ភស្តុតាង
បញ្ជាក់ពីការធានារ៉ាប់រង

អត្ថប្រយោជន៍ និងសេវាកម្មសុខភាព Medicare
របស់អ្នកនិងការធានារ៉ាប់រងឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាក្នុងនាមជាសមាជិកនៃ Blue Shield TotalDual Plan (HMO D-SNP)

ខោនធី Los Angeles និង San Diego

ថ្ងៃទី 1 ខែមករា ឆ្នាំ 2023 ដល់ថ្ងៃទី 31 ខែធ្នូ ឆ្នាំ 2023

Blue Shield of California is an independent member of the Blue Shield Association

MM00008-WELCOME-REV-KH (10/22)

blue california

សៀវភៅណែនាំសមាជិកការបស់គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan (HMO D-SNP)

H5982_22_378A_C KH SNR 09192022

ថ្ងៃទី 1 ខែមករា ឆ្នាំ 2023 – ថ្ងៃទី 31 ខែធ្នូ ឆ្នាំ 2023

ការជានាវ៉ាប់រងលើសុខភាព និងឱសថរបស់អ្នកនៅក្រោមគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan

សេចក្តីផ្តើមនៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*

សៀវភៅណែនាំសមាជិកនេះ ត្រូវបានគេស្គាល់ថាជា ភស្តុតាងនៃការជានាវ៉ាប់រង ដែលប្រាប់អ្នកអំពីការជានាវ៉ាប់រងរបស់អ្នកនៅក្រោមគម្រោងរបស់យើងរហូតដល់ថ្ងៃទី 31 ខែធ្នូ ឆ្នាំ 2023។ វាពន្យល់អំពីសេវាថែទាំសុខភាព សេវាសុខភាពអាកប្បកិរិយា (សុខភាពផ្លូវចិត្ត និងបញ្ហាប្រើប្រាស់គ្រឿងសារធាតុញៀន) ការវ៉ាប់រងលើឱសថមានវេជ្ជបញ្ជា ក៍ដូចជា សេវា និងការគាំទ្រយៈពេលវែង។ សេវា និងការគាំទ្រយៈពេលវែង ជួយឱ្យអ្នកស្នាក់នៅផ្ទះជំនួសឱ្យការចេញទៅមណ្ឌលថែទាំមនុស្សចាស់ ឬមន្ទីរពេទ្យ។ ពាក្យគន្លឹះ និងនិយមន័យមានតាមលំដាប់អក្ខរក្រមក្នុងជំពូកចុងក្រោយនៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*របស់អ្នក។

នេះគឺជាឯកសារផ្លូវការដ៏សំខាន់មួយ។ ចូររក្សាវាទុកក្នុងកន្លែងដែលមានសុវត្ថិភាព។

នៅពេលដែល *សៀវភៅណែនាំសមាជិក* នេះនិយាយថា "យើង" "យើងខ្ញុំ" "របស់យើង" ឬ "គម្រោងរបស់យើង" វាមានន័យថា Blue Shield TotalDual Plan។

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-800-452-4413 (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 (800) 452-4413 (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 (800) 452-4413 (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 (800) 452-4413 (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 (800) 452-4413 (TTY: 711)

한국어 (Korean): 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. (800) 452-4413 (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 աջակցության ծառայություններ: Զանգահարեք (800) 452-4413 (TTY (հեռատիպ)՝ 711)

فارسی (Persian/Farsi): توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می‌کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می‌باشد. با (800) 452-4413 (TTY: 711) تماس بگیرید.

Русский (Russian): ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните (800) 452-4413 (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。 (800) 452-4413 (TTY:711) まで、お電話にてご連絡ください。

العربية (Arabic): ملحوظة: إذا كنت تتحدث اللغة، اذكر تتوافر اللغوية المساعدة خدمات فإن بالمجان لك تتوافر. برقم اتصل (رقم هاتف الأصم والبكم: 711) (800) 452-4413 (رقم هاتف الأصم والبكم: 711)

ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi): **ਧਿਆਨ ਦਿਓ**: **ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ**, **ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ।** (800) 452-4413 (TTY:711) **'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।**

ខ្មែរ (Cambodian/Khmer): ប្រយ័ត្ន៖ បើសិនជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតឈ្នួល គឺអាចមានសំរាប់បំរើអ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ (800) 452-4413 (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 (800) 452-4413 (TTY:711).

हिंदी (Hindi): **ध्यान दें**: **यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं।** (800) 452-4413 (TTY:711) **पर कॉल करें।**

ภาษาไทย (Thai): เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร (800) 452-4413 (TTY:711).

اُردُو (Urdu) : خبردار: اگر آپ اردو زبان کی مدد سے مفت خدمات میں دستیاب ہیں۔ بولتے ہیں تو آپ کال کریں (800) 452-4413 (TTY:711).

អ្នកអាចទទួលបានឯកសារនេះដោយឥតគិតថ្លៃជាទម្រង់ផ្សេងៗ ដូចជាការបោះពុម្ពជាអក្សរធំៗ អក្សរសម្រាប់ជនពិការភ្នែក និង/ឬជាសំឡេង។ ទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-452-4413 (TTY: 711) ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅមកលេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។

- អ្នកអាចធ្វើការស្នើសុំឯកសារនេះជាភាសាផ្សេងក្រៅពីភាសាអង់គ្លេស ឬជាទម្រង់ជំនួស សម្រាប់ពេលឥឡូវនេះ និងពេលអនាគត។ ដើម្បីធ្វើការស្នើសុំ សូមទាក់ទងមកកាន់ផ្នែក ថែទាំអតិថិជនរបស់ Blue Shield TotalDual Plan។ ពួកគេនឹងរក្សាភាសា និងទម្រង់ ដែលអ្នកចង់បាននៅលើឯកសារសម្រាប់ការទំនាក់ទំនងនាពេលអនាគត។ ដើម្បីធ្វើ បច្ចុប្បន្នភាពណាមួយលើការចង់បានរបស់អ្នក សូមទាក់ទងទៅគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan។

សេចក្តីបដិសេធ

- អត្ថប្រយោជន៍ ថ្លៃបង់ធានារ៉ាប់រង ប្រាក់កាត់កង និង/ឬការបង់ប្រាក់រួម/សហធានារ៉ាប់រង អាចផ្លាស់ប្តូរនៅថ្ងៃទី 1 ខែមករា ឆ្នាំ 2024។

- បញ្ជីឱសថ បណ្តាញឱសថស្ថាន និង / ឬបណ្តាញអ្នកផ្តល់សេវាអាចផ្លាស់ប្តូរគ្រប់ពេលវេលា។ យើងខ្ញុំនឹងជម្រាបជូនលោកអ្នកនៅពេលមានការចាំបាច់។ យើងនឹងជូនដំណឹងដល់អ្នកចុះឈ្មោះដែលរងផលប៉ះពាល់អំពីការផ្លាស់ប្តូរយ៉ាងហោចណាស់រយៈពេល 30 ថ្ងៃជាមុន។

- វាជាទំនួលខុសត្រូវរបស់គម្រោងយើងក្នុងការសម្របសម្រួលអត្ថប្រយោជន៍ Medi-Cal (Medicaid) របស់អ្នកសម្រាប់អ្នក។

- Blue Shield of California គឺជា HMO និងគម្រោង HMO D-SNP ដែលមានកិច្ចសន្យាជាមួយ Medicare និងកិច្ចសន្យាជាមួយកម្មវិធី California State Medi-Cal (Medicaid) Program ។ ការចុះឈ្មោះនៅក្នុង Blue Shield of California អាស្រ័យលើការបន្តកិច្ចសន្យា

- ការធានារ៉ាប់រងនៅក្រោមគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan គឺជាការធានារ៉ាប់រងសុខភាព ដែលមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ដែលគេហៅថា "ការធានារ៉ាប់រងចាំបាច់កម្រិតអប្បបរមា"។វាបំពេញបានតាមការទាមទារតម្រូវនៃទំនួលខុសត្រូវរួមចំណែកគ្មានីមួយៗនៃច្បាប់ការការពារអ្នកជំងឺ និងការថែទាំប្រកបដោយតម្លៃសមស្រប (ACA) ។ ចូលទៅកាន់គេហទំព័ររបស់ សេវាប្រាក់ចំណូលផ្ទៃក្នុង (IRS) តាមរយៈwww.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីតម្រូវការទទួលខុសត្រូវរួមរបស់បុគ្គល។

ជំពូកទី 1៖ ការចាប់ផ្តើមក្នុងនាមជាសមាជិក

សេចក្តីផ្តើម

ជំពូកនេះរួមបញ្ចូលព័ត៌មានអំពីគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan ដែលជាគម្រោងសុខភាពដែលធានារ៉ាប់រងលើរាល់សេវាកម្ម Medicare ទាំងអស់របស់អ្នក និងសម្របសម្រួលរាល់សេវាកម្មទាំងអស់របស់អ្នក និងសេវាកម្មរបស់ Medi-Cal ទាំងអស់។ វាក៏ប្រាប់អ្នកពីអ្វីដែលអ្នកគួររំពឹងទុក និងព័ត៌មានអ្វីផ្សេងទៀតដែលអ្នកនឹងទទួលបានពីយើងខ្ញុំផងដែរ។ ពាក្យគន្លឹះ និងនិយមន័យមានតាមលំដាប់អក្ខរក្រមក្នុងជំពូកចុងក្រោយនៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*របស់អ្នក។

តារាងមាតិកា

A. សូមស្វាគមន៍មកកាន់គម្រោងរបស់យើង 7

B. ព័ត៌មានអំពី Medicare និង Medi-Cal 7

B1. *កម្មវិធី* Medicare 7

B2. Medi-Cal 7

C. អត្ថប្រយោជន៍នៃគម្រោងរបស់យើង 8

D. តំបន់សេវាកម្មនៃគម្រោងរបស់យើង 9

E. តើមានលក្ខខណ្ឌអ្វីខ្លះដែលធ្វើឱ្យអ្នកមានសិទ្ធិក្លាយជាសមាជិករបស់គម្រោង បាន 9

F. អ្វីដែលត្រូវរំពឹង នៅពេលអ្នកចូលរួមក្នុងគម្រោងសុខភាពរបស់យើងជាលើក ដំបូង 10

G. ក្រុមថែទាំ និងគម្រោងថែទាំរបស់អ្នក 11

G1. *ក្រុមថែទាំ* 11

G2. *គម្រោងថែទាំ* 11

H. ថ្លៃបង់ធានារ៉ាប់រងគម្រោងប្រចាំខែ 12

H1. *ថ្លៃបង់ធានារ៉ាប់រងគម្រោង* 12

I. សៀវភៅណែនាំសមាជិក *របស់អ្នក* 12

J. ព័ត៌មានសំខាន់ៗផ្សេងទៀតដែលអ្នកទទួលបានពីយើងខ្ញុំ 12

***J1. បណ្ណសម្គាល់សមាជិកគម្រោងរបស់អ្នក* 12**

***J2. បញ្ជីឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវាកម្ម និងឱសថស្ថាន* 13**

J3. បញ្ជីឱសថដែលមានការធានារ៉ាប់រង **.....15**

J4. ការពន្យល់អំពីអត្ថប្រយោជន៍ផ្សេងៗ **.....15**

K. ការរក្សាកំណត់ត្រាសមាជិកភាពរបស់អ្នកឱ្យមានបច្ចុប្បន្នភាព.....16

K*1. ឯកជនភាពនៃព័ត៌មានសុខភាពដែលមានការការពារ* (PHI) 16

A. សូមស្វាគមន៍មកកាន់គម្រោងរបស់យើង

គម្រោងរបស់យើងផ្តល់សេវាកម្ម Medicare និង Medi-Cal ជូនដល់បុគ្គលដែលមានសិទ្ធិទទួលបានសម្រាប់កម្មវិធីទាំងពីរ។ គម្រោងរបស់យើងរួមមានវេជ្ជបណ្ឌិត មន្ទីរពេទ្យ ឱសថស្ថាន អ្នកផ្តល់សេវានៃ សេវា និងការគាំទ្រយៈពេលវែង អ្នកផ្តល់សេវាសុខភាពអាកប្បកិរិយា និងអ្នកផ្តល់សេវាផ្សេងទៀត។ យើងក៏មានអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំ និងក្រុមថែទាំ ដើម្បីជួយអ្នកក្នុងការគ្រប់គ្រងអ្នកផ្តល់សេវា និងសេវាកម្មរបស់អ្នកផងដែរ។ ពួកគេទាំងអស់នោះធ្វើការងាររួមគ្នាដើម្បីផ្តល់នូវការថែទាំព្យាបាលដែលអ្នកចាំបាច់ត្រូវការ។

B. ព័ត៌មានអំពី Medicare និង Medi-Cal

B1. កម្មវិធី Medicare

Medicare គឺជាកម្មវិធីជានាវ៉ាប់រងសុខភាពសហព័ន្ធសម្រាប់៖

- ប្រជាពលរដ្ឋដែលមានអាយុចាប់ពី 65 ឆ្នាំឡើងទៅ,
- ប្រជាពលរដ្ឋមួយចំនួនមានអាយុក្រោម 65 ឆ្នាំដែលមានពិការភាពពិតប្រាកដ, និង
- ប្រជាពលរដ្ឋដែលមានជំងឺតម្រងនោមស្ថិតក្នុងដំណាក់កាលចុងក្រោយ (ខូចតម្រងនោម)។

B2. Medi-Cal

Medi-Cal គឺជាឈ្មោះកម្មវិធី Medi-Cal (Medicaid) នៃរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា។ កម្មវិធី Medi-Cal ត្រូវបានដំណើរការដោយរដ្ឋ និងទទួលបានការទូទាត់ថ្លៃចំណាយដោយរដ្ឋ និងរដ្ឋាភិបាលសហព័ន្ធ។ កម្មវិធី Medi-Cal ជួយដល់ប្រជាពលរដ្ឋដែលមានប្រាក់ចំណូល និងប្រភពហិរញ្ញវត្ថុកម្រិតទាបក្នុងការបង់ថ្លៃសេវា និងការគាំទ្រយៈពេលវែង (LTSS) និងថ្លៃចំណាយលើការព្យាបាល។ វារ៉ាប់រងលើសេវាកម្ម និងឱសថបន្ថែម ដែលមិនទទួលបានការរ៉ាប់រងដោយកម្មវិធី Medicare ។

រដ្ឋនីមួយៗសម្រេចចិត្តថា៖

- អ្វីដែលរាប់បញ្ចូលថាជាចំណូល និងធនធាន
- តើអ្នកណាមានសិទ្ធិទទួលបាន
- សេវាកម្មអ្វីដែលត្រូវបានរ៉ាប់រង **និង**
- ថ្លៃចំណាយសម្រាប់សេវាកម្ម។

រដ្ឋអាចសម្រេចចិត្តពីរបៀបដំណើរការកម្មវិធីរបស់ពួកគេ ដរាបណាពួកគេអនុវត្តតាមច្បាប់របស់សហព័ន្ធ។

Medicare និងរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ាបានយល់ព្រមលើគម្រោងរបស់យើង។ អ្នកអាចទទួលបានសេវាកម្មរបស់ Medicare និង Medi-Cal តាមរយៈគម្រោងរបស់យើងដរាបណា៖

- យើងខ្ញុំសម្រេចផ្តល់គម្រោងឱ្យ **និង**
- Medicare និងរដ្ឋ California អនុញ្ញាតឱ្យយើងខ្ញុំបន្តផ្តល់ជូនគម្រោងនេះ។

បើទោះជាគម្រោងរបស់យើងបញ្ឈប់ប្រតិបត្តិការនៅពេលអនាគតក៏ដោយ ក៏សិទ្ធិទទួលបានសេវាកម្មពីកម្មវិធី Medicare និង Medi-Cal របស់អ្នកនឹងមិនមានរងផលប៉ះពាល់អ្វីឡើយ។

C. អត្ថប្រយោជន៍នៃគម្រោងរបស់យើង

ឥឡូវនេះអ្នកនឹងទទួលបានរាល់សេវាកម្មដែលមានការធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare និង Medi-Cal ទាំងអស់របស់អ្នកពីគម្រោងរបស់យើង រួមទាំងឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាផងដែរ។ **អ្នកមិនចាំបាច់បង់ប្រាក់បន្ថែមដើម្បីចូលរួមក្នុងគម្រោងសុខភាពនេះឡើយ។**

យើងជួយធ្វើឱ្យអត្ថប្រយោជន៍ Medicare និង Medi-Cal របស់អ្នកមានដំណើរការល្អប្រសើរជាមួយគ្នា និងដំណើរការកាន់តែប្រសើរសម្រាប់អ្នក។ ផលប្រយោជន៍មួយចំនួនរួមមាន៖

- អ្នកអាចធ្វើការជាមួយយើងខ្ញុំសម្រាប់ **តម្រូវការ** ថែទាំសុខភាពរបស់អ្នកទាំងអស់។
- អ្នកមានក្រុមថែទាំដែលអ្នកជួយរៀបចំឡើង។ ក្រុមការងារមើលថែទាំព្យាបាលរបស់អ្នកអាចបូកបញ្ចូលអ្នកខ្លួនឯង អ្នកមើលថែទាំអ្នក ក្រុមវេជ្ជបណ្ឌិត គិលានុបដ្ឋាយិកា អ្នកប្រឹក្សាយោបល់ ឬក្រុមអ្នកអាជីពផ្នែកខាងសុខភាពផ្សេងៗទៀត។
- អ្នកមានលទ្ធភាពប្រើប្រាស់អ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំ។ នេះគឺជាបុគ្គលដែលធ្វើការជាមួយអ្នក ជាមួយ និងជាមួយក្រុមថែទាំរបស់អ្នក ដើម្បីជួយរៀបចំគម្រោងថែទាំ។
- អ្នកអាចធ្វើការថែទាំខ្លួនឯងផ្ទាល់ដោយមានជំនួយពីក្រុមថែទាំ និងអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នក។
- ក្រុមថែទាំរបស់អ្នក និងអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នក ធ្វើការជាមួយអ្នក ដើម្បីធ្វើឱ្យគម្រោងថែទាំដែលបានរចនាឡើងបំពេញតាម **តម្រូវការ**សុខភាពរបស់អ្នក។ ក្រុមថែទាំជួយសម្របសម្រួលសេវាកម្មដែលអ្នកត្រូវការ។ ជាឧទាហរណ៍ នេះមានន័យថា ក្រុមថែទាំរបស់អ្នកត្រូវប្រាកដថា៖
    - វេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកដឹងពីថ្នាំទាំងអស់ដែលអ្នកលេប ដូច្នេះពួកគេអាចប្រាកដថាអ្នកកំពុងលេបថ្នាំត្រឹមត្រូវ និងអាចកាត់បន្ថយផលប៉ះពាល់ដែលអ្នកមានពីថ្នាំ។
    - លទ្ធផលតេស្តរបស់អ្នកត្រូវបានការចែករំលែកជាមួយនឹងវេជ្ជបណ្ឌិតទាំងអស់របស់អ្នក និងអ្នកផ្តល់សេវាផ្សេងៗទៀត តាមភាពសមស្រប។

សមាជិកថ្មីនៃ គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan៖ ក្នុងករណីភាគច្រើន អ្នកនឹងត្រូវបានចុះឈ្មោះក្នុង Blue Shield TotalDual Plan សម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍ Medicare របស់អ្នកនៅថ្ងៃទី 1 នៃខែបន្ទាប់ពីអ្នកស្នើសុំឱ្យចុះឈ្មោះក្នុង Blue Shield TotalDual Plan។ អ្នកនៅតែអាចទទួលបានសេវា Medi-Cal របស់អ្នកពីគម្រោងសុខភាព Medi-Cal ពីមុនរបស់អ្នកសម្រាប់រយៈពេលមួយខែបន្ថែមទៀត។ បន្ទាប់

មក អ្នកនឹងទទួលបានសេវា Medi-Cal របស់អ្នកតាមរយៈគម្រោង Blue Shield Promise Health Plan។ នឹងមិនមានគម្លាតក្នុងការធានារ៉ាប់រងនៃ Medi-Cal របស់អ្នកទេ។ សូមទូរស័ព្ទមកយើងខ្ញុំតាមលេខ 1-800-452-4413 (TTY: 711) ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរណាមួយ។

D. តំបន់សេវាកម្មនៃគម្រោងរបស់យើង

តំបន់សេវាកម្មរបស់យើងខ្ញុំរួមបញ្ចូលខោនធីទាំងនេះនៅក្នុងរដ្ឋ California ៖ ខោនធី ឡូស អាន់ជឺរលេស និងខោនធី សាន់ឌីអាហ្គោ។

មានតែអ្នកដែលរស់នៅតំបន់សេវាកម្មរបស់យើងប៉ុណ្ណោះ ដែលអាចចូលរួមក្នុងគម្រោងរបស់យើងបាន។

អ្នកមិនអាចបន្តនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើងបានទេ ប្រសិនបើអ្នកផ្លាស់ទីចេញពីតំបន់សេវាកម្មរបស់យើង។ សូមអាន **ជំពូកទី 8** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក* របស់អ្នកសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីផលប៉ះពាល់នៃការផ្លាស់ចេញពីតំបន់សេវាកម្មរបស់យើង។

E. តើមានលក្ខខណ្ឌអ្វីខ្លះដែលធ្វើឱ្យអ្នកមានសិទ្ធិក្លាយជាសមាជិករបស់គម្រោងបាន

អ្នកមានសិទ្ធិចូលរួមក្នុងគម្រោងរបស់យើងខ្ញុំបានដរាបណាអ្នក៖

- រស់នៅក្នុងតំបន់សេវាកម្មរបស់យើង (បុគ្គលជាប់ពន្ធនាគារមិនត្រូវបានចាត់ទុកថារស់នៅក្នុងតំបន់សេវាភូមិសាស្ត្រទេ បើទោះបីជាពួកគេមានទីតាំងជាក់ស្តែងនៅក្នុងនោះក៏ដោយ។) **និង**
- មានអាយុចាប់ពី 21 ឆ្នាំឡើងទៅ ដោយរាប់ចាប់ពីពេលចុះឈ្មោះ **និង**
- មានសិទ្ធិចូលរួមទាំងកម្មវិធី Medicare ផ្នែក A និង Medicare ផ្នែក B **ព្រមទាំង**
- បច្ចុប្បន្ននេះមានសិទ្ធិទទួលបាន Medi-Cal **និង**
- ជាពលរដ្ឋអាមេរិក ឬអ្នកដែលរស់នៅស្របច្បាប់នៅក្នុងសហរដ្ឋអាមេរិក។

សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមទូរស័ព្ទមកកាន់ផ្នែកថែទាំអតិថិជន។

សូមចំណាំ៖ ប្រសិនបើអ្នកបាត់បង់សិទ្ធិទទួលបានរបស់អ្នក ប៉ុន្តែអាចត្រូវបានរំពឹងទុកដោយសមហេតុផលថានឹងទទួលបានឡើងវិញនូវសិទ្ធិទទួលបានមកវិញនៅក្នុងរយៈពេល 6 ខែ នោះ ដូចនេះអ្នកនៅតែមានសិទ្ធិទទួលបានសមាជិកភាពនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើង (ជំពូកទី 4 ផ្នែក A ស្តីអ្នក អំពីទំហំធានារ៉ាប់រង និងការចែករំលែកថ្លៃចំណាយក្នុងអំឡុងនៃរយៈពេលនេះ ដែលត្រូវបានគេហៅថា សិទ្ធិទទួលបានការបន្ត)។

F. អ្វីដែលត្រូវរំពឹង នៅពេលអ្នកចូលរួមក្នុងគម្រោងសុខភាពរបស់យើងជាលើកដំបូង

នៅពេលអ្នកចូលរួមក្នុងគម្រោងរបស់យើងជាលើកដំបូង អ្នកទទួលបានការវាយតម្លៃពីហានិភ័យសុខភាព (HRA) ក្នុងរយៈពេល 90 ថ្ងៃមុន ឬក្រោយកាលបរិច្ឆេទចុះឈ្មោះមានប្រសិទ្ធភាពរបស់អ្នក។

យើងត្រូវតែបំពេញ HRA សម្រាប់អ្នក។ ឯកសារ HRA នេះគឺជាមូលដ្ឋានសម្រាប់បង្កើតគម្រោងថែទាំរបស់អ្នក។ ឯកសារ HRA រួមបញ្ចូលសំណួរនានាដើម្បីកំណត់តម្រូវការផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ LTSS និងសុខភាពអកប្បកិរិយា ព្រមទាំងតម្រូវការមុខងារផ្សេងៗរបស់អ្នក។

យើងទាក់ទងទៅអ្នកដើម្បីបំពេញ HRA។ យើងអាចបំពេញ HRA ដោយការទៅជួបផ្ទាល់ ការហៅទូរសព្ទ ឬតាមរយៈសំបុត្រ។

យើងនឹងផ្តើព័ត៌មានបន្ថែមអំពី HRA នេះជូនដល់អ្នក។

ប្រសិនបើគម្រោងរបស់យើងគឺថ្មីសម្រាប់អ្នក
អ្នកអាចបន្តប្រើប្រាស់វេជ្ជបណ្ឌិតដែលអ្នកកំពុងប្រើឥឡូវនេះ សម្រាប់រយៈពេលជាក់លាក់មួយ ប្រសិនបើពួកគេមិនស្ថិតនៅក្នុងបណ្តាញរបស់យើងទេ។ យើងហៅករណីនេះថា ការបន្តការថែទាំ។ ប្រសិនបើអ្នកមិនស្ថិតនៅក្នុងបណ្តាញរបស់យើងទេ អ្នកអាចបន្តប្រើប្រាស់សេវាកម្ម និងការអនុញ្ញាតសេវាកម្មនៅពេលដែលអ្នកចុះឈ្មោះសម្រាប់រយៈពេលរហូតដល់ 12 ខែ ប្រសិនបើបានបំពេញបានតាមលក្ខខណ្ឌដូចខាងក្រោមនេះ៖

- អ្នក អ្នកតំណាងរបស់អ្នក ឬអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក ស្នើសុំឱ្យយើងខ្ញុំអនុញ្ញាតឱ្យអ្នកបន្តប្រើប្រាស់អ្នកផ្តល់សេវាបច្ចុប្បន្នរបស់អ្នក។
- យើងសំអាងថាអ្នកមានទំនាក់ទំនងស្រាប់ជាមួយអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពបឋម ឬអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំឯកទេស ដោយមានករណីលើកលែងមួយចំនួន។ នៅពេលយើងនិយាយថា "ទំនាក់ទំនងដែលមានស្រាប់" វាមានន័យថា អ្នកបានជួបអ្នកផ្តល់សេវាក្រៅបណ្តាញយ៉ាងហោចណាស់ម្តងក្នុងចំនួបដែលមិនមានភាពអាសន្នក្នុងអំឡុងពេល 12 ខែមុនកាលបរិច្ឆេទចុះឈ្មោះដំបូងរបស់អ្នកនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើង។
    - យើងកំណត់ទំនាក់ទំនងដែលមានស្រាប់តាមរយៈការពិនិត្យឡើងវិញនូវព័ត៌មានសុខភាពរបស់អ្នកដែលយើងមាន ឬព័ត៌មានដែលអ្នកផ្តល់ឱ្យយើងខ្ញុំ។
    - យើងខ្ញុំមានរយៈពេល 30 ថ្ងៃដើម្បីឆ្លើយតបទៅនឹងសំណើរបស់អ្នកបាន។ អ្នកអាចនឹងសុំឱ្យយើងខ្ញុំធ្វើសេចក្តីសម្រេចចិត្តយ៉ាងឆាប់រហ័សមួយបាន ហើយយើងត្រូវតែឆ្លើយតបវិញក្នុងរយៈពេល 15 ថ្ងៃ។
    - អ្នក ឬអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកត្រូវតែបង្ហាញឯកសារទំនាក់ទំនងដែលមានស្រាប់ និងព្រមព្រៀងនឹងលក្ខខណ្ឌជាក់លាក់មួយចំនួននៅពេលអ្នកធ្វើសំណើ។

កំណត់សម្គាល់៖ អ្នកអាចធ្វើសំណើនេះសម្រាប់តែសេវាកម្ម នៃបរិក្ខារវេជ្ជសាស្ត្រជាប់បានយូរ (DME) មធ្យោបាយធ្វើដំណើរ ឬសេវាកម្មគាំទ្រផ្សេងទៀត ដែលមិនត្រូវបានរួមបញ្ចូលនៅក្នុងគម្រោងរបស់

យើងប៉ុណ្ណោះ។ អ្នក **មិនអាច** ធ្វើសំណើនេះសម្រាប់អ្នកផ្តល់សេវា DME មធ្យោបាយធ្វើដំណើរ ឬអ្នកផ្តល់សេវាគាំទ្រផ្សេងទៀតបានទេ។

បន្ទាប់ពី រយៈពេលបន្តនៃការថែទាំត្រូវបញ្ចប់ អ្នកនឹងត្រូវប្រើវេជ្ជបណ្ឌិត និងអ្នកផ្តល់សេវាផ្សេងទៀតនៅក្នុងបណ្តាញរបស់គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan ដែលមានទំនាក់ទំនងជាមួយក្រុមវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំបឋមរបស់អ្នក លុះត្រាតែយើងធ្វើកិច្ចព្រមព្រៀងជាមួយវេជ្ជបណ្ឌិតក្រៅបណ្តាញរបស់អ្នក។ អ្នកផ្តល់សេវាកម្មថែទាំក្នុងបណ្តាញ គឺជាអ្នកផ្តល់សេវាកម្មដែលធ្វើការជាមួយគម្រោងសុខភាពនេះ។ ក្រុមវេជ្ជសាស្ត្រ ឬសមាគមន៍ក្រូពេទ្យឯករាជ្យ (IPA)គឺជាអង្គការដែលបានបង្កើតឡើងដោយស្ថិតនៅក្រោមច្បាប់រដ្ឋ California ដែលមានកិច្ចសន្យាជាមួយគម្រោងដើម្បីផ្តល់ ឬរៀបចំការផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពដល់អ្នកចុះឈ្មោះនៅក្នុងគម្រោង។ ក្រុមវេជ្ជសាស្ត្រ ឬ IPA គឺជាសមាគមន៍ក្រូពេទ្យថែទាំបឋម និងអ្នកឯកទេសដែលត្រូវបានបង្កើតឡើងដើម្បីជួយសម្របសម្រួលដល់ការផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពដល់អ្នក។ សូមមើល **ជំពូកទី 3** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក* របស់អ្នកសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីការទទួលបានការថែទាំ។

G. ក្រុមថែទាំ និងគម្រោងថែទាំរបស់អ្នក

G1. ក្រុមថែទាំ

ក្រុមថែទាំអាចជួយអ្នកឱ្យបន្តទទួលបានការថែទាំដែលអ្នកត្រូវការ។ ក្រុមថែទាំ អាចរួមបញ្ចូល វេជ្ជបណ្ឌិត អ្នកសម្របសម្រួលផ្នែកថែទាំ ឬអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពផ្សេងទៀតរបស់អ្នក ដែលអ្នកជ្រើសរើស។

អ្នកសម្របសម្រួលផ្នែកថែទាំ គឺជាអ្នកដែលទទួលបានការបណ្តុះបណ្តាល ដើម្បីជួយក្នុងការអ្នកគ្រប់គ្រងការថែទាំដែលអ្នកត្រូវការ។ អ្នកទទួលបានអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំ នៅពេលអ្នកចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងរបស់យើង។ បុគ្គលម្នាក់នេះក៏បញ្ជូនអ្នកទៅកាន់ធនធានសហគមន៍ផ្សេងទៀត ដែលគម្រោងរបស់យើងប្រហែលជាមិនផ្តល់ ហើយនឹងធ្វើការជាមួយក្រុមថែទាំរបស់អ្នក ដើម្បីជួយសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នក។ ទូរសព្ទមកយើងខ្ញុំតាមរយៈលេខនៅខាងក្រោមទំព័រសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីអ្នកសម្របសម្រួល និងក្រុមថែទាំរបស់អ្នក។

G2. គម្រោងថែទាំ

ក្រុមថែទាំរបស់អ្នកធ្វើការជាមួយអ្នកដើម្បីបង្កើតគម្រោងថែទាំ។ គម្រោងថែទាំប្រាប់អ្នក និងវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកនូវសេវាកម្មណា ដែលអ្នកត្រូវការ និងរបៀបដែលអ្នកនឹងទទួលបានសេវាទាំងនោះ។ វារួមបញ្ចូលទាំងតម្រូវការព្យាបាល សុខភាពអាកប្បកិរិយា និងតម្រូវការ LTSS របស់អ្នក។

គម្រោងថែទាំរបស់អ្នករួមមាន៖

- គោលបំណងនៃការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក។
- រយៈពេលសម្រាប់ការទទួលបានសេវាកម្មដែលអ្នកត្រូវការ។

ក្រុមថែទាំរបស់អ្នកជួបជាមួយអ្នកបន្ទាប់ពីការវាយតម្លៃអំពីហានិភ័យសុខភាពរបស់អ្នក។ ពួកគេពិភាក្សាជាមួយអ្នកអំពីសេវាកម្មដែលអ្នកត្រូវការ។ ពួកគេក៏ប្រាប់អ្នកអំពីសេវាកម្មដែលអ្នកអាចនឹង

ចង់គិតអំពីការទទួលយកផងដែរ។ គម្រោងថែទាំរបស់អ្នកផ្អែកលើតម្រូវការរបស់អ្នក។ ក្រុមថែទាំរបស់អ្នកធ្វើការជាមួយអ្នក ដើម្បីធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពគម្រោងថែទាំរបស់អ្នកយ៉ាងហោចណាស់រៀងរាល់ឆ្នាំ។

H. ថ្លៃបង់ធានារ៉ាប់រងគម្រោងប្រចាំខែ

H1. ថ្លៃបង់ធានារ៉ាប់រងគម្រោង

ក្នុងនាមជាសមាជិកនៃគម្រោងរបស់អ្នក អ្នកបង់ថ្លៃធានារ៉ាប់រងគម្រោងប្រចាំខែ។ សម្រាប់ឆ្នាំ 2023 ថ្លៃបង់ធានារ៉ាប់រងប្រចាំខែផ្នែក D សម្រាប់គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan គឺ $33.20។ ទោះយ៉ាងណាក៏ដោយ អ្នកបង់ប្រាក់ **$0** ក្នុងមួយខែ ដរាបណាអ្នកមានជំនួយឧបត្ថម្ភសម្រាប់អ្នកចំណូលទាបផ្នែក D ដែលត្រូវបានគេស្គាល់ថាជា ជំនួយបន្ថែម “Extra Help” និងការធានារ៉ាប់រងពេញលេញពី Medi-Cal ។

I. សៀវភៅណែនាំសមាជិក *របស់អ្នក*

*សៀវភៅណែនាំសមាជិក*របស់អ្នក គឺជាផ្នែកនៃកិច្ចសន្យារបស់យើងជាមួយអ្នក។ នេះមានន័យថា យើងត្រូវអនុវត្តតាមបទបញ្ជាត្តិទាំងអស់នៅក្នុងឯកសារនេះ។ ប្រសិនបើអ្នកគិតថា យើងបានធ្វើអ្វីមួយដែលផ្ទុយនឹងបទបញ្ជាត្តិទាំងនេះ អ្នកអាចនឹងប្តឹងឧទ្ធរណ៍ចំពោះសេចក្តីសម្រេចរបស់យើង។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ សូមមើល **ជំពូកទី 9** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*របស់អ្នក ឬទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)។

អ្នកអាចស្នើសុំ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក* ដោយការទូរសព្ទទៅផ្នែកថែទាំអតិថិជនតាមរយៈលេខដែលមាននៅផ្នែកខាងក្រោមនៃទំព័រនេះ។ អ្នកក៏អាចមើល *សៀវភៅណែនាំសមាជិក* នៅលើគេហទំព័ររបស់យើងតាមរយៈអាសយដ្ឋានគេហទំព័រដែលមាននៅផ្នែកខាងក្រោមនៃទំព័រនេះ ឬទាញយកវា។

កិច្ចសន្យានេះចូលជាធរមានសម្រាប់ខែដែលអ្នកបានចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងរបស់យើងនៅចន្លោះពីថ្ងៃទី 1 ខែមករា ឆ្នាំ 2023 ដល់ថ្ងៃទី 31 ខែធ្នូ ឆ្នាំ 2023។

J. ព័ត៌មានសំខាន់ៗផ្សេងទៀតដែលអ្នកទទួលបានពីយើងខ្ញុំ

ព័ត៌មានសំខាន់ៗផ្សេងទៀតដែលយើងផ្តល់ជូនអ្នករួមមាន អត្តសញ្ញាណបណ្ណសម្គាល់សមាជិករបស់អ្នក ព័ត៌មានអំពីរបៀបចូលប្រើ *សៀវភៅបញ្ជីឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថាន*និង ព័ត៌មានអំពីរបៀបចូលប្រើ *បញ្ជីឱសថដែលមានការធានារ៉ាប់រង*។

J1. បណ្ណសម្គាល់សមាជិកគម្រោងរបស់អ្នក

ស្ថិតក្រោមគម្រោងរបស់យើង អ្នកមានបណ្ណមួយសន្លឹកសម្រាប់សេវាកម្ម Medicare និង Medi-Cal របស់អ្នក ដែលធានារ៉ាប់រងដោយគម្រោងរបស់យើង រួមមានសេវា និងការគាំទ្រយៈពេលវែង សេវាកម្មសុខភាពអាកប្បកិរិយាជាក់លាក់ និងវេជ្ជបញ្ជា។ អ្នកត្រូវតែបង្ហាញបណ្ណនេះនៅពេលដែលអ្នកទទួលបានសេវាកម្ម ឬវេជ្ជបញ្ជាផ្នែក D ណាមួយ។ នេះជាបណ្ណសម្គាល់សមាជិកគំរូ៖

blue california

MedicareRx Prescription Drug Coverage

ឈ្មោះសមាជិក៖ ឈ្មោះសមាជិក

លេខសម្គាល់សមាជិក៖ AMPJ12345678
លេខទូរសព្ទអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំ៖
[888] 548-5765
ឈ្មោះ PCP៖ <PCP Name>

ក្រុម PCP ៖ <PCP Group>

ទូរសព្ទ PCP៖ <PCP Phones>
HES2B-OOE

RxBIH៖
004336
RxPCN៖
77993322

សមាជិក មិនអាចគិតថ្លៃបានទេ
PCP/SPC/ER/RX៖
$0/$0/$0/$0

នៅក្នុងករណីមានអាសន្ន សូមទូរសព្ទទៅលេខ 911 ឬទៅកាន់មន្ទីរពេទ្យដែលនៅជិតបំផុត។

Blueshieldca.com/medicare

ផ្នែកថែទាំអតិថិជន៖ **(800) 452-4413 (TTY: 711)**
គណៈព័ត៌មានរបស់ឱសថស្ថាន៖ **(888) 970-0933**
មធ្យោបាយធ្វើដំណើរ៖ **(855) 200-7544**
ជំនួយគិលានុបដ្ឋាយិកា 24/7៖ **(877) 304-0504**
ផ្ញើការទាមទារសំណងផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រទៅ៖ Blue Shield of California
P.O. Box 273640, Chico, CA 95927-2640
ផ្ញើការទាមទារសំណង Rx ទៅ៖ Blue Shield of California
P.O. Box E2066, Phoenix, AZ 85072-2066

អ្នកផ្តល់សេវា៖
សូមដាក់ពាក្យទាមទារសំណងទាំងអស់ជាមួយអ្នកទទួលអាជ្ញាបណ្ណ BCBS ក្នុងតំបន់របស់អ្នក
នៅក្នុងតំបន់សេវាកម្មដែលសមាជិកបានទទួលសេវាកម្ម។

Blue Shield of California គឺជាសមាជិកឯករាជ្យនៃសមាគម Blue Shield Association ។

ប្រសិនបើបណ្ណសម្គាល់សមាជិករបស់អ្នកខូច បាត់បង់ ឬត្រូវបានលួច សូមទូរសព្ទទៅផ្នែកថែទាំអតិថិជនភ្លាមៗតាមរយៈលេខដែលមាននៅផ្នែកខាងក្រោមនៃទំព័រ។ យើងនឹងផ្ញើជូនអ្នកនូវបណ្ណថ្មីមួយ។

ដរាបណាអ្នកជាសមាជិកនៃគម្រោងរបស់យើង អ្នកមិនចាំបាច់ប្រើបណ្ណ Medicare ពណ៌ក្រហម ពណ៌ស និងពណ៌ខៀវរបស់អ្នកនោះទេ។ ចូររក្សាទុកបណ្ណនេះនៅកន្លែងដែលមានសុវត្ថិភាព ក្នុងករណីដែលអ្នកត្រូវការវានៅពេលក្រោយ។ ប្រសិនបើអ្នកបង្ហាញបណ្ណ Medicare របស់អ្នកជំនួសឱ្យបណ្ណសម្គាល់សមាជិករបស់អ្នក អ្នកផ្តល់សេវាអាចនឹងចេញវិក្កយបត្រទៅ Medicare ជំនួសឱ្យគម្រោងរបស់យើង ហើយអ្នកអាចទទួលបានវិក្កយបត្រនោះ។ សូមចូលមើល **ជំពូកទី 7** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក* របស់អ្នក ដើម្បីស្វែងយល់ពីអ្វីដែលត្រូវធ្វើ ប្រសិនបើអ្នកទទួលបានវិក្កយបត្រពីអ្នកផ្តល់សេវា។

សូមចងចាំថា អ្នកត្រូវការបណ្ណ Medi-Cal ឬបណ្ណសម្គាល់អត្ថប្រយោជន៍ (BIC) របស់អ្នក ដើម្បីចូលប្រើសេវាកម្មខាងក្រោម៖

- វេជ្ជបញ្ជាមានការជានាវ៉ាប់រងតែតាមរយៈ Medi-Cal Rx ប៉ុណ្ណោះ
- សេវាសុខភាពមានការជានាវ៉ាប់រងតែតាមរយៈកម្មវិធីសុខភាពផ្ទេញរបស់ Medi-Cal ប៉ុណ្ណោះ
- សេវាផ្តល់ការគាំទ្រតាមផ្ទះ (IHSS)
- *កម្មវិធីសេវាពហុគោលបំណងសម្រាប់មនុស្សចាស់ (MSSP)*

J2. *បញ្ជីឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវាកម្ម និងឱសថស្ថាន*

សៀវភៅបញ្ជីឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថាន រាយបញ្ជីអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថាននៅក្នុងបណ្តាញនៃគម្រោងរបស់យើង។ ខណៈពេលដែលអ្នកជាសមាជិកនៃគម្រោងរបស់យើង អ្នកត្រូវតែប្រើប្រាស់អ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ ដើម្បីទទួលបានសេវាកម្មដែលមានការជានាវ៉ាប់រង។

អ្នកអាចស្នើសុំ *សៀវភៅបញ្ជីឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថាន* ដោយការទូរសព្ទទៅផ្នែកថែទាំអតិថិជនតាមរយៈលេខដែលមាននៅផ្នែកខាងក្រោមនៃទំព័រនេះ។ អ្នកក៏អាចមើល *សៀវភៅបញ្ជីឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថាន* តាមរយៈអាសយដ្ឋានគេហទំព័រដែលមាននៅផ្នែកខាងក្រោមនៃទំព័រនេះ។

បញ្ជីរាយឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថាន រាយឈ្មោះអ្នកជំនាញថែទាំសុខភាព (ដូចជាវេជ្ជបណ្ឌិត គិលានុបដ្ឋាយិកា និងក្រូពេទ្យចិត្តសាស្ត្រ) មជ្ឈមណ្ឌលថែទាំ (ដូចជាមន្ទីរពេទ្យ ឬគ្លីនិក) និងអ្នកផ្តល់សេវាគាំទ្រ (ដូចជាអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពមនុស្សពេញវ័យ និងសេវាសុខភាពតាមផ្ទះ) ដែលអ្នកអាចទៅពិគ្រោះជំងឺក្នុងនាមជាសមាជិកគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan ឬគម្រោង Blue Shield Promise Medi-Cal Plan។ បញ្ជីក៏មានរាយឈ្មោះឱសថស្ថានដែលអ្នកអាចប្រើ ដើម្បីទទួលបានឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក។ បញ្ជីនេះក៏ផ្តល់ជូននូវព័ត៌មានមួយចំនួនដូចខាងក្រោម៖

- ពេលណាដែលអ្នកត្រូវការការបញ្ជូនបន្ត ដើម្បីជួបអ្នកផ្តល់សេវាកម្ម ក្រូពេទ្យឯកទេស ឬមណ្ឌលសុខភាពផ្សេង និង
- របៀបជ្រើសរើសយកវេជ្ជបណ្ឌិត និង
- របៀបផ្លាស់ប្តូរវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក និង
- របៀបស្វែងរកវេជ្ជបណ្ឌិត ក្រូពេទ្យឯកទេស ឱសថស្ថាន ឬមណ្ឌលសុខភាពនានានៅក្នុងតំបន់របស់អ្នក និង/ឬក្រុមវេជ្ជសាស្ត្រ/IPA និង
- របៀបទទួលបានសេវាកម្ម និងការជំនួយគាំទ្រយ:ពេលយូរ (LTSS) សេវាផ្តល់ការគាំទ្រតាមផ្ទះ (IHSS) ឬកម្មវិធីសេវាជំនួសចម្រុះសម្រាប់មនុស្សចាស់ (MSSP) និង
- ព័ត៌មានអំពីរបៀបទទួលបានការបញ្ជាទិញតាមប្រៃសណីយ៍ ឱសថចាក់នៅផ្ទះ ឬឱសថស្ថានថែទាំសុខភាពរយៈពេលវែង។

និយមន័យនៃអ្នកផ្តល់សេវាកម្មក្នុងបណ្តាញ

- អ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញរបស់យើងរួមមាន៖
  - ក្រុមវេជ្ជបណ្ឌិត គិលានុប្បដ្ឋាយិកា និងក្រុមអ្នកមានវិជ្ជាជីវៈតំហែទាំសុខភាពផ្សេងៗទៀត ដែលអ្នកអាចប្រើប្រាស់ក្នុងនាមជាសមាជិកនៃគម្រោងរបស់យើងខ្ញុំ
  - គ្លីនិក មន្ទីរពេទ្យ កន្លែងថែទាំមនុស្សចាស់ និងកន្លែងផ្សេងៗទៀត ដែលផ្តល់សេវាកម្មសុខភាពនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើងខ្ញុំ **និង**
  - LTSS សេវាព្យាបាលសុខភាពអាកប្បកិរិយា ទីភ្នាក់ងារសុខភាពតាមផ្ទះ អ្នកផ្គត់ផ្គង់បរិក្ខារវេជ្ជសាស្ត្រជាប់បានយូរ និងអង្គភាពផ្សេងៗទៀត ដែលផ្តល់ជូននូវមុខទំនិញ និងសេវាកម្ម ដែលអ្នកទទួលបានតាមរយៈ Medicare ឬ Medi-Cal។

អ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញយល់ព្រមទទួលយកការទូទាត់ពីគម្រោងរបស់យើងសម្រាប់សេវាកម្មដែលមានការធានារ៉ាប់រងជាការទូទាត់ពេញលេញទាំងស្រុងតែម្តង។

និយមន័យនៃឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញ

- ឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញ គឺជាឱសថស្ថានដែលយល់ព្រមបើកឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាជូនសមាជិកគម្រោងរបស់យើង។ សូមប្រើ *បញ្ជីឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវាកម្ម និងឱសថស្ថាន* ដើម្បីស្វែងរកឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញដែលអ្នកចង់ប្រើ។

- លើកលែងតែអំឡុងពេលមានអាសន្ន អ្នកត្រូវតែបំពេញវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកនៅឱសថស្ថានមួយនៅក្នុងចំណោមឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញរបស់យើងខ្ញុំ ប្រសិនបើអ្នកចង់ឱ្យគម្រោងរបស់យើងជួយទូទាត់សម្រាប់ថ្លៃចំណាទាំងនោះ។

សូមទូរសព្ទទៅកាន់ផ្នែកការថែទាំអតិថិជនតាមរយៈលេខដែលមាននៅផ្នែកខាងក្រោមនៃទំព័រសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។ ទាំងផ្នែកថែទាំអតិថិជន និងគេហទំព័ររបស់យើងអាចផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវព័ត៌មានចុងក្រោយបំផុតអំពីការផ្លាស់ប្តូរនៅក្នុងបណ្តាញឱសថស្ថាន និងអ្នកផ្តល់សេវារបស់យើង។

J3. *បញ្ជីឱសថដែលមានការធានារ៉ាប់រង*

គម្រោងនេះមាន *បញ្ជីឱសថដែលមានការធានារ៉ាប់រង*។ យើងហៅវាយ៉ាងខ្លីថា “បញ្ជីឱសថ”។ វាប្រាប់អ្នកអំពីប្រភេទឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាណាមួយ ដែលគម្រោងរបស់យើងធានារ៉ាប់រង។

បញ្ជីឱសថក៏ប្រាប់អ្នកផងដែរប្រសិនមានបទបញ្ជាត្តិ ឬការកម្រិតលក្ខខណ្ឌនៅលើប្រភេទឱសថណាមួយដែលមានប្រភេទដូចជាការកម្រិតលើបរិមាណដែលអ្នកអាចទទួលបាន។ សូមមើល **ជំពូក 5** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក* សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។

រៀងរាល់ឆ្នាំ យើងផ្ញើជូនអ្នកនូវ ព័ត៌មានអំពីរបៀបចូលប្រើ បញ្ជីឱសថ ប៉ុន្តែការផ្លាស់ប្តូរមួយចំនួនអាចកើតឡើងក្នុងអំឡុងឆ្នាំនីមួយៗ។ ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានចុងក្រោយបំផុតអំពីឱសថណាដែលមានការធានារ៉ាប់រង សូមទូរសព្ទទៅផ្នែកថែទាំអតិថិជន ឬចូលទៅកាន់គេហទំព័ររបស់យើង (សូមមើលព័ត៌មាននៅផ្នែកខាងក្រោមនៃទំព័រ)។

J4. *ការពន្យល់អំពីអត្ថប្រយោជន៍ផ្សេងៗ*

នៅពេលដែលអ្នកប្រើប្រាស់អត្ថប្រយោជនៃឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាផ្នែក D របស់អ្នក យើងផ្ញើឱ្យអ្នកនូវរបាយការណ៍សង្ខេបមួយច្បាប់ ដើម្បីជួយឱ្យអ្នកយល់ដឹង និងបន្តការតាមដានលើការទូទាត់ចំណាយសម្រាប់ឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាផ្នែក D របស់អ្នក។ របាយការណ៍សង្ខេបនេះត្រូវបានហៅថា *ការពន្យល់អំពីអត្ថប្រយោជន៍* (EOB)។

EOB ប្រាប់អ្នកនូវចំនួនទឹកប្រាក់សរុបដែលអ្នក ឬអ្នកដទៃទៀតដែលតំណាងឱ្យអ្នក បានចំណាយលើឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាផ្នែក D របស់អ្នក និងចំនួនទឹកប្រាក់សរុប ដែលយើងបានទូទាត់ សម្រាប់ឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាផ្នែក D នីមួយៗរបស់អ្នក នៅក្នុងអំឡុងខែនោះ។ EOB មានព័ត៌មានបន្ថែមអំពីឱសថដែលអ្នកប្រើប្រាស់ ដូចជាការឡើងថ្លៃ និងឱសថផ្សេងៗទៀតជាមួយការបង់ថ្លៃចំណែករួមទាបដែលអាចមាន។ អ្នកអាចពិគ្រោះជាមួយអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកអំពីជម្រើសនៃថ្លៃចំណាយទាបទាំងនេះ ។ **ជំពូក 6** ៖ នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក* របស់អ្នក ផ្តល់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពី EOB និងរបៀបដែលវាជួយអ្នកក្នុងការតាមដានការធានារ៉ាប់រងលើឱសថរបស់អ្នក។

អ្នកក៏អាចស្នើសុំ EOB ផងដែរ។ ដើម្បីទទួលបានច្បាប់ចម្លង សូមទាក់ទងផ្នែកថែទាំអតិថិជនតាមលេខនៅផ្នែកខាងក្រោមនៃទំព័រ។

K. ការរក្សាកំណត់ត្រាសមាជិកភាពរបស់អ្នកឱ្យមានបច្ចុប្បន្នភាព

អ្នកអាចរក្សាកំណត់ត្រាសមាជិកភាពរបស់អ្នកឱ្យមានបច្ចុប្បន្នភាពបានតាមរយៈការប្រាប់យើងខ្ញុំឱ្យដឹងនៅពេលអ្នកកែប្រែព័ត៌មានរបស់អ្នក។

យើងត្រូវការព័ត៌មាននេះ ដើម្បីធ្វើឱ្យប្រាកដថា យើងមានព័ត៌មានត្រឹមត្រូវរបស់អ្នកនៅក្នុងកំណត់ត្រារបស់យើង។ អ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញរបស់យើងក៏ត្រូវការព័ត៌មានត្រឹមត្រូវអំពីអ្នកផងដែរ។ **ពួកគេប្រើកំណត់ត្រាសមាជិកភាពរបស់អ្នក ដើម្បីដឹងពីសេវា និងឱសថដែលអ្នកទទួលបាន និងតម្លៃនៃសេវា និងឱសថទាំងនោះ**។

ចូរប្រាប់យើងឱ្យដឹងភ្លាមៗអំពីចំណុចខាងក្រោម៖

- ការផ្លាស់ប្តូរទៅឈ្មោះរបស់អ្នក អាសយដ្ឋានរបស់អ្នក ឬលេខទូរសព្ទរបស់អ្នក។
- ការផ្លាស់ប្តូរនៅក្នុងទំហំការជានាវាំប់រងសុខភាពណាមួយផ្សេងទៀត ដូចជាពីនិយោជករបស់អ្នក និយោជកនៃប្តីឬប្រពន្ធរបស់អ្នក ឬនិយោជកនៃដៃគូរួមរស់ជាមួយគ្នារបស់អ្នក ឬសំណងការងាររបស់បុគ្គលិក។
- ការទាមទារសំណងណាមួយ ដូចជាការទាមទារពីបញ្ហាគ្រោះថ្នាក់យានយន្ត។
- ការចូលទៅស្នាក់នៅមណ្ឌលថែទាំចាស់ជរា ឬមន្ទីរពេទ្យ។
- ការថែទាំពីមន្ទីរពេទ្យ ឬបន្ទប់សង្គ្រោះបន្ទាន់។
- ការផ្លាស់ប្តូរអ្នកថែទាំរបស់អ្នក (ឬនរណាម្នាក់ដែលទទួលខុសត្រូវចំពោះអ្នក)
- អ្នកចូលរួមក្នុងការសិក្សាស្រាវជ្រាវលើការព្យាបាល។ (**ចំណាំ៖** អ្នកមិនតម្រូវឱ្យប្រាប់យើងខ្ញុំអំពីការសិក្សាស្រាវជ្រាវគ្លីនិកលើការព្យាបាល ដែលអ្នកស្ថិតនៅក្នុង ឬក្លាយជាផ្នែកនៃការសិក្សាស្រាវជ្រាវនោះទេ ប៉ុន្តែយើងលើកទឹកចិត្តឱ្យអ្នកធ្វើដូច្នេះ។)

ប្រសិនបើមានព័ត៌មានផ្លាស់ប្តូរ សូមទូរសព្ទទៅផ្នែកថែទាំអតិថិជន។

K1. ឯកជនភាពនៃព័ត៌មានសុខភាពដែលមានការការពារ (PHI)

ព័ត៌មានក្នុងកំណត់ត្រាសមាជិកភាពរបស់អ្នកអាចរួមបញ្ចូលទាំងព័ត៌មានសុខភាពដែលមានការការពារ (PHI)។ ច្បាប់សហព័ន្ធ និងរដ្ឋ តម្រូវឱ្យយើងរក្សា PHI របស់អ្នកជាលក្ខណៈឯកជន។ យើងការពារ PHI របស់អ្នក។ សម្រាប់ព័ត៌មានលម្អិតអំពីរបៀបដែលយើងការពារ PHI របស់អ្នក សូមមើល **ជំពូកទី 8** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*របស់អ្នក។

ជំពូកទី 2៖ លេខទូរសព្ទ និងធនធានសំខាន់ៗ

សេចក្តីផ្តើម

ជំពូកនេះផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវព័ត៌មានទំនាក់ទំនងសម្រាប់ធនធានសំខាន់ៗ ដែលអាចជួយអ្នកឆ្លើយសំណួររបស់អ្នកអំពីគម្រោងរបស់យើង និងអត្ថប្រយោជន៍នៃការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក។ អ្នកក៏អាចប្រើជំពូកនេះដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានអំពីរបៀបទាក់ទងអ្នកសម្របសម្រួលថែទាំរបស់អ្នក និងអ្នកផ្សេងទៀតដែលអាចជួយដល់អ្នកបាន។ ពាក្យគន្លឹះ និងនិយមន័យមានតាមលំដាប់អក្ខរក្រមក្នុងជំពូកចុងក្រោយនៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*របស់អ្នក។

តារាងមាតិកា

A. ផ្នែកថែទាំអតិថិជន 18
B. អ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នក 21
C. បណ្តាញទូរសព្ទផ្តល់ប្រឹក្សាពីគិលានុបដ្ឋាយិកា 23
D. ខ្សែទូរសព្ទសម្រាប់រឹបត្តិសុខភាពអាកប្បកិរិយា 24
E. កម្មវិធីគាំពារ និងផ្តល់ប្រឹក្សាអំពីការធានារ៉ាប់រងសុខភាព (HICAP) 24
F. អង្គការកែលម្អគុណភាព (QIO) 25
G. កម្មវិធី Medicare 26
H. Medi-Cal 27
I. ការិយាល័យមន្ត្រីបណ្តឹងសាធារណៈ 28
J. សេវាសង្គមប្រចាំខោនធី 29
K. គម្រោងសុខភាពផ្លូវចិត្តឯកទេសរបស់ខោនធី 30
L. ក្រសួងថែទាំសុខភាពក្រោមការគ្រប់គ្រងនៃរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា 32
M. ធនធានផ្សេងទៀត 32

A. ផ្នែកថែទាំអតិថិជន

ទូរសព្ទទៅលេខ	1-800-452-4413 ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ ចាប់ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក រហូតដល់ម៉ោង 8:00 ល្ងាច ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ យើងខ្ញុំមានសេវាកម្មអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ដោយឥតគិតថ្លៃសម្រាប់អ្នកដែលមិនចេះនិយាយភាសាអង់គ្លេស។
TTY	711 ការហៅទូរសព្ទមកលេខនេះមិនគិតថ្លៃទេ។ លេខនេះគឺសម្រាប់អ្នកដែលមានបញ្ហាការស្តាប់ ឬការនិយាយ។ អ្នកត្រូវតែមានគ្រឿងបរិក្ខារទូរសព្ទពិសេសៗដើម្បីហៅវាបាន។ ចាប់ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក រហូតដល់ម៉ោង 8:00 ល្ងាច ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។
សរសេរទៅកាន់	Blue Shield TotalDual Plan P.O. Box 927, Woodland Hills, CA 91365-9856
គេហទំព័រ	blueshieldca.com/medicare

ទាក់ទងទៅ ផ្នែកថែទាំអតិថិជនដើម្បីទទួលបានជំនួយជាមួយនឹង៖

- សំណួរអំពីគម្រោង
- សំណួរអំពីការទាមទារសំណង ឬរឹក្គយបត្រគិតប្រាក់
- ការសម្រេចចិត្តអំពីការធានារ៉ាប់រងលើការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក
  - សេចក្តីសម្រេចអំពីការធានារ៉ាប់រងលើការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក គឺជាការសម្រេចមួយអំពី៖
    - អត្ថប្រយោជន៍ និងសេវាដែលមានការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នក **ឬ**
    - ចំនួនទឹកប្រាក់ដែលយើងត្រូវទូទាត់បង់សម្រាប់សេវាកម្មសុខភាពរបស់អ្នក។
  - សូមទូរសព្ទមកយើងខ្ញុំប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរអំពីការសម្រេចចិត្តលើការធានារ៉ាប់រងសម្រាប់ការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក។
  - ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពីការសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង សូមមើល **ជំពូកទី 9** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*របស់អ្នក។

- បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍អំពីការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក
  - បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ គឺជាវិធីផ្លូវការមួយនៃការស្នើឱ្យយើងខ្ញុំពិនិត្យមើលសេចក្តីសម្រេចដែលយើងបានធ្វើអំពីការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកឡើងវិញ និងស្នើឱ្យយើងខ្ញុំផ្លាស់ប្តូរវា ប្រសិនបើអ្នកគិតថាយើងបានធ្វើខុស ឬមិនយល់ស្របនឹងសេចក្តីសម្រេច។
  - ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពីការប្តឹងឧទ្ធរណ៍ សូមមើល **ជំពូកទី 9** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*របស់អ្នក។
- បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍អំពីការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក
  - អ្នកអាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងអំពីយើងខ្ញុំ ឬអ្នកផ្តល់សេវាណាមួយ (រួមទាំងអ្នកផ្តល់សេវាមិននៅក្នុងបណ្តាញ និងក្នុងបណ្តាញ)។ អ្នកផ្តល់សេវាកម្មក្នុងបណ្តាញ គឺជាអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំដែលធ្វើការជាមួយគម្រោងរបស់យើង។ អ្នកក៏អាចប្តឹងតវ៉ាអំពីគុណភាពនៃការថែទាំសុខភាពដែលអ្នកបានទទួល មកកាន់យើងខ្ញុំ ឬមកកាន់អង្គការកែលម្អគុណភាព (សូមអាន **ផ្នែក F** *ខាងក្រោម*)។
  - អ្នកអាចទូរសព្ទមកយើងខ្ញុំ ហើយរៀបរាប់ពីពាក្យបណ្តឹងរបស់អ្នកតាមរយៈលេខ 1-800-452-4413។
  - ប្រសិនបើបណ្តឹងរបស់អ្នកទាក់ទងនឹងការសម្រេចចិត្តអំពីការធានារ៉ាប់រងលើការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក អ្នកអាចធ្វើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍មួយបាន (សូមមើលផ្នែកខាងលើ)។
  - អ្នកអាចផ្ញើបណ្តឹងអំពីគម្រោងរបស់យើងទៅកាន់ Medicare។ អ្នកអាចប្រើទម្រង់បែបបទតាមអនឡាញនៅលើគេហទំព័រ www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx ។ ឬអ្នកអាចទូរសព្ទទៅលេខ I 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) ដើម្បីស្នើសុំជំនួយ។
  - អ្នកអាចធ្វើការតវ៉ាអំពីគម្រោងរបស់យើងទៅកាន់កម្មវិធីមន្ត្រីបណ្តឹងសាធារណៈតាមរយៈការទូរសព្ទទៅលេខ 1-888-804-3536។
  - ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពីការដាក់ពាក្យបណ្តឹងតវ៉ាអំពីការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក សូមមើល **ជំពូកទី 9** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*របស់អ្នក។
- ការសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងអំពីឱសថដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare។
  - សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងអំពីឱសថ Medicare របស់អ្នកគឺជាការសម្រេចមួយអំពី៖
    - អត្ថប្រយោជន៍ និងឱសថដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare របស់អ្នក **ឬ**
    - ចំនួនទឹកប្រាក់ដែលយើងត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថ Medicare របស់អ្នក។

- ឱសថដែលមិនធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare ដូចជាថ្នាំដែលមិនមានវេជ្ជបញ្ជា (OTC) និងវីតាមីនជាក់លាក់ អាចត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយ Medi-Cal Rx។ សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័ររបស់ Medi-Cal Rx (Medi-calrx.dhcs.ca.gov) សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។ អ្នកក៏អាចទូរសព្ទទៅមជ្ឈមណ្ឌលបម្រើសេវាកម្មអតិថិជនរបស់ Medi-Cal Rx តាមរយៈលេខ 800-977-2273។

- សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងចំពោះឱសថមានវេជ្ជបញ្ជារបស់ Medicare សូមមើល **ជំពូកទី 9** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*របស់អ្នក។

- បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍អំពីឱសថ Medicare របស់អ្នក
  - បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ គឺជាវិធីមួយក្នុងការស្នើឱ្យយើងខ្ញុំផ្លាស់ប្តូរសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងមួយ។
  - សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីការដាក់ពាក្យបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍អំពីឱសថមានវេជ្ជបញ្ជានៃ Medicare របស់អ្នក សូមមើល **ជំពូកទី 9** *នៃសៀវភៅណែនាំសមាជិករបស់អ្នក*។

- ពាក្យបណ្តឹងអំពីឱសថ Medicare របស់អ្នក
  - អ្នកអាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងអំពីយើងខ្ញុំ ឬឱសថស្ថានណាមួយ។ នេះរួមបញ្ចូលទាំងពាក្យបណ្តឹងអំពីឱសថមានវេជ្ជបញ្ជា Medicare របស់អ្នក។
  - ប្រសិនបើពាក្យបណ្តឹងរបស់អ្នកគឺសំដៅលើសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងលើឱសថមានវេជ្ជបញ្ជានៃ Medicare របស់អ្នក អ្នកអាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍បាន។ (សូមមើលផ្នែកខាងលើ។)
  - អ្នកអាចផ្ញើបណ្តឹងអំពីគម្រោងរបស់យើងទៅកាន់ Medicare។ អ្នកអាចប្រើទម្រង់បែបបទតាមអនឡាញនៅលើគេហទំព័រ www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx ។ ឬអ្នកអាចទូរសព្ទទៅលេខ I 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) ដើម្បីស្នើសុំជំនួយ។
  - សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមលើការដាក់ពាក្យបណ្តឹងអំពីឱសថមានវេជ្ជបញ្ជារបស់ Medicare សូមមើល **ជំពូកទី 9** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*របស់អ្នក។

- ការបង់ប្រាក់សម្រាប់ការថែទាំសុខភាព ឬឱសថ Medicare ដែលអ្នកបានទូទាត់រួចរាល់ហើយ
  - សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីរបៀបសុំឱ្យយើងខ្ញុំបង់ប្រាក់សងទៅអ្នកវិញ ឬសុំឱ្យយើងជួយបង់ថ្លៃវិក្កយបត្រ ដែលអ្នកបានទទួល សូមមើល **ជំពូកទី 7** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*របស់អ្នក។
  - ប្រសិនបើអ្នកស្នើរសុំយើងខ្ញុំឱ្យបង់ថ្លៃវិក្កយបត្រ ហើយយើងបដិសេធផ្នែកណាមួយនៃសំណើរបស់អ្នក អ្នកអាចប្តឹងឧទ្ធរណ៍លើការសម្រេចចិត្តរបស់យើង។ សូមមើល **ជំពូកទី 9** *នៃសៀវភៅណែនាំសមាជិករបស់អ្នក*។

B. អ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នក

អ្នកសម្របសម្រួលផ្នែកថែទាំគឺជាបុគ្គលដែលទទួលបានការបណ្តុះបណ្តាលពិសេស ដើម្បីជួយអ្នកតាមរយៈការសម្របសម្រួលនៃដំណើរការថែទាំសុខភាព។ អ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នកនឹងក្លាយជាផ្នែកមួយនៃក្រុមអ្នកថែទាំរបស់អ្នក ហើយគាត់នឹងបម្រើជាទំនាក់ទំនងចម្បងសម្រាប់អ្នក។ នៅពេលចុះឈ្មោះ អ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំនឹងទូរសព្ទទៅអ្នកដើម្បីបំពេញការវាយតម្លៃអំពីហានិភ័យសុខភាព និងគម្រោងថែទាំលក្ខណៈបុគ្គលរបស់អ្នក។ ទាំងនេះគឺជាឧបករណ៍ដែលអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នកនឹងប្រើដើម្បីជួយកំណត់អត្តសញ្ញាណ និងកំណត់តម្រូវការថែទាំសុខភាពផ្ទាល់ខ្លួនរបស់អ្នកឱ្យត្រូវនឹងអ្នក។ អ្នកអាចទាក់ទងអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នកតាមរយៈការទូរសព្ទទៅលេខខាងក្រោម។

ទូរសព្ទទៅលេខ	1-888-548-5765 ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ 6:00 ល្ងាច ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ យើងខ្ញុំមានសេវាកម្មអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ដោយឥតគិតថ្លៃសម្រាប់អ្នកដែលមិនចេះនិយាយភាសាអង់គ្លេស។
TTY	711ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ លេខនេះគឺសម្រាប់អ្នកដែលមានបញ្ហាការស្តាប់ ឬការនិយាយ។ អ្នកត្រូវតែមានគ្រឿងបរិក្ខារទូរសព្ទពិសេសៗដើម្បីហៅវាបាន។ ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ 6:00 ល្ងាច ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ
សរសេរទៅកាន់	Blue Shield TotalDual Plan P.O. Box 927, Woodland Hills, CA 91365-9856

ទាក់ទងអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នកដើម្បីទទួលបានជំនួយជាមួយនឹង៖

- សំណួរនានាអំពីការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក
- សំណួរនានាអំពីការទទួលបានសេវាកម្មសុខភាពអាកប្បកិរិយា (សុខភាពផ្លូវចិត្ត និងបញ្ហានៃការប្រើប្រាស់សារធាតុញៀន)
- សំណួរនានាអំពីមធ្យោបាយការដឹកជញ្ជូន
- សំណួរនានាអំពីសេវា និងការគាំទ្ររយៈពេលវែង (LTSS)

LTSS រួមមានសេវាកម្មសម្រាប់មនុស្សពេញវ័យតាមសហគមន៍ (CBAS) និងមណ្ឌលថែទាំមនុស្សចាស់ (NF)។

សេវា និងគាំទ្រយ:ពេលវែង (LTSS) សំដៅលើសេវាជាច្រើនដែលគាំទ្រដល់មនុស្សពេញវ័យ ដែលត្រូវការជំនួយក្នុងការរស់នៅដោយឯករាជ្យនៅក្នុងសហគមន៍ ឬនៅក្នុងមណ្ឌលថែទាំរយៈពេលវែង។ LTSS គឺសម្រាប់សមាជិកដែលត្រូវការជំនួយដើម្បីអនុវត្តសកម្មភាពប្រចាំថ្ងៃដូចជាការងូតទឹក ការស្លៀកពាក់ ការរៀបចំអាហារ និងការគ្រប់គ្រងឱសថ។ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយដើម្បីបន្តរស់នៅដោយឯករាជ្យ សូមទូរសព្ទទៅអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំ ឬផ្នែកថែទាំអតិថិជនរបស់អ្នកសម្រាប់ការបញ្ជូនព្យាបាលបន្ត ។

LTSS រួមមានសេវាកម្មសម្រាប់មនុស្សពេញវ័យតាមសហគមន៍ (CBAS) សេវាផ្តល់ការគាំទ្រតាមផ្ទះ (IHSS) កម្មវិធីសេវាកម្មពហុគោលបំណងសម្រាប់មនុស្សចាស់ (MSSP) និងការថែទាំរយៈពេលវែង /ការថែទាំមិនតាមបែបវេជ្ជសាស្ត្រ។

ជួនកាលអ្នកអាចទទួលបានជំនួយពីការថែទាំសុខភាពប្រចាំថ្ងៃ និងតម្រូវការរស់នៅនានារបស់អ្នក។

អ្នកអាចទទួលបានសេវាកម្មទាំងនេះ៖

- សេវាមនុស្សពេញវ័យតាមសហគមន៍ (CBAS)
- ការថែទាំដោយមានជំនាញ
- ការព្យាបាលដោយចលនា
- ការព្យាបាលបែបអាជីព
- ការព្យាបាលការនិយាយ
- សេវាកម្មសង្គមវេជ្ជសាស្ត្រ **និង**
- ការថែទាំសុខភាពនៅតាមផ្ទះ។

អាស្រ័យលើខោនធីដែលអ្នករស់នៅ និងសិទ្ធិទទួលបានរបស់អ្នក អ្នកក៏អាចទទួលបានជំនួយសហគមន៍បន្ថែមតាមរយៈគម្រោង Blue Shield Promise Medi-Cal Plan របស់អ្នក។ អ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកអាចបញ្ជូនអ្នក ប្រសិនបើពួកគេគិតថាអ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានជំនួយសហគមន៍ ឬអ្នកអាចទាក់ទងផ្នែកថែទាំអតិថិជន ឬអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នក ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែម។ អ្នកអាចទទួលបានសេវាកម្មទាំងនេះ៖

- ការសម្របសម្រួលបរិស្ថានរស់នៅ (ការកែប្រែបរិស្ថានក្នុងផ្ទះ)
- សេវាជំនួយក្នុងការស្វែងរកលំនៅឋាន
- ប្រាក់កក់សម្រាប់លំនៅឋាន
- សេវាផ្តល់ស្ថិរភាពក្នុងការរស់នៅ និងការជួលផ្ទះ
- អាហារជំនួយ ឬអាហារតម្រូវតាមវេជ្ជសាស្ត្រ

- សេវាថែទាំផ្ទាល់ខ្លួន និងសេវាមេផ្ទះ
- ការថែទាំឱ្យជាសះស្បើយឡើងវិញ (ការសម្រាកព្យាបាល)
- ការពន្យារពេលសម្រាប់អ្នកថែទាំ
- កន្លែងស្នាក់នៅក្រោយចេញពីមន្ទីរពេទ្យក្នុងរយៈពេលខ្លី ឬ
- មណ្ឌលផ្តាច់គ្រឿងស្រវឹងរយៈពេលខ្លី។

C. បណ្តាញទូរសព្ទផ្តល់ប្រឹក្សាពីគិលានុបដ្ឋាយិកា

ខ្សែទូរសព្ទផ្នែកផ្តល់ដំបូន្មានពីគិលានុបដ្ឋាយិការបស់គម្រោង Blue Shield of California ផ្តល់ជូនជំនួយគាំទ្រដោយមានគិលានុបដ្ឋាយិកាដែលបានចុះឈ្មោះត្រឹមត្រូវសម្រាប់រង់ចាំឆ្លើយសំណួរ 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ គិលានុបដ្ឋាយិកានៅរង់ចាំតាមទូរសព្ទ និងអនឡាញដើម្បីឆ្លើយតបនឹងសំណួរអំពីសុខភាពទូទៅ និងផ្តល់ការគម្រង់ទិសទៅកាន់ធនធានបន្ថែមសម្រាប់ព័ត៌មានច្រើនទៀត។ ជាមួយខ្សែទូរសព្ទផ្នែកផ្តល់ដំបូន្មានពីគិលានុបដ្ឋាយិកា សមាជិកអាចទទួលបានសេចក្តីសង្ខេបនៃការសន្ទនាផ្ញើទៅពួកគេតាមរយៈអ៊ីមែល ដែលរួមមានព័ត៌មានទាំងអស់ និងតំណដើម្បីងាយស្រួលរក។ អ្នកអាចទាក់ទងទៅកាន់ខ្សែទូរសព្ទផ្នែកផ្តល់ដំបូន្មានពីគិលានុបដ្ឋាយិកា ជាមួយនឹងសំណួរនានាអំពីសុខភាពរបស់អ្នក និងការថែទាំសុខភាព។

ទូរសព្ទទៅលេខ	(877) 304-0504 ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ យើងខ្ញុំមានសេវាកម្មអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ដោយឥតគិតថ្លៃសម្រាប់អ្នកដែលមិនចេះនិយាយភាសាអង់គ្លេស។
TTY	711 ការហៅទូរសព្ទមកលេខនេះមិនគិតថ្លៃទេ។ លេខនេះគឺសម្រាប់អ្នកដែលមានបញ្ហាការស្តាប់ ឬការនិយាយ។ អ្នកត្រូវតែមានគ្រឿងបរិក្ខារទូរសព្ទពិសេសៗដើម្បីហៅវាបាន។ 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។

D. ខ្សែទូរសព្ទសម្រាប់វិបត្តិសុខភាពអាកប្បកិរិយា

ទូរសព្ទទៅលេខ	Los Angeles Access and Crisis line 1-800-854-7771 *ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ*។ 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ យើងខ្ញុំមានសេវាកម្មអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ដោយឥតគិតថ្លៃសម្រាប់អ្នកដែលមិនចេះនិយាយភាសាអង់គ្លេស។ បណ្តាញសិទ្ធិប្រើប្រាស់ និងវិបត្តិនៅទីក្រុងសាន់ឌីអាហ្គោ 1-888-724-7240 *ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ*។ 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ យើងខ្ញុំមានសេវាកម្មអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ដោយឥតគិតថ្លៃសម្រាប់អ្នកដែលមិនចេះនិយាយភាសាអង់គ្លេស។
TTY	711 ការហៅទូរសព្ទមកលេខនេះមិនគិតថ្លៃទេ។ លេខនេះគឺសម្រាប់អ្នកដែលមានបញ្ហាការស្តាប់ ឬការនិយាយ។ អ្នកត្រូវតែមានគ្រឿងបរិក្ខារទូរសព្ទពិសេសៗដើម្បីហៅវាបាន។ 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍

សូមទាក់ទងបណ្តាញទូរសព្ទសម្រាប់វិបត្តិសុខភាពអាកប្បកិរិយា សម្រាប់ជំនួយជាមួយ៖

- សំណួរនានាអំពីសុខភាពផ្លូវចិត្ត និងសេវាកម្មទាក់ទងនឹងការប្រើប្រាស់សារធាតុញៀនខុសច្បាប់
- នៅពេលអ្នកមានសំណួរអំពីសេវាសុខភាពផ្លូវចិត្ត និងបញ្ហាប្រើប្រាស់សារធាតុញៀន សូមទាក់ទងសេវាសុខភាពអាកប្បកិរិយារបស់គម្រោង Blue Shield of California Promise Health Plan តាមរយៈលេខ (855) 765-9701។

សម្រាប់សំណួរអំពីសេវាសុខភាពផ្លូវចិត្តឯកទេសក្នុងខោនធីរបស់អ្នក សូមមើល **ផ្នែក K**។

E. កម្មវិធីគាំពារ និងផ្តល់ប្រឹក្សាអំពីការជានាវ៉ាប់រងសុខភាព (HICAP)

កម្មវិធីប្រឹក្សាយោបល់ និងការគាំទ្រលើការជានាវ៉ាប់រងសុខភាព (HICAP) ផ្តល់នូវការប្រឹក្សាយោបល់អំពីការជានាវ៉ាប់រងសុខភាពដោយឥតគិតថ្លៃដល់អ្នកដែលចូលរួមជាមួយនឹងកម្មវិធី

Medicare ។ ក្រុមអ្នកប្រឹក្សាយោបល់របស់ HICAP អាចឆ្លើយសំណួរ និងជួយឱ្យអ្នកយល់ដឹងនូវអ្វីដែលត្រូវធ្វើ ដើម្បីដោះស្រាយបញ្ហារបស់អ្នកបាន។ HICAP បានបណ្តុះបណ្តាលអ្នកប្រឹក្សាយោបល់នៅក្នុងគ្រប់ខោនធី ទាំងអស់ ហើយសេវាកម្មគឺពុំគិតថ្លៃទេ។

HICAP គ្មានទំនាក់ទំនងជាមួយនឹងក្រុមហ៊ុនជានាវ៉ាប់រង ឬគម្រោងសុខភាពណាមួយឡើយ។

ទូរសព្ទទៅលេខ	(800) 434-0222 ពីម៉ោង 9 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 4 រសៀល ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ។
TTY	711 លេខនេះគឺសម្រាប់អ្នកដែលមានបញ្ហាការស្តាប់ ឬការនិយាយ។ អ្នកត្រូវតែមានគ្រឿងបរិក្ខារទូរសព្ទពិសេសៗដើម្បីហៅវាបាន។
សរសេរទៅកាន់	California Department of Aging 1300 National Drive, Suite 200, Sacramento, CA 95834-1992
គេហទំព័រ	https://www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/

សូមទាក់ទងទៅ HICAP សម្រាប់ជំនួយជាមួយ៖

- សំណួរអំពីគម្រោងរបស់យើង ឬអំពី Medicare
- អ្នកប្រឹក្សាយោបល់របស់ HICAP អាចឆ្លើយសំណួររបស់អ្នកអំពីការផ្លាស់ទៅប្តូរគម្រោងថ្មី និងជួយអ្នកឱ្យ៖
  - យល់អំពីសិទ្ធិរបស់អ្នក
  - យល់អំពីជម្រើសនៃគម្រោងរបស់អ្នក
  - ដាក់ពាក្យបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍អំពីបញ្ហាថែទាំសុខភាព ឬការព្យាបាលរបស់អ្នក **និង**
  - ដោះស្រាយបញ្ហាវិក្កយបត្ររបស់អ្នក។

F. អង្គការកែលម្អគុណភាព (QIO)

រដ្ឋរបស់យើងមានអង្គការមួយដែលគេហៅថា អង្គការកែលម្អគុណភាពការថែទាំអ្នកទទួលផល និងគ្រួសារ Livoura (BFCC-QIO)។ នេះគឺជាក្រុមវេជ្ជបណ្ឌិត និងអ្នកមានវិជ្ជាជីវៈក្នុងការថែទាំ

សុខភាពផ្សេងៗទៀតដែលជួយលើកកម្ពស់គុណភាពថែទាំសុខភាពសម្រាប់អ្នកចូលរួមកម្មវិធី Medicare ។ កម្មវិធី Livanta BFCC-QIO គ្មានទំនាក់ទំនងជាមួយនឹងគម្រោងរបស់យើងទេ។

ទូរសព្ទទៅលេខ	1-877-588-1123 ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 5 ល្ងាច ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 11 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 3 រសៀល ថ្ងៃសៅរ៍ និងថ្ងៃអាទិត្យ និងពីម៉ោង 7 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 3:30 រសៀល ក្នុងថ្ងៃឈប់សម្រាក។
TTY	1-855-887-6668 លេខនេះគឺសម្រាប់អ្នកដែលមានបញ្ហាការស្តាប់ ឬការនិយាយ។ អ្នកត្រូវតែមានគ្រឿងបរិក្ខារទូរសព្ទពិសេសៗដើម្បីហៅវាបាន។
គេហទំព័រ	https://livantaqio.com/en/states/california

ទាក់ទងអង្គការកែលម្អគុណភាពការថែទាំអ្នកទទួលផល និងគ្រួសារ Livoura (BFCC-QIO) សម្រាប់ជំនួយជាមួយ៖

- សំណួរនានាអំពីសិទ្ធិក្នុងការទាំសុខភាពរបស់អ្នក
- អ្នកអាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងអំពីការថែទាំដែលអ្នកទទួលបាន ប្រសិនអ្នក៖
  - មានបញ្ហាជាមួយគុណភាពនៃការថែទាំ
  - គិតថាការស្នាក់នៅមន្ទីរពេទ្យរបស់អ្នកត្រូវបញ្ចប់ឆាប់រហ័សពេល **ឬ**
  - គិតថាការថែទាំនៅផ្ទះរបស់អ្នក ការថែទាំនៅមណ្ឌលថែទាំដែលមានជំនាញ ឬមណ្ឌលស្តារនីតិសម្បទាទូទៅសម្រាប់អ្នកជំងឺមិនសម្រាកនៅមន្ទីរពេទ្យ (CORF) នឹងត្រូវបញ្ចប់ឆាប់រហ័សពេក។

G. កម្មវិធី Medicare

Medicare គឺជាកម្មវិធីជាតិរ៉ាប់រងសុខភាពសហព័ន្ធសម្រាប់ប្រជាពលរដ្ឋដែលមានអាយុចាប់ពី 65 ឆ្នាំឡើងទៅ មនុស្សពិការមួយចំនួនដែលមានអាយុក្រោម 65 ឆ្នាំ និងប្រជាពលរដ្ឋដែលមានជងឺតម្រងនោមស្ថិតក្នុងដំណាក់កាលចុងក្រោយ (ជំងឺខ្សោយតម្រងនោមជាអចិន្ត្រៃយ៍ ដែលទាមទារឱ្យមានការលាងឈាម ឬប្តូរតម្រងនោម)។

ទីភ្នាក់ងារសហព័ន្ធដែលទទួលបន្ទុកកម្មវិធី Medicare គឺជាមជ្ឈមណ្ឌលបម្រើសេវាកម្មនៃកម្មវិធី Medicare & Medicaid ឬ CMS ។

ទូរសព្ទទៅលេខ	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) ការហៅមកទៅកាន់លេខទូរសព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ និងបាន 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។
TTY	1-877-486-2048 ការហៅទូរសព្ទមកលេខនេះមិនគិតថ្លៃទេ។ លេខនេះគឺសម្រាប់អ្នកដែលមានបញ្ហាការស្តាប់ ឬការនិយាយ។ អ្នកត្រូវតែមានគ្រឿងបរិក្ខារទូរសព្ទពិសេសៗដើម្បីហៅវាបាន។
គេហទំព័រ	medicare.gov នេះគឺជាគេហទំព័រផ្លូវការសម្រាប់កម្មវិធី Medicare ។ វាផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវព័ត៌មានថ្មីៗបំផុតអំពី Medicare។ វាក៏មានព័ត៌មានអំពីមន្ទីរពេទ្យ មណ្ឌលថែទាំចាស់ជរា ក្រុមវេជ្ជបណ្ឌិត ភ្នាក់ងារសុខាភិបាលតាមផ្ទះ មន្ទីរលាងឈាម មន្ទីរស្តារនីតិសម្បទាសម្រាប់អ្នកជំងឺសម្រាកព្យាបាលនៅពេទ្យ និងមន្ទីរពេទ្យសម្រាប់ថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយ។ វារួមមានគេហទំព័រ និងលេខទូរសព្ទដែលមានប្រយោជន៍នានា។ វាក៏រួមមានឯកសារ ដែលអ្នកអាចបោះពុម្ពបានពីម៉ាស៊ីនកុំព្យូទ័ររបស់អ្នកបានផងដែរ។ បើអ្នកមិនមានកុំព្យូទ័រទេនោះ បណ្ណាល័យ ឬមជ្ឈមណ្ឌលសម្រាប់មនុស្សចាស់នៅក្នុងមូលដ្ឋានរបស់អ្នកអាចនឹងមានលទ្ធភាពជួយឱ្យអ្នកចូលមើលគេហទំព័រនេះបានដោយការប្រើកុំព្យូទ័រដែលមាននៅទីនោះ។ បើមិនដូច្នោះទេ អ្នកអាចហៅទូរសព្ទមកកម្មវិធី Medicare តាមរយៈលេខខាងលើ ហើយប្រាប់ពួកគេនូវព័ត៌មានដែលអ្នកកំពុងស្វែងរក។ ពួកគេនឹងស្វែងរកព័ត៌មាននៅលើគេហទំព័រ ហើយពិនិត្យមើលព័ត៌មានជាមួយអ្នក។

H. Medi-Cal

Medi-Cal គឺជាកម្មវិធី Medicaid របស់រដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា។ នេះគឺជាកម្មវិធីជានាវ៉ាប់រងសុខភាពសាធារណៈ ដែលផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាព ដែលចាំបាច់នានា សម្រាប់បុគ្គលដែលមានប្រាក់ចំណូលទាប រួមទាំងគ្រួសារដែលមានកូន មនុស្សចាស់ ជនពិការ ការចិញ្ចឹមបីបាច់កូន ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ និងបុគ្គលដែលមានជំងឺជាក់លាក់ដូចជាជំងឺរបេង មហារីកសុដន់ ឬមេរោគ HIV/AIDS។ Medi-Cal ទទួលបានថវិកាពីរដ្ឋាភិបាលរដ្ឋ និងសហព័ន្ធ។

ទូរសព្ទទៅលេខ	(800) 541-5555 មានចាប់ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 5:00 ល្ងាច ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ។
TTY	(800) 735-2922 លេខនេះតម្រូវឱ្យមានឧបករណ៍ទូរសព្ទពិសេសហើយសម្រាប់តែមនុស្សដែលពិបាកក្នុងការស្តាប់ឬនិយាយប៉ុណ្ណោះ។
សរសេរទៅកាន់	CA Department of Health Care Services Health Care Options P.O. Box 997413, MS 4400 Sacramento, CA 95899-7413
គេហទំព័រ	www.dhcs.ca.gov

I. ការិយាល័យមន្ត្រីបណ្តឹងសាធារណៈ

ការិយាល័យមន្ត្រីបណ្តឹងសារធារណៈធ្វើការជាអ្នកតស៊ូមតិជំនួសអ្នក។ ពួកគេអាចឆ្លើយសំណួរនានា ប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហាឬពាក្យបណ្តឹងហើយអាចជួយអ្នកឱ្យយល់ពីអ្វីដែលត្រូវធ្វើ។ ការិយាល័យមន្ត្រីបណ្តឹងសាធារណៈក៍អាចជួយអ្នកចំពោះបញ្ហាសេវាកម្ម ឬវិក្កយបត្រគិតប្រាក់ផងដែរ។ ការិយាល័យមន្ត្រីបណ្តឹងសាធារណៈនឹងមិនប្រកាន់យកភាគីណាមួយដោយស្វ័យប្រវត្តិទៅក្នុងពាក្យបណ្តឹងនោះទេ។ ពួកគេពិចារណាគ្រប់ជ្រុងជ្រោយទាំងអស់តាមរបៀបដែលមិនលំអៀង និងជាក់ច្បាស់។ ការងាររបស់ពួកគេគឺជួយបង្កើតឱ្យមានដំណោះស្រាយដ៏សមស្របទៅនឹងបញ្ហានៃការទទួលបានការថែទាំសុខភាព។ សេវាកម្មរបស់ពួកគេគឺឥតគិតថ្លៃ។

ទូរសព្ទទៅលេខ	1-888-452-8609 ការហៅទូរស័ព្ទនេះឥតមានគិតថ្លៃទេ។ ពីថ្ងៃចន្ទ រហូតដល់ថ្ងៃសុក្រ ចន្លោះពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 5:00 ល្ងាច
TTY	711 ការហៅទូរស័ព្ទនេះឥតមានគិតថ្លៃទេ។

សរសេរទៅកាន់	California Department of Healthcare Services Office of the Ombudsman PO Box 997413, MS 4400 Sacramento, CA 95899-7413
អ៊ីមែល	MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov
គេហទំព័រ	www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/MMCDOfficeoftheOmbudsman.aspx

J. សេវាសង្គមប្រចាំខោនធី

ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយជាមួយអត្ថប្រយោជន៍នៃ សេវាសុខភាព និងសង្គមប្រចាំខោនធី ឡូស អេនជឺឡែស និងសាន់ឌីអាហ្គោ សូមទាក់ទងទៅក្រសួងសេវាសង្គមប្រចាំខោនធីក្នុងតំបន់របស់អ្នក។

ទូរសព្ទទៅលេខ	1-866-613-3777 ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ ក្រសួង Department of Public Social Services នៃខោនធី Los Angeles មានផ្នែកសេវាអតិថិជន (CSC) ដែលបម្រើការិយាល័យស្រុក 33 ការិយាល័យ។ ម៉ោងធ្វើការគឺពីចាប់ពីថ្ងៃចន្ទ រហូតដល់ថ្ងៃសុក្រ លើកលែងថ្ងៃឈប់សម្រាកចាប់ពីម៉ោង 7:30 ព្រឹក រហូតដល់ម៉ោង 5:30 ល្ងាច។
TTY	1-877-735-2929 លេខនេះគឺសម្រាប់អ្នកដែលមានបញ្ហាការស្តាប់ ឬការនិយាយ។ អ្នកត្រូវតែមានគ្រឿងបរិក្ខារទូរសព្ទពិសេសៗដើម្បីហៅវាបាន។
សរសេរទៅកាន់	Los Angeles County Department of Public Social Services 2855 E. Olympic Blvd. Los Angeles, CA 90023
គេហទំព័រ	https://dpss.lacounty.gov

ទូរសព្ទទៅលេខ	1-866-262-9881 ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ អ្នកតំណាងសេវាសុខាភិបាល និងមនុស្សជាតិនៃខោនធី San Diego អាចរកបាននៅចន្លោះពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 5:00 ល្ងាច ចាប់ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ។ ការចូលប្រើបណ្តាញទូរសព្ទសេវាខ្លួនឯងមានរយៈពេល 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ អ្នកទូរសព្ទចូលនឹងត្រូវបញ្ចូលលេខសន្តិសុខសង្គម (SSN) របស់ពួកគេ ដើម្បីប្រើប្រាស់ប្រព័ន្ធ។
TTY	1-619-589-4459 លេខនេះគឺសម្រាប់អ្នកដែលមានបញ្ហាការស្តាប់ ឬការនិយាយ។ អ្នកត្រូវតែមានគ្រឿងបរិក្ខារទូរសព្ទពិសេសៗដើម្បីហៅវាបាន។
សរសេរទៅកាន់	County of San Diego Health and Human Services Agency PO Box 85027 San Diego, CA 92186
គេហទំព័រ	https://www.sandiegocounty.gov/content/sdc/hhsa.html

K. គម្រោងសុខភាពផ្លូវចិត្តឯកទេសរបស់ខោនធី

សេវាកម្មឯកទេសសុខភាពផ្លូវចិត្តនៃកម្មវិធី Medi-Cal មានសម្រាប់អ្នកតាមរយៈគម្រោងសុខភាពផ្លូវចិត្ត (MHP) ប្រចាំនៅខោនធី ប្រសិនបើអ្នកបំពេញទៅតាមលក្ខណៈនិយ័តដែលចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ។

ទូរសព្ទទៅលេខ	ខោនធី Los Angeles 1-800-854-7771 ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ អ្នកអាចទទួលបានឯកសារនេះដោយឥតគិតថ្លៃនៅក្នុងទម្រង់ផ្សេងទៀតដូចជាអក្សរពុម្ពធំ អក្សរស្ទាបសម្រាប់ជនពិការភ្នែក និង/ឬជាសំឡេង ដោយទូរសព្ទទៅលេខខាងលើ។ យើងខ្ញុំមានសេវាកម្មអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ដោយឥតគិតថ្លៃសម្រាប់អ្នកដែលមិនចេះនិយាយភាសាអង់គ្លេស។ ខោនធី San Diego 1-888-724-7240 ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ យើងខ្ញុំមានសេវាកម្មអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ដោយឥតគិតថ្លៃសម្រាប់អ្នកដែលមិនចេះនិយាយភាសាអង់គ្លេស។
TTY	711 ការហៅទូរសព្ទមកលេខនេះមិនគិតថ្លៃទេ។ លេខនេះគឺសម្រាប់អ្នកដែលមានបញ្ហាការស្តាប់ ឬការនិយាយ។ អ្នកត្រូវតែមានគ្រឿងបរិក្ខារទូរសព្ទពិសេសៗដើម្បីហៅវាបាន។ 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។

សូមទាក់ទងជាមួយនឹងគម្រោងសុខភាពផ្លូវចិត្តឯកទេសប្រចាំខោនធីសម្រាប់ជំនួយជាមួយនឹង ៖

- សំណួរនានាអំពីសេវាកម្មសុខភាពផ្លូវចិត្តដែលផ្តល់ដោយខោនធី
- សេវាឯកទេសសុខភាពផ្លូវចិត្តដែលរួមមាន ប៉ុន្តែមិនកំណត់ចំពោះ៖
  - សេវាកម្មពិគ្រោះសុខភាពផ្លូវចិត្ត
  - ការព្យាបាលនៅពេលថ្ងៃ
  - ការអន្តរាគមន៍ និងការធ្វើឱ្យមានស្ថេរភាពផ្នែករបិតិផ្លូវចិត្ត
  - ការគ្រប់គ្រងករណីសំណុំរឿងដែលបានកំណត់មុខសញ្ញា
  - ការព្យាបាលមនុស្សពេញវ័យនៅតាមផ្ទះ
  - ការព្យាបាលរបិតិផ្លូវចិត្តតាមផ្ទះ

L. ក្រសួងថែទាំសុខភាពក្រោមការគ្រប់គ្រងនៃរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា

ក្រសួង Department of Managed Health Care (DMHC) នៃរដ្ឋ Californiaទទួលខុសត្រូវលើការដាក់បញ្ចាត្តិលើគម្រោងសុខភាពនានា។ មជ្ឈមណ្ឌលជំនួយរបស់ DMHC អាចជួយអ្នកចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ និងបណ្តឹងតវ៉ាអំពីសេវារបស់ Medi-Cal។

ទូរសព្ទទៅលេខ	1-888-466-2219 អ្នកតំណាង DMHC ទំនេរនៅចន្លោះម៉ោង 8:00 ព្រឹក និងម៉ោង 6:00 ល្ងាច ចាប់ពីថ្ងៃចន្ទ រហូតដល់ថ្ងៃសុក្រ។
TDD	1-877-688-9891 លេខនេះគឺសម្រាប់អ្នកដែលមានបញ្ហាការស្តាប់ ឬការនិយាយ។ អ្នកត្រូវតែមានគ្រឿងបរិក្ខារទូរសព្ទពិសេសៗដើម្បីហៅវាបាន។
សរសេរទៅកាន់	Help Center California Department of Managed Health Care 980 Ninth Street, Suite 500 Sacramento, CA 95814-2725
ទូរសារ	1-916-255-5241
គេហទំព័រ	**www.dmhc.ca.gov**

M. ធនធានផ្សេងទៀត

កម្មវិធីមន្ត្រីបណ្តឹងសាធារណៈនៃសម្ព័ន្ធអ្នកប្រើប្រាស់សេវាសុខភាព (HCA) ផ្តល់ជំនួយដោយឥតគិតថ្លៃ ដើម្បីជួយប្រជាពលរដ្ឋដែលមានការលំបាកក្នុងការទទួលបាន ឬរក្សាការធានារ៉ាប់រងសុខភាព និងដោះស្រាយបញ្ហាជាមួយនឹងគម្រោងសុខភាពរបស់ពួកគេ។

ប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហាជាមួយ៖

- Medi-Cal
- កម្មវិធី Medicare
- គម្រោងសុខភាពរបស់អ្នក
- ការចូលប្រើសេវាវេជ្ជសាស្ត្រ

- ការប្តឹងឧទ្ធរណ៍ចំពោះសេវាកម្ម ឱសថ បរិក្ខារវេជ្ជសាស្ត្រជាប់បានយូរ (DME) សេវាសុខភាពផ្លូវចិត្ត ជាដើម ដែលត្រូវបានបដិសេធ។
- វិក្កយបត្រវេជ្ជសាស្ត្រ
- IHSS (សេវាផ្តល់ការគាំទ្រនៅតាមផ្ទះ)

សម្ព័ន្ធអ្នកប្រើប្រាស់សេវាសុខភាព ជួយដោះស្រាយបណ្តឹងតវ៉ា បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ និងសវនាការ។ លេខទូរសព្ទសម្រាប់សម្ព័ន្ធអ្នកប្រើប្រាស់សេវាសុខភាពគឺ 1-888-804-3536។

របៀបទាក់ទងទីភ្នាក់ងារមនុស្សចាស់ជរាប្រចាំតំបន់នៃខោនធី ឡូស អាន់ជឺលេស និងខោនធីសាន់ឌីអាហ្គោ

AIS ផ្តល់សេវាកម្មដល់មនុស្សចាស់ មនុស្សពិការ និងសមាជិកគ្រួសាររបស់ពួកគេ ដើម្បីជួយថែទាំពួកគេឱ្យមានសុវត្ថិភាពនៅផ្ទះ លើកកម្ពស់សុខភាព និងសកម្មភាពរស់នៅចាំបាច់ និងផ្សព្វផ្សាយជាសាធារណៈនូវការរួមចំណែកជាវិជ្ជមានពីសំណាក់មនុស្សចាស់ និងជនពិការ។

ទូរសព្ទទៅលេខ	**ឡូស អាន់ជឺរលេស** 1-888-202-4248 ចាប់ពីចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ចាប់ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹករហូតដល់ម៉ោង 5:00 ល្ងាច **សាន់ឌីអាហ្គោ** 1-800-510-2020 ចាប់ពីចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ចាប់ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹករហូតដល់ម៉ោង 5:00 ល្ងាច
TTY	711 លេខនេះគឺសម្រាប់អ្នកដែលមានបញ្ហាការស្តាប់ ឬការនិយាយ។ អ្នកត្រូវតែមានគ្រឿងបរិក្ខារទូរសព្ទពិសេសៗដើម្បីហៅវាបាន។

សរសេរទៅកាន់	**ខោនធី Los Angeles** Los Angeles County Department of Workforce Development, Aging and Community Services 3175 W. 6th St. Los Angeles, CA 90020 **ខោនធី San Diego** County of San Diego Health and Human Services Agency 1600 Pacific Highway, Room 206 San Diego, CA 92101
គេហទំព័រ	**ខោនធី Los Angeles** https://css.lacounty.gov/ **ខោនធី San Diego** https://www.sandiegocounty.gov/content/sdc/hhsa/programs/ais/

របៀបទាក់ទងទៅមជ្ឈមណ្ឌលតំបន់នៃខោនធី ឡូសអាន់ជឺរលេស និងខោនធី សាន់ឌីអាហ្គោ

មជ្ឈមណ្ឌលប្រចាំតំបន់ គឺជាសាជីវកម្មឯកជនមិនរកប្រាក់ចំណេញដែលបានចុះកិច្ចសន្យាជាមួយក្រសួងសេវាកម្មអភិវឌ្ឍន៍ដើម្បីផ្តល់ ឬសម្របសម្រួលសេវាកម្ម និងការគាំទ្រដល់បុគ្គលដែលមានពិការភាពខាងការលូតលាស់។ ពួកគេមានការិយាល័យនៅទូទាំងរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ាសម្រាប់ផ្តល់ធនធានក្នុងមូលដ្ឋានដើម្បីជួយបុគ្គល និងគ្រួសាររបស់ពួកគេក្នុងការស្វែងរក និងទទួលបានសេវាកម្មជាច្រើនដែលអាចរកបានសម្រាប់ពួកគេ។ រដ្ឋ California មានមជ្ឈមណ្ឌលក្នុងតំបន់ចំនួន 21 ដែលមានការិយាល័យច្រើនជាង 40 ស្ថិតនៅទូទាំងរដ្ឋដែលបម្រើដល់បុគ្គលដែលមានពិការភាពខាងការអភិវឌ្ឍន៍រាងកាយ និងគ្រួសាររបស់ពួកគេ។ ដើម្បីចូលមើលបញ្ជីមជ្ឈមណ្ឌលប្រចាំតំបន់ សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រដែលមានខាងក្រោម។

ទូរសព្ទទៅលេខ	**ខោនធី Los Angeles** 1-916-654-1690 ចាប់ពីចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ចាប់ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹករហូតដល់ម៉ោង 5:00 ល្ងាច **ខោនធី San Diego** 1-858-576-2996 ចាប់ពីចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ចាប់ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹករហូតដល់ម៉ោង 5:00 ល្ងាច
TTY	**ខោនធី Los Angeles** 1-916-654-2054 លេខនេះគឺសម្រាប់អ្នកដែលមានបញ្ហាការស្តាប់ ឬការនិយាយ។ អ្នកត្រូវតែមានគ្រឿងបរិក្ខារទូរសព្ទពិសេសៗដើម្បីហៅវាបាន។
សរសេរទៅកាន់	**ខោនធី Los Angeles** P.O. Box 944202 Sacramento, CA 94244-2020 **ខោនធី San Diego** San Diego Regional Center 4355 Ruffin Rd, Suite 200 San Diego, CA 92123
គេហទំព័រ	www.dds.ca.gov

របៀបទាក់ទងទៅសេវាកម្មផ្នែកច្បាប់ប្រចាំតំបន់នៃខោនធី Los Angeles

សេវាកម្មផ្នែកច្បាប់ប្រចាំតំបន់នៃខោនធី Los Angeles (NLSLA) ផ្តល់សេវាផ្នែកច្បាប់ឥតគិតថ្លៃដល់អ្នកដែលត្រូវការ។ NLSLA អាចជួយមនុស្សដែលមានបញ្ហាផ្លូវច្បាប់ផ្សេងៗ រួមមានបញ្ហាលំនៅដ្ឋាន ច្បាប់ក្រួសារ សុវត្ថិភាពសេដ្ឋកិច្ច ការទទួលបានយុត្តិធម៌ ការជានាវ៉ាប់រងសុខភាព និងបញ្ហាជាច្រើនទៀត។

ទូរសព្ទទៅលេខ	1-800-433-6251 នៅថ្ងៃចន្ទ ថ្ងៃពុធ និងថ្ងៃសុក្រ ចាប់ពីម៉ោង 9:00 ព្រឹក រហូតដល់ម៉ោង 1:00 រសៀល។

TTY	1-855-847-7914 លេខនេះគឺសម្រាប់អ្នកដែលមានបញ្ហាការស្តាប់ ឬការនិយាយ។ អ្នកត្រូវតែមានគ្រឿងបរិក្ខារទូរសព្ទពិសេសៗដើម្បីហៅវាបាន។
សរសេរទៅកាន់	Neighborhood Legal Services of Los Angeles County 13327 Van Nuys Boulevard Pacoima, CA 91131 1104 E. Chevy Chase Drive Glendale, CA 91205 3629 Santa Anita Avenue El Monte, CA 91731
គេហទំព័រ	**www.nlsla.org**

របៀបទាក់ទងទៅសង្គមជំនួយផ្នែកច្បាប់នៃសាន់ឌីអាហ្គោ

បន្ថែមពីលើកម្មវិធីមជ្ឈមណ្ឌលអ្នកប្រើប្រាស់សេវាសុខភាព និងសេវាមន្ត្រីបណ្តឹងសាធារណៈរបស់សង្គមជំនួយផ្នែកច្បាប់នៃទីក្រុង សាន់ឌីអាហ្គោ (LASSD) LASSD ក៏ផ្តល់ជូននូវសេវាកម្មផ្នែកច្បាប់យ៉ាងពេញលេញផងដែរ។ LASSD ផ្តល់ជូនសេវាផ្នែកច្បាប់នៅក្នុងផ្នែកនៃច្បាប់លំនៅឋាន (ឧទាហរណ៍ ការការពារពីការបណ្តេញចេញ ទម្លាប់ ការរំលោភលើលំនៅឋានដោយយុត្តិធម៌ ជាដើម។ល។) ច្បាប់ក្រួសារ (ការលែងលះ ការបីបាច់ថែរក្សា ការទៅសួរសុខទុក្ខ និងគាំទ្រជម្លោះ ជាដើម។ល។) ច្បាប់អន្តោប្រវេសន៍ (ញត្តិជាលក្ខណៈក្រួសារ ទិដ្ឋាការ U/T ជាដើម។ល។) ការការពារអ្នកប្រើប្រាស់ (ការការពារការប្រមូល ជម្លោះកិច្ចសន្យា ជាដើម។ល។) និងជ្រើនទៀត។

ទូរសព្ទទៅលេខ	1-877-534-2524 ចាប់ពីចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ចាប់ពីម៉ោង 9:00 ព្រឹករហូតដល់ម៉ោង 5:00 ល្ងាច
TTY	1-800-735-2929 លេខនេះគឺសម្រាប់អ្នកដែលមានបញ្ហាការស្តាប់ ឬការនិយាយ។ អ្នកត្រូវតែមានគ្រឿងបរិក្ខារទូរសព្ទពិសេសៗដើម្បីហៅវាបាន។

សរសេរទៅកាន់	**Southeast San Diego Office** 110 S. Euclid Avenue San Diego, CA 92114 **Midtown San Diego Office** 1764 San Diego Avenue, Suite 200 San Diego, CA 92110 **North County Office** 216 S. Tremont Street Oceanside, CA 92054
គេហទំព័រ	**www.lassd.org**

ជំពូកទី 3៖ ការប្រើប្រាស់ការធានារ៉ាប់រងនៃគម្រោងរបស់យើង សម្រាប់ការថែទាំសុខភាព និងសេវាកម្មផ្សេងទៀតដែលបានធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នក

សេចក្តីផ្តើម

ជំពូកនេះមានលក្ខខណ្ឌ និងបទបញ្ជាត្តិជាក់លាក់មួយចំនួន ដែលអ្នកត្រូវដឹងដើម្បីទទួលបានការថែទាំសុខភាព និងសេវាកម្មផ្សេងទៀតដែលមានការធានារ៉ាប់រងពីគម្រោងរបស់យើង។ វាក៏ប្រាប់អ្នកអំពីអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំ របៀបទទួលបានការថែទាំពីប្រភេទផ្សេងៗគ្នានៃអ្នកផ្តល់សេវា និងនៅក្រោមកាល:ទេស:ពិសេសជាក់លាក់ (រួមបញ្ចូលទាំងអ្នកផ្តល់សេវា ឬឱសថស្ថានក្រៅបណ្តាញ) អ្វីដែលត្រូវធ្វើនៅពេលអ្នកទទួលបានវិក្កយបត្រដោយផ្ទាល់សម្រាប់សេវាកម្មដែលយើងធានារ៉ាប់រង និងបទបញ្ជាត្តិសម្រាប់ការធ្វើជាម្ចាស់សម្ភារបរិក្ខាវេជ្ជសាស្ត្រដែលប្រើបានយូរ (DME)។ ពាក្យគន្លឹះ និងនិយមន័យមានតាមលំដាប់អក្ខរក្រមក្នុងជំពូកចុងក្រោយនៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*របស់អ្នក។

តារាងមាតិកា

A. ព័ត៌មានអំពីសេវាកម្ម និងអ្នកផ្តល់សេវា 40

B. ច្បាប់សម្រាប់ការទទួលបានសេវាកម្មដែលគម្រោងរបស់យើងធានារ៉ាប់រង 40

C. អ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នក 42

C1. *អ្វីទៅជាអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំ* **..... 42**

C2. *របៀបដែលអ្នកអាចទាក់ទងអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នកបាន* **..... 43**

C3. *របៀបដែលអ្នកអាចផ្លាស់ប្តូរអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នក* **..... 43**

D. ការថែទាំពីអ្នកផ្តល់សេវា 43

D1. *ការថែទាំពីគ្រូពេទ្យថែទាំបឋម* **..... 43**

D2. *ការថែទាំពីក្រុមគ្រូពេទ្យឯកទេស និងក្រុមអ្នកផ្តល់សេវាកម្មផ្សេងទៀតក្នុងបណ្តាញ* **..... 46**

D3. *នៅពេលអ្នកផ្តល់សេវាចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើង* **..... 47**

D4. *អ្នកផ្តល់សេវាក្រៅបណ្តាញ* **..... 48**

E. សេវាសុខភាពអាកប្បកិរិយា (សុខភាពផ្លូវចិត្ត និងបញ្ហាប្រើសារធាតុញៀន) 49

G. E*1. សេវាសុខភាពអាកប្បកិរិយារបស់* **Medi-Cal** *ដែលផ្តល់ជូននៅខាងក្រៅគម្រោង របស់យើង* **...49**

F. សេវាការដឹកជញ្ជូន 52

F*1. ការដឹកជញ្ជូនផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រនៃស្ថានភាពមិនស្ថិតក្នុងភាពអាសន្ន* **.....52**

G*2. ការដឹកជញ្ជូនមិនមែនវេជ្ជសាស្ត្រ* **.....53**

G. សេវាដែលមានការធានារ៉ាប់រងនៅក្នុងគ្រាអាសន្នផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រនៅពេលត្រូវ ការជាបន្ទាន់ ឬក្នុងអំឡុងពេលមានគ្រោះមហន្តរាយ 55

G*1. ថែទាំក្នុងគ្រាអាសន្នផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ* **.....55**

G*2. ការថែទាំថាំជាច់បន្ទាន់* **.....57**

G*3. ការថែទាំក្នុងអំឡុងពេលមានគ្រោះមហន្តរាយ* **.....58**

H. អ្វីដែលត្រូវធ្វើ ប្រសិនបើអ្នកទទួលបានវិក្កយបត្រដោយផ្ទាល់សម្រាប់សេវាកម្ម ដែលគម្រោងរបស់យើងធានារ៉ាប់រង 58

H*1. អ្វីដែលត្រូវធ្វើប្រសិនបើគម្រោងរបស់យើងមិនធានារ៉ាប់រងលើសេវាកម្ម* **.....58**

I. ការធានារ៉ាប់រងសេវាថែទាំសុខភាពនៅក្នុងការសិក្សាស្រាវជ្រាវការព្យាបាល 59

I*1. និយមន័យនៃការសិក្សាស្រាវជ្រាវលើការព្យាបាល* **.....59**

I*2. ការបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាកម្មនៅពេលអ្នកស្ថិតនៅក្នុងការសិក្សាស្រាវជ្រាវលើព្យាបាល* **.....60**

I*3. បន្ថែមទៀតអំពីការស្រាវជ្រាវលើការព្យាបាល* **.....60**

J. របៀបសេវាទាំសុខភាពរបស់អ្នកទទួលបានការធានារ៉ាប់រងក្នុងស្ថាប័នថែទាំសុខភាពមិនមែនវេជ្ជសាស្ត្របែបសាសនា 61

J*1. និយមន័យនៃស្ថាប័នថែទាំសុខភាពសាសនាមិនមែនវេជ្ជសាស្ត្របែបសាសនា* **.....61**

J*2. ការថែទាំពីស្ថាប័នថែទាំសុខភាពសាសនាមិនមែនវេជ្ជសាស្ត្របែបសាសនា* **.....61**

K. សម្ភារៈបរិក្ខារពេទ្យដែលជាប់បានយូរ (DME) 62

K*1.* DME *ក្នុងនាមជាសមាជិកគម្រោងរបស់យើង* **.....62**

K*2. ភាពជាម្ចាស់កម្មសិទ្ធិ* DME *ប្រសិនបើអ្នកប្តូរទៅកាន់* Original Medicare **.....63**

K*3. អត្ថប្រយោជន៍នៃឧបករណ៍ជំនួយអុកស៊ីសែនក្នុងនាមជាសមាជិកនៃគម្រោងរបស់ យើងខ្ញុំ* **.....63**

K*4. ឧបករណ៍ផ្តល់អុកស៊ីសែន នៅពេលអ្នកប្តូរទៅ*Original Medicare **.....63**

A. ព័ត៌មានអំពីសេវាកម្ម និងអ្នកផ្តល់សេវា

សេវាកម្ម គឺការថែទាំសុខភាព (រួចជាការទៅជួបពិនិត្យជាមួយវេជ្ជបណ្ឌិត និងការព្យាបាលខាងវេជ្ជសាស្ត្រ) សេវា និងការគាំទ្រយ:ពេលវែង (LTSS) ការផ្គត់ផ្គង់ សេវាសុខភាពអាកប្បកិរិយា (រួមទាំងសុខភាពផ្លូវចិត្ត និងសុខុមាលភាព) វេជ្ជបញ្ជា និងឱសថមិនមានវេជ្ជបញ្ជា គ្រឿងបរិក្ខារ និងសេវាកម្មផ្សេងទៀត។ **សេវាកម្មដែលមានការជានាវាំប់រង** គឺជាសេវាកម្មណាមួយក្នុងចំណោមសេវាកម្មទាំងនេះដែលគម្រោងរបស់យើងខ្ចាំបង់ឱ្យ។ ការថែទាំសុខភាព សុខភាពអាកប្បកិរិយា និងសេវាកម្ម និងការគាំទ្រយ:ពេលវែង (LTSS) ដែលត្រូវបានជានាវាំប់រង **ជំពូក 4** *នៃសៀវភៅណែនាំសមាជិករបស់អ្នក។ មានវេជ្ជបញ្ជាដែលមានការជានាវាំប់រង និងឱសថគ្មានវេជ្ជបញ្ជា* ***ជំពូក5 នៃសៀវភៅណែនាំសមាជិករបស់អ្នក។***

អ្នកផ្តល់សេវាគឺជាវេជ្ជបណ្ឌិត គិលានុបដ្ឋាយិកា និងបុគ្គលផ្សេងទៀតដែលផ្តល់សេវា និងការថែទាំសុខភាពជូនអ្នក។ អ្នកផ្តល់សេវាកម្មក៏រាប់បញ្ចូលទាំងមន្ទីរពេទ្យ ភ្នាក់ងារគ្រប់គ្រងសុខភាពតាមផ្ទះ គ្លីនិក និងទីកន្លែងផ្សេងទៀតដែលផ្តល់ជូនអ្នកនូវសេវាកម្មថែទាំសុខភាព សេវាកម្មសុខភាពអាកប្បកិរិយា បរិក្ខារវេជ្ជសាស្ត្រ និងសេវាកម្ម និងជំនួយគាំទ្រយ:ពេលវែងជាក់លាក់ (LTSS)។

អ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ គឺជាអ្នកផ្តល់សេវាដែលធ្វើការជាមួយគម្រងរបស់យើង។ អ្នកផ្តល់សេវាទាំងនេះយល់ព្រមទទួលយកការទូទាត់បង់ប្រាក់របស់យើងជាការទូទាត់ពេញលេញ។ អ្នកផ្តល់សេវានៅក្នុងបណ្តាញរបស់យើងជាទូទៅចេញវិក្កយប័ត្រឱ្យយើងដោយផ្ទាល់សម្រាប់ការថែទាំដែលពួកគេផ្តល់ឱ្យលោកអ្នក។ នៅពេលដែលអ្នកជួបជាមួយអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ ជាធម្មតាអ្នកមិនចាំបាច់ចំណាយលើ*អ្វីឡើយ*សម្រាប់សេវាដែលត្រូវបានជានាវាំប់រង។

B. ច្បាប់សម្រាប់ការទទួលបានសេវាកម្មដែលគម្រោងរបស់យើងជានាវាំប់រង

គម្រោងរបស់យើងជានាវាំប់រងលើសេវា Medicare និងជានាវាំប់រង ឬសម្របសម្រួលសេវាកម្ម Medi-Cal ទាំងអស់។ នេះរួមបញ្ចូលទាំងសុខភាពអាកប្បកិរិយា និងសេវាកម្ម និងជំនួយគាំទ្រយ:ពេលវែង (LTSS)។

គម្រោងរបស់យើងនឹងសម្របសម្រួលសេវាថែទាំសុខភាព សេវាសុខភាពអាកប្បកិរិយា និង LTSS ដែលអ្នកទទួលបាន នៅពេលអ្នកធ្វើតាមច្បាប់របស់យើង។ ដើម្បីទទួលបានការជានាវាំប់រងពីគម្រោងរបស់យើងខ្ញុំ៖

- ការថែទាំដែលអ្នកទទួលបានត្រូវតែជា **អត្ថប្រយោជន៍គម្រោង**មួយ។ នេះមានន័យថាយើងបញ្ចូលវាទៅក្នុងតារាងអត្ថប្រយោជន៍របស់យើងនៅក្នុង **ជំពូក 4** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*របស់អ្នក។
- ការថែទាំត្រូវតែ**ចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ។** តាមរយៈភាពចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ យើង មានន័យថា ជាសេវាសំខាន់ដែលសមហេតុផល និងការពារជីវិត។ ការថែទាំចាំបាច់ខាងវេជ្ជសា

ស្ត្រីគឺចាំបាច់ដើម្បីរក្សាបុគ្គលម្នាក់ៗមិនឱ្យធ្លាក់ខ្លួនឈឺធ្ងន់ធ្ងរ ឬស្លាយជាពិការ និងកាត់បន្ថយការឈឺចាប់ធ្ងន់ធ្ងរដោយការព្យាបាលជំងឺ ការកើតរោគ ឬរបួស។

- សម្រាប់សេវាវេជ្ជសាស្ត្រ អ្នកត្រូវតែមាន **អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំបឋម (PCP)** នៅក្នុងបណ្តាញដែលបានបញ្ជាទិញការថែទាំ ឬប្រាប់អ្នកឱ្យទៅប្រើអ្នកផ្តល់សេវាផ្សេងទៀត**។** ក្នុងនាមជាសមាជិកសមាជិកានៃគម្រោង អ្នកត្រូវតែសម្រេចជ្រើសយកអ្នកផ្តល់សេវាកម្មក្នុងបណ្តាញម្នាក់ធ្វើជា PCP របស់អ្នក។

  - ក្នុងករណីភាគច្រើន គម្រោងរបស់យើង ត្រូវតែផ្តល់ការយល់ព្រមដល់អ្នក មុនពេលអ្នកអាចប្រើអ្នកផ្តល់សេវាដែលមិនមែនជា PCP របស់អ្នក ឬប្រើអ្នកផ្តល់សេវាផ្សេងទៀតនៅក្នុងបណ្តាញនៃគម្រោងរបស់យើង។ ការយល់ព្រមនេះត្រូវបានគេហៅថា ការបញ្ជូនបន្ត (ការផ្ទេរ) ។ ប្រសិនបើអ្នកមិនទទួលបានការយល់ព្រមនោះទេ យើងមិនអាចជានាវាំប់រងលើសេវាទាំងនោះទេ។ អ្នកមិនត្រូវការការបញ្ជូនបន្តដើម្បីប្រើសេវាគ្រូពេទ្យឯកទេសជាក់លាក់មួយចំនួន ដូចជាគ្រូពេទ្យឯកទេសខាងសុខភាពរបស់ស្ត្រីនោះទេ។

  - PCPs របស់គម្រោងយើងខ្ញុំមានទំនាក់ទំនងជាមួយក្រុមវេជ្ជសាស្ត្រទាំងនេះ។ នៅពេលអ្នកជ្រើស PCP របស់អ្នក អ្នកក៏អាចជ្រើសក្រុមវេជ្ជសាស្ត្រដែលមានទំនាក់ទំនងនឹងគ្នាផងដែរ។ នេះមានន័យថា PCP របស់អ្នកនឹងណែនាំអ្នកឱ្យទៅជួបគ្រូពេទ្យឯកទេស និងសេវាកម្មដែលមានទំនាក់ទំនងជាមួយក្រុមវេជ្ជសាស្ត្ររបស់ពួកគាត់ផងដែរ។ ក្រុមវេជ្ជសាស្ត្រ គឺជាសមាគម គ្រូពេទ្យថែទាំបឋម និងគ្រូពេទ្យឯកទេសដែលត្រូវបានបង្កើតឡើងដើម្បីជួយសម្របសម្រួលដល់ការផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពដល់អ្នក

  - អ្នកមិនចាំបាច់ត្រូវការមានការបញ្ជូនបន្ត ឬការផ្ទេរពី PCP របស់អ្នកសម្រាប់ការថែទាំក្នុងគ្រាអាសន្ន ឬការថែទាំបន្ទាន់ដែលចាំបាច់ ឬដើម្បីប្រើប្រាស់អ្នកផ្តល់សេវាកម្មសុខភាពដែលជាស្ត្រីនោះទេ។ អ្នកអាចទទួលបានការថែទាំប្រភេទផ្សេងទៀតដោយមិនចាំបាច់មានការបញ្ជូនពី PCP របស់អ្នក (សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីបញ្ហានេះ សូមមើលផ្នែក D1 ក្នុងជំពូកនេះ)។

- **អ្នកត្រូវតែទទួលបានការថែទាំរបស់អ្នកពីអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញដែលពាក់ព័ន្ធជាមួយនឹងក្រុមវេជ្ជសាស្ត្រនៃ PCP របស់អ្នក។** ជាទូទៅ យើងនឹងមិនជានាវាំប់រងលើការថែទាំពីអ្នកផ្តល់សេវា ដែលមិនធ្វើការជាមួយគម្រោងសុខភាពរបស់យើងទេ និងក្រុមវេជ្ជសាស្ត្រ PCP របស់អ្នក។ នេះមានន័យថា អ្នកនឹងត្រូវបង់ប្រាក់ឱ្យអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងតម្លៃពេញសម្រាប់សេវាកម្មដែលផ្តល់ជូនពីអ្នកផ្តល់សេវានៅក្រៅបណ្តាញ។ ទាំងនេះគឺជាករណីមួយចំនួន នៅពេលបទបញ្ជាក្តីនេះមិនអនុវត្ត៖

  - យើងជានាវាំប់រងលើការភាពអាសន្ន ឬការថែទាំដែលត្រូវការជាបន្ទាន់ពីអ្នកផ្តល់សេវាក្រៅបណ្តាញ (សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីបញ្ហានេះ សូមមើលផ្នែក H នៅក្នុងជំពូក។

  - ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការការថែទាំដែលគម្រោងរបស់យើងជានាវាំប់រង ហើយអ្នកផ្តល់សេវាបណ្តាញរបស់យើងមិនអាចផ្តល់ឱ្យអ្នកបានទេ អ្នកអាចទទួលបានការថែទាំ

ពីអ្នកផ្តល់សេវាក្រៅបណ្តាញ។ ការផ្តល់សិទ្ធិអនុញ្ញាត គឺចាំបាច់និងគួរតែទទួលបានពីគម្រោងមុននឹងស្វែងរកការថែទាំ ។ នៅក្នុងស្ថានភាពនេះ យើងខ្ញុំនឹងជានាវាំប់រងការថែទាំប្រៀបដូចជាអ្នកបានទទួលសេវានោះពីអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ។

- យើងជានាវាំប់រងលើសេវាលាងឈាមតម្រងនោម នៅពេលអ្នកស្ថិតនៅខាងក្រៅតំបន់សេវាកម្មនៃគម្រោងរបស់យើងសម្រាប់រយៈពេលខ្លី ឬនៅពេលដែលអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកជាបណ្តោះអាសន្នមិនទំនេរ ឬមិនអាចទាក់ទងបាន។ អ្នកអាចទទួលបានសេវាកម្មទាំងនេះនៅមណ្ឌលលាងឈាមដែលទទួលបានការបញ្ជាក់ត្រឹមត្រូវរបស់កម្មវិធី Medicare។

- នៅពេលអ្នកចូលរួមក្នុងគម្រោងរបស់យើងលើកដំបូង អ្នកអាចស្នើសុំបន្តប្រើប្រាស់អ្នកផ្តល់សេវាបច្ចុប្បន្នរបស់អ្នកបាន។ ជាមួយនឹងករណីលើកលែងមួយចំនួន យើងត្រូវយល់ព្រមលើសំណើរនេះ ប្រសិនបើយើងអាចបង្ហាញថាអ្នកមានទំនាក់ទំនងដែលមានស្រាប់ជាមួយអ្នកផ្តល់សេវាទាំងនោះ។ សូមមើល **ជំពូកទី 1** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*របស់អ្នក។ ប្រសិនបើយើងខ្ញុំយល់ព្រមលើសំណើរបស់អ្នក អ្នកអាចបន្តប្រើប្រាស់អ្នកផ្តល់សេវាកម្មដែលអ្នកកំពុងប្រើក្នុងពេលបច្ចុប្បន្ននេះដល់ទៅ 12 ខែសម្រាប់សេវាកម្មទាំងនោះ។ ក្នុងអំឡុងពេលនោះ អ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់លោកអ្នកនឹងទាក់ទងលោកអ្នកដើម្បីជួយលោកអ្នកឲ្យរកអ្នកផ្តល់សេវាកម្មនៅក្នុងបណ្តាញយើងខ្ញុំដែលមានសម្ព័ន្ធភាពជាសាខាជាមួយនឹងក្រុមការងារវេជ្ជសាស្ត្ររបស់ PCP របស់លោកអ្នក។ បន្ទាប់ពី 12 ខែមក យើងខ្ញុំនឹងលែងជានាវាំប់រងលើការថែទាំរបស់លោកអ្នកតទៅទៀតហើយប្រសិនបើលោកអ្នកបន្តជួបអ្នកផ្តល់សេវាកម្មដែលមិននៅក្នុងបណ្តាញយើងខ្ញុំហើយមិនជាប់សម្ព័ន្ធជាសាខាជាមួយនឹងក្រុមការងារវេជ្ជសាស្ត្ររបស់ PCP របស់លោកអ្នក។

សមាជិកថ្មីនៃ គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan៖ ក្នុងករណីភាគច្រើន អ្នកនឹងត្រូវបានចុះឈ្មោះក្នុង Blue Shield TotalDual Plan សម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍ Medicare របស់អ្នកនៅថ្ងៃទី 1 នៃខែបន្ទាប់ពីអ្នកស្នើសុំឱ្យចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោង *Blue Shield TotalDual Plan*។ អ្នកនៅតែអាចទទួលបានសេវា Medi-Cal របស់អ្នកពីគម្រោងសុខភាព Medi-Cal ពីមុនរបស់អ្នកសម្រាប់រយៈពេលមួយខែបន្ថែមទៀត។ បន្ទាប់មក អ្នកនឹងទទួលបានសេវា Medi-Cal របស់អ្នកតាមរយៈគម្រោង Blue Shield Promise Health Plan។ នឹងមិនមានគម្លាតក្នុងការជានាវាំប់រងនៃ Medi-Cal របស់អ្នកទេ។ សូមទូរសព្ទមកយើងតាមរយៈ 1-800-452-4413 (TTY: 711) ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរណាមួយ។

C. អ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នក

C1. អ្វីទៅជាអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំ

អ្នកសម្របសម្រួលផ្នែកថែទាំគឺជាបុគ្គលដែលទទួលបានការបណ្តុះបណ្តាលពិសេស ដើម្បីជួយអ្នកតាមរយៈការសម្របសម្រួលនៃដំណើរការថែទាំសុខភាព។ អ្នកសម្របសម្រួលផ្នែកថែទាំសុខភាពរបស់អ្នកនឹងក្លាយជាផ្នែកមួយនៃក្រុមអ្នកថែទាំរបស់អ្នក ហើយគាត់/នាងនឹងដើរតួនាទីជាប្រភពចម្បងក្នុងការទាក់ទង និងផ្តល់ព័ត៌មានសម្រាប់អ្នក។ បន្ទាប់ពីចុះឈ្មោះ អ្នកសម្របសម្រួលការ

ថែទាំនឹងទូរសព្ទទៅអ្នក ដើម្បីណែនាំខ្លួនគាត់ និងជួយអ្នកបំពេញការវាយតម្លៃហានិភ័យសុខភាពរបស់អ្នក ដើម្បីកំណត់អត្តសញ្ញាណតម្រូវការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក។

C2. របៀបដែលអ្នកអាចទាក់ទងអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នកបាន

អ្នកអាចទាក់ទងអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នកដោយទូរសព្ទទៅលេខ 1-888-548-5765 ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ ម៉ោង 6:00 ល្ងាច ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ ថ្ងៃសុក្រ។ នៅពេលអ្នកចាប់ផ្តើមធ្វើការជាមួយអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំ អ្នកក៏អាចទាក់ទងគាត់ដោយទូរសព្ទទៅខ្សែទូរសព្ទផ្ទាល់របស់ពួកគេ។

C3. របៀបដែលអ្នកអាចផ្លាស់ប្តូរអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នក

ដើម្បីស្នើសុំផ្លាស់ប្តូរអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នក អ្នកអាចទូរសព្ទទៅលេខ 1-888-548-5765 ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ ម៉ោង 6:00 ល្ងាច ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ ថ្ងៃសុក្រ។

D. ការថែទាំពីអ្នកផ្តល់សេវា

D1. ការថែទាំពីគ្រូពេទ្យថែទាំបឋម

អ្នកត្រូវជ្រើសរើសគ្រូពេទ្យថែទាំបឋម (PCP) ដើម្បីផ្តល់សេវាកម្ម និងគ្រប់គ្រងការថែទាំរបស់អ្នក។ PCPs របស់គម្រោងយើងខ្ញុំមានទំនាក់ទំនងជាមួយក្រុមវេជ្ជសាស្ត្រទាំងនេះ។ នៅពេលអ្នកជ្រើស PCP របស់អ្នក អ្នកក៏អាចជ្រើសក្រុមវេជ្ជសាស្ត្រដែលមានទំនាក់ទំនងនឹងគ្នាផងដែរ។

និយមន័យនៃ PCP និងអ្វីដែល PCP ធ្វើសម្រាប់អ្នក

PCP របស់អ្នកគឺជាគ្រូពេទ្យម្នាក់ដែលបំពេញតាមតម្រូវការរដ្ឋ និងត្រូវបានបណ្តុះបណ្តាលដើម្បីផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវការថែទាំបែបវេជ្ជសាស្ត្រមូលដ្ឋាន។ PCP អាចជាគ្រូពេទ្យប្រចាំគ្រួសារ គ្រូពេទ្យជំងឺទូទៅ អ្នកផ្តល់សេវាកម្មឱសថខាងក្នុង និងគ្រូពេទ្យឯកទេសនៅពេលមានការស្នើសុំ។ អ្នកក៏អាចជ្រើសរើសគ្រូពេទ្យឯកទេសជា PCP របស់អ្នក បើសិនគ្រូពេទ្យឯកទេសយល់ព្រមផ្តល់សេវាកម្មទាំងអស់ដែល PCPs បានផ្តល់ជូនតាមធម្មតា។ ដើម្បីស្នើសុំគ្រូពេទ្យឯកទេសរបស់អ្នកឱ្យធ្វើជា PCP របស់អ្នក សូមទាក់ទងមកផ្នែកថែទាំអតិថិជនរបស់គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan Customer Care (លេខទូរសព្ទ និងម៉ោងធ្វើការត្រូវបានបោះពុម្ពនៅផ្នែកខាងក្រោមនៃទំព័រនេះ) ។ គ្លីនិក មណ្ឌលសុខភាពដែលមានការទទួលស្គាល់ពីសហព័ន្ធ (FQHC) និងប្រហែលជា PCP របស់អ្នកផងដែរ។ អ្នកនឹងទទួលបានការថែទាំជាប្រចាំ ឬជាមូលដ្ឋានពី PCP របស់អ្នក។ PCP របស់អ្នកក៏អាចសម្របសម្រួលសេវាកម្មដែលមានការរាំប់រងផ្សេងទៀតដែលអ្នកត្រូវការផងដែរ។ សេវាកម្មដែលគ្របដណ្តប់ទាំងនេះរួមមាន៖

- ថតកម្មរស្មីអ៊ុច
- ការធ្វើតេស្តនៅមន្ទីរពិសោធន៍
- វិធីព្យាបាលរោគ
- ការមើលថែទាំព្យាបាលពីសំណាក់ក្រុមវេជ្ជបណ្ឌិតដែលជាគ្រូពេទ្យឯកទេស

- ការចូលសម្រាកនៅមន្ទីរពេទ្យ និង
- ការថែទាំព្យាបាលដោយការតាមដាន

PCPs របស់គម្រោងយើងមានទំនាក់ទំនងជាមួយក្រុមវេជ្ជសាស្ត្រពិសេស។ ក្រុមវេជ្ជសាស្ត្រ ឬ សមាគមន៍ក្រូពេទ្យឯករាជ្យ (IPA) គឺអង្គភាពដែលបានបង្កើតឡើងដោយស្ថិតនៅក្រោមច្បាប់រដ្ឋ California ដែលមានកិច្ចសន្យាជាមួយគម្រោងសុខភាពដើម្បីផ្តល់ ឬរៀបចំសម្រាប់ការផ្តល់នូវសេវាថែទាំសុខភាពដល់អ្នកចុះឈ្មោះនៅក្នុងគម្រោង។ នៅពេលអ្នកជ្រើស PCP របស់អ្នក អ្នកក៏អាចជ្រើសក្រុមវេជ្ជសាស្ត្រដែលមានទំនាក់ទំនងនឹងគ្នាផងដែរ។ នេះមានន័យថា PCP របស់អ្នកនឹងណែនាំអ្នកឱ្យទៅជួបក្រូពេទ្យឯកទេស និងសេវាកម្មដែលមានទំនាក់ទំនងជាមួយក្រុមវេជ្ជសាស្ត្ររបស់គាត់ ឬនាងផងដែរ។

នៅក្នុងករណីភាគច្រើន អ្នកត្រូវតែទៅជួប PCP របស់អ្នកដើម្បីទទួលបានការបញ្ជូនបន្ត មុននឹងអ្នកអាចទៅជួបអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពដ៏ទៃទៀត ឬក្រូពេទ្យឯកទេសណាម្នាក់។ អ្នកអាចធ្វើការបញ្ជូនបន្តដោយខ្លួនឯងទៅកាន់ក្រូពេទ្យជំនាញខាងផ្នែកសម្ភព និងខាងផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ (OBGYN) នៅក្នុងក្រុមវេជ្ជសាស្ត្រដែលមានកិច្ចសន្យា ឬ IPA សម្រាប់ការត្រួតពិនិត្យមាត់ស្បូនត្រកាក និងការពិនិត្យសុដន់ប្រចាំឆ្នាំ។ នៅពេលការបញ្ជូនបន្តនេះត្រូវបានយល់ព្រមដោយក្រុមវេជ្ជសាស្ត្រ PCP របស់អ្នក អ្នកអាចធ្វើការណាត់ជួបជាមួយក្រូពេទ្យឯកទេស ឬអ្នកផ្តល់សេវាកម្មផ្សេងទៀតដើម្បីទទួលបានការព្យាបាលដែលអ្នកត្រូវការ។ ក្រូពេទ្យឯកទេសនឹងជូនដំណឹងដល់ PCP របស់អ្នកនៅពេលបញ្ចប់ការព្យាបាល ឬសេវាកម្មរបស់អ្នក ដើម្បីឱ្យ PCP របស់អ្នកអាចបន្តគ្រប់គ្រងការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នកបានទៀត។

ដើម្បីអាចឱ្យអ្នកទទួលបានសេវាកម្មជាក់លាក់មួយចំនួន PCP របស់អ្នកនឹងចាំបាច់ត្រូវទទួលបានការយល់ព្រមជាមុនពីគម្រោង ឬក្នុងករណីខ្លះ ពីក្រុមវេជ្ជសាស្ត្រដែលមានទំនាក់ទំនងជាមួយគ្នារបស់ PCP របស់អ្នក។ ការយល់ព្រមជាមុននេះត្រូវបានគេហៅថា "ការអនុញ្ញាតជាមុន"

ជម្រើស PCP របស់អ្នក

នៅពេលអ្នកក្លាយជាសមាជិកសមាជិកានៃគម្រោងរបស់យើងខ្ញុំ អ្នកត្រូវតែសម្រេចជ្រើសអ្នកផ្តល់សេវាកម្មនៅក្នុងបណ្តាញម្នាក់ធ្វើជា PCP របស់អ្នក។

ដើម្បីជ្រើសរើសយក PCP អ្នកអាច៖

- ប្រើបញ្ជីឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវាកម្ម និងឱសថស្ថានរបស់អ្នក។ សូមមើលនៅក្នុងលិបិក្រមនៃ "ក្រូពេទ្យថែទាំបឋម" ដែលស្ថិតនៅផ្នែកខាងខ្នងនៃបញ្ជីឈ្មោះ ដើម្បីស្វែងរកវេជ្ជបណ្ឌិតដែលអ្នកត្រូវការ។ (លិបិក្រម គឺមានតាមលំដាប់អក្ខរក្រមតាមនាមត្រកូលរបស់វេជ្ជបណ្ឌិត។) ឬ
- ចូលទៅកាន់គេហទំព័ររបស់យើងនៅ www.bluhshieldca.com/medicare និងស្វែងរក PCP ដែលអ្នកចង់បាន ឬ

- ហៅទូរសព្ទទៅផ្នែកថែទាំអតិថិជនរបស់គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan សម្រាប់ជំនួយ (លេខទូរសព្ទ និងម៉ោងធ្វើការត្រូវបានបោះពុម្ពនៅផ្នែកខាងក្រោមនៃទំព័រនេះ) ។

ដើម្បីរកមើលថាអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពដែលអ្នកចង់បានគឺទំនេរ ឬ ទទួលយកអ្នកជំងឺថ្មី សូមមើល *បញ្ជីរាយឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវានិងឱសថស្ថាន*ដែលមានតាមរយៈវេបសាយរបស់យើង ឬ ទូរសព្ទទៅកាន់ផ្នែកបម្រើសេវាអតិថិជន (លេខទូរសព្ទនិងម៉ោងធ្វើការមាននៅខាងក្រោមនៃទំព័រនេះ)។

ប្រសិនបើមានអ្នកឯកទេស ឬមន្ទីរពេទ្យជាក់លាក់របស់ Blue Shield TotalDual Plan ដែលអ្នកចង់ប្រើប្រាស់ វាចាំបាច់ដែលត្រូវដឹងថាតើពួកគេបានធ្វើអនុសម្ព័ន្ធជាមួយក្រុមផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ PCP របស់អ្នកឬអត់។ អ្នកអាចរកមើលនៅក្នុងសៀវភៅបញ្ជីឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថានដែលមាននៅលើគេហទំព័ររបស់យើង blueshieldca.com/MAPDdocuments2023 ឬសួរ Blue Shield TotalDual Plan Customer Care ដើម្បីពិនិត្យមើលថាតើ PCP ដែលអ្នកចង់ធ្វើការបញ្ជូនទៅកាន់អ្នកឯកទេសនោះ ឬប្រើប្រាស់មន្ទីរពេទ្យនោះឬអត់ ។

ជម្រើសក្នុងការផ្លាស់ប្តូរ PCP របស់អ្នក

អ្នកអាចនឹងផ្លាស់ប្តូរ PCP ដោយសារហេតុផលណាមួយនៅពេលណាមួយ។ លើសពីនេះ វាអាចទៅរួចផងដែរ ដែលថា PCP របស់អ្នកអាចចាកចេញពីបណ្តាញគម្រោងរបស់យើងខ្ញុំ។ ប្រសិនបើ PCP របស់អ្នកចាកចេញពីបណ្តាញរបស់យើង យើងអាចជួយអ្នកស្វែងរក PCP ថ្មីនៅក្នុងបណ្តាញរបស់យើង។

អ្នកអាចអនុវត្តន៍តាមជំហាននៅក្នុងផ្នែក “ជម្រើស PCP របស់អ្នក” ខាងលើ ដើម្បីប្តូរ PCP របស់អ្នក។ សូមប្រាកដថាអ្នកបានទូរសព្ទមកផ្នែកថែទាំអតិថិជន ដើម្បីឱ្យពួកគេបានដឹងថាអ្នកកំពុងផ្លាស់ប្តូរ PCP របស់អ្នក (លេខទូរសព្ទ និងម៉ោងប្រតិបត្តិការគឺមាននៅក្រោមទំព័រនេះ)។

