ្នកមានសន្ទស្សន៍ដងខ្លួនសរុបចាប់ពី 30 ឡើងទៅ យើងខ្ញុំនឹងបង់ប្រាក់ទូទាត់សម្រាប់សេវាកម្មពិគ្រោះយោបល់ដើម្បីជួយអ្នកក្នុងការបញ្ឈប់រោគម្លូន។ អ្នកត្រូវទទួលបានសេវាកម្មពិគ្រោះយោបល់នៅក្នុងការរៀបចំសេវាកម្មថែទាំបឋម។ តាមវិធីនោះ វាអាចគ្រប់គ្រងជាមួយនឹងគម្រោងការពារពេញលេញរបស់អ្នក។ សូមនិយាយជាមួយអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពបឋមរបស់អ្នកដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែម។	\$0



សេវាកម្មដែលគម្រោងរបស់យើងបង់ប្រាក់ទូទាត់ជូន	អ្វីដែលអ្នកត្រូវតែចំណាយ
សេវាកម្មកម្មវិធីព្យាបាលការប្រើប្រាស់អាភៀន គម្រោងនឹងបង់ថ្លៃសម្រាប់សេវាខាងក្រោម ដើម្បីព្យាបាលការប្រើប្រាស់អាភៀន៖ - ការប្រើឱសថដែលបានអនុម័តដោយរដ្ឋបាលចំណីអាហារ និងឱសថ (Food and Drug Administration (FDA)) និងបើសិនជាអនុវត្តបាន ធ្វើការគ្រប់គ្រង និងផ្តល់ឱសថទាំងនេះដល់អ្នក - ការប្រឹក្សាយោបល់អំពីការប្រើប្រាស់សារធាតុញៀន - ការព្យាបាលបុគ្គល និងជាក្រុម - ការធ្វើតេស្តរកគ្រឿងញៀន ឬសារធាតុគីមីនៅក្នុងរាងកាយរបស់អ្នក (ការធ្វើតេស្តជាតិពុល)	\$0
ការធ្វើតេស្តវិនិច្ឆ័យអ្នកជំងឺមិនស្អាតមន្ទីរពេទ្យ និងសេវាព្យាបាលនិងការផ្គត់ផ្គង់ យើងខ្ញុំនឹងបង់ប្រាក់ទូទាត់សម្រាប់សេវាកម្មខាងក្រោម និងសេវាកម្មដែលចាំបាច់តាមបែបវេជ្ជសាស្ត្រផ្សេងៗទៀតដែលមិនមាននៅក្នុងបញ្ជីនេះ៖ - ថតកម្មវិធីអ៊ីច - សេវាកម្មព្យាបាលដោយចលនាបំបាត់ការងាយរងគ្រោះ (វ៉ាឌីយ៉ូម និងអាយសូចូប) ឬកម្រិតទាំងស្រុង និងគ្រឿងផ្គត់ផ្គង់របស់អ្នកបច្ចេកទេសផងដែរ - គ្រឿងផ្គត់ផ្គង់ផ្នែករក្សា ដូចជា គ្រឿងបំបង់ស៊ីម៉ង់ ជាដើម - ប្រដាប់ទ្រងើងដៃបាក់ និងសម្ភារៈផ្សេងៗទៀតដែលត្រូវបានប្រើប្រាស់សម្រាប់ផ្នែកបាក់ និងភ្លាត់ - សេវាកម្មពិសោធន៍ - ឈាមដែលរួមទាំងការរក្សាទុក និងការផ្តល់ឱសថព្យាបាល - សេវាកម្មពិនិត្យបែបរោគវិនិច្ឆ័យផ្សេងៗទៀតសម្រាប់អ្នកជំងឺមិនសម្រាកនៅពេទ្យ ច្បាប់សុំការអនុញ្ញាតជាមុនអាចនឹងមានអនុវត្តន៍ចំពោះសេវាទាំងនេះ។ អ្នកគួរតែប្រឹក្សាជាមួយពេទ្យរបស់អ្នក និងស្នើសុំការបញ្ជូនបន្ត។	\$0



សេវាកម្មដែលគម្រោងរបស់យើងបង់ប្រាក់ទូទាត់ជូន	អ្វីដែលអ្នកត្រូវតែចំណាយ
ការអង្កេតអ្នកជំងឺខាងក្រៅដែលមិនសម្រាកនៅមន្ទីរពេទ្យ សេវាអង្កេត គឺជាសេវាកម្មសម្រាប់អ្នកជំងឺខាងក្រៅដែលមិនសម្រាកនៅមន្ទីរពេទ្យ ដែលត្រូវបានផ្តល់ជូនដើម្បីកំណត់ថា តើអ្នកចាំបាច់ត្រូវចូលសម្រាកក្នុងមន្ទីរពេទ្យ ឬអាចចេញពីពេទ្យវិញបាន។ ដើម្បីឱ្យសេវាអង្កេតអ្នកជំងឺក្រៅទទួលបានការធានារ៉ាប់រង ពួកគេត្រូវតែបំពេញលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យរបស់ Medicare និងចាត់ទុកថាសមហេតុផល និងចាំបាច់។ សេវាអង្កេតត្រូវបានធានារ៉ាប់រង តែនៅពេលដែលផ្តល់ជូនដោយបទបញ្ជារបស់គ្រូពេទ្យ ឬបុគ្គលផ្សេងទៀតដែលទទួលបានសិទ្ធិអនុញ្ញាតតាមច្បាប់អាជ្ញាប័ណ្ណរបស់រដ្ឋ និងបុគ្គលិកមន្ទីរពេទ្យតាមច្បាប់ដើម្បីសម្រេចឱ្យអ្នកជំងឺសម្រាកនៅមន្ទីរពេទ្យ ឬបញ្ជាក់ការធ្វើតេស្តអ្នកជំងឺក្រៅប៉ុណ្ណោះ។ កំណត់សម្គាល់៖ លុះត្រាតែអ្នកផ្តល់សេវាបានសរសេរការបញ្ជាឱ្យអ្នកស្នាក់នៅជាអ្នកជំងឺក្នុងមន្ទីរពេទ្យ អ្នកគឺនៅតែជាអ្នកមកពីគ្រោះជំងឺខាងក្រៅ ហើយត្រូវបង់ប្រាក់ចំណែករួមសម្រាប់ការចំណាយលើសេវាពិគ្រោះជំងឺរបស់អ្នក។ ទោះបីជាអ្នកស្នាក់នៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យពេញមួយយប់ក៏ដោយ អ្នកនៅតែអាចចាត់ទុកថា "អ្នកជំងឺមិនស្នាក់នៅមន្ទីរពេទ្យ" ។ ប្រសិនបើអ្នកមិនប្រាកដថាអ្នកជាអ្នកពិគ្រោះជំងឺឬទេ អ្នកគួរតែសួរទៅកាន់បុគ្គលិកមន្ទីរពេទ្យ។	\$0

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan តាមលេខ 1-855-905-3825 (TTY:711) ម៉ោង 8:00 ព្រឹក – ម៉ោង 8:00 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅមកលេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** សូមចូលមើលនៅ

www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect។



សេវាកម្មដែលគម្រោងរបស់យើងបង់ប្រាក់ទូទាត់ជូន	អ្វីដែលអ្នកត្រូវតែចំណាយ
សេវាកម្មមន្ទីរពេទ្យសម្រាប់អ្នកជំងឺនៅខាងក្រៅ យើងបង់ប្រាក់ទូទាត់សម្រាប់សេវាកម្មចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដែលអ្នកទទួលបាននៅផ្នែកអ្នកជម្ងឺមិនសម្រាកនៅពេទ្យសម្រាប់ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ ឬការព្យាបាលជម្ងឺប្រសិនបើ ដូចជា៖ • សេវាកម្មនៅផ្នែកសង្គ្រោះបន្ទាន់ ឬមន្ទីរសម្រាកព្យាបាលអ្នកជម្ងឺមិនសម្រាកនៅពេទ្យ ដូចជា សេវាកម្មអង្កេត ឬរក្សាការព្យាបាលអ្នកជម្ងឺមិនសម្រាកនៅពេទ្យជាដើម ○ សេវាអង្កេត ជួយឱ្យវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកដឹងថា តើអ្នកត្រូវការចូលសម្រាកក្នុងមន្ទីរពេទ្យជា "អ្នកជំងឺក្នុង" ឬក៏អត់។ ○ ពេលខ្លះ អ្នកអាចសម្រាកនៅមន្ទីរពេទ្យមួយយប់ ឬរៀងរាល់ថ្ងៃនៅក្នុង "អ្នកជំងឺក្រៅ"។ ○ អ្នកអាចទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែមអំពីការក្លាយជាអ្នកជំងឺស្នាក់នៅមន្ទីរពេទ្យ ក្នុងសន្លឹកឯកសារការពិតនេះ៖ www.medicare.gov/sites/default/files/2018-09/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf • សេវាកម្មមន្ទីរពិសោធន៍ ឬពិនិត្យការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យដែលវិក្កយបត្រចេញដោយមន្ទីរពេទ្យនោះ • សេវាកម្មថែទាំសុខភាពផ្លូវចិត្ត រួមទាំងសេវាកម្មថែទាំនៅក្នុងកម្មវិធីសម្រាកព្យាបាលដោយផ្នែកនៅមន្ទីរពេទ្យ បើវេជ្ជបណ្ឌិតបញ្ជាក់ថា ចាំបាច់ត្រូវមានការព្យាបាលអ្នកជម្ងឺសម្រាកក្នុងមន្ទីរពេទ្យដោយមិនមានកម្មវិធីនេះ • ថតកាំរស្មីអ៊ិច និងសេវាកម្មថតឆ្លុះផ្សេងៗទៀតដែលត្រូវបានចេញវិក័យបត្រដោយមន្ទីរពេទ្យនោះ • គ្រឿងផ្គត់ផ្គង់វេជ្ជសាស្ត្រ ដូចជា ប្រដាប់ទ្រទ្រង់ដៃបាក់ និងបង់ជាដើម • ការឆ្លុះពិនិត្យនិងសេវាបង្ការជម្ងឺដែលមានរាយនាមនៅក្នុងតារាងអត្ថប្រយោជន៍ • ឱសថមួយចំនួនដែលអ្នកមិនអាចផ្តល់ឱ្យខ្លួនឯងបាន ច្បាប់សុំការអនុញ្ញាតជាមុនអាចនឹងមានអនុវត្តចំពោះសេវាទាំងនេះ។ អ្នកគួរតែប្រឹក្សាជាមួយពេទ្យរបស់អ្នក និងស្នើសុំការបញ្ជូនបន្ត។	\$0



សេវាកម្មដែលគម្រោងរបស់យើងបង់ប្រាក់ទូទាត់ជូន	អ្វីដែលអ្នកត្រូវតែចំណាយ
សេវាកម្មពិគ្រោះសុខភាពអ្នកជំងឺផ្លូវចិត្ត យើងនឹងបង់ប្រាក់ទូទាត់សម្រាប់សេវាកម្មដែលត្រូវបានផ្តល់ជូនដោយ៖ • ពេទ្យឬវេជ្ជបណ្ឌិតផ្នែកវិកលចរិតមានអាជ្ញាប័ណ្ណពីរដ្ឋ • ពេទ្យផ្នែកវិកលចរិតនៅតាមមន្ទីរសម្រាកព្យាបាល • បុគ្គលិកកិច្ចការសង្គមផ្នែកព្យាបាលជម្ងឺ • អ្នកជំនាញការផ្នែកថែទាំអ្នកជម្ងឺនៅមន្ទីរសម្រាកព្យាបាល • គ្រូពេទ្យផ្នែកថែទាំអ្នកជម្ងឺ • ជំនួយការគ្រូពេទ្យ • អ្នកវេជ្ជាជីវៈផ្សេងៗទៀតផ្នែកថែទាំសុខភាពដែលមានការទទួលស្គាល់ដោយកម្មវិធី Medicare ស្របតាមច្បាប់ចូលជាធរមានរបស់រដ្ឋ យើងខ្ញុំនឹងបង់ប្រាក់ទូទាត់សម្រាប់សេវាកម្មខាងក្រោម ហើយប្រហែលជាសេវាកម្មផ្សេងៗទៀតដែលមិនមាននៅក្នុងបញ្ជីនេះ៖ • សេវាកម្មព្យាបាលតាមគ្លីនិក • ការព្យាបាលនៅពេលថ្ងៃ • សេវាកម្មស្តារនីតិសម្បទាចិត្តនិងសង្គម • កម្មវិធីព្យាបាលអ្នកជំងឺសម្រាកនៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យដោយពេល/អ្នកជំងឺសម្រាកក្រោមមន្ទីរពេទ្យទាំងស្រុង • ការព្យាបាល និងការវាយតម្លៃអំពីបញ្ហាសុខភាពផ្លូវចិត្តជាក្រុម និងជាលក្ខណៈបុគ្គល • ការធ្វើតេស្តខាងផ្លូវចិត្តនៅពេលមានការបង្ហាញតាមបែបវេជ្ជសាស្ត្រសម្រាប់ធ្វើការវាយតម្លៃលទ្ធផលនៃសុខភាពផ្លូវចិត្ត • សេវាកម្មសម្រាប់អ្នកជំងឺមិនសម្រាកនៅមន្ទីរពេទ្យសម្រាប់គោលដៅត្រួតពិនិត្យការព្យាបាលតាមបែបឱសថ • មន្ទីរពិសោធន៍សម្រាប់អ្នកជំងឺមិនសម្រាកនៅមន្ទីរពេទ្យឱសថ គ្រឿងផ្គត់ផ្គង់ និងសម្ភារៈផ្សេងៗទៀត • ការប្រឹក្សាខាងផ្នែកចិត្តវិទ្យា ច្បាប់សុំការអនុញ្ញាតជាមុនអាចនឹងមានអនុវត្តន៍ចំពោះសេវាទាំងនេះ។ អ្នកគួរតែប្រឹក្សាជាមួយពេទ្យរបស់អ្នក និងស្នើសុំការបញ្ជូនបន្ត។	\$0



សេវាកម្មដែលគម្រោងរបស់យើងបង់ប្រាក់ទូទាត់ជូន	អ្វីដែលអ្នកត្រូវតែចំណាយ
សេវាស្តារនីតិសម្បទាសម្រាប់អ្នកជំងឺមិនស្អាតនៅមន្ទីរពេទ្យ យើងនឹងបង់ប្រាក់ទូទាត់សម្រាប់សេវាកម្មព្យាបាលដោយចលនាដោយអ្នកជំនាញ និងសេវាកម្មព្យាបាលដោយពាក្យសំដី។ អ្នកអាចទទួលបានសេវាកម្មស្តារសុខភាពអ្នកជំងឺមិនសម្រាកនៅពេទ្យ ពីផ្នែកអ្នកជំងឺមិនសម្រាកនៅពេទ្យ ការិយាល័យអ្នកជំនាញឯករាជ្យព្យាបាលដោយចលនា មណ្ឌលស្តារសម្បទាកម្រិតធ្ងន់ (CORFs) និងមណ្ឌលផ្សេងៗទៀត។ សេវាស្តារនីតិសម្បទា (បេះដូង) មានជាអតិបរមាពីរវគ្គសម្រាប់វគ្គដែលមានរយៈពេល 2 ម៉ោង ក្នុងមួយថ្ងៃរហូតដល់ 36 វគ្គក្នុងរយៈពេល 36 សប្តាហ៍។ <i>ច្បាប់សុំការអនុញ្ញាតជាមុនអាចនឹងមានអនុវត្តន៍ចំពោះសេវាទាំងនេះ។ អ្នកគួរតែប្រឹក្សាជាមួយពេទ្យរបស់អ្នក និងស្នើសុំការបញ្ជូនបន្ត។</i>	\$0
សេវាពិគ្រោះព្យាបាលការប្រើសារធាតុញៀន យើងខ្ញុំនឹងបង់ប្រាក់ទូទាត់សម្រាប់សេវាកម្មខាងក្រោម ហើយប្រហែលជាសេវាកម្មផ្សេងៗទៀតដែលមិនមាននៅក្នុងបញ្ជីនេះ៖ • សេវាពិនិត្យ និងពិគ្រោះយោបល់អំពីការប្រើប្រាស់ជាតិអាល់កុលមិនត្រឹមត្រូវ • សេវាកម្មព្យាបាលប្រតិកម្មថ្នាំ • សេវាកម្មពិគ្រោះយោបល់ជាគ្រុម និងឯកបុគ្គល ផ្តល់ជូនដោយគ្រូពេទ្យមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ • សេវាកម្មបញ្ចេញសារធាតុពុលខ្លាំង នៅក្នុងកម្មវិធីបន្ទាប់សារធាតុញៀនតាមលំនៅដ្ឋាន • សេវាកម្មជាតិអាល់កុល និង/ឬគ្រឿងញៀននៅក្នុងមជ្ឈមណ្ឌលព្យាបាលអ្នកជំងឺមិនសម្រាកនៅមន្ទីរពេទ្យ • សេវាកម្មកាត់បន្ថយជាតិអាល់កុល <i>ច្បាប់សុំការអនុញ្ញាតជាមុនអាចនឹងមានអនុវត្តន៍ចំពោះសេវាទាំងនេះ។ អ្នកគួរតែប្រឹក្សាជាមួយពេទ្យរបស់អ្នក និងស្នើសុំការបញ្ជូនបន្ត។</i>	\$0



សេវាកម្មដែលគម្រោងរបស់យើងបង់ប្រាក់ទូទាត់ជូន	អ្វីដែលអ្នកត្រូវតែចំណាយ
ការរក្សាកម្មវិធីមិនស្នាក់នៅមន្ទីរពេទ្យ យើងខ្ញុំនឹងបង់ប្រាក់ទូទាត់សម្រាប់សេវាកម្មរក្សាកម្មវិធីមិនស្នាក់នៅមន្ទីរពេទ្យ និងសេវាកម្មនៅមន្ទីរពេទ្យមិនស្នាក់នៅមន្ទីរពេទ្យ និងមន្ទីរពេទ្យរក្សាកម្មវិធី។ ច្បាប់សុំការអនុញ្ញាតជាមុនអាចនឹងមានអនុវត្តន៍ចំពោះសេវាទាំងនេះ។ អ្នកគួរតែប្រឹក្សាជាមួយពេទ្យរបស់អ្នក និងស្នើសុំការបញ្ជូនបន្ត។	\$0
ទំនិញដែលមិនតម្រូវវេជ្ជបញ្ជា (OTC) អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានប្រាក់ឧបត្ថម្ភប្រចាំត្រីមាស \$120 សម្រាប់ការផ្គត់ផ្គង់និងឱសថដែលមិនត្រូវការវេជ្ជបញ្ជា។ វត្ថុមាន ថ្នាំអាស៊ីរីន វីតាមីន សម្ភារៈត្រៀមជំងឺផ្លាស្ទិកនិងក្អក និងបង់ត្រូវបានគ្របដណ្តប់ក្រោមអត្ថប្រយោជន៍នេះ។ វត្ថុដូចជា គ្រឿងសម្អាត និង អាហារបំប៉នមិនទទួលបានការរ៉ាប់រងនៅក្រោមអត្ថប្រយោជន៍នេះទេ។ កាតានុកររបស់វត្ថុដែលមិនត្រូវការវេជ្ជបញ្ជា និងការណែនាំអំពីការបញ្ជាទិញអាចរកបានតាមអនឡាញនៅ www.blueshieldca.com/promise/CMCOTC ។ អ្នកអាចបញ្ជាទិញទំនិញតាមទូរសព្ទលេខ 1-888-628-2770 (TTY:711) ពីថ្ងៃច័ន្ទដល់ថ្ងៃសុក្រចន្លោះម៉ោង 9:00 ព្រឹកដល់ 5:00 ល្ងាច ឬតាមអនឡាញនៅ www.blueshieldca.com/promise/CMCOTC ។ ទំនិញបញ្ជាទិញនឹងត្រូវដឹកជញ្ជូនទៅអ្នកដោយមិនគិតថ្លៃបន្ថែម។ សូមរង់ចាំចន្លោះពី 7-10 ថ្ងៃធ្វើការសម្រាប់ការចែកចាយទំនិញ អត្ថប្រយោជន៍នេះមានប្រសិទ្ធភាពនៅថ្ងៃដំបូងនៃត្រីមាសនីមួយៗ៖ មករា មេសា កក្កដា និង តុលា។ អ្នកអាចបញ្ជាទិញមួយលើកក្នុងមួយត្រីមាស ហើយមិនអាចផ្ទេរប្រាក់ឧបត្ថម្ភដែលមិនបានប្រើរបស់អ្នកចូលទៅត្រីមាសបន្ទាប់បានទេ។	\$0



សេវាកម្មដែលគម្រោងរបស់យើងបង់ប្រាក់ទូទាត់ជូន	អ្វីដែលអ្នកត្រូវតែចំណាយ
សេវាកម្មសម្រាកព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យមិនពេញលេញ កម្មវិធីសម្រាកព្យាបាលដោយផ្នែកនៅមន្ទីរពេទ្យ គឺជាកម្មវិធីដែលមានរចនាសម្ព័ន្ធព្យាបាលជម្ងឺវិកលចរិតកម្រិតធ្ងន់។ សេវាកម្មនេះត្រូវបានផ្តល់ជូនក្នុងសេវាពិគ្រោះអ្នកជម្ងឺមណ្ឌលសុខភាពផ្លូវចិត្តក្នុងសហគមន៍។ សេវាកម្មនេះមានកម្រិតខ្លាំងជាងសេវាកម្មដែលអ្នកទទួលបាននៅក្នុងការិយាល័យវេជ្ជបណ្ឌិត ឬក្រុមពេទ្យព្យាបាលដោយចលនារបស់អ្នក។ សេវាកម្មនេះអាចជួយអ្នកមិនចាំបាច់ឱ្យសម្រាកនៅមន្ទីរពេទ្យទេ។ កំណត់សម្គាល់៖ ដោយសារតែមិនមានមជ្ឈមណ្ឌលសុខភាពសុខភាពផ្លូវចិត្តនៅតាមសហគមន៍ក្នុងបណ្តាញរបស់យើង យើងនឹងរ៉ាប់រងផ្នែកនៃការសម្រាកព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យដែលជាសេវាពិគ្រោះជម្ងឺពីមន្ទីរពេទ្យប៉ុណ្ណោះ។ <i>ច្បាប់សុំការអនុញ្ញាតជាមុនអាចនឹងមានអនុវត្តន៍ចំពោះសេវាទាំងនេះ។ អ្នកគួរតែប្រឹក្សាជាមួយពេទ្យរបស់អ្នក និងស្នើសុំការបញ្ជូនបន្ត។</i>	\$0



សេវាកម្មដែលគម្រោងរបស់យើងបង់ប្រាក់ទូទាត់ជូន	អ្វីដែលអ្នកត្រូវតែចំណាយ
ប្រព័ន្ធលឿយតបការសង្គ្រោះបន្ទាន់ផ្ទាល់ខ្លួន (PERS) PERS គឺជាប្រព័ន្ធតាមដានជូនដំណឹងវេជ្ជសាស្ត្រដែលផ្តល់លទ្ធភាពឱ្យអ្នកទទួលបានជំនួយ 24/7 ក្រាន់តែចុចប៊ូតុងមួយ។ អត្ថប្រយោជន៍ PERS របស់អ្នកត្រូវបានផ្តល់ជូនដោយ LifeStation®។ អត្ថប្រយោជន៍ដែលអ្នកនឹងទទួលបានពី LifeStation® រួមមាន៖ • ប្រព័ន្ធលឿយតបការសង្គ្រោះបន្ទាន់ផ្ទាល់ខ្លួនមួយ • ជម្រើសនៃប្រព័ន្ធនៅក្នុងផ្ទះឬឧបករណ៍ចល័តដែលមាន GPS/WiFi • ការតាមដានប្រចាំខែ • ផ្ទាំងសាកថ្មនិងខ្សែភ្ជាប់ចាំបាច់នានា ដើម្បីទទួលបាន PERS ហើយចាប់ផ្តើមទទួលសេវាកម្មសូមទូរសព្ទទៅក្រុមការងាររបស់ LifeStation តាមលេខ 1-855-672-3269 បាន 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ ឬ ចូលទៅកាន់គេហទំព័រ www.medicalalertbenefits.com/bscamedicare។	\$0



សេវាកម្មគ្រូពេទ្យ/អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំ ដែលរួមមានទាំងការទៅជួបពិគ្រោះយោបល់នៅការិយាល័យរបស់វេជ្ជបណ្ឌិតផងដែរ យើងនឹងបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាកម្មខាងក្រោម៖ • សេវាកម្មថែទាំសុខភាពដែលចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ ឬសេវាកម្មវះកាត់ដែលត្រូវបានផ្តល់ជូននៅកន្លែងនានា មានដូចជា៖ ○ ការិយាល័យគ្រូពេទ្យ ○ មជ្ឈមណ្ឌលវះកាត់ផ្នែកដើរដែលមានលិខិតបញ្ជាក់ ○ ផ្នែកអ្នកជម្ងឺមិនសម្រាកនៅពេទ្យ • សេវាកម្មពិគ្រោះយោបល់ ធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ និងសេវាកម្មព្យាបាលដោយគ្រូពេទ្យឯកទេស • ការធ្វើតេស្តការស្តាប់និងការពិនិត្យគុល្យភាពរាងកាយដែលផ្តល់ជូនដោយក្រុមអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំបឋម ប្រសិនបើវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកបង្គាប់ដូច្នេះដើម្បីមើលថាតើអ្នកត្រូវការឬមិនត្រូវការសេវាកម្មព្យាបាល • បន្ថែមលើសេវាកម្មផ្តល់ព័ត៌មានសុខភាពដោយប្រព័ន្ធអេឡិចត្រូនិចមួយចំនួនរួមមាន៖ សេវាកម្មសម្រាប់គ្រូពេទ្យដើម្បីព្យាបាលស្ថានភាពដែលមិនមានភាពអាសន្នដូចជារោគសញ្ញាគ្រុនផ្តាសាយ អាឡែហ្ស៊ី រលាកទងសួត ការឆ្លងមេរោគផ្លូវដង្ហើម បញ្ហាមេរោគឆ្លងចូលប្រហោងឆ្អឹង កន្ទួលរមាស់ ជំងឺភ្នែក ឈឺក្បាលប្រកាំងនិងច្រើនផ្សេងទៀត។ • អ្នកមានជម្រើសក្នុងការទទួលបានសេវាកម្មទាំងនេះតាមរយៈការជួបផ្ទាល់ឬតាមសេវាកម្មផ្តល់ព័ត៌មានសុខភាពដោយប្រព័ន្ធអេឡិចត្រូនិច។ ប្រសិនបើអ្នកជ្រើសរើសសេវាកម្មមួយក្នុងចំណោមសេវាកម្មទាំងនេះដោយប្រព័ន្ធអេឡិចត្រូនិច អ្នកត្រូវតែប្រើប្រាស់អ្នកផ្គត់ផ្គង់ក្នុងបណ្តាញដែលផ្តល់សេវាកម្មដោយសេវាកម្មផ្តល់ព័ត៌មានសុខភាពតាមប្រព័ន្ធអេឡិចត្រូនិចនោះ។ • សេវាកម្មផ្តល់ព័ត៌មានសុខភាពតាមប្រព័ន្ធអេឡិចត្រូនិចប្រចាំខែទាក់ទងនឹងជំងឺគ្រុនផ្តាសាយនៅដំណាក់កាលចុងក្រោយ (ESRD) សម្រាប់សមាជិកលាងឈាមតាមផ្ទះនៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យ ឬមជ្ឈមណ្ឌលទទួលការព្យាបាលជំងឺគ្រុនផ្តាសាយនៅមន្ទីរពេទ្យកម្រិតធ្ងន់ធ្ងរ នៅមជ្ឈមណ្ឌលពិនិត្យលាងឈាមតាមផ្ទះ ឬ នៅផ្ទះរបស់សមាជិក • សេវាកម្មផ្តល់ព័ត៌មានសុខភាពតាមប្រព័ន្ធអេឡិចត្រូនិចដើម្បីធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ វាយតម្លៃ ឬព្យាបាលរោគសញ្ញានៃជំងឺដាច់សរសៃឈាមក្នុងក្បាល អត្ថប្រយោជន៍នេះគឺមានបន្តនៅទំព័របន្ទាប់	\$0
--	------------

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan តាមលេខ 1-855-905-3825 (TTY:711) ម៉ោង 8:00 ព្រឹក – ម៉ោង 8:00 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅមកលេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** សូមចូលមើលនៅ



www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect

សេវាកម្មគ្រូពេទ្យ/អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំ ដែលរួមមានទាំងការទៅជួបពិគ្រោះយោបល់នៅការិយាល័យរបស់វេជ្ជបណ្ឌិតផងដែរ (បន្ត) - ការចុះឈ្មោះតាមប្រព័ន្ធនិម្មិត (ឧទាហរណ៍៖ តាមរយៈការជជែកគ្នាតាមទូរសព្ទ ឬវីដេអូ) ជាមួយគ្រូពេទ្យរបស់អ្នកក្នុងរយៈពេល 5-10 នាទីប្រសិនបើ៖ - អ្នកមិនមែនជាអ្នកជំងឺថ្មីទេ និង - ការជជែកនេះមិនទាក់ទងទៅនឹងការជួបនៅការិយាល័យកាលពី 7 ថ្ងៃកន្លងមកនោះទេ ហើយ - ការជជែកនេះមិននាំឱ្យមានការជួបផ្ទាល់នៅការិយាល័យគ្រូពេទ្យនៅក្នុងរយៈពេល 24 ម៉ោង ឬនៅក្នុងការណាត់ជួបដែលឆាប់បំផុតនោះទេ - ការវាយតម្លៃលើវីដេអូ និង/ឬ រូបភាពដែលអ្នកបានផ្ញើទៅវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកនិងការបកស្រាយហើយការតាមដានដោយវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកក្នុងរយៈពេល 24 ម៉ោងប្រសិនបើ៖ - អ្នកមិនមែនជាអ្នកជំងឺថ្មីទេ និង - ការវាយតម្លៃមិនទាក់ទងទៅនឹងការជួបនៅការិយាល័យកាលពី 7 ថ្ងៃកន្លងមកនោះទេ ហើយ - ការវាយតម្លៃនេះមិននាំឱ្យមានការជួបផ្ទាល់នៅការិយាល័យគ្រូពេទ្យនៅក្នុងរយៈពេល 24 ម៉ោង ឬនៅក្នុងការណាត់ជួបដែលឆាប់បំផុតនោះទេ - ប្រសិនបើអ្នកមិនមែនជាអ្នកជំងឺថ្មីទេ អ្នកអាចពិគ្រោះយោបល់ជាមួយវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក ឬ វេជ្ជបណ្ឌិតដទៃទៀត តាមរយៈទូរសព្ទ អ៊ីនធឺណិត ឬ ម៉ាស៊ីនកត់ត្រាទិន្នន័យសុខភាពអេឡិចត្រូនិចជាដើម។ - មតិវិធី ដោយអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញមួយផ្សេងទៀតមុនពេលរក្សា - សេវាកម្មថែទាំធ្មេញមិនប្រចាំ។ សេវាកម្មដែលត្រូវបានរ៉ាប់រងមានកំណត់ចំពោះ៖ - សេវាកម្មរក្សាទុកក្រោម ឬក្រោងឆ្អឹងពាក់ព័ន្ធ - កំណត់ចំណុចបាក់នៃថ្នាម ឬឆ្អឹងមុខ - ដកធ្មេញមុនពេលព្យាបាលជម្ងឺមហារីកដោយសារជំងឺ - សេវាកម្មដែលនឹងត្រូវទទួលបានការរ៉ាប់រងនៅពេលមានការផ្តល់ជូនដោយគ្រូពេទ្យ ច្បាប់សុំការអនុញ្ញាតជាមុនអាចនឹងមានអនុវត្តន៍ចំពោះសេវាទាំងនេះ។ អ្នកគួរតែពិគ្រោះជាមួយគ្រូពេទ្យរបស់អ្នក និងស្នើសុំការបញ្ជូនបន្ត។	\$0
---	------------

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan តាមលេខ 1-855-905-3825 (TTY:711) ម៉ោង 8:00 ព្រឹក – ម៉ោង 8:00 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅមកលេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** សូមចូលមើលនៅ



www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect

សេវាកម្មដែលគម្រោងរបស់យើងបង់ប្រាក់ទូទាត់ជូន	អ្វីដែលអ្នកត្រូវតែចំណាយ
សេវាកម្មព្យាបាលជើង យើងនឹងបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាកម្មខាងក្រោម៖ • សេវាកម្មធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ និងសេវាកម្មព្យាបាលវេជ្ជសាស្ត្រប្តូរ៖ កាត់លើរបួស និងជម្ងឺជើង (ដូចជា របួសជើងដោយសារឆ្កែខាំ ឬរបួសកែងជើង ជាដើម) • សេវាកម្មថែទាំជើងជាប្រចាំសម្រាប់សមាជិកដែលមានលក្ខខណ្ឌប៉ះពាល់ដល់ជើង ដូចជា ជម្ងឺនោមផ្អែមជាដើម ច្បាប់សុំការអនុញ្ញាតជាមុនអាចនឹងមានអនុវត្តន៍ចំពោះសេវាទាំងនេះ។ អ្នកគួរតែពិគ្រោះជាមួយគ្រូពេទ្យរបស់អ្នក និងស្នើសុំការបញ្ជូនបន្ត។	\$0
 សេវាកម្មពិនិត្យដោយថតឆ្លុះរកជំងឺមហារីកក្រពេញប្រូស្តាត សម្រាប់បុរសដែលមានចាប់ពី 50 ឆ្នាំឡើងទៅ យើងខ្ញុំនឹងបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាកម្មខាងក្រោមម្តងរៀងរាល់ 12 ខែ៖ • សេវាកម្មពិនិត្យពោះវៀនដោយប្រព័ន្ធខ្ទីរជីវិត • សេវាកម្មពិនិត្យអង់ទីសែនជាក់លាក់របស់ក្រពេញ (PSA) ច្បាប់សុំការអនុញ្ញាតជាមុនអាចនឹងមានអនុវត្តន៍ចំពោះសេវាទាំងនេះ។ អ្នកគួរតែពិគ្រោះជាមួយគ្រូពេទ្យរបស់អ្នក និងស្នើសុំការបញ្ជូនបន្ត។	\$0



សេវាកម្មដែលគម្រោងរបស់យើងបង់ប្រាក់ទូទាត់ជូន	អ្វីដែលអ្នកត្រូវតែចំណាយ
ឧបករណ៍សិប្បនិម្មិត និងគ្រឿងផ្គត់ផ្គង់ពាក់ព័ន្ធ ឧបករណ៍សិប្បនិម្មិត សម្រាប់ជំនួសគ្រប់ផ្នែកឬផ្នែកខ្លះនៃដងខ្លួន ឬបំពេញមុខលើដងខ្លួន។ យើងខ្ញុំនឹងបង់ប្រាក់ទូទាត់សម្រាប់ឧបករណ៍សិប្បនិម្មិតខាងក្រោម និងប្រហែលសម្រាប់ប្រដាប់ផ្សេងៗទៀតដែលមិនមាននៅក្នុងបញ្ជីនេះ៖ • ថង់ដាក់ពោះវៀន និងសម្ភារៈសម្រាប់ថែទាំពោះវៀនពាក់ព័ន្ធ • សារធាតុបំប៉នអាហារ និងការសុលតាមតូទ ដូចជាឧបករណ៍ផ្គត់ផ្គង់អាហារ ស្លាប់បញ្ចូល ទុយោ និងអាដាប់ទ័រ សូលុយស្យុង និងការផ្គត់ផ្គង់សម្រាប់ការចាក់ដែលធ្វើឡើងដោយខ្លួនឯង • ឧបករណ៍ពិនិត្យបេះដូង • ដែកភ្ជាប់ • ស្បែកជើងសិប្បនិម្មិត • ដៃ និងជើងសិប្បនិម្មិត • ប្រដាប់បំប៉នសុដន់ (រួមទាំងអាវត្រនាប់សម្រាប់ពាក់ពេលវះកាត់រួច) • ផ្នែកសិប្បនិម្មិត (Protheses) ដើម្បីជំនួសផ្នែកទាំងអស់នៃផ្នែករាងកាយមុខខាងក្រៅ ត្រូវបានដោះចេញ ឬខូចដោយសារជំងឺ ការរងរបួស ឬការខូចពីកំណើត • ប្រដាប់ទ្រាប់ទឹកនោម និងលោមក យើងខ្ញុំនឹងបង់ប្រាក់ទូទាត់សម្រាប់គ្រឿងផ្គត់ផ្គង់មួយចំនួនដែលមានការពាក់ព័ន្ធនឹងឧបករណ៍សិប្បនិម្មិតផងដែរ។ យើងខ្ញុំនឹងបង់ប្រាក់ទូទាត់សម្រាប់សេវាកម្មជួសជុល ឬផ្លាស់ប្តូរគ្រឿងឧបករណ៍សិប្បនិម្មិតផងដែរ។ យើងខ្ញុំផ្តល់សេវាកម្មធានារ៉ាប់រងមួយចំនួន បន្ទាប់ពីការយកកែវត្ថុចេញ ឬវះកាត់កែវត្ថុរួច។ សូមមើលផ្នែក “សេវាថែទាំវត្ថុ” បន្ទាប់ក្នុងផ្នែកនេះ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។ យើងនឹងមិនបង់ថ្លៃសម្រាប់ឧបករណ៍ធ្វើញពាក់សិប្បនិម្មិតទេ។ ឧបករណ៍ថែទាំធ្វើញអាចនឹងត្រូវគ្របដណ្តប់នៅក្រោម Denti-Cal ។ សូមមើលផ្នែក F ក្នុងជំពូកនេះ ឬ ចូលមើល www.denti-cal.ca.gov សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។	\$0



សេវាកម្មដែលគម្រោងរបស់យើងបង់ប្រាក់ទូទាត់ជូន	អ្វីដែលអ្នកត្រូវតែចំណាយ
សេវាស្តារនីតិសម្បទាសួត យើងខ្ញុំនឹងបង់ប្រាក់ទូទាត់សម្រាប់កម្មវិធីស្តារស្ថានភាពសួតសម្រាប់សមាជិកដែលមានកម្រិតធ្ងន់នៃជំងឺសួតរ៉ាំរ៉ៃ (COPD)។ អ្នកត្រូវតែមាន ការបញ្ជូនបន្ត ពីវេជ្ជបណ្ឌិតឬអ្នកផ្តល់សេវាកម្មថែទាំព្យាបាលជំងឺ COPD សម្រាប់សេវាកម្មស្តារស្ថានភាពសួត។ យើងខ្ញុំនឹងបង់ប្រាក់ទូទាត់សម្រាប់ជំងឺផ្លូវដង្ហើមសម្រាប់អ្នកជំងឺពឹងផ្អែកលើប្រដាប់បក់បញ្ចូលខ្យល់។ ច្បាប់សុំការអនុញ្ញាតជាមុនអាចនឹងមានអនុវត្តន៍ចំពោះសេវាទាំងនេះ។ អ្នកគួរតែពិគ្រោះជាមួយគ្រូពេទ្យរបស់អ្នក និងស្នើសុំការបញ្ជូនបន្ត។	\$0
 សេវាកម្មថតឆ្លុះ និងពិគ្រោះយោបល់អំពីជម្ងឺកាមរោគ (STIs) យើងនឹងចំណាយសម្រាប់ការឆ្លុះពិនិត្យរោគខ្លាមីដា មេរោគប្រមេរោគស្វាយនិងជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B ។ ការពិនិត្យទាំងនេះត្រូវបានគ្របដណ្តប់សម្រាប់ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះនិងសម្រាប់មនុស្សម្នាក់ៗដែលប្រឈមនឹងការរីករាលដាល។ អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំបឋមត្រូវតែចេញបង្គាប់ការធ្វើតេស្តរកជំងឺ។ យើងរ៉ាប់រងសេវាកម្មពិនិត្យទាំងនេះរៀងរាល់ 12 ខែម្តង ឬពេលណាជាក់លាក់មួយអំឡុងពេលមានផ្ទៃពោះ។ យើងខ្ញុំនឹងបង់ប្រាក់ទូទាត់សម្រាប់សេវាកម្មពិគ្រោះយោបល់កម្រិតខ្ពស់ផ្ទាល់មុខក្នុងមួយឆ្នាំសម្រាប់មនុស្សពេញវ័យសកម្មផ្នែករួមភេទដែលប្រឈមនឹងហានិភ័យជម្ងឺកាមរោគ។ សេវាកម្មពិគ្រោះយោបល់ម្តងៗអាចមានរយៈពេល 20 ទៅ 30 នាទី។ យើងខ្ញុំនឹងបង់ប្រាក់ទូទាត់សម្រាប់សេវាកម្មពិគ្រោះយោបល់ទាំងនេះក្នុងរូបភាពជាសេវាកម្មបង្ការរោគ លុះត្រាតែសេវាកម្មទាំងនោះត្រូវបានផ្តល់ឱ្យដោយអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំបឋម។ សេវាកម្មទាំងនេះត្រូវតែធ្វើឡើងនៅទីតាំងតំបន់សុខភាពបឋមដូចជា នៅការិយាល័យវេជ្ជបណ្ឌិតជាដើម។	\$0



សេវាកម្មថែទាំនៅមណ្ឌលថែទាំជំនាញ (SNF) យើងខ្ញុំនឹងបង់ប្រាក់ទូទាត់សម្រាប់សេវាកម្មខាងក្រោម ហើយប្រហែលជាសេវាកម្មផ្សេងៗទៀតដែលមិនមាននៅក្នុងបញ្ជីនេះ៖ • បន្ទប់ពាក់កណ្តាលឯកជន ឬបន្ទប់ឯកជនពេញលេញ បើមានភាពចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ • អាហារ រួមទាំងរបបអាហារពិសេស • សេវាកម្មថែទាំអ្នកជម្ងឺ • សេវាកម្មព្យាបាលដោយចលនាលើរាងកាយ សេវាកម្មព្យាបាលដោយចលនាដោយអ្នកជំនាញ និងសេវាកម្មព្យាបាលដោយពាក្យសុំដី • ឱសថដែលអ្នកទទួលបានជាផ្នែកមួយនៃគម្រោងថែទាំរបស់អ្នក រួមទាំងសារធាតុដែលមានជាធម្មតានៅក្នុងខ្លួនប្រាណ ដូចជាកត្តាបង្កកឈាមជាដើម • ឈាមដែលរួមទាំងការរក្សាទុក និងការផ្តល់ឱសថព្យាបាល • គ្រឿងផ្គត់ផ្គង់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ និងរ៉ោតត្រូវបានផ្តល់ឱ្យដោយកន្លែងផ្តល់សេវាកម្មថែទាំអ្នកជម្ងឺ • សេវាកម្មពិសោធន៍ជាធម្មតាដែលផ្តល់ជូនដោយកន្លែងថែទាំអ្នកជម្ងឺ • សេវាកម្មថតកាំរស្មីអ៊ិច និងសេវាកម្មថតឆ្លុះផ្សេងៗទៀត ដែលជាធម្មតាផ្តល់ជូនដោយកន្លែងផ្តល់សេវាកម្មថែទាំអ្នកជម្ងឺ • ការប្រើប្រាស់របស់របរ ដូចជា កៅអីសម្រាប់អ្នកពិការជើង ដែលជាធម្មតាផ្តល់ជូនដោយកន្លែងថែទាំអ្នកជម្ងឺ • សេវាកម្មគ្រូពេទ្យ/អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំ អ្នកជាធម្មតានឹងទទួលបានសេវាកម្មថែទាំរបស់អ្នកពីមណ្ឌលថែទាំក្នុងបណ្តាញ។ ទោះជាយ៉ាងណា អ្នកប្រហែលជាអាចទទួលបានសេវាកម្មថែទាំរបស់អ្នកពីមណ្ឌលដែលមិននៅក្នុងបណ្តាញរបស់យើងខ្ញុំ។ អ្នកអាចទទួលបានសេវាកម្មថែទាំពីកន្លែងខាងក្រោម បើអ្នកព្រមទទួលបាននូវកម្រិតប្រាក់របស់ផែនការសម្រាប់ការទូទាត់៖ • សេវាថែទាំសហគមន៍អ្នកចូលនិវត្តន៍ជាបន្តបន្ទាប់ ផ្តល់សេវាកម្មថែទាំនៅផ្ទះ ដែលជាទីកន្លែងរស់នៅរបស់អ្នកមុនពេលអ្នកទៅមន្ទីរពេទ្យ (ឱ្យតែសេវាកម្មថែទាំនេះផ្តល់ការថែទាំបែបមណ្ឌលថែទាំអ្នកជម្ងឺ)។ • មណ្ឌលថែទាំអ្នកជម្ងឺដែលជាកន្លែងស្នាក់នៅប្រកបដោយសុវត្ថិភាព រស់នៅ ក្នុងពេលដែលអ្នកចាកចេញពីមន្ទីរពេទ្យ។ ច្បាប់សុំការអនុញ្ញាតជាមុនអាចនឹងមានអនុវត្តន៍ចំពោះសេវាទាំងនេះ។ អ្នកគួរតែពិគ្រោះជាមួយគ្រូពេទ្យរបស់អ្នក និងស្នើសុំការបញ្ជូនបន្ត។	\$0
---	------------



សេវាកម្មដែលគម្រោងរបស់យើងបង់ប្រាក់ទូទាត់ជូន	អ្វីដែលអ្នកត្រូវតែចំណាយ
ការព្យាបាលដោយការធ្វើលំហាត់ប្រាណ (SET) គម្រោងនឹងត្រូវចំណាយលើ SET សម្រាប់សមាជិកដែលមានរោគសញ្ញាជំងឺសរសៃឈាមក្រហម (peripheral artery disease, PAD) ដែលមានការបញ្ជូនបន្តឱ្យទៅព្យាបាលជំងឺ PAD ពីគ្រូពេទ្យដែលទទួលខុសត្រូវលើការព្យាបាលជំងឺ PAD នោះ។ គម្រោងនឹងបង់ថ្លៃសម្រាប់៖ • រហូតដល់ 36 វគ្គក្នុងអំឡុងពេល 12 សប្តាហ៍ បើសិនជាតម្រូវការ SET ទាំងអស់ត្រូវបានបំពេញ • 36 វគ្គបន្ថែមទៀតប្រសិនបើចាំបាច់សម្រាប់ការព្យាបាលដោយអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពមួយរូប កម្មវិធី SET ត្រូវតែមាន៖ • វគ្គដែលមានរយៈពេល 30 ទៅ 60 នាទីនៃកម្មវិធីបណ្តុះបណ្តាលហាត់ប្រាណព្យាបាលសម្រាប់ PAD សម្រាប់សមាជិកដែលមានការរមួលក្រពើ ដោយសារឈាមរត់មិនល្អ (ក្តាមកាច់ជើង) • នៅក្នុងបរិបទអ្នកជំងឺក្រៅ ឬនៅក្នុងការិយាល័យរបស់គ្រូពេទ្យ • ផ្តល់ជូនដោយបុគ្គលិកដែលមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ដែលធ្វើឱ្យអត្ថប្រយោជន៍លើសពីការឈឺចាប់ និងដែលបានទទួលការបណ្តុះបណ្តាលក្នុងការព្យាបាលដោយលំហាត់ប្រាណសម្រាប់ PAD • ក្រោមការគ្រប់គ្រងដោយផ្ទាល់របស់គ្រូពេទ្យ ជំនួយការគ្រូពេទ្យ ឬបុគ្គលិកជំនាញគិលានុបដ្ឋាយិកា/អ្នកឯកទេសគិលានុបដ្ឋាយិកាគ្លីនិកដែលបានទទួលការបណ្តុះបណ្តាលទាំងក្នុងគិលានុបដ្ឋាយិកាជ្រើសរើសវិស័យ និងលំដាប់ខ្ពស់ ច្បាប់សុំការអនុញ្ញាតជាមុនអាចនឹងមានអនុវត្តចំពោះសេវាទាំងនេះ។ អ្នកគួរតែពិគ្រោះជាមួយគ្រូពេទ្យរបស់អ្នក និងស្នើសុំការបញ្ជូនបន្ត។	\$0



សេវាកម្មដែលគម្រោងរបស់យើងបង់ប្រាក់ទូទាត់ជូន	អ្វីដែលអ្នកត្រូវតែចំណាយ
ការថែទាំព្យាបាលដែលត្រូវការជាបន្ទាន់ ការថែទាំបន្ទាន់ គឺជាការថែទាំដែលបានផ្តល់ឱ្យព្យាបាល៖ • ស្ថានភាពមិនបន្ទាន់ដែលទាមទារការថែទាំសុខភាពភ្លាមៗ ឬ • ជំងឺភ្លាមៗ ឬ • ការរងរបួស ឬ • ស្ថានភាពដែលត្រូវការសេវាកម្មថែទាំភ្លាមៗ។ បើអ្នកត្រូវការសេវាកម្មថែទាំបន្ទាន់ អ្នកគួរតែសាកល្បងទទួលយកសេវាកម្មនេះពីគ្រូពេទ្យក្នុងបណ្តាញសិន។ ទោះជាយ៉ាងណា អ្នកអាចប្រើប្រាស់ក្រុមគ្រូពេទ្យក្រៅបណ្តាញបាន នៅពេលអ្នកមិនអាចទាក់ទងក្រុមគ្រូពេទ្យក្នុងបណ្តាញ ។ គម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan នឹងសងប្រាក់ជូនអ្នកវិញរហូតដល់ចំនួនទៅ \$25,000 សម្រាប់សេវាសង្គ្រោះបន្ទាន់ ដែលអ្នកទទួលបាននៅកន្លែងណាមួយក្រៅពីសហរដ្ឋអាមេរិករៀងរាល់ឆ្នាំ។ យើងនឹងទូទាត់សងជូនអ្នកប្រសិនបើសេវាកម្មដែលអ្នកទទួលបានត្រូវនឹងលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យសម្រាប់ការថែទាំពេលអាសន្នដែលបានរៀបរាប់ខាងលើ។ សូមមើលផ្នែកគ្របដណ្តប់ពេលមានអាសន្ននិងការសង្គ្រោះបន្ទាន់ទូទាំងពិភពលោក នៅចុងតារាងនេះ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។	\$0



សេវាកម្មដែលគម្រោងរបស់យើងបង់ប្រាក់ទូទាត់ជូន	អ្វីដែលអ្នកត្រូវតែចំណាយ
 សេវាកម្មថែទាំភ្នែក យើងនឹងបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាកម្មខាងក្រោម៖ • សេវាកម្មពិនិត្យភ្នែកជាប្រចាំម្តងជារៀងរាល់ឆ្នាំ និង • រហូតដល់ \$500 សម្រាប់វ៉ែនតា (ដង និងកញ្ចក់) ឬ កែវឡែនសៀងរាល់ពីរឆ្នាំ (រយៈពេលធានារ៉ាប់រង)។ អ្នកអាចសន្សំសមតុល្យដែលនៅសល់នានាសម្រាប់ការប្រើប្រាស់នៅពេលក្រោយនៅក្នុងរយៈពេលធានារ៉ាប់រងដែល។ យើងខ្ញុំនឹងបង់ប្រាក់ទូទាត់សម្រាប់សេវាកម្មវេជ្ជបណ្ឌិតសម្រាប់អ្នកជម្ងឺមិនសម្រាកនៅពេទ្យ ចំពោះសេវាកម្មធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ និងសេវាកម្មព្យាបាលជម្ងឺ និងរបួស នៅផ្នែកភ្នែក។ ឧទាហរណ៍នេះរួមបញ្ចូលទាំងការពិនិត្យភ្នែកប្រចាំឆ្នាំសម្រាប់ជំងឺវេទីនទឹកនោមផ្អែមចំពោះអ្នកដែលមានជំងឺទឹកនោមផ្អែមនិងការព្យាបាលការចុះខ្សោយភ្នែកទាក់ទងនឹងវ័យ។ សម្រាប់អ្នកដែលមានហានិភ័យខ្ពស់ផ្នែកជម្ងឺមិញ្ចប់ភ្នែក យើងខ្ញុំនឹងបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាកម្មថតឆ្លុះកម្រិតមិញ្ចប់ភ្នែកឆ្នាំនីមួយៗ។ អ្នកដែលមានហានិភ័យខ្ពស់ផ្នែកជម្ងឺមិញ្ចប់ភ្នែករួមមាន៖ • អ្នកដែលមានគ្រួសារមានប្រវត្តិកើតមិញ្ចប់ភ្នែក • អ្នកជម្ងឺទឹកនោមផ្អែម • ជនជាតិអាហ្វ្រិកសញ្ជាតិអាមេរិកដែលមានអាយុចាប់ពី 50 ឆ្នាំឡើងទៅ • ជនជាតិអាមេរិកនិយាយភាសាអេស៉្បាញដែលមានអាយុ 65 ឆ្នាំឬចាស់ជាងនេះ យើងខ្ញុំនឹងបង់ប្រាក់ទូទាត់សម្រាប់វ៉ែនតាមួយគូរ ឬកញ្ចក់ ទ្រាប់កែវភ្នែក បន្ទាប់ពីមានការផ្តល់សេវាកម្មរក្សាភ្នែកប្រចាំនៅពេលវេជ្ជបណ្ឌិតដាក់បញ្ជូននូវកញ្ចប់ភ្នែកកែវភ្នែក។ (បើអ្នកមានសេវាកម្មរក្សាភ្នែកពីរដាច់ដោយឡែកពីគ្នាអ្នកត្រូវទទួលបានវ៉ែនតាមួយគូរ ក្រោយពេលរក្សាភ្នែក។ អ្នកមិនអាចទទួលបានវ៉ែនតាពីរគូរ ក្រោយពេលរក្សាភ្នែកលើកទីពីរទេ ទោះបីជាអ្នកមិនបានទទួលបានវ៉ែនតាមួយគូរក្រោយពេលរក្សាភ្នែកលើកទីមួយក៏ដោយ)។ ច្បាប់សុំការអនុញ្ញាតជាមុនអាចនឹងមានអនុវត្តចំពោះសេវាទាំងនេះ។ អ្នកគួរតែប្រឹក្សាជាមួយពេទ្យរបស់អ្នក និងស្នើសុំការបញ្ជូនបន្ត។	\$0 អ្នកត្រូវទទួលខុសត្រូវលើថ្លៃសម្ភារៈលើសពី \$500 ចំនួនប្រាក់ឧបត្ថម្ភ



សេវាកម្មដែលគម្រោងរបស់យើងបង់ប្រាក់ទូទាត់ជូន	អ្វីដែលអ្នកត្រូវតែចំណាយ
 ការជួបពិគ្រោះការពារជំងឺឈ្មោះ: "ការស្វាគមន៍មកកាន់Medicare" យើងខ្ញុំរ៉ាប់រងការជួបពិគ្រោះការពារជំងឺឈ្មោះ: "ការស្វាគមន៍មកកាន់Medicare"មួយលើក។ សេវាកម្មនេះរួមមាន៖ • សេវាកម្មពិនិត្យសុខភាពរបស់អ្នក • អប់រំ និងពិគ្រោះយោបល់អំពីសេវាកម្មការពារដែលអ្នកត្រូវការ (ដូចជា សេវាកម្មថតឆ្លុះ និងចាក់ថ្នាំជាដើម) និង • ចេញសេចក្តីបញ្ជាក់សម្រាប់សេវាកម្មថែទាំដទៃទៀត នៅពេលអ្នកត្រូវការ។ កំណត់សម្គាល់៖ យើងខ្ញុំរ៉ាប់រងសេវាកម្មការពារ “កម្មវិធី Medicare សូមស្វាគមន៍” តែអំឡុងរយៈពេល 12 ដំបូងដែលអ្នកមានផ្នែក B នៃកម្មវិធី Medicare ប៉ុណ្ណោះ។ នៅពេលអ្នកធ្វើការណាត់ជួប សូមប្រាប់ការិយាល័យរបស់វេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកថា អ្នកចង់រៀបចំពេលវេលាទទួលសេវាកម្មការពារ “កម្មវិធី Medicare សូមស្វាគមន៍” របស់អ្នក។	\$0



E. អត្ថប្រយោជន៍ដែលបានគ្របដណ្តប់នៅខាងក្រៅគម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan

សេវាកម្មខាងក្រោមនេះមិនត្រូវបានរ៉ាប់រងដោយគម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan ប៉ុន្តែអាចមានតាមរយៈ Medicare ឬ Medi-Cal ។

E1. ការផ្ទេររបស់សហគមន៍ California (CCT)

កម្មវិធីផ្លាស់ប្តូរសហគមន៍នៃរដ្ឋ California (CCT) ប្រើអង្គការ Lead Organizations ក្នុងស្រុកដើម្បីជួយដល់អ្នកដែលមានសិទ្ធិទទួលបានពី Medi-Cal ដែលបានរស់នៅក្នុងមណ្ឌលព្យាបាលជម្ងឺអស់រយៈពេលយ៉ាងហោចណាស់រយៈពេល 90 ថ្ងៃជាប់គ្នាឱ្យផ្លាស់ប្តូរទៅរស់នៅក្នុងសហគមន៍វិញប្រកបដោយសុវត្ថិភាព។ កម្មវិធី CCT ផ្តល់ថវិកាសម្រាប់សេវាសម្របសម្រួលការផ្លាស់ប្តូរក្នុងអំឡុងពេលមុនដំណាក់កាលអន្តរកាលនិងសម្រាប់រយៈពេល 365 ថ្ងៃក្រោយការផ្លាស់ប្តូរដើម្បីជួយដល់អ្នកទទួលបានដែលបានផ្លាស់ប្តូរទៅរស់នៅក្នុងសហគមន៍វិញ។

អ្នកអាចទទួលបានសេវាសម្របសម្រួលការផ្លាស់ប្តូរពីអង្គការ CCT Lead Organization ដែលបម្រើការក្នុងតំបន់ដែលអ្នករស់នៅ។ អ្នកអាចរកមើលបញ្ជីអង្គការ CCT Lead Organizations និងខោនធីដែលពួកគេបម្រើនៅលើគេហទំព័ររបស់ Department of Health Care Services៖ www.dhcs.ca.gov/services/ltc/Pages/CCT.aspx ។

សម្រាប់សេវាកម្មសម្របសម្រួលការផ្ទេរ CCT ៖

Medi-Cal នឹងបង់ថ្លៃសម្រាប់សេវាកម្មសម្របសម្រួលការផ្លាស់ប្តូរនេះ។ អ្នក មិន ចាំបាច់បង់ប្រាក់ទូទាត់សម្រាប់សេវាកម្មទាំងនេះទេ។

សម្រាប់សេវាកម្មដែលមិនពាក់ព័ន្ធនឹងការផ្ទេរ CCT របស់អ្នក៖

អ្នកផ្តល់សេវានឹងចេញវិក្កយបត្រ Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan សម្រាប់សេវាកម្មរបស់អ្នក។ Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan នឹងបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាកម្មដែលបានផ្តល់ជូនបន្ទាប់ពីការផ្លាស់ប្តូររបស់អ្នក។ អ្នក មិន ចាំបាច់បង់ប្រាក់ទូទាត់សម្រាប់សេវាកម្មទាំងនេះទេ។

ខណៈពេលដែលអ្នកកំពុងទទួលបានសេវាសម្របសម្រួលការផ្លាស់ប្តូរ CCT គម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan នឹងបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាកម្មដែលមាននៅក្នុងតារាងអត្ថប្រយោជន៍នៅក្នុងផ្នែក D នៃជំពូកនេះ។

មិនមានការផ្លាស់ប្តូរអ្វីសម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍នៃការធានារ៉ាប់រងលើឱសថក្នុងគម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan ឡើយ៖

ឱសថមិនត្រូវបានគ្របដណ្តប់ដោយកម្មវិធី CCT ឡើយ។ អ្នកនឹងបន្តទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ឱសថធម្មតារបស់អ្នកតាមរយៈ Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមមើលជំពូកទី 5 ផ្នែក F ។

កំណត់សម្គាល់៖ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការការថែទាំសម្រាប់ការផ្ទេរដែលមិនមែនជា CCT អ្នកគួរតែទូរសព្ទទៅកាន់អ្នកស្វែងរកសេវាថែទាំដើម្បីរៀបចំសេវាទាំងនេះ។ ការថែទាំសម្រាប់ការផ្ទេរដែលមិនមែនជា CCT ដែលមិនទាក់ទងទៅនឹងការផ្ទេររបស់អ្នកពីមន្ទីរ/មន្ទីរថែទាំ។ អ្នកអាច

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan តាមលេខ 1-855-905-3825 (TTY:711) ម៉ោង 8:00 ព្រឹក – ម៉ោង 8:00 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅមកលេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលមើលនៅ www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect។



ទាក់ទងអ្នកសម្របសម្រួលផ្នែកថែទាំតាមរយៈការទូរសព្ទទៅផ្នែកបម្រើសេវាអតិថិជន Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan តាមលេខ 1-855-905-3825 (TTY: 711), 8:00 ព្រឹក – 8:00 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ បន្ទាប់មកជ្រើសរើសជម្រើសអ្នកសម្របសម្រួលផ្នែកថែទាំ ពេលដែលអ្នកកំពុងរង់ចាំ។

E2. កម្មវិធីទន្តពេទ្យ Medi-Cal

សេវាកម្មថែទាំធ្មេញមួយចំនួនអាចរកបានតាមរយៈកម្មវិធីធ្មេញ Medi-Cal។ ឧទាហរណ៍សេវាដូចជា៖

- ការពិនិត្យដំបូង ការបាញ់កាំរស្មីអ៊ិច ការសម្អាតនិងការព្យាបាលដោយជាតិក្លរូអ័រ
- ការជួសជុលធ្មេញនិងធ្មេញពាក់
- ការព្យាបាលតាមប្រឡាយឬសធ្មេញ
- ក្រាស់ធ្មេញពាក់ ការកែតម្រូវ ការជួសជុលនិងការតម្រង់ផ្លូវធ្មេញ

អត្ថប្រយោជន៍ការថែទាំធ្មេញអាចរកបានក្នុងគម្រោង Medi-Cal Dental Program ដោយ គិតថ្លៃចំណាយតាមសេវា ដែលទទួលបាន។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម ឬប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយក្នុងការ ស្វែងរកទន្តពេទ្យដែលព្រមទទួលយក Medi-Cal Dental Program សូមទាក់ទងមកកាន់សេវាបម្រើអតិថិជន តាមរយៈលេខ 1-800-322-6384 (អ្នកប្រើ TTY គួរតែទូរសព្ទមកលេខ 1-800-735-2922)។ ការហៅមក លេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ អ្នកតំណាងកម្មវិធី Medi-Cal Dental Services Program អាចរកបានចាប់ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹកដល់ម៉ោង 5:00 ល្ងាចចាប់ពីថ្ងៃច័ន្ទដល់ថ្ងៃសុក្រ។ អ្នកក៏អាចចូលមើលគេហទំព័រ dent.dhcs.ca.gov/ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។

បន្ថែមលើកម្មវិធី Medi-Cal Dental Program ដែលគិតថ្លៃតាមសេវាព្យាបាល អ្នកអាចទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ថែទាំធ្មេញតាមរយៈគម្រោងគ្រប់គ្រងការថែទាំសុខភាពធ្មេញ។ គម្រោង ថែទាំសុខភាពធ្មេញមាននៅខោនធី Los Angeles ។ បើសិនអ្នកត្រូវការព័ត៌មានបន្ថែមអំពី គម្រោងថែទាំសុខភាពធ្មេញ ឬត្រូវការជំនួយក្នុងការកំណត់គម្រោងថែទាំសុខភាពធ្មេញរបស់អ្នក ឬចង់ ផ្លាស់ប្តូរគម្រោងថែទាំសុខភាពធ្មេញរបស់អ្នក សូមទាក់ទងទៅកាន់ Health Care Options តាមរយៈលេខ 1-800-430-4263 (អ្នកប្រើ TTY ទូរសព្ទទៅកាន់លេខ 1-800-430-7077) ចាប់ពីថ្ងៃច័ន្ទដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹកដល់ 6:00 ល្ងាច។ លេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។

E3. សេវាកម្មថែទាំអ្នកជំងឺធ្ងន់

អ្នកអាចទទួលបានសេវាកម្មថែទាំពីកម្មវិធីថែទាំជនងាយរងគ្រោះបំផុតដែលមានសេចក្តីអនុញ្ញាតពីកម្មវិធី Medicare។ អ្នកមានសិទ្ធិជ្រើសមន្ទីរថែទាំចុងក្រោយ បើសិនអ្នកផ្តល់សេវា ឬប្រធានគ្រប់គ្រងមន្ទីរវេជ្ជសាស្ត្រ កំណត់ថាអ្នកត្រូវតែទទួលបានការថែទាំសម្រាប់ដំណាក់កាលចុងក្រោយ។ នេះមានន័យថាអ្នកមានជំងឺធ្ងន់ធ្ងរ និងរំពឹងថាអាចរស់បានត្រឹមប្រាំមួយខែ ឬតិចជាងនេះ។ វេជ្ជបណ្ឌិតផ្នែកសេវាកម្មថែទាំអ្នកជំងឺធ្ងន់ធ្ងរ អាច ជាក្រុមគ្រូពេទ្យក្នុងបណ្តាញ ឬក្រុមគ្រូពេទ្យក្រៅបណ្តាញ។

សូមមើលតារាងអត្ថប្រយោជន៍នៅក្នុងផ្នែក D នៃជំពូកនេះដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែមអំពីអ្វី ដែល គម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan បង់ថ្លៃជូននៅពេលដែលអ្នកទទួលបានសេវាកម្ម ថែទាំសុខភាពសម្រាប់ដំណាក់កាលចុងក្រោយនៅមន្ទីរពេទ្យ។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan តាមលេខ 1-855-905-3825 (TTY:711) ម៉ោង 8:00 ព្រឹក – ម៉ោង 8:00 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅមក លេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** សូមចូលមើលនៅ

www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect។



សម្រាប់សេវាកម្មនៅតាមមន្ទីរពេទ្យសម្រាប់ជនងាយរងគ្រោះ និងសេវាកម្មនានា

ត្រូវបានរ៉ាប់រងដោយ Medicare ផ្នែក A ឬ B ដែលពាក់ព័ន្ធនឹងការ

ថែទាំដំណាក់កាលចុងក្រោយរបស់អ្នក៖

- អ្នកផ្តល់សេវានៅមន្ទីរពេទ្យសម្រាប់អ្នកជំងឺធ្ងន់នឹងចេញវិក្កយបត្រជូនកម្មវិធី Medicare សម្រាប់សេវាកម្មរបស់អ្នក។ Medicare នឹងបង់ថ្លៃសម្រាប់សេវាកម្មជនងាយរងគ្រោះដែលពាក់ព័ន្ធនឹងការថែទាំដំណាក់កាលចុងក្រោយរបស់អ្នក។ អ្នក មិន ចាំបាច់បង់ប្រាក់ទូទាត់សម្រាប់សេវាកម្មទាំងនេះទេ។

សម្រាប់សេវាកម្មនានាត្រូវបានរ៉ាប់រងដោយ Medicare ផ្នែក A ឬ B ដែលមិនពាក់ព័ន្ធនឹងការព្យាបាលដំណាក់កាលចុងក្រោយរបស់អ្នក (លើកលែងតែការថែទាំបន្ទាន់ ឬការថែទាំដែលចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ)៖

- អ្នកផ្តល់សេវានឹងចេញវិក្កយបត្រជូន Medicare សម្រាប់សេវាកម្មរបស់អ្នក។ Medicare នឹងបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាកម្មដែលត្រូវបានរ៉ាប់រងដោយផ្នែក A ឬ B នៃកម្មវិធី Medicare។ អ្នក មិនចាំបាច់បង់ប្រាក់ទូទាត់សម្រាប់សេវាកម្មទាំងនេះទេ។

សម្រាប់ឱសថដែលមិនមានការរ៉ាប់រងដោយអត្ថប្រយោជន៍ Medicare ផ្នែក D របស់គម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan៖

- ឱសថមិនអាចត្រូវបានរ៉ាប់រងដោយមណ្ឌលថែទាំរយៈពេលយូរ និងគម្រោងរបស់យើងក្នុងពេលតែមួយបានទេ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមមើលជំពូកទី 5 ផ្នែក F ។

កំណត់សម្គាល់៖ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការសេវាមន្ទីរមើលថែទាំជនងាយរងគ្រោះបំផុត អ្នកអាចទូរសព្ទទៅកាន់កម្មវិធី Care Navigator របស់អ្នកដើម្បីឲ្យគេរៀបចំសេវាកម្មទាំងនោះជូនអ្នក។ សេវាកម្មមិនមែនសម្រាប់ជនងាយរងគ្រោះបំផុតគឺជាសេវាកម្មថែទាំដែលមិនពាក់ព័ន្ធនឹងជំងឺសេសសល់របស់អ្នក។ អ្នកអាចទាក់ទងអ្នកសម្របសម្រួលផ្នែកថែទាំតាមរយៈការទូរសព្ទទៅផ្នែកបម្រើសេវាអភិវឌ្ឍន៍ Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan តាមលេខ 1-855-905-3825 (TTY: 711), 8:00 ព្រឹក – 8:00 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ បន្ទាប់មកជ្រើសរើសជម្រើសអ្នកសម្របសម្រួលផ្នែកថែទាំពេលដែលអ្នកកំពុងរង់ចាំ។

F. អត្ថប្រយោជន៍ ដែលមិនត្រូវបានរ៉ាប់រងដោយ Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan Medicare ឬ Medi-Cal

ផ្នែកនេះនឹងបង្ហាញអ្នកថា តើអត្ថប្រយោជន៍ប្រភេទណាខ្លះមិនត្រូវបានរាប់បញ្ចូលក្នុងគម្រោង។ មិនរួមបញ្ចូល មានន័យថា យើងខ្ញុំមិនបង់ប្រាក់ទូទាត់សម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍ទាំងនេះទេ។ កម្មវិធី Medicare និង Medi-Cal ក៏នឹងមិនបង់ប្រាក់ទូទាត់ឱ្យផងដែរ។

បញ្ជីខាងក្រោមពិពណ៌នាអំពីសេវាកម្ម និងករណីមួយចំនួនដែលយើងខ្ញុំមិនរ៉ាប់រង ក្រោមលក្ខខណ្ឌគ្រប់យ៉ាង និងសេវាកម្មមួយចំនួនដែលយើងខ្ញុំមិនរាប់បញ្ចូលតែក្នុងករណីមួយចំនួនប៉ុណ្ណោះ។

យើងខ្ញុំនឹងមិនបង់ថ្លៃសម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដែលមិនរួមបញ្ចូលដែលមានរាយនៅក្នុងផ្នែកនេះ (ឬផ្នែកណាមួយនៅក្នុង សៀវភៅណែនាំសមាជិក) លើកលែងតែស្ថិតនៅក្រោមលក្ខខណ្ឌជាក់លាក់ដែល

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan តាមលេខ 1-855-905-3825 (TTY:711) ម៉ោង 8:00 ព្រឹក – ម៉ោង 8:00 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅមកលេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលមើលនៅ

www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect។



បានរាយឈ្មោះ។ បើអ្នកគិតថាយើងខ្ញុំគួរតែបង់ប្រាក់ទូទាត់សម្រាប់សេវាកម្មណាមួយដែលមិនទទួលបានការ រ៉ាប់រង អ្នកអាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងបាន។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីការដាក់ពាក្យបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ សូមមើល ជំពូកទី 9 ផ្នែក D, E, F និង G ។

បន្ថែមពីលើការមិនរួមបញ្ចូល ឬការដាក់កម្រិតណាមួយដូចដែលបានរៀបរាប់នៅក្នុងតារាងអត្ថប្រយោជន៍ សម្ភារៈ និងសេវាកម្មខាងក្រោមនេះមិនត្រូវបានរ៉ាប់រងដោយគម្រោងរបស់យើងខ្ញុំទេ៖

- សេវាកម្មដែលមិន “សមស្រប និងចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ” យោងតាមស្តង់ដារកម្មវិធី Medicare និង Medi-Cal លើកលែងតែកម្មវិធីទាំងនេះមាននៅក្នុងបញ្ជីរបស់គម្រោងជា សេវាកម្មត្រូវបានរ៉ាប់រង។
- សេវាកម្មវេជ្ជសាស្ត្រ និងវះកាត់ផ្នែកពិសោធន៍ របស់របរ និងឱសថលើកលែងតែត្រូវបាន រ៉ាប់រងដោយកម្មវិធី Medicare ឬនៅក្រោមលទ្ធផលសិក្សាស្រាវជ្រាវផ្នែកព្យាបាលដែលត្រូវ បានយល់ព្រមដោយកម្មវិធី Medicare ឬដោយគម្រោងរបស់យើង។ សូមមើលជំពូកទី 3 ទំព័រទី 54 សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមស្តីពីការស្រាវជ្រាវខាងការព្យាបាល។ សេវាកម្ម និង សម្ភារៈពិសោធន៍គឺជាសេវាកម្ម និងសម្ភារៈដែលមិនត្រូវបានទទួលស្គាល់ជាទូទៅដោយ សហគមន៍វេជ្ជសាស្ត្រ។
- សេវាកម្មព្យាបាលដោយវះកាត់សម្រាប់ជម្ងឺធាត់មានមេរោគ លើកលែងតែនៅពេលសេវាកម្ម នេះមានភាពចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ ហើយ Medicare បង់ថ្លៃសេវាកម្មនេះ។
- បន្ទប់ឯកជននៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យ លើកលែងនៅពេលបន្ទប់នេះមានភាពចាំបាច់ ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ។
- គិលានុប្បដ្ឋាយិកាបំពេញការៈកិច្ចឯកជន។
- សម្ភារៈផ្ទាល់ខ្លួននៅក្នុងបន្ទប់របស់អ្នកនៅមន្ទីរពេទ្យ ឬនៅមណ្ឌលថែទាំអ្នកជម្ងឺ ដូចជា ទូរសព្ទ ឬទូរទស្សន៍ ជាដើម។
- សេវាកម្មថែទាំអ្នកជម្ងឺពេញម៉ោងនៅក្នុងលំនៅដ្ឋានរបស់អ្នក។
- ថ្លៃសេវាកម្មដែលត្រូវគិតដោយសាច់ញាតិជិត ឬសមាជិកគ្រួសាររបស់អ្នក។
- នីតិវិធី ឬសេវាកម្មជ្រើសតាំង ឬដោយស្ម័គ្រចិត្ត (រួមបញ្ចូលទាំងការសម្រកទម្ងន់ ការ បណ្តុះសក់ សមត្ថភាពផ្លូវភេទ សមត្ថភាពអត្តពលកម្ម គោលបំណងកែសម្រួល ការពារការ ចាស់មុនអាយុ និងសមត្ថភាពផ្លូវចិត្ត) លើកលែងតែនៅពេលចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ ។
- សេវាកម្មវះកាត់កែសម្រួល ឬការងារកែសម្រួលផ្សេងៗទៀត លើលែងតែមានភាពចាំបាច់ ដោយសារតែមានគ្រោះថ្នាក់ដោយចៃដន្យ ឬដើម្បី ពង្រឹងផ្នែកនៃរាងកាយដែលមិនមាន ទម្រង់ត្រឹមត្រូវ។ ទោះបីជាយ៉ាងណា យើងខ្ញុំ នឹងបង់ប្រាក់ទូទាត់សម្រាប់សេវាកម្មបង្កើនទំហំ សុខន់ឡើងវិញក្រោយពេលវះកាត់សុខន់រួច និងសម្រាប់ការព្យាបាលជម្ងឺសុខន់ផ្សេងៗទៀត។
- សេវាកម្មចាប់សរសៃ លើកលែងការធ្វើសរសៃឆ្អឹងខ្នងដែលស្របតាមការណែនាំរបស់គម្រោង ធានារ៉ាប់រង។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan តាមលេខ 1-855-905-3825 (TTY:711) ម៉ោង 8:00 ព្រឹក – ម៉ោង 8:00 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅមក លេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** សូមចូលមើលនៅ

www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect។



- ការថែទាំជើងធម្មតា
លើកលែងតែដូចបានពិពណ៌នាក្នុងសេវាបេតិកភ័ណ្ឌសាស្ត្រនៅក្នុងកំណត់សម្គាល់អត្ថប្រយោជន៍
នៅក្នុងផ្នែក D។
- ស្បែកជើងទម្រង់កាយ លើកលែងតែស្បែកជើងនោះជាផ្នែកមួយនៃចន្ទលំ និងត្រូវបានដាក់
បញ្ចូលក្នុងថ្លៃចំណាយលើចន្ទលំ ឬស្បែកជើងសម្រាប់អ្នកជម្ងឺជើងរ៉ាំរ៉ៃ។
- សម្ភារៈគាំទ្រសម្រាប់ជើង លើកលែងតែស្បែកជើងកែទម្រង់រាងកាយឬស្បែកជើង
សប្បនិមិត្តសម្រាប់អ្នកជម្ងឺជើងរ៉ាំរ៉ៃ។
- សេវាកម្ម Radial keratotomy សេវាកម្មកាត់ LASIK និងឧបករណ៍ជំនួយ
ចក្ខុខ្សោយផ្សេងៗទៀត។
- ផ្ទុយស្រឡះពិនិត្យវិធីគ្រឿង ការកាត់កែភេទ និងការផ្គត់ផ្គង់ឱសថពន្យារកំណើតដែល
មិនមានវេជ្ជបញ្ជា ។
- សេវាកម្មព្យាបាលរោគតាមរបៀបធម្មជាតិ (ការប្រើប្រាស់ថ្នាំព្យាបាលធម្មជាតិឬ
របៀបព្យាបាលតាមជម្រើសផ្សេងៗ)។
- សេវាកម្មដែលត្រូវបានផ្តល់ឱ្យយុទ្ធជនក្នុងមណ្ឌលកិច្ចការយុទ្ធជន (VA)។ ទោះបីជាយ៉ាងណា
នៅពេលយុទ្ធជនណាម្នាក់ទទួលបានសេវាកម្មសង្គ្រោះបន្ទាន់នៅមន្ទីរពេទ្យ VA ហើយ
ការបង់ថ្លៃបដិភាគ VA មានចំនួនច្រើនជាងការបង់ថ្លៃបដិភាគក្នុងគម្រោងរបស់យើង
យើងនឹងបង់ប្រាក់ទូទាត់ជូនយុទ្ធជនវិញតាមចំនួនដែលខុសគ្នា។ អ្នកនៅតែទទួលខុសត្រូវ
ចំពោះចំនួនទឹកប្រាក់ក្នុងការបង់ថ្លៃបដិភាគរបស់អ្នក។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan តាមលេខ
1-855-905-3825 (TTY:711) ម៉ោង 8:00 ព្រឹក – ម៉ោង 8:00 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅមក
លេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** សូមចូលមើលនៅ

www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect។



ជំពូកទី 5: ការទទួលបានឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាសម្រាប់អ្នកជំងឺមិនសម្រាកនៅពេទ្យរបស់អ្នកតាមរយៈ គម្រោង

សេចក្តីផ្តើម

ជំពូកនេះពន្យល់អំពីវិធានច្បាប់សម្រាប់ទទួលបាន ឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាសម្រាប់អ្នកជំងឺមិនសម្រាកនៅពេទ្យ។ ទាំងនេះគឺជាឱសថ ដែលអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកបញ្ជាទិញសម្រាប់អ្នក ហើយអ្នកនឹងទទួលបានពីឱសថស្ថានឬតាមការបញ្ជូនតាមប្រៃសណីយ៍។ ឱសថទាំងនោះរួមមានទាំងឱសថក្រោមសេវាធានារ៉ាប់រងនៅផ្នែក D នៃកម្មវិធី Medicare និង Medi-Cal។ ជំពូកទី 6 ប្រាប់អ្នកអំពីការចំណាយរបស់អ្នកលើឱសថទាំងនេះ។ ពាក្យគន្លឹះនិងនិយមន័យមានតាមលំដាប់អក្ខរក្រមក្នុងជំពូកចុងក្រោយនៃ សៀវភៅណែនាំសមាជិក។

Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan ក៏គ្របដណ្តប់ឱសថខាងក្រោមផងដែរទោះបីជាពួកគេនឹងមិនត្រូវបានពិភាក្សានៅក្នុងជំពូកនេះក៏ដោយ៖

- ឱសថដែលគ្របដណ្តប់ដោយ Medicare ផ្នែក A ។
ទាំងនេះរួមបញ្ចូលទាំងឱសថមួយចំនួនដែលត្រូវបានផ្តល់ឱ្យអ្នកនៅពេលអ្នកស្ថិតនៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យឬមណ្ឌលថែទាំ។
- ឱសថដែលគ្របដណ្តប់ដោយ Medicare ផ្នែក B។ ទាំងនេះរួមបញ្ចូលទាំងឱសថគីមីមួយចំនួនថ្នាំបាក់មួយចំនួនដែលបានផ្តល់ជូនអ្នកនៅខណៈពេលដែលអ្នកទៅជួបវេជ្ជបណ្ឌិត ឬ អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពផ្សេងទៀត ព្រមទាំងឱសថដែលបានផ្តល់ជូនអ្នកនៅឯគ្លីនិកលាងឈាម។ ដើម្បីស្វែងយល់អំពីឱសថណាមួយដែលត្រូវបានរ៉ាប់រងដោយ Medicare ផ្នែក B សូមមើលតារាងអត្ថប្រយោជន៍ក្នុង ជំពូកទី 4 ផ្នែក D ។

វិធានសម្រាប់ការរ៉ាប់រងឱសថសម្រាប់អ្នកជំងឺមិនសម្រាកនៅមន្ទីរពេទ្យក្នុងគម្រោង

យើងខ្ញុំនឹងរ៉ាប់រងឱសថរបស់អ្នកជាធម្មតា លុះត្រាតែអ្នកអនុវត្តតាមវិធានច្បាប់នៅក្នុងផ្នែកនេះ។

អ្នកត្រូវតែសុំឱ្យវេជ្ជបណ្ឌិតម្នាក់ ឬ អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំផ្សេងទៀតសរសេរវេជ្ជបញ្ជាជូនអ្នក។ មនុស្សម្នាក់នេះជាញឹកញាប់គឺជាអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំបឋមរបស់អ្នក (PCP)។ ជននេះក៏អាចជាអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញមួយផ្សេងទៀតផងដែរ បើអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំបឋមរបស់អ្នកបានបញ្ជូនអ្នកបន្តឱ្យទៅទទួលយកសេវាកម្មថែទាំ។

អ្នកត្រូវប្រើឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញដើម្បីបំពេញវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក។

ឱសថមានវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកត្រូវតែស្ថិតនៅក្នុង **បញ្ជីឱសថដែលមានការរ៉ាប់រងរបស់គម្រោង**។ យើងហៅវាយ៉ាងខ្លីថា៖ “បញ្ជីឱសថ”។

- បើវាមិនមាននៅក្នុងបញ្ជីឱសថទេ យើងខ្ញុំប្រហែលជាអាចរ៉ាប់រងលើវា ដោយផ្តល់ឱ្យលោកអ្នកនូវករណីលើកលែង។
- សូមមើលជំពូកទី 9 ដើម្បីស្វែងយល់អំពីការស្នើសុំករណីលើកលែង។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan តាមលេខ 1-855-905-3825 (TTY:711) ម៉ោង 8:00 ព្រឹក – ម៉ោង 8:00 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅមកលេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** សូមចូលមើលនៅ www.blueshieldca.com/promise/CalMediConnect។



ឱសថរបស់អ្នកត្រូវតែប្រើតាមការណែនាំ របស់វេជ្ជបញ្ជា។ ចំណុចនេះមានន័យថា ការប្រើប្រាស់ឱសថ ត្រូវមានការយល់ព្រមពីការិយាល័យរដ្ឋបាលចំណីអាហារ និងឱសថ ឬក៏មានការគាំទ្រ ពីអំណះអំណាងវេជ្ជសាស្ត្រជាក់លាក់។ ឱសថដែលត្រូវបានប្រើដើម្បីព្យាបាលអាការៈជំងឺ ដែលមិនត្រូវបានគាំទ្រដោយរដ្ឋបាលចំណីអាហារ (FDA) ឬសៀវភៅជាឯកសារយោងនោះ ត្រូវបាន គេដាក់សញ្ញាបញ្ជាក់ថា "ការប្រើក្រៅផ្លូវការ"។ ឱសថដែលបានប្រើសម្រាប់បង្ហាញ "ការប្រើ ក្រៅផ្លូវការ" គឺមិនមែនជាសញ្ញាណនៃការទទួលយកផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រទេហេតុដូច្នេះមិនមែនជា អត្ថប្រយោជន៍ដែលមានការរ៉ាប់រងឡើយលុះត្រា៖

- “ការប្រើក្រៅផ្លូវការ” នេះត្រូវបានលើកឡើងនៅក្នុងសៀវភៅយោងមួយក្បាល ដែលអនុម័ត ដោយ CMS។
- ឱសថទាំងនេះត្រូវបានលើកឡើងនៅក្នុងអត្ថបទពីរ (2) នៅក្នុងទស្សនាវដ្តីវេជ្ជសាស្ត្រ ដែលបានត្រួតពិនិត្យដោយក្រុមវេជ្ជបណ្ឌិត ដោយបង្ហាញពីទិន្នន័យគាំទ្រដល់ការប្រើប្រាស់ ការបិទស្លាកដែលបានស្នើឡើង ឬការប្រើប្រាស់ជាទូទៅប្រកបដោយសុវត្ថិភាព និងមានប្រសិទ្ធភាព (វាអនុវត្តចំពោះតែឱសថដែលបានស្នើសុំប៉ុណ្ណោះ)។

តារាងមាតិកា

A. ការស្នើសុំបើកឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជា 134

 A1. សូមបើកឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកនៅឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញ 134

 A2. ប្រើប័ណ្ណសម្គាល់សមាជិករបស់អ្នកនៅពេលអ្នកបើកឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជា 134

 A3. តើនឹងមានរឿងអ្វីកើតឡើង បើអ្នកផ្លាស់ប្តូរទៅឱសថស្ថានផ្សេង 134

 A4. អ្វីដែលត្រូវធ្វើប្រសិនបើឱសថស្ថានរបស់អ្នកចាកចេញពីបណ្តាញ 135

 A5. ការប្រើឱសថស្ថានឯកទេស 135

 A6. ប្រើសេវាបញ្ជាទិញតាមប្រៃសណីយ៍ ដើម្បីទទួលបានឱសថរបស់អ្នក 135

 A7. ការទទួលបានការផ្គត់ផ្គង់ឱសថរយៈពេលយូរ 138

 A8. ការប្រើឱសថស្ថានដែលមិនមាននៅក្នុងបណ្តាញរបស់គម្រោង 138

 A9. ការបង់ប្រាក់ឱ្យអ្នកវិញប្រសិនបើអ្នកបង់ថ្លៃឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជា 139

B. បញ្ជីឱសថក្នុងគម្រោង 139

 B1. ឱសថក្នុងបញ្ជីឱសថ 139

 B2. វិធីស្វែងរកឱសថនៅក្នុងបញ្ជីឱសថ 139

 B3. ឱសថដែលមិនមានក្នុងបញ្ជីឱសថ 140

B4. កម្រិត ការបង់ចំណែកចំណាយក្នុងបញ្ជីឱសថ	141
C. ដែនកំណត់លើឱសថមួយចំនួន.....	141
D. មូលហេតុដែលឱសថរបស់អ្នកប្រហែលជាមិនទទួលបានការរ៉ាប់រង	143
D1. ការទទួលបានការផ្គត់ផ្គង់បណ្តោះអាសន្ន	143
E. ករណីផ្លាស់ប្តូរសេវាកម្មធានារ៉ាប់រងលើឱសថរបស់អ្នក.....	145
F. សេវាកម្មធានារ៉ាប់រងលើឱសថក្នុងករណីពិសេសៗ.....	147
F1. បើអ្នកនៅមន្ទីរពេទ្យ ឬក៏មណ្ឌលជំនាញថែទាំអ្នកជម្ងឺក្រោមសេវាកម្មធានារ៉ាប់រង ដោយគម្រោងរបស់យើង	147
F2. បើអ្នកនៅក្នុងមណ្ឌលថែទាំរយៈពេលយូរ.....	148
F3. ប្រសិនបើអ្នកនៅក្នុងមណ្ឌលថែទាំរយៈពេលយូររបស់កម្មវិធី Medicare ដែលមានវិញ្ញាបនប័ត្រ	148
G. កម្មវិធីសុវត្ថិភាព និង ការគ្រប់គ្រងឱសថ.....	149
G1. កម្មវិធីជួយសមាជិកសមាជិកាឱ្យប្រើប្រាស់ឱសថប្រកបដោយសុវត្ថិភាព.....	149
G2. កម្មវិធីជួយសមាជិកឱ្យចេះគ្រប់គ្រងឱសថរបស់ពួកគេ	149
G3. កម្មវិធីគ្រប់គ្រងឱសថដើម្បីជួយសមាជិកឱ្យប្រើឱសថផ្ដកសារធាតុអ៊ីផ្ស័រអ៊ីត (opioid) ដោយសុវត្ថិភាព	150



A. ការស្នើសុំបើកឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជា

A1. សូមបើកឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកនៅឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញ

ក្នុងករណីភាគច្រើន យើងនឹងបង់ប្រាក់សម្រាប់វេជ្ជបញ្ជា តែ ក្នុងករណីវេជ្ជបញ្ជាទាំងនោះត្រូវបានបំពេញនៅឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញណាមួយរបស់យើង។ ឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញ គឺជាហាងលក់ថ្នាំដែលបានព្រមព្រៀងបំពេញតាមវេជ្ជបញ្ជាសម្រាប់សមាជិកទាំងឡាយរបស់គម្រោងយើង។ អ្នកអាចទៅកាន់ឱសថស្ថានណាមួយក៏បានឱ្យតែស្ថិតក្នុងបណ្តាញរបស់អ្នក។

