កិច្ចសន្យានៃការរ៉ាប់រង

អត្ថប្រយោជន៍ និងសេវាថែទាំសុខភាព Medicare និង
ការធានារ៉ាប់រងថ្នាំតាមវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកក្នុងនាមជាសមាជិក
នៃគម្រោង Blue Shield TotalDual (HMO D-SNP)

ខោនធី Los Angeles និង San Diego

ចាប់ពីថ្ងៃទី 12 ខែមករា ដល់ថ្ងៃទី 31 ខែធ្នូ ឆ្នាំ 2025

Blue Shield of California is an independent member of the Blue Shield Association
MA001-EOC-TD-KH-1024

Blue Shield TotalDual Plan (HMO D-SNP)

សៀវភៅណែនាំសមាជិករបស់គម្រោង Medicare Medi-Cal Plan

H2819_24_378A_001_C_KH Approved 08202024

លេខអនុញ្ញាតរបស់ OMB 0938-1444 (ផុតកំណត់៖ ថ្ងៃទី 30 ខែមិថុនា 2026)

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅកាន់គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan តាមរយៈលេខ 1-800-452-4413 (TTY: 711) ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទនេះមិនគិតថ្លៃទេ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលមើលគេហទំព័រ blueshieldca.com/medicare។

ថ្ងៃទី **1** ខែមករា ឆ្នាំ **2025** – ថ្ងៃទី **31** ខែធ្នូ ឆ្នាំ **2025**

ការធានារ៉ាប់រងសុខភាព និងឱសថរបស់អ្នកនៅក្រោមគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan (HMO D-SNP) ដែលជាគម្រោង Medicare Medi-Cal Plan

ការណែនាំស្តីពីសៀវភៅណែនាំសមាជិក

សៀវភៅណែនាំសមាជិក នេះដែលគេស្គាល់ថា ជា*ភស្តុតាងនៃការធានារ៉ាប់រង* ប្រាប់អ្នកអំពីការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកនៅក្រោមគម្រោងរបស់យើងរហូតដល់ថ្ងៃទី 31 ខែធ្នូ ឆ្នាំ 2025។ វាពន្យល់អំពីសេវាថែទាំសុខភាព សេវាសុខភាពអាកប្បកិរិយា (សុខភាពផ្លូវចិត្ត និងវិបត្តិពីការប្រើប្រាស់សារធាតុគ្រឿងញៀន) ការធានារ៉ាប់រងលើឱសថមានវេជ្ជបញ្ជា និងសេវានិងការជួយគាំទ្ររយៈពេលវែង។ ពាក្យគន្លឹះ និងនិយមន័យនៃពាក្យគន្លឹះនីមួយៗ បង្ហាញតាមលំដាប់អក្ខរក្រមនៅក្នុង **ជំពូកទី 12** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក* របស់អ្នក។

នេះជាឯកសារផ្លូវច្បាប់ដ៏សំខាន់មួយ។ សូមរក្សាទុកឯកសារនេះនៅកន្លែងដែលមានសុវត្ថិភាព។

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

ឯកសារនេះអាចរកបានដោយឥតគិតថ្លៃជាភាសាអារ៉ាប់ អាមេនី ខ្មែរ ចិនសម័យ ចិនបុរាណ ហ្វាស៊ី កូរ៉េ រុស្ស៊ី អេស្ប៉ាញ តាកាឡុក និងវៀតណាម។

អ្នកអាចទទួលបានឯកសារនេះដោយឥតគិតថ្លៃជាទម្រង់ផ្សេងទៀត ដូចជាអក្សរពុម្ពធំ អក្សរស្វាបសម្រាប់ជនពិការភ្នែក និង/ឬជាសំឡេង ដោយហៅទូរសព្ទទៅផ្នែកបម្រើសេវាអតិថិជនតាមរយៈលេខ 1-800-452-4413 (TTY: 711) ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទនេះមិនគិតថ្លៃទេ។

- អ្នកអាចធ្វើការស្នើសុំឯកសារនេះជាភាសាផ្សេងក្រៅពីភាសាអង់គ្លេស ឬជាទម្រង់ជំនួសសម្រាប់ពេលបច្ចុប្បន្ន និងពេលអនាគត។ ដើម្បីធ្វើការស្នើសុំ សូមទាក់ទងមកកាន់ផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជនរបស់គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan។ ពួកគេនឹងរក្សាទុកភាសា និងទម្រង់ដែលអ្នកពេញចិត្តនៅលើឯកសារសម្រាប់ការណែនាំនាពេលអនាគត។ ដើម្បីធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពណាមួយលើចំណូលចិត្តរបស់អ្នក សូមទាក់ទងមកកាន់គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan។

ភាសាផ្សេងៗ

អ្នកអាចទទួលបាន*សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះ និងសម្ភារផ្សេងទៀតរបស់គម្រោងជាភាសាផ្សេងៗដោយឥតគិតថ្លៃដល់អ្នក។ Blue Shield TotalDual Plan ផ្តល់ការបកប្រែជាលាយលក្ខណ៍អក្សរពីអ្នកបកប្រែដែលមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់។ ទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-452-4413 (TTY: 711)។ ការហៅទូរសព្ទនេះមិនគិតថ្លៃទេ។ សូមមើល *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះ ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពីសេវាជំនួយផ្នែក ភាសាក្នុងការថែទាំសុខភាព ដូចជាសេវាអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ និងបកប្រែឯកសារ។

ទម្រង់ផ្សេងៗ

អ្នកអាចទទួលបានព័ត៌មាននេះជាទម្រង់ផ្សេងៗ ដូចជាអក្សរស្ទាបសម្រាប់ជនពិការភ្នែក បោះពុម្ពអក្សរធំដែលមានទំហំ អក្សរ 20 សំឡេង និងជាទម្រង់អេឡិកត្រូនិកអាចចូលប្រើបានដោយឥតគិតថ្លៃសម្រាប់អ្នក។ ទូរសព្ទទៅលេខ1-800-452-4413 (TTY: 711)។ ការហៅទូរសព្ទនេះមិន គិតថ្លៃទេ។

សេវាអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់

Blue Shield TotalDual Plan ផ្តល់សេវាបកប្រែផ្ទាល់មាត់ រួមមានភាសាសញ្ញា ពីអ្នកបកប្រែដែលមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃដោយឥតគិតថ្លៃដល់អ្នក។ អ្នកមិនបាច់ប្រើសមាជិកគ្រួសារ ឬមិត្តភក្តិ ធ្វើជាអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ឡើយ។ យើងមិនលើកទឹកចិត្តឱ្យប្រើប្រាស់អនីតិជនជាអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ឡើយ លុះត្រាតែជាក្នុងករណីអាសន្ន។ មានផ្តល់ជូនសេវាបកប្រែផ្ទាល់មាត់ ភាសា និងសេវាវប្បធម៌ដោយមិនគិតថ្លៃ។ ជំនួយមាន 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ សម្រាប់ជំនួយជាភាសារបស់អ្នក ឬដើម្បីទទួលបាន*សៀវភៅណែនាំសមាជិក* នេះជាភាសាផ្សេងទៀត សូមទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-452-4413 (TTY: 711)។ ការហៅទូរសព្ទ នេះមិនគិតថ្លៃទេ។

ATTENTION: If you need help in your language call 1-800-452-4413 (TTY: 711). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call 1-800-452-4413 (TTY: 711). These services are free of charge.

الشعار بالعربية (Arabic) يُرجى الانتباه: إذا احتجت إلى المساعدة بلغتك، فاتصل بـ (TTY: 711) 1-800-452-4413. تتوفر أيضًا المساعدات والخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل المستندات المكتوبة بطريقة بريل والخط الكبير. اتصل بـ (TTY: 711) 1-800-452-4413. هذه الخدمات مجانية.

Հայերեն պիտակ (Armenian) ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ. Եթե Ձեզ օգնություն է հարկավոր Ձեր լեզվով, զանգահարեք 1-800-452-4413 (TTY՝ 711) հեռախոսահամարով: Կան նաև օժանդակ միջոցներ ու ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար, օրինակ Բրայլի գրատիպով ու խոշորատառ տպագրված նյութեր: Զանգահարեք 1-800-452-4413 (TTY՝ 711) հեռախոսահամարով: Այդ ծառայություններն անվճար են:

ឃ្លាសម្គាល់ភាសាខ្មែរ (Cambodian) ចំណាំ៖ បើសិនអ្នកត្រូវការជំនួយ ជាភាសារបស់អ្នក សូមទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-452-4413 (TTY: 711)។ ជំនួយ និងសេវា សំរាប់ជនពិការ ដូចជាឯកសារសរសេរជាអក្សរប្រ៊ែល សំរាប់ជនពិការភ្នែក ឬឯកសារជាអក្សរពុម្ពធំៗ ក៏មានដែរ។ ទូរសព្ទមកលេខ 1-800-452-4413 (TTY: 711)។ សេវាទាំងនេះមិនគិតថ្លៃទ្បើយ។

简体中文标语 (Chinese) 请注意：如果您需要以您的母语提供帮助，请致电1-800-452-4413 (TTY: 711) 。另外还提供针对残疾人士的帮助和服务，例如盲文和需要较大字体阅读，也是方便取用的。请致电1-800-452-4413 (TTY: 711)。这些服务都是免费的。

مطلب به زبان فارسی (Farsi) توجه: اگر میخواهید به زبان خود کمک دریافت کنید، با 1-800-452-4413 (TTY: 711) تماس بگیرید. کمکها و خدمات مخصوص افراد دارای معلولیت، مانند نسخه های خط بریل و چاپ با حروف بزرگ، نیز موجود است. با(TTY: 711) 1-800-452-4413 تماس بگیرید. این خدمات رایگان ارائه میشوند.

हिन्दी टैगलाइन (Hindi) ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा में सहायता की आवश्यकता है तो 1-800-452-4413 (TTY: 711) पर कॉल करें। अशक्तता वाले लोगों के लिए सहायता और सेवाएं, जैसे ब्रेल और बड़े प्रिंट में भी दस्तावेज़ उपलब्ध हैं। 1-800-452-4413 (TTY: 711) पर कॉल करें। ये सेवाएं निःशुल्क हैं।

Nge Lus Hmoob Cob (Hmong) CEEB TOOM: Yog koj xav tau kev pab txhais koj hom lus hu rau 1-800-452-4413 (TTY: 711). Muaj cov kev pab txhawb thiab kev pab cuam rau cov neeg xiam oob qhab, xws li puav leej muaj ua cov ntawv su thiab luam tawm ua tus ntawv loj. Hu rau 1-800-452-4413 (TTY: 711). Cov kev pab cuam no yog pab dawb xwb.

日本語表記 (Japanese) 注意日本語での対応が必要な場合は1-800-452-4413 (TTY: 711) へお電話ください。点字の資料や文字の拡大表示など、障がいをお持ちの方のためのサービスも用意しています。1-800-452-4413 (TTY: 711) へお電話ください。これらのサービスは無料で提供しています へお電話ください。これらのサービスは無料で提供しています。

한국어 태그라인 (Korean) 유의사항: 귀하의 언어로 도움을 받고 싶으시면 1-800-452-4413 (TTY: 711)번으로 문의하십시오. 점자나 큰 활자로 된 문서와 같이 장애가 있는 분들을 위한 도움과 សេវាកម្ម

1-800-452-4413 (TTY: 711) 번으로 문의하십시오. 이러한 서비스는 무료로 제공됩니다.

ແຈກໄລພາສາລາວ (Laotian) ປະກາດ: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານໃຫ້ໂທຫາເບີ 1-800-452-4413 (TTY: 711). ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອແລະການບໍລິການສໍາລັບຄົນພິການ ເຊັ່ນເອກະສານທີ່ເປັນອັກສອນນູນແລະມີໂຕພິມໃຫຍ່ ໃຫ້ໂທຫາເບີ 1-800-452-4413 (TTY: 711). ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ບໍ່ຕ້ອງເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆ.

Mienh Tagline (Mien) LONGC HNYOUV JANGX LONGX OC: Beiv taux meih qiemx longc mienh tengx faan benx meih nyei waac nor douc waac daaih lorx taux 1-800-452-4413 (TTY: 711). Liouh lorx jauv-louc tengx aengx caux nzie gong bun taux ninh mbuo wuaaic fangx mienh, beiv taux longc benx nzangc-pokc bun hluo mbiutc aengx caux aamz mborqv benx domh sou se mbenc nzoih bun longc. Douc waac daaih lorx 1-800-452-4413 (TTY: 711). Naaiv deix nzie weih gong-bou jauv-louc se benx wang-henh tengx mv zuqc cuotv nyaanh oc.

ਪੰਜਾਬੀ ਟੈਗਲਾਈਨ (Punjabi) ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਤਾਂ ਕਾਲ ਕਰੋ 1-800-452-4413 (TTY: 711) । ਅਪਾਹਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬ੍ਰੇਲ ਅਤੇ ਮੋਟੀ

ਛਪਾਈ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਕਾਲ ਕਰੋ

1-800-452-4413 (TTY: 711) । ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫਤ ਹਨ।

Русский слоган (Russian) ВНИМАНИЕ! Если вам нужна помощь на вашем родном языке, звоните по номеру 1-800-452-4413 (линия TTY: 711). Также предоставляются средства и услуги для людей с ограниченными возможностями, например документы крупным шрифтом или шрифтом Брайля. Звоните по номеру 1-800-452-4413 (линия TTY: 711). Такие услуги предоставляются бесплатно.

Mensaje en Español (Spanish) ATENCIÓN: Si necesita ayuda en su idioma, llame al 1-800-452-4413 (TTY: 711). Para las personas con discapacidades, también hay asistencia y servicios gratuitos disponibles, como documentos en braille y letra grande. Llame al 1-800-452-4413 (TTY: 711). Estos servicios son gratuitos.

Tagalog Tagline PAUNAWA: Kung kailangan ninyo ng tulong sa inyong wika, tumawag sa 1-800-452-4413 (TTY: 711). Mayroon ding mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, tulad ng mga dokumento sa braille at malalaking titik. Tumawag sa 1-800-452-4413 (TTY: 711). Libre ang mga serbisyong ito.

แท็กไลน์ภาษาไทย (Thai) โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข 1-800-452-4413 (TTY: 711) นอกจากนี้ ยังพร้อมให้ความช่วยเหลือและบริการต่าง ๆ สำหรับบุคคลที่มีความพิการ เช่น

เอกสารต่าง ๆ ที่เป็นอักษรเบรลล์และเอกสารที่พิมพ์ด้วยตัวอักษรขนาดใหญ่ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข 1-800-452-4413 (TTY: 711) ไม่มีค่าใช้จ่ายสำหรับบริการเหล่านี้

Примітка українською (Ukrainian) УВАГА! Якщо вам потрібна допомога вашою рідною мовою, телефонуйте на номер 1-800-452-4413 (TTY: 711). Люди з обмеженими можливостями також можуть скористатися допоміжними засобами та послугами, наприклад, отримати документи, надруковані шрифтом Брайля та великим шрифтом. Телефонуйте на номер 1-800-452-4413 (TTY: 711). Ці послуги безкоштовні.

Khẩu hiệu tiếng Việt (Vietnamese) CHÚ Ý: Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình, vui lòng gọi số 1-800-452-4413 (TTY: 711). Chúng tôi cũng hỗ trợ và cung cấp các dịch vụ dành cho người khuyết tật, như tài liệu bằng chữ nổi Braille và chữ khổ lớn (chữ hoa). Vui lòng gọi số 1-800-452-4413 (TTY: 711). Các dịch vụ này đều miễn phí.

សេចក្តីប្រកាសមិនទទួលខុសត្រូវ

- អត្ថប្រយោជន៍ ថ្លៃបង់ធានារ៉ាប់រង ចំណាយបង់មុន និង/ឬការបង់ប្រាក់រួម/ការធានារ៉ាប់រងរួមអាចផ្លាស់ប្តូរនៅថ្ងៃទី 1 ខែមករា ឆ្នាំ 2026
- បញ្ជីឱសថ បណ្តាញឱសថស្ថាន និង/ឬបណ្តាញអ្នកផ្តល់សេវាអាចផ្លាស់ប្តូរគ្រប់ពេលវេលា។ អ្នកនឹងទទួលបានសេចក្តីជូនដំណឹងនៅពេលដែលចាំបាច់។ យើងនឹងជូនដំណឹងដល់អ្នកចុះឈ្មោះដែលរងផលប៉ះពាល់អំពីការផ្លាស់ប្តូរយ៉ាងហោចណាស់ 30 ថ្ងៃជាមុន។
- វាជាទំនួលខុសត្រូវរបស់គម្រោងយើងក្នុងការសម្របសម្រួលអត្ថប្រយោជន៍ Medi-Cal Medicaid) របស់អ្នកសម្រាប់អ្នក។
- Blue Shield of California គឺជាគម្រោង HMO D-SNP ដែលមានកិច្ចសន្យាជាមួយ Medicare និងកិច្ចសន្យាជាមួយកម្មវិធី California State Medi-Cal (Medicaid)។ ការចុះឈ្មោះនៅក្នុង Blue Shield of California អាស្រ័យទៅលើការបន្តកិច្ចសន្យា។
- ការធានារ៉ាប់រងនៅក្រោមគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan គឺជាការធានារ៉ាប់រងដែលមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ដែលហៅថា "ការធានារ៉ាប់រងចាំបាច់កម្រិតអប្បបរមា"។ គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan បំពេញតាមលក្ខខណ្ឌតម្រូវនៃការទំនួលខុសត្រូវរួមលក្ខណៈបុគ្គល ដែលបានកំណត់ដោយច្បាប់ការពារអ្នកជំងឺ និងកម្រិតថែទាំអាចផ្គត់ផ្គង់បាន (ACA)។ សូមចូលមើលគេហទំព័រសេវាប្រាក់ចំណូលផ្ទៃក្នុង (IRS) តាមរយៈ www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមស្តីអំពី លក្ខខណ្ឌតម្រូវនៃទំនួលខុសត្រូវរួមរបស់បុគ្គលម្នាក់ៗ។
- Medicare បានអនុម័តគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan ដើម្បីផ្តល់អត្ថប្រយោជន៍ទាំងនេះ និងការបង់ប្រាក់រួមទាបជាង ដែលជាផ្នែកនៃកម្មវិធីរចនាការធានារ៉ាប់រងផ្អែកលើតម្លៃ។ កម្មវិធីនេះអនុញ្ញាតឱ្យ Medicare សាកល្បងវិធីថ្មីដើម្បីកែលម្អគម្រោង Medicare Advantage។
- Amazon Pharmacy គឺឯករាជ្យពី Blue Shield of California ហើយបានចុះកិច្ចសន្យាជាមួយ Blue Shield ដើម្បីផ្តល់ការចែកចាយថ្នាំតាមវេជ្ជបញ្ជាទៅដល់ផ្ទះរបស់សមាជិក Blue Shield។

ជំពូកទី 1 ៖ ការចាប់ផ្តើមក្នុងនាមជាសមាជិក

សេចក្តីផ្តើម

ជំពូកនេះរួមបញ្ចូលទាំងព័ត៌មានអំពីគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan ដែលជាគម្រោងថែទាំសុខភាពដែលធានារ៉ាប់រងលើសេវា Medicare ទាំងអស់របស់អ្នក និងសម្របសមសេវា Medicare និង Medi-Cal ទាំងអស់របស់អ្នក និងសមាជិកភាពរបស់អ្នកនៅក្នុងគម្រោងនេះ។ ជំពូកនេះក៏ប្រាប់អ្នកពីអ្វីដែលអ្នកគួររំពឹងទុក និងព័ត៌មានអ្វីផ្សេងទៀត ដែលអ្នកនឹងទទួលបានពីយើងផងដែរ។ ពាក្យគន្លឹះ និងនិយមន័យនៃពាក្យគន្លឹះទាំងនេះបង្ហាញជាលំដាប់អក្ខរក្រមនៅក្នុងជំពូកចុងក្រោយនៃ *សៀវភៅណែនាំ*សមាជិករបស់អ្នក។

តារាងមាតិកា

A. សូមស្វាគមន៍មកកាន់គម្រោងរបស់យើង 13
B. ព័ត៌មានអំពី Medicare និង Medi-Cal 13
B1. Medicare 13
B2. Medi-Cal 13
C. គុណសម្បត្តិគម្រោងរបស់យើង 14
D. តំបន់ផ្តល់សេវាគម្រោងរបស់យើង 15
E. តើមានលក្ខខណ្ឌអ្វីខ្លះ ដែលធ្វើឱ្យអ្នកមានសិទ្ធិក្លាយជាសមាជិករបស់គម្រោងបាន 15
F. អ្វីដែលរំពឹងទុកនៅពេលដែលអ្នកចូលរួមនៅក្នុងគម្រោងថែទាំសុខភាពជាលើកដំបូង 16
G. ក្រុមថែទាំសុខភាព និងគម្រោងថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក 17
G1. ក្រុមថែទាំសុខភាព 17
G2. គម្រោងថែទាំសុខភាព 18
H. ថ្លៃចំណាយប្រចាំខែរបស់អ្នកសម្រាប់គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan 18
H1. ថ្លៃធានារ៉ាប់រងគម្រោង 18
I. *សៀវភៅណែនាំសមាជិក* របស់អ្នក 19
J. ព័ត៌មានសំខាន់ៗផ្សេងទៀតដែលអ្នកទទួលបានពីយើងខ្ញុំ 19

J1. បណ្ណសម្គាល់សមាជិករបស់អ្នក 19

J2. *បញ្ជីឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថាន* 20

J3. *បញ្ជីឱសថដែលមានធានារ៉ាប់រង* 22

J4. *ការពន្យល់ពីអត្ថប្រយោជន៍* 22

K. ការរក្សាកំណត់ត្រាសមាជិកភាពរបស់អ្នកឱ្យមានបច្ចុប្បន្នភាព 23

K1. ការរក្សាឯកជនភាពនៃព័ត៌មានសុខភាពផ្ទាល់ខ្លួនដែលត្រូវបានការពារ (PHI) 23

A. សូមស្វាគមន៍មកកាន់គម្រោងរបស់យើង

គម្រោងរបស់យើងផ្តល់សេវា Medicare និង Medi-Cal ដល់បុគ្គលដែលមានសិទ្ធិទទួលបានកម្មវិធីទាំងពីរ។ គម្រោងរបស់យើងរួមមានវេជ្ជបណ្ឌិតមន្ទីរពេទ្យ ឱសថស្ថាន អ្នកផ្តល់សេវា និងការជួយគាំទ្ររយៈពេលវែង អ្នកផ្តល់សេវាសុខភាពអាកប្បកិរិយា និងអ្នកផ្តល់សេវាផ្សេងទៀត។ យើងក៏មានអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំ និងក្រុមថែទាំសុខភាពដើម្បីជួយដល់អ្នកគ្រប់គ្រង អ្នកផ្តល់សេវា និងសេវារបស់អ្នកផងដែរ។ ពួកគេធ្វើការរួមគ្នាដើម្បីផ្តល់ការថែទាំដែលអ្នកត្រូវការ។

B. ព័ត៌មានអំពី Medicare និង Medi-Cal

B1. Medicare

Medicare គឺជាកម្មវិធីធានារ៉ាប់រងសុខភាពសហព័ន្ធសម្រាប់ ៖

- មនុស្សដែលមានអាយុចាប់ពី 65 ឆ្នាំឡើងទៅ
- មនុស្សមួយចំនួនដែលមានអាយុក្រោម 65 ឆ្នាំដែលមានពិការភាពពិតប្រាកដ
- មនុស្សដែលមានជំងឺតម្រងនោមដំណាក់កាលចុងក្រោយ (ESRD)។

B2. Medi-Cal

Medi-Cal គឺជាឈ្មោះនៃកម្មវិធីMedicaidរបស់រដ្ឋ California។ Medi-Cal គឺបានចាត់ចែងដោយរដ្ឋ និងបានបង់ប្រាក់ដោយរដ្ឋ និងរដ្ឋាភិបាលសហព័ន្ធ។ កម្មវិធី Medi-Cal ជួយដល់ប្រជាពលរដ្ឋដែលមានប្រាក់ចំណូលនិងប្រភពហិរញ្ញវត្ថុមានកម្រិតក្នុងការបង់ថ្លៃសេវា និងការជួយគាំទ្ររយៈពេលវែង (LTSS) និងថ្លៃចំណាយលើថ្លៃឱសថ។ វារ៉ាប់រងសេវា និងឱសថបន្ថែម ដែលមិនបានរ៉ាប់រងដោយ Medicare។

រដ្ឋនីមួយៗសម្រេចចិត្តថា ៖

- អ្វីទៅអាចរាប់បញ្ចូលថាជាចំណូល និងធនធាន
- អ្នកណាមានសិទ្ធិទទួលបាន
- តើសេវាអ្វីខ្លះទទួលបានការធានារ៉ាប់រង **និង**
- ថ្លៃចំណាយសម្រាប់សេវាទាំងនោះ។

រដ្ឋអាចសម្រេចចិត្តពីរបៀបដំណើរការកម្មវិធីរបស់ពួកគេ នៅពេលដែលពួកគេអនុវត្តតាមបទបញ្ជារបស់សហព័ន្ធ។

Medicare និងរដ្ឋ California បានយល់ព្រមលើគម្រោងរបស់យើង។ អ្នកអាចទទួលសេវា Medicare និង Medi-Cal តាមរយៈគម្រោងរបស់យើង ដរាបណា ៖

- យើងជ្រើសរើសផ្តល់ជូនគម្រោង **និង**
- Medicare និងរដ្ឋ California អនុញ្ញាតឱ្យយើងបន្តផ្តល់ជូនគម្រោងនេះ។

បើទោះជាគម្រោងរបស់យើងបញ្ឈប់ប្រតិបត្តិការនៅពេលអនាគតក៏ដោយ ក៏សិទ្ធិទទួលបានសេវា Medicare និង Medi-Cal របស់អ្នកមិនមានផលប៉ះពាល់អ្វីឡើយ។

C. គុណសម្បត្តិគម្រោងរបស់យើង

ឥឡូវនេះ អ្នកនឹងទទួលបានសេវាដែលមានធានារ៉ាប់រង Medicare និង Medi-Cal ទាំងអស់ពីគម្រោងរបស់យើង រួមទាំងឱសថមានវេជ្ជបញ្ជា។ **អ្នកនឹងមិនចាំបាច់បង់ប្រាក់បន្ថែមឡើយ ដើម្បីចូលរួមក្នុងកម្មវិធីថែទាំសុខភាពនេះ។**

យើងជួយធ្វើឱ្យអត្ថប្រយោជន៍ Medicare និង Medi-Cal របស់អ្នកមានដំណើរការល្អជាមួយនឹងគ្នាសម្រាប់អ្នក។ អត្ថប្រយោជន៍មួយចំនួន រួមមាន៖

- អ្នកអាចធ្វើការសហការជាមួយយើងដើម្បីទទួលបានតម្រូវការថែទាំសុខភាពបានច្រើនបំផុតសម្រាប់អ្នក។
- អ្នកនឹងមានក្រុមថែទាំសុខភាពដែលអ្នកត្រូវជួយធ្វើជាមួយគ្នា។ ក្រុមថែទាំសុខភាពរបស់អ្នកអាចមានដូចជា ខ្លួនអ្នក អ្នកថែទាំរបស់អ្នក វេជ្ជបណ្ឌិត គិលានុបដ្ឋាយិការ អ្នកប្រឹក្សា ឬអ្នកមានថែទាំសុខភាពផ្សេងទៀត។
- អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានជំនួយពីអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំ។ នេះគឺជាបុគ្គលដែលធ្វើការជាមួយអ្នក ជាមួយគម្រោងរបស់យើង និងជាមួយក្រុមថែទាំសុខភាព ដើម្បីជួយរៀបចំគម្រោងថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក។
- អ្នកអាចនឹងធ្វើការថែទាំព្យាបាលខ្លួនឯងផ្ទាល់ដោយមានជំនួយពីក្រុមការងារមើលថែទាំ និងអ្នកសម្របសម្រួលផ្នែកថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក។
- ក្រុមថែទាំសុខភាព និងអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នកធ្វើការជាមួយអ្នក ដើម្បីបង្កើតគម្រោងថែទាំសុខភាពដែលបានបង្កើតឡើងដើម្បីបំពេញតម្រូវការផ្នែកសុខភាព**របស់អ្នក**។ ក្រុមថែទាំសុខភាពជួយសម្របសម្រួលដល់សេវាដែលអ្នកត្រូវការ។ ឧទាហរណ៍ នេះមានន័យថា ក្រុមថែទាំសុខភាពរបស់អ្នកធ្វើឱ្យប្រាកដថា៖

- វេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកដឹងអំពីរាល់ឱសថដែលអ្នកប្រើ ដូច្នេះពួកគេអាចប្រាកដថា អ្នកកំពុងប្រើឱសថត្រឹមត្រូវ និងអាចកាត់បន្ថយផលរំខានណាមួយដែលអ្នកអាចកើតមានពីការប្រើឱសថទាំងនោះ។
- លទ្ធផលតេស្តរបស់អ្នកមានការចែករំលែកជាមួយនឹងក្រុមវេជ្ជបណ្ឌិតទាំងអស់របស់អ្នក និងអ្នកផ្តល់សេវាផ្សេងៗទៀតតាមភាពចាំបាច់។

សមាជិកថ្មីនៃគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan៖ ក្នុងករណីភាគច្រើន អ្នកនឹងត្រូវបានចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan សម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍ Medicare របស់អ្នកនៅថ្ងៃទី 1 នៃខែនីមួយៗ បន្ទាប់ពីអ្នកស្នើសុំឱ្យចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan។ អ្នកនៅតែអាចទទួលបានសេវា Medi-Cal របស់អ្នកពីគម្រោងថែទាំសុខភាព Medi-Cal ពីមុនរបស់អ្នកសម្រាប់រយៈពេលមួយខែបន្ថែមទៀត។ បន្ទាប់ពីនោះ អ្នកនឹងទទួលបានសេវា Medi-Cal របស់អ្នកតាមរយៈគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan។ វានឹងមិនគ្មានគម្លាតក្នុងការទទួលបានការធានារ៉ាប់រង Medi-Cal របស់អ្នកឡើយ។ សូមហៅទូរសព្ទមកយើងខ្ញុំតាមរយៈលេខ 1-800-452-4413 (TTY: 711) ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរបន្ថែម។

D. តំបន់ផ្តល់សេវាគម្រោងរបស់យើង

តំបន់ផ្តល់សេវារបស់យើង រួមមានខោនធីទាំងនេះក្នុងរដ្ឋ California ខោនធី Los Angeles និងខោនធី San Diego។

មានតែអ្នកដែលរស់នៅក្នុងតំបន់ផ្តល់សេវារបស់យើងប៉ុណ្ណោះដែលអាចចូលរួមជាមួយនឹងគម្រោងរបស់យើង។

អ្នកមិនអាចចូលរួមនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើងេ ប្រសិនបើអ្នកផ្លាស់ទីលំនៅទៅនៅក្រៅតំបន់ផ្តល់សេវារបស់យើង។ សូមមើល **ជំពូកទី 8** នៃសៀវភៅណែនាំសមាជិករបស់អ្នកសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីផលប៉ះពាល់នៃការចាកចេញពីតំបន់ផ្តល់សេវារបស់យើង។

E. តើមានលក្ខខណ្ឌអ្វីខ្លះ ដែលធ្វើឱ្យអ្នកមានសិទ្ធិក្លាយជាសមាជិករបស់គម្រោងបាន

អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានគម្រោងរបស់យើង លុះត្រាតែអ្នក៖

- រស់នៅក្នុងតំបន់ផ្តល់សេវារបស់យើង (បុគ្គលដែលជាប់ឃុំមិនត្រូវបានចាត់ទុកថារស់នៅក្នុងតំបន់ផ្តល់សេវាទេ បើទោះបីជាពួកគេស្ថិតនៅក្នុងតំបន់នោះពិតប្រាកដក៏ដោយ) **និង**
- មានអាយុ 21 ឆ្នាំឡើងទៅ នៅពេលចុះឈ្មោះ **និង**

- មានទាំង Medicare ផ្នែក A និង Medicare ផ្នែក B **និង**
- ជាពលរដ្ឋអាមេរិក ឬរស់នៅស្របច្បាប់នៅក្នុងសហរដ្ឋអាមេរិក **និង**
- បច្ចុប្បន្នមានសិទ្ធិទទួលបាន Medi-Cal។

ប្រសិនបើអ្នកបាត់បង់សិទ្ធិទទួលបាន Medi-Cal ប៉ុន្តែអាចត្រូវបានរំពឹងថានឹងទទួលបានវាវិញក្នុងរយៈពេលប្រាំមួយខែបន្ទាប់មកអ្នកនៅតែមានសិទ្ធិទទួលបានគម្រោងរបស់យើង។

សូមហៅទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជនសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។

F. អ្វីដែលរំពឹងទុកនៅពេលដែលអ្នកចូលរួមនៅក្នុងគម្រោងថែទាំសុខភាពជាលើកដំបូង

នៅពេលដែលអ្នកចូលរួមជាមួយគម្រោងរបស់យើងជាលើកដំបូង អ្នកទទួលបានការវាយតម្លៃលើហានិភ័យសុខភាព (HRA) ក្នុងរយៈពេល 90 ថ្ងៃមុន ឬបន្ទាប់ពីកាលបរិច្ឆេទចុះឈ្មោះរបស់អ្នកចូលជាធរមាន។
យើងត្រូវតែបំពេញ HRA មួយសម្រាប់អ្នក។ ឯកសារ HRA នេះគឺជាមូលដ្ឋានសម្រាប់បង្កើតគម្រោងថែទាំរបស់អ្នក។ HRA ដាក់បញ្ចូលសំណួរដើម្បីកំណត់អត្តសញ្ញាណតម្រូវការផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ សុខភាពអាកប្បកិរិយា និងមុខងាររបស់អ្នក។
យើងទាក់ទងទៅអ្នកដើម្បីបំពេញ HRA។ យើងអាចបំពេញ HRA តាមរយៈការជួបផ្ទាល់ ការហៅទូរសព្ទ ឬការផ្ញើតាមប្រៃសណីយ៍។
យើងនឹងផ្ញើជូនព័ត៌មានបន្ថែមអំពី HRA នេះទៅកាន់អ្នក។
ប្រសិនបើគម្រោងរបស់យើងជាគម្រោងថ្មីសម្រាប់អ្នក អ្នកអាចបន្តប្រើវេជ្ជបណ្ឌិត ដែលអ្នកប្រើឥឡូវនេះ សម្រាប់រយៈពេលវេលាជាក់លាក់ណាមួយ ទោះជាពួកគេមិនស្ថិតនៅក្នុងបណ្តាញរបស់យើងក៏ដោយ។ យើងហៅវាថាការថែទាំបន្ត។ ប្រសិនបើពួកគេមិនស្ថិតនៅក្នុងបណ្តាញរបស់យើង អ្នកអាចរក្សាអ្នកផ្តល់សេវាបច្ចុប្បន្ន និងការអនុញ្ញាតលើសេវារបស់អ្នកនៅពេលអ្នកចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងរហូតដល់ 12 ខែ ប្រសិនបើបានបំពេញតាមលក្ខខណ្ឌដូចខាងក្រោម៖

- អ្នក អ្នកតំណាងរបស់អ្នក ឬអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកស្នើសុំឱ្យយើងអនុញ្ញាតឱ្យអ្នកបន្តប្រើប្រាស់អ្នកផ្តល់សេវាបច្ចុប្បន្នរបស់អ្នក។
- យើងពិនិត្យថាតើអ្នកមានទំនាក់ទំនងស្រាប់ជាមួយអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពបឋម ឬឯកទេស ដោយមានករណីលើកលែងមួយចំនួនឬអត់។ ពេលយើងនិយាយថា "ទំនាក់ទំនងដែលមានស្រាប់" វាមានន័យថា អ្នកបានជួបជាមួយអ្នកផ្តល់សេវានៅក្រៅបណ្តាញយ៉ាងហោចណាស់មួយដងសម្រាប់ការទៅជួបពិគ្រោះដែលមិនមែនសង្គ្រោះបន្ទាន់ក្នុងអំឡុងពេល 12 ខែ មុនកាលបរិច្ឆេទនៃការចុះឈ្មោះដំបូងរបស់អ្នកនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើង។

- យើងនឹងកំណត់ទំនាក់ទំនងដែលមានស្រាប់ដោយការពិនិត្យមើលព័ត៌មានសុខភាពរបស់អ្នកឡើងវិញដែលយើងមាន ឬព័ត៌មានដែលអ្នកផ្តល់ឱ្យមកយើង។
- យើងមានរយៈពេល 30 ថ្ងៃ ដើម្បីឆ្លើយតបសំណើរបស់អ្នក។ អ្នកអាចស្នើសុំឱ្យយើងធ្វើសេចក្តីសម្រេចរហ័សជាងនេះបាន ហើយយើងត្រូវតែឆ្លើយតបវិញក្នុងរយៈពេល 15 ថ្ងៃ។ អ្នកអាចធ្វើសំណើនេះដោយហៅទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-452-4413 (TTY: 711)។ ប្រសិនបើអ្នកមានហានិភ័យដែលអាចបង្កឱ្យមានគ្រោះថ្នាក់ យើងត្រូវតែឆ្លើយតបក្នុងរយៈពេល 3 ថ្ងៃ។
- អ្នក ឬអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក ត្រូវតែបង្ហាញឯកសារទំនាក់ទំនងដែលមានស្រាប់ និងព្រមព្រៀងនឹងលក្ខខណ្ឌជាក់លាក់មួយចំនួន នៅពេលដែលអ្នកធ្វើការស្នើសុំ។

ចំណាំ៖ អ្នកអាចស្នើសុំអ្នកផ្តល់សេវាបរិក្ខារវេជ្ជសាស្ត្រដែលប្រើជាប់បានយូរ (DME) ដើម្បីផ្តល់ឧបករណ៍យ៉ាងហោចណាស់ 90 ថ្ងៃរហូតដល់យើងអនុញ្ញាតលើការជួលថ្មីជាមួយអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញថ្មី។ ទោះបីជាអ្នកមិនអាចដាក់សំណើនេះទៅអ្នកផ្តល់សេវាដឹកជញ្ជូន ឬអ្នកផ្តល់សេវាបន្ទាប់បន្សំផ្សេងទៀតក៏ដោយ ក៏អ្នកអាចដាក់សំណើទៅសេវាដឹកជញ្ជូន ឬសេវាបន្ទាប់បន្សំផ្សេងទៀតដែលមិនបានរួមបញ្ចូលនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើងផងដែរ។

បន្ទាប់ពីការបញ្ចប់រយៈពេលនៃការថែទាំបន្ត អ្នកនឹងត្រូវប្រើវេជ្ជបណ្ឌិត និងអ្នកផ្តល់សេវាដទៃទៀតនៅក្នុងបណ្តាញរបស់គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan ដែលជាបុត្រសម្ព័ន្ធជាមួយក្រុមវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំបឋម ប្រសិនបើយើងមិនមានធ្វើកិច្ចព្រមព្រៀងជាមួយវេជ្ជបណ្ឌិតក្រៅបណ្តាញរបស់អ្នក។ អ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ គឺជាអ្នកផ្តល់សេវាដែលធ្វើការជាមួយគម្រោងថែទាំសុខភាពនេះ។ ក្រុមវេជ្ជសាស្ត្រ ឬសមាគមន៍គ្រូពេទ្យឯករាជ្យ (IPA) គឺជាអង្គភាពដែលបានបង្កើតឡើងដោយស្ថិតនៅក្រោមច្បាប់រដ្ឋ California ដែលមានកិច្ចសន្យាជាមួយគម្រោងថែទាំសុខភាពដើម្បីផ្តល់ ឬរៀបចំសម្រាប់ការផ្តល់នូវសេវាថែទាំសុខភាពដល់អ្នកចុះឈ្មោះនៅក្នុងគម្រោងថែទាំសុខភាពពុខភាព។ ក្រុមវេជ្ជសាស្ត្រ ឬ IPA គឺជាសមាគមន៍គ្រូពេទ្យថែទាំបឋម និងអ្នកឯកទេសដែលបានបង្កើតឡើងដើម្បីជួយសម្របសម្រួលដល់ការផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពដល់អ្នក។ សូមមើល **ជំពូកទី 3** នៃ *សៀវភៅណែនាំ*សមាជិក របស់អ្នកសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមក្នុងការទទួលបានការថែទាំ។

G. ក្រុមថែទាំសុខភាព និងគម្រោងថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក

G1.ក្រុមថែទាំសុខភាព

ក្រុមថែទាំសុខភាពអាចជួយដល់អ្នកឲ្យបន្តទទួលបានការថែទាំដែលអ្នកត្រូវការ។ ក្រុមផ្តល់សេវាថែទាំអាចរួមមាន វេជ្ជបណ្ឌិត អ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំ ឬអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពផ្សេងទៀតរបស់អ្នកដែលអ្នកជ្រើសរើស។

អ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំ គឺជាអ្នកដែលទទួលបានការបណ្តុះបណ្តាលដើម្បីជួយអ្នកគ្រប់គ្រងការថែទាំដែលអ្នកត្រូវការ។ អ្នកទទួលបានអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំនៅពេលអ្នកចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងរបស់យើង។ បុគ្គលនេះ ក៏បញ្ជូនអ្នកបន្តទៅកាន់ធនធានសហគមន៍ផ្សេងទៀត ដែលគម្រោងរបស់យើងប្រហែលជាមិនផ្តល់ជូន ហើយនឹងធ្វើការជាមួយក្រុមថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក ដើម្បីជួយសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នក។ សូមហៅទូរសព្ទមកយើងខ្ញុំតាមរយៈលេខនៅខាងក្រោមទំព័រសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំ និងក្រុមថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក។

G2.គម្រោងថែទាំសុខភាព

ក្រុមថែទាំសុខភាពរបស់អ្នកធ្វើការជាមួយអ្នកដើម្បីបង្កើតគម្រោងថែទាំសុខភាព។ គម្រោងថែទាំសុខភាពប្រាប់អ្នក និងវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកចំពោះសេវាណាដែលអ្នកត្រូវការ និងរបៀបដែលទទួលបានសេវាទាំងនោះ។ គម្រោងថែទាំសុខភាពនេះ រួមមានផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ សុខភាពអាកប្បកិរិយា និង LTSS ឬសេវាផ្សេងទៀតរបស់អ្នក។

គម្រោងថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក រួមមាន៖

- គោលបំណងថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក **និង**
- ពេលវេលាកំណត់សម្រាប់ការទទួលបានសេវាដែលអ្នកត្រូវការ។

ក្រុមថែទាំសុខភាពរបស់អ្នកជួបជាមួយនឹងអ្នកបន្ទាប់ពី HRA របស់អ្នក។ ពួកគេសួរអ្នកអំពីសេវាដែលអ្នកត្រូវការ។ ពួកគេក៏អាចប្រាប់អ្នកអំពីសេវាដែលអ្នកអាចគិតពិចារណាទទួលយកផងដែរ។ គម្រោងថែទាំសុខភាពរបស់អ្នកត្រូវបានបង្កើតឡើងដោយផ្អែកលើតម្រូវការ និងគោលបំណងរបស់អ្នក។ ក្រុមថែទាំសុខភាពរបស់អ្នកនឹងធ្វើការជាមួយអ្នកដើម្បីធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពគម្រោងថែទាំសុខភាពរបស់អ្នកយ៉ាងហោចណាស់ជារៀងរាល់ឆ្នាំ។

H. ថ្លៃចំណាយប្រចាំខែរបស់អ្នកសម្រាប់គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan

ថ្លៃចំណាយរបស់អ្នកអាចរួមមានដូចខាងក្រោម៖

- ថ្លៃធានារ៉ាប់រងគម្រោង (**ផ្នែក H1**)

ក្នុងស្ថានភាពមួយចំនួន ថ្លៃធានារ៉ាប់រងគម្រោងរបស់អ្នកអាចតិចជាង។

H1.ថ្លៃធានារ៉ាប់រងគម្រោង

ក្នុងនាមជាសមាជិកនៃគម្រោងរបស់អ្នក អ្នកត្រូវបង់ថ្លៃធានារ៉ាប់រងគម្រោងប្រចាំខែ។ សម្រាប់ឆ្នាំ 2025 ថ្លៃធានារ៉ាប់រងប្រចាំខែសម្រាប់គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan គឺ $28.30។ ទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយ អ្នកបង់ប្រាក់ $0 ក្នុងមួយខែ ដរាបណាអ្នកមានប្រាក់ឧបត្ថម្ភសម្រាប់អ្នកមានប្រាក់ចំណូលទាប ផ្នែក D ដែលគេហៅថា “Extra Help” (ជំនួយបន្ថែម) និងការធានារ៉ាប់រង Medi-Cal ពេញលេញ។

I. *សៀវភៅណែនាំសមាជិក* របស់អ្នក

សៀវភៅណែនាំសមាជិក របស់អ្នកគឺជាផ្នែកនៃកិច្ចសន្យារបស់យើងជាមួយអ្នក។ នេះមានន័យថា យើងត្រូវអនុវត្តតាមបទបញ្ជាទាំងអស់នៅក្នុងឯកសារនេះ។ ប្រសិនបើអ្នកគិតថា យើងបានធ្វើអ្វីមួយដែលផ្ទុយពីបទបញ្ជាទាំងនេះ អ្នកអាចប្តឹងឧទ្ធរណ៍ចំពោះសេចក្តីសម្រេចរបស់យើងបាន។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីរបៀបប្តឹងឧទ្ធរណ៍ សូមមើល **ជំពូកទី 9** នៃ*សៀវភៅណែនាំសមាជិក*របស់អ្នក ឬហៅទូរសព្ទទៅកាន់លេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)។

អ្នកអាចស្នើសុំ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក* ដោយហៅទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជនតាមរយៈលេខនៅផ្នែកខាងក្រោមនៃទំព័រនេះ។ អ្នកក៏អាចមើល *សៀវភៅណែនាំសមាជិក* ដែលមាននៅលើគេហទំព័ររបស់យើងតាមអាសយដ្ឋានរបស់គេហទំព័រដែលនៅខាងក្រោមទំព័របានផងដែរ។

កិច្ចសន្យានេះចូលជាធរមានសម្រាប់ខែដែលអ្នកបានចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងរបស់យើងចាប់ពីថ្ងៃទី 1 ខែមករា ឆ្នាំ 2025 ដល់ថ្ងៃទី 31 ខែធ្នូ ឆ្នាំ 2025។

J. ព័ត៌មានសំខាន់ៗផ្សេងទៀតដែលអ្នកទទួលបានពីយើងខ្ញុំ

ព័ត៌មានសំខាន់ៗផ្សេងទៀតដែលយើងផ្តល់ជូនអ្នក រួមមានបណ្ណសម្គាល់សមាជិករបស់អ្នក ព័ត៌មានអំពីរបៀបចូលប្រើ *បញ្ជីឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថាន* និងព័ត៌មានអំពីរបៀបចូលប្រើ *បញ្ជីឱសថដែលមានធានាព៌ប់រង* ហៅថា *បញ្ជីឱសថ*។

J1. បណ្ណសម្គាល់សមាជិករបស់អ្នក

ស្ថិតក្រោមគម្រោងរបស់យើង អ្នកនឹងទទួលបានបណ្ណមួយសន្លឹកសម្រាប់សេវាពី Medicare និង Medi-Cal របស់អ្នករួមមាន LTSS សេវាសុខភាពអាកប្បកិរិយា និងវេជ្ជបញ្ជាមួយចំនួន។ អ្នកត្រូវតែបង្ហាញបណ្ណនេះនៅពេលអ្នកទទួលបានសេវា ឬវេជ្ជបញ្ជាណាមួយ។ នេះគឺជាបណ្ណសម្គាល់សមាជិកគំរូ៖

blue california

Member Name:
NAME
Member ID: XEE
Care Coordinator Phone: (999) 999-9999
PCP: Good, Doctor J.

PCP Ph: (999) 999-9999
MED GROUP

MedicareRx
Prescription Drug Coverage

RxBIN:
026696
RxPCN:
77993322
MEMBER CANNOT BE CHARGED
PCP/SPC/ER
$0/$0/$0
H2819-001

blue california

Customer Service (800) 452-4413 (TTY: 711)
Pharmacy Help Desk (888) 970-0933
Transportation (855) 200-7544
NurseHelp 24/7 (877) 304-0504
Send Medical Claims To: Blue Shield of California P.O. Box 272640, Chico, CA 95927-2640
Send Rx Claims To: Claims Processing 1606 Ave. Ponce De Leon San Juan, PR 00909-4830

blueshieldca.com/medicare

In an emergency, call 911 or go to the nearest ER.
Providers: Please file all claims with your local BCBS licensee in whose service areas the member received services.
Blue Shield of California is an independent member of the Blue Shield Association.

Sample

ប្រសិនបើបណ្ណសម្គាល់សមាជិករបស់អ្នកខូច បាត់ ឬត្រូវបានគេលួច សូមហៅទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជនតាមរយៈលេខដែលនៅខាងក្រោមទំព័រភ្លាមៗ។ យើងនឹងផ្ញើបណ្ណថ្មីមួយជូនដល់អ្នក។

ដរាបណាអ្នកនៅជាសមាជិកនៃគម្រោងរបស់យើង អ្នកមិនចាំបាច់ប្រើបណ្ណ Medicare ពណ៌ក្រហម ពណ៌ស និងពណ៌ខៀវ ឬបណ្ណ Medi-Cal របស់អ្នក ដើម្បីទទួលបានសេវាជាច្រើនទៀត។ សូមរក្សាទុកបណ្ណទាំងនោះក្នុងកន្លែងមួយដែលមានសុវត្ថិភាព ក្នុងករណីអ្នកត្រូវការបណ្ណនេះនៅពេលក្រោយ។ ប្រសិនបើអ្នកបង្ហាញបណ្ណ Medicare របស់អ្នកជំនួសឱ្យបណ្ណសម្គាល់សមាជិករបស់អ្នក អ្នកផ្តល់សេវាអាចនឹងចេញវិក្កយបត្រទៅ Medicare ជំនួសឱ្យគម្រោងរបស់យើង ហើយអ្នកអាចទទួលបានវិក្កយបត្រនោះ។ សូមមើល **ជំពូកទី 7** នៃ*សៀវភៅណែនាំសមាជិក*របស់អ្នក ដើម្បីដឹងថា តើត្រូវធ្វើអ្វីខ្លះ ប្រសិនបើអ្នកទទួលបានវិក្កយបត្រពីអ្នកផ្តល់សេវា។

សូមចងចាំថា អ្នកត្រូវការបណ្ណ Medi-Cal ឬបណ្ណសម្គាល់អត្តប្រយោជន៍ (BIC) របស់អ្នកដើម្បីចូលប្រើសេវាដូចខាងក្រោម៖

- វេជ្ជបញ្ជាដែលមានធានារ៉ាប់រងតែតាមរយៈ Medi-Cal Rx ប៉ុណ្ណោះ
- សេវាសុខភាពមាត់ធ្មេញត្រូវបានធានារ៉ាប់រងតាមរយៈកម្មវិធី Medi-Cal Dental តែប៉ុណ្ណោះ
- សេវាជួយទ្រទ្រង់តាមផ្ទះ (IHSS)
- កម្មវិធីសេវាសម្រាប់មនុស្សចាស់ពហុគោលបំណង (MSSP)

J2. បញ្ជីឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថាន

*បញ្ជីឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថាន*រាយឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថាននៅក្នុងបណ្តាញនៃគម្រោងរបស់យើង។ ខណៈដែលអ្នកជាសមាជិករបស់គម្រោងរបស់យើងខ្ញុំ អ្នកត្រូវតែប្រើប្រាស់អ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ ដើម្បីទទួលបានសេវាមានធានារ៉ាប់រង។

អ្នកអាចស្នើសុំ *បញ្ជីឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថាន* (ជាទម្រង់អេឡិចត្រូនិក ឬច្បាប់ចម្លងដែលបោះពុម្ពចេញ) ដោយហៅទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជនតាមរយៈលេខនៅខាងក្រោមទំព័រ។ យើងនឹងផ្ញើច្បាប់ចម្លងបញ្ជីឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថានដែលបានបោះពុម្ពចេញទៅអ្នកក្នុងរយៈពេលបីថ្ងៃនៃថ្ងៃធ្វើការតាមការស្នើសុំ។

អ្នកក៏អាចមើល *បញ្ជីឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថាន* តាមរយៈអាសយដ្ឋានរបស់គេហទំព័រដែលនៅខាងក្រោមទំព័របានផងដែរ។

*បញ្ជីឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថាន*រាយឈ្មោះអ្នកមានវិជ្ជាជីវៈក្នុងការថែទាំសុខភាព (ដូចជាវេជ្ជបណ្ឌិត គ្រូពេទ្យដែលជាគិលានុបដ្ឋាយិកា និងអ្នកចិត្តសាស្ត្រ) មន្ទីរពេទ្យបាល (ដូចជាមន្ទីរពេទ្យ ឬគ្លីនិក) និងអ្នកផ្តល់សេវាជំនួយ (ដូចជាអ្នកផ្តល់សេវាសុខភាពពេលថ្ងៃសម្រាប់មនុស្សពេញវ័យ និងអ្នកផ្តល់សេវាសុខភាពតាមផ្ទះ)

ដែលអ្នកអាចមើលក្នុងនាមជាសមាជិកគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan។ ឈ្មោះនេះមានរាយ ឱសថស្ថានដែលអ្នកអាចប្រើ ដើម្បីទទួលបានឱសថមានវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក។ ឈ្មោះនេះក៏ផ្តល់ជូននូវព័ត៌មានមួយចំនួនដូចខាងក្រោម៖

- នៅពេលត្រូវការការបញ្ជូនបន្តដើម្បីទៅជួបអ្នកផ្តល់សេវា អ្នកឯកទេស ឬមជ្ឈមណ្ឌលថែទាំផ្សេងទៀត និង
- របៀបជ្រើសរើសវេជ្ជបណ្ឌិត និង
- របៀបផ្លាស់ប្តូរវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក និង
- របៀបស្វែងរកវេជ្ជបណ្ឌិត អ្នកឯកទេស ឱសថស្ថាន ឬមជ្ឈមណ្ឌលថែទាំនៅក្នុងតំបន់របស់អ្នក និង/ឬក្រុមវេជ្ជសាស្ត្រ ក្រុម/IPA និង
- របៀបទទួលបានសេវា និងការជួយគាំទ្ររយៈពេលវែង (LTSS) សេវាជួយទ្រទ្រង់តាមផ្ទះ (IHSS) ឬកម្មវិធីសេវាពហុគោលបំណងសម្រាប់មនុស្សចាស់ (MSSP) និង
- ព័ត៌មានអំពីរបៀបប្រើប្រាស់ឱសថស្ថានផ្តល់សេវាដឹកជញ្ជូនដល់ផ្ទះ ការព្យួរសេរ៉ូមនៅផ្ទះ ឬឱសថស្ថានថែទាំរយៈពេលវែង។

និយមន័យនៃអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ

- អ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញរបស់យើងរួមមាន៖
  - ក្រុមវេជ្ជបណ្ឌិត គិលានុបដ្ឋាយិកា និងអ្នកមានវិជ្ជាជីវៈផ្នែកថែទាំសុខភាពផ្សេងៗទៀត ដែលអ្នកអាចប្រើប្រាស់ក្នុងនាមជាសមាជិកនៃគម្រោងរបស់យើង
  - គ្លីនិក មន្ទីរពេទ្យ មជ្ឈមណ្ឌលថែទាំសុខភាព និងកន្លែងដទៃទៀតដែលផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើង **និង**
  - LTSS សេវាសុខភាពអាកប្បកិរិយា ទីភ្នាក់ងារគ្រប់គ្រងសុខភាពតាមផ្ទះ អ្នកផ្គត់ផ្គង់បរិក្ខារវេជ្ជសាស្ត្រដែលប្រើជាប់បានយូរ (DME) និងអង្គភាពផ្សេងៗទៀត ដែលផ្តល់ជូននូវមុខទំនិញ និងសេវាដែលអ្នកទទួលបានតាមរយៈ Medicare ឬ Medi-Cal។

អ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញដែលយល់ព្រមទទួលយកការទូទាត់ពីគម្រោងរបស់យើងសម្រាប់សេវាដែលមានធានារ៉ាប់រងជាការទូទាត់ប្រាក់ពេញតែម្តង។

និយមន័យនៃឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញ

- ឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញគឺជាឱសថស្ថានដែលយល់ព្រមបើកឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាសម្រាប់សមាជិកគម្រោងរបស់យើង។ សូមប្រើ *បញ្ជីឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថាន* ដើម្បីស្វែងរកឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញដែលអ្នកចង់ប្រើប្រាស់។
- លើកលែងតែនៅក្នុងអំឡុងពេលមានអាសន្ន អ្នកត្រូវតែបំពេញវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកនៅឱសថស្ថានមួយនៅក្នុងចំណោមឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញរបស់យើង ប្រសិនបើអ្នកចង់ឱ្យគម្រោងរបស់យើងជួយអ្នកទូទាត់ថ្លៃចំណាយទាំងនោះ។

សូមហៅទូរសព្ទទៅកាន់ផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជនតាមរយៈលេខនៅខាងក្រោមទំព័រដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែម។ ទាំងផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជន និងគេហទំព័ររបស់យើងអាចផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវព័ត៌មានចុងក្រោយបំផុតអំពីការផ្លាស់ប្តូរនៅក្នុងឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញ និងអ្នកផ្តល់សេវារបស់យើង។

J3. *បញ្ជីឱសថដែលមានធានារ៉ាប់រង*

គម្រោងនេះមាន *បញ្ជីឱសថដែលមានធានារ៉ាប់រង*។ យើងហៅបញ្ជីនេះដោយខ្លីថា "*បញ្ជីឱសថ*"។ បញ្ជីនេះប្រាប់អ្នកថា តើឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាណាមួយដែលគម្រោងរបស់យើងធានារ៉ាប់រង។

*បញ្ជីឱសថ*ក៏ប្រាប់អ្នកផងដែរ ប្រសិនបើមានបទបញ្ជា ឬការដាក់កំហិតទៅលើឱសថណាមួយ ដូចជាការកំណត់នៃចំនួនដែលអ្នកអាចទទួល។ សូមមើល **ជំពូកទី 5** នៃ សៀវភៅណែនាំសមាជិក របស់អ្នកសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។

រៀងរាល់ឆ្នាំ យើងផ្ញើជូនព័ត៌មានអំពីរបៀបទទួលបាន *បញ្ជីឱសថ* ដល់អ្នក ប៉ុន្តែការផ្លាស់ប្តូរមួយចំនួនអាចកើតឡើងក្នុងអំឡុងឆ្នាំនីមួយៗ។ ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានថ្មីៗបំផុតអំពីថ្នាំណាខ្លះដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រង សូមហៅទូរសព្ទទៅកាន់សេវាបម្រើអតិថិជន ឬចូលទៅកាន់គេហទំព័ររបស់យើងតាមរយៈអាសយដ្ឋាននៅផ្នែកខាងក្រោមនៃទំព័រនេះ។

J4. *ការពន្យល់ពីអត្ថប្រយោជន៍*

នៅពេលដែលអ្នកប្រើអត្ថប្រយោជន៍ឱសថមានវេជ្ជបញ្ជានៃ Medicare ផ្នែក D របស់អ្នក យើងផ្ញើសេចក្តីសង្ខេបមួយជូនអ្នក ដើម្បីជួយអ្នកឱ្យយល់ និងតាមដានការបង់ប្រាក់សម្រាប់ឱសថមានវេជ្ជបញ្ជានៃ Medicare ផ្នែក D របស់អ្នក។ សេចក្តីសង្ខេបនេះ ហៅថា *ការពន្យល់អំពីអត្ថប្រយោជន៍* (EOB)។

EOB ប្រាប់អ្នកអំពីចំនួនទឹកប្រាក់សរុបដែលអ្នក ឬ បុគ្គលដទៃទៀតដែលតំណាងឱ្យអ្នក បានចំណាយលើឱសថមានវេជ្ជបញ្ជារបស់ Medicare ផ្នែក D របស់អ្នក និងចំនួនទឹកប្រាក់សរុបដែលយើងបានបង់សម្រាប់ឱសថមានវេជ្ជបញ្ជានីមួយៗរបស់ Medicare ផ្នែក D របស់អ្នកនៅក្នុងអំឡុងខែនោះ។ EOB នេះមិនមែនជាវិក្កយបត្រទេ។ EOB មានព័ត៌មានបន្ថែមទៀតអំពីថ្នាំដែលអ្នកប្រើ។ **ជំពូកទី 6** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក* របស់អ្នកផ្តល់ជូនអ្នកនូវព័ត៌មានអំពី EOB និងរបៀបដែលវាជួយអ្នកក្នុងការតាមដានការធានារ៉ាបរងលើឱសថរបស់អ្នក។

អ្នកក៏អាចស្នើសុំ EOB បានផងដែរ។ ដើម្បីទទួលបានច្បាប់ចម្លង សូមទាក់ទងផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជនតាមរយៈលេខនៅផ្នែកខាងក្រោមនៃទំព័រ។

K. ការរក្សាកំណត់ត្រាសមាជិកភាពរបស់អ្នកឱ្យមានបច្ចុប្បន្នភាព

អ្នកអាចបន្តរក្សាកំណត់ត្រាសមាជិកភាពរបស់អ្នកឱ្យមានបច្ចុប្បន្នភាពបានតាមរយៈការជូនដំណឹងដល់យើងនៅពេលអ្នកកែប្រែព័ត៌មានរបស់អ្នក។

យើងត្រូវការព័ត៌មាននេះដើម្បីប្រាកដថា យើងមានព័ត៌មានត្រឹមត្រូវរបស់អ្នកនៅក្នុងកំណត់ត្រារបស់យើង។ អ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ និងឱសថស្ថានរបស់យើងក៏ត្រូវការព័ត៌មានត្រឹមត្រូវអំពីអ្នកផងដែរ។ **ពួកគេប្រើកំណត់ត្រាសមាជិកភាពរបស់អ្នកដើម្បីដឹងពីសេវា និងឱសថដែលអ្នកទទួលបាន និងតម្លៃសេវា និងឱសថទាំងនោះ។**

ជូនដំណឹងដល់យើងខ្ញុំភ្លាមៗពីចំណុចខាងក្រោម៖

- ការផ្លាស់ប្តូរលើឈ្មោះរបស់អ្នក អាសយដ្ឋានរបស់អ្នក ឬលេខទូរសព្ទរបស់អ្នក
- ការផ្លាស់ប្តូរធានារ៉ាប់រងសុខភាពណាមួយផ្សេងទៀត ដូចជាពីនិយោជករបស់អ្នក និយោជកនៃប្តីឬប្រពន្ធរបស់អ្នក ឬនិយោជកនៃដៃគូរស់នៅជាមួយគ្នារបស់អ្នក ឬសំណងរបស់បុគ្គលិក
- បណ្តឹងទាមទារសំណងណាមួយ ដូចជាការទាមទារពីបញ្ហាគ្រោះថ្នាក់យានយន្ត
- ការចូលសម្រាកនៅមជ្ឈមណ្ឌលថែទាំសុខភាព ឬមន្ទីរពេទ្យ
- ការថែទាំពីមន្ទីរពេទ្យ ឬបន្ទប់សង្គ្រោះបន្ទាន់
- ការផ្លាស់ប្តូរអ្នកថែទាំរបស់អ្នក (ឬនរណាម្នាក់ដែលទទួលខុសត្រូវចំពោះអ្នក) **និង**
- ប្រសិនបើអ្នកចូលរួមក្នុងការសិក្សាស្រាវជ្រាវគ្លីនិក។ (**ចំណាំ**៖ អ្នកមិនតម្រូវឱ្យប្រាប់យើងខ្ញុំអំពីការសិក្សាស្រាវជ្រាវគ្លីនិកដែលអ្នកស្ថិតនៅក្នុង ឬក្លាយជាផ្នែកមួយនោះទេ ប៉ុន្តែយើងលើកទឹកចិត្តអ្នកឱ្យជូនដំណឹងពួកយើង។)

ប្រសិនបើមានការផ្លាស់ប្តូរព័ត៌មានណាមួយ សូមហៅទូរសព្ទទៅកាន់ផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជនតាមរយៈលេខនៅខាងក្រោមទំព័រ។

K1.ការរក្សាឯកជនភាពនៃព័ត៌មានសុខភាពផ្ទាល់ខ្លួនដែលត្រូវបានការពារ (PHI)

ព័ត៌មានក្នុងកំណត់ត្រាសមាជិកភាពរបស់អ្នកអាចរួមមានទាំងព័ត៌មានសុខភាពផ្ទាល់ខ្លួនដែលត្រូវបានការពារ (PHI)។ ច្បាប់សហព័ន្ធ និងរដ្ឋតម្រូវឱ្យយើងរក្សា PHI របស់អ្នកជាលក្ខណៈឯកជន។ យើងការពារ PHI របស់

អ្នក។ សម្រាប់ព័ត៌មានលម្អិតអំពីរបៀបដែលយើងការពារ PHI របស់អ្នក សូមមើល **ជំពូកទី 8** នៃ*សៀវភៅណែនាំសមាជិក*របស់អ្នក។

ជំពូកទី 2 ៈ លេខទូរសព្ទ និងធនធានសំខាន់ៗ

សេចក្តីផ្តើម

ជំពូកនេះផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវព័ត៌មានទំនាក់ទំនងសម្រាប់ធនធានសំខាន់ៗដែលអាចជួយអ្នកក្នុងការឆ្លើយតបនឹងចម្ងល់របស់អ្នកអំពីគម្រោងរបស់យើង និងអត្ថប្រយោជន៍ថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក។ អ្នកក៏អាចប្រើជំពូកនេះដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានអំពីរបៀបទាក់ទងអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នក និងអ្នកផ្សេងទៀតដើម្បីគាំទ្រក្នុងនាមជាអ្នកបាន។ ពាក្យគន្លឹះ និងនិយមន័យនៃពាក្យគន្លឹះទាំងនេះបង្ហាញជាលំដាប់អក្ខរក្រមនៅក្នុងជំពូកចុងក្រោយនៃ សៀវភៅណែនាំសមាជិករបស់អ្នក។

តារាងមាតិកា

A. សេវាបម្រើអតិថិជន 27

B. អ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នក 30

C. កម្មវិធីប្រឹក្សាយោបល់ និងការតស៊ូមតិផ្នែកធានារ៉ាប់រងសុខភាព (HICAP) 33

D. បណ្តាញទូរសព្ទផ្តល់ប្រឹក្សាពីគិលានុបដ្ឋាយិកា 34

E. បណ្តាញទូរសព្ទសម្រាប់វិបត្តិសុខភាពអាកប្បកិរិយា 35

F. អង្គភាពលើកកម្ពស់គុណភាព (QIO) 36

G. Medicare 37

H. Medi-Cal 38

I. ការិយាល័យអំបាដ្សម៉ានទទួលបន្ទុកសុខភាពផ្លូវចិត្ត និងការថែទាំសុខភាពក្រោមការគ្រប់គ្រងរបស់ Medi-Cal 39

J. សេវាសង្គមកិច្ចប្រចាំខោនធី 40

K. ទីភ្នាក់ងារផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពអាកប្បកិរិយាប្រចាំខោនធី 42

L. ក្រសួងថែទាំសុខភាពក្រោមការគ្រប់គ្រងរបស់រដ្ឋ California 44

M. កម្មវិធីដើម្បីជួយដល់មនុស្សក្នុងការបង់ថ្លៃឱសថមានវេជ្ជបញ្ជារបស់ពួកគេ 45

M1. ជំនួយបន្ថែម 45

M2. កម្មវិធីជំនួយឱសថជំងឺអេដស៍ (ADAP) 45

N. របបសន្តិសុខសង្គម 47

O. ក្រុមប្រឹក្សាកម្មករផ្លូវដែកចូលនិវត្តន៍ (RRB) 48

P. ធនធានដទៃទៀត 49

Q. កម្មវិធីសុខភាពមាត់ធ្មេញរបស់ Medi-Cal 50

A. សេវាបម្រើអតិថិជន

ទូរសព្ទទៅលេខ	1-800-452-4413។ ការហៅនេះ គឺឥតគិតថ្លៃទេ។ ចាប់ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃមួយសប្តាហ៍ យើងមានសេវាអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ដោយឥតគិតថ្លៃសម្រាប់អ្នកដែលមិនចេះនិយាយភាសាអង់គ្លេស។
TTY	711។ ការហៅនេះ គឺឥតគិតថ្លៃទេ។ លេខនេះគឺសម្រាប់អ្នកដែលមានបញ្ហាក្នុងការស្តាប់ ឬការនិយាយ។ អ្នកត្រូវតែមានឧបករណ៍ទូរសព្ទពិសេសដើម្បីហៅមកលេខនេះបាន។ ចាប់ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃមួយសប្តាហ៍
ផ្ញើទៅកាន់	Blue Shield TotalDual Plan P.O. Box 927 Woodland Hills, CA 91365-9856
គេហទំព័រ	blueshieldca.com/medicare

ទាក់ទងផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជនដើម្បីទទួលបានជំនួយជាមួយ៖

- សំណួរអំពីគម្រោង
- សំណួរនានាអំពីការទាមទារសំណង ឬការចេញវិក្កយបត្រ
- សេចក្តីសម្រេចលើការរ៉ាប់រងអំពីការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក
  - សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងអំពីការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក គឺជាសេចក្តីសម្រេចអំពី៖
    - អត្ថប្រយោជន៍ និងសេវាដែលមានធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នក **ឬ**
    - ចំនួនទឹកប្រាក់ដែលយើងបង់សម្រាប់សេវាសុខភាពរបស់អ្នក។
  - សូមហៅទូរសព្ទមកយើងខ្ញុំ ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរពីសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងអំពីការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក។

  - ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពីសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង សូមមើល**ជំពូកទី 9** នៃ*សៀវភៅណែនាំសមាជិក*របស់អ្នក។

- បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍អំពីការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក
  - បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍គឺជាវិធីផ្លូវការមួយក្នុងការស្នើសុំឱ្យយើងខ្ញុំពិនិត្យឡើងវិញនូវសេចក្តីសម្រេចដែលយើងបានធ្វើអំពីការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នក និងស្នើសុំឱ្យយើងខ្ញុំផ្លាស់ប្តូរវា ប្រសិនបើអ្នកយល់ថា យើងមានកំហុស ឬមិនយល់ស្របតាមសេចក្តីសម្រេច។
  - ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពីបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ សូមមើល **ជំពូកទី 9** នៃ*សៀវភៅណែនាំសមាជិក*របស់អ្នក ឬទាក់ទងទៅផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជន។

- បណ្តឹងអំពីការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក
  - អ្នកអាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងតវ៉ាអំពីយើងខ្ញុំ ឬអ្នកផ្តល់សេវាណាមួយ (រួមមានអ្នកផ្តល់សេវាមិននៅក្នុងបណ្តាញ ឬនៅក្នុងបណ្តាញ)។ អ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញគឺជាអ្នកផ្តល់សេវាដែលធ្វើការជាមួយគម្រោងរបស់យើង។ អ្នកក៏អាចដាក់បណ្តឹងមកយើងខ្ញុំ ឬទៅអង្គភាពកែលម្អគុណភាព (QIO) អំពីគុណភាពនៃការថែទាំដែលអ្នកបានទទួល (សូមមើល **ផ្នែក F**)។
  - អ្នកអាចទូរសព្ទមកយើងខ្ញុំ និងពន្យល់អំពីពាក្យបណ្តឹងរបស់អ្នកតាមលេខ 1-800-452-4413 (TTY: 711)។
  - ប្រសិនបើបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នកទាក់ទងនឹងសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងអំពីការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក អ្នកអាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍មួយបាន (សូមមើលផ្នែកខាងលើ)។
  - អ្នកអាចផ្ញើបណ្តឹងតវ៉ាអំពីគម្រោងរបស់យើងទៅកាន់ Medicare។ អ្នកអាចប្រើទម្រង់បែបបទលើអនឡាញតាមរយៈគេហទំព័រ www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx។ ឬអ្នកអាចហៅទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) ដើម្បីស្នើសុំជំនួយ។
  - អ្នកអាចដាក់បណ្តឹងតវ៉ាអំពីគម្រោងរបស់យើងទៅកាន់កម្មវិធី Medicare Medi-Cal Ombuds តាមរយៈការហៅទូរសព្ទទៅលេខ 1-855-501-3077។
  - ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមទៀតអំពីការដាក់ពាក្យបណ្តឹងតវ៉ាអំពីការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក សូមមើល **ជំពូកទី 9** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*របស់អ្នក។

- ការសម្រេចពីការរ៉ាប់រង អំពីឱសថរបស់អ្នក
  - សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងអំពីឱសថរបស់អ្នកគឺជាសេចក្តីសម្រេចអំពី៖
    - អត្ថប្រយោជន៍ និងឱសថដែលមានធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នក **ឬ**

  - ចំនួនទឹកប្រាក់ដែលយើងបង់សម្រាប់ឱសថរបស់អ្នក។
  - ឱសថដែលមិនមានធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare ដូចជាឱសថគ្មានវេជ្ជបញ្ជា (OTC) និងវីតាមីនមួយចំនួនអាចដែលមានធានារ៉ាប់រងដោយ Medi-Cal Rx។ សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ Medi-Cal Rx (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov) សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។ អ្នកក៏អាចហៅទូរសព្ទទៅកាន់មជ្ឈមណ្ឌលសេវាបម្រើអតិថិជន Medi-Cal Rx តាមរយៈលេខ 800-977-2273។
  - សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងអំពីឱសថមានវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក សូមមើល **ជំពូកទី 9** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*របស់អ្នក។

- បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍អំពីឱសថរបស់អ្នក
  - បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ គឺជាវិធីមួយក្នុងការស្នើឱ្យយើងខ្ញុំផ្លាស់ប្តូរសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងមួយ។
  - សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីការប្តឹងឧទ្ធរណ៍អំពីឱសថមានវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក សូមមើល **ជំពូកទី 9** នៃ*សៀវភៅណែនាំសមាជិក*បស់អ្នក។

- បណ្តឹងអំពីឱសថរបស់អ្នក
  - អ្នកអាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងអំពីយើងខ្ញុំ ឬឱសថស្ថានណាមួយ។ នេះរួមមានទាំងបណ្តឹងអំពីឱសថមានវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក។
  - ប្រសិនបើបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នកគឺអំពីសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងអំពីឱសថមានវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក នោះអ្នកអាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍បាន។ (សូមមើលផ្នែកខាងលើ)។
  - អ្នកអាចផ្ញើបណ្តឹងតវ៉ាអំពីគម្រោងរបស់យើងទៅកាន់ Medicare។ អ្នកអាចប្រើទម្រង់បែបបទលើអនឡាញ តាមរយៈគេហទំព័រ www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx។ ឬអ្នកអាចទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) ដើម្បីស្នើសុំជំនួយ។
  - សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីការដាក់ពាក្យបណ្តឹងតវ៉ាអំពីឱសថមានវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក សូមមើល **ជំពូកទី 9** នៃ*សៀវភៅណែនាំសមាជិក*បស់អ្នក។

- ការបង់ប្រាក់សម្រាប់ការថែទាំសុខភាព ឬឱសថដែលអ្នកបានបង់រួចហើយសម្រាប់
  - សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីរបៀបស្នើសុំឱ្យយើងខ្ញុំបង់សងប្រាក់ទៅឱ្យអ្នកវិញ ឬស្នើសុំឱ្យយើងខ្ញុំជួយបង់ថ្លៃវិក្កយបត្រដែលអ្នកបានទទួល សូមមើល**ជំពូកទី 7** នៃ*សៀវភៅណែនាំសមាជិក*របស់អ្នក។
  - ប្រសិនបើអ្នកស្នើសុំឱ្យយើងបង់វិក្កយបត្រ ហើយយើងបដិសេធផ្នែកណាមួយនៃសំណើរបស់អ្នក អ្នកអាចប្តឹងឧទ្ធរណ៍លើសេចក្តីសម្រេចរបស់យើងបាន។ សូមមើល **ជំពូកទី 9** នៃ*សៀវភៅណែនាំសមាជិក*បស់អ្នក។

B. អ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នក

អ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំ គឺជាមនុស្សដែលបានទទួលការបណ្តុះបណ្តាលជាពិសេស ដើម្បីជួយអ្នកក្នុងការរៀបចំ និងគ្រប់គ្រងដំណើរការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក។ អ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នកនឹងក្លាយជាផ្នែកមួយនៃក្រុមថែទាំរបស់អ្នក ហើយគាត់នឹងបម្រើជាអ្នកទំនាក់ទំនងចម្បងសម្រាប់អ្នក។ បន្ទាប់ពីការចុះឈ្មោះរួច អ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំនឹងហៅទូរសព្ទទៅអ្នកដើម្បីបំពេញការវាយតម្លៃហានិភ័យសុខភាព និងគម្រោងថែទាំផ្ទាល់ខ្លួនរបស់អ្នក។ អ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នកនឹងប្រើប្រាស់ឧបករណ៍ទាំងនេះ ដើម្បីជួយកំណត់អត្តសញ្ញាណ និងរៀបចំគម្រោងថែទាំសុខភាពរបស់អ្នកឱ្យសមស្របតាមតម្រូវការផ្ទាល់ខ្លួនរបស់អ្នក។ អ្នកអាចទាក់ទងអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នកដោយទូរសព្ទទៅលេខខាងក្រោម។

ទូរសព្ទទៅ លេខ	1-888-548-5765។ ការហៅនេះ គឺឥតគិតថ្លៃទេ។ ចាប់ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 6:00 ល្ងាច ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ យើងមានសេវាអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ដោយឥតគិតថ្លៃសម្រាប់អ្នកដែលមិនចេះនិយាយភាសាអង់គ្លេស។
TTY	711។ ការហៅនេះ គឺឥតគិតថ្លៃទេ។ លេខនេះគឺសម្រាប់អ្នកដែលមានបញ្ហាក្នុងការស្តាប់ ឬការនិយាយ។ អ្នកត្រូវតែមានឧបករណ៍ទូរសព្ទពិសេសដើម្បីហៅមកលេខនេះបាន។ ចាប់ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 6:00 ល្ងាច ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ
ផ្ញើទៅកាន់	Blue Shield of California ATTN: ក្រុមការងារវាយតម្លៃហានិភ័យសុខភាពរបស់គម្រោង DSNP 3840 Kilroy Airport Way Long Beach, CA 90806

សូមទាក់ទងអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នក ដើម្បីទទួលបានជំនួយជាមួយ៖

- សំណួរនានាអំពីការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក
- សំណួរនានាអំពីការទទួលបានសេវាសុខភាពអាកប្បកិរិយា (សុខភាពផ្លូវចិត្ត និងបញ្ហានៃការប្រើប្រាស់សារធាតុញៀន)
- សំណួរអំពីអត្ថប្រយោជន៍សុខភាពមាត់ធ្មេញ

- សំណួរអំពីមធ្យោបាយដឹកជញ្ជូនទៅការណាត់ជួបផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ
- សំណួរអំពីសេវា និងការជួយគាំទ្រង់រយៈពេលវែង (LTSS) រួមមានទសេវាសម្រាប់សេវាមនុស្សពេញវ័យតាមសហគមន៍ (CBAS) និងមណ្ឌលថែទាំអ្នកជំងឺ (NF)

អ្នកអាចនឹងទទួលបានសេវាទាំងនេះ៖

- សេវាសម្រាប់មនុស្សពេញវ័យតាមសហគមន៍ (CBAS)
- ការថែទាំដោយគិលានុបដ្ឋាយិកាជំនាញ
- ការព្យាបាលដោយចលនា
- ការព្យាបាលដោយសកម្មភាពប្រចាំថ្ងៃ
- ការព្យាបាលការនិយាយស្តី
- សេវាសង្គមកិច្ចផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ
- ការថែទាំសុខភាពតាមផ្ទះ
- សេវាជួយទ្រទ្រង់តាមផ្ទះ (IHSS) តាមរយៈទីភ្នាក់ងារសេវាសង្គមកិច្ចប្រចាំខោនធីរបស់អ្នក
- ពេលខ្លះអ្នកអាចទទួលបានជំនួយក្នុងការថែទាំសុខភាពប្រចាំថ្ងៃ និងតម្រូវការរស់នៅរបស់អ្នក។

អាស្រ័យលើខោនធីដែលអ្នករស់នៅ និងសិទ្ធិទទួលបានពីគម្រោងរបស់អ្នក អ្នកក៏អាចទទួលបានជំនួយសហគមន៍បន្ថែមតាមរយៈគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan របស់អ្នកផងដែរ។ អ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកអាចបញ្ជូនអ្នកបន្ត ប្រសិនបើពួកគេគិតថាអ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានជំនួយសហគមន៍ ឬអ្នកអាចទាក់ទងទៅកាន់ផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជន ឬអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នកដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែម។ អ្នកអាចនឹងទទួលបានសេវាទាំងនេះ៖

- ការសម្របសម្រួលលទ្ធភាពទទួលបានបរិស្ថានជុំវិញ (ការកែប្រែផ្ទះ)
- សេវាជំនួយស្វែងរកការផ្លាស់ប្តូរទីលំនៅ
- ប្រាក់កក់សម្រាប់ទិញផ្ទះ
- សេវាផ្តល់ស្ថិរភាព ឬការជួលផ្ទះ
- អាហារជំនួយ ឬអាហារដែលតម្រូវតាមផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ
- សេវាថែទាំបុគ្គល និងសេវាមេផ្ទះ

- ការថែទាំឱ្យជាសះស្បើយឡើងវិញ (ការសម្រាកព្យាបាល)
- ការស្នាក់នៅរយៈពេលខ្លីសម្រាប់អ្នកថែទាំ
- កន្លែងស្នាក់នៅក្រោយចេញពីមន្ទីរពេទ្យក្នុងរយៈពេលខ្លី ឬ
- មជ្ឈមណ្ឌលស្ការនីតិសម្បទា

C. កម្មវិធីប្រឹក្សាយោបល់ និងការតស៊ូមតិផ្នែកធានារ៉ាប់រងសុខភាព (HICAP)

កម្មវិធីជំនួយធានារ៉ាប់រងសុខភាពរដ្ឋ (SHIP) ផ្តល់ការប្រឹក្សាធានារ៉ាប់រងសុខភាពដោយឥតគិតថ្លៃដល់អ្នកដែលមាន Medicare។ នៅរដ្ឋ California កម្មវិធី SHIP មានឈ្មោះថា កម្មវិធីប្រឹក្សាយោបល់ និងការតស៊ូមតិផ្នែកធានារ៉ាប់រងសុខភាព (HICAP)។ អ្នកប្រឹក្សារបស់ HICAP អាចឆ្លើយសំណួររបស់អ្នក និងជួយពន្យល់អ្នកអំពីអ្វីៗត្រូវធ្វើ ដើម្បីដោះស្រាយបញ្ហារបស់អ្នក។ HICAP មានអ្នកប្រឹក្សាដែលទទួលបានហ្វឹកហ្វឺននៅគ្រប់ខោនធី ហើយសេវាគឺឥតគិតថ្លៃឡើយ។

HICAP មិនជាប់ពាក់ព័ន្ធជាមួយនឹងក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រង ឬគម្រោងថែទាំសុខភាពណាមួយឡើយ។

ទូរសព្ទទៅលេខ	(800) 434-0222 ចាប់ពីម៉ោង 9:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 4:00 ល្ងាច ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ
TTY	711។ លេខនេះគឺសម្រាប់អ្នកដែលមានបញ្ហាក្នុងការស្តាប់ ឬការនិយាយ។ អ្នកត្រូវតែមានឧបករណ៍ទូរសព្ទពិសេសដើម្បីហៅមកលេខនេះបាន។
ផ្ញើទៅកាន់	California Department of Aging 1300 National Drive Suite 200 Sacramento, CA 95834-1992
គេហទំព័រ	https://www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/

សូមទាក់ទងមកកាន់ HICAP សម្រាប់ជំនួយលើ៖

- សំណួរអំពី Medicare
- អ្នកប្រឹក្សាយោបល់របស់ HICAP អាចឆ្លើយសំណួររបស់អ្នកអំពីការផ្លាស់ទៅប្តូរគម្រោងថ្មី និងជួយអ្នកឱ្យ៖
  - យល់អំពីសិទ្ធិរបស់អ្នក
  - យល់អំពីជម្រើសនៃគម្រោងរបស់អ្នក
  - ដាក់បណ្តឹងតវ៉ាអំពីការថែទាំសុខភាព ឬការព្យាបាលរបស់អ្នក **និង**
  - ដោះស្រាយបញ្ហាវិក្កយបត្ររបស់អ្នក។

D. បណ្តាញទូរសព្ទផ្តល់ប្រឹក្សាពីគិលានុបដ្ឋាយិកា

ខ្សែទូរសព្ទប្រឹក្សាយោបល់ផ្នែកថែទាំសុខភាពរបស់គម្រោង Blue Shield of California ផ្តល់ជូនការជួយដោយមានគិលានុបដ្ឋាយិកាដែលបានចុះឈ្មោះត្រឹមត្រូវ ដើម្បីឆ្លើយសំណួរ 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ គិលានុបដ្ឋាយិកានៅរង់ចាំតាមទូរសព្ទដើម្បីឆ្លើយតបនឹងសំណួរអំពីសុខភាពទូទៅ និងផ្តល់ការតម្រង់ទិសទៅកាន់ធនធានបន្ថែមសម្រាប់ព័ត៌មានច្រើនទៀត។ ជាមួយបណ្តាញទូរសព្ទផ្តល់ប្រឹក្សាពីគិលានុបដ្ឋាយិកា សមាជិកអាចទទួលបានសេចក្តីសង្ខេបនៃការសន្ទនាដែលផ្ញើទៅពួកគេតាមរយៈអ៊ីមែល ដែលរួមមានព័ត៌មានទាំងអស់ និងតំណដើម្បីងាយស្រួលរក។ អ្នកអាចទាក់ទងទៅកាន់ខ្សែទូរសព្ទប្រឹក្សាយោបល់ផ្នែកថែទាំសុខភាព ដោយមានសំណួរអំពីសុខភាព ឬការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក។

ទូរសព្ទទៅលេខ	(877) 304-0504 ការហៅនេះ គឺឥតគិតថ្លៃទេ។ 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ យើងមានសេវាអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ដោយឥតគិតថ្លៃសម្រាប់អ្នកដែលមិនចេះនិយាយភាសាអង់គ្លេស។
TTY	711 ការហៅនេះ គឺឥតគិតថ្លៃឡើយ។ លេខនេះគឺសម្រាប់អ្នកដែលមានបញ្ហាខាងការស្តាប់ឮ ឬការនិយាយ។ អ្នកត្រូវតែមានឧបករណ៍ទូរសព្ទពិសេសដើម្បីហៅមកលេខនេះបាន។ 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍

E. បណ្តាញទូរសព្ទសម្រាប់វិបត្តិសុខភាពអាកប្បកិរិយា

ទូរសព្ទទៅលេខ	**បណ្តាញទូរសព្ទសម្រាប់សម្រាប់វិបត្តិ និងការចូលប្រើសេវាប្រចាំខោនធី Los Angeles** 1-800-854-7771 ការហៅនេះ គឺឥតគិតថ្លៃទេ។ 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍យើងមានសេវាអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ដោយឥតគិតថ្លៃ សម្រាប់អ្នកដែលមិនចេះនិយាយភាសាអង់គ្លេស។ **បណ្តាញទូរសព្ទសម្រាប់វិបត្តិ និងការចូលប្រើសេវាប្រចាំខោនធី San Diego** 1-888-724-7240 ការហៅនេះ គឺឥតគិតថ្លៃទេ។ 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍យើងមានសេវាអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ដោយឥតគិតថ្លៃ សម្រាប់អ្នកដែលមិនចេះនិយាយភាសាអង់គ្លេស។
TTY	711 ការហៅនេះ គឺឥតគិតថ្លៃឡើយ។ លេខនេះគឺសម្រាប់អ្នកដែលមានបញ្ហាខាងការស្តាប់ឮ ឬការនិយាយ។ អ្នកត្រូវតែមានឧបករណ៍ទូរសព្ទពិសេសដើម្បីហៅមកលេខនេះបាន។ 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍

ទំនាក់ទំនងទៅកាន់ខ្សែទូរសព្ទសម្រាប់សុខភាពអាកប្បកិរិយា ដើម្បីទទួលបានជំនួយជាមួយ៖

- សំណួរនានាអំពីសុខភាពអាកប្បកិរិយា និងសេវាទាក់ទងនឹងការប្រើប្រាស់សារធាតុញៀនខុសច្បាប់

សម្រាប់សំណួរទាក់ទងនឹងឯកទេសសេវាសុខភាពផ្លូវចិត្តក្នុងខោនធីរបស់អ្នក សូមមើល **ផ្នែក K**។

F. អង្គភាពលើកកម្ពស់គុណភាព (QIO)

រដ្ឋរបស់យើងមានអង្គភាពមួយឈ្មោះថា Livanta។ នេះគឺជាក្រុមវេជ្ជបណ្ឌិត និងអ្នកមានវិជ្ជាជីវៈថែទាំសុខភាពផ្សេងទៀត ដែលជួយលើកកម្ពស់គុណភាពនៃការថែទាំសម្រាប់អ្នកដែលមាន Medicare។ Livanta មិនមានទំនាក់ទំនងជាមួយគម្រោងរបស់យើងទេ។

ទូរសព្ទទៅលេខ	1-877-588-1123 ចាប់ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 5:00 ល្ងាច ចន្ទ ដល់ សុក្រ ចាប់ពីម៉ោង 11:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 3:00 រសៀល និងថ្ងៃសៅរ៍ និង អាទិត្យ និងចាប់ពីម៉ោង 7:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 3:30 រសៀល នៅថ្ងៃឈប់សម្រាក។
TTY	1-855-887-6668 លេខនេះគឺសម្រាប់អ្នកដែលមានបញ្ហាក្នុងការស្តាប់ ឬការនិយាយ។ អ្នកត្រូវតែមានឧបករណ៍ទូរសព្ទពិសេសដើម្បីហៅមកលេខនេះបាន។
ផ្ញើទៅកាន់	Livanta BFCC-QIO Program 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701
គេហទំព័រ	https://livantaqio.com/en/states/california

ទាក់ទង Livanta សម្រាប់ជំនួយជាមួយ៖

- សំណួរនានាអំពីសិទ្ធិក្នុងការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក
- ការដាក់បណ្តឹងតវ៉ាអំពីការថែទាំដែលអ្នកបានទទួល ប្រសិនបើអ្នក៖
  - មានបញ្ហាជាមួយគុណភាពនៃការថែទាំ
  - គិតថាការស្នាក់នៅមន្ទីរពេទ្យរបស់អ្នកត្រូវបានបញ្ចប់ឆាប់ពេក **ឬ**
  - គិតថាការថែទាំសុខភាពតាមផ្ទះ ការថែទាំនៅមជ្ឈមណ្ឌលថែទាំសុខភាពមានជំនាញ ឬមន្ទីរស្តារនីតិសម្បទាទូទៅសម្រាប់អ្នកជំងឺមិនសម្រាកនៅមន្ទីរពេទ្យ (CORF) នឹងត្រូវបានបញ្ចប់ឆាប់រហ័សពេក។

G. Medicare

Medicare គឺជាកម្មវិធីធានារ៉ាប់រងសុខភាពសហព័ន្ធសម្រាប់ប្រជាពលរដ្ឋដែលមានអាយុចាប់ពី 65 ឆ្នាំឡើងទៅ មនុស្សពិការមួយចំនួនដែលមានអាយុក្រោម 65 ឆ្នាំ និងប្រជាពលរដ្ឋដែលមានជំងឺតម្រងនោមដំណាក់កាលចុងក្រោយ (ជំងឺខូចតម្រងនោមជាអចិន្ត្រៃយ៍ដែលទាមទារឱ្យមានការលាងឈាម ឬប្តូរតម្រងនោម)។

ទីភ្នាក់ងារសហព័ន្ធដែលទទួលបន្ទុកកម្មវិធី Medicare គឺជាមជ្ឈមណ្ឌលបម្រើសេវានៃកម្មវិធី Medicare & Medicaid ឬ CMS។

ទូរសព្ទទៅ លេខ	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) ការហៅមកលេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃឡើយ បាន 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។
TTY	1-877-486-2048។ ការហៅនេះ គឺឥតគិតថ្លៃទេ។ លេខនេះគឺសម្រាប់អ្នកដែលមានបញ្ហាក្នុងការស្តាប់ ឬការនិយាយ។ អ្នកត្រូវតែមានឧបករណ៍ទូរសព្ទពិសេសដើម្បីហៅមកលេខនេះបាន។
គេហទំព័រ	www.medicare.gov នេះគឺជាគេហទំព័រផ្លូវការរបស់ Medicare។ គេហទំព័រនេះផ្តល់ព័ត៌មានថ្មីៗបំផុតអំពី Medicare ជូនដល់អ្នក។ វាក៏មានព័ត៌មានអំពីមន្ទីរពេទ្យ មជ្ឈមណ្ឌលថែទាំសុខភាព វេជ្ជបណ្ឌិត ទីភ្នាក់ងារសុខភាពតាមផ្ទះ មជ្ឈមណ្ឌលលាងឈាម មន្ទីរស្តារនីតិសម្បទាសម្រាប់អ្នកជំងឺដេកពេទ្យ និងមន្ទីរពេទ្យថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយ។ វារួមមានគេហទំព័រ និងលេខទូរសព្ទដែលមានប្រយោជន៍នានា។ វាក៏មានឯកសារដែលអ្នកអាចបោះពុម្ពបានពីម៉ាស៊ីនកុំព្យូទ័ររបស់អ្នកបានផងដែរ។ បណ្ណាល័យ ឬមជ្ឈមណ្ឌលសម្រាប់មនុស្សចាស់នៅក្នុងមូលដ្ឋានរបស់អ្នកអាចនឹងមានលទ្ធភាពជួយឱ្យអ្នកចូលមើលគេហទំព័រនេះបានដោយការប្រើកុំព្យូទ័ររបស់ពួកគេ ប្រសិនបើអ្នកមិនមានកុំព្យូទ័រ។ បើមិនដូច្នោះទេ អ្នកអាចហៅទូរសព្ទទៅ Medicare តាមរយៈលេខខាងលើ ហើយប្រាប់ពួកគេនូវព័ត៌មានដែលអ្នកកំពុងស្វែងរក។ ពួកគេនឹងស្វែងរកព័ត៌មាននៅលើគេហទំព័រ និងពិនិត្យព័ត៌មានជាមួយអ្នក។

H. Medi-Cal

Medi-Cal គឺជាកម្មវិធី Medicaid របស់រដ្ឋ California។ នេះគឺជាកម្មវិធីធានារ៉ាប់រងសុខភាពសាធារណៈ ដែលផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាព ចាំបាច់សម្រាប់បុគ្គលដែលមានប្រាក់ចំណូលទាប រួមមានគ្រួសារដែលមានកូន មនុស្សចាស់ ជនពិការ កុមារ និងយុវជនក្នុងការថែទាំ និងស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ។ Medi-Cal ត្រូវបានផ្តល់ហិរញ្ញវត្ថុដោយមូលនិធិរដ្ឋ និងរដ្ឋាភិបាលសហព័ន្ធ។

Medi-Cal ផ្តល់អត្ថប្រយោជន៍ជាច្រើន រួមមានការព្យាបាលជំងឺ ការថែទាំធ្មេញ ការថែទាំសុខភាពអាកប្បកិរិយា និងការជួយគាំទ្ររយៈពេលវែង

អ្នកត្រូវបានចុះឈ្មោះក្នុង Medicare និង Medi-Cal។ ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរអំពីអត្ថប្រយោជន៍ Medi-Cal របស់អ្នក ចូរទូរសព្ទទៅកាន់អ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំគម្រោងរបស់អ្នក។ ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរអំពីការចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោង Medi-Cal ចូរទូរសព្ទទៅ Health Care Options។

ទូរសព្ទទៅ លេខ	1-800-430-4263 ចាប់ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 6 ល្ងាច។
TTY	1-800-430-7077 លេខនេះគឺសម្រាប់អ្នកដែលមានបញ្ហាខាងការស្តាប់ឮ ឬការនិយាយ។ អ្នកត្រូវតែមានឧបករណ៍ទូរសព្ទពិសេសដើម្បីហៅមកលេខនេះបាន។
ផ្ញើទៅកាន់	CA Department of Health Care Services Health Care Options P.O. Box 989009 West Sacramento, CA 95798-9850
គេហទំព័រ	www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov/

I. ការិយាល័យអំបាដ្សម៉ានទទួលបន្ទុកសុខភាពផ្លូវចិត្ត និងការថែទាំសុខភាពក្រោមការគ្រប់គ្រងរបស់ Medi-Cal

ភ្នាក់ងារស៊ើបអង្កេតបណ្តឹងពលរដ្ឋ (Ombudsman) ធ្វើការជាអ្នកតំណាងឱ្យអ្នក។ ពួកគេអាចឆ្លើយសំណួរ ប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហា ឬពាក្យបណ្តឹងតវ៉ា ហើយអាចជួយអ្នកឱ្យយល់ពីអ្វីដែលត្រូវធ្វើ។ ការិយាល័យអំបាដ្សម៉ាន ក៏ជួយអ្នកជាមួយបញ្ហាសេវា ឬការចេញវិក្កយបត្រផងដែរ។ ពួកគេមិនជាប់ទាក់ទងនឹងគម្រោងរបស់យើង ឬក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងណាមួយ ឬគម្រោងថែទាំសុខភាពណាមួយឡើយ។ សេវារបស់ពួកគេ គឺឥតគិតថ្លៃ។

ទូរសព្ទទៅលេខ	1-888-452-8609 ការហៅនេះ គឺឥតគិតថ្លៃទេ។ ចាប់ពីចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ចាប់ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹករហូតដល់ម៉ោង 5:00 ល្ងាច
TTY	711។ ការហៅនេះ គឺឥតគិតថ្លៃទេ។
ផ្ញើទៅកាន់	California Department of Healthcare Services Office of the Ombudsman 1501 Capitol Mall MS 4412 PO Box 997413 Sacramento, CA 95899-7413
អ៊ីមែល	MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov
គេហទំព័រ	www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/MMCDOfficeoftheOmbudsman.aspx

J. សេវាសង្គមកិច្ចប្រចាំខោនធី

ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយលើសេវាជួយទ្រទ្រង់តាមផ្ទះ (IHSS) របស់អ្នក ការធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពព័ត៌មាន Medi-Cal របស់អ្នក ឬអត្ថប្រយោជន៍នៃសិទ្ធិទទួលបាន និងបន្តអត្ថប្រយោជន៍ Medi-Cal សូមទាក់ទងទីភ្នាក់ងារសេវាសង្គមកិច្ចប្រចាំខោនធី Los Angeles ឬ San Diego ក្នុងតំបន់របស់អ្នក។

ចូរទាក់ទងភ្នាក់ងារសេវាសង្គមកិច្ចប្រចាំខោនធីរបស់អ្នក ដើម្បីដាក់ពាក្យសុំសេវាជួយទ្រទ្រង់តាមផ្ទះ ដែលនឹងជួយបង់ថ្លៃសេវាដែលបានផ្តល់ជូនអ្នក ដូច្នេះអ្នកអាចស្នាក់នៅដោយសុវត្ថិភាពនៅក្នុងផ្ទះរបស់អ្នកផ្ទាល់។ ប្រភេទនៃសេវាអាចរួមមានទាំងជំនួយក្នុងការរៀបចំម្ហូបអាហារ ការងូតទឹក ការស្លៀកពាក់ ការទិញទំនិញបោកគក់ ឬការដឹកជញ្ជូន។

សូមទាក់ទងទីភ្នាក់ងារសេវាសង្គមកិច្ចប្រចាំខោនធីរបស់អ្នកសម្រាប់រាល់សំណួរណាមួយអំពីសិទ្ធិទទួលបាន Medi-Cal របស់អ្នក។

ទូរសព្ទទៅលេខ	1-866-613-3777 ការហៅនេះ គឺឥតគិតថ្លៃទេ។ **ក្រសួងសេវាសង្គមកិច្ចសាធារណៈនៃខោនធី Los Angeles** មានមជ្ឈមណ្ឌលសេវាបម្រើអតិថិជន (CSC) តែមួយគត់ ដែលផ្តល់សេវាដល់ការិយាល័យមណ្ឌលចំនួន 33។ ម៉ោងធ្វើការ គឺចាប់ពីថ្ងៃចន្ទដល់ថ្ងៃសុក្រ លើកលែងតែថ្ងៃឈប់សម្រាក ចាប់ពីម៉ោង 7:30 ព្រឹក ដល់ 6:30 ល្ងាច។
TTY	1-877-735-2929 លេខនេះគឺសម្រាប់អ្នកដែលមានបញ្ហាខាងការស្តាប់ឮ ឬការនិយាយ។ អ្នកត្រូវតែមានឧបករណ៍ទូរសព្ទពិសេសដើម្បីហៅមកលេខនេះបាន។
ផ្ញើទៅកាន់	Los Angeles County Department of Public Social Services 2855 E. Olympic Blvd. Los Angeles, CA 90023
គេហទំព័រ	https://dpss.lacounty.gov

ហៅទូរសព្ទទៅលេខ	1-866-262-9881 ការហៅនេះ គឺឥតគិតថ្លៃទេ។ អ្នកតំណាងរបស់**សេវាសុខភាព និងមនុស្សជាតិប្រចាំខោនធី San Diego** អាចទាក់ទងបាននៅចន្លោះម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 5:00 ល្ងាច ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ។ អាចចូលប្រើបណ្តាញទូរសព្ទបម្រើសេវាខ្លួនឯងបាន 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ អ្នកហៅទូរសព្ទត្រូវតែបញ្ចូលលេខសន្តិសុខសង្គម (SSN) របស់ពួកគេដើម្បីប្រើប្រាស់
TTY	1-619-589-4459 លេខនេះគឺសម្រាប់អ្នកដែលមានបញ្ហាខាងការស្តាប់ឮ ឬការនិយាយ។ អ្នកត្រូវតែមានឧបករណ៍ទូរសព្ទពិសេសដើម្បីហៅមកលេខនេះបាន។
ផ្ញើទៅកាន់	ទីភ្នាក់ងារសុខាភិបាល និងសេវាមនុស្សនៃខោនធី San Diego (County of San Diego Health and Human Services Agency) P.O. Box 85027 San Diego, CA 92186
គេហទំព័រ	https://www.sandiegocounty.gov/content/sdc/hhsa.html

K. ទីភ្នាក់ងារផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពអាកប្បកិរិយាប្រចាំខោនធី

សេវាព្យាបាលពីអ្នកជំនាញឯកទេសសុខភាពផ្លូវចិត្ត និងសេវាព្យាបាលការប្រើប្រាស់សារធាតុញៀន តាមរយៈ Medi-Cal អាចប្រើប្រាស់បានសម្រាប់អ្នកតាមរយៈខោនធី ប្រសិនបើអ្នកបំពេញតាមលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យនៃសិទ្ធិចូលប្រើប្រាស់នៃការទទួលបានសេវា។

ទូរសព្ទទៅ លេខ	**ខោនធី Los Angeles** 1-800-854-7771 ការហៅនេះ គឺឥតគិតថ្លៃទេ។ 24 ម៉ោងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃមួយសប្តាហ៍។ យើងមានសេវាអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ដោយឥតគិតថ្លៃសម្រាប់អ្នកដែលមិនចេះនិយាយភាសាអង់គ្លេស។ **ខោនធី San Diego** 1-888-724-7240 ការហៅនេះ គឺឥតគិតថ្លៃទេ។ 24 ម៉ោងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃមួយសប្តាហ៍។ យើងមានសេវាអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ដោយឥតគិតថ្លៃសម្រាប់អ្នកដែលមិនចេះនិយាយភាសាអង់គ្លេស។
TTY	711 ការហៅនេះ គឺឥតគិតថ្លៃទេ។ លេខនេះគឺសម្រាប់អ្នកដែលមានបញ្ហាខាងការស្តាប់ឮ ឬការនិយាយ។ អ្នកត្រូវតែមានឧបករណ៍ទូរសព្ទពិសេសដើម្បីហៅមកលេខនេះបាន។ 24 ម៉ោងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃមួយសប្តាហ៍។

សូមទាក់ទងទៅទីភ្នាក់ងារថែទាំសុខភាពអាកប្បកិរិយាប្រចាំខោនធីសម្រាប់ជំនួយជាមួយ៖

- សំណួរអំពីសេវាសុខភាពផ្លូវចិត្តឯកទេសដែលផ្តល់ដោយខោនធី
- សំណួរអំពីសេវាព្យាបាលវិបត្តិផ្លូវចិត្តដោយការប្រើប្រាស់សារធាតុញៀនដែលផ្តល់ដោយខោនធី
- សេវាសុខភាពផ្លូវចិត្តឯកទេស ដែលរួមមានជាអាទិ៍៖
    - សេវាសុខភាពផ្លូវចិត្តសម្រាប់អ្នកជំងឺឥតដេកពេទ្យ

- ការព្យាបាលនៅពេលថ្ងៃ
- ការអន្តរាគមន៍វិបត្តិ និងការធ្វើឱ្យមានស្ថេរភាព
- ការគ្រប់គ្រងករណីគោលដៅ
- ការព្យាបាលមនុស្សពេញវ័យនៅកន្លែងស្នាក់នៅ
- ការព្យាបាលវិបត្តិផ្លូវចិត្តនៅកន្លែងស្នាក់នៅ

L. ក្រសួងថែទាំសុខភាពក្រោមការគ្រប់គ្រងរបស់រដ្ឋ California

ក្រសួងថែទាំសុខភាពក្រោមការគ្រប់គ្រងរបស់រដ្ឋ California (DMHC) ទទួលខុសត្រូវលើការដាក់បញ្ញត្តិលើគម្រោងថែទាំសុខភាពនានា។ មជ្ឈមណ្ឌលជំនួយរបស់ DMHC អាចជួយអ្នកជាមួយនឹងបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ និងបណ្តឹងតវ៉ានានាអំពីសេវារបស់ Medi-Cal។

ទូរសព្ទទៅលេខ	1-888-466-2219 អ្នកតំណាង DMHC អាចទាក់ទងទៅបាននៅចន្លោះម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 6:00 ល្ងាច ចាប់ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ។
TDD	1-877-688-9891 លេខនេះគឺសម្រាប់អ្នកដែលមានបញ្ហាខាងការស្តាប់ឮ ឬការនិយាយ។ អ្នកត្រូវតែមានឧបករណ៍ទូរសព្ទពិសេសដើម្បីហៅមកលេខនេះបាន។
ផ្ញើទៅកាន់	មជ្ឈមណ្ឌលជំនួយ 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. កម្មវិធីដើម្បីជួយដល់មនុស្សក្នុងការបង់ថ្លៃឱសថមានវេជ្ជបញ្ជារបស់ពួកគេ

គេហទំព័ររបស់ Medicare.gov (www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/costs-in-the-coverage-gap/5-ways-to-get-help-with-prescription-costs) ផ្តល់ជូនព័ត៌មានអំពីរបៀបកាត់បន្ថយថ្លៃចំណាយលើថ្លៃឱសថមានវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក។ សម្រាប់អ្នកដែលមានប្រាក់ចំណូលមានកម្រិត ក៏មានកម្មវិធីផ្សេងទៀតដែលអាចជួយបាន ដូចបានរៀបរាប់ខាងក្រោមនេះដែរ។

M1.ជំនួយបន្ថែម

ដោយសារអ្នកមានសិទ្ធិទទួលបាន Medi-Cal អ្នកមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ និងកំពុងទទួលបាន “ជំនួយបន្ថែម” ពី Medicare ដើម្បីបង់ថ្លៃចំណាយលើគម្រោងឱសថមានវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក។ អ្នកមិនចាំបាច់ធ្វើអ្វីដើម្បីទទួលបាន “ជំនួយបន្ថែម” នេះទេ។

ទូរសព្ទទៅលេខ	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) ការហៅមកលេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃ ១ យ 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។
TTY	1-877-486-2048 ការហៅនេះ គឺឥតគិតថ្លៃទេ។ លេខនេះគឺសម្រាប់អ្នកដែលមានបញ្ហាក្នុងការស្តាប់ ឬការនិយាយ។ អ្នកត្រូវតែមានឧបករណ៍ទូរសព្ទពិសេសដើម្បីហៅមកលេខនេះបាន។
គេហទំព័រ	www.medicare.gov

M2.កម្មវិធីជំនួយឱសថជំងឺអេដស៍ (ADAP)

កម្មវិធី ADAP ជួយឱ្យបុគ្គលដែលមានសិទ្ធិទទួលបានកម្មវិធី ADAP ដែលមានផ្ទុកមេរោគអេដស៍/ជំងឺអេដស៍មានលទ្ធភាពទទួលបានថ្នាំមេរោគអេដស៍ដែលជួយសង្គ្រោះជីវិតពួកគេ។ ឱសថមានវេជ្ជបញ្ជារបស់ Medicare ផ្នែក D ដែលមាននៅក្នុងបញ្ជីឱសថរបស់កម្មវិធី ADAP មានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ជំនួយការចែករំលែកថ្លៃចំណាយលើឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាតាមរយៈកម្មវិធី ADAP រដ្ឋ California។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមទាក់ទង ADAP រដ្ឋ California តាមរយៈលេខ (844) 421-7050 ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 5 ល្ងាច ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ឬចូលមើលគេហទំព័ររបស់ពួកគេតាមរយៈអាសយដ្ឋាន៖ https://www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/Pages/OA_adap_eligibility.aspx. ចំណាំ៖ ដើម្បីមានសិទ្ធិទទួលបានកម្មវិធី ADAP នៅក្នុងរដ្ឋរបស់អ្នក បុគ្គលម្នាក់ៗត្រូវតែបំពេញតាមលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យមួយចំនួន មានភស្តុតាងបញ្ជាក់ពីការស្នាក់នៅក្នុងរដ្ឋ មានស្ថានភាព HIV មានប្រាក់ចំណូលទាប (តាមការកំណត់របស់រដ្ឋ) និងគ្មាន ឬមានការធានារ៉ាប់រងមិនគ្រប់គ្រាន់។ ប្រសិនបើអ្នកប្តូរគម្រោងសុខភាពរបស់អ្នក សូមជូនដំណឹងដល់មន្ត្រីចុះឈ្មោះ ADAP ក្នុងមូលដ្ឋានរបស់អ្នក ដើម្បីបន្តទទួលបានជំនួយ។ ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានអំពីលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យសម្រាប់ការទទួលបាន

ជំនួយ បញ្ជីថ្នាំដែលកម្មវិធីធានារ៉ាប់រង ឬវិធីសម្រាប់ចុះឈ្មោះចូលរួមក្នុងកម្មវិធី សូមហៅទូរសព្ទទៅកាន់កម្មវិធី ADAP រដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា តាមរយៈលេខ (844) 421-7050 ចាប់ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ ម៉ោង 5 ល្ងាច ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ ថ្ងៃសុក្រ ឬចូលទៅកាន់គេហទំព័ររបស់ពួកគេតាមរយៈ៖
https://www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/Pages/OA_adap_eligibility.aspx.

