

ប្រសិនបើអ្នករងផលប៉ះពាល់ដោយសារតែការផ្លាស់ប្តូរចំពោះការធានារ៉ាប់រងឱសថ យើងលើកទឹកចិត្តអ្នកឱ្យ៖

- ធ្វើការជាមួយនិងវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក (ឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាដទៃទៀត) ដើម្បីស្វែងរកឱសថផ្សេងដែលយើងធានារ៉ាប់រង។
 - អ្នកអាចទូរសព្ទមកផ្នែកថែទាំអតិថិជនតាមរយៈលេខ 1-855-905-3825 TTY: 711 ចាប់ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក រហូតដល់ម៉ោង 8:00 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ ឬទាក់ទងមកកាន់អ្នកសម្របសម្រួលផ្នែកថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក ដើម្បីស្នើសុំព្រឹត្តិឱសថដែលមានការធានារ៉ាប់រង ដែលព្យាបាលសភាពជំងឺដូចគ្នា។
 - បញ្ជីនេះអាចជួយអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកឱ្យស្វែងរកឱសថដែលបានធានារ៉ាប់រង ដែលអាចមានប្រសិទ្ធភាពចំពោះអ្នក។
- សូមសហការជាមួយវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក (ឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាផ្សេងទៀត) ហើយស្នើសុំគម្រោងឱ្យធ្វើការលើកលែងដើម្បីគ្របដណ្តប់ឱសថនោះ។
 - អ្នកអាចស្នើសុំករណីលើកលែងមុនឆ្នាំបន្ទាប់ ហើយយើងនឹងផ្តល់ចម្លើយដល់អ្នកក្នុងរយៈពេល 72 ម៉ោង បន្ទាប់ពីយើងទទួលបានសំណើរបស់អ្នក (ឬសេចក្តីថ្លែងការណ៍កាំទ្រពិពេទ្យដែលចេញវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក)។
 - ដើម្បីស្វែងយល់អំពីអ្វីដែលអ្នកត្រូវធ្វើដើម្បីស្នើសុំការលើកលែង សូមមើលជំពូកទី 9 នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិកឆ្នាំ 2022* ឬទូរសព្ទមកផ្នែកថែទាំអតិថិជនតាមរយៈលេខ 1-855-905-3825 TTY: 711 ចាប់ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក រហូតដល់ម៉ោង 8:00 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅមកលេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។
 - ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយក្នុងការស្នើសុំការលើកលែង អ្នកអាចទំនាក់ទំនងមកផ្នែកថែទាំអតិថិជន ឬអ្នកសម្របសម្រួលផ្នែកថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក ។ សូមមើលជំពូកទី 2 និងជំពូកទី 3 នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក* ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពីរបៀបក្នុងការទាក់ទងអ្នកសម្របសម្រួលផ្នែកថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក។
- ស្នើសុំគម្រោងដើម្បីធានារ៉ាប់រងលើការផ្គត់ផ្គង់ឱសថជាបណ្តោះអាសន្ន។
 - នៅក្នុងស្ថានភាពណាមួយ យើងនឹងធានារ៉ាប់រងលើ **ការផ្គត់ផ្គង់ឱសថជាបណ្តោះអាសន្ន** នៅក្នុងអំឡុងពេល [90] ថ្ងៃដំបូងនៃឆ្នាំតាមប្រតិទិន។
 - ការផ្គត់ផ្គង់ជាបណ្តោះអាសន្ននេះនឹងមានរហូតដល់ទៅ ការផ្គត់ផ្គង់មួយខែ ។ (ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមថា តើពេលណាអ្នកអាចទទួលបានការផ្គត់ផ្គង់ជាបណ្តោះអាសន្ន និងរបៀបក្នុងការស្នើសុំសម្រាប់ការផ្គត់ផ្គង់នោះ សូមមើលជំពូកទី 5 នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*)
 - នៅពេលអ្នកទទួលបានសេវាកម្មផ្គត់ផ្គង់ឱសថបណ្តោះអាសន្ន អ្នកគួរតែពិគ្រោះជាមួយវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក ដើម្បីសម្រេចចិត្តថា តើនឹងត្រូវធ្វើអ្វីខ្លះ នៅពេលដែលការផ្គត់ផ្គង់បណ្តោះអាសន្នរបស់អ្នកលែងមាន។ អ្នកអាចប្តូរទៅប្រើឱសថផ្សេងទៀតដែលគ្របដណ្តប់ដោយគម្រោងឬស្នើសុំគម្រោងឱ្យធ្វើការលើកលែងសម្រាប់អ្នកនិងគ្របដណ្តប់ឱសថបច្ចុប្បន្នរបស់អ្នក។
 - សំណើសុំលើកលែងក្នុងការប្រើឱសថក្រៅបញ្ជី ត្រូវតែដាក់ជូនរៀងរាល់ឆ្នាំទៅគម្រោង។

