

<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។ សូមរក្សាលិខិតនេះទុកសម្រាប់ជាកម្លាំងនៃការធានារ៉ាប់រងរបស់លោកអ្នក។

<Name>៖

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

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

ការធានារ៉ាប់រងថ្មីរបស់លោកអ្នករួមមាន៖

- អត្ថប្រយោជន៍ Medicare របស់លោកអ្នក ដែលរួមមានឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាផងដែរ។
- អត្ថប្រយោជន៍ Medi-Cal របស់លោកអ្នក ដែលរួមមានសេវាកម្ម និងជំនួយយូរអង្វែង (LTSS) ដែលជួយឱ្យលោកអ្នកបំពេញបានតាមតម្រូវការថែទាំសុខភាពផ្ទាល់ខ្លួនដែលកំពុងកើតមាន។ LTSS រួមមានសេវាកម្មមនុស្សជំនាញសហគមន៍ (CBAS, Community-Based Adult Services) ដែលជាសេវាកម្មដែលអាចជួយឱ្យលោកអ្នកស្នាក់នៅក្នុងផ្ទះរបស់លោកអ្នកឱ្យបានយូរតាមដែលអាចធ្វើបាន។ វាក៏រួមមានការថែទាំនៅមន្ទីរថែទាំជំនាញ ប្រសិនបើលោកអ្នកត្រូវការវា។
- ការជ្រើសរើសគ្រូពេទ្យនិងអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពផ្សេងទៀតរបស់លោកអ្នកដែលស្ថិតនៅក្នុងបណ្តាញរបស់យើង ដែលធ្វើការរួមគ្នាដើម្បីផ្តល់ជូនលោកអ្នកនូវការថែទាំដែលលោកអ្នកត្រូវការ។
- អត្ថប្រយោជន៍ និង សេវាកម្មបន្ថែមដូចជាការថែទាំភ្នែក សេវាកម្មដឹកជញ្ជូន និង អ្នកណែនាំផ្លូវសម្រាប់ការថែទាំសុខភាពមួយរូប និង សេវាកម្មដែលមានការធានារ៉ាប់រងផ្សេងទៀតដូចជាឧបករណ៍ជំនួយការស្តាប់ សមាជិកភាពក្តីបសុខភាព និង ថ្នាក់រៀនដើម្បីទទួលបានរូបរាងសមសួនប្រាក់ឧបត្ថម្ភសម្រាប់ឱសថគ្មានវេជ្ជបញ្ជា ការធានារ៉ាប់រងគ្រាអាសន្ននៅទូទាំងពិភពលោក និងមានជាច្រើនទៀត។
- ឧបករណ៍ពេទ្យប្រើបានយូរ ដូចជាឈើឆ្កាប រទេះច្រក់ និង រទេះរុញ។

H0148_22_150_KH_C_Approved08092021

blueshieldca.com/promise

601 Potrero Grande Drive | Monterey Park, CA 91755

លិខិតនេះគឺជាភស្តុតាងនៃការធានារ៉ាប់រងថ្មីរបស់លោកអ្នក។ សូមយកលិខិតនេះតាមខ្លួនលោកអ្នកទៅកាន់ឱសថស្ថាន ឬ មកកាន់ ការិយាល័យនេះ រហូតដល់លោកអ្នកទទួលបានប័ណ្ណសម្គាល់សមាជិករបស់លោកអ្នកពីយើង។

ប្រសិនបើលោកអ្នកមានសំណួរ សូមហៅទូរសព្ទទៅកាន់ផ្នែកថែទាំអតិថិជនរបស់គម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan តាមរយៈលេខ (855) 905-3825 (TTY: 711) ពីម៉ោង 8 ព្រឹកដល់ ម៉ោង 8 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។

តើមានអ្វីកើតឡើងនៅពេលបន្ទាប់មកទៀត?