N. របបសន្តិសុខសង្គម

របបសន្តិសុខសង្គមកំណត់សិទ្ធិទទួលបាន និងគ្រប់គ្រងលើការចុះឈ្មោះសម្រាប់ Medicare។ ប្រជាពលរដ្ឋ និងអ្នករស់នៅអចិន្ត្រៃយ៍នៅ U.S. ស្របច្បាប់ ដែលមានអាយុចាប់ពី 65 ឆ្នាំឡើងទៅ ឬអ្នកដែលមានពិការភាព ឬជំងឺតម្រងនោមដំណាក់កាលចុងក្រោយ (ESRD) ហើយបំពេញតាមលក្ខខណ្ឌជាក់លាក់ មានសិទ្ធិទទួលបាន Medicare។ ប្រសិនបើអ្នកទទួលបានការត្រួតពិនិត្យរបបសន្តិសុខសង្គមរួចហើយ ការចុះឈ្មោះចូលក្នុង Medicare គឺធ្វើឡើងដោយស្វ័យប្រវត្តិ។ ប្រសិនបើអ្នកមិនទទួលបានការត្រួតពិនិត្យរបបសន្តិសុខសង្គមទេ អ្នកត្រូវតែចុះឈ្មោះក្នុង Medicare។ ដើម្បីស្នើសុំ Medicare អ្នកអាចទូរសព្ទទៅរបបសន្តិសុខសង្គម ឬទៅកាន់ការិយាល័យរបបសន្តិសុខសង្គមក្នុងតំបន់របស់អ្នក។

ប្រសិនបើអ្នកផ្លាស់ទីលំនៅ ឬផ្លាស់ប្តូរអាសយដ្ឋានប្រៃសណីយ៍របស់អ្នក វាពិតជាសំខាន់ណាស់ដែលអ្នកត្រូវទាក់ទងទៅកាន់របបសន្តិសុខសង្គម ដើម្បីឱ្យពួកគេដឹងអំពីរឿងនេះ។

ហៅទូរសព្ទទៅលេខ	1-800-772-1213 ការហៅទូរសព្ទទៅកាន់លេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃទេ។ អាចរកបានពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 7:00 ល្ងាច ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ។ អ្នកអាចប្រើសេវាទូរសព្ទស្វ័យប្រវត្តិរបស់ពួកគេ ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានដែលបានកត់ត្រាទុក និងធ្វើអាជីវកម្មមួយចំនួនរយៈពេល 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ។
TTY	1-800-325-0778 លេខនេះគឺសម្រាប់អ្នកដែលមានបញ្ហាក្នុងការស្តាប់ ឬការនិយាយ។ អ្នកត្រូវតែមានឧបករណ៍ទូរសព្ទពិសេសដើម្បីហៅមកលេខនេះបាន។
គេហទំព័រ	www.ssa.gov

O. ក្រុមប្រឹក្សាកម្មករផ្លូវដែកចូលនិវត្តន៍ (RRB)

RRB គឺជាទីភ្នាក់ងារសហព័ន្ធឯករាជ្យមួយដែលគ្រប់គ្រងកម្មវិធីផ្តល់ផលប្រយោជន៍យ៉ាងទូលំទូលាយដល់កម្មករផ្លូវដែករបស់ជាតិ និងក្រុមគ្រួសាររបស់ពួកគេ។ ប្រសិនបើអ្នកទទួលបាន Medicare តាមរយៈ RRB វាជារឿងសំខាន់ដែលអ្នកត្រូវប្រាប់ឱ្យពួកគេដឹង ប្រសិនបើអ្នកផ្លាស់ទីលំនៅ ឬផ្លាស់ប្តូរអាសយដ្ឋានប្រៃសណីយ៍របស់អ្នក។ ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរទាក់ទងនឹងអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នកពី RRB សូមទាក់ទងទៅទីភ្នាក់ងារនេះ។

ទូរសព្ទទៅលេខ	1-877-772-5772 ការហៅទូរសព្ទទៅកាន់លេខនេះ គឺឥតគិតថ្លៃទេ។ ប្រសិនបើអ្នកចុចលេខ “0” អ្នកអាចនិយាយជាមួយអ្នកតំណាង RRB ពីម៉ោង 9 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 3:30 រសៀលសម្រាប់ថ្ងៃចន្ទ ថ្ងៃអង្គារ ថ្ងៃព្រហស្បតិ៍ និងថ្ងៃសុក្រ និងពីម៉ោង 9 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 12 យប់នៅថ្ងៃពុធ។ ប្រសិនបើអ្នកចុចលេខ “1” អ្នកអាចចូលប្រើខ្សែទូរសព្ទជំនួយ RRB ដោយស្វ័យប្រវត្តិ និងព័ត៌មានដែលបានកត់ត្រារយៈពេល 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ រួមទាំងចុងសប្តាហ៍ និងថ្ងៃឈប់សម្រាក។
TTY	1-312-751-4701 លេខនេះគឺសម្រាប់អ្នកដែលមានការបញ្ហាក្នុងការស្តាប់ ឬការនិយាយ។ អ្នកត្រូវតែមានឧបករណ៍ទូរសព្ទពិសេសដើម្បីហៅមកលេខនេះបាន។ ការទូរសព្ទទៅកាន់លេខនេះគឺ គិតថ្លៃ។
គេហទំព័រ	www.rrb.gov

P. ធនធានដទៃទៀត

កម្មវិធី Medicare Medi-Cal Ombuds ផ្តល់ជំនួយដោយឥតគិតថ្លៃ ដើម្បីជួយដល់អ្នកដែលកំពុងជួបប្រទះការលំបាកក្នុងការទទួលបាន ឬរក្សាការធានារ៉ាប់រងសុខភាព ព្រមទាំងដោះស្រាយបញ្ហាជាមួយគម្រោងថែទាំសុខភាពរបស់ពួកគេ។

ប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហាជាមួយ៖

- Medi-Cal
- Medicare
- គម្រោងថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក
- ការចូលប្រើសេវាវេជ្ជសាស្ត្រ
- ការប្តឹងឧទ្ធរណ៍ចំពោះសេវាដែលបានបដិសេធ បរិក្ខារវេជ្ជសាស្ត្រជាប់បានយូរ (DME) សេវាសុខភាពផ្លូវចិត្តជាដើម។
- វិក្កយបត្រវេជ្ជសាស្ត្រ
- IHSS (សេវាជួយទ្រទ្រង់តាមផ្ទះ)

កម្មវិធី Medicare Medi-Cal Ombuds ផ្តល់ជំនួយទាក់ទងទៅនឹងបណ្តឹងតវ៉ា បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ និងសវនាការ។ លេខទូរសព្ទសម្រាប់ភ្នាក់ងារស៊ើបអង្កេតបណ្តឹងពលរដ្ឋ (Ombuds Program) សូមហៅទូរសព្ទទៅលេខ 1-855-501-3077។

Q. កម្មវិធីសុខភាពមាត់ធ្មេញរបស់ Medi-Cal

សេវាសុខភាពមាត់ធ្មេញជាក់លាក់អាចរកបានតាមរយៈកម្មវិធីសុខភាពមាត់ធ្មេញរបស់ Medi-Cal រួមមានជាអាទិ៍ សេវាដូចជា៖

- ការពិនិត្យដំបូង ការថតកាំរស្មីអ៊ិច ការសម្អាត និងការព្យាបាលដោយសារធាតុ្លុយអ័រ
- ការប៉ះ និងស្រោបធ្មេញ
- ការព្យាបាលរន្ធឫសធ្មេញ
- ធ្មេញពាក់ដោយផ្នែក និងធ្មេញពាក់ពេញលេញ ការកែតម្រូវ ការព្យាបាល និងការពត់ធ្មេញ

អត្ថប្រយោជន៍សុខភាពមាត់ធ្មេញអាចប្រើប្រាស់បានតាមរយៈកម្មវិធីគិតថ្លៃចំណាយតាមសេវា (FFS) របស់ Medi-Cal Dental និងកម្មវិធី Dental Managed Care (DMC)។

ទូរសព្ទទៅលេខ	1-800-322-6384 ការហៅទូរសព្ទនេះមិនគិតថ្លៃទេ។ អ្នកតំណាងរបស់កម្មវិធី Medi-Cal Dental FFS Program អាចទំនេរដើម្បីជួយអ្នកចាប់ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក រហូតដល់ម៉ោង 5:00 ល្ងាច ចាប់ពីថ្ងៃចន្ទ រហូតដល់ថ្ងៃសុក្រ។
TTY	1-800-735-2922 លេខនេះគឺសម្រាប់អ្នកដែលមានបញ្ហាក្នុងការស្តាប់ ឬការនិយាយ។ អ្នកត្រូវតែមានឧបករណ៍ទូរសព្ទពិសេសដើម្បីហៅមកលេខនេះបាន។
គេហទំព័រ	www.dental.dhcs.ca.gov smilecalifornia.org

ជំនួសឱ្យកម្មវិធីគិតថ្លៃចំណាយតាមសេវារបស់ Medi-Cal Dental អ្នកអាចទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍សុខភាពមាត់ធ្មេញ សុខភាពមាត់ធ្មេញតាមរយៈគម្រោងថែទាំសុខភាពមាត់ធ្មេញក្រោមការគ្រប់គ្រង។ គម្រោងថែទាំសុខភាពមាត់ធ្មេញក្រោមការគ្រប់គ្រងមានក្នុងខោនធី Los Angeles។ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការព័ត៌មានបន្ថែមអំពីគម្រោងថែទាំសុខភាពមាត់ធ្មេញ ឬចង់ផ្លាស់ប្តូរគម្រោងថែទាំសុខភាពមាត់ធ្មេញរបស់អ្នក ទាក់ទងទៅកាន់ Health Care Options តាមរយៈលេខ 1-800-430-4263 (អ្នកប្រើប្រាស់ TTY ទូរសព្ទទៅកាន់លេខ 1-800-430-7077) ចាប់ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 6:00 ល្ងាច។ ការហៅទូរសព្ទគឺឥតគិតថ្លៃទេ។ អ្នកទំនាក់ទំនងរបស់ DMC អាចប្រើប្រាស់បាននៅទីនេះផងដែរ៖ *www.dhcs.ca.gov/services/Pages/ManagedCarePlanDirectory.aspx*។

ជំពូកទី 3 ៖ ការប្រើប្រាស់ការធានារ៉ាប់រងពីគម្រោងរបស់យើងសម្រាប់ការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក និងសេវាដែលមានធានារ៉ាប់រងផ្សេងទៀត

សេចក្តីផ្តើម

ជំពូកនេះមានលក្ខខណ្ឌ និងបទបញ្ជាជាក់លាក់មួយដែលអ្នកត្រូវដឹង ដើម្បីទទួលបានការថែទាំសុខភាព និងសេវាផ្សេងទៀតដែលមានធានារ៉ាប់រង។ ជំពូកនេះក៏នឹងប្រាប់អ្នកអំពីអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នកផងដែរ រួមមានរបៀបទទួលបានការថែទាំពីអ្នកផ្តល់សេវាផ្សេងៗ និងក្នុងកាលៈទេសៈពិសេសមួយចំនួន (រួមមានពីអ្នកផ្តល់សេវា ឬឱសថស្ថានក្រៅបណ្តាញ)។ លើសពីនេះ វាក៏នឹងពន្យល់ពីអ្វីដែលត្រូវធ្វើ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវបានគិតថ្លៃដោយផ្ទាល់សម្រាប់សេវាដែលយើងធានារ៉ាប់រង និងបទបញ្ជាសម្រាប់ការធ្វើជាម្ចាស់ឧបករណ៍វេជ្ជសាស្ត្រប្រើប្រាស់បានយូរ (DME)។ ពាក្យគន្លឹះ និងនិយមន័យនៃពាក្យគន្លឹះទាំងនេះបង្ហាញជាលំដាប់អក្ខរក្រមនៅក្នុងជំពូកចុងក្រោយនៃ សៀវភៅណែនាំសមាជិករបស់អ្នក។

តារាងមាតិកា

A. ព័ត៌មានអំពីសេវា និងអ្នកផ្តល់សេវា 54

B. បទបញ្ជាសម្រាប់ការទទួលបានសេវាដែលគម្រោងរបស់យើងធានារ៉ាប់រងទៅលើ 54

C. អ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នក 56

C1. អ្វីទៅជាអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំ 56

C2. របៀបដែលអ្នកអាចទាក់ទងទៅកាន់អ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នក 57

C3. របៀបដែលអ្នកអាចផ្លាស់ប្តូរអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នក 57

D. ការថែទាំពីអ្នកផ្តល់សេវា 57

D1. ការថែទាំពីអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំបឋម (PCP) 57

D2. ការថែទាំពីគ្រូពេទ្យឯកទេស និងអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញផ្សេងទៀត 60

D3. នៅពេលដែលអ្នកផ្តល់សេវាចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើង 61

D4. អ្នកផ្តល់សេវាក្រៅបណ្តាញ 63

E. សេវា និងការជួយទ្រទ្រង់រយៈពេលវែង (LTSS) 64

F. សេវាសុខភាពអាកប្បកិរិយា (សុខភាពផ្លូវចិត្ត និងការប្រើប្រាស់សារធាតុញៀន) 65

F1. សេវាសុខភាពអាកប្បកិរិយារបស់ Medi-Cal ត្រូវបានផ្តល់ជូននៅខាងក្រៅគម្រោងរបស់យើង 65

G. សេវាមធ្យោបាយធ្វើដំណើរ 69

G1. មធ្យោបាយធ្វើដំណើរផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រនៃស្ថានភាពដែលមិនមែនជាជំងឺសង្គ្រោះបន្ទាន់ 69

G2. មធ្យោបាយធ្វើដំណើរដែលមិនមែនជាផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ 70

H. សេវាដែលមានធានារ៉ាប់រងនៅក្នុងការសង្គ្រោះបន្ទាន់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ នៅពេលដែលត្រូវការជាបន្ទាន់ ឬក្នុងអំឡុងពេលមានគ្រោះមហន្តរាយ 72

H1. ការថែទាំក្នុងការសង្គ្រោះបន្ទាន់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ 72

H2. ការថែទាំដែលត្រូវការជាបន្ទាន់ 74

H3. ការថែទាំក្នុងពេលមានគ្រោះមហន្តរាយ 75

I. អ្វីដែលត្រូវធ្វើប្រសិនបើអ្នកទទួលបានវិក្កយបត្រដោយផ្ទាល់សម្រាប់សេវាដែលគ្រោងរបស់យើងធានារ៉ាប់រង 75

I1. អ្វីដែលត្រូវធ្វើ ប្រសិនបើគម្រោងរបស់យើងមិនធានារ៉ាប់រងលើសេវា 75

J. ការធានារ៉ាប់រងលើសេវាថែទាំសុខភាពនៅពេលដែលអ្នកកំពុងស្ថិតនៅក្នុងការស្រាវជ្រាវលើការព្យាបាល 76

J1. និយមន័យនៃការសិក្សាស្រាវជ្រាវលើការព្យាបាល 76

J2. ការបង់ថ្លៃសេវា នៅពេលអ្នកចូលរួមនៅក្នុងវេជ្ជសាស្ត្រសិក្សាស្រាវជ្រាវ 77

J3. ការស្វែងយល់បន្ថែម អំពីការសិក្សាស្រាវជ្រាវលើការព្យាបាល 78

K. តើសេវាថែទាំសុខភាពរបស់អ្នកទទួលបានការ៉ាប់រងយ៉ាងដូចម្តេច នៅពេលដែលអ្នកចូលរួមក្នុងមជ្ឈមណ្ឌលថែទាំសុខភាពតាមបែបសាសនាដែលគ្មានលក្ខណៈ
វេជ្ជសាស្ត្រ? 78

K1. និយមន័យនៃមជ្ឈមណ្ឌលថែទាំសុខភាពតាមបែបសាសនាដែលគ្មានលក្ខណៈវេជ្ជសាស្ត្រ 78

K2. ការទទួលបានការថែទាំពីមជ្ឈមណ្ឌលថែទាំសុខភាពតាមបែបសាសនាដែលគ្មានលក្ខណៈ
វេជ្ជសាស្ត្រ 78

L. បរិក្ខារវេជ្ជសាស្ត្រដែលប្រើជាប់បានយូរ (DME) 79

L1. DME ជាសមាជិកនៃគម្រោងរបស់យើង 79

L2. ភាពជាម្ចាស់របស់ DME ប្រសិនបើអ្នកប្តូរទៅ Original Medicare 80

L3. អត្ថប្រយោជន៍ឧបករណ៍អុកស៊ីសែនក្នុងនាមជាសមាជិកនៃគម្រោងរបស់យើង 81

L4. ឧបករណ៍ផ្តល់អុកស៊ីសែននៅពេលអ្នកប្តូរទៅគម្រោង Original Medicare ឬ Medicare Advantage (MA) ផ្សេងទៀត 81

A. ព័ត៌មានអំពីសេវា និងអ្នកផ្តល់សេវា

សេវា គឺជាការថែទាំសុខភាព សេវាថែទាំ និងការជួយទ្រទ្រង់រយៈពេលវែង (LTSS) ការផ្គត់ផ្គង់ សេវាសុខភាពអាកប្បកិរិយា ឱសថមានវេជ្ជបញ្ជា និងឱសថមិនតម្រូវឱ្យមានវេជ្ជបញ្ជា ឧបករណ៍ និងសេវាផ្សេងៗទៀត។ **សេវាដែលមានធានារ៉ាប់រង** គឺជាសេវាណាមួយក្នុងចំណោមសេវាទាំងនេះដែលគម្រោងរបស់យើងជាអ្នកបង់ប្រាក់។ ការថែទាំសុខភាព សុខភាពអាកប្បកិរិយា និង LTSS ដែលមានធានារ៉ាប់រងស្ថិតនៅក្នុង **ជំពូកទី 4** នៃសៀវភៅណែនាំសមាជិករបស់អ្នក។ សេវាដែលមានធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកសម្រាប់ឱសថមានវេជ្ជបញ្ជា និងឱសថគ្មានវេជ្ជបញ្ជាគឺស្ថិតនៅក្នុង**ជំពូកទី 5** នៃសៀវភៅណែនាំសមាជិករបស់អ្នក។

អ្នកផ្តល់សេវា គឺជាវេជ្ជបណ្ឌិត គិលានុបដ្ឋាយិកា និងបុគ្គលផ្សេងទៀតដែលផ្តល់សេវា និងការថែទាំសុខភាពជូនដល់អ្នក។ អ្នកផ្តល់សេវាក៏រាប់បញ្ចូលទាំងមន្ទីរពេទ្យ ទីភ្នាក់ងារគ្រប់គ្រងសុខភាពតាមផ្ទះ គ្លីនិក និងទីកន្លែងផ្សេងទៀតដែលផ្តល់ជូនអ្នកនូវសេវាថែទាំសុខភាព សេវាសុខភាពអាកប្បកិរិយា បរិក្ខារវេជ្ជសាស្ត្រ និង LTSS មួយចំនួន។

អ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ គឺជាអ្នកផ្តល់សេវាដែលធ្វើការនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើង។ អ្នកផ្តល់សេវាទាំងនេះយល់ព្រមទទួលយកការទូទាត់ប្រាក់របស់យើងជាការទូទាត់ដាច់ស្រេច។ បណ្តាញអ្នកផ្តល់ចេញវិក្កយប័ត្រមកយើងផ្ទាល់ សម្រាប់ការថែទាំដែលគេផ្តល់ឲ្យអ្នក។ នៅពេលដែលអ្នកប្រើប្រាស់អ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញជាធម្មតាអ្នកមិនបង់អ្វីទាំងអស់ សម្រាប់សេវាដែលមានធានារ៉ាប់រង។

B. បទបញ្ជាសម្រាប់ការទទួលបានសេវាដែលគម្រោងរបស់យើងធានារ៉ាប់រងទៅលើ

គម្រោងរបស់យើងធានារ៉ាប់រងលើសេវាទាំងអស់ដែលធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare និងភាគច្រើននៃសេវារបស់ Medi-Cal។ នេះរួមមានសុខភាពអាកប្បកិរិយា និងសេវា LTSS មួយចំនួន។

ជាទូទៅ គម្រោងរបស់យើងនឹងចំណាយសម្រាប់សេវាថែទាំសុខភាព សេវាសុខភាពផ្លូវចិត្ត និងសេវាជាច្រើនទាក់ទងនឹងសេវា LTSS ដែលអ្នកទទួលបាន នៅពេលអ្នកគោរពតាមច្បាប់ និងគោលការណ៍ណែនាំរបស់យើង។ ដើម្បីទទួលបានការធានារ៉ាប់រងពីគម្រោងរបស់យើង៖

- ការថែទាំសុខភាពដែលអ្នកទទួលបានត្រូវតែជាអត្ថប្រយោជន៍របស់គម្រោង។ នេះមានន័យថា យើងមានបញ្ចូលនៅក្នុងតារាងអត្ថប្រយោជន៍របស់យើងនៅក្នុង**ជំពូកទី 4** នៃ*សៀវភៅណែនាំសមាជិក*របស់អ្នក។
- ការថែទាំត្រូវតែមាន**ភាពចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ**។ តាមរយៈភាពចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ យើងសំដៅលើសេវាសំខាន់ៗដែលមានលក្ខណៈសមហេតុផល និងការពារអាយុជីវិត។ ការថែទាំដែលមានភាពចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រតម្រូវឱ្យជួយបុគ្គលម្នាក់ៗមិនឱ្យធ្លាក់ខ្លួនឈឺធ្ងន់ធ្ងរ ឬក្លាយជាជនពិការ និងកាត់បន្ថយការឈឺចាប់ធ្ងន់ធ្ងរដោយការព្យាបាលជំងឺ រោគ ឬរបួស។

- សម្រាប់សេវាវេជ្ជសាស្ត្រ អ្នកត្រូវតែមានអ្នកផ្តល់**សេវាថែទាំបឋម (PCP)** ក្នុងបណ្តាញដែលបង្គាប់ការថែទាំ ឬប្រាប់អ្នកឱ្យជួបវេជ្ជបណ្ឌិតផ្សេងទៀត។ ក្នុងនាមជាសមាជិកគម្រោង អ្នកត្រូវតែជ្រើសរើសអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញដើម្បីធ្វើជា PCP របស់អ្នក។
  - ក្នុងករណីភាគច្រើន គម្រោងរបស់យើង ត្រូវតែផ្តល់ការយល់ព្រមដល់អ្នក មុនពេលអ្នកអាចប្រើអ្នកផ្តល់សេវាម្នាក់ដែលមិនមែនជា PCP របស់អ្នក ឬប្រើអ្នកផ្តល់សេវាផ្សេងទៀតនៅក្នុងបណ្តាញរបស់គម្រោងនេះ។ ការយល់ព្រមនេះ ហៅថា **ការបញ្ជូនបន្ត**។ ប្រសិនបើអ្នកមិនបានទទួលបានការអនុញ្ញាតទេ យើងប្រហែលជាមិនមានការធានារ៉ាប់រងលើសេវានោះទេ។
  - PCP នៃគម្រោងរបស់យើងជាប់ជាសាខាជាមួយនឹងក្រុមវេជ្ជសាស្ត្រទាំងនេះ។ នៅពេលអ្នកជ្រើសរើស PCP របស់អ្នក អ្នកក៏ជ្រើសរើសក្រុមវេជ្ជសាស្ត្រដែលជាប់ជាសាខាផងដែរ។ នេះមានន័យថា PCP របស់អ្នកនឹងធ្វើការបញ្ជូនអ្នកទៅកាន់អ្នកឯកទេស និងសេវានានាដែលជាប់ជាសាខាជាមួយនឹងក្រុមវេជ្ជសាស្ត្ររបស់ពួកគេផងដែរ។ ក្រុមវេជ្ជសាស្ត្រ គឺជាសមាគមនៃគ្រូពេទ្យថែទាំបឋម និងអ្នកឯកទេសដែលត្រូវបានបង្កើតឡើង ដើម្បីជួយសម្របសម្រួលដល់ការផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពដល់អ្នក។
  - អ្នកមិនចាំបាច់ត្រូវការមានការបញ្ជូនបន្តពី PCP របស់អ្នកសម្រាប់ការថែទាំក្នុងគ្រាអាសន្ន ឬការថែទាំបន្ទាន់ដែលចាំបាច់ ឬដើម្បីប្រើប្រាស់អ្នកផ្តល់សេវាសុខភាពស្ត្រី ឬសម្រាប់សេវាផ្សេងទៀតដែលមានរាយក្នុងផ្នែក D_1 នៃជំពូកនេះទេ។
- **អ្នកត្រូវតែទទួលបានការថែទាំរបស់អ្នកពីអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ ដែលជាប់ជាសាខាជាមួយនឹងក្រុមវេជ្ជសាស្ត្រនៃ PCP របស់អ្នក។** ជាធម្មតា យើងនឹងមិនធានារ៉ាប់រងលើការថែទាំពីអ្នកផ្តល់សេវាដែលមិនធ្វើការជាមួយគម្រោងថែទាំសុខភាព របស់យើង និងក្រុមវេជ្ជសាស្ត្រនៃ PCP របស់អ្នកនោះទេ។ នេះមានន័យថា អ្នកនឹងត្រូវបង់ប្រាក់ឱ្យអ្នកផ្តល់សេវាពេញសម្រាប់សេវាដែលបានផ្តល់។ ទាំងនេះ គឺជាករណីមួយចំនួន នៅពេលដែលបញ្ហានេះមិនជាប់ពាក់ព័ន្ធ៖
  - យើងធានារ៉ាប់រងលើការថែទាំក្នុងគ្រាអាសន្ន ឬការថែទាំដែលត្រូវការជាបន្ទាន់ពីអ្នកផ្តល់សេវាក្រៅបណ្តាញ (សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីបញ្ហានេះ សូមមើល**ផ្នែក H** ក្នុងជំពូកនេះ)។
  - ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការការថែទាំដែលគម្រោងរបស់យើងធានារ៉ាប់រង ហើយអ្នកផ្តល់សេវានៅក្នុងបណ្តាញរបស់យើងមិនអាចផ្តល់ឱ្យអ្នកបានទេ នោះអ្នកអាចទទួលការថែទាំនេះពីអ្នកផ្តល់សេវាក្រៅបណ្តាញបាន។ ការអនុញ្ញាត គឺចាំបាច់ត្រូវតែមាន ហើយគួរតែទទួលបានការយល់ព្រមពីគម្រោងមុននឹងស្វែងរកការថែទាំ។ នៅក្នុងស្ថានភាពនេះ យើងនឹងធានារ៉ាប់រងលើការថែទាំដូចដែលអ្នកបានទទួលការថែទាំនេះពីអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ។

- យើងធានារ៉ាប់រងលើសេវាលាងឈាមតាមតម្រងនោម នៅពេលអ្នកនៅខាងក្រៅតំបន់ផ្តល់សេវានៃគម្រោងរបស់យើងក្នុងរយៈពេលខ្លី ឬនៅពេលដែលអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកជាបណ្តោះអាសន្នមិនមាន ឬមិនអាចប្រើប្រាស់សេវានោះបាន។ អ្នកអាចទទួលបានសេវាទាំងនេះនៅមជ្ឈមណ្ឌលលាងឈាមដែលមានអាជ្ញាបណ្ណពី Medicare។

- នៅពេលដែលអ្នកចូលរួមក្នុងគម្រោងជាលើកដំបូង អ្នកអាចស្នើសុំបន្តប្រើប្រាស់អ្នកផ្តល់សេវាបច្ចុប្បន្នរបស់អ្នកបាន។ ជាមួយនឹងករណីលើកលែងមួយចំនួន យើងត្រូវយល់ព្រមលើសំណើនេះ ប្រសិនបើយើងអាចកំណត់ថា អ្នកមានទំនាក់ទំនងដែលមានស្រាប់ជាមួយអ្នកផ្តល់សេវា។ សូមមើល **ជំពូកទី 1** នៃ*សៀវភៅណែនាំសមាជិក*របស់អ្នក។ ប្រសិនបើយើងយល់ព្រមលើសំណើរបស់អ្នក អ្នកអាចបន្តប្រើប្រាស់អ្នកផ្តល់សេវាដែលអ្នកកំពុងប្រើក្នុងពេលបច្ចុប្បន្ននេះដល់ទៅ 12 ខែ សម្រាប់សេវាទាំងនោះ។ ក្នុងអំឡុងពេលនោះ អ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នកនឹងទាក់ទងទៅអ្នក ដើម្បីជួយអ្នកក្នុងការស្វែងរកអ្នកផ្តល់សេវានៅក្នុងបណ្តាញរបស់យើង ដែលជាប់ជាសាខាជាមួយនឹងក្រុមវេជ្ជសាស្ត្ររបស់ PCP របស់អ្នក។ បន្ទាប់ពី 12 ខែមក យើងនឹងលែងធានារ៉ាប់រងលើការថែទាំរបស់អ្នកតទៅទៀតហើយ ប្រសិនបើអ្នកបន្តជួបអ្នកផ្តល់សេវាដែលស្ថិតនៅក្នុងបណ្តាញយើង ហើយមិនមានជាប់ជាសាខាជាមួយនឹងក្រុមវេជ្ជសាស្ត្ររបស់ PCP របស់អ្នក។

សមាជិកថ្មីនៃគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan៖ ក្នុងករណីភាគច្រើន អ្នកនឹងត្រូវបានចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan សម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍ Medicare របស់អ្នកនៅថ្ងៃទី 1 នៃខែបន្ទាប់ពីអ្នកស្នើសុំឱ្យចុះឈ្មោះក្នុងគBlue Shield TotalDual Plan។ អ្នកនៅតែអាចទទួលបានសេវា Medi-Cal របស់អ្នកពីគម្រោងថែទាំសុខភាព Medi-Cal ពីមុនរបស់អ្នកសម្រាប់រយៈពេលមួយខែបន្ថែមទៀត។ បន្ទាប់ពីនោះ អ្នកនឹងទទួលបានសេវា Medi-Cal របស់អ្នកតាមរយៈគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan។ វានឹងមិនគ្មានគម្លាតក្នុងការទទួលបានការធានារ៉ាប់រង Medi-Cal របស់អ្នកទេ។ សូមហៅទូរសព្ទមកយើងខ្ញុំតាមរយៈលេខ 1-800-452-4413 (TTY: 711) ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរណាមួយ។

C. អ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នក

C1. អ្វីទៅជាអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំ

អ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំ គឺជាបុគ្គលម្នាក់ដែលទទួលបានការបណ្តុះបណ្តាលជំនាញ ដើម្បីជួយអ្នកក្នុងការរៀបចំ និងចាត់ចែងការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នកប្រកបដោយប្រសិទ្ធភាព។ អ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នកនឹងក្លាយជាផ្នែកមួយនៃក្រុមថែទាំរបស់អ្នក ហើយគាត់នឹងបម្រើជាអ្នកទំនាក់ទំនងចម្បង និងប្រភពព័ត៌មានសម្រាប់អ្នក។ បន្ទាប់ពីចុះឈ្មោះរួច អ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំនឹងទូរសព្ទទៅអ្នក ដើម្បីណែនាំខ្លួនគាត់ និងជួយអ្នកក្នុងការបំពេញការវាយតម្លៃហានិភ័យសុខភាពរបស់អ្នក ដើម្បីកំណត់តម្រូវការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក។

C2.របៀបដែលអ្នកអាចទាក់ទងទៅកាន់អ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នក

អ្នកអាចទាក់ទងទៅកាន់អ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នកដោយទូរសព្ទទៅលេខ 1-888-548-5765 ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 6:00 ល្ងាចពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ។ នៅពេលអ្នកចាប់ផ្តើមធ្វើការជាមួយអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំ អ្នកក៏អាចទាក់ទងគាត់ដោយទូរសព្ទទៅខ្សែទូរសព្ទផ្ទាល់របស់ពួកគេ។

C3. របៀបដែលអ្នកអាចផ្លាស់ប្តូរអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នក

ដើម្បីស្នើសុំផ្លាស់ប្តូរអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នក អ្នកអាចទូរសព្ទទៅលេខ 1-888-548-5765 ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 6:00 ល្ងាច ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ។

D. ការថែទាំពីអ្នកផ្តល់សេវា

D1.ការថែទាំពីអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំបឋម (PCP)

អ្នកត្រូវជ្រើសរើស PCP ដើម្បីផ្តល់ និងគ្រប់គ្រងការថែទាំរបស់អ្នក។ PCP នៃគម្រោងរបស់យើងជាប់ជាសាខាជាមួយនឹងក្រុមវេជ្ជសាស្ត្រទាំងនេះ។ នៅពេលអ្នកជ្រើសរើស PCP របស់អ្នក អ្នកក៏ជ្រើសរើសក្រុមវេជ្ជសាស្ត្រដែលជាប់ជាសាខាផងដែរ។

និយមន័យរបស់ PCP និងតើ PCP ធ្វើអ្វីខ្លះសម្រាប់អ្នក

PCP របស់អ្នក គឺជាវេជ្ជបណ្ឌិតម្នាក់ ដែលបំពេញតាមលក្ខខណ្ឌតម្រូវរបស់រដ្ឋ និងបានហ្វឹកហ្វឺន ដើម្បីផ្តល់ឲ្យអ្នកនូវការថែទាំសុខភាពជាមូលដ្ឋាន។ PCP អាចជាគ្រូពេទ្យជំនាញខាងគ្រួសារ គ្រូពេទ្យទូទៅ គ្រូពេទ្យជំនាញខាងវេជ្ជសាស្ត្រផ្ទៃក្នុង គ្រូពេទ្យឯកទេសផ្នែកសម្ភព និងរោគស្ត្រី (OB-GYN) ឬអាចជាគ្រូពេទ្យជំនាញឯកទេសដទៃទៀតតាមការស្នើសុំ។ អ្នកក៏អាចជ្រើសរើសគ្រូពេទ្យឯកទេសជា PCP របស់អ្នក បើសិនគ្រូពេទ្យឯកទេសយល់ព្រមផ្តល់សេវាទាំងអស់ដែល PCP បានផ្តល់ជូនតាមធម្មតា។ ដើម្បីស្នើសុំឱ្យគ្រូពេទ្យជំនាញឯកទេសរបស់អ្នកធ្វើជា PCP សូមទាក់ទងសេវាបម្រើអតិថិជនរបស់ Blue Shield TotalDual Plan (លេខទូរសព្ទ និងម៉ោងធ្វើការមានបោះពុម្ពនៅផ្នែកខាងក្រោមទំព័រនេះ)។ គ្លីនិក ដូចជា មជ្ឈមណ្ឌលសុខភាសហព័ន្ធមានសម្ថភាព (Federally Qualified Health Centers, FQHC) អាចនឹងជា PCP របស់អ្នកដែរ។ អ្នកនឹងទទួលបានការថែទាំជាប្រចាំ ឬជាមូលដ្ឋានពី PCP របស់អ្នក។ PCP របស់អ្នកក៏អាចជួយសំរបសំរួលអ្វីៗទៀតនៃសេវាដែលរ៉ាប់រង ដែលអ្នកត្រូវការផងដែរ។ សេវាដែលរ៉ាប់រង រួមមាន៖

- ការថតកាំរស្មីអ៊ិច
- ការធ្វើតេស្តនៅមន្ទីរពិសោធន៍
- ការព្យាបាល
- ការថែទាំពីវេជ្ជបណ្ឌិតដែលជាគ្រូពេទ្យឯកទេស
- ការចូលសម្រាកព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យ

- ការថែទាំបន្តបន្ទាប់

PCP របស់គម្រោងយើងដែលជាប់ជាសាខាជាមួយនឹងក្រុមវេជ្ជសាស្ត្រពិសេស។ ក្រុមវេជ្ជសាស្ត្រ ឬសមាគមន៍គ្រូពេទ្យឯករាជ្យ (IPA) គឺជាអង្គភាពដែលបានបង្កើតឡើងដោយស្ថិតនៅក្រោមច្បាប់រដ្ឋកាលីហ្វ៉ូនីរញ៉ាដែលមានកិច្ចសន្យាជាមួយគម្រោងថែទាំសុខភាពដើម្បីផ្តល់ ឬរៀបចំសម្រាប់ការផ្តល់នូវសេវាថែទាំសុខភាពដល់អ្នកចុះឈ្មោះនៅក្នុងគម្រោងថែទាំសុខភាពុខភាព។ នៅពេលអ្នកជ្រើសរើស PCP របស់អ្នក អ្នកក៏អាចជ្រើសរើសក្រុមវេជ្ជសាស្ត្រដែលជាប់ជាសាខាផងដែរ។ នេះមានន័យថា PCP របស់អ្នកនឹងបញ្ជូនអ្នកឱ្យទៅជួបគ្រូពេទ្យឯកទេស និងសេវាដែលមានជាប់ជាសាខាជាមួយនឹងក្រុមវេជ្ជសាស្ត្ររបស់ពួកគាត់ផងដែរ។

នៅក្នុងករណីភាគច្រើន អ្នកត្រូវតែទៅជួប PCP របស់អ្នកដើម្បីទទួលបានការបញ្ជូនបន្ត មុននឹងអ្នកអាចទៅជួបអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពដ៏ទៃទៀត ឬគ្រូពេទ្យឯកទេសណាម្នាក់។ នៅពេលការបញ្ជូនបន្តនេះត្រូវបានយល់ព្រមដោយក្រុមវេជ្ជសាស្ត្រនៃ PCP របស់អ្នក អ្នកអាចធ្វើការណាត់ជួបជាមួយគ្រូពេទ្យឯកទេស ឬអ្នកផ្តល់សេវាផ្សេងទៀតដើម្បីទទួលបានការព្យាបាលដែលអ្នកត្រូវការ។ គ្រូពេទ្យឯកទេសនឹងជូនដំណឹងទៅដល់ PCP របស់អ្នកនៅពេលបញ្ចប់ការព្យាបាល ឬសេវារបស់អ្នក ដើម្បីឱ្យ PCP របស់អ្នកអាចបន្តគ្រប់គ្រងការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នកបានបន្តទៀត។

ដើម្បីអាចឱ្យអ្នកទទួលបានសេវាជាក់លាក់មួយចំនួន PCP របស់អ្នកនឹងចាំបាច់ត្រូវទទួលបានការយល់ព្រមជាមុនពីគម្រោង ឬក្នុងករណីខ្លះ ពីក្រុមវេជ្ជសាស្ត្រដែលមានជាប់ជាសាខាជាមួយគ្នារបស់ PCP របស់អ្នក។ ការយល់ព្រមជាមុននេះ ហៅថា “ការអនុញ្ញាតជាមុន”។

ជម្រើស PCP របស់អ្នក

នៅពេលអ្នកក្លាយជាសមាជិកនៃគម្រោងរបស់យើង អ្នកត្រូវតែជ្រើសរើសអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងគម្រោងធ្វើជា PCP របស់អ្នក។

ដើម្បីជ្រើសរើស PCP អ្នកអាច៖

- ប្រើបញ្ជីឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថានរបស់អ្នក។ មើលក្នុងលិបិក្រមនៃ “គ្រូពេទ្យថែទាំបឋម” ដែលមានទីតាំងនៅផ្នែកខាងក្រោយនៃសៀវភៅបញ្ជីឈ្មោះ ដើម្បីស្វែងរកវេជ្ជបណ្ឌិតដែលអ្នកចង់បាន។ (លិបិក្រមគឺតាមលំដាប់អក្ខរក្រមដោយនាមត្រកូលរបស់វេជ្ជបណ្ឌិត។) ឬ
- ចូលទៅកាន់គេហទំព័ររបស់យើងតាម blueshieldca.com/find-a-doctor ហើយស្វែងរក PCP ដែលអ្នកចង់បាន ឬ
- ទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជនរបស់គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan ដើម្បីទទួលបានជំនួយ (លេខទូរសព្ទ និងម៉ោងធ្វើការត្រូវបានបោះពុម្ពនៅខាងក្រោមទំព័រនេះ)។

ដើម្បីដឹងថាតើអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពដែលអ្នកចង់បានគឺទំនេរ ឬទទួលអ្នកជំងឺថ្មីដែរឬទេ សូមចូលមើលបញ្ជីឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថាន ដែលមាននៅលើគេហទំព័ររបស់យើង ឬទាក់ទងផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជន (លេខទូរសព្ទ និងម៉ោងធ្វើការត្រូវបានបោះពុម្ពនៅផ្នែកខាងក្រោមនៃទំព័រនេះ)។ ប្រសិនបើមានអ្នកឯកទេស ឬមន្ទីរពេទ្យជាក់លាក់ណាមួយ ដែលអ្នកចង់ប្រើ ត្រូវមើលថាតើពួកគេមានទំនាក់ទំនងជាមួយនឹងក្រុមវេជ្ជសាស្ត្រ PCP របស់អ្នកដែរឬទេ។ អ្នកអាចរកមើលនៅក្នុង *បញ្ជីរាយឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថាន* ឬស្នើសុំផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជនដើម្បីរកមើលថាតើ PCP ដែលអ្នកចង់បញ្ជូនបន្តទៅកាន់អ្នកឯកទេសនោះ ឬប្រើមន្ទីរពេទ្យនោះដែរឬទេ។

ជម្រើសក្នុងការផ្លាស់ប្តូរ PCP របស់អ្នក

អ្នកអាចនឹងផ្លាស់ប្តូរ PCP ដោយសារហេតុផលណាមួយនៅពេលណាមួយ។ លើសពីនេះ PCP របស់អ្នកអាចចាកចេញពីបណ្តាញគម្រោងរបស់យើងផងដែរ។ ប្រសិនបើ PCP របស់អ្នកចាកចេញពីបណ្តាញរបស់យើង យើងអាចជួយអ្នកស្វែងរក PCP ថ្មីនៅក្នុងបណ្តាញរបស់យើងបាន។

អ្នកអាចអនុវត្តតាមជំហាននៅក្នុងផ្នែក “ជម្រើស PCP របស់អ្នក” ខាងលើ ដើម្បីផ្លាស់ប្តូរ PCP របស់អ្នក។ សូមប្រាកដថា អ្នកបានហៅទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជន ដើម្បីឱ្យពួកគេបានដឹងថា អ្នកកំពុងផ្លាស់ប្តូរ PCP របស់អ្នក (លេខទូរសព្ទ និងម៉ោងប្រតិបត្តិការ គឺមាននៅក្រោមទំព័រនេះ)។

នៅពេលដែលការផ្លាស់ប្តូររបស់អ្នកត្រូវបានស្នើសុំ ការកំណត់ PCP ថ្មី និងក្រុមវេជ្ជសាស្ត្រដែលជាប់ជាសាខារបស់ពួកគេនឹងកើតឡើងនៅថ្ងៃទីមួយនៃខែបន្ទាប់តាមសំណើរបស់អ្នកដើម្បីផ្លាស់ប្តូរ PCP របស់អ្នក។

ឈ្មោះ និងលេខទូរសព្ទការិយាល័យរបស់ PCP បានបោះពុម្ពនៅលើបណ្ណសមាជិកភាពរបស់អ្នក។ បើសិនអ្នកផ្លាស់ប្តូរ PCP របស់អ្នក អ្នកនឹងទទួលបានបណ្ណសមាជិកភាពថ្មី។

PCP នៃគម្រោងរបស់យើងជាប់ជាសាខាជាមួយនឹងក្រុមវេជ្ជសាស្ត្រទាំងនេះ។ បើសិនអ្នកផ្លាស់ប្តូរ PCP របស់អ្នក អ្នកក៏អាចផ្លាស់ប្តូរក្រុមវេជ្ជសាស្ត្របានផងដែរ។ នៅពេលដែលអ្នកស្នើសុំការផ្លាស់ប្តូរ សូមប្រាប់មកកាន់ផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជន ប្រសិនបើអ្នកប្រើគ្រូពេទ្យឯកទេស ឬទទួលបានសេវាដែលមានធានារ៉ាប់រងផ្សេងទៀតដែលត្រូវតែមានការយល់ព្រមពី PCP។ ផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជនជួយអ្នក ដើម្បីបន្តទទួលបានការថែទាំឯកទេស និងសេវាផ្សេងទៀតរបស់អ្នកនៅពេលអ្នកផ្លាស់ប្តូរ PCP របស់អ្នក។

សេវាដែលអ្នកអាចទទួលបានដោយគ្មានការយល់ព្រមពី PCP របស់អ្នក

ក្នុងករណីភាគច្រើនបំផុត អ្នកនឹងត្រូវការការយល់ព្រមពី PCP របស់អ្នក មុនពេលប្រើប្រាស់អ្នកផ្តល់សេវាផ្សេងទៀត។ ការអនុញ្ញាតនេះ ហៅថា **ការបញ្ជូនបន្ត**។ អ្នកអាចទទួលបានសេវានានាដូចដែលបានរាយនៅខាងក្រោមដោយមិនចាំបាច់ទទួលបានការអនុញ្ញាតជាមុនពី PCP របស់អ្នក៖

- សេវាសង្គ្រោះបន្ទាន់ពីក្រុមអ្នកផ្តល់សេវានៅក្នុងបណ្តាញ ឬក្រៅបណ្តាញ

- ការថែទាំដែលត្រូវការជាបន្ទាន់ពីអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ
- ការថែទាំដែលត្រូវការជាបន្ទាន់ពីអ្នកផ្តល់សេវាក្រៅបណ្តាញ នៅពេលដែលអ្នកមិនអាចទទួលបានអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ (ឧទាហរណ៍ ប្រសិនបើអ្នកស្ថិតនៅក្រៅតំបន់ផ្តល់សេវានៃគម្រោងរបស់យើង ឬក្នុងអំឡុងពេលចុងសប្តាហ៍)

  ចំណាំ៖ ការថែទាំដែលត្រូវតែជាបន្ទាន់ គឺត្រូវតែបន្ទាន់ និងមានភាពចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ។

- សេវាលាងឈាមតាមតម្រងនោម ដែលអ្នកទទួលបានពីមជ្ឈមណ្ឌលលាងឈាមដែលទទួលស្គាល់ដោយ Medicare នៅពេលដែលអ្នកស្ថិតនៅក្រៅតំបន់ផ្តល់សេវានៃគម្រោងរបស់យើង។ ប្រសិនបើអ្នកទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជន មុនពេលដែលអ្នកចាកចេញពីតំបន់ផ្តល់សេវា យើងអាចជួយអ្នកឱ្យទទួលបានសេវាលាងឈាម ខណៈពេលដែលអ្នកនៅឆ្ងាយ។
- ការចាក់វ៉ាក់សាំងបង្ការជំងឺគ្រុនផ្តាសាយធំ និងជំងឺ COVID-19 ក៏ដូចជាវ៉ាក់សាំងបង្ការជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B និងវ៉ាក់សាំងបង្ការជំងឺហើមសួត អាចធ្វើបាន លុះត្រាតែអ្នកទទួលបានវាពីអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ។
- សេវាថែទាំសុខភាពស្ត្រី និងការពន្យារកំណើតជាប្រចាំ។ នេះរួមមាន សេវាពិនិត្យសុដន់ ការថតម៉ាម៉ូក្រាម (ពិនិត្យសុដន់ដោយការថតកាំរស្មីអ៊ិច) ការធ្វើតេស្តពិនិត្យកោសិកាមហារីកមាត់ស្បូន និងការពិនិត្យសរីរាង្គបន្តពូជស្ត្រី ដោយអ្នកអាចទទួលបានសេវាទាំងនេះ លុះត្រាតែអ្នកទៅពិនិត្យនៅតាមអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ។
- លើសពីនេះ ប្រសិនបើអ្នកជាសមាជិកជនជាតិដើមអាមេរិក អ្នកអាចទទួលបានសេវាដែលមានធានារ៉ាប់រងពីអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពជនជាតិដើមអាមេរិកណាមួយដែលអ្នកជ្រើសរើស ដោយមិនចាំបាច់មានការបញ្ជូនបន្តពី PCP ក្នុងបណ្តាញ ឬការអនុញ្ញាតជាមុនឡើយ។

D2.ការថែទាំពីគ្រូពេទ្យឯកទេស និងអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញផ្សេងទៀត

គ្រូពេទ្យឯកទេស គឺជាវេជ្ជបណ្ឌិតដែលផ្តល់ការថែទាំសុខភាពសម្រាប់ជំងឺមួយចំនួន ឬផ្នែកមួយចំនួននៃរាងកាយ។ គ្រូពេទ្យឯកទេសមានច្រើនប្រភេទ ដូចជា៖

- គ្រូពេទ្យឯកទេសផ្នែកជំងឺមហារីកព្យាបាលអ្នកជំងឺមហារីក។
- គ្រូពេទ្យឯកទេសផ្នែកជំងឺបេះដូង យកចិត្តទុកដាក់ថែទាំអ្នកជំងឺដែលមានបញ្ហាបេះដូង។
- គ្រូពេទ្យឯកទេសផ្នែកឆ្អឹងព្យាបាលអ្នកជំងឺដែលមានបញ្ហាឆ្អឹង សន្លាក់ ឬបញ្ហាសាច់ដុំ។

នៅពេលអ្នកត្រូវការការថែទាំសុខភាពពីគ្រូពេទ្យឯកទេស ឬសេវាបន្ថែមដែល PCP របស់អ្នកមិនអាចផ្តល់ជូនបាន គាត់នឹងផ្តល់ការបញ្ជូនបន្តដល់អ្នក។ នៅពេលការបញ្ជូនបន្តនេះទទួលបានយល់ព្រមពីក្រុមវេជ្ជសាស្ត្រនៃ

PCP របស់អ្នក អ្នកអាចធ្វើការណាត់ជួបជាមួយគ្រូពេទ្យឯកទេស ឬអ្នកផ្តល់សេវាផ្សេងទៀតដើម្បីទទួលបានការព្យាបាលដែលអ្នកត្រូវការ។ គ្រូពេទ្យឯកទេសនឹងជូនដំណឹងទៅដល់ PCP របស់អ្នកនៅពេលបញ្ចប់ការព្យាបាល ឬសេវារបស់អ្នក ដើម្បីឱ្យ PCP របស់អ្នកអាចបន្តគ្រប់គ្រងការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នកបានទៀត។

PCP ចាំបាច់ត្រូវទទួលបានការយល់ព្រមជាមុនពីគម្រោងសម្រាប់អ្នក ដើម្បីទទួលបានសេវាមួយចំនួន។ ការយល់ព្រមជាមុននេះ ហៅថា “ការអនុញ្ញាតជាមុន”។ ឧទាហរណ៍ ការអនុញ្ញាតជាមុន គឺតម្រូវសម្រាប់អ្នកជំងឺសម្រាកក្នុងមន្ទីរពេទ្យទាំងអស់ដែលមិនមែនជាករណីសង្គ្រោះបន្ទាន់។ នៅក្នុងករណីខ្លះ ក្រុមវេជ្ជសាស្ត្រដែលជាប់ជាសាខាជាមួយនឹង PCP របស់អ្នកជំនួសឱ្យគម្រោងរបស់យើង ប្រហែលជាអាចផ្តល់ការអនុញ្ញាតដល់សេវារបស់អ្នកបាន។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរណាមួយអំពីអ្នកដែលទទួលខុសត្រូវក្នុងការដាក់ស្នើ និងការយល់ព្រមលើការអនុញ្ញាតជាមុនសម្រាប់សេវា សូមទាក់ទងទៅកាន់ក្រុមវេជ្ជសាស្ត្រដែលជាប់ជាសាខាជាមួយនឹង PCP របស់អ្នក។ អ្នកក៏អាចហៅទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជនផងដែរ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីសេវាណាមួយដែលតម្រូវឲ្យមានការអនុញ្ញាតជាមុន សូមមើលតារាងអត្ថប្រយោជន៍នៅក្នុងជំពូកទី 4 ផ្នែក D។

ការបញ្ជូនបន្តជាលាយលក្ខណ៍អក្សរអាចសម្រាប់ការជួបពិគ្រោះមួយដង ឬវាអាចជាការបញ្ជូនបន្តសម្រាប់ការជួបពិគ្រោះច្រើនជាងមួយដង ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការសេវាដែលកំពុងបន្ត។ យើងត្រូវតែផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវការបញ្ជូនបន្តជាអចិន្ត្រៃយ៍ទៅកាន់គ្រូពេទ្យឯកទេសដែលមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ជំងឺណាមួយក្នុងចំណោមជំងឺទាំងនេះ៖

- ជំងឺរ៉ាំរ៉ៃ (ជំងឺបន្ត)
- ជំងឺផ្លូវចិត្ត ឬជំងឺផ្លូវកាយដែលគំរាមកំហែងដល់អាយុជីវិត
- ជំងឺជនចាស់ជរា ឬពិការភាព
- អាការៈ ឬជំងឺផ្សេងទៀត ដែលធ្ងន់ធ្ងរ ឬសាំញ៉ាំគ្រប់គ្រាន់ ដើម្បីតម្រូវឲ្យមានការព្យាបាលដោយគ្រូពេទ្យឯកទេស។

ប្រសិនបើអ្នកមិនទទួលបានការបញ្ជូនបន្តជាលាយលក្ខណ៍អក្សរនៅពេលចាំបាច់ទេ វិក័យបត្រអាចជាមិនត្រូវបានបង់ប្រាក់ទេ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមហៅទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជនតាមលេខនៅផ្នែកខាងក្រោមទំព័រនេះ។

D3.នៅពេលដែលអ្នកផ្តល់សេវាចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើង

អ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញដែលអ្នកប្រើប្រាស់អាចចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើង។ ប្រសិនបើអ្នកផ្តល់សេវាណាម្នាក់ចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើង អ្នកអាចមានសិទ្ធិ និងការការពារជាក់លាក់ដែលបានសង្ខេបដូចខាងក្រោម៖

- ទោះបីជាអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញរបស់យើងផ្លាស់ប្តូរក្នុងរយៈពេលមួយឆ្នាំក៏ដោយ យើងត្រូវតែផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវការចូលដំណើរការដោយគ្មានការរំខានដល់អ្នកផ្តល់សេវាដែលមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់។
- យើងនឹងជូនដំណឹងដល់អ្នកថា អ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកកំពុងចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើង ដូច្នេះអ្នកមានពេលវេលាដើម្បីជ្រើសរើសអ្នកផ្តល់សេវាថ្មី។
  - ប្រសិនបើអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំបឋម ឬអ្នកផ្តល់សេវាសុខភាពអាកប្បកិរិយារបស់អ្នកចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើង យើងនឹងជូនដំណឹងដល់អ្នក ប្រសិនបើអ្នកបានជួបអ្នកផ្តល់សេវានោះក្នុងរយៈពេលបីឆ្នាំចុងក្រោយនេះ។
  - ប្រសិនបើអ្នកផ្តល់សេវាផ្សេងទៀតរបស់អ្នកចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើង យើងនឹងជូនដំណឹងដល់អ្នក ប្រសិនបើអ្នកត្រូវបានចាត់តាំងឱ្យអ្នកផ្តល់សេវា ទទួលបានការថែទាំពីពួកគេនាបច្ចុប្បន្ន ឬបានជួបពិគ្រោះជាមួយពួកគេក្នុងរយៈពេលបីខែចុងក្រោយនេះ។
- យើងនឹងជួយអ្នកក្នុងការជ្រើសរើសអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញថ្មីដែលមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ ដើម្បីបន្តការគ្រប់គ្រងតម្រូវការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក។
- ប្រសិនបើអ្នកកំពុងទទួលការព្យាបាលវេជ្ជសាស្ត្រ ឬការព្យាបាលជាមួយអ្នកផ្តល់សេវាបច្ចុប្បន្នរបស់អ្នក អ្នកមានសិទ្ធិស្នើសុំ ហើយយើងធ្វើការជាមួយអ្នកដើម្បីធានាថា ការព្យាបាលមានភាពចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ ឬការព្យាបាលដែលអ្នកកំពុងទទួលបាននៅតែបន្ត។
- យើងនឹងផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវព័ត៌មានអំពីរយៈពេលចុះឈ្មោះផ្សេងៗគ្នាដែលមានសម្រាប់អ្នក និងជម្រើសដែលអ្នកអាចមានសម្រាប់ការផ្លាស់ប្តូរគម្រោង។
- ប្រសិនបើយើងមិនអាចស្វែងរកគ្រូពេទ្យឯកទេសក្នុងបណ្តាញដែលមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ដែលមានសម្រាប់អ្នកទេ យើងត្រូវតែរៀបចំគ្រូពេទ្យឯកទេសក្រៅបណ្តាញដើម្បីផ្តល់ការថែទាំរបស់អ្នក នៅពេលដែលអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ ឬអត្ថប្រយោជន៍មិនមាន ឬមិនគ្រប់គ្រាន់ដើម្បីបំពេញតាមតម្រូវការវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នក។
- ប្រសិនបើអ្នកគិតថា យើងមិនបានផ្លាស់ប្តូរអ្នកផ្តល់សេវាមុនរបស់អ្នកជាមួយអ្នកផ្តល់សេវាដែលមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ ឬថាយើងមិនបានគ្រប់គ្រងការថែទាំរបស់អ្នកបានល្អទេ អ្នកមានសិទ្ធិក្នុងការដាក់ពាក្យបណ្តឹងអំពីគុណភាពនៃការថែទាំទៅកាន់ QIO ឬបណ្តឹងសាទុក្ខអំពីគុណភាពការថែទាំ ឬទាំងពីរ។ (សូមមើល **ជំពូកទី 9** សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។)

ប្រសិនបើអ្នករកឃើញថា អ្នកផ្តល់សេវាណាមួយរបស់អ្នកកំពុងចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើង សូមទាក់ទងមកយើងខ្ញុំ។ យើងអាចជួយអ្នកក្នុងការស្វែងរកអ្នកផ្តល់សេវាថ្មី និងគ្រប់គ្រងការថែទាំរបស់អ្នក។ សូមទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជនរបស់គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan តាមរយៈលេខ 1-800-452-4413 (TTY: 711) ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក រហូតដល់ម៉ោង 8:00 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ នៅពេលអ្នកហៅទូរ

សព្ទ ត្រូវប្រាកដថា បានប្រាប់ផ្នែកបម្រើសេវាអតិថិជន ប្រសិនបើអ្នកកំពុងជួបអ្នកឯកទេស ឬទទួលបានសេវាដែលមានធានារ៉ាប់រងផ្សេងទៀតដែលត្រូវការការយល់ព្រមពី PCP របស់អ្នក (ដូចជាសេវាសុខភាពតាមផ្ទះ និងបរិក្ខារវេជ្ជសាស្ត្រដែលប្រើជាប់បានយូរ)។ ផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជននឹងជួយធ្វើឱ្យប្រាកដថា អ្នកអាចបន្តការថែទាំឯកទេស និងសេវាផ្សេងទៀតដែលអ្នកបានទទួលនៅពេលអ្នកផ្លាស់ប្តូរ PCP របស់អ្នក។ ពួកគេក៏នឹងពិនិត្យមើលដើម្បីប្រាកដថា PCP ដែលអ្នកចង់ប្តូរទៅទទួលយកអ្នកជំងឺថ្មីដែរឬទេ។ ផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជននឹងផ្លាស់ប្តូរកំណត់ត្រាសមាជិកភាពរបស់អ្នក ដើម្បីបង្ហាញឈ្មោះ PCP ថ្មីរបស់អ្នក ហើយប្រាប់អ្នកនៅពេលណាដែលការផ្លាស់ប្តូរ PCP ថ្មីរបស់អ្នកនឹងចូលជាធរមាន។

D4.អ្នកផ្តល់សេវាក្រៅបណ្តាញ

ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការការថែទាំផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដែល Medicare និង/ឬ Medi-Cal ដែលតម្រូវឱ្យគម្រោងរបស់យើងធានារ៉ាប់រង ហើយអ្នកផ្តល់សេវានៅក្នុងបណ្តាញរបស់យើងមិនអាចផ្តល់ការថែទាំនេះបានទេ អ្នកអាចទទួលបានការថែទាំនេះពីអ្នកផ្តល់សេវាក្រៅបណ្តាញបាន។ PCP របស់អ្នកមានទំនួលខុសត្រូវក្នុងការស្នើសុំសំណើសម្រាប់ការអនុញ្ញាតជាមុនសម្រាប់សេវាកម្មក្រៅបណ្តាញ។ អ្នកត្រូវតែទទួលបានការអនុញ្ញាតពីគម្រោងឬក្រុមវេជ្ជសាស្ត្រដែលជាប់ជាសាខាជាមួយនឹង PCP របស់អ្នក មុនពេលស្វែងរកការថែទាំពីអ្នកផ្តល់សេវាក្រៅបណ្តាញ លុះត្រាតែអ្នកកំពុងទទួលបានការសង្គ្រោះបន្ទាន់ ឬសេវាដែលត្រូវការជាបន្ទាន់។ នៅក្នុងស្ថានការណ៍នេះ អ្នកនឹងបង់ប្រាក់ដូចដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់ ប្រសិនបើអ្នកទទួលបានការថែទាំពីអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ។

ប្រសិនបើអ្នកប្រើប្រាស់អ្នកផ្តល់សេវាក្រៅបណ្តាញ អ្នកផ្តល់សេវានោះត្រូវតែមានសិទ្ធិចូលរួមក្នុង Medicare និង/ឬ Medi-Cal។

- យើងមិនអាចបង់ប្រាក់សម្រាប់អ្នកផ្តល់សេវាដែលមិនមានលក្ខណសម្បត្តិចូលរួមក្នុង Medicare និង /ឬ Medi-Cal បានទេ។
- ប្រសិនបើអ្នកប្រើប្រាស់អ្នកផ្តល់សេវាក្រៅបណ្តាញម្នាក់ដែលគ្មានសិទ្ធិចូលរួមក្នុង Medicare នោះអ្នកត្រូវតែបង់ប្រាក់ពេញលើសេវាដែលអ្នកទទួលបាន។
- អ្នកផ្តល់សេវាត្រូវតែប្រាប់អ្នកឱ្យដឹង ប្រសិនបើពួកគេគ្មានសិទ្ធិចូលរួមក្នុង Medicare។

E. សេវា និងការជួយទ្រទ្រង់រយៈពេលវែង (LTSS)

LTSS អាចជួយអ្នកឱ្យស្នាក់នៅផ្ទះ និងចៀសវាងពីការស្នាក់នៅមន្ទីរពេទ្យ ឬមជ្ឈមណ្ឌលថែទាំជំនាញបាន។ អ្នកមានសិទ្ធិចូលប្រើសេវា LTSS មួយចំនួនតាមរយៈគម្រោងរបស់យើង រួមមានមជ្ឈមណ្ឌលថែទាំសុខភាពជំនាញ សេវាសម្រាប់មនុស្សពេញវ័យតាមសហគមន៍ (CBAS) និងការជួយទ្រទ្រង់ពីសហគមន៍។ សេវា LTSS មួយប្រភេទមួយទៀត គឺសេវាជួយទ្រទ្រង់តាមផ្ទះ អាចរកបានតាមរយៈទីភ្នាក់ងារសេវាសង្គមខោនធីរបស់អ្នក។ LTSS គឺសម្រាប់សមាជិកដែលត្រូវការជំនួយក្នុងការបំពេញសកម្មភាពប្រចាំថ្ងៃ ដូចជាការងូតទឹក ស្លៀកពាក់ រៀបចំអាហារ និងលេបថ្នាំ។ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយដើម្បីបន្តរស់នៅដោយឯករាជ្យ សូមហៅទូរសព្ទទៅអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំ ឬផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជនរបស់អ្នសម្រាប់ការបញ្ជូនបន្ត។

LTSS រួមមាន សេវាមនុស្សពេញវ័យមានមូលដ្ឋានក្នុងសហគមន៍ (CBAS) សេវាជួយទ្រទ្រង់តាមផ្ទះ (IHSS) កម្មវិធីសេវាជនចាស់ជរាដែលផ្តល់ពហុប្រយោជន៍ (MSSP) និងការថែទាំរយៈពេលវែង/ការថែទាំក្នុងបន្ទុក។

ពេលខ្លះអ្នកអាចទទួលបានជំនួយក្នុងការថែទាំសុខភាពប្រចាំថ្ងៃ និងតម្រូវការរស់នៅរបស់អ្នក។

អ្នកអាចនឹងទទួលបានសេវាទាំងនេះ៖

- សេវាសម្រាប់មនុស្សពេញវ័យតាមសហគមន៍ (CBAS)
- ការថែទាំដោយគិលានុបដ្ឋាយិកាជំនាញ
- ការព្យាបាលដោយចលនា
- ការព្យាបាលដោយសកម្មភាពប្រចាំថ្ងៃ
- ការព្យាបាលការនិយាយស្តី
- សេវាសង្គមកិច្ចផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ
- ការថែទាំសុខភាពតាមផ្ទះ

អាស្រ័យលើខោនធីដែលអ្នករស់នៅ និងសិទ្ធិទទួលបានរបស់អ្នក អ្នកក៏អាចទទួលបានជំនួយសហគមន៍បន្ថែមតាមរយៈគម្រោង Blue Shield Promise Medi-Cal Plan របស់អ្នកផងដែរ។ អ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកអាចបញ្ជូនអ្នកបន្ត ប្រសិនបើពួកគេគិតថាអ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានជំនួយសហគមន៍ ឬអ្នកអាចទាក់ទងទៅកាន់ផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជន ឬអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នកដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែម។ អ្នកអាចនឹងទទួលបានសេវាទាំងនេះ៖

- ការសម្របសម្រួលលទ្ធភាពទទួលបានបរិស្ថានជុំវិញ (ការកែប្រែផ្ទះ)

- សេវាជំនួយស្វែងរកការផ្លាស់ប្តូរទីលំនៅ
- ប្រាក់កក់សម្រាប់ទិញផ្ទះ
- សេវាផ្តល់ស្ថិរភាព ឬការជួលផ្ទះ
- អាហារជំនួយ ឬអាហារដែលតម្រូវតាមផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ
- សេវាថែទាំបុគ្គល និងសេវាមេផ្ទះ
- ការថែទាំឱ្យជាសះស្បើយឡើងវិញ (ការសម្រាកព្យាបាល)
- ការស្នាក់នៅរយៈពេលខ្លីសម្រាប់អ្នកថែទាំ
- កន្លែងស្នាក់នៅក្រោយចេញពីមន្ទីរពេទ្យក្នុងរយៈពេលខ្លី
- មជ្ឈមណ្ឌលស្តារនីតិសម្បទា

F. សេវាសុខភាពអាកប្បកិរិយា (សុខភាពផ្លូវចិត្ត និងការប្រើប្រាស់សារធាតុញៀន)

អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានសេវាសុខភាពអាកប្បកិរិយាដែលចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដែល Medicare និង Medi-Cal ធានារ៉ាប់រង។ យើងផ្តល់សិទ្ធិទទួលបានសេវាសុខភាពអាកប្បកិរិយាដែលតដែលបានធានារ៉ាប់រងដោយការថែទាំដែលគ្រប់គ្រងដោយ Medicare និង Medi-Cal។ គម្រោងរបស់យើងមិនផ្តល់សេវាព្យាបាលពីអ្នកជំនាញឯកទេសសុខភាពផ្លូវចិត្តតាមរយៈ Medi-Cal ឬបញ្ហានៃការប្រើប្រាស់សារធាតុញៀនរបស់ខោនធីនោះទេ ប៉ុន្តែសេវាទាំងនេះអាចប្រើប្រាស់បានសម្រាប់អ្នកតាមរយៈក្រសួងសុខភាពផ្លូវចិត្តប្រចាំខោនធី Los Angeles (LACDMH) និងក្រសួងសុខាភិបាលសាធារណៈប្រចាំខោនធី Los Angeles (LACDPH) និងសេវាសុខភាពអាកប្បកិរិយាប្រចាំ San Diego។

F1. សេវាសុខភាពអាកប្បកិរិយារបស់ Medi-Cal ត្រូវបានផ្តល់ជូននៅខាងក្រៅគម្រោងរបស់យើង

សេវាសុខភាពផ្លូវចិត្តពិសេសរបស់ Medi-Cal មានសម្រាប់អ្នកតាមរយៈគម្រោងថែទាំសុខភាពផ្លូវចិត្ត (MHP) ប្រចាំខោនធី ប្រសិនបើអ្នកបំពេញបានតាមលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យ ដើម្បីទទួលបានសិទ្ធិទទួលបានសេវាសុខភាពផ្លូវចិត្តពិសេស។ សេវាសុខភាពផ្លូវចិត្តឯកទេសរបស់ Medi-Cal ដែលផ្តល់ដោយក្រសួងសុខភាពផ្លូវចិត្តប្រចាំខោនធី Los Angeles (LACDMH) និងក្រសួងសុខភាពសាធារណៈប្រចាំខោនធី Los Angeles (LACDPH) និងសេវាសុខភាពអាកប្បកិរិយាប្រចាំខោនធី San Diego រួមមាន៖

- សេវាសុខភាពផ្លូវចិត្ត
- សេវាយផ្នែកឱសថ

- ការព្យាបាលបន្ទាន់ពេលថ្ងៃ
- ការស្តារនីតិសម្បទានៅពេលថ្ងៃ
- សេវាអន្តរាគមន៍
- ការជួយដោះស្រាយវិបត្តិឱ្យមានប្រក្រតីភាព
- សេវាព្យបាលនៅផ្ទះសម្រាប់មនុស្សពេញវ័យ
- សេវាព្យបាលនៅផ្ទះសម្រាប់ដោះស្រាយវិបត្តិផ្លូវចិត្ត
- សេវាផ្តល់កន្លែងថែទាំព្យាបាលសុខភាពខួរក្បាល
- សេវាព្យាបាលអ្នកជំងឺវិកលចរិកក្នុងមន្ទីរពេទ្យ
- ការគ្រប់គ្រងករណីគោលដៅ
- សេវាព្យាបាលអាកប្បកិរិយា
- ការសម្របសម្រួលការថែទាំហ្មត់ចត់
- សេវាព្យាបាលជំងឺតាមផ្ទះហ្មត់ចត់

សេវាប្រព័ន្ធដឹកជញ្ជូនថ្នាំដែលរៀបចំដោយ Medi-Cal ឬ Medi-Cal អាចប្រើប្រាស់បានសម្រាប់អ្នកតាមរយៈ ក្រសួងសុខភាពផ្លូវចិត្តប្រចាំខោនធី Los Angeles (LACDMH) និងក្រសួងសុខភាពសាធារណៈប្រចាំខោនធី Los Angeles (LACDPH) និងសេវាសុខភាពអាកប្បកិរិយាប្រចាំ San Diego ប្រសិនបើអ្នកបំពេញតាមលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យដើម្បីទទួលបានសេវាទាំងនេះ។ សេវាឱសថរបស់ Medi-Cal ដែលផ្តល់ដោយក្រសួងសុខភាពផ្លូវចិត្តប្រចាំខោនធី Los Angeles (LACDMH) និងក្រសួងសុខភាពសាធារណៈប្រចាំខោនធី Los Angeles (LACDPH) និងសេវាសុខភាពអាកប្បកិរិយាប្រចាំ San Diego រួមមាន៖

- សេវាព្យាបាលអ្នកជំងឺឥតដេកពេទ្យធ្ងន់ធ្ងរ
- ការព្យាបាលសម្រាប់ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ និងស្ត្រីទើបសម្រាលកូន ដែលមានបញ្ហាញៀនសារធាតុ ដែលរស់នៅក្នុងមណ្ឌលថែទាំ
- សេវាព្យាបាលដែលមិនចាំបាច់សម្រាកនៅមន្ទីរពេទ្យ
- កម្មវិធីព្យាបាលការញៀនថ្នាំញៀនដោយប្រើប្រាស់ថ្នាំ
- ឱសថសម្រាប់ព្យាបាលការញៀន (ក៏ហៅថា ការព្យាបាលដែលបានជួយដោយការប្រើឱសថ)

- សេវាការគាំទ្រពីអ្នកដែលមានបទពិសោធន៍ដូចគ្នា

សេវាប្រព័ន្ធដឹកជញ្ជូនថ្នាំដែលរៀបចំដោយ Medi-Cal រួមមាន៖

- សេវាព្យាបាលដែលមិនចាំបាច់សម្រាកនៅមន្ទីរពេទ្យ
- សេវាព្យាបាលអ្នកជំងឺឥតដេកពេទ្យធ្ងន់ធ្ងរ
- ឱសថសម្រាប់ព្យាបាលការញៀន (ក៏ហៅថា ការព្យាបាលដែលបានជួយដោយការប្រើឱសថ)
- សេវាព្យបាលនៅផ្ទះ
- សេវាគ្រប់គ្រងរោគសញ្ញាបណ្តាលមកពីការឈប់ប្រើប្រាស់សារធាតុញៀន
- កម្មវិធីព្យាបាលការញៀនថ្នាំញៀនដោយប្រើប្រាស់ថ្នាំ
- សេវាសម្រាប់ការជាសះស្បើយ
- ការសម្របសម្រួលការថែទាំ

បន្ថែមពីលើសេវាដែលបានរាយខាងលើ អ្នកអាចមានសិទ្ធិទទួលបានសេវាបន្ទាបជាតិពុលសម្រាប់អ្នកជំងឺ សម្រាកក្នុងមន្ទីរពេទ្យដោយស្ម័គ្រចិត្ត ប្រសិនបើអ្នកបំពេញតាមលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យ។

ភាពអាចរកបាននៃសេវាសុខអាកប្បកិរិយា

អ្នកមានសេវាដ៏ទូលំទូលាយយ៉ាងច្រើន ដែលមានសម្រាប់អ្នក។ អ្នកអាចបញ្ជូនបន្តដោយខ្លួនឯងទៅកាន់អ្នកផ្តល់សេវាដែលចុះកិច្ចសន្យា ហើយក៏អាចបញ្ជូនបន្តដោយ PCP សមាជិកគ្រួសាររបស់អ្នកជាដើម។ មិនថាអ្នកទាក់ទងតាមរយៈ "ផ្លូវណាក៏ដោយ" អ្នកនឹងត្រូវបានណែនាំទៅកាន់សេវាដែលសមស្របសម្រាប់អ្នក។ អ្នកអាចទាក់ទងតាមផ្នែកខាងក្រោមសម្រាប់ជំនួយដើម្បីទទួលបានសេវា៖

- ខ្សែទូរសព្ទបញ្ជូនបន្ត និងផ្នែកវិបត្តិនៃខោនធី (សូមមើលជំពូកទី 2 ផ្នែក K នៅក្នុងសៀវភៅណែនាំសមាជិកនេះសម្រាប់លេខទូរសព្ទ និងម៉ោងធ្វើការ)
- ការិយាល័យបង្ការ និងគ្រប់គ្រងការប្រើប្រាស់សារធាតុញៀននៃក្រសួងសុខាភិបាល សាធារណៈ ខោនធី Los Angeles (សូមទូរសព្ទទៅលេខ 888-742-7900 (TTY: 711) 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។
- សុខភាពអាកប្បកិរិយាប្រចាំ San Diego – សេវាបញ្ឈប់ការប្រើប្រាស់សារធាតុញៀន (សូមទូរសព្ទទៅលេខ 888-724-7240 (TTY: 711) 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។

- ខ្សែទូរសព្ទផ្នែកសេវាសុខភាពអាកប្បកិរិយារបស់គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan (សូមមើលជំពូកទី 2 ផ្នែក D នៃសៀវភៅណែនាំសមាជិកនេះសម្រាប់លេខទូរសព្ទ និងម៉ោងធ្វើការ)
- សេវាបម្រើអតិថិជន Blue Shield TotalDual Plan (លេខទូរសព្ទ និងម៉ោងប្រតិបត្តិការត្រូវបានបោះពុម្ពនៅខាងក្រោមទំព័រនេះ)

ដំណើរការដើម្បីកំណត់សេវាដែលចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ

ភាពចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រត្រូវបានកំណត់ដោយអ្នកផ្តល់សេវាដែលមានអាជ្ញាបណ្ណត្រឹមត្រូវ។ លក្ខណៈវិនិច្ឆ័យចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រត្រូវបានប្រើប្រាស់ដោយ Blue Shield TotalDual Plan និងខោនធី ត្រូវបានបង្កើតឡើងដោយអ្នកជំនាញផ្នែកសុខភាពអាកប្បកិរិយា និងអ្នកពាក់ព័ន្ធផ្សេងទៀត ហើយត្រូវគ្នាទៅនឹងលក្ខខណ្ឌតម្រូវនៃបទប្បញ្ញត្តិ។

ដំណើរការបញ្ជូនបន្តរវាងគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan និងខោនធី

ប្រសិនបើអ្នកកំពុងទទួលបានសេវាពីគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan ឬខោនធី អ្នកអាចត្រូវបានបញ្ជូនទៅអង្គភាពផ្សេងទៀតដែលស្របតាមតម្រូវការរបស់អ្នក។ គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan ឬខោនធីអាចបញ្ជូនអ្នកដោយទូរសព្ទទៅអង្គភាពដែលការបញ្ជូនបន្តកំពុងត្រូវបានធ្វើឡើង។ ទម្រង់បែបបទនៃការបញ្ជូនបន្តក៏ត្រូវបំពេញដោយអ្នកផ្តល់សេវាដែលធ្វើការបញ្ជូន ហើយវាត្រូវផ្ញើទៅកាន់អង្គភាពដែលអ្នកកំពុងត្រូវបានគម្រោងបញ្ជូនទៅ។

ដំណើរការក្នុងការដោះស្រាយបញ្ហា

ប្រសិនបើមានជម្លោះរវាងអ្នក និងខោនធី ឬគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan អ្នកនឹងបន្តទទួលបានការថែទាំសុខភាពអាកប្បកិរិយាដែលចាំបាច់ រួមទាំងមានវេជ្ជបញ្ជា រហូតដល់ជម្លោះត្រូវបានដោះស្រាយ។ គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan បានធ្វើការជាមួយខោនធី ដើម្បីបង្កើតដំណើរការក្នុងការដំណោះស្រាយដែលទាន់ពេលវេលា ហើយមិនប៉ះពាល់អវិជ្ជមានដល់សេវាដែលអ្នកកំពុងត្រូវការទទួលបាន។ អ្នកក៏អាចប្រើដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan ឬខោនធី អាស្រ័យលើអង្គភាពដែលអ្នកកំពុងមានជម្លោះជាមួយ។ សម្រាប់ព័ត៌មានអំពីដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ សូមមើល **ជំពូកទី 9** នៃសៀវភៅណែនាំសមាជិករបស់អ្នក។

G. សេវាមធ្យោបាយធ្វើដំណើរ

G1.មធ្យោបាយធ្វើដំណើរផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រនៃស្ថានភាពដែលមិនមែនជាជំងឺសង្គ្រោះបន្ទាន់

អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានមធ្យោបាយធ្វើដំណើរផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដែលមិនមែនជាជំងឺសង្គ្រោះបន្ទាន់ ប្រសិនបើអ្នកមានតម្រូវការផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដែលមិនអនុញ្ញាតឱ្យអ្នកប្រើរថយន្ត រថយន្តក្រុង ឬតាក់ស៊ីទៅតាមការណាត់ជួបរបស់អ្នក។ មធ្យោបាយធ្វើដំណើរផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដែលមិនមែនជាជំងឺសង្គ្រោះបន្ទាន់អាចត្រូវបានផ្តល់ជូនសម្រាប់សេវាដែលធានារ៉ាប់រងលើការណាត់ជួបដូចជា ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ សុខភាពមាត់ធ្មេញ សុខភាពផ្លូវចិត្ត ការប្រើប្រាស់សារធាតុញៀន និងឱសថស្ថាន។ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការមធ្យោបាយធ្វើដំណើរផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដែលមិនមែនជាជំងឺសង្គ្រោះបន្ទាន់ អ្នកអាចទាក់ទងអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក ឬអ្នកលក់ផ្នែកមធ្យោបាយធ្វើដំណើររបស់យើង Call the Car។ អ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក ឬអ្នកលក់ផ្នែកមធ្យោបាយធ្វើដំណើររបស់យើង Call The Car អាចជួយអ្នកសម្រេចអំពីប្រភេទមធ្យោបាយធ្វើដំណើរដែលល្អបំផុតដើម្បីបំពេញតម្រូវការរបស់អ្នក។

មធ្យោបាយធ្វើដំណើរផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដែលមិនមែនជាជំងឺសង្គ្រោះបន្ទាន់ គឺជាមធ្យោបាយធ្វើដំណើរដោយរថយន្តសង្គ្រោះបន្ទាន់ រថយន្តវ៉ែងទេសចរណ៍បំពាក់ដោយគ្រែសែងអ្នកជំងឺ រថយន្តវ៉ែងដែលមានរទេះរុញ ឬការដឹកជញ្ជូនតាមផ្លូវអាកាស។ គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan អនុញ្ញាតឱ្យមានមធ្យោបាយធ្វើដំណើរ ដែលបានធានារ៉ាប់រងក្នុងតម្លៃទាបបំផុត និងមធ្យោបាយធ្វើដំណើរផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដែលមិនមែនជាជំងឺសង្គ្រោះបន្ទាន់សមស្របបំផុតសម្រាប់តម្រូវការផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នក នៅពេលដែលអ្នកត្រូវការជិះទៅកាន់ការណាត់ជួបរបស់អ្នក។ ឧទាហរណ៍ ប្រសិនបើអ្នកអាចធ្វើដំណើរតាមរថយន្តសម្រាប់ជនពិការដែលមានកៅអីរុញបាន ទាំងផ្នែករាងកាយ និងផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan នឹងមិនបង់ប្រាក់សម្រាប់រថយន្តសង្គ្រោះទេ។ អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានការដឹកជញ្ជូនតាមជើងអាកាសតែក្នុងករណីដែលស្ថានភាពផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នកធ្វើឱ្យការដឹកជញ្ជូនតាមផ្លូវគោកគ្រប់ទម្រង់មិនអាចធ្វើទៅបានតែប៉ុណ្ណោះ។

មធ្យោបាយធ្វើដំណើរផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដែលមិនមែនជាជំងឺសង្គ្រោះបន្ទាន់ត្រូវតែប្រើនៅពេល៖

- អ្នកត្រូវការវ៉ាផ្នែករាងកាយ ឬផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដូចដែលបានកំណត់ដោយការអនុញ្ញាតជាលាយលក្ខណ៍អក្សរពីអ្នកផ្តល់សេវាផ្សេងទៀតរបស់អ្នក ពីព្រោះអ្នកមិនអាចប្រើរថយន្តក្រុង តាក់ស៊ី រថយន្ត ឬរថយន្តវ៉ែនដើម្បីទៅដល់ការណាត់ជួបរបស់អ្នកបាន។
- អ្នកត្រូវការជំនួយពីអ្នកបើកបរទៅ និងមកពីលំនៅឋាន យានជំនិះ ឬកន្លែងព្យាបាលដោយសារពិការភាពខាងផ្លូវកាយ ឬផ្លូវចិត្ត។

ដើម្បីស្នើសុំមធ្យោបាយធ្វើដំណើរផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដែលវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកបានចេញវេជ្ជបញ្ជាសម្រាប់**ការណាត់ជួបជាប្រចាំ** ដែលមិនបន្ទាន់ ទូរសព្ទទៅ Call The Car តាមលេខ 1-877-433-2178 (TTY: 711) 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ និង 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ កម្មវិធីទូរសព្ទចល័ត CTC Go អាចប្រើសម្រាប់ការកក់ កែសម្រួលតាមដាន និងលុបចោលការកក់កៅអីរុញរបស់អ្នកបានយ៉ាងងាយស្រួល។ កម្មវិធីទូរសព្ទចល័ត CTC Go មិន

អាចប្រើបានសម្រាប់មធ្យោបាយធ្វើដំណើរដែលមានប្រង់ការទេ ហើយអ្នកត្រូវតែទូរសព្ទដើម្បីធ្វើការកក់ទាំងនោះ។ ការកក់ការណាត់ជួបជាប្រចាំមិនមែនបន្ទាន់ត្រូវតែធ្វើឡើង 24 ម៉ោងមុនពេលការណាត់ជួបរបស់អ្នក។ សម្រាប់**ការណាត់ជួបបន្ទាន់** សូមហៅទូរសព្ទឱ្យបានឆាប់តាមដែលអាចធ្វើទៅបាន។ រៀបចំបណ្ណសម្គាល់សមាជិករបស់អ្នក នៅពេលអ្នកហៅទូរសព្ទ។ អ្នកក៏អាចទូរសព្ទផងដែរ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការព័ត៌មានបន្ថែម។

មធ្យោបាយធ្វើដំណើរផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រមានដែនកំណត់

គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan ធានារ៉ាប់រងលើមធ្យោបាយធ្វើដំណើរផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដែលមានតម្លៃទាបបំផុត ដែលបំពេញតាមតម្រូវការផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នកពីផ្ទះរបស់អ្នកទៅកាន់អ្នកផ្តល់សេវាដែលនៅជិតបំផុតតាមការណាត់ជួបដែលមាន។ មធ្យោបាយធ្វើដំណើរផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រនឹងមិនត្រូវបានផ្តល់ជូនទេ ប្រសិនបើ Medicare ឬ Medi-Cal មិនធានារ៉ាប់រងលើសេវានេះ។ ប្រសិនបើប្រភេទនៃការណាត់ជួបត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយ Medi-Cal ប៉ុន្តែមិនមែនតាមរយៈគម្រោងថែទាំសុខភាពទេ គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan នឹងជួយអ្នកកំណត់ពេលវេលាសម្រាប់មធ្យោបាយធ្វើដំណើររបស់អ្នក។ បញ្ជីសេវាដែលមានធានារ៉ាប់រងមាននៅក្នុងជំពូកទី 4 នៃសៀវភៅណែនាំនេះ។ មធ្យោបាយធ្វើដំណើរមិនត្រូវបានធានារ៉ាប់រងនៅក្រៅបណ្តាញ ឬតំបន់ផ្តល់សេវារបស់គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan នោះទេ លុះត្រាតែមានការអនុញ្ញាតជាមុន។

G2. មធ្យោបាយធ្វើដំណើរដែលមិនមែនជាផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ

អត្ថប្រយោជន៍នៃមធ្យោបាយធ្វើដំណើរដែលមិនមែនជាផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្ររួមមានការធ្វើដំណើរទៅ និងមកពីការណាត់ជួបរបស់អ្នកសម្រាប់សេវាដែលអនុញ្ញាតដោយអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក។ អ្នកអាចទទួលជំនិះ ដោយឥតគិតថ្លៃដល់អ្នក នៅពេលអ្នក៖

- ធ្វើដំណើរទៅ និងមកពីការណាត់ជួបសម្រាប់សេវា ដែលអនុញ្ញាតដោយអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក ឬ
- ទៅយកថ្នាំតាមវេជ្ជបញ្ជា និងបរិក្ខារផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ។

គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan អនុញ្ញាតឱ្យអ្នកប្រើរថយន្ត តាក់ស៊ី រថយន្តក្រុង ឬមធ្យោបាយសាធារណៈ/ឯកជនផ្សេងទៀត ដើម្បីទៅដល់តាមការណាត់ជួបដែលមិនមែនជាផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នក។ គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan ប្រើ Call The Car ដើម្បីរៀបចំមធ្យោបាយធ្វើដំណើរដែលមិនមែនជាផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ។ យើងធានារ៉ាប់រងលើប្រភេទមធ្យោបាយធ្វើដំណើរដែលមិនមែនជាផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដែលមានតម្លៃទាបបំផុតដែលបំពេញតាមតម្រូវការរបស់អ្នក។

ពេលខ្លះ អ្នកអាចទទួលបានសំណងសម្រាប់ការធ្វើដំណើរក្នុងយានជំនិះឯកជនដែលអ្នករៀបចំ។ គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan ត្រូវតែយល់ព្រមលើរឿងនេះ**មុនពេល**អ្នកទទួលបានការធ្វើដំណើរ ហើយអ្នកត្រូវតែប្រាប់យើងពីមូលហេតុដែលអ្នកមិនអាចទទួលបានការធ្វើដំណើរតាមវិធីផ្សេងទៀត ដូចជាការជិះរថយន្តក្រុងជាដើម។ អ្នកអាចប្រាប់យើងខ្ញុំតាមរយៈការហៅទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-452-4413 (TTY: 711)

ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 00 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ **អ្នកមិនអាចទទួលបានសំណងសម្រាប់ការបើកបរដោយខ្លួនឯងទេ។**

ការផ្តល់សំណងគិតជាម៉ាយល៍តម្រូវឱ្យមានដូចខាងក្រោម៖

- បណ្ណាបើកបររបស់អ្នកបើកបរ។
- ការចុះបញ្ជីយានយន្តរបស់អ្នកបើកបរ។
- ភស្តុតាងនៃការធានារ៉ាប់រងរថយន្តសម្រាប់អ្នកបើកបរ។

ដើម្បីស្នើសុំការធ្វើដំណើរ សូមទូរសព្ទទៅ Call the Carតាមរយៈលេខ 1-877-433-2178 (TTY: 711) 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍យ៉ាងតិចណាស់ម្តងបួន (24) ម៉ោងមុន (ចាប់ពីថ្ងៃចន្ទដល់ថ្ងៃសុក្រ) មុនពេលការណាត់ជួបរបស់អ្នក។ កម្មវិធីទូរសព្ទចល័ត CTC Go អាចប្រើបានដើម្បីកំណត់កាលវិភាគ កែប្រែ តាមដាន និងលុបចោលការកក់។

សម្រាប់**ការណាត់ជួបបន្ទាន់** សូមហៅទូរសព្ទឱ្យបានឆាប់តាមដែលអាចធ្វើទៅបាន។ រៀបចំបណ្ណសម្គាល់សមាជិករបស់អ្នក នៅពេលអ្នកហៅទូរសព្ទ។ អ្នកក៏អាចទូរសព្ទផងដែរ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការព័ត៌មានបន្ថែម។

ចំណាំ៖ ជនជាតិដើមអាមេរិកអាចទាក់ទងគ្លីនិកសុខភាពជនជាតិដើមក្នុងតំបន់របស់ពួកគេ ដើម្បីស្នើសុំមធ្យោបាយធ្វើដំណើរដែលមិនមែនជាផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ។

មធ្យោបាយធ្វើដំណើរដែលមិនមែនជាផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រមានដែនកំណត់

គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan ផ្តល់នូវមធ្យោបាយធ្វើដំណើរដែលមិនមែនជាផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រក្នុងតម្លៃទាបបំផុត ដែលបំពេញតាមតម្រូវការរបស់អ្នកពីផ្ទះរបស់អ្នកទៅកាន់អ្នកផ្តល់សេវាដែលនៅជិតបំផុតតាមការណាត់ជួបដែលមាន។ **អ្នកមិនអាចបើកបរដោយខ្លួនឯង ឬទទួលបានសំណងដោយផ្ទាល់ទេ។**

មធ្យោបាយធ្វើដំណើរដែលមិនមែនជាផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រមិនត្រូវបានអនុវត្តទេប្រសិនបើ៖

- រថយន្តសង្គ្រោះ រថយន្តវ៉ែងបំពាក់ដោយឧបករណ៍លើកអ្នកជំងឺ រថយន្តវ៉ែងដែលមានរទេះរុញ ឬមធ្យោបាយធ្វើដំណើរផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដែលមិនមែនជាជំងឺសង្គ្រោះបន្ទាន់ ផ្សេងទៀត គឺចាំបាច់ដើម្បីទទួលបានសេវា។
- អ្នកត្រូវការជំនួយពីអ្នកបើកបរដើម្បីនាំទៅ និងនាំមកពីទីលំនៅឋាន ពីយានយន្ត ឬពីទីកន្លែងព្យាបាលដោយសារតែស្ថានភាពរាងកាយ ឬផ្លូវចិត្ត។
- អ្នកស្ថិតនៅក្នុងរទេះរុញ ហើយមិនអាចចូល និងចេញពីរថយន្តបានដោយគ្មានជំនួយពីអ្នកបើកបរ។
- សេវានេះមិនត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare ឬ Medi-Cal ទេ។

H. សេវាដែលមានធានារ៉ាប់រងនៅក្នុងការសង្គ្រោះបន្ទាន់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ នៅពេលដែលត្រូវការជាបន្ទាន់ ឬក្នុងអំឡុងពេលមានគ្រោះមហន្តរាយ

H1.ការថែទាំក្នុងការសង្គ្រោះបន្ទាន់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ

ការសង្គ្រោះបន្ទាន់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ គឺជាស្ថានភាពវេជ្ជសាស្ត្រជាមួយអាការរោគដូចជា ការឈឺចាប់ធ្ងន់ធ្ងរ ឬការរងរបួសធ្ងន់ធ្ងរ។ ស្ថានភាពនេះគឺធ្ងន់ធ្ងរ ដូច្នេះហើយ ប្រសិនបើអ្នកមិនទទួលបានការព្យាបាលភ្លាមៗទេ អ្នក ឬអ្នកដែលមានចំណេះដឹងជាមធ្យមអំពីសុខភាព និងថ្នាំអាចរំពឹងថាវានឹងបណ្តាលឱ្យមានលទ្ធផលដូចខាងក្រោម៖

- ហានិភ័យធ្ងន់ធ្ងរចំពោះសុខភាពរបស់អ្នក ឬចំពោះកូននៅក្នុងផ្ទៃរបស់អ្នក **ឬ**
- ការខូចខាតធ្ងន់ធ្ងរចំពោះមុខងាររាងកាយ **ឬ**
- មុខងារនៃសរីរាង្គ ឬផ្នែកណាមួយនៃរាងកាយដំណើរការខុសប្រក្រតីធ្ងន់ធ្ងរ **ឬ**
- ក្នុងករណីស្ត្រីមានផ្ទៃពោះកំពុងឈឺពោះសម្រាល នៅពេល៖
  - មិនមានពេលគ្រប់គ្រាន់ ដើម្បីផ្ទេរអ្នកទៅមន្ទីរពេទ្យមួយទៀតដោយសុវត្ថិភាព មុនពេលសម្រាលកូន។
  - ការផ្ទេរទៅមន្ទីរពេទ្យផ្សេងទៀតអាចបង្កឱ្យមានការគំរាមកំហែងដល់សុខភាព ឬសុវត្ថិភាពរបស់អ្នក ឬដល់កូនក្នុងផ្ទៃរបស់អ្នក។

ប្រសិនបើអ្នកមានការសង្គ្រោះបន្ទាន់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ៖

- **ស្វែងរកជំនួយឱ្យបានលឿនតាមដែលអាចធ្វើទៅបាន។** សូមហៅទូរសព្ទទៅលេខ 911 ឬប្រើប្រាស់បន្ទប់សង្គ្រោះបន្ទាន់ ឬមន្ទីរពេទ្យដែលនៅជិតបំផុត។ ទូរសព្ទហៅរថយន្តសង្គ្រោះបន្ទាន់ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការវា។ អ្នក**មិនចាំបាច់**ត្រូវការការយល់ព្រម ឬការបញ្ជូនបន្តពី PCP របស់អ្នកទេ។ អ្នកមិនចាំបាច់ប្រើអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញទេ។ អ្នកអាចទទួលបានការថែទាំសម្រាប់ការសង្គ្រោះបន្ទាន់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ ពេលណាដែលអ្នកត្រូវការវា នៅគ្រប់ទីកន្លែងនៅ U.S. ឬក្នុងដែនដីរបស់ខ្លួន ឬនៅទូទាំងពិភពលោកពីអ្នកផ្តល់សេវាដែលមានអាជ្ញាបណ្ណរដ្ឋសមស្របណាមួយ។
- **ប្រាប់គម្រោងរបស់យើងឱ្យបានឆាប់តាមដែលអាចធ្វើទៅបានអំពីការសង្គ្រោះបន្ទាន់របស់អ្នក។** យើងតាមដានការថែទាំសម្រាប់ការសង្គ្រោះបន្ទាន់របស់អ្នក។ អ្នក ឬនរណាម្នាក់ទៀតគួរតែទូរសព្ទមកប្រាប់យើងខ្ញុំ អំពីការថែទាំសម្រាប់ការសង្គ្រោះបន្ទាន់របស់អ្នក ដែលតាមធម្មតាគឺក្នុងរយៈពេល 48 ម៉ោង។ ទោះបីជាយ៉ាងណាក៏ដោយ អ្នកនឹងមិនបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាសង្គ្រោះបន្ទាន់ ប្រសិនបើអ្នកប្រាប់យើងខ្ញុំថាពន្យារពេល។ សូមហៅទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជនរបស់គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan តាមលេខ 1-800-452-4413 (TTY: 711) ចាប់ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក រហូតដល់

ម៉ោង 8:00 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ លេខទូរសព្ទផ្នែកបម្រើអតិថិជនរបស់យើងក៏មាននៅលើបណ្ណសមាជិកភាពរបស់អ្នកផងដែរ។

សេវាដែលមានធានារ៉ាប់រងសម្រាប់ការសង្គ្រោះបន្ទាន់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ

គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan ផ្តល់ធានារ៉ាប់រងលើសេវាថែទាំសុខភាពបន្ទាន់ និងសេវាថែទាំជាបន្ទាន់ទូទាំងពិភពលោក នៅក្រៅសហរដ្ឋអាមេរិក និងដែនដីរបស់ខ្លួន ក្រោមលក្ខខណ្ឌជាក់លាក់ ដោយមិនកំណត់ពីចំនួនទឹកប្រាក់សរុបប្រចាំឆ្នាំ។ សូមមើលតារាងអត្ថប្រយោជន៍ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រនៅក្នុងជំពូកទី 4 ផ្នែក D នៃឯកសារនេះសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។

ប្រសិនបើអ្នកចាំបាច់ត្រូវការរថយន្តសង្គ្រោះដើម្បីធ្វើដំណើរទៅកាន់បន្ទប់សង្គ្រោះបន្ទាន់ គម្រោងរបស់យើងនឹងធានារ៉ាប់រងលើសេវានោះ។ យើងក៏ធានារ៉ាប់រងលើសេវាវេជ្ជសាស្ត្រក្នុងអំឡុងពេលមានករណីសង្គ្រោះបន្ទាន់ផងដែរ។ ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែម សូមមើលតារាងអត្ថប្រយោជន៍នៅក្នុង**ជំពូកទី 4** នៃសៀវភៅណែនាំសមាជិករបស់អ្នក។

អ្នកផ្តល់សេវាដែលផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវការថែទាំក្នុងស្ថានភាពអាសន្នសម្រេចថា តើស្ថានភាពរបស់អ្នកមានស្ថេរភាពនៅពេលណា ហើយការសង្គ្រោះបន្ទាន់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រត្រូវបានបញ្ចប់នៅពេលណា។ ពួកគេនឹងបន្តព្យាបាលអ្នក ហើយនឹងទាក់ទងមកយើងដើម្បីធ្វើគម្រោង ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការការថែទាំតាមដានដើម្បីឱ្យប្រសើរឡើង។

គម្រោងរបស់យើងធានារ៉ាប់រងលើការថែទាំតាមដានរបស់អ្នក។ ប្រសិនបើអ្នកទទួលបានការថែទាំក្នុងស្ថានភាពអាសន្នពីសំណាក់អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពក្រៅបណ្តាញ យើងខ្ញុំនឹងព្យាយាមរកអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញដើម្បីទទួលយកករណីរបស់អ្នកមកគ្រប់គ្រងឱ្យបានឆាប់ៗតាមដែលអាចធ្វើទៅបាន។

ទទួលបានការថែទាំក្នុងគ្រាអាសន្ន ប្រសិនបើវាមិនមែនជាករណីក្នុងគ្រាអាសន្ន

ជួនកាល វាអាចនឹងពិបាកក្នុងការដឹងបានថា តើអ្នកមានតម្រូវការបន្ទាន់សម្រាប់ការព្យាបាលសុខភាពផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ ឬផ្នែកសុខភាពអាកប្បកិរិយានោះ។ អ្នកអាចនឹងចូលទៅរកការថែទាំក្នុងស្ថានភាពអាសន្ន ហើយមានវេជ្ជបណ្ឌិតនិយាយថាស្ថានភាពអ្នកមិនមែននៅក្នុងគ្រាអាសន្នក្នុងនោះទេ។ ដរាបណាអ្នកគិតថា សុខភាពរបស់អ្នកស្ថិតក្នុងគ្រោះថ្នាក់ធ្ងន់ធ្ងរ យើងរ៉ាប់រងការថែទាំរបស់អ្នក។

បន្ទាប់ពីវេជ្ជបណ្ឌិតនិយាយថាស្ថានភាពអ្នកមិនមែននៅក្នុងគ្រាអាសន្នក្នុងនោះ យើងនឹងធានារ៉ាប់រងលើការថែទាំបន្ថែមរបស់អ្នកឱ្យបានលុះត្រាតែ៖

- អ្នកប្រើអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ **ឬ**
- ការថែទាំបន្ថែមដែលអ្នកទទួលបានត្រូវបានគេចាត់ទុកថា ជា “ការព្យាបាលដែលត្រូវការជាបន្ទាន់” ហើយអ្នកអនុវត្តតាមបទបញ្ជាដើម្បីទទួលបានការថែទាំនេះ។ សូមមើលផ្នែកបន្ទាប់។

H2. ការថែទាំដែលត្រូវការជាបន្ទាន់

ការថែទាំដែលត្រូវការជាបន្ទាន់ គឺជាការថែទាំដែលអ្នកទទួលបានសម្រាប់ស្ថានភាពដែលមិនមែនក្នុងគ្រាអាសន្ន ប៉ុន្តែត្រូវការការថែទាំភ្លាមៗ។ ជាឧទាហរណ៍ អ្នកប្រហែលជាមានការរើឡើងនៃស្ថានភាព ដែលមានកន្លងមក ឬជំងឺ ឬរបួសដែលមិនបានរំពឹងទុក។

ការព្យាបាលដែលត្រូវការជាបន្ទាន់នៅក្នុងតំបន់ផ្តល់សេវានៃគម្រោងរបស់យើង

ក្នុងករណីភាគច្រើន យើងធានារ៉ាប់រងលើការព្យាបាលដែលត្រូវការជាបន្ទាន់បានលុះត្រាតែ៖

- អ្នកទទួលការព្យាបាលនេះ ពីអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំក្នុងបណ្តាញ **និង**
- អ្នកអនុវត្តតាមបទបញ្ជាតដែលបានរៀបរាប់នៅក្នុងជំពូកនេះ។

ប្រសិនបើក្នុងករណីដែលអ្នកមិនអាចទៅជួបអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញបានដោយសារពេលវេលា ទីកន្លែង ឬហេតុផលផ្សេងៗ យើងនឹងផ្តល់ការធានារ៉ាប់រងសម្រាប់ការព្យាបាលជាបន្ទាន់ដែលអ្នកទទួលពីអ្នកផ្តល់សេវានៅក្រៅបណ្តាញ។ សម្រាប់បញ្ហាដែលធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពចុងក្រោយនៃមជ្ឈមណ្ឌលថែទាំបន្ទាន់ដែលជាសាខាជាមួយក្រុមគ្រូពេទ្យរបស់អ្នក សូមទាក់ទងទៅ PCP របស់អ្នក។ អ្នកក៏អាចស្វែងរកមជ្ឈមណ្ឌលថែទាំបន្ទាន់នៅក្នុងតំបន់របស់អ្នកដោយចូលទៅកាន់គេហទំព័រ blueshieldca.com/find-a-doctor ។

ការព្យាបាលដែលត្រូវការជាបន្ទាន់នៅក្រៅតំបន់ផ្តល់សេវានៃគម្រោងរបស់យើង

នៅពេលដែលអ្នកស្ថិតនៅក្រៅតំបន់ផ្តល់សេវារបស់គម្រោងរបស់ពួកយើង អ្នកប្រហែលជាមិនអាចទទួលបានការព្យាបាលពីអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញឡើយ។ ក្នុងករណីនោះ គម្រោងរបស់យើងនឹងរ៉ាប់រងលើការព្យាបាលដែលត្រូវការជាបន្ទាន់ដែលអ្នកទទួលបានពីអ្នកផ្តល់សេវាណាមួយ។

គម្រោងរបស់យើងរ៉ាប់រងលើ សេវាព្យាបាលក្នុងគ្រាអាសន្ន និងការព្យាបាលដែលត្រូវការជាបន្ទាន់ទូទាំងពិភពលោកនៅក្រៅសហរដ្ឋអាមេរិក និងដែនដីរបស់ខ្លួនក្រោមកាលៈទេសៈដូចខាងក្រោមដោយគ្មានការកំណត់ប្រចាំឆ្នាំរួមគ្នា។ ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែម សូមមើល*ការព្យាបាលក្នុងគ្រាអាសន្ន* និង*ការព្យាបាលដែលត្រូវការជាបន្ទាន់* នៅក្នុងតារាងអត្ថប្រយោជន៍ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រនៅក្នុងជំពូកទី 4 ផ្នែក D។

ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការព្យាបាលដែលត្រូវការជាបន្ទាន់ខណៈពេលដែលនៅក្រៅសហរដ្ឋអាមេរិក និងដែនដីរបស់ខ្លួន សូមហៅទូរសព្ទទៅមជ្ឈមណ្ឌលសេវាស្នូលជាសកលរបស់ Blue Shield ដោយឥតគិតថ្លៃតាមរយៈលេខ (800) 810-2583 ឬហៅទូរសព្ទទៅប្រមូលតាមលេខ (804) 673-1177 បាន 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ នៅពេលគ្រាមានអាសន្ន សូមទៅកាន់មន្ទីរពេទ្យដែលនៅជិតបំផុត។ អ្នកក៏គួរតែហៅទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជននៅផ្នែកខាងក្រោយនៃបណ្ណសម្គាល់សមាជិករបស់អ្នកផងដែរ។ ជាផ្នែកមួយនៃសេវានេះ សម្រាប់ការព្យាបាលអ្នកជំងឺក្នុងមន្ទីរពេទ្យ អ្នកអាចទាក់ទងមជ្ឈមណ្ឌលសេវាស្នូលជាសកលរបស់ Blue Shield ដើម្បីរៀបចំការចូលប្រើសេវាដោយ មិនបាច់ប្រើសាច់ប្រាក់បង់។ ប្រសិនបើអ្នករៀបចំឱ្យមានការចូលប្រើសេវាដោយមិនបាច់ប្រើសាច់ប្រាក់បង់ អ្នកគឺត្រូវទទួលខុសត្រូវចំពោះការចំណាយចេញពីហោប៉ៅដូច

ធម្មតា ដែលនោះគឺមានការគិតថ្លៃលើសេវាមិនមានការធានារ៉ាប់រង និងការបង់ប្រាក់រួម។ ប្រសិនបើអ្នកមិនរៀបចំការចូលប្រើសេវាដោយមិនបាច់ប្រើសាច់ប្រាក់បង់នោះ អ្នកនឹងត្រូវបង់ថ្លៃវិក្កយបត្រទាំងមូលសម្រាប់ការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក ហើយដាក់សំណើសម្រាប់ការសងប្រាក់វិញ។

H3.ការថែទាំក្នុងពេលមានគ្រោះមហន្តរាយ

ប្រសិនបើអភិបាលរដ្ឋ California លេខាធិការក្រសួងសុខាភិបាល និងសេវាមនុស្សជាតិអាមេរិក ឬប្រធានាធិបតី United States ប្រកាសពីស្ថានភាពនៃគ្រោះមហន្តរាយ ឬភាពអាសន្ននៅក្នុងតំបន់ភូមិសាស្ត្ររបស់អ្នក អ្នកនៅតែមានសិទ្ធិទទួលបានការថែទាំពីគម្រោងរបស់យើង។

ចូលមើលគេហទំព័ររបស់យើងសម្រាប់ព័ត៌មានអំពីរបៀបទទួលបានការថែទាំដែលអ្នកត្រូវការក្នុងអំឡុងពេលគ្រោះមហន្តរាយដែលបានប្រកាស៖ blueshieldca.com/emergencypolicy។

ក្នុងអំឡុងពេលគ្រោះមហន្តរាយដែលបានប្រកាស ប្រសិនបើអ្នកមិនអាចប្រើអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញបានទេ អ្នកអាចទទួលបានការថែទាំពីអ្នកផ្តល់សេវាក្រៅបណ្តាញក្នុងអត្រាចំណែកនៃថ្លៃចូលរួមការចំណាយក្នុងបណ្តាញ។ ប្រសិនបើអ្នកមិនអាចប្រើឱសថស្ថាននៅក្នុងបណ្តាញអំឡុងពេលមានគ្រោះមហន្តរាយដូចដែលបានប្រកាសនោះ អ្នកអាចបើកឱសថមានវេជ្ជបញ្ជានៅឯឱសថស្ថានក្រៅបណ្តាញបាន។ សូមមើល **ជំពូកទី 5** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក* របស់អ្នកសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។

I. អ្វីដែលត្រូវធ្វើប្រសិនបើអ្នកទទួលបានវិក្កយបត្រដោយផ្ទាល់សម្រាប់សេវាដែលគ្រោងរបស់យើងធានារ៉ាប់រង

ប្រសិនបើអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំផ្ញើឱ្យអ្នកនូវវិក្កយបត្រមួយជំនួសឱ្យការផ្ញើវាទៅកាន់គម្រោងនេះ អ្នកគួរតែស្នើឱ្យពួកយើងបង់ថ្លៃចំណែក វិក្កយបត្ររបស់យើង។

អ្នកមិនគួរបង់វិក្កយបត្រនោះដោយខ្លួនឯងឡើយ។ បើអ្នកបង់ប្រាក់ដោយខ្លួនឯង នោះគម្រោងប្រហែលជាមិនចេញថ្លៃសងឱ្យអ្នកវិញឡើយ។

ប្រសិនបើអ្នកបានបង់ប្រាក់ច្រើនជាងចំណែកនៃថ្លៃចូលរួមការចំណាយក្នុងគម្រោងរបស់អ្នកសម្រាប់សេវាដែលមានធានារ៉ាប់រង ឬប្រសិនបើអ្នកទទួលបានវិក្កយបត្រ សម្រាប់ថ្លៃចំណាយពេញនៃសេវាវេជ្ជសាស្ត្រដែលមានធានារ៉ាប់រង សូមមើល **ជំពូកទី 7** នៃ សៀវភៅណែនាំសមាជិក របស់អ្នកដើម្បីស្វែងយល់ពីអ្វីដែលត្រូវធ្វើ។

I1.អ្វីដែលត្រូវធ្វើ ប្រសិនបើគម្រោងរបស់យើងមិនធានារ៉ាប់រងលើសេវា

គម្រោងរបស់យើងរ៉ាប់រងលើសេវាទាំងអស់៖

- ដែលត្រូវបានកំណត់ថា មានភាពចាំបាច់ខាងផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ **និង**

- ដែលត្រូវបានរាយក្នុងតារាងអត្ថប្រយោជន៍នៃគម្រោងរបស់យើង (សូមមើល **ជំពូកទី 4** នៃ សៀវភៅណែនាំសមាជិករបស់អ្នក) **និង**
- ដែលអ្នកទទួលបានដោយការអនុវត្តតាមបទបញ្ជានៃគម្រោង។

ប្រសិនបើអ្នកទទួលបានសេវាដែលគម្រោងរបស់យើងមិនធានារ៉ាប់រង **អ្នកនឹងបង់ថ្លៃចំណាយពេញដោយខ្លួនឯង** លុះត្រាតែសេវានោះទទួលបានការធានារ៉ាប់រងដោយកម្មវិធី Medi-Cal ផ្សេងទៀតនៅក្រៅគម្រោងរបស់យើង។

ប្រសិនបើអ្នកចង់ដឹងថាតើយើងបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាវេជ្ជសាស្ត្រ ឬការថែទាំព្យាបាលណាមួយនោះ អ្នកមានសិទ្ធិសាកសួរយើងខ្ញុំបាន។ អ្នកក៏មានសិទ្ធិដើម្បីស្នើសុំវាជាលាយលក្ខណ៍អក្សរផងដែរ។ បើសិនយើងនិយាយថាយើងនឹងមិនបង់ថ្លៃសេវារបស់អ្នកទេ អ្នកមានសិទ្ធិប្តឹងឧទ្ធរណ៍ចំពោះការសម្រេចរបស់យើង។

ជំពូកទី 9 នៃសៀវភៅណែនាំសមាជិករបស់អ្នកពន្យល់ពីអ្វីដែលត្រូវធ្វើ ប្រសិនបើអ្នកចង់ឱ្យយើងខ្ញុំធានារ៉ាប់រងលើទំនិញ ឬសេវាវេជ្ជសាស្ត្រ។ ជំពូកនេះក៏ប្រាប់អ្នកអំពីរបៀបដែលត្រូវប្តឹងឧទ្ធរណ៍ចំពោះសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងរបស់យើងផងដែរ។ សូមហៅទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជន ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពីសិទ្ធិប្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក។

យើងខ្ញុំនឹងបង់ប្រាក់ទូទាត់ឱ្យថ្លៃសេវាមួយចំនួនរហូតដល់ត្រឹមការកំណត់ជាក់លាក់មួយ។ ប្រសិនបើអ្នកចំណាយហួសពីការកំណត់នេះ អ្នកនឹងបង់ថ្លៃចំណាយពេញ ដើម្បីទទួលបានប្រភេទសេវាច្រើនជាងនេះទៀត។ សូមមើល **ជំពូកទី 4** សម្រាប់ដែនកំណត់អត្ថប្រយោជន៍ជាក់លាក់។ សូមហៅទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជន ដើម្បីស្វែងយល់ថាតើអ្វីជាដែនកំណត់អត្ថប្រយោជន៍ និងចំនួនអត្ថប្រយោជន៍ដែលអ្នកបានប្រើប្រាស់។

J. ការធានារ៉ាប់រងលើសេវាថែទាំសុខភាពនៅពេលដែលអ្នកកំពុងស្ថិតនៅក្នុងការស្រាវជ្រាវលើការព្យាបាល

J1. និយមន័យនៃការសិក្សាស្រាវជ្រាវលើការព្យាបាល

ការសិក្សាស្រាវជ្រាវលើការព្យាបាល (ត្រូវបានហៅផងដែរថា ជាការសាកល្បងព្យាបាល) គឺជាមធ្យោបាយមួយដែលវេជ្ជបណ្ឌិតធ្វើតេស្តប្រភេទថ្មីៗនៃការថែទាំសុខភាព ឬឱសថ។ ការសិក្សាស្រាវជ្រាវលើការព្យាបាលដែលយល់ព្រមដោយ Medicare ជាធម្មតាតម្រូវឱ្យអ្នកស្ម័គ្រចិត្តចូលរួមក្នុងការសិក្សានេះ។

នៅពេល Medicare យល់ព្រមលើការសិក្សាមួយដែលអ្នកចង់ចូលរួម ហើយអ្នកបង្ហាញចំណាប់អារម្មណ៍ មនុស្សម្នាក់ដែលធ្វើការលើការសិក្សានោះនឹងទាក់ទងអ្នក។ បុគ្គលនោះប្រាប់អ្នកអំពីការសិក្សា ហើយមើលថាតើអ្នកមានលក្ខណសម្បត្តិអាចចូលរួមក្នុងការសិក្សានេះបានដែរឬទេ។ អ្នកអាចចូលរួមក្នុងការសិក្សាស្រាវជ្រាវនេះបានដរាបណាអ្នកបំពេញតាមលក្ខខណ្ឌដែលតម្រូវ។ អ្នកក៏ត្រូវតែយល់ដឹង និងយល់ព្រមទទួលយកនូវអ្វីដែលអ្នកត្រូវតែធ្វើសម្រាប់ការសិក្សាស្រាវជ្រាវនេះ។

ខណៈដែលអ្នកចូលរួមក្នុងការសិក្សាស្រាវជ្រាវនេះ អ្នកអាចបន្តចុះឈ្មោះចូលរួមក្នុងគម្រោងរបស់យើងបាន។ តាមវិធីនោះ គម្រោងរបស់យើងនឹងបន្តធានារ៉ាប់រងអ្នកសម្រាប់សេវា និងការថែទាំដែលមិនទាក់ទងនឹងការសិក្សានេះ។

ប្រសិនបើអ្នកចង់ចូលរួមក្នុងការសិក្សាស្រាវជ្រាវលើការព្យាបាល ដែលយល់ព្រមដោយ Medicare អ្នក**មិន**ចាំបាច់ប្រាប់យើងខ្ញុំ ឬទទួលការយល់ព្រមពីយើងខ្ញុំ ឬអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំបឋមរបស់អ្នកឡើយ។ អ្នកផ្តល់សេវាដែលផ្តល់ការថែទាំដល់អ្នក ដែលជាផ្នែកមួយនៃការសិក្សានេះ **មិន**ចាំបាច់ជាអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញឡើយ។ សូមកត់ចំណាំថា នេះមិនរួមបញ្ចូលអត្ថប្រយោជន៍ដែលគម្រោងរបស់យើងទទួលខុសត្រូវដែលរួមបញ្ចូលជាសមាសធាតុ ការសាកល្បងព្យាបាល ឬបញ្ជីឈ្មោះវាយតម្លៃអត្ថប្រយោជន៍នោះទេ។ អត្ថប្រយោជន៍ទាំងនេះ រួមមានអត្ថប្រយោជន៍ជាក់លាក់មួយចំនួនដែលត្រូវបានកំណត់ដោយគោលការណ៍ធានារ៉ាប់រងថ្នាក់ជាតិ ដែលតម្រូវឱ្យមានការធានារ៉ាប់រងជាមួយនឹងនឹងការប្រមូលភស្តុតាង (NCDs-CED) និងការសិក្សាសាកល្បងឧបករណ៍វេជ្ជសាស្ត្រថ្មីៗ (IDE)។ ការធានារ៉ាប់រងទាំងនេះអាចត្រូវការឱ្យមានការអនុញ្ញាតជាមុន និងអាចស្ថិតនៅក្រោមច្បាប់ផ្សេងទៀតនៃគម្រោងការធានារ៉ាប់រង។

យើងលើកទឹកចិត្តអ្នកឱ្យប្រាប់យើងខ្ញុំមុនពេលអ្នកចូលរួមក្នុងការសិក្សាស្រាវជ្រាវលើការព្យាបាល។

ប្រសិនបើអ្នកមានគម្រោងចូលរួមក្នុងការសិក្សាស្រាវជ្រាវលើការព្យាបាលដែលបានធានារ៉ាប់រងសម្រាប់អ្នកចុះឈ្មោះដោយ Original Medicare យើងសូមលើកទឹកចិត្តអ្នក ឬអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នកឱ្យទាក់ទងទៅផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជន ដើម្បីឱ្យយើងខ្ញុំដឹងថា អ្នកនឹងចូលរួមក្នុងការសាកល្បងព្យាបាលដែរឬទេ។

J2. ការបង់ថ្លៃសេវា នៅពេលអ្នកចូលរួមនៅក្នុងវេជ្ជសាស្ត្រសិក្សាស្រាវជ្រាវ

ប្រសិនបើអ្នកស្ម័គ្រចិត្តសម្រាប់ការសិក្សាស្រាវជ្រាវព្យាបាលដែល Medicare យល់ព្រម អ្នកនឹងមិនត្រូវបង់ប្រាក់លើអ្វីទាំងអស់សម្រាប់សេវាដែលមានធានារ៉ាប់រងក្រោមការសិក្សា។ Medicare នឹងបង់ថ្លៃសេវាដែលមានធានារ៉ាប់រងក្រោមការសិក្សាព្រមទាំងថ្លៃចំណាយប្រចាំថ្ងៃដែលពាក់ព័ន្ធជាមួយនឹងការថែទាំរបស់អ្នកផងដែរ។ នៅពេលដែលអ្នកចូលរួមក្នុងការសិក្សាស្រាវជ្រាវលើការព្យាបាលដែលយល់ព្រមដោយកម្មវិធី Medicare នោះអ្នកនឹងទទួលបានការរ៉ាប់រងសម្រាប់សេវាទំនិញដែលអ្នកទទួលបានក្នុងមានជាអ្នកចូលរួមក្នុងការសិក្សាស្រាវជ្រាវនេះ។ នេះរួមបញ្ចូលទាំង៖

- បន្ទប់ និងរបបអាហារសម្រាប់ការស្នាក់នៅមន្ទីរពេទ្យ ដែល Medicare នឹងបង់ឱ្យ សូម្បីតែក្នុងករណីដែលអ្នកមិនបានស្ថិតក្នុងការសិក្សាក៏ដោយ
- ការវះកាត់ ឬនីតិវិធីព្យាបាលផ្សេងទៀតដែលជាផ្នែកនៃការសិក្សាស្រាវជ្រាវនេះ
- ការព្យាបាលលើផលរំខានបន្ទាប់បន្សំ និងបញ្ហាសុខភាពនៃការថែទាំថ្មី

ប្រសិនបើអ្នកចូលរួមក្នុងការសិក្សាមួយដែល Medicare **មិន**បានយល់ព្រម នោះអ្នកនឹងត្រូវបង់ថ្លៃណាមួយសម្រាប់ការចូលរួមការសិក្សាស្រាវជ្រាវនេះ។

J3. ការស្វែងយល់បន្ថែម អំពីការសិក្សាស្រាវជ្រាវលើការព្យាបាល

អ្នកអាចស្វែងយល់បន្ថែមអំពីការចូលរួមក្នុងការសិក្សាស្រាវជ្រាវលើការព្យាបាលដោយអាន "Medicare និងការសិក្សាស្រាវជ្រាវលើការព្យាបាល" នៅលើគេហទំព័រ Medicare (www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf)។ អ្នកក៏អាចហៅទូរសព្ទតាមរយៈលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍បានផងដែរ។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរតែទូរសព្ទទៅលេខ 1-877-486-2048។

K. តើសេវាថែទាំសុខភាពរបស់អ្នកទទួលបានការរ៉ាប់រងយ៉ាងដូចម្តេច នៅពេលដែលអ្នកចូលរួមក្នុងមជ្ឈមណ្ឌលថែទាំសុខភាពតាមបែបសាសនាដែលគ្មានលក្ខណៈវេជ្ជសាស្ត្រ?