នៅពេលការផ្លាស់ប្តូររបស់អ្នកត្រូវបានស្នើសុំឡើង ការកំណត់ PCP ថ្មី និងក្រុមវេជ្ជសាស្ត្រដែលគេធ្វើការជាមួយនឹងកើតឡើងនៅថ្ងៃដំបូងនៃខែបន្ទាប់តាមសំណើរបស់អ្នកក្នុងការផ្លាស់ប្តូរ PCP របស់អ្នក។

ឈ្មោះ និងលេខទូរសព្ទការិយាល័យរបស់ PCP ត្រូវបានបោះពុម្ពនៅលើបណ្ណសមាជិកភាពរបស់អ្នក។ បើសិនអ្នកផ្លាស់ប្តូរ PCP របស់អ្នក អ្នកនឹងទទួលបានបណ្ណសមាជិកភាពថ្មី។ PCPs របស់គម្រោងយើងខ្ញុំមានទំនាក់ទំនងជាមួយក្រុមវេជ្ជសាស្ត្រទាំងនេះ។ បើសិនអ្នកផ្លាស់ប្តូរ PCP របស់អ្នក អ្នកក៏អាចផ្លាស់ប្តូរក្រុមវេជ្ជសាស្ត្របានផងដែរ។ នៅពេលអ្នកស្នើសុំការផ្លាស់ប្តូរ ប្រាប់ផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិកប្រសិនបើអ្នកប្រើអ្នកឯកទេស ឬទទួលបានសេវាជានាវាំប់រងផ្សេងទៀត ដែលត្រូវតែមានការអនុញ្ញាតពី PCP។ ផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិកនឹងជួយបន្តការថែទាំឯកទេស និងសេវាផ្សេងទៀតរបស់អ្នក នៅពេលអ្នកផ្លាស់ប្តូរ PCP របស់អ្នក។

សេវាកម្មដែលអ្នកអាចទទួលបានដោយគ្មានការយល់ព្រមពី PCP របស់អ្នក

ក្នុងករណីភាគច្រើនបំផុត អ្នកចាំបាច់ត្រូវការយល់ព្រមពីសំណាក់ PCP របស់អ្នកសិន មុនពេលប្រើប្រាស់អ្នកផ្តល់សេវាកម្មផ្សេងៗទៀត។ ការយល់ព្រមនេះត្រូវបានហៅថា **ការបញ្ជូនបន្ត។** អ្នក

អាចទទួលបាននូវសេវាកម្មដូចជាសេវាកម្ម ដែលមានចុះនៅខាងក្រោម ដោយមិនចាំបាច់ទទួលបានការយល់ព្រមពីសំណាក់ PCP របស់អ្នកជាមុន៖

- សេវាកម្មសង្គ្រោះបន្ទាន់ពីក្រុមអ្នកផ្តល់សេវាកម្មនៅក្នុងបណ្តាញ ឬក្រៅបណ្តាញ។
- ការថែទាំដែលត្រូវការជាបន្ទាន់ពីអ្នកផ្តល់សេវាកម្មក្នុងបណ្តាញ ។
- ការថែទាំដែលត្រូវការជាបន្ទាន់ជាបន្ទាន់ពីអ្នកផ្តល់សេវាក្រៅបណ្តាញ នៅពេលដែលអ្នកមិនអាចទៅដល់អ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ (ឧទាហរណ៍ ប្រសិនបើអ្នកនៅខាងក្រៅតំបន់សេវាកម្មនៃគម្រោងរបស់យើង ឬក្នុងអំឡុងពេលចុងសប្តាហ៍)។

  កំណត់សម្គាល់៖ ការថែទាំដែលត្រូវការជាបន្ទាន់ត្រូវតែជាតម្រូវការបន្ទាន់ និងចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ។
- សេវាលាងឈាមតម្រងនោម ដែលអ្នកទទួលបានពីមន្ទីរលាងឈាមដែលទទួលស្គាល់ដោយ Medicare នៅពេលដែលអ្នកស្ថិតនៅក្រៅតំបន់ផ្តល់សេវាកម្មរបស់គម្រោង។ សូមទូរសព្ទទាក់ទងផ្នែកថែទាំអតិថិជន មុននឹងអ្នកចាកចេញពីតំបន់សេវាកម្ម។ យើងអាចជួយឱ្យអ្នកទទួលបានសេវាលាងឈាម ខណៈពេលដែលអ្នកនៅឆ្ងាយ។
- ការចាក់វ៉ាក់សាំងបង្ការជំងឺក្រុនផ្តាសាយធំ និងជំងឺ COVID-19 ក៏ដូចជាជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B និងវ៉ាក់សាំងបង្ការជំងឺរលាកសួតគឺអាចធ្វើបានដរាបណាអ្នកទទួលយកវ៉ាក់សាំងទាំងនោះពីអ្នកផ្តល់សេវាកម្មក្នុងបណ្តាញ។
- ការថែទាំសុខភាពស្ត្រីជាប្រចាំ និងសេវាកម្មពន្យារកំណើត។ នេះរួមទាំង សេវាពិនិត្យសុដន់ ការថតឆ្លុះមើលសុដន់ (ពិនិត្យសុដន់ដោយកាំរស្មីអ៊ុច) ពិនិត្យកោសិកាមហារីកមាត់ស្បូន និងការពិនិត្យសរីរាង្គបន្តពូជស្ត្រី ដរាបណាអ្នកទទួលយកសេវាទាំងនេះពីអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ។
- លើសពីនេះទៀត បើអ្នកមានសិទ្ធិទទួលបាននូវសេវាពីអ្នកផ្តល់សេវាសុខភាពជនជាតិដើមអាមេរិកកាំង អ្នកអាចប្រើប្រាស់អ្នកផ្តល់សេវាកម្មទាំងនេះដោយមិនមានការបញ្ជូនព្យាបាលបន្ត។

D2. ការថែទាំពីក្រុមគ្រូពេទ្យឯកទេស និងក្រុមអ្នកផ្តល់សេវាកម្មផ្សេងទៀតក្នុងបណ្តាញ

គ្រូពេទ្យឯកទេស គឺជាវេជ្ជបណ្ឌិតដែលផ្តល់ការថែទាំសុខភាពសម្រាប់ជំងឺជាក់លាក់មួយ ឬផ្នែកមួយនៃរាងកាយ។ អ្នកឯកទេសមានច្រើនប្រភេទ ដូចជា៖

- គ្រូពេទ្យឯកទេសផ្នែកជំងឺបេះដូង យកចិត្តទុកដាក់ថែទាំអ្នកជំងឺដែលមានជំងឺមហារីក។
- គ្រូពេទ្យឯកទេសផ្នែកជំងឺបេះដូង យកចិត្តទុកដាក់ថែទាំអ្នកជំងឺដែលមានបញ្ហាបេះដូង។
- គ្រូពេទ្យឯកទេសផ្នែកឆ្អឹង មើលថែទាំអ្នកជំងឺដែលមានបញ្ហាឆ្អឹង សន្លាក់ ឬបញ្ហាសាច់ដុំ។
- នៅពេលអ្នកត្រូវការការថែទាំសុខភាពឯកទេស ឬសេវាកម្មបន្ថែមដែល PCP របស់អ្នកមិនអាចផ្តល់ជូនបាន គាត់នឹងផ្តល់ការណែនាំបញ្ជូនបន្តដល់លោកអ្នក។ នៅពេល

ការបញ្ជូនបន្តនេះត្រូវបានយល់ព្រមដោយក្រុមវេជ្ជសាស្ត្រ PCP របស់អ្នក អ្នកអាចធ្វើការណាត់ជួបជាមួយគ្រូពេទ្យឯកទេស ឬអ្នកផ្តល់សេវាកម្មផ្សេងទៀតដើម្បីទទួលបានការព្យាបាលដែលអ្នកត្រូវការ។ គ្រូពេទ្យឯកទេសនឹងជូនដំណឹងដល់ PCP របស់អ្នកនៅពេលបញ្ចប់ការព្យាបាល ឬសេវាកម្មរបស់អ្នក ដើម្បីឱ្យ PCP របស់អ្នកអាចបន្តគ្រប់គ្រងការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នកបានទៀត។

- PCP នឹងចាំបាច់ត្រូវទទួលបានការយល់ព្រមជាមុនសិនពីគម្រោងសម្រាប់អ្នក ដើម្បីទទួលលបានសេវាកម្មជាក់លាក់។ ការយល់ព្រមជាមុននេះត្រូវបានគេហៅថា “ការអនុញ្ញាតជាមុន” ឧទាហរណ៍ ការអនុញ្ញាតជាមុនត្រូវបានទាមទារសម្រាប់ការស្នាក់នៅមន្ទីរពេទ្យរបស់អ្នកជំងឺសម្រាកក្នុងមន្ទីរពេទ្យដែលមិនត្រូវការការសង្គ្រោះបន្ទាន់។ ក្នុងករណីខ្លះ ក្រុមវេជ្ជសាស្ត្រដែលមានទំនាក់ទំនងជាមួយ PCP របស់អ្នកជំនួសឱ្យគម្រោងយើងខ្ញុំអាចនឹងអនុញ្ញាតសេវាកម្មរបស់អ្នក។
- ប្រសិនបើអ្នកមានចម្ងល់ណាមួយអំពីអ្នកដែលទទួលខុសត្រូវចំពោះការដាក់ស្នើសុំ និងអ្នកអនុម័តការអនុញ្ញាតជាមុនសម្រាប់សេវាទាំងនោះ សូមទាក់ទងក្រុមវេជ្ជសាស្ត្រដែលមានទំនាក់ទំនងជាមួយ PCP របស់អ្នក។ អ្នកក៏អាចទូរសព្ទមកផ្នែកថែទាំអតិថិជន។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីសេវាណាមួយដែលទាមទារការអនុញ្ញាតជាមុន សូមមើលតារាងអត្ថប្រយោជន៍នៅក្នុងជំពូកទី 4 ផ្នែក D។

D3. នៅពេលអ្នកផ្តល់សេវាចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើង

អ្នកផ្តល់សេវាកម្មក្នុងបណ្តាញ ដែលអ្នកប្រើប្រាស់អាចចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើង។ ប្រសិនបើអ្នកផ្តល់សេវាណាម្នាក់របស់អ្នកចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើង អ្នកអាចមានសិទ្ធិ និងការការពារជាក់លាក់ ដែលបានសង្ខេបដូចខាងក្រោម៖

- ទោះបីជា អ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញរបស់យើងផ្លាស់ប្តូរក្នុងអំឡុងពេលនៃឆ្នាំផ្តល់សេវាកម្ម យើងត្រូវតែផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវលទ្ធភាពចូលប្រើអ្នកផ្តល់សេវាដែលមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ដោយស្ថានការរារាំង។

- យើងខិតខំប្រឹងប្រែងឱ្យអស់ពីចិត្តក្នុងការផ្តល់ដំណឹងជូនអ្នកយ៉ាងហោចណាស់ 30 ថ្ងៃមុន ដើម្បីឱ្យអ្នកមានពេលវេលាគ្រប់គ្រាន់ក្នុងការជ្រើសរើសអ្នកផ្តល់ថ្មី។

- យើងជួយអ្នកក្នុងការជ្រើសរើសអ្នកផ្តល់សេវាថ្មីដែលមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ ដើម្បីបន្តការគ្រប់គ្រងតម្រូវការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក។

- ប្រសិនបើអ្នកកំពុងតែព្យាបាលសុខភាព អ្នកមានសិទ្ធិស្នើសុំ ហើយយើងធ្វើការជាមួយអ្នកដើម្បីធានា ថាការព្យាបាលដែលចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដែលអ្នកកំពុងទទួលបានមិនត្រូវបានរារាំង។

- ប្រសិនបើយើងមិនអាចស្វែងរកអ្នកឯកទេសក្នុងបណ្តាញ ដែលមានសមត្ថភាពអាចចូលប្រើបានសម្រាប់អ្នកទេ យើងត្រូវតែរៀបចំឱ្យមានអ្នកឯកទេសក្រៅបណ្តាញដើម្បីផ្តល់ការថែទាំរបស់អ្នក។

- ប្រសិនបើអ្នកគិតថា យើងមិនបានជំនួសអ្នកផ្តល់សេវាពីមុនរបស់អ្នកជាមួយអ្នកផ្តល់សេវាដែលមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ ឬថាយើងកំពុងតែគ្រប់គ្រងការថែទាំរបស់អ្នកមិន

បានល្អទេនោះទេ អ្នកមានសិទ្ធិក្នុងការ ដាក់ពាក្យបណ្តឹងតវ៉ាអំពីគុណភាពនៃការថែទាំទៅកាន់ QIO គុណភាពនៃពាក្យបណ្តឹងសាទុក្ខអំពីការថែទាំ ឬទាំងពីរ។ (សូមមើល ជំពូកទី **9** សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។)

ប្រសិនបើអ្នករកឃើញថា អ្នកផ្តល់សេវាណាមួយរបស់អ្នកកំពុងតែចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើង សូមទាក់ទងមកយើងខ្ញុំ។ យើងអាចជួយអ្នកក្នុងការស្វែងរកអ្នកផ្តល់សេវាថ្មី និងគ្រប់គ្រងការថែទាំរបស់អ្នកបាន។ *សូមទូរសព្ទទៅ Blue Shield TotalDual Plan Customer Care តាមលេខ 1-800-452-4413 (TTY: 711) ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ 8:00 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍*។ នៅពេលអ្នកហៅទូរសព្ទ ត្រូវប្រាកដថាប្រាប់ផ្នែកថែទាំអតិថិជន ប្រសិនបើអ្នកកំពុងជួបអ្នកឯកទេស ឬទទួលបានសេវាជានាវ៉ាប់រងផ្សេងទៀត ដែលត្រូវការការយល់ព្រមពី PCP របស់អ្នក (ដូចជាសេវាសុខភាពតាមផ្ទះ និងឧបករណ៍បរិក្ខារវេជ្ជសាស្ត្រជាប់បានយូរ)។ ការថែទាំអតិថិជននឹងជួយធ្វើឱ្យប្រាកដថាអ្នកអាចបន្តជាមួយនឹងការថែទាំពិសេស និងសេវាកម្មផ្សេងទៀតដែលអ្នកកំពុងទទួលបាន នៅពេលអ្នកផ្លាស់ប្តូរ PCP របស់អ្នក។ ពួកគេក៏នឹងពិនិត្យមើលដើម្បីប្រាកដថា PCP ដែលអ្នកចង់ប្តូរទៅកំពុងទទួលយកអ្នកជំងឺថ្មី។ ផ្នែកបម្រើសេវាអតិថិជននឹងផ្លាស់ប្តូរកំណត់ត្រាសមាជិកភាពរបស់អ្នកដើម្បីបង្ហាញឈ្មោះ PCP ថ្មីរបស់អ្នក ហើយប្រាប់អ្នកនៅពេលណាដែលការផ្លាស់ប្តូរ PCP ថ្មីរបស់អ្នកនឹងមានប្រសិទ្ធភាព។

D4. អ្នកផ្តល់សេវាក្រៅបណ្តាញ

ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការការថែទាំបែបវេជ្ជសាស្ត្រដែល Medicare និង/ឬ Medi-Cal ទាមទារឱ្យគម្រោងយើងខ្ញុំធានាវ៉ាប់រង ហើយអ្នកផ្តល់សេវានៅក្នុងបណ្តាញយើងខ្ញុំមិនអាចផ្តល់ជូនការថែទាំនេះបាន អ្នកអាចទទួលយកការថែទាំនេះពីអ្នកផ្តល់សេវាក្រៅបណ្តាញបាន។ ត្រូវពេទ្យថែទាំបឋមរបស់អ្នកមានទំនួលខុសត្រូវក្នុងការស្នើសុំសំណើសម្រាប់ការអនុញ្ញាតជាមុនសម្រាប់សេវាកម្មក្រៅបណ្តាញ។ អ្នកត្រូវតែទទួលបានការអនុញ្ញាតពីគម្រោង ឬ ក្រុមវេជ្ជសាស្ត្រដែលមានទំនាក់ទំនងជាមួយ PCP របស់អ្នកសិន មុននឹងស្វែងរកការថែទាំពីអ្នកផ្តល់សេវាក្រៅបណ្តាញ លើកលែងតែពេលអ្នកទទួលបានសេវាចាំបាច់សម្រាប់ក្រអាសន្ន ឬដែលបន្ទាន់។ នៅក្នុងស្ថានភាពនេះ អ្នកនឹងត្រូវបង់ថ្លៃដូចដែលអ្នកត្រូវបង់ពេលអ្នកទទួលបានការថែទាំពីអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ។

ប្រសិនបើអ្នកប្រើប្រាស់អ្នកផ្តល់សេវាក្រៅបណ្តាញ អ្នកផ្តល់សេវានោះត្រូវតែមានគ្រប់លក្ខន្តិក: សម្រាប់ចូលរួមក្នុងកម្មវិធី Medicare និង/ឬ Medi-Cal។

- យើងខ្ញុំមិនអាចបង់ប្រាក់ទូទាត់ឱ្យអ្នកផ្តល់សេវាកម្មណាម្នាក់ដែលគ្មានសិទ្ធិចូលរួមក្នុងកម្មវិធី Medicare និង/ឬ Medi-Cal បានឡើយ។
- ប្រសិនបើអ្នកប្រើប្រាស់អ្នកផ្តល់សេវាកម្មក្រៅបណ្តាញម្នាក់ដែលគ្មានសិទ្ធិចូលរួមក្នុងកម្មវិធី Medicare នោះ អ្នកត្រូវតែបង់ប្រាក់ទូទាត់ថ្លៃចំណាយពេញលើសេវាកម្មដែលអ្នកទទួលបាន។
- អ្នកផ្តល់សេវាកម្មត្រូវតែប្រាប់អ្នកឱ្យដឹងប្រសិនបើពួកគេគ្មានសិទ្ធិចូលរួមក្នុងកម្មវិធី Medicare ។

E. សេវាសុខភាពអាកប្បកិរិយា (សុខភាពផ្លូវចិត្ត និងបញ្ហាប្រើសារធាតុញៀន)

F. អ្នកនឹងមានសិទ្ធិចូលប្រើប្រាស់សេវាសុខភាពអាកប្បកិរិយាដែលចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដែល Medicare និង Medi-Cal ជានាវ៉ាប់រង។ យើងផ្តល់លទ្ធភាពទទួលបានសេវាសុខភាពអាកប្បកិរិយាដែលជានាវ៉ាប់រងដោយ Medicare។ គម្រោងរបស់យើងមិនផ្តល់សេវាសុខភាពអាកប្បកិរិយាដែលជានាវ៉ាប់រងលើ Medi-Cal ទេ ប៉ុន្តែសេវាកម្មទាំងនេះអាចរកបានសម្រាប់អ្នកតាមរយៈ ក្រសួងទទួលបន្ទុកសុខភាពផ្លូវចិត្តនៃខោនធីឡូសអេនជឺលេស (LACDMH) និងនាយកដ្ឋានសុខភាពសាធារណៈខោនធីឡូសអេនជឺលេស (LACDPH) និងសេវាសុខភាពអាកប្បកិរិយារបស់ខោនធីសាន់ឌីអាហ្គោ ។

G. E1. សេវាសុខភាពអាកប្បកិរិយារបស់ Medi-Cal ដែលផ្តល់ជូននៅខាងក្រៅគម្រោងរបស់យើង

H. សេវាសុខភាពផ្លូវចិត្តឯកទេស Medi-Cal មានសម្រាប់អ្នកតាមរយៈគម្រោងសុខភាពផ្លូវចិត្ត (MHP) ប្រចាំនៅខោនធី បើអ្នកបំពេញបានទៅតាមលក្ខណៈវិនិច្ឆយដើម្បីចូលប្រើសេវាសុខភាពផ្លូវចិត្តឯកទេស។ សេវាសុខភាពផ្លូវចិត្តឯកទេស Medi-Cal ផ្តល់ដោយ ក្រសួងទទួលបន្ទុកសុខភាពផ្លូវចិត្តនៃខោនធីឡូសអេនជឺលេស (LACDMH) និងក្រសួងសុខភាពសាធារណៈខោនធីឡូសអេនជឺលេស (LACDPH) និងសេវាសុខភាពអាកប្បកិរិយារបស់ខោនធីសាន់ឌីអាហ្គោ រួមមាន៖

- សេវាសុខភាពផ្លូវចិត្ត
- សេវាកម្មជំនួយផ្នែកឱសថ
- ការព្យាបាលបន្ទាន់ពេលថ្ងៃ
- ការស្តារនីតិសម្បទានៅពេលថ្ងៃ
- អន្តរាគមន៍ដោះស្រាយវិបត្តិវិបត្តិផ្លូវចិត្ត
- ការជួយដោះស្រាយវិបត្តិឱ្យមានប្រក្រតីភាព
- សេវាកម្មព្យាបាលនៅផ្ទះសម្រាប់មនុស្សពេញវ័យ
- សេវាកម្មព្យាបាលនៅផ្ទះសម្រាប់ដោះស្រាយវិបត្តិផ្លូវចិត្ត
- សេវាផ្តល់កន្លែងថែទាំព្យាបាលសុខភាពខួរក្បាល
- សេវាព្យាបាលអ្នកជំងឺវិកលចរិកក្នុងមន្ទីរពេទ្យ
- ការគ្រប់គ្រងករណីសំណុំរឿងដែលបានកំណត់មុខសញ្ញា

សេវាប្រព័ន្ធថែកថាយដែលរៀបចំដោយ Medi-Cal ឬឱសថ Medi-Cal អាចរកបានសម្រាប់អ្នកតាមរយៈ ក្រសួងទទួលបន្ទុកសុខភាពផ្លូវចិត្តនៃខោនធីឡូសអេនជឺលេស និងក្រសួងសុខភាពសាធារ

ណ:ខោនធីឡូសអេនជីលេស(LACDPH) និងសេវាសុខភាពអាកប្បកិរិយារបស់ខោនធីសាន់ឌីអាហ្គោ ប្រសិនបើអ្នកបំពេញតាមលក្ខណ:វិនិច្ឆយដើម្បីទទួលបានសេវាកម្មទាំងនេះ។ សេវាឱសថ Medi-Cal ផ្តល់ដោយ ក្រសួងទទួលបន្ទុកសុខភាពផ្លូវចិត្តនៃខោនធីឡូសអេនជីលេស (LACDMH) និងក្រសួងសុខភាពសាធារណ:នៃខោនធីឡូសអេនជីលេស (LACDPH) និងសេវាសុខភាពអាកប្បកិរិយារបស់ខោនធីសាន់ឌីអាហ្គោរួមមាន៖

- សេវាកម្មព្យាបាលបន្ទាន់សម្រាប់អ្នកជំងឺមិនសម្រាកនៅមន្ទីរពេទ្យ
- សេវាព្យាបាលនៅតាមផ្ទះ
- សេវាព្យាបាលផ្តាច់ការប្រើប្រាស់សារធាតុញៀន និងគ្រឿងស្រវឹងសម្រាប់អ្នកជំងឺដែលមិនសម្រាកព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យ
- សេវាព្យាបាលបន្សាបសារធាតុញៀនណាកូទិក
- សេវាកម្មណាលត្រេសូន (Naltrexone) សម្រាប់រោគវិនិច្ឆយសារធាតុញៀន

សេវាប្រព័ន្ធដឹកជញ្ជូនដែលរៀបចំដោយឱសថ Medi-Cal រួមមាន៖

- សេវាអ្នកជំងឺមិនស្គាក់ព្យាបាល និងសេវាអ្នកជំងឺមិនស្គាក់ព្យាបាលយ៉ាងល្អិតល្អន់
- ការប្រើប្រាស់ថ្នាំសម្រាប់ការព្យាបាលការញៀន (គេហៅផងដែរថា ការព្យាបាលដោយការប្រើថ្នាំជំនួយ)
- លំនៅហាន/អ្នកជំងឺមិនស្គាក់ព្យាបាល
- ការគ្រប់គ្រងអាការក្រោយការឈប់ប្រើសារធាតុញៀន
- សេវាព្យាបាលបន្សាបសារធាតុញៀនណាកូទិក
- សេវាសង្គ្រោះ
- ការសម្របសម្រួលការថែទាំ

បន្ថែមលើសេវាកម្មដែលមានរៀបរាប់ខាងលើ អ្នកអាចមានការចូលប្រើសេវាកម្មបំបាត់សារធាតុពុលរបស់អ្នកជំងឺសម្រាកព្យាបាលក្នុងមន្ទីរពេទ្យដោយស្ម័គ្រចិត្ត ប្រសិនបើអ្នកបំពេញបានតាមលក្ខណ:វិនិច្ឆយ។

<u>ភាពអាចរកបាននៃសេវាកម្មសុខភាពអាកប្បកិរិយា</u>

អ្នកមានសេវាកម្មរៀបចំជាច្រើនដែលមានសម្រាប់រូបអ្នក។ អ្នកអាចធ្វើការបញ្ជូនបន្តដោយខ្លួនឯងទៅកាន់អ្នកផ្តល់សេវាកម្មដែលមានកិច្ចសន្យាជាមួយគម្រោង ហើយក៏អាចបញ្ជូនបន្តដោយ PCP របស់អ្នក និងសមាជិកគ្រួសាររបស់អ្នកជាដើម។ មិន “មានច្រកមិនត្រឹមត្រូវ” ក្នុងការទទួលបានសេវាកម្មទាំងនេះទេ។ អ្នកអាចទាក់ទងមកផ្នែកខាងក្រោមសម្រាប់ជំនួយក្នុងការទទួលបានសេវាកម្មទាំងនេះ៖

- ខ្សែទូរសព្ទបញ្ជូនបន្ត និងផ្នែករឹបត្តិនៃខោនធី (សូមមើលជំពូកទី 2 ផ្នែក K នៅក្នុងសៀវភៅណែនាំសមាជិកនេះសម្រាប់លេខទូរសព្ទ និងម៉ោងធ្វើការ)
- ក្រសួង Department of Public Health, Substance Abuse Prevention and Control នៃខោនធី LA (សូមទូរសព្ទមកលេខ 888-742-7900 (TTY: 711) 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។)
- សេវាសុខភាពអាកប្បកិរិយារបស់ខោនធីសាន់ឌីអាហ្គោ – សេវាប្រើប្រាស់សារធាតុញៀន (សូមទូរសព្ទទៅលេខ 888-724-7240 (TTY: 711) 24 ម៉ោង ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។)
- ខ្សែទូរសព្ទផ្នែកសេវាសុខភាពអាកប្បកិរិយារបស់គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan (សូមមើលជំពូកទី 2 ផ្នែក D នៃសៀវភៅណែនាំសមាជិកនេះសម្រាប់លេខទូរសព្ទ និងម៉ោងធ្វើការ)
- ផ្នែកថែទាំអតិថិជនរបស់គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan (លេខទូរសព្ទ និងម៉ោងធ្វើការត្រូវបានបោះពុម្ពនៅផ្នែកខាងក្រោមនៃទំព័រនេះ)

<u>ដំណើរការដើម្បីកំណត់សេវាវេជ្ជសាស្ត្រចាំបាច់</u>

ភាពចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រត្រូវបានកំណត់ដោយអ្នកផ្តល់សេវាកម្មដែលមានអាជ្ញាប័ណ្ណត្រឹមត្រូវ។ លក្ខណៈវិនិច្ឆ័យចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រត្រូវបានប្រើដោយទាំងគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan និងខោនធី និងបានបង្កើតឡើងដោយអ្នកឯកទេសខាងសុខភាពអាកប្បកិរិយា និងអ្នកពាក់ព័ន្ធដ៏ទៃទៀត និងស្របតាមលក្ខខណ្ឌតម្រូវនៃច្បាប់។

<u>ដំណើរការបញ្ជូនព្យាបាលបន្តរវាងគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan និងខោនធី</u>

ប្រសិនបើអ្នកកំពុងទទួលបានសេវាកម្មពីគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan ឬខោនធី អ្នកអាចទទួលបានការបញ្ជូនព្យាបាលបន្តទៅអង្គភាពផ្សេងទៀតស្របតាមតម្រូវការរបស់អ្នក។ គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan ឬខោនធីអាចបញ្ជូនអ្នកបន្តដោយទូរសព្ទទៅស្ថាប័នដែលការបញ្ជូនបន្តកំពុងធ្វើឡើង។ ទម្រង់បែបបទបញ្ជូនបន្តក៏ត្រូវបំពេញដោយអ្នកផ្តល់សេវាកម្មដែលធ្វើការបញ្ជូនបន្ត ហើយវាត្រូវផ្ញើទៅកាន់អង្គភាពដែលអ្នកកំពុងត្រូវបានគម្រោងបញ្ជូនទៅ។

<u>ដំណើរការដោះស្រាយបញ្ហា</u>

ប្រសិនបើមានជម្លោះរវាងអ្នក និងខោនធី ឬគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan អ្នកនឹងបន្តទទួលបានការថែទាំសុខភាពអាកប្បកិរិយាចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រនានា រួមទាំងឱសថមានវេជ្ជបញ្ជារហូតដល់ជម្លោះត្រូវបានដោះស្រាយ។ គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan បានធ្វើការជាមួយខោនធី ដើម្បីបង្កើតនីតិវិធីដោះស្រាយ ដែលទាន់ពេលវេលា និងមិនប៉ះពាល់ដល់សេវាកម្មដែលអ្នកកំពុងត្រូវការ។ អ្នកក៏អាចប្រើនិតិវិធីក្នុងការប្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan ឬខោនធីដោយអាស្រ័យលើអង្គភាពដែលអ្នកកំពុងមានជម្លោះជាមួយ។

F. សេវាការដឹកជញ្ជូន

F1. ការដឹកជញ្ជូនផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រនៃស្ថានភាពមិនស្ថិតក្នុងភាពអាសន្ន

អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានការដឹកជញ្ជូនផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រសម្រាប់ករណីមិនបន្ទាន់ ប្រសិនបើអ្នកមានតម្រូវការផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ ដែលមិនអនុញ្ញាតឱ្យអ្នកប្រើរថយន្ត រថយន្តក្រុង ឬតាក់ស៊ីទៅតាមការណាត់ជួបរបស់អ្នក។ ការដឹកជញ្ជូនផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រសម្រាប់ករណីមិនបន្ទាន់ អាចត្រូវបានផ្តល់ជូនសម្រាប់សេវាកម្មដែលធានារ៉ាប់រងលើការណាត់ជួបដូចជា វេជ្ជសាស្ត្រ ធ្មេញ សុខភាពផ្លូវចិត្ត ការប្រើប្រាស់សារធាតុញៀន និងឱសថស្ថាន។ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការការដឹកជញ្ជូនវេជ្ជសាស្ត្រដែលមិនមានការសង្គ្រោះបន្ទាន់ អ្នកអាចទាក់ទង Call The Car ដោយផ្ទាល់តាមរយៈ 1-877-433-2178 (TTY: 711) 24 ម៉ោង និង 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ ឬប្រើកម្មវិធីទូរសព្ទចល័ត CTC Go ដើម្បីរៀបចំកាលវិភាគ កែសម្រួល តាមដាន និងលុបចោលការកក់ទុក។ ការណាត់ជួបដែលមិនបន្ទាន់ ការកក់ត្រូវតែធ្វើឡើង 24 ម៉ោងមុនការណាត់ជួបរបស់អ្នក។ អ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក ឬអ្នកផ្តល់សេវាដឹកជញ្ជូនរបស់យើង Call The Car អាចជួយអ្នកក្នុងការសម្រេចចិត្តអំពីប្រភេទនៃការដឹកជញ្ជូនដ៏ល្អបំផុតដើម្បីបំពេញតម្រូវការរបស់អ្នក។

ការដឹកជញ្ជូនផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រសម្រាប់ករណីមិនបន្ទាន់ គឺជាការដឹកជញ្ជូនដោយរថយន្តសង្គ្រោះ រថយន្តរ៉ែនសម្រាប់អ្នកជំងឺមិនស្ថិតក្នុងភាពអាសន្ន រថយន្តរ៉ែនសម្រាប់អ្នកជំងឺប្រើរទេះរុញ ឬការដឹកជញ្ជូនតាមផ្លូវអាកាស។ គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan អនុញ្ញាតឱ្យមានការចំណាយទាបបំផុតដែលបានធានារ៉ាប់រងលើការដឹកជញ្ជូន និងដឹកជញ្ជូនសង្គ្រោះបន្ទាន់មិនមែនវេជ្ជសាស្ត្របន្ទាន់ដែលសមរម្យបំផុតសម្រាប់តម្រូវការវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នកនៅពេលដែលអ្នកត្រូវការជិះទៅកាន់ការណាត់ជួបរបស់អ្នក។ ជាឧទាហរណ៍ ប្រសិនបើអ្នកអាចធ្វើដំណើរដោយរថយន្តរ៉ែនសម្រាប់អ្នកជំងឺប្រើរទេះរុញស្របតាមរាងកាយ ឬលក្ខខណ្ឌវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នកបាន នោះគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan នឹងមិនបង់ប្រាក់សម្រាប់រថយន្តសង្គ្រោះទេ។ អ្នកត្រូវបានផ្តល់សិទ្ធិសម្រាប់ការដឹកជញ្ជូនតាមផ្លូវអាកាសសម្រាប់តែក្នុងករណីដែលលក្ខខណ្ឌវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នកមិនអាចធ្វើដំណើរតាមផ្លូវគោកធម្មតាបានតែប៉ុណ្ណោះ។

ត្រូវតែប្រើប្រាស់ការដឹកជញ្ជូនផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដែលមិនសង្គ្រោះបន្ទាន់នៅពេល៖

- អ្នកត្រូវការរ៉ាផ្នែករាងកាយ ឬផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ ដូចដែលត្រូវបានកំណត់ដោយការអនុញ្ញាតជាលាយលក្ខណ៍អក្សរពី អ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក ពីព្រោះអ្នកមិនអាចប្រើប្រាស់រថយន្តក្រុង តាក់ស៊ី ឬរថយន្តរ៉ែនដោយសារលក្ខខណ្ឌរាងកាយ ឬវេជ្ជសាស្ត្រដើម្បីទៅកាន់ការណាត់ជួបរបស់អ្នក។

- អ្នកត្រូវការជំនួយពីអ្នកបើកបរទៅកាន់ និងមកពីទីលំនៅ យានយន្ត ឬទីកន្លែងព្យាបាលដោយសារតែពិការភាពរាងកាយ ឬផ្លូវចិត្ត។

សម្រាប់ **ការណាត់ជួបបន្ទាន់** សូមហៅទូរសព្ទឱ្យបានឆាប់តាមដែលអាចធ្វើបាន។ ការណាត់ជួបបន្ទាន់មិនតម្រូវឱ្យមានការជូនដំណឹងជាមុន 24 ម៉ោងទេ។ ការណាត់ជួបបន្ទាន់រួមមានដូចខាងក្រោម៖

- ការលាងឈាម
- ការចេញពីមន្ទីរពេទ្យ
- ការតាមដានមុនការវះកាត់

- ការព្យាបាលដោយប្រើគីមី
- ការព្យាបាលដោយប្រើកាំរស្មី
- ផ្ទេរពីមន្ទីរពេទ្យទៅមន្ទីរពេទ្យ/SNF
- ការថែទាំមុខរបួស
- មជ្ឈមណ្ឌលថែទាំបន្ទាន់

សូមត្រៀមបណ្ណសម្គាល់សមាជិករបស់អ្នកពេលអ្នកហៅទូរសព្ទមក។ អ្នកក៏អាចទូរសព្ទមកផងដែរ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការព័ត៌មានបន្ថែម។

ដែនកំណត់នៃអត្ថប្រយោជន៍នៃការដឹកជញ្ជូនផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ

គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan ជានាវ៉ាប់រងលើការដឹកជញ្ជូនផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដែលថ្លៃចំណាយទាបបំផុត ដែលបំពេញតាមតម្រូវការវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នកពីផ្ទះរបស់អ្នក ទៅកាន់អ្នកផ្តល់សេវាដែលនៅជិតបំផុត ដែលជាទីតាំងមានការណាត់ជួប។ ការដឹកជញ្ជូនផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រនឹងមិនត្រូវបានផ្តល់ជូនទេ ប្រសិនបើ Medicare ឬ Medi-Cal មិនជានាវ៉ាប់រងលើសេវាកម្មនេះ។ ប្រសិនបើប្រភេទការណាត់ជួបត្រូវបានវ៉ាប់រងដោយ Medi-Cal ប៉ុន្តែមិនមែនតាមរយៈគម្រោងសុខភាពទេ គម្រោងBlue Shield TotalDual Plan នឹងជួយអ្នករៀបចំការិភាគដឹកជញ្ជូនរបស់អ្នក។ បញ្ជីនៃសេវាកម្មដែលជានាវ៉ាប់រងគឺស្ថិតនៅក្នុងជំពូក 4 នៃសៀវភៅណែនាំនេះ។ ការដឹកជញ្ជូនមិនត្រូវបានជានាវ៉ាប់រងនៅខាងក្រៅបណ្តាញ ឬតំបន់សេវាកម្មរបស់គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan លុះត្រាតែមានការអនុញ្ញាតជាមុន។

G2. ការដឹកជញ្ជូនមិនមែនវេជ្ជសាស្ត្រ

អត្ថប្រយោជន៍នៃការដឹកជញ្ជូនមិនមែនផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្ររួមមាន ការធ្វើដំណើរទៅ និងមកពីការណាត់ជួបរបស់អ្នក សម្រាប់សេវាកម្មដែលមានការអនុញ្ញាតដោយអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក។ អ្នកអាចជិះបាន ដោយមិនគិតថ្លៃសម្រាប់អ្នក នៅពេលដែលអ្នក៖

- ធ្វើដំណើរទៅ និងមកពីការណាត់ជួបសម្រាប់សេវាដែលអនុញ្ញាតដោយអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក ឬ
- ទទួលវេជ្ជបញ្ជា និងសម្ភារវេជ្ជសាស្ត្រ។

គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan អនុញ្ញាតឱ្យអ្នកប្រើរថយន្ត តាក់ស៊ី រថយន្តក្រុង ឬមធ្យោបាយសាធារណៈ/ឯកជនផ្សេងទៀតក្នុងការទៅដល់ការណាត់ជួបដែលមិនមែនវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នកសម្រាប់សេវាដែលត្រូវបានអនុញ្ញាតដោយអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក។ គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan ប្រើប្រាស់សេវាដឹកជញ្ជូន Call the Car ដើម្បីរៀបចំការដឹកជញ្ជូនដែលមិនមែនវេជ្ជសាស្ត្រ។ យើងជានាវ៉ាប់រងលើការចំណាយទាបបំផុត ប្រភេទដឹកជញ្ជូនដែលមិនមែនវេជ្ជសាស្ត្រ ដែលបំពេញតាមតម្រូវការរបស់អ្នក។

ពេលខ្លះ អ្នកអាចទទួលបានសំណងសម្រាប់ការជិះយានយន្តឯកជនដែលអ្នករៀបចំ។ គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan យល់ព្រមលើចំណុចនេះ **មុនពេល** អ្នកជិះ ហើយអ្នកត្រូវតែប្រាប់យើងខ្ញុំពីមូលហេតុដែលអ្នកមិនអាចជិះតាមមធ្យោបាយផ្សេងទៀត ដូចជាជិះរថយន្តក្រុងជាដើម។ អ្នក

អាចប្រាប់យើងតាមរយៈការហៅទូរសព្ទ ឬការផ្ញើអ៊ីមែល ឬដោយផ្ទាល់។ **អ្នកមិនអាចទទួលបានសំណងសម្រាប់ការបើកបរដោយខ្លួនឯងនោះទេ**។

ការផ្តល់សំណងគិតតាមចម្ងាយម៉ាយល៍តម្រូវឱ្យមានចំណុចខាងក្រោមទាំងអស់៖

- បណ្ណបើកបររបស់អ្នកបើកបរ
- ការចុះបញ្ជីយានយន្តរបស់អ្នកបើកបរ
- ភស្តុតាងនៃការជានាវាំប់រងរថយន្តសម្រាប់អ្នកបើកបរ

ដើម្បីស្នើសុំដើម្បីជិះ សូមទាក់ទងការទូរសព្ទដើម្បីហៅយានយន្តតាមរយៈ 1-877-433-2178 (TTY: 711) 24 ម៉ោង និង 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ យ៉ាងហោចណាស់ ម្តួបួន (24) ម៉ោងជាមុន (ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ ថ្ងៃសុក្រ) មុនពេលការណាត់ជួបរបស់អ្នក។ សម្រាប់ **ការណាត់ជួបបន្ទាន់** សូមហៅទូរសព្ទឱ្យបានឆាប់តាមដែលអាចធ្វើបាន។ សូមត្រៀមបណ្ណសម្គាល់សមាជិករបស់អ្នកពេលអ្នកហៅទូរសព្ទមក។ អ្នកក៏អាចទូរសព្ទមកផងដែរ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការព័ត៌មានបន្ថែម។

កំណត់សម្គាល់៖ ជនជាតិដើមអាមេរិកាំងអាចទាក់ទងគ្លីនិកសុខភាពជនជាតិដើមក្នុងតំបន់របស់ពួកគេដើម្បីស្នើសុំការដឹកជញ្ជូនមិនមែនវេជ្ជសាស្ត្រ។

ដែនកំណត់នៃការដឹកជញ្ជូនមិនមែនវេជ្ជសាស្ត្រ

គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan ផ្តល់ជូនការដឹកជញ្ជូនផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដែលមានថ្លៃចំណាយទាបបំផុត ដែលបំពេញតាមតម្រូវការវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នកពីផ្ទះរបស់អ្នក ទៅកាន់អ្នកផ្តល់សេវាដែលនៅជិតបំផុត ដែលជាទីតាំងមានការណាត់ជួប។ **អ្នកមិនអាចបើកបរដោយខ្លួនឯង ឬទទួលបានសំណងដោយផ្ទាល់នោះទេ។**

ការដឹកជញ្ជូនមិនមែនវេជ្ជសាស្ត្រ**មិន**ត្រូវបានអនុវត្តទេប្រសិនបើ៖

- រថយន្តសង្គ្រោះ រថយន្តវ៉ែនសម្រាប់អ្នកជំងឺមិនស្ថិតក្នុងភាពអាសន្ន រថយន្តវ៉ែនសម្រាប់អ្នកជំងឺប្រើរទេះរុញ ឬទម្រង់ផ្សេងទៀតនៃការដឹកជញ្ជូនវេជ្ជសាស្ត្រដែលមិនស្ថិតក្នុងភាពអាសន្នគឺមានភាពចាំបាច់ដើម្បីទៅធ្វើដំណើរទោកាន់ទីតាំងផ្តល់សេវា។
- អ្នកត្រូវការជំនួយមកពីអ្នកបើកបរ ដែលជូនអ្នកទៅកាន់ និងមកពីផ្ទះ យានយន្ត ឬទីតាំងព្យាបាល ដោយសារតែស្ថានភាពផ្នែករាងកាយ ឬជំងឺ។
- អ្នកកំពុងជិះរទេះរុញ ហើយមិនអាចចូល និងចេញពីយានយន្ត ដោយគ្មានជំនួយពីអ្នកបើកបរបាន។
- សេវានោះពុំត្រូវបានជានាវាំប់រងដោយ Medicare ឬ Medi-Cal ឡើយ។

G. សេវាដែលមានការជានាវ៉ាប់រងនៅក្នុងគ្រាអាសន្នផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រនៅពេលត្រូវការជាបន្ទាន់ ឬក្នុងអំឡុងពេលមានគ្រោះមហន្តរាយ

G1. ថែទាំក្នុងគ្រាអាសន្នផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ

ការសង្គ្រោះបន្ទាន់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ គឺជាស្ថានភាពវេជ្ជសាស្ត្រជាមួយអាការរោគដូចជា ការឈឺចាប់ធ្ងន់ធ្ងរ ឬការរងរបួសធ្ងន់ធ្ងរ។ ប្រសិនបើមិនមានការយកចិត្តទុកដាក់ភ្លាមៗទៅលើស្ថានភាពសុខភាពនេះទេ ស្ថានភាពនេះនឹងកាន់តែធ្ងន់ធ្ងរខ្លាំង ហើយអ្នក ឬនរណាម្នាក់ដែលមានចំណេះដឹងកម្រិតមធ្យមផ្នែកសុខភាព និងវេជ្ជសាស្ត្រអាចរំពឹងទុកជាមុនថាវានឹងបណ្តាលឱ្យមាន៖

- ហានិភ័យធ្ងន់ធ្ងរចំពោះសុខភាពរបស់អ្នក ឬចំពោះកូនដែលមិនទាន់កើតរបស់អ្នក **ឬ**
- ហានិភ័យធ្ងន់ធ្ងរចំពោះមុខងាររាងកាយ **ឬ**
- ការបំពេញមុខងារមិនប្រក្រតីធ្ងន់ធ្ងរនៃសរីរាង្គកាយ ឬផ្នែកណាមួយ **ឬ**
- ក្នុងករណីស្ត្រីមានគភ៌កំពុងសម្រាល ពោល៖
  - ពុំមានពេលវេលាគ្រប់គ្រាន់ក្នុងការផ្ទេរអ្នកប្រកបដោយសុវត្ថិភាពទៅកាន់មន្ទីរពេទ្យមួយផ្សេងទៀតមុនពេលសម្រាល។
  - ការផ្ទេរទៅមន្ទីរពេទ្យផ្សេងទៀតអាចបង្កការគំរាមកំហែងដល់សុខភាព ឬសុវត្ថិភាពរបស់អ្នក ឬដល់កូនដែលមិនទាន់កើតរបស់អ្នក។

ប្រសិនបើអ្នកមានការសង្គ្រោះបន្ទាន់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ៖

- **ស្វែងរកជំនួយឱ្យបានលឿនតាមដែលអាចធ្វើទៅបាន។** សូមទូរសព្ទទៅលេខ 911 ឬប្រើប្រាស់បន្ទប់សង្គ្រោះបន្ទាន់ ឬមន្ទីរពេទ្យដែលនៅជិតបំផុត។ ទូរសព្ទស្នើសុំរថយន្តសង្គ្រោះបន្ទាន់បើអ្នកចាំបាច់ត្រូវការវា។ អ្នក **មិន** ត្រូវការទទួលការយល់ព្រម ឬការបញ្ជូនព្យាបាលបន្តពី PCP របស់អ្នកឡើយ។ អ្នកមិនត្រូវការប្រើអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញនោះទេ។ អ្នកអាចទទួលបានការថែទាំងវេជ្ជសាស្ត្រក្នុងគ្រាអាសន្ន នៅពេលណាដែលអ្នកត្រូវការវា គ្រប់ទីកន្លែងនៅក្នុងសហរដ្ឋអាមេរិក ឬដែនដីរបស់ខ្លួន ឬនៅទូទាំងពិភពលោក ពីអ្នកផ្តល់សេវាណាមួយ ដែលមានអាជ្ញាបណ្ណរដ្ឋត្រឹមត្រូវ។
- **ពេលដែលអាចធ្វើទៅបាន សូមជូនដំណឹងដល់គម្រោងរបស់យើងអំពីភាពអាសន្នរបស់អ្នក។** យើងនឹងតាមដានលើការថែទាំក្នុងគ្រាអាសន្នរបស់អ្នក។ អ្នកឬនរណាម្នាក់ទៀតគប្បីហៅទូរសព្ទប្រាប់មកយើងអំពីការថែទាំព្យាបាលសង្គ្រោះបន្ទាន់របស់អ្នក ដែលតាមធម្មតាគឺក្នុងរយៈពេល 48 ម៉ោង។ ទោះយ៉ាងណាក៏ដោយ អ្នកនឹងមិនបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាសង្គ្រោះបន្ទាន់ទេ ប្រសិនបើអ្នកពន្យារពេលក្នុងការផ្តល់ដំណឹងដល់យើងខ្ញុំ។ សូមទូរសព្ទទៅផ្នែកថែទាំអតិថិជននៃគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan តាមរយៈ លេខ 1-800-452-4413 ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ លេខទូរសព្ទផ្នែកថែទាំអតិថិជនរបស់យើងក៏មាននៅលើប័ណ្ណសមាជិកភាពរបស់អ្នកផងដែរ។

សេវាដែលជានាវ៉ាប់រងនៅក្នុងការសង្គ្រោះបន្ទាន់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ

នៅក្នុងឆ្នាំ 2023 គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan នឹងផ្តល់ជូននូវការជានាវ៉ាប់រងផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រសម្រាប់ការសង្គ្រោះបន្ទាន់ដល់សមាជិកនៅពេលណាដែលអ្នកត្រូវការវា នៅគ្រប់ទីកន្លែងនៅក្នុងពិភពលោក។ មិនមានដែនកំណត់នៃការជានាវ៉ាប់រងគម្រោងសម្រាប់សេវាកម្មសង្គ្រោះក្នុងគ្រាមានអាសន្ន/បន្ទាន់នៅក្រៅសហរដ្ឋអាមេរិកជារៀងរាល់ឆ្នាំទេ។ ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមទៀត សូមមើលតារាងកំណត់អត្តប្រយោជន៍នៅជំពូកទី 4 ផ្នែក D។

ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការរថយន្តសង្គ្រោះ ដើម្បីធ្វើដំណើរទៅកាន់បន្ទប់សង្គ្រោះបន្ទាន់ គម្រោងរបស់យើងនឹងជានាវ៉ាប់រងលើសេវានោះ។ ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែម សូមមើលតារាងអត្តប្រយោជន៍នៅក្នុង **ជំពូក 4** *នៃសៀវភៅណែនាំសមាជិករបស់អ្នក*។

គម្រោងរបស់យើងជានាវ៉ាប់រងលើការថែទាំសង្គ្រោះបន្ទាន់ និងការថែទាំបន្ទាន់ទូទាំងពិភពលោក នៅខាងក្រៅសហរដ្ឋអាមេរិក និងទឹកដីរបស់ខ្លួនក្រោមកាល:ទេស:ដូចខាងក្រោមដោយភ្ជាប់ដែនកំណត់នៃអត្ថប្រយោជន៍ប្រចាំឆ្នាំដែលរួមបញ្ចូលគ្នា។ សូមមើល "ការថែទាំការសង្គ្រោះបន្ទាន់" និង "សេវាដែលត្រូវការជាបន្ទាន់" នៅក្នុងតារាងអត្ថប្រយោជន៍ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រនៅក្នុង ជំពូក 4 នៃឯកសារនេះ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីចំនួនដែលអ្នកបង់។

អ្នកផ្តល់សេវាដែលផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវការថែទាំក្នុងគ្រាអាសន្នសម្រេចថាតើពេលណាដែលស្ថានភាពរបស់អ្នកមានស្ថេរភាព ហើយតើពេលណាដែលភាពអាសន្នផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្របានបញ្ចប់។ អ្នកផ្តល់សេវាទាំងនោះនឹងបន្តព្យាបាលអ្នក ហើយនឹងទាក់ទងមកយើងខ្ញុំដើម្បីធ្វើផែនការ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការការថែទាំតាមដានដើម្បីឱ្យមានភាពធូលស្រាល។

គម្រោងរបស់យើងជានាវ៉ាប់រងលើការតាមដាននៃការថែទាំរបស់អ្នក។ បើអ្នកទទួលបានការថែទាំព្យាបាលសង្គ្រោះបន្ទាន់ពីសំណាក់ក្រុមគ្រូពេទ្យថែទាំសុខភាពក្រៅបណ្តាញ យើងខ្ញុំនឹងព្យាបាលរកឱ្យបាននូវគ្រូពេទ្យក្នុងបណ្តាញដើម្បីគ្រប់គ្រងករណីរបស់អ្នកឱ្យបានឆាប់ៗតាមដែលអាចធ្វើទៅបាន។

ការទទួលការថែទាំបន្ទាន់ប្រសិនបើអ្នកមិនត្រូវការសង្គ្រោះបន្ទាន់

ជួនកាល វាអាចនឹងពិបាកក្នុងការដឹងបានថាតើអ្នកមានតម្រូវការបន្ទាន់សម្រាប់ការព្យាបាលសុខភាពផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ ឬផ្នែកអាកប្បកិរិយា។ អ្នកអាចនឹងចូលទៅរកសេវាថែទាំក្នុងគ្រាអាសន្ន ហើយមានវេជ្ជបណ្ឌិតនិយាយថា ករណីរបស់អ្នកមិនស្ថិតក្នុងភាពអាសន្ននោះទេ។ ដរាបណាអ្នកបានគិតសមហេតុផលថា សុខភាពរបស់អ្នកបានស្ថិតក្នុងគ្រោះថ្នាក់ធ្ងន់ធ្ងរ យើងនឹងជានាវ៉ាប់រងលើការថែទាំរបស់អ្នក។

បន្ទាប់ពីវេជ្ជបណ្ឌិតនិយាយថា ករណីនោះមិនស្ថិតក្នុងភាពអាសន្នទេ យើងជានាវ៉ាប់រងលើការថែទាំបន្តែមរបស់អ្នកលុះត្រាតែ៖

- អ្នកប្រើប្រាស់អ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ **ឬ**
- ការថែទាំបន្តែមដែលអ្នកទទួលបានត្រូវបានចាត់ទុកថាជា "ការថែទាំដែលត្រូវការជាបន្ទាន់" ហើយអ្នកអនុវត្តតាមបទបញ្ជាត្តិ (សូមមើលផ្នែក H2) សម្រាប់ការទទួលបានការថែទាំបែបនេះ។

G2. ការថែទាំចាំបាច់បន្ទាន់

ការថែទាំដែលត្រូវការជាបន្ទាន់ គឺជាការថែទាំដែលអ្នកទទួលបានសម្រាប់ស្ថានភាពមិនមែនអាសន្ន ប៉ុន្តែត្រូវការការថែទាំភ្លាមៗ។ ជាឧទាហរណ៍ អ្នកប្រហែលជាមានការរើឡើងនៃស្ថានភាពជំងឺ ដែលមានកន្លងមក ឬឈឺបំពង់កធ្ងន់ធ្ងរដែលកើតឡើងនៅចុងសប្តាហ៍ ហើយត្រូវការការព្យាបាល។

ការថែទាំដែលត្រូវការជាបន្ទាន់ នៅក្នុងតំបន់សេវានៃគម្រោងរបស់យើង

ក្នុងករណីភាគច្រើន យើងជានាវាំប់រងតែលើការថែទាំដែលត្រូវការជាបន្ទាន់ ប្រសិនបើ៖

- អ្នកទទួលការថែទាំនេះ ពីអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ **និង**
- អ្នកអនុវត្តតាមបទបញ្ជាត្តិដែលបានរៀបរាប់នៅក្នុងជំពូកនេះ។

ប្រសិនបើវាមិនអាចទៅរួច ឬសមហេតុផលក្នុងការទៅរកអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ យើងនឹងជានាវាំប់រងលើការថែទាំដែលត្រូវការជាបន្ទាន់ ដែលអ្នកទទួលបានពីអ្នកផ្តល់សេវាក្រៅបណ្តាញ។

ការថែទាំដែលត្រូវការជាបន្ទាន់ ដែលនៅខាងក្រៅតំបន់សេវាកម្មនៃគម្រោងរបស់យើង

នៅពេលដែលអ្នកស្ថិតនៅក្រៅតំបន់សេវានៃគម្រោងរបស់យើង អ្នកប្រហែលជាមិនអាចទទួលបានការថែទាំពីអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញឡើយ។ ស្ថិតក្នុងករណីនោះ គម្រោងរបស់យើងនឹងជានាវាំប់រងលើការថែទាំដែលត្រូវការជាបន្ទាន់ ដែលអ្នកទទួលបានពីអ្នកផ្តល់សេវាណាមួយ។

គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan ធ្វើការផ្តល់ជូនការជានាវាំប់រងផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដែលចាំបាច់ និងបន្ទាន់ដល់សមាជិកនៅពេលណាដែលអ្នកត្រូវការ ក្រៅទីកន្លែងនៅក្នុងពិភពលោក។ មិនមានដែនកំណត់នៃការជានាវាំប់រងគម្រោងសម្រាប់សេវាកម្មសង្គ្រោះក្នុងគ្រាមានអាសន្ន/បន្ទាន់នៅក្រៅសហរដ្ឋអាមេរិកជារៀងរាល់ឆ្នាំទេ។ ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមទៀត សូមមើលតារាងកំណត់អត្តប្រយោជន៍នៅជំពូកទី 4 ផ្នែក D។

ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការការថែទាំជាបន្ទាន់ ខណៈពេលដែលនៅក្រៅសហរដ្ឋអាមេរិក និងដែនដីរបស់ខ្លួន សូមទូរសព្ទទៅមជ្ឈមណ្ឌលសេវាកម្មសួលសកលរបស់ Blue Shield Global ដោយមិនគិតថ្លៃតាមរយៈ **(800) 810-2583** ឬហៅទៅប្រមូលនៅ (804) 673-1177 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ នៅពេលមានអាសន្ន សូមទៅកាន់មន្ទីរពេទ្យដែលនៅជិតបំផុត។ អ្នកក៏គួរទូរសព្ទទៅលេខផ្នែកថែទាំអតិថិជននៅខាងក្រោយបណ្ណសម្គាល់សមាជិករបស់អ្នក។ ជាផ្នែកនៃសេវាកម្មនេះ សម្រាប់ការថែទាំអ្នកជំងឺស្នាក់ព្យាបាលក្នុងមន្ទីរពេទ្យ អ្នកអាចទាក់ទងមជ្ឈមណ្ឌលសេវាកម្មសួលរបស់ Blue Shield Global ដើម្បីរៀបចំសម្រាប់ការចូលប្រើប្រាស់ដោយស្ថានសាច់ប្រាក់។ ប្រសិនបើអ្នករៀបចំសម្រាប់ការចូលប្រើដោយស្ថានសាច់ប្រាក់ អ្នកត្រូវទទួលខុសត្រូវចំពោះការ

ចំណាយក្រៅហោប៉ៅធម្មតា ដូចជាការគិតថ្លៃដែលមិនមានការធានារ៉ាប់រង និងការបង់ប្រាក់រួមគ្នា។ ប្រសិនបើអ្នកមិនរៀបចំសម្រាប់ការចូលប្រើដោយមិនមានសាច់ប្រាក់ទេ អ្នកនឹងត្រូវបង់វិក្កយបត្រទាំងមូលសម្រាប់ការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក ហើយដាក់លិខិតស្នើសុំសំណង (សូមមើលជំពូកទី 2 *កន្លែងដែលត្រូវផ្ញើសំណើសុំឱ្យយើងបង់ប្រាក់សម្រាប់ចំណែករបស់យើងនៃការចំណាយសម្រាប់ការថែទាំវេជ្ជសាស្ត្រ ឬឱសថដែលអ្នកបានទទួល*។

G3. ការថែទាំក្នុងអំឡុងពេលមានគ្រោះមហន្តរាយ

បើអភិបាលរដ្ឋរបស់អ្នក រដ្ឋមន្ត្រីសុខាភិបាលនិងសេវាមនុស្សជាតិសហរដ្ឋអាមេរិក ឬប្រធានាធិបតីសហរដ្ឋអាមេរិកប្រកាសដាក់រដ្ឋក្នុងស្ថានភាពគ្រោះមហន្តរាយ ឬភាពអាសន្ននៅក្នុងតំបន់ភូមិសាស្ត្ររបស់អ្នក អ្នកនៅតែមានសិទ្ធិទទួលបានការថែទាំពីគម្រោងរបស់យើង។

សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័ររបស់យើងសម្រាប់ព័ត៌មានអំពីរបៀបទទួលបានការថែទាំ ដែលអ្នកត្រូវការក្នុងអំឡុងពេលនៃគ្រោះមហន្តរាយដែលបានប្រកាស៖ www.blueshieldca.com/medicare។

ក្នុងអំឡុងពេលគ្រោះមហន្តរាយដែលបានប្រកាស ប្រសិនបើអ្នកមិនអាចប្រើអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញទេ អ្នកអាចទទួលបានការថែទាំពីអ្នកផ្តល់សេវាក្រៅបណ្តាញនៅ មិនគិតថ្លៃសម្រាប់អ្នកទេ។ ប្រសិនបើអ្នកមិនអាចប្រើឱសថស្ថាននៅក្នុងបណ្តាញអំឡុងពេលមានគ្រោះមហន្តរាយដូចដែលបានប្រកាសនោះ អ្នកអាចបើកឱសថមានវេជ្ជបញ្ជានៅឯឱសថស្ថានក្រៅបណ្តាញបាន។ សូមមើល **ជំពូក 5** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក* សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។

H. អ្វីដែលត្រូវធ្វើ ប្រសិនបើអ្នកទទួលបានវិក្កយបត្រដោយផ្ទាល់សម្រាប់សេវាកម្មដែលគម្រោងរបស់យើងធានារ៉ាប់រង

ប្រសិនបើអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំផ្ញើឱ្យអ្នកនូវវិក្កយបត្រមួយដំនួសឱ្យការផ្ញើវាទៅកាន់គម្រោងនេះ អ្នកគួរតែស្នើឱ្យពួកយើងបង់ថ្លៃចំណែកវិក្កយបត្ររបស់យើង។

អ្នកមិនគួរបង់វិក្កយបត្រដោយខ្លួនអ្នកផ្ទាល់ទេ។ ប្រសិនបើអ្នកបង់ថ្លៃវិក្កយបត្រ យើងប្រហែលជាមិនចេញថ្លៃសងឱ្យអ្នកវិញឡើយ។

ប្រសិនបើអ្នកបានបង់ថ្លៃសេវាធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នក **ឬ** ប្រសិនបើអ្នកបានចំណាយច្រើនជាងការចែករំលែកការចំណាយលើគម្រោងរបស់អ្នកសម្រាប់សេវាដែលធានារ៉ាប់រង ឬប្រសិនបើអ្នកទទួលបានវិក័យបត្រសម្រាប់ ការចំណាយពេញលេញនៃ សេវាវេជ្ជសាស្ត្រដែលធានារ៉ាប់រង សូមមើល **ជំពូកទី 7** *នៃសៀវភៅណែនាំសមាជិករបស់អ្នក* ដើម្បីស្វែងយល់ពីអ្វីដែលត្រូវធ្វើ។

H1. អ្វីដែលត្រូវធ្វើប្រសិនបើគម្រោងរបស់យើងមិនធានារ៉ាប់រងលើសេវាកម្ម

គម្រោងរបស់យើងធានារ៉ាប់រងលើរាល់សេវាទាំងអស់៖

- ដែលត្រូវបានសម្រេចថាចាំបាច់តាមផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ **និង**

- ដែលត្រូវបានរាយក្នុងតារាងអត្ថប្រយោជន៍នៃគម្រោងរបស់យើង (សូមមើល **ជំពូក 4 នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិករបស់អ្នក*) និង**
- ដែលអ្នកទទួលបានតាមរយៈការអនុវត្តបទបញ្ញត្តិរបស់គម្រោង។

ប្រសិនបើអ្នកទទួលបានសេវាដែលគម្រោងរបស់យើងមិនធានារ៉ាប់រង **អ្នកត្រូវបង់ថ្លៃចំណាយពេញដោយខ្លួនអ្នក។**

ប្រសិនបើអ្នកចង់ដឹងថាតើយើងត្រូវបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាវេជ្ជសាស្ត្រ ឬការថែទាំណាមួយនោះ អ្នកមានសិទ្ធិសាកសួរយើងខ្ញុំបាន។ អ្នកក៏មានសិទ្ធិដើម្បីស្នើសុំវាជាលាយលក្ខណ៍អក្សរផងដែរ។ ប្រសិនបើយើងខ្ញុំនិយាយថា យើងខ្ញុំនឹងមិនបង់ប្រាក់ទូទាត់លើសេវាកម្មរបស់អ្នក នោះអ្នកមានសិទ្ធិប្តឹងឧទ្ធរណ៍ចំពោះសេចក្តីសម្រេចរបស់យើងខ្ញុំបាន។

ជំពូកទី 9 *នៃសៀវភៅណែនាំសមាជិក*របស់អ្នកពន្យល់ពីអ្វីដែលត្រូវធ្វើ ប្រសិនបើអ្នកចង់ឱ្យយើងធានារ៉ាប់រងលើសេវា ឬទំនិញផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ។ លើសពីនេះ វាក៏ពន្យល់ប្រាប់ឱ្យអ្នកដឹងអំពីរបៀបក្នុងការប្តឹងឧទ្ធរណ៍ចំពោះសេចក្តីសម្រេចលើការរ៉ាប់រងរបស់យើងខ្ញុំផងដែរ។ សូមទូរសព្ទទៅផ្នែកថែទាំអតិថិជនដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពីសិទ្ធិប្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក។

យើងបង់ប្រាក់សម្រាប់ថ្លៃសេវាមួយចំនួនរហូតដល់ត្រឹមដែនកំណត់នៃអត្ថប្រយោជន៍ជាក់លាក់មួយ។ ប្រសិនបើអ្នកប្រើហួសពីការកំណត់នេះ អ្នកត្រូវបង់ថ្លៃចំណាយពេញដើម្បីទទួលបានប្រភេទសេវាជ្រើនជាងនេះទៀត។ សូមទូរសព្ទទៅផ្នែកថែទាំសមាជិក ដើម្បីរកមើលថាតើការកំណត់អត្ថប្រយោជន៍មានកម្រិតណា ហើយតើអ្នកបានប្រើប្រាស់អត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នកប៉ុនណា។

I. ការធានារ៉ាប់រងសេវាថែទាំសុខភាពនៅក្នុងការសិក្សាស្រាវជ្រាវការព្យាបាល

I1. និយមន័យនៃការសិក្សាស្រាវជ្រាវលើការព្យាបាល

ការសិក្សាស្រាវជ្រាវលើការព្យាបាល (ត្រូវបានហៅផងដែរថា ជាការសាកល្បងព្យាបាល) គឺជាមធ្យោបាយមួយដែលវេជ្ជបណ្ឌិតធ្វើតេស្តប្រភេទថ្មីៗនៃការថែទាំសុខភាព ឬឱសថ។ ការសិក្សាស្រាវជ្រាវការព្យាបាលដែលត្រូវបានយល់ព្រមដោយ Medicare ជាធម្មតាសុំឱ្យអ្នកស្ម័គ្រចិត្តចូលរួមក្នុងការសិក្សា។

នៅពេលដែល Medicare យល់ព្រមលើការសិក្សាដែលអ្នកចង់ចូលរួម បុគ្គលិកដែលធ្វើការលើការសិក្សានឹងទាក់ទងទៅអ្នក។ បុគ្គលនោះប្រាប់អ្នកអំពីការសិក្សា ហើយស្វែងយល់ថាតើអ្នកមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ក្នុងការចូលរួមក្នុងការសិក្សាដែរឬទេ។ អ្នកអាចចូលរួមក្នុងការសិក្សាស្រាវជ្រាវនេះបាន ដរាបណាអ្នកឆ្លើយតបបានតាមលក្ខខណ្ឌដែលតម្រូវ។ អ្នកត្រូវតែយល់ដឹង និងទទួលយកនូវអ្វីដែលអ្នកត្រូវតែធ្វើនៅក្នុងការសិក្សាស្រាវជ្រាវនេះ។

ខណៈដែលអ្នកកំពុងចូលរួមក្នុងការសិក្សានេះ អ្នកអាចបន្តចុះឈ្មោះចូលរួមក្នុងគម្រោងយើងបាន។ វិធីនោះ គម្រោងរបស់យើងបន្តធានារ៉ាប់រងអ្នកសម្រាប់សេវាកម្ម និងការថែទាំដែលមិនទាក់ទងនឹងការសិក្សា។

ប្រសិនបើអ្នកចង់ចូលរួមក្នុងការសិក្សាស្រាវជ្រាវការព្យាបាលដែលបានយល់ព្រមដោយ Medicare អ្នក**មិន** ត្រូវការការអនុញ្ញាតពីយើងខ្ញុំ ឬពីអ្នកថែទាំបឋមរបស់អ្នកឡើយ។ អ្នកផ្តល់សេវាដែលផ្តល់ការថែទាំដល់អ្នក ជាផ្នែកមួយនៃការសិក្សាស្រាវជ្រាវនេះ **មិន** ចាំបាច់ជាអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញឡើយ។

គម្រោង Blue Shield Promise Medi-Cal Plan របស់អ្នក ជានាវ៉ាប់រងលើថ្លៃថែទាំអ្នកជំងឺជាប្រចាំសម្រាប់អ្នកជំងឺដែលទទួលយកចូលក្នុងការសិក្សាស្រាវជ្រាវការព្យាបាលជំហានទី I ជំហានទី II ជំហានទី III ឬជំហានទី IV ប្រសិនបើវាពាក់ព័ន្ធជាមួយនឹងការបង្ការ ការស្វែងរកមេរោគ ឬការព្យាបាលជំងឺមហារីក ឬស្ថានភាពដែលគំរាមកំហែងដល់អាយុជីវិតផ្សេងៗ ហើយប្រសិនបើការសិក្សានោះត្រូវបានធ្វើឡើងដោយ រដ្ឋបាលចំណីអាហារ និងឱសថសហរដ្ឋអាមេរិក (FDA) មជ្ឈមណ្ឌលគ្រប់គ្រង និងបង្ការជំងឺ (CDC) ឬ មជ្ឈមណ្ឌលសម្រាប់សេវា Medicare និង Medicaid (CMS)។ ការសិក្សាត្រូវតែទទួលបានការអនុម័តពីវិទ្យាស្ថានសុខាភិបាលជាតិ FDA ក្រសួងការពារជាតិ ឬរដ្ឋបាលអតីតយុទ្ធជន។

យើងលើកទឹកចិត្តឱ្យអ្នកប្រាប់យើងខ្ញុំមុនពេលអ្នកចូលរួមក្នុងការសិក្សាស្រាវជ្រាវការព្យាបាល។

ប្រសិនបើអ្នកមានគម្រោងចូលរួមក្នុងការស្រាវជ្រាវការព្យាបាល អ្នក ឬអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នកគួរទាក់ទងផ្នែកថែទាំសមាជិកដើម្បីឱ្យយើងខ្ញុំដឹងថា អ្នកនឹងចូលរួមក្នុងការសិក្សាស្រាវជ្រាវការព្យាបាល។

I2. ការបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាកម្មនៅពេលអ្នកស្ថិតនៅក្នុងការសិក្សាស្រាវជ្រាវលើព្យាបាល

ប្រសិនបើអ្នកស្ម័គ្រចិត្តសម្រាប់ការសិក្សាស្រាវជ្រាវការព្យាបាល ដែល Medicare យល់ព្រម នោះអ្នកមិនចំណាយអ្វីទាំងអស់សម្រាប់សេវាដែលស្ថិតក្រោមការសិក្សានោះទេ។ Medicare បង់ថ្លៃសេវាដែលធានារ៉ាប់រងក្រោមការសិក្សា ក៏ដូចជាថ្លៃចំណាយជាប្រចាំដែលទាក់ទងនឹងការថែទាំរបស់អ្នក។ នៅពេលដែលអ្នកចូលរួមក្នុងការសិក្សាស្រាវជ្រាវការព្យាបាលដែលយល់ព្រមដោយកម្មវិធី Medicare នោះអ្នកនឹងទទួលបានការជានាវ៉ាប់រងសម្រាប់សេវាកម្ម និងមុខទំនិញភាគច្រើនដែលអ្នកទទួលបានជាផ្នែកនៃការសិក្សានេះ។ នេះរួមបញ្ចូលទាំងៈ

- បន្ទប់ស្នាក់នៅ និងរបបអាហារនៅមន្ទីរពេទ្យ ដែលកម្មវិធី Medicare នឹងបង់ចំណាយឱ្យសូម្បីតែក្នុងករណីដែលអ្នកមិនបានស្ថិតក្នុងការសិក្សាស្រាវជ្រាវក៏ដោយ។
- ប្រតិបត្តិការវះកាត់ ឬនីតិវិធីព្យាបាលផ្សេងទៀតដែលជាផ្នែកនៃការសិក្សាស្រាវជ្រាវនេះ។
- ការព្យាបាលលើផលប៉ះពាល់បន្ទាប់បន្សំ និងបញ្ហាសួគស្ថាញនៃការថែទាំព្យាបាលថ្មី។

ប្រសិនបើអ្នកចូលរួមក្នុងការសិក្សាមួយ ដែល Medicare **មិន**បានយល់ព្រម នោះអ្នកនឹងត្រូវបង់ថ្លៃចំណាយណាមួយសម្រាប់ការចូលរួមការសិក្សានេះ។

I3. បន្ថែមទៀតអំពីការស្រាវជ្រាវលើការព្យាបាល

អ្នកអាចស្វែងយល់បន្ថែមអំពីការចូលរួមក្នុងការសិក្សាស្រាវជ្រាវការព្យាបាលដោយអាន " Medicare និងការសិក្សាស្រាវជ្រាវការព្យាបាល" នៅលើគេហទំព័រ Medicare (www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf)

អ្នកក៏អាចទូរសព្ទទៅកាន់ Medicare តាមរយៈលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) បាន 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ និង 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរទូរសព្ទមកលេខ 1-877-486-2048 ។

J. របៀបសេវាទាំសុខភាពរបស់អ្នកទទួលបានការជានាវ៉ាប់រងក្នុងស្ថាប័នថែទាំសុខភាពមិនមែនវេជ្ជសាស្ត្របែបសាសនា

J1. និយមន័យនៃស្ថាប័នថែទាំសុខភាពសាសនាមិនមែនវេជ្ជសាស្ត្របែបសាសនា

ស្ថាប័នថែទាំសុខភាពសាសនាមិនមែនវេជ្ជសាស្ត្របែបសាសនា គឺជាទីកន្លែងមួយដែលផ្តល់ការថែទាំដល់អ្នកនឹងជាធម្មតាទទួលបាននៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យ ឬនៅមណ្ឌលថែទាំជំនាញ។ ប្រសិនបើការទទួលបានការថែទាំនៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យ ឬមណ្ឌលថែទាំសុខភាពជំនាញប្រឆាំងនឹងជំនឿសាសនារបស់អ្នក យើងជានាវ៉ាប់រងលើការថែទាំនៅស្ថាប័នថែទាំសុខភាពមិនមែនវេជ្ជសាស្ត្របែបសាសនា។ អត្ថប្រយោជន៍នេះគឺសម្រាប់តែសេវាកម្មអ្នកជំងឺដែលសម្រាកព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យរបស់ Medicare ផ្នែក A (សេវាកម្មថែទាំសុខភាពមិនមែនបែបវេជ្ជសាស្ត្រ) ប៉ុណ្ណោះ។

J2. ការថែទាំពីស្ថាប័នថែទាំសុខភាពសាសនាមិនមែនវេជ្ជសាស្ត្របែបសាសនា

ដើម្បីទទួលបានការថែទាំព្យាបាលពីស្ថាប័នសាសនាដែលមិនផ្តល់ការថែទាំសុខភាពផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ អ្នកត្រូវតែចុះហត្ថលេខាលើឯកសារផ្លូវការមួយច្បាប់ដែលនិយាយបញ្ជាក់ថា អ្នកប្រឆាំងនឹងការទទួលបាននូវការព្យាបាលតាមបែបវេជ្ជសាស្ត្រដែល "មិនមានការលើកលែង"។

- ការព្យាបាលបែបវេជ្ជសាស្ត្រដែល "មិនលើកលែង" គឺជាការថែទាំណាដែល **ស្ម័គ្រចិត្ត និង មិនតម្រូវ** ដោយច្បាប់សហព័ន្ធ រដ្ឋ ឬមូលដ្ឋានឡើយ។
- ការព្យាបាលបែបវេជ្ជសាស្តដែល "លើកលែង" គឺជាការថែទាំណាដែល **មិនស្ម័គ្រចិត្ត ហើយត្រូវបានតម្រូវ**ស្ថិតក្រោមច្បាប់សហព័ន្ធ រដ្ឋ ឬមូលដ្ឋាន។

ដើម្បីទទួលបានការជានាវ៉ាប់រងពីគម្រោងយើងខ្ញុំ ការថែទាំព្យាបាលដែលអ្នកទទួលបានពីគ្រឹះស្ថានថែទាំសុខភាពបែបសាសនាដែលមិនមែនជាស្ថាប័នថែទាំសុខភាពបែបវេជ្ជសាស្ត្រ ត្រូវតែឆ្លើយតបទៅនឹងលក្ខខណ្ឌដូចខាងក្រោម៖

- មណ្ឌលថែទាំដែលផ្តល់នូវការទាំព្យាបាល ត្រូវតែមានការទទួលស្គាល់ដោយកម្មវិធី Medicare ។
- ការជានាវ៉ាប់រងសេវានៃគម្រោងរបស់អ្នកត្រូវបានកម្រិតទៅតាមទិដ្ឋភាពមិនមែនសាសនានៃការថែទាំ។
- ប្រសិនបើអ្នកទទួលបានសេវាកម្មពីស្ថាប័ននេះ ដែលមានការផ្តល់ជូនដល់អ្នកនៅក្នុងមណ្ឌលថែទាំមួយ៖

- o អ្នកត្រូវតែមានលក្ខខណ្ឌផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដែលនឹងអនុញ្ញាតឱ្យអ្នកទទួលបានសេវាដែលទទួលបានការវ៉ាប់រងសម្រាប់ការថែទាំដែលសម្រាកព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យ ឬការថែទាំព្យាបាលនៅមណ្ឌលថែទាំសុខភាពជំនាញ។
  - o អ្នកត្រូវតែទទួលបានការយល់ព្រមពីយើងខ្ញុំសិន មុននឹងអ្នកត្រូវបានអនុញ្ញាតចូលស្នាក់នៅក្នុងមណ្ឌលថែទាំ បើមិនដូច្នោះទេ ការស្នាក់នៅរបស់អ្នកនឹង **មិន** ទទួលបានការជានាវ៉ាប់រងទេ។

មិនមានការកំណត់ទៅលើចំនួនថ្ងៃត្រូវវ៉ាប់រងសម្រាប់ការស្នាក់នៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យនីមួយៗទេ។ ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែម សូមមើលតារាងអត្ថប្រយោជន៍នៅក្នុងជំពូកទី 4 ផ្នែក D។

K. សម្ភារៈបរិក្ខារពេទ្យដែលជាប់បានយូរ (DME)

K1. DME ក្នុងនាមជាសមាជិកគម្រោងរបស់យើង

DME រួមមានទំនិញចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រជាក់លាក់ ដែលបានបញ្ជាទិញដោយអ្នកផ្តល់សេវាដូចជា រទេះរុញ ឈើច្រត់ ប្រព័ន្ធពូកដែលដើរដោយថាមពល សម្ភារផ្គត់ផ្គង់សម្រាប់ជំងឺទឹកនោមផ្អែម គ្រែមន្ទីរពេទ្យដែលបានបញ្ជាទិញដោយអ្នកផ្តល់សេវាសម្រាប់ប្រើប្រាស់ក្នុងផ្ទះ ឧបករណ៍ដាក់សេរ៉ូម (IV) ឧបករណ៍ជំនួយការនិយាយ ឧបករណ៍ផ្គត់ផ្គង់អុកស៊ីសែន ឧបករណ៍ជំនួយក្នុងការដកដង្ហើម ម៉ាស៊ីនឆ្លងផ្លូវដង្ហើម និងឧបករណ៍ជំនួយក្នុងការដើរ។

ជានិច្চកាល អ្នកត្រូវមានសម្ភារជាក់លាក់ដូចជា សរីរាង្គសិប្បនិម្មិត។

នៅក្នុងផ្នែកនេះ យើងពិភាក្សាអំពី DME ដែលអ្នកបានជួល។ នៅក្នុងគម្រោង Original Medicare អ្នកដែលជួល DME ប្រភេទជាក់លាក់មួយចំនួននឹងក្លាយជាម្ចាស់កម្មសិទ្ធិឧបករណ៍ទាំងនេះបន្ទាប់ពីការបង់ប្រាក់រួមចំណែកសម្រាប់វត្ថុទាំងនេះក្នុងរយៈពេល 13 ខែ។ ក្នុងនាមជាសមាជិកនៃគម្រោងរបស់យើង ជាធម្មតា អ្នកនឹង**មិនមាន** DME ជាកម្មសិទ្ធឡើយ មិនថាអ្នកជួលវារយៈពេលយូរប៉ុន្មាននោះទេ។

ក្នុងស្ថានភាពជាក់លាក់ គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan អាចផ្ទេរកម្មសិទ្ធសម្ភារ DME ទៅអ្នកដោយអាស្រ័យលើថាតើអ្នកបំពេញបានតាមលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យមួយ ឬទាំងអស់ដូចខាងក្រោមឬទេ៖

- អ្នកមានតម្រូវការវេជ្ជសាស្ត្រជាបន្តបន្ទាប់សម្រាប់ឧបករណ៍ដែលមានតម្លៃតិចជាង $150 និង/ឬ ឧបករណ៍ចាក់ថ្នាំតាមសរសៃ / ឧបករណ៍ព្យួរសេរ៉ូម (parenteral/infusion pumps) ។
- លិខិតបញ្ជាក់ពីគ្រូពេទ្យ
- ប្រសិនបើឧបករណ៍ ឬគ្រឿងបរិក្ខារត្រូវបានបង្កើតឡើងដើម្បីតម្រូវឱ្យអ្នក

សូមទូរសព្ទទៅផ្នែកថែទាំអតិថិជនដើម្បីស្វែងយល់អំពីលក្ខខណ្ឌដែលអ្នកត្រូវតែបំពេញតាម និងឯកសារដែលអ្នកចាំបាច់ត្រូវផ្តល់មក។

*ទោះបីជាអ្នកមាន DME រហូតដល់ 12 ខែជាប់ៗគ្នានៅក្រោម Medicare មុនពេលអ្នកបានចូលរួមក្នុងគម្រោងរបស់យើងក៏ដោយ ក៏អ្នកនឹង **មិន** មែនជាម្ចាស់កម្មសិទ្ធិឧបករណ៍ដែរ។*

K2. ភាពជាម្ចាស់កម្មសិទ្ធិ DME ប្រសិនបើអ្នកប្តូរទៅកាន់ Original Medicare

ប្រសិនបើអ្នកមិនទទួលបានភាពជាម្ចាស់នៃទំនិញ DME ខណៈពេលដែលស្ថិតនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើង អ្នកត្រូវតែធ្វើការបង់ប្រាក់ថ្មីចំនួន 13 ដងជាប់ៗគ្នា បន្ទាប់ពីអ្នកប្តូរទៅ Original Medicare ដើម្បីធ្វើជាម្ចាស់កម្មសិទ្ធិនៃទំនិញនោះ។ ការបង់ប្រាក់ដែលអ្នកបានធ្វើឡើងខណៈពេលដែលស្ថិតនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើង **មិន** រាប់ទៅលើការបង់ប្រាក់ចំនួន 13 ដងជាប់ៗគ្នាទាំងនេះទេ។

ប្រសិនបើអ្នកបានបង់ប្រាក់តិចជាង 13 ដងសម្រាប់ទំនិញ DME នៅក្រោម Original Medicare **ពីមុន** អ្នកចូលរួមក្នុងគម្រោងរបស់យើង ការបង់ប្រាក់ពីមុនរបស់អ្នកមិនរាប់បញ្ចូលទៅក្នុងការទូទាត់ 13 ដងជាប់ៗគ្នានោះទេ។ អ្នកត្រូវតែធ្វើការបង់ប្រាក់ថ្មីចំនួន 13 ដងជាប់ៗគ្នា បន្ទាប់ពីអ្នកត្រលប់ទៅ Original Medicare វិញ ដើម្បីជាម្ចាស់កម្មសិទ្ធិនៃទំនិញនេះ។ មិនមានការលើកលែងចំពោះករណីនេះទេ នៅពេលដែលអ្នកត្រឡប់ទៅប្រើគម្រោង Original Medicare ដើមវិញ។

K3. អត្ថប្រយោជន៍នៃឧបករណ៍ជំនួយអុកស៊ីសែនក្នុងនាមជាសមាជិកនៃគម្រោងរបស់យើងខ្ញុំ

ប្រសិនបើអ្នកមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ក្នុងការទទួលបានឧបករណ៍ផ្តល់អុកស៊ីសែនដែលត្រូវបានជានាវាំប់រងដោយ Medicare ហើយអ្នកជាសមាជិកម្នាក់នៃគម្រោងរបស់យើង យើងនឹងជានាវាំប់រងលើ៖

- ការជួលឧបករណ៍ផ្តល់អុកស៊ីសែន
- ការផ្តល់ជូនអុកស៊ីសែន និងបរិមាណចំណុះអុកស៊ីសែន
- ទុយោ និងសម្ភារដែលពាក់ព័ន្ធសម្រាប់ការផ្តល់អុកស៊ីសែន និងបរិមាណចំណុះអុកស៊ីសែន
- ការថែទាំ និងជួសជុលឧបករណ៍ផ្តល់អុកស៊ីសែន

ឧបករណ៍ផ្តល់អុកស៊ីសែនត្រូវតែបញ្ជូនត្រលប់ទៅកាន់ម្ចាស់ដើមវិញនៅពេលដែលវាលែងមានភាពចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រសម្រាប់រូបអ្នក ឬប្រសិនបើអ្នកចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើងខ្ញុំ។

K4. ឧបករណ៍ផ្តល់អុកស៊ីសែន នៅពេលអ្នកប្តូរទៅ Original Medicare

នៅពេលដែលឧបករណ៍ផ្តល់អុកស៊ីសែនមានភាពចាំបាច់ខាងវេជ្ជសាស្ត្រ ហើយ **អ្នកចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើង និងប្តូរទៅ Original Medicare** អ្នកបានជួលវាពីអ្នកផ្គត់ផ្គង់សម្រាប់រយៈពេល 36 ខែ។ ការទូទាត់លើថ្លៃជួលប្រចាំខែរបស់អ្នកគ្របដណ្តប់លើឧបករណ៍ផ្តល់អុកស៊ីសែន និងបរិក្ខារព្រមទាំងសេវាកម្ម ដែលមានចុះនៅខាងលើ។

ប្រសិនបើឧបករណ៍ផ្តល់អុកស៊ីសែនមានភាពចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ **បន្ទាប់ពីអ្នកបានជួលវាអស់រយៈពេល 36 ខែ** អ្នកផ្គត់ផ្គង់របស់អ្នកត្រូវតែផ្តល់៖

- ឧបករណ៍ ការផ្គត់ផ្គង់ និងសេវាកម្មអុកស៊ីសែនសម្រាប់រយៈពេល 24 ខែទៀត។
- ឧបករណ៍ និងការផ្គត់ផ្គង់អុកស៊ីសែនរហូតដល់ទៅ 5 ឆ្នាំប្រសិនបើមានការចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ។

ប្រសិនបើឧបករណ៍ផ្តល់អុកស៊ីសែននៅតែចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ**នៅចុងបញ្ចប់នៃរយៈពេល 5 ឆ្នាំ**៖

- អ្នកផ្គត់ផ្គង់របស់អ្នកមិនចាំបាច់ផ្តល់វាទៀតទេ ហើយអ្នកអាចជ្រើសរើសឧបករណ៍ជំនួសពីអ្នកផ្គត់ផ្គង់ណាមួយក៏បាន។
- រយៈពេល 5 ឆ្នាំថ្មីចាប់ផ្តើម។
- អ្នកបានជួលពីអ្នកផ្គត់ផ្គង់សម្រាប់រយៈពេល 36 ខែ។
- ពេលនោះអ្នកផ្គត់ផ្គង់របស់អ្នកផ្តល់ជូនឧបករណ៍ ការផ្គត់ផ្គង់ និងសេវាកម្មសម្រាប់រយៈពេល 24 ខែទៀត។
- រយៈពេលវិលជុំថ្មីមួយទៀតចាប់ផ្តើមរៀងរាល់ 5 ឆ្នាំម្តង ដរាបណាឧបករណ៍ផ្តល់អុកស៊ីសែនមានភាពចាំបាច់សម្រាប់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ។

ជំពូក 4 ៖ តារាងអត្ថប្រយោជន៍

សេចក្តីផ្តើម

ជំពូកនេះប្រាប់អ្នកអំពីសេវាកម្ម *គម្រោងធានារ៉ាប់រងរបស់យើង* និងការរឹតបន្តឹង ឬដែនកំណត់លើសេវាកម្មទាំងនោះ និងចំនួនដែលអ្នកចំណាយសម្រាប់សេវានីមួយៗ។ វាក៏ប្រាប់អ្នកផងដែរពីអត្ថប្រយោជន៍ដែលមិនមានការរ៉ាប់រងក្រោមគម្រោងរបស់យើងខ្ញុំ។ ពាក្យគន្លឹះ និងនិយមន័យមានតាមលំដាប់អក្ខរក្រមក្នុងជំពូកចុងក្រោយនៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*របស់អ្នក។

សមាជិកថ្មីនៃ គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan៖ ក្នុងករណីភាគច្រើន អ្នកនឹងត្រូវបានចុះឈ្មោះក្នុង Blue Shield TotalDual Plan សម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍ Medicare របស់អ្នកនៅថ្ងៃទី 1 នៃខែបន្ទាប់ពីអ្នកស្នើសុំឱ្យចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan។ អ្នកនៅតែអាចទទួលបានសេវា Medi-Cal របស់អ្នកពីគម្រោងសុខភាព Medi-Cal ពីមុនរបស់អ្នកសម្រាប់រយៈពេលមួយខែបន្ថែមទៀត។ បន្ទាប់មក អ្នកនឹងទទួលបានសេវា Medi-Cal របស់អ្នកតាមរយៈគម្រោង Blue Shield Promise Medi-Cal Plan។ នឹងមិនមានគម្លាតក្នុងការធានារ៉ាប់រងនៃ Medi-Cal របស់អ្នកទេ។ សូមទូរសព្ទមកយើងតាមរយៈ 1-800-452-4413 (TTY: 711) ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរណាមួយ ។

តារាងមាតិកា

A. សេវាធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកនិងការចំណាយចេញពីហោប៉ៅរបស់អ្នក 66

B. វិធានប្រឆាំងនឹងអ្នកផ្តល់សេវាកម្មដែលគិតថ្លៃសេវាពីអ្នក 66

C. តារាងអត្ថប្រយោជន៍នៃគម្រោងរបស់យើង 66

D. តាងអត្ថប្រយោជន៍នៃគម្រោងរបស់យើងខ្ញុំ 68

E. អត្ថប្រយោជន៍ដែលបានធានារ៉ាប់រងក្រៅពីគម្រោងរបស់យើង 154

E1. *ការផ្លាស់ប្តូររបស់សហគមន៍នៃរដ្ឋ* California (CCT) **154**

E2. *កម្មវិធីសុខភាពមាត់ធ្មេញ* Medi-Cal **155**

E3. *ការថែទាំនៅមន្ទីរពេទ្យជាលសម្រាប់អ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយ* **156**

F. អត្ថប្រយោជន៍មិនត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយ គម្រោង Medicare ឬ Medi-Cal របស់យើងទេ 157

A. សេវាជានាវ៉ាប់រងរបស់អ្នកនិងការចំណាយចេញពីហោប៉ៅរបស់អ្នក

ជំពូកនេះប្រាប់អ្នកអំពីសេវាដែលគម្រោងរបស់យើងជានាវ៉ាប់រង ហើយតើអ្នកចំណាយប៉ុន្មានសម្រាប់សេវាកម្មនីមួយៗ។ អ្នកក៏អាចស្វែងយល់អំពីសេវាកម្មដែលមិនត្រូវទទួលបានការវ៉ាប់រងផងដែរ។ ព័ត៌មានអំពីអត្ថប្រយោជន៍ឱសថមាននៅក្នុង **ជំពូក 5**។ ជំពូកនេះបានពន្យល់ថាដែនកំណត់លើការផ្តល់សេវាមួយចំនួន។

សម្រាប់សេវាមួយចំនួន អ្នកត្រូវបានគិតថ្លៃក្រៅហោប៉ៅ ហៅថាការបង់ប្រាក់រួម។ នេះគឺជាចំនួនទឹកប្រាក់ថេរ (ឧទាហរណ៍ $5) ដែលអ្នកត្រូវបង់រាល់ពេលដែលអ្នកទទួលសេវាកម្មនោះ។ អ្នកបង់ប្រាក់រួមចំណែកនៅពេលដែលអ្នកទទួលបានសេវាកម្មផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ។

ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយក្នុងការស្វែងយល់អំពីសេវាកម្មណាមួយដែលត្រូវបានជានាវ៉ាប់រង សូមទូរសព្ទទៅ អ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នក និង/ឬសេវាថែទាំអតិថិជនតាមរយៈ 1-800-452-4413 (TTY: 711)។

B. វិធានប្រឆាំងនឹងអ្នកផ្តល់សេវាកម្មដែលគិតថ្លៃសេវាពីអ្នក

យើងមិនអនុញ្ញាតឱ្យអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញរបស់យើងចេញវិក្កយបត្រជូនអ្នកសម្រាប់សេវាកម្មដែលមានការជានាវ៉ាប់រងនោះទេ។ យើងខ្ចប់បង់ប្រាក់ជូនក្រុមអ្នកផ្តល់សេវាកម្មដោយផ្ទាល់ ហើយយើងខ្ចំការពារអ្នកពីការគិតថ្លៃផ្សេងៗ។ នេះគឺជាការពិត ទោះបីជាយើងខ្ចំបង់ប្រាក់ជូនអ្នកផ្តល់សេវាកម្មក្នុងចំនួនតិចអ្នកផ្តល់សេវាកម្មគិតថ្លៃសេវាកម្មក៏ដោយ។

- **អ្នកមិនគួរទទួលយកវិក្កយបត្រពីអ្នកផ្តល់សេវាកម្មថែទាំជាដាច់ខាតសម្រាប់សេវាកម្មដែលមានការវ៉ាប់រងទាំងនេះ**។ ប្រសិនបើអ្នកធ្វើសូមយោងទៅ **ជំពូកទី 7** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*របស់អ្នក ឬទូរសព្ទទៅ ផ្នែកថែទាំអតិថិជន។

C. តារាងអត្ថប្រយោជន៍នៃគម្រោងរបស់យើង

តារាងអត្ថប្រយោជន៍ប្រាប់អ្នកពីសេវាកម្មដែលគម្រោងរបស់យើងបង់ប្រាក់។ វារាយបញ្ជីសេវាដែលជានាវ៉ាប់រងតាមលំដាប់អក្ខរក្រម និងពន្យល់អំពីសេវាទាំងនោះ។

យើងនឹងបង់តែថ្លៃសេវាកម្មណាដែលបានរាយក្នុងតារាងអត្ថប្រយោជន៍ នៅពេលដែលបានបំពេញតាមបទបញ្ជាត្តិដូចខាងក្រោម ។

- យើងត្រូវតែផ្តល់ជូនសេវាកម្មដែលស្ថិតក្រោមការជានាវ៉ាប់រងរបស់ Medicare និង Medi-Cal របស់អ្នក ដោយយោងតាមបទបញ្ជាត្តិដែលបានកំណត់ដោយកម្មវិធី Medicare និង Medi-Cal។
- សេវាកម្មនានា (រួមទាំងការថែទាំវេជ្ជសាស្ត្រ សេវាកម្មថែទាំសុខភាពអាកប្បកិរិយា និងសេវាផ្តាច់ការប្រើប្រាស់សារធាតុញៀន សេវា និងការថែទាំរយៈពេលវែង ការផ្គត់ផ្គង់ ឧបករណ៍ និងឱសថ) ត្រូវតែ "មានភាពចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ"។

ភាពចាំបាច់ខាងផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រពិពណ៌នាអំពីសេវាកម្ម ការផ្គត់ផ្គង់ ឬឱសថដែលអ្នកត្រូវការដើម្បីបង្ការ ធ្វើរោគវិនិច្ឆយ ឬព្យាបាលលក្ខខណ្ឌវេជ្ជសាស្ត្រ ឬរក្សាស្ថានភាពសុខភាពបច្ចុប្បន្នរបស់អ្នក។ ចំណុចនេះរួមមានការថែទាំព្យាបាលដែលកុំឱ្យអ្នកត្រូវទៅព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យ ឬមណ្ឌលថែទាំមនុសចាស់ជរា។ លើសពីនេះ វាមានន័យសំដៅដល់សេវាកម្ម ការផ្គត់ផ្គង់ ឬឱសថដែលឆ្លើយតបបានតាមបទដ្ឋានអនុវត្តន៍ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដែលបានទទួលយក។ សេវាមួយមានសារៈសំខាន់ខាងវេជ្ជសាស្ត្រនៅពេលវាសមហេតុផលនិងចាំបាច់ក្នុងការការពារជីវិតដើម្បីបង្ការជំងឺធ្ងន់ធ្ងរ ឬពិការភាពធ្ងន់ធ្ងរ ឬដើម្បីកាត់បន្ថយការឈឺចាប់ធ្ងន់ធ្ងរ។

- អ្នកទទួលបានសេវាកម្មថែទាំពីក្រុមអ្នកផ្តល់សេវាកម្មនៅក្នុងបណ្តាញ។ អ្នកផ្តល់សេវាកម្មក្នុងបណ្តាញ គឺជាអ្នកផ្តល់សេវាកម្មថែទាំដែលធ្វើការជាមួយយើងខ្ញុំ។ ក្នុងករណីភាគីច្រើន យើង **មិន** បង់ប្រាក់ទូទាត់សម្រាប់សេវាកម្មដែលអ្នកទទួលបានពីអ្នកផ្តល់សេវាកម្មនៅក្រៅបណ្តាញទេ។ **ជំពូកទី 3** នៃសៀវភៅណែនាំសមាជិករបស់អ្នកមានព័ត៌មានបន្ថែមអំពីការប្រើប្រាស់បណ្តាញ និងអ្នកផ្តល់សេវាក្រៅបណ្តាញ។

- អ្នកមានអ្នកផ្តល់ការថែទាំបឋម (PCP) ឬក្រុមថែទាំដែលកំពុងផ្តល់ និងគ្រប់គ្រងសេវាកម្មថែទាំអ្នក។ ក្នុងករណីភាគច្រើន PCP របស់អ្នកត្រូវផ្តល់ការយល់ព្រមដល់អ្នក មុនពេលអ្នកអាចប្រើប្រាស់អ្នកផ្តល់សេវាដែលមិនមែនជា PCP របស់អ្នក ឬប្រើអ្នកផ្តល់សេវាផ្សេងទៀតនៅក្នុងបណ្តាញរបស់គម្រោងនេះ។ ការយល់ព្រមនេះត្រូវបានគេហៅថា ការបញ្ជូនបន្ត (ការផ្ទេរ) ។ **ជំពូកទី 3 នៃសៀវភៅណែនាំសមាជិករបស់អ្នកមានព័ត៌មានបន្ថែមអំពីការទទួលបានការបញ្ជូនព្យាបាលបន្ត និងនៅពេលដែលអ្នកមិន**ត្រូវការសេវានេះ។

- អ្នកត្រូវតែទទួលយកការថែទាំពីអ្នកផ្តល់សេវាកម្មដែលមានទំនាក់ទំនងជាមួយក្រុមវេជ្ជសាស្ត្ររបស់ PCP។ សូមមើលទៅ **ជំពូកទី 3** នៃសៀវភៅណែនាំសមាជិករបស់អ្នកសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម..

- យើងជានាវ៉ាប់រងលើសេវាកម្មមួយចំនួនដែលមានរាយក្នុងតារាងអត្ថប្រយោជន៍លុះត្រាតែវេជ្ជបណ្ឌិត ឬអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញផ្សេងទៀតរបស់អ្នកទទួលបានការយល់ព្រមពីយើងជាមុនសិន។ វាត្រូវបានហៅថា ការអនុញ្ញាតជាមុន។ យើងសម្គាល់សេវាដែលបានធានាវ៉ាប់រងនៅក្នុងតារាងអត្ថប្រយោជន៍ដែលត្រូវការការអនុញ្ញាតជាមុនក្នុងប្រភេទអក្សរទ្រេត។

- ប្រសិនបើអ្នកស្ថិតនៅក្នុងអំឡុងពេលប្រាំមួយខែដែលត្រូវបានចាត់ទុកថាបន្តមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ក្នុងគម្រោងរបស់យើង យើងនឹងបន្តផ្តល់ជូនអត្ថប្រយោជន៍ Medicare ដែលត្រូវបានធានាវ៉ាប់រងដោយគម្រោង Medicare Advantage។ ទោះជាយ៉ាងនេះក្តី ក្នុងអំឡុងពេលនេះ Blue Shield TotalDual នឹងមិនធានាវ៉ាប់រងលើអត្ថប្រយោជន៍របស់ Medi-Cal (Medicaid) ដែលត្រូវបានរួមបញ្ចូលក្នុង Medi-Cal (Medicaid) ឬក៏ យើងនឹងបង់ប្រាក់ថ្លៃបុព្វលាភ Medicare ឬថ្លៃបង់ចំណែករួម ដែលរដ្ឋនឹងត្រូវបង់នោះទេ ប្រសិនបើអ្នកបាត់បង់លក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ Medi-Cal (Medicaid)។ ចំនួនប្រាក់ដែលអ្នកត្រូវ

បង់សម្រាប់សេវាកម្មដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare របស់អ្នកក្នុងគម្រោងនេះ អាចនឹងកើនឡើងក្នុងអំឡុងពេលបន្ទាប់ពីអ្នកបាត់បង់លក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ Medi-Cal (Medicaid)។

- សេវាកម្មគាំពារទាំងអស់ គឺឥតគិតថ្លៃ។ អ្នកនឹងឃើញសញ្ញាផ្លែប៉ោម 🍎 នេះនៅជាប់នឹងសេវាបង្ការនៅក្នុងតារាងអត្ថប្រយោជន៍។

- **ជំនួយសហគមន៍**៖ ជំនួយសហគមន៍អាចមាននៅក្រោមគម្រោងថែទាំលក្ខណៈបុគ្គលរបស់អ្នក។ ជំនួយសហគមន៍គឺសមត្រឹមត្រូវតាមផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ និងជម្រើសសេវាកម្ម ឬកន្លែងដែលមានតម្លៃធូរថ្លៃ។ សេវាកម្មទាំងនេះគឺជាជម្រើសសម្រាប់សមាជិក។ ប្រសិនបើអ្នកមានលក្ខណៈគ្រប់គ្រាន់ សេវាកម្មទាំងនេះអាចជួយអ្នកឱ្យរស់នៅដោយឯករាជ្យជាងមុន។ ពួកគេមិនជំនួសអត្ថប្រយោជន៍ដែលអ្នកទទួលបានរួចហើយឱ្យស្ថិតនៅក្រោម Medi-Cal ទេ។ ឧទាហរណ៍នៃជំនួយសហគមន៍ ដែលយើងផ្តល់ជូនរួមមានអាហារ និងចំណីអាហារដែលគាំទ្រផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ ឬអាហារដែលតម្រូវតាមផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ ជំនួយសម្រាប់អ្នក ឬអ្នកថែទាំរបស់អ្នក ឬរបារតោងនៅក្នុងបន្ទប់ទឹក និងផ្លូវជម្រាល។ ឧទាហរណ៍នៃសេវាជំនួយសហគមន៍ដែលគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan បានផ្តល់ជូននាពេលកន្លងមករួមមាន៖ ដៃគូនៅក្នុងមូលនិធិថែទាំ សម្រាប់ការគ្រប់គ្រងសំណុំរឿង ការវាយតម្លៃ និងសេវាកម្មតាមផ្ទះ និងសហគមន៍ និងជីវិតនានិទាយយរដូវសម្រាប់ចំណីអាហារដែលដឹកជញ្ជូនដល់ផ្ទះ។ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយ ឬចង់ស្វែងយល់ថាតើជំនួយសហគមន៍ណាមួយអាចមានសម្រាប់អ្នក សូមទូរសព្ទទៅ អ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នក ឬទូរសព្ទទៅអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក។

D. តាងអត្ថប្រយោជន៍នៃគម្រោងរបស់យើងខ្ញុំ

	សេវាកម្មដែលគម្រោងរបស់យើងខ្ញុំបង់ប្រាក់ទូទាត់ជូន	អ្វីដែលអ្នកត្រូវតែចំណាយ
🍎	**ការពិនិត្យរកមើលការប៉ោងសរសៃឈាមក្រហមក្នុងពោះ** យើងបង់ប្រាក់ទូទាត់សម្រាប់ការត្រួតពិនិត្យអ៊ុលត្រាសោនម្តងសម្រាប់អ្នកដែលមានការប្រឈម។ គម្រោងនឹងធ្វើការធានារ៉ាប់រងលើការពិនិត្យនេះប្រសិនបើអ្នកមានកត្តាប្រឈមមួយចំនួនជាក់លាក់ ហើយប្រសិនបើអ្នកទទួលបានការបញ្ជូនបន្តពីគ្រូពេទ្យ អ្នកជំនួយការគ្រូពេទ្យ គិលានុបដ្ឋាយិកាជំនាញ ឬអ្នកឯកទេសខាងថែទាំរបស់អ្នក។	$0

សេវាកម្មដែលគម្រោងរបស់យើងខ្ចីបង់ប្រាក់ទូទាត់ជូន		អ្វីដែលអ្នកត្រូវតែចំណាយ
	ការចាក់ម្ជុលវិទ្យាសាស្ត្រ (ដែលបានធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare និង Medi-Cal Covered) យើងបង់ថ្លៃចំណាយសម្រាប់សេវាកម្មព្យាបាលដោយចាក់ម្ជុលវិទ្យាសាស្ត្រសម្រាប់អ្នកជំងឺដែលមិនសម្រាកព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យរហូតដល់ទៅពីរលើក នៅក្នុងខែនៃប្រក្រតីទិនណាមួយ ឬញឹកញាប់ជាងនេះ ប្រសិនបើការការព្យាបាលបែបនេះចាំបាច់ខាងផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ។ យើងធ្វើការបង់ថ្លៃចំណាយជូនរហូតដល់ 12 ខែផងដែរ ទៅលើការព្យាបាលដោយចាក់ម្ជុលវិទ្យាសាស្ត្រក្នុងរយៈពេល 90 ថ្ងៃ ប្រសិនបើអ្នកមានការឈឺចាប់ខ្លួងផ្នែកខាងក្រោមធ្ងន់ធ្ងរ ដែលត្រូវបានកំណត់ថា៖ • បន្តមានអស់រយៈពេល 12 សប្តាហ៍ ឬយូរជាងនេះ • ដែលមិនជាក់លាក់ (មិនមានបុព្វហេតុជាប្រព័ន្ធដែលអាចធ្វើការកំណត់អត្តសញ្ញាណបាន ដូចជាមិនមានពាក់ព័ន្ធនឹងជំងឺកោសិកាមហារីក ជំងឺរលាក ឬជំងឺឆ្លង) • មិនទាក់ទងនឹងការរះកាត់ **និង** • មិនទាក់ទងនឹងការមានផ្ទៃពោះ។ លើសពីនេះទៀត យើងបង់ប្រាក់ទូទាត់សម្រាប់ការព្យាបាលដោយការចាក់ម្ជុលវិទ្យាសាស្ត្រចំនួន 8 ដងបន្ថែមទៀត សម្រាប់ការឈឺខ្លួងផ្នែកខាងក្រោមរ៉ាំរ៉ៃ ប្រសិនបើអ្នកបង្ហាញនូវភាពធូរស្បើយពីជំងឺ។ អ្នកមិនអាចទទួលបានការព្យាបាលដោយការចាក់ម្ជុលវិទ្យាសាស្ត្រលើសពី 20 ដងបានទេក្នុងមួយឆ្នាំសម្រាប់ ការឈឺចាប់ខ្លួងផ្នែកខាងក្រោមធ្ងន់ធ្ងរ។ ការព្យាបាលដោយការចាក់ម្ជុលវិទ្យាសាស្ត្រសម្រាប់ការឈឺខ្លួងផ្នែកខាងក្រោមធ្ងន់ធ្ងរត្រូវតែបញ្ឈប់ប្រសិនបើអ្នកមិនមានភាពធូរស្បើយទេនោះ ឬអ្នកកាន់តែមានសភាពធ្ងន់ធ្ងរថែមទៀត។ តម្រូវការរបស់អ្នកផ្តល់សេវា៖ គ្រូពេទ្យ (ដូចដែលបានកំណត់ក្នុង 1861(r)(1) នៃច្បាប់ស្តីអំពីសន្តិសុខសង្គម (ច្បាប់) អាចផ្តល់សេវាចាក់ម្ជុលវិទ្យាសាស្ត្រស្របតាមតម្រូវការរបស់រដ្ឋដែលអាចអនុវត្តបាន។	$0

សេវាកម្មដែលគម្រោងរបស់យើងខ្ចីបង់ប្រាក់ទូទាត់ជូន		អ្វីដែលអ្នកត្រូវតែចំណាយ
	ការថែទាំមួលវិទ្យាសាស្ត្រ (ត) ជំនួយការគ្រូពេទ្យ (PAs) គិលានុបដ្ឋាយិកា (NPs) / គិលានុបដ្ឋាយិកាជំនាញ (CNSs) (ដូចដែលបានកំណត់នៅក្នុងផ្នែក 1861(aa)(5) នៃច្បាប់) និងបុគ្គលិកជំនួយអាចផ្តល់សេវាថែទាំមួលវិទ្យាសាស្ត្រ ប្រសិនបើពួកគេបំពេញតាមតម្រូវការរដ្ឋដែលអាចអនុវត្តបានទាំងអស់ និងមាន៖ • ថ្នាក់អនុបណ្ឌិត ឬថ្នាក់បណ្ឌិតផ្នែកថែទាំមួលវិទ្យាសាស្ត្រ ឬវេជ្ជសាស្ត្របុរាណចុងបូព៌ាពីសាលាដែលទទួលស្គាល់ដោយគណៈកម្មការទទួលស្គាល់គុណភាពអប់រំលើការថែទាំមួលវិទ្យាសាស្ត្រ និងវេជ្ជសាស្ត្របុរាណចុងបូព៌ា (ACAOM) និង • អាជ្ញាបណ្ណបច្ចុប្បន្ន ពេញលេញ សកម្ម និងគ្មានការរឹតបន្តឹងដើម្បីព្យាបាលដោយការថែទាំមួលវិទ្យាសាស្ត្រនៅក្នុងរដ្ឋ ដែនដី ឬសហជន (ឧ. ព័រតូរីកូ) នៃសហរដ្ឋអាមេរិក ឬ District of Columbia ។ បុគ្គលិកជំនួយដែលបំពាក់ឧបករណ៍ថែទាំមួលវិទ្យាសាស្ត្រត្រូវតែស្ថិតនៅក្រោមកម្រិតសមស្របនៃការត្រួតពិនិត្យរបស់គ្រូពេទ្យ PA ឬ NP/CNS ដែលតម្រូវដោយបទប្បញ្ញត្តិរបស់យើងនៅ 42 CFR §§ 410.26 និង 410.27។ អត្ថប្រយោជន៍ត្រូវបានផ្តល់ជូនតាមរយៈកិច្ចសន្យាជាមួយគម្រោងសុខភាព American Specialty Health Plans of California, Inc. (គម្រោង ASH Plans) ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម ឬដើម្បីកំណត់ទីតាំងនៃអ្នកផ្តល់សេវាកម្មដែលចូលរួមក្នុងគម្រោង ASH Plans អ្នកអាចទូរសព្ទមកគម្រោង ASH Plans តាមរយៈលេខ (800) 678-9133 [TTY: (877) 710-2746 ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 5 ព្រឹក ដល់ 6 ល្ងាច។ អ្នកក៏អាចទូរសព្ទទៅការថែទាំអតិថិជននៃគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan ឬចូលទៅកាន់ blueshieldca.com/find-a-doctor ដើម្បីកំណត់ទីតាំងអ្នកផ្តល់សេវាដែលចូលរួមគម្រោង ASH Plans។	

	សេវាកម្មដែលគម្រោងរបស់យើងខ្ចីបង់ប្រាក់ទូទាត់ជូន	អ្វីដែលអ្នកត្រូវតែចំណាយ
	សេវាថែទាំមួលវិទ្យាសាស្ត្រ (មិនធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare) អត្ថប្រយោជន៍ត្រូវបានផ្តល់ជូនសម្រាប់ការវាយតម្លៃ និងការព្យាបាលការថែទាំមួលវិទ្យាសាស្ត្រដោយវេជ្ជបណ្ឌិតផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ អ្នកថែទាំមួលវិទ្យាសាស្ត្រ ឬអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពដែលមានអាជ្ញាបណ្ណសមស្របឬមានការបញ្ជាក់ផ្សេងទៀត។ • ការពិនិត្យដំបូង និងបន្តបន្ទាប់ • ការជួបពិគ្រោះពិនិត្យជំងឺ និងសម្របសម្រួលនៅការិយាល័យ • ការព្យាបាលបន្ថែម អត្ថប្រយោជន៍ត្រូវបានផ្តល់ជូនតាមរយៈកិច្ចសន្យាជាមួយគម្រោងសុខភាព American Specialty Health Plans of California, Inc. (គម្រោង ASH Plans) ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម ឬដើម្បីកំណត់ទីតាំងនៃអ្នកផ្តល់សេវាកម្មដែលចូលរួមក្នុងគម្រោង ASH Plans អ្នកអាចទូរសព្ទមកគម្រោង ASH Plans តាមរយៈលេខ (800) 678-9133 [TTY: (877) 710-2746] ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 5 ព្រឹក ដល់ 6 ល្ងាច អ្នកក៏អាចទូរសព្ទទៅការថែទាំអតិថិជនរបស់គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan ឬទៅកាន់ **blueshieldca.com/find-a-doctor** ដើម្បីកំណត់ទីតាំងអ្នកផ្តល់សេវាដែលចូលរួមគម្រោង ASH Plans។ ***** សេវាកម្មមិនអនុវត្តចំពោះដែនកំណត់នៃអត្ថប្រយោជន៍អតិបរមារបស់គម្រោងនោះទេ។	អ្នកបង់ប្រាក់ $0 (កំណត់រហូតដល់ 12 ដងក្នុងមួយឆ្នាំ)។
	សេវាផ្តល់ព័ត៌មានសុខភាពដោយប្រព័ន្ធអេឡិចត្រូនិចបន្ថែម Teledoc ផ្តល់ជូនការប្រឹក្សាយោបល់ជាមួយគ្រូពេទ្យតាមទូរសព្ទ ឬអនឡាញ។ គ្រូពេទ្យ Teladoc អាចវិនិច្ឆ័យរោគ និងព្យាបាលលក្ខខណ្ឌវេជ្ជសាស្ត្រមូលដ្ឋាន និងអាចចេញវេជ្ជបញ្ជារឱសថជាក់លាក់ផងដែរ។ Teledoc គឺជាសេវាកម្មបំពេញបន្ថែមមួយ ដែលមិនមានគោលបំណងជំនួសគ្រូពេទ្យថែទាំបឋមរបស់អ្នកឡើយ។ សូមទៅកាន់ **blueshieldca.com/teladoc** ឬកម្មវិធី Blue Shield នៃរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ាដើម្បីស្នើសុំជួបពិគ្រោះ។ ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ អ្នកអាចទាក់ទង Teladoc តាមទូរសព្ទលេខ 1-800-Teladoc (1-800-835-2362) [TTY: 711] 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ 365 ថ្ងៃក្នុងមួយឆ្នាំ។ * សេវាកម្មមិនអនុវត្តចំពោះដែនកំណត់អតិបរមារបស់គម្រោងនោះទេ។	$0

សេវាកម្មដែលគម្រោងរបស់យើងខ្ញុំបង់ប្រាក់ទូទាត់ជូន		អ្វីដែលអ្នកត្រូវតែចំណាយ
	ការពិនិត្យ និងពិគ្រោះយោបល់អំពីការប្រើប្រាស់សារធាតុស្រវឹងមិនត្រឹមត្រូវ យើងបង់ប្រាក់ថ្លៃចំណាយសម្រាប់សេវាពិនិត្យការប្រើប្រាស់គ្រឿងស្រវឹងមិនត្រឹមត្រូវ (SABIRT) សម្រាប់មនុស្សពេញវ័យដែលប្រើប្រាស់គ្រឿងស្រវឹងមិនត្រឹមត្រូវ ក៏ប៉ុន្តែមិនមែនញៀនគ្រឿងស្រវឹងទេ។ នេះបូករួមទាំងស្ត្រីមានផ្ទៃពោះផងដែរ។ ប្រសិនបើអ្នកពិនិត្យឃើញវិជ្ជមានសម្រាប់ការប្រើប្រាស់គ្រឿងស្រវឹងមិនត្រឹមត្រូវ អ្នកទទួលបានវគ្គពិគ្រោះយោបល់តទល់រយៈពេលខ្លីចំនួនបួនដងរៀងរាល់ឆ្នាំ (ប្រសិនអ្នកអាច និងទទួលដំណឹងអំឡុងពេលពិគ្រោះយោបល់) ជាមួយអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំបឋមដែលមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ ឬគ្រូពេទ្យក្នុងការកំណត់ការថែទាំបឋមមួយ។	$0
	សេវាកម្មរថយន្តសង្គ្រោះ សេវារថយន្តសង្គ្រោះដែលមានការធានារ៉ាប់រងរួមមាន សេវាសង្គ្រោះបន្ទាន់តាមផ្លូវគោក តាមយន្តហោះ តាមឧទ្ធម្ភាសចក្រ (អេលេកូទ័រ)។ រថយន្តសង្គ្រោះបន្ទាន់នឹងនាំអ្នកទៅកាន់កន្លែងដែលជិតបំផុតដែលអាចផ្តល់សេវាថែទាំជូនអ្នកបាន។ ស្ថានភាពរបស់អ្នកត្រូវតែធ្ងន់ធ្ងរដែលការប្រើមធ្យោបាយដទៃទៀតដើម្បីទៅកន្លែងព្យាបាលអាចបង្កគ្រោះថ្នាក់ដល់សុខភាព ឬជីវិតរបស់អ្នក។ សេវារថយន្តសង្គ្រោះសម្រាប់ករណីផ្សេងៗទៀតត្រូវតែមានការយល់ព្រមពីយើងខ្ញុំ។ ក្នុងករណីដែលមិនមែនជាការសង្គ្រោះបន្ទាន់ យើងអាច បង់ថ្លៃសម្រាប់សេវារថយន្តសង្គ្រោះ។ ស្ថានភាពរបស់អ្នកត្រូវតែធ្ងន់ធ្ងរដែលការប្រើមធ្យោបាយដទៃទៀតដើម្បីទៅកន្លែងព្យាបាលអាចបង្កគ្រោះថ្នាក់ដល់ជីវិត ឬសុខភាពរបស់អ្នក។	$0

	សេវាកម្មដែលគម្រោងរបស់យើងខ្ចីបង់ប្រាក់ទូទាត់ជូន	អ្វីដែលអ្នកត្រូវតែចំណាយ
	ការពិនិត្យសុខភាពរាងកាយប្រចាំឆ្នាំ អ្នកទទួលបានការធានារ៉ាប់រងសម្រាប់ការពិនិត្យសុខភាពរាងកាយជាប្រចាំរៀងរាល់ 12 ខែម្តង ថែមពីលើការទៅពិនិត្យសុខមាលភាពរបស់អ្នក។ ការមកពិនិត្យនេះរួមមាន ការពិនិត្យឡើងវិញយ៉ាងទូលំទូលាយនៃប្រវត្តិគ្រួសារ និងសុខភាពរបស់អ្នក ការវាយតម្លៃម្ជិតពីក្បាលដល់ចុងជើង និងសេវាផ្សេងទៀត ការបញ្ជូនបន្ត និងការណែនាំដែលអាចមានភាពសមរម្យ។	$0
🍎	**ការពិនិត្យសុខុមាលភាពប្រចាំឆ្នាំ** អ្នកគួរតែទទួលបានការពិនិត្យប្រចាំឆ្នាំ។ សេវាកម្មនេះមានគោលបំណងបង្កើតគម្រោង ឬធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពគម្រោងការពារដោយផ្អែកលើកត្តាហានិភ័យបច្ចុប្បន្នរបស់អ្នក។ យើងបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវានេះរៀងរាល់ 12 ខែម្តង។ កំណត់សម្គាល់៖ ការជួបពិនិត្យសុខភាពប្រចាំឆ្នាំលើកដំបូងរបស់អ្នកមិនអាចធ្វើឡើងក្នុងរយៈពេល 12 ខែបន្ទាប់ពីការទៅជួបបង្ការ "Welcome to Medicare" របស់អ្នក។ ទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយ អ្នកមិនចាំបាច់មកពិនិត្យ ដើម្បីទទួលបានការធានារ៉ាប់រងសម្រាប់ការមកពិនិត្យសុខភាពប្រចាំឆ្នាំ បន្ទាប់ពីអ្នកមានផ្នែក B អស់រយៈពេល 12 ខែ។	$0
	សេវាបង្ការជំងឺហឺត អ្នកអាចទទួលបានការអប់រំអំពីជំងឺហឺត និងការវាយតម្លៃពីបរិយាកាសក្នុងផ្ទះសម្រាប់កត្តាដែលកើតមានជាទូទៅនៅក្នុងផ្ទះសម្រាប់អ្នកកើតជំងឺហឺតដែលគ្រប់គ្រងមិនបានល្អ។	$0

សេវាកម្មដែលគម្រោងរបស់យើងខ្ចីបង់ប្រាក់ទូទាត់ជូន		អ្វីដែលអ្នកត្រូវតែចំណាយ
	ការវាស់ដុំឆ្អឹង យើងបង់ប្រាក់ទូទាត់សម្រាប់នីតិវិធីច្បាស់លាស់ សម្រាប់សមាជិកដែលមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ (ជាធម្មតា អ្នកដែលប្រឈមនឹងហានិភ័យបាត់បង់ម៉ាស់ឆ្អឹង ឬហានិភ័យឆ្អឹងពុក)។ នីតិវិធីទាំងនេះកំណត់ដុំឆ្អឹង រកមើលការណីបាត់បង់ឆ្អឹង ឬរកមើលគុណភាពឆ្អឹង។ យើងបង់ប្រាក់ទូទាត់សម្រាប់សេវាកម្មទាំងនេះរៀងរាល់ 24 ខែម្តង ឬញឹកញាប់ជាងនេះអាស្រ័យទៅលើភាពចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រសម្រាប់សេវាកម្មទាំងនោះ។ យើងក៏នឹងបង់ប្រាក់ទូទាត់សម្រាប់វេជ្ជបណ្ឌិត ដើម្បីពិនិត្យ និងផ្តល់យោបល់អំពីលទ្ធផល។	$0
	ការពិនិត្យរកជំងឺមហារីកសុដន់ (ការថតឆ្លុះមើលសុដន់) យើងបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាកម្មខាងក្រោម៖ • ឆ្លុះមើលសុដន់កម្រិតមូលដ្ឋានសម្រាប់ស្ត្រីដែលមានអាយុក្នុងចន្លោះពី 35 ឆ្នាំ ដល់ 39 ឆ្នាំ • ឆ្លុះមើលសុដន់រៀងរាល់ 12 ខែម្តងសម្រាប់ស្ត្រីដែលមានអាយុចាប់ពី 40 ឆ្នាំឡើងទៅ • ពិនិត្យសុដន់សម្រាប់ការព្យាបាលរៀងរាល់ 24 ខែម្តង	$0
	សេវាកម្មស្តានីតិសម្បទាបេះដូង យើងបង់ប្រាក់ទូទាត់សម្រាប់ការស្តារនីតិសម្បទាមុខងារបេះដូង ដូចជា ការធ្វើលំហាត់ប្រាណ ការសិក្សាអប់រំ និងការពិគ្រោះយោបល់ជាដើម។ សមាជិកត្រូវតែបំពេញបានតាមលក្ខខណ្ឌជាក់លាក់ជាមួយ*ការបញ្ជូនបន្ត*របស់វេជ្ជបណ្ឌិត។ យើងក៏ធានារ៉ាប់រងលើកម្មវិធីស្តារនីតិសម្បទាបេះដូង ដែលខ្លាំងក្លាជាងកម្មវិធីស្តារនីតិសម្បទាបេះដូង។	$0

សេវាកម្មដែលគម្រោងរបស់យើងខ្ចីបង់ប្រាក់ទូទាត់ជូន		អ្វីដែលអ្នកត្រូវតែចំណាយ
🍎	**ការជួបពិគ្រោះយោបល់អំពីការកាត់បន្ថយហានិភ័យជំងឺបេះដូង (ការព្យាបាលជំងឺបេះដូង)** យើងខ្ចីបង់ប្រាក់ទូទាត់សម្រាប់សេវាកម្មជួបពិគ្រោះម្តងក្នុងមួយឆ្នាំ ឬច្រើនជាងនេះ បើសិនជាចាំបាច់ ជាមួយអ្នកផ្តល់សេវាកម្មថែទាំសុខភាពបឋម ដើម្បីជួយកាត់បន្ថយហានិភ័យរបស់អ្នកពីជំងឺបេះដូង។ អំឡុងពេលកំពុងពិគ្រោះយោបល់ វេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកអាច៖ • ពិភាក្សាជាមួយអ្នកអំពីការឱសថអាស្ពីរីន • ពិនិត្យសម្ពាធឈាមរបស់អ្នក **និង/ឬ** • ផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវគន្លឹះក្នុងការធ្វើឱ្យប្រាកដថា អ្នកកំពុងតែទទួលបានអាហារយ៉ាងសមស្រប។	$0
🍎	**ការធ្វើតេស្តរកមើលជំងឺបេះដូង** យើងខ្ចីបង់ប្រាក់ទូទាត់សម្រាប់ការធ្វើតេស្តឈាម ដើម្បីពិនិត្យរកជំងឺបេះដូងរៀងរាល់ប្រាំឆ្នាំ (60 ខែ) ម្តង។ ការធ្វើតេស្តឈាមក៏ពិនិត្យរកបញ្ហាដែលកើតឡើងដោយសារហានិភ័យជំងឺបេះដូងផងដែរ។	$0

សេវាកម្មដែលគម្រោងរបស់យើងខ្ចីបង់ប្រាក់ទូទាត់ជូន		អ្វីដែលអ្នកត្រូវតែចំណាយ
	ការពិនិត្យមើលមហារីកមាត់ស្បូន និងទ្វារមាស យើងបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាកម្មខាងក្រោម៖ • សម្រាប់ស្ត្រីទាំងអស់៖ ការពិនិត្យក្បាលសុដន់ និងការពិនិត្យត្រគាករៀងរាល់ 24 ខែម្តង • សម្រាប់ស្ត្រីដែលប្រឈមនឹងបញ្ហាជំងឺមហារីកស្បូន ឬទ្វារមាស៖ ការពិនិត្យក្បាលសុដន់ ធ្វើឡើងរៀងរាល់ 12 ខែម្តង • សម្រាប់ស្ត្រីដែលបានឆ្លងកាត់ការពិនិត្យក្បាលសុដន់ដែលខុសប្រកតីក្នុងរយៈពេល 3 ឆ្នាំចុងក្រោយ និងស្ថិតក្នុងវ័យផ្តល់កំណើត៖ ការពិនិត្យក្បាលសុដន់ធ្វើឡើងរៀងរាល់ 12 ខែម្តង • សម្រាប់ស្ត្រីដែលមានអាយុ 30-65ឆ្នាំ៖ ការធ្វើតេស្តីជំងឺកាមរោគ (HPV) ឬ ការធ្វើតេស្តី Pap plus HPV ម្តងរៀងរាល់ 5 ឆ្នាំ	$0

សេវាកម្មដែលគម្រោងរបស់យើងខ្ចីបង់ប្រាក់ទូទាត់ជូន		អ្វីដែលអ្នកត្រូវតែចំណាយ
	សេវាកម្មជំនាញផ្នែកព្យាបាលឆ្អឹងខ្នងដោយការចាប់សរសៃ និងសន្លាក់ យើងបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាកម្មខាងក្រោម៖ • ការគម្រង់ឆ្អឹងខ្នងដើម្បីកែតម្រូវទ្រង់ទ្រាយឆ្អឹង • ការពិនិត្យដំបូង និងបន្តបន្ទាប់ • ការជួបពិគ្រោះពិនិត្យជំងឺ និងការចាប់សរសៃសម្រាប សម្រួលនៅការិយាល័យ • ការព្យាបាលបន្ថែម • កាំរស្មីអ៊ុច និងការធ្វើតេស្តមន្ទីរពិសោធន៍ (សម្រាប់តែការចាប់សរសៃ) អត្ថប្រយោជន៍ត្រូវបានផ្តល់ជូនតាមរយៈកិច្ចសន្យាជាមួយគម្រោងសុខភាព American Specialty Health Plans of California, Inc. (គម្រោង ASH Plans) ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម ឬដើម្បីកំណត់ទីតាំងនៃអ្នកផ្តល់សេវាកម្មដែលចូលរួមក្នុងគម្រោង ASH Plans អ្នកអាចទូរសព្ទមកគម្រោង ASH Plans តាមរយៈលេខ (800) 678-9133 [TTY: (877) 710-2746] ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 5 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 6 ល្ងាច។ អ្នកក៏អាចទូរសព្ទទៅការថែទាំអតិថិជននៃគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan ឬចូលទៅកាន់ **blueshieldca.com/find-a-doctor ដើម្បីកំណត់ទីតាំងអ្នកផ្តល់សេវាដែលចូលរួមគម្រោង ASH Plans។** * សេវាកម្មមិនអនុវត្តចំពោះដែនកំណត់អតិបរមារបស់គម្រោងនោះទេ។	$0 $0 (ការជានាវ៉ាប់រងត្រូវបានកំណត់រហូតដល់ 12 ដងក្នុងមួយឆ្នាំ សម្រាប់សេវាកម្មដែលមិនមានការជានាវ៉ាប់រងពី Medicare)។

សេវាកម្មដែលគម្រោងរបស់យើងខ្ចីបង់ប្រាក់ទូទាត់ជូន		អ្វីដែលអ្នកត្រូវតែចំណាយ
	ការពិនិត្យមើលជំងឺមហារីកពោះវៀនធំ សម្រាប់អ្នកដែលមានអាយុចាប់ពី 50ឆ្នាំ ឡើងទៅ យើងបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាកម្មខាងក្រោម៖ • ការពិនិត្យពោះវៀនធំដោយឧបករណ៍ពិសេស (ឬការពិនិត្យ និងលាងសម្អាតដោយប្រើសារធាតុបារីយ៉ូម) រៀងរាល់ 48 ខែម្តង • ការធ្វើតេស្តឈាមកប់ក្នុងលាមក ធ្វើឡើងរៀងរាល់ 12 ខែម្តង • ការធ្វើតេស្តឈាមកប់ក្នុងលាមកផ្អែកលើសារធាតុរុក្ខជាតិ Guaiac ឬ ការធ្វើតេស្តសារធាតុជាតិគីមីនៃប្រពន្ធ័ការពាររាងកាយតាមលាមករៀងរាល់ 12 ខែម្តង • ការពិនិត្យចុងពោះវៀនធំតាម DNA រៀងរាល់ 3 ឆ្នាំម្តង • ការឆ្លុះពិនិត្យផ្នែកខាងក្នុងនៃពោះវៀនធំរៀងរាល់ដប់ឆ្នាំ (ប៉ុន្តែមិនមែនក្នុងរយៈពេល 48 ខែនៃការពិនិត្យពោះវៀនធំទេ) • ការឆ្លុះពិនិត្យផ្នែកខាងក្នុងនៃពោះវៀនធំ (ឬការពិនិត្យ និងលាងសម្អាតដោយប្រើសារធាតុបារីយ៉ូម) សម្រាប់អ្នកដែលប្រឈមនឹងជំងឺមហារីកពោះវៀនធំខ្ពស់ រៀងរាល់ 24 ខែម្តង។	$0
	សេវាកម្មសម្រាប់មនុស្សពេញវ័យនៅតាមសហគមន៍ (CBAS) CBAS គឺជាកម្មវិធីផ្តល់សេវាកម្មនៅមូលដ្ឋានដល់អ្នកជំងឺមិនសម្រាកព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យ ដែលមនុស្សចូលរួមយោងទៅតាមការវិភាគ។ សេវាកម្មនេះផ្តល់នូវការថែទាំដោយមន្ទីរជំនាញ សេវាកម្មសង្គមកិច្ច ការព្យាបាលដោយចលនា (រួមទាំងការព្យាបាលចលនាអរយរ រាងកាយ និងពិការភាពការនិយាយ) ការថែទាំផ្ទាល់ខ្លួន ការបណ្តុះបណ្តាល និងជ្រោមជ្រែងដល់គ្រួសារ/អ្នកថែទាំអ្នកជំងឺ សេវាកម្មចំណីអាហារ ការធ្វើដំណើរ និងសេវាកម្មដទៃទៀត។ យើងបង់ប្រាក់ទូទាត់សម្រាប់សេវាកម្ម CBAS ប្រសិនបើអ្នកបំពេញតាមលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យសិទ្ធិទទួលបាន។ **កំណត់សម្គាល់៖** ប្រសិនបើកន្លែង CBAS មិនមានសេវាកម្មផ្តល់ឲ្យទេ យើងខ្ចីនឹងផ្តល់សេវាកម្មដែលមិនមានទាំងនេះដាច់ដោយឡែកពីគ្នា។	$0

សេវាកម្មដែលគម្រោងរបស់យើងខ្ចីបង់ប្រាក់ទូទាត់ជូន		អ្វីដែលអ្នកត្រូវតែចំណាយ
	ការប្រឹក្សាយោបល់ដើម្បីផ្តាច់ជាវ ឬការប្រើថ្នាំជក់ ប្រសិនបើអ្នកប្រើថ្នាំជក់ មិនមានសញ្ញា ឬរោគសញ្ញានៃជំងឺទាក់ទងនឹងថ្នាំជក់ ហើយអ្នកមានបំណងចង់បញ្ឈប់៖ • យើងបង់ប្រាក់ទូទាត់សម្រាប់ការប៉ុនប៉ងផ្តាច់ការប្រើថ្នាំជក់ចំនួនពីរដងក្នុងអំឡុងពេល 12 ខែជាសេវាកម្មបង្ការជំងឺ។ សេវាកម្មនេះមិនគិតថ្លៃសម្រាប់អ្នកទេ។ ការប៉ុនប៉ងឈប់ជក់ជាវិនីមួយៗរួមបញ្ចូលទាំងការជួបប្រឹក្សាយោបល់ផ្ទាល់មាត់រហូតដល់ទៅបួនដង។ បើអ្នកប្រើប្រាស់ថ្នាំជក់ ហើយត្រូវធ្វើរោគវិនិច្ឆយទៅឃើញថា មានជំងឺពាក់ព័ន្ធនឹងថ្នាំជក់ ឬកំពុងលេបថ្នាំដែលអាចរងផលប៉ះពាល់ដោយសារថ្នាំជក់៖ • យើងបង់ប្រាក់ទូទាត់សម្រាប់ការប៉ុនប៉ងឈប់ជក់ជាវិដោយការប្រឹក្សាពីរដងក្នុងកំឡុងពេល 12 ខែ។ សេវាកម្មពិគ្រោះយោបល់នីមួយៗរួមបញ្ចូលទាំងការជួបវេជ្ជបណ្ឌិតផ្ទាល់ចំនួនបួនដងផងដែរ។ បើអ្នកមានផ្ទៃពោះ អ្នកប្រហែលជាទទួលបានសេវាកម្មពិគ្រោះយោបល់អំពីការបញ្ឈប់ការប្រើប្រាស់ថ្នាំជក់ដោយគ្មានកំណត់ ប៉ុន្តែត្រូវមានការអនុញ្ញាតជាមុន។	$0

	សេវាកម្មដែលគម្រោងរបស់យើងខ្ចីបង់ប្រាក់ទូទាត់ជូន	អ្វីដែលអ្នកត្រូវតែចំណាយ
	សេវាកម្មទន្តសាស្ត្រ សេវាសុខភាពធ្មេញរួមយ៉ាងចំនួន រួមទាំងប៉ុន្តែមិនកំណត់ចំពោះ ការសម្អាត ការដាក់ធ្មេញ និងក្រាសធ្មេញពាក់ គឺអាចរកបានតាមរយៈកម្មវិធី Medi-Cal Dental Program ឬ FFS Medi-Cal។ ជាទូទៅ សេវាសុខភាពធ្មេញបែបបង្ការ (ដូចជាការសម្អាត ការពិនិត្យធ្មេញជាប្រចាំ និងការថតកាំរស្មីអ៊ុចធ្មេញ) មិនត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយ Original Medicare ទេនោះ។ យើងធានារ៉ាប់រងលើសេវាសុខភាពធ្មេញដែលមានលក្ខណៈទម្លាប់ និងទូលំទូលាយមួយចំនួន៖ សម្រាប់បញ្ជីនៃនីតិវិធីធ្មេញដែលធានារ៉ាប់រង សូមមើលតារាងនីតិវិធីព្យាបាលនៃអត្ថប្រយោជន៍សុខភាពធ្មេញជាទម្លាប់នៅចុងបញ្ចប់នៃតារាងអត្ថប្រយោជន៍ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីរបៀបចូលប្រើសេវាកម្មទាំងនេះ។ ការបង់ប្រាក់រួមដែលបានរាយក្នុងតារាងអត្ថប្រយោជន៍ទន្តសាស្ត្រទម្លាប់អនុវត្តចំពោះសេវាកម្មនានាតែនៅពេលដែលបានចេញវេជ្ជបញ្ជាដោយទន្តពេទ្យបណ្តាញជានីតិវិធីចាំបាច់ ក្រៅគ្រាន់ និងសមរម្យសម្រាប់ស្ថានភាពធ្មេញរបស់អ្នក។ មិនមែនអត្ថប្រយោជន៍ទាំងអស់អាចសមរម្យសម្រាប់មនុស្សគ្រប់គ្នានោះទេ។ អ្នកគួរតែពឹងផ្អែកលើទន្តបណ្ឌិតបណ្តាញរបស់អ្នកដើម្បីកំណត់ការថែទាំសមរម្យសម្រាប់អ្នក។ បណ្តាញអ្នកផ្តល់សេវាសុខភាពធ្មេញ គឺជាបណ្តាញទន្តបណ្ឌិតទូទៅតែប៉ុណ្ណោះ មិនមានអ្នកឯកទេសនៅក្នុងបណ្តាញទេ។ * សេវាកម្មមិនអនុវត្តចំពោះដែនកំណត់អតិបរមារបស់គម្រោងនោះទេ។	សូមមើលតារាងនីតិវិធីព្យាបាលនៃអត្ថប្រយោជន៍សុខភាពធ្មេញជាទម្លាប់នៅចុងបញ្ចប់នៃតារាងអត្ថប្រយោជន៍ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រសម្រាប់បញ្ជីនៃនីតិវិធីធ្មេញដែលធានារ៉ាប់រង និងអ្វីដែលអ្នកបង់។
🍎	**ការពិនិត្យមើលជំងឺជាក់ទឹកចិត្ត** យើងបង់ប្រាក់សម្រាប់ការពិនិត្យមើលជំងឺជាក់ទឹកចិត្តជារៀងរាល់ឆ្នាំ។ ការពិនិត្យនេះ ត្រូវតែធ្វើឡើងក្នុងមណ្ឌលថែទាំបឋម ដែលអាចផ្តល់ជូនការព្យាបាលតាមដាន និងបញ្ជូនបន្ត។	$0

សេវាកម្មដែលគម្រោងរបស់យើងខ្ចីបង់ប្រាក់ទូទាត់ជូន		អ្វីដែលអ្នកត្រូវតែចំណាយ
🍎	**ការពិនិត្យមើលជំងឺទឹកនោមផ្អែម** យើងបង់ប្រាក់ទូទាត់សម្រាប់ការពិនិត្យនេះ (រួមទាំងការធ្វើតេស្តជាតិគ្លុយកូសរហ័សផងដែរ) បើអ្នកមានកត្តាហានិភ័យណាមួយក្នុងចំណោមកត្តាខាងក្រោម៖ • សម្ពាធឈាមខ្ពស់ (ឡើងឈាម) • កំណត់ហេតុកម្រិតកូឡេស្តេរ៉ូល និង triglyceride ខុសប្រក្រតី (dyslipidemia) • ភាពធាត់ខ្លាំង • ប្រវត្តិមានជាតិស្ករក្នុងឈាមខ្ពស់ (គ្លុយកូស) ការធ្វើតេស្តអាចត្រូវបានរាប់រងក្នុងករណីមួយចំនួន ដូចជាករណីអ្នកធាត់ហួសកំណត់ និងមានប្រវត្តិគ្រួសារកើតជំងឺទឹកនោមផ្អែម។ ផ្អែកលើលទ្ធផលពិនិត្យ អ្នកប្រហែលជាមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់សេវាកម្មពីរដងក្នុងការថតពិនិត្យជំងឺទឹកនោមផ្អែម ជារៀងរាល់ 12 ខែម្តង។	$0