ការផ្លាស់ប្តូរចំពោះថ្លៃចំណាយទៅលើឱសថមានវេជ្ជបញ្ជា

មានដំណាក់កាលបង់ប្រាក់ពីរសម្រាប់ការធានារ៉ាប់រងលើថ្លៃទិញឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកនៅក្រោម Medicare ផ្នែក D ក្រោមគម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan។ ថា តើ អ្នកបង់ចំនួនប៉ុន្មាន អាស្រ័យលើដំណាក់កាលណាមួយរបស់អ្នក នៅពេលអ្នកទទួលបានឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជា ឬទទួលបានឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាបន្ថែម។ មានពីរដំណាក់កាល៖

? ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទមកក្រោមគម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan តាមរយៈលេខ 1-855-905-3825 TTY: 711 ចាប់ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក រហូតដល់ម៉ោង 8:00 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅមកលេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។
សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect ។

ដំណាក់កាលទី 1 ដំណាក់កាលធានារ៉ាប់រងដំបូង	ដំណាក់កាលទី 2 ដំណាក់កាលធានារ៉ាប់រងចុងក្រោយ
<p>ក្នុងអំឡុងដំណាក់កាលនេះ គម្រោងបង់ថ្លៃចំណាយមួយផ្នែកសម្រាប់ឱសថរបស់អ្នក ហើយអ្នកបង់ថ្លៃចំណាយដែលជាចំណែករបស់អ្នក។ ចំណែករបស់អ្នកត្រូវបានហៅថា ការបង់ប្រាក់រួម។</p> <p>អ្នកចាប់ផ្តើមដំណាក់កាលនេះ នៅពេលអ្នកទទួលបានឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាដំបូង ក្នុងឆ្នាំធានារ៉ាប់រង។</p>	<p>ក្នុងអំឡុងដំណាក់កាលនេះ គម្រោងបង់រាល់ការចំណាយទាំងអស់លើឱសថរបស់អ្នករហូតដល់ថ្ងៃទី 31 ខែធ្នូ ឆ្នាំ 2022។</p> <p>អ្នកចាប់ផ្តើមដំណាក់កាលនេះ នៅពេលអ្នកបានបង់ថ្លៃចំណាយចេញពីហោប៉ៅក្នុងចំនួនជាក់លាក់មួយ។</p>

ដំណាក់កាលធានារ៉ាប់រងដំបូងបញ្ចប់នៅពេលដែលការចំណាយពីហោប៉ៅរបស់អ្នកសម្រាប់ឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាកើនដល់ **\$7,050** ។ ក្រុងចំនួននេះ ដំណាក់កាលធានារ៉ាប់រងនៃការកើតមានគ្រោះមហន្តរាយចាប់ផ្តើម។ គម្រោងធានារ៉ាប់រងលើថ្លៃចំណាយឱសថទាំងអស់របស់អ្នក ចាប់ពីពេលនោះ រហូតដល់ដំណាច់ឆ្នាំ។ សូមមើលជំពូកទី 6 នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក* របស់អ្នកសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីរបៀបដែលអ្នកនឹងទទួលបានថ្លៃចំណាយសម្រាប់ឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជា។

D3. ដំណាក់កាលទី 1៖ “ដំណាក់កាលធានារ៉ាប់រងដំបូង”

ក្នុងអំឡុងដំណាក់កាលធានារ៉ាប់រងបឋម គម្រោងនឹងបង់ចំណែកនៃថ្លៃចំណាយចំពោះឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកដែលបានធានារ៉ាប់រង ហើយអ្នកបង់ថ្លៃចំណាយដែលជាចំណែករបស់អ្នក។ ចំណែករបស់អ្នកត្រូវបានហៅថា ការបង់ប្រាក់រួម។ ការបង់ប្រាក់រួមអាស្រ័យលើថា តើឱសថនោះស្ថិតនៅក្នុងជាន់ដំបូងនៃការបង់ថ្លៃចូលគ្នាបែបណានិងកន្លែងណាដែលអ្នកទទួលបានវា។ អ្នកនឹងបង់ប្រាក់រួមចំណែកពេលទៅពេទ្យមួយៗ រាល់ពេលដែលអ្នកទទួលបានឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជា។ ប្រសិនបើឱសថរបស់អ្នកដែលបានធានារ៉ាប់រង មានតម្លៃតិចជាងតម្លៃរួមចំណែកពេលទៅពេទ្យមួយ អ្នកនឹងបង់តម្លៃទាបនោះ។