ដើម្បីរកមើលឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញ អ្នកអាចស្វែងរកនៅក្នុង *បញ្ជីឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថាន* សូមចូលមើលវេបសាយរបស់យើង ឬទាក់ទងសេវាបម្រើអតិថិជនរបស់យើង ឬ ឬអ្នកសម្របសម្រួលផ្នែកថែទាំរបស់អ្នក ។

A2. ប្រើប័ណ្ណសម្គាល់សមាជិករបស់អ្នកនៅពេលអ្នកបើកឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជា

ដើម្បីបំពេញវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក **សូមបង្ហាញប័ណ្ណសមាជិកភាពរបស់អ្នក** នៅឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញរបស់អ្នក។ ឱសថស្ថានបណ្តាញនេះនឹងចេញវិក្កយបត្រជូនយើងសម្រាប់ចំណែកនៃការចំណាយរបស់យើងលើឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាដែលត្រូវបានរ៉ាប់រងសម្រាប់អ្នក។ អ្នកអាចនឹងត្រូវបង់ប្រាក់ឱសថស្ថាន ក្នុងចំណែករបស់អ្នកនៅពេលអ្នកទទួលបានវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក។

បើអ្នកមិនមានប័ណ្ណសមាជិកភាពគម្រោងនៅនឹងខ្លួននៅពេលអ្នកបើកឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជា សូមស្នើសុំឱ្យឱសថស្ថាននោះហៅទូរសព្ទមកយើងខ្ញុំ ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានចាំបាច់ផ្សេងៗ។

ប្រសិនបើឱសថស្ថានមិនអាចទទួលបានព័ត៌មានដែលចាំបាច់នោះទេ អ្នកអាចបង់ប្រាក់ក្នុងតម្លៃមួយពេញសម្រាប់វេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកនៅពេលដែលអ្នកទទួលយកវា។ បន្ទាប់មក អ្នកអាចស្នើសុំឱ្យយើងខ្ញុំបង់ប្រាក់ជូនលោកអ្នក សម្រាប់ ចំណែករបស់យើង ។ បើអ្នកមិនអាចបង់ប្រាក់សម្រាប់ឱសថនោះបាន សូមទាក់ទងមកសេវាបម្រើអតិថិជនឱ្យបានឆាប់។ យើងខ្ញុំនឹងធ្វើអ្វីដែលយើងខ្ញុំអាចធ្វើបាន ដើម្បីជួយអ្នក។

- ដើម្បីស្វែងយល់អំពីរបៀបស្នើសុំឱ្យយើងទូទាត់ប្រាក់សងអ្នកវិញ សូមមើលជំពូកទី 7 ផ្នែក A និង B ។
- ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយក្នុងការបើកឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជា អ្នកអាចទាក់ទងសេវាបម្រើអតិថិជន ឬអ្នកសម្របសម្រួលផ្នែកថែទាំរបស់អ្នក ។

A3. តើនឹងមានរឿងអ្វីកើតឡើង បើអ្នកផ្លាស់ប្តូរទៅឱសថស្ថានផ្សេង

បើអ្នកផ្លាស់ប្តូរឱសថស្ថាន និងត្រូវការការបំពេញឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាឡើងវិញ អ្នកអាចស្នើសុំឱ្យមានវេជ្ជបញ្ជាថ្មីមួយដែលសរសេរដោយអ្នកផ្តល់សេវា ឬ ក៏ស្នើសុំឱ្យឱសថស្ថានរបស់អ្នកផ្ទេរវេជ្ជបញ្ជានោះមកឱសថស្ថានថ្មី ប្រសិនបើនៅសល់ឱសថសម្រាប់បើកឡើងវិញ។

ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយក្នុងការផ្លាស់ប្តូរឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញរបស់អ្នក អ្នកអាចទាក់ទងសេវាបម្រើអតិថិជន ឬអ្នកសម្របសម្រួលផ្នែកថែទាំរបស់អ្នក ។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan តាមលេខ 1-855-905-3825 (TTY:711) ម៉ោង 8:00 ព្រឹក – ម៉ោង 8:00 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅមកលេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** សូមចូលមើលនៅ

www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect។



A4. អ្វីដែលត្រូវធ្វើប្រសិនបើឱសថស្ថានរបស់អ្នកចាកចេញពីបណ្តាញ

បើឱសថស្ថានដែលអ្នកប្រើប្រាស់ចាកចេញពីបណ្តាញរបស់គម្រោង អ្នកនឹងត្រូវស្វែងរកឱសថស្ថានថ្មីមួយ។

ដើម្បីរកមើលឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញថ្មី អ្នកអាចស្វែងរកនៅក្នុង *បញ្ជីឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថាន* សូមចូលមើលវេបសាយរបស់យើង ឬទាក់ទងសេវាបម្រើអតិថិជនរបស់យើង ឬអ្នកសម្របសម្រួលផ្នែកថែទាំរបស់អ្នក ។

A5. ការប្រើឱសថស្ថានឯកទេស

ជួនកាល អ្នកត្រូវការបើកថ្នាំតាមវេជ្ជបញ្ជានៅឱសថស្ថានឯកទេស។ ឱសថស្ថានឯកទេសរួមមាន៖

- ឱសថស្ថានដែលផ្គត់ផ្គង់ឱសថសម្រាប់ការព្យាបាលនៅផ្ទះ។
- ឱសថស្ថានដែលផ្គត់ផ្គង់ឱសថសម្រាប់ប្រជាជនដែលសម្រាកនៅមណ្ឌលថែទាំជម្ងឺរយៈពេលយូរ ដូចជា មណ្ឌលថែទាំជម្ងឺទូទៅជាដើម។
 - ជាធម្មតា មណ្ឌលថែទាំជម្ងឺរយៈពេលយូរមានឱសថស្ថានរបស់ខ្លួនផ្ទាល់។ ប្រសិនបើអ្នកស្នាក់នៅមន្ទីរថែទាំក្នុងរយៈពេលយូរ យើងខ្ញុំត្រូវតែប្រាកដថាអ្នកទទួលបានឱសថដែលត្រូវការនៅឯឱសថស្ថានក្នុងមន្ទីរថែទាំ។
 - ប្រសិនបើឱសថស្ថានរបស់មន្ទីរថែទាំរយៈពេលវែងមិនស្ថិតនៅក្នុងបណ្តាញរបស់យើងខ្ញុំ ឬលោកអ្នកមានបញ្ហាពិបាកក្នុងការទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ពីឱសថរបស់អ្នកនៅក្នុងមន្ទីរថែទាំរយៈពេលវែង សូមទាក់ទងមកកាន់សេវាបម្រើអតិថិជន។
- ឱសថស្ថានដែលបម្រើឱ្យកម្មវិធីសេវាកម្មសុខភាពកណ្តាល/កម្មវិធីសុខភាពប្រជាជនកណ្តាលនៅក្នុងស្ថានភាព/ទីក្រុង។ លើកលែងតែក្នុងករណីសង្គ្រោះបន្ទាន់ មានតែជនជាតិដើមអាមេរិក ឬក៏អាឡាស្កាប៉ុណ្ណោះ ទើបអាចប្រើប្រាស់ឱសថស្ថានទាំងនេះបាន។
- ឱសថស្ថានដែលផ្គត់ផ្គង់ឱសថ ដែលតម្រូវឱ្យមានការគ្រប់គ្រងនិងសេចក្តីណែនាំពិសេសទាក់ទងនឹងការប្រើប្រាស់។

ដើម្បីរកមើលឱសថស្ថានជំនាញ អ្នកអាចស្វែងរកនៅក្នុង *បញ្ជីរាយឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថាន* សូមចូលមើលវេបសាយរបស់យើង ឬទាក់ទងសេវាបម្រើអតិថិជនរបស់យើង ឬអ្នកសម្របសម្រួលផ្នែកថែទាំរបស់អ្នក ។

A6. ប្រើសេវាបញ្ជាទិញតាមប្រៃសណីយ៍ ដើម្បីទទួលបានឱសថរបស់អ្នក

សម្រាប់ឱសថប្រភេទជាក់លាក់មួយចំនួន អ្នកអាចប្រើសេវាកម្មបញ្ជាទិញតាមប្រៃសណីយ៍នៃបណ្តាញគម្រោងនេះ។ ជាទូទៅ ឱសថមានផ្តល់ជូនតាមការបញ្ជាទិញតាមប្រៃសណីយ៍ គឺជាឱសថដែលអ្នកលេបជាទៀងទាត់ សម្រាប់ស្ថានភាពជំងឺរ៉ាំរ៉ៃ និងលក្ខខណ្ឌវេជ្ជសាស្ត្ររយៈពេលយូរ។ ឱសថមានផ្តល់ជូនតាមរយៈសេវាកម្មបញ្ជាទិញតាមប្រៃសណីយ៍នៅក្នុងគម្រោងរបស់យើងត្រូវបានសម្គាល់ជាឱសថបញ្ជាទិញតាមប្រៃសណីយ៍នៅក្នុងបញ្ជីឱសថរបស់យើង។



សេវាកម្មបញ្ជាទិញតាមប្រៃសណីយ៍របស់គម្រោង អនុញ្ញាតឱ្យ អ្នកបញ្ជាទិញ ទទួលបានការផ្គត់ផ្គង់ 100 ថ្ងៃសម្រាប់ឱសថនៅកម្រិតទី 1 និង 90 ថ្ងៃសម្រាប់ឱសថនៅលើកម្រិតទី 2-3។ ការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេល 90 និង 100-ថ្ងៃមានការបង់ប្រាក់រួមគ្នាដូចនឹងការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេលមួយខែដែរ។

ការបើកឱសថតាមការបញ្ជាតាមប្រៃសណីយ៍

ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានអំពីការបើកឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកតាមប្រៃសណីយ៍ សូមអានការណែនាំខាងក្រោម ចូលមើលសេវាកម្មបញ្ជាទិញតាមប្រៃសណីយ៍ CVS Caremark តាម អនឡាញនៅ www.caremark.com ឬទូរសព្ទមកលេខ 1-866-346-7200 (TTY:711) 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ អ្នកក៏អាចទូរសព្ទទៅសេវាបម្រើអតិថិជន Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan តាមរយៈលេខទូរសព្ទនៅកាមទំព័រនេះ។

ដើម្បីបើកឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាតាមរយៈប្រៃសណីយ៍:

- ចុះឈ្មោះជាមួយសេវាបញ្ជាទិញតាមប្រៃសណីយ៍ CVS Caremark តាមអនឡាញនៅ www.caremark.com ឬក៏តាមទូរសព្ទលេខ at 1-866-346-7200 (TTY:711) 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។
- បន្ទាប់ពីចុះឈ្មោះ សេវាបញ្ជាទិញតាមប្រៃសណីយ៍ CVS Caremark នឹងត្រូវការវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក។ អ្នកអាចផ្ញើវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកទៅ CVS Caremark តាមវិធីដូចខាងក្រោម:
 - តាមសារអេឡិចត្រូនិច - សូមសុំវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកឱ្យផ្ញើ វេជ្ជបញ្ជាតាមសារអេឡិចត្រូនិចសម្រាប់ការផ្គត់ផ្គង់ 90 ឬ 100 ថ្ងៃទៅ CVS Caremark។ ការផ្ញើដូច្នេះត្រូវបានគេហៅថា "ការចេញវេជ្ជបញ្ជាអេឡិចត្រូនិច" ហើយគឺជាវិធីសាមញ្ញបំផុតក្នុងការផ្ញើវេជ្ជបញ្ជា
 - ទូរសព្ទ ឬ ទូរសារ - សូមស្នើសុំវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកឱ្យផ្ញើវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកសម្រាប់ការផ្គត់ផ្គង់ 90 ថ្ងៃទៅឱ្យ CVS Caremark ដោយហៅមកលេខ 1-800-378-5697 ឬដោយផ្ញើវេជ្ជបញ្ជាតាមទូរសារទៅលេខ 1-800-378-0323។
 - សំបុត្រ - អ្នកអាចផ្ញើ វេជ្ជបញ្ជាដែលវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកផ្តល់ឱ្យអ្នកតាមរយៈការបំពេញទម្រង់បែបបទបញ្ជា ទិញតាមប្រៃសណីយ៍ សេវាទូទាត់ប្រាក់ចំណែករួមតាមប្រៃសណីយ៍ ហើយផ្ញើទៅ:

CVS Caremark
P.O. Box 659541
San Antonio, TX 78265-9541

- ទូរសព្ទទៅកាន់ផ្នែកបម្រើសេវាអតិថិជនរបស់ Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan។ យើងរីករាយក្នុងការជួយអ្នកអំពីរបៀបប្រើសេវាកម្មបញ្ជាទិញតាមប្រៃសណីយ៍ និងផ្ញើ ទម្រង់បែបបទបញ្ជាទិញជូនអ្នកប្រសិនបើអ្នកត្រូវការ។



ជាធម្មតា ឱសថបញ្ជាទិញតាមប្រៃសណីយ៍នឹងផ្ញើដល់អ្នកក្នុងរយៈពេល 10 ទៅ 14 ថ្ងៃ។ ប៉ុន្តែ ជួនកាលការបញ្ជាទិញតាមប្រៃសណីយ៍របស់អ្នកអាចមានការពន្យារពេល។ ប្រសិនបើរឿងនេះកើតឡើង សូមទូរសព្ទមកសេវាបម្រើអតិថិជន។

ដំណើរការបញ្ជាទិញតាមប្រៃសណីយ៍

សេវាកម្មបញ្ជាទិញតាមប្រៃសណីយ៍មាននិក្ខិរិធីច្រើនបែបសម្រាប់វេជ្ជបញ្ជាថ្មីដែលវាទទួលបានពីអ្នកវេជ្ជបញ្ជាថ្មីដែលវាទទួលបានដោយផ្ទាល់ពីការិយាល័យអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាព និង ការបើកឱសថដែលបញ្ជាទិញតាមប្រៃសណីយ៍។

1. វេជ្ជបញ្ជាថ្មីដែលឱសថស្ថានទទួលបានពីអ្នក

ឱសថស្ថាននឹងបើកឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាថ្មីដោយស្វ័យប្រវត្តិនិងផ្ញើចេញទៅឱ្យអ្នក។

2. វេជ្ជបញ្ជាថ្មីដែលឱសថស្ថាននេះទទួលបានដោយផ្ទាល់ពីការិយាល័យរបស់អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំរបស់អ្នក

បន្ទាប់ពីឱសថសាស្ត្រទទួលបានវេជ្ជបញ្ជាពីអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាព ឱសថស្ថាននឹងទាក់ទងអ្នកដើម្បីដឹងថា តើអ្នកចង់បើកឱសថភ្លាមឬនៅពេលក្រោយ។

- វានឹងផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវឱកាសដើម្បីធ្វើឱ្យប្រាកដថាឱសថស្ថានកំពុងចែកចាយថ្នាំបានយ៉ាងត្រឹមត្រូវ (បូករួមកម្លាំង បរិមាណ និងទម្រង់លក្ខណៈ) ហើយប្រសិនបើចាំបាច់ វានឹងអនុញ្ញាតឱ្យអ្នកបញ្ឈប់ ឬពន្យារពេលក្នុងការបញ្ជាទិញមុនពេលដែល អ្នកបង់វិក្កយបត្រនិង មុនពេលដែលថ្នាំដឹកជញ្ជូនមកដល់។
- វាមានសារៈសំខាន់សម្រាប់អ្នកក្នុងការត្រូវឆ្លើយតបរាល់ពេលដែលឱសថស្ថានទាក់ទងមកកាន់អ្នក ដើម្បីអនុញ្ញាតឱ្យពួកគេដឹងថាពួកគេត្រូវធ្វើអ្វីជាមួយនឹងវេជ្ជបញ្ជាថ្មី និងដើម្បីការពារការពន្យារពេលក្នុងការដឹកជញ្ជូន។

3. ការបំពេញឡើងវិញលើការបញ្ជាទិញវេជ្ជបញ្ជាតាមប្រៃសណីយ៍

ចំពោះការបើកថ្នាំរបស់អ្នកឡើងវិញ អ្នកមានជម្រើសក្នុងការចុះឈ្មោះក្នុងកម្មវិធីបើកដោយស្វ័យប្រវត្តិឡើងវិញ ដែលគេ ហៅថា “ការបើកថ្នាំឡើងវិញដោយស្វ័យប្រវត្តិ” ក្នុងកម្មវិធីនេះ យើងនឹងចាប់ផ្តើមរៀបចំដំណើរការបំពេញឡើងវិញរបស់អ្នកដោយស្វ័យប្រវត្តិនៅពេលកំណត់ត្រារបស់យើងបានបង្ហាញថាអ្នកជិតអស់ថ្នាំរបស់អ្នក។

- ឱសថស្ថាននឹងទាក់ទងអ្នកមុនពេលបញ្ជូនថ្នាំដើម្បីធ្វើឱ្យប្រាកដថាអ្នកត្រូវការប្រើថ្នាំកាន់តែច្រើនហើយអ្នកអាចបោះបង់ការបំពេញឡើងវិញតាមកាលកំណត់ប្រសិនបើអ្នកមានថ្នាំគ្រប់គ្រាន់ឬប្រសិនបើថ្នាំរបស់អ្នកបានផ្លាស់ប្តូរ។
- ប្រសិនបើអ្នកជ្រើសរើសមិនប្រើកម្មវិធីទទួលថ្នាំបន្ថែមដោយស្វ័យប្រវត្តិរបស់យើង សូមទាក់ទងឱសថស្ថានរបស់អ្នកឱ្យបាន 14 ថ្ងៃមុនពេលដែលអ្នកគិតថាឱសថនៅក្នុងដៃរបស់អ្នកត្រូវបានប្រើអស់ ដើម្បីឱ្យប្រាកដថាការបញ្ជាទិញបន្ទាប់របស់អ្នកនឹងដឹកជញ្ជូនមកទាន់ពេលវេលា។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan តាមលេខ 1-855-905-3825 (TTY:711) ម៉ោង 8:00 ព្រឹក – ម៉ោង 8:00 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅមកលេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** សូមចូលមើលនៅ

www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect។



ដើម្បីដកខ្លួនចេញពីកម្មវិធីរបស់យើង ដែលរៀបចំការបញ្ជាទិញតាមប្រៃសណីយ៍ដោយស្វ័យប្រវត្តិ សូមទាក់ទងមកយើងខ្ញុំតាមរយៈ ការហៅទូរសព្ទទៅកាន់សេវាបញ្ជាទិញតាមប្រៃសណីយ៍ CVS Caremark តាមលេខ 1-866-346-7200 (TTY: 711) 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។

ដូច្នេះឱសថស្ថានអាចទាក់ទងអ្នកដើម្បីធ្វើការបញ្ជាក់អះអាងអំពីការបញ្ជាទិញរបស់អ្នកមុនពេល ធ្វើការដឹកជញ្ជូន សូមប្រាកដថាអ្នកបានអនុញ្ញាតឱ្យឱសថស្ថានដឹងអំពីមធ្យោបាយដ៏ល្អបំផុតក្នុង ការទាក់ទងអ្នក។ សូមប្រាកដថាព័ត៌មានទំនាក់ទំនងរបស់អ្នកនៅក្នុងគម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan មានភាពទាន់សម័យជានិច្ច។
ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការការអប់រំផ្សេងៗទៀត ឬអាសយដ្ឋានរបស់អ្នក សូមទាក់ទងមកកាន់ សេវាប្រើអតិថិជនរបស់គម្រោង Shield Promise Cal MediConnect Plan (លេខទូរសព្ទមាននៅលើផ្នែកខាងក្រោមនៃទំព័រនេះ)។

A7. ការទទួលបានការផ្គត់ផ្គង់ឱសថរយៈពេលយូរ

អ្នកអាចទទួលបានសេវាកម្មផ្គត់ផ្គង់រយៈពេលវែងនូវ ឱសថថែទាំ ដែលមាននៅក្នុងបញ្ជីឱសថរបស់ គម្រោង។ ឱសថកំហែទាំ គឺជាថ្នាំដែលអ្នកលេបទៀងទាត់ សម្រាប់ស្ថានភាពជំងឺរ៉ាំរ៉ៃ ឬការប្រើប្រាស់ ឱសថរយៈពេលយូរ។

ឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញមួយចំនួនអនុញ្ញាតឱ្យអ្នកទទួលបានសេវាកម្មផ្គត់ផ្គង់ឱសថថែទាំរយៈពេលយូរ ។ ការផ្គត់ផ្គង់ 100 ថ្ងៃសម្រាប់ថ្នាំនៅកម្រិតទី 1 និង 90 ថ្ងៃសម្រាប់ថ្នាំនៅកម្រិតទី 2-3 មានការបង់ប្រាក់រួមដូចគ្នានឹងការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេលមួយខែ។ *បញ្ជីរាយឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវានិង ឱសថស្ថាន* ប្រាប់អ្នកអំពីឱសថស្ថានណាមួយដែលអាចផ្តល់ជូនអ្នកនូវការផ្គត់ផ្គង់ឱសថកំហែទាំរយៈ ពេលវែង។ អ្នកក៏អាចទូរសព្ទទៅកាន់សេវាប្រើអតិថិជនសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។

សម្រាប់ប្រភេទថ្នាំមួយចំនួន អ្នក អាចប្រើសេវាកម្មបញ្ជាទិញតាមប្រៃសណីយ៍ នៃបណ្តាញគម្រោងដើម្បីទទួលបាននូវការផ្គត់ផ្គង់ថ្នាំថែទាំរយៈពេលយូរ ។ សូមមើលផ្នែកខាងលើ ដើម្បីស្វែងយល់អំពីសេវាកម្មបញ្ជាទិញតាមប្រៃសណីយ៍។

A8. ការប្រើឱសថស្ថានដែលមិនមាននៅក្នុងបណ្តាញរបស់គម្រោង

ជាទូទៅ យើងខ្ញុំបង់ប្រាក់សម្រាប់ឱសថដែលត្រូវបានទិញនៅឱសថស្ថានក្រៅបណ្តាញតែ នៅពេល ដែលលោកអ្នកមិនអាចប្រើប្រាស់ឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញបាន។
យើងមានបណ្តាញឱសថស្ថាននៅក្រៅតំបន់សេវារបស់យើងជាកន្លែង ដែលអ្នកអាចសរសេរបំពេញវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកជាសមាជិកនៃគម្រោងរបស់យើងបាន។

យើងខ្ញុំនឹងបង់ប្រាក់សម្រាប់វេជ្ជបញ្ជាដែលត្រូវបានបំពេញនៅឱសថស្ថាន ក្រៅបណ្តាញក្នុងករណីដូចខាងក្រោម៖

- នៅក្នុងស្ថានភាពបន្ទាន់
- បើអ្នកនៅឆ្ងាយពីតំបន់សេវារបស់យើងខ្ញុំរយៈពេលលើសពីប្រាំមួយ (6) ខែ

យើងសូមណែនាំឱ្យអ្នកបើកឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកមុនពេលធ្វើដំណើរចេញទៅខាងក្រៅតំបន់ ដើម្បីឱ្យអ្នកមានការផ្គត់ផ្គង់គ្រប់គ្រាន់។ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយដើម្បីទទួលបានឱ្យ



បានការផ្គត់ផ្គង់គ្រប់គ្រាន់មុនពេលអ្នកចាកចេញ សូមទាក់ទងមកផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិក Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan។

នៅក្នុងករណីទាំងនេះ សូមធ្វើការត្រួតពិនិត្យជាមួយផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជនជាមុនសិន ដើម្បីឱ្យដឹងថា តើមានឱសថស្ថាននៅក្នុងបណ្តាញនៅជិតៗតំបន់នោះដែរឬទេ។

A9. ការបង់ប្រាក់ឱ្យអ្នកវិញប្រសិនបើអ្នកបង់ថ្លៃឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជា

ប្រសិនបើអ្នកត្រូវប្រើឱសថស្ថានក្រៅបណ្តាញ ជាទូទៅអ្នកនឹងត្រូវបង់ថ្លៃចំណាយពេញជំនួសឱ្យការបង់ប្រាក់រួម នៅពេលដែលអ្នកទទួលបានវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក។ បន្ទាប់មក អ្នកអាចស្នើសុំឱ្យយើងខ្ញុំបង់ប្រាក់ជូនលោកអ្នក សម្រាប់ ចំណែកបង់ប្រាក់របស់យើង ។

ដើម្បីស្វែងយល់អំពីបញ្ហានេះ សូមមើលជំពូកទី 7 ផ្នែក A ។

B. បញ្ជីឱសថក្នុងគម្រោង

យើងខ្ញុំមានបញ្ជីឱសថក្នុងការរ៉ាប់រង។ យើងហៅវាយ៉ាងខ្លីថា៖ “បញ្ជីឱសថ”។

ឱសថនៅក្នុងបញ្ជីឱសថត្រូវបានយើងខ្ញុំជ្រើសរើសដោយមានជំនួយពីក្រុមវេជ្ជបណ្ឌិត និងឱសថការី។ បញ្ជីឱសថក៏បង្ហាញអ្នកថា តើមានឬមិនមានគោលការណ៍ដែលអ្នកត្រូវអនុវត្តតាមដើម្បីទទួលបានឱសថរបស់អ្នកផងដែរ។

ជាទូទៅ យើងខ្ញុំនឹងរ៉ាប់រងឱសថដែលមាននៅក្នុងបញ្ជីឱសថរបស់គម្រោង លុះត្រាតែអ្នកអនុវត្តតាមវិធានច្បាប់ដែលត្រូវបានពន្យល់នៅក្នុងជំពូកនេះ។

B1. ឱសថក្នុងបញ្ជីឱសថ

បញ្ជីឱសថមានឱសថដែលត្រូវបានរ៉ាប់រងក្រោមផ្នែក D នៃកម្មវិធី Medicare ហើយឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាមួយចំនួន និង ផលិតផលនិងឱសថមិនតម្រូវវេជ្ជបញ្ជា (OTC) ដែលត្រូវបានរ៉ាប់រងក្រោមអត្ថប្រយោជន៍កម្មវិធី Medi-Cal របស់អ្នក។

បញ្ជីឱសថរួមបញ្ចូលទាំងថ្នាំម៉ាក ឧទាហរណ៍ Januvia និង ថ្នាំទូទៅ ឧទាហរណ៍ Metformin ។ ឱសថទូទៅមានធាតុផ្សំសកម្មដូចគ្នាទៅនឹងឱសថម៉ាកយីហោផងដែរ។ ជាទូទៅ ឱសថទាំងនេះមានប្រសិទ្ធភាពដូចឱសថមានម៉ាកយីហោដែរ ហើយជាធម្មតាមានតម្លៃថោកជាង។

គម្រោងរបស់យើងខ្ញុំក៏រ៉ាប់រងឱសថដែលដាក់លក់នៅតាមបញ្ជី និងផលិតផលនានាផងដែរ។ ឱសថ OTC

មួយចំនួនមានតម្លៃតិចជាងឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាហើយមានប្រសិទ្ធភាពដូចគ្នា។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមទូរសព្ទមកសេវាបម្រើអតិថិជន។

B2. វិធីស្វែងរកឱសថនៅក្នុងបញ្ជីឱសថ

ដើម្បីឱ្យដឹងថា តើឱសថមួយមានឬមិនមាននៅក្នុងបញ្ជីឱសថអ្នកអាច៖

- ពិនិត្យបញ្ជីឱសថថ្មីបំផុត ដែលយើងខ្ញុំបានផ្ញើជូនអ្នកតាមប្រៃសណីយ៍។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan តាមលេខ 1-855-905-3825 (TTY:711) ម៉ោង 8:00 ព្រឹក – ម៉ោង 8:00 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅមកលេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលមើលនៅ

www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect។



- សូមចូលមើលគេហទំព័ររបស់គម្រោងតាមរយៈគេហទំព័រ www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect ។ បញ្ជីឱសថនៅលើវេបសាយនេះគឺជាបញ្ជីឱសថដែលអនុញ្ញាតឱ្យប្រើប្រាស់។
- សូមហៅទូរសព្ទមកផ្នែកបម្រើសេវាអតិថិជន ដើម្បីឱ្យដឹងថា តើឱសថមួយមានឬក៏មិនមាននៅក្នុងបញ្ជីឱសថរបស់គម្រោង ឬក៏ស្នើសុំច្បាប់ថវិកាឱសថនៃបញ្ជីនោះ។

B3. ឱសថដែលមិនមានក្នុងបញ្ជីឱសថ

យើងខ្ញុំមិនរ៉ាប់រងឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាទាំងអស់ទេ។ ឱសថមួយចំនួនមិនមាននៅក្នុងបញ្ជីឱសថទេ ពីព្រោះច្បាប់មិនអនុញ្ញាតឱ្យយើងខ្ញុំរ៉ាប់រងលើឱសថទាំងនោះទេ។ ក្នុងករណីផ្សេងៗទៀត យើងខ្ញុំបានសម្រេចមិនដាក់បញ្ចូលឱសថណាមួយ ទៅក្នុងបញ្ជីឱសថឡើយ។

គម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan នឹងមិនបង់ថ្លៃសម្រាប់ឱសថដែលមានរាយនាមនៅក្នុងផ្នែកនេះទេ។ ឱសថទាំងនេះត្រូវបានហៅថា **ឱសថមិនរាប់បញ្ចូល**។ បើអ្នកទទួលបានវេជ្ជបញ្ជាឱ្យប្រើប្រាស់ឱសថមិនរាប់បញ្ចូល អ្នកត្រូវបង់ប្រាក់សម្រាប់ឱសថនោះដោយខ្លួនឯង។ បើអ្នកគិតថា យើងខ្ញុំគួរតែបង់ប្រាក់សម្រាប់ឱសថមិនរាប់បញ្ចូលណាមួយ ដោយសារតែករណីរបស់លោកអ្នក អ្នកអាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងបាន។ (ដើម្បីស្វែងយល់ពីរបៀបដាក់ពាក្យបណ្តឹងសូមអានជំពូកទី 9 ផ្នែក D ។)

ខាងក្រោមនេះគឺជាវិធានច្បាប់ទូទៅចំនួនបីសម្រាប់អនុវត្តន៍ចំពោះឱសថមិនរាប់បញ្ចូល៖

1. ការរ៉ាប់រងឱសថសម្រាប់អ្នកជំងឺមិនសម្រាកនៅមន្ទីរពេទ្យនៃគម្រោងរបស់យើង (ដែលរួមបញ្ចូលទាំងថ្នាំពេទ្យផ្នែក D និង Medi-Cal)
មិនអាចបង់ថ្លៃថ្នាំដែលត្រូវបានគ្របដណ្តប់នៅក្រោមឱសថផ្នែក A ឬផ្នែក B នៃ Medicare ឡើយ។ ឱសថដែលគ្របដណ្តប់ក្រោម Medicare ផ្នែក A ឬផ្នែក B ត្រូវបានរ៉ាប់រងដោយគម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan ដោយមិនគិតថ្លៃ ប៉ុន្តែពួកគេមិនត្រូវបានគម្រោងចាត់ទុកថាជាថ្លៃកម្មនៃអត្ថប្រយោជន៍ខាងថ្នាំពេទ្យរបស់អ្នកជំងឺមិនសម្រាកនៅមន្ទីរពេទ្យឡើយ។
2. គម្រោងរបស់យើងខ្ញុំមិនអាចរ៉ាប់រងលើឱសថមួយដែលត្រូវបានដាក់នៅខាងក្រៅសហរដ្ឋអាមេរិក និងដែនដីរបស់ប្រទេសនេះបានទេ។
3. ការប្រើប្រាស់ឱសថត្រូវតែមានការយល់ព្រមពីការិយាល័យរដ្ឋបាលចំណីអាហារ និងឱសថ (FDA) ឬមានការគាំទ្រពីអំណះអំណាងវេជ្ជសាស្ត្រច្បាស់លាស់ថាសមស្របតាមលក្ខខណ្ឌរបស់អ្នក។ វេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកប្រហែលជាអាចចេញវេជ្ជបញ្ជាសម្រាប់ឱសថច្បាស់លាស់ណាមួយ ឱ្យសមស្របតាមលក្ខខណ្ឌរបស់លោកអ្នក ទោះបីជាឱសថនេះមិនមានការយល់ព្រមឱ្យប្រើប្រាស់ក្នុងលក្ខខណ្ឌរបស់លោកអ្នកក៏ដោយ។ នេះត្រូវបានហៅថា ការប្រើប្រាស់ការបិទស្លាក។ គម្រោងរបស់យើងខ្ញុំជាធម្មតាមិនរ៉ាប់រងឱសថ នៅពេលឱសថទាំងនោះត្រូវបានចេញវេជ្ជបញ្ជាសម្រាប់ការប្រើប្រាស់គ្មានការណែនាំត្រឹមត្រូវ។

ដូចគ្នាដែរ យោងតាមច្បាប់ ប្រភេទនៃឱសថដែលមានក្នុងបញ្ជីខាងក្រោម មិនត្រូវបានរ៉ាប់រងក្នុងកម្មវិធី Medicare ឬក៏កម្មវិធី Medi-Cal។



- ឱសថត្រូវបានប្រើប្រាស់សម្រាប់ជំងឺប្រសិទ្ធភាព
- ឱសថត្រូវបានប្រើប្រាស់ជាគ្រឿងសម្អាង ឬក៏ដើម្បីជំរុញការដុះសក់
- ឱសថត្រូវបានប្រើប្រាស់សម្រាប់ព្យាបាលបញ្ហាប្រដាប់ភេទលើដំបូងពេញមុខងារ ដូចជា ឱសថ Viagra®, Cialis®, Levitra®, និង ឱសថ Caverject®
- ឱសថសម្រាប់អ្នកជំងឺមិនសម្រាកនៅពេទ្យ នៅពេលក្រុមហ៊ុនដែលមិនផលិតឱសថ លើកឡើងថា អ្នកត្រូវមានការពិនិត្យ ឬក៏សេវាកម្មធ្វើឡើងតែដោយពួកគេប៉ុណ្ណោះ

B4. កម្រិត ការបង់ចំណែកចំណាយក្នុងបញ្ជីឱសថ

រាល់ឱសថដែលមាននៅក្នុងបញ្ជីឱសថរបស់យើងខ្ញុំ មាននៅក្នុងប្រភេទមួយក្នុងចំណោមថ្នាក់ទាំងបួន (4) នៃកម្រិតការបង់ចំណែកចំណាយ។ កម្រិតថ្នាក់គឺជាប្រភេទក្រុមថ្នាំដែលមានប្រភេទដូចគ្នា (ឧទាហរណ៍ម៉ាកយីហោ ឈ្មោះ ប្រភេទទូទៅ ឬ ឱសថមិនតម្រូវវេជ្ជបញ្ជា (OTC)) ។ ជាទូទៅ នៅពេល កម្រិតការបង់ចំណែកចំណាយស្ថិតនៅក្នុងថ្នាក់កាន់តែខ្ពស់ ថ្លៃចំណាយសម្រាប់ឱសថមានកាន់តែច្រើន។

- ការចែករំលែកថ្លៃ កម្រិតទី 1 (កម្រិតទាបបំផុតរបស់យើង) រាប់បញ្ចូលទាំងថ្នាំពេទ្យទូទៅដែលគម្រោងចង់បានរបស់យើង។
- ការចែករំលែកថ្លៃ ថ្នាក់ទី 2 រាប់បញ្ចូលទាំងថ្នាំពេទ្យទូទៅ។
- ការចែករំលែកថ្លៃកម្រិតទី 3 (កម្រិតខ្ពស់បំផុតរបស់យើង) រាប់បញ្ចូលទាំងថ្នាំមានស្លាកយីហោ
- ការចែករំលែកថ្លៃកម្រិតទី 4 រាប់បញ្ចូលទាំងថ្នាំពេទ្យមិនមែន Medicare និងថ្នាំពេទ្យមិនមានវេជ្ជបញ្ជា (OTC)។

ដើម្បីឱ្យដឹងថា តើឱសថរបស់អ្នកស្ថិតនៅកម្រិតនៃការបង់ចំណែកចំណាយណាមួយ សូមពិនិត្យមើលឱសថនៅក្នុងបញ្ជីឱសថរបស់យើងខ្ញុំ។

ជំពូកទី 6 ផ្នែក C, D, និង E ប្រាប់អ្នកអំពីចំនួនទឹកប្រាក់ ដែលត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថតាមកម្រិតនីមួយៗ។

C. ដែនកំណត់លើឱសថមួយចំនួន

សម្រាប់ឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាច្បាស់លាស់ វិធានច្បាប់ពិសេសមានការកំណត់នូវរបៀប និងពេលវេលាដែលដែនការនេះរ៉ាប់រងលើឱសថទាំងនោះ។ ជាទូទៅ វិធានច្បាប់របស់យើងខ្ញុំជំរុញឱ្យអ្នកទទួលបានឱសថដែលមានប្រសិទ្ធភាពសម្រាប់ស្ថានភាពជំងឺរបស់អ្នកហើយមានសុវត្ថិភាព និងប្រសិទ្ធភាព។ នៅពេលឱសថមានសុវត្ថិភាព និងមានតម្លៃទាប និងមានប្រសិទ្ធភាពខ្ពស់ដូចឱសថដែលមានតម្លៃខ្ពស់ យើងរំពឹងថា អ្នកផ្តល់សេវាកម្មរបស់អ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាឱសថដែលមានតម្លៃទាប។

បើមានគោលការណ៍ពិសេសណាមួយសម្រាប់ឱសថរបស់អ្នក ជាធម្មតាមានន័យថា អ្នកឬក៏អ្នកផ្តល់សេវាកម្មរបស់អ្នកនឹងត្រូវចាត់វិធានការបន្ថែមដើម្បីឱ្យយើងខ្ញុំរ៉ាប់រងលើឱសថនោះ។ ឧទាហរណ៍ អ្នកផ្តល់សេវាកម្មរបស់អ្នកប្រហែលជាត្រូវប្រាប់យើងខ្ញុំអំពីការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ ឬ ក៏



ផ្តល់លទ្ធផលពិនិត្យឈាមជាមុន។ បើអ្នក ឬ ក៏អ្នកផ្តល់សេវាកម្មរបស់អ្នកគិតថា វិធានច្បាប់របស់យើងខ្ញុំមិនត្រូវបានអនុវត្តចំពោះស្ថានភាពរបស់អ្នក អ្នកគួរតែស្នើសុំយើងខ្ញុំបង្កើតករណីលើកលែង។ យើងខ្ញុំប្រហែលជាឯកភាព ឬមិនឯកភាពឱ្យអ្នកប្រើប្រាស់ឱសថដោយមិនមានចំណាត់ការបន្ថែម។

ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពីរបៀបស្នើសុំការលើកលែង សូមមើលជំពូកទី 9 ផ្នែក F2 ។

1. ការកំណត់កម្រិតការប្រើប្រាស់ឱសថមានម៉ាកយីហោ នៅពេលឱសថទូទៅមានលក់

ជាទូទៅ ឱសថទូទៅមានប្រសិទ្ធភាពដូចគ្នានឹងឱសថម៉ាកយីហោ ហើយជាធម្មតាមានតម្លៃទាបជាង។ ក្នុងករណីភាគច្រើន ប្រសិនបើ មានកំណែទូទៅនៃឱសថម៉ាកយីហោ ឱសថស្ថានបណ្តាញរបស់យើងខ្ញុំផ្តល់ជូនអ្នកនូវឱសថប្រភេទទូទៅនេះ។

- ជាធម្មតា យើងខ្ញុំនឹងមិនបង់ថ្លៃសម្រាប់ឱសថម៉ាកយីហោ នៅពេលមានឱសថទូទៅនោះទេ។
- ទោះជាយ៉ាងណា បើអ្នកផ្តល់សេវាកម្មរបស់អ្នក បានប្រាប់យើងខ្ញុំអំពីមូលហេតុដែលឱសថទូទៅ ឬ ឱសថដែលត្រូវបានរ៉ាប់រងផ្សេងៗទៀត មិនមានប្រសិទ្ធភាពសម្រាប់អ្នកនោះយើងខ្ញុំនឹងរ៉ាប់រងលើឱសថមានម៉ាកយីហោនោះ។
- ចំណែកចំណាយរបស់អ្នកសម្រាប់ ឱសថមានម៉ាកយីហោនឹងមានចំនួនច្រើនជាងចំណែកសម្រាប់ឱសថទូទៅ។

2. ការទទួលបានសេចក្តីយល់ព្រមពីគម្រោងជាមុន

សម្រាប់ឱសថមួយចំនួន អ្នកឬវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកត្រូវតែទទួលបានការយល់ព្រមពីគម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan សិន មុននឹងអ្នកទទួលបានឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជារបស់លោកអ្នក។ ប្រសិនបើអ្នកមិនបានទទួលការយល់ព្រមទេនោះ Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan មិនអាចរ៉ាប់រងលើឱសថទាំងនោះទេ។

3. ការសាកល្បងប្រើប្រាស់ឱសថផ្សេងជាមុនសិន

ជាទូទៅ យើងខ្ញុំចង់សាកល្បងឱសថមានតម្លៃទាប (ដែលជាទូទៅមានប្រសិទ្ធភាព) មុនពេលយើងខ្ញុំរ៉ាប់រងលើឱសថដែលមានតម្លៃខ្ពស់ជាង។ ឧទាហរណ៍ បើឱសថ A និងឱសថ B មានប្រសិទ្ធភាពចំពោះលក្ខខណ្ឌជម្ងឺដូចគ្នា ប៉ុន្តែ ឱសថ A មានតម្លៃទាបជាងឱសថ B យើងប្រហែលជាតម្រូវឱ្យអ្នកសាកល្បងប្រើប្រាស់ឱសថ A ជាមុនសិន។

ប្រសិនបើឱសថ A មិនមានប្រសិទ្ធភាពសម្រាប់អ្នកនោះយើងនឹងគ្របដណ្តប់ឱសថ B។ វាត្រូវបានគេហៅថា ការព្យាបាលជាជំហាន។

4. ការកំណត់បរិមាណ

សម្រាប់ឱសថមួយចំនួន យើងខ្ញុំកំណត់ចំនួនឱសថដែលលោកអ្នកអាចមាន។ នេះហៅថាដែនកំណត់បរិមាណ។ ឧទាហរណ៍ យើងខ្ញុំអាចនឹងដាក់កម្រិតចំនួនឱសថដែលអ្នកអាចទទួលបានរាល់ពេលដែលអ្នកបំពេញវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan តាមលេខ 1-855-905-3825 (TTY:711) ម៉ោង 8:00 ព្រឹក – ម៉ោង 8:00 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅមកលេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលមើលនៅ



ដើម្បីឱ្យដឹងថា តើវិធានច្បាប់ណាមួយក្នុងចំណោមគោលការណ៍ខាងលើត្រូវបានអនុវត្តន៍ចំពោះឱសថដែលអ្នកលេបឬក៏ចង់លេប សូមពិនិត្យមើលបញ្ជីឱសថ។ សម្រាប់ព័ត៌មានថ្មីៗបំផុតសូមទូរសព្ទមកផ្នែកបម្រើសេវាអតិថិជនឬមើលគេហទំព័ររបស់យើងនៅ www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect ។

D. មូលហេតុដែលឱសថរបស់អ្នកប្រហែលជាមិនទទួលបានការរ៉ាប់រង

យើងខ្ញុំព្យាយាមធ្វើឱ្យសេវាកម្មធានារ៉ាប់រងឱសថរបស់លោកអ្នកធ្វើការឱ្យមានប្រសិទ្ធភាពសម្រាប់អ្នក ក៏ប៉ុន្តែ មានពេលខ្លះឱសថមួយប្រហែលជាមិនត្រូវបានរ៉ាប់រងតាមរបៀបដែលលោកអ្នកចង់បានទេ។ ឧទាហរណ៍៖

- ឱសថដែលអ្នកចង់លេបមិនត្រូវបានរ៉ាប់រងក្នុងគម្រោង។ ឱសថនេះប្រហែលជាមិនមាននៅក្នុងបញ្ជីឱសថទេ។ ឱសថប្រភេទធម្មតាប្រហែលជាត្រូវបានរ៉ាប់រង ក៏ប៉ុន្តែ ប្រភេទមានឈ្មោះយឺតយ៉ាវដែលអ្នកចង់លេបមិនត្រូវបានរ៉ាប់រងទេ។ ឱសថមួយអាចជាឱសថថ្មីហើយខ្ញុំមិនទាន់បានពិនិត្យឡើងវិញដើម្បីឱ្យមានសុវត្ថិភាព និងប្រសិទ្ធភាពនៅឡើយ។
- ឱសថនេះត្រូវបានរ៉ាប់រង ក៏ប៉ុន្តែមិនមានវិធានច្បាប់ឬក៏លក្ខខណ្ឌកំណត់ពិសេសលើសេវាធានារ៉ាប់រងសម្រាប់ឱសថនោះទេ។ ដូចដែលបានពន្យល់ក្នុងផ្នែកខាងលើផ្នែក C នៃជំពូកនេះ ឱសថមួយចំនួនដែលស្ថិតក្រោមការរ៉ាប់រងក្នុងគម្រោងរបស់យើងខ្ញុំមានវិធានច្បាប់សម្រាប់កំណត់ការប្រើប្រាស់ឱសថទាំងនោះ។ ក្នុងករណីមួយចំនួនអ្នកនឹងអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកប្រហែលជាចង់ស្នើសុំករណីលើកលែងចំពោះវិធានច្បាប់ណាមួយពីយើងខ្ញុំ។

មានកិច្ចការច្រើនដែលអ្នកអាចធ្វើបាន បើឱសថរបស់អ្នកមិនត្រូវបានរ៉ាប់រងតាមវិធីដែលអ្នកចង់បាន។

D1. ការទទួលបានការផ្គត់ផ្គង់បណ្តោះអាសន្ន

ក្នុងករណីមួយចំនួន យើងខ្ញុំអាចផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវសេវាផ្គត់ផ្គង់ឱសថបណ្តោះអាសន្ននៅពេលឱសថនោះមិនមាននៅក្នុងបញ្ជីឱសថឬក៏នៅពេលឱសថនោះមានលក្ខខណ្ឌកំណត់តាមរបៀបណាមួយ។ ករណីនេះផ្តល់ពេលវេលាឱ្យអ្នកសម្រាប់ពិភាក្សាជាមួយអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក អំពីឱសថផ្សេងណាមួយ ឬក៏ស្នើឱ្យយើងខ្ញុំរ៉ាប់រងលើឱសថនោះ។

ដើម្បីទទួលបានសេវាកម្មផ្គត់ផ្គង់ឱសថបណ្តោះអាសន្ន អ្នកត្រូវបំពេញតាមវិធានច្បាប់ពីរខាងក្រោម៖

1. ឱសថដែលអ្នកកំពុងប្រើប្រាស់៖

- លែងមាននៅក្នុងបញ្ជីឱសថរបស់យើងទៀតហើយ **ឬ**
- មិនមាននៅក្នុងបញ្ជីឱសថទៀតទេ **ឬ**
- បច្ចុប្បន្នមានកំណត់តាមលក្ខខណ្ឌណាមួយ។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan តាមលេខ 1-855-905-3825 (TTY:711) ម៉ោង 8:00 ព្រឹក – ម៉ោង 8:00 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅមកលេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** សូមចូលមើលនៅ

www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect។



2. អ្នកត្រូវស្ថិតក្នុងស្ថានភាពណាមួយក្នុងចំណោមស្ថានភាពខាងក្រោម៖

- អ្នកស្ថិតនៅក្នុងគម្រោងកាលពីឆ្នាំមុន។
 - យើងនឹងរ៉ាប់រងការផ្គត់ផ្គង់ឱសថរបស់អ្នកជាបណ្តោះអាសន្ន **ត្រឹមរយៈពេល 90 ថ្ងៃដំបូងតាមឆ្នាំប្រតិទិន** ។
 - ការផ្គត់ផ្គង់ជាបណ្តោះអាសន្ននេះនឹងមានរហូតដល់ទៅ 30 ថ្ងៃ។
 - ប្រសិនបើវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកបង្គាប់ឱ្យប្រើឱសថតិចជាងពីរបីថ្ងៃ យើងនឹងអនុញ្ញាតឱ្យអ្នកបើកឱសថឡើងវិញបានច្រើនលើកដើម្បីផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវរយៈពេលផ្គត់ផ្គង់ឱសថយ៉ាងតិចបាន 30 ថ្ងៃ។ អ្នកត្រូវបំពេញវេជ្ជបញ្ជានៅឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញណាមួយ។
 - ឱសថស្ថានថែទាំរយៈពេលវែងអាចផ្តល់ឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកម្តងៗក្នុងបរិមាណតិចតួចដើម្បីបង្ការការនៅសល់ចោល។
- អ្នកជាសមាជិកថ្មីក្នុងគម្រោងរបស់យើង។
 - យើងនឹងរ៉ាប់រងការផ្គត់ផ្គង់ឱសថរបស់អ្នក ជាបណ្តោះអាសន្ន **អំឡុងរយៈពេល 90 ថ្ងៃដំបូងនៃសមាជិកភាពរបស់អ្នកក្នុងគម្រោង**។
 - ការផ្គត់ផ្គង់ជាបណ្តោះអាសន្ននេះនឹងមានរហូតដល់ទៅ 30 ថ្ងៃ។
 - ប្រសិនបើវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកបង្គាប់ឱ្យប្រើឱសថតិចជាងពីរបីថ្ងៃ យើងនឹងអនុញ្ញាតឱ្យអ្នកបើកឱសថឡើងវិញបានច្រើនលើកដើម្បីផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវរយៈពេលផ្គត់ផ្គង់ឱសថយ៉ាងតិចបាន 30 ថ្ងៃ។ អ្នកត្រូវបំពេញវេជ្ជបញ្ជានៅឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញណាមួយ។
 - ឱសថស្ថានថែទាំរយៈពេលវែងអាចផ្តល់ឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកម្តងៗក្នុងបរិមាណតិចតួចដើម្បីបង្ការការនៅសល់ចោល។
- អ្នកបានចូលរួមនៅក្នុងគម្រោងនេះលើសពី 90 ថ្ងៃ និងរស់នៅក្នុងមណ្ឌលថែទាំរយៈពេលយូរ ហើយត្រូវការការផ្គត់ផ្គង់ភ្លាមៗ។
 - យើងខ្ញុំនឹងរ៉ាប់រងការផ្គត់ផ្គង់ ដែលមានរយៈពេល 31 ថ្ងៃ ឬក៏តិចជាងនេះ បើវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកត្រូវបានសរសេរសម្រាប់ចំនួនថ្ងៃតិចជាងនេះ។ នេះគឺជាការបន្ថែមទៅលើការផ្គត់ផ្គង់បណ្តោះអាសន្នខាងលើ។
 - ដើម្បីស្នើសុំការផ្គត់ផ្គង់ឱសថបណ្តោះអាសន្ន សូមទូរសព្ទមកសេវាបម្រើអតិថិជន។

នៅពេលអ្នកទទួលបានសេវាកម្មផ្គត់ផ្គង់ឱសថបណ្តោះអាសន្ន អ្នកគួរតែនិយាយជាមួយអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក ដើម្បីសម្រេចចិត្តថា តើនឹងត្រូវធ្វើអ្វីខ្លះ នៅពេលអ្នកលែងទទួលបានសេវាកម្មផ្គត់ផ្គង់នោះ។ ខាងក្រោមនេះគឺជាជម្រើសសម្រាប់អ្នក៖

- អ្នកអាចផ្លាស់ប្តូរទៅប្រើឱសថមួយផ្សេងទៀត។



អាចនឹងមានឱសថផ្សេងដែលត្រូវបានរ៉ាប់រងនៅក្នុងគម្រោងដែលធ្វើប្រតិបត្តិការសម្រាប់អ្នក។ អ្នកអាចហៅទូរសព្ទមកផ្នែកបម្រើសេវាអតិថិជន ដើម្បីស្នើសុំបញ្ជីឱសថដែលត្រូវបានរ៉ាប់រង សម្រាប់ព្យាបាលស្ថានភាពជំងឺដូចគ្នា។ បញ្ជីនេះអាចជួយអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកក្នុងការស្វែងរកឱសថដែលត្រូវបានរ៉ាប់រង និងដែលមានប្រសិទ្ធភាពសម្រាប់អ្នក។

ឬ

- អ្នកអាចស្នើសុំករណីលើកលែងបាន។

អ្នក និងអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក អាចស្នើសុំឱ្យយើងខ្ញុំបង្កើតករណីលើកលែងបាន។ ឧទាហរណ៍ អ្នកអាចស្នើសុំឱ្យយើងខ្ញុំរ៉ាប់រងលើឱសថមួយ ទោះបីជាឱសថនោះមិនមាននៅក្នុងបញ្ជីឱសថក៏ដោយ។ ឬក៏ អ្នកអាចស្នើសុំឱ្យយើងខ្ញុំរ៉ាប់រងលើឱសថដោយមិនមានការដាក់កម្រិត។ បើអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកលើកឡើងថា លោកអ្នកមានមូលហេតុវេជ្ជសាស្ត្រត្រឹមត្រូវសម្រាប់ទទួលបានករណីលើកលែង គាត់ឬក៏នាងអាចជួយអ្នកក្នុងការស្នើសុំករណីលើកលែងមួយបាន។

ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពីរបៀបស្នើសុំការលើកលែងណាមួយ សូមមើលជំពូកទី 9 ផ្នែក F ។

ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយក្នុងការស្នើសុំការលើកលែង អ្នកអាចទាក់ទងផ្នែកបម្រើសេវាអតិថិជន ឬអ្នកសម្របសម្រួលផ្នែកថែទាំរបស់អ្នក ។

E. ករណីផ្លាស់ប្តូរសេវាកម្មធានារ៉ាប់រងលើឱសថរបស់អ្នក

ការផ្លាស់ប្តូរការគ្របដណ្តប់ឱសថភាគច្រើនកើតឡើងនៅថ្ងៃទី 1

ខែមករាឬក៏នៅយើងអាចបន្ថែមឬដកឱសថចេញពីបញ្ជីឱសថក្នុងកំឡុងឆ្នាំសេវា។

យើងក៏អាចកែប្រែវិធានរបស់យើងអំពីឱសថផងដែរ។ ឧទាហរណ៍ យើងអាច៖

- សម្រេចថាតម្រូវឬមិនតម្រូវឱ្យមានការយល់ព្រមចំពោះឱសថជាមុន។ (ការយល់ព្រមជាមុនគឺជាការអនុញ្ញាតពី Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan មុនពេលអ្នកអាចទទួលបានឱសថ។)
- បន្ថែមឬកែប្រែបរិមាណឱសថដែលអ្នកអាចទទួលបាន (ហៅថាបរិមាណកំណត់)។
- បន្ថែមឬកែប្រែការកំណត់ជំហានព្យាបាលលើឱសថ។ (ជំហានព្យាបាលមានន័យថាអ្នកត្រូវតែសាកល្បងឱសថមួយមុនពេលយើងនឹងរ៉ាប់រងលើឱសថផ្សេងទៀត។)

សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីគោលការណ៍ឱសថទាំងនេះសូមមើលផ្នែក C មុននេះនៅក្នុងជំពូកនេះ។

ប្រសិនបើអ្នកកំពុងប្រើឱសថដែលមានការគ្របដណ្តប់នៅ **ការចាប់ផ្តើម** នៃឆ្នាំ យើងនឹងមិនដកចេញឬផ្លាស់ប្តូរការគ្របដណ្តប់ឱសថនោះទេ **ក្នុងអំឡុងពេលនៅសល់នៃឆ្នាំនោះ** លើកលែងតែ៖



- មានឱសថដែលមានតម្លៃទាបជាងដែលមានប្រសិទ្ធភាពដូចឱសថនៅក្នុងបញ្ជីឱសថពេលនេះ ឬ
- យើងដឹងថាឱសថមិនមានសុវត្ថិភាព ឬ
- ឱសថមួយត្រូវបានយកចេញពីទីផ្សារ។

ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែមអំពីអ្វីដែលកើតឡើងនៅពេលដែលបញ្ជីឱសថត្រូវផ្លាស់ប្តូរ អ្នកអាច៖

- ពិនិត្យមើលបញ្ជីឱសថចុងក្រោយរបស់យើងនៅគេហទំព័រ www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect ឬ
- សូមទូរសព្ទទៅកាន់ផ្នែកបម្រើសេវាអភិវឌ្ឍន៍ដើម្បីពិនិត្យមើលបញ្ជីឱសថបច្ចុប្បន្នតាមលេខ 1-855-905-3825 (TTY:711) ម៉ោង 8:00 ព្រឹក – ម៉ោង 8:00 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។

ការផ្លាស់ប្តូរខ្លះៗក្នុងបញ្ជីឱសថនឹងកើតឡើង **ភ្លាមៗ** ឧទាហរណ៍៖

- **ឱសថទូទៅថ្មីចេញមកឱ្យប្រើប្រាស់បាន។** ពេលខ្លះ ឱសថទូទៅថ្មីមួយចេញលក់នៅក្នុងទីផ្សារដែលមានប្រសិទ្ធភាពដូចជាឱសថម៉ាកយីហោ ដែលមាននៅក្នុងបញ្ជីឱសថឥឡូវនេះផងដែរ។ មានករណីដូច្នេះកើតមាន យើងអាចនឹងដកចេញឱសថម៉ាកយីហោហើយបន្ថែមឱសថទូទៅថ្មីប៉ុន្តែតម្លៃឱសថថ្មីរបស់អ្នកនៅដូចដើមឡាត់ជាដាច់ខាត។

នៅពេលយើងបន្ថែមឱសថប្រភេទទូទៅថ្មី

យើងក៏អាចសម្រេចចិត្តរក្សាទុកឱសថម៉ាកយីហោនៅក្នុងបញ្ជី ប៉ុន្តែផ្លាស់ប្តូរច្បាប់ឬដាក់កម្រិតការធានារ៉ាប់រងរបស់វា។

- យើងប្រហែលជាមិនប្រាប់អ្នកមុនពេលយើងធ្វើការផ្លាស់ប្តូរនេះទេ ប៉ុន្តែយើងនឹងធ្វើឱ្យអ្នកនូវព័ត៌មានអំពីការផ្លាស់ប្តូរជាក់លាក់ដែលយើងបានធ្វើឡើងនៅពេលវាកើតឡើង។
- អ្នកឬអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកអាចស្នើសុំ "ការលើកលែង" ពីការផ្លាស់ប្តូរទាំងនេះ។ យើងនឹងធ្វើការជូនដំណឹងដល់អ្នកនូវជំហានដែលអ្នកអាចអនុវត្តតាមដើម្បីស្នើសុំករណីលើកលែង។ សូមមើលជំពូកទី 9 នៃសៀវភៅនេះសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីករណីលើកលែង។

- **ឱសថមួយត្រូវបានយកចេញពីទីផ្សារ។** ប្រសិនបើរដ្ឋបាលចំណីអាហារនិងឱសថ (FDA) និយាយថាថ្នាំដែលអ្នកប្រើមិនមានសុវត្ថិភាពទេឬអ្នកផលិតឱសថបានដកឱសថចេញពីទីផ្សារយើងនឹងដកវាចេញពីបញ្ជីឱសថ។ ប្រសិនបើអ្នកកំពុងប្រើឱសថនេះ យើងនឹងប្រាប់អ្នកឱ្យដឹង។ យើងអាចផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវការផ្គត់ផ្គង់បន្ថែម 60 ថ្ងៃសម្រាប់ឱសថរបស់អ្នក។ អ្នកគួរតែធ្វើការជាមួយអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកដើម្បីប្តូរទៅប្រើឱសថផ្សេងទៀតដែលមានប្រសិទ្ធភាព សម្រាប់ស្ថានភាពរបស់អ្នក ហើយដែលគម្រោងនេះគ្របដណ្តប់។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan តាមលេខ 1-855-905-3825 (TTY:711) ម៉ោង 8:00 ព្រឹក – ម៉ោង 8:00 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅមកលេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** សូមចូលមើលនៅ

www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect។



យើងអាចធ្វើការផ្លាស់ប្តូរផ្សេងទៀតដែលប៉ះពាល់ដល់ឱសថដែលអ្នកប្រើ។
យើងនឹងប្រាប់អ្នកជាមុនអំពីការផ្លាស់ប្តូរផ្សេងទៀតទាំងនេះនៅក្នុងបញ្ជីឱសថ។
ការផ្លាស់ប្តូរទាំងនេះអាចនឹងកើតឡើងប្រសិនបើ៖

- FDA ផ្តល់ការណែនាំថ្មីឬមានការណែនាំអំពីការព្យាបាលថ្មីសម្រាប់ឱសថ។
- យើងបន្ថែមឱសថទូទៅដែលមិនមែនជាឱសថថ្មីក្នុងទីផ្សារ **និង**
 - ជំនួសឱសថម៉ាកយីហោថ្មីមួយ ដែលមានក្នុងបញ្ជីឱសថបច្ចុប្បន្ន ឬ
 - ផ្លាស់ប្តូរច្បាប់គ្របដណ្តប់ឬផែនការណែនាំសម្រាប់ឱសថមានម៉ាកយីហោ។

នៅពេលការផ្លាស់ប្តូរទាំងនេះកើតឡើង យើងនឹង៖

- ជូនដំណឹងដល់អ្នកយ៉ាងតិច 30 ថ្ងៃមុនពេលយើងធ្វើការផ្លាស់ប្តូរទៅលើបញ្ជីថ្នាំ ឬ
- ជូនដំណឹងដល់អ្នក និង ផ្តល់ការផ្គត់ផ្គង់ថ្នាំរយៈពេល 60-ថ្ងៃ
បន្ទាប់ពីអ្នកស្នើសុំការបើកឡើងវិញ។

បញ្ហានេះនឹងផ្តល់ពេលវេលាជូនអ្នកក្នុងការពិភាក្សាជាមួយវេជ្ជបណ្ឌិតឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាដទៃទៀត
របស់អ្នក។ គេអាចជួយអ្នកធ្វើការសម្រេចចិត្ត៖

- បើសិនជាមានថ្នាំស្រដៀងគ្នានៅលើបញ្ជីថ្នាំ អ្នកអាចប្រើជំនួសបាន ឬ
- ថា តើគួរស្នើសុំការលើកលែងពីការផ្លាស់ប្តូរទាំងនេះ។ ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពីរបៀបស្នើសុំ
ការលើកលែង សូមមើលជំពូកទី 9 ផ្នែក F ។

យើងអាចធ្វើការផ្លាស់ប្តូរទៅលើថ្នាំ ដែលអ្នកប្រើដែលមិនប៉ះពាល់ដល់អ្នកនាពេលនេះ។
សម្រាប់ការផ្លាស់ប្តូរបែបនេះ ប្រសិនបើអ្នកកំពុងប្រើឱសថដែលមានការគ្របដណ្តប់នៅ
ការចាប់ផ្តើម នៃឆ្នាំ យើងនឹងមិនដកចេញឬផ្លាស់ប្តូរការគ្របដណ្តប់ឱសថនោះទេ
ក្នុងអំឡុងពេលនៅសល់នៃឆ្នាំនោះ។

ឧទាហរណ៍ បើសិនជាយើងដកថ្នាំដែលអ្នកកំពុងប្រើមួយចេញ ឬដាក់កម្រិតលើការប្រើវា
នោះការផ្លាស់ប្តូរនឹងមិនប៉ះពាល់ដល់ការប្រើថ្នាំរបស់អ្នក ពេញមួយឆ្នាំដែលនៅសល់។

F. សេវាកម្មធានារ៉ាប់រងលើឱសថក្នុងករណីពិសេសៗ

**F1. បើអ្នកនៅមន្ទីរពេទ្យ ឬក៏មណ្ឌលជំនាញថែទាំអ្នកជម្ងឺក្រោមសេវាកម្មធានារ៉ាប់រង
ដោយគម្រោងរបស់យើង**

បើអ្នកត្រូវបានអនុញ្ញាតឱ្យសម្រាកព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យ ឬក៏នៅមណ្ឌលជំនាញថែទាំអ្នកជម្ងឺ
ណាមួយ ក្រោមសេវាកម្មធានារ៉ាប់រងរបស់យើងខ្ញុំជាទូទៅយើងខ្ញុំនឹងរ៉ាប់រងថ្លៃចំណាយលើឱសថ
តាមវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកអំឡុងពេលសម្រាកព្យាបាលនោះ។ អ្នកនឹងមិនចាំបាច់បង់ថ្លៃរួមចំណែក
នោះទេ។ នៅពេលអ្នកចាកចេញពីមន្ទីរពេទ្យ ឬក៏មណ្ឌលជំនាញថែទាំអ្នកជម្ងឺយើងខ្ញុំនឹងរ៉ាប់រងលើ



ឱសថរបស់អ្នក រហូតទាល់តែឱសថនោះបំពេញតាមវិធានច្បាប់ទាំងអស់របស់យើងខ្ញុំសម្រាប់ការរ៉ាប់រង។

ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពីការរ៉ាប់រងឱសថ និងការត្រួតពិនិត្យរបស់អ្នក សូមមើលជំពូកទី 6។

F2. បើអ្នកនៅក្នុងមណ្ឌលថែទាំរយៈពេលយូរ

ជាធម្មតា មណ្ឌលថែទាំរយៈពេលយូរ ដូចជាផ្ទះសម្រាប់ថែទាំអ្នកជំងឺជាដើម មានឱសថស្ថានរបស់ខ្លួនផ្ទាល់ ឬក៏ឱសថស្ថានដែលផ្គត់ផ្គង់ឱសថសម្រាប់ប្រជាជនទាំងអស់ដែលរស់នៅទីនោះ។ បើអ្នកកំពុងរស់នៅក្នុងមណ្ឌលថែទាំរយៈពេលយូរ អ្នកប្រហែលជាអាចទទួលបានឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក តាមរយៈឱសថស្ថាននៅក្នុងមណ្ឌលនោះ បើមណ្ឌលនោះគឺជាផ្នែកមួយនៃបណ្តាញរបស់យើងខ្ញុំ។

សូមពិនិត្យមើល *បញ្ជីរាយឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថាន* របស់អ្នកដើម្បីរកមើលថា តើឱសថស្ថានរបស់មន្ទីរថែទាំព្យាបាលរយៈពេលវែងរបស់អ្នកជាផ្នែកមួយនៃបណ្តាញរបស់យើងខ្ញុំដែរឬទេ។ ប្រសិនបើវាមិនមែន ឬ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការព័ត៌មានបន្ថែម សូមទាក់ទងមកផ្នែកបម្រើសេវាអភិវឌ្ឍន៍។

F3. ប្រសិនបើអ្នកនៅក្នុងមណ្ឌលថែទាំរយៈពេលយូររបស់កម្មវិធី Medicare ដែលមានវិញ្ញាបនប័ត្រ

ឱសថមិនអាចត្រូវបានរ៉ាប់រងដោយមណ្ឌលថែទាំរយៈពេលយូរ និងគម្រោងរបស់យើងក្នុងពេលតែមួយបានទេ។

- ប្រសិនបើអ្នកចុះឈ្មោះនៅក្នុងមណ្ឌលថែទាំជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយរបស់កម្មវិធី Medicare ហើយត្រូវការថ្នាំបំបាត់ការឈឺចាប់ ថ្នាំការពារក្អក ថ្នាំបញ្ឈប់ ឬថ្នាំប្រឆាំងនឹងការចាប់បាញ់ ដែលមិនបានរ៉ាប់រងដោយមណ្ឌលថែទាំនោះដោយសារតែវាមិនមានការពាក់ព័ន្ធជាមួយនឹងជំងឺនិងស្ថានភាពសុខភាពរបស់អ្នក គម្រោងរបស់យើងត្រូវតែទទួលបានការជូនដំណឹងពីអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជា ឬ អ្នកផ្តល់សេវានៃមណ្ឌលថែទាំជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយថាឱសថនេះមិនជាប់ពាក់ព័ន្ធនឹងការព្យាបាលរបស់អ្នកមុនពេលគម្រោងរបស់យើងអាចរ៉ាប់រងឱសថនេះបាន។
- ដើម្បីការពារមិនឱ្យមានការពន្យារពេលក្នុងការទទួលបានឱសថ ដែលមិនពាក់ព័ន្ធនឹងការព្យាបាលរបស់អ្នក ដែលគួរមានការរ៉ាប់រងពីគម្រោងរបស់យើង អ្នកអាចស្នើសុំអ្នកផ្តល់សេវានៅមណ្ឌលថែទាំជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយ ឬ អ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកបញ្ជាក់ឱ្យប្រាកដថា យើងបានទទួលការជូនដំណឹង ដែលបញ្ជាក់ថាឱសថនោះមិនមានជាប់ពាក់ព័ន្ធនឹងការព្យាបាលរបស់អ្នកមុនពេលដែលអ្នកបានស្នើសុំឱ្យឱសថស្ថានបើកឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកបាន។

ប្រសិនបើអ្នកចាកចេញពីមណ្ឌលថែទាំរយៈពេលយូរ គម្រោងរបស់យើងនឹងរ៉ាប់រងឱសថទាំងអស់របស់អ្នក។ ដើម្បីការពារការពន្យារពេលនៅឯឱសថស្ថាននៅពេលអត្ថប្រយោជន៍នៃសេវាមណ្ឌលថែទាំរយៈពេលយូររបស់កម្មវិធី Medicare បញ្ចប់ អ្នកគួរតែនាំយកឯកសារមកកាន់ឱសថស្ថានដើម្បីបញ្ជាក់ថាអ្នកបានចាកចេញពីមណ្ឌលថែទាំមួយនេះ។ សូមមើលផ្នែកដំបូងនៃជំពូកនេះដែលប្រាប់អ្នកអំពីវិធានក្នុងការទទួលបានការរ៉ាប់រងឱសថដែលស្ថិតនៅក្នុងផ្នែក D។



ដើម្បីស្វែងយល់អំពីអត្ថប្រយោជន៍មន្ទីរពេទ្យសម្រាប់អ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយ សូមមើលជំពូក
ទី 4 ផ្នែក D ។

G. កម្មវិធីសុវត្ថិភាព និង ការគ្រប់គ្រងឱសថ

G1. កម្មវិធីជួយសមាជិកសមាជិកាឱ្យប្រើប្រាស់ឱសថប្រកបដោយសុវត្ថិភាព

រាល់ពេលដែលអ្នកបើកឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជា

យើងស្វែងរកបញ្ហាដែលអាចកើតមានដូចជាកំហុសឆ្គងឱសថឬឱសថដែល៖

- ប្រហែលជាមិនមែនជាគម្រូវការ ដោយសារតែអ្នកកំពុងប្រើប្រាស់ឱសថណាមួយផ្សេងទៀតដែលមានមុខងារដូចគ្នា
- ប្រហែលជាមិនមានសុវត្ថិភាពសម្រាប់អាយុ និង ភេទរបស់អ្នក
- អាចបង្កគ្រោះថ្នាក់ដល់អ្នក បើអ្នកលេបវានៅពេលតែមួយ
- មានគ្រឿងផ្សំដែលអ្នកកំពុង ឬអាចមានអាលែកហ្សឺជាមួយ
- មានការប្រើថ្នាំបំបាត់ការឈឺចាប់ប្រភេទអូផ្សូអ៊ីដក្នុងបរិមាណដែលគ្មានសុវត្ថិភាព

ប្រសិនបើយើងខ្ញុំឃើញមានបញ្ហាអាចកើតឡើង នៅក្នុងការប្រើប្រាស់ឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក យើងខ្ញុំនឹងសហការជាមួយអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក ដើម្បីកែតម្រូវបញ្ជាទាំងនោះ។

G2. កម្មវិធីជួយសមាជិកឱ្យចេះគ្រប់គ្រងឱសថរបស់ពួកគេ

ប្រសិនបើអ្នកប្រើឱសថសម្រាប់ស្ថានភាពសុខភាពខុសៗគ្នា និង/ឬ ស្ថិតក្នុងកម្មវិធី Drug Management Program ដែលជួយអ្នកប្រើថ្នាំផ្ទុកសារធាតុអ៊ីផ្សូអ៊ីត (opioid) របស់អ្នកដោយសុវត្ថិភាព អ្នកអាចមានសិទ្ធិទទួលសេវាកម្មដោយមិនគិតថ្លៃពីអ្នក តាមរយៈកម្មវិធីគ្រប់គ្រងការព្យាបាលបែបវេជ្ជសាស្ត្រ (MTM)។ កម្មវិធីនេះជួយអ្នក និងអ្នកផ្តល់សេវាកម្មរបស់អ្នកឱ្យមានទំនុកចិត្តថាថ្នាំដែលអ្នកទទួលបានមានប្រសិទ្ធភាពក្នុងការធ្វើឱ្យសុខភាពរបស់អ្នកប្រសើរឡើង។ ឱសថការី ឬផ្តល់សេវាថែទាំអាជីពផ្សេងទៀតនឹងផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវការត្រួតពិនិត្យមើលឱសថក្នុងលក្ខណៈដ៏ទូលំទូលាយមួយ ហើយនឹងពិភាក្សាជាមួយអ្នកអំពី៖

- របៀបទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ជាច្រើនបំផុតពីថ្នាំដែលអ្នកទទួលបាន
- បញ្ហាណាមួយដែលអ្នកមានដូចជាថ្លៃថ្នាំទៅលើថ្នាំ និងប្រតិកម្មរបស់ថ្នាំ
- មធ្យោបាយដ៏ល្អបំផុតក្នុងការទទួលបានថ្នាំរបស់អ្នក
- ចម្ងល់ ឬបញ្ហាណាមួយដែលអ្នកមានអំពីការចេញវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក និងអំពីថ្នាំលក់នៅឯបញ្ជីឱសថស្ថាន

អ្នកនឹងទទួលបានសេចក្តីសង្ខេបអំពីការពិភាក្សានេះជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ។ សេចក្តីសង្ខេបនេះមានផ្ទុកនូវគម្រោងសកម្មភាពផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដែលផ្តល់យោបល់ដល់អ្នកចំពោះអ្វីដែលអ្នកអាចធ្វើបាន

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan តាមលេខ 1-855-905-3825 (TTY:711) ម៉ោង 8:00 ព្រឹក – ម៉ោង 8:00 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅមកលេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលមើលនៅ

www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect។



ដើម្បីឱ្យការប្រើប្រាស់ថ្នាំរបស់អ្នកមានប្រសិទ្ធភាពបំផុត។ អ្នកក៏នឹងទទួលបានបញ្ជីឱសថផ្ទាល់ខ្លួន ដែលនឹងមានរាយឈ្មោះថ្នាំទាំងអស់ដែលអ្នកទទួលបាន និងហេតុផលដែលអ្នកទទួលបានថ្នាំទាំងនោះ ផងដែរ។ លើសពីនេះទៀត អ្នកនឹងទទួលបានព័ត៌មានអំពីការបោះចោលឱសថដែលមានវេជ្ជបញ្ជា ដែលជាសារធាតុត្រូវគ្រប់គ្រង ប្រកបដោយសុវត្ថិភាព។

វាក៏ជាកំណត់ត្រាប្រសិទ្ធភាពការកំណត់ពេលក្រកពិនិត្យមើលឱសថរបស់អ្នកមុនពេលទៅទទួលការ ព្យាបាល “សុខុមាលភាព” ប្រចាំឆ្នាំ ដូច្នេះអ្នកអាចពិភាក្សាជាមួយវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកអំពីបញ្ជីថ្នាំ និងសកម្មភាពរបស់អ្នក។ នាំមកជាមួយនូវគម្រោងសកម្មភាព និងបញ្ជីថ្នាំនៅពេលដែលអ្នកមក ទទួលការព្យាបាល ឬ នៅពេលណាមួយ ដែលអ្នកមកពិភាក្សាជាមួយវេជ្ជបណ្ឌិត ឱសថការី ឬអ្នកផ្តល់ សេវាថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក។ លើសពីនេះទៀត សូមយកបញ្ជីថ្នាំមកជាមួយអ្នក ប្រសិនបើអ្នកទៅ សម្រាកព្យាបាលនៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យ ឬបន្ទប់សង្គ្រោះបន្ទាន់។

កម្មវិធីគ្រប់គ្រងការព្យាបាលតាមបែបវេជ្ជសាស្ត្រតាមបែបស្ម័គ្រចិត្ត និងឥតគិតថ្លៃសម្រាប់សមាជិក ដែលមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់។ បើយើងខ្ញុំមានកម្មវិធីមួយដែលសមស្របតាមតម្រូវការរបស់អ្នក យើងខ្ញុំនឹងចុះឈ្មោះរបស់អ្នកនៅក្នុងកម្មវិធីនោះ និងផ្ញើព័ត៌មានជូនដល់អ្នក។ បើអ្នកមិនចង់ ចូលរួមក្នុងកម្មវិធីនេះទេ សូមមេត្តាឱ្យយើងខ្ញុំដឹង ហើយយើងខ្ញុំនឹងដកឈ្មោះរបស់អ្នកចេញ ពីកម្មវិធីនោះ។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរទាក់ទងនឹងកម្មវិធីទាំងនេះ សូមទាក់ទងផ្នែកបម្រើសេវាអភិវឌ្ឍន៍ ឬ អ្នកសម្របសម្រួលផ្នែកថែទាំរបស់អ្នក ។

G3. កម្មវិធីគ្រប់គ្រងឱសថដើម្បីជួយសមាជិកឱ្យប្រើឱសថផ្ទុកសារធាតុអ៊ីផ្សូអ៊ីត (opioid) ដោយសុវត្ថិភាព

Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan
មានកម្មវិធីមួយដែលអាចជួយសមាជិកឱ្យប្រើឱសថផ្ទុកសារធាតុអ៊ីផ្សូអ៊ីត (opioid) ដែលមានវេជ្ជបញ្ជា និង ឱសថដទៃទៀតដែលគេប្រើខុសជាញឹកញាប់។ កម្មវិធីនេះត្រូវបានគេហៅថា Drug Management Program (DMP) ។

ប្រសិនបើអ្នកប្រើឱសថផ្ទុកសារធាតុអ៊ីផ្សូអ៊ីត (opioid) ដែលអ្នកទទួលបានពីគ្រូពេទ្យឬឱសថការីជាច្រើនកន្លែង ឬ ប្រសិនបើអ្នកបានប្រើ សារធាតុអ៊ីផ្សូអ៊ីតលើសចំណុះនាពេលថ្មីៗនេះ យើងអាចពិភាក្សាជាមួយគ្រូពេទ្យដើម្បីបញ្ជាក់ឱ្យ ប្រាកដថា ការប្រើប្រាស់ថ្នាំផ្ទុកសារធាតុអ៊ីផ្សូអ៊ីត (opioid) របស់អ្នកមានលក្ខណៈសមស្របនឹងចាំបាច់ដល់ការព្យាបាលដែរឬទេ។ ដោយ ធ្វើការជាមួយវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក ប្រសិនបើយើងសម្រេចថាការប្រើឱសថផ្ទុកសារធាតុអ៊ីផ្សូអ៊ីត (opioid) ឬ ប៊ីនសូខៀស៊ីដាញ (benzodiazepine) តាមវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក មិនមានសុវត្ថិភាព យើងអាចដាក់កម្រិតពីរបៀបដែលអ្នកអាចទទួលបានឱសថទាំងនោះបាន។ ការកំណត់អាចរួមបញ្ចូល៖

- ការតម្រូវឱ្យអ្នកទទួលបានវេជ្ជបញ្ជាទាំងអស់សម្រាប់ឱសថទាំងនោះ **ពីឱសថស្ថានណាមួយ និង/ឬ ពីវេជ្ជបណ្ឌិតណាមួយ**
- **ការកម្រិតចំនួន** នៃឱសថប្រភេទទាំងនោះដែលយើងធ្វើការរ៉ាប់រងសម្រាប់អ្នក



ប្រសិនបើយើងគិតថាការដាក់កម្រិតមួយឬច្រើនទៀតគួរតែអនុវត្តន៍ចំពោះអ្នក យើងនឹងផ្ញើលិខិតមួយជាមុនទៅអ្នក។ លិខិតនេះនឹងពន្យល់ពីការដាក់កម្រិត ដែលយើងគិតថាគួរអនុវត្តន៍។

អ្នកនឹងមានឱកាសប្រាប់យើងថា តើវេជ្ជបណ្ឌិតឬឱសថស្ថានណាដែលអ្នកចូលចិត្តប្រើ និង ព័ត៌មានណាមួយ ដែលអ្នកគិតថាសំខាន់សម្រាប់យើងក្នុងការដឹង។ ប្រសិនបើយើងសម្រេច ដាក់កម្រិតដល់ការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកចំពោះឱសថទាំងនេះ បន្ទាប់ពីអ្នកមានឱកាសឆ្លើយតបហើយនោះ យើងនឹងផ្ញើលិខិតមួយទៀតដែលបញ្ជាក់ពីការដាក់កម្រិត។

ប្រសិនបើអ្នកគិតថាយើងមានកំហុស អ្នកមិនយល់ស្របថាអ្នកកំពុងស្ថិតក្នុងការប្រឈម ចំពោះការប្រើឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាខុស ឬ អ្នកមិនយល់ស្របនឹងការដាក់កម្រិត អ្នកនឹងអ្នក ចេញវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកអាចធ្វើការប្តឹងឧទ្ធរណ៍។ ប្រសិនបើអ្នកដាក់ពាក្យបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ យើងនឹងពិនិត្យមើលករណីរបស់អ្នកនិងផ្តល់ការសម្រេចចិត្តរបស់យើង។ ប្រសិនបើយើងបន្តបដិសេធផ្នែកណាមួយនៃបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក ដែលទាក់ទងនឹង ការដាក់កម្រិត ក្នុងការទទួលបានឱសថទាំងនេះ យើងនឹងបញ្ជូនករណីរបស់អ្នកដោយស្វ័យប្រវត្តិទៅអង្គភាពពិនិត្យឯករាជ្យ (IRE)។ (ដើម្បីស្វែងយល់ពីរបៀបដាក់ពាក្យបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ និង ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពី IRE សូម មើលជំពូកទី 9)

DMP អាចនឹងមិនអនុវត្តន៍ចំពោះអ្នកទេប្រសិនបើអ្នក៖

- មានស្ថានភាពសុខភាពមួយចំនួនដូចជាជំងឺមហារីក ឬ ជំងឺកោសិកាក្រហមរាងកណ្តៀវ
- កំពុងទទួលការព្យាបាលមើលជំងឺធ្ងន់ ឱសថបំបាត់ការឈឺចាប់ ឬ ការថែទាំ ដំណាក់កាលចុងក្រោយនៃជីវិត **ឬ**
- រស់នៅក្នុងមណ្ឌលថែទាំរយៈពេលយូរ។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan តាមលេខ 1-855-905-3825 (TTY:711) ម៉ោង 8:00 ព្រឹក – ម៉ោង 8:00 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅមក លេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** សូមចូលមើលនៅ

www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect។



ជំពូកទី 6: ចំនួនដែលអ្នកបង់ថ្លៃសម្រាប់ឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជា Medicare និង Medi-Cal របស់អ្នក

សេចក្តីផ្តើម

ជំពូកនេះប្រាប់ពីអ្វីដែលត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជានៃអ្នកជម្ងឺដែលទៅសម្រាកព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យ។ សម្រាប់ពាក្យ "ឱសថ" យើងមានន័យថា៖

- ឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជានៃកម្មវិធី Medicare ផ្នែក D និង
- ឱសថ និងសម្ភារដែលរ៉ាប់រងដោយកម្មវិធី Medi-Cal និង
- ឱសថ និងរបស់របរដែលបានគ្របដណ្តប់ដោយគម្រោងនេះជាផលប្រយោជន៍បន្ថែម។

ពីព្រោះអ្នកមានសិទ្ធិទទួលបាន Medi-Cal អ្នកនឹងទទួលបាន "ជំនួយបន្ថែម" ពី Medicare ដើម្បីជួយសម្រាប់ឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជា Medicare ផ្នែក D របស់អ្នក។

Extra Help គឺជាកម្មវិធី Medicare

ដែលជួយមនុស្សដែលមានប្រាក់ចំណូលនិងធនធានកំណត់បន្ថយការចំណាយលើឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជារបស់ Medicare ផ្នែក D ដូចជាតម្លៃធានារ៉ាប់រង ការកាត់កងនិងការបង់ចំណែករួមជាដើម។ កម្មវិធី Extra Help ត្រូវបានគេហៅថា៖ “ការទំនុកបម្រុងអ្នកមានចំណូលទាប” ឬ “LIS”។

ពាក្យគន្លឹះ និងនិយមន័យផ្សេងទៀតមានតាមលំដាប់អក្ខរក្រមក្នុងជំពូកចុងក្រោយនៃសៀវភៅណែនាំសមាជិក។

ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពីឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជា អ្នកអាចក្រឡេកមើលនៅកន្លែងទាំងនេះ៖

- បញ្ជីឱសថដែលមានការរ៉ាប់រងរបស់អ្នក។
 - យើងហៅរបស់នេះថា “បញ្ជីឱសថ”។ វាប្រាប់អ្នកអំពី៖
 - ឱសថមួយដែលយើងបង់ថ្លៃ
 - កម្រិតបង់ថ្លៃចំណែករួម មួយណាក្នុងចំណោមកម្រិតទាំងបួន (4) របស់ឱសថនីមួយៗ
 - ថាតើមានការកម្រិតណាមួយលើឱសថដែរទេ
 - បើអ្នកត្រូវការច្បាប់ចម្លងនៃបញ្ជីឱសថ សូមទូរសព្ទទៅផ្នែកបម្រើសេវាអភិវឌ្ឍន៍។ អ្នកក៏អាចស្វែងរកបញ្ជីឱសថនៅលើវេបសាយរបស់យើង www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect។ បញ្ជីឱសថនៅលើវេបសាយនេះគឺមានការផ្លាស់ប្តូរចុងក្រោយបំផុតជានិច្ច។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan តាមលេខ 1-855-905-3825 (TTY: 711) ម៉ោង 8:00 ព្រឹក – ម៉ោង 8:00 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅមកលេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលមើលនៅ www.blueshieldca.com/promise/CalMediConnect។



- ជំពូកទី 5 នៃ សៀវភៅណែនាំសមាជិកនេះ។
 - ជំពូកទី 5 ប្រាប់ពីរបៀបដែលទទួលបានឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាសម្រាប់អ្នកជំងឺមិនសម្រាកព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យតាមគម្រោងរបស់យើង។
 - វារាប់បញ្ចូលទាំងវិធានច្បាប់ដែលអ្នកត្រូវតែអនុវត្តន៍តាម។ វាក៏ជម្រាបប្រាប់អ្នកអំពីប្រភេទឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាដែល មិន ត្រូវបានរាប់រងដោយគម្រោងរបស់យើងខ្ញុំផងដែរ។
- បញ្ជីអ្នកផ្តល់សេវានិងឱសថស្ថានរបស់យើង។
 - ក្នុងករណីភាគច្រើន អ្នកត្រូវតែប្រើឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញដើម្បីទទួលបានឱសថដែលបានគ្របដណ្តប់របស់អ្នក។ ឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញគឺជាឱសថស្ថានដែលយល់ព្រមធ្វើការជាមួយពួកយើង។
 - បញ្ជីរាយឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថានមានបញ្ជីឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញ។ អ្នកអាចអានបន្ថែមអំពីឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញក្នុងជំពូកទី 5 ផ្នែក A ។



តារាងមាតិកា

- A. ការពន្យល់ពីអត្ថប្រយោជន៍ (EOB)..... 155
- B. របៀបតាមដានតម្លៃឱសថរបស់អ្នក 155
- C. ដំណាក់កាលទូទាត់ថ្លៃឱសថសម្រាប់កម្មវិធី Medicare ផ្នែក D 156
- D. ដំណាក់កាលទី 1៖ ដំណាក់កាលគ្របដណ្តប់ដំបូង 157
 - D1. ជម្រើសឱសថស្ថានរបស់អ្នក..... 158
 - D2. ការទទួលបានការគាំទ្ររយៈពេលយូរនៃឱសថ 158
 - D3. អ្វីដែលអ្នកចំណាយ..... 158
 - D4. បញ្ចប់ដំណាក់កាលគ្របដណ្តប់ដំបូង 162
- E. ដំណាក់កាលទី 2៖ ដំណាក់កាលរ៉ាប់រងគ្រោះមហន្តរាយ 162
- F. ថ្លៃចំណាយទៅលើឱសថ ប្រសិនបើវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាតិចជាងការផ្គត់ផ្គង់ពេញមួយ ខែ..... 162
- G. ជំនួយលើការបង់ថ្លៃរួមចំណែកពីវេជ្ជបញ្ជាសម្រាប់អ្នកមានមេរោគហ៊ីវ/អេដស៍..... 163
 - G1. តើអ្វីទៅជាកម្មវិធីជំនួយឱសថ AIDS (ADAP)..... 163
 - G2. តើអ្នកត្រូវធ្វើអ្វីប្រសិនបើអ្នកមិនត្រូវបានគេចុះឈ្មោះក្នុង ADAP 163
 - G3. តើអ្នកត្រូវធ្វើអ្វីប្រសិនបើគេចុះឈ្មោះអ្នកចូលក្នុង ADAP រួចជាស្រេច..... 163
- H. ការចាក់វ៉ាក់សាំង..... 164
 - H1. អ្វីដែលអ្នកត្រូវដឹងមុនពេលអ្នកទទួលបានការចាក់ថ្នាំបង្ការ 164
 - H2. តើអ្នកត្រូវបង់ប្រាក់សម្រាប់ការចាក់ថ្នាំបង្ការ Medicare ផ្នែក D ប៉ុន្មាន 164