សេវាកម្មដែលគម្រោងរបស់យើងខ្ចីបង់ប្រាក់ទូទាត់ជូន		អ្វីដែលអ្នកត្រូវតែចំណាយ
	ការបណ្តុះបណ្តាលការគ្រប់គ្រងជំងឺទឹកនោមផ្អែមដោយខ្លួនឯង សេវាកម្ម និងការផ្គត់ផ្គង់ យើងបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាកម្មខាងក្រោម ចំពោះសមាជិកទាំងឡាយណាដែលមានជំងឺទឹកនោមផ្អែម (មិនថាពួកគេប្រើប្រាស់អង់ស៊ុយលីន ឬក៏អត់នោះទេ)៖ • សម្ភារផ្គត់ផ្គង់សម្រាប់ពិនិត្យជាតិស្ករក្នុងឈាមរបស់អ្នក រួមមានដូចខាងក្រោម៖ o ឧបករណ៍ត្រួតពិនិត្យជាតិស្ករក្នុងឈាម o បន្ទះធ្វើតេស្តជាតិស្ករក្នុងឈាម o ឧបករ៍ះកាត់ និងកូនកាំបិតរះកាត់ o ដំណោះស្រាយសម្រាប់គ្រប់គ្រងជាតិស្ករ ដើម្បីពិនិត្យភាពសុក្រិតនៃបន្ទះពិនិត្យ និងឧបករណ៍តេស្ត • សម្រាប់អ្នកជំងឺទឹកនោមផ្អែមដែលមានជំងឺជើងរ៉ាំរ៉ៃ យើងបង់ប្រាក់សម្រាប់ចំណុចដូចខាងក្រោម៖ o ស្បែកជើងព្យាបាលដែលចាក់ពុម្ពតម្រូវតាមបុគ្គលម្នាក់ៗ ចំនួនមួយគូ (រួមទាំងសន្ទះទ្រនាប់បាតជើង) រួមទាំងការលៃតម្រូវឱ្យត្រូវល្អ និងសន្ទះទ្រនាប់បាតជើងក្រៅបន្ថែមពីរគូទៀតក្នុងមួយឆ្នាំនីមួយៗ **ឬ** o ស្បែកជើងដែលមានបាតជ្រៅមួយគូ រួមទាំងការដាក់តម្រូវ និងទ្រនាប់បាតស្បែកជើងចំនួនបីគូ (មិនរាប់បញ្ចូលទ្រនាប់បាតស្បែកជើងដែលអាចដកចេញបាន ដែលមិនមែនតម្រូវផ្ទាល់ខ្លួន ដែលផ្តល់ជូនជាមួយនឹងស្បែកជើងបែបនេះ)	$0 • សម្រាប់ឧបករណ៍ត្រួតពិនិត្យជាតិស្ករក្នុងឈាម សូមមើលផ្នែក បរិក្ខារវេជ្ជសាស្ត្រជាប់បានយូរ (DME) និងផ្នែកផ្គត់ផ្គង់ដែលពាក់ព័ន្ធដូចខាងក្រោម។

	សេវាកម្មដែលគម្រោងរបស់យើងខ្ចីបង់ប្រាក់ទូទាត់ជូន	អ្វីដែលអ្នកត្រូវតែចំណាយ
	ការបណ្តុះបណ្តាលការគ្រប់គ្រងជំងឺទឹកនោមផ្អែមដោយខ្លួនឯង សេវាកម្ម និងការផ្គត់ផ្គង់ (បន្ត) ក្នុងករណីមួយចំនួន យើងបង់ប្រាក់ទូទាត់លើការបណ្តុះបណ្តាលដើម្បីជួយអ្នកក្នុងការគ្រប់គ្រងជំងឺទឹកនោមផ្អែមរបស់អ្នក។ ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែម សូមទាក់ទងទៅកាន់ផ្នែកបម្រើសេវាអតិថិជន។ សម្រាប់បន្ទះធ្វើតេស្ត និងឧបករណ៍ត្រួតពិនិត្យជាតិស្ករក្នុងឈាមក្រុមហ៊ុនផលិតដែលគម្រោងចង់បានគឺ Abbott។ បន្ទះធ្វើតេស្ត និងឧបករណ៍ត្រួតពិនិត្យជាតិស្ករក្នុងឈាមម៉ាក FreeStyle®(បង្កើតឡើងដោយ Abbott) នឹងមិនតម្រូវឱ្យវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកទទួលបានការយល់ព្រមជាមុននោះទេ (ពេលខ្លះត្រូវបានគេហៅថា "ការអនុញ្ញាតជាមុន") ពីគម្រោង។ បន្ទះធ្វើតេស្ត និងឧបករណ៍ត្រួតពិនិត្យជាតិស្ករក្នុងឈាមពីក្រុមហ៊ុនផលិតផ្សេងទៀតទាំងអស់នឹងតម្រូវឱ្យក្រូទេព្យរបស់អ្នកសុំការយល់ព្រមជាមុន (ជួនកាលគេហៅថា" ការអនុញ្ញាតជាមុន") ពីគម្រោង។	
	សេវាកម្មផ្តល់ប្រឹក្សាសម្រាប់ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះនិងក្រោយសម្រាល (Doula Services) សម្រាប់ស្ត្រីដែលមានផ្ទៃពោះ យើងបង់ប្រាក់ទូទាត់សម្រាប់ការណាត់ជួបចំនួនប្រាំបួនដងជាមួយនឹងអ្នកប្រឹក្សាសម្រាប់ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះអំឡុងមុនពេលសម្រាល និងក្រោយពេលសម្រាល ក៏ដូចជាជំនួយអំឡុងពេលឈឺពោះសម្រាល និងក្នុងពេលសម្រាល។	$0

សេវាកម្មដែលគម្រោងរបស់យើងខ្ចីបង់ប្រាក់ទូទាត់ជូន		អ្វីដែលអ្នកត្រូវតែចំណាយ
	សម្ភារបរិក្ខារវេជ្ជសាស្ត្រសម្រាប់ប្រើរយៈពេលយូរ (DME) និងការផ្គត់ផ្គង់ដែលពាក់ព័ន្ធផ្សេងៗទៀត សូមមើលជំពូកចុងក្រោយ នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិករបស់អ្នក* សម្រាប់និយមន័យនៃពាក្យ "បរិក្ខារវេជ្ជសាស្ត្រជាប់បានយូរ (DME)"។ យើងជានាវ៉ាប់រងទៅលើសម្ភារដូចខាងក្រោម៖ • រទេះរុញ រួមទាំងរទេះរុញដោយអគ្គិសនី • ឈើច្រត់ • ប្រព័ន្ធពូកដើរដោយថាមពល • បន្ទះសម្ពាធសួតសម្រាប់ពូក • សម្ភារផ្គត់ផ្គង់សម្រាប់ជំងឺទឹកនោមផ្អែម • គ្រែមន្ទីរពេទ្យដែលបញ្ជាទិញដោយអ្នកផ្តល់សេវាកម្មសម្រាប់ប្រើនៅក្នុងផ្ទះ • ឧបករណ៍ដាក់សេរ៉ូម និងដែកទ្រ (Intravenous (IV) infusion pumps and pole) • ឧបករណ៍បញ្ចូលអាហារទៅក្នុងពោះវៀន និងសម្ភារផ្គត់ផ្គង់ (Enteral pump and supplies) • ឧបករណ៍ជំនួយការនិយាយ • ឧបករណ៍ផ្តល់អុកស៊ីសែន និងសម្ភារផ្គត់ផ្គង់ • ឧបករណ៍ជំនួយដង្ហើម (ម៉ាស៊ីនឆ្លងដង្ហើម) • ឧបករណ៍ជំនួយក្នុងការដើរ • ដៃកោងស្តង់ដារ ឬដែកច្រត់ជើងបួន និងការសម្ភារផ្គត់ផ្គង់ជំនួស • ខ្សែទាញតម្រង់ក (Cervical traction) (នៅលើទ្វារ) • ឧបករណ៍រំញោចឆ្អឹង (Bone stimulator) • ឧបករណ៍ថែទាំការលាងឈាម (Dialysis care equipment) សម្ភារផ្សេងទៀតអាចត្រូវបានរ៉ាប់រង។ **អត្ថប្រយោជន៍នេះគឺមានបន្តនៅទំព័របន្ទាប់**	ឧបករណ៍ត្រួតពិនិត្យជាតិស្ករក្នុងឈាម៖ • អ្នកបង់ប្រាក់ $0 សម្រាប់ឧបករណ៍ត្រួតពិនិត្យជាតិស្ករក្នុងឈាមម៉ាក FreeStyle®។ • ដើម្បីទទួលបានឧបករណ៍ត្រួតពិនិត្យជាតិស្ករក្នុងឈាមពីក្រុមហ៊ុនផលិតផ្សេងទៀតទាំងអស់នៅក្នុងតម្លៃ $0 សូមបង្ហាញអ្នកផ្តល់សេវា ឬឱសថការីរបស់អ្នកទាំងគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan និងបណ្ណសម្គាល់របស់អ្នកទទួលអត្ថប្រយោជន៍ពីកម្មវិធី Medi-Cal របស់អ្នក។

	សេវាកម្មដែលគម្រោងរបស់យើងខ្ចីបង់ប្រាក់ទូទាត់ជូន	អ្វីដែលអ្នកត្រូវតែចំណាយ
	ឧបករណ៍វេជ្ជសាស្ត្រសម្រាប់ប្រើរយៈពេលយូរ (DME) និងសម្ភារដែលពាក់ពន្ធ័ (បន្ត) យើងគ្របដណ្តប់គ្រប់ DME ដែលចាំបាច់ខាងវេជ្ជសាស្ត្រដែលគ្របដណ្តប់ដោយ Original Medicare ។ ប្រសិនបើសម្ភារៈផ្គត់ផ្គង់របស់យើងនៅក្នុងតំបន់របស់អ្នកមិនមានម៉ាកឬអ្នកផលិតជាក់លាក់ណាមួយ អ្នកអាចស្នើបញ្ហាទិញវាជាពិសេសសម្រាប់អ្នក។ វិធានសុំការអនុញ្ញាតជាមុនអាចមានអនុវត្ត។ *បរិក្ខារវេជ្ជសាស្ត្រជាប់បានយូរ (DME) នឹងតម្រូវឱ្យមានការយល់ព្រមជាមុន (ពេលខ្លះគេហៅថា "ការអនុញ្ញាតជាមុន") ពីយើង ប្រសិនបើអ្នក ឬអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកចង់ស្នើសុំបរិក្ខារវេជ្ជសាស្ត្រជាប់បានយូរ (DME) ដែលបានផ្តល់ដោយការផ្គត់ផ្គង់ដែលមិនចង់បាន។*	

សេវាកម្មដែលគម្រោងរបស់យើងខ្ចីបង់ប្រាក់ទូទាត់ជូន		អ្វីដែលអ្នកត្រូវតែចំណាយ
	ការថែទាំបន្ទាន់ ការថែទាំបន្ទាន់មានន័យថាជាសេវាកម្មទាំងឡាយណាដែល៖ • ផ្តល់ដោយអ្នកផ្តល់សេវាកម្មដែលមានការបណ្តុះបណ្តាលសម្រាប់ផ្តល់សេវាសង្គ្រោះបន្ទាន់ **និង** • ចាំបាច់ត្រូវព្យាបាលបន្ទាន់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ។ ការបន្ទាន់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ គឺជាស្ថានភាពវេជ្ជសាស្ត្រជាមួយនឹងការឈឺចាប់ធ្ងន់ធ្ងរ ឬការរងរបួសធ្ងន់ធ្ងរ។ ស្ថានភាពនេះធ្ងន់ធ្ងរណាស់ដែលថា ប្រសិនបើវាមិនទទួលបានការព្យាបាលភ្លាមៗអ្នកដែលមានចំណេះដឹងជាទូទៅនៃសុខភាព និងឱសថអាចរំពឹងថាវានឹងមានលទ្ធផល៖ • ហានិភ័យធ្ងន់ធ្ងរចំពោះសុខភាពរបស់អ្នក ឬចំពោះកូនដែលមិនទាន់កើតរបស់អ្នក **ឬ** • ហានិភ័យធ្ងន់ធ្ងរចំពោះមុខងាររាងកាយ **ឬ** • ការបំពេញមុខងារមិនប្រក្រតីធ្ងន់ធ្ងរនៃសរីរាង្គកាយ ឬផ្នែកណាមួយ **ឬ** • ក្នុងករណីស្ត្រីមានគភ៌កំពុងសម្រាល ពេល៖ o ពុំមានពេលវេលាគ្រប់គ្រាន់ក្នុងការផ្ទេរអ្នកប្រកបដោយសុវត្ថិភាពទៅកាន់មន្ទីរពេទ្យមួយផ្សេងទៀតមុនពេលសម្រាល។ o ការផ្ទេរទៅមន្ទីរពេទ្យផ្សេងទៀតអាចបង្កការគំរាមកំហែងដល់សុខភាព ឬសុវត្ថិភាពរបស់អ្នក ឬដល់កូនដែលមិនទាន់កើតរបស់អ្នក។	$0 ប្រសិនបើអ្នកទទួលបានការថែទាំក្នុងគ្រាអាសន្ននៅមន្ទីរពេទ្យក្រៅបណ្តាញ ហើយត្រូវការការថែទាំសម្រាប់អ្នកជំងឺស្នាក់ព្យាបាលបន្ទាប់ពីការសង្គ្រោះបន្ទាន់របស់អ្នកមានស្ថេរភាព អ្នកត្រូវតែត្រឡប់ទៅមន្ទីរពេទ្យនៅក្នុងបណ្តាញវិញ ដើម្បីឱ្យការថែទាំរបស់អ្នកបន្តទទួលបានការធានារ៉ាប់រង ឬអ្នកត្រូវតែមានការថែទាំសម្រាប់អ្នកជំងឺស្នាក់ព្យាបាលរបស់អ្នកនៅមន្ទីរពេទ្យក្រៅបណ្តាញ ដែលត្រូវបានអនុញ្ញាតដោយគម្រោង ហើយការចំណាយរបស់អ្នកគឺ ការចែករំលែកថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងបង់ប្រាក់ទូទាត់នៅមន្ទីរពេទ្យក្នុងបណ្តាញ។

សេវាកម្មដែលគម្រោងរបស់យើងខ្ចីបង់ជ្រាក់ទូទាត់ជូន		អ្វីដែលអ្នកត្រូវតែចំណាយ
	ការជានាវ៉ាប់រងទូទាំងពិភពលោក អ្នកមិនមានដែនកំណត់នៃអត្ថប្រយោជន៍ប្រចាំឆ្នាំរួមបញ្ចូលសម្រាប់ការថែទាំក្នុងគ្រាមានអាសន្ន ឬសេវាកម្មដែលចាំបាច់បន្ទាន់នៅខាងក្រៅសហរដ្ឋអាមេរិកជារៀងរាល់ឆ្នាំនោះទេ។ *សេវាកម្មនៅក្រៅសហរដ្ឋអាមេរិក និងតំបន់នានានៅក្នុងសហរដ្ឋអាមេរិកមិនអនុវត្តចំពោះដែនកំណត់នៃអត្ថប្រយោជន៍អតិបរិមារបស់គម្រោងឡើយ។	

	សេវាកម្មដែលគម្រោងរបស់យើងខ្ចីបង់ប្រាក់ទូទាត់ជូន	អ្វីដែលអ្នកត្រូវតែចំណាយ
	សេវាកម្មរៀបចំផែនការគ្រួសារ ច្បាប់នេះអនុញ្ញាតឱ្យអ្នកជ្រើសរើសក្រុមអ្នកផ្តល់សេវាម្នាក់ណាមួយសម្រាប់សេវាកម្មរៀបចំផែនការគ្រួសារច្បាស់លាស់។ នេះមានន័យថា វេជ្ជបណ្ឌិត គ្លីនិក មន្ទីរពេទ្យ ឱសថស្ថាន ឬការិយាល័យរៀបចំផែនការគ្រួសារ។ យើងបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាកម្មខាងក្រោម៖ • ការពិនិត្យការរៀបចំផែនការគ្រួសារ និងការព្យាបាលតាមបែបវេជ្ជសាស្ត្រ • ពិសោធន៍ការរៀបចំផែនការគ្រួសារ និងការតេស្តធ្វើរោគវិនិច្ឆយ • វិធីសាស្ត្រក្នុងការរៀបចំផែនការគ្រួសារ (IUC/IUD ចងដៃស្បូនក្រៀវ ចាក់ថ្នាំពន្យារ ថ្នាំលេបពន្យារ ថ្នាំគុលិកា ឬដាក់កង) • សម្ភារផ្គត់ផ្គង់ការរៀបចំផែនការគ្រួសារដោយមានវេជ្ជបញ្ជា (ស្រោមអនាម័យ អេប៉ុង ហ្វូម ហ្វីល ស្រោមអនាម័យស្ត្រី កង) • ការប្រឹក្សាយោបល់ និងការធ្វើរោគវិនិច្ឆយ និងសេវាកម្មនានាដែលពាក់ព័ន្ធ • ការប្រឹក្សា ការធ្វើតេស្ត និងការព្យាបាលជំងឺឆ្លងតាមការរួមភេទ (STIs) • ការពិគ្រោះយោបល់ និងការធ្វើតេស្តមេរោគអេដស៍ (HIV) និងជំងឺអេដស៍ (AIDS) និងជំងឺផ្សេងៗទៀតដែលទាក់ទងនឹងមេរោគអេដស៍ (HIV) • ការពន្យាកំណើតជាអចិន្ត្រៃយ៍ (អ្នកត្រូវតែមានអាយុ 21 ឆ្នាំ ឬចាស់ជាងនេះដើម្បីជ្រើសរើសរបៀបនៃការធ្វើផែនការគ្រួសារនេះ។ អ្នកត្រូវតែចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់បែបបទយល់ព្រមលើការបញ្ឈប់ការយកកូនរបស់សហព័ន្ធយ៉ាងតិច 30 ថ្ងៃ ប៉ុន្តែមិនលើសពី 180 ថ្ងៃមុនថ្ងៃវះកាត់នោះទេ។)	$0

សេវាកម្មដែលគម្រោងរបស់យើងខ្ចីបង់ប្រាក់ទូទាត់ជូន		អ្វីដែលអ្នកត្រូវតែចំណាយ
	• ការប្រឹក្សាយោបល់អំពីបញ្ហាហ្សែន យើងក៏នឹងបង់ប្រាក់ទូទាត់សម្រាប់សេវាកម្មរៀបចំផែនការគ្រួសារផ្សេងមួយចំនួនទៀតផងដែរ។ ទោះបីជាយ៉ាងណាក៏ដោយ អ្នកត្រូវតែមកជួបអ្នកផ្តល់សេវានៅក្នុងបណ្តាញ សម្រាប់សេវាដូចខាងក្រោម៖ • ការព្យាបាលស្ថានភាពគ្មានកូនតាមបែបវេជ្ជសាស្ត្រ (សេវាកម្មនេះមិនរួមបញ្ចូលការប្រើប្រាស់វិធីសិប្បនិម្មិតដើម្បីធ្វើឱ្យមានកូនឡើយ)។ • សេវាព្យាបាលស្ថានភាពជំងឺអេដស៍ (AIDS) និងជំងឺដែលពាក់ព័ន្ធនឹងមេរោគអេដស៍ (HIV) ផ្សេងទៀត • ការធ្វើតេស្តហ្សែន	

សេវាកម្មដែលគម្រោងរបស់យើងខ្ចីបង់ប្រាក់ទូទាត់ជូន	អ្វីដែលអ្នកត្រូវតែចំណាយ
កម្មវិធីអប់រំសុខភាព និងសុខុមាលភាព* យើងខ្ចីផ្តល់ជូននូវកម្មវិធីជាច្រើនដែលផ្តោតសំខាន់ទៅលើលក្ខខណ្ឌសុខភាពជាក់លាក់។ កម្មវិធីទាំងនេះរួមមាន៖ • ថ្នាក់អប់រំអំពីសុខភាព • ថ្នាក់អប់រំអំពីសារធាតុបំប៉ន • ការបញ្ឈប់ការជក់បារី និងការប្រើប្រាស់ថ្នាំជក់ **និង** • បណ្ណាញទូរសព្ទសម្រាប់ការពិគ្រោះការព្យាបាល កម្មវិធីដើម្បីជួយអ្នកឱ្យមានសុខភាពល្អ។ សេវាកម្មដែលគ្របដណ្តប់ទាំងនេះរួមមាន៖ • សម្ភារៈឯកសារអប់រំសុខភាពរួមមានព្រឹត្តិប័ត្រព័ត៌មាន • កម្មវិធីអប់រំ • កម្មវិធីអប់រំដែលផ្តោតទៅលើស្ថានភាពសុខភាពដូចជា៖ o សម្ពាធឈាមខ្ពស់ o កូឡេស្តេរ៉ុល o ជំងឺហឺត o របបអាហារពិសេស • កម្មវិធីអប់រំដែលត្រូវបានរចនាឡើងដើម្បីពង្រឹងសុខភាពនិងរបៀបរស់នៅរបស់អ្នករួមមាន៖ o ការគ្រប់គ្រងទម្ងន់ o ភាពមាំទាំ o ការគ្រប់គ្រងភាពតានតឹង	$0 សម្រាប់ឯកសារអប់រំផ្នែកសុខភាពជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ រួមទាំងព្រឹត្តិបត្រព័ត៌មាន។ $0 សម្រាប់កម្មវិធីអប់រំដែលផ្តល់ដោយទីតាំងដែលបានអនុម័តដោយគម្រោង។

សេវាកម្មដែលគម្រោងរបស់យើងខ្ចីបង់ប្រាក់ទូទាត់ជូន		អ្វីដែលអ្នកត្រូវតែចំណាយ
	ជំនួយគិលានុបដ្ឋាយិកា 24/7 (NurseHelp 24/7) មានការសន្ទនាតាមអនឡាញដោយរក្សាការសម្ងាត់ជាមួយនឹងគិលានុបដ្ឋាយិកាដែលបានចុះឈ្មោះ 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ។ នៅពេលដែលអ្នកមានការព្រួយបារម្ភផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ សូមទូរសព្ទទៅកាន់លេខទូរសព្ទទាន់ហេតុការណ៍ដោយឥតគិតថ្លៃរបស់យើង ដែលនឹងភ្ជាប់អ្នកទៅកាន់គិលានុបដ្ឋាយិកាដែលបានចុះឈ្មោះ ដែលនឹងស្តាប់នូវរាល់ការព្រួយបារម្ភរបស់អ្នក និងជួយដល់អ្នកឆ្ពោះទៅរកការស្វែងរកដំណោះស្រាយ។ **សូមហៅទូរសព្ទទៅកាន់លេខ 1-877-304-0504 (TTY: 711) 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។**	$0

សេវាកម្មដែលគម្រោងរបស់យើងខ្ចីបង់ប្រាក់ទូទាត់ជូន		អ្វីដែលអ្នកត្រូវតែចំណាយ
	កម្មវិធីអប់រំសុខភាព និងសុខុមាលភាព (ត)* ភាពរឹងមាំពី SilverSneakers® កម្មវិធី SilverSneakers អាចជួយអ្នករស់នៅប្រកបដោយសុខភាពល្អ មានភាពសកម្មច្រើនជាងមុនតាមរយៈការហាត់ប្រាណ និងទំនាក់ទំនងក្នុងសង្គម។ អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងសម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍នៃការហាត់ប្រាណ តាមរយៈកម្មវិធី SilverSneakers នៅទីតាំងដែលបានចូលរួម [1]។ អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានក្រូដែលដឹកនាំថ្នាក់លំហាត់ប្រាណជាក្រុមដែលបានរៀបចំឡើងជាពិសេស[2]។ នៅទីតាំងដែលបានចូលរួមទូទាំងប្រទេស [1] អ្នកអាចចូលរៀន[2] បន្ថែមជាមួយនឹងការប្រើប្រាស់ឧបករណ៍ហាត់ប្រាណ និងគ្រឿងបរិក្ខារផ្សេងៗទៀត។ លើសពីនេះទៅទៀត កម្មវិធី SilverSneakers FLEX® ផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវជម្រើសដើម្បីទទួលបានសកម្មភាពនៅខាងក្រៅកន្លែងហាត់ប្រាណបែបប្រពៃណី (ដូចជា មជ្ឈមណ្ឌលកម្សាន្ត ផ្សារទំនើប និងសួនច្បារ)។ កម្មវិធី SilverSneakers ក៏បានភ្ជាប់អ្នកទៅបណ្តាញគាំទ្រ និងថ្នាក់ហាត់ប្រាណតាមអ៊ីនធឺណិតតាមរយៈកម្មវិធី SilverSneakers LIVE™ SilverSneakers On-Demand™ វីដេអូ និងកម្មវិធីលើទូរសព្ទដៃរបស់យើង កម្មវិធី SilverSneakers GO™។ អ្នកក៏អាចចូលទៅកាន់ Stitch [3] ផងដែរ ដែលជាគេហទំព័រសង្គមអនឡាញសម្រាប់មនុស្សវ័យចំណាស់ ដែលជាកន្លែងដែលអ្នកអាចចូលរួមដោយផ្ទាល់ ព្រមទាំងសកម្មភាព និងព្រឹត្តិការណ៍អនឡាញផ្សេងៗ។ អ្វីដែលអ្នកត្រូវការដើម្បីចាប់ផ្តើមគឺលេខសម្គាល់កម្មវិធី SilverSneakers ផ្ទាល់ខ្លួនរបស់អ្នក។ សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ Silversneakers.com ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពីអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នក ឬហៅទូរសព្ទទៅកាន់លេខ 1-888-423-4632 [TTY: 711] ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់ E.T	$0

	សេវាកម្មដែលគម្រោងរបស់យើងខ្ចីបង់ប្រាក់ទូទាត់ជូន	អ្វីដែលអ្នកត្រូវតែចំណាយ
	តែងតែពិភាក្សាជាមួយវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកមុនពេលចាប់ផ្តើមកម្មវិធីហាត់ប្រាណ។ [1]ទីតាំងដែលចូលរួម ("PL") មិនមែនជាកម្មសិទ្ធិ ឬដំណើរការដោយ Tivity Health, Inc. ឬសាខារបស់ខ្លួននោះទេ។ ការប្រើប្រាស់មជ្ឈមណ្ឌល និងគ្រឿងបរិក្ខាររបស់ PL ត្រូវបានកំណត់ចំពោះលក្ខខណ្ឌនៃសមាជិកភាពមូលដ្ឋានរបស់ PL។ មជ្ឈមណ្ឌល និងគ្រឿងបរិក្ខារប្រែប្រួលទៅតាម PL។ [2]សមាជិកភាពរួមបញ្ចូលទាំងថ្នាក់ហាត់ប្រាណជាក្រុមដែលដឹកនាំដោយគ្រូបង្វឹករបស់ SilverSneakers។ ទីតាំងខ្លះផ្តល់ជូនសមាជិកនូវថ្នាក់បន្ថែមទៀត។ ថ្នាក់អាចមានភាពខុសគ្នាទៅតាមទីតាំង។ [3]Stitch គឺជាភាគីទីបីដែលផ្តល់សេវាហើយមិនមែនជាកម្មសិទ្ធិ ឬដំណើរការដោយ Tivity Health ឬសាខារបស់ខ្លួនឡើយ។ SilverSneakers	

សេវាកម្មដែលគម្រោងរបស់យើងខ្ចីបង់ប្រាក់ទូទាត់ជូន		អ្វីដែលអ្នកត្រូវតែចំណាយ
	កម្មវិធីអប់រំសុខភាព និងសុខុមាលភាព (ក)* សមាជិកត្រូវតែមានសេវាអ៊ីនធឺណិតដើម្បីចូលប្រើសេវាកម្មរបស់ Stitch។ ផ្លែសេវាអ៊ីនធឺណិតគឺជាការទទួលខុសត្រូវរបស់សមាជិក SilverSneakers។ **ប្រព័ន្ធឆ្លើយតបផ្នែកសង្គ្រោះបន្ទាន់ផ្ទាល់ខ្លួន (PERS)** -ប្រព័ន្ធតាមដានការផ្តល់ដំណឹងផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដែលផ្តល់នូវការចូលប្រើដើម្បីជួយអ្នក 24/7 នៅពេលចុចលើប៊ូតុង។ អត្ថប្រយោជន៍របស់ប្រព័ន្ធឆ្លើយតបផ្នែកសង្គ្រោះបន្ទាន់ផ្ទាល់ខ្លួន (PERS) របស់អ្នកត្រូវបានផ្តល់ដោយ LifeStation® និងរួមបញ្ចូល៖ • ប្រព័ន្ធឆ្លើយតបការសង្គ្រោះបន្ទាន់ផ្ទាល់ខ្លួនមួយ • ជម្រើសនៃប្រព័ន្ធនៅក្នុងផ្ទះ ឬឧបករណ៍ចល័តដែលមាន GPS/WiFi • ការតាមដានប្រចាំខែ • ឆ្នាំងសាកថ្ម និងខ្សែសាកចាំបាច់នានា ដើម្បីទទួលបាន និងចាប់ផ្តើមជាមួយប្រព័ន្ធឆ្លើយតបផ្នែកសង្គ្រោះបន្ទាន់ផ្ទាល់ខ្លួន (PERS) ដើម្បីទទួលបានសេវា សូមហៅទូរសព្ទទៅកាន់ក្រុមរបស់ LifeStation 24/7 តាមលេខទូរសព្ទ 1-855-672-3269 (TTY:711) ឬចូលទៅកាន់គេហទំព័រ **blueshieldca.com/PERS**។ * សេវាកម្មមិនអនុវត្តចំពោះដែនកំណត់អតិបរមារបស់គម្រោងនោះទេ។	$0

សេវាកម្មដែលគម្រោងរបស់យើងខ្ចីបង់ប្រាក់ទូទាត់ជូន		អ្វីដែលអ្នកត្រូវតែចំណាយ
	សេវាកម្មសុខភាពត្រចៀក ការវាយតម្លៃតុល្យភាពនិងការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យសុខភាពសោតវិញ្ញាណដែលត្រូវបានអនុវត្តន៍ដោយ PCP របស់អ្នកដើម្បីកំណត់ថាតើអ្នកត្រូវការការព្យាបាលខាងវេជ្ជសាស្ត្រដែរឬទេនោះ ត្រូវបានគ្របដណ្តប់ក្នុងសេវាពិគ្រោះអ្នកជំងឺនៅពេលអ្នកទទួលបានសេវាពីអ្នកឯកទេសខាងសោតវិញ្ញាណឬអ្នកផ្តល់សេវាដែលមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ផ្សេងទៀត។ • ការពិនិត្យ (មិនធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare) ត្រចៀកជាប្រចាំ (តម្រូវឱ្យមានការយល់ព្រមជាមុនពី PCP របស់អ្នក)។* • ឧបករណ៍ជំនួយការស្តាប់* • * សេវាកម្មមិនអនុវត្តចំពោះដែនកំណត់អតិបរមារបស់គម្រោងនោះទេ។	• អ្នកបង់ប្រាក់ទូទាត់ចំនួន $0 សម្រាប់ការពិនិត្យរោគវិនិច្ឆ័យនៃសុខភាពត្រចៀកដែលបានធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare។ • អ្នកបង់ប្រាក់ទូទាត់ចំនួន $0 សម្រាប់ការពិនិត្យត្រចៀកជាប្រចាំមួយដងក្នុងមួយឆ្នាំ។ • អ្នកបង់ប្រាក់ទូទាត់ចំនួន $0 សម្រាប់ការបំពាក់ឧបករណ៍/ការវាយតម្លៃនៃឧបករណ៍ជំនួយការស្តាប់។ • អ្នកបង់ប្រាក់ទូទាត់ចំនួន $0 សម្រាប់ឧបករណ៍ជំនួយការស្តាប់ ចំនួន 2 (គ្រប់ប្រភេទ ត្រចៀកទាំងពីររួមបញ្ចូលគ្នា) ដែលមានតម្លៃរហូតដល់ $2,000 ជារៀងរាល់ឆ្នាំ។ ប្រសិនបើអ្នកជ្រើសរើសឧបករណ៍ស្តាប់ដែលមានតម្លៃលើសពី $2,000 អ្នកទទួលខុសត្រូវដោយខ្លួនឯងចំពោះភាពខុសគ្នានេះ។

សេវាកម្មដែលគម្រោងរបស់យើងខ្ញុំបង់ប្រាក់ទូទាត់ជូន		អ្វីដែលអ្នកត្រូវតែចំណាយ
	ការពិនិត្យរកវីរុស HIV យើងខ្ញុំបង់ប្រាក់ទូទាត់សម្រាប់សេវាកម្មពិនិត្យរកវីរុស HIV រៀងរាល់ 12 ខែសម្រាប់សមាជិកដែល៖ • ស្នើសុំការធ្វើតេស្តពិនិត្យរកមើលវីរុស HIV **ឬ** • ស្ថិតក្នុងស្ថានភាពប្រឈមក្នុងការឆ្លងវីរុស HIV កាន់តែខ្ពស់។ សម្រាប់ស្ត្រីដែលមានផ្ទៃពោះ យើងខ្ញុំបង់ប្រាក់ទូទាត់សម្រាប់ការពិនិត្យរកមេរីរុស HIV បីដង អំឡុងពេលមានផ្ទៃពោះ។ យើងខ្ញុំក៏នឹងបង់ថ្លៃទូទាត់បន្ថែមសម្រាប់ការពិនិត្យរកមេរោគអេដស៍ (HIV) នៅពេលដែលមានការណែនាំពីអ្នកផ្តល់សេវា។	$0
	ភ្នាក់ងារថែទាំសុខភាពតាមផ្ទះ មុនពេលអ្នកអាចទទួលបានសេវាកម្មថែទាំសុខភាពនៅតាមផ្ទះ វេជ្ជបណ្ឌិតមួយរូបត្រូវប្រាប់យើងខ្ញុំថា អ្នកត្រូវការសេវាកម្មទាំងនេះ ហើយត្រូវបានផ្តល់ជូនដោយទីភ្នាក់ងារសុខភាពតាមផ្ទះ។ យើងបង់ប្រាក់ទូទាត់សម្រាប់សេវាកម្មខាងក្រោម ហើយប្រហែលជាសេវាកម្មផ្សេងៗទៀតដែលមិនមាននៅក្នុងបញ្ជីនេះ៖ • សេវាផ្តល់ជំនួយសុខភាពតាមផ្ទះ និងមណ្ឌលថែទាំដែលមានជំនាញមួយរយៈពេល ឬក្រៅម៉ោង (ដើម្បីទទួលបានការជានារ៉ាប់រងក្រោមអត្ថប្រយោជន៍ការថែទាំសុខភាពតាមផ្ទះ មណ្ឌលថែទាំដែលមានជំនាញ និងសេវាផ្តល់ជំនួយសុខភាពតាមផ្ទះរបស់អ្នករួមគ្នា ត្រូវតែមានរយៈពេលសរុបឱ្យបានតិចជាង 8 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ និង 35 ម៉ោងក្នុងមួយសប្តាហ៍។) • ការព្យាបាលដោយចលនាលើរាងកាយ ការព្យាបាលដោយចលនាដោយអ្នកជំនាញ និងសេវាកម្មព្យាបាលដោយពាក្យសំដី • សេវាកម្មវេជ្ជសាស្ត្រ និងសង្គមកិច្ច • ឧបករណ៍ និងសម្ភារផ្គត់ផ្គង់វេជ្ជសាស្ត្រ	$0 សម្រាប់ចុះពិនិត្យសុខភាពនៅតាមផ្ទះនីមួយៗដែលមានការជានារ៉ាប់រង។

	សេវាកម្មដែលគម្រោងរបស់យើងខ្ចីបង់ប្រាក់ទូទាត់ជូន	អ្វីដែលអ្នកត្រូវតែចំណាយ
	ការព្យាបាលដោយការព្យួរសេរ៉ូមតាមផ្ទះ គម្រោងរបស់យើងបង់ប្រាក់ទូទាត់សម្រាប់ការព្យាបាលតាមរយៈការព្យួរសេរ៉ូមនៅតាមផ្ទះ ដែលត្រូវបានឱ្យនិយមន័យថា ជាការដាក់បញ្ចូលសារធាតុជីវសាស្ត្រ ឬឱសថក្នុងសរសៃឈាម ឬដាក់នៅក្រោមស្បែក ហើយដែលបានផ្តល់ជូនដល់អ្នកនៅផ្ទះ។ បរិក្ខាខាងក្រោមត្រូវការចាំបាច់សម្រាប់ការព្យាបាលតាមរយៈការព្យួរសេរ៉ូមនៅផ្ទះ៖ • សារធាតុជីវសាស្ត្រ ឬឱសថ ដូចជាប្រូតេអ៊ីនតភ្ជាប់លីនប្រព័ន្ធភាពស៊ាំ ឬប្រឆាំងនឹងមេរោគ • ឧបករណ៍ ដូចជា ឧបករណ៍ក្រប់ក្រងចំណុះចាក់នៃថ្នាំ **និង** • សម្ភារផ្គត់ផ្គង់ ដូចជា បំពង់បញ្ចូលថ្នាំ ឬបំពង់កាតែទែ។ គម្រោងរបស់យើងជានាវ៉ាប់រងលើសេវាព្យួរសេរ៉ូមនៅតាមផ្ទះដែលបានរួមបញ្ចូល ប៉ុន្តែមិនត្រូវបានកំណត់ចំពោះ៖ • សេវាប្រកបដោយវិជ្ជាជីវៈ៖ រួមមានសេវាមើលថែទាំ ដែលផ្តល់ស្របទៅតាមគម្រោងថែទាំរបស់អ្នក • ការបណ្តុះបណ្តាល និងការអប់រំដល់សមាជិក ដែលមិនទាន់បានរាប់បញ្ចូលក្នុងអត្ថប្រយោជន៍ DME • ការតាមដានអាការពិចម្ងាយ **និង** • សេវាត្រួតពិនិត្យសម្រាប់ការផ្តល់ជូននូវការព្យាបាលតាមការព្យួរសេរ៉ូមនៅផ្ទះ និងឱសថព្យួរសេរ៉ូមនៅផ្ទះដែលត្រូវបាន ផ្តល់ដោយអ្នកផ្គត់ផ្គង់ការព្យាបាលការព្យួរសេរ៉ូមនៅផ្ទះដែលមានវិជ្ជាជីវៈ។	$0 សម្រាប់ការព្យាបាលតាមរយៈការព្យួរសេរ៉ូមនៅតាមផ្ទះនីមួយៗ ដែលមានការជានាវ៉ាប់រង។

សេវាកម្មដែលគម្រោងរបស់យើងខ្ចីបង់ប្រាក់ទូទាត់ជូន		អ្វីដែលអ្នកត្រូវតែចំណាយ
	ការចែកចាយមួបអាហារតាមផ្ទះ: ពេលចេញពីមន្ទីរពេទ្យសម្រាកព្យាបាល ឬកន្លែងថែទាំជំនាញ យើងខ្ចីជានារ៉ាប់រងលើ៖ • អាហារ 22 ពេល និងអាហារសម្រន់ 10 ពេលក្នុងពេលចេញពីមន្ទីរពេទ្យម្តង • អាហារ និងអាហារសម្រន់នឹងត្រូវបែងចែកជាការចែកចាយរហូតដល់ទៅបីដងដាច់ដោយឡែកពីគ្នាតាមតម្រូវការ • ការរ៉ាប់រងគឺត្រូវបានកម្រិតត្រឹមការចាកចេញពីមន្ទីរពេទ្យពីរដងក្នុងមួយឆ្នាំ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមទូរសព្ទទៅកាន់ផ្នែកបម្រើសេវាអតិថិជនរបស់ Blue Shield TotalDual Plan (លេខទូរសព្ទមាននៅលើក្របខាងក្រោយនៃឯកសារនេះ)។ * សេវាកម្មមិនអនុវត្តចំពោះដែនកំណត់នៃអត្ថប្រយោជន៍អតិបរិមារបស់គម្រោងឡើយ	$0 សម្រាប់ការដឹកជញ្ជូនអាហារតាមផ្ទះនីមួយៗដែលបានជានារ៉ាប់រង។

សេវាកម្មដែលគម្រោងរបស់យើងខ្ចីបង់ប្រាក់ទូទាត់ជូន		អ្វីដែលអ្នកត្រូវតែចំណាយ
	ការថែទាំនៅមន្ទីរព្យាបាលសម្រាប់អ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយ អ្នកមានសិទ្ធិជ្រើសមន្ទីរថែទាំសម្រាប់អ្នកជំងឺឈឺចុងក្រោយ ប្រសិនបើអ្នកផ្តល់សេវាកម្ម ឬប្រធានគ្រប់គ្រងរវេជ្ជសាស្ត្រនៅមន្ទីព្យាបាលអ្នកជំងឺឈឺចុងក្រោយ ដើម្បីកំណត់ថាអ្នកត្រូវតែទទួលបានការថែទាំសម្រាប់ដំណាក់កាលចុងក្រោយ។ នេះមានន័យថាអ្នកមានជំងឺធ្ងន់ធ្ងរ និងរំពឹងថាអាចរស់បានត្រឹមប្រាំមួយខែ ឬតិចជាងនេះ។ អ្នកអាចទទួលបានការថែទាំពីកម្មវិធីថែទាំអ្នកជំងឺឈឺចុងក្រោយដែលមានសេចក្តីអនុញ្ញាតដោយកម្មវិធី Medicare។ គម្រោងត្រូវតែជួយអ្នកក្នុងការស្វែងរកកម្មវិធីនៃមន្ទីរពេទ្យថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយដែលបានបញ្ជាក់ដោយ Medicare។ វេជ្ជបណ្ឌិតនៃមន្ទីរពេទ្យថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយរបស់អ្នក អាចជាអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ ឬអ្នកផ្តល់សេវាក្រៅបណ្តាញ។ គម្រោងរបស់យើងបង់ប្រាក់ទូទាត់ដូចខាងក្រោម ខណៈពេលដែលអ្នកទទួលបានសេវាពីមន្ទីរពេទ្យថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយ៖ • ឱសថសម្រាប់ព្យាបាលរោគសញ្ញា និងការឈឺចាប់ • ការថែទាំសម្រាកព្យាបាលរយៈពេលខ្លី • ការថែទាំតាមផ្ទះ **សេវាកម្មមន្ទីរព្យាបាលសម្រាប់អ្នកជំងឺឈឺចុងក្រោយ ឬសេវាកនកមដែលរ៉ាប់រងដោយ Medicare ផ្នែក A ឬ B ត្រូវបានចេញវិក្កយបត្រទៅឱ្យ Medicare ។** • សូមមើល**ផ្នែក F**នៃជំពូកនេះសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។ **សម្រាប់សេវាដែលបានធានារ៉ាប់រងដោយគម្រោងរបស់យើង ប៉ុន្តែមិនត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare នៅផ្នែក A ឬ B៖** • គម្រោងរបស់យើងធានារ៉ាប់រងលើសេវាដែលមិនត្រូវបានធានារ៉ាប់រងនៅក្រោម Medicare ផ្នែក A ឬ B។ យើងធានារ៉ាប់រងលើសេវានេះ ថាតើមានការទាក់ទងទៅនឹងការព្យាបាលដំណាក់កាលចុងក្រោយរបស់អ្នកដែរឬទេ។ អ្នកមិនតម្រូវឱ្យបង់ប្រាក់ទូទាត់អ្វីនោះទេ សម្រាប់ សេវាទាំងនេះ។ **អត្ថប្រយោជន៍នេះបន្តនៅទំព័របន្ទាប់**	$0

	សេវាកម្មដែលគម្រោងរបស់យើងខ្ចីបង់ប្រាក់ទូទាត់ជូន	អ្វីដែលអ្នកត្រូវតែចំណាយ
	សំរាប់ឱសថដែលអាចត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយអត្ថប្រយោជន៍របស់ Medicare ផ្នែក D នៃគម្រោងរបស់យើង៖ • ឱសថមិនត្រូវបានរ៉ាប់រងដោយទាំងមន្ទីរព្យាបាលអ្នកជំងឺឈឺចុងក្រោយ និងគម្រោងរបស់យើងខ្ចីក្នុងពេលតែមួយបានទេ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមមើល**ជំពូក 5** *នៃសៀវភៅណែនាំសមាជិករបស់អ្នក*។ **កំណត់សម្គាល់៖** ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការការថែទាំមិននៅមន្ទីរពេទ្យ ថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយទេ សូមហៅទូរសព្ទទៅកាន់អ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នកដើម្បីរៀបចំសេវាទាំងនោះ។ ការថែទាំដែលមិនមែនសម្រាប់អ្នកដែលមានជំងឺធ្ងន់ធ្ងរ គឺជាការថែទាំដែល**មិន**ទាក់ទងជាមួយនឹងការព្យាបាលដំណាក់កាលចុងក្រោយរបស់អ្នក។ *គម្រោងរបស់យើងធានារ៉ាប់រងលើសេវាពិគ្រោះយោបល់សម្រាប់ការថែទាំលើអ្នកដែលមានជំងឺធ្ងន់ធ្ងរ (តែមួយដងគត់) សម្រាប់អ្នកជំងឺដែលស្ថិតក្នុងដំណាក់កាលចុងក្រោយ ដែលមិនបានជ្រើសរើសយកអត្ថប្រយោជន៍នៃការថែទាំលើអ្នកដែលមានជំងឺធ្ងន់ធ្ងរ។*	

សេវាកម្មដែលគម្រោងរបស់យើងខ្ញុំបង់ប្រាក់ទូទាត់ជូន		អ្វីដែលអ្នកត្រូវតែចំណាយ
	ការចាក់ថ្នាំបង្ការ យើងបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាកម្មខាងក្រោម៖ • វ៉ាក់សាំងបង្ការជំងឺរលាកសួត • ការចាក់វ៉ាក់សាំងបង្ការជំងឺផ្តាសាយធំ ម្តងនៅរដូវផ្តាសាយក្នុងមួយរដូវធ្លាក់ខ្យល់ និងរដូវរងារ ជាមួយនឹងការចាក់វ៉ាក់សាំងបង្ការជំងឺផ្តាសាយធំបន្ថែម ប្រសិនបើមាន ការចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ • វ៉ាក់សាំងបង្ការជំងឺថ្លើមប្រភេទ B បើអ្នកស្ថិតក្នុងស្ថានភាពប្រឈមខ្ពស់ឬមធ្យមនៃជំងឺថ្លើមប្រភេទ B ។ • វ៉ាក់សាំង COVID-19 • វ៉ាក់សាំងផ្សេងៗទៀត ប្រសិនបើអ្នកស្ថិតក្នុងស្ថានភាពប្រឈមសុខភាព ហើយវ៉ាក់សាំងទាំងនោះសមស្របតាមបទបញ្ញត្តិធានារ៉ាប់រងផ្នែក B នៃកម្មវិធី Medicare ។ ខ្ញុំបង់ប្រាក់ទូទាត់សម្រាប់វ៉ាក់សាំងផ្សេងៗទៀតដែលសមស្របតាមបទបញ្ញត្តិធានារ៉ាប់រងរបស់ Medicare នៅផ្នែក D។ សូមមើល **ជំពូក 6** ៖ នៃសៀវភៅណែនាំសមាជិករបស់អ្នក ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែម។ យើងខ្ញុំក៏បង់ប្រាក់ទូទាត់លើវ៉ាក់សាំងទាំងអស់សម្រាប់មនុស្សពេញវ័យតាមការណែនាំរបស់គណៈកម្មាធិការប្រឹក្សាយោបល់ស្តីពីការអនុវត្តលើការចាក់ថ្នាំបង្ការរោគ (Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP) ។	$0 សម្រាប់ការចាក់ថ្នាំបង្ការដែលបានធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare នៅផ្នែក B។

សេវាកម្មដែលគម្រោងរបស់យើងខ្ចីបង់ប្រាក់ទូទាត់ជូន		អ្វីដែលអ្នកត្រូវតែចំណាយ
	ការថែទាំអ្នកជំងឺដែលសម្រាកនៅមន្ទីរពេទ្យ យើងនឹងបង់ប្រាក់ទូទាត់សម្រាប់សេវាកម្មខាងក្រោម និងសេវាកម្មដែលចាំបាច់តាមបែបវេជ្ជសាស្ត្រផ្សេងៗទៀត ដែលមិនមាននៅក្នុងបញ្ជីនេះ៖ • បន្ទប់ពាក់កណ្តាលឯកជន (ឬបន្ទប់ឯកជនពេញលេញ បើវាមានភាពចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ) • អាហារ រួមទាំងរបបអាហារពិសេស • សេវាកម្មថែទាំព្យាបាលជាប្រចាំ • ថ្លៃអង្គភាពថែទាំពិសេស ដូចជាអង្គភាពថែទាំបន្ទាន់ ឬអង្គភាពថែទាំជំងឺបេះដូង • ឱសថ និងការប្រើប្រាស់ • ការធ្វើតេស្តពិសោធន៍ • សេវាកម្មថតកាំរស្មីអ៊ុច និងសេវាកម្មឆ្លុះកាំរស្មីផ្សេងៗទៀត • សម្ភារៈកាត់ និងសម្ភារវេជ្ជសាស្ត្រចាំបាច់ត្រូវមាន • របស់របរប្រើប្រាស់ ដូចជា កៅអីសម្រាប់អ្នកពិការជើងជាដើម • សេវាកម្មប្រតិបត្តិការ និងបន្ទប់សម្រាប់ពេលជូរស្រាល • សេវាកម្មព្យាបាលដោយចលនាលើរាងកាយ ដោយវិជ្ជាជីវៈ និងដោយសំដី • សេវាកម្មអ្នកជំងឺស្នាក់នៅដើម្បីផ្តាច់សារធាតុញៀន • ក្នុងករណីខ្លះ ប្រភេទនៃការប្តូរសរីរាង្គដូចតទៅនេះ៖ កែវភ្នែក តម្រងនោម តម្រងនោម/លំពែង បេះដូង ថ្លើម សួត បេះដូង/សួត ឆ្អឹង ខួរឆ្អឹង កោសិកាមេ និងពោះវៀន/ក្រឿងក្នុងចម្រុះ។ **អត្ថប្រយោជន៍នេះគឺមានបន្តនៅទំព័របន្ទាប់**	$0 អ្នកត្រូវតែទទួលបានការអនុញ្ញាតពីគម្រោងរបស់យើងដើម្បីទទួលបានការថែទាំចំពោះអ្នកជំងឺស្នាក់ព្យាបាលនៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យក្រៅបណ្តាញ បន្ទាប់ពីការសង្គ្រោះបន្ទាន់របស់អ្នកមានស្ថេរភាពហើយ។

សេវាកម្មដែលគម្រោងរបស់យើងខ្ចីបង់ប្រាក់ទូទាត់ជូន		អ្វីដែលអ្នកត្រូវតែចំណាយ
	• បើអ្នកត្រូវការប្តូរសរីរាង្គ មជ្ឈមណ្ឌលប្តូរសរីរាង្គដែលទទួលស្គាល់ដោយ Medicare នឹងពិនិត្យមើលករណីអ្នកឡើងវិញ ហើយសម្រេចថាតើអ្នកគឺជាបេក្ខជនសម្រាប់ប្តូរសរីរាង្គដែរឬទេ។ ក្រុមអ្នកផ្តល់សេវាកម្មផ្លាស់ប្តូរសរីរាង្គក្នុងអាចនៅក្នុងឬនៅក្រៅតំបន់សេវាកម្មរបស់អ្នក។ ប្រសិនបើសេវាប្តូរសរីរាង្គស្ថិតនៅក្នុងបណ្តាញរបស់យើង គឺក្រៅទម្រង់នៃការថែទាំរបស់សហគមន៍ អ្នកអាចជ្រើសរើសប្តូរទៅក្នុងតំបន់ ដរាបណាអ្នកផ្តល់សេវាប្តូរសរីរាង្គមានឆន្ទៈក្នុងការទទួលយកអត្រា Original Medicare។ប្រសិនបើគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan ផ្តល់សេវាប្តូរសរីរាង្គនៅទីតាំងក្រៅទម្រង់ **អត្ថប្រយោជន៍នេះគឺមានបន្តនៅទំព័របន្ទាប់**	

សេវាកម្មដែលគម្រោងរបស់យើងខ្ចីបង់ប្រាក់ទូទាត់ជូន		អ្វីដែលអ្នកត្រូវតែចំណាយ
	ការថែទាំអ្នកជំងឺដែលសម្រាកនៅមន្ទីរពេទ្យ (បន្ត) • នៃការថែទាំសម្រាប់ការប្តូរសរីរាង្គនៅក្នុងសហគមន៍របស់អ្នក ហើយអ្នកជ្រើសរើសដើម្បីទទួលបានការប្តូរសរីរាង្គនៅទីតាំងដែលឆ្ងាយនេះ យើងនឹងរៀបចំ ឬបង់ប្រាក់ទូទាត់សម្រាប់កន្លែងស្នាក់នៅដែលមានភាពសមរម្យ និងថ្លៃមធ្យោបាយធ្វើដំណើរសម្រាប់អ្នក និងដៃគូម្នាក់។ † • ឈាម រួមទាំងការរក្សាទុក និងការចាក់ចែង • សេវាកម្មក្រូពេទ្យ **កំណត់សម្គាល់៖** ដើម្បីក្លាយទៅជាអ្នកជំងឺស្នាក់ព្យាបាល អ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកត្រូវតែសរសេរការសន្មើសុំដើម្បីទទួលយកអ្នកជាផ្លូវការថា អ្នកជាអ្នកជំងឺស្នាក់ព្យាបាលនៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យ។ ទោះបីជាអ្នកស្នាក់នៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យពេញមួយយប់ក៏ដោយ ក៏អ្នកនៅតែអាចចាត់ទុកជា "អ្នកជំងឺមិនស្នាក់ព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យ" ។ ប្រសិនបើអ្នកមិនប្រាកដថាអ្នកជាអ្នកជំងឺស្នាក់នៅឬមិនស្នាក់នៅមន្ទីរពេទ្យនោះ អ្នកគួរតែសួរទៅកាន់បុគ្គលិកមន្ទីរពេទ្យ។ អ្នកក៏អាចរកព័ត៌មានបន្ថែមនៅក្នុងឯកសារផ្តល់ព័ត៌មានអំពី Medicare ដែលមានឈ្មោះថា "តើអ្នកជាអ្នកជំងឺក្នុងឬក្រៅមន្ទីរពេទ្យ? ប្រសិនបើអ្នកមានគម្រោង Medicare - សូមសួរ! " ឯកសារព័ត៌មាននេះមាននៅលើគេហទំព័រ https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf ឬដោយការហៅទូរសព្ទទៅកាន់លេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY សូមទូរសព្ទមកលេខ 1-877-486-2048។ អ្នកអាចទូរសព្ទលេខទាំងនេះដោយឥតគិតថ្លៃ 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃនិង 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ †ការប្តូរសរីរាង្គត្រូវបានធានារ៉ាប់រងលុះត្រាតែវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក ឬអ្នកផ្តល់សេវានៅក្នុងបណ្តាញផ្សេងទៀតទទួលបានការយល់ព្រមជាមុនសិន (ពេលខ្លះត្រូវបានគេហៅថា "ការអនុញ្ញាតជាមុន")ពីពួកយើង។	

សេវាកម្មដែលគម្រោងរបស់យើងខ្ចីបង់ប្រាក់ទូទាត់ជូន		អ្វីដែលអ្នកត្រូវតែចំណាយ
	សេវាអ្នកជំងឺស្នាក់ព្យាបាលនៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យព្យាបាលជំងឺផ្លូវចិត្ត យើងបង់ប្រាក់ទូទាត់សម្រាប់សេវាថែទាំសុខភាពផ្លូវចិត្តដែលតម្រូវឱ្យមានការស្នាក់នៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យ។ • ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការសេវាអ្នកជំងឺស្នាក់ព្យាបាលនៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យព្យាបាលផ្លូវចិត្តដែលដាច់តែឯង យើងបង់ប្រាក់ទូទាត់សម្រាប់ 190 ថ្ងៃដំបូងនៃការស្នាក់នៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យនោះ។ បន្ទាប់ពីនោះ ទីភ្នាក់ងារសុខភាពផ្លូវចិត្តខោនធីមូលដ្ឋាននឹងបង់ប្រាក់ទូទាត់សម្រាប់សេវាព្យាបាលអ្នកជំងឺសម្រាកនៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យព្យាបាលផ្លូវចិត្តដែលចាំបាច់។ ការអនុញ្ញាតសម្រាប់សេវាថែទាំលើសពី 190 ថ្ងៃ គឺត្រូវបានសម្របសម្រួលជាមួយទីភ្នាក់ងារសុខភាពផ្លូវចិត្តពីខោនធីមូលដ្ឋាន។ o ដែនកំណត់នៃអត្ថប្រយោជន៍រយៈពេល 190 ថ្ងៃ **មិនត្រូវបាន**អនុវត្តចំពោះសេវាសុខភាពផ្លូវចិត្តរបស់អ្នកជំងឺស្នាក់ព្យាបាល ដែលត្រូវបានផ្តល់នៅផ្នែកផ្លូវចិត្តនៃមន្ទីរពេទ្យទូទៅទេ។ • ប្រសិនបើអ្នកមានអាយុ 65 ឆ្នាំ ឬចាស់ជាងនេះ យើងនឹងបង់ប្រាក់ទូទាត់សម្រាប់សេវាដែលអ្នកទទួលបាននៅមន្ទីរថែទាំអ្នកជំងឺផ្លូវចិត្ត (IMD)។	$0

	ការស្នាក់នៅមន្ទីរពេទ្យរបស់អ្នកជំងឺ៖ សេវាដែលបានធានារ៉ាប់រងនៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យ ឬមណ្ឌលថែទាំដែលមានជំនាញ (SNF) ក្នុងកំឡុងពេលដែលអ្នកជំងឺកំពុងស្នាក់ព្យាបាលដោយមិនមានការធានារ៉ាប់រង យើងមិនបានបង់ប្រាក់ទូទាត់សម្រាប់ការស្នាក់នៅក្នុងអ្នកជំងឺរបស់អ្នកទេ ប្រសិនបើវាមិនសមហេតុផល និងមិនចាំបាច់ខាងផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ។ ទោះបីជាយ៉ាងណាក៏ដោយ ក្នុងករណីមួយចំនួនដែលការថែទាំអ្នកជំងឺស្នាក់ព្យាបាលមិនត្រូវបានធានារ៉ាប់រង យើងអាចនៅតែបង់ប្រាក់ទូទាត់សម្រាប់សេវាដែលអ្នកបានទទួលខណៈពេលដែលអ្នកស្នាក់នៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យ ឬមណ្ឌលថែទាំ។ ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែម សូមទាក់ទងផ្នែកបម្រើសេវាអតិថិជន។ យើងបង់ប្រាក់ទូទាត់សម្រាប់សេវាកម្មខាងក្រោម ហើយប្រហែលជាសេវាកម្មផ្សេងៗទៀតដែលមិនមាននៅក្នុងបញ្ជីនេះ៖ • សេវាកម្មវេជ្ជបណ្ឌិត • ការធ្វើតេស្តរោគវិនិច្ឆយ ដូចជាធ្វើតេស្តនៅមន្ទីរពិសោធន៍ • ការថតកាំរស្មីអ៊ិច ការព្យាបាលរោគដោយរ៉ាឌីយ៉ូម និងការព្យាបាលរោគដោយអ៊ីសូតូប រួមទាំងសម្ភារបច្ចេកទេស និងសេវាផ្សេងៗ • ក្រឿងផ្គត់ផ្គង់ផ្នែករុះកាត់ (ក្រឿងប៉ងស៊ីម៉ង) • រណបឆ្អឹង និងសម្ភារផ្សេងៗទៀតដែលត្រូវបានប្រើប្រាស់សម្រាប់ផ្នែកជាក់ និងភ្លាត់ • ឧបករណ៍ទ្រ និងតម្រង់ក្រៅពីទន្តពេទ្យ រួមមានការជំនួស ឬការជួសជុលឧបករណ៍ទាំងនេះ។ ទាំងនេះគឺជាឧបករណ៍ដែលជំនួសផ្នែកទាំងអស់ ឬមួយផ្នែកនៃ៖ o សរីរាង្គកាយខាងក្នុង (រួមមានជាលិការដែលជាប់គ្នា) **ឬ** o មុខងារនៃសរីរាង្គកាយខាងក្នុងដែលអសកម្ម ឬមានមុខងារខុសប្រក្រតី។ • ជើង ដៃ ខ្នង និងប្រដាប់ទប់ក ប្រដាប់ទ្រ និងជើងដៃសិប្បនិម្មិត ព្រមទាំងភ្នែក។ នេះរួមបញ្ចូលទាំងការកែតម្រង់ ការជួសជុល និងការជំនួសដែលចាំបាច់ដោយសារតែការការបាក់បែក ការសឹក ការបាត់បង់ ឬការផ្លាស់ប្តូរទៅតាមអាការរបស់អ្នក • ការព្យាបាលដោយចលនា ការព្យាបាលការនិយាយ និងការព្យាបាលដោយការងារ	$0

សេវាកម្មដែលគម្រោងរបស់យើងខ្ចីបង់ប្រាក់ទូទាត់ជូន		អ្វីដែលអ្នកត្រូវតែចំណាយ
	សេវាកម្ម និងសម្ភារផ្គត់ផ្គង់សម្រាប់ព្យាបាលជំងឺតម្រងនោម យើងបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាកម្មខាងក្រោម៖ • សេវាកម្មអប់រំអំពីជំងឺតម្រងនោម ដើម្បីបង្រៀនពីការថែទាំតម្រងនោម និងជួយអ្នកធ្វើការសម្រេចចិត្តឱ្យបានល្អអំពីការថែទាំរបស់អ្នក។ អ្នកត្រូវស្ថិតក្នុងស្ថានភាពដំណាក់ការទី IV នៃជំងឺតម្រងនោមរ៉ាំរ៉ៃ ហើយវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកត្រូវចាត់បញ្ជូនអ្នក។ យើងធានារ៉ាប់រងរហូតដល់ប្រាំមួយវគ្គនៃសេវាអប់រំអំពីជំងឺតម្រងនោម។ • ការព្យាបាលការលាងឈាមសម្រាប់អ្នកជំងឺមិនស្នាក់ព្យាបាល រួមទាំងការព្យាបាលការលាងឈាមនៅក្រៅតំបន់សេវាកម្មជាបណ្តោះអាសន្ន ដូចដែលបានពន្យល់នៅក្នុង **ជំពូកទី 3** នៃ *សៀវភៅណែនាំ* • *សមាជិក*របស់អ្នក ឬនៅពេលដែលអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកនេះមិនមានជាបណ្តោះអាសន្ន ឬមិនអាចប្រើបានជាបណ្តោះអាសន្ន។ • ការព្យាបាលការលាងឈាមសម្រាប់អ្នកជំងឺមិនស្នាក់ព្យាបាល ប្រសិនបើអ្នកត្រូវបានទទួលស្គាល់ថា ជាអ្នកជំងឺស្នាក់ព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យសម្រាប់សេវាថែទាំពិសេស • កម្មវិធីបណ្តុះបណ្តាលអំពីវិធីលាងឈាមដោយខ្លួនឯង រួមមានការបណ្តុះបណ្តាលសម្រាប់អ្នក និងនរណាម្នាក់ដែលជួយអ្នកជាមួយការព្យាបាលដោយវិធីលាងឈាមនៅផ្ទះរបស់អ្នក • ឧបករណ៍ និងសម្ភារផ្គត់ផ្គង់សម្រាប់ការលាងឈាមនៅផ្ទះ • សេវាកម្មជំនួយគាំទ្រនៅផ្ទះជាក់លាក់ ដូចជា ការចុះទៅពិនិត្យនៅពេលចាំបាច់ដោយបុគ្គលិកផ្នែកលាងឈាមដែលទទួលបានការបណ្តុះបណ្តាល ដើម្បីពិនិត្យការលាងឈាមនៅផ្ទះរបស់អ្នក ដើម្បីជួយក្នុងករណីអាសន្ន និងដើម្បីពិនិត្យឧបករណ៍លាងឈាម និងការផ្គត់ផ្គង់ទឹក។ អត្ថប្រយោជន៍ឱសថផ្នែក B របស់អ្នកក្នុងកម្មវិធី Medicare នឹងបង់ថ្លៃឱសថមួយចំនួនសម្រាប់ការលាងឈាម។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមមើល "ឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជារបស់ Medicare ផ្នែក B" នៅក្នុងតារាងនេះ។	$0

សេវាកម្មដែលគម្រោងរបស់យើងខ្ចីបង់ប្រាក់ទូទាត់ជូន		អ្វីដែលអ្នកត្រូវតែចំណាយ
	ការពិនិត្យជំងឺមហារីកសួត គម្រោងរបស់យើងនឹងបង់ប្រាក់ទូទាត់សម្រាប់ការពិនិត្យស្វែងរកជំងឺមហារីកសួតជារៀងរាល់ 12 ខែ ប្រសិនបើអ្នក៖ • មានអាយុពី 50-77 ឆ្នាំ **និង** • មានការផ្តល់ប្រឹក្សា និងការជួបពិគ្រោះដើម្បីធ្វើការសម្រេចចិត្តរួមគ្នាជាមួយវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក ឬអ្នកផ្តល់សេវាដែលមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ដទៃទៀត **និង** • បានជក់បារីយ៉ាងហោចណាស់ 1 កញ្ចប់ក្នុងមួយថ្ងៃ អស់រយៈពេល 20 ឆ្នាំដោយគ្មានសញ្ញា ឬរោគសញ្ញានៃជំងឺមហារីកសួត ឬនៅជក់បារីឬបានឈប់នៅក្នុងរយៈពេល 15 ឆ្នាំចុងក្រោយ។ បន្ទាប់ពីការពិនិត្យជាលើកដំបូង គម្រោងរបស់យើងនឹងបង់ប្រាក់ទូទាត់សម្រាប់ការតាមដានម្តងទៀតជារៀងរាល់ឆ្នាំជាមួយការបញ្ជាទិញជាលាយលក្ខណ៍អក្សរពីវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក ឬអ្នកផ្តល់សេវាដែលមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ផ្សេងទៀត។	$0

សេវាកម្មដែលគម្រោងរបស់យើងខ្ចីបង់ប្រាក់ទូទាត់ជូន		អ្វីដែលអ្នកត្រូវតែចំណាយ
	ការព្យាបាលដោយប្រើសារធាតុបំប៉នតាមវេជ្ជសាស្ត្រ អត្ថប្រយោជន៍នេះមានសម្រាប់អ្នកជំងឺទឹកនោមផ្អែម ឬជំងឺតម្រងនោម ដោយមិនមានការលាងឈាម។ វាក៏ជាអត្ថប្រយោជន៍សម្រាប់អ្នកជំងឺបន្ទាប់ពីការដូរតម្រងនោមនៅពេល*ត្រូវបានណែនាំ* ដោយវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក។ យើងបង់ប្រាក់ទូទាត់សម្រាប់សេវាពិគ្រោះយោបល់មួយទល់នឹងមួយរយៈពេលបីម៉ោង សម្រាប់រយៈពេលមួយឆ្នាំដំបូងដែលអ្នកទទួលបានសេវាកម្មព្យាបាលដោយប្រើសារធាតុឱសថបំប៉នក្រោមកម្មវិធី Medicare។ យើងអាចអនុម័តសេវាកម្មបន្ថែម បើសិនជាចាំបាច់តាមបែបវេជ្ជសាស្ត្រ។ យើងបង់ប្រាក់ទូទាត់សម្រាប់សេវាកម្មពិគ្រោះយោបល់មួយទល់នឹងមួយរយៈពេលពីរម៉ោងក្នុងឆ្នាំនីមួយៗបន្ទាប់ពីនោះ។ ប្រសិនបើស្ថានភាពរបស់អ្នក ការព្យាបាល ឬការផ្លាស់ប្តូរការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យអ្នកប្រហែលជាអាចទទួលបានម៉ោងបន្ថែមសម្រាប់ការព្យាបាលជាមួយ*ការបញ្ជូនបន្ត*របស់វេជ្ជបណ្ឌិត។ វេជ្ជបណ្ឌិតម្នាក់ត្រូវតែចេញវេជ្ជបញ្ជាសម្រាប់សេវាកម្មទាំងនេះ និងប្តូរ*ការបញ្ជូនបន្ត* ជារៀងរាល់ឆ្នាំ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការការព្យាបាលនៅឆ្នាំប្រតិទិនបន្ទាប់។ យើងអាចអនុម័តសេវាកម្មបន្ថែម បើសិនជាចាំបាច់តាមបែបវេជ្ជសាស្ត្រ។	$0
	កម្មវិធីបង្ការជំងឺទឹកនោមផ្អែមរបស់ Medicare (MDPP) គម្រោងរបស់យើងបង់ប្រាក់ទូទាត់សម្រាប់សេវាកម្ម MDPP។ MDPP ត្រូវបានបង្កើតឡើងដើម្បីជួយអ្នកបង្កើនអាកប្បកិរិយាប្រកបដោយសុខភាពល្អ។ វាផ្តល់ជូននូវការបណ្តុះបណ្តាលជាក់ស្តែងនៅក្នុង៖ • ការផ្លាស់ប្តូររបបអាហារៈពេលវែង **និង** • បង្កើនសកម្មភាពរាងកាយ **និង** • វិធីដើម្បីរក្សាការសម្រកទម្ងន់ និងរបៀបរស់នៅប្រកបដោយសុខភាពល្អ។	$0

	សេវាកម្មដែលគម្រោងរបស់យើងខ្ចីបង់ប្រាក់ទូទាត់ជូន	អ្វីដែលអ្នកត្រូវតែចំណាយ
	ឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាផ្នែក B នៃកម្មវិធី Medicare ឱសថទាំងនេះត្រូវបានជានាវ៉ាប់រងក្រោមផ្នែក B នៃ Medicare ។ គម្រោងរបស់យើងបង់ប្រាក់ទូទាត់សម្រាប់ឱសថដូចខាងក្រោម៖ • ឱសថដែលជាធម្មតាអ្នកមិនផ្តល់ឱ្យខ្លួនឯង និងត្រូវបានចាក់ បញ្ចូល ឬបំភាយ ក្នុងពេលដែលអ្នកទទួលបានសេវាកម្មវេជ្ជបណ្ឌិត ជាអ្នកជំងឺមិនសម្រាកក្រៅមន្ទីពេទ្យ ឬសេវាកម្មមជ្ឈមណ្ឌលវះកាត់ផ្នែកជំនួយដល់ការដើរ • ឱសថដែលអ្នកកំពុងលេបដោយប្រើប្រាស់បរិក្ខារវេជ្ជសាស្ត្រជាប់បានយូរ (ដូចជា ឧបករណ៍ជំនួយដង្ហើម ឬម៉ាស៊ីនឆ្អែងដង្ហើមជាដើម) ដែលមានការអនុញ្ញាតពីគម្រោងរបស់យើង • កត្តាបណ្តាលឱ្យឈាមកកដែលអ្នកផ្តល់ឱ្យខ្លួនឯង តាមរយៈការចាក់ថ្នាំនៅពេលអ្នកមានការបាត់បង់ឈាម • ឱសថសម្រាប់ភាពស៊ាំ បើអ្នកបានចុះឈ្មោះនៅផ្នែក A នៃកម្មវិធី Medicare នៅពេលមានការផ្លាស់ប្តូរសរីរាង្គ • ឱសថជំនួយឆ្អឹងដែលត្រូវបានចាក់បញ្ចូល។ យើងបង់ប្រាក់ទូទាត់លើឱសថទាំងនេះនៅពេលអ្នកកំពុងធ្វើដំណើរមកផ្ទះ មានរបួសប្រេះឆ្អឹងដែលវេជ្ជបណ្ឌិតបញ្ជាក់ថា មានទំនាក់ទំនងជាមួយជំងឺពុកឆ្អឹងខ្សោយក្រោយពេលស្ត្រីអស់រដូវ ហើយមិនអាចចាក់ថ្នាំដោយខ្លួនឯងបាន • អង់ទីហ្សែន • ឱសថដែលត្រូវលេបដើម្បីប្រឆាំងជំងឺមហារីក និងឱសថប្រឆាំងជំងឺចង្អោរ ***អត្ថប្រយោជន៍នេះត្រូវបានបន្តនៅទំព័របន្ទាប់***	$0 (សូមផ្តល់ដល់វេជ្ជបណ្ឌិត ឬឱសថស្ថានរបស់អ្នកទាំងបណ្ណ Blue Shield TotalDual Plan របស់អ្នក និងបណ្ណសម្គាល់អត្ថប្រយោជន៍នៃ Medical របស់អ្នក)

	សេវាកម្មដែលគម្រោងរបស់យើងខ្ចីបង់ប្រាក់ទូទាត់ជូន	អ្វីដែលអ្នកត្រូវតែចំណាយ
	ឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាផ្នែក B នៃកម្មវិធី Medicare (បន្ត) • ឱសថជាក់លាក់មួយចំនួនសម្រាប់ការលាងឈាមនៅផ្ទះ រួមមានដូចជាឱសថហេប៉ារីន ឱសថប្រឆាំងសមកម្មភាពហេប៉ារីន (នៅពេលចាំបាច់ដែលបែបវេជ្ជសាស្ត្រ) ឱសថស្ពឹកលាបស្បែក និងឱសថជម្រុញការផលិតកោសិកាក្រហម (ដូចជា Epoetin Alfa, Aranesp® ឬ Darbepoetin Alfa) • ក្លូប៉ុយលីនសុំាកម្រិតទី IV សម្រាប់ការព្យាបាលនៅផ្ទះលើជំងឺខ្វះភាពស៊ាំបឋម យើងក៏ធានារ៉ាប់រងលើវ៉ាក់សាំងមួយចំនួននៅក្រោមអត្ថប្រយោជន៍ឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាផ្នែក D របស់យើង។ **ជំពូក 5** នៃសៀវភៅណែនាំសមាជិករបស់អ្នក ពន្យល់ពីអត្ថប្រយោជន៍នៃឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាសម្រាប់អ្នកជំងឺមិនស្នាក់ព្យាបាលរបស់យើង។ ជំពូកនេះពន្យល់ពីវិធានដែលអ្នកត្រូវអនុវត្តតាម ដើម្បីឱ្យវេជ្ជបញ្ជាទទួលបានការរ៉ាប់រង។ **ជំពូក 6** ៖ នៃសៀវភៅណែនាំសមាជិករបស់អ្នក ពន្យល់ពីអ្វីដែលអ្នកត្រូវបង់ប្រាក់ទូទាត់សម្រាប់ឱសថមានវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកជំងឺមិនស្នាក់ព្យាបាលរបស់អ្នកតាមរយៈគម្រោងរបស់យើង។	

សេវាកម្មដែលគម្រោងរបស់យើងខ្ចីបង់ប្រាក់ទូទាត់ជូន		អ្វីដែលអ្នកត្រូវតែចំណាយ
	ការថែទាំនៅមណ្ឌលថែទាំមនុស្សចាស់និងអ្នកជំងឺ មណ្ឌលថែទាំអ្នកជំងឺ (NF) គឺជាកន្លែងផ្តល់សេវាថែទាំសម្រាប់អ្នកដែលមិនអាចទទួលបានសេវាកម្មថែទាំនៅតាមផ្ទះ ក៏ប៉ុន្តែមិនចាំបាច់សម្រាកនៅមន្ទីរពេទ្យ។ សេវាកម្មដែលយើងបង់ប្រាក់ទូទាត់រួមមាន ប៉ុន្តែមិនកំណត់ចំពោះសេវាកម្មខាងក្រោម៖ • បន្ទប់ពាក់កណ្តាលឯកជន (ឬបន្ទប់ឯកជនពេញលេញ បើវាមានភាពចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ) • អាហារ រួមទាំងរបបអាហារពិសេស • សេវាកម្មថែទាំអ្នកជំងឺ • ការព្យាបាលដោយចលនាលើរាងកាយ ការព្យាបាលដោយចលនាដោយអ្នកជំនាញ និងសេវាកម្មព្យាបាលដោយពាក្យសំដី • ការព្យាបាលជំងឺផ្លូវដង្ហើម • ឱសថដែលត្រូវផ្តល់ឱ្យអ្នក ក្នុងផ្នែកមួយនៃគម្រោងថែទាំរបស់អ្នក។ (ឱសថនេះបូករួមទាំងសារធាតុដែលជាធម្មតាមានវត្តមាននៅក្នុងខ្លួន ដូចជា កត្តាដែលមានមុខងារធ្វើឱ្យឈាមកកជាដើម។) • ឈាម រួមទាំងការរក្សាទុក និងការចាក់ចែង • សម្ភារផ្គត់ផ្គង់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ និងវះកាត់ជាធម្មតាត្រូវបានផ្តល់ឱ្យដោយមណ្ឌលថែទាំមនុស្សចាស់និងអ្នកជំងឺ • ការធ្វើតេស្តដោយបន្ទប់ពិសោធន៍ ដែលផ្តល់ជូនដោយមណ្ឌលថែទាំអ្នកជំងឺ និងមនុស្សចាស់ • ការថតកាំរស្មីអ៊ុច និងសេវាកម្មថតឆ្លុះផ្សេងៗទៀត ជាធម្មតាត្រូវបានផ្តល់ជូនដោយមណ្ឌលថែទាំអ្នកជំងឺ • ការប្រើប្រាស់របស់របរ ដូចជា រទេះរុញសម្រាប់អ្នកពិការជើង ជាធម្មតាត្រូវបានផ្តល់ជូនដោយមណ្ឌលថែទាំអ្នកជំងឺ • សេវាកម្មព្យាបាល/ថែទាំជំងឺ **អត្ថប្រយោជន៍នេះគឺមានបន្តនៅទំព័របន្ទាប់**	$0

សេវាកម្មដែលគម្រោងរបស់យើងខ្ញុំបង់ប្រាក់ទូទាត់ជូន		អ្វីដែលអ្នកត្រូវតែចំណាយ
	ការថែទាំនៅមណ្ឌលថែទាំមនុស្សចាស់និងអ្នកជំងឺ (បន្ត) • សម្ភារបរិក្ខាវេជ្ជសាស្ត្រដែលជាប់បានយូរ • សេវាកម្មទន្តពេទ្យ រួមមានសេវាកម្មដាក់ធ្មេញជាដើម • អត្ថប្រយោជន៍ផ្នែកចក្ខុ • ធ្វើតេស្តសមត្ថភាពស្តាប់ • ការថែទាំព្យាបាលឆ្អឹងខ្នងដោយការចាប់សរសៃ • សេវាកម្មព្យាបាលជាតជើង ជាធម្មតាអ្នកទទួលបានការថែទាំរបស់អ្នកពីមណ្ឌលថែទាំក្នុងបណ្តាញ។ ទោះជាយ៉ាងណា អ្នកប្រហែលជាអាចទទួលបានការថែទាំរបស់អ្នកពីមណ្ឌលដែលមិននៅក្នុងបណ្តាញរបស់យើងខ្ញុំ។ អ្នកអាចទទួលបានការថែទាំពីកន្លែងខាងក្រោម បើកន្លែងទាំងនោះព្រមទទួលចំនួនទឹកប្រាក់របស់គម្រោងសម្រាប់ការទូទាត់៖ • មណ្ឌលថែទាំមនុស្សចាស់ ឬសហគមន៍ផ្តល់ការថែទាំបន្តដល់អ្នកចូលនិវត្តដែលអ្នករស់នៅទីនោះមុនពេលអ្នកចូលមន្ទីរពេទ្យ (ដរាបណាទីនោះផ្តល់ជូនមន្ទីរថែទាំព្យាបាល)។ • មណ្ឌលថែទាំមនុស្សចាស់និងអ្នកជំងឺដែលជាកន្លែងប្តីប្រពន្ធរឺដៃគូក្នុងគ្រួសាររបស់អ្នកកំពុងរស់នៅ ពេលដែលអ្នកចាកចេញពីមន្ទីរពេទ្យ។	
	ការពិនិត្យរកជំងឺធាត់ខ្លាំង និងសេវាកម្មព្យាបាលដោយចលនាដើម្បីសម្រកទម្ងន់ បើអ្នកមានសន្ទស្សន៍ម៉ាសរាងកាយចាប់ពី 30 ឡើងទៅ យើងនឹងបង់ប្រាក់ទូទាត់សម្រាប់សេវាកម្មពិគ្រោះយោបល់ដើម្បីជួយអ្នកក្នុងការសម្រកទម្ងន់។ អ្នកត្រូវទទួលបានសេវាកម្មពិគ្រោះយោបល់នៅក្នុងការរៀបចំការថែទាំបឋម។ តាមវិធីនោះ វាអាចគ្រប់គ្រងជាមួយនឹងគម្រោងការពារពេញលេញរបស់អ្នក។ សូមនិយាយជាមួយអ្នកផ្តល់សេវាកម្មថែទាំសុខភាពបឋមរបស់អ្នកដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែម។	$0

សេវាកម្មដែលគម្រោងរបស់យើងខ្ចីបង់ប្រាក់ទូទាត់ជូន		អ្វីដែលអ្នកត្រូវតែចំណាយ
	សេវាកម្មវិធីព្យាបាលការប្រើប្រាស់សារធាតុញៀន (OTP) គម្រោងរបស់យើងបង់ប្រាក់ទូទាត់សម្រាប់សេវាកម្មខាងក្រោមដើម្បីព្យាបាលបញ្ហានៃការប្រើសារធាតុអូផ្យូអ៊ីត (OUD)៖ • សកម្មភាពបញ្ចូលក្នុងខ្លួន • ការវាយតម្លៃតាមកាលកំណត់ • ការប្រើឱសថដែលបានអនុម័តដោយរដ្ឋបាលចំណីអាហារ និងឱសថ (Food and Drug Administration, FDA) និងបើសិនជាអនុវត្តបាន ធ្វើការគ្រប់គ្រង និងផ្តល់ឱសថទាំងនេះដល់អ្នក • ការប្រឹក្សាយោបល់អំពីការប្រើប្រាស់សារធាតុញៀន • ការព្យាបាលបុគ្គល និងជាក្រុម • ការធ្វើតេស្តរកសារធាតុញៀន ឬសារធាតុគីមីនៅក្នុងរាងកាយរបស់អ្នក (ការធ្វើតេស្តជាតិពុល)	$0

សេវាកម្មដែលគម្រោងរបស់យើងខ្ចីបង់ប្រាក់ទូទាត់ជូន		អ្វីដែលអ្នកត្រូវតែចំណាយ
	ការធ្វើតេស្តរោគវិនិច្ឆយអ្នកជំងឺដែលមិនសម្រាកនៅមន្ទីរពេទ្យ និងសេវាព្យាបាល និងការផ្គត់ផ្គង់ យើងនឹងបង់ប្រាក់ទូទាត់សម្រាប់សេវាកម្មខាងក្រោម និងសេវាកម្មដែលចាំបាច់តាមបែបវេជ្ជសាស្ត្រផ្សេងៗទៀត ដែលមិនមាននៅក្នុងបញ្ជីនេះ៖ • ថតកម្មរស្មីអ៊ុច • ការព្យាបាលដោយកាំរស្មី (រ៉ាឌីយ៉ូម និងអ៊ីសូតូប) បូករួមទាំងសម្ភារ និងគ្រឿងផ្គត់ផ្គង់របស់អ្នកបច្ចេកទេសផងដែរ • គ្រឿងផ្គត់ផ្គង់ផ្នែករះកាត់ ដូចជាគ្រឿងប៉ង់ស៊ីម៉ង់ជាដើម • រណបឆ្នឹង និងសម្ភារផ្សេងៗទៀតដែលត្រូវបានប្រើប្រាស់សម្រាប់ផ្នែកជាក់ និងភ្លាត់ • ការធ្វើតេស្តពិសោធន៍ • ឈាម រួមទាំងការរក្សាទុក និងការចាត់ចែង • ការធ្វើតេស្តរោគវិនិច្ឆយផ្សេងៗទៀតសម្រាប់អ្នកជំងឺមិនសម្រាកនៅពេទ្យ *វិធានស្តីអំពីការអនុញ្ញាតអាចនឹងអនុវត្តសម្រាប់សេវាកម្មទាំងនេះ។ អ្នកគួរតែពិភាក្សាជាមួយអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក និងទទួលការបញ្ជូនបន្ត។*	$0

សេវាកម្មដែលគម្រោងរបស់យើងខ្ចីបង់ប្រាក់ទូទាត់ជូន		អ្វីដែលអ្នកត្រូវតែចំណាយ
	សេវាកម្មមន្ទីរពេទ្យសម្រាប់អ្នកជំងឺដែលមិនសម្រាកព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យ យើងបង់ប្រាក់ទូទាត់សម្រាប់សេវាកម្មចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដែលអ្នកទទួលបាននៅផ្នែកអ្នកជំងឺមិនស្នាក់ព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យ សម្រាប់ការធ្វើរោគវិនិច្ឆយ ឬការព្យាបាលជំងឺ ឬរបួស ដូចជា៖ • សេវាកម្មនៅផ្នែកសង្គ្រោះបន្ទាន់ ឬគ្លីនិកសម្រាប់អ្នកជំងឺដែលមិនស្នាក់ព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យដូចជា សេវាកម្មពិនិត្យ ឬរៃកាត់អ្នកជំងឺមិនស្នាក់ព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យជាដើម o សេវាកម្មពិនិត្យជួយឱ្យវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកដឹងថា តើអ្នកត្រូវការចូលសម្រាកក្នុងមន្ទីរពេទ្យជា "អ្នកជំងឺកំពុងស្នាក់ព្យាបាល" ឬក៏អត់។ o ពេលខ្លះ អ្នកអាចសម្រាកនៅមន្ទីរពេទ្យមួយយប់ ប៉ុន្តែនៅតែជា "អ្នកជំងឺមិនស្នាក់ព្យាបាល"។ o អ្នកអាចទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែមអំពីការក្លាយជាអ្នកជំងឺកំពុងស្នាក់ព្យាបាល ឬអ្នកជំងឺមិនស្នាក់ព្យាបាលនៅក្នុងឯកសារព័ត៌មាននេះ៖ www.medicare.gov/media/11101 • មន្ទីរពិសោធន៍ និងការធ្វើតេស្តរោគវិនិច្ឆយដែលបានចេញវិក្កយបត្រចេញដោយមន្ទីរពេទ្យ • សេវាកម្មថែទាំសុខភាពផ្លូវចិត្ត រួមទាំងការថែទាំនៅក្នុងកម្មវិធីសម្រាកព្យាបាលដោយផ្នែកនៅមន្ទីរពេទ្យ ប្រសិនបើវេជ្ជបណ្ឌិតបញ្ជាក់ថា ចាំបាច់ត្រូវមានការព្យាបាលអ្នកជំងឺស្នាក់ព្យាបាលក្នុងមន្ទីរពេទ្យដោយមិនមានកម្មវិធីនេះ • ការថតកាំរស្មីអ៊ុច និងសេវាកម្មថតឆ្លុះផ្សេងៗទៀតដែលត្រូវបានចេញវិក្កយបត្រដោយមន្ទីរពេទ្យនោះ • សម្ភារៈផ្គត់ផ្គង់វេជ្ជសាស្ត្រ ដូចជា រណបឆ្អឹង និងឧបករណ៍ប៉ង់ស៊ីម៉ង់ជាដើម • ការឆ្លុះពិនិត្យ និងសេវាបង្ការជំងឺដែលមានរាយនាមនៅក្នុងតារាងអត្ថប្រយោជន៍ • ឱសថមួយចំនួនដែលអ្នកមិនអាចផ្តល់ឱ្យខ្លួនឯងបាន **អត្ថប្រយោជន៍នេះបន្តនៅទំព័របន្ទាប់**	$0

សេវាកម្មដែលគម្រោងរបស់យើងខ្ចីបង់ប្រាក់ទូទាត់ជូន		អ្វីដែលអ្នកត្រូវតែចំណាយ
	សេវាកម្មមន្ទីរពេទ្យសម្រាប់អ្នកជំងឺមិនស្នាក់ព្យាបាល (ត) **កំណត់សម្គាល់៖** លុះត្រាតែអ្នកផ្តល់សេវាបានសរសេរការបញ្ជាឱ្យអ្នកស្នាក់នៅជាអ្នកជំងឺក្នុងមន្ទីរពេទ្យ អ្នកគឺនៅតែជាអ្នកមកពិគ្រោះជំងឺហើយត្រូវបង់ប្រាក់ចំណែករួមសម្រាប់ការចំណាយលើសេវាពិគ្រោះជំងឺរបស់អ្នក។ ទោះបីជាអ្នកស្នាក់នៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យពេញមួយយប់ក៏ដោយ ក៏អ្នកនៅតែអាចចាត់ទុកជា "អ្នកជំងឺមិនស្នាក់ព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យ" ។ ប្រសិនបើអ្នកមិនប្រាកដថា អ្នកគឺជាអ្នកជំងឺមិនស្នាក់ព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យទេ អ្នកគួរតែសួរទៅកាន់បុគ្គលិកមន្ទីរពេទ្យ។ អ្នកក៏អាចរកព័ត៌មានបន្ថែមនៅក្នុងឯកសារផ្តល់ព័ត៌មានអំពី Medicare ដែលមានឈ្មោះថា "តើអ្នកជាអ្នកជំងឺក្នុងឬក្រៅមន្ទីរពេទ្យ? ប្រសិនបើអ្នកមាន Medicare - សាកសួរ!" ឯកសារព័ត៌មាននេះមាននៅលើគេហទំព័រ https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf ឬដោយការហៅទូរសព្ទទៅកាន់លេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY សូមទូរសព្ទមកលេខ 1-877-486-2048។ អ្នកអាចទូរសព្ទលេខទាំងនេះដោយឥតគិតថ្លៃ 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ និង 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ *វិធានស្តីអំពីការអនុញ្ញាតអាចនឹងអនុវត្តសម្រាប់សេវាកម្មទាំងនេះ។អ្នកគួរតែពិភាក្សាជាមួយអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក និងទទួលការបញ្ជូនបន្ត។*	

សេវាកម្មដែលគម្រោងរបស់យើងខ្ចីបង់ប្រាក់ទូទាត់ជូន		អ្វីដែលអ្នកត្រូវតែចំណាយ
	ការថែទាំសុខភាពផ្លូវចិត្តសម្រាប់អ្នកជំងឺដែលមិនស្នាក់ព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យ យើងបង់ប្រាក់ទូទាត់សម្រាប់សេវាកម្មសុខភាពផ្លូវចិត្តដែលត្រូវបានផ្តល់ជូនដោយ៖ • ពេទ្យឯកទេសផ្នែកជំងឺវិកលចរិត ឬវេជ្ជបណ្ឌិតដែលមានអាជ្ញាបណ្ណពីរដ្ឋ • ពេទ្យផ្នែកវិកលចរិកនៅតាមគ្លីនិក • បុគ្គលិកកិច្ចការសង្គមនៅតាមគ្លីនិក • គិលានុបដ្ឋាយិកាឯកទេសនៅតាមគ្លីនិក • គ្រូពេទ្យផ្នែកថែទាំអ្នកជំងឺ • ជំនួយការគ្រូពេទ្យ • អ្នកជំនាញថែទាំសុខភាពផ្លូវចិត្តដែលមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់របស់ Medicare ផ្សេងទៀតស្របតាមច្បាប់ចូលជាធរមានរបស់រដ្ឋ យើងបង់ប្រាក់ទូទាត់សម្រាប់សេវាកម្មខាងក្រោម ហើយប្រហែលជាសេវាកម្មផ្សេងៗទៀតដែលមិនមាននៅក្នុងបញ្ជីនេះ៖ • សេវាកម្មព្យាបាលតាមគ្លីនិក • ការព្យាបាលនៅពេលថ្ងៃ • សេវាកម្មស្តារនិតិសម្បទាផ្លូវចិត្ត និងសង្គម • ការព្យាបាលដោយផ្នែកនៅមន្ទីរពេទ្យ ឬកម្មវិធីពិគ្រោះអ្នកជំងឺមិនស្នាក់ព្យាបាល • ការព្យាបាល និងការវាយតម្លៃអំពីបញ្ហាសុខភាពផ្លូវចិត្តជាក្រុម និងជាលក្ខណៈបុគ្គល • ការធ្វើតេស្តខាងផ្លូវចិត្តនៅពេលមានការបង្ហាញតាមបែបវេជ្ជសាស្ត្រសម្រាប់ធ្វើការវាយតម្លៃលទ្ធផលនៃសុខភាពផ្លូវចិត្ត **អត្ថប្រយោជន៍នេះបន្តនៅទំព័របន្ទាប់**	$0 សម្រាប់ការជួបពិនិត្យព្យាបាលជាលក្ខណៈបុគ្គល ឬជាក្រុមនីមួយៗ។

សេវាកម្មដែលគម្រោងរបស់យើងខ្ចីបង់ប្រាក់ទូទាត់ជូន		អ្វីដែលអ្នកត្រូវតែចំណាយ
	ការថែទាំសុខភាពផ្លូវចិត្តរបស់អ្នកជំងឺមិនស្នាក់ព្យាបាល (ក) • សេវាកម្មសម្រាប់អ្នកជំងឺមិនស្នាក់ព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យ សម្រាប់គោលដៅត្រួតពិនិត្យការព្យាបាលតាមបែបឱសថ • មន្ទីរពិសោធន៍សម្រាប់អ្នកជំងឺមិនស្នាកព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យ ឱសថ សម្ភារផ្គត់ផ្គង់ និងសម្ភារផ្សេងៗទៀត • ការប្រឹក្សាយោបល់អំពីសុខភាពផ្លូវចិត្ត	
	សេវាស្ថានីតិសម្បទាសម្រាប់អ្នកជំងឺដែលមិនស្នាក់ព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យ យើងបង់ប្រាក់ទូទាត់សម្រាប់ការព្យាបាលដោយចលនា ដោយអ្នកជំនាញ និងការព្យាបាលដោយពាក្យសំដី។ អ្នកអាចទទួលបានសេវាកម្មស្ថានីតិសម្បទាអ្នកជំងឺដែលមិនស្នាក់ព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យ ពីផ្នែកអ្នកជំងឺដែលមិនស្នាក់ព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យ ការិយាល័យអ្នកជំនាញឯករាជ្យ មណ្ឌលស្ថានីតិសម្បទាសម្រាប់អ្នកជំងឺដែលមិនស្នាក់ព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យដ៏ទូលំទូលាយ (CORFs) និងមណ្ឌលផ្សេងៗទៀត។	$0

សេវាកម្មដែលគម្រោងរបស់យើងខ្ចីបង់ប្រាក់ទូទាត់ជូន		អ្វីដែលអ្នកត្រូវតែចំណាយ
	សេវាពិគ្រោះព្យាបាលការប្រើសារធាតុញៀន យើងបង់ប្រាក់ទូទាត់សម្រាប់សេវាកម្មខាងក្រោម ហើយប្រហែលជាសេវាកម្មផ្សេងៗទៀតដែលមិនមាននៅក្នុងបញ្ជីនេះ៖ • ការពិនិត្យ និងពិគ្រោះយោបល់អំពីការប្រើប្រាស់សារធាតុស្រវឹងមិនត្រឹមត្រូវ • ការព្យាបាលការប្រើប្រាស់សារធាតុញៀនខុសច្បាប់ • សេវាកម្មពិគ្រោះយោបល់ជាក្រុម និងឯកត្តបុគ្គល ផ្តល់ជូនដោយក្រូពេទ្យពិនិត្យជំងឺផ្តាល់ដែលមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ • សេវាកម្មបញ្ចេញសារធាតុពុលខ្លាំង នៅក្នុងកម្មវិធីបន្សាបសារធាតុញៀនតាមលំនៅដ្ឋាន • សេវាកម្មបន្សាបជាតិស្រវឹង និង/ឬសារធាតុញៀននៅក្នុងមជ្ឈមណ្ឌលព្យាបាលអ្នកជំងឺមិនស្នាក់ព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យបន្ទាន់ • សេវាកម្មកាត់បន្តកាត់បន្ថយជាតិណាល់ត្រេសូន (vivitrol)	$0 សម្រាប់ការជួបពិនិត្យព្យាបាលជាលក្ខណៈបុគ្គល ឬជាក្រុមនីមួយៗ។
	ការវះកាត់សម្រាប់អ្នកជំងឺមិនស្នាក់ព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យ យើងបង់ប្រាក់ទូទាត់សម្រាប់សេវាកម្មវះកាត់ដល់អ្នកជំងឺមិនស្នាក់ព្យាបាល និងសេវាកម្មនៅមណ្ឌលថែទាំអ្នកជំងឺមិនស្នាក់ព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យ និងមណ្ឌលវះកាត់ចល័ត។ **កំណត់សម្គាល់៖** ប្រសិនបើអ្នកកំពុងទទួលយកការវះកាត់នៅមន្ទីរសម្រាកព្យាបាល អ្នកគួរតែពិនិត្យជាមួយអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកថាតើអ្នកនឹងក្លាយទៅជាអ្នកជំងឺកំពុងស្នាក់ព្យាបាល ឬអ្នកជំងឺមិនស្នាក់ព្យាបាល។ លុះត្រាតែអ្នកផ្តល់សេវាសរសេរវេជ្ជបញ្ជាដើម្បីទទួលយកអ្នកជាអ្នកជំងឺកំពុងស្នាក់ព្យាបាលក្នុងមន្ទីរពេទ្យ អ្នកគឺជាអ្នកជំងឺមិនស្នាក់ព្យាបាល ហើយបង់ប្រាក់ចែករំលែកថ្លៃចំណាយសម្រាប់ការវះកាត់របស់អ្នកជំងឺមិនស្នាក់ព្យាបាល។ ទោះបីជាអ្នកស្នាក់នៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យពេញមួយយប់ក៏ដោយ ក៏អ្នកនៅតែអាចចាត់ទុកជា "អ្នកជំងឺមិនស្នាក់ព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យ" ។	$0 សម្រាប់ការព្យាបាលនីមួយៗនៅក្នុងមជ្ឈមណ្ឌលវះកាត់សង្គ្រោះបន្ទាន់ និងមន្ទីរពេទ្យសម្រាប់អ្នកជំងឺមិនស្នាក់ព្យាបាល។

សេវាកម្មដែលគម្រោងរបស់យើងខ្ចប់បង់ជ្រាក់ទូទាត់ជូន		អ្វីដែលអ្នកត្រូវតែចំណាយ
	ទំនិញដែលមិនតម្រូវឱ្យមានវេជ្ជបញ្ជា (OTC) អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានជ្រាក់ឧបត្ថម្ភប្រចាំត្រីមាសចំនួន $200 សម្រាប់ឱសថ OTC និងការផ្គត់ផ្គង់ដែលបានរាយនៅក្នុងកាតាឡុក OTC។ សម្ភារដូចជា ថ្នាំអាស្ពីរីន វីតាមីន ការរៀបចំសម្រាប់ជំងឺផ្តាសាយ និងក្អក និងបង់រុំរបួសត្រូវបានធានារ៉ាប់រងក្រោមអត្ថប្រយោជន៍នេះ។ សម្ភារដូចជាគ្រឿងសំអាង និងអាហារបំប៉នមិនត្រូវបានរ៉ាប់រងក្រោមអត្ថប្រយោជន៍នេះទេ។ កាតាឡុក OTC និងការណែនាំអំពីការបញ្ជាទិញមាននៅលើអនឡាញតាមរយៈគេហទំព័រ blueshieldca.com/medicareOTC។ អ្នកអាចបញ្ជាទិញទំនិញតាមលេខទូរសព្ទ (888) 628-2770 [TTY: 711] ពីថ្ងៃចន្ទដល់ថ្ងៃសុក្រ ចន្លោះម៉ោង 9 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 5 ល្ងាច ឬតាមអនឡាញនៅលើគេហទំព័រ blueshieldca.com/medicareOTC។ សម្ភារទិញនឹងត្រូវបានដឹកជញ្ជូនទៅដល់អ្នកដោយមិនមានការគិតថ្លៃបន្ថែម។ សូមរង់ចាំប្រហែល 14 ថ្ងៃនៃថ្ងៃធ្វើការសម្រាប់ការដឹកជញ្ជូន។ អត្ថប្រយោជន៍នេះមានប្រសិទ្ធភាពនៅថ្ងៃដំបូងនៃត្រីមាសនីមួយៗ (ថ្ងៃទី 1 ខែមករា ថ្ងៃទី 1 ខែមេសា ថ្ងៃទី 1 ខែកក្កដា និងថ្ងៃទី 1 ខែតុលា)។ អ្នកអាចធ្វើការ**បញ្ជាទិញ ពីរ**លើកក្នុងមួយត្រីមាស ហើយមិនអាចលើកជ្រាក់ឧបត្ថម្ភដែលមិនបានប្រើរបស់អ្នកបន្តទៅក្នុងត្រីមាសបន្ទាប់បានទេ។ ដែនកំណត់មួយចំនួនត្រូវបានអនុវត្ត។ សូមមើលកាតាឡុក OTC សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។ * សេវាកម្មមិនអនុវត្តចំពោះដែនកំណត់អតិបរមារបស់គម្រោងនោះទេ។	$0

សេវាកម្មដែលគម្រោងរបស់យើងខ្ចប់បង់ជ្រាក់ទូទាត់ជូន		អ្វីដែលអ្នកត្រូវតែចំណាយ
	សេវាកម្មសម្រាកព្យាបាលដោយផ្នែកនៅមន្ទីរពេទ្យ កម្មវិធីសម្រាកព្យាបាលដោយផ្នែកនៅមន្ទីរពេទ្យ គឺជាកម្មវិធីដែលមានរចនាសម្ព័ន្ធព្យាបាលជំងឺវិកលចរិកក្រិតច្រន់។ កម្មវិធីនេះត្រូវបានផ្តល់ជូនក្នុងសេវាពិគ្រោះអ្នកជំងឺមិនស្នាក់ព្យាបាលរបស់មន្ទីរពេទ្យ ឬដោយមណ្ឌលសុខភាពផ្លូវចិត្តក្នុងសហគមន៍។ សេវាកម្មនេះមានភាបរហ័សជាងការថែទាំដែលអ្នកទទួលបាននៅក្នុងការិយាល័យវេជ្ជបណ្ឌិត ឬអ្នកព្យាបាលរោគរបស់អ្នក។ សេវាកម្មនេះអាចជួយអ្នកមិនចាំបាច់ឱ្យសម្រាកនៅមន្ទីរពេទ្យទេ។ ***កំណត់ចំណាំ៖*** *ដោយសារតែមិនមានមជ្ឈមណ្ឌលសុខភាពផ្លូវចិត្តនៅតាមសហគមន៍ក្នុងបណ្តាញរបស់យើង យើងនឹងជានាវ៉ាប់រងលើការសម្រាកព្យាបាលដោយផ្នែកនៅមន្ទីរពេទ្យដែលជាសេវាកម្មសម្រាប់អ្នកជំងឺមិនស្នាក់ព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យតែប៉ុណ្ណោះ។*	$0

សេវាកម្មដែលគម្រោងរបស់យើងខ្ចីបង់ប្រាក់ទូទាត់ជូន		អ្វីដែលអ្នកត្រូវតែចំណាយ
	សេវាកម្មគ្រូពេទ្យ/អ្នកផ្តល់សេវាកម្មថែទាំ រួមមានទាំងការទៅជួបពិគ្រោះយោបល់នៅការិយាល័យរបស់វេជ្ជបណ្ឌិតផងដែរ យើងបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាកម្មខាងក្រោម៖ • ការថែទាំសុខភាពដែលចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ ឬសេវាកម្មរះកាត់ដែលផ្តល់ជូននៅកន្លែងនានា មានដូចជា៖ o ការិយាល័យគ្រូពេទ្យ o មជ្ឈមណ្ឌលវះកាត់ចេញដែលមានការទទួលស្គាល់ o ផ្នែកអ្នកជំងឺដែលមិនស្នាក់ព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យ • ការពិគ្រោះយោបល់ ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ និងការព្យាបាលដោយគ្រូពេទ្យឯកទេស • ការពិនិត្យត្រចៀក និងលំនឹងមូលដ្ឋានដែលត្រូវបានផ្តល់ជូនដោយ *អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំបឋម*របស់លោកអ្នក ប្រសិនបើវេជ្ជបណ្ឌិតលោកអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជា ដើម្បីមើលថាតើលោកអ្នកត្រូវការការព្យាបាលដែរឬទេ សេវាកម្មផ្តល់ពត៌មានសុខភាពតាមប្រព័ន្ធអេឡិចត្រូនិកជាក់លាក់មួយចំនួន រួមទាំង សេវាកម្មរបស់វេជ្ជបណ្ឌិតដើម្បីព្យាបាលស្ថានភាពដែលមិនមានភាពសង្គ្រោះបន្ទាន់ដូចជារោគសញ្ញាគ្រុនផ្តាសាយ និងផ្តាសាយធំ អាឡែកហ្ស៊ី រលាកទងសួត ការឆ្លងមេរោគផ្លូវដង្ហើម បញ្ហាមេរោគឆ្លងចូលប្រហោងឆ្អឹង កន្ទួលរមាស់ ជំងឺភ្នែក ឈឺក្បាលប្រកាំង និងច្រើនផ្សេងទៀត។ o អ្នកមានជម្រើសក្នុងការទទួលបានសេវាកម្មទាំងនេះតាមរយៈការជួបផ្ទាល់ ឬតាមរយៈសេវាកម្មផ្តល់ពត៌មានសុខភាពដោយប្រព័ន្ធអេឡិចត្រូនិច (telehealth)។ ប្រសិនបើអ្នកជ្រើសរើសសេវាកម្មមួយក្នុងចំណោមសេវាកម្មទាំងនេះតាមរយៈសេវាកម្មសុខភាពតាមប្រព័ន្ធអេឡិចត្រូនិក អ្នកត្រូវតែប្រើប្រាស់អ្នកផ្តល់សេវាកម្មនៅក្នុងបណ្តាញដែលផ្តល់សេវាកម្មតាមរយៈសេវាកម្មសុខភាពពីម្ងាយតាមប្រព័ន្ធអេឡិចត្រូនិកនោះ។	$0

សេវាកម្មដែលគម្រោងរបស់យើងខ្ចីបង់ប្រាក់ទូទាត់ជូន		អ្វីដែលអ្នកត្រូវតែចំណាយ
	o សូមមើលផ្នែក "សេវាកម្មផ្តល់ពត៌មានសុខភាពតាមប្រព័ន្ធអេឡិចត្រូនិកបន្ថែម" នៅក្នុងតារាងអត្ថប្រយោជន៍វេជ្ជសាស្ត្រសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។ • សេវាកម្មផ្តល់ពត៌មានសុខភាពតាមប្រព័ន្ធអេឡិចត្រូនិកប្រចាំខែទាក់ទងនឹងជំងឺតម្រងនោមនៅដំណាក់កាលចុងក្រោយ (ESRD) សម្រាប់សមាជិកលាងឈាមតាមផ្ទះ នៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យ ឬមជ្ឈមណ្ឌលទទួលការព្យាបាលជំងឺតម្រងនោមនៅមន្ទីរពេទ្យកម្រិតធូរធ្ងន់ធ្ងរ នៅមជ្ឈមណ្ឌលពិនិត្យលាងឈាមតម្រងនោម ឬនៅផ្ទះ *អត្ថប្រយោជន៍នេះត្រូវបានបន្តនៅទំព័របន្ទាប់*	

	សេវាកម្មដែលគម្រោងរបស់យើងខ្ចីបង់ប្រាក់ទូទាត់ជូន	អ្វីដែលអ្នកត្រូវតែចំណាយ
	សេវាកម្មគ្រូពេទ្យ/អ្នកផ្តល់សេវាកម្មថែទាំ រួមមានទាំងការទៅជួបពិគ្រោះយោបល់នៅការិយាល័យរបស់វេជ្ជបណ្ឌិតផងដែរ (បន្ត) • សេវាកម្មផ្តល់ពត៌មានសុខភាពតាមប្រព័ន្ធអេឡិចត្រូនិក ដើម្បីធ្វើរោគវិនិច្ឆយ វាយតម្លៃ ឬព្យាបាលរោគសញ្ញានៃជំងឺដាច់សរសៃឈាមក្នុងក្បាល • សេវាកម្មផ្តល់ព័ត៌មានសុខភាពតាមប្រព័ន្ធអេឡិចត្រូនិក សម្រាប់សមាជិកដែលមានបញ្ហាប្រើសារធាតុញៀនឬជំងឺសុខភាពផ្លូវចិត្តដែលកើតមានដំណាលគ្នា • សេវាកម្មផ្តល់ពត៌មានសុខភាពតាមប្រព័ន្ធអេឡិចត្រូនិក សម្រាប់ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ ការវាយតម្លៃ និងការព្យាបាលបញ្ហាសុខភាពផ្លូវចិត្ត ប្រសិនបើ៖ o អ្នកមានការជួបពិគ្រោះដោយផ្ទាល់ក្នុងរយៈពេល 6 ខែមុនការជួបពិគ្រោះតាមសេវាកម្មផ្តល់ពត៌មានសុខភាពតាមប្រព័ន្ធអេឡិចត្រូនិកជាលើកដំបូងរបស់អ្នក។ o អ្នកមានការទៅជួបពិគ្រោះដោយផ្ទាល់ជារៀងរាល់ 12 ខែម្តង ខណៈពេលទទួលបានសេវាកម្មផ្តល់ពត៌មានសុខភាពតាមប្រព័ន្ធអេឡិចត្រូនិកទាំងនេះ o ករណីលើកលែងអាចត្រូវបានធ្វើឡើងចំពោះករណីខាងលើសម្រាប់កាលៈទេសៈជាក់លាក់មួយចំនួន • សេវាសុខភាពពីចម្ងាយសម្រាប់ការជួបពិគ្រោះផ្នែកសុខភាពផ្លូវចិត្តដែលផ្តល់ដោយគ្លីនិកសុខភាពជនបទ និងមណ្ឌលសុខភាពដែលមានការទទួលស្គាល់ពីសហព័ន្ធ។ • ការជជែកតាមអ៊ីនធឺណិត (check-ins) (ឧទាហរណ៍ តាមរយៈទូរសព្ទ ឬការជជែកតាមវីដេអូ) ជាមួយវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នករយៈពេល 5 ទៅ 10 នាទី **ប្រសិនបើ** o អ្នកមិនមែនជាអ្នកជំងឺថ្មីទេ **ហើយ** o ការជជែកនេះមិនទាក់ទងទៅនឹងការជួបនៅការិយាល័យកាលពី 7 ថ្ងៃកន្លងមកនោះទេ **ហើយ**	

សេវាកម្មដែលគម្រោងរបស់យើងខ្ចីបង់ប្រាក់ទូទាត់ជូន		អ្វីដែលអ្នកត្រូវតែចំណាយ
	សេវាកម្មគ្រូពេទ្យ/អ្នកផ្តល់សេវាកម្មថែទាំ រួមមានទាំងការទៅជួបពិគ្រោះយោបល់នៅការិយាល័យរបស់វេជ្ជបណ្ឌិតផងដែរ (បន្ត) o ការជជែកនេះមិននាំឱ្យមានការជួបផ្ទាល់នៅការិយាល័យវេជ្ជបណ្ឌិតនៅក្នុងរយៈពេល 24 ម៉ោង ឬនៅក្នុងការណាត់ជួបដែលឆាប់បំផុតនោះទេ • ការវាយតម្លៃនៃវីដេអូ និង/ឬ រូបភាពដែលអ្នកផ្ញើទៅឱ្យវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក និងការបកស្រាយពាឡ់ និងតាមដានដោយវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកក្នុងរយៈពេល 24 ម៉ោង **ប្រសិនបើ** o អ្នកមិនមែនជាអ្នកជំងឺថ្មីទេ **ហើយ** *អត្ថប្រយោជន៍នេះត្រូវបានបន្តនៅទំព័របន្ទាប់* o ការវាយតម្លៃមិនទាក់ទងទៅនឹងការជួបពិគ្រោះនៅការិយាល័យកាលពី 7 ថ្ងៃកន្លងមកនោះទេ **ហើយ** o ការវាយតម្លៃនេះមិននាំឱ្យមានការជួបផ្ទាល់នៅការិយាល័យគ្រូពេទ្យនៅក្នុងរយៈពេល 24 ម៉ោង ឬនៅក្នុងការណាត់ជួបដែលឆាប់បំផុតនោះទេ • ការពិគ្រោះយោបល់ដែលវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកមានជាមួយវេជ្ជបណ្ឌិតដទៃទៀតតាមរយៈទូរសព្ទ បណ្តាញអ៊ីនធឺណិត ឬកំណត់ត្រាសុខភាពអេឡិចត្រូនិក ប្រសិនបើអ្នកមិនមែនជាអ្នកជំងឺថ្មី • គំនិតទីពីរ *ដោយអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញផ្សេងទៀត*មុនពេលវះកាត់ • សេវាកម្មថែទាំធ្មេញមិនប្រចាំ។ សេវាកម្មដែលត្រូវបានរ៉ាប់រងមានកំណត់ចំពោះ៖ o សេវាកម្មវះកាត់ថ្គាម ឬគ្រោងឆ្អឹងពាក់ព័ន្ធ o កំណត់ចំណុចជាក់នៃថ្គាម ឬឆ្អឹងមុខ o ដកធ្មេញមុនពេលមុនការព្យាបាលដោយកាំរស្មីនៃការវះកាត់មហារីក o សេវាកម្មដែលនឹងទទួលបានការរ៉ាប់រងដោយគ្រូពេទ្យ	

សេវាកម្មដែលគម្រោងរបស់យើងខ្ចីបង់ប្រាក់ទូទាត់ជូន		អ្វីដែលអ្នកត្រូវតែចំណាយ
	សេវាកម្មព្យាបាលជាតជើង យើងបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាកម្មខាងក្រោម៖ • ការធ្វើរោគវិនិច្ឆយ និងការព្យាបាលដោយវេជ្ជសាស្ត្រ ឬរុះកាត់របួស និងជំងឺនានានៅត្រង់ជើង (ដូចជា ផ្លែម្រាមជើង ឬកែងជើងឡើងដុំរឹង) • សេវាកម្មថែទាំជើងជាប្រចាំសម្រាប់សមាជិកដែលមានលក្ខខណ្ឌប៉ះពាល់ដល់ជើង ដូចជា ជំងឺនោមផ្អែមជាដើម • ការថែទាំជើងជាប្រចាំ (មិនបានជានាវ៉ាប់រងដោយ Medicare)*	$0
	ការពិនិត្យរកមើលមហារីកក្រពេញប្រូស្តាត សម្រាប់បុរសដែលមានចាប់ពី 50 ឆ្នាំឡើងទៅ យើងបង់ប្រាក់ទូទាត់សម្រាប់សេវាកម្មដូចខាងក្រោមរៀងរាល់ 12 ខែម្តង៖ • ការពិនិត្យពោះវៀនដោយប្រព័ន្ធឌីជីថល • ការធ្វើតេស្តអង់ទីហ្សែនជាក់លាក់របស់ក្រពេញ (PSA)	$0

សេវាកម្មដែលគម្រោងរបស់យើងខ្ចីបង់ប្រាក់ទូទាត់ជូន		អ្វីដែលអ្នកត្រូវតែចំណាយ
	ឧបករណ៍សិប្បនិម្មិត និងសម្ភារផ្គត់ផ្គង់ពាក់ព័ន្ធ ឧបករណ៍សិប្បនិម្មិត សម្រាប់ជំនួស គ្រប់ផ្នែក ឬផ្នែកខ្លះនៃរាងកាយ ឬមុខងារនៃរាងកាយ។ យើងបង់ប្រាក់ទូទាត់សម្រាប់ឧបករណ៍សិប្បនិម្មិតខាងក្រោម និងប្រហែលសម្រាប់ឧបករណ៍ផ្សេងៗទៀតដែលមិនមាននៅក្នុងបញ្ជីនេះ៖ • ថង់សម្រាប់បង្ហូរលាមកពីពោះវៀន និងសម្ភារដែលពាក់ព័ន្ធសម្រាប់ការថែទាំពោះវៀន • សារធាតុបំប៉នដែលសម្រាប់លេបចូលតាមពោះវៀន និងសម្រាប់ចាក់តាមសរសៃ ដូចជាឧបករណ៍ផ្គត់ផ្គង់អាហារ ឧបករណ៍ញ្ជរសេរ៉ូម បំពង់បញ្ចូលថ្នាំក្នុងខ្លួន និងអាដាប់ទ័រ សូលុយស្យុង និងសម្ភារផ្គត់ផ្គង់សម្រាប់ការចាក់ដែលធ្វើឡើងដោយខ្លួនឯង • ឧបករណ៍ត្រួតពិនិត្យចង្វាក់បេះដូង • ដែកអប • ស្បែកជើងសប្បនិម្មិត • ដៃ និងជើងសប្បនិម្មិត • សុដន់សិប្បនិម្មិត (រួមទាំងអាវទ្រនាប់សម្រាប់ពាក់ក្រោយការវះកាត់សុដន់) • ផ្នែកសិប្បនិម្មិត (Protheses) ដើម្បីជំនួសផ្នែកទាំងអស់នៃផ្នែករាងកាយមុខខាងក្រៅ ត្រូវបានដោះចេញ ឬខូចដោយសារជំងឺ ការរងរបួស ឬការខូចពីកំណើត • ក្រែមទប់ការហូរលាមក និងកន្ទបលាមក យើងនឹងបង់ប្រាក់ទូទាត់សម្រាប់សម្ភារផ្គត់ផ្គង់មួយចំនួនដែលមានការពាក់ព័ន្ធនឹងឧបករណ៍សិប្បនិម្មិតផងដែរ។ យើងនឹងបង់ប្រាក់ទូទាត់សម្រាប់សេវាកម្មជួសជុល ឬផ្លាស់ប្តូរគ្រឿងឧបករណ៍សិប្បនិម្មិតផងដែរ។ យើងមានផ្តល់ជូនការ៉ាប់រងមួយចំនួនបន្ទាប់ពីការការវះកាត់ឬយកជាយភ្នែកចេញ។ សូមមើលផ្នែក "សេវាថែទាំភ្នែក" នៅពេលក្រោយនៅក្នុងតារាងនេះសម្រាប់ព័ត៌មានលម្អិត។	$0

	សេវាកម្មដែលគម្រោងរបស់យើងខ្ចីបង់ប្រាក់ទូទាត់ជូន	អ្វីដែលអ្នកត្រូវតែចំណាយ
	សេវាស្តារនីតិសម្បទាសួត យើងបង់ប្រាក់ទូទាត់សម្រាប់កម្មវិធីស្តារស្ថានភាពសួត សម្រាប់សមាជិកដែលមានកម្រិតធ្ងន់នៃជំងឺសួតរ៉ាំរ៉ៃ (COPD)។ អ្នកត្រូវតែមានការបញ្ជូនបន្ត សម្រាប់សេវាកម្មស្តារស្ថានភាពសួត ពីវេជ្ជបណ្ឌិតឬអ្នកផ្តល់សេវាព្យាបាលជំងឺ COPD។ យើងបង់ប្រាក់ទូទាត់សេវាកម្មសម្រួលការដកដង្ហើម សម្រាប់អ្នកជំងឺដែលពឹងពាក់លើបំពង់ខ្យល់ជួយដកដង្ហើម។	$0
	ការពិនិត្យ និងការប្រឹក្សាយោបល់ចំពោះជំងឺឆ្លងតាមការរួមភេទ (STIs) យើងបង់ប្រាក់ទូទាត់សម្រាប់ការពិនិត្យស្វែងរកជំងឺប្រមេះទឹកថ្លា ជំងឺប្រមេះទឹកបាយ ជំងឺស្វាយ និងជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B។ ការពិនិត្យទាំងនេះត្រូវបានធានារ៉ាប់រងសម្រាប់ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ និងសម្រាប់មនុស្សមួយចំនួនដែលស្ថិតនៅក្នុងហានិភ័យកើនឡើងសម្រាប់ជំងឺកាមរោគ (STI) ។ អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំបឋមត្រូវតែចេញបទបញ្ជាការធ្វើតេស្តរកជំងឺ។ យើងរ៉ាប់រងលើការធ្វើតេស្តទាំងនេះរៀងរាល់ 12 ខែម្តង ឬពេលណាជាក់លាក់មួយអំឡុងពេលមានផ្ទៃពោះ។ យើងក៏បង់ប្រាក់ទូទាត់ចំពោះការជួបដោយផ្ទាល់ ទៅលើសកម្មភាពប្រឹក្សាយោបល់ផ្លូវចិត្តមានភាពល្អិតល្អន់ខ្ពស់ចំនួនពីរដងក្នុងឆ្នាំនីមួយៗ សម្រាប់មនុស្សពេញវ័យដែលសកម្មក្នុងការរួមភេទដែលស្ថិតក្នុងហានិភ័យខ្ពស់ចំពោះការឆ្លងជំងឺកាមរោគ (STIs) ។ វគ្គនីមួយៗអាចមានរយៈពេលពី 20 ទៅ 30 នាទី។ យើងបង់ប្រាក់ទូទាត់សម្រាប់វគ្គពិគ្រោះយោបល់ទាំងនេះដែលជាសេវាកម្មការពារតែប៉ុណ្ណោះ ប្រសិនបើបានផ្តល់ដោយអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំបឋម។ វគ្គទាំងនេះត្រូវតែធ្វើឡើងនៅទីតាំងតំហែទាំសុខភាពបឋម ដូចជា នៅការិយាល័យវេជ្ជបណ្ឌិតជាដើម។	$0

សេវាកម្មដែលគម្រោងរបស់យើងខ្ចីបង់ប្រាក់ទូទាត់ជូន		អ្វីដែលអ្នកត្រូវតែចំណាយ
	សេវាកម្មថែទាំនៅមណ្ឌលថែទាំជំនាញ (SNF) យើងបង់ប្រាក់ទូទាត់សម្រាប់សេវាកម្មខាងក្រោម ហើយប្រហែលជាសេវាកម្មផ្សេងៗទៀតដែលមិនមាននៅក្នុងបញ្ជីនេះ៖ • បន្ទប់ពាក់កណ្តាលឯកជន ឬបន្ទប់ឯកជនពេញលេញ បើវាមានភាពចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ • អាហារ រួមទាំងរបបអាហារពិសេស • សេវាកម្មថែទាំអ្នកជំងឺ • ការព្យាបាលដោយចលនាលើរាងកាយ ការព្យាបាលដោយចលនាដោយអ្នកជំនាញ និងសេវាកម្មព្យាបាលដោយពាក្យសំដី • ឱសថដែលអ្នកទទួលបានជាផ្នែកមួយនៃគម្រោងថែទាំរបស់អ្នក រួមទាំងសារធាតុដែលមានជាធម្មតានៅក្នុងខ្លួនប្រាណ ដូចជាកត្តាបណ្តាលឱ្យឈាមកកជាដើម • ឈាម រួមទាំងការរក្សាទុក និងការចាក់ចែង • សម្ភារផ្គត់ផ្គង់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ និងវះកាត់ត្រូវបានផ្តល់ឱ្យដោយមណ្ឌលថែទាំមនុស្សចាស់និងអ្នកជំងឺ • ការធ្វើតេស្តពិសោធន៍ ដែលផ្តល់ជូនដោយមណ្ឌថែទាំអ្នកជំងឺ • សេវាកម្មថតកាំរស្មីអ៊ិច និងសេវាកម្មឆ្លុះកាំរស្មីផ្សេងៗទៀតដែលផ្តល់ជូនដោយមណ្ឌលទាំមនុស្សចាស់ • ការប្រើប្រាស់របស់របរ ដូចជា រទេះរុញសម្រាប់អ្នកពិការជើងដែលជាធម្មតាផ្តល់ជូនដោយមណ្ឌលថែទាំអ្នកជំងឺ • សេវាកម្មក្រូពេទ្យ / អ្នកផ្តល់សេវាកម្ម ជាធម្មតាអ្នកទទួលបានការថែទាំរបស់អ្នកពីមណ្ឌលថែទាំក្នុងបណ្តាញ។ ទោះជាយ៉ាងណា អ្នកប្រហែលជាអាចទទួលបានការថែទាំរបស់អ្នកពីមណ្ឌលដែលមិននៅក្នុងបណ្តាញរបស់យើងខ្ចុំ។ អ្នកអាចទទួលបានការថែទាំពីកន្លែងខាងក្រោម បើកន្លែងទាំងនោះព្រមទទួលចំនួនទឹកប្រាក់របស់គម្រោងសម្រាប់ការទូទាត់៖	$0

សេវាកម្មដែលគម្រោងរបស់យើងខ្ចីបង់ប្រាក់ទូទាត់ជូន		អ្វីដែលអ្នកត្រូវតែចំណាយ
	• សេវាថែទាំតាមសហគមន៍អ្នកជួលនិវត្តន៍ជាបន្តបន្ទាប់ ឬសេវាកម្មថែទាំនៅមណ្ឌលថែទាំមនុស្សចាស់ ដែលជាទីកន្លែងរស់នៅរបស់អ្នកមុនពេលអ្នកទៅមន្ទីរពេទ្យ (ដរាបណាវាផ្តល់ការថែទាំបែបមណ្ឌលថែទាំមនុស្សចាស់)។ • មណ្ឌលថែទាំមនុស្សចាស់និងអ្នកជំងឺដែលជាកន្លែងប្តីប្រពន្ធ ឬដៃគូក្នុងគ្រួសាររបស់អ្នកកំពុងរស់នៅ ក្នុងពេលដែលអ្នកចាកចេញពីមន្ទីរពេទ្យ។	

	សេវាកម្មដែលគម្រោងរបស់យើងខ្ចីបង់ប្រាក់ទូទាត់ជូន	អ្វីដែលអ្នកត្រូវតែចំណាយ
	ការព្យាបាលដោយការធ្វើលំហាត់ប្រាណ (SET យើងបង់ប្រាក់ទូទាត់លើ SET សម្រាប់សមាជិកដែលមានរោគសញ្ញាជំងឺសរសៃឈាមក្រហម (PAD) ដែលមានការបញ្ជូនបន្តឱ្យទៅព្យាបាលជំងឺ PAD ពីវេជ្ជបណ្ឌិតដែលទទួលខុសត្រូវលើការព្យាបាលជំងឺ PAD នោះ។ គម្រោងរបស់យើងបង់ប្រាក់ទូទាត់សម្រាប់៖ • រហូតដល់ 36 វគ្គក្នុងអំឡុងពេល 12 សប្តាហ៍ បើសិនជាតម្រូវការ SET ទាំងអស់ត្រូវបានបំពេញ • 36 វគ្គបន្ថែមទៀត បើសិនជាត្រូវបានចាត់ទុកថាចាំបាច់តាមបែបវេជ្ជសាស្ត្រដោយអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាព កម្មវិធី SET ត្រូវតែមាន៖ • វគ្គដែលមានរយៈពេល 30 ទៅ 60 នាទីនៃកម្មវិធីបណ្តុះបណ្តាលហាត់ប្រាណព្យាបាលសម្រាប់ PAD ចំពោះសមាជិកដែលមានការរមួលក្រពើ ដោយសារឈាមរត់មិនល្អ (ក្តាមកាច់ជើង) • នៅក្នុងការកំណត់របស់មន្ទីរពេទ្យព្យាបាលអ្នកជំងឺដែលមិនស្នាក់ព្យាបាល ឬនៅក្នុងការិយាល័យរបស់គ្រូពេទ្យ • ផ្តល់ជូនដោយបុគ្គលិកដែលមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ដែលធ្វើឱ្យអត្ថប្រយោជន៍លើសពីគ្រោះថ្នាក់ និងដែលបានទទួលការបណ្តុះបណ្តាលក្នុងការព្យាបាលដោយលំហាត់ប្រាណសម្រាប់ PAD • ក្រោមការគ្រប់គ្រងដោយផ្ទាល់របស់គ្រូពេទ្យ ជំនួយការគ្រូពេទ្យ ឬបុគ្គលិកជំនាញគិលានុបដ្ឋាយិកា/អ្នកឯកទេសគិលានុបដ្ឋាយិកាតាមគ្លីនិក ដែលបានទទួលការបណ្តុះបណ្តាលទាំងក្នុងតិចនិកគាំទ្រជីវិតមូលដ្ឋាន និងលំដាប់ខ្ពស់ SET អាចត្រូវបានធានារ៉ាប់រងលើសពី 36 វគ្គក្នុងរយៈពេល 12 សប្តាហ៍សម្រាប់វគ្គបន្ថែមចំនួន 36 ក្នុងរយៈពេលបន្ថែម ប្រសិនបើចាត់ទុកថាជាភាពចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដោយអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាព។	$0

	សេវាកម្មដែលគម្រោងរបស់យើងខ្ចីបង់ប្រាក់ទូទាត់ជូន	អ្វីដែលអ្នកត្រូវតែចំណាយ
	មធ្យោបាយធ្វើដំណើរ៖ មធ្យោបាយធ្វើដំណើរផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដែលមិនមែនជាការសង្គ្រោះបន្ទាន់ អត្ថប្រយោជន៍នេះអនុញ្ញាតឱ្យមានការផ្តល់មធ្យោបាយធ្វើដំណើរដែលមានតម្លៃសមរម្យបំផុត និងអាចប្រើប្រាស់។ នេះរួមមាន៖ រថយន្តសង្គ្រោះបន្ទាន់ រថយន្តកូច សេវាកម្មដឹកអ្នកជំងឺបែបវេជ្ជសាស្ត្រមានរទេះសម្រាប់ជនពិការ និងសេវាកម្មសម្របសម្រួលការធ្វើដំណើរ។ ទម្រង់នៃមធ្យោបាយធ្វើដំណើរត្រូវបានអនុញ្ញាតនៅពេល៖ • នៅពេលលក្ខខណ្ឌសុខភាព និង/ឬបរិវេណមិនអនុញ្ញាតឱ្យអ្នកធ្វើដំណើរដោយរថយន្តក្រុង រថយន្តដឹកអ្នកដំណើរ រថយន្តតាក់ស៊ី ឬទម្រង់នៃមធ្យោបាយធ្វើដំណើរសាធារណៈ និងឯកជនដទៃទៀត **និង** ដោយផ្អែកលើសេវាកម្មនេះ ចាំបាច់ត្រូវមានការអនុញ្ញាតជាមុន។ **កំណត់ចំណាំ៖** ការរៀបចំសម្រាប់មធ្យោបាយធ្វើដំណើរត្រូវបានរៀបចំដោយ Call the Car។ សមាជិកត្រូវទាក់ទងមកកាន់ Call the Car តាមលេខ (855) 200-7544 [TTY: 711) 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការរៀបចំមធ្យោបាយធ្វើដំណើរត្រូវតែរៀបចំឡើងយ៉ាងហោចណាស់ 24 ម៉ោងជាមុន។ Call the Car ផ្តល់ជូននូវកម្មវិធីទូរសព្ទ (CTC·Go) ដែលអាចប្រើបានដោយសមាជិក Blue Shield TotalDual Plan ដើម្បីសម្របសម្រួលមធ្យោបាយធ្វើដំណើរនៃការថែទាំសុខភាព។ CTC·Go អនុញ្ញាតឱ្យអ្នកពិនិត្យមើលការកក់នាពេលខាងមុខ ឬការកក់ពីមុន វាយតម្លៃការជិះរបស់អ្នក តាមដានអ្នកបើកបររបស់អ្នក លុបចោលការកក់ដែលមានស្រាប់ និងកំណត់ពេលសម្រាប់ការកក់ថ្មីមួយទៀត។ CTC·Go មាននៅលើ iOS និង Android។ ស្វែងរកនៅក្នុង app store របស់អ្នកសម្រាប់ "CTC·Go" ហើយទាញយកកម្មវិធីនេះ។ ** សេវាកម្មមិនអនុវត្តចំពោះដែនកំណត់អតិបរមារបស់គម្រោងនោះទេ។*	$0

សេវាកម្មដែលគម្រោងរបស់យើងខ្ចប់បង់ជ្រាក់ទូទាត់ជូន		អ្វីដែលអ្នកត្រូវតែចំណាយ
	មធ្យោបាយធ្វើដំណើរ៖ ការដឹកជញ្ជូនមិនមែនវេជ្ជសាស្ត្រ អត្ថប្រយោជន៍នេះ អនុញ្ញាតឱ្យមធ្យោបាយធ្វើដំណើរទៅកាន់កន្លែងផ្តល់សេវាកម្មវេជ្ជសាស្ត្រ ដោយរថយន្តដឹកអ្នកដំណើរ រថយន្តតាក់ស៊ី ឬទម្រង់នៃមធ្យោបាយធ្វើដំណើរសាធារណៈ និងឯកជនដទៃទៀត។ មធ្យោបាយធ្វើដំណើរ គឺតម្រូវសម្រាប់គោលបំណងនៃការទទួលបានការថែទាំវេជ្ជសាស្ត្រដែលចាំបាច់ រួមមានការធ្វើដំណើរទៅកាន់ការណាត់ជួបជាមួយនឹងពេទ្យឆ្មេញ និងដើម្បីទៅយកឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជា។ អត្ថប្រយោជន៍នេះមិនកំណត់អត្ថប្រយោជន៍នៃមធ្យោបាយធ្វើដំណើរផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ ដែលមិនស្ថិតក្នុងការសង្គ្រោះបន្ទាន់របស់អ្នកនោះទេ។	$0

	សេវាកម្មដែលគម្រោងរបស់យើងខ្ចីបង់ប្រាក់ទូទាត់ជូន	អ្វីដែលអ្នកត្រូវតែចំណាយ
	ការថែទាំបន្ទាន់ ការថែទាំបន្ទាន់ គឺជាការថែទាំដែលបានផ្តល់ឱ្យព្យាបាល៖ • ករណីមិនមែនសង្គ្រោះបន្ទាន់ដែលតម្រូវឱ្យមានការថែទាំផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រភ្លាមៗ **ឬ** • ជំងឺវេជ្ជសាស្ត្រភ្លាមៗ **ឬ** • ការរងរបួស **ឬ** • ស្ថានភាពដែលត្រូវការសេវាកម្មថែទាំភ្លាមៗ។ បើអ្នកត្រូវការសេវាកម្មថែទាំបន្ទាន់ អ្នកគួរតែសាកល្បងទទួលយកសេវាកម្មនេះពីអ្នកផ្តល់សេវាកម្មក្នុងបណ្តាញសិន។ ទោះបីយ៉ាងណាក៏ដោយ អ្នកអាចប្រើអ្នកផ្តល់សេវាក្រៅបណ្តាញ នៅពេលដែលអ្នកមិនអាចទៅដល់អ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ (ឧទាហរណ៍ នៅពេលអ្នកនៅខាងក្រៅតំបន់សេវាកម្មរបស់គម្រោង ឬអំឡុងពេលចុងសប្តាហ៍)។ ការជានាវ៉ាប់រងទូទាំងពិភពលោក អ្នកមិនមានដែនកំណត់ប្រចាំឆ្នាំបញ្ចូលគ្នាសម្រាប់ការថែទាំក្នុងក្រាមានអាសន្នដែលមានការវ៉ាប់រង ឬសេវាកម្មដែលចាំបាច់បន្ទាន់នៅខាងក្រៅសហរដ្ឋអាមេរិកនោះទេ។ សេវាកម្មនៅក្រៅសហរដ្ឋអាមេរិក និងតំបន់នានានៅក្នុងសហរដ្ឋអាមេរិកមិនអនុវត្តចំពោះដែនកំណត់នៃអត្ថប្រយោជន៍អតិបរិមារបស់គម្រោងឡើយ។ * សេវាកម្មមិនអនុវត្តចំពោះដែនកំណត់អតិបរមារបស់គម្រោងនោះទេ។	$0

សេវាកម្មដែលគម្រោងរបស់យើងខ្ចីបង់ប្រាក់ទូទាត់ជូន		អ្វីដែលអ្នកត្រូវតែចំណាយ
	ការថែទាំសុខភាពភ្នែក* យើងបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាកម្មខាងក្រោម៖ • ការពិនិត្យភ្នែកជាប្រចាំ • កែវដាក់ក្នុងភ្នែក ឬវ៉ែនតា (ដង និងកញ្ចក់) *ការអនុញ្ញាតជាមុន (ការយល់ព្រមជាមុន) **គឺ** តម្រូវសម្រាប់ការពិនិត្យភ្នែកជាប្រចាំ និងសម្ភារផ្សេងៗ។ ប្រើ បញ្ជីឈ្មោះនៃសេវាពិនិត្យភ្នែក* ឬចូលទៅកាន់ **blueshieldca.com/find-a-doctor** ដើម្បីកំណត់ទីតាំងអ្នកផ្តល់សេវាដែលចូលរួមនៅក្នុងបណ្តាញសម្រាប់សេវាពិនិត្យភ្នែក (VSP) (Blue Shield Vision Plan Administrator)។ * សេវាកម្មមិនអនុវត្តចំពោះដែនកំណត់អតិបរមារបស់គម្រោងនោះទេ។ យើងបង់ប្រាក់ទូទាត់លើសេវាវេជ្ជបណ្ឌិតចំពោះអ្នកជំងឺមិនស្នាក់ព្យាបាល សម្រាប់ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ និងការព្យាបាលជំងឺ ព្រមទាំងការរបួសនៅផ្នែកភ្នែក។ ឧទាហរណ៍ នេះរួមបញ្ចូលទាំងការពិនិត្យភ្នែកប្រចាំឆ្នាំសម្រាប់ជំងឺរេទីនទឹកនោមផ្អែមចំពោះអ្នកដែលមានជំងឺទឹកនោមផ្អែម និងការព្យាបាលការចុះខ្សោយនៃភ្នែកទាក់ទងនឹងអាយុ។ សម្រាប់អ្នកដែលមានហានិភ័យខ្ពស់ផ្នែកជំងឺទឹកដក់ក្នុងភ្នែក យើងបង់ប្រាក់ទូទាត់សម្រាប់សេវាកម្មពិនិត្យជំងឺទឹកដក់ក្នុងភ្នែកក្នុងមួយឆ្នាំម្តង។ អ្នកដែលមានហានិភ័យខ្ពស់នៃជំងឺទឹកដក់ក្នុងភ្នែករួមមាន៖ • អ្នកដែលមានគ្រួសារមានប្រវត្តិកើតជំងឺទឹកដក់ក្នុងភ្នែក • អ្នកជំងឺទឹកនោមផ្អែម • ជនជាតិអាមេរិកដែលមានដើមកំណើតពីអាហ្វ្រិកដែលមានអាយុចាប់ពី 50 ឆ្នាំឡើងទៅ • ជនជាតិអាមេរិកាំងនិយាយភាសាអេស្ប៉ាញដែលមានអាយុ 65 ឆ្នាំ ឬចាស់ជាងនេះ	$0 អ្នកបង់ប្រាក់ទូទាត់ចំនួន $0 សម្រាប់ការពិនិត្យមួយដងក្នុងមួយឆ្នាំ។ អ្នកបង់ប្រាក់ទូទាត់ចំនួន $0 សម្រាប់ទាំងកែវដាក់ក្នុងភ្នែក**ឬ** សម្រាប់វ៉ែនតាមួយគូ (ដង និងកញ្ចក់) ដែលមានតម្លៃរហូតដល់ $300 ជារៀងរាល់ឆ្នាំ។ ប្រសិនបើអ្នកជ្រើសរើសកែវដាក់ក្នុងភ្នែក ឬវ៉ែនតា (ដង និងកញ្ចក់) ដែលមានតម្លៃលើសពី $300 អ្នកទទួលខុសត្រូវចំពោះភាពខុសគ្នា។

សេវាកម្មដែលគម្រោងរបស់យើងខ្ចីបង់ប្រាក់ទូទាត់ជូន		អ្វីដែលអ្នកត្រូវតែចំណាយ
	យើងបង់ប្រាក់ទូទាត់សម្រាប់វ៉ែនតាមួយគូរ ឬកែវដាក់ក្នុងភ្នែក បន្ទាប់ពីការវះកាត់ជំងឺភ្នែកឡើងជាយនីមួយៗ នៅពេលដែលវេជ្ជបណ្ឌិតបញ្ចូលកញ្ចក់សិប្បនិម្មិតដាក់ក្នុងភ្នែក។ ប្រសិនបើអ្នកមានការវះកាត់ជំងឺជាយភ្នែកពីរដាច់ដោយឡែកពីគ្នា អ្នកត្រូវទទួលបានវ៉ែនតាមួយគូរ បន្ទាប់ពីធ្វើការវះកាត់រួច។ អ្នកមិនអាចទទួលបានវ៉ែនតាពីរគូរ ក្រោយពេលវះកាត់ជាលើកទីពីរបួចនោះទេ ទោះបីជាអ្នកមិនបានទទួលបានវ៉ែនតាមួយគូរក្រោយពេលវះកាត់លើកទីមួយក៏ដោយ។	
	ការជួបពិគ្រោះក្នុងការបង្ការជំងឺ "ស្វាគមន៍មកកាន់កម្មវិធី Medicare" យើងខ្ចីជានារ៉ាប់រងសម្រាប់ការជួបពិគ្រោះក្នុងការបង្ការជំងឺ "ស្វាគមន៍មកកាន់កម្មវិធី Medicare" ចំនួនមួយលើក។ ការជួបពិគ្រោះនេះរួមមាន៖ • ការពិនិត្យសុខភាពរបស់អ្នកឡើងវិញ • អប់រំ និងពិគ្រោះយោបល់អំពីសេវាកម្មបង្ការដែលអ្នកត្រូវការ (ដូចជា សេវាកម្មថតឆ្អឹង និងចាក់ថ្នាំជាដើម) **និង** • ការបញ្ជូនបន្តសម្រាប់សេវាកម្មថែទាំដ៏ទៃទៀត នៅពេលអ្នកត្រូវការ។ **កំណត់សម្គាល់៖** យើងខ្ចីជានារ៉ាប់រងលើការជួបពិគ្រោះក្នុងការបង្ការជំងឺ ដែលជា “ការស្វាគមន៍របស់គម្រោង Medicare” តែក្នុងអំឡុងពេល 12 ខែដំបូងដែលអ្នកមានអត្ថប្រយោជន៍ Medicare ផ្នែក B ប៉ុណ្ណោះ។ នៅពេលអ្នកធ្វើការណាត់ជួប សូមប្រាប់ការិយាល័យវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកថា អ្នកចង់កំណត់ពេលជួបពិគ្រោះក្នុងការបង្ការជំងឺដែលជា “ការស្វាគមន៍របស់គម្រោង Medicare” ។	$0