យើងបានប្តូរឱសថមួយចំនួនក្នុងបញ្ជីឱសថទៅកម្រិតថ្នាក់ឱសថទាប ឬខ្ពស់ជាង។ ប្រសិនបើឱសថរបស់អ្នកប្តូរពីថ្នាក់មួយទៅថ្នាក់មួយទៀត នោះអាចប៉ះពាល់ដល់ចំនួនរួមចំណែកបង់ថ្លៃរបស់អ្នក។ ដើម្បីស្វែងយល់ថា តើឱសថរបស់អ្នកនឹងស្ថិតក្នុងថ្នាក់ឱសថផ្សេងគ្នា ឬយ៉ាងណា សូមពិនិត្យមើលឱសថទាំងនោះនៅក្នុងបញ្ជីឱសថ។

តារាងខាងក្រោមបង្ហាញពីការចំណាយរបស់អ្នកសម្រាប់ឱសថក្នុងផ្នែកនីមួយៗនៃចំណាត់ថ្នាក់ឱសថទាំង 4 របស់យើង។ ចំនួនទាំងនេះត្រូវអនុវត្តតែ ក្នុងអំឡុងរយៈពេលដែលអ្នកស្ថិតក្នុងដំណាក់កាលធានារ៉ាប់រងដំបូងប៉ុណ្ណោះ។

	2021 (ឆ្នាំនេះ)	2022 (ឆ្នាំក្រោយ)
<p>ឱសថក្នុងថ្នាក់ទី 1 (ប្រភេទឱសថទូទៅ ដែលគម្រោងចង់បាន) ថ្លៃចំណាយសម្រាប់ការផ្គត់ផ្គង់ឱសថក្នុងលំដាប់ថ្នាក់ទី 1 ដែលទទួលបានពីឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញ សម្រាប់រយៈពេលមួយខែ</p>	ការបង់ប្រាក់រួមរបស់អ្នកសម្រាប់ការផ្គត់ផ្គង់ក្នុងមួយខែ (30ថ្ងៃ) គឺ \$0 ក្នុងមួយវេជ្ជបញ្ជា ។	ការបង់ប្រាក់រួមរបស់អ្នកសម្រាប់ការផ្គត់ផ្គង់ក្នុងមួយខែ (30ថ្ងៃ) គឺ \$0 ក្នុងមួយវេជ្ជបញ្ជា ។
<p>ឱសថក្នុងថ្នាក់ទី 2 (ឱសថទូទៅ) ថ្លៃចំណាយសម្រាប់ការផ្គត់ផ្គង់ឱសថក្នុងថ្នាក់ទី 2 ដែលទទួលបានពីឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញ</p>	ការបង់ប្រាក់រួមរបស់អ្នកសម្រាប់ការផ្គត់ផ្គង់ក្នុងមួយខែ (30ថ្ងៃ) គឺ \$0, \$1.30, ឬ \$3.70 ក្នុងមួយវេជ្ជបញ្ជា ។	ការបង់ប្រាក់រួមរបស់អ្នកសម្រាប់ការផ្គត់ផ្គង់ក្នុងមួយខែ (30ថ្ងៃ) គឺ \$0, \$1.35 ឬ \$3.95 ក្នុងមួយវេជ្ជបញ្ជា ។

? ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទមកគម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan តាមរយៈលេខ 1-855-905-3825 TTY: 711 ចាប់ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក រហូតដល់ម៉ោង 8:00 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅមកលេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។
សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect ។

