

# 2021

សេចក្តីជូនដំណឹងប្រចាំឆ្នាំពីការផ្លាស់ប្តូរ

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

ខោនធី Los Angeles

Blue Shield of California Promise Health Plan គឺជាគម្រោងដែលទទួលបានអាជ្ញាប័ណ្ណឯករាជ្យនៃសមាគមន៍ Blue Shield Association  
ANOC0148-KH-LA-1020



Promise Health Plan



**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** សូមចូលមើល [www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect](http://www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect)

Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan)  
ដែលផ្តល់ជូនដោយ Blue Shield of California Promise Health Plan

# សេចក្តីជូនដំណឹងប្រចាំឆ្នាំ ពីការផ្លាស់ប្តូរសម្រាប់ ឆ្នាំ 2021

## សេចក្តីផ្តើម

បច្ចុប្បន្នអ្នកបានចុះឈ្មោះជាសមាជិកក្នុង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan។ នៅឆ្នាំក្រោយ នឹងមានការផ្លាស់ប្តូរ មួយចំនួន ចំពោះអត្ថប្រយោជន៍ ការធានារ៉ាប់រង វិធាន និងថ្លៃចំណាយរបស់គម្រោង។ សេចក្តីជូនដំណឹងប្រចាំឆ្នាំអំពីការផ្លាស់ប្តូរ នេះជម្រាប ជូនអ្នកអំពីការ ផ្លាស់ប្តូរនិងកន្លែងស្វែងរកព័ត៌មានបន្ថែមអំពីពួកគេ។ ពាក្យគន្លឹះ និងនិយមន័យមានតាមលំដាប់អក្ខរក្រមក្នុងជំពូកចុងក្រោយនៃ សៀវភៅណែនាំសមាជិក។

## តារាងមាតិក

A. សេចក្តីប្រកាសបដិសេធ.....	1	D2. ការផ្លាស់ប្តូរចំពោះ ការធានារ៉ាប់រង លើឱសថតាមវេជ្ជ បញ្ជា.....	7
B. ការពិនិត្យការគ្របដណ្តប់របស់អ្នកពី Medicare និង Medi-Cal សម្រាប់ឆ្នាំបន្ទាប់ឡើងវិញ.....	2	D3. ដំណាក់កាលទី 1៖ “ដំណាក់កាលធានារ៉ាប់រងបឋម”...8	
B1. ធនធានបន្ថែម.....	3	D4. ដំណាក់កាលទី 2៖ “ដំណាក់ កាលរ៉ាប់រងលើគ្រោះមហន្តរាយ”.....	9
B2. ព័ត៌មានអំពីគម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan.....	4	E. ការផ្លាស់ប្តូរខាងរដ្ឋបាល.....	10
B3. ចំណុចសំខាន់ៗ ដែលត្រូវធ្វើ៖ .....	5	F. របៀបជ្រើសរើសគម្រោង .....	11
C. ការផ្លាស់ប្តូរចំពោះ អ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញ.6		F1. របៀបបន្តនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើង .....	11
D. ការផ្លាស់ប្តូរចំពោះអត្ថប្រយោជន៍ និងថ្លៃចំណាយសម្រាប់ ឆ្នាំក្រោយ .....	7	F2. របៀបផ្លាស់ប្តូរគម្រោង .....	10
D1. ការផ្លាស់ប្តូរចំពោះអត្ថប្រយោជន៍ និងថ្លៃចំណាយ លើសេវា វេជ្ជសាស្ត្រ .....	7	G. របៀបទទួលបានជំនួយ.....	13
		G1. ទទួលយកជំនួយពី Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan.....	13

**?** 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 សូមចូលមើល [www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect](http://www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect)

G2. ការទទួលបានជំនួយពី ឈ្មួញកណ្តាលអ្នក ចុះឈ្មោះរបស់  
រដ្ឋ ..... 13

G3. ការទទួលបានជំនួយពីកម្មវិធី  
Cal MediConnect Ombuds Program ..... 13

G4. ការទទួលបានជំនួយពីកម្មវិធី Health Insurance  
Counseling and Advocacy Program  
(HICAP) ..... 14

G5. ការទទួលបានជំនួយពី Medicare ..... 14

G6. ការទទួលបានជំនួយពី California Department  
of Managed Health Care ..... 14



**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** សូមចូលមើល [www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect](http://www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect)

# A. សេចក្តីប្រកាសបដិសេធ

- Blue Shield of California Promise Health Plan គឺជាគម្រោងសុខភាពដែលបានចុះកិច្ចសន្យាជាមួយ Medicare និង Medi-Cal ដើម្បីផ្តល់អត្ថប្រយោជន៍នៃកម្មវិធីទាំងពីរនេះដល់អ្នកចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោង។
- នេះមិនមែនជាបញ្ជីពេញលេញនោះទេ។ ព័ត៌មានស្តីអំពីអត្ថប្រយោជន៍គឺជាសេចក្តីសង្ខេបខ្លីៗ ហើយមិនមែនជាការសរសេររៀបរាប់ពេញលេញអំពីអត្ថប្រយោជន៍ផ្សេងៗនោះទេ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមទាក់ទងទៅគម្រោង ឬ អាន សៀវភៅណែនាំសមាជិក Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan ។
- គម្រោង Blue Shield of California Promise Health អនុវត្តតាមច្បាប់របស់រដ្ឋដែលមានជាធរមាន និងច្បាប់សិទ្ធិស៊ីវិលសហព័ន្ធ ហើយមិនធ្វើការរើសអើង មិនផ្តល់សេវា ឬ ក៏ប្រព្រឹត្តចំពោះពួកគេខុសពីអ្នកដទៃ ដោយសារតែមូលហេតុសញ្ជាតិ ពណ៌សម្បុរ ដើមកំណើតជាតិសាសន៍ អត្តសញ្ញាណក្រុមជនជាតិភាគតិច ស្ថានភាពវេជ្ជសាស្ត្រ ព័ត៌មានហ្សែន 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៖
  - អ្នកបកប្រែភាសាប្រកបដោយលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់
  - ព័ត៌មានដែលត្រូវបានសរសេរជាភាសាដទៃផ្សេងទៀត

ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការសេវាទាំងនេះ សូមទាក់ទងទៅកាន់អ្នកសម្របសម្រួលសិទ្ធិស៊ីវិល Blue Shield of California Promise Health Plan។

ប្រសិនបើអ្នកជឿថា Blue Shield of California Promise Health Plan ខកខានមិនបានផ្តល់សេវាកម្មទាំងនេះ ឬ បានរើសអើងតាមរូបភាពផ្សេងទៀតដោយសារមូលហេតុ ជាតិសាសន៍ ពណ៌សម្បុរ ជាតិដើមកំណើត អត្តសញ្ញាណក្រុមជនជាតិភាគតិច ស្ថានភាពវេជ្ជសាស្ត្រ ព័ត៌មានហ្សែន 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  
អ៊ីមែល៖ BSCPHPCivilRights@blueshieldca.com

**?** 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 សូមចូលមើល [www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect](http://www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect)

អ្នកអាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងសារទុក្ខផ្ទាល់ឬតាមប្រៃសណីយ៍ តាមទូរសារ ឬតាមអ៊ីមែល។ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយក្នុងការដាក់បណ្តឹងសារ ទុក្ខ អ្នកសម្របសម្រួលសិទ្ធិស៊ីវិលអាចរកបានដើម្បីជួយអ្នក។

អ្នកអាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងអំពីសិទ្ធិពលរដ្ឋទៅកាន់នាយកដ្ឋានបម្រើសេវាកម្មសុខភាព និងមនុស្សសាស្ត្រសហរដ្ឋអាមេរិក (U.S. Department of Health and Human Services) ជាសារអេឡិចត្រូនិច តាមរយៈការិយាល័យសិទ្ធិពលរដ្ឋ (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, 800-537-7697 (TDD)