តារាងដំណើរការអត្ថប្រយោជន៍សុខភាពធ្មេញជាប្រចាំ

អត្ថប្រយោជន៍សុខភាពធ្មេញជាប្រចាំត្រូវបានរួមបញ្ចូលសម្រាប់សមាជិកទាំងអស់នៅក្នុងគម្រោងនេះ។

តារាងនៃដំណើរការអត្ថប្រយោជន៍សុខភាពធ្មេញជាប្រចាំ

ខាងក្រោមបង្ហាញពីដំណើរការសុខភាពធ្មេញជាក់លាក់ដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយអត្ថប្រយោជន៍សុខភាពធ្មេញជាប្រចាំ និងអ្វីដែលអ្នកនឹងត្រូវចំណាយសម្រាប់ដំណើរការទាំងនោះ។ សេវាដែលបានចុះបញ្ជីជាអត្ថប្រយោជន៍ដែលមានការធានារ៉ាប់រងនៅពេលដែលបានផ្តល់ដោយទន្តពេទ្យដែលមានអាជ្ញាបណ្ណក្នុងបណ្តាញ ហើយនៅពេលដែលចាំបាច់ និងជាទម្លាប់ដូចដែលបានកំណត់ដោយស្តង់ដារនៃការអនុវត្តសុខភាពធ្មេញដែលបានទទួលយកជាទូទៅ។

ចំណុចសំខាន់៖ សូមចំណាំថា ដំណើរការដែលមិនបានរាយបញ្ជីមិនត្រូវបានធានារ៉ាប់រងទេ។

ចំណុចសំខាន់៖
សេវាសុខភាពធ្មេញមួយចំនួនដែលមិនត្រូវបានធានារ៉ាប់រងនៅក្រោមលក្ខខណ្ឌណាមួយទេ (ក៏ត្រូវបានគេស្គាល់ផងដែរថាជាការណែលើកលែង) ហើយសេវាសុខភាពធ្មេញមួយចំនួនតែប៉ុណ្ណោះដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងក្រោមលក្ខខណ្ឌជាក់លាក់ (ក៏ត្រូវបានគេស្គាល់ផងដែរថាជា ការណែកំណត់)។ សូមមើល "ការណែកំណត់ទូទៅ" និង "ការណែលើកលែងទូទៅ" ដែលបានរាយបញ្ជីបន្ទាប់ពីតារាងអត្ថប្រយោជន៍នេះសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។

អត្ថប្រយោជន៍នឹងត្រូវបានផ្តល់ជូនសម្រាប់ដំណើរការសុខភាពធ្មេញជាក់លាក់ដែលចាំបាច់ដើម្បីព្យាបាលស្ថានភាពបន្ទាន់ដែលជាក់លាក់ ដូចជាធ្មេញដែលកំពុងកើតមានការឈឺចាប់ ឬអាចឆ្លងធ្ងន់ធ្ងរ ឬនៅពេលដែលត្រូវបានផ្តល់ជូនក្នុងលក្ខខណ្ឌដែលស្របតាមស្តង់ដារនៃការថែទាំដែលត្រូវបានទទួលស្គាល់ដោយវិជ្ជាជីវៈ។ គម្រោងសូមរក្សាសិទ្ធិក្នុងការត្រួតពិនិត្យផ្នែករដ្ឋបាល ដោយប្រធានផ្នែកសុខភាពធ្មេញនៃគម្រោង ឯកសារដែលបានដាក់ជូននៃលក្ខខណ្ឌខាងលើសម្រាប់សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង។

លក្ខខណ្ឌដែលត្រូវបានកំណត់លក្ខណៈដោយការឈឺចាប់ ឬអាចឆ្លងធ្ងន់ធ្ងររួមមានដូចខាងក្រោម៖

- ការឈឺចាប់ធ្ងន់ធ្ងរដែលត្រូវការការព្យាបាលឬសធ្មេញភ្លាមៗ
- ការឈឺចាប់ធ្ងន់ធ្ងរដែលត្រូវការព្យាបាលដោយការដក ឬការយកធ្មេញចេញ និង/ឬការរះកាត់និងការបង្ហូរខ្ទុះចេញ
- ជំងឺអាប់សែសរសៃឬសធ្មេញធ្ងន់ធ្ងរដែលត្រូវការដំណើរការព្យាបាលសរសៃឬសធ្មេញជាបន្ទាន់។

លក្ខខណ្ឌនៃការស្តារមុខងារធ្មេញបន្ទាន់រួមមានដូចខាងក្រោម៖

- ធ្មេញដែលកំពុងដំណើរការស្តារមុខងារឡើងវិញ ដែលត្រូវបានចាប់ផ្តើមដូចជាការប៉ះធ្មេញ (ការស្តារមុខងារធ្មេញមូលដ្ឋាន) ប៉ុន្តែដោយសារតែទំហំនៃការពុកផុយ/ការបាក់បែកដែលត្រូវបានរកឃើញក្នុងអំឡុងពេលនៃការស្តារមុខងារធ្មេញឡើងវិញ ដែលបច្ចុប្បន្នត្រូវបានតម្រូវឱ្យមានការស្រោបលោហៈធាតុប្រាក់ ឬមាស (ការស្តារឡើងវិញចាំបាច់)។

សេវាកម្មដែលត្រូវបានរាយបញ្ជីជាមួយនឹងកូដដំណើរការរបស់សមាគមសុខភាពធ្មេញអាមេរិក (ADA) ដោយផ្អែកលើពាក្យសព្ទបច្ចេកទេសធ្មេញបច្ចុប្បន្ន។ ច្បាប់សហព័ន្ធតម្រូវឱ្យប្រើកូដរបស់ ADA ដើម្បីរាយការណ៍អំពីដំណើរការសុខភាពធ្មេញ។ កូដដំណើរការអាចត្រូវបានកែសម្រួលពីមួយដងទៅមួយដងដោយ ADA។ ដូច្នេះ គម្រោងអាចកែប្រែបញ្ជីកូដនេះឡើងវិញតាមការតម្រូវដោយច្បាប់។ អ្នកអាចទទួលបានបញ្ជីកូដ ADA ដែលបានធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពដោយទាក់ទងទៅកាន់ផ្នែកបម្រើសេវាអតិថិជនរបស់ផ្នែកគ្រប់គ្រងគម្រោងសុខភាពធ្មេញ (Dental Plan Administrator, DPA) តាមរយៈលេខ **(866) 247-2486 [TTY: 711]** ចាប់ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ (លើកលែងតែថ្ងៃឈប់សម្រាក) ចាប់ពីថ្ងៃទី 1 ខែតុលា ដល់ថ្ងៃទី 31 ខែមីនា និងថ្ងៃធ្វើការចាប់ពីថ្ងៃទី 1 ខែមេសា ដល់ថ្ងៃទី 30 ខែកញ្ញា។

កូដ ADA	**ការពិពណ៌នាអំពី ADA នៃសេវាកម្មដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងចំពោះអ្នក**	**អ្វីដែលអ្នកត្រូវតែចំណាយ**
សេវាធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ		
D0150	ការវាយតម្លៃសុខភាពមាត់ទូទៅ - អ្នកជំងឺថ្មី ឬអ្នកជំងឺដែលបានបង្កើតឡើង	$0
D0171	ការវាយតម្លៃឡើងវិញ ការជួបពិគ្រោះនៅការិយាល័យបន្ទាប់ពីការវះកាត់	$0
D0190	ការពិនិត្យមើលអ្នកជំងឺ	$0
D0191	ការវាយតម្លៃសុខភាពរបស់អ្នកជំងឺ	$0
D0251	រូបភាពឥតកាំរស្មីធ្មេញខាងក្រោយដែលនៅហួសក្រអូមមាត់	$0
D0415	ការប្រមូលមីក្រូសារពាង្គកាយសម្រាប់ការពិសោធមេរោគ និងកម្រិតរកឃើញលទ្ធផលវិជ្ជមាន	$0
D0425	ការធ្វើតេស្តភាពងាយនៃការពុកធ្មេញ	$0
D0460	តេស្តភាពរឹងមាំនៃជើង ឬសធ្មេញ	$0
D0470	គំរូវិនិច្ឆ័យរោគ	$0
D0472	ការចូលជាលិកា ការធ្វើកោសល្យវិច្ច័យសរុប ការរៀបចំ និងការបញ្ជូនរបាយការណ៍ជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ	$0
D0473	ការចូលជាលិកា ការធ្វើកោសល្យវិច្ច័យសរុប និងដោយមីក្រូទស្សន៍ ការរៀបចំ និងការបញ្ជូនរបាយការណ៍ជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ	$0
D0474	ការចូលជាលិកា ការធ្វើកោសល្យវិច្ច័យសរុបរួមមានការវាយតម្លៃកម្រិតនៃការវះកាត់ចំពោះជំងឺបច្ចុប្បន្ន ការរៀបចំ និងការបញ្ជូនរបាយការណ៍ជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ	$0
សេវាបង្ការរោគ		
D1110	វិធានការបង្ការរោគ – មនុស្សពេញវ័យ	$0
D1206	ការប្រើសារធាតុភ្លុយអរ៉ាន់ីសនៅលើធ្មេញ	$0
D1208	ការប្រើសារធាតុភ្លុយអរនៅលើធ្មេញ - មិនរួមបញ្ចូលការវ៉ាន់ីស	$0

កូដ ADA	ការពិពណ៌នាអំពី ADA នៃសេវាកម្មដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រង ចំពោះអ្នក	អ្វីដែលអ្នកត្រូវតែចំណាយ
D1353	ការប៉ះធ្មេញ - ក្នុងមួយធ្មេញ	$10
D1520	ឧបករណ៍ទប់រក្សាចន្លោះ - ដែលដោះចេញបាន - តែមួយចំហៀង - ក្នុងមួយចតុភាគ	$70
សេវាស្តារមុខងារធ្មេញ		
D2140	ធាតុលោហៈប៉ះប្រហោងធ្មេញ - ផ្ទៃមួយ ធ្មេញកំណើត (ធ្មេញព្រៃ) ឬធ្មេញអចិន្ត្រៃយ៍ (ធ្មេញស្រុក)	$0
D2510	លោហៈប៉ះធ្មេញផ្ទៃធំ - លោហៈធាតុស្រោបពីលើ - ផ្ទៃមួយ	$170
D2520	លោហៈប៉ះធ្មេញផ្ទៃធំ - លោហៈធាតុស្រោបពីលើ - ផ្ទៃពីរ	$180
D2530	លោហៈប៉ះធ្មេញផ្ទៃធំ - លោហៈធាតុស្រោបពីលើ - ផ្ទៃបី ឬច្រើនជាងនេះ	$190
D2542	លោហៈប៉ះពេញមួយផ្ទៃ - លោហៈធាតុស្រោបពីលើ - ផ្ទៃពីរ	$185
D2543	លោហៈប៉ះពេញមួយផ្ទៃ - លោហៈធាតុស្រោបពីលើ - ផ្ទៃបី	$195
D2544	លោហៈប៉ះពេញមួយផ្ទៃ - លោហៈធាតុស្រោបពីលើ - ផ្ទៃបួន ឬច្រើនជាងនេះ	$215
D2610	លោហៈប៉ះធ្មេញផ្ទៃធំ - ព័រសឺឡែន/សេរ៉ាមិច - ផ្ទៃមួយ	$295
D2620	លោហៈប៉ះធ្មេញផ្ទៃធំ - ព័រសឺឡែន/សេរ៉ាមិច - ផ្ទៃពីរ	$330
D2630	លោហៈប៉ះធ្មេញផ្ទៃធំ - ព័រសឺឡែន/សេរ៉ាមិច - ផ្ទៃបី ឬច្រើនជាងនេះ	$350
D2642	លោហៈប៉ះពេញមួយផ្ទៃ - ព័រសឺឡែន/សេរ៉ាមិច - ផ្ទៃពីរ	$325
D2643	លោហៈប៉ះពេញមួយផ្ទៃ - ព័រសឺឡែន/សេរ៉ាមិច - ផ្ទៃបី	$360
D2644	លោហៈប៉ះពេញមួយផ្ទៃ - ព័រសឺឡែន/សេរ៉ាមិច - ផ្ទៃបួន ឬច្រើនជាងនេះ	$380
D2650	លោហៈប៉ះធ្មេញផ្ទៃធំ - ការប៉ះបិទប្រហោងធ្មេញដោយសារធាតុដំរ៉ាំណដូចធ្មេញ/ដំរ - ផ្ទៃមួយ	$195
D2651	លោហៈប៉ះធ្មេញផ្ទៃធំ - ការប៉ះបិទប្រហោងធ្មេញដោយសារធាតុដំរ៉ាំណដូចធ្មេញ/ដំរ - ផ្ទៃពីរ	$220
D2652	លោហៈប៉ះធ្មេញផ្ទៃធំ - ការប៉ះបិទប្រហោងធ្មេញដោយសារធាតុដំរ៉ាំណដូចធ្មេញ/ដំរ - ផ្ទៃបី ឬច្រើនជាងនេះ	$255
D2662	លោហៈប៉ះពេញមួយផ្ទៃ - ការប៉ះបិទប្រហោងធ្មេញដោយសារធាតុដំរ៉ាំណដូចធ្មេញ/ដំរ - ផ្ទៃពីរ	$250
D2663	លោហៈប៉ះពេញមួយផ្ទៃ - ការប៉ះបិទប្រហោងធ្មេញដោយសារធាតុដំរ៉ាំណដូចធ្មេញ/ដំរ - ផ្ទៃបី	$275
D2664	លោហៈប៉ះពេញមួយផ្ទៃ - ការប៉ះបិទប្រហោងធ្មេញដោយសារធាតុដំរ៉ាំណដូចធ្មេញ/ដំរ - ផ្ទៃបួន ឬច្រើនជាងនេះ	$320
D2720	ស្រោបធ្មេញ - ដែលធ្វើពីដំរលាយជាមួយលោហៈមានតម្លៃខ្ពស់	$320
D2722	ស្រោបធ្មេញ - ដែលធ្វើពីដំរលាយជាមួយលោហៈមានតម្លៃ	$260
D2750	ស្រោបធ្មេញ - ដែលធ្វើពីសារធាតុព័រសឺឡែនរំលាយបញ្ចូលជាមួយលោហៈមានតម្លៃខ្ពស់	$380

កូដ ADA	**ការពិពណ៌នាអំពី ADA នៃសេវាកម្មដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងចំពោះអ្នក**	**អ្វីដែលអ្នកត្រូវតែចំណាយ**
D2752	ស្រោបធ្មេញ - ដែលធ្វើពីសារធាតុព័រសឺឡែនរំលាយបញ្ចូលជាមួយលោហៈមានតម្លៃ	$320
D2753	ស្រោបធ្មេញ - ដែលធ្វើពីសារធាតុព័រសឺឡែនរំលាយបញ្ចូលជាមួយទីតានីញ៉ូម និងសំលោហៈទីតានីញ៉ូម	$380
D2780	ស្រោបធ្មេញ ដែលស្រោបលោហៈមានតម្លៃខ្ពស់ 3/4	$380
D2782	ស្រោបធ្មេញ ដែលស្រោបលោហៈមានតម្លៃ 3/4	$320
D2790	ស្រោបធ្មេញ - ដែលស្រោបពេញដោយលោហៈមានតម្លៃខ្ពស់	$380
D2792	ស្រោបធ្មេញ - ដែលស្រោបពេញដោយលោហៈមានតម្លៃ	$320
D2794	ធ្មេញស្រោប - ទីតានីញ៉ូម	$380
D2921	ការប៉ះបំណែកធ្មេញឡើងវិញ គែប ឬផ្នែកនៃធ្មេញ	$50
D2929	ជួសជុលការស្រោបធ្មេញព័រសឺឡែន/សេរ៉ាមិច - ធ្មេញកំណើត (ធ្មេញព្រៃ) - ធ្មេញមុខ	$75
D2940	ការស្តារមុខងារធ្មេញឡើងវិញបែបបង្ការ	$0
D2981	ការព្យាបាលលោហៈប៉ះធ្មេញផ្ទៃធំដែលមិនអាចយកចេញបានដែលត្រូវការសម្រាប់ពេលឧបករណ៍ស្តារឡើងវិញបានបរាជ័យ	$25
D2982	ការព្យាបាលលោហៈប៉ះពេញមួយផ្ទៃដែលមិនអាចយកចេញបានដែលត្រូវការសម្រាប់ពេលឧបករណ៍ស្តារឡើងវិញបានបរាជ័យ	$25
D2983	ការព្យាបាលធ្មេញស្រោបដោយផ្នែកដែលមិនអាចយកចេញបានដែលត្រូវការសម្រាប់ពេលឧបករណ៍ស្តារឡើងវិញបានបរាជ័យ	$25
សេវាកម្មព្យាបាលបណ្តូលធ្មេញ		
D3110	គម្របលើសាច់ - ដោយផ្ទាល់ (មិនរាប់បញ្ចូលការស្តារឡើងវិញចុងក្រោយ)	$0
D3331	ការព្យាបាលនៃការស្ទះសរសៃឈាមធ្មេញ ការព្យាបាលដែលមិនរះកាត់	$0
D3333	ការជួសជុលធ្មេញខាងក្នុងពីភាពខុសទម្រង់	$50
D3346	ការព្យាបាលដែលធ្លាប់ទទួលបានពីមុនសម្រាប់ចង្អូរឫសធ្មេញ - ធ្មេញមុខ	$0
D3348	ការព្យាបាលឡើងវិញនៃរន្ធឫសធ្មេញដែលធ្លាប់បានព្យាបាលពីមុនមក - ធ្មេញថ្គាម	$0
D3353	ការព្យាបាលដោយរបាំងកាលស្បូម/ការផ្តល់សមាសធាតុកាលស្បូម - ការចូលពិនិត្យចុងក្រោយ (រួមបញ្ចូលទាំងការព្យាបាលឫសធ្មេញដែលត្រូវបានបំពេញ	$80
D3450	ការកាត់ឫសធ្មេញចេញ - ក្នុងមួយឫសធ្មេញ	$85
D3920	ការតម្រង់ធ្មេញថ្គាម (រួមទាំងការដកឫសធ្មេញចេញ) មិនរាប់បញ្ចូលការព្យាបាលរន្ធឫសធ្មេញ	$150

កូដ ADA	ការពិពណ៌នាអំពី ADA នៃសេវាកម្មដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងចំពោះអ្នក	អ្វីដែលអ្នកត្រូវតែចំណាយ
សេវាកម្មព្យាបាលរោគអញ្ចាញធ្មេញ		
D4212	ការរុះកាត់ផ្នែកអញ្ចាញចេញ ឬការរុះកាត់តម្រង់អញ្ចាញធ្មេញដើម្បីអនុញ្ញាតឱ្យមានដំណើរការស្តារឡើងវិញ ក្នុងមួយធ្មេញ	$85
D4240	ដំណើរការព្យាបាលចម្រៀកអញ្ចាញធ្មេញ រួមទាំងការដាំឫសធ្មេញ - ធ្មេញបួន ឬច្រើនជាប់គ្នា ឬចន្លោះគម្លាតនៃធ្មេញក្នុងមួយចតុភាគ	$150
D4241	ដំណើរការព្យាបាលចម្រៀកអញ្ចាញធ្មេញ - រួមទាំងការដាំឫសធ្មេញ - ធ្មេញមួយទៅបីជាប់គ្នា ឬចន្លោះគម្លាតនៃធ្មេញក្នុងមួយចតុភាគ	$225
D4245	ទម្រង់ការសម្អាតឆ្នឹងអញ្ចាញទីតាំងខ្ពស់	$75
D4260	ការរុះកាត់ឆ្នឹងថ្គាម (រួមទាំងការបញ្ចូល និងបិទចម្រៀកកន្លែងរុះកាត់) - ធ្មេញបួន ឬច្រើនជាប់គ្នា ឬចន្លោះគម្លាតនៃធ្មេញក្នុងមួយចតុភាគ	$0
D4263	ការផ្សាំជំនួសឆ្នឹង - រក្សាធ្មេញធម្មជាតិ - កន្លែងទីមួយក្នុងមួយចតុភាគ	$225
D4264	ការផ្សាំជំនួសឆ្នឹង - រក្សាធ្មេញធម្មជាតិ - កន្លែងបន្ថែមនីមួយៗក្នុងមួយចតុភាគ	$80
D4270	ដំណើរនៃការផ្សាំជាលិកាទន់តែឌីខល	$225
D4274	ដំណើរការសៀតធ្មេញមុខកណ្តាល/ធ្មេញក្រោយតែមួយ (នៅពេលដែលមិនត្រូវបានអនុវត្តដោយភ្ជាប់ជាមួយដំណើរការរុះកាត់នៅក្នុងតំបន់ដូចគ្នា	$225
D4277	ដំណើរនៃការផ្សាំជាលិកាទន់សេរី (រួមទាំងកន្លែងរុះកាត់អ្នកទទួល និងអ្នកបរិច្ចាក) ធ្មេញដំបូង ការដាំបង្គោលធ្មេញ ឬការខ្ទុះធ្មេញ	$295
D4278	ដំណើរនៃការផ្សាំជាលិកាទន់សេរី (រួមទាំងកន្លែងរុះកាត់អ្នកទទួល និងអ្នកបរិច្ចាក) ធ្មេញបន្ថែមជាប់គ្នានីមួយៗ ការដាំបង្គោលធ្មេញ ឬទីតាំងដែលគ្មានធ្មេញនៅក្នុងកន្លែងរុះកាត់ប្លរូចគ្នា	$295
D4921	ការលាងសម្អាតអញ្ចាញ - ក្នុងមួយចតុភាគ	$0
សេវាកម្មជួសធ្មេញសប្បនិម្មិត (អាចដកចេញបាន)		
D5110	ក្រាសធ្មេញពាក់ពេញលេញ - ឆ្នឹងថ្គាមលើ	$0
D5221	ក្រាសធ្មេញពាក់ដោយផ្នែកនៃថ្គាមលើភ្លាមៗ - ជ័រជាត	$365
D5222	ក្រាសធ្មេញពាក់ដោយផ្នែកនៃថ្គាមក្រោមភ្លាមៗ - ជ័រជាត	$365
D5223	ក្រាសធ្មេញពាក់ដោយផ្នែកនៃថ្គាមលើភ្លាមៗ - ស្រោបជ័រជាតធ្មេញជាមួយនឹងលោហៈ	$415
D5224	ក្រាសធ្មេញពាក់ដោយផ្នែកនៃថ្គាមក្រោមភ្លាមៗ - ស្រោបជ័រជាតធ្មេញជាមួយនឹងលោហៈ	$415
D5225	ក្រាសធ្មេញពាក់ដោយផ្នែកនៃធ្មេញថ្គាមលើ - ផ្នែកដែលអាចបត់បែនបាន (រួមបញ្ចូលសម្ភារជក់ទឹក/ដង្កៀប ទម្រ និងធ្មេញ)	$180

កូដ ADA	**ការពិពណ៌នាអំពី ADA នៃសេវាកម្មដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងចំពោះអ្នក**	**អ្វីដែលអ្នកត្រូវតែចំណាយ**
D5226	ក្រាសធ្មេញពាក់ដោយផ្នែកនៃធ្មេញថ្គាមក្រោម - ផ្នែកដែលអាចបត់បែនបាន (រួមបញ្ចូលសម្ភារជក់ទឹក/ដង្កៀប ទម្រ និងធ្មេញ)	$180
D5670	ជំនួសធ្មេញ និងជំរអាគ្រឹលីកទាំងអស់នៅលើគ្រោងស្រោបដែលធ្វើពីលោហៈ (ថ្គាមលើ)	$100
D5671	ជំនួសធ្មេញនិងជំរអាគ្រឹលីកទាំងអស់នៅលើគ្រោងស្រោបដែលធ្វើពីលោហៈ (ថ្គាមក្រោម)	$100
D5710	ការជួសជុលក្រាសធ្មេញពេញលេញនៃឆ្នឹងថ្គាមលើឡើងវិញ	$100
D5711	ការជួសជុលក្រាសធ្មេញពាក់នៃឆ្នឹងថ្គាមក្រោមឡើងវិញ	$100
D5720	ការជួសជុលក្រាសធ្មេញពាក់ដោយផ្នែកនៃឆ្នឹងថ្គាមលើឡើងវិញ	$100
D5721	ការជួសជុលក្រាសធ្មេញពាក់ដោយផ្នែកនៃឆ្នឹងថ្គាមក្រោម	$110
D5820	ការជួសជុលក្រាសធ្មេញពាក់ដោយផ្នែកនៃឆ្នឹងថ្គាមលើបណ្តោះអាសន្ន (រួមបញ្ចូលសម្ភារជក់ទឹក/ដង្កៀប ទម្រ និងធ្មេញ)។ រួមបញ្ចូលដង្កៀប និងទម្រចាំបាច់ណាមួយ។	$380
D5821	ការជួសជុលក្រាសធ្មេញពាក់ដោយផ្នែកនៃឆ្នឹងថ្គាមក្រោមបណ្តោះអាសន្ន (រួមបញ្ចូលសម្ភារជក់ទឹក/ដង្កៀប ទម្រ និងធ្មេញ)។ រួមបញ្ចូលដង្កៀប និងទម្រចាំបាច់ណាមួយ។	$320
សេវាកម្មជួសធ្មេញសប្បនិម្មិត (ដែលដាក់ភ្ជាប់)		
D6210	ធ្មេញពាក់ - លោហៈស្រោបដែលមានតម្លៃខ្ពស់	$380
D6212	ធ្មេញពាក់ - លោហៈស្រោបមានតម្លៃ	$320
D6240	ធ្មេញពាក់ - ដែលធ្វើពីសារធាតុព័រសឺឡែនរំលាយជាមួយលោហៈមានតម្លៃខ្ពស់	$320
D6242	ធ្មេញពាក់ - ដែលធ្វើពីសារធាតុព័រសឺឡែនរំលាយជាមួយលោហៈមានតម្លៃ	$320
D6243	ធ្មេញពាក់ – ដែលធ្វើពីសារធារតុព័រសឺឡែនរំលាយបញ្ចូលជាមួយទីតានីញ៉ូម និងសំលោហៈទីតានីញ៉ូម	$260
D6250	ធ្មេញពាក់ - ដែលធ្វើពីជ័រជាមួយលោហៈមានតម្លៃខ្ពស់	$330
D6252	ធ្មេញពាក់ - ដែលធ្វើពីជ័រជាមួយលោហៈមានតម្លៃ	$350
D6600	តម្រង់ធ្មេញដោយប៉ះធ្មេញផ្ទៃធំ - ព័រសឺឡែន/សេរ៉ាមិច - ផ្ទៃពីរ	$280
D6601	តម្រង់ធ្មេញដោយប៉ះធ្មេញផ្ទៃធំ - ព័រសឺឡែន/សេរ៉ាមិច - ផ្ទៃបី ឬច្រើនជាងនេះ	$290
D6602	តម្រង់ធ្មេញដោយប៉ះធ្មេញផ្ទៃធំ - មានផ្ទៃពីរដែលធ្វើពីលោហៈមានតម្លៃខ្ពស់ស្រោបពីលើ	$180
D6603	តម្រង់ធ្មេញដោយប៉ះធ្មេញផ្ទៃធំ - មានផ្ទៃបី ឬច្រើនដែលធ្វើពីលោហៈមានតម្លៃខ្ពស់ស្រោបពីលើ	$190

កូដ ADA	ការពិពណ៌នាអំពី ADA នៃសេវាកម្មដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងចំពោះអ្នក	អ្វីដែលអ្នកត្រូវតែចំណាយ
D6604	តម្រង់ធ្មេញដោយប៉ះធ្មេញផ្ទៃធំ - មានផ្ទៃពីរដែលធ្វើពីលោហៈបាតភាគច្រើនស្រោបពីលើ	$210
D6605	តម្រង់ធ្មេញដោយប៉ះធ្មេញផ្ទៃធំ - មានផ្ទៃបី ឬច្រើនដែលធ្វើពីបាតលោហៈភាគច្រើនស្រោបពីលើ	$220
D6606	តម្រង់ធ្មេញដោយប៉ះពេញធ្មេញផ្ទៃធំ - មានផ្ទៃពីរដែលធ្វើពីលោហៈមានតម្លៃស្រោបពីលើ	$325
D6607	តម្រង់ធ្មេញដោយប៉ះពេញធ្មេញផ្ទៃធំ - មានផ្ទៃបី ឬច្រើនដែលធ្វើពីលោហៈមានតម្លៃស្រោបពីលើ	$360
D6608	តម្រង់ធ្មេញដោយប៉ះពេញផ្ទៃធ្មេញ - មានផ្ទៃពីរ ដែលធ្វើពីប៉សឺឡែន/សេរ៉ាមិច ស្រោបពីលើ	$285
D6609	តម្រង់ធ្មេញដោយប៉ះពេញផ្ទៃធ្មេញ - មានផ្ទៃបី ឬច្រើនដែលធ្វើពីប៉សឺឡែន/សេរ៉ាមិច ស្រោបពីលើ	$295
D6610	តម្រង់ធ្មេញដោយប៉ះពេញផ្ទៃធ្មេញ - មានផ្ទៃពីរដែលធ្វើពីលោហៈតម្លៃខ្ពស់ស្រោបពីលើ	$185
D6611	តម្រង់ធ្មេញដោយប៉ះពេញផ្ទៃធ្មេញ - មានផ្ទៃបី ឬច្រើនដែលធ្វើពីលោហៈតម្លៃខ្ពស់ស្រោបពីលើ	$195
D6612	តម្រង់ធ្មេញដោយប៉ះពេញផ្ទៃធ្មេញ - មានផ្ទៃពីរដែលធ្វើពីលោហៈបាតភាគច្រើនស្រោបពីលើ	$205
D6613	តម្រង់ធ្មេញដោយប៉ះពេញផ្ទៃធ្មេញ - មានផ្ទៃបី ឬច្រើនដែលធ្វើពីបាតលោហៈភាគច្រើនស្រោបពីលើ	$225
D6614	តម្រង់ធ្មេញដោយប៉ះពេញផ្ទៃធ្មេញ - មានផ្ទៃពីរដែលធ្វើពីលោហៈមានតម្លៃស្រោបពីលើ	$320
D6615	តម្រង់ធ្មេញដោយប៉ះពេញផ្ទៃធ្មេញ - មានផ្ទៃបី ឬច្រើនដែលធ្វើពីលោហៈមានតម្លៃស្រោបពីលើ	$260
D6720	ធ្មេញស្រោបដែកតម្រង់ធ្មេញ - ដែលធ្វើពីដំរាយជាមួយលោហៈមានតម្លៃខ្ពស់	$380
D6722	ធ្មេញស្រោបដែកតម្រង់ធ្មេញ - ដែលធ្វើពីដំរាយជាមួយលោហៈមានតម្លៃ	$320
D6750	ធ្មេញស្រោបដែកតម្រង់ធ្មេញ - ដែលធ្វើពីសារធាតុពីរសីឡែនរំលាយបញ្ចូលជាមួយលោហៈមានតម្លៃខ្ពស់	$380
D6752	ធ្មេញស្រោបដែកតម្រង់ធ្មេញ - ដែលធ្វើពីសារធាតុប៉សឺឡែនរំលាយបញ្ចូលជាមួយលោហៈមានតម្លៃ	$380
D6753	ធ្មេញស្រោបដែកតម្រង់ធ្មេញ - ប៉សឺឡែនរំលាយបញ្ចូលជាមួយទីតានីញ៉ូម និងសំលោហៈទីតានីញ៉ូម	$320
D6780	ធ្មេញស្រោបដែកតម្រង់ធ្មេញ - ដែលស្រោបលោហៈមានតម្លៃខ្ពស់ 3/4	$380
D6782	ធ្មេញស្រោបដែកតម្រង់ធ្មេញ - ដែលស្រោបលោហៈមានតម្លៃ 3/4	$380

កូដ ADA	**ការពិពណ៌នាអំពី ADA នៃសេវាកម្មដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងចំពោះអ្នក**	**អ្វីដែលអ្នកត្រូវតែចំណាយ**
D6784	ធ្មេញស្រោបដែកតម្រង់ធ្មេញ ¾ - ទីតានីញ៉ូម និងសំលោហៈទីតានីញ៉ូម	$320
D6790	ធ្មេញស្រោបដែកតម្រង់ធ្មេញ - ដែលស្រោបពេញដោយលោហៈមានតម្លៃខ្ពស់	$45
D6792	ធ្មេញស្រោបដែកតម្រង់ធ្មេញ - ដែលស្រោបពេញដោយលោហៈមានតម្លៃ	$320
D6940	ឧបករណ៍បន្ទូរធ្មេញ	$45
សេវាកម្ម វះកាត់ឆ្អឹងថ្គាម មុខមាត់ និងជំងឺធ្មេញ		
D7111	ការដកចេញ សំណល់ក្បូរំណល - ធ្មេញកំណើត (ធ្មេញព្រៃ)	$0
D7140	ការដកធ្មេញរង្គើ ឬឫសដែលលេចចេញ (ដោយឧបករណ៍ឆ្លុះធ្មេញ និង/ឬតង្កៀបដកធ្មេញ)	$0
D7210	ការដកធ្មេញ រង្គើតម្រូវឱ្យមានការដកយកចេញនូវឆ្អឹង ការកាត់ផ្នែកនៃធ្មេញ និងរួមទាំងការឆ្លុះសង្កត់យកធ្មេញចេញនៃផ្នែកអញ្ចាញដែលបានព្រលាត់ឡើង	$0
D7220	ការដកធ្មេញដែលរងផលប៉ះពាល់ - ជាលិកាទន់	$0
D7241	ការដកធ្មេញដែលរងផលប៉ះពាល់ - ឆ្អឹងទាំងស្រុងជាមួយនឹងការវះកាត់ខុសពីប្រក្រតី	$0
D7251	ទម្រង់ការដកធ្មេញទាល់ - ការដកធ្មេញមួយៗដោយចេតនា	$130
D7282	ការព្យាបាលឆ្អឹងធ្មេញដែលរង្គើ ឬមានទីតាំងខុសប្រក្រតីដើម្បីជួយដល់ការរង្គើ	$90
D7510	កន្លែងរះ និងបង្ហូរខ្ទុះចេញពីធ្មេញអាប់សៃ - ជាលិកាទន់ក្នុងមាត់	$0
សេវាកម្មពាត់តម្រង់ធ្មេញ		
D8010	ការព្យាបាលធ្មេញដោយការពាត់តម្រង់មានកំណត់សម្រាប់ធ្មេញព្រៃ	$1,150
D8040	ការព្យាបាលធ្មេញដោយការពាត់តម្រង់មានកំណត់សម្រាប់ធ្មេញមនុស្សពេញវ័យ - មនុស្សពេញវ័យ	$1,350
D8090	ការព្យាបាលធ្មេញដំពេញលេញសម្រាប់ធ្មេញមនុស្សពេញវ័យ - មនុស្សពេញវ័យ	$2,100
សេវាកម្មទូទៅបន្ទាប់បន្សំ		
D9311	ពិគ្រោះយោបល់ជាមួយអ្នកជំនាញថែទាំសុខភាពខាងវជ្ជសាស្ត្រ	$0
D9450	បទបង្ហាញករណីលម្អិត និងផែនការព្យាបាលយ៉ាងពេញលេញ	$0
D9932	ការសម្អាត និងការត្រួតពិនិត្យក្រាសធ្មេញពាក់ពេញលេញដែលអាចដកចេញបាននៃឆ្អឹងថ្គាមលើ	$0
D9933	ការសម្អាត និងការត្រួតពិនិត្យក្រាសធ្មេញពាក់ពេលលេញដែលអាចដកចេញបាននៃឆ្អឹងថ្គាមខាងក្រោម	$0
D9934	ការសម្អាត និងការត្រួតពិនិត្យក្រាសធ្មេញពាក់ដោយផ្នែកដែលអាចដកចេញបាននៃថ្គាមខាងលើ	$0

កូដ ADA	**ការពិពណ៌នាអំពី ADA នៃសេវាកម្មដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងចំពោះអ្នក**	**អ្វីដែលអ្នកត្រូវតែចំណាយ**
D9935	ការសម្អាត និងការត្រួតពិនិត្យក្រាសធ្មេញពាក់ដោយផ្នែកដែលអាចដកចេញបាននៃឆ្នឹងផ្តាមខាងក្រោម	$0
D9943	ការឡែតម្រូវរបាំងធ្មេញបិទ	$10
D9944	ស្រទាប់ពាក់ការពារការកកិតធ្មេញ - ស្រទាប់រឹង មួយស្និតពេញ	$100
D9945	ស្រទាប់ពាក់ការពារការកកិតធ្មេញ - ស្រទាប់ទន់ មួយស្និតពេញ	$100
D9946	ស្រទាប់ពាក់ការពារការកកិតធ្មេញ - ស្រទាប់រឹង មិនពេញស្និត	$100
D9975	ការធ្វើឱ្យធ្មេញសពីសំបកខាងក្រៅសម្រាប់កម្មវិធីតាមផ្ទះក្នុងមួយស្និតរួមបញ្ចូលសម្ភារ និងការបង្កើតាពុម្ពក្រាសធ្មេញផ្ទាល់ខ្លួន - កំណត់ចំពោះពុម្ពធ្មេញពាក់ឱ្យធ្មេញសមួយ និងដែលសម្រាប់រយៈពេលពីរសប្តាហ៍នៃការព្យាបាលដោយខ្លួនឯង	$125
D9986	ខកខានការណាត់ជួប - ដោយគ្មានការជូនដំណឹងក្នុងរយៈពេល 24 ម៉ោង - ក្នុងរយៈពេល 15 នាទីនៃពេលវេលាណាត់ជួប	$10
D9987	លុបចោលការណាត់ជួប - ដោយគ្មានការជូនដំណឹងក្នុងរយៈពេល 24 ម៉ោង - ក្នុងរយៈពេល 15 នាទីនៃពេលវេលាណាត់ជួប។	$10

កំណត់សម្គាល់៖ លុះត្រាតែអ្នកទាមទារសេវាទន្តសាស្ត្របន្ទាន់ដែលមិនមែនជាការរ៉ាប់រងរបស់ Medicare នោះចំនួនទឹកប្រាក់នៃការចែករំលែកថ្លៃចំណាយរបស់សមាជិកដែលបានរាយបញ្ជីអនុវត្តបានតែនៅពេលដែលអ្នកទទួលសេវាសុខភាពធ្មេញពីពេទ្យធ្មេញក្នុងបណ្តាញតែប៉ុណ្ណោះ (សូមមើល "ការថែទាំសុខភាពធ្មេញបន្ទាន់ដែលមិនមែនជាការរ៉ាប់រងរបស់ Medicare")។

កំណត់សម្គាល់៖ ចាប់តាំងពី Blue Shield ធ្វើកិច្ចសន្យាជាមួយ Medicare ជារៀងរាល់ឆ្នាំ អត្ថប្រយោជន៍សុខភាពធ្មេញជាប្រចាំទាំងនេះប្រហែលជាមិនមាននៅឆ្នាំក្រោយទេ។

ទទួលបានការថែទាំសុខភាពធ្មេញជាប្រចាំ

សេចក្តីផ្តើម

គម្រោងសុខភាពធ្មេញរបស់ Blue Shield ត្រូវបានគ្រប់គ្រងដោយអ្នកគ្រប់គ្រងគម្រោងសុខភាពធ្មេញ (DPA) ដែលបានចុះកិច្ចសន្យា ដែលជាអង្គភាពដែលចុះកិច្ចសន្យាជាមួយ Blue Shield ដើម្បីគ្រប់គ្រងការផ្តល់សេវាសុខភាពធ្មេញតាមរយៈបណ្តាញពេទ្យធ្មេញដែលមានកិច្ចសន្យា។ ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរណាមួយទាក់ទងនឹងព័ត៌មាននៅក្នុងផ្នែកសុខភាពធ្មេញនេះ ឬត្រូវការជំនួយ ឬមានបញ្ហាណាមួយ អ្នកអាចទាក់ទងផ្នែកបម្រើសេវាអតិថិជនរបស់ DPA តាមរយៈលេខ **(866) 247-2486 [TTY: 711]** ចាប់ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ (លើកលែងតែថ្ងៃឈប់សម្រាក) ចាប់ពីថ្ងៃទី 1 ខែតុលា ដល់ថ្ងៃទី 31 ខែមីនា និងថ្ងៃធ្វើការចាប់ពីថ្ងៃទី 1 ខែមេសា ដល់ថ្ងៃទី 30 ខែកញ្ញា។

មុនពេលទទួលបានសេវាសុខភាពធ្មេញជាប្រចាំ

អ្នកទទួលខុសត្រូវក្នុងការជានាថា ពេទ្យធ្មេញដែលអ្នកជ្រើសរើសគឺជាពេទ្យធ្មេញក្នុងបណ្តាញ។

កំណត់សម្គាល់៖ ស្ថានភាពរបស់ពេទ្យធ្មេញក្នុងបណ្តាញអាចផ្លាស់ប្តូរ។ វាជាកាតព្វកិច្ចរបស់អ្នកក្នុងការផ្ទៀងផ្ទាត់ថាតើពេទ្យធ្មេញរបស់អ្នកនាពេលបច្ចុប្បន្នជាពេទ្យធ្មេញក្នុងបណ្តាញ ហើយក្នុងករណីមានការផ្លាស់ប្តូរណាមួយចំពោះបញ្ជីពេទ្យធ្មេញដែលបានចុះកិច្ចសន្យា។ បញ្ជីនៃពេទ្យធ្មេញក្នុងបណ្តាញដែលមានទីតាំងនៅក្នុងតំបន់របស់អ្នកអាចទទួលបានដោយទាក់ទងទៅផ្នែកបម្រើសេវាអតិថិជនរបស់ DPA តាមរយៈលេខ **(866) 247-2486 [TTY: 711]** ចាប់ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ 8 យប់ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ (លើកលែងតែថ្ងៃឈប់សម្រាក) ចាប់ពីថ្ងៃទី 1 ខែតុលា ដល់ថ្ងៃទី 31 ខែមីនា និងថ្ងៃធ្វើការចាប់ពីថ្ងៃទី 1 ខែមេសា ដល់ថ្ងៃទី 30 ខែកញ្ញា។

ការទៅជួបពេទ្យធ្មេញរបស់អ្នក។

បន្ទាប់ពីការចុះឈ្មោះហើយភ្លាមនោះ អ្នកនឹងទទួលបានកញ្ចប់សមាជិកភាពពី DPA ដែលប្រាប់អ្នកពីកាលបរិច្ឆេទមានប្រសិទ្ធភាពនៃអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នក និងអាសយដ្ឋាន និងលេខទូរសព្ទរបស់ពេទ្យធ្មេញក្នុងបណ្តាញរបស់អ្នក ឬពេទ្យធ្មេញថែទាំបឋម (PCD)។ បន្ទាប់ពីកាលបរិច្ឆេទមានប្រសិទ្ធភាពនៅក្នុងកញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់អ្នក អ្នកនឹងអាចទទួលបានសេវាថែទាំសុខភាពធ្មេញដែលមានការរ៉ាប់រង។ ដើម្បីធ្វើការណាត់ជួប អ្នកគ្រាន់តែទូរសព្ទទៅមជ្ឈមណ្ឌលរបស់ PCD របស់អ្នក ហើយបញ្ជាក់ពីអត្តសញ្ញាណខ្លួនអ្នកថាជាសមាជិករបស់គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan។ ការណាត់ជួបដំបូងគួរតែត្រូវបានរៀបចំក្នុងរយៈពេលបួនសប្តាហ៍ លុះត្រាតែមានពេលវេលាជាក់លាក់ណាមួយត្រូវបានស្នើសុំ។ ការសាកសួរទាក់ទងនឹងការការណាត់ជួបដែលអាចមាន និងលទ្ធភាពទទួលបានពេទ្យធ្មេញគួរតែត្រូវបានទាក់ទងដោយផ្ទាល់ទៅផ្នែកបម្រើសេវាអតិថិជនរបស់ DPA តាមរយៈលេខ **(866) 247-2486 [TTY: 711]** ចាប់ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ (លើកលែងតែថ្ងៃឈប់សម្រាក) ចាប់ពីថ្ងៃទី 1 ខែតុលា ដល់ថ្ងៃទី 31 ខែមីនា និងថ្ងៃធ្វើការចាប់ពីថ្ងៃទី 1 ខែមេសា ដល់ថ្ងៃទី 30 ខែកញ្ញា។

កំណត់សម្គាល់៖ សមាជិកម្នាក់ៗត្រូវតែទៅកាន់ PCD ដែលត្រូវបានចាត់តាំងរបស់ពួកគេដើម្បីទទួលបានសេវាដែលមានការរ៉ាប់រង លើកលែងតែសេវាកម្មដែលផ្តល់ដោយក្រូពេទ្យឯកទេសដែលមានការអនុញ្ញាតជាមុន ហើយជាលាយលក្ខណ៍អក្សរដោយ DPA ឬសម្រាប់សេវាថែទាំសុខភាពធ្មេញបន្ទាន់ដែលមិនរ៉ាប់រងដោយ Medicare។ ការព្យាបាលផ្សេងទៀតមិនត្រូវបានធានារ៉ាប់រងនៅក្រោមគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan នោះទេ។

អ្នកត្រូវតែទាក់ទង PCD របស់អ្នកសម្រាប់តម្រូវការថែទាំសុខភាពធ្មេញទាំងអស់ រួមទាំងសេវាបង្ការបញ្ហាធ្មេញជាប្រចាំ ការពិគ្រោះយោបល់ជាមួយក្រូពេទ្យឯកទេសលើគម្រោង និងសេវាក្នុងគ្រាអាសន្ន (នៅពេលដែលអាចធ្វើទៅបាន)។ PCD មានទំនួលខុសត្រូវក្នុងការផ្តល់សេវាថែទាំមាត់ធ្មេញទូទៅ និងសម្របសម្រួល ឬរៀបចំការបញ្ជូនបន្តទៅកាន់ក្រូពេទ្យឯកទេសរបស់គម្រោងដែលចាំបាច់ផ្សេងទៀត។ គម្រោងត្រូវតែអនុញ្ញាតឱ្យមានការបញ្ជូនបន្តបែបនេះ។

គម្រោងសុខភាពធ្មេញតែក្នុងបណ្តាញនេះមិនផ្តល់អត្ថប្រយោជន៍ដល់ពេទ្យធ្មេញក្រៅបណ្តាញទេ។ សេវាកម្មដែលទទួលបានពីពេទ្យធ្មេញក្រៅបណ្តាញនឹងមិនត្រូវបានរ៉ាប់រងទេ លើកលែងតែមានភាពបន្ទាន់ផ្នែកសុខភាពធ្មេញ។ នៅពេលអ្នកទទួលបានសេវាកម្មពីពេទ្យធ្មេញក្រៅបណ្តាញ អ្នកនឹងទទួលខុសត្រូវក្នុងការបង់ប្រាក់ឱ្យពេទ្យធ្មេញដោយផ្ទាល់សម្រាប់ចំនួនសរុបដែលចេញវិក្កយបត្រដោយពេទ្យធ្មេញនោះ។

កំណត់សម្គាល់៖ សមាជិកដែលមិនបានបន្តការណាត់ជួបការពិនិត្យសុខភាពធ្មេញជាប្រចាំរបស់ពួកគេ (រៀងរាល់ 6 ខែម្តង) អាចរកឃើញថាពួកគេត្រូវការសេវាកម្មដែលពាក់ព័ន្ធនឹងការរៀបចំការសម្អាតកំបោរធ្មេញ មុនពេលការថែទាំជាប្រចាំ ដូចជាការសម្អាតជាប្រចាំអាច ឬនឹងត្រូវបានផ្តល់ជូន។

ការបង់ប្រាក់រួមរបស់សមាជិក

មុនពេលចាប់ផ្តើមការព្យាបាល ពេទ្យធ្មេញរបស់អ្នកនឹងរៀបចំគម្រោងព្យាបាល ដើម្បីបំពេញតម្រូវការផ្ទាល់ខ្លួនរបស់អ្នក។ វាជាការល្អបំផុតក្នុងការពិភាក្សាអំពីគម្រោងព្យាបាល និងទំនួលខុសត្រូវផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុរបស់អ្នកជាមួយពេទ្យធ្មេញរបស់អ្នក មុនពេលចាប់ផ្តើមការព្យាបាល។

ការបង់ប្រាក់រួមគឺដល់កំណត់ និងត្រូវបង់នៅពេលផ្តល់សេវា ឬការចាប់ផ្តើមថែទាំ។

ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយបន្ថែមក្នុងការទទួលបានព័ត៌មានអំពីគម្រោងព្យាបាលរបស់អ្នក ឬប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរណាមួយអំពីការបង់រួមគ្នាដែលអ្នកត្រូវបានគិតថ្លៃសម្រាប់ដំណើរការសុខភាពធ្មេញ ដែលមានការធានារ៉ាប់នោះ អ្នកអាចទាក់ទងផ្នែកបម្រើសេវាអតិថិជនរបស់ DPA តាមរយៈលេខ **(866) 247-2486 [TTY: 711]** ចាប់ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ (លើកលែងតែថ្ងៃឈប់សម្រាក) ចាប់ពីថ្ងៃទី 1 ខែតុលា ដល់ថ្ងៃទី 31 ខែមីនា និងថ្ងៃធ្វើការចាប់ពីថ្ងៃទី 1 ខែមេសា ដល់ថ្ងៃទី 30 ខែកញ្ញា។

ការជ្រើសរើសពេទ្យធ្មេញបឋម

នៅពេលចុះឈ្មោះ អ្នកត្រូវតែជ្រើសរើសពេទ្យធ្មេញក្នុងបណ្តាញ ដើម្បីធ្វើជា PCD របស់អ្នក។ ប្រសិនបើអ្នកខកខានក្នុងការជ្រើសរើសពេទ្យធ្មេញក្នុងបណ្តាញ ឬពេទ្យធ្មេញក្នុងបណ្តាញដែលបានជ្រើសរើសរួចប្រែជាមិនទំនេរវិញនោះ DPA នឹងស្នើសុំការជ្រើសរើសពេទ្យធ្មេញក្នុងបណ្តាញផ្សេងទៀត ឬចាត់ឱ្យអ្នកទៅកាន់ពេទ្យធ្មេញក្នុងបណ្តាញផ្សេងទៀត។ អ្នកអាចផ្លាស់ប្តូរពេទ្យធ្មេញក្នុងបណ្តាញដែលបានចាត់តាំងរួចរបស់អ្នកដោយទាក់ទងទៅកាន់ផ្នែកបម្រើសេវាអតិថិជនរបស់ DPA តាមរយៈលេខ **(866) 247-2486 [TTY: 711]** ចាប់ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ (លើកលែងតែថ្ងៃឈប់សម្រាក) ចាប់ពីថ្ងៃទី 1 ខែតុលា ដល់ថ្ងៃទី 31 ខែមីនា និងថ្ងៃធ្វើការចាប់ពីថ្ងៃទី 1 ខែមេសា ដល់ថ្ងៃទី 30 ខែកញ្ញា។ដើម្បីធានាថាពេទ្យធ្មេញក្នុងបណ្តាញរបស់អ្នកត្រូវបានជូនដំណឹង ហើយបញ្ជីឈ្មោះដែលមានសិទ្ធិទទួលបានរបស់ DPA មានភាពត្រឹមត្រូវ ការផ្លាស់ប្តូរចំពោះពេទ្យធ្មេញក្នុងបណ្តាញត្រូវតែតម្រូវឱ្យស្នើសុំមុនថ្ងៃទី 21 នៃខែដើម្បីឱ្យការផ្លាស់ប្តូរមានប្រសិទ្ធភាពនៅថ្ងៃដំបូងនៃខែបន្ទាប់។

ប្រសិនបើពេទ្យធ្មេញរបស់អ្នកលែងចុះកិច្ចសន្យាជាមួយនឹង DPA របស់គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan

ប្រសិនបើពេទ្យធ្មេញក្នុងបណ្តាញដែលបានជ្រើសរើសរបស់អ្នកមិនអាចបន្តក្រោមកិច្ចសន្យាជាមួយ DPA ដោយសារតែគាត់មិនអាចអនុវត្ត ឬបានបំពានកិច្ចសន្យា ឬប្រសិនបើ DPA បានលុបចោលកិច្ចសន្យា DPA នឹងជូនដំណឹងដល់អ្នកយ៉ាងហោចណាស់ 30 ថ្ងៃមុនពេលដើម្បីឱ្យកាលបរិច្ឆេទបញ្ចប់របស់ពេទ្យធ្មេញមានប្រសិទ្ធភាព ដូច្នេះអ្នកអាចជ្រើសរើសពេទ្យធ្មេញម្នាក់ផ្សេងទៀតបាន។

ប្រសិនបើអ្នកត្រូវបានជូនដំណឹងដោយ DPA អំពីតម្រូវការក្នុងការជ្រើសរើសពេទ្យធ្មេញម្នាក់ផ្សេងទៀតសម្រាប់ហេតុផលនេះ ថ្លៃសេវាសម្រាប់ការចម្លង និងការផ្ទេរការថតកម្មវិធីអ៊ិច ឬកំណត់ត្រាផ្សេងទៀតត្រូវបានលើកលែង។ ដូចគ្នានេះផងដែរ ពេទ្យធ្មេញក្នុងបណ្តាញនឹងបំពេញ (a) ក្រាសធ្មេញពេញលេញ ឬមិនពេញលេញសម្រាប់ពុម្ពធ្មេញដែលពេទ្យធ្មេញធ្វើមុនដាក់ធ្មេញចុងក្រោយត្រូវបានធ្វើ និង

(b) ការងារទាំងអស់លើធ្មេញនីមួយៗនៅពេលការងារបានចាប់ផ្តើម (ដូចជាក្នុងដំណើរការនៃការបំពេញឫសធ្មេញ និងផ្តល់ការស្រោបធ្មេញនៅពេលដែលធ្មេញត្រូវបានរៀបចំ)។

ការថែទាំសុខភាពធ្មេញបន្ទាន់ដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយមិនមែន Medicare

សេវាសង្គ្រោះបន្ទាន់ដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយមិនមែន Medicare មានន័យថាការថែទាំដែលផ្តល់ដោយពេទ្យធ្មេញដើម្បីព្យាបាលស្ថានភាពសុខភាពធ្មេញដែលបង្ហាញពីរោគសញ្ញានៃភាពធ្ងន់ធ្ងរល្មម រួមមានការឈឺចាប់ធ្ងន់ធ្ងរ ដែលខ្វះការយកចិត្តទុកដាក់ភ្លាមៗអាចនឹងត្រូវបានរំពឹងទុកដោយសមហេតុផលដោយសមាជិកចំពោះលទ្ធផលទាំងពីរ៖ (i) ការដាក់សុខភាពធ្មេញរបស់សមាជិកក្នុងហានិភ័យធ្ងន់ធ្ងរ ឬ (ii) ការចុះថយធ្ងន់ធ្ងរចំពោះមុខងារនៃធ្មេញ។

ការថែទាំសុខភាពធ្មេញបន្ទាន់ដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយមិនមែន Medicare ក្នុងតំបន់

ប្រសិនបើអ្នកមានអារម្មណ៍ថា អ្នកត្រូវការការថែទាំសុខភាពធ្មេញបន្ទាន់ដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយមិនមែន Medicare ហើយអ្នកស្ថិតនៅក្នុងតំបន់សេវាកម្មនៃគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan សូមទូរសព្ទទៅពេទ្យធ្មេញក្នុងបណ្តាញរបស់អ្នកដែលបានចាត់តាំងជាបន្ទាន់។ បុគ្គលិកការិយាល័យសុខភាពធ្មេញនឹងណែនាំអ្នកនូវអ្វីដែលត្រូវធ្វើ។

ការថែទាំសុខភាពធ្មេញបន្ទាន់ដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយមិនមែន Medicare ក្រៅតំបន់

ប្រសិនបើអ្នកស្ថិតនៅក្រៅតំបន់សេវាកម្មនៃគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan ហើយត្រូវការការថែទាំសុខភាពធ្មេញបន្ទាន់ដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយមិនមែន Medicare អ្នកអាចទទួលបានការព្យាបាលពីពេទ្យធ្មេញដែលមានអាជ្ញាបណ្ណាណាមួយ។ សេវាកម្មដែលអ្នកទទួលបានពីពេទ្យធ្មេញដែលស្ថិតនៅក្រៅតំបន់ត្រូវបានធានារ៉ាប់រងរហូតដល់ $100 (ដកការបង់រួមរបស់សមាជិកដែលអាចអនុវត្តបានណាមួយ) ដរាបណាការផ្ទេរទៅកាន់អ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញមានហានិភ័យដល់សុខភាពរបស់អ្នក។

ការសងសំណងសម្រាប់ការថែទាំសុខភាពធ្មេញបន្ទាន់ដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយមិនមែន Medicare ក្រៅតំបន់

អ្នកនឹងទទួលបានសំណងវិញរហូតដល់ $100 (ដកការបង់ប្រាក់រួមរបស់សមាជិកដែលអាចអនុវត្តបានណាមួយ) សម្រាប់ថ្លៃចំណាយលើសេវាសុខភាពធ្មេញបន្ទាន់ដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយមិនមែន Medicare ដែលស្ថិតនៅក្រៅតំបន់។ នៅពេលណាដែលអាចធ្វើទៅបាន អ្នកគួរតែស្នើសុំឱ្យពេទ្យធ្មេញរបស់អ្នកផ្ញើវិក្កយបត្រដោយផ្ទាល់ទៅកាន់ Blue Shield តាមអាសយដ្ឋានដែលបានរាយនៅខាងក្រោម។

ដើម្បីទទួលបានសំណង សូមដាក់សំណើរបស់អ្នកសម្រាប់ការទូទាត់សង បង្កាន់ដៃបង់ប្រាក់ និងការពិពណ៌នាអំពីសេវាកម្មដែលបានផ្តល់ជូនជាលាយលក្ខណ៍អក្សរទៅកាន់៖

Blue Shield of California
Claims Department
P.O. Box 1803
Alpharetta, GA 30023

មានការកំណត់ពេលចំពោះការដាក់ពាក្យទាមទារសំណង។ ជាទូទៅ វិក្កយបត្រសម្រាប់សេវាកម្មត្រូវតែបានដាក់ជូនទៅកាន់ Blue Shield ក្នុងរយៈពេលមួយឆ្នាំនៃកាលបរិច្ឆេទនៃសេវាកម្ម លុះត្រាតែមានហេតុផលសម្រាប់ការដាក់ពាក្យស្នើសុំនៅពេលក្រោយ។

DPA របស់យើងនឹងពិនិត្យមើលសេវាសុខភាពធ្មេញបន្ទាន់ដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយមិនមែន Medicare ដែលអ្នកបានទទួល ហើយជូនដំណឹងដល់អ្នកក្នុងរយៈពេល 30 ថ្ងៃចាប់ពីការទទួលបានពាក្យទាមទារសំណង ប្រសិនបើអ្នកមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ការទូទាត់សំណងវិញ។ លើកលែងតែចំពោះសេវាសុខភាពធ្មេញបន្ទាន់ដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយមិនមែន Medicare អ្នកនឹងទទួលខុសត្រូវចំពោះការបង់ប្រាក់ពេញសម្រាប់សេវាសុខភាពធ្មេញដែលអ្នកទទួលបាននៅខាងក្រៅរដ្ឋ California។

ការបដិសេធចំពោះការទាមទារសងសំណងវិញសម្រាប់ការថែទាំសុខភាពធ្មេញបន្ទាន់ដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយមិនមែន Medicare ក្រៅតំបន់

ប្រសិនបើការទាមទារចំពោះការសងសំណងរបស់អ្នកសម្រាប់ការថែទាំសុខភាពធ្មេញបន្ទាន់ដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយមិនមែន Medicare ក្រៅតំបន់ត្រូវបានបដិសេធដោយផ្នែក ឬទាំងស្រុងនោះ DPA នឹងជូនដំណឹងដល់អ្នកអំពីសេចក្តីសម្រេច ជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ។ ការជូនដំណឹងនឹងរួមបញ្ចូលហេតុផលជាក់លាក់សម្រាប់ការបដិសេធ ហើយនឹងជូនដំណឹងដល់អ្នកថា អ្នកអាចស្នើសុំឱ្យមានការពិចារណាឡើងវិញអំពីការបដិសេធ។

ដើម្បីស្នើសុំឱ្យមានការពិចារណាឡើងវិញចំពោះការបដិសេធ ឬការបដិសេធដោយផ្នែក សូមដាក់បញ្ជូនការជូនដំណឹងជាលាយលក្ខណ៍អក្សរទៅកាន់ គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan ក្នុងរយៈពេល 60 ថ្ងៃតាមប្រតិទិនចាប់ពីថ្ងៃជូនដំណឹងអំពីការបដិសេធជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ។

សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមមើលជំពូកទី 9 (*អ្វីដែលត្រូវធ្វើប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហា ឬពាក្យបណ្តឹង (សេចក្តីសម្រេចចិត្តលើការធានារ៉ាប់រង បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ បណ្តឹងតវ៉ា)*)។

ការទទួលបានមតិយោបល់ទីពីរសម្រាប់ការថែទាំសុខភាពធ្មេញ
អ្នកអាចស្នើសុំមតិយោបល់ទីពីរ ប្រសិនបើអ្នកមិនយល់ស្រប ឬសាកសួរអំពីការកំណត់គម្រោងនៃការធ្វើរោគវិនិច្ឆយ និង/ឬការព្យាបាលដែលធ្វើឡើងដោយពេទ្យធ្មេញក្នុងបណ្តាញរបស់អ្នក។ DPA ក៏អាចស្នើសុំឱ្យអ្នកទទួលបានមតិយោបល់ទីពីរ ដើម្បីផ្ទៀងផ្ទាត់ភាពចាំបាច់ និងភាពសមស្របនៃការព្យាបាលធ្មេញ ឬការអនុវត្តអត្ថប្រយោជន៍ផងដែរ។

មតិយោបល់ទីពីរនឹងត្រូវបានផ្តល់ដោយពេទ្យធ្មេញដែលមានអាជ្ញាបណ្ណយ៉ាងទាន់ពេលវេលា សមស្របនឹងលក្ខណៈនៃស្ថានភាពរបស់អ្នក។ សំណើដែលពាក់ព័ន្ធនឹងករណីនៃការគំរាមកំហែងសុខភាពធ្ងន់ធ្ងរ និងការគំរាមកំហែងដែលនឹងអាចកើតឡើងចំពោះសុខភាពនឹងត្រូវបានពន្លឿន (ការអនុញ្ញាតត្រូវបានអនុម័ត ឬបដិសេធក្នុងរយៈពេល 72 ម៉ោងបន្ទាប់ពីការទទួលសំណើ នៅពេលណាដែលអាចធ្វើទៅបាន)។ សម្រាប់ជំនួយ ឬព័ត៌មានបន្ថែមដែលទាក់ទងនឹងនីតិវិធី និងការកំណត់ពេលវេលាសម្រាប់ការអនុញ្ញាតមតិយោបល់ទីពីរ សូមទូរសព្ទទៅផ្នែកបម្រើសេវាអតិថិជនរបស់ DPA តាមរយៈលេខ **866-247-2486 [TTY: 711]** ចាប់ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ (លើកលែងតែថ្ងៃឈប់សម្រាក) ចាប់ពីថ្ងៃទី 1 ខែតុលា ដល់ថ្ងៃទី 31 ខែមីនា និងថ្ងៃធ្វើការចាប់ពីថ្ងៃទី 1 ខែមេសា ដល់ថ្ងៃទី 30 ខែកញ្ញា ឬផ្ញើសំបុត្រទៅកាន់ DPA។

មតិយោបល់ទីពីរនឹងត្រូវបានផ្តល់ជូននៅឯមជ្ឈមណ្ឌលពេទ្យផ្ទេញក្តងបណ្តាញផ្សេងទៀត លើកលែងតែមានការអនុញ្ញាតពី DPA។ DPA នឹងផ្តល់សិទ្ធិចំពោះការផ្តល់មតិយោបល់ទីពីរដោយអ្នកផ្តល់សេវាក្រៅបណ្តាញ ប្រសិនបើពេទ្យផ្ទេញក្តងបណ្តាញដែលមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់មិនអាចរកបាន។ DPA នឹងចំណាយសម្រាប់តែមតិយោបល់ទីពីរដែល DPA បានអនុម័ត ឬអនុញ្ញាតប៉ុណ្ណោះ។ អ្នកនឹងត្រូវបានផ្តើជូននូវសេចក្តីជូនដំណឹងជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ ប្រសិនបើ DPA សម្រេចចិត្តមិនអនុញ្ញាតចំពោះមតិយោបល់ទីពីរ។ ប្រសិនបើអ្នកមិនយល់ព្រមនឹងសេចក្តីសម្រេចនេះទេ អ្នកអាចដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ជាមួយគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan បាន។ សូមមើលផ្នែកនៃ *បណ្តឹងសាទុក្ខ និងបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍* សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។

ការសម្របសម្រួលអត្ថប្រយោជន៍

គម្រោងនេះផ្តល់អត្ថប្រយោជន៍ដោយមិនគិតពីការធានារ៉ាប់រងដោយគោលការណ៍ធានារ៉ាប់រងជាក្រុមផ្សេងទៀត ឬកម្មវិធីអត្ថប្រយោជន៍សុខភាពជាក្រុមផ្សេងទៀតណាមួយ ប្រសិនបើគោលការណ៍ឬកម្មវិធីផ្សេងទៀតធានារ៉ាប់រងលើសេវាកម្ម ឬការចំណាយបន្ថែមលើការថែទាំសុខភាពផ្ទេញ។ បើមិនដូច្នេះទេ អត្ថប្រយោជន៍ដែលបានផ្តល់ជូននៅក្រោមគម្រោងនេះដោយអ្នកឯកទេស ឬទេព្យផ្ទេញក្រៅបណ្តាញត្រូវបានសម្របសម្រួលជាមួយគោលការណ៍ធានារ៉ាប់រងសុខភាពផ្ទេញជាក្រុមផ្សេងទៀត ឬកម្មវិធីអត្ថប្រយោជន៍សុខភាពផ្ទេញជាក្រុមណាមួយ។ ការកំណត់គោលការណ៍ ឬកម្មវិធីណាមួយជាគោលសំខាន់នឹងត្រូវបានគ្រប់គ្រងដោយច្បាប់ដែលមានចែងនៅក្តងកិច្ចសន្យា។

ប្រសិនបើគម្រោងនេះជាផ្នែកបន្ទាប់បន្សំ វានឹងបង់ថ្លៃតិចជាងនេះនៃ៖
- ចំនួនទឹកប្រាក់ដែលវានឹងត្រូវបានបង់ក្តងការខកខានន្ទូវការធានារ៉ាប់រងអត្ថប្រយោជន៍សុខភាពផ្ទេញផ្សេងទៀតណាមួយ ឬ
- ថ្លៃចំណាយចេញពីហោប៉ៅសរុបរបស់សមាជិកដែលត្រូវបង់ក្រោមគម្រោងអត្ថប្រយោជន៍សុខភាពផ្ទេញបឋម ដរាបណាអត្ថប្រយោជន៍ត្រូវបានធានារ៉ាប់រងក្រោមគម្រោងនេះ។

សមាជិកត្រូវតែផ្តល់ជូន DPA ហើយ DPA អាចបញ្ចេញ ឬទទួលបានពីក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រង ឬអង្គការផ្សេងទៀត ព័ត៌មានណាមួយអំពីសមាជិកដែលត្រូវការក្តងការគ្រប់គ្រងការសម្របសម្រួលអត្ថប្រយោជន៍។ DPA នឹងត្រូវកំណត់ក្តងឆន្ទានុសិទ្ធិផ្តាច់មុខរបស់ខ្លួនមិនថាសំណងណាមួយចំពោះក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រង ឬអង្គការផ្សេងទៀតដែលត្រូវបានធានាក្រោមការសម្របសម្រួលនៃវិធានការចំពោះអត្ថប្រយោជន៍ដែលបានពិពណ៌នានៅទីនេះ ហើយសំណងដែលបានបង់នឹងត្រូវចាត់ទុកថាជាអត្ថប្រយោជន៍ក្រោមកិច្ចសន្យានេះ។ DPA នឹងមានសិទ្ធិទទួលបានមកវិញពីពេទ្យផ្ទេញសមាជិក ក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រង ឬអង្គការផ្សេងទៀត ដូចដែល DPA ជ្រើសរើស ចំនួនទឹកប្រាក់នៃអត្ថប្រយោជន៍ណាមួយដែល DPA បានបង់លើសពីកាតព្វកិច្ចរបស់ខ្លួនក្រោមការសម្របសម្រួលនៃវិធានការចំពោះអត្ថប្រយោជន៍ដែលបានពិពណ៌នានៅទីនេះ។

នីតិវិធីបណ្តឹងសាទុក្ខ និងបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍

ការប្តេជ្ញាចិត្តរបស់យើងចំពោះអ្នកគឺធានាមិនត្រឹមតែគុណភាពនៃការថែទាំប៉ុណ្ណោះទេ ប៉ុន្តែក៏ធានាលើគុណភាពក្តងដំណើរការព្យាបាលផងដែរ។ គុណភាពនៃការព្យាបាលនេះបង្ហាញនូវសេវាកម្មវិជ្ជាជីវៈដែលបានផ្តល់ដោយពេទ្យផ្ទេញក្តងបណ្តាញនូវសេចក្តីគួរសមដែលបានធ្វើចំពោះអ្នកដោយអ្នកតំណាងតាមទូរសព្ទរបស់យើង។ ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ ឬបណ្តឹងតវ៉ាដែលទាក់ទងនឹងសិទ្ធិទទួលបាន ការបដិសេធលើសេវាសុខភាពផ្ទេញ ឬការទាមទារសំណង គោលការណ៍ នីតិវិធី ឬប្រតិបត្តិការរបស់ DPA

ឬគុណភាពនៃសេវាសុខភាពធ្មេញដែលធ្វើឡើងដោយពេទ្យធ្មេញក្នុងបណ្តាញ អ្នកមានសិទ្ធិដាក់បណ្តឹងសាទុក្ខ ឬបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ជាមួយគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan។ សូមចូលមើល *ជំពូកទី 9៖ អ្វីដែលត្រូវធ្វើប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហា ឬបណ្តឹងតវ៉ា (សេចក្តីសម្រេចចិត្តលើការធានារ៉ាប់រង បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ បណ្តឹងតវ៉ា)* សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីរបៀបដាក់បណ្តឹងសាទុក្ខ ឬបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍។ ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរណាមួយ សូមទូរសព្ទទៅ DPA តាមរយៈលេខ **(866) 247-2486 [TTY: 711]** ចាប់ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ (លើកលែងតែថ្ងៃឈប់សម្រាក) ចាប់ពីថ្ងៃទី 1 ខែតុលា ដល់ថ្ងៃទី 31 ខែមីនា និងថ្ងៃធ្វើការចាប់ពីថ្ងៃទី 1 ខែមេសា ដល់ថ្ងៃទី 30 ខែកញ្ញា។ អ្នកក៏អាចទាក់ទងទៅកាន់ផ្នែកថែទាំអតិថិជនរបស់គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan (លេខទូរសព្ទត្រូវបានបោះពុម្ពនៅលើគម្របខាងក្រោយនៃឯកសារនេះ) ផងដែរ។

ការកំណត់ទូទៅសម្រាប់គម្រោង HMO Plan លើសុខភាពធ្មេញជាប្រចាំ

1. ការធ្វើកោសល្យវិច្ច័យផ្តាល់មាត់ត្រូវបានកំណត់ត្រឹមមួយដង (1) រៀងរាល់បី (3) ឆ្នាំតាមប្រតិទិន ចំពោះអ្នកផ្តល់សេវាម្នាក់ ឬក្នុងមួយទីតាំង (D0150)។

2. វិធីការពារជំងឺ ឬការធ្វើមាត្រដ្ឋានត្រូវបានកំណត់ត្រឹមពីរដង (2) ក្នុងមួយឆ្នាំតាមប្រតិទិន (D1110)។

3. ការប្រើសារធាតុភ្លួយអរនៅលើធ្មេញ (មិនរាប់បញ្ចូលការវ៉ានីស) ត្រូវបានកំណត់ត្រឹមពីរដង (2) ក្នុងមួយឆ្នាំតាមប្រតិទិន-(D1208)។

4. ស្រោបធ្មេញ – ដែលធ្វើពីសារធាតុពែរសឺឡែនរំលាយបញ្ចូលជាមួយនឹងលោហៈមានតម្លៃត្រូវបានកំណត់ត្រឹម 2 ដងក្នុងមួយឆ្នាំតាមប្រតិទិនសម្រាប់អ្នកជំងឺម្នាក់ (D2750)។

5. ក្រាសធ្មេញពាក់ – ក្រាសធ្មេញពាក់ដោយផ្នែកនៃឆ្អឹងថ្គាមលើភ្លាមៗ – ស្រោបដែរបាតធ្មេញជាមួយនឹងលោហៈ 1 ក្នុង 5 ឆ្នាំតាមប្រតិទិន។ (D5223).

6. ការព្យាបាលរោគអញ្ចាញធ្មេញ - ដំណើរការព្យាបាលចម្រៀកអញ្ចាញធ្មេញ - រួមទាំងការដាំឫសធ្មេញ -ធ្មេញមួយទៅបីជាប់គ្នា ឬចន្លោះគម្លាតនៃធ្មេញក្នុងមួយចតុភាគ (D4241)។

7. ក្រាសធ្មេញពាក់ដោយផ្នែកត្រូវបានកំណត់ត្រឹមមួយ (1) ក្នុងរយៈពេលដប់ពីរ (12) ខែជាប់គ្នា (D5820 និង D5821)។

8. ថ្លៃចំណាយសម្រាប់សមាជិកដែលទទួលយកការព្យាបាលការពត់តម្រង់ធ្មេញដែលការធានារ៉ាប់រងរបស់សមាជិកណាម្នាក់ត្រូវបានលុបចោល ឬបញ្ចប់ដោយហេតុផលណាមួយនឹងត្រូវផ្អែកលើថ្លៃសេវាធម្មតារបស់ក្រូពេទ្យរ៉ះកាត់ពត់តម្រង់ធ្មេញក្នុងបណ្តាញសម្រាប់គម្រោងព្យាបាល។ ក្រូពេទ្យរ៉ះកាត់ពត់តម្រង់ធ្មេញក្នុងបណ្តាញនឹងផ្តល់អត្រាការប្រាក់សម្រាប់ចំនួនខែដែលនៅសល់ដើម្បីបញ្ចប់ការព្យាបាល។ សមាជិកធ្វើការបង់ប្រាក់ដោយផ្ទាល់ទៅកាន់ក្រូពេទ្យរ៉ះកាត់ពត់តម្រង់ធ្មេញក្នុងបណ្តាញដូចដែលបានរៀបចំ។

ការមិនរាប់បញ្ចូលទូទៅសម្រាប់គម្រោង HMO Plan លើសុខភាពធ្មេញជាប្រចាំ

1. ដំណើរការណាមួយដែលមិនត្រូវបានរាយបញ្ជីជាក់លាក់នៅក្នុង *តារាងដំណើរការអត្ថប្រយោជន៍ធ្មេញជាប្រចាំ*។

2. ដំណើរការណាមួយនៃមតិយោបល់របស់ពេទ្យធ្មេញក្នុងបណ្តាញដែលមានវិជ្ជាជីវៈ៖

   a. មានការព្យាករណ៍មិនល្អសម្រាប់លទ្ធផលជោគជ័យ និងរយៈពេលវែងដែលសមរម្យ ដោយផ្អែកលើស្ថានភាពនៃធ្មេញមួយ ឬធ្មេញច្រើន និង/ឬក្រោងដែលនៅជុំវិញ ឬ

   b. ផ្គួយគ្នាជាមួយនឹងស្តង់ដារដែលបានទទួលយកជាទូទៅសម្រាប់សុខភាពធ្មេញ។

3. សេវាកម្មតែមួយកត់ដែលសម្រាប់តែគោលបំណងនៃការកែសម្ផស្ស ឬសម្រាប់លក្ខខណ្ឌដែលជាលទ្ធផលនៃជំងឺតំណពូជ ឬការវិវត្ត ដូចជាបបូរមាត់ឆែបពីកំណើត ការខូចទ្រង់ទ្រាយនៃថ្គាមខាងលើ និងខាងក្រោម ធ្មេញដែលបាត់ពីកំណើត និងធ្មេញដែលប្រែពណ៌ ឬការខ្វះនៃចារធ្មេញ។

4. ឧបករណ៍ដែលបាត់បង់ ឬត្រូវបានគេលួច ជាអាទិ៍ ក្រាសធ្មេញពាក់ពេញលេញ ឬដោយផ្នែកឧបករណ៍ទប់ក្បាចន្លោះ ស្រោបធ្មេញ និងក្រាស់ធ្មេញពាក់ដោយផ្នែកដែលដាក់ភ្ជាប់ (ស្ពានធ្មេញ)។

5. ដំណើរការ ឧបករណ៍ ឬការស្តារមុខងារឡើងវិញ ប្រសិនបើគោលបំណងគឺផ្លាស់ប្តូរទំហំបញ្ឈរ ឬធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ ឬព្យាបាលលក្ខខណ្ឌមិនប្រក្រតីនៃមុខងារសន្លាក់នៅចន្លោះថ្គាម និងសៀតថ្គា (TMJ)។

6. លោហៈធាតុមានតម្លៃសម្រាប់ឧបករណ៍ដែលអាចដកចេញបាន ផ្នែកទន់នៃលោហៈធាតុស្រោបពីលើ ឬជាអចិន្ត្រៃយ៍សម្រាប់ក្រាសធ្មេញពាក់ពេញលេញ ក្រាសធ្មេញពាក់ដែលធ្វើពីពីរសីឡែន ជន្ទល់ដែលមានភាពជាក់លាក់សម្រាប់ក្រាសធ្មេញពាក់ដោយផ្នែកដែលអាចដកចេញបាន ឬក្រាស់ធ្មេញពាក់ដោយផ្នែកដែលដាក់ភ្ជាប់ (ការប៉ះផ្ទៃធំ ការដាំបង្គោល និងឧបករណ៍ភ្ជាប់ជាមួយ) និងការធ្វើឱ្យមានលក្ខណៈផ្ទាល់ខ្លួន និងលក្ខណៈរូបរាងនៃក្រាសធ្មេញពាក់ពេញលេញ និងដោយផ្នែក។

7. ឧបករណ៍ដែលគាំទ្រដល់ការដាក់ដាំធ្មេញ និងឧបករណ៍ភ្ជាប់ ការប្តូរការដាក់ដាំបង្គោលធ្មេញ ការថែទាំ ការដកចេញ និងសេវាកម្មផ្សេងទៀតទាំងអស់ដែលទាក់ទងនឹងការដាំបង្គោលធ្មេញ។

8. ការពិគ្រោះយោបល់សម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍ដែលមិនត្រូវបានធានារ៉ាប់រង។

9. សេវាសុខភាពធ្មេញដែលបានទទួលពីមជ្ឈមណ្ឌលសុខភាពធ្មេញណាមួយក្រៅពីពេទ្យធ្មេញក្នុងបណ្តាញដែលបានចាត់តាំង អ្នកឯកទេសសុខភាពធ្មេញដែលត្រូវបានអនុញ្ញាតជាមុន ឬត្រូពេទ្យវះកាត់ពាក់តម្រង់ធ្មេញក្នុងបណ្តាញ លើកលែងតែសម្រាប់សេវាថែទាំសុខភាពធ្មេញបន្ទាន់ ដូចដែលបានពិពណ៌នានៅក្នុងភស្តុតាងនៃការធានារ៉ាប់រង។

10. ថ្លៃសេវាដែលពាក់ព័ន្ធទាំងអស់សម្រាប់ការអនុញ្ញាត ការប្រើប្រាស់ ឬការស្នាក់នៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យមជ្ឈមណ្ឌលវះកាត់អ្នកជំងឺមិនស្នាក់ព្យាបាល មជ្ឈមណ្ឌលថែទាំបន្ថែម ឬមជ្ឈមណ្ឌលថែទាំដែលស្រដៀងគ្នាផ្សេងទៀត។

11. ឱសថមានវេជ្ជបញ្ជា។

12. ការចំណាយលើសុខភាពធ្មេញដែលកើតឡើងទាក់ទងនឹងដំណើរការសុខភាពធ្មេញ ឬការពាត់តម្រង់ធ្មេញបានចាប់ផ្តើមមុនពេលមានសិទ្ធិទទួលបានរបស់សមាជិកជាមួយនឹងគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan។ ឧទាហរណ៍ដូចជា៖ ធ្មេញដែលបានរៀបចំសម្រាប់ការស្រោប ការព្យាបាលរន្ធឬស

ធ្មេញដែលកំពុងដំណើរការ ក្រាសធ្មេញពាក់ពេញលេញ ឬដោយផ្នែកសម្រាប់ពុម្ពធ្មេញដែលពេទ្យធ្មេញធ្វើមុនដាក់ធ្មេញបានធ្វើ និងការពត់តម្រង់ធ្មេញ។

13. ការផ្លាស់ប្តូរក្នុងការព្យាបាលនៃការពត់តម្រង់ធ្មេញដែលត្រូវការចាំបាច់ដោយចៃដន្យគ្រប់ប្រភេទ។

14. ឧបករណ៍ព្យាបាលលើមុខងារមាត់ធ្មេញ និងមុខងារដែលមិនប្រក្រតី និង/ឬការព្យាបាល។

15. រណបធ្មេញសេរ៉ាមិច ឬរណបធ្មេញថ្លា រណបធ្មេញផ្នែកខាងក្នុងនៃការបត់បែនឧបករណ៍ពត់តម្រង់ធ្មេញ និងជម្រើសឯកទេសផ្សេងទៀត ឬគ្រឿងសម្អាងជំនួសឱ្យស្តង់ដារនៃឧបករណ៍ពត់តម្រង់ធ្មេញដែលដាក់ភ្ជាប់ និងអាចដកចេញបាន។

16. ការដកធ្មេញ នៅពេលដែលធ្មេញមិនមានរោគសញ្ញា/មិនមានរោគសាស្ត្រ (មិនមានសញ្ញា ឬរោគសញ្ញានៃរោគសាស្ត្រ ឬការឆ្លងមេរោគ) រួមមានជាអាទិ៍ការដកធ្មេញផ្តាមទីបី និងការដកឧបរណ៍ពត់តម្រង់ធ្មេញចេញ។

17. ក្រាសធ្មេញពាក់ដោយផ្នែកបណ្តោះអាសន្ន (ក្រាសធ្មេញពាក់បណ្តោះអាសន្ន) រួមជាមួយនឹងឧបករណ៍ដែលដាក់ភ្ជាប់ ឬអាចដកចេញបានដែលត្រូវបានកំណត់ចំពោះការជំនួសធ្មេញខាងមុខដែលបានដកចេញសម្រាប់មនុស្សពេញវ័យក្នុងអំឡុងពេលនៃការព្យាបាល នៅពេលដែលធ្មេញមិនអាចបន្ថែមទៅផ្នែកនៃធ្មេញដែលមានស្រាប់។

18. អត្ថប្រយោជន៍សម្រាប់កម្មវិធីគ្រប់គ្រងជាលិកាទន់ត្រូវបានកំណត់ចំពោះផ្នែកទាំងនោះ ដែលត្រូវបានរាយបញ្ជីលើសេវាដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងបានរាយបញ្ជីក្នុង *តារាងដំណើរការអត្ថប្រយោជន៍សុខភាពធ្មេញជាប្រចាំ*។ ប្រសិនបើសមាជិកបដិសេធលើសេវាកម្មដែលមិនត្រូវបានធានារ៉ាប់រងក្នុងកម្មវិធីគ្រប់គ្រងជាលិកាទន់ នោះវាមិនដក ឬផ្លាស់ប្តូរអត្ថប្រយោជន៍ផ្សេងទៀតដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងទេ។

19. ការព្យាបាល ឬឧបករណ៍ដែលត្រូវបានផ្តល់ដោយពេទ្យធ្មេញដែលប្រកបវិជ្ជាជីវៈក្នុងសេវាកម្មសេរីរាង្គធ្មេញសិប្បនិម្មិត។

20. ការព្យាបាលការពត់តម្រង់ធ្មេញត្រូវតែផ្តល់ដោយពេទ្យធ្មេញដែលមានអាជ្ញាបណ្ណ។ ការពត់តម្រង់ធ្មេញដែលផ្តល់ជូនដោយខ្លួនឯងមិនត្រូវបានធានារ៉ាប់រងទេ។

21. ការដកចេញនូវឧបករណ៍ពត់តម្រង់ធ្មេញដែលដាក់ភ្ជាប់ សម្រាប់ហេតុផលផ្សេងក្រៅពីការបញ្ចប់ការព្យាបាលគឺមិនមែនជាអត្ថប្រយោជន៍ដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងទេ។

E. អត្ថប្រយោជន៍ដែលបានធានារ៉ាប់រងក្រៅពីគម្រោងរបស់យើង

យើងមិនធានារ៉ាប់រងលើសេវាដូចខាងក្រោមទេ ប៉ុន្តែសេវាទាំងនោះអាចប្រើបានតាមរយៈការគិតថ្លៃតាមសេវារបស់ Original Medicare ឬ Medi-Cal។

E1. ការផ្លាស់ប្តូររបស់សហគមន៍នៃរដ្ឋ California (CCT)

កម្មវិធីផ្លាស់ប្តូររបស់សហគមន៍នៃរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា (CCT) ប្រើអង្គការ Lead Organizations ក្នុងស្រុកដើម្បីជួយដល់អ្នកដែលមានសិទ្ធទទួលផលពី Medi-Cal ដែលបានរស់នៅក្នុងមន្ទីរព្យាបាលជំងឺសម្រាប់រយៈពេលយ៉ាងហោចណាស់ 90 ថ្ងៃជាប់ៗគ្នា ឱ្យផ្លាស់ប្តូរទៅរស់នៅក្នុងសហគមន៍វិញប្រកបដោយសុវត្ថិភាព។ កម្មវិធី

CCT ផ្តល់ថវិកាសម្រាប់សេវាសម្របសម្រួលការផ្លាស់ប្តូរក្នុងអំឡុងពេលមុនដំណាក់កាលផ្លាស់ប្តូរ និងសម្រាប់រយៈពេល 365 ថ្ងៃក្រោយការផ្លាស់ប្តូរ ដើម្បីជួយដល់អ្នកទទួលផលដែលបានផ្លាស់ប្តូរត្រឡប់ទៅជាការកំណត់សហគមន៍វិញ។

អ្នកអាចទទួលបានសេវាសម្របសម្រួលការផ្លាស់ប្តូរពីអង្គការ CCT Lead Organization ណាមួយដែលបម្រើការក្នុងតំបន់ដែលអ្នករស់នៅ។ អ្នកអាចស្វែងរកបញ្ជីអង្គភាព CCT នាំមុខ និងខោនធីដែលពួកគេបម្រើនៅលើគេហទំព័ររបស់ក្រសួង Department of Health Care Services តាមរយៈ www.dhcs.ca.gov/services/ltc/Pages/CCT ។

សម្រាប់សេវាសម្របសម្រួលនៃការផ្លាស់ប្តូររបស់ CCT

Medi-Cal បង់ប្រាក់ទូទាត់សម្រាប់សេវាសម្របសម្រួលនៃការផ្លាស់ប្តូរនេះ។ អ្នកមិនចាំបាច់បង់ប្រាក់ទូទាត់សម្រាប់សេវាកម្មទាំងនេះទេ។

សម្រាប់សេវាកម្មមិនទាក់ទងនឹងការផ្លាស់ប្តូរនៃរបស់ CCT របស់អ្នក

អ្នកផ្តល់សេវាចេញវិក្កយបត្រមកយើងខ្ញុំសម្រាប់សេវាកម្មរបស់អ្នក។ គម្រោងរបស់យើងបង់ប្រាក់ទូទាត់សម្រាប់សេវាកម្មដែលបានផ្តល់ជូនបន្ទាប់ពីការផ្លាស់ប្តូររបស់អ្នក។ អ្នកមិនចាំបាច់បង់ប្រាក់ទូទាត់សម្រាប់សេវាកម្មទាំងនេះទេ។

ខណៈពេលដែលអ្នកទទួលបានសេវាកម្មសម្របសម្រួលនៃការផ្លាស់ប្តូររបស់ CCT យើងបង់ប្រាក់ទូទាត់សម្រាប់សេវាកម្មដែលបានរាយក្នុងតារាងអត្ថប្រយោជន៍នៅក្នុង **ផ្នែក D**។

មិនមានការផ្លាស់ប្តូរអត្ថប្រយោជន៍នៃការធានារ៉ាប់រងលើឱសថទេ

កម្មវិធី CCT **មិន**ធានារ៉ាប់រងលើឱសថទេ។ អ្នកបន្តទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ឱសថធម្មតារបស់អ្នកតាមរយៈគម្រោងរបស់យើង។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមមើល**ជំពូក 5** *នៃសៀវភៅណែនាំសមាជិករបស់អ្នក*។

កំណត់សម្គាល់៖ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការការថែទាំសម្រាប់ការផ្លាស់ប្តូរដែលមិនមែនជា CCT សូមហៅទូរសព្ទទៅអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នកដើម្បីរៀបចំសេវាកម្មទាំងនេះ។ ការថែទាំសម្រាប់ការផ្លាស់ប្តូរដែលមិនមែនជា CCT គឺជាការថែទាំដែល**មិន**ទាក់ទងទៅនឹងការផ្លាស់ប្តូររបស់អ្នកពីមន្ទីរ/មន្ទីរថែទាំ។

E2. កម្មវិធីសុខភាពមាត់ធ្មេញ Medi-Cal

សេវាសុខភាពមាត់ធ្មេញមួយចំនួនអាចស្វែងរកបានតាមរយៈកម្មវិធី Medi-Cal Dental Program រួមមាន ប៉ុន្តែមិនត្រូវបានកំណត់ចំពោះសេវាកម្មដូចជា៖

- ការពិនិត្យដំបូង ការថតកាំរស្មីអ៊ិច ការសម្អាត និងការព្យាបាលដោយសារធាតុភ្លុយអ័រ
- ការប៉ះ និងស្រោបធ្មេញ
- ការព្យាបាលឫសធ្មេញ
- ធ្មេញពាក់ ការកែតម្រូវ ការព្យាបាល និងការពត់ធ្មេញ

អត្ថប្រយោជន៍សុខភាពមាត់ធ្មេញមាននៅក្នុងកម្មវិធី Medi-Cal Dental Program ដោយគិតតម្លៃតាមសេវាដែលទទួលបាន។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម ឬប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយក្នុងការស្វែងរក

ពេទ្យធ្មេញដែលទទួលប្រើកម្មវិធី Medi-Cal Dental Program សូមទាក់ទងផ្នែកសេវាអតិថិជនតាមលេខទូរសព្ទ 1-800-322-6384 (អ្នកប្រើ TTY សូមហៅទូរសព្ទមកលេខ 1-800-735-2922)។ ការហៅមកលេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ អ្នកតំណាងរបស់កម្មវិធី Medi-Cal Dental Services Program អាចទំនេរដើម្បីជួយអ្នកចាប់ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក រហូតដល់ម៉ោង 5:00 ល្ងាច ចាប់ពីថ្ងៃចន្ទ រហូតដល់ថ្ងៃសុក្រ។ អ្នកក៏អាចចូលទៅកាន់គេហទំព័រ dental.dhcs.ca.gov/ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។

បន្ថែមពីលើសេវាកម្មគិតថ្លៃរបស់កម្មវិធី Medi-Cal Dental Program អ្នកអាចទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ថែទាំធ្មេញតាមរយៈគម្រោងថែទាំសុខភាពមាត់ធ្មេញ។ គម្រោងថែទាំសុខភាពមាត់ធ្មេញមាននៅខោនធី Los Angeles ។ ប្រសិនបើអ្នកចង់បានព័ត៌មានបន្ថែមអំពីគម្រោងថែទាំសុខភាពមាត់ធ្មេញ ត្រូវការជំនួយក្នុងការកំណត់គម្រោងថែទាំសុខភាពមាត់ធ្មេញរបស់អ្នក ឬចង់ផ្លាស់ប្តូរគម្រោងថែទាំសុខភាពមាត់ធ្មេញ សូមទាក់ទងទៅជម្រើសថែទាំសុខភាពតាមរយៈលេខទូរសព្ទ 1-800-430-4263 (អ្នកប្រើ TTY សូមហៅទូរសព្ទមកលេខ 1-800-430-7077) ពីថ្ងៃចន្ទដល់ ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ 6:00 ល្ងាច។ ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃទេ។

E3. ការថែទាំនៅមន្ទីរព្យាបាលសម្រាប់អ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយ

អ្នកមានសិទ្ធិជ្រើសមន្ទីរថែទាំសម្រាប់អ្នកជំងឺឈឺចុងក្រោយ ប្រសិនបើអ្នកផ្តល់សេវាកម្ម ឬប្រធានគ្រប់គ្រងរវេជ្ជសាស្ត្រនៅមន្ទីព្យាបាលអ្នកជំងឺឈឺចុងក្រោយ ដើម្បីកំណត់ថាអ្នកត្រូវតែទទួលបានការថែទាំសម្រាប់ដំណាក់កាលចុងក្រោយ។ នេះមានន័យថាអ្នកមានជំងឺធ្ងន់ធ្ងរ និងរំពឹងថាអាចរស់បានត្រឹមប្រាំមួយខែ ឬតិចជាងនេះ។ អ្នកអាចទទួលបានការថែទាំពីកម្មវិធីថែទាំអ្នកជំងឺឈឺចុងក្រោយដែលមានសេចក្តីអនុញ្ញាតដោយកម្មវិធី Medicare។ គម្រោងត្រូវតែជួយអ្នកក្នុងការស្វែងរកកម្មវិធីនៃមន្ទីរពេទ្យថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយដែលបានបញ្ជាក់ដោយ Medicare។ វេជ្ជបណ្ឌិតនៃមន្ទីរពេទ្យថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយរបស់អ្នក អាចជាអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ ឬអ្នកផ្តល់សេវាមកក្រៅបណ្តាញ។

សូមមើលតារាងអត្ថប្រយោជន៍នៅក្នុង **ផ្នែក D** សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីអ្វីដែលយើងបង់ប្រាក់ទូទាត់ខណៈពេលដែលអ្នកកំពុងទទួលបានសេវាថែទាំលើអ្នកដែលមានជំងឺធ្ងន់ធ្ងរ។

សម្រាប់សេវាផ្តល់ការថែទាំលើអ្នកដែលមានជំងឺធ្ងន់ធ្ងរ និងសេវាកម្មដែលបានធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare ផ្នែក A ឬ B ដែលទាក់ទងទៅនឹងការព្យាបាលជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយរបស់អ្នក

- អ្នកផ្តល់សេវាការថែទាំលើអ្នកដែលមានជំងឺធ្ងន់ធ្ងរចេញវិក្កយបត្រទៅកាន់ Medicare សម្រាប់សេវាកម្មរបស់អ្នក។ Medicare បង់ប្រាក់ទូទាត់សម្រាប់សេវាផ្តល់ការថែទាំលើអ្នកដែលមានជំងឺធ្ងន់ធ្ងរទាក់ទងនឹងការព្យាបាលជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយរបស់អ្នក។ អ្នកមិនចាំបាច់បង់ប្រាក់ទូទាត់សម្រាប់សេវាកម្មទាំងនេះទេ។

សម្រាប់សេវាកម្មដែលបានធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare ផ្នែក A ឬ B ដែលមិនទាក់ទងទៅនឹងការព្យាបាលជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយ (លើកលែងតែការថែទាំក្នុងគ្រាអាសន្ន ឬការថែទាំបន្ទាន់ណាដែលចាំបាច់)

- ក្រុមក្រូពេទ្យនឹងចេញវិក្កយបត្រជូនកម្មវិធី Medicare សម្រាប់សេវាកម្មរបស់អ្នក។ Medicare នឹងបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាកម្មដែលត្រូវបានរ៉ាប់រងដោយផ្នែក A ឬ B នៃកម្មវិធី Medicare។ អ្នកមិនចាំបាច់បង់ប្រាក់ទូទាត់សម្រាប់សេវាកម្មទាំងនេះទេ។

សម្រាប់ឱសថដែលអាចត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយអត្ថប្រយោជន៍របស់ Medicare ផ្នែក D នៃគម្រោងរបស់យើង

- ឱសថមិនត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយទាំងការថែទាំលើអ្នកដែលមានជំងឺធ្ងន់ធ្ងរ និងគម្រោងរបស់យើងខ្ទុំក្តងពេលតែមួយបានទេ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមមើល **ជំពូក 5** *នៃសៀវភៅណែនាំសមាជិករបស់អ្នក*។

កំណត់សម្គាល់៖ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការការថែទាំមិននៅមន្ទីរពេទ្យថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយទេ សូមហៅទូរសព្ទទៅកាន់អ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នកដើម្បីរៀបចំសេវាទាំងនោះ។ ការថែទាំដែលមិនមែនសម្រាប់អ្នកដែលមានជំងឺធ្ងន់ធ្ងរ គឺជាការថែទាំដែលមិនទាក់ទងជាមួយនឹងការព្យាបាលដំណាក់កាលចុងក្រោយរបស់អ្នក។

F. អត្ថប្រយោជន៍មិនត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយ គម្រោង Medicare ឬ Medi-Cal របស់យើងទេ

ផ្នែកនេះប្រាប់អ្នកអំពីអត្ថប្រយោជន៍ដែលមិនរាប់បញ្ចូលក្តងគម្រោងរបស់យើង។ "មិនរាប់បញ្ចូល" មានន័យថាយើងមិនបង់ប្រាក់ទូទាត់សម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍ទាំងនេះទេ។ Medicare និង Medi-Cal ក៏មិនបង់ប្រាក់ទូទាត់ឱ្យផងដែរ។

បញ្ជីខាងក្រោមពិពណ៌នាអំពីសេវាកម្ម និងករណីមួយចំនួនដែលយើងមិនធានារ៉ាប់រង ក្រោមលក្ខខណ្ឌណាមួយ ព្រមទាំងយើងមិនរាប់បញ្ចូលក្តងករណីមួយចំនួនតែប៉ុណ្ណោះ។

យើងមិនបង់ប្រាក់ទូទាត់សម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដែលមិនបានរាបដូចមានរាយនាមនៅក្តងផ្នែកនេះ (ឬនៅកន្លែងផ្សេងណាមួយនៅក្តង *សៀវភៅណែនាំសម្រាប់សមាជិក*នេះឡើយ) លើកលែងតែនៅក្រោមលក្ខខណ្ឌជាក់លាក់ដែលត្រូវបានរាយនាមរៀបរាប់តែប៉ុណ្ណោះ។ ទោះបីជាអ្នកទទួលបានសេវានៅឯមណ្ឌលសង្គ្រោះបន្ទាន់ក៏ដោយ ក៏គម្រោងនឹងមិនបង់ប្រាក់ទូទាត់សម្រាប់សេវាកម្មទាំងនោះដែរ។ ប្រសិនបើអ្នកគិតថាគម្រោងរបស់យើងគួរតែបង់ប្រាក់ទូទាត់សម្រាប់សេវាកម្មណាមួយដែលមិនទទួលបានការធានារ៉ាប់រង អ្នកអាចស្នើសុំដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍បាន។ សម្រាប់ព័ត៌មានអំពីបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ សូមមើល **ជំពូកទី 9** *នៃសៀវភៅណែនាំសមាជិករបស់អ្នក*។

បន្ថែមពីលើការមិនរាប់បញ្ចូល ឬការដាក់កម្រិតណាមួយដូចដែលបានរៀបរាប់នៅក្តងតារាងអត្ថប្រយោជន៍នេះ គម្រោងរបស់យើងមិនធានារ៉ាប់រងលើសម្ភារ និងសេវាកម្មខាងក្រោម៖

- សេវាកម្មត្រូវបានចាត់ទុកថាមិន "សមស្រប និងចាំបាច់ខាងវេជ្ជសាស្ត្រ" យោងតាមស្តង់ដាររបស់ Medicare និង Medi-Cal លុះត្រាតែយើងរៀបរាប់ថាទាំងនេះគឺជាសេវាកម្មដែលបានធានារ៉ាប់រង។
- សេវាកម្មវេជ្ជសាស្ត្រ និងវះកាត់ផ្នែកពិសោធន៍ ទំនិញ និងឱសថលើកលែងតែ Medicare ការសិក្សាស្រាវជ្រាវផ្នែកព្យាបាលដែលត្រូវបានយល់ព្រមដោយកម្មវិធី Medicare ឬគម្រោងរបស់យើងរ៉ាប់រងលើវា។ សូមមើល**ជំពូកទី 3** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិករបស់អ្នក*សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីការសិក្សាស្រាវជ្រាវលើការព្យាបាល។ សេវាកម្ម និងសម្ភារពិសោធន៍គឺជាសេវាកម្ម និងសម្ភារដែលមិនត្រូវបានទទួលស្គាល់ជាទូទៅដោយសហគមន៍វេជ្ជសាស្ត្រ។

- សេវាកម្មព្យាបាលដោយវះកាត់សម្រាប់ជំងឺធាត់មានមេរោគ លើកលែងតែនៅពេលសេវាកម្មនេះមានភាពចាំបាច់ខាងវេជ្ជសាស្ត្រ ហើយ Medicare បង់ថ្លៃសេវាកម្មនេះ។
- បន្ទប់ឯកជននៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យ
  លើកលែងនៅពេលបន្ទប់នេះមានភាពចាំបាច់ខាងវេជ្ជសាស្ត្រ។
- គិលានុប្បដ្ឋាយិកាបំពេញភារៈកិច្ចឯកជន។
- សម្ភារផ្គាល់ខ្លួននៅក្នុងបន្ទប់របស់អ្នកនៅមន្ទីរពេទ្យ ឬនៅមណ្ឌលថែទាំអ្នកជំងឺ ដូចជាទូរសព្ទ ឬទូរទស្សន៍ ជាដើម។
- សេវាកម្មថែទាំអ្នកជំងឺពេញម៉ោងនៅក្នុងផ្ទះរបស់អ្នក។
- ថ្លៃសេវាកម្មដែលត្រូវគិតដោយសាច់ញាតិជិត ឬសមាជិកគ្រួសាររបស់អ្នក។
- នីតិវិធី ឬសេវាកម្មជ្រើសតាំង ឬដោយស្ម័គ្រចិត្ត (រួមបញ្ចូលទាំងការសម្រកទម្ងន់ ការបណ្តុះសក់ សមត្ថភាពផ្លូវភេទ សមត្ថភាពអត្តពលកម្ម គោលបំណងកែសម្ផស្ស ការពារការចាស់មុនអាយុ និងសមត្ថភាពផ្លូវចិត្ត) លើកលែងតែនៅពេលចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ។
- សេវាកម្មវះកាត់កែសម្ផស្ស ឬការងារកែសម្ផស្សផ្សេងៗទៀត លើលែងតែមានភាពចាំបាច់ដោយសារតែមានគ្រោះថ្នាក់ដោយចៃដន្យ ឬដើម្បី ពង្រឹងផ្នែកនៃរាងកាយដែលមិនមានទម្រង់ត្រឹមត្រូវ។ ទោះបីជាយ៉ាងណា យើងបង់ប្រាក់ទូទាត់សម្រាប់សេវាកម្មបង្កើនទំហំសុដន់ឡើងវិញក្រោយពេលវះកាត់សុដន់រួច និងសម្រាប់ការព្យាបាលជំងឺសុដន់ផ្សេងៗទៀត។
- ការថែទាំជើងធម្មតា លើកលែងតែដូចបានពិពណ៌នាក្នុងសេវាបាទារិឆ្ងាសាស្ត្រនៅក្នុងគំនូសតាងអត្ថប្រយោជន៍នៅក្នុងផ្នែក D។
- ស្បែកជើងទម្រាងកាយ លើលែងតែស្បែកជើងនោះជាផ្នែកមួយនៃចន្ទល់ និងត្រូវបានដាក់បញ្ចូលក្នុងថ្លៃចំណាយលើចន្ទល់ ឬស្បែកជើងសម្រាប់អ្នកជំងឺជើងរ៉ាំរ៉ៃ។
- សម្ភារៈគាំទ្រសម្រាប់ជើង លើកលែងតែស្បែកជើងកែទម្រង់រាងកាយឬស្បែកជើងសប្បនិមិត្តសម្រាប់អ្នកជំងឺជើងរ៉ាំរ៉ៃ។
- សេវាកម្មវះកាត់ភ្នែក Radial keratotomy សេវាកម្មវះកាត់ LASIK និងឧបករណ៍ជំនួយភ្នែកចុះខ្សោយផ្សេងៗទៀត។
- ផ្តុំយស្រឡះពីការវះកាត់ក្រៅ ការវះកាត់កែភេទ និងការផ្គត់ផ្គង់ឱសថពន្យារកំណើតដែលមិនមានវេជ្ជបញ្ជា។
- សេវាកម្មព្យាបាលរោគតាមរបៀបធម្មជាតិ (ការប្រើប្រាស់ថ្នាំព្យាបាលធម្មជាតិឬរបៀបព្យាបាលតាមជម្រើសផ្សេង)។
- សេវាកម្មដែលត្រូវបានផ្តល់ឱ្យយុទ្ធជនក្នុងមណ្ឌលកិច្ចការយុទ្ធជន (VA)។ ទោះបីជាយ៉ាងណា នៅពេលយុទ្ធជនណាម្នាក់ទទួលបានសេវាកម្មសង្គ្រោះបន្ទាន់នៅមន្ទីរពេទ្យ VA

ហើយការបង់ថ្លៃបដិភាគ VA មានចំនួនចំនួនច្រើនជាងការបង់ថ្លៃបដិភាគ
ក្នុងគម្រោងរបស់យើងខ្ញុំ យើងខ្ញុំនឹងបង់ប្រាក់ទូទាត់ជូនយុទ្ធជនវិញតាមចំនួនដែល
ខុសគ្នា។ អ្នកនៅតែទទួលខុសត្រូវចំពោះការបង់ថ្លៃចំណែករួមរបស់អ្នក។

ជំពូក 5៖ ការទទួលបានឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាសម្រាប់អ្នកជំងឺមិនស្នាក់ព្យាបាលរបស់អ្នក

សេចក្តីផ្តើម

ជំពូកនេះពន្យល់អំពីវិធានច្បាប់សម្រាប់ទទួល ឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាសម្រាប់អ្នកអ្នកជំងឺមិនសម្រាកនៅពេទ្យ។ ឱសថទាំងនេះ គឺជាឱសថដែលអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំរបស់អ្នកធ្វើការបញ្ជាទិញជូនអ្នក ដែលអ្នកទទួលបានពីឱសថស្ថាន ឬដោយការបញ្ជាទិញតាមប្រៃសណីយ៍។ ឱសថទាំងនោះរួមមានទាំងឱសថដែលបានធានារ៉ាប់រងនៅផ្នែក D របស់ Medicare និង Medi-Cal។ **ជំពូក 6** ៖នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិករបស់អ្នក*ប្រាប់អ្នកពីអ្វីដែលអ្នកបង់ប្រាក់ទូទាត់សម្រាប់ឱសថទាំងនេះ។ ពាក្យគន្លឹះ និងនិយមន័យមានតាមលំដាប់អក្ខរក្រមក្នុងជំពូកចុងក្រោយនៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*របស់អ្នក។

យើងក៏ធានារ៉ាប់រងលើឱសថខាងក្រោមផងដែរ ទោះបីជាឱសថទាំងនេះមិនត្រូវបានពិភាក្សានៅក្នុងជំពូកនេះក៏ដោយ៖

- **ឱសថដែលបានធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare ផ្នែក A។** ទាំងនេះរួមបញ្ចូលទាំងឱសថមួយចំនួនដែលត្រូវបានផ្តល់ឱ្យអ្នកខណៈពេលអ្នកស្ថិតនៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យឬមណ្ឌលថែទាំ។
- **ឱសថដែលគ្របដណ្តប់ដោយ Medicare ផ្នែក B។** ទាំងនេះរួមបញ្ចូលទាំងឱសថព្យាបាលសារធាតុគីមីមួយចំនួន ថ្នាំចាក់មួយចំនួនដែលបានផ្តល់ជូនអ្នកនៅខណៈពេលដែលអ្នកទៅជួបវេជ្ជបណ្ឌិត ឬអ្នកផ្តល់សេវាផ្សេងទៀតនៅក្នុងការិយាល័យ ព្រមទាំងឱសថដែលបានផ្តល់ជូនអ្នកនៅឯគ្លីនិកលាងឈាម។ ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពីឱសថអ្វីខ្លះដែលបានធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare ផ្នែក B សូមមើលតារាងអត្ថប្រយោជន៍នៅក្នុង**ជំពូក 4** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*របស់អ្នក។

ច្បាប់សម្រាប់ការធានារ៉ាប់រងឱសថចំពោះអ្នកជំងឺមិនស្នាក់ព្យាបាលរបស់គម្រោង

យើងធានារ៉ាប់រងឱសថរបស់អ្នកជាធម្មតា លុះត្រាតែអ្នកអនុវត្តន៍តាមច្បាប់នៅក្នុងផ្នែកនេះ។

1. អ្នកត្រូវតែមានវេជ្ជបណ្ឌិត ឬអ្នកផ្តល់សេវាផ្សេងទៀតសរសេរវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក ដែលត្រូវតែមានសុពលភាពក្រោមច្បាប់រដ្ឋជាធរមាន។ បុគ្គលនេះច្រើនតែជាអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំបឋមរបស់អ្នក (PCP)។ បុគ្គលនេះក៏អាចជាអ្នកផ្តល់សេវាផ្សេងទៀត ប្រសិនបើអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំបឋមរបស់អ្នកបានបញ្ជូនអ្នកសម្រាប់ការថែទាំ។

2. អ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក **មិន** ត្រូវស្ថិតនៅក្នុងអត្ថប្រយោជន៍ដែលមិនរាប់បញ្ចូល ឬបញ្ជីបដិសេធរបស់ Medicare អត្ថប្រយោជន៍ដែលមិនរាប់បញ្ចូលនៃ Medi-Cal (Medicaid) របស់រដ្ឋ និងត្រូវបានដាក់ទណ្ឌកម្មដោយរដ្ឋ។

3. អ្នកត្រូវប្រើឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញដើម្បីបំពេញវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក។

4. ឱសថត្រូវការវេជ្ជបញ្ជារបស់លោកអ្នកត្រូវតែស្ថិតក្នុង *បញ្ជីឱសថធានារ៉ាប់រងរបស់គម្រោង*។ យើងហៅវាយ៉ាងខ្លីថា “បញ្ជីឱសថ”។

   - បើវាមិនមាននៅក្នុងបញ្ជីឱសថទេ យើងខ្លាំប្រហែលជាអាចរ៉ាប់រងលើវា ដោយផ្តល់ឱ្យលោកអ្នកនូវករណីលើកលែង។
   - សូមមើលជំពូកទី 9ដើម្បីស្វែងយល់អំពីការស្នើសុំករណីលើកលែង។
   - សូមកត់ចំណាំផងដែរថាការស្នើសុំដើម្បីធានារ៉ាប់រងលើឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកនឹងត្រូវបានវាយតម្លៃក្រោមស្តង់ដាររបស់ Medicare និង Medi-Cal។

5. ឱសថរបស់អ្នកត្រូវតែប្រើតាមការណែនាំ របស់វេជ្ជបញ្ជា។ នេះមានន័យថា ការប្រើឱសថត្រូវតែមានការយល់ព្រមពីរដ្ឋបាលចំណីអាហារនិងឱសថ ឬក៏មានការគាំទ្រដោយឯកសារយោងរបស់វេជ្ជសាស្ត្រមួយចំនួន។ វេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកប្រហែលជាអាចជួយអ្នកក្នុងការកំណត់ឯកសារយោងរបស់វេជ្ជសាស្ត្រ ដើម្បីគាំទ្រដល់ការប្រើឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាដែលបានស្នើសុំ។ ឱសថត្រូវបានប្រើដើម្បីព្យាបាលអាការៈជំងឺមិនត្រូវបានគាំទ្រដោយរដ្ឋបាលចំណីអាហារឬសៀវភៅសេចក្តីយោង (FDA) ឬសៀវភៅជាឯកសារយោងដែលត្រូវបានបង្ហាញថាសញ្ញា “បិទស្លាក” ។ ឱសថដែលបានប្រើសម្រាប់បង្ហាញ “បិទស្លាក” គឺមិនមែនជាសញ្ញាណនៃការទទួលយកផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រទេហេតុដូច្នេះមិនមែនជាអត្ថប្រយោជន៍ដែលមានការរ៉ាប់រងឡើយលុះត្រាៈ

   - "ការប្រើក្រៅផ្លូវការ" នេះត្រូវបានលើកឡើងនៅក្នុងសៀវភៅយោងមួយក្បាល ដែលអនុម័តដោយ CMS។
   - ឱសថទាំងនេះត្រូវបានលើកឡើងនៅក្នុងអត្ថបទពីរ (2) នៅក្នុងទស្សនាវដ្តីវេជ្ជសាស្ត្រដែលបានត្រួតពិនិត្យដោយក្រុមវេជ្ជបណ្ឌិត ដោយបង្ហាញពីទិន្នន័យគាំទ្រដល់ការប្រើប្រាស់ការបិទស្លាកដែលបានស្នើឡើង ឬការប្រើប្រាស់ជាទូទៅប្រកបដោយសុវត្ថិភាព និងមានប្រសិទ្ធភាព (វាអនុវត្តន៍ចំពោះតែឱសថដែលបានស្នើសុំប៉ុណ្ណោះ)។

តារាងមាតិកា

A. ការទទួលបានឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក 163

A1. *សូមបើកឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកនៅឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញ* **163**

A2. *ប្រើបណ្ណសម្គាល់គម្រោងរបស់អ្នកនៅពេលដែលអ្នកផ្គត់ផ្គង់ឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជា* **163**

A3. *អ្វីដែលត្រូវធ្វើប្រសិនបើអ្នកផ្លាស់ប្តូរឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញរបស់អ្នក* **164**

A4. *អ្វីដែលត្រូវធ្វើប្រសិនបើឱសថស្ថានរបស់អ្នកចាកចេញពីបណ្តាញ* **164**

A5. *ការប្រើឱសថស្ថានឯកទេស* **164**

A6. *ការប្រើប្រាស់សេវាបញ្ជាទិញតាមប្រៃសណីយ៍ ដើម្បីទទួលបានឱសថរបស់អ្នក* **165**

A7. *ការទទួលយកការផ្គត់ផ្គង់ឱសថរយៈពេលយូរ* **166**

A8. *ការប្រើឱសថស្ថានដែលមិនមាននៅក្នុងបណ្ដាញនៃគម្រោងរបស់យើង* **167**

A9. *បង់ប្រាក់ទូទាត់សងអ្នកវិញសម្រាប់ឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជា* **167**

B. បញ្ជីឱសថនៃគម្រោងរបស់យើង 168

B1. *ឱសថក្នុងបញ្ជីឱសថរបស់យើង* **168**

B2. *របៀបស្វែងរកឱសថនៅក្នុងបញ្ជីឱសថរបស់យើង* **169**

B3. *ឱសថដែលមិនមាននៅក្នុងបញ្ជីឱសថរបស់យើង* **169**

B4. *កម្រិតនៃការចែករំលែកតម្លៃសម្រាប់បញ្ជីឱសថ* **170**

C. ដែនកំណត់លើឱសថមួយចំនួន 171

D. មូលហេតុដែលឱសថរបស់អ្នកមិនត្រូវបានធានារ៉ាប់រង 172

D1. *ការទទួលបានការផ្គត់ផ្គង់បណ្ដោះអាសន្ន* **173**

E. ការផ្លាស់ប្តូរនៃការធានារ៉ាប់រងសម្រាប់ឱសថរបស់អ្នក 175

F. ការធានារ៉ាប់រងលើឱសថក្នុង ករណីពិសេស 177

F1. *នៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យ ឬមណ្ឌលថែទាំដែលមានជំនាញសម្រាប់ការស្នាក់ព្យាបាលដែលគម្រោងរបស់យើងធានារ៉ាប់រង* **177**

F2. *នៅក្នុងមណ្ឌលថែទាំរយៈពេលយូរ* **177**

F3. *មន្ទីរពេទ្យថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយដែលបានបញ្ជាក់ដោយកម្មវិធីរបស់* **Medicare 178**

G. កម្មវិធីសុវត្ថិភាព និងការគ្រប់គ្រងឱសថ 179

G1. *កម្មវិធីសម្រាប់ជួយអ្នកឱ្យចេះប្រើឱសថប្រកបដោយសុវត្ថិភាព* **179**

G2. *កម្មវិធីដើម្បីជួយអ្នកក្នុងការគ្រប់គ្រងឱសថរបស់អ្នក* **179**

G3. *កម្មវិធីគ្រប់គ្រងឱសថសម្រាប់ការប្រើឱសថអូផ្សអ៊ីតដោយសុវត្ថិភាព* **180**

A. ការទទួលបានឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក

A1. សូមបើកឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកនៅឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញ

ក្នុងករណីមួយចំនួនធំ យើងបង់ប្រាក់ទូទាត់សម្រាប់ឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជា តែនៅពេលដែលឱសថនោះបានផ្គត់ផ្គង់នៅតាមឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញណាមួយរបស់យើង។ ឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញគឺជាហាងលក់ឱសថដែលបានយល់ព្រមផ្គត់ផ្គង់ឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាសម្រាប់សមាជិកនៃគម្រោងរបស់យើង។ អ្នកអាចទៅកាន់ឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញយើងខ្ញុំណាមួយក៏បាន។

ដើម្បីស្វែងរកឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញ សូមរកមើលនៅក្នុង *សៀវភៅបញ្ជីឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថាន* សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័ររបស់យើង ឬទាក់ទងផ្នែកសេវាអតិថិជន ឬអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នក។

A2. ប្រើបណ្ណសម្គាល់គម្រោងរបស់អ្នកនៅពេលដែលអ្នកផ្គត់ផ្គង់ឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជា

ដើម្បីផ្គត់ផ្គង់ឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក **សូមបង្ហាញបណ្ណសម្គាល់គម្រោងរបស់អ្នក** នៅឯឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញរបស់អ្នក។ ឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញចេញវិក្កយបត្រឱ្យយើងសម្រាប់ *ថ្លៃចំណែកដែលជាការចំណាយរបស់យើង* នៃឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាដែលបានធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នក។ អ្នកអាចនឹងត្រូវបង់ប្រាក់ឱ្យឱសថស្ថាន ក្នុងចំណែកប្រាក់បង់រួមរបស់អ្នក នៅពេលអ្នកទទួលបានវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក។

សូមចងចាំថា អ្នកត្រូវការបណ្ណ Medi-Cal ឬបណ្ណសម្គាល់អត្ថប្រយោជន៍ (BIC) របស់អ្នក ដើម្បីចូលប្រើឱសថដែលបានធានារ៉ាប់រងរបស់ Medi-Cal Rx។

ប្រសិនបើអ្នកមិនមានបណ្ណសម្គាល់គម្រោង ឬ BIC ជាមួយអ្នក នៅពេលអ្នកផ្គត់ផ្គង់ឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក សូមស្នើសុំឱ្យឱសថស្ថានហៅទូរសព្ទមកយើងដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានចាំបាច់។

ប្រសិនបើឱសថស្ថានមិនអាចទទួលបានព័ត៌មានចាំបាច់ទេនោះទេ អ្នកអាចនឹងបង់ថ្លៃពេញសម្រាប់ឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជា នៅពេលដែលអ្នកទទួលយកវាមក។ បន្ទាប់មកអ្នកអាចស្នើសុំឱ្យយើងខ្ញុំបង់ប្រាក់ទូទាត់ថ្លៃសងអ្នកវិញសម្រាប់ភាគចំណែករបស់យើង។ **ប្រសិនបើអ្នកមិនអាចបង់ប្រាក់ទូទាត់សម្រាប់ឱសថបានទេ ច្បាប់រដ្ឋ និងច្បាប់សហព័ន្ធអនុញ្ញាតឱ្យឱសថស្ថានចេញនូវការផ្គត់ផ្គង់មិនតិចជាង 72 ម៉ោងនៃឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាដែលត្រូវការរបស់អ្នកក្នុងគ្រាអាសន្ន។ សូមទាក់ទងទៅផ្នែកសេវាអតិថិជនភ្លាមៗ។** យើងនឹងធ្វើអ្វីគ្រប់យ៉ាងដែលយើងអាចធ្វើបានដើម្បីជួយអ្នក។

- ដើម្បីស្នើសុំឱ្យយើងបង់ប្រាក់ទូទាត់សងអ្នកវិញ សូមមើល**ជំពូកទី 7** នៃសៀវភៅណែនាំសមាជិករបស់អ្នក។
- ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយក្នុងការផ្គត់ផ្គង់ឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជា សូមទាក់ទងទៅកាន់ផ្នែកសេវាអតិថិជន ឬអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នក។

A3. អ្វីដែលត្រូវធ្វើប្រសិនបើអ្នកផ្លាស់ប្តូរឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញរបស់អ្នក

ប្រសិនបើអ្នកផ្លាស់ប្តូរឱសថស្ថាន ហើយត្រូវការផ្គត់ផ្គង់ឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជា អ្នកអាចស្នើសុំការចេញវេជ្ជបញ្ជាថ្មីដែលត្រូវបានសរសេរដោយអ្នកផ្តល់សេវាណាម្នាក់ ឬស្នើឱ្យឱសថស្ថានរបស់អ្នកផ្ទេរវេជ្ជបញ្ជាទៅកាន់ឱសថស្ថានថ្មីក៏បាន ប្រសិនបើនៅមានការផ្គត់ផ្គង់ណាមួយដែលនៅសល់។

ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយក្នុងការផ្លាស់ប្តូរឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញរបស់អ្នក សូមទាក់ទងផ្នែកសេវាអតិថិជន ឬអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នក។

A4. អ្វីដែលត្រូវធ្វើប្រសិនបើឱសថស្ថានរបស់អ្នកចាកចេញពីបណ្តាញ

ប្រសិនបើឱសថស្ថានដែលអ្នកប្រើចេញពីបណ្តាញគម្រោងរបស់យើង អ្នកនឹងត្រូវស្វែងរកឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញថ្មីមួយទៀត។

ដើម្បីស្វែងរកឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញថ្មីមួយទៀត សូមរកមើលនៅក្នុង *សៀវភៅបញ្ជីឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថាន* សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័ររបស់យើង ឬទាក់ទងផ្នែកសេវាអតិថិជន ឬអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នក។

A5. ការប្រើឱសថស្ថានឯកទេស

ជួនកាល អ្នកត្រូវការបើកថ្នាំតាមវេជ្ជបញ្ជានៅឱសថស្ថានឯកទេស។ ឱសថស្ថានឯកទេសរួមមាន៖

ឱសថស្ថានដែលផ្គត់ផ្គង់ឱសថសម្រាប់ការព្យាបាលនៅផ្ទះ។

ឱសថស្ថានដែលផ្គត់ផ្គង់ឱសថសម្រាប់អ្នកស្នាក់នៅមណ្ឌលថែទាំរយៈពេលយូរ ដូចជាមណ្ឌលថែទាំមនុស្សចាស់ជាដើម។

- ជាធម្មតា មណ្ឌលថែទាំរយៈពេលយូរមានឱសថស្ថានរបស់ខ្លួនផ្ទាល់។ ប្រសិនបើអ្នកស្នាក់នៅមណ្ឌលថែទាំក្នុងរយៈពេលយូរ យើងត្រូវតែប្រាកដថាអ្នកទទួលបានឱសថដែលអ្នកត្រូវការនៅឯឱសថស្ថានរបស់មណ្ឌលថែទាំ។
- ប្រសិនបើឱសថស្ថានរបស់មណ្ឌលថែទាំរយៈពេលវែងមិនស្ថិតនៅក្នុងបណ្តាញរបស់យើងទេ ឬអ្នកមានបញ្ហាពិបាកក្នុងការទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ពីឱសថរបស់អ្នកនៅក្នុងមណ្ឌលថែទាំរយៈពេលវែង សូមទាក់ទងមកកាន់មកផ្នែកសេវាអតិថិជន។

ឱសថស្ថានដែលបម្រើឱ្យកម្មវិធីសេវាកម្មសុខភាពឥណ្ឌា/កម្មវិធីសុខភាពប្រជាជនឥណ្ឌានៅកុលសម្ព័ន្ធ/ទីក្រុង។ លើកលែងតែក្នុងករណីសង្គ្រោះបន្ទាន់ មានតែជនជាតិដើមអាមេរិក ឬក៏អាឡាស្កាប៉ុណ្ណោះ ទើបអាចប្រើប្រាស់ឱសថស្ថានទាំងនេះបាន។

ឱសថស្ថានដែលចែកចាយថ្នាំដែលស្ថិតនៅក្រោមការដាក់កំរិតរបស់ FDA ក្នុងទីតាំងជាក់លាក់មួយចំនួន ឬដែលតម្រូវឱ្យមានការព្យាបាលពិសេស ការសម្របសម្រួលអ្នកផ្តល់សេវា ឬការអប់រំលើការប្រើប្រាស់របស់ពួកគេ។ (ចំណាំ៖ សេណារីយ៉ូនេះគួរតែកម្រកើតឡើងណាស់។)

ដើម្បីស្វែងរកឱសថស្ថានឯកទេសមួយ សូមរកមើលនៅក្នុង *សៀវភៅបញ្ជីឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា និង ឱសថស្ថាន* សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័ររបស់យើង ឬទាក់ទងផ្នែកសេវាអតិថិជន ឬអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នក។

A6. ការប្រើប្រាស់សេវាបញ្ជាទិញតាមប្រៃសណីយ៍ ដើម្បីទទួលបានឱសថរបស់អ្នក

សម្រាប់ប្រភេទឱសថមួយចំនួន អ្នកអាចប្រើប្រាស់សេវាបញ្ជាទិញតាមប្រៃសណីយ៍ *នៅតាមឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញគម្រោងរបស់យើង។* ជាទូទៅ ឱសថដែលអាចស្វែងរកបានតាមរយៈសេវាបញ្ជាទិញតាមប្រៃសណីយ៍ គឺជាឱសថដែលអ្នកត្រូវប្រើយ៉ាងទៀងទាត់ជាប្រចាំសម្រាប់ស្ថានភាពវេជ្ជសាស្ត្ររយៈពេលយូរអង្វែង ឬជំងឺរ៉ាំរ៉ៃ។ ឱសថ**មិន**អាចស្វែងរកបានមានតាមរយៈសេវាបញ្ជាទិញតាមប្រៃសណីយ៍នៅតាមឱសថស្ថានក្នុងគម្រោងរបស់យើងត្រូវបានសម្គាល់ដោយនិមិត្តសញ្ញា NDS នៅក្នុងបញ្ជីឱសថរបស់យើង។

សេវាបញ្ជាទិញតាមប្រៃសណីយ៍ក្នុងគម្រោងរបស់យើង អនុញ្ញាតឱ្យ អ្នកបញ្ជាទិញ រហូតដល់ការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេល 100 ថ្ងៃសម្រាប់កម្រិតទី 1៖ ឱសថទូទៅដែលចង់បាន និងការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេល 90 ថ្ងៃសម្រាប់កម្រិតទី 2៖ ឱសថទូទៅ កម្រិតទី 3៖ ឱសថមានស្លាកយីហោដែលចង់បាន និងកម្រិតទី 4៖ ឱសថដែលមិនចង់បាន។ ការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេល 90 និង 100ថ្ងៃមានការបង់ប្រាក់រួមចំណែកដូចនឹងការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេលមួយខែដែរ។

ការផ្គត់ផ្គង់ឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជារបស់ខ្ញុំតាមរយៈប្រៃសណីយ៍

ដើម្បីទទួលបានទម្រង់បែបបទនៃការបញ្ជាទិញនិង ព័ត៌មានអំពីការផ្គត់ផ្គង់ឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកតាមរយៈប្រៃសណីយ៍ សូមហៅទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាអតិថិជនតាមលេខទូរសព្ទនៅលើគម្របខាងក្រោយនៃកូនសៀវភៅនេះ។ ប្រសិនបើអ្នកប្រើសេវាបញ្ជាទិញតាមប្រៃសណីយ៍នៅតាមឱសថស្ថានដែលមិនមាននៅក្នុងបណ្តាញរបស់គម្រោងទេ ឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកនឹងមិនត្រូវបានធានារ៉ាប់រងឡើយ។

ជាធម្មតា សេវាបញ្ជាទិញឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាតាមរយៈប្រៃសណីយ៍មកដល់ក្នុងរយៈពេល 14 ថ្ងៃ។

ទោះបីជាយ៉ាងណាក៏ដោយ ពេលខ្លះសេវាបញ្ជាទិញឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាតាមរយៈប្រៃសណីយ៍របស់អ្នកអាចនឹងត្រូវពន្យាពេលផងដែរ។ ប្រសិនបើអ្នកទទួលបានការជូនដំណឹងថា អាចមានការយឺតយ៉ាវក្នុងការដឹកជញ្ជូននៃឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក ដោយមិនមែនជាកំហុសរបស់អ្នកផ្ទាល់ តាមរយៈសេវាបញ្ជាទិញតាមប្រៃសណីយ៍នៅតាមឱសថស្ថាន សូមទាក់ទងផ្នែកសេវាអតិថិជនតាមលេខទូរសព្ទនៅលើគម្របខាងក្រោយនៃកូនសៀវភៅនេះ។ អ្នកតំណាងនៅ Blue Shield នឹងជួយអ្នកក្នុងការទទួលបានការផ្គត់ផ្គង់ឱសថឱ្យបានគ្រប់គ្រាន់ពីឱសថស្ថានលក់រាយក្នុងបណ្តាញនៅក្នុងតំបន់ ដូច្នេះអ្នកមិនមានឱសថប្រើទេ រហូតទាល់តែឱសថដែលបានបញ្ជាទិញតាមប្រៃសណីយ៍របស់អ្នកមកដល់។ នេះអាចតម្រូវឱ្យទាក់ទងគ្រូពេទ្យរបស់អ្នកដើម្បីឱ្យគាត់ទូរសព្ទ ឬទូរសារវេជ្ជបញ្ជាថ្មីមួយទៅឱសថស្ថានលក់រាយនៅក្នុងបណ្តាញសម្រាប់បរិមាណចាំបាច់នៃឱសថដែលត្រូវការរហូតដល់អ្នកទទួលបានឱសថពីសេវាកម្មប្រៃសណីយ៍របស់អ្នក។

ប្រសិនបើការពន្យាពេលលើសពី 14 ថ្ងៃគិតចាប់ពីថ្ងៃដែលឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាត្រូវបានបញ្ជាទិញពីសេវាបញ្ជាទិញតាមប្រៃសណីយ៍នៅតាមឱសថស្ថាន ហើយការពន្យាពេលនោះគឺដោយសារតែការបាត់ឱសថនៅក្នុងប្រព័ន្ធប្រៃសណីយ៍ ដូច្នេះផ្នែកសេវាអតិថិជនអាចសម្របសម្រួលការបញ្ជាទិញជំនួសជាមួយសេវាបញ្ជាទិញតាមប្រៃសណីយ៍នៅតាមឱសថស្ថាន។

ដំណើរការសេវាកម្មតាមរយៈប្រៃសណីយ៍

សេវាបញ្ជាទិញតាមប្រៃសណីយ៍មានដំណើរការខុសៗគ្នាសម្រាប់ឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាថ្មីៗដែលទទួលបានពីអ្នក ឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាថ្មីៗដែលទទួលបានដោយផ្ទាល់ពីការិយាល័យអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក និងការផ្គត់ផ្គង់លើសេវាបញ្ជាទិញតាមប្រៃសណីយ៍របស់អ្នក។

1. **វេជ្ជបញ្ជាថ្មីដែលឱសថស្ថានទទួលបានពីអ្នក**

   ឱសថស្ថានបើកដោយស្វ័យប្រវត្តិ និងផ្តល់វេជ្ជបញ្ជាថ្មីដែលទទួលបានពីអ្នក។

2. **វេជ្ជបញ្ជាថ្មីដែលឱសថស្ថាននេះទទួលបានដោយផ្ទាល់ពីការិយាល័យរបស់អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំរបស់អ្នក**

   ក្រោយពីឱសថស្ថានទទួលបានវេជ្ជបញ្ជាមួយពីអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាព ឱសថស្ថាននោះនឹងទំនាក់ទំនងអ្នកដើម្បីដឹងថា តើអ្នកចង់បើកឱសថភ្លាមៗ ឬនៅពេលក្រោយ។

   នេះនឹងផ្តល់ឱកាសដល់លោកអ្នកក្នុងការធ្វើឱ្យប្រាកដថា ឱសថស្ថាននឹងបញ្ជូនឱសថបានត្រឹមត្រូវ (រួមមានប្រសិទ្ធិភាព បរិមាណ និងទម្រង់) ហើយប្រសិនបើចាំបាច់ អនុញ្ញាតឲ្យលោកអ្នកបញ្ឈប់ ឬពន្យារពេលការបញ្ជាទិញនោះ មុននឹងលោកអ្នកត្រូវបានចេញវិក្កយបត្រគិតថ្លៃ ហើយការបញ្ជាទិញនោះត្រូវបានដឹកជញ្ជូន។

   ឆ្លើយតបរាល់ពេលដែលឱសថស្ថានទាក់ទងមកអ្នក ដើម្បីឱ្យពួកគេដឹងអំពីអ្វីដែលត្រូវធ្វើជាមួយឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាថ្មី និងដើម្បីការពារការពន្យាពេលណាមួយក្នុងការដឹកជញ្ជូន។

3. **បំពេញបន្ថែមវេជ្ជបញ្ជាតាមសេវាកម្មប្រៃសណីយ៍**

   សម្រាប់ការបំពេញបន្ថែម សូមទាក់ទងឱសថស្ថានរបស់អ្នក **14** ថ្ងៃមុនឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាបច្ចុប្បន្នរបស់អ្នកនឹងអស់ ដើម្បីប្រាកដថា ការបញ្ជាទិញបន្ទាប់របស់អ្នកត្រូវបានដឹកជញ្ជូនទៅអ្នកទាន់ពេលវេលា។

ឱ្យឱសថស្ថានដឹងពីវិធីដ៏ល្អបំផុតដើម្បីទាក់ទងមកអ្នក ដូច្នេះពួកគេអាចទាក់ទងទៅអ្នកដើម្បីបញ្ជាក់ការបញ្ជាទិញរបស់អ្នកមុនពេលដឹកជញ្ជូន។ សូមប្រាកដថាព័ត៌មានទំនាក់ទំនងរបស់អ្នកនៅក្នុងគម្រោង Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan ត្រូវបានធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពជានិច្ច។ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពលេខទូរសព្ទ ឬអាសយដ្ឋានរបស់អ្នក សូមទាក់ទងមកកាន់ផ្នែកសេវាអតិថិជនរបស់គម្រោង Shield Promise Cal MediConnect Plan (លេខទូរសព្ទមាននៅលើផ្នែកខាងក្រោមនៃទំព័រនេះ)។

A7. ការទទួលយកការផ្គត់ផ្គង់ឱសថរយៈពេលយូរ

អ្នកអាចទទួលបានការផ្គត់ផ្គង់ឱសថរយៈពេលយូរនៃឱសថថែទាំ ដែលមាននៅក្នុងបញ្ជីឱសថក្នុងគម្រោងរបស់យើង។ ឱសថថែទាំ គឺជាឱសថដែលអ្នកលេបទៀងទាត់ សម្រាប់ស្ថានភាពជំងឺរ៉ាំរ៉ៃ ឬការប្រើឱសថរយៈពេលយូរ។

ឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញមួយចំនួនអនុញ្ញាតឱ្យអ្នកទទួលបានសេវាកម្មផ្គត់ផ្គង់ឱសថថែទាំរយៈពេលយូរ។ *សៀវភៅបញ្ជីឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា និង ឱសថស្ថាន*ប្រាប់អ្នកអំពីតើឱសថស្ថានណាដែលអាចផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវការផ្គត់ផ្គង់ឱសថថែទាំរយៈពេលវែង។ អ្នកក៏អាចទូរស័ព្ទមកកាន់ផ្នែកថែទាំអតិថិជនសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។

សម្រាប់ប្រភេទឱសថមួយចំនួន អ្នក អាចប្រើសេវាបញ្ជាទិញតាមប្រៃសណីយ៍ក្នុងបណ្តាញនៃគម្រោងរបស់យើង ដើម្បីទទួលបានការផ្គត់ផ្គង់ឱសថថែទាំរយៈពេលវែង។ សូមមើល**ផ្នែក A6** ដើម្បីស្វែងយល់អំពីសេវាបញ្ជាទិញតាមប្រៃសណីយ៍នៅតាមឱសថស្ថាន។

A8. ការប្រើឱសថស្ថានដែលមិនមាននៅក្នុងបណ្តាញនៃគម្រោងរបស់យើង

ជាទូទៅ យើងបង់ប្រាក់ទូទាត់សម្រាប់ឱសថដែលបានបំពេញនៅតាមឱសថស្ថានក្រៅបណ្តាញ លុះត្រាតែអ្នកមិនអាចប្រើឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញតែប៉ុណ្ណោះ។

យើងបង់ប្រាក់ទូទាត់សម្រាប់ឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាដែលត្រូវបានបំពេញនៅឱសថស្ថានក្រៅបណ្តាញក្នុងករណីដូចខាងក្រោម៖

- ប្រសិនបើអ្នកមិនអាចទទួលបានការធានារ៉ាប់រងឱសថទាន់ពេលវេលានៅក្នុងតំបន់សេវារបស់យើងទេ ដោយសារមិនមានឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញក្នុងចម្ងាយបើកបរសមរម្យ ដែលផ្តល់សេវា 24 ម៉ោង។
- ប្រសិនបើអ្នកកំពុងព្យាយាមបើកឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាដែលមានការធានារ៉ាប់រង ដែលមិនមានស្តុកទុកជាប្រចាំនៅតាមបណ្តាញដែលមានសិទ្ធិលក់រាយ ឬសេវាបញ្ជាទិញតាមប្រៃសណីយ៍នៅតាមឱសថស្ថាន (ឱសថទាំងនេះរួមមានឱសថសម្រាប់ការព្យាបាលជំងឺកម្រ ឱសថដែលមានតម្លៃខ្ពស់ និង ឱសថពិសេស ឬឱសថឯកទេសផ្សេងទៀត)។
- វ៉ាក់សាំងមួយចំនួនដែលគ្រប់គ្រងនៅក្នុងការិយាល័យវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកដែលមិនត្រូវបានធានារ៉ាប់រងក្រោម Medicare ផ្នែក B ហើយមិនអាចទទួលបានដោយសមហេតុផលនៅតាមបណ្តាញឱសថស្ថានដែលអាចត្រូវបានធានារ៉ាប់រងក្រោមការចូលប្រើក្រៅបណ្តាញរបស់យើង។
- ឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាត្រូវបានបំពេញនៅតាមឱសថស្ថានក្រៅបណ្តាញដែលត្រូវបានកំណត់ត្រឹម 30ថ្ងៃនៃការផ្គត់ផ្គង់ឱសថដែលបានធានារ៉ាប់រង។

នៅក្នុងករណីទាំងនេះ សូមពិនិត្យជាមួយផ្នែកសេវាអតិថិជនជាមុនសិន ដើម្បីស្វែងរកមើលថា តើមានឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញនៅជិតនេះដែរឬទេ។

A9. បង់ប្រាក់ទូទាត់សងអ្នកវិញសម្រាប់ឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជា

ប្រសិនបើអ្នកត្រូវតែប្រើឱសថស្ថានក្រៅបណ្តាញ ជាទូទៅអ្នកត្រូវតែបង់ថ្លៃពេញជំនួសឱ្យការបង់ប្រាក់រួម នៅពេលដែលអ្នកទទួលបានឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក។ អ្នកអាចស្នើឲ្យយើងខ្ញុំបង់ប្រាក់ជូនអ្នកវិញ ក្នុងចំណែកចំណាយរបស់យើងខ្ញុំបាន។

ប្រសិនបើអ្នកបង់ថ្លៃចំណាយពេញសម្រាប់វេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក ដែលអាចត្រូវបានរ៉ាប់រងដោយ Medi-Cal Rx អ្នកប្រហែលជាអាចទទួលបានសំណងវិញពីឱសថស្ថាននៅពេលដែល Medi-Cal Rx បង់ថ្លៃចំណាយសម្រាប់វេជ្ជបញ្ជា។ ម៉្យាងវិញទៀត អ្នកអាចស្នើសុំឱ្យ Medi-Cal Rx ទូទាត់សងអ្នកវិញតាមរយៈការដាក់បញ្ជូនការទាមទារសំណង "សំណងលើការចំណាយចេញហោប៉ៅរបស់

Medi-Cal (Conlan)"។ ព័ត៌មានបន្ថែមអាចរកបាននៅលើគេហទំព័ររបស់ Medi-Cal Rx៖ medi-calrx.dhcs.ca.gov/home/។

ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពីបញ្ហានេះ សូមមើល**ជំពូកទី 7** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិករបស់អ្នក*។

B. បញ្ជីឱសថនៃគម្រោងរបស់យើង

យើងខ្ញុំមាន *បញ្ជីឱសថក្នុងការរ៉ាប់រង*។ យើងហៅវាយ៉ាងខ្លីថា “បញ្ជីឱសថ”។

យើងជ្រើសរើសឱសថក្នុងបញ្ជីឱសថ ដោយមានជំនួយពីក្រុមវេជ្ជបណ្ឌិត និងឱសថការី។ បញ្ជីឱសថក៏ប្រាប់អ្នកផងដែរនូវគោលការណ៍ដែលអ្នកត្រូវអនុវត្តតាមដើម្បីទទួលបានឱសថរបស់អ្នក។

