

<Date>

<sub_full_name>
<sub_addr_line_one>
<sub_addr_line_two>
<sub_addr_city>, <sub_addr_state> <sub_addr_zip>

លេខសម្គាល់សមាជិក៖ <Member #>
Rx ID៖ <RxID>
Rx GRP៖ E0001002
Rx BIN៖ 004336
Rx PCN៖ 77993322

សំខាន់៖ អ្នកបានចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងថ្មីមួយសម្រាប់សេវាកម្ម Medicare និង Medi-Cal។ សូមរក្សាលិខិតនេះទុកសម្រាប់ជាភស្តុតាងនៃការធានារ៉ាប់រងរបស់លោកអ្នក។

<Name>៖

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

ដោយចាប់ផ្តើមពី <effective date> លោកអ្នកនឹងមានគម្រោងសុខភាព Cal MediConnect ដែលត្រូវបានបង្កើតឡើងដើម្បីផ្តល់ជូនលោកអ្នកនូវការថែទាំសុខភាពជាឯកសណ្ឋានមួយដែលមានគុណភាពខ្ពស់ដោយមិនគិតថ្លៃបន្ថែមចំពោះលោកអ្នកឡើយ។ គម្រោង Blue Shield of California Promise Health Plan គឺជាគម្រោងសុខភាពមួយដែលមានកិច្ចសន្យាជាមួយ Medicare និង Medi-Cal ដើម្បីផ្តល់ជូននូវអត្ថប្រយោជន៍នៃកម្មវិធីទាំងពីរដល់អ្នកចុះឈ្មោះចូលរួម។

ការធានារ៉ាប់រងថ្មីរបស់លោកអ្នករួមមាន៖

- អត្ថប្រយោជន៍ Medicare របស់លោកអ្នក ដែលរួមមានឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាផងដែរ
- អត្ថប្រយោជន៍ Medi-Cal របស់លោកអ្នក ដែលរួមមានសេវាកម្ម និងជំនួយយូអរអ៊ែង (LTSS) ដែលជួយឲ្យលោកអ្នកបំពេញបានតាមតម្រូវការថែទាំសុខភាពផ្ទាល់ខ្លួនដែលកំពុងកើតមាន។ LTSS រួមមានកម្មវិធីសេវាកម្មមនុស្សចាស់ពហុបំណង (MSSP, Multipurpose Senior Services Program) និង សេវាកម្មមនុស្សជំនាច់តាមសហគមន៍ (CBAS, Community-Based Adult Services) ដែលជាសេវាកម្មដែលអាចជួយឲ្យលោកអ្នកស្នាក់នៅក្នុងផ្ទះរបស់លោកអ្នកឲ្យបានយូរតាមដែលអាចធ្វើបាន។ វាក៏រួមមានការថែទាំនៅមន្ទីរថែទាំជំនាញ ប្រសិនបើលោកអ្នកត្រូវការវា។
- ការជ្រើសរើសគ្រូពេទ្យនិងអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពផ្សេងទៀតរបស់លោកអ្នកដែលស្ថិតនៅក្នុងបណ្តាញរបស់យើង ដែលធ្វើការរួមគ្នាដើម្បីផ្តល់ជូនលោកអ្នកនូវការថែទាំដែលលោកអ្នកត្រូវការ។
- អត្ថប្រយោជន៍ និង សេវាកម្មបន្ថែមដូចជាការថែទាំភ្នែក សេវាកម្មដឹកជញ្ជូន និង អ្នកណែនាំផ្លូវសម្រាប់ការថែទាំសុខភាពមួយរូប និង សេវាកម្មដែលមានការធានារ៉ាប់រងផ្សេងទៀតដូចជាឧបករណ៍ជំនួយការស្តាប់ សមាជិកភាពក្តីបសុខភាព និង ថ្នាក់រៀនដើម្បីទទួលបានរូបរាងសមសួន ប្រាក់ឧបត្ថម្ភសម្រាប់ឱសថគ្មានវេជ្ជបញ្ជា ការធានារ៉ាប់រងត្រីអាសន្ននៅទូទាំងពិភពលោក និង មានជាច្រើនទៀត។
- ឧបករណ៍ពេទ្យប្រើបានយូរ ដូចជាឈើឆ្កាប រទេះច្រក់ និង រទេះរុញ។

H0148_20_205_KH_CMC Approved 09182020

លិខិតនេះគឺជាភស្តុតាងនៃការធានារ៉ាប់រងថ្មីរបស់លោកអ្នក។

សូមយកលិខិតនេះតាមខ្លួនលោកអ្នកទៅកាន់ឱសថស្ថាន ឬ មកកាន់ ការិយាល័យនេះ

រហូតដល់លោកអ្នកទទួលបានប័ណ្ណសម្គាល់សមាជិករបស់លោកអ្នកពីយើង។ ប្រសិនបើលោកអ្នកមានសំណួរ សូមហៅទូរសព្ទទៅកាន់ផ្នែកថែទាំអតិថិជនរបស់គម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan តាមរយៈលេខ (855) 905-3825 (TTY: 711) ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ ម៉ោង 8:00 យប់ ដែលនៅប្រចាំការប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។

តើមានអ្វីកើតឡើងនៅពេលបន្ទាប់មកទៀត?