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

## B. ការពិនិត្យការគ្របដណ្តប់របស់អ្នក ពី Medicare និង Medi-Cal សម្រាប់ឆ្នាំបន្ទាប់ ប្រឡើងវិញ

ជាការសំខាន់ត្រូវពិនិត្យលើការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកឥឡូវនេះ ដើម្បីធានាថាការធានារ៉ាប់រងនោះនៅតែបំពេញសេចក្តីត្រូវការរបស់អ្នកនៅឆ្នាំ ក្រោយ។ ប្រសិនបើវាមិនបំពេញតាមតម្រូវការរបស់អ្នកទេ អ្នកអាចចាកចេញពីគម្រោងបាន។ សូមមើលផ្នែក G2 សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។

ប្រសិនបើអ្នកជ្រើសរើសចាកចេញពី Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan នោះ សមាជិកភាពរបស់អ្នកនឹង បញ្ចប់នៅថ្ងៃចុងក្រោយនៃខែដែលអ្នកបានដាក់សំណើរបស់អ្នក។

ប្រសិនបើអ្នកចាកចេញពីគម្រោង អ្នកនៅតែស្ថិតក្នុងកម្មវិធី Medicare និង Medi-Cal ដដែលដរាបណាអ្នកនៅមានសិទ្ធិទទួលបាន។

- អ្នកនឹងត្រូវធ្វើការជ្រើសរើសនូវរបៀបទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ Medicare របស់អ្នក (សូមចូលទៅទំព័រ 90 ដើម្បីអានពីជម្រើសផ្សេងៗ របស់អ្នក)។
- អ្នកនឹងទទួលបាននូវអត្ថប្រយោជន៍ Medi-Cal តាមរយៈគម្រោងថែទាំសុខភាពដែលគ្រប់គ្រងដោយ Medi-Cal ដែលជាការជ្រើស រើសរបស់អ្នក (សូមទៅទំព័រ 12 ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែមទៀត)។

**?** 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 សូមចូលមើល [www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect](http://www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect)

## B1. ធនធានបន្ថែម

- **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 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 8시, 7 일 주일 오전 8시
- **Հայերեն (Armenian):** Ուշադրություն: Եթե խոսում եք հայերեն, ապա ձեզ անվճար կարող են տրամադրվել լեզվական օգնություններ: Չանզանհարկեք 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. با 1-855-905-3825 (TTY: 711) تماس بگیرید.
- **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):** لحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم (رقم هاتف الصم والبكم: 711) Cal-MediConnect 1-855-905-3825 (رقم هاتف الصم والبكم: 711).
- **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।



ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរស័ព្ទទៅកាន់ Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan តាមលេខ 1-855-905-3825 (TTY: 711) ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹកដល់ម៉ោង 8:00 ល្ងាច ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅមកលេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលមើល [www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect](http://www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect)

- ខ្មែរ (Cambodian/Khmer): ប្រយ័ត្ន៖ បើសិនជាអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតល្អល គឺអាចមានសំបាប់អ្នក។ 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).
- អ៊ីនឌី (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।
- ភាសាថៃ (Thai): เรียง: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร Cal-MediConnect 1-855-905-3825 (TTY:711).
- (Urdu): خبردار: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت میں دستیاب ہیں۔ کال کریں (TTY:711) 1-855-905-3825 Cal-MediConnect

អ្នកអាចទទួលបានសេចក្តីជូនដំណឹងអំពីការផ្លាស់ប្តូរប្រចាំឆ្នាំដោយឥតគិតថ្លៃជាទម្រង់ផ្សេងៗដូចជាអក្សរចោះពុម្ពធំៗ អក្សរសម្រាប់ជនពិការភ្នែក ឬជាសំឡេង។ ទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-855-905-3825 (TTY: 711), 8:00 ព្រឹកដល់ 8:00 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅមកលេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។

អ្នកអាចធ្វើការស្នើសុំសំណុំសារនេះជាភាសាផ្សេងក្រៅពីភាសាអង់គ្លេសឬជាទម្រង់ជំនួសសម្រាប់ពេលឥឡូវនេះនិងពេលអនាគត។ ដើម្បីធ្វើការស្នើសុំ សូមទំនាក់ទំនងមកកាន់ផ្នែកបម្រើសេវាអតិថិជន Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan។ ភាសានិងទម្រង់តាមចំណូលចិត្តរបស់អ្នកនឹងត្រូវបានរក្សាទុកក្នុងកំណត់ត្រាសម្រាប់ទំនាក់ទំនងនាពេលអនាគត។ ដើម្បីធ្វើបច្ចុប្បន្នភាព ព័ត៌មានផ្សេងៗចំពោះចំណូលចិត្តរបស់អ្នក សូមទាក់ទងមក Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan។

## B2. ព័ត៌មានអំពីគម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan

- Blue Shield of California Promise Health Plan គឺជាគម្រោងសុខភាពដែលបានចុះកិច្ចសន្យាជាមួយ Medicare និង Medi-Cal ដើម្បីផ្តល់អត្ថប្រយោជន៍នៃកម្មវិធីទាំងពីរនេះដល់អ្នកចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោង។
- ការគ្របដណ្តប់ក្រោម Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan គឺជាការធានារ៉ាប់រងដែលមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ដែលហៅថា "ចាំបាច់កម្រិតអប្បបរមា"។ វាបំពេញតាមតម្រូវការទំនួលខុសត្រូវរួមចំណែករបស់បុគ្គលក្រោម ច្បាប់ផ្តល់ការថែទាំសុខភាពក្នុងតម្លៃសមរម្យនិងការការពារអ្នកជំងឺ (Patient Protection and Affordable Care Act, ACA)។ ចូលមើលគេហទំព័រសេវាប្រាក់ចំណូលផ្ទៃក្នុង (Internal Revenue Service, IRS) តាមអាសយដ្ឋាន [www.irs.gov/affordable-care-act/individuals-and-families](http://www.irs.gov/affordable-care-act/individuals-and-families) សម្រាប់ព័ត៌មានស្តីអំពីតម្រូវការទំនួលខុសត្រូវរួម។
- Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan ត្រូវបានផ្តល់ជូនដោយ Blue Shield of California Promise Health Plan។ នៅពេលដែល សេចក្តីជូនដំណឹងប្រចាំឆ្នាំអំពីការផ្លាស់ប្តូរ នេះសរសេរថា "យើង" "ពួកយើង" ឬ "របស់យើង" ពាក្យនេះសំដៅលើ Blue Shield of California Promise Health Plan។ នៅពេលដែលវានិយាយថា "គម្រោង" ឬ "គម្រោងរបស់យើង" វាមានន័យថា Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan។

**?** ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរស័ព្ទទៅកាន់ Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan តាមលេខ 1-855-905-3825 (TTY: 711) ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹកដល់ម៉ោង 8:00 ល្ងាច ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅមកលេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលមើល [www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect](http://www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect)