លោកអ្នកអាចចាប់ផ្តើមប្រើប្រាស់អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពបឋម និង ឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញរបស់គម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan សម្រាប់គ្រប់សេវាកម្មថែទាំសុខភាព និង គ្រប់ឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាទាំងអស់របស់លោកអ្នកចាប់តាំងពី **<effective date>**។

ប្រសិនបើលោកអ្នកត្រូវការការថែទាំក្នុងគ្រាអាសន្ន ឬ ការថែទាំដែលចាំបាច់ភ្លាមៗ ឬ សេវាកម្មលាងឈាមនៅក្រៅគំបន់សេវាកម្ម

លោកអ្នកអាចប្រើប្រាស់អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពនៅក្រៅបណ្តាញរបស់គម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan បាន។

ដើម្បីជួយដល់ការផ្លាស់ប្តូរទៅកាន់គម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan លោកអ្នកអាចបន្តជួបគ្រូពេទ្យរបស់លោកអ្នកបច្ចុប្បន្នសម្រាប់រយៈពេលរហូតដល់ដប់ពីរ (12) ខែ ចាប់តាំងពីថ្ងៃចុះឈ្មោះចូលរួមបានសម្រេចរបស់លោកអ្នកនៅក្នុងគម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan។ សូមទាក់ទងផ្នែកថែទាំអតិថិជនរបស់គម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan តាមរយៈលេខ (855) 905-3825 (TTY: 711) ពីម៉ោង 8 ព្រឹកដល់ ម៉ោង 8 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានអំពីរបៀបផ្លាស់ប្តូរនេះ។

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

សម្ភារៈសម្រាប់សមាជិកថ្មីរួមមាន៖

- ការណែនាំសម្រាប់ការទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែមអំពីឱសថនៅក្នុង *បញ្ជីឱសថដែលមានការធានារ៉ាប់រង*
- ការណែនាំសម្រាប់ការទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែមអំពីអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាព និងឱសថស្ថាននៅក្នុងបណ្តាញរបស់យើង
- សៀវភៅណែនាំសមាជិក (ភស្តុតាងនៃការធានារ៉ាប់រង)

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

ច្បាប់ចម្លងនៃសៀវភៅណែនាំសមាជិកដែលបានធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពថ្មីបំផុត (ភស្តុតាងនៃការធានារ៉ាប់រង) គឺមានជានិច្ចនៅក្នុងគេហទំព័ររបស់យើងដែលមានអាសយដ្ឋាន

www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect។

លោកអ្នកក៏អាចហៅទូរសព្ទទៅកាន់ផ្នែកថែទាំអតិថិជនតាមរយៈលេខ (855) 905-3825 ដើម្បីស្នើសុំឱ្យយើងផ្ញើសៀវភៅណែនាំសមាជិកតាមប្រៃសណីយ៍ជូនលោកអ្នកបានផងដែរ។

តើខ្ញុំនឹងត្រូវបង់ថ្លៃប៉ុន្មានសម្រាប់គម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan?

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

តើខ្ញុំត្រូវបង់ថ្លៃប៉ុន្មានសម្រាប់ឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជា?

ពេលដែលលោកអ្នកទៅទទួលយកឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជានៅឱសថស្ថានក្នុង បណ្តាញណាមួយ អ្នកនឹងបង់ប្រាក់មិនលើសពី **\$3.95** រៀងរាល់ពេល ដែលលោកអ្នកទៅទទួលយកឱសថដែលមិនមានម៉ាកយីហោ

ដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយគម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan និងបង់ប្រាក់មិនលើសពី **\$9.85** រៀងរាល់ពេល ដែលលោកអ្នកទៅទទួលយកឱសថដែលមានម៉ាកយីហោ ដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយគម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan។

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

តើខ្ញុំអាចជ្រើសរើសអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពបឋមបានដោយរបៀបណា?

ដើម្បីជ្រើសរើសអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពបឋម (PCP) លោកអ្នកអាចមើលសៀវភៅបញ្ជីរាយឈ្មោះឱសថស្ថាន និងអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពរបស់គម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan ដែលមាននៅក្នុងគេហទំព័ររបស់យើងដែលមានអាសយដ្ឋាន

www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect ឬ ហៅទូរសព្ទទៅកាន់ផ្នែកថែទាំអតិថិជនដើម្បីទទួលបានជំនួយ។