K1. និយមន័យនៃមជ្ឈមណ្ឌលថែទាំសុខភាពតាមបែបសាសនាដែលគ្មានលក្ខណៈវេជ្ជសាស្ត្រ

មជ្ឈមណ្ឌលថែទាំសុខភាពតាមបែបសាសនាដែលគ្មានលក្ខណៈវេជ្ជសាស្ត្រគឺជាកន្លែងដែលផ្តល់ការថែទាំដែលអ្នកនឹងទទួលបាននៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យ ឬកន្លែងថែទាំសុខភាពដែលមានជំនាញ។ ប្រសិនបើការទទួលបានសេវាថែទាំព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យ ឬមជ្ឈមណ្ឌលថែទាំសុខភាពជំនាញមានប្រឆាំងនឹងជំនឿសាសនារបស់អ្នក យើងខ្ញុំនឹងរ៉ាប់រងលើការថែទាំព្យាបាលនៅមជ្ឈមណ្ឌលថែទាំសុខភាពតាមបែបសាសនាដែលគ្មានលក្ខណៈវេជ្ជសាស្ត្រ។

អត្ថប្រយោជន៍នេះគឺសម្រាប់តែសេវាអ្នកជំងឺដែលសម្រាកព្យាបាលនៅពេទ្យ ដោយយោងតាម Medicare ផ្នែក A (សេវាថែទាំសុខភាពមិនមែនបែបវេជ្ជសាស្ត្រ) ប៉ុណ្ណោះ។

K2. ការទទួលបានការថែទាំពីមជ្ឈមណ្ឌលថែទាំសុខភាពតាមបែបសាសនាដែលគ្មានលក្ខណៈវេជ្ជសាស្ត្រ

ដើម្បីទទួលការថែទាំពីមជ្ឈមណ្ឌលថែទាំសុខភាពតាមបែបសាសនាដែលគ្មានលក្ខណៈវេជ្ជសាស្ត្រ អ្នកត្រូវតែចុះហត្ថលេខាលើឯកសារស្របច្បាប់មួយ ដែលថ្លែងថាអ្នកជំទាស់នឹងការទទួលនូវការព្យាបាលសុខភាព ដែល "មិនអនុគ្រោះ"។

- ការព្យាបាលបែបវេជ្ជសាស្ត្រ "មិនអនុគ្រោះ" គឺជាការថែទាំទាំងឡាយណាដែល **ស្ម័គ្រចិត្ត និងមិនតម្រូវ** ដោយច្បាប់សហព័ន្ធ រដ្ឋ ឬមូលដ្ឋានឡើយ។
- ការព្យាបាលបែបវេជ្ជសាស្ត្រ "អនុគ្រោះ" គឺជាការថែទាំឡាយណាដែល **មិនស្ម័គ្រចិត្ត និងតម្រូវ**ឱ្យស្ថិតក្រោមច្បាប់សហព័ន្ធ រដ្ឋ ឬមូលដ្ឋាន។

ដើម្បីទទួលបានការរ៉ាប់រងពីគម្រោងយើងខ្ញុំ ការថែទាំព្យាបាលដែលអ្នកទទួលបានពីមជ្ឈមណ្ឌលថែទាំសុខភាពតាមបែបសាសនាដែលគ្មានលក្ខណៈវេជ្ជសាស្ត្រ ត្រូវតែឆ្លើយតបទៅនឹងលក្ខខណ្ឌដូចខាងក្រោម៖

- មជ្ឈមណ្ឌលថែទាំការថែទាំត្រូវតែត្រូវបានបញ្ជាក់ដោយកម្មវិធី Medicare ។
- ទំហំធានារ៉ាប់រងនៃសេវារបស់គម្រោងយើងខ្ញុំមានកំណត់ចំពោះទិដ្ឋភាពនៃការថែទាំដែលមិនមែនបែបសាសនា។
- បើសិនអ្នកទទួលបានសេវាពីសំណាក់មជ្ឈមណ្ឌលនេះដែលមានការផ្តល់ជូនដល់អ្នកនៅក្នុងមជ្ឈមណ្ឌលថែទាំសុខភាពមួយ៖
    - អ្នកត្រូវតែមានលក្ខខណ្ឌផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដែលនឹងអនុញ្ញាតឱ្យអ្នកទទួលបានសេវាដែលទទួលបានការរ៉ាប់រងសម្រាប់ការថែទាំដែលសម្រាកព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យ ឬការថែទាំព្យាបាលនៅមជ្ឈមណ្ឌលថែទាំសុខភាពជំនាញ។
    - អ្នកត្រូវតែទទួលបានការយល់ព្រមពីយើងខ្ញុំសិន មុននឹងអ្នកទទួលបានការអនុញ្ញាតឱ្យចូលក្នុងមជ្ឈមណ្ឌលថែទាំសុខភាព បើមិនដូច្នោះទេ ការស្នាក់នៅរបស់អ្នកនឹង**មិន**ទទួលបានការរ៉ាប់រងទេ។

មិនមានការកំណត់ទៅលើចំនួនថ្ងៃត្រូវរ៉ាប់រងសម្រាប់ការស្នាក់នៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យនីមួយៗទេ។ ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែម សូមមើលតារាងអត្ថប្រយោជន៍នៅក្នុងជំពូកទី 4 ផ្នែក D។

L. បរិក្ខារវេជ្ជសាស្ត្រដែលប្រើជាប់បានយូរ (DME)

L1. DME ជាសមាជិកនៃគម្រោងរបស់យើង

DME រួមមានសម្ភារចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រជាក់លាក់មួយចំនួនដែលបានបញ្ជាទិញដោយអ្នកផ្តល់សេវាដូចជារទេះរុញ ឈើច្រត់ ប្រព័ន្ធពួកដើរដោយថាមពល សម្ភារផ្គត់ផ្គង់សម្រាប់ជំងឺទឹកនោមផ្អែម គ្រែមន្ទីរពេទ្យដែលបានបញ្ជាទិញដោយអ្នកផ្តល់សេវាសម្រាប់ប្រើប្រាស់ក្នុងផ្ទះ ថ្នាំចាក់បញ្ចូលតាមសរសៃឈាម (IV) ឧបករណ៍បញ្ចេញសំឡេង ឧបករណ៍ផ្គត់ផ្គង់អុកស៊ីសែន ឧបករណ៍ជំនួយក្នុងការដកដង្ហើម និងឧបករណ៍ជំនួយក្នុងការដើរ។

ជានិច្ចកាល អ្នកមានទំនិញមួយចំនួនដូចជាឧបករណ៍សិប្បនិម្មិត។

នៅក្នុងផ្នែកនេះ យើងពិភាក្សាអំពី DME ដែលអ្នកត្រូវជួល។ ក្នុងនាមជាសមាជិកនៃគម្រោង អ្នកជាធម្មតានឹង**មិន**មាន DME ជាកម្មសិទ្ធឡើយ មិនថាអ្នកជួលវារយៈពេលយូរប៉ុន្មាននោះទេ។

ក្នុងស្ថានភាពកំណត់មួយចំនួន គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan អាចផ្ទេរកម្មសិទ្ធទំនិញ DME ទៅអ្នកដោយអាស្រ័យលើថាតើអ្នកបំពេញបានតាមលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យមួយ ឬទាំងអស់ដូចខាងក្រោមឬទេ៖

- អ្នកមានតម្រូវការវេជ្ជសាស្ត្រជាបន្តបន្ទាប់សម្រាប់ឧបករណ៍ដែលមានតម្លៃទាបជាង $150 និង/ឬ ឧបករណ៍ចាក់ថ្នាំតាមសរសៃ/ឧបករណ៍ព្យួរសេរ៉ូម។

- លិខិតបញ្ជាក់ពីគ្រូពេទ្យ
- ប្រសិនបើឧបករណ៍ ឬគ្រឿងបរិក្ខារត្រូវបានបង្កើតឡើងដើម្បីតម្រូវឱ្យអ្នក

សូមហៅទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជនដើម្បីស្វែងយល់អំពីលក្ខខណ្ឌដែលអ្នកត្រូវតែបំពេញតាម និងឯកសារដែលអ្នកចាំបាច់ត្រូវផ្តល់មក។

ទោះបីជាអ្នកមាន DME រហូតដល់ទៅ 12 ខែជាប់ៗគ្នានៅក្រោម Medicare មុនពេលអ្នកចូលរួមក្នុងគម្រោងរបស់យើងក៏ដោយ អ្នកនឹង**មិន**មែនជាម្ចាស់ឧបករណ៍នោះទេ។

L2. ភាពជាម្ចាស់របស់ DME ប្រសិនបើអ្នកប្តូរទៅ Original Medicare

នៅក្នុងកម្មវិធី Original Medicare បន្ទាប់ពី 13 ខែ សមាជិកដែលជួលប្រភេទ DME ជាក់លាក់មួយចំនួននឹងអាចមានកម្មសិទ្ធលើវា។ នៅក្នុងគម្រោង Medicare Advantage (MA) គម្រោងនេះអាចកំណត់ចំនួនខែដែលសមាជិកត្រូវជួលប្រភេទជាក់លាក់មួយចំនួននៃ DME មុនពេលពួកគេមានកម្មសិទ្ធលើវា។

ចំណាំ៖ អ្នកអាចរកនិយមន័យអំពីគម្រោង Original Medicare និងគម្រោង MA នៅក្នុងជំពូកទី 12។ អ្នកក៏អាចរកព័ត៌មានបន្ថែមអំពីគម្រោងទាំងនេះនៅក្នុងសៀវភៅណែនាំ *Medicare & You 2025* បានផងដែរ។ ប្រសិនបើអ្នកមិនមានច្បាប់ចម្លងនៃកូនសៀវភៅនេះទេនោះ អ្នកអាចទទួលបានវាតាមរយៈគេហទំព័រ Medicare (www.medicare.gov/medicare-and-you) ឬតាមរយៈការហៅទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរទូរសព្ទទៅកាន់លេខ 1-877-486-2048។

ប្រសិនបើ Medi-Cal មិនត្រូវបានជ្រើសរើសទេនោះ អ្នកនឹងត្រូវធ្វើការទូទាត់ចំនួន 13 ដងជាប់ៗគ្នាក្រោមគម្រោង Original Medicare ឬអ្នកត្រូវតែទូទាត់ក្នុងចំនួនជាក់លាក់ជាប់ៗគ្នាតាមការកំណត់របស់គម្រោង MA ដើម្បីក្លាយជាម្ចាស់បរិក្ខារ DME ប្រសិនបើ៖

- អ្នកមិនទាន់បានក្លាយជាម្ចាស់កម្មសិទ្ធិលើបរិក្ខារ DME នោះទេ ខណៈពេលអ្នកចូលរួមនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើងខ្ញុំ **និង**
- អ្នកចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើង ហើយទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ពី Medicare ក្រៅគម្រោងថែទាំសុខភាពដែលមានក្នុងកម្មវិធី Original Medicare ឬ គម្រោង MA។

ប្រសិនបើអ្នកបានធ្វើការទូទាត់សម្រាប់បរិក្ខារ DME ក្រោមគម្រោង Original Medicare ឬ MA មុនពេលដែលអ្នកបានចូលរួមក្នុងគម្រោងរបស់យើង **ការទូទាត់របស់គម្រោង Original Medicare ឬ MA ទាំងនោះមិនរាប់បញ្ចូល ថាជាការទូទាត់ដែលអ្នកត្រូវធ្វើ បន្ទាប់ពីការចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើងនោះឡើយ។**

- អ្នកនឹងត្រូវធ្វើការទូទាត់ថ្មីចំនួន 13 ដងជាប់ៗគ្នាក្រោមគម្រោង Original Medicare ឬចំនួនទូទាត់ថ្មីជាប់ៗគ្នាតាមការកំណត់របស់គម្រោង MA ដើម្បីក្លាយជាម្ចាស់កម្មសិទ្ធិរបស់បរិក្ខារ DME។

- មិនមានករណីលើកលែងចំពោះករណីនេះទេ នៅពេលអ្នកត្រលប់ទៅកាន់ គម្រោង Original Medicare ឬ MA វិញ

L3. អត្ថប្រយោជន៍ឧបករណ៍អុកស៊ីសែនក្នុងនាមជាសមាជិកនៃគម្រោងរបស់យើង

ប្រសិនបើអ្នកមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ក្នុងការទទួលបានឧបករណ៍ផ្តល់អុកស៊ីសែនដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare ហើយអ្នកជាសមាជិកម្នាក់នៃគម្រោងរបស់យើងខ្ញុំ នោះយើងនឹងរ៉ាប់រង៖

- ការជួលឧបករណ៍ផ្តល់អុកស៊ីសែន
- ការផ្តល់ជូនអុកស៊ីសែន និងបរិមាណចំណុះអុកស៊ីសែន
- ទុយោ និងគ្រឿងបន្លាស់ដែលពាក់ព័ន្ធសម្រាប់ការផ្តល់អុកស៊ីសែន និងបរិមាណចំណុះអុកស៊ីសែន
- ការថែទាំ និងជួសជុលឧបករណ៍ផ្តល់អុកស៊ីសែន

ឧបករណ៍ផ្តល់អុកស៊ីសែនត្រូវតែបញ្ជូនត្រលប់មកវិញ នៅពេលដែលវាលែងមានភាពចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រសម្រាប់អ្នក ឬប្រសិនបើអ្នកចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើង។

L4. ឧបករណ៍ផ្តល់អុកស៊ីសែននៅពេលអ្នកប្តូរទៅគម្រោង Original Medicare ឬ Medicare Advantage (MA) ផ្សេងទៀត

នៅពេលដែលឧបករណ៍អុកស៊ីសែនមានភាពចាំបាច់ខាងវេជ្ជសាស្ត្រ ហើយអ្នកចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើង ហើយប្តូរទៅជា **Original Medicare** អ្នកនឹងជួលវាពីអ្នកផ្គត់ផ្គង់ក្នុងរយៈពេល 36 ខែ។ ការទូទាត់លើថ្លៃជួលប្រចាំខែរបស់អ្នករ៉ាប់រងលើឧបករណ៍ផ្តល់អុកស៊ីសែន និងបរិក្ខារព្រមទាំងសេវា ដែលមានចុះនៅខាងលើ។

ប្រសិនបើឧបករណ៍អុកស៊ីសែនមានភាពចាំបាច់ខាងវេជ្ជសាស្ត្រ **បន្ទាប់ពីអ្នកជួលវារយៈពេល 36 ខែ** អ្នកផ្គត់ផ្គង់របស់អ្នកត្រូវតែផ្តល់៖

- ឧបករណ៍ផ្តល់អុកស៊ីសែន ការផ្គត់ផ្គង់ និងសេវាសម្រាប់រយៈពេល 24 ខែផ្សេងទៀត
- ការផ្គត់ផ្គង់ និងឧបករណ៍ផ្តល់អុកស៊ីសែនរហូតដល់ទៅ 5 ឆ្នាំ ប្រសិនបើមានភាពចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ

ប្រសិនបើឧបករណ៍អុកស៊ីសែននៅតែចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ**នៅចុងបញ្ចប់នៃរយៈពេល 5 ឆ្នាំ**៖

- អ្នកផ្គត់ផ្គង់របស់អ្នកមិនចាំបាច់ផ្តល់វាទៀតទេ ហើយអ្នកអាចជ្រើសរើសឧបករណ៍ជំនួសពីអ្នកផ្គត់ផ្គង់ណាមួយក៏បាន។
- រយៈពេល 5 ឆ្នាំថ្មីចាប់ផ្តើម។
- អ្នកនឹងជួលពីអ្នកផ្គត់ផ្គង់សម្រាប់រយៈពេល 36 ខែ។

- អ្នកផ្គត់ផ្គង់របស់អ្នកត្រូវតែផ្តល់ឧបករណ៍ ការផ្គត់ផ្គង់ និងសេវាជំនួយអុកស៊ីសែនរយៈពេល 24 ខែទៀត។
- រយៈពេលវិលជុំថ្មីមួយទៀតចាប់ផ្តើមរៀងរាល់ 5 ឆ្នាំ លុះត្រាតែឧបករណ៍ផ្តល់អុកស៊ីសែនមានភាពចាំបាច់សម្រាប់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ។

នៅពេលឧបករណ៍ផ្តល់អុកស៊ីសែនមានភាពចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ ហើយ**អ្នកចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើង និងប្តូរទៅ**គម្រោង **MA មួយផ្សេងទៀត** គម្រោងនោះនឹងធានារ៉ាប់រងយ៉ាងហោចណាស់នូវអ្វីដែល Original Medicare ធានារ៉ាប់រង។ អ្នកអាចសាកសួរទៅគម្រោង MA ថ្មីរបស់អ្នកដើម្បីដឹងថាការផ្គត់ផ្គង់ និងឧបករណ៍ផ្តល់អុកស៊ីសែនប្រភេទណា ដែលគម្រោងធានារ៉ាប់រងទៅលើ ហើយតើអ្នកនឹងត្រូវចំណាយលើអ្វីខ្លះ។

ជំពូកទី 4 ៈ តារាងអត្ថប្រយោជន៍

សេចក្តីផ្តើម

ជំពូកនេះប្រាប់អ្នកអំពីសេវាគម្រោងដែលយើងធានារ៉ាប់រង និងការដាក់កំហិត ឬការដាក់កំណត់លើសេវាទាំងនោះ និងចំនួនទឹកប្រាក់ដែលអ្នកត្រូវបង់សម្រាប់សេវានីមួយៗ។ ជំពូកនេះក៏ប្រាប់អ្នកពីអត្ថប្រយោជន៍ដែលមិនមានក្នុងគម្រោងរបស់យើងផងដែរ។ ពាក្យគន្លឹះ និងនិយមន័យនៃពាក្យគន្លឹះទាំងនេះបង្ហាញជាលំដាប់អក្ខរក្រមនៅក្នុងជំពូកចុងក្រោយនៃ សៀវភៅណែនាំសមាជិករបស់អ្នក។

សមាជិកថ្មីនៃគម្រោង Blue Shield TotalDual Planៈ ក្នុងករណីភាគច្រើន អ្នកនឹងត្រូវបានចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan សម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍ Medicare របស់អ្នកនៅថ្ងៃទី 1 នៃខែ បន្ទាប់ពីអ្នកស្នើសុំឱ្យចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan។ អ្នកនៅតែអាចទទួលបានសេវា Medi-Cal របស់អ្នកពីគម្រោងថែទាំសុខភាព Medi-Cal ពីមុនរបស់អ្នកសម្រាប់រយៈពេលមួយខែបន្ថែមទៀត។ បន្ទាប់ពីនោះ អ្នកនឹងទទួលបានសេវា Medi-Cal របស់អ្នកតាមរយៈគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan។ វានឹងមិនគ្មានគម្លាតក្នុងការទទួលបានការធានារ៉ាប់រង Medi-Cal របស់អ្នកឡើយ។ សូមហៅទូរសព្ទមកយើងខ្ញុំតាមរយៈលេខ 1-800-452-4413 (TTY: 711) ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរណាមួយ។

តារាងមាតិកា

A. សេវាដែលមានធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នក និងការចំណាយផ្ទាល់ខ្លួនរបស់អ្នក 85

B. បទបញ្ជាប្រឆាំងនឹងអ្នកផ្តល់សេវាដែលគិតថ្លៃសេវាពីអ្នក 85

C. អំពីតារាងអត្ថប្រយោជន៍នៃគម្រោងរបស់យើង 85

D. តារាងអត្ថប្រយោជន៍នៃគម្រោងរបស់យើង 89

E. តារាងបញ្ជីនីតិវិធីនៃអត្ថប្រយោជន៍សុខភាពមាត់ធ្មេញដែលមានការធានារ៉ាប់រង 160

F. ជំនួយសហគមន៍ 173

G. អត្ថប្រយោជន៍ដែលទទួលបានការធានារ៉ាប់រងនៅខាងក្រៅគម្រោងរបស់យើង 175

G1. កម្មវិធីផ្លាស់ប្តូររបស់សហគមន៍នៃរដ្ឋ California (CCT) 175

G2. Medi-Cal Dental 176

G3. ការថែទាំនៅមន្ទីរពេទ្យថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយ 177

G4. សេវាជួយទ្រទ្រង់តាមផ្ទះ (IHSS) 178

G5. កម្មវិធីអនុគ្រោះលើសេវាតាមផ្ទះ និងសហគមន៍ (HCBS) ផ្នែក 1915(c) 179

G6. សេវាថែទាំសុខភាពផ្លូវចិត្តប្រចាំខោនធីដែលបានផ្តល់ជូននៅខាងក្រៅគម្រោងរបស់យើង (សេវាថែទាំសុខភាពផ្លូវចិត្ត និងសេវាព្យាបាលលើបញ្ហាប្រើប្រាស់សារធាតុញៀន) 183

H. អត្ថប្រយោជន៍ដែលមិនត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយគម្រោងរបស់យើង Medicare ឬ Medi-Cal 187

A. សេវាដែលមានធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នក និងការចំណាយផ្ទាល់ខ្លួនរបស់អ្នក

ជំពូកនេះប្រាប់អ្នកអំពីសេវាដែលគម្រោងរបស់យើងធានារ៉ាប់រង និងចំនួនដែលអ្នកចំណាយសម្រាប់សេវានីមួយៗ។ អ្នកក៏អាចស្វែងយល់អំពីសេវាដែលមិនរ៉ាប់រងដែរ។ ព័ត៌មានអំពីអត្ថប្រយោជន៍ឱ្យសមានៅក្នុង **ជំពូកទី 5** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*របស់អ្នក។ ជំពូកនេះក៏ពន្យល់អំពីការកំណត់លើសេវាមួយចំនួនផងដែរ។

សម្រាប់សេវាមួយចំនួន អ្នកនឹងត្រូវបង់ថ្លៃចំណាយចេញពីហោប៉ៅដែលហៅថាប្រាក់បង់រួម។ នេះគឺជាចំនួនទឹកប្រាក់ថេរ (ឧទាហរណ៍ $5) ដែលអ្នកត្រូវបង់រាល់ពេលដែលអ្នកទទួលសេវានោះ។ អ្នកបង់ប្រាក់បង់រួមនៅពេលដែលអ្នកទទួលបានសេវាផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ។

ដោយសារអ្នកទទួលបានជំនួយពី Medi-Cal អ្នកមិនបង់ប្រាក់អ្វីសម្រាប់សេវាដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកទេ ដរាបណាអ្នកអនុវត្តតាមច្បាប់របស់គម្រោងរបស់យើង។ សូមមើល **ជំពូកទី 3** នៃសៀវភៅណែនាំសមាជិករបស់អ្នកសម្រាប់ព័ត៌មានលម្អិតអំពីបទបញ្ជារបស់គម្រោង។

ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយក្នុងការស្វែងយល់ពីសេវាដែលមានធានារ៉ាប់រង សូមហៅទូរសព្ទទៅអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំ និង/ ឬផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជនរបស់អ្នកតាមរយៈលេខ 1-800-452-4413 (TTY: 711)។

B. បទបញ្ជាប្រឆាំងនឹងអ្នកផ្តល់សេវាដែលគិតថ្លៃសេវាពីអ្នក

យើងមិនអនុញ្ញាតឱ្យអ្នកផ្តល់សេវារបស់យើងចេញវិក្កយបត្រទៅអ្នកសម្រាប់សេវាដែលមានធានារ៉ាប់រងនៅក្នុងបណ្តាញនោះទេ។ យើងខ្ញុំបង់ប្រាក់ជូនកអ្នកផ្តល់សេវាដោយផ្ទាល់ ហើយយើងខ្ញុំការពារអ្នកពីការគិតថ្លៃផ្សេងៗ។ នេះគឺពិតមែន សូម្បីតែបើយើងបង់ប្រាក់ឲ្យអ្នកផ្តល់សេវាតិចជាងអ្នកផ្តល់សេវាទារថ្លៃសម្រាប់សេវាក៏ដោយ។

អ្នកនឹងមិនទទួលបានវិក្កយបត្រពីអ្នកផ្តល់សេវាសម្រាប់សេវាដែលមានធានារ៉ាប់រងនោះឡើយ។ ប្រសិនបើអ្នកធ្វើដូច្នេះ សូមមើល **ជំពូកទី 7** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*របស់អ្នក ឬហៅទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជន។

C. អំពីតារាងអត្ថប្រយោជន៍នៃគម្រោងរបស់យើង

គំនូសតាងអត្ថប្រយោជន៍ប្រាប់អ្នកអំពីសេវាដែលគម្រោងរបស់យើងបង់ថ្លៃជូន។ តារាងនេះរាយបញ្ជីសេវាធានារ៉ាប់រងតាមលំដាប់អក្ខរក្រម និងពន្យល់ពីពួកវា។

យើងនឹងបង់ប្រាក់លើសេវាណាដែលបានរាយនៅក្នុងតារាងអត្ថប្រយោជន៍ នៅពេលដែលបទបញ្ជាខាងក្រោមត្រូវបានបំពេញតាម។ អ្នក**មិន**ចាំបាច់បង់ថ្លៃអ្វីទាំងអស់សម្រាប់សេវាដែលបានរាយនៅក្នុងតារាងអត្ថប្រយោជន៍ ដរាបណាអ្នកបំពេញតាមលក្ខខណ្ឌតម្រូវដូចបានពណ៌នាខាងក្រោម។

- យើងផ្តល់សេវាដែលមានធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare និង Medi-Cal ដោយយោងតាមបទបញ្ជាដែលបានកំណត់ដោយ Medicare និង Medi-Cal។
- សេវា រួមមានការថែទាំផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ សេវាសុខភាពអាកប្បកិរិយា និងសេវាព្យាបាលការប្រើប្រាស់សារធាតុញៀន និងសេវា និងការជួយទ្រទ្រង់រយៈពេលវែង សម្ភារផ្គត់ផ្គង់ ឧបករណ៍ និងឱសថ ត្រូវតែមាន "ភាពចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ"។ ភាពចាំបាច់ខាងផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ វាពណ៌នាអំពីសេវា ការផ្គត់ផ្គង់ ឬឱសថដែលអ្នកត្រូវការដើម្បីបង្ការ ធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ ឬព្យាបាលស្ថានភាពវេជ្ជសាស្ត្រ ឬរក្សាស្ថានភាពសុខភាពបច្ចុប្បន្នរបស់អ្នក។ ផ្នែកនេះរួមមានការថែទាំសុខភាពដែលជួយឱ្យអ្នកមិនចាំបាច់ទៅសម្រាកព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យ ឬមជ្ឈមណ្ឌលថែទាំសុខភាពនោះទេ។ វាក៏មានន័យសំដៅដល់សេវាផ្គត់ផ្គង់ ឬឱសថបំពេញតាមស្តង់ដារដែលទទួលយកបាននៃការអនុវត្តវេជ្ជសាស្ត្រ។ សេវាមួយមានសារៈសំខាន់ខាងវេជ្ជសាស្ត្រនៅពេលវាសមហេតុផល និងចាំបាច់ក្នុងការការពារជីវិតដើម្បីបង្ការជំងឺធ្ងន់ធ្ងរ ឬពិការភាពធ្ងន់ធ្ងរ ឬដើម្បីកាត់បន្ថយការឈឺចាប់ធ្ងន់ធ្ងរ។
- សម្រាប់អ្នកចូលរួមថ្មី គម្រោងត្រូវតែមានរយៈពេលផ្លាស់ប្តូរយ៉ាងតិច 90 ថ្ងៃ ក្នុងអំឡុងពេលនោះ គម្រោង MA ថ្មីមិនតម្រូវឱ្យមានការអនុញ្ញាតជាមុនសម្រាប់ការព្យាបាលណាមួយដែលកំពុងបន្តនោះទេ ទោះបីជាការព្យាបាលនោះបានចាប់ផ្តើមជាមួយអ្នកផ្តល់សេវាក្រៅបណ្តាញក៏ដោយ។
- អ្នកទទួលបានសេវាថែទាំពីក្រុមអ្នកផ្តល់សេវានៅក្នុងបណ្តាញ។ អ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ គឺជាអ្នកផ្តល់សេវាដែលធ្វើការជាមួយយើង។ ក្នុងករណីភាគច្រើន ការថែទាំដែលអ្នកទទួលបានពីអ្នកផ្តល់សេវាក្រៅបណ្តាញនឹងមិនត្រូវបានធានារ៉ាប់រងទេ លុះត្រាតែវាជាការថែទាំក្នុងគ្រាអាសន្ន ឬការថែទាំដែលត្រូវការជាបន្ទាន់ ឬលុះត្រាតែគម្រោង ឬអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញរបស់អ្នកបានផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវការបញ្ជូនបន្ត។ **ជំពូកទី 3** នៃសៀវភៅណែនាំសមាជិករបស់អ្នកមានព័ត៌មានបន្ថែមអំពីការប្រើប្រាស់អ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាយ និងក្រៅបណ្តាញ។
- អ្នកមានអ្នកផ្តល់ការថែទាំបឋម (PCP) ឬក្រុមថែទាំសុខភាពដែលកំពុងផ្តល់ និងគ្រប់គ្រងការថែទាំអ្នក។ ក្នុងករណីភាគច្រើន PCP របស់អ្នកត្រូវផ្តល់ការយល់ព្រមដល់អ្នក មុនពេលអ្នកអាចប្រើប្រាស់អ្នកផ្តល់សេវាម្នាក់ដែលមិនមែនជា PCP របស់អ្នក ឬប្រើអ្នកផ្តល់សេវាផ្សេងទៀតនៅក្នុងបណ្តាញរបស់គម្រោងនេះ។ ការយល់ព្រមនេះ ហៅថា ការបញ្ជូនបន្ត។ **ជំពូកទី 3** នៃ*សៀវភៅណែនាំសមាជិក*របស់អ្នក មានព័ត៌មានបន្ថែមអំពីការទទួលបានការបញ្ជូនបន្ត និងនៅពេលដែលអ្នក**មិន**ត្រូវការ។
- យើងធានារ៉ាប់រងលើសេវាមួយចំនួនដែលបានរាយក្នុងតារាងអត្ថប្រយោជន៍លុះត្រាតែវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក ឬអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញផ្សេងទៀតទទួលបានការយល់ព្រមពីយើងជាមុនសិន។ នេះត្រូវបានហៅថា ការអនុញ្ញាតជាមុន (PA)។ យើងសម្គាល់សេវាដែលមានធានារ៉ាប់រងនៅក្នុងតារាងអត្ថប្រយោជន៍ដែលត្រូវការប្រភេទអក្សរទ្រេត PA។

- ប្រសិនបើគម្រោងរបស់អ្នកផ្តល់ការយល់ព្រមសម្រាប់សំណើ PA សម្រាប់វគ្គនៃការព្យាបាលណាមួយ ការយល់ព្រមនោះត្រូវតែមានសុពលភាពរយៈពេលដែលសមហេតុផល និងចាំបាច់ខាងវេជ្ជសាស្ត្រ ដើម្បីជៀសវាងការរំខានក្នុងការថែទាំ ដោយផ្អែកលើលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យនៃការធានារ៉ាប់រង ប្រវត្តិវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នក និងអនុសាសន៍របស់អ្នកផ្តល់ការព្យាបាល។

- ប្រសិនបើអ្នកបាត់បង់អត្ថប្រយោជន៍ Medi-Cal របស់អ្នក ក្នុងរយៈពេល 6 ខែដែលចាត់ទុកថាមានសិទ្ធិបន្ត នោះអត្ថប្រយោជន៍ Medicare របស់អ្នកនៅក្នុងគម្រោងនេះនឹងបន្ត។ ទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយ សេវា Medi-Cal របស់អ្នកប្រហែលជាមិនត្រូវបានធានារ៉ាប់រងនោះទេ។ សូមទាក់ទងការិយាល័យទទួលបន្ទុកសិទ្ធិទទួលបានគម្រោងប្រចាំខោនធីរបស់អ្នក ឬជម្រើសថែទាំសុខភាពសម្រាប់ព័ត៌មានអំពីសិទ្ធិទទួលបាន Medi-Cal របស់អ្នក។ អ្នកអាចរក្សានូវអត្ថប្រយោជន៍ Medicare របស់អ្នក ប៉ុន្តែមិនអាចរក្សានូវអត្ថប្រយោជន៍ Medi-Cal របស់អ្នកនោះទេ។

- គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan បានទទួលការយល់ព្រមក្នុងការផ្តល់អត្ថប្រយោជន៍មួយចំនួន និងការបង់ប្រាក់រួមគ្នា ផ្នែក D ទាបជាងមុន ជាផ្នែកនៃកម្មវិធីរចនាការធានារ៉ាប់រងផ្អែកលើតម្លៃ (VBID)។ ប្រសិនបើអ្នកមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ “Extra Help” (ជំនួយបន្ថែម) អ្នកអាចទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ទាំងអស់ដែលផ្តល់ជូនជាផ្នែកនៃកម្មវិធី VBID ហើយអ្នកនឹងមិនបង់ប្រាក់លើអ្វីទាំងអស់សម្រាប់ឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាដែលមានការធានារ៉ាប់រងផ្នែក D នោះទេ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីអត្ថប្រយោជន៍ដែលផ្តល់ជូនក្រោមកម្មវិធី VBID សូមមើលការពន្យល់អំពីគំរូរចនាធានារ៉ាប់រងផ្អែកលើតម្លៃនៅក្នុង **ជំពូកទី 4 ផ្នែក D** និងព័ត៌មានអំពីរបៀបដែល VBID ជួយកាត់បន្ថយការចំណាយលើថ្នាំផ្នែក D នៅក្នុង **ជំពូកទី 6 ផ្នែក C**។

  - ដោយសារតែគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan ចូលរួមក្នុងកម្មវិធី VBID អ្នកក៏នឹងទទួលបានព័ត៌មាន និងជំនួយលើធនធានក្នុងការរៀបចំគម្រោងថែទាំទុកជាមុន (ACP) ពីអ្នកសម្របសម្រួលឬអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំរបស់អ្នកក្នុងអំឡុងពេលជួបពិនិត្យសុខភាពប្រចាំឆ្នាំរបស់អ្នក ឬការជួបពិនិត្យជាប្រចាំផ្សេងទៀត។

  - ការរៀបចំគម្រោងថែទាំសុខភាពទុកជាមុន (ACP) ជួយអ្នករៀបចំសម្រាប់ការសម្រេចចិត្តអំពីការថែទាំសុខភាពនាពេលអនាគត។ ប្រសិនបើអ្នកមិនអាចធ្វើការសម្រេចចិត្តដោយខ្លួនឯងបានទេ ការធ្វើគម្រោងនេះនឹងជួយធានាថា គ្រូពេទ្យ និងក្រុមគ្រួសាររបស់អ្នកនឹងគោរពតាម និងអនុវត្តតាមបំណងប្រាថ្នារបស់អ្នក។ ACP អាចរួមបញ្ចូលការបំពេញសេចក្តីបង្គាប់ជាមុន ការកំណត់ការប្រគល់សិទ្ធ ក្នុងការថែទាំសុខភាព ការបំពេញបណ្តាំមរតកការរស់នៅ ការបញ្ជាទិញវេជ្ជសាស្ត្រ និងច្រើនទៀត។

  - សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីសេវា ACP សូមទាក់ទងអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំ Blue Shield របស់អ្នកតាមរយៈលេខ 1-888-548-5765 ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 6 ល្ងាច ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ឬពិភាក្សាជាមួយវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកក្នុងអំឡុងពេលជួបពិនិត្យបន្ទាប់របស់អ្នក។

រាល់សេវាថែទាំលក្ខណៈបង្ការទាំងអស់គឺឥតគិតថ្លៃ។ អ្នកនឹងឃើញផ្លែប៉ោមនេះ 🍎 នៅជាប់នឹងសេវាបង្ការនៅក្នុងតារាងអត្ថប្រយោជន៍។

D. តារាងអត្ថប្រយោជន៍នៃគម្រោងរបស់យើង

	សេវាដែលគម្រោងរបស់យើងចេញថ្លៃជូន	អ្វីដែលអ្នកត្រូវបង់ប្រាក់
	ការពិនិត្យរកមើលការប៉ោងសរសៃឈាមក្រហមក្នុងពោះ យើងខ្ញុំនឹងបង់ចំណាយសម្រាប់ការត្រួតពិនិត្យអ៊ុលត្រាសោនម្តងសម្រាប់អ្នកដែលមានការប្រឈម។ គម្រោងនឹងធ្វើការធានារ៉ាប់រងលើការពិនិត្យនេះ ប្រសិនបើអ្នកមានកត្តាប្រឈមមួយចំនួនជាក់លាក់ ហើយប្រសិនបើអ្នកទទួលបានការបញ្ជូនបន្តពីគ្រូពេទ្យ អ្នកជំនួយការគ្រូពេទ្យ គិលានុបដ្ឋាយិកាជំនាញ ឬអ្នកឯកទេសខាងថែទាំរបស់អ្នក។	$0
	ការចាក់ម្ជុលវិទ្យាសាស្ត្រ យើងនឹងបង់ថ្លៃចំណាយសម្រាប់សេវាព្យាបាលដោយចាក់ម្ជុលវិទ្យាសាស្ត្រ សម្រាប់អ្នកជំងឺដែលមិនសម្រាកនៅមន្ទីរពេទ្យរហូតដល់ទៅពីរលើកនៅក្នុងខែនៃប្រក្រតីទិនណាមួយ ឬញឹកញាប់ជាងនេះ ប្រសិនបើការការព្យាបាលបែបនេះចាំបាច់ខាងផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ។ យើងនឹងធ្វើការបង់ថ្លៃចំណាយជូនរហូតដល់ 12 ខែផងដែរ ទៅលើការព្យាបាលដោយចាក់ម្ជុលវិទ្យាសាស្ត្រក្នុងរយៈពេល 90 ថ្ងៃ ប្រសិនបើអ្នកមានការឈឺចាប់ខ្នងផ្នែកខាងក្រោមធ្ងន់ធ្ងរ ដែលត្រូវបានកំណត់ថា៖ • បន្តមានអស់រយៈពេល 12 សប្តាហ៍ ឬយូរជាងនេះ • ដែលមិនជាក់លាក់ (មិនមានមូលហេតុជាប្រព័ន្ធដែលអាចធ្វើការកំណត់អត្តសញ្ញាណបាន ដូចជាមិនមានពាក់ព័ន្ធនឹងជំងឺកោសិកាមហារីក ជំងឺរលាក ឬជំងឺឆ្លង) • មិនពាក់ព័ន្ធនឹងការវះកាត់ **និង** • មិនទាក់ទងនឹងការមានផ្ទៃពោះ។ លើសពីនេះទៀត យើងនឹងបង់ប្រាក់សម្រាប់ការព្យាបាលដោយការចាក់ម្ជុលវិទ្យាសាស្ត្រចំនួនប្រាំបីដងបន្ថែមទៀត សម្រាប់ការឈឺចាប់ខ្នងផ្នែកខាងក្រោមធ្ងន់ធ្ងរ ប្រសិនបើអ្នកបង្ហាញនូវភាពធូរស្បើយពីជំងឺ។ ***អត្ថប្រយោជន៍នេះត្រូវបានបន្តនៅទំព័របន្ទាប់***	$0

	សេវាដែលគម្រោងរបស់យើងចេញថ្លៃជូន	អ្វីដែលអ្នកត្រូវបង់ប្រាក់
	ការចាក់ម្ជុលវិទ្យាសាស្ត្រ (*ឋ*) អ្នកមិនអាចទទួលបានការព្យាបាលដោយការចាក់ម្ជុលវិទ្យាសាស្ត្រលើសពី 20 ដងបានទេ ក្នុងមួយឆ្នាំសម្រាប់ការឈឺចាប់ខ្នងផ្នែកខាងក្រោមធ្ងន់ធ្ងរ។ ការព្យាបាលដោយការចាក់ម្ជុលវិទ្យាសាស្ត្រត្រូវតែបញ្ឈប់ ប្រសិនបើអ្នកមិនមានភាពធូរស្បើយទេនោះ ឬអ្នកកាន់តែមានសភាពធ្ងន់ធ្ងរថែមទៀត។ អត្ថប្រយោជន៍ត្រូវបានផ្តល់ជូនតាមរយៈកិច្ចសន្យាជាមួយគម្រោងថែទាំសុខភាព American Specialty Health Plans of California, Inc. (គម្រោង ASH)។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម ឬដើម្បីកំណត់ទីតាំងនៃអ្នកផ្តល់សេវាដែលចូលរួមក្នុងគម្រោង ASH Plans អ្នកអាចទូរសព្ទមកគម្រោង ASH Plans តាមរយៈលេខ (800) 678-9133 [TTY:711] ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 5 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់ ពីថ្ងៃទី 1 ខែមេសា រហូតដល់ថ្ងៃទី 30 ខែកញ្ញា និងថ្ងៃអាទិត្យ ដល់ថ្ងៃសៅរ៍ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់ ពីថ្ងៃទី 1 ខែតុលា ដល់ថ្ងៃទី 31 ខែមីនា។ អ្នកក៏អាចទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជនរបស់គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan ឬចូលទៅកាន់ blueshieldca.com/find-a-doctor ដើម្បីកំណត់ទីតាំងអ្នកផ្តល់សេវាដែលចូលរួមក្នុងគម្រោង ASH Plan។	
	សេវាពិគ្រោះសុខភាពពីចម្ងាយ Teledoc ផ្តល់ជូនការប្រឹក្សាយោបល់ជាមួយគ្រូពេទ្យតាមទូរសព្ទ ឬវីដេអូ 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ និង 365 ថ្ងៃក្នុងមួយឆ្នាំ។ ក្រុមគ្រូពេទ្យរបស់ Teladoc អាចវិនិច្ឆយរោគ និងព្យាបាលលក្ខខណ្ឌវេជ្ជសាស្ត្រមូលដ្ឋាន និងអាចចេញវេជ្ជបញ្ជាឱសថមួយចំនួនផងដែរ។ Teledoc គឺជាសេវាបំពេញបន្ថែមមួយដែលមិនមានគោលបំណងជំនួសគ្រូពេទ្យថែទាំបឋមរបស់អ្នកឡើយ។ សូមឡកចូលទៅក្នុង blueshieldca.com/teladoc ឬកម្មវិធី Blue Shield of California ដើម្បីស្នើសុំជួបពិគ្រោះ។ ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ អ្នកអាចទាក់ទង Teladoc តាមទូរសព្ទតាមរយៈលេខ 1-800-Teladoc (1-800-835-2362) [TTY: 711] 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ 365 ថ្ងៃក្នុងមួយឆ្នាំ។ *សេវាមិនអនុវត្តចំពោះការកំណត់អតិបរមានៃការចំណាយចេញពីហោប៉ៅរបស់គម្រោងទេ។	$0

	សេវាដែលគម្រោងរបស់យើងចេញថ្លៃជូន	អ្វីដែលអ្នកត្រូវបង់ប្រាក់
	ការពិនិត្យ និងការប្រឹក្សាយោបល់អំពីការប្រើគ្រឿងស្រវឹងមិនត្រឹមត្រូវ យើងខ្ញុំនឹងបង់ប្រាក់ទូទាត់សម្រាប់សេវាពិនិត្យការប្រើប្រាស់គ្រឿងស្រវឹងមិនត្រឹមត្រូវ (SABIRT) សម្រាប់មនុស្សពេញវ័យដែលប្រើប្រាស់ជាតិស្រវឹងមិនត្រឹមត្រូវ ក៏ប៉ុន្តែមិនមែនញៀនសុរាទេ។ នេះរួមមានស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ។ ប្រសិនបើអ្នកពិនិត្យឃើញវិជ្ជមានសម្រាប់ការប្រើប្រាស់គ្រឿងស្រវឹងមិនត្រឹមត្រូវ អ្នកទទួលបានវគ្គប្រឹក្សាជួបផ្ទាល់រយៈពេលខ្លីចំនួនបួនដងជារៀងរាល់ឆ្នាំ (ប្រសិនបើអ្នកអាច និងទទួលដំណឹងអំឡុងពេលប្រឹក្សា) ជាមួយអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំបឋម (PCP) ដែលមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ ឬគ្រូពេទ្យក្នុងកន្លែងថែទាំបឋមមួយ។	$0
	សេវារថយន្តសង្គ្រោះ សេវារថយន្តសង្គ្រោះបន្ទាន់ដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រង មិនថាសម្រាប់ស្ថានភាពអាសន្ន ឬមិនអាសន្ននោះឡើយ ដោយរួមមានផ្លូវគោក និងផ្លូវអាកាស (យន្តហោះ និងឧទ្ធម្ភាគចក្រ)។ រថយន្តសង្គ្រោះបន្ទាន់នឹងនាំអ្នកទៅកាន់កន្លែងដែលជិតបំផុតដែលអាចផ្តល់សេវាថែទាំជូនអ្នកបាន។ ស្ថានភាពរបស់អ្នកត្រូវតែធ្ងន់ធ្ងរដែលការប្រើមធ្យោបាយដ៏ទៃទៀតដើម្បីទៅកន្លែងព្យាបាលអាចបង្កគ្រោះថ្នាក់ដល់សុខភាព ឬជីវិតរបស់អ្នក។ សេវារថយន្តសង្គ្រោះសម្រាប់ករណីផ្សេងៗទៀត (មិនអាសន្ន) ត្រូវតែមានការយល់ព្រមពីយើងខ្ញុំសិន។ ក្នុងករណីដែលមិនមែនជាការសង្គ្រោះបន្ទាន់ យើងអាចបង់ថ្លៃសម្រាប់សេវារថយន្តសង្គ្រោះ។ ស្ថានភាពរបស់អ្នកត្រូវតែធ្ងន់ធ្ងរដែលការប្រើមធ្យោបាយដ៏ទៃទៀតដើម្បីទៅកន្លែងថែទាំអាចបង្កគ្រោះថ្នាក់ដល់ជីវិត ឬសុខភាពរបស់អ្នក។ *ការអនុញ្ញាតជាមុនអាចត្រូវបានទាមទារ ហើយជាទំនួលខុសត្រូវរបស់អ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក។*	$0

	សេវាដែលគម្រោងរបស់យើងចេញថ្លៃជូន	អ្វីដែលអ្នកត្រូវបង់ប្រាក់
	ការពិនិត្យរាងកាយប្រចាំឆ្នាំ អ្នកទទួលបានការរ៉ាប់រងសម្រាប់ការពិនិត្យសុខភាពរាងកាយជាប្រចាំរៀងរាល់ 12 ខែម្តង ថែមពីលើការទៅពិនិត្យសុខុមាលភាពរបស់អ្នក។ ការមកពិនិត្យនេះរួមមាន ការពិនិត្យឡើងវិញយ៉ាងទូលំទូលាយនៃប្រវត្តិគ្រួសារ និងសុខភាពរបស់អ្នក ការវាយតម្លៃលម្អិតពីក្បាលដល់ចុងជើង និងសេវាផ្សេងទៀត ការបញ្ជូនបន្ត និងការណែនាំដែលអាចមានភាពសមរម្យ។	$0
🍎	**ការមកជួបពេទ្យដើម្បីសុខុមាលភាពប្រចាំឆ្នាំ** អ្នកអាចទទួលការពិនិត្យសុខភាពទូទៅប្រចាំឆ្នាំ។ សេវានេះមានគោលបំណងបង្កើតគម្រោង ឬធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពគម្រោងការពារ ដោយផ្អែកលើកត្តាហានិភ័យបច្ចុប្បន្នរបស់អ្នក។ យើងនឹងបង់ប្រាក់ទូទាត់សម្រាប់សេវានេះរៀងរាល់ 12 ខែម្តង។ ចំណាំ៖ ការជួបពិនិត្យសុខុមាលភាពប្រចាំឆ្នាំជាលើកដំបូងរបស់អ្នកមិនអាចធ្វើឡើងក្នុងរយៈពេល 12 ខែបន្ទាប់ពីការជួបពិនិត្យ សូមស្វាគមន៍មកកាន់ **Medicare** របស់អ្នកទេ។ ទោះបីជាយ៉ាងណាក៏ដោយ អ្នកមិនចាំបាច់មានការជួបពិនិត្យ សូមស្វាគមន៍មកកាន់ **Medicare** ដើម្បីទទួលបានការពិនិត្យសុខុមាលភាពប្រចាំឆ្នាំបន្ទាប់ពីអ្នកបានទទួលបានផ្នែក B អស់រយៈពេល 12 ខែ។	$0
	សេវាបង្ការជំងឺហឺត អ្នកអាចទទួលបានការអប់រំអំពីជំងឺហឺត និងការវាយតម្លៃបរិយាកាសក្នុងផ្ទះសម្រាប់កត្តាដែលកើតមានជាទូទៅនៅក្នុងផ្ទះសម្រាប់អ្នកដែលមានជំងឺហឺតដែលគ្រប់គ្រងមិនបានល្អ។	$0

	សេវាដែលគម្រោងរបស់យើងចេញថ្លៃជូន	អ្វីដែលអ្នកត្រូវបង់ប្រាក់
	ការវាស់ដុំឆ្អឹង យើងនឹងបង់ប្រាក់ទូទាត់សម្រាប់នីតិវិធីច្បាស់លាស់សម្រាប់សមាជិកដែលមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ (ជាធម្មតា អ្នកដែលប្រឈមនឹងហានិភ័យបាត់បង់ដុំឆ្អឹង ឬហានិភ័យឆ្អឹងពុក)។ នីតិវិធីទាំងនេះកំណត់ដុំឆ្អឹង រកមើលករណីបាត់បង់ឆ្អឹង ឬរកមើលគុណភាពឆ្អឹង។ យើងនឹងបង់ប្រាក់ទូទាត់សម្រាប់សេវាទាំងនេះរៀងរាល់ 24 ខែម្តង ឬញឹកញាប់ជាងនេះអាស្រ័យទៅលើភាពចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រសម្រាប់សេវាទាំងនោះ។ យើងក៏នឹងបង់ប្រាក់ទូទាត់សម្រាប់វេជ្ជបណ្ឌិត ដើម្បីពិនិត្យ និងផ្តល់យោបល់អំពីលទ្ធផល។	$0
	ការពិនិត្យរកមហារីកសុដន់ (ការថតឆ្លុះមើលសុដន់) យើងបង់ថ្លៃសម្រាប់សេវាខាងក្រោម៖ • ការថតឆ្លុះមើលសុដន់កម្រិតមូលដ្ឋានម្តងសម្រាប់ស្ត្រីដែលមានអាយុក្នុងចន្លោះពី 35 ឆ្នាំ ដល់ 39 ឆ្នាំ • ការថតឆ្លុះមើលសុដន់រៀងរាល់ 12 ខែម្តង សម្រាប់ស្ត្រីដែលមានអាយុចាប់ពី 40 ឆ្នាំឡើងទៅ • ពិនិត្យសុដន់សម្រាប់ការព្យាបាលរៀងរាល់ 24 ខែម្តង	$0
	សេវាស្តារនីតិសម្បទាបេះដូង យើងនឹងបង់ប្រាក់ទូទាត់សម្រាប់សេវាស្តារនីតិសម្បទាបេះដូង ដូចជាការធ្វើលំហាត់ប្រាណ ការសិក្សាអប់រំ និងការពិគ្រោះយោបល់ជាដើម។ សមាជិកត្រូវតែបំពេញគ្រប់លក្ខខណ្ឌ ហើយមានការបញ្ជូនបន្តរបស់វេជ្ជបណ្ឌិត។ យើងក៏ធានារ៉ាប់រងលើកម្មវិធីស្តារនីតិសម្បទាបេះដូង ដែលខ្លាំងក្លាជាងកម្មវិធីស្តារនីតិសម្បទាបេះដូង។ *ការអនុញ្ញាតជាមុនអាចត្រូវបានទាមទារ ហើយជាទំនួលខុសត្រូវរបស់អ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក។*	$0

	សេវាដែលគម្រោងរបស់យើងចេញថ្លៃជូន	អ្វីដែលអ្នកត្រូវបង់ប្រាក់
	ការជួបពេទ្យដើម្បីកាត់បន្ថយហានិភ័យជំងឺសរសៃឈាមបេះដូង (ព្យាបាលចលនាសម្រាប់ជំងឺបេះដូង) យើងបង់ប្រាក់សម្រាប់ការជួបពិគ្រោះម្តងក្នុងមួយឆ្នាំ ឬច្រើនជាងនេះ បើសិនជាចាំបាច់ខាងផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ ជាមួយអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំបឋម (PCP) របស់អ្នកដើម្បីជួយកាត់បន្ថយហានិភ័យរបស់អ្នកពីជំងឺបេះដូង។ ក្នុងពេលមកជួបពេទ្យ វេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកអាច៖ • ពិភាក្សាអំពីការប្រើប្រាស់ថ្នាំអាស្ពីរីន • ពិនិត្យមើលសម្ពាធឈាមរបស់អ្នក **និង/ឬ** • ផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវគន្លឹះក្នុងការធ្វើឱ្យប្រាកដថា អ្នកកំពុងតែទទួលទានអាហារបានយ៉ាងត្រឹមត្រូវ។	$0
	ការធ្វើតេស្តរកមើលជំងឺបេះដូង យើងបង់ប្រាក់ទូទាត់សម្រាប់ការធ្វើតេស្តឈាម ដើម្បីពិនិត្យរកជំងឺសរសៃឈាមបេះដូងរៀងរាល់ប្រាំឆ្នាំ (60 ខែ) ម្តង។ ការធ្វើតេស្តឈាមក៏ពិនិត្យរកបញ្ហាដែលកើតឡើងដោយសារហានិភ័យជំងឺបេះដូងផងដែរ។	$0
	ការពិនិត្យមើលមហារីកមាត់ស្បូន និងមហារីកស្បូន យើងបង់ថ្លៃសម្រាប់សេវាខាងក្រោម៖ • សម្រាប់ស្ត្រីទាំងអស់៖ ការធ្វើតេស្តលើកោសិកាមាត់ស្បូន និងការពិនិត្យមើលអាងត្រគាករៀងរាល់ 24 ខែម្តង • ចំពោះស្ត្រីដែលមានហានិភ័យខ្ពស់នៃជំងឺមហារីកមាត់ស្បូន ឬមហារីកស្បូន៖ ការធ្វើតេស្តលើកោសិកាមាត់ស្បូនម្តងរៀងរាល់ 12 ខែម្តង • សម្រាប់ស្ត្រីដែលបានធ្វើតេស្តលើកោសិកាមាត់ស្បូនដែលខុសប្រកតីក្នុងរយៈពេលបីឆ្នាំចុងក្រោយ និងស្ថិតក្នុងពេលកំពុងសម្រាលកូន៖ ការធ្វើតេស្តលើកោសិកាមាត់ស្បូន៖ ការធ្វើតេស្តលើកោសិកាមាត់ស្បូនម្តងរៀងរាល់ 12 ខែម្តង • សម្រាប់ស្ត្រីដែលមានអាយុចន្លោះពី 30-65 ឆ្នាំ៖ ការធ្វើតេស្តរកមេរោគវីរុសសាច់ដុះនៅក្នុងមនុស្ស (HPV) ឬការធ្វើតេស្ត Pap រក	$0

	សេវាដែលគម្រោងរបស់យើងចេញថ្លៃជូន	អ្វីដែលអ្នកត្រូវបង់ប្រាក់
	ជំងឺមហារីកមាត់ស្បូន រួមជាមួយការធ្វើតេស្តរកមេរោគ HPV រៀងរាល់ 5 ឆ្នាំម្តង	
	សេវាចាប់សរសៃ (ធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare) យើងបង់ថ្លៃសម្រាប់សេវាខាងក្រោម៖ • ការធ្វើចលនាដោយដៃនៃឆ្អឹងខ្នងដើម្បីកែតម្រូវការថ្លោះ	$0
	សេវាចាប់សរសៃ (មិនមានការធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare)* សេវាដែលមានធានារ៉ាប់រង រួមមាន៖ • ការពិនិត្យបឋម និងបន្តបន្ទាប់ • ការទៅជួបពិនិត្យនៅការិយាល័យ និងការព្យាបាលចាប់សរសៃ • ការព្យាបាលបន្ទាប់បន្សំ • ការថតកាំរស្មីអ៊ិច (សម្រាប់តែការចាប់សរសៃប៉ុណ្ណោះ) អត្ថប្រយោជន៍ត្រូវបានផ្តល់ជូនតាមរយៈកិច្ចសន្យាជាមួយគម្រោងថែទាំសុខភាព American Specialty Health Plans of California, Inc. (គម្រោង ASH)។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម ឬដើម្បីកំណត់ទីតាំងនៃអ្នកផ្តល់សេវាដែលចូលរួមក្នុងគម្រោង ASH Plans អ្នកអាចទូរសព្ទមកគម្រោង ASH Plans តាមរយៈលេខ (800) 678-9133 [TTY: 711] ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 5 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់ ពីថ្ងៃទី 1 ខែមេសា ដល់ថ្ងៃទី 30 ខែកញ្ញា និងថ្ងៃអាទិត្យ ដល់ថ្ងៃសៅរ៍ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់ ពីថ្ងៃទី 1 ខែតុលា ដល់ថ្ងៃទី 31 ខែមីនា។ អ្នកក៏អាចទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជនរបស់គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan ឬចូលទៅកាន់ blueshieldca.com/find-a-doctor ដើម្បីកំណត់ទីតាំងអ្នកផ្តល់សេវាដែលចូលរួមក្នុងគម្រោង ASH Plan។ *សេវាមិនអនុវត្តចំពោះការកំណត់អតិបរមានៃការចំណាយចេញពីហោប៉ៅរបស់គម្រោងទេ។	$0 (ការធានារ៉ាប់រងត្រូវបានកំណត់ត្រឹម 12 ដងក្នុងមួយឆ្នាំ សម្រាប់សេវាដែលមិនបានធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare)។
🍎	**ការត្រួតពិនិត្យជំងឺមហារីកចុងពោះវៀនធំ**	$0

	សេវាដែលគម្រោងរបស់យើងចេញថ្លៃជូន	អ្វីដែលអ្នកត្រូវបង់ប្រាក់
	យើងបង់ថ្លៃសម្រាប់សេវាខាងក្រោម៖ • ការសុងពោះវៀនធំមិនមានកំណត់អាយុអប្បបរមា ឬអតិបរមាទេ ហើយត្រូវបានបានធានារ៉ាប់រងម្តងរៀងរាល់ 120 ខែ (10 ឆ្នាំ) សម្រាប់អ្នកជំងឺដែលមិនមានហានិភ័យខ្ពស់ ឬ 48 ខែបន្ទាប់ពីការពិនិត្យពោះវៀនធំដោយប្រើឧបករណ៍ពិសេសពីមុនសម្រាប់អ្នកជំងឺដែលមិនមានហានិភ័យខ្ពស់ចំពោះជំងឺមហារីកពោះវៀនធំ និងម្តងរៀងរាល់ 24 ខែម្តងសម្រាប់អ្នកជំងឺដែលមានហានិភ័យខ្ពស់ បន្ទាប់ពីការថតឆ្លុះពោះវៀនធំ ឬលាងសម្អាតដោយប្រើសារធាតុបារីយ៉ូម។ • ការពិនិត្យពោះវៀនធំដោយប្រើឧបករណ៍ពិសេសសម្រាប់អ្នកជំងឺអាយុ 45 ឆ្នាំឡើងទៅ។ រៀងរាល់ 120 ខែម្តងសម្រាប់អ្នកជំងឺដែលមិនមានហានិភ័យខ្ពស់ បន្ទាប់ពីអ្នកជំងឺបានទទួលការថតឆ្លុះពោះវៀនធំ។ រៀងរាល់ 48 ខែម្តង សម្រាប់អ្នកជំងឺដែលមានហានិភ័យខ្ពស់ពីការពិនិត្យពោះវៀនធំដោយប្រើឧបករណ៍ពិសេស ឬលាងសម្អាតដោយប្រើសារធាតុបារីយ៉ូម។ • ការពិនិត្យមើលឈាមក្នុងលាមកសម្រាប់អ្នកជំងឺដែលមានអាយុចាប់ពី 45 ឆ្នាំឡើងទៅ។ រៀងរាល់ 12 ខែម្តង។ • ការធ្វើតេស្ត DNA លាមករកជំងឺមហារីកនៅលើពោះវៀនធំ ធ្វើឡើងសម្រាប់អ្នកជំងឺដែលមានអាយុពី 45 ទៅ 85 ឆ្នាំ និងមិនបំពេញតាមលក្ខណៈវិនិច្ឆយនៃហានិភ័យខ្ពស់នោះទេ។ រៀងរាល់ 3 ឆ្នាំម្តង។ ការធ្វើតេស្តឈាមរកប្រូតេអ៊ីនសម្គាល់ជំងឺមហារីកសម្រាប់អ្នកជំងឺដែលមានអាយុពី 45 ទៅ 85 ឆ្នាំ ហើយមិនបំពេញតាមលក្ខណៈវិនិច្ឆយហានិភ័យខ្ពស់នោះទេ។ រៀងរាល់ 3 ឆ្នាំម្តង។ ***អត្ថប្រយោជន៍នេះត្រូវបានបន្តនៅទំព័របន្ទាប់*** **ការត្រួតពិនិត្យជំងឺមហារីកចុងពោះវៀនធំ** (*បន្ត*) • ការលាងសម្អាតដោយប្រើសារធាតុបារីយ៉ូម គឺជាជម្រើសមួយសម្រាប់	

	សេវាដែលគម្រោងរបស់យើងចេញថ្លៃជូន	អ្វីដែលអ្នកត្រូវបង់ប្រាក់
	ការឆ្លុះពោះវៀនធំសម្រាប់អ្នកជំងឺដែលមានហានិភ័យខ្ពស់ និងមានរយៈពេល 24 ខែចាប់តាំងពីការពិនិត្យចុងក្រោយនៃការលាងសម្អាតដោយប្រើសារធាតុបារីយ៉ូម ឬការឆ្លុះពោះវៀនធំចុងក្រោយ។ • ការលាងសម្អាតដោយប្រើសារធាតុបារីយ៉ូម គឺជាជម្រើសមួយសម្រាប់ការពិនិត្យពោះវៀនធំដោយប្រើឧបករណ៍ពិសេសដែលអាចបត់បែនបានសម្រាប់អ្នកជំងឺដែលមិនមានហានិភ័យខ្ពស់ និងអាយុចាប់ពី 45 ឆ្នាំឡើងទៅ។ យ៉ាងតិចណាស់ 48 ខែ បន្ទាប់ពីការពិនិត្យលើការលាងសម្អាតដោយប្រើសារធាតុបារីយ៉ូមចុងក្រោយ ឬការពិនិត្យពោះវៀនធំដោយប្រើឧបករណ៍ពិសេសដែលអាចបត់បែនបាន។ ការធ្វើតេស្តពិនិត្យរកជំងឺមហារីកពោះវៀនធំរួមមានការថតឆ្លុះពោះវៀនធំ បន្ទាប់ពី Medicare ធានារ៉ាប់រងលើការធ្វើតេស្តពិនិត្យរកជំងឺមហារីកពោះវៀនធំដែលមិនឆ្លងតាមលាមកដោយផ្អែកលើលទ្ធផលវិជ្ជមាន។	
	សេវាមនុស្សពេញវ័យតាមសហគមន៍ (**CBAS**) CBAS គឺជាកម្មវិធីផ្តល់សេវាលដ្ឋានដល់អ្នកជំងឺមិនសម្រាកនៅមន្ទីរពេទ្យដែលមនុស្សចូលរួមយោងទៅតាមកាលវិភាគ។ សេវានេះផ្តល់នូវការថែទាំដោយមន្ទីរជំនាញ សេវាសង្គមកិច្ច ការព្យាបាលដោយចលនា (រួមទាំងការព្យាបាលចលនាអវយវៈ រាងកាយ និងពិការភាពការនិយាយ) ការថែទាំផ្ទាល់ខ្លួន ការបណ្តុះបណ្តាល និងជ្រោមជ្រែងដល់គ្រួសារ/អ្នកថែទាំអ្នកជំងឺ សេវាចំណីអាហារ ការធ្វើដំណើរ និងសេវាដទៃទៀត។ យើងបង់ប្រាក់ទូទាត់សម្រាប់សេវា CBAS បើអ្នកបំពេញតាមលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យសិទ្ធិទទួលបានសេវា។ **ចំណាំ៖ ប្រសិនបើកន្លែង CBAS មិនមានសេវាផ្តល់ឱ្យទេ យើងនឹងផ្តល់សេវាដែលមិនមានទាំងនេះដាច់ដោយឡែកពីគ្នា។**	$0

	សេវាដែលគម្រោងរបស់យើងចេញថ្លៃជូន	អ្វីដែលអ្នកត្រូវបង់ប្រាក់
	សេវាសុខភាពមាត់ធ្មេញ	
	យើងបង់ថ្លៃទូទាត់សម្រាប់សេវាសុខភាពមាត់ មួយចំនួន រួមមានជាអាទិ៍ សេវាកម្មស្តារឡើងវិញ (ការស្រោបធ្មេញ) និងសេវាធ្មេញសិប្បនិម្មិត (ក្រាសធ្មេញពាក់) ដែលមានកំណត់។ អ្វីដែលយើងមិនផ្តល់ការធានារ៉ាប់រង គឺអាចរកបានតាមរយៈ Medi-Cal Dental ដែលបានពណ៌នាលម្អិតនៅក្នុងផ្នែក G2 ខាងក្រោម។	អ្នកបង់ប្រាក់ $0 សម្រាប់សេវាដែលរ៉ាប់រង (នៅពេលបានទទួលពីពេទ្យធ្មេញក្នុងបណ្តាញ)។
	យើងបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាសុខភាពមាត់ធ្មេញមួយចំនួននៅពេលដែលសេវានេះជាផ្នែកសំខាន់នៃការព្យាបាលជាក់លាក់សម្រាប់ស្ថានភាពវេជ្ជសាស្ត្របស់អ្នកទទួលផល។ ឧទាហរណ៍មួយចំនួនរួមមាន ការវះកាត់ឆ្អឹងថ្គាមបន្ទាប់ពីការបាក់ ឬរបួស ការដកធ្មេញដែលបានធ្វើឡើងក្នុងការរៀបចំសម្រាប់ការព្យាបាលដោយវិទ្យុសកម្មសម្រាប់ជំងឺមហារីកដែលពាក់ព័ន្ធនឹងឆ្អឹងថ្គាម ឬការពិនិត្យសុខភាពមាត់មុនពេលវះកាត់ប្តូរតម្រងនោម។	
	ជាទូទៅ សេវាសុខភាពមាត់ធ្មេញបែបបង្ការ (ដូចជាការលាងសម្អាត ការពិនិត្យធ្មេញជាប្រចាំ និងការថតកាំរស្មីអ៊ិចធ្មេញ) មិនត្រូវបារ៉ាប់រងដោយ Original Medicare ទេ។ ទោះជាយ៉ាងណា ក្នុងពេលបច្ចុប្បន្ននេះ Medicare បង់ប្រាក់ធានារ៉ាប់រងសម្រាប់សេវាថែទាំមាត់ធ្មេញក្នុងករណីមួយចំនួនតូចប៉ុណ្ណោះ ជាពិសេសក្នុងករណីដែលសេវាថែទាំមាត់ធ្មេញនោះចាំបាច់សម្រាប់ការព្យាបាលជំងឺ ឬបញ្ហាសុខភាពដ៏ចម្បងរបស់អ្នកជំងឺ។ ឧទាហរណ៍មួយចំនួនរួមមាន ការវះកាត់ឆ្អឹងថ្គាមបន្ទាប់ពីការបាក់ ឬរបួស ការដកធ្មេញដែលបានធ្វើឡើងក្នុងការរៀបចំសម្រាប់ការព្យាបាលដោយវិទ្យុសកម្មសម្រាប់ជំងឺមហារីកដែលពាក់ព័ន្ធនឹងឆ្អឹងថ្គាម ឬការពិនិត្យសុខភាពមាត់មុនពេលវះកាត់ប្តូរតម្រងនោម។	សម្រាប់សេវាថែទាំមាត់ធ្មេញដែលធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare សូមមើលផ្នែកសេវាគ្រូពេទ្យ/គ្រូពេទ្យជំនាញ រួមមានផ្នែកពិនិត្យនៅការិយាល័យគ្រូពេទ្យនៃតារាងអត្ថប្រយោជន៍សម្រាប់វេជ្ជសាស្ត្រ។ ដើម្បីដឹងពីសេវាថែទាំមាត់ធ្មេញណាខ្លះដែលមិនរួមបញ្ចូលក្នុងការធានារ៉ាប់រង Medicare សូមមើលតារាងនីតិវិធី
	អត្ថប្រយោជន៍នេះត្រូវបានបន្តនៅទំព័របន្ទាប់	

	សេវាដែលគម្រោងរបស់យើងចេញថ្លៃជូន	អ្វីដែលអ្នកត្រូវបង់ប្រាក់
	សេវាសុខភាពមាត់ធ្មេញ (*បន្ត*) លើសពីនេះ យើងធានារ៉ាប់រងលើសេវាថែទាំធ្មេញទូលំទូលាយមួយចំនួន *។ ដើម្បីដឹងពីសេវាសុខភាពមាត់ធ្មេញជាក់លាក់ណាខ្លះដែលរួមបញ្ចូលក្នុងអត្ថប្រយោជន៍នេះ សូមមើល *តារាងនីតិវិធីអត្ថប្រយោជន៍សុខភាពមាត់ធ្មេញ* ដែលមាននៅក្នុងជំពូកនេះ បន្ទាប់ពីតារាងអត្ថប្រយោជន៍វេជ្ជសាស្ត្រ។ សេវានីតិវិធីព្យាបាលដែលបានចុះបញ្ជីត្រូវបានធានារ៉ាប់រងលើអត្ថប្រយោជន៍ នៅពេលដែលបានផ្តល់ដោយពេទ្យធ្មេញដែលមានអាជ្ញាបណ្ណក្នុងបណ្តាញ ហើយនៅពេលដែលចាំបាច់ និងជាទម្លាប់ដូចដែលបានកំណត់ដោយស្តង់ដានៃការអនុវត្តថែទាំសុខភាពមាត់ធ្មេញដែលបានទទួលយកជាទូទៅ។ ការណែនាំអំពីរបៀបទទួលបានសេវាថែទាំមាត់ធ្មេញដែលមានធានារ៉ាប់រង អាចរកបាននៅផ្នែកបន្ទាប់ពី *តារាងនីតិវិធីអត្ថប្រយោជន៍សុខភាពមាត់ធ្មេញ*។ មិនមែនសេវាដែលរ៉ាប់រងទាំងអស់អាចសមស្របសម្រាប់មនុស្សគ្រប់គ្នានោះទេ។ អ្នកគួរតែពឹងផ្អែកលើពេទ្យធ្មេញក្នុងបណ្តាញរបស់អ្នកដើម្បីកំណត់ការថែទាំសមស្របសម្រាប់អ្នក ។ ដែនកំណត់អត្ថប្រយោជន៍ ការអនុញ្ញាតជាមុន និង/ឬការបញ្ជូនបន្តអាចត្រូវបានអនុវត្តចំពោះសេវាធ្មេញជាក់លាក់មួយចំនួន។ * សេវាមិនអនុវត្តចំពោះការកំណត់អតិបរមានៃការចំណាយចេញពីហោប៉ៅរបស់គម្រោងទេ។ លើសពីនេះទៀត ក្នុងនាមជាសមាជិកដែលមានសិទ្ធិទទួលបានទាំងពីរ Medi-Cal (Medicaid) ធានារ៉ាប់រងលើសេវាថែទាំមាត់ធ្មេញមួយចំនួនផងដែរ។ សេវាថែទាំសុខភាពមាត់ធ្មេញជាក់លាក់មួយចំនួនអាចទទួលបានតាមរយៈ Medi-Cal Dental។ ព័ត៌មានបន្ថែមនៅលើគេហទំព័រ SmileCalifornia.org។ Medi-Cal Dental រួមមានជាអាទិ៍ សេវាកម្មដូចជា៖ ***អត្ថប្រយោជន៍នេះត្រូវបានបន្តនៅទំព័របន្ទាប់***	អត្ថប្រយោជន៍សុខភាពមាត់ធ្មេញ។ តារាងនេះរួមមានបញ្ជីនីតិវិធីសុខភាពមាត់ធ្មេញដែលរ៉ាប់រង និងអ្វីដែលអ្នកត្រូវបង់សម្រាប់នីតិវិធីនីមួយៗ និងការកម្រិតលើអត្ថប្រយោជន៍ណាមួយ។ អ្នកបង់ប្រាក់ $0 សម្រាប់សេវាដែលរ៉ាប់រងនៅពេលបានទទួលពីពេទ្យធ្មេញក្នុងបណ្តាញ។ សម្រាប់សេវាថែទាំមាត់ធ្មេញដែលធានារ៉ាប់រងដោយ Medi-Cal (Medicaid) សូមមើល *សៀវភៅណែនាំសមាជិក Medi-Cal Dental* ដែលមាននៅលើគេហទំព័រ Medi-Cal Dental នៅ smilecalifornia.org។

	សេវាដែលគម្រោងរបស់យើងចេញថ្លៃជូន	អ្វីដែលអ្នកត្រូវបង់ប្រាក់
	សេវាសុខភាពមាត់ធ្មេញ (* បន្ត*) • ការពិនិត្យដំបូង ការថតកាំរស្មីអ៊ិច ការសម្អាត និងការព្យាបាលដោយសារធាតុភ្លុយអ័រ • ការប៉ះ និងស្រោបធ្មញ • ការព្យាបាលរន្ធឫសធ្មេញ • ធ្មេញពាក់ដោយផ្នែក និងធ្មេញពាក់ពេញលេញ ការកែតម្រូវ ការព្យាបាល និងការពត់ធ្មេញ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមទាក់ទងនឹងអត្ថប្រយោជន៍សុខភាពមាត់ធ្មេញដែលមាននៅក្នុងកម្មវិធី Medi-Cal Dental ឬប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយក្នុងការស្វែងរកពេទ្យធ្មេញដែលទទួលយកកម្មវិធី Medi-Cal សូមទាក់ទងមកកាន់ខ្សែទូរសព្ទរបស់ផ្នែកបម្រើសេវាអតិថិជនតាមរយៈលេខ 1-800-322-6384 (អ្នកប្រើ TTY ទូរសព្ទតាមរយៈលេខ 1-800-735-2922)។ ការហៅទូរសព្ទនេះមិនគិតថ្លៃទេ។ អ្នកតំណាងរបស់កម្មវិធី Medi-Cal Dental អាចទំនេរដើម្បីជួយអ្នកចាប់ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក រហូតដល់ម៉ោង 5:00 ល្ងាច ចាប់ពីថ្ងៃចន្ទ រហូតដល់ថ្ងៃសុក្រ។ អ្នកក៏អាចចូលមើលគេហទំព័រផងដែរតាមរយៈ គេហទំព័រ smilecalifornia.org/ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។	អ្នកមិនបង់ប្រាក់ $0 សម្រាប់សេវាថែទាំមាត់ធ្មេញដែលមានការធានារ៉ាប់រងនោះទេ។
🍎	**ការពិនិត្យមើលជំងឺបាក់ទឹកចិត្ត** យើងនឹងបង់ប្រាក់ទូទាត់សម្រាប់ការពិនិត្យមើលជំងឺបាក់ទឹកចិត្តជារៀងរាល់ឆ្នាំ។ អត្ថប្រយោជន៍នេះត្រូវបានបន្តនៅទំព័របន្ទាប់ការពិនិត្យនេះត្រូវតែធ្វើឡើងនៅក្នុងមជ្ឈមណ្ឌលថែទាំបឋម ដែលអាចផ្តល់ជូនការព្យាបាលតាមដាន និងការបញ្ជូនបន្ត។	$0

	សេវាដែលគម្រោងរបស់យើងចេញថ្លៃជូន	អ្វីដែលអ្នកត្រូវបង់ប្រាក់
	ការពិនិត្យមើលជំងឺទឹកនោមផ្អែម យើងនឹងបង់ប្រាក់ទូទាត់សម្រាប់ការពិនិត្យនេះ (រួមមានការធ្វើតេស្តជាតិគ្លុយកូសរហ័សផងដែរ) បើអ្នកមានកត្តាហានិភ័យណាមួយក្នុងចំណោមកត្តាខាងក្រោម: • សម្ពាធឈាមខ្ពស់ (ជំងឺលើសឈាម) • ប្រវត្តិនៃកម្រិតកូឡេស្តេរ៉ូល និងទ្រីគ្លីសេរីឌុសប្រក្រតី (វិបត្តិជាតិខ្លាញ់) • ការធាត់លើសទម្ងន់ខ្លាំង • ប្រវត្តិមានជាតិស្ករក្នុងឈាមខ្ពស់ (គ្លុយកូស) ការធ្វើតេស្តអាចត្រូវបានរ៉ាប់រងក្នុងករណីមួយចំនួន ដូចជាករណីអ្នកធាត់ហួសកំណត់ និងមានប្រវត្តិគ្រួសារកើតជំងឺទឹកនោមផ្អែម។ អ្នកអាចនឹងមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ការពិនិត្យរកជំងឺទឹកនោមផ្អែមរហូតដល់ពីរលើកនៅរៀងរាល់ 12 ខែម្តង បន្ទាប់ពីកាលបរិច្ឆេទនៃការពិនិត្យរកជំងឺទឹកនោមផ្អែមចុងក្រោយបំផុតរបស់អ្នក។	$0
	ការបណ្តុះបណ្តាលការគ្រប់គ្រងជំងឺទឹកនោមផ្អែមដោយខ្លួនឯង សេវា និងការផ្គត់ផ្គង់ យើងនឹងបង់ប្រាក់ទូទាត់សម្រាប់សេវាខាងក្រោមចំពោះសមាជិកទាំងឡាយណាដែលមានជំងឺទឹកនោមផ្អែម (មិនថា ពួកគេប្រើប្រាស់អាំងស៊ីយលីន ឬអត់នោះទេ)៖ • ការផ្គត់ផ្គង់ដើម្បីត្រួតពិនិត្យជាតិស្ករក្នុងឈាមអ្នក រួមមានការផ្គត់ផ្គង់ដូចខាងក្រោម៖ ○ ឧបករណ៍ត្រួតពិនិត្យជាតិស្ករក្នុងឈាម ○ បន្ទះធ្វើតេស្តជាតិស្ករក្នុងឈាម ○ ឧបករណ៍ជួសឈាម និងម្ជុលជួសឈាម ○ ដំណោះស្រាយសម្រាប់គ្រប់គ្រងជាតិស្ករ ដើម្បីពិនិត្យភាពសុក្រិតនៃបន្ទះពិនិត្យ និងឧបករណ៍តេស្ត ***អត្ថប្រយោជន៍នេះត្រូវបានបន្តនៅទំព័របន្ទាប់*** **ការបណ្តុះបណ្តាលការគ្រប់គ្រងជំងឺទឹកនោមផ្អែមដោយខ្លួនឯង សេវា និង**	$0 សម្រាប់ប្រដាប់ពិនិត្យគ្លុយកូសក្នុងឈាម សូមមើលផ្នែក “បរិក្ខារវេជ្ជសាស្ត្រជាប់បានយូរ (DME) និងការផ្គត់ផ្គង់ដែលពាក់ព័ន្ធ” ខាងក្រោម។

	សេវាដែលគម្រោងរបស់យើងចេញថ្លៃជូន	អ្វីដែលអ្នកត្រូវបង់ប្រាក់
	ការផ្គត់ផ្គង់ (*បន្ត*) • សម្រាប់អ្នកដែលកើតជំងឺទឹកនោមផ្អែម ដែលមានជំងឺជើងរាំ រ៉ែ យើងនឹងបង់ថ្លៃដូចខាងក្រោម៖ ○ ស្បែកជើងព្យាបាលដែលចាក់ពុម្ពតម្រូវតាមបុគ្គលម្នាក់ៗចំនួនមួយគូ (រួមមានទ្រនាប់ស្បែកជើង) រួមទាំងការលៃតម្រូវឱ្យត្រូវល្មម និងទ្រនាប់ស្បែកជើងបន្ថែមពីរគូទៀតក្នុងមួយឆ្នាំនីមួយៗ **ឬ** ○ ស្បែកជើងកវែងមួយគូ រួមមានការលៃតម្រូវឱ្យត្រូវល្មម និងទ្រនាប់ស្បែកជើងបីគូ (មិនរាប់បញ្ចូលទ្រនាប់ស្បែកជើងអាចដកចេញបានដោយមិនអាចតម្រូវតាមជើងដែលត្រូវបានផ្តល់ឱ្យជាមួយស្បែកជើងបែបនេះទេ) • ក្នុងករណីមួយចំនួន យើងបង់ថ្លៃសម្រាប់វគ្គបណ្តុះបណ្តាលដើម្បីជួយអ្នកគ្រប់គ្រងជំងឺទឹកនោមផ្អែមរបស់អ្នក។ ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែម សូមទាក់ទងមកកាន់ផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជន។ សម្រាប់បន្ទះពិសោធ និងប្រដាប់ពិនិត្យគ្លុយកូសក្នុងឈាម ក្រុមហ៊ុនផលិតដែលយើងចង់បានគឺក្រុមហ៊ុន Abbott។ បន្ទះពិសោធ និងប្រដាប់ពិនិត្យគ្លុយកូសក្នុងឈាមម៉ាក FreeStyle® (បង្កើតដោយ Abbott) នឹងមិនតម្រូវឱ្យវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកទទួលការយល់ព្រមជាមុន (ពេលខ្លះគេហៅថា "ការអនុញ្ញាតជាមុន") ពីគម្រោងនោះទេ។ បន្ទះពិសោធ និងប្រដាប់ពិនិត្យគ្លុយកូសក្នុងឈាមពីក្រុមហ៊ុនផលិតផ្សេងទៀតទាំងអស់នឹងតម្រូវឱ្យវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកសុំការយល់ព្រមជាមុន (ពេលខ្លះគេហៅថា "ការអនុញ្ញាតជាមុន") ពីគម្រោង។ *ការអនុញ្ញាតជាមុនអាចត្រូវបានទាមទារ ហើយជាទំនួលខុសត្រូវរបស់អ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក។*	
	សេវាសម្រាប់ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ សម្រាប់បុគ្គលដែលមានផ្ទៃពោះ យើងបង់ថ្លៃសម្រាប់ការជួបពិនិត្យចំនួនប្រាំបួនដងជាមួយសេវាសម្រាប់ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ ក្នុងអំឡុងពេលមុនសម្រាលកូន និងក្រោយពេលសម្រាលកូន ក៏ដូចជាការគាំទ្រក្នុងអំឡុងពេលមុនសម្រាលកូន និងពេលសម្រាលកូន។	$0

	សេវាដែលគម្រោងរបស់យើងចេញថ្លៃជូន	អ្វីដែលអ្នកត្រូវបង់ប្រាក់
	បរិក្ខារវេជ្ជសាស្ត្រដែលប្រើជាប់បានយូរ (DME) និងគ្រឿងផ្គត់ផ្គង់ដែលពាក់ព័ន្ធ សូមមើល **ជំពូកទី 12** នៃសៀវភៅណែនាំសមាជិករបស់អ្នកសម្រាប់និយមន័យនៃពាក្យ "បរិក្ខារវេជ្ជសាស្ត្រដែលប្រើជាប់បានយូរ (DME)"។ យើងធានារ៉ាប់រងលើសម្ភារដូចខាងក្រោម៖ • រទេះរុញ រួមមានរទេះរុញអគ្គិសនី • ឈើច្រត់ • ប្រព័ន្ធពួកដើរដោយថាមពល • បន្ទះសម្ពាធស្លូតសម្រាប់ពួក • សម្ភារផ្គត់ផ្គង់សម្រាប់ជំងឺទឹកនោមផ្អែម • គ្រែមន្ទីរពេទ្យដែលបញ្ជាទិញដោយអ្នកផ្តល់សេវាសម្រាប់ប្រើនៅក្នុងផ្ទះ • ឧបករណ៍ដាក់សេរ៉ូម និងជើងព្យួរសេរ៉ូម (IV) • ឧបករណ៍ជំនួយក្នុងការនិយាយ • សម្ភារ និងឧបករណ៍អុកស៊ីសែន • ម៉ាស៊ីនឆ្លុងដង្ហើម • ឧបករណ៍ជំនួយក្នុងការដើរ • ដៃកោងស្តង់ដារ ឬដៃកច្រត់ជើងបួន និងឧបករណ៍ជំនួស • ខ្សែទាញតម្រង់ក (នៅលើទ្វារ) • ឧបករណ៍រំញោចឆ្អឹង • ឧបករណ៍ថែទាំការលាងឈាម សម្ភារផ្សេងទៀតអាចនឹងមានការធានារ៉ាប់រង។ យើងបង់ថ្លៃសម្រាប់ DME ដែលមានភាពចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រទាំងអស់ដែល Medicare និង Medi-Cal បង់ថ្លៃឱ្យតាមធម្មតា។ ប្រសិនបើអ្នកផ្គត់ផ្គង់របស់យើងក្នុងតំបន់របស់អ្នកមិនមានម៉ាក ឬអ្នកផលិតផលជាក់លាក់ទេនោះ អ្នកអាចសួរពួកគេថាតើពួកគេអាចបញ្ជាទិញជាពិសេសសម្រាប់អ្នកបានដែរឬទេ។ *ការអនុញ្ញាតជាមុនអាចត្រូវបានទាមទារ ហើយជាទំនួលខុសត្រូវរបស់អ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក។*	$0 ប្រដាប់ពិនិត្យគ្លុយកូសក្នុងឈាម៖ $0 សម្រាប់ប្រដាប់ពិនិត្យគ្លុយកូសក្នុងឈាមម៉ាក FreeStyle® និងការធានារ៉ាប់រងរួមចំនួន 20% សម្រាប់ប្រដាប់ពិនិត្យគ្លុយកូសក្នុងឈាមពីក្រុមហ៊ុនផលិតផ្សេងទៀតទាំងអស់។ ការចែករំលែកថ្លៃចំណាយរបស់អ្នកសម្រាប់ការធានារ៉ាប់រងលើឧបករណ៍អុកស៊ីសែនរបស់ Medicare ចំនួន $0 រៀងរាល់ពេល។ ការចែករំលែកថ្លៃចំណាយរបស់អ្នកនឹងមិនផ្លាស់ប្តូរទេ បន្ទាប់ពីចុះឈ្មោះសម្រាប់រយៈពេល 36 ខែ។

	សេវាដែលគម្រោងរបស់យើងចេញថ្លៃជូន	អ្វីដែលអ្នកត្រូវបង់ប្រាក់

	ការថែទាំសង្គ្រោះបន្ទាន់
	
	ការថែទាំក្នុងគ្រាអាសន្នមានន័យថា ជាសេវាទាំងឡាយណាដែល៖
	• ផ្តល់ជូនដោយអ្នកផ្តល់សេវាដែលទទួលបានការបណ្តុះបណ្តាល ដើម្បីផ្តល់សេវាសង្គ្រោះបន្ទាន់ **និង**
	• ចាំបាច់ត្រូវព្យាបាលបន្ទាន់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ។
	
	ការសង្គ្រោះបន្ទាន់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ គឺជាស្ថានភាពវេជ្ជសាស្ត្រដែលមានការឈឺចាប់ខ្លាំង ឬការរងរបួសធ្ងន់ធ្ងរ។ ស្ថានភាពនេះធ្ងន់ធ្ងរណាស់ ប្រសិនបើវាមិន
	
	សូមស្វែងរកការព្យាបាលជាបន្ទាន់ នរណាម្នាក់ដែលមានជាមធ្យមនូវការយល់ដឹងអំពីសុខភាព និងវេជ្ជសាស្ត្រអាចនាំទៅរក៖
	• ហានិភ័យធ្ងន់ធ្ងរចំពោះសុខភាពរបស់អ្នក ឬចំពោះកូននៅក្នុងផ្ទៃរបស់អ្នក**ឬ**
	• ការខូចខាតធ្ងន់ធ្ងរចំពោះមុខងាររាងកាយ **ឬ**
	• ដំណើរការខុសប្រក្រតីធ្ងន់ធ្ងរនៃសរីរាង្គ ឬផ្នែកណាមួយនៃរាងកាយ។
	• ក្នុងករណីស្ត្រីមានផ្ទៃពោះកំពុងឈឺពោះសម្រាល នៅពេល៖
	  ○ មិនមានពេលគ្រប់គ្រាន់ ដើម្បីផ្ទេរអ្នកទៅមន្ទីរពេទ្យមួយទៀត ដោយសុវត្ថិភាព មុនពេលសម្រាលកូន។
	  ○ ការផ្ទេរទៅមន្ទីរពេទ្យផ្សេងទៀតអាចបង្កឱ្យមានការគំរាមកំហែងដល់សុខភាព ឬសុវត្ថិភាពរបស់អ្នក ឬដល់កូនក្នុងផ្ទៃរបស់អ្នក។
	
	*ការធានារ៉ាប់រងទូទាំងពិភពលោក
	
	អ្នកមិនមានដាក់កំណត់ប្រចាំឆ្នាំបញ្ចូលគ្នាសម្រាប់ការថែទាំក្នុងគ្រាអាសន្ន ឬសេវាដែលត្រូវការជាបន្ទាន់នៅខាងក្រៅសហរដ្ឋអាមេរិក និងតំបន់ផ្សេងៗនៅក្នុងសហរដ្ឋអាមេរិកទេ។
	
	អត្ថប្រយោជន៍នេះត្រូវបានបន្តនៅទំព័របន្ទាប់
		$0
		
		ប្រសិនបើអ្នកទទួលបានការថែទាំក្នុងគ្រាអាសន្ននៅមន្ទីរពេទ្យក្រៅបណ្តាញ ហើយត្រូវការការថែទាំសម្រាប់អ្នកជំងឺសម្រាកព្យាបាល បន្ទាប់ពីស្ថានភាពអាសន្នរបស់អ្នកត្រូវបានរក្សាឱ្យមានស្ថេរភាព នោះអ្នកត្រូវតែវិលត្រលប់ទៅកាន់មន្ទីរពេទ្យនៅក្នុងបណ្តាញវិញសម្រាប់ការថែទាំរបស់អ្នកដើម្បីបន្តទទួលបានការបង់ថ្លៃជូន។ អ្នកអាចសម្រាកនៅមន្ទីរពេទ្យក្រៅបណ្តាញបានសម្រាប់តែការថែទាំអ្នកជំងឺដេកពេទ្យតែប៉ុណ្ណោះ ប្រសិនបើគម្រោងរបស់យើងអនុញ្ញាតឱ្យអ្នកសម្រាកនៅមន្ទីរពេទ្យនោះ។
		
		ការធានារ៉ាប់រងរួម 20% សម្រាប់ការធានារ៉ាប់រងលើភាពអាសន្នទូទាំងពិភពលោក (លើកលែងប្រសិនបើបានបញ្ជូន

	សេវាដែលគម្រោងរបស់យើងចេញថ្លៃជូន	អ្វីដែលអ្នកត្រូវបង់ប្រាក់
	ការថែទាំសង្គ្រោះបន្ទាន់ (បន្ត) *សេវានៅក្រៅសហរដ្ឋអាមេរិក និងដែនដីរបស់សហរដ្ឋអាមេរិកមិនអនុវត្តចំពោះការកំណត់អតិបរមានៃការចំណាយផ្ទាល់ខ្លួនរបស់គម្រោងទេ។	ទៅមន្ទីរពេទ្យក្នុងរយៈពេលមួយថ្ងៃសម្រាប់ស្ថានភាពដូចគ្នា)
	សេវារៀបចំគម្រោងគ្រួសារ ច្បាប់អនុញ្ញាតឱ្យអ្នកជ្រើសរើសអ្នកផ្តល់សេវាណាមួយ – មិនថាអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ ឬអ្នកផ្តល់សេវាក្រៅបណ្តាញ – សម្រាប់សេវារៀបចំគម្រោងក្នុងគ្រួសារជាក់លាក់មួយចំនួន។ នេះមានន័យថា វេជ្ជបណ្ឌិត គ្លីនិក មន្ទីរពេទ្យ ឱសថស្ថាន ឬការិយាល័យ រៀបចំគម្រោងគ្រួសារណាមួយ។ យើងបង់ថ្លៃសម្រាប់សេវាខាងក្រោម៖ • ការពិនិត្យសម្រាប់ការរៀបចំគម្រោងគ្រួសារ និងការព្យាបាលតាមបែបវេជ្ជសាស្ត្រ • ពិសោធអំពីការពន្យារកំណើត និងការតេស្តធ្វើរោគវិនិច្ឆយ • វិធីសាស្ត្រក្នុងការពន្យារកំណើត (IUC/IUD ដាក់កងក្រោមដើមដៃ ការចាក់ថ្នាំ ថ្នាំគ្រាប់ពន្យារកំណើត ក្រៅអៀកពន្យារកំណើត ឬដាក់កង) • ឧបករណ៍ពន្យារកំណើតដោយមានវេជ្ជបញ្ជា (ស្រោមអនាម័យ អេប៉ុងហ្ម ហ្វីល ស្រោមអនាម័យស្ត្រី មួក) • សេវាទាក់ទងនឹងសមត្ថភាពបន្តពូជដែលមានកំណត់ ដូចជាការប្រឹក្សាយោបល់ និងការអប់រំអំពីបច្ចេកទេសការយល់ដឹងអំពីភាពមានកូន និងឬការប្រឹក្សាសុខភាពការគិតទុកជាមុន ការធ្វើតេស្ត និងការឆ្លងជំងឺតាមការរួមភេទ (STI) • ការប្រឹក្សាយោបល់ និងការធ្វើតេស្តរកមេរោគ HIV និងអេដស៍ និងស្ថានភាពទាក់ទងនឹងមេរោគ HIV ផ្សេងៗ ***អត្ថប្រយោជន៍នេះត្រូវបានបន្តនៅទំព័របន្ទាប់*** **សេវារៀបចំគម្រោងគ្រួសារ *(បន្ត)***	$0

	សេវាដែលគម្រោងរបស់យើងចេញថ្លៃជូន	អ្វីដែលអ្នកត្រូវបង់ប្រាក់
	• ការការពារពីការមានកូនជាអចិន្ត្រៃយ៍ (អ្នកត្រូវតែមានអាយុ 21 ឆ្នាំ ឡើងទៅដើម្បីជ្រើសរើសវិធីសាស្ត្រនៅក្នុងការរៀបចំគម្រោងគ្រួសារ។ អ្នកត្រូវតែចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់បែបបទយល់ព្រមលើការបញ្ឈប់ការយកកូនរបស់សហព័ន្ធយ៉ាងតិច 30 ថ្ងៃ ប៉ុន្តែមិនលើសពី 180 ថ្ងៃមុនថ្ងៃវះកាត់នោះទេ។) • ការប្រឹក្សាអំពីបញ្ហាហ្សែន យើងនឹងបង់ថ្លៃសម្រាប់សេវារៀបចំគម្រោងគ្រួសារផ្សេងមួយចំនួនទៀត។ ទោះបីជាយ៉ាងណាក៏ដោយ អ្នកត្រូវតែប្រើអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ សម្រាប់សេវាដូចខាងក្រោម៖ • ការព្យាបាលសម្រាប់ស្ថានភាពវេជ្ជសាស្ត្រអំពីបញ្ហាអត់មានកូន (សេវានេះមិនរួមបញ្ចូលវិធីសិប្បនិម្មិតដើម្បីឱ្យមានផ្ទៃពោះនោះទេ។) • ការព្យាបាលជំងឺអេដស៍ និងស្ថានភាពផ្សេងៗដែលទាក់ទងនឹងមេរោគ HIV • ការធ្វើតេស្តហ្សែន	
🍎	**កម្មវិធីអប់រំសុខភាព និងសុខុមាលភាព** យើងផ្តល់កម្មវិធីជាច្រើន ដែលផ្តោតទៅលើលក្ខណៈសុខភាពជាក់លាក់។ ទាំងនេះរួមមាន៖ • ថ្នាក់អប់រំអំពីសុខភាព • ថ្នាក់អប់រំអំពីអាហារូបត្ថម្ភ • ការផ្តាច់បារី និងការផ្តាច់ការប្រើប្រាស់ថ្នាំជក់ **និង** • បណ្តាញទូរសព្ទសម្រាប់ការពិគ្រោះការព្យាបាល កម្មវិធីដែលជួយអ្នកឱ្យមានសុខភាពល្អ។ សេវាដែលមានធានារ៉ាប់រងរួមមាន៖ ***អត្ថប្រយោជន៍នេះត្រូវបានបន្តនៅទំព័របន្ទាប់*** **កម្មវិធីអប់រំសុខភាព និងសុខុមាលភា** ***(បន្ត)*** • សរសេរ អំពីសុខភាពជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ រួមមានព្រឹត្តិបត្រព័ត៌មា	$0

សេវាដែលគម្រោងរបស់យើងចេញថ្លៃជូន		អ្វីដែលអ្នកត្រូវបង់ប្រាក់
	• កម្មវិធីអប់រំ កម្មវិធីអប់រំដែលផ្តោតលើស្ថានភាពសុខភាពដូចជា៖ • ជំងឺលើសឈាម • កូលេស្តេរ៉ូល • ជំងឺហឺត • របបអាហារពិសេស កម្មវិធីអប់រំដែលបានរចនាឡើងដើម្បីបង្កើនសុខភាព និងរបៀបរស់នៅរបស់អ្នក រួមមាន៖ • ការគ្រប់គ្រងទម្ងន់ • លំហាត់ប្រាណ • ការគ្រប់គ្រងភាពតានតឹង **ជំនួយរបស់គិលានុបដ្ឋាយិកា 24/7** មានការសន្ទនាតាមអនឡាញមួយទល់នឹងមួយដោយសម្ងាត់ជាមួយនឹងគិលានុបដ្ឋាយិកាដែលបានចុះបញ្ជី 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ។ នៅពេលដែលអ្នកមានការព្រួយបារម្ភផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ ការហៅទូរសព្ទម្តងទៅកាន់លេខទូរសព្ទប្រចាំការដោយឥតគិតថ្លៃរបស់យើងនឹងតភ្ជាប់អ្នកទៅកាន់គិលានុបដ្ឋាយិកាដែលបានចុះបញ្ជីមួយរូប ដែលនឹងស្តាប់ការព្រួយបារម្ភរបស់អ្នក ហើយជួយអ្នកឆ្ពោះទៅរកដំណោះស្រាយ។ ទូរសព្ទទៅលេខ 1-877-304-0504 (TTY: 711) 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ *អត្ថប្រយោជន៍នេះត្រូវបានបន្តនៅទំព័របន្ទាប់* **កម្មវិធីអប់រំអំពីសុខភាព និងសុខុមាលភាព*** (*បន្ត*) **ការហាត់ប្រាណជាមួយ SilverSneakers®**	

	សេវាដែលគម្រោងរបស់យើងចេញថ្លៃជូន	អ្វីដែលអ្នកត្រូវបង់ប្រាក់
	SilverSneakers អាចជួយអ្នកឱ្យរស់នៅក្នុងជីវិតដែលមានសុខភាពល្អ និងសកម្មជាងមុនតាមរយៈការហាត់ប្រាណ និងទំនាក់ទំនងសង្គម។ អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងសម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍នៃការហាត់ប្រាណតាមរយៈ SilverSneakers នៅទីតាំងដែលចូលរួម[1]។ អ្នកមានសិទ្ធិប្រើប្រាស់គ្រូបង្រៀនដែលដឹកនាំថ្នាក់ហាត់ប្រាណជាក្រុមដែលបានរចនាឡើងជាពិសេស[2]។ នៅទីតាំងដែលចូលរួមទូទាំងប្រទេស 1 អ្នកអាចចូលរៀន [2] បូកជាមួយនឹងការប្រើប្រាស់ឧបករណ៍ហាត់ប្រាណ និងគ្រឿងបរិក្ខារផ្សេងទៀត។ លើសពីនេះទៀត SilverSneakers FLEX® ផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវជម្រើសដើម្បីទទួលបានសកម្មភាពនៅខាងក្រៅកន្លែងហាត់ប្រាណចាស់ (ដូចជាមជ្ឈមណ្ឌលកម្សាន្ត ផ្សារទំនើប និងឧទ្យាន)។ SilverSneakers ក៏ភ្ជាប់អ្នកទៅកាន់បណ្តាញគាំទ្រ និងថ្នាក់និម្មិតតាមរយៈ SilverSneakers LIVE™ វីដេអូ SilverSneakers On Demand™ និងកម្មវិធីទូរសព្ទចល័តរបស់យើង SilverSneakers GO™។ អ្នកក៏អាចចូលប្រើបាន Stitch[3] គេហទំព័រសង្គមអនឡាញសម្រាប់មនុស្សវ័យចំណាស់ ដែលជាកន្លែងដែលអ្នកអាចចូលរួមសកម្មភាព និងព្រឹត្តិការណ៍ដោយផ្ទាល់ និងតាមអនឡាញ។ អ្វីដែលអ្នកត្រូវការដើម្បីចាប់ផ្តើម គឺលេខសម្គាល់ SilverSneakers ផ្ទាល់ខ្លួនរបស់អ្នក។ ចូលទៅកាន់គេហទំព័រ Silversneakers.com ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពីអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នក ឬទូរសព្ទទៅលេខ 1-888-423-4632 (TTY: 711) ចាប់ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់ ម៉ោងភាគខាងកើត។ **សូមពិភាក្សាជាមួយវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកជានិច្ច មុនពេលចាប់ផ្តើមកម្មវិធីហាត់ប្រាណ។** [1]ទីតាំងដែលចូលរួម (“PL”) មិនត្រូវបានគ្រប់គ្រង ឬដំណើរការដោយ Tivity Health, Inc. ឬសាខារបស់ខ្លួនទេ។ ការប្រើប្រាស់ទីតាំង និងគ្រឿងបរិក្ខារ PL ត្រូវបានកំណត់ចំពោះតែលក្ខខណ្ឌរបស់សមាជិកភាព *អត្ថប្រយោជន៍នេះត្រូវបានបន្តនៅទំព័របន្ទាប់* **សូមពិភាក្សាជាមួយវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកជានិច្ច មុនពេលចាប់ផ្តើមកម្មវិធីហាត់ប្រាណ។** *(បន្ត)* មូលដ្ឋានរបស់ PL។ ទីតាំង និងគ្រឿងបរិក្ខារប្រែប្រួលតាម PL។	

	សេវាដែលគម្រោងរបស់យើងចេញថ្លៃជូន	អ្វីដែលអ្នកត្រូវបង់ប្រាក់
	[2]សមាជិកភាព រួមមានថ្នាក់ហាត់ប្រាណជាក្រុមដែលដឹកនាំដោយអ្នកបង្រៀន SilverSneakers។ ទីតាំងមួយចំនួនផ្តល់ជូនសមាជិកនូវថ្នាក់បន្ថែម។ ថ្នាក់រៀនប្រែប្រួលទៅតាមទីតាំង។ [3]Stitch គឺជាអ្នកផ្តល់សេវាភាគីទីបី ហើយមិនត្រូវបានគ្រប់គ្រង ឬដំណើរការដោយ Tivity Health ឬសាខារបស់ខ្លួនទេ។ សមាជិករបស់ SilverSneakers ត្រូវតែមានសេវាអ៊ីនធឺណិតដើម្បីអាចចូលប្រើសេវា Stitch បាន។ ការបង់ថ្លៃសេវាអ៊ីនធឺណិតគឺជាទំនួលខុសត្រូវរបស់សមាជិក SilverSneakers។ **ប្រព័ន្ធឆ្លើយតបក្នុងគ្រាអាសន្នផ្ទាល់ខ្លួន** (**PERS**) – ប្រព័ន្ធតាមដានដោយការជូនដំណឹងផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដែលផ្តល់លទ្ធភាពទទួលបានជំនួយ 24/7 ដោយគ្រាន់តែចុចប៊ូតុងមួយប៉ុណ្ណោះ។ អត្ថប្រយោជន៍ PERS របស់អ្នកត្រូវបានផ្តល់ដោយ LifeStation® ហើយរួមមាន៖ • ប្រព័ន្ធឆ្លើយតបក្នុងគ្រាអាសន្នផ្ទាល់ខ្លួនមួយ • ជម្រើសនៃប្រព័ន្ធនៅក្នុងផ្ទះ ឬឧបករណ៍ចល័តដែលមាន GPS/WiFi និងការចាប់សញ្ញាអំពីការធ្លាក់ • ការតាមដានប្រចាំខែ • ឆ្នាំងសាកថ្ម និងខ្សែក្លាប់ចាំបាច់នានា ដើម្បីធ្វើការបញ្ជាទិញ PERS និងចាប់ផ្តើមទទួលបានសេវាកម្ម សូមទូរសព្ទទៅក្រុមការងាររបស់ LifeStation តាមរយៈលេខ 1-855-672-3269 (TTY: 711) ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 5:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 6:00 ល្ងាច PST និងថ្ងៃសៅរ៍ ពីម៉ោង 6:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 6:00 ល្ងាច PST ឬចូលមើលគេហទំព័រ blueshieldca.com/login ។ *សេវាមិនអនុវត្តចំពោះការកំណត់អតិបរមានៃការចំណាយចេញពីហោប៉ៅរបស់គម្រោងទេ។	

	សេវាដែលគម្រោងរបស់យើងចេញថ្លៃជូន	អ្វីដែលអ្នកត្រូវបង់ប្រាក់
	សេវាសុខភាពត្រចៀក យើងបង់ថ្លៃការធ្វើតេស្តខាងការស្តាប់ និងការថ្នឹងថ្លែងដែលបានធ្វើឡើងដោយអ្នកផ្តល់របស់អ្នក។ ការធ្វើតេស្តទាំងនេះ ប្រាប់អ្នកថាអ្នកត្រូវការព្យាបាលផ្នែកវេជ្ជាស្ត្រីឬអត់។ វាត្រូវបានរ៉ាប់រងជាការថែទាំអ្នកជំងឺឥតដេកពេទ្យ នៅពេលអ្នកទទួលវាពីវេជ្ជបណ្ឌិត គ្រូពេទ្យជំនាញផ្នែកសោតទស្សន៍ ឬអ្នកផ្តល់មានគុណសម្បត្តិផ្សេងទៀត។ • ការវាយតម្លៃអំពីត្រចៀកដោយការធ្វើរោគវិនិច្ឆយ និងតុល្យភាពដែលធ្វើឡើងដោយ PCP របស់អ្នក ដើម្បីកំណត់ថាតើអ្នកត្រូវការការព្យាបាលផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រឬអត់ដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងជាការថែទាំអ្នកជំងឺឥតដេកពេទ្យនៅពេលបានផ្តល់ដោយគ្រូពេទ្យ គ្រូពេទ្យជំនាញផ្នែកសោតទស្សន៍ ឬអ្នកផ្តល់សេវាដែលមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ផ្សេងទៀត។ • ការពិនិត្យត្រចៀកជាប្រចាំ (មិនបានធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare)	$0 សម្រាប់ការពិនិត្យត្រចៀកដោយធ្វើរោគវិនិច្ឆយនីមួយៗដែលបានធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare · $0 សម្រាប់ការពិនិត្យត្រចៀកជាប្រចាំនីមួយៗ (មិនបានធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare)
	• ឧបករណ៍ជំនួយការស្តាប់ * o អ្នកមានប្រាក់ឧបត្ថម្ភប្រចាំឆ្នាំចំនួន $1,500 សម្រាប់ឧបករណ៍ជំនួយការស្តាប់រហូតដល់ចំនួនពីរ និងការពាក់ឧបករណ៍ជំនួយការស្តាប់ចំនួនពីរ និងការវាយតម្លៃ (ពាក់នៅត្រចៀកទាំងសងខាងរួមបញ្ចូលគ្នា)។ អ្នកអាចទទួលបានសេវាទាំងនេះពីអ្នកផ្តល់សេវាឧបករណ៍ជំនួយការស្តាប់ដែលអ្នកជ្រើសរើស។ o ប្រាក់ឧបត្ថម្ភនេះមិនអាចដាក់បញ្ចូលពីមួយឆ្នាំទៅមួយឆ្នាំទេ។ ***អត្ថប្រយោជន៍នេះត្រូវបានបន្តនៅទំព័របន្ទាប់***	ប្រាក់ឧបត្ថម្ភពី $0 រហូតដល់ $1,500 ក្នុងមួយឆ្នាំ សម្រាប់សេវាកម្មរបស់ឧបករណ៍ជំនួយការស្តាប់ដែលរ៉ាប់រង

	សេវាដែលគម្រោងរបស់យើងចេញថ្លៃជូន	អ្វីដែលអ្នកត្រូវបង់ប្រាក់
	សេវាសុខភាពផ្នែកការស្តាប់ (*បន្ត*) ប្រាក់ឧបត្ថម្ភសម្រាប់សេវាជំនួយការស្តាប់ និងគ្រឿងទេសសម្រាប់សុខភាពមិនអាចបញ្ចូលគ្នាបានទេ។ អត្ថប្រយោជន៍នីមួយៗមានប្រាក់ឧបត្ថម្ភដាច់ដោយឡែកពីគ្នា។ អ្នកនឹងទទួលបានលិខិតមួយច្បាប់ពីអ្នកគ្រប់គ្រងអត្ថប្រយោជន៍ដែលមានបណ្ណអត្ថប្រយោជន៍ផ្ទាល់ខ្លួនរបស់អ្នក។ លិខិតនេះនឹងប្រាប់អ្នកឱ្យដឹងថាបណ្ណរបស់អ្នកត្រូវបញ្ចូលជាមួយនឹងចំនួនប្រាក់ឧបត្ថម្ភនោះ។ វាក៏នឹងផ្តល់ព័ត៌មានអំពីរបៀបចូលមើលព័ត៌មានលម្អិតបន្ថែមអំពីអត្ថប្រយោជន៍តាមទូរសព្ទ គេហទំព័រ ឬកម្មវិធីទូរសព្ទចល័តផងដែរ។ Healthy Benefits+ គឺជាបណ្ណចំណាយដែលមានប្រាក់ឧបត្ថម្ភអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នកត្រូវបានបញ្ចូលជាមុនទៅក្នុងបណ្ណ ដើម្បីជួយទូទាត់ថ្លៃទំនិញ និងសេវាកម្មដែលរ៉ាប់រង។ សម្រាប់សំណួរអំពីអត្ថប្រយោជន៍នេះ អ្នកអាចទូរសព្ទទៅអ្នកគ្រប់គ្រងអត្ថប្រយោជន៍តាមរយៈលេខ (855) 572-6341 [TTY: 771] ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់ ម៉ោងក្នុងតំបន់ ពីថ្ងៃអាទិត្យ ដល់ថ្ងៃសៅរ៍ ពីថ្ងៃទី 1 ខែតុលា ដល់ ថ្ងៃទី 31 ខែមីនា និងថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីថ្ងៃទី 1 ខែមេសា ដល់ ថ្ងៃទី 30 ខែកញ្ញា។ អ្នកក៏អាចចូលទៅកាន់គេហទំព័រ HealthyBenefitsPlus.com/BlueShieldCA សម្រាប់ព័ត៌មានលម្អិតបន្ថែមផងដែរ។ ទោះបីជាអ្នកបានចំណាយដល់ចំនួនកំណត់នៃការចំណាយផ្ទាល់ខ្លួនរបស់គម្រោងក៏ដោយ អ្នកនៅតែត្រូវទទួលខុសត្រូវចំពោះការចំណាយសម្រាប់សេវាទាំងនេះ។ យើងក៏បង់ថ្លៃសម្រាប់ឧបករណ៍ជំនួយការស្តាប់ផងដែរ នៅពេលមានវេជ្ជបញ្ជាពីគ្រូពេទ្យ ឬអ្នកផ្តល់សេវាដែលមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ដទៃទៀតរួមមាន៖ ***អត្ថប្រយោជន៍នេះត្រូវបានបន្តនៅទំព័របន្ទាប់***	