A. ការពន្យល់ពីអត្ថប្រយោជន៍ (EOB)

គម្រោងរបស់យើងតាមដានលើឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក។ យើងតាមដានថ្លៃចំណាយពីរបៀបភេទៈ

- **ថ្លៃចេញពីហោប៉ៅរបស់អ្នក។** នេះគឺជាជំនួសទឹកប្រាក់ដែលអ្នក ឬអ្នកដទៃកំពុងបង់ថ្លៃសម្រាប់វេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក។
- **ថ្លៃឱសថសរុបរបស់អ្នក។** នេះគឺជាជំនួសទឹកប្រាក់ដែលអ្នក ឬអ្នកដទៃកំពុងបង់ថ្លៃសម្រាប់វេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកបូករួមទាំងជំនួសដែលយើងខ្ញុំបង់ផងដែរ។

នៅពេលដែលអ្នកទទួលបានឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាតាមរយៈគម្រោងរបស់យើង យើងនឹងផ្ញើជូនអ្នកនូវរបាយការណ៍ដែលមានចំណងជើងថា **សេចក្តីពន្យល់ពីអត្ថប្រយោជន៍** យើងហៅវាយ៉ាងខ្លីថាៈ EOB ។ EOB មានព័ត៌មានបន្ថែមអំពីឱសថ ដែលអ្នកប្រើ ដូចជាការកើនឡើងនៃតម្លៃនិងឱសថដទៃទៀតដែលមានការចំណាយរួមគ្នាជាងដែលអាចរកបាន។ អ្នកអាចនិយាយជាមួយអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក អំពីជម្រើសចំណាយទាបទាំងនេះ។ EOB រួមមាន៖

- **ព័ត៌មានសម្រាប់ខែនេះ។** របាយការណ៍នេះប្រាប់ពីឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាអ្វីដែលអ្នកបានទទួល។ វាបង្ហាញពីថ្លៃឱសថសរុប អ្វីដែលយើងបានបង់ និងអ្វីដែលអ្នក និងអ្នកដទៃដែលបង់ឱ្យអ្នកបានបង់។
- **ព័ត៌មាន“ពីដើមឆ្នាំដល់ពេលបច្ចុប្បន្ន” ។** នេះគឺជាថ្លៃឱសថសរុប និងការបង់ប្រាក់សរុបដែលបានធ្វើឡើង ចាប់តាំងពីថ្ងៃទី1 ខែមករា។

យើងផ្តល់នូវការវាស់វែងឱសថដែលមិនវាស់វែងដោយកម្មវិធី Medicare។

- ការបង់ប្រាក់ផ្សេងៗដែលបានធ្វើឡើងសម្រាប់ឱសថទាំងនេះនឹងមិនរាប់ចំពោះថ្លៃចេញពីហោប៉ៅសរុបរបស់អ្នកឡើយ។
- យើងក៏បង់ប្រាក់សម្រាប់ឱសថមិនតម្រូវវេជ្ជបញ្ជាខ្លះផងដែរ។ អ្នកមិនចាំបាច់បង់ថ្លៃអ្វីទាំងអស់សម្រាប់ឱសថទាំងនេះ។
- ដើម្បីស្វែងយល់ពីឱសថ ណាមួយដែលគម្រោងរបស់យើងគ្របដណ្តប់ សូមមើលបញ្ជីឱសថនេះ។

B. របៀបតាមដានតម្លៃឱសថរបស់អ្នក

ដើម្បីតាមដានថ្លៃឱសថរបស់អ្នក និងការបង់ប្រាក់ដែលអ្នកធ្វើឡើង យើងប្រើរបាយការណ៍នានាដែលយើងទទួលបានពីអ្នក និងពីឱសថស្ថានរបស់អ្នក។ នេះគឺជារបៀបដែលអ្នកអាចជួយពួកយើង៖

1. ប្រើប័ណ្ណសម្គាល់សមាជិករបស់អ្នក។

បង្ហាញប័ណ្ណសម្គាល់សមាជិកគម្រោងរបស់អ្នកនៅរាល់ពេល ដែលអ្នកទៅបើកឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជា។ នេះនឹងជួយពួកយើងឱ្យដឹងពីវេជ្ជបញ្ជាអ្វីដែលអ្នកបំពេញ និងអ្វីដែលអ្នកបង់។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan តាមលេខ 1-855-905-3825 (TTY:711) ម៉ោង 8:00 ព្រឹក – ម៉ោង 8:00 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅមកលេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** សូមចូលមើលនៅ

www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect។



2. ត្រូវប្រាកដថា យើងមានព័ត៌មានដែលយើងត្រូវការ។

ផ្តល់ឱ្យពួកយើងនូវច្បាប់ចម្លងនៃបង្កាន់ដៃបង់ប្រាក់សម្រាប់ឱសថដែលអ្នកបានបង់រួច។ បន្ទាប់មក អ្នកអាចស្នើសុំឱ្យយើងខ្ចប់បង់ប្រាក់ជូនលោកអ្នក សម្រាប់ ចំណែកបង់ប្រាក់របស់យើងសម្រាប់ឱសថ។

នេះគឺជាពេលណាមួយ នៅពេលអ្នកគួរតែផ្តល់ឱ្យយើងនូវច្បាប់ចម្លងនៃបង្កាន់ដៃបង់ប្រាក់របស់អ្នក៖

- នៅពេលអ្នកទិញឱសថដែលបានគ្របដណ្តប់នៅឱសថស្ថានបណ្តាញក្នុងតម្លៃពិសេស ឬដោយប្រើប័ណ្ណបញ្ជាតម្លៃ ដែលមិនមែនជាផ្នែកនៃអត្ថប្រយោជន៍របស់គម្រោងរបស់យើង
- នៅពេលអ្នកបង់ប្រាក់ចំណែកមេសម្រាប់ឱសថដែលអ្នកទទួលបានស្ថិតក្រោមកម្មវិធីជំនួយអ្នកជម្ងឺរបស់អ្នកផលិតឱសថ
- នៅពេលអ្នកទិញឱសថដែលទទួលបានការរ៉ាប់រងនៅឱសថស្ថានក្រៅបណ្តាញមួយ
- នៅពេលអ្នកបង់ពេញថ្លៃសម្រាប់ឱសថដែលទទួលបានការរ៉ាប់រង

ដើម្បីស្វែងយល់ពីរបៀបស្នើសុំយើងឱ្យបង់ប្រាក់សងសម្រាប់ ថ្លៃចំណែករបស់យើង សម្រាប់ឱសថ សូមមើលជំពូកទី 7 ផ្នែក A និង B ។

3. ធ្វើឱ្យយើងនូវព័ត៌មានអំពីការបង់ប្រាក់ដែលអ្នកដទៃបានបង់ឱ្យអ្នក។

ការបង់ប្រាក់ដែលបានធ្វើឡើងដោយអ្នកដទៃ និងអង្គភាពផ្សេងជាតិលាក់អាចរាប់ចូលជាថ្លៃចំណាយចេញពីហោប៉ៅរបស់អ្នកផងដែរ។ ឧទាហរណ៍ ការបង់ប្រាក់ដែលបានធ្វើឡើងដោយកម្មវិធីជំនួយឱសថ AIDS សេវាសុខភាពគណៈ និងសប្បុរសភាពច្រើនរាប់ចូលជាថ្លៃចំណាយចេញពីហោប៉ៅរបស់អ្នក។ ចំណុចនេះជួយអ្នកកំណត់ពីលក្ខណៈសម្បត្តិសម្រាប់ការរ៉ាប់រងមហន្តរាយ។ នៅពេលដែលអ្នកឈានដល់ដំណាក់កាលរ៉ាប់រងគ្រោះមហន្តរាយ គម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan នឹងបង់ថ្លៃចំណាយទាំងអស់នៃឱសថផ្នែក D សម្រាប់រយៈពេលនៅសល់នៃឆ្នាំនេះ។

4. ពិនិត្យមើលរបាយការណ៍ដែលយើងធ្វើឱ្យអ្នក។

នៅពេលអ្នកទទួលបាន ការពន្យល់ពីអត្ថប្រយោជន៍ ក្នុងសារនេះ សូមធ្វើឱ្យប្រាកដថាមានភាពពេញលេញ និងត្រឹមត្រូវ។ បើអ្នកគិតថាមានអ្វីមួយខុសឆ្គង ឬបាត់បង់ពីរបាយការណ៍នេះ ឬ បើអ្នកមានសំណួរណាមួយ សូមទូរសព្ទទៅផ្នែកបម្រើសេវាអតិថិជន។ ត្រូវប្រាកដថាការទុកនូវរបាយការណ៍ទាំងនេះ។ ពួកវាជាកំណត់ត្រាដ៏មានសារៈសំខាន់នៃការចំណាយលើឱសថរបស់អ្នក។

C. ដំណាក់កាលទូទាត់ថ្លៃឱសថសម្រាប់កម្មវិធី Medicare ផ្នែក D

មានដំណាក់កាលបង់ប្រាក់ពីរសម្រាប់ការធានារ៉ាប់រងលើថ្លៃទិញឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកនៅក្រោម Medicare ផ្នែក D ក្រោមគម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan។ ថាតើ អ្នកបង់

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan តាមលេខ 1-855-905-3825 (TTY:711) ម៉ោង 8:00 ព្រឹក – ម៉ោង 8:00 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅមកលេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលមើលនៅ



ចំនួនប៉ុន្មាន អាស្រ័យលើដំណាក់កាលណាមួយរបស់អ្នក នៅពេលអ្នកទទួលថ្នាំតាមវេជ្ជបញ្ជា ឬទទួលថ្នាំតាមវេជ្ជបញ្ជាបន្ថែម។ មានពីរដំណាក់កាល៖

ដំណាក់កាលទី 1: ដំណាក់កាលធានារ៉ាប់រងបឋម	ដំណាក់កាលទី 2: ដំណាក់កាលធានារ៉ាប់រងចុងក្រោយ
អំឡុងពេលដំណាក់កាលនេះ យើងបង់ចំណែកថ្លៃ នៃឱសថ ហើយអ្នកត្រូវបង់ចំណែករបស់អ្នក។ ចំណែករបស់អ្នកត្រូវបានហៅថាការរួមបង់ថ្លៃ។ អ្នកចាប់ផ្តើមក្នុងដំណាក់កាលនេះ នៅពេលអ្នកទទួលថ្នាំវេជ្ជបញ្ជាដំបូង ក្នុងឆ្នាំធានារ៉ាប់រង។	ក្នុងដំណាក់កាលនេះ យើងនឹងបង់ថ្លៃចំណាយទាំងអស់ សម្រាប់ឱសថរបស់អ្នករហូតដល់ថ្ងៃទី 31 ខែធ្នូ ឆ្នាំ 2021។ អ្នកចាប់ផ្តើមដំណាក់កាលនេះ នៅពេលអ្នកបានបង់ថ្លៃចំណាយចេញពីហោប៉ៅ ក្នុងចំនួនជាក់លាក់មួយ។

D. ដំណាក់កាលទី 1: ដំណាក់កាលគ្របដណ្តប់ដំបូង

អំឡុងពេលដំណាក់កាលរ៉ាប់រងដំបូងយើងបង់ចំណែកថ្លៃនៃឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាដែលបានគ្របដណ្តប់របស់អ្នក ហើយអ្នកត្រូវបង់ចំណែករបស់អ្នក។ ចំណែករបស់អ្នកត្រូវបានហៅថាការរួមបង់ថ្លៃ។ ការរួមបង់ថ្លៃអាស្រ័យលើថា តើឱសថនោះស្ថិតនៅក្នុងកម្រិតនៃការបង់ថ្លៃចូលគ្នាបែបណានិងកន្លែងណាដែលអ្នកទទួលបានវា។

កម្រិតថ្លៃចំណែករួមគឺជាក្រុមឱសថដែលមានតម្លៃចំណែកចំណាយដូចគ្នា ។ ឱសថទាំងអស់នៅក្នុងបញ្ជីឱសថរបស់គម្រោងគឺស្ថិតនៅក្នុងកម្រិតណាមួយនៃកម្រិតបង់ថ្លៃចំណែករួមទាំងបួន (4)។ ជាទូទៅ លេខកម្រិតកាន់តែខ្ពស់ ថ្លៃចំណែករួមក៏កាន់តែខ្ពស់ផងដែរ។ ដើម្បីស្វែងរក កម្រិតនៃការចែករំលែកការចំណាយសម្រាប់ថ្នាំរបស់អ្នក អ្នកអាចមើលនៅក្នុងបញ្ជីថ្នាំ។

- ការចែករំលែកថ្លៃ កម្រិតទី 1 (កម្រិតទាបបំផុតរបស់យើង)
រាប់បញ្ចូលទាំងថ្នាំពេទ្យទូទៅដែលគម្រោងចង់បាន។ ការចំណាយរួមគឺ \$0 ។
- ការចែករំលែកថ្លៃ កម្រិតទី 2 រាប់បញ្ចូលទាំងឱសថពេទ្យទូទៅ។ ការបង់ប្រាក់រួមគឺពី \$0 ទៅ \$3.70 ។
- ការចែករំលែកថ្លៃកម្រិតទី 3 (កម្រិតខ្ពស់បំផុតរបស់យើង)
រាប់បញ្ចូលទាំងថ្នាំមានម៉ាកយីហោ។ ការបង់ប្រាក់រួមគឺពី \$0 ទៅ \$9.20 ។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan តាមលេខ 1-855-905-3825 (TTY:711) ម៉ោង 8:00 ព្រឹក – ម៉ោង 8:00 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅមកលេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** សូមចូលមើលនៅ

www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect។



- ការចែករំលែកថ្លៃ កម្រិតទី 4 រាប់បញ្ចូលទាំងថ្នាំពេទ្យមិនមែន Medicare និងថ្នាំពេទ្យមិនមានវេជ្ជបញ្ជា (OTC)។ ការចំណាយរួម គឺ \$0 ។

ដើម្បីឱ្យដឹងថា តើឱសថរបស់អ្នកស្ថិតនៅកម្រិតនៃការបែងចែកថ្លៃចំណាយណាមួយ សូមពិនិត្យមើលឱសថនៅក្នុងបញ្ជីឱសថ (បញ្ជីឱសថ) នៃគម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan។

D1. ជម្រើសឱសថស្ថានរបស់អ្នក

ថ្លៃប៉ុណ្ណាអ្នកត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថអាស្រ័យលើថា តើអ្នកទទួលបានថ្នាំ ឬយ៉ាងណា៖

- ឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញមួយ ឬ
- ឱសថស្ថានក្រៅបណ្តាញ។

នៅក្នុងករណីមានកម្រិត យើងនឹងរាប់រងទៅលើវេជ្ជបញ្ជាដែលបានបំពេញនៅឯឱសថស្ថានក្រៅបណ្តាញ។ សូមមើលជំពូកទី 5 ផ្នែក A ដើម្បីស្វែងយល់ពេលដែលយើងនឹងធ្វើដូច្នេះ។

ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពីជម្រើសឱសថស្ថានទាំងនេះ សូមមើលជំពូកទី 5 ផ្នែក A នៅក្នុងសៀវភៅណែនាំនេះ និងតាមរយៈ *បញ្ជីរាយឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថាន*។

D2. ការទទួលបានការគាំទ្ររយៈពេលយូរនៃឱសថ

សម្រាប់ឱសថមួយចំនួន អ្នកអាចទទួលបានការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេលយូរ (ត្រូវបានហៅថា "ការផ្គត់ផ្គង់មានការបន្ថែមពេល" ផងដែរ) នៅពេលអ្នកបំពេញវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក។ ការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេលវែងគឺជាការផ្គត់ផ្គង់ចំនួន 100 ថ្ងៃសម្រាប់កម្រិតទី 1 និង 90 ថ្ងៃសម្រាប់កម្រិតទី 2-3។ វាក៏ត្រូវបានផ្តល់ឱ្យអ្នកដូចគ្នានឹងការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេលមួយខែដែរ។

សម្រាប់ព័ត៌មានលម្អិតអំពីទីតាំង និងរបៀបទទួលបានការផ្គត់ផ្គង់ឱសថរយៈពេលវែង សូមមើលជំពូកទី 5 ផ្នែក A ឬ *បញ្ជីរាយឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថាន*។

D3. អ្វីដែលអ្នកចំណាយ

ក្នុងដំណាក់កាលគ្របដណ្តប់ដំបូងអ្នកអាចបង់ថ្លៃចំណែករួមគ្នារាល់ពេលដែលអ្នកបើកឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជា។ ប្រសិនបើថ្នាំរបស់អ្នកដែលបានធានារ៉ាប់រង មានតម្លៃកើនជាងតម្លៃរួមចំណែកពេលទៅពេទ្យម្តងៗ អ្នកនឹងបង់តម្លៃទាបនោះ។

អ្នកអាចទាក់ទងផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជនដើម្បីស្វែងរកចំនួនការបង់ចំណែករួមរបស់អ្នកសម្រាប់ឱសថដែលមានការរ៉ាប់រងនីមួយៗ

ចំណែកថ្លៃរបស់អ្នក នៅពេលអ្នកទទួលបានការផ្គត់ផ្គង់ រយៈពេលមួយខែ សម្រាប់ឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាដែលបានរ៉ាប់រងពី៖

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan តាមលេខ 1-855-905-3825 (TTY:711) ម៉ោង 8:00 ព្រឹក – ម៉ោង 8:00 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅមកលេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** សូមចូលមើលនៅ

www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect។



	ឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញ	សេវាបញ្ជាទិញតាមប្រៃសណីយ៍របស់គម្រោងនេះ	ឱសថស្ថានថែទាំបណ្តាញរយៈពេលយូរ	ឱសថស្ថានក្រៅបណ្តាញ
	រយៈពេលមួយខែ ឬរហូតដល់ការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេល 30 ថ្ងៃ	រយៈពេលមួយខែ ឬរហូតដល់ការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេល 30 ថ្ងៃ	រហូតដល់ការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេល 31 ថ្ងៃ	រហូតដល់ការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេល 10 ថ្ងៃ។ ការគ្របដណ្តប់គឺត្រូវបានកម្រិតចំពោះករណីជាក់លាក់នានា។ សូមមើលជំពូកទី 5 ផ្នែក A សម្រាប់ព័ត៌មានលម្អិត។
ការថែទាំកែលម្អកម្រិតទី 1 (ប្រភេទឱសថទូទៅដែលគម្រោងចង់បាន)	\$0 ការរួមចំណែកបង់	ការបញ្ជាទិញតាមប្រៃសណីយ៍មិនអាចប្រើបានទេ	\$0 ការរួមចំណែកបង់	\$0 ការរួមចំណែកបង់
ការថែទាំកែលម្អកម្រិតទី 2 (ឱសថទូទៅ)	\$0, \$1.30 ឬ \$3.70 ការបង់ប្រាក់រួម ការបង់ចំណែករួម ប្រែប្រួលអាស្រ័យលើជំនួយបន្ថែមដែលអ្នកទទួលបាន។	ការបញ្ជាទិញតាមប្រៃសណីយ៍មិនអាចប្រើបានទេ។	\$0, \$1.30 ឬ \$3.70 ការបង់ប្រាក់រួម ការបង់ចំណែករួម ប្រែប្រួលអាស្រ័យលើជំនួយបន្ថែមដែលអ្នកទទួលបាន។	\$0, \$1.30 ឬ \$3.70 ការបង់ប្រាក់រួម ការបង់ចំណែករួម ប្រែប្រួលអាស្រ័យលើជំនួយបន្ថែមដែលអ្នកទទួលបាន។



	ឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញ	សេវាបញ្ជាទិញតាមប្រៃសណីយ៍របស់គម្រោងនេះ	ឱសថស្ថានថែទាំបណ្តាញរយៈពេលយូរ	ឱសថស្ថានក្រៅបណ្តាញ
	រយៈពេលមួយខែ ឬរហូតដល់ការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេល 30 ថ្ងៃ	រយៈពេលមួយខែ ឬរហូតដល់ការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេល 30 ថ្ងៃ	រហូតដល់ការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេល 31 ថ្ងៃ	រហូតដល់ការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេល 10 ថ្ងៃ។ ការគ្របដណ្តប់គឺត្រូវបានកម្រិតចំពោះករណីជាក់លាក់នានា។ សូមមើលជំពូកទី 5 ផ្នែក A សម្រាប់ព័ត៌មានលម្អិត។
ការថែទាំវេជ្ជកម្មទី 3 (ឱសថមានម៉ាកយីហោ)	\$0, \$4.00 ឬ \$9.20 ការបង់ប្រាក់រួម ការបង់ចំណែករួម ប្រែប្រួលអាស្រ័យលើជំនួយបន្ថែមដែលអ្នកទទួលបាន។	ការបញ្ជាទិញតាមប្រៃសណីយ៍មិនអាចប្រើបានទេ។	\$0, \$4.00 ឬ \$9.20 ការបង់ប្រាក់រួម ការបង់ចំណែករួម ប្រែប្រួលអាស្រ័យលើជំនួយបន្ថែមដែលអ្នកទទួលបាន។	\$0, \$4.00 ឬ \$9.20 ការបង់ប្រាក់រួម ការបង់ចំណែករួម ប្រែប្រួលអាស្រ័យលើជំនួយបន្ថែមដែលអ្នកទទួលបាន។
ការថែទាំវេជ្ជកម្មទី 4 (Non-Medicare Rx /ឱសថដែលមិនតម្រូវឱ្យមានវេជ្ជបញ្ជា(OTC))	\$0 ការរួមចំណែកបង់	ការបញ្ជាទិញតាមប្រៃសណីយ៍មិនអាចរកបានសម្រាប់ឱសថក្នុងកម្រិតទី 4 ឡើយ	\$0 ការរួមចំណែកបង់	\$0 ការរួមចំណែកបង់

ចំណែកថ្លៃចំណាយរបស់អ្នក នៅពេលអ្នកទទួលបានការផ្គត់ផ្គង់ឱសថដែលមានវេជ្ជបញ្ជារយៈពេលវែង ដែលមានការរ៉ាប់រងពី៖



	ឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញ	សេវាបញ្ជាទិញតាមប្រៃសណីយ៍របស់គម្រោងនេះ
ការចែករំលែកថ្លៃ កម្រិតទី 1: ប្រភេទឱសថទូទៅដែលគម្រោងចង់បាន រហូតដល់ការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេល 100 ថ្ងៃ	\$0 ការរួមចំណែកបង់	\$0 ការរួមចំណែកបង់
ការចែករំលែកថ្លៃ កម្រិតទី 2: ឱសថទូទៅ រហូតដល់ការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេល 90 ថ្ងៃ	\$0, \$1.30 ឬ \$3.70 ការបង់ប្រាក់រួម ការបង់ចំណែករួម ប្រែប្រួលអាស្រ័យលើជំនួយបន្ថែមដែលអ្នកទទួលបាន។	\$0, \$1.30 ឬ \$3.70 ការបង់ប្រាក់រួម ការបង់ចំណែករួម ប្រែប្រួលអាស្រ័យលើជំនួយបន្ថែមដែលអ្នកទទួលបាន។
ការចែករំលែកថ្លៃ កម្រិតទី 3: ឱសថមានឈ្មោះម៉ាកយីហោ រហូតដល់ការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេល 90 ថ្ងៃ	\$0, \$4.00 ឬ \$9.20 ការបង់ប្រាក់រួម ការបង់ចំណែករួម ប្រែប្រួលអាស្រ័យលើជំនួយបន្ថែមដែលអ្នកទទួលបាន។	\$0, \$4.00 ឬ \$9.20 ការបង់ប្រាក់រួម ការបង់ចំណែករួម ប្រែប្រួលអាស្រ័យលើជំនួយបន្ថែមដែលអ្នកទទួលបាន។
ការចែករំលែកថ្លៃ កម្រិតទី 4: Non-Medicare RX/ឱសថមិនតម្រូវឱ្យមានវេជ្ជបញ្ជា (OTC) រហូតដល់ការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេល 90 ថ្ងៃ	ការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេលវែងមិនមានសម្រាប់កម្រិតទី 4 នោះទេ	ការបញ្ជាទិញតាមប្រៃសណីយ៍មិនអាចរកបានសម្រាប់ឱសថក្នុងកម្រិតទី 4 ឡើយ

សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីឱសថស្ថានដែលអាចផ្តល់ការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេលវែងដល់រូបអ្នក សូមមើលបញ្ជីរាយឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថាន។



D4. បញ្ចប់ដំណាក់កាលគ្របដណ្តប់ដំបូង

ដំណាក់កាលរ៉ាប់រងដំបូងបញ្ចប់នៅពេលថ្លៃចំណាយចេញពីហោប៉ៅសរុបរបស់អ្នកឈានដល់ជំនួន \$6,550 ។ ត្រង់ជំនួចនេះ ដំណាក់កាលធានារ៉ាប់រងនៃការកើតមានគ្រោះមហន្តរាយចាប់ផ្តើម។ យើងគ្របដណ្តប់លើថ្លៃឱសថរបស់អ្នកចាប់ពីពេលនោះរហូតដល់បំណាច់ឆ្នាំ។

របាយការណ៍ស្តីពី ការពន្យល់ពីអត្ថប្រយោជន៍ របស់អ្នកនឹងជួយអ្នក តាមដានពីជំនួនទឹកប្រាក់ដែលអ្នកបានបង់លើថ្លៃឱសថរបស់អ្នកអំឡុងពេលឆ្នាំនោះ។ យើងនឹងឱ្យអ្នកដឹងប្រសិនបើអ្នកឈានដល់កម្រិតកំណត់ \$6,550 ។ មនុស្សជាច្រើនមិនឈានដល់កម្រិតនេះទេក្នុងមួយឆ្នាំ។

E. ដំណាក់កាលទី 2: ដំណាក់កាលរ៉ាប់រងគ្រោះមហន្តរាយ

នៅពេលអ្នកចំណាយដល់ដែនកំណត់នៃចំណាយចេញពីហោប៉ៅ \$6,550 សម្រាប់ឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជា របស់អ្នក ដំណាក់កាលធានារ៉ាប់រងចុងក្រោយនឹងចាប់ផ្តើម។ អ្នកនឹងស្ថិតក្នុងដំណាក់កាលធានារ៉ាប់រងគ្រោះមហន្តរាយរហូតដល់ដំណាច់ឆ្នាំតាមប្រតិទិន។ អំឡុងដំណាក់កាលនេះ គម្រោងនេះនឹងបង់ថ្លៃទាំងអស់សម្រាប់ឱសថ Medicare របស់អ្នក។

F. ថ្លៃចំណាយទៅលើឱសថ ប្រសិនបើវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាគិតថាជាការផ្គត់ផ្គង់ពេញមួយខែ

ជាធម្មតា អ្នកបង់ថ្លៃចំណែករួមមួយដើម្បីគ្របដណ្តប់ការផ្គត់ផ្គង់ពេញមួយខែរបស់ថ្នាំដែលបានរ៉ាប់រង។ ទោះជាយ៉ាងណា វេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកអាចចេញវេជ្ជបញ្ជាគិតថាជាការផ្គត់ផ្គង់ឱសថប្រចាំខែ។

- អាចមានជំនួនច្រើនដង នៅពេលអ្នកចង់សួរវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកអំពី ការចេញវេជ្ជបញ្ជាគិតថាជាការផ្គត់ផ្គង់ឱសថប្រចាំខែ (ឧទាហរណ៍ នៅពេលអ្នកកំពុងសាកល្បងប្រើឱសថជាលើកដំបូង ដែលអ្នកបាន ដឹងថាមានផលប៉ះពាល់ធ្ងន់ធ្ងរ)។
- បើវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកយល់ព្រម អ្នកនឹងមិនចាំបាច់បង់ថ្លៃផ្គត់ ផ្គង់ប្រចាំខែពេញលេញសម្រាប់ឱសថជាក់លាក់។

នៅពេលអ្នកទទួលបានគិតថាជាការផ្គត់ផ្គង់ឱសថប្រចាំខែ ការបង់ចំណែករួមរបស់អ្នកនឹងផ្អែកលើជំនួនថ្លៃនៃឱសថដែលអ្នកទទួលបាន។ យើងនឹងគណនាជំនួនទឹកប្រាក់ដែលអ្នកបង់ក្នុងមួយថ្ងៃសម្រាប់ថ្នាំពេទ្យរបស់អ្នក ("អត្រាចែករំលែកថ្លៃប្រចាំថ្ងៃ") ហើយគុណវានឹងជំនួនថ្លៃនៃឱសថដែលអ្នកទទួលបាន។

- នេះគឺជាឧទាហរណ៍៖ ក្នុងករណីការបង់ចំណែករួមសម្រាប់ឱសថរបស់អ្នក សម្រាប់ការផ្គត់ផ្គង់ពេញមួយខែ (ការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេល 30 ថ្ងៃ) គឺ \$1.30 ។ នេះមានន័យថាជំនួនទឹកប្រាក់ ដែលអ្នកត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថរបស់អ្នកគិតជាង \$0.04 ក្នុងមួយថ្ងៃ។ ប្រសិនបើអ្នកទទួលបានការផ្គត់ផ្គង់ឱសថរយៈពេល 7 ថ្ងៃ

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan តាមលេខ 1-855-905-3825 (TTY:711) ម៉ោង 8:00 ព្រឹក – ម៉ោង 8:00 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅមក លេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលមើលនៅ

www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect។



ការបង់ប្រាក់របស់អ្នកនឹងមានតម្លៃលើស \$0.04 បន្តិចក្នុងមួយថ្ងៃកុំណនឹង 7 ថ្ងៃ
សម្រាប់ការបង់ប្រាក់សរុប \$0.30 ។

- ការចែករំលែកថ្លៃប្រចាំថ្ងៃអនុញ្ញាតឱ្យអ្នកធ្វើឱ្យប្រាកដថា ឱសថមានប្រសិទ្ធភាពសម្រាប់អ្នក
មុនពេលអ្នកចាំបាច់ត្រូវបង់ថ្លៃសម្រាប់ការផ្គត់ផ្គង់ប្រចាំខែទាំងមូល។
- អ្នកក៏អាចស្នើសុំឱ្យអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាការផ្គត់ផ្គង់ថ្នាំតិចជាងមួយខែពេញ
ប្រសិនបើវានឹងជួយអ្នក៖
 - រៀបចំផែនការកាន់តែប្រសើរ ពីពេលវេលាដែលត្រូវបំពេញថ្នាំរបស់អ្នកឡើងវិញ
 - សម្របសម្រួលការបំពេញឡើងវិញជាមួយថ្នាំផ្សេងទៀតដែលអ្នកប្រើ និង
 - ទៅកាន់ឱសថស្ថានតិចជាងមុន។

G. ជំនួយលើការបង់ថ្លៃរួមចំណែកពីវេជ្ជបញ្ជាសម្រាប់អ្នកមានមេរោគហ៊ីវ/អេដស៍

G1. តើអ្វីទៅជាកម្មវិធីជំនួយឱសថ AIDS (ADAP)

កម្មវិធីជំនួយឱសថ AIDS (ADAP) ជួយធានាថា បុគ្គលម្នាក់ដែល
អាចមានសិទ្ធិទទួលបានឱសថនៅជាមួយមេរោគហ៊ីវ/ជម្ងឺអេដស៍មានការ
ចូលប្រើប្រាស់ថ្នាំសង្គ្រោះជីវិត។ ឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជា Medicare របស់
អ្នកជម្ងឺដែលទៅសម្រាកព្យាបាលក្រោមន្ទីរពេទ្យផ្នែក D ដែលក៏ត្រូវបានគ្របដណ្តប់ផងដែរដោយ
ADAP មានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ជំនួយលើការចែករំលែកថ្លៃវេជ្ជបញ្ជាតាមរយៈ
ក្រសួងសុខាភិបាលសាធារណៈកាលីហ្វ័រញ៉ា ការិយាល័យជម្ងឺអេដស៍ សម្រាប់បុគ្គលម្នាក់ៗ
ដែលបានចុះឈ្មោះក្នុង ADAP។

G2. តើអ្នកត្រូវធ្វើអ្វីប្រសិនបើអ្នកមិនត្រូវបានគេចុះឈ្មោះក្នុង ADAP

សម្រាប់ព័ត៌មានអំពីលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យសិទ្ធិទទួលបានឱសថ ដែលត្រូវបានគ្របដណ្តប់ ឬ
របៀបចុះឈ្មោះចូលកម្មវិធី សូមទូរសព្ទទៅលេខ 1-844-421-7050 ឬចូលទៅកាន់គេហទំព័ររបស់
ADAP តាមរយៈ www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/Pages/OA_adap_eligibility.aspx ។

G3. តើអ្នកត្រូវធ្វើអ្វីប្រសិនបើគេចុះឈ្មោះអ្នកចូលក្នុង ADAP រួចជាស្រេច

ADAP អាចបន្តផ្តល់ជូនអតិថិជន ADAP នូវជំនួយការចែករំលែកថ្លៃចំណាយលើវេជ្ជបញ្ជា Medicare
ផ្នែក D សម្រាប់ឱសថនៅក្នុងបញ្ជី ADAP ។ ដើម្បីប្រាកដថាអ្នកបន្តទទួលបានជំនួយនេះ
សូមជូនដំណឹងដល់បុគ្គលិកចុះឈ្មោះ ADAP ក្នុងតំបន់របស់អ្នកអំពីការផ្លាស់ប្តូរគម្រោង Medicare
ផ្នែក D
ឬលេខគោលនយោបាយរបស់អ្នក។ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយក្នុងការស្វែងរកកន្លែងនិង/ឬបុគ្គលិក
ចុះឈ្មោះ ADAP ដែលនៅជិតបំផុត សូមទូរសព្ទទៅលេខ 1-844-421-7050
ឬទៅកាន់គេហទំព័រដែលមានខាងលើ។



H. ការចាក់វ៉ាក់សាំង

យើងរ៉ាប់រងលើការចាក់វ៉ាក់សាំងបង្ការសម្រាប់កម្មវិធី Medicare ផ្នែក D។
មានពីរផ្នែកចំពោះការគ្របដណ្តប់របស់យើងលើថ្នាំបង្ការ Medicare ផ្នែក D៖

1. ផ្នែកទីមួយនៃការធានារ៉ាប់រងសម្រាប់ថ្លៃចំណាយនៃ **ការចាក់វ៉ាក់សាំងបង្ការខ្លួនវាផ្ទាល់**។
វ៉ាក់សាំងបង្ការគឺជាឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជា។
2. ផ្នែកទីពីរនៃការធានារ៉ាប់រងគឺសម្រាប់ថ្លៃចំណាយនៃ **ការផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវវ៉ាក់សាំងបង្ការ**។
ឧទាហរណ៍ពេលខ្លះអ្នកអាចទទួលបានការចាក់ថ្នាំបង្ការដែលផ្តល់ជូនអ្នកដោយគ្រូពេទ្យរបស់អ្នក។

H1. អ្វីដែលអ្នកត្រូវដឹងមុនពេលអ្នកទទួលបានការចាក់ថ្នាំបង្ការ

យើងសូមណែនាំឱ្យអ្នកទូរសព្ទមកពួកយើងជាមុនសិនតាមផ្នែកបម្រើសេវាអតិថិជន
នៅពេលណាដែលអ្នកមានគម្រោងដើម្បីទទួលបានការចាក់វ៉ាក់សាំងបង្ការ។

- យើងអាចប្រាប់អ្នកពីរបៀបដែលការចាក់វ៉ាក់សាំងបង្ការរបស់អ្នក
ត្រូវបានគ្របដណ្តប់ដោយគម្រោងរបស់យើង និងពន្យល់អំពីចំណែកនៃការបង់ថ្លៃរបស់អ្នក ។
- យើងអាចប្រាប់អ្នកពីវិធីទប់ថ្លៃចំណាយឱ្យនៅទាបដោយប្រើឱសថស្ថាននិងអ្នកផ្តល់សេវាក្នុង
បណ្តាញ។ ឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញគឺជាឱសថស្ថានដែលយល់ព្រមធ្វើការជាមួយគម្រោង
របស់យើង។ អ្នកផ្តល់សេវាកម្មថែទាំក្នុងបណ្តាញ គឺជាអ្នកផ្តល់សេវាកម្មដែលធ្វើការជាមួយ
គម្រោងសុខភាពនេះ។ អ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញគួរធ្វើការជាមួយ Blue Shield Promise Cal
MediConnect Plan ដើម្បីធានាថា អ្នកមិនត្រូវចំណាយមុនសម្រាប់វ៉ាក់សាំងផ្នែក D។

H2. តើអ្នកត្រូវបង់ប្រាក់សម្រាប់ការចាក់ថ្នាំបង្ការ Medicare ផ្នែក D ប៉ុន្មាន

អ្វីដែលអ្នកបង់សម្រាប់វ៉ាក់សាំងបង្ការគឺអាស្រ័យលើប្រភេទវ៉ាក់សាំង
(អ្វីដែលអ្នកកំពុងចាក់វ៉ាក់សាំងការពារ)។

- វ៉ាក់សាំងមួយចំនួនត្រូវបានចាត់ទុកជាអត្ថប្រយោជន៍សុខភាពច្រើនជាងថ្នាំពេទ្យ។
ថ្នាំបង្ការទាំងនេះត្រូវបានរ៉ាប់រងដោយឥតអស់ថ្លៃចំពោះអ្នក។ ដើម្បីស្វែងយល់អំពីការរ៉ាប់រងលើ
ការចាក់វ៉ាក់សាំងបង្ការទាំងនេះ សូមមើលតារាងអត្ថប្រយោជន៍នៅក្នុងជំពូកទី 4 ផ្នែក D ។
- វ៉ាក់សាំងផ្សេងទៀតត្រូវបានចាត់ទុកជាថ្នាំពេទ្យ Medicare ផ្នែក D។ អ្នកអាចស្វែងរក
វ៉ាក់សាំងទាំងនេះដែលមានរាយនៅបញ្ជីឱសថរបស់គម្រោងបាន។ អ្នកប្រហែលជាត្រូវ
បង់ចំណែករួមសម្រាប់ថ្នាំបង្ការរបស់ Medicare ផ្នែក D ។

នេះគឺជាវិធីទូទៅចំនួនបីដែលអ្នកអាចទទួលបានការចាក់វ៉ាក់សាំង Medicare ផ្នែក D។

1. អ្នកទទួលបានថ្នាំបង្ការ Medicare ផ្នែក D នៅឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញ ហើយបានចាក់
នៅឱសថស្ថាននោះ។
 - អ្នកនឹងត្រូវបង់ ថ្លៃរួមចំណែក សម្រាប់ការចាក់ថ្នាំវ៉ាក់សាំងបង្ការ

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan តាមលេខ
1-855-905-3825 (TTY:711) ម៉ោង 8:00 ព្រឹក – ម៉ោង 8:00 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅមក
លេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** សូមចូលមើលនៅ

www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect។



2. អ្នកទទួលបានការចាក់ថ្នាំបង្ការ Medicare ផ្នែក D នៅការិយាល័យវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក ហើយវេជ្ជបណ្ឌិតជាអ្នកចាក់ឱ្យអ្នក។
 - អ្នកនឹងត្រូវបង់ ថ្លៃរួមចំណែក ទៅវេជ្ជបណ្ឌិតសម្រាប់ការចាក់ថ្នាំវ៉ាក់សាំងបង្ការ
 - គម្រោងរបស់យើងនឹងបង់ថ្លៃនៃការចាក់ឱ្យអ្នក។
 - ការិយាល័យវេជ្ជបណ្ឌិតគួរតែទូរសព្ទមកកាន់គម្រោងយើងខ្ញុំនៅក្នុងស្ថានភាពបែបនេះ ដូច្នេះ យើងអាចប្រាកដថាពួកគេនឹងថាអ្នកត្រូវតែបង់ថ្លៃ តាមចំណែករបស់អ្នក សម្រាប់វ៉ាក់សាំងប៉ុណ្ណោះ។
3. អ្នកទទួលបានវ៉ាក់សាំង Medicare ផ្នែក D នៅឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញមួយ ហើយទទួលបានការចាក់វ៉ាក់សាំងរបស់អ្នក។
 - អ្នកនឹងត្រូវបង់ ថ្លៃរួមចំណែក សម្រាប់ការចាក់ថ្នាំវ៉ាក់សាំងបង្ការ
 - គម្រោងរបស់យើងនឹងបង់ថ្លៃនៃការចាក់ឱ្យអ្នក។



ជំពូកទី 7: ការស្នើឱ្យយើងខ្ចប់បង់ប្រាក់ តាមចំណែក របស់យើងខ្ញុំ ក្នុងវិក្កយបត្រដែលអ្នកទទួលបានសម្រាប់សេវាកម្ម ឬឱសថដែលទទួលបានការរ៉ាប់រង"។

សេចក្តីផ្តើម

ជំពូកនេះប្រាប់អ្នកពីរបៀបនិងពេលណាត្រូវធ្វើវិក្កយបត្រឱ្យយើងដើម្បីស្នើសុំការទូទាត់។ វាក៏ប្រាប់អ្នកពីរបៀបធ្វើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ប្រសិនបើអ្នកមិនយល់ព្រមជាមួយនឹងសេចក្តីសម្រេចពីការធានារ៉ាប់រង ។ ពាក្យគន្លឹះនិងនិយមន័យមានតាមលំដាប់អក្ខរក្រមក្នុងជំពូកចុងក្រោយនៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*។

តារាងមាតិកា

A. ការស្នើសុំឱ្យយើងបង់ថ្លៃសេវាកម្មឬឱសថរបស់អ្នក 167

B. ការផ្ញើសំណើសុំការទូទាត់ប្រាក់ 170

C. សេចក្តីសម្រេចលើការរ៉ាប់រង 170

D. បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ 171

A. ការស្នើសុំឱ្យយើងបង់ថ្លៃសេវាកម្មឬឱសថរបស់អ្នក

អ្នកមិនគួរទទួលបានវិក្កយបត្រសម្រាប់សេវាកម្មឬឱសថនៅក្នុងបណ្តាញឡើយ។ ក្រុមគ្រូពេទ្យក្នុងបណ្តាញរបស់យើងត្រូវតែចេញវិក្កយបត្រជូនគម្រោង សម្រាប់សេវាកម្ម និងឱសថដែលមានការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកដែលអ្នកបានទទួលរួច។ អ្នកផ្តល់សេវាកម្មថែទាំក្នុងបណ្តាញ គឺជាអ្នកផ្តល់សេវាកម្មដែលធ្វើការជាមួយគម្រោងសុខភាពនេះ។

បើអ្នកទទួលបានវិក្កយបត្រសម្រាប់ ថ្លៃចំណាយពេញលើ សេវាកម្មថែទាំសុខភាព ឬឱសថ សូមផ្ញើវិក្កយបត្រនោះមកយើងខ្ញុំ។ ដើម្បីផ្ញើវិក្កយបត្រមកយើងខ្ញុំ សូមមើលទំព័រ 148។

- បើសេវាកម្ម ឬ ឱសថទាំងនោះត្រូវបានរ៉ាប់រង យើងខ្ញុំនឹងបង់ប្រាក់ឱ្យអ្នកផ្តល់សេវាកម្មដោយផ្ទាល់។
- បើសេវាកម្ម ឬឱសថទាំងនោះត្រូវបានរ៉ាប់រង ហើយអ្នកបានបង់ប្រាក់លើសចំណែកនៃការចំណាយរបស់អ្នក យើងខ្ញុំនឹងបង់ប្រាក់ជូនអ្នកវិញ។
- ប្រសិនបើសេវាកម្ម ឬឱសថទាំងនោះ **មិន** ត្រូវបានរ៉ាប់រង យើងនឹងជំរាបប្រាប់អ្នក។

ចូរទាក់ទងមកផ្នែកបម្រើសេវាអតិថិជន ឬអ្នកសម្របសម្រួលផ្នែកថែទាំរបស់អ្នក ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ។ ប្រសិនបើ អ្នកមិនដឹងថា តើអ្វីដែលអ្នកគួរតែបានបង់ថ្លៃ និងមិនដឹងថា ត្រូវធ្វើអ្វីចំពោះវា យើងខ្ញុំអាចជួយបាន។ អ្នកក៏អាចហៅទូរសព្ទមកយើងបាន បើអ្នកចង់ប្រាប់យើងខ្ញុំអំពីព័ត៌មានទាក់ទងនឹងសំណើសុំការទូទាត់ ដែលអ្នកបានផ្ញើជូនយើងខ្ញុំ។

ខាងក្រោមនេះគឺជាឧទាហរណ៍នៃពេលវេលាដែលអ្នកប្រហែលជាត្រូវស្នើឱ្យយើងខ្ចប់បង់ប្រាក់ជូនអ្នកវិញ ឬបង់ប្រាក់តាមវិក្កយបត្រដែលអ្នកបានទទួល៖

1. នៅពេលអ្នកទទួលបានសេវាកម្មសង្គ្រោះបន្ទាន់ ឬសេវាកម្មថែទាំសុខភាពបន្ទាន់ពីគ្រូពេទ្យក្រៅបណ្តាញ

អ្នកគួរតែស្នើឱ្យអ្នកផ្តល់សេវាផ្ញើវិក្កយបត្រមកយើង។

- បើអ្នកបង់ប្រាក់ពេញលេញ នៅពេលអ្នកទទួលបានសេវាកម្មថែទាំសូមស្នើឱ្យយើងខ្ចប់បង់ប្រាក់ជូនអ្នកវិញ សម្រាប់ចំណែកនៃការចំណាយរបស់យើង ។ សូមផ្ញើវិក្កយបត្រមកយើងខ្ញុំ និងសេចក្តីបញ្ជាក់ថា អ្នកបានទូទាត់ប្រាក់រួចហើយមែន។
- អ្នកប្រហែលជាអាចទទួលបានវិក្កយបត្រពីគ្រូពេទ្យ ដែលស្នើសុំឱ្យបង់ប្រាក់ ដែលអ្នកគិតថាអ្នកមិនបានជំពាក់។ សូមផ្ញើវិក្កយបត្រមកយើងខ្ញុំ និងសេចក្តីបញ្ជាក់ថា អ្នកបានទូទាត់ប្រាក់រួចហើយមែន។
 - បើអ្នកផ្តល់សេវានោះគួរតែទទួលបានការបង់ប្រាក់ យើងនឹងបង់ប្រាក់អ្នកនោះដោយផ្ទាល់។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan តាមលេខ 1-855-905-3825 (TTY:711) ម៉ោង 8:00 ព្រឹក – ម៉ោង 8:00 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅមកលេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** សូមចូលមើលនៅ

www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect។



ជំពូកទី 7: ការស្នើឱ្យយើងខ្ញុំបង់ប្រាក់ តាមចំណែក របស់យើងខ្ញុំ ក្នុងវិក្កយបត្រដែលអ្នកទទួលបានសម្រាប់សេវាកម្ម ឬឱសថដែលទទួលបានការរ៉ាប់រង។

- ប្រសិនបើអ្នកបានបង់ថ្លៃច្រើនជាងចំណែករបស់អ្នករួចហើយ សម្រាប់សេវាកម្មនោះ យើងខ្ញុំនឹង គណនាមើលថា តើអ្នកបានជំពាក់ថ្លៃសេវាកម្មប៉ុន្មាន ហើយ យើងខ្ញុំនឹងទូទាត់សងអ្នកវិញ នូវចំណែកបង់ថ្លៃរបស់យើងខ្ញុំ ។

2. ពេលដែលអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញធ្វើវិក្កយបត្រជូនអ្នក

អ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញត្រូវតែចេញវិក្កយបត្រសម្រាប់យើង។ សូមបង្ហាញប័ណ្ណសម្គាល់សមាជិក Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan ពេលអ្នកទទួលបានសេវាឬឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជា។ ការចេញវិក្កយបត្រមិនប្រក្រតី/មិនត្រឹមត្រូវ គឺជាស្ថានភាពមួយនៅពេលដែលអ្នកផ្តល់សេវាកម្ម (ដូចជាវេជ្ជបណ្ឌិត ឬមន្ទីរពេទ្យ) ចេញវិក្កយបត្រឱ្យអ្នកលើសពីចំនួនបង់ជាក់ស្តែងរបស់គម្រោងសម្រាប់សេវាកម្មណាមួយ។ **ហៅទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជន**

ប្រសិនបើអ្នកទទួលបានវិក្កយបត្រណាមួយ។

- ក្នុងនាមជាសមាជិករបស់គម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan អ្នកត្រូវបង់សម្រាប់តែចំណែករួមនៅពេលអ្នកទទួលបានសេវាដែលរ៉ាប់រងដោយគម្រោងរបស់យើង។ យើងមិនអនុញ្ញាតឱ្យអ្នកផ្តល់សេវាចេញវិក្កយបត្រលើសចំនួននេះមកឱ្យអ្នកឡើយ។ នេះគឺជារឿងពិត ទោះបីយើងបង់ប្រាក់ជូនអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងចំនួនតិចជាងចំនួនត្រូវពេទ្យគិតថ្លៃសេវាក៏ដោយ។ បើសិនយើងសម្រេចចិត្តមិនបង់ប្រាក់សម្រាប់ការគិតថ្លៃមួយចំនួន អ្នកក៏មិនចាំបាច់បង់ថ្លៃសេវាដល់ពួកគេដែរ។
- នៅពេលណាក៏ដោយឱ្យតែអ្នកទទួលបានវិក្កយបត្រពីអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំក្នុងបណ្តាញដែលអ្នកគិតថាច្រើនជាងអ្វីដែលអ្នកគួរបង់ សូមធ្វើវិក្កយបត្រមកយើងខ្ញុំ។ យើងខ្ញុំនឹងទំនាក់ទំនងអ្នកផ្តល់សេវានោះដោយផ្ទាល់ និងយកចិត្តទុកដាក់ចំពោះបញ្ហានេះ។
- បើអ្នកបានទូទាត់វិក្កយបត្រដែលទទួលបានពីអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំក្នុងបណ្តាញរួចហើយ ប៉ុន្តែអ្នកមានអារម្មណ៍ថាអ្នកបានបង់ថ្លៃច្រើនពេក សូមធ្វើវិក្កយបត្រនោះមកយើងខ្ញុំ និងភស្តុតាងបញ្ជាក់ការទូទាត់ប្រាក់ណាមួយដែលអ្នកពិតជាបានធ្វើ។ យើងខ្ញុំនឹងទូទាត់សងអ្នកវិញ សម្រាប់ចំនួនទឹកប្រាក់ផ្សេងគ្នាដែលអ្នកបានទូទាត់បង់ និងជំពាក់គម្រោង ។

3. នៅពេលដែលអ្នកប្រើប្រាស់ឱសថស្ថានក្រៅបណ្តាញក្នុងការបំពេញវេជ្ជបញ្ជា

បើអ្នកទៅឱសថស្ថានក្រៅបណ្តាញ អ្នកនឹងត្រូវបង់ថ្លៃពេញសម្រាប់វេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក។

- នៅក្នុងករណីចំនួនតិច យើងនឹងរ៉ាប់រងទៅលើវេជ្ជបញ្ជាដែលបានបំពេញនៅឯឱសថស្ថានក្រៅបណ្តាញ។ សូមធ្វើច្បាប់ថតចម្លងនៃបង្កាន់ដៃទទួលប្រាក់របស់អ្នកមកយើងខ្ញុំ នៅពេលអ្នកស្នើឱ្យយើងខ្ញុំបង់ប្រាក់ជូនអ្នកវិញ តាមចំណែកនៃការចំណាយរបស់យើងខ្ញុំ ។
- សូមអានជំពូកទី 5 ផ្នែក A ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមពីឱសថស្ថានក្រៅបណ្តាញ។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan តាមលេខ 1-855-905-3825 (TTY:711) ម៉ោង 8:00 ព្រឹក – ម៉ោង 8:00 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅមកលេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** សូមចូលមើលនៅ

www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect។



ជំពូកទី 7: ការស្នើឱ្យយើងខ្ញុំបង់ប្រាក់ តាមចំណែក របស់យើងខ្ញុំ ក្នុងវិធីប្រកួតប្រជែងដែលអ្នកទទួលបានសម្រាប់សេវាកម្ម ឬឱសថដែលទទួលបានការរ៉ាប់រង។

4. នៅពេលអ្នកបង់ប្រាក់ពេញលេញសម្រាប់វេជ្ជបញ្ជាពីព្រោះអ្នកមិនមានប័ណ្ណសមាជិកភាព របស់អ្នកនៅជាប់នឹងខ្លួន

បើអ្នកមិនមានប័ណ្ណសមាជិកភាពគម្រោងនៅនឹងខ្លួនទេ អ្នកអាចស្នើឱ្យឱសថស្ថានោះ ហៅទូរសព្ទមកយើង ឬពិនិត្យមើលព័ត៌មានចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងរបស់អ្នក។

- បើឱសថស្ថានោះមិនអាចទទួលបានព័ត៌មានដែលពួកគេត្រូវការភ្លាមៗទេនោះ អ្នកប្រហែលជាត្រូវបង់ប្រាក់ពេញលេញសម្រាប់វេជ្ជបញ្ជាដោយខ្លួនឯងហើយ។
- សូមធ្វើច្បាប់ចម្លងនៃបង្កាន់ដៃទទួលប្រាក់របស់អ្នកមកយើងខ្ញុំ នៅពេលអ្នកស្នើឱ្យយើងខ្ញុំបង់ប្រាក់ជូនអ្នកវិញ តាមចំណែកនៃការចំណាយរបស់យើងខ្ញុំ ។

5. នៅពេលអ្នកបង់ប្រាក់ពេញលេញសម្រាប់វេជ្ជបញ្ជាទិញឱសថដែលមិនត្រូវបានរ៉ាប់រង

អ្នកប្រហែលជាត្រូវបង់ប្រាក់ពេញលេញសម្រាប់វេជ្ជបញ្ជានោះហើយ ពីព្រោះឱសថនោះមិនត្រូវបានរ៉ាប់រងទេ។

- ឱសថនោះប្រហែលជាមិនមាននៅក្នុង *បញ្ជីឱសថត្រូវបានរ៉ាប់រងរបស់យើងខ្ញុំ* (បញ្ជីឱសថ) ឬវាមានលក្ខខណ្ឌ ឬកំណត់ដែលអ្នកមិនដឹងដល់ ឬមិនគិតថា វាមិនគួរអនុវត្តចំពោះអ្នក។ បើអ្នកសម្រេចចិត្តទទួលយកឱសថនោះ អ្នកប្រហែលជាត្រូវបង់ថ្លៃពេញសម្រាប់ឱសថនោះហើយ។
 - បើអ្នកមិនបង់ប្រាក់សម្រាប់ឱសថនោះ ក៏ប៉ុន្តែអ្នកគិតថា វាគួរតែត្រូវបានរ៉ាប់រង អ្នកអាចស្នើសុំសេចក្តីសម្រេចលើការរ៉ាប់រងបាន (សូមមើលជំពូកទី 9 ផ្នែកទី F)។
 - ប្រសិនបើអ្នក និងវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក ឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាដទៃទៀតគិតថា អ្នកត្រូវការឱសថភ្លាមៗ អ្នកអាចស្នើសុំសេចក្តីសម្រេចលើការរ៉ាប់រងរហ័សបាន (សូមមើលជំពូកទី 9 ផ្នែកទី F)។
- សូមធ្វើឱ្យយើងខ្ញុំនូវច្បាប់ចម្លងនៃបង្កាន់ដៃទទួលប្រាក់របស់អ្នកនៅពេលអ្នកស្នើឱ្យយើងខ្ញុំបង់ប្រាក់ឱ្យអ្នកវិញ។ ក្នុងស្ថានភាពមួយចំនួន យើងខ្ញុំប្រហែលជាត្រូវការព័ត៌មានបន្ថែមពីវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក ឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាដទៃទៀតដើម្បីបង់ប្រាក់ជូនអ្នកវិញ តាមចំណែកនៃការចំណាយរបស់យើងខ្ញុំលើ ឱសថ។

នៅពេលអ្នកធ្វើឱ្យយើងខ្ញុំនូវសំណើសម្រាប់ការទូទាត់ប្រាក់យើងខ្ញុំនឹងពិនិត្យសំណើរបស់អ្នក និងសម្រេចថា តើសេវាកម្ម ឬឱសថនោះគួរតែត្រូវបានរ៉ាប់រង ឬយ៉ាងណា។ នេះត្រូវបានយើងហៅថា ជាការធ្វើ“សេចក្តីសម្រេចលើការរ៉ាប់រង”។ បើអ្នកយើងខ្ញុំសម្រេចថា វាគួរតែត្រូវបានរ៉ាប់រង យើងនឹងបង់ប្រាក់តាមចំណែករបស់យើងសម្រាប់សេវាកម្មឬឱសថនោះ។ បើយើងខ្ញុំបដិសេធសំណើរបស់អ្នកសម្រាប់ការទូទាត់ អ្នកអាចជំទាស់នឹងសេចក្តីសម្រេចរបស់យើងបាន។

ដើម្បីរៀនពីរបៀបបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍សូមមើលជំពូក 9 ផ្នែក F ។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan តាមលេខ 1-855-905-3825 (TTY:711) ម៉ោង 8:00 ព្រឹក – ម៉ោង 8:00 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅមកលេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** សូមចូលមើលនៅ

www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect។



B. ការផ្ញើសំណើសុំការទូទាត់ប្រាក់

សូមផ្ញើវិក្កយបត្ររបស់អ្នកមកយើងខ្ញុំ ព្រមទាំងសេចក្តីបញ្ជាក់ថា អ្នកពិតជាបានទូទាត់ប្រាក់ទាំងនោះមែន ។ សេចក្តីបញ្ជាក់ការទូទាត់អាចជាមូលហេតុឱ្យបានប័ត្រចតបម្តង ដែលអ្នកសរសេរ ឬបង្កាន់ដៃទទួលប្រាក់របស់ គ្រូពេទ្យ។ **ការចតបម្តងវិក្កយបត្រនិងបង្កាន់ដៃទទួលប្រាក់សម្រាប់កំណត់ត្រារបស់អ្នកគឺជាកំណត់ត្រាមួយ។** អ្នកអាចស្នើសុំជំនួយពីអ្នកស្វែងរកសេវាកម្មថែទាំរបស់អ្នកបាន។

ដើម្បីប្រាកដថាអ្នកកំពុងផ្តល់ព័ត៌មានទាំងអស់ដែលយើងត្រូវការ ដើម្បីធ្វើការសម្រេចចិត្ត អ្នកអាចបំពេញទម្រង់ឯកសារអះអាងរបស់យើង ដើម្បីធ្វើការស្នើសុំរបស់អ្នកសម្រាប់ការទូទាត់ប្រាក់។

- អ្នកមិនចាំបាច់ប្រើទម្រង់ឯកសារទេ ប៉ុន្តែវានឹងជួយឱ្យយើងដំណើរការព័ត៌មាន បានកាន់តែរហ័សជាងមុន។
- អ្នកអាចទទួលបានច្បាប់ចម្លងនៃទម្រង់ឯកសារនៅលើគេហទំព័ររបស់យើង (www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect) ឬអ្នកអាចទូរសព្ទទៅផ្នែកបម្រើ អតិថិជន និងស្នើសុំទម្រង់ឯកសារ។

សូមផ្ញើសំណើសុំទូទាត់របស់អ្នកមកយើងខ្ញុំតាមប្រៃសណីយ៍ ដោយភ្ជាប់មកជាមួយនូវវិក្កយបត្រ ឬ បង្កាន់ដៃទទួលប្រាក់ តាមអាសយដ្ឋាននេះ៖

Blue Shield of California Promise Health Plan
Customer Care Department
601 Potrero Grande Drive
Monterey Park, CA 91755

ការអះអាងឱសថចេញតាមវេជ្ជបញ្ជា៖
Blue Shield of California
P.O.Box 52066
Phoenix, AZ 85072-2066

អ្នកត្រូវតែដាក់ពាក្យបណ្តឹងទាមទារសំណងរបស់អ្នកមកយើងក្នុងរយៈពេល 365 ថ្ងៃពីកាលបរិច្ឆេទ ដែលអ្នកទទួលបានសេវាកម្ម សម្ភារៈ ឬ ឱសថ។

C. សេចក្តីសម្រេចលើការរ៉ាប់រង

នៅពេលយើងខ្ញុំទទួលបានសំណើសុំធ្វើការទូទាត់របស់អ្នក យើងខ្ញុំនឹងធ្វើសេចក្តីសម្រេចលើការរ៉ាប់រង។ មានន័យថា យើងខ្ញុំនឹងសម្រេចថា តើសេវាកម្មថែទាំសុខភាពរបស់ ឬឱសថរបស់អ្នកត្រូវបានរ៉ាប់រងដោយ ផែនការរបស់យើងខ្ញុំ ឬយ៉ាងណា។ បើមានយើងខ្ញុំក៏នឹងសម្រេចចំនួនទឹកប្រាក់ដែលអ្នកត្រូវបង់សម្រាប់ សេវាកម្មថែទាំសុខភាព ឬឱសថផងដែរ។

- យើងខ្ញុំនឹងជូនដំណឹងដល់អ្នកថា តើយើងខ្ញុំត្រូវការព័ត៌មានបន្ថែមពីអ្នក ឬយ៉ាងណា។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan តាមលេខ 1-855-905-3825 (TTY:711) ម៉ោង 8:00 ព្រឹក – ម៉ោង 8:00 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅមក លេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** សូមចូលមើលនៅ

www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect។



ជំពូកទី 7: ការស្នើឱ្យយើងបង់ប្រាក់ តាមចំណែក របស់យើងខ្ញុំ ក្នុងវិក្កយបត្រដែលអ្នកទទួលបានសម្រាប់សេវាកម្ម ឬឱសថដែលទទួលបានការរ៉ាប់រង។

- បើយើងខ្ញុំសម្រេចថា សេវាកម្មថែទាំសុខភាព ឬឱសថ ត្រូវបានរ៉ាប់រង ហើយអ្នកបានអនុវត្តគោលការណ៍ទាំងអស់ដើម្បីទទួលបានសេវាកម្មទាំងនោះ យើងខ្ញុំនឹងបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាកម្ម ឬឱសថនោះតាម ចំណែករបស់យើងខ្ញុំ ។ បើអ្នកបានបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាកម្ម ឬឱសថរួចហើយ យើងខ្ញុំនឹងផ្ញើជូនអ្នកនូវមូលប្បទានបត្រតាមប្រៃសណីយ៍ សម្រាប់ចំណែករបស់យើងខ្ញុំ ។ បើអ្នកមិនទាន់ទូទាត់ប្រាក់សម្រាប់សេវាកម្ម ឬឱសថនៅឡើយទេ យើងខ្ញុំនឹងបង់ប្រាក់ជូនគ្រូពេទ្យដោយផ្ទាល់។

ជំពូកទី 3 ផ្នែក B ពន្យល់អំពីវិធានសម្រាប់ទទួលបានសេវាកម្មដែលមានការរ៉ាប់រង។ ជំពូកទី 5 ផ្នែក A និង F ពន្យល់អំពីវិធានសម្រាប់ទទួលបានឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាដែលមានការរ៉ាប់រងពីគម្រោង Medicare ផ្នែក D របស់អ្នក។

- បើយើងខ្ញុំសម្រេចថា មិនបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាកម្ម ឬឱសថនោះ ក្នុងចំណែករបស់យើង យើងខ្ញុំនឹងផ្ញើលិខិតមួយច្បាប់ជូនអ្នក ដែលមានសេចក្តីបញ្ជាក់ពីមូលហេតុដែលយើងខ្ញុំមិនទូទាត់ប្រាក់។ លិខិតនោះក៏នឹងពន្យល់អំពីសិទ្ធិប្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នកផងដែរ។
- ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពីសេចក្តីសម្រេចលើការគ្របដណ្តប់ មើលជំពូកទី 9 ផ្នែក D។

D. បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍

បើអ្នកគិតថា យើងខ្ញុំបានធ្វើឱ្យមានកំហុស ក្នុងការច្រានចោលសំណើសុំទូទាត់ប្រាក់របស់អ្នក អ្នកអាចស្នើឱ្យយើងខ្ញុំផ្លាស់ប្តូរសេចក្តីសម្រេចរបស់យើងបាន។ នេះត្រូវបានហៅថា ការដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍។ អ្នកក៏អាចធ្វើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍បានផងដែរ បើអ្នកមិនយល់ព្រមលើចំនួនទឹកប្រាក់ដែលយើងខ្ញុំបង់។

ដំណើរការនៃបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍គឺជាដំណើរការផ្លូវការដែលមាននីតិវិធីលម្អិត និងពេលកំណត់សំខាន់ៗ។ ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពីបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ សូមមើលជំពូកទី 9 ផ្នែក D និង E។

- បើអ្នកចង់ដាក់អំពីការទទួលបានការទូទាត់ប្រាក់វិញសម្រាប់សេវាកម្មថែទាំសុខភាព សូមមើលទំព័រទី 199។
- បើអ្នកចង់ដាក់អំពីការទទួលបានការទូទាត់ប្រាក់វិញសម្រាប់ឱសថ សូមមើលទំព័រទី 199។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan តាមលេខ 1-855-905-3825 (TTY:711) ម៉ោង 8:00 ព្រឹក – ម៉ោង 8:00 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅមកលេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** សូមចូលមើលនៅ

www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect។



ជំពូកទី 8: សិទ្ធិនិងទំនួលខុសត្រូវរបស់អ្នក

សេចក្តីផ្តើម

ជំពូកនេះរួមបញ្ចូលសិទ្ធិនិងការទទួលខុសត្រូវរបស់អ្នកក្នុងនាមជាសមាជិកគម្រោងរបស់យើង។ យើងខ្ញុំត្រូវតែគោរពសិទ្ធិរបស់អ្នក។ ពាក្យគន្លឹះនិងនិយមន័យមានតាមលំដាប់អក្ខរក្រមក្នុងជំពូកចុងក្រោយនៃសៀវភៅណែនាំសមាជិក។

តារាងមាតិកា

A. អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានព័ត៌មានតាមមធ្យោបាយណាមួយដែលអ្នកពេញចិត្ត.....	174
B. ការទទួលខុសត្រូវរបស់យើងក្នុងការធានាថា អ្នកទទួលបាននូវសេវាកម្មនិងឱសថដែលបានគ្របដណ្តប់ទាន់ពេលវេលា.....	181
C. ការទទួលខុសត្រូវរបស់យើងក្នុងការរក្សាភាពឯកជននិងសុវត្ថិភាពព័ត៌មានស្តីពីសុខភាពដែលមានការការពារ (PHI)	182
C1. របៀបដែលយើងការពារ PHI របស់អ្នក	182
C2. យើងខ្ញុំមានសិទ្ធិក្នុងការមើលកំណត់ត្រាវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នក	183
C3. អ្នកមានសិទ្ធិស្នើសុំឱ្យយើងទាក់ទងអ្នកតាមវិធីជាក់លាក់ ឬ ឱ្យផ្ញើសំបុត្រទៅអាសយដ្ឋានផ្សេង	184
C4. អ្នកមានសិទ្ធិស្នើសុំឱ្យយើងដាក់កម្រិតចំពោះអ្វីដែលយើងប្រើនិងចែករំលែក.....	184
C5. អ្នកមានសិទ្ធិជ្រើសរើសនរណាម្នាក់ឱ្យធ្វើសកម្មភាពជំនួសអ្នក	184
D. ការទទួលខុសត្រូវរបស់យើងក្នុងការផ្តល់ព័ត៌មានអំពីគម្រោងរបស់យើង អ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញរបស់យើងនិងសេវាកម្មដែលមានការគ្របដណ្តប់នានារបស់អ្នក	184
E. អសមត្ថភាពរបស់អ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញក្នុងការចេញវិក្កយបត្រឱ្យអ្នកផ្ទាល់	185
F. សិទ្ធិរបស់អ្នកក្នុងការចាកចេញពីគម្រោង Cal MediConnect Plan របស់យើង.....	186
G. អ្នកមានសិទ្ធិដឹងពីជម្រើសនៃការព្យាបាលរបស់អ្នក និងធ្វើសេចក្តីសម្រេចអំពីការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក.....	186

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan តាមលេខ 1-855-905-3825 (TTY:711) ម៉ោង 8:00 ព្រឹក – ម៉ោង 8:00 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅមកលេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលមើលនៅ

www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect។



G1.	សិទ្ធិរបស់អ្នកដើម្បីដឹងអំពីជម្រើសនៃការព្យាបាលរបស់អ្នកនិងធ្វើការសម្រេចចិត្តអំពីការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក	186
G2.	សិទ្ធិរបស់អ្នកក្នុងការនិយាយពីអ្វីដែលអ្នកចង់ឱ្យកើតឡើង បើអ្នកមិនអាចធ្វើសេចក្តីសម្រេចលើការថែទាំសុខភាពសម្រាប់ខ្លួនអ្នកផ្ទាល់	187
G3.	អ្វីដែលត្រូវធ្វើបើការណែនាំរបស់អ្នកមិនត្រូវបានអនុវត្តន៍តាម	188
H.	សិទ្ធិរបស់អ្នកក្នុងការដាក់ពាក្យបណ្តឹង និងស្នើឱ្យយើងខ្ញុំពិចារណាឡើងវិញលើសេចក្តីសម្រេចផ្សេងៗ ដែលយើងខ្ញុំបានធ្វើឡើង	188
H1.	អ្វីដែលគួរធ្វើបើអ្នកជឿថាអ្នកកំពុងត្រូវបានប្រព្រឹត្តមិនស្មើភាព ឬអ្នកចង់បានព័ត៌មានបន្ថែមអំពី សិទ្ធិរបស់អ្នក	188
I.	ការទទួលខុសត្រូវរបស់អ្នកក្នុងនាមជាសមាជិកគម្រោង	189

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan តាមលេខ 1-855-905-3825 (TTY:711) ម៉ោង 8:00 ព្រឹក – ម៉ោង 8:00 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅមកលេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** សូមចូលមើលនៅ



A. អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានព័ត៌មានតាមមធ្យោបាយណាមួយដែលអ្នកពេញចិត្ត

យើងត្រូវប្រាប់អ្នកអំពីអត្ថប្រយោជន៍នៃផែនការនិងសិទ្ធិរបស់អ្នកតាមវិធីដែលអ្នកអាចយល់បាន។
យើងត្រូវប្រាប់អ្នកអំពីសិទ្ធិរបស់អ្នករៀងរាល់ឆ្នាំដែលអ្នកស្ថិតនៅក្នុងផែនការរបស់យើង។

- To get information in a way that you can understand, call Customer Care. Our plan has people who can answer questions in different languages.
- Our plan can also give you materials in formats such as large print, braille, or audio. Materials are available in Spanish, Vietnamese, Chinese, Armenian, Russian, Tagalog, Korean, Farsi, Arabic, Hmong, and Cambodian.
 - You can make a standing request to get this document in a language other than English or in an alternate format now and in the future. To make a request, please contact Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan Customer Care.
 - Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan Customer Care will keep your preferred language and format on file for future communications. To make any updates on your preference, please contact Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan.

If you are having trouble getting information from our plan because of language problems or a disability and you want to file a complaint, call Medicare at 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). You can call 24 hours a day, 7 days a week. TTY users should call 1-877-486-2048. For Medi-Cal benefits, you can also ask for a State Hearing if the health plan denies, reduces, or ends services you think you should get. To ask for a Medi-Cal State Hearing and file a complaint, call 1-800-952-5253. TTY users should call 1-800-952-8349.

- Estamos obligados a darle información sobre los beneficios del plan y sus derechos de una manera que usted pueda comprender. Estamos obligados a darle información sobre sus derechos todos los años en que usted sea miembro de nuestro plan.
- Para obtener información de una manera que usted pueda comprender, llame al Departamento de Servicios para los Miembros. Nuestro plan cuenta con personas que pueden responder preguntas en diferentes idiomas.
 - Nuestro plan también puede brindarle materiales en otros idiomas además del español y en formatos como letra grande, braille o audio. Para el condado de Los Angeles, los materiales están disponibles en inglés, vietnamita, chino, armenio, ruso, tagalo, coreano, farsi, árabe y camboyano. Para el condado de San Diego, los materiales están disponibles en inglés, vietnamita, tagalo y árabe. Puede realizar una solicitud permanente para recibir los materiales en un idioma que no sea inglés o en un formato alternativo ahora y en el futuro. Para realizar una solicitud, póngase en

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan តាមលេខ 1-855-905-3825 (TTY:711) ម៉ោង 8:00 ព្រឹក – ម៉ោង 8:00 យប់ ជ្រាបពីថ្លៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅមកលេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** សូមចូលមើលនៅ

www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect



contacto con el Departamento de Servicios para los miembros de Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan.

- Si está teniendo inconvenientes para recibir información de nuestro plan por problemas relacionados con el idioma o con una discapacidad y desea presentar una queja, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Puede llamar las 24 horas del día, los siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Para los beneficios de Medi-Cal, también puede pedir una Audiencia estatal imparcial si el plan de salud deniega, reduce o cancela servicios que usted cree que debería recibir. Para pedir una Audiencia estatal imparcial de Medi-Cal y presentar una queja, llame al 1-800-952-5253. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-952-8349.

我們必須用您能了解的方式，告訴您計劃的福利和您的權利。您加入本計劃期間，我們每年都必須把您的權利告訴您。

要以您能了解的方式取得資訊，請致電會員服務部。本計劃有專人能用各種語言回答您的疑問。

- 本計劃也能向您提供英語以外其他語言的資料，並以大字體、盲人點字或語音等格式提供資料。在Los Angeles縣，可提供的資料語言有西班牙文、越南文、中文、亞美尼亞文、俄羅斯文、塔加洛文、韓文、法爾西文、阿拉伯文和柬埔寨文。在San Diego縣，可提供的資料語言有西班牙文、越南文、塔加洛文和阿拉伯文。您可來電Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan.會員服務部，要求收到英語以外其他語言和／或其他格式的資料。您可以立即或在日後申請獲得英語以外的其他語言版本或備選格式的材料。如需申請，請聯絡第一健保(Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan.)會員服務部。
- 如果您因為語言方面的問題或因為殘疾而無法自本計劃取得資訊，而您希望提出投訴，請致電聯邦醫療保健計劃(Medicare)，電話1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。每週七天辦公，每天24小時。聽障和語障人士可致電1-877-486-2048。關於Medi-Cal福利，如果健保計劃拒絕、縮減或終止您認為您應該可取得的服務時，您也可要求舉行州公平聽證會。如欲要求舉行Medi-Cal州公平聽證會和提出投訴，請致電1-800-952-5253。聽障和語障人士可致電1-800-952-8349。

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan តាមលេខ 1-855-905-3825 (TTY:711) ម៉ោង 8:00 ព្រឹក – ម៉ោង 8:00 យប់ ជ្រាវពីថ្លៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅមកលេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** សូមចូលមើលនៅ

www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect។



- Chúng tôi phải cho quý vị biết về các quyền lợi của chương trình và các quyền của quý vị theo cách thức quý vị có thể hiểu được. Chúng tôi phải cho quý vị biết về các quyền của quý vị vào mỗi năm quý vị tham gia chương trình của chúng tôi.
- Để nhận được thông tin theo cách thức quý vị có thể hiểu được, vui lòng gọi ban Dịch vụ hội viên. Chương trình của chúng tôi có các nhân viên có thể trả lời các câu hỏi bằng các ngôn ngữ khác nhau.
 - Chương trình của chúng tôi cũng có thể cung cấp cho quý vị các tài liệu bằng các ngôn ngữ ngoài tiếng Anh và dưới các dạng như bản in cỡ lớn, chữ nổi braille hoặc âm thanh. Đối với Quận Los Angeles, có sẵn các tài liệu bằng tiếng Tây Ban Nha, tiếng Việt, tiếng Hoa, tiếng Armenia, tiếng Nga, tiếng Tagalog, tiếng Hàn, tiếng Farsi, tiếng Ả-rập và tiếng Cam-pu-chia. Đối với Quận San Diego, có sẵn các tài liệu bằng tiếng Tây Ban Nha, tiếng Việt, tiếng Tagalog và tiếng Ả-rập. Quý vị cũng có thể yêu cầu nhận các tài liệu bằng các ngôn ngữ ngoài tiếng Anh và/hoặc dưới dạng khác bằng cách gọi cho ban Phục vụ hội viên của Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan
 - Nếu quý vị đang gặp khó khăn khi nhận thông tin từ chương trình của chúng tôi vì các vấn đề ngôn ngữ hoặc tình trạng khuyết tật và quý vị muốn nộp đơn khiếu nại, vui lòng gọi Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Quý vị có thể gọi 24 giờ một ngày, bảy ngày trong tuần. Người dùng TTY cần gọi số 1-877-486-2048. Đối với các quyền lợi Medi-Cal, quý vị cũng có thể yêu cầu Phiên điều trần công bằng cấp tiểu bang nếu các chương trình bảo hiểm y tế từ chối, giảm trừ hoặc chấm dứt các dịch vụ quý vị nghĩ rằng quý vị sẽ nhận được. Để yêu cầu Phiên điều trần công bằng cấp tiểu bang Medi-Cal và nộp đơn khiếu nại, vui lòng gọi số 1-800-952-5253. Người dùng TTY cần gọi số 1-800-952-8349.
- Մենք ծրագրի նպաստների և Ձեր իրավունքների մասին Ձեզ պետք է տեղեկացնենք Ձեզ հասկանալի եղանակով: Մենք Ձեր իրավունքների մասին Ձեզ պետք է տեղեկացնենք ամեն տարի, որ գտնվում եք մեր ծրագրում:
- Ձեզ հասկանալի եղանակով տեղեկություն ստանալու համար զանգահարեք մեր Անդամների սպասարկում: Մեր ծրագրում կան անձեր, ովքեր հարցերին կարող են պատասխանել տարբեր լեզուներով:
 - Մեր ծրագիրը կարող է նյութերը Ձեզ տալ նաև անգլերենից տարբեր լեզուներով և ձևաչափերով, ինչպես՝ խոշոր տպատառերով, Բրայլյան այբուբենով կամ ձայնագրված: Լուս Անջելես վարչաշրջանի համար նյութերը տրամադրվել են իսպաներենով, փիլիպինյան, չինարենով, հայերենով, ռուսերենով, տազալերենով, կորեերենով, պարսկերենով, արաբերենով և կամբոջերենով: Սան Դիեգո վարչաշրջանի համար

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan តាមលេខ 1-855-905-3825 (TTY:711) ម៉ោង 8:00 ព្រឹក – ម៉ោង 8:00 យប់ ជ្រាវពីថ្លៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅមកលេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** សូមចូលមើលនៅ

www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect



ស្យូត្រច់រង ត្រូវបានរៀបចំឡើង ដើម្បីជួយអ្នកក្នុងការយល់ពី ប្រព័ន្ធគ្រប់គ្រងសុខភាព របស់អ្នក។ ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ អំពីប្រព័ន្ធគ្រប់គ្រងសុខភាព របស់អ្នក ឬ ប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហា ក្នុងការប្រើប្រាស់ប្រព័ន្ធគ្រប់គ្រងសុខភាព របស់អ្នក អ្នកអាចទាក់ទងទៅនឹង មន្ត្រីគាំទ្ររបស់អ្នក។

- ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ អំពីប្រព័ន្ធគ្រប់គ្រងសុខភាព របស់អ្នក ឬ ប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហា ក្នុងការប្រើប្រាស់ប្រព័ន្ធគ្រប់គ្រងសុខភាព របស់អ្នក អ្នកអាចទាក់ទងទៅនឹង មន្ត្រីគាំទ្ររបស់អ្នក។ មន្ត្រីគាំទ្ររបស់អ្នក អាចជួយអ្នកក្នុងការយល់ពី ប្រព័ន្ធគ្រប់គ្រងសុខភាព របស់អ្នក ឬ ប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហា ក្នុងការប្រើប្រាស់ប្រព័ន្ធគ្រប់គ្រងសុខភាព របស់អ្នក អ្នកអាចទាក់ទងទៅនឹង មន្ត្រីគាំទ្ររបស់អ្នក។
- Мы обязаны рассказать вам в понятной для вас форме о преимуществах плана и ваших правах. Мы обязаны рассказывать вам о ваших правах ежегодно на протяжении вашего участия в нашем плане.
- Позвоните в Отдел обслуживания участников (Customer Care) для получения информации в понятной для вас форме. Сотрудники нашего плана могут ответить на ваши вопросы на разных языках.
- Наш план может также предоставить вам материалы на других языках, помимо английского, напечатанные крупным шрифтом, шрифтом Брайля или в аудио формате. Для округа Лос-Анджелес материалы доступны на испанском, вьетнамском, китайском, армянском, русском, тагальском, корейском, языке фарси, арабском и камбоджийском языках. Для округа Сан-Диего материалы доступны на испанском, вьетнамском, тагальском и арабском языках. Вы можете подать запрос на получение материалов на других языках, помимо английского, и/или в альтернативном формате, позвонив в Отдел обслуживания участников плана Blue Shield Promise Cal MediConnect.
- Если у вас возникают проблемы с получением информации от нашего плана из-за языковых проблем или в связи с ограниченными возможностями, и Вы хотите подать жалобу, позвоните в программу

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរស័ព្ទទៅគម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan តាមលេខ 1-855-905-3825 (TTY:711) ម៉ោង 8:00 ព្រឹក – ម៉ោង 8:00 យប់ ជ្រាបពីរបៀបដាក់បញ្ចូល។ ការប្រើប្រាស់ប្រព័ន្ធគ្រប់គ្រងសុខភាព របស់អ្នកនេះគឺជាសិទ្ធិរបស់អ្នក។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** សូមចូលមើលនៅ

www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect



- Dapat naming sabihin sa iyo ang tungkol sa mga benepisyo ng plano at ang iyong mga karapatan sa paraang mauunawaan mo. Dapat naming sabihin sa iyo ang tungkol sa iyong mga karapatan sa bawat taon na ikaw ay nasa aming plano.
- Upang makatanggap ng impormasyon sa paraang mauunawaan mo, tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro. Ang aming plano ay may mga tauhan na makakasagot ng iyong mga tanong sa iba't ibang wika.
 - Maaari ka ring bigyan ng aming plano ng mga materyal na nasa iba't ibang wika maliban sa Ingles at sa mga format na tulad ng malaking print, braille o audio. Para sa Los Angeles County, mayroong mga materyal sa Spanish, Vietnamese, Chinese, Armenian, Russian, Tagalog, Korean, Farsi, Arabic at Cambodian. Para sa San Diego County, mayroong mga materyal sa Spanish, Vietnamese, Tagalog, Hmong at Arabic. Maaari kang maghain ng kahilingan para makatanggap ng mga materyal sa iba't ibang wika maliban sa Ingles at/o sa alternatibong format sa pamamagitan ng pagtawag sa Mga Serbisyo sa Miyembro ng Blue Shield Promise Cal MediConnect.
 - Kung nagkakaroon ka ng problema sa pagtanggap ng impormasyon mula sa aming plano dahil sa mga problema sa wika o sa isang kapansanan at gusto mong maghain ng reklamo, tawagan ang Medicare sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Maaari kang tumawag 24 na oras sa isang araw, pitong araw sa isang linggo. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-877-486-2048. Para sa mga benepisyo ng Medi-Cal, maaari ka ring humiling para sa isang Patas na Pagdinig ng Estado kung tinanggihan, binawasan o tinapos ng planong pangkalusugan ang mga serbisyo na sa palagay mo ay dapat mong matanggap. Upang humiling sa Medi-Cal ng Patas na Pagdinig ng Estado at maghain ng reklamo, tumawag sa 1-800-952-5253. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-800-952-8349.

www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect

- តើយើងអាចជួយអ្នកយល់ពីរបៀបដែលយើងអាចជួយអ្នកបានដែរឬទេ? យើងអាចជួយអ្នកយល់ពីរបៀបដែលយើងអាចជួយអ្នកបានដែរឬទេ? យើងអាចជួយអ្នកយល់ពីរបៀបដែលយើងអាចជួយអ្នកបានដែរឬទេ?
- តើយើងអាចជួយអ្នកយល់ពីរបៀបដែលយើងអាចជួយអ្នកបានដែរឬទេ? យើងអាចជួយអ្នកយល់ពីរបៀបដែលយើងអាចជួយអ្នកបានដែរឬទេ? យើងអាចជួយអ្នកយល់ពីរបៀបដែលយើងអាចជួយអ្នកបានដែរឬទេ?

- យើងអាចជួយអ្នកយល់ពីរបៀបដែលយើងអាចជួយអ្នកបានដែរឬទេ? យើងអាចជួយអ្នកយល់ពីរបៀបដែលយើងអាចជួយអ្នកបានដែរឬទេ? យើងអាចជួយអ្នកយល់ពីរបៀបដែលយើងអាចជួយអ្នកបានដែរឬទេ?
- យើងអាចជួយអ្នកយល់ពីរបៀបដែលយើងអាចជួយអ្នកបានដែរឬទេ? យើងអាចជួយអ្នកយល់ពីរបៀបដែលយើងអាចជួយអ្នកបានដែរឬទេ? យើងអាចជួយអ្នកយល់ពីរបៀបដែលយើងអាចជួយអ្នកបានដែរឬទេ?

ما باید موضوعات مربوط به مزایای برنامه درمانی و حقوق شما را به صورتی بیان کنیم که برایتان قابل فهمیدن باشد. ما باید حقوق شما را در هر سالی که در برنامه درمانی عضویت دارید برایتان توضیح دهیم.

- យើងអាចជួយអ្នកយល់ពីរបៀបដែលយើងអាចជួយអ្នកបានដែរឬទេ? យើងអាចជួយអ្នកយល់ពីរបៀបដែលយើងអាចជួយអ្នកបានដែរឬទេ? យើងអាចជួយអ្នកយល់ពីរបៀបដែលយើងអាចជួយអ្នកបានដែរឬទេ?
- យើងអាចជួយអ្នកយល់ពីរបៀបដែលយើងអាចជួយអ្នកបានដែរឬទេ? យើងអាចជួយអ្នកយល់ពីរបៀបដែលយើងអាចជួយអ្នកបានដែរឬទេ? យើងអាចជួយអ្នកយល់ពីរបៀបដែលយើងអាចជួយអ្នកបានដែរឬទេ?



- 180



باللغات الإسبانية والفيتنامية والتاجالوجية والعربية. ويمكنك تقديم طلب للحصول على المواد بلغات أخرى خلاف اللغة الإنجليزية و/أو بالتنسيقات البديلة عن طريق الاتصال بقسم خدمات الأعضاء التابع لخطه Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan.

- الاتصال إذا كنت تواجه مشكلة في الحصول على المعلومات من الخطه بسبب مشاكل اللغة أو الإعاقة وترغب في تقديم شكوى، يُرجى ببرنامج Medicare على الرقم (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE. ويرجى العلم بأن إمكانية الاتصال متاحة على مدار 24 ساعة ولمدة 7 ايام في الاسبوع. (TTY) وعلى مستخدمي الهاتف النصي الاتصال على الرقم 1-877-486-2048. وبالنسبة للمشاكل المتعلقة بمزايا برنامج Medi-Cal، يمكنك أيضًا طلب عقد جلسة استماع عادلة بالولاية إذا قامت الخطه برفض أو تخفيض أو إيقاف توفير خدمات تعتقد بأنه يحق لك الحصول عليها. ولطلب عقد جلسة استماع عادلة بالولاية خاصة ببرنامج Medi-Cal وتقديم شكوى، يمكنك الاتصال على الرقم 1-800-952-5253. وعلى مستخدمي الهاتف النصي (TTY) الاتصال على الرقم 1-800-952-8349.