លោកអ្នកអាចចាប់ផ្តើមប្រើប្រាស់អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពបឋម និង ឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញរបស់គម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan សម្រាប់គ្រប់សេវាកម្មថែទាំសុខភាព និង គ្រប់ឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាទាំងអស់របស់លោកអ្នកចាប់តាំងពី **<effective date>**។ ប្រសិនបើលោកអ្នកត្រូវការការថែទាំក្នុងគ្រាអាសន្ន ឬ ការថែទាំដែលចាំបាច់ភ្លាមៗ ឬ សេវាកម្មលាងឈាមនៅក្រៅតំបន់សេវាកម្ម លោកអ្នកអាចប្រើប្រាស់អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពនៅក្រៅបណ្តាញរបស់គម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan បាន។

បើសិនជាអ្វីៗដល់ការផ្លាស់ប្តូរទៅកាន់គម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan លោកអ្នកអាចបន្តជួបគ្រូពេទ្យរបស់លោកអ្នកបច្ចុប្បន្នសម្រាប់រយៈពេលរហូតដល់ 12 ខែ ចាប់តាំងពីថ្ងៃចុះឈ្មោះចូលរួមបានសម្រេចរបស់លោកអ្នកនៅក្នុងគម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan។ ចូរទាក់ទងផ្នែកបម្រើសេវាអតិថិជនគម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan តាមលេខ (855) 905-3825 (TTY: 711) សម្រាប់ព័ត៌មានអំពីរបៀបធ្វើដូច្នេះ។

លោកអ្នកក៏នឹងអាចមានសិទ្ធិទទួលបានការផ្គត់ផ្គង់ឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជារយៈពេល 30 ថ្ងៃ ដែលលោកអ្នកកំពុងប្រើប្រាស់នាពេលបច្ចុប្បន្ននៅអំឡុងពេល 90 ថ្ងៃដំបូងរបស់លោកអ្នកនៅក្នុងគម្រោងនេះ ប្រសិនបើលោកអ្នកកំពុងប្រើប្រាស់ឱសថណាមួយ ដែលមិនស្ថិតនៅក្នុង **បញ្ជីឱសថដែលមានការធានារ៉ាប់រង** ប្រសិនបើវិធាននៃគម្រោងសុខភាពមិនអនុញ្ញាតឱ្យលោកអ្នកទទួលបានបរិមាណឱសថតាមការកំណត់របស់គ្រូពេទ្យ របស់លោកអ្នក ឬ ប្រសិនបើឱសថនេះទាមទារការយល់ព្រមជាមុនពីគម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan។

សម្ភារៈសម្រាប់សមាជិកថ្មីរួមមាន៖

- បញ្ជីឱសថដែលមានការធានារ៉ាប់រង (បញ្ជីឱសថ)
ការណែនាំសម្រាប់ការទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែមអំពីឱសថនៅក្នុងបញ្ជីឱសថដែលមានការធានារ៉ាប់រង។
- បញ្ជីឈ្មោះឱសថស្ថាននិងអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំ
ការណែនាំសម្រាប់ការទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែមអំពីអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាព និង ឱសថស្ថាននៅក្នុងបណ្តាញរបស់យើង។
- សៀវភៅ ណែនាំសមាជិក (ភស្តុតាងនៃការធានារ៉ាប់រង)

មុនថ្ងៃទី **<enrollment effective date>** យើងនឹងផ្ញើកាតសម្គាល់សមាជិកមួយជូនអ្នក។

សំណៅនៃសៀវភៅ ណែនាំសមាជិកដែលបានធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពថ្មីបំផុត (ភស្តុតាងនៃការធានារ៉ាប់រង) គឺមានជានិច្ចនៅក្នុងគេហទំព័ររបស់យើងដែលមានអាសយដ្ឋាន

www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect។

លោកអ្នកក៏អាចហៅទូរសព្ទទៅកាន់ផ្នែកថែទាំអតិថិជនតាមរយៈលេខ (855) 905-3825 ដើម្បីស្នើសុំឱ្យយើងផ្ញើសៀវភៅ ណែនាំសមាជិកតាមប្រៃសណីយ៍ជូនលោកអ្នកបានផងដែរ។

តើខ្ញុំនឹងត្រូវបង់ថ្លៃប៉ុន្មានសម្រាប់គម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan?