	សេវាដែលគម្រោងរបស់យើងចេញថ្លៃជូន	អ្វីដែលអ្នកត្រូវបង់ប្រាក់
	សេវាសុខភាពផ្នែកការស្តាប់ (*ឋ្ន*) • ឧបករណ៍ជំនួយការស្តាប់ សម្ភារផ្គត់ផ្គង់ និងឧបករណ៍ស៊ីកបញ្ចូល • ការជួសជុល • ថ្មថាមពលមួយឈុតដំបូង • ការជួបពិនិត្យចំនួនប្រាំមួយដងសម្រាប់ការបណ្តុះបណ្តាល ការសម្របសម្រួល និងការលៃតម្រូវឱ្យត្រូវល្មមជាមួយអ្នកលក់ដូចគ្នាបន្ទាប់ពីអ្នកទទួលបានឈុតឧបករណ៍ជំនួយការស្តាប់ • ការជួលឈុតឧបករណ៍ជំនួយការស្តាប់សម្រាប់ពេលសាកល្បង • ឧបករណ៍ជំនួយការស្តាប់ ឧបករណ៍ជំនួយការដែលបញ្ជូនរំញ័រសំឡេងតាមរយៈឆ្អឹងនៅពីក្រោយត្រចៀក • សេវាសិក្សាការស្តាប់ និងក្រោយការវាយតម្លៃដែលទាក់ទងនឹងជំនួយការស្តាប់	
🍎	**ការពិនិត្យរកវីរុស HIV** យើងបង់ថ្លៃសម្រាប់ការត្រួតពិនិត្យរកវីរុស HIV មួយដងរៀងរាល់ 12 ខែ សម្រាប់មនុស្សដែល៖ • ស្នើសុំធ្វើតេស្តពិនិត្យរកវីរុស HIV ឬ • ស្ថិតក្នុងស្ថានភាពប្រឈមក្នុងការឆ្លងវីរុស HIV កាន់តែខ្ពស់។ សម្រាប់ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ យើងបង់ថ្លៃសម្រាប់ការធ្វើតេស្តពិនិត្យរកវីរុស HIV ដល់ទៅបីដងក្នុងអំឡុងពេលមានផ្ទៃពោះ។ យើងក៏បង់ថ្លៃសម្រាប់ការពិនិត្យរកវីរុស HIV បន្ថែម នៅពេលដែលមានការណែនាំពីអ្នកផ្តល់សេវា។	$0

	សេវាដែលគម្រោងរបស់យើងចេញថ្លៃជូន	អ្វីដែលអ្នកត្រូវបង់ប្រាក់
	ការថែទាំដោយទីភ្នាក់ងារសុខភាពតាមផ្ទះ មុននឹងអ្នកអាចទទួលសេវាថែទាំសុខភាពតាមផ្ទះបាន វេជ្ជបណ្ឌិតត្រូវតែប្រាប់យើង ថាអ្នកត្រូវការវា ហើយវាត្រូវតែបានផ្តល់ដោយភ្នាក់ងារសុខភាព តាមផ្ទះ។ អ្នកប្រាកដជាពិបាកក្នុងការចាកចេញពីផ្ទះ មានន័យថាការចាកចេញពីផ្ទះគឺជាការខិតខំព្យាយាមដ៏លំបាកមួយ។ យើងបង់ថ្លៃសម្រាប់សេវាខាងក្រោម ហើយប្រហែលជាសេវាផ្សេងៗទៀតដែលមិនមាននៅក្នុងបញ្ជីឈ្មោះនៅទីនេះ៖ • សេវាផ្តល់ជំនួយសុខភាពតាមផ្ទះ និងការថែទាំដោយគិលានុបដ្ឋាយិកាជំនាញមួយរយៈពេល ឬក្រៅម៉ោង (ដើម្បីទទួលបានការធានារ៉ាប់រងដែលស្ថិតក្រោមអត្ថប្រយោជន៍ថែទាំសុខភាពតាមផ្ទះ ការថែទាំដោយគិលានុបដ្ឋាយិកាជំនាញ និងសេវាជំនួយសុខភាពតាមផ្ទះរបស់អ្នករួមគ្នា ត្រូវតែសរុបឱ្យបានតិចជាង 8 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ និង 35 ម៉ោងក្នុងមួយសប្តាហ៍។) • ការព្យាបាលដោយចលនា ការព្យាបាលដោយសកម្មភាពប្រចាំថ្ងៃ និងការព្យាបាលការនិយាយស្តី • សេវាវេជ្ជសាស្ត្រ និងសង្គមកិច្ច • ឧបករណ៍ និងសម្ភារវេជ្ជសាស្ត្រ ការអនុញ្ញាតជាមុនអាចត្រូវបានទាមទារ ហើយជាទំនួលខុសត្រូវរបស់អ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក។	$0 សម្រាប់ការជួបពិនិត្យសុខភាពតាមផ្ទះដែលមានធានារ៉ាប់រងនីមួយៗ
	ការព្យាបាលតាមការព្យួរសេរ៉ូមនៅផ្ទះ គម្រោងរបស់យើងបង់ថ្លៃសម្រាប់ការព្យាបាលតាមការព្យួរសេរ៉ូមនៅផ្ទះ ដែលត្រូវបានឱ្យនិយមន័យថា ជាការដាក់បញ្ចូលសារធាតុជីវសាស្ត្រ ឬឱសថក្នុងសរសៃឈាម ឬដាក់នៅក្រោមស្បែក ហើយផ្តល់ជូនអ្នកនៅផ្ទះ។ ធាតុខាងក្រោមត្រូវការចាំបាច់សម្រាប់ការព្យាបាលតាមការព្យួរសេរ៉ូមនៅផ្ទះ៖ ***អត្ថប្រយោជន៍នេះត្រូវបានបន្តនៅទំព័របន្ទាប់***	$0 សម្រាប់ការជួបពិនិត្យព្យាបាលតាមការព្យួរសេរ៉ូមតាមផ្ទះដែលមានធានារ៉ាប់រងនីមួយៗ

	សេវាដែលគម្រោងរបស់យើងចេញថ្លៃជូន	អ្វីដែលអ្នកត្រូវបង់ប្រាក់
	ការព្យាបាលតាមការព្យួរសេរ៉ូមនៅផ្ទះ (* បន្ត*) • សារធាតុជីវសាស្ត្រ ឬឱសថ ដូចជាថ្នាំលេបប្រឆាំងមេរោគ ឬប្រូតេអ៊ីន immune globulin • សម្ភារៈ ដូចជាឧបករណ៍ព្យួរសេរ៉ូម **និង** • សម្ភារផ្គត់ផ្គង់ ដូចជាទុយោ ឬបំពង់កាតេទែ។ គម្រោងរបស់យើងធានារ៉ាប់រងលើសេវាព្យួរសេរ៉ូមតាមផ្ទះដែលរួមមានជាអាទិ៍៖ • សេវាប្រកបដោយវិជ្ជាជីវៈ រួមមានសេវាមើលថែទាំ ដែលផ្តល់ស្របទៅតាមគម្រោងថែទាំរបស់អ្នក។ • ការបណ្តុះបណ្តាល និងការអប់រំដល់សមាជិក ដែលមិនទាន់បានរាប់បញ្ចូលនៅក្នុងអត្ថប្រយោជន៍ DME។ • ការតាមដានពីចម្ងាយ **និង** • សេវាតាមដានសម្រាប់ការផ្តល់ជូននូវការព្យាបាលតាមការព្យួរសេរ៉ូមនៅតាមផ្ទះ និងឱសថសម្រាប់ការព្យួរសេរ៉ូមតាមផ្ទះដែលត្រូវបានផ្តល់ដោយអ្នកផ្គត់ផ្គង់ការព្យាបាលការព្យួរសេរ៉ូមតាមផ្ទះដែលមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់។ *ការអនុញ្ញាតជាមុនអាចត្រូវបានទាមទារ ហើយជាទំនួលខុសត្រូវរបស់អ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក។*	

	សេវាដែលគម្រោងរបស់យើងចេញថ្លៃជូន	អ្វីដែលអ្នកត្រូវបង់ប្រាក់
	ការផ្តល់ជូនម្ហូបអាហារតាមផ្ទះ ពេលចេញពីមន្ទីរពេទ្យសម្រាប់អ្នកជំងឺស្នាក់ព្យាបាល ឬការស្នាក់នៅមន្ទីរថែទាំសុខភាពជំនាញ យើងធានារ៉ាប់រងលើ៖ • អាហារចំនួន 22 ពេល និងអាហារសម្រន់ចំនួន 10 ពេលក្នុងពេលចេញពីមន្ទីរពេទ្យម្តង • អាហារ និងអាហារសម្រន់នឹងត្រូវបែងចែកជាការផ្តល់ជូនរហូតដល់ទៅបីដងដាច់ដោយឡែកពីគ្នាតាមតម្រូវការ • ការធានារ៉ាប់រងគឺត្រូវបានកម្រិតត្រឹមការចាកចេញពីរមន្ទីរពេទ្យចំនួនពីរដង់ក្នុងមួយឆ្នាំ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមទូរសព្ទមកកាន់ផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជនរបស់គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan (លេខទូរសព្ទត្រូវបានបោះពុម្ពនៅលើក្របខាងក្រោយរបស់ឯកសារនេះ)។ *សេវាមិនអនុវត្តចំពោះការកំណត់អតិបរមានៃការចំណាយចេញពីហោប៉ៅរបស់គម្រោងទេ។	$0 សម្រាប់ការផ្តល់ជូនអាហារតាមផ្ទះដែលមានធានារ៉ាប់រងនីមួយៗ
	ការថែទាំនៅមន្ទីរពេទ្យថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយ អ្នកមានសិទ្ធិជ្រើសមន្ទីរពេទ្យថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយ ប្រសិនបើអ្នកផ្តល់សេវា ឬប្រធានគ្រប់គ្រងរវេជ្ជសាស្ត្រនៅមន្ទីរពេទ្យថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយកំណត់ថាអ្នកត្រូវតែទទួលបានការថែទាំសម្រាប់ដំណាក់កាលចុងក្រោយ។ នេះមានន័យថា អ្នកមានជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយ និង រំពឹងថាអាចរស់បានត្រឹមប្រាំមួយខែ ឬតិចជាងនេះ។ អ្នកអាចទទួលការថែទាំពីកម្មវិធីរបស់មន្ទីរពេទ្យថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយត្រូវបានបញ្ជាក់ពី Medicare។ គម្រោងរបស់យើងត្រូវតែជួយអ្នកស្វែងរកកម្មវិធីសម្រាប់មន្ទីរពេទ្យថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយដែលមានការ ***អត្ថប្រយោជន៍នេះត្រូវបានបន្តនៅទំព័របន្ទាប់***	$0 សម្រាប់សេវាប្រឹក្សាយោបល់នៅមន្ទីរពេទ្យថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយ (តែម្តងប៉ុណ្ណោះ)

	សេវាដែលគម្រោងរបស់យើងចេញថ្លៃជូន	អ្វីដែលអ្នកត្រូវបង់ប្រាក់
	ការថែទាំនៅមន្ទីរពេទ្យថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយ (***បន្ត)*** បញ្ជាក់ពី Medicare នៅក្នុងតំបន់ផ្តល់សេវារបស់គម្រោង។ វេជ្ជបណ្ឌិតមន្ទីរពេទ្យថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយរបស់អ្នកអាចជា អ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ ឬអ្នកផ្តល់សេវាក្រៅបណ្តាញ។ សេវាដែលមានធានារ៉ាប់រងរួមមាន៖ • ឱសថព្យាបាលរោគសញ្ញា និងការឈឺចាប់ • ការថែទាំបណ្តោះអាសន្នរយៈពេលខ្លី • ការថែទាំតាមផ្ទះ **សេវានៅមន្ទីរពេទ្យថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយ និងសេវាផ្សេងៗ ដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare ផ្នែក A ឬ Medicare ផ្នែក B ដែលទាក់ទងទៅនឹងជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយរបស់អ្នកត្រូវបានចេញ វិក្កយបត្រទៅឱ្យ Medicare។** • សូមមើល **ផ្នែក F** នៃជំពូកនេះសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។ **សម្រាប់សេវាដែលមានធានារ៉ាប់រងដោយគម្រោងរបស់យើង ប៉ុន្តែមិនត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare ផ្នែក A ឬ Medicare ផ្នែក B៖** • គម្រោងរបស់យើងធានារ៉ាប់រងលើសេវាដែលមិនត្រូវបានធានារ៉ាប់រងក្រោម Medicare ផ្នែក A ឬ Medicare ផ្នែក B។ យើងធានារ៉ាប់រងលើសេវាមិនថាពួកវាទាក់ទងនឹងការព្យាករណ៍ដំណាក់កាលចុងក្រោយរបស់អ្នកឬអត់។ អ្នកមិនចាំបាច់បង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាទាំងនេះទេ។ **សម្រាប់ឱសថដែលមិនមានការធានារ៉ាប់រងដោយអត្ថប្រយោជន៍ Medicare ផ្នែក D ក្នុងគម្រោងរបស់យើង៖** • ឱសថមិនត្រូវបានធានារ៉ាប់រងទាំងនៅមន្ទីរពេទ្យថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយ និងគម្រោងរបស់យើងក្នុងពេលតែមួយបានទេ។ ***អត្ថប្រយោជន៍នេះត្រូវបានបន្តនៅទំព័របន្ទាប់*** **ការថែទាំនៅមន្ទីរពេទ្យថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយ** (***បន្ត)***	

	សេវាដែលគម្រោងរបស់យើងចេញថ្លៃជូន	អ្វីដែលអ្នកត្រូវបង់ប្រាក់
	សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមមើល **ជំពូកទី 5** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*របស់អ្នក។ **ចំណាំ**៖ ប្រសិនបើអ្នកមានជំងឺធ្ងន់ធ្ងរ អ្នកអាចមានសិទ្ធិទទួលបានការថែទាំបំបាត់ការឈឺចាប់ ដែលផ្តល់ការថែទាំផ្តោតលើអ្នកជំងឺជាក្រុម និងគ្រួសារ ដើម្បីលើកកម្ពស់គុណភាពជីវិតរបស់អ្នក។ អ្នកអាចទទួលបានការថែទាំបំបាត់ការឈឺចាប់ក្នុងពេលតែមួយជាមួយនឹងការថែទាំឱ្យជាសះស្បើយ/ជាប្រចាំ។ សូមមើលផ្នែកថែទាំបំបាត់ការឈឺចាប់ខាងក្រោមសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។ **ចំណាំ**៖ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការការថែទាំមិនស្ថិតក្នុងមន្ទីរពេទ្យថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយ សូមទូរសព្ទទៅអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំ និង/ឬសេវាបម្រើសមាជិករបស់អ្នកដើម្បីរៀបចំសេវា។ ការថែទាំមិនស្ថិតក្នុងមន្ទីរពេទ្យថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយដែល**មិន**ពាក់ព័ន្ធជាមួយនឹងការព្យាករណ៍រយៈចុងក្រោយនៃជំងឺរបស់អ្នក។ គម្រោងរបស់យើងធានារ៉ាប់រងលើសេវាប្រឹក្សាយោបល់នៅមន្ទីរពេទ្យថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយ (តែម្តងគត់) សម្រាប់សមាជិកដែលមានជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយដែលមិនបានជ្រើសរើសអត្ថប្រយោជន៍នៅមន្ទីរពេទ្យថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយ។ ការអនុញ្ញាតជាមុនអាចត្រូវបានទាមទារ ហើយជាទំនួលខុសត្រូវរបស់អ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក។	
	ការចាក់ថ្នាំបង្ការ យើងបង់ថ្លៃសម្រាប់សេវាខាងក្រោម៖ • វ៉ាក់សាំងបង្ការជំងឺហើមសួត • ការចាក់វ៉ាក់សាំងបង្ការជំងឺផ្តាស់សាយធ៉/គ្រុនក្តៅ នៅពេលរដូវជំងឺ ***អត្ថប្រយោជន៍នេះត្រូវបានបន្តនៅទំព័របន្ទាប់*** **ការចាក់ថ្នាំបង្ការ** (*បន្ត*)	$0

	សេវាដែលគម្រោងរបស់យើងចេញថ្លៃជូន	អ្វីដែលអ្នកត្រូវបង់ប្រាក់
	ផ្ការ៉ាស់សាយធំ/ក្រុនក្តៅនីមួយៗនៅក្នុងរដូវធ្លាក់ខ្យល់ និងរដូវរងារ ដោយមានការចាក់វ៉ាក់សាំងបង្ការជំងឺផ្ការ៉ាស់សាយធំ/ក្រុនក្តៅបន្ថែម ប្រសិនបើមានការចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ • វ៉ាក់សាំងបង្ការជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B ប្រសិនបើអ្នកស្ថិតក្នុងស្ថានភាពប្រឈមខ្ពស់ ឬមធ្យមនៃជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B • វ៉ាក់សាំង COVID-19 • វ៉ាក់សាំងសម្រាប់មេរោគវីរុសសាច់ដុះនៅក្នុងមនុស្ស (HPV) • វ៉ាក់សាំងផ្សេងៗទៀត ប្រសិនបើអ្នកមានហានិភ័យ ហើយវ៉ាក់សាំងទាំងនោះបំពេញតាមបទបញ្ជានៃការធានារ៉ាប់រងរបស់ Medicare ផ្នែក B យើងបង់ថ្លៃសម្រាប់វ៉ាក់សាំងបង្ការផ្សេងៗទៀតដែលបំពេញតាមបទបញ្ជាធានារ៉ាប់រងរបស់ Medicare ផ្នែក D។ សូមមើល ជំពូកទី **6** នៃសៀវភៅណែនាំសមាជិករបស់អ្នកដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែម។ យើងក៏បង់ថ្លៃលើវ៉ាក់សាំងទាំងអស់សម្រាប់មនុស្សពេញវ័យតាមការណែនាំរបស់គណៈកម្មាការប្រឹក្សាយោបល់ស្តីពីការអនុវត្តលើការចាក់ថ្នាំបង្ការរោគ (ACIP)។	
	ការថែទាំក្នុងមន្ទីរពេទ្យសម្រាប់អ្នកជំងឺដេកពេទ្យ យើងបង់ថ្លៃសម្រាប់សេវាខាងក្រោម និងសេវាចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រផ្សេងទៀតដែលមិនមាននៅក្នុងបញ្ជីឈ្មោះនៅទីនេះ៖ • បន្ទប់លក្ខណៈពាក់កណ្តាលឯកជន (ឬបន្ទប់ឯកជន ប្រសិនបើចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ) ***អត្ថប្រយោជន៍នេះត្រូវបានបន្តនៅទំព័របន្ទាប់*** **ការថែទាំក្នុងមន្ទីរពេទ្យសម្រាប់អ្នកជំងឺសម្រាកព្យាបាល *(បន្ត)*** • អាហារ រួមមានរបបអាហារពិសេស	$0 អ្នកត្រូវតែទទួលបានការយល់ព្រមពីគម្រោងរបស់យើងដើម្បីទទួលបានការថែទាំអ្នកជំងឺដេកពេទ្យនៅមន្ទីរពេទ្យក្រៅបណ្តាញ បន្ទាប់ពីការសង្គ្រោះបន្ទាន់

	សេវាដែលគម្រោងរបស់យើងចេញថ្លៃជូន	អ្វីដែលអ្នកត្រូវបង់ប្រាក់
	• សេវាមើលថែទាំជាប្រចាំ • ថ្លៃចំណាយសម្រាប់អង្គភាពថែទាំពិសេស ដូចជាអង្គភាពថែទាំបន្ទាន់ ឬអង្គភាពថែទាំជំងឺបេះដូង • ឱសថ និងការប្រើប្រាស់ • ការធ្វើតេស្តនៅមន្ទីរពិសោធន៍ • សេវាថតកាំរស្មីអ៊ិច និងវិទ្យុសកម្មផ្សេងៗទៀត • សម្ភារផ្គត់ផ្គង់ការវះកាត់ និងវេជ្ជសាស្ត្រដែលចាំបាច់ត្រូវមាន • ឧបករណ៍ប្រើប្រាស់ ដូចជារទេះរុញ • សេវាវះកាត់ និងបន្ទប់ថែទាំក្រោយការវះកាត់ • ការព្យាបាលដោយចលនា ការព្យាបាលដោយឱ្យអ្នកជំងឺធ្វើសកម្មភាពផ្សេងៗ និងការព្យាបាលអ្នកមានបញ្ហាក្នុងការនិយាយ • សេវាកម្មព្យាបាលការញៀនសារធាតុញៀនសម្រាប់អ្នកជំងឺដេកមន្ទីរពេទ្យ ក្នុងករណីខ្លះ ការប្តូរសរីរាង្គដូចខាងក្រោម៖ កែវភ្នែក តម្រងនោម/លំពែង បេះដូង ថ្លើម សួត បេះដូង/សួត ឆ្អឹង ខួរឆ្អឹង កោសិកាមេ និងពោះវៀន/ការវះកាត់ប្តូរសរីរាង្គនៅក្នុងពោះ។ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការប្តូរសរីរាង្គ មជ្ឈមណ្ឌលប្តូរសរីរាង្គដែលយល់ព្រមដោយ Medicare នឹងពិនិត្យករណីអ្នកឡើងវិញ ហើយសម្រេចថាតើអ្នកគឺជាបេក្ខជនសម្រាប់ប្តូរសរីរាង្គដែរឬទេ។ អ្នកផ្តល់ការផ្សាំសរីរាង្គ អាចនឹងជានៅក្នុងមូលដ្ឋាន ឬនៅក្រៅតំបន់ សេវា។ ប្រសិនបើអ្នកផ្តល់សេវាប្តូរសរីរាង្គក្នុងតំបន់មានឆន្ទៈក្នុងការទទួលយកតម្លៃរបស់ Medicare នោះអ្នកអាចទទួលបានសេវាប្តូរសរីរាង្គរបស់អ្នកនៅក្នុងតំបន់ ឬក្រៅទម្រង់នៃការថែទាំសម្រាប់សហគមន៍របស់អ្នក។ ***អត្ថប្រយោជន៍នេះត្រូវបានបន្តនៅទំព័របន្ទាប់*** **ការថែទាំក្នុងមន្ទីរពេទ្យសម្រាប់អ្នកជំងឺសម្រាកព្យាបាល *(បន្ត)*** ប្រសិនបើគម្រោងរបស់យើងផ្តល់សេវាប្តូរសរីរាង្គក្រៅទម្រង់នៃការថែទាំសម្រាប់សហគមន៍របស់យើង ហើយអ្នកជ្រើសរើសយកការប្តូរសរីរាង្គ	របស់អ្នកមានស្ថេរភាពវិញ។

	សេវាដែលគម្រោងរបស់យើងចេញថ្លៃជូន	អ្វីដែលអ្នកត្រូវបង់ប្រាក់
	របស់អ្នកនៅទីនោះ នោះយើងរៀបចំ ឬបង់ថ្លៃស្នាក់នៅ និងថ្លៃធ្វើដំណើរ សម្រាប់អ្នក និងមនុស្សម្នាក់ផ្សេងទៀត។ †	
	• ឈាម រួមមានការរក្សាទុក និងការផ្តល់ជូន • សេវាគ្រូពេទ្យ **ចំណាំ**៖ ដើម្បីក្លាយជាអ្នកជំងឺដេកពេទ្យ អ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកត្រូវតែចេញវេជ្ជបញ្ជាដើម្បីទទួលស្គាល់អ្នកជាផ្លូវការក្នុងនាមជាអ្នកជំងឺដេកពេទ្យនៅមន្ទីរពេទ្យ។ ទោះបីជា អ្នកស្នាក់នៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យពេញមួយយប់ក៏ដោយក៏អ្នកនៅតែអាចចាត់ទុកជា "អ្នកជំងឺឥតដេកពេទ្យ"។ ប្រសិនបើអ្នកមិនប្រាកដថាអ្នកជាអ្នកជំងឺដេកពេទ្យ ឬអ្នកជំងឺឥតដេកពេទ្យនោះ អ្នកគួរតែសាកសួរបុគ្គលិកមន្ទីរពេទ្យ។ អ្នកក៏អាចស្វែងរកព័ត៌មានបន្ថែមនៅក្នុងសន្លឹកព័ត៌មានរបស់ Medicare ដែលត្រូវបានគេហៅថា "តើអ្នកជាអ្នកជំងឺដេកពេទ្យ ឬអ្នកជំងឺឥតដេកពេទ្យ? ប្រសិនបើអ្នកមាន Medicare – សូមសួរ!"។ សន្លឹកព័ត៌មាននេះមាននៅលើគេហទំព័រ es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf ឬ តាមរយៈការហៅទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY ទូរសព្ទទៅលេខ 1-877-486-2048។ អ្នកអាចទូរសព្ទទៅលេខទាំងនេះដោយឥតគិតថ្លៃ 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ † ការប្តូរសរីរាង្គត្រូវបានធានារ៉ាប់រង លុះត្រាតែវេជ្ជបណ្ឌិត ឬអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញផ្សេងទៀតទទួលបានការយល់ព្រមជាមុន (ជួនកាលគេហៅថា "ការអនុញ្ញាតជាមុន") ពីយើងខ្ញុំ។ *អត្ថប្រយោជន៍នេះត្រូវបានបន្តនៅទំព័របន្ទាប់* **ការថែទាំក្នុងមន្ទីរពេទ្យសម្រាប់អ្នកជំងឺសម្រាកព្យាបាល** *(បន្ត)* ការអនុញ្ញាតជាមុនអាចត្រូវបានទាមទារ ហើយជាទំនួលខុសត្រូវរបស់អ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក។	

	សេវាដែលគម្រោងរបស់យើងចេញថ្លៃជូន	អ្វីដែលអ្នកត្រូវបង់ប្រាក់
	សេវាអ្នកជំងឺដេកពេទ្យក្នុងមន្ទីរពេទ្យវិកលចរិត យើងបង់ថ្លៃសម្រាប់សេវាថែទាំសុខភាពផ្លូវចិត្តដែលតម្រូវឱ្យស្នាក់នៅមន្ទីពេទ្យ។ • ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការសេវាសម្រាប់អ្នកជំងឺដេកពេទ្យក្នុងមន្ទីរពេទ្យវិកលចរិតដាច់តែឯងនោះ យើងបង់ថ្លៃសម្រាប់រយៈពេល 190 ថ្ងៃដំបូង។ បន្ទាប់ពីនោះ ទីភ្នាក់ងារសុខភាពផ្លូវចិត្តរបស់ខោនធីប្រចាំតំបន់បង់ថ្លៃសម្រាប់សេវាព្យាបាលអ្នកជំងឺវិកលចរិកដែលចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ។ ការអនុញ្ញាតសម្រាប់ការថែទាំលើសពី 190 ថ្ងៃត្រូវបានសម្របសម្រួលជាមួយទីភ្នាក់ងារសុខភាពផ្លូវចិត្តរបស់ខោនធីប្រចាំតំបន់។ ○ ការកំណត់រយៈពេល 190 ថ្ងៃ មិន អនុវត្តចំពោះសេវាសុខភាពផ្លូវចិត្តសម្រាប់អ្នកជំងឺដេកពេទ្យដែលត្រូវបានផ្តល់នៅអង្គភាពវិកលចរិតរបស់មន្ទីរពេទ្យទូទៅទេ • ប្រសិនបើអ្នកមានអាយុចាប់ពី 65 ឆ្នាំឡើងទៅនោះ យើងបង់ថ្លៃសម្រាប់សេវាដែលទទួលបានក្នុងវិទ្យាស្ថានព្យាបាលជំងឺផ្លូវចិត្ត (IMD)។ ការអនុញ្ញាតជាមុនអាចត្រូវបានទាមទារ ហើយជាទំនួលខុសត្រូវរបស់អ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក។	$0

	សេវាដែលគម្រោងរបស់យើងចេញថ្លៃជូន	អ្វីដែលអ្នកត្រូវបង់ប្រាក់

	ការស្នាក់នៅសម្រាប់អ្នកជំងឺដេកពេទ្យ៖ សេវាដែលមានធានារ៉ាប់រងក្នុងមន្ទីរពេទ្យ ឬមន្ទីរថែទាំសុខភាពជំនាញ (SNF) ក្នុងអំឡុងពេលស្នាក់នៅមន្ទីរពេទ្យដោយមិនមានការធានារ៉ាប់រង
	យើងមិនបង់ថ្លៃសម្រាប់ការស្នាក់នៅរបស់អ្នកជំងឺដេកពេទ្យរបស់អ្នកទេ ប្រសិនបើអ្នកបានប្រើអត្ថប្រយោជន៍សម្រាប់អ្នកជំងឺដេកពេទ្យរបស់អ្នកទាំងអស់ ឬប្រសិនបើការស្នាក់នៅដោយមិនសមហេតុផល និងមិនចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ។
	ទោះបីយ៉ាងណា ក្នុងករណីមួយចំនួនដែលការថែទាំសម្រាប់អ្នកជំងឺដេកពេទ្យមិនត្រូវបានធានារ៉ាប់រង យើងប្រហែលជាអាចបង់ថ្លៃសម្រាប់សេវាដែលអ្នកទទួលបាន ខណៈពេលដែលអ្នកស្នាក់នៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យ ឬមន្ទីរថែទាំសុខភាព។ ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែម សូមទាក់ទងមកកាន់ផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជន។
	យើងបង់ថ្លៃសម្រាប់សេវាខាងក្រោម ហើយប្រហែលជាសេវាផ្សេងៗទៀតដែលមិនមាននៅក្នុងបញ្ជីឈ្មោះនៅទីនេះ៖
	• សេវាវេជ្ជបណ្ឌិត
	• ការធ្វើតេស្តរោគវិនិច្ឆ័យ ដូចជាធ្វើតេស្តនៅមន្ទីរពិសោធន៍
	• ការព្យាបាលដោយការថតកម្មរស្មីអ៊ិច រ៉ាដ្យូម និងអ៊ីសូតូប រួមទាំងសេវា និងសម្ភាររបស់អ្នកបច្ចេកទេស
	• ស្បែរុំរបួស
	• ប្រដាប់ទ្រជើងដៃបាក់ និងសម្ភារផ្សេងៗទៀតដែលត្រូវបានប្រើប្រាស់សម្រាប់ផ្នែកបាក់ និងភ្លាត់
	• អវយវៈសិប្បនិម្មិត និងឧបករណ៍តម្រង់ឆ្អឹងជើង ក្រៅពីសុខភាពមាត់ធ្មេញ រួមមានការប្តូរ ឬការជួសជុលឧបករណ៍ទាំងនេះ។ ទាំងនេះគឺជាឧបករណ៍ដែលជំនួសផ្នែកទាំងអស់ ឬផ្នែកមួយនៃ៖
	  ○ សរីរាង្គក្នុងរាងកាយ (រួមទាំងជាលិកាដែលនៅជាប់គ្នា) ឬ
	  ○ មុខងារនៃសរីរាង្គខាងក្នុងដែលមិនអាចដំណើរការ ឬដំណើរការខុសប្រក្រតី។
	
	អត្ថប្រយោជន៍នេះត្រូវបានបន្តនៅទំព័របន្ទាប់
		$0

	សេវាដែលគម្រោងរបស់យើងចេញថ្លៃជូន	អ្វីដែលអ្នកត្រូវបង់ប្រាក់
	ការស្នាក់នៅសម្រាប់អ្នកជំងឺដេកពេទ្យ៖ សេវាដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងក្នុងមន្ទីរពេទ្យ ឬមន្ទីរថែទាំសុខភាពជំនាញ (SNF) ក្នុងអំឡុងពេលស្នាក់នៅមន្ទីរពេទ្យដោយមិនមានការធានារ៉ាប់រង *(បន្ត)* • ជើង ដៃ ខ្នង និងប្រដាប់ទប់ក ប្រដាប់ទ្រ និងជើងដៃសិប្បនិម្មិត ព្រមទាំងភ្នែក។ វារួមមានការកែតម្រូវ ការជួសជុល និងការប្តូរដែលចាំបាច់ ដោយសារតែការបែកបាក់ ការសឹក ការបាត់បង់ ឬការផ្លាស់ប្តូរស្ថានភាពរបស់អ្នក • ការព្យាបាលដោយចលនា ការព្យាបាលការនិយាយស្តី និងការព្យាបាលដោយសកម្មភាពប្រចាំថ្ងៃ *ការអនុញ្ញាតជាមុនអាចត្រូវបានទាមទារ ហើយជាទំនួលខុសត្រូវរបស់អ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក។*	
	សេវា និងការផ្គត់ផ្គង់សម្រាប់ជំងឺតម្រងនោម យើងបង់ថ្លៃសម្រាប់សេវាខាងក្រោម៖ • សេវាអប់រំអំពីជំងឺតម្រងនោម ដើម្បីបង្រៀនពីការថែទាំតម្រងនោម និងជួយអ្នកឱ្យធ្វើសេចក្តីសម្រេចបានល្អអំពីការថែទាំរបស់អ្នក។ អ្នកត្រូវតែមានជំងឺតម្រងនោមរ៉ាំរ៉ៃដំណាក់ទី IV ហើយវេជ្ជណ្ឌិតរបស់អ្នកត្រូវតែបញ្ជាក់អំពីអ្នក។ យើងធានារ៉ាប់រងរហូតដល់ប្រាំមួយវគ្គនៃសេវាអប់រំអំពីជំងឺតម្រងនោម។ • ការព្យាបាលដោយការលាងឈាមរបស់អ្នកជំងឺមិនស្នាក់ព្យាបាល រួមទាំងការព្យាបាលដោយការលាងឈាម នៅពេលដែលស្ថិតនៅក្រៅតំបន់សេវាកម្មជាបណ្តោះអាសន្ន ដូចដែលបានពន្យល់ក្នុង **ជំពូកទី 3** នៃ សៀវភៅណែនាំសមាជិករបស់អ្នក ឬ • នៅពេលដែលអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកមិនមាន ឬមិនអាចប្រើបានសម្រាប់សេវាកម្មនេះជាបណ្តោះអាសន្ន។ • ការព្យាបាលដោយការលាងឈាមរបស់អ្នកជំងឺឥតដេកពេទ្យ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវបានទទួលស្គាល់ថា ជាអ្នកជំងឺដេកពេទ្យសម្រាប់ការថែទាំពិសេស ***អត្ថប្រយោជន៍នេះត្រូវបានបន្តនៅទំព័របន្ទាប់***	$0

	សេវាដែលគម្រោងរបស់យើងចេញថ្លៃជូន	អ្វីដែលអ្នកត្រូវបង់ប្រាក់
	សេវា និងការផ្គត់ផ្គង់សម្រាប់ជំងឺតម្រោងនោម *(បន្ត)* • វគ្គបណ្តុះបណ្តាលអំពីវិធីលាងឈាមដោយខ្លួនឯង រួមមានការបណ្តុះបណ្តាលសម្រាប់អ្នក និងអ្នកដែលជួយអ្នកជាមួយការព្យាបាលដោយវិធីលាងឈាមនៅផ្ទះរបស់អ្នក • បរិក្ខារ និងសម្ភារលាងឈាមនៅផ្ទះ • សេវាជួយទ្រទ្រង់ខ្លះនៅផ្ទះ ដូចជាការជួបពិគ្រោះចាំបាច់ដោយបុគ្គលិក លាងឈាមដែលបានហ្វឹកហ្វឺន ដើម្បីឆែកមើលការលាងឈាមនៅផ្ទះរបស់អ្នក ដើម្បីជួយក្នុងគ្រាអាសន្ន និងដើម្បីពិនិត្យមើលបរិក្ខារលាងឈាម និងការផ្គត់ផ្គង់ទឹក។ អត្ថប្រយោជន៍ឱសថរបស់ Medicare ផ្នែក B របស់អ្នកបង់ថ្លៃសម្រាប់ឱសថមួយចំនួនលើការលាងឈាម។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមមើល "ឱសថមានវេជ្ជបញ្ជារបស់ Medicare ផ្នែក B" នៅក្នុងតារាងនេះ។ *ការអនុញ្ញាតជាមុនអាចត្រូវបានទាមទារ ហើយជាទំនួលខុសត្រូវរបស់អ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក។*	
🍎	**ការពិនិត្យជំងឺមហារីកសួត** គម្រោងរបស់យើងបង់ថ្លៃសម្រាប់ការពិនិត្យជំងឺមហារីកសួតរៀងរាល់ 12 ខែ ប្រសិនបើអ្នក៖ • មានអាយុពី 50-77 ឆ្នាំ និង • មានការផ្តល់ប្រឹក្សា និងការជួបពិគ្រោះដើម្បីធ្វើសេចក្តីសម្រេចរួមគ្នាជាមួយវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក ឬអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំដែលមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ដទៃទៀត និង • បានជក់បារីយ៉ាងតិចណាស់ 1 កញ្ចប់ក្នុងមួយថ្ងៃ អស់រយៈពេល 20 ឆ្នាំដោយគ្មានសញ្ញា ឬរោគសញ្ញានៃជំងឺមហារីកសួត ឬនៅជក់បារី ឬបានឈប់នៅក្នុងរយៈពេល 15 ឆ្នាំចុងក្រោយ បន្ទាប់ពីការពិនិត្យលើកដំបូង គម្រោងរបស់យើងបង់ថ្លៃលើការពិនិត្យមួយផ្សេងទៀតជារៀងរាល់ឆ្នាំ ដោយមានការណែនាំជាលាយលក្ខណ៍អក្សរពីវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក ឬអ្នកផ្តល់សេវាដែលមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ផ្សេងទៀត។	$0

	សេវាដែលគម្រោងរបស់យើងចេញថ្លៃជូន	អ្វីដែលអ្នកត្រូវបង់ប្រាក់
	ការព្យាបាលដោយប្រើអាហារូបត្ថម្ភវេជ្ជសាស្ត្រ អត្ថប្រយោជន៍នេះ គឺសម្រាប់អ្នកដែលមានរោគទឹកនោមផ្អែម ឬជំងឺតម្រងនោមដោយគ្មានការលាងឈាម។ វាក៏សម្រាប់ក្រោយពេលធ្វើការប្តូរតម្រងនោមផងដែរ នៅពេលបានបញ្ជូនដោយវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក។ យើងបង់ថ្លៃសម្រាប់រយៈពេលបីម៉ោងនៃសេវាប្រឹក្សាយោបល់មួយទល់មួយក្នុងអំឡុងឆ្នាំដំបូងរបស់អ្នកដែលអ្នកទទួលបានសេវាព្យាបាលដោយប្រើអាហារូបត្ថម្ភវេជ្ជសាស្ត្រក្រោម Medicare។ យើងអាចយល់ព្រមលើសេវាបន្ថែម ប្រសិនបើជាចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ។ យើងបង់ថ្លៃសេវាការប្រឹក្សាមួយទល់មួយ ចំនួនពីរម៉ោង រាល់ឆ្នាំបន្ទាប់ពីនោះមក។ ប្រសិនបើស្ថានភាព ការព្យាបាល ឬការធ្វើរោគវិនិច្ឆយរបស់អ្នកផ្លាស់ប្តូរ អ្នកអាចទទួលបានចំនួនម៉ោងព្យាបាលបន្ថែមទៀត ដោយមានការបញ្ជូនបន្តពីវេជ្ជបណ្ឌិត។ វេជ្ជបណ្ឌិតត្រូវតែចេញវេជ្ជបញ្ជាអំពីសេវាទាំងនេះ និងបន្ត ការបញ្ជូនបន្តជាថ្មីរៀងរាល់ឆ្នាំ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការការព្យាបាលក្នុងឆ្នាំតាមប្រតិទិនបន្ទាប់។ យើងអាចយល់ព្រមលើសេវាបន្ថែម ប្រសិនបើជាចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ។	$0
	កម្មវិធីបង្ការជំងឺទឹកនោមផ្អែមរបស់កម្មវិធី Medicare (MDPP) គម្រោងរបស់យើងបង់ថ្លៃសម្រាប់សេវា MDPP។ MDPP ត្រូវបានបង្កើតឡើងដើម្បីជួយអ្នកបង្កើនអាកប្បកិរិយាប្រកបដោយសុខភាពល្អ។ វាផ្តល់ជូននូវការបណ្តុះបណ្តាលជាក់ស្តែងនៅក្នុង៖ • ការផ្លាស់ប្តូររបបអាហាររយៈពេលវែង **និង** • បង្កើនសកម្មភាពរាងកាយ **និង** • វិធីដើម្បីរក្សាការសម្រកទម្ងន់ និងរបៀបរស់នៅប្រកបដោយសុខភាពល្អ។	$0

	សេវាដែលគម្រោងរបស់យើងចេញថ្លៃជូន	អ្វីដែលអ្នកត្រូវបង់ប្រាក់
	ឱសថមានវេជ្ជបញ្ជារបស់ Medicare ផ្នែក B ឱសថទាំងនេះត្រូវបានធានារ៉ាប់រងក្រោម Medicare ផ្នែក B។ គម្រោងរបស់យើងបង់ថ្លៃសម្រាប់ឱសថដូចខាងក្រោម៖ • ជាធម្មតា ឱសថដែលអ្នកមិនផ្តល់ឱ្យខ្លួនឯង ហើយត្រូវបានចាក់ ឬបញ្ចូលនៅពេលអ្នកទៅជួបវេជ្ជបណ្ឌិត អ្នកជំងឺឥតដេកពេទ្យក្នុងមន្ទីរពេទ្យ ឬសេវាមជ្ឈមណ្ឌលវះកាត់សង្គ្រោះបន្ទាន់ • ថ្នាំអ៊ិនស៊ូលីនដែលផ្តល់តាមរយៈបរិក្ខារវេជ្ជសាស្ត្រដែលប្រើជាប់បានយូរ (ដូចជាបំពង់អ៊ិនស៊ូលីនដែលចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ) • ឱសថផ្សេងទៀតដែលអ្នកប្រើបរិក្ខារវេជ្ជសាស្ត្រដែលប្រើជាប់បានយូរ (ដូចជាម៉ាស៊ីនឆ្លុងដង្ហើម) ដែលគម្រោងរបស់យើងបានអនុញ្ញាត • ឱសថសម្រាប់ជំងឺរវៃវង្វាន់ ឱសថ Leqembi (ឱសថ lecanemab ទូទៅ) ដែលត្រូវចាក់តាមសរសៃឈាម (IV) • កត្តាកំណកឈាមដែលអ្នកផ្តល់ឱ្យខ្លួនឯងតាមរយៈការចាក់ថ្នាំនៅពេលអ្នកមានការបាត់បង់ឈាម • ឱសថប្តូរសរីរាង្គ/ប្រព័ន្ធភាពស៊ាំ៖ Medicare ធានារ៉ាប់រងលើការព្យាបាលដោយឱសថប្តូរសរីរាង្គ ប្រសិនបើ Medicare បានបង់ប្រាក់សម្រាប់ការប្តូរសរីរាង្គរបស់អ្នក។ អ្នកត្រូវតែមានផ្នែក A នៅពេល មានការប្តូរសរីរាង្គដែលមានការធានារ៉ាប់រង ហើយអ្នកត្រូវតែមាន ផ្នែក B នៅពេលអ្នកទទួលបានឱសថសម្រាប់ប្រព័ន្ធភាពស៊ាំ។ Medicare Part D ធានារ៉ាប់រងលើឱសថសម្រាប់ប្រព័ន្ធភាពស៊ាំ ប្រសិនបើផ្នែក B មិនធានារ៉ាប់រងលើឱសថទាំងនោះទេ • ឱសថជំនួយឆ្លឹងដែលត្រូវបានចាក់បញ្ចូល។ យើងបង់ថ្លៃសម្រាប់ឱសថទាំងនេះ នៅពេលអ្នកកំពុងធ្វើដំណើរមកផ្ទះ មានរបួសប្រេះឆ្លឹងដែលវេជ្ជបណ្ឌិតបញ្ជាក់ថា មានទំនាក់ទំនងជាមួយស្ថានភាពឆ្លឹង ***អត្ថប្រយោជន៍នេះត្រូវបានបន្តនៅទំព័របន្ទាប់*** **ឱសថមានវេជ្ជបញ្ជារបស់ Medicare ផ្នែក B *(បន្ត)***	$0 (សូមផ្តល់ឱ្យវេជ្ជបណ្ឌិត ឬឱសថស្ថានរបស់អ្នកទាំងកាតសម្គាល់គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan និងកាតសម្គាល់អត្ថប្រយោជន៍ Medi-Cal របស់អ្នក។)

សេវាដែលគម្រោងរបស់យើងចេញថ្លៃជូន		អ្វីដែលអ្នកត្រូវបង់ប្រាក់
	ខ្សោយក្រោយពេលស្ត្រីអស់រដូវ ហើយមិនអាចចាក់ថ្នាំដោយខ្លួនឯងបាន • អង់ទីហ្សែនមួយចំនួន៖ Medicare ធានារ៉ាប់រងលើអង់ទីហ្សែនប្រសិនបើវេជ្ជបណ្ឌិតរៀបចំអង់ទីហ្សែនទាំងនោះ ហើយអ្នកដែលមានការណែនាំត្រឹមត្រូវ (ដែលអាចជាអ្នក អ្នកជំងឺ) ផ្តល់ជូនអង់ទីហ្សែនទាំងនោះក្រោមការត្រួតពិនិត្យសមស្រប **ឱសថមានវេជ្ជបញ្ជារបស់ Medicare ផ្នែក B** • ឱសថប្រឆាំងនឹងជំងឺមហារីកដែលត្រូវលេបជាក់លាក់៖ Medicare ធានារ៉ាប់រងលើឱសថជំងឺមហារីកដែលត្រូវលេបមួយចំនួនដែលអ្នកលេបតាមមាត់ ប្រសិនបើឱសថដូចគ្នាអាចប្រើបានក្នុងទម្រង់ដែលអាចចាក់ ឬឱសថនោះគឺជាឱសថដែលមានសារធាតុសកម្មខ្សោយ (ទម្រង់ឱសថលេបតាមមាត់ដែលនៅពេលលេបចូល វាបំបែក • ទៅជាធាតុផ្សំសកម្មដូចគ្នាដែលមាននៅក្នុងឱសថចាក់ដែរ។ នៅពេលដែលឱសថថ្មីសម្រាប់ជំងឺមហារីកដែលត្រូវលេបអាចរកបានផ្នែក B អាចធានារ៉ាប់រងលើឱសថទាំងនោះបាន។ ប្រសិនបើផ្នែក B មិនធានារ៉ាប់រងលើពួកវាទេនោះ ផ្នែក D ធានារ៉ាប់រង • ឱសថប្រឆាំងនឹងការរមួលពោះដែលត្រូវលេប៖ Medicare ធានារ៉ាប់រងលើឱសថប្រឆាំងនឹងការរមួលពោះដែលត្រូវលេបដែលអ្នកប្រើជាផ្នែកមួយនៃរបបព្យាបាលដោយប្រើឱសថ anchemotherapeutic ប្រឆាំងនឹងជំងឺមហារីក ប្រសិនបើឱសថនោះត្រូវបានផ្តល់ឱ្យមុន នៅពេល ឬក្នុងរយៈពេល 48 ម៉ោងនៃការព្យាបាលដោយប្រើជាតិគីមី ឬត្រូវបានប្រើជាការជំនួសការព្យាបាលពេញលេញសម្រាប់ឱសថប្រឆាំងនឹងរមួលពោះដោយចាក់តាមសរសៃឈាម។ ***អត្ថប្រយោជន៍នេះត្រូវបានបន្តនៅទំព័របន្ទាប់*** **ឱសថមានវេជ្ជបញ្ជារបស់ Medicare ផ្នែក B *(បន្ត)***	

សេវាដែលគម្រោងរបស់យើងចេញថ្លៃជូន		អ្វីដែលអ្នកត្រូវបង់ប្រាក់
	• ឱសថសម្រាប់ជំងឺតម្រងនោមដំណាក់កាលចុងក្រោយ (ESRD) ដែលត្រូវលេបជាក់លាក់ ប្រសិនបើឱសថដូចគ្នាអាចប្រើបានក្នុងទម្រង់ចាក់ ហើយអត្ថប្រយោជន៍ចំពោះ ESRD នៃផ្នែក B ធានារ៉ាប់រងលើវា។ • ឱសថ calcimimetic ក្រោមប្រព័ន្ធទូទាត់ ESRD រួមទាំងឱសថចាក់តាមសរសៃឈាមឈ្មោះ Parsabiv និងឱសថលេបតាមមាត់ឈ្មោះ Sensipar • ឱសថមួយចំនួនសម្រាប់ការលាងឈាមតាមផ្ទះ រួមទាំងថ្នាំ heparin ថ្នាំបន្សាបសម្រាប់ថ្នាំ heparin (នៅពេលចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ) និងថ្នាំស្ពឹកលើស្បែក។ • សារធាតុរំញោច erythropoiesis៖ Medicare ធានារ៉ាប់រង erythropoietin ដោយការចាក់ថ្នាំ ប្រសិនបើអ្នកមាន ESRD ឬអ្នកត្រូវការឱសថនេះ ដើម្បីព្យាបាលកង្វះឈាមក្រហមទាក់ទងនឹងលក្ខខណ្ឌផ្សេងទៀតជាក់លាក់ (ដូចជា Epogen®, Procrit®, Epoetin Alfa, Aranesp®, Darbepoetin Alfa®, Mircera®ឬ Methoxy polyethylene glycol-epotin beta) • ថ្នាំចាក់តាមសរសៃភាពស៊ាំគ្លូប៊ូលិនសម្រាប់ការព្យាបាលនៅផ្ទះនៃរោគខ្វះភាពស៊ាំរោគជាបឋម • ចំណីអាហារដោយបញ្ចូលតាមពោះវៀន និងតាមផ្លូវក្រៅបំពង់រំលាយអាហារ (ការផ្តល់អាហារតាមសរសៃឈាម IV និងបំពង់) យើងក៏ផ្តល់ការធានារ៉ាប់រងសម្រាប់វ៉ាក់សាំងមួយចំនួនក្រោម Medicare ផ្នែក B របស់យើង និងវ៉ាក់សាំងសម្រាប់មនុស្សពេញវ័យភាគច្រើនក្រោមអត្ថប្រយោជន៍ថ្នាំមានវេជ្ជបញ្ជា Medicare ផ្នែក D របស់យើង។ ជំពូកទី **5** នៃ សៀវភៅណែនាំសមាជិក របស់អ្នកពន្យល់ពីអត្ថប្រយោជន៍ឱសថមានវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកជំងឺឥតដើកពេទ្យរបស់យើង។ ***អត្ថប្រយោជន៍នេះត្រូវបានបន្តនៅទំព័របន្ទាប់*** **ឱសថមានវេជ្ជបញ្ជារបស់ Medicare ផ្នែក B *(បន្ត)*** វាពន្យល់អំពីបទបញ្ជាដែលអ្នកត្រូវតែអនុវត្តតាមដើម្បីឱ្យឱសថមាន	

សេវាដែលគម្រោងរបស់យើងចេញថ្លៃជូន		អ្វីដែលអ្នកត្រូវបង់ប្រាក់
	វេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកទទួលបានការធានារ៉ាប់រង។ ជំពូកទី **6** នៃ សៀវភៅណែនាំសមាជិក របស់អ្នកពន្យល់អំពីអ្វីដែលអ្នកបង់ថ្លៃសម្រាប់ឱសថមានវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកជំងឺឥតដេកពេទ្យរបស់អ្នកតាមរយៈគម្រោងរបស់យើង។ ការអនុញ្ញាតជាមុនអាចត្រូវបានទាមទារ ហើយជាទំនួលខុសត្រូវរបស់អ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក។	
សេវាដែលគម្រោងរបស់យើងចេញថ្លៃជូន		**អ្វីដែលអ្នកត្រូវបង់ប្រាក់**
	ការថែទាំក្នុងមន្ទីរថែទាំសុខភាព មន្ទីរថែទាំសុខភាព (NF) ជាមន្ទីរមួយដែលផ្តល់ការថែទាំចំពោះមនុស្ស ដែលមិនអាចទទួលការថែទាំនៅផ្ទះបាន ប៉ុន្តែមិនចាំបាច់ស្នាក់នៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យ។ សេវាដែលយើងបង់ថ្លៃរួមមានជាអាទិ៍ខាងក្រោម៖ • បន្ទប់ពាក់កណ្តាលឯកជន (ឬបន្ទប់ឯកជន បើមានភាពចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ) • អាហារ រួមមានរបបអាហារពិសេស • សេវាថែទាំអ្នកជំងឺ • ការព្យាបាលដោយចលនា ការព្យាបាលដោយសកម្មភាពប្រចាំថ្ងៃ និងការព្យាបាលការនិយាយស្តី • ការព្យាបាលជំងឺផ្លូវដង្ហើម • ឱសថដែលត្រូវផ្តល់ឱ្យអ្នកក្នុងផ្នែកមួយនៃគម្រោងថែទាំរបស់អ្នក។ ***អត្ថប្រយោជន៍នេះត្រូវបានបន្តនៅទំព័របន្ទាប់*** **ការថែទាំក្នុងមន្ទីរថែទាំសុខភាព *(បន្ត)*** (នេះរួមមានសារធាតុដែលមានជាធម្មជាតិនៅក្នុងខ្លួន ដូចជាកត្តា	$0

	សេវាដែលគម្រោងរបស់យើងចេញថ្លៃជូន	អ្វីដែលអ្នកត្រូវបង់ប្រាក់
	បង្ការកឈាម)។ • ឈាម រួមទាំងការរក្សាទុក និងការផ្តល់ជូន • ឧបករណ៍ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ និងវះកាត់ជាធម្មតាត្រូវបានផ្តល់ឱ្យដោយមជ្ឈមណ្ឌលថែទាំសុខភាព • ការធ្វើតេស្តដោយបន្ទប់ពិសោធ ដែលផ្តល់ជូនដោយមជ្ឈមណ្ឌលថែទាំសុខភាព • សេវាថតកាំរស្មីអ៊ិច និងវិទ្យុសកម្មផ្សេងៗទៀតជាធម្មតាដែលបានផ្តល់ជូនដោយមជ្ឈមណ្ឌលថែទាំសុខភាព • ការប្រើប្រាស់របស់របរ ដូចជារទេះរុញ ជាធម្មតាត្រូវបានផ្តល់ជូនដោយមជ្ឈមណ្ឌលថែទាំសុខភាព • សេវាអ្នកឯកទេស/គ្រូពេទ្យ • បរិក្ខារវេជ្ជសាស្ត្រដែលប្រើជាប់បានយូរ • សេវាសុខភាពមាត់ធ្មេញ រួមមានសេវាដាក់ធ្មេញជាដើម • អត្ថប្រយោជន៍សុខភាពភ្នែក • ការពិនិត្យត្រចៀក • ការថែទាំដោយការចាប់សរសៃ • សេវាព្យាបាលសុខភាពផ្លូវចិត្ត ជាធម្មតា អ្នកទទួលបានការថែទាំពីមជ្ឈមណ្ឌលថែទាំក្នុងបណ្តាញ។ តែជាយ៉ាងណាមិញ អ្នកអាចនឹងទទួលការថែទាំរបស់អ្នក ពីមន្ទីរដែលមិននៅក្នុងបណ្តាញរបស់យើង។ អ្នកអាចទទួលបានការថែទាំពីកន្លែងខាងក្រោម ប្រសិនបើពួកគេទទួលយកចំនួនទឹកប្រាក់នៃគម្រោងរបស់យើងសម្រាប់ការទូទាត់៖ *អត្ថប្រយោជន៍នេះត្រូវបានបន្តនៅទំព័របន្ទាប់* **ការថែទាំក្នុងមន្ទីរថែទាំសុខភាព** *(បន្ត)* • មជ្ឈមណ្ឌលថែទាំសុខភាព ឬសហគមន៍ថែទាំអ្នកចូលនិវត្តន៍បន្ត	

	សេវាដែលគម្រោងរបស់យើងចេញថ្លៃជូន	អ្វីដែលអ្នកត្រូវបង់ប្រាក់
	ដែលអ្នករស់នៅ មុនពេលអ្នកទៅមន្ទីរពេទ្យ (ដរាបណាវាផ្តល់ជូនការថែទាំនៅមជ្ឈមណ្ឌលថែទាំសុខភាព)។ • មជ្ឈមណ្ឌលថែទាំសុខភាពដែលជាកន្លែងប្តីឬប្រពន្ធ ឬដៃគូរស់នៅជាមួយគ្នារបស់អ្នកកំពុងរស់នៅខណៈពេលដែលអ្នកចេញពីមន្ទីរពេទ្យ។	
	ការពិនិត្យ និងការព្យាបាលការធាត់ដើម្បីកាត់បន្ថយទម្ងន់ ប្រសិនបើអ្នកមានសន្ទស្សន៍ម៉ាសរាងកាយ 30 ឬច្រើនជាងនេះ យើងបង់ថ្លៃសម្រាប់ការប្រឹក្សាយោបល់ដើម្បីជួយអ្នកសម្រកទម្ងន់។ អ្នកត្រូវតែទទួលការប្រឹក្សានៅកន្លែងថែទាំជាបឋម។ យ៉ាងនោះ វាអាចបានចាត់ចែងជាមួយនឹងគម្រោងការពារពេញលេញរបស់អ្នក។ សូមពិភាក្សាជាមួយអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំបឋមរបស់អ្នកដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែម។	$0

	សេវាដែលគម្រោងរបស់យើងចេញថ្លៃជូន	អ្វីដែលអ្នកត្រូវបង់ប្រាក់
	សេវាក្នុងកម្មវិធីព្យាបាលសារជាតិអូផ្យូអ៊ីត (OTP) គម្រោងរបស់យើងបង់ថ្លៃសម្រាប់សេវាខាងក្រោមដើម្បីព្យាបាលជំងឺដោយប្រើប្រាស់សារជាតិអូផ្យូអ៊ីត (OUD)៖ • សកម្មភាពនៃដំណើរការប្រមូលព័ត៌មាន • ការវាយតម្លៃតាមកាលកំណត់ • ការប្រើឱសថដែលបានយល់ព្រមដោយ FDA និងបើសិនអនុវត្តបាន ធ្វើការគ្រប់គ្រង និងផ្តល់ឱសថទាំងនេះដល់អ្នក • ការប្រឹក្សាអំពីវិបត្តិផ្លូវចិត្តដោយការប្រើប្រាស់សារធាតុញៀន • ការព្យាបាលជាលក្ខណបុគ្គល និងជាក្រុម • ការធ្វើតេស្តរកសារធាតុញៀន ឬសារធាតុគីមីនៅក្នុងរាងកាយរបស់អ្នក (ការធ្វើតេស្តជាតិពុល)	*$0*
	ការធ្វើតេស្តរោគវិនិច្ឆយអ្នកជំងឺឥតដេកពេទ្យ និងសេវាព្យាបាល និងការផ្គត់ផ្គង់ យើងបង់ថ្លៃសម្រាប់សេវាខាងក្រោម និងសេវាចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រផ្សេងទៀតដែលមិនមាននៅក្នុងបញ្ជីឈ្មោះនៅទីនេះ៖ • ការថតកាំរស្មីអ៊ិច • ការព្យាបាលដោយប្រើវិទ្យុសកម្ម (រ៉ាដ្យូម និងអ៊ីសូតូប) រួមទាំងឧបករណ៍ និងសម្ភាររបស់អ្នកបច្ចេកទេស • ឧបករណ៍វះកាត់ ដូចជាប៉ង់ស៊ីម៉ង់ជាដើម • ប្រដាប់ទ្រជើងដៃបាក់ និងសម្ភារផ្សេងៗទៀតដែលត្រូវបានប្រើប្រាស់សម្រាប់ផ្នែកបាក់ និងភ្លាត់ ***អត្ថប្រយោជន៍នេះត្រូវបានបន្តនៅទំព័របន្ទាប់***	$0

	សេវាដែលគម្រោងរបស់យើងចេញថ្លៃជូន	អ្វីដែលអ្នកត្រូវបង់ប្រាក់
	ការធ្វើតេស្តរោគវិនិច្ឆយអ្នកជំងឺឥតដេកពេទ្យ និងសេវាព្យាបាល និងការផ្គត់ផ្គង់ *(បន្ត)* • ការធ្វើតេស្តនៅមន្ទីរពិសោធន៍ • ឈាម រួមទាំងការរក្សាទុក និងការផ្តល់ជូន • ការធ្វើតេស្តរោគវិនិច្ឆយសម្រាប់អ្នកជំងឺឥតដេកពេទ្យផ្សេងៗទៀត ការអនុញ្ញាតជាមុន និងការបញ្ជូនបន្តអាចត្រូវបានទាមទារ ហើយជាទំនួលខុសត្រូវរបស់អ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក។	
	សេវាក្នុងមន្ទីរពេទ្យសម្រាប់អ្នកជំងឺឥតដេកពេទ្យ យើងបង់ថ្លៃសម្រាប់សេវាចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដែលអ្នកទទួលបាននៅផ្នែកអ្នកជំងឺឥតដេកពេទ្យរបស់មន្ទីរពេទ្យសម្រាប់ការធ្វើរោគវិនិច្ឆយ ឬការព្យាបាលជំងឺ ឬរបួស ដូចជា៖ • សេវានៅផ្នែកសង្គ្រោះបន្ទាន់ ឬគ្លីនិកសម្រាប់អ្នកជំងឺឥតដេកពេទ្យដូចជា សេវាពិនិត្យ ឬវះកាត់អ្នកជំងឺឥតដេកពេទ្យ ○ សេវាពិនិត្យជួយវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកឱ្យដឹងថាតើអ្នកត្រូវការសម្រាកនៅមន្ទីរពេទ្យជា “អ្នកជំងឺដេកពេទ្យ” ដែរឬអត់។ ○ ពេលខ្លះ អ្នកអាចស្នាក់នៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យពេញមួយយប់ ហើយនៅតែជា “អ្នកជំងឺឥតដេកពេទ្យ”។ ○ អ្នកអាចទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែមអំពីការក្លាយជាអ្នកជំងឺស្នាក់ព្យាបាល ឬអ្នកជំងឺមិនស្នាក់ព្យាបាលនៅក្នុងសន្លឹកព័ត៌មាននេះ៖ es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf។ ***អត្ថប្រយោជន៍នេះត្រូវបានបន្តនៅទំព័របន្ទាប់*** **សេវាក្នុងមន្ទីរពេទ្យសម្រាប់អ្នកជំងឺឥតដេកពេទ្យ *(បន្ត)***	$0

សេវាដែលគម្រោងរបស់យើងចេញថ្លៃជូន		អ្វីដែលអ្នកត្រូវបង់ប្រាក់
	• មន្ទីរពិសោធន៍ និងការធ្វើតេស្តរោគវិនិច្ឆយដែលបានចេញវិក្កយបត្រដោយមន្ទីរពេទ្យ • សេវាថែទាំសុខភាពផ្លូវចិត្ត រួមទាំងការថែទាំនៅក្នុងកម្មវិធីសម្រាកនៅមន្ទីរពេទ្យមិនពេញលេញ ប្រសិនបើវេជ្ជបណ្ឌិតបញ្ជាក់ថា ចាំបាច់ត្រូវតែមានការព្យាបាលអ្នកជំងឺដេកពេទ្យប្រសិនបើគ្មានវានោះ • សេវាថតកាំរស្មីអ៊ិច និងវិទ្យុសកម្មផ្សេងៗដែលបានចេញវិក្កយបត្រដោយមន្ទីរពេទ្យ • សម្ភារពេទ្យ ដូចជា រណបឆ្អឹង និងសំរោបអបឆ្អឹង • ការពិនិត្យ និងសេវាបង្ការជំងឺដែលមានរាយនៅក្នុងតារាងអត្ថប្រយោជន៍ • ឱសថមួយចំនួន ដែលអ្នកមិនអាចផ្តល់ឱ្យខ្លួនឯងបាន ការអនុញ្ញាតជាមុនអាចត្រូវបានទាមទារ ហើយជាទំនួលខុសត្រូវរបស់អ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក។	

	សេវាដែលគម្រោងរបស់យើងចេញថ្លៃជូន	អ្វីដែលអ្នកត្រូវបង់ប្រាក់
	ការថែទាំសុខភាពផ្លូវចិត្តសម្រាប់អ្នកជំងឺឥតដេកពេទ្យ យើងបង់ថ្លៃសម្រាប់សេវាសុខភាពផ្លូវចិត្តដែលត្រូវបានផ្តល់ជូនដោយ៖ • វេជ្ជបណ្ឌិត ឬគ្រូពេទ្យផ្នែកវិកលចរិតដែលមានអាជ្ញាបណ្ណពីរដ្ឋ • គ្រូពេទ្យឯកទេសផ្នែកចិត្តសាស្ត្រនៅតាមគ្លីនិក • បុគ្គលិកកិច្ចការសង្គមនៅតាមគ្លីនិក • គិលានុបដ្ឋាយិកាឯកទេសនៅតាមគ្លីនិក • អ្នកប្រឹក្សាជំនាញដែលមានអាជ្ញាបណ្ណ (LPC) • អ្នកជំនាញផ្នែកសុខភាពផ្លូវចិត្តសម្រាប់បញ្ហាអាពាហ៍ពិពាហ៍ និងគ្រួសារដែលមានអាជ្ញាបណ្ណ (LMFT) • គ្រូពេទ្យផ្នែកថែទាំអ្នកជំងឺ (NP) • ជំនួយការគ្រូពេទ្យ (PA) • អ្នកមានវិជ្ជាជីវៈផ្នែកថែទាំសុខភាពផ្សេងៗទៀតដែលមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់របស់ Medicare ដូចដែលបានអនុញ្ញាតក្រោមច្បាប់ចូលជាធរមានរបស់រដ្ឋ យើងបង់ថ្លៃសម្រាប់សេវាខាងក្រោម ហើយប្រហែលជាសេវាផ្សេងៗទៀតដែលមិនមាននៅក្នុងបញ្ជីឈ្មោះនៅទីនេះ៖ • សេវានៅគ្លីនិក • ការព្យាបាលនៅពេលថ្ងៃ • សេវាស្តារសមត្ថភាពផ្លូវចិត្ត និងសង្គម • កម្មវិធីស្នាក់នៅមន្ទីរពេទ្យដោយផ្នែក ឬកម្មវិធីសម្រាប់អ្នកជំងឺមិនស្នាក់ព្យាបាលធ្ងន់ធ្ងរ • ការវាយតម្លៃ និងការព្យាបាលសុខភាពផ្លូវចិត្តលក្ខណៈបុគ្គល និងជាក្រុម *អត្ថប្រយោជន៍នេះត្រូវបានបន្តនៅទំព័របន្ទាប់*	$0

	សេវាដែលគម្រោងរបស់យើងចេញថ្លៃជូន	អ្វីដែលអ្នកត្រូវបង់ប្រាក់
	ការថែទាំសុខភាពផ្លូវចិត្តសម្រាប់អ្នកជំងឺឥតដេកពេទ្យ *(បន្ត)* • ការធ្វើតេស្តចិត្ត និងសង្គម នៅពេលការពិនិត្យព្យាបាលបានបញ្ជាក់ ដើម្បីវាយតម្លៃលទ្ធផលសុខភាពផ្លូវចិត្ត • សេវាអ្នកជំងឺមិនស្នាក់ព្យាបាលសម្រាប់គោលបំណងនៃការសង្កេត មើលវិធីព្យាបាលតាមរយៈឱសថ • មន្ទីរពិសោធន៍ ឱសថ សម្ភារធ្គ់ធ្គង់ និងអាហារបំប៉នសម្រាប់អ្នកជំងឺមិនស្នាក់ព្យាបាល • ការប្រឹក្សាខាងផ្នែកចិត្តវិទ្យា ការអនុញ្ញាតជាមុនអាចត្រូវបានទាមទារ ហើយជាទំនួលខុសត្រូវរបស់អ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក។	
	សេវាស្តារនីតិសម្បទាសម្រាប់អ្នកជំងឺឥតដេកពេទ្យ យើងបង់ថ្លៃសម្រាប់ការព្យាបាលដោយចលនា ការព្យាបាលដោយសកម្មភាពប្រចាំថ្ងៃ និងការព្យាបាលការនិយាយស្តី។ អ្នកអាចទទួលបានសេវាស្តារនីតិសម្បទាសម្រាប់អ្នកជំងឺឥតដេកពេទ្យពីផ្នែកអ្នកជំងឺឥតដេកពេទ្យក្នុងមន្ទីរពេទ្យ ការិយាល័យអ្នកព្យាបាលឯករាជ្យ មន្ទីរស្តារនីតិសម្បទាសម្រាប់អ្នកជំងឺឥតដេកពេទ្យទូលំទូលាយ (CORF) និងមជ្ឈមណ្ឌលផ្សេងទៀត។ ការអនុញ្ញាតជាមុនអាចត្រូវបានទាមទារ ហើយជាទំនួលខុសត្រូវរបស់អ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក។	$0
	សេវាព្យាបាលវិបត្តិផ្លូវចិត្តដោយការប្រើប្រាស់សារធាតុញៀនសម្រាប់អ្នកជំងឺមិនស្នាក់ព្យាបាល យើងបង់ថ្លៃសម្រាប់សេវាខាងក្រោម ហើយប្រហែលជាសេវាផ្សេងៗទៀតដែលមិនមាននៅក្នុងបញ្ជីឈ្មោះនៅទីនេះ៖ ***អត្ថប្រយោជន៍នេះត្រូវបានបន្តនៅទំព័របន្ទាប់***	$0 សម្រាប់ការជួបពិនិត្យជាលក្ខណៈបុគ្គល ឬជាក្រុមនីមួយៗ

	សេវាដែលគម្រោងរបស់យើងចេញថ្លៃជូន	អ្វីដែលអ្នកត្រូវបង់ប្រាក់
	សេវាព្យាបាលវិបត្តិផ្លូវចិត្តដោយការប្រើប្រាស់សារធាតុញៀនសម្រាប់អ្នកជំងឺមិនស្គាល់ព្យាបាល *(បន្ត)* • ការពិនិត្យ និងការប្រឹក្សាយោបល់អំពីការប្រើគ្រឿងស្រវឹងមិនត្រឹមត្រូវ • ការព្យាបាលការប្រើប្រាស់សារធាតុញៀនខុសច្បាប់ • សេវាប្រឹក្សាជាក្រុម និងលក្ខណៈបុគ្គល ផ្តល់ជូនដោយអ្នកព្យាបាលដែលមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ • សេវាបញ្ចេញសារធាតុពុលខ្លាំង នៅក្នុងកម្មវិធីបន្សាបសារធាតុញៀនតាមលំនៅឋាន • សេវាបន្សាបជាតិស្រវឹង និង/ឬសារធាតុញៀននៅក្នុងមជ្ឈមណ្ឌលព្យាបាលអ្នកជំងឺឥតដេកពេទ្យធ្ងន់ធ្ងរ • ការព្យាបាលដោយប្រើថ្នាំNaltrexone ដែលមានប្រសិទ្ធភាពយូរ (Vivitrol) ការអនុញ្ញាតជាមុនអាចត្រូវបានទាមទារ ហើយជាទំនួលខុសត្រូវរបស់អ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក។	
	ការវះកាត់អ្នកជំងឺឥតដេកពេទ្យ យើងបង់ថ្លៃសម្រាប់សេវាវះកាត់អ្នកជំងឺឥតដេកពេទ្យ និងសេវានៅមជ្ឈមណ្ឌលថែទាំអ្នកជំងឺឥតដេកពេទ្យ និងមជ្ឈមណ្ឌលវះកាត់ចល័ត។ *ការអនុញ្ញាតជាមុនអាចត្រូវបានទាមទារ ហើយជាទំនួលខុសត្រូវរបស់អ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក។*	$0 សម្រាប់ការជួបពិនិត្យនីមួយៗនៅក្នុងមជ្ឈមណ្ឌលវះកាត់ចល័ត ឬមជ្ឈមណ្ឌលថែទាំក្នុងមន្ទីរពេទ្យ សម្រាប់អ្នកជំងឺឥតដេកពេទ្យ។

សេវាដែលគម្រោងរបស់យើងចេញថ្លៃជូន		អ្វីដែលអ្នកត្រូវបង់ប្រាក់
	ទំនិញគ្មានវេជ្ជបញ្ជា (OTC) * អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានប្រាក់ឧបត្ថម្ភប្រចាំខែចំនួន $70 សម្រាប់ឱសថ OTC និងសម្ភារផ្គត់ផ្គង់ដែលមានរាយក្នុងកាតាឡុកនៃទំនិញ OTC។ សម្ភារដូចជាថ្នាំអាស្ពីរីន វីតាមីន ការរៀបចំសម្រាប់ជំងឺផ្តាសាយ និងក្អក និងបង់រុំរបួសត្រូវបានធានារ៉ាប់រងក្រោមអត្ថប្រយោជន៍នេះ។ សម្ភារដូចជាគ្រឿងសម្អាង និងអាហារបំប៉ន់មិនត្រូវបានធានារ៉ាប់រងក្រោមអត្ថប្រយោជន៍នេះទេ។ កាតាឡុកមុខទំនិញប្រភេទមិនតម្រូវឱ្យមានវេជ្ជបញ្ជា និងការណែនាំអំពីការបញ្ជាទិញអាចរកបានតាមអនឡាញនៅគេហទំព័រ blueshieldca.com/medicareOTC ។ អ្នកអាចបញ្ជាទិញទំនិញដោយទូរសព្ទតាមរយៈលេខ (888) 628-2770 [TTY: 711] ចាប់ពីថ្ងៃចន្ទដល់ថ្ងៃសុក្រ ចន្លោះម៉ោង 9:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ EST ឬនៅលើអនឡាញតាមរយៈគេហទំព័រ blueshieldca.com/medicareOTC។ សម្ភារដែលបានទិញនឹងត្រូវបានដឹកជញ្ជូនទៅដល់អ្នកដោយមិនមានការគិតថ្លៃបន្ថែមទេ។ សូមការអនុញ្ញាតប្រហែល 7 ថ្ងៃនៃថ្ងៃធ្វើការសម្រាប់ការដឹកជញ្ជូន។ អត្ថប្រយោជន៍នេះមានប្រសិទ្ធភាពនៅថ្ងៃដំបូងនៃខែនីមួយៗ។ អ្នកអាចធ្វើការបញ្ជាទិញម្តងក្នុងមួយខែ ហើយមិនអាចលើកប្រាក់ឧបត្ថម្ភដែលមិនបានប្រើរបស់អ្នកបន្តទៅក្នុងខែបន្ទាប់បានទេ។ ដែនកំណត់មួយចំនួនត្រូវបានអនុវត្ត។ សូមមើលកាតាឡុកទំនិញ OTC សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។ *សេវាមិនអនុវត្តចំពោះការកំណត់អតិបរមានៃការចំណាយចេញពីហោប៉ៅរបស់គម្រោងទេ។	$0

	សេវាដែលគម្រោងរបស់យើងចេញថ្លៃជូន	អ្វីដែលអ្នកត្រូវបង់ប្រាក់
	ការថែទាំបំបាត់ការឈឺចាប់បណ្តោះអាសន្ន ការថែទាំបំបាត់ការឈឺចាប់បណ្តោះអាសន្នត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយគម្រោងរបស់យើង។ ការថែទាំបំបាត់ការឈឺចាប់បណ្តោះអាសន្ន គឺសម្រាប់មនុស្សដែលមានជំងឺធ្ងន់ធ្ងរ។ វាផ្តល់ការថែទាំផ្តោតលើអ្នកជំងឺ និងគ្រួសារជាក្រុម ដែលលើកកម្ពស់គុណភាពជីវិត ដោយការរំពឹងទុក ការបង្ការ និងការព្យាបាលការរងទុក្ខ។ ការថែទាំបំបាត់ការឈឺចាប់**មិន**មែនជាមន្ទីរពេទ្យថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយទេ ដូច្នេះ អ្នកមិនចាំបាច់មានអាយុកាលជាមធ្យមប្រាំមួយខែ ឬតិចជាងនេះ ដើម្បីមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ការថែទាំបំបាត់ការឈឺចាប់នោះទេ។ ការថែទាំបំបាត់ការឈឺចាប់ត្រូវបានផ្តល់ជូនក្នុងពេលតែមួយជាមួយនឹងការថែទាំឱ្យជាសះស្បើយ/ជាទៀងទាត់។ ការថែទាំបំបាត់ការឈឺចាប់បណ្តោះអាសន្ន រួមមានដូចខាងក្រោម៖ • គម្រោងថែទាំជាមុន • ការវាយតម្លៃ និងការប្រឹក្សាលើការថែទាំបំបាត់ការឈឺចាប់បណ្តោះអាសន្ន • គម្រោងថែទាំ រួមមានការថែទាំបំបាត់ការឈឺចាប់ និងជាសះស្បើយ ដែលមានការអនុញ្ញាតទាំងអស់ រួមទាំងសុខភាពផ្លូវចិត្ត និងសេវាសង្គមកិច្ចផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ • សេវាពីក្រុមថែទាំដែលបានចាត់តាំងរបស់អ្នក • ការសម្របសម្រួលការថែទាំ • ការគ្រប់គ្រងការឈឺចាប់ និងអាការ ប្រសិនបើអ្នកមានអាយុលើសពី 21 ឆ្នាំ អ្នកមិនអាចទទួលបានការថែទាំជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយ និងការថែទាំបំបាត់ការឈឺចាប់បណ្តោះអាសន្នក្នុងពេលតែមួយនោះទេ។ បើសិនអ្នកទទួល ការថែទាំកក់ក្តៅទំរ៉ាំស្លាប់ និងស្របតាមសិទ្ធិទទួល ថែទាំសង្ខារិរោធ អ្នកអាចសូមផ្លាស់ប្តូរ ទៅកន្លែងថែទាំសង្ខារិរោធ នៅពេលណាមួយ។	$0

	សេវាដែលគម្រោងរបស់យើងចេញថ្លៃជូន	អ្វីដែលអ្នកត្រូវបង់ប្រាក់
	សេវាសម្រាកព្យាបាលក្នុងមន្ទីរពេទ្យមួយផ្នែក និងសេវាព្យាបាលអ្នកជំងឺមិនដេកពេទ្យដែលមានការយកចិត្តទុកដាក់ខ្ពស់ កម្មវិធីសម្រាកព្យាបាលក្នុងមន្ទីរពេទ្យមិនពេញលេញ គឺជាកម្មវិធីដែលមានរចនាសម្ព័ន្ធព្យាបាលជំងឺវិកលចរិកកម្រិតធ្ងន់។ កម្មវិធីនេះត្រូវបានផ្តល់ជូនក្នុងសេវាសម្រាប់អ្នកជំងឺឥតដេកពេទ្យរបស់មន្ទីរពេទ្យ ឬដោយមជ្ឈមណ្ឌលសុខភាពផ្លូវចិត្តនៅតាមសហគមន៍។ វាមានលក្ខណៈធ្ងន់ធ្ងរជាងការថែទាំ ដែលអ្នកទទួលបាននៅក្នុងការិយាល័យវេជ្ជបណ្ឌិត អ្នកព្យាបាល អ្នកផ្តល់ប្រឹក្សាបញ្ហាអាពាហ៍ពិពាហ៍ និងគ្រួសារដែលមានអាជ្ញាបណ្ណ (LMFT) ឬការិយាល័យអ្នកប្រឹក្សាប្រកបដោយវិជ្ជាជីវៈដែលមានអាជ្ញាបណ្ណ។ វាអាចជួយអ្នកកុំឲ្យទៅស្នាក់នៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យ។ សេវាអ្នកជំងឺឥតដេកពេទ្យសង្គ្រោះបន្ទាន់ គឺជាកម្មវិធីដែលមានរចនាសម្ព័ន្ធនៃការព្យាបាលសុខភាពផ្នែកអាកប្បកិរិយាដែលសកម្ម (ផ្លូវចិត្ត) ដែលបានផ្តល់ជាសេវាព្យាបាលអ្នកជំងឺឥតដេកពេទ្យ មជ្ឈមណ្ឌលសុខភាពផ្លូវចិត្តតាមសហគមន៍ មណ្ឌលសុខភាពដែលមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់របស់សហព័ន្ធ ឬគ្លីនិកសុខភាពតាមជនបទដែលថែទាំលក្ខណៈសង្គ្រោះបន្ទាន់ដែលទទួលបាននៅក្នុងការិយាល័យរបស់វេជ្ជបណ្ឌិត ការព្យាបាលនៅការិយាល័យរបស់គ្រូពេទ្យព្យាបាលរោគ LMFT ឬអ្នកប្រឹក្សាដែលមានអាជ្ញាបណ្ណ ប៉ុន្តែមិនមានលក្ខណៈសង្គ្រោះបន្ទាន់ជាងការសម្រាកព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យ។ **ចំណាំ**៖ ដោយសារតែមិនមានមជ្ឈមណ្ឌលសុខភាពផ្លូវចិត្តនៅតាមសហគមន៍ក្នុងបណ្តាញរបស់យើង យើងធានារ៉ាប់រងលើការសម្រាកព្យាបាលក្នុងនៅមន្ទីរពេទ្យមិនពេញលេញដែលជាសេវាសម្រាប់អ្នកជំងឺមិនស្នាក់ព្យាបាលរបស់មន្ទីរពេទ្យតែប៉ុណ្ណោះ។ ការអនុញ្ញាតជាមុនអាចត្រូវបានទាមទារ ហើយជាទំនួលខុសត្រូវរបស់អ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក។	$0

	សេវាដែលគម្រោងរបស់យើងចេញថ្លៃជូន	អ្វីដែលអ្នកត្រូវបង់ប្រាក់

	សេវាគ្រូពេទ្យ/អ្នកផ្តល់សេវា រួមទាំងការមកជួបពិនិត្យនៅការិយាល័យ វេជ្ជបណ្ឌិត
	
	យើងបង់ថ្លៃសម្រាប់សេវាខាងក្រោម៖
	• ការថែទាំសុខភាពដែលមានភាបចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ ឬសេវាវះកាត់ដែលផ្តល់ជូននៅកន្លែងនានា មានដូចជា៖
	• ការិយាល័យគ្រូពេទ្យ
	• មជ្ឈមណ្ឌលវះកាត់ចល័តដែលមានវិញ្ញាបនបត្រ
	• ផ្នែកសម្រាប់អ្នកជំងឺមិនស្នាក់ព្យាបាលរបស់មន្ទីពេទ្យ
	• ការប្រឹក្សាយោបល់ ការធ្វើរោគវិនិច្ឆយ និងការព្យាបាលដោយអ្នកឯកទេស
	• ការពិនិត្យត្រចៀក និងតុល្យភាពមូលដ្ឋានដែលត្រូវបានផ្តល់ជូនដោយ អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំបឋមរបស់អ្នក ប្រសិនបើវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជា ដើម្បីមើលថាតើអ្នកត្រូវការការព្យាបាលដែរឬទេ
	• សេវាសុខភាពពីចម្ងាយជាក់លាក់ រួមមាន សេវារបស់គ្រូពេទ្យដើម្បីព្យាបាលស្ថានភាពដែលមិនមានភាពអាសន្នដូចជារោគសញ្ញាគ្រុនផ្តាសាយ និងផ្តាសាយធំ អាឡែហ្ស៊ី រលាកទងសួត ការឆ្លងមេរោគផ្លូវដង្ហើម បញ្ហាមេរោគឆ្លងចូលប្រហោងឆ្អឹង កន្ទួលរមាស់ ជំងឺភ្នែក ឈឺក្បាលប្រកាំង និងច្រើនផ្សេងទៀត។
	  ○ អ្នកមានជម្រើសក្នុងការទទួលបានសេវាទាំងនេះតាមរយៈការជួបពិនិត្យផ្ទាល់ ឬតាមរយៈសេវាសុខភាពពីចម្ងាយ។ ប្រសិនបើអ្នកជ្រើសរើសសេវាសុខភាពពីចម្ងាយមួយក្នុងចំណោមសេវាទាំងនេះ អ្នកត្រូវតែប្រើប្រាស់អ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញដែលផ្តល់សេវាតាមរយៈសេវាសុខភាពពីចម្ងាយ។
	  ○ សូមមើលផ្នែក “សេវាសុខភាពពីចម្ងាយបន្ថែម” នៅក្នុងតារាងអត្ថប្រយោជន៍របស់ Medical សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។
	
	អត្ថប្រយោជន៍នេះត្រូវបានបន្តនៅទំព័របន្ទាប់
		$0

	សេវាដែលគម្រោងរបស់យើងចេញថ្លៃជូន	អ្វីដែលអ្នកត្រូវបង់ប្រាក់
	សេវាគ្រូពេទ្យ/អ្នកផ្តល់សេវា រួមមានការមកជួបពិនិត្យនៅការិយាល័យ វេជ្ជបណ្ឌិត *(បន្ត)* • សេវាសុខភាពពីចម្ងាយសម្រាប់ជំងឺតម្រងនោមដំណាក់កាលចុងក្រោយ (ESRD) ប្រចាំខែដែលពាក់ព័ន្ធនឹងការជួបពិនិត្យសម្រាប់សមាជិកលាងឈាមតាមផ្ទះនៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យ ឬមជ្ឈមណ្ឌលព្យាបាលជំងឺតម្រងនោមនៅមន្ទីរពេទ្យកម្រិតធ្ងន់នៅមជ្ឈមណ្ឌលពិនិត្យលាងឈាមតម្រងនោម ឬនៅផ្ទះ • សេវាផ្តល់ពត៌មានសុខភាពតាមប្រព័ន្ធអេឡិចត្រូនិក ដើម្បីធ្វើរោគវិនិច្ឆយ វាយតម្លៃ ឬព្យាបាលរោគសញ្ញានៃជំងឺដាច់សរសៃឈាមក្នុងក្បាល • សេវាសុខភាពពីចម្ងាយសម្រាប់សមាជិកដែលជួបប្រទះទៅនឹងវិបត្តិនៃការប្រើប្រាស់សារធាតុញៀន ឬវិបត្តិសុខភាពផ្លូវចិត្តដែលកើតឡើងដំណាលគ្នា • សេវាសុខភាពពីចម្ងាយសម្រាប់ការធ្វើរោគវិនិច្ឆយ ការវាយតម្លៃ និងការព្យាបាលវិបត្តិសុខភាពផ្លូវចិត្ត ប្រសិនបើ៖ • អ្នកមានការជួបពិនិត្យដោយផ្ទាល់ក្នុងរយៈពេល 6 ខែ មុនពេលជួបពិនិត្យតាមរយៈសេវាសុខភាពពីចម្ងាយជាលើកដំបូងរបស់អ្នក • អ្នកមានការជួបពិនិត្យសុខភាពដោយផ្ទាល់ជារៀងរាល់ 12 ខែ ខណៈពេលដែលអ្នកទទួលបានសេវាផ្តល់ព័ត៌មានសុខភាពតាមប្រព័ន្ធអេឡិចត្រូនិកទាំងនេះ • ករណីលើកលែងអាចត្រូវបានធ្វើឡើងចំពោះលក្ខខណ្ឌខាងលើសម្រាប់កាលៈទេសៈជាក់លាក់ • សេវាផ្តល់ព័ត៌មានសុខភាពតាមប្រព័ន្ធអេឡិចត្រូនិកសម្រាប់ការជួបពិនិត្យសុខភាពផ្លូវចិត្តដែលផ្តល់ដោយគ្លីនិកសុខភាពជនបទ និងមជ្ឈមណ្ឌលសុខភាពដែលមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់កម្រិតសហព័ន្ធ។ • សេវាសុខភាពពីចម្ងាយដែលផ្តល់ដោយអ្នកព្យាបាលដោយសកម្មភាពការងារដែលមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ (OT) អ្នកព្យាបាលដោយចលនា (PT) រោគវិទូផ្នែកភាសានិយាយ (SLP) និងអ្នកជំនាញផ្នែកសោតវិញ្ញាណ ***អត្ថប្រយោជន៍នេះត្រូវបានបន្តនៅទំព័របន្ទាប់***	

	សេវាដែលគម្រោងរបស់យើងចេញថ្លៃជូន	អ្វីដែលអ្នកត្រូវបង់ប្រាក់
	សេវាគ្រូពេទ្យ/អ្នកផ្តល់សេវា រួមមានការមកជួបពិនិត្យនៅការិយាល័យ វេជ្ជបណ្ឌិត *(បន្ត)* • ការចុះឈ្មោះចូលបែបនិម្មិត (ឧទាហរណ៍តាមរយៈទូរសព្ទ ឬជជែកតាមវីដេអូ) ជាមួយវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកក្នុងរយៈពេល 5-10 នាទី **ប្រសិនបើ** ○ អ្នកមិនមែនជាអ្នកជំងឺថ្មីទេ **និង** ○ ការចុះឈ្មោះនេះមិនទាក់ទងទៅនឹងការជួបពិនិត្យនៅការិយាល័យកាលពី 7 ថ្ងៃកន្លងមកនោះទេ **និង** ○ ការចុះឈ្មោះមិនអាចនាំទៅរកការទៅជួបពិនិត្យនៅការិយាល័យក្នុងរយៈពេល 24 ម៉ោង ឬការណាត់ជួបដែលមានក្នុងពេលឆាប់ៗនេះទេ • ការវាយតម្លៃរបស់វីដេអូ និង/ឬរូបភាពដែលអ្នកផ្ញើទៅឱ្យវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក និងការបកស្រាយពន្យល់ ព្រមទាំងតាមដានដោយវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកក្នុងរយៈពេល 24 ម៉ោង **ប្រសិនបើ**៖ ○ អ្នកមិនមែនជាអ្នកជំងឺថ្មីទេ ហើយ ○ ការវាយតម្លៃមិនទាក់ទងទៅនឹងការជួបពិនិត្យនៅការិយាល័យកាលពី 7 ថ្ងៃកន្លងមកនោះទេ **និង** ○ ការវាយតម្លៃមិនអាចនាំទៅរកការទៅជួបពិនិត្យនៅការិយាល័យក្នុងរយៈពេល 24 ម៉ោង ឬការណាត់ជួបដែលមានក្នុងពេលឆាប់ៗនេះទេ • ការពិគ្រោះយោបល់ដែលវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកមានជាមួយវេជ្ជបណ្ឌិតដទៃទៀតតាមរយៈទូរសព្ទ បណ្តាញអ៊ីនធឺណិត ឬកំណត់ត្រាសុខភាពអេឡិចត្រូនិក ប្រសិនបើអ្នកមិនមែនជាអ្នកជំងឺថ្មីទេ • មតិយោបល់ទីពីរ ដោយអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញផ្សេងទៀត មុនពេលវះកាត់ ***អត្ថប្រយោជន៍នេះត្រូវបានបន្តនៅទំព័របន្ទាប់*** **សេវាគ្រូពេទ្យ/អ្នកផ្តល់សេវា រួមមានការមកជួបពិនិត្យនៅការិយាល័យ**	

	សេវាដែលគម្រោងរបស់យើងចេញថ្លៃជូន	អ្វីដែលអ្នកត្រូវបង់ប្រាក់
	វេជ្ជបណ្ឌិត *(បន្ត)* • ការថែទាំធ្មេញមិនប្រក្រតី។ សេវាមានការធានារ៉ាប់រងត្រូវបានដាក់កំណត់លើ៖ ○ សេវាវះកាត់ថ្គាម ឬគ្រោងឆ្អឹងដែលពាក់ព័ន្ធ ○ កំណត់ចំណុចបាក់នៃថ្គាម ឬឆ្អឹងមុខ ○ ដកធ្មេញមុនពេលមុនការព្យាបាលដោយវិទ្យុសកម្មនៃការវះកាត់មហារីក ○ សេវាដែលនឹងទទួលបានការធានារ៉ាប់រងនៅពេលដែលបានផ្តល់សេវាដោយគ្រូពេទ្យ	
	សេវាព្យាបាលសុខភាពជើង យើងបង់ថ្លៃសម្រាប់សេវាខាងក្រោម៖ • ការធ្វើរោគវិនិច្ឆយ និងការព្យាបាលរបួស និងជំងឺនានានៅត្រង់ជើង (ដូចជាផ្លែម្រាមជើង ឬកែងជើងឡើងដុំរឹង) ដោយវេជ្ជសាស្ត្រ និងដោយការវះកាត់ • ការថែទាំជើងជាប្រចាំសម្រាប់សមាជិកដែលមានស្ថានភាពប៉ះពាល់ដល់ជើង ដូចជាជំងឺទឹកនោមផ្អែមជាដើម • ការថែទាំជើងជាប្រចាំ (មិនបានធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare) ធានារ៉ាប់រង៖ ○ ការកាត់ ឬយកផ្លែម្រាមជើង និងស្បែកក្រិនចេញ ○ ការតម្រឹម ការកាត់ ការចៀរ ឬការយកក្រចកដែលខូចចេញ *សេវាមិនអនុវត្តចំពោះការកំណត់អតិបរមានៃការចំណាយចេញពីហោប៉ៅរបស់គម្រោងទេ។	$0

	សេវាដែលគម្រោងរបស់យើងចេញថ្លៃជូន	អ្វីដែលអ្នកត្រូវបង់ប្រាក់
	ការធ្វើតេស្តរកមើលមហារីកក្រពេញប្រូស្តាត សម្រាប់បុរសដែលមានអាយុចាប់ពី 50 ឆ្នាំឡើងទៅយើងបង់ថ្លៃសម្រាប់សេវាកម្មខាងក្រោមម្តងរៀងរាល់ 12 ខែ៖ • ការពិនិត្យពោះវៀនដោយប្រព័ន្ធឌីជីថល • ការធ្វើតេស្តអង់ទីហ្សែនជាក់លាក់របស់ក្រពេញប្រូស្តាត (PSA)	$0
	ឧបករណ៍អវយវៈសិប្បនិម្មិត និងឧបករណ៍តម្រង់ឆ្អឹងជើង និងសម្ភារផ្គត់ផ្គង់ពាក់ព័ន្ធ ឧបករណ៍សិប្បនិម្មិតជំនួសទាំងអស់ ឬដោយផ្នែកនៃ ផ្នែក ឬមុខងាររបស់រាងកាយ។ ទាំងនេះរួមមានជាអាទិ៍៖ • ការធ្វើតេស្ត ការលៃតម្រូវឱ្យត្រូវល្មម ឬការបណ្តុះបណ្តាលក្នុងការប្រើប្រាស់ឧបករណ៍អវៈយវៈសិប្បនិម្មិត និងឧបករណ៍តម្រង់ឆ្អឹង • ថង់សម្រាប់បង្ហូរលាមកពីពោះវៀន និងសម្ភារផ្គត់ផ្គង់ដែលពាក់ព័ន្ធសម្រាប់ការថែទាំពោះវៀនធំ • សារធាតុបំប៉ន់ដែលសម្រាប់លេបចូលតាមពោះវៀន និងសម្រាប់ចាក់តាមសរសៃ ដូចជាឧបករណ៍ផ្គត់ផ្គង់អាហារ ឧបករណ៍ព្យួរសេរ៉ូម ទុយោ និងអាដាប់ទ័រ សូលុយស្យុង និងសម្ភារផ្គត់ផ្គង់សម្រាប់ការចាក់ដែលធ្វើឡើងដោយខ្លួនឯង • ថ្មបេះដូង • ខ្សែពត់ធ្មេញ • ស្បែកជើងសិប្បនិម្មិត • ដៃ និងជើងសិប្បនិម្មិត *អត្ថប្រយោជន៍នេះត្រូវបានបន្តនៅទំព័របន្ទាប់*	$0

	សេវាដែលគម្រោងរបស់យើងចេញថ្លៃជូន	អ្វីដែលអ្នកត្រូវបង់ប្រាក់
	ឧបករណ៍អវយវៈសិប្បនិម្មិត និងឧបករណ៍តម្រង់ឆ្អឹងជើង និងសម្ភារផ្គត់ផ្គង់ពាក់ព័ន្ធ ***(ឋន្ត)*** • សុដន់សិប្បនិម្មិត (រួមមានអាវទ្រនាប់សម្រាប់ពាក់ក្រោយការវះកាត់សុដន់) • ផ្នែកសិប្បនិម្មិតដើម្បីជំនួសផ្នែកទាំងអស់នៃផ្នែករាងកាយមុខខាងក្រៅ ត្រូវបានដកចេញ ឬអន់ខ្សោយដោយសារជំងឺ ការរងរបួស ឬការខូចពីកំណើត • ក្រែមទប់ការហូរលាមក និងកន្ទបលាមក យើងក៏នឹងបង់ប្រាក់សម្រាប់សម្ភារផ្គត់ផ្គង់មួយចំនួនដែលមានការពាក់ព័ន្ធនឹងឧបករណ៍អវយវៈសិប្បនិម្មិត និងឧបករណ៍តម្រង់ឆ្អឹងជើង។ យើងក៏នឹងបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាកម្មជួសជុល ឬផ្លាស់ប្តូរឧបករណ៍អវយវៈសិប្បនិម្មិត និងឧបករណ៍តម្រង់ឆ្អឹងជើងផងដែរ។ យើងផ្តល់ជូនការរ៉ាប់រងខ្លះ បន្ទាប់ពីការយកជំងឺបាយភ្នែក ឬការវះកាត់ជំងឺ បាយភ្នែក។ សូមមើល “សេវាសុខភាពភ្នែក” នៅពេលក្រោយក្នុងតារាងនេះសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។ ការអនុញ្ញាតជាមុនអាចត្រូវបានទាមទារ ហើយជាទំនួលខុសត្រូវរបស់អ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក។	

	សេវាដែលគម្រោងរបស់យើងចេញថ្លៃជូន	អ្វីដែលអ្នកត្រូវបង់ប្រាក់
	សេវាស្តារស្ថានភាពសួត យើងបង់ថ្លៃសម្រាប់កម្មវិធីស្តារស្ថានភាពសួតសម្រាប់សមាជិកដែលមានជំងឺសួតរ៉ាំរ៉ៃ (COPD) ពីកម្រិតមធ្យមទៅកម្រិតធ្ងន់។ អ្នកត្រូវតែមានការបញ្ជូនបន្តសម្រាប់ការស្តារសមត្ថភាពសួត ពីវេជ្ជបណ្ឌិត ឬអ្នកផ្តល់ការព្យាបាល COPD។ ការអនុញ្ញាតជាមុនអាចត្រូវបានទាមទារ ហើយជាទំនួលខុសត្រូវរបស់អ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក។	$0
	ការពិនិត្យ និងការប្រឹក្សាយោបល់ចំពោះជំងឺឆ្លងតាមការរួមភេទ (STI) យើងបង់ថ្លៃសម្រាប់ការពិនិត្យរកមេរោគប្រមេះទឹកថ្លា រោគប្រមេះ រោគស្វាយ និងជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B។ ការពិនិត្យទាំងនេះត្រូវបានធានារ៉ាប់រង សម្រាប់ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ និង សម្រាប់មនុស្សមួយចំនួនដែលស្ថិតនៅក្នុងហានិភ័យកើនឡើងសម្រាប់ STI។ អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំបឋមត្រូវតែចេញបទបញ្ជាអំពីការធ្វើតេស្ត។ យើងធានារ៉ាប់រងលើការធ្វើតេស្តទាំងនេះម្តងរៀងរាល់ 12 ខែ ឬនៅពេលជាក់លាក់ក្នុងអំឡុងពេលមានផ្ទៃពោះ។ យើងក៏បង់ថ្លៃចំពោះការជួបទល់មុខគ្នាចំនួនពីរដង វគ្គប្រឹក្សាអំពីអាកប្បកិរិយាយ៉ាងល្អិតល្អន់ខ្លាំងជារៀងរាល់ឆ្នាំសម្រាប់មនុស្សពេញវ័យដែលមានសកម្មភាពផ្លូវភេទដែលមានហានិភ័យកើនឡើងនៃជំងឺ STI។ វគ្គនីមួយៗអាចមានរយៈពេលពី 20 ទៅ 30 នាទី។ យើងបង់ថ្លៃសម្រាប់វគ្គប្រឹក្សាយោបល់ទាំងនេះដែលជាសេវាបង្ការជំងឺតែប៉ុណ្ណោះ ប្រសិនបើវគ្គទាំងនោះត្រូវបានផ្តល់ឱ្យដោយអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំបឋម។ វគ្គទាំងនេះត្រូវតែធ្វើឡើងនៅទីតាំងតំហែទាំសុខភាពបឋម ដូចជានៅការិយាល័យវេជ្ជបណ្ឌិតជាដើម។	$0

	សេវាដែលគម្រោងរបស់យើងចេញថ្លៃជូន	អ្វីដែលអ្នកត្រូវបង់ប្រាក់
	ការថែទាំក្នុងមន្ទីរថែទាំសុខភាពជំនាញ (SNF) យើងបង់ថ្លៃសម្រាប់សេវាខាងក្រោម ហើយប្រហែលជាសេវាផ្សេងៗទៀតដែលមិនមាននៅក្នុងបញ្ជីឈ្មោះនៅទីនេះ៖ • បន្ទប់លក្ខណៈពាក់កណ្តាលឯកជន ឬបន្ទប់ឯកជន ប្រសិនបើចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ • អាហារ រួមមានរបបអាហារពិសេស • សេវាថែទាំអ្នកជំងឺ • ការព្យាបាលដោយចលនា ការព្យាបាលដោយសកម្មភាពប្រចាំថ្ងៃ និងការព្យាបាលការនិយាយស្តី • ឱសថដែលអ្នកទទួលបានជាផ្នែកមួយនៃគម្រោងថែទាំរបស់អ្នក រួមមានសារធាតុដែលមានជាធម្មតានៅក្នុងខ្លួនប្រាណ ដូចជាកត្តាកំណកឈាមជាដើម • ឈាម រួមមានការរក្សាទុក និងការផ្តល់ជូន • ឧបករណ៍ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ និងវះកាត់ត្រូវបានផ្តល់ឱ្យដោយមជ្ឈមណ្ឌលថែទាំសុខភាព • ការធ្វើតេស្តនៅមន្ទីរពិសោធន៍ដែលផ្តល់ជូនដោយមជ្ឈមណ្ឌលថែទាំសុខភាព • សេវាថតកាំរស្មីអ៊ិច និងវិទ្យុសកម្មផ្សេងៗទៀតដែលផ្តល់ជូនដោយមជ្ឈមណ្ឌលថែទាំសុខភាព • ឧបករណ៍ប្រើប្រាស់ ដូចជារទេះរុញដែលជាធម្មតាផ្តល់ជូនដោយមជ្ឈមណ្ឌលថែទាំសុខភាព • សេវាគ្រូពេទ្យ/អ្នកផ្តល់សេវា ***អត្ថប្រយោជន៍នេះត្រូវបានបន្តនៅទំព័របន្ទាប់***	$0

	សេវាដែលគម្រោងរបស់យើងចេញថ្លៃជូន	អ្វីដែលអ្នកត្រូវបង់ប្រាក់
	ការថែទាំក្នុងមន្ទីរថែទាំសុខភាពជំនាញ (SNF) ***(បន្ត)*** ជាធម្មតា អ្នកទទួលបានការថែទាំពីមជ្ឈមណ្ឌលថែទាំក្នុងបណ្តាញ។ តែជាយ៉ាងណាមិញ អ្នកអាចនឹងទទួលការថែទាំរបស់អ្នក ពីមន្ទីរដែលមិននៅក្នុងបណ្តាញរបស់យើង។ អ្នកអាចទទួលបានការថែទាំពីកន្លែងខាងក្រោម ប្រសិនបើពួកគេទទួលយកចំនួនទឹកប្រាក់នៃគម្រោងរបស់យើងសម្រាប់ការទូទាត់៖ • មជ្ឈមណ្ឌលថែទាំសុខភាព ឬសហគមន៍ថែទាំអ្នកចូលនិវត្តន៍បន្ត ដែលអ្នករស់នៅ មុនពេលអ្នកទៅមន្ទីរពេទ្យ (ដរាបណាវាផ្តល់សេវាមជ្ឈមណ្ឌលថែទាំសុខភាព) • មជ្ឈមណ្ឌលថែទាំសុខភាពដែលជាកន្លែងប្តីឬប្រពន្ធ ឬដៃគូរស់នៅជាមួយគ្នារបស់អ្នក កំពុងរស់នៅខណៈពេលដែលអ្នកចេញពីមន្ទីរពេទ្យ ការអនុញ្ញាតជាមុនអាចត្រូវបានទាមទារ ហើយជាទំនួលខុសត្រូវរបស់អ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក។	
🍎	ការផ្តាច់បារី និងការផ្តាច់ការប្រើប្រាស់ថ្នាំជក់ ប្រសិនបើអ្នកប្រើថ្នាំជក់ មិនមានសញ្ញា ឬរោគសញ្ញានៃជំងឺទាក់ទងនឹងថ្នាំជក់ ហើយអ្នកមានបំណងចង់បញ្ឈប់៖ • យើងបង់ថ្លៃសម្រាប់ការព្យាយាមផ្តាច់ការប្រើប្រាស់ថ្នាំជក់ចំនួនពីរដងក្នុងអំឡុងពេល 12 ខែជាសេវាបង្ការជំងឺ។ សេវានេះ គឺឥតគិតថ្លៃសម្រាប់អ្នក។ ការព្យាយាមផ្តាច់នីមួយៗ រួមមានការជួបប្រឹក្សាយោបល់មួយទល់នឹងមួយរហូតដល់ទៅបួនដង។ ប្រសិនបើអ្នកជក់បារី និងបានធ្វើរោគវិនិច្ឆយថា មានជំងឺទាក់ទងនឹងថ្នាំជក់ ឬកំពុង លេបថ្នាំ ដែលប្រហែលជាបានប៉ះពាល់ដោយសារថ្នាំជក់៖ • យើងបង់ថ្លៃសម្រាប់ការព្យាយាមផ្តាច់ជាមួយនឹងការប្រឹក្សាយោបល់ពីរដងក្នុងរយៈពេល 12 ខែ។ ការប្រឹក្សាប៉ុនប៉ងឈប់ម្តងៗ រួមមានការជួបពិគ្រោះផ្ទាល់មុខបួនដង។	$0

	សេវាដែលគម្រោងរបស់យើងចេញថ្លៃជូន	អ្វីដែលអ្នកត្រូវបង់ប្រាក់
	ការព្យាបាលដោយការធ្វើលំហាត់ប្រាណក្រោមការត្រួតពិនិត្យ (SET) យើងបង់ថ្លៃលើ SET សម្រាប់សមាជិកដែលមានមានរោគសញ្ញាជំងឺស្ទះសរសៃឈាម (PAD) ដែលមានការបញ្ជូនបន្តទៅកាន់ PAD សម្រាប់គ្រូពេទ្យដែលទទួលខុសត្រូវលើការព្យាបាល PAD។ គម្រោងរបស់យើងបង់ថ្លៃសម្រាប់៖ • រហូតដល់ 36 វគ្គក្នុងអំឡុងពេល 12 សប្តាហ៍ ប្រសិនបើតម្រូវការ SET ទាំងអស់ត្រូវបានបំពេញតាមលក្ខខណ្ឌតម្រូវ • 36 វគ្គបន្ថែមទៀត ប្រសិនបើត្រូវបានកំណត់ថា មានភាពចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដោយអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាព កម្មវិធី SET ត្រូវតែមាន៖ • វគ្គដែលមានរយៈពេល 30 ទៅ 60 នាទីនៃកម្មវិធីបណ្តុះបណ្តាលលំហាត់ប្រាណព្យាបាលសម្រាប់ PAD សម្រាប់សមាជិកដែលមានការរមួលក្រពើ ដោយសារឈាមរត់មិនល្អ (ក្តាមកាច់ជើង) • នៅក្នុងកន្លែងរបស់អ្នកជំងឺឥតដេកពេទ្យក្នុងមន្ទីរពេទ្យ ឬនៅក្នុងការិយាល័យរបស់គ្រូពេទ្យ • ផ្តល់ដោយបុគ្គលិកដែលមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ ដែលធានាថាអត្ថប្រយោជន៍លើសពីគ្រោះថ្នាក់ និងដែលត្រូវបានបណ្តុះបណ្តាលក្នុងការព្យាបាលដោយការធ្វើលំហាត់ប្រាណសម្រាប់ PAD • ស្ថិតនៅក្រោមការគ្រប់គ្រងដោយផ្ទាល់របស់គ្រូពេទ្យ ជំនួយការគ្រូពេទ្យ ឬគ្រូពេទ្យដែលជាគិលានុបដ្ឋាយិកា/អ្នកឯកទេសគិលានុបដ្ឋាយិកាតាមគ្លីនិក ដែលបានទទួលការបណ្តុះបណ្តាលទាំងតិចនិកគាំទ្រជីវិតមូលដ្ឋាន និងកម្រិតខ្ពស់ ការអនុញ្ញាតជាមុនអាចត្រូវបានទាមទារ ហើយជាទំនួលខុសត្រូវរបស់អ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក។	$0

	សេវាដែលគម្រោងរបស់យើងចេញថ្លៃជូន	អ្វីដែលអ្នកត្រូវបង់ប្រាក់
	មធ្យោបាយធ្វើដំណើរ៖ មធ្យោបាយធ្វើដំណើរផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដែលមិនមែនជាជំងឺសង្គ្រោះបន្ទាន់ អត្ថប្រយោជន៍នេះ អនុញ្ញាតសម្រាប់យានជំនិះ ដែលមានតម្លៃសមរម្យបំផុត និងអាចទៅមកបាន។ វាអាចរួមមាន៖ រថយន្តសង្គ្រោះបន្ទាន់ រថយន្តតូច សេវាដឹកអ្នកជំងឺបែបវេជ្ជសាស្ត្រមានរទេះសម្រាប់ជនពិការ និងសេវាសម្របសម្រួលការធ្វើដំណើរ។ ទម្រង់នៃមធ្យោបាយធ្វើដំណើរដែលត្រូវបានអនុញ្ញាតនៅពេល៖ • ស្ថានភាពជំងឺ និង/ឬរាងកាយរបស់អ្នកមិនអាចឱ្យអ្នកធ្វើដំណើរដោយរថយន្តក្រុង រថយន្តដឹកអ្នកដំណើរ ឡានតាក់ស៊ី ឬមធ្យោបាយធ្វើដំណើរសាធារណៈ ឬឯកជនដទៃទៀត និង • ការអនុញ្ញាតជាមុនអាចត្រូវបានទាមទារអាស្រ័យលើសេវាកម្ម ចំណាំ៖ ការរៀបចំមធ្យោបាយធ្វើដំណើរត្រូវបានគ្រប់គ្រងដោយ Call The Car។ សមាជិកត្រូវតែទាក់ទងមកកាន់ Call The Car តាមរយៈលេខ (855) 200-7544 [TTY: 711] 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ កម្មវិធីទូរសព្ទចល័ត CTC Go អាចប្រើបានដើម្បីកំណត់កាលវិភាគ កែប្រែ តាមដាន និងលុបចោលការកក់រទេះរុញ ការជូនដល់ទីកន្លែង និងការជូនដល់មុខផ្ទះ។ កម្មវិធីទូរសព្ទចល័ត CTC Go មិនអាចប្រើបានសម្រាប់មធ្យោបាយធ្វើដំណើរដែលមានប្រង់ការទេ ហើយអ្នកត្រូវតែទូរសព្ទដើម្បីធ្វើការកក់ទាំងនោះ។ ការរៀបចំមធ្យោបាយធ្វើដំណើរត្រូវតែធ្វើឡើងយ៉ាងហោចណាស់ 24 ម៉ោងជាមុន។	$0 រហូតដល់ចំនួនកំណត់បញ្ចូលគ្នានៃការធ្វើដំណើរតែមួយជើងចំនួន 48 ដង ក្នុងមួយឆ្នាំសម្រាប់មធ្យោបាយធ្វើដំណើរផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដែលមិនមែនជាជំងឺសង្គ្រោះបន្ទាន់ ឬការដឹកជញ្ជូនដែលមិនមែនជាផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ និងការដឹកជញ្ជូនដែលមិនមែនជាផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្ររបស់ VBID។ បន្ទាប់ពីអ្នកបានប្រើប្រាស់ការធ្វើដំណើរតែមួយជើងចំនួន 48 ដងរួចហើយ Medi-Cal នឹងធានារ៉ាប់រងការធ្វើដំណើរទៅកាន់ទីកន្លែងដែលបានយល់ព្រមដោយគ្មានចំនួនកំណត់។