B. ការទទួលខុសត្រូវរបស់យើងក្នុងការធានាថា អ្នកទទួលបាននូវសេវាកម្មនិងឱសថដែលបានគ្របដណ្តប់ទាន់ពេលវេលា

ប្រសិនបើអ្នកមិនអាចទទួលបានសេវាកម្មក្នុងរយៈពេលសមហេតុផលទេយើងត្រូវបង់ប្រាក់សម្រាប់ការថែទាំក្រោបណាញ។

ក្នុងនាមជាសមាជិកគម្រោងរបស់យើងខ្ញុំម្នាក់៖

- អ្នកមានសិទ្ធិក្នុងការជ្រើសរើសក្រុមគ្រូពេទ្យបឋម (PCP) ក្នុងបណ្តាញរបស់យើងខ្ញុំ។ អ្នកផ្តល់សេវាកម្មក្នុងបណ្តាញ គឺជាអ្នកផ្តល់សេវាកម្មថែទាំដែលធ្វើការជាមួយយើង។ អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានបន្ថែមអំពីប្រភេទអ្នកផ្តល់សេវា ដែលអាចដើរតួនាទីជា PCP និងវិធីជ្រើសរើស PCP នៅក្នុងជំពូកទី 3 ផ្នែក D។
 - សូមទូរសព្ទទៅកាន់ផ្នែកបម្រើសេវាអតិថិជន ឬរកមើលនៅក្នុង *បញ្ជីរាយឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវានិងឱសថស្ថាន* ដើម្បីស្វែងយល់ថា តើអ្នកផ្តល់សេវាមួយណានឹងវេជ្ជបណ្ឌិតមួយណា នៅក្នុងបណ្តាញដែលយល់ព្រមទទួលយកអ្នកជំងឺថ្មី។
- ស្ត្រីមានសិទ្ធិក្នុងការទៅរកអ្នកឯកទេសសុខភាពរបស់ស្ត្រីដោយមិនមិនមានការបញ្ជូនបន្ត។ ការបញ្ជូនបន្តគឺការយល់ព្រមពី PCP របស់អ្នកដើម្បីឱ្យអ្នកទៅជួបព្យាបាលជាមួយអ្នកដទៃ ដែលមិនមែនជា PCP របស់អ្នក។
- អ្នកមានសិទ្ធិក្នុងការទទួលបានសេវា ដែលទទួលបានការរ៉ាប់រងពីអ្នកផ្តល់បណ្តាញក្នុងរយៈពេលសមស្របមួយ។
 - នេះរួមមានសិទ្ធិក្នុងការទទួលបានសេវាកម្មទៀងពេលពីអ្នកឯកទេស។
- អ្នកមានសិទ្ធិក្នុងការទទួលបានសេវា ឬការថែទាំសង្គ្រោះបន្ទាន់ដែលត្រូវបានជាបន្ទាន់ដោយមិនចាំបាច់មានការយល់ព្រមជាមុន។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan តាមលេខ 1-855-905-3825 (TTY:711) ម៉ោង 8:00 ព្រឹក – ម៉ោង 8:00 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅមកលេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលមើលនៅ

www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect



- អ្នកមានសិទ្ធិក្នុងការទទួលបានវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកត្រូវបានបំពេញនៅឱសថស្ថានបណ្តាញណាមួយរបស់យើងខ្ញុំដោយមិនមានការពន្យារពេលយូរឡើយ។
- អ្នកមានសិទ្ធិដឹងពីពេល ដែលអ្នកអាចទៅរកអ្នកផ្តល់សេវាក្រៅបណ្តាញបាន។ ដើម្បីស្វែងយល់ពីអ្នកផ្តល់សេវាក្រៅបណ្តាញ មើលជំពូកទី 3 ផ្នែក D ។
- នៅពេលដែលអ្នកចូលរួមគម្រោងរបស់យើងជាលើកដំបូង អ្នកមានសិទ្ធិរក្សាអ្នកផ្តល់សេវានិងសេវាកម្មបច្ចុប្បន្នរបស់អ្នករហូតដល់ 12 ខែប្រសិនបើលក្ខខណ្ឌជាក់លាក់ត្រូវបានបំពេញ។ ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពីការរក្សាអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក និងការអនុញ្ញាតសេវាកម្ម សូមមើលជំពូកទី 1 ផ្នែក F ។
- អ្នកមានសិទ្ធិក្នុងការថែទាំដឹកនាំដោយខ្លួនឯងជាមួយជំនួយពីក្រុមថែទាំ និងអ្នកគ្រប់គ្រងការថែទាំរបស់អ្នក។

ជំពូកទី 9 ផ្នែកទី A និង B ប្រាប់អំពីអ្វីៗដែលអ្នកអាចធ្វើ ប្រសិនបើអ្នកគិតថា អ្នកកំពុងមិនទទួលបានសេវាកម្ម និងឱសថក្នុងរយៈពេលសមហេតុផលមួយ។ ជំពូកទី 9 នៃកថា E ដល់ J ក៏ប្រាប់ផងដែរពីអ្វីដែលអ្នកអាចធ្វើ ប្រសិនបើយើងបានបដិសេធការរ៉ាប់រងសម្រាប់សេវាកម្ម និងឱសថរបស់អ្នក ហើយអ្នកមិនយល់ស្របតាមសេចក្តីសម្រេចរបស់យើងខ្ញុំ។

C. ការទទួលខុសត្រូវរបស់យើងក្នុងការរក្សាភាពឯកជននិងសុវត្ថិភាពព័ត៌មានស្តីពី សុខភាពដែលមានការការពារ (PHI)

យើងខ្ញុំការពារព័ត៌មានសុខភាពផ្ទាល់ខ្លួនរបស់អ្នក តាមតម្រូវការដោយច្បាប់សហព័ន្ធ និងច្បាប់រដ្ឋ។

PHI របស់អ្នករួមបញ្ចូលទាំងព័ត៌មានដែលអ្នកបានផ្តល់ឱ្យយើងនៅពេលអ្នកបានចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងនេះ។ វាក៏បានរួមបញ្ចូលនូវរបាយការណ៍វេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នក និងព័ត៌មានវេជ្ជសាស្ត្រ និងសុខភាពផ្សេងទៀតផងដែរ។

អ្នកមានសិទ្ធិក្នុងការទទួលបានព័ត៌មាន និងក្នុងការគ្រប់គ្រងរបៀបដែល PHI របស់អ្នកត្រូវបានប្រើប្រាស់។ យើងផ្តល់នូវសេចក្តីជូនដំណឹងជាលាយលក្ខណ៍អក្សរដែលប្រាប់អំពីសិទ្ធិទាំងនេះ និងកំពុងរៀបចំរបៀបដែលយើងខ្ញុំការពារឯកជនភាពនៃព័ត៌មាន PHI របស់អ្នកផងដែរ។ សេចក្តីជូនដំណឹងនេះត្រូវបានឱ្យឈ្មោះថា "សេចក្តីជូនដំណឹងនៃការអនុវត្តន៍ឯកជនភាព។"

C1. របៀបដែលយើងការពារ PHI របស់អ្នក

យើងខ្ញុំធ្វើឱ្យប្រាកដថា មនុស្សដែលមិនមានសិទ្ធិមិនមើលឃើញ ឬផ្លាស់ប្តូរកំណត់ត្រារបស់អ្នកឡើយ។

ក្នុងស្ថានភាពភាគច្រើន យើងមិនផ្តល់ PHI របស់អ្នកទៅឱ្យអ្នកណាម្នាក់ ដែលមិនផ្តល់ការមើលថែដល់អ្នក ដែលបង់ថ្លៃថែទាំរបស់អ្នក ដែលតម្រូវដោយច្បាប់ក្នុងការទទួល PHI របស់អ្នក ឬ ត្រូវបានអនុញ្ញាតដោយអ្នក ឬ អ្នកកំណត់ស្របច្បាប់របស់អ្នក។ ប្រសិនបើយើងខ្ញុំធ្វើ យើងត្រូវតែទទួលបានការអនុញ្ញាតជាលាយលក្ខណ៍អក្សរពីអ្នកជាមុន។ ការអនុញ្ញាតជាលាយលក្ខណ៍អក្សរអាចត្រូវបានផ្តល់ឱ្យដោយអ្នក ឬនរណាម្នាក់ដែលមានអំណាចស្របច្បាប់ក្នុងការធ្វើសេចក្តីសម្រេចសម្រាប់អ្នក។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan តាមលេខ 1-855-905-3825 (TTY:711) ម៉ោង 8:00 ព្រឹក – ម៉ោង 8:00 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅមកលេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលមើលនៅ

www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect។



មានករណីជាក់លាក់ផ្សេងៗ នៅពេលយើងខ្ញុំមិនចាំបាច់ទទួលការអនុញ្ញាតជាលាយលក្ខណ៍អក្សររបស់អ្នកជាមុនសិន។ ការលើកលែងទាំងនេះត្រូវបានអនុញ្ញាតឬតម្រូវដោយច្បាប់។ សម្រាប់បញ្ជីពេញលេញ សូមពិនិត្យមើលផ្នែកសេចក្តីជូនដំណឹងអំពីការអនុវត្តភាពឯកជន។

- យើងខ្ញុំត្រូវបានតម្រូវឱ្យបញ្ចេញព័ត៌មាន PHI ទៅកាន់ទីភ្នាក់ងាររដ្ឋាភិបាលដែលនឹងពិនិត្យមើលគុណភាពនៃការថែទាំរបស់យើងខ្ញុំ។
- យើងត្រូវចែករំលែកព័ត៌មានសុខភាពដើម្បីជួយដល់បញ្ហាសុខភាពនិងសុវត្ថិភាពសាធារណៈ។
- យើងត្រូវបញ្ចេញ PHI តាមបញ្ជារបស់តុលាការ ឬ រដ្ឋបាលសាធារណៈ។
- យើងត្រូវបញ្ចេញ PHI ទៅកាន់អាជ្ញាធរដែលមានសមត្ថកិច្ចដើម្បីរាយការណ៍អំពីការរំលោភបំពានឬការធ្វេសប្រហែសមកលើមនុស្សចាស់ដែលយើងសង្ស័យ ដើម្បីកំណត់អត្តសញ្ញាណជនរងគ្រោះក្នុងការរំលោភបំពាន ការមិនអើពើឬអំពើហិង្សាក្នុងគ្រួសារ។
- យើងត្រូវបានតម្រូវឱ្យផ្តល់ឱ្យ Medicare នូវ PHI របស់អ្នក។ បើ Medicare បញ្ចេញព័ត៌មាន PHI របស់អ្នកសម្រាប់ការស្រាវជ្រាវ ឬការប្រើប្រាស់ផ្សេងទៀត វានឹងត្រូវបានធ្វើឡើងដោយយោងតាមច្បាប់សហព័ន្ធ។

C2. យើងខ្ញុំមានសិទ្ធិក្នុងការមើលកំណត់ត្រាវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នក

- អ្នកមានសិទ្ធិក្នុងការពិនិត្យមើលកំណត់ត្រាវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នក និងក្នុងការទទួលបានច្បាប់ចម្លងនៃកំណត់ត្រារបស់អ្នក។ យើងនឹងផ្តល់នូវច្បាប់ចម្លងឬសេចក្តីសង្ខេបកំណត់ត្រាសុខភាពនិងការទាមទាររបស់អ្នកជាធម្មតាក្នុងរយៈពេល 30 ថ្ងៃនៃសំណើរបស់អ្នក។ យើងខ្ញុំត្រូវបានអនុញ្ញាតឱ្យគិតថ្លៃដោយផ្អែកលើតម្លៃដើមសមរម្យពីអ្នកសម្រាប់ការធ្វើច្បាប់ចម្លងកំណត់ត្រាវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នក។
- អ្នកមានសិទ្ធិស្នើសុំឱ្យយើងកែកំណត់ត្រាវេជ្ជសាស្ត្រនិងការអះអាងរបស់អ្នកប្រសិនបើអ្នកគិតថាពួកគេមិនត្រឹមត្រូវ ឬ មិនពេញលេញ។ យើងអាចនិយាយថា "ទេ" ចំពោះសំណើរបស់អ្នកប៉ុន្តែយើងនឹងផ្តល់ហេតុផលដល់អ្នកជាលាយលក្ខណ៍អក្សរក្នុងរយៈពេល 60 ថ្ងៃ។
- អ្នកមានសិទ្ធិដឹងថាតើ PHI របស់អ្នកត្រូវបានចែករំលែកជាមួយអ្នកដទៃដែរឬទេនិងដោយរបៀបណា ដោយស្នើសុំបញ្ជីឬគណនេយ្យពេលវេលាដែលយើងបានចែករំលែកព័ត៌មានសុខភាពរបស់អ្នកពីរយៈពេលប្រាំមួយឆ្នាំចុងក្រោយមកដល់បច្ចុប្បន្ន ហើយ អ្នកអាចសួរថាតើយើងបានចែករំលែកជាមួយអ្នកណានិងដោយសារមូលហេតុអ្វី។ យើងនឹងដាក់បញ្ចូលការបង្ហាញចេញទាំងអស់លើកលែងតែការបង្ហាញចេញព័ត៌មានអំពីការព្យាបាល ការបង់ប្រាក់ និងដំណើរការមើលថែសុខភាព និងការបង្ហាញចេញផ្សេងទៀត (ដូចជាពេលដែលអ្នកបានស្នើសុំឱ្យយើងបង្ហាញចេញព័ត៌មាន) ។ យើងនឹងផ្តល់បញ្ជីគណនេយ្យរយៈពេលមួយឆ្នាំដោយឥតគិតថ្លៃ

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan តាមលេខ 1-855-905-3825 (TTY:711) ម៉ោង 8:00 ព្រឹក – ម៉ោង 8:00 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅមកលេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** សូមចូលមើលនៅ

www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect។



ប៉ុន្តែនឹងគិតថ្លៃសេវាដែលមានតម្លៃសមហេតុផលនិងមិនយកប្រាក់ចំណេញ
ប្រសិនបើអ្នកស្នើសុំបញ្ជីលើកក្រោយទៀតក្នុងរយៈពេល 12 ខែ។

**C3. អ្នកមានសិទ្ធិស្នើសុំឱ្យយើងទាក់ទងអ្នកតាមវិធីជាក់លាក់ ឬ ឱ្យ
ផ្ញើសំបុត្រទៅអាសយដ្ឋានផ្សេង**

- អ្នកមានសិទ្ធិស្នើសុំការប្រាស្រ័យទាក់ទងជាសម្ងាត់។
- យើងអាចនិយាយថា "ទេ" ចំពោះការស្នើសុំរបស់អ្នក ប៉ុន្តែយើងនឹងប្រាប់អ្នកថាហេតុអ្វី ជា
លាយលក្ខណ៍អក្សរក្នុងរយៈពេល 60 ថ្ងៃ។

C4. អ្នកមានសិទ្ធិស្នើសុំឱ្យយើងដាក់កម្រិតចំពោះអ្វីដែលយើងប្រើនិងចែករំលែក

- អ្នកមានសិទ្ធិស្នើសុំឱ្យយើងមិនប្រើឬមិនចែករំលែកព័ត៌មានសុខភាពជាក់លាក់មួយចំនួន
សម្រាប់ការព្យាបាល ការបង់ប្រាក់ឬដំណើរការរបស់យើង។
- យើងមិនត្រូវបានតម្រូវឱ្យយល់ព្រមនឹងសំណើរបស់អ្នកឡើយ ហើយយើងអាចនិយាយថា "ទេ"
ប្រសិនបើវាប៉ះពាល់ដល់ការថែទាំរបស់អ្នក។

C5. អ្នកមានសិទ្ធិជ្រើសរើសនរណាម្នាក់ឱ្យធ្វើសកម្មភាពជំនួសអ្នក

- ប្រសិនបើអ្នកបានផ្តល់សិទ្ធិតំណាងផ្លូវច្បាប់សម្រាប់ការមើលថែសុខភាព
ទៅនរណាម្នាក់ឬប្រសិនបើនរណាម្នាក់គឺជាអាណាព្យាបាលស្របច្បាប់របស់អ្នក
បុគ្គលនោះអាចប្រើសិទ្ធិរបស់អ្នកនិងអាចសម្រេចអំពីព័ត៌មានសុខភាពរបស់អ្នក។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរប្រកបដោយអំពីភាពឯកជននៃ PHI របស់អ្នក

សូមទូរសព្ទទៅការិយាល័យភាពឯកជនរបស់ Blue Shield of California តាមលេខ 1-888-266-8080 ។

**D. ការទទួលខុសត្រូវរបស់យើងក្នុងការផ្តល់ព័ត៌មានអំពីគម្រោងរបស់យើង
អ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញរបស់យើងនិងសេវាកម្មដែលមានការគ្របដណ្តប់
នានារបស់អ្នក**

ក្នុងនាមជាសមាជិកនៃគម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan

អ្នកមានសិទ្ធិទទួលព័ត៌មានពីយើង។ បើអ្នកមិននិយាយភាសាអង់គ្លេស យើងខ្ញុំមានសេវាកម្មបកប្រែ
ផ្ទាល់មាត់ដើម្បីឆ្លើយសំណួរណាមួយដែលអ្នកអាចមានអំពីគម្រោងសុខភាពរបស់យើងខ្ញុំ។

ដើម្បីទទួលបានអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ គ្រាន់តែទូរសព្ទមកកាន់យើងតាមរយៈលេខ 1-855-905-3825
(TTY:711) ម៉ោង 8:00 ព្រឹក – ម៉ោង 8:00 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។

នេះគឺជាសេវាគិតថ្លៃចំពោះអ្នក។ សៀវភៅណែនាំសមាជិក និងឯកសារសំខាន់ៗដទៃទៀតគឺមាន

ជាភាសាផ្សេងទៀតក្រៅពីភាសាអង់គ្លេស ។ ឯកសារអាចរកបានជាភាសាអេស៉្បាញ វៀតណាម អាវ៉ាប់ ចិន
អាមេនី រុស្ស៊ី កាតាឡុក កូរ៉េ ហ្វីលីពីន ម៉ុងហ្គោល និងខ្មែរ។ យើងអាចផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវព័ត៌មានជាអក្សរពុម្ពធំ អក្សរស្លាប
សម្រាប់ជនពិការ ឬ ជាសំឡេង។

បើអ្នកចង់បានព័ត៌មានដូចមានខាងក្រោម ទូរសព្ទទៅកាន់ផ្នែកបម្រើអតិថិជន៖

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan តាមលេខ
1-855-905-3825 (TTY:711) ម៉ោង 8:00 ព្រឹក – ម៉ោង 8:00 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅមក

លេខនេះគឺគិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលមើលនៅ

www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect។



- របៀបជ្រើសរើសប្តូរផ្លាស់ប្តូរគម្រោង
- គម្រោងរបស់យើងរួមមាន៖
 - ព័ត៌មានហិរញ្ញវត្ថុ
 - របៀបដែលយើងខ្ញុំត្រូវបានវាយតម្លៃដោយសមាជិកគម្រោង
 - ចំនួនបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ដែលបានធ្វើឡើងដោយសមាជិក
 - របៀបចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើងខ្ញុំ
- អ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញនិងឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញរបស់យើងរួមមាន៖
 - របៀបជ្រើសរើសប្តូរផ្លាស់ប្តូរ អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំបឋម
 - លក្ខណៈសម្បត្តិនៃគ្រូពេទ្យនិងឱសថស្ថាននានាក្នុងបណ្តាញ
 - របៀបដែលយើងបង់ថ្លៃអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញរបស់យើង
- សេវាកម្ម និងឱសថដែលទទួលបានការរ៉ាប់រង និងអំពីវិន័យដែលអ្នកត្រូវតែអនុវត្តន៍តាមដែលរួមមាន៖
 - សេវាកម្ម និងឱសថដែលទទួលបានការរ៉ាប់រងដោយគម្រោងរបស់យើងខ្ញុំ
 - កម្រិតចំពោះការរ៉ាប់រង និងឱសថរបស់អ្នក
 - វិន័យនានាដែលអ្នកត្រូវតែអនុវត្តន៍តាមដើម្បីទទួលបានសេវាកម្ម និងឱសថដែលទទួលបានការរ៉ាប់រង
- ហេតុអ្វីបានជាសេវាមួយមិនត្រូវបានគ្របដណ្តប់ហើយតើអ្នកអាចធ្វើអ្វីបានក្នុងករណីនោះរួមទាំងការសួរយើងថា៖
 - សរសេរជាលាយលក្ខណ៍អក្សរពីមូលហេតុដែលសេវាមួយមិនត្រូវបានគ្របដណ្តប់
 - ផ្លាស់ប្តូរការសម្រេចចិត្តដែលយើងបានធ្វើ
 - បង់វិក្កយបត្រដែលអ្នកទទួលបាន

E. អសមត្ថភាពរបស់អ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញក្នុងការចេញវិក្កយបត្រឱ្យអ្នកផ្ទាល់

វេជ្ជបណ្ឌិត មន្ទីរពេទ្យ និងអ្នកផ្តល់សេវាផ្សេងទៀតក្នុងបណ្តាញរបស់យើងខ្ញុំ មិនអាចបញ្ជាឱ្យអ្នកបង់ថ្លៃសម្រាប់សេវាដែលមានការរ៉ាប់រងនោះទេ។ ពួកគេក៏មិនអាចគិតថ្លៃអ្នកផងដែរ ប្រសិនបើយើងខ្ញុំបង់ថ្លៃកិច្ចជាងចំនួនដែលអ្នកផ្តល់សេវាបានគិតពីអ្នក។ ដើម្បីស្វែងយល់ពីអ្វីដែលត្រូវធ្វើ បើគ្រូពេទ្យក្នុងបណ្តាញព្យាយាមគិតថ្លៃពីអ្នកសម្រាប់សេវាកម្មនានា ដែលមានការរ៉ាប់រង សូមមើលជំពូកទី 7។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan តាមលេខ 1-855-905-3825 (TTY:711) ម៉ោង 8:00 ព្រឹក – ម៉ោង 8:00 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅមកលេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** សូមចូលមើលនៅ

www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect។



F. សិទ្ធិរបស់អ្នកក្នុងការចាកចេញពីគម្រោង Cal MediConnect Plan របស់យើង

គ្មាននរណាម្នាក់អាចធ្វើឱ្យអ្នកស្ថិតក្នុងគម្រោងរបស់យើងខ្ញុំ បើអ្នកមិនចង់។

- អ្នកមានសិទ្ធិក្នុងការទទួលបានសេវាថែទាំសុខភាពរបស់អ្នកភាគច្រើនតាមរយៈគម្រោង Medicare ឬ Medicare Advantage ដើម។
- អ្នកអាចទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជា Medicare ផ្នែក D របស់អ្នក ឬពីគម្រោង Medicare Advantage។
- សូមមើលជំពូក 10 សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីពេលដែលអ្នកអាចចូលរួមក្នុងគម្រោង Medicare Advantage ថ្មីឬគម្រោងអត្ថប្រយោជន៍ឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាថ្មី។
- អត្ថប្រយោជន៍ Medi-Cal របស់អ្នកនឹងនៅតែបន្តផ្តល់ជូនអ្នកតាមរយៈគម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan រហូតដល់អ្នកជ្រើសយកគម្រោងផ្សេងទៀតដែលមាននៅក្នុងខោនធីនេះ។

G. អ្នកមានសិទ្ធិដឹងពីជម្រើសនៃការព្យាបាលរបស់អ្នក និងធ្វើសេចក្តីសម្រេចអំពីការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក

G1. សិទ្ធិរបស់អ្នកដើម្បីដឹងអំពីជម្រើសនៃការព្យាបាលរបស់អ្នកនិងធ្វើការសម្រេចចិត្តអំពីការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក

អ្នកមានសិទ្ធិក្នុងការទទួលបានព័ត៌មានពេញលេញពីវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក និងគ្រូពេទ្យកំហែទាំសុខភាពផ្សេងទៀត នៅពេលអ្នកទទួលបានសេវាកម្មផ្សេងៗ។ អ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកត្រូវតែពន្យល់អ្នកអំពីលក្ខខណ្ឌ និងជម្រើសក្នុងការព្យាបាល តាមមធ្យោបាយដែលអ្នកងាយស្រួលយល់។ អ្នកមានសិទ្ធិ៖

- **ដឹងពីជម្រើសរបស់អ្នក។** អ្នកមានសិទ្ធិត្រូវបានប្រាប់អំពីប្រភេទនៃការព្យាបាលទាំងអស់។
- **ដឹងពីហានិភ័យនានា។** អ្នកមានសិទ្ធិត្រូវបានប្រាប់អំពីហានិភ័យណាមួយដែលពាក់ព័ន្ធ។ អ្នកត្រូវតែបានប្រាប់ជាមុន បើសេវាកម្ម ឬការព្យាបាលណាមួយ គឺជាផ្នែកនៃការពិសោធន៍លើការស្រាវជ្រាវមួយ។ អ្នកមានសិទ្ធិក្នុងការបដិសេធការព្យាបាលពិសោធន៍។
- **ទទួលបានគំនិតទីពីរ។** អ្នកមានសិទ្ធិក្នុងការជួបវេជ្ជបណ្ឌិតដទៃ មុនពេលសម្រេចចិត្តលើការព្យាបាល។
- **និយាយថា “ទេ”** អ្នកមានសិទ្ធិក្នុងការបដិសេធការព្យាបាលទាំងឡាយ។ នេះរួមមានសិទ្ធិក្នុងការចាកចេញពីមន្ទីរពេទ្យ ឬមណ្ឌលវេជ្ជសាស្ត្រផ្សេងទៀត សូម្បីតែវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកប្រាប់មិនឱ្យអ្នកធ្វើ។ អ្នកក៏មានសិទ្ធិក្នុងការឈប់លេបឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជា។ បើអ្នកបដិសេធការព្យាបាល ឬឈប់លេបឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជា អ្នកនឹងមិនត្រូវបានទម្លាក់ចេញពីគម្រោងរបស់យើងខ្ញុំ។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan តាមលេខ 1-855-905-3825 (TTY:711) ម៉ោង 8:00 ព្រឹក – ម៉ោង 8:00 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅមកលេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** សូមចូលមើលនៅ

www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect



ឡើយ។ ទោះជាយ៉ាងណា បើអ្នកបដិសេធការព្យាបាល ឬឈប់លេបឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជា អ្នកទទួលយកទំនួលខុសត្រូវពេញលេញសម្រាប់អ្វីដែលបានកើតឡើងចំពោះអ្នក។

- **សូមស្នើសុំឱ្យយើងពន្យល់ពីមូលហេតុ ដែលនាំឱ្យអ្នកផ្តល់សេវាមួយរបបបដិសេធមិនផ្តល់ការថែទាំ។**
អ្នកមានសិទ្ធិក្នុងការទទួលបានការពន្យល់ពីយើង បើអ្នកផ្តល់សេវាបានបដិសេធមិនផ្តល់ការថែទាំ ដែលអ្នកជឿថាអ្នកគួរតែទទួលបាន។
- **សុំឱ្យយើងគ្របដណ្តប់លើសេវាកម្មឬឱសថដែលត្រូវបានបដិសេធឬមិនត្រូវបានគ្របដណ្តប់។**
វាត្រូវបានគេហៅថាការសម្រេចចិត្តលើការរ៉ាប់រង។ ជំពូកទី 9 ផ្នែកទី D, E និង F ប្រាប់អ្នកអំពីរបៀបស្នើសុំសេចក្តីសម្រេចចិត្តអំពីការរ៉ាប់រងពិភាក្សា។

G2. សិទ្ធិរបស់អ្នកក្នុងការនិយាយពីអ្វីដែលអ្នកចង់ឱ្យកើតឡើង បើអ្នកមិនអាចធ្វើសេចក្តីសម្រេចលើការថែទាំសុខភាពសម្រាប់ខ្លួនអ្នកផ្ទាល់

ពេលខ្លះ មនុស្សមិនអាចធ្វើសេចក្តីសម្រេចលើការថែទាំសុខភាពសម្រាប់ពួកគេផ្ទាល់។ មុនពេលរឿងនោះកើតឡើងចំពោះអ្នក អ្នកអាច៖

- **បំពេញទម្រង់បែបបទជាលាយលក្ខណ៍អក្សរដើម្បី ផ្តល់ឱ្យនរណាម្នាក់នូវសិទ្ធិក្នុងការធ្វើសេចក្តីសម្រេចលើការថែទាំសុខភាពសម្រាប់អ្នក។**
- **ផ្តល់ឱ្យវេជ្ជបណ្ឌិតអ្នកនូវការណែនាំជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ អំពីរបៀបដែលអ្នកចង់ឱ្យពួកគេដោះស្រាយលើការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក បើអ្នកប្រើជាមិនអាចធ្វើសេចក្តីសម្រេចសម្រាប់ខ្លួនអ្នក។**

ឯកសារស្របច្បាប់ដែលអ្នកអាចប្រើដើម្បីផ្តល់ការណែនាំរបស់អ្នកត្រូវបានហៅថា ការបង្គាប់បញ្ជាជាមុន។ មានប្រភេទខុសៗគ្នានៃការបង្គាប់បញ្ជាជាមុន និងឈ្មោះខុសគ្នាសម្រាប់ពួកគេ។ ឧទាហរណ៍ទាំងនេះគឺជាប្រតិសិទ្ធិដែលនៅមានប្រសិទ្ធភាព និង លិខិតប្រគល់សិទ្ធិសម្រាប់ការថែទាំសុខភាព។

អ្នកមិនត្រូវតែប្រើប្រាស់បង្គាប់បញ្ជាជាមុន ប៉ុន្តែអ្នកអាច បើអ្នកចង់។ នេះគឺជាអ្វីដែលត្រូវធ្វើ៖

- **ទទួលបានទម្រង់បែបបទ។** អ្នកអាចទទួលបានទម្រង់បែបបទពីវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក ទីភ្នាក់ងារសេវាស្របច្បាប់ ឬបុគ្គលិកសង្គម។ អង្គភាពនានាដែលផ្តល់ព័ត៌មានដល់អ្នកប្រើប្រាស់អំពីគម្រោង Medicare ឬ Medi-Cal ដូចជាកម្មវិធី Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) អាចនឹងមានទម្រង់បែបបទបង្គាប់បញ្ជាជាមុនផងដែរ។ អ្នកក៏អាចទាក់ទងផ្នែកបម្រើសេវាអភិវឌ្ឍន៍ដើម្បីស្នើសុំទម្រង់បែបបទទាំងនេះ។
- **បំពេញវា ហើយចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់បែបបទនេះ។**
ទម្រង់បែបបទនេះគឺជាឯកសារស្របច្បាប់។ អ្នកគួរតែពិចារណាលើការមានមេធាវីក្នុងការជួយអ្នករៀបចំវា។
- **ផ្តល់នូវច្បាប់ចម្លងឱ្យអ្នកដែលត្រូវការដឹងអំពីវា។**
អ្នកគួរតែផ្តល់ច្បាប់ចម្លងនៃទម្រង់បែបបទនេះទៅកាន់វេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក។ អ្នកគួរតែផ្តល់នូវច្បាប់ចម្លងមួយឱ្យបុគ្គលិកដែលអ្នកដាក់ឈ្មោះជាអ្នកធ្វើសេចក្តីសម្រេច។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan តាមលេខ 1-855-905-3825 (TTY:711) ម៉ោង 8:00 ព្រឹក – ម៉ោង 8:00 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅមកលេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** សូមចូលមើលនៅ



សម្រាប់អ្នក។ អ្នកក៏ប្រហែលជាចង់ផ្តល់នូវច្បាប់ចម្លងទៅកាន់មិត្តភក្តិជិតស្និទ្ធ
ឬសមាជិកគ្រួសារផងដែរ។ ត្រូវប្រាកដថារក្សាទុកច្បាប់ចម្លងនៅផ្ទះ។

- ប្រសិនបើអ្នកនឹងត្រូវបញ្ជូនឱ្យទៅសម្រាកព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យ ហើយអ្នកបានចុះហត្ថលេខា
លើទម្រង់បែបបទបង្គាប់បញ្ជាជាមុននោះ **សូមនាំយកច្បាប់ចម្លងនៃទម្រង់បែបបទនោះ
ទៅកាន់មន្ទីរពេទ្យ។**
 - មន្ទីរពេទ្យនឹងសួរអ្នកថា តើអ្នកបានចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់បែបបទបង្គាប់បញ្ជាជាមុន
ហើយតើអ្នកមានវាជាប់ខ្លួនអ្នកឬទេ។
 - បើអ្នកមិនបានចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់បែបបទណែនាំជាមុននោះទេ
មន្ទីរពេទ្យមានទម្រង់បែបបទអាចរកបាន ហើយនឹងសួរ
ថា តើអ្នកចង់ចុះហត្ថលេខាលើវាដែរទេ។

សូមចាំថាវាជាជម្រើសរបស់អ្នកថា តើអ្នកចង់បំពេញទម្រង់បង្គាប់បញ្ជាជាមុនឬក៏អត់នោះ។

G3. អ្វីដែលត្រូវធ្វើបើការណែនាំរបស់អ្នកមិនត្រូវបានអនុវត្តតាម

ប្រសិនបើអ្នកបានចុះហត្ថលេខាលើសេចក្តីបង្គាប់បញ្ជាជាមុន ហើយអ្នកជឿថាវេជ្ជបណ្ឌិត ឬមន្ទីរពេទ្យ
មិនបានអនុវត្តតាមសេចក្តីណែនាំនៅក្នុងនោះទេ អ្នកអាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងជាមួយនឹង កម្មវិធី Livanta
BFCC-QIO Program នៃអង្គការ Quality Improvement Organization (QIO) សម្រាប់រដ្ឋ California
តាមរយៈលេខ 1-877-588-1123 (TTY: 711 or 1-855-887-6668) ។

H. សិទ្ធិរបស់អ្នកក្នុងការដាក់ពាក្យបណ្តឹង និងស្នើឱ្យយើងខ្ញុំ ពិចារណាឡើងវិញលើសេចក្តីសម្រេចផ្សេងៗ ដែលយើងខ្ញុំបានធ្វើឡើង

ជំពូកទី 9 ផ្នែក D ដល់ F ប្រាប់អ្នកអំពីអ្វីដែលអ្នកអាចធ្វើបាន ប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហា ឬកង្វល់ណាមួយអំពី
ការថែទាំ ឬសេវាកម្មដែលមានការរ៉ាប់រងរបស់អ្នក។ ឧទាហរណ៍ អ្នកអាចស្នើឱ្យយើងខ្ញុំធ្វើការសម្រេច
លើការរ៉ាប់រង រៀបចំបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ក្នុងការផ្លាស់ប្តូរសេចក្តីសម្រេចលើការរ៉ាប់រង ឬធ្វើបណ្តឹង។

អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានព័ត៌មានអំពីបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ និងបណ្តឹងនានាដែល
សមាជិកផ្សេងទៀតបានរៀបចំប្តឹងប្រឆាំងលើគម្រោងរបស់យើងខ្ញុំ។ ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មាននេះ
សូមទូរសព្ទមកផ្នែកបម្រើសេវាអតិថិជន។

H1. អ្វីដែលគួរធ្វើបើអ្នកជឿថាអ្នកកំពុងត្រូវបានប្រព្រឹត្តិមិនស្មើភាព ឬអ្នកចង់បានព័ត៌មានបន្ថែមអំពី សិទ្ធិរបស់អ្នក

ប្រសិនបើអ្នកជឿថា អ្នកទទួលបានការប្រព្រឹត្តិយ៉ាងអយុត្តិធម៌មកលើខ្លួន - ហើយវាមិនមែន
អំពីការរើសអើង ដោយសារហេតុផលដែលមានចុះក្នុងជំពូកទី 11
ឬអ្នកត្រូវការព័ត៌មានបន្ថែមអំពីសិទ្ធិរបស់អ្នក អ្នកអាចទទួលបានជំនួយដោយទូរសព្ទទៅ៖

- ផ្នែកបម្រើសេវាអតិថិជន។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan តាមលេខ
1-855-905-3825 (TTY: 711) ម៉ោង 8:00 ព្រឹក – ម៉ោង 8:00 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅមក
លេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** សូមចូលមើលនៅ

www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect។



- កម្មវិធីគាំពារ និងផ្តល់ប្រឹក្សាអំពីការធានារ៉ាប់រងសុខភាព (HICAP)។ សម្រាប់ព័ត៌មានលម្អិតអំពីអង្គភាពនេះ និងរបៀបទាក់ទងអង្គភាព ចូរមើលជំពូកទី 2 ផ្នែក E ។
- កម្មវិធី Cal MediConnect Ombuds Program។ សម្រាប់ព័ត៌មានលម្អិតអំពីអង្គភាពនេះ និងរបៀបទាក់ទងវា ចូរមើលជំពូកទី 2 ផ្នែក I ។
- Medicare តាមរយៈលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY អាចទូរសព្ទទៅកាន់លេខ 1-877-486-2048។ (អ្នកក៏អាចអាន ឬ ទាញយកឯកសារ “សិទ្ធិនិងការការពារពី Medicare” ដែលមាននៅលើគេហទំព័រ Medicare នៅ www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf ។)

I. ការទទួលខុសត្រូវរបស់អ្នកក្នុងនាមជាសមាជិកគម្រោង

ក្នុងនាមជាសមាជិកម្នាក់នៃគម្រោងនេះ អ្នកមានទំនួលខុសត្រូវក្នុងការបំពេញដូចមានក្នុងបញ្ជីខាងក្រោម។ ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទមកផ្នែកបម្រើសេវាអភិវឌ្ឍន៍។

- **សូមអាន សៀវភៅណែនាំសមាជិក** ដើម្បីស្វែងយល់អំពីអ្វីដែលមានការរ៉ាប់រង និងវិធានដែលអ្នកត្រូវអនុវត្តតាមដើម្បីទទួលបានឱសថ និងសេវាកម្មដែលមានការរ៉ាប់រង។ សម្រាប់ព័ត៌មានលម្អិតអំពី៖
 - សេវាដែលមានការរ៉ាប់រង សូមមើលជំពូកទី 3 និងទី 4 ។ ជំពូកទាំងនោះប្រាប់អ្នកពីអ្វីដែលត្រូវបានគ្របដណ្តប់ អ្វីដែលមិនត្រូវបានគ្របដណ្តប់ វិន័យអ្វីខ្លះដែលអ្នកត្រូវអនុវត្តន៍តាម និងអ្វីដែលអ្នកត្រូវបង់។
 - ឱសថដែលមានការរ៉ាប់រង សូមមើលជំពូកទី 5 និង 6 ។
- **ប្រាប់យើងខ្ញុំអំពីការរ៉ាប់រងសុខភាព ឬឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាផ្សេងទៀតណាមួយ** ដែលអ្នកមាន។ យើងត្រូវបានគម្រោងឱ្យធ្វើឱ្យប្រាកដថា អ្នកកំពុងតែប្រើប្រាស់សេវារ៉ាប់រងទាំងអស់របស់អ្នក នៅពេលអ្នកទទួលបានសេវាតំបន់សុខភាព។ សូមទូរសព្ទមកផ្នែកបម្រើសេវាអភិវឌ្ឍន៍ ប្រសិនបើអ្នកមានការធានារ៉ាប់រងផ្សេងទៀត។
- **ប្រាប់វេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក និងអ្នកផ្តល់សេវាកម្មថែទាំសុខភាពផ្សេងទៀត** ថាអ្នកត្រូវបានគេចុះឈ្មោះចូលក្នុងគម្រោងរបស់យើង។ បង្ហាញប័ណ្ណសមាជិកភាពគម្រោងរបស់អ្នកនៅរាល់ពេលដែលអ្នកទទួលបានសេវាកម្ម ឬឱសថ។
- **ជួយវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក និងអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាព** ផ្សេងទៀតផ្តល់នូវការថែទាំដ៏ល្អបំផុតឱ្យអ្នក។
 - ផ្តល់ឱ្យពួកគេនូវព័ត៌មានដែលពួកគេត្រូវការអំពីអ្នក និងសុខភាពរបស់អ្នក។ ស្វែងយល់ឱ្យបានកាន់តែច្រើនតាមតែអ្នកអាចអំពីបញ្ហាសុខភាពរបស់អ្នក។ អនុវត្តន៍តាមគម្រោងព្យាបាល និងការណែនាំនានា ដែលអ្នកនិងអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំរបស់អ្នកយល់ព្រម។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan តាមលេខ 1-855-905-3825 (TTY:711) ម៉ោង 8:00 ព្រឹក – ម៉ោង 8:00 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅមកលេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** សូមចូលមើលនៅ

www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect។



- ត្រូវប្រាកដថាវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកនិងអ្នកផ្តល់សេវាផ្សេងទៀតដឹងអំពីឱសថទាំងអស់ដែលអ្នកកំពុងលេប។ នេះរួមមានទាំងឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជានិងឱសថដែលទិញផ្ទាល់មិនតាមវេជ្ជបញ្ជា វិកាមីន និងសារធាតុបំប៉ន។
- បើអ្នកមានសំណួរ ឬចម្ងល់អ្វី ត្រូវប្រាកដថាសួរ។ វេជ្ជបណ្ឌិតនិងអ្នកផ្តល់សេវាផ្សេងទៀតត្រូវតែពន្យល់គ្រប់យ៉ាងតាមវិធីដែលអ្នកអាចយល់បាន។ បើអ្នកមានសំណួរ ឬចម្ងល់ ហើយអ្នកមិនយល់ពីចម្លើយត្រូវសួរម្តងទៀត។
- **ត្រូវគិតពីថវិកា។** យើងខ្ញុំរំពឹងសមាជិកសមាជិកាទាំងអស់របស់យើងខ្ញុំធ្វើការគោរពសិទ្ធិអ្នកជម្រើសផ្សេងទៀត។ យើងខ្ញុំក៏រំពឹងថា អ្នកនឹងប្រព្រឹត្តទៅប្រកបដោយភាពសមរម្យ នៅក្នុងការិយាល័យវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក មន្ទីរពេទ្យនិងការិយាល័យអ្នកផ្តល់សេវាផ្សេងទៀត។
- **បង់នូវអ្វីដែលអ្នកជំពាក់។** ក្នុងនាមជាសមាជិកគម្រោងម្នាក់ អ្នកទទួលខុសត្រូវលើការបង់ថ្លៃទាំងនេះ:
 - ថ្លៃបុព្វលាភរ៉ាប់រងតាមផ្នែក A និងផ្នែក B នៃកម្មវិធី Medicare។ ចំពោះសមាជិកភាគច្រើននៃសមាជិកគម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan, Medi-Cal នឹងបង់ថ្លៃធានារ៉ាប់រងសម្រាប់ផ្នែក A និងថ្លៃធានារ៉ាប់រងសម្រាប់ផ្នែក B។
 - ចំពោះ សេវាកម្មនិងការគាំទ្ររយៈពេលវែង ឬ ឱសថ ដែលត្រូវបានគ្របដណ្តប់ដោយគម្រោងមួយចំនួន អ្នកត្រូវតែបង់ថ្លៃចំណែករបស់អ្នកពេលអ្នកទទួលបាន សេវាកម្ម ឬ ឱសថ ។ នេះគឺជាការបង់ប្រាក់រួម (ចំនួនថេរ) ឬការធានារ៉ាប់រងរួម (ភាគរយពីការចំណាយសរុប) ។ ជំពូកទី 4 ប្រាប់ពីចំនួន ដែលអ្នកត្រូវបង់សម្រាប់សេវាកម្មនិងការគាំទ្ររយៈពេលវែងរបស់អ្នក។ ជំពូកទី 6 ផ្នែក D ប្រាប់អ្នកអំពីចំនួនទឹកប្រាក់ ដែលត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថរបស់អ្នក។
 - បើអ្នកទទួលបានសេវាកម្មណាមួយដែលមិនត្រូវបានគ្របដណ្តប់ដោយគម្រោងរបស់យើងខ្ញុំ អ្នកត្រូវតែបង់ពេញថ្លៃ។ ប្រសិនបើអ្នកមិនយល់ស្របនឹងសេចក្តីសម្រេចរបស់យើងដែលមិនរ៉ាប់រងចំពោះសេវាកម្ម ឬឱសថរបស់អ្នក អ្នកអាចប្តឹងឧទ្ធរណ៍បាន។ សូមមើលជំពូកទី 9 ផ្នែកទី D និង J ដើម្បីស្វែងយល់ពីរបៀបធ្វើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍។
- **ប្រាប់យើងខ្ញុំបើអ្នកនឹងផ្លាស់ទីលំនៅ។** បើអ្នកនឹងផ្លាស់ទីលំនៅ ការប្រាប់យើងខ្ញុំភ្លាមៗមានសារៈសំខាន់ណាស់។ សូមទូរសព្ទទៅលេខផ្នែកបម្រើសេវាអតិថិជន។
 - ប្រសិនបើអ្នករើលំនៅចេញពីតំបន់សេវារបស់យើងខ្ញុំ អ្នកមិនអាចបន្តការចូលរួមក្នុងកម្មវិធី ឬ គម្រោងនេះបានទេ។ មានតែអ្នកដែលរស់នៅក្នុងតំបន់សេវាកម្មរបស់យើងប៉ុណ្ណោះ ដែលអាចចូលរួមជាមួយ Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan។ ជំពូកទី 1 ផ្នែក D ប្រាប់អំពីតំបន់សេវារបស់យើងខ្ញុំ។



- យើងខ្ញុំអាចជួយអ្នកបង្ហាញថា តើអ្នកកំពុងផ្លាស់ទីទៅខាងក្រៅតំបន់សេវារបស់យើងខ្ញុំ ឬយ៉ាងណា។ ក្នុងអំឡុងពេលនៃការចុះឈ្មោះពិសេស លោកអ្នកអាចប្តូរទៅ Original Medicare ឬចុះឈ្មោះនៅក្នុងគម្រោងសុខភាព Medicare ឬគម្រោងឱសថដែលមានវេជ្ជបញ្ជានៅក្នុងទីតាំងថ្មីរបស់អ្នក។ យើងខ្ញុំនឹងអនុញ្ញាតឱ្យអ្នកបានដឹង ប្រសិនបើ យើងខ្ញុំមានគម្រោងណាមួយនៅក្នុងតំបន់ថ្មីរបស់អ្នក។
- ត្រូវប្រាកដថា ផងដែរថាអនុញ្ញាតឱ្យ Medicare និង Medi-Cal ស្គាល់ពី អាសយដ្ឋានថ្មីរបស់អ្នក នៅពេលអ្នកផ្លាស់ទី។ ចូរមើលជំពូកទី 2 ផ្នែក G និង H សម្រាប់លេខទូរសព្ទ Medicare និង Medi-Cal។
- **ប្រសិនបើអ្នកផ្លាស់ទីលំនៅ នៅក្នុង តំបន់សេវាកម្មរបស់យើង យើងនៅតែចង់ដឹង។** យើងខ្ញុំត្រូវការរក្សាកំណត់ត្រាសមាជិកភាពរបស់អ្នកឱ្យមានបច្ចុប្បន្នភាព និងដឹងពីរបៀបទាក់ទងអ្នក។
- ទូរសព្ទទៅកាន់ផ្នែកបម្រើសេវាអភិវឌ្ឍន៍ ដើម្បីសុំជំនួយ បើអ្នកមានសំណួរ ឬចម្ងល់។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan តាមលេខ 1-855-905-3825 (TTY:711) ម៉ោង 8:00 ព្រឹក – ម៉ោង 8:00 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅមក លេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** សូមចូលមើលនៅ

www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect។



ជំពូកទី 9: តើអ្នកនឹងធ្វើដូចម្តេចខ្លះបើមានបញ្ហា ឬបណ្តឹង (សេចក្តីសម្រេចលើការរ៉ាប់រង បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ បណ្តឹង)

សេចក្តីផ្តើម

ជំពូកនេះផ្តល់ព័ត៌មានអំពីសិទ្ធិរបស់អ្នក។ ចូរអានជំពូកនេះដើម្បីរកមើលឃើញនូវអ្វីដែលត្រូវធ្វើ ក្នុងករណី:

- អ្នកមានបញ្ហា ឬបណ្តឹងអំពីគម្រោងរបស់អ្នក។
- អ្នកត្រូវការសេវាកម្ម សម្ភារៈ ឬឱសថដែលគម្រោងរបស់អ្នកបានប្រាប់ថានឹងបង់ថ្លៃជូន។
- អ្នកមិនឯកភាពជាមួយសេចក្តីសម្រេចដែលគម្រោងរបស់អ្នកផ្តល់ជូន សម្រាប់ការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក។
- អ្នកយល់ថា សេវាដែលទទួលបានការរ៉ាប់រងរបស់អ្នកនឹងចប់ក្នុងពេលឆាប់ៗនេះ។
- អ្នកមានបញ្ហា ឬបណ្តឹងជាមួយសេវានានា និង ជំនួយឧបត្ថម្ភរយៈពេលវែង រួមមានកម្មវិធី ជំនួយសម្រាប់គោលបំណងចម្រុះលើមនុស្សចាស់ (MSSP) សេវាកម្មសម្រាប់មនុស្សជំនឿ តាមសហគមន៍ (CBAS) និងមន្ទីរសម្រាកព្យាបាល (NF)។

បើអ្នកមានបញ្ហា ឬក្តីបារម្ភ សូមអានផ្នែកនៃជំពូកដែលពាក់ព័ន្ធនឹងស្ថានភាពរបស់អ្នកប៉ុណ្ណោះ។
គេបែងចែកជំពូកនេះជាផ្នែកផ្សេងៗគ្នាដើម្បីបង្កភាពងាយស្រួលដល់ អ្នកស្វែងរកអ្វីដែលអ្នកកំពុងរកមើល។

បើអ្នកកំពុងមានបញ្ហាសុខភាព ឬសេវានានា និង ការគាំទ្ររយៈពេលវែង

អ្នកគួរទទួលបានការថែទាំសុខភាព ឱសថ ព្រមទាំងសេវានានា និង ជំនួយឧបត្ថម្ភរយៈពេលវែង ដែលវេជ្ជបណ្ឌិត និងក្រុមគ្រូពេទ្យដទៃទៀតរបស់អ្នកយល់ថាចាំបាច់សម្រាប់ការថែទាំសុខភាព របស់អ្នក និងជាផ្នែកមួយនៃគម្រោងថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក។

បើអ្នកមានបញ្ហាជាមួយការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក អ្នកអាចទាក់ទងកម្មវិធីការពារក្តីឱ្យ

ប្រជាពលរដ្ឋ Cal MediConnect តាមរយៈទូរសព្ទលេខ 1-855-501-3077 ដើម្បីទទួលបានជំនួយ។

ជំពូកនេះនឹងពន្យល់ពីជម្រើសខុសៗគ្នាដែលអ្នកមានសម្រាប់បញ្ហា និងបណ្តឹងផ្សេងៗ

ប៉ុន្តែអ្នកអាចទាក់ទងកម្មវិធីការពារក្តីឱ្យប្រជាពលរដ្ឋ Cal MediConnect គ្រប់ពេល ដើម្បីជួយណែនាំ អំពីបញ្ហារបស់អ្នក។ សម្រាប់ធនធានបន្ថែមដើម្បីដោះស្រាយកង្វល់របស់អ្នក និងរបៀបទាក់ទងពួកគេ សូមមើលជំពូកទី 2 សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីកម្មវិធី ombudsman។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan តាមលេខ 1-855-905-3825 (TTY:711) ម៉ោង 8:00 ព្រឹក – ម៉ោង 8:00 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅមក លេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** សូមចូលមើលនៅ

www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect។



តារាងមាតិកា

A. តើត្រូវធ្វើអ្វីប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហា.....	195
A1. ចុះលក្ខខណ្ឌផ្លូវច្បាប់វិញ?	195
B. តើត្រូវទាក់ទងរកជំនួយនៅកន្លែងណា	195
B1. តើត្រូវរកព័ត៌មាន និងជំនួយបន្ថែមនៅកន្លែងណា	195
C. បញ្ហាជាមួយអត្ថប្រយោជន៍ផ្សេងៗរបស់អ្នក	197
C1. ការប្រើប្រាស់ដំណើរការសម្រាប់ការសម្រេចចំពោះការធានារ៉ាប់រងនិងការប្តឹងឧទ្ធរណ៍ ឬ សម្រាប់ការដាក់បណ្តឹង	197
D. សេចក្តីសម្រេចលើការរ៉ាប់រង និងបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍	197
D1. សេចក្តីសង្ខេបពីសេចក្តីសម្រេចលើការរ៉ាប់រង និងបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍.....	197
D2. ការទទួលបានជំនួយចំពោះសេចក្តីសម្រេចលើការរ៉ាប់រង និងបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍.....	198
D3. ការប្រើប្រាស់ផ្នែកនៃជំពូកនេះដែលនឹងជួយអ្នក	199
E. បញ្ហាអំពីសេវាកម្ម សម្ភារៈ និងឱសថ (ពុំមែនកម្មវិធីឱសថតាមផ្នែក D ទេ).....	201
E1. តើប្រើផ្នែកនេះនៅពេលណា.....	201
E2. ការស្នើសុំសេចក្តីសម្រេចលើការរ៉ាប់រង	202
E3. បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 1 ចំពោះសេវាកម្ម សម្ភារៈ និងឱសថ (ពុំមែនកម្មវិធីឱសថតាមផ្នែក D ទេ).....	204
E4. បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 ចំពោះសេវាកម្ម សម្ភារៈ និងឱសថ (ពុំមែនកម្មវិធីឱសថតាមផ្នែក D ទេ).....	209
E5. បញ្ហាអំពីការបង់ថ្លៃ	216
F. ឱសថផ្នែក D.....	218
F1. តើអ្នកនឹងធ្វើដូចម្តេចខ្លះបើអ្នកមានបញ្ហាក្នុងការទទួលបានកម្មវិធីឱសថតាមផ្នែក D ឬអ្នកចង់ឲ្យយើងខ្ញុំសងផ្នែកកម្មវិធីឱសថតាមផ្នែក D ជូនអ្នកវិញ.....	218
F2. តើអ្វីជាករណីលើកលែង.....	220
F3. ចំណុចសំខាន់ៗត្រូវដឹងអំពីការស្នើសុំករណីលើកលែង.....	221



F4. វិធីស្នើសុំសេចក្តីសម្រេចលើការរ៉ាប់រងអំពីកម្មវិធីឱសថតាមផ្នែក D ឬសំណងសម្រាប់កម្មវិធីឱសថតាមផ្នែក D រួមទាំងករណីលើកលែង.....	223
F5. បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 1 ចំពោះកម្មវិធីឱសថតាមផ្នែក D.....	227
F6. បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 ចំពោះកម្មវិធីឱសថតាមផ្នែក D.....	230
G. ស្នើឱ្យយើងខ្ញុំរ៉ាប់រងលើការសម្រាកនៅមន្ទីរពេទ្យរយៈពេលវែងជាងនេះ:.....	232
G1. សិក្សាអំពីសិទ្ធិថែទាំសុខភាពម៉ែឌីគែរ (Medicare) របស់អ្នក.....	232
G2. បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 1 ដើម្បីប្តូរកាលបរិច្ឆេទចាកចេញពីមន្ទីរពេទ្យរបស់អ្នក	233
G3. បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 ដើម្បីប្តូរកាលបរិច្ឆេទចាកចេញពីមន្ទីរពេទ្យរបស់អ្នក	236
G4. តើនឹងមានអ្វីកើតឡើងប្រសិនបើខ្ញុំខកកាលបរិច្ឆេទកំណត់នៃបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍	237
H. តើអ្នកនឹងធ្វើដូចម្តេចខ្លះបើយល់ថា ការថែទាំសុខភាពនៅផ្ទះ ជំនាញថែទាំសុខភាព ឬ មណ្ឌលស្តារនីតិសម្បទាអ្នកជម្ងឺ (CORF) របស់អ្នកនឹងចប់ក្នុងពេលឆាប់ៗនេះ?.....	240
H1. យើងខ្ញុំនឹងជូនដំណឹងជាមុន ពេលការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកជិតចប់	240
H2. បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 1 ដើម្បីបន្តការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក	241
H3. បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 ដើម្បីបន្តគម្រោងថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក	244
H4. តើនឹងមានអ្វីកើតឡើងបើអ្នកខកកាលបរិច្ឆេទកំណត់ក្នុងការដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 1 របស់អ្នក.....	245
I. ការដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នកលើសពីកម្រិត 2	247
I1. ជំហានបន្ទាប់សម្រាប់សេវាកម្ម និងសម្ភារៈថែទាំសុខភាព Medicare.....	247
I2. ជំហានបន្ទាប់សម្រាប់សេវាកម្ម និងសម្ភារៈថែទាំសុខភាពMedi-Cal	248
J. វិធីដាក់បណ្តឹង.....	249
J1. តើគួរដាក់បណ្តឹងចំពោះបញ្ហាប្រភេទណាខ្លះ:.....	249
J2. ពាក្យបណ្តឹងផ្ទៃក្នុង.....	251
J3. ពាក្យបណ្តឹងខាងក្រៅ.....	252

A. តើត្រូវធ្វើអ្វីប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហា

ជំពូកនេះនឹងប្រាប់អ្នកថាត្រូវធ្វើដូចម្តេចបើអ្នកមានបញ្ហាជាមួយគម្រោង ឬសេវាកម្ម ឬការបង់ថ្លៃរបស់អ្នក។ Medicare និង Medi-Cal បានអនុម័តលើដំណើរការទាំងនេះ។ ដំណើរការនីមួយៗមានសំណុំច្បាប់ នីតិវិធី និងកាលបរិច្ឆេទ កំណត់ដែលយើងខ្ញុំ និងអ្នកត្រូវគោរពតាម។

A1. ចុះលក្ខខណ្ឌផ្លូវច្បាប់វិញ?

មានវាក្យសព្ទច្បាប់ពិបាកៗសម្រាប់បទបញ្ជាមួយចំនួន និងឱសានវាទខ្លះនៅក្នុងជំពូកនេះ។ ភាគច្រើននៃវាក្យសព្ទទាំងនេះមានការលំបាកក្នុងការយល់ ដូច្នេះយើងខ្ញុំ បានប្រើវាក្យសព្ទសាមញ្ញៗពេលណាដែលទាក់ទងនឹងវាក្យសព្ទច្បាប់។ យើងខ្ញុំ ប្រើពាក្យកាត់តិចបំផុតតាមលទ្ធភាពអាចធ្វើទៅបាន។

ឧទាហរណ៍ យើងខ្ញុំនឹងនិយាយថា:

- “ការដាក់បណ្តឹង” (“Making a complaint”) ជំនួសឱ្យ “ការដាក់ បណ្តឹងសាទុក្ខ” (“Filing a grievance”)
- “សេចក្តីសម្រេចលើការរ៉ាប់រង” (“Coverage Decision”) ជំនួសឱ្យ “ការកំណត់របស់អង្គភាព” (“Organization Determination”) “ការកំណត់អត្ថប្រយោជន៍” “ការកំណត់ដែលមានហានិភ័យ” ឬ “ការកំណត់លើការធានារ៉ាប់រង” (“Coverage Determination”)
- “សេចក្តីសម្រេចរហ័សលើការធានារ៉ាប់រង” (“Fast coverage decision”) ជំនួសឱ្យ “ការកំណត់រហ័ស” (“Expedited Determination”)

ការដឹងពីវាក្យសព្ទច្បាប់ត្រឹមត្រូវអាចជួយដល់អ្នកក្នុងការទំនាក់ទំនងបានកាន់តែច្បាស់ ដូច្នេះយើងខ្ញុំក៏ផ្តល់ជូនវាក្យសព្ទ ទាំងនោះផងដែរ។

B. តើត្រូវទាក់ទងរកជំនួយនៅកន្លែងណា

B1. តើត្រូវរកព័ត៌មាន និងជំនួយបន្ថែមនៅកន្លែងណា

ពេលខ្លះ វាអាចមានភាពស្មុគស្មាញក្នុងការចាប់ផ្តើម ឬធ្វើតាមដំណើរការ ដើម្បីដោះស្រាយបញ្ហាមួយ។ វាអាចជារឿងពិបាកបើអ្នកមិនមានអារម្មណ៍ល្អ ឬពុំសូវ មានកម្លាំងគ្រប់គ្រាន់។ ពេលខ្លះទៀត អ្នកអាចនឹងមិនមានចំណេះដឹងដែលអ្នកត្រូវការដើម្បីបន្តទៅជំហានបន្ទាប់។

អ្នកអាចទទួលបានជំនួយពីកម្មវិធី Cal MediConnect Ombuds Program

បើអ្នកត្រូវការជំនួយ អ្នកអាចទាក់ទងកម្មវិធី Cal MediConnect Ombuds Program។ កម្មវិធី Cal MediConnect Ombuds Program គឺជាកម្មវិធីការពារពលរដ្ឋមួយដែលអាចឆ្លើយសំណួររបស់អ្នក និងជួយអ្នកឱ្យដឹងថាត្រូវធ្វើអ្វីខ្លះដើម្បីដោះស្រាយបញ្ហា។ កម្មវិធី Cal MediConnect Ombuds Program មិនជាប់ពាក់ព័ន្ធនឹងយើង ឬក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រង ឬគម្រោងសុខភាពណាមួយឡើយ។ ពួកគេអាចជួយអ្នកដឹងថាត្រូវប្រើដំណើរការមួយណា។ លេខទូរសព្ទសម្រាប់ទំនាក់ទំនងកម្មវិធីការពារ

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅកាន់ Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan តាមលេខ 1-855-905-3825 (TTY:711) ម៉ោង 8:00 ព្រឹក – ម៉ោង 8:00 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅមក លេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលមើលនៅ www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect។



ក្តីឱ្យប្រជាពលរដ្ឋ Cal MediConnect Ombuds Program គឺ 1-855-501-3077។ សេវានេះគឺឥតគិតថ្លៃ
ទេ។ មើលជំពូកទី 2 សម្រាប់ព័ត៌មានអំពីកម្មវិធីការពារពលរដ្ឋ។

អ្នកក៏អាចទទួលបានជំនួយពីកម្មវិធីប្រឹក្សាការធានារ៉ាប់រង និងទ្រទ្រង់សុខភាពនេះផងដែរ

អ្នកក៏អាចទទួលបានការជួយពីកម្មវិធីស៊ូមតិ និងពិគ្រោះយោបល់ធានារ៉ាប់រងសុខភាព (HICAP) ផងដែរ។
ក្រុមអ្នកប្រឹក្សាយោបល់របស់ HICAP អាចឆ្លើយសំណួរ និងជួយឱ្យអ្នកយល់ដឹងនូវអ្វីដែលត្រូវធ្វើដើម្បី
ដោះស្រាយបញ្ហារបស់អ្នកបាន។ HICAP ពុំមានទំនាក់ទំនងជាមួយយើងខ្ញុំ ឬជាមួយក្រុមហ៊ុន
ធានារ៉ាប់រង ឬគម្រោងសុខភាពណាមួយឡើយ។ HICAP
បានបណ្តុះបណ្តាលអ្នកប្រឹក្សានៅក្នុងគ្រប់ខោនធី ទាំងអស់ ហើយសេវាកម្មគឺឥតគិតថ្លៃទេ។ លេខ
ទូរសព្ទ HICAP គឺ 1-800-434-0222។

ការទទួលបានជំនួយពី Medicare

អ្នកអាចទាក់ទង Medicare ដោយផ្ទាល់ដើម្បីទទួលបានជំនួយ ក្នុងការដោះស្រាយបញ្ហាផ្សេងៗ
នេះគឺជាវិធីចំនួនពីរដើម្បីទទួលបានជំនួយពី Medicare:

- ទាក់ទងតាមរយៈទូរសព្ទលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ
7 ថ្ងៃ ក្នុងមួយសប្តាហ៍។ TTY: 1-877-486-2048។ ការហៅមកលេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។
- ចូរមើលវេបសាយ Medicare នៅ www.medicare.gov ។

លោកអ្នកអាចទទួលបាន ជំនួយពីក្រសួងគ្រប់គ្រងការថែទាំសុខភាពរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា

ក្នុងកថាខណ្ឌនេះពាក្យ "សាទុក្ខ" មានន័យថាបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ឬបណ្តឹងអំពីសេវាកម្ម Medi-Cal
គម្រោងថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក ឬអ្នកផ្តល់សេវាមួយក្នុងចំណោមអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក ។

ក្រសួងគ្រប់គ្រងការថែទាំសុខភាពនៃរដ្ឋ California
ទទួលខុសត្រូវចំពោះការធ្វើនិយ័តកម្មគម្រោងធានារ៉ាប់រងសេវាកម្មថែទាំសុខភាព។ ប្រសិនបើអ្នក
មានបណ្តឹងជំទាស់នឹងគម្រោងសុខភាពរបស់អ្នក អ្នកគួរទូរសព្ទទៅគម្រោងសុខភាពរបស់អ្នកជា
មុនសិនតាមលេខ 1-855-905-3825 (TTY: 711) ហើយប្រើប្រាស់នីតិវិធីដោះស្រាយបណ្តឹងរបស់
គម្រោងសុខភាពរបស់អ្នក មុនពេលទាក់ទងមកក្រសួង។
ការប្រើនីតិវិធីបណ្តឹងសាទុក្ខនេះមិនបានរារាំងទប់ស្កាត់សិទ្ធិផ្លូវច្បាប់ឬដំណោះ
ស្រាយកែតម្រូវជាសក្តានុពលដែលអាចនឹងមានសម្រាប់រូបអ្នកនោះឡើយ។
ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយអំពីសាទុក្ខពាក់ព័ន្ធនឹងការសង្គ្រោះបន្ទាន់
សាទុក្ខដែលមិនត្រូវបានដោះស្រាយយ៉ាងពេញចិត្ត ដោយគម្រោងសុខភាព
របស់អ្នកឬសាទុក្ខនៅតែមិនអាចដោះស្រាយបានអស់រយៈពេលជាង 30 ថ្ងៃ
អ្នកអាចទូរសព្ទទៅកាន់ក្រសួងដើម្បីសុំជំនួយបាន។ អ្នកក៏អាចនឹងមានសិទ្ធិសាកសមទទួលបាន
ការត្រួតពិនិត្យសុខភាពវេជ្ជសាស្ត្រឯករាជ្យ (IMR) ផងដែរ។ ប្រសិនបើអ្នក
មានសិទ្ធិសាកសមទទួលបាន IMR ដំណើរការ IMR នោះនឹង
ផ្តល់ការត្រួតពិនិត្យសុខភាពឡើងវិញដោយឥតគិតថ្លៃលើសេចក្តីសម្រេចវេជ្ជសាស្ត្រ
ដែលធ្វើឡើងដោយគម្រោងធានារ៉ាប់រងសុខភាព ទាក់ទងនឹងភាពចាំបាច់
ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រនៃសេវាកម្ម ឬការព្យាបាលដែលបានស្នើឡើង សេចក្តីសម្រេច
ខាងធានារ៉ាប់រងសម្រាប់ការព្យាបាលដែលជាប្រភេទការដកពិសោធន៍



ឬការស៊ើបអង្កេតនិងវិវាទក្នុងរឿងទូទាត់ប្រាក់សម្រាប់សេវាកម្មវេជ្ជសាស្ត្រសង្គ្រោះបន្ទាន់
ឬភាពបន្ទាន់។ ក្រសួងក៏មានលេខទូរសព្ទគតិកថ្លៃមួយផងដែរ គឺលេខ **(1-888-466-2219)** និងខ្សែ
ទូរសព្ទ TTY **(1-877-688-9891)** សម្រាប់អ្នកកម្ពុជា។ វេបសាយរបស់ក្រសួង www.dmhca.gov
មានពាក្យបណ្តឹង ពាក្យសុំ IMR និង សេចក្តីណែនាំតាមអនឡាញ។

C. បញ្ហាជាមួយអត្ថប្រយោជន៍ផ្សេងៗរបស់អ្នក

C1. ការប្រើប្រាស់ដំណើរការសម្រាប់ការសម្រេចចំពោះការធានារ៉ាប់រងនិងការប្តឹងឧទ្ធរណ៍ ឬ សម្រាប់ការដាក់បណ្តឹង

បើអ្នកមានបញ្ហា ឬក្តីបារម្ភ សូមអានតែផ្នែកនៃជំពូកដែលពាក់ព័ន្ធនឹងស្ថានភាពរបស់អ្នកប៉ុណ្ណោះ។
តារាងខាងក្រោមនឹងជួយអ្នករកផ្នែកនៃជំពូកនេះដែលត្រូវនឹងបញ្ហា ឬបណ្តឹង។

តើបញ្ហាឬក្តីបារម្ភរបស់អ្នកគឺអំពីអត្ថប្រយោជន៍ ឬការរ៉ាប់រងរបស់អ្នកមែនទេ?

(វារួមមានបញ្ហាថា តើការថែទាំសុខភាព សេវាកម្ម និងជំនួយរយៈពេលយូរ
ឬវេជ្ជបញ្ជាឱសថត្រូវបានធានារ៉ាប់រងឬក៏អត់ វិធីរ៉ាប់រង
និងបញ្ហាពាក់ព័ន្ធនឹងការបង់ថ្លៃសេវាកម្មថែទាំសុខភាព ឬឱសថមានវេជ្ជបញ្ជា។)

បាទ/ចាស។ បញ្ហារបស់ខ្ញុំគឺទាក់ទងនឹង អត្ថប្រយោជន៍ ឬការធានារ៉ាប់រង។	ទេ។ បញ្ហារបស់ខ្ញុំ មិន ទាក់ទងនឹង អត្ថប្រយោជន៍ ឬការធានារ៉ាប់រង។
ចូរទៅកាន់ ផ្នែក D: “សេចក្តីសម្រេចលើ ការរ៉ាប់រង និងបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍” នៅលើទំព័រ 197 ។	រំលងទៅ ផ្នែក J: វិធីដាក់ពាក្យបណ្តឹង នៅលើទំព័រ 249 ។

D. សេចក្តីសម្រេចលើការរ៉ាប់រង និងបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍

D1. សេចក្តីសង្ខេបពីសេចក្តីសម្រេចលើការរ៉ាប់រង និងបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍

ដំណើរការក្នុងការស្នើសុំសេចក្តីសម្រេចលើការរ៉ាប់រង និងការដាក់បណ្តឹង
ឧទ្ធរណ៍អាចដោះស្រាយបញ្ហាដែលពាក់ព័ន្ធនឹងអត្ថប្រយោជន៍ និងការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកបាន។
វាក៏រួមបញ្ចូលបញ្ហាការបង់ថ្លៃផងដែរ។ អ្នកមិនទទួលខុសត្រូវចំពោះការចំណាយរបស់ Medicare ទេ
ប៉ុន្តែលើកលែងការចំណាយចូលគ្នាសម្រាប់កម្មវិធីឱសថតាមផ្នែក D។

តើសេចក្តីសម្រេចលើការរ៉ាប់រងគឺជាអ្វី?

សេចក្តីសម្រេចលើការរ៉ាប់រងជាសេចក្តីសម្រេចបឋមដែលយើងខ្ញុំធ្វើឡើងអំពីអត្ថប្រយោជន៍ និងការ
ធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នក ឬអំពីចំនួនទឹកប្រាក់ដែលយើងខ្ញុំនឹងបង់ថ្លៃលើសេវាកម្ម សម្ភារ ឬ



ឱសថរបស់អ្នក។ យើងខ្ញុំនឹងធ្វើសេចក្តីសម្រេចលើការរ៉ាប់រងនៅពេលយើងខ្ញុំសម្រេចថា
ត្រូវធានាលើអ្វីខ្លះជូនអ្នក ហើយត្រូវចំណាយអស់ប៉ុន្មាន។

បើអ្នក ឬវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកមិនច្បាស់ពីសេវាកម្មសម្រាប់ឬឱសថដែល Medicare ឬ Medi-Cal
ផ្តល់ជូនអ្នកទេនោះ អ្នកណាម្នាក់ក្នុងចំណោមអ្នកទាំងពីរអាចស្នើសុំសេចក្តីសម្រេចលើការរ៉ាប់រងមុន
ពេលវេជ្ជបណ្ឌិតផ្តល់សេវាកម្ម សម្ភារ ឬឱសថបាន។

តើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍គឺជាអ្វី?

បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ គឺជាវិធីផ្លូវការក្នុងការស្នើសុំឲ្យយើងពិនិត្យ
ឡើងវិញនូវការសម្រេចចិត្តរបស់យើងហើយផ្លាស់ប្តូរវាប្រសិនបើអ្នកគិតថាយើងបានប្រព្រឹត្តកំហុស។
ឧទាហរណ៍ យើងខ្ញុំអាចសម្រេចចិត្តថា សេវាកម្ម សម្ភារ ឬឱសថដែលអ្នកចង់បានពុំទទួលបាន
ការរ៉ាប់រង ឬពុំមានការធានាបន្តពី Medicare ឬ Medi-Cal ទៀតទេ។ បើអ្នក ឬវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក
មិនឯកភាពនឹងសេចក្តីសម្រេចរបស់យើងខ្ញុំទេ អ្នកអាចដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍បាន។

D2. ការទទួលបានជំនួយចំពោះសេចក្តីសម្រេចលើការរ៉ាប់រង និងបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍

តើខ្ញុំអាចទាក់ទងសុំជំនួយអំពីសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង និងការដាក់បណ្តឹង ឧទ្ធរណ៍ពីអ្នកណា?

អ្នកអាចទាក់ទងសុំជំនួយពីបុគ្គលណាម្នាក់ក្នុងចំណោមនេះ៖

- ទូរសព្ទមកកាន់ផ្នែកបម្រើសេវាអតិថិជនតាមរយៈលេខ៖ 1-855-905-3825 (TTY:711)។
- សូមទូរសព្ទទៅកាន់កម្មវិធី **Cal MediConnect Ombuds Program** ដើម្បីស្នើសុំជំនួយ
ដោយឥតគិតថ្លៃ។ The Cal MediConnect Ombuds Program អាចជួយអ្នកដែលបានចុះ
ឈ្មោះក្នុង Cal MediConnect ឱ្យទទួលបានសេវាកម្ម ឬដោះស្រាយបញ្ហាវិក្កយបត្របាន។
លេខទូរសព្ទសម្រាប់ទំនាក់ទំនងគឺ 1-855-501-3077។
- សូមទូរសព្ទទៅកាន់កម្មវិធីប្រឹក្សាយោបល់ និងគាំពារលើការធានារ៉ាប់រងសុខភាព (HICAP)
ដើម្បីទទួលបានជំនួយដោយឥតគិតថ្លៃ។ HICAP គឺជាអង្គភាពឯករាជ្យមួយ។
វាពុំមានទំនាក់ទំនងជាមួយគម្រោងនេះទេ។ លេខទូរសព្ទគឺលេខ 1-800-434-0222 ។
- សូមទូរសព្ទទៅកាន់ **មជ្ឈមណ្ឌលជំនួយនៅក្រសួងគ្រប់គ្រងការថែទាំសុខភាព (DMHC)** ដើម្បី
ស្នើសុំជំនួយដោយឥតគិតថ្លៃ។ DMHC គឺទទួលខុសត្រូវក្នុងការដាក់បញ្ញត្តិផែនការសុខភាព។
DMHC ជួយដល់អ្នកដែលចុះឈ្មោះក្នុងកម្មវិធី Cal MediConnect ក្នុងការរៀបចំពាក្យបណ្តឹង
ឧទ្ធរណ៍ និងបណ្តឹងអំពីសេវាកម្មរបស់កម្មវិធី Medi-Cal ។ លេខទូរសព្ទគឺ 1-888-466-2219។
បុគ្គលដែលផ្តល់ ត្រចៀកច្រន់ ឬ គ អាចប្រើលេខទូរសព្ទ TTY ដោយឥតគិតថ្លៃតាមរយៈលេខ
1-877-688-9891។
- សូមពិគ្រោះជាមួយនឹងគ្រូពេទ្យរបស់អ្នក ឬ អ្នកផ្តល់សេវាផ្សេងទៀត។ គ្រូពេទ្យ ឬ អ្នកផ្តល់
សេវាដទៃទៀតរបស់អ្នកអាចស្នើសុំសេចក្តីសម្រេចលើការរ៉ាប់រង ឬ បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ក្នុងនាម
ជាតំណាងឱ្យអ្នកបាន។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅកាន់ Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan តាមលេខ
1-855-905-3825 (TTY:711) ម៉ោង 8:00 ព្រឹក – ម៉ោង 8:00 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅមក
លេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** សូមចូលមើលនៅ

www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect។



- សូមពិគ្រោះជាមួយនឹង **មិត្តភក្តិឬសមាជិកគ្រួសារ** និងសុំឱ្យគេធ្វើជំនួសអ្នក។
អ្នកអាចលើកឈ្មោះបុគ្គលម្នាក់ទៀតឱ្យធ្វើជា “តំណាង” របស់អ្នក ដើម្បីស្នើសុំសេចក្តីសម្រេចលើការរ៉ាប់រង ឬដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍។
 - បើអ្នកចង់ឱ្យមិត្តភក្តិ សាច់ញាតិ ឬ បុគ្គលដទៃទៀតធ្វើជាតំណាងរបស់អ្នក សូមទូរសព្ទទៅផ្នែកបម្រើសេវាអភិវឌ្ឍន៍ ហើយសួររកទម្រង់ពាក្យ “ការចាត់តាំងជាតំណាង”។ អ្នកក៏អាចទទួលបានទម្រង់ពាក្យនេះ ដោយចូលទៅវេបសាយ www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf ។
បែបបទនឹងផ្តល់ការអនុញ្ញាតឱ្យបុគ្គលរូបនោះធ្វើជាតំណាងរបស់អ្នក។ អ្នកត្រូវផ្តល់ឱ្យយើងខ្ញុំនូវច្បាប់ចម្លងនៃបែបបទដែលចុះហត្ថលេខារួច។
- **អ្នកក៏មានសិទ្ធិស្នើឱ្យមេធាវីមួយរូប** ធ្វើជាតំណាងរបស់អ្នកផងដែរ។
អ្នកអាចទាក់ទងមេធាវីផ្ទាល់ខ្លួន ឬសុំឈ្មោះមេធាវីមួយរូបពីសមាគមមេធាវីក្នុងតំបន់ ឬសេវាមេធាវីផ្សេងទៀត។ ក្រុមអ្នកច្បាប់ខ្លះនឹងផ្តល់ជូនអ្នកនូវសេវាផ្លូវច្បាប់ដោយឥតគិតថ្លៃ បើអ្នកបំពេញតាមលក្ខខណ្ឌ។ បើអ្នកចង់ឱ្យមេធាវីមួយរូបធ្វើជាតំណាង អ្នកត្រូវបំពេញបែបបទចាត់តាំងតំណាង។ អ្នកអាចស្នើសុំមេធាវីជំនួយផ្លូវច្បាប់ពីសម្ព័ន្ធអ្នកប្រើប្រាស់សេវាសុខភាព (Health Consumer Alliance) តាមរយៈលេខ 1-888-804-3536។
 - ទោះជាយ៉ាងណា **អ្នកមិនចាំបាច់មានមេធាវី** ដើម្បីស្នើសុំការសម្រេចចិត្តណាមួយស្តីពីការរ៉ាប់រងឬធ្វើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ក៏បានដែរ។

D3. ការប្រើប្រាស់ផ្នែកនៃជំពូកនេះដែលនឹងជួយអ្នក

មានស្ថានភាពខុសគ្នាប្រភេទដែលពាក់ព័ន្ធនឹងការសម្រេចចិត្តលើការធានារ៉ាប់រងនិងការដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍។ ស្ថានភាពនីមួយៗមានវិធានច្បាប់ និងកាលបរិច្ឆេទកំណត់ខុសៗគ្នា។ យើងខ្ញុំបែងចែកជំពូកនេះទៅជាផ្នែកផ្សេងគ្នាដើម្បីជួយអ្នកស្វែងរកវិធានច្បាប់ដែលអ្នកត្រូវគោរពតាម។
អ្នកត្រូវអានតែផ្នែកណាដែលត្រូវនឹងបញ្ហារបស់អ្នកប៉ុណ្ណោះ៖

- **ផ្នែក E នៅលើទំព័រ 199** ផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវព័ត៌មាននានា ប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហាអំពីសេវាកម្មសម្ភារៈ និងឱសថ (ប៉ុន្តែ **មិនមែន** ឱសថផ្នែក D ទេ) ។ ឧទាហរណ៍ សូមប្រើផ្នែកនេះបើ៖
 - អ្នកមិនទទួលបានការថែទាំសុខភាពដែលអ្នកចង់បានហើយអ្នកជឿថាផែនការរបស់យើងគ្របដណ្តប់ការថែទាំនេះ។
 - យើងខ្ញុំមិនបានឯកភាពលើសេវាកម្ម សម្ភារ ឬឱសថដែលវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកចង់ផ្តល់ឱ្យអ្នកទេ ហើយអ្នកយល់ថាសេវាថែទាំនេះត្រូវមានការធានា។
- **កំណត់សម្គាល់៖** ប្រើតែផ្នែក E ប្រសិនបើឱសថទាំងនេះជាឱសថ **មិន** មានការគ្របដណ្តប់ពីឱសថផ្នែក D នៅក្នុង *បញ្ជីរាយឈ្មោះឱសថដែលមានការរ៉ាប់រងដែលគេកំណត់ផងដែរថាជា បញ្ជីឱសថ ជាមួយនឹង “NPD”* មិនមានការគ្របដណ្តប់ពីផ្នែក D ទេ។ សូមមើលផ្នែក F នៅទំព័រ 218 សម្រាប់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍សម្រាប់ឱសថផ្នែក D។



- អ្នកបានទទួលការថែទាំ ឬសេវាកម្មសុខភាពដែលអ្នកយល់ថាគួរមានការធានា ប៉ុន្តែ យើងខ្ញុំនឹងមិនបង់ថ្លៃចំពោះតំបន់នេះទេ។
- អ្នកទទួលបាន និងចំណាយប្រាក់លើសម្ភារ ឬសេវាកម្មថែទាំ សុខភាពដែលអ្នកយល់ថាគួរមានការធានា ហើយអ្នកចង់ឲ្យយើងខ្ញុំផ្តល់ការ ចំណាយលើការបង់ថ្លៃនោះទៅអ្នកវិញ។
- អ្នកទទួលបានព័ត៌មានថា ការធានារ៉ាប់រងសម្រាប់ការថែទាំសុខភាពដែលអ្នកបានទទួល នឹងត្រូវកាត់បន្ថយ ឬបញ្ចប់ ហើយអ្នកមិនឯកភាពនឹងសេចក្តីសម្រេចនេះ។
 - **កំណត់សម្គាល់:** បើការធានារ៉ាប់រងដែលនឹងត្រូវបញ្ចប់គឺសម្រាប់សេវា ថែទាំសុខភាពនៅមន្ទីរពេទ្យ នៅផ្ទះ មណ្ឌលថែសុខភាពជំនាញ ឬសេវាកម្មកន្លែង ស្តារនីតិសម្បទាជំរុញ (CORF) អ្នកត្រូវ អានផ្នែកដោយឡែកមួយនៃជំពូកនេះព្រោះវិធានច្បាប់ ពិសេសនិងអនុវត្តលើប្រភេទការថែទាំទាំងនេះ។ សូមមើលផ្នែក G និង H នៅលើទំព័រ 232 និង 240 ។
- **ផ្នែក F នៅលើទំព័រ 218** ផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវព័ត៌មានអំពីឱសថផ្នែក D ។ ឧទាហរណ៍ សូមប្រើផ្នែកនេះបើ៖
 - អ្នកចង់ស្នើសុំយើងឱ្យផ្តល់ករណីលើកលែងដើម្បីរ៉ាប់រងឱសថផ្នែក D ដែលមិនមាននៅក្នុង បញ្ជីឱសថរបស់យើង។
 - អ្នកចង់ឲ្យយើងខ្ញុំលើកលែងការកំណត់លើបរិមាណឱសថដែលអ្នកអាចទទួលបាន។
 - អ្នកចង់ឲ្យយើងខ្ញុំធានាលើឱសថដែលតម្រូវឲ្យមានការអនុញ្ញាតជាមុន។
 - យើងខ្ញុំមិនបានឯកភាពចំពោះសំណើ ឬករណីលើកលែងរបស់អ្នកទេ ហើយអ្នក ឬវេជ្ជបណ្ឌិត ឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាដទៃទៀតរបស់អ្នកយល់ថា យើងខ្ញុំគួរតែឯកភាព។
 - អ្នកចង់ឲ្យយើងខ្ញុំបង់ថ្លៃវេជ្ជបញ្ជាឱសថដែលអ្នកបានទិញរួច។ (នេះគឺដើម្បីស្នើសុំសេចក្តីសម្រេចលើការរ៉ាប់រងចំពោះបង់ថ្លៃ។)
- **ផ្នែក G នៅលើទំព័រ 232** ផ្តល់ព័ត៌មានអំពីការស្នើយើងខ្ញុំឲ្យធានារ៉ាប់រងលើការស្នាក់នៅ មន្ទីរពេទ្យរយៈពេលយូរ ប្រសិនបើអ្នកយល់ថាវេជ្ជបណ្ឌិតឲ្យ អ្នកចាកចេញពីមន្ទីរពេទ្យឆាប់ពេក។ សូមប្រើផ្នែកនេះបើ៖
 - អ្នកកំពុងស្នាក់នៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យ ហើយយល់ថា វេជ្ជបណ្ឌិតឲ្យ អ្នកចាកចេញពីមន្ទីរពេទ្យឆាប់ពេក។
- **ផ្នែក H នៅលើទំព័រ 240** ផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវព័ត៌មាន ប្រសិនបើអ្នកគិតថាការថែទាំ សុខភាពតាមផ្ទះរបស់អ្នក ការថែទាំតាមមណ្ឌលថែទាំមនុស្សចាស់ជំនាញ និងការផ្តល់សេវាស្តារនីតិសម្បទាទូទៅសម្រាប់អ្នកជំងឺក្រោមមន្ទីរពេទ្យ (CORF) កំពុង តែបញ្ចប់ឆាប់ពេក ។



បើសិនអ្នកមិនប្រាកដថានឹងត្រូវប្រើផ្នែកណាមួយ សូមទូរសព្ទមកកាន់ផ្នែកបម្រើសេវា
អតិថិជនតាមរយៈលេខ 1-855-905-3825 (TTY: 711)។

ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយឬព័ត៌មានផ្សេងៗសូមទូរសព្ទមកកម្មវិធី Cal MediConnect Ombuds
តាមរយៈលេខ 1-855-501-3077។

E. បញ្ហាអំពីសេវាកម្ម សម្ភារៈ និងឱសថ (ពុំមែនកម្មវិធីឱសថតាមផ្នែក D ទេ)

E1. តើប្រើផ្នែកនេះនៅពេលណា

ផ្នែកនេះនិយាយពីអ្វីដែលអ្នកត្រូវធ្វើបើមានបញ្ហាជាមួយអត្ថប្រយោជន៍ចំពោះវេជ្ជសាស្ត្រ
សុខភាពស្មារតី ព្រមទាំងសេវានានា និង ជំនួយឧបត្ថម្ភរយៈពេលវែង (LTSS)។
អ្នកក៏អាចប្រើផ្នែកនេះស្តីពីបញ្ហាជាមួយនឹងឱសថ ដែលមិនរ៉ាប់រងដោយផ្នែក D រួមទាំងឱសថ
Medicare ផ្នែក B។ ឱសថនៅក្នុងបញ្ជីឱសថ ដែលមាន “NPD” គឺ **មិន** មានការគ្របដណ្តប់ពីផ្នែក D
នោះទេ។ ចូរប្រើផ្នែក F សម្រាប់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ឱសថផ្នែក D ។

ផ្នែកនេះនឹងប្រាប់ថាត្រូវធ្វើដូចម្តេចខ្លះបើអ្នកស្ថិតនៅក្នុង
ស្ថានភាពណាមួយក្នុងចំណោមស្ថានភាពខាងក្រោមនេះ៖

1. អ្នកយល់ថាយើងរ៉ាប់រងលើវេជ្ជសាស្ត្រ ប្រក្រតីភាពផ្នែកឥរិយាបថ (សុខភាពផ្លូវចិត្ត) ឬសេវានានា
និង ជំនួយឧបត្ថម្ភរយៈពេលវែង (LTSS) ដែលអ្នកត្រូវការ ប៉ុន្តែអ្នកពុំទទួលបាននោះទេ។

អ្វីដែលអ្នកអាចធ្វើបាន៖ អ្នកអាចស្នើសុំសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងពីយើងបាន។
ទៅកាន់ផ្នែក E2 នៅលើទំព័រ ²⁰² ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានស្តីពីការស្នើសុំការសម្រេចលើការធានា
រ៉ាប់រង។

2. យើងមិនឯកភាពលើការថែទាំសុខភាពដែលវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកចង់ផ្តល់ជូនអ្នកទេ ហើយ
អ្នកយល់ថាយើងគួរតែទទួលបានការឯកភាព។

អ្វីដែលអ្នកអាចធ្វើបាន៖ អ្នកអាចប្តឹងឧទ្ធរណ៍អំពីសេចក្តីសម្រេចរបស់យើងមិនឲ្យ
អនុម័តលើការថែទាំ។ ចូលទៅផ្នែក E3 នៅលើទំព័រ ²⁰⁴
សម្រាប់ព័ត៌មានស្តីពីការធ្វើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍។

3. អ្នកបានទទួលសេវាកម្មឬវត្ថុដែលអ្នកគិតថាយើងគ្របដណ្តប់ប៉ុន្តែយើងនឹងមិនបង់ប្រាក់។

អ្វីដែលអ្នកអាចធ្វើបាន៖ អ្នកអាចប្តឹងឧទ្ធរណ៍អំពីសេចក្តីសម្រេចរបស់យើងមិនឲ្យបង់ថ្លៃ។
ចូលទៅផ្នែក E3 នៅលើទំព័រ ²⁰⁴ សម្រាប់ព័ត៌មានស្តីពីការធ្វើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍។

4. លោកអ្នកទទួលបាន និងបង់ថ្លៃសម្ភារៈ ឬសេវាកម្ម ដែលអ្នកយល់ថាមានការធានារ៉ាប់រង ហើយ
អ្នកចង់ឲ្យយើងសងការចំណាយសម្រាប់សេវាកម្ម ឬសម្ភារៈទាំងនោះទៅអ្នកវិញ។

អ្វីដែលអ្នកអាចធ្វើបាន៖ អ្នកអាចស្នើគម្រោងនេះធ្វើសងការចំណាយទៅអ្នកវិញ។ ចូលទៅផ្នែក
E5 នៅលើទំព័រ ²¹⁶ សម្រាប់ព័ត៌មានស្តីពីការស្នើសុំឱ្យយើងបង់ប្រាក់។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅកាន់ Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan តាមលេខ
1-855-905-3825 (TTY:711) ម៉ោង 8:00 ព្រឹក – ម៉ោង 8:00 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅមក
លេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** សូមចូលមើលនៅ

www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect។



5. យើងបានកាត់បន្ថយឬបញ្ឈប់ការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកសម្រាប់សេវាកម្មជាក់លាក់ណាមួយហើយ អ្នកមិនយល់ព្រមចំពោះការសម្រេចរបស់យើង។

អ្វីដែលអ្នកអាចធ្វើបាន: អ្នកអាចដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ចំពោះសេចក្តីសម្រេចរបស់យើង ដើម្បីកាត់បន្ថយឬបញ្ឈប់សេវាកម្មនេះបាន។ ចូលទៅផ្នែក E3 នៅលើទំព័រ 204 សម្រាប់ព័ត៌មានស្តីពីការធ្វើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍។

កំណត់សម្គាល់: បើការធានារ៉ាប់រងដែលនឹងត្រូវបញ្ឈប់គឺសម្រាប់សេវា ថែទាំសុខភាពនៅមន្ទីរពេទ្យ នៅផ្ទះ មណ្ឌលថែទាំសុខភាពជំនាញ ឬសេវាកម្មកន្លែងស្នាក់នៅគិល្បៈ ជំងឺ (CORF) វិធានច្បាប់ពិសេសនឹងត្រូវយកមកអនុវត្ត។ សូមអានផ្នែក G ឬ H នៅលើទំព័រ 232 និង 240 ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែម។

E2. ការស្នើសុំសេចក្តីសម្រេចលើការរ៉ាប់រង

វិធីស្នើសុំសេចក្តីសម្រេចលើការរ៉ាប់រងដើម្បីទទួលបានសេវាកម្មវេជ្ជសាស្ត្រ ឥរិយាបថសុខភាព ឬសេវានានា និងជំនួយឧត្តម រយៈពេលវែងពិតប្រាកដណាមួយ (សេវាកម្ម MSSP, CBAS ឬ NF)

ដើម្បីស្នើសុំសេចក្តីសម្រេចលើការរ៉ាប់រង សូមទាក់ទងតាមរយៈទូរសព្ទ សរសេរ ឬទូរសារទៅយើងខ្ញុំ ឬក៏ឱ្យកំណាង ឬវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកស្នើសុំសេចក្តីសម្រេចពីយើងខ្ញុំក៏បាន។

- អ្នកអាចទូរសព្ទមកយើងតាមរយៈលេខ៖ 1-855-905-3825 TTY: 711។
- អ្នកអាចផ្ញើទូរសារមកយើងតាមរយៈលេខ៖ 1-323-889-6577
- អ្នកអាចសរសេរសំបុត្រមកយើងតាមអាសយដ្ឋាន៖ Blue Shield of California Promise Health Plan Customer Care
601 Potrero Grande Drive, Monterey Park, CA 91755

តើការទទួលបានសេចក្តីសម្រេចលើការរ៉ាប់រងត្រូវការរយៈពេលប៉ុន្មានដែរ?