### B3. ចំណុចសំខាន់ៗ ដែលត្រូវធ្វើ៖

- ពិនិត្យថា តើមានការផ្លាស់ប្តូរណាមួយចំពោះអត្ថប្រយោជន៍ និងថ្លៃចំណាយ របស់យើងដែលអាចប៉ះពាល់ដល់អ្នកឬយ៉ាងណា។
  - តើមានការផ្លាស់ប្តូរដែលប៉ះពាល់ដល់សេវា ដែលអ្នកប្រើប្រាស់ដែរឬទេ?
  - ជាការសំខាន់ក្នុងការត្រួតពិនិត្យលើការផ្លាស់ប្តូរនៃអត្ថប្រយោជន៍ និងថ្លៃចំណាយ ដើម្បីធានាឲ្យប្រាកដថា ការផ្លាស់ប្តូរទាំងនោះត្រូវនឹងរូបអ្នក នៅឆ្នាំក្រោយ។
  - ពិនិត្យមើលផ្នែក D1 ទាក់ទងនឹងព័ត៌មានបន្ថែមអំពីការផ្លាស់ប្តូរនៃអត្ថប្រយោជន៍ និងថ្លៃចំណាយចំពោះគម្រោងរបស់យើង។
- ពិនិត្យថា តើ មានការផ្លាស់ប្តូរចំពោះការធានារ៉ាប់រងលើឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាដែលអាចប៉ះពាល់ដល់អ្នកឬយ៉ាងណា។
  - តើឱសថ របស់អ្នកនឹងត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដែរឬទេ? តើពួកវាមានកម្រិតរួមចំណែកបង់ថ្លៃចំណាយខុសគ្នាដែរឬទេ? តើអ្នកអាចបន្តប្រើប្រាស់ឱសថស្ថានតែមួយដែរឬទេ?
  - ជាការសំខាន់ក្នុងការត្រួតពិនិត្យលើការផ្លាស់ប្តូរ ដើម្បីធានាឲ្យប្រាកដថា ការផ្លាស់ប្តូរទាំងនោះត្រូវនឹងរូបអ្នកនៅឆ្នាំក្រោយ។
  - រកមើលនៅក្នុងផ្នែក D2 សម្រាប់ព័ត៌មានអំពីការផ្លាស់ប្តូរការធានារ៉ាប់រងលើឱសថរបស់យើង។
  - តម្លៃឱសថរបស់អ្នកអាចនឹងកើនឡើងតាំងពីឆ្នាំទៅ។
    - » និយាយទៅកាន់វេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកអំពីជម្រើសឱសថតម្លៃទាបផ្សេងៗដែលអាចនឹងមានសម្រាប់អ្នក។ វាប្រហែលជាសន្សំសំចៃអ្នកពីការចំណាយចេញពីហោប៉ៅប្រចាំឆ្នាំពេញមួយឆ្នាំ។
    - » ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែមអំពីតម្លៃឱសថ សូមមើលនៅ [www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage](http://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage) (ចុចលើតំណ “ឆ្នាំងព័ត៌មាន” នៅចំណុចកំណត់ចំណាំទៅផ្នែកខាងក្រោមនៃទំព័រ។ ឆ្នាំងព័ត៌មានទាំងនេះគូសបញ្ជាក់រោងចក្រណា ដែលបាននិងកំពុងបង្កើនតម្លៃរបស់ពួកគេ និងបង្ហាញពីព័ត៌មានតម្លៃឱសថពីមួយឆ្នាំទៅមួយឆ្នាំផ្សេងទៀតផងដែរ។)
    - » ចាំក្នុងចិត្តថាអត្ថប្រយោជន៍គម្រោងរបស់អ្នកនឹងកំណត់យ៉ាងជាក់លាក់ពីតម្លៃចំណាយលើឱសថរបស់អ្នកដែលអាចនឹងផ្លាស់ប្តូរ។

#### D សូមពិនិត្យមើលថា តើ អ្នកផ្តល់សេវានិងឱសថស្ថានរបស់អ្នក នឹងស្ថិតក្នុងបណ្តាញរបស់យើងនៅឆ្នាំក្រោយឬយ៉ាងណា។

- តើ វេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នករួមទាំងអ្នកជំនាញដែលអ្នកជួបជាប្រចាំស្ថិតក្នុងបណ្តាញរបស់យើងដែរឬទេ? ចុះចំពោះឱសថស្ថានរបស់អ្នកវិញ? ចុះចំពោះមន្ទីរពេទ្យ ឬអ្នកផ្តល់សេវាដទៃទៀតដែលអ្នកប្រើប្រាស់?
- រកមើលនៅផ្នែក C សម្រាប់ព័ត៌មានអំពី *បញ្ជីរាយឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវានិងឱសថស្ថាន* របស់យើង។
- គិតអំពីថ្លៃចំណាយទាំងមូលរបស់អ្នកក្នុងគម្រោង។
  - តើអ្នកនឹងចំណាយចេញពីហោប៉ៅចំនួនប៉ុន្មានលើសេវានិងឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាដែលអ្នកប្រើប្រាស់ជាប្រចាំ?
  - តើថ្លៃចំណាយសរុបប្រៀបធៀបនឹងជម្រើសធានារ៉ាប់រងដទៃទៀតយ៉ាងដូចម្តេច?
- សូមគិតថា តើ អ្នកសប្បាយរីករាយនឹងគម្រោងរបស់យើងឬយ៉ាងណា។

**?** 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 សូមចូលមើល [www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect](http://www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect)

**ប្រសិនបើអ្នកសំរេចចិត្តចាប់បន្តនៅជាមួយ Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan:**

ប្រសិនបើអ្នកចង់នៅបន្តជាមួយនឹងយើងនៅឆ្នាំក្រោយ វាងាយស្រួលទេ គឺអ្នកមិនចាំបាច់ធ្វើអ្វីទេ។ ប្រសិនបើអ្នកមិនធ្វើការផ្លាស់ប្តូរ អ្នកនឹងបន្តចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងរបស់យើងដោយស្វ័យប្រវត្តិ។

**ប្រសិនបើលោកអ្នកសម្រេចចិត្តផ្លាស់ប្តូរគម្រោង:**

ប្រសិនបើអ្នកសម្រេចចិត្តយកការធានារ៉ាប់រងផ្សេងទៀតដែលវានឹងឆ្លើយតបបានប្រសើរជាង ទៅនឹងតម្រូវការរបស់អ្នក អ្នកប្រហែលជាអាចប្តូរគម្រោង (សូមមើលផ្នែក F2 សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម) ។ ប្រសិនបើអ្នកចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងថ្មី ការធានារ៉ាប់រងថ្មីនឹងចាប់គិតនៅថ្ងៃទីមួយនៃខែបន្ទាប់។ សូមមើលនៅក្នុងផ្នែក F ទំព័រ 11 ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពីជម្រើសរបស់អ្នក។

# C. ការផ្លាស់ប្តូរចំពោះអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញ

អ្នកផ្តល់សេវាកម្ម និងនិងបណ្តាញឱសថស្ថាន របស់យើងបានផ្លាស់ប្តូរសម្រាប់ឆ្នាំ 2021 ។

យើងសូមលើកទឹកចិត្តដល់អ្នកយ៉ាងខ្លាំង **ឱ្យពិនិត្យមើលឡើងវិញ** បញ្ជីរាយឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា និង ឱសថស្ថាន របស់យើង ដើម្បីមើលថាតើអ្នកផ្តល់សេវាឬឱសថស្ថាននៅតែមានក្នុងបណ្តាញរបស់យើងដែរឬទេ។ បញ្ជីឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថាន ដែលបានធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពគឺស្ថិតនៅលើវេបសាយរបស់យើងនៅ [www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect](http://www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect) អ្នកក៏អាចទូរសព្ទទៅផ្នែកបម្រើសេវាអតិថិជនតាមលេខ 1-855-905-3825 សម្រាប់ព័ត៌មានអ្នកផ្តល់សេវាថ្មី ឬ សុំឱ្យយើងផ្ញើបញ្ជីរាយឈ្មោះអ្នកផ្តល់និងឱសថស្ថានមកឱ្យអ្នក។

ជាការសំខាន់ ដែលអ្នកត្រូវដឹងថា យើងក៏អាចធ្វើការផ្លាស់ប្តូរចំពោះបណ្តាញរបស់យើងក្នុងអំឡុងឆ្នាំផងដែរ។ ប្រសិនបើអ្នកផ្តល់សេវាពិតជាចាកចេញពីគម្រោង អ្នកមានសិទ្ធិនិងកិច្ចការពារជាក់លាក់។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមអានជំពូក 3 ក្នុង សៀវភៅណែនាំសមាជិក របស់អ្នក។

**?** 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 សូមចូលមើល [www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect](http://www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect)

# D. ការផ្លាស់ប្តូរចំពោះអត្ថប្រយោជន៍ និងថ្លៃ ចំណាយសម្រាប់ឆ្នាំក្រោយ

## D1. ការផ្លាស់ប្តូរចំពោះអត្ថប្រយោជន៍ និងថ្លៃចំណាយ លើសេវាវេជ្ជសាស្ត្រ

យើងកំពុងតែផ្លាស់ប្តូរការរ៉ាប់រងរបស់យើងទៅលើសេវាកម្មវេជ្ជសាស្ត្រមួយចំនួន និងចំនួនដែលអ្នកបង់សម្រាប់សេវាកម្មវេជ្ជសាស្ត្រដែលមានរ៉ាប់រងទាំងនេះ នៅឆ្នាំក្រោយ។ តារាងខាងក្រោមនេះរៀបរាប់អំពីការផ្លាស់ប្តូរទាំងនេះ។