	2021 (ឆ្នាំនេះ)	2022 (ឆ្នាំក្រោយ)
ឱសថក្នុងថ្នាក់ទី 3 (ឱសថមានយីហោ) ថ្លៃចំណាយសម្រាប់ការផ្គត់ផ្គង់ឱសថក្នុងលំដាប់ថ្នាក់ទី 3 ដែលទទួលបានពីឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញ សម្រាប់រយៈពេលមួយខែ	ការបង់ប្រាក់រួមរបស់អ្នកសម្រាប់ការផ្គត់ផ្គង់ក្នុងមួយខែ (30ថ្ងៃ) គឺ \$0, \$4.00 ឬ \$9.20 ក្នុងមួយវេជ្ជបញ្ជា ។	ការបង់ប្រាក់រួមរបស់អ្នកសម្រាប់ការផ្គត់ផ្គង់ក្នុងមួយខែ (30ថ្ងៃ) គឺ \$0, \$4.00 ឬ \$9.85 ក្នុងមួយវេជ្ជបញ្ជា ។
ឱសថក្នុងថ្នាក់ទី 4 (ឱសថមិនមែន Medicare RX / មិនមែនម្រូឱ្យមានវេជ្ជបញ្ជា(OTC)) ថ្លៃចំណាយសម្រាប់ការផ្គត់ផ្គង់ឱសថក្នុងលំដាប់ថ្នាក់ទី 4 ដែលទទួលបានពីឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញសម្រាប់រយៈពេលមួយខែ	ការបង់ប្រាក់រួមរបស់អ្នកសម្រាប់ការផ្គត់ផ្គង់ក្នុងមួយខែ (30ថ្ងៃ) គឺ \$0 ក្នុងមួយវេជ្ជបញ្ជា ។	ការបង់ប្រាក់រួមរបស់អ្នកសម្រាប់ការផ្គត់ផ្គង់ក្នុងមួយខែ (30ថ្ងៃ) គឺ \$0 ក្នុងមួយវេជ្ជបញ្ជា ។

ដំណាក់កាលរ៉ាប់រងដំបូងបញ្ចប់នៅពេលថ្លៃចំណាយចេញពីហោប៉ៅសរុបរបស់អ្នកឈានដល់ចំនួន **\$7,050** ។ នៅចំណុចនេះ គឺជាការចាប់ផ្តើមនៃដំណាក់កាលធានារ៉ាប់រងចុងក្រោយ។ គម្រោងធានារ៉ាប់រងលើថ្លៃចំណាយឱសថទាំងអស់របស់អ្នក ចាប់ពីពេលនោះ រហូតដល់ដំណាច់ឆ្នាំ។ សូមមើលជំពូកទី 6 នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក* របស់អ្នកសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីរបៀបដែលអ្នកនឹងទទួលបានថ្លៃចំណាយសម្រាប់ឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជា។

D4. ដំណាក់កាលទី 2: “ដំណាក់កាលរ៉ាប់រងលើគ្រោះមហន្តរាយ”

នៅពេលអ្នកឈានដល់ការកម្រិត **\$7,050** ចេញពីហោប៉ៅរបស់អ្នកសម្រាប់ឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក ដំណាក់កាលធានារ៉ាប់រងនៃកម្រិតគ្រោះមហន្តរាយចាប់ផ្តើម។ អ្នកនឹងស្ថិតក្នុងដំណាក់កាលធានារ៉ាប់រងគ្រោះមហន្តរាយរហូតដល់ដំណាច់ឆ្នាំតាមប្រតិទិន។

E. របៀបជ្រើសរើសគម្រោង

E1. របៀបបន្តនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើង

យើងសង្ឃឹមថានឹងបន្តរក្សាអ្នកជាសមាជិករបស់យើងនៅឆ្នាំក្រោយ។ អ្នកអាចបន្តនៅក្នុងគម្រោងដោយមិនចាំបាច់ធ្វើអ្វីទាំងអស់។ ប្រសិនបើលោកអ្នកមិនចុះឈ្មោះថ្មីសម្រាប់គម្រោង Cal MediConnect ផ្សេងមួយទៀត ផ្លាស់ប្តូរទៅគម្រោង Medicare Advantage ឬផ្លាស់ប្តូរទៅ Original Medicare ទេនោះ លោកអ្នកនឹងស្ថិតក្នុងការចុះឈ្មោះដោយស្វ័យប្រវត្តិជាសមាជិកម្នាក់នៃគម្រោងរបស់យើងសម្រាប់ឆ្នាំ 2022 ។

E2. របៀបផ្លាស់ប្តូរគម្រោង

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

? **ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ** សូមទូរសព្ទមកគម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan តាមរយៈលេខ 1-855-905-3825 TTY: 711 ចាប់ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក រហូតដល់ម៉ោង 8:00 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅមកលេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect ។

តើអ្នកនឹងទទួលបានសេវា Medicare ដោយរបៀបណា

អ្នកនឹងមានជម្រើសបី ដើម្បីទទួលបានសេវា Medicare របស់អ្នក។ ដោយការរើសយកជម្រើសមួយក្នុងចំណោមជម្រើសទាំងនេះ លោកអ្នកនឹងបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់លោកអ្នកដោយស្វ័យប្រវត្តិក្នុងគម្រោង Cal MediConnect របស់យើង។

1. អ្នកអាចប្តូរទៅ៖

គម្រោងធានារ៉ាប់រងការថែទាំសុខភាព Medicare (ដូចជាគម្រោង Medicare Advantage) 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៖