បន្ទាប់ពីអ្នកស្នើសុំ ហើយយើងទទួលបានព័ត៌មានទាំងអស់ ដែលយើងត្រូវការ ជាធម្មតាប្រើពេល 5 ថ្ងៃនៃថ្ងៃធ្វើការដើម្បីឱ្យយើងធ្វើការសម្រេច លុះត្រាតែសំណើរបស់អ្នកគឺសម្រាប់ឱសថតាម វេជ្ជបញ្ជាផ្នែក B នៃគម្រោង Medicare។ ប្រសិនបើការស្នើសុំរបស់អ្នកគឺសម្រាប់ឱសថ តាមវេជ្ជបញ្ជាផ្នែក B របស់ Medicare យើងនឹងផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវការសម្រេចមិនលើសពី 72 ម៉ោង បន្ទាប់ពីយើងបានទទួលសំណើរបស់អ្នក។

ប្រសិនបើយើងមិនផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវការសម្រេចចិត្តរបស់យើង ក្នុងរយៈពេល 14 ថ្ងៃនៃថ្ងៃប្រតិទិននេះនោះ (ឬ 72 ម៉ោងសម្រាប់ឱសថ ដែលមានវេជ្ជបញ្ជារបស់ Medicare ផ្នែក B) អ្នកអាចប្តឹងឧទ្ធរណ៍បាន។

ពេលខ្លះយើងខ្ញុំត្រូវការពេលវេលាបន្ថែម ហើយយើងខ្ញុំនឹងផ្ញើលិខិតជូនដំណឹងអ្នកថា យើងខ្ញុំ ត្រូវការរយៈពេលរហូតដល់ 14 ថ្ងៃ ថែមទៀត។ លិខិតនេះនឹងពន្យល់ពីមូលហេតុដែលត្រូវការពេលវេលាច្រើនទៀត។ យើងមិនអាចចំណាយពេលបន្ថែម ដើម្បីផ្តល់ការសម្រេចចិត្តដល់អ្នកនោះទេ ប្រសិនបើសំណើរបស់អ្នកគឺសម្រាប់ឱសថ ដែលមានវេជ្ជបញ្ជារបស់ Medicare ផ្នែក B ។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅកាន់ Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan តាមលេខ 1-855-905-3825 (TTY:711) ម៉ោង 8:00 ព្រឹក – ម៉ោង 8:00 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅមក លេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** សូមចូលមើលនៅ

www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect។



តើខ្ញុំអាចទទួលបានសេចក្តីសម្រេចលើការរ៉ាប់រងកាន់តែរហ័សជាងនេះទៀតបានទេ?

បាទ/ចាស។ បើអ្នកត្រូវការចម្លើយរហ័សជាងនេះដោយសារតែសុខភាពរបស់អ្នក សូមស្នើយើងខ្ញុំឱ្យធ្វើ "សេចក្តីសម្រេចឱ្យរហ័សលើ ការធានារ៉ាប់រង"។ ប្រសិនបើយើងយល់ស្របនឹងសំណើនេះ យើងនឹងជូនដំណឹងដល់អ្នកអំពីការសម្រេចចិត្តរបស់យើងក្នុងរយៈពេល 72 ម៉ោង (ឬក្នុងរយៈពេល 24 ម៉ោងសម្រាប់ឱសថដែលមានវេជ្ជបញ្ជា Medicare ផ្នែក B)។

ប៉ុន្តែ ពេលខ្លះយើងខ្ញុំត្រូវការពេលវេលាបន្ថែម ហើយយើងខ្ញុំនឹងផ្ញើលិខិតជូនដំណឹងអ្នកថា យើងខ្ញុំ ត្រូវការរយៈពេលរហូតដល់ 14 ថ្ងៃ នៃ ថ្ងៃតាមប្រតិទិន។ លិខិតនេះនឹងពន្យល់ពីមូលហេតុដែលត្រូវការពេលវេលាច្រើនទៀត។ យើងមិនអាចចំណាយពេលបន្ថែម ដើម្បីផ្តល់ការសម្រេចចិត្តដល់អ្នកនោះទេ ប្រសិនបើសំណើរបស់អ្នកគឺសម្រាប់ឱសថ ដែលមានវេជ្ជបញ្ជារបស់ Medicare ផ្នែក B ។

វាក្យស័ព្ទច្បាប់ សម្រាប់ “ការសម្រេចស្តីពីការរ៉ាប់រងឆាប់រហ័ស” គឺ “ការពន្លឿនសេចក្តីសម្រេច។”

ការស្នើសុំសេចក្តីសម្រេចលើការរ៉ាប់រង:

- ចាប់ផ្តើមដោយទូរសព្ទ ឬ ផ្ញើទូរសារស្នើឱ្យយើងធានារ៉ាប់រងលើការថែទាំដែលអ្នកចង់បាន។
- ទូរសព្ទមកលេខ 1-855-905-3825 ឬផ្ញើទូរសារមកលេខ 1-323-889-5049។
- សូមរកមើលព័ត៌មានលម្អិតផ្សេងទៀតអំពីរបៀបទាក់ទងមកយើងនៅក្នុងជំពូកទី 2។

អ្នកក៏អាចស្នើឱ្យអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក ឬ អ្នកគំណាងរបស់អ្នកស្នើសុំ ការសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងឆាប់រហ័សសម្រាប់អ្នកផងដែរ។

នេះគឺជាវិធានច្បាប់សម្រាប់ស្នើសុំសេចក្តីសម្រេចលើការរ៉ាប់រង:

អ្នកត្រូវបំពេញតាមលក្ខខណ្ឌចំនួនពីរដើម្បីទទួលបានសេចក្តីសម្រេចលើការរ៉ាប់រងរហ័ស។

1. អ្នកអាចទទួលបានសេចក្តីសម្រេចលើ ការរ៉ាប់រង រហ័សលុះត្រាតែ **អ្នកស្នើសុំការធានារ៉ាប់រងសេវាថែទាំសុខភាព ឬសម្ភារ ដែលអ្នកមិនទាន់ទទួលបាន។** (អ្នកមិនអាចទទួលបានសេចក្តីសម្រេចលើការរ៉ាប់រង ឆាប់រហ័សនោះទេ ប្រសិនបើសំណើរបស់អ្នកគឺអំពីការបង់ថ្លៃសេវាថែទាំសុខភាព ឬសម្ភារៈ ដែលអ្នកបានទទួលរួចហើយ។)
2. អ្នកអាចទទួលបានសេចក្តីសម្រេចលើ ការរ៉ាប់រង ឆាប់រហ័ស លុះត្រាតែពេលវេលាដាក់ណាត់ 14 ថ្ងៃនៃថ្ងៃប្រតិទិនតាមស្តង់ដារ (ឬពេលកំណត់ 72 ម៉ោងសម្រាប់ឱសថ ដែលមានវេជ្ជបញ្ជារបស់ Medicare ផ្នែក B) អាចបង្កគ្រោះថ្នាក់ធ្ងន់ធ្ងរដល់សុខភាពរបស់អ្នក ឬ ប៉ះពាល់ដល់សមត្ថភាពមុខងាររាងកាយរបស់អ្នក។
 - ប្រសិនបើគ្រូពេទ្យរបស់អ្នកមានប្រសាសន៍ថាអ្នកត្រូវការសម្រេចស្តីពីការរ៉ាប់រងយ៉ាងឆាប់យើងនឹងផ្តល់ជូនអ្នកនូវការសម្រេចមួយដោយឆ្លើយតប។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅកាន់ Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan តាមលេខ 1-855-905-3825 (TTY:711) ម៉ោង 8:00 ព្រឹក – ម៉ោង 8:00 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅមក លេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** សូមចូលមើលនៅ www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect។



- ប្រសិន បើអ្នកស្នើសុំការសម្រេចស្តីពីការរ៉ាប់រងយ៉ាងឆាប់រហ័សដោយគ្មានការគាំទ្រពីវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក យើងនឹងសម្រេចថា តើអ្នកទទួលបានការសម្រេចស្តីពីការរ៉ាប់រងយ៉ាងឆាប់រហ័សឬយ៉ាងណាដែរ។
 - បើយើងខ្ញុំសម្រេចថា សុខភាពរបស់អ្នកមិនបំពេញតាមលក្ខខណ្ឌសេចក្តីសម្រេចលើការរ៉ាប់រងទេ យើងខ្ញុំនឹងផ្ញើសំបុត្រមួយច្បាប់ជូនអ្នក។ យើងក៏នឹងប្រើរយៈពេលកំណត់ 14 ថ្ងៃនៃថ្ងៃប្រតិទិនតាមស្តង់ដារ (ឬពេលកំណត់ 72 ម៉ោងសម្រាប់ឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជារបស់ Medicare ផ្នែក B) ជំនួសវិញ។
 - សំបុត្រនេះនឹងប្រាប់អ្នកថា បើវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកស្នើសុំសេចក្តីសម្រេចលើការរ៉ាប់រង យើងខ្ញុំនឹងផ្តល់ជូនអ្នកមួយដោយស្វ័យប្រវត្តិ។
 - សំបុត្រនោះក៏នឹងប្រាប់អ្នកពីវិធីដាក់ "បណ្តឹងរហ័ស" អំពីការសម្រេចចិត្តរបស់យើងខ្ញុំ ដើម្បីផ្តល់ជូនអ្នកនូវសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងស្តង់ដារជំនួសសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងរហ័ស។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីដំណើរការនៃការធ្វើពាក្យបណ្តឹង រួមទាំងពាក្យបណ្តឹងឆាប់រហ័ស សូមមើលផ្នែកទី J នៅលើទំព័រ 249 ។

ប្រសិនបើសេចក្តីសម្រេចបដិសេធ មិនទទួលបានការរ៉ាប់រងតើខ្ញុំធ្វើយ៉ាងណាបានដឹង?

បើចម្លើយគឺ **ទេ** យើងខ្ញុំនឹងផ្ញើលិខិតមួយច្បាប់ជូនអ្នកដើម្បីប្រាប់ពីមូលហេតុ **បដិសេធ**។

- បើយើងខ្ញុំនិយាយថា **ទេ** អ្នកមានសិទ្ធិស្នើឱ្យយើងខ្ញុំពិចារណាឡើងវិញ ហើយធ្វើការកែប្រែសេចក្តីសម្រេចនេះតាមរយៈការដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍។ ការដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍គឺជាការស្នើយើងខ្ញុំឱ្យពិនិត្យសេចក្តីសម្រេចរបស់យើងខ្ញុំឡើងវិញ ដើម្បីបដិសេធការរ៉ាប់រង។
- ប្រសិនបើអ្នកសម្រេចធ្វើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ វាមានន័យថាអ្នកកំពុងបន្តទៅកាន់ កម្រិតទី 1 នៃដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ (អាស្រ័យផ្នែកបន្ទាប់សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម) ។

E3. បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 1 ចំពោះសេវាកម្ម សម្ភារៈ និងឱសថ (ពុំមែនកម្មវិធីឱសថតាមផ្នែក D ទេ)

តើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍គឺជាអ្វី?

បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ គឺជាវិធីផ្តល់ការក្នុងការស្នើសុំឱ្យយើងពិនិត្យឡើងវិញនូវការសម្រេចចិត្តរបស់យើងហើយផ្លាស់ប្តូរវាប្រសិនបើអ្នកគិតថាយើងបានប្រព្រឹត្តកំហុស។ បើអ្នក ឬ វេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកមិនឯកភាពនឹងសេចក្តីសម្រេចរបស់យើងទេ អ្នកអាចដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍បាន។



ទិដ្ឋភាពទូទៅ: របៀបដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 1

អ្នក ឬ វេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក ឬ គណៈរងរបស់អ្នកអាចដាក់សំណើរបស់អ្នកជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ និង ផ្ញើតាមប្រៃសណីយ៍ ឬផ្ញើជាទូរសារមកកាន់យើងខ្ញុំ។ អ្នកក៏អាចស្នើសុំបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ដោយទាក់ទងតាម ទូរសព្ទមកយើងផងដែរ។

- សូមស្នើសុំក្នុងកំឡុងពេល 60 ថ្ងៃនៃថ្ងៃតាមប្រតិទិនដែលអ្នកសម្រេចដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍។ ប្រសិនបើអ្នកខកពេលកំណត់ ហើយមានមូលហេតុសមស្រប អ្នកក៏នៅតែអាចដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍បាន (សូមមើលទំព័រ 200)។
- ប្រសិនបើអ្នកប្តឹងឧទ្ធរណ៍ដោយសារតែយើងបានប្រាប់អ្នកថាសេវាកម្ម ដែលអ្នកទទួលបាននឹងត្រូវផ្លាស់ប្តូរប្រព័ន្ធ អ្នកមានពេលកំណត់ជាមុនដើម្បីប្តឹងឧទ្ធរណ៍ ប្រសិនបើអ្នកចង់បន្តទទួលបានសេវាកម្មបច្ចុប្បន្ន ខណៈពេលដែលបណ្តឹង ឧទ្ធរណ៍របស់អ្នកកំពុងដំណើរការ (សូមមើលទំព័រ 240)។
- បន្តអានផ្នែកនេះដើម្បីស្វែងយល់អំពីពេលវេលាកំណត់ដែលត្រូវអនុវត្តចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក។

ក្នុងករណីភាគច្រើន អ្នកត្រូវចាប់ផ្តើមបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នកពីកម្រិត 1។ ប្រសិនបើអ្នកមិនចង់ដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍លើកដំបូងទៅនឹងគម្រោងអំពីសេវា Medi-Cal ឬបើសិនជា បញ្ហាសុខភាពរបស់អ្នកបន្ទាន់ ឬទាក់ទងនឹងការគំរាមកំហែង ភ្លាមៗនិងធ្ងន់ធ្ងរដល់សុខភាពរបស់អ្នក ឬបើសិនជាអ្នកមានការឈឺចុកចាប់ធ្ងន់ធ្ងរ និងត្រូវការការសម្រេចចិត្តភ្លាមៗ អ្នកអាចស្នើសុំការពិនិត្យបែបវេជ្ជសាស្ត្រឯករាជ្យពីក្រសួង Department of Managed Health Care នៅ www.dmhc.ca.gov ។ សូមចូលទៅកាន់ទំព័រ 181 សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយក្នុងអំឡុងពេលដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ អ្នកអាចទូរសព្ទទៅ Cal MediConnect Ombuds Program តាមលេខ 1-855-501-3077 ។ កម្មវិធី Cal MediConnect Ombuds Program មិនជាប់ពាក់ព័ន្ធនឹងគម្រោងរបស់យើង ឬក្រុមហ៊ុនធានា រ៉ាប់រង ឬគម្រោងសុខភាពណាមួយឡើយ។

តើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 1 គឺជាអ្វី?

បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 1 គឺជាបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ទីមួយចំពោះគម្រោងរបស់យើងខ្ញុំ។ យើងខ្ញុំនឹង ពិនិត្យមើលសេចក្តីសម្រេចលើការរ៉ាប់រងរបស់យើងខ្ញុំឡើងវិញដើម្បីដឹងថាត្រឹមត្រូវឬក៏អត់។ អ្នកពិនិត្យមើលឡើងវិញគឺជាបុគ្គលដែលមិនធ្វើការសម្រេចលើការរ៉ាប់រងពីដំបូងទេ។ នៅពេលយើងខ្ញុំបញ្ចប់ការពិនិត្យមើលឡើងវិញ យើងខ្ញុំនឹងផ្តល់ជូន អ្នកនូវសេចក្តីសម្រេចរបស់យើងខ្ញុំជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ។

បន្ទាប់ពីការពិនិត្យមើលឡើងវិញ បើយើងខ្ញុំជូនដំណឹងអ្នកថា សេវាកម្ម ឬសម្ភារពុំទទួលបាន ការរ៉ាប់រងទេ ករណីរបស់អ្នកអាចឈានទៅបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2។

តើខ្ញុំដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 1 ដោយវិធីណា?

- ដើម្បីចាប់ផ្តើមបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ អ្នក វេជ្ជបណ្ឌិត ឬគ្រូពេទ្យដទៃទៀត ឬគណៈរងរបស់អ្នកត្រូវទាក់ទងយើងខ្ញុំ។ លោកអ្នកអាចទូរសព្ទមកកាន់យើងខ្ញុំតាមរយៈលេខ

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅកាន់ Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan តាមលេខ 1-855-905-3825 (TTY:711) ម៉ោង 8:00 ព្រឹក – ម៉ោង 8:00 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅមក លេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលមើលនៅ www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect។



1-855-905-3825 (TTY: 711)។ សម្រាប់ព័ត៌មានលម្អិតអំពីវិធានកាន់យើងដើម្បីបណ្តឹង
ឧទ្ធរណ៍ សូមមើលជំពូកទី 2 ។

- អ្នកអាចស្នើសុំ "បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ស្តង់ដារ" ឬ "បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍រហ័ស"។
- បើអ្នកស្នើសុំបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ស្តង់ដារ ឬបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍រហ័ស សូមសរសេរជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ
ឬទាក់ទងយើងខ្ញុំតាមទូរសព្ទ។
 - អ្នកអាចដាក់សំណើជាលាយលក្ខណ៍អក្សរទៅអាសយដ្ឋានខាងក្រោមនេះ៖
Blue Shield of California Promise Health Plan
Member Appeals and Grievances
601 Potrero Grande Drive
Monterey Park, CA 91755
 - អ្នកអាចដាក់សំណើរបស់អ្នកតាមអនឡាញនៅ៖
www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect
 - លោកអ្នកក៏អាចស្នើសុំការដាក់ពាក្យបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ដោយទូរសព្ទមកកាន់យើងខ្ញុំបាន
ផងដែរតាមរយៈលេខ 1-855-905-3825 (TTY: 711) ។
- យើងនឹងផ្ញើលិខិតមួយជូនអ្នកក្នុងរយៈពេល 5 ថ្ងៃនៃថ្ងៃទទួលបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នកដើម្បី
ជម្រាប ឱ្យអ្នកដឹងថាយើងទទួលបានវាហើយ។

វាក្យសព្ទច្បាប់សម្រាប់ "បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍រហ័ស" គឺ "ការពន្លឿនការពិចារណាឡើងវិញ។"

តើមានបុគ្គលណាម្នាក់ទៀតដែលអាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ឱ្យខ្ញុំបានដែរឬទេ?

បាទ/ចាស។ វេជ្ជបណ្ឌិត ឬ អ្នកផ្តល់សេវាដទៃទៀតរបស់អ្នកអាចដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ឱ្យអ្នកបាន។
ជាមួយគ្នានេះ បុគ្គលណាម្នាក់ផ្សេងពីវេជ្ជបណ្ឌិត ឬ អ្នកផ្តល់សេវា ដទៃទៀតរបស់អ្នកអាចដាក់
បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ឱ្យអ្នកបាន ប៉ុន្តែជាដំបូង អ្នកត្រូវបំពេញបែបបទចាត់តាំងសិន។
បែបបទនឹងផ្តល់ការអនុញ្ញាតឱ្យបុគ្គលផ្សេងទៀតធ្វើជាតំណាងរបស់អ្នក។

ដើម្បីទទួលបានពាក្យសុំចាត់តាំងអ្នកតំណាង សូមទូរសព្ទមកផ្នែកបម្រើសេវាអតិថិជនដើម្បីសុំ ឬ
ចូលមើលនៅ www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf ។

ប្រសិនបើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍មកពីនរណាម្នាក់ក្រៅពីអ្នកឬគ្រូពេទ្យរបស់អ្នកឬអ្នកផ្តល់សេវាផ្សេងទៀត
យើងត្រូវតែទទួលបានសំណុំបែបបទស្តីពីការតែងតាំងអ្នកតំណាង ដែលបានសរសេរបំពេញរួចហើយ
មុនពេលដែលយើងអាចពិនិត្យឡើងវិញនូវបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍នេះ។

តើខ្ញុំត្រូវការរយៈពេលប៉ុន្មានក្នុងការដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍?

អ្នកត្រូវស្នើសុំដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ក្នុងអំឡុងពេល 60 ថ្ងៃតាម

ប្រតិទិនគិតចាប់ពីកាលបរិច្ឆេទមាននៅលើលិខិតដែលយើងខ្ញុំបានផ្ញើទៅអ្នក
ដើម្បីជម្រាបពីសេចក្តីសម្រេចរបស់យើងខ្ញុំ។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅកាន់ Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan តាមលេខ
1-855-905-3825 (TTY:711) ម៉ោង 8:00 ព្រឹក – ម៉ោង 8:00 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅមក
លេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** សូមចូលមើលនៅ

www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect។



បើអ្នកខកកាលបរិច្ឆេទកំណត់ ហើយមានមូលហេតុសមរម្យចំពោះការខកខាននោះ យើងខ្ញុំអាចផ្តល់ពេលវេលាបន្ថែមឱ្យអ្នកដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍។ ឧទាហរណ៍នៃមូលហេតុសមរម្យមានដូចជា៖ អ្នកមានជម្ងឺធ្ងន់ ឬយើងខ្ញុំផ្តល់ព័ត៌មានខុសដល់អ្នកអំពីកាលបរិច្ឆេទកំណត់សម្រាប់ការស្នើសុំបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍។ អ្នកគួរតែពន្យល់ពីមូលហេតុ ដែលបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នកយឺតពេលអ្នកប្តឹងឧទ្ធរណ៍។

កំណត់សម្គាល់៖

ប្រសិនបើអ្នកប្តឹងឧទ្ធរណ៍ដោយសារតែយើងបានប្រាប់អ្នកថាសេវាកម្មដែលអ្នកទទួលបាននឹងត្រូវផ្លាស់ប្តូរប្រព័ន្ធ អ្នកមានពេលវេលាជាងមុនដើម្បីប្តឹងឧទ្ធរណ៍ បើអ្នកចង់បន្តទទួលបានសេវាកម្មបច្ចុប្បន្ននោះពេលដែលបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នកកំពុងដំណើរការ។ សូមអានផ្នែក "តើផលប្រយោជន៍របស់ខ្ញុំនឹងបន្តក្នុងអំឡុងពេលបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិតទី 1 ឬទេ" នៅលើទំព័រ 209 សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។

តើខ្ញុំអាចទទួលបានច្បាប់ចម្លងឯកសារអំពីករណីរបស់ខ្ញុំបានឬទេ?

បាទ/ចាស។ សុំច្បាប់ចម្លងឥតគិតថ្លៃពីយើងតាមការទូរសព្ទទៅផ្នែកបម្រើសេវាអតិថិជនលេខ 1-855-905-3825 (TTY:711)។

តើវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់ខ្ញុំអាចផ្តល់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់ខ្ញុំទៅអ្នកបានឬទេ?

បាទ/ចាស អ្នក និងវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកអាចផ្តល់ព័ត៌មានបន្ថែមមកយើងខ្ញុំដើម្បីជាជំនួយដល់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក។

តើយើងនឹងធ្វើការសម្រេចបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍យ៉ាងដូចម្តេច?

យើងខ្ញុំនឹងពិនិត្យមើលព័ត៌មានទាំងអស់អំពីសំណើការធានារ៉ាប់រងសេវាថែទាំសុខភាពរបស់អ្នកដោយប្រុងប្រយ័ត្ន។ យើងពិនិត្យមើលថាតើយើងបានអនុវត្តតាមវិធានទាំងអស់ឬទេ នៅពេលដែលយើងបានបដិសេធនឹងសំណើរបស់អ្នក។ អ្នកពិនិត្យមើលឡើងវិញគឺជាបុគ្គលដែលមិនបានធ្វើសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងតាំងពីដើមមក។

បើយើងខ្ញុំត្រូវការព័ត៌មានបន្ថែម យើងខ្ញុំនឹងសាកសួរអ្នក ឬវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក។

តើខ្ញុំនឹងទទួលបានដំណឹងអំពីសេចក្តីសម្រេចបណ្តឹង ឧទ្ធរណ៍ "ស្តង់ដារ" នៅពេលណា?

យើងត្រូវផ្តល់ចម្លើយដល់អ្នកក្នុងរយៈពេល 30 ថ្ងៃនៃថ្ងៃប្រតិទិនបន្ទាប់ពីយើងបានទទួលបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក (ឬក្នុងរយៈពេល 7 ថ្ងៃនៃថ្ងៃប្រតិទិនបន្ទាប់ពីយើងបានទទួលបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នកសម្រាប់ឱសថដែលមានវេជ្ជបញ្ជានៃគម្រោង Medicare ផ្នែក B) ។ យើងនឹងផ្តល់សេចក្តីសម្រេចរបស់យើងដល់អ្នកកាន់តែឆាប់ប្រសិនបើស្ថានភាពសុខភាពរបស់អ្នកតម្រូវឱ្យធ្វើដូច្នេះ។

- ប្រសិនបើយើងមិនផ្តល់ចម្លើយចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នកក្នុងរយៈពេល 30 ថ្ងៃនៃថ្ងៃប្រតិទិន (ឬក្នុងរយៈពេល 7 ថ្ងៃនៃថ្ងៃប្រតិទិនបន្ទាប់ពីយើងបានទទួលបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នកសម្រាប់ឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជារបស់ Medicare ផ្នែក B) ទេនោះ យើងនឹងបញ្ជូនករណីរបស់អ្នកដោយស្វ័យប្រវត្តិទៅកម្រិត 2



នៃដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ ប្រសិនបើបញ្ហារបស់អ្នកគឺអំពីការគ្របដណ្តប់លើ
សេវាកម្មឬសម្ភារៈក្នុងគម្រោង Medicare ។
អ្នកនឹងត្រូវបានជូនដំណឹងបើមានករណីនេះកើតឡើង។

- បើបញ្ហារបស់អ្នកគឺអំពីការរ៉ាប់រងសេវាកម្ម ឬសម្ភារៈ Medi-Cal អ្នកនឹង
ត្រូវដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 ដោយខ្លួនឯង។
សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 សូមមើលផ្នែកទី E4
នៅលើទំព័រ 209 ។

ប្រសិនបើចម្លើយរបស់យើងគឺ យល់ព្រម ដោយផ្នែកឬទាំងស្រុង ចំពោះអ្វីដែលអ្នកបានស្នើសុំ
យើងត្រូវតែយល់ព្រមឬផ្តល់ការធានារ៉ាប់រងក្នុងរយៈពេល 30 ថ្ងៃនៃថ្ងៃប្រតិទិន
បន្ទាប់ពីយើងបានទទួលបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក (ឬក្នុងរយៈពេល 7
ថ្ងៃនៃថ្ងៃប្រតិទិនបន្ទាប់ពីយើងបានទទួលបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នកសម្រាប់ឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជារបស់ Medicare
ផ្នែក B)។

ប្រសិនបើចម្លើយរបស់យើងគឺ បដិសេធ មួយផ្នែកឬទាំងអស់រាល់អ្វីដែលអ្នកបានស្នើសុំ យើងនឹងផ្ញើលិខិត
មួយជូនអ្នក។ បើបញ្ហារបស់អ្នកគឺអំពីការធានារ៉ាប់រងសេវាកម្មឬសម្ភារៈគម្រោង Medicare
លិខិតនោះនឹងជូនដំណឹងដល់អ្នកថា យើងខ្ញុំបានបញ្ជូនករណីរបស់អ្នកទៅអង្គភាពត្រួតពិនិត្យវាយតម្លៃ
ឯករាជ្យសម្រាប់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2។ បើបញ្ហារបស់អ្នកគឺអំពីការរ៉ាប់រងសេវាកម្ម ឬសម្ភារៈ Medi-Cal
សំបុត្រនោះនឹងប្រាប់អ្នកពីវិធីដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 ដោយខ្លួនអ្នកផ្ទាល់។
សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 សូមមើលផ្នែកទី E4 នៅលើទំព័រ 209 ។

តើខ្ញុំនឹងទទួលបានដំណឹងអំពីសេចក្តីសម្រេចបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ "ឆាប់រហ័ស" នៅពេលណា?

បើអ្នកស្នើសុំបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ឆាប់រហ័ស យើងខ្ញុំនឹងផ្តល់ចម្លើយជូនអ្នកក្នុងរយៈពេល 72 ម៉ោង
បន្ទាប់ពីទទួលបានបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក។ យើងនឹងផ្តល់ចម្លើយឱ្យបានឆាប់ជាងនេះបើស្ថានភាព
សុខភាពរបស់អ្នកតម្រូវឱ្យធ្វើដូច្នោះ។

- ប្រសិនបើយើងមិនផ្តល់នូវចម្លើយជូនអ្នកក្នុងរយៈពេល 72 ម៉ោងតាមប្រតិទិន
នោះយើងនឹងបញ្ជូនសំណុំរឿងរបស់អ្នកដោយស្វ័យប្រវត្តិទៅកម្រិតទី 2
នៃដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ប្រសិនបើបញ្ហារបស់អ្នកគឺអំពីការរ៉ាប់រងសេវាកម្ម ឬសម្ភារៈ
Medicare ។ អ្នកនឹងត្រូវបានជូនដំណឹងបើមានករណីនេះកើតឡើង។
- បើបញ្ហារបស់អ្នកគឺអំពីការរ៉ាប់រងសេវាកម្ម ឬសម្ភារៈ Medi-Cal អ្នកនឹង
ត្រូវដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 ដោយខ្លួនឯង។
សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 សូមមើលផ្នែកទី E4
នៅលើទំព័រ 209 ។

ប្រសិនបើចម្លើយរបស់យើងគឺ យល់ព្រម មួយផ្នែកឬទាំងអស់រាល់អ្វីដែលអ្នកបានស្នើសុំ យើងត្រូវតែអនុញ្ញាត
ឬផ្តល់នូវការរ៉ាប់រងនៅក្នុងរយៈពេល 72 ម៉ោងបន្ទាប់ពីយើងទទួលបានបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក។

ប្រសិនបើចម្លើយរបស់យើងគឺ បដិសេធ មួយផ្នែកឬទាំងអស់រាល់អ្វីដែលអ្នកបានស្នើសុំ យើងនឹងផ្ញើលិខិត
មួយជូនអ្នក។ បើបញ្ហារបស់អ្នកគឺអំពីការធានារ៉ាប់រងសេវាកម្មឬសម្ភារៈគម្រោង Medicare
លិខិតនោះនឹងជូនដំណឹងដល់អ្នកថា យើងខ្ញុំបានបញ្ជូនករណីរបស់អ្នកទៅអង្គភាពត្រួតពិនិត្យវាយតម្លៃ



ឯករាជ្យសម្រាប់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2។ បើបញ្ហារបស់អ្នកគឺអំពីការរ៉ាប់រងសេវាកម្ម ឬសម្ភារ Medi-Cal សំបុត្រនោះនឹងប្រាប់អ្នកពីវិធីដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 ដោយខ្លួនអ្នកផ្ទាល់។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 សូមមើលផ្នែកទី E4 នៅលើទំព័រ 209 ។

តើអត្ថប្រយោជន៍របស់ខ្ញុំនឹងបន្តក្នុងកំឡុងពេលដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 1 ដែរឬទេ?

ប្រសិនបើយើងសម្រេចចិត្តផ្លាស់ប្តូរបញ្ឈប់ការធានារ៉ាប់រងសម្រាប់សេវាកម្មឬវត្ថុដែលត្រូវបានអនុម័តពីមុន យើងនឹងផ្ញើសេចក្តីជូនដំណឹងឱ្យអ្នកមុនពេលធ្វើសកម្មភាព។
ប្រសិនបើអ្នកមិនយល់ព្រមជាមួយនឹងសកម្មភាពនេះ អ្នកអាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 1 ហើយសុំអោយយើងបន្តអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នកសម្រាប់សេវាកម្មឬវត្ថុនេះ។ អ្នកត្រូវតែធ្វើការស្នើសុំអំឡុង ឬ មុនពេលខាងក្រោមនេះ ដើម្បីបន្តអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នក៖

- ក្នុងរយៈពេល 10 ថ្ងៃចាប់ពីថ្ងៃផ្ញើសេចក្តីជូនដំណឹងអំពីចំណាត់ការរបស់យើងឬ
- កាលបរិច្ឆេទមានប្រសិទ្ធភាពនៃសកម្មភាព។

ប្រសិនបើអ្នកធ្វើបានតាមកាលបរិច្ឆេទកំណត់ អ្នកអាចបន្តទទួលបានសេវាកម្មឬវត្ថុដែលមានជម្លោះខណៈពេលដែលបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នកកំពុងដំណើរការ។

E4. បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 ចំពោះសេវាកម្ម សម្ភារៈ និងឱសថ (ពុំមែនកម្មវិធីឱសថតាមផ្នែក D ទេ)

ប្រសិនបើគម្រោងនេះនិយាយ បដិសេធ នៅត្រឹមកម្រិត 1 តើនឹងមានរឿងអ្វីកើតឡើងបន្ទាប់ទៀត?

បើយើងខ្ញុំនិយាយថាទេ ចំពោះផ្នែក ឬបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 1 របស់អ្នក យើងខ្ញុំនឹងផ្ញើលិខិតមួយច្បាប់ជូនអ្នក។ លិខិតនេះនឹងប្រាប់អ្នកថាតើសេវាកម្ម ឬសម្ភារៈត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare ឬ Medi-Cal។

- បើបញ្ហារបស់អ្នកគឺអំពីសេវាកម្ម ឬ សម្ភារៈរបស់ **Medicare** យើងខ្ញុំនឹងបញ្ជូនករណីរបស់អ្នកទៅដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 ដោយស្វ័យប្រវត្តិឱ្យបានឆាប់នៅពេលបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 1 ត្រូវបានបញ្ចប់។
- ប្រសិនបើបញ្ហារបស់អ្នកទាក់ទងនឹងសេវាកម្ម ឬ សម្ភារៈរបស់ **Medi-Cal** អ្នកអាចដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 ដោយខ្លួនឯងបាន។ លិខិតនឹងប្រាប់អ្នកពីវិធីធ្វើដំណើរការនេះ។ ព័ត៌មានក៏មាននៅខាងក្រោមនេះផងដែរ។

តើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 គឺជាអ្វី?

បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 គឺជាបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ទីពីរ ធ្វើដោយអង្គភាពឯករាជ្យមួយដែលមិនពាក់ព័ន្ធនឹងគម្រោងរបស់យើង។

**បញ្ហារបស់ខ្ញុំអំពីសេវាកម្ម ឬសម្ភាររបស់ Medi-Cal។ តើខ្ញុំដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2
ដោយវិធីណា?**

មានវិធីពីរយ៉ាងដើម្បីធ្វើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 សម្រាប់សេវា និងសម្ភារ Medi-Cal៖ (1)
បំពេញពាក្យបណ្តឹង ឬការពិនិត្យសារឡើងវិញផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដោយឯករាជ្យ ឬ (2)
ការបើកសវនាការរដ្ឋ។

(1) ការពិនិត្យសារឡើងវិញផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដោយឯករាជ្យ

អ្នកអាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងតវ៉ា ឬស្នើសុំការពិនិត្យសារឡើងវិញផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដោយឯករាជ្យ (IMR)
ពីមជ្ឈមណ្ឌលជំនួយនៅក្រសួងគ្រប់គ្រងការថែទាំសុខភាពរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា (DMHC) ។
តាមរយៈការបំពេញពាក្យបណ្តឹងតវ៉ា DMHC នឹងត្រួតពិនិត្យការសម្រេចចិត្តរបស់យើងឡើងវិញ
និងធ្វើសេចក្តីសម្រេច។ IMR ផ្តល់ជូនសេវារ៉ាប់រង Medi-Cal ឬសម្ភារដែលមានលក្ខណៈវេជ្ជសាស្ត្រ។
IMR គឺជាការពិនិត្យករណីរបស់អ្នកឡើងវិញដោយវេជ្ជបណ្ឌិតដែលមិនមែនជាផ្នែកនៃគម្រោង
របស់យើងខ្ញុំ ឬផ្នែកមួយនៃ DMHC។ បើ IMR ត្រូវសម្រេចតាមសំណើរបស់អ្នក យើងខ្ញុំត្រូវតែផ្តល់
ជូនអ្នកនូវសេវាកម្ម ឬសម្ភារដែលអ្នកបានស្នើ។ អ្នកមិនត្រូវបង់ថ្លៃសម្រាប់ IMR ទេ។

អ្នកអាចដាក់ពាក្យបណ្តឹង ឬដាក់ពាក្យសុំ IMR ប្រសិនបើផែនការរបស់យើង៖

- បដិសេធ ផ្លាស់ប្តូរ ឬ ពន្យារពេលសេវាកម្ម Medi-Cal ឬ ការព្យាបាលដោយសារតែ
ផែនការរបស់យើងកំណត់ថាវាមិនមែនជាការព្យាបាលចាំបាច់។
- នឹងមិនរ៉ាប់រងការព្យាបាល Medi-Cal បែបពិសោធន៍ឬការស៊ើបអង្កេតសម្រាប់
ស្ថានភាពជំងឺធ្ងន់ធ្ងរ។
- នឹងមិនទូទាត់ថ្លៃលើការសង្គ្រោះបន្ទាន់ឬសេវាកម្ម Medi-Cal បន្ទាន់ដែលអ្នក
បានទទួលរួចហើយ។
- មិនទាន់បានដោះស្រាយ បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 1 របស់អ្នកអំពីសេវា Medi-Cal ក្នុងរយៈពេល
30 ថ្ងៃតាមប្រតិទិនសម្រាប់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ស្តង់ដារឬ 72
ម៉ោងសម្រាប់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ឆាប់រហ័ស។

កំណត់សម្គាល់៖ បើសិនជាអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកបានដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍សម្រាប់អ្នក
ប៉ុន្តែយើងមិនបានទទួលទម្រង់ឯកសារនៃការចាត់តាំងអ្នកកំណត់របស់អ្នក អ្នក
នឹងត្រូវដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នកជាមួយយើងម្តងទៀត មុននឹងអ្នកអាចដាក់ពាក្យសុំ IMR កម្រិត
2 ជាមួយក្រសួង Department of Managed Health Care។

អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានទាំង IMR និងសវនាការរបស់រដ្ឋ ប៉ុន្តែលុះត្រា
តែអ្នកមិនធ្លាប់មានសវនាការរបស់អ្នកអំពីបញ្ហាដូចគ្នានេះ។

ក្នុងករណីភាគច្រើនអ្នកត្រូវដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍មួយជាមួយយើងមុនពេលស្នើសុំ IMR ។ សូមមើលទំព័រ
199 សម្រាប់ព័ត៌មានអំពីដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិតទី 1 របស់យើង។
ប្រសិនបើអ្នកមិនយល់ស្របជាមួយនឹងការសម្រេចចិត្តរបស់យើង អ្នកអាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងជាមួយ
DMHC ស្នើសុំ IMR ពីមជ្ឈមណ្ឌលជំនួយ DMHC។



ប្រសិនបើការព្យាបាលរបស់អ្នកត្រូវបានបដិសេធដោយសារតែវាគឺជាការពិសោធន៍ឬការស៊ើបអង្កេត អ្នកមិនចាំបាច់ចូលរួមនៅក្នុងដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់យើងមុនពេលដែលអ្នកដាក់ពាក្យសុំ IMR នោះទេ។

ប្រសិនបើបញ្ហារបស់អ្នកបន្ទាន់ ឬជាប់ពាក់ព័ន្ធនឹងការគំរាមកំហែងបន្ទាន់និងធ្ងន់ធ្ងរដល់សុខភាពរបស់អ្នក ឬបើសិនជាអ្នកស្ថិតនៅក្នុងការឈឺចាប់ធ្ងន់ធ្ងរ អ្នកអាចបញ្ជូនបញ្ហានេះទៅកាន់ DMHC ដោយមិនចាំបាច់ឆ្លងកាត់នីតិវិធីបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់យើងជាមុននោះទេ ។

អ្នកត្រូវស្នើសុំ IMR ក្នុងកំឡុងពេល 6ខែ បន្ទាប់ពីយើងខ្ញុំជ្រើសរើសអ្នក នូវសេចក្តីសម្រេចចិត្តជាលាយលក្ខណ៍អក្សរអំពីបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក។ DMHC អាចទទួលយកការដាក់ពាក្យសុំរបស់អ្នកបន្ទាប់រយៈពេល 6 ខែដោយហេតុផលសមរម្យណាមួយ ដូចជាអ្នកមានស្ថានភាពសុខភាពដែលរារាំងអ្នកពីការស្នើសុំ IMR ក្នុងរយៈពេល 6 ខែឬអ្នកមិនបានទទួលការជូនដំណឹងគ្រប់គ្រាន់អំពីដំណើរការ IMR ពីយើងខ្ញុំ។

ដើម្បីស្នើសុំ IMR:

- បំពេញទម្រង់បែបបទសុំការត្រួតពិនិត្យផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដោយឯករាជ្យ/បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ដែលមាននៅ:
www.dmhc.ca.gov/fileacomplaint/submitanindependentmedicalreviewcomplaintform.aspx ឬទូរសព្ទទៅកាន់មជ្ឈមណ្ឌលជំនួយ DMHC តាមរយៈលេខ 1-888-466-2219។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY អាចទូរសព្ទទៅកាន់លេខ 1-877-688-9891។
- ប្រសិនបើអ្នកមាន សូមភ្ជាប់ជាមួយនូវច្បាប់ចម្លងនៃលិខិតឯកសារផ្សេងទៀត អំពីសេវាម្តងឬច្រើនដែលយើងបានបដិសេធា។ ការណ៍នេះអាចជួយបង្កើនល្បឿនដំណើរការ IMR បាន។ សូមផ្ញើឯកសារជាច្បាប់ចម្លង មិនមែនច្បាប់ដើមទេ។ មជ្ឈមណ្ឌលជំនួយមិនអាចប្រគល់ឯកសារណាមួយ ត្រឡប់ទៅវិញទេ។
- បំពេញសំណុំបែបបទជំនួយការដែលបានអនុញ្ញាតប្រសិនបើនរណាម្នាក់កំពុងជួយអ្នកស្នើសុំ IMR របស់អ្នក។ អ្នកអាចទទួលបានបែបបទនៅ
www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForms.aspx ឬទូរសព្ទទៅមជ្ឈមណ្ឌលជំនួយរបស់ក្រសួងតាមលេខ 1-888-466-2219។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY អាចទូរសព្ទទៅកាន់លេខ 1-877-688-9891។
- ផ្ញើសំបុត្រ ឬទូរសារនូវទម្រង់បែបបទនិងឯកសារភ្ជាប់ណាមួយរបស់អ្នកទៅកាន់:

Help Center
Department of Managed Health Care
980 Ninth Street, Suite 500
Sacramento, CA 95814-2725
ទូរសារ: 916-255-5241

ប្រសិនបើអ្នកមានសិទ្ធិទទួលបាន IMR នោះ DMHC នឹងពិនិត្យករណីរបស់អ្នកឡើងវិញហើយផ្ញើលិខិតមួយច្បាប់ក្នុងរយៈពេល 7

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅកាន់ Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan តាមលេខ 1-855-905-3825 (TTY:711) ម៉ោង 8:00 ព្រឹក – ម៉ោង 8:00 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅមកលេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលមើលនៅ

www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect។



ថ្ងៃតាមប្រតិទិនដែលប្រាប់អ្នកថាអ្នកមានសិទ្ធិទទួលបាន IMR ។
បន្ទាប់ពីពាក្យស្នើសុំនិងឯកសារគាំទ្ររបស់អ្នកបានទទួលដោយគម្រោងរបស់អ្នក សេចក្តីសម្រេច IMR នឹងត្រូវបានធ្វើឡើងក្នុងរយៈពេល 30 ថ្ងៃនៃថ្ងៃប្រតិទិន។ អ្នកគួរទទួលបានសេចក្តីសម្រេច IMR ក្នុងរយៈពេល 45 ថ្ងៃនៃថ្ងៃប្រតិទិនចំពោះការពាក្យស្នើសុំដែលពេញលេញ។

ប្រសិនបើករណីរបស់អ្នកបន្ទាន់ហើយអ្នកមានសិទ្ធិទទួលបាន IMR នោះ DMHC នឹងពិនិត្យករណីរបស់អ្នកឡើងវិញ ហើយផ្តល់ឱកាសយកច្បាប់ក្នុងរយៈពេល 2 ថ្ងៃនៃថ្ងៃប្រតិទិន ប្រាប់អ្នកថាអ្នកមានសិទ្ធិទទួលបាន IMR ។
បន្ទាប់ពីការស្នើសុំនិងឯកសារគាំទ្ររបស់អ្នកទទួលបានដោយគម្រោងរបស់អ្នកហើយ សេចក្តីសម្រេច IMR នឹងត្រូវបានធ្វើឡើងក្នុងរយៈពេល 3 ថ្ងៃនៃថ្ងៃប្រតិទិន។ អ្នកគួរតែទទួលបានសេចក្តីសម្រេច IMR ក្នុងរយៈពេល 7 ថ្ងៃនៃថ្ងៃប្រតិទិនពីការដាក់ពាក្យស្នើសុំពេញលេញ។
ប្រសិនបើអ្នកមិនពេញចិត្តនឹងលទ្ធផលអំពី IMR នោះអ្នកនៅតែអាចស្នើសុំឱ្យមានសវនាការថ្នាក់រដ្ឋបាន។

IMR អាចចំណាយពេលយូរប្រសិនបើ DMHC មិនទទួលបានកំណត់ត្រាអំពីការព្យាបាលទាំងអស់ ដែលត្រូវការពីអ្នកឬគ្រូពេទ្យព្យាបាលរបស់អ្នកទេនោះ។ ប្រសិនបើអ្នកកំពុងជួបគ្រូពេទ្យ ដែលមិនមាននៅក្នុងបណ្តាញគម្រោងសុខភាពរបស់អ្នក វាមានសារៈសំខាន់ ដែលអ្នកត្រូវទទួលបាននិងបញ្ជូនកំណត់ត្រាអំពីការព្យាបាលរបស់អ្នកពីគ្រូពេទ្យនោះមកឱ្យយើង។ គម្រោងសុខភាពរបស់អ្នក ត្រូវថតចម្លងកំណត់ត្រាអំពីការព្យាបាលរបស់អ្នកពីគ្រូពេទ្យដែលមាននៅក្នុងបណ្តាញ។

ប្រសិនបើ DMHC សម្រេចថាករណីរបស់អ្នកមិនមានសិទ្ធិទទួលបាន IMR នោះ DMHC នឹងពិនិត្យឡើងវិញនូវករណីរបស់អ្នកតាមរយៈដំណើរការពាក្យបណ្តឹងអតិថិជនទៀងទាត់របស់ខ្លួន។ បណ្តឹងរបស់អ្នកគួរតែត្រូវបានដោះស្រាយក្នុងរយៈពេល 30 ថ្ងៃនៃថ្ងៃប្រតិទិនពីការដាក់ពាក្យស្នើសុំពេញលេញ។ បើសិនជាពាក្យបណ្តឹងរបស់អ្នកគឺបន្ទាន់ វានឹងត្រូវបានដោះស្រាយឆាប់ជាងនេះ។

(2) សវនាការថ្នាក់រដ្ឋ

អ្នកអាចស្នើសុំបើកសវនាការថ្នាក់រដ្ឋសម្រាប់សេវា និងសម្ភារៈដែលត្រូវបានគ្របដណ្តប់ដោយ Medi-Cal។ ប្រសិនបើគ្រូពេទ្យឬអ្នកផ្តល់សេវាដទៃទៀតរបស់អ្នកស្នើសុំសេវាកម្ម ឬសម្ភារៈដែលយើងខ្ញុំ នឹងមិនឯកភាពផ្តល់ជូន ឬយើងខ្ញុំនឹងមិនបន្តបង់ថ្លៃឱ្យសេវាកម្ម ឬសម្ភារៈដែលអ្នកមានរួច ហើយយើងបដិសេធចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 1 របស់អ្នក នោះអ្នកមានសិទ្ធិស្នើសុំសវនាការថ្នាក់រដ្ឋ។

ក្នុងករណីភាគច្រើន អ្នកមានរយៈពេល 120 ថ្ងៃ ដើម្បីស្នើសុំ សវនាការថ្នាក់រដ្ឋបន្ទាប់ពីសេចក្តីជូនដំណឹងអំពី "សវនាការសិទ្ធិរបស់អ្នក" ត្រូវបានផ្ញើទៅអ្នកតាមរយៈអ៊ីមែល។

កំណត់សម្គាល់៖ ប្រសិនបើអ្នកស្នើសុំបើកសវនាការថ្នាក់រដ្ឋ ដោយសារតែយើងបានប្រាប់អ្នកថាសេវាកម្មដែលអ្នកទទួលបាននឹងត្រូវផ្លាស់ប្តូរឬបញ្ឈប់ អ្នកមានពេលតិចជាងមុនដើម្បីដាក់សំណើរបស់អ្នក បើលោកអ្នកចង់បន្តទទួលបានសេវាកម្មបច្ចុប្បន្នខណៈពេលដែលបសវនាការថ្នាក់រដ្ឋរបស់អ្នក



កំពុងរង់ចាំ។ សូមអានផ្នែក “តើអត្ថប្រយោជន៍របស់ខ្ញុំបន្តនៅក្នុងបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 ដែរឬទេ” នៅលើទំព័រ ²¹⁴ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។

មានវិធីចំនួនពីរដើម្បីស្នើសុំសវនាការថ្នាក់រដ្ឋ៖

1. អ្នកអាចបំពេញ “សំណើសុំសវនាការថ្នាក់រដ្ឋ”

នៅលើផ្នែកខ្នងនៃការជូនដំណឹងអំពីសកម្មភាពនេះ។

អ្នកគួរផ្តល់ព័ត៌មានដែលបានស្នើសុំទាំងអស់ដូចជាឈ្មោះពេញ អាសយដ្ឋាន លេខទូរសព្ទ ឈ្មោះគម្រោង ឬខោនធី របស់អ្នកដែលបានធ្វើសកម្មភាពប្រឆាំងនឹងអ្នក កម្មវិធីជំនួយ ពាក់ព័ន្ធ (នានា) និងមូលហេតុលម្អិតដែលអ្នកចង់បានសវនាការមួយ។ បន្ទាប់មក អ្នកអាចដាក់សំណើរបស់អ្នកតាមរយៈវិធីមួយក្នុងចំណោមវិធីទាំងនេះ៖

- ទៅក្រសួងសុខុមាលភាពខោនធីតាមរយៈអាសយដ្ឋានមាននៅក្នុងសេចក្តីជូនដំណឹង។
- ទៅក្រសួងសេវាកម្មសង្គមនៃរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា (California Department of Social Services) តាមរយៈ៖

State Hearings Division
P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-37
Sacramento, California 94244-2430

- ទៅ State Hearings Division (ផ្នែកសវនាការរដ្ឋ) តាមទូរសារលេខ 833-281-0905។

2. អ្នកអាចហៅទៅក្រសួងសេវាកម្មសង្គមនៃរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ាតាមរយៈទូរសព្ទលេខ: 1-800-952-5253។

អ្នកប្រើប្រាស់ TTY អាចទូរសព្ទទៅកាន់លេខ 1-800-952-8349.

ប្រសិនបើអ្នកសំរេចស្នើសុំសវនាការថ្នាក់រដ្ឋ

តាមរយៈទូរសព្ទអ្នកគួរតែដឹងថាខ្សែទូរសព្ទមានភាពមាញឹកណាស់។

បញ្ហារបស់ខ្ញុំអំពីសេវាកម្ម Medicare ឬសម្ភារ ។ តើនឹងមានអ្វីកើតឡើងនៅបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2?

អង្គភាពពិនិត្យឡើងវិញឯករាជ្យ (IRE) នឹងពិនិត្យឡើងវិញយ៉ាងហ្មត់ចត់នូវការសម្រេចកម្រិតទី 1 ហើយសម្រេចថាតើគួរផ្លាស់ប្តូរឬទេ។

- អ្នកពុំចាំបាច់ស្នើសុំបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 ទេ។ យើងខ្ញុំនឹងធ្វើការបដិសេធដោយស្វ័យប្រវត្តិ (ទាំងមូល ឬជាផ្នែក) ទៅអង្គភាព IRE។ អ្នកនឹងត្រូវបានជូនដំណឹងបើមានករណីនេះកើតឡើង។
- IRE ត្រូវបានជួលដោយ Medicare ហើយមិនជាប់ពាក់ព័ន្ធជាមួយផែនការនេះទេ។
- អ្នកអាចស្នើសុំច្បាប់ចម្លងឯកសាររបស់អ្នកដោយទូរសព្ទទៅផ្នែកបម្រើសេវាអតិថិជនតាមលេខ 1-855-905-3825 (TTY:711)។

IRE ត្រូវតែផ្តល់ចម្លើយដល់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 របស់អ្នកក្នុងរយៈពេល 30 ថ្ងៃនៃថ្ងៃប្រតិទិន នៅពេលដែលខ្លួនទទួលបានបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក (ឬក្នុងរយៈពេល 7 ថ្ងៃនៃថ្ងៃប្រតិទិន នៅពេលដែលខ្លួនទទួលបានបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នកសម្រាប់ឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជា Medicare ផ្នែក B) ។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅកាន់ Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan តាមលេខ 1-855-905-3825 (TTY:711) ម៉ោង 8:00 ព្រឹក – ម៉ោង 8:00 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅមក លេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលមើលនៅ

www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect។



ច្បាប់នេះអាចអនុវត្តបានបើអ្នកបានធ្វើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នកមុនពេលទទួលបានសេវាកម្ម ឬសម្ភារវេជ្ជសាស្ត្រ។

- ប៉ុន្តែ បើអង្គភាព IRE ត្រូវការប្រមូលព័ត៌មានបន្ថែមដែលផ្តល់អត្ថប្រយោជន៍ដល់អ្នក វាអាចប្រើរយៈពេលរហូតដល់ 14 ថ្ងៃបន្ថែមនៃ ថ្ងៃប្រតិទិន។ បើ IRE ត្រូវការពេលបន្ថែមដើម្បីធ្វើការសម្រេច ពួកគេនឹងជម្រាបអ្នកតាមរយៈលិខិត។ IRE មិនអាចចំណាយពេលបន្ថែមដើម្បីធ្វើការសម្រេចចិត្តទេ ប្រសិនបើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នកគឺសម្រាប់ឱសថ ដែលមានវេជ្ជបញ្ជារបស់ Medicare ផ្នែក B។

ប្រសិនបើអ្នកមាន "បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ឆាប់រហ័ស" នៅកម្រិតទី 1 អ្នកក៏នឹងមាន បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ឆាប់រហ័សនៅថ្នាក់ទី 2 ដោយស្វ័យប្រវត្តិផងដែរ។ អង្គភាព IRE ត្រូវផ្តល់ចម្លើយ ជូនអ្នកក្នុងរយៈពេល 72 ម៉ោង បន្ទាប់ពីពេលយើងខ្ញុំទទួលបានបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់ អ្នក។

- ប៉ុន្តែ បើអង្គភាព IRE ត្រូវការប្រមូលព័ត៌មានបន្ថែមដែលផ្តល់អត្ថប្រយោជន៍ដល់អ្នក វាអាចប្រើរយៈពេលរហូតដល់ 14 ថ្ងៃបន្ថែមនៃ ថ្ងៃប្រតិទិន។ បើ IRE ត្រូវការពេលបន្ថែមដើម្បីធ្វើការសម្រេច ពួកគេនឹងជម្រាបអ្នកតាមរយៈលិខិត។ IRE មិនអាចចំណាយពេលបន្ថែម ដើម្បីធ្វើការសម្រេចចិត្តទេ ប្រសិនបើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នកគឺសម្រាប់វេជ្ជបញ្ជារបស់ Medicare ផ្នែក B។

តើអត្ថប្រយោជន៍របស់ខ្ញុំនឹងបន្តក្នុងពេលដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 ដែរឬទេ??

បើបញ្ជារបស់អ្នកគឺអំពីសេវាកម្ម ឬសម្ភារដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare អត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នកសម្រាប់សេវាកម្ម ឬសម្ភារនោះនឹងមិនត្រូវបន្តក្នុងដំណើរការបណ្តឹង ឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 ជាមួយអង្គភាពត្រួតពិនិត្យវាយតម្លៃឯករាជ្យទេ។

ប្រសិនបើបញ្ជារបស់អ្នកគឺអំពីសេវាកម្មឬវត្ថុដែលគ្របដណ្តប់ដោយ Medi-Cal ហើយអ្នកស្នើសុំឱ្យ មានសវនាការថ្នាក់រដ្ឋ អត្ថប្រយោជន៍ Medi-Cal

របស់អ្នកសម្រាប់សេវាកម្មឬសម្ភារនោះអាចបន្តរហូតដល់ការសម្រេចសវនាការត្រូវបានធ្វើឡើង។ អ្នកត្រូវតែស្នើសុំបើកសវនាការ **នៅ ឬមុនចំណុចខាងក្រោយនៃ**

ចំណុចខាងក្រោមនេះដើម្បីបន្តអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នក៖

- ក្នុងរយៈពេល 10 ថ្ងៃគិតចាប់ពីថ្ងៃផ្ញើសំបុត្រជូនដំណឹងរបស់យើងទៅអ្នក ថាការ កំណត់ដំនាស់អត្ថប្រយោជន៍ (ការសម្រេចបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 1) ទទួលបានការគាំទ្រ
- កាលបរិច្ឆេទមានប្រសិទ្ធភាពនៃសកម្មភាព។

ប្រសិនបើអ្នកធ្វើតាមឱសានវាទ អ្នកអាចបន្តទទួលបានសេវាកម្មឬវត្ថុមានជម្លោះនោះរហូតដល់ពេលដែលការសម្រេចចិត្តសវនាការ មួយត្រូវបានធ្វើឡើង។



តើខ្ញុំនឹងដឹងពីសេចក្តីសម្រេចដោយវិធីណា?

ប្រសិនបើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ កម្រិត 2 របស់អ្នកគឺជាការត្រួតពិនិត្យផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដោយឯករាជ្យ
Department of Managed Health Care នឹងផ្ញើលិខិតពន្យល់ពីការសម្រេចចិត្ត
ដែលបានធ្វើឡើងដោយគ្រូពេទ្យដែលបានពិនិត្យឡើងវិញនូវរឿងក្តីរបស់អ្នក ។

- ប្រសិនបើសេចក្តីសម្រេចពីការត្រួតពិនិត្យផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដោយឯករាជ្យគឺ **យល់ស្រប**
តាមផ្នែកឬទាំងស្រុងចំពោះអ្វីដែលអ្នកបានស្នើសុំ
យើងត្រូវផ្តល់ជូននូវសេវាកម្មឬការព្យាបាលនោះ។
- ប្រសិនបើសេចក្តីសម្រេចពិនិត្យពិច័យផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដោយឯករាជ្យគឺ **បដិសេធ**
មួយផ្នែកឬទាំងអស់រាល់នូវអ្វីដែលអ្នកបានស្នើសុំ
វាមានន័យថាពួកគេបានយល់ព្រមនឹងការសម្រេចចិត្តកម្រិត 1។
អ្នកនៅតែអាចទទួលបានសវនាការថ្នាក់រដ្ឋ។ សូមមើលទំព័រ 184
សម្រាប់ព័ត៌មានអំពីការស្នើសុំសវនាការថ្នាក់រដ្ឋ។

បើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 របស់អ្នកគឺជាសវនាការថ្នាក់រដ្ឋ ក្រសួងសេវាកម្មសង្គមនៃរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា
នឹងផ្ញើលិខិតជូនអ្នកដើម្បីពន្យល់ពីសេចក្តីសម្រេចរបស់ក្រសួង។

- ប្រសិនបើសេចក្តីសម្រេចសវនាការថ្នាក់រដ្ឋគឺ **យល់ស្រប** តាមផ្នែកឬទាំងស្រុង
ចំពោះអ្វីដែលអ្នកបានស្នើសុំ យើងត្រូវតែគោរពតាមការសម្រេចចិត្តនេះ។ យើង
ត្រូវបំពេញសកម្មភាព(នានា)ដែលបានរៀបរាប់ក្នុងកំឡុងពេល 30 ថ្ងៃ នៃថ្ងៃតាម
ប្រតិទិនចាប់ពីកាលបរិច្ឆេទដែលយើងបានទទួលច្បាប់ចម្លងនៃសេចក្តីសម្រេច។
- ប្រសិនបើសេចក្តីសម្រេចស្តីពីសវនាការថ្នាក់រដ្ឋគឺ **បដិសេធ** មួយផ្នែកឬទាំងអស់រាល់នូវអ្វីដែល
អ្នកបានស្នើសុំវាមានន័យថាពួកគេបានយល់ព្រមនឹងការសម្រេចចិត្តកម្រិត 1 ។ យើងខ្ញុំ
អាចនឹងបញ្ឈប់បង់ថ្លៃជំនួយដែលនៅរង់ចាំដែលអ្នកកំពុងទទួលបាន។

បើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 របស់អ្នកធ្លាក់ដល់អង្គភាពពិនិត្យឡើងវិញឯករាជ្យ Medicare (IRE)
វានឹងផ្ញើលិខិតជូនអ្នកដើម្បីពន្យល់ពីសេចក្តីសម្រេច។

- ប្រសិនបើអង្គភាពត្រួតពិនិត្យសាឡើងវិញដោយឯករាជ្យ **យល់ស្រប** មួយឬគ្រប់
ផ្នែកនូវអ្វីដែលអ្នកបានស្នើសុំក្នុងបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ស្តង់ដាររបស់អ្នក
យើងត្រូវតែអនុញ្ញាតការរ៉ាប់រងការថែទាំវេជ្ជសាស្ត្រក្នុងរយៈពេល 72
ម៉ោងឬផ្តល់ជូនអ្នកនូវសេវាកម្មឬសម្ភារក្នុងរយៈពេល 14 ថ្ងៃតាមប្រតិទិន
ចាប់ពីថ្ងៃដែលយើងទទួលបានការសម្រេចរបស់ IRE ។ ប្រសិនបើអ្នកបានប្តឹងឧទ្ធរណ៍ឆាប់រហ័ស
យើងត្រូវអនុញ្ញាតឱ្យមានការធានារ៉ាប់រងផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រឬផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវសេវាកម្មឬសម្ភារជាតម្រូវ
វារក្នុងរយៈពេល 72 ម៉ោងចាប់ពីកាលបរិច្ឆេទដែលយើងទទួលបានការសម្រេចរបស់ IRE ។
- ប្រសិនបើ IRE **យល់ស្រប** ទៅនឹងផ្នែកឬទាំងស្រុង
ចំពោះអ្វីដែលអ្នកបានស្នើសុំក្នុងបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ស្តង់ដាររបស់អ្នកសម្រាប់ឱសថ
ដែលមានវេជ្ជបញ្ជារបស់ Medicare ផ្នែក B
យើងត្រូវតែផ្តល់សិទ្ធិឬផ្តល់ឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជារបស់ Medicare ផ្នែក B ក្នុងរយៈពេល 72
ម៉ោង បន្ទាប់ពីយើងទទួលបានសេចក្តីសម្រេចរបស់ IRE ។



ប្រសិនបើអ្នកមានបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ជាប់រហ័ស យើងត្រូវតែផ្តល់សិទ្ធិឬផ្តល់ឱសថ
តាមវេជ្ជបញ្ជារបស់ Medicare ផ្នែក B ក្នុងរយៈពេល 24
ម៉ោងគិតចាប់ពីថ្ងៃដែលយើងទទួលបានសេចក្តីសម្រេចរបស់ IRE។

- ប្រសិនបើ IRE **បដិសេធ** មួយផ្នែកឬទាំងអស់រាល់នូវអ្វីដែលអ្នកបានស្នើសុំ
វាមានន័យថាពួកគេបានយល់ព្រមការសម្រេចកម្រិត 1។ នេះត្រូវបានហៅថា៖
"ការរក្សាសេចក្តីសម្រេច"។ វាត្រូវបានហៅថា៖ "ការបដិសេធបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក"
ផងដែរ។

**បើសេចក្តីសម្រេចគឺមិនយល់ព្រមចំពោះផ្នែក ឬរាល់អ្វីដែលខ្ញុំបានស្នើ តើខ្ញុំអាចដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍
មួយទៀតបានដែរឬទេ?**

បើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 របស់អ្នកគឺជាអង្គភាពត្រួតពិនិត្យវាយតម្លៃឯករាជ្យផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ
អ្នកអាចស្នើសុំសវនាការថ្នាក់រដ្ឋ។ សូមមើលទំព័រ 184 សម្រាប់ព័ត៌មានអំពីការស្នើសុំសវនាការថ្នាក់រដ្ឋ។

បើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 របស់អ្នកគឺជាសវនាការថ្នាក់រដ្ឋ
អ្នកអាចស្នើសុំសវនាការមួយក្នុងកំឡុងពេល 30 ថ្ងៃ បន្ទាប់ពីអ្នកទទួលបានសេចក្តីសម្រេច។
អ្នកក៏អាចស្នើសុំការពិនិត្យឡើងវិញរបស់តុលាការនៃការ
បដិសេធរបស់សវនាការរដ្ឋតាមរយៈការបំពេញព្រឹត្តិការណ៍នៅតុលាការជាន់ខ្ពស់
(ក្រោមក្រមនីតិវិធីរដ្ឋប្បវេណីផ្នែក 1094.5) ក្នុងអំឡុងពេលមួយឆ្នាំបន្ទាប់ពីអ្នកទទួលបាន
សេចក្តីសម្រេច។ អ្នកមិនអាចស្នើសុំ IMR បានទេ
ប្រសិនបើអ្នកមានសវនាការថ្នាក់រដ្ឋលើបញ្ហាដូចគ្នា។

បើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 របស់អ្នកទៅអង្គភាពពិនិត្យសាឡើងវិញឯករាជ្យ Medicare (IRE)
អ្នកអាចដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ម្តងទៀតលុះត្រាតែម្ចាស់ប្រាក់ដុល្លារនៃសេវាកម្ម ឬសម្ភារដែលអ្នកចង់បាន
ត្រូវតាមចំនួនអប្បបរមា។ លិខិតដែលអ្នកទទួលបានពី IRE នឹងពន្យល់ពីសិទ្ធិបន្ថែមក្នុងការដាក់
បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ដែលអ្នកមាន។

សូមមើលផ្នែកទី 1 នៅលើទំព័រ 247 សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីកម្រិតបន្ថែមនៃបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍។

E5. បញ្ហាអំពីការបង់ថ្លៃ

យើងមិនអនុញ្ញាតឱ្យអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញរបស់យើងផ្ញើវិក្កយបត្រឱ្យអ្នកទាញថ្លៃ
សេវាកម្មនិងសម្ភារៈដែលមានការធានារ៉ាប់រងនោះឡើយ។ នេះគឺជាហ្វឹងពិត ទោះបីជាយើងខ្ញុំបង់
ប្រាក់ជូនអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងចំនួនតិចជាងតម្លៃដែលអ្នកផ្តល់សេវាគិតសម្រាប់សេវាឬសម្ភារៈ ដែល
មានការរ៉ាប់រងនេះក៏ដោយ។ អ្នកមិនត្រូវបានតម្រូវឱ្យបង់ប្រាក់វិក្កយបត្រណាទាំងអស់។
ចំនួនទឹកប្រាក់តែមួយប្រភេទគត់ដែលអ្នកត្រូវបង់គឺប្រាក់បង់រួម
សម្រាប់ឱសថមានចេញតាមវេជ្ជបញ្ជាដែលឈ្មោះយីហោ និងទូទៅ។

ប្រសិនបើអ្នកទទួលបានវិក្កយបត្រ ដែលច្រើនជាងប្រាក់ដែលអ្នកត្រូវបង់រួម សម្រាប់
សេវាកម្មនិងសម្ភារៈ ដែលស្ថិតក្នុងការរ៉ាប់រង សូមផ្ញើវិក្កយបត្រជូនយើង។ **អ្នកមិនគួរបង់
វិក្កយបត្រដោយខ្លួនអ្នកផ្ទាល់ទេ។** យើងខ្ញុំនឹងទំនាក់ទំនងអ្នកផ្តល់សេវានោះដោយផ្ទាល់ និងយកចិត្ត
ទុកដាក់ចំពោះបញ្ហានេះ។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅកាន់ Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan តាមលេខ
1-855-905-3825 (TTY:711) ម៉ោង 8:00 ព្រឹក – ម៉ោង 8:00 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅមក
លេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** សូមចូលមើលនៅ

www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect។



សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចាប់ផ្តើមអានជំពូកទី 7: "ការស្នើឱ្យយើងខ្ញុំបង់ប្រាក់ តាមចំណែក របស់យើងខ្ញុំ ក្នុងវិក្កយបត្រដែលអ្នកទទួលបានសម្រាប់សេវាកម្ម ឬឱសថដែលទទួលបានការរ៉ាប់រង។"
ជំពូកទី 7 រៀបរាប់ពីស្ថានភាពដែលអ្នកត្រូវការស្នើសុំសំណង ឬបង់ថ្លៃវិក្កយបត្រដែលអ្នកទទួលបានពីអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំ។
រ៉ាក់ប្រាប់ពីវិធីផ្ញើនូវសន្លឹកកិច្ចការមកពួកយើងដែលស្នើឱ្យយើងខ្ញុំបង់ថ្លៃសំណងផងដែរ។

តើខ្ញុំអាចស្នើសុំឱ្យអ្នកបង់ប្រាក់សងខ្ញុំវិញសម្រាប់ ចំណែករបស់អ្នកនៅក្នុង សេវា ឬសម្ភារៈដែលខ្ញុំបានបង់ថ្លៃរួចបានដែរឬទេ?

សូមចាំថាប្រសិនបើអ្នកទទួលបានវិក្កយបត្រ ដែលច្រើនជាងប្រាក់បង់រួមរបស់អ្នក សម្រាប់សេវានិងសម្ភារៈដែលគ្របដណ្តប់ហើយ អ្នកមិនគួរបង់វិក្កយបត្រនោះដោយខ្លួនឯងឡើយ។
ប៉ុន្តែប្រសិនបើអ្នកបង់វិក្កយបត្រនោះហើយ
អ្នកអាចទទួលបានប្រាក់សំណងប្រសិនបើអ្នកធ្វើតាមច្បាប់សម្រាប់ការទទួលសេវាកម្មនិងវត្ថុរ៉ាប់រងនោះ។

បើអ្នកស្នើសុំការបង់ថ្លៃសំណងវិញ នោះអ្នកកំពុងស្នើសុំសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង។ យើងខ្ញុំនឹងពិនិត្យមើលថាតើសេវាកម្ម ឬសម្ភារៈដែលអ្នកបានបង់ថ្លៃរួចនោះគឺជាសេវាកម្ម ឬសម្ភារៈមានការធានារ៉ាប់រងឬយ៉ាងណា ហើយតើអ្នកបានគោរពតាមច្បាប់ទាំងអស់ក្នុងការប្រើប្រាស់ការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកឬក៏អត់។

- ប្រសិនបើសេវាកម្មឬសម្ភារៈ ដែលអ្នកបានបង់ហើយស្ថិតក្នុងការរ៉ាប់រង ហើយអ្នកធ្វើតាមច្បាប់ទាំងអស់ យើងនឹងធ្វើការទូទាត់ឱ្យអ្នកវិញសម្រាប់ចំណែកនៃការចំណាយរបស់យើង ទៅលើសេវាកម្មឬសម្ភារៈរ៉ាប់រងក្នុងរយៈពេល 60 ថ្ងៃបន្ទាប់ពីយើងទទួលបានសំណើរបស់អ្នក។
- ប្រសិនបើអ្នកមិនទាន់បានបង់ថ្លៃសេវាកម្ម ឬ សម្ភារៈទេនោះ យើងខ្ញុំនឹងធ្វើប្រាក់បង់ថ្លៃទៅក្រុមអ្នកផ្តល់សេវាដោយផ្ទាល់តែម្តង។ នៅពេលយើងខ្ញុំធ្វើប្រាក់បង់ថ្លៃ វាក៏ដូចគ្នានឹងការផ្តល់ចម្លើយថា **យល់ព្រម** តាមសំណើរបស់អ្នកអំពីសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងដែរ។
- ប្រសិនបើសេវា ឬសម្ភារៈ មិនត្រូវបានរ៉ាប់រង ឬអ្នកមិនបានអនុវត្តតាមវិធានទាំងអស់ យើងនឹងផ្ញើលិខិតមួយជូនអ្នកប្រាប់អ្នកថាយើងនឹងមិនបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាកម្ម ឬសម្ភារៈនិងពន្យល់ពីមូលហេតុ។

ចុះបើយើងនិយាយថាយើងនឹងមិនបង់ប្រាក់ទេ?

បើអ្នកមិនឯកភាពនឹងសេចក្តីសម្រេចរបស់យើងខ្ញុំទេ **អ្នកអាចដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍បាន។**
សូមអនុវត្តតាមដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ ដែលបានពិពណ៌នានៅក្នុងផ្នែក E3 នៅលើទំព័រ 204 ។
នៅពេលអ្នកធ្វើតាមការណែនាំទាំងនេះសូមចំណាំ៖

- ប្រសិនបើអ្នកដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ដើម្បីទទួលបានសំណង យើងខ្ញុំត្រូវផ្តល់ចម្លើយជូនអ្នកក្នុងកំឡុងពេល 30 ថ្ងៃតាមប្រតិទិនបន្ទាប់ពីពេលយើងខ្ញុំទទួលបានបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក។



- ប្រសិនបើអ្នកស្នើសុំឱ្យយើងបង់ប្រាក់ឱ្យអ្នកវិញសម្រាប់សេវាកម្មឬវត្ថុដែលអ្នកបានទទួលហើយបង់ប្រាក់ដោយខ្លួនអ្នកនោះ អ្នកមិនអាចស្នើសុំការប្តឹងឧទ្ធរណ៍បានឆាប់រហ័សឡើយ។

ប្រសិនបើយើងឆ្លើយ **បដិសេធ** ចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក និងសេវាកម្មឬសម្ភារជាធម្មតាត្រូវបានរ៉ាប់រងដោយគម្រោង Medicare យើងនឹងបញ្ជូនសំណុំរឿងរបស់អ្នកដោយស្វ័យប្រវត្តិទៅអង្គភាពពិនិត្យវាយ តម្លៃដោយឯករាជ្យ (IRE)។ យើងខ្ញុំនឹងជូនដំណឹងអ្នកតាមរយៈលិខិតបើមានករណីនេះកើតឡើង។

- ប្រសិនបើ IRE ជំទាស់នឹងសេចក្តីសម្រេចរបស់យើងខ្ញុំ ហើយនិយាយថាយើងខ្ញុំ គួរបង់សំណងជូនអ្នក យើងខ្ញុំត្រូវធ្វើប្រាក់បង់ថ្លៃទៅអ្នក ឬ ក្រុម អ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកក្នុងកំឡុងពេល 30 ថ្ងៃតាមប្រតិទិន។
 ប្រសិនបើចម្លើយទៅនឹងបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នកគឺ **យល់ស្រប** នៅក្នុងដំណាក់កាលណាមួយនៃដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍បន្ទាប់ពីកម្រិត 2 យើងត្រូវតែធ្វើប្រាក់ដែលអ្នកបានស្នើសុំទៅកាន់អ្នក ឬ អ្នកផ្តល់សេវាក្នុងរយៈពេល 60 ថ្ងៃតាមប្រតិទិន ។
- ប្រសិនបើ IRE ឆ្លើយ **បដិសេធ** ទៅនឹងបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក វាមានន័យថាពួកគេបានយល់ស្របនឹងការសម្រេចចិត្តរបស់យើងមិនអនុម័ត សំណើរបស់អ្នកទេ។ (នេះត្រូវបានហៅថា៖ "ការរក្សាសេចក្តីសម្រេច" វាក៏ត្រូវបានហៅថា៖ "ការបដិសេធបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក" ផងដែរ។)
 លិខិតដែលអ្នកទទួលបាននឹងពន្យល់ពីលិខិតបន្ថែមក្នុងការដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ដែលអ្នកមាន។ អ្នកអាចដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ម្តងទៀតលុះត្រាតែត្រូវបានបញ្ជាក់ដុល្លារនៃសេវាកម្ម ឬសម្ភារដែលអ្នក ចង់បានត្រូវតាមចំនួនអប្បបរមា។ សូមមើលផ្នែកទី 1 នៅលើទំព័រ 247 សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីកម្រិតបន្ថែមនៃបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍។

ប្រសិនបើយើងឆ្លើយ **បដិសេធ** ចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក និងសេវាកម្ម ឬសម្ភារជាធម្មតាត្រូវបានរ៉ាប់រងដោយគម្រោង Medi-Cal អ្នកអាចដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 ដោយខ្លួនអ្នក (សូមមើលផ្នែក E4 នៅលើទំព័រ 209)។

F. ឱសថផ្នែក D

F1. តើអ្នកនឹងធ្វើដូចម្តេចខ្លះបើអ្នកមានបញ្ហាក្នុងការទទួលបានកម្មវិធីឱសថតាមផ្នែក D ឬអ្នកចង់ឱ្យយើងខ្ញុំសងថ្លៃកម្មវិធីឱសថតាមផ្នែក D ជូនអ្នកវិញ

អត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នកក្នុងនាមជាសមាជិកគម្រោងរបស់យើងរួមមានការរ៉ាប់រងលើឱសថតាម វេជ្ជបញ្ជាជាច្រើន។ ភាគច្រើននៃឱសថទាំងនេះគឺ "ឱសថក្នុងផ្នែក D"។ នេះគឺជាឱសថខ្លះៗដែលកម្មវិធីឱសថ Medicare Part D មិនដោះស្រាយ ប៉ុន្តែ Medi-Cal ដោះស្រាយ។ **ផ្នែកនេះអនុវត្តតែចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ផ្នែក D ។**

បញ្ជីឱសថរួមមានឱសថមួយចំនួនដែលមាន “NPD” ។ ឱសថទាំងនេះ **មិនមែន** ជាឱសថផ្នែក D នោះទេ។ បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ឬសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងចំពោះឱសថដែលមាននិម្មិតសញ្ញា “NPD” ត្រូវអនុវត្តតាមដំណើរការក្នុងផ្នែក E នៅលើទំព័រ 199 ។



តើខ្ញុំអាចស្នើសុំសេចក្តីសម្រេចលើការរ៉ាប់រង ឬដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ចំពោះឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាផ្នែក D ដែរឬទេ?

បាទ/ចាស។ នេះគឺជាឧទាហរណ៍អំពីសេចក្តីសម្រេចលើការរ៉ាប់រងដែលអ្នកអាចស្នើសុំយើងខ្ញុំ ឲ្យធ្វើឡើងអំពីកម្មវិធីឱសថតាមផ្នែក D របស់អ្នក:

- អ្នកស្នើឲ្យយើងខ្ញុំផ្តល់ករណីលើកលែងដូចជា:
 - ការស្នើសុំឱ្យយើងរ៉ាប់រងឱសថផ្នែក D គឺមិនមាននៅក្នុងបញ្ជីឱសថនៃគម្រោងនោះទេ
 - អ្នកចង់ឱ្យយើងលើកលែងការដាក់កម្រិតលើការរៀបចំបញ្ជីឱសថក្នុងគម្រោងសម្រាប់ឱសថ (ដូចជាការកំណត់លើបរិមាណឱសថដែលអ្នកអាចទទួលបាន)
- អ្នកសាកសួរ បើមានការធានារ៉ាប់រងលើឱសថសម្រាប់អ្នក (ឧទាហរណ៍ នៅពេលឱសថរបស់អ្នកស្ថិតក្នុងបញ្ជីឱសថរបស់គម្រោង ប៉ុន្តែយើងខ្ញុំ តម្រូវឲ្យអ្នកទទួលបានការអនុញ្ញាតពីយើងខ្ញុំមុនពេលយើងខ្ញុំ នឹងធានារ៉ាប់រងលើឱសថនោះជូនអ្នក)។

កំណត់សម្គាល់: បើឱសថស្ថានប្រាប់អ្នកថាមិនបំពេញតាមវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកទេ អ្នកនឹងទទួលបានការជូនដំណឹងពន្យល់ពីវិធីទាក់ទងយើងខ្ញុំដើម្បីស្នើសុំសេចក្តីសម្រេចលើ ការរ៉ាប់រង។

- អ្នកចង់ឱ្យយើងបង់ថ្លៃឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាដែលអ្នកបានទិញរួច។
នេះគឺជាការស្នើសុំសេចក្តីសម្រេចលើការរ៉ាប់រងចំពោះការបង់ថ្លៃ។

វាក្យសព្ទច្បាប់សម្រាប់សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងឱសថក្នុងផ្នែក D របស់អ្នកគឺ“ការកំណត់ការធានារ៉ាប់រង។”

បើអ្នកមិនឯកភាពនឹងសេចក្តីសម្រេចលើការរ៉ាប់រងរបស់យើងទេ អ្នកអាចដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍បាន។ ផ្នែកនេះប្រាប់អ្នកអំពីវិធីស្នើសុំសេចក្តីសម្រេចលើការរ៉ាប់រងផង និងការដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ផង។

ប្រើតារាងខាងក្រោមដើម្បីជួយអ្នកសម្រេចចិត្តថាតើផ្នែកមួយណាមានព័ត៌មានសម្រាប់ស្ថានភាពរបស់អ្នក:

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅកាន់ Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan តាមលេខ 1-855-905-3825 (TTY:711) ម៉ោង 8:00 ព្រឹក – ម៉ោង 8:00 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅមក លេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** សូមចូលមើលនៅ

www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect។



ក្នុងចំណោមស្ថានភាពទាំងនេះ តើអ្នកស្ថិតក្នុងស្ថានភាពមួយណាដែរ?