	សេវាដែលគម្រោងរបស់យើងចេញថ្លៃជូន	អ្វីដែលអ្នកត្រូវបង់ប្រាក់
	មធ្យោបាយធ្វើដំណើរ៖ មធ្យោបាយធ្វើដំណើរមិនមែនផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ * អត្ថប្រយោជន៍នេះអនុញ្ញាតឱ្យមានមធ្យោបាយធ្វើដំណើរទៅកាន់កន្លែងផ្តល់សេវាវេជ្ជសាស្ត្រ ដោយរថយន្តដឹកអ្នកដំណើរ តាក់ស៊ី ឬទម្រង់នៃមធ្យោបាយធ្វើដំណើរសាធារណៈ និងឯកជនដទៃទៀត។ ការដឹកជញ្ជូនទាមទារសម្រាប់គោលបំណងនៃការទទួលបានការថែទាំវេជ្ជសាស្ត្រដែលចាំបាច់ រួមទាំងការធ្វើដំណើរទៅកាន់ការណាត់ជួបជាមួយពេទ្យធ្មេញ ការទៅជួបពិនិត្យនៅការិយាល័យគ្រូពេទ្យ និងដើម្បីទទួលយកឱសថមានវេជ្ជបញ្ជានៅឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញ អ្នកមានការធ្វើដំណើរតែមួយជើងដែលមានសរុបចំនួនកំណត់ 48 ដងក្នុងមួយឆ្នាំ សម្រាប់ការធ្វើដំណើរមិនមែនវេជ្ជសាស្ត្រ និងការធ្វើដំណើរមិនមែនវេជ្ជសាស្ត្រ VBID។ ចំណាំ៖ ការរៀបចំមធ្យោបាយធ្វើដំណើរត្រូវបានគ្រប់គ្រងដោយ Call The Car។ សមាជិកត្រូវតែទាក់ទងមកកាន់ Call The Car តាមរយៈលេខ (855) 200-7544 [TTY: 711] 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការរៀបចំមធ្យោបាយធ្វើដំណើរត្រូវតែធ្វើឡើងយ៉ាងហោចណាស់ 24 ម៉ោងជាមុន។ Call The Car ផ្តល់ជូនកម្មវិធីទូរសព្ទចល័ត (CTC-Go) ដែលអាចត្រូវបានប្រើដោយសមាជិករបស់គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan ដើម្បីសម្របសម្រួលនូវមធ្យោបាយធ្វើដំណើរក្នុងការថែទាំសុខភាព។ CTC-Go អនុញ្ញាតឱ្យអ្នក អនុញ្ញាតឱ្យអ្នកពិនិត្យមើលការកក់នាពេលខាងមុខ ឬកន្លងមក វាយតម្លៃការធ្វើដំណើររបស់អ្នក តាមដានអ្នកបើកបររបស់អ្នក លុបចោលការកក់ដែលមានស្រាប់ និងកំណត់កាលវិភាគកក់ថ្មី។ CTC-Go អាចប្រើបាននៅលើប្រព័ន្ធប្រតិបត្តិការ iOS និង Android។ ស្វែងរកក្នុងកម្មវិធី app store របស់អ្នកសម្រាប់ “CTC-Go” ហើយទាញយកកម្មវិធីនោះ។ *សេវាមិនអនុវត្តចំពោះការកំណត់អតិបរមានៃការចំណាយចេញពីហោប៉ៅរបស់គម្រោងទេ។ ការអនុញ្ញាតជាមុនអាចត្រូវបានទាមទារ ហើយជាទំនួលខុសត្រូវរបស់អ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក។	$0 រហូតដល់ដែនកំណត់បញ្ចូលគ្នានៃការធ្វើដំណើរតែមួយជើងចំនួន 48 ដងក្នុងមួយឆ្នាំសម្រាប់ការដឹកជញ្ជូនដែលមិនមែនជាផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ និងការដឹកជញ្ជូនដែលមិនមែនជាផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្ររបស់ VBID។ បន្ទាប់ពីអ្នកបានប្រើប្រាស់ការធ្វើដំណើរតែមួយជើងចំនួន 48 ដងរួចហើយ Medi-Cal នឹងធានារ៉ាប់រងការធ្វើដំណើរទៅកាន់ទីកន្លែងដែលបានយល់ព្រមដោយគ្មានចំនួនកំណត់។

	សេវាដែលគម្រោងរបស់យើងចេញថ្លៃជូន	អ្វីដែលអ្នកត្រូវបង់ប្រាក់
	ការថែទាំដែលត្រូវការជាបន្ទាន់ ការថែទាំដែលត្រូវការជាបន្ទាន់ត្រូវបានផ្តល់ឱ្យដើម្បីព្យាបាល៖ • ករណីមិនមែនសង្គ្រោះបន្ទាន់ដែលតម្រូវឲ្យមើលការថែទាំផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រភ្លាមៗ ឬ • ជំងឺដែលមិនបានរំពឹងទុក ឬ • របួសស្នាម ឬ • ស្ថានភាពដែលត្រូវការសេវាថែទាំភ្លាមៗ។ ប្រសិនបើអ្នកតម្រូវឱ្យមានការថែទាំដែលត្រូវការជាបន្ទាន់ ជាដំបូងអ្នកគួរព្យាយាមរកអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញជាមុនសិន។ ទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយ អ្នកអាចប្រើប្រាស់អ្នកផ្តល់សេវាក្រៅបណ្តាញ នៅពេលដែលអ្នកមិនអាចទៅជួបអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តា ក្នុងករណីដែលអ្នកមិនអាចទៅជួបអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញបាន ដោយសារតែពេលវេលា ទីកន្លែង ឬមានហេតុផលផ្សេងៗ។ ឧទាហរណ៍ នៅពេលអ្នកនៅក្រៅតំបន់ផ្តល់សេវារបស់គម្រោង ហើយត្រូវការសេវាវេជ្ជសាស្ត្រជាបន្ទាន់សម្រាប់ជំងឺដែលមិនបានមើលឃើញទុកជាមុន ប៉ុន្តែវាមិនមែនជាការសង្គ្រោះបន្ទាល់។ ការធានារ៉ាប់រងទូទាំងពិភពលោក * អ្នកមិនមានដាក់កំណត់ប្រចាំឆ្នាំបញ្ចូលគ្នាសម្រាប់ការថែទាំក្នុងគ្រាអាសន្ន ឬសេវាដែលត្រូវការជាបន្ទាន់នៅខាងក្រៅសហរដ្ឋអាមេរិក និងតំបន់ផ្សេងៗនៅក្នុងសហរដ្ឋអាមេរិកទេ។	$0 ការធានារ៉ាប់រងរួម 20% សម្រាប់ការធានារ៉ាប់រងបន្ទាន់ទូទាំងពិភពលោក (ការធានារ៉ាប់រងរួមត្រូវបានលើកលែង ប្រសិនបើបានបញ្ជូនទៅមន្ទីរពេទ្យក្នុងរយៈពេលមួយ
	ការចំណាយនៅក្នុងតំបន់ដែនដី មិនត្រូវបានរាប់បញ្ចូលក្នុងចំនួនកំណត់ចំណាយផ្ទាល់ខ្លួនអតិបរមារបស់គម្រោងនោះទេ ដូច្នេះអ្នកអាចត្រូវចំណាយបន្ថែមសម្រាប់សេវាទាំងនោះ។ *សេវាមិនអនុវត្តចំពោះការកំណត់អតិបរមានៃការចំណាយចេញពីហោប៉ៅរបស់គម្រោងទេ។	ថ្ងៃសម្រាប់ស្ថានភាពដូចគ្នា)។

សេវាដែលគម្រោងរបស់យើងចេញថ្លៃជូន		អ្វីដែលអ្នកត្រូវបង់ប្រាក់
	គំរូរចនាធានារ៉ាប់រងផ្អែកលើតម្លៃ (VBID) ប្រសិនបើអ្នកបានចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោង BlueShield TotalDual ហើយមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ទទួលបានការឧបត្ថម្ភសម្រាប់អ្នកមានប្រាក់ចំណូលទាប (LIS) នោះអ្នកអាចមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍នៃការរចនាធានារ៉ាប់រងផ្អែកលើតម្លៃ (VBID)។ អត្ថប្រយោជន៍នៃកម្មវិធីដែលមានការធានារ៉ាប់រង រួមមាន៖ • គ្រឿងទេសសម្រាប់សុខភាព៖ ○ ប្រាក់ឧបត្ថម្ភប្រចាំខែសម្រាប់ការទិញអាហារ និងផលិតផលដែលមានសុខភាពល្អ និងជីវជាតិ។ មុខទំនិញដែលត្រូវបានអនុម័តអាចទិញបាននៅតាមហាងលក់រាយដែលត្រូវបានអនុម័តក្នុងតំបន់ ដើម្បីជួយសមាជិកក្នុងការរក្សារបបអាហារដែលមានសុខភាពល្អ ដើម្បីគាំទ្រដល់តម្រូវការអាហារូបត្ថម្ភរបស់ពួកគេ។ ○ ប្រាក់ឧបត្ថម្ភរបស់អ្នកមានចំនួន $50 ក្នុងមួយខែសម្រាប់ទំនិញដែលបានធានារ៉ាប់រង។ ○ ប្រាក់ឧបត្ថម្ភនេះមិនអាចត្រូវបានលើកពីមួយខែទៅមួយខែទេ។ ប្រាក់ឧបត្ថម្ភសម្រាប់សេវាជំនួយការស្តាប់ និងគ្រឿងទេសសម្រាប់សុខភាពមិនអាចបញ្ចូលគ្នាបានទេ។ អត្ថប្រយោជន៍នីមួយៗមានប្រាក់ឧបត្ថម្ភដាច់ដោយឡែកពីគ្នា។ Healthy Benefits+ គឺជាបណ្ណចំណាយដែលមានប្រាក់ឧបត្ថម្ភអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នកត្រូវបានបញ្ចូលជាមុនទៅក្នុងបណ្ណ ដើម្បីជួយទូទាត់ថ្លៃទំនិញ និងសេវាកម្មដែលរ៉ាប់រង។ អ្នកនឹងទទួលបានលិខិតមួយច្បាប់ពីអ្នកគ្រប់គ្រងអត្ថប្រយោជន៍ដែលមានបណ្ណអត្ថប្រយោជន៍ផ្ទាល់ខ្លួនរបស់អ្នក។ លិខិតនេះនឹងប្រាប់អ្នកឱ្យដឹងថា បណ្ណរបស់អ្នកត្រូវបញ្ចូលជាមួយនឹងចំនួនប្រាក់ឧបត្ថម្ភនោះ។ វាក៏នឹងផ្តល់ព័ត៌មានអំពីរបៀបចូលមើលព័ត៌មានលម្អិតបន្ថែមអំពី ***អត្ថប្រយោជន៍នេះត្រូវបានបន្តនៅទំព័របន្ទាប់***	ប្រាក់ឧបត្ថម្ភពី $0 រហូតដល់ $50 ក្នុងមួយខែ សម្រាប់ទំនិញដែលបានធានារ៉ាប់រង។

	សេវាដែលគម្រោងរបស់យើងចេញថ្លៃជូន	អ្វីដែលអ្នកត្រូវបង់ប្រាក់
	គំរូនៃការចនាការធានារ៉ាប់រងផ្អែកលើតម្លៃ (VBID)* ***(បន្ត)*** អត្ថប្រយោជន៍តាមទូរសព្ទ គេហទំព័រ ឬកម្មវិធីទូរសព្ទចល័តផងដែរ។ សម្រាប់សំណួរអំពីអត្ថប្រយោជន៍នេះ អ្នកអាចទូរសព្ទទៅអ្នកគ្រប់គ្រងអត្ថប្រយោជន៍តាមរយៈលេខ (855) 572-6341 [TTY: 771] ពីម៉ោង 8 ព្រឹកដល់ម៉ោង 8 ល្ងាច ក្នុងតំបន់ ពីថ្ងៃអាទិត្យ ដល់ថ្ងៃសៅរ៍ ពីថ្ងៃទី 1 ខែតុលា ដល់ថ្ងៃទី 31 ខែមីនា និងថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីថ្ងៃទី 1 ខែមេសា ដល់ថ្ងៃទី 30 ខែកញ្ញា។ អ្នកក៏អាចចូលទៅកាន់គេហទំព័ រ HealthyBenefitsPlus.com/BlueShieldCA សម្រាប់ព័ត៌មានលម្អិតបន្ថែមផងដែរ។ • មធ្យោបាយធ្វើដំណើរ៖ មធ្យោបាយធ្វើដំណើរមិនមែនវេជ្ជសាស្ត្រ ដែលអាចបន្ថែមបានអត្ថប្រយោជន៍នេះអនុញ្ញាតឱ្យមានមធ្យោបាយធ្វើដំណើរទៅកាន់កន្លែងផ្តល់សេវាវេជ្ជសាស្ត្រ ដោយរថយន្តដឹកអ្នកដំណើរ តាក់ស៊ី ឬទម្រង់នៃមធ្យោបាយធ្វើដំណើរសាធារណៈ និងឯកជនដទៃទៀត។ មធ្យោបាយធ្វើដំណើរអាចប្រើបានដើម្បីទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ដែលមិនមានការធានារ៉ាប់រងពី Medicare ដែលផ្តល់ជូនដោយគម្រោង ដូចជា៖ ○ ទីតាំងហាត់ប្រាណនៅក្នុងបណ្តាញ SilverSneakers ○ ទីតាំងហាងលក់គ្រឿងទេសសុខភាពដែលទទួលបានការអនុម័ត ○ ឧបករណ៍ជំនួយការស្តាប់នៅកន្លែងអ្នកផ្តល់សេវាជំនួយការស្តាប់ដែលអ្នកជ្រើសរើស ○ សេវាព្យាបាលចលនាឆ្នឹងខ្នង និងសន្លាក់នៅក្នុងបណ្តាញដែលទទួលបានការអនុម័តពីគម្រោងថែទាំសុខភាព ***អត្ថប្រយោជន៍នេះត្រូវបានបន្តនៅទំព័របន្ទាប់***	$0 រហូតដល់ដែនកំណត់បញ្ចូលគ្នានៃការធ្វើដំណើរតែមួយជើងចំនួន 48 ដងក្នុងមួយឆ្នាំ សម្រាប់ការដឹកជញ្ជូនដែលមិនមែនជាផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ និងការដឹកជញ្ជូនដែលមិនមែនជាផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្ររបស់ VBID។

សេវាដែលគម្រោងរបស់យើងចេញថ្លៃជូន		អ្វីដែលអ្នកត្រូវបង់ប្រាក់
	គំរូនៃការចនាការធានារ៉ាប់រងផ្អែកលើតម្លៃ (VBID)* ***(បន្ត)*** ○ សេវាថែទាំភ្នែក និងធ្មេញនៅក្នុងបណ្តាញដែលទទួលបានការអនុម័តពីគម្រោងថែទាំសុខភាព អ្នកមានការធ្វើដំណើរតែមួយជើងដែលមានសរុបចំនួនកំណត់ 48 ដងក្នុងមួយឆ្នាំ សម្រាប់ការធ្វើដំណើរមិនមែនវេជ្ជសាស្ត្រ និងការធ្វើដំណើរមិនមែនវេជ្ជសាស្ត្រ VBID។ ចំណាំ៖ ការរៀបចំមធ្យោបាយធ្វើដំណើរត្រូវបានគ្រប់គ្រងដោយ Call The Car។ សមាជិកត្រូវតែទាក់ទងមកកាន់ Call The Car តាមរយៈលេខ (855) 200-7544 [TTY: 711] 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការរៀបចំមធ្យោបាយធ្វើដំណើរត្រូវតែធ្វើឡើងយ៉ាងហោចណាស់ 24 ម៉ោងជាមុន។ Call The Car ផ្តល់ជូនកម្មវិធីទូរសព្ទចល័ត (CTC-Go) ដែលអាចត្រូវបានប្រើដោយសមាជិករបស់គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan ដើម្បីសម្របសម្រួលនូវមធ្យោបាយធ្វើដំណើរក្នុងការថែទាំសុខភាព។ CTC-Go អនុញ្ញាតឱ្យអ្នកពិនិត្យមើលការកក់នាពេលខាងមុខ ឬកន្លងមក វាយតម្លៃការធ្វើដំណើររបស់អ្នក តាមដានអ្នកបើកបររបស់អ្នក លុបចោលការកក់ដែលមានស្រាប់ និងកំណត់កាលវិភាគកក់ថ្មី។ CTC-Go អាចប្រើបាននៅលើប្រព័ន្ធប្រតិបត្តិការ iOS និង Android។ ស្វែងរកកម្មវិធី app store របស់អ្នកសម្រាប់ “CTC-Go” ហើយទាញយកកម្មវិធីនោះ។ *សេវាទាំងនេះមិនត្រូវបានគិតបញ្ចូលក្នុងចំនួនកំណត់នៃការចំណាយផ្ទាល់ខ្លួនអតិបរមារបស់គម្រោងនោះទេ។	

	សេវាដែលគម្រោងរបស់យើងចេញថ្លៃជូន	អ្វីដែលអ្នកត្រូវបង់ប្រាក់
	ការថែទាំសុខភាពភ្នែក (ធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare)	
	យើងបង់ថ្លៃសម្រាប់សេវាវេជ្ជបណ្ឌិតសម្រាប់អ្នកជំងឺឥតដេកពេទ្យចំពោះការធ្វើរោគវិនិច្ឆយ និងការព្យាបាលជំងឺ និងរបួសនៅផ្នែកភ្នែក។ ឧទាហរណ៍ វារួមបញ្ចូលទាំងការពិនិត្យភ្នែកប្រចាំឆ្នាំសម្រាប់ជំងឺរ៉េទីននៃជំងឺទឹកនោមផ្អែមចំពោះអ្នកដែលមានជំងឺទឹកនោមផ្អែម និងការព្យាបាលសម្រាប់ជំងឺកែវភ្នែកដោយសារអាយុជរា។	$0 សម្រាប់ការពិនិត្យភ្នែកនីមួយៗដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare។
	សម្រាប់អ្នកដែលមានហានិភ័យខ្ពស់នៃជំងឺទឹកដក់ក្នុងភ្នែក យើងបង់ថ្លៃសម្រាប់ការថតឆ្លុះទឹកដក់ក្នុងភ្នែកម្តងក្នុងឆ្នាំនីមួយៗ។ អ្នកដែលមានហានិភ័យខ្ពស់នៃជំងឺទឹកដក់ក្នុងភ្នែក រួមមាន៖ • អ្នកដែលមានគ្រួសារមានប្រវត្តិកើតជំងឺទឹកដក់ក្នុងភ្នែក • អ្នកដែលមានជំងឺទឹកនោមផ្អែម • ជនជាតិអាមេរិកដើមកំណើតអាហ្វ្រិក ដែលមានអាយុចាប់ពី 50 ឆ្នាំឡើងទៅ • ជនជាតិអាមេរិកដើមកំណើតអេស្ប៉ាញ ដែលមានអាយុចាប់ពី 65 ឆ្នាំឡើងទៅ	$0 សម្រាប់ការបង់ប្រាក់រួម
	យើងបង់ថ្លៃសម្រាប់វ៉ែនតាមួយគូ ឬកែវដាក់លើគ្រាប់ភ្នែក បន្ទាប់ពីការវះកាត់ចាយភ្នែករួច នៅពេលវេជ្ជបណ្ឌិតដាក់បញ្ជូននូវកញ្ចប់ក្នុងកែវភ្នែក។ ប្រសិនបើអ្នកមានការវះកាត់ចាយភ្នែកពីរដាច់ដោយឡែកពីគ្នា អ្នកត្រូវតែទទួលបានវ៉ែនតាមួយគូក្រោយពេលវះកាត់រួច។ អ្នកមិនអាចទទួលបានវ៉ែនតាពីរគូ ក្រោយពេលវះកាត់លើកទីពីរទេ ទោះបីជាអ្នកមិនបានទទួលវ៉ែនតាមួយគូក្រោយពេលវះកាត់លើកទីមួយក៏ដោយ។ ការអនុញ្ញាតជាមុនអាចត្រូវបានទាមទារ ហើយជាទំនួលខុសត្រូវរបស់អ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក។	$0 សម្រាប់ការបង់ប្រាក់រួម

	សេវាដែលគម្រោងរបស់យើងចេញថ្លៃជូន	អ្វីដែលអ្នកត្រូវបង់ប្រាក់
	ការថែទាំសុខភាពភ្នែកមិនបានធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare ទេ (ទទួលបានពីអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ) * សេវាដែលមានធានារ៉ាប់រងរួមមាន៖	
	• ការពិនិត្យភ្នែកជាប្រចាំ រួមមានការឆ្លុះមើលភ្នែក និងវេជ្ជបញ្ជាសម្រាប់កញ្ចក់វ៉ែនតា។ ប្រសិនបើអ្នកផ្តល់សេវាណែនាំនីតិវិធីបន្ថែម អ្នកនឹងទទួលខុសត្រូវក្នុងការបង់ថ្លៃចំណាយបន្ថែមដោយខ្លួនឯង។ តម្រូវឱ្យមានថ្លៃសេវាបន្ថែមសម្រាប់ការពិនិត្យកែវដាក់លើគ្រាប់ភ្នែក។ អ្នកទទួលខុសត្រូវក្នុងការបង់ថ្លៃចំណាយបន្ថែម។	អ្នកបង់ថ្លៃ $0 សម្រាប់ការពិនិត្យម្តងរៀងរាល់ 12 ខែ នៅពេលអ្នកប្រើប្រាស់អ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ។
	• ស៊ុមវ៉ែនតា និងកញ្ចក់វ៉ែនតា (រួមទាំងកញ្ចក់កែវភ្នែកទោល កញ្ចក់មើលជិតក៏បានឆ្ងាយក៏បានតាមបន្ទាត់ កញ្ចក់ដែលមានប្រសព្វបីតាមបន្ទាត់ និង កញ្ចក់ឡង់ទី) ឬកែវដាក់លើគ្រាប់ភ្នែក ការអនុញ្ញាតជាមុន (ការយល់ព្រមជាមុន) មិនត្រូវបានទាមទារទេ។ ប្រើបញ្ជីឈ្មោះសុខភាពភ្នែក ឬចូលទៅកាន់គេហទំព័រ blueshieldca.com/find-a-doctor ដើម្បីកំណត់ទីតាំងអ្នកផ្តល់សេវាដែលចូលរួមក្នុងបណ្តាញគម្រោង Vision Service Plan (VSP) (អ្នកគ្រង់គ្រងគម្រោង Blue Shield Vision Plan)។	អ្នកបង់ប្រាក់ $0 សម្រាប់ដងវ៉ែនតា (មានតម្លៃរហូតដល់តម្លៃលក់រាយធម្មតាចំនួន $200) រៀងរាល់ 12 ខែម្តង នៅពេលអ្នកប្រើអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ។ ប្រសិនបើអ្នកជ្រើសរើសដងវ៉ែនតាដែលមានតម្លៃលើសពី $200 អ្នកទទួលខុសត្រូវចំពោះភាពខុសគ្នានេះ។
	* សេវាទាំងនេះមិនត្រូវបានគិតបញ្ចូលក្នុងចំនួនកំណត់នៃការចំណាយផ្ទាល់ខ្លួនអតិបរមារបស់គម្រោងនោះទេ។	អ្នកបង់ប្រាក់ $0 សម្រាប់<u>ទាំង</u>កញ្ចក់វ៉ែនតាមួយគូតាមវេជ្ជបញ្ជា (ដោយមិនគិតពីទំហំ ឬឌីក្រេភ្នែក) ឬក៏សម្រាប់កែវដាក់ក្នុងភ្នែក (មានតម្លៃរហូតដល់ $200 សម្រាប់សេវាកម្ម និងវត្ថុធាតុដើមនៃកែវដាក់ក្នុងភ្នែក) រៀងរាល់ 12 ខែម្តង នៅពេលអ្នកប្រើប្រាស់អ្នក

	សេវាដែលគម្រោងរបស់យើងចេញថ្លៃជូន	អ្វីដែលអ្នកត្រូវបង់ប្រាក់
		ផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ។ ប្រសិនបើសេវា និងវត្ថុធាតុ ដើមមានតម្លៃលើសពី $200 អ្នកទទួលខុសត្រូវចំពោះ ភាពខុសគ្នានេះ។
	ការថែទាំសុខភាពភ្នែកមិនបានធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare ទេ (ទទួលបានពីអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ) * • ការពិនិត្យភ្នែកជាប្រចាំ ការឆ្លុះមើលភ្នែក និងវេជ្ជបញ្ជាសម្រាប់កញ្ចក់វ៉ែនតា។ • ស៊ីមវ៉ែនតា និងកញ្ចក់វ៉ែនតា (រួមទាំងកញ្ចក់កែវភ្នែកទោល កញ្ចក់មើលជិតក៏បានឆ្ងាយក៏បានតាមបន្ទាត់ កញ្ចក់ដែលមានប្រសព្វបីតាមបន្ទាត់ និង កញ្ចក់ឡង់ទី) ឬកែវដាក់លើគ្រាប់ភ្នែក ប្រសិនបើអ្នកជ្រើសរើស អ្នកអាចទៅជួបគ្រូពេទ្យភ្នែក ឬអ្នកឯកទេសខាងអុបទិកដែលមិនមែនជាអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញរបស់គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan បាន។ ទោះបីជាយ៉ាងណាក៏ដោយ អ្នកអាចមិនទទួលបានសេវាដូចគ្នាពីអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ និងក្រៅបណ្តាញនោះទេ។ ប្រសិនបើអ្នកជ្រើសរើសអ្នកផ្តល់សេវាក្រៅបណ្តាញ អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានសំណងដោយផ្នែកសម្រាប់សេវាដែលបានផ្តល់ជូន លុះត្រាតែអ្នកបានឈានដល់ដែនកំណត់អត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នកសម្រាប់សេវាភ្នែកដែលអ្នកកំពុងស្វែងរក។ ទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជនដើម្បីស្នើសុំទម្រង់បែបបទសំណង និងសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមស្តីពីការស្នើសុំសំណង។ មិនតម្រូវឱ្យមានការអនុញ្ញាតជាមុនឡើយ។ *សេវាមិនអនុវត្តចំពោះការកំណត់អតិបរមានៃការចំណាយចេញពីហោប៉ៅរបស់គម្រោងទេ។	អ្នកទទួលបានសំណងរហូតដល់ $30 សម្រាប់ការពិនិត្យមួយដងរៀងរាល់ 12 ខែម្តង។ អ្នកទទួលបានសំណងរហូតដល់ $35 សម្រាប់ដងវ៉ែនតាមួយគូរៀងរាល់ 12 ខែម្តង។ អ្នកទទួលបានសំណងរហូតដល់ $35 <u>ទាំង</u>សម្រាប់កញ្ចក់វ៉ែនតាដែលមានវេជ្ជបញ្ជាមួយគូ (ដោយមិនគិតពីទំហំ ឬកម្លាំង) ឬសម្រាប់កញ្ចក់កែវពាក់លើភ្នែករៀងរាល់ 12 ខែម្តង។

	សេវាដែលគម្រោងរបស់យើងចេញថ្លៃជូន	អ្វីដែលអ្នកត្រូវបង់ប្រាក់
	ការជួបពិនិត្យក្នុងការបង្ការជំងឺដែលជា "ស្វាគមន៍មកកាន់ Medicare" យើងធានារ៉ាប់រងលើការជួបពិនិត្យក្នុងការបង្ការជំងឺដែលជា "ការស្វាគមន៍មកកាន់ Medicare" ចំនួនមួយដង។ ការជួបពិនិត្យ រួមបញ្ចូល៖ • ការពិនិត្យសុខភាពរបស់អ្នកឡើងវិញ • ការអប់រំ និងការប្រឹក្សាអំពីសេវាបង្ការជំងឺដែលអ្នកត្រូវការ (រួមមានការពិនិត្យរកជំងឺ និងការចាក់ថ្នាំបង្ការ) **និង** • ការបញ្ជូនបន្តសម្រាប់ការថែទាំដទៃទៀត ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការ។ **ចំណាំ៖** យើងធានារ៉ាប់រងលើការជួបពិនិត្យក្នុងការបង្ការជំងឺ ដែលជា "ការស្វាគមន៍របស់គម្រោង Medicare" តែក្នុងអំឡុងពេល 12 ខែដំបូងដែលអ្នកមានអត្ថប្រយោជន៍ Medicare ផ្នែក B ប៉ុណ្ណោះ។ នៅពេលអ្នកធ្វើការណាត់ជួប ប្រាប់ការិយាល័យវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកថា អ្នកចង់កំណត់ពេលជួបពិនិត្យក្នុងការបង្ការជំងឺដែលជា "ការស្វាគមន៍មកកាន់ Medicare"។	$0

E. តារាងបញ្ជីនីតិវិធីនៃអត្ថប្រយោជន៍សុខភាពមាត់ធ្មេញដែលមានការធានារ៉ាប់រង

តារាងបញ្ជីនីតិវិធីនៃអត្ថប្រយោជន៍សុខភាពមាត់ធ្មេញ

គ្រប់សមាជិកទាំងអស់នៅក្នុងគម្រោងនេះ ទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ថែទាំសុខភាពមាត់ធ្មេញ ដែលរួមបញ្ចូលការធានារ៉ាប់រងសម្រាប់នីតិវិធីធ្មេញមួយចំនួន។

តារាងបញ្ជីនីតិវិធីនៃអត្ថប្រយោជន៍សុខភាពមាត់ធ្មេញ ខាងក្រោមបង្ហាញអំពីនីតិវិធីសុខភាពមាត់ធ្មេញជាក់លាក់ដែលមានការធានារ៉ាប់រងដោយគម្រោងដោយឥតគិតថ្លៃសម្រាប់អ្នក។ សេវាដែលបានចុះបញ្ជីត្រូវបានធានារ៉ាប់រងលើអត្ថប្រយោជន៍ នៅពេលដែលបានផ្តល់ដោយពេទ្យធ្មេញដែលមានអាជ្ញាបណ្ណក្នុងបណ្តាញ ហើយនៅពេលដែលចាំបាច់ និងជាទម្លាប់ដូចដែលបានកំណត់ដោយស្តង់ដានៃការអនុវត្តថែទាំសុខភាពមាត់ធ្មេញដែលបានទទួលយកជាទូទៅ។

ចំណុចសំខាន់៖ សូមចំណាំថា នីតិវិធីដែលមិនបានរាយបញ្ជីមិនត្រូវបានធានារ៉ាប់រងទេ។

ចំណុចសំខាន់៖ សេវាសុខភាពមាត់ធ្មេញមួយចំនួនមិនត្រូវបានធានារ៉ាប់រងនៅក្រោមលក្ខខណ្ឌណាមួយឡើយ (ត្រូវបានគេស្គាល់ផងដែរថាជាការមិនរាប់បញ្ចូល) និងសេវាសុខភាពមាត់ធ្មេញមួយចំនួនត្រូវបានធានារ៉ាប់រងតែនៅក្រោមលក្ខខណ្ឌជាក់លាក់ប៉ុណ្ណោះ (ក៏ត្រូវបានគេស្គាល់ផងដែរថា ការកំណត់)។ សូមមើលជួរឈរ "ការកំណត់ទូទៅ" នៅក្នុង តារាងនីតិវិធីអត្ថប្រយោជន៍សុខភាពមាត់ធ្មេញ ខាងក្រោម និង "ការមិនរាប់បញ្ចូលទូទៅ" ដែលមានរាយក្នុងបញ្ជីបន្ទាប់ពី តារាងនីតិវិធីអត្ថប្រយោជន៍សុខភាពមាត់ធ្មេញ សម្រាប់ជាព័ត៌មានបន្ថែម។

ចំណុចសំខាន់៖ ដែនកំណត់នៃភាពញឹកញាប់មានរាយក្នុងជួរឈរ "ការកំណត់ទូទៅ" នៃតារាងនីតិវិធីអត្ថប្រយោជន៍សុខភាពមាត់ធ្មេញ ខាងក្រោមដែលមិនបញ្ជាក់ក្នុងមួយឆ្នាំនៃគម្រោង ឬមួយជីវិតផ្អែកលើកាលបរិច្ឆេទនៃសេវាកម្មចុងក្រោយ។ ឧទាហរណ៍ ចំនួនកំណត់ចំនួន 1 រៀងរាល់ 6 ខែម្តង មានន័យថា អ្នកអាចទទួលបានសេវាដែលមានរាយម្តងរៀងរាល់ប្រាំមួយខែ ចាប់ពីកាលបរិច្ឆេទដែលអ្នកបានទទួលសេវាដូចគ្នានោះចុងក្រោយ។ ដូច្នេះ ប្រសិនបើអ្នកទទួលបានសេវាដំបូងរបស់អ្នកនៅថ្ងៃទី 1 ខែមករា អ្នកនឹងមានសិទ្ធិទទួលបានសេវាដូចគ្នានោះម្តងទៀតនៅថ្ងៃទី 1 ខែកក្កដា។ ប្រសិនបើអ្នកទទួលបានសេវាដំបូងរបស់អ្នកនៅថ្ងៃទី 1 ខែកក្កដាអ្នកនឹងមិនមានសិទ្ធិទទួលបានសេវានោះ រហូតដល់ថ្ងៃទី 1 ខែមករា នៃឆ្នាំគម្រោងបន្ទាប់។ សេវាដែលមានកំណត់ចំនួនដងនៃការប្រើប្រាស់ អាចប្រើប្រាស់បានដោយគ្មានការកំណត់ លុះត្រាតែវាចាំបាច់ និងស្របតាមការអនុវត្តនៃការថែទាំសុខភាពមាត់ធ្មេញដែលទទួលស្គាល់ជាទូទៅ។

សេវាដែលត្រូវបានរាយបញ្ជីជាមួយនឹងកូដដំណើរការរបស់សមាគមសុខភាពមាត់ធ្មេញអាមេរិក (ADA) ដោយផ្អែកលើពាក្យសព្ទបច្ចេកទេសធ្មេញបច្ចុប្បន្ន។ ច្បាប់សហព័ន្ធតម្រូវឱ្យប្រើកូដរបស់ ADA ដើម្បីរាយការណ៍អំពីដំណើរការសុខភាពមាត់ធ្មេញ។ កូដដំណើរការអាចត្រូវបានកែសម្រួលពីមួយដងទៅមួយដងដោយ ADA។ ដូច្នេះ គម្រោងអាចកែប្រែបញ្ជីកូដនេះឡើងវិញតាមការតម្រូវដោយច្បាប់។ អ្នកអាចទទួលបានបញ្ជីកូដ ADA ដែលបានធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពដោយទាក់ទងទៅកាន់ផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជនរបស់ផ្នែកគ្រប់គ្រងគម្រោងថែទាំសុខភាពមាត់ធ្មេញ (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។

លេខកូដ ADA	ការពណ៌នាអំពីសេវានៃ ADA ដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងសម្រាប់អ្នក	អ្វីដែលអ្នកត្រូវបង់ប្រាក់	ការកំណត់ទូទៅ
សេវាស្តារមុខងារធ្មេញ			
D2720	ស្រោបធ្មេញ - ដែលធ្វើពីជ័រលាយជាមួយលោហៈ មានតម្លៃខ្ពស់	$0	2 ក្នុងមួយឆ្នាំតាមប្រតិទិន
D2722	ស្រោបធ្មេញ - ដែលធ្វើពីជ័រលាយជាមួយលោហៈ មានតម្លៃ	$0	2 ក្នុងមួយឆ្នាំតាមប្រតិទិន
D2750	ស្រោបធ្មេញ - ដែលធ្វើពីសារធាតុប៉ូស៊ីឡែនរំលាយបញ្ចូលជាមួយលោហៈ:មានតម្លៃខ្ពស់	$0	2 ក្នុងមួយឆ្នាំតាមប្រតិទិន
D2752	ស្រោបធ្មេញ - ដែលធ្វើពីសារធាតុប៉ូស៊ីឡែនរំលាយបញ្ចូលជាមួយលោហៈ:មានតម្លៃ	$0	2 ក្នុងមួយឆ្នាំតាមប្រតិទិន
D2790	ស្រោបធ្មេញ - ដែលស្រោបពេញដោយលោហៈ មានតម្លៃខ្ពស់	$0	2 ក្នុងមួយឆ្នាំតាមប្រតិទិន
D2792	ស្រោបធ្មេញ - ដែលស្រោបពេញដោយលោហៈ មានតម្លៃ	$0	2 ក្នុងមួយឆ្នាំតាមប្រតិទិន
ធ្មេញសិប្បនិម្មិត (អាចដោះចេញបាន)			
D5670	ប្តូរធ្មេញថ្មី និងជំរអាគ្រីលីកទាំងអស់នៅលើគ្រោងស្រោបលោហៈ (ថ្គាមលើ)	$0	1 ក្នុងរយៈពេល 6 ខែ
D5671	ប្តូរធ្មេញថ្មី និងជំរអាគ្រីលីកទាំងអស់នៅលើគ្រោងស្រោបលោហៈ (ថ្គាមក្រោម)	$0	1 ក្នុងរយៈពេល 6 ខែ
D5710	ការកែតម្រូវក្រាសធ្មេញពេញលេញនៃឆ្អឹងថ្គាមលើឡើងវិញ	$0	1 ក្នុងមួយឆ្នាំតាមប្រតិទិន (មិនធានារ៉ាប់រងក្នុងរយៈពេល 6 ខែក្នុងការដាក់ដំបូង)
D5711	ការកែតម្រូវក្រាសធ្មេញពាក់នៃឆ្អឹងថ្គាមក្រោមឡើងវិញ	$0	1 ក្នុងមួយឆ្នាំតាមប្រតិទិន (មិនធានារ៉ាប់រងក្នុងរយៈពេល 6 ខែក្នុងការដាក់ដំបូង)
D5720	ការកែតម្រូវក្រាសធ្មេញពាក់ដោយផ្នែកនៃឆ្អឹងថ្គាមលើឡើងវិញ	$0	1 ក្នុងមួយឆ្នាំតាមប្រតិទិន (មិនធានារ៉ាប់រងក្នុងរយៈពេល 6 ខែក្នុងការដាក់ដំបូង)

លេខកូដ ADA	ការពណ៌នាអំពីសេវានៃ ADA ដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងសម្រាប់អ្នក	អ្វីដែលអ្នកត្រូវបង់ប្រាក់	ការកំណត់ទូទៅ
D5721	ការកែតម្រូវក្រាសធ្មេញពាក់ដោយផ្នែកនៃឆ្អឹងថ្គាមក្រោម	$0	1 ក្នុងមួយឆ្នាំតាមប្រតិទិន (មិនធានារ៉ាប់រងក្នុងរយៈពេល 6 ខែក្នុងការដាក់ដំបូង)

លេខកូដ ADA	ការពណ៌នាអំពីសេវានៃ ADA ដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងសម្រាប់អ្នក	អ្វីដែលអ្នកត្រូវបង់ប្រាក់	ការកំណត់ទូទៅ
ធ្មេញសិប្បនិម្មិត (ដែលដាក់ភ្ជាប់)			
D6240	ធ្មេញពាក់ - ដែលធ្វើពីសារធាតុប៉ូលីទ្រីនរំលាយជាមួយលោហៈពិសេស	$0	1 ក្នុងធ្មេញមួយក្នុងរយៈពេល 5 ឆ្នាំតាមប្រតិទិន
D6242	ធ្មេញពាក់ - ដែលធ្វើពីសារធាតុប៉ូលីទ្រីនរំលាយជាមួយលោហៈពិសេស	$0	1 ក្នុងធ្មេញមួយក្នុងរយៈពេល 5 ឆ្នាំតាមប្រតិទិន
D6250	ធ្មេញពាក់ - ដែលធ្វើពីជ័រជាមួយលោហៈពិសេស	$0	1 ក្នុងធ្មេញមួយក្នុងរយៈពេល 5 ឆ្នាំតាមប្រតិទិន
D6252	ធ្មេញពាក់ - ដែលធ្វើពីជ័រជាមួយលោហៈពិសេស	$0	1 ក្នុងធ្មេញមួយក្នុងរយៈពេល 5 ឆ្នាំតាមប្រតិទិន
D6750	ធ្មេញស្រោបដែកតម្រង់ធ្មេញ - ដែលធ្វើពីសារធាតុប៉ូលីទ្រីនរំលាយបញ្ចូលជាមួយលោហៈពិសេស	$0	1 ក្នុងធ្មេញមួយក្នុងរយៈពេល 5 ឆ្នាំតាមប្រតិទិន
D6752	ធ្មេញស្រោបដែកតម្រង់ធ្មេញ - ដែលធ្វើពីសារធាតុប៉ូលីទ្រីនរំលាយបញ្ចូលជាមួយលោហៈពិសេស	$0	1 ក្នុងធ្មេញមួយក្នុងរយៈពេល 5 ឆ្នាំតាមប្រតិទិន
សេវាស្តារមុខងារធ្មេញ			
D2720	ស្រោបធ្មេញ - ដែលធ្វើពីជ័រលាយជាមួយលោហៈមានតម្លៃខ្ពស់	$0	2 ក្នុងមួយឆ្នាំតាមប្រតិទិន
D2722	ស្រោបធ្មេញ - ដែលធ្វើពីជ័រលាយជាមួយលោហៈមានតម្លៃ	$0	2 ក្នុងមួយឆ្នាំតាមប្រតិទិន
D2750	ស្រោបធ្មេញ - ដែលធ្វើពីសារធាតុប៉ូលីទ្រីនរំលាយបញ្ចូលជាមួយលោហៈមានតម្លៃខ្ពស់	$0	2 ក្នុងមួយឆ្នាំតាមប្រតិទិន
D2752	ស្រោបធ្មេញ - ដែលធ្វើពីសារធាតុប៉ូលីទ្រីនរំលាយបញ្ចូលជាមួយលោហៈមានតម្លៃ	$0	2 ក្នុងមួយឆ្នាំតាមប្រតិទិន
D2790	ស្រោបធ្មេញ - ដែលស្រោបពេញដោយលោហៈមានតម្លៃខ្ពស់	$0	2 ក្នុងមួយឆ្នាំតាមប្រតិទិន

លេខកូដ ADA	ការពណ៌នាអំពីសេវានៃ ADA ដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងសម្រាប់អ្នក	អ្វីដែលអ្នកត្រូវបង់ប្រាក់	ការកំណត់ទូទៅ
D2792	ស្រោបធ្មេញ - ដែលស្រោបពេញដោយលោហៈមានតម្លៃ	$0	2 ក្នុងមួយឆ្នាំតាមប្រតិទិន
D5671	ប្តូរធ្មេញថ្មី និងជំរអាគ្រីលីកទាំងអស់នៅលើគ្រោងស្រោបលោហៈ (ថ្គាមក្រោម)	$0	1 ក្នុងរយៈពេល 6 ខែ
D5710	ការកែតម្រូវក្រាសធ្មេញពេញលេញនៃឆ្អឹងថ្គាមលើឡើងវិញ	$0	1 ក្នុងមួយឆ្នាំតាមប្រតិទិន (មិនធានារ៉ាប់រងក្នុងរយៈពេល 6 ខែក្នុងការដាក់ដំបូង)
D5711	ការកែតម្រូវក្រាសធ្មេញពាក់នៃឆ្អឹងថ្គាមក្រោមឡើងវិញ	$0	1 ក្នុងមួយឆ្នាំតាមប្រតិទិន (មិនធានារ៉ាប់រងក្នុងរយៈពេល 6 ខែក្នុងការដាក់ដំបូង)
D5720	ការកែតម្រូវក្រាសធ្មេញពាក់ដោយផ្នែកនៃឆ្អឹងថ្គាមលើឡើងវិញ	$0	1 ក្នុងមួយឆ្នាំតាមប្រតិទិន (មិនធានារ៉ាប់រងក្នុងរយៈពេល 6 ខែក្នុងការដាក់ដំបូង)
D5721	ការកែតម្រូវក្រាសធ្មេញពាក់ដោយផ្នែកនៃឆ្អឹងថ្គាមក្រោម	$0	1 ក្នុងមួយឆ្នាំតាមប្រតិទិន (មិនធានារ៉ាប់រងក្នុងរយៈពេល 6 ខែក្នុងការដាក់ដំបូង)
ធ្មេញសិប្បនិម្មិត (ដែលដាក់ភ្ជាប់)			
D6240	ធ្មេញពាក់ - ដែលធ្វើពីសារធាតុប៉ូលីវ៉ែនរំលាយជាមួយលោហៈពិសេស	$0	1 ក្នុងធ្មេញមួយក្នុងរយៈពេល 5 ឆ្នាំតាមប្រតិទិន
D6242	ធ្មេញពាក់ - ដែលធ្វើពីសារធាតុប៉ូលីវ៉ែនរំលាយជាមួយលោហៈពិសេស	$0	1 ក្នុងធ្មេញមួយក្នុងរយៈពេល 5 ឆ្នាំតាមប្រតិទិន
D6250	ធ្មេញពាក់ - ដែលធ្វើពីជំរជាមួយលោហៈពិសេស	$0	1 ក្នុងធ្មេញមួយក្នុងរយៈពេល 5 ឆ្នាំតាមប្រតិទិន

លេខកូដ ADA	ការពណ៌នាអំពីសេវានៃ ADA ដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងសម្រាប់អ្នក	អ្វីដែលអ្នកត្រូវបង់ប្រាក់	ការកំណត់ទូទៅ
D6252	ធ្មេញពាក់ - ដែលធ្វើពីជ័រជាមួយលោហៈពិសេស	$0	1 ក្នុងធ្មេញមួយក្នុងរយៈពេល 5 ឆ្នាំតាមប្រតិទិន
D6750	ធ្មេញស្រោបដែកតម្រង់ធ្មេញ - ដែលធ្វើពីសារធាតុប៉ូសឺឡែនរំលាយបញ្ចូលជាមួយលោហៈពិសេស	$0	1 ក្នុងធ្មេញមួយក្នុងរយៈពេល 5 ឆ្នាំតាមប្រតិទិន
D6752	ធ្មេញស្រោបដែកតម្រង់ធ្មេញ - ដែលធ្វើពីសារធាតុប៉ូសឺឡែនរំលាយបញ្ចូលជាមួយលោហៈពិសេស	$0	1 ក្នុងធ្មេញមួយក្នុងរយៈពេល 5 ឆ្នាំតាមប្រតិទិន

ចំណាំ៖ ចំនួនទឹកប្រាក់នៃការចែករំលែកថ្លៃចំណាយរបស់សមាជិកដែលមានរាយក្នុងបញ្ជីត្រូវបានអនុវត្តតែនៅពេលដែលអ្នកទទួលបានសេវាថែទាំសុខភាពមាត់ធ្មេញពីពេទ្យធ្មេញក្នុងបណ្តាញប៉ុណ្ណោះ។

ចំណាំ៖ ចាប់តាំងពី Blue Shield ចុះកិច្ចសន្យាជាមួយ Medicare ជារៀងរាល់ឆ្នាំ អត្ថប្រយោជន៍នៃការថែទាំសុខភាពមាត់ធ្មេញទាំងនេះ ប្រហែលជាមិនមាននៅឆ្នាំក្រោយទេ។

ការទទួលបានការថែទាំសុខភាពមាត់ធ្មេញ

សេចក្តីផ្តើម

គម្រោងសុខភាពមាត់ធ្មេញរបស់ Blue Shield of California ត្រូវបានគ្រប់គ្រងដោយអ្នកគ្រប់គ្រងគម្រោងសុខភាពមាត់ធ្មេញដែលបានចុះកិច្ចសន្យា (DPA) ដែលជាអង្គភាពដែលចុះកិច្ចសន្យាជាមួយ Blue Shield of California ដើម្បីគ្រប់គ្រងការផ្តល់ជូនសេវាសុខភាពមាត់ធ្មេញសេវាតាមរយៈបណ្តាញនៃពេទ្យធ្មេញដែលបានចុះកិច្ចសន្យា។ ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរអំពីព័ត៌មាននៅក្នុងផ្នែកទន្តសាស្ត្រនេះ ត្រូវការជំនួយ ឬមានបញ្ហាណាមួយ អ្នកអាចទាក់ទងផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជនរបស់ 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។

មុនពេលទទួលបានសេវាសុខភាពមាត់ធ្មេញ

អ្នកទទួលខុសត្រូវក្នុងការធានាថា ពេទ្យធ្មេញដែលអ្នកជ្រើសរើសគឺជាពេទ្យធ្មេញក្នុងបណ្តាញ។

គម្រោងថែទាំសុខភាពមាត់ធ្មេញតែក្នុងបណ្តាញនេះមិនផ្តល់អត្ថប្រយោជន៍ដល់ពេទ្យធ្មេញក្រៅបណ្តាញទេ។

សេវាកម្មដែលបានទទួលពីពេទ្យធ្មេញក្រៅបណ្តាញនឹងមិនមានការធានារ៉ាប់រងទេ។ នៅពេលអ្នកទទួលបានសេវាពីពេទ្យធ្មេញក្រៅបណ្តាញ អ្នកនឹងទទួលខុសត្រូវក្នុងការបង់ប្រាក់ឱ្យពេទ្យធ្មេញដោយផ្ទាល់សម្រាប់ចំនួនសរុបដែលចេញវិក្កយបត្រដោយពេទ្យធ្មេញនោះ។

ចំណាំ៖ ស្ថានភាពរបស់ពេទ្យធ្មេញក្នុងបណ្តាញដែលអាចផ្លាស់ប្តូរបាន។ វាជាកាតព្វកិច្ចរបស់អ្នកក្នុងការផ្ទៀងផ្ទាត់ថាតើពេទ្យធ្មេញរបស់អ្នកនាពេលបច្ចុប្បន្នជាពេទ្យធ្មេញក្នុងបណ្តាញ ហើយក្នុងករណីមានការផ្លាស់ប្តូរណាមួយចំពោះបញ្ជីពេទ្យធ្មេញដែលបានចុះកិច្ចសន្យា។ បញ្ជីនៃពេទ្យធ្មេញក្នុងបណ្តាញដែលមានទីតាំងនៅក្នុងតំបន់របស់អ្នកអាចទទួលបានដោយទាក់ទងទៅផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជនរបស់ 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។

ការទៅជួបពេទ្យធ្មេញរបស់អ្នក

បន្ទាប់ពីការចុះឈ្មោះហើយភ្លាមនោះ អ្នកនឹងទទួលបានកញ្ចប់សមាជិកភាពពី DPA ដែលប្រាប់អ្នកអំពីកាលបរិច្ឆេទមានប្រសិទ្ធភាពនៃអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នក និងអាសយដ្ឋាន និងលេខទូរសព្ទរបស់ពេទ្យធ្មេញក្នុងបណ្តាញរបស់អ្នក ឬពេទ្យធ្មេញថែទាំបឋម (PCD)។ បន្ទាប់ពីកាលបរិច្ឆេទចូលជាធរមាននៅក្នុងកញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់អ្នក អ្នកនឹងអាចទទួលបានសេវាថែទាំសុខភាពមាត់ធ្មេញដែលមានការរ៉ាប់រង។ ដើម្បីធ្វើការណាត់ជួប អ្នកគ្រាន់តែទូរសព្ទទៅមជ្ឈមណ្ឌលរបស់ PCD របស់អ្នក ហើយបញ្ជាក់ពីអត្តសញ្ញាណខ្លួនអ្នកថាជាសមាជិករបស់គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan។ ការណាត់ជួបដំបូងគួរតែត្រូវបានរៀបចំក្នុងរយៈពេលបួនសប្តាហ៍ លុះត្រាតែមានពេលវេលាជាក់លាក់ណាមួយត្រូវបានស្នើសុំ។ ការសាកសួរទាក់ទងនឹងការការណាត់ជួបដែលអាចមាន និងលទ្ធភាពទទួលបានពេទ្យធ្មេញគួរតែត្រូវបានទាក់ទងដោយផ្ទាល់ទៅផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជនរបស់ 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។

ចំណាំ៖ សមាជិកម្នាក់ៗត្រូវតែទៅកាន់ PCD ដែលត្រូវបានចាត់តាំងរបស់គាត់ ដើម្បីទទួលបានសេវាកម្មដែលមានការធានារ៉ាប់រង លើកលែងតែសេវាកម្មដែលផ្តល់ដោយអ្នកឯកទេសដែលមានការអនុញ្ញាតជាមុន ហើយជាលាយលក្ខណ៍អក្សរដោយ DPA។ ការព្យាបាលផ្សេងទៀតមិនត្រូវបានធានារ៉ាប់រងនៅក្រោមគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan នោះទេ។

អ្នកត្រូវតែទាក់ទងទៅកាន់ PCD របស់អ្នកសម្រាប់តម្រូវការថែទាំសុខភាពមាត់ធ្មេញទាំងអស់ រួមទាំងការពិគ្រោះយោបល់ជាមួយអ្នកឯកទេសរបស់គម្រោង។ PCD មានទំនួលខុសត្រូវក្នុងការផ្តល់សេវាថែទាំមាត់ធ្មេញទូទៅ

និងសម្របសម្រួល ឬរៀបចំការបញ្ជូនបន្តទៅកាន់គ្រូពេទ្យឯកទេសរបស់គម្រោងដែលចាំបាច់ផ្សេងទៀត។ គម្រោងត្រូវតែអនុញ្ញាតឱ្យមានការបញ្ជូនបន្តបែបនេះ។

ការបង់ប្រាក់រួមរបស់សមាជិក

មុនពេលចាប់ផ្តើមការព្យាបាល ពេទ្យធ្មេញរបស់អ្នកនឹងរៀបចំគម្រោងព្យាបាល ដើម្បីបំពេញតម្រូវការនីមួយៗរបស់អ្នក។ វាជាការល្អបំផុតក្នុងការពិភាក្សាអំពីគម្រោងព្យាបាល និងទំនួលខុសត្រូវផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុរបស់អ្នកជាមួយពេទ្យធ្មេញរបស់អ្នក មុនពេលចាប់ផ្តើមការព្យាបាល។

សេវាសុខភាពមាត់ធ្មេញដែលមានការធានារ៉ាប់រងផ្តល់ជូនអ្នកដោយឥតគិតថ្លៃពីពេទ្យធ្មេញក្នុងបណ្តាញ។ ប្រសិនបើអ្នកជ្រើសរើសទៅពេទ្យធ្មេញក្រៅបណ្តាញ អ្នកនឹងមិនទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ទេ ហើយអ្នកនឹងទទួលខុសត្រូវក្នុងការបង់ប្រាក់ឱ្យពេទ្យធ្មេញដោយផ្ទាល់សម្រាប់ចំនួនទឹកប្រាក់សរុបដែលពេទ្យធ្មេញនោះបានចេញវិក្កយបត្រជូន។

ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយបន្ថែមក្នុងការទទួលបានព័ត៌មានអំពីគម្រោងព្យាបាលរបស់អ្នក អ្នកអាចទាក់ទងទៅផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជនរបស់ 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។

ជម្រើសនៃពេទ្យធ្មេញថែទាំបឋម

នៅពេលចុះឈ្មោះ អ្នកត្រូវតែជ្រើសរើសពេទ្យធ្មេញក្នុងបណ្តាញ ដើម្បីធ្វើជា PCD របស់អ្នក។ ប្រសិនបើអ្នកខកខានក្នុងការជ្រើសរើសពេទ្យធ្មេញក្នុងបណ្តាញ ឬពេទ្យធ្មេញក្នុងបណ្តាញដែលបានជ្រើសរើសរួចមិនទំនេរវិញនោះ DPA នឹងស្នើសុំការជ្រើសរើសពេទ្យធ្មេញក្នុងបណ្តាញផ្សេងទៀត ឬចាត់តាំងឱ្យអ្នកទៅកាន់ពេទ្យធ្មេញក្នុងបណ្តាញផ្សេងទៀត។ អ្នកអាចផ្លាស់ប្តូរពេទ្យធ្មេញក្នុងបណ្តាញដែលបានចាត់តាំងរួចរបស់អ្នកដោយទាក់ទងទៅកាន់ផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជនរបស់ 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។ ដើម្បីធានាថាពេទ្យធ្មេញក្នុងបណ្តាញរបស់អ្នកទទួលបានការជូនដំណឹង ហើយបញ្ជីសិទ្ធិទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍របស់ DPA មានភាពត្រឹមត្រូវនោះ ការផ្លាស់ប្តូរពេទ្យធ្មេញក្នុងបណ្តាញត្រូវតែស្នើសុំមុនថ្ងៃទី 21 នៃខែ ដើម្បីឱ្យការផ្លាស់ប្តូរមានប្រសិទ្ធភាពនៅថ្ងៃទីមួយនៃខែបន្ទាប់។

ប្រសិនបើពេទ្យធ្មេញរបស់អ្នកលែងចុះកិច្ចសន្យាជាមួយនឹង DPA របស់គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan

ប្រសិនបើពេទ្យធ្មេញក្នុងបណ្តាញដែលបានជ្រើសរើសរបស់អ្នកមិនអាចបន្តក្រោមកិច្ចសន្យាជាមួយ DPA បានទេ ព្រោះគាត់ ឬនាងមិនអាចអនុវត្ត ឬរំលោភកិច្ចសន្យា ឬប្រើសិន DPA បានបញ្ចប់កិច្ចសន្យា DPA នឹងជូនដំណឹងដល់អ្នកយ៉ាងហោចណាស់ 30 ថ្ងៃតាមប្រតិទិនមុនកាលបរិច្ឆេទបញ្ចប់ដែលមាប្រសិទ្ធភាពរបស់ពេទ្យធ្មេញ ដូច្នេះអ្នកអាចជ្រើសរើសពេទ្យធ្មេញផ្សេងទៀត។

ប្រសិនបើអ្នកត្រូវបានជូនដំណឹងដោយ DPA អំពីតម្រូវការក្នុងការជ្រើសរើសពេទ្យធ្មេញម្នាក់ផ្សេងទៀតសម្រាប់ហេតុផលនេះ ថ្លៃសេវាសម្រាប់ការចម្លង និងការផ្ទេរការថតកាំរស្មីអ៊ិច ឬកំណត់ត្រាផ្សេងទៀតត្រូវបានលើកលែង។ ដូចគ្នានេះផងដែរ ការបញ្ចប់ពេទ្យធ្មេញក្នុងបណ្តាញនឹងបំពេញ (a) ក្រាសធ្មេញពាក់ទាំងស្រុង ឬដោយផ្នែកសម្រាប់ពុម្ពធ្មេញចុងក្រោយដែលពេទ្យធ្មេញបានធ្វើដាក់ និង (b) ការងារទាំងអស់ លើធ្មេញនីមួយៗនៅពេលការងារបានចាប់ផ្តើម (ដូចជាការផ្តល់ការស្រោបធ្មេញនៅពេលដែលធ្មេញត្រូវបានរៀបចំ)។

ការថែទាំសុខភាពមាត់ធ្មេញក្នុងគ្រាអាសន្ន

គម្រោងនេះមិនបង់ថ្លៃអត្ថប្រយោជន៍សម្រាប់សេវាថែទាំសុខភាពមាត់ធ្មេញក្នុងគ្រាអាសន្នទេ។

ការទទួលបានមតិយោបល់ទីពីរសម្រាប់ការថែទាំសុខភាពមាត់ធ្មេញ

អ្នកអាចស្នើសុំមតិទីពីរ ប្រសិនបើអ្នកមិនយល់ស្រប ឬសួរសំណួរអំពីការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ និង/ឬសេចក្តីសម្រេចលើគម្រោងព្យាបាលដែលធ្វើឡើងដោយពេទ្យធ្មេញក្នុងបណ្តាញរបស់អ្នក។ DPA ក៏អាចស្នើសុំឱ្យអ្នកទទួលបានមតិទីពីរ ដើម្បីផ្ទៀងផ្ទាត់ភាពចាំបាច់ និងភាពសមស្របនៃការព្យាបាលធ្មេញ ឬការអនុវត្តអត្ថប្រយោជន៍។

មតិយោបល់ទីពីរនឹងត្រូវបានផ្តល់ដោយពេទ្យធ្មេញដែលមានអាជ្ញាបណ្ណក្នុងលក្ខណៈទាន់ពេលវេលាសមស្របនឹង ការស្នើសុំពាក់ព័ន្ធនឹងករណីនៃការគំរាមកំហែងដល់សុខភាពដែលនឹងកើតឡើង និងធ្ងន់ធ្ងរនឹងត្រូវពន្លឿន (ការអនុញ្ញាតត្រូវអនុម័ត ឬបដិសេធក្នុងរយៈពេល 72 ម៉ោងបន្ទាប់ពីទទួលបានសំណើ នៅពេលណាដែលអាចធ្វើទៅបាន)។ សម្រាប់ជំនួយ ឬព័ត៌មានបន្ថែមទាក់ទងនឹងនីតិវិធី និងពេលវេលាសម្រាប់ការអនុញ្ញាតមតិទីពីរ សូមទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជនរបស់ DPA តាមរយៈលេខ **866-247-2486 [TTY: 711]** ចាប់ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់ បានប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ (លើកលែងតែថ្ងៃឈប់សម្រាក) ចាប់ពីថ្ងៃទី 1 ខែតុលា ដល់ថ្ងៃទី 31 ខែមីនា និងថ្ងៃធ្វើការចាប់ពីថ្ងៃទី 1 ខែមេសា ដល់ថ្ងៃទី 30 ខែកញ្ញា ឬសរសេរទៅកាន់ DPA។

មតិទីពីរនឹងត្រូវផ្តល់ជូននៅការិយាល័យពេទ្យធ្មេញក្នុងបណ្តាញផ្សេងទៀត លុះត្រាតែមានការអនុញ្ញាតផ្សេងទៀតពី DPA។ DPA នឹងអនុញ្ញាតឱ្យមានមតិទីពីរពីអ្នកផ្តល់សេវាក្រៅបណ្តាញ ប្រសិនបើពេទ្យធ្មេញក្នុងបណ្តាញដែលមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សមស្របមិនមាន។ DPA នឹងបង់ប្រាក់តែសម្រាប់មតិទីពីរដែល DPA បានអនុម័ត ឬអនុញ្ញាតប៉ុណ្ណោះ។ អ្នកនឹងទទួលបានការជូនដំណឹងជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ ប្រសិនបើ DPA សម្រេចចិត្តថា មិនអនុញ្ញាតមតិទីពីរទេនោះ។ ប្រសិនបើអ្នកមិនយល់ស្របនឹងការកំណត់នេះទេ អ្នកអាចដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ជាមួយគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan។ សូមមើលផ្នែក បណ្តឹងសាទុក្ខ និងបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ ខាងក្រោមសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។

ការសម្របសម្រួលអត្ថប្រយោជន៍

គម្រោងនេះផ្តល់អត្ថប្រយោជន៍ដោយមិនគិតពីការធានារ៉ាប់រងដោយគោលការណ៍ការធានារ៉ាប់រងជាក្រុមផ្សេងទៀតទេ ឬកម្មវិធីអត្ថប្រយោជន៍សុខភាពក្រុមផ្សេងទៀត ប្រសិនបើគោលការណ៍ ឬកម្មវិធីផ្សេងទៀតធានារ៉ាប់រងសេវា ឬការចំណាយបន្ថែមលើការថែទាំសុខភាពមាត់ធ្មេញ។ បើមិនដូច្នោះទេ អត្ថប្រយោជន៍ដែលបានផ្តល់ជូននៅក្រោមគម្រោងនេះ ដោយអ្នកឯកទេស ឬពេទ្យធ្មេញក្រៅបណ្តាញត្រូវបានសម្របសម្រួលជាមួយក្រុមផ្សេងទៀត គោលការណ៍ធានារ៉ាប់រងសុខភាពមាត់ធ្មេញ ឬកម្មវិធីអត្ថប្រយោជន៍សុខភាពមាត់ធ្មេញជាក្រុមណាមួយ។ សេចក្តីសម្រេច ដែលគោលការណ៍ ឬកម្មវិធីជាគោលសំខាន់នឹងត្រូវបានគ្រប់គ្រងដោយបទបញ្ជាដែលមានចែងនៅក្នុងកិច្ចនា។
ប្រសិនបើគម្រោងនេះជាផ្នែកបន្ទាប់បន្សំ វានឹងបង់ថ្លៃតិចជាងនេះនៃ៖
• ចំនួនទឹកប្រាក់ដែលវានឹងត្រូវបានបង់ក្នុងកង្វះការធានារ៉ាប់រងអត្ថប្រយោជន៍សុខភាពមាត់ធ្មេញផ្សេងទៀតណាមួយ ឬ
• ថ្លៃចំណាយចេញពីហោប៉ៅសរុបរបស់សមាជិកដែលត្រូវបង់ក្រោមគម្រោងអត្ថប្រយោជន៍សុខភាពមាត់ធ្មេញ

បឋមព្រមទាំង អត្ថប្រយោជន៍ត្រូវបានធានារ៉ាប់រងក្រោមគម្រោងនេះ។

សមាជិកត្រូវតែផ្តល់ឱ្យ DPA ហើយ DPA អាចបញ្ចេញឱ្យដឹងទៅ ឬទទួលបានពី ក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងណាមួយ ឬអង្គភាពផ្សេងទៀត ព័ត៌មានណាមួយអំពីសមាជិកដែល ចាំបាច់ត្រូវគ្រប់គ្រងការសម្របសម្រួលអត្ថប្រយោជន៍។ DPA នឹងកំណត់ការសម្រេចតែម្ខាង មិនថាសំណងណាមួយដល់ក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រង ឬអង្គការផ្សេងទៀតគឺ បានធានានៅក្រោមការសម្របសម្រួលនៃវិធានអត្ថប្រយោជន៍ដែលបានពណ៌នានៅទីនេះ និងសំណង បែបនេះណាមួយដែលបានបង់ប្រាក់ត្រូវចាត់ទុកថា ជាអត្ថប្រយោជន៍ក្រោមកិច្ចសន្យានេះ។ DPA នឹងមានសិទ្ធិទទួលបានមកវិញពីពេទ្យធ្មេញ សមាជិក ក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រង ឬអង្គភាពផ្សេងទៀត ដូចដែល DPA ជ្រើសរើស ចំនួនទឹកប្រាក់នៃអត្ថប្រយោជន៍ណាមួយដែល DPA បានបង់លើសពីកាតព្វកិច្ចរបស់ខ្លួនក្រោមការសម្របសម្រួលនៃវិធានអត្ថប្រយោជន៍ដែលបានពណ៌នានៅទីនេះ។

ដំណើរការបណ្តឹងសាទុក្ខ និងបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍

ការប្តេជ្ញាចិត្តរបស់យើងចំពោះអ្នក គឺត្រូវធានាមិនត្រឹមតែគុណភាពនៃការថែទាំប៉ុណ្ណោះទេ ប៉ុន្តែក៏ធានាលើគុណភាពក្នុងដំណើរការ ព្យាបាលផងដែរ។ គុណភាពនៃការព្យាបាលនេះបន្តពីសេវាមានវិជ្ជាជីវៈដែលផ្តល់ដោយពេទ្យធ្មេញ ក្នុងបណ្តាញចំពោះការគួរសមបានបន្តពីអ្នកដោយអ្នកតំណាងតាមទូរសព្ទរបស់យើង។ ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ ឬបណ្តឹងតវ៉ាដែលទាក់ទងនឹងសិទ្ធិទទួលបានសេវា ការបដិសេធលើសេវាសុខភាពមាត់ធ្មេញ ឬការទាមទារសំណង គោលការណ៍ នីតិវិធី ឬប្រតិបត្តិការរបស់ DPA ឬគុណភាពនៃសេវាសុខភាពមាត់ធ្មេញដែលធ្វើឡើងដោយពេទ្យធ្មេញក្នុងបណ្តាញ អ្នកមានសិទ្ធិដាក់បណ្តឹងសាទុក្ខ ឬបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ជាមួយគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan។ សូមចូលមើល **ជំពូកទី 9** (អ្វីដែលត្រូវធ្វើ ប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហា ឬបណ្តឹងតវ៉ា *(សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ បណ្តឹងតវ៉ា)* សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីរបៀបដាក់បណ្តឹងសាទុក្ខ ឬបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍។ ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ 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 ខែ កញ្ញា។ អ្នកក៏អាចទាក់ទងទៅកាន់ផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជនរបស់គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan (លេខទូរសព្ទត្រូវបានបោះពុម្ពនៅលើគម្របខាងក្រោយនៃឯកសារនេះ) ផងដែរ។

ការមិនរាប់បញ្ចូលទូទៅសម្រាប់គម្រោង HMO Plan អំពីសុខភាពមាត់ធ្មេញ

1. នីតិវិធីណាមួយដែលមិនបានរាយក្នុងបញ្ជីជាក់លាក់នៅក្នុង តារាងនីតិវិធីអត្ថប្រយោជន៍សុខភាពមាត់ធ្មេញ ។

2. នីតិវិធីណាមួយដែលនៅក្នុងមតិយោបល់របស់ពេទ្យធ្មេញក្នុងបណ្តាញដែលមានវិជ្ជាជីវៈ៖
   a. មានការព្យាករណ៍មិនល្អសម្រាប់លទ្ធផលជោគជ័យ និងអាយុកាលសមហេតុផល ដោយផ្អែកលើស្ថានភាពធ្មេញ និង/ឬរចនាសម្ព័ន្ធជុំវិញ ឬ
   b. មិនស្របគ្នាជាមួយនឹងស្តង់ដារដែលបានទទួលយកជាទូទៅសម្រាប់ទន្តសាស្ត្រ។

3. សេវាកម្មសម្រាប់តែគោលបំណងកែសម្ផស្ស ឬសម្រាប់លក្ខខណ្ឌដែលបណ្តាលមកពីតំណពូជ ឬពិការភាពផ្នែកលូតលាស់ ដូចជាបបូរមាត់ឆែបពីកំណើត ការខូចទ្រង់ទ្រាយនៃថ្គាមខាងលើ និងខាងក្រោម ធ្មេញដែលបាត់ពីកំណើត និងធ្មេញដែលប្រែពណ៌ ឬការខ្វះនៃការចារធ្មេញ។

4. ឧបករណ៍ប្រើប្រាស់ដែលបាត់ ឬត្រូវគេលួច ដូចជាក្រាសធ្មេញពាក់ទាំងស្រុង ឬដោយផ្នែក និងធ្មេញស្រប។

5. នីតិវិធី ឧបករណ៍ប្រើប្រាស់ ឬការស្តារឡើងវិញ ប្រសិនបើគោលបំណងគឺដើម្បីផ្លាស់ប្តូរទំហំបញ្ឈរ ឬដើម្បីធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ ឬព្យាបាលស្ថានភាពមិនប្រក្រតីនៃមុខងារសន្លាក់នៅចន្លោះថ្គាម និងសៀតផ្កា (TMJ)។

6. លោហៈមានតម្លៃសម្រាប់ឧបករណ៍ប្រើប្រាស់ដែលអាចដោះចេញបាន ផ្នែកទន់នៃលោហៈធាតុស្រោបពីលើ ឬជាអចិន្ត្រៃយ៍សម្រាប់ក្រាសធ្មេញពាក់
   ពេញលេញ ធ្មេញនៃក្រាសធ្មេញពាក់ប៉ីសីឡែន ជន្ទល់ភាពជាក់លាក់សម្រាប់ក្រាសធ្មេញពាក់ដោយផ្នែក ដែលអាចដកចេញបាន ឬផ្នែកដែលដាក់ភ្ជាប់
   ក្រាសធ្មេញពាក់ (ការប៉ះផ្ទៃធំ ការដាំបង្គោល និងឧបករណ៍ប្រើប្រាស់ដែលភ្ជាប់ជាមួយ) និងការកំណត់ផ្ទាល់ខ្លួន និងការកំណត់លក្ខណៈនៃក្រាសធ្មេញពាក់ពេញលេញ និងដោយផ្នែក។

7. ឧបករណ៍ប្រើប្រាស់ និងគ្រឿងភ្ជាប់ធ្មេញដែលគាំទ្រដល់ការដាំបង្គោល ការដាក់ដាំបង្គោល ការថែទាំ ការដកចេញ និងសេវាកម្មផ្សេងទៀតទាំងអស់ដែលពាក់ព័ន្ធនឹងការដាំបង្គោលធ្មេញ។

8. ការពិគ្រោះយោបល់សម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍ដែលមិនត្រូវបានធានារ៉ាប់រង។

9. សេវាសុខភាពមាត់ធ្មេញដែលទទួលបានពីការិយាល័យធ្មេញណាមួយក្រៅពីពេទ្យធ្មេញក្នុងបណ្តាញដែលបានចាត់តាំង ឬអ្នកឯកទេសធ្មេញដែលមានការអនុញ្ញាតជាមុន។

10. ថ្លៃសេវាដែលពាក់ព័ន្ធទាំងអស់សម្រាប់ការចូលសម្រាក ការប្រើប្រាស់ ឬស្នាក់នៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យ មជ្ឈមណ្ឌលវះកាត់អ្នកជំងឺក្រៅមន្ទីរពេទ្យ មជ្ឈមណ្ឌលថែទាំបន្ថែម ឬមជ្ឈមណ្ឌលថែទាំស្រដៀងគ្នាផ្សេងទៀត។
11. ឱសថមានវេជ្ជបញ្ជា។

12. ការចំណាយលើសុខភាពមាត់ធ្មេញដែលបានកើតឡើងទាក់ទងនឹងនីតិវិធីព្យាបាលធ្មេញដែលបានចាប់ផ្តើមមុនពេលសមាជិកមានសិទ្ធិទទួលបានគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan។ ឧទាហរណ៍រួមមាន៖ ធ្មេញដែលរៀបចំសម្រាប់ការស្រោបធ្មេញ និងក្រាសធ្មេញពាក់ពេញលេញ ឬដោយផ្នែកដែលបានធ្វើពុម្ពធ្មេញឡើង។

13. ឧបរកណ៍ប្រើប្រាស់ព្យាបាលលើមុខងារមាត់ធ្មេញ និងមុខងារដែលមិនប្រក្រតី និង/ឬការព្យាបាល។

F. ជំនួយសហគមន៍

អ្នកអាចទទួលបានការគាំទ្រនៅក្រោមគម្រោងថែទាំជាលក្ខណៈបុគ្គលរបស់អ្នក។ ជំនួយសហគមន៍គឺសមស្របតាមវេជ្ជសាស្ត្រ និងមានតម្លៃសមរម្យសម្រាប់មជ្ឈដ្ឋាន និងសេវាងៗចំពោះអ្នកដែលបានធានារ៉ាប់រងក្រោមគម្រោងរបស់រដ្ឋ Medi-Cal។ សេវានេះគឺជាជម្រើសសម្រាប់សមាជិកក្នុងការទទួល។ បើសិនអ្នកមានសិទ្ធិទទួល សេវាទាំងនេះអាចនឹងជួយអ្នក រស់នៅដោយឯកភាពខ្លាំងឡើង។ ទាំងនោះមិនជំនួសអត្ថប្រយោជន៍ ដែលអ្នកទទួលបានរួចហើយក្រោម Medi-Cal ទេ។

ឧទាហរណ៍ ជំនួយពីសហគមន៍ដែលយើងផ្តល់ជូនរួមមាន ម្ហូប និងអាហារដែលជួយដល់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ ឬអាហារដែលរៀបចំតាមផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ ជំនួយសម្រាប់អ្នក ឬអ្នកថែទាំរបស់អ្នក ឬដែករបារតោងនៅកន្លែងងូតទឹក និងផ្លូវជម្រាលសម្រាប់ឡើងចុះ។ ជំនួយពីសហគមន៍ គឺជាសេវាកម្មជាជម្រើស (មិនមែនអត្ថប្រយោជន៍) ដែលគម្រោង Blue Shield Promise Health Plan ផ្តល់ជូនសមាជិក Medi-Cal ដែលមានសិទ្ធិទទួលបានគម្រោងនោះទេ។ សេវាទាំងនេះជួយទ្រទ្រង់ដល់សមាជិកខាងលើ និងលើសពីសេវាជួយទ្រទ្រង់ថែទាំរយៈពេលវែង (LTSS) ដើម្បីលើកកម្ពស់ និងគាំទ្រការថែទាំរបស់សមាជិក។ សេវាទាំងនេះនឹងប្រែប្រួលដោយផ្អែកលើតម្រូវការរបស់សមាជិក និងលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យសិទ្ធិទទួលបានរបស់គម្រោង Blue Shield Promise Health Plan។ ការអនុញ្ញាតជាមុនគឺតម្រូវឱ្យមាន។ គម្រោង Blue Shield Promise Health Plan ផ្តល់ជូនជំនួយគាំទ្រពីសហគមន៍ដល់សមាជិកដែលមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់នៅក្នុងខោនធី Los Angeles និង San Diego៖

ការកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ជំងឺហឺត	ការផ្លាស់ប្តូរនៃរូបរាងកាយចំពោះបរិស្ថានផ្ទះរបស់បុគ្គលដែលធានាបាននូវសុខភាព សុខុមាលភាព និងសុវត្ថិភាព ឬបើកដំណើរការនៅផ្ទះ ប្រសិនបើជំងឺហឺតស្រួចស្រាវអាចបណ្តាលឱ្យចូលមន្ទីរពេទ្យ ឬស្វែងរកសេវាសង្គ្រោះបន្ទាន់។
សេវាផ្លាស់ប្តូរក្នុងសហគមន៍/ការផ្លាស់ប្តូរពីមជ្ឈមណ្ឌលថែទាំទៅកាន់គេហដ្ឋាន	នេះជួយសមាជិកឱ្យរស់នៅក្នុងសហគមន៍ និងជៀសវាងការចូលក្នុងកន្លែងថែទាំបន្ថែមទៀត ។
កម្មវិធីស្តារនីតិសម្បទាពេលថ្ងៃ	នេះជួយសមាជិក Medi-Cal នៅក្នុងការកំណត់មិនមែនកន្លែងផ្តល់សេវា ដើម្បីអភិវឌ្ឍការជួយខ្លួនឯងការធ្វើសង្គម និងជំនាញសម្របខ្លួនដែលចាំបាច់ដើម្បីទទួលបានជោគជ័យនៅក្នុងបរិយាកាសផ្ទះរបស់ពួកគេ។
ការផ្លាស់ប្តូរដើម្បីធ្វើឱ្យបរិស្ថានជុំវិញរបស់អ្នកអាចចូលប្រើប្រាស់បានកាន់តែច្រើន (ការកែប្រែប	ការសម្របរាងកាយទៅនឹងផ្ទះ ដើម្បីធានាបាននូវសុខភាព សុខុមាលភាព និងសុវត្ថិភាពរបស់បុគ្គលម្នាក់ៗ និងអនុញ្ញាតឱ្យសមាជិកដែលតម្រូវឱ្យស្ថាប័នមានសិទ្ធិស្នាក់នៅក្នុងផ្ទះរបស់ពួកគេ។

វិស្ថានក្នុងផ្ទះ)	
ប្រាក់កក់សម្រាប់ទិញផ្ទះ	សមាជិកទទួលបានជំនួយក្នុងការស្វែងរក ការសម្របសម្រួល ការធានា ឬការផ្តល់មូលនិធិដល់សេវាម្តងម្កាលដែលត្រូវការដើម្បីបង្កើតគ្រួសារមូលដ្ឋាន។
សេវាជំនួយស្វែងរកការផ្លាស់ប្តូរទីលំនៅ	សមាជិកទទួលបានជំនួយក្នុងការទទួលបានលំនៅឋាន។
សេវាផ្តល់ស្ថិរភាព ឬការជួលផ្ទះ	សមាជិកទទួលបានជំនួយក្នុងការរក្សាការជួលប្រកបដោយសុវត្ថិភាព និងស្ថេរភាព បន្ទាប់ពីស្វែងរកលំនៅឋាន។
អាហារតាមតម្រូវការផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ/អាហារជួយទ្រទ្រង់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ	ការគាំទ្រអាហារូបត្ថម្ភសម្រាប់សមាជិក ជាពិសេសអ្នកដែលមានជំងឺរ៉ាំរ៉ៃ នៅពេលបំពេញតាមគោលដៅអាហារូបត្ថម្ភគឺមានសារៈសំខាន់ណាស់ក្នុងការទទួលបានសុខភាពល្អ និងរក្សាសុខភាពល្អ ។
ការផ្លាស់ប្តូរមជ្ឈមណ្ឌលថែទាំ/ការផ្លាស់ប្តូរទៅមជ្ឈមណ្ឌលជំនួយក្នុងការរស់នៅ	នេះជួយសមាជិកឱ្យរស់នៅក្នុងសហគមន៍ ឬជៀសវាងការការចូលក្នុងកន្លែងថែទាំនៅពេលដែលអាចធ្វើទៅបាន។
សេវាថែទាំបុគ្គល និងសេវាមេផ្ទះ	សមាជិកទទួលបានជំនួយជាមួយនឹងសកម្មភាពនៃការរស់នៅប្រចាំថ្ងៃ (ADLs) ដូចជាការងូតទឹក ការស្លៀកពាក់ ការបន្ទោរបង់ ការដើរចុះឡើង ឬការផ្តល់អាហារូបត្ថម្ភ និងសេវាថែទាំបុគ្គល ដូចជាការរៀបចំអាហារ ការទិញគ្រឿងទេស និងការគ្រប់គ្រងប្រាក់សម្រាប់សមាជិកដែលមិនអាចស្នាក់នៅក្នុងផ្ទះរបស់ពួកគេដោយគ្មានការគាំទ្រទាំងនេះ។
ការថែទាំឱ្យជាសះស្បើយឡើងវិញ (ការសម្រាកព្យាបាល)	ការថែទាំស្នាក់នៅរយៈពេលខ្លីសម្រាប់អ្នកដែលមិនត្រូវការសម្រាកព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យទៀតនោះ ប៉ុន្តែនៅតែត្រូវការព្យាបាលពីការរងរបួស ឬជំងឺ រួមទាំងស្ថានភាពសុខភាពផ្លូវចិត្តដែលអាចកាន់តែអាក្រក់នៅក្នុងបរិយាកាសរស់នៅមិនស្ថិតស្ថេរ។
សេវាថែទាំបណ្តោះអាសន្នសម្រាប់អ្នកថែទាំនៃសមាជិក Medi-Cal	ការធូរស្បើយមិនមែនវេជ្ជសាស្ត្រពីកាតព្វកិច្ចថែទាំរយៈពេលខ្លីសម្រាប់អ្នកដែលមើលថែសមាជិក Medi-Cal ដែលត្រូវការការត្រួតពិនិត្យបណ្តោះអាសន្ន។
កន្លែងស្នាក់នៅក្រោយចេញពីមន្ទីរពេទ្យក្នុងរយៈពេលខ្លី	កន្លែងសម្រាប់សមាជិកដែលមានតម្រូវការវេជ្ជសាស្ត្រឬអាកប្បកិរិយាខ្ពស់ដែលមិនមានលំនៅឋានដើម្បីបន្តជាសម្រាកឱ្យជាសះស្បើយភ្លាមៗបន្ទាប់

	ពីចាកចេញពីមន្ទីរពេទ្យ ឬកន្លែងស្នាក់នៅ ។
មជ្ឈមណ្ឌលស្តារនីតិសម្បទា	កន្លែងដែលមានសុវត្ថិភាព និងជួយទ្រទ្រង់សម្រាប់បុគ្គលម្នាក់ៗឱ្យក្លាយជាមានស្តារតីល្អមកវិញ បន្ទាប់ពីត្រូវបានគេរកឃើញថា មានជាតិស្រវឹងជាសាធារណៈដោយសារតែគ្រឿងស្រវឹង ឬគ្រឿងញៀន និងជំនួយសម្រាប់បុគ្គលដែលជួបប្រទះភាពគ្មានផ្ទះសម្បែង ឬស្ថានភាពរស់នៅមិនស្ថិតស្ថេរ ដែលបើមិនដូច្នេះទេនឹងត្រូវបានបញ្ជូនទៅផ្នែកសម្រាប់គ្រាមានអាសន្ន ឬពន្ធនាគារ។

ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយ ឬចង់ដឹងថាតើជំនួយគាំទ្រពីសហគមន៍ណាមួយអាចមានសម្រាប់អ្នក សូមហៅទូរសព្ទទៅលេខ (800) 452-4413 (TTY:711) ឬហៅទូរសព្ទទៅអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក។

ព័ត៌មានសម្រាប់សមាជិក

- សូមហៅទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជនរបស់គម្រោង Blue Shield Promise Health Plan នៅក្នុងតំបន់របស់អ្នកនៅថ្ងៃធ្វើការចាប់ពីម៉ោង 8 ព្រឹកដល់ម៉ោង 6 ល្ងាច៖
  Los Angeles៖ (800) 605-2556 / San Diego៖ (855) 699-5557
- ទូរសព្ទទៅកាន់ Health Care Options (HCO)
  តាមរយៈ (800) 430-4263 (TTY (800) 430-7077)
- សូមចូលទៅកាន់ Department of Health Care Services សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម៖
  https://www.dhcs.ca.gov/Pages/ECMandILOS.aspx

G. អត្ថប្រយោជន៍ដែលទទួលបានការធានារ៉ាប់រងនៅខាងក្រៅគម្រោងរបស់យើង

យើងមិនធានារ៉ាប់រងសេវាខាងក្រោមទេ ប៉ុន្តែពួកវាអាចរកបានតាមរយៈថ្លៃសេវារបស់ Original Medicare ឬ Medi-Cal។

G1. កម្មវិធីផ្លាស់ប្តូររបស់សហគមន៍នៃរដ្ឋ California (CCT)

កម្មវិធីផ្លាស់ប្តូររបស់សហគមន៍នៃរដ្ឋ California (CCT) ប្រើអង្គការ Lead Organizations ក្នុងមូលដ្ឋានដើម្បីជួយដល់អ្នកដែលមានសិទ្ធទទួលផលពី Medi-Cal ដែលបានរស់នៅក្នុងមន្ទីរព្យាបាលជំងឺសម្រាកពេទ្យសម្រាប់រយៈពេលយ៉ាងហោចណាស់ 90 ថ្ងៃជាប់ៗគ្នា ឱ្យផ្លាស់ប្តូរទៅរស់នៅក្នុងកន្លែងសហគមន៍វិញហើយនៅតែមានសុវត្ថិភាព។ កម្មវិធី CCT ផ្តល់មូលនិធិសម្រាប់សេវាសម្របសម្រួលការផ្លាស់ប្តូរក្នុងអំឡុងមុនពេលផ្លាស់ប្តូរ និង

សម្រាប់រយៈពេល 365 ថ្ងៃក្រោយការផ្លាស់ប្តូរ ដើម្បីជួយដល់អ្នកទទួលផលដែលបានផ្លាស់ប្តូរទៅកន្លែងសហគមន៍វិញ។

អ្នកអាចទទួលបានសេវាសម្របសម្រួលការផ្លាស់ប្តូរពីអង្គការ Lead Organization របស់ CCT ណាមួយដែលបម្រើដល់ខោនធីដែលអ្នករស់នៅ។ អ្នកអាចស្វែងរកបញ្ជីនៃ Lead Organizations របស់ CCT និងខោនធីដែលពួកគេបម្រើនៅលើគេហទំព័ររបស់ក្រសួងសេវាថែទាំសុខភាពនៅ៖ www.dhcs.ca.gov/services/ltc/Pages/CCT។

សម្រាប់សេវាសម្របសម្រួលក្នុងការផ្លាស់ប្តូររបស់ CCT Medi-Cal នឹងបង់ថ្លៃសម្រាប់សេវាសម្របសម្រួលការផ្លាស់ប្តូរនេះ។ អ្នកមិនចាំបាច់បង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាទាំងនេះទេ។

សម្រាប់សេវាដែលមិនទាក់ទងទៅនឹងការផ្លាស់ប្តូរនៃ CCT របស់អ្នក

អ្នកផ្តល់សេវាចេញវិក្កយបត្រឱ្យយើងខ្ញុំសម្រាប់សេវារបស់អ្នក។ គម្រោងរបស់យើងបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាដែលបានផ្តល់ជូនក្រោយពីការផ្លាស់ប្តូររបស់អ្នក។ អ្នកមិនចាំបាច់បង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាទាំងនេះទេ។

ខណៈពេលដែលអ្នកទទួលបានសេវាសម្របសម្រួលការផ្លាស់ប្តូរ CCT យើងបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាដែលបានរាយក្នុងតារាងអត្ថប្រយោជន៍នៅក្នុង**ផ្នែក D**។

មិនមានការផ្លាស់ប្តូរនៅក្នុងអត្ថប្រយោជន៍អំពីការធានារ៉ាប់រងឱសថ

កម្មវិធី CCT មិនធានារ៉ាប់រងលើឱសថទេ។ អ្នកបន្តទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ឱសថធម្មតារបស់អ្នកតាមរយៈគម្រោងរបស់យើង។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមមើល **ជំពូកទី 5** នៃសៀវភៅណែនាំសមាជិករបស់អ្នក។

ចំណាំ៖ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការការថែទាំសម្រាប់ការផ្លាស់ប្តូរដែលមិនមែនជា CCT ទូរសព្ទទៅអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នកដើម្បីរៀបចំសេវានេះ។ ការថែទាំសម្រាប់ការផ្លាស់ប្តូរដែលមិនមែនជា CCT គឺជាថែទាំមិនទាក់ទងទៅនឹងការផ្លាស់ប្តូររបស់អ្នកពីស្ថាប័ន/មជ្ឈមណ្ឌលទេ។

G2. Medi-Cal Dental

សេវាថែទាំសុខភាពមាត់ធ្មេញជាក់លាក់មួយចំនួនអាចទទួលបានតាមរយៈ Medi-Cal Dental។ ព័ត៌មានបន្ថែមនៅលើគេហទំព័រ SmileCalifornia.org ។ Medi-Cal Dental រួមមានជាអាទិ៍ សេវាកម្មដូចជា៖

- ការពិនិត្យដំបូង ការថតកាំរស្មីអ៊ិច ការសម្អាត និងការព្យាបាលដោយសារធាតុ្លុយអ័រ
- ការប៉ះ និងស្រោបធ្មេញ
- ការព្យាបាលរន្ធឫសធ្មេញ
- ធ្មេញពាក់ដោយផ្នែក និងធ្មេញពាក់ពេញលេញ ការកែតម្រូវ ការព្យាបាល និងការពត់ធ្មេញ

សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមទាក់ទងនឹងអត្ថប្រយោជន៍សុខភាពមាត់ធ្មេញដែលមាននៅក្នុងកម្មវិធី Medi-Cal Dental ឬប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយក្នុងការស្វែងរកពេទ្យធ្មេញដែលទទួលយកកម្មវិធី Medi-Cal សូមទាក់ទងមកកាន់ខ្សែទូរសព្ទរបស់ផ្នែកបម្រើសេវាអតិថិជនតាមរយៈលេខ 1-800-322-6384 (អ្នកប្រើ TTY ទូរសព្ទតាមរយៈលេខ 1-800-735-2922)។ ការហៅទូរសព្ទនេះមិនគិតថ្លៃទេ។ អ្នកតំណាងរបស់កម្មវិធី Medi-Cal Dental អាចទំនេរដើម្បីជួយអ្នកចាប់ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក រហូតដល់ម៉ោង 5:00 ល្ងាច ចាប់ពីថ្ងៃចន្ទ រហូតដល់ថ្ងៃសុក្រ។ អ្នកក៏អាចចូលមើលគេហទំព័រផងដែរតាមរយៈគេហទំព័រ smilecalifornia.org/ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។

នៅក្នុងខោនធី Los Angeles អ្នកអាចទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍សុខភាពមាត់ធ្មេញរបស់ Medi-Cal តាមរយៈគម្រោង Dental Managed Care (DMC)។ ប្រសិនបើអ្នកចង់បានព័ត៌មានបន្ថែមអំពីគម្រោងសុខភាពមាត់ធ្មេញ Medi-Cal ឬចង់ធ្វើការផ្លាស់ប្តូរ សូមទាក់ទងទៅកាន់ Health Care Options តាមរយៈលេខ 1-800-430-4263 (អ្នកប្រើ TTY ទូរសព្ទទៅកាន់លេខ 1-800-430-7077) ចាប់ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 6:00 ល្ងាច ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ អ្នកទំនាក់ទំនងរបស់ DMC អាចប្រើប្រាស់បាននៅទីនេះផងដែរ៖
www.dhcs.ca.gov/services/Pages/ManagedCarePlanDirectory.aspx. http://www.hpsm.org/dental

ចំណាំ៖ គម្រោងរបស់យើងផ្តល់ជូននូវសេវាសុខភាពមាត់ធ្មេញបន្ថែម។ សូមមើលតារាងអត្ថប្រយោជន៍នៅក្នុងផ្នែក **D** សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។

G3. ការថែទាំនៅមន្ទីរពេទ្យថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយ

អ្នកមានសិទ្ធិជ្រើសមន្ទីរពេទ្យថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយ ប្រសិនបើអ្នកផ្តល់សេវា ឬប្រធានគ្រប់គ្រងវេជ្ជសាស្ត្រនៅមន្ទីរពេទ្យថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយកំណត់ថាអ្នកត្រូវតែទទួលបានការថែទាំសម្រាប់ដំណាក់កាលចុងក្រោយ។ នេះមានន័យថា អ្នកមានជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយ និងរំពឹងថាអាចរស់បានត្រឹមប្រាំមួយខែ ឬតិចជាងនេះ។ អ្នកអាចទទួលបានការថែទាំពីកម្មវិធីរបស់មន្ទីរពេទ្យថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយត្រូវបានបញ្ជាក់ពី Medicare។ គម្រោងនេះត្រូវតែជួយអ្នកស្វែងរកកម្មវិធីរបស់មន្ទីរពេទ្យថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយដែលមានការបញ្ជាក់ពី Medicare។ វេជ្ជបណ្ឌិតមន្ទីរពេទ្យថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយរបស់អ្នកអាចជាអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ ឬអ្នកផ្តល់សេវាក្រៅបណ្តាញ។

សូមមើលតារាងអត្ថប្រយោជន៍នៅក្នុងផ្នែក **D** សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីអ្វីដែលយើងបង់ប្រាក់ខណៈពេលដែលអ្នកកំពុងទទួលបានសេវាថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយ។

សម្រាប់សេវាមន្ទីរពេទ្យថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយ និងសេវាដែលមានធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare ផ្នែក A ឬ Medicare ផ្នែក B ដែលទាក់ទងនឹងការព្យាករណ៍រយៈពេលចុងក្រោយនៃជំងឺរបស់អ្នក

- អ្នកផ្តល់សេវានៃមន្ទីរពេទ្យថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយចេញវិក្កយបត្រជូន Medicare សម្រាប់សេវារបស់អ្នក។ Medicare នឹងបង់ថ្លៃសេវានៅមន្ទីរពេទ្យថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាល

ចុងក្រោយដែលទាក់ទងនឹងការព្យាករណ៍រយៈពេលចុងក្រោយនៃជំងឺរបស់អ្នក។ អ្នកមិនចាំបាច់បង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាទាំងនេះទេ។

សម្រាប់សេវាដែលមានធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare ផ្នែក A ឬ Medicare ផ្នែក B ដែលមិនទាក់ទងនឹងការព្យាករណ៍រយៈពេលចុងក្រោយនៃជំងឺរបស់អ្នក

- អ្នកផ្តល់សេវានឹងចេញវិក្កយបត្រជូន Medicare សម្រាប់សេវារបស់អ្នក។ Medicare នឹងបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាដែលត្រូវបានរ៉ាប់រងដោយ Medicare ផ្នែក A ឬ Medicare ផ្នែក B។ អ្នកមិនចាំបាច់បង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាទាំងនេះទេ។

សម្រាប់ឱសថដែលមិនមានការធានារ៉ាប់រងដោយអត្ថប្រយោជន៍ Medicare ផ្នែក D ក្នុងគម្រោងរបស់យើង

- ឱសថមិនត្រូវបានធានារ៉ាប់រងទាំងនៅមន្ទីរពេទ្យថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយ និងគម្រោងរបស់យើងក្នុងពេលតែមួយបានទេ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមមើល **ជំពូកទី 5** នៃសៀវភៅណែនាំសមាជិករបស់អ្នក។

ចំណាំ៖ ប្រសិនបើអ្នកមានជំងឺធ្ងន់ធ្ងរ អ្នកអាចមានសិទ្ធិទទួលបានការថែទាំបំបាត់ការឈឺចាប់ ដែលផ្តល់ការថែទាំផ្តោតលើអ្នកជំងឺ និងគ្រួសារជាក្រុម ដើម្បីលើកកម្ពស់គុណភាពជីវិតរបស់អ្នក។ អ្នកអាចទទួលបានការថែទាំបំបាត់ការឈឺចាប់ក្នុងពេលតែមួយជាមួយនឹងការថែទាំឱ្យជាសះស្បើយ/ជាប្រចាំ។ សូមមើលផ្នែកថែទាំបំបាត់ការឈឺចាប់ខាងលើសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។

ចំណាំ៖ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការការថែទាំដែលមិនមែននៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយ សូមទូរសព្ទទៅអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នកដើម្បីរៀបចំសេវានេះ។ ការថែទាំមិនស្ថិតក្នុងមន្ទីរពេទ្យថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយ គឺជាការថែទាំដែលមិនពាក់ព័ន្ធជាមួយនឹងការព្យាករណ៍រយៈចុងក្រោយនៃជំងឺរបស់អ្នក។

G4. សេវាជួយទ្រទ្រង់តាមផ្ទះ (IHSS)

- កម្មវិធីសេវាការគាំទ្រក្នុងផ្ទ (IHSS) នឹងជួយបង់ថ្លៃសេវាដែលបានផ្តល់ជូនទៅអ្នក ដូច្នេះហើយអ្នកអាចនៅតែបន្តស្នាក់នៅក្នុងផ្ទះរបស់អ្នកផ្ទាល់ដោយសុវត្ថិភាព។ IHSS គឺត្រូវបានចាត់ទុកថាជាជម្រើសបែបផ្សេងចំពោះការថែទាំនៅក្រៅផ្ទះ ដូចជាមជ្ឈមណ្ឌលថែទាំអ្នកជំងឺ ឬមជ្ឈមណ្ឌលផ្តល់អាហារ និងថែទាំ។

- ប្រភេទសេវាដែលអាចទទួលបានការអនុញ្ញាតតាមរយៈ IHSS គឺការសម្អាតផ្ទះសម្បែង ការរៀបចំអាហារ ការបោកអ៊ុត ការទិញគ្រឿងទេស សេវាថែទាំបុគ្គល (ដូចជាការថែទាំពេលបត់ជើងតូច និងបត់ជើងធំ ការងូតទឹក ការស្លៀកពាក់ និងសេវាអមវេជ្ជសាស្ត្រ) ការអមដំណើរទៅកាន់ការណាត់ជួបផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ និងការគ្រប់គ្រងដើម្បីផ្តល់ការការពារសម្រាប់អ្នកដែលមានពិការភាពផ្លូវចិត្ត។

- អ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នកអាចជួយអ្នកដាក់ពាក្យសុំ IHSS ជាមួយទីភ្នាក់ងារសេវាសង្គមកិច្ចប្រចាំខោនធីរបស់អ្នក។ អ្នកក៏អាចទាក់ទងការិយាល័យ IHSS នៅខោនធី Los Angeles តាមរយៈលេខ (888) 944-4477 និងការិយាល័យ IHSS នៅខោនធី San Diego តាមរយៈលេខ (800) 339-4661 ដើម្បីដាក់ពាក្យ។

G5. កម្មវិធីអនុគ្រោះលើសេវាតាមផ្ទះ និងសហគមន៍(HCBS) ផ្នែក 1915(c)

កម្មវិធីអនុគ្រោះសម្រាប់ការរស់នៅមានជំនួយ (ALW)

- កម្មវិធីអនុគ្រោះសម្រាប់ការរស់នៅមានជំនួយ (ALW) ផ្តល់ឱ្យអ្នកទទួលអត្ថប្រយោជន៍ដែលមានសិទ្ធិទទួលបាន Medi-Cal នូវជម្រើសនៃការស្នាក់នៅក្នុងកន្លែងរស់នៅដែលមានជំនួយ ជាជម្រើសមួយសម្រាប់ការដាក់ឱ្យនៅមជ្ឈមណ្ឌលថែទាំសុខភាពរយៈពេលវែង។ គោលបំណងរបស់ ALW គឺដើម្បីជួយសម្រួលដល់ការផ្លាស់ប្តូរមជ្ឈមណ្ឌលថែទាំសុខភាពដែលត្រូវចេញទៅផ្ទះ និងមជ្ឈដ្ឋានសហគមន៍វិញ ឬរារាំងការទទួលយកមជ្ឈមណ្ឌលថែទាំសុខភាពជំនាញ សម្រាប់អ្នកទទួលផល ជាមួយនឹងតម្រូវការដែលជិតមកដល់សម្រាប់ការចូលមជ្ឈមណ្ឌលថែទាំសុខភាពនោះ។
- សមាជិកដែលបានចុះឈ្មោះក្នុង ALW អាចបន្តចុះឈ្មោះក្នុង ALW ខណៈពេលដែលទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ដែលផ្តល់ដោយគម្រោងរបស់យើងផងដែរ។ គម្រោងរបស់យើងធ្វើការជាមួយទីភ្នាក់ងារសម្របសម្រួលការថែទាំ ALW របស់អ្នកដើម្បីសម្របសម្រួលសេវាដែលអ្នកទទួលបាន។
- អ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នកអាចជួយអ្នកដាក់ពាក្យសុំ ALW។ អ្នកអាចស្វែងរកទីភ្នាក់ងារក្នុងមូលដ្ឋានដែលអាចសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នកសម្រាប់កម្មវិធី ALW បាននៅទីនេះ៖ dhcs.ca.gov/services/ltc/Documents/Care-Coordination-Agencies.pdf។

កម្មវិធីអនុគ្រោះលើ HCBS រដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ាសម្រាប់ជនពិការផ្នែកលូតលាស់

កម្មវិធីអនុគ្រោះលើការសម្រេចដោយខ្លួនឯង (SDP) រដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ាសម្រាប់បុគ្គលដែលជាជនពិការផ្នែកលូតលាស់

- ការអនុគ្រោះ 1915(c) មានចំនួនពីរគឺការអនុគ្រោះ HCBS-DD និងការអនុគ្រោះ SDP ដែលផ្តល់សេវានុស្សដែលត្រូវបានធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យថា មានពិការភាពផ្នែកលូតលាស់ដែលចាប់ផ្តើមមុនគម្រប់ខួបទី 18 របស់បុគ្គលនោះ ហើយត្រូវបានគេរំពឹងថានឹងបន្តដោយគ្មានកំណត់។ កម្មវិធីលើកលែងទាំងពីរនេះគឺជាមធ្យោបាយមួយដើម្បីផ្តល់មូលនិធិដល់សេវាលាក់មួយចំនួនដែលអនុញ្ញាតឱ្យជនមានពិការភាពផ្នែកលូតលាស់អាចបន្តរស់នៅក្នុងផ្ទះ ឬនៅក្នុងសហគមន៍ ជាជាងរស់នៅក្នុងមជ្ឈ មណ្ឌលសុខភាពដែលមានអាជ្ញាបណ្ណ។ ថ្លៃចំណាយសម្រាប់សេវានេះត្រូវបានផ្តល់មូលនិធិរួម

គ្នាដោយកម្មវិធី Medicaid របស់រដ្ឋាភិបាលសហព័ន្ធ និងរដ្ឋ California។ អ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នកអាចជួយភ្ជាប់អ្នកទៅសេវាការអនុគ្រោះ DD។

កម្មវិធីអនុគ្រោះលើជម្មើសនៅតាមផ្ទះ និងសហគមន៍ (HCBA)

- ការអនុគ្រោះ HCBA ផ្តល់សេវាគ្រប់គ្រងការថែទាំដល់បុគ្គលដែលមានហានិភ័យសម្រាប់ការថែទាំនៅមជ្ឈមណ្ឌលថែទាំមនុស្សចាស់ ឬការដាក់នៅស្ថាប័ន។ សេវាគ្រប់គ្រងការថែទាំត្រូវបានផ្តល់ជូនដោយក្រុមការងារផ្នែកគ្រប់គ្រងការថែទាំពហុជំនាញរបស់គិលានុបដ្ឋាយិកា និងបុគ្គលិកសង្គមកិច្ច។ ក្រុមការងារសម្របសម្រួលសេវាលើការពោះបង់ និងគម្រោងរដ្ឋ (ដូចជាវេជ្ជសាស្ត្រ សុខភាពខាងអាកប្បកិរិយា សេវាជួយទ្រទ្រង់តាមផ្ទះ ។ល។) និងរៀបចំសម្រាប់សេវាជួយទ្រទ្រង់រយៈពេលវែងផ្សេងទៀតដែលមាននៅក្នុងសហគមន៍មូលដ្ឋាន។ ការគ្រប់គ្រងការថែទាំ និងសេវាការអនុគ្រោះត្រូវបានផ្តល់ជូននៅក្នុងលំនៅឋានសហគមន៍របស់អ្នកចូលរួម។ លំនៅឋាននេះអាចជា កម្មសិទ្ធិឯកជនដែលធានាបានតាមរយៈការរៀបចំកិច្ចសន្យាជួលរបស់អ្នកជួល ឬលំនៅឋានរបស់សមាជិកគ្រួសាររបស់អ្នកចូលរួម។

- សមាជិកដែលបានចុះឈ្មោះក្នុង HCBA Waiver អាចបន្តចុះឈ្មោះក្នុង HCBA Waiver ខណៈពេលដែលទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ដែលផ្តល់ដោយគម្រោងរបស់យើងផងដែរ។ គម្រោងរបស់យើងធ្វើការជាមួយទីភ្នាក់ងារការអនុគ្រោះ HCBA របស់អ្នកដើម្បីសម្របសម្រួលសេវាដែលអ្នកទទួលបាន។

- អ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នកអាចជួយអ្នកដាក់ពាក្យសុំ MCWP។
    - អាស្រ័យលើលេខកូដតំបន់របស់អ្នកនៅក្នុងខោនធី Los Angeles ទាំង Partners in Care ឬ Access TLC គឺជាទីភ្នាក់ងារ HCBA ក្នុងតំបន់របស់អ្នក។ ដើម្បីស្វែងយល់ថាតើទីភ្នាក់ងារមួយណាដែលជួយតាមលេខកូដតំបន់ដែលអ្នករស់នៅ សូមចូលមើល៖ https://www.dhcs.ca.gov/services/ltc/Pages/Home-and-Community-Based-(HCB)-Alternatives-Waiver.aspx
        - សូមទូរសព្ទទៅ Partners in Care តាមរយៈលេខ (800) 251-6764
        - សូមទូរសព្ទទៅ Access TLC តាមរយៈលេខ (800) 852-9887
    - San Ysidro Health គឺជាទីភ្នាក់ងារ HCBA ប្រចាំតំបន់របស់ខោនធី San Diego។ សូមទូរសព្ទទៅ San Ysidro Health តាមរយៈលេខ (833) 503-5910 ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 5 ល្ងាច ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ។

កម្មវិធីអនុគ្រោះ Medi-Cal (MCWP)

- កម្មវិធីអនុគ្រោះ Medi-Cal (MCWP) ផ្តល់ការគ្រប់គ្រងករណីយ៉ាងទូលំទូលាយ និងសេវាថែទាំដោយផ្ទាល់ដល់បុគ្គលដែលកំពុងរស់នៅមានផ្ទុកមេរោគ HIV ដោយផ្តល់ជាជម្រើសជំនួសឱ្យការថែទាំនៅមជ្ឈមណ្ឌលថែទាំសុខភាព ឬការសម្រាកព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យ។ ការគ្រប់គ្រងករណី គឺជាវិធីសាស្ត្រជាក្រុមផ្តោតលើអ្នកចូលរួមដែលមានគិលានុបដ្ឋាយិកាដែលបានចុះឈ្មោះ និងអ្នកគ្រប់គ្រងករណីការងារសង្គម។ អ្នកគ្រប់គ្រងករណីនឹងធ្វើការជាមួយអ្នកចូលរួម និងអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំបឋម គ្រួសារ អ្នកថែទាំ និងអ្នកផ្តល់សេវាផ្សេងទៀត ដើម្បីវាយតម្លៃតម្រូវការ ថែទាំដើម្បីរក្សាអ្នកចូលរួមនៅក្នុងផ្ទះ និងសហគមន៍របស់ពួកគេ។
- គោលបំណងរបស់ MCWP គឺ៖ (1) ផ្តល់សេវាតាមផ្ទះ និងសហគមន៍សម្រាប់អ្នកផ្ទុកមេរោគ HIV ដែលអាចត្រូវការសេវាពីស្ថាប័ន។ (2) ជួយអ្នកចូលរួមដែលមានផ្ទុកមេរោគ HIV ក្នុងការគ្រប់គ្រងសុខភាព។ (3) បង្កើនលទ្ធភាព ទទួលបានការគាំទ្រសុខភាពសង្គម និងអាកប្ប កិរិយា និង (4) សម្របសម្រួលអ្នកផ្តល់សេវា និងលុបសេវាដែលមានជាន់គ្នាចេញមួយ។
- សមាជិកដែលបានចុះឈ្មោះក្នុង MCWP Waiver អាចបន្តចុះឈ្មោះក្នុង MCWP Waiver ខណៈពេលដែលទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ដែលផ្តល់ដោយគម្រោងរបស់យើងផងដែរ។ គម្រោងរបស់យើងធ្វើការជាមួយទីភ្នាក់ងារការអនុគ្រោះ MCWP របស់អ្នកដើម្បីសម្របសម្រួលសេវាដែលអ្នកទទួលបាន។
- អ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នកអាចជួយអ្នកដាក់ពាក្យសុំ MCWP។ ប្រព័ន្ធព័ត៌មានជំងឺអេដស៍ និងវាយតម្លៃនៅមូលដ្ឋាន (ARIES) បើកពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ចាប់ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 5:00 ល្ងាច (ម៉ោងនៅប៉ាស៊ីហ្វិក)។ ដើម្បីទាក់ទងទៅផ្នែកជំនួយ៖
  - ទូរសព្ទទៅលេខ 1-866-411-ARIES (2743) ឬ
  - ដាក់បញ្ជូនសំណើរទៅផ្នែកជំនួយ ARIES ដោយផ្ញើអ៊ីមែលទៅកាន់ aries@cdph.ca.gov ហើយរួមបញ្ចូលឈ្មោះ ទីភ្នាក់ងារ លេខទូរសព្ទ សំណួរ/បញ្ហារបស់អ្នក។ កុំបញ្ចូលព័ត៌មានអតិថិជនណាមួយ។

កម្មវិធីសេវាពហុគោលបំណងសម្រាប់មនុស្សចាស់ (MSSP)

- កម្មវិធីសេវាកម្មពហុគោលបំណងសម្រាប់មនុស្សចាស់ (MSSP)ផ្តល់ទាំងសេវាថែទាំសុខភាព និងសង្គម ដើម្បីជួយដល់បុគ្គលម្នាក់ៗបន្តរស់នៅក្នុងផ្ទះ និងសហគមន៍របស់ពួកគេ ។
- ខណៈពេលដែលអ្នកចូលរួមកម្មវិធីភាគច្រើនក៏ទទួលបានសេវាជួយទ្រទ្រង់តាមផ្ទះផងដែរ MSSP នឹងផ្តល់ការសម្របសម្រួលការថែទាំជាបន្តបន្ទាប់ ភ្ជាប់អ្នកចូលរួមទៅនឹងសេវា និងធនធានសហគមន៍ដែលត្រូវការផ្សេងទៀត សម្របសម្រួលជាមួយអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាព និងទិញសេវាដែលត្រូវការមួយចំនួនដែលមិនមានដើម្បីបង្ការ ឬពន្យារពេលការចូលក្នុងកន្លែង

ថែទាំ។ ថ្លៃចំណាយរួមប្រចាំឆ្នាំសរុបនៃការគ្រប់គ្រងការថែទាំ និងសេវាផ្សេងទៀតត្រូវតែទាបជាងថ្លៃចំណាយក្នុងការទទួលបានការថែទាំនៅក្នុងមជ្ឈមណ្ឌលថែទាំជំនាញ។

- ក្រុមអ្នកមានវិជ្ជាជីវៈផ្នែកសុខភាព និងសេវាសង្គមកិច្ចផ្តល់ឱ្យអ្នកចូលរួម MSSP ម្នាក់ៗនូវការវាយតម្លៃសុខភាព និងសង្គមផ្លូវចិត្តពេញលេញ ដើម្បីកំណត់សេវាដែលត្រូវការ។ បន្ទាប់មកក្រុមការងារនេះធ្វើការជាមួយអ្នកចូលរួម MSSP គ្រូពេទ្យ ក្រុមគ្រួសាររបស់ពួកគេ និងអ្នកដទៃទៀតដើម្បីបង្កើតគម្រោងថែទាំជាលក្ខណៈបុគ្គល។ សេវារួមមាន៖
    - ការគ្រប់គ្រងការថែទាំ
    - កម្មវិធីថែទាំពេលថ្ងៃសម្រាប់មនុស្សពេញវ័យ
    - ការជួសជុល/ថែទាំផ្ទះតិចតួច
    - ការងារបន្ថែមនៅតាមផ្ទះ ការថែទាំផ្ទាល់ខ្លួន និងសេវាត្រួតពិនិត្យការការពារ
    - សេវាថែទាំបណ្តោះអាសន្ន
    - សេវាមធ្យោបាយធ្វើដំណើរ
    - ការប្រឹក្សាយោបល់ និងសេវាព្យាបាល
    - សេវាអាហារ
    - សេវាការប្រាស្រ័យទាក់ទង
- សមាជិកដែលបានចុះឈ្មោះក្នុង MSSP Waiver អាចបន្តចុះឈ្មោះក្នុង MSSP Waiver ខណៈពេលដែលទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ដែលផ្តល់ដោយគម្រោងរបស់យើងផងដែរ។ គម្រោងរបស់យើងធ្វើការជាមួយអ្នកផ្តល់សេវា MSSP របស់អ្នកដើម្បីសម្របសម្រួលសេវាដែលអ្នកទទួលបាន។
- អ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នកអាចជួយអ្នកដាក់ពាក្យសុំ MSSP។ អ្នកអាចស្វែងរកអ្នកផ្តល់សេវា MSSP នៅក្នុងតំបន់របស់អ្នកដោយទូរសព្ទទៅនាយកដ្ឋានសេវាមនុស្សចាស់នៃរដ្ឋ California តាមលេខ 1-800-510-2020 ឬដោយជ្រើសរើសខោនធីរបស់អ្នកនៅលើទំព័រ ស្វែងរកសេវានៅក្នុងខោនធីរបស់ខ្ញុំ នៅគេហទំព័ររបស់នាយកដ្ឋានសេវាមនុស្សចាស់នៃរដ្ឋ California https://aging.ca.gov/Find_Services_in_My_County/#tblServicesInMyCounty

G6. សេវាថែទាំសុខភាពផ្លូវចិត្តប្រចាំខោនធីដែលបានផ្តល់ជូននៅខាងក្រៅគម្រោងរបស់យើង (សេវាថែទាំសុខភាពផ្លូវចិត្ត និងសេវាព្យាបាលលើបញ្ហាប្រើប្រាស់សារធាតុញៀន)

អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានសេវាសុខភាពផ្លូវចិត្តដែលចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដែល Medicare និង Medi-Cal ធានារ៉ាប់រង។ យើងផ្តល់សិទ្ធិទទួលបានសេវាសុខភាពផ្លូវចិត្តដែលតដែលបានធានារ៉ាប់រងដោយការថែទាំដែលគ្រប់គ្រងដោយ Medicare និង Medi-Cal។ គម្រោងរបស់យើងមិនផ្តល់សេវាព្យាបាលពីអ្នកជំនាញឯកទេសសុខភាពផ្លូវចិត្តតាមរយៈ Medi-Cal ឬសេវាព្យាបាលលើបញ្ហាប្រើប្រាស់សារធាតុញៀនក្នុងខោនធីទេ ប៉ុន្តែសេវាទាំងនេះមានសម្រាប់អ្នកតាមរយៈទីភ្នាក់ងារថែទាំសុខភាពផ្លូវចិត្តប្រចាំខោនធី។

សេវាសុខភាពផ្លូវចិត្តពិសេសរបស់ Medi-Cal មានសម្រាប់អ្នកតាមរយៈគម្រោងថែទាំសុខភាពផ្លូវចិត្ត (MHP) ប្រចាំខោនធី ប្រសិនបើអ្នកបំពេញបានតាមលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យ ដើម្បីទទួលបានសិទ្ធិទទួលបានសេវាសុខភាពផ្លូវចិត្តពិសេស។ សេវាព្យាបាលពីអ្នកជំនាញឯកទេសសុខភាពផ្លូវចិត្តតាមរយៈ Medi-Cal ដែលផ្តល់ជូនដោយ MHP ប្រចាំខោនធីរបស់អ្នក រួមមាន៖