ជាទូទៅ យើងធានារ៉ាប់រងលើឱសថដែលមាននៅក្នុងបញ្ជីឱសថនៃគម្រោងរបស់យើង នៅពេលអ្នកធ្វើតាមគោលការណ៍ដែលយើងពន្យល់នៅក្នុងជំពូកនេះ។

B1. ឱសថក្នុងបញ្ជីឱសថរបស់យើង

បញ្ជីឱសថរបស់យើងរួមមានឱសថដែលបានធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare។

ឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាភាគច្រើនដែលអ្នកទទួលបានពីឱសថស្ថានត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយគម្រោងរបស់អ្នក។ ឱសថផ្សេងទៀត ដូចជាឱសថដែលមិនមានវេជ្ជបញ្ជា (OTC) និងវីតាមីនជាក់លាក់ អាចត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយ Medi-Cal Rx។ សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័ររបស់ Medi-Cal Rx (Medi-calrx.dhcs.ca.gov) សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។ អ្នកក៏អាចទូរសព្ទទៅមជ្ឈមណ្ឌលបម្រើសេវាកម្មអតិថិជនរបស់ Medi-Cal Rx តាមរយៈលេខ 800-977-2273។ សូមយកបណ្ណសម្គាល់អត្ថប្រយោជន៍នៃ Medi-Cal (BIC) នៅពេលដែលទទួលយកឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកតាមរយៈ Medi-Cal Rx។

បញ្ជីឱសថរបស់យើងរួមមានឱសថមានម៉ាកយីហោ ឱសថទូទៅ និងជីវសាស្ត្រស្រដៀងគ្នា។

ឱសថមានស្លាកយីហោ គឺជាឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាដែលត្រូវបានដាក់លក់ក្រោមឈ្មោះសញ្ញាពាណិជ្ជកម្ម ដែលបានគ្រប់គ្រងដោយក្រុមហ៊ុនផលិតឱសថ។ ឱសថមានម៉ាកយីហោដែលការស្នេកស្នាញជាងឱសថធម្មតា (ឧទាហរណ៍ ឱសថដែលផ្អែកលើប្រូតេអ៊ីន) ត្រូវបានគេហៅថាផលិតផលជីវសាស្ត្រ។ នៅក្នុងបញ្ជីឱសថរបស់យើង នៅពេលដែលយើងសំដៅទៅលើពាក្យថា "ឱសថ" វាអាចមានន័យថាជាឱសថ ឬផលិតផលជីវសាស្ត្រ។

ឱសថទូទៅមានធាតុផ្សំសកម្មដូចគ្នាទៅនឹងឱសថមានម៉ាកយីហោផងដែរ។ ដោយសារផលិតផលជីវសាស្ត្រមានភាពស្មុគស្មាញជាងឱសថធម្មតា ជំនួសឱ្យការមានទម្រង់ទូទៅ ពួកគេមានជម្រើសដែលត្រូវបានគេហៅថាឱសថស្រដៀងជីវសាស្ត្រគ្នា។ ជាទូទៅ ឱសថទូទៅ និងជីវសាស្ត្រស្រដៀងគ្នាដំណើរការដូចគ្នាទៅនឹងឱសថមានម៉ាកយីហោ ហើយជាធម្មតាមានតម្លៃថោកជាង។ មានឱសថជំនួសតាមប្រភេទ ឬជម្រើសជីវសាស្ត្រស្រដៀងគ្នាដែលមានសម្រាប់ឱសថដែលមានម៉ាកយីហោជាច្រើន។ ពិភាក្សាជាមួយអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរថា តើឱសថទូទៅ ឬឱសថមានស្លាកយីហោនឹងបំពេញតាមតម្រូវការរបស់អ្នកដែរឬទេ។

B2. របៀបស្វែងរកឱសថនៅក្នុងបញ្ជីឱសថរបស់យើង

ដើម្បីស្វែងរកមើលថា តើឱសថដែលអ្នកប្រើមាននៅក្នុងបញ្ជីឱសថរបស់យើងដែរឬទេ អ្នកអាចៈ

ពិនិត្យបញ្ជីឱសថថ្មីៗបំផុតដែលយើងបានផ្តល់តាមរយៈប្រព័ន្ធអេឡិចត្រូនិក។

សូមចូលមើលគេហទំព័ររបស់គម្រោងរបស់យើងតាម **blueshieldca.com/medformulary2023**។ បញ្ជីឱសថនៅលើគេហទំព័រនេះគឺថ្មីជានិច្ច។

សូមហៅទូរសព្ទមកផ្នែកសេវាអតិថិជន ដើម្បីស្វែងយល់ថា តើឱសថមាននៅក្នុងបញ្ជីឱសថរបស់គម្រោងដែរឬទេ ឬក៏ស្នើសុំច្បាប់ថតចម្លងនៃបញ្ជីនោះ។

ឱសថដែលមិនត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយផ្នែក D អាចត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយ Medi-Cal Rx។ សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័ររបស់ Medi-Cal Rx (Medi-calrx.dhcs.ca.gov) សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម

B3. ឱសថដែលមិនមាននៅក្នុងបញ្ជីឱសថរបស់យើង

យើងមិនធានារ៉ាប់រងលើឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាទាំងអស់ទេ។ ឱសថមួយចំនួនមិនមាននៅក្នុងបញ្ជីឱសថរបស់យើងទេ ដោយសារច្បាប់មិនអនុញ្ញាតឱ្យយើងធានារ៉ាប់រងលើឱសថទាំងនោះ។ នៅក្នុងករណីផ្សេងៗទៀត យើងបានសម្រេចថាមិនដាក់បញ្ចូលឱសថណាមួយទៅក្នុងបញ្ជីឱសថរបស់យើង។ ប្រសិនបើឱសថត្រូវបានចេញវេជ្ជបញ្ជា ដែលមិនមាននៅក្នុងបញ្ជីឱសថរបស់យើង តម្រូវការឱសថមានវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកនឹងត្រូវបានវាយតម្លៃក្រោមគោលការណ៍ធានារ៉ាប់រងនៃគម្រោងរបស់យើងជានិច្ច ក៍ដូចជាបទបញ្ញត្តិនៃការធានារ៉ាប់រងរបស់ Medicare ផងដែរ។

គម្រោងរបស់យើងមិនបង់ប្រាក់ទូទាត់សម្រាប់ឱសថដែលមានរាយនាមនៅក្នុងផ្នែកនេះទេ។ ឱសថទាំងនេះត្រូវបានហៅថា **ឱសថមិនរាប់បញ្ចូល**។ ប្រសិនបើអ្នកទទួលបានឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាសម្រាប់ឱសថដែលមិនបានរាប់បញ្ចូល អ្នកអាចជាត្រូវបង់ប្រាក់ទូទាត់សម្រាប់ឱសថនោះដោយខ្លួនឯង។ ប្រសិនបើអ្នកគិតថា យើងគួរតែបង់ប្រាក់ទូទាត់សម្រាប់ឱសថដែលមិនបានរាប់បញ្ចូលណាមួយ ដោយសារតែករណីរបស់អ្នក អ្នកអាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍បាន។ សូមមើល **ជំពូកទី 9** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*របស់អ្នក សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍។

ខាងក្រោមនេះគឺជាវិធានច្បាប់ទូទៅចំនួនបីសម្រាប់អនុវត្តន៍ចំពោះឱសថមិនរាប់បញ្ចូលៈ

1. ការធានារ៉ាប់រងលើឱសថសម្រាប់អ្នកជំងឺមិនស្នាក់ព្យាបាលនៃគម្រោងរបស់យើង (ដែលរួមបញ្ចូលផ្នែក D) មិនអាចបង់ប្រាក់ទូទាត់សម្រាប់ឱសថដែល Medicare ផ្នែក A ឬផ្នែក B បានធានារ៉ាប់រងរួចហើយនោះទេ។ គម្រោងរបស់យើងរ៉ាប់រងលើឱសថដែលស្ថិតក្រោម Medicare ផ្នែក A ឬផ្នែក B ដោយមិនគិតថ្លៃ ប៉ុន្តែឱសថទាំងនេះមិនត្រូវបានចាត់ទុកថាជាផ្នែកនៃអត្ថប្រយោជន៍ឱសថមានវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកជំងឺមិនស្នាក់ព្យាបាលរបស់អ្នកទេ។
2. គម្រោងរបស់យើងខ្ញុំមិនអាចរ៉ាប់រងលើឱសថមួយដែលត្រូវបានជារនៅខាងក្រៅសហរដ្ឋអាមេរិក និងដែនដីរបស់ប្រទេសនេះបានទេ។

3. ការប្រើឱសថត្រូវតែមានការយល់ព្រមពីរដ្ឋបាលចំណីអាហារ និងឱសថ (FDA) ឬក៏មានការគាំទ្រដោយឯកសារយោងផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រមួយចំនួនថាជាការព្យាបាលសម្រាប់ស្ថានភាពរបស់អ្នក។ វេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកអាចប្រហែលជាត្រូវចេញវេជ្ជបញ្ជាសម្រាប់ឱសថមួយចំនួន ដើម្បីព្យាបាលស្ថានភាពរបស់អ្នក ទោះបីជាឱសថនេះមិនមានការយល់ព្រមឱ្យប្រើក្នុងការព្យាបាលស្ថានភាពរបស់អ្នកក៏ដោយ។ នេះត្រូវបានហៅថា "ការប្រើប្រាស់ការបិទស្លាក" គម្រោងរបស់យើងជាធម្មតាមិនគ្របដណ្តប់លើឱសថដែលត្រូវបានចេញវេជ្ជបញ្ជាសម្រាប់ការប្រើប្រាស់ដោយគ្មានស្លាកនោះទេ។

ដូចគ្នាផងដែរ តាមច្បាប់របស់ Medicare ឬ Medi-Cal មិនអាចធានារ៉ាប់រងលើប្រភេទឱសថដែលមានរាយនាមខាងក្រោមបានទេ។

ឱសថត្រូវបានប្រើប្រាស់សម្រាប់ជំរុញប្រសិទ្ធភាព

ឱសថត្រូវបានប្រើប្រាស់ជាគ្រឿងសម្អាង ឬក៏ដើម្បីជំរុញការដុះសក់

ឱសថត្រូវបានប្រើប្រាស់សម្រាប់ព្យាបាលបញ្ហាប្រដាប់ភេទលែងបំពេញមុខងារ ដូចជា ឱសថ Viagra®, Cialis®, Levitra®, និង ឱសថ Caverject®

ឱសថសម្រាប់អ្នកជំងឺមិនស្គាក់ព្យាបាលដែលផលិតដោយក្រុមហ៊ុន ដែលនិយាយថាអ្នកត្រូវតែមានការធ្វើតេស្ត ឬសេវាកម្មដែលធ្វើដោយពួកគេតែប៉ុណ្ណោះ

B4. កម្រិតនៃការចែករំលែកតម្លៃសម្រាប់បញ្ជីឱសថ

រាល់ឱសថដែលមាននៅក្នុងបញ្ជីឱសថរបស់យើង គឺស្ថិតនៅក្នុងកម្រិតមួយក្នុងចំណោមកម្រិតទាំងប្រាំ។ កម្រិតគឺជាប្រភេទក្រុមឱសថដែលជាទូទៅមានប្រភេទដូចគ្នា (ឧទាហរណ៍ស្លាកយីហោប្រភេទទូទៅ ឬឱសថគ្មានវេជ្ជបញ្ជា (OTC))។ ជាទូទៅ នៅពេលកម្រិតនៃការចែករំលែកថ្លៃចំណាយកើនឡើងខ្ពស់ ថ្លៃចំណាយសម្រាប់ឱសថរបស់អ្នកក៏កាន់តែច្រើនផងដែរ ។

- ការចែករំលែកថ្លៃចំណាយ កម្រិតទី 1៖ ឱសថទូទៅដែលចង់បាន (ការចែករំលែកថ្លៃចំណាយកម្រិតទាបបំផុត) រួមបញ្ចូលទាំងឱសថទូទៅដែលចង់បាន។
- ការចែករំលែកថ្លៃចំណាយកម្រិតទី 2៖ ឱសថទូទៅ រួមបញ្ចូលទាំងឱសថទូទៅ។
- ការចែករំលែកថ្លៃចំណាយកម្រិតទី 3៖ ឱសថមានម៉ាកយីហោដែលចង់បាន រួមបញ្ចូលទាំងឱសថមានម៉ាកយីហោដែលពេញចិត្ត និងឱសថទូទៅមួយចំនួន។
- ការចែករំលែកថ្លៃចំណាយកម្រិតទី 4៖ ឱសថដែលមិនចង់បាន រួមបញ្ចូលទាំងឱសថមានម៉ាកយីហោដែលមិនចង់បាន និងឱសថទូទៅមួយចំនួន។
- ការចែករំលែកថ្លៃចំណាយកម្រិតទី 5៖ ឱសថកម្រិតឯកទេស (ការចែករំលែកថ្លៃចំណាយកម្រិតខ្ពស់បំផុត) រួមបញ្ចូលទាំងឱសថមានស្លាកយីហោ និងឱសថទូទៅដែលមានតម្លៃខ្ពស់ដែលអាចតម្រូវឱ្យមានការគ្រប់គ្រងពិសេស និង/ឬការត្រួតពិនិត្យយ៉ាងជិតដល់

ដើម្បីស្វែងយល់អំពីកម្រិតនៃការចែករំលែកចំណាយសម្រាប់ឱសថរបស់អ្នក សូមមើលក្នុងបញ្ជីឱសថរបស់យើង។

ជំពូក 6 ៖ នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*របស់អ្នក ប្រាប់អំពីចំនួនទឹកប្រាក់ដែលអ្នកត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថនៅក្នុងកម្រិតនៃចែករំលែកចំណាយនីមួយៗ។

C. ដែនកំណត់លើឱសថមួយចំនួន

សម្រាប់ឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាជាក់លាក់ បទបញ្ជាតិពិសេសមានការកំណត់នូវរបៀប និងពេលវេលាដែលគម្រោងរបស់យើងរ៉ាប់រងលើឱសថទាំងនោះ។ ជាទូទៅ បទបញ្ជាតិរបស់យើងខ្ចីជំរុញឱ្យអ្នកទទួលបានឱសថដែលមានប្រសិទ្ធភាពសម្រាប់ស្ថានភាពជំងឺរបស់អ្នក ហើយមានសុវត្ថិភាព និងប្រសិទ្ធភាព។ នៅពេលឱសថមានសុវត្ថិភាព និងមានតម្លៃទាប មានប្រសិទ្ធភាពខ្ពស់ដូចឱសថដែលមានតម្លៃខ្ពស់ យើងរំពឹងថា អ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាឱសថដែលមានតម្លៃទាប។

ប្រសិនបើមានបទបញ្ជាតិពិសេស សម្រាប់ឱសថរបស់អ្នក ជាធម្មតាគឺមានន័យថា អ្នក ឬអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកត្រូវចាត់វិធានការបន្ថែមដើម្បីឱ្យយើងខ្ចីជួយចេញថ្លៃឱសថប្រភេទនេះ។ ឧទាហរណ៍ អ្នកផ្តល់សេវាកម្មរបស់អ្នកប្រហែលជាត្រូវប្រាប់យើងខ្ចីអំពីការធ្វើរោគវិនិច្ឆយ ឬក៏ផ្តល់លទ្ធផលពិនិត្យឈាមជាមុន។ ប្រសិនបើអ្នក ឬក៏អ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកគិតថា បទបញ្ជាតិរបស់យើងមិនគួរត្រូវបានអនុវត្តចំពោះស្ថានភាពរបស់អ្នក អ្នកគួរតែស្នើសុំយើងខ្ចីឱ្យមានករណីលើកលែង។ យើងប្រហែលជាឯកភាព ឬមិនឯកភាពឱ្យអ្នកប្រើប្រាស់ឱសថដោយមិនមានចំណាត់ការបន្ថែម។

ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពីការស្នើសុំការលើកលែង សូមមើល **ជំពូកទី 9** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*របស់អ្នក។

1. ការកំណត់កម្រិតការប្រើប្រាស់ឱសថមានម៉ាកយីហោ នៅពេលឱសថទូទៅមានលក់

ជាទូទៅ ឱសថទូទៅមានប្រសិទ្ធភាពដូចគ្នានឹងឱសថម៉ាកយីហោ ហើយជាធម្មតាមានតម្លៃទាបជាង។ *ស្ទើរតែគ្រប់ករណីទាំងអស់ ប្រសិនបើ*មានប្រភេទឱសថទូទៅដែលមានស្លាកយីហោឱសថស្ថាននៅក្នុងបណ្តាញរបស់យើងផ្តល់ជូនឱ្យអ្នកនូវប្រភេទឱសថទូទៅ។

- ជាធម្មតា យើងមិនបង់ប្រាក់ទូទាត់សម្រាប់ឱសថមានស្លាកយីហោទេ នៅពេលដែលមានប្រភេទឱសថទូទៅ។
- ទោះបីជាយ៉ាងណាក៏ដោយ ប្រសិនបើអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកបានប្រាប់យើងពីហេតុផលផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រថា ឱសថប្រភេទទូទៅនឹងគ្មានប្រសិទ្ធភាពសម្រាប់អ្នកទេ នោះយើងធ្វើការជានាវ៉ាប់រងលើឱសថដែលមានស្លាកយីហោ។

2. ការទទួលបានការយល់ព្រមពីគម្រោងជាមុន

សំរាប់ឱសថមួយចំនួន អ្នកឬវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកត្រូវតែទទួលបានការយល់ព្រមពីគម្រោងរបស់យើង មុននឹងអ្នកអាចបើកឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកបាន។ ប្រសិនបើអ្នកមិន

ទទួលបានការយល់ព្រមនោះទេ យើងប្រហែលជាមិនអាចធានារ៉ាប់រងលើឱសថទាំងនោះទេ។

3. សាកប្រើឱសថផ្សេងទៀតសិន

ជាទូទៅ យើងចង់ឱ្យអ្នកសាកល្បងប្រើឱសថដែលមានតម្លៃទាប ដែលមានប្រសិទ្ធភាព មុនពេលយើងធានារ៉ាប់រងលើឱសថដែលមានតម្លៃថ្លៃជាងនេះ។ ឧទាហរណ៍ បើឱសថ A និងឱសថ B មានប្រសិទ្ធភាពចំពោះលក្ខខណ្ឌជំងឺដូចគ្នា ប៉ុន្តែ ឱសថ A មានតម្លៃទាបជាងឱសថ B យើងខ្ញុំប្រហែលជាតម្រូវឱ្យអ្នកសាកល្បងប្រើប្រាស់ឱសថ A ជាមុនសិន។

ប្រសិនបើឱសថ A **មិនមាន**ប្រសិទ្ធភាពសម្រាប់អ្នកនោះទេ យើងធ្វើការធានារ៉ាប់រងលើឱសថ B។ ដែលនេះហៅថា ការព្យាបាលជាជំហាន។

4. ការកម្រិតកំណត់បរិមាណ

សម្រាប់ឱសថមួយចំនួន យើងខ្ញុំកំណត់ចំនួនឱសថដែលលោកអ្នកអាចមាន។ នេះហៅថាដែនកំណត់បរិមាណ។ ឧទាហរណ៍ យើងខ្ញុំអាចនឹងដាក់កម្រិតចំនួនឱសថដែលអ្នកអាចទទួលបានរាល់ពេលដែលអ្នកបំពេញវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក។

ដើម្បីស្វែងយល់ថា តើច្បាប់ខាងលើអនុវត្តចំពោះឱសថដែលអ្នកប្រើ ឬចង់លេបដែរឬទេ សូមពិនិត្យមើលបញ្ជីឱសថរបស់យើង។ សម្រាប់ព័ត៌មានថ្មីៗបំផុត សូមហៅទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាអតិថិជន ឬពិនិត្យមើលនៅក្នុងគេហទំព័ររបស់យើងតាម **blueshieldca.com/medformulary2023**។ ប្រសិនបើអ្នកមិនយល់ស្របនឹងការសម្រេចចិត្តលើការធានារ៉ាប់រង ឬការលើកលែងរបស់យើងទេ អ្នកអាចស្នើសុំដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍បាន។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីបញ្ហានេះ សូមមើលផ្នែក E នៅក្នុង ជំពូកទី 9។

D. មូលហេតុដែលឱសថរបស់អ្នកមិនត្រូវបានធានារ៉ាប់រង

យើងព្យាយាមធ្វើឱ្យការធានារ៉ាប់រងលើឱសថរបស់អ្នកដំណើរការបានល្អសម្រាប់អ្នក ប៉ុន្តែពេលខ្លះឱសថប្រហែលជាអាចមិនត្រូវបានធានារ៉ាប់រងតាមអ្វីដែលអ្នកចង់បាននោះទេ។ ឧទាហរណ៍៖

- គម្រោងរបស់យើងមិនបានធានារ៉ាប់រងលើឱសថដែលអ្នកចង់ប្រើនោះទេ។ ឱសថប្រហែលជាមិនមាននៅក្នុងបញ្ជីឱសថរបស់យើងទេ។ យើងប្រហែលជាអាចធានារ៉ាប់រងលើប្រភេទឱសថទូទៅ ប៉ុន្តែមិនមែនជាឱសថមានស្លាកយីហោដែលអ្នកចង់ប្រើនោះទេ។ អាចជាឱសថថ្មី ហើយយើងមិនទាន់បានពិនិត្យមើលវាសម្រាប់សុវត្ថិភាព និងប្រសិទ្ធភាពនៅឡើយទេ។
- គម្រោងរបស់យើងធានារ៉ាប់រងលើឱសថ ប៉ុន្តែមានច្បាប់ពិសេស ឬដែនកំណត់លើការធានារ៉ាប់រងលើឱសថ។ ដូចដែលបានពន្យល់នៅក្នុងផ្នែកខាងលើ ឱសថមួយចំនួនដែលគម្រោងរបស់យើងធានារ៉ាប់រងមានច្បាប់សម្រាប់កំណត់ការប្រើរបស់វា។ ក្នុងករណីមួយចំនួន អ្នក ឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកប្រហែលជាចង់ស្នើសុំនូវករណីលើកលែង។

មានរឿងមួយចំនួនដែលអ្នកអាចធ្វើបាន ប្រសិនបើយើងមិនធានារ៉ាប់រងលើឱសថតាមអ្វីដែលអ្នកចង់ឱ្យយើងធានារ៉ាប់រង។

D1. ការទទួលបានការផ្គត់ផ្គង់បណ្តោះអាសន្ន

ក្នុងករណីមួយចំនួន យើងខ្ញុំអាចផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវសេវាផ្គត់ផ្គង់ឱសថបណ្តោះអាសន្ន នៅពេលដែលឱសថនោះមិនមាននៅក្នុងបញ្ជីឱសថ ឬត្រូវបានកំណត់តាមរបៀបណាមួយ។ ករណីនេះផ្តល់ពេលវេលាឱ្យអ្នកសម្រាប់ពិភាក្សាជាមួយអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក អំពីឱសថផ្សេងណាមួយ ឬក៏ស្នើឱ្យយើងខ្ញុំរ៉ាប់រងលើឱសថនោះ។

ដើម្បីទទួលបានសេវាកម្មផ្គត់ផ្គង់ឱសថបណ្តោះអាសន្ន អ្នកត្រូវបំពេញតាមវិធានច្បាប់ពីរខាងក្រោម:

1. ឱសថដែលអ្នកបានប្រើ៖
   - លែងមាននៅក្នុងបញ្ជីឱសថរបស់យើង **ឬ**
   - មិនដែលមាននៅក្នុងបញ្ជីឱសថរបស់យើង **ឬ**
   - បច្ចុប្បន្នមានកំណត់តាមលក្ខខណ្ឌណាមួយ
2. អ្នកត្រូវស្ថិតក្នុងស្ថានភាពណាមួយក្នុងចំណោមស្ថានភាពខាងក្រោម៖
   - អ្នកស្ថិតនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើងកាលពីឆ្នាំមុន។
     - យើងធានារ៉ាប់រងលើការផ្គត់ផ្គង់ឱសថរបស់អ្នកជាបណ្តោះអាសន្ន **ក្នុងរយៈពេល 90 ថ្ងៃដំបូងតាមឆ្នាំប្រតិទិន**។
     - ការផ្គត់ផ្គង់ជាបណ្តោះអាសន្ននេះនឹងមានរហូតដល់ទៅ 30 ថ្ងៃ ។
     - ប្រសិនបើវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកបង្គាប់ឱ្យប្រើឱសថតិចជាងរយៈពេលនេះពីរបីថ្ងៃ យើងនឹងអនុញ្ញាតឱ្យអ្នកបើកឱសថឡើងវិញបានច្រើនលើកដើម្បីផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវរយៈពេលផ្គត់ផ្គង់សម្រាប់ការប្រើប្រាស់ឱសថជាអតិបរមាបាន 30 ថ្ងៃ ។ អ្នកត្រូវបំពេញវេជ្ជបញ្ជានៅឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញណាមួយ។
     - ឱសថស្ថានថែទាំរយៈពេលវែងអាចផ្តល់ឱសថមានវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកម្តងៗក្នុងបរិមាណតិចតួចដើម្បីបង្ការការខ្ជះខ្ជាយ។

   អ្នកជាសមាជិកថ្មីក្នុងគម្រោងរបស់យើង។
     - យើងធានារ៉ាប់រងលើការផ្គត់ផ្គង់ឱសថរបស់អ្នកជាបណ្តោះអាសន្ន**ក្នុងរយៈពេល 90 ថ្ងៃដំបូងនៃសមាជិកភាពរបស់អ្នកនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើង។**
     - ការផ្គត់ផ្គង់ជាបណ្តោះអាសន្ននេះនឹងមានរហូតដល់ទៅ 30 ថ្ងៃ។

- ប្រសិនបើវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកបង្គាប់ឱ្យប្រើឱសថតិចជាងរយៈពេលនេះពីបីថ្ងៃ យើងនឹងអនុញ្ញាតឱ្យអ្នកបើកឱសថឡើងវិញបានច្រើនលើកដើម្បីផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវរយៈពេលផ្គត់ផ្គង់សម្រាប់ការប្រើប្រាស់ឱសថជាអតិបរមាបាន 30 ថ្ងៃ ។អ្នកត្រូវបំពេញវេជ្ជបញ្ជានៅឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញណាមួយ។
- ឱសថស្ថានថែទាំរយៈពេលវែងអាចផ្តល់ឱសថមានវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកម្តងៗក្នុងបរិមាណតិចតួចដើម្បីបង្ការការខ្ជះខ្ជាយ។

- អ្នកបានចូលនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើងច្រើនជាង 90 ថ្ងៃ ហើយស្នាក់នៅក្នុងមណ្ឌលថែទាំមនុស្សចាស់រយៈពេលយូរ ហើយត្រូវការការផ្គត់ផ្គង់ជាបន្ទាន់។
- យើងធានារ៉ាប់រងម្តងលើការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេល 31 ថ្ងៃ ឬតិចជាងនេះ ប្រសិនបើឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកត្រូវបានសរសេរសម្រាប់រយៈពេលតិចជាងពីរឬបីថ្ងៃ។ នេះគឺជាការបន្ថែមទៅលើការផ្គត់ផ្គង់បណ្តោះអាសន្នខាងលើ។
- ដើម្បីស្នើសុំការផ្គត់ផ្គង់ឱសថបណ្តោះអាសន្ន សូមទូរសព្ទមកផ្នែកថែទាំអតិថិជន។

នៅពេលអ្នកដែលទទួលបានការផ្គត់ផ្គង់ឱសថជាបណ្តោះអាសន្ន សូមពិភាក្សាជាមួយអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកឱ្យបានឆាប់តាមដែលអាចធ្វើទៅបាន ដើម្បីសម្រេចចិត្តថាត្រូវធ្វើអ្វី នៅពេលដែលការផ្គត់ផ្គង់របស់អ្នកត្រូវបានអស់។ ខាងក្រោមនេះគឺជាជម្រើសសម្រាប់អ្នក៖

- ផ្លាស់ប្តូរទៅប្រើឱសថមួយផ្សេងទៀត។

  គម្រោងរបស់យើងអាចធានារ៉ាប់រងលើឱសថផ្សេងទៀតដែលមានប្រសិទ្ធភាពសម្រាប់អ្នក។ សូមហៅទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាអតិថិជន ដើម្បីស្នើសុំនូវបញ្ជីឱសថដែលយើងធ្វើការធានារ៉ាប់រងដើម្បីព្យាបាលស្ថានភាពជំងឺដូចគ្នា។ បញ្ជីនេះអាចជួយដល់អ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកក្នុងការស្វែងរកឱសថ ដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដែលមានប្រសិទ្ធភាពសម្រាប់អ្នក។

  ឬ

- ស្នើសុំការលើកលែងមួយ។

  អ្នក និងអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក អាចស្នើសុំឱ្យយើងខ្ចប់ដង្កើតករណីលើកលែងបាន។ ឧទាហរណ៍ អ្នកអាចស្នើសុំឱ្យយើងធានារ៉ាប់រងលើឱសថដែលមិនមាននៅក្នុងបញ្ជីឱសថរបស់យើង ឬស្នើសុំឱ្យយើងធានារ៉ាប់រងលើឱសថដោយគ្មានដែនកំណត់។ ប្រសិនបើអ្នកផ្តល់សេវាកម្ម និយាយថា អ្នកមានមូលហេតុល្អខាងវេជ្ជសាស្ត្រ សម្រាប់ការលើកលែង ពួកគេអាចជួយអ្នកស្នើសុំការលើកលែងផងដែរ។

ប្រសិនបើឱសថដែលអ្នកប្រើ នឹងត្រូវលុបចេញពីបញ្ជីឱសថរបស់យើង ឬមានកំណត់លើការប្រើប្រាស់ដោយប្រការណាមួយសម្រាប់ឆ្នាំក្រោយ យើងអនុញ្ញាតឱ្យអ្នកអាចស្នើសុំការលើកលែងមុនពេលដែលឆ្នាំក្រោយមកដល់។

- យើងប្រាប់អ្នកអំពីការប្រែប្រួលណាមួយនៅក្នុងការធានារ៉ាប់រងលើឱសថរបស់អ្នកសម្រាប់ឆ្នាំក្រោយ។ ស្នើសុំឱ្យយើងខ្ញុំធ្វើការលើកលែង និងធានារ៉ាប់រងលើឱសថសម្រាប់ឆ្នាំក្រោយតាមអ្វីដែលអ្នកចង់បាន។
- យើងឆ្លើយតបសំណើរបស់អ្នកចំពោះការសុំលើកលែងក្នុងរយៈពេល 72 ម៉ោង បន្ទាប់ពីយើងបានសំណើរបស់អ្នក (ឬលិខិតគាំទ្ររបស់អ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក)។

ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពីការស្នើសុំការលើកលែង សូមមើល**ជំពូកទី 9** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិករបស់អ្នក*។

ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយក្នុងការស្នើសុំការលើកលែង សូមទាក់ទងមកផ្នែកសេវាអតិថិជន ឬអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នក។ ប្រសិនបើអ្នកមិនយល់ស្របនឹងការសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង ឬសំណើលើកលែងរបស់យើង អ្នកអាចស្នើសុំដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍បាន (សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីបញ្ហានេះ សូមមើលផ្នែក E នៅក្នុង ជំពូកទី 9។)

E. ការផ្លាស់ប្តូរនៃការធានារ៉ាប់រងសម្រាប់ឱសថរបស់អ្នក

ការផ្លាស់ប្តូរនៃការធានារ៉ាប់រងលើឱសថភាគច្រើនកើតឡើងនៅថ្ងៃទី 1 ខែមករា ប៉ុន្តែយើងអាចបន្ថែម ឬដកឱសថចេញពីបញ្ជីឱសថក្នុងរយៈពេលមួយឆ្នាំ។ យើងក៏អាចកែប្រែវិធានរបស់យើងអំពីឱសថផងដែរ។ ឧទាហរណ៍ យើងអាច៖

- សម្រេចចិត្តថាត្រូវការ ឬមិនត្រូវការការយល់ព្រមជាមុនសម្រាប់ឱសថ (ការអនុញ្ញាតពីយើងខ្ញុំមុនពេលអ្នកអាចទទួលបានឱសថ)។
- បន្ថែម ឬផ្លាស់ប្តូរបរិមាណឱសថដែលអ្នកអាចទទួលបាន (បរិមាណកំណត់)។
- បន្ថែម ឬផ្លាស់ប្តូរការរឹតបន្តឹងនៃការព្យាបាលជាជំហានលើឱសថ (អ្នកត្រូវតែសាកល្បងប្រើឱសថមួយមុខ មុនពេលដែលយើងធានារ៉ាប់រងលើឱសថផ្សេងទៀត)។

សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីច្បាប់លើឱសថទាំងនេះ សូមមើល**ផ្នែក C**។

ប្រសិនបើអ្នកប្រើឱសថដែលមានបានធានារ៉ាប់រង**នៅដើម**ឆ្នាំនេះ ជាទូទៅយើងនឹងមិនដកចេញ ឬផ្លាស់ប្តូរនូវការធានារ៉ាប់រងលើឱសថ **ក្នុងអំឡុងពេលនៃឆ្នាំនៅសល់នោះទេ** លុះត្រាតែ៖

- ឱសថថ្មី មានតម្លៃថោកជាង
  ដែលមានភ្ជាប់មកជាមួយនូវឱសថដែលមាននៅលើបញ្ជីឱសថបច្ចុប្បន្ននេះ **ឬ**
- យើងបានសិក្សាថាឱសថនោះមិនមានសុវត្ថិភាពទេ **ឬ**
- ឱសថមួយត្រូវបានដកចេញពីទីផ្សារ។

ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែមអំពីអ្វីដែលកើតឡើង នៅពេលដែលបញ្ជីឱសថត្រូវផ្លាស់ប្តូរ អ្នកអាច៖

- សូមពិនិត្យមើលបញ្ជីឱសថបច្ចុប្បន្នរបស់យើងតាមអនឡាញនៅ blueshieldca.com/medformulary2023 **ឬ**
- សូមហៅទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាអតិថិជនតាមលេខទូរសព្ទនៅខាងក្រោមទំព័រ ដើម្បីពិនិត្យមើលបញ្ជីឱសថបច្ចុប្បន្នរបស់យើង។

ការផ្លាស់ប្តូរបញ្ជីឱសថមួយចំនួននឹងកើតឡើង**ភ្លាមៗ**។ ឧទាហរណ៍៖

- **ឱសថគ្មានម៉ាកយីហោថ្មីមួយអាចមានវិញ។** ពេលខ្លះ ឱសថប្រភេទទូទៅថ្មីមួយចេញលក់នៅក្នុងទីផ្សារដែលមានប្រសិទ្ធភាពដូចជា ឱសថមានស្លាកយីហោដែលមាននៅក្នុងបញ្ជីឱសថបច្ចុប្បន្ននេះ។ នៅពេលដែលករណីនេះកើតឡើង យើងអាចដកចេញនូវឱសថមានស្លាកយីហោ និងបន្ថែមនូវឱសថប្រភេទទូទៅថ្មីមួយទៀត ប៉ុន្តែការចំណាយរបស់អ្នកសម្រាប់ឱសថថ្មីនេះនឹងនៅតែដូចដើម *ឬក៏មានតម្លៃទាបជាងនេះ។*

  នៅពេលយើងបន្ថែមឱសថទូទៅថ្មីទៀត យើងក៏អាចសម្រេចចិត្តរក្សាទុកឱសថដែលមានស្លាកយីហោនៅលើបញ្ជី ប៉ុន្តែត្រូវផ្លាស់ប្តូរច្បាប់នៃការធានារ៉ាប់រង ឬដែនកំណត់។

  - យើងប្រហែលជាមិនប្រាប់អ្នកមុនពេលយើងធ្វើការផ្លាស់ប្តូរទេ ប៉ុន្តែយើងនឹងផ្ញើឱ្យអ្នកនូវព័ត៌មានអំពីការផ្លាស់ប្តូរជាក់លាក់ដែលយើងបានធ្វើនៅពេលដែលវាកើតឡើង។
  - អ្នកឬអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកអាចស្នើសុំ "ការលើកលែង" ពីការផ្លាស់ប្តូរទាំងនេះ។ យើងផ្ញើការជូនដំណឹងដល់អ្នកនូវជំហានដែលអ្នកអាចអនុវត្តតាម ដើម្បីស្នើសុំនូវករណីលើកលែងមួយ។ សូមមើល**ជំពូកទី 9** នៃសៀវភៅណែនាំសមាជិករបស់អ្នក សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីករណីលើកលែង។

- **ឱសថមួយត្រូវបានដកចេញពីទីផ្សារ។** ប្រសិនបើរដ្ឋបាលចំណីអាហារ និងឱសថ (FDA) និយាយថាឱសថដែលអ្នកប្រើមិនមានសុវត្ថិភាព ឬក្រុមហ៊ុនផលិតឱសថបានដកឱសថចេញពីទីផ្សារ នោះយើងនឹងដកវាចេញពីបញ្ជីឱសថរបស់យើង។ ប្រសិនបើអ្នកកំពុងតែប្រើឱសថ យើងប្រាប់អ្នកឱ្យបានដឹង។
  - អ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកក៏នឹងត្រូវដឹងអំពីការផ្លាស់ប្តូរនេះផងដែរ ហើយអាចពិភាក្សាជាមួយអ្នក ដើម្បីស្វែងរកឱសថផ្សេងទៀតសម្រាប់ស្ថានភាពរបស់អ្នក។

យើងអាចធ្វើការផ្លាស់ប្តូរផ្សេងទៀតដែលប៉ះពាល់ដល់ឱសថដែលអ្នកប្រើ។ យើងនឹងប្រាប់អ្នកជាមុនអំពីការផ្លាស់ប្តូរផ្សេងៗនៅលើបញ្ជីឱសថ។ ការផ្លាស់ប្តូរទាំងនេះអាចនឹងកើតឡើងប្រសិនបើ៖

- FDA ផ្តល់ការណែនាំថ្មីឬមានការណែនាំអំពីការព្យាបាលថ្មីសម្រាប់ឱសថ។
- យើងខ្ចប់បន្ថែមឱសថទូទៅថ្មីសម្រាប់ទីផ្សារ **និង**
  - ជំនួសដោយឱសថមានស្លាកយីហោបច្ចុប្បន្នទៅក្នុងបញ្ជីឱសថ *ឬ*
  - ការផ្លាស់ប្តូរច្បាប់ធានារ៉ាប់រង ឬដែនកំណត់សម្រាប់ឱសថមានស្លាកយីហោ។

នៅពេលការផ្លាស់ប្តូរទាំងនេះកើតឡើង យើង៖

- ប្រាប់អ្នកយ៉ាងហោចណាស់ 30 ថ្ងៃមុនពេលដែលយើងធ្វើការផ្លាស់ប្តូរលើបញ្ជីឱសថរបស់យើង **ឬ**
- អនុញ្ញាតឱ្យអ្នកបានដឹង ហើយផ្តល់ជូនអ្នកនូវការផ្គត់ផ្គង់ឱសថរយៈពេល 30 ថ្ងៃ បន្ទាប់ពីអ្នកស្នើសុំការបំពេញជាថ្មី។

នេះនឹងផ្តល់ពេលវេលាដល់អ្នកក្នុងការពិភាក្សាជាមួយវេជ្ជបណ្ឌិត ឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាដទៃទៀតរបស់អ្នក។ ពួកគេអាចជួយអ្នកក្នុងការសម្រេចចិត្ត៖

- ប្រសិនបើមានឱសថស្រដៀងគ្នានៅក្នុងបញ្ជីឱសថ អ្នកអាចប្រើវាជំនួសបាន **ឬ**
- ថាអ្នកគួរតែស្នើសុំការលើកលែងអំពីការផ្លាស់ប្តូរទាំងនេះ។ ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពីការស្នើសុំការលើកលែង សូមមើល**ជំពូកទី 9** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិករបស់អ្នក*។

យើងអាចធ្វើការផ្លាស់ប្តូរទៅលើថ្នាំ ដែលអ្នកប្រើដែលមិនប៉ះពាល់ដល់អ្នកនាពេលនេះ។ ចំពោះការផ្លាស់ប្តូរបែបនេះ ប្រសិនបើលោកអ្នកកំពុងប្រើឱសថដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រង**នៅដើម**ឆ្នាំ ជាទូទៅយើងមិនដកចេញ ឬផ្លាស់ប្តូរការធានារ៉ាប់រងលើឱសថនោះ**ក្នុងអំឡុងពេលនៃឆ្នាំនៅសល់នោះទេ**។

ឧទាហរណ៍ ប្រសិនបើយើងដកចេញនូវឱសថមួយដែលអ្នកកំពុងប្រើ ឬដាក់ការកំណត់លើការប្រើវា នោះការផ្លាស់ប្តូរនេះនឹងមិនប៉ះពាល់ដល់ការប្រើឱសថរបស់អ្នកទេ ឬអ្វីដែលអ្នកបង់ប្រាក់ទូទាត់លើឱសថសម្រាប់រយៈពេលនៃឆ្នាំនៅសល់។

F. ការធានារ៉ាប់រងលើឱសថក្នុង ករណីពិសេស

F1. នៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យ ឬមណ្ឌលថែទាំដែលមានជំនាញសម្រាប់ការស្នាក់ព្យាបាលដែលគម្រោងរបស់យើងធានារ៉ាប់រង

ប្រសិនបើអ្នកត្រូវបានអនុញ្ញាតឱ្យសម្រាកព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យ ឬនៅមណ្ឌលថែទាំដែលមានជំនាញក្រោមការធានារ៉ាប់រងរបស់យើង ជាទូទៅ យើងធានារ៉ាប់រងថ្លៃចំណាយលើឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកអំឡុងពេលសម្រាកព្យាបាល។ អ្នកនឹងមិនចាំបាច់បង់ប្រាក់រួមនោះទេ។ នៅពេលអ្នកចាកចេញពីមន្ទីរពេទ្យ ឬក៏មណ្ឌលថែទាំដែលមានជំនាញ យើងធានារ៉ាប់រងលើឱសថរបស់អ្នកលុះត្រាតែឱសថនោះបានបំពេញតាមច្បាប់ធានារ៉ាប់រងទាំងអស់របស់យើង។

ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពីការធានារ៉ាប់រងលើឱសថ និងអ្វីដែលអ្នកបង់ប្រាក់ទូទាត់ សូមមើល**ជំពូក 6** ៖ *នៃសៀវភៅណែនាំសមាជិករបស់អ្នក*។

F2. នៅក្នុងមណ្ឌលថែទាំរយៈពេលយូរ

ជាធម្មតា មណ្ឌលថែទាំរយៈពេលយូរ ដូចជាមណ្ឌលថែទាំមនុស្សចាស់មានឱសថស្ថានផ្ទាល់ខ្លួន ឬឱសថស្ថានដែលផ្គត់ផ្គង់ឱសថសម្រាប់អ្នកស្នាក់នៅរបស់ពួកគេផងដែរ។ ប្រសិនបើអ្នកកំពុងស្នាក់

នៅក្នុងមណ្ឌលថែទាំរយៈពេលយូរ អ្នកអាចជាទទួលបានឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកតាមរយៈឱសថស្ថាននៅក្នុងមណ្ឌលនោះ បើមណ្ឌលនោះគឺជាផ្នែកមួយនៅក្នុងបណ្តាញរបស់យើង។

សូមពិនិត្យមើលនៅក្នុង *សៀវភៅបញ្ជីឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថាន* ដើម្បីស្វែងយល់ ថាតើឱសថស្ថាននៅមណ្ឌលថែទាំរយៈពេលយូររបស់អ្នក គឺជាផ្នែកមួយនៅក្នុងបណ្តាញរបស់យើងដែរឬទេ។ ប្រសិនបើមិនមានទេ ឬប្រសិនបើអ្នកត្រូវការព័ត៌មានបន្ថែម សូមទាក់ទងមកផ្នែកសេវាអតិថិជន។

F3. មន្ទីរពេទ្យថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយដែលបានបញ្ចាក់ដោយកម្មវិធីរបស់ Medicare

ឱសថមិនត្រូវបានរាប់រងដោយទាំងមន្ទីរព្យាបាលអ្នកជំងឺឈឺចុងក្រោយ និងគម្រោងរបស់យើងខ្ញុំក្នុងពេលតែមួយបានទេ។

- អ្នកអាចចុះឈ្មោះនៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយរបស់ Medicare ហើយត្រូវការឱសថបំបាត់ការឈឺចាប់ ឱសថបញ្ចុះ ឬឱសថប្រឆាំងនឹងការចង់បារម្ភ ដែលមន្ទីរពេទ្យថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយរបស់អ្នកមិនធានារ៉ាប់រង ដោយសារវាមិនមានការពាក់ព័ន្ធទៅនឹងការព្យាបាលដំណាក់កាលចុងក្រោយ និងស្ថានភាពរបស់អ្នក។ ក្នុងករណីនោះ គម្រោងរបស់យើងត្រូវតែទទួលបានការជូនដំណឹងពីអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជា ឬអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងមន្ទីរពេទ្យថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយរបស់អ្នកថា ឱសថនេះមិនមានពាក់ព័ន្ធទេមុនពេលដែលយើងធានារ៉ាប់រងលើឱសថនោះ។
- ដើម្បីការពារមិនឱ្យមានការពន្យាពេលក្នុងការទទួលបានឱសថដែលមិនពាក់ព័ន្ធដែលគម្រោងរបស់យើងគួរតែមានការធានារ៉ាប់រង អ្នកអាចស្នើសុំឱ្យអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងមន្ទីរពេទ្យថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយរបស់អ្នក ឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាធ្វើឱ្យប្រាកដថាយើងមានការជូនដំណឹងថាឱសថមិនបានពាក់ព័ន្ធ មុនពេលដែលអ្នកស្នើសុំឱ្យឱសថស្ថានបំពេញតាមវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក។

ប្រសិនបើអ្នកចាកចេញពីមន្ទីរពេទ្យថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយ គម្រោងរបស់យើងធានារ៉ាប់រងលើឱសថទាំងអស់របស់អ្នក។ ដើម្បីការពារការពន្យាពេលនៅឯឱសថស្ថាន នៅពេលដែលអត្ថប្រយោជន៍នៃសេវាថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយរបស់ Medicare បានបញ្ចប់ សូមយកឯកសារទៅឱសថស្ថាន ដើម្បីផ្លៀងផ្ទាត់ថាអ្នកបានចាកចេញពីមន្ទីរពេទ្យថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយហើយ។

សូមមើលផ្នែកមុននៃជំពូកនេះ ដែលប្រាប់អំពីឱសថដែលគម្រោងរបស់យើងធានារ៉ាប់រង។ សូមមើល**ជំពូក 4** *នៃសៀវភៅណែនាំសមាជិករបស់អ្នក*សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីអត្ថប្រយោជន៍របស់មន្ទីរពេទ្យថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយ។

G. កម្មវិធីសុវត្ថិភាព និងការគ្រប់គ្រងឱសថ

G1. កម្មវិធីសម្រាប់ជួយអ្នកឱ្យចេះប្រើឱសថប្រកបដោយសុវត្ថិភាព

រាល់ពេលដែលអ្នកបើកឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជា យើងស្វែងរកបញ្ហាដែលអាចកើតមានដូចជាកំហុសឆ្គងឱសថឬឱសថដែល៖

- អាចមិនមែនជាតម្រូវការ ដោយសារតែអ្នកប្រើឱសថណាមួយផ្សេងទៀត ដែលមានមុខងារដូចគ្នា
- ប្រហែលជាមិនមានសុវត្ថិភាពសម្រាប់អាយុ និងភេទរបស់អ្នក
- អាចបង្កគ្រោះថ្នាក់ដល់អ្នក បើអ្នកលេបវានៅពេលតែមួយ
- មានគ្រឿងផ្សំដែលអ្នកកំពុង ឬអាចមានអាលែកហ្ស៊ីជាមួយ
- មានការប្រើថ្នាំបំបាត់ការឈឺចាប់ប្រភេទអូផ្លូអ៊ីដក្នុងបរិមាណដែលគ្មានសុវត្ថិភាព

ប្រសិនបើយើងមើលឃើញថា អាចមានបញ្ហាក្នុងការប្រើឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក យើងនឹងធ្វើការជាមួយអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកដើម្បីកែប្រែនូវបញ្ហាទាំងនេះ។

G2. កម្មវិធីដើម្បីជួយអ្នកក្នុងការគ្រប់គ្រងឱសថរបស់អ្នក

អ្នកអាចប្រើឱសថសម្រាប់ស្ថានភាពជំងឺផ្សេងៗគ្នា និង/ឬស្ថិតនៅក្នុងកម្មវិធីគ្រប់គ្រងឱសថដើម្បីអាចជួយអ្នកប្រើប្រាស់ឱសថអូផ្ស្យអ៊ីតប្រកបដោយសុវត្ថិភាព។ ក្នុងករណីបែបនេះ អ្នកអាចមានសិទ្ធិទទួលបានសេវាកម្មដោយមិនគិតថ្លៃសម្រាប់អ្នក តាមរយៈកម្មវិធីគ្រប់គ្រងការព្យាបាលដោយការប្រើឱសថ (MTM)។ កម្មវិធីនេះជួយអ្នក និងអ្នកផ្តល់សេវាកម្មរបស់អ្នកឱ្យមានទំនុកចិត្តថាថ្នាំដែលអ្នកទទួលទានមានប្រសិទ្ធភាពក្នុងការធ្វើឱ្យសុខភាពរបស់អ្នកប្រសើរឡើង។ ឱសថការី ឬអ្នកជំនាញផ្នែកសុខភាពផ្សេងទៀតនឹងផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវការត្រួតពិនិត្យគ្រប់ជ្រុងជ្រោយមួយនៃការប្រើឱសថរបស់អ្នកទាំងអស់ ហើយពិភាក្សាជាមួយអ្នកអំពី៖

- របៀបទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ជាច្រើនបំផុតពីថ្នាំដែលអ្នកទទួលទាន
- បញ្ហាណាមួយដែលអ្នកមានដូចជាថ្លៃចំណាយទៅលើថ្នាំ និងប្រតិកម្មរបស់ថ្នាំ
- មធ្យោបាយដ៏ល្អបំផុតក្នុងការទទួលទានថ្នាំរបស់អ្នក
- ចម្ងល់ ឬបញ្ហាណាមួយដែលអ្នកមានអំពីការចេញវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក និងអំពីថ្នាំលក់នៅឯបញ្ជរឱសថស្ថាន

បន្ទាប់មក ពួកគេនឹងផ្តល់ឱ្យអ្នក៖

- សេចក្តីសង្ខេបជាលាយលក្ខណ៍អក្សរនៃការពិភាក្សានេះ។ សេចក្តីសង្ខេបមានគម្រោងសកម្មភាពនៃការប្រើឱសថដែលណែនាំអំពីអ្វីដែលអ្នកអាចធ្វើបានសម្រាប់ការប្រើឱសថរបស់អ្នកមានឱ្យមានប្រសិទ្ធភាពបំផុត។

- បញ្ជីនៃការប្រើឱសថផ្ទាល់ខ្លួនដែលរួមបញ្ចូលឱសថទាំងអស់ដែលអ្នកប្រើនិងមូលហេតុដែលអ្នកប្រើវា។
- ព័ត៌មានអំពីការបោះបង់ចោលដោយសុវត្ថិភាពនូវឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជា ដែលជាសារធាតុដែលត្រូវគ្រប់គ្រង។

វាគឺជាគំនិតដ៏ប្រសើរក្នុងការកំណត់ពេលត្រួតពិនិត្យមើលឱសថរបស់អ្នកមុនពេលទៅទទួលការព្យាបាល “សុខុមាលភាព” ប្រចាំឆ្នាំ ដូច្នេះអ្នកអាចពិភាក្សាជាមួយវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកអំពីបញ្ជីថ្នាំ និងសកម្មភាពរបស់អ្នក។

- នាំមកជាមួយនូវគម្រោងសកម្មភាព និងបញ្ជីនៃការប្រើឱសថនៅពេលដែលអ្នកមកណាត់ជួប ឬនៅពេលណាមួយដែលអ្នកមកពិភាក្សាជាមួយវេជ្ជបណ្ឌិត ឱសថការី ឬអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក។
- សូមយកបញ្ជីនៃការប្រើឱសថមកជាមួយអ្នក ប្រសិនបើអ្នកទៅមន្ទីរពេទ្យ ឬបន្ទប់សង្គ្រោះបន្ទាន់។

កម្មវិធីគ្រប់គ្រងការព្យាបាលតាមបែបវេជ្ជសាស្ត្រ គឺជាកម្មវិធីស្ម័គ្រចិត្ត និងឥតគិតថ្លៃសម្រាប់សមាជិកដែលមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់។ ប្រសិនបើយើងមានកម្មវិធីដែលសមស្របតាមតម្រូវការរបស់អ្នក យើងនឹងចុះឈ្មោះរបស់អ្នកនៅក្នុងកម្មវិធីនោះ ព្រមទាំងផ្ញើព័ត៌មានជូនដល់អ្នក។ ប្រសិនបើអ្នកមិនចង់ចូលរួមក្នុងកម្មវិធីនេះទេ សូមប្រាប់ឱ្យយើងដឹង ហើយយើងនឹងដកឈ្មោះរបស់អ្នកចេញពីកម្មវិធីនោះ។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរអំពីកម្មវិធីទាំងនេះ សូមទាក់ទងផ្នែកសេវាអតិថិជន ឬអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នក។

G3. កម្មវិធីគ្រប់គ្រងឱសថសម្រាប់ការប្រើឱសថអូផ្សឺអ៊ីតដោយសុវត្ថិភាព

គម្រោងរបស់យើងមានកម្មវិធីមួយដែលអាចជួយសមាជិកឱ្យប្រើប្រាស់ឱសថអូផ្សឺអ៊ីតតាមវេជ្ជបញ្ជាដោយសុវត្ថិភាព និងឱសថដទៃទៀតដែលជាញឹកញាប់ត្រូវបានប្រើប្រាស់មិនបានត្រឹមត្រូវ។ កម្មវិធីនេះត្រូវបានគេហៅថា Drug Management Program (DMP) ។

ប្រសិនបើអ្នកធ្វើការព្យាបាលដោយប្រើប្រាស់ឱសថផ្គកសារធាតុអ៊ីផ្សឺអ៊ីត ដែលអ្នកទទួលបានពីវេជ្ជបណ្ឌិត ឬឱសថស្ថានជាច្រើន ឬប្រសិនបើអ្នកមានការប្រើប្រាស់ឱសថផ្គកសារធាតុអ៊ីផ្សឺអ៊ីតច្រើនថ្មីៗនេះ យើងខ្ញុំអាចនិយាយជាមួយវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកដើម្បីប្រាកដថាការព្យាបាលឱសថផ្គកសារធាតុអ៊ីផ្សឺអ៊ីតរបស់អ្នកគឺសមស្រប និងចាំបាច់ខាងវេជ្ជសាស្ត្រច្បាស់លាស់។ ពិភាក្សាជាមួយវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក ប្រសិនបើយើងសម្រេចចិត្តថាការប្រើឱសថអូផ្សឺអ៊ីតតាមវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកមិនមានសុវត្ថិភាពទេ យើងអាចនឹងដាក់កំណត់ពីរបៀបដែល អ្នកអាចទទួលការប្រើប្រាស់ឱសថទាំងនោះ។ ការកំណត់អាចរួមបញ្ចូល៖

- តម្រូវឱ្យអ្នកទទួលយកឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាទាំងអស់សម្រាប់ការប្រើឱសថទាំងនោះ ពីឱសថស្ថានជាក់លាក់និង/ឬ ពីវេជ្ជបណ្ឌិតជាក់លាក់ណាម្នាក់
- ការកំណត់នូវបរិមាណនៃការប្រើឱសថទាំងនោះដែលយើងជានាវ៉ាប់រងសម្រាប់អ្នក

ប្រសិនបើយើងគិតថាមានការកំណត់មួយ ឬច្រើនគួរតែអនុវត្តសម្រាប់អ្នក នោះយើងនឹងផ្ញើលិខិតមួយឱ្យអ្នកជាមុន។ លិខិតនេះពន្យល់អំពីការកំណត់ដែលយើងគិតថាគួរតែអនុវត្ត។

អ្នកនឹងមានឱកាសក្នុងការប្រាប់ដល់យើងអំពីវេជ្ជបណ្ឌិត ឬឱសថស្ថានណាមួយដែលអ្នកពេញចិត្តក្នុងការប្រើប្រាស់ ព្រមទាំងព័ត៌មានទាំងឡាយដែលអ្នកគិតថាសំខាន់ដែលយើងត្រូវតែដឹង ។
ប្រសិនបើអ្នកសម្រេចថាត្រូវដាក់កំណត់លើការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកចំពោះការប្រើឱសថទាំងនេះ បន្ទាប់ពីអ្នកមានឱកាសក្នុងការឆ្លើយតបហើយនោះ យើងផ្ញើជូនអ្នកនូវលិខិតមួយផ្សេងទៀតដែលបញ្ជាក់អំពីការកំណត់ទាំងឡាយ។

ប្រសិនបើអ្នកគិតថាយើងបានធ្វើនូវកំហុស អ្នកមិនយល់ស្របថាអ្នកកំពុងតែស្ថិតនៅក្នុងហានិភ័យនៃការប្រើឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាដែលមិនត្រឹមត្រូវ ឬអ្នកមិនយល់ស្របនឹងការកំណត់ នោះអ្នកនិងអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកអាចដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍បាន។ ប្រសិនបើអ្នកដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ នោះយើងនឹងពិនិត្យលើសំណុំរឿងរបស់អ្នក និងផ្តល់ជូននូវការសម្រេចជាលាយលក្ខណ៍អក្សរដល់អ្នក។ ប្រសិនបើយើងបន្តបដិសេធផ្នែកណាមួយនៃបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នកដែលទាក់ទងទៅនឹងការកំណត់លើសិទ្ធរបស់អ្នកចំពោះការប្រើឱសថ យើងនឹងផ្ញើសំណុំរឿងរបស់អ្នកដោយស្វ័យប្រវត្តិទៅកាន់អង្គភាពត្រួតពិនិត្យឯករាជ្យ។ ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពីបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ និងអង្គភាពត្រួតពិនិត្យឯករាជ្យ សូមមើលទៅ**ជំពូកទី 9** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិករបស់អ្នក*។)

DMP អាចនឹងមិនអនុវត្តន៍ចំពោះអ្នកទេប្រសិនបើអ្នក៖

- មានបញ្ហាសុខភាពមួយចំនួន ដូចជាជំងឺមហារីក ឬជំងឺកោសិកាក្រហមរាងកណ្តៀវ
- កំពុងទទួលបានការស្នាក់នៅ ឱសថបំបាត់ការឈឺចាប់ ឬការថែទាំចុងបញ្ចប់ជីវិត **ឬ**
- ស្នាក់នៅក្នុងមណ្ឌលថែទាំរយៈពេលយូរ។

ជំពូក 6 ៖ អ្វីដែលអ្នកត្រូវបង់ប្រាក់ទូទាត់សម្រាប់ឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជានៃ Medicare និង Medi-Cal របស់អ្នក

សេចក្តីផ្តើម

ជំពូកនេះប្រាប់ពីអ្វីដែលត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជានៃអ្នកជំងឺដែលទៅសម្រាកព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យ។ សម្រាប់ពាក្យ "ឱសថ" យើងមានន័យថា៖

- ឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជានៃកម្មវិធី Medicare ផ្នែក D **និង**
- ឱសថនិងសម្ភារដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយ Medi-Cal **និង**
- ឱសថ និងសម្ភារដែលបានធានារ៉ាប់រងដោយគម្រោងរបស់យើងជាអត្ថប្រយោជន៍បន្ថែម។

ដោយសារអ្នកមានសិទ្ធិទទួលបាន Medi-Cal នោះអ្នកទទួលបាន "ជំនួយបន្ថែម" ពី Medicare ដើម្បីជួយសងប្រាក់ទូទាត់ម្រាប់ឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជានៃ Medicare ផ្នែក D របស់អ្នក។ យើង *បានផ្តល់ជូនអ្នក*នូវការបញ្ចុលដាច់ដោយឡែកដែលហៅថា "កស្តុតាងនៃការធានារ៉ាប់រងឧបសម្ព័ន្ធសម្រាប់អ្នកដែលទទួលបានជំនួយបន្ថែមសម្រាប់ការបង់ថ្លៃឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជ" (ត្រូវបានគេស្គាល់ផងដែរថាជា "ឧបសម្ព័ន្ធជំនួយទ្រទ្រង់សម្រាប់អ្នកមានប្រាក់ចំណូលទាប" ឬ "ឧបសម្ព័ន្ធ LIS") ដែលប្រាប់អ្នកអំពីការធានារ៉ាប់រងទៅលើឱសថរបស់អ្នក។ ប្រសិនបើអ្នកមិនមានឧបករណ៍បញ្ចូលនេះទេ សូមទូរសព្ទទៅផ្នែកថែទាំអតិថិជន ហើយស្នើសុំ "ឧបសម្ព័ន្ធ LIS"។

> **កម្មវិធីជំនួយបន្ថែម** គឺជាកម្មវិធី Medicare ដែលជួយដល់អ្នកដែលមានប្រាក់ចំណូល និងធនធានតិចតួចឱ្យកាត់បន្ថយការចំណាយលើឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជារបស់ Medicare ផ្នែក D ដូចជាថ្លៃធានារ៉ាប់រង ការកាត់កងថ្លៃចំណាយ និងប្រាក់បង់រួម។ ជំនួយបន្ថែម ក៏ត្រូវបានហៅថា៖ "ការទំនុកបម្រុងអ្នកមានចំណូលទាប" ឬ "LIS"។

ពាក្យគន្លឹះផ្សេងទៀត និងនិយមន័យដែលបានបង្ហាញឡើងតាមលំដាប់អក្ខរក្រមនៅក្នុងជំពូកចុងក្រោយនៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*របស់អ្នក។

ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពីឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជា អ្នកអាចក្រឡេកមើលនៅកន្លែងទាំងនេះ៖

- *បញ្ជីឱសថដែលទទួលបានការរ៉ាប់រង*របស់យើងខ្ញុំ។
  - យើងហៅរបស់នេះជា "បញ្ជីឱសថ។" វាប្រាប់អ្នកអំពី៖
    - ឱសថមួយដែលយើងបង់ថ្លៃ

- តើឱសថណាមួយក្នុងចំណោមកម្រិតទាំងប្រាំនេះស្ថិតនៅ
- ប្រសិនបើមានការកំណត់ណាមួយលើឱសថ

o ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការច្បាប់ចម្លងនៃបញ្ជីឱសថ សូមទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាអតិថិជន។ អ្នកក៏អាចស្វែងរកច្បាប់ចម្លងបច្ចុប្បន្នបំផុតនៃបញ្ជីឱសថរបស់យើងនៅលើគេហទំព័ររបស់យើងតាម blueshieldca.com/medformulary2023។

o ឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាភាគច្រើនដែលអ្នកទទួលបានពីឱសថស្ថានត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan។ ឱសថផ្សេងទៀត ដូចជាឱសថដែលមិនមានវេជ្ជបញ្ជា (OTC) និងវីតាមីនជាក់លាក់ អាចត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយ Medi-Cal Rx។ សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័ររបស់ Medi-Cal Rx (Medi-calrx.dhcs.ca.gov) សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។ អ្នកក៏អាចទូរសព្ទទៅមជ្ឈមណ្ឌលបម្រើសេវាកម្មអតិថិជនរបស់ Medi-Cal Rx តាមរយៈលេខ 800-977-2273។ សូមយកបណ្ណសម្គាល់អត្ថប្រយោជន៍នៃ Medi-Cal (BIC) នៅពេលដែលទទួលយកឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាតាមរយៈ Medi-Cal Rx។

- **ជំពូក 5** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិករបស់អ្នក*។

o នេះ ប្រាប់អំពីរបៀបទទួលបានឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកជំងឺមិនស្នាក់ព្យាបាលរបស់អ្នកតាមរយៈគម្រោងរបស់យើង។

o វារាប់បញ្ចូលទាំងវិធានច្បាប់ដែលអ្នកត្រូវតែអនុវត្តន៍តាម។ នេះក៏ប្រាប់អំពីប្រភេទឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាដែលគម្រោងរបស់យើងមិនធានារ៉ាប់រងផងដែរ។

- *បញ្ជីឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវាកម្ម និងឱសថស្ថាន* របស់យើងខ្ញុំ។

o ក្នុងករណីភាគច្រើន អ្នកត្រូវតែប្រើឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញដើម្បីទទួលបានឱសថដែលបានគ្របដណ្តប់របស់អ្នក។
ឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញគឺជាឱសថស្ថានដែលយល់ព្រមធ្វើការជាមួយយើង។

o *បញ្ជីឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថាន*មានមានៅក្នុងឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញរបស់យើង។ សូមមើល**ជំពូក 5** *នៃសៀវភៅណែនាំសមាជិករបស់អ្នក*សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញ។

តារាងមាតិកា

A. *ការពន្យល់ពីអត្ថប្រយោជន៍* (EOB) 184

B. របៀបតាមដានតម្លៃឱសថរបស់អ្នក 185

C. ដំណាក់កាលបង់ប្រាក់លើឱសថសម្រាប់ឱសថ Medicare ផ្នែក D 187

D. ដំណាក់កាលទី 1៖ ដំណាក់កាលធានារ៉ាប់រងដំបូង 187

D1. *ជម្រើសឱសថស្ថានរបស់អ្នក* **188**

D2. *ការទទួលបានការផ្គត់ផ្គង់ឱសថរយៈពេលយូរ* **188**

D3. *អ្វីដែលអ្នកចំណាយ* **188**

D4. *បញ្ចប់ដំណាក់កាលគ្របដណ្តប់ដំបូង* **191**

E. ដំណាក់កាលទី ₂៖ ដំណាក់កាលធានារ៉ាប់រងលើគ្រោះមហន្តរាយ 192

F. ថ្លៃចំណាយទៅលើឱសថ ប្រសិនបើវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាតិចជាង ការផ្គត់ផ្គង់ពេញមួយខែ 192

G. ជំនួយលើការចែករំលែកថ្លៃចំណាយនៃឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាសម្រាប់បុគ្គលដែលមានមេរោគអេដស៍ (HIV)/ជំងឺអេដស៍ (AIDS) 193

G1. *កម្មវិធីជំនួយផ្នែកឱសថសម្រាប់អ្នកផ្ទុកជំងឺអេដស៍* **(ADAP) 193**

G2. *ប្រសិនបើអ្នកមិនបានចុះឈ្មោះក្នុង* **ADAP 193**

G3. *ប្រសិនបើអ្នកបានចុះឈ្មោះក្នុង* **ADAP 193**

H. ការចាក់វ៉ាក់សាំង 193

H1. *អ្វីដែលអ្នកត្រូវដឹងមុនពេលអ្នកទទួលការចាក់ថ្នាំបង្ការ* **194**

H2. *អ្វីដែលអ្នកត្រូវបង់ប្រាក់ទូទាត់សម្រាប់ការចាក់វ៉ាក់សាំងដែលធានារ៉ាប់រងដោយ* **Medicare** *ផ្នែក* **D 194**

A. *ការពន្យល់ពីអត្ថប្រយោជន៍* (EOB)

គម្រោងរបស់យើងតាមដានលើឱសថតាមវិជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក។ យើងតាមដានថ្លៃចំណាយពីរប្រភេទ៖

- **ថ្លៃចំណាយចេញពីហោប៉ាររបស់អ្នក**។ នេះគឺជាចំនួនទឹកប្រាក់ដែលអ្នក ឬអ្នកដ៏ទៃកំពុងបង់ថ្លៃសម្រាប់វេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក។
- **តម្លៃសរុបនៃឱសថ**របស់អ្នក។ នេះគឺជាចំនួនទឹកប្រាក់ដែលអ្នក ឬអ្នកដ៏ទៃកំពុងបង់ថ្លៃសម្រាប់វេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកបូករួមទាំងចំនួនដែលយើងខ្ចីបង់ផងដែរ។

នៅពេលអ្នកទទួលបានឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាតាមរយៈគម្រោងរបស់យើង យើងនឹងផ្ញើជូនអ្នកនូវសេចក្តីសង្ខេបមួយហៅថា *ការពន្យល់អំពីអត្ថប្រយោជន៍របស់ផ្នែក D*។ ប្រសិនបើអ្នកមានឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាមួយ ឬច្រើនដែលបំពេញតាមគម្រោងក្នុងអំឡុងពេលខែមុនៗ យើងនឹងផ្ញើឱ្យអ្នក

នូវការពន្យល់អំពីអត្ថប្រយោជន៍របស់ផ្នែក D ("ផ្នែក D របស់ EOB")។ យើងហៅវាយ៉ាងខ្លីថា ផ្នែក D របស់ EOB។ ផ្នែក D របស់ EOB មានព័ត៌មានបន្ថែមអំពីឱសថដែលអ្នកប្រើ ដូចជាការកើនឡើងនៃតម្លៃ និងឱសថដទៃទៀតដែលមានការចែករំលែកថ្លៃចំណាយតិចដែលអាចរកបាន។ អ្នកអាចពិគ្រោះជាមួយអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកអំពីជម្រើសនៃថ្លៃចំណាយទាបទាំងនេះ ។ ផ្នែក D របស់ EOB រួមមាន៖

- **ព័ត៌មានសម្រាប់ខែនេះ**។ សេចក្តីសង្ខេបប្រាប់អំពីឱសថដែលអ្នកបានទទួល។ វាបង្ហាញពីថ្លៃឱសថសរុប អ្វីដែលយើងបានបង់ និងអ្វីដែលអ្នក និងអ្នកដទៃដែលបង់ឱ្យអ្នកបានបង់។
- **ព័ត៌មានពីដើមឆ្នាំដល់ពេលបច្ចុប្បន្ន។** នេះគឺជាថ្លៃឱសថសរុប និងការបង់ប្រាក់សរុបដែលបានធ្វើឡើងចាប់តាំងពីថ្ងៃទី1 ខែមករាមក។
- **ព័ត៌មានអំពីតម្លៃឱសថ** ។ នេះជាតម្លៃសរុបរបស់ឱសថ និងការផ្លាស់ប្តូរគិតជាភាគរយនៃតម្លៃឱសថចាប់តាំងពីការមកបើកលើកដំបូង។
- **ជម្រើសដែលមានតម្លៃទាប** ។ បើមាន ជម្រើសទាំងនេះបង្ហាញនៅក្នុងសេចក្តីសង្ខេបខាងក្រោមឱសថបច្ចុប្បន្នរបស់អ្នក។ អ្នកអាចនិយាយជាមួយអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែម។

យើងខ្ញុំផ្តល់នូវការរ៉ាប់រងឱសថដែលមិនរ៉ាប់រងដោយកម្មវិធី Medicare។

- ការបង់ប្រាក់ដែលបានធ្វើឡើងសម្រាប់ឱសថទាំងនេះមិនរាប់ចូលជាថ្លៃចំណាយសរុបចេញពីហោប៉ាររបស់អ្នករបស់អ្នកឡើយ ។
- ឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាភាគច្រើនដែលអ្នកទទួលបានពីឱសថស្ថានត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយគម្រោង។ ឱសថផ្សេងទៀត ដូចជាឱសថដែលមិនមានវេជ្ជបញ្ជា (OTC) និងវីតាមីនជាក់លាក់ អាចត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយ Medi-Cal Rx។ សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័ររបស់ Medi-Cal Rx (medi-calrx.dhcs.ca.gov/) សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។ អ្នកក៏អាចហៅទូរសព្ទទៅមជ្ឈមណ្ឌលបម្រើសេវាអតិថិជនរបស់ Medi-Cal Rx តាមរយៈលេខទូរសព្ទ 800-977-2273។ សូមយកបណ្ណសម្គាល់អត្ថប្រយោជន៍នៃ Medi-Cal (BIC) នៅពេលដែលទទួលយកឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាតាមរយៈ Medi-Cal Rx។
- ដើម្បីស្វែងយល់ថាតើឱសថមួយណាដែលគម្រោងរបស់យើងធានារ៉ាប់រង សូមមើលទៅលើបញ្ជីឱសថរបស់យើង។

B. របៀបតាមដានតម្លៃឱសថរបស់អ្នក

ដើម្បីតាមដានថ្លៃឱសថរបស់អ្នក និងការបង់ប្រាក់ដែលអ្នកធ្វើឡើង យើងប្រើរបាយការណ៍នានាដែលយើងទទួលបានពីអ្នក និងពីឱសថស្ថានរបស់អ្នក។ នេះគឺជារបៀបដែលអ្នកអាចជួយពួកយើង៖

1. ប្រើបណ្ណសម្គាល់នៃគម្រោងរបស់អ្នក។

បង្ហាញបណ្ណសម្គាល់ Blue Shield TotalDual របស់អ្នករាល់ពេលដែលអ្នកទទួលបានឱសថតាម វេជ្ជបញ្ជាដែលបានបំពេញ។ នេះនឹងជួយយើងខ្ញុំឱ្យដឹងអំពីអ្វីដែលអ្នកបំពេញសម្រាប់ឱសថ តាមវេជ្ជបញ្ជា និងអ្វីដែលអ្នកបង់ប្រាក់ទូទាត់។

2. ត្រូវប្រាកដថា យើងខ្ញុំមានព៍ត័មានដែលយើងខ្ញុំត្រូវការ ។

ផ្តល់ឱ្យយើងខ្ញុំនូវច្បាប់ចម្លងនៃបង្កាន់ដៃបង់ប្រាក់សម្រាប់ឱសថដែលអ្នកបានបង់ប្រាក់ទូទា ត់រួច។ អ្នកអាចស្នើឱ្យយើងបង់ថ្លៃឱ្យអ្នកវិញសម្រាប់ ចំណែកនៃថ្លៃឱសថរបស់យើង ។

នេះគឺជាពេលណាមួយ នៅពេលអ្នកគួរតែផ្តល់ឱ្យយើងនូវច្បាប់ចម្លងនៃបង្កាន់ដៃបង់ប្រាក់ របស់អ្នក៖

- នៅពេលអ្នកទិញឱសថដែលបានគ្របដណ្តប់នៅឱសថស្ថានបណ្តាញក្នុងតម្លៃពិសេស ឬដោយប្រើប័ណ្ណបញ្ជាះតម្លៃ ដែលមិនមែនជាផ្នែកនៃអត្ថប្រយោជន៍របស់គម្រោងរបស់ យើង
- នៅពេលអ្នកបង់ប្រាក់រួមសម្រាប់ឱសថដែលអ្នកទទួលបានស្ថិតក្រោមកម្មវិធីជំនួយអ្នក ជំងឺរបស់អ្នកផលិតឱសថ
- នៅពេលអ្នកទិញឱសថដែលបានធានារ៉ាប់រងនៅឱសថស្ថានក្រៅបណ្តាញមួយ
- នៅពេលអ្នកបង់ពេញថ្លៃសម្រាប់ឱសថដែលទទួលបានការរ៉ាប់រង

សម្រាប់ព័ត៍មានបន្ថែមអំពីការស្នើសុំឱ្យយើងបង់ប្រាក់ទូទាត់សងអ្នកវិញសម្រាប់ឱសថនៃថ្លៃ ចំណែកដែលជាការចំណាយរបស់យើង សូមមើល**ជំពូកទី 7** នៃសៀវភៅណែនាំសមាជិករបស់ អ្នក។

3. សូមផ្ញើឱ្យយើងខ្ញុំនូវព័ត៍មានអំពីការចំណាយផ្សេងៗដែលបានបង់ឱ្យអ្នក។

ការបង់ប្រាក់ដែលបានធ្វើឡើងដោយបុគ្គលផ្សេងទៀត និងអង្គភាពមួយចំនួនក៏អាចរាប់ ចូលជាថ្លៃចំណាយចេញពីហោប៉ាវរបស់អ្នកផងដែរ។ ឧទាហរណ៍ ការបង់ប្រាក់ដែលបានធ្វើ ឡើងដោយកម្មវិធីជំនួយឱសថ AIDS សេវាសុខភាពសម្រាប់ជនជាតិដើមអាមេរិក និងស ប្បុរធម៍ភាគច្រើនរាប់ចូលជាថ្លៃចំណាយចេញពីហោប៉ាវរបស់អ្នក។ ចំណុចនេះជួយអ្នកកំណត់ពី លក្ខណៈសម្បត្តិសម្រាប់ការរ៉ាប់រងមហន្តរាយ។ នៅពេលអ្នកឈានដល់ដំណាក់កាលធានារ៉ាប់រង លើគ្រោះមហន្តរាយ គម្រោងរបស់យើងបង់ប្រាក់ទូទាត់នៃថ្លៃឱសថនៅក្នុងផ្នែក D ទាំងអស់ សម្រាប់រយៈពេលនៃឆ្នាំនៅសល់។

4. ពិនិត្យមើលការពន្យល់អំពីអត្ថប្រយោជន៍ (EOBs) ដែលយើងខ្ញុំផ្ញើជូនអ្នក ។

នៅពេលអ្នកទទួលបានផ្នែក D របស់ EOB នៅក្នុងសំបុត្រ សូមប្រាកដថាវាមានភាពពេញ លេញ និងត្រឹមត្រូវ។ ប្រសិនបើអ្នកគិតថាមានអ្វីមួយខុសឆ្គង ឬបាត់ ឬបើអ្នកមានសំណួរណា

មួយសូមហៅទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាអតិថិជន។ រក្សាផ្នែក D របស់ EOBs ទាំងនេះ។ ពួកវាជាកំណត់ត្រាដ៏មានសារៈសំខាន់នៃការចំណាយលើឱសថរបស់អ្នក។

C. ដំណាក់កាលបង់ប្រាក់លើឱសថសម្រាប់ឱសថ Medicare ផ្នែក D

មានដំណាក់កាលបង់ប្រាក់ពីរសម្រាប់ការធានារ៉ាប់រងលើឱសថដែលមានវេជ្ជបញ្ជារបស់ Medicare ផ្នែក D របស់អ្នកនៅក្រោមគម្រោងរបស់យើង។ ថាតើ អ្នកបង់ចំនួនប៉ុន្មាន អាស្រ័យលើដំណាក់កាលណាមួយរបស់អ្នក នៅពេលអ្នកទទួលឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជា ឬទទួលឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាបន្តែម។ មានពីរដំណាក់កាល៖

ដំណាក់កាលទី 1៖ ដំណាក់កាលធានារ៉ាប់រងបឋម	**ដំណាក់កាលទី 2៖ ដំណាក់កាលធានារ៉ាប់រងចុងក្រោយ**
អំឡុងពេលដំណាក់ការនេះ យើងបង់ចំណែកថ្លៃ នៃឱសថ ហើយអ្នកត្រូវបង់ចំណែករបស់អ្នក។ ចំណែករបស់អ្នកត្រូវបានហៅថា ប្រាក់បង់រួម។ អ្នកចាប់ផ្តើមក្នុងដំណាក់កាលនេះ នៅពេលអ្នកទទួលឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាដំបូងក្នុងឆ្នាំធានារ៉ាប់រង។	នៅក្នុងដំណាក់កាលនេះ យើងបង់ប្រាក់ទូទាត់ទាំងអស់លើថ្លៃឱសថរបស់អ្នករហូតដល់ថ្ងៃទី 31 ខែធ្នូ ឆ្នាំ 2023។ អ្នកចាប់ផ្តើមដំណាក់កាលនេះ នៅពេលអ្នកបានបង់ប្រាក់ទូទាត់នូវចំនួនជាក់ណាមួយដែលជាការចំណាយចេញពីហោប៉ៅ។

សារសំខាន់អំពីថ្លៃដែលអ្នកត្រូវបង់សម្រាប់អាំងស៊ុយលីន - អ្នកមិនត្រូវបង់ច្រើនជាង $35 នោះទេសម្រាប់ការផ្គត់ផ្គង់ផលិតផលអាំងស៊ុយលីនមួយខែ ដែលរ៉ាបរងដោយគម្រោង មិនថាថ្លៃនៃការបង់ប្រាក់រួមស្ថិតនៅក្នុងកម្រិតណានោះទេ។

D. ដំណាក់កាលទី 1៖ ដំណាក់កាលធានារ៉ាប់រងដំបូង

អំឡុងពេលដំណាក់កាលរ៉ាប់រងដំបូងយើងបង់ចំណែកថ្លៃនៃឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាដែលបានគ្របដណ្តប់របស់អ្នក ហើយអ្នកត្រូវបង់ចំណែករបស់អ្នក។ ចំណែករបស់អ្នកត្រូវបានហៅថា ការបង់ប្រាក់រួម។ ការបង់ប្រាក់រួមរួម គឺអាស្រ័យលើតើឱសថនោះស្ថិតនៅក្នុងកម្រិតនៃការចែករំលែកចំណាយបែបណា កន្លែងណាដែលអ្នកទទួលបានវា។

- ការចែករំលែកថ្លៃចំណាយ កម្រិតទី 1៖ ឱសថទូទៅដែលចង់បាន (ការចែករំលែកថ្លៃចំណាយកម្រិតទាបបំផុត) រួមបញ្ចូលទាំងឱសថទូទៅដែលចង់បាន។
- ការចែករំលែកថ្លៃចំណាយកម្រិតទី 2៖ ឱសថទូទៅ រួមបញ្ចូលទាំងឱសថទូទៅ។

- ការចែករំលែកថ្លៃចំណាយកម្រិតទី 3៖ ឱសថមានម៉ាកយីហោដែលចង់បាន រួមបញ្ចូលទាំងឱសថមានម៉ាកយីហោដែលពេញចិត្ត និងឱសថទូទៅមួយចំនួន។
- ការចែករំលែកថ្លៃចំណាយកម្រិតទី 4៖ ឱសថដែលមិនចង់បាន

  រួមបញ្ចូលទាំងឱសថមានម៉ាកយីហោដែលមិនចង់បាន និងឱសថទូទៅមួយចំនួន។
- ការចែករំលែកថ្លៃចំណាយកម្រិតទី 5៖ ឱសថកម្រិតឯកទេស (ការចែករំលែកថ្លៃចំណាយកម្រិតខ្ពស់បំផុត) រួមបញ្ចូលទាំងឱសថមានម៉ាកយីហោ និងឱសថទូទៅដែលអាចតម្រូវឱ្យមានការគ្រប់គ្រងពិសេស និង/ឬការត្រួតពិនិត្យយ៉ាងជិតដល់។

D1. ជម្រើសឱសថស្ថានរបស់អ្នក

ចំនួនដែលអ្នកត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថអាស្រ័យ បើសិនអ្នកទទួលបានឱសថ ឬយ៉ាងណាពី៖

- ឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញ **ឬ**
- ឱសថស្ថានក្រៅបណ្តាញ។

នៅក្នុងករណីដែលមានកម្រិត
យើងធានារ៉ាប់រងទៅលើឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាដែលបានបំពេញនៅឯឱសថស្ថានក្រៅបណ្តាញ។សូមមើល**ជំពូក 5** *នៃសៀវភៅណែនាំសមាជិករបស់អ្នក* ដើម្បីស្វែងយល់ពេលណាដែលយើងធ្វើដូច្នេះ។

ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពីជម្រើសទាំងនេះ សូមមើល**ជំពូក 5** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិករបស់អ្នក* និង *សៀវភៅបញ្ជីឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថាន*របស់យើង។

D2. ការទទួលបានការផ្គត់ផ្គង់ឱសថរយៈពេលយូរ

សម្រាប់ឱសថមួយចំនួន អ្នកអាចទទួលបានការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេលយូរ (ត្រូវបានហៅថា "ការផ្គត់ផ្គង់បន្ថែម" ផងដែរ) នៅពេលអ្នកបំពេញឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក។ ការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេលយូរគឺជាការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេល 100 ថ្ងៃសម្រាប់ឱសថនៅលើកម្រិតទី 1 និង 90 ថ្ងៃសម្រាប់ការផ្គត់ផ្គង់ឱសថនៅលើកម្រិតទី 2 ទី3 និង ទី4។ វាគិតថ្លៃពីអ្នកដូចគ្នានឹងការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេលមួយខែដែរ។

សម្រាប់ព័ត៌មានលម្អិតអំពីទីកន្លែង និងរបៀបទទួលបានការផ្គត់ផ្គង់ឱសថរយៈពេលយូរ សូមមើល**ជំពូក 5** *នៃសៀវភៅណែនាំសមាជិករបស់អ្នក* ឬ *សៀវភៅបញ្ជីឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថាន*នៃគម្រោងរបស់យើង។

D3. អ្វីដែលអ្នកចំណាយ

ក្នុងដំណាក់កាលគ្របដណ្តប់ដំបូងអ្នកអាចនឹងត្រូវបង់ប្រាក់រួមរាល់ពេលដែលអ្នកបើកឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជា។ ប្រសិនបើឱសថដែលមានការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកមានតម្លៃគិតជាងការបង់ប្រាក់រួម នោះអ្នកបង់ប្រាក់ទូទាត់ដែលមានតម្លៃទាប។

សូមទាក់ទងផ្នែកសេវាអតិថិជន ដើម្បីដឹងអំពីចំនួនប្រាក់បង់រួមរបស់អ្នកសម្រាប់ឱសថដែលមានការធានារ៉ាប់រងនីមួយៗ។

ថ្លៃចំណែកដែលជាការចំណាយរបស់អ្នក នៅពេលអ្នកទទួលបានការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេលមួយខែសម្រាប់ឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាដែលបានធានារ៉ាប់រងពីៈ

	ឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញ ការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេលមួយខែឬដល់ទៅ 30 ថ្ងៃ	**សេវាដឹកតាមប្រៃសណីយ៍នៃគម្រោងរបស់យើង** ការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេលមួយខែឬដល់ទៅ 30 ថ្ងៃ	**ឱសថស្ថានកក្នុងបណ្តាញថែទាំរយៈពេលវែង** រហូតដល់ការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេល 31 ថ្ងៃ	**ឱសថស្ថានក្រៅបណ្តាញ** រហូតដល់ទៅការផ្គត់ផ្គង់ 30 ថ្ងៃ ការគ្របដណ្តប់គឺត្រូវបានកម្រិតចំពោះករណីជាក់លាក់នានា។ សូមមើល **ជំពូក 5** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិការបស់អ្នកសម្រាប់ព័ត៌មានលម្អិត*។
ការចែករំលែកថ្លៃចំណាយ **កម្រិតទី 1** (ប្រភេទឱសថទូទៅដែលគម្រោងចង់បាន)	$0			
ការចែករំលែកថ្លៃចំណាយ **កម្រិតទី 2** (ឱសថទូទៅ)	ការបង់ប្រាក់រួមរបស់អ្នកអាស្រ័យលើកម្រិតនៃ ជំនួយបន្ថែមដែលអ្នកទទួលបាន៖ $0, $1.45 ឬ $4.15			

	ឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញ ការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេលមួយខែឬដល់ទៅ 30 ថ្ងៃ	**សេវាដឹកតាមប្រៃសណីយ៍នៃគម្រោងរបស់យើង** ការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេលមួយខែឬដល់ទៅ 30 ថ្ងៃ	**ឱសថស្ថានកក្នុងបណ្តាញថែទាំរយៈពេលវែង** រហូតដល់ការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេល 31 ថ្ងៃ	**ឱសថស្ថានក្រៅបណ្តាញ** រហូតដល់ទៅការផ្គត់ផ្គង់ 30 ថ្ងៃ ការគ្របដណ្តប់គឺត្រូវបានកម្រិតចំពោះករណីជាក់លាក់នានា។ សូមមើល **ជំពូក 5** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិការបស់អ្នកសម្រាប់ព័ត៌មានលម្អិត*។
ការចែករំលែកថ្លៃចំណាយ **កម្រិតទី 3** (ឱសថមានស្លាកយីហោដែលចង់បាន)	ការបង់ប្រាក់រួមរបស់អ្នកអាស្រ័យលើកម្រិតនៃ ជំនួយបន្ថែមដែលអ្នកទទួលបាន៖ $0, $4.30, $10.35			
ការចែករំលែកថ្លៃចំណាយ **កម្រិតទី 4** (ឱសថមានស្លាកយីហោដែលមិនចង់បាន)	ការបង់ប្រាក់រួមរបស់អ្នកអាស្រ័យលើកម្រិតនៃ ជំនួយបន្ថែមដែលអ្នកទទួលបាន៖ $0, $4.30, $10.35			

	ឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញ ការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេលមួយខែឬដល់ទៅ 30 ថ្ងៃ	**សេវាដឹកតាមប្រៃសណីយ៍នៃគម្រោងរបស់យើង** ការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេលមួយខែឬដល់ទៅ 30 ថ្ងៃ	**ឱសថស្ថានកក្នុងបណ្តាញថែទាំរយៈពេលវែង** រហូតដល់ការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេល 31 ថ្ងៃ	**ឱសថស្ថានក្រៅបណ្តាញ** រហូតដល់ទៅការផ្គត់ផ្គង់ 30 ថ្ងៃ ការគ្របដណ្តប់គឺត្រូវបានកម្រិតចំពោះករណីជាក់លាក់នានា។ សូមមើល **ជំពូក 5** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិការបស់អ្នកសម្រាប់ព័ត៌មានលម្អិត*។
ការចែករំលែកថ្លៃចំណាយកម្រិតទី 5 (ឱសថដែលមានកម្រិតពិសេស)	ការបង់ប្រាក់រួមរបស់អ្នកអាស្រ័យលើកម្រិតនៃ ជំនួយបន្ថែមដែលអ្នកទទួលបាន៖ $0, $4.30, $10.35			

សម្រាប់ព័ត៌មានអំពីឱសថស្ថានណាមួយដែលអាចផ្តល់ជូនអ្នកនូវការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេលវែង សូមមើល *សៀវភៅបញ្ជីឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថាន*របស់យើង។

D4. បញ្ចប់ដំណាក់កាលគ្របដណ្តប់ដំបូង

ដំណាក់កាលធានារ៉ាប់រងដំបូងចប់នៅពេលថ្លៃចំណាយសរុបចេញពីហោប៉ាររបស់អ្នកឈានដល់ចំនួន $7,400។ ត្រង់ចំនុចនេះ ដំណាក់ការធានារ៉ាប់រងនៃការកើតមានគ្រោះមហន្តរាយចាប់ផ្តើម។ យើងគ្របដណ្តប់លើថ្លៃឱសថរបស់អ្នកចាប់ពីពេលនោះរហូតដល់បំណាច់ឆ្នាំ។

ការពន្យល់អំពីអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នក (EOB) ជួយអ្នកឱ្យតាមដានថាតើអ្នកបានចំណាយប៉ុន្មានលើឱសថរបស់អ្នកក្នុងរយៈពេលមួយឆ្នាំ។ យើងប្រាប់អ្នកឱ្យដឹង ប្រសិនបើអ្នកឈានដល់ចំនួនកំណត់ $7,400។ មនុស្សជាច្រើនមិនឈានដល់កម្រិតនេះទេក្នុងមួយឆ្នាំ។

E. ដំណាក់កាលទី 2៖ ដំណាក់កាលជានារ៉ាប់រងលើគ្រោះមហន្តរាយ

នៅពេលដែលអ្នកឈានដល់ចំនួនកំណត់នៃថ្លៃចំណាយចេញពីហោប៉ាររបស់អ្នកចំនួន$7,400 សម្រាប់ឱសថមានវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក នោះដំណាក់កាលជានារ៉ាប់រងលើគ្រោះមហន្តរាយនឹងចាប់ផ្តើម។ អ្នកនឹងស្ថិតក្នុងដំណាក់កាលជានារ៉ាប់រងលើគ្រោះមហន្តរាយរហូតដល់ដំណាច់ឆ្នាំតាមប្រតិទិន។ ក្នុងអំឡុងពេលដំណាក់កាលនេះ គម្រោងរបស់យើងបង់ប្រាក់ទូទាត់បង់ថ្លៃទាំងអស់សម្រាប់ឱសថ Medicare របស់អ្នក។

F. ថ្លៃចំណាយទៅលើឱសថ ប្រសិនបើវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាតិចជាងការផ្គត់ផ្គង់ពេញមួយខែ

ក្នុងករណីខ្លះ អ្នកបង់ប្រាក់រួមដើម្បីជានារ៉ាប់រងលើការផ្គត់ផ្គង់ឱសថដែលបានជានារ៉ាប់រងពេញមួយខែ។ ទោះជាយ៉ាងណា វេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកអាចចេញវេជ្ជបញ្ជាតិចជាងការផ្គត់ផ្គង់ឱសថប្រចាំខែ។

- អាចមានចំនួនច្រើនដង នៅពេលអ្នកចង់សួរវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកអំពីការចេញវេជ្ជបញ្ជាតិចជាងការផ្គត់ផ្គង់ឱសថប្រចាំខែ (ឧទាហរណ៍ នៅពេលអ្នកកំពុងសាកល្បងប្រើឱសថជាលើកដំបូង ដែលអ្នកបានដឹងថាមានផលប៉ះពាល់ធ្ងន់ធ្ងរ)។
- ប្រសិនបើវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកយល់ព្រម អ្នកនឹងមិនបង់ប្រាក់ទូទាត់សម្រាប់ការផ្គត់ផ្គង់ពេញមួយខែសម្រាប់ឱសថមួយចំនួន។

នៅពេលអ្នកទទួលបានតិចជាងការផ្គត់ផ្គង់ឱសថប្រចាំខែ ចំនួនទឹកប្រាក់ដែលអ្នកបង់ប្រាក់ទូទាត់គឺផ្អែកលើចំនួនថ្ងៃនៃឱសថដែលអ្នកទទួលបាន។ យើងគណនាចំនួនទឹកប្រាក់ដែលអ្នកបង់ប្រាក់ទូទាត់ក្នុងមួយថ្ងៃសម្រាប់ឱសថរបស់អ្នក ("អត្រានៃការចែករំលែកថ្លៃចំណាយប្រចាំថ្ងៃ") ហើយគុណវានឹងចំនួនថ្ងៃនៃឱសថដែលអ្នកទទួលបាន។

- នេះគឺជាឧទាហរណ៍៖ ឧបមាថា ការបង់ប្រាក់រួមសម្រាប់ឱសថរបស់អ្នកសម្រាប់ការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេលពេញមួយខែ (ការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេល 30 ថ្ងៃ) គឺ $1.35។ នេះគឺមានន័យថាចំនួនទឹកប្រាក់ដែលអ្នកត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថរបស់អ្នកគឺតិចជាង $0.05 ក្នុងមួយថ្ងៃ។ ប្រសិនបើអ្នកទទួលបានការផ្គត់ផ្គង់ឱសថរយៈពេល 7 ថ្ងៃ នោះការបង់ប្រាក់របស់អ្នកនឹងតិចជាង $.05 ក្នុងមួយថ្ងៃ ដោយគុណនឹង 7 ថ្ងៃសម្រាប់ការបង់ប្រាក់សរុបដែលតិចជាងចំនួន $0.35។
- ការចែករំលែកថ្លៃចំណាយប្រចាំថ្ងៃអនុញ្ញាតឱ្យអ្នកធ្វើឱ្យប្រាកដថា ឱសថមានប្រសិទ្ធិភាពសម្រាប់អ្នក មុនពេលអ្នកបង់ប្រាក់ទូទាត់សម្រាប់ការផ្គត់ផ្គង់ពេញមួយខែ។
- អ្នកក៏អាចស្នើសុំឱ្យអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាការផ្គត់ផ្គង់ឱសថតិចជាងមួយខែពេញដើម្បីជួយអ្នក៖
  - រៀបចំគម្រោងឱ្យកាន់តែប្រសើរឡើងពីពេលដែលបំពេញឱសថរបស់អ្នកឡើងវិញ

- o សម្របសម្រួលក្នុងការបំពេញជាមួយឱសថផ្សេងទៀតដែលអ្នកប្រើ **និង**
- o ធ្វើដំណើរទៅឱសថស្ថានតិចជាងមុន។

G. ជំនួយលើការចែករំលែកថ្លៃចំណាយនៃឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាសម្រាប់បុគ្គលដែលមានមេរោគអេដស៍ (HIV)/ជំងឺអេដស៍ (AIDS)

G1. កម្មវិធីជំនួយផ្នែកឱសថសម្រាប់អ្នកផ្ទុកជំងឺអេដស៍ (ADAP)

កម្មវិធីជំនួយផ្នែកឱសថសម្រាប់អ្នកផ្ទុកជំងឺអេដស៍ (ADAP) ជួយធានាថា បុគ្គលមានផ្ទុកមេរោគអេដស៍/ជំងឺអេដស៍ដែលមានសិទ្ធិទទួលបាន មានលទ្ធភាពទទួលបានឱសថប្រឆាំងជំងឺអេដស៍ដែលជួយស្រោចស្រង់ជីវិត។ ឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកជំងឺមិនស្នាក់ព្យាបាលនៃ Medicare ផ្នែក D ដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយ ADAP ដែលមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ជំនួយលើការចែករំលែកថ្លៃចំណាយលើឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជា តាមរយៈក្រសួងសុខភាពសាធារណៈរបស់រដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា (CDPH) ការិយាល័យជំងឺអេដស៍ (AIDS) សម្រាប់បុគ្គលដែលបានចុះឈ្មោះក្នុង ADAP។

G2. ប្រសិនបើអ្នកមិនបានចុះឈ្មោះក្នុង ADAP

សម្រាប់ព័ត៌មានអំពីលក្ខណៈនិជ្ជយសិទ្ធិទទួលបាន ឱសថដែលបានធានារ៉ាប់រង ឬរបៀបចុះឈ្មោះនៅក្នុងកម្មវិធី សូមហៅទូរសព្ទទៅលេខ 1-844-421-7050 ឬពិនិត្យមើលគេហទំព័រ ADAP តាមwww.cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/Pages/OA_adap_eligibility.aspx។

G3. ប្រសិនបើអ្នកបានចុះឈ្មោះក្នុង ADAP

ADAP អាចបន្តផ្តល់ជូនអតិថិជន ADAP នូវជំនួយលើការចែករំលែកថ្លៃចំណាយនៃឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជារបស់ Medicare ផ្នែក D សម្រាប់ឱសថនៅក្នុងបញ្ជីឱសថ ADAP។ ដើម្បីប្រាកដថាអ្នកនៅតែបន្តទទួលបានជំនួយនេះ សូមជូនដំណឹងដល់បុគ្គលិកចុះឈ្មោះ ADAP ក្នុងតំបន់របស់អ្នកអំពីការផ្លាស់ប្តូរណាមួយនៅក្នុងគម្រោង Medicare ផ្នែក D ឬលេខសម្គាល់របស់អ្នក។ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយក្នុងការស្វែងរកកន្លែងចុះឈ្មោះរបស់ ADAP ដែលនៅជិតអ្នកបំផុត និង/ឬបុគ្គលិកចុះឈ្មោះ សូមហៅទូរសព្ទទៅលេខ 1-844-421-7050 ឬពិនិត្យមើលលើគេហទំព័រដែលបានរាយរាប់ខាងលើ។

H. ការថាក់វ៉ាក់សាំង

សារសំខាន់អំពីថ្លៃដែលអ្នកត្រូវបង់សម្រាប់វ៉ាក់សាំង - គម្រោងរបស់យើងរ៉ាប់រងលើវ៉ាក់សាំងផ្នែក D ភាគច្រើនដោយមិនគិតថ្លៃចំពោះអ្នក។ សូមទូរសព្ទមកកាន់ផ្នែកថែទាំអតិថិជនសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។

យើងរ៉ាប់រងលើការថាក់វ៉ាក់សាំងបង្ការសម្រាប់កម្មវិធី Medicare ផ្នែក D។ មានពីរផ្នែកចំពោះការគ្របដណ្តប់របស់យើងលើថ្នាំបង្ការ Medicare ផ្នែក D៖

1. ផ្នែកទីមួយនៃការធានារ៉ាប់រងសម្រាប់ថ្លៃចំណាយនៃ **ការចាក់វ៉ាក់សាំងបង្ការខ្លួនវាផ្ទាល់**។ វ៉ាក់សាំងបង្ការគឺជាឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជា។

2. ផ្នែកទីពីរនៃការធានារ៉ាប់រងគឺសម្រាប់ថ្លៃចំណាយនៃ **ការផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវវ៉ាក់សាំងបង្ការ**។ ឧទាហរណ៍ពេលខ្លះអ្នកអាចទទួលការចាក់ថ្នាំបង្ការដែលផ្តល់ជូនអ្នកដោយគ្រូពេទ្យរបស់អ្នក។

H1. អ្វីដែលអ្នកត្រូវដឹងមុនពេលអ្នកទទួលការចាក់ថ្នាំបង្ការ

យើងសូមណែនាំឱ្យអ្នកហៅទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាអតិថិជន ប្រសិនបើអ្នកមានគម្រោងចាក់វ៉ាក់សាំង។

- យើងអាចប្រាប់អ្នកអំពីរបៀបដែលគម្រោងរបស់យើងធានារ៉ាប់រងលើការចាក់វ៉ាក់សាំងរបស់អ្នក ហើយពន្យល់អ្នកអំពីការចែករំលែកថ្លៃចំណាយរបស់អ្នក។
- យើងអាចប្រាប់អ្នកពីវិធីថែរក្សាថ្លៃចំណាយឱ្យនៅទាបដោយប្រើឱសថស្ថាននិងអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ។ ឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញ និងអ្នកផ្តល់សេវាយល់ព្រមធ្វើការជាមួយគម្រោងរបស់យើង។ អ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញធ្វើការជាមួយយើងខ្ញុំ ដើម្បីធានាថាអ្នកមិនបាច់មានការចំណាយជាមុនសម្រាប់វ៉ាក់សាំងនៅផ្នែក D។

H2. អ្វីដែលអ្នកត្រូវបង់ប្រាក់ទូទាត់សម្រាប់ការចាក់វ៉ាក់សាំងដែលធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare ផ្នែក D

អ្វីដែលអ្នកបង់សម្រាប់វ៉ាក់សាំងបង្ការគឺអាស្រ័យលើប្រភេទវ៉ាក់សាំង (អ្វីដែលអ្នកកំពុងចាក់វ៉ាក់សាំងការពារ)។

- វ៉ាក់សាំងមួយចំនួនត្រូវបានចាត់ទុកជាអត្ថប្រយោជន៍សុខភាពច្រើនជាងឱសថ។ ថ្នាំបង្ការទាំងនេះត្រូវបានរ៉ាប់រងដោយឥតអស់ថ្លៃចំពោះអ្នក។ ដើម្បីស្វែងយល់អំពីការធានារ៉ាប់រងលើវ៉ាក់សាំងទាំងនេះ សូមមើលតារាងអត្ថប្រយោជន៍នៅក្នុង **ជំពូក 4** *នៃសៀវភៅណែនាំសមាជិករបស់អ្នក*។
- វ៉ាក់សាំងផ្សេងទៀតត្រូវបានចាត់ទុកជាថ្នាំពេទ្យ Medicare ផ្នែក D។ អ្នកអាចស្វែងរកវ៉ាក់សាំងទាំងនេះនៅក្នុងបញ្ជីឱសថនៃគម្រោងរបស់យើង។ អ្នកអាចនឹងត្រូវការបង់ប្រាក់រួមលើវ៉ាក់សាំងរបស់ Medicare ផ្នែក D ។

នេះគឺជាវិធីទូទៅចំនួនបីដែលអ្នកអាចទទួលបានការចាក់វ៉ាក់សាំង Medicare ផ្នែក D។

1. អ្នកទទួលបានវ៉ាក់សាំងរបស់ Medicare ផ្នែក D និងការចាក់វ៉ាក់សាំងរបស់អ្នកធ្វើឡើងនៅឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញ។
   - អ្នកបង់ប្រាក់រួម សម្រាប់វ៉ាក់សាំងបង្ការ។
2. អ្នកទទួលបានវ៉ាក់សាំងរបស់ Medicare ផ្នែក D នៅការិយាល័យវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក ហើយវេជ្ជបណ្ឌិតជាអ្នកចាក់វ៉ាក់សាំងឱ្យអ្នក។
   - អ្នកបង់ប្រាក់រួមទៅឱ្យវេជ្ជបណ្ឌិតសម្រាប់វ៉ាក់សាំងរបស់អ្នក។

- គម្រោងរបស់យើងនឹងបង់ថ្លៃចំណាយសម្រាប់ការចាក់វ៉ាក់សាំងបង្ការជូនអ្នក។
- ការិយាល័យវេជ្ជបណ្ឌិតគួរតែទូរសព្ទមកកាន់គម្រោងយើងខ្ញុំនៅក្នុងស្ថានភាពបែបនេះ ដូច្នេះយើងអាចប្រាកដថាពួកគេដឹងថាអ្នកត្រូវតែបង់ ប្រាក់បង់រួម របស់អ្នកសម្រាប់វ៉ាក់សាំងប៉ុណ្ណោះ។

3. អ្នកទទួលបានវ៉ាក់សាំង Medicare ផ្នែក D នៅឱសថស្ថានមួយ ហើយអ្នកយកវា៉ក់សាំងនេះ ទៅការិយាល័យវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកដើម្បីចាក់។

- អ្នកបង់ប្រាក់រួម សម្រាប់វ៉ាក់សាំងបង្ការ។
- គម្រោងរបស់យើងនឹងបង់ថ្លៃចំណាយសម្រាប់ការចាក់វ៉ាក់សាំងបង្ការជូនអ្នក។

ជំពូកទី 7 ៖ ស្នើសុំឱ្យយើងខ្ញុំបង់ប្រាក់ទូទាត់តាមចំណែករបស់យើងក្នុងវិក្កយបត្រដែលអ្នកបានទទួលសម្រាប់សេវាកម្ម ឬឱសថដែលបានធានារ៉ាប់រង

សេចក្តីផ្តើម

ជំពូកនេះប្រាប់អ្នកពីរបៀបនិងពេលណាត្រូវផ្ញើវិក្កយប័ត្រឱ្យយើងដើម្បីស្នើសុំការទូទាត់។ វាក៏ប្រាប់អ្នកពីរបៀបធ្វើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ប្រសិនបើអ្នកមិនយល់ព្រមជាមួយនឹងសេចក្តីសំរេចពីការធានារ៉ាប់រង។ ពាក្យគន្លឹះ និងនិយមន័យមានតាមលំដាប់អក្ខរក្រមក្នុងជំពូកចុងក្រោយនៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិករបស់អ្នក*។

តារាងមាតិកា

A. ការស្នើសុំឱ្យយើងបង់ថ្លៃសេវាកម្មឬឱសថរបស់អ្នក 197

B. ផ្ញើមកយើងខ្ញុំនូវសំណើសម្រាប់ការបង់ប្រាក់ 200

C. ការសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង 201

D. បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ 201

A. ការស្នើសុំឱ្យយើងបង់ថ្លៃសេវាកម្មឬឱសថរបស់អ្នក

អ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញរបស់យើងត្រូវតែចេញវិក្កយបត្រនៃគ្រោងសុខភាពសម្រាប់សេវាកម្ម និងឱសថដែលបានធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នក បន្ទាប់ពីអ្នកទទួលបាន។ អ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញធ្វើការជាមួយគម្រោងសុខភាព។ **ប្រសិនបើអ្នកទទួលបានវិក័យប័ត្រដែលមាន** *តម្លៃពេញនៃ***ការថែទាំសុខភាព ឬឱសថ សូមកុំបង់ប្រាក់ទូទាត់លើវិក្កយបត្រនោះ ហើយផ្ញើវិក្កយបត្រមកឱ្យយើងខ្ញុំវិញ។**
ដើម្បីផ្ញើវិក្កយបត្រមកឱ្យយើងខ្ញុំ សូមមើល**ផ្នែក B**។

- ប្រសិនបើយើងធានារ៉ាប់រងលើសេវាកម្ម ឬឱសថ យើងនឹងបង់ប្រាក់ទូទាត់ឱ្យអ្នកផ្តល់សេវាដោយផ្ទាល់។
- ប្រសិនបើយើងធានារ៉ាប់រងលើសេវាកម្ម ឬឱសថ ហើយអ្នកបានបង់ប្រាក់ទូទាត់លើសពីថ្លៃចំណែកដែលជាការចំណាយរបស់អ្នករួចហើយ នេះជាសិទ្ធិរបស់អ្នកដើម្បីទទួលបានទឹកប្រាក់ត្រឡប់មកវិញ។
- ប្រសិនបើយើងមិនធានារ៉ាប់រងលើសេវាកម្ម ឬឱសថទេ យើងនឹងប្រាប់អ្នក។

សូមទាក់ទងមកផ្នែកសេវាអតិថិជន ឬអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នក ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរណាមួយ។ ប្រសិនបើអ្នកមិនដឹងថា អ្នកគួរតែបង់ប្រាក់ទូទាត់លើអ្វីខ្លះ ឬប្រសិនបើអ្នកទទួលបានវិក្កយបត្រ ហើយមិនដឹងថាត្រូវធ្វើយ៉ាងណាលើវិក្កយបត្រនោះ យើងអាចជួយអ្នកបាន។ អ្នកក៏អាចហៅទូរសព្ទមកយើងខ្ញុំបាន បើអ្នកចង់ប្រាប់យើងខ្ញុំអំពីព័ត៌មានទាក់ទងនឹងសំណើសុំការទូទាត់ដែលអ្នកបានផ្ញើជូនយើងខ្ញុំ។

ខាងក្រោមនេះគឺជាឧទាហរណ៍នៃពេលវេលាដែលអ្នកប្រហែលជាត្រូវស្នើឱ្យយើងខ្ញុំបង់ប្រាក់ជូនអ្នកវិញ ឬបង់ប្រាក់តាមវិក័យប័ត្រដែលអ្នកបានទទួល៖

1. **នៅពេលដែលអ្នកទទួលបានការថែទាំសុខភាពសង្គ្រោះបន្ទាន់ ឬត្រូវការការថែទាំសុខភាពបន្ទាន់ពីអ្នកផ្តល់សេវាក្រៅបណ្តាញ** *(សូមមើល ជំពូកទី 3 ផ្នែក D4 ទំព័រទី 56)*។

   ស្នើសុំអ្នកផ្តល់សេវាឱ្យចេញវិក្កយបត្រមកយើងខ្ញុំ។

   - បើអ្នកបង់ប្រាក់ពេញលេញ នៅពេលអ្នកទទួលបានសេវាកម្មថែទាំសូមស្នើឲ្យយើងខ្ញុំបង់ប្រាក់ជូនអ្នកវិញ សម្រាប់ចំណែកនៃការចំណាយរបស់យើង។ សូមផ្ញើវិក្កយបត្រមកយើងខ្ញុំ និងសេចក្តីបញ្ជាក់ថា អ្នកបានទូទាត់ប្រាក់រួចហើយមែន។
   - អ្នកអាចជាទទួលបានវិក្កយបត្រពីអ្នកផ្តល់សេវាដែលបានស្នើសុំការបង់ប្រាក់ដែលអ្នកគិតថា អ្នកមិនបានជំពាក់ទេ។ សូមផ្ញើវិក្កយបត្រមកយើងខ្ញុំ និងសេចក្តីបញ្ជាក់ថា អ្នកបានទូទាត់ប្រាក់រួចហើយមែន។
     - o បើអ្នកគ្រូពេទ្យនោះគួរតែទទួលបានការទូទាត់ យើងខ្ញុំនឹងបង់ប្រាក់គ្រូពេទ្យនោះដោយផ្ទាល់។

- ប្រសិនជាអ្នកបានបង់ប្រាក់ទូទាត់ ច្រើនជាងថ្លៃ ចំណែកដែលជាការចំណាយរបស់អ្នករួចហើយ សម្រាប់សេវាកម្មនេះ យើងនឹង គណនា មើលថាតើអ្នកបានជំពាក់ប្រាក់ចំនួនប៉ុន្មាន ហើយយើងបង់ប្រាក់ទូទាត់ថ្លៃសងអ្នកវិញ *សម្រាប់ថ្លៃចំណែកដែលជាការចំណាយរបស់អ្នក។*

- សូមមើល **ជំពូក 5** នៃសៀវភៅណែនាំសមាជិក ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពីឱសថស្ថានក្រៅបណ្តាញ។

2. ពេលដែលគ្រូពេទ្យក្នុងបណ្តាញផ្ញើវិក្កយបត្រជូនអ្នក

ក្រុមគ្រូពេទ្យក្នុងបណ្តាញត្រូវតែចេញវិក្កយបត្រសម្រាប់យើងខ្ញុំ។ សូមបង្ហាញបណ្ណសម្គាល់សមាជិករបស់គម្រោង នៅពេលដែលអ្នកទទួលបានសេវាឬឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាណាមួយ។ ការចេញវិក្កយបត្រមិនត្រឹមត្រូវ/មិនសមស្របកើតឡើងនៅពេលដែលអ្នកផ្តល់សេវា (ដូចជាវេជ្ជបណ្ឌិត ឬមន្ទីរពេទ្យ) ចេញវិក្កយបត្រឱ្យអ្នកច្រើនជាងចំនួននៃការចែករំលែកតម្លៃរបស់យើងសម្រាប់សេវាកម្មនេះ។ **ហៅទូរសព្ទទៅផ្នែកថែទាំអតិថិជន ប្រសិនបើអ្នកទទួលបានវិក្កយបត្រណាមួយ។ សូមកុំបង់ប្រាក់ទូទាត់លើវិក្កយបត្រនេះ។**

- ក្នុងនាមជាសមាជិកគម្រោង អ្នកបង់ប្រាក់រួមតែពេលអ្នកទទួលបានសេវាកម្មដែលយើងជានាវ៉ាប់រងតែប៉ុណ្ណោះ។ យើងមិនអនុញ្ញាតឱ្យអ្នកផ្តល់សេវាចេញវិក្កយបត្រលើសចំនួននេះទៅឱ្យអ្នកឡើយ។ នេះគឺជារឿងពិត ទោះបីជាយើងផ្តល់ប្រាក់ជូនគ្រូពេទ្យក្នុងចំនួនតិចជាងចំនួនគ្រូពេទ្យគិតថ្លៃសេវាក៏ដោយ។ ទោះបីជាយើងសម្រេចចិត្តមិនបង់ប្រាក់ទូទាត់សម្រាប់ការគិតថ្លៃមួយចំនួន អ្នកក៏មិនចាំបាច់បង់ប្រាក់ទូទាត់ដល់ពួកគេដែរ។

- នៅពេលណាក៏ដោយឱ្យតែអ្នកទទួលបានវិក្កយបត្រពីអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ ដែលអ្នកគិតថាមានចំនួនច្រើនជាងអ្វីដែលអ្នកគួរបង់ប្រាក់ទូទាត់ សូមផ្ញើវិក្កយបត្រមកយើងខ្ញុំ។ យើងខ្ញុំនឹងទំនាក់ទំនងអ្នកផ្តល់សេវានោះដោយផ្ទាល់ និងយកចិត្តទុកដាក់ចំពោះបញ្ហានេះ។

- ប្រសិនបើអ្នកបានបង់ប្រាក់ទូទាត់លើវិក្កយបត្រពីអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញរួចហើយ ប៉ុន្តែអ្នកមានអារម្មណ៍ថា អ្នកបានបង់ប្រាក់ទូទាត់ច្រើនពេកសូមផ្ញើវិក្កយបត្រ និងភស្តុតាងនៃការបង់ប្រាក់ណាមួយដែលអ្នកបានបង់មកយើងខ្ញុំ។ យើងនឹងបង់ប្រាក់ទូទាត់សងអ្នកវិញ សម្រាប់ចំនួនទឹកប្រាក់ផ្សេងគ្នារវាងចំនួនទឹកប្រាក់ដែលអ្នកបានបង់ និងចំនួនទឹកប្រាក់ដែលអ្នកបានជំពាក់ក្រោមគម្រោងរបស់យើង។

3. នៅពេលអ្នកប្រើឱសថស្ថានក្រៅបណ្តាញ ដើម្បីទទួលបានឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាដែលបានបំពេញ

ប្រសិនបើអ្នកប្រើឱសថស្ថានក្រៅបណ្តាញ អ្នកត្រូវបង់ថ្លៃពេញសម្រាប់ឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក។

- នៅក្នុងករណីមួយចំនួនប៉ុណ្ណោះ ដែលយើងជានាវ៉ាប់រងលើឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាដែលបានបំពេញនៅឯឱសថស្ថានក្រៅបណ្តាញ។ សូមផ្ញើច្បាប់ថតចម្លងនៃ

បង្កាន់ដៃទទួលប្រាក់របស់អ្នកមកយើងខ្ញុំ នៅពេលអ្នកស្នើឱ្យយើងខ្ញុំបង់ប្រាក់ជូនអ្នកវិញ តាមចំណែកនៃការចំណាយរបស់យើងខ្ញុំ។

- សូមមើល **ជំពូក 5** នៃសៀវភៅណែនាំសមាជិក ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពីឱសថស្ថានក្រៅបណ្តាញ។

4. នៅពេលអ្នកបង់ថ្លៃពេញសម្រាប់ឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជា ដោយសារតែអ្នកមិនមានបណ្ណសម្គាល់គម្រោងរបស់អ្នកនៅជាមួយអ្នកទេ

ប្រសិនបើអ្នកមិនមានបណ្ណសម្គាល់គម្រោងរបស់អ្នកនៅជាមួយអ្នកទេ អ្នកអាចស្នើសុំឱ្យឱសថស្ថានហៅទូរសព្ទមកយើងខ្ញុំ ឬរកមើលព័ត៌មានចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងរបស់អ្នក។

- ប្រសិនបើឱសថស្ថានមិនអាចទទួលបានព័ត៌មានភ្លាមៗទេ អ្នកអាចជាត្រូវបង់ថ្លៃពេញលើឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាដោយខ្លួនឯង ឬត្រឡប់ទៅឱសថស្ថានវិញម្តងទៀតដោយប្រើបណ្ណសម្គាល់គម្រោងរបស់អ្នក។
- សូមផ្ញើច្បាប់ថតចម្លងនៃបង្កាន់ដៃទទួលប្រាក់របស់អ្នកមកយើងខ្ញុំ នៅពេលអ្នកស្នើឱ្យយើងខ្ញុំបង់ប្រាក់ជូនអ្នកវិញ តាមចំណែកនៃការចំណាយរបស់យើងខ្ញុំ។

5. នៅពេលអ្នកបង់ថ្លៃពេញលើឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាសម្រាប់ឱសថដែលមិនបានធានារ៉ាប់រង

អ្នកអាចជាត្រូវបង់ថ្លៃពេញលើឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជា ដោយសារឱសថនេះមិនត្រូវបានធានារ៉ាប់រងទេ។

- ឱសថអាចជាមិននៅលើ *បញ្ជីឱសថដែលបានធានារ៉ាប់រង*របស់យើងទេ (បញ្ជីឱសថ) នៅលើគេហទំព័ររបស់យើង ឬឱសថនេះអាចមានតម្រូវការ ឬការរឹតបន្តឹងដែលអ្នកមិនដឹង ឬមិនគិតថាគួរអនុវត្តចំពោះអ្នក។ ប្រសិនបើអ្នកសម្រេចចិត្តទទួលយកឱសថនេះ អ្នកអាចជាត្រូវបង់ថ្លៃពេញ។
  - ប្រសិនបើអ្នកមិនបង់ប្រាក់ទូទាត់សម្រាប់ឱសថនេះ ប៉ុន្តែអ្នកគិតថាយើងគួរតែធានារ៉ាប់រងលើឱសថនេះ អ្នកអាចស្នើសុំសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង (សូមមើលទៅ**ជំពូកទី 9** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិករបស់អ្នក*) ។
  - ប្រសិនបើអ្នក និងវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក ឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាផ្សេងទៀតគិតថាអ្នកត្រូវការឱសថភ្លាមៗ អ្នកអាចស្នើសុំសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង (សូមមើលទៅ **ជំពូកទី 9**នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិករបស់អ្នក*)។
- សូមផ្ញើឱ្យយើងខ្ញុំនូវច្បាប់ចម្លងនៃបង្កាន់ដៃទទួលប្រាក់របស់អ្នក នៅពេលអ្នកស្នើឱ្យយើងខ្ញុំបង់ប្រាក់ឱ្យអ្នកវិញ។ ក្នុងករណីមួយចំនួន យើងអាចជាត្រូវការព័ត៌មានបន្ថែមពីវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក ឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាផ្សេងទៀតដើម្បីបង់ប្រាក់ទូទាត់សងអ្នកវិញសម្រាប់ *ថ្លៃចំណែកដែលជាការចំណាយរបស់យើង*លើឱសថ។

នៅពេលអ្នកផ្ញើឱ្យយើងខ្ញុំនូវសំណើសម្រាប់ការបង់ប្រាក់ យើងនឹងពិនិត្យសំណើរបស់អ្នក និងសម្រេចថាតើសេវាកម្ម ឬឱសថនោះគួរតែត្រូវបានធានារ៉ាប់រង ឬយ៉ាងណា។ នេះត្រូវបានយើងហៅថា ជាការ

ផ្ញើ“សេចក្តីសម្រេចលើការរ៉ាប់រង។” ប្រសិនបើយើងសម្រេចថាសេវាកម្ម ឬឱសថនោះគួរតែត្រូវបានជានារ៉ាប់រង នោះយើងបង់ប្រាក់ទូទាត់សម្រាប់ផ្នែកចំណែកដែលជាការចំណាយរបស់យើង ។

បើយើងខ្ចាប់ដិសេធសំណើរបស់អ្នកសម្រាប់ការទូទាត់ អ្នកអាចដំទាស់នឹងសេចក្តីសម្រេចរបស់យើងខ្ចាប់បាន។ ដើម្បីស្វែងយល់ពីរបៀបដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ សូមមើលទៅ **ជំពូកទី 9**នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិករបស់អ្នក*។

B. ផ្ញើមកយើងខ្ចាប់នូវសំណើសម្រាប់ការបង់ប្រាក់

ផ្ញើវិក្កយបត្ររបស់អ្នក និងភស្តុតាងនៃការបង់ប្រាក់ណាមួយដែលអ្នកបានធ្វើមកឱ្យយើងខ្ចាប់។ សេចក្តីបញ្ជាក់ការទូទាត់អាចជាមូលប្បទានប័ត្រថតចម្លងដែលអ្នកសរសេរ ឬបង្កាន់ដៃទទួលប្រាក់របស់គ្រូពេទ្យ។ **នេះគឺជាកំនិតដ៏ល្អក្នុងការថតចម្លងវិក្កយបត្រ និងបង្កាន់ដៃទុកជាកំណត់ត្រារបស់អ្នក។** អ្នកអាចស្នើសុំជំនួយពីអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នក។

ដើម្បីប្រាកដថាអ្នកផ្តល់ឱ្យយើងនូវព័ត៌មានទាំងអស់ដែលយើងត្រូវការដើម្បីធ្វើការសម្រេចចិត្ត អ្នកអាចបំពេញទម្រង់បែបបទនៃការទាមទារសំណងដើម្បីស្នើសុំការបង់ប្រាក់។

- អ្នកមិនតម្រូវឱ្យប្រើទម្រង់បែបបទនេះទេ ប៉ុន្តែវាជួយអាចឱ្យយើងខ្ចាប់ដំណើរការព័ត៌មានកាន់តែលឿន។
- អ្នកអាចទទួលបានទម្រង់បែបបទនៅលើគេហទំព័ររបស់យើង (**blueshieldca.com**) ឬអ្នកអាចហៅទូរសព្ទទៅ *ផ្នែកសេវាអតិថិជន និងស្នើសុំទម្រង់បែបបទនេះ*។

សូមផ្ញើសំណើរបស់អ្នកសម្រាប់ការបង់ប្រាក់រួមជាមួយនឹងវិក្កយបត្រ ឬបង្កាន់ដៃណាមួយទៅកាន់អាសយដ្ឋាននេះ៖

ការទាមទារសំណងផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ៖
Blue Shield TotalDual Plan
Medicare Customer Care
P.O. Box 927, Woodland Hills, CA 91365-9856

ការទាមទារសំណងសម្រាប់ឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជា៖
Blue Shield of California
P.O. Box 52066
Phoenix, AZ 85072-20

អ្នកត្រូវតែដាក់ពាក្យទាមទារសំណងរបស់អ្នកមកយើងខ្ចាប់ក្នុងរយៈពេលមួយឆ្នាំនៃថ្ងៃ ដែលអ្នកទទួលបានសេវាកម្ម គ្រឿងបរិក្ខារ ឬឱសថ ។

C. ការសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង

នៅពេលយើងទទួលបានការស្នើសុំសម្រាប់ការបង់ប្រាក់របស់អ្នក យើងនឹងធ្វើសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង។ នេះមានន័យថាយើងសម្រេចថាតើគម្រោងរបស់យើងធានារ៉ាប់រងលើសេវាកម្ម គ្រឿងបរិក្ខារ ឬឱសថរបស់អ្នកដែរឬទេ។ យើងក៏សម្រេចលើចំនួនប្រាក់ដែរ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវតែបង់ប្រាក់ទូទាត់។

- យើងប្រាប់អ្នកឱ្យដឹង ប្រសិនបើយើងត្រូវការព័ត៌មានបន្ថែមពីអ្នក។
- ប្រសិនបើយើងសម្រេចថា គម្រោងរបស់យើងធានារ៉ាប់រងលើសេវាកម្ម គ្រឿងបរិក្ខារ ឬឱសថ ហើយអ្នកបានអនុវត្តតាមច្បាប់ទាំងអស់ក្នុងការទទួលបាន នោះយើងនឹងបង់ប្រាក់ទូទាត់លើផ្លែចំណែកដែលជាការចំណាយរបស់យើងសម្រាប់សេវាកម្ម គ្រឿងបរិក្ខារ ឬឱសថនេះ។ ប្រសិនបើអ្នកបានបង់ប្រាក់ទូទាត់លើសេវាកម្ម ឬឱសថរួចហើយ យើងនឹងផ្ញើមូលប្បទានបត្រជូនអ្នកសម្រាប់ ផ្លែចំណែកដែលជាការចំណាយរបស់យើង។ ប្រសិនបើអ្នកមិនទាន់បានបង់ប្រាក់ទូទាត់ទេ យើងនឹងបង់ប្រាក់ទូទាត់ឱ្យអ្នកផ្តល់សេវាដោយផ្ទាល់។

  ជំពូកទី 3 នៃសៀវភៅណែនាំសមាជិករបស់អ្នកពន្យល់អំពីច្បាប់សម្រាប់ការទទួលបានសេវាកម្មដែលបានធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នក។ **ជំពូក 5**នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*របស់អ្នក ពន្យល់អំពីច្បាប់សម្រាប់ការទទួលបានឱសថតាមរយៈផែនការ Medicare ផ្នែក D របស់អ្នកដែលបានធានារ៉ាប់រង។

- ប្រសិនបើយើងសម្រេចមិនបង់ប្រាក់ទូទាត់លើ *ចំណែកដែលជាការចំណាយរបស់យើងនៃ*សេវាកម្ម ឬឱសថ យើងនឹងផ្ញើលិខិតឱ្យអ្នកជាមួយនឹងហេតុផលណាមួយ។ លិខិតនេះក៏ពន្យល់អំពីសិទ្ធិរបស់អ្នកក្នុងការដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ផងដែរ។
- ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពីសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង សូមមើលជំពូកទី 9។

D. បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍

បើអ្នកគិតថា យើងខ្ញុំបានធ្វើឱ្យមានកំហុស ក្នុងការច្រានចោលសំណើសុំទូទាត់ប្រាក់របស់អ្នក អ្នកអាចស្នើឱ្យយើងខ្ញុំផ្លាស់ប្តូរសេចក្តីសម្រេចរបស់យើងខ្ញុំបាន។ នេះត្រូវបានហៅថា "ការដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍។" អ្នកក៏អាចដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍បានផងដែរ ប្រសិនបើអ្នកមិនយល់ស្របជាមួយនឹងចំនួនទឹកប្រាក់ដែលយើងបង់ប្រាក់ទូទាត់។

ដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ជាផ្លូវការមានតឹតិរិធីលម្អិត និងកាលបរិច្ឆេទកំណត់។ ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពីបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ សូមមើល**ជំពូកទី 9** នៃសៀវភៅណែនាំសមាជិករបស់អ្នក៖

- ដើម្បីដាក់ប្តឹងឧទ្ធរណ៍អំពីការទទួលបានសំណងសម្រាប់សេវាថែទាំសុខភាព សូមមើល**ផ្នែក F**។
- ដើម្បីដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍អំពីការទទួលបានសំណងលើឱសថ សូមមើល**ផ្នែក G**។

ជំពូកទី 8៖ សិទ្ធិ និងទំនួលខុសត្រូវរបស់អ្នក

សេចក្តីផ្តើម

ជំពូកនេះរួមបញ្ចូលសិទ្ធិនិងការទទួលខុសត្រូវរបស់អ្នកក្នុងនាមជាសមាជិកគម្រោងរបស់យើង។ យើងខ្ពស់ត្រូវតែគោរពសិទ្ធិរបស់អ្នក។ ពាក្យគន្លឹះ និងនិយមន័យមានតាមលំដាប់អក្ខរក្រមក្នុងជំពូកចុងក្រោយនៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*របស់អ្នក។

តារាងមាតិកា

A. សិទ្ធិរបស់អ្នកក្នុងការទទួលបានសេវាកម្ម និងព័ត៌មានតាមរបៀបដែលអាចបំពេញតម្រូវការរបស់អ្នក 203

B. ការទទួលខុសត្រូវរបស់យើងសម្រាប់ការទទួលបាននូវសេវាកម្ម និងឱសថរបស់អ្នកដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងទាន់ពេលវេលា 204

C. ទំនួលខុសត្រូវរបស់យើងក្នុងការការពារព័ត៌មានសុខភាពដែលមានការការពាររបស់អ្នក (PHI) 205

C1. *របៀបដែលយើងការពារ* **PHI** *របស់អ្នក* **206**

C2. *សិទ្ធិរបស់អ្នកក្នុងការមើលកំណត់ត្រាវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នក* **207**

D. ទំនួលខុសត្រូវរបស់យើងក្នុងការផ្តល់ព័ត៌មានដល់អ្នក 207

E. អសមត្ថភាពរបស់អ្នកផ្តល់សេវាកម្មក្នុងបណ្តាញក្នុងការចេញវិក្កយបត្រឱ្យអ្នកផ្ទាល់ 208

F. សិទ្ធិរបស់អ្នកក្នុងការចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើង 209

G. សិទ្ធិរបស់អ្នកក្នុងការសម្រេចចិត្តអំពីការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក 209

G1. *សិទ្ធិរបស់អ្នកដើម្បីដឹងអំពីជម្រើសនៃការព្យាបាលរបស់អ្នក និងធ្វើការសម្រេចចិត្ត* **209**

G2. *សិទ្ធិរបស់អ្នកក្នុងការនិយាយអ្វីដែលអ្នកចង់ឱ្យកើតឡើង* **210**

G3. *អ្វីដែលត្រូវធ្វើបើការណែនាំរបស់អ្នកមិនត្រូវបានអនុវត្តន៍តាម* **211**

H. សិទ្ធិរបស់អ្នកក្នុងការដាក់ពាក្យបណ្តឹង និងស្នើឱ្យយើងខ្ពស់ពិចារណាឡើងវិញលើ សេចក្តីសម្រេចផ្សេងៗ 211

H1. *អ្វីដែលត្រូវធ្វើសម្រាប់ការប្រព្រឹត្តដោយអយុត្តិធម៌ ឬដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែមអំពីសិទ្ធិរបស់អ្នក* **212**

I. ទំនួលខុសត្រូវរបស់អ្នកក្នុងនាមជាសមាជិករបស់គម្រោង 212

A. សិទ្ធិរបស់អ្នកក្នុងការទទួលបានសេវាកម្ម និងព័ត៌មានតាមរបៀបដែលអាចបំពេញតម្រូវការរបស់អ្នក

យើងត្រូវតែធានាថាសេវាកម្ម**ទាំងអស់**ត្រូវបានផ្តល់ជូនទៅដល់អ្នកតាមរបៀបមួយដែលប្រកបដោយសមត្ថភាពខាងវប្បធម៌ និងដែលអាចទទួលប្រើប្រាស់បាន។ យើងត្រូវតែប្រាប់អ្នកអំពីអត្ថប្រយោជន៍នៃគម្រោងរបស់យើង និងសិទ្ធិរបស់អ្នកតាមវិធីដែលអ្នកអាចយល់បាន។ យើងត្រូវប្រាប់អ្នកអំពីសិទ្ធិរបស់អ្នករៀងរាល់ឆ្នាំដែលអ្នកស្ថិតនៅក្នុងផែនការរបស់យើង។

- ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានក្នុងទម្រង់ដែលអ្នកអាចយល់បាន សូមទូរសព្ទមកផ្នែកថែទាំអតិថិជន។ គម្រោងរបស់យើងមានសេវាអ្នកបកប្រែដោយឥតគិតថ្លៃដែលអាចឆ្លើយសំណួរជាភាសាផ្សេងៗ។

- គម្រោងរបស់យើងក៏អាចផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវឯកសារ *ជាភាសាផ្សេងក្រៅពីភាសាអង់គ្លេស និង*ក្នុងទម្រង់ដូចជាការបោះពុម្ពជាអក្សរធំ អក្សរស្មៅប សម្លេង ឬទម្រង់ជំនួសដោយឥតគិតថ្លៃ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការវា។ សៀវភៅណែនាំសមាជិក និងឯកសារសំខាន់ៗដ៏ទៃទៀតមានជាភាសាផ្សេងទៀតក្រៅពីភាសាអង់គ្លេស។ ឯកសារអាចមានជាភាសាអាមេនី ខ្មែរ ចិន ហ្វាស៊ី ហិណ្ឌូ ម៉ុង ជប៉ុន កូរ៉េ ឡាវ មៀន ពុនចាប៊ី រុស្សី អេស្ប៉ាញ តាកាឡុក ថៃ អ៊ុយក្រែន វៀតណាម ជាដើម។ ដើម្បីទទួលបានឯកសារក្នុងទម្រង់ជំនួសណាមួយទាំងនេះ សូមហៅទូរសព្ទ ឬសរសេរទៅកាន់ Blue Shield of California Civil Rights Coordinator, PO Box 629007, El Dorado Hills, CA 95762-9007, (844) 696-6070 (TTY: 711) ឬអ៊ីម៉ែល៖ BlueShieldCivilRightsCoordinator@blueshieldca.com។

  - អ្នកអាចធ្វើការស្នើសុំឯកសារនេះជាភាសាផ្សេងក្រៅពីភាសាអង់គ្លេស ឬជាទម្រង់ជំនួសសម្រាប់ពេលឥឡូវនេះ និងពេលអនាគត។ ដើម្បីធ្វើការស្នើសុំ សូមទាក់ទងមកកាន់ផ្នែកថែទាំអតិថិជនរបស់ Blue Shield TotalDual Plan។

  - ផ្នែកសេវាអតិថិជនរបស់គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan នឹងរក្សាភាសា និងទម្រង់ដែលអ្នកចង់បាននៅលើឯកសារសម្រាប់ការទំនាក់ទំនងនាពេលអនាគត។ ដើម្បីធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពណាមួយលើការចង់បានរបស់អ្នក សូមទាក់ទងទៅគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan។

ប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហាក្នុងការទទួលបានព័ត៌មានពីគម្រោងរបស់យើង ដោយសារបញ្ហាភាសា ឬពិការភាព ហើយអ្នកចង់ដាក់ពាក្យបណ្តឹង សូមហៅទូរសព្ទទៅ៖

- Medicare តាមលេខទូរសព្ទ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)។ You can call 24 hours a day, 7 days a week. អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរទូរសព្ទមកលេខ 1-877-486-2048 ។

- ក្រសួងសុខាភិបាល និងសេវាមនុស្សជាតិរបស់សហរដ្ឋអាមេរិក ការិយាល័យសិទ្ធិស៊ីវិលតាមលេខទូរសព្ទ 1-800-368-1019។ អ្នកប្រើ TTY គួរហៅទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-537-7697។

- ការិយាល័យសិទ្ធិស៊ីវិលរបស់ Medi-Cal តាមលេខទូរសព្ទ 916-440-7370។ អ្នកប្រើ TTY គួរហៅទូរសព្ទទៅលេខ 711។

B. ការទទួលខុសត្រូវរបស់យើងសម្រាប់ការទទួលបាននូវសេវាកម្ម និងឱសថរបស់អ្នកដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងទាន់ពេលវេលា

អ្នកមានសិទ្ធិជាសមាជិកនៃគម្រោងរបស់យើង។

- អ្នកមានសិទ្ធិក្នុងការជ្រើសរើសក្រុមគ្រូពេទ្យបឋម (PCP) ក្នុងបណ្តាញរបស់យើងខ្ញុំ។ អ្នកផ្តល់សេវាកម្មក្នុងបណ្តាញ គឺជាអ្នកផ្តល់សេវាកម្មថែទាំដែលធ្វើការជាមួយយើងខ្ញុំ។ អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានបន្ថែមអំពីប្រភេទនៃអ្នកផ្តល់សេវាដែលអាចដើរតួជា PCP និងរបៀបជ្រើសរើស PCP នៅក្នុង **ជំពូកទី 3** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*របស់អ្នក។

  - សូមទូរសព្ទមកផ្នែកថែទាំអតិថិជន ឬរកមើលនៅក្នុង *បញ្ជីរាយឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវាកម្ម និងឱសថស្ថាន* ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពីអ្នកផ្តល់សេវាកម្មនៅក្នុងបណ្តាញ និងថាតើវេជ្ជបណ្ឌិតមួយណាដែលយល់ព្រមទទួលយកអ្នកជំងឺថ្មី។

- ស្ត្រីមានសិទ្ធិទៅរកគ្រូពេទ្យឯកទេសខាងសុខភាពស្ត្រីដោយមិនចាំបាច់មានការបញ្ជូនបន្ត។ ការបញ្ជូនគឺជាការអនុញ្ញាតពី PCP របស់អ្នកឱ្យប្រើអ្នកផ្តល់សេវាដែលមិនមែនជា PCP របស់អ្នក។

- អ្នកមានសិទ្ធិក្នុងការទទួលបានសេវាដែលទទួលបានការរ៉ាប់រងពីអ្នកផ្តល់បណ្តាញក្នុងរយៈពេលសមស្របមួយ។

  - នេះរួមមានសិទ្ធិក្នុងការទទួលបានសេវាកម្មពីអ្នកឯកទេសទាន់ពេលវេលា។

  - ប្រសិនបើអ្នកមិនអាចទទួលបានសេវាកម្មសម្រាប់រយៈពេលដ៏សមរម្យមួយ យើងត្រូវបង់ប្រាក់ទូទាត់សម្រាប់ការថែទាំក្រៅបណ្តាញ។

- អ្នកមានសិទ្ធិក្នុងការទទួលបានសេវា ឬការថែទាំសង្គ្រោះបន្ទាន់ដែលត្រូវបានជាបន្ទាន់ដោយមិនចាំបាច់មានការយល់ព្រមជាមុន។

- អ្នកមានសិទ្ធិក្នុងការទទួលបានវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកត្រូវបានបំពេញនៅឱសថស្ថានបណ្តាញណាមួយរបស់យើងខ្ញុំដោយមិនមានការពន្យាពេលយូរឡើយ។

- អ្នកមានសិទ្ធិដឹងថា ពេលណាអ្នកអាចប្រើអ្នកផ្តល់សេវាក្រៅបណ្តាញបាន។ ដើម្បីស្វែងយល់អំពីអ្នកផ្តល់សេវាក្រៅបណ្តាញ សូមមើល **ជំពូកទី 3** *នៃសៀវភៅណែនាំសមាជិករបស់អ្នក*។

- នៅពេលដែលអ្នកចូលរួមគម្រោងរបស់យើងជាលើកដំបូងអ្នកមានសិទ្ធិរក្សាអ្នកផ្តល់សេវា និងសេវាកម្មបច្ចុប្បន្នរបស់អ្នករហូតដល់ 12 ខែប្រសិនបើលក្ខខណ្ឌជាក់លាក់ត្រូវបានបំពេញ។ ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពីការរក្សាអ្នកផ្តល់សេវា និងការអនុញ្ញាតសេវាកម្មរបស់អ្នក សូមមើល**ជំពូកទី 1**នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*របស់អ្នក។

- អ្នកមានសិទ្ធិធ្វើការសម្រេចចិត្តលើការថែទាំសុខភាពដោយខ្លួនឯងដោយមានជំនួយពីក្រុមថែទាំ និងអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នក។

ជំពូកទី 9 *នៃសៀវភៅណែនាំសមាជិករបស់អ្នក*ប្រាប់អំពីអ្វីដែលអ្នកអាចធ្វើបាន ប្រសិនបើអ្នកគិតថាអ្នកមិនទទួលបានសេវាកម្ម ឬឱសថរបស់អ្នកក្នុងរយៈពេលដ៏សមរម្យមួយ។ នេះក៏ប្រាប់នូវអ្វីដែលអ្នកអាចធ្វើបាន ប្រសិនបើយើងបដិសេធការទាំាប់រងលើសេវាកម្ម ឬឱសថរបស់អ្នក ហើយអ្នកមិនយល់ស្របជាមួយការសម្រេចរបស់យើង។