	2020 (ឆ្នាំនេះ)	2021 (ឆ្នាំក្រោយ)
<b>ការពិនិត្យរាងកាយប្រចាំឆ្នាំ</b>	ការពិនិត្យរាងកាយជាទម្លាប់ប្រចាំឆ្នាំគឺ <b>មិនមាន</b> ការគ្របដណ្តប់នោះទេ។	អ្នកបង់ប្រាក់រួមចំណែក \$0 ក្នុងការទៅជួបម្តង (ការគ្របដណ្តប់ត្រូវបានកំណត់រហូតដល់ទៅការពិនិត្យ 1 ដងរៀងរាល់ 12 ខែ) ។
<b>ការចែកចាយម្ហូបអាហារតាមផ្ទះ</b>	ការចែកចាយអាហារតាមផ្ទះគឺ <b>មិនមាន</b> ការគ្របដណ្តប់នោះទេ។	សម្រាប់បុគ្គលដែលចេញពីការព្យាបាលដោយមិនសម្រាកនៅមន្ទីរពេទ្យ ឬ ពីមណ្ឌលថែទាំជំនាញ អ្នកត្រូវបង់ប្រាក់រួមចំណែក \$0 សម្រាប់ការគ្របដណ្តប់លើការចែកចាយអាហារទៅតាមផ្ទះនីមួយៗ។ យើងគ្របដណ្តប់លើ៖ <ul style="list-style-type: none"> <li>• អាហារ 22 មុខនិងអាហារសម្រន់ 10 ដងក្នុងពេលចេញពីមន្ទីរពេទ្យម្តង</li> <li>• ការធានារ៉ាប់រងត្រូវបានកំណត់ត្រឹមភាពញឹកញាប់ពីរដងក្នុងមួយឆ្នាំ</li> <li>• អាហារនិងអាហារសម្រន់នឹងត្រូវបែងចែកជាការចែកចាយរហូតដល់ទៅបីដង ដាច់ដោយឡែកពីគ្នាតាមតម្រូវការ</li> </ul>

## D2. ការផ្លាស់ប្តូរចំពោះការធានារ៉ាប់រងលើឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជា

### ការផ្លាស់ប្តូរចំពោះបញ្ជីឱសថ

បញ្ជីឱសថដែលមានការរ៉ាប់រងក៏ត្រូវបានគេហៅថាជា “បញ្ជីឱសថ” ផងដែរ។

បញ្ជីឱសថដែលមានការរ៉ាប់រង ដែលបានធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពគឺស្ថិតនៅលើវេបសាយរបស់យើងនៅ [www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect](http://www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect) អ្នកក៏អាចទូរសព្ទមកកាន់ផ្នែកបម្រើសេវាអតិថិជនតាមរយៈលេខ 1-855-905-3825 TTY: 711 ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹកដល់ 8:00 យប់ បានប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ សម្រាប់ព័ត៌មានឱសថថ្មីៗ ឬ សុំឱ្យយើងធ្វើបញ្ជីឱសថដែលមានការរ៉ាប់រងទៅកាន់អ្នក។

យើងបានធ្វើការផ្លាស់ប្តូរចំពោះបញ្ជីឱសថរបស់យើង ដែលរួមទាំងការផ្លាស់ប្តូរចំពោះថ្នាំដែលយើងធានារ៉ាប់រង និងការផ្លាស់ប្តូរចំពោះការរឹតត្បិតលើការធានារ៉ាប់រងរបស់យើងចំពោះថ្នាំមួយចំនួន។

**?** 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 សូមចូលមើល [www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect](http://www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect)

សូមពិនិត្យបញ្ជីឱសថដើម្បីធានាឱ្យប្រាកដថាឱសថរបស់អ្នកនឹងត្រូវបានធានារ៉ាប់រងនៅក្រោយហើយដើម្បីមើលថាតើមានការរឹតត្បិត ឬយ៉ាងណា។

ប្រសិនបើអ្នករងផលប៉ះពាល់ដោយសារតែការផ្លាស់ប្តូរចំពោះការធានារ៉ាប់រងឱសថ យើងលើកទឹកចិត្តអ្នកឱ្យ៖

- ធ្វើការជាមួយនឹងវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក (ឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាដទៃទៀត) ដើម្បីស្វែងរកឱសថផ្សេងដែលយើងធានារ៉ាប់រង។
  - អ្នកអាចទូរសព្ទមកកាន់ផ្នែកបម្រើសេវាអតិថិជនតាមលេខ 1-855-905-3825 TTY: 711 ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹកដល់ 8:00 យប់ បានប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ សម្រាប់ព័ត៌មានឱសថថ្មី ឬ សុំឱ្យយើងផ្ញើបញ្ជីឱសថដែលមានការរ៉ាប់រងទៅកាន់អ្នក។
  - បញ្ជីនេះអាចជួយអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកឱ្យស្វែងរកឱសថដែលបានធានារ៉ាប់រង ដែលអាចមានប្រសិទ្ធភាពចំពោះអ្នក។
- សូមសហការជាមួយវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក (ឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាផ្សេងទៀត) ហើយស្នើសុំគម្រោងឱ្យធ្វើការលើកលែងដើម្បីគ្របដណ្តប់ ឱសថនោះ។
  - អ្នកអាចស្នើសុំការលើកលែងមុនឆ្នាំបន្ទាប់ ហើយយើងនឹងផ្តល់ចម្លើយដល់អ្នកក្នុងរយៈពេល 72 ម៉ោងបន្ទាប់ពីយើងទទួលបាន សំណើរបស់អ្នក (ឬសេចក្តីថ្លែងការណ៍គាំទ្រពីពេទ្យដែលចេញវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក)។
  - ដើម្បីស្វែងយល់អំពីអ្វី ដែលអ្នកត្រូវធ្វើដើម្បីសុំការលើកលែង សូមមើលជំពូកទី 9 សៀវភៅណែនាំសមាជិក ឆ្នាំ 2021 ឬទូរសព្ទមកផ្នែកបម្រើសេវាអតិថិជនតាមលេខ 1-855-905-3825 TTY: 711 ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹកដល់ម៉ោង 8:00 យប់ បានប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅមកលេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។
  - ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយក្នុងការស្នើសុំការលើកលែង អ្នកអាចទាក់ទងផ្នែកបម្រើសេវាអតិថិជន ឬអ្នកសម្របសម្រួលផ្នែកថែទាំ របស់អ្នក។ សូមមើលជំពូកទី 2 និងជំពូកទី 3 នៃ សៀវភៅណែនាំសមាជិក ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពីវិធីទាក់ទងទៅកាន់អ្នក សម្របសម្រួលផ្នែកថែទាំរបស់អ្នក។

**ការផ្លាស់ប្តូរចំពោះថ្លៃចំណាយទៅលើឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជា**

មានដំណាក់កាលបង់ប្រាក់ពីរសម្រាប់ការធានារ៉ាប់រងលើថ្លៃទិញឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកនៅក្រោម Medicare ផ្នែក D ក្រោមគម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan។ ថាតើអ្នកបង់ចំនួនប៉ុន្មាន អាស្រ័យលើដំណាក់កាលណាមួយរបស់អ្នក នៅពេល អ្នកទទួលបានថ្នាំតាមវេជ្ជបញ្ជា ឬទទួលបានថ្នាំតាមវេជ្ជបញ្ជាបន្ថែម។ មានពីរដំណាក់កាល៖

ដំណាក់កាលទី 1 ដំណាក់កាលធានារ៉ាប់រងបឋម	ដំណាក់កាលទី 2 ដំណាក់កាលធានារ៉ាប់រងចុងក្រោយ
ក្នុងអំឡុងដំណាក់កាលនេះ គម្រោងបង់ថ្លៃចំណាយមួយផ្នែក សម្រាប់ថ្នាំរបស់អ្នក ហើយអ្នកបង់ថ្លៃចំណាយដែលជាចំណែក របស់អ្នក។ ចំណែករបស់អ្នកត្រូវបានហៅថាការរួមបង់ថ្លៃ។ អ្នកចាប់ផ្តើមដំណាក់កាលនេះ នៅពេលអ្នកទទួលបានឱសថតាម វេជ្ជបញ្ជាដំបូង ក្នុងឆ្នាំធានារ៉ាប់រង។	ក្នុងអំឡុងដំណាក់កាលនេះ គម្រោងនឹងបង់ថ្លៃចំណាយទាំងអស់ នៃឱសថរបស់អ្នក រហូតដល់ថ្ងៃទី 31 ខែធ្នូ ឆ្នាំ 2021។ អ្នកចាប់ផ្តើមដំណាក់កាលនេះ នៅពេលអ្នកបានបង់ថ្លៃចំណាយ ចេញពីហោប៉ៅក្នុងចំនួនជាក់លាក់មួយ។