- សេវាសុខភាពផ្លូវចិត្ត
- សេវាយផ្នែកឱសថ
- ការព្យាបាលបន្ទាន់ពេលថ្ងៃ
- ការស្តារនីតិសម្បទានៅពេលថ្ងៃ
- សេវាអន្តរាគមន៍
- ការជួយដោះស្រាយវិបត្តិឱ្យមានប្រក្រតីភាព
- សេវាព្យបាលនៅផ្ទះសម្រាប់មនុស្សពេញវ័យ
- សេវាព្យបាលនៅផ្ទះសម្រាប់ដោះស្រាយវិបត្តិផ្លូវចិត្ត
- សេវាផ្តល់កន្លែងថែទាំព្យាបាលសុខភាពខួរក្បាល
- សេវាព្យាបាលអ្នកជំងឺវិកលចរិកក្នុងមន្ទីរពេទ្យ
- ការគ្រប់គ្រងករណីគោលដៅ
- សេវាព្យាបាលអាកប្បកិរិយា
- ការសម្របសម្រួលការថែទាំហ្មត់ចត់

- សេវាព្យាបាលជំងឺតាមផ្ទះហ្មត់ចត់

សេវាប្រព័ន្ធដឹកជញ្ជូនដែលរៀបចំដោយ Drug Medi-Cal មានសម្រាប់អ្នកតាមរយៈទីភ្នាក់ងារថែទាំសុខភាពផ្លូវចិត្តប្រចាំខោនធីរបស់អ្នក ប្រសិនបើអ្នកបំពេញតាមលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យដើម្បីទទួលបានសេវាទាំងនេះ។ សេវា Drug Medi-Cal ដែលផ្តល់ជូនដោយខោនធីរបស់អ្នក រួមមាន៖

- សេវាព្យាបាលអ្នកជំងឺឥតដេកពេទ្យធ្ងន់ធ្ងរ
- ការព្យាបាលសម្រាប់ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ និងស្ត្រីទើបសម្រាលកូន ដែលមានបញ្ហាញៀនសារធាតុ ដែលរស់នៅក្នុងមណ្ឌលថែទាំ
- សេវាព្យាបាលដែលមិនចាំបាច់សម្រាកនៅមន្ទីរពេទ្យ
- កម្មវិធីព្យាបាលការញៀនថ្នាំញៀនដោយប្រើប្រាស់ថ្នាំ
- ឱសថសម្រាប់ព្យាបាលការញៀន (ក៏ហៅថា ការព្យាបាលដែលបានជួយដោយការប្រើឱសថ)

សេវាប្រព័ន្ធដឹកជញ្ជូនថ្នាំដែលរៀបចំដោយ Medi-Cal រួមមាន៖

- សេវាព្យាបាលដែលមិនចាំបាច់សម្រាកនៅមន្ទីរពេទ្យ
- សេវាព្យាបាលអ្នកជំងឺឥតដេកពេទ្យធ្ងន់ធ្ងរ
- ឱសថសម្រាប់ព្យាបាលការញៀន (ក៏ហៅថា ការព្យាបាលដែលបានជួយដោយការប្រើឱសថ)
- សេវាព្យបាលនៅផ្ទះ
- សេវាគ្រប់គ្រងរោគសញ្ញាបណ្តាលមកពីការឈប់ប្រើប្រាស់សារធាតុញៀន
- កម្មវិធីព្យាបាលការញៀនថ្នាំញៀនដោយប្រើប្រាស់ថ្នាំ
- សេវាសម្រាប់ការជាសះស្បើយ
- ការសម្របសម្រួលការថែទាំ

បន្ថែមពីលើសេវាដែលបានរាយខាងលើ អ្នកអាចមានសិទ្ធិទទួលបានសេវាបន្សាបជាតិពុលសម្រាប់អ្នកជំងឺសម្រាកក្នុងមន្ទីរពេទ្យដោយស្ម័គ្រចិត្ត ប្រសិនបើអ្នកបំពេញតាមលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យ។

ភាពអាចរកបាននៃសេវាសុខភាពផ្លូវចិត្ត

អ្នកមានសេវាដ៏ទូលំទូលាយយ៉ាងច្រើន ដែលមានសម្រាប់អ្នក។ អ្នកអាចបញ្ជូនបន្តដោយខ្លួនឯងទៅកាន់អ្នកផ្តល់សេវាដែលចុះកិច្ចសន្យា ហើយក៏អាចបញ្ជូនបន្តដោយ PCP សមាជិកគ្រួសាររបស់អ្នកជាដើម។ មិនថាអ្នក

ទាក់ទងតាមរយៈ "ផ្លូវណាក៏ដោយ" អ្នកនឹងត្រូវបានណែនាំទៅកាន់សេវាដែលសមស្របសម្រាប់អ្នក។ អ្នកអាចទាក់ទងតាមផ្នែកខាងក្រោមសម្រាប់ជំនួយដើម្បីទទួលបានសេវា៖

- ខ្សែទូរសព្ទបញ្ជូនបន្ត និងផ្នែកវិបត្តិនៃខោនធី (សូមមើលជំពូកទី 2 ផ្នែក K នៅក្នុងសៀវភៅណែនាំសមាជិកនេះសម្រាប់លេខទូរសព្ទ និងម៉ោងធ្វើការ)
- ការិយាល័យបង្ការ និងគ្រប់គ្រងការប្រើប្រាស់សារធាតុញៀននៃក្រសួងសុខាភិបាល សាធារណៈ ខោនធី Los Angeles (សូមទូរសព្ទទៅលេខ 888-742-7900 (TTY: 711) 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។
- សុខភាពអាកប្បកិរិយាប្រចាំ San Diego – សេវាបញ្ឈប់ការប្រើប្រាស់សារធាតុញៀន (សូមទូរសព្ទទៅលេខ 888-724-7240 (TTY: 711) 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។
- ខ្សែទូរសព្ទផ្នែកសេវាសុខភាពផ្លូវចិត្តរបស់គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan (សូមមើល**ជំពូកទី 2 ផ្នែក D** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះសម្រាប់លេខទូរសព្ទ និងម៉ោងធ្វើការ)
- សេវាបម្រើអតិថិជន Blue Shield TotalDual Plan (លេខទូរសព្ទ និងម៉ោងប្រតិបត្តិការត្រូវបានបោះពុម្ពនៅខាងក្រោមទំព័រនេះ)

ដំណើរការដើម្បីកំណត់សេវាដែលចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ

ភាពចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រត្រូវបានកំណត់ដោយអ្នកផ្តល់សេវាដែលមានអាជ្ញាបណ្ណត្រឹមត្រូវ។ លក្ខណៈវិនិច្ឆ័យចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រត្រូវបានប្រើប្រាស់ដោយ Blue Shield TotalDual Plan និងខោនធី ត្រូវបានបង្កើតឡើងដោយអ្នកជំនាញផ្នែកសុខភាពផ្លូវចិត្ត និងអ្នកពាក់ព័ន្ធផ្សេងទៀត ហើយត្រូវគ្នាទៅនឹងលក្ខខណ្ឌតម្រូវនៃបទប្បញ្ញត្តិ។

ដំណើរការបញ្ជូនបន្តរវាងគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan និងខោនធី

ប្រសិនបើអ្នកកំពុងទទួលបានសេវាពីគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan ឬខោនធី អ្នកអាចត្រូវបានបញ្ជូនទៅអង្គភាពផ្សេងទៀតដែលស្របតាមតម្រូវការរបស់អ្នក។ គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan ឬខោនធីអាចបញ្ជូនអ្នកដោយទូរសព្ទទៅអង្គភាពដែលការបញ្ជូនបន្តកំពុងត្រូវបានធ្វើឡើង។ ទម្រង់បែបបទនៃការបញ្ជូនបន្តក៏ត្រូវបំពេញដោយអ្នកផ្តល់សេវាដែលធ្វើការបញ្ជូន ហើយវាត្រូវផ្ញើទៅកាន់អង្គភាពដែលអ្នកកំពុងត្រូវបានគម្រោងបញ្ជូនទៅ។

ដំណើរការក្នុងការដោះស្រាយបញ្ហា

ប្រសិនបើមានជម្លោះរវាងអ្នក និងខោនធី ឬគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan អ្នកនឹងបន្តទទួលបានការថែទាំសុខភាពផ្លូវចិត្តដែលចាំបាច់ រួមទាំងមានវេជ្ជបញ្ជា រហូតដល់ជម្លោះត្រូវបានដោះស្រាយ។ គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan បានធ្វើការជាមួយខោនធី ដើម្បីបង្កើតដំណើរការក្នុងការដំណោះស្រាយ

ដែលទាន់ពេលវេលា ហើយមិនប៉ះពាល់អវិជ្ជមានដល់សេវាដែលអ្នកកំពុងត្រូវការទទួលបាន។ អ្នកក៏អាចប្រើដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan ឬខោនធី អាស្រ័យលើអង្គភាពដែលអ្នកកំពុងមានជម្លោះជាមួយ។

H. អត្ថប្រយោជន៍ដែលមិនត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយគម្រោងរបស់យើង Medicare ឬ Medi-Cal

ផ្នែកនេះនឹងបង្ហាញអ្នកអំពីអត្ថប្រយោជន៍ណាខ្លះមិនរួមបញ្ចូលក្នុងគម្រោងរបស់យើង។ "មិនរួមបញ្ចូល" មានន័យថា យើងខ្ញុំមិនបង់ប្រាក់ទូទាត់សម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍ទាំងនេះទេ។ Medicare និង Medi-Cal មិនបង់ប្រាក់សម្រាប់ពួកគេទេ។

បញ្ជីខាងក្រោមពណ៌នាអំពីសេវាករណីមួយចំនួនដែលយើងខ្ញុំមិនធានារ៉ាប់រង ក្រោមលក្ខខណ្ឌគ្រប់យ៉ាង និងសេវាមួយចំនួនដែលយើងខ្ញុំមិនរួមបញ្ចូលតែក្នុងករណីមួយចំនួនប៉ុណ្ណោះ។

យើងនឹងមិនបង់ថ្លៃជូនសម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍វេជ្ជសាស្ត្រដែលមិនរួមបញ្ចូល ដូចមានរាយនាមនៅក្នុងផ្នែកនេះ (ឬនៅកន្លែងផ្សេងណាមួយនៅក្នុងសៀវភៅណែនាំសម្រាប់សមាជិកនេះឡើយ) លើកលែងតែនៅក្រោមលក្ខខណ្ឌជាក់លាក់ដែលត្រូវបានរៀបរាប់តែប៉ុណ្ណោះ។ ប្រសិនបើអ្នកទទួលបានសេវាដែលផ្តល់សេវាសង្គ្រោះបន្ទាន់ក៏ដោយ គម្រោងនឹងមិនបង់ថ្លៃសេវាទេ។ បើអ្នកគិតថាគម្រោងរបស់យើងគួរតែបង់ប្រាក់ទូទាត់សម្រាប់សេវាណាមួយដែលមិនទទួលបានការធានារ៉ាប់រង អ្នកអាចស្នើសុំពាក្យបណ្តឹងបាន។ សម្រាប់ព័ត៌មានអំពីបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ សូមមើល **ជំពូកទី 9** នៃសៀវភៅណែនាំសមាជិករបស់អ្នក។

បន្ថែមពីលើការមិនគិតបញ្ចូល ឬការដាក់កម្រិតណាមួយដូចដែលបានរៀបរាប់នៅក្នុងតារាងអត្ថប្រយោជន៍ គម្រោងរបស់យើងមិនធានារ៉ាប់រងលើសម្ភារៈ និងសេវាខាងក្រោមនេះទេ៖

- សេវាដែលបានចាត់ទុកថាមិន "សមហេតុផល និងចាំបាច់ខាងផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ" ដោយយោងទៅតាម Medicare និង Medi-Cal លុះត្រាតែយើងបានរាយបញ្ជីជាសេវាដែលមានការធានារ៉ាប់រង
- ការព្យាបាលផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ និងការវះកាត់ពិសោធ សម្ភារ និងឱសថ លុះត្រាតែ Medicare ការសិក្សាស្រាវជ្រាវអំពីការព្យាបាលដែលទទួលបានការអនុញ្ញាតពី Medicare ឬគម្រោងរបស់យើងធានារ៉ាប់រងទៅលើសេវាទាំងនោះ។ សូមមើល **ជំពូកទី 3** នៃសៀវភៅណែនាំសមាជិករបស់អ្នកសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមលើការសិក្សាស្រាវជ្រាវគ្លីនិក។ ការព្យាបាលពិសោធន៍ និងវត្ថុគឺជា អ្វីៗមិនទទួលស្គាល់ជាទូទៅដោយសហគមន៍ពេទ្យ។
- ការព្យាបាលដោយវះកាត់សម្រាប់ជំងឺធាត់ លើកលែងតែនៅពេលសេវានេះមានភាពចាំបាច់ខាងផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ ហើយ Medicare បង់ថ្លៃសេវានេះ
- បន្ទប់ឯកជននៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យ លើកលែងនៅពេលមានភាពចាំបាច់ខាងផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ
- គិលានុបដ្ឋាយិកាតួនាទីឯកជន

- សម្ភារផ្ទាល់ខ្លួននៅក្នុងបន្ទប់របស់អ្នកនៅមន្ទីរពេទ្យ ឬនៅមជ្ឈមណ្ឌលថែទាំសុខភាព ដូចជា ទូរសព្ទ ឬទូរទស្សន៍ជាដើម
- សេវាថែទាំអ្នកជំងឺពេញម៉ោងនៅក្នុងលំនៅឋានរបស់អ្នក
- ថ្លៃសេវាដែលត្រូវគិតថ្លៃដោយសាច់ញាតិជិត ឬសមាជិកគ្រួសាររបស់អ្នក
- នីតិវិធី ឬសេវាសម្រាំង ឬដោយស្ម័គ្រចិត្ត (រួមមានការសម្រកទម្ងន់ ការបណ្តុះសក់ សមត្ថភាពផ្លូវភេទ សមត្ថភាពអត្តពលកម្ម គោលបំណងកែសម្ផស្ស ការពារភាពចាស់មុនអាយុ និងសមត្ថភាពផ្លូវចិត្ត) លើកលែងតែនៅពេលចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ
- សេវាវះកាត់កែសម្ផស្ស ឬការងារកែសម្ផស្សផ្សេងៗទៀត លើលែងតែមានភាពចាំបាច់ដោយសារតែមានគ្រោះថ្នាក់ដោយចៃដន្យ ឬដើម្បី ពង្រឹងផ្នែកនៃរាងកាយដែលមិនមានទម្រង់ត្រឹមត្រូវ។ ទោះបីជាយ៉ាងណា យើងនឹងបង់ប្រាក់ទូទាត់សម្រាប់សេវាបង្កើនទំហំសុដន់ឡើងវិញក្រោយពេលវះកាត់សុដន់រួច និងសម្រាប់ការព្យាបាលជំងឺសុដន់ផ្សេងៗទៀត។
- សេវាចាប់សរសៃ លើកលែងការធ្វើសរសៃឆ្អឹងខ្នងដែលស្របតាមការណែនាំរបស់គម្រោងធានារ៉ាប់រង
- ការថែទាំជើងជាប្រចាំ លើកលែងតែដូចបានពណ៌នាក្នុងសេវាព្យាបាលសុខភាពជើងនៅក្នុងតារាងអត្ថប្រយោជន៍នៅក្នុង**ផ្នែក D** ប៉ុណ្ណោះ
- ស្បែកជើងទម្រាងកាយ លើកលែងតែស្បែកជើងនោះជាផ្នែកមួយនៃឧបករណ៍អបជើង និងត្រូវបានដាក់បញ្ចូលក្នុងថ្លៃចំណាយលើដែកអប ឬស្បែកជើងសម្រាប់អ្នកជំងឺជើងរ៉ាំរ៉ៃ
- ឧបករណ៍ទ្រទ្រង់ប្រអប់ជើង លើកលែងតែស្បែកជើងទម្រាងកាយ ឬស្បែកជើងសប្បនិមិត្ត សម្រាប់អ្នកជំងឺជើងរ៉ាំរ៉ៃ។
- សេវា Radial keratotomy សេវាវះកាត់ LASIK និងឧបករណ៍ជំនួយចក្ខុខ្សោយផ្សេងៗទៀត។
- ការផ្លាស់ប្តូរនីតិវិធីសម្អាតមេរោគ
- សេវាព្យាបាលរោគតាមរបៀបធម្មជាតិ (ការប្រើប្រាស់ថ្នាំព្យាបាលធម្មជាតិ ឬរបៀបព្យាបាលតាមជម្រើសផ្សេង)
- សេវាដែលត្រូវបានផ្តល់ឱ្យយុទ្ធជនក្នុងមជ្ឈមណ្ឌលកិច្ចការយុទ្ធជន (VA)។ ប៉ុន្តែ នៅពេលយុទ្ធជនណាម្នាក់ទទួលបានសេវាសង្គ្រោះបន្ទាន់នៅមន្ទីរពេទ្យ VA ហើយចំណែកនៃថ្លៃចូលរួមការចំណាយ VA មានចំនួនច្រើនជាងចំណែកនៃថ្លៃចូលរួមការចំណាយក្នុងគម្រោងរបស់យើងខ្ញុំ យើងខ្ញុំនឹងបង់ប្រាក់ទូទាត់ជូនយុទ្ធជនវិញតាមចំនួនដែលខុសគ្នា។ អ្នកនៅតែទទួលខុសត្រូវចំពោះចំនួនទឹកប្រាក់នៃចំណែកនៃថ្លៃចូលរួមការចំណាយរបស់អ្នក។

ជំពូកទី 5 ៖ ការទទួលបានឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាសម្រាប់អ្នកជំងឺមិនសម្រាកនៅមន្ទីរពេទ្យរបស់អ្នក

សេចក្តីផ្តើម

ជំពូកនេះពន្យល់អំពីបទបញ្ញត្តិសម្រាប់ការទទួលបានសឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាបសម្រាប់អ្នកជំងឺមិនស្នាក់ព្យាបាលរបស់អ្នក។ ឱសថទាំងនេះ គឺជាឱសថដែលអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំរបស់អ្នកធ្វើការបញ្ជាទិញជូនអ្នក ដែលអ្នកទទួលបានពីឱសថស្ថាន ឬដោយការបញ្ជាទិញតាមប្រៃសណីយ៍។ ឱសថទាំងនោះរួមមានទាំងឱសថដែលមានធានារ៉ាប់រងក្រោម Medicare ផ្នែក D និង Medi-Cal។ ពាក្យគន្លឹះ និងនិយមន័យនៃពាក្យគន្លឹះទាំងនេះបង្ហាញជាលំដាប់អក្ខរក្រមនៅក្នុងជំពូកចុងក្រោយនៃ សៀវភៅណែនាំសមាជិករបស់អ្នក។

យើងក៏ធានារ៉ាប់រងផងដែរចំពោះឱសថដូចខាងក្រោម បើទោះបីជាឱសថទាំងនេះ មិនបានយកមកពិភាក្សាក្នុងជំពូកនេះក៏ដោយ៖

- **ឱសថដែលធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare ផ្នែក A។** ទាំងនេះរួមបញ្ចូលទាំងឱសថមួយចំនួនដែលត្រូវបានផ្តល់ឱ្យអ្នកនៅពេលអ្នកស្ថិតនៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យឬមជ្ឈមណ្ឌលថែទាំសុខភាព។
- **ឱសថដែលធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare ផ្នែក B។** ទាំងនេះរួមបញ្ចូលទាំងឱសថព្យាបាលជំងឺមហារីកដោយគីមីមួយចំនួន ឱសថចាក់មួយចំនួនដែលបានផ្តល់ជូនអ្នកនៅខណៈពេលដែលអ្នកទៅជួបវេជ្ជបណ្ឌិត ឬអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាព ព្រមទាំងឱសថដែលបានផ្តល់ជូនអ្នកនៅឯគ្លីនិកលាងឈាម។ ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពីអ្វីដែលឱសថ Medicare ផ្នែក B ត្រូវបានធានារ៉ាប់រង សូមមើលតារាងអត្ថប្រយោជន៍នៅក្នុង **ជំពូកទី 4** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*របស់អ្នក។
- បន្ថែមពីលើការធានារ៉ាប់រង Medicare ផ្នែក D និងអត្ថប្រយោជន៍ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្ររបស់គម្រោង ឱសថរបស់អ្នកអាចត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយ Original Medicare ប្រសិនបើអ្នកស្ថិតនៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយរបស់ Medicare។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមមើល**ជំពូកទី 5** ផ្នែក F “ប្រសិនបើអ្នកស្ថិតនៅក្នុងកម្មវិធីមន្ទីរព្យាបាលអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយដែលមានការបញ្ជាក់ពី Medicare”។

បទបញ្ជាសម្រាប់ការធានារ៉ាប់រងឱសថសម្រាប់អ្នកជំងឺឥតដេកពេទ្យរបស់គម្រោងយើង

ជាធម្មតា យើងធានារ៉ាប់រងឱសថរបស់អ្នក លុះត្រាតែអ្នកអនុវត្តតាមបទបញ្ជានៅក្នុងផ្នែកនេះ។

អ្នកត្រូវតែមានអ្នកផ្តល់សេវា (វេជ្ជបណ្ឌិត ពេទ្យធ្មេញ ឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាផ្សេងទៀត) សរសេរវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ ដែលត្រូវតែមានសុពលភាពស្ថិតក្រោមច្បាប់រដ្ឋជាធរមាន។ មនុស្សម្នាក់នេះជាញឹកញាប់ គឺជាអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំបឋមរបស់អ្នក (PCP)។ ក៏អាចជាអ្នកផ្តល់សេវាផ្សេងមួយទៀតផងដែរ ប្រសិនបើ PCP របស់អ្នកបានបញ្ជូនបន្តអ្នកឱ្យទទួលការថែទាំនេះ។

អ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក **មិន** ត្រូវស្ថិតនៅក្នុងបញ្ជីមិនរាប់បញ្ចូល ឬបដិសេធរបស់ Medicare ឬបញ្ជីរបស់ Medi-Cal ស្រដៀងគ្នាណាមួយឡើយ។

អ្នកត្រូវប្រើឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញដើម្បីបំពេញវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក។ ឬអ្នកអាចបើកឱសថមានវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកតាមរយៈសេវាដឹកជញ្ជូនដល់ផ្ទះរបស់គម្រោង។

ឱសថត្រូវការវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកត្រូវតែស្ថិតក្នុង*បញ្ជីឱសថធានារ៉ាប់រងរបស់គម្រោង*។ យើងហៅបញ្ជីនេះដោយខ្លីថា "*បញ្ជីឱសថ*"។ (សូមមើល **ផ្នែក B** នៃជំពូកនេះ។)

- បើវាមិនមាននៅក្នុងបញ្ជីឱសថទេ យើងអាចនឹងធានារ៉ាប់រងវា ដោយផ្តល់ករណីលើកលែងដល់អ្នក។
- សូមមើល**ជំពូកទី 9** ដើម្បីស្វែងយល់អំពីការស្នើសុំករណីលើកលែង។
- សូមកត់សម្គាល់ផងដែរថាសំណើសុំធានារ៉ាប់រងលើឱសថមានវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកនឹងត្រូវបានវាយតម្លៃនៅក្រោមទាំងស្តង់ដាររបស់ Medicare និង Medi-Cal។

ឱសថរបស់អ្នក ត្រូវតែបានប្រើសម្រាប់ការបង្ហាញជាពេទ្យសាស្ត្រអាចទទួលស្គាល់បាន។ ចំណុចនេះមានន័យថាការប្រើប្រាស់ឱសថត្រូវមានការយល់ព្រមពីការិយាល័យរដ្ឋបាលចំណីអាហារ និងឱសថ (FDA) ឬក៏មានការគាំទ្រពីអំណះអំណាងវេជ្ជសាស្ត្រជាក់លាក់។ វេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកប្រហែលជាអាចជួយកំណត់អត្តសញ្ញាណឯកសារយោងវេជ្ជសាស្ត្រដើម្បីគាំទ្រដល់ការប្រើប្រាស់ឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាដែលបានស្នើសុំ។ ឱសថត្រូវបានប្រើដើម្បីព្យាបាលអាការជំងឺមិនត្រូវបានគាំទ្រដោយរដ្ឋបាលចំណីអាហារ និងឱសថ (FDA) ទេ ឬសៀវភៅជាឯកសារយោងត្រូវបានបៅថា ការបង្ហាញ "ការប្រើក្រៅផ្លូវការ"។ ឱសថដែលបានប្រើសម្រាប់ការបង្ហាញ "ការប្រើក្រៅផ្លូវការ" គឺមិនមែនជាសញ្ញាណនៃការទទួលយកផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រទេ ដូច្នេះមិនមែនជាអត្ថប្រយោជន៍ដែលមានការធានារ៉ាប់រងឡើយ លុះត្រាតែការប្រើប្រាស់ "ការប្រើក្រៅផ្លូវការ" នេះត្រូវបានលើកឡើងនៅក្នុងសៀវភៅយោងដែលបានអនុម័តដោយ CMS។

ឱសថរបស់អ្នកអាចតម្រូវឱ្យមានការអនុម័ត មុនពេលយើងនឹងធានារ៉ាប់រងលើឱសថនោះ។ សូមមើល **ផ្នែក C** នៅក្នុងជំពូកនេះ។

តារាងមាតិកា

A. ការបើកឱសថមានវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក 193

A1. ការបើកឱសថមានវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកនៅតាមឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញ 193

A2. ការប្រើបណ្ណសម្គាល់សមាជិករបស់អ្នកនៅពេលដែលអ្នកបំពេញវេជ្ជបញ្ជា 193

A3. អ្វីដែលត្រូវធ្វើ ប្រសិនបើអ្នកផ្លាស់ប្តូរឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញរបស់អ្នក 194

A4. តើត្រូវធ្វើយ៉ាងណា ប្រសិនបើឱសថស្ថានដែលអ្នកប្រើប្រាស់ចាកចេញពីបណ្តាញ 194

A5. ការប្រើឱសថស្ថានឯកទេស 194

A6. ការប្រើប្រាស់សេវាដឹកជញ្ជូនដល់ផ្ទះ ដើម្បីទទួលបានឱសថរបស់អ្នក 195

A7. ការទទួលបានការផ្គត់ផ្គង់ឱសថរយៈពេលវែង 197

A8. ការប្រើឱសថស្ថានដែលមិនមាននៅក្នុងបណ្តាញគម្រោងរបស់យើង 197

A9. ការទូទាត់សងប្រាក់អ្នកវិញសម្រាប់ថ្លៃឱសថមានវេជ្ជបញ្ជា 198

B. *បញ្ជីឱសថ*ពីគម្រោងរបស់យើង 198

B1. ឱសថនៅក្នុងបញ្ជីឱសថរបស់យើង 199

B2. របៀបស្វែងរកឱសថនៅក្នុង*បញ្ជីឱសថ*របស់យើង 199

B3. ឱសថមិនមាននៅក្នុង *បញ្ជីឱសថ*របស់យើង 200

B4. កម្រិតថ្នាក់នៃចំណែកនៃថ្លៃចូលរួមការចំណាយរបស់*បញ្ជីឱសថ* 201

C. ការកំណត់លើឱសថមួយចំនួន 202

D. មូលហេតុដែលឱសថរបស់អ្នកមិនត្រូវបានធានារ៉ាប់រង 204

D1. ការទទួលបានការផ្គត់ផ្គង់បណ្តោះអាសន្ន 204

D2. ការស្នើសុំការផ្គត់ផ្គង់បណ្តោះអាសន្ន 206

D3. ការស្នើសុំករណីលើកលែង 206

E. ការផ្លាស់ប្តូរការធានារ៉ាប់រងលើឱសថរបស់អ្នក 207

F. ការរ៉ាប់រងលើឱសថក្នុងករណីពិសេស 209

F1. នៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យ ឬមជ្ឈមណ្ឌលថែទាំជំនាញសម្រាប់ការស្នាក់នៅដែលគម្រោងរបស់យើងធានារ៉ាប់រង 209

F2. នៅក្នុងមជ្ឈមណ្ឌលថែទាំរយៈពេលវែង 210

F3. នៅក្នុងកម្មវិធីថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយដែលមានការបញ្ជាក់ពី Medicare 210

G. កម្មវិធីស្តីពីសុវត្ថិភាពឱសថ និងការគ្រប់គ្រងឱសថ 211

G1. កម្មវិធីដើម្បីជួយអ្នកក្នុងការប្រើប្រាស់ឱសថប្រកបដោយសុវត្ថិភាព 211

G2. កម្មវិធីដើម្បីជួយអ្នកគ្រប់គ្រងឱសថ របស់អ្នក 211

G3. កម្មវិធីគ្រប់គ្រងឱសថសម្រាប់ការប្រើប្រាស់ឱសថអូផ្យូអ៊ីតដោយសុវត្ថិភាព 212

A. ការបើកឱសថមានវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក

A1. ការបើកឱសថមានវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកនៅតាមឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញ

ក្នុងករណីភាគច្រើនបំផុត យើងបង់ថ្លៃឱសថមានវេជ្ជបញ្ជា នៅពេលដែលអ្នកបំពេញវានៅឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញណាមួយរបស់យើងប៉ុណ្ណោះ។ ឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញ គឺជាហាងលក់ឱសថដែលព្រមព្រៀងបំពេញឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាសម្រាប់សមាជិកគម្រោងរបស់យើង។ អ្នកអាចប្រើប្រាស់ឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញរបស់យើងណាមួយក៏បាន។

ដើម្បីស្វែងរកឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញ ចូររកមើលនៅក្នុង បញ្ជីរាយឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថាន ចូលទៅកាន់គេហទំព័ររបស់យើង ឬទាក់ទងទៅផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជន។

A2. ការប្រើបណ្ណសម្គាល់សមាជិករបស់អ្នកនៅពេលដែលអ្នកបំពេញវេជ្ជបញ្ជា

ដើម្បីបំពេញឱសថមានវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក **សូមបង្ហាញបណ្ណសម្គាល់សមាជិករបស់អ្នក** នៅឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញរបស់អ្នក។ ឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញចេញវិក្កយបត្រឱ្យយើងខ្ញុំ សម្រាប់ចំណែកនៃថ្លៃចូលរួមការចំណាយរបស់យើងលើ ឱសថមានវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកដែលបានធានារ៉ាប់រង។

សូមចងចាំថា អ្នកត្រូវការបណ្ណសម្គាល់សមាជិក Medi-Cal ឬអត្តសញ្ញាណបណ្ណអត្តប្រយោជន៍ (BIC) របស់អ្នក ដើម្បីចូលប្រើឱសថដែលមានធានារ៉ាប់រងដោយ Medi-Cal Rx។

ប្រសិនបើអ្នកមិនមានបណ្ណសម្គាល់សមាជិកជាប់ជាមួយអ្នកទេ នៅពេលអ្នកទៅបើកឱសថមានវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក សូមស្នើសុំឱ្យឱសថស្ថានទូរសព្ទមកកាន់យើងខ្ញុំ ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានចាំបាច់ ឬអ្នកអាចស្នើសុំឱ្យឱសថស្ថានរកមើលព័ត៌មានចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងរបស់អ្នក។

ប្រសិនបើឱសថស្ថានមិនអាចទទួលបានព័ត៌មានចាំបាច់ទេនោះអ្នកអាចនឹងត្រូវបង់ថ្លៃទាំងស្រុងសម្រាប់ឱសថមានវេជ្ជបញ្ជានៅពេលដែលអ្នកមកយកវា។ បន្ទាប់មក អ្នកអាចស្នើសុំយើងខ្ញុំឱ្យបង់ថ្លៃសងអ្នកវិញសម្រាប់ចំណែករបស់យើងខ្ញុំ។ **ប្រសិនបើអ្នកមិនអាចបង់ថ្លៃឱសថបានទេ សូមទាក់ទងផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជនភ្លាម។** យើងនឹងធ្វើគ្រប់យ៉ាងដែលយើងអាចធ្វើបាន ដើម្បីជួយអ្នក។

- ដើម្បីស្នើសុំឱ្យយើងខ្ញុំទូទាត់សងអ្នកវិញ សូមមើល **ជំពូកទី 7** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក* របស់អ្នក។
- ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយក្នុងការបើកឱសថមានវេជ្ជបញ្ជា សូមទាក់ទងផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជន។

A3.អ្វីដែលត្រូវធ្វើ ប្រសិនបើអ្នកផ្លាស់ប្តូរឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញរបស់អ្នក

ប្រសិនបើអ្នកផ្លាស់ប្តូរឱសថស្ថាន ហើយត្រូវការបើកឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាជាថ្មី អ្នកអាច ស្នើសុំការចេញវេជ្ជបញ្ជាថ្មីដោយអ្នកផ្តល់សេវាណាម្នាក់ ឬ ស្នើឱ្យឱសថស្ថានរបស់អ្នកផ្ទេរវេជ្ជបញ្ជាទៅកាន់ឱសថស្ថានថ្មីក៏បាន ប្រសិនបើមានការបើកឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាណាមួយមិនទាន់បានធ្វើនៅឡើយទេនោះ។

ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយក្នុងការផ្លាស់ប្តូរឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញរបស់អ្នក សូមទាក់ទងផ្នែកបម្រើសេវាអតិថិជន។

A4. តើត្រូវធ្វើយ៉ាងណា ប្រសិនបើឱសថស្ថានដែលអ្នកប្រើប្រាស់ចាកចេញពីបណ្តាញ

បើឱសថស្ថាដែលអ្នកប្រើប្រាស់ចាកចេញពីបណ្តាញរបស់គម្រោងយើង អ្នកត្រូវស្វែងរកឱសថស្ថានថ្មីមួយ។

ដើម្បីស្វែងរកឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញ សូមរកមើលនៅក្នុង *បញ្ជីឱសថស្ថាន* សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័ររបស់យើង ឬទាក់ទងទៅផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជន។

A5. ការប្រើឱសថស្ថានឯកទេស

ជួនកាល អ្នកត្រូវការបើកឱសថមានវេជ្ជបញ្ជានៅឱសថស្ថានឯកទេស។ ឱសថស្ថានឯកទេសរួមមាន៖

- ឱសថស្ថានដែលផ្គត់ផ្គង់ឱសថសម្រាប់ការព្យាបាលតាមការព្យួរសេរ៉ូមនៅផ្ទះ។
- ឱសថស្ថានដែលផ្គត់ផ្គង់ឱសថសម្រាប់ប្រជាជនដែលសម្រាកនៅមជ្ឈមណ្ឌលថែទាំជំងឺរយៈពេលវែងដូចជាមជ្ឈមណ្ឌលថែទាំសុខភាពជាដើម។
    - តាមធម្មតា មជ្ឈមណ្ឌលថែទាំរយៈពេលវែងមានឱសថស្ថានរបស់គេ។ ប្រសិនបើអ្នកស្នាក់នៅមជ្ឈមណ្ឌលថែទាំរយៈពេលវែង យើងខ្ញុំត្រូវតែប្រាកដថាអ្នកទទួលបានឱសថដែលត្រូវការនៅឯឱសថស្ថានក្នុងមន្ទីរថែទាំ។
    - ប្រសិនបើឱសថស្ថាននៃមជ្ឈមណ្ឌលថែទាំរយៈពេលវែងរបស់អ្នកមិននៅក្នុងបណ្តាញរបស់យើង ឬអ្នកមានការពិបាកក្នុងការទទួលយកឱសថរបស់អ្នកនៅក្នុងមជ្ឈមណ្ឌលថែទាំរយៈពេលវែង សូមទាក់ទងផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជន។
- ឱសថស្ថានដែលបម្រើអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពជនជាតិដើមអាមេរិក (IHCP) និងឱសថស្ថានរបស់អង្គការជនជាតិដើមអាមេរិកនៅទីក្រុង (UIO) សេវាសុខភាពជនជាតិដើមអាមេរិក/កុលសម្ព័ន្ធ/កម្មវិធីសុខភាពជនជាតិដើមអាមេរិកនៅទីក្រុង។ លើកលែងតែក្នុងករណីសង្គ្រោះបន្ទាន់ មានតែជនជាតិដើមអាមេរិក ឬក៏អាឡាស្កាប៉ុណ្ណោះ ទើបអាចប្រើប្រាស់ឱសថស្ថានទាំងនេះបាន។

- ឱសថស្ថានដែលចែកចាយឱសថដែលត្រូវបានដាក់កំហិតដោយ FDA ទៅកាន់ទីតាំងជាក់លាក់ ឬដែលតម្រូវឱ្យមានការគ្រប់គ្រងពិសេស ការសម្របសម្រួលអ្នកផ្តល់សេវា ឬការអប់រំអំពីការប្រើប្រាស់ឱសថទាំងនោះ។ (ចំណាំ៖ សេណារីយ៉ូនេះគួរតែកើតឡើងកម្រណាស់។)

ដើម្បីស្វែងរកឱសថស្ថានឯកទេស សូមរកមើលនៅក្នុងបញ្ជីរាយឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថានសូមចូលទៅកាន់គេហទំព័ររបស់យើង ឬទាក់ទងទៅផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជន។

A6.ការប្រើប្រាស់សេវាដឹកជញ្ជូនដល់ផ្ទះ ដើម្បីទទួលបានឱសថរបស់អ្នក

សម្រាប់ប្រភេទឱសថមួយចំនួន អ្នកអាចប្រើប្រាស់សេវាដឹកជញ្ជូនដល់ផ្ទះក្នុងបណ្តាញរបស់គម្រោងយើង។ ជាទូទៅ ឱសថអាចរកបានតាមរយៈសេវាដឹកជញ្ជូនដល់ផ្ទះគឺជាឱសថដែលអ្នកត្រូវប្រើប្រាស់យ៉ាងទៀងទាត់ជាប្រចាំសម្រាប់ស្ថានភាពវេជ្ជសាស្ត្ររយៈពេលវែង ឬរ៉ាំរ៉ៃ។ ឱសថដែល**មិន**អាចរកបានតាមរយៈសេវាដឹកជញ្ជូនដល់ផ្ទះរបស់គម្រោងយើងត្រូវបានសម្គាល់ដោយនិមិត្តសញ្ញា NDS នៅក្នុងបញ្ជីឱសថរបស់យើង។

សេវាដឹកជញ្ជូនដល់ផ្ទះរបស់គម្រោងយើងអនុញ្ញាតឱ្យអ្នកបញ្ជាទិញរហូតដល់ការផ្គត់ផ្គង់ឱសថដែលមានការធានារ៉ាប់រងរយៈពេល 100 ថ្ងៃចំពោះកម្រិត 1 ដល់កម្រិត 4 ។ ការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេល 100 ថ្ងៃមានការបង់ប្រាក់រួមដូចគ្នាទៅនឹងការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេលមួយខែ។

ការបើកឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាតាមសេវាដឹកជញ្ជូនដល់ផ្ទះ

ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានអំពីការបើកឱសថមានវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកតាមរយៈសេវាដឹកជញ្ជូនដល់ផ្ទះ សូមទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជនតាមរយៈលេខនៅលើក្របខាងក្រោយរបស់កូនសៀវភៅនេះ។ ប្រសិនបើអ្នកប្រើឱសថស្ថានដឹកជញ្ជូនដល់ផ្ទះដែលមិនមាននៅក្នុងបណ្តាញរបស់គម្រោងនោះ ឱសថមានវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកនឹងមិនត្រូវបានធានារ៉ាប់រងទេ។

ជាធម្មតា ឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាដែលដឹកជញ្ជូនដល់ផ្ទះនឹងមកដល់ក្នុងរយៈពេល 5 ថ្ងៃ។ អ្នកនឹងទទួលបានការជូនដំណឹង ប្រសិនបើមានការពន្យារពេលក្នុងការបញ្ជាទិញឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាដែលដឹកជញ្ជូនដល់ផ្ទះរបស់អ្នក។ ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរអំពីបញ្ហានេះ សូមទាក់ទងឱសថស្ថាន Amazon តាមរយៈលេខ (856) 208-4665 បាន 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ/7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ អ្នកប្រើប្រាស់ដែលជា TTY សូមហៅទៅលេខ 711។ ប្រសិនបើចាំបាច់ សេវាបម្រើអតិថិជនរបស់គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan អាចជួយអ្នកក្នុងការទទួលបានការផ្គត់ផ្គង់ឱសថគ្រប់គ្រាន់ពីឱសថស្ថានលក់រាយក្នុងបណ្តាញប្រចាំតំបន់ ដូច្នេះអ្នកនឹងមិនអស់ឱសថនោះទេ រហូតដល់ឱសថដែលដឹកជញ្ជូនដល់ផ្ទះរបស់អ្នកមកដល់។ វាអាចតម្រូវឱ្យទាក់ទងគ្រូពេទ្យរបស់អ្នក ដើម្បីឱ្យគាត់ទូរសព្ទ ឬទូរសារវេជ្ជបញ្ជាថ្មីទៅឱសថស្ថានលក់រាយក្នុងបណ្តាញសម្រាប់បរិមាណឱសថដែលត្រូវការរហូតដល់អ្នកទទួលបានឱសថដែលដឹកជញ្ជូនដល់ផ្ទះរបស់អ្នក។

ប្រសិនបើការពន្យារពេលមានរយៈពេលលើសពី 5 ថ្ងៃគិតចាប់ពីថ្ងៃដែលវេជ្ជបញ្ជាត្រូវបានបញ្ជូនទិញពីអ្នកផ្តល់សេវាដឹកជញ្ជូនដល់ផ្ទះ ហើយដោយសារតែការបាត់ឱសថនៅក្នុងប្រព័ន្ធប្រៃសណីយ៍ នោះសេវាបម្រើអតិថិជនឱសថស្ថាន Amazon អាចសម្របសម្រួលការបញ្ជូនទិញជំនួសវិញ។

ដំណើរការដឹកជញ្ជូនដល់ផ្ទះ

សេវាដឹកជញ្ជូនដល់ផ្ទះមានដំណើរការខុសៗគ្នាសម្រាប់វេជ្ជបញ្ជាថ្មីៗដែលទទួលបានពីអ្នក វេជ្ជបញ្ជាថ្មីៗដែលទទួលបានដោយផ្ទាល់ពីការិយាល័យអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក និងបើកឱសថជាថ្មីចំពោះឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាដែលដឹកជញ្ជូនដល់ផ្ទះរបស់អ្នក៖

1. **វេជ្ជបញ្ជាថ្មីដែលឱសថស្ថានទទួលបានពីអ្នក**

   ឱសថស្ថានបើកឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាថ្មីដោយស្វ័យប្រវត្តិ និងផ្ញើចេញទៅឱ្យអ្នក។

2. **វេជ្ជបញ្ជាថ្មីដែលឱសថស្ថាននេះទទួលបានពីការិយាល័យរបស់អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំរបស់អ្នក**

   ក្រោយពីឱសថស្ថានទទួលបានវេជ្ជបញ្ជាមួយពីអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាព ឱសថស្ថាននោះទំនាក់ទំនងអ្នកដើម្បីដឹងថា តើអ្នកចង់បើកឱសថភ្លាមៗ ឬនៅពេលក្រោយ។

   - នេះផ្តល់ឱកាសដល់អ្នកក្នុងការធ្វើឱ្យប្រាកដថា ឱសថស្ថាននឹងបញ្ជូនឱសថបានត្រឹមត្រូវ (រួមមានប្រសិទ្ធិភាព បរិមាណ និងទម្រង់) ហើយប្រសិនបើចាំបាច់ អនុញ្ញាតឱ្យអ្នកបញ្ឈប់ ឬពន្យារពេលនៃការបញ្ជូនទិញនោះ មុននឹងអ្នកទទួលបានវិក្កយបត្រគិតថ្លៃ ហើយការបញ្ជូនទិញនោះត្រូវបានដឹកជញ្ជូន។
   - ឆ្លើយតបរាល់ពេលដែលឱសថស្ថានទាក់ទងមកកាន់អ្នក ដើម្បីឱ្យពួកគេដឹងថាពួកគេត្រូវធ្វើអ្វីជាមួយនឹងវេជ្ជបញ្ជាថ្មី និងដើម្បីបង្ការការពន្យារពេលក្នុងការដឹកជញ្ជូន។

3. **បើកឱសថជាថ្មីចំពោះឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាដែលដឹកជញ្ជូនដល់ផ្ទះ**

   ដើម្បីបើកឱសថរបស់អ្នកជាថ្មី អ្នកមានជម្រើសដើម្បីចុះឈ្មោះសម្រាប់កម្មវិធីបើកបន្ថែមដោយស្វ័យប្រវត្តិ។ នៅក្រោមកម្មវិធីនេះ យើងនឹងចាប់ផ្តើមដំណើរការបើកថ្នាំឡើងវិញបន្ទាប់របស់អ្នកដោយស្វ័យប្រវត្តិ នៅពេលដែលកំណត់ត្រារបស់យើងបង្ហាញថា អ្នកជិតអស់ថ្នាំហើយ។

   - ឱសថស្ថានទាក់ទងអ្នក មុនពេលដឹកជញ្ជូនការបើកឱសថជាថ្មីនីមួយៗ ដើម្បីប្រាកដថា អ្នកត្រូវការឱសថបន្ថែម ហើយអ្នកអាចលុបចោលការបើកឱសថជាថ្មីតាមកាលវិភាគ ប្រសិនបើអ្នកមានឱសថរបស់អ្នកគ្រប់គ្រាន់ ឬប្រសិនបើឱសថរបស់អ្នកបានផ្លាស់ប្តូរ។
   - ប្រសិនបើអ្នកជ្រើសរើសមិនប្រើកម្មវិធីបើកឱសថជាថ្មីដោយស្វ័យប្រវត្តិរបស់យើងទេ សូមទាក់ទងទៅឱសថស្ថានរបស់អ្នកឱ្យបាន 14 ថ្ងៃមុនវេជ្ជបញ្ជាបច្ចុប្បន្នរបស់អ្នកនឹងត្រូវអស់ ដើម្បីប្រាកដថាការបញ្ជូនទិញបន្ទាប់របស់អ្នកត្រូវដឹកជញ្ជូនទៅអ្នកទាន់ពេលវេលា។

ដើម្បីជ្រើសរើសចេញពីកម្មវិធីរបស់យើង ដែលរៀបចំបើកឱសថជាថ្មីដែលដឹកជញ្ជូនដល់ផ្ទះដោយ
ស្វ័យប្រវត្តិ សូមទាក់ទងមកយើងខ្ញុំដោយទូរសព្ទទៅឱសថស្ថាន Amazon តាមរយៈលេខ
(856) 208-4665 បាន 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ /7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ អ្នកប្រើប្រាស់ដែលជា
TTY សូមហៅទៅលេខ 711។

អនុញ្ញាតឱ្យឱសថស្ថានដឹងពីវិធីល្អបំផុតដើម្បីទាក់ទងអ្នកដូច្នេះពួកគេអាចទាក់ទងអ្នកដើម្បីបញ្ជាក់ការបញ្ជាទិញ
របស់អ្នកមុនពេលដឹកជញ្ជូន។ សូមប្រាកដថាព័ត៌មានទំនាក់ទំនងរបស់អ្នកនៅក្នុងគម្រោង Blue Shield TotalDual
Plan ត្រូវបានធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពជានិច្ច។ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពលេខទូរសព្ទ ឬអាសយដ្ឋានរបស់អ្នក
សូមទាក់ទងមកកាន់ផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជនរបស់គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan (លេខទូរសព្ទមាននៅ
លើផ្នែកខាងក្រោមនៃទំព័រនេះ)។

A7. ការទទួលបានការផ្គត់ផ្គង់ឱសថរយៈពេលវែង

អ្នកអាចទទួលបានសេវាផ្គត់ផ្គង់រយៈពេលវែងនូវឱសថថែទាំដែលមាននៅក្នុង**បញ្ជីឱស**ថរបស់គម្រោង។ ឱសថ
ថែទាំសុខភាព គឺជាឱសថដែលអ្នកប្រើជាប្រចាំ សម្រាប់ស្ថានភាពជំងឺរ៉ាំរ៉ៃ ឬរយៈពេលវែង។

បណ្តាញឱសថស្ថានមួយចំនួនអនុញ្ញាតឱ្យអ្នកទទួលបានការផ្គត់ផ្គង់ឱសថថែទាំសុខភាពរយៈពេលវែង។ ការផ្គត់
ផ្គង់រយៈពេល 100 ថ្ងៃមានការបង់ប្រាក់រួមដូចគ្នាទៅនឹងការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេលមួយខែ។ *បញ្ជីឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា
និង ឱសថស្ថាន* ប្រាប់អ្នកអំពីការផ្គត់ផ្គង់ឱសថថែទាំសុខភាពរយៈពេលវែង។ អ្នកក៏អាចទូរសព្ទទៅ ផ្នែកសេវា
បម្រើអតិថិជនសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមផងដែរ។

សម្រាប់ប្រភេទឱសថជាក់លាក់ អ្នកអាចប្រើសេវាដឹកជញ្ជូនដល់ផ្ទះក្នុងបណ្តាញរបស់គម្រោងយើង ដើម្បីទទួល
បានការផ្គត់ផ្គង់ឱសថថែទាំរយៈពេលវែង។ សូមមើល**ផ្នែក A6** ដើម្បីស្វែងយល់អំពីសេវាដឹកបញ្ជូនដល់ផ្ទះ។

A8. ការប្រើឱសថស្ថានដែលមិនមាននៅក្នុងបណ្តាញគម្រោងរបស់យើង

ជាទូទៅ យើងបង់ថ្លៃឱសថដែលត្រូវបានបើកនៅឱសថស្ថានក្រៅបណ្តាញតែក្នុងករណីដែលអ្នកមិនអាចប្រើ
ឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញប៉ុណ្ណោះ។ យើងមានបណ្តាញឱសថស្ថាន នៅក្រៅតំបន់ផ្តល់សេវា ជាកន្លែងដែលអ្នក
អាចទទួលឱសថវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកដែលបានបំពេញ ឋានៈជាសមាជិកម្នាក់នៃគម្រោងរបស់យើង។ ក្នុងករណី
ទាំងនេះ សូមពិនិត្យមើលជាមួយអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំ ឬ ផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជនរបស់អ្នកជាមុនសិន
ដើម្បីស្វែងយល់ថាតើមានឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញដែលនៅជិតនោះដែរឬទេ។

យើងបង់ប្រាក់សម្រាប់វេជ្ជបញ្ជាដែលបានបើកនៅឱសថស្ថានក្រៅបណ្តាញ ក្នុងករណីដូចខាងក្រោម៖

- ប្រសិនបើអ្នកមិនអាចទទួលបានឱសថដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងទាន់ពេលវេលានៅក្នុងតំបន់សេវារបស់
  យើង ដោយសារតែមិនមានឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញក្នុងចម្ងាយបើកបរសមហេតុផលដែលផ្តល់សេវា
  24 ម៉ោងទេនោះ។

- ប្រសិនបើអ្នកកំពុងព្យាយាមបើកឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រង ដែលមិនមានស្តុកទុកជាប្រចាំនៅឱសថស្ថានលក់រាយ ឬឱសថស្ថានផ្តល់សេវាផ្ញើឱសថតាមប្រៃសណីយ៍ក្នុងបណ្តាញដែលមានសិទ្ធិទទួលបាន (ឱសថទាំងនេះរួមមានឱសថសម្រាប់ព្យាបាលជំងឺកម្រ ឱសថដែលមានតម្លៃខ្ពស់ និងតែមួយគត់ ឬឱសថពិសេសផ្សេងទៀត)។
- រ៉ាក់សាំងមួយចំនួនដែលបានផ្តល់នៅក្នុងការិយាល័យគ្រូពេទ្យរបស់អ្នកដែលមិនត្រូវបានធានារ៉ាប់រងនៅក្រោម Medicare ផ្នែក B ហើយមិនអាចទទួលបានដោយសមហេតុផលនៅឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញ អាចត្រូវបានធានារ៉ាប់រងនៅក្រោមការចូលប្រើក្រៅបណ្តាញរបស់យើង។
- វេជ្ជបញ្ជាដែលបានបើកនៅឱសថស្ថានក្រៅបណ្តាញត្រូវបានកំណត់ចំពោះការផ្គត់ផ្គង់ឱសថដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងរយៈពេល 30 ថ្ងៃ។

A9. ការទូទាត់សងប្រាក់អ្នកវិញសម្រាប់ថ្លៃឱសថមានវេជ្ជបញ្ជា

ប្រសិនបើអ្នកចាំបាច់ត្រូវប្រើឱសថស្ថាននៅក្រៅបណ្តាញ ជាទូទៅអ្នកនឹងត្រូវបង់ថ្លៃចំណាយពេញ ជំនួសឱ្យការបង់ប្រាប់រួមនៅពេលដែលអ្នកទទួលបានវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក។ អ្នកស្នើសុំឱ្យយើងសងប្រាក់អ្នកវិញ សម្រាប់ចំណែកការចំណាយរបស់យើង។

ប្រសិនបើអ្នកបង់ថ្លៃចំណាយសម្រាប់វេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកពេញដែលអាចត្រូវបានធានារ៉ាប់រងពី Medi-Cal Rx អ្នកប្រហែលជាអាចទទួលបានប្រាក់សំណងពីឱសថស្ថាននៅពេលដែល Medi-Cal Rx បង់ប្រាក់សម្រាប់វេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក។ ម្យ៉ាងវិញទៀត អ្នកអាចស្នើសុំឱ្យ Medi-Cal Rx សងប្រាក់អ្នកវិញដោយការដាក់ពាក្យបណ្តឹងសំណង "សំណង់ចំណាយចេញពីហោប៉ៅរបស់ Medi-Cal (Conlan)"។ ព័ត៌មានបន្ថែមអាចរកបាននៅលើគេហទំព័រ Medi-Cal Rx៖ medi-calrx.dhcs.ca.gov/home/។

ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពីចំណុចនេះ សូមមើល **ជំពូកទី 7** នៃ សៀវភៅណែនាំសមាជិករបស់អ្នក។

B. *បញ្ជីឱសថ* ពីគម្រោងរបស់យើង

យើងមាន បញ្ជីឱសថដែលមានធានារ៉ាប់រង។ យើងហៅបញ្ជីនេះដោយខ្លីថា "*បញ្ជីឱសថ*"។

យើងជ្រើសរើសឱសថនៅក្នុងបញ្ជីឱសថ ដោយមានជំនួយពីក្រុមវេជ្ជបណ្ឌិត និងឱសថការី។ បញ្ជីឱសថក៏បង្ហាញអ្នកអំពីគោលការណ៍ដែលអ្នកត្រូវអនុវត្តតាមដើម្បីទទួលបានឱសថរបស់អ្នកផងដែរ។

ជាទូទៅ យើងធានារ៉ាប់រងលើឱសថនៅក្នុងបញ្ជីឱសថនៃគម្រោងរបស់យើង នៅពេលអ្នកធ្វើតាមគោលការណ៍ដែលយើងពន្យល់នៅក្នុងជំពូកនេះ។

B1. ឱសថនៅក្នុងបញ្ជីឱសថរបស់យើង

*បញ្ជីឱសថ*របស់យើងរួមមានឱសថមានធានារ៉ាប់រងក្រោម Medicare ផ្នែក D។

ឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាភាគច្រើនដែលអ្នកទទួលបានពីឱសថស្ថានបានធានារ៉ាប់រងពីគម្រោងរបស់អ្នក។ ឱសថផ្សេងទៀត ដូចជាឱសថគ្មានវេជ្ជបញ្ជា (OTC) មួយចំនួន និងវីតាមីនមួយចំនួនអាចត្រូវបានធានារ៉ាប់រងពី Medi-Cal Rx។ សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ Medi-Cal Rx (medi-calrx.dhcs.ca.gov) សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។ អ្នកក៏អាចហៅទូរសព្ទទៅកាន់មជ្ឈមណ្ឌលសេវាបម្រើអតិថិជន Medi-Cal Rx តាមរយៈ លេខ 800-977-2273។ សូមយកបណ្ណសម្គាល់អ្នកទទួលផល (BIC) ពីកម្មវិធី Medi-Cal របស់អ្នកពេលមកបើកឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាតាមរយៈ Medi-Cal Rx របស់អ្នក។

បញ្ជីឱសថរបស់យើងរួមមានឱសថមានម៉ាកយីហោ ឱសថទូទៅ និងផលិតផលជីវសាស្ត្រ (ដែលអាចរួមមានឱសថជីវសាស្ត្រស្រដៀង)។

ឱសថមានម៉ាក គឺជាឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាដែលត្រូវបានលក់ក្រោមឈ្មោះដែលមានម៉ាកដែលគ្រប់គ្រងដោយក្រុមហ៊ុនផលិតឱសថ។ ផលិតផលជីវសាស្ត្រ គឺជាឱសថដែលមានភាពស្មុគ្រស្មាញជាងឱសថធម្មតា។ នៅក្នុង *បញ្ជីឱសថ*របស់យើង នៅពេលដែលយើងសំដៅទៅលើ "ឱសថ" នេះអាចមានន័យថាជាឱសថ ឬផលិតផលជីវសាស្ត្រ។

ឱសថទូទៅមានធាតុផ្សំសកម្មដូចគ្នាទៅនឹងឱសថមានម៉ាកផងដែរ។ ផលិតផលជីវសាស្ត្រមានថ្នាំជំនួស ដែលត្រូវបានគេហៅថា ជីវសាស្ត្រស្រដៀងគ្នា។ ជាទូទៅ ឱសថទូទៅ និងផលិតផលជីវសាស្ត្រស្រដៀងគ្នាមានប្រសិទ្ធភាពដូចគ្នាទៅនឹងឱសថមានម៉ាក ឬផលិតផលជីវសាស្ត្រ ហើយជាធម្មតាមានតម្លៃទាបជាង។ មានឱសថទូទៅដែលអាចជំនួសឱសថមានម៉ាកជាច្រើន និងជម្រើសឱសថជីវសាស្ត្រស្រដៀងគ្នាដែលអាចរកបានសម្រាប់ផលិតផលជីវសាស្ត្រដើមមួយចំនួន។ ជីវសាស្ត្រស្រដៀងគ្នាមួយចំនួន គឺជាប្រភេទដែលអាចផ្លាស់ប្តូរគ្នាបាន។ អាស្រ័យលើច្បាប់នៃរដ្ឋនីមួយៗ ឱសថការីអាចជំនួសផលិតផលជីវសាស្ត្រដើមដោយជីវសាស្ត្រស្រដៀងគ្នានេះ ដោយមិនចាំបាច់មានវេជ្ជបញ្ជាថ្មីពីគ្រូពេទ្យនោះទេ។ ការជំនួសនេះ គឺដូចគ្នាទៅនឹងការជំនួសថ្នាំម៉ាកដោយថ្នាំទូទៅនៅតាមឱសថស្ថានដែរ។

សូមមើល**ជំពូកទី 12** សម្រាប់និយមន័យអំពីប្រភេទឱសថដែលអាចមាននៅក្នុង បញ្ជីឱសថ។

B2. របៀបស្វែងរកឱសថនៅក្នុង*បញ្ជីឱសថ*របស់យើង

ដើម្បីស្វែងយល់ថា តើឱសថដែលអ្នកប្រើមាននៅក្នុងបញ្ជីឱសថរបស់យើងដែរឬអត់ អ្នកអាច៖

- សូមចូលមើលគេហទំព័ររបស់គម្រោងយើងតាមរយៈអាសយដ្ឋាន blueshieldca.com/medformulary2025។ បញ្ជីឱសថនៅលើគេហទំព័ររបស់យើង គឺតែងតែមានព័ត៌មានថ្មីបំផុតជានិច្ច។

- សូមហៅទូរសព្ទមកផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជន ដើម្បីឱ្យដឹងថា តើឱសថមាន ឬក៏មិនមាននៅក្នុងបញ្ជីឱសថរបស់គម្រោង ឬក៏ស្នើសុំច្បាប់ថតចម្លងនៃបញ្ជីនោះ។
- ឱសថដែលមិនត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយផ្នែក D អាចមាននធានារ៉ាប់រងពី Medi-Cal Rx។ សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ Medi-Cal Rx (medi-calrx.dhcs.ca.gov) សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។
- ប្រើ "ឧបករណ៍ផ្តល់ព័ត៌មានអត្ថប្រយោជន៍តាមពេលវេលាជាក់ស្តែង (Real Time Benefit Tool)" របស់យើងដោយឡកចូលទៅក្នុងផតថលសមាជិករបស់អ្នកតាមរយៈ blueshieldca.com/medicare ឬទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជន។ ជាមួយនឹងឧបករណ៍នេះ អ្នកអាចស្វែងរកឱសថនៅក្នុង *បញ្ជីឱសថ* ដើម្បីទទួលបានការប៉ាន់ស្មានអំពីអ្វីដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់ និងថាតើមានឱសថជំនួសនៅក្នុងបញ្ជីឱសថដែលអាចព្យាបាលស្ថានភាពដូចគ្នាដែរឬទេ។
- របៀបចូលប្រើឧបករណ៍ពិនិត្យតម្លៃ Rx៖
  - បង្កើត ឬចូលទៅកាន់គណនីសមាជិកអនឡាញរបស់អ្នក។
  - ចូលទៅកាន់ myblueshield បន្ទាប់មកចុចឱសថស្ថាននៅក្រោម "Benefits (អត្ថប្រយោជន៍)"។
  - នៅក្រោម "Price check my Rx (ពិនិត្យមើលតម្លៃ Rx របស់ខ្ញុំ)" សូមចុច "Check current prescriptions (ពិនិត្យមើលវេជ្ជបញ្ជាបច្ចុប្បន្ន)"។

B3. ឱសថមិនមាននៅក្នុង *បញ្ជីឱសថ*របស់យើង

យើងមិនធានារ៉ាប់រងលើឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាទាំងអស់ទេ។ ឱសថមួយចំនួនមិនមាននៅក្នុងបញ្ជីឱសថរបស់យើងទេ ពីព្រោះច្បាប់មិនអនុញ្ញាតឱ្យយើងធានារ៉ាប់រងឱសថទាំងនោះឡើយ។ ក្នុងករណីផ្សេងៗទៀត យើងខ្ញុំសម្រេចមិនដាក់បញ្ចូលឱសថណាមួយទៅក្នុងបញ្ជីឱសថរបស់យើងឡើយ។

គម្រោងរបស់យើងមិនបង់ថ្លៃសម្រាប់ប្រភេទឱសថដែលបានពណ៌នានៅក្នុងផ្នែកនេះទេ។ ឱសថទាំងនេះហៅថា **ឱសថមិនរាប់បញ្ចូល**។ បើអ្នកទទួលបានវេជ្ជបញ្ជាឱ្យប្រើប្រាស់ឱសថមិនរាប់បញ្ចូល អ្នកអាចត្រូវបង់ប្រាក់សម្រាប់ឱសថនោះដោយខ្លួនឯង។ បើអ្នកគិតថា យើងខ្ញុំគួរតែបង់ប្រាក់សម្រាប់ឱសថមិនរាប់បញ្ចូលណាមួយ ដោយសារតែករណីរបស់អ្នក អ្នកអាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងបាន។ សូមមើល**ជំពូកទី 9** នៃ សៀវភៅណែនាំសមាជិករបស់អ្នកសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីការប្តឹងឧទ្ធរណ៍។

ខាងក្រោមនេះគឺជាបទបញ្ជាទូទៅចំនួនបីសម្រាប់អនុវត្តន៍ចំពោះឱសថមិនរាប់បញ្ចូល៖

1. ការធានារ៉ាប់រងលើឱសថសម្រាប់អ្នកជំងឺឥតដេកពេទ្យក្នុងគម្រោងរបស់យើង (ដែលរួមបញ្ចូលទាំង Medicare ផ្នែក D) មិនអាចបង់ថ្លៃឱសថដែល Medicare ផ្នែក A ឬ Medicare ផ្នែក B ធានារ៉ាប់រងរួចហើយនោះទេ។ គម្រោងរបស់យើងធានារ៉ាប់រងលើឱសថដែលមានធានារ៉ាប់រងនៅក្រោម Medicare

ផ្នែក A ឬ Medicare ផ្នែក B ដោយឥតគិតថ្លៃ ប៉ុន្តែឱសថទាំងនេះមិនត្រូវបានចាត់ទុកថា ជាផ្នែកមួយនៃអត្ថប្រយោជន៍ឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាសម្រាប់អ្នកជំងឺឥតដេកពេទ្យរបស់អ្នកនោះទេ។

2. គម្រោងរបស់យើង មិនអាចធានារ៉ាប់រងឱសថដែលបានទិញនៅក្រៅសហរដ្ឋអាមេរិក និងដែនដីរបស់សហរដ្ឋអាមេរិកឡើយ។

3. ការប្រើប្រាស់ឱសថត្រូវតែត្រូវបានអនុញ្ញាតដោយ FDA ឬគាំទ្រដោយឯកសារយោងវេជ្ជសាស្ត្រជាក់លាក់ជាការព្យាបាលសម្រាប់ស្ថានភាពជំងឺរបស់អ្នក។ វេជ្ជបណ្ឌិត ឬអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកផ្សេងទៀតអាចចេញវេជ្ជបញ្ជាសម្រាប់ឱសថជាក់លាក់ណាមួយដើម្បីព្យាបាលស្ថានភាពជំងឺរបស់អ្នក ទោះបីជាឱសថនេះមិនមានការអនុម័តឱ្យប្រើប្រាស់ក្នុងការព្យាបាលស្ថានភាពនេះក៏ដោយ។ នេះត្រូវបានហៅថា "ការប្រើក្រៅផ្លូវការ"។ ជាធម្មតា គម្រោងរបស់យើងមិនធានារ៉ាប់រងលើឱសថដែលបានចេញវេជ្ជបញ្ជាសម្រាប់ការប្រើក្រៅផ្លូវការទេ។

ដូចនេះដែរ ទៅតាមច្បាប់ Medicare ឬ Medi-Cal មិនអាចធានារ៉ាប់រងលើប្រភេទឱសថដែលបានរៀបរាប់នៅខាងក្រោមបានទេ។

- ឱសថបានប្រើដើម្បីលើកកម្ពស់ភាពមានកូន
- ឱសថដែលប្រើសម្រាប់បំបាត់រោគសញ្ញាក្អក ឬផ្តាសាយ *
- ឱសថបានប្រើសម្រាប់គោលបំណងកែសម្ផស្ស ឬដើម្បីជំរុញការដុះសក់
- វីតាមីនតាមវេជ្ជបញ្ជា និងផលិតផលមានសារធាតុរ៉ែ លើកលែងតែវីតាមីនមុនពេលសម្រាល និងភ្លុយអ័រ * ការរៀបចំ
- ឱសថដែលប្រើសម្រាប់ការព្យាបាលជំងឺផ្លូវភេទ ឬជំងឺងាប់លិង្គ
- ឱសថដែលប្រើសម្រាប់ព្យាបាលជំងឺស្រេកទម្ងន់ ឬការឡើងទម្ងន់ *
- ឱសថសម្រាប់អ្នកជំងឺមិនស្នាក់នៅព្យាបាលដែលផលិតដោយក្រុមហ៊ុនដែលនិយាយថាអ្នកត្រូវតែធ្វើតេស្ត ឬប្រើប្រាស់ស្ករ៉ាល់ដោយពួកគេតែប៉ុណ្ណោះ

*ផលិតផលដែលបានជ្រើសរើសអាចត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយ Medi-Cal។ សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ Medi-Cal Rx (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov) សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។

B4. កម្រិតថ្នាក់នៃចំណែកនៃថ្លៃចូលរួមការចំណាយរបស់*បញ្ជីឱសថ*

គ្រប់ឱសថទាំងអស់ក្នុងបញ្ជីឱសថរបស់យើងគឺស្ថិតក្នុងកម្រិតមួយក្នុងចំណោមកម្រិតទាំងប្រាំ។ កម្រិតគឺជាប្រភេទក្រុមឱសថដែលមានប្រភេទដូចគ្នា (ឧទាហរណ៍ម៉ាក ឈ្មោះ ប្រភេទទូទៅ ឬឱសថមិនតម្រូវការវេជ្ជបញ្ជា

(OTC)) ។ ជាទូទៅ កាលណាកម្រិតថ្នាក់នៃចំណែកនៃថ្លៃចូលរួមការចំណាយខ្ពស់ជាងតម្លៃសម្រាប់ឱសថរបស់អ្នកក៏ខ្ពស់ជាងដែរ។

- កម្រិតថ្នាក់នៃចំណែកនៃថ្លៃចូលរួមការចំណាយ ទី 1៖ ឱសថទូទៅដែលពេញចិត្ត (កម្រិតនៃការចែករំលែកថ្លៃចំណាយទាបបំផុត) - រួមមានឱសថទូទៅដែលពេញចិត្ត។
- កម្រិតថ្នាក់នៃចំណែកនៃថ្លៃចូលរួមការចំណាយ ទី 2៖ ឱសថទូទៅ – រួមទាំងឱសថទូទៅ និងឱសថជីវសាស្ត្រស្រដៀងគ្នា។
- កម្រិតថ្នាក់នៃចំណែកនៃថ្លៃចូលរួមការចំណាយ ទី 3៖ ឱសថមានម៉ាកដែលចង់បាន – រាប់បញ្ចូលទាំងឈ្មោះម៉ាកដែលចង់បាន និងឱសថទូទៅមួយចំនួន។
- កម្រិតថ្នាក់នៃចំណែកនៃថ្លៃចូលរួមការចំណាយ ទី 4៖ រួមមានឈ្មោះឱសថមានម៉ាកដែលមានតម្លៃថ្លៃ ឱសថជីវសាស្ត្រស្រដៀងគ្នា និងឱសថទូទៅមួយចំនួនទៀត។
- កម្រិតថ្នាក់នៃចំណែកនៃថ្លៃចូលរួមការចំណាយ ទី 5៖ ឱសថកម្រិតឯកទេស (កម្រិតនៃការចែករំលែកថ្លៃចំណាយខ្ពស់បំផុត) – រួមបញ្ចូលឈ្មោះម៉ាកដែលមានតម្លៃខ្ពស់ ឱសថជីវសាស្ត្រស្រដៀងគ្នា និងឱសថទូទៅដែលអាចទាមទារការគ្រប់គ្រងពិសេស និង/ឬ ការត្រួតពិនិត្យយ៉ាងជិតដល់។

ដើម្បីស្វែងយល់ថា តើឱសថរបស់អ្នកស្ថិតនៅក្នុងកម្រិតនៃការរួមចំណែកលើថ្លៃចំណាយមួយណា សូមរកមើលឱសថនៅក្នុងបញ្ជីឱសថរបស់យើង។

ជំពូកទី 6 នៃ សៀវភៅណែនាំសមាជិក របស់អ្នកនឹងប្រាប់ពីចំនួនទឹកប្រាក់ដែលអ្នកត្រូវចំណាយសម្រាប់ឱសថដែលនៅក្នុងកម្រិតនីមួយៗ។

C. ការកំណត់លើឱសថមួយចំនួន

សម្រាប់ឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាច្បាស់លាស់ បទបញ្ជាពិសេសមានការកំណត់នូវរបៀប និងពេលវេលាដែលគម្រោងរបស់យើងធានារ៉ាប់រងលើឱសថទាំងនោះ។ ជាទូទៅ បទបញ្ជារបស់យើងខ្ញុំជំរុញឱ្យអ្នកទទួលបានឱសថដែលមានប្រសិទ្ធភាពសម្រាប់ស្ថានភាពជំងឺរបស់អ្នក ហើយមានសុវត្ថិភាព និងប្រសិទ្ធភាព។ នៅពេលឱសថមានសុវត្ថិភាព មានតម្លៃទាប និងមានប្រសិទ្ធភាពខ្ពស់ដូចឱសថដែលមានតម្លៃខ្ពស់ យើងរំពឹងថា អ្នកផ្តល់សេវាអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាឱសថដែលមានតម្លៃទាប។

ប្រសិនបើមានបទបញ្ជាពិសេសសម្រាប់ឱសថរបស់អ្នក ជាធម្មតាគឺមានន័យថា អ្នក ឬអ្នកផ្តល់សេវានឹងត្រូវចាត់វិធានការលើបទបញ្ជាការបន្ថែម ដើម្បីប្រាប់យើងខ្ញុំឱ្យជួយចេញថ្លៃឱសថប្រភេទនេះ។ ឧទាហរណ៍ អ្នកផ្តល់របស់អ្នក អាចនឹងត្រូវប្រាប់យើងអំពីរោគវិនិច្ឆ័យរបស់អ្នក ឬផ្តល់លទ្ធផលនៃការធ្វើតេស្តឈាមជាមុនសិន។ បើអ្នក ឬក៏អ្នកផ្តល់សេវាអ្នកគិតថា បទបញ្ជារបស់ពួកយើងមិនគួរត្រូវបានអនុវត្តចំពោះស្ថានភាពរបស់អ្នក នោះអ្នកគួរតែស្នើ

សុំយើងខ្ញុំឱ្យបង្កើតករណីលើកលែង។ យើងខ្ញុំប្រហែលជាឯកភាព ឬមិនឯកភាពឱ្យអ្នកប្រើប្រាស់ឱសថដោយមិនមានចំណាត់ការបន្ថែម។

ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពីការស្នើសុំករណីលើកលែង សូមមើល **ជំពូកទី 9** នៃ សៀវភៅណែនាំសមាជិករបស់អ្នក។

1. ការកំណត់កម្រិតលើការប្រើប្រាស់ចំពោះឱសថមានម៉ាកយីហោ ឬផលិតផលជីវសាស្ត្រដើមនៅពេលមានកំណែឱសថជីវសាស្ត្រស្រដៀងគ្នាដែលផ្លាស់ប្តូរគ្នាបាន ឬទូទៅដែលអាចរកបាន

ជាទូទៅ ឱសថទូទៅ ឬឱសថជីវសាស្ត្រស្រដៀងគ្នាដែលអាចផ្លាស់ប្តូរគ្នាបានមានប្រសិទ្ធភាពដូចគ្នានឹងឱសថមានម៉ាកយីហោ ឬផលិតផលជីវសាស្ត្រដើម ហើយជាធម្មតាមានតម្លៃទាបជាង។ ក្នុងករណីភាគច្រើន ប្រសិនបើមានកំណែឱសថជីវសាស្ត្រស្រដៀងគ្នាដែលអាចផ្លាស់ប្តូរគ្នាបាន ឬទូទៅនៃឱសថមានម៉ាក ឬផលិតផលជីវសាស្ត្រដើម ដែលអាចរកបាន ឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញរបស់យើងនឹងផ្តល់ឱ្យអ្នកនូកំណែឱសថជីវសាស្ត្រស្រដៀងគ្នាដែលអាចផ្លាស់ប្តូរគ្នាបាន ឬទូទៅ។

- ជាធម្មតា យើងមិនទូទាត់ប្រាក់សម្រាប់ឱសថមានម៉ាក ឬផលិតផលជីវសាស្ត្រដើមទេ នៅពេលកំណែឱសថទូទៅអាចរកបាននោះ។
- យ៉ាងនេះក្តី ប្រសិនបើអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក ប្រាប់យើងខ្ញុំពីហេតុផលវេជ្ជសាស្ត្រដែលថាឱសថគ្មានម៉ាកយីហោនឹងគ្មានប្រសិទ្ធភាពសម្រាប់អ្នកនោះយើងខ្ញុំនឹងធានារ៉ាប់រងលើឱសថមានម៉ាក។

2. ការទទួលបានការយល់ព្រមពីគម្រោងជាមុន

សម្រាប់ឱសថមួយចំនួន អ្នកឬគ្រូពេទ្យរបស់អ្នកត្រូវតែទទួលការយល់ព្រមពីគម្រោងរបស់យើង មុននឹងអ្នកអាចបើកឱសថមានវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកបាន។ បើអ្នកមិនទទួលបានការយល់ព្រម នោះយើងមិនអាចធានារ៉ាប់រងលើឱសថប្រភេទនោះបានទេ។

3. សាកល្បងប្រើឱសថផ្សេងទៀតជាមុនសិន

ជាទូទៅ យើងខ្ញុំចង់សាកល្បងឱសថមានតម្លៃទាប ដែលជាទូទៅមានប្រសិទ្ធភាពដូចគ្នា មុនពេលយើងខ្ញុំរ៉ាប់រងលើឱសថដែលមានតម្លៃខ្ពស់ជាង។ ឧទាហរណ៍ បើឱសថ A និងឱសថ B មានប្រសិទ្ធភាពចំពោះលក្ខខណ្ឌជំងឺដូចគ្នា ប៉ុន្តែ ឱសថ A មានតម្លៃទាបជាងឱសថ B យើងខ្ញុំប្រហែលជាតម្រូវឱ្យអ្នកសាកល្បងប្រើប្រាស់ឱសថ A ជាមុនសិន។

ប្រសិនបើឱសថ A មិនមានប្រសិទ្ធភាពសម្រាប់អ្នកនោះទេ យើងនឹងធានារ៉ាប់រងឱសថ B ដែលនេះត្រូវបានគេហៅថា ការព្យាបាលជាជំហាន។

4. ការកំណត់បរិមាណ

សម្រាប់ឱសថមួយចំនួន យើងដាក់កំកំណត់ចំនួននៃឱសថដែលអ្នកអាចមាន។ នេះហៅថា ការកំណត់បរិមាណ។ ឧទាហរណ៍ យើងខ្ញុំអាចនឹងដាក់កម្រិតចំនួនឱសថដែលអ្នកអាចទទួលបានរាល់ពេលដែលអ្នកបំពេញវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក។

ដើម្បីឱ្យដឹងថា តើបទបញ្ជាណាមួយក្នុងចំណោមគោលការណ៍ខាងលើត្រូវបានអនុវត្តន៍ចំពោះឱសថដែលអ្នកប្រើឬក៏ចង់ប្រើ សូមពិនិត្យមើលបញ្ជីឱសថរបស់យើង។ សម្រាប់ព័ត៌មានថ្មីៗបំផុត សូមទូរសព្ទទៅផ្នែកបម្រើសេវាអតិថិជន ឬពិនិត្យមើលគេហទំព័ររបស់យើងនៅ blueshieldca.com/medformulary2025។ ប្រសិនបើអ្នកមិនយល់ស្របនឹងសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងរបស់យើងដោយផ្អែកលើហេតុផលណាមួយខាងលើ អ្នកអាចស្នើសុំបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍បាន។ សូមមើល **ជំពូកទី 9** នៃ*សៀវភៅណែនាំសមាជិក*របស់អ្នក។

D. មូលហេតុដែលឱសថរបស់អ្នកមិនត្រូវបានធានារ៉ាប់រង

យើងខ្ញុំព្យាយាមធ្វើឱ្យសេវាសថរបស់អ្នកធ្វើការឱ្យមានប្រសិទ្ធភាពសម្រាប់អ្នក ប៉ុន្តែមានពេលខ្លះឱសថមួយប្រហែលជាមិនតបានធានារ៉ាប់រងតាមរបៀបដែលអ្នកចង់បានទេ។ ឧទាហរណ៍៖

- គម្រោងរបស់យើងមិនធានារ៉ាប់រងលើឱសថដែលអ្នកចង់ប្រើទេ។ ឱសថនេះប្រហែលជាមិនមាននៅក្នុងបញ្ជីឱសថរបស់យើងទេ។ យើងអាចនឹងធានារ៉ាប់រងលើឱសថទូទៅ ប៉ុន្តែមិនមែនជាឱសថមានម៉ាកដែលអ្នកចង់ប្រើទេ។ ឱសថអាចជាឱសថថ្មី ហើយយើងមិនទាន់បានពិនិត្យមើលសុវត្ថិភាព និងប្រសិទ្ធភាពនៅឡើយទេ។
- គម្រោងរបស់យើងធានារ៉ាប់រងលើឱសថ ប៉ុន្តែមានបទបញ្ជា ឬការដាក់កំណត់ពិសេសលើការធានារ៉ាប់រងនោះឡើង។ ដូចដែលបានពន្យល់នៅក្នុងផ្នែកខាងលើ ឱសថមួយចំនួនដែលគម្រោងរបស់យើងធានារ៉ាប់រងមានបទបញ្ជាដែលកំណត់ការប្រើប្រាស់របស់ពួកវា។ ក្នុងករណីមួយចំនួន អ្នកនិងអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកប្រហែលជាចង់ស្នើសុំករណីលើកលែងណាមួយពីយើងខ្ញុំ។

មានកិច្ចការច្រើនដែលអ្នកអាចធ្វើបាន ប្រសិនបើយើងមិនធានារ៉ាប់រងឱសថតាមវិធីដែលអ្នកចង់ឱ្យយើងធានារ៉ាប់រងឱសថនោះទេ។

D1. ការទទួលបានការផ្គត់ផ្គង់បណ្តោះអាសន្ន

ក្នុងករណីមួយចំនួន យើងខ្ញុំអាចផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវសេវាផ្គត់ផ្គង់ឱសថបណ្តោះអាសន្ន នៅពេលឱសថនោះមិនមាននៅក្នុងបញ្ជីឱសថរបស់យើង ឬឱសថនោះមានលក្ខខណ្ឌកំណត់តាមរបៀបណាមួយ។ យ៉ាងនេះវាឱ្យពេលដល់អ្នក ដើម្បីនិយាយទៅកាន់អ្នកផ្តល់របស់អ្នក អំពីការទទួលឱសថផ្សេងទៀត ឬសូមឱ្យយើងរ៉ាប់រងឱសថនោះ។

ដើម្បីទទួលបានការផ្គត់ផ្គង់ឱសថជាបណ្តោះអាសន្ន អ្នកត្រូវធ្វើតាមបទបញ្ជាការពីរយ៉ាងខាងក្រោម៖

1. ឱសថដែលអ្នកបានប្រើប្រាស់៖

- លែងស្ថិតក្នុងបញ្ជីឱសថរបស់យើងទៀតហើយ ឬ
- មិនដែលមាននៅក្នុងបញ្ជីឱសថរបស់យើង ឬ
- បច្ចុប្បន្នមានកំណត់តាមលក្ខខណ្ឌណាមួយ។

2. អ្នកត្រូវតែស្ថិតក្នុងស្ថានភាពមួយក្នុងចំណោមស្ថានភាពខាងក្រោម៖

- អ្នកចូលរួមនៅក្នុងគម្រោងកាលពីឆ្នាំមុន។
  - យើងធានារ៉ាប់រងការផ្គត់ផ្គង់បណ្តោះអាសន្ន**ត្រឹមរយៈពេល** 90 **ថ្ងៃដំបូងតាមឆ្នាំប្រតិទិន។**
  - ការផ្គត់ផ្គង់បណ្តោះអាសន្ននេះគឺសម្រាប់រហូតទៅដល់ 30 ថ្ងៃ។
  - ប្រសិនបើវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកទាមទារឱ្យប្រើឱសថតិចជាងរយៈពេលនេះពីបីថ្ងៃ យើងអនុញ្ញាតឱ្យអ្នកបើកឱសថឡើងវិញបានច្រើនលើកដើម្បីផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវរយៈពេលផ្គត់ផ្គង់ឱសថជាអតិបរមារហូតដល់ 30 ថ្ងៃ។ អ្នកត្រូវតែបំពេញឱសថវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកនៅបណ្តាញឱសថស្ថាន។
  - ឱសថស្ថានថែទាំរយៈពេលវែងអាចផ្តល់ឱសថមានវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកម្តងៗក្នុងបរិមាណតិចតួចដើម្បីបង្ការការនៅសល់ចោល។
- អ្នកជាសមាជិកថ្មីក្នុងគម្រោងរបស់យើង។
  - យើងនឹងធានារ៉ាប់រងលើការផ្គត់ផ្គង់ជាបណ្តោះអាសន្ននូវឱសថរបស់អ្នក **ក្នុងអំឡុងពេល** 90 **ថ្ងៃដំបូងនៃសមាជិកភាពរបស់អ្នកនៅក្នុងគម្រោងយើង។**
  - ការផ្គត់ផ្គង់បណ្តោះអាសន្ននេះគឺសម្រាប់រហូតទៅដល់ 30 ថ្ងៃ។
  - ប្រសិនបើវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកទាមទារឱ្យប្រើឱសថតិចជាងរយៈពេលនេះពីបីថ្ងៃ យើងអនុញ្ញាតឱ្យអ្នកបើកឱសថឡើងវិញបានច្រើនលើកដើម្បីផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវរយៈពេលផ្គត់ផ្គង់ឱសថជាអតិបរមារហូតដល់ 30 ថ្ងៃ។ អ្នកត្រូវតែបំពេញឱសថវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកនៅបណ្តាញឱសថស្ថាន។
  - ឱសថស្ថានថែទាំរយៈពេលវែងអាចផ្តល់ឱសថមានវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកម្តងៗក្នុងបរិមាណតិចតួចដើម្បីបង្ការការនៅសល់ចោល។
- អ្នកបានចូលជាសមាជិកគម្រោងរបស់យើងរយៈពេលច្រើនជាង 90 ថ្ងៃ ហើយស្នាក់នៅក្នុងមជ្ឈមណ្ឌលថែទាំរយៈពេលវែង និងត្រូវការសេវាផ្គត់ផ្គង់ភ្លាមៗ។

- យើងធានារ៉ាប់រងលើការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេល 31 ថ្ងៃម្តង ឬតិចជាងនេះ ប្រសិនបើវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកត្រូវបានសរសេរជាលាយលក្ខណ៍អក្សរសម្រាប់រយៈពេលតិចជាងពីរបីថ្ងៃ។ នេះគឺជាការបន្ថែមទៅលើការផ្គត់ផ្គង់បណ្តោះអាសន្នខាងលើ។

D2. ការស្នើសុំការផ្គត់ផ្គង់បណ្តោះអាសន្ន

ដើម្បីស្នើសុំការផ្គត់ផ្គង់ឱសថបណ្តោះអាសន្ន សូមទូរសព្ទមកផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជន។

នៅពេលអ្នកទទួលបានការផ្គត់ផ្គង់ឱសថបណ្តោះអាសន្ន ចូរពិភាក្សាជាមួយអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកឱ្យបានឆាប់តាមដែលអាចធ្វើទៅបាន ដើម្បីសម្រេចថាតើនឹងត្រូវធ្វើអ្វីខ្លះ នៅពេលដែលការផ្គត់ផ្គង់អស់។ ខាងក្រោមនេះគឺជាការជ្រើសរើសរបស់អ្នក៖

- អ្នកអាចប្តូរទៅឱសថមួយទៀតបាន។

  គម្រោងរបស់យើងអាចធានារ៉ាប់រងលើឱសថផ្សេងដែលមានប្រសិទ្ធភាពសម្រាប់អ្នក។ សូមទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជនដើម្បីស្នើសុំបញ្ជីឱសថដែលយើងធានារ៉ាប់រង ដែលព្យាបាលស្ថានភាពសុខភាពដូចគ្នា។ បញ្ជីនេះអាចជួយអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក ក្នុងការស្វែងរកឱសថដែលមានធានារ៉ាប់រងសម្រាប់ផ្តល់លទ្ធភាពធ្វើប្រតិបត្តិការសម្រាប់អ្នក។**ឬ**

- ស្នើសុំករណីលើកលែង។

  អ្នក និងអ្នកផ្តល់សេវា អាចស្នើសុំយើងខ្ញុំឱ្យធ្វើការលើកលែង។ ឧទាហរណ៍ អ្នកអាចស្នើឱ្យយើងខ្ញុំធានារ៉ាប់រងឱសថដែលមិនមាននៅក្នុងបញ្ជីឱសថរបស់យើង ឬស្នើឱ្យយើងធានារ៉ាប់រងលើឱសថដោយគ្មានការកំណត់។ ប្រសិនបើអ្នកផ្តល់សេវានិយាយថា អ្នកមានមូលហេតុល្អខាងវេជ្ជសាស្ត្រ សម្រាប់ករណីលើកលែង ពួកគេអាចជួយអ្នកស្នើសុំករណីលើកលែងផងដែរ។

D3. ការស្នើសុំករណីលើកលែង

បើឱសថដែលអ្នកកំពុងប្រើ នឹងត្រូវលុបចេញពីបញ្ជីឱសថរបស់យើង ឬដាក់កំណត់លើចំនួនប្រើប្រាស់ដោយប្រការណាមួយសម្រាប់ឆ្នាំក្រោយ យើងនឹងអនុញ្ញាតឱ្យអ្នកអាចស្នើសុំករណីលើកលែង មុនពេលឆ្នាំក្រោយ។

- យើងផ្តល់ដំណឹងជូនអ្នកអំពីការប្រែប្រួលណាមួយនៅក្នុងការធានារ៉ាប់រងលើឱសថរបស់អ្នកសម្រាប់ឆ្នាំបន្ទាប់។ ស្នើសុំយើងខ្ញុំឱ្យធ្វើករណីលើកលែង និងផ្តល់ការធានារ៉ាប់រងថ្លៃឱសថដែលអ្នកចង់បានសម្រាប់ឆ្នាំក្រោយ។

- យើងខ្ញុំឆ្លើយតបសំណើរអ្នកចំពោះការសុំលើកលែងក្នុងរវាង 72 ម៉ោង បន្ទាប់ពីយើងខ្ញុំទទួលបានសំណើរបស់អ្នក (ឬបន្ទាប់ពីទទួលបានលិខិតគាំទ្ររបស់អ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជា)។

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

ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយក្នុងការស្នើសុំករណីលើកលែង សូមទាក់ទងផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជន។

E. ការផ្លាស់ប្តូរការធានារ៉ាប់រងលើឱសថរបស់អ្នក

ការផ្លាស់ប្តូរការ៉ាប់រងលើឱសថភាគច្រើនកើតឡើងនៅថ្ងៃទី 1 ខែមករា ប៉ុន្តែយើងអាចបន្ថែម ឬដកឱសថចេញពីបញ្ជីឱសថរបស់យើងក្នុងអំឡុងនៃឆ្នាំ។ យើងក៏អាចនឹងផ្លាស់ប្តូរបទបញ្ជារបស់យើងអំពីឱសថដែរ។ ឧទាហរណ៍ យើងអាច៖

- សម្រេចចិត្តថា តើត្រូវការ ឬមិនត្រូវការឱ្យមានការយល់ព្រម (PA) សម្រាប់ឱសថជាមុន (ការអនុញ្ញាតពីយើងមុនពេលអ្នកអាចទទួលបានឱសថ)។
- បន្ថែម ឬកែប្រែបរិមាណឱសថដែលអ្នកអាចទទួលបាន (ហៅថាការដាក់កំណត់បរិមាណ)។
- បន្ថែម ឬផ្លាស់ប្តូរការព្យាបាលជាជំហាន (មានន័យថាអ្នកត្រូវតែសាកល្បងឱសថមួយមុនពេលយើងនឹងរ៉ាប់រងលើឱសថផ្សេងទៀត)។

សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីបទបញ្ជាលើឱសថទាំងនេះ សូមមើល **ផ្នែក C**។

ប្រសិនបើអ្នកកំពុងប្រើឱសថដែលមានធានារ៉ាប់រងនៅ ការចាប់ផ្តើម នៃឆ្នាំ យើងនឹងមិនដកចេញឬផ្លាស់ប្តូរការគ្របដណ្តប់ឱសថនោះទេ **ក្នុងអំឡុងពេលនៅសល់នៃឆ្នាំនោះ** លើកលែងតែ៖

- ឱសថថ្មីមានតម្លៃទាបជាងដែលមាននៅលើទីផ្សារមានប្រសិទ្ធភាពដូចឱសថនៅក្នុងបញ្ជីឱសថរបស់យើងបច្ចុប្បន្ននេះ **ឬ**
- យើងយល់ថា ឱសថនោះគ្មានសុវត្ថិភាព **ឬ**
- ឱសថត្រូវបានដកចេញពីទីផ្សារ។

ប្រសិនបើការធានារ៉ាប់រងផ្លាស់ប្តូរសម្រាប់ឱសថដែលអ្នកកំពុងប្រើនោះ តើនឹងមានអ្វីកើតឡើង?

ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែមអំពីអ្វីដែលកើតឡើងនៅពេលបញ្ជីឱសថរបស់យើងផ្លាស់ប្តូរ ជានិច្ចកាលអ្នកអាច៖

- ពិនិត្យមើលបញ្ជីឱសថបច្ចុប្បន្នរបស់យើងលើអនឡាញតាមរយៈគេហទំព័រ blueshieldca.com/medformulary2025 ឬ

- សូមទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជនមរយៈលេខនៅខាងក្រោមទំព័រនេះ ដើម្បីពិនិត្យមើលបញ្ជីឱសថបច្ចុប្បន្នរបស់យើង។

ការផ្លាស់ប្តូរដែលយើងអាចនឹងធ្វើចំពោះ*បញ្ជីឱសថ*ដែលប៉ះពាល់ដល់អ្នកក្នុងអំឡុងឆ្នាំនៃគម្រោងបច្ចុប្បន្ន

ការផ្លាស់ប្តូរចំពោះ*បញ្ជីឱសថ*មួយចំនួននឹងកើតឡើងភ្លាមៗ។ ឧទាហរណ៍៖

- ឱសថទូទៅថ្មីអាចរកបានហើយ។ ពេលខ្លះ ឱសថទូទៅថ្មី ឬឱសថជីវសាស្ត្រស្រដៀងគ្នាមាននៅលើទីផ្សារដែលមានប្រសិទ្ធភាពដូចគ្នាទៅនឹងឱសថមានម៉ាក ឬផលិតផលជីវសាស្ត្រដើមនៅក្នុងបញ្ជីឱសថបច្ចុប្បន្ននេះ។ មានករណីដូច្នេះកើតមាន យើងអាចនឹងដកចេញឱសថម៉ាកហើយបន្ថែមឱសថទូទៅថ្មី ប៉ុន្តែតម្លៃឱសថថ្មីរបស់អ្នកនៅដូចដើម។

  នៅពេលដែលយើងថែមឱសថម៉ាកធម្មតាថ្មី យើងក៏អាចនឹងសម្រេចរក្សាឱសថម៉ាកល្បីនៅក្នុងបញ្ជីដែរ ប៉ុន្តែផ្លាស់ប្តូរបទបញ្ជានៃការធានារ៉ាប់រង ឬដាក់កំណត់វា។

  - យើងអាចនឹងមិនប្រាប់អ្នក មុននឹងយើងធ្វើការផ្លាស់ប្តូរនេះទេ ប៉ុន្តែយើងនឹងផ្ញើព័ត៌មានឲ្យអ្នក អំពីការផ្លាស់ប្តូរជាក់លាក់ ដែលយើងបានធ្វើ កាលណាវាកើតឡើង។
  - អ្នក ឬអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក អាចស្នើសុំ “ករណីលើកលែង” ពីការផ្លាស់ប្តូរទាំងនេះ។ យើងនឹងផ្ញើសេចក្តីជូនដំណឹងឲ្យអ្នក ដោយមានជំហាន ដែលអ្នកអាចធ្វើ ដើម្បីសូមការលើកលែង។ សូមមើល **ជំពូកទី 9** នៃសៀវភៅណែនាំនេះសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីករណីលើកលែង។

ឱសថដែលបានដកចេញពីទីផ្សារ។ ប្រសិនបើ FDA និយាយថា ឱសថដែលអ្នកកំពុងប្រើមិនមានសុវត្ថិភាព ឬក្រុមហ៊ុនផលិតឱសថដកឱសថចេញពីទីផ្សារ យើងនឹងដកឱសថនោះចេញពីបញ្ជីឱសថរបស់យើងផងដែរ។ ប្រសិនបើអ្នកកំពុងលេបថ្នាំ យើងនឹងផ្ញើសេចក្តីជូនដំណឹងជូនអ្នកបន្ទាប់ពីយើងធ្វើការផ្លាស់ប្តូរ។ អ្នកចេញបញ្ជារបស់អ្នកក៏នឹងដឹងអំពីការផ្លាស់ប្តូរនេះផងដែរ និងអាចធ្វើការជាមួយអ្នកដើម្បីស្វែងរកឱសថផ្សេងទៀតសម្រាប់ស្ថានភាពជំងឺរបស់អ្នក។

យើងអាចនឹងធ្វើការផ្លាស់ប្តូរផ្សេងទៀតដែលប៉ះពាល់ដល់ឱសថដែលអ្នកប្រើ។ យើងនឹងប្រាប់អ្នកជាមុនអំពីការផ្លាស់ប្តូរផ្សេងទៀតទាំងនេះចំពោះបញ្ជីឱសថរបស់យើង។ ការផ្លាស់ប្តូរទាំងនេះអាចនឹងកើតឡើង បើសិន៖

- FDA ផ្តល់ការណែនាំថ្មី ឬមានគោលការណ៍ពិនិត្យព្យាបាលថ្មីអំពីឱសថ។

នៅពេលដែលមានការផ្លាស់ប្តូរទាំងនេះកើតឡើង យើងនឹង៖

- ប្រាប់ដល់អ្នកយ៉ាងតិចបំផុតរយៈពេល 30 ថ្ងៃ មុននឹងយើងផ្លាស់ប្តូរបញ្ជីឱសថរបស់យើង ឬ
- ជូនដំណឹងដល់អ្នក និងឧបត្ថម្ភឱសថឲ្យអ្នក 30 ថ្ងៃ បន្ទាប់ពីអ្នកស្នើសុំបើកឱសថសាថ្មី។

ការជូនដំណឹងនេះនឹងផ្តល់ពេលវេលាដល់អ្នកក្នុងការពិគ្រោះជាមួយវេជ្ជបណ្ឌិត ឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាផ្សេងទៀតរបស់អ្នក។ ពួកគេអាចជួយអ្នកសម្រេចចិត្ត៖

- ប្រសិនបើមានឱសថមួយស្រដៀងគ្នានៅក្នុងបញ្ជីឱសថដែលអ្នកអាចប្រើជំនួស **ឬ**
- ថាតើអ្នកគួរស្នើសុំការលើកលែងពីការផ្លាស់ប្តូរទាំងនេះ ដើម្បីបន្តការធានារ៉ាប់រងលើឱសថ ឬកំណែឱសថដែលអ្នកកំពុងលេបដែរឬទេ។ ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពីការស្នើសុំករណីលើកលែង សូមមើល **ជំពូកទី 9** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*របស់អ្នក។

ការផ្លាស់ប្តូរចំពោះ*បញ្ជីឱសថ*ដែលមិនប៉ះពាល់ដល់អ្នកក្នុងអំឡុងឆ្នាំនៃគម្រោងបច្ចុប្បន្ន

យើងអាចនឹងធ្វើការផ្លាស់ប្តូរចំពោះឱសថដែលអ្នកលេប ដែលមិនមានពណ៌នាខាងលើ ហើយមិនប៉ះពាល់ចំពោះអ្នកក្នុងពេលបច្ចុប្បន្ន។ សម្រាប់ការផ្លាស់ប្តូរបែបនេះ ប្រសិនបើអ្នកកំពុងតែប្រើប្រាស់ឱសថមួយដែលបានធានារ៉ាប់រងនៅ ដើមឆ្នាំ ជាទូទៅយើងនឹងមិនដកឱសថនោះចេញ ឬផ្លាស់ប្តូរការធានារ៉ាប់រងលើឱសថនោះ ក្នុងអំឡុងពេលដែលនៅសេសសល់នៃឆ្នាំនោះទេ។

ឧទាហរណ៍ ប្រសិនបើយើងដកឱសថដែលអ្នកកំពុងប្រើចេញ ឬដាក់កំណត់លើការប្រើប្រាស់របស់វា នោះការផ្លាស់ប្តូរនឹងមិនប៉ះពាល់ដល់ការប្រើប្រាស់ឱសថរបស់អ្នកសម្រាប់រយៈពេលនៅសល់នៃឆ្នាំនោះទេ ។

ប្រសិនបើការផ្លាស់ប្តូរណាមួយក្នុងចំណោមការផ្លាស់ប្តូរទាំងនេះកើតឡើងចំពោះឱសថដែលអ្នកកំពុងលេប (លើកលែងតែការផ្លាស់ប្តូរដែលបានកត់សម្គាល់នៅក្នុងផ្នែកខាងលើ) ការផ្លាស់ប្តូរនឹងមិនប៉ះពាល់ដល់ការប្រើប្រាស់របស់អ្នករហូតដល់ថ្ងៃទី 1 ខែមករានៅឆ្នាំក្រោយទេ។

យើងនឹងមិនប្រាប់អ្នកអំពីប្រភេទនៃការផ្លាស់ប្តូរទាំងនេះខាងលើដោយផ្ទាល់ក្នុងអំឡុងឆ្នាំបច្ចុប្បន្ននេះទេ។ អ្នកនឹងត្រូវពិនិត្យមើលបញ្ជីឱសថសម្រាប់ឆ្នាំនៃគម្រោងបន្ទាប់ (នៅពេលដែលមានបញ្ជីក្នុងអំឡុងរយៈពេលបើកចុះឈ្មោះ) ដើម្បីមើលថាតើមានការផ្លាស់ប្តូរណាមួយដែលនឹងប៉ះពាល់ដល់អ្នកក្នុងឆ្នាំនៃគម្រោងបន្ទាប់ដែរឬទេ។

F. ការរ៉ាប់រងលើឱសថក្នុងករណីពិសេស

F1. នៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យ ឬមជ្ឈមណ្ឌលថែទាំជំនាញសម្រាប់ការស្នាក់នៅដែលគម្រោងរបស់យើងធានារ៉ាប់រង

ប្រសិនបើអ្នកត្រូវបានអនុញ្ញាតឱ្យចូលមន្ទីរពេទ្យ ឬមជ្ឈមណ្ឌលថែទាំជំនាញសម្រាប់ការស្នាក់នៅដែលគម្រោងរបស់យើងរ៉ាប់រង ជាទូទៅយើងធានារ៉ាបរងលើថ្លៃចំណាយលើឱសថមានវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកក្នុងអំឡុងពេលស្នាក់នៅរបស់អ្នក។ អ្នកនឹងមិនត្រូវបង់ថ្លៃបង់ប្រាក់រួមទេ។ នៅពេលដែលអ្នកចេញពីមន្ទីរពេទ្យ ឬមជ្ឈមណ្ឌល

ថែទាំជំនាញ យើងនឹងធានារ៉ាប់រងលើឱសថរបស់អ្នក លុះត្រាតែឱសថនោះបំពេញតាមបទបញ្ជាទាំងអស់របស់យើងសម្រាប់ការរ៉ាប់រង។

F2. នៅក្នុងមជ្ឈមណ្ឌលថែទាំរយៈពេលវែង

ជាធម្មតា មជ្ឈមណ្ឌលថែទាំរយៈពេលវែង ដូចជាមជ្ឈមណ្ឌលថែទាំសុខភាព មានឱសថស្ថានផ្ទាល់ខ្លួន ឬឱសថស្ថានដែលផ្គត់ផ្គង់ឱសថដល់អ្នករស់នៅទីនោះទាំងអស់របស់ពួកគេ។ បើសិនអ្នករស់នៅក្នុងមជ្ឈមណ្ឌលថែទាំរយៈពេលវែង អ្នកអាចទទួលបានឱសថមានវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកនៅតាមឱសថស្ថានរបស់មជ្ឈមណ្ឌល បើសិនឱសថស្ថាននោះស្ថិតនៅក្នុងបណ្តាញរបស់យើង។

សូមពិនិត្យមើលបញ្ជីឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថាន ដើម្បីដឹងថា តើឱសថស្ថានរបស់មន្ទីរថែទាំរយៈពេលវែងស្ថិតនៅក្នុងបណ្តាញរបស់យើងឬអត់។ ប្រសិនបើវាមិនមែនទេ ឬប្រសិនបើអ្នកត្រូវការព័ត៌មានបន្ថែម សូមទាក់ទងផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជន។

F3. នៅក្នុងកម្មវិធីថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយដែលមានការបញ្ជាក់ពី Medicare

ឱសថមិនត្រូវបានធានារ៉ាប់រងទាំងនៅមន្ទីរពេទ្យថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយ និងគម្រោងរបស់យើងក្នុងពេលតែមួយបានទេ។

- អ្នកអាចចុះឈ្មោះក្នុងមន្ទីរពេទ្យថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយរបស់ Medicare ហើយត្រូវការឱសថជាក់លាក់ (ឧទាងរណ៍ ឱសថបំបាត់ការឈឺចាប់ ឱសថប្រឆាំងនឹងការចង្អោរ ឱសថបញ្ចុះលាមក ឬឱសថប្រឆាំងនឹងការថប់បារម្ភ) ដែលមន្ទីរពេទ្យថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយរបស់អ្នកមិនធានារ៉ាប់រងនោះទេ ដោយសារតែវាមិនទាក់ទងទៅនឹងការព្យាករណ៍ និងលក្ខខណ្ឌជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយរបស់អ្នកទេ។ ក្នុងករណីនោះ គម្រោងរបស់យើងត្រូវតែទទួលបានការជូនដំណឹងពីអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជា ឬអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយរបស់អ្នកថាឱសថនេះមិនពាក់ព័ន្ធមុនពេលយើងអាចរ៉ាប់រងលើឱសថនេះបាន។
- ដើម្បីបង្ការការពន្យាពេលក្នុងការទទួលបានឱសថដែលមិនពាក់ព័ន្ធណាមួយដែលគម្រោងរបស់យើងគួរតែធានារ៉ាប់រង អ្នកអាចស្នើសុំឱ្យអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយ ឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកឱ្យប្រាកដថា យើងបានជូនដំណឹងថាឱសថនោះមិនពាក់ព័ន្ធ មុនពេលអ្នកស្នើសុំឱ្យឱសថស្ថានបើកឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាជូនអ្នក។

ប្រសិនបើអ្នកចាកចេញពីមន្ទីរពេទ្យថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយ គម្រោងរបស់យើងធានារ៉ាប់រងលើឱសថទាំងអស់របស់អ្នក។ ដើម្បីបង្ការការពន្យារពេលណាមួយនៅឱសថស្ថាននៅពេលអត្ថប្រយោជន៍មន្ទីរពេទ្យថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយរបស់ Medicare របស់អ្នកបញ្ចប់ សូមយកឯកសារទៅឱសថស្ថានដើម្បីផ្ទៀងផ្ទាត់ថា អ្នកបានចាកចេញពីមន្ទីរពេទ្យថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយ។

សូមមើលផ្នែកមុននៃជំពូកនេះដែលប្រាប់អំពីឱសថដែលគម្រោងរបស់យើងរ៉ាប់រង។ សូមមើល ជំពូកទី **4** នៃសៀវភៅណែនាំសមាជិករបស់អ្នកសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីអត្ថប្រយោជន៍មន្ទីរពេទ្យថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយ។

G. កម្មវិធីស្តីពីសុវត្ថិភាពឱសថ និងការគ្រប់គ្រងឱសថ

G1. កម្មវិធីដើម្បីជួយអ្នកក្នុងការប្រើប្រាស់ឱសថប្រកបដោយសុវត្ថិភាព

រៀងរាល់ពេលអ្នកបើឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាម្តង។ យើងរកមើលបញ្ហាដែលអាចកើតមានឡើង ដូចជាកំហុសឱសថ ឬឱសថដែល៖

- អាចមិនត្រូវការ ពីព្រោះអ្នកកំពុងប្រើឱសថផ្សេងទៀតដែលមានប្រសិទ្ធិភាពដូចគ្នា
- អាចមិនមានសុវត្ថិភាពសម្រាប់អាយុ ឬភេទរបស់អ្នក
- អាចនឹងផ្តល់ទុក្ខទោសដល់អ្នកប្រសិនបើអ្នកប្រើវានៅពេលដំណាលគ្នា
- មានគ្រឿងផ្សំដែលអ្នកមាន ឬអាចមានអាឡែហ្ស៊ីជាមួយ
- មានបរិមាណឱសថបំបាត់ការឈឺចាប់អូផ្យូអ៊ីតដែលមិនមានសុវត្ថិភាព

បើសិនយើងឃើញបញ្ហាដែលអាចកើតមាននៅក្នុងការប្រើឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាឱសថរបស់អ្នក យើងនឹងធ្វើការជាមួយអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក ដើម្បីកែតម្រូវបញ្ហានោះ។

G2. កម្មវិធីដើម្បីជួយអ្នកគ្រប់គ្រងឱសថរបស់អ្នក

គម្រោងរបស់យើងមានកម្មវិធីដើម្បីជួយសមាជិកដែលមានតម្រូវការសុខភាពស្មុគស្មាញ។ ក្នុងករណីបែបនេះ អ្នកអាចមានសិទ្ធិទទួលបានសេវា ដោយឥតគិតថ្លៃតាមរយៈកម្មវិធីគ្រប់គ្រងការព្យាបាលដោយឱសថ (MTM)។ កម្មវិធីនេះគឺជាការស្ម័គ្រចិត្ត និងឥតគិតថ្លៃ។ កម្មវិធីនេះជួយអ្នក និងអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកឱ្យប្រាកដថាឱសថរបស់អ្នកមានប្រសិទ្ធភាពក្នុងការកែលម្អសុខភាពរបស់អ្នក។ ប្រសិនបើអ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានកម្មវិធីនេះ ឱសថការី ឬអ្នកមានវិជ្ជាជីវៈផ្នែកសុខភាពផ្សេងទៀតនឹងផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវការពិនិត្យឡើងវិញដ៏ទូលំទូលាយលើឱសថទាំងអស់របស់អ្នក ហើយពិគ្រោះជាមួយអ្នកអំពី៖

- របៀបទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ច្រើនបំផុតពីឱសថដែលអ្នកប្រើ
- ក្តីបារម្ភណាមួយដែលអ្នកមាន ដូចជាថ្លៃចំណាយលើឱសថ និងប្រតិកម្មឱសថ
- វិធីល្អបំផុតក្នុងការប្រើឱសថរបស់អ្នក
- រាល់សំណួរ ឬបញ្ហាដែលអ្នកមានអំពីវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក និងឱសថមិនតម្រូវឱ្យមានវេជ្ជបញ្ជា

បន្ទាប់មក ពួកគេនឹងផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវ៖

- សេចក្តីសង្ខេបជាលាយលក្ខណ៍អក្សរអំពីការពិភាក្សានេះ។ សេចក្តីសង្ខេបមានគម្រោងសកម្មភាពឱសថដែលណែនាំពីអ្វីដែលអ្នកអាចធ្វើបានសម្រាប់ការប្រើប្រាស់ឱសថរបស់អ្នកឱ្យបានល្អបំផុត។
- បញ្ជីឱសថផ្ទាល់ខ្លួនដែលរួមបញ្ចូលឱសថទាំងទាំងអស់ដែលអ្នកលេប បរិមាណដែលអ្នកលេប និងពេល និងមូលហេតុដែលអ្នកលេបថ្នាំទាំងនោះ។
- ព័ត៌មានអំពីការចាលថ្នាំតាមវេជ្ជបញ្ជាដែលជាសារធាតុដែលត្រូវបានគ្រប់គ្រងដោយសុវត្ថិភាព។

នេះជាគំនិតល្អក្នុងការពិភាក្សាជាមួយអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកអំពីគម្រោងសកម្មភាព និងបញ្ជីឱសថរបស់អ្នក។

- យកគម្រោងសកម្មភាព និងបញ្ជីឱសថរបស់អ្នកទៅជួបអ្នក ដែលអ្នកជួប ឬនៅពេលណាដែលអ្នកនិយាយជាមួយវេជ្ជបណ្ឌិត ឱសថការី និងអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពផ្សេងទៀតរបស់អ្នក។
- យកបញ្ជីឱសថរបស់អ្នកទៅជាមួយអ្នក ប្រសិនបើអ្នកទៅមន្ទីរពេទ្យ ឬបន្ទប់សង្គ្រោះបន្ទាន់។

កម្មវិធី MTM គឺជាការស្ម័គ្រចិត្ត និងឥតគិតថ្លៃសម្រាប់សមាជិកដែលមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់។ បើយើងមានកម្មវិធីដែលសមនឹងសេចក្តីត្រូវការរបស់អ្នក យើងនឹងចុះឈ្មោះអ្នកក្នុងកម្មវិធី និងផ្ញើព័ត៌មានទៅឱ្យអ្នក។ ប្រសិនបើអ្នកមិនចង់ស្ថិតនៅក្នុងកម្មវិធីទេ សូមប្រាប់យើងខ្ញុំឱ្យបានដឹង ហើយយើងនឹងដកអ្នកចេញពីកម្មវិធី។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរអំពីកម្មវិធីទាំងនេះ សូមទាក់ទងផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជន។

G3. កម្មវិធីគ្រប់គ្រងឱសថសម្រាប់ការប្រើប្រាស់ឱសថអូផ្យូអ៊ីតដោយសុវត្ថិភាព

គម្រោងរបស់យើងមានកម្មវិធីមួយដែលអាចជួយសមាជិកឱ្យប្រើប្រាស់ឱសថអូផ្យូអ៊ីតតាមវេជ្ជបញ្ជារបស់ពួកគេដោយសុវត្ថិភាព និងឱសថផ្សេងទៀតដែលត្រូវបានប្រើប្រាស់មិនត្រឹមត្រូវជាញឹកញាប់។ កម្មវិធីនេះត្រូវបានគេហៅថា កម្មវិធីគ្រប់គ្រងឱសថ (DMP)។

ប្រសិនបើអ្នកប្រើឱសថអូផ្យូអ៊ីតដែលអ្នកទទួលបានពីវេជ្ជបណ្ឌិត ឬឱសថស្ថានជាច្រើន ឬប្រសិនបើអ្នកបានប្រើឱសថអូផ្យូអ៊ីតលើសកម្រិតនាពេលថ្មីៗនេះ យើងអាចពិភាក្សាជាមួយវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកដើម្បីប្រាកដថា ការប្រើឱសថអូផ្យូអ៊ីតរបស់អ្នកគឺសមស្រប និងចាំបាច់ខាងវេជ្ជសាស្ត្រ។ ធ្វើការជាមួយវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក ប្រសិនបើយើងសម្រេចថាការប្រើប្រាស់ឱសថអូផ្យូអ៊ីតតាមវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក ឬឱសថ benzodiazepine មិនមានសុវត្ថិភាពទេ យើងអាចកំណត់ពីរបៀបដែលអ្នកអាចទទួលបានឱសថទាំងនោះ។ ការដក់កំណត់អាចរួមមាន៖

- តម្រូវឱ្យអ្នកទទួលបានវេជ្ជបញ្ជាទាំងអស់សម្រាប់ឱសថទាំងនោះពីឱសថស្ថានជាក់លាក់ និង/ឬពីអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាជាក់លាក់