លោកអ្នកនឹងទទួលបានការថែទាំមូលដ្ឋាន ឬ តាមទម្លាប់របស់លោកអ្នកពី PCP របស់លោកអ្នក។ PCP របស់លោកអ្នកក៏អាចសម្របសម្រួលលើសេវាកម្មដែលមានការធានារ៉ាប់រងដទៃផ្សេងទៀតទាំងអស់ដែលលោកអ្នកត្រូវការ។

PCP របស់គម្រោងយើងមានទំនាក់ទំនងជាមួយក្រុមគ្រូពេទ្យជាក់លាក់ណាមួយ។ នៅពេលលោកអ្នកជ្រើសរើស PCP របស់លោកអ្នក លោកអ្នកក៏កំពុងជ្រើសរើសក្រុមគ្រូពេទ្យដែលមានទំនាក់ទំនងជាមួយ PCP ផងដែរ។ នេះមានន័យថា PCP របស់លោកអ្នកនឹងអាចបញ្ជូនលោកអ្នកបន្តទៅកាន់វេជ្ជបណ្ឌិតឯកទេស និងសេវាកម្មដែលមានទំនាក់ទំនងជាមួយនឹងក្រុមគ្រូពេទ្យរបស់ពួកគេផងដែរ។ ដូច្នេះ ប្រសិនបើមានមន្ទីរពេទ្យ ឬ វេជ្ជបណ្ឌិតឯកទេសជាក់លាក់ណាមួយរបស់គម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan ដែលលោកអ្នកចង់ប្រើប្រាស់នោះ វាសំខាន់ណាស់ថាលោកអ្នកត្រូវពិនិត្យមើលថា តើពួកគេមានទំនាក់ទំនងជាមួយនឹងក្រុមគ្រូពេទ្យរបស់ PCP របស់លោកអ្នកឬយ៉ាងណា។

នៅពេលលោកអ្នកត្រូវការការថែទាំតាមឯកទេស និង សេវាកម្មបន្ថែម ដែល PCP របស់លោកអ្នកមិនអាចផ្តល់ជូនបាន ពួកគេនឹងផ្តល់ជូនលោកអ្នកនូវការបញ្ជូនបន្តទៅកាន់សេវាកម្មទាំងនោះ។ នៅក្នុងករណីភាគច្រើន លោកអ្នកត្រូវតែទៅជួប PCP របស់លោកអ្នកដើម្បីទទួលបានការបញ្ជូនបន្តណាមួយ នៅពេលមុនលោកអ្នកទៅជួបអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពដទៃណាមួយ ឬ ទៅជួបវេជ្ជបណ្ឌិតឯកទេសណាម្នាក់។ នៅពេលការបញ្ជូនបន្តនេះត្រូវបានយល់ព្រមដោយក្រុមគ្រូពេទ្យរបស់ PCP លោកអ្នកភ្លាម លោកអ្នកអាចធ្វើការណាត់ជួបជាមួយវេជ្ជបណ្ឌិតឯកទេស ឬ អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពផ្សេងទៀត ដើម្បីទទួលបានការព្យាបាលដែលលោកអ្នកត្រូវការ។ វេជ្ជបណ្ឌិតឯកទេសនឹងអនុញ្ញាតឱ្យ PCP របស់លោកអ្នកដឹង នៅពេលលោកអ្នកបានបញ្ចប់ការព្យាបាល ឬ សេវាកម្មរបស់លោកអ្នក ដើម្បីឱ្យ PCP របស់លោកអ្នកអាចបន្តគ្រប់គ្រងការថែទាំរបស់លោកអ្នកបាន។

ជាងនេះទៅទៀត PCP

របស់លោកអ្នកនឹងចាំបាច់ត្រូវទទួលបានការយល់ព្រមជាមុនពីគម្រោងនេះដើម្បីឱ្យលោកអ្នកអាចទទួលបានសេវាកម្ម ជាក់លាក់ណាមួយ។ ការយល់ព្រមជាមុននេះត្រូវបានហៅថា "ការអនុញ្ញាតជាមុន"។ ឧទាហរណ៍ ការអនុញ្ញាតជាមុនត្រូវបានទាមទារសម្រាប់ការស្នាក់នៅមន្ទីរពេទ្យរបស់អ្នកជំងឺសម្រាកក្នុងមន្ទីរពេទ្យដែលមិនត្រូវការ ការសង្គ្រោះបន្ទាន់។ នៅក្នុងករណីខ្លះ ក្រុមគ្រូពេទ្យដែលពាក់ព័ន្ធជាមួយនឹង PCP របស់លោកអ្នក ជំនួសឱ្យគម្រោងរបស់យើង ប្រហែលជាអាចផ្តល់ការអនុញ្ញាតដល់សេវាកម្មរបស់លោកអ្នកបាន។