- ទូរសព្ទទៅកម្មវិធី គាំទ្រ និងប្រឹក្សាយោបល់លើការធានារ៉ាប់រងសុខភាពក្នុងរដ្ឋ (HICAP) តាមរយៈលេខ 1-800-434-0222 ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹកដល់ម៉ោង 5:00 ល្ងាច។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម ឬដើម្បីស្វែងរកការិយាល័យ HICAP ប្រចាំតំបន់ក្នុងទីតាំងរបស់អ្នក សូមចូលទៅកាន់ www.aging.ca.gov/HICAP/ ។

អ្នកនឹងត្រូវបានដកចេញដោយស្វ័យប្រវត្តិពី Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan នៅពេលគម្រោងថ្មីរបស់អ្នកចាប់ផ្តើម។

2. អ្នកអាចប្តូរទៅ៖

Original Medicare ដែលមានគម្រោងឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជា 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៖

- ទូរសព្ទទៅកម្មវិធី គាំទ្រ និងប្រឹក្សាយោបល់លើការធានារ៉ាប់រងសុខភាពក្នុងរដ្ឋ (HICAP) តាមរយៈលេខ 1-800-434-0222 ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹកដល់ម៉ោង 5:00 ល្ងាច។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម ឬដើម្បីស្វែងរកការិយាល័យ HICAP ប្រចាំតំបន់ក្នុងទីតាំងរបស់អ្នក សូមចូលទៅកាន់ www.aging.ca.gov/HICAP/ ។

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

? ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទមកគម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan តាមរយៈលេខ 1-855-905-3825 TTY: 711 ចាប់ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក រហូតដល់ម៉ោង 8:00 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅមកលេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។

សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect ។

3. អ្នកអាចប្តូរទៅ:

Original Medicare ដោយគ្មានគម្រោងឱសថតាម វេជ្ជបញ្ជា Medicare ដោយឡែក

កំណត់សម្គាល់: ប្រសិនបើលោកអ្នកប្តូរទៅ Original Medicare ហើយមិនចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងឱសថ មានវេជ្ជបញ្ជាដាច់ដោយឡែកមួយរបស់ Medicare នោះ Medicare អាចចុះឈ្មោះលោកអ្នកក្នុងគម្រោងថ្នាំពេទ្យមួយ លុះត្រាតែលោកអ្នកប្រាប់ Medicare ថាលោកអ្នកមិនចង់ចូលរួម។

អ្នកគួរចោះចោលការធានារ៉ាប់រងឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជា តែក្នុងករណីបើអ្នកទទួលបានការធានារ៉ាប់រងឱសថ ពីនិយោជក សហជីព ឬប្រភពដទៃទៀត។ ប្រសិនបើ អ្នកមានសំណួរ ថាតើអ្នកត្រូវការការធានារ៉ាប់រង ឱសថឬអត់នោះ សូមទូរសព្ទទៅកាន់កម្មវិធី គាំទ្រ និងប្រឹក្សាយោបល់លើការធានារ៉ាប់រងសុខភាពក្នុង រដ្ឋ (HICAP) តាមលេខ 1-800-434-0222 ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹកដល់ ម៉ោង 5:00 ល្ងាច សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម ឬដើម្បីស្វែងរកការិយាល័យ HICAP ប្រចាំតំបន់ក្នុងទីតាំងរបស់អ្នក សូមចូល ទៅកាន់ www.aging.ca.gov/HICAP/ ។

នេះគឺជាអ្វីដែលត្រូវធ្វើ:

សូមទូរសព្ទទៅកាន់ Medicare តាមរយៈលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 24 ម៉ោងក្នុង មួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY អាច ទូរសព្ទទៅកាន់លេខ 1-877-486-2048។

ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយ ឬព័ត៌មានបន្ថែម:

- ទូរសព្ទទៅកម្មវិធី គាំទ្រ និងប្រឹក្សាយោបល់លើ ការធានារ៉ាប់រងសុខភាពក្នុងរដ្ឋ (HICAP) តាមរយៈ លេខ 1-800-434-0222 ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ ថ្ងៃសុក្រ ពី ម៉ោង 8:00 ព្រឹកដល់ម៉ោង 5:00 ល្ងាច។ សម្រាប់ ព័ត៌មានបន្ថែម ឬដើម្បីស្វែងរកការិយាល័យ HICAP ប្រចាំតំបន់ក្នុងទីតាំងរបស់អ្នក សូមចូលទៅកាន់ www.aging.ca.gov/HICAP/ ។