លោកអ្នកនឹងមិនចាំបាច់បង់ថ្លៃធានារ៉ាប់រងគម្រោង ថ្លៃកាត់ទុក ឬ ថ្លៃសហចំណាយណាមួយនោះទេ នៅពេលទទួលបានសេវាកម្មសុខភាពតាមរយៈអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពនៅក្នុងគម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan។

តើខ្ញុំត្រូវបង់ថ្លៃប៉ុន្មានសម្រាប់ឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជា?

នៅពេលលោកអ្នកទៅយកឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជារបស់លោកអ្នកនៅតាមឱសថស្ថាននៅក្នុងបណ្តាញរបស់យើង លោកអ្នកនឹងត្រូវបង់ថ្លៃមិនហួសពី **\$3.70** រៀងរាល់ពេលដែលលោកអ្នកទៅទទួលយកឱសថសកលណាមួយ ដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយគម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan និងមិនហួសពី **\$9.20** រៀងរាល់ពេលដែលលោកអ្នកទៅទទួលយកឱសថដែលមានម៉ាកយីហោ ដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយគម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan ។

ថ្លៃសហចំណាយសម្រាប់ឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាអាចខុសគ្នាដោយផ្អែកលើកម្រិតនៃកម្មវិធី Extra Help (ជំនួយបន្ថែម) ដែលលោកអ្នកទទួលបាន។ សូមទាក់ទងគម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan សម្រាប់ព័ត៌មានលម្អិតបន្ថែម។

តើខ្ញុំអាចជ្រើសរើសអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពបឋមបានដោយរបៀបណា?

ដើម្បីជ្រើសរើសអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពបឋម (PCP) លោកអ្នកអាចមើលសៀវភៅ បញ្ជីរាយឈ្មោះឱសថស្ថាន និង អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពរបស់គម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan ដែលមាននៅក្នុងគេហទំព័ររបស់យើងដែលមានអាសយដ្ឋាន www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect ឬ ហៅទូរស័ព្ទទៅកាន់ផ្នែកថែទាំអតិថិជនដើម្បីទទួលបានជំនួយ។

លោកអ្នកនឹងទទួលបានការថែទាំមូលដ្ឋាន ឬ តាមទម្លាប់របស់លោកអ្នកពី PCP របស់លោកអ្នក។ PCP របស់លោកអ្នកក៏អាចសម្របសម្រួលលើសេវាកម្មដែលមានការធានារ៉ាប់រងដទៃផ្សេងទៀតទាំងអស់ដែលលោកអ្នកត្រូវការ។

PCP របស់គម្រោងយើងមានទំនាក់ទំនងជាមួយក្រុមគ្រូពេទ្យជាក់លាក់ណាមួយ។ នៅពេលលោកអ្នកជ្រើសរើស PCP របស់លោកអ្នក លោកអ្នកក៏កំពុងជ្រើសរើសក្រុមគ្រូពេទ្យដែលមានទំនាក់ទំនងជាមួយ PCP ផងដែរ។ នេះមានន័យថា PCP របស់លោកអ្នកនឹងអាចបញ្ជូនលោកអ្នកបន្តទៅកាន់អ្នកឯកទេស និង សេវាកម្មដែលមានទំនាក់ទំនងជាមួយនឹងក្រុមគ្រូពេទ្យរបស់ពួកគេផងដែរ។ ដូច្នេះ ប្រសិនបើមានមន្ទីរពេទ្យ ឬ អ្នកឯកទេសជាក់លាក់ណាមួយរបស់គម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan ដែលលោកអ្នកចង់ប្រើប្រាស់នោះ វាសំខាន់ណាស់ថាលោកអ្នកត្រូវពិនិត្យមើលថា តើ ពួកគេមានទំនាក់ទំនងជាមួយនឹងក្រុមគ្រូពេទ្យរបស់ PCP របស់លោកអ្នកឬយ៉ាងណា។

នៅពេលលោកអ្នកត្រូវការការថែទាំតាមឯកទេស និង សេវាកម្មបន្ថែម ដែល PCP របស់លោកអ្នកមិនអាចផ្តល់ជូនបាន ពួកគេនឹងផ្តល់ជូនលោកអ្នកនូវការបញ្ជូនបន្តទៅកាន់សេវាកម្មទាំងនោះ។ នៅក្នុងករណីភាគច្រើន លោកអ្នកត្រូវតែទៅជួប PCP របស់លោកអ្នកដើម្បីទទួលបានការបញ្ជូនបន្តណាមួយ នៅពេលមុនលោកអ្នកទៅជួបអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពដទៃណាមួយ ឬ ទៅជួបអ្នកឯកទេសណាម្នាក់។ នៅពេលការបញ្ជូនបន្តនេះត្រូវបានយល់ព្រមដោយក្រុមគ្រូពេទ្យរបស់ PCP លោកអ្នកក្លាយ លោកអ្នកអាចធ្វើការណាត់ជួបជាមួយអ្នកឯកទេស ឬ អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពផ្សេងទៀត ដើម្បីទទួលបានការព្យាបាលដែលលោកអ្នកត្រូវការ។ អ្នកឯកទេសនឹងអនុញ្ញាតឱ្យ PCP របស់លោកអ្នកដឹង នៅពេលលោកអ្នកបានបញ្ចប់ការព្យាបាល ឬ សេវាកម្មរបស់លោកអ្នក ដើម្បីឱ្យ PCP របស់លោកអ្នកអាចបន្តគ្រប់គ្រងការថែទាំរបស់លោកអ្នកបាន។