- ការកំណត់បរិមាណឱសថទាំងនោះដែលយើងធានារ៉ាប់រងសម្រាប់អ្នក

ប្រសិនបើយើងគិតថា ការដាក់កំណត់មួយ ឬច្រើនគួរតែអនុវត្តចំពោះអ្នក យើងផ្ញើលិខិតទៅអ្នកជាមុន។ លិខិតនេះនឹងប្រាប់អ្នកថា តើយើងនឹងកំណត់ការធានារ៉ាប់រងលើឱសថទាំងនេះសម្រាប់អ្នក ឬប្រសិនបើអ្នកនឹងត្រូវបានតម្រូវឱ្យទទួលបានវេជ្ជបញ្ជាសម្រាប់ឱសថទាំងនេះពីអ្នកផ្តល់សេវា ឬឱសថស្ថានជាក់លាក់តែប៉ុណ្ណោះ។

អ្នកនឹងមានឱកាសប្រាប់យើងខ្ញុំថា តើវេជ្ជបណ្ឌិត ឬឱសថស្ថានណាមួយដែលអ្នកចង់ប្រើ និងព័ត៌មានណាមួយដែលអ្នកគិតថា សំខាន់សម្រាប់យើងខ្ញុំក្នុងការដឹង។ ប្រសិនបើយើងសម្រេចចិត្តកំណត់ការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកសម្រាប់ឱសថទាំងនេះ បន្ទាប់ពីអ្នកមានឱកាសឆ្លើយតប យើងនឹងផ្ញើលិខិតមួយទៀតជូនអ្នកដែលបញ្ជាក់ពីការកំណត់។

ប្រសិនបើអ្នកគិតថា យើងបានធ្វើខុស អ្នកមិនយល់ស្របថា អ្នកស្ថិតក្នុងហានិភ័យនៃការប្រើប្រាស់ឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាខុស ឬអ្នកមិនយល់ស្របនឹងការដាក់កំណត់ អ្នក និងអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកអាចដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍បាន។ ប្រសិនបើអ្នកដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ យើងនឹងពិនិត្យករណីរបស់អ្នកឡើងវិញ ហើយផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវការសម្រេចចិត្តរបស់យើង។ ប្រសិនបើយើងបន្តបដិសេធផ្នែកណាមួយនៃបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នកទាក់ទងនឹងការដាក់កំណត់លើការចូលប្រើឱសថទាំងនេះ យើងនឹងបញ្ជូនករណីរបស់អ្នកដោយស្វ័យប្រវត្តិទៅអង្គការត្រួតពិនិត្យឯករាជ្យ (IRO)។ (ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពីបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ និង IRO សូមមើល ជំពូកទី **9** នៃ សៀវភៅណែនាំសមាជិក របស់អ្នក។)

DMP អាចនឹងមិនអនុវត្តចំពោះអ្នកទេ ប្រសិនបើអ្នក៖

- មានស្ថានភាពសុខភាពជាក់លាក់មួយចំនួន ដូចជាជំងឺមហារីក ឬជំងឺកោសិកាឈាមក្រហម
- កំពុងទទួលបានការថែទាំនៅមន្ទីរពេទ្យថែអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយ ថ្នាំបំបាត់ការឈឺចាប់ ឬការថែទាំនៅចុងបញ្ចប់នៃជីវិត **ឬ**
- រស់នៅក្នុងមជ្ឈមណ្ឌលថែទាំរយៈពេលវែង។

ជំពូកទី 6៖ អ្វីដែលអ្នកត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថមានវេជ្ជបញ្ជារបស់ Medicare និង Medi-Cal Medicaid របស់អ្នក

សេចក្តីផ្តើម

ជំពូកនេះ ប្រាប់អំពីអ្នកត្រូវបង់ប៉ុន្មាន សម្រាប់ឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាអ្នកជំងឺឥតដេកពេទ្យរបស់អ្នក។ តាមរយៈពាក្យ "ឱសថ" យើងមានន័យសំដៅ៖

- ឱសថមានវេជ្ជបញ្ជា Medicare ផ្នែក D **និង**
- ឱសថ និងសម្ភារដែលបានធានារ៉ាប់រងក្រោម Medi-Cal Rx។

ដោយសារអ្នកមានសិទ្ធិទទួលបាន Medi-Cal អ្នកទទួលបាន “ជំនួយបន្ថែម (Extra Help)” ពី Medicare ដើម្បីជួយបង់ថ្លៃឱសថមានវេជ្ជបញ្ជានៃ Medicare ផ្នែក D របស់អ្នកដែរ។

> ជំនួយបន្ថែម (**Extra Help**) គឺជាកម្មវិធី Medicare ដែលជួយដល់អ្នកដែលមានប្រាក់ចំណូល និងធនធានតិចតួចក្នុងការកាត់បន្ថយថ្លៃចំណាយលើឱសថមានវេជ្ជបញ្ជារបស់ Medicare ផ្នែក D ដូចជាថ្លៃធានារ៉ាប់រង ប្រាក់កាត់កង និងការបង់ប្រាក់រួម។ ជំនួយបន្ថែម (Extra Help) ហៅថា “កម្មវិធីប្រាក់ឧបត្ថម្ភអ្នកមានប្រាក់ចំណូលតិច” ឬ “LIS”។

ពាក្យគន្លឹះផ្សេងទៀត និងនិយមន័យនៃពាក្យគន្លឹះទាំងនេះបង្ហាញតាមលំដាប់អក្ខរក្រមនៅក្នុងជំពូកចុងក្រោយនៃ សៀវភៅណែនាំសមាជិក របស់អ្នក។
ដើម្បីស្វែងយល់ថែមទៀត អំពីឱសថមានវេជ្ជបញ្ជា អ្នកអាចមើលក្នុងកន្លែងទាំងនេះ នៅខាងក្រោម៖

- បញ្ជីឱសថដែលមានធានារ៉ាប់រង របស់យើង។
  - យើងហៅវាដោយខ្លីថា “បញ្ជីឱសថ”។ វាប្រាប់អ្នកអំពី៖
    - ឱសថណាមួយយើងបង់ឲ្យ
    - តើឱសថនីមួយៗស្ថិតក្នុងកម្រិតថ្នាក់ណាមួយក្នុងចំណោមកម្រិតថ្នាក់ទាំងប្រាំ
    - ថាតើមានការដាក់កំណត់លើឱសថឬអត់
  - ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការច្បាប់ចម្លងនៃបញ្ជីឱសថរបស់យើង សូមហៅទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជន។ អ្នកក៏អាចស្វែងរកច្បាប់ចម្លងថ្មីបំផុតនៃ បញ្ជីឱសថ របស់យើងនៅលើគេហទំព័ររបស់យើងតាមរយៈអាសយដ្ឋាន blueshieldca.com/medformulary2025។

- ឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាភាគច្រើនដែលអ្នកទទួលបានពីឱសថស្ថានត្រូវបានរ៉ាប់រងដោយគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan។ ឱសថផ្សេងទៀត ដូចជាឱសថគ្មានវេជ្ជបញ្ជា (OTC) មួយចំនួន និងវីតាមីនមួយចំនួនអាចត្រូវបានធានារ៉ាប់រងពី Medi-Cal Rx។ សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ Medi-Cal Rx (medi-calrx.dhcs.ca.gov/) សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។ អ្នកក៏អាចហៅទូរសព្ទទៅកាន់មជ្ឈមណ្ឌលសេវាបម្រើអតិថិជន Medi-Cal Rx តាមរយៈលេខ 800-977-2273។ សូមយកបណ្ណសម្គាល់អ្នកទទួលអត្ថប្រយោជន៍ (BIC) នៃ Medi-Cal របស់អ្នកមកជាមួយនៅពេលដែលទទួលបានវេជ្ជបញ្ជាតាមរយៈ Medi-Cal Rx។”

- **ជំពូកទី 5** នៃ សៀវភៅណែនាំសមាជិក របស់អ្នក។
  - វា ប្រាប់ពីរបៀបទទួលបានឱសថមានវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកជំងឺតតដេកពេទ្យរបស់អ្នកតាមរយៈគម្រោងរបស់យើង។
  - វាមានបញ្ចូលនូវវិន័យដែលអ្នកត្រូវធ្វើតាម។ វាក៏ប្រាប់អំពីប្រភេទនៃឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាណាមួយដែលគម្រោងរបស់យើងមិនធានារ៉ាប់រងផងដែរ។
  - នៅពេលអ្នកប្រើ “ឧបករណ៍ផ្តល់ព័ត៌មានអត្ថប្រយោជន៍តាមពេលវេលាជាក់ស្តែង (Real Time Benefit Tool)” របស់គម្រោងដើម្បីរកមើលការធានារ៉ាប់រងលើឱសថ (សូមមើលជំពូកទី 5 ផ្នែក B_2) ថ្លៃចំណាយដែលបានបង្ហាញត្រូវបានផ្តល់ជូនតាមពេលវេលាជាក់ស្តែង ដែលមានន័យថា ថ្លៃចំណាយដែលបានបង្ហាញនៅក្នុងឧបករណ៍ឆ្លុះបញ្ចាំងពីពេលវេលាមួយដើម្បីផ្តល់ការប៉ាន់ស្មានថ្លៃចំណាយចេញពីហោប៉ៅដែលអ្នកត្រូវបានគេរំពឹងថានឹងបង់។ អ្នកអាចទូរសព្ទទៅអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នក ឬផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជនសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។

- បញ្ជីឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថាន របស់យើង។
  - នៅក្នុងករណីភាគច្រើន អ្នកត្រូវតែប្រើបណ្តាញឱសថស្ថានមួយ ដើម្បីទទួលឱសថរបស់អ្នកដែលបានរ៉ាប់រង។ ឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញ គឺជាឱសថស្ថានដែលបានព្រមព្រៀងធ្វើការជាមួយយើងខ្ញុំ។
  - បញ្ជីរាយឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថាន រាយឈ្មោះឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញរបស់យើង។ សូមមើល ជំពូកទី **5** នៃ សៀវភៅណែនាំសមាជិក របស់អ្នកសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញ។

តារាងមាតិកា

A. *ការពន្យល់អំពីអត្ថប្រយោជន៍* (EOB) 217

B. របៀបតាមដានថ្លៃចំណាយលើឱសថរបស់អ្នក 218

C. អ្នកមិនបង់ប្រាក់លើការផ្គត់ផ្គង់ឱសថរយៈពេលមួយខែ ឬរយៈពេលវែងឡើយ 220

C1. ជម្រើសឱសថស្ថានរបស់អ្នក 220

C2. ការទទួលបានការផ្គត់ផ្គង់ឱសថរយៈពេលវែង 221

D. ការចាក់ថ្នាំវ៉ាក់សាំង 221

D1. អ្វីដែលអ្នកត្រូវដឹងមុនពេលអ្នកចាក់ថ្នាំវ៉ាក់សាំង 221

A. *ការពន្យល់អំពីអត្ថប្រយោជន៍* (EOB)

គម្រោងរបស់យើងកត់ត្រាពីឱសថមានវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក។ យើងកត់ត្រាតម្លៃពីរប្រភេទ៖

- **ថ្លៃចំណាយចេញពីហោប៉ៅ**របស់អ្នក។ នេះគឺជាចំនួនទឹកប្រាក់ដែលអ្នក ឬអ្នកផ្សេងទៀតបង់ប្រាក់តំណាងឲ្យអ្នក បង់សម្រាប់វេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក។ នេះរួមបញ្ចូលទាំងអ្វីដែលអ្នកបានទូទាត់នៅពេលដែលអ្នកទទួលបានឱសថផ្នែក D ដែលមានការធានារ៉ាប់រង ការទូទាត់ប្រាក់ណាមួយសម្រាប់ឱសថរបស់អ្នកដែលធ្វើឡើងដោយក្រុមគ្រួសារ ឬមិត្តភក្តិ ការទូទាត់ប្រាក់ណាមួយដែលធ្វើឡើងសម្រាប់ឱសថរបស់អ្នកដោយ “ជំនួយបន្ថែម” ពី Medicare គម្រោងសុខភាពរបស់និយោជក សេវាសុខភាពជនជាតិដើមអាមេរិក កម្មវិធីជំនួយឱសថសម្រាប់ជំងឺអេដស៍ និងអង្គការសប្បុរសធម៌។
- **ថ្លៃចំណាយលើឱសថសរុប**របស់អ្នក។ នេះជាចំនួនសរុបនៃថ្លៃចំណាយទាំងអស់ដែលបានបង់សម្រាប់ឱសថផ្នែក D ដែលមានការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នក។ វារួមបញ្ចូលនូវអ្វីដែលគម្រោងបានទូទាត់ និងអ្វីដែលកម្មវិធី ឬអង្គការផ្សេងទៀតបានទូទាត់សម្រាប់ឱសថផ្នែក D ដែលមានការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នក។

នៅពេលដែលអ្នកទទួលបានឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាតាមរយៈគម្រោងរបស់យើង នោះយើងបានផ្ញើជូនអ្នកនូវសេចក្តីសង្ខេបមួយដែលគេហៅថា ការពន្យល់អំពីអត្ថប្រយោជន៍។ យើងហៅវាដោយសង្ខេបថា EOB។ EOB មិនមែនជាវិក្កយបត្រទេ។ EOB មានព័ត៌មានបន្ថែមទៀតអំពីថ្នាំដែលអ្នកប្រើ។ អ្នកអាចពិភាក្សាជាមួយអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកពីជម្រើសនៃថ្លៃចំណាយទាបទាំងនេះ។ EOB រួមមាន៖

- **ព័ត៌មានប្រចាំខែ។** សេចក្តីសង្ខេបនេះប្រាប់ពីឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាដែលអ្នកបានទទួលសម្រាប់ខែមុន។ វាបង្ហាញតម្លៃឱសថសរុបទាំងអស់ យើងបានបង់ប៉ុន្មាន និងអ្នកបានបង់ប៉ុន្មាន និងអ្នកផ្សេងទៀតបានបង់ប៉ុន្មានសម្រាប់អ្នក។
- **ព័ត៌មានប្រចាំឆ្នាំមកទល់បច្ចុប្បន្ន។** នេះគឺជាថ្លៃចំណាយលើឱសថសរុបទាំងអស់របស់អ្នក និងការបង់ប្រាក់សរុបទាំងអស់ ដែលបានបង់ចាប់តាំងពីថ្ងៃទី 1 ខែមករាមក។
- **ព័ត៌មានអំពីតម្លៃឱសថ។** នេះជាតម្លៃសរុបនៃឱសថ និងការផ្លាស់ប្តូរណាមួយក្នុងតម្លៃឱសថចាប់តាំងពីពេលបើកឱសថដំបូង។
- **ជម្រើសដែលមានតម្លៃទាបជាង។** នៅពេលមាន វាបង្ហាញនៅក្នុងសេចក្តីសង្ខេបខាងក្រោមឱសថបច្ចុប្បន្នរបស់អ្នក។ អ្នកអាចពិភាក្សាជាមួយអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែម។

យើងផ្តល់ជូនការធានារ៉ាប់រងឱសថដែលមិនរ៉ាប់រងនៅក្រោម Medicare។

- ការបង់ប្រាក់ដែលបានធ្វើឡើងសម្រាប់ឱសថទាំងនេះ មិនរាប់បញ្ចូលពីលើថ្លៃចំណាយចេញពីហោប៉ៅសរុបរបស់អ្នកទេ។
- ឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាភាគច្រើនដែលអ្នកទទួលបានពីឱសថស្ថានត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយគម្រោង។ ឱសថផ្សេងទៀត ដូចជាឱសថគ្មានវេជ្ជបញ្ជា (OTC) មួយចំនួន និងវីតាមីនមួយចំនួនអាចត្រូវបានធានារ៉ាប់រងពី Medi-Cal Rx។ សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ Medi-Cal Rx (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov) សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។ អ្នកក៏អាចទូរសព្ទទៅកាន់មជ្ឈមណ្ឌលសេវាបម្រើអតិថិជនរបស់ Medi-Cal តាមរយៈលេខ 800-977-2273។ សូមយកបណ្ណសម្គាល់អ្នកទទួលអត្ថប្រយោជន៍ (BIC) នៃ Medi-Cal របស់អ្នកមកជាមួយនៅពេលដែលទទួលបានវេជ្ជបញ្ជាតាមរយៈ Medi-Cal Rx។
- ដើម្បីដឹងថាឱសថណាមួយដែលគម្រោងរបស់យើងរ៉ាប់រង សូមមើលបញ្ជីឱសថរបស់យើង។

B. របៀបតាមដានថ្លៃចំណាយលើឱសថរបស់អ្នក

ដើម្បីរក្សាតាមដាននៃតម្លៃឱសថរបស់អ្នក និងការបង់ប្រាក់ដែលអ្នកបង់ យើងក៏ប្រើកំណត់ត្រាដែលយើងទទួលពីអ្នក និងឱសថស្ថានរបស់អ្នក។ នេះគឺជារបៀបអ្នកអាចជួយយើង៖

1. ប្រើប្រាស់បណ្ណសម្គាល់សមាជិករបស់អ្នក។

បង្ហាញបណ្ណសម្គាល់សមាជិករបស់អ្នករៀងរាល់ពេលអ្នកបើកឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាជាថ្មី។ ធ្វើដូចនេះជួយយើងខ្ញុំឱ្យដឹងថាអ្នកបើកវេជ្ជបញ្ជាអ្វី និងអ្នកបង់ប៉ុន្មាន។

2. ត្រូវប្រាកដថា យើងមានព័ត៌មានដែលយើងត្រូវការ។

ផ្តល់ឱ្យយើងខ្ញុំនូវច្បាប់ចម្លងនៃបង្កាន់ដៃសម្រាប់ឱសថដែលមានធានារ៉ាប់រងដែលអ្នកបានបង់ថ្លៃរួច។ អ្នកអាចស្នើសុំឱ្យយើងខ្ញុំសងប្រាក់ទៅអ្នកវិញសម្រាប់ឱសថនោះ។

នេះជាឧទាហរណ៍ខ្លះៗដែលអ្នកគួរផ្តល់ឱ្យយើងនូវច្បាប់ចម្លងនៃបង្កាន់ដៃរបស់អ្នក៖

- នៅពេលអ្នកទិញឱសថដែលមានធានារ៉ាប់រងនៅតាមឱសថស្ថានតាមតម្លៃពិសេស ឬការប្រើបណ្ណបញ្ចុះថ្លៃដែលមិនមែនជាផ្នែកអត្ថប្រយោជន៍នៃគម្រោងរបស់យើង។
- នៅពេលអ្នកទូទាត់ថ្លៃបង់ប្រាក់រួមសម្រាប់ឱសថដែលអ្នកទទួលបាននៅក្រោមកម្មវិធីជំនួយអ្នកជំងឺនៃអ្នកផលិតឱសថ។
- នៅពេលដែលអ្នកទិញឱសថមានធានារ៉ាប់រងនៅឱសថស្ថាននៅក្រៅបណ្តាញ

- នៅពេលអ្នកបង់ពេញតម្លៃសម្រាប់ឱសថដែលមានធានារ៉ាប់រង។

សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីការស្នើសុំឱ្យយើងខ្ុំសងប្រាក់អ្នកវិញសម្រាប់ឱសថ សូមមើល ជំពូកទី **7** នៃ សៀវភៅណែនាំសមាជិក របស់អ្នក។

3. ផ្ញើជូនយើងខ្ុំនូវព័ត៌មានអំពីការបង់ប្រាក់ដែលអ្នកផ្សេងទៀតបានបង់សម្រាប់អ្នក។

ការបង់ប្រាក់ដែលបានបង់ដោយបុគ្គល និងអង្គការផ្សេងទៀតខ្លះក៏រាប់ជាតម្លៃថ្លៃចំណាយចេញពីហោប៉ៅរបស់អ្នកផងដែរ។ ឧទាហរណ៍ ការបង់ប្រាក់ដែលធ្វើឡើងដោយកម្មវិធីជំនួយឱសថអេដស៍ (ADAP) សេវាសុខភាពឥណ្ឌា និងសប្បុរសធម៌ភាគច្រើនរាប់បញ្ចូលទៅក្នុងថ្លៃចំណាយចេញពីហោប៉ៅរបស់អ្នក។

4. ពិនិត្យមើល EOB ដែលយើងផ្ញើជូនអ្នក។

នៅពេលអ្នកបាន EOB តាមរយៈប្រៃសណីយ៍ ត្រូវប្រាកដថា វាពេញលេញ និងត្រឹមត្រូវ។

- **តើអ្នកស្គាល់ឈ្មោះឱសថស្ថាននីមួយៗទេ** ? ពិនិត្យកាលបរិច្ឆេទ។ តើអ្នកបានទទួលឱសថនៅថ្ងៃនោះដែរឬទេ ?
- **តើអ្នកបានទទួលឱសថដែលបានរាយបញ្ជីឈ្មោះដែរឬទេ** ? តើឱសថទាំងនោះត្រូវគ្នានឹងឱសថដែលបានរាយក្នុងវិក្កយបត្ររបស់អ្នកដែរឬទេ ? តើឱសថទាំងនោះត្រូវនឹងអ្វីដែលវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកបានចេញវេជ្ជបញ្ជាដែរឬទេ ?

សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម អ្នកអាចទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជនរបស់គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan ឬអានសៀវភៅណែនាំសមាជិករបស់គម្រោង *Blue Shield TotalDual Plan*។ អ្នកក៏អាចស្វែងរកចម្លើយចំពោះសំណួរជាច្រើននៅលើគេហទំព័ររបស់យើងបានផងដែរ៖ blueshieldca.com/medicare។

ចុះប្រសិនបើអ្នករកឃើញកំហុសនៅក្នុងសេចក្តីសង្ខេបនេះ ?

ប្រសិនបើមានអ្វីមួយមានការយល់ច្រឡំ ឬហាក់ដូចជាមិនត្រឹមត្រូវនៅលើ EOB នេះ សូមទូរសព្ទមកយើងខ្ុំតាមរយៈសេវាបម្រើអតិថិជនរបស់គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan។ អ្នកក៏អាចស្វែងរកចម្លើយចំពោះសំណួរជាច្រើននៅលើគេហទំព័ររបស់យើងបានផងដែរ៖ blueshieldca.com/medicare។

ចុះប្រសិនមានការក្លែងបន្លំដែលអាចកើតឡើង ?

ប្រសិនបើសេចក្តីសង្ខេបនេះបង្ហាញពីឱសថដែលអ្នកមិនបានប្រើ ឬអ្វីផ្សេងទៀតដែលមើលទៅគួរឱ្យសង្ស័យចំពោះអ្នក សូមទាក់ទងមកយើងខ្ុំ។

- សូមហៅទូរសព្ទមកយើងខ្ញុំតាមរយៈផ្នែកថែទាំអតិថិជនរបស់គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan។
- ឬហៅទូរសព្ទទៅ Medicare តាមរយៈលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរទូរសព្ទទៅកាន់លេខ 1-877-486-2048។ អ្នកអាចទូរសព្ទទៅលេខទាំងនេះដោយឥតគិតថ្លៃ 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។
- បើសិនអ្នកសង្ស័យថា អ្នកផ្តល់សេវាដែលទទួល Medi-Cal បានប្រព្រឹត្តការគៃបន្លំ បង្ខិន និងការរំលោភបំពាន វាគឺជាសិទ្ធិរបស់អ្នកក្នុងការរាយការណ៍ករណីនោះតាមរយៈការទូរសព្ទទៅលេខឥតគិតថ្លៃដោយចម្ងាត់ 1-800-822-6222។ វិធីសាស្ត្រផ្សេងទៀតនៃការរាយការណ៍អំពីការក្លែងបន្លំ Medi-Cal អាចត្រូវបានរកឃើញនៅ៖ www.dhcs.ca.gov/individuals/Pages/StopMedi-CalFraud.aspx ។

ប្រសិនបើអ្នកគិតថាមានអ្វីមួយខុស ឬខ្វះចន្លោះ ឬប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរណាមួយ សូមហៅទូរសព្ទទៅកាន់ផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជន។ រក្សា EOB ទាំងនេះ។ វាជាកំណត់ត្រាដ៏សំខាន់នៃការចំណាយលើឱសថរបស់អ្នក។

C. អ្នកមិនបង់ប្រាក់លើការផ្គត់ផ្គង់ឱសថរយៈពេលមួយខែ ឬរយៈពេលវែងឡើយ

ជាមួយគម្រោងរបស់យើង អ្នកមិនបង់ប្រាក់លើអ្វីទាំងអស់សម្រាប់ឱសថដែលមានការធានារ៉ាប់រងទេ ដរាបណាអ្នកអនុវត្តតាមច្បាប់របស់យើង។

C1. ជម្រើសឱសថស្ថានរបស់អ្នក

អ្នកត្រូវបង់ប៉ុន្មានសម្រាប់ឱសថ អាស្រ័យទៅលើថាតើអ្នកទទួលឱសថនោះពីណា :

- ឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញ ឬ
- ឱសថស្ថាននៅក្រៅបណ្តាញ។ នៅក្នុងករណីមានកំរិត យើងថានារ៉ាប់រងឱសថវេជ្ជបញ្ជាបានបើកនៅឱសថស្ថាននៅក្រៅបណ្តាញ។ សូមមើល **ជំពូកទី 5** នៃ សៀវភៅណែនាំសមាជិករបស់អ្នក ដើម្បីស្វែងយល់ថា តើពេលណាដែលយើងធ្វើដូច្នេះ។
- ឱសថស្ថានដឹកជញ្ជូនដល់ផ្ទះ។

សូមមើល **ជំពូកទី 9** នៃ សៀវភៅណែនាំសមាជិក ដើម្បីស្វែងយល់អំពីរបៀបដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ ប្រសិនបើមានគេប្រាប់អ្នកថាឱសថនឹងមិនមានការធានារ៉ាប់រងទេនោះ។ ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពីជម្រើសឱសថស្ថានទាំងនេះ សូមមើល ជំពូកទី **5** នៃ សៀវភៅណែនាំសមាជិក របស់អ្នក និងបញ្ជីឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថានរបស់យើង។

C2. ការទទួលបានការផ្គត់ផ្គង់ឱសថរយៈពេលវែង

សម្រាប់ឱសថមួយចំនួន អ្នកអាចទទួលការផ្គត់ផ្គង់យូរអង្វែង (ក៏ហៅថា "ការផ្គត់ផ្គង់ពន្យារ" ដែរ) នៅពេលអ្នកបំពេញឱសថវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក។ ការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេលវែងគឺជាការផ្គត់ផ្គង់ដែលមានរយៈពេល 100 ថ្ងៃ។ មិនមានការគិតថ្លៃចំពោះអ្នកសម្រាប់ការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេលវែងទេ។

សម្រាប់ព័ត៌មានលម្អិតអំពីទីកន្លែង និងរបៀបទទួលបានការផ្គត់ផ្គង់ឱសថរយៈពេលវែង សូមមើល ជំពូកទី **5** នៃ សៀវភៅណែនាំសមាជិក របស់អ្នក ឬបញ្ជីឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថាននៃគម្រោងរបស់យើង។

D. ការចាក់ថ្នាំវ៉ាក់សាំង

សារៈសំខាន់ៗអំពីអ្វីដែលអ្នកត្រូវបង់ថ្លៃទៅលើការចាក់ថ្នាំវ៉ាក់សាំង៖ វ៉ាក់សាំងមួយចំនួនត្រូវបានចាត់ទុកថាជាអត្ថប្រយោជន៍ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ ហើយមានការធានារ៉ាប់រងក្រោមកម្មវិធី Medicare Part B។ វ៉ាក់សាំងផ្សេងទៀតត្រូវបានចាត់ទុកថាជាឱសថក្នុងកម្មវិធី Medicare ផ្នែក D។ អ្នកអាចរកឃើញវ៉ាក់សាំងទាំងនេះដែលបានរាយឈ្មោះនៅក្នុងបញ្ជីឱសថដែលមានធានារ៉ាប់រងរបស់គម្រោង *(បញ្ជីឱសថ)*។ គម្រោងរបស់យើងធានារ៉ាប់រងលើវ៉ាក់សាំង Medicare ផ្នែក D ភាគច្រើនបំផុត ដោយមិនគិតថ្លៃចំពោះអ្នកទេ។ សូមមើលបញ្ជីឱសថដែលមានធានារ៉ាប់រង *(បញ្ជីឱសថ)* របស់គម្រោងរបស់អ្នក ឬទាក់ទងផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជនសម្រាប់ការធានារ៉ាប់រង និងព័ត៌មានលម្អិតអំពីចំណែកនៃថ្លៃចូលរួមការចំណាយអំពីវ៉ាក់សាំងជាក់លាក់។

ការធានារ៉ាប់រងលើការចាក់ថ្នាំវ៉ាក់សាំងរបស់ Medicare ផ្នែក D របស់យើង មានពីរផ្នែក៖

1. ផ្នែកទីមួយនៃការធានារ៉ាប់រងគឺសម្រាប់ថ្លៃចំណាយតែ**លើថ្នាំបង្ការរោគ**ប៉ុណ្ណោះ។ ថ្នាំវ៉ាក់សាំងគឺជាឱសថមានវេជ្ជបញ្ជា។
2. ផ្នែកទីពីរនៃការធានារ៉ាប់រង គឺសម្រាប់ថ្លៃចំណាយនៃ**ការផ្តល់ថ្នាំវ៉ាក់សាំងជូនដល់អ្នក។** ឧទាហរណ៍ ពេលខ្លះអ្នកអាចទទួលបានថ្នាំវ៉ាក់សាំងដែលវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកជាអ្នកចាក់ឱ្យអ្នក។

D1. អ្វីដែលអ្នកត្រូវដឹងមុនពេលអ្នកចាក់ថ្នាំវ៉ាក់សាំង

យើងសូមណែនាំឱ្យអ្នកទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជន ប្រសិនបើអ្នកមានគម្រោងចាក់ថ្នាំវ៉ាក់សាំង។

- យើងអាចប្រាប់អ្នកអំពីរបៀបដែលគម្រោងរបស់យើងធានារ៉ាប់រងលើការចាក់វ៉ាក់សាំងរបស់អ្នក។

ជំពូកទី 7៖ ការស្នើសុំឱ្យយើងខ្ញុំបង់ប្រាក់លើវិក្កយបត្រ ដែលអ្នកបានទទួលសម្រាប់សេវាកម្ម ឬឱសថដែលមានការធានារ៉ាប់រង

សេចក្តីផ្តើម

ជំពូកនេះប្រាប់អ្នកពីរបៀប និងពេលណាត្រូវធ្វើវិក្កយបត្រមកយើងខ្ញុំដើម្បីស្នើសុំការទូទាត់ប្រាក់។ ជំពូកនេះក៏ប្រាប់អ្នកពីរបៀបដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ផងដែរ ប្រសិនបើអ្នកមិនយល់ព្រមនឹងសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង។ ពាក្យគន្លឹះ និងនិយមន័យនៃពាក្យគន្លឹះទាំងនេះបង្ហាញជាលំដាប់អក្ខរក្រមនៅក្នុងជំពូកចុងក្រោយនៃ សៀវភៅណែនាំសមាជិករបស់អ្នក។

តារាងមាតិកា

A. ការស្នើសុំឱ្យយើងខ្ញុំបង់ថ្លៃសេវា ឬឱសថរបស់អ្នក 223

B. ការផ្ញើមកយើងខ្ញុំនូវសំណើសម្រាប់ការបង់ប្រាក់ 227

C. សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង 229

D. បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ 229

A. ការស្នើសុំឱ្យយើងខ្ញុំបង់ថ្លៃសេវា ឬឱសថរបស់អ្នក

អ្នកមិនគួរទទួលបានវិក្កយបត្រសម្រាប់សេវាកម្ម ឬឱសថក្នុងបណ្តាញនោះទេ។ អ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញរបស់យើងត្រូវតែចេញវិក្កយបត្រទៅគម្រោងសម្រាប់សេវា និងឱសថដែលមានធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកបន្ទាប់ពីអ្នកទទួលបានសេវា និងឱសថទាំងនោះ។ អ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ គឺជាអ្នកផ្តល់សេវាដែលធ្វើការជាមួយគម្រោងថែទាំសុខភាពនេះ។

យើងមិនអនុញ្ញាតឱ្យអ្នកផ្តល់សេវារបស់គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan ចេញវិក្កយបត្រជូនអ្នកសម្រាប់សេវា ឬឱសថទាំងនេះទេ។ យើងខ្ញុំបង់ប្រាក់ជូនក្រុមអ្នកផ្តល់សេវាដោយផ្ទាល់ ហើយយើងខ្ញុំការពារអ្នកពីការគិតថ្លៃផ្សេងៗ។

ប្រសិនបើអ្នកទទួលបានវិក្កយបត្រសម្រាប់តម្លៃពេញនៃការថែទាំសុខភាព ឬឱសថ កុំបង់វិក្កយបត្រ ហើយផ្ញើវិក្កយបត្រមកយើងខ្ញុំ។ ដើម្បីផ្ញើវិក្កយបត្រឱ្យយើងខ្ញុំ សូមមើល ជំពូកទី 7 ផ្នែក B។

- ប្រសិនបើយើងធានារ៉ាប់រងលើសេវា ឬឱសថ យើងនឹងបង់ប្រាក់ឱ្យអ្នកផ្តល់សេវាដោយផ្ទាល់។
- ប្រសិនបើយើងធានារ៉ាប់រងលើសេវាកម្ម ឬឱសថដែលអ្នកបានបង់ថ្លៃលើវិក្កយបត្រ រួចហើយនោះ វាជាសិទ្ធិរបស់អ្នកក្នុងការទទួលបានប្រាក់សងត្រឡប់មកវិញ។
  - ប្រសិនបើអ្នកបានបង់ថ្លៃសេវាដែលមានធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare យើងនឹងទូទាត់ប្រាក់សងអ្នកវិញ។
- ប្រសិនបើអ្នកបានបង់ថ្លៃសេវា Medi-Cal ដែលអ្នកបានទទួលរួចហើយ អ្នកអាចមានសិទ្ធិទទួលបានសំណង (សងវិញ) ប្រសិនបើអ្នកបំពេញតាមលក្ខខណ្ឌទាំងអស់ខាងក្រោម៖
  - សេវាដែលអ្នកបានទទួល គឺជាសេវាដែលមានធានារ៉ាប់រងដោយ Medi-Cal ដែលយើងទទួលខុសត្រូវក្នុងការបង់ប្រាក់។ យើងនឹងមិនសងប្រាក់អ្នកវិញសម្រាប់សេវាដែលមិនទទួលបានការធានារ៉ាប់រងពីគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan នោះទេ។
  - អ្នកបានទទួលសេវាដែលមានធានារ៉ាប់រង បន្ទាប់ពីអ្នកបានក្លាយជាសមាជិកដែលមានសិទ្ធិទទួលបានគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan។
  - អ្នកស្នើសុំដើម្បីទទួលបានប្រាក់របស់អ្នកត្រឡប់មកវិញក្នុងរយៈពេលមួយឆ្នាំចាប់ពីពេលដែលអ្នកទទួលបានសេវាដែលមានធានារ៉ាប់រងនោះ។
  - អ្នកផ្តល់ភស្តុតាង ថាអ្នកបានបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាដែលរ៉ាប់រង ដូចជាមានបង្កាន់ដៃល្អិតល្អន់ មកពីអ្នកផ្តល់សេវា។
  - អ្នកបានទទួលសេវាដែលមានធានារ៉ាប់រងពីអ្នកផ្តល់សេវាដែលបានចុះឈ្មោះក្នុងបណ្តាញរបស់

គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan។ អ្នកមិនចាំបាច់បំពេញតាមលក្ខខណ្ឌនេះទេ ប្រសិនបើអ្នកបានទទួលការថែទាំសង្គ្រោះបន្ទាន់ សេវារៀបចំគម្រោងគ្រួសារ ឬសេវាផ្សេងទៀតដែល Medi-Cal អនុញ្ញាតឱ្យអ្នកផ្តល់សេវាក្រៅបណ្តាញអនុវត្តដោយគ្មានការយល់ព្រមជាមុន (ការអនុញ្ញាតជាមុន)។

- ប្រសិនបើសេវាដែលបានធានារ៉ាប់រងជាធម្មតាត្រូវការការយល់ព្រមជាមុន (ការអនុញ្ញាតជាមុន) អ្នកត្រូវផ្តល់ភស្តុតាងពីអ្នកផ្តល់សេវាដែលបង្ហាញពីតម្រូវការវេជ្ជសាស្ត្រសម្រាប់សេវាដែលបានធានារ៉ាប់រង។
- គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan នឹងប្រាប់អ្នកថាតើពួកគេនឹងសងអ្នកវិញនៅក្នុងលិខិតមួយដែលហៅថា សេចក្តីជូនដំណឹងអំពីសកម្មភាពឬអត់។ បើសិនអ្នក ស្របតាមលក្ខខណ្ឌទាំងអស់ខាងលើ អ្នកផ្តល់សេវា Medi-Cal បានចុះឈ្មោះ គួរតែសងអ្នកពេញតាមចំនួនដែលអ្នកបានបង់។ ប្រសិនបើអ្នកផ្តល់សេវាបដិសេធមិនបង់ប្រាក់ឱ្យអ្នកវិញ គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan នឹងបង់ប្រាក់ឱ្យអ្នកវិញសម្រាប់ចំនួនទឹកប្រាក់ពេញដែលអ្នកបានបង់។ យើងនឹងសងអ្នកវិញក្នុងរយៈពេល 45 ថ្ងៃនៃថ្ងៃធ្វើការ បន្ទាប់ពីទទួលបានពាក្យបណ្តឹង។ ប្រសិនបើអ្នកផ្តល់សេវាត្រូវបានចុះឈ្មោះក្នុង Medi-Cal ប៉ុន្តែមិនស្ថិតនៅក្នុងបណ្តាញរបស់យើងទេ ហើយបដិសេធមិនបង់ប្រាក់ឱ្យអ្នកវិញ គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan នឹងបង់ប្រាក់ឱ្យអ្នកវិញ ប៉ុន្តែរហូតដល់ចំនួនទឹកប្រាក់ដែល FFS Medi-Cal នឹងបង់។ គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan នឹងបង់ប្រាក់ជូនអ្នកវិញសម្រាប់ចំនួនទឹកប្រាក់ចេញពីហោប៉ៅពេញសម្រាប់សេវាសង្គ្រោះបន្ទាន់ សេវារៀបចំគម្រោងគ្រួសារ ឬសេវាផ្សេងទៀតដែល Medi-Cal អនុញ្ញាតឱ្យផ្តល់ជូនដោយអ្នកផ្តល់សេវាក្រៅបណ្តាញដោយគ្មានការយល់ព្រមជាមុន។ ប្រសិនបើអ្នកមិនបំពេញតាមលក្ខខណ្ឌណាមួយខាងលើទេ យើងនឹងមិនសងអ្នកវិញទេ។
- យើងនឹងមិនសងអ្នកវិញទេ ប្រសិនបើ៖
  - អ្នកបានសូម និងបានទទួលសេវាដែលមិនមានធានារ៉ាប់រងពី Medi-Cal ដូចជា សេវាខាងសម្ផស្ស។
  - សេវានេះមិនមែនជាសេវាមានការធានារ៉ាប់រងសម្រាប់គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan ទេ។
  - អ្នកបានទៅជួបវេជ្ជបណ្ឌិតម្នាក់ដែលមិនយក Medi-Cal ហើយអ្នកបានចុះហត្ថលេខា ទំរង់បំពេញមួយ ដែលបានថាជាយ៉ាងណាក្តី អ្នកចង់ឲ្យបានជួប ហើយអ្នកនឹងបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាខ្លួនអ្នក។
- ប្រសិនបើយើងមិនធានារ៉ាប់រងលើសេវា ឬឱសថទេ យើងនឹងប្រាប់អ្នក។

ទាក់ទងផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជន ឬអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នក ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរណាមួយ។ ប្រសិនបើអ្នកមិនដឹងថាអ្វីអ្នកគួរតែបានបង់ ឬប្រសិនបើអ្នកទទួលវិក្កយបត្រ ហើយអ្នកមិនដឹងត្រូវធ្វើជាយ៉ាងណាចំពោះវា យើងអាចជួយបាន។ អ្នកក៏អាចហៅទូរសព្ទមកបានដែរ បើសិនអ្នកចង់ប្រាប់ព័ត៌មានមកយើងអំពីសំណើសម្រាប់ការបង់ប្រាក់ដែលអ្នកបានផ្ញើមកយើងរួចហើយ។

នេះគឺជាឧទាហរណ៍នៃពេលដែលអ្នកអាចនឹងត្រូវសូមឲ្យយើងសងប្រាក់អ្នកវិញ ឬដើម្បីបង់វិក្កយបត្រដែលអ្នកទទួល៖

1. នៅពេលអ្នកទទួលការថែទាំសុខភាពក្នុងគ្រាអាសន្ន ឬចាំបាច់បន្ទាន់ពីអ្នកផ្តល់នៅក្រៅបណ្តាញ

សុំឱ្យអ្នកផ្តល់សេវាចេញវិក្កយបត្រមកយើងខ្ញុំ។

- បើអ្នកបង់ពេញចំនួន នៅពេលអ្នកទទួលការថែទាំ ចូរស្នើសុំឱ្យយើងបង់ប្រាក់សងអ្នកវិញសម្រាប់ចំណែកនៃថ្លៃចូលរួមការចំណាយរបស់យើង។ ផ្ញើវិក្កយបត្រមកយើងខ្ញុំ ព្រមទាំងភស្តុតាងនៃការបង់ប្រាក់ដែលអ្នកបានបង់។
- អ្នកអាចនឹងទទួលបានវិក្កយបត្រពីអ្នកផ្តល់សេវាសុំឱ្យបង់ប្រាក់ដែលអ្នកគិតថាអ្នកមិនជំពាក់។ ផ្ញើវិក្កយបត្រមកយើង ព្រមទាំងភស្តុតាងនៃការបង់ប្រាក់ដែលអ្នកបានបង់។
  - បើអ្នកផ្តល់គួរតែត្រូវបានបង់ឲ្យ យើងនឹងបង់ទៅអ្នកផ្តល់ដោយផ្ទាល់។
  - ប្រសិនបើអ្នកបានបង់ថ្លៃ លើសពីចំណែកនៃថ្លៃចូលរួមការចំណាយរបស់អ្នកសម្រាប់សេវា Medicare យើងនឹង ស្វែងយល់ពីចំនួនទឹកប្រាក់ដែលអ្នកជំពាក់ ហើយសងអ្នកវិញសម្រាប់ចំណែកនៃថ្លៃចូលរួមការចំណាយរបស់យើងខ្ញុំ។

2. នៅពេលអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញផ្ញើវិក្កយបត្រទៅអ្នក

បណ្តាញអ្នកផ្តល់ ត្រូវតែចេញវិក្កយបត្រមកយើងជានិច្ច។ វាសំខាន់ណាស់ក្នុងការបង្ហាញបណ្ណសម្គាល់សមាជិករបស់អ្នក នៅពេលដែលអ្នកទទួលបានសេវាកម្ម ឬវេជ្ជបញ្ជាណាមួយ។ ប៉ុន្តែ ពេលខ្លះអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញបង្កើតកំហុស ហើយស្នើសុំឱ្យអ្នកបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាកម្មរបស់អ្នក ឬច្រើនជាងចំណែកនៃថ្លៃចំណាយរបស់អ្នក។ **សូមទូរសព្ទទៅផ្នែកបម្រើសេវាអតិថិជន** ឬអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នក តាមរយៈលេខនៅផ្នែកខាងក្រោមនៃទំព័រនេះ **ប្រសិនបើអ្នកទទួលបានវិក្កយបត្រណាមួយ។**

- ដោយសារតែយើងបង់ថ្លៃចំណាយទាំងអស់សម្រាប់សេវាកម្មរបស់អ្នក អ្នកមិនទទួលខុសត្រូវចំពោះការបង់ថ្លៃចំណាយណាមួយឡើយ។ អ្នកផ្តល់សេវាមិនគួរចេញវិក្កយបត្រឱ្យអ្នកសម្រាប់សេវាទាំងនេះទេ។
- រាល់ពេលដែលអ្នកទទួលបានវិក្កយបត្រពីអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ សូមផ្ញើវិក្កយបត្រនោះមកយើងខ្ញុំវិញ។ យើងនឹងទាក់ទងទៅអ្នកផ្តល់ដោយផ្ទាល់ និងដោះស្រាយបញ្ហានោះ។
- ប្រសិនបើអ្នកបានបង់ថ្លៃវិក្កយបត្រពីអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញសម្រាប់សេវាកម្មដែលមានការធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare រួចហើយនោះ សូមផ្ញើវិក្កយបត្រមកយើងខ្ញុំ និងភស្តុតាងនៃការបង់ប្រាក់ណាមួយដែលអ្នកបានបង់នោះ។ យើងនឹងសងអ្នកវិញ សម្រាប់ភាពខុសគ្នារវាងចំនួនទឹកប្រាក់ដែលអ្នកបានបង់ និងចំនួនទឹកប្រាក់ដែលអ្នកជំពាក់នៅក្រោមគម្រោងរបស់យើង។

3. ប្រសិនបើអ្នកបានចុះឈ្មោះចូលក្នុងគម្រោងរបស់យើងដោយប្រតិសកម្ម

ពេលខ្លះការចុះឈ្មោះចូលក្នុងគម្រោងរបស់អ្នកអាចមានសកម្មភាពឡើងវិញ។ (នេះមានន័យថា ថ្ងៃដំបូងនៃការចុះឈ្មោះរបស់អ្នកបានកន្លងផុតទៅ។ វាអាចជាឆ្នាំមុន។)

- ប្រសិនបើអ្នកបានចុះឈ្មោះដោយប្រតិសកម្ម ហើយអ្នកបានបង់វិក្កយបត្របន្ទាប់ពីកាលបរិច្ឆេទចុះឈ្មោះ អ្នកអាចស្នើសុំឱ្យយើងខ្ញុំបង់ប្រាក់សងអ្នកវិញ។
- ផ្ញើវិក្កយបត្រមកយើងខ្ញុំ ព្រមទាំងភស្តុតាងនៃការបង់ប្រាក់ដែលអ្នកបានបង់។

4. នៅពេលអ្នកប្រើឱសថស្ថាននៅក្រៅបណ្តាញដើម្បីបើកឱសថមានវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក

ប្រសិនបើអ្នកប្រើឱសថស្ថាននៅក្រៅបណ្តាញ អ្នកត្រូវបង់ថ្លៃចំណាយពេញលើវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក។

- នៅក្នុងករណីខ្លះតែប៉ុណ្ណោះ យើងនឹងធានារ៉ាប់រងឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាដែលបានបើកឱសថនៅឱសថស្ថាននៅក្រៅបណ្តាញ។ សូមផ្ញើបង្កាន់ដៃច្បាប់ចម្លងរបស់អ្នកមកយើងខ្ញុំ នៅពេលដែលអ្នកសូមឲ្យយើងសងប្រាក់អ្នកវិញ។
- សូមមើល **ជំពូកទី 5** នៃ សៀវភៅណែនាំសមាជិក របស់អ្នក ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពីឱសថស្ថានក្រៅបណ្តាញ។
- យើងមិនអាចបង់ប្រាក់ឱ្យអ្នកវិញនូវតម្លៃដែលខុសគ្នារវាងអ្វីដែលអ្នកបានបង់ថ្លៃឱសថនៅឱសថស្ថានក្រៅបណ្តាញ និងចំនួនទឹកប្រាក់ដែលយើងនឹងបង់នៅឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញនោះទេ។

5. នៅពេលអ្នកបង់ថ្លៃឱសថមានវេជ្ជបញ្ជារបស់ Medicare ផ្នែក D ពេញនោះ ដោយសារតែអ្នកមិនមានបណ្ណសម្គាល់សមាជិករបស់អ្នកនៅជាមួយអ្នកទេ

ប្រសិនបើអ្នកមិនមានបណ្ណសម្គាល់សមាជិករបស់អ្នកនៅជាមួយអ្នកទេ អ្នកអាចស្នើសុំឱ្យឱសថស្ថានទូរសព្ទមកយើងខ្ញុំ ឬរកមើលព័ត៌មានចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងរបស់អ្នក។

- ប្រសិនបើឱសថស្ថានមិនអាចទទួលបានព័ត៌មានភ្លាមៗទេ អ្នកប្រហែលជាត្រូវបង់ថ្លៃឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាពេញដោយខ្លួនឯង ឬត្រលប់ទៅឱសថស្ថានវិញជាមួយនឹងបណ្ណសម្គាល់សមាជិករបស់អ្នក។
- សូមផ្ញើបង្កាន់ដៃច្បាប់ចម្លងរបស់អ្នកមកយើងខ្ញុំ នៅពេលដែលអ្នកសូមឲ្យយើងសងប្រាក់អ្នកវិញ។
- យើងមិនអាចបង់ប្រាក់ឱ្យអ្នកវិញនូវតម្លៃពេញដែលអ្នកបានបង់នោះទេ ប្រសិនបើតម្លៃសាច់ប្រាក់ដែលអ្នកបានបង់គឺខ្ពស់ជាងតម្លៃដែលបានចរចាគ្នារបស់យើងសម្រាប់ឱសថមានវេជ្ជបញ្ជានោះ។

6. នៅពេលអ្នកបង់ថ្លៃឱសថមានវេជ្ជបញ្ជារបស់ Medicare ផ្នែក D ពេញសម្រាប់ឱសថដែលមិនមានការធានារ៉ាប់រងនោះ

អ្នកអាចបង់ថ្លៃឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាពេញលេញ ពីព្រោះឱសថមិនមានធានារ៉ាប់រងទេ។

- ឱសថនេះប្រហែលជាមិនមាននៅក្នុងបញ្ជីឱសថដែលមានធានារ៉ាប់រង (បញ្ជីឱសថ) របស់យើងនៅលើគេហទំព័ររបស់យើងទេ ឬវាអាចមានតម្រូវការ ឬការដាក់កំហិតដែលអ្នកមិនដឹង ឬមិនគិតថា អនុវត្តចំពោះអ្នក។ ប្រសិនបើអ្នកសម្រេចចិត្តទទួលយកឱសថនោះ អ្នកប្រហែលជាត្រូវបង់ថ្លៃពេញ។
  - ប្រសិនបើអ្នកមិនបង់ថ្លៃឱសថទេ ប៉ុន្តែគិតថាយើងគួររ៉ាប់រងលើវា អ្នកអាចស្នើសុំសេចក្តីសម្រេចលើការរ៉ាប់រង (សូមមើល **ជំពូកទី 9** នៃ សៀវភៅណែនាំសមាជិករបស់អ្នក)។
  - ប្រសិនបើអ្នក និងវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក ឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាផ្សេងទៀតគិតថាអ្នកត្រូវការឱសថភ្លាមៗ (ក្នុងរយៈពេល 24 ម៉ោង) អ្នកអាចស្នើសុំសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងរហ័ស (សូមមើល **ជំពូកទី 9** នៃ សៀវភៅណែនាំសមាជិករបស់អ្នក)
- សូមផ្ញើបង្កាន់ដៃច្បាប់ចម្លងរបស់អ្នកមកយើងខ្ញុំ នៅពេលដែលអ្នកសូមឲ្យយើងសងប្រាក់អ្នកវិញ។ ក្នុងករណីខ្លះ យើងប្រហែលជាត្រូវទទួលព័ត៌មានបន្ថែមពីវេជ្ជបណ្ឌិត ឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាផ្សេងទៀតរបស់អ្នកដើម្បីសងប្រាក់ឱ្យអ្នកវិញសម្រាប់ឱសថ។ យើងមិនអាចបង់ប្រាក់ឱ្យអ្នកវិញនូវតម្លៃពេញដែលអ្នកបានបង់នោះទេ ប្រសិនបើតម្លៃដែលអ្នកបានបង់ខ្ពស់ជាងតម្លៃដែលបានចរចាគ្នារបស់យើងសម្រាប់ឱសថមានវេជ្ជបញ្ជានោះ។

នៅពេលអ្នកផ្ញើមកយើងខ្ញុំនូវសំណើសម្រាប់ការបង់ប្រាក់ យើងពិនិត្យវាឡើងវិញ ហើយសម្រេចថាតើសេវា ឬឱសថនោះគួរតែត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដែរឬទេ។ នេះគឺហៅថាធ្វើ "សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង"។ ប្រសិនបើយើងសម្រេចថាសេវាកម្ម ឬឱសថគួរតែមានការធានារ៉ាប់រង នោះយើងនឹងបង់ប្រាក់លើសេវាកម្ម ឬឱសថនោះ។

បើយើងបដិសេធសំណើរបស់អ្នកសម្រាប់ការបង់ប្រាក់ អ្នកអាចតវ៉ាលើសេចក្តីសម្រេចរបស់យើង។ ដើម្បីស្វែងយល់ពីរបៀបដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ សូមមើល ជំពូកទី **9** នៃ សៀវភៅណែនាំសមាជិក របស់អ្នក។

B. ការផ្ញើមកយើងខ្ញុំនូវសំណើសម្រាប់ការបង់ប្រាក់

ផ្ញើមកយើងខ្ញុំនូវវិក្កយបត្ររបស់អ្នក និងភស្តុតាងនៃការបង់ប្រាក់ណាមួយដែលអ្នកបានធ្វើសម្រាប់សេវា Medicare ឬទូរសព្ទមកយើងខ្ញុំ។ ភស្តុតាងនៃការបង់ប្រាក់អាចជាច្បាប់ចតចម្លងនៃសែកដែលអ្នកបានសរសេរ ឬបង្កាន់ដៃមកពីអ្នកផ្តល់។ វាជាគំនិតល្អក្នុងការចតចម្លងវិក្កយបត្រ និងបង្កាន់ដៃទទួលប្រាក់សម្រាប់កំណត់ត្រារបស់អ្នក។ អ្នកអាចសុំជំនួយពីអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នកបាន។ អ្នកត្រូវតែផ្ញើព័ត៌មានវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នកមកយើងខ្ញុំក្នុងរយៈពេលមួយឆ្នាំចាប់ពីកាលបរិច្ឆេទដែលអ្នកបានទទួលសេវា សម្ភារ ឬឱសថ។ អ្នកត្រូវតែផ្ញើ

ព័ត៌មានឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាផ្នែក D របស់អ្នកមកយើងខ្ញុំក្នុងរយៈពេលបីឆ្នាំគិតចាប់ពីកាលបរិច្ឆេទដែលអ្នកបានទទួលសេវា សម្ភារ ឬឱសថ។

ដើម្បីធានាថាអ្នកផ្តល់ព័ត៌មានទាំងអស់ដែលយើងត្រូវការមកយើងខ្ញុំ ដើម្បីសម្រេចចិត្ត អ្នកអាចបំពេញទម្រង់បែបបទទាមទាររបស់យើងដើម្បីសុំការបង់ប្រាក់។

- អ្នកមិនតម្រូវឱ្យប្រើទម្រង់បែបបទនោះទេ ប៉ុន្តែវាជួយឱ្យយើងខ្ញុំដំណើរការព័ត៌មានបានលឿនជាងមុន។
- អ្នកអាចទទួលបានទម្រង់បែបបទនៅលើគេហទំព័ររបស់យើង (blueshieldca.com) ឬអ្នកអាចទូរសព្ទទៅផ្នែកបម្រើសេវាអតិថិជន ហើយស្នើសុំទម្រង់បែបបទនេះ។

ផ្ញើសំណើរបស់អ្នកសម្រាប់ការទូទាត់តាមប្រៃសណីយ៍រួមជាមួយនឹងវិក្កយបត្រ ឬបង្កាន់ដៃទទួលប្រាក់ណាមួយទៅកាន់អាសយដ្ឋាននេះ៖

ការទាមទារផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ៖

Blue Shield TotalDual Plan
ផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជនរបស់ Medicare
P.O. Box 272640
Chico, CA 5927-2640

ការទាមទារឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាផ្នែក D៖
ការដំណើរការទាមទារសំណង
1606 Ave. Ponce de Leon
San Juan, PR 00909-4830

អ្នកត្រូវតែដាក់ពាក្យបណ្តឹងទាមទារសំណងផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នកមកយើងខ្ញុំក្នុងរយៈពេលមួយឆ្នាំ គិតចាប់ពីកាលបរិច្ឆេទដែលអ្នកទទួលបានសេវា សម្ភារ ឬឱសថ។ អ្នកត្រូវតែដាក់បញ្ជូនពាក្យបណ្តឹងទាមទារឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាផ្នែក **D** របស់អ្នកមកយើងខ្ញុំក្នុងរយៈពេលបីឆ្នាំ គិតចាប់ពីថ្ងៃដែលអ្នកបានទទួលសេវាភារ ឬឱសថ។

C. សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង

នៅពេលយើងទទួលបានសំណើរបស់អ្នកសម្រាប់ការបង់ប្រាក់ យើងធ្វើសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង។ នេះមានន័យថា យើងសម្រេចថាតើគម្រោងរបស់យើងរ៉ាប់រងលើសេវា សម្ភារ ឬឱសថរបស់អ្នកដែរឬទេ។ យើងក៏សម្រេចថាតើអ្នកត្រូវបង់ប្រាក់ប៉ុន្មានដែរ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវបង់។

- យើងនឹងប្រាប់ដំណឹងអ្នក បើយើងត្រូវការព័ត៌មានថែមទៀតពីអ្នក។
- ប្រសិនបើយើងសម្រេចថា គម្រោងរបស់យើងធានារ៉ាប់រងលើសេវា ទំនិញ ឬឱសថ ហើយអ្នកបានអនុវត្តតាមច្បាប់ទាំងអស់សម្រាប់ការទទួលបានវា យើងនឹងបង់ប្រាក់សម្រាប់វា។ ប្រសិនបើអ្នកបានបង់ថ្លៃសេវា ឬឱសថរួចហើយ យើងនឹងផ្ញើមូលប្បទានប័ត្រជូនអ្នកសម្រាប់ ចំណែកនៃថ្លៃចូលរួមការចំណាយរបស់យើង។ ប្រសិនបើអ្នកបានបង់ថ្លៃឱសថពេញ នោះអ្នកប្រហែលជាមិនត្រូវបានសងប្រាក់វិញនូវចំនួនទឹកប្រាក់ពេញដែលអ្នកបានបង់ថ្លៃនោះទេ (ឧទាហរណ៍ ប្រសិនបើអ្នកបានទទួលឱសថនៅឱសថស្ថានក្រៅបណ្តាញ ឬប្រសិនបើតម្លៃសាច់ប្រាក់ដែលអ្នកបានបង់ខ្ពស់ជាងតម្លៃដែលបានចរចាគ្នារបស់យើង)។ ប្រសិនបើអ្នកមិនបានបង់ប្រាក់ទេ យើងនឹងបង់ប្រាក់ទៅអ្នកផ្តល់សេវាដោយផ្ទាល់។

ជំពូកទី 3 នៃ សៀវភៅណែនាំសមាជិក របស់អ្នកពន្យល់ពីបទបញ្ញាសម្រាប់ការទទួលបានការធានារ៉ាប់រងលើសេវារបស់អ្នក។ **ជំពូកទី 5** នៃ សៀវភៅណែនាំសមាជិក របស់អ្នកពន្យល់ពីបទបញ្ញាសម្រាប់ការទទួលបានការធានារ៉ាប់លើឱសថមានវេជ្ជបញ្ជារបស់ Medicare ផ្នែក D របស់អ្នក។

- ប្រសិនបើយើងសម្រេចចិត្តមិនបង់ថ្លៃសម្រាប់សេវា ឬឱសថ យើងនឹងផ្ញើលិខិតមួយច្បាប់ដែលមានហេតុផលជូនអ្នក។ លិខិតនោះក៏ពន្យល់អំពីសិទ្ធិរបស់អ្នកក្នុងបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ផងដែរ។
- ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពីសេចក្តីម្រេចចិត្តលើការធានារ៉ាប់រង សូមមើលជំពូកទី **9**។

D. បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍

បើសិនអ្នកគិតថា យើងបានធ្វើដោយភាន់ច្រឡំ ក្នុងការបដិសេធសំណើរបស់អ្នកសម្រាប់ការបង់ប្រាក់ អ្នកអាចសូមឲ្យយើង ផ្លាស់ប្តូរការសម្រេចរបស់យើង។ នេះត្រូវបានគេហៅថា “បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍”។ អ្នកក៏អាចប្តឹងឧទ្ធរណ៍បានដែរ ប្រសិនបើអ្នកមិនយល់ស្របជាមួយនឹងចំនួនដែលយើងបង់។

ដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ផ្លូវការមាននីតិវិធីលម្អិត និងកាលបរិច្ឆេទកំណត់។ ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពីបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ សូមមើល ជំពូកទី **9** នៃ សៀវភៅណែនាំសមាជិករបស់អ្នក៖

- ដើម្បីដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍អំពីការទទួលបានប្រាក់សំណងវិញសម្រាប់សេវាថែទាំសុខភាព សូមមើល ផ្នែក **F**។
  - ដើម្បីដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍អំពីការទទួលបានប្រាក់សំណងសម្រាប់ឱសថ សូមមើល ផ្នែក **G**។

ជំពូកទី 8៖ សិទ្ធិ និងការទទួលខុសត្រូវរបស់អ្នក

សេចក្តីផ្តើម

ជំពូកនេះរួមមានសិទ្ធិ និងការទទួលខុសត្រូវរបស់អ្នកក្នុងនាមជាសមាជិកនៃគម្រោងរបស់យើង។ យើងត្រូវតែគោរពសិទ្ធិរបស់អ្នក។ ពាក្យគន្លឹះ និងនិយមន័យនៃពាក្យគន្លឹះទាំងនេះបង្ហាញជាលំដាប់អក្ខរក្រមនៅក្នុងជំពូកចុងក្រោយនៃ សៀវភៅណែនាំសមាជិករបស់អ្នក។

តារាងមាតិកា

A. សិទ្ធិរបស់អ្នកក្នុងការទទួលបានសេវា និងព័ត៌មានតាមរបៀបដែលបំពេញតាមតម្រូវការរបស់អ្នក 232

B. ទំនួលខុសត្រូវរបស់យើងសម្រាប់លទ្ធភាពទទួលបានសេវា និងឱសថដែលមានការរ៉ាប់រងទាន់ពេលវេលារបស់អ្នក 233

C. ទំនួលខុសត្រូវរបស់យើងក្នុងការការពារព័ត៌មានអំពីសុខភាពត្រូវបានការពាររបស់អ្នក (PHI) 235

C1. របៀបយើងការពារ PHI របស់អ្នក 236

C2. សិទ្ធិរបស់អ្នកក្នុងការមើលកំណត់ត្រាវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នក 236

D. ទំនួលខុសត្រូវរបស់យើងក្នុងការផ្តល់ព័ត៌មានដល់អ្នក 236

E. ការខ្វះសមត្ថភាពរបស់អ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញដើម្បីចេញវិក្កយបត្រអ្នកដោយផ្ទាល់ 238

F. សិទ្ធិរបស់អ្នកក្នុងការចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើង 238

G. សិទ្ធិរបស់អ្នកក្នុងសេចក្តីសម្រេចអំពីការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក។ 239

G1. អ្នកមានសិទ្ធិដើម្បីដឹងអំពីជម្រើសនៃការព្យាបាលរបស់អ្នក និងការធ្វើសេចក្តីសម្រេច 239

G2. អ្នកមានសិទ្ធិនិយាយអំពីអ្វីដែលអ្នកចង់ឱ្យកើតមានឡើង ប្រសិនបើអ្នកមិនអាចការធ្វើសេចក្តីសម្រេចលើការថែទាំសុខភាពសម្រាប់ខ្លួនអ្នកបានទេ 240

G3. អ្វីដែលត្រូវធ្វើប្រសិនបើសេចក្តីណែនាំរបស់អ្នកមិនបានគេធ្វើតាម 241

H. សិទ្ធិរបស់អ្នកក្នុងការប្តឹងតវ៉ា និងស្នើសុំឱ្យយើងខ្ញុំពិចារណាឡើងវិញនូវសេចក្តីសម្រេចរបស់យើង 241

H1. អ្វីដែលត្រូវធ្វើអំពីការប្រព្រឹត្តដាក់ដោយមិនយុត្តិធម៌ ឬដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែម អំពីសិទ្ធិរបស់អ្នក 242

I. ទំនួលខុសត្រូវរបស់អ្នកក្នុងនាមជាសមាជិកគម្រោង 242

A. សិទ្ធិរបស់អ្នកក្នុងការទទួលបានសេវា និងព័ត៌មានតាមរបៀបដែលបំពេញតាមតម្រូវការរបស់អ្នក

យើងត្រូវតែធានាថា សេវាទាំងអស់ ត្រូវបានផ្តល់ជូនអ្នកក្នុងលក្ខណៈដែលមានសមត្ថភាពផ្នែកវប្បធម៌ និងអាចចូលប្រើបាន។ យើងក៏ត្រូវតែប្រាប់អ្នកអំពីអត្ថប្រយោជន៍នៃគម្រោងរបស់យើង និងសិទ្ធិរបស់អ្នកតាមរបៀបដែលអ្នកអាចយល់បានផងដែរ។ យើងត្រូវតែប្រាប់អ្នកអំពីសិទ្ធិរបស់អ្នកជារៀងរាល់ឆ្នាំដែលអ្នកស្ថិតនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើង។

- ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានតាមរបៀបដែលអ្នកអាចយល់បាន សូមទូរសព្ទទៅអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នក ឬផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជន។ គម្រោងរបស់យើងមានសេវាអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ឥតគិតថ្លៃដើម្បីឆ្លើយសំណួរជាភាសាផ្សេងៗ។
- គម្រោងរបស់យើងក៏អាចផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវឯកសារជាភាសាផ្សេងទៀតក្រៅពីភាសាអង់គ្លេស រួមមាន ភាសាអារ៉ាប់ អាមេនី ខ្មែរ ចិនសាមញ្ញ ចិនបុរាណ ហ្វាស៊ី ហិណ្ឌូ ម៉ុង ជប៉ុន កូរ៉េ ឡាវ ម៉ៀន ពុនចាប៊ី រុស្សី អេស្ប៉ាញ តាកាឡុក ថៃ អ៊ុយក្រែន វៀតណាម និងជាទម្រង់ដូចជាអក្សរពុម្ពធំ អក្សរស្ទាបសម្រាប់ជនពិការ ឬជាសំឡេង។ ដើម្បីទទួលបានឯកសារនៅក្នុងទម្រង់ជំនួសមួយក្នុងចំណោមទម្រង់ទាំងនេះ សូមហៅទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជន។

ប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហាក្នុងការទទួលបានព័ត៌មានពីគម្រោងរបស់យើងក្នុងទម្រង់ដែលអាចចូលប្រើបាន និងសមស្របសម្រាប់អ្នក សូមទូរសព្ទដើម្បីដាក់ពាក្យបណ្តឹងសាទុក្ខជាមួយ៖

Blue Shield of California Civil Rights Coordinator
P.O. Box 629007
El Dorado Hills, CA 95762- 9007

ទូរសព្ទ៖ (844) 831-4133 (TTY: 711)
ទូរសារ៖ (844) 696-6070
អ៊ីមែល៖ BlueShieldCivilRightsCoordinator@blueshieldca.com

- អ្នកអាចធ្វើការស្នើសុំឯកសារនេះជាភាសាផ្សេងក្រៅពីភាសាអង់គ្លេស ឬជាទម្រង់ជំនួសសម្រាប់ពេលបច្ចុប្បន្ន និងពេលអនាគត។ ដើម្បីធ្វើការស្នើសុំ សូមទាក់ទងមកកាន់ផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជនរបស់គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan។
- សេវាបម្រើអតិថិជនរបស់ Blue Shield TotalDual នឹងរក្សាទុកភាសា និងទម្រង់ដែលអ្នកពេញចិត្តនៅលើឯកសារសម្រាប់ការប្រាស្រ័យទាក់ទងនាពេលអនាគត។ ដើម្បីធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពណាមួយលើចំណូលចិត្តរបស់អ្នក សូមទាក់ទងមកកាន់គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan។

ប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហាក្នុងការទទួលបានព័ត៌មានពីគម្រោងរបស់យើងដោយសារតែបញ្ហាភាសា ឬពិការភាព ហើយអ្នកចង់ដាក់ពាក្យបណ្តឹង សូមហៅទូរសព្ទទៅ៖

- Medicare at 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)។ អ្នកអាចហៅទូរសព្ទបាន 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរទូរសព្ទទៅកាន់លេខ 1-877-486-2048។
- ការិយាល័យសម្រាប់សិទ្ធពលរដ្ឋរបស់ Medi-Cal តាមរយៈលេខ 916-440-7370។ អ្នកប្រើ TTY គួរតែហៅលេខ 711។
- ការិយាល័យសម្រាប់សិទ្ធពលរដ្ឋនៃក្រសួងសុខាភិបាល និងសេវាមនុស្សជាតិអាមេរិក តាមរយៈលេខ 1-800-368-1019។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-537-7697។

អ្នកអាចធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពអំពីរបៀបដែលអ្នកចង់ឱ្យយើងខ្ញុំទាក់ទងអ្នក ក៏ដូចជាពូជសាសន៍ ជាតិសាសន៍ ភាសា និងទំនោរផ្លូវភេទ អត្តសញ្ញាណយេនឌ័រ និងព័ត៌មាននៃការប្រើសព្ទនាមដោយចូលមើលផតថលសមាជិក។ ព័ត៌មាននេះជួយឱ្យយើងខ្ញុំយល់ និងគាំទ្រដល់តម្រូវការ និងចំណង់ចំណូលចិត្តជាក់លាក់របស់អ្នក។ យើងយល់ពីសារៈសំខាន់នៃការរក្សាឯកជនភាព និងការសម្ងាត់អំពីព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួនរបស់អ្នក ហើយយើងប្រកាន់យកកាតព្វកិច្ចរបស់យើងដើម្បីធ្វើបែបនេះយ៉ាងហ្មត់ចត់។ យើងមានគោលការណ៍ និងនីតិវិធីនៅនឹងកន្លែង ដើម្បីគ្រប់គ្រងសិទ្ធិចូលប្រើដើម្បីកំណត់ពេលវេលា និងរបៀបដែលយើងប្រើទិន្នន័យនេះ។ ព័ត៌មាននេះនឹងមិនត្រូវប្រើក្នុងការកំណត់ការធានារ៉ាប់រងលើអត្ថប្រយោជន៍ និង/ឬសេវារបស់អ្នកទេ។ យើងអាចចែករំលែកតម្រូវការភាសាផ្ទាល់ខ្លួនរបស់អ្នកជាមួយអ្នកផ្តល់សេវាសុខភាពជាក់លាក់របស់អ្នក ដើម្បីជួយគាំទ្រដល់តម្រូវការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក។

B. ទំនួលខុសត្រូវរបស់យើងសម្រាប់លទ្ធភាពទទួលបានសេវា និងឱសថដែលមានការរ៉ាប់រងទាន់ពេលវេលារបស់អ្នក

អ្នកមានសិទ្ធិជាសមាជិកនៃគម្រោងរបស់យើង។

- អ្នកមានសិទ្ធិជ្រើសរើសអ្នកផ្តល់ការថែទាំជាបឋម (PCP) ម្នាក់នៅក្នុងបណ្តាញរបស់យើង។ អ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ គឺជាអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំដែលធ្វើការជាមួយយើង។ អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានបន្ថែមអំពីប្រភេទនៃអ្នកផ្តល់សេវាដែលអាចដើរតួជា PCP និងរបៀបជ្រើសរើស PCP នៅក្នុង **ជំពូកទី 3** នៃ សៀវភៅណែនាំសមាជិករបស់អ្នក។
    - សូមហៅទូរសព្ទទៅអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំ ឬផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជនរបស់អ្នក ឬរកមើលនៅក្នុងបញ្ជីឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថាន ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពីអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ និងវេជ្ជបណ្ឌិតណាខ្លះដែលកំពុងទទួលយកអ្នកជំងឺថ្មី។

- អ្នកមានសិទ្ធិសម្រាប់អ្នកឯកទេសសុខភាពស្ត្រីដោយមិនទទួលបានការបញ្ជូនបន្ត។ ការបញ្ជូនបន្តគឺជាការយល់ព្រមពី PCP របស់អ្នកដើម្បីជួបអ្នកផ្តល់សេវាដែលមិនមែនជា PCP របស់អ្នក។
- អ្នកមានសិទ្ធិទទួលសេវាដែលមានធានារ៉ាប់រងពីបណ្តាញអ្នកផ្តល់ ក្នុងចំនួនពេលវេលាដោយសមហេតុផល។
  - នេះរួមមានសិទ្ធិទទួលសេវាដោយរួសរាន់ពីអ្នកឯកទេស។
  - ប្រសិនបើអ្នកមិនអាចទទួលបានសេវាក្នុងរយៈពេលសមហេតុផលទេនោះ យើងត្រូវតែបង់ប្រាក់សម្រាប់ការថែទាំនៅក្រៅបណ្តាញ។
- អ្នកមានសិទ្ធិទទួលសេវាក្នុងគ្រាអាសន្ន ឬការថែទាំចាំបាច់បន្ទាន់ដោយមិនចាំបាច់មានការយល់ព្រមជាមុន (PA)។
- អ្នកមានសិទ្ធិទទួលការបំពេញឱសថវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក នៅឯបណ្តាញឱសថស្ថានណាមួយដោយគ្មានការពន្យារពេលយូរ។
- អ្នកមានសិទ្ធិក្នុងការដឹងថានៅពេលណាអ្នកអាចជួបជាមួយអ្នកផ្តល់សេវាក្រៅបណ្តាញបាន។ ដើម្បីស្វែងយល់អំពីអ្នកផ្តល់សេវាក្រៅបណ្តាញ សូមមើល **ជំពូកទី 3** នៃ សៀវភៅណែនាំសមាជិករបស់អ្នក។
- នៅពេលអ្នកចូលរួមក្នុងគម្រោងរបស់យើងជាដំបូង អ្នកមានសិទ្ធិរក្សាអ្នកផ្តល់សេវាបច្ចុប្បន្នរបស់អ្នក និងការអនុញ្ញាតលើសេវារហូតដល់ចំនួន 12 ខែ ប្រសិនបើលក្ខខណ្ឌជាក់លាក់មួយចំនួនត្រូវបានបំពេញ។ ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពីការរក្សាអ្នកផ្តល់សេវា និងការអនុញ្ញាតសេវារបស់អ្នក សូមមើល **ជំពូកទី 1** នៃ សៀវភៅណែនាំសមាជិករបស់អ្នក។
- អ្នកមានសិទ្ធិធ្វើសេចក្តីសម្រេចលើការថែទាំសុខភាពផ្ទាល់ខ្លួនរបស់អ្នកដោយមានជំនួយពីក្រុមថែទាំ និងអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នក។

ជំពូកទី 9 នៃសៀវភៅណែនាំសមាជិក របស់អ្នកប្រាប់ពីអ្វីដែលអ្នកអាចធ្វើបាន ប្រសិនបើអ្នកគិតថាអ្នកមិនទទួលបានសេវា ឬឱសថរបស់អ្នកក្នុងរយៈពេលសមហេតុផល។ វាក៏ប្រាប់ពីអ្វីដែលអ្នកអាចធ្វើបាន ប្រសិនបើយើងបដិសេធការធានារ៉ាប់រងសម្រាប់សេវា ឬឱសថរបស់អ្នក ហើយអ្នកមិនយល់ស្របនឹងសេចក្តីសម្រេចរបស់យើង។

C. ទំនួលខុសត្រូវរបស់យើងក្នុងការការពារព័ត៌មានអំពីសុខភាពត្រូវបានការពាររបស់អ្នក (PHI)

ច្បាប់រដ្ឋ និងរដ្ឋបាលសហ័ន្ធបានតម្រូវឱ្យយើងការពារព័ត៌មានសុខភាពផ្ទាល់ខ្លួនរបស់អ្នក។

PHI របស់អ្នករួមមានព័ត៌មានដែលអ្នកបានផ្តល់ឱ្យយើងខ្ញុំនៅពេលអ្នកចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងរបស់យើង។ វាក៏រួមមាននូវកំណត់ត្រាសុខភាពរបស់អ្នក និងព័ត៌មានពេទ្យ និងសុខភាពផ្សេងៗទៀតដែរ។

អ្នកមានសិទ្ធិនៅពេលនិយាយអំពីព័ត៌មានរបស់អ្នក និងការគ្រប់គ្រងពីរបៀបដែល PHI របស់អ្នកត្រូវបានប្រើប្រាស់។ យើងផ្តល់នូវសេចក្តីជូនដំណឹងជាលាយលក្ខណ៍អក្សរដែលផ្តល់ជំបូន្មានដល់អ្នកអំពីសិទ្ធិទាំងនេះ ហើយនឹងពន្យល់អំពីរបៀបដែលយើងការពារឯកជនភាពអំពីព័ត៌មាន PHI របស់អ្នក។ លិខិតនេះ ហៅថា "សេចក្តីជូនដំណឹងនៃការអនុវត្តន៍ភាពឯកជន"

សមាជិកដែលអាចយល់ព្រមទទួលយកសេវាសម្ងាត់មិនតម្រូវឱ្យទទួលបានការអនុញ្ញាតពីសមាជិកផ្សេងទៀតដើម្បីទទួលបានសេវាសម្ងាត់ ឬដាក់ពាក្យបណ្តឹងទាមទារសំណងសម្រាប់សេវាសម្ងាត់នោះទេ។
គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan នឹងធ្វើការប្រាស្រ័យទាក់ទងដោយផ្ទាល់ទាក់ទងនឹងសេវាសម្ងាត់ ទៅកាន់អាសយដ្ឋានប្រៃសណីយ៍ អាសយដ្ឋានអ៊ីមែល ឬលេខទូរសព្ទដែលបានកំណត់ជំនួសរបស់សមាជិក ឬក្នុងករណីដែលគ្មានការចាត់តាំងក្នុងនាមសមាជិកនៅអាសយដ្ឋាន ឬលេខទូរសព្ទនៅលើឯកសារ។
គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan នឹងមិនបង្ហាញព័ត៌មានវេជ្ជសាស្ត្រទាក់ទងនឹងសេវាសម្ងាត់ដល់សមាជិកផ្សេងទៀតដោយគ្មានការអនុញ្ញាតជាលាយលក្ខណ៍អក្សរពីសមាជិកដែលទទួលការថែទាំនោះទេ។
គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan នឹងទទួលយកសំណើសម្រាប់ការប្រាស្រ័យទាក់ទងដោយសម្ងាត់ក្នុងទម្រង់បែបបទ និងទម្រង់ដែលបានស្នើសុំ ប្រសិនបើវាត្រូវបានផលិតយ៉ាងងាយស្រួលក្នុងទម្រង់បែបបទ និងទម្រង់ដែលបានស្នើសុំ ឬនៅទីតាំងផ្សេងទៀត។ សំណើរបស់សមាជិកសម្រាប់ការទំនាក់ទំនងសម្ងាត់ទាក់ទងនឹងសេវាសម្ងាត់នឹងមានសុពលភាពរហូតដល់សមាជិកលុបចោលសំណើ ឬដាក់សំណើថ្មីសម្រាប់ការទំនាក់ទំនងសម្ងាត់។ ដើម្បីស្នើសុំច្បាប់ចម្លងនៃសេចក្តីជូនដំណឹងនៃការអនុវត្តន៍ភាពឯកជនរបស់យើង ឬស្នើសុំការទំនាក់ទំនងសម្ងាត់ត្រូវបានដាក់នៅលើឯកសាររបស់អ្នក អ្នកអាចៈ

1. ចូលទៅកាន់ blueshieldca.com ហើយចុចលើតំណឯកជនភាពនៅផ្នែកខាងក្រោមនៃទំព័រដើម។ នៅទីនេះ អ្នកអាចរកឃើញសេចក្តីជូនដំណឹងនៃការអនុវត្តន៍ភាពឯកជន និងទម្រង់បែបបទនៃទំនាក់ទំនងសម្ងាត់។

2. ទូរសព្ទទៅលេខរបស់ផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជនដែលមាននៅលើបណ្ណសម្គាល់សមាជិកនៃ Blue Shield របស់អ្នក។

3. សូមហៅទូរសព្ទទៅលេខឥតគិតថ្លៃរបស់ការិយាល័យឯកជនភាពរបស់ Blue Shield of California តាមលេខ (888) 266-8080។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY ហៅ 711។

4. ផ្ញើអ៊ីមែលមកយើងខ្ញុំតាមរយៈ៖ privacy@blueshieldca.com

C1. របៀបយើងការពារ PHI របស់អ្នក

យើងធានាថាមិនមានមនុស្សដែលគ្មានការអនុញ្ញាតមើល ឬផ្លាស់ប្តូរកំណត់ត្រារបស់អ្នកទេ។

លើកលែងតែករណីដែលបានកត់សម្គាល់ខាងក្រោម យើងមិនផ្តល់ PHI របស់អ្នកទៅឱ្យនរណាម្នាក់ដែលមិនផ្តល់ការថែទាំរបស់អ្នក ឬបង់ប្រាក់សម្រាប់ការថែទាំរបស់អ្នកនោះទេ។ បើសិនយើងឱ្យ យើងត្រូវតែទទួលបានការអនុញ្ញាតជាលាយលក្ខណ៍អក្សរពីអ្នកជាមុនសិន។ អ្នក ឬអ្នកដែលមានសិទ្ធិស្របច្បាប់ក្នុងការសម្រេចចិត្តជំនួសអ្នក អាចផ្តល់ការអនុញ្ញាតជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ។

ពេលខ្លះយើងមិនចាំបាច់ទទួលបានការអនុញ្ញាតជាលាយលក្ខណ៍អក្សរពីអ្នកជាមុនពីអ្នកនោះទេ។ ការលើកលែងទាំងនេះត្រូវបានអនុញ្ញាត ឬបានតម្រូវដោយច្បាប់៖

- យើងត្រូវតែបញ្ចេញ PHI ទៅភ្នាក់ងាររដ្ឋាភិបាលដែលពិនិត្យមើលគុណភាពនៃការថែទាំនៃគម្រោងរបស់យើង។
- យើងអាចបញ្ចេញ PHI បាន ប្រសិនបើត្រូវបានបង្គាប់ដោយតុលាការ ប៉ុន្តែលុះត្រាតែវាត្រូវបានអនុញ្ញាតដោយច្បាប់រដ្ឋ California។
- យើងត្រូវតែផ្តល់ឱ្យ Medicare នូវ PHI របស់អ្នក។ ប្រសិនបើ Medicare បញ្ចេញ PHI របស់អ្នកសម្រាប់ការស្រាវជ្រាវ ឬការប្រើប្រាស់ផ្សេងទៀត ពួកគេធ្វើវាដោយយោងទៅតាមច្បាប់សហព័ន្ធ។

C2. សិទ្ធិរបស់អ្នកក្នុងការមើលកំណត់ត្រាវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នក

- អ្នកមានសិទ្ធិមើលកំណត់ត្រាសុខភាពរបស់អ្នក និងទទួលសំណៅនៃកំណត់ត្រារបស់អ្នក។
- អ្នកមានសិទ្ធិស្នើមកយើង ឲ្យកែប្រែ ឬកែតម្រូវ កំណត់ត្រាសុខភាពរបស់អ្នក។ បើអ្នកស្នើឱ្យយើងខ្ញុំធ្វើបែបនេះ យើងនឹងធ្វើការជាមួយអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក ដើម្បីសម្រេចថាតើការផ្លាស់ប្តូរគួរតែបានធ្វើឡើងឬអត់។
- អ្នកមានសិទ្ធិក្នុងការដឹងពីរបៀប និងថាតើយើងចែករំលែក PHI របស់អ្នកជាមួយអ្នកដទៃឬអត់។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ ឬកង្វល់អំពីឯកជនភាពនៃ PHI របស់អ្នក សូមទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជន។

D. ទំនួលខុសត្រូវរបស់យើងក្នុងការផ្តល់ព័ត៌មានដល់អ្នក

ក្នុងនាមជាសមាជិកនៃគម្រោងរបស់យើង អ្នកមានសិទ្ធិក្នុងការទទួលបានព័ត៌មានពីយើងខ្ញុំអំពីគម្រោងរបស់យើង អ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញរបស់យើង និងសេវាដែលមានធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នក។ អ្នកក៏មានសិទ្ធិផ្តល់ការណែនាំដែលទាក់ទងនឹងសិទ្ធិសមាជិក និងទំនួលខុសត្រូវរបស់គម្រោងផងដែរ។

ប្រសិនបើអ្នកមិននិយាយភាសាអង់គ្លេសទេ យើងមានសេវាបកប្រែដើម្បីឆ្លើយសំណួរដែលអ្នកមានអំពីគម្រោងរបស់យើង។ ដើម្បីទទួលបានអ្នកបកប្រែ ទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជន។ សេវានេះមិនគិតថ្លៃទេ។ សេវានេះមិនគិតថ្លៃទេ។ សៀវភៅណែនាំសមាជិក និងឯកសារសំខាន់ៗផ្សេងទៀតដែលមានជាភាសាផ្សេងក្រៅពីភាសាអង់គ្លេស។ ឯកសារក៏អាចមានជាភាសាអារ៉ាប់ អាមេនី ខ្មែរ ចិនសាមញ្ញ ចិនបុរាណ ហ្វាស៊ី ហិណ្ឌូ ម៉ុង ជប៉ុន កូរ៉េ ឡាវ មៀន ពុនចាប៊ី រុស្សី អេស្ប៉ាញ តាកាឡុក ថៃ អ៊ុយក្រែន និងភាសាវៀតណាមផងដែរ។ យើងក៏អាចផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវព័ត៌មានជាអក្សរពុម្ពធំ អក្សរសម្រាប់ជនពិការភ្នែក ឬជាសំឡេងផងដែរ។ យើងត្រូវបានតម្រូវឱ្យផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវព័ត៌មានអំពីអត្ថប្រយោជន៍នៃគម្រោងក្នុងទម្រង់ដែលអាចចូលប្រើបាន និងសមស្របសម្រាប់អ្នក។ ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានពីយើងខ្ញុំតាមរបៀបដែលដំណើរការសម្រាប់អ្នក សូមទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជន។

ប្រសិនបើអ្នកចង់បានព័ត៌មានអំពីចំណុចណាមួយខាងក្រោម ទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជន៖

- ព័ត៌មានអំពីរបៀបជ្រើសរើស ឬផ្លាស់ប្តូរគម្រោង
- គម្រោងរបស់យើង រួមមាន៖
  - ព័ត៌មានហិរញ្ញវត្ថុ
  - របៀបដែលសមាជិកគម្រោងបានវាយតម្លៃពីយើងខ្ញុំ
  - ចំនួនបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ដែលបានធ្វើឡើងដោយសមាជិក
  - របៀបចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើង
- ព័ត៌មានអំពីអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញរបស់យើង និងឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញរបស់យើង រួមមាន៖
  - របៀបជ្រើសរើស ឬផ្លាស់ប្តូរអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំបឋម
  - គុណសម្បត្តិនៃអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញរបស់យើង
  - របៀបដែលយើងបង់ប្រាក់ឱ្យអ្នកផ្តល់សេវានៅក្នុងបណ្តាញរបស់យើង
- សេវា និងឱសថដែលមានធានារ៉ាប់រង រួមមាន៖

- សេវា (**មើលជំពូកទី 3 និងទី 4** នៃសៀវភៅណែនាំសមាជិករបស់អ្នក) និងឱសថ (**មើលជំពូកទី 5 និងទី 6** នៃសៀវភៅណែនាំសមាជិករបស់អ្នក) ដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយគម្រោងរបស់យើង
- ការដាក់កំណត់ចំពោះការរ៉ាប់រង និងឱសថរបស់អ្នក
- បទបញ្ជាដែលអ្នកត្រូវតែធ្វើតាមដើម្បីទទួលបានសេវា និងឱសថដែលមានធានារ៉ាប់រង

- ហេតុអ្វីបានជាមានអ្វីមួយមិនមានធានារ៉ាប់រង និងអ្វីដែលអ្នកអាចធ្វើបានអំពីបញ្ហានេះ (**មើលជំពូកទី 9**នៃសៀវភៅណែនាំសមាជិករបស់អ្នក) រួមមានការស្នើសុំឱ្យយើងខ្ញុំ៖
  - សរសេរជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ ថាហេតុអ្វីបានជាមានផ្នែកខ្លះមិនមានធានារ៉ាប់រង
  - ផ្លាស់ប្តូរសេចក្តីសម្រេចដែលយើងបានធ្វើ
  - បង់ប្រាក់លើវិក្កយបត្រដែលអ្នកទទួលបាន

E. ការខ្វះសមត្ថភាពរបស់អ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញដើម្បីចេញវិក្កយបត្រអ្នកដោយផ្ទាល់

វេជ្ជបណ្ឌិត មន្ទីរពេទ្យ និងអ្នកផ្តល់ផ្សេងទៀតនៅក្នុងបណ្តាញរបស់យើង មិនអាចធ្វើឲ្យអ្នកបង់ថ្លៃសេវាដែលមានធានារ៉ាប់រងឡើយ។ ពួកគេក៏មិនអាចធ្វើឱ្យមានសមតុល្យលើវិក្កយបត្រ ឬគិតប្រាក់ពីអ្នកបានទេ ប្រសិនបើយើងបង់ប្រាក់តិចជាងចំនួនដែលអ្នកផ្តល់សេវាបានគិតប្រាក់។ ដើម្បីស្វែងយល់ពីអ្វីដែលត្រូវធ្វើ ប្រសិនបើអ្នកផ្តល់ក្នុងបណ្តាញព្យាយាមគិតប្រាក់អ្នកសម្រាប់សេវាដែលមានធានារ៉ាប់រង សូមមើលទៅជំពូកទី **7**នៃសៀវភៅណែនាំសមាជិករបស់អ្នក។

F. សិទ្ធិរបស់អ្នកក្នុងការចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើង

បើអ្នកមិនចង់ គ្មានអ្នកណាអាចធ្វើឲ្យអ្នកនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើងឡើយ។

- អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានសេវាថែទាំសុខភាពភាគច្រើនរបស់អ្នកតាមរយៈ Original Medicare ឬគម្រោង Medicare Advantage (MA) ផ្សេងទៀត។
- អ្នកអាចទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ឱសថមានវេជ្ជបញ្ជារបស់ Medicare ផ្នែក D របស់អ្នកពីគម្រោងឱសថមានវេជ្ជបញ្ជា ឬពីគម្រោង MA ផ្សេងទៀត។
- មើលជំពូកទី **10** នៃសៀវភៅណែនាំសមាជិករបស់អ្នក៖

- សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីពេលដែលអ្នកអាចចូលរួមក្នុងគម្រោងអត្ថប្រយោជន៍នៃឱសថមានវេជ្ជបញ្ជា ឬ MA ថ្មី។
- សម្រាប់ព័ត៌មានអំពីរបៀបដែលអ្នកនឹងទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ Medi-Cal របស់អ្នក ប្រសិនបើអ្នកចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើង។

G. សិទ្ធិរបស់អ្នកក្នុងសេចក្តីសម្រេចអំពីការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក។

អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានព័ត៌មានពេញពីវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក និងអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពផ្សេងទៀត ដើម្បីជួយអ្នកធ្វើការសម្រេចអំពីការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក។

G1. អ្នកមានសិទ្ធិដើម្បីដឹងអំពីជម្រើសនៃការព្យាបាលរបស់អ្នក និងការធ្វើសេចក្តីសម្រេច

អ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកត្រូវតែពន្យល់អំពីស្ថានភាពជំងឺរបស់អ្នក និងជម្រើសក្នុងការព្យាបាលរបស់អ្នក ក្នុងរបៀបដែលអ្នកអាចយល់បាន។ អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានការប្រព្រឹត្តិដោយការគោរពគ្រប់ទិដ្ឋភាពទាំងអស់នៃការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក ហើយអ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានភាពថ្លៃថ្នូរ និងសិទ្ធិឯកជនភាពរបស់អ្នក។ អ្នកមានសិទ្ធិដើម្បី៖

- **ដឹងការជ្រើសរើសរបស់អ្នក។** អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានការជូនដំណឹងអំពីជម្រើសនៃការព្យាបាលទាំងអស់ ដោយមិនគិតពីតម្លៃ ឬការធានារ៉ាប់រងលើអត្ថប្រយោជន៍ទេ
- **ដឹងពីហានិភ័យ។** អ្នកមានសិទ្ធិត្រូវបានប្រាប់ អំពីភាពគ្រោះថ្នាក់អ្វីមួយដែលជាប់ទាក់ទង។ យើងត្រូវតែប្រាប់អ្នកជាមុន ប្រសិនបើសេវា ឬការព្យាបាលណាមួយដែលជាផ្នែកមួយនៃការពិសោធស្រាវជ្រាវ។ អ្នកមានសិទ្ធិបដិសេធការពិសោធន៍ព្យាបាល។
- **ដើម្បីទទួលបានមតិយោបល់ទីពីរ។** អ្នកមានសិទ្ធិទៅជួបវេជ្ជបណ្ឌិតផ្សេងទៀតមុននឹងការធ្វើសេចក្តីសម្រេចអំពីការព្យាបាល។
- **និយាយថា ទេ។** អ្នកមានសិទ្ធិបដិសេធការព្យាបាលណាមួយ។ នេះរួមមានសិទ្ធិដើម្បីចេញពីមន្ទីរពេទ្យ ឬមន្ទីរពេទ្យផ្សេងទៀត ទោះបើវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកប្រាប់អ្នកមិនឲ្យចេញក៏ដោយ។ អ្នកមានសិទ្ធិបញ្ឈប់ការប្រើឱសថមានវេជ្ជបញ្ជា។ ប្រសិនបើអ្នកបដិសេធការព្យាបាល ឬឈប់ប្រើឱសថមានវេជ្ជបញ្ជា យើងនឹងមិនដកអ្នកចេញពីគម្រោងរបស់យើងទេ។ តែជាយ៉ាងណាមិញ បើសិនអ្នកបដិសេធការព្យាបាល ឬឈប់លេបឱសថមានវេជ្ជបញ្ជា អ្នកនឹងទទួលខុសត្រូវពេញទី សម្រាប់អ្វីៗកើតឡើងដល់អ្នក។
- **ស្នើសុំឱ្យយើងខ្ញុំពន្យល់ពីមូលហេតុដែលអ្នកផ្តល់សេវាបដិសេធការថែទាំ។** អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានការពន្យល់ពីយើងខ្ញុំ ប្រសិនបើអ្នកផ្តល់សេវាបដិសេធការថែទាំដែលអ្នកគិតថាអ្នកគួរទទួលបាន។

- **ស្នើសុំឱ្យយើងធានារ៉ាប់រងលើសេវា ឬឱសថដែលយើងបដិសេធ ឬជាធម្មតាមិនត្រូវបានធានារ៉ាប់រងទេ។** នេះគឺហៅថាសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង។ **ជំពូកទី 9** នៃសៀវភៅណែនាំសមាជិករបស់អ្នកប្រាប់ពីរបៀបស្នើសុំសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងពីយើងខ្ញុំ។

G2. អ្នកមានសិទ្ធិនិយាយអំពីអ្វីដែលអ្នកចង់ឱ្យកើតមានឡើង ប្រសិនបើអ្នកមិនអាចការធ្វើសេចក្តីសម្រេចលើការថែទាំសុខភាពសម្រាប់ខ្លួនអ្នកបានទេ

ជួនកាលមនុស្សពុំអាចសម្រេចពីការថែទាំសុខភាពសម្រាប់ខ្លួនគេបានឡើយ។ មុននឹងពេលនោះកើតឡើងដល់អ្នក អ្នកអាច៖

- បំពេញទម្រង់បែបបទជាលាយលក្ខណ៍អក្សរផ្តល់ឱ្យនរណាម្នាក់នូវសិទ្ធិក្នុងការធ្វើសេចក្តីសម្រេចលើការថែទាំសុខភាពសម្រាប់អ្នក។
- ផ្តល់ការណែនាំជាលាយលក្ខណ៍អក្សរដល់វេជ្ជបណ្ឌិត អំពីរបៀបគ្រប់គ្រងលើការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក ប្រសិនបើអ្នកមិនអាចការធ្វើសេចក្តីសម្រេចដោយខ្លួនឯង រួមទាំងការថែទាំដែលអ្នកមិនចង់បាន។

ឯកសារផ្លូវច្បាប់ដែលអ្នកប្រើ ដើម្បីផ្តល់សេចក្តីបង្គាប់របស់អ្នកត្រូវបានគេហៅថា “សេចក្តីបង្គាប់ជាមុន”។ សេចក្តីបង្គាប់ជាមុន មានប្រភេទខុសៗគ្នា និងមានឈ្មោះខុសៗគ្នាសម្រាប់វា។ ជាឧទាហរណ៍គឺ លិខិតបណ្តាំពេលនៅរស់ និងលិខិតផ្ទេរសិទ្ធិអំណាចសម្រាប់ការថែទាំសុខភាព។

អ្នកមិនតម្រូវឱ្យមានសេចក្តីបង្គាប់ជាមុនទេ ប៉ុន្តែអ្នកអាចធ្វើបាន។ នេះគឺជាអ្វីដែលត្រូវធ្វើប្រសិនបើអ្នកចង់ប្រើសេចក្តីបង្គាប់ជាមុន៖

- **ទទួលយកទម្រង់បែបបទ។** អ្នកអាចទទួលបានទម្រង់បែបបទពីវេជ្ជបណ្ឌិត មេធាវី ភ្នាក់ងារសេវាខាងច្បាប់ ឬបុគ្គលិកសង្គមកិច្ចរបស់អ្នក។ ឱសថស្តាន និងការិយាល័យអ្នកផ្តល់សេវាជារឿយៗមានទម្រង់បែបបទ។ អ្នកអាចស្វែងរកទម្រង់បែបបទអនឡាញដោយឥតគិតថ្លៃ ហើយទាញយកវា។ អ្នកក៏អាចទាក់ទងផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជន ដើម្បីស្នើសុំទម្រង់បែបបទនេះផងដែរ។
- **បំពេញលើទម្រង់បែបបទ ហើយចុះហត្ថលេខា។** ក្រដាសបំពេញនេះគឺជាឯកសារស្របច្បាប់។ អ្នកគួរតែពិចារណាសម្រាប់ការមានមេធាវី ឬនរណាម្នាក់ផ្សេងទៀតដែលអ្នកទុកចិត្ត ដូចជាសមាជិកគ្រួសារ ឬ PCP របស់អ្នកដើម្បីជួយអ្នកបំពេញវា។
- **ផ្តល់នូវច្បាប់ចម្លងដល់អ្នកដែលត្រូវការដឹង។ អ្នកគួរតែឲ្យច្បាប់ថតចម្លងនៃក្រដាសបំពេញទៅវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក។** អ្នកក៏គួរតែផ្តល់ច្បាប់ចម្លងដល់អ្នកដែលអ្នកដាក់ឈ្មោះដើម្បីការធ្វើសេចក្តីសម្រេចចិត្តសម្រាប់អ្នកផងដែរ។ អ្នកប្រហែលជាចង់ផ្តល់នូវច្បាប់ចម្លងដល់មិត្តភក្តិជិតស្និទ្ធ ឬសមាជិកគ្រួសារ។ រក្សាច្បាប់ចម្លងទុកនៅផ្ទះ។

- ប្រសិនបើអ្នកកំពុងសម្រាកព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យ ហើយអ្នកមានសេចក្តីបង្គាប់ជាមុនដែលបានចុះហត្ថលេខាយកច្បាប់ចម្លងទៅមន្ទីរពេទ្យ។
  - មន្ទីរពេទ្យនឹងសួរថា តើអ្នកមានទម្រង់បែបបទសម្រាប់សេចក្តីបង្គាប់ជាមុនដែលបានចុះហត្ថលេខាដែរឬទេ ហើយតើអ្នកបានភ្ជាប់វាមកជាមួយទេ។
  - បើសិនអ្នកមិនទាន់ចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់បែបបទសម្រាប់សេចក្តីបង្គាប់ជាមុនទេ មន្ទីរពេទ្យក៏មានទម្រង់បែបបទនេះដែរ ហើយគេនឹងសួរថាតើអ្នកចង់ចុះហត្ថលេខាដែរឬទេ។

អ្នកមានសិទ្ធិដើម្បី៖

- មានសេចក្តីបង្គាប់ជាមុនរបស់អ្នកដាក់ក្នុងកំណត់ត្រាវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នក។
- ផ្លាស់ប្តូរ ឬលុបចោលសេចក្តីបង្គាប់ជាមុនរបស់អ្នកនៅពេលណាក៏បាន។
- ស្វែងយល់អំពីការផ្លាស់ប្តូរចំពោះច្បាប់នៃសេចក្តីបង្គាប់ជាមុន។ គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan នឹងប្រាប់អ្នកអំពីការផ្លាស់ប្តូរចំពោះច្បាប់រដ្ឋមិនលើសពីរយៈពេល 90 ថ្ងៃ បន្ទាប់ពីការផ្លាស់ប្តូរ។

សូមហៅទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជនសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។

G3. អ្វីដែលត្រូវធ្វើប្រសិនបើសេចក្តីណែនាំរបស់អ្នកមិនបានគេធ្វើតាម

ប្រសិនបើអ្នកបានចុះហត្ថលេខាលើសេចក្តីបង្គាប់ជាមុន ហើយអ្នកគិតថាវេជ្ជបណ្ឌិត ឬមន្ទីរពេទ្យមិនបានធ្វើតាមការណែនាំនៅក្នុងនោះ អ្នកអាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងជាមួយ Livanta (អង្គភាពលើកគុណភាពនៃរដ្ឋ California) តាមលេខ (877) 588-1123 (TTY: 711) ឬផ្ញើលិខិតទៅកាន់៖ Livanta BFCC-QIO Program 10820 Guilford Rd, Ste. 202, Annapolis Junction, MD 20701.