ដំណាក់កាលដំបូងនៃការធានារ៉ាប់រងត្រូវបញ្ចប់ នៅពេលដែលការចំណាយពីហោប៉ៅសរុបរបស់អ្នកសម្រាប់ឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាដល់ **\$6,550** ។ ត្រង់ចំនុចនេះ ដំណាក់កាលធានារ៉ាប់រងនៃការកើតមានគ្រោះមហន្តរាយចាប់ផ្តើម។ គម្រោងធានារ៉ាប់រងលើថ្លៃចំណាយឱសថទាំងអស់របស់ អ្នក ចាប់ពីពេលនោះរហូតដល់ដំណាច់ឆ្នាំ។ សូមមើលជំពូកទី 6 នៃ សៀវភៅណែនាំសមាជិក របស់អ្នកសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីចំនួនទឹកប្រាក់ដែលអ្នកត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជា។

**D3. ដំណាក់កាលទី 1៖ “ដំណាក់កាលធានារ៉ាប់រងបឋម”**

ក្នុងអំឡុងដំណាក់កាលធានារ៉ាប់រងបឋម គម្រោងនឹងបង់ចំណែកនៃថ្លៃចំណាយចំពោះឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកដែលបានធានារ៉ាប់រង ហើយអ្នកបង់ថ្លៃចំណាយដែលជាចំណែករបស់អ្នក។ ចំណែករបស់អ្នកត្រូវបានហៅថាការរួមបង់ថ្លៃ។ ការរួមបង់ថ្លៃអាស្រ័យលើថាតើឱសថ នោះស្ថិតនៅក្នុងជាន់លំដាប់នៃការបង់ថ្លៃចូលគ្នាបែបណានិងកន្លែងណាដែលអ្នកទទួលបានវា។ អ្នកនឹងបង់ តម្លៃរួមចំណែកពេលទៅពេទ្យម្តង ៗ រាល់ពេលដែលអ្នកទទួលបានឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជា។ ប្រសិនបើថ្នាំរបស់អ្នកដែលមានការធានារ៉ាប់រង មានតម្លៃតិចជាងតម្លៃបង់រួម អ្នកនឹងបង់ តម្លៃទាបនោះ។

**?** 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 សូមចូលមើល [www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect](http://www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect)

**យើងបានប្តូរឱសថមួយចំនួនក្នុងបញ្ជីឱសថទៅកម្រិតឱសថទាបបន្តិច។** ប្រសិនបើឱសថរបស់អ្នកប្តូរពីកម្រិតមួយទៅកម្រិតមួយទៀត នេះអាចប៉ះពាល់ដល់តម្លៃរួមចំណែករបស់អ្នក។ ដើម្បីពិនិត្យមើលថាតើ ឱសថរបស់អ្នកនឹងស្ថិតក្នុងកម្រិតឱសថផ្សេងឬយ៉ាងណា សូមពិនិត្យក្នុងបញ្ជីឱសថ។

តារាងខាងក្រោមបង្ហាញពីការចំណាយរបស់អ្នកសម្រាប់ឱសថក្នុងកម្រិតនីមួយៗនៃកម្រិតឱសថទាំង 4 របស់យើង។ ចំនួនទាំងនេះត្រូវគិតតែក្នុងអំឡុងរយៈពេលនៅពេលដែលអ្នកស្ថិតក្នុងដំណាក់កាលធានារ៉ាប់រងដំបូងប៉ុណ្ណោះ។

	2020 (ឆ្នាំនេះ)	2021 (ឆ្នាំក្រោយ)
<b>ឱសថក្នុងកម្រិតទី 1</b> <i>(ប្រភេទឱសថទូទៅ ដែលគម្រោងចង់បាន)</i> ថ្លៃចំណាយសម្រាប់ការផ្គត់ផ្គង់ឱសថក្នុងកម្រិតទី 1 ដែលទទួលបានពីឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញ សម្រាប់រយៈពេលមួយខែ	តម្លៃរួមចំណែករបស់អ្នកសម្រាប់ការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេលមួយខែ (30-ថ្ងៃ) គឺ <b>\$0 ក្នុងមួយវេជ្ជបញ្ជា ។</b>	តម្លៃរួមចំណែករបស់អ្នកសម្រាប់ការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេលមួយខែ (30-ថ្ងៃ) គឺ <b>\$0 ក្នុងមួយវេជ្ជបញ្ជា ។</b>
<b>ឱសថក្នុងកម្រិតទី 2</b> <i>(ឱសថប្រភេទទូទៅ)</i> ថ្លៃចំណាយសម្រាប់ការផ្គត់ផ្គង់ឱសថក្នុងកម្រិតទី 2 ដែលទទួលបានពីឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញ	តម្លៃរួមចំណែករបស់អ្នកសម្រាប់ការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេលមួយខែ (30-ថ្ងៃ) គឺ <b>\$0, \$1.30, ឬ \$3.60 ក្នុងមួយវេជ្ជបញ្ជា ។</b>	តម្លៃរួមចំណែករបស់អ្នកសម្រាប់ការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេលមួយខែ (30-ថ្ងៃ) គឺ <b>\$0, \$1.30, ឬ \$3.70 ក្នុងមួយវេជ្ជបញ្ជា ។</b>
<b>ឱសថក្នុងកម្រិតទី 3</b> <i>(ឱសថមានម៉ាកយីហោ)</i> ថ្លៃចំណាយសម្រាប់ការផ្គត់ផ្គង់ឱសថក្នុងកម្រិតទី 3 ដែលទទួលបានពីឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញ សម្រាប់រយៈពេលមួយខែ	តម្លៃរួមចំណែករបស់អ្នកសម្រាប់ការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេលមួយខែ (30-ថ្ងៃ) គឺ <b>\$0, \$3.90, ឬ \$8.95 ក្នុងមួយវេជ្ជបញ្ជា ។</b>	តម្លៃរួមចំណែករបស់អ្នកសម្រាប់ការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេលមួយខែ (30-ថ្ងៃ) គឺ <b>\$0, \$4.00, ឬ \$9.20 ក្នុងមួយវេជ្ជបញ្ជា ។</b>
<b>ឱសថក្នុងកម្រិតទី 4</b> <i>(Non-Medicare RX/ ឱសថមិនតម្រូវឱ្យមានវេជ្ជបញ្ជា (OTC))</i> ថ្លៃចំណាយសម្រាប់ការផ្គត់ផ្គង់ឱសថក្នុងកម្រិតទី 4 ដែលទទួលបានពីឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញសម្រាប់រយៈពេលមួយខែ	តម្លៃរួមចំណែករបស់អ្នកសម្រាប់ការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេលមួយខែ (30-ថ្ងៃ) គឺ <b>\$0 ក្នុងមួយវេជ្ជបញ្ជា ។</b>	តម្លៃរួមចំណែករបស់អ្នកសម្រាប់ការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេលមួយខែ (30-ថ្ងៃ) គឺ <b>\$0 ក្នុងមួយវេជ្ជបញ្ជា ។</b>

ដំណាក់កាលរ៉ាប់រងដំបូងបញ្ចប់នៅពេលថ្លៃចំណាយចេញពីហោប៉ៅសរុបរបស់អ្នកឈានដល់ចំនួន **\$6,550**។ ត្រង់ចំនុចនេះ ដំណាក់កាលធានារ៉ាប់រងនៃការកើតមានគ្រោះមហន្តរាយចាប់ផ្តើម។ គម្រោងធានារ៉ាប់រងលើថ្លៃចំណាយឱសថទាំងអស់របស់អ្នក ចាប់ពីពេលនោះរហូតដល់ដំណាច់ឆ្នាំ។ សូមមើលជំពូកទី 6 នៃ សៀវភៅដៃណែនាំសមាជិក របស់អ្នកសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីចំនួនទឹកប្រាក់ដែលអ្នកត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជា។