ជាងនេះទៅទៀត PCP របស់លោកអ្នកនឹងចាំបាច់ត្រូវទទួលបានការយល់ព្រមជាមុនពីគម្រោងនេះដើម្បីឱ្យលោកអ្នកអាចទទួលបានសេវាកម្មជាក់លាក់ណាមួយ។ ការយល់ព្រមជាមុននេះត្រូវបានហៅថា “ការអនុញ្ញាតជាមុន”។ ឧទាហរណ៍ ការអនុញ្ញាតជាមុនត្រូវបានទាមទារសម្រាប់ការស្នាក់នៅមន្ទីរពេទ្យរបស់អ្នកជំងឺសម្រាកក្នុងមន្ទីរពេទ្យដែលមិនត្រូវ ការការសង្គ្រោះបន្ទាន់។ នៅក្នុងករណីខ្លះ ក្រុមគ្រូពេទ្យដែលពាក់ព័ន្ធជាមួយនឹង PCP របស់លោកអ្នក ជំនួសឱ្យគម្រោងរបស់យើង ប្រហែលជាអាចផ្តល់ការអនុញ្ញាតដល់សេវាកម្មរបស់លោកអ្នកបាន។

លោកអ្នកអាចទទួលបានសេវាកម្មជាក់លាក់ណាមួយ ដោយមិនចាំបាច់ទទួលបានការយល់ព្រមជាមុនពី PCP របស់លោកអ្នក ដូចជា៖ សេវាកម្មសង្គ្រោះបន្ទាន់ ការថែទាំដែលចាំបាច់បន្ទាន់ សេវាកម្មលាងឈាមពីមន្ទីរលាងឈាមមានការបញ្ជាក់ពី Medicare ការចាក់ថ្នាំបង្ការជំងឺផ្លាស្សា ការចាក់វ៉ាក់សាំងការពារជំងឺផ្លូវដង្ហើម និង ជំងឺឆ្លើមប្រភេទ B សេវាកម្មផែនការគ្រួសារ និង ការថែទាំសុខភាពស្ត្រីតាមទម្លាប់ ជាដើម។ល។

ចុះប្រសិនបើខ្ញុំមានសំណួរអំពីការរ៉ាប់រងឬអំពីអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំរបស់ Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan?

- សូមហៅទូរស័ព្ទទៅកាន់ផ្នែកថែទាំអតិថិជនរបស់គម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan តាមរយៈលេខ (855) 905-3825 ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ ម៉ោង 8:00 យប់ ដែលនៅប្រចាំការប្រាប់ពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។
- សូមហៅទៅកាន់លេខ 711 ប្រសិនបើលោកអ្នកប្រើ TTY។
- សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រដែលមានអាសយដ្ឋាន www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect

រួចចុះបើខ្ញុំមានការធានារ៉ាប់រងលើឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជា ឬ សុខភាពផ្សេងទៀត?

ប្រសិនបើលោកអ្នកមានការធានារ៉ាប់រងលើឱសថ ឬ សុខភាពផ្សេងទៀត ដូចជាពិនិយោជក ឬ សហជីពណាមួយ លោកអ្នក ឬ អ្នកក្នុងបន្តគ្រប់លោកអ្នកអាចបាត់បង់ការធានារ៉ាប់រង ឬ សុខភាពផ្សេងទៀតទាំងស្រុងបាន និងមិនអាចទទួលយកវត្ថុលំបាកវិញបានទេ ប្រសិនបើលោកអ្នកចូលរួមក្នុងគម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan។