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

តើអ្នកនឹងទទួលបានសេវា Medi-Cal ដោយរបៀបណា

ប្រសិនបើអ្នកចាកចេញពីគម្រោង Cal MediConnect នោះអ្នកនឹងចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងគ្រប់គ្រងការថែទាំ Medi-Cal ដែលជាជម្រើសរបស់អ្នក។ សេវា Medi-Cal របស់អ្នករួមមានសេវានានា និង ជំនួយឧបត្ថម្ភរយៈពេលវែង និងតំបែទាំសុខភាពផ្លូវចិត្ត។

នៅពេលលោកអ្នកសុំបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់លោកអ្នកក្នុងផែនការ Cal MediConnect របស់យើង លោកអ្នកនឹង ត្រូវតែអនុញ្ញាតឱ្យ Health Care Options ដឹងពីផែនការថែទាំគ្រប់គ្រងដោយ Medi-Cal ដែលលោកអ្នកចង់ចូលរួម។ 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។

F. របៀបទទួលបានជំនួយ

F1. ទទួលយកជំនួយពីគម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan

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

? ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទមកគម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan តាមរយៈលេខ 1-855-905-3825 TTY: 711 ចាប់ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក រហូតដល់ម៉ោង 8:00 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅ មកលេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។
សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect ។

សូមអាន សៀវភៅណែនាំសមាជិកឆ្នាំ 2022 របស់អ្នក

សៀវភៅណែនាំសមាជិក ឆ្នាំ 2022 នេះគឺជាឯកសារផ្លូវច្បាប់ ដែលពិពណ៌នាលម្អិតអំពីអត្ថប្រយោជន៍នៃគម្រោងរបស់អ្នក។ សៀវភៅនេះមានសេចក្តីលម្អិតអំពីអត្ថប្រយោជន៍ និងថ្លៃចំណាយនៅឆ្នាំក្រោយ ។ សៀវភៅនេះពន្យល់អំពីសិទ្ធិ និងវិធាន ដែលអ្នកត្រូវអនុវត្តតាម ដើម្បីទទួលបានសេវា និងឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជា ដែលបានធានារ៉ាប់រង។

សៀវភៅណែនាំសមាជិកឆ្នាំ 2022 នឹងអាចរកបាននៅថ្ងៃទី 15 ខែតុលា។ ច្បាប់ចម្លងនៃសៀវភៅណែនាំសមាជិកឆ្នាំ 2022 ដែលបានធ្វើបច្ចុប្បន្នភាព តែងតែមាននៅលើគេហទំព័ររបស់យើង គឺនៅ www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect/handbook ។ អ្នកក៏អាចទូរសព្ទទៅផ្នែកបម្រើសេវាអតិថិជនតាមលេខ 1-855-905-3825 ដើម្បីស្នើសុំឱ្យយើងផ្ញើ សៀវភៅណែនាំសមាជិកឆ្នាំ 2022 ទៅឱ្យអ្នក។

គេហទំព័ររបស់យើង

អ្នកក៏អាចចូលទៅគេហទំព័ររបស់យើងគឺ www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect ។ ជាការរំលឹក គេហទំព័ររបស់យើងមានព័ត៌មានបច្ចុប្បន្នបំផុតអំពីបញ្ហាអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថានរបស់យើង (បញ្ជីឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថាន) និងបញ្ជីឱសថរបស់យើង (បញ្ជីឱសថដែលមានការធានារ៉ាប់រង)។

F2. ទទួលបានជំនួយពីអន្តរការិយៈចុះឈ្មោះរបស់រដ្ឋ

អន្តរការិយៈចុះឈ្មោះរបស់រដ្ឋឈ្មោះ Health Care Options អាចជួយអ្នកចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងសុខភាព Cal MediConnect ។ ពួកគេក៏អាចជួយអ្នកលុបឈ្មោះខ្លួនចេញពីគម្រោង Cal MediConnect Plan ផងដែរ។ អ្នកអាចទូរសព្ទទៅ Health Care Options តាមរយៈលេខ 1844-580-7272 ចាប់ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 6:00 ល្ងាច។ អ្នកប្រើ TTY គួរទូរសព្ទមកលេខ 1-800-430-7077។

F3. ការទទួលបានជំនួយពីកម្មវិធីបណ្តឹងសាធារណៈនៃគម្រោង Cal MediConnect

កម្មវិធីបណ្តឹងសាធារណៈនៃគម្រោង Cal MediConnect អាចជួយអ្នកបានប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហាជាមួយនឹងគម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan។ សេវាកម្មនៃការិយាល័យគាំពារផ្នែកច្បាប់ ombudsman គឺគឺមានគិតថ្លៃទេ។ កម្មវិធីបណ្តឹងសាធារណៈនៃគម្រោង Cal MediConnect។