តើអ្នកត្រូវការឱសថដែលមិនមាននៅក្នុងបញ្ជីឱសថរបស់យើងដែរឬទេ ឬត្រូវការឱ្យយើងលើកលែងច្បាប់ឬការដាក់កម្រិតលើឱសថដែលយើងគ្របដណ្តប់ដែរឬទេ?	តើអ្នកចង់ឱ្យយើងធានារ៉ាប់រងលើឱសថដែលមានក្នុងបញ្ជីឱសថឬទេ ហើយតើអ្នកយល់ថាអ្នកបានបំពេញតាមច្បាប់ឬការដាក់កម្រិតរបស់គម្រោង (ដូចជាការទទួលបានការអនុញ្ញាតជាមុន) ចំពោះឱសថដែលអ្នកត្រូវការដែរឬទេ?	តើអ្នកចង់ស្នើឱ្យយើងខ្ចីសងថ្លៃឱសថដែលអ្នកទទួលបាន និងបង់ថ្លៃហើយទៅអ្នកវិញដែរឬទេ?	តើយើងបានជម្រាបអ្នកហើយឬនៅថាយើងនឹងមិនធានារ៉ាប់រងឬបង់ថ្លៃឱសថទៅតាមមធ្យោបាយដែលអ្នកចង់បានដែរឬនៅ?
អ្នកអាចស្នើឱ្យយើងផ្តល់ករណីលើកលែងមួយ។ (នេះគឺជាប្រភេទនៃសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង។)	អ្នកអាចស្នើសុំសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងពីយើងបាន។	អ្នកអាចស្នើគម្រោងនេះធ្វើសងការចំណាយទៅអ្នកវិញ។ (នេះគឺជាប្រភេទនៃសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង។)	អ្នកអាចដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍បាន។ (វាមានន័យថាអ្នកស្នើយើងឱ្យពិចារណាម្តងទៀត។)
ចាប់ផ្តើមជាមួយ ផ្នែក F2 នៅលើទំព័រ ²²⁰ ។ សូមមើលផ្នែក F3 និង F4 នៅលើទំព័រ ²²¹ និង ²²³ ។	រំលងទៅ ផ្នែក F4 នៅលើទំព័រ ²²³ ។	រំលងទៅ ផ្នែក F4 នៅលើទំព័រ ²²³ ។	រំលងទៅ ផ្នែក F5 នៅលើទំព័រ ²²⁷ ។

F2. តើអ្វីជាករណីលើកលែង

ករណីលើកលែង គឺការអនុញ្ញាតឱ្យទទួលបានការរ៉ាប់រងថ្នាំដែលជាធម្មតាមិនមែននៅក្នុងបញ្ជីឱសថ ឬប្រើថ្នាំដោយគ្មានច្បាប់ដាក់លាក់និងដែនកំណត់នោះទេ។ បើឱសថមិនស្ថិតនៅក្នុងបញ្ជីឱសថរបស់យើងខ្ញុំ ឬមិនត្រូវបានធានាទៅតាមវិធីដែលអ្នកចង់បាន អ្នកអាចស្នើយើងខ្ញុំបង្កើត "ករណីលើកលែង" មួយ។

នៅពេលអ្នកស្នើសុំករណីលើកលែង វេជ្ជបណ្ឌិត ឬគ្រូពេទ្យដទៃទៀតរបស់អ្នកនឹងត្រូវពន្យល់ពីមូលហេតុវេជ្ជសាស្ត្រដែលអ្នកត្រូវការករណីលើកលែងនេះ។

នេះគឺជាឧទាហរណ៍នៃករណីលើកលែងដែលអ្នក ឬ វេជ្ជបណ្ឌិត ឬគ្រូពេទ្យដទៃទៀតរបស់អ្នកអាចស្នើយើងខ្ញុំឱ្យផ្តល់ឱ្យ៖



1. ការរ៉ាប់រងឱសថថ្នែក D ដែលមិនមែននៅក្នុងបញ្ជីឱសថរបស់យើងខ្ញុំ។
 - ប្រសិនបើយើងខ្ញុំផ្តល់ករណីលើកលែង ហើយ ធានារ៉ាប់រងឱសថដែលមិនមាននៅក្នុងបញ្ជីឱសថរបស់យើងខ្ញុំទេ អ្នកនឹងត្រូវបង់ថ្លៃចំណាយ ដែលត្រូវនឹងឱសថក្នុងកម្រិតទី 3 សម្រាប់ឱសថមានម៉ាកយីហោ ឬកម្រិតទី 2 សម្រាប់ឱសថទូទៅ។
 - អ្នកមិនអាចស្នើសុំករណីលើកលែងចំពោះចំនួនទឹកប្រាក់ដែលយើងខ្ញុំត្រូវទូទាត់បង់សម្រាប់ អត្ថប្រយោជន៍សុខភាពរបស់អ្នក (co-pay) ឬធានារ៉ាប់រងរួមដែលយើងខ្ញុំ តម្រូវឱ្យអ្នកបង់ថ្លៃឱសថទេ។
2. ការដកចេញនូវការដាក់កំហិតលើការរ៉ាប់រងរបស់យើងខ្ញុំ។ មានវិធានច្បាប់ ឬការកំណត់បន្ថែម ដែលអនុវត្តលើប្រភេទឱសថជាក់លាក់នៅក្នុងបញ្ជីឱសថរបស់យើងខ្ញុំ (សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមមើលជំពូកទី 5 ផ្នែក C)។
 - វិធានច្បាប់ ឬការដាក់កម្រិតបន្ថែមលើការធានារ៉ាប់រងឱសថជាក់លាក់មានដូចជា៖
 - ការទទួលបានការឯកភាពពីគម្រោងមុនយើងខ្ញុំឯកភាពធានារ៉ាប់រងឱសថជូនអ្នក។ (ពេលខ្លះត្រូវបានហៅថា៖ "ការអនុញ្ញាតជាមុន")
 - ការតម្រូវឱ្យសាកឱសថប្រភេទផ្សេងៗមុនយើងខ្ញុំនឹងធានារ៉ាប់រងឱសថដែលអ្នកស្នើសុំ។ (ពេលខ្លះត្រូវបានហៅថា៖ "វិធីព្យាបាលតាមដំណាក់កាល")
 - ការកំណត់បរិមាណ។ សម្រាប់ឱសថមួយចំនួន យើងខ្ញុំកំណត់ចំនួនឱសថដែលលោកអ្នក អាចមាន។
 - បើយើងខ្ញុំឯកភាពផ្តល់ករណីលើកលែង ហើយដកចេញនូវការកំហិតជូនអ្នក អ្នកនៅតែអាចស្នើសុំករណីលើកលែងចំពោះចំនួនបង់ថ្លៃរួមដែលយើងខ្ញុំ តម្រូវឱ្យអ្នកបង់ថ្លៃឱសថ។

វាក្យសព្ទច្បាប់សម្រាប់ស្នើសុំដកការដាក់កំហិតលើការធានារ៉ាប់រងឱសថ ពេលខ្លះ ត្រូវបានហៅថាការស្នើសុំ “ការលើកលែងចំពោះឱសថ”

F3. ចំណុចសំខាន់ៗត្រូវដឹងអំពីការស្នើសុំករណីលើកលែង

វេជ្ជបណ្ឌិត ឬក្រុមគ្រូពេទ្យដទៃទៀតរបស់អ្នកត្រូវប្រាប់យើងខ្ញុំពីមូលហេតុវេជ្ជសាស្ត្រ

វេជ្ជបណ្ឌិត ឬក្រុមគ្រូពេទ្យដទៃទៀតរបស់អ្នកត្រូវផ្តល់ការ រាយការណ៍ពន្យល់ពីមូលហេតុវេជ្ជសាស្ត្រចំពោះការស្នើសុំករណីលើកលែង។ សេចក្តីសម្រេចរបស់យើងខ្ញុំ អំពីករណីលើកលែងនឹងធ្វើទៅកាន់តែរហ័សបើអ្នកបញ្ឈប់ព័ត៌មាននេះពីវេជ្ជបណ្ឌិត ឬអ្នក ផ្តល់សេវាកម្មដទៃទៀតរបស់អ្នកនៅពេលស្នើសុំករណីលើកលែង។

ជាធម្មតា បញ្ជីឱសថរបស់យើងមានឱសថច្រើនជាងមួយប្រភេទសម្រាប់ព្យាបាលស្ថានភាពជាក់លាក់ មួយ។ ឱសថទាំងនេះត្រូវបានហៅថា "ឱសថបែបផ្សេង" ។



បើជម្រើសឱសថមួយមានប្រសិទ្ធភាពដូចឱសថដែលអ្នកកំពុងស្នើសុំ ហើយមិនបង្កផលប៉ះពាល់
ឬបញ្ហាសុខភាព នោះជាទូទៅ យើងខ្ញុំនឹង មិន ឯកភាពលើសំណើសុំករណីលើកលែងរបស់អ្នកទេ។

យើងនឹង យល់ព្រម ឬ បដិសេធ នឹងសំណើរបស់អ្នកសម្រាប់ករណីលើកលែង

- ប្រសិនបើយើង **យល់ព្រម** នឹងសំណើរបស់អ្នកសម្រាប់ករណីលើកលែង
នោះករណីលើកលែងជាធម្មតាមានរយៈពេលរហូតដល់ដំណាច់ឆ្នាំតាមប្រតិទិន។
នេះគឺជាការពិគ្រោះរវាងវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកបន្តចេញវេជ្ជបញ្ជាឱសថឱ្យអ្នក
ហើយឱសថនោះនៅតែមានសុវត្ថិភាព
និងប្រសិទ្ធភាពក្នុងការព្យាបាលស្ថានភាពសុខភាពរបស់អ្នក។
- ប្រសិនបើយើង **បដិសេធ** នឹងសំណើរបស់អ្នកសម្រាប់ករណីលើកលែង
អ្នកអាចសុំឱ្យមានពិនិត្យឡើងវិញលើការសម្រេចចិត្តរបស់យើងដោយធ្វើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍។ ផ្នែក
F5 នៅលើទំព័រ 227 ប្រាប់ពីវិធីធ្វើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ ប្រសិនបើយើង **បដិសេធ**។

ផ្នែកបន្ទាប់នេះប្រាប់អ្នកពីវិធីស្នើសុំសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងរួមទាំងករណីលើកលែង។

F4. វិធីស្នើសុំសេចក្តីសម្រេចលើការរ៉ាប់រងអំពីកម្មវិធីឱសថតាមផ្នែក D ឬសំណងសម្រាប់កម្មវិធីឱសថតាមផ្នែក D រួមទាំងករណីលើកលែង

អ្វីដែលត្រូវធ្វើ

- សាកសួរពីប្រភេទនៃសេចក្តីសម្រេចលើការរ៉ាប់រងដែលអ្នកចង់បាន។ សូមទាក់ទងយើងខ្ញុំតាមទូរសព្ទការសរសេរ ឬទូរសារដើម្បីលើកសំណើរបស់អ្នក។ អ្នក អ្នកគំណាង ឬវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក (ឬគ្រូពេទ្យដទៃទៀត) អាចធ្វើដូច្នេះបាន។ អ្នកអាចទូរសព្ទមកយើងតាមលេខ 1-888-697-8122 (TTY:711)។
- អ្នក ឬវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក (ឬក្រុមគ្រូពេទ្យដទៃទៀត) ឬបុគ្គលណាម្នាក់ទៀតដែលធ្វើជាតំណាងរបស់អ្នកអាចស្នើសុំសេចក្តីសម្រេចលើការរ៉ាប់រង។ អ្នកក៏អាចឱ្យមេធាវីធ្វើជាតំណាងរបស់អ្នកផងដែរ។
- សូមអានផ្នែកទី D នៅទំព័រ 197 ដើម្បីស្វែងយល់ពីវិធីអនុញ្ញាតឱ្យនរណាម្នាក់ដើរតួជាតំណាងរបស់អ្នក។
- អ្នកមិនចាំបាច់ផ្តល់ជូនគ្រូពេទ្យឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាផ្សេងទៀតរបស់អ្នកនូវ លិខិតអនុញ្ញាតជាលាយលក្ខណ៍អក្សរដើម្បីស្នើសុំឱ្យយើងធ្វើការសម្រេចចិត្តស្តីពីការរ៉ាប់រងជំនួសអ្នកនោះទេ។
- ប្រសិនបើអ្នកចង់ស្នើសុំយើងសងអ្នកនូវថ្លៃថ្នាំ សូមអានជំពូកទី 7 នៃសៀវភៅណែនាំនេះ។ ជំពូកទី 7 ពិពណ៌នាពេលដែលអ្នកត្រូវការស្នើសុំសំណង។ វាក៏ប្រាប់ពីវិធីផ្ញើឯកសារស្នើឱ្យយើងបង់ប្រាក់ជូនអ្នកវិញសម្រាប់ចំណែករបស់យើងលើចំណាយឱសថដែលអ្នកបានបង់។
- ប្រសិនបើអ្នកស្នើសុំករណីលើកលែងមួយ សូមផ្តល់ "សេចក្តីថ្លែងការណ៍គាំទ្រ" ។ វេជ្ជបណ្ឌិត ឬក្រុមគ្រូពេទ្យដទៃទៀតរបស់អ្នកត្រូវប្រាប់យើងខ្ញុំពីមូលហេតុវេជ្ជសាស្ត្រចំពោះករណីលើកលែងឱសថនេះ។ យើងខ្ញុំហៅវាថា "សេចក្តីថ្លែងការណ៍គាំទ្រ"។

ទិដ្ឋភាពទូទៅ៖ វិធីស្នើសុំការសម្រេចចិត្តមួយស្តីពីការរ៉ាប់រងឱសថ ឬការទូទាត់

សូមទាក់ទងតាមរយៈទូរសព្ទ សរសេរ ឬទូរសារទៅយើងខ្ញុំ ឬក៏ឱ្យអ្នកគំណាង ឬវេជ្ជបណ្ឌិត ឬក្រុមគ្រូពេទ្យដទៃទៀតរបស់អ្នកដើម្បីស្នើសុំ។ យើងខ្ញុំនឹងផ្តល់ចម្លើយជូនអ្នកអំពីសេចក្តីសម្រេចលើការរ៉ាប់រងស្តង់ដារក្នុងរយៈពេល 72 ម៉ោង។ យើងខ្ញុំនឹងផ្តល់ចម្លើយជូនអ្នកអំពីសំណងសម្រាប់កម្មវិធីឱសថតាមផ្នែក D ដែលអ្នកបានបង់ថ្លៃច្បាស់ក្នុងកំឡុងពេល 14 ថ្ងៃ នៃ ថ្ងៃតាមប្រតិទិន។

- បើអ្នកស្នើសុំករណីលើកលែង សូមបញ្ចូលសេចក្តីគាំទ្រពីវេជ្ជបណ្ឌិត ឬគ្រូពេទ្យដទៃទៀតរបស់អ្នក។
- អ្នក ឬវេជ្ជបណ្ឌិត ឬក្រុមគ្រូពេទ្យដទៃទៀតរបស់អ្នកអាចស្នើសុំសេចក្តីសម្រេចរហ័សបាន។ (ជាធម្មតា សេចក្តីសម្រេចរហ័សគឺធ្វើទៅក្នុងរយៈពេល 24 ម៉ោង។)
- សូមអានផ្នែកនេះដើម្បីឱ្យប្រាកដថាអ្នកមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ការធ្វើសេចក្តីសម្រេចរហ័ស! សូមអានវាផងដែរដើម្បីរកព័ត៌មានអំពីឱសាសន៍នៃសេចក្តីសម្រេច។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅកាន់ Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan តាមលេខ 1-855-905-3825 (TTY:711) ម៉ោង 8:00 ព្រឹក – ម៉ោង 8:00 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅមកលេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** សូមចូលមើលនៅ

www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect។



- វេជ្ជបណ្ឌិត ឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាដទៃទៀតរបស់អ្នកអាចធ្វើឬសេចក្តីផ្តឹងការនេះមកយើង តាមទូរសារឬតាមប្រៃសណីយ៍។ ឬវេជ្ជបណ្ឌិត ឬគ្រូពេទ្យដទៃទៀតរបស់អ្នកអាចប្រាប់យើងខ្ញុំ តាមទូរសព្ទ ហើយផ្ញើសេចក្តីគាំទ្រនោះតាមរយៈទូរសារ ឬអ៊ីមែលនាពេលក្រោយ។

បើស្ថានភាពសុខភាពរបស់អ្នកត្រូវការវា សូមស្នើយើងខ្ញុំផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវ "សេចក្តីសម្រេចលើការរ៉ាប់រង រហ័ស"

យើងខ្ញុំនឹងប្រើ "កាលកំណត់ស្តង់ដារ" ក្នុងករណីយើងខ្ញុំមិនបានឯកភាពប្រើ "កាលកំណត់រហ័ស"។

- **សេចក្តីសម្រេចលើការរ៉ាប់រងស្តង់ដារ**មានន័យថា យើងខ្ញុំនឹងផ្តល់ចម្លើយជូនអ្នក ក្នុងរយៈពេល 72 ម៉ោង បន្ទាប់ពីទទួលបានសេចក្តីគាំទ្រពីវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក។
- **សេចក្តីសម្រេចលើការរ៉ាប់រងរហ័ស**មានន័យថា យើងខ្ញុំនឹងផ្តល់ចម្លើយជូនអ្នកក្នុងរយៈពេល 24 ម៉ោង បន្ទាប់ពីទទួលបានសេចក្តីគាំទ្រពីវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក។

វាក្យសព្ទច្បាប់ សម្រាប់ “ការសម្រេចចិត្តស្តីពីការរ៉ាប់រងរហ័ស” គឺ “ការពន្លឿនលើសេចក្តីសម្រេច ពីការធានារ៉ាប់រង។”

អ្នកអាចទទួលបានការសម្រេចចិត្តស្តីពីការរ៉ាប់រងយ៉ាងឆាប់ តែ ក្នុងករណីអ្នកកំពុងស្នើសុំ ថ្នាំដែល អ្នកពុំទាន់បានទទួលប៉ុណ្ណោះ។ (អ្នកមិនអាចទទួលបានសេចក្តីសម្រេចលើការរ៉ាប់រង រហ័សបើអ្នកឱ្យយើងខ្ញុំសងថ្លៃឱសថដែលអ្នកបានទិញរួច។)

អ្នកអាចទទួលបានការសម្រេចចិត្តស្តីពីការរ៉ាប់រងយ៉ាងឆាប់ តែ ក្នុងករណីកាល បរិច្ឆេទកំណត់តាមស្តង់ដារអាច បណ្តាលឱ្យមានគ្រោះថ្នាក់ធ្ងន់ធ្ងរដល់សុខភាពរបស់អ្នកឬ ប៉ះពាល់ដល់សមត្ថភាពរបស់អ្នកក្នុងការបំពេញមុខងាររាងកាយ។

បើវេជ្ជបណ្ឌិត ឬអ្នកផ្តល់សេវាដទៃរបស់អ្នកប្រាប់យើងខ្ញុំថា សុខភាពរបស់អ្នកត្រូវការ "សេចក្តីសម្រេចលើការរ៉ាប់រងរហ័ស" យើងខ្ញុំនឹងឯកភាពផ្តល់ជូនអ្នកដោយស្វ័យប្រវត្តិ ហើយលិខិតនឹងប្រាប់អ្នកដូច្នោះ។

- បើអ្នកស្នើសុំការសម្រេចចិត្តលើការធានារ៉ាប់រង រហ័សដោយខ្លួនឯង (គ្មានការគាំទ្រពីវេជ្ជបណ្ឌិត ឬគ្រូពេទ្យដទៃរបស់អ្នក) យើងខ្ញុំ នឹងសម្រេចថាតើអ្នកអាចទទួលបានការសម្រេចចិត្តលើ ការធានារ៉ាប់រង រហ័ស ឬក៏អត់។
- ប្រសិនបើយើងសំរេចថាស្ថានភាពសុខភាពរបស់អ្នកមិនបំពេញតាមតម្រូវការសម្រាប់ការសម្រេចចិត្តលើការធានារ៉ាប់រងឆាប់រហ័សនោះ យើងនឹងប្រើពេលវេលាស្តង់ដារជំនួសវិញ។
 - យើងនឹងផ្ញើលិខិតមួយជំរាបអ្នក។ លិខិតនឹងប្រាប់អ្នកពីវិធីធ្វើដាក់បណ្តឹងអំពីសេចក្តីសម្រេចរបស់យើងខ្ញុំ ក្នុងការផ្តល់សេចក្តីសម្រេចស្តង់ដារ។
 - លោកអ្នកអាចដាក់ “ពាក្យបណ្តឹងរហ័ស” ហើយនឹងទទួលបានចម្លើយតបទៅនឹង ពាក្យបណ្តឹងរបស់អ្នកក្នុងរយៈពេល 24 ម៉ោង។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅកាន់ Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan តាមលេខ 1-855-905-3825 (TTY:711) ម៉ោង 8:00 ព្រឹក – ម៉ោង 8:00 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅមក លេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** សូមចូលមើលនៅ

www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect។



សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីដំណើរការនៃការធ្វើពាក្យបណ្តឹង
រួមទាំងពាក្យបណ្តឹងឆាប់រហ័ស សូមមើលផ្នែកទី J នៅលើទំព័រ 249 ។

កាលបរិច្ឆេទកំណត់សម្រាប់ "សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងរហ័ស"

- បើយើងខ្ញុំប្រើកាលបរិច្ឆេទកំណត់រហ័ស យើងខ្ញុំត្រូវផ្តល់ចម្លើយជូនអ្នកក្នុងរយៈពេល 24 ម៉ោង។ នេះមានន័យថាក្នុងរយៈពេល 24 ម៉ោង បន្ទាប់ពីទទួលបានសំណើរបស់អ្នក។ ឬ បើអ្នកស្នើសុំករណីលើកលែងក្នុងរយៈពេល 24 ម៉ោង បន្ទាប់ពីទទួលបានសេចក្តីគាំទ្រសំណើពីវេជ្ជបណ្ឌិត ឬគ្រូពេទ្យរបស់អ្នក។ យើង នឹងផ្តល់ចម្លើយឱ្យបានឆាប់បើស្ថានភាពសុខភាពរបស់អ្នកតម្រូវឱ្យធ្វើដូច្នោះ។
- បើយើងខ្ញុំមិនបំពេញតាមកាលកំណត់នេះទេ យើងខ្ញុំ នឹងបញ្ជូនសំណើរបស់អ្នកទៅដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2។ នៅកម្រិត 2 អង្គភាព ត្រួតពិនិត្យឯករាជ្យនឹងពិនិត្យមើលសំណើរបស់អ្នក។
- **ប្រសិនបើចម្លើយរបស់យើងគឺ យល់ស្រប** មួយផ្នែក ឬទាំងអស់រាល់នូវអ្វីដែលអ្នកបានស្នើសុំ យើងត្រូវអនុម័តឬផ្តល់ការរ៉ាប់រងនៅក្នុងរយៈពេល 24 ម៉ោងបន្ទាប់ពីយើងទទួលបានសំណើរបស់អ្នក ឬប្រសិនបើអ្នកកំពុងស្នើចម្លើយគាំទ្រពីវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក។
- **ប្រសិនបើចម្លើយរបស់យើងគឺ បដិសេធ** មួយផ្នែកឬទាំងអស់រាល់នូវអ្វីដែលអ្នកបានស្នើសុំ យើងនឹងផ្ញើលិខិតមួយជូនអ្នកដែលបានពន្យល់ពីមូលហេតុដែលយើងបាន **បដិសេធ**។ លិខិតក៏នឹងពន្យល់អ្នកពីរបៀបប្តឹងឧទ្ធរណ៍លើការសម្រេចចិត្តរបស់យើងផងដែរ។

**កាលបរិច្ឆេទកំណត់សម្រាប់ "សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងស្តង់ដារ" អំពីឱសថ
ដែលអ្នកមិនទាន់ទទួលបាន។**

- ប្រសិនបើយើងកំពុងប្រើកាលកំណត់ស្តង់ដារ យើងត្រូវតែផ្តល់ចម្លើយដល់អ្នកក្នុងរយៈពេល 72 ម៉ោងបន្ទាប់ពីយើងទទួលបានសំណើរបស់អ្នក។ ឬ ប្រសិនបើអ្នកស្នើសុំករណីលើកលែងមួយបន្ទាប់ពីយើងទទួលបានសេចក្តីថ្លែងការណ៍គាំទ្រពីវេជ្ជបណ្ឌិតឬវេជ្ជបណ្ឌិត។ យើងនឹងផ្តល់ចម្លើយឱ្យបានឆាប់បើស្ថានភាពសុខភាព របស់អ្នកតម្រូវឱ្យធ្វើដូច្នោះ។
- បើយើងខ្ញុំមិនបំពេញតាមកាលកំណត់នេះទេ យើងខ្ញុំនឹងបញ្ជូនសំណើរបស់អ្នកទៅដំណើរការ បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2។ នៅកម្រិត 2 អង្គភាពត្រួតពិនិត្យឯករាជ្យនឹងពិនិត្យមើល សំណើរបស់អ្នក។
- **ប្រសិនបើចម្លើយរបស់យើងគឺ យល់ស្រប** តាមផ្នែកឬទាំងស្រុងចំពោះអ្វីដែលអ្នកបានស្នើសុំ យើងត្រូវតែយល់ព្រមឬផ្តល់ការធានារ៉ាប់រងក្នុងរយៈពេល 72 ម៉ោងបន្ទាប់ពីយើងទទួលបានសំណើរបស់អ្នក ឬ សេចក្តីថ្លែងការណ៍គាំទ្ររបស់វេជ្ជបណ្ឌិតឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកប្រសិនបើអ្នកស្នើសុំការលើកលែង។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅកាន់ Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan តាមលេខ 1-855-905-3825 (TTY:711) ម៉ោង 8:00 ព្រឹក – ម៉ោង 8:00 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅមក លេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលមើលនៅ

www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect។



- **ប្រសិនបើចម្លើយរបស់យើងគឺ បដិសេធ** មួយផ្នែកឬទាំងអស់រាល់នូវអ្វីដែលអ្នកបានស្នើសុំ យើងនឹងផ្ញើលិខិតមួយជូនអ្នកដែលបានពន្យល់ពីមូលហេតុដែលយើងបាន **បដិសេធ**។ លិខិតក៏នឹងពន្យល់អ្នកពីរបៀបប្តឹងឧទ្ធរណ៍លើការសម្រេចចិត្តរបស់យើងផងដែរ។

កាលកំណត់សម្រាប់ "សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងស្តង់ដារ" អំពីឱសថដែលអ្នកបានទិញរួច។

- យើងខ្ញុំត្រូវផ្តល់ចម្លើយជូនអ្នកក្នុងកំឡុងពេល 14 ថ្ងៃតាមប្រតិទិនបន្ទាប់ពីទទួលបានសំណើរបស់អ្នក។
- បើយើងខ្ញុំមិនបំពេញតាមកាលកំណត់នេះទេ យើងខ្ញុំនឹងបញ្ជូនសំណើរបស់អ្នកទៅដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2។ នៅកម្រិត 2 អង្គភាពត្រួតពិនិត្យឯករាជ្យនឹងពិនិត្យមើលសំណើរបស់អ្នក។
- **ប្រសិនបើចម្លើយរបស់យើងគឺ យល់ស្រប** មួយផ្នែកឬទាំងអស់រាល់នូវអ្វីដែលអ្នកបានស្នើសុំ យើងនឹងធ្វើការទូទាត់ប្រាក់ជូនអ្នកក្នុងរយៈពេល 14 ថ្ងៃតាមប្រតិទិន
- **ប្រសិនបើចម្លើយរបស់យើងគឺ បដិសេធ** មួយផ្នែកឬទាំងអស់រាល់នូវអ្វីដែលអ្នកបានស្នើសុំ យើងនឹងផ្ញើលិខិតមួយជូនអ្នកដែលបានពន្យល់ពីមូលហេតុដែលយើងបាន **បដិសេធ**។ លិខិតក៏នឹងពន្យល់អ្នកពីរបៀបប្តឹងឧទ្ធរណ៍លើការសម្រេចចិត្តរបស់យើងផងដែរ។



F5. បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 1 ចំពោះកម្មវិធីឱសថតាមផ្នែក D

- ដើម្បីចាប់ផ្តើមបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ អ្នក វេជ្ជបណ្ឌិត ឬគ្រូពេទ្យដទៃទៀត ឬគំណាងរបស់អ្នកត្រូវទាក់ទងយើងខ្ញុំ។
- បើអ្នកស្នើសុំបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ស្តង់ដារ អ្នកអាចធ្វើបាន តាមរយៈការលើកសំណើជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ។ លោកអ្នកក៏អាចស្នើសុំការ ដាក់ពាក្យបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ដោយទូរសព្ទមក កាន់យើងខ្ញុំបានផងដែរតាមរយៈលេខ 1-855-905-3825 (TTY: 711)។
- បើអ្នកស្នើសុំបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍រហ័ស សូមសរសេរជា លាយលក្ខណ៍អក្សរ ឬទាក់ទងយើងខ្ញុំតាម ទូរសព្ទ។
- អ្នកត្រូវស្នើសុំដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ **ក្នុងអំឡុងពេល 60 ថ្ងៃតាមប្រតិទិន** គិតចាប់ពីកាលបរិច្ឆេទមាននៅលើលិខិត ដែលយើងខ្ញុំបានផ្ញើទៅអ្នក ដើម្បីជម្រាបពីសេចក្តីសម្រេចរបស់យើងខ្ញុំ។ បើអ្នកមិនអាចធ្វើទាន់ពេលវេលាតាមកាលកំណត់ ហើយមានមូលហេតុសមរម្យ ចំពោះការខកខាននោះ យើងខ្ញុំ អាចផ្តល់ពេលវេលា បន្ថែមឱ្យអ្នកដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍។ ឧទាហរណ៍ មូលហេតុសមរម្យចំពោះការខកខានទាន់កាល កំណត់អាចថាអ្នកមានជម្ងឺធ្ងន់ធ្ងរមិនអាចទាក់ទងយើងខ្ញុំបាន ឬយើងខ្ញុំ បានផ្តល់ព័ត៌មានមិនត្រឹមត្រូវ ឬមិនពេញលេញអំពីកាល កំណត់សម្រាប់ការស្នើសុំបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍។
- អ្នកមានសិទ្ធិស្នើសុំព័ត៌មានបន្ថែមជាច្បាប់ចម្លងអំពីបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នកពីយើងខ្ញុំបាន។ ដើម្បីសុំច្បាប់ចម្លងមួយច្បាប់ សូមទាក់ទងផ្នែកបម្រើសេវាអតិថិជនតាមលេខ 1-855-905-3825 (TTY:711)។

ទិន្នន័យទូទៅ:

របៀបដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 1

អ្នក ឬ វេជ្ជបណ្ឌិត ឬ អ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាដទៃ ទៀត ឬគំណាងរបស់អ្នកអាចដាក់សំណើ របស់អ្នកជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ និងអ៊ីមែល ឬផ្ញើទូរសារទៅកាន់យើងខ្ញុំ។ អ្នកក៏អាចស្នើសុំបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ដោយទាក់ទងតាម ទូរសព្ទមកយើងផងដែរ។

- សូមស្នើសុំក្នុងកំឡុងពេល 60 ថ្ងៃនៃថ្ងៃតាម ប្រតិទិនដែលអ្នកសម្រេចដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍។ បើអ្នកធ្វើមិនទាន់ពេលវេលាតាមកាលកំណត់ហើយ មានមូលហេតុសមស្រប អ្នកក៏នៅតែអាចដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍បាន។
- អ្នក ឬវេជ្ជបណ្ឌិត ឬគ្រូពេទ្យដទៃទៀត ឬ អ្នកគំណាងរបស់អ្នក អាចស្នើសុំសេចក្តីសម្រេចរហ័សបាន។
- សូមអានផ្នែកនេះដើម្បីឱ្យប្រាកដថាអ្នក មានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ការធ្វើ សេចក្តីសម្រេចដ៏រហ័ស! សូមអានវាផងដែរដើម្បីរកព័ត៌មានអំពីឱសថ វាទនៃសេចក្តីសម្រេច។

វាក្យសព្ទផ្លូវច្បាប់ សម្រាប់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍មកកាន់គម្រោងអំពីការសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង ឱសថក្នុងផ្នែក D គឺ “សេចក្តីសម្រេចឡើងវិញ” របស់គម្រោង។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅកាន់ Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan តាមលេខ 1-855-905-3825 (TTY:711) ម៉ោង 8:00 ព្រឹក – ម៉ោង 8:00 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅមក លេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** សូមចូលមើលនៅ

www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect។



បើអ្នកចង់ធ្វើដូច្នេះ អ្នក និងគ្រូពេទ្យ ឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជា
ដទៃទៀតរបស់អ្នកអាចផ្តល់ព័ត៌មានបន្ថែមមកយើងខ្ញុំដើម្បីជាជំនួយដល់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក។

បើស្ថានភាពសុខភាពរបស់អ្នកតម្រូវឱ្យមាន សូមស្នើយើងផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវ "បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ឆាប់រហ័ស"

- បើអ្នកដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ចំពោះសេចក្តីសម្រេចដែលគម្រោង
ធ្វើឡើងអំពីឱសថអ្នកមិនទាន់ទទួលបាន អ្នក និងវេជ្ជបណ្ឌិត ឬគ្រូពេទ្យ
ដទៃទៀតរបស់អ្នកនឹងត្រូវសម្រេចថាតើអ្នកត្រូវការ "បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍រហ័ស" ឬយ៉ាងណា។
- តម្រូវការដើម្បីទទួលបាន "បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ឆាប់រហ័ស" គឺដូចគ្នានឹងតម្រូវការសម្រាប់
"ការសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងឆាប់រហ័ស" នៅក្នុងផ្នែក F4 នៅលើទំព័រ 223 ផងដែរ។

វាក្យស័ព្ទច្បាប់ សម្រាប់ "បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ឆាប់រហ័ស" គឺ "ការពន្លឿនសេចក្តីសម្រេចឡើងវិញ"

**គម្រោងរបស់យើងខ្ញុំនឹងពិនិត្យបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នកឡើងវិញ
និងផ្តល់សេចក្តីសម្រេចរបស់យើងខ្ញុំជូនអ្នក។**

- យើងខ្ញុំនឹងពិនិត្យមើលព័ត៌មានទាំងអស់អំពីសំណើការធានារ៉ាប់រង
របស់អ្នកដោយប្រុងប្រយ័ត្ន។
យើងពិនិត្យមើលថាតើយើងបានអនុវត្តតាមវិធានទាំងអស់នៅពេលដែលយើងបាន**បដិសេធ**
ឆ នឹងសំណើរបស់អ្នក។ យើងខ្ញុំនឹងទាក់ទងអ្នក ឬគ្រូពេទ្យ ឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាដទៃទៀត
របស់អ្នកដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែម។
អ្នកពិនិត្យមើលឡើងវិញគឺជាបុគ្គលដែលមិនធ្វើការសម្រេចលើការរ៉ាប់រងពីដំបូងទេ។

កាលបរិច្ឆេទកំណត់សម្រាប់ "បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍រហ័ស"

- បើយើងខ្ញុំប្រើកាលកំណត់រហ័ស យើងខ្ញុំនឹងផ្តល់ចម្លើយជូនអ្នកក្នុងរយៈពេល 72 ម៉ោង
បន្ទាប់ពីទទួលបានបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក ឬកាន់តែរហ័សបើស្ថានភាព
សុខភាពរបស់អ្នកតម្រូវឱ្យធ្វើដូច្នេះ។
- បើយើងខ្ញុំមិន យើងខ្ញុំមិនផ្តល់ចម្លើយជូនអ្នកក្នុងរយៈពេល 72 ម៉ោងទេ យើងខ្ញុំ
នឹងបញ្ជូនសំណើរបស់អ្នកទៅដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2។ នៅកម្រិត 2 អង្គភាព
ត្រួតពិនិត្យសាឡើងវិញឯករាជ្យនឹងពិនិត្យមើលពាក្យបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក។
- **ប្រសិនបើចម្លើយរបស់យើងគឺ យល់ស្រប** មួយផ្នែកឬទាំងអស់រាល់នូវអ្វីដែលអ្នកបានស្នើសុំ
យើងត្រូវតែផ្តល់ការរ៉ាប់រងនៅក្នុងរយៈពេល 72 ម៉ោងបន្ទាប់ពីយើងទទួលបានបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍
របស់អ្នក។
- **ប្រសិនបើចម្លើយរបស់យើងគឺ បដិសេធ** មួយផ្នែកឬទាំងអស់រាល់នូវអ្វីដែលអ្នកបានស្នើសុំ
យើងនឹងផ្ញើលិខិតមួយជូនអ្នកដែលពន្យល់ពីមូលហេតុដែលយើងបាន **បដិសេធ**។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅកាន់ Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan តាមលេខ
1-855-905-3825 (TTY:711) ម៉ោង 8:00 ព្រឹក – ម៉ោង 8:00 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅមក
លេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** សូមចូលមើលនៅ

www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect។



កាលបរិច្ឆេទកំណត់សម្រាប់ "បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ស្តង់ដារ"

- បើយើងខ្ញុំប្រើឱសានវាទស្តង់ដារ យើងខ្ញុំត្រូវផ្តល់ចម្លើយជូនអ្នកក្នុងកំឡុងពេល 7 ថ្ងៃ បន្ទាប់ពីទទួលបានបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក ឬកាន់តែរហ័សបើស្ថានភាព សុខភាពរបស់អ្នកតម្រូវឱ្យធ្វើដូច្នេះ
លើកលែងតែអ្នកកំពុងស្នើឱ្យយើងបង់ថ្លៃសងអ្នកសម្រាប់ឱសថដែលអ្នកបានទិញរួច។
បើសិនជាអ្នកកំពុងស្នើឱ្យយើងបង់ថ្លៃសងអ្នកសម្រាប់ឱសថដែលអ្នកបានទិញរួច
យើងត្រូវតែផ្តល់ចម្លើយរបស់យើងដល់អ្នកក្នុងរយៈពេល 14 ថ្ងៃតាម
ប្រតិទិនបន្ទាប់ពីទទួលបានបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក។
បើអ្នកយល់ថាស្ថានភាពសុខភាពរបស់អ្នកតម្រូវដូច្នេះ អ្នកគួរស្នើសុំ "ឧទ្ធរណ៍រហ័ស"។
- ប្រសិនបើយើងមិនផ្តល់ការសម្រេចចិត្តដល់អ្នកក្នុងរយៈពេល 7 ថ្ងៃតាមប្រតិទិន ឬ 14 ថ្ងៃតាមប្រតិទិន ប្រសិនបើអ្នកបានស្នើឱ្យយើងបង់ថ្លៃសំណងមកអ្នកសម្រាប់ឱសថ ដែលអ្នកបានទិញរួច យើងនឹងផ្ញើសំណើរបស់អ្នកទៅកម្រិតទី 2 នៃដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍។ នៅកម្រិតទី 2 អង្គភាពត្រួតពិនិត្យសាឡើងវិញឯករាជ្យនឹងពិនិត្យមើលពាក្យបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ របស់អ្នក។
- **ប្រសិនបើចម្លើយរបស់យើងគឺ យល់ស្រប** មួយផ្នែកឬទាំងអស់រាល់នូវអ្វីដែលអ្នកបានស្នើសុំ៖
 - ប្រសិនបើយើងខ្ញុំឯកភាពទៅនឹងសំណើសុំការរ៉ាប់រង យើងខ្ញុំត្រូវផ្តល់ ជូនអ្នកនូវសេចក្តីសម្រេចឱ្យបានរហ័ស ស្របតាមស្ថានភាពសុខភាពរបស់អ្នក ប៉ុន្តែមិនលើសពី 7 ថ្ងៃ នៃថ្ងៃតាមប្រតិទិនបន្ទាប់ពីទទួលបានបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក ឬ 14 ថ្ងៃ ប្រសិនបើអ្នកបានស្នើឱ្យយើងបង់ថ្លៃសំណងដល់ អ្នកសម្រាប់ឱសថដែលអ្នកបានទិញរួច។
 - បើយើងខ្ញុំឯកភាពសំណើសងថ្លៃឱសថដែលអ្នកបានទិញរួច យើងខ្ញុំ នឹងផ្ញើថ្លៃចំណាយទៅអ្នកក្នុងកំឡុងពេល 30 ថ្ងៃតាម ប្រតិទិនបន្ទាប់ពីទទួលបានបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក។
- **ប្រសិនបើចម្លើយរបស់យើងគឺ បដិសេធ** ដោយ ផ្នែកឬទាំងទ្រង់ស្រង់ចំពោះអ្វីដែលអ្នកបានស្នើសុំ យើងនឹងផ្ញើលិខិតមួយជូនអ្នក ដែលនឹង ពន្យល់ពីមូលហេតុ ដែលយើងបាន**បដិសេធ** និងប្រាប់ពីរបៀបប្តឹងឧទ្ធរណ៍លើការសម្រេចចិត្តរបស់យើង។



F6. បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 ចំពោះកម្មវិធីឱសថតាមផ្នែក D

ប្រសិនបើយើង **បដិសេធ** ផ្នែកណាមួយ ឬទាំងអស់នៃបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក អ្នកអាចជ្រើសរើសថា តើត្រូវទទួលយកការសម្រេចនេះ ឬធ្វើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍មួយផ្សេងទៀត។ នៅកម្រិត 2 អង្គភាពត្រួតពិនិត្យឯករាជ្យ (IRE) នឹងពិនិត្យការសម្រេចរបស់យើងខ្ញុំឡើងវិញ។

- ប្រសិនបើអ្នកចង់ឱ្យ IRE ពិនិត្យឡើងវិញនូវករណីរបស់អ្នក ការស្នើសុំបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នកត្រូវតែសរសេរជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ។ លិខិតដែលយើងខ្ញុំផ្ញើទៅអំពីសេចក្តីសម្រេចរបស់យើងខ្ញុំក្នុងបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 1 នឹងពន្យល់ពីវិធីស្នើសុំបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2។
- នៅពេលអ្នកដាក់ពាក្យបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ទៅ IRE នោះយើងនឹងបញ្ជូនសំណុំរឿងរបស់អ្នកទៅពួកគេ។ អ្នកមានសិទ្ធិស្នើសុំច្បាប់ចម្លងឯកសារករណីរបស់អ្នកពីយើងដោយទូរសព្ទទៅផ្នែកបម្រើសេវាអតិថិជនតាមរយៈលេខ 1-855-905-3825 (TTY:711)។
- អ្នកមានសិទ្ធិផ្តល់ដល់ IRE នូវព័ត៌មានផ្សេងទៀត ដើម្បីគាំទ្រការប្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក។
- IRE គឺជាអង្គការឯករាជ្យដែលត្រូវបានជួលដោយក្រុមហ៊ុន Medicare ។ វាពុំមានទំនាក់ទំនងជាមួយគម្រោងនេះទេ ហើយក៏មិនមែនជាភ្នាក់ងាររបស់រដ្ឋាភិបាលដែរ។
- អ្នកពិនិត្យឡើងវិញនៅ IRE នឹងពិនិត្យមើលព័ត៌មានទាំងអស់ពាក់ព័ន្ធនឹងបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នកដោយប្រុងប្រយ័ត្ន។ អង្គភាពនឹងផ្ញើលិខិតជូនអ្នកដើម្បីពន្យល់ពីសេចក្តីសម្រេច។

ទិដ្ឋភាពទូទៅ៖

របៀបដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2

បើអ្នកចង់ឱ្យអង្គភាពត្រួតពិនិត្យសាឡើងវិញ ឯករាជ្យពិនិត្យករណីរបស់អ្នកឡើងវិញ អ្នកត្រូវដាក់សំណើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ។

- សូមស្នើសុំក្នុងកំឡុងពេល 60 ថ្ងៃនៃថ្ងៃតាមប្រតិទិនដែលអ្នកសម្រេចដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍។ បើអ្នកធ្វើមិនទាន់ពេលតាមកាលកំណត់ហើយមានមូលហេតុសមស្រប អ្នកក៏នៅតែអាចដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍បាន។
- ដើម្បីចាប់ផ្តើមបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ អ្នកវេជ្ជបណ្ឌិត ឬគ្រូពេទ្យដទៃទៀតឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2។
- សូមអានផ្នែកនេះដើម្បីឱ្យប្រាកដថាអ្នកមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ការធ្វើសេចក្តីសម្រេចដំបូង! សូមអានវាផងដែរដើម្បីរកព័ត៌មានអំពីឱសានវាទនៃសេចក្តីសម្រេច។

វាក្យស័ព្ទច្បាប់សម្រាប់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ទៅ IRE អំពីឱសថក្នុងជំពូក D គឺ "ការធ្វើសេចក្តីសម្រេចឡើងវិញ។"

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅកាន់ Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan តាមលេខ 1-855-905-3825 (TTY:711) ម៉ោង 8:00 ព្រឹក – ម៉ោង 8:00 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅមកលេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** សូមចូលមើលនៅ

www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect។



កាលបរិច្ឆេទកំណត់សម្រាប់ "បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍រហ័ស" នៅកម្រិត 2

- បើស្ថានភាពសុខភាពរបស់អ្នកតម្រូវ សូមស្នើ "សេចក្តីសម្រេចលើការរ៉ាប់រងរហ័ស" ពីអង្គភាពពិនិត្យឯករាជ្យ IRE។
- បើអង្គភាព IRE ផ្តល់"បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍រហ័ស" នោះអង្គភាពត្រូវផ្តល់ចម្លើយចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 របស់អ្នកក្នុងរយៈពេល 72 ម៉ោងបន្ទាប់ពីទទួលបានសំណើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក។
- ប្រសិនបើ IRE យល់ព្រម មួយផ្នែក ឬទាំងអស់រាល់នូវអ្វីដែលអ្នកបានស្នើសុំ យើងត្រូវតែអនុញ្ញាតឬផ្តល់ជូនអ្នកនូវការរ៉ាប់រងឱសថក្នុងរយៈពេល 24 ម៉ោងបន្ទាប់ពីយើងទទួលបានការសម្រេចនេះ។

កាលបរិច្ឆេទកំណត់សម្រាប់ "បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ស្តង់ដារ" នៅកម្រិត 2

- ប្រសិនបើអ្នកមានបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ស្តង់ដារនៅកម្រិត 2 អង្គភាពពិនិត្យឡើងវិញឯករាជ្យ (IRE) ត្រូវផ្តល់ចម្លើយជូនអ្នកអំពី បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 ក្នុងកំឡុងពេល 7 ថ្ងៃតាមថ្ងៃប្រតិទិនបន្ទាប់ពីអង្គភាពទទួលបានបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក ឬ 14 ថ្ងៃតាមថ្ងៃប្រតិទិន ប្រសិនបើអ្នកបានស្នើឱ្យយើងបង់ថ្លៃសំណងដល់អ្នកសម្រាប់ឱសថដែលអ្នកបានទិញរួច។
- ប្រសិនបើ IRE យល់ព្រម មួយផ្នែក ឬទាំងអស់រាល់នូវអ្វីដែលអ្នកបានស្នើសុំ យើងត្រូវតែអនុញ្ញាតឬផ្តល់ជូនអ្នកនូវការរ៉ាប់រងឱសថក្នុងរយៈពេល 72 ម៉ោងបន្ទាប់ពីយើងទទួលបានការសម្រេចនេះ។
- បើ IRE ឯកភាពសំណើសងថ្លៃឱសថដែលអ្នកបានទិញរួច យើងខ្ញុំនឹងផ្ញើថ្លៃចំណាយទៅអ្នកក្នុងកំឡុងពេល 30 ថ្ងៃតាមប្រតិទិនបន្ទាប់ពីពេលយើងខ្ញុំទទួលបានសេចក្តីសម្រេច។

នឹងមានអ្វីកើតឡើងបើអង្គភាពពិនិត្យឡើងវិញឯករាជ្យផ្តល់ចម្លើយមិនយល់ព្រមចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 របស់អ្នក?

ការបដិសេធ មានន័យថាអង្គភាពត្រួតពិនិត្យវាយតម្លៃដោយឯករាជ្យ (IRE) យល់ស្របនឹងការសម្រេចចិត្តរបស់យើងមិនអនុម័តសំណើរបស់អ្នក។ នេះត្រូវបានគេហៅថា៖ "ការរក្សាសេចក្តីសម្រេច"។ វាក៏ត្រូវបានហៅថា៖ "ការបដិសេធបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក" ផងដែរ។

ប្រសិនបើអ្នកចង់បន្តទៅកម្រិតទី 3 នៃដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ ឱសថនាំដែលអ្នកកំពុងស្នើសុំត្រូវបំពេញតាមចំនួនប្រាក់ដុល្លារកម្រិតអប្បបរមា។ បើតម្លៃប្រាក់ដុល្លារគឺតិចជាងកម្រិតអប្បបរមា អ្នកមិនអាចដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍តទៅទេ។ ប្រសិនបើតម្លៃប្រាក់ដុល្លារមានកម្រិតខ្ពស់គ្រប់គ្រាន់ អ្នកអាចស្នើសុំបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិតទី 3 ។ លិខិតដែលអ្នកទទួលបានពី IRE នឹងប្រាប់អ្នកនូវតម្លៃប្រាក់ដុល្លារដែលត្រូវការដើម្បីបន្តដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍។



G. ស្នើឱ្យយើងខ្ញុំរ៉ាប់រងលើការសម្រាកនៅមន្ទីរពេទ្យរយៈពេលវែងជាងនេះ

នៅពេលអ្នកត្រូវតម្រូវឱ្យទៅមន្ទីរពេទ្យ អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបាន
សេវាកម្មទាំងអស់របស់មន្ទីរពេទ្យដែលយើងខ្ញុំធានារ៉ាប់រង និងចាំបាច់ចំពោះការវិនិច្ឆ័យ
និងព្យាបាលជំងឺ ឬរបួសរបស់អ្នក។

អំឡុងពេលស្នាក់នៅមន្ទីរពេទ្យ វេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក និងបុគ្គលិកពេទ្យនឹងធ្វើការជាមួយអ្នក
ដើម្បីរៀបចំសម្រាប់ ថ្ងៃដែលអ្នកចាកចេញពីមន្ទីរពេទ្យ។
ពួកគេក៏នឹងជួយរៀបចំការថែទាំផ្សេងៗដែលអ្នកត្រូវការបន្ទាប់ពីពេលចាកចេញផងដែរ។

- ថ្ងៃដែលអ្នកចាកចេញពីមន្ទីរពេទ្យត្រូវបានហៅថា៖ "កាលបរិច្ឆេទចាកចេញ"។
- វេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក និងបុគ្គលិកពេទ្យនឹងប្រាប់អ្នកពីកាលបរិច្ឆេទចាកចេញ។

បើអ្នកយល់ថាអ្នកត្រូវបានគេស្នើឱ្យចេញពីមន្ទីរពេទ្យហួសពេក
អ្នកអាចស្នើសុំស្នាក់នៅទីនោះយូរជាងនេះ។ ផ្នែកបន្ទាប់នេះប្រាប់អ្នកពីវិធីស្នើសុំនេះ។

G1. សិក្សាអំពីសិទ្ធិថែទាំសុខភាពម៉ែឌីវ៉ែរ (Medicare) របស់អ្នក

នៅក្នុងរយៈពេលពីរថ្ងៃបន្ទាប់ពីអ្នកត្រូវបានបញ្ជូនទៅមន្ទីរពេទ្យ បុគ្គលិកករណី ឬគិលានុបដ្ឋាយិកា
នឹងផ្តល់ជូនអ្នកនូវសេចក្តីជូនដំណឹង ដែលគេហៅថា "សារសំខាន់ពី Medicare អំពីសិទ្ធិរបស់អ្នក"។
បើអ្នកមិនទទួលបានសេចក្តីជូនដំណឹងនេះទេ សូមសាកសួររកពីបុគ្គលិកពេទ្យណាម្នាក់។
ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយ សូមទូរសព្ទមកផ្នែកបម្រើសេវាអភិវឌ្ឍនភាពលេខ at 1-855-905-3825
(TTY:711) ម៉ោង 8:00 ព្រឹក – ម៉ោង 8:00 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅមក
លេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ អ្នកអាចទូរសព្ទផងដែរទៅកាន់ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)
24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY អាចទូរសព្ទទៅកាន់លេខ
1-877-486-2048។

សូមអានសេចក្តីជូនដំណឹងនេះដោយប្រុងប្រយ័ត្ន និងសួរសំណួរបើអ្នកមិនយល់។ "សារសំខាន់"
ប្រាប់អំពីសិទ្ធិរបស់អ្នកក្នុងនាមជាអ្នកជំងឺរបស់មន្ទីរពេទ្យរ៉ាប់រងសិទ្ធិរបស់អ្នកដើម្បី៖

- ទទួលបានសេវាដែលទទួលបានការរ៉ាប់រងដោយ Medicare កំឡុងពេល
និងក្រោយពេលអ្នកស្នាក់នៅមន្ទីរពេទ្យ។
សិទ្ធិរបស់អ្នកក្នុងការធ្វើជាចំណែកមួយនៃសេចក្តីសម្រេចណាមួយអំពីរយៈពេលស្នាក់នៅមន្ទីរ
ពេទ្យរបស់អ្នក។
- ចូលរួមចំណែកក្នុងសេចក្តីសម្រេចណាមួយអំពីរយៈពេលស្នាក់នៅមន្ទីរពេទ្យរបស់អ្នក។
- ដឹងពីកន្លែងត្រូវរាយការណ៍ពីក្តីបារម្ភនានា
ដែលអ្នកមានចំពោះគុណភាពសេវាថែទាំរបស់មន្ទីរពេទ្យ។
- ដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍បើអ្នកយល់ថាអ្នកត្រូវបានគេស្នើឱ្យចេញពីមន្ទីរពេទ្យហួសពេក។

អ្នកគួរចុះហត្ថលេខាលើសេចក្តីជូនដំណឹងរបស់ Medicare ដើម្បីបង្ហាញថា អ្នកបានទទួលវា
និងយល់ពីសិទ្ធិរបស់អ្នក។ ការចុះហត្ថលេខាលើសេចក្តីជូនដំណឹងនេះ **មិនមែន**

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅកាន់ Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan តាមលេខ
1-855-905-3825 (TTY:711) ម៉ោង 8:00 ព្រឹក – ម៉ោង 8:00 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅមក
លេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** សូមចូលមើលនៅ

www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect។



បានន័យថាអ្នកយល់ព្រមនឹងថ្ងៃចេញពីពេទ្យ
បានប្រាប់អ្នកដោយគ្រូពេទ្យឬបុគ្គលិកមន្ទីរពេទ្យរបស់អ្នកឡើយ។

សូមរក្សាទុកច្បាប់ចម្លងនៃសេចក្តីជូនដំណឹងដែលបានចុះហត្ថលេខារួច
ដូច្នេះអ្នកនឹងមានព័ត៌មាននៅពេលអ្នកត្រូវការវា។

- ដើម្បីមើលច្បាប់ចម្លងនៃសេចក្តីជូនដំណឹងនេះជាមុន អ្នកអាចទូរសព្ទមកផ្នែកបម្រើសេវាអតិថិជនតាមរយៈលេខ 1-855-905-3825 (TTY:711) ម៉ោង 8:00 ព្រឹក – ម៉ោង 8:00 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅមកលេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ អ្នកក៏អាចហៅទូរសព្ទតាមរយៈលេខ 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227) 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃនិង 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY អាចទូរសព្ទទៅកាន់លេខ 1-877-486-2048។ ការហៅមកលេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។
- អ្នកក៏អាចមើលសេចក្តីជូនដំណឹងតាមអនឡាញនៅ www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices ។
- ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយ សូមទូរសព្ទមកផ្នែកបម្រើសេវាអតិថិជន ឬ លេខ Medicare តាមលេខដែលបានរៀបរាប់ខាងលើ។

G2. បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 1 ដើម្បីប្តូរកាលបរិច្ឆេទចាកចេញពីមន្ទីរពេទ្យរបស់អ្នក

បើអ្នកចង់ឲ្យយើងខ្ញុំធានារ៉ាប់រងសេវាកម្មមន្ទីរពេទ្យសម្រាប់រយៈពេលយូរជាងនេះ
អ្នកត្រូវស្នើសុំបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍។ អង្គការលើកកម្ពស់គុណភាពនឹងធ្វើការពិនិត្យបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 1
ឡើងវិញដើម្បីមើលថាតើកាលបរិច្ឆេទចេញពីមន្ទីរ
ពេទ្យដែលបានគ្រោងទុកសមស្របសម្រាប់អ្នកតាមផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រឬយ៉ាងណា។ នៅរដ្ឋ California
អង្គការលើកកម្ពស់គុណភាព (Quality Improvement Organization) ត្រូវបានគេហៅថា Livanta
BFCC-QIO ផងដែរ។

ដើម្បីដាក់ពាក្យបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ ដើម្បីផ្លាស់ប្តូរថ្ងៃចេញពីមន្ទីរពេទ្យ សូមទូរសព្ទទៅ Livanta BFCC-QIO
តាមរយៈលេខ៖ 1-877-588-1123 (TTY:1-855-887-6668)។

សូមទាក់ទងតាមរយៈទូរសព្ទតែម្តង!

សូមទាក់ទងអង្គការលើកកម្ពស់គុណភាព **មុនពេល** អ្នកចាកចេញពីមន្ទីរពេទ្យ
និងមិនឲ្យហួសពីកាលបរិច្ឆេទចាកចេញដែលបានគ្រោងទុករបស់អ្នក។ "សារសំខាន់ពី Medicare
អំពីសិទ្ធិរបស់អ្នក" មានផ្ទុកនូវព័ត៌មានអំពីរបៀបទាក់ទងអង្គការលើកកម្ពស់គុណភាព។



- **ប្រសិនបើអ្នកហៅទូរសព្ទមុនពេលដែលអ្នកចាកចេញ**
 នោះអ្នកត្រូវបានអនុញ្ញាតឱ្យស្នាក់នៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យ បន្ទាប់ពី ថ្ងៃចេញពីពេទ្យរបស់អ្នកដែលបានគ្រោងទុក ដោយមិនបង់ប្រាក់ខណៈពេលដែលអ្នករង់ចាំទទួលបានការសម្រេចចិត្តអំពីបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នកពីអង្គភាពលើកកម្ពស់គុណភាព។
- **បើអ្នកមិនទាក់ទងតាមរយៈទូរសព្ទដើម្បីដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ក្រោយកាលបរិច្ឆេទចាកចេញដែលបានគ្រោងទុក**
 របស់អ្នកទេអ្នកនឹងត្រូវបង់ថ្លៃចំណាយទាំងអស់សម្រាប់សេវាកម្មថែទាំរបស់មន្ទីរពេទ្យដែលអ្នកទទួលបានក្រោយកាលបរិច្ឆេទចាកចេញដែលបានគ្រោងទុករបស់អ្នក។

ទិដ្ឋភាពទូទៅ៖ របៀបដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 1 ដើម្បីប្តូរកាលបរិច្ឆេទចាកចេញពីមន្ទីរពេទ្យរបស់អ្នក

សូមទូរសព្ទមកកាន់អង្គភាពលើកកម្ពស់គុណភាព (Quality Improvement Organization) ក្នុងរដ្ឋរបស់អ្នកតាមលេខ 1-877-588-1123 (TTY:1-855-887-6668) ហើយស្នើសុំ “ធ្វើការត្រួតពិនិត្យឡើងវិញឆាប់រហ័ស”។

សូមទាក់ទងមុនពេលអ្នកចាកចេញពីមន្ទីរពេទ្យនិងមុនកាលបរិច្ឆេទចាកចេញដែលបានគ្រោងទុករបស់អ្នក។

- **ប្រសិនបើអ្នកខកកាលបរិច្ឆេទកំណត់សម្រាប់ការទាក់ទងអង្គការលើកកម្ពស់គុណភាពអំពីបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក** អ្នកអាចដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ដោយផ្ទាល់ទៅយើងជំនួសវិញ។ សម្រាប់ព័ត៌មានលម្អិត សូមមើលផ្នែក G4 នៅលើទំព័រ 237 ។
- ដោយសារតែការស្នាក់នៅមន្ទីរពេទ្យត្រូវបានគ្របដណ្តប់ដោយ Medicare និង Medi-Cal ប្រសិនបើអង្គភាពកែលម្អគុណភាពមិនបើកសវនាការស្តាប់ការស្នើសុំដើម្បីបន្តស្នាក់នៅមន្ទីរពេទ្យរបស់អ្នក ឬ អ្នកជឿជាក់ថាស្ថានភាពរបស់អ្នកមានសភាពបន្ទាន់ មានការគំរាមកំហែងភ្លាមៗនិងធ្ងន់ធ្ងរដល់សុខភាពរបស់អ្នក ឬ អ្នកស្ថិតក្នុងភាពឈឺចាប់ធ្ងន់ធ្ងរ អ្នកក៏អាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងឬស្នើសុំ California Department of Managed Health Care (DMHC) ឱ្យមានការត្រួតពិនិត្យផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដោយឯករាជ្យ។ សូមចូលទៅផ្នែក E4 នៅលើទំព័រ 209 ដើម្បីរៀនពីរបៀបដាក់ពាក្យបណ្តឹងហើយស្នើសុំ DMHC សម្រាប់ការត្រួតពិនិត្យផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដោយឯករាជ្យ។

យើងខ្ញុំចង់ឱ្យប្រាកដថា អ្នកយល់ថាអ្នកនឹងត្រូវធ្វើអ្វី និងដឹងពីឱសានវាទនានា។

- **សូមស្នើសុំជំនួយបើអ្នកត្រូវការ។** ប្រសិនបើអ្នកមានចម្ងល់ ឬ ត្រូវការជំនួយនៅពេលណាមួយ សូមទូរសព្ទទៅកាន់ផ្នែកបម្រើសេវាអតិថិជនតាមលេខ 1-855-905-3825 (TTY:711)។ អ្នកក៏អាចទូរសព្ទទៅកម្មវិធីប្រឹក្សាយោបល់និងគស្វិមគិ (HICAP) តាមរយៈលេខ 1-800-434-0222 ។ ឬ អ្នកអាចទូរសព្ទទៅកម្មវិធី Cal MediConnect Ombuds Program តាមរយៈលេខ 1-855-501-3077។



តើអង្គភាពលើកកម្ពស់គុណភាពគឺជាអ្វី?

វាគឺជាក្រុមវេជ្ជបណ្ឌិត និងអ្នកជំនាញថែទាំសុខភាពផ្សេងទៀតដែលទទួលបានប្រាក់ពីរដ្ឋាភិបាលសហព័ន្ធ។ អ្នកជំនាញទាំងនេះមិនមែនជាផ្នែកនៃគម្រោងរបស់យើងខ្ញុំទេ។ Medicare បង់ថ្លៃឲ្យពួកគេមកពិនិត្យ និងសហការជាមួយ Medicare ដើម្បីធ្វើឲ្យគុណភាពថែទាំសុខភាពពលរដ្ឋមានសភាពកាន់តែល្អប្រសើរ។

សូមស្នើសុំ "ការពិនិត្យឡើងវិញរហ័ស"

អ្នកត្រូវស្នើអង្គភាពលើកកម្ពស់គុណភាពដើម្បីសុំ **"ការពិនិត្យឡើងវិញរហ័ស"** លើកាលបរិច្ឆេទចាកចេញពីមន្ទីរពេទ្យរបស់អ្នក។ ការស្នើសុំ "ការពិនិត្យឡើងវិញរហ័ស" គឺមានន័យថា អ្នកស្នើឲ្យអង្គភាពប្រើកាលបរិច្ឆេទកំណត់រហ័សចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ជំនួសការប្រើកាលបរិច្ឆេទកំណត់ស្តង់ដារ។

វាក្យស័ព្ទច្បាប់សម្រាប់ "ការត្រួតពិនិត្យឡើងវិញរហ័ស" គឺ "ការពិនិត្យឡើងវិញជាបន្ទាន់។"

តើមានអ្វីកើតឡើងក្នុងពេលធ្វើការពិនិត្យឡើងវិញរហ័សនោះ?

- អ្នកពិនិត្យឡើងវិញនៅអង្គការលើកកម្ពស់គុណភាពនឹងសាកសួរអ្នក ឬកំណត់របស់អ្នករកមូលហេតុធ្វើឲ្យអ្នកយល់ថាគួរបន្តការធានារ៉ាប់រងក្រោយកាលបរិច្ឆេទចាកចេញពីមន្ទីរពេទ្យដែលបានគ្រោងទុក។ អ្នកពុំចាំបាច់រៀបចំអ្វីជាលាយលក្ខណ៍អក្សរទេ ប៉ុន្តែអ្នកអាចធ្វើដូច្នេះបើអ្នកចង់។
- អ្នកពិនិត្យឡើងវិញនឹងមើលកំណត់ត្រាសុខភាពរបស់អ្នក ពិភាក្សាជាមួយវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក និងពិនិត្យឡើងវិញនូវព័ត៌មានពាក់ព័ន្ធនឹងការស្នាក់នៅមន្ទីរពេទ្យរបស់អ្នក។
- នៅពេលរៀបចំ ថ្ងៃបន្ទាប់ពីពេលអ្នកពិនិត្យឡើងវិញប្រាប់អំពីបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក អ្នកនឹងទទួលបានលិខិតដែលបញ្ជាក់ពីកាលបរិច្ឆេទចាកចេញពីមន្ទីរពេទ្យដែលបានគ្រោងទុក។ លិខិតនោះនឹងពន្យល់ពីមូលហេតុដែលវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក មន្ទីរពេទ្យ និងយើងខ្ញុំយល់ថា វាគឺជាការត្រឹមត្រូវក្នុងការអនុញ្ញាតឲ្យអ្នកចាកចេញពីមន្ទីរពេទ្យនៅពេលនោះ។

វាក្យស័ព្ទច្បាប់សម្រាប់ការពន្យល់ជាលាយលក្ខណ៍អក្សរនេះត្រូវបានគេហៅថា "សេចក្តីជូនដំណឹងលម្អិតអំពីការចេញពីមន្ទីរពេទ្យ" ។
អ្នកអាចទទួលបានគំរូដោយទូរសព្ទទៅផ្នែកបម្រើសេវាអភិវឌ្ឍន៍តាមរយៈលេខ 1-855-905-3825 (TTY:711)។ អ្នកអាចទូរសព្ទផងដែរទៅកាន់ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY អាចទូរសព្ទទៅកាន់លេខ 1-877-486-2048។ ឬ អ្នកក៏អាចមើលគំរូសេចក្តីជូនដំណឹងតាមអនឡាញនៅ www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNH/HospitalDischargeAppealNotices ។



ចុះប្រសិនបើជាចម្លើយ យល់ព្រមវិញ?

- បើអង្គការលើកកម្ពស់គុណភាព **យល់ស្រប**ចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក យើងខ្ញុំ ត្រូវបន្តធានារ៉ាប់រងលើសេវាកម្មមន្ទីរពេទ្យដរាបណាវាចាំបាច់តាមវេជ្ជសាស្ត្រ។

ចុះប្រសិនបើជាចម្លើយ បដិសេធវិញ?

- ប្រសិនបើអង្គការលើកកម្ពស់គុណភាពឆ្លើយ **បដិសេធ** ចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក នោះពួកគេចង់បានន័យថា កាលបរិច្ឆេទចាកចេញពីមន្ទីរពេទ្យដែលបានគ្រោងទុកគឺសមស្របតាមវេជ្ជសាស្ត្រ។ បើមានករណីនេះកើតឡើង ការធានារ៉ាប់រងរបស់យើងខ្ញុំ លើសេវាកម្មមន្ទីរពេទ្យរបស់អ្នកនឹងចប់នៅពេលរសៀលថ្ងៃ បន្ទាប់ពី ពេលអង្គការលើកកម្ពស់គុណភាពផ្តល់ចម្លើយដល់អ្នក។
- ប្រសិនបើអង្គការលើកកម្ពស់គុណភាព **បដិសេធ** ហើយអ្នកសម្រេចចិត្តស្នាក់នៅមន្ទីរពេទ្យ នោះអ្នកប្រហែលជាត្រូវចំណាយសម្រាប់ការបន្តស្នាក់នៅមន្ទីរពេទ្យដោយខ្លួនឯង។ តម្លៃនៃការថែទាំនៅមន្ទីរពេទ្យដែលអ្នកអាចបង់ត្រូវចាប់ផ្តើមនៅថ្ងៃត្រង់នៅថ្ងៃបន្ទាប់ពីពេលអង្គការកែលម្អគុណភាពផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវចម្លើយរបស់ខ្លួន។
- បើអង្គការលើកកម្ពស់គុណភាពបដិសេធបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក ហើយ អ្នកស្នាក់នៅមន្ទីរពេទ្យក្រោយកាលបរិច្ឆេទចាកចេញពីមន្ទីរពេទ្យដែលបានគ្រោងទុក នោះអ្នកអាចដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 ដូចមានពណ៌នានៅក្នុងផ្នែកបន្ទាប់។

G3. បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 ដើម្បីប្តូរកាលបរិច្ឆេទចាកចេញពីមន្ទីរពេទ្យរបស់អ្នក

បើអង្គការលើកកម្ពស់គុណភាពបដិសេធបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក ហើយ អ្នកស្នាក់នៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យបន្ទាប់ពីថ្ងៃចេញពីមន្ទីរពេទ្យដែលបានគ្រោងទុក នោះអ្នកអាចធ្វើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 ។ អ្នកនឹងត្រូវទាក់ទងអង្គការលើកកម្ពស់ គុណភាពម្តងទៀត ហើយស្នើសុំការពិនិត្យឡើងវិញមួយផ្សេងទៀត។

ស្នើសុំការត្រួតពិនិត្យឡើងវិញកម្រិត 2 ក្នុងរយៈពេល 60 ថ្ងៃតាមប្រតិទិន

បន្ទាប់ពីថ្ងៃដែលអង្គការលើកកម្ពស់គុណភាពបាន **បដិសេធ** នឹងបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 1 របស់អ្នក។ អ្នកអាចស្នើសុំការពិនិត្យឡើងវិញនេះលុះត្រាអ្នកបានស្នាក់នៅ មន្ទីរពេទ្យក្រោយកាលបរិច្ឆេទដែលការធានារ៉ាប់រងលើការថែទាំសុខភាពបានចប់។

នៅរដ្ឋ California អង្គការលើកកម្ពស់គុណភាព (Quality Improvement Organization) ត្រូវបានគេហៅថា Livanta BFCC-QIO ផងដែរ។ អ្នកអាចទាក់ទងមក Livanta BFCC-QIO តាមរយៈ៖ **1-877-588-1123 (TTY:1-855-887-6668)។**

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅកាន់ Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan តាមលេខ 1-855-905-3825 (TTY:711) ម៉ោង 8:00 ព្រឹក – ម៉ោង 8:00 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅមក លេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** សូមចូលមើលនៅ

www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect។



- អ្នកពិនិត្យឡើងវិញនៅអង្គការលើកកម្ពស់គុណភាពនឹងពិនិត្យមើលព័ត៌មានទាំងអស់ពាក់ព័ន្ធនឹងបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ របស់អ្នកម្តងទៀតដោយប្រុងប្រយ័ត្ន។
- ក្នុងរយៈពេល 14 ថ្ងៃតាមប្រតិទិននៃការទទួលបានសំណើរបស់អ្នកសម្រាប់ការត្រួតពិនិត្យជាលើកទីពីរ អ្នកត្រូវពិនិត្យរបស់ អង្គការលើកកម្ពស់គុណភាពនឹងធ្វើការសម្រេចចិត្តមួយ។

ទិដ្ឋភាពទូទៅ៖ របៀបដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 ដើម្បីប្តូរកាលបរិច្ឆេទចាកចេញពីមន្ទីរពេទ្យរបស់អ្នក

សូមទូរសព្ទមកកាន់អង្គការលើកកម្ពស់គុណភាព (Quality Improvement Organization) ក្នុងរដ្ឋរបស់អ្នកតាមលេខ 1-877-588-1123 (TTY:1-855-887-6668) ហើយស្នើសុំការត្រួតពិនិត្យឡើងវិញមួយទៀត។

តើមានអ្វីកើតឡើងប្រសិនបើចម្លើយគឺ យល់ព្រមវិញ?

- យើងខ្ញុំត្រូវសងអ្នកនូវចំណែករបស់យើងខ្ញុំនូវថ្លៃចំណាយលើការថែទាំរបស់មន្ទីរពេទ្យដែលអ្នកបានទទួលតាំងពីរសៀលបន្ទាប់ពីកាលបរិច្ឆេទសម្រេចដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ដំបូងរបស់អ្នក។ យើងខ្ញុំត្រូវបន្តធានារ៉ាប់រងលើ សេវាកម្មមន្ទីរពេទ្យ របស់អ្នកដរាបណាវាចាំបាច់តាមវេជ្ជសាស្ត្រ។
- អ្នកត្រូវបន្តបង់ថ្លៃចំណាយដែលជាចំណែករបស់អ្នក ហើយការកំណត់លើការធានារ៉ាប់រងអាចនឹងមាន។

តើមានអ្វីកើតឡើងប្រសិនបើចម្លើយគឺ បដិសេធវិញ?

វាមានន័យថា អង្គការលើកកម្ពស់គុណភាព ឯកភាពនឹងសេចក្តីសម្រេចកម្រិត 1 នេះ ហើយនឹងមិនកែប្រែវា។ លិខិតដែលអ្នកទទួលបាននឹងប្រាប់ថាអ្នកអាចធ្វើអ្វីបាន បើអ្នកចង់បន្តដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍។

បើអង្គការពិនិត្យគុណភាពឡើងវិញបដិសេធបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 របស់អ្នក អ្នកត្រូវបង់ថ្លៃចំណាយទាំងអស់ចំពោះការស្នាក់នៅក្រោយកាលបរិច្ឆេទចាកចេញពីមន្ទីរពេទ្យដែលបានគ្រោងទុក។

អ្នកក៏អាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងឬស្នើទៅកាន់ DMHC ឱ្យមានការត្រួតពិនិត្យផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដោយឯករាជ្យមួយដើម្បីបន្តការស្នាក់នៅមន្ទីរពេទ្យរបស់អ្នក។ សូមចូលទៅផ្នែក E4 នៅលើទំព័រ 209 ដើម្បីរៀនពីរបៀបដាក់ពាក្យបណ្តឹងហើយស្នើសុំ DMHC ឱ្យមានការត្រួតពិនិត្យផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដោយឯករាជ្យមួយ។

G4. តើនឹងមានអ្វីកើតឡើងប្រសិនបើខ្ញុំខកកាលបរិច្ឆេទកំណត់នៃបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍

បើអ្នកខកកាលបរិច្ឆេទកំណត់នៃបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ មានវិធីមួយទៀតដើម្បីដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 1 និងកម្រិត 2 ដែលនេះហៅថាជម្រើសជំនួសនៃបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍។ ប៉ុន្តែបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ពីរកម្រិតដំបូងគឺខុសគ្នា។

បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ជំនួសកម្រិត 1 ដើម្បីប្តូរកាលបរិច្ឆេទចាកចេញពីមន្ទីរពេទ្យរបស់អ្នក

ប្រសិនបើអ្នកខកថ្ងៃកំណត់សម្រាប់ការទាក់ទងមកអង្គការលើកកម្ពស់គុណភាព (Quality Improvement Organization) (ដែលមានរយៈពេល 60 ថ្ងៃ ឬ មិនឱ្យយូរជាង

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅកាន់ Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan តាមលេខ 1-855-905-3825 (TTY:711) ម៉ោង 8:00 ព្រឹក – ម៉ោង 8:00 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅមកលេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលមើលនៅ

www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect។



កាលបរិច្ឆេទចេញពីមន្ទីរពេទ្យតាមការគ្រោងទុក ណាមួយដែលមានមុន)
 អ្នកអាចធ្វើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍មកយើងដោយស្មើសុំឱ្យមាន "ការត្រួតពិនិត្យយ៉ាងឆាប់រហ័ស"។
 ការពិនិត្យឡើងវិញរហ័សគឺជាបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ដែលប្រើកាលបរិច្ឆេទកំណត់រហ័សជំនួសឱ្យ
 កាលបរិច្ឆេទកំណត់ស្តង់ដារ។

- ក្នុងពេលពិនិត្យឡើងវិញនេះ យើងនឹងពិនិត្យមើលព័ត៌មានទាំងអស់អំពីការស្នាក់នៅ មន្ទីរពេទ្យរបស់អ្នក។ យើងខ្ញុំនឹងពិនិត្យមើលថា តើសេចក្តីសម្រេចអំពីពេលវេលាអ្នកគួរចាកចេញពីមន្ទីរពេទ្យគឺត្រឹមត្រូវ និងបានគោរពតាមវិធានច្បាប់ទាំងអស់ឬយ៉ាងណា។
- យើងខ្ញុំនឹងប្រើកាលបរិច្ឆេទកំណត់រហ័សជំនួសឱ្យកាលបរិច្ឆេទកំណត់ស្តង់ដារក្នុងការផ្តល់ចម្លើយជូនអ្នកអំពីការពិនិត្យឡើងវិញនេះ។ នេះមានន័យថាយើងខ្ញុំនឹងផ្តល់សេចក្តីសម្រេចជូនអ្នកក្នុងរយៈពេល 72 ម៉ោង បន្ទាប់ពីអ្នកស្នើសុំ "ការពិនិត្យឡើងវិញរហ័ស"។

**ទិដ្ឋភាពទូទៅ៖
 របៀបដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ផ្សេងកម្រិត 1**

សូមទូរសព្ទមកផ្នែកបម្រើសេវាអតិថិជនរបស់យើងខ្ញុំនិងស្នើសុំ "ការពិនិត្យឡើងវិញឆាប់រហ័ស" លើកាលបរិច្ឆេទកំណត់ចាកចេញពីមន្ទីរពេទ្យរបស់អ្នក។
 យើងខ្ញុំនឹងផ្តល់សេចក្តីសម្រេចជូនអ្នកក្នុងរយៈពេល 72 ម៉ោង។

- **ប្រសិនបើយើង យល់ព្រម នឹងការពិនិត្យឡើងវិញយ៉ាងឆាប់រហ័សអ្នក**
 វាមានន័យថាយើងយល់ស្របថាអ្នកនៅតែត្រូវការស្នាក់នៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យបន្ទាប់ពីថ្ងៃចេញពីពេទ្យ។ យើងខ្ញុំនឹងបន្តធានារ៉ាប់រងលើសេវាកម្មមន្ទីរពេទ្យរបស់អ្នកដរាបណាវាចាំបាច់តាមវេជ្ជសាស្ត្រ។
- វាក៏មានន័យថា យើងខ្ញុំឯកភាពសងអ្នកនូវចំណែករបស់យើងខ្ញុំចំពោះថ្លៃចំណាយលើការថែទាំរបស់មន្ទីរពេទ្យដែលអ្នកបានទទួលតាំងពីយើងខ្ញុំនិយាយថាការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកនឹងចប់។
- **ប្រសិនបើយើង បដិសេធ នឹងការពិនិត្យឡើងវិញយ៉ាងឆាប់រហ័សអ្នក**
 យើងនិយាយថាថ្ងៃចេញពីពេទ្យដែលបានគ្រោងទុករបស់អ្នកគឺស័ក្តិសមតាមផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ។ ការធានារ៉ាប់រងរបស់យើងខ្ញុំសម្រាប់សេវាកម្មមន្ទីរពេទ្យរបស់អ្នកចប់នៅ ថ្ងៃដែលអ្នកបាននិយាយថាការធានារ៉ាប់រងនឹងចប់។
 - ប្រសិនបើអ្នកបានស្នាក់នៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យ បន្ទាប់ពីថ្ងៃចេញពីពេទ្យរបស់អ្នកដែលបានគ្រោងទុកនោះ អ្នកអាចបង់តម្លៃពេញលើសេវាថែទាំនៅមន្ទីរពេទ្យដែលអ្នកបានទទួលបន្ទាប់ពីថ្ងៃចេញពីពេទ្យដែលបានគ្រោងទុក។
- ដើម្បីប្រាកដថាយើងបានធ្វើតាមច្បាប់ទាំងអស់នៅពេលយើងនិយាយ **បដិសេធ** ចំពោះការប្តឹងឧទ្ធរណ៍ឆាប់រហ័សរបស់អ្នក យើងនឹងបញ្ជូនបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នកទៅអង្គភាពពិនិត្យវាយតម្លៃឯករាជ្យ។



នៅពេលយើងធ្វើបែបនេះ វាមានន័យថាការណែនាំរបស់អ្នកគឺនឹងបន្តទៅកំរិតទី 2
ដោយស្វ័យប្រវត្តិ នៃដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍។

**វាក្យសព្ទច្បាប់ សម្រាប់ “ការពិនិត្យឡើងវិញរហ័ស” ឬ “បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍រហ័ស” គឺ
“បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍រហ័ស”**

បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ជំនួសកម្រិត 2 ដើម្បីឬកាលបរិច្ឆេទចាកចេញពីមន្ទីរពេទ្យរបស់អ្នក

យើងខ្ញុំនឹងធ្វើព័ត៌មានបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 ទៅអង្គភាពពិនិត្យឡើងវិញឯករាជ្យ (IRE)
ក្នុងរយៈពេល 24 ម៉ោង នៅពេលយើងខ្ញុំផ្តល់ជូនអ្នកនូវសេចក្តីសម្រេចកម្រិត 1 របស់យើងខ្ញុំ។
បើអ្នកយល់ថា យើងខ្ញុំមិនធ្វើតាមកាលបរិច្ឆេទកំណត់នេះ ឬកាលបរិច្ឆេទដទៃទៀតទេ
អ្នកអាចដាក់បណ្តឹងបាន។ ផ្នែក J នៅលើទំព័រ 249 ប្រាប់អំពីរបៀបធ្វើពាក្យបណ្តឹង។

ក្នុងអំឡុងពេលបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 អង្គភាព IRE
ពិនិត្យឡើងវិញនូវការសម្រេចចិត្ត
ដែលយើងបានធ្វើនៅពេលដែលយើងនិយាយ **បដិសេធ**
ចំពោះ “ការត្រួតពិនិត្យឡើងឆាប់រហ័ស” របស់អ្នក។
អង្គភាពនេះសម្រេចចិត្តថា តើការសម្រេចចិត្តដែល
យើងបានធ្វើគួរតែត្រូវផ្លាស់ប្តូរឬទេ។

**ទិដ្ឋភាពទូទៅ៖
របៀបដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ផ្សេងកម្រិត 2**

អ្នកពុំចាំបាច់ធ្វើអ្វីទាំងអស់។ គម្រោង
នឹងផ្ញើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នកទៅអង្គភាព
ពិនិត្យឡើងវិញឯករាជ្យដោយស្វ័យប្រវត្តិ។

- IRE ធ្វើ “ការពិនិត្យឡើងវិញយ៉ាងរហ័ស”
លើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក។
អ្នកពិនិត្យឡើងវិញផ្តល់ចម្លើយជូនអ្នកក្នុងរយៈពេល 72 ម៉ោង។
- IRE គឺជាអង្គការឯករាជ្យដែលត្រូវបានជួលដោយក្រុមហ៊ុន Medicare ។
អង្គការនេះពុំជាប់ទាក់ទងជាមួយគម្រោងទេ ហើយក៏មិនមែនជាភ្នាក់ងាររដ្ឋាភិបាលដែរ។
- អ្នកពិនិត្យឡើងវិញនៅអង្គភាព IRE
នឹងពិនិត្យមើលព័ត៌មានទាំងអស់ពាក់ព័ន្ធនឹងបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍អំពីការ
ចាកចេញពីមន្ទីរពេទ្យរបស់អ្នក។
- បើអង្គភាព IRE ផ្តល់ចម្លើយ **យល់ស្រប** ចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នកយើងខ្ញុំត្រូវសងអ្នក
នូវចំណែករបស់យើងខ្ញុំនៃថ្លៃចំណាយលើការថែទាំរបស់មន្ទីរ
ពេទ្យដែលអ្នកបានទទួលគិតចាប់ពីកាលបរិច្ឆេទចាកចេញពីមន្ទីរពេទ្យដែលបានគ្រោងទុក
របស់អ្នក។ យើងខ្ញុំក៏ត្រូវបន្តធានារ៉ាប់រងលើសេវាកម្មមន្ទីរពេទ្យរបស់អ្នកដរាបណាវាចាំបាច់
តាមវេជ្ជសាស្ត្រផងដែរ។
- បើអង្គភាព IRE ឆ្លើយ **បដិសេធ** ចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក នោះពួកគេមានន័យថា
ពួកគេឯកភាពជាមួយយើងខ្ញុំ
ដែលថាកាលបរិច្ឆេទចាកចេញពីមន្ទីរពេទ្យដែលបានគ្រោងទុករបស់អ្នកគឺសមស្របតាម
វេជ្ជសាស្ត្រ។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅកាន់ Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan តាមលេខ
1-855-905-3825 (TTY:711) ម៉ោង 8:00 ព្រឹក – ម៉ោង 8:00 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅមក
លេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** សូមចូលមើលនៅ

www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect។



- លិខិតដែលអ្នកទទួលបានពី IRE នឹងប្រាប់ថាអ្នកអាចធ្វើអ្វីបានបើអ្នកចង់បន្តដំណើរការពិនិត្យឡើងវិញនេះ។
វានឹងផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវព័ត៌មានលំអិតអំពីរបៀបបន្តទៅបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 3 ដែលត្រូវដោះស្រាយដោយចៅក្រម។

អ្នកក៏អាចដាក់ពាក្យបណ្តឹង និង ស្នើទៅកាន់ DMHC ឱ្យមានការត្រួតពិនិត្យផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដោយឯករាជ្យមួយ ដើម្បីបន្តការស្នាក់នៅមន្ទីរពេទ្យរបស់អ្នក។ សូមចូលទៅផ្នែក E4 នៅលើទំព័រ 209 ដើម្បីរៀនពីរបៀបដាក់ពាក្យបណ្តឹងហើយស្នើសុំ DMHC ឱ្យមានការត្រួតពិនិត្យផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដោយឯករាជ្យមួយ។ អ្នកអាចស្នើសុំឱ្យមានការពិនិត្យលើការព្យាបាលឯករាជ្យបន្ថែមលើឬជំនួសឱ្យបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 3 ។

H. តើអ្នកនឹងធ្វើដូចម្តេចខ្លះបើយល់ថា ការថែទាំសុខភាពនៅផ្ទះជំនាញថែទាំសុខភាព ឬ មណ្ឌលស្តារនីតិសម្បទាអ្នកជម្ងឺ (CORF) របស់អ្នកនឹងចប់ក្នុងពេលឆាប់ៗនេះ។

ផ្នែកនេះនិយាយអំពីប្រភេទថែទាំមានដូចខាងក្រោម តែប៉ុណ្ណោះ៖

- សេវាថែទាំសុខភាពតាមផ្ទះ។
- ជំនាញថែទាំសុខភាពនៅក្នុងមណ្ឌលថែទាំសុខភាពមួយ។
- ការថែទាំការស្តារនីតិសម្បទាដែលអ្នកទទួលបានក្នុងនាមជាអ្នកជម្ងឺនៅមណ្ឌលស្តារនីតិសម្បទាអ្នកជម្ងឺ (CORF) របស់ Medicare។ ជាធម្មតា វាមានន័យថាអ្នកកំពុងទទួលបានការព្យាបាលជំងឺឬគ្រោះថ្នាក់ឬអ្នកកំពុងជាសះស្បើយពីការរះកាត់សំខាន់ណាមួយ។
 - ជាមួយនឹងសេវាថែទាំប្រភេទទាំងបីនេះ អ្នកមានសិទ្ធិក្នុងការទទួលបានសេវារ៉ាប់រងដរាបណាវេជ្ជបណ្ឌិតនិយាយថាអ្នកត្រូវការសេវានេះ។
 - នៅពេលដែលយើងសម្រេចចិត្តបញ្ឈប់ការរ៉ាប់រងនូវសេវាកម្មណាមួយ យើងត្រូវប្រាប់អ្នកមុនពេលបញ្ឈប់សេវាកម្មរបស់អ្នក។ នៅពេលការធានារ៉ាប់រងលើការថែទាំសុខភាពនោះចប់ យើងខ្ញុំនឹងឈប់បង់ថ្លៃសម្រាប់ការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក។

បើអ្នកយល់ថា យើងខ្ញុំបញ្ឈប់ការធានារ៉ាប់រងលើការថែទាំសុខភាពរហ័សពេក អ្នកអាចដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ចំពោះការសម្រេចចិត្តរបស់យើងខ្ញុំ។
ផ្នែកបន្ទាប់នេះប្រាប់អ្នកពីវិធីស្នើសុំបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍។

H1. យើងខ្ញុំនឹងជូនដំណឹងជាមុន ពេលការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកជិតចប់

អ្នកនឹងទទួលបានការជូនដំណឹងយ៉ាងហោចពីរថ្ងៃមុន មុនពេលដែលយើងឈប់បង់ថ្លៃសម្រាប់ការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក។ គេហៅវាថា "ការជូនដំណឹងអំពីការមិនធានារ៉ាប់រងរបស់ Medicare"។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅកាន់ Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan តាមលេខ 1-855-905-3825 (TTY:711) ម៉ោង 8:00 ព្រឹក – ម៉ោង 8:00 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅមកលេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** សូមចូលមើលនៅ

www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect។



- សេចក្តីជូនដំណឹងជាលាយលក្ខណ៍អក្សរប្រាប់អ្នកអំពីកាលបរិច្ឆេទដែលយើងខ្ញុំ នឹងឈប់ធានារ៉ាប់រងលើសេវាកម្មថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក។
- សេចក្តីជូនដំណឹងជាលាយលក្ខណ៍អក្សរប្រាប់អ្នកអំពីវិធីដាក់ បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ចំពោះសេចក្តីសម្រេចចិត្តនេះ។

អ្នក ឬតំណាងរបស់អ្នកគួរចុះហត្ថលេខាលើសេចក្តីជូនដំណឹងនោះ ដើម្បីបង្ហាញថាអ្នកបានទទួលវា។ ការចុះហត្ថលេខាលើសេចក្តីជូនដំណឹងនេះ **មិនមែន** មានន័យថាអ្នកយល់ស្របនឹងគម្រោងដែលដល់ពេលវេលាបញ្ឈប់ការទទួលសេវាថែទាំនេះទេ។

នៅពេលដែលការរ៉ាប់រងរបស់អ្នកបានបញ្ចប់ យើងនឹងឈប់បង់ថ្លៃ លើចំណែករបស់របស់យើងនៃការចំណាយលើការថែទាំរបស់អ្នក។

H2. បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 1 ដើម្បីបន្តការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក

បើអ្នកយល់ថា យើងខ្ញុំបញ្ឈប់ការធានារ៉ាប់រងលើការថែទាំសុខភាពហ័សពេក អ្នកអាចដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ចំពោះការសម្រេចចិត្តរបស់យើងខ្ញុំ។ ផ្នែកបន្ទាប់នេះប្រាប់អ្នកពីវិធីស្នើសុំបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍។

មុននឹងចាប់ផ្តើមបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក អ្នកគួរដឹងថាត្រូវធ្វើអ្វី និងដឹងពីកាលបរិច្ឆេទ កំណត់នានា។

- **ការធ្វើតាមកាលបរិច្ឆេទកំណត់** កាលបរិច្ឆេទកំណត់គឺសំខាន់។ សូមប្រាកដថា អ្នកដឹង និងធ្វើតាមកាលបរិច្ឆេទកំណត់លើកិច្ចការទាំងឡាយដែលអ្នកត្រូវធ្វើ។ គម្រោងរបស់យើង ក៏មានកាលបរិច្ឆេទកំណត់ដែលត្រូវធ្វើតាមផងដែរ។ (បើអ្នកយល់ថា យើង មិនធ្វើតាមកាលបរិច្ឆេទកំណត់ទេ អ្នកអាចដាក់បណ្តឹងបាន។ ផ្នែក J នៅលើទំព័រ 249 ប្រាប់អ្នកពីរបៀបដាក់ពាក្យបណ្តឹង។)
- **សូមស្នើសុំជំនួយបើអ្នកត្រូវការ។** ប្រសិនបើអ្នកមានចម្ងល់ ឬ ត្រូវការជំនួយនៅពេលណាមួយ សូមទូរសព្ទទៅកាន់ផ្នែកបម្រើសេវាអតិថិជនតាមលេខ 1-855-905-3825 (TTY:711)។ ឬ ហៅទូរសព្ទទៅកាន់កម្មវិធីជំនួយផ្នែកធានារ៉ាប់រងសុខភាពរបស់រដ្ឋ (State Health Insurance Assistance Program) តាមលេខ 1-877-839-2675។



ក្នុងកំឡុងបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 1 អង្គភាពលើកកម្ពស់
គុណភាពនឹងពិនិត្យបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នកឡើងវិញ
ហើយសម្រេចថា
តើគួរកែប្រែសេចក្តីសម្រេចចិត្តរបស់យើងឬយ៉ាងណា។
នៅរដ្ឋ California អង្គភាពលើកកម្ពស់គុណភាព
(Quality Improvement Organization)
ត្រូវបានគេហៅថា Livanta BFCC-QIO ផងដែរ។
អ្នកអាចទាក់ទងមក Livanta BFCC-QIO តាមរយៈ៖
1-877-588-1123 (TTY:1-855-887-6668)។
ព័ត៌មានអំពីការប្តឹងឧទ្ធរណ៍ដល់
អង្គភាពលើកកម្ពស់គុណភាពក៏ស្ថិតនៅក្នុង
"សេចក្តីជូនដំណឹងអំពីការមិនធានារ៉ាប់រងពី
Medicare" ផងដែរ ។ នេះគឺជាការជូនដំណឹងដែលអ្នក
ទទួលបាននៅពេលអ្នកត្រូវបានគេប្រាប់
ថាយើងនឹងបញ្ឈប់ការថែទាំរបស់អ្នក។

ទិដ្ឋភាពទូទៅ៖

**របៀបដាក់ពាក្យបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 1
ដើម្បីស្នើឱ្យគម្រោងបន្តការថែទាំរបស់អ្នក**

សូមទូរសព្ទមកកាន់អង្គភាពលើកកម្ពស់
គុណភាព (Quality Improvement
Organization) ក្នុងរដ្ឋរបស់អ្នកតាមលេខ
1-877-588-1123 (TTY:1-855-887-6668)
ស្នើសុំឱ្យមាន "បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍រហ័ស"។

សូមទាក់ទងមុនពេលអ្នកចាកចេញពីភ្នាក់ងារ
ឬមណ្ឌលដែលផ្តល់ការថែទាំសុខភាពជូនអ្នក
និងមុនកាលបរិច្ឆេទចាក
ចេញពីមន្ទីរពេទ្យដែលបានគ្រោងទុករបស់អ្នក។

តើអង្គភាពលើកកម្ពស់គុណភាពគឺជាអ្វី?

វាគឺជាក្រុមវេជ្ជបណ្ឌិត និងអ្នកជំនាញថែទាំសុខភាពផ្សេងទៀតដែល
ទទួលបានប្រាក់ពីរដ្ឋាភិបាលសហព័ន្ធ។ អ្នកជំនាញទាំងនេះមិនមែនជាផ្នែកនៃគម្រោងរបស់យើងខ្ញុំ
ទេ។ Medicare បង់ថ្លៃឱ្យពួកគេមកពិនិត្យ និងសហការជាមួយ Medicare ដើម្បីធ្វើឱ្យគុណភាពថែទាំ
សុខភាពពលរដ្ឋមានសភាពកាន់តែល្អប្រសើរ។

តើអ្នកគួរស្នើសុំអ្វី?

ស្នើសុំពួកគេឱ្យមាន "បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍យ៉ាងឆាប់រហ័ស" ។ នេះជា
ការពិនិត្យឡើងវិញឯករាជ្យថាតើវាសមស្របតាមវេជ្ជសាស្ត្រឬក៏អត់បើយើងខ្ញុំ
បញ្ឈប់ការធានារ៉ាប់រងលើសេវាកម្មរបស់អ្នក។

តើកាលបរិច្ឆេទកំណត់របស់អ្នកចំពោះការទាក់ទងអង្គភាពនេះគឺនៅពេលណាដែរ?