- ប្រភេទផ្សេងទៀតនៃការធានារ៉ាប់រងលើឱសថ និង សុខភាព រួមមាន TRICARE, ក្រសួងកិច្ចការអតីតយុទ្ធជន (Department of Veterans Affairs), ឬ គោលនយោបាយ Medigap (ការធានារ៉ាប់រងបំពេញបន្ថែម Medicare)។
- សូមទាក់ទងអ្នករដ្ឋបាលលើអត្ថប្រយោជន៍នៃការធានារ៉ាប់រងឱសថ/សុខភាព ប្រសិនបើលោកអ្នកមានសំណួរទាក់ទងនឹងការធានារ៉ាប់រងរបស់លោកអ្នក។
- ប្រសិនបើលោកអ្នកចង់លុបចោលការចុះឈ្មោះចូលរួមរបស់លោកអ្នកក្នុងគម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan លោកអ្នកត្រូវតែហៅទូរស័ព្ទទៅកាន់ Health Care Options តាមរយៈលេខ 1-844-580-7272 នៅរៀងរាល់ថ្ងៃច័ន្ទ ដល់ ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ ម៉ោង 6:00 យប់។ សូមហៅទៅកាន់លេខ 1-800-430-7077 ប្រសិនបើលោកអ្នកប្រើប្រាស់ TTY។

តើខ្ញុំអាចចាកចេញពីគម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan បានដែរទេ បន្ទាប់ពី <effective date>?

ពិតជាបាន។ លោកអ្នកអាចចាកចេញពីគម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan បាន ឬ អាចជ្រើសរើសគម្រោងថ្មីរបស់កម្មវិធី Cal MediConnect បានគ្រប់ពេលនៅអំឡុងឆ្នាំនេះ ដោយហៅទូរស័ព្ទទៅកាន់ Health Care Options តាមរយៈលេខ (844) 580-7272 រៀងរាល់ថ្ងៃច័ន្ទ ដល់ ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ ម៉ោង 6:00 យប់។ សូមហៅទូរស័ព្ទទៅកាន់លេខ (800) 430-7077 ប្រសិនបើលោកអ្នកប្រើប្រាស់ TTY។

ប្រសិនបើលោកអ្នកចាកចេញពីគម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan ហើយមិនចង់ចុះឈ្មោះចូលក្នុងគម្រោងផ្សេងទៀតរបស់កម្មវិធី Cal MediConnect ការធានារ៉ាប់រងរបស់លោកអ្នកនឹងត្រូវបញ្ចប់នៅថ្ងៃចុងក្រោយនៃខែដែលលោកអ្នកបានប្រាប់យើង។ ប្រសិនបើលោកអ្នកចាកចេញពីគម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan ហើយមិនចង់ចូលរួមក្នុងគម្រោងឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជា ឬ សុខភាព Medicare លោកអ្នកនឹងទទួលបានការធានារ៉ាប់រងនៅក្រោមកម្មវិធី Original Medicare ហើយ កម្មវិធី Medicare នឹងចុះឈ្មោះលោកអ្នកចូលក្នុងគម្រោងឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជា Medicare។

រួចចុះបើខ្ញុំចង់ចូលរួមក្នុងគម្រោងរបស់កម្មវិធី Cal MediConnect ផ្សេងទៀត?

ប្រសិនបើលោកអ្នកចង់បន្តទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ Medicare និង Medi-Cal រួមគ្នារបស់លោកអ្នកពីគម្រោងតែមួយ លោកអ្នកអាចចូលរួមក្នុងគម្រោងផ្សេងទៀតរបស់កម្មវិធី Cal

MediConnect។ ដើម្បីចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងផ្សេងរបស់កម្មវិធី Cal MediConnect សូមហៅទូរស័ព្ទទៅកាន់ Health Care Options តាមរយៈលេខទូរស័ព្ទ 1-844-580-7272 រៀងរាល់ថ្ងៃច័ន្ទ ដល់ ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ ម៉ោង 6:00 យប់។ សូមហៅទូរស័ព្ទទៅកាន់លេខ 1-800-430-7077 ប្រសិនបើលោកអ្នកប្រើប្រាស់ TTY។ សូមប្រាប់ពួកគេថា លោកអ្នកចង់ចាកចេញពីគម្រោងបច្ចុប្បន្នរបស់កម្មវិធី Cal MediConnect ដើម្បីចូលរួមក្នុងគម្រោងផ្សេងរបស់កម្មវិធី Cal MediConnect។ ប្រសិនបើលោកអ្នកមិនប្រាកដថា លោកអ្នកចង់ចូលរួមក្នុងគម្រោងមួយណានោះ ពួកគេអាចប្រាប់លោកអ្នកពីគម្រោងដទៃនៅក្នុងតំបន់របស់លោកអ្នក។

តើមានអ្វីកើតឡើងទៅនឹង Medicare របស់ខ្ញុំ ប្រសិនបើខ្ញុំចាកចេញពីគម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan?