C. ទំនួលខុសត្រូវរបស់យើងក្នុងការការពារព័ត៌មានសុខភាពដែលមានការការពាររបស់អ្នក (PHI)

យើងការពារព័ត៌មានសុខភាពដែលមានការការពាររបស់អ្នក (PHI) តាមតម្រូវការដោយច្បាប់សហព័ន្ធ និងច្បាប់រដ្ឋ។

PHI របស់អ្នករួមបញ្ចូលទាំងព័ត៌មានដែលអ្នកបានផ្តល់ឱ្យយើងខ្ញុំ នៅពេលអ្នកបានចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងរបស់យើង។ វាក៏បានរួមបញ្ចូលនូវរបាយការណ៍វេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នក និងព័ត៌មានវេជ្ជសាស្ត្រ និងសុខភាពផ្សេងទៀតផងដែរ។

អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានព័ត៌មានរបស់អ្នក និងគ្រប់គ្រងពីរបៀបដែល PHI របស់អ្នកត្រូវបានប្រើប្រាស់។ យើងផ្តល់នូវសេចក្តីជូនដំណឹងជាលាយលក្ខណ៍អក្សរដែលប្រាប់អ្នកអំពីសិទ្ធិទាំងនេះ និងពន្យល់ពីរបៀបដែលយើងការពារឯកជនភាពនៃPHI របស់អ្នក។ សេចក្តីជូនដំណឹងនេះត្រូវបានឱ្យឈ្មោះថា "សេចក្តីជូនដណឹងនៃការអនុវត្តន៍ឯកជនភាព"

សមាជិកដែលអាចយល់ព្រមទទួលយកសេវារសើបមិនតម្រូវឱ្យទទួលបានការអនុញ្ញាតពីសមាជិកណាមួយផ្សេងទៀតទេ ដើម្បីទទួលយកសេវារសើប ឬដាក់ពាក្យបណ្តឹងទាមទារសំណងលើសេវារសើបនេះ។ គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan នឹងមានការទំនាក់ទំនងដោយផ្ទាល់ទាក់ទងនឹងសេវារសើបទៅកាន់អាសយដ្ឋានផ្ទៃសំបុត្រ អាសយដ្ឋានអ៊ីម៉ែល ឬលេខទូរសព្ទដែលបានកំណត់ជំនួសរបស់សមាជិក ឬក្នុងករណីដែលគ្មានការចាត់តាំង នៅក្នុងឈ្មោះសមាជិកនៅអាសយដ្ឋាន ឬលេខទូរសព្ទនៅលើឯកសារ។ គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan នឹងមិនបង្ហាញព័ត៌មានផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដែលទាក់ទងនឹងសេវារសើបដល់សមាជិកផ្សេងទៀតទេ ដោយគ្មានការអនុញ្ញាតជាលាយលក្ខណ៍អក្សរពីសមាជិកដែលទទួលបានការថែទាំនេះ។ គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan នឹងបំពេញតាមសំណើសម្រាប់ការទំនាក់ទំនងតាក្នុងទម្រង់បែបបទ និងទម្រង់ដែលបានស្នើសុំ ប្រសិនបើអាចបោះពុម្ពចេញក្នុងទម្រង់បែបបទ និងទម្រង់ដែលបានស្នើសុំយ៉ាងងាយស្រួល ឬនៅទីតាំងជំនួស។ សំណើរបស់សមាជិកសម្រាប់ការទំនាក់ទំនងជាសម្ងាត់ដែលពាក់ព័ន្ធនឹងសេវារសើបនឹងមានសុពលភាពរហូតដល់សមាជិកលុបចោលសំណើ ឬដាក់សំណើថ្មីសម្រាប់ការទំនាក់ទំនងជាសម្ងាត់នេះ។

1. សូមទៅកាន់ **blueshieldca.com** ហើយចុចលើតំណ ភាពឯកជន នៅបាតគេហទំព័រ ហើយព្រីនមួយច្បាប់។
2. សូមទូរសព្ទទៅលេខរបស់ផ្នែកថែទាំអតិថិជននៅលើបណ្ណសម្គាល់សមាជិក Blue Shield ដើម្បីស្នើសុំមួយច្បាប់។

3. សូមទូរសព្ទទៅការិយាល័យឯកជនភាពរបស់ Blue Shield of California តាមលេខឥតគិតថ្លៃលេខ (888) 266-8080 ពីម៉ោង 8 ព្រឹកដល់ម៉ោង 3 រសៀល ពីថ្ងៃចន្ទដល់ថ្ងៃសុក្រ។ អ្នកប្រើ TTY សូមទូរសព្ទទៅលេខ 711។
4. អ៊ីមែលមកយើងខ្ញុំតាម៖ privacy@blueshieldca.com។

C1. របៀបដែលយើងការពារ PHI របស់អ្នក

យើងធានាថា បុគ្គលដែលមិនបានទទួលការអនុញ្ញាតមិនអាចមើល ឬផ្លាស់ប្តូរកំណត់ត្រារបស់អ្នកបានឡើយ។

លើកលែងតែករណីដែលបានកត់សម្គាល់ខាងក្រោម យើងមិនផ្តល់ PHI របស់អ្នកទៅកាន់បុគ្គលដែលមិនផ្តល់ការថែទាំដល់អ្នក ឬបង់ប្រាក់ទូទាត់សម្រាប់ការថែទាំរបស់អ្នកទេ។ ប្រសិនបើយើងធ្វើដូច្នេះ យើងត្រូវទទួលបានការអនុញ្ញាតជាលាយលក្ខណ៍អក្សរពីអ្នកជាមុនសិន។ អ្នក ឬបុគ្គលដែលមានសិទ្ធិស្របច្បាប់ក្នុងការធ្វើការសម្រេចចិត្តសម្រាប់អ្នក អាចផ្តល់ការអនុញ្ញាតជាលាយលក្ខណ៍អក្សរបាន។

ពេលខ្លះយើងមិនចាំបាច់ទទួលបានការអនុញ្ញាតជាលាយលក្ខណ៍អក្សររបស់អ្នកជាមុនសិនទេ។ ការលើកលែងទាំងនេះត្រូវបានអនុញ្ញាត ឬតម្រូវដោយច្បាប់៖

- យើងត្រូវតែផ្តល់ព័ត៌មានអំពី PHI ដល់ភ្នាក់ងាររដ្ឋាភិបាលដែលពិនិត្យមើលគុណភាពនៃការថែទាំសម្រាប់គម្រោងរបស់យើង។
- យើងត្រូវតែផ្តល់ព័ត៌មានអំពី PHI តាមដីការបស់តុលាការ។
- យើងត្រូវតែផ្តល់ឱ្យ Medicare នូវព័ត៌មានអំពី PHIរបស់អ្នក។ ប្រសិនបើ Medicare ផ្តល់ព័ត៌មានអំពី PHI របស់អ្នកសម្រាប់ការស្រាវជ្រាវ ឬការប្រើប្រាស់ផ្សេងទៀត ពួកគេនឹងធ្វើឡើងដោយយោងតាមច្បាប់សហព័ន្ធ។
- យើងត្រូវតែផ្តល់ Medi-Cal PHI របស់អ្នកដូចដែលយើង៖
    - ជួយគ្រប់គ្រងការព្យាបាលការថែទាំសុខភាពដែលអ្នកទទួលបាន
    - ដំណើរការអង្គភាពរបស់យើង
    - ចំណាយសម្រាប់សេវាកម្មសុខភាពរបស់អ្នក
    - គ្រប់គ្រងគម្រោងសុខភាពរបស់អ្នក
    - ជួយដោះស្រាយបញ្ហាសុខភាពនិងសុវត្ថិភាពសាធារណៈ
    - ធ្វើការស្រាវជ្រាវ
    - គោរពតាមច្បាប់
    - ឆ្លើយតបទៅនឹងសំណើរការបរិច្ចាគសរីរាង្គនិងជាលិការហើយធ្វើការជាមួយអ្នកត្រួតពិនិត្យវេជ្ជសាស្ត្រឬនាយកពិធីបុណ្យសព

- ដោះស្រាយសំណងរបស់កម្មករ ការអនុវត្តន៍ច្បាប់និងសំណើរបស់រដ្ឋាភិបាលដទៃទៀត
- ឆ្លើយតបទៅនឹងពាក្យបណ្តឹង និងសកម្មភាពផ្លូវច្បាប់

C2. សិទ្ធិរបស់អ្នកក្នុងការមើលកំណត់ត្រាវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នក

- អ្នកមានសិទ្ធិក្នុងការពិនិត្យមើលកំណត់ត្រាវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នក និងក្នុងការទទួលបានច្បាប់ចម្លងនៃកំណត់ត្រារបស់អ្នក។
- អ្នកមានសិទ្ធិក្នុងការដាក់ពាក្យបណ្តឹង និងស្នើឱ្យយើងខ្ញុំធ្វើបច្ចុប្បន្នភាព ឬកែតម្រូវកំណត់ត្រាវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នក។ ប្រសិនបើអ្នកស្នើឱ្យយើងខ្ញុំធ្វើបែបនេះ យើងនឹងធ្វើការជាមួយអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពរបស់អ្នកដើម្បីសម្រេចថា តើការផ្លាស់ប្តូរគួរតែត្រូវបានធ្វើឬយ៉ាងណា។
- អ្នកមានសិទ្ធិដឹងថា តើយើងចែករំលែក PHI របស់អ្នកជាមួយអ្នកដទៃតាមរបៀបណា។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ ឬការព្រួយបារម្ភអំពីឯកជនភាពនៃ PHI របស់អ្នក សូមហៅទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាអតិថិជន។

D. ទំនួលខុសត្រូវរបស់យើងក្នុងការផ្តល់ព័ត៌មានដល់អ្នក

ក្នុងនាមជាសមាជិកនៃគម្រោងរបស់យើង អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានព័ត៌មានពីយើងខ្ញុំអំពីគម្រោងរបស់យើង អ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញរបស់យើង និងសេវាកម្មដែលបានធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នក។

ប្រសិនបើអ្នកមិនចេះនិយាយភាសាអង់គ្លេសទេ យើងមានសេវាបកប្រែផ្ទាល់មាត់ដើម្បីឆ្លើយសំណួរដែលអ្នកមានអំពីគម្រោងរបស់យើង។ ដើម្បីទទួលបានការបកប្រែផ្ទាល់មាត់ សូមហៅទូរសព្ទមកយើងខ្ញុំតាមលេខ (800) 452-4413 (TY: 711)។ នេះគឺជាសេវាឥតគិតថ្លៃសម្រាប់អ្នក។ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក* និងឯកសារសំខាន់ៗដ៏ទៃទៀតមានជាភាសាផ្សេងទៀតក្រៅពីភាសាអង់គ្លេស។ ឯកសារក៏មានជាភាសា អាមេនី ខ្មែរ ចិន ហ្វាស៊ី ហិណ្ឌូ ម៉ុង ជប៉ុន កូរ៉េ ឡាវ មៀន ពុនចាប៊ី រុស្សី អេស្ប៉ាញ តាហ្គាឡុក ថៃ អ៊ុយក្រែន វៀតណាម ផងដែរ។ យើងក៏អាចផ្តល់ព័ត៌មានឱ្យអ្នកដោយបោះពុម្ពជាអក្សរធំ អក្សរស្ទាប ឬសម្លេង។ យើងត្រូវបានតម្រូវឱ្យផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវព័ត៌មានអំពីអត្ថប្រយោជន៍របស់គម្រោងនៅក្នុងទម្រង់ដែលអ្នកអាចប្រើបាន និងសមស្របសម្រាប់អ្នក។ ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានពីយើងខ្ញុំតាមរបៀបដែលដំណើរការសម្រាប់អ្នក សូមហៅទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាអតិថិជន។

បើអ្នកចង់បានព័ត៌មានដូចមានខាងក្រោម សូមទូរសព្ទមកផ្នែកថែទាំអតិថិជន៖

- របៀបជ្រើសរើសឬផ្លាស់ប្តូរគម្រោង
- គម្រោងរបស់យើងរួមមាន៖
  - ○ ព័ត៌មានហិរញ្ញវត្ថុ
  - ○ របៀបដែលសមាជិកគម្រោងបានវាយតម្លៃដល់យើងខ្ញុំ

- ចំនួនបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ដែលបានធ្វើឡើងដោយសមាជិក
- របៀបចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើង

- អ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញនិងឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញរបស់យើងរួមមាន៖
  - របៀបជ្រើសរើស ឬផ្លាស់ប្តូរវេជ្ជបណ្ឌិតថែទាំបឋម
  - លក្ខណៈសម្បត្តិនៃអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថាននានាក្នុងបណ្តាញរបស់យើង
  - របៀបដែលយើងបង់ប្រាក់ទូទាត់លើអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញរបស់យើង
- សេវាកម្ម និងឱសថដែលទទួលបានការរ៉ាប់រង និងអំពីវិន័យដែលអ្នកត្រូវតែអនុវត្តន៍តាមដែលរួមមាន៖
  - សេវាកម្ម (សូមមើល**ជំពូកទី 3 និងទី 4** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*របស់អ្នក) និងឱសថ (សូមមើលទៅ**ជំពូកទី 5 និងទី 6**នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិករបស់អ្នក*) ដែលបានធានារ៉ាប់រងដោយគម្រោងរបស់យើង
  - កម្រិតក្នុងការធានារ៉ាប់រង និងឱសថរបស់អ្នក
  - ច្បាប់ដែលអ្នកត្រូវតែអនុវត្តតាមដើម្បីទទួលបានសេវាកម្ម និងឱសថដែលបានធានារ៉ាប់រង
- ហេតុអ្វីបានជាមានសេវាណាមួយដែលមិនបានធានារ៉ាប់រង និងអ្វីដែលអ្នកអាចធ្វើបាន (សូមមើល**ជំពូកទី 9** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិករបស់អ្នក*) រួមទាំងការស្នើសុំឱ្យយើងខ្ញុំដើម្បី៖
  - សរសេរជាលាយលក្ខណ៍អក្សរហេតុអ្វីបានជាសេវាណាមួយមិនត្រូវបានធានារ៉ាប់រង
  - ផ្លាស់ប្តូរការសម្រេចចិត្តដែលយើងបានធ្វើ
  - ការបង់ប្រាក់ទូទាត់លើវិក្កយបត្រដែលអ្នកទទួលបាន

E. អសមត្ថភាពរបស់អ្នកផ្តល់សេវាកម្មក្នុងបណ្តាញក្នុងការចេញវិក្កយបត្រឱ្យអ្នកផ្ទាល់

វេជ្ជបណ្ឌិត មន្ទីរពេទ្យ និងអ្នកផ្តល់សេវាផ្សេងទៀតក្នុងបណ្តាញរបស់យើងខ្ញុំមិនអាចបញ្ឆោឱ្យអ្នកបង់ថ្លៃសម្រាប់សេវាដែលទទួលបានការរ៉ាប់រង។ ពួកគេក៏មិនអាចចេញវិក្កយបត្រសមតុល្យ ឬគិតប្រាក់អ្នកបានទេ ប្រសិនបើយើងបង់ប្រាក់ទូទាត់តិចជាងចំនួនដែលអ្នកផ្តល់សេវាបានគិតប្រាក់។ ដើម្បីស្វែងយល់ពីអ្វីដែលត្រូវធ្វើ ប្រសិនបើអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញព្យាយាមគិតប្រាក់ពីអ្នកសម្រាប់សេវាកម្មដែលបានធានារ៉ាប់រង សូមមើលទៅ**ជំពូកទី 7** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិករបស់អ្នក*។

F. សិទ្ធិរបស់អ្នកក្នុងការចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើង

ក្នុងនរណាម្នាក់អាចធ្វើឱ្យអ្នកស្ថិតក្នុងគម្រោងរបស់យើងខ្លាំ បើអ្នកមិនចង់។

- អ្នកមានសិទ្ធិក្នុងការទទួលបានសេវាថែទាំសុខភាពភាគច្រើនរបស់អ្នកតាមរយៈគម្រោង Original Medicare ឬគម្រោង Medicare Advantage មួយផ្សេងទៀត។
- អ្នកអាចទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ពីឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជានៃ Medicare ផ្នែក D របស់អ្នក ឬពីគម្រោង Medicare Advantage មួយផ្សេងទៀត។
- សូមមើល**ជំពូកទី 10**នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*៖
  - សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីពេលណាដែលអ្នកអាចចូលរួមក្នុងគម្រោងថ្មីនៃ Medicare Advantage ឬគម្រោងអត្ថប្រយោជន៍នៃឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជា។
  - សម្រាប់ព័ត៌មានអំពីរបៀបដែលអ្នកនឹងទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ Medi-Cal របស់អ្នក ប្រសិនបើអ្នកចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើង។

G. សិទ្ធិរបស់អ្នកក្នុងការសម្រេចចិត្តអំពីការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក

អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានព័ត៌មានពេញលេញពីវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក និងអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពផ្សេងទៀត ដើម្បីជួយអ្នកធ្វើការសម្រេចចិត្តអំពីការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក។

G1. សិទ្ធិរបស់អ្នកដើម្បីដឹងអំពីជម្រើសនៃការព្យាបាលរបស់អ្នក និងធ្វើការសម្រេចចិត្ត

អ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកត្រូវតែពន្យល់អ្នកអំពីលក្ខខណ្ឌ និងជម្រើសក្នុងការព្យាបាល តាមមធ្យោបាយណាមួយដែលអ្នកងាយស្រួលយល់។ អ្នកមានសិទ្ធិ៖

- **ដឹងពីជម្រើសរបស់អ្នក។** អ្នកមានសិទ្ធិត្រូវបានប្រាប់អំពីជម្រើសនៃការព្យាបាលផ្សេងៗ។
- **ដឹងពីហានិភ័យនានា។** អ្នកមានសិទ្ធិត្រូវបានប្រាប់អំពីហានិភ័យណាមួយដែលពាក់ព័ន្ធ។ យើងត្រូវតែប្រាប់អ្នកជាមុន ប្រសិនបើសេវាកម្ម ឬការព្យាបាលណាមួយគឺជាផ្នែកនៃការពិសោធន៍លើការស្រាវជ្រាវមួយ។ អ្នកមានសិទ្ធិក្នុងការបដិសេធការព្យាបាលពិសោធន៍។
- **ទទួលបានគំនិតទីពីរ។** អ្នកមានសិទ្ធិទៅជួបវេជ្ជបណ្ឌិតផ្សេងទៀត មុនពេលសម្រេចចិត្តទទួលយកការព្យាបាល។
- **និយាយថាទេ។** អ្នកមានសិទ្ធិបដិសេធការព្យាបាលណាមួយបាន។ នេះរួមមានសិទ្ធិក្នុងការចាកចេញពីមន្ទីរពេទ្យ ឬមណ្ឌលវេជ្ជសាស្ត្រផ្សេងទៀត សូម្បីតែវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកប្រាប់មិនឱ្យអ្នកធ្វើ។ អ្នកមានសិទ្ធិក្នុងការឈប់ប្រើឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជា។ ប្រសិនបើអ្នកបដិសេធការព្យាបាល ឬឈប់ប្រើឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជា យើងនឹងមិនបញ្ឈប់អ្នកចេញពីគម្រោងរបស់យើងទេ។ ទោះជាយ៉ាងណា បើអ្នកបដិសេធការព្យាបាល ឬឈប់លេប

ឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជា អ្នកទទួលយកទំនួលខុសត្រូវពេញលេញសម្រាប់អ្វីដែលបានកើតឡើងចំពោះអ្នក។

- **សុំឱ្យយើងពន្យល់ពីមូលហេតុដែលអ្នកផ្តល់សេវាមួយបានបដិសេធការថែទាំ។** អ្នកមានសិទ្ធិក្នុងការទទួលបានការពន្យល់ពីយើងខ្ញុំ ប្រសិនបើអ្នកផ្តល់សេវាបានបដិសេធការថែទាំដែលអ្នកគិតថាថាអ្នកគួរតែទទួលបាន។

- **ស្នើសុំឱ្យយើងខ្ញុំធានារ៉ាប់រងលើសេវាកម្ម ឬឱសថដែលយើងបានបដិសេធ ឬជាធម្មតាមិនបានធានារ៉ាប់រង។** វាត្រូវបានគេហៅថាការសម្រេចចិត្តលើការរ៉ាប់រង។ **ជំពូកទី 9** *នៃសៀវភៅណែនាំសមាជិករបស់អ្នក*ប្រាប់អំពីរបៀបស្នើសុំឱ្យយើងខ្ញុំធ្វើសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង។

G2. សិទ្ធិរបស់អ្នកក្នុងការនិយាយអ្វីដែលអ្នកចង់ឱ្យកើតឡើង

ពេលខ្លះ មនុស្សមិនអាចធ្វើសេចក្តីសម្រេចលើការថែទាំសុខភាពសម្រាប់ពួកគេផ្ទាល់។ មុនពេលរឿងនោះកើតឡើងចំពោះអ្នក អ្នកអាច:

- សូមបំពេញទម្រង់បែបបទជាលាយលក្ខណ៍អក្សរដែល**ផ្តល់សិទ្ធិឱ្យនរណាម្នាក់ក្នុងការសម្រេចលើការថែទាំសុខភាពសម្រាប់អ្នក។**

- **ផ្តល់ការណែនាំជាលាយលក្ខណ៍អក្សរដល់វេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក** អំពីរបៀបគ្រប់គ្រងការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក ប្រសិនបើអ្នកមិនអាចធ្វើការសម្រេចចិត្តដោយខ្លួនឯង រួមទាំងការថែទាំដែលអ្នក**មិន**ចង់បាន។

ឯកសារស្របច្បាប់ដែលអ្នកធ្លាប់ផ្តល់ការណែនាំរបស់អ្នកត្រូវបានហៅថា "សេចក្តីបង្គាប់បញ្ជាទុកជាមុន។" មានប្រភេទខុសៗគ្នានៃការបង្គាប់បញ្ជាជាមុន និងឈ្មោះខុសគ្នាសម្រាប់ពួកគេ។ ឧទាហរណ៍ទាំងនេះគឺជាប្រតិសិទ្ធិដែលនៅមានប្រសិទ្ធភាព និង លិខិតប្រគល់សិទ្ធិសម្រាប់ការថែទាំសុខភាព។

អ្នកមិនតម្រូវឱ្យមានសេចក្តីបង្គាប់បញ្ជាទុកជាមុនទេ ប៉ុន្តែអ្នកអាចធ្វើបាន។ នេះជាអ្វីដែលត្រូវធ្វើប្រសិនបើអ្នកចង់ប្រើសេចក្តីបង្គាប់បញ្ជាទុកជាមុន៖

- **ទទួលបានទម្រង់បែបបទ។** អ្នកអាចទទួលបានទម្រង់បែបបទពីវេជ្ជបណ្ឌិត មេធាវី ទីភ្នាក់ងារសេវាស្របច្បាប់ ឬបុគ្គលិកសង្គមកិច្ចរបស់អ្នក។ ឱសថស្ថាន និងការិយាល័យអ្នកផ្តល់សេវាតែងតែមានទម្រង់បែបបទនេះ។ អ្នកអាចស្វែងរកទម្រង់បែបបទដោយឥតគិតថ្លៃតាមអនឡាញហើយទាញយកវា។ អ្នកក៏អាចទាក់ទងផ្នែកសេវាអតិថិជនដើម្បីស្នើសុំទម្រង់បែបបទទាំងនេះ។

- **សូមបំពេញទម្រង់បែបបទ ហើយចុះហត្ថលេខាលើវា។** ទម្រង់បែបបទនេះគឺជាឯកសារស្របច្បាប់។ អ្នកគួរតែពិចារណាឱ្យមានមេធាវី ឬអ្នកផ្សេងទៀតដែលអ្នកទុកចិត្ត ដូចជាសមាជិកគ្រួសារ ឬ PCP របស់អ្នកជួយអ្នកបំពេញវា។

- **សូមផ្តល់ច្បាប់ចម្លងដល់បុគ្គលដែលត្រូវការដឹង។** អ្នកគួរតែផ្តល់ច្បាប់ចម្លងនៃទម្រង់បែបបទនេះទៅកាន់វេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក។ អ្នកក៏គួរតែផ្តល់ច្បាប់ចម្លងដល់បុគ្គល

ដែលអ្នកដាក់ឈ្មោះដើម្បីធ្វើការសម្រេចចិត្តសម្រាប់អ្នក។ អ្នកអាចជាចង់ផ្តល់នូវច្បាប់ចម្លងទៅកាន់មិត្តភក្តិជិតស្និទ្ធ ឬសមាជិកគ្រួសារដែរ។ សូមរក្សាច្បាប់ចម្លងនៅផ្ទះ។

- ប្រសិនបើអ្នកកំពុងសម្រាកព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យ ហើយអ្នកមានសេចក្តីបង្គាប់បញ្ជាទុកជាមុនដែលបានចុះហត្ថលេខា **សូមយកច្បាប់ចម្លងទៅមន្ទីរពេទ្យ**។
  - o មន្ទីរពេទ្យនឹងសួរថាតើអ្នកមានទម្រង់បែបបទនៃសេចក្តីបង្គាប់បញ្ជាទុកជាមុនដែលមានការចុះហត្ថលេខា ហើយប្រសិនបើអ្នកមានវាជាមួយអ្នក។
  - o បើអ្នកមិនបានចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់បែបបទនៃសេចក្តីបង្គាប់បញ្ជាទុកជាមុននោះទេ មន្ទីរពេទ្យមានទម្រង់បែបបទ ហើយនឹងសួរថា តើអ្នកចង់ចុះហត្ថលេខាលើវាដែរឬទេ។

អ្នកមានសិទ្ធិ៖

- មានសេចក្តីបង្គាប់បញ្ជាទុកជាមុនរបស់អ្នកដាក់ក្នុងកំណត់ត្រាវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នក។
- ផ្លាស់ប្តូរ ឬលុបចោលសេចក្តីបង្គាប់បញ្ជាទុកជាមុនរបស់អ្នកនៅពេលណាក៏បាន។
- ស្វែងយល់អំពីការផ្លាស់ប្តូរសម្រាប់ច្បាប់នៃសេចក្តីបង្គាប់បញ្ជាទុកជាមុន។ Blue Shield TotalDual Plan នឹងប្រាប់អ្នកអំពីការផ្លាស់ប្តូរច្បាប់រដ្ឋមិនលើសពី 90 ថ្ងៃបន្ទាប់ពីការផ្លាស់ប្តូរ។

មានសេចក្តីបង្គាប់បញ្ជាទុកជាមុនគឺជាជម្រើស **របស់អ្នក**។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមទូរសព្ទមកកាន់ផ្នែកថែទាំអតិថិជន។

G3. អ្វីដែលត្រូវធ្វើបើការណែនាំរបស់អ្នកមិនត្រូវបានអនុវត្តន៍តាម

ប្រសិនបើអ្នកបានចុះហត្ថលេខាលើសេចក្តីបង្គាប់បញ្ជាទុកជាមុន ហើយអ្នកគិតថាវេជ្ជបណ្ឌិត ឬមន្ទីរពេទ្យមិនបានធ្វើតាមការណែនាំនៅក្នុងនោះ អ្នកអាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងជាមួយ Livanta (អង្គការកែលម្អគុណភាពនៃរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា (CQIO)) នៅ (877) 588-1123 (TTY: (855) 887-6668) ឬសរសេរទៅកាន់៖ កម្មវិធី BFCC-QIO 10820 Guilford Rd, Ste. 202, Annapolis Junction, MD 20701 ។

H. សិទ្ធិរបស់អ្នកក្នុងការដាក់ពាក្យបណ្តឹង និងស្នើឱ្យយើងខ្ញុំពិចារណាឡើងវិញលើសេចក្តីសម្រេចផ្សេងៗ

ជំពូកទី 9 នៃសៀវភៅណែនាំសមាជិករបស់អ្នក ប្រាប់អ្នកពីអ្វីដែលអ្នកអាចធ្វើបាន ប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហា ឬកង្វល់អំពីសេវាកម្ម ឬការថែទាំរបស់អ្នកដែលមានការជានាវ៉ាប់រង។ ឧទាហរណ៍ អ្នកអាចស្នើឱ្យយើងខ្ញុំធ្វើការសម្រេចលើការវ៉ាប់រង រៀបចំបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ក្នុងការផ្លាស់ប្តូរសេចក្តីសម្រេចលើការវ៉ាប់រង ឬធ្វើបណ្តឹង។

អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានព័ត៌មានអំពីបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ និងបណ្តឹងនានាដែលសមាជិករបស់គម្រោងផ្សេងទៀតបានរៀបចំប្តឹងប្រឆាំងនឹងយើង។ ទូរសព្ទទៅផ្នែកថែទាំអតិថិជន ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មាននេះ។

H1. អ្វីដែលត្រូវធ្វើសម្រាប់ការប្រព្រឹត្តដោយអយុត្តិធម៌ ឬដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែមអំពីសិទ្ធិរបស់អ្នក

ប្រសិនបើអ្នកគិតថាយើងបានប្រព្រឹត្តចំពោះអ្នកដោយអយុត្តិធ៌ម - ហើយវាគឺ **មិនមែន**ពាក់ព័ន្ធនឹងការរើសអើងសម្រាប់ហេតុផលដែលបានបង្ហាញក្នុង **ជំពូកទី 11** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*របស់អ្នក - ឬអ្នកចង់បានព័ត៌មានបន្ថែមអំពីសិទ្ធិរបស់អ្នក អ្នកអាចទូរសព្ទមក៖

- សេវាថែទាំអតិថិជននៅ 1-800-452-4413 (TTY: 711)។
- កម្មវិធីគាំពារ និងផ្តល់ប្រឹក្សាអំពីការធានារ៉ាប់រងសុខភាព (HICAP) តាមលេខ (800) 434-0222 (TTY: 711)។ សម្រាប់ព័ត៌មានលម្អិតអំពី HICAP សូមមើលជំពូកទី 2 ផ្នែក E។
- កម្មវិធីមន្ត្រីបណ្តឹងសាធារណៈតាមរយៈលេខ 1-888-452-8609។ សម្រាប់ព័ត៌មានលម្អិតអំពីកម្មវិធីនេះ សូមមើល **ជំពូកទី 2** *នៃសៀវភៅណែនាំសមាជិករបស់អ្នក*។
- Medicare តាមរយៈលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) រយៈពេល 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរទូរសព្ទមកលេខ 1-877-486-2048 ។ (អ្នកក៏អាចអាន ឬទាញយក "សិទ្ធិ និងការការពារ Medicare" ដែលរកបាននៅលើគេហទំព័ររបស់ Medicare នៅ www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf។)

I. ទំនួលខុសត្រូវរបស់អ្នកក្នុងនាមជាសមាជិករបស់គម្រោង

ក្នុងនាមជាសមាជិកម្នាក់របស់គម្រោងនេះ អ្នកមានទំនួលខុសត្រូវក្នុងការបំពេញដូចមានរាយក្នុងបញ្ជីខាងក្រោម។ ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទមកផ្នែកថែទាំអតិថិជន។

- ***អាន*** *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*ដើម្បីស្វែងយល់ពីអ្វីដែលគម្រោងរបស់យើងគ្របដណ្តប់ និងច្បាប់ដែលត្រូវអនុវត្តតាម ដើម្បីទទួលបានសេវា និងឱសថដែលមានការធានារ៉ាប់រង។ សម្រាប់ព័ត៌មានលម្អិតអំពី៖
  - សម្រាប់សេវាធានារ៉ាប់រង សូមមើល **ជំពូកទី 3 និងទី 4** *នៃសៀវភៅណែនាំសមាជិករបស់អ្នក*។ជំពូកទាំងនោះប្រាប់អ្នកពីអ្វីដែលត្រូវបានគ្របដណ្តប់ អ្វីដែលមិនត្រូវបានគ្របដណ្តប់ និន័យអ្វីខ្លះដែលអ្នកត្រូវអនុវត្តន៍តាម និងអ្វីដែលអ្នកត្រូវបង់។
  - សម្រាប់ឱសថដែលបានរ៉ាប់រង សូមមើល **ជំពូកទី 5 និងទី 6** នៃសៀវភៅណែនាំសមាជិករបស់អ្នក។
- **ប្រាប់យើងខ្ញុំអំពីការរ៉ាប់រងសុខភាព ឬឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាផ្សេងទៀតណាមួយ**ដែលអ្នកមាន។ យើងត្រូវតែប្រាកដថាអ្នកបានប្រើជម្រើសនៃការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកទាំងអស់នៅពេលអ្នកទទួលបានការថែទាំសុខភាព។ ទូរសព្ទមកផ្នែកថែទាំអតិថិជន ប្រសិនបើអ្នកមានការធានារ៉ាប់រងផ្សេងទៀត។

- **ប្រាប់វេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក និងអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពផ្សេងទៀត** ថាអ្នកជាសមាជិកនៃគម្រោងរបស់យើង។ បង្ហាញបណ្ណសម្គាល់គម្រោងរបស់អ្នក នៅពេលអ្នកទទួលបានសេវាកម្ម ឬឱសថផ្សេងៗ។

- **ជួយវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក** និងក្រុមវេជ្ជបណ្ឌិតផ្សេងទៀតផ្តល់នូវការថែទាំដ៏ល្អបំផុតឱ្យអ្នក។

  - ផ្តល់ឱ្យពួកគេនូវព័ត៌មានដែលពួកគេត្រូវការអំពីអ្នក និងសុខភាពរបស់អ្នក។ ស្វែងយល់ឱ្យបានកាន់តែច្រើនតាមតែអ្នកអាចអំពីបញ្ហាសុខភាពរបស់អ្នក។ អនុវត្តន៍តាមគម្រោងព្យាបាល និងការណែនាំនានាដែលអ្នក និងក្រុមក្រូពេទ្យរបស់អ្នកយល់ព្រម។

  - ត្រូវប្រាកដថាវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក និងក្រុមវេជ្ជបណ្ឌិតផ្សេងទៀតដឹងអំពីឱសថទាំងអស់ដែលអ្នកលេប។ នេះរួមមានទាំងឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជា និងឱសថដែលទិញផ្ទាល់ដែលមិនតាមវេជ្ជបញ្ជា វីតាមីន និងសារធាតុបំប៉នផ្សេងៗ។

  - សួរសំណួរណាមួយដែលអ្នកមាន។ បើវេជ្ជបណ្ឌិត និងក្រុមក្រូពេទ្យផ្សេងទៀតត្រូវតែពន្យល់អ្វីៗតាមវិធីមួយដែលអ្នកអាចយល់។ បើអ្នកមានសំណួរ ឬចម្ងល់ហើយអ្នកមិនអាចយល់ពីចម្លើយ ត្រូវសួរម្តងទៀត។

- **ធ្វើការជាមួយអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នក** រួមទាំងការបំពេញការវាយតម្លៃនៃហានិភ័យសុខភាពប្រចាំឆ្នាំ។

- **ត្រូវគិតពិចារណា។** យើងរំពឹងថាសមាជិកគម្រោងទាំងអស់នឹងគោរពសិទ្ធិរបស់អ្នកដទៃ។ យើងខ្ពស់រំពឹងឱ្យអ្នកធ្វើសកម្មភាពដោយការគោរពនៅក្នុងការិយាល័យវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក មន្ទីរពេទ្យ និងក្រុមវេជ្ជបណ្ឌិតផ្សេងទៀត។

- **ប្រាប់យើងអំពីសេវាកម្មណាមួយដែលអ្នកទទួលបានក្រៅពីគម្រោងរបស់យើង។**

- **បង់នូវអ្វីដែលអ្នកជំពាក់។** ក្នុងនាមជាសមាជិករបស់គម្រោង អ្នកត្រូវទទួលខុសត្រូវចំពោះការចំណាយទាំងនេះ៖

  - ថ្លៃបុព្វលាភរ៉ាប់រងតាមផ្នែក A និងផ្នែក B នៃកម្មវិធី Medicare។ សម្រាប់សមាជិករបស់គម្រោងភាគច្រើន Medi-Cal នឹងបង់ថ្លៃជានារ៉ាប់រងសម្រាប់ផ្នែក A និងថ្លៃជានារ៉ាប់រងសម្រាប់ផ្នែក B។

  - សម្រាប់ សេវាកម្ម និងជំនួយរយៈពេលវែង ឬឱសថ មួយចំនួនរបស់អ្នក ដែលគម្រោងរបស់យើងជានារ៉ាប់រង អ្នកត្រូវតែបង់ចំណែករបស់អ្នកសម្រាប់ការចំណាយនៅពេលអ្នកទទួលបាន សេវាកម្ម ឬឱសថ។

ប្រាប់យើងខ្ពស់បើអ្នកនឹងផ្លាស់ទីលំនៅ។ ប្រសិនបើអ្នកមានគម្រោងផ្លាស់ទីលំនៅ សូមប្រាប់យើងភ្លាមៗ។ សូមទូរសព្ទមកផ្នែកថែទាំអតិថិជន។

- **ប្រសិនបើអ្នកផ្លាស់ទៅក្រៅតំបន់សេវាកម្មរបស់យើង នោះអ្នកនឹងមិនអាចស្ថិតនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើងបានឡើយ។** មានតែមនុស្សដែលរស់នៅក្នុងតំបន់សេវាកម្មរបស់យើងតែប៉ុណ្ណោះ ដែលអាចជាសមាជិកនៃគម្រោងនេះ។ **ជំពូកទី 1** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក* របស់អ្នក សូមប្រាប់អ្នកអំពីតំបន់សេវាកម្មរបស់យើង។
- យើងអាចជួយអ្នកឱ្យដឹងថា តើអ្នកកំពុងផ្លាស់ទីទៅក្រៅតំបន់សេវារបស់យើង។ យើងអាចប្រាប់អ្នកឱ្យបានដឹង ប្រសិនបើយើងមានគម្រោងណាមួយនៅក្នុងតំបន់ថ្មីរបស់អ្នក។
- សូមប្រាប់ Medicare និង Medi-Cal អំពីអាសយដ្ឋានថ្មីរបស់អ្នក នៅពេលអ្នកផ្លាស់ទី។ សូមមើល**ជំពូកទី 2** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក* របស់អ្នកសម្រាប់លេខទូរសព្ទរបស់ Medicare និង Medi-Cal ។
- **ប្រសិនបើអ្នកផ្លាស់ទី និងស្នាក់នៅក្នុងតំបន់សេវារបស់យើង យើងនៅតែត្រូវដឹងអំពីរឿងនេះ។** យើងខ្លាំត្រូវការរក្សាកំណត់ត្រាសមាជិកភាពរបស់អ្នកឱ្យមានបច្ចុប្បន្នភាព និងដឹងពីរបៀបទាក់ទងអ្នក។

- **សូមប្រាប់យើងខ្លាំ ប្រសិនបើអ្នកមានលេខទូរសព្ទថ្មី** ឬវិធីល្អប្រសើរជាងមុនក្នុងការទាក់ទងអ្នក។
- ទូរសព្ទមកផ្នែកថែទាំអតិថិជន ដើម្បីសុំជំនួយ ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ ឬចម្ងល់។

ជំពូកទី 9។ អ្វីដែលត្រូវធ្វើ ប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហា ឬបណ្តឹងតវ៉ា (សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ បណ្តឹងតវ៉ា)

សេចក្តីផ្តើម

ជំពូកនេះផ្តល់ព័ត៌មានអំពីសិទ្ធិរបស់អ្នក។ ចូរអានជំពូកនេះដើម្បីរកមើលឃើញនូវអ្វីដែលត្រូវធ្វើក្នុងករណី:

- អ្នកមានបញ្ហា ឬបណ្តឹងអំពីគម្រោងរបស់អ្នក។
- អ្នកត្រូវការសេវាកម្ម គ្រឿងបរិក្ខារ ឬឱសថដែលគម្រោងរបស់អ្នកបាននិយាយថាវានឹងមិនចំណាយប្រាក់ទេ។
- អ្នកមិនយល់ស្របនឹងការសម្រេចដែលគម្រោងរបស់អ្នកផ្តល់ជូនអំពីការថែទាំរបស់អ្នក។
- អ្នកយល់ថា សេវាដែលទទួលបានការរ៉ាប់រងរបស់អ្នកនឹងចប់ក្នុងពេលឆាប់ៗនេះ។
- អ្នកមានបញ្ហា ឬបណ្តឹងតវ៉ាលើសេវា និងការគាំទ្រយ:ពេលវែងរបស់អ្នក ដែលរួមមានសេវាមនុស្សពេញវ័យតាមសហគមន៍ (CBAS) និងសេវាមណ្ឌលថែទាំ (NF)។

ជំពូកនេះមាននៅក្នុងផ្នែកផ្សេងៗគ្នាដើម្បីជួយអ្នកឱ្យមានភាពងាយស្រួលក្នុងការស្វែងរកអ្វីដែលអ្នកកំពុងស្វែងរក។ **សូមអានលើផ្នែកនៃជំពូកមួយនេះ ដែលគិតថាត្រូវនឹងស្ថានភាពរបស់អ្នក ប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហា ឬក្តីព្រួយបារម្ភណាមួយ។**

អ្នកគួរទទួលបានការថែទាំសុខភាព ឱសថ ព្រមទាំងសេវា និងការគាំទ្រយ:ពេលវែងដែលវេជ្ជបណ្ឌិត និងអ្នកផ្តល់សេវាផ្សេងទៀតរបស់អ្នកយល់ថាចាំបាច់សម្រាប់ការថែទាំរបស់អ្នកដែលជាផ្នែកមួយក្នុងគម្រោងរបស់អ្នក។ **ប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហាជាមួយការថែទាំរបស់អ្នក អ្នកអាចទូរសព្ទទៅកម្មវិធី Ombuds Program តាមលេខទូរសព្ទ 1-888-452-8609 សម្រាប់សុំជំនួយ។** ជំពូកនេះនឹងពន្យល់ពីជម្រើសខុសៗគ្នាដែលអ្នកមានសម្រាប់បញ្ហា និងបណ្តឹងតវ៉ាផ្សេងៗ ប៉ុន្តែអ្នកអាចទូរសព្ទទៅកម្មវិធី Ombuds Program ជានិច្ច ដើម្បីជួយណែនាំអ្នកអំពីបញ្ហារបស់អ្នក។ សម្រាប់ធនធានបន្ថែមដើម្បីដោះស្រាយការព្រួយបារម្ភរបស់អ្នក និងវិធីទាក់ទងទៅពួកគេ សូមមើល**ជំពូកទី 2** *នៃសៀវភៅណែនាំសមាជិករបស់អ្នក*។

តារាងមាតិកា

A. តើត្រូវធ្វើអ្វីប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហា ឬការព្រួយបារម្ភ 217

A1. *អំពីវាក្យសព្ទផ្នែកច្បាប់* **218**

B. កន្លែងដែលទទួលបានជំនួយ 218

B*1. សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម និងជំនួយ* **218**

C. ការយល់ដឹងអំពីបណ្តឹងតវ៉ា និងបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់គម្រោង Medicare និង Medi-Cal នៅក្នុងគម្រោងរបស់យើង។ 220

D. បញ្ហាជាមួយអត្ថប្រយោជន៍ផ្សេងៗរបស់អ្នក 220

E. សេចក្តីសម្រេចលើការរ៉ាប់រង និងបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ 221

E1. *សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង* **221**

E2. *បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍* **222**

E3. *ការទទួលបានជំនួយសួរនាំចំពោះការសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង និងការប្តឹងឧទ្ធរណ៍* **222**

E4. *ផ្នែកណានៃជំពូកនេះអាចជួយអ្នកបាន* **223**

F. ការថែទាំផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ 224

F1. *ការប្រើប្រាស់ផ្នែកនេះ* **224**

F2. *ស្នើសុំសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង* **225**

F3. *ការដាក់ពាក្យបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 1* **228**

F4. *ការដាក់ពាក្យបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2* **231**

F5. *បញ្ហាអំពីការបង់ថ្លៃ* **238**

G. ឱសថមានវេជ្ជបញ្ជានៃ Medicare ផ្នែក D និង 240

G1. *សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងផ្នែក* **D** *និងបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍* **240**

G2. *ការលើកលែងផ្នែក* **D** **242**

G3. *រឿងសំខាន់ដែលត្រូវដឹងអំពីការស្នើសុំការលើកលែងនេះ* **245**

G4. *ការស្នើសុំការសម្រេចចិត្តលើការធានារ៉ាប់រង រួមទាំងករណីលើកលែងមួយ។* **245**

G5. *ការដាក់ពាក្យបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 1* **248**

G6. *ការដាក់ពាក្យបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2* **251**

H. ស្នើឲ្យយើងខ្ចាំរ៉ាប់រងលើការសម្រាកនៅមន្ទីរពេទ្យរយៈពេលវែងជាងនេះ 253

H1. *សិក្ខាអំពីសិទ្ធិថែទាំសុខភាពម៉េឌីឃែរ* **(Medicare)** *របស់អ្នក* **253**

H2. *ការដាក់ពាក្យបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 1* **255**

H3. *ការដាក់ពាក្យបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2* **257**

H4. *ការដាក់ពាក្យបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ជំនួសកម្រិត 1* **258**

H5. *ការដាក់ពាក្យបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ជំនួសកម្រិតទី 2* **260**

I. ការស្នើសុំឱ្យយើងខ្ញុំបន្តការធានារ៉ាប់រងលើសេវាផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រជាក់លាក់ 260

I1. *សេចក្តីជូនដំណឹងទុកជាមុន មុនពេលការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកបញ្ចប់* **261**

I2. *ការដាក់ពាក្យបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 1* **261**

I3. *ការដាក់ពាក្យបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2* **264**

I4. *ការដាក់ពាក្យបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ជំនួសកម្រិត 1* **265**

I5. *ការដាក់ពាក្យបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ជំនួសកម្រិតទី 2* **266**

J. ការដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នកលើសពីកម្រិត 2 267

J1. *ជំហានបន្ទាប់សម្រាប់សេវាកម្ម និងសម្ភារៈថែទាំសុខភាព* **Medicare** **267**

J2. *បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ចំពោះ* **Medi-Cal** *បន្ថែម* **268**

J3. *បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិតទី 3 ទី 4 និងទី 5 សម្រាប់ការស្នើសុំឱ្យសងត្លួងផ្នែក* **D** **269**

K. របៀបដាក់ពាក្យបណ្តឹងតវ៉ា 271

K1. *តើបញ្ហាប្រភេទណាខ្លះដែលគួរដាក់ពាក្យបណ្តឹង* **271**

K2. *ពាក្យបណ្តឹងផ្ទៃក្នុង* **273**

K3. *ពាក្យបណ្តឹងខាងក្រៅ* **275**

A. តើត្រូវធ្វើអ្វីប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហា ឬការព្រួយបារម្ភ

ជំពូកនេះពន្យល់អំពីរបៀបដោះស្រាយបញ្ហា និងការព្រួយបារម្ភ។ ដំណើរការដែលអ្នកប្រើអាស្រ័យលើប្រភេទនៃបញ្ហាដែលអ្នកមាន។ ប្រើដំណើរការមួយសម្រាប់**សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង និងបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍** និងមួយទៀតសម្រាប់**ធ្វើពាក្យបណ្តឹង** ដែលហៅថាបណ្តឹងសារទុក្ខ។

ដើម្បីធានាបាននូវភាពយុត្តិធម៌ និងឆាប់រហ័ស ដំណើរការនីមួយៗមានសំណុំនៃច្បាប់ នីតិវិធី និងកាលកំណត់ដែលយើង និងអ្នកត្រូវតែអនុវត្តតាម។

A1. អំពីវាក្យសព្ទផ្នែកច្បាប់

មានពាក្យច្បាប់នៅក្នុងជំពូកនេះសម្រាប់ច្បាប់ និងកាលបរិច្ឆេទកំណត់មួយចំនួន។ ភាគច្រើននៃពាក្យវាក្យសព្ទទាំងនេះមានការលំបាកក្នុងការយល់ ដូច្នេះយើងប្រើពាក្យសាមញ្ញជាងនេះជំនួសពាក្យច្បាប់មួយចំនួននៅពេលដែលយើងអាចធ្វើបាន។ យើងខ្ចីប្រើពាក្យកាត់តិចបំផុតតាមលទ្ធភាពអាចធ្វើទៅបាន។

ឧទាហរណ៍ យើងនិយាយថា៖

- "ការប្តឹងតវ៉ា" ជំនួសឱ្យ "ការដាក់បណ្តឹងសារទុក្ខ"
- "សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង" ជំនួសឱ្យ "ការសម្រេចរបស់អង្គភាព" "ការសម្រេចលើអត្ថប្រយោជន៍" "ការសម្រេចលើហានិភ័យ" ឬ "ការសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង"
- "សេចក្តីសម្រេចរហ័សលើការធានារ៉ាប់រង" ជំនួសឱ្យ "ការកំណត់រហ័ស"
- "អង្គការត្រួតពិនិត្យឯករាជ្យ" ជំនួសឱ្យ "អង្គភាពត្រួតពិនិត្យឯករាជ្យ"

ការដឹងពីវាក្យសព្ទច្បាប់ត្រឹមត្រូវអាចជួយដល់អ្នកក្នុងការទំនាក់ទំនងបានកាន់តែច្បាស់ ដូច្នេះយើងខ្ចីក៏ផ្តល់ជូនវាក្យសព្ទ ទាំងនោះផងដែរ។

B. កន្លែងដែលទទួលបានជំនួយ

B1. សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម និងជំនួយ

ពេលខ្លះវាមានភាពច្របូកច្របល់ក្នុងការចាប់ផ្តើម ឬធ្វើតាមដំណើរការដើម្បីដោះស្រាយបញ្ហា។ នេះអាចជាការពិត ប្រសិនបើអ្នកមិនមានអារម្មណ៍ល្អ ឬពុំសូវមានកម្លាំងគ្រប់គ្រាន់។ ពេលខ្លះទៀត អ្នកអាចជាមិនមានព័ត៌មានដែលអ្នកត្រូវការដើម្បីអនុវត្តជំហានបន្ទាប់ទៀត។

ជំនួយពីកម្មវិធីគាំពារ និងផ្តល់ប្រឹក្សាអំពីការធានារ៉ាប់រងសុខភាព

អ្នកអាចហៅទូរសព្ទមកកម្មវិធីគាំពារ និងផ្តល់ប្រឹក្សាអំពីការធានារ៉ាប់រងសុខភាព (HICAP)។ អ្នកប្រឹក្សាយោបល់របស់ HICAP អាចឆ្លើយសំណួររបស់អ្នក និងជួយឱ្យអ្នកយល់នូវអ្វីដែលត្រូវធ្វើដើម្បីដោះស្រាយបញ្ហារបស់អ្នកបាន។ HICAP ពុំមានទំនាក់ទំនងជាមួយយើងខ្ចីឬជាមួយក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រង ឬគម្រោងសុខភាពណាមួយឡើយ។ HICAP បានបណ្តុះបណ្តាលអ្នកប្រឹក្សានៅក្នុងគ្រប់ខោនធីទាំងអស់ ហើយសេវាកម្មគឺពុំគិតថ្លៃទេ។ លេខទូរសព្ទរបស់ HICAP គឺ 1-800-434-0222។

ជំនួយពីសម្ព័ន្ធអ្នកប្រើប្រាស់សេវាសុខភាព

អ្នកអាចហៅទូរសព្ទទៅសម្ព័ន្ធអ្នកប្រើប្រាស់សេវាសុខភាព ហើយនិយាយជាមួយអ្នកតស៊ូមតិអំពីសំណួរទាក់ទងនឹងការធានារ៉ាប់រងលើសុខភាពរបស់អ្នក។ ពួកគេផ្តល់ជំនួយផ្នែកច្បាប់ដោយឥតគិតថ្លៃ។ សម្ព័ន្ធអ្នកប្រើប្រាស់សេវាសុខភាពមិនមានទំនាក់ទំនងជាមួយយើងខ្ញុំ ឬជាមួយក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រង ឬគម្រោងសុខភាពណាមួយឡើយ។ លេខទូរសព្ទរបស់ពួកគេគឺ 1-888-804-3536 ហើយគេហទំព័ររបស់ពួកគេគឺ www.healthconsumer.org។

ជំនួយ និងព័ត៌មានពី Medicare

សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម និងការស្នើសុំជំនួយ អ្នកអាចទាក់ទងទៅ Medicare។ នេះគឺជាវិធីចំនួនពីរដើម្បីទទួលបានជំនួយពី Medicare:

- សូមហៅទូរសព្ទទៅ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ អ្នកប្រើ TTY សូមហៅទូរសព្ទទៅលេខ 1-877-486-2048។
- សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័ររបស់ Medicare (www.medicare.gov)។

ជំនួយ និងព័ត៌មានពី Medi-Cal

ភ្នាក់ងារ Medi-Cal (Medicaid) តាមខោនធី (កាលីហ្វ័រញ៉ា)		
ខោនធីរបស់អ្នក	**ឈ្មោះភ្នាក់ងារ**	**ទូរសព្ទទៅលេខ**
ខោនធី Los Angeles	ក្រសួងបម្រើសេវាកម្មសង្គមសាធារណៈ	1-866-613-3777
ខោនធី San Diego	ក្រសួងសុខាភិបាល និងសេវាមនុស្សជាតិ	1-866-262-9881
គេហទំព័រ៖	https://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/CountyOffices.aspx	

ជំនួយពីក្រសួងសេវាថែទាំសុខភាពរបស់រដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា

មន្ត្រីស៊ើបអង្កេតបណ្តឹងរបស់កម្មវិធីថែទាំសុខភាពដោយមានការគ្រប់គ្រង Medi-Cal នៃក្រសួងសេវាកម្មថែទាំសុខភាពនៃរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា (DHCS) ក៏អាចជួយបានផងដែរ។ ពួកគេអាចជួយបាន ប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហាក្នុងការចូលរួម ផ្លាស់ប្តូរ ឬចាកចេញពីគម្រោងសុខភាព។ ពួកគេក៏អាចជួយផងដែរ ប្រសិនបើអ្នកបានផ្លាស់ទីលំនៅ ហើយកំពុងតែមានបញ្ហាក្នុងការផ្ទេរ Medi-Cal របស់អ្នកទៅកាន់ខោនធីថ្មីរបស់អ្នក។ អ្នកអាចហៅទូរសព្ទ Ombudsman ចាប់ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក និងម៉ោង 5:00 ល្ងាច តាមលេខ 1-888-452-8609។

ការទទួលបានជំនួយពីក្រសួងថែទាំសុខភាពដែលមានការគ្រប់គ្រងដោយរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា

ទាក់ទងទៅក្រសួងគ្រប់គ្រងការថែទាំសុខភាពនៃរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ាដើម្បីជំនួយដោយឥតគិតថ្លៃ។ DMHC គឺទទួលខុសត្រូវក្នុងការដាក់បញ្ចូតិគម្រោងសុខភាព។ DMHC ជួយមនុស្សដែលមានបណ្តឹងបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍អំពីសេវាកម្ម Medi-Cal ឬបញ្ហាវិក្កយបត្រ។ លេខទូរសព្ទគឺ

1-888-466-2219។ បុគ្គលដែលថ្លង់ ពិបាកស្តាប់ ឬពិបាកនិយាយ អាចប្រើលេខ TDD ឥតគិតថ្លៃ ដែលមានលេខ 1-877-688-9891។

ក្រសួងការថែទាំសុខភាពក្រោមការគ្រប់គ្រងរដ្ឋ California ទទួលខុសត្រូវចំពោះការធ្វើនិយ័តកម្មគម្រោងធានារ៉ាប់រងសេវាកម្មថែទាំសុខភាព។ ប្រសិនបើអ្នកមានបណ្តឹងសាទុក្ខអំពីគម្រោងថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក ជាដំបូងអ្នកគួរតែទូរសព្ទទៅកាន់គម្រោងថែទាំសុខភាពរបស់អ្នកសិនតាមរយៈលេខ 1-800-452-4413 ហើយប្រើដំណើរការបណ្តឹងសាទុក្ខនៃគម្រោងសុខភាពរបស់អ្នកមុននឹងទាក់ទងទៅក្រសួង។ ការប្រើវិធីធ្វើសាទុក្ខនេះ គឺមិនហាមឃាត់សិទ្ធិស្របច្បាប់អ្វីមួយ ដែលអាចយកមកប្រើឬដំណោះស្រាយអ្វីៗ ដែលនឹងអាចមានសម្រាប់អ្នកឡើយ។ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយ ជាមួយសាទុក្ខពាក់ព័ន្ធនឹងភាពអាសន្ន ឬសាទុក្ខអ្វីមួយ ដែលគម្រោងសុខភាពរបស់អ្នក មិនទាន់បានដោះស្រាយឱ្យគាប់ចិត្តនៅឡើយ ឬក៏សាទុក្ខអ្វីមួយ ដែលនៅតែមិនទាន់ដោះស្រាយរួច លើសពី 30 ថ្ងៃ អ្នកអាចទូរសព្ទទៅក្រសួងសម្រាប់ជំនួយ។
អ្នកក៏អាចនឹងមានសិទ្ធិទទួលបានការត្រួតពិនិត្យសុខភាពវេជ្ជសាស្ត្រឯករាជ្យ (IMR) ផងដែរ។ ប្រសិនបើអ្នកអាចមានសិទ្ធិទទួលបាន IMR, ដំណើរការ IMR នឹងផ្តល់ការពិនិត្យនូវការសម្រេចចិត្តវេជ្ជសាស្ត្រ ឥតលម្អៀងឡើងវិញដែលបានផ្តល់ឡើងដោយគម្រោងសុខភាពដែលទាក់ទងនឹងភាពចាំបាច់វេជ្ជសាស្ត្រនៃសេវា ឬការព្យាបាលដែលបានស្នើសុំ ការសម្រេចចិត្តលើទំហំធានារ៉ាប់រងសម្រាប់ការព្យាបាល ដែលជាលក្ខណៈនៃការពិសោធន៍ ឬនៃការស៊ើបអង្កេត និងជម្លោះលើការបង់ប្រាក់សម្រាប់ការសង្គ្រោះបន្ទាន់ ឬសេវាវេជ្ជសាស្ត្របន្ទាន់។ នាយកដ្ឋានក៏មានលេខទូរស័ព្ទឥតគិតថ្លៃមួយចំនួនផងដែរគឺលេខ **(1-888-466-2219)** និងខ្សែទូរស័ព្ទ TDD (**1-877-688-9891**) សម្រាប់អ្នកគថ្លង់។ គេហទំព័រអ៊ីនធឺណិតរបស់ក្រសួង **www.dmhc.ca.gov** មានបែបបទដាក់ការតវ៉ា បែបបទសំណើ IMR និងសេចក្តីណែនាំអនឡាញ។

C. ការយល់ដឹងអំពីបណ្តឹងតវ៉ា និងបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់គម្រោង Medicare និង Medi-Cal នៅក្នុងគម្រោងរបស់យើង។

អ្នកមានគម្រោង Medicare និង Medi-Cal ។ ព័ត៌មាននៅក្នុងជំពូកនេះយកមកអនុវត្តចំពោះអត្ថប្រយោជន៍ **ទាំងអស់** នៃគម្រោង Medicare និង Medi-Cal របស់អ្នក។ ដែលពេលខ្លះត្រូវបានគេហៅថា "ដំណើរការរួមបញ្ចូលគ្នា" ព្រោះថារួមគ្នា ឬបញ្ចូលគ្នានៃដំណើរការគម្រោង Medicare និង Medi-Cal ។

ពេលខ្លះដំណើរការ Medicare និង Medi-Cal មិនអាចបញ្ចូលគ្នាបានទេ។ ក្នុងស្ថានភាពទាំងនេះ អ្នកនឹងប្រើដំណើរការមួយសម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍នៃ Medicare និងប្រើដំណើរការមួយទៀតសម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍នៃ Medi-Cal។ **ផ្នែក F4** ពន្យល់ពីស្ថានភាពទាំងនេះ។

D. បញ្ហាជាមួយអត្ថប្រយោជន៍ផ្សេងៗរបស់អ្នក

សូមអានលើផ្នែកនៃជំពូកមួយនេះ ដែលគិតថាត្រូវនឹងស្ថានភាពរបស់អ្នក ប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហា ឬក្តីព្រួយបារម្ភណាមួយ។ តារាងខាងក្រោមនឹងជួយអ្នករកផ្នែកនៃជំពូកដែលត្រូវនឹងបញ្ហា ឬបណ្តឹងតវ៉ានានា។

តើបញ្ហាឬក្តីបារម្ភរបស់អ្នកគឺអំពីអត្ថប្រយោជន៍ ឬការរ៉ាប់រងរបស់អ្នកមែនទេ? នេះរួមបញ្ចូលថាតើការថែទាំផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រជាក់លាក់ ឬឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដែរឬទេ ហើយនឹងរបៀបដែលពួកវាត្រូវបានធានារ៉ាប់រង និងតម្លៃនៃការថែទាំផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ ឬឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាទាំងនោះ។	
បាទ/ចាស។ បញ្ហារបស់ខ្ញុំគឺទាក់ទងនឹងអត្ថប្រយោជន៍ ឬការធានារ៉ាប់រង។ សូមមើលទៅ **ផ្នែក E** "ការសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង និងបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍។"	**ទេ។** បញ្ហារបស់ខ្ញុំ មិន ទាក់ទងនឹងអត្ថប្រយោជន៍ ឬការធានារ៉ាប់រង។ សូមមើលទៅ **ផ្នែក K**"របៀបដាក់ពាក្យបណ្តឹងតវ៉ា។"

E. សេចក្តីសម្រេចលើការរ៉ាប់រង និងបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍

ដំណើរការសម្រាប់ការស្នើសុំសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង និងការប្តឹងឧទ្ធរណ៍ត្រូវបានធ្វើឡើងក្នុងការឆ្លើយតបទៅនឹងបញ្ហាដែលទាក់ទងទៅនឹងអត្ថប្រយោជន៍ និងការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នក។ វាក៏រួមបញ្ចូលបញ្ហាការបង់ថ្លៃផងដែរ។

E1. សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង

សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងជាសេចក្តីសម្រេចដែលយើងធ្វើឡើងអំពីអត្ថប្រយោជន៍ និងការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នក ឬអំពីចំនួនទឹកប្រាក់ដែលយើងខ្ចីនឹងបង់ថ្លៃលើសេវាកម្ម ឬឱសថរបស់អ្នក។ យើងនឹងធ្វើសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងនៅពេលយើងសម្រេចថាត្រូវធានាលើអ្វីខ្លះជូនអ្នក ហើយនឹងត្រូវចំណាយអស់ប៉ុន្មាននោះ។ ជាឧទាហរណ៍ វេជ្ជបណ្ឌិតក្នុងបណ្តាញរបស់អ្នកធ្វើការសម្រេចចិត្តលើការធានារ៉ាប់រងដែលអនុគ្រោះរាល់ពេលដែលអ្នកទទួលបានការថែទាំផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រពីពួកគេ ឬប្រសិនបើពួកគេបញ្ជូនអ្នកទៅកាន់អ្នកឯកទេសខាងវេជ្ជសាស្ត្រ។

អ្នក ឬវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកក៏អាចទាក់ទងមកយើង និងស្នើសុំការសម្រេចចិត្តលើការធានារ៉ាប់រងផងដែរ។ អ្នក ឬវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកប្រហែលជាមិនប្រាកដទេថាតើយើងធានារ៉ាប់រងលើសេវាវេជ្ជសាស្ត្រជាក់លាក់ ឬប្រសិនបើយើងអាចបដិសេធមិនផ្តល់ការថែទាំផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដែលអ្នកគិតថាអ្នកត្រូវការ។ **ប្រសិនបើអ្នកចង់ដឹងថាតើយើងនឹងធានារ៉ាប់រងលើសេវាវេជ្ជសាស្ត្រមុនពេលអ្នកទទួលបានដែរឬទេនោះ អ្នកអាចសុំឱ្យពួកយើងធ្វើការសម្រេចចិត្តលើការធានារ៉ាប់រងសម្រាប់អ្នក។**

ក្នុងករណីខ្លះ យើងអាចសម្រេចចិត្តថាសេវា ឬឱសថគឺមិនត្រូវបានធានារ៉ាប់រង ឬត្រូវបានបញ្ឈប់ការធានារ៉ាប់រងសម្រាប់អ្នកដោយ Medicare ឬ Medi-Cal។ បើអ្នកមិនយល់ស្របជាមួយនឹងការសំរេចលើការរ៉ាប់រងនេះអ្នកអាចធ្វើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍។

E2. បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍

ប្រសិនបើយើងធ្វើការសម្រេចចិត្តលើការធានារ៉ាប់រងហើយអ្នកមិនពេញចិត្តនឹងការសម្រេចចិត្តនេះអ្នកអាច "ប្តឹងឧទ្ធរណ៍" ការសម្រេចចិត្តនេះ។ បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍គឺជាវិធីផ្លូវការមួយក្នុងការស្នើសុំឱ្យយើងពិនិត្យឡើងវិញនិងផ្លាស់ប្តូរការសម្រេចចិត្តលើការធានារ៉ាប់រងដែលយើងបានធ្វើឡើង។

នៅពេលអ្នកដាក់ពាក្យបណ្តឹងលើការសម្រេចចិត្តជាលើកដំបូង វាត្រូវបានគេហៅថាបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិតទី 1 ។ នៅក្នុងបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍នេះ យើងនឹងពិនិត្យមើលការសម្រេចចិត្តលើការធានារ៉ាប់រងដែលយើងបានធ្វើដើម្បីពិនិត្យមើលថាតើយើងបានអនុវត្តតាមច្បាប់ទាំងអស់បានត្រឹមត្រូវដែរឬទេ។ អ្នកត្រួតពិនិត្យផ្សេងៗខុសពីអ្នកដែលបានធ្វើការសម្រេចចិត្តមិនអនុគ្រោះនៃច្បាប់ដើមលើការដោះស្រាយបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក។

ក្នុងករណីភាគច្រើន អ្នកត្រូវចាប់ផ្តើមបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នកពីកម្រិត 1។ ប្រសិនបើអ្នកមិនចង់ដាក់ការតវ៉ាដំបូងលើគម្រោងសម្រាប់សេវា Medi-Cal ប្រសិនបើបញ្ហាសុខភាពរបស់អ្នកត្រូវការការសង្គ្រោះបន្ទាន់ ឬពាក់ព័ន្ធនឹងការគំរាមកំហែងធ្ងន់ធ្ងរដល់សុខភាពរបស់អ្នកនោះ ឬប្រសិនបើអ្នកស្ថិតក្នុងការឈឺចាប់ធ្ងន់ធ្ងរ និងត្រូវការការសម្រេចភ្លាមៗនោះ អ្នកអាចស្នើសុំការពិនិត្យវេជ្ជសាស្ត្រឯករាជ្យពីក្រសួង Department of Managed Health Care តាមរយៈ: www.dmhc.ca.gov។ សូមមើលនៅទំព័រទី 185 សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។

នៅពេលយើងខ្ញុំបញ្ចប់ការពិនិត្យមើលឡើងវិញ យើងខ្ញុំនឹងផ្តល់ជូនអ្នកនូវសេចក្តីសម្រេចរបស់យើងខ្ញុំ។ ក្រោមលក្ខខណ្ឌជាក់លាក់ ដូចដែលបានពន្យល់នៅ ផ្នែក F2អ្នកអាចស្នើសុំឱ្យមានការពន្លឿន ឬ "ការសម្រេចចិត្តលើការធានារ៉ាប់រងរហ័ស" ឬបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍រហ័សនៃការសម្រេចចិត្តលើការធានារ៉ាប់រង។

ប្រសិនបើយើងនិយាយថា **ទេ** ចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍គ្រប់កម្រិតទី 1 របស់អ្នក ឬមួយផ្នែក អ្នកអាចបន្តទៅបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិតទី 2 ។ អង្គការត្រួតពិនិត្យឯករាជ្យដែលមិនមានទំនាក់ទំនងជាមួយនឹងយើងនឹងធ្វើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 ។

- ក្នុងស្ថានភាពខ្លះ ករណីរបស់អ្នកគឺ **បានផ្ញើដោយស្វ័យប្រវត្តិ** ទៅអង្គការត្រួតពិនិត្យឯករាជ្យសម្រាបបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 ។ ប្រសិនបើរឿងនេះកើតឡើង យើងនឹងប្រាប់អ្នក។
- នៅក្នុងស្ថានភាពផ្សេងទៀត អ្នក **ត្រូវតែស្នើសុំ** បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 ។
- សូមមើលទៅ **ផ្នែក F4** សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 ។

ប្រសិនបើអ្នកមិនពេញចិត្តនឹងសេចក្តីសម្រេចនៃបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 អ្នកប្រហែលជាអាចឆ្លងទៅកម្រិតបន្ថែមទៀតនៃបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍។

E3. ការទទួលបានជំនួយសួរនាំចំពោះការសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង និងការប្តឹងឧទ្ធរណ៍

អ្នកអាចសុំជំនួយពីណាមួយខាងក្រោម៖

- **ផ្នែកថែទាំអតិថិជន** តាមរយៈលេខដែលមាននៅផ្នែកខាងក្រោមនៃទំព័រ។
- **កម្មវិធីគាំពារនិងផ្តល់ប្រឹក្សាអំពីការធានារ៉ាប់រងសុខភាព (HICAP)** តាមរយៈលេខ 1-800-434-0222 ។
- **មជ្ឈមណ្ឌល ជំនួយនៅឯក្រសួងគ្រប់គ្រងសុខាភិបាល (DMHC)** ដើម្បីទទួលបានជំនួយដោយឥតគិតថ្លៃ។ DMHC គឺទទួលខុសត្រូវក្នុងការដាក់បញ្ចូតិគម្រោងសុខភាព។ DMHC ជួយមនុស្សដែលមានបណ្តឹងបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍អំពីសេវាកម្ម Medi-Cal ឬបញ្ហាវិក្កយបត្រ។ លេខទូរសព្ទគឺ 1-888-466-2219។ បុគ្គលដែលថ្លង់ ពិបាកស្តាប់ ឬពិបាកនិយាយ អាចប្រើលេខ TDD ឥតគិតថ្លៃ ដែលមានលេខ 1-877-688-9891។
- **វេជ្ជបណ្ឌិត ឬអ្នកផ្តល់សេវាសុខភាពផ្សេងទៀតរបស់អ្នក**។ វេជ្ជបណ្ឌិត ឬក្រុមគ្រូពេទ្យដទៃទៀតរបស់អ្នកអាចស្នើរសុំសេចក្តីសម្រេចលើការរ៉ាប់រង ឬបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍តំណាងឱ្យរូបអ្នកបាន។
- **មិត្តភក្តិ ឬសមាជិកគ្រួសារ**។ អ្នកអាចលើកឈ្មោះបុគ្គលម្នាក់ទៀតឱ្យធ្វើជា "តំណាង" របស់អ្នក ដើម្បីស្នើសុំសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង ឬដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍។
- **មេធាវី**។ អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានមេធាវី ប៉ុន្តែ **អ្នកមិនចាំបាច់មានមេធាវី** ដើម្បីស្នើសុំការសម្រេចចិត្តលើការធានារ៉ាប់រង ឬធ្វើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍នោះទេ។
  - អ្នកអាចទាក់ទងមេធាវីផ្ទាល់ខ្លួន ឬសុំឈ្មោះមេធាវីមួយរូបពីសមាគមន៍មេធាវីក្នុងតំបន់ ឬសេវាមេធាវីផ្សេងទៀត។ ក្រុមអ្នកច្បាប់ខ្លះនឹងផ្តល់ជូនអ្នកនូវសេវាផ្លូវច្បាប់ដោយឥតគិតថ្លៃបើអ្នកបំពេញតាមលក្ខខណ្ឌ។
  - ស្នើសុំមេធាវីជំនួយផ្នែកច្បាប់ពីសម្ព័ន្ធអ្នកប្រើប្រាស់សេវាសុខភាពតាមរយៈលេខ 1-888-804-3536។

បំពេញទម្រង់បែបបទតែងតាំងអ្នកតំណាង ប្រសិនបើអ្នកចង់ឱ្យមេធាវី ឬអ្នកផ្សេងធ្វើជាអ្នកតំណាងរបស់អ្នក។ ទម្រង់ផ្តល់ការអនុញ្ញាតឱ្យនរណាម្នាក់ធ្វើសកម្មភាពសម្រាប់អ្នក។

ហៅទូរសព្ទទៅផ្នែកថែទាំអតិថិជនតាមរយៈលេខនៅទំព័រខាងក្រោម ហើយស្នើសុំទម្រង់ "ការតែងតាំងអ្នកតំណាង"។ អ្នកក៏អាចទទួលបានទម្រង់ដោយចូរទៅគេហទំព័រ www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf។
អ្នកត្រូវផ្តល់ឱ្យយើងខ្ញុំនូវច្បាប់ចម្លងនៃបែបបទដែលចុះហត្ថលេខារួច។

E4. ផ្នែកណានៃជំពូកនេះអាចជួយអ្នកបាន

មានស្ថានភាពចំនួនបួនប្រភេទខុសគ្នាដែលពាក់ព័ន្ធជាមួយសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង ឬបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍។ ស្ថានភាពនីមួយៗមានវិធានច្បាប់ និងកាលបរិច្ឆេទកំណត់ខុសៗគ្នា។ យើងនឹងផ្តល់ព័ត៌មានលម្អិតសម្រាប់ផ្នែកនីមួយៗនៅក្នុងផ្នែកដាច់ដោយឡែកនៃជំពូកនេះ។ សូមមើលផ្នែកដែលអាចយកអនុវត្តបាន៖

- **ផ្នែក F "ការថែទាំផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ"**
- **ផ្នែក G** "ឱសថមានវេជ្ជបញ្ជារបស់ Medicare ផ្នែក D"
- **ផ្នែក H "ស្នើសុំឱ្យយើងជានាវ៉ាប់រងលើការស្នាក់នៅមន្ទីរពេទ្យរយៈពេលយូរជាងនេះ"**
- **ផ្នែក I** "ការស្នើសុំឱ្យយើងបន្តការជានាលើសេវាវេជ្ជសាស្ត្រជាកលាក់ (ផ្នែកនេះយកមកអនុវត្តបានតែចំពោះសេវាកម្មទាំងនេះប៉ុណ្ណោះ៖ ការថែទាំសុខភាពតាមផ្ទះ កន្លែងថែទាំសុខភាពដែលមានជំនាញ និងសេវាថែទាំនៅមន្ទីរស្ថានិតិសម្បទាពេញលេញដល់អ្នកជំងឺមិនសម្រាកព្យាបាល (CORF) ។)

ប្រសិនបើអ្នកមិនប្រាកដថាត្រូវប្រើផ្នែកមួយណា នោះ សូមទូរសព្ទទៅកាន់ផ្នែកថែទាំអតិថិជនតាមលេខនៅខាងក្រោមទំព័រ។ អ្នកក៏អាចទទួលបានជំនួយ ឬព័ត៌មានពីអង្គការរដ្ឋាភិបាល ដូចជាកម្មវិធីជំនួយជានាវ៉ាប់រងសុខភាពរដ្ឋរបស់អ្នកជាដើម។

F. ការថែទាំផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ

ផ្នែកនេះពន្យល់ពីអ្វីដែលត្រូវធ្វើ ប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហាក្នុងការទទួលបានការជានាវ៉ាប់រងសម្រាប់ការថែទាំសុខភាព ឬប្រសិនបើអ្នកចង់ឱ្យយើងសងអ្នកវិញសម្រាប់ចំណែករបស់យើងនៃថ្លៃថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក។

ផ្នែកនេះគឺអំពីអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នកសម្រាប់ការថែទាំផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ និងសេវាកម្មដែលត្រូវបានពិពណ៌នានៅក្នុង **ជំពូក 4** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិករបស់អ្នក។* ជាទូទៅយើងសំដៅទៅលើ "ការជានាវ៉ាប់រងលើការថែទាំផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ" ឬ "ការថែទាំផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ" នៅក្នុងផ្នែកដែលនៅសល់នៃផ្នែកនេះទាំងអស់។ ពាក្យថា "ការថែទាំផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ" រួមមានសេវា និងផលិតផលវេជ្ជសា ក៏ដូចជាឱសថមានវេជ្ជបញ្ជារបស់ Medicare ផ្នែក B ដែលជាធម្មតាគឺជាឱសថដែលត្រូវបានក្រប់ក្រងដោយវេជ្ជបណ្ឌិត ឬអ្នកជំនាញថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក។ ច្បាប់ផ្សេងៗអាចអនុវត្តចំពោះឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាផ្នែក B។ នៅពេលដែលវាកើតឡើង យើងពន្យល់ពីរបៀបដែលច្បាប់ឱសថមានវេជ្ជបញ្ជារបស់ផ្នែក B មានភាពខុសគ្នាពីច្បាប់សម្រាប់សេវាវេជ្ជសាស្ត្រ និងផលិតផលវេជ្ជសាស្ត្រផ្សេងៗ។

F1. ការប្រើប្រាស់ផ្នែកនេះ

ផ្នែកនេះនឹងពន្យល់ពីអ្វីដែលអ្នកអាចធ្វើបានក្នុងស្ថានភាពដូចខាងក្រោម៖

1. អ្នកគិតថាយើងជានាវ៉ាប់រងលើការថែទាំផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដែលអ្នកត្រូវការ ប៉ុន្តែមិនទទួលបាន

   អ្វីដែលអ្នកអាចធ្វើបាន៖ អ្នកអាចស្នើសុំសេចក្តីសម្រេចលើការជានាវ៉ាប់រងពីយើងបាន។ សូមមើលទៅ **ផ្នែក F2**។

2. យើងមិនបានយល់ព្រមការថែទាំផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដែលវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក ឬអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពរបស់អ្នកផ្សេងទៀតចង់ផ្តល់ឱ្យអ្នកនោះទេ ហើយអ្នកគិតថាយើងគួរតែយល់ព្រម។

អ្វីដែលអ្នកអាចធ្វើបាន៖ អ្នកអាចប្តឹងឧទ្ធរណ៍ចំពោះការសម្រេចរបស់យើងនេះបាន។ សូមលើទៅ **ផ្នែក F3**។

3. អ្នកបានទទួលការថែទាំផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដែលអ្នកគិតថាយើងជានារ៉ាប់រង ប៉ុន្តែយើងនឹងមិនបង់ប្រាក់ជូន។

អ្វីដែលអ្នកអាចធ្វើបាន៖ អ្នកអាចប្តឹងឧទ្ធរណ៍អំពីសេចក្តីសម្រេចរបស់យើងមិនឲ្យបង់ថ្លៃ។ សូមមើលទៅ **ផ្នែក F5**។

4. អ្នកបានទទួល និងបង់ប្រាក់សម្រាប់ការថែទាំផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដែលអ្នកគិតថាយើងបានជានារ៉ាប់រង ហើយអ្នកចង់ឱ្យយើងសងអ្នកវិញ។

អ្វីដែលអ្នកអាចធ្វើបាន៖ អ្នកអាចស្នើគម្រោងនេះធ្វើសងការចំណាយទៅអ្នកវិញ។ សូមមើលទៅ **ផ្នែក F5**។

5. យើងបានកាត់បន្ថយ ឬបញ្ឈប់ការជានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកសម្រាប់ការថែទាំផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រជាក់លាក់ ហើយអ្នកគិតថាការសម្រេចចិត្តរបស់យើងអាចប៉ះពាល់ដល់សុខភាពរបស់អ្នក។

6. អ្នកកំពុងជួបប្រទះការពន្យាពេលក្នុងការថែទាំ ឬអ្នកមិនអាចរកវេជ្ជបណ្ឌិតបានទេ។

អ្វីដែលអ្នកអាចធ្វើបាន៖ អ្នកអាចប្តឹងឧទ្ធរណ៍លើការសម្រេចចិត្តរបស់យើងក្នុងការកាត់បន្ថយ ឬបញ្ឈប់ការថែទាំផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ។ សូមមើលទៅ **ផ្នែក F4**។

- បើការជានារ៉ាប់រងគឺសម្រាប់សេវាថែទាំសុខភាពនៅមន្ទីរពេទ្យ នៅផ្ទះ មណ្ឌលថែសុខភាពជំនាញ ឬសេវាថែទាំនៅមន្ទីរស្ថានិតិសម្បទាពេញលេញដល់អ្នកជំងឺមិនសម្រាកព្យាបាល (CORF) ច្បាប់ពិសេសដែលនឹងត្រូវយកមកអនុវត្ត។ សូមមើលទៅ **ផ្នែក H** ឬ **ផ្នែក I** ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែម។
- សម្រាប់ស្ថានភាពផ្សេងទៀតទាំងអស់ដែលពាក់ព័ន្ធនឹងការកាត់បន្ថយ ឬបញ្ឈប់ការជានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកសម្រាប់ការថែទាំផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រជាក់លាក់ សូមប្រើផ្នែកនេះ (**ផ្នែក F**) ជាការណែនាំរបស់អ្នក។

F2. ស្នើសុំសេចក្តីសម្រេចលើការជានារ៉ាប់រង

> នៅពេលដែលការសម្រេចចិត្តលើការជានារ៉ាប់រងពាក់ព័ន្ធនឹងការថែទាំផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នក វាត្រូវបានគេហៅថា **"ការរួមបញ្ចូលការកំណត់ការរៀបចំ"**។

អ្នក ឬវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក ឬអ្នកតំណាងរបស់អ្នកអាចសួរមកយើងសម្រាប់ការសម្រេចចិត្តលើការជានារ៉ាប់រងដោយ៖

- ហៅទូរសព្ទ៖ (800) 452-4413 TTY៖ 711។
- ទូរសារ៖ (877) 251-6671។

- ដោយសរសេរសំបុត្រ៖ BlueShield TotalDual Plan P.O. Box 927, Woodland Hills, CA 91365-9856។

សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងស្តង់ដារ

Blue Shield TotalDual Plan នឹងសម្រេចលើការអនុញ្ញាតជាមុនតាមទម្លាប់ក្នុងរយៈពេល 5 ថ្ងៃធ្វើការ បន្ទាប់ពីពេលដែល Blue Shield TotalDual Plan ទទួលបានព័ត៌មានដែលត្រូវការដើម្បីធ្វើការសម្រេចចិត្ត ហើយមិនលើសពី 14 ថ្ងៃតាមប្រតិទិនបន្ទាប់ពី Blue Shield TotalDual Plan បានទទួលសំណើ។ នៅពេលយើងផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវការសម្រេចចិត្តរបស់យើង នោះយើងនឹងប្រើកាលបរិច្ឆេទកំណត់ "ស្តង់ដារ" លុះត្រាតែយើងយល់ព្រមកាលបរិច្ឆេទកំណត់ "រហ័ស" ។សេចក្តីសម្រេចចិត្តលើការធានារ៉ាប់រង ស្តង់ដារមួយ មានន័យថា យើងផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវចម្លើយអំពី៖

- សេវាវេជ្ជសាស្ត្រ ឬផលិតផលវេជ្ជសាស្ត្រក្នុងរយៈពេល 5 ថ្ងៃធ្វើការ បន្ទាប់ពីយើងទទួលបានសំណើរបស់អ្នក។

- ឱសថមានវេជ្ជបញ្ជារបស់ Medicare ផ្នែក B ក្នុងរយៈពេល 72 ម៉ោងបន្ទាប់ពីយើងទទួលបានសំណើរបស់អ្នក។

សម្រាប់ផលិតផល ឬសេវាវេជ្ជសាស្ត្រ យើងអាចចំណាយពេលរហូតដល់ 14 ថ្ងៃតាមប្រតិទិន ប្រសិនបើអ្នកស្នើសុំពេលវេលាបន្ថែម ឬប្រសិនបើយើងត្រូវការព័ត៌មានបន្ថែមដែលអាចផ្តល់អត្ថប្រយោជន៍ដល់អ្នក (ដូចជាកំណត់ត្រាវេជ្ជសាស្ត្រពីអ្នកផ្តល់សេវាក្រៅបណ្តាញ)។ ប្រសិនបើយើងចំណាយពេលបន្ថែម ដើម្បីធ្វើការសម្រេចចិត្ត យើងនឹងផ្តល់ដំណឹងជូនអ្នកជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ។ **យើងខ្ចីមិនអាចបន្ថែមថ្ងៃបានទេ ប្រសិនបើសំណើរបស់អ្នកគឺសម្រាប់ឱសថមានវេជ្ជបញ្ជា Medicare ផ្នែក B នោះ។**

ប្រសិនបើអ្នកគិតថាយើងមិនគួរ **ប្រើ** ថ្ងៃបន្ថែមនោះ អ្នកអាចដាក់ "ពាក្យបណ្តឹងតវ៉ារហ័ស" អំពីការសម្រេចចិត្តរបស់យើងក្នុងការយកថ្ងៃបន្ថែមទៀត។ នៅពេលអ្នកដាក់បណ្តឹងតវ៉ារហ័ស យើងនឹងផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវចម្លើយចំពោះពាក្យបណ្តឹងរបស់អ្នកក្នុងរយៈពេល 24 ម៉ោង។ នីតិវិធីសម្រាប់ការធ្វើពាក្យបណ្តឹងគឺខុសគ្នាពីដំណើរការសម្រាប់ការសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង និងបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីការដាក់ពាក្យបណ្តឹងតវ៉ា រួមទាំងបណ្តឹងរហ័ស សូមមើល **ផ្នែក K**។

សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងរហ័ស

> វាក្យសព្ទច្បាប់ សម្រាប់ "ការសម្រេចចិត្តស្តីពីការរ៉ាប់រងរហ័ស" គឺ "**ការកំណត់រហ័ស**"។

នៅពេលអ្នកស្នើសុំឱ្យយើងធ្វើការសម្រេចចិត្តលើការធានារ៉ាប់រងអំពីការថែទាំផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នក និងសុខភាពរបស់អ្នក ដែលទាមទារឱ្យមានការឆ្លើយតបរហ័សនោះ សូមស្នើសុំឱ្យពួកយើងដាក់ "ការសម្រេចចិត្តលើការធានារ៉ាប់រងរហ័ស"។ ការសម្រេចចិត្តលើការធានារ៉ាប់រងរហ័សមានន័យថា យើងនឹងផ្តល់ចម្លើយដល់អ្នកអំពី៖

- សេវាវេជ្ជសាស្ត្រ ឬផលិតផលថវេជ្ជសាស្ត្រក្នុងរយៈពេល 72 ម៉ោងបន្ទាប់ពីយើងទទួលបានសំណើរបស់អ្នក។

- ឱសថមានវេជ្ជបញ្ជារបស់ Medicare ផ្នែក B ក្នុងរយៈពេល 24 ម៉ោងបន្ទាប់ពីយើងទទួលបានណើរបស់អ្នក។

សម្រាប់ផលិតផល ឬសេវាវេជ្ជសាស្ត្រ យើងអាចចំណាយពេលរហូតដល់ 14 ថ្ងៃតាមប្រតិទិន ប្រសិនបើយើងរកឃើញព័ត៌មានដែលអាចផ្តល់ប្រយោជន៍ដល់អ្នកដែលមិនបានចាប់អារម្មណ៍ (ដូចជាកំណត់ត្រាវេជ្ជសាស្ត្រពីអ្នកផ្តល់សេវាក្រៅបណ្តាញ) ឬប្រសិនបើអ្នកត្រូវការពេលវេលាដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានពីយើងសម្រាប់ការពិនិត្យឡើងវិញ។ ប្រសិនបើយើងចំណាយពេលបន្ថែម ដើម្បីធ្វើការសម្រេចចិត្ត យើងនឹងផ្តល់ដំណឹងជូនអ្នកជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ។ **យើងខ្ចីមិនអាចបន្ថែមថ្ងៃបាននោះទេ ប្រសិនបើសំណើរបស់អ្នកគឺសម្រាប់ឱសថមានវេជ្ជបញ្ជា Medicare ផ្នែក B នោះ។**

ប្រសិនបើអ្នកគិតថាយើងមិនគួរ **ប្រើ** ថ្ងៃបន្ថែមដើម្បីធ្វើការសម្រេចចិត្តលើការធានារ៉ាប់រងនោះ អ្នកអាចដាក់ "ពាក្យបណ្តឹងតវ៉ារហ័ស" អំពីការសម្រេចចិត្តរបស់យើងក្នុងការយកថ្ងៃបន្ថែមទៀត។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីការធ្វើបណ្តឹង រួមទាំងបណ្តឹងរហ័ស សូមមើលទៅ **ផ្នែក K**។ យើងនឹងទូរសព្ទទៅអ្នកភ្លាមនៅពេលដែលយើងបានធ្វើការសម្រេចចិត្ត។

ដើម្បីទទួលបានសេចក្តីសម្រេចចិត្តលើ ការធានារ៉ាប់រង រហ័ស អ្នកត្រូវតែបំពេញតម្រូវការពីរយ៉ាង៖

- អ្នកកំពុងស្នើសុំការធានារ៉ាប់រងសម្រាប់ការថែទាំផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ ដែលអ្នក **មិនបានទទួល**។ អ្នកមិនអាចស្នើសុំសេចក្តីសម្រេចចិត្តលើ ការធានារ៉ាប់រង រហ័សអំពីការបង់ប្រាក់សម្រាប់ការថែទាំផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដែលអ្នកបានទទួលរួចហើយ។
- ការប្រើប្រាស់ស្តង់ដារកាលបរិច្ឆេទកំណត់ **អាចបង្កគ្រោះថ្នាក់ធ្ងន់ធ្ងរដល់សុខភាពរបស់អ្នក** ឬប៉ះពាល់ដល់សមត្ថភាពការងាររបស់អ្នក ។

យើងផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវការសម្រេចចិត្តលើការធានារ៉ាប់រងឆាប់រហ័សដោយស្វ័យប្រវត្តិ ប្រសិនបើវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកប្រាប់យើងអំពីសុខភាពរបស់អ្នកដែលទាមទារឱ្យមានវានោះ។ ប្រសិន បើអ្នកស្នើសុំដោយគ្មានការគាំទ្រពីវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក យើងនឹងជាអ្នកសម្រេចថាតើអ្នកទទួលបានការសម្រេចចិត្តលើការធានារ៉ាប់រងឆាប់រហ័ស ឬយ៉ាងណានោះ។

ប្រសិនបើយើងសម្រេចថាសុខភាពរបស់អ្នកមិនគ្រប់តាមតម្រូវការក្នុងការទទួលបានសេចក្តីសម្រេចចិត្តលើ ការធានារ៉ាប់រង រហ័ស នោះយើងនឹងផ្ញើសំបុត្រជូនដំណឹងទៅអ្នក ហើយយើងនឹងប្រើស្តង់ដារកាលបរិច្ឆេទកំណត់ជំនួសវិញ។ សំបុត្រនោះនឹងប្រាប់អ្នក៖

- យើងផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវការសម្រេចចិត្តលើការធានារ៉ាប់រងឆាប់រហ័សដោយស្វ័យប្រវត្តិ ប្រសិនបើវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកស្នើសុំវា។
- សំបុត្រនោះក៏នឹងប្រាប់អ្នកពីវិធីដាក់ "បណ្តឹងតវ៉ារហ័ស" អំពីការសម្រេចចិត្តរបស់ពួកយើង ដើម្បីផ្តល់ជូនអ្នកនូវសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងស្តង់ដារជំនួសឱ្យសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងរហ័ស។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីការដាក់ពាក្យបណ្តឹងតវ៉ា រួមទាំងបណ្តឹងរហ័ស សូមមើល **ផ្នែក K**។

ប្រសិនបើយើងនិយាយថា **ទេ** ចំពោះផ្នែកណាមួយ ឬសំណើទាំងអស់របស់អ្នក នោះយើងនឹងផ្ញើសំបុត្រមួយច្បាប់ទៀតភ្ជាប់ជាមួយហេតុផលជូនអ្នក។

- ប្រសិនបើយើងនិយាយថា **ទេ**អ្នកមានសិទ្ធិធ្វើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍។ ប្រសិនបើអ្នកគិតថាយើងធ្វើខុសការធ្វើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍គឺជាវិធីផ្លូវការមួយក្នុងការស្នើសុំឱ្យយើងពិនិត្យមើលការសម្រេចចិត្តរបស់យើង ហើយធ្វើការផ្លាស់ប្តូរវា។
- ប្រសិនបើអ្នកសម្រេចចិត្តធ្វើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ អ្នកនឹងបន្តទៅកម្រិតទី 1 នៃដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ (សូមមើល **ផ្នែក F3**)។

ក្នុងកាល:ទេស:មានកំណត់ យើងអាចច្រានចោលនៅសំណើរបស់អ្នកសម្រាប់ការសម្រេចចិត្តលើការធានារ៉ាប់រង ដែលមានន័យថាយើងនឹងមិនពិនិត្យមើលសំណើនោះឡើងវិញឡើយ។ ឧទាហរណ៍នៃពេលដែលសំណើនឹងត្រូវបានច្រានចោលរួមមាន៖

- ប្រសិនបើសំណើមិនពេញលេញ
- ប្រសិនបើនរណាម្នាក់ធ្វើសំណើក្នុងនាមជាអ្នក ប៉ុន្តែមិនត្រូវបានអនុញ្ញាតស្របច្បាប់ក្នុងការធ្វើដូច្នេះ ឬ
- ប្រសិនបើអ្នកស្នើសុំឱ្យដកសំណើរបស់អ្នកចេញ។

ប្រសិនបើយើងច្រានចោលសំណើសុំការសម្រេចចិត្តលើការធានារ៉ាប់រង យើងនឹងផ្ញើជូនអ្នកនូវការជូនដំណឹងដែលពន្យល់ពីមូលហេតុដែលសំណើនេះត្រូវបានច្រានចោល និងរបៀបស្នើសុំឱ្យមានការពិនិត្យឡើងវិញអំពីការច្រានចោលនេះ។ ការពិនិត្យឡើងវិញនេះត្រូវបានគេហៅថាជាបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍។ បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ត្រូវបានពិភាក្សានៅក្នុងផ្នែកបន្ទាប់។

F3. ការដាក់ពាក្យបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 1

ដើម្បីចាប់ផ្តើមបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ អ្នក វេជ្ជបណ្ឌិត ឬអ្នកតំណាងរបស់អ្នកត្រូវតែទាក់ទងមកយើង។ ទូរសព្ទមកយើងតាមរយៈលេខ 1-800-452-4413 (TTY: 711) ។

ស្នើសុំបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ស្តង់ដារ ឬបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍រហ័ស ជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ ឬហៅមកយើង តាមរយៈលេខ 1-800-452-4413 (TTY: 711)។

- ប្រសិនបើវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក ឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាផ្សេងទៀតស្នើសុំឱ្យបន្តទទួលសេវាកម្ម ឬផលិតផលដែលអ្នកកំពុងទទួលបាន ខណៈពេលដែលអ្នកកំពុងតែដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ នោះអ្នកប្រហែលជាត្រូវចាត់តាំងពួកគេជាអ្នកតំណាងរបស់អ្នកដើម្បីធ្វើសកម្មភាពជំនួសអ្នក។
- ប្រសិនបើនរណាម្នាក់ក្រៅពីវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍សម្រាប់អ្នក សូមបញ្ចូលទម្រង់បែបបទតែងតាំងអ្នកតំណាងដែលអនុញ្ញាតឱ្យបុគ្គលនេះធ្វើជាតំណាងឱ្យអ្នក។ អ្នកអាចទទួលបានទម្រង់ដោយចូរទៅគេហទំព័រ www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf។
- យើងអាចទទួលយកសំណើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ដោយគ្មានទម្រង់បាន ប៉ុន្តែយើងមិនអាចចាប់ផ្តើម ឬបញ្ចប់ការពិនិត្យរបស់យើងបានទេរហូតដល់យើងទទួលបានទម្រង់នោះ។

ប្រសិនបើយើងមិនទទួលបានទម្រង់បែបបទនេះក្នុងរយៈពេល 44 ថ្ងៃនៃថ្ងៃប្រតិទិន បន្ទាប់ពីទទួលបានសំណើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក៖

- យើងច្រានចោលសំណើរបស់អ្នក និង
- យើងនឹងផ្ញើជូនអ្នកនូវសេចក្តីជូនដំណឹងជាលាយលក្ខណ៍អក្សរដែលពន្យល់អំពីសិទ្ធិរបស់អ្នកក្នុងការស្នើសុំឱ្យអង្គការត្រួតពិនិត្យឯករាជ្យពិនិត្យមើលការសម្រេចចិត្តរបស់យើងក្នុងការច្រានចោលបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក។

អ្នកត្រូវស្នើសុំដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍**ក្នុងអំឡុងពេល 60 ថ្ងៃតាមប្រតិទិន**គិតចាប់ពីកាលបរិច្ឆេទមាននៅលើលិខិតដែលយើងខ្ញុំបានផ្ញើទៅអ្នក ដើម្បីជម្រាបពីសេចក្តីសម្រេចរបស់យើងខ្ញុំ។

បើអ្នកខកកាលបរិច្ឆេទកំណត់ ហើយមានមូលហេតុសមរម្យចំពោះការខកខាននោះ យើងអាចផ្តល់ពេលវេលាបន្ថែមជូនអ្នកដើម្បីដាក់ពាក្យបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍។ ឧទាហរណ៍នៃមូលហេតុសមរម្យមានដូចជា អ្នកមានជំងឺធ្ងន់ធ្ងរ ឬយើងបានផ្តល់ព័ត៌មានជូនអ្នកខុសអំពីកាលបរិច្ឆេទកំណត់។ ពន្យល់ជ្រាប់ពីមូលហេតុដែលបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នកមានភាពយឺតយ៉ាវនៅពេលអ្នកដាក់ពាក្យបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក។

អ្នកមានសិទ្ធិស្នើសុំយើងខ្ញុំនូវច្បាប់ចម្លងដោយឥតគិតថ្លៃនៃព័ត៌មានអំពីបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក។ អ្នក និងវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកក៏អាចផ្តល់ឱ្យយើងខ្ញុំនូវព័ត៌មានបន្ថែម ដើម្បីគាំទ្រដល់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នកផងដែរ។

ប្រសិនបើសុខភាពរបស់អ្នកត្រូវការវា ត្រូវស្នើសុំបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍រហ័ស។

> វាក្យសព្ទផ្នែកច្បាប់ សម្រាប់ "បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍រហ័ស" គឺ **"ការពន្លឿនការពិចារណាឡើងវិញ"**។

- ប្រសិនបើអ្នកដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ចំពោះការសម្រេចចិត្តដែលយើងបានធ្វើអំពីការធានារ៉ាប់រងសម្រាប់ការថែទាំដែលអ្នកមិនបានទទួល អ្នក និង/ឬវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកនឹងសម្រេចចិត្តថាតើអ្នកត្រូវការការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍រហ័សដែរឬទេ។
- ដំណើរការសម្រាប់ដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍រហ័សគឺដូចគ្នាទៅនឹងការដាក់សេចក្តីសម្រេចចិត្តលើការធានារ៉ាប់រង រហ័ស។ ដើម្បីស្នើសុំការដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍រហ័ស សូមធ្វើតាមការណែនាំសម្រាប់ការស្នើសុំសេចក្តីសម្រេចចិត្តលើ ការធានារ៉ាប់រង រហ័សនៅក្នុង **ផ្នែក F2**។
- ប្រសិនបើវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកប្រាប់យើងថាសុខភាពរបស់អ្នកត្រូវការវា យើងនឹងផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍រហ័ស។

ប្រសិនបើយើងប្រាប់អ្នកថា យើងកំពុងបញ្ឈប់ ឬកាត់បន្ថយសេវា ឬផលិតផលដែលអ្នកទទួលបានរួចហើយ អ្នកប្រហែលជាអាចបន្តសេវា ឬផលិតផលទាំងនោះក្នុងអំឡុងពេលបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក។

- ប្រសិនបើយើងសម្រេចចិត្តផ្លាស់ប្តូរ ឬបញ្ឈប់ការធានារ៉ាប់រងសម្រាប់សេវា ឬផលិតផលដែលអ្នកទទួលបាន យើងផ្ញើការជូនដំណឹងទៅអ្នកមុនពេលយើងចាត់វិធានការ។

- ប្រសិនបើអ្នកមិនយល់ស្របនឹងការសម្រេចចិត្តរបស់យើង អ្នកអាចដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 1។
- យើងបន្តជានារ៉ាប់រងសេវា ឬផលិតផល ប្រសិនបើអ្នកស្នើសុំបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 1 **ក្នុងរយៈពេល 10 ថ្ងៃប្រតិទិន** នៃកាលបរិច្ឆេទនៅលើសំបុត្ររបស់យើង ឬតាមកាលបរិច្ឆេទនៃសកម្មភាពដែលមានប្រសិទ្ធភាព មួយណាមកតាមក្រោយក៏បាន។
  - ប្រសិនបើអ្នកបំពេញតាមកាលកំណត់នេះ អ្នកនឹងទទួលបានសេវា ឬផលិតផលដោយគ្មានការផ្លាស់ប្តូរ ខណៈពេលដែលបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 1 របស់អ្នកកំពុងរង់ចាំការអនុម័ត។
  - អ្នកក៏នឹងទទួលបានសេវា ឬផលិតផលទាំងអស់ផ្សេងទៀត (ដែលមិនមែនជាកម្មវត្ថុនៃបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក) ដោយគ្មានការផ្លាស់ប្តូរ។
  - ប្រសិនបើអ្នកមិនដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍មុនកាលបរិច្ឆេទទាំងនេះទេ នោះសេវា ឬការប្រើប្រាស់ឱសថរបស់អ្នកនឹងមិនត្រូវបានបន្តទេ ខណៈពេលដែលអ្នករង់ចាំការសម្រេចចិត្តលើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក។

យើងនឹងពិចារណាលើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក ហើយផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវចម្លើយរបស់យើង។

- នៅពេលយើងពិនិត្យមើលបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក យើងនឹងពិនិត្យមើលយ៉ាងប្រុងប្រយ័ត្ននូវព័ត៌មានទាំងអស់អំពីសំណើលើការសុំជានារ៉ាប់រងលើការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក។
- យើងនឹងពិនិត្យមើលថាតើខាងយើងខ្ញុំបានអនុវត្តគ្រប់ទៅតាមច្បាប់ទាំងអស់ដែរឬទេ នៅពេលយើងនិយាយថា **ទេ** ទៅនឹងសំណើរបស់អ្នកនោះ។
- យើងនឹងប្រមូលព័ត៌មានបន្ថែមប្រសិនបើយើងត្រូវការវា។ យើងខ្ញុំនឹងទាក់ទងអ្នកឬវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែម។

មានកាលបរិច្ឆេទកំណត់សម្រាប់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍រហ័ស។

- នៅពេលដែលយើងប្រើកាលបរិច្ឆេទកំណត់រហ័ស យើងត្រូវតែផ្តល់ចម្លើយរបស់យើងដល់អ្នក **ក្នុងរយៈពេល 72 ម៉ោងបន្ទាប់ពីយើងទទួលបានបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក**។ យើងនឹងផ្តល់ចម្លើយឱ្យបានឆាប់បើស្ថានភាពសុខភាពរបស់អ្នកតម្រូវឱ្យធ្វើដូច្នោះ។

  ប្រសិនបើយើងមិនផ្តល់ចម្លើយជូនអ្នកក្នុងរយៈពេល 72 ម៉ោងទេ យើងត្រូវតែបញ្ជូនសំណើរបស់អ្នកទៅកាន់ដំណើរការនៃបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2។ បន្ទាប់មក អង្គការត្រួតពិនិត្យឯករាជ្យ នឹងពិនិត្យមើលវា។ បន្ទាប់មកទៀតនៅក្នុងជំពូកនេះ យើងប្រាប់អ្នកអំពីអង្គការនេះ និងពន្យល់អំពីដំណើរការនៃបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2។

- **ប្រសិនបើយើងនិយាយថា យល់ព្រម សម្រាប់ផ្នែកណាមួយ ឬទាំងអស់នៃសំណើរបស់អ្នក** យើងត្រូវតែអនុញ្ញាត ឬផ្តល់ការជានារ៉ាប់រងដែលយើងបានយល់ព្រមផ្តល់ឱ្យក្នុងរយៈពេល 72 ម៉ោងបន្ទាប់ពីយើងទទួលបានបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក។

- **ប្រសិនបើយើងនិយាយថា ទេ ចំពោះផ្នែកមួយ ឬទាំងអស់នៃសំណើរបស់អ្នក** យើងផ្ញើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នកទៅអង្គការត្រួតពិនិត្យឯករាជ្យសម្រាប់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 ។

មានកាលបរិច្ឆេទកំណត់សម្រាប់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ស្តង់ដារ។

- នៅពេលយើងប្រើកាលបរិច្ឆេទកំណត់ស្តង់ដារ យើងត្រូវតែផ្តល់ចម្លើយដល់អ្នក វិញ **ក្នុងរយៈពេល 30 ថ្ងៃនៃប្រតិទិន** បន្ទាប់ពីយើងទទួលបានបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នកសម្រាប់ការធានារ៉ាប់រងសម្រាប់សេវាកម្មដែលអ្នកមិនបានទទួល។

- ប្រសិនបើសំណើរបស់អ្នកគឺសម្រាប់ឱសថមានវេជ្ជបញ្ជារបស់ Medicare ផ្នែក B ដែលអ្នកមិនបានទទួល យើងនឹងផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវចម្លើយរបស់យើងវិញ **ក្នុងរយៈពេល 7 ថ្ងៃនៃប្រតិទិន** បន្ទាប់ពីយើងទទួលបានបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក ឬនាប់ជាងនេះ ប្រសិនបើសុខភាពរបស់អ្នកទាមទារវា។

  ប្រសិនបើយើងមិនផ្តល់ចម្លើយដល់អ្នកតាមកាលកំណត់ នោះយើងត្រូវតែបញ្ជូនសំណើរបស់អ្នកទៅកាន់ដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2។ បន្ទាប់មក អង្គការត្រួតពិនិត្យឯករាជ្យ នឹងពិនិត្យមើលវា។ បន្ទាប់មកទៀតនៅក្នុងជំពូកនេះ យើងប្រាប់អ្នកអំពីអង្គការនេះ និងពន្យល់អំពីដំណើរការនៃបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2។

ប្រសិនបើយើងនិយាយថា យល់ព្រម សម្រាប់ផ្នែកណាមួយ ឬទាំងអស់នៃសំណើរបស់អ្នក
យើងត្រូវតែអនុញ្ញាត ឬផ្តល់ការធានារ៉ាប់រងដែលយើងបានយល់ព្រមផ្តល់ឱ្យក្នុងរយៈពេល 30 ថ្ងៃនៃប្រតិទិន ឬ **ក្នុងរយៈពេល 7 ថ្ងៃនៃប្រតិទិន**
ប្រសិនបើសំណើរបស់អ្នកគឺសម្រាប់ឱសថមានវេជ្ជបញ្ជារបស់ Medicare ផ្នែក B
បន្ទាប់ពីយើងទទួលបានបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក។

*ប្រសិនបើយើងនិយាយថា ទេ ចំពោះផ្នែកណាមួយ ឬសំណើរបស់អ្នកទាំងអស់**អ្នកមានសិទ្ធិដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍បន្ថែម៖***

ប្រសិនបើយើងនិយាយ **ទេ** ចំពោះផ្នែកណាមួយ ឬទាំងអស់នៃអ្វីដែលអ្នកបានស្នើសុំ យើងផ្ញើសំបុត្រទៅអ្នកវិញ។

- ប្រសិនបើបញ្ហារបស់អ្នកពាក់ព័ន្ធនឹងការធានារ៉ាប់រងនៃសេវាកម្ម ឬផលិតផល Medicare សំបុត្រនោះនឹងប្រាប់អ្នកថាពួកយើងបានបញ្ជូនករណីរបស់អ្នកទៅឱ្យអង្គការត្រួតពិនិត្យឯករាជ្យសម្រាប់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 ។

- បើបញ្ហារបស់អ្នកគឺអំពីការធានារ៉ាប់រងសេវាកម្ម ឬផលិតផល Medi-Cal សំបុត្រនោះនឹងប្រាប់អ្នកពីវិធីដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 ដោយខ្លួនអ្នកផ្ទាល់។

F4. ការដាក់ពាក្យបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2

ប្រសិនបើយើងខ្ញុំនិយាយថា **ទេ** ចំពោះមួយផ្នែក ឬទាំងអស់នៃបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 1 របស់អ្នក យើងខ្ញុំនឹងផ្ញើសំបុត្រទៅអ្នកវិញ។ សំបុត្រនេះនឹងប្រាប់អ្នកប្រសិនបើ Medicare, Medi-Cal ឬកម្មវិធីទាំងពីរធ្វើការធានារ៉ាប់រងលើធម្មតាលើសេវាកម្ម ឬផលិតផល។

- ប្រសិនបើបញ្ហារបស់អ្នកពាក់ព័ន្ធនឹងសេវាកម្ម ឬផលិតផលរបស់ **Medicare** រ៉ាប់រងលើធម្មតានោះ យើងខ្ញុំនឹងបញ្ជូនករណីរបស់អ្នកដោយស្វ័យប្រវត្តិទៅកម្រិត 2 នៃដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ បន្ទាប់ពីពេលដែលបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 1 ត្រូវបានបញ្ចប់ភ្លាម។

- ប្រសិនបើបញ្ហារបស់អ្នកគឺអំពីសេវាកម្ម ឬផលិតផល **Medi-Cal** ដែលរ៉ាបរងជាធម្មតានោះ អ្នកអាចដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 ដោយខ្លួនឯង។ សំបុត្រនេះនឹងប្រាប់អ្នកពីរបៀបដាក់បណ្តឹង។ យើងក៏រួមបញ្ចូលព័ត៌មានបន្ថែមនៅពេលក្រោយនៅក្នុងជំពូកនេះ។ យើងមិនដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 ដោយស្វ័យប្រវត្តិសម្រាប់អ្នកសម្រាប់សេវាកម្ម Medi-Cal ឬផលិតផលនោះទេ។

- ប្រសិនបើបញ្ហារបស់អ្នកគឺអំពីសេវាកម្ម ឬផលិតផល **ទាំង Medicare និង Medi-Cal** អាចនឹងជានារ៉ាប់រងនោះ អ្នកនឹងទទួលបានបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 ដោយស្វ័យប្រវត្តិជាមួយអង្គការត្រួតពិនិត្យឯករាជ្យ។ អ្នកក៏អាចស្នើសុំសវនាការយុត្តិធម៌ជាមួយរដ្ឋផងដែរ។

ប្រសិនបើអ្នកមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ការបន្តអត្ថប្រយោជន៍នៅពេលអ្នកដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 1 អត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នកសម្រាប់សេវាកម្ម ផលិតផល ឬឱសថនៅក្រោមបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ក៏អាចបន្តក្នុងអំឡុងពេលដំណើរការបណ្តឹងកម្រិត 2 ផងដែរ។ មើលទៅ **ផ្នែក F3** សម្រាប់ព័ត៌មានអំពីការបន្តអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នកក្នុងអំឡុងពេលបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 1។

- ប្រសិនបើបញ្ហារបស់អ្នកគឺអំពីសេវាកម្មដែលជាធម្មតាជានារ៉ាបរងដោយ Medicare នោះអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នកសម្រាប់សេវាកម្មនោះនឹងមិនបន្តក្នុងអំឡុងពេលដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 ជាមួយអង្គការត្រួតពិនិត្យឯករាជ្យទេ។

- ប្រសិនបើបញ្ហារបស់អ្នកគឺអំពីសេវាកម្មដែលជាធម្មតាជានារ៉ាប់រងដោយ Medi-Cal អត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នកសម្រាប់សេវាកម្មនោះនៅតែបន្តបាន ប្រសិនបើអ្នកដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 ក្នុងរយៈពេល 10 ថ្ងៃនៃប្រតិទិន បន្ទាប់ពីទទួលបានសំបុត្រសម្រេចរបស់យើង។

នៅពេលដែលបញ្ហារបស់អ្នកគឺអំពីសេវាកម្ម ឬផលិតផលដែល Medicare ជានារ៉ាបរងជាធម្មតា

អង្គការត្រួតពិនិត្យឯករាជ្យពិនិត្យបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នកឡើងវិញ។ អង្គការឯករាជ្យមួយដែលត្រូវបានជួលដោយ Medicare ។

> ឈ្មោះផ្លូវការសម្រាប់ "អង្គការត្រួតពិនិត្យឯករាជ្យ" គឺ **"អង្គភាពត្រួតពិនិត្យឯករាជ្យ"** ពេលខ្លះត្រូវបានគេហៅថា **"IRE"**។

- អង្គការនេះមិនមានទំនាក់ទំនងជាមួយនឹងពួកយើងទេ ហើយក៏មិនមែនជាភ្នាក់ងាររដ្ឋាភិបាលនោះដែរ។ Medicare បានជ្រើសរើសក្រុមហ៊ុនជាអង្គការត្រួតពិនិត្យឯករាជ្យ ហើយ Medicare នឹងមើលការខុសត្រូវលើការងាររបស់ពួកគេ។

- យើងផ្ញើព័ត៌មានអំពីបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក ("សំណុំរឿង" របស់អ្នក) ទៅកាន់អង្គការនេះ។ អ្នកមានសិទ្ធិក្នុងការថតចម្លងឯកសារនៃសំណុំរឿងរបស់អ្នកដោយឥតគិតថ្លៃ។
- អ្នកមានសិទ្ធិផ្តល់ព័ត៌មានបន្ថែមដល់អង្គការពិនិត្យឯករាជដើម្បីគាំទ្រការបន្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក។
- អ្នកត្រួតពិនិត្យនៅអង្គការត្រួតពិនិត្យឯករាជ្យនឹងពិនិត្យមើលដោយប្រុងប្រយ័ត្ននូវព័ត៌មានទាំងអស់ដែលទាក់ទងនឹងបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក។

ប្រសិនបើអ្នកមានបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍រហ័សនៅកម្រិត 1 អ្នកក៏មានបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍រហ័សនៅកម្រិត 2 ផងដែរ។

- បើអ្នកមានបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍រហ័សមកពួកយើងនៅកម្រិត 1 នោះអ្នកនឹងមានបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍រហ័សមួយនៅកម្រិត 2 ដោយស្វ័យប្រវត្តិ។ អង្គការត្រួតពិនិត្យឯករាជ្យត្រូវតែផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវចម្លើយចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 របស់អ្នក **ក្នុងរយៈពេល 72 ម៉ោង** នៃការទទួលបានបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក។

ប្រសិនបើអ្នកមានបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ស្តង់ដារនៅកម្រិត 1 អ្នកក៏មានបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ស្តង់ដារនៅកម្រិត 2 ផងដែរ។

- បើអ្នកមានបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ស្តង់ដារមកពួកយើងនៅកម្រិត 1 នោះអ្នកនឹងមានបណ្តឹងបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ស្តង់ដារមួយនៅកម្រិត 2 ដោយស្វ័យប្រវត្តិ។
- ប្រសិនបើសំណើររបស់អ្នកគឺសម្រាប់ផលិតផល ឬសេវាវេជ្ជសាស្ត្រ អង្គការត្រួតពិនិត្យឯករាជ្យត្រូវតែផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវចម្លើយចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 របស់អ្នក **ក្នុងរយៈពេល 30 ថ្ងៃនៃប្រតិទិន** នៃការទទួលបានបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក។
- ប្រសិនបើសំណើររបស់អ្នកគឺសម្រាប់ឱសថមានវេជ្ជបញ្ជារបស់ Medicare ផ្នែក B នោះ អង្គការត្រួតពិនិត្យឯករាជ្យត្រូវតែផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវចម្លើយចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 របស់អ្នក **ក្នុងរយៈពេល 7 ថ្ងៃនៃប្រតិទិន** នៃការទទួលបានបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក។

អង្គការត្រួតពិនិត្យឯករាជ្យផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវចម្លើយរបស់ពួកគេ ជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ និងពន្យល់ពីមូលហេតុ។

- **ប្រសិនបើអង្គការត្រួតពិនិត្យឯករាជ្យនិយាយថា យល់ព្រម ចំពោះផ្នែកមួយ ឬទាំងអស់នៃសំណើសម្រាប់ផលិតផល ឬសេវាវេជ្ជសាស្ត្រ** យើងត្រូវអនុវត្តការសម្រេចចិត្តភ្លាមៗ៖
  - ផ្តល់សិទ្ធិលើការជានាវ៉ាប់រងផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ **ក្នុងរយៈពេល 72 ម៉ោង** ឬ
  - ផ្តល់សេវាកម្មក្នុងរយៈពេល **14 ថ្ងៃនៃប្រតិទិន** បន្ទាប់ពីយើងទទួលបានការសម្រេចចិត្តរបស់អង្គការត្រួតពិនិត្យឯករាជ្យសម្រាប់ **សំណើស្តង់ដារ** ឬ
  - ផ្តល់សេវាកម្ម **ក្នុងរយៈពេល 72 ម៉ោង** ចាប់ពីកាលបរិច្ឆេទដែលយើងទទួលបានពីការសម្រេចចិត្តរបស់អង្គការត្រួតពិនិត្យឯករាជ្យសម្រាប់**ការពាន្លឿនសំណើ**។

- បើអង្គការពិនិត្យឯករាជ្យនិយាយ **បាទ** ចំពោះសំណើមួយផ្នែក ឬទាំងអស់នៃសំណើឱសថមានវេជ្ជបញ្ជា Medicare ផ្នែក B យើងត្រូវតែអនុញ្ញាត ឬផ្តល់ឱសថមានវេជ្ជបញ្ជា Medicare ផ្នែក B ដែលស្ថិតក្រោមករណីវិវាទនោះ៖
  - **ក្នុងរយៈពេល 72 ម៉ោង** បន្ទាប់ពីយើងទទួលបានការសម្រេចចិត្តរបស់អង្គការត្រួតពិនិត្យឯករាជ្យសម្រាប់ **សំណើស្តង់ដារ** ឬ
  - **ក្នុងរយៈពេល 24 ម៉ោង** ចាប់ពីកាលបរិច្ឆេទដែលយើងទទួលបានការសម្រេចចិត្តរបស់អង្គការត្រួតពិនិត្យឯករាជ្យសម្រាប់ **ការពន្លឿនសំណើ។**
- បើអង្គការពិនិត្យឯករាជ្យនិយាយ **ទេ** ចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នកមួយផ្នែក ឬទាំងអស់ វាមានន័យថាពួកគេយល់ព្រមថាយើងមិនគួរយល់ព្រមលើសំណើរបស់អ្នក (ឬផ្នែកនៃសំណើរបស់អ្នក) សម្រាប់ការធានារ៉ាប់រងលើការថែទាំផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ។ នេះត្រូវបានគេហៅថា "ការរក្សាសេចក្តីសម្រេច" ឬ "ការច្រានចោលបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក"។

ប្រសិនបើសំណុំរឿងរបស់អ្នកបំពេញតាមតម្រូវការ អ្នកជ្រើសរើសថាតើអ្នកចង់ដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍បន្ថែម ឬអត់នោះ។

មានកម្រិតបន្ថែមចំនួនបីនៅក្នុងដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍បន្ទាប់ពីកម្រិត 2 សម្រាប់សរុបមានចំនួនប្រាំកម្រិត។

ប្រសិនបើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 របស់អ្នកត្រូវបានបដិសេធ ហើយអ្នកបំពេញតាមតម្រូវការដើម្បីបន្តដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ អ្នកត្រូវតែសម្រេចចិត្តថាតើត្រូវបន្តទៅកម្រិត 3 ហើយដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ជាលើទីបី ឬអត់នោះ។ ព័ត៌មានលម្អិតអំពីរបៀបដាក់នេះគឺមាននៅក្នុងសេចក្តីជូនដំណឹងជាលាយលក្ខណ៍អក្សរដែលអ្នកទទួលបានបន្ទាប់ពីការដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 របស់អ្នក។

ចៅក្រមច្បាប់រដ្ឋបាល ឬមេធាវីកាត់សេចក្តីដោះស្រាយបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 3។ សូមមើល **ផ្នែក J** សម្រាប់ព័ត៌មានអំពីបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិតទី 3 ទី 4 និងទី 5។

នៅពេលដែលបញ្ហារបស់អ្នកគឺអំពីសេវាកម្ម ឬផលិតផលដែល Medi-Cal ធានារ៉ាប់រងជាធម្មតា

មានវិធីពីរយ៉ាងដើម្បីដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 សម្រាប់សេវា និងផលិតផល Medi-Cal៖ (1) បំពេញពាក្យបណ្តឹង ឬការពិនិត្យសារឡើងវិញផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដោយឯករាជ្យ ឬ (2) ការបើកសវនាការរដ្ឋ ។

(1) ការពិនិត្យសារឡើងវិញផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដោយឯករាជ្យ

អ្នកអាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងតវ៉ាឬ ស្នើសុំការពិនិត្យសារឡើងវិញផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដោយឯករាជ្យ(IMR) ពីមជ្ឈមណ្ឌលជំនួយនៅក្រសួង Department of Managed Health Care នៃរដ្ឋ California ។ តាមរយៈការបំពេញពាក្យបណ្តឹងតវ៉ា DMHC នឹងត្រួតពិនិត្យការសម្រេចចិត្តរបស់យើងឡើងវិញ និងធ្វើសេចក្តីសម្រេច។ IMR ផ្តល់ជូនសេវាធានារ៉ាប់រង Medi-Cal ឬផលិតផលដែលមានលក្ខណៈវេជ្ជសាស្ត្រ។ IMR គឺជាការពិនិត្យករណីរបស់អ្នកឡើងវិញដោយវេជ្ជបណ្ឌិតដែលមិនមែនជាផ្នែកនៃ

គម្រោងរបស់យើងខ្ញុំ ឬផ្នែកមួយនៃ DMHC។ បើ IMR ត្រូវសម្រេចតាមសំណើរបស់អ្នក យើងខ្ញុំត្រូវតែផ្តល់ជូនអ្នកនូវសេវាកម្ម ឬសម្ភារដែលអ្នកបានស្នើ។ អ្នកមិនត្រូវបង់ថ្លៃសម្រាប់ IMR ទេ។

អ្នកអាចដាក់ពាក្យបណ្តឹង ឬដាក់ពាក្យសុំ IMR ប្រសិនបើផែនការរបស់យើង៖

- បដិសេធ ផ្លាស់ប្តូរ ឬ ពន្យារពេលសេវាកម្ម Medi-Cal ឬ ការព្យាបាលដោយសារតែគម្រោងរបស់យើងកំណត់ថាវាមិនមែនជាការព្យាបាលចាំបាច់។
- នឹងមិនធានារ៉ាប់រងការព្យាបាល Medi-Cal បែបពិសោធន៍ ឬការស៊ើបអង្កេតសម្រាប់ស្ថានភាពជំងឺធ្ងន់ធ្ងរ។
- នឹងមិនទូទាត់ថ្លៃលើការសង្គ្រោះបន្ទាន់ ឬសេវាកម្ម Medi-Cal បន្ទាន់ដែលអ្នកបានទទួលរួចហើយ។
- មិនទាន់បានដោះស្រាយ បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 1 របស់អ្នកអំពីសេវា Medi-Cal ក្នុងរយៈពេល 30 ថ្ងៃតាមប្រតិទិនសម្រាប់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ស្តង់ដារ ឬ 72 ម៉ោងសម្រាប់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍រហ័ស។

កំណត់សម្គាល់៖ បើសិនជាអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកបានដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍សម្រាប់អ្នក ប៉ុន្តែយើងមិនបានទទួលទម្រង់ឯកសារនៃការចាត់តាំងអ្នកតំណាងរបស់អ្នក អ្នកនឹងត្រូវដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នកជាមួយយើងម្តងទៀត មុននឹងអ្នកអាចដាក់ពាក្យសុំ IMR កម្រិត 2 ជាមួយក្រសួង Department of Managed Health Care ។

អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានទាំង IMR និងសវនាការរបស់រដ្ឋ ប៉ុន្តែលុះត្រាតែអ្នកមិនធ្លាប់មានសវនាការរបស់អ្នកអំពីបញ្ហាដូចគ្នានេះ។

ក្នុងករណីភាគច្រើនអ្នកត្រូវដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍មួយជាមួយយើងមុនពេលស្នើសុំ IMR ។ សូមមើលទំព័រទី 216 សម្រាប់ព័ត៌មានស្តីអំពីដំណើរការនៃបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 1 របស់យើង។ ប្រសិនបើអ្នកមិនយល់ស្របជាមួយនឹងការសម្រេចចិត្តរបស់យើង អ្នកអាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងជាមួយ DMHC ស្នើសុំ IMR ពីមជ្ឈមណ្ឌលជំនួយ DMHC។

ប្រសិនបើការព្យាបាលរបស់អ្នកត្រូវបានបដិសេធដោយសារតែវាគឺជាការពិសោធន៍ឬការស៊ើបអង្កេត អ្នកមិនចាំបាច់ចូលរួមនៅក្នុងដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់យើងមុនពេលដែលអ្នកដាក់ពាក្យសុំ IMR នោះទេ។

ប្រសិនបើបញ្ហារបស់អ្នកបន្ទាន់ ឬជាប់ពាក់ព័ន្ធនឹងការគំរាមកំហែងបន្ទាន់និងធ្ងន់ធ្ងរដល់សុខភាពរបស់អ្នក ឬបើសិនជាអ្នកស្ថិតនៅក្នុងការឈឺចាប់ធ្ងន់ធ្ងរ អ្នកអាចបញ្ជូនបញ្ហានេះទៅកាន់ DMHC ដោយមិនចាំបាច់ឆ្លងកាត់នីតិវិធីបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់យើងជាមុននោះទេ ។

អ្នកត្រូវ**ស្នើសុំ IMR ក្នុងកំឡុងពេល 6ខែ** បន្ទាប់ពីយើងខ្ញុំផ្ញើជូនអ្នកនូវសេចក្តីសម្រេចចិត្តជាលាយលក្ខណ៍អក្សរអំពីបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក។ DMHC អាចទទួលយកការដាក់ពាក្យសុំរបស់អ្នកបន្ទាប់រយៈពេល 6 ខែដោយហេតុផលសមរម្យណាមួយ ដូចជាអ្នកមានស្ថានភាពសុខភាព

ដែលរារាំងអ្នកពីការស្នើរសុំ IMR ក្នុងរយៈពេល 6 ខែឬអ្នកមិនបានទទួលការជូនដំណឹងគ្រប់គ្រាន់អំពីដំណើរការ IMR ពីយើងខ្ញុំ។

ដើម្បីស្នើសុំ IMR៖

- បំពេញពាក្យស្នើសុំពិនិត្យសុខភាពឯករាជ្យ/ទម្រង់ពាក្យបណ្តឹងដែលមាននៅ៖ www.dmhc.ca.gov/fileacomplaint/submitanindependentmedicalreviewcomplaintform.aspx ឬទូរសព្ទទៅមជ្ឈមណ្ឌលជំនួយ DMHC តាមរយៈលេខ 1-888-466-2219។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរទូរសព្ទទៅកាន់លេខ 1-877-688-9891។
- ប្រសិនបើអ្នកមាន សូមភ្ជាប់ជាមួយនូវច្បាប់ចម្លងនៃលិខិតឬឯកសារផ្សេងទៀត អំពីសេវាកម្មឬសម្ភារដែលយើងបានបដិសេធ។ ការណ៍នេះអាចជួយបង្កើនល្បឿនដំណើរការ IMR បាន។ សូមផ្ញើឯកសារជាច្បាប់ចម្លង មិនមែនច្បាប់ដើមទេ។ មជ្ឈមណ្ឌលផ្តល់ជំនួយមិនអាចប្រគល់ឯកសារណាមួយ ក្រឡប់ទៅវិញទេ។
- បំពេញសំណុំបែបបទជំនួយការដែលបានអនុញ្ញាតប្រសិនបើនរណាម្នាក់កំពុងជួយអ្នកស្នើសុំ IMR របស់អ្នក។ អ្នកអាចទទួលបានទម្រង់នៅ www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForms.aspx ឬទូរសព្ទទៅមជ្ឈមណ្ឌលជំនួយរបស់ក្រសួងតាមរយៈលេខ 1-888-466-2219 ។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរទូរសព្ទទៅកាន់លេខ 1-877-688-9891។
- ផ្ញើសំបុត្រ ឬទូរសារនូវទម្រង់បែបបទនិងឯកសារភ្ជាប់ណាមួយរបស់អ្នកទៅកាន់៖

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

ប្រសិនបើអ្នកមានសិទ្ធិទទួលបាន IMR នោះ DMHC នឹងពិនិត្យករណីរបស់អ្នកឡើងវិញហើយផ្ញើលិខិតមួយច្បាប់ក្នុងរយៈពេល 7 ថ្ងៃតាមប្រតិទិនដែលប្រាប់អ្នកថាអ្នកមានសិទ្ធិទទួលបាន IMR ។ បន្ទាប់ពីពាក្យស្នើរសុំនិងឯកសារគាំទ្ររបស់អ្នកបានទទួលដោយគម្រោងរបស់អ្នក សេចក្តីសម្រេច IMR នឹងត្រូវបានធ្វើឡើងក្នុងរយៈពេល 30 ថ្ងៃនៃថ្ងៃប្រតិទិន។ អ្នកគួរទទួលបានសេចក្តីសម្រេច IMR ក្នុងរយៈពេល 45 ថ្ងៃនៃថ្ងៃប្រតិទិនចំពោះការពាក្យស្នើរសុំដែលពេញលេញ។

ប្រសិនបើករណីរបស់អ្នកបន្ទាន់ហើយអ្នកមានសិទ្ធិទទួលបាន IMR នោះ DMHC នឹងពិនិត្យករណីរបស់អ្នកឡើងវិញ ហើយផ្ញើលិខិតមួយច្បាប់ក្នុងរយៈពេល 2 ថ្ងៃនៃថ្ងៃប្រតិទិន ប្រាប់អ្នកថាអ្នកមានសិទ្ធិទទួល IMR ។ បន្ទាប់ពីការស្នើរសុំនិងឯកសារគាំទ្ររបស់អ្នកទទួលដោយគម្រោងរបស់អ្នកហើយ សេចក្តីសម្រេច IMR នឹងត្រូវបានធ្វើឡើងក្នុងរយៈពេល 3 ថ្ងៃនៃថ្ងៃប្រតិទិន។ អ្នកគួរតែទទួលបានសេក្តីសម្រេច IMR ក្នុងរយៈពេល 7 ថ្ងៃនៃថ្ងៃប្រតិទិនពីការដាក់ពាក្យស្នើរសុំពេញលេញ។ ប្រសិនបើអ្នកមិនពេញចិត្តនឹងលទ្ធផលអំពី IMR នោះអ្នកនៅតែអាចស្នើសុំឱ្យមានសវនាការថ្នាក់រដ្ឋបាន។

អង្គភាព IMR អាចនឹងប្រើប្រាស់ពេលយូរជាងនេះ ប្រសិនបើ DMHC មិនបានទទួលកំណត់ត្រាផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ ទាំងអស់ដែលចាំបាច់ពីអ្នក ឬពីក្រូពេទ្យព្យាបាលអ្នកទេនោះ។ ប្រសិនបើអ្នកកំពុងប្រើប្រាស់វេជ្ជបណ្ឌិតដែលមិនស្ថិតក្នុងបណ្តាញគម្រោងសុខភាពរបស់អ្នក វាចាំបាច់ណាស់ដែលអ្នកត្រូវទទួលបាន ហើយផ្ញើមកយើងនូវកំណត់ត្រាវេជ្ជសាស្ត្រពីវេជ្ជបណ្ឌិតនោះ។ គម្រោងសុខភាពរបស់អ្នកត្រូវតែទទួលបាននូវច្បាប់ថតចម្លងនៃកំណត់ត្រាវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នកពីវេជ្ជបណ្ឌិតដែលស្ថិតក្នុងបណ្តាញ។

ប្រសិនបើ DMHC សម្រេចថាការណើរបស់អ្នកមិនមានសិទ្ធិទទួល IMR នោះ DMHC នឹងពិនិត្យឡើងវិញនូវការណើរបស់អ្នកតាមរយៈដំណើរការពាក្យបណ្តឹងអតិថិជនទៀងទាត់របស់ខ្លួន។ បណ្តឹងរបស់អ្នកគួរតែត្រូវបានដោះស្រាយក្នុងរយៈពេល 30 ថ្ងៃនៃថ្ងៃប្រតិទិនពីការដាក់ពាក្យស្នើរសុំពេញលេញ។ បើសិនជាពាក្យបណ្តឹងរបស់អ្នកគឺបន្ទាន់ វានឹងត្រូវបានដោះស្រាយឆាប់ជាងនេះ។

(2) សវនាការថ្នាក់រដ្ឋ

អ្នកអាចស្នើសុំបើកសវនាការថ្នាក់រដ្ឋសម្រាប់សេវា និងផលិតផលដែលត្រូវបានធានារ៉ាបរងដោយ Medi-Cal។ បើវេជ្ជបណ្ឌិត ឬក្រុមក្រូពេទ្យដទៃទៀតរបស់អ្នកស្នើសុំសេវាកម្ម ឬសម្ភារៈដែលយើងខ្ញុំនឹងមិនឯកភាពផ្តល់ជូន ឬយើងខ្ញុំនឹងមិនបន្តបង់ថ្លៃឲ្យសេវាកម្ម ឬសម្ភារៈដែលអ្នកមានរួច ហើយឬយើងបដិសេធចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 1 របស់អ្នក នោះ អ្នកមានសិទ្ធិស្នើសុំសវនាការថ្នាក់រដ្ឋ។

ក្នុងករណីភាគច្រើន **អ្នកមានរយៈពេល 120 ថ្ងៃ ដើម្បីស្នើសុំសវនាការថ្នាក់រដ្ឋ**បន្ទាប់ពីសេចក្តីជូនដំណឹងអំពី "សវនាការសិទ្ធិរបស់អ្នក" ត្រូវបានផ្ញើទៅអ្នកតាមរយៈអ៊ីម៉ែល។

កំណត់សម្គាល់៖ ប្រសិនបើអ្នកស្នើសុំបើកសវនាការថ្នាក់រដ្ឋ ដោយសារតែយើងបានប្រាប់អ្នកថាសេវាកម្មដែលអ្នកទទួលបាននឹងត្រូវផ្លាស់ប្តូរឬបញ្ឈប់ **អ្នកមានពេលតិចជាងមុនដើម្បីដាក់សំណើរបស់អ្នក** បើអ្នកចង់បន្តទទួលបានសេវាកម្មបច្ចុប្បន្នខណៈពេលដែលបសវនាការថ្នាក់រដ្ឋរបស់អ្នកកំពុងរង់ចាំ។ សូមអាន "តើអត្ថប្រយោជន៍របស់ខ្ញុំនឹងបន្តនៅក្នុងអំឡុងបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 ដែរឬទេ" នៅលើទំព័រ <xx> សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។

មានវិធីចំនួនពីរដើម្បីស្នើសុំសវនាការថ្នាក់រដ្ឋ៖

1. អ្នកអាចបំពេញ "សំណើសុំសវនាការថ្នាក់រដ្ឋ" នៅលើផ្នែកខ្នងនៃការជូនដំណឹងអំពីសកម្មភាពនេះ។ អ្នកគួរផ្តល់ព័ត៌មានដែលបានស្នើសុំទាំងអស់ដូចជាឈ្មោះពេញ អាសយដ្ឋាន លេខទូរសព្ទ ឈ្មោះគម្រោង ឬខោនធី របស់អ្នកដែលបានធ្វើសកម្មភាពប្រឆាំងនឹងអ្នក កម្មវិធីជំនួយពាក់ព័ន្ធ (នានា) និងមូលហេតុលម្អិតដែលអ្នកចង់បានសវនាការមួយ។ បន្ទាប់មក អ្នកអាចដាក់សំណើរបស់អ្នកតាមរយៈវិធីមួយក្នុងចំណោមវិធីទាំងនេះ៖

   - ទៅក្រសួងសុខុមាលភាពខោនធីតាមរយៈអាសយដ្ឋានមាននៅក្នុងសេចក្តីជូនដំណឹង។
   - ទៅក្រសួង Department of Social Services នៃរដ្ឋ California តាមរយៈ៖

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

- ទៅកាន់ផ្នែកសវនាការរដ្ឋ តាមរយៈទូរសារលេខ 916-651-5210 ឬ 916-651-2789 ។

2. អ្នកអាចទូរសព្ទទៅកាន់ក្រសួងសេវាសង្គមរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ាតាមលេខ 1-800-952-5253។ អ្នកប្រើ TTY គួរទូរស័ព្ទមកលេខ1-800-952-8349។ ប្រសិនបើអ្នកសំរេចស្នើសុំសវនាការថ្នាក់រដ្ឋ តាមរយៈទូរសព្ទអ្នកគួរតែដឹងថាខ្សែទូរសព្ទមានភាពមមាញឹកណាស់។

ការិយាល័យសវនាការយុត្តិធម៌ផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវការសម្រេចចិត្តរបស់ពួកគេជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ និងពន្យល់ពីមូលហេតុ។

- ប្រសិនបើការិយាល័យសវនាការយុត្តិធម៌និយាយ **បាទ** ចំពោះផ្នែកណាមួយ ឬទាំងអស់នៃសំណើសម្រាប់ផលិត ឬសេវាវេជ្ជសាស្ត្រ យើងត្រូវតែអនុញ្ញាត ឬផ្តល់សេវាកម្ម ឬផលិត **ក្នុងរយៈពេល 72 ម៉ោង** បន្ទាប់ពីយើងទទួលបានការសម្រេចចិត្តរបស់ពួកគេ។

- ប្រសិនបើការិយាល័យសវនាការយុត្តិធម៌និយាយ **ទេ** ចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នកផ្នែកណាមួយ ឬទាំងអស់ វាមានន័យថាពួកគេយល់ព្រមថាយើងមិនគួរយល់ព្រមលើសំណើរបស់អ្នក (ឬផ្នែកនៃសំណើរបស់អ្នក) សម្រាប់ការធានារ៉ាប់រងលើការថែទាំផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ។ នេះត្រូវបានគេហៅថា "ការរក្សាសេចក្តីសម្រេច" ឬ "ការច្រានចោលបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក"។

ប្រសិនបើអង្គការត្រួតពិនិត្យឯករាជ្យ ឬការសម្រេចរបស់ការិយាល័យសវនាការដោយយុត្តិធម៌ **ទេ** សម្រាប់សំណើរបស់អ្នកទាំងអស់ ឬមួយផ្នែក អ្នកមានសិទ្ធិដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍បន្ថែម។

ប្រសិនបើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 របស់អ្នកបានទៅដល់ **អង្គការត្រួតពិនិត្យឯករាជ្យ** អ្នកអាចដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ម្តងទៀតបានលុះត្រាតែតម្លៃថវិកានៃសេវាកម្ម ឬផលិតដែលអ្នកចង់បានត្រូវនឹង>ចំនួនអប្បបរមាជាក់លាក់។ ចៅក្រមច្បាប់រដ្ឋបាល ឬមេធាវីកាត់សេចក្តីដោះស្រាយបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 3។ **សំបុត្រដែលអ្នកទទួលបានពីអង្គការត្រួតពិនិត្យឯករាជ្យពន្យល់អំពីសិទ្ធិដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍បន្ថែមដែលអ្នកអាចមាន។**

សំបុត្រដែលអ្នកទទួលបានពីការិយាល័យសវនាការយុត្តិធម៌ ពិពណ៌នាអំពីជម្រើសបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍បន្ទាប់។

មើលទៅ **ផ្នែក J** សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីសិទ្ធិបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នកបន្ទាប់ពីកម្រិត 2 ។

F5. បញ្ហាអំពីការបង់ថ្លៃ

យើងខ្ញុំមិនអនុញ្ញាតឱ្យអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញរបស់យើងផ្ទើរិក្កយបត្រឱ្យអ្នកសម្រាប់សេវា និងផលិតផលដែលបានរ៉ាបរងនោះឡើយ។ នេះគឺជារឿងពិត ទោះបីជាយើងខ្ញុំបង់ប្រាក់ជូនអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងចំនួនតិចជាងតម្លៃដែលអ្នកផ្តល់សេវាគិតប្រាក់ឬវត្តដែលមានការរ៉ាប់រងនេះក៏ដោយ។ **អ្នកមិនត្រូវបានតម្រូវឱ្យបង់ប្រាក់វិក្កយបត្រណាទាំងអស់។** ចំនួនទឹកប្រាក់តែមួយ

ប្រភេទគត់ដែលអ្នកត្រូវបង់គឺប្រាក់បង់រួមសម្រាប់ឱសថមានចេញតាមវេជ្ជបញ្ជាដែល ឈ្មោះយីហោ និងទូទៅ។

ប្រសិនបើអ្នកទទួលបានវិក្កយបត្រដែលច្រើនជាងប្រាក់ដែលអ្នកត្រូវបង់រួម សម្រាប់សេវាកម្ម និងផលិតផលដែលស្ថិតក្នុងការធានារ៉ាប់រង សូមផ្ញើវិក្កយបត្រមកយើង។ **អ្នកមិនគួរបង់វិក្កយបត្រដោយខ្លួនអ្នកផ្ទាល់ទេ។** យើងខ្ញុំនឹងទាក់ទងទៅអ្នកផ្តល់សេវានោះដោយផ្ទាល់ និងយកចិត្តទុកដាក់ចំពោះបញ្ហានេះ។ប្រសិនអ្នកបង់ប្រាក់ដោយខ្លួនឯង អ្នកអាចទទួលបានប្រាក់សំណងមកវិញ ប្រសិនបើអ្នកធ្វើតាមច្បាប់សម្រាប់ការទទួលបានសេវាកម្ម ឬផលិតផលនោះ។

សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមមើល **ជំពូកទី 7** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិករបស់អ្នក*។ វាពិពណ៌នាអំពីស្ថានភាពនៅពេលដែលអ្នកប្រហែលជាត្រូវសុំឱ្យយើងសងប្រាក់វិញ ឬបង់ថ្លៃវិក្កយបត្រដែលអ្នកបានទទួលពីអ្នកផ្តល់សេវានោះ។ វាក៏ប្រាប់ពីរបៀបផ្ញើរនូវសន្លឹកកិច្চការមកពួកយើងដែលស្នើឲ្យយើងខ្ញុំបង់ថ្លៃសំណងផងដែរ។

ប្រសិនបើអ្នកស្នើសុំឱ្យសងវិញ អ្នកកំពុងស្នើសុំការសម្រេចចិត្តលើការធានារ៉ាប់រង។ យើងនឹងពិនិត្យមើលថាតើសេវាកម្ម ឬផលិតផលដែលអ្នកបានបង់ហើយនោះត្រូវបានធានារ៉ាប់រង ឬទេ ហើយថាអ្នកបានអនុវត្តគ្រប់ទៅតាមច្បាប់ទាំងអស់សម្រាប់ការប្រើប្រាស់ការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកឬអត់។

- ប្រសិនបើសេវាកម្ម ឬផលិតផលដែលអ្នកបានបង់រួចនោះ ត្រូវបានធានារ៉ាប់រង ហើយអ្នកបានគោរពតាមគ្រប់ច្បាប់ទាំងអស់ នោះយើងខ្ញុំនឹងផ្ញើ *ចំណែកនៃការបង់ថ្លៃរបស់យើងខ្ញុំ* ឱ្យទៅអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកសម្រាប់សេវា ឬផលិតផលនោះក្នុងរយៈពេល 60 ថ្ងៃនៃប្រតិទិន បន្ទាប់ពីយើងបានទទួលសំណើរបស់អ្នក។
- បើអ្នកមិនទាន់បានបង់ថ្លៃសេវាកម្ម ឬសម្ភារទេ យើងខ្ញុំនឹងផ្ញើប្រាក់បង់ថ្លៃទៅក្រុមអ្នកផ្តល់សេវាដោយផ្ទាល់តែម្តង។ នៅពេលយើងខ្ញុំផ្ញើប្រាក់បង់ថ្លៃ វាគឺដូចគ្នានឹងការផ្តល់ចម្លើយថា **យល់ព្រម** តាមសំណើរបស់អ្នកអំពីសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងដែរ។
- ប្រសិនបើសេវាកម្ម ឬផលិតផលមិនត្រូវបានធានារ៉ាប់រង ឬអ្នកមិនបានអនុវត្តតាមច្បាប់ទាំងអស់ យើងនឹងផ្ញើសំបុត្រទៅអ្នកដោយប្រាប់អ្នកថា យើងនឹងមិនបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាកម្ម ឬផលិតផល និងពន្យល់ពីមូលហេតុឱ្យអ្នក។

ប្រសិនបើអ្នកមិនយល់ព្រមនឹងការសម្រេចចិត្តរបស់យើងលើការដែលយើងមិនបង់ប្រាក់នោះ **អ្នកអាចធ្វើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍**។ អនុវត្តតាមដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ដែលបានពិពណ៌នានៅក្នុង **ផ្នែក F3**។ នៅពេលអ្នកធ្វើតាមការណែនាំទាំងនេះ សូមចំណាំ៖

- បើអ្នកដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ស្នើសុំការសងប្រាក់វិញ យើងត្រូវតែផ្តល់ចម្លើយឱ្យអ្នកក្នុងរវាង 30 ថ្ងៃនៃប្រតិទិន បន្ទាប់ពីយើងខ្ញុំទទួលបានបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នកនោះ។
- ប្រសិនបើអ្នកស្នើសុំឱ្យយើងសងទៅអ្នកវិញសម្រាប់ការថែទាំផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដែលអ្នកបានទទួល ហើយបង់ប្រាក់ដោយខ្លួនឯង នោះអ្នកមិនអាចស្នើសុំការប្តឹងឧទ្ធរណ៍រហ័សបានទេ។

ប្រសិនបើចម្លើយរបស់យើងចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នកគឺ **ទេ** ហើយ **Medicare** ជាធម្មតារ៉ាប់រងលើសេវាកម្ម ឬផលិតនោះ យើងនឹងបញ្ជូនករណីរបស់អ្នកទៅអង្គការត្រួតពិនិត្យឯករាជ្យ។ យើងនឹងផ្ញើសំបុត្រទៅអ្នក ប្រសិនបើរឿងនេះកើតឡើង។

- បើអង្គការត្រួតពិនិត្យឯករាជ្យជំទាស់នឹងសេចក្តីសម្រេចរបស់យើងខ្លាំ ហើយនិយាយថាយើងគួរបង់សំណងជូនទៅអ្នក នោះយើងត្រូវតែផ្ញើការទូទាត់ទៅអ្នក ឬដល់ក្រុមអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកក្នុងរយៈពេល 30 ថ្ងៃនៃប្រតិទិន។ ប្រសិនបើចម្លើយទៅនឹងបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នកគឺ **យល់ព្រម** នៅគ្រប់ដំណាក់កាលនៃដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍បន្ទាប់ពីកម្រិតទី 2 នោះយើងខ្លាំត្រូវតែផ្ញើការទូទាត់ដែលអ្នកបានស្នើសុំជូនទៅអ្នកវិញ ឬជូនដល់អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំរបស់អ្នកក្នុងរយៈពេល 60 ថ្ងៃនៃប្រតិទិន។

- បើអង្គការពិនិត្យឯករាជ្យនិយាយថា **ទេ** ចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក វាមានន័យថាពួកគេយល់ព្រមថាយើងមិនគួរយល់ព្រមលើសំណើរបស់អ្នកទេ។ នេះត្រូវបានគេហៅថា "ការរក្សាសេចក្តីសម្រេច" ឬ "ការច្រានចោលបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក"។ អ្នកនឹងទទួលបានសំបុត្រពន្យល់អំពីសិទ្ធិបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍បន្ថែមដែលអ្នកអាចមាន។ មើលទៅ **ផ្នែក J** សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីកម្រិតបន្ថែមនៃបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍។

ប្រសិនបើចម្លើយរបស់យើងចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នកគឺ **ទេ** ហើយ **Medi-Cal** ជាទូទៅជានារ៉ាប់រងលើសេវាកម្ម ឬផលិតផលនេះ អ្នកអាចដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 ដោយខ្លួនឯងបាន។ យើងមិនដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 ដោយស្វ័យប្រវត្តិសម្រាប់អ្នកនោះទេ។ សូមមើល **ផ្នែក F4** សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។

G. ឱសថមានវេជ្ជបញ្ជានៃ Medicare ផ្នែក D និង

អត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នកក្នុងនាមជាសមាជិកគម្រោងរបស់យើងរួមមានការរ៉ាប់រងលើឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាជាច្រើន។ ភាគច្រើននៃឱសថទាំងនេះគឺជាឱសថរបស់ Medicare ផ្នែក D ។ មានឱសថមួយចំនួនដែល Medicare ផ្នែក D មិនជានារ៉ាប់រង តែ Medi-Cal អាចជានារ៉ាប់រងបាន។ **ផ្នែកនេះអនុវត្តតែចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ផ្នែក D ។** យើងនឹងនិយាយថា "ឱសថ" នៅក្នុងផ្នែកនេះ ជំនួសឱ្យការនិយាយថា "ឱសថផ្នែក D " គ្រប់ពេល។

ដើម្បីទទួលបានការគ្របដណ្តប់ អ្នកត្រូវតែប្រើឱសថតាមការណែនាំរបស់វេជ្ជបញ្ជា។ នោះមានន័យថាឱសថត្រូវបានអនុម័តដោយរដ្ឋបាលចំណីអាហារ និងឱសថ (FDA) ឬគាំទ្រដោយឯកសារយោងផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រជាក់លាក់មួយចំនួន។ មើលទៅ **ជំពូក 5** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*របស់អ្នក សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីសូចនាករដែលទទួលយកដោយវេជ្ជសាស្ត្រ។

G1. សេចក្តីសម្រេចលើការជានារ៉ាប់រងផ្នែក D និងបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍

នេះគឺជាឧទាហរណ៍អំពីសេចក្តីសម្រេចលើការជានារ៉ាប់រងដែលអ្នកស្នើយើងឱ្យធ្វើឡើងអំពីឱសថតាមផ្នែក D របស់អ្នក៖

- អ្នកសុំឱ្យយើងធ្វើការលើកលែង រួមទាំងការស្នើសុំឱ្យយើង៖
  - o រ៉ាបរងលើឱសថផ្នែក D ដែលមិនមាននៅក្នុងបញ្ជីឱសថនៃគម្រោងរបស់យើង ឬ

- ការរឹតបន្តឹងលើការជានាវ៉ាប់រងរបស់យើងសម្រាប់ឱសថ (ដូចជាកំណត់លើចំនួនដែលអ្នកអាចទទួលបាន)

- បើអ្នកចង់ដឹងថាមានការជានាវ៉ាប់រងលើឱសថសម្រាប់អ្នកឬអត់នោះ អ្នកអាចសាកសួរយើងបាន (ដូចជានៅពេលដែលឱសថរបស់អ្នកស្ថិតនៅក្នុងបញ្ជីឱសថរបស់គម្រោងពួកយើង ប៉ុន្តែយើងត្រូវតែយល់ព្រមជាមុនសិន មុនពេលដែលយើងជានាវ៉ាប់រងទៅលើវា)

កំណត់សម្គាល់៖ ប្រសិនបើឱសថស្ថានរបស់អ្នកប្រាប់អ្នកថា វេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកមិនអាចបើកដូចដែលបានសរសេរនោះទេ ឱសថស្ថាននោះត្រូវផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវការជូនដំណឹងជាលាយលក្ខណ៍អក្សរពន្យល់ពីរបៀបទាក់ទងមកយើងដើម្បីសុំការសម្រេចចិត្តលើការជានាវ៉ាប់រង។

> ការសម្រេចចិត្តលើការជានាវ៉ាប់រងដំបូងអំពីឱសថផ្នែក D របស់អ្នកត្រូវបានគេហៅថា **"ការកំណត់ការជានាវ៉ាប់រង។"**

- អ្នកចង់ឱ្យយើងបង់ថ្លៃឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាដែលអ្នកបានទិញរួច។ នេះគឺជាការស្នើសុំសេចក្តីសម្រេចលើការវ៉ាប់រងចំពោះការបង់ថ្លៃ។

បើអ្នកមិនឯកភាពនឹងសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងរបស់យើង នោះអ្នកអាចដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍បាន។ ផ្នែកនេះប្រាប់អ្នកអំពីវិធីស្នើសុំសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងផង និងការដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ផង។ ប្រើតារាងខាងក្រោមដើម្បីជួយអ្នក។

ក្នុងចំណោមស្ថានភាពទាំងនេះ តើអ្នកស្ថិតក្នុងស្ថានភាពមួយណាដែរ?