### D4. ដំណាក់កាលទី 2៖ “ដំណាក់កាលរ៉ាប់រងលើគ្រោះមហន្តរាយ”

នៅពេលអ្នកឈានដល់ការកម្រិត **\$6,550** ចេញពីហោប៉ៅរបស់អ្នកសម្រាប់ឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក ដំណាក់កាលធានារ៉ាប់រងនៃកម្រិតគ្រោះមហន្តរាយចាប់ផ្តើម។ អ្នកនឹងស្ថិតក្នុងដំណាក់កាលធានារ៉ាប់រងគ្រោះមហន្តរាយរហូតដល់ដំណាច់ឆ្នាំតាមប្រតិទិន។

**?** ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរស័ព្ទទៅកាន់ Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan តាមលេខ 1-855-905-3825 (TTY: 711) ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹកដល់ម៉ោង 8:00 ល្ងាច ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅមកលេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលមើល [www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect](http://www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect)

# E. ការផ្លាស់ប្តូរខាងរដ្ឋ បាល

ការពិពណ៌នា	2020 (ឆ្នាំនេះ)	2021 (ឆ្នាំក្រោយ)
ការផ្គត់ផ្គង់សម្រាប់ជំងឺទឹកនោមផ្អែម - ការផ្លាស់ប្តូរការដាក់កំណត់ចំពោះបរិមាណមូលជួសជុល និងបន្ទះធ្វើតេស្ត	អ្នកអាចទទួលបានបន្ទះធ្វើតេស្ត និងមូលជួសជុលចំនួន 100 រៀងរាល់ខែបើមានវេជ្ជបញ្ជា (អនុវត្តចំពោះទាំងសមាជិកដែលពឹងផ្អែកលើអាំងស៊ុយលីន និងសមាជិកដែលមិនពឹងផ្អែកលើអាំងស៊ុយលីន) ។	សមាជិកដែលពឹងផ្អែកលើអាំងស៊ុយលីន៖ អ្នកអាចទទួលបានបន្ទះធ្វើតេស្ត និងមូលជួសជុលចំនួន 100 រៀងរាល់ខែបើមានវេជ្ជបញ្ជា។  សមាជិកដែលមិនពឹងផ្អែកលើអាំងស៊ុយលីន៖ អ្នកអាចទទួលបានបន្ទះធ្វើតេស្ត និងមូលជួសជុលចំនួន 100 រៀងរាល់ 3 ខែម្តង បើមានវេជ្ជបញ្ជា
ឈ្មោះសេវាសមាជិក	សេវាសមាជិក	ផ្នែកបម្រើសេវាអតិថិជន
បញ្ជូនការទាមទារ Rx	Blue Shield of California Promise Health Plan c/o DST Pharmacy Solutions P.O. Box 419019, Dept. 351 Kansas City, MO 64141	Blue Shield of California P.O. Box 52066 Phoenix, AZ 85072-2066
កម្រិតទី 1៖ ឱសថដែលគម្រោងចង់បាន៖ លក់រាយ - ឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញ និងការផ្គត់ផ្គង់ពីឱសថស្ថានដែលមានសេវាបញ្ជាទិញតាមប្រៃសណីយ៍ក្នុងបណ្តាញ	អ្នកអាចទទួលបានរហូតដល់ការផ្គត់ផ្គង់ឱសថ 90 ថ្ងៃនៅកម្រិត 1 ក្រោមការគ្របដណ្តប់ នៅឱសថស្ថានចែករំលែកថ្លៃចំណាយលើការទិញរាយនៅក្នុងបណ្តាញ ឬ តាមឱសថស្ថានបម្រើសេវាទិញតាមប្រៃសណីយ៍ក្នុងបណ្តាញ។	អ្នកអាចទទួលបានរហូតដល់ការផ្គត់ផ្គង់ឱសថ 100 ថ្ងៃនៅកម្រិត 1 ក្រោមការគ្របដណ្តប់ នៅឱសថស្ថានចែករំលែកថ្លៃចំណាយលើការទិញរាយនៅក្នុងបណ្តាញ ឬ តាមឱសថស្ថានបម្រើសេវាទិញតាមប្រៃសណីយ៍ក្នុងបណ្តាញ។

# F. របៀបជ្រើសរើសគម្រោង

## F1. របៀបបន្តនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើង

យើងសង្ឃឹមថានឹងបន្តរក្សាអ្នកជាសមាជិករបស់យើងនៅឆ្នាំក្រោយ។

អ្នកអាចបន្តនៅក្នុងគម្រោងដោយមិនចាំបាច់ធ្វើអ្វីទាំងអស់។ ប្រសិនបើអ្នកមិនបានចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោង Cal MediConnect ផ្សេង ផ្លាស់ប្តូរទៅរកគម្រោង Medicare Advantage ឬផ្លាស់ប្តូរទៅរកគម្រោង Original Medicare អ្នកនឹងបន្តចុះឈ្មោះជាសមាជិកក្នុងគម្រោងរបស់យើងដោយស្វ័យប្រវត្តិសម្រាប់ឆ្នាំ 2021 ។

**?** 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 សូមចូលមើល [www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect](http://www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect)

## F2. របៀបផ្លាស់ប្តូរគម្រោង

អ្នកអាចបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់អ្នកនៅពេលណាមួយក្នុងឆ្នាំ ដោយចុះឈ្មោះចូលក្នុងគម្រោង Medicare Advantage Plan មួយផ្សេងទៀត ដោយចុះឈ្មោះចូលក្នុងគម្រោង Cal MediConnect Plan ផ្សេងទៀត ឬផ្លាស់ប្តូរទៅ Original Medicare។

### តើអ្នកនឹងទទួលបានសេវា Medicare ដោយរបៀបណា

អ្នកនឹងមានជម្រើសបី ដើម្បីទទួលបានសេវា Medicare របស់អ្នក។ ដោយការវិសយកជម្រើសមួយក្នុងចំណោមជម្រើសទាំងនេះ លោកអ្នកនឹងបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់លោកអ្នកដោយស្វ័យប្រវត្តិក្នុងគម្រោង Cal MediConnect របស់យើង។

<p><b>1. អ្នកអាច ប្តូរទៅ៖</b>  <b>គម្រោងធានារ៉ាប់រងការថែទាំសុខភាព Medicare (ដូចជាគម្រោង Medicare Advantage Plan) ឬ កម្មវិធីថែទាំរួមបញ្ចូលគ្រប់យ៉ាងសម្រាប់មនុស្សចាស់ (PACE) ប្រសិនបើអ្នកបំពេញបានគ្រប់លក្ខខណ្ឌតម្រូវនិងរស់នៅក្នុងតំបន់សេវា ទាំងនោះ។</b></p>	<p><b>នេះគឺជាអ្វីដែលត្រូវធ្វើ៖</b>          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៖</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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 <a href="http://www.aging.ca.gov/HICAP/">www.aging.ca.gov/HICAP/</a> ។</li> </ul> <p>អ្នកនឹងត្រូវបានដកចេញដោយស្វ័យប្រវត្តិពី Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan នៅពេលគម្រោងថ្មីរបស់អ្នកចាប់ផ្តើម។</p>
---	---

<p><b>2. អ្នកអាច ប្តូរទៅ៖</b>  <b>Original Medicare ដែលមានគម្រោងថ្នាំវេជ្ជបញ្ជា Medicare ដោយឡែក</b></p>	<p><b>នេះគឺជាអ្វីដែលត្រូវធ្វើ៖</b>          សូមទូរសព្ទទៅកាន់ Medicare តាមរយៈលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY អាចទូរសព្ទទៅកាន់លេខ 1-877-486-2048។          ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយ ឬព័ត៌មានបន្ថែម៖</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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 <a href="http://www.aging.ca.gov/HICAP/">www.aging.ca.gov/HICAP/</a> ។</li> </ul> <p>អ្នកនឹងត្រូវបានដកចេញដោយស្វ័យប្រវត្តិពី Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan នៅពេលការធានារ៉ាប់រងពី Original Medicare របស់អ្នកចាប់ផ្តើម។</p>
---	---