ប្រសិនបើលោកអ្នកចាកចេញពីគម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan ហើយមិនចង់ចូលរួមក្នុងគម្រោងឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជា ឬ សុខភាព Medicare ណាមួយ លោកអ្នកនឹងទទួលបានការធានារ៉ាប់រងនៅក្រោមកម្មវិធី Original Medicare ហើយ Medicare នឹងចុះឈ្មោះលោកអ្នកចូលក្នុងគម្រោងឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជា Medicare។ ប្រសិនបើលោកអ្នកចង់ចូលរួមក្នុងគម្រោងឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជា ឬ សុខភាព Medicare ចង់ដឹងបន្ថែមពីគម្រោង Medicare ផ្សេងៗនៅក្នុងតំបន់របស់លោកអ្នក ឬ មានសំណួរអំពី Medicare:

- សូមហៅទូរស័ព្ទទៅកាន់លេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) ដែលបម្រើសេវា 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។
- សូមហៅទូរស័ព្ទទៅកាន់ 1-877-486-2048 ប្រសិនបើលោកអ្នកប្រើប្រាស់ TTY។
- សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រដើមរបស់ Medicare ដែលមានអាសយដ្ឋាន www.medicare.gov។

តើមានអ្វីកើតឡើងទៅកាន់ Medi-Cal របស់ខ្ញុំ ប្រសិនបើខ្ញុំចាកចេញពីគម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan?

លោកអ្នកត្រូវតែមានគម្រោងសុខភាព Medi-Cal ដើម្បីបន្តទទួលបានសេវាកម្ម Medi-Cal របស់លោកអ្នក ដែលរួមមានសេវាកម្ម និង ជំនួយរយៈពេលវែង (LTSS) ដែលជួយឱ្យលោកអ្នកបំពេញបានតាមតម្រូវការថែទាំសុខភាពផ្ទាល់ខ្លួនដែលកំពុងកើតមានឡើង។ ប្រសិនបើលោកអ្នកចាកចេញពីគម្រោង Cal MediConnect របស់លោកអ្នក លោកអ្នកនឹងត្រូវអនុញ្ញាតឱ្យ Health Care Options ដឹងថា គម្រោងថែទាំសុខភាពណាមួយដែលត្រូវបានគ្រប់គ្រងដោយ Medi-Cal ដែលលោកអ្នកចង់ចូលរួម។

ដើម្បីធ្វើបែបនេះបាន សូមហៅទូរស័ព្ទទៅកាន់ Health Care Options តាមរយៈលេខ 1-844-580-7272 រៀងរាល់ថ្ងៃច័ន្ទ ដល់ ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ ម៉ោង 6:00 យប់។ សូមហៅទូរស័ព្ទទៅកាន់លេខ 1-800-430-7077 ប្រសិនបើលោកអ្នកប្រើប្រាស់ TTY។ សូមប្រាប់ពួកគេថា លោកអ្នកមិនចង់ចុះឈ្មោះចូលរួមក្នុងគម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan ហើយលោកអ្នកចង់ចូលរួមក្នុងគម្រោងថែទាំសុខភាពដែលត្រូវបានគ្រប់គ្រងដោយ Medi-Cal។ ប្រសិនបើលោកអ្នកមិនប្រាកដថា គម្រោងណាមួយដែលលោកអ្នកចង់ចូលរួម ពួកគេអាចប្រាប់លោកអ្នកពីគម្រោងផ្សេងទៀតនៅក្នុងតំបន់របស់លោកអ្នក។

រួចចុះបើខ្ញុំត្រូវការជំនួយ ឬ ព័ត៌មានបន្ថែមទៀតនោះ?

- ប្រសិនបើលោកអ្នកចង់និយាយទៅកាន់អ្នកផ្តល់ប្រឹក្សាលើការធានារ៉ាប់រងសុខភាពអំពីការផ្លាស់ប្តូរទាំងនេះ និង ជម្រើសរបស់លោកអ្នក សូមហៅទូរស័ព្ទទៅកាន់កម្មវិធីគាំទ្រនិងប្រឹក្សាយោបល់លើការធានារ៉ាប់រងសុខភាពរដ្ឋ (HICAP, California Health Insurance Counseling and Advocacy Program) តាមរយៈលេខទូរស័ព្ទ 1-800-434-0222 រៀងរាល់ថ្ងៃច័ន្ទ ដល់ ដល់ ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ ម៉ោង 5 ល្ងាច។