- ធ្វើការជាអ្នកតស៊ូមតិជំនួសអ្នក។ ពួកគេអាចឆ្លើយសំណួរនានាប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហាឬពាក្យបណ្តឹងហើយអាចជួយអ្នកឱ្យយល់ពីអ្វីដែលត្រូវធ្វើ។
- ត្រូវប្រាកដថាអ្នកមានព័ត៌មានពាក់ព័ន្ធនឹងសិទ្ធិនិងការការពាររបស់អ្នកនិងរបៀបដែលអ្នកអាចស្នើសុំដំណោះស្រាយចំពោះការបាត់បង់ដែលអ្នកមាន។
- ពុំមានទំនាក់ទំនងជាមួយយើងខ្ញុំ ឬជាមួយក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រង ឬគម្រោងសុខភាពណាមួយឡើយ។ លេខទូរសព្ទសម្រាប់ទំនាក់ទំនងមកកម្មវិធីបណ្តឹងសាធារណៈនៃគម្រោង Cal MediConnect គឺ 1-855-501-3077។

F4. ការទទួលបានជំនួយពីកម្មវិធីតស៊ូមតិ និងពិគ្រោះយោបល់ធានារ៉ាប់រងសុខភាព (HICAP)

អ្នកក៏អាចទូរសព្ទមកកម្មវិធីជំនួយការធានារ៉ាប់រងសុខភាពរដ្ឋ (ឬ SHIP) ។ SHIP ត្រូវបានគេហៅថាកម្មវិធីផ្តល់ប្រឹក្សានិងការគាំទ្រការធានារ៉ាប់រងផ្នែកសុខភាព (HICAP) នៅក្នុង California។ អ្នកប្រឹក្សារបស់ HICAP អាចជួយអ្នកយល់ពីជម្រើសផ្សេងៗនៃគម្រោង Cal MediConnect ហើយឆ្លើយសំណួរផ្សេងៗអំពីការប្តូរគម្រោង។ HICAP ពុំមានទំនាក់ទំនងជាមួយយើងខ្ញុំ ឬជាមួយក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រង ឬគម្រោងសុខភាពណាមួយឡើយ។ HICAP បានបណ្តុះបណ្តាលអ្នកប្រឹក្សានៅក្នុងគ្រប់ខោនធីទាំងអស់ ហើយសេវាកម្មគឺពុំគិតថ្លៃទេ។ លេខទូរសព្ទ HICAP គឺ 1-800-434-0222។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម ឬដើម្បីស្វែងរកការិយាល័យ HICAP ប្រចាំតំបន់ក្នុងទីតាំងរបស់អ្នក សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ www.aging.ca.gov/HICAP/។

? ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទមកគម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan តាមរយៈលេខ 1-855-905-3825 TTY: 711 ចាប់ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក រហូតដល់ម៉ោង 8:00 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅមកលេខនេះគឺគិតគិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect ។

F5. ការទទួលបានជំនួយពី Medicare

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

គេហទំព័ររបស់ Medicare

អ្នកអាចចូលទៅកាន់គេហទំព័រ Medicare (www.medicare.gov)។ ប្រសិនបើអ្នកជ្រើសរើសលុបឈ្មោះចេញពី គម្រោង Cal MediConnect ហើយចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោង Medicare Advantage មួយ នោះគេហទំព័រ Medicare មានព័ត៌មានអំពីថ្លៃចំណាយ ការធានារ៉ាប់រង និងចំណាត់ថ្នាក់គុណភាព ដើម្បីជួយអ្នកប្រៀបធៀបគម្រោង Medicare Advantage ផ្សេងៗ។

អ្នកអាចរកបានព័ត៌មានពីគម្រោង Medicare Advantage ផ្សេងៗ ដែលមានក្នុងតំបន់របស់អ្នក ដោយប្រើប្រាស់ Medicare Plan Finder នៅលើគេហទំព័រ Medicare។ (សម្រាប់ព័ត៌មានអំពីគម្រោង សូមមើលនៅ www.medicare.gov ហើយចុចលើ "Find plans" (ស្វែងរកគម្រោង)។)

Medicare & You 2022 (Medicare និងអ្នក 2022)

អ្នកអាចអាន សៀវភៅណែនាំអំពី Medicare & You 2022 (Medicare និងអ្នក 2022)។ រៀងរាល់ឆ្នាំ ក្នុងរដ្ឋស្តីកឈើ ជ្រុះ កូនសៀវភៅនេះ ត្រូវបានផ្ញើតាមសេវាផ្ញើសំបុត្រទៅអ្នកដែលមានគម្រោង Medicare។ សៀវភៅមានសេចក្តីសង្ខេប អំពីអត្ថប្រយោជន៍ Medicare សិទ្ធិ និងកិច្ចការពារ និងចម្លើយចំពោះសំណួរដែលគេសួរញឹកញាប់អំពី Medicare។