**?** 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 សូមចូលមើល [www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect](http://www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect)

**3. អ្នកអាច ប្តូរទៅ៖**

**Original Medicare ដោយគ្មានគម្រោងឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជា Medicare ដោយឡែក**

សម្គាល់៖ប្រសិនបើអ្នកប្តូរទៅគម្រោង Original Medicare ហើយមិនចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជា Medicare ដោយឡែក នោះ Medicare អាចចុះឈ្មោះអ្នកក្នុងគម្រោងឱសថមួយលើកលែងតែអ្នកប្រាប់ Medicare ថា អ្នកមិនចង់ចូលរួម។

អ្នកគួរបោះចោលការធានារ៉ាប់រងឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជា តែក្នុងករណីបើអ្នកទទួលបានការធានារ៉ាប់រងឱសថពីនិយោជកសហជីព ឬប្រភពដទៃទៀត។ ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរអំពីថាតើអ្នកត្រូវការការរ៉ាប់រងលើឱសថឬអត់ សូមទូរសព្ទទៅកាន់កម្មវិធី California Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) តាមរយៈលេខ 1-800-434-0222 ពីថ្ងៃចន្ទរហូតដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹកដល់ម៉ោង 5:00 ល្ងាច។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមឬដើម្បីស្វែងរកការិយាល័យ HICAP ប្រចាំតំបន់របស់អ្នក សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ [www.aging.ca.gov/HICAP/](http://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/](http://www.aging.ca.gov/HICAP/)

អ្នកនឹងត្រូវបានដកចេញដោយស្វ័យប្រវត្តិពី Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan នៅពេលការធានារ៉ាប់រងពី Original Medicare របស់អ្នកចាប់ផ្តើម។

**តើអ្នកនឹងទទួលបានសេវា Medi-Cal ដោយរបៀបណា**

បើអ្នកចាកចេញពីគម្រោង Cal MediConnect របស់យើងខ្ញុំ អ្នកនឹងបន្តទទួលបានសេវា Medi-Cal របស់អ្នកតាមរយៈតាមរយៈ Blue Shield of California Promise Health Plan លុះត្រាតែអ្នកជ្រើសរើសគម្រោងផ្សេងមួយសម្រាប់សេវា Medi-Cal របស់អ្នក។ សេវា Medi-Cal របស់អ្នករួមមានសេវាធានា និង ជំនួយឧបត្ថម្ភរយៈពេលវែង និងតំហែទាំសុខភាពផ្លូវចិត្ត។

នៅពេលអ្នកសុំបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់លោកអ្នកក្នុងគម្រោង Cal MediConnect របស់យើង លោកអ្នកនឹងត្រូវតែអនុញ្ញាតឱ្យ Health Care Options ដឹងគម្រោងថែទាំក្រោមការគ្រប់គ្រងរបស់ Medi-Cal ដែលអ្នកចង់ចូលរួម។ លោកអ្នកអាចទូរសព្ទទៅ Health Care Options តាមរយៈលេខ 1-844-580-7272 ចាប់ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 6:00 ល្ងាច។ អ្នកប្រើ TTY គួរទូរសព្ទមកលេខ 1-800-430-7077។

**?** 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 សូមចូលមើល [www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect](http://www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect)



# G. របៀបទទួលបានជំនួយ

## G1. ទទួលបានជំនួយពី Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan

សំណួរ? យើងនៅទីនេះដើម្បីជួយជំនួយ។ សូមទូរសព្ទទៅផ្នែកបម្រើសេវាអតិថិជនតាមលេខ 1-855-905-3825 (TTY 711)។ យើងនឹងនៅរង់ចាំឆ្លើយទូរសព្ទរបស់អ្នកចាប់ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹកដល់ម៉ោង 8:00 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទមកលេខទាំងនេះ គឺឥតគិតថ្លៃទេ។

### សូមអាន សៀវភៅណែនាំសមាជិក ឆ្នាំ 2021 របស់អ្នក

សៀវភៅណែនាំសមាជិកឆ្នាំ 2021 គឺជាឯកសារផ្លូវច្បាប់ដែលពិពណ៌នាលម្អិតអំពីអត្ថប្រយោជន៍នៃគម្រោងរបស់អ្នក។ សៀវភៅនេះមានសេចក្តីលម្អិតអំពីអត្ថប្រយោជន៍ និងថ្លៃចំណាយនៅឆ្នាំក្រោយ។ សៀវភៅនេះពន្យល់អំពីសិទ្ធិ និងធានាដែលអ្នកត្រូវអនុវត្តតាម ដើម្បីទទួលបានសេវា និងឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជា ដែលមានការធានារ៉ាប់រង។

សៀវភៅណែនាំសមាជិកឆ្នាំ 2021 នឹងមានឱ្យប្រើនៅត្រឹមថ្ងៃទី 15 ខែតុលា។ ច្បាប់ចម្លងនៃ សៀវភៅណែនាំសមាជិកឆ្នាំ 2021 ដែលបានធ្វើបច្ចុប្បន្នភាព តែងតែមាននៅលើវេបសាយរបស់យើងគឺនៅ [www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect](http://www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect) អ្នកក៏អាចទូរសព្ទទៅផ្នែកបម្រើសេវាអតិថិជនតាមលេខ 1-855-905-3825 ដើម្បីស្នើសុំឱ្យយើងធ្វើ សៀវភៅណែនាំសមាជិក ឆ្នាំ2021 ទៅកាន់អ្នក។

### គេហទំព័ររបស់យើង

អ្នកក៏អាចចូលទៅវេបសាយរបស់យើងគឺ [www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect](http://www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect)។ ជាការរំលឹក វេបសាយរបស់យើងមានព័ត៌មានថ្មីបំផុតអំពីបណ្តាញអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថាន (បញ្ជីវាយឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថាន) និងបញ្ជីឱសថរបស់យើង (បញ្ជីឱសថដែលមានការរ៉ាប់រង)។

## G2. ទទួលបានជំនួយពីអន្តរការីចុះឈ្មោះរបស់រដ្ឋ

អន្តរការីចុះឈ្មោះរបស់រដ្ឋឈ្មោះ Health Care Options អាចជួយអ្នកចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងសុខភាព Cal MediConnect ។ ពួកគេក៏អាចជួយអ្នកលុបឈ្មោះខ្លួនចេញពីគម្រោង Cal MediConnect Plan ផងដែរ។ អ្នកអាចទូរសព្ទទៅ Health Care Options តាមរយៈលេខ 1-844-580-7272 ចាប់ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 6:00 ល្ងាច។ អ្នកប្រើ TTY គួរទូរសព្ទមកលេខ 1-800-430-7077។

## G3. ការទទួលបានជំនួយពីកម្មវិធី Cal MediConnect Ombuds Program

កម្មវិធី Cal MediConnect Ombuds Program អាចជួយអ្នកបានប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហាជាមួយនឹងគម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan។ សេវាកម្មនៃការិយាល័យគាំពារផ្នែកច្បាប់ ombudsman គឺឥតមានគិតថ្លៃទេ។ Cal MediConnect Ombuds Program៖

- ធ្វើជាអ្នកតស៊ូសិទ្ធិសម្រាប់អ្នក។ ពួកគេអាចឆ្លើយសំណួរនានាប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហាឬពាក្យបណ្តឹងហើយអាចជួយអ្នកឱ្យយល់ពីអ្វីដែលត្រូវធ្វើ។
- ត្រូវប្រាកដថាអ្នកមានព័ត៌មានពាក់ព័ន្ធនឹងសិទ្ធិនិងការការពាររបស់អ្នកនិងរបៀបដែលអ្នកអាចស្នើសុំដំណោះស្រាយចំពោះការបារម្ភដែលអ្នកមាន។
- ពុំមានទំនាក់ទំនងជាមួយយើងខ្ញុំ ឬជាមួយក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រង ឬគម្រោងសុខភាពណាមួយឡើយ។ លេខទូរសព្ទសម្រាប់ទំនាក់ទំនងកម្មវិធីការពារក្តីឱ្យប្រជាពលរដ្ឋ Cal MediConnect Ombuds Program គឺ 1-855-501-3077។