សូមហៅទូរស័ព្ទទៅកាន់លេខ 711 ប្រសិនបើលោកអ្នកប្រើប្រាស់ TTY។

- ប្រសិនបើលោកអ្នកត្រូវការជំនួយក្នុងការចុះឈ្មោះចូលរួមក្នុងគម្រោងណាមួយរបស់កម្មវិធី Cal MediConnect ឬ Medi-Cal សូមហៅទូរស័ព្ទទៅកាន់ Health Care Options តាមរយៈលេខទូរសព្ទ 1-844-580-7272 រៀងរាល់ថ្ងៃច័ន្ទ ដល់ ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ ម៉ោង 6:00 យប់។ សូមហៅទូរស័ព្ទទៅកាន់លេខ 1-800-430-7077 ប្រសិនបើលោកអ្នកប្រើប្រាស់ TTY។
- ប្រសិនបើលោកអ្នកនៅក្នុងគម្រោងមួយរបស់កម្មវិធី Cal MediConnect ហើយត្រូវការជំនួយបន្ថែម សូមហៅទូរស័ព្ទទៅកាន់កម្មវិធីមន្ត្រីស៊ើបអង្កេតបណ្តឹង Cal MediConnect (Cal MediConnect Ombuds Program) តាមរយៈលេខទូរសព្ទ 1-855-501-3077 រៀងរាល់ថ្ងៃច័ន្ទ ដល់ ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 9 ព្រឹក ដល់ ម៉ោង 5 ល្ងាច។ សូមហៅទូរស័ព្ទទៅកាន់លេខ (855) 847-7914 ប្រសិនបើលោកអ្នកប្រើប្រាស់ TTY។

គម្រោង Blue Shield of California Promise Health Plan គឺជាគម្រោងសុខភាពដែលមានកិច្ចសន្យាជាមួយ Medicare ផង និង Medi-Cal ផង ដើម្បីផ្តល់ជូននូវអត្ថប្រយោជន៍នៃកម្មវិធីទាំងពីរដល់អ្នកចុះឈ្មោះចូលរួម។

នេះមិនមែនជាបញ្ជីទាំងស្រុងនោះទេ។ ព័ត៌មានពីអត្ថប្រយោជន៍នេះគឺជាការសង្ខេបខ្លី មិនមែនជាការពិពណ៌នាទាំងស្រុងនៃអត្ថប្រយោជន៍នោះទេ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមទាក់ទងគម្រោងនេះ ឬ អានសៀវភៅណែនាំសមាជិករបស់គម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan។

លោកអ្នកអាចទទួលបានឯកសារនេះដោយឥតគិតថ្លៃជាទម្រង់ផ្សេងដូចជាអក្សរពុម្ពធំ អក្សរស្លាបសម្រាប់ជនពិការភ្នែក ឬជាសំឡេង។ ទូរសព្ទទៅលេខ (855) 905-3825 (TTY: 711) ដោយមិនគិតថ្លៃ បានប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ ពីម៉ោង 8 ព្រឹកដល់ 8 យប់។ ការហៅនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call Cal MediConnect Plan at 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。
- 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 Ban.
- 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 8 시, 7 일 주일 오전 8 시.
- Հայերեն (Armenian): Ուշադրություն՝ եթե խոսում եք հայերեն, ասպա ձեզ անվճար կարող են տրամադրվել լեզվական օգնություններ: Չանգահարեք Cal-MediConnect 1-855-905-3825 (TTY (հեռախոսի)՝ 711)
- فارسی (Persian/Farsi for Cal-MediConnect Members): توجه: اگر به زبان فارسی می‌گویید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می‌باشد. 3825-905-855-1

(TTY: 711) تماس بگیریڈ.

- Р у с с к и й (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 711) - 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, សេវាជំនួយផ្នែកភាសាដោយមិនគិតថ្លៃ 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).
- Cal-خبردار: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت میں دستیاب ہیں۔ کال کریں: (Urdu) اردو Cal-MediConnect 1-855-905-3825 (TTY:711).

ប្រសិនបើលោកអ្នកត្រូវការឯកសារនេះជាភាសាផ្សេង ឬ ជាទម្រង់ផ្សេង ដូចជាអក្សរព្រមធំ អក្សរស្នាបសម្រាប់ជនពិការភ្នែក ឬ ជាសម្លេង ឬ ប្រសិនបើលោកអ្នកត្រូវការជំនួយដើម្បីយល់ពីខ្លឹមសារលិខិតនេះ សូមហៅទូរស័ព្ទទៅកាន់ Health Care Options 1-844-580-7272 រៀងរាល់ថ្ងៃច័ន្ទ ដល់ ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ ម៉ោង 6:00 យប់។ សូមហៅទូរស័ព្ទទៅកាន់លេខ 1-800-430-7077 ប្រសិនបើលោកអ្នកប្រើប្រាស់ TTY។ លោកអ្នកអាចទទួលបានព័ត៌មាននេះដោយឥតគិតថ្លៃ។