ប្រសិនបើអ្នកគ្មានច្បាប់ចម្លងនៃកូនសៀវភៅនេះទេ អ្នកអាចទទួលបាននៅគេហទំព័រ Medicare (www.medicare.gov) ឬដោយទូរសព្ទទៅ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY អាចទូរសព្ទទៅកាន់លេខ 1-877-486-2048។

F6. ទទួលបានជំនួយពីក្រសួង California Department of Managed Health Care

ក្រសួងគ្រប់គ្រងការថែទាំសុខភាពនៃរដ្ឋ California ទទួលខុសត្រូវចំពោះការធ្វើនិយ័តកម្មគម្រោងធានារ៉ាប់រង សេវាកម្មថែទាំសុខភាព។ ប្រសិនបើអ្នកមានបណ្តឹងសារទុក្ខអំពីគម្រោងថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក ជាដំបូងអ្នកគួរតែ ទូរសព្ទទៅកាន់គម្រោងថែទាំសុខភាពរបស់អ្នកសិនតាមរយៈលេខ **1-855-905-3825** ហើយប្រើដំណើរការបណ្តឹង សារទុក្ខនៃគម្រោងសុខភាពរបស់អ្នកមុននឹងទាក់ទងទៅនាយកដ្ឋាន។ ការប្រើនីតិវិធីបណ្តឹងសារទុក្ខនេះមិនបានរារាំង ទប់ស្កាត់សិទ្ធិផ្លូវច្បាប់ឬដំណោះស្រាយកែតម្រូវជាសក្តានុពលដែលអាចនឹងមានសម្រាប់អ្នកនោះឡើយ។ ប្រសិនបើ អ្នកត្រូវការជំនួយជាមួយនឹងបណ្តឹងតវ៉ា ដែលពាក់ព័ន្ធនឹងការសង្គ្រោះបន្ទាន់ បណ្តឹងតវ៉ា ដែលនៅពុំទាន់បានដោះស្រាយ យ៉ាងពេញចិត្តដោយគម្រោងសុខភាពរបស់អ្នក ឬបណ្តឹងតវ៉ា ដែលនៅតែពុំទាន់បានដោះស្រាយលើសពី 30 ថ្ងៃ នោះ អ្នកអាចទូរសព្ទទៅកាន់ក្រសួងនោះដើម្បីសុំជំនួយបាន។ អ្នកក៏អាចមានសិទ្ធិទទួលបានការត្រួតពិនិត្យវេជ្ជសាស្ត្រ ឯករាជ្យ (IMR) ផងដែរ។ ប្រសិនបើអ្នកមានសិទ្ធិសាកសមទទួលបាន IMR ដំណើរការ IMR នោះនឹងផ្តល់ការត្រួតពិនិត្យ សុខភាពឡើងវិញដោយឥតលម្អៀងលើសេចក្តីសម្រេចវេជ្ជសាស្ត្រដែលធ្វើឡើងដោយគម្រោងធានារ៉ាប់រងសុខភាព ទាក់ទងនឹងភាពចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រនៃសេវាកម្ម ឬការព្យាបាលដែលបានស្នើឡើង សេចក្តីសម្រេចខាងធានារ៉ាប់រង សម្រាប់ការព្យាបាលដែលជាប្រភេទការដកពិសោធន៍ ឬការស៊ើបអង្កេតនិងវិវាទក្នុងរឿងទូទាត់ប្រាក់សម្រាប់សេវាកម្ម វេជ្ជសាស្ត្រសង្គ្រោះបន្ទាន់ ឬភាពបន្ទាន់។ ក្រសួងក៏មានលេខទូរសព្ទគតិកថ្លែងដងដែរ (**1-888-466-2219**) និងខ្សែ TDD (**1877-688-9891**) សម្រាប់អ្នកដែលមានបញ្ហាក្នុងការស្តាប់ និងនិយាយ។ គេហទំព័រអ៊ិនធឺណិតរបស់ក្រសួង www.dmhca.gov មានបែបបទដាក់ការតវ៉ា បែបបទសំណើ IMR និងសេចក្តីណែនាំអនឡាញ។

? ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទមកគម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan តាមរយៈលេខ 1-855-905-3825 TTY: 711 ចាប់ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក រហូតដល់ម៉ោង 8:00 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅ មកលេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។
សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect ។



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

blueshieldca.com/promise/calmediconnect