លោកអ្នកអាចទទួលបានសេវាកម្មជាក់លាក់ណាមួយ ដោយមិនចាំបាច់ទទួលបានការយល់ព្រមជាមុនពី PCP របស់លោកអ្នក ដូចជា៖ សេវាកម្មសង្គ្រោះបន្ទាន់ ការថែទាំដែលចាំបាច់បន្ទាន់ សេវាកម្មលាងឈាមពីមន្ទីរលាងឈាមមានការបញ្ជាក់ពី Medicare ការចាក់ថ្នាំកំបង្ការជំងឺផ្តាសាយ ការចាក់វ៉ាក់សាំងការពារជំងឺផ្លូវដង្ហើម និង ជំងឺថ្លើមប្រភេទ B សេវាកម្មផែនការគ្រួសារ និង ការថែទាំសុខភាពស្ត្រីតាមទម្លាប់ ជាដើម។

ចុះប្រសិនបើខ្ញុំមានសំណួរអំពីការរ៉ាប់រងឬអំពីអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំរបស់ Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan?

- សូមហៅទូរសព្ទទៅកាន់ផ្នែកថែទាំអតិថិជនរបស់គម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan តាមរយៈលេខ (855) 905-3825 ពីម៉ោង 8 ព្រឹកដល់ ម៉ោង 8 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។
- សូមហៅទៅកាន់លេខ 711 ប្រសិនបើលោកអ្នកប្រើ TTY។
- សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រដែលមានអាសយដ្ឋាន www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect។

រួចចុះបើខ្ញុំមានការធានារ៉ាប់រងលើឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជា ឬ សុខភាពផ្សេងទៀត?

ប្រសិនបើលោកអ្នកមានការធានារ៉ាប់រងលើឱសថ ឬ សុខភាពផ្សេងទៀត ដូចជាពិនិយោជក ឬ សហជីពណាមួយ លោកអ្នក ឬ អ្នកក្នុងបន្ទុករបស់លោកអ្នកអាចបាត់បង់ការធានារ៉ាប់រង ឬ សុខភាពផ្សេងទៀតទាំងស្រុងបាន និងមិនអាចទទួលយកវិញបានទេ 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 លោកអ្នកត្រូវតែហៅទូរសព្ទទៅកាន់ 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 ដោយហៅទូរសព្ទទៅកាន់ Health Care Options តាមរយៈលេខ 1-844-580-7272 រៀងរាល់ថ្ងៃច័ន្ទ ដល់ ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ ម៉ោង 6 យប់។ សូមហៅទៅកាន់លេខ 1-800-430-7077 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 សូមហៅទូរសព្ទទៅកាន់ Health
Care Options តាមរយៈលេខទូរសព្ទ 1-844-580-7272 រៀងរាល់ថ្ងៃចន្ទ ដល់ ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ ម៉ោង 6 យប់។
សូមហៅទៅកាន់លេខ 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:

- សូមហៅទូរសព្ទទៅកាន់លេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) ដែលបម្រើសេវា 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។
- សូមហៅទូរសព្ទទៅកាន់ 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 សូមហៅទូរសព្ទទៅកាន់ Health Care Options តាមរយៈលេខ 1-844-580-7272 រៀងរាល់ថ្ងៃចន្ទ
ដល់ ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ ម៉ោង 6 យប់។ សូមហៅទៅកាន់លេខ 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 សូមហៅទូរសព្ទទៅកាន់កម្មវិធីគាំទ្រនិងប្រឹក្សាយោបល់លើការធានារ៉ាប់រងសុខភាពរដ្ឋ (HICAP, California Health Insurance Counseling and Advocacy Program) តាមរយៈលេខទូរសព្ទ 1-800-434-0222 រៀងរាល់ថ្ងៃចន្ទ ដល់ ដល់ ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ ម៉ោង 5 ល្ងាច។ សូមហៅទៅកាន់លេខ 711 ប្រសិនបើលោកអ្នកប្រើ TTY។
- ប្រសិនបើលោកអ្នកត្រូវការជំនួយក្នុងការចុះឈ្មោះចូលរួមក្នុងគម្រោងណាមួយរបស់កម្មវិធី Cal MediConnect ឬ Medi-Cal សូមហៅទូរសព្ទទៅកាន់ Health Care Options តាមរយៈលេខទូរសព្ទ 1-844-580-7272 រៀងរាល់ថ្ងៃចន្ទ ដល់ ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ ម៉ោង 6 យប់។ សូមហៅទៅកាន់លេខ 1-800-430-7077 ប្រសិនបើលោកអ្នកប្រើប្រាស់ TTY។
- ប្រសិនបើលោកអ្នកនៅក្នុងគម្រោងមួយរបស់កម្មវិធី Cal MediConnect ហើយត្រូវការជំនួយបន្ថែម សូមហៅទូរសព្ទទៅកាន់កម្មវិធីមន្ត្រីស៊ើបអង្កេតបណ្តឹង Cal MediConnect (Cal MediConnect Ombuds Program) តាមរយៈលេខទូរសព្ទ 1-855-501-3077 រៀងរាល់ថ្ងៃចន្ទ ដល់ ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 9 ព្រឹក ដល់ ម៉ោង 5 ល្ងាច។ សូមហៅទូរសព្ទទៅកាន់លេខ (855) 847-7914 ប្រសិនបើលោកអ្នកប្រើប្រាស់ TTY។

Blue Shield of California Promise Health Plan គឺជាគម្រោងសុខភាពដែលបានចុះកិច្ចសន្យាជាមួយ Medicare និង Medi-Cal ដើម្បីផ្តល់អត្ថប្រយោជន៍នៃកម្មវិធីទាំងពីរនេះដល់អ្នកចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោង។

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

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

English:

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 pm., seven days a week. The call is free.

中文 (Chinese):

请注意：如果您说中文，可以免费获得语言协助服务。请拨打 1-855-905-3825（听障和语障 专线：711），每周七天办公，早上 8:00 至晚上 8:00。此电话为免付费专线。

한국어 (Korean):

주: 귀하가 한국어를 사용하시는 경우, 무료로 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 1-855-905-3825 (TTY: 711)번으로 주 7일, 오전 8시부터 오후 8시까지 전화하실 수 있습니다. 이 전화는 무료입니다.

Русский (Russian):

ОБРАТИТЕ ВНИМАНИЕ! Если Вы говорите по-русски, мы можем предложить Вам бесплатные услуги языковой поддержки. Звоните по телефону 1-855-905-3825 (TTY: 711) с 8:00 до 20:00 без выходных. Звонок бесплатный.

فارسی (Farsi):

توجه: اگر به زبان فارسی صحبت می کنید، خدمات امداد زبانی بدون اخذ هزینه در اختیار شما می باشد. با شماره 1-855-905-3825 (TTY: 711)، از ساعت 8:00 صبح تا 8:00 شب در هفت روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است.

भाषा (Hindi):

ध्यान: यदि आप भाषा बोलते हैं, तो आपके ललए भाषा सहायता सेवाएं ननि:शुल्क उपलब्ध हैं। फोन करना

1-855-905-3825 (TTY: 711), सुबह 8:00 बजे से शाम 8:00 बजे तक, सप्ताह के सातों दिन। फोन करना फ्री है।

Lus Hmoob (Hmong):

LUS CEEV: Yog koj hais Lus Hmoob, muaj kev pab txhais lus pub dawb rau koj. Hu rau

1-855-905-3825 (TTY: 711), 8:00 teev sawv ntxov txog 8:00 teev tsaus ntuj, xya hnuv hauv ib lub as thiv. Qhov hu xov tooj no yog hu dawb xwb.

Español (Spanish):

ATENCIÓN: Si usted habla español, hay a su disposición servicios de asistencia de idiomas sin costo. Llame al 1-855-905-3825 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita.