ការរើសអើងក៏ផ្ទុយនឹងច្បាប់។

គម្រោង Blue Shield of California Promise Health Plan គោរពតាមច្បាប់របស់រដ្ឋដែលមានជាធរមាន និងច្បាប់សិទ្ធិស៊ីវិលសហព័ន្ធ ហើយមិនធ្វើការរើសអើង មិនរួមបញ្ចូលមនុស្ស ឬ កំប្រើត្រូវចំពោះពួកគេខុសគ្នា ដោយផ្អែកលើជាតិសាសន៍ ពណ៌សម្បុរ ដើមកំណើតជាតិសាសន៍ អត្តសញ្ញាណក្រុមជនជាតិភាគតិច ជំងឺ ព័ត៌មានហ្វែន បុព្វការីជន សាសនា ភេទ ឋានៈអាពាហ៍ពិពាហ៍ យេនឌ័រ អត្តសញ្ញាណយេនឌ័រ ទំនោរផ្លូវភេទ អាយុ ពិការភាពខួរក្បាល ឬ ពិការភាពរាងកាយនោះទេ។

គម្រោងសុខភាព Blue Shield of California Promise Health Plan៖

- ជំនួយ និង
សេវាកម្មមិនគិតថ្លៃចំពោះមនុស្សដែលមានពិការភាពក្នុងការទំនាក់ទំនងប្រកបដោយប្រសិទ្ធភាពជាមួយ
ពួកយើង ដូចជា៖
 - អ្នកបកប្រែភាសាសញ្ញាដែលមានសមត្ថភាព
 - ព័ត៌មានជាលាយលក្ខណ៍អក្សរជាទម្រង់ផ្សេង (អក្សរពុម្ពធំ, សំឡេង, ទម្រង់អេឡិចត្រូនិចដែលអាចចូលប្រើប្រាស់បាន, និងទម្រង់ផ្សេងទៀត)
- សេវាកម្មភាសាគតិកថាសម្រាប់អ្នកដែលភាសាគោលរបស់ពួកគេមិនមែនជាភាសាអង់គ្លេស ដូចជា៖
 - អ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ដែលមានសមត្ថភាព
 - ព័ត៌មានជាលាយលក្ខណ៍អក្សរជាភាសាផ្សេង

ប្រសិនបើលោកអ្នកត្រូវការសេវាកម្មទាំងនេះ សូមទាក់ទងអ្នកសម្របសម្រួលសិទ្ធិស៊ីវិលរបស់គម្រោង Blue Shield of California Promise Health Plan។

ប្រសិនបើលោកអ្នកជឿថា គម្រោង Blue Shield of California Promise Health Plan បានខកខានក្នុងការផ្តល់ជូននូវសេវាទាំងនេះ ឬ ធ្វើការរើសអើងតាមរូបភាពណាមួយ ដោយផ្អែកលើជាតិសាសន៍ ពណ៌សម្បុរ ដើមកំណើតជាតិសាសន៍ អត្តសញ្ញាណក្រុមជនជាតិភាគតិច ជំងឺ ព័ត៌មានហ្វែន បុព្វការីជន សាសនា ភេទ ឋានៈអាពាហ៍ពិពាហ៍ យេនឌ័រ អត្តសញ្ញាណយេនឌ័រ ទំនោរផ្លូវភេទ អាយុ ពិការភាពខួរក្បាល ឬ ពិការភាពរាងកាយនោះទេ លោកអ្នកអាចដាក់បណ្តឹងសារទុក្ខទៅកាន់៖

Blue Shield of California Promise Health Plan Civil Rights Coordinator

601 Potrero Grande Drive Monterey Park, CA 91755

ទូរស័ព្ទ៖ (844) 883-2233 (TTY: 711)

ទូរសារ៖ (323) 889-2228

អ៊ីមែល៖ BSCPHPCivilRights@blueshieldca.com

លោកអ្នកអាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងសារទុក្ខដោយផ្ទាល់ ឬ តាមរយៈសំបុត្រផ្ញើតាមប្រៃសណីយ៍ ទូរសារ ឬ អ៊ីមែលបាន។ ប្រសិនបើលោកអ្នកត្រូវការជំនួយក្នុងការដាក់ពាក្យបណ្តឹងសារទុក្ខ អ្នកសម្របសម្រួលសិទ្ធិស៊ីវិលមាននៅដើម្បីជួយលោកអ្នក។

លោកអ្នកក៏អាចដាក់បណ្តឹងសិទ្ធិស៊ីវិលទៅកាន់ក្រសួងសេវាកម្មមនុស្សនិងសុខភាពអាមេរិក (U.S. Department of Health and Human Services) ការិយាល័យសិទ្ធិស៊ីវិល (Office for Civil Rights) តាមប្រព័ន្ធអ៊ីឡិចត្រូនិចតាមរយៈគេហទំព័ររបស់ការិយាល័យបណ្តឹងសិទ្ធិស៊ីវិល (Office for Civil Rights Complaint Portal) ដែលមាននៅតាមអាសយដ្ឋាន <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> ឬ តាមសំបុត្រផ្ញើតាមប្រៃសណីយ៍ ឬ តាមទូរស័ព្ទ៖

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)

គេហទំព័រពាក្យបណ្តឹង៖ https://ocrportal.hhs.gov/ocr/cp/wizard_cp.jsf

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