- អ្នកត្រូវទាក់ទងអង្គភាពលើកកម្ពស់គុណភាព យ៉ាងយូរបំផុតនៅថ្ងៃត្រង់
នៃថ្ងៃបន្ទាប់ពីអ្នកបានទទួលបានសេចក្តីជូនដំណឹងជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ
ថានៅពេលណាយើងនឹងបញ្ឈប់ការធានារ៉ាប់រងលើសេវាថែទាំរបស់អ្នក។
- បើអ្នកខកកាលបរិច្ឆេទកំណត់សម្រាប់ការទាក់ទងអង្គការលើកកម្ពស់
គុណភាពអំពីបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក អ្នកអាចដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ដោយផ្ទាល់ទៅយើងខ្ញុំ
ជំនួសវិញ។ សម្រាប់ព័ត៌មានលម្អិតអំពីវិធីមួយទៀតដើម្បីដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក
សូមមើលផ្នែក H4 នៅទំព័រ 245 ។
- ប្រសិនបើអង្គភាពលើកកម្ពស់គុណភាពមិនបើកសវនាការស្តាប់ការស្នើសុំដើម្បីបន្តការគ្រប
ដណ្តប់ដល់ការស្នាក់នៅមន្ទីរពេទ្យរបស់អ្នក ឬ
អ្នកជឿជាក់ថាស្ថានភាពរបស់អ្នកមានសភាពបន្ទាន់
មានការគំរាមកំហែងភ្លាមៗនិងធ្ងន់ធ្ងរដល់សុខភាពរបស់អ្នក ឬ អ្នក

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅកាន់ Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan តាមលេខ
1-855-905-3825 (TTY:711) ម៉ោង 8:00 ព្រឹក – ម៉ោង 8:00 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅមក
លេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** សូមចូលមើលនៅ

www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect។



ស្ថិតក្នុងភាពឈឺចាប់ធ្ងន់ធ្ងរ អ្នកក៏អាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងឬស្នើសុំ California Department of Managed Health Care (DMHC) ឱ្យមានការត្រួតពិនិត្យផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដោយឯករាជ្យ។ សូមចូលទៅផ្នែក E4 នៅលើទំព័រ 209 ដើម្បីរៀនពីរបៀបដាក់ពាក្យបណ្តឹងហើយស្នើសុំ DMHC ឱ្យមានការត្រួតពិនិត្យផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដោយឯករាជ្យមួយ។

វាក្យស័ព្ទច្បាប់សម្រាប់ការជូនដំណឹងជាលាយលក្ខណ៍អក្សរគឺ

"សេចក្តីជូនដំណឹងអំពីការមិនធានារ៉ាប់រងពី Medicare" ។ ដើម្បីសុំច្បាប់ចម្លងមួយច្បាប់ សូមទាក់ទងផ្នែកបម្រើសេវាអតិថិជនតាមលេខ 1-855-905-3825 (TTY:711) ម៉ោង 8:00 ព្រឹក – ម៉ោង 8:00 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទៅលេខនេះគឺមិនគិតថ្លៃ ឬ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 24 ម៉ោងក្នុងមួយ ថ្ងៃ 7 ថ្ងៃ ក្នុងមួយសប្តាហ៍។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY អាចទូរសព្ទទៅកាន់លេខ 1-877-486-2048។ ឬមើលច្បាប់ចម្លងលើវិបសាយនៅ www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/MAEDNotices ។

តើមានអ្វីកើតឡើងក្នុងពេលអង្គភាពលើកកម្ពស់គុណភាពធ្វើការពិនិត្យឡើងវិញ?

- អ្នកពិនិត្យឡើងវិញនៅអង្គភាពលើកកម្ពស់គុណភាពនឹងសាកសួរអ្នក ឬគំណាងរបស់អ្នករកមូលហេតុធ្វើឱ្យអ្នកយល់ថាការធានារ៉ាប់រងសេវាកម្មនេះគួរបន្ត។ អ្នកពុំចាំបាច់រៀបចំអ្វីជាលាយលក្ខណ៍អក្សរទេ ប៉ុន្តែអ្នកអាចធ្វើដូច្នេះបើអ្នកចង់។
- នៅពេលអ្នកស្នើសុំបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ ផែនការត្រូវសរសេរលិខិតមួយទៅអ្នកនិងអង្គភាពលើកកម្ពស់គុណភាពពន្យល់ពីមូលហេតុដែលសេវាកម្មរបស់អ្នកគួរតែបញ្ចប់។
- អ្នកពិនិត្យឡើងវិញក៏នឹងមើលកំណត់ត្រាសុខភាពរបស់អ្នក ពិភាក្សាជាមួយវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក និងពិនិត្យឡើងវិញនូវព័ត៌មានពាក់ព័ន្ធនឹងគម្រោងរបស់យើងខ្ញុំដែលបានឱ្យទៅគេផងដែរ។
- ក្នុងរយៈពេលមួយថ្ងៃពេញបន្ទាប់ពីអ្នកពិនិត្យឡើងវិញមានព័ត៌មានទាំងអស់ដែលពួកគេត្រូវការ ពួកគេនឹងប្រាប់អ្នកអំពីសេចក្តីសម្រេចរបស់គេ។ អ្នកនឹងទទួលបានលិខិតពន្យល់អំពីការសម្រេចចិត្តនេះ។

វាក្យស័ព្ទច្បាប់ នៃលិខិតពន្យល់ពីមូលហេតុដែលសេវាកម្មរបស់អ្នក គួរបញ្ចប់គឺ “ការពន្យល់លម្អិតពីការមិនធានារ៉ាប់រង។”

តើមានអ្វីកើតឡើងប្រសិនបើអ្នកត្រួតពិនិត្យ យល់ព្រមវិញ?

- ប្រសិនបើអ្នកត្រួតពិនិត្យ **យល់ព្រម** ចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក នោះយើងត្រូវតែបន្តការផ្តល់សេវារ៉ាប់រង របស់អ្នកក្នុងរយៈពេលយូរតាមការចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅកាន់ Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan តាមលេខ 1-855-905-3825 (TTY:711) ម៉ោង 8:00 ព្រឹក – ម៉ោង 8:00 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅមកលេខនេះគឺគិតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** សូមចូលមើលនៅ

www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect។



តើមានអ្វីកើតឡើងប្រសិនបើអ្នកត្រួតពិនិត្យ បដិសេធវិញ?

- ប្រសិនបើអ្នកត្រួតពិនិត្យ **បដិសេធ** ចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក នោះការរ៉ាប់រងរបស់អ្នកនឹងបញ្ចប់នៅថ្ងៃដែលយើងជម្រាបជូនអ្នក។ យើងខ្ញុំនឹងឈប់បង់ចំណែករបស់យើងខ្ញុំលើចំណាយសេវាកម្មនេះ។
- បើអ្នកសម្រេចបន្តប្រើប្រាស់សេវាកម្មថែទាំសុខភាពនៅផ្ទះ ជំនាញថែទាំសុខភាព ឬមណ្ឌលស្តារនីតិសម្បទាអ្នកជំងឺ (CORF) ក្រោយ កាលបរិច្ឆេទដែលការធានារ៉ាប់រងត្រូវចប់ អ្នកនឹងត្រូវបង់ថ្លៃចំណាយទាំងអស់សម្រាប់សេវាកម្មថែទាំនេះដោយខ្លួនអ្នកផ្ទាល់។

H3. បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 ដើម្បីបន្តគម្រោងថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក

ប្រសិនបើអង្គភាពលើកកម្ពស់គុណភាពបាន **បដិសេធ** ចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ **ហើយ** អ្នកសម្រេចបន្តការទទួលបានសេវាថែទាំបន្ទាប់ពីការរ៉ាប់រងរបស់អ្នកលើសេវាថែទាំបានបញ្ចប់ អ្នកអាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 ។

ក្នុងអំឡុងពេលបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 អង្គភាពលើកកម្ពស់គុណភាពនឹងពិនិត្យមើលលើការសម្រេចចិត្តម្តងទៀតដែលពួកគេបានធ្វើនៅកម្រិតទី 1 ។ ប្រសិនបើគេបាននិយាយថា គេបានយល់ព្រមនឹងការសម្រេចចិត្តកម្រិត 1, អ្នកអាចបង់តម្លៃពេញលើសេវាថែទាំសុខភាពតាមផ្ទះរបស់អ្នក ការថែទាំពិមណ្ឌលថែទាំមនុស្សចាស់ដែលមានជំនាញឬសេវាពិមណ្ឌលស្តារនីតិសម្បទាទំលុំទូលាយសម្រាប់អ្នកជំងឺក្រោមន្ទីរពេទ្យ (CORF) បន្ទាប់ពី ថ្ងៃដែលយើងបាននិយាយថា ការរ៉ាប់រងរបស់អ្នកនឹងបញ្ចប់។

នៅរដ្ឋ California អង្គភាពលើកកម្ពស់គុណភាព (Quality Improvement Organization) ត្រូវបានគេហៅថា Livanta BFCC-QIO ផងដែរ។ អ្នកអាចទាក់ទងមក Livanta BFCC-QIO តាមរយៈ៖ 1-877-588-1123 (TTY:1-855-887-6668)។ ស្នើសុំការត្រួតពិនិត្យឡើងវិញកម្រិត 2 ក្នុងរយៈពេល **60 ថ្ងៃតាមប្រតិទិន** បន្ទាប់ពីថ្ងៃដែលអង្គភាពលើកកម្ពស់គុណភាពបាន **បដិសេធ** នឹងបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 1 របស់អ្នក។ អ្នកអាចស្នើសុំការពិនិត្យឡើងវិញនេះលុះត្រាតែអ្នកបន្តទទួលយកសេវាថែទាំក្រោយកាលបរិច្ឆេទបញ្ចប់នៃការធានារ៉ាប់រងលើការថែទាំនោះ។

- អ្នកពិនិត្យឡើងវិញនៅអង្គការលើកកម្ពស់គុណភាពនឹងពិនិត្យមើលព័ត៌មានទាំងអស់ពាក់ព័ន្ធនឹងបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ របស់អ្នកម្តងទៀតដោយប្រុងប្រយ័ត្ន។

ទិដ្ឋភាពទូទៅ៖ វិធីធ្វើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 ដើម្បីទាមទារឱ្យគម្រោងនោះផ្តល់ជូនសេវាថែទាំបន្តដល់លោកអ្នក

សូមទូរសព្ទមកកាន់អង្គភាពលើកកម្ពស់គុណភាព (Quality Improvement Organization) ក្នុងរដ្ឋរបស់អ្នកតាមលេខ 1-877-588-1123 (TTY:1-855-887-6668) ហើយស្នើសុំការត្រួតពិនិត្យឡើងវិញមួយទៀត។ សូមទាក់ទងមុនពេលអ្នកចាកចេញពីភ្នាក់ងារឬមណ្ឌលដែលផ្តល់ការថែទាំសុខភាពជូនអ្នកនិងមុនកាលបរិច្ឆេទចាកចេញពីមន្ទីរពេទ្យដែលបានគ្រោងទុករបស់អ្នក។

- អង្គភាពលើកកម្ពស់គុណភាពនឹងធ្វើសេចក្តីសម្រេចរបស់ខ្លួន ក្នុងអំឡុងពេល 14 ថ្ងៃតាមប្រតិទិននៃការទទួលបានសំណើសុំបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក។

តើមានអ្វីកើតឡើងប្រសិនបើអង្គភាពត្រួតពិនិត្យ យល់ព្រមវិញ?

- យើងខ្ញុំត្រូវសងអ្នក នូវចំណែករបស់យើងខ្ញុំចំពោះថ្លៃចំណាយលើការថែទាំរបស់មន្ទីរពេទ្យដែលអ្នកបានទទួលតាំងពីពេលយើងខ្ញុំបាននិយាយថាការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកនឹងចប់។ យើងខ្ញុំត្រូវបន្តធានារ៉ាប់រងលើសេវាកម្មថែទាំសុខភាពរបស់អ្នកដរាបណាវាចាំបាច់តាមវេជ្ជសាស្ត្រ។

តើមានអ្វីកើតឡើងប្រសិនបើអង្គភាពត្រួតពិនិត្យ បដិសេធវិញ?

- វាមានន័យថា ពួកគេឯកភាពនឹងសេចក្តីសម្រេចដែលពួកគេបានធ្វើនៅកម្រិត 1 នេះ ហើយនឹងមិនកែប្រែវាទេ។
- លិខិតដែលអ្នកទទួលបាននឹងប្រាប់ថាអ្នកអាចធ្វើអ្វីបានប្រសិនបើអ្នកចង់បន្តដំណើរការពិនិត្យឡើងវិញនេះ។ វានឹងផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវព័ត៌មានលំអិតអំពីរបៀបបន្តទៅបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 3 ដែលត្រូវដោះស្រាយដោយចៅក្រម។
- អ្នកអាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងនិងស្នើសុំ DMHC ធ្វើការត្រួតពិនិត្យផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដោយឯករាជ្យឡើងវិញដើម្បីបន្តរ៉ាប់រងសេវាថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក។ សូមមើលជំពូកទី E4 នៅទំព័រ 209 ដើម្បីស្វែងយល់អំពីវិធីសុំឱ្យ DMHC មានការត្រួតពិនិត្យផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដោយឯករាជ្យមួយ។ អ្នកអាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងនិងស្នើសុំឱ្យ DMHC មានការត្រួតពិនិត្យផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដោយឯករាជ្យបន្ថែមលើប្តូរជំនួសឱ្យបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 3។

H4. តើនឹងមានអ្វីកើតឡើងបើអ្នកខកកាលបរិច្ឆេទកំណត់ក្នុងការដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 1 របស់អ្នក

បើអ្នកខកកាលបរិច្ឆេទកំណត់នៃបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ មានវិធីមួយទៀតដើម្បីដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 1 និងកម្រិត 2 ដែលនេះហៅថាជម្រើសជំនួសនៃបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍។ ប៉ុន្តែបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ពីកម្រិតដំបូងគឺខុសគ្នា។

បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 1 ដើម្បីបន្តគម្រោងថែទាំសុខភាពរបស់អ្នកឱ្យបានកាន់តែយូរ

បើអ្នកមិនបានទាក់ទងអង្គការលើកកម្ពស់គុណភាពតាមកាលបរិច្ឆេទកំណត់ទេនោះ អ្នកអាចដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍មកយើងនិងស្នើសុំ "ការពិនិត្យឡើងវិញរហ័ស"។ ការពិនិត្យឡើងវិញរហ័សគឺជាបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ដែលប្រើកាលបរិច្ឆេទកំណត់រហ័សជំនួសឱ្យកាលបរិច្ឆេទកំណត់ស្តង់ដារ។

- នៅក្នុងការពិនិត្យឡើងវិញនេះ យើងពិនិត្យមើលព័ត៌មានទាំងអស់អំពីការថែទាំសុខភាពតាមផ្ទះរបស់អ្នក ការថែទាំតាមកន្លែងថែទាំជំនាញ ឬការថែទាំដែលអ្នកកំពុងទទួលបាននៅមណ្ឌលស្តារនីតិសម្បទាទៅសម្រាប់អ្នកជំងឺមិនសម្រាកនៅមន្ទីរពេទ្យ (CORF) ។ យើងខ្ញុំ



នឹងពិនិត្យមើលថា តើសេចក្តីសម្រេចអំពីពេលវេលាដែល
 សេវាកម្មរបស់អ្នកត្រូវបញ្ចប់ គឺត្រឹមត្រូវ និងបានគោរពតាមច្បាប់ទាំងអស់ឬយ៉ាងណា។

- យើងខ្ញុំនឹងប្រើកាលបរិច្ឆេទកំណត់រហ័សជំនួស
 ឲ្យកាលបរិច្ឆេទកំណត់ស្តង់ដារក្នុងការផ្តល់
 ចម្លើយជូនអ្នកអំពីការពិនិត្យឡើងវិញនេះ។
 យើងខ្ញុំនឹងផ្តល់សេចក្តីសម្រេចជូនអ្នក
 ក្នុងរយៈពេល 72 ម៉ោង បន្ទាប់ពីអ្នកស្នើសុំ
 "ការពិនិត្យឡើងវិញរហ័ស"។
- **ប្រសិនបើយើង យល់ព្រម** ចំពោះការពិនិត្យ
 ឡើងវិញរហ័សរបស់អ្នកមានន័យថាយើង
 យល់ស្របថាយើងនឹងបន្តការរ៉ាប់រងលើ
 សេវារបស់អ្នកក្នុងរយៈពេលយូរតាមការ
 ចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ។
- វាមានន័យថា យើងខ្ញុំឯកភាពសងអ្នកនូវចំណែករបស់យើងខ្ញុំចំពោះថ្លៃចំណាយលើ
 ការថែទាំរបស់មន្ទីរពេទ្យដែលអ្នកបានទទួលតាំងពីយើងខ្ញុំនិយាយថា
 ការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកនឹងចប់។
- **ប្រសិនបើយើង បដិសេធ** ចំពោះការពិនិត្យឡើងវិញរហ័សរបស់អ្នក យើងកំពុងនិយាយថា
 ការបញ្ឈប់សេវាកម្មរបស់អ្នកគឺមានភាពសមរម្យចំពោះការព្យាបាល។
 ការធានារ៉ាប់រងរបស់យើងខ្ញុំចប់នៅ ថ្ងៃដែលយើងខ្ញុំបាននិយាយថាការធានារ៉ាប់រងនឹងចប់។

ទិដ្ឋភាពទូទៅ៖
របៀបដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ផ្សេងកម្រិត 1

សូមទូរសព្ទមកផ្នែកបម្រើសេវា
 អតិថិជនរបស់យើងខ្ញុំនិងស្នើសុំ
 "ការពិនិត្យឡើងវិញរហ័ស"។

យើងខ្ញុំនឹងផ្តល់សេចក្តីសម្រេចជូនអ្នក
 ក្នុងរយៈពេល 72 ម៉ោង។

បើអ្នកបន្តប្រើប្រាស់សេវាកម្មបន្ទាប់ពី ថ្ងៃដែលយើងខ្ញុំបាននិយាយថាពួកគេនឹងបញ្ចប់
អ្នកត្រូវបង់ថ្លៃចំណាយ លើសេវាកម្មទាំងអស់។

ដើម្បីប្រាកដថាយើងបានធ្វើតាមច្បាប់ទាំងអស់នៅពេលយើងនិយាយ **បដិសេធ**
 ចំពោះការប្តឹងឧទ្ធរណ៍រហ័សរបស់អ្នក យើងនឹងបញ្ជូនបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នកទៅ
 "អង្គភាពពិនិត្យវាយតម្លៃឯករាជ្យ"។ នៅពេលយើងធ្វើបែបនេះ
 វាមានន័យថាការឈររបស់អ្នកគឺនឹងបន្តទៅកំរិតទី 2 ដោយស្វ័យប្រវត្តិ នៃដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍។

វាក្យសព្ទច្បាប់ សម្រាប់ "ការពិនិត្យឡើងវិញរហ័ស" ឬ "បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍រហ័ស" គឺ
"បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍រហ័ស"

បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 ដើម្បីបន្តគម្រោងថែទាំសុខភាពរបស់អ្នកឲ្យបានកាន់តែយូរ

យើងខ្ញុំនឹងធ្វើព័ត៌មានបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 ទៅអង្គភាពពិនិត្យឡើងវិញឯករាជ្យ (IRE)
 ក្នុងរយៈពេល 24 ម៉ោង នៅពេលយើងខ្ញុំផ្តល់ជូនអ្នកនូវសេចក្តីសម្រេចកម្រិត 1 របស់យើងខ្ញុំ។
 បើអ្នកយល់ថា យើងខ្ញុំមិនធ្វើតាមកាលបរិច្ឆេទកំណត់នេះ ឬកាលបរិច្ឆេទដទៃទៀតទេ
 អ្នកអាចដាក់បណ្តឹងបាន។ ផ្នែក J នៅលើទំព័រ 249 ប្រាប់អំពីរបៀបធ្វើពាក្យបណ្តឹង។



ក្នុងអំឡុងពេលបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 អង្គភាព IRE ពិនិត្យឡើងវិញនូវការសម្រេចចិត្ត ដែលយើងបានធ្វើនៅពេលដែលយើងនិយាយ **បដិសេធ** ចំពោះ "ការត្រួតពិនិត្យឡើងវិញឆាប់រហ័ស" របស់អ្នក។ អង្គភាពនេះសម្រេចចិត្តថា តើការសម្រេចចិត្តដែលយើងបានធ្វើគួរតែត្រូវផ្លាស់ប្តូរឬទេ។

- IRE ធ្វើ "ការពិនិត្យឡើងវិញយ៉ាងរហ័ស" លើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក។ អ្នកពិនិត្យឡើងវិញផ្តល់ចម្លើយជូនអ្នក ក្នុងរយៈពេល 72 ម៉ោង។
- IRE គឺជាអង្គការឯករាជ្យដែលត្រូវបានជួយដោយក្រុមហ៊ុន Medicare ។ អង្គភាពនេះពុំជាប់ទាក់ទងជាមួយគម្រោងរបស់ទេ ហើយក៏មិនមែនជាភ្នាក់ងាររដ្ឋាភិបាលដែរ។
- អ្នកពិនិត្យឡើងវិញនៅ IRE នឹងពិនិត្យមើលព័ត៌មានទាំងអស់ពាក់ព័ន្ធនឹងបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នកដោយប្រុងប្រយ័ត្ន។
- **ប្រសិនបើ IRE យល់ព្រម** ចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក នោះយើងត្រូវតែសងអ្នកវិញ ដោយយើងចែករំលែកការចំណាយ លើសេវាថែទាំនេះ។ យើងខ្ញុំក៏ត្រូវបន្តធានារ៉ាប់រងលើសេវាកម្មរបស់អ្នកដរាបណាវាចាំបាច់តាមវេជ្ជសាស្ត្រផងដែរ។
- **ប្រសិនបើ IRE បដិសេធ** ចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក វាមានន័យថា គេយល់ព្រមជាមួយយើងថាការបញ្ឈប់ការរ៉ាប់រងលើសេវាគឺស័ក្តិសមតាមផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ។

លិខិតដែលអ្នកទទួលបានពី IRE នឹងប្រាប់ថាអ្នកអាចធ្វើអ្វីបានបើអ្នកចង់បន្តដំណើរការពិនិត្យឡើងវិញនេះ។ វានឹងផ្តល់ព័ត៌មានលម្អិតអំពីវិធីឈានទៅដល់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 3 ដែលស្ថិតក្រោមចំណាត់ការរបស់ចៅក្រម។

អ្នកក៏អាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងនិងស្នើសុំ DMHC ធ្វើការត្រួតពិនិត្យផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដោយឯករាជ្យឡើងវិញដើម្បីបន្តរ៉ាប់រងសេវាថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក។ សូមមើលជំពូកទី E4 នៅទំព័រ 209 ដើម្បីស្វែងយល់អំពីវិធីសុំឱ្យ DMHC មានការត្រួតពិនិត្យផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដោយឯករាជ្យមួយ។ អ្នកអាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងនិងស្នើសុំឱ្យមានការត្រួតពិនិត្យផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដោយឯករាជ្យបន្ថែមលើប្តូរសិទ្ធិបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 3។

I. ការដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នកលើសព័កកម្រិត 2

I1. ជំហានបន្ទាប់សម្រាប់សេវាកម្ម និងសម្ភារៈថែទាំសុខភាព Medicare

បើអ្នកដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 1 និងកម្រិត 2 ចំពោះសេវាកម្ម ឬសម្ភារៈថែទាំសុខភាព Medicare ហើយបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ទាំងពីររបស់អ្នកត្រូវគេបដិសេធ អ្នកមានសិទ្ធិដាក់

ទិដ្ឋភាពទូទៅ៖ ជំនាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 ដើម្បីទាមទារឱ្យគម្រោងនោះផ្តល់ជូនសេវាថែទាំបន្តដល់លោកអ្នក

អ្នកពុំចាំបាច់ធ្វើអ្វីទាំងអស់។ គម្រោងនឹងផ្ញើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នកទៅអង្គភាពពិនិត្យឡើងវិញឯករាជ្យដោយស្វ័យប្រវត្តិ។



បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិតបន្ថែមទៀត។ លិខិតដែលអ្នកទទួលបានពីអង្គភាពត្រួតពិនិត្យវាយតម្លៃ ឯករាជ្យនឹងប្រាប់ថាអ្នកអាចធ្វើអ្វីបានបើអ្នកចង់បន្តដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍។

ដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 3 គឺជាសវនាការចៅក្រមច្បាប់រដ្ឋបាល (Administrative Law Judge - ALJ)។ បុគ្គលដែលធ្វើការសម្រេចចិត្តនៅក្នុងបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិតទី 3 គឺជា ALJ ឬមេធាវីកាត់សេចក្តី។ បើអ្នកចង់ឲ្យ ALJ ឬមេធាវីកាត់សេចក្តីពិនិត្យករណីរបស់អ្នកឡើងវិញ សេវាកម្មឬសម្ភារៈថែទាំសុខភាពដែលអ្នកស្នើសុំឱ្យបំពេញតាមចំនួនប្រាក់ដុល្លារកម្រិតអប្បបរមាគម្រោង។ បើកម្រៃប្រាក់កំណត់ជាងកម្រិតអប្បបរមា អ្នកមិនអាចដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍តទៀតទេ។ បើកម្រៃប្រាក់ដុល្លារខ្ពស់ល្មម អ្នកអាចស្នើឲ្យ ALJ ឬមេធាវីកាត់សេចក្តីបើកសវនាការនៃបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក។

បើអ្នកមិនឯកភាពនឹងសេចក្តីសម្រេចរបស់ ALJ ឬមេធាវីកាត់សេចក្តីទេអ្នកអាចទៅរកក្រុមប្រឹក្សាបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ Medicare (Medicare Appeals Council)។ បន្ទាប់មក អ្នកមានសិទ្ធិស្នើតុលាការសហព័ន្ធពិនិត្យមើលបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក។

បើអ្នកត្រូវការជំនួយនៅដំណាក់កាលណាមួយនៃដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍នេះ អ្នកអាចទាក់ទងកម្មវិធីការពារក្តីឲ្យប្រជាពលរដ្ឋ Cal MediConnect តាមរយៈទូរសព្ទលេខ 1-855-501-3077។

12. ជំហានបន្ទាប់សម្រាប់សេវាកម្ម និងសម្ភារៈថែទាំសុខភាព Medi-Cal

ជាមួយគ្នានេះ អ្នកក៏មានសិទ្ធិបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍បន្ថែមទៀតបើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នកគឺអំពីសេវាកម្មឬសម្ភារៈថែទាំសុខភាពដែលត្រូវបានរ៉ាប់រងដោយ Medi-Cal។ បើអ្នកមិនឯកភាពជាមួយសេចក្តីសម្រេចក្នុងសវនាការថ្នាក់រដ្ឋទេ ហើយអ្នកចង់ឲ្យចៅក្រមផ្សេងពិនិត្យឡើងវិញ អ្នកអាចស្នើសុំសវនាការថ្មីមួយទៀត និង/ឬស្វែងរកការពិនិត្យឡើងវិញរបស់អង្គចៅក្រម។

ដើម្បីស្នើសុំសវនាការមួយ សូមលើកសំណើជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ (លិខិត) រួចផ្ញើតាមរយៈអ៊ីម៉ែលទៅ៖

The Rehearing Unit
744 P Street, MS 19-37
Sacramento, CA 95814

លិខិតនេះត្រូវបញ្ជូនទៅក្នុងកំឡុងពេល 30 ថ្ងៃ បន្ទាប់ពីអ្នកបានសេចក្តីសម្រេចរបស់អ្នក។ ថ្ងៃផុតកំណត់អាចត្រូវបានគេពន្យាររហូតដល់ 180 ថ្ងៃប្រសិនបើអ្នកមានហេតុផលល្អសម្រាប់ការយឺតយ៉ាវ។

នៅក្នុងសំណើសុំបើកសវនាការជាថ្មី សូមបញ្ជាក់ពីកាលបរិច្ឆេទដែលអ្នកទទួលបានសេចក្តីសម្រេចរបស់អ្នក និងមូលហេតុដែលត្រូវទទួលបានសវនាការថ្មី។ បើអ្នកចង់បង្ហាញភស្តុតាងបន្ថែម សូមពណ៌នាពីភស្តុតាងនោះ និងពន្យល់ពីមូលហេតុដែលវាមិនត្រូវបានបង្ហាញពីមុន និងតើវាកែប្រែការសម្រេចចិត្តយ៉ាងដូចម្តេច។ អ្នកអាចទាក់ទងសុំជំនួយពីសេវាផ្នែកច្បាប់។

ដើម្បីស្នើការពិនិត្យឡើងវិញរបស់តុលាការដាក់ពន្ធនៅតុលាការជាន់ខ្ពស់ (ក្រោមក្រមនីតិវិធីរដ្ឋប្បវេណីផ្នែក 1094.5) ក្នុងកំឡុងពេលមួយឆ្នាំបន្ទាប់ពីអ្នកទទួលបាន



ការសម្រេចចិត្តរបស់អ្នក។ ដាក់ពាក្យត្រូវរបស់អ្នកនៅតុលាការជាន់ខ្ពស់សម្រាប់ខោនធីដែល
មានឈ្មោះនៅក្នុងសេចក្តីសម្រេចរបស់អ្នក។ អ្នកអាចដាក់ពាក្យ
នេះដោយពុំចាំបាច់សុំបើកសវនាការជាថ្មី។ ការដាក់នេះគឺពុំគិតថ្លៃទេ។
អ្នកអាចត្រូវទទួលខុសត្រូវលើថ្លៃឈ្នួលមេធាវី និងចំណាយ
ផ្សេងៗបើតុលាការចេញសេចក្តីសម្រេចចិត្តចុងក្រោយតាមសំណើរបស់អ្នក។

បើមានការបើកសវនាការជាថ្មី ហើយអ្នកមិនឯកភាពជាមួយសេចក្តីសម្រេចចិត្តនោះ
អ្នកអាចស្វែងរកការពិនិត្យឡើងវិញរបស់តុលាការ ប៉ុន្តែអ្នកមិនអាចស្នើសុំបើកសវនាការជាថ្មីទៀតទេ។

J. វិធីដាក់បណ្តឹង

J1. តើគួរដាក់បណ្តឹងចំពោះបញ្ហាប្រភេទណាខ្លះ:

នីតិវិធីបណ្តឹងនេះត្រូវបានប្រើប្រាស់សម្រាប់បញ្ហាមួយចំនួន ប៉ុណ្ណោះ ដូចជាបញ្ហា
ដែលទាក់ទងទៅនឹងគុណភាពនៃសេវាថែទាំ ចំនួនដងនៃការរង់ចាំ និងសេវាបម្រើអតិថិជន។
នេះគឺជាឧទាហរណ៍នៃប្រភេទបញ្ហាដែលស្ថិតក្រោមចំណាត់ការនៃដំណើរការដាក់បណ្តឹង។

បណ្តឹងអំពីមធ្យោបាយរូបវន្ត

- អ្នកមិនពេញចិត្តនឹងគុណភាពនៃសេវាកម្មថែទាំសុខភាពដូចជាសេវាកម្មថែទាំនៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យ។

បណ្តឹងអំពីសិទ្ធិឯកជន

- អ្នកគិតថាបុគ្គលណាម្នាក់មិនបានគោរពសិទ្ធិភាពឯកជនរបស់អ្នក ឬបានចែករំលែកព័ត៌មានអំពីអ្នកដែលជាការសម្ងាត់។

ទិដ្ឋភាពទូទៅ: វិធីដាក់បណ្តឹង

អ្នកអាចធ្វើបណ្តឹងផ្ទៃក្នុងជាមួយនឹងផែនការរបស់យើងនិង / ឬពាក្យបណ្តឹងខាងក្រៅជាមួយអង្គភាពដែលមិនមានទំនាក់ទំនងនឹងផែនការរបស់យើង។

ដើម្បីបង្កើតពាក្យបណ្តឹងផ្ទៃក្នុង សូមទូរសព្ទទៅផ្នែកបម្រើអតិថិជន ឬ ផ្ញើសំបុត្រមកយើង។

មានអង្គភាពផ្សេងៗគ្នាដែលដោះស្រាយពាក្យបណ្តឹងខាងក្រៅ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមអានផ្នែក J3 នៅលើទំព័រ 252 ។

បណ្តឹងអំពីសេវាកម្មអតិថិជនមិនល្អ

- បុគ្គលិកឬអ្នកផ្តល់ថែទាំសុខភាពមិនសុភាពរាបសារ ឬ មិនគោរពអ្នក។
- បុគ្គលិកគម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan ប្រព្រឹត្តមិនល្អដាក់អ្នក។
- អ្នកយល់ថា អ្នកត្រូវបានដកចេញពីគម្រោង។

បណ្តឹងអំពីមធ្យោបាយចូលប្រើប្រាស់

- អ្នកមិនអាចទទួលបានសេវាកម្មនិងសម្ភារៈថែទាំសុខភាពនៅក្នុងការិយាល័យរបស់អ្នកផ្តល់សេវាឬវេជ្ជបណ្ឌិត។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅកាន់ Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan តាមលេខ 1-855-905-3825 (TTY:711) ម៉ោង 8:00 ព្រឹក – ម៉ោង 8:00 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅមកលេខនេះគឺគិតគិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលមើលនៅ

www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect។



- អ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកមិនផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវការសម្រួលសមរម្យ
ដែលអ្នកត្រូវការដូចជាអ្នកបកប្រែភាសាសញ្ញាអាមេរិកជាដើម។

បណ្តឹងអំពីពេលវេលារង់ចាំ

- អ្នកមានបញ្ហាក្នុងការណាត់ជួប ឬរង់ចាំយូរពេកដើម្បីទទួលបានវា។
- អ្នកត្រូវរង់ចាំវេជ្ជបណ្ឌិត ឱសថការី ឬ អ្នកជំនាញសុខភាពដទៃ ឬ ផ្នែកបម្រើសេវាអតិថិជន
ឬ បុគ្គលិករបស់គម្រោងយូរពេក។

បណ្តឹងអំពីអនាម័យ

- អ្នកយល់ថា គ្លីនិក មន្ទីរពេទ្យ ឬការិយាល័យរបស់វេជ្ជបណ្ឌិតគឺមិនស្អាត។

បណ្តឹងអំពីការប្រើប្រាស់ភាសា

- វេជ្ជបណ្ឌិត ឬអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកមិនមានអ្នកបកប្រែដល់អ្នកក្នុងពេលណាត់ជួប។

បណ្តឹងអំពីការប្រាស្រ័យទាក់ទងពីយើងខ្ញុំ

- អ្នកយល់ថា យើងខ្ញុំមិនបានធ្វើសេចក្តីជូនដំណឹង ឬលិខិតដែលអ្នកគួរតែទទួលបាន។
- អ្នកយល់ថា ព័ត៌មានជាលាយលក្ខណ៍អក្សរដែលយើងខ្ញុំបានធ្វើ
ទៅអ្នកគឺពិបាកយល់ខ្លាំងណាស់។

បណ្តឹងអំពីការមិនគោរពតាមពេលវេលានៃសកម្មភាពរបស់យើងខ្ញុំ ពាក់ព័ន្ធនឹងសេចក្តីសម្រេចលើ ការរ៉ាប់រង ឬបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍

- អ្នកយល់ថា យើងខ្ញុំមិនធ្វើតាមកាលបរិច្ឆេទកំណត់សម្រាប់សេចក្តីសម្រេចលើការរ៉ាប់រង
ឬឆ្លើយតបនឹងបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក។
- អ្នកយល់ថា បន្ទាប់ពីទទួលបានសេចក្តីសម្រេចលើការរ៉ាប់រង
ឬបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍តាមសំណើរបស់អ្នក យើងខ្ញុំមិនធ្វើតាម
កាលបរិច្ឆេទកំណត់ចំពោះការអនុញ្ញាត ឬការផ្តល់សេវាកម្មជូនអ្នក
ឬសងថ្លៃសេវាកម្មថែទាំសុខភាពជាក់លាក់ជូនអ្នកវិញ។
- អ្នកយល់ថា យើងខ្ញុំមិនបានលើកករណីរបស់អ្នកទៅអង្គភាព
ពិនិត្យឡើងវិញឯករាជ្យបានទាន់ពេលវេលា។

វាក្យស័ព្ទច្បាប់ សម្រាប់ “បណ្តឹង” គឺ “បណ្តឹងសារទុក្ខ”

វាក្យស័ព្ទច្បាប់ សម្រាប់ “ធ្វើបណ្តឹង” គឺ “ការដាក់ពាក្យបណ្តឹងសារទុក្ខ”

តើមានប្រភេទពាក្យបណ្តឹងផ្សេងៗគ្នាដែរឬទេ?

បាទ/ចាស។ អ្នកអាចធ្វើបណ្តឹងផ្ទៃក្នុងនិង / ឬពាក្យបណ្តឹងខាងក្រៅ។
ពាក្យបណ្តឹងផ្ទៃក្នុងត្រូវដាក់ទៅនឹងពិនិត្យដោយផែនការរបស់យើង។



ពាក្យបណ្តឹងខាងក្រៅត្រូវប្តឹងនិងពិនិត្យដោយអង្គភាពដែលមិនជាប់ទាក់ទងនឹងផែនការរបស់យើង
។ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយក្នុងការធ្វើពាក្យបណ្តឹងផ្ទៃក្នុងនិង / ឬខាងក្រៅ អ្នកអាចទូរសព្ទទៅ
Cal MediConnect Ombuds Program តាមលេខ 1-855-501-3077 ។

J2. ពាក្យបណ្តឹងផ្ទៃក្នុង

ដើម្បីដាក់ពាក្យបណ្តឹងផ្ទៃក្នុង សូមទូរសព្ទមកផ្នែកបម្រើសេវាអភិវឌ្ឍន៍តាមលេខ 1-855-905-3825
(TTY:711)។ អ្នកអាចធ្វើបណ្តឹងបានគ្រប់ពេលលើកលែងតែករណីទាក់ទងនឹងឱសថផ្នែក D ។
បើសិនជាពាក្យបណ្តឹងគឺអំពីឱសថផ្នែក D អ្នកត្រូវតែដាក់ពាក្យបណ្តឹងនេះក្នុងរយៈពេល 60
ថ្ងៃតាមប្រតិទិន បន្ទាប់ពីអ្នកមានបញ្ហាដែលអ្នកចង់ប្តឹង។

- បើមានអ្វីផ្សេងដែលអ្នកត្រូវធ្វើ ផ្នែកបម្រើសេវាអភិវឌ្ឍន៍នឹងជម្រាបអ្នក។
- អ្នកក៏អាចសរសេរបណ្តឹងរបស់អ្នក ហើយផ្ញើទៅយើងខ្ញុំបានដែរ។
បើអ្នកដាក់បណ្តឹងជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ យើងនឹង
ឆ្លើយតបបណ្តឹងរបស់អ្នកជាលាយលក្ខណ៍អក្សរវិញ។
- យើងនឹងទទួលស្គាល់ការទទួលបណ្តឹងសារទុក្ខជាលាយលក្ខណ៍អក្សររបស់អ្នកក្នុងរយៈពេលប្រាំ
(5) ថ្ងៃពីការទទួលបាន។ យើងនឹងធ្វើការពិនិត្យលើបញ្ហារបស់អ្នក។
យើងអាចស្នើសុំកំណត់ត្រាវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នកជាផ្នែកមួយនៃការពិនិត្យឡើងវិញរបស់យើង។
យើងនឹងផ្ញើសំបុត្រឆ្លើយតបទៅនឹងពាក្យបណ្តឹងរបស់អ្នកក្នុងរយៈពេលសាមសិប (30)
ថ្ងៃនៃការទទួលបានពាក្យបណ្តឹងរបស់អ្នក។ យើងនឹងដោះស្រាយបណ្តឹងសារទុក្ខរបស់អ្នកឱ្យ
បានឆាប់ៗដោយផ្អែកលើស្ថានភាពសុខភាពរបស់អ្នក ប៉ុន្តែមិនឱ្យលើសពី (30) ថ្ងៃបន្ទាប់ពី
បានទទួលបណ្តឹងរបស់អ្នកឡើយ។ យើងអាចនឹងពន្យារពេលវេលារហូតដល់ដប់បួន (14)
ថ្ងៃប្រសិនបើអ្នកស្នើសុំការពន្យារពេលឬប្រសិនបើយើងមានតម្រូវការព័ត៌មានបន្ថែមហើយ
ការពន្យារពេលនេះមានផលប្រយោជន៍ដល់អ្នក។
- បើអ្នកដាក់បណ្តឹងដោយសារយើងខ្ញុំបដិសេធសំណើរបស់អ្នកចំពោះ "សេចក្តីសម្រេចលើ
ការធានារ៉ាប់រងរហ័ស" ឬ "បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍រហ័ស" យើងខ្ញុំនឹងផ្តល់ជូនអ្នកនូវ "បណ្តឹងរហ័ស"
ដោយស្វ័យប្រវត្តិ។ ប្រសិនបើអ្នកមាន "បណ្តឹងឆាប់រហ័ស"
វាមានន័យថាយើងនឹងផ្តល់ចម្លើយដល់អ្នកក្នុងរយៈពេល 24 ម៉ោង។
- ពាក្យបណ្តឹងដែលទាក់ទងទៅនឹងផ្នែក D នៃគម្រោង Medicare ត្រូវបានធ្វើឡើងក្នុង
រយៈពេល 60 ថ្ងៃតាមប្រតិទិន បន្ទាប់ពីអ្នកមានបញ្ហាដែលអ្នកចង់ប្តឹង។
ពាក្យបណ្តឹងប្រភេទផ្សេងទៀត ទាំងអស់ត្រូវដាក់ប្តឹងមកកាន់យើង ឬ អ្នក
ផ្តល់សេវាក្នុងរយៈពេល 60 ថ្ងៃតាមប្រតិទិន ចាប់ពីថ្ងៃឧប្បត្តិហេតុឬសកម្មភាព ដែលបាន
កើតឡើងនិងបានធ្វើឱ្យអ្នកមិនពេញចិត្ត។
- យើងខ្ញុំនឹងព្យាយាមដោះស្រាយពាក្យបណ្តឹងរបស់អ្នកតាមទូរសព្ទឱ្យបានឆាប់បំផុតតាមដែល
អាចធ្វើបាន។ ប្រសិនបើយើងមិនអាចដោះស្រាយពាក្យបណ្តឹងរបស់អ្នកត្រឹមថ្ងៃធ្វើការបន្ទាប់
នោះយើងនឹងផ្ញើលិខិតថ្លែងអំណរគុណមួយជូនអ្នកក្នុងរយៈពេល 5 ថ្ងៃតាមប្រតិទិន
បន្ទាប់ពីថ្ងៃទទួលពាក្យបណ្តឹងរបស់អ្នកដែលអនុញ្ញាតឱ្យអ្នកដឹងថាយើងទទួលបានវា។

- ប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហាជាបន្ទាន់ (មិនពាក់ព័ន្ធនឹងការបដិសេធ)
ដែលជាប់ពាក់ព័ន្ធនឹងការប្រឈម គ្រោះថ្នាក់ជាបន្ទាន់និងធ្ងន់ធ្ងរដល់សុខភាពរបស់អ្នក
អ្នកអាចស្នើសុំ "ពាក្យបណ្តឹងឆាប់រហ័ស" ហើយយើងនឹងឆ្លើយតបក្នុងរយៈពេល 72 ម៉ោង។

ពាក្យស័ព្ទច្បាប់ សម្រាប់ "បណ្តឹងរហ័ស" គឺ "បណ្តឹងសាទុក្ខរហ័ស"

បើអាច យើងនឹងផ្តល់ចម្លើយជូនអ្នកភ្លាមៗ បើអ្នកទាក់ទងយើងតាមទូរសព្ទដើម្បីដាក់បណ្តឹង យើង
អាចផ្តល់ចម្លើយជូនអ្នកតាមការទាក់ទងដដែលនេះ។ បើស្ថានភាពសុខភាពរបស់អ្នកតម្រូវឱ្យយើង
ផ្តល់ចម្លើយឆាប់រហ័ស យើងនឹងធ្វើតាមនោះ។

- យើងឆ្លើយតបនឹងពាក្យបណ្តឹងភាគច្រើនក្នុងរយៈពេល 30 ថ្ងៃតាមប្រតិទិន។
ប្រសិនបើយើងមិនធ្វើការសំរេចចិត្តក្នុងរយៈពេល 30
ថ្ងៃតាមប្រតិទិនព្រោះយើងត្រូវការព័ត៌មានបន្ថែម
យើងនឹងជូនដំណឹងដល់អ្នកជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ។ យើងក៏នឹងផ្តល់នូវដំណឹងចុងក្រោយ
ពីស្ថានភាពនិងពេលវេលាជាន់ស្មានដែលអ្នកនឹងទទួលបានចម្លើយ។
- បើអ្នកដាក់បណ្តឹងដោយសារយើងខ្ញុំបដិសេធសំណើរបស់អ្នកចំពោះ "សេចក្តីសម្រេចលើ
ការរ៉ាប់រងរហ័ស" ឬ "បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍រហ័ស" យើងខ្ញុំនឹងផ្តល់ជូនអ្នកនូវ "បណ្តឹងរហ័ស"
ដោយស្វ័យប្រវត្តិ និងឆ្លើយតបបណ្តឹងរបស់អ្នកក្នុងរយៈពេល 24 ម៉ោង។
- ប្រសិនបើអ្នកកំពុងដាក់ពាក្យបណ្តឹងព្រោះយើងបានចំណាយពេលបន្ថែមដើម្បីធ្វើការសម្រេច
ចិត្តលើការធានារ៉ាប់រង យើងនឹងផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវ "បណ្តឹងឆាប់រហ័ស" ដោយស្វ័យប្រ
វត្តិនិងឆ្លើយតបទៅនឹងពាក្យបណ្តឹងរបស់អ្នកក្នុងរយៈពេល 24 ម៉ោង។
- ប្រសិនបើយើងមិនយល់ស្រប នឹងពាក្យបណ្តឹងខ្លះ ឬទាំងអស់របស់អ្នក
យើងនឹងជម្រាបជូនអ្នកនិងផ្តល់នូវហេតុផលរបស់យើងជូនអ្នក។ យើងខ្ញុំ
នឹងឆ្លើយតបថា តើយើងខ្ញុំឯកភាពចំពោះបណ្តឹងនោះឬក៏អត់។

J3. ពាក្យបណ្តឹងខាងក្រៅ

អ្នកអាចប្រាប់ Medicare អំពីបណ្តឹងរបស់អ្នក

អ្នកអាចផ្ញើបណ្តឹងរបស់អ្នកទៅ Medicare ផងដែរ។ សំណុំបែបបទពាក្យបណ្តឹង Medicare
គឺអាចរកបាននៅ៖ www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx ។

Medicare ទទួលយកបណ្តឹងរបស់អ្នកដោយឥតគិតថ្លៃ ហើយនឹង
ប្រើប្រាស់ព័ត៌មាននេះដើម្បីជួយធ្វើឱ្យគុណភាពកម្មវិធីរបស់ Medicare កាន់តែមានសភាពល្អប្រសើរ។

ប្រសិនបើអ្នកមានមតិយោបល់ឬការព្រួយបារម្ភផ្សេងទៀតឬប្រសិនបើអ្នកគិតថាគម្រោងនេះមិន
ដោះស្រាយ បញ្ហារបស់អ្នកសូមទូរសព្ទ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) ។ អ្នកប្រើ TTY
អាចហៅទូរសព្ទទៅលេខ 1-877-486-2048។ ការហៅមកលេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។

អ្នកអាចប្រាប់ Medi-Cal អំពីបណ្តឹងរបស់អ្នក

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅកាន់ Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan តាមលេខ
1-855-905-3825 (TTY:711) ម៉ោង 8:00 ព្រឹក – ម៉ោង 8:00 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅមក
លេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលមើលនៅ
www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect។



កម្មវិធីការពារក្តីឱ្យប្រជាពលរដ្ឋ Cal MediConnect Ombuds Program ក៏ដូចជាស្រាយបញ្ហាយ៉ាងស្មើគ្នាដើម្បីធ្វើឱ្យប្រាកដថា សមាជិករបស់យើងខ្ញុំទទួលបានសេវាកម្មមានការធានារ៉ាប់រងទាំងអស់ដែលយើងខ្ញុំតម្រូវឱ្យផ្តល់ជូន។ កម្មវិធី Cal MediConnect Ombuds Program មិនជាប់ពាក់ព័ន្ធនឹងយើង ឬក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រង ឬគម្រោងសុខភាពណាមួយឡើយ។

លេខទូរសព្ទសម្រាប់ទំនាក់ទំនងកម្មវិធីការពារក្តីឱ្យប្រជាពលរដ្ឋ Cal MediConnect Ombuds Program គឺ 1-855-501-3077។ សេវានេះគឺឥតគិតថ្លៃទេ។

អ្នកអាចជូនដំណឹងដល់ក្រសួងគ្រប់គ្រងការថែទាំសុខភាពរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ាអំពីពាក្យបណ្តឹងរបស់អ្នក

California Department of Managed Health Care (DMHC)
គឺទទួលខុសត្រូវលើការដាក់បញ្ញត្តិផែនការសុខភាព។ អ្នកអាចហៅទូរសព្ទទៅកាន់មជ្ឈមណ្ឌលជំនួយ DMHC ដើម្បីសុំជំនួយផ្នែកពាក្យបណ្តឹងអំពីសេវាកម្ម Medi-Cal។ អ្នកអាចទាក់ទង DMHC ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយជាមួយការដាក់ពាក្យបណ្តឹងដែលទាក់ទងនឹងបញ្ហាបន្ទាន់ ឬបញ្ហាដែលទាក់ទងនឹងការគំរាមកំហែងភ្លាមៗ និងធ្ងន់ធ្ងរដល់សុខភាពរបស់អ្នក ប្រសិនបើអ្នកស្ថិតក្នុងសភាពឈឺចាប់ធ្ងន់ធ្ងរ អ្នកមិនយល់ស្របតាមការសម្រេចចិត្តរបស់គម្រោងយើងអំពីពាក្យបណ្តឹងរបស់អ្នក ឬគម្រោងរបស់យើងមិនបានដោះស្រាយពាក្យបណ្តឹងរបស់អ្នកបន្ទាប់ពីរយៈពេល 30 ថ្ងៃប្រតិទិន។

នេះគឺជាវិធីពីរយ៉ាងក្នុងការទទួលបានជំនួយពីមជ្ឈមណ្ឌលជំនួយ៖

- ទូរសព្ទទៅ 1-888-466-2219 ។ បុគ្គលដែលថ្លង់ មានបញ្ហាផ្នែកស្តាប់ ឬនិយាយអាចប្រើលេខទូរសព្ទ TTY ដោយឥតគិតថ្លៃតាមរយៈលេខ 1-877-688-9891 ។ ការហៅមកលេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។
- ចូលមើលគេហទំព័ររបស់ Managed Health Care (www.dmhc.ca.gov)។

អ្នកអាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងទៅកាន់ការិយាល័យសិទ្ធិស៊ីវិល

អ្នកអាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងទៅកាន់ការិយាល័យរបស់ក្រសួងបម្រើសេវាកម្មសុខភាព និងមនុស្សសាស្ត្រដើម្បីសិទ្ធិជនស៊ីវិល ប្រសិនបើអ្នកគិតថាអ្នកមិនត្រូវបានគេប្រព្រឹត្តមកលើដោយយុត្តិធម៌ទេនោះ។ ឧទាហរណ៍ អ្នកអាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងអំពីការទទួលបានជំនួយពីការភាពឬជំនួយផ្នែកភាសា។ លេខទូរសព្ទសម្រាប់ការិយាល័យសិទ្ធិស៊ីវិលគឺ 1-800-368-1019 ។ អ្នកប្រើ TTY គួរហៅទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-537-7697 ។ អ្នកក៏អាចចូលមើល www.hhs.gov/ocr សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។

អ្នកក៏អាចទាក់ទងទៅការិយាល័យសិទ្ធិស៊ីវិលក្នុងតំបន់តាមរយៈលេខ៖

Office for Civil Rights
U.S. Department of Health and Human Services
90 7th Street, Suite 4-100
San Francisco, CA 94103
មជ្ឈមណ្ឌលឆ្លើយតបអតិថិជន (800) 368-1019
ទូរសារ៖ (202) 619-3818



TTY: (800) 537-7697
អ៊ីមែល: ocrmail@hhs.gov ។

អ្នកក៏អាចមានសិទ្ធិនៅក្រោមច្បាប់ស្តីពីជនពិការអាមេរិក (Americans with Disability Act) និងក្រោមច្បាប់ ADA Amendments Act of 2008 (P.L. 110-325)។ អ្នកអាចទាក់ទងកម្មវិធីការពារ ក្តីឲ្យប្រជាពលរដ្ឋ Cal MediConnect ដើម្បីទទួលបានជំនួយ។ លេខទូរសព្ទសម្រាប់ទំនាក់ទំនងគឺ 1-855-501-3077។

អ្នកអាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងជាមួយអង្គភាពលើកកម្ពស់គុណភាព

នៅពេលដែលពាក្យបណ្តឹងរបស់អ្នកទាក់ទងនឹង គុណភាពនៃសេវា ថែទាំអ្នកក៏មានជម្រើសពីរផងដែរ៖

- ប្រសិនបើអ្នកចង់បាន អ្នកអាចធ្វើពាក្យបណ្តឹងរបស់អ្នកអំពីគុណភាពនៃសេវាថែទាំដោយផ្ទាល់ទៅកាន់អង្គភាពលើកកម្ពស់គុណភាព (ដោយមិនចាំបាច់ ដាក់ពាក្យបណ្តឹងមកកាន់យើងក៏បាន)។
- ឬអ្នកអាចដាក់បណ្តឹងមក យើងខ្ញុំ និង ទៅកាន់ទៅអង្គភាពលើកកម្ពស់គុណភាពផងដែរ។ បើអ្នកដាក់បណ្តឹងទៅអង្គការនេះ យើងនឹងសហការជាមួយពួកគេដើម្បីដោះស្រាយបណ្តឹងរបស់អ្នក។

អង្គភាពលើកកម្ពស់គុណភាពគឺជាក្រុមវេជ្ជបណ្ឌិត និងអ្នកជំនាញថែទាំសុខភាពផ្សេងទៀតដែលទទួលបានប្រាក់ពីរដ្ឋាភិបាលសហព័ន្ធ ដើម្បីពិនិត្យ និងធ្វើឲ្យសេវាកម្មថែទាំសុខភាពជូនអ្នកជម្ងឺរបស់ Medicare មានសភាពកាន់តែល្អប្រសើរ។ ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពីអង្គការលើកកម្ពស់គុណភាព សូមមើលជំពូកទី 2។

នៅរដ្ឋ California អង្គភាពលើកកម្ពស់គុណភាព (Quality Improvement Organization) ត្រូវបានគេហៅថា Livanta BFCC-QIO ផងដែរ។ លេខទូរសព្ទសម្រាប់ Livanta BFCC-QIO គឺ 1-877-588-1123 (TTY:1-855-887-6668)។



ជំពូកទី 10៖ ការបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់អ្នកក្នុងគម្រោង Cal MediConnect របស់យើងខ្ញុំ

សេចក្តីផ្តើម

ជំពូកនេះប្រាប់អំពីមធ្យោបាយផ្សេងៗដែលអ្នកអាចបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់អ្នកក្នុងគម្រោង Cal MediConnect របស់យើងខ្ញុំ និងជម្រើសរ៉ាប់រងសុខភាពរបស់យើងខ្ញុំ បន្ទាប់ពីអ្នកចាកចេញពីគម្រោងនេះ។ ប្រសិនបើអ្នកចាកចេញពីគម្រោង អ្នកនៅតែស្ថិតក្នុងកម្មវិធី Medicare និង Medi-Cal ដែលដរាបណាអ្នកនៅមានសិទ្ធិទទួលបាន។ ពាក្យគន្លឹះនិងនិយមន័យ មានតាមលំដាប់អក្ខរក្រមក្នុងជំពូកចុងក្រោយនៃ សៀវភៅណែនាំសមាជិក។

តារាងមាតិកា

A. តើពេលណាអ្នកអាចបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់អ្នកក្នុងគម្រោង Cal MediConnect plan របស់យើងបាន	256
B. តើអ្នកបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់អ្នកនៅក្នុងគម្រោង Cal MediConnect Plan របស់យើងដោយរបៀបណា?.....	257
C. របៀបចូលរួមក្នុងគម្រោង Cal MediConnect plan ផ្សេងមួយទៀត	258
D. របៀបទទួលបានសេវារបស់ Medicare និង Medi-Cal ដាច់ដោយឡែក	258
D1. វិធីក្នុងការទទួលបានសេវា Medicare របស់អ្នក	258
D2. របៀបទទួលបានសេវាកម្ម Medi-Cal របស់អ្នក	261
E. បន្តទទួលបានសេវាកម្មវេជ្ជសាស្ត្រនិងឱសថតាមរយៈគម្រោងរបស់យើងរហូតដល់សមាជិកភាពរបស់អ្នកបញ្ចប់	262
F. ស្ថានភាពផ្សេងទៀតនៅពេលសមាជិកភាពរបស់អ្នកនៅក្នុងគម្រោង Cal MediConnect Plan របស់យើងបញ្ចប់.....	262
G. វិធាននានាប្រឆាំងនឹងការស្នើសុំឱ្យអ្នកចាកចេញពីគម្រោង Cal MediConnect Plan របស់យើងដោយសារហេតុផលដែលទាក់ទងនឹងសុខភាព.....	264
H. អ្នកមានសិទ្ធិក្នុងការធ្វើបណ្តឹង បើយើងបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់អ្នកក្នុងគម្រោងរបស់យើង	264
I. របៀបទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែមអំពីការបញ្ចប់សមាជិកភាពគម្រោងរបស់អ្នក	265

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan តាមលេខ 1-855-905-3825 (TTY:711) ម៉ោង 8:00 ព្រឹក – ម៉ោង 8:00 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅមកលេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលមើលនៅ

www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect



A. តើពេលណាអ្នកអាចបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់អ្នកក្នុងគម្រោង Cal MediConnect plan របស់យើងបាន

អ្នកអាចបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់អ្នកនៅក្នុងគម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan Medicare-Medicaid Plan នៅពេលណាមួយក៏បានក្នុងឆ្នាំដោយចុះឈ្មោះចូលក្នុងគម្រោង Medicare Advantage Plan មួយផ្សេងទៀតឬចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោង Cal MediConnect ផ្សេងទៀតឬផ្លាស់ប្តូរទៅ Original Medicare។

សមាជិកភាពរបស់អ្នកនឹងបញ្ចប់នៅថ្ងៃចុងក្រោយនៃខែដែលយើងខ្ញុំ ទទួលបានសំណើរបស់អ្នកដើម្បីផ្លាស់ប្តូរគម្រោងរបស់យើងខ្ញុំ។ ឧទាហរណ៍ បើយើងខ្ញុំ ទទួលបានសំណើរបស់អ្នកនៅថ្ងៃទី 18 ខែមករា ការរំបំរងរបស់អ្នកជាមួយគម្រោងរបស់យើងខ្ញុំនឹងបញ្ចប់នៅថ្ងៃទី 31 ខែមករា។ ការគ្របដណ្តប់ថ្មីរបស់អ្នកនឹងចាប់ផ្តើមនៅថ្ងៃដំបូងនៃខែបន្ទាប់ (កុម្មៈ 1 នៅក្នុងឧទាហរណ៍នេះ) ។

នៅពេលអ្នកបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់អ្នកនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើងខ្ញុំ អ្នកអាចមានជម្រើសក្នុងការចុះឈ្មោះនៅក្នុងគម្រោងថែទាំដែលមានការគ្រប់គ្រងរបស់ Medi-Cal ដើម្បីទទួលបានសេវាកម្ម Medi-Cal បាន លុះត្រាតែអ្នកជ្រើសរើសយកគម្រោង Cal MediConnect plan ផ្សេងទៀត។ អ្នកក៏អាចជ្រើសរើសជម្រើសចុះឈ្មោះគម្រោង Medicare របស់អ្នកផងដែរ នៅពេលអ្នកបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់អ្នកក្នុងគម្រោងរបស់យើងខ្ញុំ។ ប្រសិនបើអ្នកចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើង អ្នកអាចទទួលបានព័ត៌មានអំពី៖

- ជម្រើស Medicare នៅក្នុងតារាងនៅលើទំព័រ 257។
- សេវាកម្ម Medi-Cal នៅលើទំព័រ 257។

អ្នកអាចទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែមអំពីរបៀបដែលអ្នកអាចបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់អ្នកដោយការហៅទូរសព្ទមក៖

- ផ្នែកបម្រើសេវាអភិវឌ្ឍន៍តាមលេខ 1-855-905-3825 (TTY:711)។
- Health Care Options តាមរយៈលេខ 1-844-580-7272 ពីថ្ងៃច័ន្ទដល់ថ្ងៃសុក្រពីម៉ោង 8:00 ព្រឹកដល់ម៉ោង 6:00 ល្ងាច។ អ្នកប្រើ TTY គួរតែទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-430-7077។
- State Health Insurance Assistance Program (SHIP), California Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) តាមរយៈលេខ 1-800-434-0222 ថ្ងៃច័ន្ទរហូតដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹកដល់ម៉ោង 5:00 ល្ងាច។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមឬដើម្បីរក HICAP ក្នុងតំបន់របស់អ្នក សូមចូលមើល www.aging.ca.gov/HICAP/ ។
- Cal MediConnect Ombuds Program តាមលេខ 1-855-501-3077 ចាប់ពីថ្ងៃច័ន្ទដល់ថ្ងៃសុក្រចាប់ពីម៉ោង 9:00 ព្រឹកដល់ 5:00 ល្ងាចអ្នកប្រើ TTY គួរតែទូរសព្ទទៅលេខ 1-855-847-7914 ។
- Medicare តាមរយៈលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY អាចទូរសព្ទទៅកាន់លេខ 1-877-486-2048។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan តាមលេខ 1-855-905-3825 (TTY:711) ម៉ោង 8:00 ព្រឹក – ម៉ោង 8:00 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅមកលេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលមើលនៅ

www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect។



កំណត់សម្គាល់៖ ប្រសិនបើអ្នកស្ថិតនៅក្នុងកម្មវិធីគ្រប់គ្រងឱសថ អ្នកប្រហែលជាមិនអាចផ្លាស់ប្តូរគម្រោងបាននោះទេ។ មើលជំពូកទី 5 សម្រាប់ព័ត៌មានអំពីកម្មវិធីគ្រប់គ្រងឱសថ។

B. តើអ្នកបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់អ្នកនៅក្នុងគម្រោង Cal MediConnect Plan របស់យើងដោយរបៀបណា?

ប្រសិនបើអ្នកសម្រេចចិត្តបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់អ្នក សូមប្រាប់ Medi-Cal ឬ Medicare ថាអ្នកចង់ចាកចេញពីគម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan៖

- សូមទូរសព្ទមក Health Care Options តាមរយៈលេខ 1-844-580-7272 ចាប់ពីថ្ងៃច័ន្ទដល់ថ្ងៃសុក្រពីម៉ោង 8:00 ព្រឹកដល់ម៉ោង 6:00 ល្ងាច។ អ្នកប្រើ TTY គួរតែទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-430-7077 ឬ
- សូមទូរសព្ទទៅកាន់ Medicare តាមរយៈលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ អ្នកប្រើ TTY (អ្នកដែលមានការលំបាកក្នុងការស្តាប់ឬនិយាយ) គួរទូរសព្ទទៅកាន់លេខ 1-877-486-2048។ នៅពេលអ្នកហៅទូរសព្ទទៅ 1-800-MEDICARE អ្នកក៏អាចចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងសុខភាពឬឱសថផ្សេងទៀតរបស់ Medicare ផងដែរ។ ព័ត៌មានបន្ថែមស្តីពីការទទួលបានសេវា Medicare របស់អ្នកនៅពេលអ្នកចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើងខ្ញុំគឺនៅក្នុងតារាងលើទំព័រទី 257។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan តាមលេខ 1-855-905-3825 (TTY:711) ម៉ោង 8:00 ព្រឹក – ម៉ោង 8:00 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅមកលេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** សូមចូលមើលនៅ



C. របៀបចូលរួមក្នុងគម្រោង Cal MediConnect plan ផ្សេងមួយទៀត

ប្រសិនបើអ្នកចង់បន្តទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ Medicare និង Medi-Cal រួមគ្នាពីគម្រោងតែមួយ អ្នកអាចចូលរួមក្នុងគម្រោង Cal MediConnect Plan ផ្សេងទៀតបាន។

ដើម្បីចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោង Cal MediConnect ផ្សេងមួយ៖

- សូមទូរសព្ទទៅ Health Care Options តាមរយៈលេខ 1-844-580-7272 ពីថ្ងៃច័ន្ទដល់ ថ្ងៃសុក្រពីម៉ោង 8:00 ព្រឹកដល់ម៉ោង 6:00 ល្ងាច។ អ្នកប្រើ TTY គួរតែទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-430-7077។ ប្រាប់ពួកគេថាអ្នកចង់ចាកចេញពី Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan ហើយចូលរួមក្នុងគម្រោង Cal MediConnect ផ្សេងទៀត។ បើ អ្នកមិនប្រាកដពីគម្រោងអ្វីដែលអ្នកចង់ចូលរួម ពួកគេអាចប្រាប់ អ្នកអំពីគម្រោងផ្សេងទៀតក្នុងតំបន់របស់អ្នក។

ការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នក <ជាមួយនឹង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan នឹងបញ្ចប់នៅថ្ងៃចុងក្រោយនៃខែដែលយើងទទួលបានសំណើរបស់អ្នក។

D. របៀបទទួលបានសេវារបស់ Medicare និង Medi-Cal ដាច់ដោយឡែក

ប្រសិនបើអ្នកមិនចង់ចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោង Cal MediConnect ផ្សេងទេនោះ បន្ទាប់ពីអ្នកចាកចេញ ពីគម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan អ្នកនឹងវិលត្រឡប់ទៅទទួលបានសេវា Medicare និង Medi-Cal ដោយឡែកពីគ្នា។

D1. វិធីក្នុងការទទួលបានសេវា Medicare របស់អ្នក

អ្នកនឹងមានជម្រើសអំពីរបៀបដែលអ្នកទទួលបានផលប្រយោជន៍ Medicare របស់អ្នក។

អ្នកមានបីជម្រើសសម្រាប់ការទទួលបានសេវា Medicare របស់អ្នក។
ដោយការជ្រើសរើសជម្រើសមួយក្នុងចំណោមទាំងនេះ អ្នកនឹងបញ្ចប់ សមាជិកភាពរបស់អ្នកដោយស្វ័យប្រវត្តិក្នុងគម្រោង Cal MediConnect។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan តាមលេខ 1-855-905-3825 (TTY:711) ម៉ោង 8:00 ព្រឹក – ម៉ោង 8:00 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅមក លេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** សូមចូលមើលនៅ

www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect។



1. អ្នកអាចប្តូរទៅ៖ គម្រោងធានារ៉ាប់រងការថែទាំសុខភាព Medicare (ដូចជាគម្រោង Medicare Advantage Plan) ឬ កម្មវិធីថែទាំរួមបញ្ចូលគ្រប់យ៉ាងសម្រាប់មនុស្សចាស់ (PACE) ប្រសិនបើអ្នកបំពេញបានគ្រប់លក្ខខណ្ឌតម្រូវនិងរស់នៅក្នុងតំបន់សេវាទាំងនោះ។	នេះគឺជាអ្វីដែលត្រូវធ្វើ៖ សូមទូរសព្ទទៅកាន់ Medicare តាមរយៈលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY អាចទូរសព្ទទៅកាន់លេខ 1-877-486-2048។ សម្រាប់ការសាកសួរអំពី PACE សូមទូរសព្ទមកលេខ 1-855-921-PACE (7223) ។ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយ ឬព័ត៌មានបន្ថែម៖ • សូមទូរសព្ទទៅកាន់កម្មវិធី California Health Insurance Counseling and Advocacy Program តាមរយៈលេខ 1-800-434-0222 ថ្ងៃច័ន្ទរហូតដល់ថ្ងៃសុក្រពីម៉ោង 8:00 ព្រឹកដល់ម៉ោង 5:00 ល្ងាច។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម ឬដើម្បីរកមើលការិយាល័យ HICAP នៅក្នុងតំបន់របស់អ្នក សូមចូលទៅកាន់ www.aging.ca.gov/HICAP/ ។ អ្នកនឹងត្រូវបានដកចេញដោយស្វ័យប្រវត្តិពី Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan នៅពេលគម្រោងថ្មីរបស់អ្នកចាប់ផ្តើម។
---	--

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan តាមលេខ 1-855-905-3825 (TTY:711) ម៉ោង 8:00 ព្រឹក – ម៉ោង 8:00 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅមកលេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** សូមចូលមើលនៅ

www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect។



2. អ្នកអាចប្តូរទៅ៖ Original Medicare ដែលមានគម្រោងថ្នាំជួបបញ្ហា Medicare ដោយឡែក	នេះគឺជាអ្វីដែលត្រូវធ្វើ៖ សូមទូរសព្ទទៅកាន់ Medicare តាមរយៈលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY អាចទូរសព្ទទៅកាន់លេខ 1-877-486-2048។ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយ ឬព័ត៌មានបន្ថែម៖ • សូមទូរសព្ទទៅកាន់កម្មវិធី California Health Insurance Counseling and Advocacy Program តាមរយៈលេខ 1-800-434-0222 ថ្ងៃច័ន្ទរហូតដល់ថ្ងៃសុក្រពីម៉ោង 8:00 ព្រឹកដល់ម៉ោង 5:00 ល្ងាច។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម ឬដើម្បីរកមើលការិយាល័យ HICAP នៅក្នុងតំបន់របស់អ្នក សូមចូលទៅកាន់ www.aging.ca.gov/HICAP/ ។ អ្នកនឹងត្រូវបានដកចេញដោយស្វ័យប្រវត្តិពី Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan នៅពេលការធានារ៉ាប់រងពី Original Medicare របស់អ្នកចាប់ផ្តើម។
--	--

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan តាមលេខ 1-855-905-3825 (TTY:711) ម៉ោង 8:00 ព្រឹក – ម៉ោង 8:00 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅមកលេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** សូមចូលមើលនៅ

www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect។



3. អ្នកអាចប្តូរទៅ៖ Original Medicare ដោយគ្មានផែនការឱសថមានវេជ្ជបញ្ជា Medicare ដោយឡែក កំណត់សម្គាល់៖ ប្រសិនបើអ្នកប្តូរទៅគម្រោង Original Medicare ហើយមិនចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជា Medicare ដោយឡែក នោះ Medicare អាចចុះឈ្មោះអ្នកក្នុងគម្រោងឱសថមួយ លើកលែងតែអ្នកប្រាប់ Medicare ថាអ្នកមិនចង់ចូលរួម។ អ្នកគួរបោះចោលការធានារ៉ាប់រងឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជា តែក្នុងករណីបើអ្នកទទួលបានការធានារ៉ាប់រងឱសថពីនិយោជកសហជីព ឬប្រភពដទៃទៀត។ ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរអំពីថាតើអ្នកត្រូវការការរ៉ាប់រងលើឱសថឬអត់ សូមទូរសព្ទទៅកាន់កម្មវិធី California Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) តាមរយៈលេខ 1-800-434-0222 ពីថ្ងៃចន្ទរហូតដល់ថ្ងៃសុក្រពីម៉ោង 8:00 ព្រឹកដល់ម៉ោង 5:00 ល្ងាច។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមឬដើម្បីស្វែងរកការិយាល័យ HICAP ប្រចាំតំបន់ផ្ទាល់នៅក្នុងតំបន់របស់អ្នក សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ www.aging.ca.gov/HICAP/ ។	នេះគឺជាអ្វីដែលត្រូវធ្វើ៖ សូមទូរសព្ទទៅកាន់ Medicare តាមរយៈលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY អាចទូរសព្ទទៅកាន់លេខ 1-877-486-2048។ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយ ឬព័ត៌មានបន្ថែម៖ • សូមទូរសព្ទទៅកាន់កម្មវិធី California Health Insurance Counseling and Advocacy Program តាមរយៈលេខ 1-800-434-0222 ថ្ងៃចន្ទរហូតដល់ថ្ងៃសុក្រពីម៉ោង 8:00 ព្រឹកដល់ម៉ោង 5:00 ល្ងាច។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម ឬដើម្បីរកមើលការិយាល័យ HICAP នៅក្នុងតំបន់របស់អ្នក សូមចូលទៅកាន់ www.aging.ca.gov/HICAP/ ។ អ្នកនឹងត្រូវបានដកចេញដោយស្វ័យប្រវត្តិពី Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan នៅពេលការធានារ៉ាប់រងពី Original Medicare របស់អ្នកចាប់ផ្តើម។
---	---

D2. របៀបទទួលសេវាកម្ម Medi-Cal របស់អ្នក

ប្រសិនបើអ្នកចាកចេញពីគម្រោង Cal MediConnect នោះអ្នកនឹងចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងគ្រប់គ្រងការថែទាំ Medi-Cal ដែលជាជម្រើសរបស់អ្នក។

សេវា Medi-Cal របស់អ្នករួមមានសេវាធានា និង ជំនួយឧបត្ថម្ភរយៈពេលវែង និងគាំពារទាំសុខភាពផ្លូវចិត្ត។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan តាមលេខ 1-855-905-3825 (TTY:711) ម៉ោង 8:00 ព្រឹក – ម៉ោង 8:00 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅមកលេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលមើលនៅ www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect។



នៅពេលអ្នកសុំបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់អ្នកក្នុងផែនការ Cal MediConnect របស់យើង អ្នកនឹងត្រូវតែអនុញ្ញាតឱ្យ Health Care Options ដឹងពីផែនការថែទាំគ្រប់គ្រងដោយ Medi-Cal ដែលអ្នកចង់ចូលរួម។

- សូមទូរសព្ទទៅ Health Care Options តាមរយៈលេខ 1-844-580-7272 ពីថ្ងៃច័ន្ទដល់ ថ្ងៃសុក្រពីម៉ោង 8:00 ព្រឹកដល់ម៉ោង 6:00 ល្ងាច។ អ្នកប្រើ TTY គួរតែទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-430-7077។ ប្រាប់ពួកគេថាអ្នកចង់បាត់ចេញពី Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan ហើយចង់ចូលរួមក្នុងគម្រោងថែទាំសុខភាពដែលគ្រប់គ្រងដោយ Medi-Cal មួយ។ បើអ្នកមិនប្រាកដពីគម្រោងអ្វីដែលអ្នកចង់ចូលរួម ពួកគេអាចប្រាប់ អ្នកអំពីគម្រោងផ្សេងទៀតក្នុងតំបន់របស់អ្នក។

សៀវភៅបញ្ជីឈ្មោះនៅពេលអ្នកបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់អ្នកជាមួយគម្រោង Cal MediConnect Plan របស់យើង អ្នកនឹងទទួលបានប័ណ្ណសមាជិកថ្មី សៀវភៅណែនាំសមាជិកថ្មី និង បញ្ជីរាយឈ្មោះ អ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថាន ថ្មី សម្រាប់ការរ៉ាប់រងពី Medi-Cal របស់អ្នក។

E. បន្តទទួលបានសេវាកម្មវេជ្ជសាស្ត្រនិងឱសថតាមរយៈគម្រោង របស់យើងរហូតដល់សមាជិកភាពរបស់អ្នកបញ្ចប់

បើអ្នកបាត់ចេញពី គម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan វាអាចចំណាយពេលមួយរយៈ មុនពេលសមាជិកភាពរបស់អ្នកបញ្ចប់ ហើយការរ៉ាប់រង Medicare និង Medi-Cal ថ្មីរបស់អ្នកចាប់ផ្តើម។ សូមមើលទំព័រ 218 សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។ អំឡុងពេលនេះ អ្នកនឹងបន្តទទួលបានការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក និងឱសថតាមរយៈគម្រោងរបស់យើងខ្ញុំ។

- អ្នកគួរតែប្រើប្រាស់ឱសថស្ថានបណ្តាញរបស់យើងដើម្បីទទួលបានវេជ្ជបញ្ជាដែលត្រូវបានបំពេញ។ តាមធម្មតា ឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកត្រូវបានរ៉ាប់រងលុះត្រាតែអ្នកទៅទទួលយកឱសថទាំងនេះនៅឯឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញមួយ ដែលរួមមានតាមរយៈសេវាឱសថស្ថានបញ្ជាទិញតាមប្រៃសណីយ៍របស់យើងខ្ញុំ ។
- បើអ្នកត្រូវសម្រាកព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យនៅថ្ងៃដែលសមាជិកភាពរបស់អ្នកបញ្ចប់ការសម្រាកនៅមន្ទីរពេទ្យរបស់អ្នកនឹងជាធម្មតាត្រូវបានរ៉ាប់រងដោយគម្រោង Cal MediConnect Plan របស់យើងខ្ញុំរហូតទាល់តែអ្នកចេញពីមន្ទីរពេទ្យ។ នឹងកើតឡើង សូម្បីតែការរ៉ាប់រងសុខភាពថ្មីរបស់អ្នកចាប់ផ្តើម មុនពេលអ្នកចេញពីមន្ទីរពេទ្យ។

F. ស្ថានភាពផ្សេងទៀតនៅពេលសមាជិកភាពរបស់អ្នកនៅក្នុងគម្រោង Cal MediConnect Plan របស់យើងបញ្ចប់

ទាំងនេះជាករណីផ្សេងៗមួយចំនួន នៅពេលដែលគម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan ត្រូវតែបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់អ្នកនៅក្នុងគម្រោងនេះ៖

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan តាមលេខ 1-855-905-3825 (TTY:711) ម៉ោង 8:00 ព្រឹក – ម៉ោង 8:00 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅមកលេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលមើលនៅ

www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect។



- បើមានការផ្លាស់ប្តូរការរ៉ាប់រង Medicare ផ្នែក A និង ផ្នែក B របស់អ្នក។
- បើអ្នកលែងមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ទៀតហើយសម្រាប់ Medi-Cal។
គម្រោងរបស់យើងខ្ញុំគឺសម្រាប់អ្នកដែលមានលក្ខណៈសម្បត្តិសម្រាប់ទាំង Medicare និង Medi-Cal។ Department of HealthCare Services (ក្រសួងសេវាថែទាំសុខភាព, DHCS) ឬ Centers for Medicare and Medicaid Services (មជ្ឈមណ្ឌលបម្រើសេវា Medicare និង Medicaid, CMS) អាចលុបឈ្មោះអ្នកចេញ ប្រសិនបើមជ្ឈមណ្ឌលទាំងនេះកំណត់ថាអ្នកមិនមានសិទ្ធិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់កម្មវិធីនេះ។
- បើអ្នកផ្លាស់ទីចេញពីតំបន់សេវារបស់អ្នក។
- បើអ្នកនៅឆ្ងាយពីតំបន់សេវារបស់យើងខ្ញុំរយៈពេលលើសពីប្រាំមួយខែ។
 - បើអ្នកផ្លាស់ទី ឬ ធ្វើដំណើររយៈពេលយូរ អ្នកត្រូវការទូរសព្ទទៅផ្នែកបម្រើសេវាអតិថិជន ដើម្បីស្វែងរកថា តើ កន្លែងដែលអ្នកកំពុងផ្លាស់ទីទៅ ឬធ្វើដំណើរទៅកាន់គឺស្ថិតក្នុងតំបន់សេវានៃគម្រោងរបស់យើងខ្ញុំដែរទេ។
- ប្រសិនបើអ្នកទៅពន្ធនាគារសម្រាប់បទល្មើសព្រហ្មទណ្ឌ។
- បើអ្នកនិយាយកុហកអំពី ឬ លាក់ព័ត៌មានអំពីការធានារ៉ាប់រងផ្សេងទៀតដែលអ្នកមានសម្រាប់ឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជា។
- ប្រសិនបើអ្នកមិនមែនជាពលរដ្ឋអាមេរិកឬមិនមានវត្តមានស្របច្បាប់នៅក្នុងសហរដ្ឋអាមេរិក។

អ្នកត្រូវតែជាពលរដ្ឋអាមេរិកឬមានវត្តមានស្របច្បាប់នៅក្នុងសហរដ្ឋអាមេរិកដើម្បីមានសិទ្ធិក្លាយជាសមាជិកគម្រោងរបស់យើង។ មជ្ឈមណ្ឌលបម្រើសេវាកម្ម Medicare និង Medicaid នឹងជូនដំណឹងដល់យើងប្រសិនបើអ្នកមិនមានសិទ្ធិធ្វើជាសមាជិកផ្នែកលើមូលដ្ឋានទាំងនេះ។ យើងត្រូវលុបឈ្មោះអ្នកប្រសិនបើអ្នកមិនបំពេញតាមការតម្រូវនេះ។

ប្រសិនបើអ្នកលែងមានលក្ខណៈគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ Medi-Cal ឬកាលៈទេសៈរបស់អ្នកបានផ្លាស់ប្តូរដែលធ្វើឱ្យអ្នកលែងមានសិទ្ធិទទួលបាន Cal MediConnect អ្នកអាចបន្តទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នកពី Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan សម្រាប់រយៈពេលពីរខែបន្ថែមទៀត។
ពេលវេលាបន្ថែមនេះនឹងអនុញ្ញាតឱ្យអ្នកកែតម្រូវព័ត៌មានសិទ្ធិរបស់អ្នកប្រសិនបើអ្នកជឿជាក់ថាអ្នកនៅតែមានសិទ្ធិទទួលបានសេវាពីកម្មវិធី។
អ្នកនឹងទទួលបានលិខិតមួយពីយើងអំពីការផ្លាស់ប្តូរសិទ្ធិស្របច្បាប់របស់អ្នកជាមួយការណែនាំអំពីការកែតម្រូវព័ត៌មានសិទ្ធិរបស់អ្នក។

- ដើម្បីបន្តនៅជាសមាជិក Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan អ្នកត្រូវតែមានលក្ខណៈគ្រប់គ្រាន់ម្តងទៀតគិតត្រឹមថ្ងៃចុងក្រោយនៃរយៈពេលពីរខែ។
- ប្រសិនបើអ្នកមិនមានលក្ខណៈគ្រប់គ្រាន់គិតត្រឹមថ្ងៃចុងបញ្ចប់នៃរយៈពេលពីរខែអ្នកនឹងត្រូវបានដកហូតឈ្មោះចេញពីគម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan។



យើងខ្ញុំអាចធ្វើឱ្យអ្នកចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើងខ្ញុំសម្រាប់ហេតុដូចតទៅនេះ លុះត្រាតែបើ
យើងខ្ញុំទទួលបានការអនុញ្ញាតពី Medicare និង Medi-Cal ជាមុនសិនប៉ុណ្ណោះ ៖

- បើអ្នកមានចេតនាចង់ឱ្យយើងខ្ញុំកែតម្រូវឱ្យខុស នៅពេលអ្នក
កំពុងចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងរបស់យើងខ្ញុំ ហើយព័ត៌មាននោះប៉ះពាល់
ដល់សិទ្ធិទទួលបានគម្រោងរបស់យើងខ្ញុំ។
- បើអ្នកធ្វើអាកប្បកិរិយាបន្តបន្ទាប់ក្នុងវិធីមួយដែលរំខាន ហើយធ្វើឱ្យវាពិបាកដល់យើងខ្ញុំ
ក្នុងការផ្តល់ការថែទាំវេជ្ជសាស្ត្រសម្រាប់អ្នក និងសមាជិកផ្សេងទៀតនៃគម្រោងរបស់យើងខ្ញុំ។
- បើអ្នកអនុញ្ញាតឱ្យអ្នកផ្សេងប្រើប័ណ្ណសមាជិកភាពគម្រោងរបស់អ្នកដើម្បី
ទទួលបានការថែទាំវេជ្ជសាស្ត្រ។
 - បើយើងខ្ញុំបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់អ្នក ពីព្រោះតែហេតុផលនេះ Medicare
ប្រហែលឱ្យគេស៊ើបអង្កេតករណីរបស់អ្នកដោយអគ្គត្រួតពិនិត្យ។

G. វិធាននានាប្រឆាំងនឹងការស្នើសុំឱ្យអ្នកចាកចេញពីគម្រោង Cal MediConnect Plan របស់យើងដោយសារហេតុផលដែលទាក់ទងនឹងសុខភាព

ប្រសិនបើអ្នកមានអារម្មណ៍ថាអ្នកត្រូវបានគេស្នើឱ្យចាកចេញពីគម្រោងដោយសារហេតុផលផ្នែក
សុខភាព អ្នកអាចទូរសព្ទទៅកាន់កម្មវិធី **Medicare** តាមរយៈលេខ 1-800-MEDICARE
(1-800-633-4227)។ អ្នកប្រើ TTY គួរទូរសព្ទមកលេខ 1-877-486-2048។ អ្នកអាចទូរសព្ទ 24
ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។

អ្នកក៏គួរតែទូរសព្ទទៅ **Cal MediConnect Ombuds Program** តាមលេខ 1-855-501-3077
ពីថ្ងៃច័ន្ទដល់ថ្ងៃសុក្រពីម៉ោង 9:00 ព្រឹករហូតដល់ម៉ោង 5:00 ល្ងាច។ អ្នកប្រើ TTY
គួរតែទូរសព្ទមកលេខ 1-855-847-7914 ។

H. អ្នកមានសិទ្ធិក្នុងការធ្វើបណ្តឹង បើយើងបញ្ចប់ សមាជិកភាពរបស់អ្នកក្នុងគម្រោងរបស់យើង

បើយើងខ្ញុំបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់អ្នកក្នុងគម្រោង Cal MediConnect របស់យើងខ្ញុំ យើងខ្ញុំ
ត្រូវតែប្រាប់អ្នកពីហេតុផលរបស់យើងខ្ញុំ
ជាលាយលក្ខណ៍អក្សរសម្រាប់ការបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់អ្នក។ យើង
ត្រូវតែពន្យល់ពីរបៀបដែលអ្នកអាចរៀបចំបណ្តឹងទៅនឹងការសម្រេចចិត្តរបស់យើងក្នុង
ការបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់អ្នកផងដែរ។ អ្នកអាចមើលជំពូកទី 9 ផ្នែក J ផងដែរ
សម្រាប់ព័ត៌មានអំពីរបៀបរៀបចំបណ្តឹង។

I. របៀបទទួលព័ត៌មានបន្ថែមអំពីការបញ្ចប់សមាជិកភាពគម្រោងរបស់អ្នក

បើអ្នកមានសំណួរ ឬចម្ងល់ ឬចង់បានព័ត៌មានបន្ថែមស្តីពីពេល
ដែលអ្នកអាចបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់អ្នក អ្នកអាច៖

- ទូរសព្ទមកកាន់ផ្នែកបម្រើសេវាអតិថិជនតាមរយៈលេខ៖ 1-855-905-3825 (TTY:711)។
- សូមទូរសព្ទទៅ Heath Care Options តាមរយៈលេខ 1-844-580-7272 ពីថ្ងៃច័ន្ទដល់
ថ្ងៃសុក្រពីម៉ោង 8:00 ព្រឹកដល់ម៉ោង 6:00 ល្ងាច។ អ្នកប្រើ TTY គួរតែទូរសព្ទទៅលេខ
1-800-430-7077។
- សូមទូរសព្ទទៅកាន់កម្មវិធី California Health Insurance Counseling and Advocacy
Program តាមរយៈលេខ 1-800-434-0222 ថ្ងៃច័ន្ទរហូតដល់ថ្ងៃសុក្រពីម៉ោង 8:00
ព្រឹកដល់ម៉ោង 5:00 ល្ងាច។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម ឬ ដើម្បីរកមើលការិយាល័យ HICAP
នៅក្នុងតំបន់របស់អ្នក សូមចូលទៅកាន់ www.aging.ca.gov/HICAP/ ។
- សូមទូរសព្ទទៅ Cal MediConnect Ombuds Program តាមលេខ 1-855-501-3077
ចាប់ពីថ្ងៃច័ន្ទដល់ថ្ងៃសុក្រចាប់ពីម៉ោង 9:00 ព្រឹកដល់ 5:00 ល្ងាច។ អ្នកប្រើ TTY
គួរតែទូរសព្ទទៅលេខ 1-855-847-7914 ។
- សូមទូរសព្ទទៅកាន់ Medicare តាមរយៈលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 24
ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY អាចទូរសព្ទទៅកាន់លេខ
1-877-486-2048។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan តាមលេខ
1-855-905-3825 (TTY:711) ម៉ោង 8:00 ព្រឹក – ម៉ោង 8:00 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅមក
លេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលមើលនៅ

www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect។



ជំពូកទី 11: សេចក្តីជូនដំណឹងតាមផ្លូវច្បាប់

សេចក្តីផ្តើម

ជំពូកនេះរួមបញ្ចូលទាំងការជូនដំណឹងអំពីច្បាប់ ដែលត្រូវ
អនុវត្តន៍ចំពោះសមាជិកភាពរបស់អ្នកនៅក្នុងគម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan ។
ពាក្យគន្លឹះនិងនិយមន័យមានតាមលំដាប់អក្ខរក្រមក្នុងជំពូកចុងក្រោយនៃ សៀវភៅណែនាំសមាជិក។