Tiếng Việt (Vietnamese):

LƯU Ý: Nếu quý vị nói tiếng Việt, chúng tôi sẽ cung cấp miễn phí dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ cho quý vị. Gọi số 1-855-905-3825 (TTY: 711), 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, bảy ngày y trong tuâ n. Cuộc gọi na y miễn phí.

Tagalog (Tagalog):

PAUNAWA: Kung nagsasalita kayo ng Tagalog, may mga available na libreng serbisyo ng tulong sa wika para sa inyo. Tumawag sa 1-855-905-3825 (TTY: 711), 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m., pitong araw sa isang linggo. Libre ang tawag.

العربية (Arabic):

تنبيه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، يتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية المجانية. اتصل على الرقم 1-855-905-3825 (TTY: 711)، من الساعة 8:00 صباحًا إلى 8:00 مساءً طوال أيام الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمة مجانية.

ລາສາລາວ (Laotian):

ສິ່ງສຳຄັນ: ຖ້າທ່ານເວົ້າລາສາລາວແມ່ນມີບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານພາສາບໍ່ເສຍຄ່າໃຫ້ທ່ານ. ໂທຫາເບີ

1-855-905-3825 (TTY: 711), 8:00 ໂມງເຊົ້າ ຫາ 8:00 ໂມງແລງ, ຈັດວັນຕໍ່ອາທິດ. ການໂທແມ່ນບໍ່ເສຍຄ່າ.

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。1-855-905-3825 (TTY: 711) ま

で、お電話にてご連絡ください。毎日午前8時から午後8時まで受け付けています。通話は無料です。

ภาษาไทย (Thai):

เรียน หากคุณพูดภาษา ภาษาไทย เรามีบริการความช่วยเหลือด้านภาษาให้แก่คุณโดยไม่มีค่าใช้จ่าย โทร 1-855-905-3825 (TTY: 711) 8:00 น. ถึง 20:00 น. 'ได้ตลอดเจ็ดวันต่อสัปดาห์' โทรฟรี 'ไม่มีค่าใช้จ่าย'

ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi):

ਸਾਹਾਯਨ : ਜੇ ਤੁਸੀਂ [ਪੰਜਾਬੀ] ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਉਪਲਬਧ ਹਨ | ਕਾਲ ਕਰੋ 1-855-905-3825 (TTY: 711), ਸਵੇਰੇ 8:00 ਵਜੇ ਤੋਂ ਸਾਮ 8:00 ਵਜੇ ਤੱਕ, ਹਫ਼ਤੇ ਦੇ ਸੱਤ ਦਿਨ | 711), ਸਵੇਰ ਦੇ 8 ਵਜੇ ਤੋਂ ਲੈ ਕੇ ਰਾਤ ਦੇ 8 ਵਜੇ ਤਕ, ਹਫ਼ਤੇ ਦੇ ਸੱਤ ਦਿਨ. ਕਾਲ ਫਰੀ ਹੈ |

ខ្មែរ (Khmer):

ចាប់អារម្មណ៍: បើសិនអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ សេវាជំនួយភាសា គឺមានសំរាប់អ្នក ដោយឥតគិតថ្លៃ។ ហៅ 1-855-905-3825 (TTY: 711) ម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ 8:00 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃមួយអាទិត្យ។ ហៅគឺឥតគិតថ្លៃទេ។

Հայերեն (Armenian):

ՈՒՇԱՂԱՐՈՒԹՅՈՒՆԸ Եթե խոսում եք հայերեն, Ձեզ տրամադրվելի են անվճար լեզվաբան օգնությունները ծառայող թղթակցի: Չանգահարել 1-855-905-3825 (TTY` 711) համարով, 8:00-ից 20:00, շաբաթը յոթ օր: Հեռախոսազանգն անվճար է:

Українська (Ukrainian):

ЗВЕРНІТЬ УВАГУ! Якщо Ви розмовляєте українською, ми можемо запропонувати Вам безкоштовні послуги мовної підтримки. Телефонуйте 1-855-905-3825 (TTY: 711) з 8:00 до 20:00 без вихідних. Дзвінок безкоштовний.