អ្នកត្រូវការឱសថដែលមិនមាននៅក្នុងបញ្ជីឱសថរបស់យើង ឬចាត់វិធានធ្លាប់ ឬការរឹតបន្តឹងលើឱសថដែលយើងរ៉ាប់រង?	អ្នកចង់ឱ្យយើងធានារ៉ាប់រងឱសថមួយនៅក្នុងបញ្ជីឱសថរបស់យើង ហើយអ្នកគិតថាអ្នកបានបំពេញគ្រប់ទៅតាមច្បាប់គម្រោង ឬការរឹតបន្តឹង (ដូចជាការទទួលបានការយល់ព្រមជាមុន) សម្រាប់ឱសថដែលអ្នកត្រូវការ។	អ្នកចង់ស្នើឱ្យយើងខ្ចីសងថ្លៃឱសថដែលអ្នកទទួលបាន និងទូទាត់រួចហើយនោះទៅអ្នកវិញ។	យើងបានប្រាប់អ្នកថាយើងនឹងមិនធានារ៉ាប់រង ឬបង់ថ្លៃឱសថតាមវិធីដែលអ្នកចង់បាននោះទេ។
អ្នកអាចស្នើឱ្យយើងផ្តល់ករណីលើកលែងមួយ។ (នេះគឺជាប្រភេទនៃសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង។)	**អ្នកអាចស្នើសុំសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងពីយើងបាន។**	**អ្នកអាចស្នើគម្រោងនេះធ្វើសងការចំណាយទៅអ្នកវិញ។** (នេះគឺជាប្រភេទនៃសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង។)	**អ្នកអាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងសាទុក្ខបាន។** (នេះមានន័យថាអ្នកស្នើសុំឱ្យយើងពិចារណាឡើងវិញ។)
ចាប់ផ្តើមជាមួយ **ផ្នែក G2**បន្ទាប់មកមើលទៅ **ផ្នែក G3 និង G4**។	មើលទៅ **ផ្នែក G4**។	មើលទៅ **ផ្នែក G4**។	មើលទៅ **ផ្នែក G5**។

G2. ការលើកលែងផ្នែក D

ប្រសិនបើយើងមិនធានារ៉ាប់រងឱសថតាមវិធីដែលអ្នកចង់បាននោះទេ អ្នកអាចស្នើឱ្យយើងបង្កើត "ករណីលើកលែង"។ ប្រសិនបើយើងបដិសេធសំណើរបស់អ្នកសម្រាប់ការលើកលែង អ្នកអាចដាក់ប្តឹងបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ចំពោះការសម្រេចចិត្តរបស់យើងបាន។

នៅពេលអ្នកស្នើសុំករណីលើកលែង វេជ្ជបណ្ឌិត ឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាដទៃទៀតរបស់អ្នកនឹងត្រូវពន្យល់ពីមូលហេតុអ្វីដែលអ្នកត្រូវការករណីលើកលែងនេះដោយផ្អែកលើផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ។

> ការស្នើសុំការធានារ៉ាប់រងលើឱសថដែលមិនមាននៅក្នុងបញ្ជីឱសថរបស់យើង ឬសម្រាប់ការលុបចោលការរឹតបន្តឹងលើឱសថ ជួនកាលត្រូវបានគេហៅថាការស្នើសុំ **"ការស្នើសុំការលើកលែងចំពោះឱសថ។"**

នេះគឺជាឧទាហរណ៍នៃករណីលើកលែងដែលអ្នក ឬវេជ្ជបណ្ឌិត ឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាដទៃទៀតរបស់អ្នកអាចស្នើយើងខ្ញុំឱ្យផ្តល់ឱ្យ៖

1. **ការធានារ៉ាប់រងឱសថដែលមិនមាននៅក្នុងបញ្ជីឱសថរបស់យើងខ្ញុំ**

   - ប្រសិនបើយើងយល់ព្រមបង្កើតករណីលើកលែង និងធានារ៉ាប់រងឱសថដែលមិនមាននៅក្នុងបញ្ជីឱសថរបស់យើង នោះអ្នកត្រូវបង់ថ្លៃរួមដែលអនុវត្តចំពោះឱសថក្នុងកម្រិតទី 4៖ ឱសថដែលមិនចង់បាន ។
   - អ្នកមិនអាចទទួលបានការលើកលែងចំពោះចំនួនប្រាក់រួមដែលត្រូវការសម្រាប់ឱសថនេះទេ ។

2. **ការដកការពិតបន្តឹងសម្រាប់ឱសថដែលធានារ៉ាប់រង**

   - ច្បាប់បន្ថែម ឬការពិតបន្តឹងអនុវត្តចំពោះឱសថជាក់លាក់មួយចំនួននៅក្នុងបញ្ជីឱសថរបស់យើង (មើលទៅ **ជំពូក 5** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក* របស់អ្នកសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម)។
   - វិធានច្បាប់ ឬការពិតបន្តឹងបន្ថែមលើការធានារ៉ាប់រងឱសថជាក់លាក់មានដូចជា៖
     - ការតម្រូវឲ្យប្រើប្រាសឱសថស្មានយីហោទូទៅ ជំនួសឱសថមានឈ្មោះយីហោ។
     - ទទួលបានការយល់ព្រមពីយើងជាមុន មុនពេលយើងយល់ព្រមក្នុងការធានារ៉ាប់រងឱសថសម្រាប់អ្នក។ ពេលខ្លះវាត្រូវបានគេហៅថា៖ "ការអនុញ្ញាតជាមុន"។
     - តម្រូវឱ្យមានការសាកល្បងឱសថផ្សេងទៀតជាមុនសិន មុននឹងយើងយល់ព្រមលើការធានារ៉ាប់រងឱសថដែលអ្នកស្នើសុំនោះ។ (ពេលខ្លះវាត្រូវបានហៅថា៖៖ "ការព្យាបាលជាជំហាន"។)
     - ការកំណត់បរិមាណ។ សំរាប់ឱសថមួយចំនួន មានការពិតក្បិតលើចំនួនឱសថដែលអ្នកអាចមាន។
     - ប្រសិនបើយើងយល់ព្រមចំពោះករណីលើកលែងសម្រាប់អ្នក ហើយដាក់ការពិតបន្តឹងវិញនោះ អ្នកអាចស្នើសុំការលើកលែងចំពោះចំនួនប្រាក់បង់រួមដែលតម្រូវឱ្យអ្នកបង់។

3. **ការផ្លាស់ប្តូរការធានារ៉ាប់រងឱសថទៅកម្រិតការចែករំលែកថ្លៃចំណាយតម្លៃទាបជាងនេះ។** រាល់ឱសថដែលមាននៅក្នុងបញ្ជីឱសថរបស់យើងគឺស្ថិតនៅក្នុងកម្រិតបែងចែកថ្លៃចំណាយ។ ជាទូទៅ លេខលំដាប់នៃការចែករំលែកថ្លៃចំណាយកាន់តែទាប ចំនួនទឹកប្រាក់នៃការបង់ប្រាក់រួមគ្នាដែលអ្នកត្រូវការគឺកាន់តែតិចដូចគ្នា។

> ការស្នើសុំឱ្យបង់ក្នុងតម្លៃទាបសម្រាប់ឱសថដែលមិនចង់បាន ជួនកាលហៅថាការស្នើសុំ **"ករណីលើកលែងទៅលើកម្រិតតម្លៃ។"**

- បញ្ជីឱសថរបស់យើងច្រើនតែរួមបញ្ចូលឱសថច្រើនជាងមួយសម្រាប់ការព្យាបាលស្ថានភាពជាក់លាក់មួយ។ ឱសថទាំងនេះត្រូវបានគេហៅថា "ឱសថបែបផ្សេង" ។
- ប្រសិនបើឱសថដំនួសសម្រាប់ស្ថានភាពសុខភាពរបស់អ្នកស្ថិតក្នុងកម្រិតនៃការចែករំលែកថ្លៃចំណាយទាបជាងឱសថដែលអ្នកលេប នោះអ្នកអាចស្នើសុំឱ្យយើងជានាវ៉ាប់រងវាទៅតាមចំនួនទឹកប្រាក់នៃការចែករំលែកថ្លៃចំណាយសម្រាប់ឱសថដំនួសនោះ។ វានឹងកាត់បន្ថយចំនួនការបង់ប្រាក់រួមរបស់អ្នកសម្រាប់ឱសថនោះ។

ប្រសិនបើឱសថដែលអ្នកលេបគឺជាផលិតផលជីវសាស្ត្រ អ្នកអាចស្នើសុំឱ្យយើងជានាវ៉ាប់រងវាក្នុងចំនួនទឹកប្រាក់នៃការចែករំលែកថ្លៃចំណាយសម្រាប់កម្រិតទាបបំផុត សម្រាប់ជម្រើសផលិតផលជីវសាស្ត្រលើស្ថានភាពជំងឺរបស់អ្នក។

ប្រសិនបើឱសថដែលអ្នកលេបគឺជាឱសថមានម៉ាកយីហោ អ្នកអាចស្នើសុំឱ្យយើងជានាវ៉ាប់រងវាក្នុងចំនួនទឹកប្រាក់នៃការចែករំលែកថ្លៃចំណាយសម្រាប់កម្រិតទាបបំផុតសម្រាប់ជម្រើសឈ្មោះម៉ាកយីហោផ្សេងសម្រាប់ស្ថានភាពជំងឺរបស់អ្នក។

ប្រសិនបើឱសថដែលអ្នកលេបគឺជាឱសថទូទៅ អ្នកអាចស្នើសុំឱ្យយើងជានាវ៉ាប់រងវាក្នុងចំនួនទឹកប្រាក់នៃការចែករំលែកថ្លៃចំណាយសម្រាប់កម្រិតទាបបំផុតសម្រាប់ជម្រើសម៉ាកយីហោ ឬជម្រើសឱសថទូទៅផ្សេងទៀតសម្រាប់ស្ថានភាពជំងឺរបស់អ្នក។

- អ្នកមិនអាចស្នើឱ្យយើងផ្លាស់ប្តូរកម្រិតនៃការចែករំលែកថ្លៃចំណាយសម្រាប់ឱសថណាមួយនៅក្នុងកម្រិត 5 នោះទេ ឱសថកម្រិតតម្លៃពិសេស។
- ប្រសិនបើយើងយល់ព្រមលើសំណើលើកលែងកម្រិតតម្លៃរបស់អ្នក ហើយមានកម្រិតលើសពីមួយនៃការចែករំលែកចំណាយទាបជាងនឹងឱសថដំនួសដែលអ្នកមិនអាចលេបបានដូច្នេះជាធម្មតាអ្នកបង់ក្នុងតម្លៃទាបបំផុត។

G3. អ្វីដែលសំខាន់ដែលត្រូវដឹងអំពីការស្នើសុំការលើកលែងនេះ

វេជ្ជបណ្ឌិត ឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាដទៃរបស់អ្នកត្រូវតែជ្រាប់ខាងយើងខ្ញុំពីមូលហេតុខាងវេជ្ជសាស្ត្រ។

វេជ្ជបណ្ឌិត ឬក្រុមគ្រូពេទ្យដទៃទៀតរបស់អ្នកត្រូវផ្តល់ការរាយការណ៍ពន្យល់ពីមូលហេតុវេជ្ជសាស្ត្រ ចំពោះការស្នើសុំករណីលើកលែង។ សម្រាប់ការសម្រេចឆាប់រហ័ស សូមបញ្ចូលព័ត៌មានវេជ្ជសាស្ត្រនេះ ពីគ្រូពេទ្យឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាផ្សេងទៀតនៅពេលអ្នកស្នើសុំករណីលើកលែង។

បញ្ជីឱសថរបស់យើងច្រើនតែរួមបញ្ចូលឱសថច្រើនជាងមួយសម្រាប់ការព្យាបាលស្ថានភាពជាក់លាក់មួយ។ ឱសថទាំងនេះត្រូវបានគេហៅថា "ឱសថបែបផ្សេង" ។ ប្រសិនបើឱសថដំនួសមានប្រសិទ្ធភាពដូចនឹងឱសថដែលអ្នកស្នើសុំ ហើយនឹងមិនបង្កឱ្យមានផលប៉ះពាល់ ឬបញ្ហាសុខភាពផ្សេងទៀតនោះ ជាទូទៅយើងធ្វើការ **បដិសេធ** លើការអនុម័តសំណើលើកលែងរបស់អ្នក។ ប្រសិនបើអ្នកស្នើសុំយើងសម្រាប់ការលើកលែងកម្រិតតម្លៃមួយ យើងជាទូទៅ ធ្វើការ**បដិសេធ** ក្នុងការយល់ព្រមលើសំណើលើកលែងរបស់អ្នក លុះត្រាតែឱសថដំនួសទាំងអស់នៅក្នុងកម្រិតតម្លៃចែករំលែកចំណាយទាប នឹងមិនមានដំណើរការល្អសម្រាប់អ្នក ឬទំនងជាបង្កឱ្យមានប្រតិកម្មមិនល្អ ឬគ្រោះថ្នាក់ផ្សេងទៀត។

យើងអាចនិយាយថា យល់ព្រម ឬមិនយល់ព្រម ចំពោះសំណើរបស់អ្នក។

- ប្រសិនបើយើងនិយាយថា **យល់ព្រម** ចំពោះសំណើលើកលែងរបស់អ្នក ការលើកលែងជាធម្មតាមានរយៈពេលរហូតដល់ចុងបញ្ចប់នៃឆ្នាំតាមប្រតិទិន។ នេះគឺជាការពិតដរាបណាវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកបន្តចេញវេជ្ជបញ្ជាឱសថឱ្យអ្នក ហើយឱសថនោះនៅតែមានសុវត្ថិភាព និងប្រសិទ្ធភាពក្នុងការព្យាបាលស្ថានភាពសុខភាពរបស់អ្នក។

- ប្រសិនបើយើងនិយាយថា **មិនយល់ព្រម** ចំពោះសំណើលើកលែងរបស់អ្នក អ្នកអាចដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍បាន។ មើលទៅ **ផ្នែក G5** សម្រាប់ព័ត៌មានស្តីពីការប្តឹងឧទ្ធរណ៍ ប្រសិនបើយើងនិយាយ **មិនយល់ព្រម**។

ផ្នែកបន្ទាប់នេះប្រាប់អ្នកពីវិធីស្នើសុំសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងរួមទាំងករណីលើកលែង។

G4. ការស្នើសុំការសម្រេចចិត្តលើការធានារ៉ាប់រង រួមទាំងករណីលើកលែងមួយ។

- ស្នើសុំប្រភេទនៃការសម្រេចចិត្តលើការធានារ៉ាប់រងដែលអ្នកចង់បានដោយទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-452-4413 (TTY: 711) ការផ្ញើសំបុត្រ ឬការផ្ញើទូរសារមកយើង។ អ្នក អ្នកតំណាង ឬវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក (ឬគ្រូពេទ្យដ៏ទៃទៀត) អាចធ្វើដូច្នេះបាន។ រួមបញ្ចូលឈ្មោះរបស់អ្នក ព័ត៌មានទំនាក់ទំនង និងព័ត៌មានអំពីការទាមទារ។

- អ្នក ឬវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក (ឬក្រុមគ្រូពេទ្យដទៃទៀត) ឬបុគ្គលណាម្នាក់ទៀតដែលធ្វើជាតំណាងរបស់អ្នកអាចស្នើសុំសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង។ អ្នកក៏អាចឱ្យមេធាវីធ្វើជាតំណាងរបស់អ្នកផងដែរ។

- មើលទៅ **ផ្នែក E3** ដើម្បីស្វែងយល់ពីរបៀបដាក់ឈ្មោះនរណាម្នាក់ជាអ្នកតំណាងរបស់អ្នក។

- អ្នកមិនចាំបាច់ផ្តល់ការអនុញ្ញាតជាលាយលក្ខណ៍អក្សរដល់វេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក ឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាផ្សេងទៀតដើម្បីសុំការសម្រេចចិត្តលើការធានារ៉ាប់រងក្នុងនាមអ្នកនោះទេ។

- ដើម្បីស្នើសុំឱ្យយើងបង់ប្រាក់ទូទាត់សងអ្នកវិញ សូមមើលទៅកាន់**ជំពូកទី 7** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិករបស់អ្នក*។
- ប្រសិនបើអ្នកស្នើសុំការលើកលែង ផ្តល់ឱ្យយើងនូវ "សេចក្តីថ្លែងការណ៍គាំទ្រ" ។ សេចក្តីថ្លែងការណ៍គាំទ្ររួមមានវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក ឬហេតុផលវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាផ្សេងទៀតសម្រាប់សំណើលើកលែង។
- វេជ្ជបណ្ឌិត ឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាដ៏ទៃទៀតរបស់អ្នកអាចផ្ញើសេចក្តីថ្លែងការនេះមកយើងតាមរយៈទូរសារ ឬតាមប្រៃសណីយ៍។ ពួកគេក៏អាចប្រាប់យើងតាមទូរសព្ទ ហើយបន្ទាប់មកទូរសារ ឬផ្ញើសេចក្តីថ្លែងការណ៍តាមប្រៃសណីយ៍។

ប្រសិនបើសុខភាពរបស់អ្នកត្រូវការវា ស្នើសុំយើងនូវ "សេចក្តីសម្រេចលើ ការធានារ៉ាប់រង រហ័ស។"

យើងប្រើ "កាលបរិច្ឆេទកំណត់ស្តង់ដារ" លុះត្រាតែយើងយល់ព្រមប្រើ "កាលបរិច្ឆេទកំណត់រហ័ស" ។

- **សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងស្តង់ដារ** មានន័យថា យើងខ្ញុំនឹងផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវចម្លើយក្នុងរយៈពេល 72 ម៉ោង បន្ទាប់ពីពេលដែលយើងទទួលបានសេចក្តីថ្លែងការណ៍របស់វេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក។
- **សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងឆាប់រហ័ស**មានន័យថាយើងខ្ញុំនឹងផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវចម្លើយក្នុងរយៈពេល 24 ម៉ោងបន្ទាប់ពីយើងខ្ញុំទទួលបានសេចក្តីថ្លែងការណ៍របស់វេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក។

> "សេចក្តីសម្រេចចិត្តលើការធានារ៉ាប់រងរហ័ស" ត្រូវបានគេហៅថា **"ការពន្លឿនលើសេចក្តីសម្រេចពីការធានារ៉ាប់រង"**

អ្នកអាចទទួលបានសេចក្តីសម្រេចលើ ការធានារ៉ាប់រង រហ័សប្រសិនបើ៖

- វាគឺសម្រាប់ឱសថដែលអ្នកមិនបានទទួល។ អ្នកមិនអាចទទួលបានសេចក្តីសម្រេចចិត្តលើ ការធានារ៉ាប់រង រហ័សប្រសិនបើអ្នកស្នើសុំឱ្យយើងសងអ្នកវិញសម្រាប់ឱសថដែលអ្នកបានទិញរួចហើយនោះ។
- សុខភាព ឬសមត្ថភាពដើម្បីធ្វើការងាររបស់អ្នកនឹងមានគ្រោះថ្នាក់ធ្ងន់ធ្ងរ ប្រសិនបើយើងប្រើកាលបរិច្ឆេទកំណត់ស្តង់ដារ។

ប្រសិនបើវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក ឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាផ្សេងទៀតប្រាប់យើងថាសុខភាពរបស់អ្នកត្រូវការការសម្រេចចិត្តលើការធានារ៉ាប់រងឆាប់រហ័ស យើងយល់ព្រម និងផ្តល់ឱ្យអ្នក យើងផ្ញើជូនអ្នកនូវលិខិតមួយច្បាប់ដែលជម្រាបជូនអ្នក។

- ប្រសិនបើអ្នកស្នើសុំការសម្រេចចិត្តលើការធានារ៉ាប់រងរហ័ស ដោយគ្មានការគាំទ្រពីវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក ឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាផ្សេងទៀត យើងសម្រេចចិត្តថាតើអ្នកទទួលបានការសម្រេចចិត្តលើការធានារ៉ាប់រងរហ័សដែរឬទេ។

- ប្រសិនបើយើងសម្រេចចិត្តថាស្ថានភាពសុខភាពរបស់អ្នកមិនបំពេញតាមតម្រូវការសម្រាប់សេចក្តីសម្រេចចិត្តលើការធានារ៉ាប់រងរហ័សទេនោះ យើងនឹងប្រើកាលបរិច្ឆេទកំណត់ស្តង់ដារជំនួសវិញ។

  យើងផ្ញើជូនអ្នកនូវលិខិតមួយច្បាប់ដែលជម្រាបជូនអ្នក។ សំបុត្រនេះក៏ប្រាប់អ្នកពីរបៀបធ្វើបណ្តឹងអំពីការសម្រេចចិត្តរបស់យើង។

  លោកអ្នកអាចដាក់ "ពាក្យបណ្តឹងរហ័ស" ហើយនឹងទទួលបានចម្លើយតបទៅនឹងពាក្យបណ្តឹងនោះវិញក្នុងរយៈពេល 24 ម៉ោង។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីការធ្វើបណ្តឹង រួមទាំងការតវ៉ារហ័ស សូមមើលទៅ **ផ្នែក K**។

ថ្ងៃផុតកំណត់ចំពោះសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងរហ័ស

- ប្រសិនបើយើងប្រើកាលបរិច្ឆេទកំណត់រហ័ស យើងត្រូវតែផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវចម្លើយរបស់យើងក្នុងរយៈពេល 24 ម៉ោង បន្ទាប់ពីយើងទទួលបានសំណើររបស់អ្នក។ ប្រសិនបើអ្នកស្នើសុំការលើកលែង យើងផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវចម្លើយរបស់យើងក្នុងរយៈពេល 24 ម៉ោងបន្ទាប់ពីយើងទទួលបានសេចក្តីថ្លែងការណ៍គាំទ្រពីវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក។ យើងផ្តល់ជូនអ្នកនូវចម្លើយឱ្យបានឆាប់ ប្រសិនបើស្ថានភាពសុខភាពរបស់អ្នកត្រូវការវា។

- ប្រសិនបើយើងមិនបំពេញតាមកាលបរិច្ឆេទកំណត់នេះទេ យើងបញ្ជូនសំណើរបស់អ្នកទៅកាន់ដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 ដើម្បីឱ្យអង្គការត្រួតពិនិត្យឯករាជ្យពិនិត្យមើល។ មើលទៅ **ផ្នែក G6** សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 ។

- ប្រសិនបើយើងនិយាយថា **យល់ព្រម** ចំពោះផ្នែក ឬទាំងអស់នៃសំណើរបស់អ្នក យើងផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវការធានារ៉ាប់រងក្នុងរយៈពេល 24 ម៉ោងបន្ទាប់ពីយើងទទួលបានសំណើរបស់អ្នក ឬសេចក្តីថ្លែងការណ៍គាំទ្រពីវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក។

- ប្រសិនបើយើងនិយាយ **ទេ** ចំពោះផ្នែក ឬទាំងអស់នៃសំណើរបស់អ្នក យើងផ្ញើជូនអ្នកនូវសំបុត្រដែលពន្យល់ពីមូលហេតុ និងប្រាប់អ្នកពីរបៀបដែលអ្នកអាចធ្វើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍។ សំបុត្រនេះក៏ប្រាប់អ្នកពីរបៀបដាក់ពាក្យបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ផងដែរ។

ថ្ងៃផុតកំណត់សម្រាប់ការសម្រេចចិត្តលើការធានារ៉ាប់រងស្តង់ដារអំពីឱសថដែលអ្នកមិនបានទទួល

- ប្រសិនបើយើងកំពុងប្រើកាលកំណត់ស្តង់ដារ យើងត្រូវតែផ្តល់ចម្លើយដល់អ្នកក្នុងរយៈពេល 72 ម៉ោងបន្ទាប់ពីយើងទទួលបានសំណើរបស់អ្នក។ ប្រសិនបើអ្នកស្នើសុំការលើកលែង យើងផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវចម្លើយរបស់យើងក្នុងរយៈពេល 72 ម៉ោងបន្ទាប់ពីយើងទទួលបានសេចក្តីថ្លែងការណ៍គាំទ្រពីវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក។ យើងផ្តល់ជូនអ្នកនូវចម្លើយឱ្យបានឆាប់ ប្រសិនបើស្ថានភាពសុខភាពរបស់អ្នកត្រូវការវា។

- ប្រសិនបើយើងមិនបំពេញតាមកាលបរិច្ឆេទកំណត់នេះទេ យើងបញ្ជូនសំណើរបស់អ្នកទៅកាន់ដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 ដើម្បីឱ្យអង្គការត្រួតពិនិត្យឯករាជ្យពិនិត្យមើល។

- ប្រសិនបើយើងនិយាយ **យល់ព្រម** ចំពោះផ្នែក ឬទាំងអស់នៃសំណើរបស់អ្នក យើងផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវការជានារ៉ាប់រងក្នុងរយៈពេល 72 ម៉ោងបន្ទាប់ពីយើងទទួលបានសំណើរបស់អ្នក ឬសេចក្តីថ្លែងការណ៍គាំទ្រពីវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកសម្រាប់ការលើកលែង។
- ប្រសិនបើយើងនិយាយ **ទេ** ចំពោះផ្នែក ឬទាំងអស់នៃសំណើរបស់អ្នក យើងផ្ញើជូនអ្នកនូវសំបុត្រដែលពន្យល់ពីមូលហេតុ និងប្រាប់អ្នកពីរបៀបដែលអ្នកអាចធ្វើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍។ លិខិតនេះក៏ប្រាប់អ្នកពីរបៀបដាក់ពាក្យបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ផងដែរ។

ថ្ងៃផុតកំណត់ចំពោះការសម្រេចលើការជានារ៉ាប់រងស្តង់ដារអំពីឱសថដែលអ្នកបានទិញរួចហើយ

- យើងខ្ញុំត្រូវផ្តល់ចម្លើយជូនអ្នកក្នុងកំឡុងពេល 14 ថ្ងៃតាមប្រតិទិនបន្ទាប់ពីទទួលបានសំណើរបស់អ្នក។
- ប្រសិនបើយើងមិនបំពេញតាមកាលបរិច្ឆេទកំណត់នេះទេ យើងបញ្ជូនសំណើរបស់អ្នកទៅកាន់ដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 ដើម្បីឱ្យអង្គការត្រួតពិនិត្យឯករាជ្យពិនិត្យមើល។
- ប្រសិនបើយើងនិយាយ **យល់ព្រម** ចំពោះផ្នែក ឬទាំងអស់នៃសំណើរបស់អ្នក យើងសងអ្នកវិញក្នុងរយៈពេល 14 ថ្ងៃតាមប្រតិទិន។
- ប្រសិនបើយើងនិយាយ **ទេ** ចំពោះផ្នែក ឬទាំងអស់នៃសំណើរបស់អ្នក យើងផ្ញើជូនអ្នកនូវសំបុត្រដែលពន្យល់ពីមូលហេតុ និងប្រាប់អ្នកពីរបៀបដែលអ្នកអាចធ្វើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍។ លិខិតនេះក៏ប្រាប់អ្នកពីរបៀបដាក់ពាក្យបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ផងដែរ។

G5. ការដាក់ពាក្យបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 1

> បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ទៅកាន់គម្រោងរបស់យើងអំពីសេចក្តីសម្រេចចិត្តលើការជានារ៉ាប់រងផ្នែកឱសថផ្នែក D ដែលត្រូវបានគេហៅថាគម្រោង **"សេចក្តីសម្រេចឡើងវិញ។"**

- ចាប់ផ្តើម**ស្តង់ដារ** ឬ **បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍រហ័ស**របស់អ្នក តាមរយៈការហៅទៅកាន់ <លេខទូរសព្ទ> ផ្ញើសំបុត្រ ឬទូរសារមកយើង។ អ្នក អ្នកតំណាង ឬវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក (ឬគ្រូពេទ្យដទៃទៀត) អាចធ្វើដូច្នេះបាន។ រួមបញ្ចូលឈ្មោះរបស់អ្នក ព័ត៌មានទំនាក់ទំនង និងព័ត៌មានទាក់ទងនឹងការទាមទាររបស់អ្នក។
- អ្នកត្រូវស្នើសុំដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍**ក្នុងអំឡុងពេល 60 ថ្ងៃតាមប្រតិទិន**គិតចាប់ពីកាលបរិច្ឆេទមាននៅលើលិខិតដែលយើងខ្ញុំបានផ្ញើទៅអ្នក ដើម្បីជម្រាបពីសេចក្តីសម្រេចរបស់យើងខ្ញុំ។
- បើអ្នកខកកាលបរិច្ឆេទកំណត់ ហើយមានមូលហេតុសមរម្យចំពោះការខកខាននោះ យើងអាចផ្តល់ពេលវេលាបន្ថែមជូនអ្នកដើម្បីដាក់ពាក្យបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍។ ឧទាហរណ៍នៃមូលហេតុសមរម្យមានដូចជា អ្នកមានជំងឺធ្ងន់ធ្ងរ ឬយើងបានផ្តល់ព័ត៌មានជូនអ្នកខុសអំពីកាលបរិច្ឆេទកំណត់។ ពន្យល់ប្រាប់ពីមូល

ហេតុដែលបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នកមានភាពយឺតយ៉ាវនៅពេលអ្នកដាក់ពាក្យបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក។

- អ្នកមានសិទ្ធិស្នើសុំយើងខ្ញុំនូវច្បាប់ចម្លងដោយឥតគិតថ្លៃនៃព័ត៌មានអំពីបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក។ អ្នក និងវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកក៏អាចផ្តល់ឱ្យយើងខ្ញុំនូវព័ត៌មានបន្ថែម ដើម្បីគាំទ្រដល់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នកផងដែរ។

ប្រសិនបើសុខភាពរបស់អ្នកត្រូវការវា ត្រូវស្នើសុំបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍រហ័ស។

> ការប្តឹងឧទ្ធរណ៍រហ័សត្រូវបានគេហៅផងដែរថា **"ការពន្លឿនសេចក្តីសម្រេចឡើងវិញ។"**

- ប្រសិនបើអ្នកប្តឹងឧទ្ធរណ៍ចំពោះការសម្រេចចិត្តដែលយើងបានធ្វើអំពីឱសថដែលអ្នកមិនបានទទួល នោះអ្នក និងវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក ឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាផ្សេងទៀតត្រូវសម្រេចចិត្តថាតើអ្នកត្រូវការការប្តឹងឧទ្ធរណ៍រហ័សដែរឬទេ។
- តម្រូវការសម្រាប់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍រហ័សគឺដូចគ្នាទៅនឹងតម្រូវការសម្រាប់សេចក្តីសម្រេចចិត្តលើ ការធានារ៉ាប់រង រហ័សផងដែរ។ សូមមើល **ផ្នែក G4** សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។

យើងនឹងពិចារណាលើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក ហើយផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវចម្លើយរបស់យើង។

- យើងពិនិត្យមើលបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក ហើយពិនិត្យមើលដោយប្រុងប្រយ័ត្ននូវព័ត៌មានទាំងអស់អំពីសំណើរធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នក។
- យើងនឹងពិនិត្យមើលថាតើខាងយើងខ្ញុំបានអនុវត្តទៅតាមច្បាប់ទាំងអស់ដែរឬទេនៅពេលយើងនិយាយថា **ទេ** ទៅនឹងសំណើរបស់អ្នកនោះ។
- យើងខ្ញុំនឹងទាក់ទងអ្នក ឬគ្រូពេទ្យ ឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាដ៏ទៃទៀតរបស់អ្នកដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែម។

ថ្ងៃផុតកំណត់សម្រាប់ការប្តឹងឧទ្ធរណ៍រហ័សនៅកម្រិត 1

- ប្រសិនបើយើងប្រើកាលបរិច្ឆេទកំណត់រហ័ស យើងត្រូវតែផ្តល់ចម្លើយរបស់យើងដល់អ្នក **ក្នុងរយៈពេល 72 ម៉ោង** បន្ទាប់ពីយើងទទួលបានបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក។
- យើងផ្តល់ជូនអ្នកនូវចម្លើយឱ្យបានឆាប់ ប្រសិនបើស្ថានភាពសុខភាពរបស់អ្នកត្រូវការវា។

  ប្រសិនបើយើងមិនផ្តល់ចម្លើយជូនអ្នកក្នុងរយៈពេល 72 ម៉ោងទេ យើងត្រូវតែបញ្ជូនសំណើរបស់អ្នកទៅកាន់ដំណើរការនៃបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2។ បន្ទាប់មក អង្គការត្រួតពិនិត្យឯករាជ្យ ពិនិត្យមើលវា។ សូមមើល **ផ្នែក G6**សម្រាប់ព័ត៌មានអំពីអង្គការត្រួតពិនិត្យ និងដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2។

- ប្រសិនបើយើងនិយាយ **យល់ព្រម** ចំពោះផ្នែក ឬទាំងអស់នៃសំណើរបស់អ្នក យើងត្រូវតែផ្តល់ការជានារ៉ាប់រងដែលយើងបានយល់ព្រមផ្តល់ក្នុងរយៈពេល 72 ម៉ោងបន្ទាប់ពីយើងទទួលបានបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក។
- ប្រសិនបើយើងនិយាយ **ទេ** ចំពោះផ្នែក ឬទាំងអស់នៃសំណើរបស់អ្នក យើងផ្ញើជូនអ្នកនូវសំបុត្រដែលពន្យល់ពីមូលហេតុ និងប្រាប់អ្នកពីរបៀបដែលអ្នកអាចធ្វើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍។

ថ្ងៃផុតកំណត់សម្រាប់ការប្តឹងឧទ្ធរណ៍រហ័សនៅកម្រិត 1

- ប្រសិនបើយើងប្រើកាលបរិច្ឆេទកំណត់ស្តង់ដារ យើងត្រូវតែផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវចម្លើយរបស់យើង **ក្នុងរយៈពេល 7 ថ្ងៃប្រតិទិន** បន្ទាប់ពីយើងទទួលបានបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នកសម្រាប់ឱសថដែលអ្នកមិនបានទទួល។
- យើងផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវការសម្រេចចិត្តរបស់យើងឱ្យបានឆាប់ ប្រសិនបើអ្នកមិនបានទទួលឱសថ ហើយស្ថានភាពសុខភាពរបស់អ្នកទាមទារវា។ បើសុខភាពរបស់លោកអ្នកតម្រូវដូច្នោះ ត្រូវស្នើសុំបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍រហ័ស។

  ប្រសិនបើយើងមិនផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវការសម្រេចចិត្តក្នុងរយៈពេល 7 ថ្ងៃតាមប្រតិទិនទេ យើងត្រូវតែផ្ញើសំណើរបស់អ្នកទៅកម្រិត 2 នៃដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍។ បន្ទាប់មក អង្គការត្រួតពិនិត្យឯករាជ្យ ពិនិត្យមើលវា។ សូមមើល **ផ្នែក G6**សម្រាប់ព័ត៌មានអំពីអង្គការត្រួតពិនិត្យ និងដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2។

ប្រសិនបើយើងនិយាយ **យល់ព្រម** ចំពោះផ្នែក ឬទាំងអស់នៃសំណើរបស់អ្នក៖

- យើងត្រូវតែ **ផ្តល់ការជានារ៉ាប់រង** ដែលយើងបានយល់ព្រមផ្តល់ឱ្យបានលឿនតាមដែលសុខភាពរបស់អ្នកទាមទារគឺ **មិនលើសពី 7 ថ្ងៃប្រតិទិន** បន្ទាប់ពីយើងទទួលបានបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នកនោះទេ។
- យើងត្រូវតែ **ផ្ញើការទូទាត់ទៅអ្នក** សម្រាប់ឱសថដែលអ្នកបានទិញរួច **ក្នុងរយៈពេល 30 ថ្ងៃប្រតិទិន** បន្ទាប់ពីយើងទទួលបានបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក។

ប្រសិនបើយើងនិយាយ **ទេ** ចំពោះផ្នែក ឬទាំងអស់នៃសំណើរបស់អ្នក៖

- យើងនឹងផ្ញើជូនអ្នកនូវសំបុត្រដែលពន្យល់ពីមូលហេតុ និងប្រាប់អ្នកពីរបៀបដែលអ្នកអាចធ្វើការប្តឹងឧទ្ធរណ៍បាន។
- យើងត្រូវតែផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវចម្លើយរបស់យើងអំពីការសងអ្នកវិញសម្រាប់ឱសថដែលអ្នកបានទិញរួច **ក្នុងរយៈពេល 14 ថ្ងៃប្រតិទិន** បន្ទាប់ពីយើងទទួលបានបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក។

  ប្រសិនបើយើងមិនផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវការសម្រេចចិត្តក្នុងរយៈពេល 14 ថ្ងៃតាមប្រតិទិនទេ យើងត្រូវតែផ្ញើសំណើរបស់អ្នកទៅកម្រិត 2 នៃដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍។ បន្ទាប់មក អង្គការត្រួតពិនិត្យឯករាជ្យពិនិត្យមើលវា។ សូមមើល **ផ្នែក G6**សម្រាប់ព័ត៌មានអំពីអង្គការត្រួតពិនិត្យ និងដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2។

- ប្រសិនបើយើងនិយាយ **យល់ព្រម** ចំពោះផ្នែក ឬទាំងអស់នៃសំណើរបស់អ្នក យើងត្រូវតែបង់ប្រាក់ឱ្យអ្នកក្នុងរយៈពេល 30 ថ្ងៃតាមប្រតិទិន បន្ទាប់ពីយើងទទួលបានសំណើរបស់អ្នក។
- ប្រសិនបើយើងនិយាយ **ទេ** ចំពោះផ្នែក ឬទាំងអស់នៃសំណើរបស់អ្នក យើងផ្ញើជូនអ្នកនូវសំបុត្រដែលពន្យល់ពីមូលហេតុ និងប្រាប់អ្នកពីរបៀបដែលអ្នកអាចធ្វើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍។

G6. ការដាក់ពាក្យបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2

ប្រសិនបើយើងនិយាយ **ទេ** ចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 1 របស់អ្នក អ្នកអាចទទួលយកការសម្រេចចិត្តរបស់យើង ឬដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍មួយផ្សេងទៀត។ ប្រសិនបើអ្នកសម្រេចចិត្តដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍មួយផ្សេងទៀត អ្នកអាចប្រើដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 ។ **អង្គការត្រួតពិនិត្យឯករាជ្យ** នឹងពិនិត្យមើលការសម្រេចចិត្តរបស់យើងនៅពេលយើងនិយាយ **ទេ** ចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ដំបូងរបស់អ្នក។ អង្គការនេះនឹងសម្រេចថាតើយើងគួរផ្លាស់ប្តូរការសម្រេចចិត្តរបស់យើងឬអត់។

> ឈ្មោះផ្លូវការសម្រាប់ "អង្គការត្រួតពិនិត្យឯករាជ្យ" គឺ **"អង្គភាពត្រួតពិនិត្យឯករាជ្យ"** ពេលខ្លះត្រូវបានគេហៅថា **"IRE"**។

ដើម្បីដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 អ្នក អ្នកតំណាងរបស់អ្នក ឬវេជ្ជបណ្ឌិត ឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាផ្សេងទៀតរបស់អ្នក ត្រូវតែទាក់ទងទៅអង្គការត្រួតពិនិត្យឯករាជ្យ **ជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ** ហើយស្នើសុំការពិនិត្យឡើងវិញលើករណីរបស់អ្នក។

- ប្រសិនបើយើងនិយាយ **ទេ** ទៅលើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 1 របស់អ្នក សំបុត្រដែលយើងផ្ញើជូនអ្នកនឹងរួមបញ្ចូល **ការណែនាំអំពីរបៀបធ្វើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2** ជាមួយអង្គការត្រួតពិនិត្យឯករាជ្យ។ ការណែនាំនឹងប្រាប់ថាតើអ្នកណាដែលអាចធ្វើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 ហើយថាតើកាលបរិច្ឆេទកំណត់ពេលណាដែលអ្នកត្រូវតែអនុវត្តតាម និងរបៀបដើម្បីទៅដល់អង្គការនោះ។
- នៅពេលអ្នកធ្វើការប្តឹងឧទ្ធរណ៍ទៅអង្គការត្រួតពិនិត្យឯករាជ្យ យើងនឹងផ្ញើព័ត៌មានដែលយើងមានអំពីការប្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នកទៅកាន់អង្គការ។ ព័ត៌មាននេះត្រូវបានគេហៅថា "សំណុំរឿង" របស់អ្នក។ **អ្នកមានសិទ្ធិក្នុងការថតចម្លងឯកសារនៃសំណុំរឿងរបស់អ្នកដោយឥតគិតថ្លៃ។**
- អ្នកមានសិទ្ធិផ្តល់ព័ត៌មានបន្ថែមដល់អង្គការពិនិត្យឯករាជដើម្បីគាំទ្រការបន្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក។

អង្គការត្រួតពិនិត្យឯករាជ្យនឹងពិនិត្យមើលបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ផ្នែក D កម្រិត 2 របស់អ្នក ហើយផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវចម្លើយជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ។ មើលទៅ **ផ្នែក F4** សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីអង្គការត្រួតពិនិត្យឯករាជ្យ។

ថ្ងៃផុតកំណត់សម្រាប់ការប្តឹងឧទ្ធរណ៍រហ័សនៅកម្រិត 2

ប្រសិនបើសុខភាពរបស់អ្នកត្រូវការវា សូមស្នើសុំអង្គការត្រួតពិនិត្យឯករាជ្យសម្រាប់ការប្តឹងឧទ្ធរណ៍យ៉ាងឆាប់រហ័ស។

- ប្រសិនបើពួកគេយល់ព្រមលើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍រហ័ស ពួកគេត្រូវតែផ្តល់ចម្លើយដល់អ្នក **ក្នុងរយៈពេល 72 ម៉ោង** បន្ទាប់ពីទទួលបានសំណើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក។
- ប្រសិនបើពួកគេនិយាយ **យល់ព្រម** ចំពោះផ្នែក ឬទាំងអស់នៃសំណើរបស់អ្នក យើងត្រូវតែផ្តល់ការធានារ៉ាប់រងលើឱសថដែលត្រូវបានអនុម័ត **ក្នុងរយៈពេល 24 ម៉ោង** បន្ទាប់ពីទទួលបានការសម្រេចចិត្តរបស់អង្គការត្រួតពិនិត្យឯករាជ្យ។

ថ្ងៃផុតកំណត់សម្រាប់ការប្តឹងឧទ្ធរណ៍រហ័សនៅកម្រិត 2

ប្រសិនបើអ្នកមានបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ស្តង់ដារនៅកម្រិត 2 អង្គការត្រួតពិនិត្យឯករាជ្យត្រូវតែផ្តល់ចម្លើយដល់អ្នក៖

- **ក្នុងរយៈពេល 7 ថ្ងៃប្រតិទិន** បន្ទាប់ពីពួកគេទទួលបានការប្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នកសម្រាប់ឱសថដែលអ្នកមិនបានទទួល។
- **ក្នុងរយៈពេល 14 ថ្ងៃតាមប្រតិទិន** បន្ទាប់ពីទទួលបានបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក សម្រាប់ការសងថ្លៃឱសថដែលអ្នកបានទិញ។

បើអង្គការពិនិត្យឯករាជ្យនិយាយ **យល់ព្រម** ចំពោះផ្នែក ឬទាំងអស់នៃសំណើរបស់អ្នក៖

- យើងត្រូវតែផ្តល់ការធានារ៉ាប់រងឱសថដែលត្រូវបានអនុម័ត **ក្នុងរយៈពេល 72 ម៉ោង** បន្ទាប់ពីយើងទទួលបានការសម្រេចចិត្តរបស់អង្គការត្រួតពិនិត្យឯករាជ្យ។
- យើងត្រូវតែសងអ្នកវិញសម្រាប់ឱសថដែលអ្នកបានទិញរួចក្នុងរយៈពេល 30 ថ្ងៃតាមប្រតិទិន បន្ទាប់ពីយើងទទួលបានការសម្រេចចិត្តរបស់អង្គការត្រួតពិនិត្យឯករាជ្យ។

  ប្រសិនបើអង្គការត្រួតពិនិត្យឯករាជ្យនិយាយថា **ទេ** ចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់លោកអ្នក នោះមានន័យថាពួកគេយល់ព្រមចំពោះសេចក្តីសម្រេចរបស់យើងខ្ញុំ មិនមែនសំណើរបស់លោកអ្នកទេ។ នេះត្រូវបានគេហៅថា "ការរក្សាសេចក្តីសម្រេច" ឬ "ការច្រានចោលបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក"។

បើអង្គការពិនិត្យឯករាជ្យនិយាយ **ទេ** ចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 របស់អ្នក អ្នកមានសិទ្ធិក្នុងការបន្តប្តឹងទៅកម្រិត 3 ប្រសិនបើតម្លៃនៃទឹកប្រាក់នៃការធានារ៉ាប់រងឱសថដែលអ្នកស្នើសុំត្រូវនឹងតម្លៃទឹកប្រាក់អប្បបរមា។ ប្រសិនបើតម្លៃទឹកប្រាក់នៃការធានារ៉ាប់រងឱសថដែលអ្នកស្នើសុំគឺតិចជាងចំនួនអប្បបរមាដែលត្រូវការ នោះអ្នកមិនអាចដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ផ្សេងទៀតបានទេ។ ក្នុងករណីនោះ សេចក្តីសម្រេចនៃបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិតទី 2 គឺសេចក្តីសម្រេចជាស្ថាពរ។ អង្គការត្រួតពិនិត្យឯករាជ្យផ្ញើជូនអ្នកនូវសំបុត្រមួយដែលប្រាប់អ្នកអំពីតម្លៃទឹកប្រាក់អប្បបរមាដែលត្រូវការដើម្បីបន្តជាមួយនឹងបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 3 ។

ប្រសិនបើកម្លៃទឹកប្រាក់នៃសំណើរបស់អ្នកបំពេញតាមតម្រូវការ នោះអ្នកនឹងជ្រើសរើសប្រសិនបើអ្នកចង់ធ្វើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នកបន្តែមទៀត។

- ការធ្វើបណ្តឹងមានកម្រិតបីបន្តែមទៀតនៅក្នុងដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍បន្ទាប់ពីកម្រិត 2។
- បើអង្គការពិនិត្យឯករាជ្យនិយាយ **ទេ** ទៅបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 របស់អ្នក ហើយអ្នកបំពេញតម្រូវការដើម្បីបន្តដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ នោះអ្នក៖
  - សម្រេចចិត្តថាតើអ្នកចង់ធ្វើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 3 ដែរឬទេ។
  - សូមមើលសំបុត្រដែលអង្គការត្រួតពិនិត្យឯករាជ្យបានផ្ញើមកអ្នកបន្ទាប់ពីបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 របស់អ្នកសម្រាប់ព័ត៌មានលម្អិតអំពីរបៀបធ្វើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 3 ។

ចៅក្រមច្បាប់រដ្ឋបាល ឬមេធាវីជាចៅក្រមដោះស្រាយបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 3។ សូមមើល **ផ្នែក J** សម្រាប់ព័ត៌មានអំពីបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិតទី 3 ទី 4 និងទី 5។

H. ស្នើឲ្យយើងខ្ចុំរ៉ាប់រងលើការសម្រាកនៅមន្ទីរពេទ្យរយៈពេលវែងជាងនេះ

នៅពេលដែលអ្នកត្រូវបានបញ្ជូនទៅមន្ទីរពេទ្យ អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានសេវាកម្មទាំងអស់របស់មន្ទីពេទ្យដែលយើងខ្ចុំធានារ៉ាប់រងលើដែលចាំបាច់ចំពោះការវិនិច្ឆ័យរោគ និងព្យាបាលជំងឺ ឬរបួសរបស់អ្នក។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីគម្រោងធានារ៉ាប់រងមន្ទីរពេទ្យរបស់យើង សូមមើល **ជំពូក 4** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិករបស់អ្នក*។

អំឡុងពេលស្នាក់នៅមន្ទីរពេទ្យ វេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក និងបុគ្គលិកពេទ្យនឹងធ្វើការជាមួយអ្នកដើម្បីរៀបចំសម្រាប់ថ្ងៃដែលអ្នកត្រូវចាកចេញពីមន្ទីរពេទ្យ។
ពួកគេក៏នឹងជួយរៀបចំការថែទាំផ្សេងៗដែលអ្នកត្រូវការបន្ទាប់ពីពេលចាកចេញផងដែរ។

- ថ្ងៃដែលអ្នកចាកចេញពីមន្ទីរពេទ្យត្រូវបានហៅថា៖ "កាលបរិច្ឆេទចាកចេញ"។
- វេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក និងបុគ្គលិកពេទ្យនឹងប្រាប់អ្នកពីកាលបរិច្ឆេទចាកចេញ។

ប្រសិនបើអ្នកគិតថាអ្នកត្រូវបានស្នើសុំឱ្យចាកចេញពីមន្ទីរពេទ្យឆាប់ពេកនោះ ឬអ្នកព្រួយបារម្ភអំពីការថែទាំរបស់អ្នកបន្ទាប់ពីអ្នកចេញពីមន្ទីរពេទ្យ អ្នកអាចស្នើសុំឱ្យមានការស្នាក់នៅមន្ទីរពេទ្យបានយូរជាងនេះ។ ផ្នែកបន្ទាប់នេះប្រាប់អ្នកពីវិធីស្នើសុំនេះ។

H1. សិក្សាអំពីសិទ្ធិថែទាំសុខភាពម៉ឺឌីឃែរ (Medicare) របស់អ្នក

ក្នុងរយៈពេលពីរថ្ងៃបន្ទាប់ពីអ្នកបានចូលមន្ទីរពេទ្យ ពេលដែលបុគ្គលណាម្នាក់នៅមន្ទីរពេទ្យដូចជាគិលានុបដ្ឋាយិកា ឬអ្នកធ្វើការសំណុំរឿងនឹងផ្តល់ការជូនដំណឹងជាលាយលក្ខណ៍អក្សរដល់អ្នក ដែលហៅថា**"សារសំខាន់មួយពី Medicare អំពីសិទ្ធិរបស់អ្នក។"** អ្នកគ្រប់គ្នាដែលមាន Medicare នឹងទទួលបានច្បាប់ចម្លងនៃការជូនដំណឹងនេះ នៅពេលណាដែលពួកគេត្រូវបានគេបញ្ជូនទៅមន្ទីរពេទ្យ។

ប្រសិនបើអ្នកមិនទទួលបានការជូនដំណឹងទេ សូមសាកសួរបុគ្គលិកមន្ទីរពេទ្យណាម្នាក់សម្រាប់វា។ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយ សូមទូរសព្ទទៅការផ្នែក ថែទាំអតិថិជន នៅផ្នែកខាងក្រោមនៃទំព័រ។ អ្នកក៏អាចទូរសព្ទទៅកាន់ Medicare តាមរយៈលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) បាន 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ និង 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរទូរសព្ទមកលេខ 1-877-486-2048 ។

- **សូមអានសេចក្តីជូនដំណឹងនេះ**ដោយប្រុងប្រយ័ត្ន និងសួរសំណួរបើអ្នកមិនយល់។ សេចក្តីជូនដំណឹងប្រាប់អ្នកអំពីសិទ្ធិរបស់អ្នកក្នុងនាមជាអ្នកជំងឺនៅមន្ទីរពេទ្យ រួមទាំងសិទ្ធិរបស់អ្នកក្នុងការ៖
    - ទទួលបានសេវាដែលទទួលបានការធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare អំឡុងពេល និងក្រោយពេលអ្នកស្នាក់នៅមន្ទីរពេទ្យ។ សិទ្ធិរបស់អ្នកក្នុងការធ្វើជាចំណែកមួយនៃសេចក្តីសម្រេចណាមួយអំពីរយៈពេលស្នាក់នៅមន្ទីរពេទ្យរបស់អ្នក។
    - ចូលរួមចំណែកក្នុងសេចក្តីសម្រេចណាមួយអំពីរយៈពេលស្នាក់នៅមន្ទីរពេទ្យរបស់អ្នក។
    - ដឹងពីកន្លែងត្រូវរាយការណ៍ពីក្តីបារម្ភនានាដែលអ្នកមានចំពោះគុណភាពសេវាថែទាំរបស់មន្ទីរពេទ្យ។
    - ដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍បើអ្នកយល់ថាអ្នកត្រូវបានគេស្នើឱ្យចេញពីមន្ទីរពេទ្យរហ័សពេក។
- **ចុះហត្ថលេខាលើសេចក្តីជូនដំណឹង** ដើម្បីបង្ហាញថាអ្នកបានទទួលវា និងយល់ពីសិទ្ធិរបស់អ្នក។
    - អ្នក ឬនរណាម្នាក់ដែលធ្វើសកម្មភាពជំនួសអ្នក អាចចុះហត្ថលេខាលើសេចក្តីជូនដំណឹងនេះ។
    - ការចុះហត្ថលេខាលើសេចក្តីជូនដំណឹង **គ្រាន់តែ** បង្ហាញថាអ្នកបានទទួលព័ត៌មានអំពីសិទ្ធិរបស់អ្នកតែប៉ុណ្ណោះ។ ការចុះហត្ថលេខា **មិនមាន** ន័យថា អ្នកយល់ព្រមចំពោះកាលបរិច្ឆេទដែលវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក ឬបុគ្គលិកមន្ទីរពេទ្យបានប្រាប់អ្នកនោះទេ។
- **សូមរក្សាទុកច្បាប់ចម្លង** នៃសេចក្តីជូនដំណឹងរបស់អ្នកដែលបានចុះហត្ថលេខា ដូច្នេះអ្នកនឹងមានព័ត៌មានក្នុងដៃប្រសិនបើអ្នកត្រូវការវា។

ប្រសិនបើអ្នកចំណាយពេលចុះហត្ថលេខាលើសេចក្តីជូនដំណឹងនេះលើសពី ពីរថ្ងៃមុនថ្ងៃ ដែលអ្នកចាកចេញពីមន្ទីរពេទ្យនោះ អ្នកនឹងទទួលបានច្បាប់ចម្លងមួយទៀតមុនពេលអ្នកចេញពីមន្ទីរពេទ្យ។

អ្នកអាចមើលច្បាប់ចម្លងនៃសេចក្តីជូនដំណឹងជាមុន ប្រសិនបើអ្នក៖

- សូមទូរសព្ទទៅកាន់ផ្នែកការថែទាំអតិថិជនតាមរយៈលេខដែលមាននៅផ្នែកខាងក្រោមនៃទំព័រ។

- ទូរសព្ទទៅកាន់ Medicare តាមរយៈលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) បាន 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ និង 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរទូរសព្ទមកលេខ 1-877-486-2048 ។
- ចូរមើលគេហទំព័រwww.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices។

H2. ការដាក់ពាក្យបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 1

បើអ្នកចង់ឱ្យយើងខ្ញុំធានារ៉ាប់រងលើសេវាកម្មសម្រាកព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យសម្រាប់រយៈពេលយូរជាងនេះ អ្នកត្រូវស្នើសុំបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍។ អង្គការកែលម្អគុណភាព នឹងពិនិត្យឡើងវិញនូវបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 1 ដើម្បីស្វែងយល់ថាតើកាលបរិច្ឆេទដែលអ្នកចេញពីពេទ្យមានភាពចាំបាច់ខាងវេជ្ជសាស្ត្រសម្រាប់អ្នកដែរឬទេ។

អង្គការកែលម្អគុណភាព គឺជាក្រុមវេជ្ជបណ្ឌិត និងអ្នកជំនាញផ្នែកថែទាំសុខភាពផ្សេងទៀត ដែលបង់ដោយរដ្ឋាភិបាលសហព័ន្ធ។ អ្នកជំនាញទាំងនេះនឹងពិនិត្យ និងជួយកែលម្អគុណភាពសម្រាប់អ្នកដែលមាន Medicare ។ ពួកគេមិនមែនជាផ្នែកនៃគម្រោងរបស់យើងទេ។

នៅក្នុងរដ្ឋ កាលីហ្វ័រញ៉ា អង្គការកែលម្អគុណភាពត្រូវបានហៅថា Livanta។ ទូរសព្ទទៅអង្គការកែលម្អគុណភាពតាមរយៈលេខ (877) 588-1123 (TTY: (855) 887-6668)។ ព័ត៌មានសម្រាប់ធ្វើការទាក់ទងក៏មាននៅក្នុងសេចក្តីជូនដំណឹងនោះផងដែរ "សារសំខាន់មួយពី Medicare អំពីសិទ្ធិរបស់អ្នក" និងនៅក្នុង ជំពូកទី 2។

ហៅមកកាន់អង្គការកែលម្អគុណភាព មុនពេលអ្នកចេញពីមន្ទីរពេទ្យ ហើយត្រូវហៅមកមុនកាលបរិច្ឆេទដែលអ្នកគ្រោងចេញពីមន្ទីរពេទ្យ។

- **ប្រសិនបើអ្នកហៅទូរសព្ទមុនពេលអ្នកចាកចេញ**នោះអ្នកអាចស្នាក់នៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យបានបន្ទាប់ពីកាលបរិច្ឆេទចាកចេញដែលបានគ្រោងទុករបស់អ្នកដោយមិនចាំបាច់បង់ប្រាក់សម្រាប់វា ខណៈពេលដែលអ្នករង់ចាំការសម្រេចចិត្តរបស់អង្គការកែលម្អគុណភាពអំពីបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក។
- **ប្រសិនបើ**អ្នកមិនទូរសព្ទដើម្បីប្តឹងឧទ្ធរណ៍ទេ ហើយអ្នកសម្រេចចិត្តស្នាក់នៅបន្តក្រោយកាលបរិច្ឆេទចាកចេញពីមន្ទីរពេទ្យតាមការគ្រោងទុករបស់អ្នក នោះអ្នកអាចត្រូវបង់រាល់ថ្លៃចំណាយ សម្រាប់ការថែទាំសុខភាពដែអ្នកបានទទួលក្នុងមន្ទីរពេទ្យ បន្ទាប់ពីកាលបរិច្ឆេទចាកចេញពីមន្ទីរពេទ្យតាមការគ្រោងទុករបស់អ្នកនេះ។
- **ប្រសិនបើអ្នកខកកាលបរិច្ឆេទកំណត់** សម្រាប់ការទាក់ទងអង្គការកែលម្អគុណភាពអំពីបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក អ្នកអាចដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ដោយផ្ទាល់ទៅយើងជំនួសវិញ។ មើលទៅ **ផ្នែក G4** សម្រាប់ព័ត៌មានអំពីការដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍មកយើងខ្ញុំ។

- ព្រោះការស្នាក់នៅមន្ទីពេទ្យគឺត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយទាំង Medicare និង Medi-Cal ប្រសិនបើអង្គភាពលើកកម្ពស់គុណភាព នឹងមិនស្តាប់នូវសំណើរសុំបន្តការស្នាក់នៅមន្ទីរពេទ្យរបស់អ្នក ឬអ្នកជឿថាស្ថានភាពរបស់អ្នកមានភាពបន្ទាន់ ដែលរួមមានការគម្រាមកំហែងភ្លាមៗ និងធ្ងន់ធ្ងរដល់សុខភាពរបស់អ្នក ឬអ្នកស្ថិតក្នុងការឈឺចាប់ខ្លាំង អ្នកក៏អាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងតវ៉ា ឬស្នើសុំឱ្យ ក្រសួងថែទាំសុខភាពក្រោមការគ្រប់គ្រងនៃរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា (DMHC) សម្រាប់ការត្រួតពិនិត្យឡើងវិញផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដោយឯករាជ្យ។ សូមមើលផ្នែក F4 នៅទំព័រ <xx> ដើម្បីស្វែងយល់ពីរបៀបដាក់ពាក្យបណ្តឹងតវ៉ា និងស្នើសុំ DMHC សម្រាប់ការត្រួតពិនិត្យផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដោយឯករាជ្យ។

សូមស្នើសុំជំនួយបើអ្នកត្រូវការ។ ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ ឬត្រូវការជំនួយនៅពេលណាមួយ៖

- សូមទូរសព្ទទៅកាន់ផ្នែកការថែទាំអតិថិជនតាមរយៈលេខដែលមាននៅផ្នែកខាងក្រោមនៃទំព័រ។
- សូមទូរសព្ទកម្មវិធីគាំពារ និងផ្តល់ប្រឹក្សាអំពីការធានារ៉ាប់រងសុខភាព (HICAP) តាមរយៈលេខ 1-800-434-0222។

ស្នើសុំ "ការពិនិត្យរហ័ស" ចាត់វិធានការយ៉ាងឆាប់រហ័ស ហើយទាក់ទងទៅអង្គការកែលម្អគុណភាព ដើម្បីស្នើសុំឱ្យមានការពិនិត្យឡើងវិញយ៉ាងឆាប់រហ័សអំពីការចាកចេញពីមន្ទីរពេទ្យរបស់អ្នក។

> វាក្យសព្ទច្បាប់សម្រាប់ **"ការពិនិត្យរហ័ស"** គឺ **"ការពិនិត្យឡើងវិញជាបន្ទាន់"** ឬ **"ការពន្លឿនការពិនិត្យមើល។"**

តើមានអ្វីកើតឡើងក្នុងអំឡុងពេលធ្វើការពិនិត្យរហ័សឡើងវិញ?

- អ្នកពិនិត្យឡើងវិញនៅអង្គការកែលម្អគុណភាពនឹងសាកសួរអ្នក ឬតំណាងរបស់អ្នកដើម្បីរកមូលហេតុដែលធ្វើឱ្យអ្នកយល់ថាគួរតែបន្តការធានារ៉ាប់រងក្រោយកាលបរិច្ឆេទចាកចេញពីមន្ទីរពេទ្យដែលបានក្រោងទុកនោះ។ អ្នកមិនតម្រូវឱ្យសរសេរបាយការណ៍ទេ ប៉ុន្តែអ្នកអាច។
- អ្នកត្រួតពិនិត្យមើលព័ត៌មានវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នក ហើយនឹងពិភាក្សាជាមួយវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក និងពិនិត្យមើលព័ត៌មានដែលគម្រោងរបស់យើងបានផ្តល់ជូនពួកគេ។
- នៅពេលថ្ងៃត្រង់នៃថ្ងៃ បន្ទាប់ពីអ្នកត្រួតពិនិត្យបានប្រាប់គម្រោងរបស់យើងអំពីបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក អ្នកនឹងទទួលបានការជូនដំណឹងមួយទៀតដែលពន្យល់ ពីហេតុផលដែលវេជ្ជបណ្ឌិត មន្ទីរពេទ្យរបស់អ្នក ហើយនិងយើងគិតថានោះគឺជាកាលបរិច្ឆេទចាកចេញពីមន្ទីរពេទ្យដ៏ត្រឹមត្រូវដែលសមស្របតាមវេជ្ជសាស្ត្រសម្រាប់អ្នក។

> វាក្យសព្ទច្បាប់សម្រាប់ការពន្យល់ជាលាយលក្ខណ៍អក្សរនេះត្រូវបានហៅថា**«សេចក្តីជូនដំណឹងលម្អិតអំពីការចេញពីមន្ទីរពេទ្យ»។** អ្នកអាចទទួលបានគំរូដោយទូរសព្ទទៅផ្នែកថែទាំអតិថិជនតាមរយៈលេខនៅខាងក្រោមទំព័រ ឬចុចទៅលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) បាន 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ និង 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ (អ្នកប្រើ TTY គួរហៅទូរសព្ទទៅលេខ 1-877-486-2048 ។) អ្នកក៏អាចមើលទៅលើសេចក្តីជូនដំណឹងគំរូតាមអនឡាញនៅលើ www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices។

ក្នុងរយៈពេលមួយថ្ងៃពេញ បន្ទាប់ពីទទួលបានព័ត៌មានទាំងអស់ដែលត្រូវការ អង្គការកែលម្អគុណភាពនឹងផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវចម្លើយរបស់ពួកគេចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក។

បើអង្គការកែលម្អគុណភាពនិយាយថា **យល់ព្រម** ចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក៖

- យើងនឹងផ្តល់សេវាមន្ទីរពេទ្យសម្រាប់ អ្នកជំងឺសម្រាកព្យាបាល ដែលមានការជានាវ៉ាប់រងរបស់អ្នក ដរាបណាសេវាមានភាពចាំបាច់ខាងវេជ្ជសាស្ត្រ។

បើអង្គការកែលម្អគុណភាពនិយាយថា **ទេ** ចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក៖

- ពួកគេជឿថាកាលបរិច្ឆេទនៃការចាកចេញពីមន្ទីរពេទ្យដែលគ្រោងទុករបស់អ្នកគឺសមរម្យទៅលើវេជ្ជសាស្ត្រ។
- ការជានាវ៉ាប់រងរបស់យើងសម្រាប់សេវាកម្ម សម្រាកព្យាបាល នៅមន្ទីរពេទ្យរបស់អ្នកនឹងបញ្ចប់នៅពេលថ្ងៃត្រង់ នៅថ្ងៃបន្ទាប់ពីអង្គការកែលម្អគុណភាពផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវចម្លើយរបស់ពួកគេចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក។
- អ្នកប្រហែលជាត្រូវបង់ថ្លៃថែទាំនៅមន្ទីរពេទ្យដែលអ្នកទទួលបានទាំងស្រុង បន្ទាប់ពីថ្ងៃត្រង់នៅថ្ងៃបន្ទាប់ពីអង្គការកែលម្អគុណភាពផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវចម្លើយរបស់ពួកគេចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក។
- អ្នកអាចធ្វើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 ប្រសិនបើអង្គការកែលម្អគុណភាពបដិសេធបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 1 របស់អ្នក **ហើយ** អ្នកស្នាក់នៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យ បន្ទាប់ពីកាលបរិច្ឆេទនៃការចាកចេញដែលអ្នកបានគ្រោងទុក។

H3. ការដាក់ពាក្យបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2

សម្រាប់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 អ្នកសុំឱ្យអង្គការកែលម្អគុណភាពពិនិត្យមើលឡើងវិញនូវសេចក្តីសម្រេច ដែលពួកគេបានធ្វើនៅលើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 1 របស់អ្នក។ទូរសព្ទទៅអង្គការកែលម្អគុណភាពតាមរយៈលេខ (877) 588-1123 (TTY: (855) 887-6668)។

អ្នកត្រូវតែស្នើសុំការពិនិត្យឡើងវិញនេះ **ក្នុងរយៈពេល 60 ថ្ងៃតាមប្រតិទិន** បន្ទាប់ពីថ្ងៃដែលអង្គការកែលម្អគុណភាពបាននិយាយថា **ទេ** ចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 1 របស់អ្នក។ អ្នកអាចស្នើសុំការពិនិត្យឡើងវិញនេះ**លុះត្រា**អ្នកបានស្នាក់នៅមន្ទីរពេទ្យក្រោយកាលបរិច្ឆេទដែលការជានាវ៉ាប់រងលើការថែទាំសុខភាពបានបញ្ចប់។

អ្នកត្រួតពិនិត្យអង្គការកែលម្អគុណភាពនឹងៈ

- សូមក្រឡេកមើលដោយយកចិត្តទុកដាក់នូវរាល់ព័ត៌មានទាំងអស់ដែលទាក់ទងនឹងបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក។
- ជម្រាបជូនអ្នកពីសេចក្តីសម្រេចរបស់ពួកគេអំពីបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 របស់អ្នកក្នុងរយៈពេល 14 ថ្ងៃតាមប្រតិទិន បន្ទាប់ពីបានទទួលសំណើររបស់អ្នកសម្រាប់ការត្រួតពិនិត្យជាលើកទីពីរ។

ប្រសិនបើអង្គការត្រួតពិនិត្យឯករាជ្យនិយាយថា **យល់ព្រម** ចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នកៈ

- យើងត្រូវតែសងអ្នកវិញសម្រាប់ចំណែកនៃថ្លៃថែទាំមន្ទីរពេទ្យរបស់យើងចាប់តាំងពីថ្ងៃត្រង់នៅថ្ងៃបន្ទាប់ពីកាលបរិច្ឆេទដែលអង្គការកែលម្អគុណភាពបានបដិសេធបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 1 របស់អ្នកនោះ។
- យើងនឹងផ្តល់សេវាមន្ទីរពេទ្យសម្រាប់ អ្នកជំងឺសម្រាកព្យាបាល ដែលមានការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នក ដរាបណាសេវាមានភាពចាំបាច់ខាងវេជ្ជសាស្ត្រ។

ប្រសិនបើអង្គការកែលម្អគុណភាពនិយាយថា **ទេ** ចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នកៈ

- ពួកគេយល់ស្របនឹងការសម្រេចចិត្តរបស់ពួកគេអំពីបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 1 របស់អ្នក ហើយនឹងមិនផ្លាស់ប្តូរនោះទេ។
- ពួកគេផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវលិខិតមួយច្បាប់ ដែលជម្រាប់ជូនអ្នកពីអ្វីដែលអ្នកអាចធ្វើបាន ប្រសិនបើអ្នកចង់បន្តដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ និងដាក់ពាក្យបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 3។
- អ្នកក៏អាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងតវ៉ា ឬស្នើសុំឱ្យ DMHC ធ្វើការត្រួតពិនិត្យផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដោយឯករាជ្យមួយ ដើម្បីបន្តការសម្រាកនៅមន្ទីរពេទ្យរបស់អ្នក។ សូមមើលផ្នែក E4 នៅទំព័រ <xx> ដើម្បីស្វែងយល់ពីរបៀបដាក់ពាក្យបណ្តឹងតវ៉ា និងស្នើសុំ DMHC សម្រាប់ការត្រួតពិនិត្យផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដោយឯករាជ្យ។

ចៅក្រមច្បាប់រដ្ឋបាល ឬមេធាវីជាចៅក្រមដោះស្រាយបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 3។ សូមមើល **ផ្នែក J** សម្រាប់ព័ត៌មានអំពីបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិតទី 3 ទី 4 និងទី 5។

H4. ការដាក់ពាក្យបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ជំនួសកម្រិត 1

ថ្ងៃផុតកំណត់សម្រាប់ការទាក់ទងទៅអង្គការកែលម្អគុណភាពសម្រាប់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 1 គឺក្នុងរយៈពេល 60 ថ្ងៃ ឬមិនលើសពីកាលបរិច្ឆេទចេញពីមន្ទីរពេទ្យដែលបានគ្រោងទុករបស់អ្នក។ ប្រសិនបើអ្នកខកខានមិនបានដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 1 កាលបរិច្ឆេទកំណត់ អ្នកអាចប្រើដំណើរការ "បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ជំនួស" បាន។

សូមទំនាក់ទំនងទៅកាន់ផ្នែកថែទាំអតិថិជនតាមលេខនៅខាងក្រោមទំព័រ ហើយនិងស្នើសុំ "ការពិនិត្យរហ័ស" នៃកាលបរិច្ឆេទចេញពីមន្ទីរពេទ្យរបស់អ្នកពីយើង។

> វាក្យសព្ទច្បាប់ សម្រាប់ "ការត្រួតពិនិត្យរហ័ស" ឬ "បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍រហ័ស" គឺ **"ការពន្លឿនបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍។"**

- យើងពិនិត្យមើលព័ត៌មានទាំងអស់អំពីការស្នាក់នៅមន្ទីរពេទ្យរបស់អ្នក។
- យើងពិនិត្យមើលថាការសម្រេចចិត្តដំបូងមានភាពយុត្តិធម៌ និងអនុវត្តតាមច្បាប់ដែរ ឬទេ។
- យើងប្រើកាលបរិច្ឆេទកំណត់រហ័សជំនួសឱ្យកាលបរិច្ឆេទកំណត់ស្តង់ដា ហើយផ្តល់ឱ្យ អ្នកនូវសេចក្តីសម្រេចរបស់យើងក្នុងរយៈពេល 72 ម៉ោងបន្ទាប់ពីអ្នកស្នើសុំឱ្យមានការ ត្រួតពិនិត្យរហ័ស។

ប្រសិនបើយើងនិយាយថា **យល់ព្រម** ចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍រហ័សរបស់អ្នក៖

- យើងយល់ស្របថាអ្នកត្រូវនៅមន្ទីរពេទ្យបន្តទៀត បន្ទាប់ពីដល់ថ្ងៃដែលត្រូវចេញពីមន្ទីរពេទ្យ។
- យើងនឹងផ្តល់សេវាមន្ទីរពេទ្យសម្រាប់ អ្នកជំងឺសម្រាកព្យាបាល ដែលមានការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នក ដរាបណាសេវាមានភាពចាំបាច់ខាងវេជ្ជសាស្ត្រ។
- យើងសងអ្នកវិញនូវថ្លៃចំណាយដែលជាចំណែករបស់យើងចំពោះការថែទាំដែលអ្នកបានទទួល ចាប់ពីកាលបរិច្ឆេទដែលយើងបាននិយាយថា សេវាកម្មរបស់អ្នកនឹងត្រូវបញ្ចប់។

ប្រសិនបើយើងនិយាយថា **ទេ** ចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍រហ័សរបស់អ្នក៖

- យើងយល់ស្របថាកាលបរិច្ឆេទនៃការចាកចេញរបស់អ្នកដែលបានគ្រោងទុកគឺសមស្របតាមបែបវេជ្ជសាស្ត្រ។
- ការធានារ៉ាប់រងរបស់យើងសម្រាប់សេវាស្នាក់ព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យរបស់អ្នកនឹងបញ្ចប់នៅថ្ងៃដែល យើងបានប្រាប់អ្នក។
- យើងនឹងមិនបង់ចំណែកនៃថ្លៃចំណាយណាមួយបន្ទាប់ពីកាលបរិច្ឆេទនេះទេ។
- អ្នកប្រហែលជាត្រូវបង់ថ្លៃសេវាថែទាំនៅមន្ទីរពេទ្យដែលអ្នកបានទទួលទាំងស្រុង ប្រសិនបើអ្នក បន្តស្នាក់នៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យបន្ទាប់ពីកាលបរិច្ឆេទការចាកចេញពីមន្ទីរពេទ្យដែលបានគ្រោងទុក នោះ។
- យើងបញ្ជូនបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នកទៅអង្គការត្រួតពិនិត្យឯករាជ្យ ដើម្បីប្រាកដថា យើងបានអនុវត្តតាមបទបញ្ជាត្តិទាំងអស់។ នៅពេលដែលយើងធ្វើដូចនេះ ករណីរបស់ អ្នកនឹងទៅកាន់ដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 ដោយស្វ័យប្រវត្តិ។

H5. ការដាក់ពាក្យបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ជំនួសកម្រិតទី 2

យើងផ្ញើព័ត៌មានសម្រាប់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 របស់អ្នកទៅកាន់អង្គការត្រួតពិនិត្យឯករាជ្យក្នុងរយៈពេល 24 ម៉ោងបន្ទាប់ពីផ្តល់ **ការបដិសេធ** ទៅបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 1 របស់អ្នក។ យើងធ្វើវាដោយស្វ័យប្រវត្តិ។ អ្នកមិនចាំបាច់ធ្វើអ្វីនោះទេ។

ប្រសិនបើអ្នកគិតថា យើងមិនបានបំពេញតាមកាលបរិច្ឆេទកំណត់នេះ ឬកាលបរិច្ឆេទកំណត់ផ្សេងទៀតទេ អ្នកអាចធ្វើការប្តឹងតវ៉ាបាន។ សូមមើល **ផ្នែក K** សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីការដាក់ពាក្យបណ្តឹងតវ៉ា។

អង្គការត្រួតពិនិត្យឯករាជ្យ ធ្វើការត្រួតពិនិត្យរហ័សលើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក។ ពួកគេពិនិត្យមើលដោយប្រុងប្រយ័ត្ននូវរាល់ព័ត៌មានទាំងអស់អំពីការចាកចេញពីមន្ទីរពេទ្យរបស់អ្នក ហើយជាធម្មតាផ្តល់ចម្លើយដល់អ្នកក្នុងរយៈពេល 72 ម៉ោង។

ប្រសិនបើអង្គការត្រួតពិនិត្យឯករាជ្យនិយាយថា **យល់ព្រម** ចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក៖

- យើងសងអ្នកវិញនូវថ្លៃចំណាយដែលជាចំណែករបស់យើងចំពោះការថែទាំដែលអ្នកបានទទួល ចាប់ពីកាលបរិច្ឆេទដែលយើងបាននិយាយថា សេវាកម្មរបស់អ្នកនឹងត្រូវបញ្ចប់។
- យើងនឹងផ្តល់សេវាមន្ទីរពេទ្យសម្រាប់ អ្នកជំងឺសម្រាកព្យាបាល ដែលមានការជានារ៉ាប់រងរបស់អ្នក ដរាបណាសេវាមានភាពចាំបាច់ខាងវេជ្ជសាស្ត្រ។

ប្រសិនបើអង្គការត្រួតពិនិត្យឯករាជ្យនិយាយថា **ទេ** ចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក៖

- ពួកគេយល់ស្របថាកាលបរិច្ឆេទចាកចេញពីមន្ទីរពេទ្យដែលបានគ្រោងទុករបស់អ្នកគឺសមស្របតាមផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ។
- ពួកគេផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវលិខិតមួយច្បាប់ ដែលជម្រាប់ជូនអ្នកពីអ្វីដែលអ្នកអាចធ្វើបាន ប្រសិនបើអ្នកចង់បន្តដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ និងដាក់ពាក្យបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 3។

ចៅក្រមច្បាប់រដ្ឋបាល ឬមេធាវីជាចៅក្រមដោះស្រាយបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 3។ សូមមើល **ផ្នែក J** សម្រាប់ព័ត៌មានអំពីបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិតទី 3 ទី 4 និងទី 5។

អ្នកក៏អាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងតវ៉ាជាមួយ និងស្នើសុំឱ្យ DMHC ធ្វើការពិនិត្យរាយតម្លៃផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រឯករាជ្យមួយដើម្បីបន្តការសម្រាកនៅមន្ទីរពេទ្យរបស់អ្នក។ សូមមើលផ្នែក F4 នៅទំព័រ <xx> ដើម្បីស្វែងយល់ពីរបៀបដាក់ពាក្យបណ្តឹងតវ៉ា និងស្នើសុំ DMHC សម្រាប់ការត្រួតពិនិត្យផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដោយឯករាជ្យ។ អ្នកអាចស្នើសុំឱ្យមានការពិនិត្យលើការព្យាបាលឯករាជ្យបន្ថែមលើឬជំនួសឱ្យបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 3 ។

I. ការស្នើសុំឱ្យយើងខ្ទាំបន្តការជានារ៉ាប់រងលើសេវាផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រជាក់លាក់

ផ្នែកនេះគ្រាន់តែនិយាយពីសេវាកម្មបីប្រភេទដែលអ្នកអាចនឹងទទួលបាន៖

- សេវាថែទាំសុខភាពតាមផ្ទះ

- ជំនាញថែទាំសុខភាពនៅក្នុងមណ្ឌលថែទាំសុខភាពជំនាញ
- សេវាថែទាំការស្តារនីតិសម្បទាដូចជាមជ្ឈមណ្ឌលស្តារនីតិសម្បទាពេញលេញសម្រាប់អ្នកជំងឺមិនសម្រាកព្យាបាល (CORF) របស់ Medicare ដែលបានអនុម័ត។ ជាធម្មតា នេះមានន័យថាអ្នកកំពុងទទួលការព្យាបាលជំងឺ ឬគ្រោះថ្នាក់ ឬអ្នកកំពុងជាសះស្បើយពីការរះកាត់ធំ។

ជាមួយនឹងសេវាទាំងបីប្រភេទនេះ អ្នកមានសិទ្ធិក្នុងការទទួលបានសេវាធានារ៉ាប់រងដរាបណាវេជ្ជបណ្ឌិតនិយាយថាអ្នកត្រូវការសេវាទាំងនេះ។

នៅពេលដែលយើងសម្រេចបញ្ឈប់ការធានារ៉ាប់រងណាមួយនៃសេវាទាំងនោះ យើងត្រូវតែប្រាប់អ្នក**មុនពេល**បញ្ចប់សេវាកម្មរបស់អ្នក។ នៅពេលដែលការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកលើសេវាកម្មនោះបានបញ្ចប់ យើងនឹងបញ្ឈប់ការបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាកម្មនោះផងដែរ។

ប្រសិនបើអ្នកគិតថា យើងកំពុងបញ្ចប់ការធានារ៉ាប់រងលើការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នកឆាប់ពេក **អ្នកអាចប្តឹងឧទ្ធរណ៍ចំពោះសេចក្តីសម្រេចរបស់យើងបាន** ។ ផ្នែកបន្ទាប់នេះប្រាប់អ្នកពីវិធីស្នើសុំបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍។

I1. សេចក្តីជូនដំណឹងទុកជាមុន មុនពេលការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកបញ្ចប់

យើងផ្ញើជូនអ្នកនូវសេចក្តីជូនដំណឹងជាលាយលក្ខណ៍អក្សរដែលអ្នកនឹងទទួលបានយ៉ាងហោចណាស់ពីរថ្ងៃមុនពេលយើងបញ្ឈប់ការបង់ប្រាក់សម្រាប់ការថែទាំរបស់អ្នក។ នេះត្រូវបានហៅថា "សេចក្តីជូនដំណឹងពីការមិនធានារ៉ាប់រងរបស់ Medicare។" សេចក្តីជូនដំណឹងនឹងប្រាប់អ្នកអំពីកាលបរិច្ឆេទនៅពេលយើងនឹងបញ្ឈប់ការធានារ៉ាប់រងលើការថែទាំរបស់អ្នក និងរបៀបប្តឹងឧទ្ធរណ៍ចំពោះការសម្រេចចិត្តរបស់យើង។

អ្នក ឬអ្នកតំណាងរបស់អ្នកគួរចុះហត្ថលេខាលើសេចក្តីជូនដំណឹងដើម្បីបង្ហាញថាអ្នកបានទទួលវា។ ការចុះហត្ថលេខាលើសេចក្តីជូនដំណឹង **គ្រាន់តែ** បង្ហាញថាអ្នកបានទទួលព័ត៌មានប៉ុណ្ណោះ។ ការចុះហត្ថលេខា **មិន** មានន័យថាអ្នកយល់ព្រមជាមួយការសម្រេចរបស់យើងទេ។

I2. ការដាក់ពាក្យបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 1

ប្រសិនបើអ្នកគិតថា យើងកំពុងបញ្ចប់ការធានារ៉ាប់រងលើការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នកឆាប់ពេកអ្នកអាចប្តឹងឧទ្ធរណ៍ចំពោះសេចក្តីសម្រេចរបស់យើងបាន។ ផ្នែកនេះនឹងប្រាប់អ្នកអំពីដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិតទី 1 និងអ្វីដែលត្រូវធ្វើ។

- **ការធ្វើតាមកាលបរិច្ឆេទកំណត់** កាលបរិច្ឆេទកំណត់គឺសំខាន់។ ស្វែងយល់ និងអនុវត្តតាមកាលបរិច្ឆេទកំណត់លើកិច្ចការទាំងឡាយដែលអ្នកត្រូវធ្វើ។ គម្រោងរបស់យើងក៏ត្រូវតែអនុវត្តតាមកាលបរិច្ឆេទកំណត់ផងដែរ។ ប្រសិនបើអ្នកយល់ថា យើងមិនធ្វើតាមកាលបរិច្ឆេទកំណត់របស់យើងទេ អ្នកអាចដាក់បណ្តឹងបាន។ សូមមើល **ផ្នែក K** សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីពាក្យបណ្តឹង។

- **ស្នើសុំជំនួយ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការ។** ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ ឬត្រូវការជំនួយនៅពេលណាមួយ៖

- សូមទូរសព្ទទៅកាន់ផ្នែកការថែទាំអតិថិជនតាមរយៈលេខដែលមាននៅផ្នែកខាងក្រោមនៃទំព័រ។
- សូមទូរសព្ទកម្មវិធីគាំពារ និងផ្តល់ប្រឹក្សាអំពីការធានារ៉ាប់រងសុខភាព (HICAP) តាមរយៈលេខ 1-800-434-0222។

- **ទាក់ទងទៅកាន់អង្គការកែលម្អគុណភាព។**
  - សូមមើល **ផ្នែក H2** ឬសូមមើល **ជំពូកទី 2** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក* របស់អ្នក សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពី QIO និងរបៀបទាក់ទងពួកគេ។
  - ស្នើសុំឱ្យពួកគេពិនិត្យមើលបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក ហើយសម្រេចថាតើត្រូវផ្លាស់ប្តូរសេចក្តីសម្រេចរបស់គម្រោងរបស់យើងដែរឬអត់។
- **ចាត់វិធានការឱ្យបានឆាប់រហ័ស ហើយស្នើសុំសម្រាប់ "បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍តាមដានរហ័ស។** ស្នើសុំអង្គការកែលម្អគុណភាព ប្រសិនបើវាសមស្របតាមផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រសម្រាប់យើងខ្ញុំ ដើម្បីបញ្ចប់ការធានារ៉ាប់រងលើសេវាវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នក។

កាលបរិច្ឆេទកំណត់របស់អ្នកសម្រាប់ការទំនាក់ទំនងអង្គការនេះ

- អ្នកត្រូវតែទាក់ទងអង្គការកែលម្អគុណភាព ដើម្បីចាប់ផ្តើមបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នកនៅថ្ងៃត្រង់នៃថ្ងៃមុនកាលបរិច្ឆេទចូលជាធរមានលើសេចក្តីជូនដំណឹងអំពី Medicare ដែលមិនមានការធានារ៉ាប់រងដែលយើងបានផ្តើជូនអ្នក។
- ប្រសិនបើអ្នកខកកាលបរិច្ឆេទកំណត់សម្រាប់ការទាក់ទងអង្គការកែលម្អគុណភាព អ្នកអាចដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ដោយផ្ទាល់ទៅយើងខ្ញុំជំនួសវិញ។ សម្រាប់ព័ត៌មានលម្អិតអំពីរបៀបដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ សូមមើល **ផ្នែក I4**។
- ប្រសិនបើអង្គភាពលើកកម្ពស់គុណភាពនឹងមិនស្តាប់នូវសំណើសុំបន្តការរ៉ាប់រងសេវាថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក ឬអ្នកជឿថាស្ថានភាពរបស់អ្នកមានភាពបន្ទាន់ ដែលរួមមានការគម្រាមគំហែងភ្លាមៗ និងធ្ងន់ធ្ងរដល់សុខភាពរបស់អ្នក ឬអ្នកស្ថិតក្នុងការឈឺចាប់ខ្លាំង អ្នកក៏អាចដាក់បណ្តឹងតវ៉ា ឬស្នើសុំជាមួយនឹងក្រសួង California Department of Managed Health Care (DMHC) សម្រាប់ការត្រួតពិនិត្យឡើងវិញផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដោយឯករាជ្យ។ សូមមើលផ្នែក F4 នៅទំព័រ <xx> ដើម្បីស្វែងយល់ពីរបៀបដាក់ពាក្យបណ្តឹងតវ៉ា និងស្នើសុំ DMHC សម្រាប់ការត្រួតពិនិត្យផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដោយឯករាជ្យ។

វាក្យសព្ទច្បាប់ សម្រាប់សេចក្តីជូនដំណឹងជាលាយលក្ខណ៍អក្សរគឺ **"សេចក្តីជូនដំណឹងអំពី Medicare ដែលមិនមាន**ការធានារ៉ាប់រង។" ដើម្បីទទួលបានច្បាប់ចម្លងគំរូ សូមទូរសព្ទទៅផ្នែកថែទាំអតិថិជនតាមរយៈលេខនៅខាងក្រោមនៃទំព័រ ឬទូរសព្ទទៅ Medicare តាមរយៈ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) ដែលបើក 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរតែទូរសព្ទទៅលេខ 1-877-486-2048។ ឬទទួលបានច្បាប់ចម្លងតាមអនឡាញនៅ www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/MAEDNotices។

តើមានអ្វីកើតឡើងក្នុងអំឡុងពេលបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍តាមដានរហ័ស

- អ្នកត្រួតពិនិត្យនៅអង្គការកែលម្អគុណភាពនឹងសាកសួរអ្នក ឬអ្នកតំណាងរបស់អ្នកពីមូលហេតុដែលធ្វើឱ្យអ្នកគិតថាការធានារ៉ាប់រងនេះគួរតែបន្ត។ អ្នកមិនតម្រូវឱ្យសរសេរបាយការណ៍ទេ ប៉ុន្តែអ្នកអាច។
- អ្នកត្រួតពិនិត្យមើលព័ត៌មានវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នក ពិភាក្សាជាមួយវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក និងពិនិត្យមើលព័ត៌មានដែលគម្រោងរបស់យើងបានផ្តល់ជូនពួកគេ។
- គម្រោងរបស់យើងក៏ផ្ញើជូនអ្នកនូវសេចក្តីជូនដំណឹងជាលាយលក្ខណ៍អក្សរដែលពន្យល់ពីមូលហេតុរបស់យើងសម្រាប់ការបញ្ចប់ការធានារ៉ាប់រងលើសេវាកម្មរបស់អ្នកផងដែរ។ អ្នកទទួលបានសេចក្តីជូនដំណឹងនៅចុងបញ្ចប់នៃថ្ងៃដែលអ្នកត្រួតពិនិត្យប្រាប់យើងខ្ញុំអំពីបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក។

វាក្យសព្ទច្បាប់សម្រាប់ការពន្យល់អំពីសេចក្តីជូនដំណឹងគឺ
"សេចក្តីពន្យល់លម្អិតអំពីការមិនផ្តល់ធានារ៉ាប់រង។"

- អ្នកត្រួតពិនិត្យនឹងប្រាប់អ្នកពីការសម្រេចរបស់ពួកគេក្នុងរយៈពេលមួយថ្ងៃពេញ បន្ទាប់ពីការទទួលបានព័ត៌មានទាំងអស់ដែលពួកគេត្រូវការ។

ប្រសិនបើអង្គការត្រួតពិនិត្យឯករាជ្យនិយាយថា **យល់ព្រម** ចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក៖

- យើងនឹងផ្តល់សេវាដែលបានធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកដរាបណាពួកគេមានភាពចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ។

ប្រសិនបើអង្គការត្រួតពិនិត្យឯករាជ្យនិយាយថា **ទេ** ចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក៖

- ការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកបញ្ចប់នៅថ្ងៃដែលយើងបានជម្រាបជូនអ្នក។
- យើងឈប់បង់ចំណែកនៃថ្លៃចំណាយណាមួយរបស់យើងលើការថែទាំនេះនៅកាលបរិច្ឆេទដែលនៅក្នុងសេចក្តីជូនដំណឹង។
- អ្នកនឹងបង់ថ្លៃពេញនៃការថែទាំនេះដោយខ្លួនឯង ប្រសិនបើអ្នកសម្រេចចិត្តបន្តសេវាថែទាំសុខភាពតាមផ្ទះ ការថែទាំរបស់មណ្ឌលថែទាំសុខភាពជំនាញ ឬមជ្ឈមណ្ឌលស្តារនិតិ

សម្បទាពេញលេញសម្រាប់អ្នកជំងឺមិនសម្រាកព្យាបាល (CORF) បន្ទាប់ពីកាលបរិច្ឆេទនៃការជានាវ៉ាប់រងរបស់អ្នកបញ្ចប់

- អ្នកសម្រេចចិត្តថាតើអ្នកចង់បន្តសេវាកម្មទាំងនេះ និងដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិតទី 2 ដែរឬទេ។

I3. ការដាក់ពាក្យបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2

សម្រាប់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 អ្នកសុំឱ្យអង្គការកែលម្អគុណភាពពិនិត្យមើលឡើងវិញនូវសេចក្តីសម្រេច ដែលពួកគេបានធ្វើនៅលើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 1 របស់អ្នក។ទូរសព្ទទៅអង្គការកែលម្អគុណភាពតាមរយៈលេខ (877) 588-1123 (TTY: (855) 887-6668)។

អ្នកត្រូវតែស្នើសុំការពិនិត្យឡើងវិញនេះ **ក្នុងរយៈពេល 60 ថ្ងៃតាមប្រតិទិន** បន្ទាប់ពីថ្ងៃដែលអង្គការកែលម្អគុណភាពបាននិយាយថា **ទេ** ចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 1 របស់អ្នក។ អ្នកអាចស្នើសុំការពិនិត្យឡើងវិញនេះ**លុះត្រាតែ** អ្នកបន្តសេវាថែទាំបន្ទាប់ពីកាលបរិច្ឆេទនៃការជានាវ៉ាប់រងរបស់អ្នកសម្រាប់ការការថែទាំបានបញ្ចប់។

អ្នកត្រួតពិនិត្យអង្គការកែលម្អគុណភាពនឹង៖

- សូមក្រឡេកមើលដោយយកចិត្តទុកដាក់នូវរាល់ព័ត៌មានទាំងអស់ដែលទាក់ទងនឹងបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក។
- ជម្រាបជូនអ្នកពីសេចក្តីសម្រេចរបស់ពួកគេអំពីបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 របស់អ្នកក្នុងរយៈពេល 14 ថ្ងៃតាមប្រតិទិន បន្ទាប់ពីបានទទួលសំណើររបស់អ្នកសម្រាប់ការត្រួតពិនិត្យជាលើកទីពីរ។

ប្រសិនបើអង្គការត្រួតពិនិត្យឯករាជ្យនិយាយថា **យល់ព្រម** ចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក៖

- យើងសងអ្នកវិញនូវថ្លៃចំណាយដែលជាចំណែករបស់យើងចំពោះការថែទាំដែលអ្នកបានទទួល ចាប់ពីកាលបរិច្ឆេទដែលយើងបាននិយាយថា សេវាកម្មរបស់អ្នកនឹងត្រូវបញ្ចប់។
- យើងនឹងផ្តល់ការជានាវ៉ាប់រង សម្រាប់ការថែទាំដរាបណាវាមានភាពចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ។

ប្រសិនបើអង្គការត្រួតពិនិត្យឯករាជ្យនិយាយថា **ទេ** ចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក៖

- ពួកគេយល់ស្របនឹងសេចក្តីសម្រេចរបស់យើងក្នុងការបញ្ចប់ការថែទាំរបស់អ្នក ហើយនឹងមិនផ្លាស់ប្តូរវាទេ។
- ពួកគេផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវលិខិតមួយច្បាប់ ដែលជម្រាបជូនអ្នកពីអ្វីដែលអ្នកអាចធ្វើបាន ប្រសិនបើអ្នកចង់បន្តដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ និងដាក់ពាក្យបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 3។
- អ្នកអាចមានលទ្ធភាពដាក់ពាក្យបណ្តឹងតវ៉ា និងស្នើសុំឱ្យ DMHC ធ្វើការពិនិត្យវាយតម្លៃផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រឯករាជ្យមួយ ដើម្បីបន្តការរ៉ាប់រងចំពោះសេវាកម្មថែទាំសុខភាពរបស់អ្នកបាន។ សូមមើល ផ្នែក F4 នៅទំព័រទី <xx> ដើម្បីស្វែងយល់ពីរបៀបស្នើសុំ DMHC សម្រាប់

ការត្រួតពិនិត្យផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រឯករាជ្យ។ អ្នកអាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងតវ៉ាជាមួយ និងស្នើសុំ DMHC សម្រាប់ការពិនិត្យវេជ្ជសាស្ត្រឡើងវិញដោយឯករាជ្យបន្ថែមលើ ឬជំនួសការប្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 3 ។

ចៅក្រមច្បាប់រដ្ឋបាល ឬមេធាវីជាចៅក្រមដោះស្រាយបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 3។ សូមមើល **ផ្នែក J** សម្រាប់ព័ត៌មានអំពីបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិតទី 3 ទី 4 និងទី 5។

I4. ការដាក់ពាក្យបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ជំនួសកម្រិត 1

ដូចដែលបានពន្យល់នៅក្នុង **ផ្នែក I2**អ្នកត្រូវតែចាត់វិធានការឱ្យបានឆាប់រហ័ស ហើយទាក់ទងអង្គការកែលម្អគុណភាព ដើម្បីចាប់ផ្តើមបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិតទី 1 របស់អ្នក។ ប្រសិនបើអ្នកខកកាលបរិច្ឆេទកំណត់ អ្នកអាចប្រើដំណើរការ "បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ជំនួស" បាន។

សូមទំនាក់ទំនងទៅកាន់ផ្នែក ថែទាំអតិថិជន តាមរយៈលេខទូរសព្ទដែលនៅផ្នែកខាងក្រោមនៃទំព័រ ហើយស្នើសុំយើងខ្ញុំសម្រាប់ "ការត្រួតពិនិត្យរហ័ស"។

> វាក្យសព្ទច្បាប់ សម្រាប់ "ការត្រួតពិនិត្យរហ័ស" ឬ "បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍រហ័ស" គឺ **"ការពន្លឿនបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍។"**

- យើងនឹងពិនិត្យមើលព័ត៌មានទាំងអស់អំពីករណីរបស់អ្នក។
- យើងពិនិត្យមើលថាការសម្រេចដំបូងមានភាពយុត្តិធម៌ និងបានអនុវត្តតាមច្បាប់នៅពេលយើងកំណត់កាលបរិច្ឆេទក្នុងការបញ្ចប់ការជានាវ៉ាប់រងសម្រាប់សេវាកម្មរបស់អ្នក។
- យើងប្រើកាលបរិច្ឆេទកំណត់រហ័សជំនួសឱ្យកាលបរិច្ឆេទកំណត់ស្តង់ដា ហើយផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវសេចក្តីសម្រេចរបស់យើងក្នុងរយៈពេល 72 ម៉ោងបន្ទាប់ពីអ្នកស្នើសុំឱ្យមានការត្រួតពិនិត្យរហ័ស។

ប្រសិនបើយើងនិយាយថា **យល់ព្រម** ចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍រហ័សរបស់អ្នក៖

- យើងយល់ព្រមថាអ្នកត្រូវការសេវាកម្មក្នុងរយៈពេលវែង។
- យើងនឹងផ្តល់សេវាដែលបានធានាវ៉ាប់រងរបស់អ្នក ដរាបណាសេវាមានភាពចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ។
- យើងយល់ព្រមក្នុងការសងអ្នកវិញនូវថ្លៃចំណាយដែលជាចំណែកនៃការថែទាំរបស់យើងដែលអ្នកបានទទួល ចាប់ពីកាលបរិច្ឆេទដែលយើងបាននិយាយថា ការធានាវ៉ាប់រងរបស់អ្នកនឹងត្រូវបញ្ចប់។

ប្រសិនបើយើងនិយាយថា **ទេ** ចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍រហ័សរបស់អ្នក៖

- ការធានាវ៉ាប់រងរបស់យើងសម្រាប់សេវាកម្មទាំងនេះបញ្ចប់នៅកាលបរិច្ឆេទដែលយើងបានជម្រាបជូនអ្នក។
- យើងនឹងមិនបង់ចំណែកនៃថ្លៃចំណាយណាមួយបន្ទាប់ពីកាលបរិច្ឆេទនេះទេ។

- អ្នកបង់ថ្លៃពេញលើសេវាទាំងនេះ ប្រសិនបើអ្នកបន្តការទទួលបានសេវាបន្ទាប់ពីកាលបរិច្ឆេទដែលយើងបានជម្រាបជូនអ្នកថាការធានារ៉ាប់រងរបស់យើងនឹងត្រូវបញ្ចប់។
- យើងបញ្ជូនបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នកទៅអង្គការត្រួតពិនិត្យឯករាជ្យ ដើម្បីប្រាកដថាយើងបានអនុវត្តតាមបទបញ្ជាគ្រប់ជំហានទាំងអស់។ នៅពេលដែលយើងធ្វើដូចនេះ ការណីរបស់អ្នកនឹងទៅកាន់ដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 ដោយស្វ័យប្រវត្តិ។

I5. ការដាក់ពាក្យបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ជំនួសកម្រិតទី 2

ក្នុងអំឡុងពេលបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិតទី 2

យើងផ្ញើព័ត៌មានសម្រាប់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិតទី 2 របស់អ្នកទៅកាន់អង្គភាពត្រួតពិនិត្យឯករាជ្យ ក្នុងរយៈពេល 24 ម៉ោង បន្ទាប់ពីនិយាយថា ទេ ចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិតទី 1 របស់អ្នក។ យើងធ្វើវាដោយស្វ័យប្រវត្តិ។ អ្នកមិនចាំបាច់ធ្វើអ្វីនោះទេ។

ប្រសិនបើអ្នកគិតថា យើងមិនបានបំពេញតាមកាលបរិច្ឆេទកំណត់នេះ ឬកាលបរិច្ឆេទកំណត់ផ្សេងទៀតទេ អ្នកអាចធ្វើការប្តឹងតវ៉ាបាន។ សូមមើល **ផ្នែក K** សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីការដាក់ពាក្យបណ្តឹងតវ៉ា។

អង្គការត្រួតពិនិត្យឯករាជ្យ ធ្វើការត្រួតពិនិត្យរហ័សលើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក។ ពួកគេពិនិត្យមើលដោយប្រុងប្រយ័ត្ននូវរាល់ព័ត៌មានទាំងអស់អំពីការថែទាំពីមន្ទីរពេទ្យរបស់អ្នក ហើយជាធម្មតាផ្តល់ចម្លើយដល់អ្នកក្នុងរយៈពេល 72 ម៉ោង។

ប្រសិនបើអង្គការត្រួតពិនិត្យឯករាជ្យនិយាយថា **យល់ព្រម** ចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក៖

- យើងសងអ្នកវិញនូវថ្លៃចំណាយដែលជាចំណែករបស់យើងចំពោះការថែទាំដែលអ្នកបានទទួល ចាប់ពីកាលបរិច្ឆេទដែលយើងបាននិយាយថា សេវាកម្មរបស់អ្នកនឹងត្រូវបញ្ចប់។
- យើងនឹងផ្តល់សេវាមន្ទីរពេទ្យសម្រាប់ អ្នកជំងឺសម្រាកព្យាបាល ដែលមានការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នក ដរាបណាសេវាមានភាពចាំបាច់ខាងវេជ្ជសាស្ត្រ។

ប្រសិនបើអង្គការត្រួតពិនិត្យឯករាជ្យនិយាយថា **ទេ** ចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក៖

- ពួកគេយល់ស្របនឹងសេចក្តីសម្រេចរបស់យើងក្នុងការបញ្ចប់ការថែទាំរបស់អ្នក ហើយនឹងមិនផ្លាស់ប្តូរវាទេ។
- ពួកគេផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវលិខិតមួយច្បាប់ ដែលជម្រាប់ជូនអ្នកពីអ្វីដែលអ្នកអាចធ្វើបាន ប្រសិនបើអ្នកចង់បន្តដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ និងដាក់ពាក្យបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 3។

អ្នកក៏អាចដាក់ពាក្យបណ្តឹង និងស្នើសុំ DMHC ឱ្យធ្វើការត្រួតពិនិត្យផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដោយឯករាជ្យឡើងវិញដើម្បីបន្តរ៉ាប់រងសេវាកម្មថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក។ សូមមើល ផ្នែក F4 នៅទំព័រទី <xx> ដើម្បីស្វែងយល់ពីរបៀបស្នើសុំ DMHC សម្រាប់ការត្រួតពិនិត្យផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រឯករាជ្យ។ អ្នកអាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងតវ៉ាជាមួយ និងស្នើសុំការពិនិត្យវេជ្ជសាស្ត្រឡើងវិញដោយឯករាជ្យបន្ថែមពីលើ ឬជំនួសឱ្យការប្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 3 ។

ចៅក្រមច្បាប់រដ្ឋបាល ឬមេធាវីជាចៅក្រមដោះស្រាយបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 3។ សូមមើល **ផ្នែក J** សម្រាប់ព័ត៌មានអំពីបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិតទី 3 ទី 4 និងទី 5។

J. ការដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នកលើសពីកម្រិត 2

J1. ជំហានបន្ទាប់សម្រាប់សេវាកម្ម និងសម្ភារៈថែទាំសុខភាព Medicare

ប្រសិនបើអ្នកបានដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិតទី 1 និងកម្រិតទី 2 ចំពោះសេវាកម្ម ឬទំនិញរបស់ Medicare ហើយបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ទាំងពីរបស់អ្នកត្រូវបានបដិសេធ អ្នកអាចមានសិទ្ធិដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិតផ្សេងបន្ថែមទៀត។

ប្រសិនបើតម្លៃប្រាក់ដុល្លារនៃសេវាកម្ម ឬទំនិញរបស់ Medicare ដែលអ្នកបានប្តឹងឧទ្ធរណ៍មិនបំពេញនូវចំនួនប្រាក់ដុល្លារអប្បបរមាជាក់លាក់ទេ អ្នកមិនអាចប្តឹងឧទ្ធរណ៍បន្តទៀតទេ។ ប្រសិនបើតម្លៃប្រាក់ដុល្លារមានកម្រិតខ្ពស់គ្រប់គ្រាន់ អ្នកអាចបន្តដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ទៀតបាន។ សំបុត្រដែលអ្នកទទួលបានពីអង្គភាពត្រួតពិនិត្យឯករាជ្យសម្រាប់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិតទី 2 របស់អ្នកពន្យល់ពីអ្នកដែលត្រូវទាក់ទង និងអ្វីដែលត្រូវធ្វើដើម្បីស្នើសុំបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិតទី 3។

បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 3

ដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 3 គឺជាសវនាការចៅក្រមច្បាប់រដ្ឋបាល (Administrative Law Judge = ALJ)។ អ្នកដែលធ្វើសេចក្តីសម្រេចគឺជា ALJ ឬមេធាវីកាត់សេចក្តី ដែលធ្វើការឱ្យរដ្ឋាភិបាលសហព័ន្ធ។

ប្រសិនបើ ALJ ឬមេធាវីកាត់សេចក្តីនិយាយថា **យល់ព្រម** ចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក យើងមានសិទ្ធិប្តឹងឧទ្ធរណ៍លើការសម្រេចចំពោះកម្រិតទី 3 ដែលអំណោយផលដល់អ្នក។

- ប្រសិនបើយើងសម្រេចចិត្ត **ប្តឹងឧទ្ធរណ៍** ចំពោះការសម្រេចនោះ យើងផ្ញើជូនអ្នកនូវច្បាប់ចម្លងនៃសំណើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិតទី 4 ជាមួយនឹងឯកសារភ្ជាប់មកជាមួយ។ យើងអាចរង់ចាំការសម្រេចចិត្តពីបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិតទី 4 មុនពេលអនុញ្ញាត ឬផ្តល់សេវាកម្មដែលមានជម្លោះនោះ។
- ប្រសិនបើយើងសម្រេចចិត្ត **មិនប្តឹងឧទ្ធរណ៍** ចំពោះការសម្រេចនោះ យើងត្រូវតែផ្តល់ការអនុញ្ញាត ឬផ្តល់ជូនអ្នកនូវសេវាកម្មក្នុងរយៈពេល 60 ថ្ងៃតាមប្រតិទិន បន្ទាប់ពីការទទួលបាន ALJ ឬសេចក្តីសម្រេចរបស់មេធាវីកាត់សេក្តី។

  ប្រសិនបើ ALJ ឬមេធាវីកាត់សេចក្តីនិយាយថា **ទេ** ចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក ដំណើរការប្តឹងឧទ្ធរណ៍អាចនឹងមិនបញ្ចប់ទេ។
- ប្រសិនបើអ្នកសម្រេច **ទទួលយក** សេចក្តីសម្រេចនេះ ដែលច្រានចោលបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក ដំណើរការប្តឹងឧទ្ធរណ៍ត្រូវបានបញ្ចប់។

- ប្រសិនបើអ្នកសម្រេច **មិនទទួលយក** សេចក្តីសម្រេចនេះ ដែលច្រានចោលបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក អ្នកអាចបន្តទៅកម្រិតបន្ទាប់នៃដំណើរការពិនិត្យ។ សេចក្តីជូនដំណឹងដែលអ្នកទទួលបាន នឹងជម្រាបជូនអ្នកពីអ្វីដែលត្រូវធ្វើសម្រាប់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 4។

បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 4

ក្រុមប្រឹក្សាបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់ Medicare ត្រួតពិនិត្យបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក ហើយផ្តល់ចម្លើយដល់អ្នក។ ក្រុមប្រឹក្សាគឺជាផ្នែកមួយនៃរដ្ឋាភិបាលសហព័ន្ធ។

ប្រសិនបើក្រុមប្រឹក្សានិយាយថា **យល់ព្រម** ចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិតទី 4 របស់អ្នក ឬបដិសេធសំណើរបស់យើងដើម្បីពិនិត្យមើលសេចក្តីសម្រេចនៃបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិតទី 3 ដែលអំណោយផលដល់អ្នក យើងមានសិទ្ធិប្តឹងឧទ្ធរណ៍ទៅកម្រិតទី 5។

- ប្រសិនបើយើងសម្រេចចិត្ត **ប្តឹងឧទ្ធរណ៍** ចំពោះការសម្រេចនោះ យើងនឹងជម្រាបជូនអ្នកជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ។
- ប្រសិនបើយើងសម្រេចចិត្ត **មិនប្តឹងឧទ្ធរណ៍** ចំពោះការសម្រេចនោះ យើងត្រូវតែផ្តល់ការអនុញ្ញាត ឬផ្តល់ជូនអ្នកនូវសេវាកម្មក្នុងរយៈពេល 60 ថ្ងៃតាមប្រតិទិន បន្ទាប់ពីការទទួលបានសេចក្តីសម្រេចរបស់ក្រុមប្រឹក្សា។

ប្រសិនបើក្រុមប្រឹក្សានិយាយថា **ទេ** ឬបដិសេធចំពោះសំណើសុំពិនិត្យមើលរបស់យើង ដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍នឹងមិនអាចបញ្ចប់បានទេ។

- ប្រសិនបើអ្នកសម្រេច **ទទួលយក** សេចក្តីសម្រេចនេះ ដែលច្រានចោលបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក ដំណើរការប្តឹងឧទ្ធរណ៍ត្រូវបានបញ្ចប់។
- ប្រសិនបើអ្នកសម្រេច **មិនទទួលយក** សេចក្តីសម្រេចនេះ ដែលច្រានចោលបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក អ្នកអាចបន្តទៅកម្រិតបន្ទាប់នៃដំណើរការពិនិត្យ។ សេចក្តីជូនដំណឹងដែលអ្នកទទួលបាន នឹងជម្រាបជូនអ្នកថាតើអ្នកអាចបន្តទៅបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 5 ឬអត់ និងអ្វីដែលត្រូវធ្វើ។

បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 5

ចៅក្រមតុលាការមណ្ឌលរបស់សហព័ន្ធ នឹងត្រួតពិនិត្យបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក និងរាល់ព័ត៌មានទាំងអស់ ហើយសម្រេចថា **ជាទ/ចាស** ឬ **ទេ**។ នេះជាសេចក្តីសម្រេចចុងក្រោយ។ មិនមានកម្រិតនៃបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ផ្សេងទៀតបន្ទាប់ពីតុលាការមណ្ឌលរបស់សហព័ន្ធទេ។

J2. បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ចំពោះ Medi-Cal បន្ថែម

អ្នកក៏មានសិទ្ធិប្តឹងឧទ្ធរណ៍ផ្សេងទៀតផងដែរ ប្រសិនបើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នកពាក់ព័ន្ធអំពីសេវាកម្ម ឬទំនិញដែលជាធម្មតាជានាវ៉ាប់រងដោយ Medi-Cal។ សំបុត្រដែលអ្នកទទួលបានពីការិយាល័យសវនាការយុត្តិធម៌នឹងជម្រាបជូនអ្នកពីអ្វីដែលត្រូវធ្វើ ប្រសិនបើអ្នកចង់បន្តដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍។ បើអ្នកមិនឯកភាពជាមួយសេចក្តីសម្រេចក្នុងសវនាការថ្នាក់រដ្ឋទេ ហើយ

អ្នកចង់ឲ្យចៅក្រមផ្សេងពិនិត្យរឡើងវិញ អ្នកអាចស្នើសុំសវនាការថ្មីមួយទៀត និង/ឬស្វែងរកការពិនិត្យឡើងវិញរបស់អង្គចៅក្រម។

ដើម្បីស្នើសុំសវនាការមួយ សូមលើកសំណើជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ (លិខិត) រួចផ្ញើតាមរយៈអ៊ីម៉ែលទៅ៖

The Rehearing Unit
744 P Street, MS 19-37
Sacramento, CA 95814

លិខិតនេះត្រូវបញ្ជូនទៅក្នុងកំឡុងពេល 30 ថ្ងៃ បន្ទាប់ពីអ្នកបានសេចក្តីសម្រេចរបស់អ្នក។ ថ្ងៃផុតកំណត់អាចត្រូវបានគេពន្យាររហូតដល់ 180 ថ្ងៃប្រសិនបើអ្នកមានហេតុផលល្អសម្រាប់ការយឺតយ៉ាវ។

នៅក្នុងសំណើរសុំបើកសវនាការជាថ្មី សូមបញ្ជាក់ពីកាលបរិច្ឆេទដែលអ្នកទទួលបានសេចក្តីសម្រេចរបស់អ្នក និងមូលហេតុដែលត្រូវទទួលបានសវនាការថ្មី។ បើអ្នកចង់បង្ហាញភស្តុតាងបន្ថែម សូមពណ៌នាពីភស្តុតាងនោះ និងពន្យល់ពីមូលហេតុដែលវាមិនត្រូវបានបង្ហាញពីមុន និងតើវាកែប្រែការសម្រេចចិត្តយ៉ាងដូចម្តេច។ អ្នកអាចទាក់ទងសុំជំនួយពីសេវាផ្នែកច្បាប់។

ដើម្បីស្នើការពិនិត្យឡើងវិញរបស់តុលាការដាក់ញត្តិនៅតុលាការជាន់ខ្ពស់ (ក្រោមក្រមនីតិវិធីរដ្ឋប្បវេណីផ្នែក 1094.5) ក្នុងកំឡុងពេលមួយឆ្នាំបន្ទាប់ពីអ្នកទទួលបានការសម្រេចចិត្តរបស់អ្នក។ ដាក់ញត្តិរបស់អ្នកនៅតុលាការជាន់ខ្ពស់សម្រាប់ខោនធីដែលមានឈ្មោះនៅក្នុងសេចក្តីសម្រេចរបស់អ្នក។ អ្នកអាចដាក់ញត្តិនេះដោយពុំចាំបាច់សុំបើកសវនាការជាថ្មី។ ការដាក់នេះគឺពុំគិតថ្លៃទេ។ អ្នកអាចត្រូវទទួលខុសត្រូវលើថ្លៃឈ្នួលមេធាវី និងចំណាយផ្សេងៗបើតុលាការចេញសេចក្តីសម្រេចចិត្តចុងក្រោយតាមសំណើរបស់អ្នក។

ប្រសិនបើមានការបើកសវនាការជាថ្មី ហើយអ្នកមិនយល់ព្រមជាមួយសេចក្តីសម្រេចពីសវនាការថ្មីនោះទេ អ្នកអាចស្វែងរកការពិនិត្យឡើងវិញរបស់តុលាការ ប៉ុន្តែអ្នកមិនអាចស្នើសុំបើសវនាការជាថ្មីទៀតទេ ។

J3. បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិតទី 3 ទី 4 និងទី 5 សម្រាប់ការស្នើសុំឱសថក្នុងផ្នែក D

ផ្នែកនេះអាចសមស្របសម្រាប់អ្នក ប្រសិនបើអ្នកបានដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិតទី 1 និងបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិតទី 2 ហើយបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នកទាំងពីរត្រូវបានបដិសេធ។

ប្រសិនបើតម្លៃរបស់ឱសថដែលអ្នកបានប្តឹងឧទ្ធរណ៍បំពេញនូវចំនួនប្រាក់ដុល្លារជាក់លាក់ អ្នកអាចបន្តការប្តឹងឧទ្ធរណ៍ទៅកម្រិតផ្សេងបន្ថែមទៀតបាន។ ការឆ្លើយតបជាលាយលក្ខណ៍អក្សរដែលអ្នកទទួលបានចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិតទី 2 របស់អ្នកពន្យល់ពីអ្នកដែលត្រូវទាក់ទង និងអ្វីដែលត្រូវធ្វើដើម្បីស្នើសុំសម្រាប់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិតទី 3។

បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 3

ដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 3 គឺជាសវនាការចៅក្រមច្បាប់រដ្ឋបាល (Administrative Law Judge = ALJ)។ អ្នកដែលធ្វើសេចក្តីសម្រេចគឺជា ALJ ឬមេធាវីកាត់សេចក្តី ដែលធ្វើការឱ្យរដ្ឋាភិបាលសហព័ន្ធ។

ប្រសិនបើ ALJ ឬមេធាវីកាត់សេចក្តីនិយាយថា **យល់ព្រម** ចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក៖

- ដំណើរការប្តឹងឧទ្ធរណ៍បានបញ្ចប់។

- យើងត្រូវតែអនុញ្ញាត ឬផ្តល់ការធានារ៉ាប់រងលើឱសថដែលបានយល់ព្រមក្នុងរយៈពេល 72 ម៉ោង (ឬ 24 ម៉ោងសម្រាប់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ឆាប់រហ័ស) ឬធ្វើការទូទាត់មិនលើសពី 30 ថ្ងៃតាមប្រតិទិន បន្ទាប់ពីយើងទទួលបានសេចក្តីសម្រេច។

  ប្រសិនបើ ALJ ឬមេធាវីកាត់សេចក្តីនិយាយថា **ទេ** ចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក ដំណើរការប្តឹងឧទ្ធរណ៍អាចនឹងមិនបញ្ចប់ទេ។

- ប្រសិនបើអ្នកសម្រេច **ទទួលយក** សេចក្តីសម្រេចនេះ ដែលច្រានចោលបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក ដំណើរការប្តឹងឧទ្ធរណ៍ត្រូវបានបញ្ចប់។

- ប្រសិនបើអ្នកសម្រេច **មិនទទួលយក** សេចក្តីសម្រេចនេះ ដែលច្រានចោលបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក អ្នកអាចបន្តទៅកម្រិតបន្ទាប់នៃដំណើរការពិនិត្យ។ សេចក្តីជូនដំណឹងដែលអ្នកទទួលបាន នឹងជម្រាបជូនអ្នកពីអ្វីដែលត្រូវធ្វើសម្រាប់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 4។

បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 4

ក្រុមប្រឹក្សាបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់ Medicare ត្រួតពិនិត្យបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក ហើយផ្តល់ចម្លើយដល់អ្នក។ ក្រុមប្រឹក្សាគឺជាផ្នែកមួយនៃរដ្ឋាភិបាលសហព័ន្ធ។

ប្រសិនបើក្រុមប្រឹក្សានិយាយថា **យល់ព្រម** ចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក៖

- ដំណើរការប្តឹងឧទ្ធរណ៍បានបញ្ចប់។

- យើងត្រូវតែអនុញ្ញាត ឬផ្តល់ការធានារ៉ាប់រងលើឱសថដែលបានយល់ព្រមក្នុងរយៈពេល 72 ម៉ោង (ឬ 24 ម៉ោងសម្រាប់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ឆាប់រហ័ស) ឬធ្វើការទូទាត់មិនលើសពី 30 ថ្ងៃតាមប្រតិទិន បន្ទាប់ពីយើងទទួលបានសេចក្តីសម្រេច។

ប្រសិនបើក្រុមប្រឹក្សានិយាយថា **ទេ** ចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក ដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍នឹងមិនអាចបញ្ចប់បានទេ។

- ប្រសិនបើអ្នកសម្រេច **ទទួលយក** សេចក្តីសម្រេចនេះ ដែលច្រានចោលបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក ដំណើរការប្តឹងឧទ្ធរណ៍ត្រូវបានបញ្ចប់។

- ប្រសិនបើអ្នកសម្រេច **មិនទទួលយក** សេចក្តីសម្រេចនេះ ដែលច្រានចោលបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក អ្នកអាចបន្តទៅកម្រិតបន្ទាប់នៃដំណើរការពិនិត្យ។ សេចក្តីជូនដំណឹងដែលអ្នកទទួលបាន នឹងជម្រាបជូនអ្នកថាតើអ្នកអាចបន្តទៅបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 5 ឬអត់ និងអ្វីដែលត្រូវធ្វើ។

បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 5

ចៅក្រមតុលាការមណ្ឌលរបស់សហព័ន្ធ នឹងត្រួតពិនិត្យបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក និងរាល់ព័ត៌មានទាំងអស់ ហើយសម្រេចថា **ជាទ/ចាស** ឬ **ទេ**។ នេះជាសេចក្តីសម្រេចចុងក្រោយ។ មិនមានកម្រិតនៃបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ផ្សេងទៀតបន្ទាប់ពីតុលាការមណ្ឌលរបស់សហព័ន្ធទេ។

K. របៀបដាក់ពាក្យបណ្តឹងតវ៉ា

K1. តើបញ្ហាប្រភេទណាខ្លះដែលគួរដាក់ពាក្យបណ្តឹង

ដំណើរការនៃពាក្យបណ្តឹងត្រូវបានប្រើសម្រាប់ដោះស្រាយបញ្ហាជាក់លាក់មួយចំនួនតែប៉ុណ្ណោះ ដូចជាបញ្ហា ដែលពាក់ព័ន្ធនឹងគុណភាពរបស់សេវាថែទាំ ពេលរង់ចាំទទួលសេវាកម្ម ការសម្របសម្រួលសេវាថែទាំ និងសេវាកម្មបម្រើមអតិថិជន។ នេះគឺជាឧទាហរណ៍នៃប្រភេទបញ្ហាដែលស្ថិតក្រោមចំណាត់ការនៃដំណើរការដាក់បណ្តឹង។

ពាក្យបណ្តឹង	ឧទាហរណ៍
គុណភាពនៃការថែទាំផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នក	• អ្នកមិនពេញចិត្តនឹងគុណភាពនៃសេវាកម្មថែទាំសុខភាព ដូចជាសេវាកម្មថែទាំនៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យ។
ការគោរពឯកជនភាពរបស់អ្នក	• អ្នកគិតថា បុគ្គលណាម្នាក់មិនបានគោរពសិទ្ធិឯកជនភាពរបស់អ្នក ឬបានចែករំលែកព័ត៌មានសម្ងាត់របស់អ្នក។
ការមិនគោរព សេវាកម្មអតិថិជនមិនល្អ ឬអាកប្បកិរិយាអវិជ្ជមានផ្សេងទៀត	• អ្នកផ្តល់ ឬបុគ្គលិកថែទាំសុខភាពមិនសុភាពរាបសារ ឬមិនគោរពអ្នក។ • បុគ្គលិករបស់យើងបានប្រព្រឹត្តិមិនល្អចំពោះអ្នក។ • អ្នកគិតថា អ្នកនឹងត្រូវបានដកចេញពីគម្រោងរបស់យើង។

ពាក្យបណ្តឹង	ឧទាហរណ៍
លទ្ធភាពចូលប្រើប្រាស់ និងជំនួយភាសា	• អ្នកមិនអាចទទួលបានសេវាកម្ម និងសម្ភារៈថែទាំសុខភាពនៅក្នុងការិយាល័យរបស់ក្រុមគ្រូពេទ្យ ឬវេជ្ជបណ្ឌិត។ • វេជ្ជបណ្ឌិត ឬអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកមិនផ្តល់អ្នកបកប្រែសម្រាប់ភាសាដែលមិនមែនជាភាសាអង់គ្លេសដែលអ្នកនិយាយ (ដូចជា ភាសាសញ្ញាអាមេរិក ឬភាសាអេស្ប៉ាញ)ទេ។ • អ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកមិនផ្តល់ជូនអ្នកនូវកន្លែងស្នាក់នៅសមរម្យផ្សេងទៀតដែលអ្នកត្រូវការ និងស្នើសុំទេ។
ពេលរង់ចាំទទួលសេវាកម្ម	• អ្នកមានបញ្ហាក្នុងការណាត់ជួប ឬរង់ចាំក្នុងរយៈពេលដ៏យូរដើម្បីទទួលបានសេវាកម្ម។ • វេជ្ជបណ្ឌិត ឱសថការី ឬអ្នកជំនាញផ្នែកសុខភាពផ្សេងទៀត សេវាថែទាំអតិថិជន ឬបុគ្គលិករបស់គម្រោងផ្សេងទៀត ទុកឱ្យអ្នករង់ចាំក្នុងរយៈពេលដ៏យូរ។
អនាម័យ	• អ្នកយល់ថា គ្លីនិក មន្ទីរពេទ្យ ឬការិយាល័យរបស់វេជ្ជបណ្ឌិតគឺមិនស្អាត។
ព័ត៌មានដែលអ្នកទទួលបានពីយើងខ្ញុំ	• អ្នកយល់ថា យើងខ្ញុំមិនបានផ្តើសេចក្តីជូនដំណឹង ឬលិខិតដែលអ្នកគួរតែទទួលបាន។ • អ្នកគិតថា ព័ត៌មានជាលាយលក្ខណ៍អក្សរដែលយើងបានផ្តើជូនអ្នកគឺពិបាកយល់ខ្លាំងណាស់។
ពេលវេលាដែលទាក់ទងនឹងការសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង ឬបណ្តឹង ឧទ្ធរណ៍	• អ្នកគិតថា យើងមិនបំពេញតាមកាលបរិច្ឆេទកំណត់របស់យើងសម្រាប់ការសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង ឬការឆ្លើយតបនឹងបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក។ • អ្នកគិតថា បន្ទាប់ពីការទទួលបានសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង ឬបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍តាមសំណើរបស់អ្នក យើងមិនបំពេញតាមកាលបរិច្ឆេទកំណត់ចំពោះការអនុម័ត ឬការផ្តល់សេវាកម្មជូនអ្នក ឬការសងថ្លៃសម្រាប់សេវាកម្មផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដាក់លាក់ជូនអ្នកវិញទេ។ • អ្នកមិនគិតថា យើងបានបញ្ជូនករណីរបស់អ្នកទៅអង្គភាពត្រួតពិនិត្យឯករាជ្យទាន់ពេលវេលាទេ។

ពាក្យបណ្តឹងមានប្រភេទផ្សេងៗគ្នា។ អ្នកអាចធ្វើបណ្តឹងផ្ទៃក្នុងនិង / ឬពាក្យបណ្តឹងខាងក្រៅ។ ពាក្យបណ្តឹងផ្ទៃក្នុងត្រូវដាក់ទៅនិងពិនិត្យដោយផែនការរបស់យើង។ ពាក្យបណ្តឹងខាងក្រៅត្រូវបានដាក់ និងពិនិត្យដោយអង្គភាពដែលមិនជាប់ទាក់ទងនឹងគម្រោងរបស់យើង។ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយក្នុងការដាក់ពាក្យបណ្តឹងខាងក្នុង និង/ឬខាងក្រៅ អ្នកអាចទូរសព្ទទៅកាន់ផ្នែកសេវាថែទាំអតិថិជនតាមរយៈ (800) 452-4113។

> វាក្យសព្ទច្បាប់ សម្រាប់ "ពាក្យបណ្តឹង" គឺ **"បណ្តឹងសាទុក្ខ។"**
>
> វាក្យសព្ទច្បាប់ សម្រាប់ "ការដាក់ពាក្យបណ្តឹង" គឺ **"ការដាក់ពាក្យបណ្តឹងសាទុក្ខ។"**

K2. ពាក្យបណ្តឹងផ្ទៃក្នុង

ដើម្បីដាក់ពាក្យបណ្តឹងខាងក្នុង សូមទូរសព្ទទៅកាន់ផ្នែកសេវាថែទាំអតិថិជនតាមរយៈ 1-800-452-4413 (TTY: 711)។ អ្នកអាចធ្វើបណ្តឹងបានគ្រប់ពេលលើកលែងតែករណីទាក់ទងនឹងឱសថផ្នែក D ។ ប្រសិនបើពាក្យបណ្តឹងពាក់ព័ន្ធនឹងឱសថក្នុងផ្នែក D អ្នកត្រូវតែដាក់ពាក្យបណ្តឹង **នៅក្នុងរយៈពេល 60 ថ្ងៃតាមប្រតិទិន** បន្ទាប់ពីអ្នកមានបញ្ហាដែលអ្នកចង់ប្តឹង។

- បើមានអ្វីផ្សេងដែលអ្នកត្រូវធ្វើ ផ្នែកថែទាំអតិថិជននឹងជម្រាបជូនអ្នក។
- អ្នកក៏អាចសរសេរបណ្តឹងរបស់អ្នក ហើយផ្ញើទៅយើងខ្ញុំបានដែរ។ បើអ្នកដាក់បណ្តឹងជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ យើងនឹងឆ្លើយតបបណ្តឹងរបស់អ្នកជាលាយលក្ខណ៍អក្សរវិញ។
- នេះជារបៀបនៃការដាក់ពាក្យបណ្តឹងដំណើរការ៖
    - ជំហានទី 1៖ ដាក់ពាក្យបណ្តឹងសាទុក្ខ

    ដើម្បីចាប់ផ្តើមដំណើរការ សូមទូរសព្ទទៅកាន់អ្នកតំណាងផ្នែកសេវាថែទាំអតិថិជនក្នុងរយៈពេល 60 ថ្ងៃតាមប្រតិទិនរបស់ព្រឹត្តិការណ៍ ហើយស្នើសុំដើម្បីដាក់ពាក្យបណ្តឹងសាទុក្ខ។ អ្នកក៏អាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងសាទុក្ខជាលាយលក្ខណ៍អក្សរក្នុងរយៈពេល 60 ថ្ងៃតាមប្រតិទិនរបស់ព្រឹត្តិការណ៍ដោយផ្ញើពាក្យបណ្តឹងសាទុក្ខទៅ៖

    Blue Shield TotalDual Plan
    Appeals & Grievances Department
    P.O. Box 927, Woodland Hills CA 91365-9856
    ទូរសារ៖ (916) 350–6510

    ប្រសិនបើការទំនាក់ទំនងមកកាន់យើងខ្ញុំតាមទូរសារ ឬតាមប្រៃសណីយ៍ សូមទូរសព្ទមកកាន់យើងខ្ញុំដើម្បីស្នើសុំ **ទម្រង់បែបបទរបស់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ និងបណ្តឹងសាទុក្ខ Blue Shield TotalDual Plan**។