L. តារាងមាតិកា

A. សេចក្តីជូនដំណឹងអំពីច្បាប់.....	267
B. សេចក្តីជូនដំណឹងអំពីការមិនរើសអើង	267
C. ការយល់ដឹងអំពីគម្រោង Medicare ដែលជាអ្នកទូទាត់ប្រាក់ទីពីរ និងគម្រោង Medi-Cal ដែលជា អ្នកទូទាត់ប្រាក់ជម្រើសចុងក្រោយ.....	268
D. សេចក្តីជូនដំណឹងអំពីទំនួលខុសត្រូវរបស់ភាគីទីបី	268
E. សេចក្តីជូនដំណឹងអំពីការមិនរើសអើង	269

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan តាមលេខ
1-855-905-3825 (TTY:711) ម៉ោង 8:00 ព្រឹក – ម៉ោង 8:00 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅមក
លេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលមើលនៅ



www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect។

A. សេចក្តីជូនដំណឹងអំពីច្បាប់

ច្បាប់ភាគច្រើនអនុវត្តទៅលើ សៀវភៅណែនាំសមាជិកនេះ។ ច្បាប់ទាំងនេះអាចនឹងមានផលប៉ះពាល់ដល់សិទ្ធិ និងទំនួលខុសត្រូវរបស់អ្នក បើទោះជាមិនមានការរួមបញ្ចូល ឬការពន្យល់អំពីច្បាប់ទាំងនេះ នៅក្នុងសៀវភៅមគ្គុទ្ទេសក៍នេះក៏ដោយ។ ច្បាប់សំខាន់ៗដែលពាក់ព័ន្ធនឹងសៀវភៅមគ្គុទ្ទេសក៍នេះ គឺជាច្បាប់សហព័ន្ធដែលស្តីពីកម្មវិធី Medicare និង Medi-Cal។ ច្បាប់សហព័ន្ធនិង រដ្ឋផ្សេងៗទៀតក៏អាចនឹងជាប់ទាក់ទងផងដែរ។

B. សេចក្តីជូនដំណឹងអំពីការមិនរើសអើង

រាល់ក្រុមហ៊ុន ឬ ទីភ្នាក់ងារដែលធ្វើការជាមួយនឹងកម្មវិធី Medicare និង Medi-Cal ត្រូវតែគោរពច្បាប់ ដែលការពារអ្នកពីការរើសអើង ឬការប្រព្រឹត្តមិនស្មើភាព។ យើងខ្ញុំមិនរើសអើង ឬប្រព្រឹត្តដាក់អ្នកខុសពីអ្នកដទៃ ដោយសារតែអាយុ បទពិសោធន៍ទាមទារសំណង ពណ៌ ពូជសាសន៍ ភស្តុតាងនៃភាពមិនអាចធានារ៉ាប់រងបាន យេនឌ័រ ព័ត៌មានហ្វេស៊ី ទីតាំងភូមិសាស្ត្រនៅក្នុងតំបន់សេវាកម្ម ស្ថានភាពសុខាភិបាល ប្រវត្តិសាស្ត្រវេជ្ជសាស្ត្រ ពិការភាពផ្លូវចិត្តឬពិការភាពផ្លូវកាយ ជាតិកំណើត ពូជសាសន៍ សាសនាឬភេទ។ លើសពីនេះទៀត យើងមិនរើសអើងឬប្រព្រឹត្តចំពោះអ្នកខុសពីអ្នកដទៃដោយសារតែ ពូជពង្ស ស្ថានភាពគ្រួសារ ឬ ចំណូលចិត្តខាងផ្លូវភេទរបស់អ្នកឡើយ។

បើសិនជាអ្នកចង់បានព័ត៌មានបន្ថែម ឬមានកង្វល់អំពីការរើសអើង ឬការប្រព្រឹត្តមិនស្មើភាព៖

- សូមទូរសព្ទទៅកាន់ការិយាល័យសិទ្ធិស៊ីវិលរបស់ Department of Health and Human Services តាមរយៈលេខ 1-800-368-1019។ អ្នកប្រើ TTY អាចហៅទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-537-7697។ អ្នកក៏អាចចូលមើល www.hhs.gov/ocr សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។

ទូរសព្ទទៅការិយាល័យសិទ្ធិស៊ីវិលក្នុងតំបន់របស់អ្នក។
Office for Civil Rights
U.S. Department of Health and Human Services
90 7th Street, Suite 4-100
San Francisco, CA 94103
មជ្ឈមណ្ឌលឆ្លើយតបអតិថិជន (800) 368-1019
ទូរសារ៖ (202) 619-3818
TTY៖ (800) 537-7697
អ៊ីម៉ែល៖ ocrmail@hhs.gov

ប្រសិនបើអ្នកមានពិការភាព ហើយត្រូវការជំនួយក្នុងការទទួលបានសេវាថែទាំសុខភាព ឬ អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំ សូមទូរសព្ទមកផ្នែកបម្រើសេវាអតិថិជនប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ជីឯកវ៉ា ដូចជាបញ្ហាទាក់ទងនឹងរទេះរុញ ផ្នែកបម្រើសេវាអតិថិជនអាចជួយបាន។



C. ការយល់ដឹងអំពីគម្រោង Medicare ដែលជាអ្នកទូទាត់ប្រាក់ទីពីរ និងគម្រោង Medi-Cal ដែលជាអ្នកទូទាត់ប្រាក់ជម្រើសចុងក្រោយ

ជួនកាល មានមនុស្សម្នាក់ទៀតត្រូវទូទាត់ប្រាក់ជាមុនសម្រាប់សេវាកម្មទាំងឡាយណាដែលយើងខ្ញុំបានផ្តល់ជូនអ្នក។ ឧទាហរណ៍៖ បើអ្នកស្ថិតក្នុងហេតុការណ៍គ្រោះថ្នាក់មួយ ឬបើអ្នកមានបញ្ហារងរបួសស្នាមនៅកន្លែងធ្វើការ សំណងសម្រាប់ការធានារ៉ាប់រងឬកម្មការនីត្រូវទូទាត់ឬបង់ឱ្យជាមុនសិន។

យើងខ្ញុំមានសិទ្ធិ និងការទទួលខុសត្រូវប្រមូលថ្លៃសេវាកម្មនៃកម្មវិធី Medicare ដែលបានរ៉ាប់រងចំពោះករណីដែល Medicare មិនមែនជាអ្នកទូទាត់បង់ប្រាក់ទីមួយ។

កម្មវិធី Cal MediConnect គោរពតាមច្បាប់សហព័ន្ធ និងរដ្ឋដែលទាក់ទងនឹងទំនួលខុសត្រូវស្របច្បាប់នៃបណ្តាភាគីទីបីចំពោះការផ្តល់សេវាកម្មតំបែរទៅសុខភាពដល់សមាជិកគម្រោង។ យើងខ្ញុំនឹងប្រកាន់យកនូវរាល់ចំណាត់ការណ៍សមស្របដើម្បីធានាឱ្យបានថា កម្មវិធី Medi-Cal គឺពិតជាអ្នកទូទាត់បង់ប្រាក់ចំពោះជម្រើសចុងក្រោយបំផុត។

D. សេចក្តីជូនដំណឹងអំពីទំនួលខុសត្រូវរបស់ភាគីទីបី

បើសិនអ្នកមានរបួស ឬមានជំងឺដោយសារតែការធ្វេសប្រហែស ឬចេតនាឬការជៀសវាងទទួលខុសត្រូវដែលបណ្តាលឱ្យអ្នកមានជំងឺ និងរបួស យើងខ្ញុំនឹងធ្វើសេចក្តីថ្លែងការណ៍អំពីការគិតថ្លៃសមរម្យសម្រាប់សេវាដែលបានផ្តល់ពាក់ព័ន្ធនឹងជំងឺ ឬរបួសនេះជូនអ្នក។ ការគិតថ្លៃនឹងត្រូវគណនាដូចដែលបង្ហាញខាងក្រោម។ ទោះជាយ៉ាងណា អ្នកនឹងមិនត្រូវតម្រូវឱ្យធ្វើការបង់ប្រាក់មកកាន់យើងខ្ញុំទេ លុះត្រាតែការទទួលខុសត្រូវខាងផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុត្រូវបានបង្កើតឡើងតាមរយៈការដោះស្រាយបញ្ហា និងដោយគុណការ ឬលក្ខណៈបែបណាមួយ។

បើសិនអ្នកទទួលបានប្រាក់សំណងក្នុងចំណែកណាមួយពីភាគីទីបី អ្នកត្រូវតែធ្វើការជូនដំណឹងដល់យើងខ្ញុំភ្លាមៗដូចគ្នា។ យើងខ្ញុំនឹងធ្វើការទូទាត់សំណងពីទឹកប្រាក់ទាំងនេះពីភាគីទីបីសម្រាប់ការគិតថ្លៃដែលបានកំណត់ជាមុននៅក្នុងសេចក្តីថ្លែងការណ៍ដែលយើងបានផ្ញើជូនអ្នកទាក់ទងនឹងកម្រិតកំណត់ជាមុននៅក្នុងកថាខណ្ឌដូចខាងក្រោម។

a) ចំនួនទឹកប្រាក់របស់យើងខ្ញុំនឹងត្រូវគណនាដូចខាងក្រោម៖

- i. ចំពោះសេវាថែទាំសុខភាព ដែលមិនផ្តល់ជូនដោយផ្អែកលើការបង់ប្រាក់ប្រចាំខែ ដោយចំនួនជាក់លាក់ដែលត្រូវបង់ដោយគម្រោង ដោយក្រុមវេជ្ជសាស្ត្រ ឬដោយសមាគមន៍អនុវត្តឯករាជ្យ ទៅឱ្យអ្នកផ្តល់សេវាព្យាបាល ឬ
- ii. ប្រសិនសេវាទាំងនេះត្រូវបានផ្តល់តាមមូលដ្ឋានគណនាទាំងនេះ ប៉ែតសិបភាគរយ (80%) នៃការគិតថ្លៃតាមធម្មតា និងទូទៅសម្រាប់សេវាកម្មដូចគ្នាដែលបានផ្តល់តាមមូលដ្ឋានដែលមិនបានគណនានៅក្នុងតំបន់ភូមិសាស្ត្រដែលសេវាត្រូវបានផ្តល់។
- iii. ប្រសិនបើអ្នកទទួលបានទាំងសេវាដោយផ្អែកលើការបង់ប្រាក់ប្រចាំខែ និង មិនបង់ប្រាក់ប្រចាំខែ ហើយអ្នកផ្តល់សេវាតាមកិច្ចសន្យាបង់ប្រាក់ប្រចាំខែ បង់ប្រាក់សម្រាប់សេវា ដែលមិនបង់ប្រាក់ប្រចាំខែ ដែលអ្នកទទួលបាន នោះ ការបង់ប្រាក់ដូច្នេះមិនអាចលើសពីបរិមាណ៖
 - (i) ចំណាយសមរម្យដែលពិតជាបានបង់ឱ្យត្រូវគ្នាបំផុតនឹងចំនួនទឹកប្រាក់ និង
 - (ii) ចំនួនទឹកប្រាក់ដែលបានកំណត់យោងទៅតាម “a” និង “b” ខាងលើ។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan តាមលេខ 1-855-905-3825 (TTY:711) ម៉ោង 8:00 ព្រឹក – ម៉ោង 8:00 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅមកលេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** សូមចូលមើលនៅ

www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect



- b) ទឹកប្រាក់ទទួលបានជាអតិបរមារបស់យើងគឺពាក់ព័ន្ធនឹងការកំណត់កម្រិតដូចខាងក្រោម៖
- i. ប្រសិនបើអ្នកជួលមេធាវី ពេលនោះចំនួនទឹកប្រាក់មិនអាចលើសពីចំនួនទឹកប្រាក់ដូចខាងក្រោម៖
 - (i) ចំនួនទឹកប្រាក់អតិបរមាត្រូវបានកំណត់ក្រោម #1 លើស ពី ឬ
 - (ii) មួយភាគបី (1/3) នៃទឹកប្រាក់ដែលអ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានបន្ទាប់ការជំនុំជម្រះចុងក្រោយដោយតុលាការចំពោះការធ្វើឱ្យខូចខាត ឬដោះស្រាយកិច្ចព្រមព្រៀង។
 - ii. ប្រសិនបើអ្នកមិនជួលមេធាវី ពេលនោះចំនួនទឹកប្រាក់មិនអាចលើសពីចំនួនទឹកប្រាក់ដូចខាងក្រោម៖
 - (i) ចំនួនទឹកប្រាក់អតិបរមាត្រូវបានកំណត់ក្រោម #1 លើស ពី ឬ
 - (ii) មួយភាគពីរ (1/2) នៃទឹកប្រាក់ដែលអ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានបន្ទាប់ការវិនិច្ឆ័យចុងក្រោយដោយតុលាការចំពោះការធ្វើឱ្យខូចខាត ឬដោះស្រាយកិច្ចព្រមព្រៀង។
- c) ទឹកប្រាក់ដែលទទួលបានរបស់យើងគឺមានពាក់ព័ន្ធនឹងការកាត់បន្ថយបន្ថែមទាំងនេះ៖
- i. បើសិនបើក្រុម មេធាវី ឬអាជ្ញាកណ្តាលរកឃើញជាពិសេសថាអ្នកមានកំហុសមួយចំណែកដែរនោះ ទឹកប្រាក់ដែលទទួលបានរបស់យើងនឹងត្រូវបានកាត់បន្ថយដោយប្រៀបធៀបទៅនឹងភាគរយនៃកំហុសដូចគ្នាដែលប្រាក់សំណងរបស់អ្នកនឹងត្រូវបានកាត់បន្ថយ។
 - ii. ការកាត់បន្ថយកម្រិតទឹកប្រាក់ជាមុនដោយហេតុផលជួលមេធាវី (បើមាន) និងការចំណាយ។

ការកំណត់ខាងលើចំពោះចំនួនប្រាក់សំណងមិនអនុវត្តន៍ចំពោះសំណងជាទឹកប្រាក់ដល់បុគ្គលិកឡើយ។

ពាក់ព័ន្ធនឹងការកម្រិតត្រូវបានចែងនៅខាងលើ អ្នកបានផ្តល់ឱ្យគម្រោង Blue Shield of California Promise Health Plan នូវសិទ្ធិកំណត់និងទាមទារប្រាក់សំណងក្នុងបរិមាណដែលខ្លួនអាចទាមទារមកវិញបានតាមរយៈការទូទាត់ ការកាត់ក្តី ឬសេចក្តីសម្រេចរបស់តុលាការ។ អ្នកអាចត្រូវបានតម្រូវឱ្យរៀបចំឯកសារ និងផ្តល់ព័ត៌មានដែលចាំបាច់ដល់យើងខ្ញុំដើម្បីរៀបចំ ទាមទារ ឬទូទាត់ទាក់ទងនឹងសិទ្ធិទាមទារសំណង។

លើសពីនេះទៀត តាមកិច្ចសន្យា យើងបានប្រគល់ដល់អ្នកផ្តល់សេវាគម្រោងនូវសិទ្ធិក្នុងការទាមទារចំនួនទឹកប្រាក់ដែលបង់ដល់ភាគីទីបី ពីសមាជិករបស់យើងសម្រាប់សេវាថែទាំសុខភាព ដែលអ្នកផ្តល់សេវានោះបានផ្តល់ជូន ឬ រៀបចំជូនពួកគេ។

ក្រុមរដ្ឋសាស្ត្រ គ្រូពេទ្យ និងសមាគមន៍ហ្វឹកហាត់ឯករាជ្យដែលមានកិច្ចសន្យាដែលប្រើសិទ្ធិទាមទារប្រាក់សំណងប្រឆាំងនឹងសមាជិកត្រូវតែធ្វើយ៉ាងណាអនុលោមទៅតាមនីតិវិធីដែលបានកំណត់ទុកជាមុនខាងលើ។

E. សេចក្តីជូនដំណឹងអំពីការមិនរើសអើង

ការរើសអើងគឺប្រឆាំងនឹងច្បាប់

គម្រោង Blue Shield of California Promise Health អនុវត្តតាមច្បាប់របស់រដ្ឋដែលមានជាធរមាន និងច្បាប់សិទ្ធិសុំវិលសហព័ន្ធ ហើយមិនធ្វើការរើសអើង មិនផ្តល់សេវា ឬ

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan តាមលេខ 1-855-905-3825 (TTY:711) ម៉ោង 8:00 ព្រឹក – ម៉ោង 8:00 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅមកលេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលមើលនៅ

www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect។



ក៏ប្រព្រឹត្តចំពោះពួកគេខ្ពស់ពីអ្នកដទៃ ដោយសារតែមូលហេតុសញ្ញាភិ ពណ៌សម្បុរ ដើមកំណើតជាតិសាសន៍ អត្តសញ្ញាណក្រុមជនជាតិភាគតិច ស្ថានភាពវេជ្ជសាស្ត្រ ព័ត៌មានហ្វេន បុព្វការីជន សាសនា ភេទ ស្ថានភាពអាពាហ៍ពិពាហ៍ យេនឌ័រ អត្តសញ្ញាណយេនឌ័រ ចំណូលចិត្តផ្លូវភេទ អាយុ ពិការភាពផ្លូវចិត្ត ឬ ពិការភាពរាងកាយនោះទេ។

Blue Shield of California Promise Health Plan ផ្តល់នូវ៖

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

ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការសេវាទាំងនេះ សូមទាក់ទងទៅកាន់អ្នកសម្របសម្រួលសិទ្ធិស៊ីវិល Blue Shield of California Promise Health Plan។

ប្រសិនបើអ្នកជឿថា Blue Shield of California Promise Health Plan ខកខានមិនបានផ្តល់សេវាកម្មទាំងនេះ ឬ បានរើសអើងតាមរូបភាពផ្សេងទៀតដោយសារមូលហេតុ ជាតិសាសន៍ ពណ៌សម្បុរ ដើមកំណើត អត្តសញ្ញាណក្រុមជនជាតិភាគតិច ស្ថានភាពវេជ្ជសាស្ត្រ ព័ត៌មានហ្វេន បុព្វការីជន សាសនា ភេទ ស្ថានភាពគ្រួសារ យេនឌ័រ អត្តសញ្ញាណយេនឌ័រ ចំណូលចិត្តផ្លូវភេទ អាយុ ពិការភាពផ្លូវចិត្ត ឬ ពិការភាពរាងកាយ អ្នកអាចដាក់បណ្តឹងទៅកាន់៖

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

អ្នកអាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងសារទុក្ខផ្ទាល់ឬតាមប្រៃសណីយ៍ តាមទូរសារ ឬតាមអ៊ីម៉ែល។
ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយក្នុងការដាក់បណ្តឹងសារទុក្ខនោះអ្នកសម្របសម្រួលសិទ្ធិស៊ីវិលអាចរកបានដើម្បីជួយអ្នក។

អ្នកអាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងអំពីសិទ្ធិពលរដ្ឋទៅកាន់ក្រសួងបម្រើសេវាកម្មសុខភាព និងមនុស្សសាស្ត្រសហរដ្ឋអាមេរិក (U.S. Department of Health and Human Services) ជាសារអេឡិចត្រូនិកតាមរយៈការិយាល័យសិទ្ធិពលរដ្ឋ (Office for Civil Rights) តាមគេហទំព័រ <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, (TTY 800-537-7697)

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

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan តាមលេខ 1-855-905-3825 (TTY:711) ម៉ោង 8:00 ព្រឹក – ម៉ោង 8:00 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅមកលេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** សូមចូលមើលនៅ

www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect។



ជំពូកទី 12: និយមន័យពាក្យសំខាន់ៗ

សេចក្តីផ្តើម

ជំពូកនេះរួមបញ្ចូលទាំងពាក្យគន្លឹះដែលត្រូវបានប្រើនៅទូទាំង សៀវភៅណែនាំសមាជិក ជាមួយនិយមន័យរបស់ពួកគេ។ ពាក្យទាំងនេះត្រូវបានរាយការណ៍ដោយអក្ខរក្រម។ ប្រសិនបើអ្នកមិនអាចរកឃើញពាក្យដែលអ្នកស្វែងរកឬប្រសិនបើអ្នកត្រូវការព័ត៌មានច្រើនលើនិយមន័យដែលមានរួមបញ្ចូលសូមទាក់ទងផ្នែកបម្រើសេវាអភិវឌ្ឍន៍។

Cal MediConnect: គឺជាកម្មវិធីដែលផ្តល់ជូនអ្នកនូវអត្ថប្រយោជន៍ទាំង Medicare និងទាំង Medi-Cal រួមគ្នានៅក្នុងគម្រោងសុខភាពតែមួយ។ អ្នកមានប័ណ្ណសម្គាល់សមាជិកមួយសម្រាប់គ្រប់អត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នក។

Department of Health Care Services (DHCS): គឺជាក្រសួងរបស់រដ្ឋដែលស្ថិតនៅក្នុងរដ្ឋ California ដែលគ្រប់គ្រងកម្មវិធី Medicaid (ដែលគេហៅថា Medi-Cal នៅក្នុងរដ្ឋ California) ជាទូទៅគេហៅថា “រដ្ឋ” នៅក្នុងសៀវភៅណែនាំសមាជិកនេះ។

Department of Managed Health Care (DMHC): គឺជាក្រសួងរបស់រដ្ឋនៅក្នុងរដ្ឋ California ដែលទទួលខុសត្រូវចំពោះការដាក់បទបញ្ញត្តិទៅលើគម្រោងថែទាំសុខភាព។ DMHC ជួយដល់អ្នកប្រើប្រាស់កម្មវិធី Cal MediConnect ក្នុងការរៀបចំពាក្យបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ និងបណ្តឹងអំពីសេវាកម្មរបស់កម្មវិធី Medi-Cal ។ DMHC ក៏ធ្វើការត្រួតពិនិត្យវេជ្ជសាស្ត្រដោយឯករាជ្យ (IMR) ផងដែរ។

Extra Help: កម្មវិធី Medicare

ដែលជួយមនុស្សដែលមានប្រាក់ចំណូលនិងធនធានតិចតួចបន្ថយការចំណាយលើឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជារបស់ Medicare ផ្នែក D ដូចជាតម្លៃធានារ៉ាប់រង ការកាត់កងនិងការបង់ចំណែករួមជាដើម។ កម្មវិធី Extra Help ត្រូវបានគេហៅថា: “ការទំនុកបម្រុងអ្នកមានចំណូលទាប” ឬ “LIS”។

Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP):

កម្មវិធីដែលផ្តល់ព័ត៌មានអំពីតម្លៃ និងកម្មវត្ថុ និងការប្រឹក្សាយោបល់អំពី Medicare។ ជំពូកទី 2 ផ្នែក E ពន្យល់អំពីរបៀបទាក់ទង HICAP។

Medi-Cal: នេះគឺជាឈ្មោះរបស់កម្មវិធី Medicaid របស់រដ្ឋ California។ កម្មវិធី Medi-Cal ត្រូវបានដំណើរការដោយរដ្ឋ និងទទួលបានការទូទាត់ឱ្យដោយរដ្ឋ និងរដ្ឋាភិបាលសហព័ន្ធ។

- វាជួយដល់ប្រជាពលរដ្ឋដែលមានកម្រិតប្រាក់ចំណូល និងប្រភពហិរញ្ញវត្ថុទាបហើយជួយទូទាត់ឱ្យនូវអត្ថប្រយោជន៍ ជំនួយឧបត្ថម្ភ និងថ្លៃពេទ្យរយៈពេលវែង។
- វារ៉ាប់រងលើសេវាបន្ថែម និងឱសថមួយចំនួនដែលមិនទទួលបានការរ៉ាប់រងដោយកម្មវិធី Medicare។
- កម្មវិធី Medicaid មានភាពខុសគ្នាពីរដ្ឋមួយទៅរដ្ឋមួយប៉ុន្តែស្វែងរកថែទាំសុខភាពភាគច្រើនត្រូវបានគ្របដណ្តប់ប្រសិនបើអ្នកមានលក្ខណៈគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ទាំង Medicare និង Medicaid ។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan តាមលេខ 1-855-905-3825 (TTY:711) ម៉ោង 8:00 ព្រឹក – ម៉ោង 8:00 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅមកលេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលមើលនៅ

www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect។



- មើលជំពូកទី 2 ផ្នែក H ដើម្បីរកមើលព័ត៌មានស្តីពីរបៀបទាក់ទងកម្មវិធី Medi-Cal។

Medicare: កម្មវិធីធានារ៉ាប់រងសុខភាពរបស់រដ្ឋសហព័ន្ធសម្រាប់មនុស្សដែលមានអាយុ 65 ឬលើសនេះ សម្រាប់មនុស្សមួយចំនួនដែលមានអាយុក្រោម 65 ប៉ុន្តែមានពិការភាពជាប់ខ្លួន និងសម្រាប់អ្នក ដែលមានជំងឺគ្រុនចិត្តក្នុងដំណាក់កាលចុងក្រោយ (ជាទូទៅគឺអ្នកមានក្រលៀនខូចជាអចិន្ត្រៃយ៍ដែលទាមទារឱ្យមានការប្រោះឈាម ឬប្លូក្រលៀន)។ អ្នកចូលរួមក្នុងកម្មវិធី Medicare អាចទទួលបានការរ៉ាប់រងសុខភាពតាមកម្មវិធី Medicare របស់ពួកគេតាមរយៈកម្មវិធី Original Medicare ឬគម្រោងថែទាំព្យាបាលដែលមានការគ្រប់គ្រងត្រឹមត្រូវ (មើលផ្នែក “គម្រោងសុខភាព”)។

Medicare Advantage Plan: កម្មវិធី Medicare មួយដែលត្រូវបានស្គាល់ម្យ៉ាងទៀតថា "Medicare ផ្នែក C" ឬ "គម្រោង MA" ដែលផ្តល់ជូនគម្រោងតាមរយៈក្រុមហ៊ុនឯកជន។ Medicare បង់ក្រុមហ៊ុនទាំងនេះដើម្បីគ្របដណ្តប់អត្ថប្រយោជន៍ Medicare របស់អ្នក។

Medicare ផ្នែក A: គឺជាកម្មវិធី Medicare ដែលរ៉ាប់រង ជាសំខាន់ទៅលើមន្ទីរពេទ្យព្យាបាលបែបវេជ្ជសាស្ត្រដែលចាំបាច់ មន្ទីរថែទាំដោយអ្នកជំនាញ ការថែទាំសុខភាពនៅតាមផ្ទះ និងនៅតាមមន្ទីរថែទាំដំណាក់កាលចុងក្រោយ។

Medicare ផ្នែក B: គឺជាកម្មវិធី Medicare ដែលរ៉ាប់រងទៅលើសេវាកម្ម (ដូចជាការធ្វើតេស្ត ការរក្សាទុក និងការព្យាបាលនៅការិយាល័យវេជ្ជបណ្ឌិត) និងការផ្គត់ផ្គង់ (ដូចជារទេះជនពិការ និងឈើច្រក) ដែល វាចាំបាច់ខាងវេជ្ជសាស្ត្រក្នុង ការព្យាបាលជំងឺ ឬលក្ខខណ្ឌផ្សេងទៀត។ លើសពីនេះ ផ្នែក B នៃកម្មវិធី Medicare រ៉ាប់រងលើសេវាកម្មបង្ការ និងការពិនិត្យរកមើលរោគ។

Medicare ផ្នែក C: គឺជាកម្មវិធី Medicare ដែលនុញ្ញាតឱ្យក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងសុខភាពឯកជនផ្តល់អត្ថប្រយោជន៍ពីកម្មវិធី Medicare តាមរយៈគម្រោង Medicare Advantage Plan ណាមួយ។

Medicare ផ្នែក D: គឺជាកម្មវិធីអត្ថប្រយោជន៍ឱសថមានវេជ្ជបញ្ជារបស់គម្រោង Medicare។ (យើងហៅកម្មវិធីនេះកាត់ថា "ផ្នែក D") ផ្នែក D រ៉ាប់រងលើឱសថ វ៉ាក់ចាក់ការពារ និងគ្រឿងផ្គត់ផ្គង់មួយចំនួនតាមវេជ្ជបញ្ជាសម្រាប់អ្នកជម្ងឺមិនសម្រាកព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យដែលចេញឱ្យដោយយោងលើផ្នែក A ឬផ្នែក B នៃកម្មវិធី Medicare ឬ Medi-Cal។ Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan រួមមាន Medicare ផ្នែក D។

Multipurpose Senior Services Program (MSSP): ជាកម្មវិធីដែលផ្តល់នូវសេវាកម្មថែទាំសុខភាពតាមគេហដ្ឋាន និងតាមសហគមន៍ (HCBS) ដល់បុគ្គលដែលមានសិទ្ធិទទួលបានសេវាថែទាំពី Medi-Cal និងមានអាយុចាប់ពី 65 ឆ្នាំឡើងទៅដែលមានពិការភាពជាជម្រើសមួយចំពោះការដាក់ឱ្យចូលសម្រាកនៅមន្ទីរព្យាបាលសុខភាព។

Original Medicare (Medicare បែបពីមុន ឬ Medicare ដែលឥតគិតថ្លៃ): Original Medicare ត្រូវបានផ្តល់ដោយរដ្ឋាភិបាល។ ស្ថិតក្រោមកម្មវិធី Original Medicare សេវាកម្មរបស់ Medicare ទទួលបានការរ៉ាប់រងដោយការបង់ប្រាក់ឱ្យក្រុមវេជ្ជបណ្ឌិត មន្ទីរពេទ្យ និងចំនួនទឹកប្រាក់សម្រាប់ក្រុមគ្រូពេទ្យតំបែទាំសុខភាពផ្សេងៗទៀត ដែលត្រូវបានដាក់ចេញដោយសភា។



- អ្នកអាចជួបជាមួយវេជ្ជបណ្ឌិតណាម្នាក់ មន្ទីរពេទ្យណាមួយ ឬគ្រូពេទ្យតំបែទាំសុខភាពណាមួយផ្សេងទៀតដែលយល់ព្រមទទួលយកសំណើនៃកម្មវិធី Medicare បាន។ Original Medicare មានពីរផ្នែក៖ ផ្នែក A (ការធានារ៉ាប់រងលើការចូលមន្ទីរពេទ្យ) និងផ្នែក B (ការធានារ៉ាប់រងផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ)។
- កម្មវិធី Original Medicare អាចឃើញមាននៅគ្រប់ទីកន្លែងនៅសហរដ្ឋអាមេរិក។
- បើអ្នកមិនចង់ចូលរួមក្នុងគម្រោងយើងខ្ញុំទេនោះ អ្នកអាចសម្រេចជ្រើសរើសកម្មវិធី Original Medicare បាន។

Program for All-Inclusive Care for the Elderly (PACE) Plans: ជាកម្មវិធីដែលរ៉ាប់រងអត្ថប្រយោជន៍ទាំងរបស់កម្មវិធី Medicare និង Medi-Cal រួមគ្នាសម្រាប់មនុស្សដែលមានអាយុ 55 ឆ្នាំ ឬលើសនេះដែលត្រូវការការថែទាំក្នុងកម្រិតមួយខ្ពស់ដើម្បីអាចរស់នៅឯផ្ទះបាន។

កម្មវិធីពិនិត្យវេជ្ជសាស្ត្រឯករាជ្យ (IMR): ប្រសិនបើយើងបដិសេធសំណើសុំសេវាកម្មវេជ្ជសាស្ត្រ ឬ ការព្យាបាលរបស់អ្នក អ្នកអាចដាក់ពាក្យប្តឹងឧទ្ធរណ៍ជាមួយពួកយើងបាន។ ប្រសិនបើអ្នកមិនយល់ស្របនឹងការសម្រេចចិត្តរបស់យើង ហើយបញ្ជាក់របស់អ្នកគឺទាក់ទងនឹងសេវាកម្មរបស់កម្មវិធី Medi-Cal រួមទាំងការផ្គត់ផ្គង់ និងឱសថរបស់ DME អ្នកអាចស្នើសុំ California Department of Managed Health Care ឱ្យផ្តល់ជូន IMR ដល់អ្នកបាន។ IMR គឺជាការពិនិត្យករណីរបស់អ្នកឡើងវិញដោយវេជ្ជបណ្ឌិតដែលមិនមែនជាផ្នែកនៃគម្រោងរបស់យើងខ្ញុំ។ បើ IMR សម្រេចតាមការចង់បានរបស់អ្នក យើងត្រូវតែផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវសេវាកម្មឬការព្យាបាលដែលអ្នកបានស្នើសុំ។ អ្នកមិនត្រូវបង់ថ្លៃសម្រាប់ IMR ទេ។

កម្រិតថ្នាក់ឱសថ: ក្រុមឱសថនៅក្នុងបញ្ជីឱសថ។ ឱសថទូទៅ ថ្នាំមានម៉ាកឬឱសថគ្មានវេជ្ជបញ្ជា (OTC) គឺជាឧទាហរណ៍នៃកម្រិតឱសថ។ រាល់ឱសថក្នុងបញ្ជីឱសថគឺស្ថិតក្នុងកម្រិតមួយនៃ កម្រិតទាំងបួន (4)។

កម្រិតនៃការចែករំលែកថ្លៃ: ក្រុមឱសថដែលមានការរួមចំណាយដូចគ្នា ។ រាល់ឱសថនៅក្នុងបញ្ជីឱសថដែលបានធានារ៉ាប់រង (ស្គាល់ម្យ៉ាងទៀតថាបញ្ជីឱសថ) គឺស្ថិតនៅក្នុងកម្រិតមួយក្នុងចំណោមបួន(4) នៃកម្រិតចែករំលែកការចំណាយ។ ជាទូទៅ នៅពេលកម្រិតការបង់ថ្លៃបដិភាគស្ថិតនៅក្នុងថ្នាក់កាន់តែខ្ពស់ ថ្លៃចំណាយសម្រាប់ឱសថមានកាន់តែខ្ពស់ដែរ។

ករណីលើកលែង: ការអនុញ្ញាតទទួលបានការរ៉ាប់រងឱសថ ដែលជាធម្មតាមិនត្រូវបានរ៉ាប់រង ឬដើម្បីប្រើឱសថដោយគ្មានវិធាន និងដែនកំណត់ជាក់លាក់។

ការផ្អាកជំនួយក្នុងការទូទាត់ប្រាក់: អ្នកអាចបន្តទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នកបាន ខណៈដែលអ្នកកំពុងរង់ចាំសេចក្តីសម្រេចចិត្តអំពីបញ្ជីឱសថឧទ្ធរណ៍ ឬសវនាការថ្នាក់រដ្ឋកម្រិត 1 (សូមមើលជំពូកទី 9 ផ្នែក E សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម)។ ការបន្តរ៉ាប់រងនេះត្រូវបានគេហៅថា៖ “ជំនួយត្រូវទូទាត់ឱ្យដែលមិនទាន់ដោះស្រាយ (aid paid pending)”។

ការលុបឈ្មោះ: គឺជាដំណើរការនៃការបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់អ្នកនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើង។ ការលុបឈ្មោះចេញអាចនឹងមានលក្ខណៈជាការស្ម័គ្រចិត្ត (ជម្រើសរបស់អ្នក) ឬមិនស្ម័គ្រចិត្ត (មិនមែនជាជម្រើសរបស់អ្នក)។



ការវាយតម្លៃហានិភ័យផ្នែកសុខភាព: ការត្រួតពិនិត្យមើលអំពីប្រវត្តិព្យាបាល និងលក្ខខណ្ឌបច្ចុប្បន្នរបស់អ្នកជំងឺ វាត្រូវបានគេប្រើប្រាស់ដើម្បីបង្ហាញឱ្យឃើញច្បាស់នូវស្ថានភាពសុខភាពរបស់អ្នកជំងឺ និងរបៀបដែលវាប្រហែលជានឹងផ្លាស់ប្តូរនៅពេលខាងមុខ។

ការសង្គ្រោះបន្ទាន់: ការសង្គ្រោះបន្ទាន់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រគឺនៅពេលដែលអ្នក ឬអ្នកផ្សេងទៀតមានចំណេះដឹងមធ្យមអំពីបញ្ហាសុខភាព និងថ្នាំដាក់ថាអ្នកមាន រោគសញ្ញាបែបវេជ្ជសាស្ត្រ ដែលអ្នកចាំបាច់ត្រូវទទួលការព្យាបាលបន្ទាន់ភ្លាមៗដើម្បីជៀសវាងការបាត់បង់ជីវិត ការបាត់បង់អវយវៈណាមួយ លើរាងកាយ ឬការបាត់បង់មុខងារផ្នែកណាមួយនៃរាងកាយរបស់អ្នកដោយយថាហេតុ។ អាគាររោគតាមផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រអាចជាបញ្ហារបស់ស្ថាប័នផ្សេងៗ ឬការឈឺចុកចាប់ខ្លាំងក្លា។

ការកំណត់បរិមាណ: ការដាក់កម្រិតទៅលើចំនួនឱសថដែលអ្នកអាចមាន។ កម្រិតនានាអាចស្ថិតនៅលើចំនួនទឹកប្រាក់សម្រាប់ចំណាយលើឱសថដែលយើងខ្ញុំរ៉ាប់រងក្នុងមួយវេជ្ជបញ្ជា។

ការចេញវិក្កយបត្រមិនប្រក្រតី/មិនត្រឹមត្រូវ: គឺជាស្ថានភាពមួយនៅពេលដែលអ្នកផ្តល់សេវាកម្ម (ដូចជាវេជ្ជបណ្ឌិត ឬមន្ទីរពេទ្យ) ចេញវិក្កយបត្រឱ្យអ្នកលើសពីចំនួនបង់ដាក់ស្តែងរបស់គម្រោង សម្រាប់សេវាកម្មណាមួយ។ សូមបង្ហាញប័ណ្ណសម្គាល់សមាជិក Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan ពេលអ្នកទទួលបានសេវាឬឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជា។ ហៅទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជនប្រសិនបើអ្នកទទួលបានវិក្កយបត្រណាមួយ ដែលអ្នកមិនយល់។ ក្នុងនាមជាសមាជិករបស់គម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan អ្នកគឺត្រូវបង់ប្រាក់សម្រាប់ចំណែក ដែលគម្រោងបានបង់សម្រាប់អ្នកប៉ុណ្ណោះ នៅពេលអ្នកទទួលបានសេវាក្រោមការរ៉ាប់រងពិតប្រាកដរបស់យើង។ យើងមិនអនុញ្ញាតឱ្យអ្នកផ្តល់សេវាចេញវិក្កយបត្រលើសចំនួននេះមកឱ្យអ្នកឡើយ។

ការចែករំលែកការចំណាយ: ជាចំណែកនៃការចំណាយទៅលើការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក ដែលអាចត្រូវបង់រាល់ខែមុននឹងអត្ថប្រយោជន៍ពិតម្ចាស់ Cal MediConnect ចាប់ផ្តើមមានប្រសិទ្ធភាព។ ចំនួនទឹកប្រាក់នៃចំណែកថ្លៃបង់របស់អ្នកប្រែប្រួលដោយអាស្រ័យលើប្រាក់ចំណូល និងប្រភពហិរញ្ញវត្ថុរបស់អ្នក។

ការចែករំលែកថ្លៃ: ចំនួនទឹកប្រាក់ដែលអ្នកត្រូវបង់ នៅពេលដែលទទួលបាន ឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជា ជាក់លាក់ណាមួយ។ ការបង់ថ្លៃរួមបញ្ចូលទាំងការបង់ចំណែករួម។

ការថែទាំព្យាបាលសង្គ្រោះបន្ទាន់: សេវារ៉ាប់រងផ្តល់ដោយអ្នកផ្តល់សេវា ដែលឆ្លងកាត់ការបណ្តុះបណ្តាលដើម្បីផ្តល់ជូនអ្នកនូវសេវាកម្មសង្គ្រោះបន្ទាន់ និងការព្យាបាលតាមបែបវេជ្ជសាស្ត្រ ឬការសង្គ្រោះផ្នែកសុខភាពផ្លូវចិត្ត។

ការទំនុកបម្រុងអ្នកមានចំណូលទាប (LIS): មើល "Extra Help"។

ការបង់ចំណែករួម: ចំនួនថេរ ដែលអ្នកត្រូវបង់ជាចំណែកនៃការចំណាយរបស់អ្នករាល់ពេលអ្នកទទួលបានឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជា។ ឧទាហរណ៍ អ្នកអាចបង់ប្រាក់ \$2 ឬ \$5 សម្រាប់ឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជា។

ការបញ្ជូនបន្ត: ការបញ្ជូនបន្ត មានន័យថា អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពបឋម (PCP) របស់អ្នកត្រូវផ្តល់ការយល់ព្រមដល់អ្នកមុនពេលអ្នកអាចជួបព្យាបាលជាមួយនរណាម្នាក់ដែលមិនមែនជា PCP របស់អ្នក។ ប្រសិនបើអ្នកមិនទទួលបានការយល់ព្រមទេនោះ Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan មិនអាចរ៉ាប់រងលើសេវាទាំងនោះទេ។ អ្នកមិនត្រូវការបញ្ជូនបន្តដើម្បីជួបអ្នកឯកទេសជាក់លាក់មួយចំនួនដូចជាអ្នកឯកទេសខាងសុខភាពរបស់ស្ត្រីនោះទេ។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan តាមលេខ 1-855-905-3825 (TTY:711) ម៉ោង 8:00 ព្រឹក – ម៉ោង 8:00 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅមកលេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលមើលនៅ

www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect។



អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានបន្ថែមអំពីការបញ្ជូនបន្តនៅក្នុងជំពូកទី 3
និងអំពីសេវាកម្មដែលត្រូវការការបញ្ជូនបន្តនៅក្នុងជំពូកទី 4 ។

ការបណ្តុះបណ្តាលសមត្ថភាពវប្បធម៌៖

វគ្គបណ្តុះបណ្តាលដែលផ្តល់ការណែនាំបន្ថែមសម្រាប់អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពរបស់យើងដែលជួយពួកគេឱ្យយល់កាន់តែច្បាស់អំពីប្រវត្តិ តម្លៃនិងជំនឿរបស់អ្នកដើម្បីសម្របសម្រួលសេវាកម្មឱ្យត្រូវតាមតម្រូវការសង្គមវប្បធម៌និងភាសារបស់អ្នក។

ការព្យាបាលតាមជំហាន៖ វិធានរ៉ាប់រងដែលតម្រូវឱ្យអ្នកសាកល្បងទទួលបានឱសថផ្សេងមុនសិនមុនពេលយើងរ៉ាប់រងទៅលើឱសថដែលអ្នកស្នើសុំ។

ការសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង៖ គឺជាសេចក្តីសម្រេចអំពីអត្ថប្រយោជន៍ណាមួយដែលយើងខ្ញុំរ៉ាប់រង។ សេចក្តីសម្រេចនេះមានជាអាទិ៍ សេចក្តីសម្រេចអំពីឱសថ និងសេវាកម្មដែលទទួលបានការរ៉ាប់រង ឬចំនួនទឹកប្រាក់ដែលយើងខ្ញុំត្រូវទូទាត់បង់សម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍សុខភាពរបស់អ្នក។ ជំពូកទី 9 បកស្រាយពន្យល់អំពីរបៀបសុំសេចក្តីសម្រេចលើការរ៉ាប់រងរបស់យើង។

ការស្នាក់នៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យ៖ ពាក្យនេះត្រូវប្រើនៅពេលដែលអ្នកត្រូវបានគេបញ្ជូនទៅកាន់មន្ទីរពេទ្យដើម្បីទទួលបានសេវាកម្មព្យាបាលបែបវេជ្ជសាស្ត្រពីអ្នកជំនាញជាផ្លូវការ។ បើនៅពេលនោះ មិនមានការទទួលអ្នកឱ្យចូលជាផ្លូវការទេនោះ អ្នកនៅតែអាចត្រូវបានគេចាត់ទុកថាជាអ្នកជម្ងឺដែលមិនសម្រាកនៅមន្ទីរពេទ្យជំនួសឱ្យអ្នកជម្ងឺដែលសម្រាកនៅមន្ទីរពេទ្យដែល បើទោះជាអ្នកសម្រាកពេលយប់នៅទីនោះក៏ដោយ។

ការអនុញ្ញាតជាមុន៖ ការយល់ព្រមពី Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan មុនពេលអ្នកអាចទទួលបានសេវាកម្មឬឱសថជាក់លាក់ណាមួយឬអាចជួបអ្នកផ្តល់សេវាក្រៅបណ្តាញ។ Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan អាចមិនគ្របដណ្តប់លើសេវាឬឱសថប្រសិនបើអ្នកមិនមានការយល់ព្រម។

សេវាកម្មព្យាបាលក្នុងបណ្តាញមួយចំនួនទទួលបានការរ៉ាប់រងតែក្នុងករណីដែលវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក ឬគ្រូពេទ្យក្នុងបណ្តាញផ្សេងទៀតទទួលបានការអនុញ្ញាតជាមុនពីគម្រោងយើងខ្ញុំប៉ុណ្ណោះ។

- សេវាកម្មដែលមានការរ៉ាប់រងដែលត្រូវការការអនុញ្ញាតជាមុនពីគម្រោងរបស់យើងត្រូវបានសម្គាល់នៅក្នុងតារាងអត្ថប្រយោជន៍ក្នុងជំពូកទី 4។

ឱសថមួយចំនួនអាចនឹងត្រូវបានរ៉ាប់រងលុះត្រាតែមានការអនុញ្ញាតជាអាទិភាពពីពួកយើងជាមុនសិន។

- ឱសថដែលមានការរ៉ាប់រងដែលត្រូវការការអនុញ្ញាតជាមុនពីគម្រោងរបស់យើងមានសញ្ញាសម្គាល់នៅក្នុង *បញ្ជីឱសថដែលមានការរ៉ាប់រង*។

ក្រុមផ្តល់ការថែទាំ៖ សូមមើល "ក្រុមថែទាំសុខភាពពហុជំនាញ។"

ក្រុមថែទាំសុខភាពពហុជំនាញ (ICT ឬក្រុមថែទាំ)៖ គឺជាក្រុមដែលរួមមានវេជ្ជបណ្ឌិត គិលានុបដ្ឋាកាទីប្រឹក្សា ឬអ្នកមានអាជីពខាងផ្នែកសុខភាពផ្សេងទៀតដែលនៅទីនោះដើម្បីជួយអ្នកទទួលបានការថែទាំដែលអ្នកត្រូវការ។ លើសពីនេះ ក្រុមការងារមើលថែទាំព្យាបាលរបស់អ្នកនឹងធ្វើនូវគម្រោងផែនការណ៍កំហែទាំសុខភាពមួយ។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan តាមលេខ 1-855-905-3825 (TTY:711) ម៉ោង 8:00 ព្រឹក – ម៉ោង 8:00 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅមកលេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** សូមចូលមើលនៅ

www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect។



គម្រោង Medi-Cal: ជាគម្រោងដែលរ៉ាប់រងតែទៅលើអត្ថប្រយោជន៍របស់កម្មវិធី Medi-Cal ដូចជាការ
គាំទ្រ និងសេវាកម្មថែទាំរយៈពេលវែង បរិក្ខារពេទ្យ និងការដឹកជញ្ជូន។ អត្ថប្រយោជន៍ Medicare មាន
លក្ខណៈដាច់ៗពីគ្នា។

គម្រោងថែទាំ សូមមើលផ្នែក “គម្រោងថែទាំលក្ខណៈបុគ្គល” ។

គម្រោងថែទាំជាលក្ខណៈបុគ្គល (ICP ឬគម្រោងថែទាំសុខភាព): គម្រោងផ្តល់សេវាកម្មណាមួយ
ដែលអ្នកនឹងទទួលបាន និងរបៀបដែលអ្នកទទួលយកសេវាទាំងនោះ។ គម្រោងរបស់អ្នកអាចរួមមានសេវា
ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ, សេវាសុខភាពផ្លូវចិត្ត, សេវាកម្ម និងជំនួយឧបត្ថម្ភរយៈពេលវែង។

គម្រោងសុខភាព: ស្ថាប័នដែលបង្កើតឡើងដោយក្រុមវេជ្ជបណ្ឌិត មន្ទីរពេទ្យ ឱសថស្ថាន អ្នកផ្តល់សេវាកម្ម
រយៈពេលវែង និងអ្នកផ្តល់សេវាកម្មផ្សេងទៀត។ លើសពីនេះ គម្រោង
ក៏មានអ្នកសម្របសម្រួលផ្នែកថែទាំដើម្បី ជួយអ្នកក្នុងការគ្រប់គ្រងសេវាកម្ម និងអ្នកផ្តល់សេវាកម្មថែទាំ
ទាំងអស់របស់អ្នក។ ពួកគេទាំងអស់នោះធ្វើការងាររួមគ្នាដើម្បីផ្តល់នូវការថែទាំព្យាបាលដែលអ្នកចាំបាច់
ត្រូវការ។

គ្រូពេទ្យឯកទេស: វេជ្ជបណ្ឌិតដែលផ្តល់នូវសេវាកម្មសុខភាពចំពោះជំងឺជាក់លាក់ ឬផ្នែកណាមួយនៃ
រាងកាយ។

គ្រឿងសិប្បនិម្មិត និងឧបករណ៍ជំនួយ: ឧបករណ៍វេជ្ជសាស្ត្រទាំងនេះត្រូវបានបញ្ជាទិញដោយវេជ្ជបណ្ឌិត
ឬអ្នកផ្តល់សេវាកម្មផ្សេងទៀតរបស់អ្នក។ សម្ភារៈ ដែលមានការរ៉ាប់រងទាំងនេះរួមបញ្ចូល
ប៉ុន្តែមិនកំណត់ចំពោះប្រដាប់ទ្រង់ ខ្នង និង ក អរវរៈសិប្បនិម្មិត ភ្នែកសិប្បនិម្មិត និងឧបករណ៍ចាំបាច់
សម្រាប់ជំនួសផ្នែកនៃរាងកាយខាងក្នុង រួមមានសម្ភារៈ រក្សាបើកពោះវៀន និងការព្យាបាលដោយ
ការបញ្ចូលអាហារទៅក្នុងពោះវៀនតូច និងពោះវៀនធំ។

ជំនួយថែទាំសុខភាពតាមគេហដ្ឋាន: បុគ្គលណាម្នាក់ដែលផ្តល់សេវាកម្មដែលមិនចាំបាច់ជា
គិលានុបដ្ឋាកា ឬគ្រូពេទ្យដែលមានជំនាញនិងសញ្ញាបត្រក៏បានដែរ ដូចជាជួយក្នុងការថែទាំសុខភាពផ្ទាល់
ខ្លួន (រួមមានការដឹកទឹក ការប្រើប្រាស់បង្គន់ ការស្លៀកពាក់ ឬការអនុវត្តលំហាត់ប្រាណតាមវេជ្ជបញ្ជា)។
ជំនួយការសុខភាពតាមផ្ទះមិនមានការចេញនូវការអនុញ្ញាតមើលថែទាំព្យាបាល ឬផ្តល់ការព្យាបាលទេ។

ដំណាក់កាលធានារ៉ាប់រងបឋម: ជាដំណាក់កាលមុនពេលថ្លៃចំណាយសរុបសម្រាប់ឱសថផ្នែក D របស់
អ្នកឈានដល់កម្រិត \$6,550។ ដំណាក់កាលនេះរួមមានចំនួនទឹកប្រាក់ដែលអ្នកបានបង់, អ្វីដែលគម្រោង
យើងខ្ញុំបានទូទាត់ជំនួសឱ្យអ្នក, និងការទំនុកបម្រុងដោយប្រាក់ចំណូលទាប (LIS)។ អ្នកចាប់ផ្តើមក្នុង
ដំណាក់កាលនេះ នៅពេលអ្នកទទួលបានវេជ្ជបញ្ជាដំបូង ក្នុងឆ្នាំធានារ៉ាប់រង។ ក្នុងអំឡុងដំណាក់កាលនេះ
គម្រោងបង់ថ្លៃចំណាយ មួយផ្នែកសម្រាប់ថ្នាំរបស់អ្នក ហើយអ្នកបង់ថ្លៃចំណាយដែលជាចំណែករបស់អ្នក។

ដំណាក់កាលរ៉ាប់រងគ្រោះមហន្តរាយ: គឺជាដំណាក់កាលនៅក្នុងតារាងអត្ថប្រយោជន៍ផ្នែក D ដែល
គម្រោងនឹងបង់ថ្លៃចំណាយទាំងអស់ទៅលើឱសថរបស់អ្នករហូតដល់ដំណាច់ឆ្នាំ។ អ្នកចាប់ផ្តើមដំណាក់កាល
នេះ នៅពេលដែលអ្នកប្រើដល់កម្រិតកម្ចី \$6,550 សម្រាប់ឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក។

តំបន់សេវាកម្ម: គឺជាតំបន់ភូមិសាស្ត្រ ដែលគម្រោងសុខភាពទទួលយកសមាជិកអាស្រ័យទៅលើដែន
កំណត់របស់ខ្លួន និងតំបន់ដែលមនុស្សទាំងនោះរស់នៅ។ ចំពោះគម្រោងដែលកម្រិតថ្លៃក្រុមវេជ្ជបណ្ឌិត និង
មន្ទីរពេទ្យជាក់លាក់ណាមួយដែលអ្នកអាចនឹងប្រើប្រាស់នោះ ជាទូទៅវាគឺជាតំបន់ ឬផ្នែកដែលអ្នកអាច
ទទួលបានសេវាកម្ម (មិនមែនសង្គ្រោះបន្ទាន់) តាមធម្មតាផងដែរ។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan តាមលេខ
1-855-905-3825 (TTY:711) ម៉ោង 8:00 ព្រឹក – ម៉ោង 8:00 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅមក
លេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** សូមចូលមើលនៅ

www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect។



មានតែអ្នកដែលរស់នៅក្នុងតំបន់សេវាកម្មរបស់យើងប៉ុណ្ណោះ ដែលអាចចូលរួមជាមួយ Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan។

ថែទាំបន្ទាន់: ការថែទាំដែលអ្នកទទួលបានសម្រាប់ជំងឺ ការងារបួស ឬបញ្ហាភ្លាមៗ ដែលមិនមែនជាការសង្គ្រោះបន្ទាន់ ប៉ុន្តែត្រូវការមើលថែភ្លាមៗ។ អ្នកអាចទទួលបានការថែទាំព្យាបាល ដែលត្រូវការចាំបាច់ជាបន្ទាន់ពីអ្នកផ្តល់សេវាក្រៅបណ្តាញ នៅពេលដែលអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញមិនអាចរកបាន ឬអ្នកមិនអាចទាក់ទងទៅពួកគេបាន ។

ថ្លៃចំណាយពីហោប៉ៅផ្ទាល់: តម្រូវការបង់ប្រាក់រួមសម្រាប់សមាជិកឱ្យបង់ប្រាក់សម្រាប់មួយផ្នែកនៃសេវាកម្ម ឬ ឱសថ ដែលពួកគេទទួលបានក៏ត្រូវបានគេហៅថាតម្រូវការចំណាយ “ចេញពីហោប៉ៅ” ។ មើលកំណត់និយមន័យចំពោះពាក្យថា: “ការបង់ថ្លៃបដិភាគ” ខាងលើ។

បញ្ជីឱសថដែលបានធានារ៉ាប់រង (បញ្ជីឱសថ): បញ្ជីឱសថដែលមានវេជ្ជបញ្ជា និងគ្មានវេជ្ជបញ្ជា (OTC) ដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយគម្រោង។ គម្រោងនេះសម្រេចជ្រើសយកឱសថដែលមាននៅក្នុងបញ្ជីដោយមានជំនួយរបស់ក្រុមវេជ្ជបណ្ឌិត និងឱសថការី។ បញ្ជីឱសថប្រាប់អំពីករណីដែលមានវិធានច្បាប់មួយចំនួន ដែលអ្នកចាំបាច់ត្រូវអនុវត្តន៍តាមដើម្បីទទួលបានឱសថរបស់អ្នក។ ជួនកាល បញ្ជីឱសថនេះត្រូវបានគេហៅថា: “សៀវភៅដែលមានរូបមន្តសម្រាប់ផ្សំផ្ទុំ (formulary)”។

បណ្តឹងសារទុក្ខ: បណ្តឹង ដែលអ្នករៀបចំឡើងដើម្បីតវ៉ានឹងអ្នកផ្តល់សេវាកម្ម ឬឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញណាមួយរបស់ពួកយើង។ វារាប់បញ្ចូលពាក្យបណ្តឹងអំពីគុណភាពនៃការថែទាំរបស់អ្នក ឬ គុណភាពសេវាដែលផ្តល់ដោយគម្រោងសុខភាពរបស់អ្នក។

បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍: ជាវិធីមធ្យោបាយមួយសម្រាប់អ្នកក្នុងការឆ្លើយតបទៅនឹងចំណាត់ការរបស់យើងខ្ញុំប្រសិនបើអ្នកគិតថាពួកយើងបានប្រព្រឹត្តនូវកំហុស។ អ្នកអាចសុំឱ្យយើងខ្ញុំកែប្រែសេចក្តីសម្រេចអំពីការរ៉ាប់រងតាមរយៈការដាក់ពាក្យបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍បាន។ ជំពូកទី 9 ផ្នែក E បកស្រាយពន្យល់អំពីបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍នានាដែលមានជាអាទិ៍របៀបធ្វើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍។

ប្រាក់ចំណូលសុវត្ថិភាពបន្ថែម (SSI): អត្ថប្រយោជន៍ប្រចាំខែបង់ជូនដោយសន្តិសុខសង្គមទៅឱ្យអ្នកដែលមានប្រាក់ចំណូល និងធនធានមានកម្រិត និងមានពិការភាពពិការភ្នែក ឬមានអាយុចាប់ពី 65 ឡើងទៅ។ អត្ថប្រយោជន៍ SSI មិនដូចគ្នានឹងអត្ថប្រយោជន៍សន្តិសុខសង្គមទេ។

ផ្នែក A: សូមមើល “Medicare ផ្នែក A”

ផ្នែក B: សូមមើល “Medicare ផ្នែក B”

ផ្នែក C: សូមមើល “Medicare ផ្នែក C”

ផ្នែក D: សូមមើល “Medicare ផ្នែក D”

ផ្នែកបម្រើសេវាអតិថិជន: ជាក្រសួងមួយដែលស្ថិតនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើង ទទួលខុសត្រូវទៅលើការបកស្រាយចម្ងល់អំពីសមាជិកភាព អត្ថប្រយោជន៍ បណ្តឹងសារទុក្ខ និងបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក។ មើលជំពូកទី 2 ផ្នែក A ដើម្បីរកមើលព័ត៌មានស្តីពីរបៀបទាក់ទងផ្នែកបម្រើសេវាអតិថិជន។

ពាក្យបណ្តឹង: គឺជាសេចក្តីថ្លែងការណ៍ជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ ឬ ផ្ទាល់មាត់ដែលរៀបរាប់ថាអ្នកមានបញ្ហា ឬ កង្វល់អំពីសេវាថែទាំ ឬ សេវាកម្មដែលមានការរ៉ាប់រងរបស់អ្នក។ បណ្តឹងនេះមានជាអាទិ៍ កង្វល់មួយចំនួន

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan តាមលេខ 1-855-905-3825 (TTY:711) ម៉ោង 8:00 ព្រឹក – ម៉ោង 8:00 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅមកលេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** សូមចូលមើលនៅ

www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect។



អំពីគុណភាពសេវា គុណភាពនៃការថែទាំព្យាបាលរបស់អ្នក អ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញរបស់យើង ឬ ឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញរបស់យើង។ ឈ្មោះផ្លូវការសម្រាប់ “ការធ្វើបណ្តឹង” គឺ “ការដាក់បណ្តឹងសារទុក្ខ”

ព័ត៌មានសុខភាពផ្ទាល់ខ្លួន (ហៅថាព័ត៌មានសុខភាពដែលត្រូវបានការពារ) (PHI)៖

ព័ត៌មានអំពីអ្នកនិងសុខភាពរបស់អ្នកដូចជាឈ្មោះ អាសយដ្ឋាន លេខសន្តិសុខសង្គម ការជួប គ្រូពេទ្យនិងប្រវត្តិវេជ្ជសាស្ត្រ។ សូមមើលសេចក្តីជូនដំណឹងស្តីពីការអនុវត្តន៍ឯកជនភាពរបស់ Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីរបៀប Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan ការពារ ប្រើ និងបង្ហាញ PHI របស់អ្នកព្រមទាំងសិទ្ធិរបស់អ្នកទាក់ទងនឹង PHI របស់អ្នក។

មជ្ឈមណ្ឌលរក្សាទុកអ្នកជំងឺដែលអាចដើរបាន ជាមណ្ឌល ដែលផ្តល់នូវការរក្សាទុកអ្នកជំងឺដែលមិន ត្រូវការសម្រាកនៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យ ឬមិនត្រូវការថែទាំពីមន្ទីរពេទ្យ ដែលអ្នកជំងឺនោះរំពឹងថាខ្លួននឹងទទួល បានការព្យាបាលថែទាំមិនលើសពី 24 ម៉ោង។

មជ្ឈមណ្ឌលសម្រាប់សេវាកម្ម Medicare និង Medicaid (CMS)៖ ភ្នាក់ងារសហព័ន្ធទទួលបន្ទុក Medicare។ ជំពូកទី 2 ពន្យល់អំពីរបៀបទាក់ទង CMS។

មន្ត្រីបណ្តឹងសាធារណៈ៖ ការិយាល័យនៅក្នុងរដ្ឋរបស់អ្នក ដែលធ្វើការតស៊ូមតិឱ្យអ្នក។ ពួកគេអាចឆ្លើយសំណួរនានាប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហាឬពាក្យបណ្តឹងហើយអាចជួយអ្នកឱ្យយល់ពីអ្វីដែលត្រូវ ធ្វើ។ សេវាកម្មនៃការិយាល័យគាំពារផ្នែកច្បាប់ ombudsman គឺគឺមានគិតថ្លៃទេ។ អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានបន្ថែមអំពីកម្មវិធី Cal MediConnect Ombuds Program នៅក្នុងជំពូកទី 2 និងទី 9 of សៀវភៅណែនាំសមាជិកនេះ។

មន្ទីរថែទាំសុខភាពជំនាញ (SNF)៖ គឺជាមន្ទីរថែទាំដែលបុគ្គលិក និងបរិក្ខារពេទ្យផ្តល់ជូននូវសេវាកម្ម ថែទាំជំនាញ ហើយក្នុងករណីភាគច្រើនផ្តល់ជូនសេវាកម្មស្តារនីតិសម្បទា និងសេវាកម្មផ្សេងទៀតដែល ទាក់ទងទៅនឹងសុខភាព។

មន្ទីរស្តារនីតិសម្បទាដ៍ទូលំទូលាយដល់អ្នកជំងឺមិនសម្រាកនៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យ (CORF)៖ គឺជា មន្ទីរព្យាបាលដែលផ្តល់ជាសំខាន់នូវសេវាកម្មស្តារនីតិសម្បទា ក្រោយពីមានជំងឺ គ្រោះថ្នាក់ ឬការរក្សាទុក ចាំបាច់ណាមួយ។ វាផ្តល់នូវសេវាកម្មមួយចំនួនដែលមានជាអាទិ៍ ការព្យាបាលដោយចលនា សេវាកិច្ចការ សង្គម ឬផ្នែកចិត្តសាស្ត្រ ការព្យាបាលប្រព័ន្ធផ្លូវដង្ហើម ធម្មជាតិព្យាបាល និងសេវាវាយតម្លៃបរិស្ថាន លំនៅដ្ឋាន។

មន្ទីរថែទាំ៖ គឺជាកន្លែងផ្តល់សេវាថែទាំសម្រាប់សមាជិក ដែលមិនអាចទទួលបានសេវាកម្មថែទាំនៅ លំនៅដ្ឋាន កំប៉ុន្តែ មិនចាំបាច់សម្រាកនៅមន្ទីរពេទ្យ។

មន្ទីរពេទ្យព្យាបាលអ្នកជំងឺធ្ងន់៖ កម្មវិធីថែទាំ ដែលគាំទ្រជួយដល់អ្នក ដែលមានជំងឺធ្ងន់ធ្ងរក្នុងដំណាក់ កាលចុងក្រោយ ដើម្បីឱ្យពួកគេរស់នៅប្រកបដោយសុខភាព។ ការព្យាបាលដំណាក់កាលចុងក្រោយមានន័យថាអ្នកមានជំងឺធ្ងន់ធ្ងរ និងរំពឹងថាអាច រស់បានត្រឹមប្រាំមួយខែ ឬតិចជាងនេះ។

- អ្នកដែលចុះឈ្មោះទទួលបានការព្យាបាលដំណាក់កាលចុងក្រោយមានសិទ្ធិជ្រើសរើស មន្ទីរថែទាំណាមួយដែលគេពេញចិត្ត។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan តាមលេខ 1-855-905-3825 (TTY:711) ម៉ោង 8:00 ព្រឹក – ម៉ោង 8:00 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅមក លេខនេះគឺគិតគិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលមើលនៅ

www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect។



- ក្រុមថែទាំអាជីព និងអ្នកថែទាំដែលទទួលបានការបណ្តុះបណ្តាលពិសេសផ្តល់នូវការថែទាំ ទាំងស្រុងដល់អ្នកជំងឺ រួមមានតម្រូវការខាងផ្នែករាងកាយ ផ្លូវអារម្មណ៍ សង្គម និងផ្លូវចិត្ត។
- Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan នឹងផ្តល់ជូនអ្នកនូវបញ្ជីអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំអ្នក ជំងឺធ្ងន់នៅតំបន់ភូមិសាស្ត្ររបស់អ្នក។

មានលក្ខណៈសំខាន់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ៖ វាពណ៌នាអំពីសេវាកម្ម ការផ្គត់ផ្គង់ ឬឱសថដែលអ្នកត្រូវការដើម្បី បង្ការ ធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ ឬព្យាបាលលក្ខខណ្ឌវេជ្ជសាស្ត្រ ឬរក្សាស្ថានភាពសុខភាពបច្ចុប្បន្នរបស់អ្នក។ ចំណុចនេះ រួមមានការថែទាំព្យាបាលដែលកុំឱ្យអ្នកពិបាកទៅមន្ទីរពេទ្យ ឬមន្ទីរសម្រាកព្យាបាល។ លើសពីនេះ វាមាន ន័យសំដៅដល់សេវាកម្ម ការផ្គត់ផ្គង់ ឬឱសថដែលឆ្លើយតបបានតាមបទដ្ឋានអនុវត្តន៍ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដែល បានទទួលយក។ និយមន័យ Medi-Cal នៃភាពចាំបាច់វេជ្ជសាស្ត្រកម្រិតសេវាថែទាំសុខភាពដល់ សេវាកម្មណាដែលចាំបាច់ក្នុងការការពារអាយុជីវិត បង្ការជម្ងឺក្លរឱ្យកាន់តែស្រាល ឬការភាពក្លរឱ្យកាន់តែស្រាល ឬដើម្បីបន្ថយការឈឺចាប់ធ្ងន់ធ្ងរ។

សកម្មភាពរស់នៅប្រចាំថ្ងៃ (ADL)៖ ជាកិច្ចការដែលមនុស្សយើងធ្វើតាមទម្លាប់ប្រចាំថ្ងៃដូចជាការ ទទួលទាន ការប្រើប្រាស់បង្គន់ ការស្លៀកពាក់ ការងូតទឹក ឬដុសធ្មេញ។

សមាជិក (សមាជិករបស់គម្រោងយើងខ្ញុំ ឬសមាជិកគម្រោង)៖ ជាមនុស្សនៅជាមួយគម្រោង Medicare និង Medi-Cal ដែលមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ក្នុងការទទួលបានសេវាកម្ម ដែលមានការរ៉ាប់រង និងបានចុះឈ្មោះនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើង ហើយការចុះឈ្មោះនោះត្រូវបានអះអាងបញ្ជាក់ដោយ មជ្ឈមណ្ឌល Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) និងដោយរដ្ឋ។

សវនាការថ្នាក់រដ្ឋ៖ បើវេជ្ជបណ្ឌិត ឬក្រុមគ្រូពេទ្យដទៃទៀតរបស់អ្នកស្នើសុំសេវាកម្ម Medi-Cal ដែលយើងខ្ញុំ នឹងមិនឯកភាពផ្តល់ជូន ឬយើងខ្ញុំនឹងមិនបន្តបង់ថ្លៃឱ្យសម្រាប់សេវាកម្ម Medi-Cal ដែលអ្នកមានរួចហើយ នោះ អ្នកមានសិទ្ធិស្នើសុំ សវនាការថ្នាក់រដ្ឋបាន។ បើសវនាការថ្នាក់រដ្ឋសម្រេចតាមសំណើរបស់អ្នក យើងត្រូវតែ ផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវអត្ថប្រយោជន៍ ឬការព្យាបាលដែលអ្នកបានស្នើសុំ។

សុខភាពអាកប្បកិរិយា៖ ជាពាក្យរួម ដែលសំដៅទៅលើសុខភាពផ្លូវចិត្ត និង បញ្ហាក្នុងការ ប្រើប្រាស់សារធាតុញៀន។

សៀវភៅណែនាំសមាជិកនិងការចេញផ្សាយព័ត៌មាន៖

ឯកសារនេះរួមជាមួយទម្រង់ចុះឈ្មោះនិងឯកសារភ្ជាប់ផ្សេងទៀតឬសេចក្តីអមភ្ជាប់ ដែលពន្យល់ពីការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នក ពីអ្វីដែលយើងត្រូវធ្វើ សិទ្ធិរបស់អ្នក និងអ្វីដែលអ្នកត្រូវធ្វើក្នុង នាមជាសមាជិកនៃគម្រោងរបស់យើង។

សេវាកម្មដែលគ្របដណ្តប់ទាំងនេះ៖ ជាពាក្យទូទៅដែលយើងប្រើនេះមានន័យសំដៅទៅលើ ការថែទាំសុខភាព សេវា និងការគាំទ្ររយៈពេលវែង សម្ភារៈផ្គត់ផ្គង់ ឱសថមានវេជ្ជបញ្ជា និងគ្មានវេជ្ជបញ្ជា បរិក្ខារពេទ្យ ទាំងអស់ និងសេវាផ្សេងទៀតដែលរ៉ាប់រងដោយគម្រោងរបស់យើង។

សេវាកម្មថែទាំនៅមណ្ឌលថែទាំជំនាញ (SNF)៖ សេវាកម្មថែទាំជំនាញ និងការស្តារនីតិសម្បទា ដែលផ្តល់ ជូនជារៀងរាល់ថ្ងៃ ជាបន្តបន្ទាប់ ក្នុងមណ្ឌលថែទាំជំនាញ។ ឧទាហរណ៍នៃមន្ទីរពេទ្យឯកទេសមានជាអាទិ៍ ការព្យាបាលដោយចលនា ឬការចាក់ថ្នាំតាមសរសៃវ៉ែន (IV) ដែលគិតលាន់ប្រាក់យ៉ាងច្រើន ឬក្រុមវេជ្ជបណ្ឌិតដែល ទទួលបានការចុះបញ្ជីត្រឹមត្រូវអាចផ្តល់ឱ្យបាន។

សេវាកម្មនិងការគាំទ្ររយៈពេលវែង (LTSS): គឺជាការគាំទ្រនិងសេវាកម្មរយៈពេលវែង ដែលអាចជួយធ្វើឲ្យប្រសើរឡើងដល់លក្ខខណ្ឌព្យាបាលរយៈពេលវែង។ ភាគច្រើននៃសេវាកម្មទាំងនេះ ជួយឲ្យអ្នកស្ថិតនៅផ្ទះ ដើម្បីកុំឲ្យអ្នកពិបាកទៅមន្ទីរសម្រាកព្យាបាល ឬមន្ទីរពេទ្យ។ LTSS រួមបញ្ចូលកម្មវិធីសេវាជំនួសចម្រុះសម្រាប់មនុស្សចាស់ (MSSP) សេវាកម្មមនុស្សពេញវ័យតាមសហគមន៍ (CBAS) និងមណ្ឌលមើលថែមនុស្សចាស់/មណ្ឌលមើលថែអ្នកជំងឺធ្ងន់ធ្ងរបន្ទាប់បន្សំ (NF/SCF)។

សេវាជម្រើសនៃគម្រោងថែទាំ (សេវា CPO): សេវាកម្មបន្ថែមដែលជាជម្រើសក្រោមគម្រោងថែទាំលក្ខណៈបុគ្គលរបស់អ្នក (ICP)។ សេវាកម្មទាំងនេះមិនត្រូវបានគេប្រើជំនួសសេវាកម្មនិងការគាំទ្ររយៈពេលវែងដែលអ្នកទទួលបានការអនុញ្ញាតឱ្យទទួលបានក្រោមកម្មវិធី Medi-Cal នោះទេ។

សេវាមនុស្សពេញវ័យតាមសហគមន៍ (CBAS): អ្នកជម្ងឺមិនសម្រាកនៅមន្ទីរពេទ្យ កម្មវិធីបម្រើសេវាកម្មនៅតាមមណ្ឌល ដែលផ្តល់ការថែទាំសុខភាពជំនាញ សេវាសង្គម វិធីព្យាបាលតាមការនិយាយនិងធ្វើការងារ ការថែទាំព្យាបាលផ្ទាល់ខ្លួន ជំនួយនិងការបណ្តុះបណ្តាលគ្រួសារ/អ្នកមើលថែទាំ សេវាអាហារូបត្ថម្ភ ការដឹកជញ្ជូន និងសេវាផ្សេងៗទៀតចំពោះអ្នកចុះឈ្មោះដែលមានសិទ្ធិទទួលបាន ដែលបំពេញគ្រប់តាមលក្ខខណ្ឌវិនិច្ឆ័យសិទ្ធិទទួលបាន ដែលជាប់ពាក់ព័ន្ធ។

សេវារ៉ាប់រងដោយ Medicare: សេវាកម្មដែលរ៉ាប់រងដោយ Medicare ក្នុងផ្នែក A និងផ្នែក B។ គ្រប់គម្រោងសុខភាព Medicare រួមទាំងគម្រោងរបស់យើងត្រូវតែធានារ៉ាប់រងចំពោះសេវាទាំងអស់ដែលបានគ្របដណ្តប់ដោយ Medicare ផ្នែក A និងផ្នែក B។

សេវាស្តារនីតិសម្បទា: គឺជាការព្យាបាលដែលអ្នកទទួលបានដើម្បីជួយអ្នកឲ្យជាសះស្បើយពីជំងឺ ឬ ការរះកាត់ចាំបាច់ណាមួយ។ សូមមើលជំពូកទី 4 ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពីសេវាស្តារនីតិសម្បទា ។

ស្ថាប័នសម្រេច: គម្រោងធ្វើការកំណត់ស្ថាប័ននៅពេលគម្រោង ឬ អ្នកផ្តល់សេវាណាម្នាក់ធ្វើការសម្រេច ថា តើនឹងត្រូវរ៉ាប់រងសេវាកម្មមួយដែរឬទេ ឬ ចំនួនទឹកប្រាក់ប៉ុន្មានដែលអ្នកត្រូវបង់សម្រាប់សេវាកម្មដែលមានការរ៉ាប់រងនេះ។ ការសម្រេចលើការរៀបចំត្រូវបានគេហៅថា៖ “សេចក្តីសម្រេចលើការរ៉ាប់រង” នៅក្នុងសៀវភៅមគ្គុទេសក៍នេះ។ ជំពូកទី 9 ផ្នែកទី D, E and F ពន្យល់អំពីរបៀបសុំសេចក្តីសម្រេចលើការរ៉ាប់រងរបស់យើងខ្ញុំ។

អង្គការលើកកម្ពស់គុណភាព (QIO): ក្រុមវេជ្ជបណ្ឌិត និងអ្នកជំនាញផ្នែកគំហែទាំសុខភាពផ្សេងៗទៀត ដែលជួយលើកកម្ពស់គុណភាពគំហែទាំសុខភាពដល់អ្នកចូលរួមកម្មវិធី Medicare។ ពួកគេទទួលបានប្រាក់ខែពីរដ្ឋាភិបាលសហព័ន្ធដើម្បីត្រួតពិនិត្យមើល និងលើកកម្ពស់គុណភាពថែទាំព្យាបាលដែលមានការផ្តល់ឱ្យដល់អ្នកជម្ងឺ។ សូមមើលជំពូកទី 2 ដើម្បីរកមើលព័ត៌មានស្តីពីរបៀបទាក់ទង QIO សម្រាប់រដ្ឋរបស់អ្នក។

អត្រាការបង់បដិភាគប្រចាំថ្ងៃ: គឺជាអត្រាដែលអាចត្រូវបានអនុវត្ត នៅពេលដែលវេជ្ជបណ្ឌិតចេញវេជ្ជបញ្ជាឲ្យប្រើឱសថមួយចំនួនក្នុងបរិមាណតិចជាងចំនួនផ្គត់ផ្គង់ឱសថប្រចាំខែដល់អ្នក ហើយតម្រូវឲ្យអ្នកបង់ថ្លៃជាបដិភាគ។ អត្រាបង់ថ្លៃប្រចាំថ្ងៃគឺជាចំនួនបង់ចំណេញមកចែកនឹងចំនួនថ្ងៃផ្គត់ផ្គង់ក្នុងមួយខែ។

នេះគឺជាឧទាហរណ៍៖ ក្នុងករណីការបង់ចំណេញមកសម្រាប់ឱសថរបស់អ្នក សម្រាប់ការផ្គត់ផ្គង់ពេញមួយខែ (ការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេល 30 ថ្ងៃ) គឺ \$1.30 ។ នេះមានន័យថាចំនួនទឹកប្រាក់ដែលអ្នកត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថរបស់អ្នកគឺជាង \$0.04 ក្នុងមួយថ្ងៃ។ ប្រសិនបើ

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan តាមលេខ 1-855-905-3825 (TTY:711) ម៉ោង 8:00 ព្រឹក – ម៉ោង 8:00 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅមកលេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលមើលនៅ

www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect។



អ្នកទទួលបានការផ្គត់ផ្គង់ឱសថរយៈពេល 7 ថ្ងៃ ការបង់ប្រាក់របស់អ្នកនឹងមានតម្លៃលើស \$0.04 បន្តិចក្នុងមួយថ្ងៃគុណនឹង 7 ថ្ងៃ សម្រាប់ការបង់ប្រាក់សរុប \$0.30 ។

ឱសថ Medicare ផ្នែក D: ឱសថដែលមានការរ៉ាប់រងនៅក្រោម Medicare ផ្នែក D។ សភាមិនរួមបញ្ចូលនូវការរ៉ាប់រងប្រភេទឱសថជាក់លាក់មួយចំនួនដែលជាឱសថនៅក្នុងផ្នែក D នោះទេ។ Medi-Cal អាចនឹងរ៉ាប់រងលើឱសថមួយចំនួនក្នុងចំណោមឱសថទាំងនេះ។

ឱសថតាមផ្នែក D សូមមើល “ឱសថ Medicare ផ្នែក D”

ឱសថមានឈ្មោះយឺតយ៉ាវ: គឺជាឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាដែលត្រូវបានចេញ និងលក់ដោយក្រុមហ៊ុនដែលផលិតឱសថដោយខ្លួនឯងផ្ទាល់។ ឱសថមានឈ្មោះយឺតយ៉ាវមានសារធាតុផ្សំដូចគ្នានឹងប្រភេទឱសថដែលផលិតក្នុងឈ្មោះឬឈ្មោះ ឱសថទូទៅត្រូវបានគេផលិតឡើង និងលក់ចេញដោយក្រុមហ៊ុនឱសថផ្សេងៗទៀត។

ឱសថគ្មានវេជ្ជបញ្ជា (OTC): ឱសថគ្មានវេជ្ជបញ្ជាសំដៅទៅលើឱសថឬថ្នាំដែលមនុស្សម្នាក់អាចទិញបានដោយគ្មានវេជ្ជបញ្ជាពីអ្នកឯកទេសថែទាំសុខភាព។

ឱសថដែលគ្របដណ្តប់: ពាក្យដែលយើងប្រើសំដៅលើគ្រប់ឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជានិងឱសថគ្មានវេជ្ជបញ្ជា (OTC) ដែលគ្របដណ្តប់ដោយគម្រោងរបស់យើង។

ឱសថទូទៅ: ឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាដែលត្រូវបានអនុម័តឱ្យប្រើប្រាស់ដោយរដ្ឋាភិបាលសហព័ន្ធជំនួសឱ្យឱសថដែលមានម៉ាកយីហោ។ ឱសថទូទៅមាន សារធាតុផ្សំដូចគ្នានឹងឱសថមានម៉ាកយីហោ។ តាមធម្មតាវាថោកជាង និងមានប្រសិទ្ធភាពដូចគ្នាឱសថមានឈ្មោះយឺតយ៉ាវដែរ។

ឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញ: គឺជាឱសថស្ថាន (ហាងលក់ថ្នាំ) ដែលបានព្រមព្រៀងលើកឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាឱ្យសមាជិកគម្រោង។ យើងហៅហាងលក់ថ្នាំទាំងនេះថា: “ឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញ” ពីព្រោះពួកគេបានព្រមព្រៀងធ្វើការងារជាមួយនឹងគម្រោងយើងខ្ញុំ។ ក្នុងករណីភាគច្រើនបំផុត វេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកទទួលបានការរ៉ាប់រងតែក្នុងករណីដែលវាត្រូវបានបំពេញនៅឱសថស្ថានណាមួយក្នុងបណ្តាញយើងខ្ញុំប៉ុណ្ណោះ។

ឱសថស្ថានក្រៅបណ្តាញ: គឺជាឱសថស្ថានដែលមិនយល់ព្រមធ្វើការជាមួយគម្រោងរបស់យើងដើម្បីសម្របសម្រួល ឬផ្តល់ជូនឱសថដែលមានការរ៉ាប់រងទៅដល់សមាជិកណាមួយរបស់គម្រោងយើង។ ឱសថភាគច្រើនបំផុតដែលអ្នកទទួលបានពីតាមឱសថស្ថានក្រៅបណ្តាញមិនមានការរ៉ាប់រងដោយគម្រោងយើងទេ បើលក្ខខណ្ឌជាក់លាក់នានាមិនអនុវត្តន៍ ឬពាក់ព័ន្ធ។

អ្នកចុះឈ្មោះ: Medicare-Medi-Cal (មានសិទ្ធិទទួលទាំងពីរ): A

បុគ្គលដែលមានសិទ្ធិទទួលបានការធានារ៉ាប់រងពី Medicare និង Medi-Cal។ អ្នកចុះឈ្មោះ: Medicare-Medi-Cal ក៏ត្រូវបានគេហៅថា: “មានសិទ្ធិទទួលទាំងពីរ” ដែរ។

អ្នកត្រូវការឧបករណ៍វេជ្ជសាស្ត្រសម្រាប់ប្រើរយៈពេលយូរ (DME): សម្ភារៈជាក់លាក់មួយចំនួនដែលវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកបញ្ជាទិញដើម្បីប្រើនៅផ្ទះរបស់អ្នកផ្ទាល់។ ឧទាហរណ៍នៃវត្ថុទាំងនេះគឺមានរទេះរុញ ឈើច្រក ប្រព័ន្ធពូកអគ្គិសនី ឧបករណ៍ផ្គត់ផ្គង់ជម្ងឺទឹកនោមផ្អែម គ្រែមន្ទីរពេទ្យដែលបញ្ជាទិញដោយអ្នកផ្តល់សេវាសម្រាប់ប្រើប្រាស់ក្នុងផ្ទះ ថ្នាំចាក់បញ្ចូលតាមសរសៃឈាម IV ឧបករណ៍បញ្ចេញសម្លេង ឧបករណ៍ផ្គត់ផ្គង់អុកស៊ីសែន ឧបករណ៍កិនឱសថនិងជំនួយក្នុងការដើរ។

អ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ: “អ្នកផ្តល់សេវាកម្ម” គឺជាពាក្យទូទៅ ដែលយើងប្រើសម្រាប់កំណត់ឱ្យវេជ្ជបណ្ឌិត គិលានុដ្ឋាយិកា និងអ្នកផ្សេងទៀតដែលផ្តល់សេវាកម្មថែទាំដល់អ្នក។ លើសពីនេះ ពាក្យនេះមានជាអាទិ៍

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan តាមលេខ 1-855-905-3825 (TTY:711) ម៉ោង 8:00 ព្រឹក – ម៉ោង 8:00 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅមកលេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលមើលនៅ

www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect។



មន្ទីរពេទ្យ គ្លីនិកសម្រាកព្យាបាល និងកន្លែងផ្សេងៗទៀតដែលផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវសេវាកម្មតំបែទាំសុខភាព សេវាកម្មសុខភាពផ្លូវចិត្ត សម្ភារៈបរិក្ខារផ្នែកពេទ្យ អត្ថប្រយោជន៍ និងជំនួយជាក់លាក់រយៈពេលវែង។

- ក្រុមគ្រូពេទ្យទាំងនេះទទួលបានការអនុញ្ញាត ឬបញ្ជាក់ទទួលស្គាល់ដោយកម្មវិធី Medicare និងដោយរដ្ឋដើម្បីផ្តល់សេវាតំបែទាំសុខភាពទៅបាន។
- យើងហៅពួកគេថា “អ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ” នៅពេលដែលពួកគាត់យល់ព្រមធ្វើការងារជាមួយនឹងគម្រោងសុខភាព និងយល់ព្រមទទួលយកការបង់ប្រាក់របស់យើង និងមិនគិតថ្លៃពីសមាជិករបស់យើងសម្រាប់ចំនួនទឹកប្រាក់បន្ថែម។
- ខណៈដែលអ្នកកំពុងនៅជាសមាជិកគម្រោងរបស់យើង អ្នកត្រូវតែប្រើប្រាស់សេវាកម្មគ្រូពេទ្យក្នុងបណ្តាញដើម្បីទទួលបានសេវាកម្ម ដែលទទួលបានការរ៉ាប់រង។ អ្នកផ្តល់ក្នុងបណ្តាញត្រូវបានគេហៅថា “អ្នកផ្តល់សេវាក្នុងគម្រោង” ។

អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំបឋម (PCP): អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំបឋមរបស់អ្នកគឺជាវេជ្ជបណ្ឌិត ឬអ្នកផ្តល់សេវាផ្សេងទៀតដែលអ្នកទៅជួបលើកដំបូងសម្រាប់បញ្ហាសុខភាពភាគច្រើន។ ពួកគាត់ធ្វើឱ្យប្រាកដប្រជាថា អ្នកទទួលបានការថែទាំព្យាបាលដែលត្រូវការចាំបាច់ដើម្បីរស់នៅមានសុខភាពល្អ។

- លើសពីនេះ ពួកគាត់អាចជជែកពិភាក្សាគ្នាជាមួយនឹងក្រុមវេជ្ជបណ្ឌិត និងអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពផ្សេងៗទៀតអំពីបញ្ហាថែទាំព្យាបាលរបស់អ្នក និងបញ្ជូនអ្នកបន្តទៅពួកគេ។
- ក្នុងគម្រោងសុខភាពនៃកម្មវិធី Medicare ជាច្រើន អ្នកត្រូវតែជួបនឹងអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពបឋមរបស់អ្នកសិន មុននឹងអ្នកជួបជាមួយនឹងអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពណាមួយផ្សេងទៀត។
- មើលអានជំពូកទី 3 សម្រាប់ព័ត៌មានអំពីការទទួលបានការថែទាំពីអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពបឋម។

អ្នកផ្តល់សេវាក្រៅបណ្តាញ ឬ មណ្ឌលថែទាំក្រៅបណ្តាញ: ជាអ្នកផ្តល់សេវា ឬមន្ទីរព្យាបាលដែលមិនត្រូវបានជួល ជាម្ចាស់ ឬដំណើរការដោយគម្រោងរបស់យើង ហើយមិនមានកិច្ចសន្យាក្នុងការផ្តល់សេវាកម្ម ដែលមានការរ៉ាប់រងដល់សមាជិកណាមួយរបស់គម្រោងយើងនោះទេ។ ជំពូកទី 3 ផ្នែក D បកស្រាយពន្យល់ប្រាប់អំពីអ្នកផ្តល់សេវាឬមណ្ឌលថែទាំក្រៅបណ្តាញ ។

អ្នកសម្របសម្រួលផ្នែកថែទាំ: គឺជាបុគ្គលសំខាន់ម្នាក់ដែលធ្វើការជាមួយនឹងអ្នក ជាមួយនឹងគម្រោងសុខភាព និងជាមួយអ្នកផ្តល់សេវាកម្មថែទាំសុខភាពដើម្បីធានាថាអ្នកទទួលបានសេវាកម្មថែទាំដែលអ្នកត្រូវការ។



ផ្នែកបម្រើសេវាអតិថិជនរបស់ Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan

ទូរសព្ទ	1-855-905-3825 ការហៅទៅកាន់លេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ 8:00 ព្រឹក - 8:00 យប់ ផ្នែកបម្រើសេវាអតិថិជនក៏មានអ្នកបកប្រែភាសាដោយឥតគិតថ្លៃសម្រាប់អ្នកដែលមិននិយាយភាសាអង់គ្លេស។
TTY	711 លេខនេះតម្រូវឱ្យមានឧបករណ៍ទូរសព្ទពិសេសហើយសម្រាប់តែមនុស្សដែលពិបាកក្នុងការស្តាប់ឬនិយាយប៉ុណ្ណោះ។ ការហៅទៅកាន់លេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ 8:00 ព្រឹក - 8:00 យប់
សរសេរទៅកាន់	Blue Shield of California Promise Health Plan Customer Care Department 601 Potrero Grande Drive Monterey Park, CA 91755
គេហទំព័រ	www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan តាមលេខ 1-855-905-3825 (TTY:711) ម៉ោង 8:00 ព្រឹក – ម៉ោង 8:00 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅមកលេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** សូមចូលមើលនៅ

www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect។





Blue Shield of California Promise Health Plan
601 Potrero Grande Dr., Monterey Park, CA 91755

blueshieldca.com/promise/calmediconnect