Mienh (Mien):

TOV JANGX LONGX OC: Beiv taix meih gorngv Mienh waac nor, ninh mbuo gorn zangc duqv mbenc nzoih wang-henh nzie weih faan waac bun meih muangx maiv zuqc feix liuc cuotv zinh nyaanh. Douc waac lorx taux 1-855-905-3825 (TTY: 711), 8:00 diemv ziangh hoc lungnh ndorm mingh taux 8:00 ziangh hoc lungnh muonz, yietc norm liv baaiz se koi nzoih siec hnoi. Naaiv norm douc waac gorn se wang-henh longc maiv zuqc feix liuc cuotv zinh nyaanh.

ប្រសិនបើលោកអ្នកត្រូវការឯកសារនេះជាភាសាផ្សេង ឬ ជាទម្រង់ផ្សេង ដូចជាអក្សរពុម្ពធំ អក្សរស្នាបសម្រាប់ជនពិការភ្នែក ឬ ជាសម្លេង ឬ ប្រសិនបើលោកអ្នកត្រូវការជំនួយដើម្បីយល់ពីខ្លឹមសារលិខិតនេះ សូមហៅទូរសព្ទទៅកាន់ Health Care Options តាមរយៈលេខ 1-844-580-7272 រៀងរាល់ថ្ងៃចន្ទ ដល់ ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ ម៉ោង 6 យប់។ សូមហៅទៅកាន់លេខ 1-800-430-7077 ប្រសិនបើលោកអ្នកប្រើប្រាស់ TTY។ លោកអ្នកអាចទទួលបានព័ត៌មាននេះដោយឥតគិតថ្លៃ។

ការរើសអើងក៏ផ្ទុយនឹងច្បាប់។

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

គម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan ផ្តល់ជូន៖

- ជំនួយ និងសេវាកម្មមិនគិតថ្លៃចំពោះមនុស្សដែលមានពិការភាពក្នុងការទំនាក់ទំនងប្រកបដោយប្រសិទ្ធភាពជាមួយពួកយើងដូចជា៖
 - អ្នកបកប្រែភាសាសញ្ញាដែលមានសមត្ថភាព
 - ព័ត៌មានជាលាយលក្ខណ៍អក្សរជាន់ម្រងផ្សេង (អក្សរពុម្ពធំ, សំឡេង, ទម្រង់អេឡិចត្រូនិចដែលអាចចូលប្រើប្រាស់បាន, និងទម្រង់ផ្សេងទៀត)
- សេវាកម្មភាសាភាគតិចផ្តល់ជូនអ្នកដែលភាសាគោលរបស់ពួកគេមិនមែនជាភាសាអង់គ្លេស ដូចជា៖
 - អ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ដែលមានសមត្ថភាព
 - ព័ត៌មានជាលាយលក្ខណ៍អក្សរជាភាសាផ្សេង

ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការសេវាកម្មទាំងនេះ សូមទាក់ទងមកកាន់អ្នកសម្របសម្រួលសិទ្ធិស៊ីវិលរបស់គម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan។

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

Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan
Civil Rights Coordinator
601 Potrero Grande Dr.
Monterey Park, CA 91755
ទូរសព្ទលេខ (844) 883-2233 (TTY: 711)
ទូរសារ: (323) 889-2228
អ៊ីមែល: BSCPHPCivilRights@blueshieldca.com

លោកអ្នកអាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងសារទុក្ខដោយផ្ទាល់ ឬ តាមរយៈសំបុត្រផ្ញើតាមប្រៃសណីយ៍ ទូរសារ ឬ អ៊ីមែលបាន។ ប្រសិនបើលោកអ្នកត្រូវការជំនួយក្នុងការដាក់ពាក្យបណ្តឹងសារទុក្ខ អ្នកសម្របសម្រួលសិទ្ធិស៊ីវិលមាននៅដើម្បីជួយលោកអ្នក។

លោកអ្នកក៏អាចដាក់បណ្តឹងពីសិទ្ធិស៊ីវិលទៅកាន់ក្រសួងសេវាកម្មមនុស្សនិងសុខភាពអាមេរិក (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 តាមទូរសព្ទ៖

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>។