យើងនឹងផ្ញើសំបុត្រជូនអ្នកដើម្បីជម្រាបអ្នកឱ្យដឹងថា យើងបានទទួលសេចក្តីជូនដំណឹងអំពីការព្រួយបារម្ភរបស់អ្នកក្នុងរយៈពេល 5 ថ្ងៃតាមប្រតិទិន ហើយផ្តល់ជូនអ្នកនូវឈ្មោះអ្នកដែលកំពុងធ្វើការលើការព្រួយបារម្ភនោះ។ ជាធម្មតា យើងនឹងដោះស្រាយការព្រួយបារម្ភក្នុងរយៈពេល 30 ថ្ងៃតាមប្រតិទិន។

ប្រសិនបើអ្នកស្នើសុំសម្រាប់ "ការពន្លឿនបណ្តឹងសាទុក្ខ" ដោយសារតែយើងបានសម្រេចមិនផ្តល់ជូនអ្នកនូវ "សេចក្តីសម្រេចរហ័ស" ឬ "បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍រហ័ស" យើងនឹងបញ្ជូនបន្តសំណើរបស់អ្នកទៅកាន់នាយកផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ ដែលមិនពាក់ព័ន្ធនឹងសេចក្តីសម្រេចពីខាងដើមរបស់យើង។ យើងអាចស្នើសុំប្រសិនជាអ្នកមានព័ត៌មានបន្ថែមដែលមិនមាននៅពេលដែលអ្នកបានស្នើសុំ "សេចក្តីសម្រេចបឋមរហ័ស" ឬ "បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍រហ័ស"។

នាយកផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រនឹងពិនិត្យមើលសំណើរបស់អ្នក ហើយសម្រេចថាតើសេចក្តីសម្រេចពីខាងដើមរបស់យើងសមស្របដែរឬអត់។ យើងនឹងផ្ញើសំបុត្រជូនអ្នកជាមួយនឹងសេចក្តីសម្រេចរបស់យើងក្នុងរយៈពេល 24 ម៉ោង បន្ទាប់ពីការស្នើសុំរបស់អ្នកសម្រាប់ "ការពន្លឿនបណ្តឹងសាទុក្ខ"

យើងត្រូវតែដោះស្រាយបណ្តឹងសាទុក្ខរបស់អ្នកឱ្យបានឆាប់រហ័សដូចករណីរបស់អ្នកគម្រូវដោយផ្អែកលើស្ថានភាពសុខភាពរបស់អ្នក ប៉ុន្តែមិនឱ្យលើសពី 30 ថ្ងៃបន្ទាប់ពីបានទទួលពាក្យបណ្តឹងរបស់អ្នកឡើយ។

- ជំហានទី 2៖ សវនាការបណ្តឹងសាទុក្ខ

  ប្រសិនបើអ្នកមិនពេញចិត្តចំពោះដំណោះស្រាយនៃបណ្តឹងសាទុក្ខរបស់អ្នកដែលទាក់ទងនឹងបញ្ហាគុណភាពរបស់សេវាថែទាំ អ្នកអាចធ្វើការស្នើសុំជាលាយលក្ខណ៍អក្សរទៅកាន់ផ្នែកទទួលបន្ទុកបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ និងបណ្តឹងសាទុក្ខរបស់ Blue Shield Medicare បានសម្រាប់សវនាការបណ្តឹងសាទុក្ខ។ ក្នុងរយៈពេល 31 ថ្ងៃតាមប្រតិទិននៃការស្នើសុំជាលាយលក្ខណ៍អក្សររបស់អ្នក យើងនឹងប្រមូលផ្តុំគណៈកម្មាធិការដើម្បីស្តាប់ករណីរបស់អ្នក។ អ្នកនឹងត្រូវបានអញ្ជើញឱ្យចូលរួមក្នុងសវនាការ ដែលរួមមានក្រូពេទ្យ និងអ្នកតំណាងដែលមិនមានការពាក់ព័ន្ធមកពីក្រសួងទទួលបន្ទុកដំណោះស្រាយបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ និងបណ្តឹងសាទុក្ខ។ អ្នកអាចចូលរួមដោយផ្ទាល់ ឬពីចំងាយតាមប្រព័ន្ធទូរសព្ទ។ បន្ទាប់ពីសវនាការ យើងនឹងផ្ញើជូនអ្នកនូវសំបុត្រនៃដំណោះស្រាយចុងក្រោយ។

- ប្រសិនបើអ្នកមិនពេញចិត្តចំពោះដំណោះស្រាយនៃបណ្តឹងសាទុក្ខរបស់អ្នកដែលមិនរួមបញ្ចូលគុណភាពនៃសេវាថែទាំ ដូចជាពេលរង់ចាំសេវាកម្ម ការមិនគោរព សេវាបម្រើអតិថិជន ឬអនាម័យទេ អ្នកអាចទាក់ទងទៅកាន់ក្រសួងថែទាំអតិថិជនរបស់គម្រោង Blue Shield TotalDual ដើម្បីស្នើសុំការពិនិត្យមើលបន្ថែមទៀត។

> **វាក្យសព្ទផ្សាប់**សម្រាប់ "បណ្តឹងតវ៉ារហ័ស" គឺ **"បណ្តឹងសាទុក្ខបន្ទាន់"** ។

ប្រសិនជាអាច យើងនឹងផ្តល់ចម្លើយជូនអ្នកភ្លាម។ បើអ្នកទាក់ទងយើងតាមទូរសព្ទដើម្បីដាក់បណ្តឹង យើងអាចផ្តល់ចម្លើយជូនអ្នកតាមការទាក់ទងដ៏ដែលនេះ។ បើស្ថានភាពសុខភាពរបស់អ្នកតម្រូវឱ្យយើងផ្តល់ចម្លើយឆាប់រហ័ស យើងនឹងធ្វើតាមនោះ។

- យើងឆ្លើយតបនឹងពាក្យបណ្តឹងភាគច្រើនក្នុងរយៈពេល 30 ថ្ងៃតាមប្រតិទិន។ ប្រសិនបើយើងមិនធ្វើការសម្រេចក្នុងរយៈពេល 30 ថ្ងៃតាមប្រតិទិនដោយសារតែយើងត្រូវការព័ត៌មានបន្ថែម យើងនឹងជូនដំណឹងដល់អ្នកជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ។ យើងក៏នឹងផ្តល់នូវដំណឹងចុងក្រោយពីស្ថានភាព និងពេលវេលាដ៏ស្មានដែលអ្នកនឹងទទួលបានចម្លើយផងដែរ។

- ប្រសិនបើអ្នកដាក់ពាក្យបណ្តឹងដោយសារតែយើងបានបដិសេធសំណើរបស់អ្នកចំពោះ "សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងរហ័ស" ឬ "បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍រហ័ស" យើងខ្ជាប់ខ្ជួនផ្តល់ជូនអ្នកនូវ "ពាក្យបណ្តឹងរហ័ស" ដោយស្វ័យប្រវត្តិ និងឆ្លើយតបនូវពាក្យបណ្តឹងរបស់អ្នកក្នុងរយៈពេល 24 ម៉ោង។

- ប្រសិនបើអ្នកដាក់ពាក្យបណ្តឹងដោយសារតែយើងបានចំណាយពេលបន្ថែមដើម្បីចេញសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង ឬបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ យើងនឹងផ្តល់ជូនអ្នកនូវ "ពាក្យបណ្តឹងរហ័ស" ដោយស្វ័យប្រវត្តិ និងឆ្លើយតបនូវពាក្យបណ្តឹងរបស់អ្នកក្នុងរយៈពេល 24 ម៉ោង។

ប្រសិនបើយើងមិនយល់ស្របចំពោះផ្នែកមួយ ឬទាំងអស់នៃពាក្យបណ្តឹងរបស់អ្នក យើងនឹងជម្រាបដល់អ្នក ហើយផ្តល់ជូនអ្នកនូវមូលហេតុរបស់យើង។ យើងនឹងឆ្លើយតបមិនថាយើងយល់ព្រមចំពោះពាក្យបណ្តឹងនោះឬក៏អត់។

K3. ពាក្យបណ្តឹងខាងក្រៅ

កម្មវិធី Medicare

អ្នកអាចប្រាប់ Medicare អំពីពាក្យបណ្តឹងរបស់អ្នក ឬផ្ញើពាក្យបណ្តឹងទៅកាន់ Medicare។ ទម្រង់បែបបទនៃពាក្យបណ្តឹងរបស់ Medicare អាចរកបាននៅ៖ www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx។

អ្នកមិនចាំបាច់ដាក់ពាក្យបណ្តឹងជាមួយ Blue Shield TotalDual Plan មុនពេលដាក់ពាក្យបណ្តឹងជាមួយ Medicare ទេ។

Medicare ទទួលយកពាក្យបណ្តឹងរបស់អ្នកដោយហ្គត់ចត់ ហើយនឹងប្រើប្រាស់ព័ត៌មាននេះដើម្បីជួយធ្វើឱ្យគុណភាពនៃកម្មវិធីរបស់ Medicare កាន់តែមានភាពល្អប្រសើរ។

ប្រសិនបើអ្នកមានមតិកែលម្អ ឬការព្រួយបារម្ភផ្សេងទៀត ឬប្រសិនបើអ្នកមានអារម្មណ៍ថាគម្រោងសុខភាពមិនដោះស្រាយបញ្ហារបស់អ្នកទេ អ្នកក៏អាចទូរសព្ទទៅកាន់លេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) ផងដែរ។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY សូមទូរសព្ទទៅកាន់លេខ 1-877-486-2048។ ការហៅមកលេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។

Medi-Cal

អ្នកអាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងទៅកាន់មន្ត្រីបណ្តឹងសាធារណៈនៃគម្រោង Medi-Cal Managed Care នៃក្រសួងសេវាថែទាំសុខភាព (DHCS) នៃរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ាដោយទូរសព្ទទៅកាន់លេខ 1-888-452-8609។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY សូមទូរសព្ទទៅកាន់លេខ 711។ ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ចន្លោះពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 5:00 ល្ងាច

អ្នកអាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងជាមួយនឹង ក្រសួងគ្រប់គ្រងការថែទាំសុខភាព (DMHC) នៃរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា។ DMHC គឺទទួលខុសត្រូវចំពោះការដាក់បញ្ចត្តិលើគម្រោងសុខភាព។ អ្នកអាចទូរសព្ទទៅកាន់មជ្ឈមណ្ឌលផ្តល់ជំនួយរបស់ DMHC សម្រាប់ជំនួយចំពោះពាក្យបណ្តឹងអំពីសេវាកម្មរបស់ Medi-Cal។ អ្នកអាចទាក់ទងទៅ DMHC ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយក្នុងបណ្តឹងទាក់ទងនឹងបញ្ហាបន្ទាន់ ឬបញ្ហាដែលពាក់ព័ន្ធនឹងការគំរាមកំហែងភ្លាមៗ និងធ្ងន់ធ្ងរដល់សុខភាពរបស់អ្នក ប្រសិនបើអ្នកស្ថិតក្នុងអាការៈឈឺចាប់ខ្លាំង ប្រសិនបើអ្នកមិនយល់ស្របនឹងការសម្រេចនៃគម្រោងរបស់យើងអំពីពាក្យបណ្តឹងរបស់អ្នក ឬប្រសិនបើគម្រោងរបស់យើងខ្ជាមិនបានដោះស្រាយពាក្យបណ្តឹងរបស់អ្នកបន្ទាប់ពី 30 ថ្ងៃតាមប្រតិទិន។

នេះគឺជាវិធីពីរយ៉ាងក្នុងការទទួលបានជំនួយពីមជ្ឈមណ្ឌលជំនួយ៖

- ទូរសព្ទទៅកាន់ 1-888-466-2219។ ចំពោះបុគ្គលដែលថ្លង់ ពិបាកស្តាប់ ឬពិបាកនិយាយ អាចប្រើប្រាស់សេវា តតគិតថ្លៃ TTY ដែលមានលេខ 1-877-688-9891។ ការហៅមកលេខនេះគឺតតគិតថ្លៃ។
- សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័ររបស់ក្រសួង Department of Managed Health Care តាមរយៈអាសយដ្ឋាន (www.dmhc.ca.gov) ។

ការិយាល័យសិទ្ធិស៊ីវិល

អ្នកអាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងទៅកាន់ការិយាល័យរបស់ក្រសួងសុខាភិបាល និងសេវាមនុស្សជាតិ សម្រាប់សិទ្ធិស៊ីវិលបាន ប្រសិនបើអ្នកគិតថា អ្នកមិនត្រូវបានប្រព្រឹត្តិមកលើដោយយុត្តិធម៌ទេ។ ឧទាហរណ៍ អ្នកអាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងអំពីការទទួលបានជំនួយពិការភាពឬជំនួយផ្នែកភាសា។ លេខទូរសព្ទសម្រាប់ការិយាល័យសិទ្ធិស៊ីវិលគឺ 1-800-368-1019។ អ្នកប្រើ TTY គួរហៅទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-537-7697។ អ្នកអាចចូលមើល www.hhs.gov/ocr សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។

អ្នកក៏អាចទាក់ទងទៅការិយាល័យសិទ្ធិស៊ីវិលក្នុងតំបន់តាមរយៈលេខ៖

Office for Civil Rights
U.S. Department of Health and Human Services
90 7th Street, Suite 4-100
San Francisco, CA 94103
មជ្ឈមណ្ឌលឆ្លើយតបអតិថិជន (800) 368-1019
ទូរសារ៖ (202) 619-3818

TTY: (800) 537-7697
អ៊ីមែល៖ ocrmail@hhs.gov ។

អ្នកក៏អាចមានសិទ្ធិនៅក្រោមច្បាប់ស្តីពីជនពិការអាមេរិក និងនៅក្រោមច្បាប់វិសោធនកម្ម ADA នៃឆ្នាំ 2008 (P.L. 110-325)។ អ្នកអាចទាក់ទងកម្មវិធី Medi-Cal Ombuds ដើម្បីទទួលបានជំនួយ។ លេខទូរសព្ទគឺ 1-888-452-8609។

អង្គការកែលម្អគុណភាព

នៅពេលដែលពាក្យបណ្តឹងរបស់អ្នកពាក់ព័ន្ធនឹងគុណភាពនៃសេវាថែទាំ អ្នកក៏មានជម្រើសពីរផងដែរ៖

- អ្នកអាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងរបស់អ្នកអំពីគុណភាពនៃសេវាថែទាំដោយផ្ទាល់ទៅកាន់អង្គការកែលម្អគុណភាព។
- អ្នកអាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងរបស់អ្នកទៅកាន់អង្គការកែលម្អគុណភាព និងទៅកាន់គម្រោងរបស់យើង។ ប្រសិនបើអ្នកដាក់ពាក្យបណ្តឹងទៅកាន់អង្គការកែលម្អគុណភាព យើងនឹងសហការជាមួយពួកគេដើម្បីដោះស្រាយពាក្យបណ្តឹងរបស់អ្នក។

អង្គភាពលើកកម្ពស់គុណភាពគឺជាក្រុមវេជ្ជបណ្ឌិត និងអ្នកជំនាញថែទាំសុខភាពផ្សេងទៀត ដែលទទួលបានប្រាក់ពីរដ្ឋាភិបាលសហព័ន្ធ ដើម្បីពិនិត្យ និងធ្វើឲ្យសេវាកម្មថែទាំសុខភាពជូនអ្នកជំងឺរបស់ Medicare មានសភាពកាន់តែល្អប្រសើរ។ ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពីអង្គការកែលម្អគុណភាព សូមមើល **ផ្នែក H2 ឬសូមមើល ជំពូកទី 2** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*របស់អ្នក។

នៅក្នុងរដ្ឋ កាលីហ្វ័រញ៉ា អង្គការកែលម្អគុណភាពត្រូវបានហៅថា Livanta។ លេខទូរសព្ទរបស់ពួកគេគឺ (877) 588-1123 (TTY: (855) 887-6668។

ជំពូកទី 10៖ ការបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់អ្នកក្នុងគម្រោងរបស់យើង

សេចក្តីផ្តើម

ជំពូកនេះនឹងពន្យល់ពីរបៀបដែលអ្នកអាចបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់អ្នកជាមួយគម្រោងរបស់យើង និងជម្រើសនៃការជានាវ៉ាប់រងសុខភាពរបស់អ្នក បន្ទាប់ពីអ្នកចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើង។ ប្រសិនបើអ្នកចាកចេញពីគម្រោងយើង អ្នកនឹងនៅតែស្ថិតក្នុងកម្មវិធី Medicare និង Medi-Cal ដរាបណាអ្នកនៅមានសិទ្ធទទួលបាន។ ពាក្យគន្លឹះ និងនិយមន័យមានតាមលំដាប់អក្ខរក្រមក្នុងជំពូកចុងក្រោយនៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*របស់អ្នក។

តារាងមាតិកា

A. នៅពេលដែលអ្នកអាចបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់អ្នកជាមួយគម្រោងរបស់យើងបាន។ 279

B. របៀបបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់អ្នកនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើង 281

C. របៀបទទួលបានសេវាកម្មរបស់ Medicare និង Medi-Cal 281

C1. *សេវាកម្ម* Medicare *របស់អ្នក*..... 281

***C2. សេវាកម្ម Medi-Cal** របស់អ្នក*..... **284**

D. របៀបទទួលបានសេវាថ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ និងឱសថរបស់អ្នក រហូតដល់សមាជិកភាពរបស់អ្នកនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើងបានបញ្ចប់ 285

E. ស្ថានភាពផ្សេងទៀតនៅពេលដែលសមាជិកភាពរបស់អ្នកនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើងបញ្ចប់ 285

F. ច្បាប់ប្រឆាំងនឹងការស្នើសុំឱ្យអ្នកចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើងសម្រាប់ហេតុផលណាមួយដែលទាក់ទងនឹងសុខភាព..... 287

G. សិទ្ធិរបស់អ្នកក្នុងការដាក់ពាក្យបណ្តឹងប្រសិនបើយើងខ្ចុំបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់អ្នកក្នុងគម្រោងរបស់យើងខ្ចុំ..... 287

A. នៅពេលដែលអ្នកអាចបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់អ្នកជាមួយគម្រោងរបស់យើងបាន។

មនុស្សភាគច្រើនដែលមាន Medicare អាចបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់ពួកគេក្នុងអំឡុងពេលជាក់លាក់ណាមួយនៃឆ្នាំ។ ដោយសារតែអ្នកមាន Medi-Cal អ្នកអាចបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់អ្នកនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើងបាន ឬប្តូរទៅគម្រោងផ្សេងទៀតបានមួយម្តងក្នុងអំឡុងពេលនៃការចុះឈ្មោះពិសេសនីមួយៗដូចខាងក្រោម៖

- ពីខែមករា ដល់ខែមីនា
- ពីខែមេសា ដល់ខែមិថុនា
- ពីខែកក្កដា ដល់ខែកញ្ញា

បន្ថែមពីលើរយៈពេលនៃការចុះឈ្មោះពិសេសទាំងបីនេះ អ្នកអាចបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់អ្នកនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើងក្នុងអំឡុងពេលដូចខាងក្រោមជារៀងរាល់ឆ្នាំ៖

- រយៈពេលចុះឈ្មោះប្រចាំឆ្នាំដែលមានរយៈពេល ពីថ្ងៃទី 15 ខែតុលា ដល់ថ្ងៃទី 7 ខែធ្នូ។ ប្រសិនបើអ្នកជ្រើសរើសយកគម្រោងថ្មីក្នុងអំឡុងពេលនេះ សមាជិកភាពរបស់អ្នកនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើងនឹងបញ្ចប់នៅថ្ងៃទី 31 ខែធ្នូ ហើយសមាជិកភាពរបស់អ្នកនៅក្នុងគម្រោងថ្មីនឹងចាប់ផ្តើមនៅថ្ងៃទី 1 ខែមករា។

- រយៈពេលបើកចុះឈ្មោះនៃ Medicare Advantage ដែលមានរយៈពេលចាប់ពីថ្ងៃទី 1 ខែមករា ដល់ថ្ងៃទី 31 ខែមីនា។ ប្រសិនបើអ្នកជ្រើសរើសយកគម្រោងថ្មីក្នុងអំឡុងពេលនេះ សមាជិកភាពរបស់អ្នកនៅក្នុងគម្រោងថ្មីនេះនឹងចាប់ផ្តើមនៅថ្ងៃដំបូងនៃខែបន្ទាប់។

វាអាចមានស្ថានភាពផ្សេងទៀតនៅពេលដែលអ្នកមានគ្រប់លក្ខន្តិកសម្រាប់ធ្វើការផ្លាស់ប្តូរចំពោះការចុះឈ្មោះរបស់អ្នក។ ឧទាហរណ៍ នៅពេលដែល៖

- អ្នកបានផ្លាស់ចេញពីតំបន់សេវាកម្មរបស់យើង
- សិទ្ធិទទួលបានរបស់អ្នកសម្រាប់ Medi-Cal ឬជំនួយបន្ថែមបានផ្លាស់ប្តូរ ឬ
- ប្រសិនបើអ្នកទើបតែបានផ្លាស់ទៅក្នុង បច្ចុប្បន្នកំពុងទទួលបានការថែទាំនៅក្នុង ឬទើបតែផ្លាស់ចេញពី មណ្ឌលថែទាំមនុស្សចាស់ ឬមន្ទីរពេទ្យថែទាំរយៈពេលវែង។

សមាជិកភាពរបស់អ្នកនឹងបញ្ចប់នៅថ្ងៃចុងក្រោយនៃខែដែលយើងទទួលបានសំណើររបស់អ្នកដើម្បីផ្លាស់ប្តូរគម្រោងរបស់អ្នក។ ឧទាហរណ៍ បើយើងទទួលបានសំណើររបស់អ្នកនៅថ្ងៃទី 18 ខែមករា ការជានាវ៉ាប់រងរបស់អ្នកជាមួយគម្រោងរបស់យើងនឹងបញ្ចប់នៅថ្ងៃទី 31 ខែមករា។ ការជានាវ៉ាប់រងថ្មីរបស់អ្នកនឹងចាប់ផ្តើមនៅថ្ងៃដំបូងនៃខែបន្ទាប់ (ថ្ងៃទី 1 ខែកុម្ភៈ ដូចនៅក្នុងឧទាហរណ៍នេះ)។

ប្រសិនបើអ្នកចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើង អ្នកអាចទទួលបានព័ត៌មានអំពី៖

- ជម្រើសរបស់ Medicare ក្នុងតារាងនៅក្នុង **ផ្នែក C1**។
- សេវាកម្មរបស់ Medi-Cal នៅក្នុងផ្នែក C2។

អ្នកអាចទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែមអំពីរបៀបដែលអ្នកអាចបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់អ្នកដោយការហៅទូរសព្ទមក៖

- ផ្នែកថែទាំអតិថិជន តាមរយៈលេខដែលមាននៅផ្នែកខាងក្រោមនៃទំព័រ។
- Medicare តាមរយៈលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) រយៈពេល 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរទូរសព្ទមកលេខ 1-877-486-2048 ។
- សូមទូរសព្ទទៅកាន់កម្មវិធីប្រឹក្សា និងគាំទ្រយោបល់អំពីការធានារ៉ាប់រងសុខភាព (HICAP) នៃរដ្ឋ កាលីហ្វ័រញ៉ា តាមរយៈ 1-800-434-0222 ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ចាប់ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 5:00 ល្ងាច សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម ឬស្វែងរកការិយាល័យ HICAP ក្នុងតំបន់របស់អ្នក សូមចូលមើលគេហទំព័រ www.aging.ca.gov/HICAP/។
- សូមទូរសព្ទទៅកាន់ Health Care Options តាមរយៈ 1-844-580-7272 ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ចាប់ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 6:00 ល្ងាច អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរទូរសព្ទទៅកាន់លេខ 1-800-430-7077។
- សូមទូរសព្ទទៅកាន់មន្ត្រីបណ្តឹងសាធារណៈនៃគម្រោង Medi-Cal Managed Care តាមរយៈ 1-888-452-8609 ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ចាប់ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 5:00 ល្ងាច ឬតាមអ៊ីមែល MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov។

កំណត់សម្គាល់៖ ប្រសិនបើអ្នកស្ថិតនៅក្នុងកម្មវិធីគ្រប់គ្រងឱសថ អ្នកប្រហែលជាមិនអាចផ្លាស់ប្តូរគម្រោងបាននោះទេ។ *សូមមើល ជំពូក 5 នៃសៀវភៅណែនាំសមាជិករបស់អ្នកសម្រាប់ព័ត៌មានអំពីកម្មវិធីគ្រប់គ្រងឱសថ។*

B. របៀបបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់អ្នកនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើង

អ្នកមានជម្រើសដូចខាងក្រោម ប្រសិនបើអ្នកចង់ចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើង៖

- ទូរសព្ទទៅកាន់ Medicare តាមរយៈលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) រយៈពេល 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY (អ្នកដែលមានការលំបាកក្នុងការស្តាប់ ឬនិយាយ) គួរទូរសព្ទទៅកាន់លេខ 1-877-486-2048។ នៅពេលអ្នកទូរសព្ទទៅកាន់លេខ 1-800-MEDICARE អ្នកក៏អាចចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងសុខភាព ឬឱសថផ្សេងទៀតរបស់ Medicare ផងដែរ។ ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីការទទួលបានសេវា Medicare របស់អ្នកនៅពេលអ្នកចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើងមាននៅក្នុងតំនូសតាងនៅទំព័រ <page number> ។
- សូមទូរសព្ទទៅកាន់ Health Care Options តាមរយៈ 1-844-580-7272 ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ចាប់ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 6:00 ល្ងាច អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរទូរសព្ទទៅកាន់លេខ 1-800-430-7077។
- ផ្នែក C ខាងក្រោម រួមបញ្ចូលជំហានដែលអ្នកអាចធ្វើការចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងផ្សេងបាន ដែលវាក៏នឹងបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់អ្នកនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើងផងដែរ។

C. របៀបទទួលបានសេវាកម្មរបស់ Medicare និង Medi-Cal

អ្នកមានជម្រើសពីការទទួលបានសេវាកម្ម Medicare និង Medi-Cal របស់អ្នក ប្រសិនបើអ្នកជ្រើសរើសចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើង។

C1. សេវាកម្ម Medicare របស់អ្នក

អ្នកមានជម្រើសបីក្នុងការទទួលបានសេវាកម្ម Medicare របស់អ្នកដែលបានរាយខាងក្រោម។ តាមរយៈការជ្រើសរើសយកជម្រើសមួយក្នុងជម្រើសទាំងនេះ នោះអ្នកនឹងបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់អ្នកនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើងដោយស្វ័យប្រវត្តិ។

1. អ្នកអាចប្តូរទៅ៖ **គម្រោងសុខភាព Medicare មួយផ្សេងទៀត** រួមទាំងគម្រោងដែលរួមបញ្ចូលគ្នានូវការធានារ៉ាប់រងពី Medicare និង Medi-Cal របស់អ្នក។	**នេះគឺជាអ្វីដែលត្រូវធ្វើ៖** ទូរសព្ទទៅកាន់ Medicare តាមរយៈលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) រយៈពេល 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរទូរសព្ទមកលេខ 1-877-486-2048 ។ សម្រាប់សំណួរទាក់ទងនឹង PACE សូមទូរសព្ទទៅកាន់លេខ 1-855-921-PACE (7223)។ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយ ឬព័ត៌មានបន្ថែម៖ • សូមទូរសព្ទទៅកាន់កម្មវិធីប្រឹក្សា និងគាំទ្រយោបល់អំពីការធានារ៉ាប់រងសុខភាព (HICAP) នៃរដ្ឋ កាលីហ្វ័រញ៉ា តាមរយៈ 1-800-434-0222 ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ចាប់ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 5:00 ល្ងាច សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម ឬស្វែងរកការិយាល័យ HICAP ក្នុងតំបន់របស់អ្នក សូមចូលមើលគេហទំព័រ www.aging.ca.gov/HICAP/។ **ឬ** ចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងថ្មីរបស់ Medicare។ អ្នកនឹងត្រូវបានលុបឈ្មោះចេញពីគម្រោង Medicare របស់យើងដោយស្វ័យប្រវត្តិ នៅពេលដែលការធានារ៉ាប់រងនៃគម្រោងថ្មីរបស់អ្នកបានចាប់ផ្តើម។ *គម្រោង Medi-Cal របស់អ្នកអាចនឹងផ្លាស់ប្តូរ។*

2. អ្នកអាចប្តូរទៅ៖ **Original Medicare ដែលមានគម្រោងឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជា Medicare ដោយឡែក**	**នេះគឺជាអ្វីដែលត្រូវធ្វើ៖** ទូរសព្ទទៅកាន់ Medicare តាមរយៈលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) រយៈពេល 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរទូរសព្ទមកលេខ 1-877-486-2048 ។ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយ ឬព័ត៌មានបន្ថែម៖ • សូមទូរសព្ទទៅកាន់កម្មវិធីប្រឹក្សា និងគាំទ្រយោបល់អំពីការធានារ៉ាប់រងសុខភាព (HICAP) នៃរដ្ឋ កាលីហ្វ័រញ៉ា តាមរយៈ 1-800-434-0222 ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ចាប់ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 5:00 ល្ងាច សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម ឬស្វែងរកការិយាល័យ HICAP ក្នុងតំបន់របស់អ្នក សូមចូលមើលគេហទំព័រ www.aging.ca.gov/HICAP/។ **ឬ** ចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងឱសថមានវេជ្ជបញ្ជារបស់ Medicare ថ្មី។ អ្នកនឹងត្រូវបានលុបឈ្មោះចេញពីគម្រោងរបស់យើងដោយស្វ័យប្រវត្តិនៅពេលការធានារ៉ាប់រងនៃ Original Medicare របស់អ្នកចាប់ផ្តើម។ គម្រោង Medi-Cal របស់អ្នកនឹងមិនផ្លាស់ប្តូរនោះទេ។

3. អ្នកអាចប្តូរទៅ៖ **Original Medicare ដោយគ្មានគម្រោងឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជា Medicare ដោយឡែក** **កំណត់សម្គាល់៖** ប្រសិនបើអ្នកប្តូរទៅ Original Medicare ហើយមិនចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងឱសថមានវេជ្ជបញ្ជា Medicare ដាច់ដោយឡែកទេ នោះ Medicare អាចចុះឈ្មោះអ្នកក្នុងគម្រោងឱសងបាន លុះត្រាតែអ្នកប្រាប់ Medicare ថាអ្នកមិនចង់ចូលរួមទេ។ អ្នកគួរបោះចោលការធានារ៉ាប់រងឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជា តែក្នុងករណីបើអ្នកទទួលបានការធានារ៉ាប់រងឱសថពីនិយោជក សហជីព ឬប្រភពដទៃទៀត។ ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរពាក់ព័ន្ធមិនថាអ្នកត្រូវការការធានារ៉ាប់រងឱសថឬអត់ សូមទូរសព្ទទៅកាន់កម្មវិធីប្រឹក្សា និងគាំទ្រយោបល់អំពីការធានារ៉ាប់រងសុខភាព (HICAP) នៃរដ្ឋ កាលីហ្វ័រញ៉ា តាមរយៈ 1-800-434-0222 ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ចាប់ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 5:00 ល្ងាច សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម ឬស្វែងរកការិយាល័យ HICAP ក្នុងតំបន់របស់អ្នក សូមចូលមើលគេហទំព័រ www.aging.ca.gov/HICAP/។	**នេះគឺជាអ្វីដែលត្រូវធ្វើ៖** ទូរសព្ទទៅកាន់ Medicare តាមរយៈ លេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) រយៈពេល 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរទូរសព្ទមកលេខ 1-877-486-2048 ។ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយ ឬព័ត៌មានបន្ថែម៖ • សូមទូរសព្ទទៅកាន់កម្មវិធីប្រឹក្សា និងគាំទ្រយោបល់អំពីការធានារ៉ាប់រងសុខភាព (HICAP) នៃរដ្ឋ កាលីហ្វ័រញ៉ា តាមរយៈ 1-800-434-0222 ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ចាប់ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 5:00 ល្ងាច សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម ឬស្វែងរកការិយាល័យ HICAP ក្នុងតំបន់របស់អ្នក សូមចូលមើលគេហទំព័រ www.aging.ca.gov/HICAP/។ អ្នកនឹងត្រូវបានលុបឈ្មោះចេញពីគម្រោងរបស់យើងដោយស្វ័យប្រវត្តិនៅពេលការធានារ៉ាប់រងនៃ Original Medicare របស់អ្នកចាប់ផ្តើម។ គម្រោង Medi-Cal របស់អ្នកនឹងមិនផ្លាស់ប្តូរនោះទេ។

C2. សេវាកម្ម Medi-Cal របស់អ្នក

សម្រាប់សំណួរអំពីរបៀបទទួលបានសេវាកម្ម Medi-Cal របស់អ្នក បន្ទាប់ពីអ្នកចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើង សូមទាក់ទងទៅកាន់ Health Care Options តាមរយៈ 1-844-580-7272 ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ចាប់ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 6:00 ល្ងាច អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរទូរសព្ទទៅកាន់លេខ 1-800-430-7077។ សាកសួរអំពីរបៀបនៃការចូលរួមគម្រោងផ្សេងទៀត ឬការត្រលប់ទៅ Original Medicare ដែលប៉ះពាល់ដល់របៀបដែលអ្នកទទួលបានការធានារ៉ាប់រងពី Medi-Cal របស់អ្នក។

D. របៀបទទួលបានសេវាផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ និងឱសថរបស់អ្នក រហូតដល់សមាជិកភាពរបស់អ្នកនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើងបានបញ្ចប់

ប្រសិនបើអ្នកចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើង វាអាចចំណាយពេលច្រើនមុនពេលសមាជិកភាពរបស់អ្នកត្រូវបញ្ចប់ ហើយការធានារ៉ាប់រងពី Medicare និង Medi-Cal ថ្មីរបស់អ្នកនឹងចាប់ផ្តើម។ ក្នុងអំឡុងពេលនេះ អ្នកបន្តទទួលបានឱសថមានវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក និងការថែទាំសុខភាពតាមរយៈគម្រោងរបស់យើងរហូតដល់គម្រោងថ្មីរបស់អ្នកចាប់ផ្តើម។

- ប្រើឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញរបស់យើង រួមទាំងតាមរយៈសេវាបញ្ជាទិញតាមប្រៃសណីយ៍នៅតាមឱសថស្ថានរបស់យើង ដើម្បីទទួលបានវេជ្ជបញ្ជាដែលបានបំពេញ។
- ប្រសិនបើអ្នកត្រូវសម្រាកនៅមន្ទីពេទ្យក្នុងថ្ងៃដែលសមាជិកភាពរបស់អ្នកនៅក្នុង Blue Shield TotalDual Plan បញ្ចប់ គម្រោងរបស់យើងនឹងធានារ៉ាប់រងលើការសម្រាកនៅមន្ទីពេទ្យរបស់អ្នករហូតដល់ពេលអ្នកត្រូវចាកចេញពីមន្ទីពេទ្យ។

E. ស្ថានភាពផ្សេងទៀតនៅពេលដែលសមាជិកភាពរបស់អ្នកនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើងបញ្ចប់

ទាំងនេះគឺជាករណីនៅពេល យើងត្រូវតែបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់អ្នកនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើង៖

- បើមានការផ្អាកក្នុងការរ៉ាប់រង Medicare ផ្នែក A និង ផ្នែក B របស់អ្នក។
- ប្រសិនបើអ្នកស្ថានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ Medi-Cal (Medicaid) ទៀតទេ។ គម្រោងរបស់យើងសម្រាប់តែអ្នកដែលមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ទាំង Medicare និង Medi-Cal (Medicaid) ប៉ុណ្ណោះ។
  - អ្នកទទួលអត្ថប្រយោជន៍ពី Medicare ដែលចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោង Blue Shield TotalDual ត្រូវតែមានសិទ្ធិទទួលបានទាំង Medicare ផ្នែក A និងផ្នែក B និង Medi-Cal (Medicaid)។ ប្រសិនបើអ្នកស្ថានសិទ្ធិទទួលបាន Medi-Cal (Medicaid) យើងនឹងជូនដំណឹងដល់អ្នកអំពីការបាត់បង់ស្ថានភាព Medi-Cal (Medicaid) ហើយយើងនឹងបន្តធានារ៉ាប់រងអត្ថប្រយោជន៍ Medicare របស់អ្នករហូតដល់អ្នកអាចមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ឡើងវិញសម្រាប់ Medi-Cal (Medicaid) ក្នុងរយៈពេល 6 ខែបន្ទាប់ បន្ទាប់ពីសេចក្តីជូនដំណឹងនៃការបាត់បង់ស្ថានភាពតម្រូវការពិសេស។
  - យើងពង្រីកឱកាសដើម្បីប្តូរគម្រោងមួយដែលមិនមែនជា HMO D-SNP របស់យើង។ គម្រោងដែលមិនមែនជា HMO D-SNP ត្រូវបានផ្តល់ជូនដល់អ្នកទទួលអត្ថប្រយោជន៍ដែលមានសិទ្ធិទទួលបានទាំង Medicare ផ្នែក A និង Medicare ផ្នែក B ប៉ុន្តែមិនមានអត្ថប្រយោជន៍ Medi-Cal (Medicaid) ទេ។ Medicare អនុញ្ញាតឱ្យមានរយៈពេលចុះឈ្មោះពិសេស (SEP) សម្រាប់អ្នកទទួលអត្ថប្រយោជន៍ Medicare ដែលមិនមានសិទ្ធិទទួលបាន Medi-Cal (Medicaid) ទៀតទេ។
  - ប្រសិនបើអ្នកមិនមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ Medi-Cal (Medicaid) ទេ ឬទទួលយកឱកាសដើម្បីប្តូរគម្រោងដែលមិនមែនជា HMO D-SNP ក្នុងរយៈពេល

ជ្រាំមួយ (6) ខែបន្ទាប់ពីសេចក្តីជូនដំណឹងអំពីការបាត់បង់ស្ថានភាពតម្រូវការពិសេស អ្នកនឹងត្រូវបានលុបចោលដោយអចេតនាពីគម្រោង Blue Shield TotalDual។

- បើអ្នកផ្លាស់ទីចេញពីតំបន់សេវារបស់អ្នក។
- បើអ្នកនៅឆ្ងាយពីតំបន់សេវារបស់យើងខ្លាំងរយៈពេលលើសពីជ្រាំមួយខែ។ ប្រសិនបើអ្នកផ្លាស់ទីលំនៅ ឬធ្វើដំណើរយៈពេលវែង សូមទូរសព្ទទៅផ្នែកថែទាំអតិថិជន ដើម្បីស្វែងយល់ថាតើ កន្លែងដែលអ្នកកំពុងផ្លាស់ទីទៅ ឬធ្វើដំណើរទៅកាន់ស្ថិតក្នុងតំបន់សេវាកម្មនៃគម្រោងរបស់យើងដែរឬទេ។
- ប្រសិនបើអ្នកទៅពន្ធនាគារសម្រាប់បទល្មើសព្រហ្មទណ្ឌ។
- បើអ្នកនិយាយកុហក់អំពី ឬ លាក់ព័ត៌មានអំពីការធានារ៉ាប់រងផ្សេងទៀតដែលអ្នកមានសម្រាប់ឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជា។
- ប្រសិនបើអ្នកមិនមែនជាពលរដ្ឋអាមេរិកឬមិនមានវត្តមានស្របច្បាប់នៅក្នុងសហរដ្ឋអាមេរិក។
    - អ្នកត្រូវតែជាពលរដ្ឋអាមេរិកឬមានវត្តមានស្របច្បាប់នៅក្នុងសហរដ្ឋអាមេរិកដើម្បីមានសិទ្ធក្លាយជាសមាជិកគម្រោងរបស់យើង។
    - មជ្ឈមណ្ឌលបម្រើសេវាកម្ម Medicare និង Medicaid នឹងជូនដំណឹងដល់យើងខ្ញុំ ប្រសិនបើអ្នកមិនមានសិទ្ធិធ្វើជាសមាជិកផ្អែកលើមូលដ្ឋានទាំងនេះ។
    - យើងត្រូវតែលុបឈ្មោះរបស់អ្នក ប្រសិនបើអ្នកមិនបំពេញតាមលក្ខខណ្ឌតម្រូវនេះទេ។

យើងអាចធ្វើឱ្យអ្នកចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើងសម្រាប់ហេតុដូចខាងក្រោម លុះត្រាតែប្រសិនបើយើងទទួលបានការអនុញ្ញាតពី Medicare និង Medi-Cal ជាមុនសិនប៉ុណ្ណោះ៖

- បើអ្នកមានចេតនាចង់ឱ្យយើងខ្ញុំកែព័ត៌មានឱ្យខុស នៅពេលអ្នកកំពុងចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងរបស់យើងខ្ញុំ ហើយព័ត៌មាននោះប៉ះពាល់ដល់សិទ្ធិទទួលបានគម្រោងរបស់យើងខ្ញុំ។
- បើអ្នកធ្វើអាកប្បកិរិយាបន្តបន្ទាប់ក្នុងវិធីមួយដែលរំខាន ហើយធ្វើឱ្យវាពិបាកដល់យើងខ្ញុំក្នុងការផ្តល់ការថែទាំវេជ្ជសាស្ត្រសម្រាប់អ្នក និងសមាជិកផ្សេងទៀតនៃគម្រោងរបស់យើងខ្ញុំ។
- ប្រសិនបើអ្នកអនុញ្ញាតឱ្យអ្នកផ្សេងប្រើប្រាស់គម្រោងរបស់អ្នកដើម្បីទទួលបានការថែទាំផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ។ (Medicare អាចសួរទៅអគ្គអធិការដើម្បីស៊ើបអង្កេតករណីរបស់អ្នក ប្រសិនបើយើងបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់អ្នកសម្រាប់ហេតុផលនេះ។)

F. ច្បាប់ប្រឆាំងនឹងការស្នើសុំឱ្យអ្នកចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើងសម្រាប់ហេតុផលណាមួយដែលទាក់ទងនឹងសុខភាព

យើងមិនអាចស្នើសុំឱ្យអ្នកចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើងសម្រាប់ហេតុផលណាមួយដែលទាក់ទងនឹងសុខភាពរបស់អ្នកទេ។ ប្រសិនបើអ្នកគិតថា យើងកំពុងស្នើសុំឱ្យអ្នកចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើងសម្រាប់ហេតុផលដែលទាក់ទងនឹងសុខភាពនោះ **សូមទូរសព្ទទៅកាន់ Medicare** តាមរយៈ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរទូរសព្ទមកលេខ 1-877-486-2048 ។ អ្នកអាចហៅទូរសព្ទ 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។

G. សិទ្ធិរបស់អ្នកក្នុងការដាក់ពាក្យបណ្តឹងប្រសិនបើយើងខ្ចីបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់អ្នកក្នុងគម្រោងរបស់យើងខ្ចី

បើយើងខ្ចីបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់អ្នកក្នុងគម្រោងរបស់យើង យើងត្រូវតែប្រាប់អ្នកពីហេតុផលជាលាយលក្ខណ៍អក្សរសម្រាប់ការបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់អ្នក។ យើងត្រូវតែពន្យល់ពីរបៀបដែលអ្នកអាចរៀបចំបណ្តឹងទៅនឹងការសម្រេចចិត្តរបស់យើងក្នុងការបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់អ្នកផងដែរ។ អ្នកក៏អាចចូលមើល **ជំពូកទី 9** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*របស់អ្នកសម្រាប់ព័ត៌មានអំពីរបៀបដាក់ពាក្យបណ្តឹង។

ជំពូកទី 11៖ សេចក្តីជូនដំណឹងតាមផ្លូវច្បាប់

សេចក្តីផ្តើម

ជំពូកនេះរួមបញ្ចូលទាំងការជូនដំណឹងអំពីច្បាប់ដែលត្រូវអនុវត្តន៍ចំពោះសមាជិកភាពរបស់អ្នកនៅក្នុងគម្រោង។ ពាក្យគន្លឹះ និងនិយមន័យមានតាមលំដាប់អក្ខរក្រមក្នុងជំពូកចុងក្រោយនៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិករបស់អ្នក*។

តារាងមាតិកា

A. សេចក្តីជូនដំណឹងអំពីច្បាប់ 289

B. សេចក្តីជូនដំណឹងអំពីការមិនរើសអើង 289

C. សេចក្តីជូនដំណឹងអំពី Medicare ជាអ្នកបង់ប្រាក់ទីពីរ និង Medi-Cal ជាអ្នក បង់ប្រាក់ចុងក្រោយ 290

D. ការគ្រប់គ្រងភស្តុតាងនៃការធានារ៉ាប់រង 291

E. កិច្ចសហប្រតិបត្តិការរបស់សមាជិក 291

F. ការចាត់ចែង 291

G. ការទទួលខុសត្រូវរបស់និយោជក 291

H. ការទទួលខុសត្រូវរបស់ភ្នាក់ងាររដ្ឋាភិបាល 291

I. ក្រសួងកិច្ចការអតីតយុទ្ធជនរបស់សហរដ្ឋអាមេរិក 291

J. សំណងរបស់បុគ្គលិក ឬអត្ថប្រយោជន៍នៃការទទួលខុសត្រូវរបស់និយោជក 292

K. ការប្រមូលមកវិញនូវការទូទាត់ប្រាក់ហួសបរិមាណ 292

L. ពេលដែលភាគីទីបីធ្វើឱ្យអ្នករងរបួស 292

M. សេចក្តីជូនដំណឹងពីការចូលរួមផ្លាស់ប្តូរព័ត៌មានសុខភាព 293

N. ការរាយការណ៍អំពី ការគៃបន្លំ ការខ្ជះខ្ជាយ និងការរំលោភបំពាន 294

A. សេចក្តីជូនដំណឹងអំពីច្បាប់

ច្បាប់ភាគច្រើនអនុវត្តទៅលើ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះ។ ច្បាប់ទាំងនេះអាចមានផលប៉ះពាល់ដល់សិទ្ធិ និងទំនួលខុសត្រូវរបស់អ្នក បើទោះជាមិនមានការរួមបញ្ចូល ឬការពន្យល់អំពីច្បាប់ទាំងនេះនៅក្នុង *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*ក៏ដោយ។ ច្បាប់សំខាន់ៗដែលត្រូវអនុវត្តមានច្បាប់សហព័ន្ធ និងច្បាប់រដ្ឋដែលស្តីអំពីកម្មវិធី Medicare និង Medi-Cal។ ច្បាប់សហព័ន្ធនិងរដ្ឋផ្សេងៗទៀតក៏អាចនឹងជាប់ទាក់ទងផងដែរ។

B. សេចក្តីជូនដំណឹងអំពីការមិនរើសអើង

រាល់ក្រុមហ៊ុន ឬភ្នាក់ងារដែលធ្វើការជាមួយ Medicare និង Medi-Cal
ត្រូវតែគោរពច្បាប់ដែលការពារអ្នកពីការរើសអើង ឬភាពមិនស្មើភាព។ អ្នកមិនអាចត្រូវបានគេរើសអើង ឬប្រព្រឹត្តិមកលើខុសពីអ្នកដទៃ
ដោយសារអាយុរបស់អ្នក ការអះអាងពីបទពិសោធ ពណ៌សម្បុរ ជាតិសាសន៍ កសួតាងនៃភាពដែលអាចធានារ៉ាប់រងបាន យេនឌ័រ ពត៌មានហ្សែន ទីតាំងភូមិសាស្ត្រនៅក្នុងតំបន់សេវាកម្ម ស្ថានភាពសុខភាព ប្រវត្តិផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ ពិការភាពខាងសតិអារម្មណ៍ ឬរាងកាយ ដើមកំណើតជាតិ ពូជសាសន៍ សាសនា ភេទ ឬទំនោរផ្លូវភេទនោះទេ។លើសពីនេះ យើងមិនប្រព្រឹត្តអំពើអើរសអើងដោយខុសច្បាប់ មិនបដិសេធមនុស្ស ឬប្រព្រឹត្តិលើពួកគេដោយមិនស្មើភាពគ្នាដោយសារតែដូនតា អត្តសញ្ញាណកម្មក្រុមជនជាតិ អត្តសញ្ញាណយេនឌ័រ ស្ថានភាពអាពាហ៍ពិពាហ៍ ឬស្ថានភាពផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ។

បើសិនជាអ្នកចង់បានព័ត៌មានបន្ថែម ឬមានកង្វល់អំពីការរើសអើង ឬការប្រព្រឹត្តមិនស្មើភាព៖

- ទូរសព្ទទៅកាន់ការិយាល័យសិទ្ធិស៊ីវិលរបស់ក្រសួងសុខាភិបាល និងសេវាមនុស្សជាតិ តាមរយៈ 1-800-368-1019។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY អាចទូរសព្ទទៅកាន់លេខ 1-800-537-7697។ អ្នកក៏អាចចូលទៅកាន់គេហទំព័រ www.hhs.gov/ocr សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។
- ទូរសព្ទទៅកាន់ការិយាល័យសិទ្ធិស៊ីវិលរបស់ក្រសួងសេវាថែទាំសុខភាព តាមរយៈ 916-440-7370។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY អាចទូរសព្ទទៅកាន់លេខ 711 (សេវាបញ្ជូនបន្តនៃទូរគមនាគមន៍)។
- ផ្ញើអ៊ីមែលទៅកាន់ CivilRights@dhcs.ca.gov។
- បំពេញសំណុំបែបបទពាក្យបណ្តឹង ឬផ្ញើលិខិតទៅកាន់៖

  Deputy Director, Office of Civil Rights
  Department of Health Care Services
  Office of Civil Rights
  P.O. Box 997413, MS 0009
  Sacramento, CA 95899-7413

  ទម្រង់បែបបទនៃពាក្យបណ្តឹងអាចរកបាននៅលើគេហទំព័រ៖
  www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx

ប្រសិនបើអ្នកជឿជាក់ថា អ្នកទទួលរងការរើសអើង ហើយចង់ដាក់បណ្តឹងសាទុក្ខអំពីការរើសអើង សូមទាក់ទងទៅកាន់ផ្នែកថែទាំអតិថិជន។ ប្រសិនបើអ្នកចង់បានព័ត៌មានបន្ថែម ឬមានការព្រួយបារម្ភអំពីការរើសអើង ឬការព្យាបាលដោយអយុត្តិធម៌ សូមទូរសព្ទទៅកាន់ **ការិយាល័យសិទ្ធិស៊ីវិល** របស់ក្រសួងសុខាភិបាល និងសេវាមនុស្សជាតិ តាមរយៈ 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) ឬការិយាល័យសិទ្ធិស៊ីវិលក្នុងតំបន់របស់អ្នក។ អ្នកក៏អាចពិនិត្យមើលព័ត៌មានពីការិយាល័យសិទ្ធិស៊ីវិលរបស់ក្រសួងសុខាភិបាល និងសេវាមនុស្សជាតិតាមរយៈ https://www.hhs.gov/ocr/index។

ប្រសិនបើបណ្តឹងសាទុក្ខរបស់អ្នកពាក់ព័ន្ធនឹងការរើសអើងនៅក្នុងកម្មវិធី Medi-Cal អ្នកក៏អាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងទៅកាន់ការិយាល័យសិទ្ធិស៊ីវិលរបស់ក្រសួងសេវាថែទាំសុខភាព តាមរយៈ ទូរសព្ទ ការសរសេរសំបុត្រ ឬតាមប្រព័ន្ធអេឡិចត្រូនិកផងដែរ៖

- តាមទូរសព្ទ៖ ទូរសព្ទទៅកាន់លេខ 916-440-7370។ ប្រសិនបើអ្នកមិនអាចនិយាយ ឬស្តាប់បានល្អ សូមហៅទូរសព្ទទៅលេខ 711 (សេវាបញ្ជូនបន្តរបស់ទូរគមនាគមន៍)។
- ការសរសេរសំបុត្រ៖ បំពេញសំណុំបែបបទពាក្យបណ្តឹង ឬផ្ញើលិខិតទៅកាន់៖

  Deputy Director, Office of Civil Rights
  Department of Health Care Services
  Office of Civil Rights
  P.O. Box 997413, MS 0009
  Sacramento, CA 95899-7413

ទម្រង់បែបបទពាក្យបណ្តឹងអាចរកបាននៅ dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx។

- តាមប្រព័ន្ធអេឡិចត្រូនិក៖ ផ្ញើអ៊ីមែលទៅកាន់ CivilRights@dhcs.ca.gov

បើអ្នកមានពិការភាព និងត្រូវការជំនួយដើម្បីទទួលបានការថែទាំ ឬជួបជាមួយអ្នកផ្តល់សេវាកម្ម សូមហៅទូរសព្ទមកកាន់ផ្នែកថែទាំអតិថិជន។ ប្រសិនបើអ្នកមានពាក្យបណ្តឹង ដូចជាបញ្ហាជាមួយនឹងការចូលប្រើរទេះរុញសម្រាប់ជនពិការ ផ្នែកថែទាំអតិថិជនអាចជួយបាន។

C. សេចក្តីជូនដំណឹងអំពី Medicare ជាអ្នកបង់ប្រាក់ទីពីរ និង Medi-Cal ជាអ្នកបង់ប្រាក់ចុងក្រោយ

ពេលខ្លះនរណាម្នាក់ផ្សេងទៀតត្រូវតែទូទាត់ប្រាក់ជាមុនសិន សម្រាប់សេវាកម្មដែលយើងផ្តល់ជូនអ្នក។ ឧទាហរណ៍ ប្រសិនបើអ្នកស្ថិតក្នុងគ្រោះថ្នាក់ចរាចរណ៍ ឬរងរបួសនៅកន្លែងធ្វើការ សំណងសម្រាប់ការធានារ៉ាប់រង ឬកម្មវិធីនិយោជិតត្រូវតែទូទាត់មុន។

យើងខ្ញុំមានសិទ្ធិ និងការទទួលខុសត្រូវប្រមូលថ្លៃសេវាកម្មនៃកម្មវិធី Medicare ដែលបានរ៉ាប់រង ចំពោះករណីដែល Medicare មិនមែនជាអ្នកទូទាត់បង់ប្រាក់ទីមួយ។

យើងអនុវត្តតាមច្បាប់សហព័ន្ធ និងរដ្ឋ និងបទប្បញ្ញត្តិដែលទាក់ទងនឹងការទទួលខុសត្រូវផ្លូវច្បាប់ របស់ភាគីទីបីនៃ សម្រាប់សេវាថែទាំសុខភាពដល់សមាជិក។ យើងប្រកាន់យកនូវរាល់ចំណាត់ការណ៍ សមស្របដើម្បីធានាឱ្យបានថា Medi-Cal គឺពិតជាអ្នកបង់ប្រាក់ចុងក្រោយមែន។

D. ការគ្រប់គ្រងភស្តុតាងនៃការធានារ៉ាប់រង

យើងអាចអនុម័តគោលការណ៍ នីតិវិធី និងការបកស្រាយដោយសមហេតុផលដើម្បីជំរុញការ គ្រប់គ្រងប្រកបដោយសណ្តាប់ធ្នាប់ និងប្រសិទ្ធភាពទៅលើភស្តុតាងនៃការធានារ៉ាប់រងនេះ។

E. កិច្ចសហប្រតិបត្តិការរបស់សមាជិក

អ្នកត្រូវតែបំពេញពាក្យសុំ ទម្រង់បែបបទ សេចក្តីថ្លែងការណ៍ ការចេញផ្សាយ ការអនុញ្ញាត ទម្រង់ បែបបទឯកសិទ្ធិ និងឯកសារផ្សេងទៀតដែលយើងស្នើសុំក្នុងដំណើរការធម្មតានៃអាជីវកម្ម ឬ ដូចដែលបានបញ្ជាក់នៅក្នុងភស្តុតាងនៃការធានារ៉ាប់រងនេះ។

F. ការចាត់ចែង

អ្នកមិនអាចផ្តល់ភស្តុតាងនៃការធានារ៉ាប់រងនេះ ឬសិទ្ធិ ផលប្រយោជន៍ ការទាមទារប្រាក់ដែល ដល់ពេលកំណត់ អត្ថប្រយោជន៍ ឬកាតព្វកិច្ចណាមួយទៅតាមកិច្ចសន្យាដោយគ្មានការព្រមព្រៀង ជាលាយលក្ខណ៍អក្សរជាមុនរបស់យើងទេ។

G. ការទទួលខុសត្រូវរបស់និយោជក

សម្រាប់សេវាកម្មណាមួយដែលច្បាប់តម្រូវឱ្យនិយោជកផ្តល់ យើងនឹងមិនបង់ប្រាក់ជូននិយោជក ទេ ហើយនៅពេលដែលយើងធានារ៉ាប់រងលើសេវាកម្មណាមួយ យើងអាចទារយកតម្លៃនៃសេវាកម្ម ពីនិយោជកមកវិញបាន។

H. ការទទួលខុសត្រូវរបស់ភ្នាក់ងាររដ្ឋាភិបាល

សម្រាប់សេវាកម្មណាមួយដែលច្បាប់តម្រូវឱ្យផ្តល់ដោយ ឬទទួលតែពីភ្នាក់ងាររដ្ឋាភិបាលប៉ុណ្ណោះ យើងនឹងមិនបង់ថ្លៃជូនភ្នាក់ងាររដ្ឋាភិបាលទេ ហើយនៅពេលដែលយើងធានារ៉ាប់រងលើសេវា កម្មណាមួយ យើងអាចទារយកតម្លៃនៃសេវាពីភ្នាក់ងាររដ្ឋាភិបាលមកវិញបាន។

I. ក្រសួងកិច្ចការអតីតយុទ្ធជនរបស់សហរដ្ឋអាមេរិក

ចំពោះសេវាកម្មណាមួយសម្រាប់លក្ខខណ្ឌដែលច្បាប់តម្រូវឱ្យក្រសួងកិច្ចការអតីតយុទ្ធជនផ្តល់ យើងនឹងមិនបង់ថ្លៃជូនក្រសួងកិច្ចការអតីតយុទ្ធជនទេ ហើយនៅពេលដែលយើងធានារ៉ាប់រង លើសេវាណាមួយ យើងអាចទារយកតម្លៃនៃសេវាពីក្រសួងកិច្ចការអតីតយុទ្ធជនមកវិញបាន។

J. សំណងរបស់បុគ្គលិក ឬអត្ថប្រយោជន៍នៃការទទួលខុសត្រូវរបស់និយោជក

អ្នកអាចមានសិទ្ធិទទួលបានការទូទាត់ ឬអត្ថប្រយោជន៍ផ្សេងទៀតក្រោមសំណងរបស់កម្មករ ឬច្បាប់ស្តីអំពីការទទួលខុសត្រូវរបស់និយោជក។ យើងនឹងផ្តល់ជូនឱសថក្នុងផ្នែក D ដែលបានធានារ៉ាប់រងបើទោះបីជាវាមិនច្បាស់ថាតើអ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ក៏ដោយ ប៉ុន្តែយើងអាចទទួលបានមកវិញនូវតម្លៃនៃសេវាដែលបានធានារ៉ាប់រងពីប្រភពដូចខាងក្រោម៖

1. ពីប្រភពណាមួយដែលផ្តល់អត្ថប្រយោជន៍ ឬពីអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នកណាម្នាក់ដែលដល់ពេលកំណត់។

2. ពីអ្នក ដល់កម្រិតដែលអត្ថប្រយោជន៍ត្រូវបានផ្តល់ជូន ឬត្រូវបង់ ឬនឹងត្រូវបានតម្រូវឱ្យផ្តល់ជូន ឬត្រូវបង់ ប្រសិនបើអ្នកបានព្យាយាមបង្កើតសិទ្ធិរបស់អ្នកចំពោះអត្ថប្រយោជន៍ក្រោមសំណងរបស់កម្មករ ឬច្បាប់ទំនួលខុសត្រូវរបស់និយោជក។

K. ការប្រមូលមកវិញនូវការទូទាត់ប្រាក់ហួសបរិមាណ

យើងអាចទាមទារមកវិញនូវរាល់ការទូទាត់ប្រាក់ហួសបរិមាណណាមួយដែលយើងធ្វើសម្រាប់សេវាកម្មពីនរណាម្នាក់ដែលបានទទួលការទូទាត់ប្រាក់ហួសបរិមាណ ឬពីបុគ្គល ឬអង្គការណាមួយដែលមានកាតព្វកិច្ចបង់ថ្លៃសេវាកម្ម។

L. ពេលដែលភាគីទីបីធ្វើឱ្យអ្នករងរបួស

ប្រសិនបើអ្នកត្រូវបានរងរបួស ឬធ្លាក់ខ្លួនឈឺដោយសារទង្វើ ឬការធ្វេសប្រហែសរបស់បុគ្គលផ្សេងទៀត ("ភាគីទីបី") Blue Shield នឹងទាក់ទងទៅកាន់សេវាកម្មដែលតម្រូវតាមលទ្ធផលនៃការរងរបួស ផ្តល់អត្ថប្រយោជន៍ពីគម្រោង និងមានសិទ្ធិស្នើគ្នាក្នុងការទទួលសំណង ការសងត្រលប់វិញ ឬដំណោះស្រាយដែលមានផ្សេងទៀត ដើម្បីទារយកនូវចំនួនទឹកប្រាក់ដែល Blue Shield បានបង់សម្រាប់សេវាកម្មដែលបានផ្តល់ជូនអ្នកពីការសង្គ្រោះណាមួយ (កំណត់ខាងក្រោម) ដែលទទួលបានដោយ ឬក្នុងនាមជាអ្នក ពីឬក្នុងនាមជា ភាគីទីបីដែលទទួលខុសត្រូវចំពោះការរងរបួស ឬជំងឺ ឬពីការធានារ៉ាប់រងលើអ្នកបើកបរដែលមិនបានធានារ៉ាប់រង/បានធានារ៉ាប់រង។

សិទ្ធិក្នុងការទទួលសំណង ការសងត្រលប់វិញ ឬដំណោះស្រាយដែលមានផ្សេងទៀតគឺប្រឆាំងចំពោះសំណងណាមួយដែលអ្នកទទួលបានដែលជាលទ្ធផលនៃការរងរបួស ឬជំងឺ រួមទាំងចំនួនទឹកប្រាក់ដែលបានផ្តល់ឱ្យ ឬបានទទួលតាមរយៈតុលាការ ជំនួយពីអាជ្ញាកណ្តាល ការទូទាត់ ឬការរៀបចំផ្សេងទៀត ពីភាគីទីបីណាមួយ ឬក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងភាគីទីបី ឬពីការធានារ៉ាប់រងលើអ្នកបើកបរដែលមិនបានធានារ៉ាប់រង ឬបានធានារ៉ាប់រងដែលទាក់ទងនឹងជំងឺ ឬការរងរបួស ("ការស្តារឡើងវិញ") ដោយមិនគិតពីថាតើអ្នកត្រូវបាន "ជាសះស្បើយ" ដោយការស្តារឡើងវិញទេ។ សិទ្ធិក្នុងការទទួលសំណង ការសងត្រលប់វិញ ឬដំណោះស្រាយដែលមានផ្សេងទៀតដែលទាក់ទងនឹងផ្នែកនៃសំណងសរុបដែលអត្ថប្រយោជន៍បានបង់ទៅលើការទាក់ទងនឹងការរងរបួស ឬជំងឺដែលបានតម្រូវបានគណនាដោយអនុលោមតាមផ្នែក

3040 នៃក្រមរដ្ឋប្បវេណីនៃរដ្ឋ កាលីហ្វ័រញ៉ា ។

អ្នកត្រូវបានតម្រូវឱ្យ៖

1. ជូនដំណឹងទៅកាន់ Blue Shield ជាលាយលក្ខណ៍អក្សរអំពីការទាមទារសំណងពិតប្រាកដ ឬសក្តានុពល ឬសកម្មភាពផ្លូវច្បាប់ដែលអ្នករំពឹងថានឹងនាំយកមក ឬបានប្រឆាំងនឹងភាគីទីបីដែលលើកឡើងពីសកម្មភាពដែលបានចោទប្រកាន់ ឬការធ្វេសប្រហែសដែលបណ្តាលឱ្យរងរបួស ឬជំងឺដែលមិនលើសពី 30 ថ្ងៃបន្ទាប់ពីការបញ្ជូន ឬដាក់ពាក្យទាមទារសំណង ឬសកម្មភាពផ្លូវដែលច្បាប់ប្រឆាំងនឹងភាគីទីបី និង

2. យល់ព្រមសហការយ៉ាងពេញលេញ និងអនុវត្តទម្រង់បែបបទ ឬឯកសារណាមួយដែលត្រូវការ ដើម្បីអនុវត្តសិទ្ធិនេះក្នុងការសងវិញ សំណង ឬដំណោះស្រាយដែលមានផ្សេងទៀត និង

3. យល់ព្រមជាលាយលក្ខណ៍អក្សរដើម្បីទូទាត់សំណង Blue Shield សម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍ដែលបានបង់ដោយ Blue Shield ពីការស្តារឡើងវិញណាមួយ នៅពេលដែលការស្តារឡើងវិញត្រូវបានទទួលពី ឬក្នុងនាមភាគីទីបី ឬក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងរបស់ភាគីទីបី ឬពីការធានារ៉ាប់រងលើអ្នកបើកបរដែលមិនបានធានារ៉ាប់រង ឬបានធានារ៉ាប់រង និង

4. ផ្តល់ទឹកប្រាក់ដែលបានគណនាដោយអនុលោមតាមផ្នែក 3040 នៃក្រមរដ្ឋប្បវេណីនៃ រដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា ។ ទឹកប្រាក់អាចត្រូវបានប្តឹងទៅភាគីទីបី ភ្នាក់ងាររបស់ភាគីទីបី ឬមេធាវី ឬតុលាការ លុះត្រាតែមានការហាមឃាត់ដោយច្បាប់ និង

5.
ឆ្លើយតបតាមកាលកំណត់ចំពោះសំណើព័ត៌មានទាក់ទងនឹងការទាមទារសំណងដែលប្រឆាំងនឹងភាគីទីបី ហើយជូនដំណឹងជាលាយលក្ខណ៍អក្សរទៅកាន់ Blue Shield ក្នុងរយៈពេលដប់ (10) ថ្ងៃបន្ទាប់ពីការស្តារឡើងវិញណាមួយត្រូវបានទទួលមកវិញ។

ការបរាជ័យរបស់អ្នកក្នុងការអនុវត្តតាម 1. តាមរយៈ 5. ខាងលើនឹងមិនចាត់វិធានការណាមួយដូចជា ការបដិសេធ ការបន្ទរ ឬការបោះបង់ចោលនូវសិទ្ធិរបស់ Blue Shield ឡើយ។

M. សេចក្តីជូនដំណឹងពីការចូលរួមផ្លាស់ប្តូរព័ត៌មានសុខភាព

Blue Shield ចូលរួមការផ្លាស់ប្តូរព័ត៌មានសុខភាព ("HIE") របស់ **Manifest MedEx** ក្នុងការធ្វើឱ្យព័ត៌មានសុខភាពសមាជិករបស់ខ្លួនមានទៅដល់ Manifest MedEx សម្រាប់ការចូលប្រើដោយអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពដែលបានអនុញ្ញាតរបស់ពួកគេ។ Manifest MedEx គឺជាអង្គការឯករាជ្យ មិនស្វែងរកប្រាក់ចំណេញ ដែលរក្សាទិន្នន័យទូទាំងរដ្ឋនូវកំណត់ត្រាអ្នកជំងឺតាមប្រព័ន្ធអេឡិចត្រូនិក ដែលរួមបញ្ចូលព័ត៌មានសុខភាពដែលផ្តល់ដោយវេជ្ជបណ្ឌិត មណ្ឌលថែទាំសុខភាព កម្រោងសេវាកម្មថែទាំសុខភាព និងក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងសុខភាព។ អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពដែលបានអនុញ្ញាត (រួមទាំងវេជ្ជបណ្ឌិត គិលានុបដ្ឋាយិកា

និងមន្ទីរពេទ្យ) អាចចូលប្រើព័ត៌មានសុខភាពរបស់អ្នកជំងឺដោយសុវត្ថិភាពតាមរយៈ Manifest MedEx HIE ដើម្បីគាំទ្រការផ្តល់ការថែទាំប្រកបដោយសុវត្ថិភាព និងគុណភាពខ្ពស់។

Manifest MedEx គោរពសិទ្ធិឯកជនភាពរបស់សមាជិក និងអនុវត្តតាមច្បាប់ឯកជនភាពសហព័ន្ធ និងច្បាប់រដ្ឋ។ Manifest MedEx ប្រើប្រាស់ប្រព័ន្ធសុវត្ថិភាពដែលមានកម្រិតខ្ពស់ និងបច្ចេកទេសអ៊ីនគ្រីបទិន្នន័យទំនើបដើម្បីការពារឯកជនភាពរបស់សមាជិក និងសុវត្ថិភាពនៃព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួនរបស់ពួកគេ។

សមាជិក Blue Shield គ្រប់រូបមានសិទ្ធិកំណត់ Manifest MedEx មិនឱ្យចែករំលែកព័ត៌មានសុខភាពរបស់ពួកគេជាមួយអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពរបស់ពួកគេ។ ទោះបីជាការជ្រើសរើសចេញពី Manifest MedEx អាចដាក់កម្រិតលើសមត្ថភាពរបស់អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពរបស់អ្នកដើម្បីប្រើព័ត៌មានថែទាំសុខភាពសំខាន់ៗដល់អ្នកឱ្យបានឆាប់រហ័សក៏ដោយ ការជានារ៉ាប់រងសុខភាព ឬការជានារ៉ាប់លើអត្ថប្រយោជន៍នៃគម្រោងសុខភាពរបស់សមាជិកនឹងមិនត្រូវមានផលប៉ះពាល់ដោយការបោះឆ្នោតដើម្បីជ្រើសរើសចេញពី Manifest MedEx នោះទេ។ គ្មានវេជ្ជបណ្ឌិត ឬមន្ទីរពេទ្យណាដែលចូលរួមក្នុង Manifest MedEx នឹងបដិសេធការថែទាំផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដល់អ្នកជំងឺដែលជ្រើសរើសមិនចូលរួមក្នុង Manifest MedEx HIE នោះទេ។

សមាជិកដែលមិនចង់ឱ្យព័ត៌មានអំពីការថែទាំសុខភាពរបស់ពួកគេត្រូវបង្ហាញនៅក្នុង Manifest MedEx គួរតែបំពេញទម្រង់បែបបទតាមអនឡាញនៅ https://www.manifestmedex.org/opt-out ឬទូរសព្ទទៅកាន់ Manifest MedEx តាមរយៈ (888) 510-7142 ពីម៉ោង 7 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 7 យប់ PST ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ។ ទូរសព្ទទៅកាន់ TTY 711 សម្រាប់អ្នកដែលមានបញ្ហាក្នុងការស្តាប់។

N. ការរាយការណ៍អំពី ការគៃបន្លំ ការខ្ជះខ្ជាយ និងការរំលោភបំពាន

តើអ្វីទៅជាការគៃបន្លំ ការខ្ជះខ្ជាយ និងការរំលោភបំពាន (FWA)?

- **ការគៃបន្លំ** គឺជាការបំភាន់ដោយចេតនា ដែលអាចបណ្តាលឱ្យមានការចំណាយដោយគ្មានការអនុញ្ញាតចំពោះកម្មវិធីថែទាំសុខភាព។
- **ការខ្ជះខ្ជាយ** គឺជាការប្រើប្រាស់មិនសមរម្យនូវមូលនិធិថែទាំសុខភាព ឬធនធានដោយមិនចាំបាច់ត្រូវធ្វើ។
- **ការរំលោភបំពាន** គឺជាការអនុវត្តដែលមិនស្របគ្នាចំពោះការអនុវត្តលើផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ ឬអាជីវកម្មដែលជាមូលដ្ឋានត្រឹមត្រូវ ដើម្បីអាចផ្តល់លទ្ធផលដោយផ្ទាល់ ឬដោយប្រយោលនៅក្នុងការចំណាយដែលមិនចាំបាច់ចំពោះកម្មវិធីថែទាំសុខភាព។

ការពារខ្លួនអ្នក និងអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នក

- សូមកុំផ្តល់នូវព័ត៌មានធនាគារ ឬលេខសម្គាល់គ្រោងសុខភាព ឬ Medicare របបសន្តិសុខសង្គមរបស់អ្នកទៅកាន់នរណាម្នាក់ដែលអ្នកមិនស្គាល់។
- សូមកុំព្រមព្រៀងចំពោះការធ្វើតេស្តនៅមន្ទីរពិសោធន៍ណាមួយដោយគ្មានវេជ្ជបញ្ជាពីវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក។
- វាជារឿងខុសច្បាប់ក្នុងការទទួលយកអ្វីដែលមានតម្លៃក្នុងការដោះដូរនឹងសេវាវេជ្ជសាស្ត្រ។

ត្រូវប្រុងប្រយ័ត្នពីការគៃបន្លំចំពោះការធ្វើតេស្តហ្សែន
ជនឆបោកព្យាយាមទាក់ទងអ្នកចុះឈ្មោះដែលមិនមានការសង្ស័យនៅកន្លែង ពិពរណ៌សេវាសុខភាពក្នុងតំបន់ មជ្ឈមណ្ឌលថែទាំមនុស្សចាស់ មជ្ឈមណ្ឌលសហគមន៍ ភ្នាក់ងារសុខភាពតាមផ្ទះ និងទីតាំងដែលគួរឱ្យទុកចិត្តផ្សេងទៀត ដើម្បីអនុវត្តការគៃបន្លំការធ្វើតេស្តហ្សែន។ ពួកគេផ្តល់សន្យាក្លែងក្លាយថា Medicare នឹងបង់ប្រាក់សម្រាប់ការធ្វើតេស្ត ហើយអ្នកគ្រាន់តែត្រូវផ្តល់សំឡីផ្ទៃតយកសំណាកក្នុងមាត់ លេខសម្គាល់របស់អ្នក និងព័ត៌មាន Medicare ដើម្បីទទួលបានលទ្ធផលតេស្តរបស់អ្នក។

គួរឱ្យសោកស្តាយ បច្ចុប្បន្នជនឆបោកទាំងនេះមានលេខសម្គាល់គម្រោងសុខភាព ឬ Medicare របស់អ្នក ហើយពួកគេអាចចេញវិក្កយបត្រ Medicare រាប់ពាន់ដុល្លារសម្រាប់ការធ្វើតេស្ត ឬសូម្បីតែសេវាកម្មដែលអ្នកមិនដែលបានទទួលសោះ។ ពួកគេក៏មានព័ត៌មានអំពីហ្សែនផ្ទាល់ខ្លួនរបស់អ្នកផងដែរ។

ដើម្បីរាយការណ៍ពីការគៃបន្លំ ការខ្ជះខ្ជាយ និងការរំលោភបំពានដែលសង្ស័យ សូមទាក់ទងទៅកាន់៖

- **បណ្តាញទូរសព្ទទាន់ហេតុការណ៍នៃការគៃបន្លំរបស់ Medicare នៃ Blue Shield របស់រដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា៖ (855) 331-4894 (TTY: 711)** ឬតាមរយៈអ៊ីមែល៖ MedicareStopFraud@blueshieldca.com។

- **Medicare តាមរយៈ 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227)** 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ (អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរទូរសព្ទទៅ 1-877-486-2048។

ជំពូកទី 12 ៖ និយមន័យនៃពាក្យសំខាន់ៗ

សេចក្តីផ្តើម

ជំពូកនេះរួមបញ្ចូលទាំងពាក្យគន្លឹះដែលត្រូវប្រើនៅក្នុង *សៀវភៅណែនាំសមាជិក* រួមជាមួយនឹងនិយមន័យ។ ពាក្យទាំងនេះត្រូវបានរាយតាមលំដាប់អក្ខរក្រម។ ប្រសិនបើអ្នកមិនអាចរកឃើញពាក្យដែលអ្នកស្វែងរក ឬប្រសិនបើអ្នកត្រូវការព័ត៌មានជ្រើនលើសពីនិយមន័យដែលមានរួមបញ្ចូល សូមទាក់ទងផ្នែកថែទាំអតិថិជន។

សកម្មភាពរស់នៅប្រចាំថ្ងៃ (ADL)៖កិច្ចការដែលមនុស្សយើងធ្វើប្រចាំថ្ងៃជាធម្មតា ដូចជាទទួលទានអាហារ ការប្រើបង្គន់ ការស្លៀកពាក់ ការងូតទឹក ឬការដុសធ្មេញ។

មជ្ឈមណ្ឌលវះកាត់អ្នកជំងឺដែលអាចដើរបានមណ្ឌលថែទាំសុខភាពដែលផ្តល់ការវះកាត់ដល់អ្នកជំងឺមិនស្នាក់ព្យាបាលដែលមិនត្រូវការ ការថែទាំពីមន្ទីរពេទ្យ ហើយជាអ្នកជំងឺដែលមិនរំពឹងថាត្រូវការ ការថែទាំយូរជាង 24 ម៉ោង។

បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍៖វិធីសម្រាប់អ្នកដើម្បីសួរដេញដោលអំពីសកម្មភាពរបស់យើងប្រសិនបើអ្នកគិតថាយើងបានប្រព្រឹត្តិខុស។ អ្នកអាចសុំឱ្យយើងខ្ចាំកែប្រែសេចក្តីសម្រេចអំពីការរ៉ាប់រងតាមរយៈការដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍បាន។ ជំពូកទី 9 នៃសៀវភៅណែនាំសមាជិករបស់អ្នក ដែលពន្យល់អំពីបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ រួមទាំងរបៀបក្នុងការដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ផងដែរ។

សុខភាពអាកប្បកិរិយា៖ជាពាក្យរួមបញ្ចូលទាំងអស់ សំដៅទៅលើសុខភាពផ្លូវចិត្ត និងបញ្ហាបណ្តាលមកពីប្រើប្រាស់សារធាតុញៀន។

ឱសថមានឈ្មោះយីហោ៖ គឺជាឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាដែលត្រូវបានផលិត និងលក់ដោយក្រុមហ៊ុនដើមជាម្ចាស់កម្មសិទ្ធិឱសថនោះ។ ឱសថមានយីហោមានសារធាតុផ្សំដូចៗគ្នានឹងប្រភេទឱសថដែលផលិតគ្មានឈ្មោះ ឬយីហោ។ ឱសថទូទៅត្រូវបានគេផលិតឡើង និងលក់ចេញដោយក្រុមហ៊ុនឱសថផ្សេងៗទៀត។

អ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំ បុគ្គលចម្បងម្នាក់ដែលធ្វើការជាមួយអ្នក ជាមួយគម្រោងសុខភាព និងជាមួយអ្នកផ្តល់ការថែទាំរបស់អ្នក ដើម្បីធានាថាអ្នកទទួលបានការថែទាំដែលអ្នកត្រូវការ។

គម្រោងថែទាំ៖ សូមមើល "គម្រោងថែទាំជាលក្ខណៈបុគ្គល។"

សេវាជម្រើសនៃគម្រោងថែទាំ (សេវា CPO)៖ សេវាកម្មបន្ថែមដែលជាជម្រើសក្រោមគម្រោងថែទាំជាលក្ខណៈបុគ្គល (ICP) របស់អ្នក។ សេវាកម្មទាំងនេះ មិនមានបំណងផ្តល់ជូនដើម្បីជំនួសឱ្យសេវា និងការគាំទ្ររយៈពេលវែងដែលអ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានពីកម្មវិធី Medi-Cal។

ក្រុមផ្តល់ការថែទាំ៖ សូមមើល "ក្រុមផ្តល់តំហែទាំអន្តរជំនាញ។"

ដំណាក់កាលរ៉ាប់រងគ្រោះមហន្តរាយ៖ ដំណាក់កាលនៅក្នុងអត្ថប្រយោជន៍ឱសថក្នុងផ្នែក D ដែលគម្រោងរបស់យើងបង់រាល់ថ្លៃចំណាយលើឱសថទាំងអស់របស់លោកអ្នក រហូតដល់ដំណាច់ឆ្នាំ។ អ្នកចាប់ផ្តើ

មដំណាក់កាលនេះនៅពេលដែលអ្នកបានឈានដល់ចំនួនកំណត់ទឹកប្រាក់ $7,400 សម្រាប់ឱសថមានវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក។

មជ្ឈមណ្ឌលសម្រាប់សេវាកម្ម Medicare និង Medicaid (CMS)៖ ភ្នាក់ងាររបស់សហព័ន្ធទទួលខុសត្រូវលើកម្មវិធី Medicare។ ជំពូកទី 2 នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក* របស់អ្នកពន្យល់ពីរបៀបទាក់ទងទៅកាន់ CMS។

សេវាកម្មសម្រាប់មនុស្សពេញវ័យតាមសហគមន៍ (CBAS)៖ កម្មវិធីផ្តល់សេវាក្នុងមណ្ឌលថែទាំសម្រាប់អ្នកជំងឺមិនស្នាក់ព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យ ដែលផ្តល់ជូននូវការថែទាំជំនាញ សេវាសង្គម ការព្យាបាលដោយចលនានិងសម្ដី ការថែទាំផ្ទាល់ខ្លួន ការបណ្តុះបណ្តាល និងគាំទ្រដល់គ្រួសារ/អ្នកថែទាំអ្នកជំងឺ សេវាអាហារូបត្ថម្ភ ការធ្វើដំណើរ និងសេវាកម្មផ្សេងទៀតសម្រាប់សមាជិកដែលមានសិទ្ធិគ្រប់គ្រាន់ដែលបំពេញតាមលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យនៃសិទ្ធិដែលអាចអនុវត្តបាន។

ពាក្យបណ្តឹង៖ សេចក្តីថ្លែងការណ៍ជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ ឬដោយផ្ទាល់មាត់ដែលនិយាយថា អ្នកមានបញ្ហាឬកង្វល់អំពីសេវាកម្ម ឬការថែទាំដែលបានធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នក។ បណ្តឹងនេះមានជាអាទិ៍ កង្វល់មួយចំនួនអំពីគុណភាពសេវា គុណភាពនៃការថែទាំព្យាបាលរបស់ ក្រុមគ្រូពេទ្យក្នុងបណ្តាញយើងខ្ញុំ ឬឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញយើងខ្ញុំ។ ឈ្មោះផ្លូវការសម្រាប់ “ការធ្វើបណ្តឹង” គឺ “ការដាក់បណ្តឹងសារទុក្ខ”។

មន្ទីរស្តារនិតិសម្បទាដ៏ទូលំទូលាយដល់អ្នកជំងឺមិនសម្រាកនៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យ (CORF)៖ ជាមន្ទីរដែលភាគច្រើនផ្តល់សេវាកម្មស្តារនីតិសម្បទាដល់អ្នកជំងឺបន្ទាប់ពីជាពីជំងឺ ជាពីគ្រោះថ្នាក់ ឬជាពីការវះកាត់ធំៗ។ វាផ្តល់ជូនសេវាជាច្រើនប្រភេទដែលមានរួមទាំងការព្យាបាលរាងកាយ សេវាសង្គម ឬចិត្តសាស្ត្រ ការព្យាបាលប្រព័ន្ធផ្លូវដង្ហើម ការព្យាបាលចលនារាងកាយ **ការព្យាបាលដោយពាក្យសំដី និងសេវាវាយតម្លៃបរិស្ថានលំនៅដ្ឋាន។**

ប្រាក់បង់រួម៖ ចំនួនថេរដែលអ្នកត្រូវបង់ជាចំណែកនៃការចំណាយរបស់អ្នករាល់ពេលអ្នកទទួលបានឱសថមានវេជ្ជបញ្ជា ឬសេវាកម្មជាក់លាក់។ ឧទាហរណ៍ អ្នកអាចបង់ប្រាក់ $2 ឬ $5 សម្រាប់ឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជា។

ការបង់ថ្លៃចំណែករួម៖ ចំនួនទឹកប្រាក់ដែលអ្នកត្រូវបង់នៅពេលដែលអ្នកទទួលបានឱសថមានវេជ្ជបញ្ជា ឬសេវាកម្មជាក់លាក់មួយ។ ការបង់ថ្លៃចំណែករួមបញ្ចូលទាំងប្រាក់បង់រួម។

កម្រិតនៃការបង់ថ្លៃចំណែករួម៖ ក្រុមឱសថដែលមានប្រាក់បង់រួមដូចគ្នា។ រាល់ឱសថនីមួយៗនៅលើ *បញ្ជីឱសថដែលបានធានារ៉ាប់រង* (ត្រូវបានគេស្គាល់ផងដែរថាជាបញ្ជីឱសថ) គឺនៅក្នុងមួយនៃ ប្រាំ

ថ្នាក់ចែករំលែកតម្លៃ។ ជាទូទៅ នៅពេលកម្រិតការបង់ថ្លៃបដិភាគស្ថិតនៅក្នុងថ្នាក់កាន់តែខ្ពស់ ថ្លៃចំណាយសម្រាប់**ឱសថ**មានកាន់តែខ្ពស់ដែរ។

ការសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង៖ ការសម្រេចថាតើយើងផ្តល់ការធានារ៉ាប់រងលើអត្ថប្រយោជន៍អ្វីខ្លះ។ សេចក្តីសម្រេចនេះរួមមាន សេចក្តីសម្រេចអំពីឱសថ និងសេវាកម្មដែលបានធានារ៉ាប់រង ឬចំនួនទឹកប្រាក់ដែលយើងខ្ញុំត្រូវទូទាត់បង់សម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍សុខភាពរបស់អ្នក។ ជំពូកទី 9 នៃសៀវភៅណែនាំសមាជិករបស់អ្នក ពន្យល់ពីរបៀបសាកសួរយើងខ្ញុំសម្រាប់សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង។

ឱសថដែលគ្របដណ្តប់៖ ពាក្យដែលយើងប្រើចំពោះន័យថាគ្រប់ឱសថមានវេជ្ជបញ្ជា និងមិនតម្រូវឱ្យមានវេជ្ជបញ្ជា (OTC) ធានារ៉ាប់រងដោយគម្រោងរបស់យើង។

សេវាកម្មដែលគ្របដណ្តប់ទាំងនេះ៖ជាទូទៅ ពាក្យដែលយើងប្រើចំពោះន័យថាគ្រប់ការថែទាំសុខភាព សេវា និងការគាំទ្រយៈពេលវែង ការផ្គត់ផ្គង់ ឱសថមានវេជ្ជបញ្ជា និងឱសថមិនតម្រូវឱ្យមានវេជ្ជបញ្ជា ឧបករណ៍ និងសេវាកម្មផ្សេងៗទៀតដែលស្ថិតក្រោមការធានារ៉ាប់រងរបស់គម្រោងរបស់យើង។

ការបណ្តុះបណ្តាលសមត្ថភាពផ្នែកវប្បធម៌៖ ការបណ្តុះបណ្តាលដែលផ្តល់ការណែនាំបន្ថែមសម្រាប់អ្នកផ្តល់សេវាមថែទាំសុខភាពរបស់យើងដែលជួយពួកគេឱ្យយល់កាន់តែច្បាស់អំពីប្រវត្តិ តម្លៃ និងជំនឿរបស់អ្នកដើម្បីសម្របខ្លួនតាមសេវាកម្មដើម្បីបំពេញតម្រូវការផ្នែកសង្គម វប្បធម៌ និងភាសារបស់អ្នក។

ផ្នែកថែទាំអតិថិជន៖ ផ្នែកមួយនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើង ដែលទទួលខុសត្រូវចំពោះការឆ្លើយតបនឹងសំណួររបស់អ្នកទាក់ទងនឹងសមាជិកភាព អត្ថប្រយោជន៍ បណ្តឹងសាទុក្ខ និងបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍។ សូមមើល ជំពូកទី 2 សម្រាប់ព័ត៌មានស្តីពីរបៀបទាក់ទងផ្នែកថែទាំអតិថិជន។

អត្រាការបង់បដិភាគប្រចាំថ្ងៃ៖អត្រាដែលអាចអនុវត្តបាន នៅពេលដែលវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាតិចជាងការផ្គត់ផ្គង់ឱសថជាក់លាក់ពេញមួយខែដល់អ្នក ហើយតម្រូវឱ្យអ្នកបង់ថ្លៃជាប្រាក់រួមចំណែក។ អត្រាបង់នៃការចែករំលែកថ្លៃចំណាយប្រចាំថ្ងៃគឺជាការបង់ប្រាក់រួមដែលបានចែកនឹងចំនួនថ្ងៃផ្គត់ផ្គង់ក្នុងមួយខែ។

នេះគឺជាឧទាហរណ៍៖ ឧបមាថា ការបង់ប្រាក់រួមសម្រាប់ឱសថរបស់អ្នកសម្រាប់ការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេលពេញមួយខែ (ការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេល 30 ថ្ងៃ) គឺ $1.35។ នេះគឺមានន័យថាចំនួនទឹកប្រាក់ដែលអ្នកត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថរបស់អ្នកគឺតិចជាង $0.05 ក្នុងមួយថ្ងៃ។ ប្រសិនបើអ្នកទទួលបានការផ្គត់ផ្គង់ឱសថរយៈពេល 7 ថ្ងៃ នោះការទូទាត់ប្រាក់របស់អ្នកនឹងតិចជាង $0.05 ក្នុងមួយថ្ងៃ ដោយគុណនឹង 7 ថ្ងៃសម្រាប់ការទូទាត់ប្រាក់សរុបដែលតិចជាង $0.35។

ក្រសួង Department of Health Care Services (DHCS)៖ ក្រសួងប្រចាំរដ្ឋក្នុងរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា ដែលជាអ្នកមើលការខុសត្រូវចំពោះកម្មវិធី Medi-Cal (Medicaid) (ដែលត្រូវបានស្គាល់ថា Medi-Cal)។

ក្រសួង Department of Managed Health Care (DMHC)៖ ក្រសួងប្រចាំរដ្ឋក្នុងរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា ដែលជាអ្នកទទួលខុសត្រូវចំពោះការដាក់បទបញ្ជាត្តិទៅលើគម្រោងថែទាំសុខភាព។ DMHC ជួយអភិថិជនក្នុងការរៀបចំបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ និងពាក្យបណ្តឹងអំពីសេវាកម្ម Medi-Cal។ DMHC ក៏ធ្វើការពិនិត្យសំណុំរឿងវេជ្ជសាស្ត្រដោយឯករាជ្យ (IMR) ផងដែរ។

ការលុបឈ្មោះ៖ ដំណើរការបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់អ្នកក្នុងគម្រោងរបស់យើង។ ការលុបឈ្មោះចេញអាចនឹងមានលក្ខណៈជាការស្ម័គ្រចិត្ត (ជម្រើសរបស់អ្នក) ឬមិនស្ម័គ្រចិត្ត (មិនមែនជាជម្រើសរបស់អ្នក)។

កម្រិតថ្នាក់ឱសថ៖ ក្រុមឱសថនៅក្នុងបញ្ជីឱសថរបស់យើងខ្ញុំ។ ឱសថទូទៅ ឱសថមានម៉ាកយីហោ ឬឱសថមិនតម្រូវឱ្យមានវេជ្ជបញ្ជា (OTC) គឺជាឧទាហរណ៍នៃកម្រិតឱសថ។ រាល់ឱសថដែលមាននៅក្នុងបញ្ជីឱសថ គឺស្ថិតនៅក្នុងកម្រិតមួយក្នុងចំណោមកម្រិតទាំងប្រាំ។

គម្រោងតម្រូវការពិសេសដែលមានសិទ្ធិទទួលបានទ្វេដង (D-SNP)៖ គម្រោងសុខភាពដែលបម្រើដល់បុគ្គលដែលមានសិទ្ធិទទួលបានទាំង Medicare និង Medi-Cal។ គម្រោងរបស់យើងគឺ D-SNP។

អ្នកត្រូវការឧបករណ៍វេជ្ជសាស្ត្រសម្រាប់ប្រើរយៈពេលយូរ (DME)៖ ទំនិញជាក់លាក់ដែលវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកបញ្ជាទិញសម្រាប់ប្រើប្រាស់ក្នុងផ្ទះផ្ទាល់ខ្លួនរបស់អ្នក។ ឧទាហរណ៍នៃវត្ថុទាំងនេះគឺមានរទេះរុញ ឈើច្រត់ ប្រព័ន្ធពូកអគ្គិសនី ឧបករណ៍ផ្គត់ផ្គង់ជំងឺទឹកនោមផ្អែម ត្រែមន្ទីរពេទ្យដែលបញ្ជាទិញដោយអ្នកផ្តល់សេវាសម្រាប់ប្រើប្រាស់ក្នុងផ្ទះ ថ្នាំចាក់បញ្ចូលតាមសរសៃឈាម IV ឧបករណ៍បញ្ចេញសម្លេង ឧបករណ៍ផ្គត់ផ្គង់អុកស៊ីសែន ឧបករណ៍កិនឱសថនិងជំនួយក្នុងការដើរ។

ការសង្គ្រោះបន្ទាន់៖ការសង្គ្រោះក្នុងគ្រាអាសន្នផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ នៅពេលដែលអ្នក ឬអ្នកផ្សេងទៀតដែលមានចំណេះដឹងមធ្យមអំពីសុខភាព និងឱសថ ជឿជាក់ថាអ្នកមាន រោគសញ្ញាផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដែលត្រូវការការយកចិត្តទុកដាក់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រជាបន្ទាន់ដើម្បីការពារការបាត់បង់ជីវិត ការបាត់បង់ផ្នែករាងកាយ

ឬការជាត់បង់ ឬការចុះខ្សោយមុខងារនៃរាងកាយធ្ងន់ធ្ងរ។ អាការៈរោគសាមផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រអាចជាបញ្ហារបួសស្នាមធ្ងន់ធ្ងរ ឬការឈឺចុកចាប់ខ្លាំងក្លា។

ការថែទាំព្យាបាលសង្គ្រោះបន្ទាន់៖ សេវាដែលបានធានារ៉ាប់រង ដែលបានផ្តល់ដោយអ្នកផ្តល់សេវាដែលបានទទួលការបណ្តុះបណ្តាលសម្រាប់ផ្តល់សេវាសង្គ្រោះក្នុងគ្រាអាសន្ន និងដែលជាតម្រូវការក្នុងការព្យាបាលសម្រាប់ការសង្គ្រោះក្នុងគ្រាអាសន្នផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ ឬសុខភាពអាកប្បកិរិយា។

ករណីលើកលែង៖ ការអនុញ្ញាតដើម្បីទទួលបានការធានារ៉ាប់រងលើឱសថដែលជាធម្មតាមិនបានធានារ៉ាប់រង ឬក្នុងការប្រើប្រាស់ឱសថដោយគ្មានបទបញ្ជាត្តិ និងដែនកំណត់ជាក់លាក់។

ជំនួយបន្ថែម៖ កម្មវិធី Medicare ដែលជួយដល់អ្នកដែលមានប្រាក់ចំណូល និងធនធានតិចតួចក្នុងការកាត់បន្ថយការចំណាយលើឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជារបស់ Medicare ផ្នែក D ដូចជាថ្លៃធានារ៉ាប់រង ការកាត់កង និងប្រាក់បង់រួមជាដើម។ ជំនួយបន្ថែម ក៏ត្រូវបានហៅថា៖ "ការទំនុកបម្រុងអ្នកមានចំណូលទាប" ឬ "LIS"។

ឱសថទូទៅ៖ ឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាដែលត្រូវបានអនុម័តឱ្យប្រើប្រាស់ដោយរដ្ឋាភិបាលសហព័ន្ធជំនួសឱ្យឱសថដែលមានម៉ាកយីហោ។ ឱសថទូទៅផលិតឡើងពីសារធាតុផ្សំដូចគ្នាទៅនឹងឱសថដែលមានម៉ាកយីហោដែរ។ ជាធម្មតា វាមានតម្លៃថោកជាង ហើយមានដំណើរការល្អដូចគ្នាទៅនឹងឱសថមានម៉ាកយីហោដែរ។

បណ្តឹងសារទុក្ខ៖ ជាពាក្យបណ្តឹងដែលអ្នកប្តឹងអំពីយើងខ្ញុំ ឬអ្នកណាម្នាក់ក្នុងបណ្តាញអ្នកផ្តល់សេវាកម្ម ឬបណ្តាញឱសថស្ថានយើងខ្ញុំ។ នេះគឺរួមបញ្ចូលការតវ៉ាអំពីគុណភាពនៃការថែទាំរបស់អ្នក ឬគុណភាពនៃសេវាដែលផ្តល់ដោយគម្រោងសុខភាពរបស់អ្នក។

កម្មវិធីគាំពារ និងផ្តល់ប្រឹក្សាអំពីការធានារ៉ាប់រងសុខភាព (HICAP)៖ កម្មវិធីដែលផ្តល់ព័ត៌មានពិតប្រាកដដោយមិនគិតថ្លៃ និងការប្រឹក្សាយោបល់អំពីកម្មវិធី Medicare។ ជំពូកទី 2 នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*របស់អ្នកពន្យល់ពីរបៀបទាក់ទងទៅកាន់ HICAP។

គម្រោងសុខភាព: ជាអង្គការមួយដែលបង្កើតឡើងដោយមាន វេជ្ជបណ្ឌិត មន្ទីរពេទ្យ ឱសថស្ថាន អ្នកផ្តល់សេវាយ:ពេលវែង និងអ្នកផ្តល់សេវាផ្សេងទៀត។ អង្គការនេះក៏មានអ្នកសម្របសម្រួល ដើម្បីជួយអ្នកគ្រប់គ្រងសេវាកម្ម និងអ្នកផ្តល់សេវាទាំងអស់របស់អ្នក។ ពួកគេទាំងអស់នោះធ្វើការងាររួមគ្នាដើម្បីផ្តល់នូវការថែទាំដែលអ្នកត្រូវការ។

ការវាយតម្លៃហានិភ័យផ្នែកសុខភាព៖ ការពិនិត្យមើលអំពីប្រវត្តិវេជ្ជសាស្ត្រ និងស្ថានភាពបច្ចុប្បន្នរបស់អ្នក។ វាត្រូវបានប្រើប្រាស់ដើម្បីស្វែងយល់អំពីសុខភាពរបស់អ្នក និងរបៀបដែលវានឹងអាចផ្លាស់ប្តូរបាននាពេលអនាគត។

ជំនួយថែទាំសុខភាពតាមគេហដ្ឋាន៖ បុគ្គលដែលជាអ្នកផ្តល់សេវាដែលមិនចាំបាច់ត្រូវមានជំនាញគិលានុបដ្ឋាយិកា ឬអ្នកព្យាបាលដែលមានអាជ្ញាបណ្ណ ដូចជាជួយក្នុងការថែទាំផ្ទាល់ខ្លួន (ដូចជាងូតទឹក ការប្រើបង្គន់ ការស្លៀកពាក់ ឬការអនុវត្តលំហាត់ប្រាណតាមតាមវេជ្ជបញ្ជា)។ អ្នកផ្តល់ជំនួយសុខភាពតាមផ្ទះមិនមានអាជ្ញាបណ្ណការថែទាំ ឬការព្យាបាលឡើយ។

មន្ទីរពេទ្យព្យាបាលអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយ៖ កម្មវិធីថែទាំព្យាបាល និងជំនួយទ្រទ្រង់មនុស្សដែលមានជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយឱ្យរស់នៅបានដោយផាសុកភាព។ ការព្យាករណ៍ជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយ មានន័យថា មនុស្សម្នាក់មានជំងឺចុងបញ្ចប់ ហើយត្រូវបានរំពឹងទុកថានឹងមានពេលរស់បាន ត្រឹមប្រាំមួយខែ ឬតិចជាងនេះ។

- អ្នកចុះឈ្មោះដែលទទួលការព្យាករណ៍ជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយមានសិទ្ធិជ្រើសរើសមន្ទីរពេទ្យថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយណាមួយដែលគេពេញចិត្ត។

- ក្រុមថែទាំអាជីព និងអ្នកថែទាំដែលទទួលបានការបណ្តុះបណ្តាលពិសេសផ្តល់នូវការថែទាំទាំងស្រុងដល់អ្នកជំងឺ រួមមានតម្រូវការខាងផ្នែករាងកាយ ផ្លូវអារម្មណ៍ សង្គម និងផ្លូវចិត្ត។

- យើងត្រូវបានតម្រូវឱ្យផ្តល់ជូនអ្នកនូវបញ្ជីអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងមន្ទីរពេទ្យថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយនៅក្នុងតំបន់ភូមិសាស្ត្ររបស់អ្នក។

វិក្កយបត្រមិនត្រឹមត្រូវ /មិនសមស្រប៖ ស្ថានភាពមួយនៅពេលដែលអ្នកផ្តល់សេវា (ដូចជា វេជ្ជបណ្ឌិត ឬមន្ទីរពេទ្យ) ចេញវិក្កយបត្រទៅកាន់អ្នកច្រើនជាងចំនួនប្រាក់បដិភាគសលើសេវាកម្មនោះ។ ទូរសព្ទទៅកាន់ ផ្នែកថែទាំអតិថិជន ប្រសិនបើអ្នកទទួលបានវិក្កយបត្រណាមួយដែលអ្នកមិនយល់។**ក្នុងនាមជាសមាជិកនៃគម្រោង អ្នកបង់ត្រឹមតែចំនួនប្រាក់បដិភាគរបស់គម្រោង នៅពេលអ្នកទទួលបានសេវាកម្មដែលយើងធានារ៉ាប់រង។ យើងមិនអនុញ្ញាតឱ្យអ្នកផ្តល់សេវាចេញវិក្កយបត្រលើសចំនួននេះទៅឱ្យអ្នកឡើយ។**

ការពិនិត្យវេជ្ជសាស្ត្រឡើងវិញដោយឯករាជ្យ (Independent Medical Review, IMR)៖ ប្រសិនបើយើងបដិសេធលើសំណើសុំសម្រាប់ការព្យាបាល ឬសេវាវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នក អ្នកអាចដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍បាន។ ប្រសិនបើអ្នកមិនយល់ព្រមចំពោះសេចក្តីសម្រេចរបស់យើង ហើយបញ្ហារបស់អ្នកពាក់ព័ន្ធនឹងសេវាកម្ម Medi-Cal រួមទាំងការផ្គត់ផ្គង់ និងឱសថរបស់ DME អ្នកអាចស្នើសុំទៅកាន់ក្រសួងគ្រប់គ្រងការថែទាំសុខភាពនៃរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា សម្រាប់ទទួល IMR បាន។ IMR គឺជាការពិនិត្យករណីរបស់អ្នកឡើងវិញដោយវេជ្ជបណ្ឌិតដែលមិនមែនជាផ្នែកនៃគម្រោងរបស់យើងខ្ញុំ។ ប្រសិនបើសេចក្តីសម្រេចរបស់ IMR ស្រមតាមការចង់បានរបស់អ្នក យើងត្រូវតែផ្តល់ជូនអ្នកនូវសេវាកម្ម ឬការព្យាបាលដែលអ្នកបានស្នើរសុំ។ អ្នកមិនត្រូវបង់ថ្លៃសម្រាប់ IMR ទេ។

គម្រោងថែទាំលក្ខណៈបុគ្គល (ICP ឬ គម្រោងថែទាំ)៖ជាគម្រោងសម្រាប់សេវាកម្មដែលអ្នកនឹងទទួលបាន ព្រមទាំងវិធីដែលអ្នកនឹងទទួលបានសេវាកម្មទាំងនោះ។ គម្រោងរបស់អ្នកអាចរួមបញ្ចូលសេវាវេជ្ជសាស្ត្រ សេវាសុខភាពអាកប្បកិរិយា និង សេវា និងការគាំទ្ររយៈពេលវែង។

ដំណាក់កាលធានារ៉ាប់រងបឋមៈដំណាក់កាលមុនពេលការចំណាយសរុបនៃឱសថក្នុងផ្នែក D របស់អ្នកឈានដល់ $4,660 ។ដំណាក់កាលនេះរួមមានចំនួនទឹកប្រាក់ដែលអ្នកបានបង់, អ្វីដែលគម្រោងយើងបានបង់ជំនួសឱ្យអ្នក និងកម្មវិធីការទំនុកបម្រុងអ្នកមានចំណូលទាប។ អ្នកចាប់ផ្តើមក្នុងដំណាក់កាលនេះ នៅពេលអ្នកទទួលឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាដំបូង ក្នុងឆ្នាំធានារ៉ាប់រង។ អំឡុងពេលដំណាក់ការនេះ យើងបង់ចំណែកថ្លៃ នៃឱសថ ហើយអ្នកត្រូវបង់ចំណែករបស់អ្នក។

អ្នកជំងឺសម្រាកក្នុងមន្ទីរពេទ្យ៖ ពាក្យដែលត្រូវបានប្រើនៅពេលដែលអ្នកត្រូវបានបញ្ជូនជាផ្លូវការទៅកាន់មន្ទីរពេទ្យដើម្បីទទួលបានសេវាវេជ្ជសាស្ត្រដែលមានជំនាញ។ ប្រសិនបើអ្នកមិនទាន់បានអនុញ្ញាតជាផ្លូវការទេ អ្នកនៅតែត្រូវបានចាត់ទុកជាអ្នកជំងឺមិនស្នាក់ព្យាបាលជំនួសឱ្យអ្នកជំងឺស្នាក់ព្យាបាលបើទោះបីជាអ្នកត្រូវសម្រាកពេទ្យមួយយប់ក៏ដោយ។

ក្រុមថែទាំសុខភាពពហុជំនាញ (ICT or ក្រុមថែទាំ) ៖ ក្រុមថែទាំអាចរួមបញ្ចូលទាំងវេជ្ជបណ្ឌិត គិលានុបដ្ឋាយិកា អ្នកប្រឹក្សាយោបល់

ឬអ្នកមានវិញ្ញាជីវ:ផ្សេងទៀតដែលរួមគ្នាដើម្បីជួយអ្នកឱ្យទទួលបានការថែទាំដែលអ្នកត្រូវការ។ ក្រុមថែទាំរបស់អ្នកក៏ជួយអ្នករៀបចំគម្រោងថែទាំផងដែរ។

***បញ្ជីឱសថដែលមានការរ៉ាប់រង*(បញ្ជីឱសថ)៖** បញ្ជីឱសថមានវេជ្ជបញ្ជា និងមិនតម្រូវឱ្យមានវេជ្ជបញ្ជា (OTC) ដែលយើងជានារ៉ាប់រង។ យើងជ្រើសរើសឱសថដែលនៅក្នុងបញ្ជីនេះដោយមានជំនួយពីវេជ្ជបណ្ឌិត និងឱសថការី។ បញ្ជីឱសថប្រាប់អំពីការណីដែលមានវិធានច្បាប់មួយចំនួនដែលអ្នកចាំបាច់ត្រូវអនុវត្តន៍តាមដើម្បីទទួលបានឱសថរបស់អ្នក។ ជួនកាល បញ្ជីឱសថនេះត្រូវបានគេហៅថា៖ “សៀវភៅដែលមានរូបមន្តសម្រាប់ផ្សំថ្នាំ (formulary)”។

សេវា និងការគាំទ្រយ:ពេលវែង (LTSS)៖ សេវា និងការគាំទ្រយ:ពេលវែងជួយធ្វើប្រសើរឡើងចំពោះស្ថានភាពវេជ្ជសាស្ត្រយ:ពេលវែង។ ភាគច្រើននៃសេវាកម្មទាំងនេះ ជួយឲ្យអ្នកស្ថិតនៅផ្ទះដើម្បីកុំឲ្យអ្នកពិបាកទៅមន្ទីរសម្រាកព្យាបាល ឬមន្ទីរពេទ្យ។ LTSS រួមមានសេវាកម្មសម្រាប់មនុស្សពេញវ័យតាមសហគមន៍ (CBAS) និងមណ្ឌលថែទាំសុខភាព (NF) ។

ការទំនុកបម្រុងអ្នកមានចំណូលទាប (LIS)៖សូមមើល "ជំនួយបន្ថែម"

កម្មវិធីសេវាកម្មតាមប្រៃសណីយ៍៖គម្រោងមួយចំនួនអាចផ្តល់ជូននូវកម្មវិធីសេវាកម្មតាមប្រៃសណីយ៍ដែលអនុញ្ញាតឱ្យអ្នកទទួលបានការផ្គត់ផ្គង់ឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាដែលបានជានារ៉ាប់រងរបស់អ្នករហូតទៅដល់ 3 ខែដែលផ្ញើទៅកាន់ផ្ទះរបស់អ្នកដោយផ្ទាល់។ នេះអាចជាវិធីដ៏មានប្រសិទ្ធភាពចំពោះការចំណាយ និងងាយស្រួលក្នុងការបំពេញវេជ្ជបញ្ជាដែលអ្នកទទួលជាប្រចាំ។

Medi-Cal៖ នេះគឺជាឈ្មោះនៃកម្មវិធី Medicaid របស់រដ្ឋកាលីហ្វ័រនីញ៉ា។ កម្មវិធី Medi-Cal ត្រូវបានដំណើរការដោយរដ្ឋ និងទទួលបានការទូទាត់ថ្លៃចំណាយដោយរដ្ឋ និងរដ្ឋាភិបាលសហព័ន្ធ។

- កម្មវិធីនេះជួយដល់ប្រជាពលរដ្ឋដែលមានកម្រិតប្រាក់ចំណូល និងប្រភពហិរញ្ញវត្ថុទាបចំពោះសេវា និងការគាំទ្រយ:ពេលវែង និងថ្លៃចំណាយផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ។
- វារ៉ាប់រងលើសេវាបន្ថែម និងឱសថមួយចំនួនដែលមិនទទួលបានការរ៉ាប់រងដោយកម្មវិធី Medicare។

- កម្មវិធី Medi-Cal (Medicaid) មានភាពខុសគ្នាពីរដ្ឋមួយទៅរដ្ឋមួយប៉ុន្តែផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពភាគច្រើនត្រូវបានគ្របដណ្តប់ប្រសិនបើអ្នកមានលក្ខណៈគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ទាំង Medicare និង Medi-Cal (Medicaid)។
- សូមមើល **ជំពូកទី 2** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*របស់អ្នកសម្រាប់ព័ត៌មានអំពីរបៀបទាក់ទងទៅកាន់ Medi-Cal។

គម្រោង Medi-Cal៖ គម្រោងដែលធានារ៉ាប់រងតែចំពោះអត្ថប្រយោជន៍ Medi-Cal ដូចជាសេវា និងការគាំទ្រយៈពេលវែង ឧបករណ៍វេជ្ជសាស្ត្រ និងមធ្យោបាយធ្វើដំណើរ។ អត្ថប្រយោជន៍ Medicare មានលក្ខណៈដាច់ៗពីគ្នា។

មានលក្ខណៈសំខាន់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ៖វាពិពណ៌នាអំពីសេវាកម្ម ការផ្គត់ផ្គង់ ឬឱសថដែលអ្នកត្រូវការដើម្បីបង្ការ ធ្វើរោគវិនិច្ឆយ ឬព្យាបាលលក្ខខណ្ឌវេជ្ជសាស្ត្រ ឬរក្សាស្ថានភាពសុខភាពបច្ចុប្បន្នរបស់អ្នក។ ចំណុចនេះរួមមានការថែទាំព្យាបាលដែលកុំឱ្យអ្នកត្រូវទៅព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យ ឬមណ្ឌលថែទាំមនុសចាស់ជរា។ លើសពីនេះ វាមានន័យសំដៅដល់សេវាកម្ម ការផ្គត់ផ្គង់ ឬឱសថដែលឆ្លើយតបបានតាមបទដ្ឋានអនុវត្តន៍ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដែលបានទទួលយក។

Medicare ៖ កម្មវិធីធានារ៉ាប់រងសុខភាពរបស់សហព័ន្ធសម្រាប់ពលរដ្ឋដែលមានអាយុ 65 ឆ្នាំ ឬចាស់ជាងនេះ ពលរដ្ឋខ្លះមានអាយុក្រោម 65 ឆ្នាំដែលមានពិការភាពជាក់លាក់ និងពលរដ្ឋដែលស្ថិតក្នុងស្ថានភាពចុងក្រោយនៃជំងឺតម្រងនោម (ជាទូទៅគឺអ្នកដែលខ្សោយតម្រងនោមជាអចិន្ត្រៃយ៍ ដែលត្រូវការលាងឈាម ឬប្តូរតម្រងនោម)។ អ្នកស្ថិតនៅក្នុង Medicare អាចទទួលបានការធានារ៉ាប់រងសុខភាព Medicare របស់ពួកគេ តាមរយៈគម្រោង Original Medicare ឬគម្រោងថែទាំសុខភាពដែលមានការគ្រប់គ្រង (សូមអានផ្នែក "គម្រោងសុខភាព")។

អត្ថប្រយោជន៍របស់ Medicare៖កម្មវិធី Medicare ដែលត្រូវបានស្គាល់ផងដែរថាជា "Medicare ផ្នែក C" ឬ "គម្រោង MA " ដែលផ្តល់ជូនគម្រោង MA តាមរយៈក្រុមហ៊ុនឯកជន។ Medicare បង់ក្រុមហ៊ុនទាំងនេះដើម្បីគ្របដណ្តប់អត្ថប្រយោជន៍ Medicare របស់អ្នក។

សេវាកម្មធានារ៉ាប់រងរបស់ Medicare៖ សេវាកម្មដែលបានធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare ផ្នែក A និងផ្នែក B។ គម្រោងសុខភាព Medicare ទាំងអស់ ដែលរួមមានគម្រោងរបស់យើង ត្រូវតែធានារ៉ាប់រងលើសេវាកម្មទាំងអស់ដែលបានធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare ផ្នែក A and ផ្នែក B។

អ្នកចុះឈ្មោះក្នុងកម្មវិធី Medicare-Medi-Cal៖ ជា បុគ្គលដែលមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ទទួលបានការធានារ៉ាប់រងពី Medicare និង Medi-Cal។ អ្នកចុះឈ្មោះក្នុងកម្មវិធី Medicare-Medi-Cal ត្រូវបានគេហៅផងដែរថា "បុគ្គលដែលមានសិទ្ធិទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ទ្វេ"

Medicare ផ្នែក A៖ កម្មវិធី Medicare ជានារ៉ាប់រងលើមន្ទីរពេទ្យដែលជាតម្រូវការផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ មណ្ឌលថែទាំសុខភាពជំនាញ សេវាថែទាំសុខភាពតាមផ្ទះ និងមន្ទីរពេទ្យថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយ ។

Medicare ផ្នែក B៖ កម្មវិធី Medicare ដែលជានារ៉ាប់រងទៅលើសេវាកម្ម (ដូចជាការធ្វើតេស្តនៅមន្ទីរពិសោធន៍ ការវះកាត់ និងការជួបពិគ្រោះជាមួយវេជ្ជបណ្ឌិត) និងការផ្គត់ផ្គង់ (ដូចជា រទេះជនពិការ និងឈើច្រត់) ដែលមានភាពចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ ក្នុងការព្យាបាលជំងឺ ឬលក្ខខណ្ឌផ្សេងទៀត។ លើសពីនេះ ផ្នែក B នៃកម្មវិធី Medicare រ៉ាប់រងលើសេវាកម្មបង្ការ និងការពិនិត្យរកមើលរោគ។

Medicare ផ្នែក C៖ កម្មវិធី Medicare ដែលត្រូវបានស្គាល់ផងដែរថាជា "Medicare Advantage" ឬ "គម្រោង MA" ដែលអនុញ្ញាតឱ្យក្រុមហ៊ុនជានារ៉ាប់រងសុខភាពឯកជនផ្តល់អត្ថប្រយោជន៍ Medicare តាមរយៈគម្រោង Medicare Advantage។

Medicare ផ្នែក D៖ កម្មវិធីអត្ថប្រយោជន៍ឱសថ Medicare ។ យើងហៅកម្មវិធីនេះកាត់ថា "ផ្នែក D"។ ផ្នែក D ជានារ៉ាប់រងលើឱសថដែលមានវេជ្ជបញ្ជាចំពោះអ្នកជំងឺមិនស្នាក់ព្យាបាល វ៉ាក់សាំងបង្ការ និងបរិក្ខាពេទ្យមួយចំនួនដែលមិនបានជានារ៉ាប់រងដោយ Medicare ផ្នែក A ឬ ផ្នែក B ឬ Medi-Cal។ គម្រោងរបស់យើងរួមបញ្ចូលទាំង Medicare ផ្នែក D។

ឱសថ Medicare ផ្នែក D៖ឱសថដែលបានជានារ៉ាប់រងក្រោម Medicare ផ្នែក D។ សូមចាំថាពិសេសមិនរាប់បញ្ចូលប្រភេទឱសថជាក់លាក់មួយចំនួនពីការជានារ៉ាប់រង នៅក្រោម ផ្នែក D។ Medi-Cal អាចជានាឱសថទាំងនេះមួយចំនួនបាន។

ការគ្រប់គ្រងការព្យាបាលដោយការប្រើប្រាស់ឱសថ៖ ក្រុមសេវាកម្មដែលខុសគ្នា ឬក្រុមសេវាកម្មដែលបានផ្តល់ដោយអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាព រួមមានទាំងឱសថការី ដើម្បីជានាបាននូវលទ្ធផលព្យាបាលដ៏ល្អបំផុតសម្រាប់អ្នកជំងឺ។ សូមមើល **ជំពូក 5** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក* សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។

សមាជិក (សមាជិករបស់គម្រោងយើងខ្ញុំ ឬសមាជិកគម្រោង)៖ ជាបុគ្គលក្នុងកម្មវិធី Medicare និង Medi-Cal ដែលមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ក្នុងការទទួលបានសេវាកម្មដែលបានជានារ៉ាប់រង ដែលជាអ្នកបានចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងរបសយើង ហើយការចុះឈ្មោះរបស់ពួកគេត្រូវបានបញ្ជាក់ដោយមជ្ឈមណ្ឌលបម្រើសេវា Medicare និង Medicaid (CMS) និងដោយរដ្ឋ។

***សៀវភៅណែនាំសមាជិក* និងព័ត៌មានចេញផ្សាយ៖** ឯកសារនេះ រួមជាមួយពាក្យចុះឈ្មោះរបស់អ្នក និងឯកសារភ្ជាប់ផ្សេងទៀត ឬសេចក្តីអមភ្ជាប់បន្ថែមដែលពន្យល់អំពីការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នក អំពីអ្វីដែលយើងខ្ញុំត្រូវធ្វើ សិទ្ធិរបស់អ្នក និងអ្វីដែលអ្នកត្រូវធ្វើក្នុងនាមជាសមាជិកនៃគម្រោងរបស់យើងខ្ញុំ។

ឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញ៖ ជាឱសថស្ថាន (ហាងឱសថ) ដែលបានយល់ព្រមបើកឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាដល់សមាជិកគម្រោងរបស់យើង។ យើងហៅឱសថស្ថានទាំងនោះ "ឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញ" ពីព្រោះពួកគេបានយល់ព្រមសហការជាមួយនឹងគម្រោងរបស់យើង។ ក្នុងករណីភាគច្រើន យើងជានារ៉ាប់រងលើឱសថមានវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកតែនៅពេលដែលបានបើកពីឱសថស្ថានណាមួយក្នុងបណ្តាញរបស់យើងប៉ុណ្ណោះ។

អ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ៖ “អ្នកផ្តល់សេវាកម្ម” គឺជាពាក្យទូទៅដែលយើងខ្ញុំប្រើសម្រាប់ហៅវេជ្ជបណ្ឌិត គិលានុបដ្ឋាយិកា និងអ្នកដទៃដែលផ្តល់សេវាកម្ម និងការថែទាំ។ ពាក្យនេះក៏រួមបញ្ចូលទូរ មន្ទីរពេទ្យ ភ្នាក់ងារថែទាំសុខភាពតាមផ្ទះ ក្លីនិក និងកន្លែងផ្សេងទៀតដែលផ្តល់សេវាកម្មថែទាំសុខភាពដល់អ្នកសម្ភារព្យាបាល និង សេវានិងការគាំទ្រយ:ពេលវែង**។**

- ពួកគេត្រូវបានអនុញ្ញាត ឬបញ្ជាក់ដោយកម្មវិធី Medicare និងដោយរដ្ឋដើម្បីផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាព។

- យើងហៅពួកគាត់ថា "អ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ" នៅពេលដែលពួកគាត់យល់ព្រមសហការជាមួយនឹងគម្រោងសុខភាពរបស់យើង និងយល់ព្រមទទួលយកការទូទាត់ប្រាក់របស់យើង និងមិនគិតថ្លៃចំពោះសមាជិកលើចំនួនទឹកប្រាក់បន្ថែម។

- ខណៈពេលដែលអ្នកជាសមាជិកនៃគម្រោងរបស់យើង អ្នកត្រូវតែប្រើប្រាស់អ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ ដើម្បីទទួលបានសេវាកម្មដែលមានការធានារ៉ាប់រង។ លើសពីនេះ គេហៅក្រុមគ្រូពេទ្យក្នុងបណ្តាញថា៖ “ក្រុមគ្រូពេទ្យគម្រោង”។

មន្ទីរថែទាំ៖ កន្លែងដែលផ្តល់ការថែទាំសម្រាប់មនុស្សដែលមិនអាចទទួលបានការថែទាំតាមផ្ទះរបស់ពួកគេ ប៉ុន្តែមិនចាំបាច់ទៅមន្ទីរពេទ្យ។

មន្ត្រីបណ្តឹងសាធារណៈ៖ ជាការិយាល័យនៅក្នុងរដ្ឋរបស់អ្នកដែលធ្វើការជាអ្នកតស៊ូមតិជំនួសអ្នក។ ពួកគេអាចឆ្លើយសំណួរនានាប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហាឬពាក្យបណ្តឹងហើយអាចជួយអ្នកឱ្យយល់ពីអ្វីដែលត្រូវធ្វើ។ សេវាកម្មនៃការិយាល័យគាំពារផ្នែកច្បាប់ ombudsman គឺឥតមានគិតថ្លៃទេ។
អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានបន្ថែមនៅក្នុងជំពូកទី 2 និងទី 9 នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*របស់អ្នក។

ស្ថាប័នសម្រេច៖ គម្រោងរបស់យើងធ្វើការកំណត់លើការរៀបចំ នៅពេលដែលយើង ឬអ្នកផ្តល់សេវាណាម្នាក់របស់យើង ធ្វើការសម្រេចថាតើសេវាដែលបានធានារ៉ាប់រង ឬថាតើអ្នកបង់ថ្លៃប៉ុន្មានសម្រាប់សេវាដែលបានធានារ៉ាប់រង។ ការកំណត់លើការរៀបចំត្រូវបានហៅថា "សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង" ជំពូកទី 9 នៃសៀវភៅណែនាំសមាជិករបស់អ្នក ដែលពន្យល់ពីសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង។

Original Medicare (Medicare លក្ខណៈទូទៅ ឬ Medicare បង់ថ្លៃពេលទទួលសេវា)៖ រដ្ឋាភិបាលផ្តល់ជូន Original Medicare។ ក្រោម Original Medicare សេវាត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយការបង់ថ្លៃសេវាកម្មដល់វេជ្ជបណ្ឌិត មន្ទីរពេទ្យ និងអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពផ្សេងទៀតចំនួនទឹកប្រាក់ដែលព្រឹទ្ធសភាកំណត់។

- អ្នកអាចប្រើប្រាស់វេជ្ជបណ្ឌិត មន្ទីរពេទ្យ ឬអ្នកផ្តល់សេវាកម្មថែទាំសុខភាពណាមួយក៏បានដែលពួកគេទទួលយក Medicare ។ Original Medicare មានពីរផ្នែក៖ ផ្នែក A (ការធានារ៉ាប់រងលើការចូលមន្ទីរពេទ្យ) និងផ្នែក B (ការធានារ៉ាប់រងផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ)។
- កម្មវិធី Original Medicare អាចឃើញមាននៅគ្រប់ទីកន្លែងនៅសហរដ្ឋអាមេរិក។
- ប្រសិនបើអ្នកមិនចង់ចូលរួមក្នុងគម្រោងយើងទេ អ្នកអាចសម្រេចជ្រើសរើសយកកម្មវិធី Original Medicare បាន។

ឱសថស្ថានក្រៅបណ្តាញ៖ ជាឱសថស្ថានដែលមិនបានយល់ព្រមធ្វើការជាមួយនឹងគម្រោងរបស់យើងខ្ញុំដើម្បីសម្របសម្រួល ឬផ្តល់ឱសថស្ថិតក្រោមការរ៉ាប់រងដល់សមាជិកគម្រោងរបស់យើងខ្ញុំ។ គម្រោងរបស់យើងមិនធានារ៉ាប់រងលើឱសថភាគច្រើនដែលអ្នកទទួលបានពីឱសថស្ថានក្រៅបណ្តាញទេ លុះត្រាតែមានលក្ខខណ្ឌជាក់លាក់ត្រូវអនុវត្ត។

អ្នកផ្តល់សេវាក្រៅបណ្តាញ ឬមជ្ឈមណ្ឌលក្រៅបណ្តាញ៖ ជាអ្នកផ្តល់សេវា ឬមជ្ឈមណ្ឌលដែលមិនមែនជាបុគ្គលិក ជាម្ចាស់ ឬប្រតិបត្តិដោយគម្រោងរបស់យើង ហើយមិនមានកិច្ចសន្យាក្នុងការផ្តល់សេវាដែលបានធានារ៉ាប់រងដល់សមាជិកនៃគម្រោងយើងទេ។ ជំពូកទី 3 នៃសៀវភៅណែនាំសមាជិករបស់អ្នក ដែលពន្យល់អំពីអ្នកផ្តល់សេវា ឬមជ្ឈមណ្ឌលក្រៅបណ្តាញ។

ថ្លៃចំណាយចេញពីហោប៉ៅ៖ តម្រូវការលើប្រាក់បដិភាគសម្រាប់សមាជិកក្នុងការទូទាត់ឱ្យផ្នែកសេវាកម្ម ឬឱសថដែលពួកគេទទួលបានក៏ត្រូវបានហៅថាតម្រូវការចំណាយ "ចំណាយចេញពីហោប៉ៅ" ផងដែរ។ សូមមើលនិយមន័យសម្រាប់ “ការបង់ថ្លៃចំណែករួម” ខាងលើ។

ឱសថមិនតម្រូវឱ្យមានវេជ្ជបញ្ជា (OTC)៖ឱសថមិនតម្រូវឱ្យមានវេជ្ជបញ្ជាគឺជាឱសថ ឬថ្នាំដែលបុគ្គលអាចទិញបានដោយគ្មានវេជ្ជបញ្ជាពីអ្នកថែទាំសុខភាពជំនាញ។

ផ្នែក A៖ សូមមើល "Medicare ផ្នែក A។"

ផ្នែក B៖ សូមមើល "Medicare ផ្នែក B។"

ផ្នែក C៖ សូមមើល "Medicare ផ្នែក C។"

ផ្នែក D៖ សូមមើល "Medicare ផ្នែក D។"

ឱសថតាមផ្នែក D សូមមើល "ឱសថ Medicare ផ្នែក D។"

ព័ត៌មានសុខភាពផ្ទាល់ខ្លួន (ហៅថាព័ត៌មានសុខភាពដែលត្រូវបានការពារ) (PHI)៖ ព័ត៌មានអំពីអ្នក និងសុខភាពរបស់អ្នកដូចជាឈ្មោះ អាសយដ្ឋាន លេខរបបសន្តិសុខសង្គម ការជួយពិគ្រោះជាមួយគ្រូពេទ្យ និងប្រវត្តិផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នក។ សូមមើលសេចក្តីជូនដំណឹងអំពីការអនុវត្តឯកជនភាពរបស់យើងសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីរបៀបដែលយើងការពារ ប្រើប្រាស់ និងបង្ហាញ PHI របស់អ្នក ក៏ដូចជាសិទ្ធិរបស់អ្នកដែលទាក់ទងនឹង PHI របស់អ្នក។

គ្រូពេទ្យថែទាំបឋម (PCP)៖វេជ្ជបណ្ឌិត ឬអ្នកផ្តល់សេវាផ្សេងទៀតដែលអ្នកប្រើដំបូងចំពោះបញ្ហាសុខភាពភាគច្រើន។ ពួកគេជានាថាអ្នកទទួលបានការថែទាំដែលអ្នកត្រូវការក្នុងការរក្សាសុខភាពឱ្យនៅតែល្អ។

- ពួកគេក៏អាចពិភាក្សាជាមួយវេជ្ជបណ្ឌិត និងអ្នកផ្តល់ការថែទាំសុខភាពដទៃទៀតអំពីការថែទាំរបស់អ្នក និងបញ្ជូនអ្នកទៅឱ្យពួកគេមើលបន្ត។

- នៅក្នុងគម្រោងសុខភាពជាច្រើនរបស់ Medicare អ្នកត្រូវតែទៅជួបអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំបឋមមុនពេលអ្នកអាចទៅជួបអ្នកផ្តល់សេវាកម្មថែទាំសុខភាពផ្សេងទៀតបាន។

- សូមមើល ជំពូកទី 3 នៃសៀវភៅណែនាំសមាជិករបស់អ្នក សម្រាប់ព័ត៌មានអំពីការទទួលបានការថែទាំពីអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំបឋម។

ការអនុញ្ញាតជាមុន៖ការអនុញ្ញាតដែលអ្នកត្រូវតែទទួលបានពីយើង មុនពេលអ្នកអាចទទួលបានសេវាកម្ម ឬឱសថជាក់លាក់ ឬជួបអ្នកផ្តល់សេវាក្រៅបណ្តាញបាន។ គម្រោងរបស់យើងអាចនឹងមិនជានាវ៉ាប់រងទៅលើសេវាកម្ម ឬឱសថ ប្រសិនបើអ្នកមិនទទួលបានការអនុញ្ញាតមុនទេ។

គម្រោងរបស់យើងជានាលើសេវាវេជ្ជសាស្ត្រក្នុងបណ្តាញមួយចំនួន លុះត្រាតែវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក ឬអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញផ្សេងទៀតទទួលបានការអនុញ្ញាតជាមុនពីយើង។

- សេវាកម្មដែលបានជានាវ៉ាប់រងដែលត្រូវការការអនុញ្ញាតជាមុនពីគម្រោងរបស់យើង ត្រូវបានសម្គាល់ក្នុង **ជំពូក 4** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*របស់អ្នក។

គម្រោងរបស់យើងជានាវ៉ាប់រងលើឱសថមួយចំនួន លុះត្រាតែអ្នកទទួលបានការអនុញ្ញាតជាមុនពីយើង។

- ឱសថដែលមានការជានារ៉ាប់រងដែលត្រូវការការអនុញ្ញាតជាមុនពីគម្រោងរបស់យើង ខ្លះត្រូវបានសម្គាល់ក្នុង*បញ្ជីឱសថដែលមានការរ៉ាប់រង*។

កម្មវិធីសម្រាប់ការរួមបញ្ចូលការថែទាំទាំងអស់សម្រាប់ជនចាស់ជរា (PACE)៖ កម្មវិធីដែលជានាវ៉ាប់រងលើអត្ថប្រយោជន៍ Medicare និង Medi-Cal បញ្ចូលគ្នាសម្រាប់ពលរដ្ឋដែលមានអាយុ 55 ឆ្នាំ និងចាស់ជាងនេះ ដែលត្រូវការការថែទាំកម្រិតខ្ពស់ដើម្បីរស់នៅក្នុងផ្ទះ។

វិជ្ជាខាងជួស និងវិជ្ជាតម្រង់ក្រោងឆ្អឹងជើងមនុស្ស៖ ឧបករណ៍វេជ្ជសាស្ត្រដែលបានបញ្ជាដោយវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក ឬអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពផ្សេងទៀតជាអាទិ៍ ដៃ ខ្នង និងប្រដាប់ទប់ក អវយវៈសិប្បនិម្មិត ភ្នែកសប្បនិមិត្ត និងឧបករណ៍ដែលចាំបាច់ត្រូវផ្លាស់ប្តូរក្រឿងក្នុងខ្លួន ឬមុខងារ ដែលរួមមានការដ្តក់ដ្តង់ថង់លាមក និងការវិធីព្យាបាលដោយបញ្ចូលសារធាតុបំប៉នតាមពោះវៀន និងបញ្ចូលតាមសរសៃ។

អង្គភាពលើកកម្ពស់គុណភាព (QIO)៖ វេជ្ជបណ្ឌិត និងអ្នកឯកទេសថែទាំសុខភាពផ្សេងទៀតដែលជួយលើកកម្ពស់គុណភាពនៃការថែទាំសម្រាប់អ្នកដែលស្ថិតនៅក្នុងកម្មវិធី Medicare។ រដ្ឋាភិបាលសហព័ន្ធបង់ប្រាក់ឱ្យ QIO ដើម្បីពិនិត្យមើល និងកែលម្អការថែទាំដែលបានផ្តល់ដល់អ្នកជំងឺ។ សូមមើល ជំពូកទី 2 នៃសៀវភៅណែនាំសមាជិក របស់អ្នកសម្រាប់ព័ត៌មានអំពី QIO។

ការកំណត់បរិមាណ៖ ការកំណត់ចំពោះបរិមាណឱសថដែលអ្នកអាចទទួលបាន។ យើងអាចកំណត់បរិមាណ>ឱសថដែលយើងជានាវ៉ាប់រងក្នុងមួយវេជ្ជបញ្ជា។

ការបញ្ជូនបន្ត៖ការបញ្ជូនបន្តគឺជាការអនុញ្ញាតពីអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំបឋម (PCP's) របស់អ្នក ដើម្បីជួបអ្នកផ្តល់សេវាផ្សេងទៀតក្រៅពី PCP របស់អ្នក។ ប្រសិនបើអ្នកមិនទទួលបានការអនុញ្ញាតជាមុនទេ យើងអាចនឹងមិនជានាវ៉ាប់រងលើសេវាកម្មនោះទេ។ អ្នកមិនត្រូវការការបញ្ជូនបន្តដើម្បីជួបគ្រូពេទ្យឯកទេស

ជាក់លាកដូចជា ក្រូពេទ្យឯកទេសផ្នែកសុខភាពរបស់ស្ត្រីទេ។ អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានបន្ថែមអំពីការបញ្ជូនបន្តនៅក្នុងជំពូកទី 3 និងទី 4 នៃសៀវភៅណែនាំសមាជិករបស់អ្នក។

សេវាស្តារនីតិសម្បទា៖ គឺជាការព្យាបាលដែលអ្នកទទួលបានដើម្បីជួយអ្នកឱ្យជាសះស្បើយពីជំងឺ ឬការរះកាត់ចាំបាច់។ សូមមើល ជំពូក 4 នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*របស់អ្នក ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពីសេវាស្តារនីតិសម្បទា។

សេវាកម្មដែលត្រូវការការសម្ងាត់៖ សេវាកម្មដែលទាក់ទងនឹងសុខភាពផ្លូវចិត្ត ឬអាកប្បកិរិយា សុខភាពផ្លូវភេទនិងសុខភាពបន្តពូជ ការធ្វើផែនការគ្រួសារ ជំងឺកាមរោគ (STIs) មេរោគ HIV/ជំងឺអេដស៍ ការរំលោភបំពានផ្លូវភេទនិងការរំលូតកូន ការប្រើប្រាស់សារធាតុញៀន ការថែទាំការរះកាត់កែភេទ និងអំពើហិង្សាពីដៃគូជិតស្និទ្ធ។

តំបន់សេវាកម្ម៖ តំបន់ភូមិសាស្ត្រដែលគម្រោងសុខភាពទទួលយកសមាជិកទៅតាមការកំណត់សមាជិកភាពអាស្រ័យទៅលើទីកន្លែងដែលមនុស្សរស់នៅ។ ចំពោះគម្រោងដែលកម្រិតថាវេជ្ជបណ្ឌិត និងមន្ទីរពេទ្យដែលអ្នកអាចប្រើប្រាស់បាន ជាទូទៅវាគឺជាតំបន់ដែលអ្នកអាចទទួលបានសេវាកម្ម (មិនមែនការសង្គ្រោះក្នុងគ្រាអសន្ន) តាមធម្មតា។ មានតែអ្នកដែលរស់នៅក្នុងតំបន់សេវាកម្មរបស់យើងប៉ុណ្ណោះដែលអាចទទួលបាន។

ការចែករំលែកការចំណាយ៖ ចំណែកនៃការចំណាយទៅលើការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នកដែលអាចត្រូវបង់ជារៀងរាល់ខែមុនពេលអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នកមានប្រសិទ្ធភាព។ ចំនួនទឹកប្រាក់ដែលជាចំណាយបដិភាគរបស់អ្នកខុសគ្នាទៅតាមប្រាក់ចំណូល និងធនធានរបស់អ្នក។

មន្ទីរថែទាំសុខភាពជំនាញ (SNF)៖ មណ្ឌលថែទាំដែលមានបុគ្គលិក និងឧបករណ៍ដើម្បីផ្តល់ការថែទាំសុខភាពជំនាញ និងនៅក្នុងករណីភាគច្រើនទៅលើ សេវាស្តារនីតិសម្បទាជំនាញ និងសេវាសុខភាពដែលពាក់ព័ន្ធផ្សេងទៀត។

សេវាកម្មថែទាំនៅមណ្ឌលថែទាំជំនាញ (SNF)៖ សេវាថែទាំជំនាញ និងការស្តារនីតិសម្បទាដែលបានផ្តល់ជូនជារៀងរាល់ថ្ងៃបន្តបន្ទាប់ក្នុងមណ្ឌលថែទាំសុខភាពជំនាញ។ ឧទាហរណ៍ មណ្ឌលថែទាំសុខភាពជំនាញ **រួមមាន ការព្យាបាលដោយចលនា ឬការចាក់បញ្ចូលក្នុងសរសៃឈាម (IV) ដែលគិលានុបដ្ឋាយិកាដែលបានចុះបញ្ជី ឬវេជ្ជបណ្ឌិតអាចផ្តល់ឱ្យបាន។**

ក្រូពេទ្យឯកទេស៖ វេជ្ជបណ្ឌិតដែលផ្តល់នូវសេវាថែទាំសុខភាពចំពោះជំងឺជាក់លាក់ ឬផ្នែកណាមួយនៃរាងកាយ។

ឱសថស្ថានឯកទេស៖សូមមើល ជំពូក 5 នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*របស់អ្នកដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពីឱសថស្ថានឯកទេស។

សវនាការថ្នាក់រដ្ឋ៖ប្រសិនបើវេជ្ជបណ្ឌិត ឬអ្នកផ្តល់សេវាផ្សេងទៀតរបស់អ្នកស្នើសុំសម្រាប់សេវា Medi-Cal ដែលយើងនឹងមិនអនុញ្ញាត ឬយើងនឹងមិនបន្តបង់ថ្លៃសម្រាប់សេវា Medi-Cal ដែលអ្នកមានរួចហើយ អ្នកអាចស្នើសុំ សវនាការថ្នាក់រដ្ឋបាន។ បើសវនការថ្នាក់រដ្ឋសម្រេចតាមសំណើរបស់អ្នក យើងត្រូវតែផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវអត្ថប្រយោជន៍ ឬការព្យាបាលដែលអ្នកបានស្នើសុំ។

ការព្យាបាលជាជំហាន៖ប្រាប់នៃការធានារ៉ាប់រងដែលតម្រូវឱ្យអ្នកសាកល្បងប្រើឱសថផ្សេងជាមុនសិនមុនពេលយើងធានារ៉ាប់រងទៅលើឱសថដែលអ្នកស្នើសុំ។

ប្រាក់ចំណូលសុវត្ថិភាពបន្ថែម (SSI)៖ អត្ថប្រយោជន៍ប្រចាំខែដែលរបបសន្តិសុខសង្គមបង់ជូនអ្នកដែលមានប្រាក់ចំណូល និងធនធានមានកម្រិត ដែលជាជនពិការ ពិការភ្នែក ឬមានអាយុ 65 ឆ្នាំ និងចាស់ជាងនេះ។ អត្ថប្រយោជន៍ SSI មិនដូចគ្នានឹងអត្ថប្រយោជន៍សន្តិសុខសង្គមទេ។ SSI ផ្តល់ជូនការធានារ៉ាប់រង Medi-Cal ដោយស្វ័យប្រវត្តិ។

ថែទាំបន្ទាន់៖ ការថែទាំដែលអ្នកទទួលបានសម្រាប់ជំងឺ ការរងរបួស ឬបញ្ហាភ្លាមៗ ដែលមិនមែនជាការសង្គ្រោះក្នុងគ្រាអាសន្ន ប៉ុន្តែត្រូវការការថែទាំភ្លាមៗ។ អ្នកអាចទទួលបានការថែទាំដែលត្រូវការជាបន្ទាន់ពីអ្នកផ្តល់សេវាក្រៅបណ្តាញ នៅពេលដែលអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញមិនអាចផ្តល់ជូនបាន ឬអ្នកមិនអាចទៅរកពួកគេបាន ។

ផ្នែកថែទាំអតិថិជននៃគម្រោង Blue Shield TotalDual

ទូរសព្ទទៅលេខ	(800) 452-4413 ការហៅទៅកាន់លេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់ ប្រាំពីរ ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ផ្នែកថែទាំអតិថិជនក៏មានអ្នកបកប្រែភាសាដោយឥតគិតថ្លៃសម្រាប់អ្នកដែលមិននិយាយភាសាអង់គ្លេស។
TTY	711 លេខនេះតម្រូវឱ្យមានឧបករណ៍ទូរសព្ទពិសេសហើយសម្រាប់តែមនុស្សដែលពិបាកក្នុងការស្តាប់ឬនិយាយប៉ុណ្ណោះ។ ការហៅទៅកាន់លេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់ ប្រាំពីរ ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។
ទូរសារ	(877) 251-6671
សរសេរទៅកាន់	Blue Shield TotalDual Plan P.O. Box 927, Woodland Hills, CA 91365-9856
គេហទំព័រ	www.blueshieldca.com/medicare

Blue Shield of California 6300 Canoga Avenue, Woodland Hills, CA 91367-2555