**?** 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 សូមចូលមើល [www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect](http://www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect)

## G4. ការទទួលបានជំនួយពីកម្មវិធី Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP)

អ្នកក៏អាចទទួលបានជំនួយពីកម្មវិធី State Health Insurance Assistance Program (SHIP)។ SHIP ត្រូវបានគេហៅថាកម្មវិធីផ្តល់ប្រឹក្សា និងការគាំទ្រការធានារ៉ាប់រង ផ្នែកសុខភាព (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP) នៅក្នុង California។ អ្នកប្រឹក្សារបស់ HICAP អាចជួយអ្នកយល់ពីជម្រើសផ្សេងៗនៃគម្រោង Cal MediConnect Plan ហើយឆ្លើយសំណួរផ្សេងៗអំពីការប្តូរគម្រោង។ HICAP ពុំមានទំនាក់ទំនងជាមួយយើងខ្ញុំឬជាមួយក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រង ឬគម្រោងសុខភាពណាមួយឡើយ។ HICAP បានបណ្តុះបណ្តាលអ្នកប្រឹក្សានៅក្នុងគ្រប់ខោនធីទាំងអស់ ហើយសេវាកម្មគឺពុំគិតថ្លៃទេ។ លេខទូរសព្ទ HICAP គឺ 1-800-434-0222។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមឬដើម្បីស្វែងរកការិយាល័យ HICAP ប្រចាំតំបន់របស់អ្នក សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ [www.aging.ca.gov/HICAP/](http://www.aging.ca.gov/HICAP/)

## G5. ការទទួលបានជំនួយពី Medicare

ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានដោយផ្ទាល់ពី Medicare អ្នកអាចទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) បាន 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY អាចទូរសព្ទទៅកាន់លេខ 1-877-486-2048។

### វេបសាយរបស់ Medicare

អ្នកអាចចូលទៅវេបសាយ ([www.medicare.gov](http://www.medicare.gov))។ ប្រសិនបើអ្នកជ្រើសរើសលុបឈ្មោះចេញពីគម្រោង Cal MediConnect ហើយចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោង Medicare Advantage មួយ នោះវេបសាយ Medicare មានព័ត៌មានអំពីថ្លៃចំណាយ ការធានារ៉ាប់រង និងចំណាត់ថ្នាក់គុណភាព ដើម្បីជួយអ្នកប្រៀបធៀបគម្រោង Medicare Advantage ផ្សេងៗ។

អ្នកអាចរកបានព័ត៌មានពីគម្រោង Medicare Plan ផ្សេងៗ ដែលមានក្នុងតំបន់របស់អ្នក ដោយប្រើប្រាស់ Medicare Plan Finder នៅលើវេបសាយ Medicare។ (ដើម្បីមើលព័ត៌មានអំពីគម្រោង សូមចូលទៅកាន់ [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov) ហើយចុចលើ "Find plans"។)

### Medicare & អ្នក 2021

អ្នកអាចអានសៀវភៅណែនាំ Medicare & អ្នក 2021 ។ រៀងរាល់ឆ្នាំ ក្នុងរដូវស្លឹកឈើជ្រុះ សៀវភៅណែនាំនេះ ត្រូវបានផ្ញើតាមប្រៃសណីយ៍ទៅអ្នកដែលមានគម្រោង Medicare។ សៀវភៅមានសេចក្តីសង្ខេបអំពីអត្ថប្រយោជន៍ Medicare សិទ្ធិ និងកិច្ចការពារ និងចម្លើយចំពោះសំណួរដែលគេសួរញឹកញាប់អំពី Medicare។

ប្រសិនបើអ្នកមិនមានច្បាប់ចម្លងនៃសៀវភៅណែនាំនេះ អ្នកអាចយកពីគេហទំព័ររបស់ Medicare ([www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)) ឬដោយទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) បាន 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY អាចទូរសព្ទទៅកាន់លេខ 1-877-486-2048។

## G6. ទទួលបានជំនួយពីក្រសួង California Department of Managed Health Care

ក្រសួង California Department of Managed Health Care ទទួលខុសត្រូវចំពោះការធ្វើនិយ័តកម្មគម្រោងធានារ៉ាប់រងសេវាកម្មថែទាំសុខភាព។ ប្រសិនបើអ្នកមានបណ្តឹងសារទុក្ខអំពីគម្រោងថែទាំសុខភាពរបស់អ្នកជាដំបូងអ្នកគួរតែទូរសព្ទទៅកាន់គម្រោងថែទាំសុខភាពរបស់អ្នកសិនតាមរយៈលេខ 1-855-905-3825 ហើយប្រើដំណើរការបណ្តឹងសារទុក្ខនៃគម្រោងសុខភាពរបស់អ្នកមុននឹងទាក់ទងទៅក្រសួង។ **ការប្រើដំណើរការបណ្តឹងសារទុក្ខនេះមិនបានរារាំងទប់ស្កាត់សិទ្ធិផ្លូវច្បាប់ឬដំណោះស្រាយកែតម្រូវជាសក្តានុពលដែលអាចនឹងមានសម្រាប់រូបអ្នកនោះឡើយ។**

ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយចំពោះបណ្តឹងដែលពាក់ព័ន្ធនឹងស្ថានភាពបន្ទាន់ បណ្តឹងដែលមិនបានដោះស្រាយតាមការពេញចិត្តដោយគម្រោងសុខភាពរបស់អ្នក ឬបណ្តឹងដែលនៅមិនទាន់បានដោះស្រាយលើសពី 30 ថ្ងៃនោះ អ្នកអាចទូរសព្ទមកក្រសួងបានដើម្បីទទួលបានជំនួយ។ សម្រាប់បញ្ហាបន្ទាន់ អ្នកអាចទូរសព្ទមកនាយកដ្ឋានសិនដោយមិនបាច់ដាក់បណ្តឹងសារទុក្ខជាមួយនឹងគម្រោងសុខភាពរបស់អ្នក។

**?** 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 សូមចូលមើល [www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect](http://www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect)

អ្នកក៏អាចនឹងមានសិទ្ធិសាកសមទទួលបានការត្រួតពិនិត្យសុខភាពវេជ្ជសាស្ត្រឯករាជ្យ (IMR) ផងដែរ។ ប្រសិនបើអ្នកមានសិទ្ធិសាកសមទទួលបាន IMR ដំណើរការ IMR នោះនឹងផ្តល់ការត្រួតពិនិត្យសុខភាពឡើងវិញដោយឥតលម្អៀងលើសេចក្តីសម្រេចវេជ្ជសាស្ត្រដែលធ្វើឡើងដោយគម្រោងធានារ៉ាប់រងសុខភាព ទាក់ទងនឹងភាពចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រនៃសេវាកម្ម ឬការព្យាបាលដែលបានស្នើឡើងសេចក្តីសម្រេចខាងធានារ៉ាប់រងសម្រាប់ការព្យាបាលដែលជាប្រភេទការដកពិសោធន៍ ឬការស៊ើបអង្កេតនិងវិវាទក្នុងរឿងទូទាត់ប្រាក់សម្រាប់សេវាកម្មវេជ្ជសាស្ត្រសង្គ្រោះបន្ទាន់ ឬភាពបន្ទាន់។

ក្រសួងក៏មានលេខទូរសព្ទឥតគិតថ្លៃផងដែរគឺ (1-888-466-2219) និងខ្សែទូរសព្ទ TTY (1-877-688-9891) សម្រាប់អ្នកច្រង់និងគ។ វេបសាយរបស់ក្រសួង [www.dmhc.ca.gov](http://www.dmhc.ca.gov) មានទម្រង់បែបបទពាក្យបណ្តឹង ទម្រង់ពាក្យសុំ IMR និងសេចក្តីណែនាំតាមអនឡាញ។

---

**?** 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 សូមចូលមើល [www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect](http://www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect)



Blue Shield of California Promise Health Plan  
601 Potrero Grande Dr., Monterey Park, CA 91755

[blueshieldca.com/promise/calmediconnect](https://blueshieldca.com/promise/calmediconnect)