H. សិទ្ធិរបស់អ្នកក្នុងការប្តឹងតវ៉ា និងស្នើសុំឱ្យយើងខ្ញុំពិចារណាឡើងវិញនូវសេចក្តីសម្រេចរបស់យើង

ជំពូក **9** នៃសៀវភៅណែនាំសមាជិករបស់អ្នក ប្រាប់អំពីអ្វីៗដែលអ្នកអាចធ្វើបាន ប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហា ឬកង្វល់អំពីសេវា ឬការថែទាំរបស់អ្នកដែលមានធានារ៉ាប់រង។ ឧទាហរណ៍ អ្នកអាចស្នើសុំឱ្យយើងខ្ញុំធ្វើសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង ធ្វើការដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ដើម្បីផ្លាស់ប្តូរសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង ឬធ្វើការប្តឹងតវ៉ា។

អ្នកមានសិទ្ធិទទួលព័ត៌មានអំពីបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ និងបណ្តឹងតវ៉ាដែលសមាជិកផ្សេងៗទៀតបានប្តឹងប្រឆាំងនឹងគម្រោងបស់យើង។ ទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជន ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មាននេះ។

H1. អ្វីដែលត្រូវធ្វើអំពីការប្រព្រឹត្តដាក់ដោយមិនយុត្តិធម៌ ឬដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែមអំពីសិទ្ធិរបស់អ្នក។

ប្រសិនបើអ្នកគិតថា យើងបានព្យាបាលអ្នកដោយមិនស្មើភាពគ្នា – ហើយវា មិនមែនជាការរើសអើងសម្រាប់ហេតុផលដែលមានរាយបញ្ជីនៅក្នុង **ជំពូកទី 11** នៃ សៀវភៅណែនាំសមាជិក – ឬអ្នកចង់បានព័ត៌មានបន្ថែមអំពីសិទ្ធិរបស់អ្នក អ្នកអាចទូរសព្ទទៅ៖

- សេវាបម្រើអតិថិជនតាមលេខ 1-800-452-4413 (TTY: 711)។
- កម្មវិធីប្រឹក្សាយោបល់ និងការតស៊ូមតិផ្នែកធានារ៉ាប់រងសុខភាព (HICAP) តាមរយៈលេខ 1-800-434-0222 (TTY: 711)។ សម្រាប់ព័ត៌មានលម្អិតអំពី HICAP **មើលជំពូកទី 2 ផ្នែក E**។
- កម្មវិធីអ៊ំបាដ្ស តាមលេខ 1-888-452-8609។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម **មើលជំពូកទី 2** នៃ សៀវភៅណែនាំសមាជិករបស់អ្នក។
- Medicare តាមរយៈលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) បាន 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរទូរសព្ទទៅកាន់លេខ 1-877-486-2048។ (អ្នកក៏អាចអាន ឬទាញយកផងដែរ "សិទ្ធិ និងការការពាររបស់ Medicare" ដែលមាននៅលើគេហទំព័រ Medicare តាមរយៈ www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf។)

I. ទំនួលខុសត្រូវរបស់អ្នកក្នុងនាមជាសមាជិកគម្រោង

ក្នុងនាមជាសមាជិកគម្រោង អ្នកមានទំនួលខុសត្រូវក្នុងការធ្វើកិច្ចការដែលមានរាយខាងក្រោម។ ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរណាមួយ ទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជន។

- **អានសៀវភៅណែនាំសមាជិក** ដើម្បីស្វែងយល់អំពីអ្វីដែលគម្រោងរបស់យើងធានារ៉ាប់រង និងច្បាប់ដែលត្រូវអនុវត្តតាមដើម្បីទទួលបានសេវា និងឱសថដែលមានធានារ៉ាប់រង។ សម្រាប់ព័ត៌មានលម្អិតអំពីអ្នក៖
  - សេវាដែលមានធានារ៉ាប់រង **មើលជំពូកទី 3 និងទី 4** នៃសៀវភៅណែនាំសមាជិករបស់អ្នក។ ជំពូកទាំងនោះប្រាប់អ្នកពីអ្វីដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រង អ្វីដែលមិនត្រូវបានធានារ៉ាប់រង ច្បាប់អ្វីដែលអ្នកត្រូវធ្វើតាម និងអ្វីដែលអ្នកត្រូវបង់ប្រាក់។
  - ឱសថដែលមានធានារ៉ាប់រង មើលជំពូកទី **5** និងទី **6** នៃសៀវភៅណែនាំសមាជិករបស់អ្នក។
- **ប្រាប់យើងខ្ញុំអំពីការរ៉ាប់រងលើសុខភាព ឬឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាផ្សេងទៀតដែលអ្នកមាន។** យើងត្រូវតែប្រាកដថា អ្នកបានប្រើជម្រើសនៃការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកទាំងអស់ នៅពេលអ្នក

ទទួលបានការថែទាំសុខភាព។ ទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជន ប្រសិនបើអ្នកមានការធានារ៉ាប់រងផ្សេងទៀត។

- ប្រាប់ទៅកាន់វេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក និងអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពផ្សេងទៀត ថាអ្នកជាសមាជិកនៃគម្រោងរបស់យើង។ បង្ហាញបណ្ណសមាជិករបស់អ្នក នៅពេលអ្នកទទួលបានសេវា ឬឱសថ។
- ជួយវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពផ្សេងទៀត និងគម្រោងរបស់អ្នកក្នុងការផ្តល់ជូនអ្នកនូវការថែទាំដ៏ល្អបំផុត។
  - ផ្តល់ឱ្យពួកគេនូវព័ត៌មានដែលពួកគេត្រូវការអំពីអ្នក និងសុខភាពរបស់អ្នក។ ស្វែងយល់ឲ្យបានច្រើនបំផុតតាមអ្នកអាចធ្វើបានអំពីបញ្ហាសុខភាពរបស់អ្នក។ ធ្វើតាមគម្រោងការព្យាបាល និងសេចក្តីណែនាំ ដែលអ្នក និងអ្នកផ្តល់របស់អ្នកបានព្រមព្រៀងគ្នា។
  - ត្រូវប្រាកដថាវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក និងអ្នកផ្តល់សេវាផ្សេងទៀត ដឹងអំពីឱសថទាំងអស់ដែលអ្នកកំពុងប្រើ។ នេះរួមមានឱសថមានវេជ្ជបញ្ជា ឱសថគ្មានវេជ្ជបញ្ជា ថ្នាំវីតាមីន និងថ្នាំប៉ូវ។
  - សួរសំណួរណាមួយដែលអ្នកមាន។ វេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក និងអ្នកផ្តល់ផ្សេងទៀត ត្រូវតែពន្យល់អ្វីៗក្នុងរបៀបដែលអ្នកអាចយល់បាន។ ប្រសិនបើអ្នកសួរសំណួរ ហើយអ្នកមិនយល់អំពីចម្លើយទេ ត្រូវសួរម្តងទៀត។
- ធ្វើការជាមួយអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នក រួមមានការបំពេញការវាយតម្លៃហានិភ័យសុខភាពប្រចាំឆ្នាំ។
- ត្រូវចេះពិចារណា។ យើងរំពឹងថាសមាជិកទាំងអស់របស់យើង គោរពសិទ្ធិរបស់អ្នកជំងឺផ្សេងៗទៀត។ យើងក៏រំពឹងថាអ្នកនឹងធ្វើសកម្មភាពដោយការគោរពនៅក្នុងការិយាល័យវេជ្ជបណ្ឌិត មន្ទីរពេទ្យ និងការិយាល័យអ្នកផ្តល់សេវាផ្សេងទៀត។
- បង់ប្រាក់ដែលអ្នកជំពាក់។ ក្នុងនាមជាសមាជិករបស់គម្រោង អ្នកទទួលខុសត្រូវក្នុងការបង់ប្រាក់ទាំងនេះ៖
  - ថ្លៃបង់ធានារ៉ាប់រ Medicare ផ្នែក A និង Medicare ផ្នែក B។ សម្រាប់សមាជិកនៃគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan ភាគច្រើន Medi-Cal បង់ថ្លៃបុព្វលាភ Medicare ផ្នែក A របស់អ្នក និងសម្រាប់បុព្វលាភ Medicare ផ្នែក B របស់អ្នក។
  - ប្រសិនបើអ្នកទទួលបានសេវា ឬឱសថដែលមិនបានរ៉ាប់រងដោយគម្រោងរបស់យើង អ្នកត្រូវតែបង់ថ្លៃចំណាយពេញ។ (ចំណាំ៖ បើអ្នកមិនយល់ស្របជាមួយការសម្រេចរបស់យើង ដើម្បីរ៉ាប់រងសេវា ឬឱសថ អ្នកអាចធ្វើការតវ៉ាបាន។ សូមមើលជំពូកទី **9** ដើម្បីស្វែងយល់ពីរបៀបដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍។)

- ប្រាប់យើងខ្ញុំ ប្រសិនបើអ្នកផ្លាស់លំទីនៅ។ ប្រសិនបើអ្នកមានគម្រោងផ្លាស់ទីលំនៅ ប្រាប់យើងខ្ញុំភ្លាមៗ។ ហៅទូរសព្ទទៅអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នក ឬផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជន។
  - ប្រសិនបើអ្នកផ្លាស់ទីលំនៅទៅក្រៅតំបន់ផ្តល់សេវារបស់យើង អ្នកមិនអាចនៅក្នុងគម្រោងនេះបានឡើយ។ មានតែអ្នកដែលរស់នៅក្នុងតំបន់សេវារបស់យើងតែប៉ុណ្ណោះដែលអាចជាសមាជិកនៃគម្រោងនេះ។ ជំពូកទី **1** នៃ សៀវភៅណែនាំសមាជិក របស់អ្នកនឹងណែនាំអ្នកអំពីតំបន់ផ្តល់សេវារបស់យើង។
  - យើងអាចជួយអ្នកឱ្យដឹងថាតើអ្នកកំពុងផ្លាស់ទីលំនៅនៅក្រៅតំបន់សេវារបស់យើងដែរឬទេ។ នៅក្នុងអំឡុងរយៈពេលការចុះឈ្មោះពិសេស អ្នកអាចដូរទៅ Original Medicare ឬចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងសុខភាព ឬឱសថ Medicare នៅក្នុងទីកន្លែងថ្មីរបស់អ្នក។ យើងអាចប្រាប់អ្នកថាតើយើងមានគម្រោងក្នុងតំបន់ថ្មីរបស់អ្នកឬអត់។
  - ប្រាប់អាសយដ្ឋានថ្មីរបស់អ្នកទៅកាន់ Medicare និង Medi-Cal នៅពេលអ្នកផ្លាស់ទីលំនៅ។ មើលជំពូកទី **2** នៃសៀវភៅណែនាំសមាជិក របស់អ្នកសម្រាប់លេខទូរសព្ទរបស់ Medicare និង Medi-Cal។
  - ប្រសិនបើអ្នកផ្លាស់ទីលំនៅ និងស្នាក់នៅក្នុងតំបន់សេវារបស់យើង យើងនៅតែត្រូវដឹង។ យើងត្រូវរក្សាកំណត់ត្រាសមាជិកភាពរបស់អ្នកឲ្យទាន់បច្ចុប្បន្នកាល និងដឹងរបៀបទាក់ទងអ្នក។
- ប្រាប់យើងខ្ញុំ ប្រសិនបើអ្នកមានលេខទូរសព្ទថ្មី ឬវិធីណាដែលល្អជាងនេះដើម្បីទាក់ទងទៅកាន់អ្នក។
- ទូរសព្ទទៅអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំ ឬ ផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជនរបស់អ្នកសម្រាប់ជំនួយ ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ ឬការព្រួយបារម្ភណាមួយ។

ជំពូកទី 9 តើអ្នកត្រូវធ្វើយ៉ាងណា ប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហា ឬបណ្តឹងតវ៉ា (សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ បណ្តឹងតវ៉ា)

សេចក្តីផ្តើម

ជំពូកនេះមានព័ត៌មានអំពីសិទ្ធិរបស់អ្នក។ ត្រូវអានជំពូកនេះ ដើម្បីឲ្យដឹងត្រូវធ្វើអ្វីខ្លះ បើសិន៖

- អ្នកមានបញ្ហា ឬមានការភ្ជាប់ភ្នែរ (បណ្តឹង) អំពីគម្រោងរបស់អ្នក។
- អ្នកត្រូវការសេវា ទំនិញ ឬថ្នាំដែលគម្រោងរបស់អ្នកបាននិយាយថា វានឹងមិនត្រូវបានចំណាយនោះទេ។
- អ្នកមិនយល់ស្របនឹងការសម្រេចចិត្តដែលគម្រោងរបស់អ្នកបានធ្វើឡើងអំពីការថែទាំរបស់អ្នក។
- អ្នកគិតថាសេវាដែលរ៉ាប់រងរបស់អ្នក ឆាប់ចប់ពេក។
- អ្នកមានបញ្ហា ឬបណ្តឹងតវ៉ាជាមួយសេវា និងការគាំទ្ររយៈពេលវែងរបស់អ្នក ដែលរួមមានសេវាសម្រាប់មនុស្សពេញវ័យតាមសហគមន៍ (CBAS) និងសេវាមជ្ឈមណ្ឌលថែទាំសុខភាព (NF)។

ជំពូកនេះត្រូវបានបំបែកទៅជាវគ្គផ្សេងៗ ដើម្បីជួយអ្នកឱ្យងាយស្រួលស្វែងរកអ្វីដែលអ្នកកំពុងរក។ បើអ្នកមានបញ្ហា ឬមានកង្វល់ អ្នកត្រូវអានផ្នែកនៃជំពូកនេះ ដែលអនុវត្តចំពោះស្ថានភាពរបស់អ្នក។

អ្នកគួរតែទទួលការថែទាំសុខភាព ឱសថ ឬសេវា និងការជួយគាំទ្ររយៈពេលវែង ដែលវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក និងអ្នកផ្តល់សេវាផ្សេងទៀតសម្រេចថាជាការចាំបាច់ សម្រាប់ការថែទាំដែលជាផ្នែកមួយនៃគម្រោងការថែទាំអ្នក។ ប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហាជាមួយនឹងការថែទាំរបស់អ្នក អ្នកអាចទូរសព្ទទៅ កម្មវិធី **Medicare Medi-Cal Ombuds Program** តាមរយៈលេខ**1-855-501-3077** សម្រាប់ជំនួយ។ ជំពូកនេះពន្យល់ពីជម្រើសផ្សេងៗ ដែលអ្នកមានចំពោះបញ្ហា និងបណ្តឹងតវ៉ាផ្សេងៗគ្នា ប៉ុន្តែអ្នកតែងតែអាចទូរសព្ទទៅកម្មវិធី Ombuds ដើម្បីជួយណែនាំអ្នកអំពីបញ្ហារបស់អ្នក។ សម្រាប់ធនធានបន្ថែមដើម្បីដោះស្រាយទៅលើការព្រួយបារម្ភរបស់អ្នក និងវិធីទាក់ទងទៅកាន់ពួកគេ មើលជំពូកទី **2** នៃសៀវភៅណែនាំសមាជិករបស់អ្នក។

តារាងមាតិកា

A. អ្វីដែលត្រូវធ្វើប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហា ឬកង្វល់ 248

A1. អំពីពាក្យផ្លូវច្បាប់ 248

B. កន្លែងដែលត្រូវទទួលបានជំនួយ 248

B1. សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម និងជំនួយ 248

C. ការយល់ដឹងអំពីបណ្តឹងតវ៉ា និងបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់ Medicare និង Medi-Cal
នៅក្នុងគម្រោងរបស់យើង 250

D. បញ្ហាជាមួយនឹងអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នក 251

E. សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង និងបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ 251

E1. សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង 251

E2. បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ 252

E3. ជួយក្នុងសេចក្តីសម្រេចលើការរ៉ាប់រង និងបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ 253

E4. តើផ្នែកណាមួយនៃជំពូកនេះនឹងជួយអ្នកបាន 254

F. ការថែទាំផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ 254

F1. ការប្រើប្រាស់ផ្នែកនេះ 255

F2. ការស្នើសុំសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង 256

F3. ការដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 1 258

F4. ការដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 262

F5. បញ្ហាការទូទាត់ប្រាក់ 270

G. ១សថមានវេជ្ជបញ្ជា Medicare ផ្នែក B 272

G1. សេចក្តីសម្រេចលើការរ៉ាប់រង និងបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ នៃផ្នែក D នៃកម្មវិធី Medicare 272

G2. ករណីលើកលែងរបស់ Medicare ផ្នែក D 274

G3. រឿងសំខាន់ៗដែលត្រូវដឹងអំពីការស្នើសុំករណីលើកលែង 276

G4. ការស្នើសុំសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង 276

G5. ការដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 1 280

G6. ការដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 283

H. ការស្នើសុំយើងខ្ញុំឱ្យធានារ៉ាប់រងការស្នាក់នៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យបានយូរ 285

H1. ការស្វែងយល់អំពីសិទ្ធិ Medicare របស់អ្នក 286

H2. ការដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 1 287

H3. ការដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 289

I. ការស្នើសុំយើងខ្ញុំឱ្យបន្តធានារ៉ាប់រងលើសេវាវេជ្ជសាស្ត្រជាក់លាក់មួយចំនួន 290

I1. ការជូនដំណឹងជាមុន មុនពេលការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកបញ្ចប់ 291

I2. ការដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 1 291

I3. ការដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 294

J. ការទទួលយកបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍លើសពីកម្រិត 2 295

J1. ជំហានបន្ទាប់ទៀតសម្រាប់សេវា និងទំនិញរបស់ Medicare 295

J2. បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់ Medi-Cal បន្ថែម 297

J3. បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 3, 4 និង 5 សម្រាប់ការស្នើសុំឱ្យសង Medicare ផ្នែក D 297

K. របៀបដាក់បណ្តឹងតវ៉ា 299

K1. តើប្រភេទនៃបញ្ហាអ្វីខ្លះ គួរតែដាក់បណ្តឹងតវ៉ា 299

K2. បណ្តឹងតវ៉ាផ្ទៃក្នុង 301

K3. បណ្តឹងតវ៉ាខាងក្រៅ 304

A. អ្វីដែលត្រូវធ្វើប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហា ឬកង្វល់

ជំពូកនេះពន្យល់ពីរបៀបក្នុងការដោះស្រាយបញ្ហា និងការព្រួយបារម្ភ។ ដំណើរការដែលអ្នកប្រើអាស្រ័យទៅលើប្រភេទនៃបញ្ហាដែលអ្នកមាន។ ប្រើដំណើរការមួយសម្រាប់សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង និងបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ និងធ្វើការប្តឹងតវ៉ាមួយផ្សេងទៀត ដែលគេហៅថាបណ្តឹងសាទុក្ខផងដែរ។

ដើម្បីធានាបាននូវភាពយុត្តិធម៌ និងភាពឆាប់រហ័ស ដំណើរការនីមួយៗមានសំណុំនៃច្បាប់ នីតិវិធី និងពេលវេលាកំណត់ដែលយើង និងអ្នកត្រូវតែអនុវត្តតាម។

A1. អំពីពាក្យផ្លូវច្បាប់

មានពាក្យច្បាប់នៅក្នុងជំពូកនេះសម្រាប់ច្បាប់ និងពេលវេលាកំណត់មួយចំនួន។ ពាក្យគន្លឹះទាំងនេះជាច្រើនអាចពិបាកយល់ ដូច្នេះយើងប្រើពាក្យសាមញ្ញជាងនេះជំនួសឱ្យពាក្យច្បាប់មួយចំនួននៅពេលដែលយើងអាចធ្វើបាន។ យើងប្រើពាក្យបំប្លួញយ៉ាងតិចជាទីបំផុត។

ឧទាហរណ៍ យើងនិយាយថា៖

- "ការប្តឹងតវ៉ា" ជំនួសឱ្យ "ការដាក់បណ្តឹងសាទុក្ខ"
- "សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង" ជំនួសឱ្យ "ការកំណត់របស់អង្គភាព" "ការកំណត់អត្ថប្រយោជន៍" "ការកំណត់ហានិភ័យ" ឬ "ការកំណត់លើការធានារ៉ាប់រង"
- "សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងរហ័ស" ជំនួសឱ្យ "ការកំណត់ពន្លឿន"
- "អង្គការត្រួតពិនិត្យឯករាជ្យ" (IRO) ជំនួសឱ្យ "អង្គភាពត្រួតពិនិត្យឯករាជ្យ" (IRE)

ការស្គាល់ពាក្យច្បាប់ត្រឹមត្រូវ អាចនឹងជួយអ្នកឲ្យធ្វើការប្រាស្រ័យទាក់ទងកាន់តែច្បាស់លាស់ ដូច្នេះយើងក៏ផ្តល់ពាក្យ ទាំងអស់នោះដែរ។

B. កន្លែងដែលត្រូវទទួលបានជំនួយ

B1.សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម និងជំនួយ

ពេលខ្លះវាមានការភ័ន្តច្រឡំក្នុងការចាប់ផ្តើម ឬធ្វើតាមដំណើរការដើម្បីដោះស្រាយបញ្ហា។ នេះអាចជាការពិត ជាពិសេស ប្រសិនបើអ្នកមានអារម្មណ៍មិនល្អ ឬមានថាមពលមានតិចតួច។ ពេលខ្លះ អ្នកប្រហែលជាមិនមានព័ត៌មានដែលអ្នកត្រូវការដើម្បីអនុវត្តជំហានបន្ទាប់ទេ។

ជំនួយពីកម្មវិធីប្រឹក្សាយោបល់ និងការតស៊ូមតិផ្នែកធានារ៉ាប់រងសុខភាព

អ្នកក៏អាចហៅទូរសព្ទទៅកាន់កម្មវិធីប្រឹក្សាយោបល់ និងការតស៊ូមតិផ្នែកធានារ៉ាប់រងសុខភាព (HICAP) អ្នកប្រឹក្សារបស់ HICAP អាចឆ្លើយសំណួររបស់អ្នក និងជួយពន្យល់អ្នកអំពីអ្វីដែលត្រូវធ្វើ ដើម្បីដោះស្រាយបញ្ហារបស់អ្នក។ HICAP មិនជាប់ពាក់ព័ន្ធជាមួយនឹងយើង ឬក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រង ឬគម្រោងថែទាំសុខភាពណាមួយឡើយ។ HICAP មានអ្នកប្រឹក្សាដែលទទួលបានហ្វឹកហ្វឺននៅគ្រប់ខោនធី ហើយសេវាគឺឥតគិតថ្លៃឡើយ។ លេខទូរសព្ទរបស់ HICAP គឺ 1-800-434-0222។

ជំនួយពីកម្មវិធី Medicare Medi-Cal Ombuds

អ្នកអាចទូរសព្ទទៅកម្មវិធី Medicare Medi-Cal Ombuds ហើយនិយាយជាមួយអ្នកតស៊ូមតិអំពីសំណួរដែលទាក់ទងទៅនឹងការធានារ៉ាប់រងសុខភាពរបស់អ្នក។ ពួកគេផ្តល់ជំនួយផ្នែកច្បាប់ដោយឥតគិតថ្លៃ។ កម្មវិធីអំបាដ្សមិនមានទំនាក់ទំនងជាមួយយើង ឬជាមួយក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រង ឬគម្រោងសុខភាពណាមួយឡើយ។ លេខទូរសព្ទរបស់ពួកគេគឺ 1-855-501-3077 ហើយគេហទំព័ររបស់ពួកគេ គឺ www.healthconsumer.org។

ជំនួយ និងព័ត៌មានពី Medicare

សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម និងជំនួយ អ្នកអាចទាក់ទងទៅកាន់ Medicare។ ខាងក្រោមនេះគឺជារបៀបពីរយ៉ាងដើម្បីទទួលជំនួយពី Medicare៖

- ហៅទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 24 ម៉ោងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃមួយអាទិត្យ។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY ទូរសព្ទទៅលេខ 1-877-486-2048។
- ចូលមើលគេហទំព័ររបស់ Medicare (www.medicare.gov)។

ជំនួយ និងព័ត៌មានពី Medi-Cal

ជំនួយពីក្រសួងថែទាំសុខភាពរបស់រដ្ឋ California

មន្ត្រីបណ្តឹងសាធារណៈផ្នែកថែទាំសុខភាពក្រោមការគ្រប់គ្រងរបស់ Medi-Cal នៃក្រសួងសេវាថែទាំសុខភាព (DHCS) រដ្ឋ California អាចជួយបាន។ គេអាចជួយអ្នកបាន បើសិនអ្នកមានបញ្ហានៃការចូលរួម ការផ្លាស់ប្តូរ ឬការចាកចេញពីគម្រោងថែទាំសុខភាពមួយ។ គេក៏អាចជួយអ្នកបានដែរ បើសិនអ្នកបានផ្លាស់លំនៅ និងកំពុងតែមានបញ្ហាក្នុងការឲ្យបានប្តូរ Medi-Cal របស់អ្នកទៅខោនធីថ្មីរបស់អ្នក។ អ្នកអាចហៅអំបាដ្សម៉ាន ពីថ្ងៃច័ន្ទ រហូតថ្ងៃសុក្រ ចន្លោះម៉ោង 8:00 ព្រឹក និង 5:00 ល្ងាច លេខ 1-888-452-8609។

ជំនួយពីក្រសួងថែទាំសុខភាពក្រោមការគ្រប់គ្រងរបស់រដ្ឋ California California

ទាក់ទងទៅក្រសួងថែទាំសុខភាពក្រោមការគ្រប់គ្រងរបស់រដ្ឋ California (DMHC) ដើម្បីទទួលបានជំនួយដោយឥតគិតថ្លៃ។ DMHC ទទួលខុសត្រូវចំពោះការត្រួតពិនិត្យគម្រោងសុខភាព។ DMHC ជួយមនុស្សដែលមានបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍អំពីសេវា ឬបញ្ហាការចេញវិក្កយបត្ររបស់ Medi-Cal។ លេខទូរសព្ទគឺ **1-888-466-2219**។

បុគ្គលដែលថ្លង់ ពិបាកក្នុងការស្តាប់ ឬមានពិការភាពក្នុងនិយាយអាចប្រើលេខទូរសព្ទ TDD ដោយឥតគិតថ្លៃតាមរយៈលេខ **1-877-688-9891**។ អ្នកក៏អាចចូលមើលគេហទំព័ររបស់ DMHC តាមរយៈអាសយដ្ឋាន **www.dmhc.ca.gov**។ ក្រសួងថែទាំសុខភាពក្រោមការគ្រប់គ្រងនៃរដ្ឋ California ទទួលខុសត្រូវចំពោះការដាក់បញ្ញត្តិលើគម្រោងសេវាថែទាំសុខភាព។ ប្រសិនបើអ្នកមានបណ្តឹងសាទុក្ខជំទាស់នឹងគម្រោងសុខភាពរបស់អ្នក អ្នកគួរទូរសព្ទទៅគម្រោងសុខភាពរបស់អ្នកជាមុនសិន តាមរយៈលេខ **1-800-452-4413** (**TTY**: **711**) និងប្រើប្រាស់ដំណើរការបណ្តឹងសាទុក្ខនៃគម្រោងសុខភាពរបស់អ្នក មុននឹងទាក់ទងទៅក្រសួង។ ការប្រើប្រាស់នីតិវិធីបណ្តឹងសាទុក្ខនេះ គឺមិនហាមឃាត់សិទ្ធិស្របច្បាប់អ្វីមួយដែលអាចយកមកប្រើ ឬដំណោះស្រាយអ្វីៗដែលអាចមានសម្រាប់អ្នកឡើយ។ បើសិនអ្នកត្រូវការជំនួយជាមួយសារទុក្ខពាក់ព័ន្ធនឹងភាពអាសន្ន ឬសារទុក្ខអ្វីមួយដែលគម្រោងថែទាំសុខភាពរបស់អ្នកមិនទាន់បានដោះស្រាយឲ្យគាប់ចិត្តនៅឡើយ ឬក៏សារទុក្ខអ្វីមួយ ដែលនៅតែមិនទាន់ដោះស្រាយរួចលើសពី 30 ថ្ងៃ អ្នកអាចហៅទូរសព្ទក្រសួងដើម្បីសុំជំនួយ។ អ្នកក៏អាចនឹងមានសិទ្ធិទទួលការត្រួតពិនិត្យដោយការត្រួតពិនិត្យផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រឯករាជ្យ (IMR) ផងដែរ។ បើសិនអ្នកមានសិទ្ធិទទួល IMR នោះវិធី IMR នឹងផ្តល់ការពិនិត្យហ្មត់ចត់ ដោយមិនលំអៀង នូវការសម្រេច ព្យាបាលសុខភាព ដែលបានធ្វើដោយគម្រោងថែទាំសុខភាព ទាក់ទងនឹងពេទ្យសាស្ត្រចាំបាច់ នូវសំណើសេវា ឬការព្យាបាល, ការសម្រេចពីការធានារ៉ាប់រង សម្រាប់ការព្យាបាល ដែលជាលក្ខណៈនៃការពិសោធន៍ ឬជាការស៊ើបអង្កេត និងទំនាស់ការបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាសុខភាព ជាអាសន្ន ឬបន្ទាន់។ ក្រសួងក៏មានលេខទូរសព្ទឥតគិតថ្លៃ **(1-888-466-2219)** និងខ្សែទូរសព្ទ TDD **(1-877-688-9891)** សម្រាប់អ្នកអន់សោតវិញ្ញាណ និងសំដីផងដែរ។ គេហទំព័រអ៊ីនធឺណិតរបស់ក្រសួង **www.dmhc.ca.gov** មានទម្រង់បែបបទសម្រាប់បណ្តឹងតវ៉ា ទម្រង់ពាក្យសុំ IMR និងការណែនាំតាមអនឡាញ។

C. ការយល់ដឹងអំពីបណ្តឹងតវ៉ា និងបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់ Medicare និង Medi-Cal នៅក្នុងគម្រោងរបស់យើង

អ្នកមាន Medicare និង Medi-Cal។ ព័ត៌មាននៅក្នុងជំពូកនេះអនុវត្តចំពោះអត្ថប្រយោជន៍ថែទាំសុខភាពក្រោមការគ្រប់គ្រងដោយ Medicare និង Medi-Cal របស់អ្នកទាំងអស់។ ពេលខ្លះវាត្រូវបានគេហៅថា "ដំណើរការរួមបញ្ចូលគ្នា" ពីព្រោះវាបញ្ចូលគ្នា ឬរួមបញ្ចូលគ្នារវាងដំណើរការ Medicare និង Medi-Cal។

ពេលខ្លះដំណើរការ Medicare និង Medi-Cal មិនអាចបញ្ចូលគ្នាបានទេ។ នៅក្នុងស្ថានភាពទាំងនោះ អ្នកប្រើដំណើរការមួយសម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍ Medicare និងដំណើរការមួយទៀតសម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍ Medi-Cal។ **ផ្នែក F4** ពន្យល់ពីស្ថានភាពទាំងនេះ។

D. បញ្ហាជាមួយនឹងអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នក

ប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហា ឬការព្រួយបារម្ភ អានផ្នែកនៃជំពូកនេះ ដែលអនុវត្តចំពោះស្ថានភាពរបស់អ្នក។ តារាងខាងក្រោមជួយអ្នកស្វែងរកផ្នែកត្រឹមត្រូវនៃជំពូកនេះសម្រាប់បញ្ហា ឬបណ្តឹងតវ៉ា។

តើបញ្ហា ឬកង្វល់របស់អ្នកអំពីអត្ថប្រយោជន៍ ឬការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកមែនឬទេ? នេះរួមបញ្ចូលទាំងបញ្ហាថាតើការថែទាំផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រជាក់លាក់ (ទំនិញវេជ្ជសាស្ត្រ សេវាកម្ម និង/ឬឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាផ្នែក B) ត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដែរឬអត់ របៀបដែលឱសថទាំងនេះត្រូវបានធានារ៉ាប់រង និងបញ្ហាទាក់ទងនឹងការទូទាត់ប្រាក់សម្រាប់ការថែទាំផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ។	
យល់ព្រម បញ្ហារបស់ខ្ញុំគឺអំពី អត្ថប្រយោជន៍ ឬការធានារ៉ាប់រង។ **មើលផ្នែក E** "សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង និងបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍។"	**ទេ** បញ្ហារបស់ខ្ញុំគឺមិនមែនអំពី អត្ថប្រយោជន៍ ឬការធានារ៉ាប់រង។ **មើលផ្នែក K** "របៀបដាក់បណ្តឹងតវ៉ា។"

E. សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង និងបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍

ដំណើរការសម្រាប់ការស្នើសុំសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង និងដាក់ពាក្យបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ ដើម្បីដោះស្រាយបញ្ហាដែលទាក់ទងនឹងអត្ថប្រយោជន៍ និងការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកចំពោះការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក (សេវាកម្ម មុខទំនិញ និងឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាផ្នែក B រួមទាំងការទូទាត់ប្រាក់)។ ដើម្បីរក្សារឿងឱ្យសាមញ្ញ ជាទូទៅយើងយោងទៅលើទំនិញវេជ្ជសាស្ត្រ សេវាកម្ម និងឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាផ្នែក B ជាការថែទាំផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ។

E1. សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង

សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងគឺជាសេចក្តីសម្រេចដែលយើងធ្វើសម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍ និងការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នក ឬអំពីចំនួនទឹកប្រាក់ដែលយើងចំណាយសម្រាប់សេវាវេជ្ជសាស្ត្រ ឬឱសថរបស់អ្នក។ ឧទាហរណ៍ វេជ្ជបណ្ឌិតក្នុងបណ្តាញនៃគម្រោងរបស់អ្នកធ្វើសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង (ដែលល្អ) សម្រាប់អ្នករាល់ពេលដែលអ្នកទទួលបានការថែទាំសុខភាពពីពួកគេ (**មើលជំពូកទី 4 ផ្នែក G** នៃសៀវភៅណែនាំសមាជិករបស់អ្នក)។

អ្នក ឬវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកក៏អាចទាក់ទងមកយើងខ្ញុំ ហើយស្នើសុំសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងផងដែរ។ អ្នក ឬវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកប្រហែលជាមិនប្រាកដទេថា តើយើងធានារ៉ាប់រងលើសេវាផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រជាក់លាក់

ឬប្រសិនបើយើងអាចបដិសេធមិនផ្តល់ការថែទាំសុខភាពដែលអ្នកគិតថាអ្នកត្រូវការ។ ប្រសិនបើអ្នកចង់ដឹងថាតើយើងនឹងធានារ៉ាប់រងលើសេវាផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ មុនពេលដែលអ្នកទទួលបានវាដែរឬទេ អ្នកអាចស្នើសុំឱ្យយើងខ្ញុំធ្វើសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងសម្រាប់អ្នក។

យើងធ្វើសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងនៅពេលណាដែលយើងសម្រេចថា តើអ្វីដែលត្រូវធានារ៉ាប់រងសម្រាប់អ្នក និងចំនួនដែលយើងបង់ប្រាក់។ ក្នុងករណីខ្លះ យើងអាចសម្រេចថាសេវា ឬឱសថមិនត្រូវបានធានារ៉ាប់រង ឬលែងត្រូវបានធានារ៉ាប់រងសម្រាប់អ្នកដោយ Medicare ឬ Medi-Cal ទៀតហើយ។ ប្រសិនបើអ្នកមិនយល់ស្របនឹងសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងនេះទេ អ្នកអាចដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍បាន។

E2. បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍

ប្រសិនបើយើងសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង ហើយអ្នកមិនពេញចិត្តនឹងសេចក្តីសម្រេចនេះទេ អ្នកអាច "បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍" លើសេចក្តីសម្រេចនេះបាន។ បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ គឺជាវិធីផ្លូវការមួយក្នុងការស្នើសុំឱ្យយើងខ្ញុំពិនិត្យឡើងវិញ និងផ្លាស់ប្តូរសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងដែលយើងបានធ្វើ។

នៅពេលអ្នកប្តឹងឧទ្ធរណ៍លើសេចក្តីសម្រេចជាលើកដំបូង នេះត្រូវបានគេហៅថាបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 1។ នៅក្នុងបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍នេះ យើងពិនិត្យឡើងវិញនូវការសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងដែលយើងបានធ្វើដើម្បីពិនិត្យមើលថាតើយើងបានអនុវត្តតាមច្បាប់ទាំងអស់ត្រឹមត្រូវដែរឬទេ។ អ្នកត្រួតពិនិត្យខុសពីអ្នកដែលបានការធ្វើសេចក្តីសម្រេចដើមដែលមិនមានអំណោយផល ដើម្បីដោះស្រាយបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក។

នៅក្នុងករណីភាគច្រើន អ្នកត្រូវតែចាប់ផ្តើមការតវ៉ារបស់អ្នក នៅកម្រិតទី 1។ ប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហាសុខភាពបន្ទាន់ ឬពាក់ព័ន្ធនឹងការគំរាមកំហែងភ្លាមៗ និងធ្ងន់ធ្ងរដល់សុខភាពរបស់អ្នក ឬប្រសិនបើអ្នកមានការឈឺចាប់ធ្ងន់ធ្ងរ ហើយត្រូវការការសម្រេចភ្លាមៗ អ្នកអាចស្នើសុំការពិនិត្យសុខភាព IMR ពីក្រសួងគ្រប់គ្រងការថែទាំសុខភាពតាម<u>www.dmhc.ca.gov</u>។ សូមអាន **ផ្នែក F4** សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។

នៅពេលយើងបញ្ចប់ការពិនិត្យឡើងវិញ យើងផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវការសម្រេចចិត្តរបស់យើង។ នៅក្រោមកាលៈទេសៈជាក់លាក់មួយចំនួនដែលបានពន្យល់នៅពេលក្រោយនៅក្នុងជំពូកនេះ នៅក្នុងផ្នែក F_2 អ្នកអាចស្នើសុំការពន្លឿន ឬ "សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងរហ័ស" ឬ "បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍រហ័ស" នៃសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងបាន។

ប្រសិនបើយើងនិយាយថា ទេ ចំពោះផ្នែកមួយ ឬទាំងអស់នៃសំណើដែលអ្នកបានស្នើសុំ យើងនឹងផ្ញើលិខិតមួយច្បាប់ជូនអ្នក។ ប្រសិនបើបញ្ហារបស់អ្នកគឺអំពីការធានារ៉ាប់រងនៃការថែទាំផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្ររបស់ Medicare លិខិតនោះនឹងជូនដំណឹងដល់អ្នកថា យើងបានបញ្ជូនករណីរបស់អ្នកទៅកាន់អង្គការត្រួតពិនិត្យឯករាជ្យ (IRO) សម្រាប់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2។ ប្រសិនបើបញ្ហារបស់អ្នកគឺពាក់ព័ន្ធនឹងការធានារ៉ាប់រងលើសេវា ឬទំនិញរបស់ Medicare ផ្នែក D ឬ Medicaid លិខិតនោះនឹងប្រាប់អ្នកពីរបៀបដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 ដោយខ្លួនឯង។ មើល **ផ្នែក F4** សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2។ ប្រសិនបើបញ្ហារបស់អ្នកគឺអំពីការធានា

រ៉ាប់រងលើសេវា ឬទំនិញដែលមានធានារ៉ាប់រងដោយទាំង Medicare និង Medicaid នោះលិខិតនឹងផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវព័ត៌មានទាក់ទងនឹងប្រភេទទាំងពីរនៃបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2។

ប្រសិនបើអ្នកមិនពេញចិត្តនឹងសេចក្តីសម្រេចនៃបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 អ្នកប្រហែលជាអាចឆ្លងកាត់កម្រិតបន្ថែមនៃបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍។

E3. ជួយក្នុងសេចក្តីសម្រេចលើការរ៉ាប់រង និងបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍

អ្នកអាចសុំជំនួយពីផ្នែកណាមួយខាងក្រោម៖

- ផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជនតាមលេខនៅផ្នែកខាងក្រោមនៃទំព័រ។
- កម្មវិធី **Medicare Medi-Cal Ombuds** តាមរយៈលេខ **1-855-501-3077**។
- កម្មវិធីប្រឹក្សាយោបល់ និងការតស៊ូមតិផ្នែកធានារ៉ាប់រងសុខភាព (**HICAP**) តាមរយៈលេខ 1-800-434-0222។
- មជ្ឈមណ្ឌលជំនួយឥតគិតថ្លៃនៅក្រសួងគ្រប់គ្រងការថែទាំសុខភាពរបស់រដ្ឋ **California** (**DMHC**)។ DMHC ទទួលខុសត្រូវចំពោះការត្រួតពិនិត្យគម្រោងសុខភាព។ DMHC ជួយមនុស្សដែលមានបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍អំពីសេវា ឬបញ្ហាការចេញវិក្កយបត្ររបស់ Medi-Cal។ លេខទូរសព្ទគឺ 1-888-466-2219។ បុគ្គលដែលថ្លង់ ពិបាកក្នុងការស្តាប់ ឬមានពិការភាពក្នុងនិយាយអាចប្រើលេខទូរសព្ទ TDD ដោយឥតគិតថ្លៃតាមរយៈលេខ 1-877-688-9891។ អ្នកក៏អាចចូលមើលគេហទំព័ររបស់ DMHC បានផងដែរនៅ www.HealthHelp.ca.gov។
- វេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក ឬអ្នកផ្តល់សេវាផ្សេងទៀត។ វេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក ឬអ្នកផ្តល់សេវាផ្សេងទៀតអាចស្នើសុំសេចក្តីសម្រេចពីការធានារ៉ាប់រង ឬតវ៉ាតំណាងឲ្យអ្នក។
- មិត្តភក្តិ ឬសមាជិកគ្រួសារ។ អ្នកអាចដាក់ឈ្មោះអ្នកផ្សេងឱ្យធ្វើសកម្មភាពជំនួសអ្នកជា "អ្នកតំណាង" របស់អ្នក ហើយស្នើសុំសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង ឬដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍។
- មេធាវី។ អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានមេធាវី ប៉ុន្តែអ្នកមិនតម្រូវឱ្យមានមេធាវីដើម្បីស្នើសុំសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង ឬដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍នោះទេ។
  - ទូរសព្ទទៅមេធាវីផ្ទាល់ខ្លួនរបស់អ្នក ឬទទួលបានឈ្មោះមេធាវីពីសមាគមមគណៈមេធាវីក្នុងតំបន់ ឬសេវាបញ្ជូនបន្តផ្សេងទៀត។ ក្រុមមេធាវីមួយចំនួន នឹងផ្តល់សេវាខាងច្បាប់ឲ្យអ្នកដោយឥតគិតថ្លៃ បើអ្នកមានសិទ្ធិទទួល។
  - ស្នើសុំមេធាវីជំនួយផ្នែកច្បាប់ពីកម្មវិធី Medicare Medi-Cal Ombuds Program តាមលេខ 1-855-501-3077។

បំពេញទម្រង់បែបបទនៃការតែងតាំងអ្នកតំណាង ប្រសិនបើអ្នកចង់ឱ្យមេធាវី ឬនរណាម្នាក់ផ្សេងទៀតដើរតួជាអ្នកតំណាងរបស់អ្នក។ ទម្រង់បែបបទនេះផ្តល់ការអនុញ្ញាតឱ្យនរណាម្នាក់ធ្វើសកម្មភាពជំនួសអ្នក។

ទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជនតាមលេខនៅខាងក្រោមទំព័រ ហើយស្នើសុំទម្រង់បែបនៃ "ការតែងតាំងអ្នកតំណាង"។ អ្នកក៏អាចទទួលបានទម្រង់បែបបទដោយចូលទៅកាន់ www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf។ **អ្នកត្រូវតែផ្តល់ជូនយើងខ្ញុំនូវច្បាប់ចម្លងនៃទម្រង់បែបបទដែលបានចុះហត្ថលេខា។**

E4. តើផ្នែកណាមួយនៃជំពូកនេះនឹងជួយអ្នកបាន

មានស្ថានភាពចំនួនបួនដែលពាក់ព័ន្ធនឹងសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង និងការប្តឹងឧទ្ធរណ៍។ ស្ថានការណ៍និមួយៗមានវិន័យ និងកាលកំណត់ខុសៗគ្នា។ យើងផ្តល់ព័ត៌មានលម្អិតសម្រាប់ផ្នែកនីមួយៗនៅក្នុងផ្នែកដាច់ដោយឡែកនៃជំពូកនេះ។ សូមមើលផ្នែកដែលអនុវត្តបាន៖

- **ផ្នែក F** "ការថែទាំផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ"
- **ផ្នែក G** "ឱសថមានវេជ្ជបញ្ជា Medicare ផ្នែក D"
- **ផ្នែក H** "ស្នើសុំឱ្យយើងខ្ញុំធានារ៉ាប់រងលើការស្នាក់នៅមន្ទីរពេទ្យឱ្យបានយូរជាងនេះ។"
- **ផ្នែកទី I** "ស្នើសុំឱ្យយើងខ្ញុំបន្តធានារ៉ាប់រងលើសេវាផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រជាក់លាក់" (ផ្នែកនេះអនុវត្តចំពោះតែសេវាទាំងនេះតែប៉ុណ្ណោះ៖ សេវាថែទាំសុខភាពតាមផ្ទះ មជ្ឈមណ្ឌលថែទាំជំនាញ និងមជ្ឈមណ្ឌលស្តារនីតិសម្បទាទូទៅសម្រាប់អ្នកជំងឺឥតដេកពេទ្យ (CORF)។)

ប្រសិនបើអ្នកមិនប្រាកដថា ត្រូវប្រើផ្នែកណាទេ ទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជនតាមលេខនៅខាងក្រោមទំព័រ។ អ្នកក៏អាចទទួលបានជំនួយ ឬព័ត៌មានពីអង្គការរដ្ឋាភិបាលដូចជាកម្មវិធីជំនួយលើការធានារ៉ាប់រងសុខភាពថ្នាក់រដ្ឋរបស់អ្នកបានផងដែរ។ សូមអាន **ជំពូកទី 2 ផ្នែក C** សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។

F. ការថែទាំផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ

ផ្នែកនេះពន្យល់ពីអ្វីដែលត្រូវធ្វើ ប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហាក្នុងការទទួលបានការធានារ៉ាប់រងសម្រាប់ការថែទាំសុខភាព ឬប្រសិនបើអ្នកចង់ឱ្យយើងខ្ញុំបង់ប្រាក់ឱ្យអ្នកវិញសម្រាប់ចំណែកនៃថ្លៃចូលរួមការចំណាយរបស់យើងលើការថែទាំរបស់អ្នក។

ផ្នែកនេះគឺស្តីពីអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នកសម្រាប់ការថែទាំផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដែលបានពណ៌នានៅក្នុង **ជំពូកទី 4** នៃសៀវភៅណែនាំសមាជិករបស់អ្នក។ នៅក្នុងករណីមួយចំនួន ច្បាប់ផ្សេងៗគ្នាអាចត្រូវបានអនុវត្តចំពោះឱសថមានវេជ្ជបញ្ជារបស់ Medicare Part B។ នៅពេលដែលច្បាប់អនុវត្តបែបនេះ យើងពន្យល់អំពីរបៀបដែលច្បាប់សម្រាប់ឱសថមានវេជ្ជបញ្ជារបស់ Medicare ផ្នែក B ខុសគ្នាពីច្បាប់សម្រាប់សេវា និងទំនិញនានា។

F1. ការប្រើប្រាស់ផ្នែកនេះ

ផ្នែកនេះពន្យល់ពីអ្វីដែលអ្នកអាចធ្វើបានក្នុងស្ថានភាពណាមួយដូចខាងក្រោម៖

1. អ្នកគិតថា យើងធានារ៉ាប់រងលើការថែទាំសុខភាពដែលអ្នកត្រូវការ ប៉ុន្តែមិនទទួលបាន។

   អ្វីដែលអ្នកអាចធ្វើបាន៖ អ្នកអាចស្នើសុំឱ្យយើងធ្វើការសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង។ មើល **ផ្នែក F2**។

2. យើងមិនបានយល់ព្រមលើការថែទាំសុខភាពដែលវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក ឬអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពផ្សេងទៀតចង់ផ្តល់ឱ្យអ្នកនោះទេ ហើយអ្នកគិតថាយើងគួរតែយល់ព្រម។

   អ្វីដែលអ្នកអាចធ្វើបាន៖ អ្នកអាចប្តឹងឧទ្ធរណ៍ចំពោះសេចក្តីសម្រេចរបស់យើង។ មើល **ផ្នែក F3**។

3. អ្នកបានទទួលការថែទាំផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដែលអ្នកគិតថាយើងធានារ៉ាប់រង ប៉ុន្តែយើងនឹងមិនបង់ប្រាក់ទេ។

   អ្វីដែលអ្នកអាចធ្វើបាន៖ អ្នកអាចប្តឹងឧទ្ធរណ៍ចំពោះសេចក្តីសម្រេចរបស់យើងក្នុងការមិនបង់ប្រាក់។ មើល **ផ្នែក F5**។

4. អ្នកបានទទួល និងបង់ប្រាក់សម្រាប់ការថែទាំផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដែលអ្នកគិតថាយើងធានារ៉ាប់រង ហើយអ្នកចង់ឱ្យយើងបង់ប្រាក់ឱ្យអ្នកវិញ។

   អ្វីដែលអ្នកអាចធ្វើបាន៖ អ្នកអាចសូមឲ្យយើងសងប្រាក់អ្នកវិញ។ **មើលផ្នែក F5**។

5. យើងបានកាត់បន្ថយ ឬបញ្ឈប់ការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកសម្រាប់ការថែទាំផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រជាក់លាក់ ហើយអ្នកគិតថា សេចក្តីសម្រេចរបស់យើងអាចធ្វើឱ្យមានគ្រោះថ្នាក់ដល់សុខភាពរបស់អ្នក។

   អ្វីដែលអ្នកអាចធ្វើបាន៖ អ្នកអាចប្តឹងឧទ្ធរណ៍លើសេចក្តីសម្រេចរបស់យើងក្នុងការកាត់បន្ថយ ឬបញ្ឈប់ការថែទាំសុខភាព។ **មើលផ្នែក F4**។

   - ប្រសិនបើការធានារ៉ាប់រងគឺសម្រាប់ការថែទាំមន្ទីរពេទ្យ ការថែទាំសុខភាពតាមផ្ទះ ការថែទាំនៅមជ្ឈមណ្ឌលថែទាំសុខភាពជំនាញ ឬសេវា CORF ច្បាប់ពិសេសត្រូវបានអនុវត្ត។ **មើលផ្នែក H** ឬ **ផ្នែក I** ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែម។

   - សម្រាប់ស្ថានភាពផ្សេងទៀតទាំងអស់ដែលពាក់ព័ន្ធនឹងការកាត់បន្ថយ ឬបញ្ឈប់ការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកសម្រាប់ការថែទាំផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រជាក់លាក់ ប្រើផ្នែកនេះ (**ផ្នែក F**) ជាការណែនាំរបស់អ្នក។

6. អ្នកកំពុងជួបប្រទះការពន្យារពេលក្នុងការថែទាំ ឬអ្នកមិនអាចស្វែងរកវេជ្ជបណ្ឌិតបាន។

   អ្វីដែលអ្នកអាចធ្វើបាន៖ អ្នកអាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងតវ៉ាបាន។ មើលផ្នែក **K2**។

F2. ការស្នើសុំសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង

> នៅពេលដែលសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងពាក់ព័ន្ធទៅនឹងការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក វាត្រូវបានគេហៅថា **"សេចក្តីសម្រេចរបស់អង្គការរួមបញ្ចូលគ្នា"**។

អ្នក វេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក ឬអ្នកតំណាងរបស់អ្នកអាចស្នើសុំសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងពីយើងខ្ញុំដោយ៖

- ការហៅទូរសព្ទ៖ (800) 452-4413 (TTY: 711)។
- ទូរសារ៖ (877) 251-6671។
- សរសេរលិខិត៖ Blue Shield TotalDual Plan
  P.O. Box 927
  Woodland Hills, CA 91365-9856

សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងបែបស្តង់ដារ

នៅពេលយើងផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវសេចក្តីសម្រេចរបស់យើង យើងប្រើពេលវេលាកំណត់ "ធម្មតា" លុះត្រាតែយើងយល់ព្រមប្រើពេលវេលាកំណត់ "រហ័ស"។ សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងស្តង់ដាមានន័យថា យើងផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវចម្លើយអំពី៖

- សេវាផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ ឬទំនិញក្នុងរយៈពេល 14 ថ្ងៃតាមប្រតិទិន បន្ទាប់ពីយើងទទួលបានសំណើរបស់អ្នក។ សម្រាប់គម្រោង Knox-Keene ក្នុងរយៈពេល 5 ថ្ងៃធ្វើការ និងមិនលើសពី 14 ថ្ងៃតាមប្រតិទិន បន្ទាប់ពីយើងទទួលបានសំណើរបស់អ្នក។
- ឱសថមានវេជ្ជបញ្ជារបស់ Medicare ផ្នែក B ក្នុងរយៈពេល 72 ម៉ោងបន្ទាប់ពីយើងទទួលបានសំណើរបស់អ្នក។

សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងរហ័ស

> ពាក្យច្បាប់ សម្រាប់ "សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងហ័ស" គឺ "**សេចក្តសម្រេចពន្លឿន**"។

នៅពេលដែលអ្នកស្នើសុំឱ្យយើងខ្ញុំធ្វើសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងអំពីការថែទាំផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នក ហើយសុខភាពរបស់អ្នកតម្រូវឱ្យមានការឆ្លើយតបរហ័ស នោះអ្នកអាចស្នើសុំឱ្យយើងខ្ញុំធ្វើ "សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងរហ័ស។" សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងរហ័សមានន័យថា យើងនឹងផ្តល់ចម្លើយដល់អ្នកអំពី៖

- សេវាផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ ឬទំនិញក្នុងរយៈពេល 72 ម៉ោងបន្ទាប់ពីយើងទទួលបានសំណើរបស់អ្នក ឬឆាប់ជាងនេះ ប្រសិនបើស្ថានភាពសុខភាពរបស់អ្នកតម្រូវឱ្យឆ្លើយតបឱ្យបានលឿនជាងនេះ។
- ឱ្យសងមានវេជ្ជបញ្ជារបស់ Medicare ផ្នែក B ក្នុងរយៈពេល 24 ម៉ោងបន្ទាប់ពីយើងទទួលបានសំណើរបស់អ្នក។

ដើម្បីទទួលបានសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងរហ័ស អ្នកត្រូវតែបំពេញតាមតម្រូវការចំនួនពីរ៖

- អ្នកកំពុងស្នើសុំការធានារ៉ាប់រងសម្រាប់ទំនិញ និង/ឬសេវាផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដែលអ្នកមិនបានទទួល។ អ្នកមិនអាចស្នើសុំសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងរហ័សអំពីការទូទាត់ប្រាក់សម្រាប់ទំនិញ ឬសេវាដែលអ្នកបានទទួលរួចហើយនោះទេ។
- ការប្រើប្រាស់ពេលវេលាកំណត់ស្តង់ដារ អាចបណ្តាលឱ្យមានគ្រោះថ្នាក់ធ្ងន់ធ្ងរដល់សុខភាពរបស់អ្នក ឬប៉ះពាល់ដល់សមត្ថភាពការងាររបស់អ្នក។

យើងផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងរហ័សដោយស្វ័យប្រវត្តិ ប្រសិនបើវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកប្រាប់យើងខ្ញុំថាសុខភាពរបស់អ្នកតម្រូវឱ្យធ្វើដូច្នេះ។ ប្រសិនបើអ្នកស្នើសុំដោយគ្មានជំនួយពីវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក យើងសម្រេចថាតើអ្នកទទួលបានសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងរហ័សដែរឬទេ។

- ប្រសិនបើយើងសម្រេចថាសុខភាពរបស់អ្នកមិនបំពេញតាមតម្រូវការសម្រាប់សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងរហ័សនោះទេ យើងផ្ញើលិខិតមួយច្បាប់ទៅអ្នក ហើយយើងប្រើពេលវេលាកំណត់ស្តង់ដារជំនួសវិញ។ លិខិតនេះប្រាប់អ្នកថា៖
  - យើងផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងរហ័សដោយស្វ័យប្រវត្តិ ប្រសិនបើវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកស្នើសុំវា។
  - របៀបដែលអ្នកអាចដាក់ "ពាក្យបណ្តឹងតវ៉ារហ័ស" អំពីសេចក្តីសម្រេចរបស់យើងដើម្បីផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងស្តង់ដារជំនួសឱ្យសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងរហ័ស។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីការដាក់ពាក្យបណ្តឹង រួមទាំងពាក្យបណ្តឹងបែបរហ័ស **មើលផ្នែក K**។

ប្រសិនបើយើងនិយាយថាទេចំពោះផ្នែក ឬការស្នើសុំរបស់អ្នកទាំងអស់ យើងផ្ញើលិខិតមួយទៅកាន់អ្នកដើម្បីពន្យល់ពីមូលហេតុទាំងនេះ។

- ប្រសិនបើយើងនិយាយថា ទេ អ្នកមានសិទ្ធិដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍បាន។ ប្រសិនបើអ្នកគិតថាយើងធ្វើខុស ការដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍គឺជាវិធីផ្លូវការមួយក្នុងការស្នើសុំឱ្យយើងខ្ញុំពិនិត្យមើលលើសេចក្តីសម្រេចរបស់យើង ហើយផ្លាស់ប្តូរវា។

- ប្រសិនបើអ្នកសម្រេចថាដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ អ្នកនឹងបន្តទៅកម្រិត 1 នៃដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ (មើល **ផ្នែក F3**)។

ក្នុងកាលៈទេសៈមានកំណត់ យើងអាចបដិសេធសំណើរបស់អ្នកសម្រាប់សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងដែលមានន័យថាយើងនឹងមិនពិនិត្យមើលលើសំណើនោះទេ។ ឧទាហរណ៍នៃពេលដែលសំណើនឹងត្រូវបានបដិសេធរួមមាន៖

- ប្រសិនបើសំណើនេះមិនពេញលេញ
- ប្រសិនបើនរណាម្នាក់ធ្វើការស្នើសុំជំនួសអ្នក ប៉ុន្តែមិនត្រូវបានអនុញ្ញាតស្របច្បាប់ក្នុងការធ្វើដូច្នេះទេ ឬ
- ប្រសិនបើអ្នកស្នើសុំឱ្យដកសំណើរបស់អ្នក។

ប្រសិនបើយើងបដិសេធសំណើសម្រាប់សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង យើងនឹងផ្ញើជូនអ្នកនូវការជូនដំណឹងដែលពន្យល់ពីមូលហេតុដែលសំណើនេះត្រូវបានបដិសេធ និងរបៀបស្នើសុំឱ្យមានការពិនិត្យឡើងវិញអំពីការបដិសេធនេះ។ ការពិនិត្យឡើងវិញនេះត្រូវបានគេហៅថាបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍។ បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍នឹងត្រូវបានពិភាក្សានៅក្នុងផ្នែកបន្ទាប់។

F3. ការដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 1

ដើម្បីចាប់ផ្តើមបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ អ្នក វេជ្ជបណ្ឌិត ឬអ្នកតំណាងរបស់អ្នកត្រូវតែទាក់ទងមកយើងខ្ញុំ។ ទូរសព្ទមកយើងខ្ញុំតាមលេខ 1-800-452-4413 (TTY: 711)។

ស្នើសុំបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ធម្មតា ឬបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍រហ័ស ជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ ឬដោយការទូរសព្ទមកយើងខ្ញុំតាមលេខ 1-800-452-4413 (TTY: 711)។

- ប្រសិនបើវេជ្ជបណ្ឌិត ឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាផ្សេងទៀតរបស់អ្នកស្នើសុំបន្តសេវា ឬទំនិញដែលអ្នកកំពុងទទួលបានក្នុងអំឡុងពេលបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក អ្នកប្រហែលជាត្រូវដាក់ឈ្មោះពួកគេជាអ្នកតំណាងរបស់អ្នក ដើម្បីធ្វើសកម្មភាពជំនួសអ្នក។
- ប្រសិនបើនរណាម្នាក់ក្រៅពីវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកធ្វើការដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍សម្រាប់អ្នក សូមបញ្ជូលទម្រង់បែបបទនៃការតែងតាំងអ្នកតំណាងដែលអនុញ្ញាតឱ្យបុគ្គលនេះធ្វើតំណាងឱ្យអ្នក។ អ្នកអាចទទួលបានទម្រង់បែបបទដោយចូលទៅកាន់ www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf។
- យើងអាចទទួលយកសំណើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ដោយគ្មានទម្រង់បែបបទ ប៉ុន្តែយើងមិនអាចចាប់ផ្តើម ឬបញ្ចប់ការពិនិត្យឡើងវិញរបស់យើងបានទេ រហូតដល់យើងទទួលបានទម្រង់បែបបទ។ ប្រសិន

បើយើងមិនទទួលបានទម្រង់បែបបទមុនពេលផុតកំណត់របស់យើងសម្រាប់ធ្វើការសម្រេចចិត្ត លើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក៖

- យើងបដិសេធសំណើរបស់អ្នក ហើយ
- យើងផ្ញើជូនអ្នកនូវសេចក្តីជូនដំណឹងជាលាយលក្ខណ៍អក្សរដែលពន្យល់អំពីសិទ្ធិរបស់អ្នក ក្នុងការស្នើសុំឱ្យ IRO ពិនិត្យឡើងវិញនូវសេចក្តីសម្រេចរបស់យើងក្នុងការបដិសេធបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក។

- អ្នកត្រូវតែស្នើសុំបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ក្នុងពេល 65 ថ្ងៃតាម ប្រតិទិនចាប់តាំងពីកាលបរិច្ឆេទនៅលើសំបុត្រដែលយើងបានផ្ញើដើម្បីប្រាប់ អ្នកអំពីសេចក្តីសម្រេចរបស់យើង។
- ប្រសិនបើអ្នកខកខានពេលវេលាកំណត់ ហើយមានហេតុផលល្អសម្រាប់ការបាត់វា យើងអាចផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវពេលវេលាបន្ថែមទៀតដើម្បីធ្វើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក។ ឧទាហរណ៍នៃហេតុផលល្អគឺ ដូចជាអ្នកមានជំងឺធ្ងន់ធ្ងរ ឬយើងបានផ្តល់ព័ត៌មានខុសអំពីពេលវេលាកំណត់។ ពន្យល់ពីមូលហេតុដែលបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នកយឺតពេលនៅពេលអ្នកដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍នោះ។
- អ្នកមានសិទ្ធិស្នើសុំយើងខ្ញុំនូវច្បាប់ចម្លងនៃព័ត៌មានអំពីបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក។ អ្នក និងវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកក៏អាចផ្តល់ឱ្យយើងខ្ញុំនូវព័ត៌មានបន្ថែមដើម្បីគាំទ្របណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នកបានផងដែរ។

ប្រសិនបើសុខភាពរបស់អ្នកត្រូវការវា អ្នកអាចស្នើសុំបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍រហ័ស។

> ពាក្យច្បាប់សម្រាប់ "បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍រហ័ស" គឺជា **"ការពិចារណាសាថ្មីដោយពន្លឿន"**។

- ប្រសិនបើអ្នកដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍លើសេចក្តីសម្រេចដែលយើងបានធ្វើឡើងអំពីការធានារ៉ាប់រងសម្រាប់ការថែទាំដែលអ្នកមិនបានទទួល អ្នក និង/ឬវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកសម្រេចថាតើអ្នកត្រូវការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍រហ័សដែរឬទេ។

យើងផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍រហ័សដោយស្វ័យប្រវត្តិ ប្រសិនបើវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកប្រាប់យើងខ្ញុំថាសុខភាពរបស់អ្នកតម្រូវឱ្យមានវា។ ប្រសិនបើអ្នកស្នើសុំដោយគ្មានជំនួយពីវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក យើងសម្រេចថាតើអ្នកទទួលបានការប្តឹងឧទ្ធរណ៍រហ័សដែរឬទេ។

- ប្រសិនបើយើងសម្រេចថាសុខភាពរបស់អ្នកមិនបំពេញតាមតម្រូវការសម្រាប់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍រហ័សទេ យើងផ្ញើលិខិតមួយច្បាប់ឱ្យអ្នក ហើយយើងប្រើពេលវេលាកំណត់ធម្មតាជំនួសវិញ។ លិខិតនេះប្រាប់អ្នកថា៖
  - យើងផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍រហ័សដោយស្វ័យប្រវត្តិ ប្រសិនបើវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកស្នើសុំវា។

- របៀបដែលអ្នកអាចដាក់ "ពាក្យបណ្តឹងតវ៉ា" អំពីសេចក្តីសម្រេចរបស់យើងក្នុងការផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ស្តង់ដារជំនួសឱ្យបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍រហ័ស។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីការដាក់ពាក្យបណ្តឹង រួមទាំងពាក្យបណ្តឹងបែបរហ័ស **មើលផ្នែក K**។

ប្រសិនបើយើងប្រាប់អ្នកថាយើងកំពុងបញ្ឈប់ ឬកាត់បន្ថយសេវា ឬទំនិញដែលអ្នកទទួលបានរួចហើយ អ្នកអាចបន្តសេវា ឬទំនិញទាំងនោះក្នុងអំឡុងពេលបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក។

- ប្រសិនបើយើងសម្រេចចាផ្លាស់ប្តូរ ឬបញ្ឈប់ការធានារ៉ាប់រងសម្រាប់សេវា ឬទំនិញដែលអ្នកទទួលបាន យើងនឹងផ្ញើសេចក្តីជូនដំណឹងដល់អ្នកមុនពេលយើងចាត់បទបញ្ជាការ។
- ប្រសិនបើអ្នកមិនយល់ស្របទៅនឹងសេចក្តីសម្រេចរបស់យើង អ្នកអាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 1។
- យើងបន្តធានារ៉ាប់រងលើសេវា ឬទំនិញ ប្រសិនបើអ្នកស្នើសុំបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 1 ក្នុងរយៈពេល 10 ថ្ងៃតាមប្រតិទិនគិតចាប់ពីកាលបរិច្ឆេទនៅលើលិខិតរបស់យើង ឬតាមកាលបរិច្ឆេទដែលមានប្រសិទ្ធភាពតាមការគ្រោងទុកនៃសកម្មភាពណាមួយនៅពេលក្រោយ។
  - ប្រសិនបើអ្នកបំពេញតាមពេលវេលាកំណត់នេះ អ្នកនឹងទទួលបានសេវា ឬទំនិញដោយគ្មានការផ្លាស់ប្តូរ ខណៈពេលដែលបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 1 របស់អ្នកកំពុងរង់ចាំ។
  - អ្នកក៏នឹងទទួលបានសេវា ឬទំនិញផ្សេងទៀតទាំងអស់ (ដែលមិនទាក់ទងទៅនឹងបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក) ដោយគ្មានការផ្លាស់ប្តូរ។
  - ប្រសិនបើអ្នកមិនដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍មុនកាលបរិច្ឆេទទាំងនេះទេ នោះសេវា ឬទំនិញរបស់អ្នកនឹងមិនត្រូវបានបន្តទេ ខណៈពេលដែលអ្នករង់ចាំសេចក្តីសម្រេចលើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក។

យើងពិចារណាលើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក ហើយផ្តល់ចម្លើយដល់អ្នក។

- នៅពេលដែលយើងពិនិត្យឡើងវិញនូវបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក យើងនឹងពិនិត្យមើលព័ត៌មានទាំងអស់ដោយប្រុងប្រយ័ត្នម្តងទៀតអំពីសំណើរបស់អ្នកសម្រាប់ការធានារ៉ាប់រងលើការថែទាំផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ។
- យើងពិនិត្យមើលថាតើយើងបានធ្វើតាមច្បាប់ទាំងអស់នៅពេលដែលយើងនិយាយថា ទេ ចំពោះសំណើរបស់អ្នកដែរឬទេ។
- យើងប្រមូលព័ត៌មានបន្ថែម ប្រសិនបើយើងត្រូវការវា។ យើងអាចទាក់ទងអ្នក ឬវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែម។

មានពេលវេលាកំណត់សម្រាប់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍រហ័ស។

- នៅពេលយើងប្រើពេលវេលាកំណត់រហ័ស យើងត្រូវតែផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវចម្លើយរបស់យើងក្នុងរយៈពេល **72** ម៉ោង បន្ទាប់ពីយើងទទួលបានបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក ឬឆាប់ជាងនេះ ប្រសិនបើសុខភាពរបស់អ្នកតម្រូវឱ្យមានការឆ្លើយតបលឿនជាងនេះ។ យើងនឹងឲ្យចំឡើយរបស់យើងទៅអ្នកឆាប់រហ័សជាង បើសុខភាពរបស់អ្នកត្រូវការវា។
    - ប្រសិនបើយើងមិនផ្តល់ចម្លើយជូនអ្នកក្នុងពេល 72 ម៉ោងទេ យើងនឹងផ្ញើសំណើរបស់អ្នកទៅកម្រិតទី 2 នៃដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍។ បន្ទាប់មក IRO ពិនិត្យមើលវា។ នៅផ្នែកចុងក្រោយនៅក្នុងជំពូកនេះ យើងប្រាប់អ្នកអំពីអង្គការនេះ និងពន្យល់អំពីដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2។ ប្រសិនបើបញ្ហារបស់អ្នកគឺអំពីការធានារ៉ាប់រងលើសេវា ឬគ្រឿងបរិក្ខារបស់ Medicaid អ្នកអាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងកម្រិត 2 – សវនាការថ្នាក់រដ្ឋដោយខ្លួនឯងជាមួយរដ្ឋឱ្យបានឆាប់តាមពេលកំណត់។ នៅរដ្ឋ California សវនាការថ្នាក់រដ្ឋត្រូវបានហៅថា សវនាការថ្នាក់រដ្ឋ។ ដើម្បីដាក់ពាក្យបណ្តឹងសវនាការថ្នាក់រដ្ឋ សូមមើល ផ្នែក F4 ដែលអាចអនុវត្តបាន។
- **ប្រសិនបើយើងនិយាយថា យល់ព្រម ចំពោះ**ផ្នែកមួយ ឬទាំងអស់នៃសំណើរបស់អ្នក យើងត្រូវតែអនុញ្ញាត ឬផ្តល់ការធានារ៉ាប់រងដែលយើងបានយល់ព្រមផ្តល់ជូនក្នុងរយៈពេល 72 ម៉ោង បន្ទាប់ពីយើងទទួលបានបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក ឬឆាប់ជាងនេះ ប្រសិនបើអ្នកមានតម្រូវការផ្នែកសុខភាព។
- **ប្រសិនបើយើងនិយាយថាទេ ចំពោះ**ផ្នែកមួយ ឬទាំងអស់នៃសំណើរបស់អ្នក យើងនឹងផ្ញើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នកទៅកាន់ IRO សម្រាប់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2។

មានពេលវេលាកំណត់សម្រាប់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ធម្មតា។

- នៅពេលយើងប្រើពេលវេលាកំណត់ធម្មតា យើងត្រូវតែផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវចម្លើយរបស់យើងក្នុងរយៈពេល **30** ថ្ងៃតាមប្រតិទិន បន្ទាប់ពីយើងទទួលបានបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នកសម្រាប់សេវាធានារ៉ាប់រងដែលអ្នកមិនបានទទួល។
- ប្រសិនបើសំណើរបស់អ្នកគឺសម្រាប់ឱសថមានវេជ្ជបញ្ជារបស់ Medicare ផ្នែក B ដែលអ្នកមិនបានទទួល យើងនឹងផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវចម្លើយរបស់យើងក្នុងរយៈពេល **7** ថ្ងៃតាមប្រតិទិន បន្ទាប់ពីយើងទទួលបានបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក ឬឆាប់ជាងនេះប្រសិនបើអ្នកមានតម្រូវការផ្នែកសុខភាព។
    - ប្រសិនបើយើងមិនផ្តល់ចម្លើយឱ្យអ្នកមុនពេលវេលាកំណត់ទេ យើងត្រូវតែបញ្ជូនសំណើរបស់អ្នកទៅកម្រិត 2 នៃដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍។ បន្ទាប់មក IRO ពិនិត្យមើលវា។ នៅផ្នែកចុងក្រោយនៅក្នុងជំពូកនេះ ផ្នែក F_4 យើងប្រាប់អ្នកអំពីអង្គការនេះ និងពន្យល់អំពីដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2។ ប្រសិនបើបញ្ហារបស់អ្នកគឺអំពីការធានារ៉ាប់រងលើសេវា ឬគ្រឿងបរិក្ខាររបស់ Medicaid អ្នកអាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងកម្រិត 2 – សវនាការថ្នាក់រដ្ឋដោយខ្លួនឯងជាមួយរដ្ឋឱ្យបាន

ឆាប់តាមពេលកំណត់។ នៅរដ្ឋ California សវនាការថ្នាក់រដ្ឋត្រូវបានហៅថា សវនាការថ្នាក់រដ្ឋ។ ដើម្បីដាក់ពាក្យបណ្តឹងសវនាការថ្នាក់រដ្ឋ សូមមើល ផ្នែក F4។

ប្រសិនបើយើងនិយាយថា យល់ព្រម ចំពោះផ្នែកមួយ ឬទាំងអស់នៃសំណើរបស់អ្នក យើងត្រូវតែអនុញ្ញាត ឬផ្តល់ការធានារ៉ាប់រងដែលយើងបានយល់ព្រមផ្តល់ក្នុងរយៈពេល 30 ថ្ងៃតាមប្រតិទិនចាប់ពីថ្ងៃដែលយើងទទួលបានសំណើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក ឬឱ្យបានឆាប់តាមដែលស្ថានភាពសុខភាពរបស់អ្នកតម្រូវ និងក្នុងរយៈពេល 72 ម៉ោងចាប់ពីថ្ងៃដែលយើងផ្លាស់ប្តូរសេចក្តីសម្រេចរបស់យើង ឬក្នុងរយៈពេល 7 ថ្ងៃតាមប្រតិទិនចាប់ពីថ្ងៃដែលយើងបានទទួលបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក ប្រសិនបើសំណើរបស់អ្នកគឺសម្រាប់ឱសថមានវេជ្ជបញ្ជារបស់ Medicare ផ្នែក B។

ប្រសិនបើយើងនិយាយថាទេ ចំពោះផ្នែកមួយ ឬទាំងអស់នៃសំណើរបស់អ្នក អ្នកមានសិទ្ធិដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍បន្ថែមទៀត៖

- ប្រសិនបើយើងនិយាយថាទេ ចំពោះផ្នែកមួយ ឬទាំងអស់នៃសំណើរបស់អ្នក យើងនឹងផ្ញើលិខិតមួយច្បាប់ជូនអ្នក។
- ប្រសិនបើបញ្ហារបស់អ្នកគឺពាក់ព័ន្ធនឹងការធានារ៉ាប់រងនៃសេវា ឬទំនិញរបស់ Medicare លិខិតនោះនឹងប្រាប់អ្នកថាយើងបានបញ្ជូនសំណុំរឿងរបស់អ្នកទៅកាន់ IRO សម្រាប់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2។
- ប្រសិនបើបញ្ហារបស់អ្នកគឺពាក់ព័ន្ធនឹងការធានារ៉ាប់រងនៃសេវា ឬទំនិញរបស់ Medi-Cal លិខិតនោះនឹងប្រាប់អ្នកអំពីរបៀបដាក់បណ្តឹងកម្រិត 2 ដោយខ្លួនឯង។

F4. ការដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2

ប្រសិនបើយើងនិយាយថា ទេ ចំពោះផ្នែកមួយ ឬទាំងអស់នៃបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 1 របស់អ្នក យើងនឹងផ្ញើលិខិតមួយជូនអ្នក។ លិខិតនេះប្រាប់អ្នកថាតើ ជាធម្មតា Medicare, Medi-Cal ឬកម្មវិធីទាំងពីរធានារ៉ាប់រងលើសេវា ឬទំនិញអ្វីខ្លះ។

- ប្រសិនបើបញ្ហារបស់អ្នកគឺពាក់ព័ន្ធនឹងសេវា ឬទំនិញដែលជាទូទៅធានារ៉ាប់រងដោយ **Medicare** យើងនឹងបញ្ជូនករណីរបស់អ្នកដោយស្វ័យប្រវត្តិដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 ភ្លាមៗបន្ទាប់ពីបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 1 បានបញ្ចប់។
- ប្រសិនបើបញ្ហារបស់អ្នកគឺពាក់ព័ន្ធនឹងសេវា ឬទំនិញដែលជាទូទៅធានារ៉ាប់រងដោយ **Medi-Cal** អ្នកអាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 ដោយខ្លួនឯង។ លិខិតនោះនឹងប្រាប់អ្នកអំពីរបៀបដាក់បណ្តឹងនេះ។ យើងក៏បញ្ចូលព័ត៌មានបន្ថែមនៅផ្នែកចុងក្រោយនៃជំពូកនេះផងដែរ។
- ប្រសិនបើបញ្ហារបស់អ្នកគឺពាក់ព័ន្ធនឹងសេវា ឬទំនិញដែលអាចធានារ៉ាប់រងទាំង **Medicare** និង **Medi-Cal** នោះអ្នកនឹងទទួលបានបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 ដោយស្វ័យប្រវត្តិជាមួយ IRO។ បន្ថែមពីលើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 ដោយស្វ័យប្រវត្តិ អ្នកក៏អាចស្នើសុំសវនាការថ្នាក់រដ្ឋ និងការត្រួតពិនិត្យ

ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដោយឯករាជ្យជាមួយរដ្ឋផងដែរ។ ទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយ ការពិនិត្យផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដោយឯករាជ្យមិនមានទេ ប្រសិនបើអ្នកបានបង្ហាញភស្តុតាងរួចហើយនៅក្នុងសវនាការថ្នាក់រដ្ឋ។

ប្រសិនបើអ្នកមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ការបន្តអត្ថប្រយោជន៍នៅពេលអ្នកដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 1 របស់អ្នក អត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នកសម្រាប់សេវា ទំនិញ ឬឱសថដែលស្ថិតនៅក្រោមបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ ក៏អាចបន្តក្នុងអំឡុងពេលកម្រិត 2 ផងដែរ។ **សូមមើលផ្នែក F3** សម្រាប់ព័ត៌មានអំពីការបន្តអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នកក្នុងអំឡុងពេលបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 1។

- ប្រសិនបើបញ្ហារបស់អ្នក គឺពាក់ព័ន្ធនឹងសេវាដែលជាទូទៅត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare នោះ អត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នកសម្រាប់សេវានោះនឹងមិនបន្តក្នុងអំឡុងពេលដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិតថ្នាក់ទី 2 ជាមួយ IRO នោះទេ។
- ប្រសិនបើបញ្ហារបស់អ្នក គឺពាក់ព័ន្ធនឹងសេវាដែលជាទូទៅត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយ Medi-Cal នោះអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នកសម្រាប់សេវានោះនឹងបន្ត ប្រសិនបើអ្នកដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិតថ្នាក់ទី 2 ក្នុងរយៈពេល 10 ថ្ងៃតាមប្រតិទិនបន្ទាប់ពីទទួលបានលិខិតសម្រេចរបស់យើង។

នៅពេលដែលបញ្ហារបស់អ្នកមានពាក់ព័ន្ធនឹងសេវា ឬទំនិញដែលជាទូទៅត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare

IRO ពិនិត្យឡើងវិញនូវបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក។ វាជាអង្គការឯករាជ្យដែលជួលដោយ Medicare។

> ឈ្មោះផ្លូវការសម្រាប់ "អង្គការត្រួតពិនិត្យឯករាជ្យ" (IRO) គឺ **"អង្គភាពត្រួតពិនិត្យឯករាជ្យ"** ជួនកាលហៅថា **"IRE"**។

- អង្គការនេះមិនមានទំនាក់ទំនងជាមួយយើងទេ ហើយមិនមែនជាទីភ្នាក់ងាររដ្ឋាភិបាលនោះទេ។ Medicare បានជ្រើសរើសក្រុមហ៊ុនឱ្យធ្វើជា IRO ហើយ Medicare ត្រួតពិនិត្យលើការងាររបស់ពួកគេ។
- យើងផ្ញើព័ត៌មានអំពីបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក ("ឯកសារសំណុំរឿង" របស់អ្នក) ទៅកាន់អង្គការនេះ។ អ្នកមានសិទ្ធិក្នុងការថតចម្លងឯកសារសំណុំរឿងរបស់អ្នកដោយឥតគិតថ្លៃ។
- អ្នកមានសិទ្ធិផ្តល់ព័ត៌មានបន្ថែមដល់ IRO ដើម្បីគាំទ្រលើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក។
- អ្នកត្រួតពិនិត្យនៅ IRO ពិនិត្យមើលដោយប្រុងប្រយ័ត្ននូវព័ត៌មានទាំងអស់ដែលទាក់ទងនឹងបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក។

ប្រសិនបើអ្នកមានបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍រហ័សនៅកម្រិត 1 អ្នកក៏មានបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍រហ័សនៅកម្រិត 2 ផងដែរ។

- ប្រសិនបើអ្នកមានបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍រហ័សមកកាន់យើងនៅកម្រិតទី 1 នោះអ្នកនឹងទទួលបានបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍រហ័សនៅកម្រិតទី 2 ដោយស្វ័យប្រវត្តិ។ IRO ត្រូវតែផ្តល់ចម្លើយដល់អ្នកចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 របស់អ្នក ក្នុងរយៈពេល **72** ម៉ោងបន្ទាប់ពីទទួលបានបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក។

ប្រសិនបើអ្នកមានបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ធម្មតានៅកម្រិត 1 អ្នកក៏មានបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ធម្មតានៅកម្រិត 2 ផងដែរ។

- ប្រសិនបើអ្នកមានបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ធម្មតាមកកាន់យើងនៅកម្រិតទី 1 នោះអ្នកនឹងទទួលបានបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ស្តង់ដារនៅកម្រិតទី 2 ដោយស្វ័យប្រវត្តិ។ ប្រសិនបើសំណើរបស់អ្នកគឺសម្រាប់ទំនិញ ឬសេវាវេជ្ជសាស្ត្រ IRO ត្រូវតែផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវចម្លើយចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 របស់អ្នកក្នុងរយៈពេល **30** ថ្ងៃតាមប្រតិទិន បន្ទាប់ពីទទួលបានបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក។
- ប្រសិនបើសំណើរបស់អ្នកគឺសម្រាប់ឱសថមានវេជ្ជបញ្ជារបស់ Medicare ផ្នែក B, IRO ត្រូវតែផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវចម្លើយចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 របស់អ្នកក្នុងរយៈពេល **7** ថ្ងៃតាមប្រតិទិន បន្ទាប់ពីទទួលបានបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក។

ថាតើ IRO ផ្តល់ចម្លើយរបស់ពួកគេដល់អ្នកជាលាយលក្ខណ៍អក្សរនិងពន្យល់ពីមូលហេតុដែរឬទេ។

- **ប្រសិនបើ IRO និយាយថា យល់ព្រម ចំពោះ**ផ្នែកមួយ ឬទាំងអស់នៃសំណើសម្រាប់ទំនិញ ឬសេវាវេជ្ជសាស្ត្រ យើងត្រូវតែអនុវត្តការសម្រេចភ្លាម។៖
  - អនុញ្ញាតឱ្យមានការធានារ៉ាប់រងលើការថែទាំសុខភាពក្នុងរយៈពេល **72** ម៉ោង ឬ
  - ផ្តល់សេវាក្នុងរយៈពេល **5** ថ្ងៃនៃថ្ងៃធ្វើការបន្ទាប់ពីយើងទទួលបានការសម្រេចរបស់ IRO សម្រាប់សំណើស្តង់ដារ ឬ
  - ផ្តល់សេវាក្នុងរយៈពេល **72** ម៉ោង ចាប់ពីកាលបរិច្ឆេទដែលយើងទទួលបានការសម្រេចរបស់ IRO សម្រាប់ការស្នើសុំពន្លឿន។
- **ប្រសិនបើ IRO និយាយថា យល់ព្រម ចំពោះផ្នែកមួយ ឬទាំងអស់នៃសំណើសម្រាប់ឱសថមានវេជ្ជបញ្ជារបស់ Medicare ផ្នែក B យើងត្រូវតែអនុញ្ញាត ឬផ្តល់ឱសថមានវេជ្ជបញ្ជារបស់ Medicare ផ្នែក B ដែលស្ថិតនៅក្រោមវិធានៈ**
  - ក្នុងរយៈពេល **72** ម៉ោងបន្ទាប់ពីយើងទទួលបានការសម្រេចរបស់ IRO សម្រាប់សំណើស្តង់ដារ ឬ
  - ក្នុងរយៈពេល **24** ម៉ោង ចាប់ពីកាលបរិច្ឆេទដែលយើងទទួលបានការសម្រេចរបស់ IRO សម្រាប់ការស្នើសុំពន្លឿន។
- **ប្រសិនបើ IRO និយាយថា ទេ ចំពោះ**ផ្នែកមួយ ឬទាំងអស់នៃបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក វាមានន័យថាពួកគេយល់ព្រមថាយើងមិនគួរយល់ព្រមលើសំណើរបស់អ្នក (ឬផ្នែកមួយនៃសំណើ

របស់អ្នក) សម្រាប់ការធានារ៉ាប់រងលើការថែទាំសុខភាព។ នេះត្រូវបានគេហៅថា "ការតម្កល់សេចក្តីសម្រេច" ឬ "ការបដិសេធបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក"។

- ប្រសិនបើករណីរបស់អ្នកបំពេញតាមតម្រូវការ អ្នកជ្រើសរើសថាតើអ្នកចង់បន្តបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នកដែរឬទេ។
- មានកម្រិតបន្ថែមចំនួនបីនៅក្នុងដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍បន្ទាប់ពីកម្រិត 2 សម្រាប់កម្រិតសរុបចំនួនប្រាំ។
- ប្រសិនបើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 របស់អ្នកត្រូវបានបដិសេធ ហើយអ្នកបំពេញតាមតម្រូវការដើម្បីបន្តដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ អ្នកត្រូវតែសម្រេចចិត្តថាតើត្រូវបន្តទៅកម្រិត 3 ហើយដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍លើកទីបីដែរឬទេ។ ព័ត៌មានលម្អិតអំពីរបៀបធ្វើដំណើរនេះមាននៅក្នុងសេចក្តីជូនដំណឹងជាលាយលក្ខណ៍អក្សរដែលអ្នកទទួលបានបន្ទាប់ពីបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 របស់អ្នក។
- ចៅក្រមច្បាប់រដ្ឋបាល (ALJ) ឬមេធាវីកាត់សេចក្តីដោះស្រាយបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 3។ **សូមមើលផ្នែក J** សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 3 កម្រិត 4 និងកម្រិត 5។

នៅពេលដែលបញ្ហារបស់អ្នកគឺអំពីសេវា ឬទំនិញដែលជាធម្មតាត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយ Medi-Cal

មានរបៀបពីរយ៉ាង ដើម្បីដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 សម្រាប់សេវា និងទំនិញរបស់ Medi-Cal៖ (1) ការដាក់ពាក្យបណ្តឹង ឬការត្រួតពិនិត្យផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រឯករាជ្យ ឬ (2) សវនាការថ្នាក់រដ្ឋ។

(1) ការត្រួតពិនិត្យផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រឯករាជ្យ

អ្នកអាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងតវ៉ា ឬស្នើសុំការការត្រួតពិនិត្យផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រឯករាជ្យ (IMR) ពីមជ្ឈមណ្ឌលជំនួយនៅក្រសួងថែទាំសុខភាពក្រោមការគ្រប់គ្រងរបស់រដ្ឋCalifornia (DMHC) ។ តាមរយៈការដាក់ពាក្យបណ្តឹង DMHC នឹងពិនិត្យឡើងវិញនូវការសម្រេចចិត្តរបស់យើង ហើយធ្វើការកំណត់។ IMR អាចរកបានសម្រាប់សេវា ឬទំនិញដែលរ៉ាប់រងដោយ Medi-Cal ដែលមានលក្ខណៈវេជ្ជសាស្ត្រ។ IMR គឺជាការពិនិត្យមើលករណីរបស់អ្នកឡើងវិញ ដោយវេជ្ជបណ្ឌិតដែលមិនមែនជាផ្នែកនៃគម្រោងរបស់យើង ឬជាផ្នែកមួយនៃ DMHC។ បើសិន IMR បានសម្រេចឲ្យអ្នកត្រូវ យើងត្រូវតែផ្តល់ឲ្យអ្នកនូវសេវា ឬទំនិញដែលអ្នកបានស្នើសុំ។ អ្នកមិនបង់ថ្លៃសម្រាប់វិធី IMR ទេ។

អ្នកអាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងតវ៉ា ឬស្នើសុំ IMR ប្រសិនបើគម្រោងរបស់យើង៖

- បដិសេធ ផ្លាស់ប្តូរ ឬពន្យារពេលសេវា Medi-Cal ឬការព្យាបាល ពីព្រោះគម្រោងរបស់យើងកំណត់ថាវាមិនចាំបាច់ខាងវេជ្ជសាស្ត្រទេ។
- នឹងមិនធានារ៉ាប់រងលើការព្យាបាល Medi-Cal បែបពិសោធន៍ ឬការស៊ើបអង្កេតសម្រាប់ស្ថានភាពសុខភាពធ្ងន់ធ្ងរនោះទេ។
- ជម្លោះមិនថាលើសេវា ឬនីតិវិធីវះកាត់មានលក្ខណៈកែសម្ផស្ស ឬស្តាបនាឡើងវិញនោះទេ។
- នឹងមិនបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាក្នុងគ្រាអាសន្ន ឬដែលត្រូវការជាបន្ទាន់ពី Medi-Cal ដែលអ្នកបានទទួលរួចហើយនោះទេ។
- មិនបានដោះស្រាយបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 1 របស់អ្នកលើសេវា Medi-Cal ក្នុងរយៈពេល 30 ថ្ងៃ តាមប្រតិទិនសម្រាប់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ធម្មតា ឬ 72 ម៉ោង ឬឆាប់ជាងនេះប្រសិនបើសុខភាពរបស់អ្នកតម្រូវឱ្យមានបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍រហ័ស។

ចំណាំ៖ ប្រសិនបើអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកបានដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍សម្រាប់អ្នក ប៉ុន្តែយើងមិនទទួលបានទម្រង់ បែបបទនៃការចាត់តាំងអ្នកតំណាងរបស់អ្នកទេនោះ អ្នកនឹងត្រូវដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នកឡើងវិញជាមួយយើងមុនពេលអ្នកអាចដាក់ពាក្យសុំ IMR កម្រិត 2 ជាមួយក្រសួងគ្រប់គ្រងការថែទាំសុខភាព លុះត្រាតែបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នកពាក់ព័ន្ធនឹងការគំរាមកំហែងដ៏ធ្ងន់ធ្ងរដល់សុខភាពរបស់អ្នក ដែលរួមមានជាអាទិ៍ ការឈឺចាប់ធ្ងន់ធ្ងរ ការដែលអាចត្រូវបានបាត់បង់ជីវិត បាត់បង់អវយវៈ ឬមុខងាររាងកាយសំខាន់ៗ។

អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានទាំង IMR និងសវនាការថ្នាក់រដ្ឋ ប៉ុន្តែអ្នកមិនមានសិទ្ធិទទួលបាន IMR ទេ ប្រសិនបើអ្នកបានបង្ហាញភស្តុតាងរួចហើយនៅក្នុងសវនាការថ្នាក់រដ្ឋដែលមានបញ្ហាដូចគ្នានៅសវនាការថ្នាក់រដ្ឋនោះ។

ក្នុងករណីភាគច្រើន អ្នកត្រូវតែដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ជាមួយយើងខ្ញុំមុនពេលស្នើសុំ IMR។ សូមមើលទំព័រ 198 សម្រាប់ព័ត៌មានអំពីដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 1 របស់យើង។ ប្រសិនបើអ្នកមិនយល់ស្របនឹងការសម្រេចចិត្តរបស់យើង អ្នកអាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងជាមួយ DMHC ឬស្នើសុំមជ្ឈមណ្ឌលជំនួយ DMHC សម្រាប់ IMR។

ប្រសិនបើការព្យាបាលរបស់អ្នកត្រូវបានបដិសេធដោយសារតែវាជាការពិសោធន៍ ឬការស៊ើបអង្កេត អ្នកមិនចាំបាច់ចូលរួមក្នុងដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់យើង មុនពេលអ្នកដាក់ពាក្យសុំ IMR នោះទេ។

ប្រសិនបើបញ្ហារបស់អ្នកមានភាពបន្ទាន់ ឬពាក់ព័ន្ធនឹងការគំរាមកំហែងភ្លាមៗ និងធ្ងន់ធ្ងរដល់សុខភាពរបស់អ្នក ឬប្រសិនបើអ្នកស្ថិតក្នុងការឈឺចាប់ធ្ងន់ធ្ងរ អ្នកអាចជូនដំណឹងដល់ DMHC ភ្លាមៗអំពីបញ្ហានេះដោយមិនចាំបាច់ឆ្លងកាត់ដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់យើងជាមុនឡើយ។

អ្នកត្រូវតែដាក់ពាក្យសុំ **IMR** ក្នុងពេល **6** ខែ បន្ទាប់ពីយើងបានផ្ញើជូនអ្នកនូវសេចក្តីសម្រេចជាលាយលក្ខណ៍អក្សរអំពីបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក។ DMHC អាចទទួលយកពាក្យសុំរបស់អ្នកបន្ទាប់ពី 6 ខែសម្រាប់ហេតុផលល្អ ដូចជាអ្នកមានស្ថានភាពសុខភាពដែលរារាំងអ្នកពីការស្នើសុំ IMR ក្នុងរយៈពេល 6 ខែ ឬអ្នកមិនទទួលបានការជូនដំណឹងគ្រប់គ្រាន់ពីយើងអំពីដំណើរការ IMR។

ដើម្បីស្នើសុំ IMR៖

- បំពេញពាក្យស្នើសុំការត្រួតពិនិត្យផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រឯករាជ្យ/ទម្រង់ពាក្យបណ្តឹងតវ៉ាដែលមាននៅ៖ www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForms.aspx ឬទូរសព្ទទៅមជ្ឈមណ្ឌលជំនួយ DMHC តាមរយៈលេខ 1-888-466-2219។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរទូរសព្ទទៅកាន់លេខ 1-877-688-9891។
- ប្រសិនបើអ្នកមានវា សូមភ្ជាប់ច្បាប់ចម្លងនៃលិខិត ឬឯកសារផ្សេងទៀតអំពីសេវា ឬទំនិញដែលយើងបានបដិសេធ។ នេះអាចពន្លឿនវិធី IMR នេះ។ ត្រូវធ្វើច្បាប់ចម្លងនៃឯកសារដែលមិនមែនជាច្បាប់ដើមឡើយ។ មជ្ឈមណ្ឌលជំនួយមិនអាចផ្ញើឯកសារអ្វីៗត្រឡប់ទៅវិញឡើយ។
- បំពេញទម្រង់បែបបទជំនួយការដែលមានការអនុញ្ញាត ប្រសិនបើនរណាម្នាក់កំពុងជួយអ្នកជាមួយ IMR របស់អ្នក។ អ្នកអាចទទួលបានទម្រង់បែបបទនេះនៅ www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForms.aspx ឬទូរសព្ទទៅមជ្ឈមណ្ឌលជំនួយរបស់ក្រសួងតាមរយៈលេខ 1-888-466-2219។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរទូរសព្ទទៅកាន់លេខ 1-877-688-9891។

- ផ្ញើ ឬបញ្ជូនទម្រង់បែបបទ និងឯកសារភ្ជាប់របស់អ្នកតាមទូរសារទៅ៖

  មជ្ឈមណ្ឌលជំនួយ
  ក្រសួងគ្រប់គ្រងសុខាភិបាល
  980 Ninth Street, Suite 500
  Sacramento, CA 95814-2725
  ទូរសារ៖ 916-255-5241

- អ្នកក៏អាចដាក់ពាក្យស្នើសុំការត្រួតពិនិត្យផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រឯករាជ្យ/ទម្រង់បែបបទពាក្យបណ្តឹងតវ៉ា និងទម្រង់បែបបទជំនួយការដែលមានការអនុញ្ញាតរបស់អ្នកតាមអនឡាញផងដែរ៖ www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint.aspx

បើសិនអ្នកមានសិទ្ធិទទួល IMR នោះ DMHC នឹងពិនិត្យមើលករណីរបស់អ្នក និងផ្ញើសំបុត្រទៅឲ្យអ្នក ក្នុងពេល 7 ថ្ងៃប្រតិទិន ដែលប្រាប់អ្នកថា អ្នកមានសិទ្ធិទទួល IMR។ បន្ទាប់ពីបានទទួលពាក្យសុំរបស់អ្នក និងឯកសារគាំទ្រពីគម្រោងរបស់អ្នក សេចក្តីសម្រេចពី IMR នឹងបានធ្វើក្នុងពេល 30 ថ្ងៃតាមប្រតិទិន។ អ្នកគួរតែទទួលសេចក្តីសម្រេចពី IMR ក្នុងរយៈពេល 45 ថ្ងៃតាមប្រតិទិន នៃការបញ្ជូនមកនូវពាក្យសុំដែលបានបំពេញ។

ប្រសិនបើករណីរបស់អ្នកគឺជាករណីបន្ទាន់ ហើយអ្នកមានសិទ្ធិទទួលបាន IMR នោះ DMHC នឹងពិនិត្យមើលករណីរបស់អ្នកឡើងវិញ និងផ្ញើលិខិតទៅឱ្យអ្នកក្នុងរយៈពេល 48 ម៉ោង បន្ទាប់ពីបានទទួលពាក្យស្នើសុំដែលបានបំពេញ ដែលជម្រាបអ្នកថាអ្នកមានសិទ្ធិទទួលបាន IMR។ បន្ទាប់ពីបានទទួលពាក្យសុំរបស់អ្នក និងឯកសារគាំទ្រ ពីគម្រោងរបស់អ្នក ការសម្រេចនៃ IMR នឹងបានធ្វើក្នុងពេល 3 ថ្ងៃប្រតិទិន។ អ្នកគួរតែទទួលការសម្រេចនៃ IMR ក្នុងពេល 7 ថ្ងៃប្រតិទិន នៃការបញ្ជូនមកនូវពាក្យសុំដែលបានបំពេញ។ ប្រសិនបើអ្នកមិនពេញចិត្តនឹងលទ្ធផលនៃ IMR អ្នកនៅតែអាចស្នើសុំសវនាការថ្នាក់រដ្ឋបាន។

IMR អាចចំណាយពេលយូរជាង ប្រសិនបើ DMHC មិនបានទទួលកំណត់ត្រាវេជ្ជសាស្ត្រទាំងអស់ដែលត្រូវការពីអ្នក ឬវេជ្ជបណ្ឌិតដែលព្យាបាលអ្នក។ បើសិនអ្នកទៅជួបវេជ្ជបណ្ឌិតម្នាក់ ដែលមិននៅក្នុងបណ្តាញ នៃគម្រោងសុខភាពរបស់អ្នកទេ នោះវាជាសារៈសំខាន់ ថាអ្នកទទួល និងផ្ញើឲ្យយើងនូវ កំណត់ត្រាពេទ្យមកពីវេជ្ជបណ្ឌិតនោះ។ គម្រោងសុខភាពរបស់អ្នកគឺបានតម្រូវឱ្យទទួលបានច្បាប់ចម្លង នៃកំណត់ត្រាវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នកពីវេជ្ជបណ្ឌិតដែលនៅក្នុងបណ្តាញ។

ប្រសិនបើ DMHC សម្រេចថាករណីរបស់អ្នកមិនមានសិទ្ធិទទួលបាន IMR នោះទេ DMHC នឹងពិនិត្យឡើងវិញនូវករណីរបស់អ្នកតាមរយៈដំណើរការបណ្តឹងរបស់អ្នកប្រើប្រាស់ទូទៅ។ ពាក្យបណ្តឹងរបស់អ្នកគួរតែត្រូវបានដោះស្រាយក្នុងរយៈពេល 30 ថ្ងៃតាមប្រតិទិននៃការដាក់ពាក្យសុំដែលបានបំពេញនោះ។ ប្រសិនបើបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នកមានភាពបន្ទាន់ វានឹងត្រូវបានដោះស្រាយឆាប់ជាងនេះ។

(2) សវនាការថ្នាក់រដ្ឋ

អ្នកអាចស្នើសុំសវនាការថ្នាក់រដ្ឋសម្រាប់សេវា និងទំនិញដែលមានធានារ៉ាប់រងដោយ Medi-Cal។ ប្រសិនបើវេជ្ជបណ្ឌិត ឬអ្នកផ្តល់សេវាផ្សេងទៀតរបស់អ្នកស្នើសុំសេវា ឬវត្ថុដែលយើងនឹងមិនយល់ព្រម ឬយើងនឹងមិនបន្តបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវា ឬវត្ថុដែលអ្នកមានរួចហើយ ហើយយើងមិនយល់ព្រមចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 1 របស់អ្នក អ្នកមានសិទ្ធិស្នើសុំសវនាការថ្នាក់រដ្ឋ។

ក្នុងករណីភាគច្រើន អ្នកមានពេល **120** ថ្ងៃដើម្បីស្នើសុំសវនាការថ្នាក់រដ្ឋ បន្ទាប់ពីការជូនដំណឹងអំពី "លិខិតសម្រេចលើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍" ដែលត្រូវបានផ្ញើតាមប្រៃសណីយ៍ទៅអ្នកនោះ។

ចំណាំ៖ ប្រសិនបើអ្នកស្នើសុំសវនាការថ្នាក់រដ្ឋ ពីព្រោះយើងបានប្រាប់អ្នកថាសេវាដែលអ្នកទទួលបាននាពេលបច្ចុប្បន្ននឹងត្រូវបានផ្លាស់ប្តូរ ឬបញ្ឈប់ អ្នកមានពេលពីរបីថ្ងៃដើម្បីដាក់សំណើរបស់អ្នក ប្រសិនបើអ្នកចង់បន្តទទួលបានសេវានោះ ខណៈពេលដែលសវនាការថ្នាក់រដ្ឋរបស់អ្នកកំពុងដាក់រង់ចាំនោះ។ សូមអាន “តើអត្ថប្រយោជន៍របស់ខ្ញុំនឹងបន្តក្នុងអំឡុងពេលបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 ដែរឬទេ” នៅទំព័រទី 201 សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។

មានវិធីពីរយ៉ាងដើម្បីស្នើសុំសវនាការថ្នាក់រដ្ឋ៖

1. អ្នកអាចបំពេញ "សំណើសុំសវនាការថ្នាក់រដ្ឋ" នៅផ្នែកខាងក្រោយនៃសេចក្តីជូនដំណឹងនៃចំណាត់ការបាន។ អ្នកគួរតែផ្តល់ព័ត៌មានទាំងអស់ដែលបានស្នើ ឲ្យច្រើនជាទីបំផុត ដូចជា ឈ្មោះពេញរបស់អ្នក, អាសយដ្ឋាន, លេខទូរសព្ទ, ឈ្មោះនៃគម្រោង ឬខោនធី ដែលបានធ្វើប្រឆាំងនឹងអ្នក, កម្មវិធីជំនួយជាប់ពាក់ព័ន្ធ, និងមូលហេតុក្បោះក្បាយ ដែលអ្នកចង់ធ្វើសវនាការ។ បន្ទាប់មក អ្នកអាចនឹងបញ្ជូនសំណើរបស់អ្នកក្នុងរបៀបណាមួយទាំងនេះ នៅខាងក្រោម៖
   - ទៅ ក្រសួងវ៉ែលហ្វែរខោនធី តាមអាសយដ្ឋានដែលបង្ហាញនៅលើលិខិត។
   - ទៅកាន់ក្រសួងសង្គមកិច្ច រដ្ឋកាលីហ្វ័រនីញ៉ា

     State Hearings Division
     P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-433
     Sacramento, California 94244-2430
   - ទៅផ្នែកសវនាការរដ្ឋតាមរយៈទូរសារលេខ 916-309-3487 ឬដោយឥតគិតថ្លៃតាមរយៈលេខ 1-833-281-0903។
2. អ្នកអាចទូរសព្ទទៅក្រសួងសង្គមកិច្ច រដ្ឋកាលីហ្វ័រនីញ៉ាតាមរយៈលេខ 1-800-743-8525។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរទូរសព្ទទៅកាន់លេខ 1-800-952-8349។ ប្រសិនបើអ្នកសម្រេចចិត្តស្នើសុំសវនាការថ្នាក់រដ្ឋតាមទូរសព្ទ អ្នកគួរតែដឹងថាខ្សែទូរសព្ទនេះគឺមានការប្រើប្រាស់ច្រើនណាស់។

ផ្នែកសវនាការថ្នាក់រដ្ឋផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវការសម្រេចចិត្តរបស់ពួកគេជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ និងពន្យល់ពីមូលហេតុ។

- ប្រសិនបើផ្នែកសវនាការថ្នាក់រដ្ឋនិយាយថា យល់ព្រម ចំពោះផ្នែកមួយ ឬទាំងអស់នៃសំណើសម្រាប់ទំនិញ ឬសេវាវេជ្ជសាស្ត្រ យើងត្រូវតែអនុញ្ញាត ឬផ្តល់សេវា ឬទំនិញក្នុងរយៈពេល **72** ម៉ោងបន្ទាប់ពីយើងទទួលបានសេចក្តីសម្រេចរបស់ពួកគេ។
- ប្រសិនបើសវនាការថ្នាក់រដ្ឋនិយាយថា ទេ ចំពោះផ្នែកមួយ ឬទាំងអស់នៃបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក វាមានន័យថាពួកគេយល់ព្រមថាយើងមិនគួរយល់ព្រមលើសំណើរបស់អ្នក (ឬផ្នែកមួយនៃសំណើរបស់អ្នក) សម្រាប់ការធានារ៉ាប់រងលើការថែទាំសុខភាព។ នេះត្រូវបានគេហៅថា "ការតម្កល់សេចក្តីសម្រេច" ឬ "ការបដិសេធបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក"។

ប្រសិនបើសេចក្តីសម្រេចរបស់ IRO ឬសវនាការថ្នាក់រដ្ឋគឺ ទេ សម្រាប់សំណើរបស់អ្នកទាំងមូល ឬផ្នែកណាមួយ អ្នកមានសិទ្ធិដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍បន្ថែមបាន។

ប្រសិនបើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 របស់អ្នកបានទៅដល់ **IRO** អ្នកអាចប្តឹងឧទ្ធរណ៍ម្តងទៀតបានលុះត្រាតែតម្លៃប្រាក់ដុល្លារនៃសេវា ឬទំនិញដែលអ្នកចង់បានត្រូវនឹងចំនួនអប្បបរមាជាក់លាក់ប៉ុណ្ណោះ។ ALJ ឬមេធាវីកាត់សេចក្តីដោះស្រាយបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 3។ លិខិតដែលអ្នកទទួលបានពី **IRO** ពន្យល់ពីសិទ្ធិប្តឹងឧទ្ធរណ៍បន្ថែមដែលអ្នកអាចមាន។

លិខិតដែលអ្នកទទួលបានពីផ្នែកសវនាការថ្នាក់រដ្ឋពណ៌នាអំពីជម្រើសបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍បន្ទាប់។

សូមមើលផ្នែក **J** សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីសិទ្ធិប្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នកបន្ទាប់ពីកម្រិត 2។

F5. បញ្ហាការទូទាត់ប្រាក់

យើងមិនអនុញ្ញាតឱ្យអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញរបស់យើងចេញវិក្កយបត្រឱ្យអ្នក សម្រាប់សេវា និងទំនិញដែលមានធានារ៉ាប់រងនោះទេ។ នេះគឺពិតមែន សូម្បីតែយើងបង់ប្រាក់ឱ្យអ្នកផ្តល់សេវាតិចជាងអ្នកផ្តល់សេវាគិតថ្លៃសម្រាប់សេវាក៏ដោយ។ អ្នកមិនត្រូវបានតម្រូវឱ្យបង់សមតុល្យនៃវិក្កយបត្រណាមួយឡើយ។

ប្រសិនបើអ្នកទទួលបានវិក្កយបត្រដែលលើសពីការបង់ប្រាក់រួមរបស់អ្នកសម្រាប់សេវា និងទំនិញដែលមានធានារ៉ាប់រង សូមផ្ញើវិក្កយបត្រនោះមកយើងខ្ញុំ។ អ្នកមិនត្រូវបង់វិក្កយបត្រដោយខ្លួនឯងឡើយ។ យើងនឹងទាក់ទងទៅអ្នកផ្តល់ដោយផ្ទាល់ និងដោះស្រាយបញ្ហានោះ។ ប្រសិនបើអ្នកបង់វិក្កយបត្រ អ្នកអាចទទួលបានសំណងពីគម្រោងរបស់យើងវិញ ប្រសិនបើអ្នកធ្វើតាមបទបញ្ជាច្បាប់សម្រាប់ការទទួលបានសេវា ឬទំនិញនោះ។

សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមមើលជំពូកទី **7** នៃសៀវភៅណែនាំសមាជិករបស់អ្នក។ វាពណ៌នាអំពីស្ថានភាពនៅពេលដែលអ្នកប្រហែលជាត្រូវស្នើឱ្យយើងបង់ប្រាក់ឱ្យអ្នកវិញ ឬបង់វិក្កយបត្រដែលអ្នកបានទទួលពីអ្នកផ្តល់សេវា។ វាក៏ប្រាប់អំពីរបៀបផ្ញើក្រដា►►►សស្នាមមកយើង ដែលសូមឲ្យយើងបង់ប្រាក់ផងដែរ។

ប្រសិនបើអ្នកស្នើសុំឱ្យសងប្រាក់វិញ នោះអ្នកកំពុងតែស្នើសុំសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង។ យើងនឹងពិនិត្យមើលថាតើសេវា ឬទំនិញដែលអ្នកបានបង់ថ្លៃរួចត្រូវបានធានារ៉ាប់រង ហើយថាតើអ្នកបានអនុវត្តតាមបទបញ្ជាទាំងអស់សម្រាប់ការប្រើប្រាស់ការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកដែរឬទេ។

- ប្រសិនបើសេវា ឬទំនិញដែលអ្នកបានបង់ថ្លៃបានធានារ៉ាប់រង ហើយអ្នកបានអនុវត្តតាមបទបញ្ជាទាំងអស់ យើងនឹងផ្ញើឱ្យអ្នកនូវចំណែកនៃថ្លៃចូលរួមការចំណាយរបស់យើងសម្រាប់សេវា ឬទំនិញក្នុងរយៈពេល 30 ថ្ងៃតាមប្រតិទិន ប៉ុន្តែមិនយូរជាង 60 ថ្ងៃតាមប្រតិទិន បន្ទាប់ពីយើងទទួលបានសំណើរបស់អ្នក។
- ប្រសិនបើអ្នកមិនទាន់បានបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវា ឬទំនិញនៅឡើយទេ យើងនឹងផ្ញើការទូទាត់ដោយផ្ទាល់ទៅអ្នកផ្តល់សេវា។ នៅពេលយើងបានផ្ញើការទូទាត់ប្រាក់ គឺវាដូចគ្នានឹងថា យល់ព្រម ចំពោះសំណើរបស់អ្នកសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងដែរ។
- ប្រសិនបើសេវា ឬទំនិញមិនត្រូវបានធានារ៉ាប់រង ឬអ្នកមិនបានអនុវត្តតាមបទបញ្ជាទាំងអស់វិញនោះ យើងនឹងផ្ញើលិខិតប្រាប់អ្នកថា យើងនឹងមិនបង់ថ្លៃសេវា ឬទំនិញនោះទេ និងពន្យល់ពីមូលហេតុ។

ប្រសិនបើអ្នកមិនយល់ស្របនឹងការសម្រេចចិត្តរបស់យើងក្នុងការមិនបង់ប្រាក់ អ្នកអាចដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍បាន។ អនុវត្តតាមដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ដែលបានពណ៌នានៅក្នុង **ផ្នែក F3**។ នៅពេលអ្នកធ្វើតាមការណែនាំទាំងនេះ សូមកត់ចំណាំ៖

- ប្រសិនបើអ្នកដាក់ពាក្យបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ឱ្យយើងខ្ញុំបង់សងអ្នកវិញ យើងត្រូវតែផ្តល់ចម្លើយរបស់យើងជូនអ្នកក្នុងពេល 30 ថ្ងៃតាមប្រតិទិន បន្ទាប់ពីយើងបានទទួលបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក។
- ប្រសិនបើអ្នកស្នើសុំឱ្យយើងបង់ប្រាក់ជូនអ្នកវិញសម្រាប់ការថែទាំសុខភាពដែលអ្នកបានទទួល និងបង់ថ្លៃដោយខ្លួនឯង អ្នកមិនអាចស្នើសុំបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍រហ័សបានទេ។

ប្រសិនបើចម្លើយរបស់យើងចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នកគឺ ទេ ហើយ **Medicare** ជាធម្មតាគ្របដណ្តប់លើសេវា ឬទំនិញ យើងនឹងបញ្ជូនករណីរបស់អ្នកទៅ IRO ។ យើងនឹងផ្ញើលិខិតទៅអ្នកប្រសិនបើបញ្ហាបែបនេះកើតមានឡើង។

- ប្រសិនបើ IRE ក្រឡាស់ក្តីសម្រេចរបស់យើង ហើយថាយើងគួរតែបង់ប្រាក់ជូនអ្នក យើងត្រូវតែផ្ញើប្រាក់ទៅឱ្យអ្នក ឬទៅអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងពេល 30 ថ្ងៃតាមប្រតិទិន។ ប្រសិនបើចម្លើយចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នកគឺ យល់ព្រម នៅដំណាក់ណាមួយនៃវិធីបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ បន្ទាប់ពីកម្រិតទី 2 យើងត្រូវតែផ្ញើការទូទាត់ទៅអ្នក ឬទៅអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពក្នុងរយៈពេល 60 ថ្ងៃតាមប្រតិទិន។
- ប្រសិនបើ IRO និយាយថា ទេ ចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក វាមានន័យថាពួកគេយល់ព្រមថាយើងមិនគួរយល់ព្រមលើសំណើរបស់អ្នកទេ។ នេះត្រូវបានគេហៅថា "ការតម្កល់សេចក្តីសម្រេច" ឬ "ការបដិសេធបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក"។ អ្នកនឹងទទួលបានលិខិតពន្យល់អំពីសិទ្ធិ

ប្តឹងឧទ្ធរណ៍បន្ថែមដែលអ្នកអាចមាន។ សូមមើលផ្នែក **J** សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីកម្រិតបន្ថែមនៃបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍។

ប្រសិនបើចម្លើយរបស់យើងចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នកគឺ ទេ ហើយជាធម្មតា Medi-Cal ធានារ៉ាប់រងលើសេវា ឬទំនិញនោះ អ្នកអាចដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 ដោយខ្លួនឯងបាន។ សូមអាន ផ្នែក **F4** សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។

G. ឱសថមានវេជ្ជបញ្ជា Medicare ផ្នែក B

អត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នកក្នុងនាមជាសមាជិកនៃគម្រោងរបស់យើងរួមមានការធានារ៉ាប់រងឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាជាច្រើន។ ភាគច្រើននៃឱសថទាំងនេះគឺជាឱសថ Medicare ផ្នែក D។ មានឱសថមួយចំនួនដែល Medicare ផ្នែក D មិនរ៉ាប់រង ដែល Medi-Cal អាចរ៉ាប់រង។ ផ្នែកនេះអនុវត្តចំពោះតែបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍អំពីឱសថ **Medicare ផ្នែក D** ប៉ុណ្ណោះ។ យើងនឹងនិយាយថា "ឱសថ" នៅក្នុងផ្នែកដែលនៅសល់នៃផ្នែកនេះជំនួសឱ្យការនិយាយថា "ឱសថ Medicare ផ្នែក D" រាល់ពេល។ សម្រាប់ឱសថដែលមានធានារ៉ាប់រងដោយ Medi-Cal តែប៉ុណ្ណោះ សូមអនុវត្តតាមដំណើរការនៅក្នុងផ្នែក **E**។

ដើម្បីទទួលបានការធានារ៉ាប់រង ឱសថត្រូវតែប្រើសម្រាប់ការចង្អុលបង្ហាញដែលទទួលយកដោយវេជ្ជសាស្ត្រ។ ចំណុចនេះមានន័យថា ឱសថនេះត្រូវមានការយល់ព្រមពីការិយាល័យរដ្ឋបាលចំណីអាហារ និងឱសថ (FDA) ឬក៏មានការគាំទ្រពីអំណះអំណាងវេជ្ជសាស្ត្រជាក់លាក់។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមមើលជំពូកទី **5** នៃសៀវភៅណែនាំសមាជិក របស់អ្នកសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីការចង្អុលបង្ហាញដែលទទួលយកដោយវេជ្ជសាស្ត្រ។

G1. សេចក្តីសម្រេចលើការរ៉ាប់រង និងបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ នៃផ្នែក D នៃកម្មវិធី Medicare

នេះគឺជាឧទាហរណ៍នៃសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងដែលអ្នកស្នើសុំឱ្យយើងខ្ញុំធ្វើឡើងអំពីឱសថ Medicare ផ្នែក D របស់អ្នក៖

- អ្នកស្នើសុំឱ្យយើងធ្វើករណីលើកលែង រួមមានការស្នើសុំឱ្យយើង៖
  - រ៉ាប់រងឱសថ Medicare ផ្នែក D ដែលមិនមាននៅក្នុងបញ្ជីឱសថនៃគម្រោងរបស់យើង ឬ
  - ដាក់ការរឹតត្បិត ដាច់ដោយឡែកលើការធានារ៉ាប់រងរបស់យើងសម្រាប់ឱសថ (ដូចជាការកំណត់លើបរិមាណដែលអ្នកអាចទទួលបាន)
- អ្នកសួរយើងថាតើឱសថត្រូវបានធានារ៉ាប់រងសម្រាប់អ្នកដែរឬទេ (ដូចជានៅពេលដែលឱសថរបស់អ្នកស្ថិតនៅក្នុងបញ្ជីឱសថនៃគម្រោងរបស់យើង ប៉ុន្តែយើងត្រូវតែយល់ព្រមសម្រាប់អ្នកមុនពេលយើងធានារ៉ាប់រងវា)

ចំណាំ៖ ប្រសិនបើឱសថស្ថានរបស់អ្នកប្រាប់អ្នកថាវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកមិនអាចត្រូវបានបើកដូចដែលបានសរសេរទេនោះ ឱសថស្ថាននឹងផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវសេចក្តីជូនដំណឹងជាលាយលក្ខណ៍អក្សរដែលពន្យល់ពីរបៀបទាក់ទងមកយើងដើម្បីស្នើសុំសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង ។

> សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងដំបូងអំពីឱសថ Medicare ផ្នែក D របស់អ្នកត្រូវបានគេហៅថា **"សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង"**។

- អ្នកស្នើសុំយើងខ្ញុំឱ្យបង់ថ្លៃឱសថមានវេជ្ជបញ្ជា ដែលអ្នកបានទិញរួចហើយ។ នេះគឺជាការស្នើសុំការសម្រេចពីការរ៉ាប់រងអំពីការបង់ប្រាក់។

បើអ្នកមិនយល់ស្របជាមួយនឹងសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងដែលយើងបានធ្វើឡើងនោះទេ អ្នកអាចប្តឹងឧទ្ធរណ៍លើសេចក្តីសម្រេចរបស់យើងបាន។ ផ្នែកនេះប្រាប់អ្នកទាំងអំពីរបៀបស្នើសុំសេចក្តីសម្រេចលើធានាការរ៉ាប់រង និងអំពីរបៀបដាក់ពាក្យបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍។ ប្រើតារាងខាងក្រោមដើម្បីជួយអ្នក។

តើអ្នកស្ថិតនៅក្នុងស្ថានភាពមួយណាក្នុងបណ្តាស្ថានភាពទាំងនេះ?			
អ្នកត្រូវការឱសថដែលមិនមាននៅក្នុងបញ្ជីឱសថរបស់យើង ឬត្រូវការឱ្យយើងខ្ញុំកំណត់បទបញ្ជា ឬការដាក់កំហិតលើឱសថដែលយើងធានារ៉ាប់រង។	អ្នកចង់ឱ្យយើងខ្ញុំធានារ៉ាប់រងលើឱសថនៅក្នុងបញ្ជីឱសថរបស់យើង ហើយអ្នកគិតថា អ្នកបំពេញតាមបទបញ្ជា ឬការដាក់កំហិតរបស់គម្រោង (ដូចជាការទទួលបានការយល់ព្រមជាមុន) សម្រាប់ឱសថដែលអ្នកត្រូវការ។	អ្នកចង់ស្នើសុំឱ្យយើងខ្ញុំឱ្យបង់ប្រាក់សងអ្នកវិញ សម្រាប់ឱសថដែលអ្នកបានទទួល និងបង់ថ្លៃរួចហើយ។	យើងបានប្រាប់អ្នកថា យើងនឹងមិនធានារ៉ាប់រង ឬបង់ថ្លៃឱសថតាមវិធីដែលអ្នកចង់បាននោះទេ។
អ្នកអាចស្នើសុំឱ្យយើងធ្វើការលើកលែង។ (នេះគឺជាប្រភេទនៃសេចក្តីសម្រេចលើធានាការរ៉ាប់រង)។	**អ្នកអាចស្នើសុំយើងនូវសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង។**	**អ្នកអាចស្នើសុំឱ្យយើងសងប្រាក់អ្នកវិញ។** (នេះគឺជាប្រភេទនៃសេចក្តីសម្រេចលើធានាការរ៉ាប់រង)។	**អ្នកអាចដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍។** (នេះមានន័យថាអ្នកស្នើសុំឱ្យយើងពិចារណាឡើងវិញ។)
ចាប់ផ្តើមជាមួយផ្នែក **G2** បន្ទាប់មកមើលទៅផ្នែក **G3 និង G4**។	សូមមើល **ផ្នែក G4**។	សូមមើល **ផ្នែក G4**។	សូមមើល **ផ្នែក G5**។

G2. ករណីលើកលែងរបស់ Medicare ផ្នែក D

ប្រសិនបើយើងមិនរ៉ាប់រងឱសថតាមរបៀបដែលអ្នកចង់បាន អ្នកអាចស្នើសុំឱ្យយើងបង្កើត "ករណីលើកលែង"។ ប្រសិនបើយើងបដិសេធសំណើរបស់អ្នកសម្រាប់ករណីលើកលែង អ្នកអាចប្តឹងឧទ្ធរណ៍ចំពោះសេចក្តីសម្រេចរបស់យើងបាន។

នៅពេលអ្នកស្នើសុំករណីលើកលែង វេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក ឬអ្នកចេញបញ្ជាផ្សេងទៀត ត្រូវពន្យល់អំពីហេតុផលវេជ្ជសាស្ត្រ ថាតើហេតុអ្វីបានជាអ្នកត្រូវករណីលើកលែង។

> ការស្នើសុំការធានារ៉ាប់រងលើឱសថដែលមិនមាននៅក្នុងបញ្ជីឱសថរបស់យើង ឬសម្រាប់ការដកចេញការរឹតត្បិត លើឱសថ ជួនកាលត្រូវបានហៅថាការស្នើសុំ "**ករណីលើកលែងបញ្ជីឱសថ**"។

នេះគឺជាឧទាហរណ៍នៃករណីលើកលែងដែលរូបអ្នក ឬវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក ឬអ្នកចេញបញ្ជាដទៃទៀតអាចស្នើសុំយើងខ្ញុំឱ្យ៖

3. ការធានារ៉ាប់រងលើឱសថដែលមិនមាននៅក្នុងបញ្ជីឱសថរបស់យើង

- អ្នកមិនអាចទទួលបានករណីលើកលែងចំពោះចំនួនទឹកប្រាក់ដែលត្រូវបង់ប្រាក់រួមសម្រាប់ឱសថនោះទេ។

4. ការដកចេញការដាក់កំហិតសម្រាប់ឱសថដែលមានការរ៉ាប់រង

- បទបញ្ជាច្បាប់ ឬការដាក់កំហិតបន្ថែមអនុវត្តចំពោះឱសថជាក់លាក់មួយចំនួននៅក្នុងបញ្ជីឱសថរបស់យើង (សូមមើល **ជំពូកទី 5** នៃសៀវភៅណែនាំសមាជិក របស់អ្នកសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម)។
- បទបញ្ជា និងការដាក់កំហិតបន្ថែមសម្រាប់ឱសថមួយចំនួនរួមមាន៖
  - ត្រូវបានតម្រូវឱ្យប្រើកំណែឱសថទូទៅ ជាជាងឱសថមានម៉ាក។
  - ការទទួលបានការយល់ព្រមពីយើងជាមុនសិន មុនពេលយើងយល់ព្រមធានារ៉ាប់រងលើឱសថសម្រាប់អ្នក។ ពេលខ្លះគេហៅវាថា "ការអនុញ្ញាតជាមុន (PA)"។
  - ការតម្រូវឱ្យសាកល្បងប្រើឱសថផ្សេងជាមុនសិន មុនពេលយើងយល់ព្រមរ៉ាប់រងលើឱសថដែលអ្នកស្នើសុំ។ នេះជួនកាលគឺហៅថា "ការព្យាបាលជាជំហាន")។
  - កំរិតបរិមាណ។ សម្រាប់ឱសថមួយចំនួន មានការរឹតត្បិតលើបរិមាណឱសថដែលអ្នកអាចមាននោះ។
- ប្រសិនបើយើងយល់ព្រមចំពោះករណីលើកលែងសម្រាប់អ្នក ហើយដាក់ការរឹតត្បិតមួយដោយឡែក អ្នកអាចស្នើសុំករណីលើកលែងចំពោះចំនួនទឹកប្រាក់បង់រួមដែលអ្នកត្រូវបានតម្រូវឱ្យបង់។

G3. រឿងសំខាន់ៗដែលត្រូវដឹងអំពីការស្នើសុំករណីលើកលែង

វេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក ឬអ្នកចេញបញ្ជាផ្សេងទៀត ត្រូវតែប្រាប់យើងនូវហេតុផលវេជ្ជសាស្ត្រ។

វេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក ឬអ្នកចេញបញ្ជាផ្សេងទៀតត្រូវតែផ្តល់ឱ្យយើងខ្ញុំនូវសេចក្តីថ្លែងការណ៍ ដែលពន្យល់ពីហេតុផលវេជ្ជសាស្ត្រសម្រាប់ការស្នើសុំករណីលើកលែង។ សម្រាប់ការសម្រេចចិត្តលឿនជាងនេះ សូមបញ្ចូលព័ត៌មានវេជ្ជសាស្ត្រនេះពីវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក ឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាផ្សេងទៀត នៅពេលអ្នកស្នើសុំករណីលើកលែង។

ជារឿយៗ បញ្ជីឱសថរបស់យើងរួមបញ្ចូលទាំងឱសថច្រើនជាងមួយសម្រាប់ការព្យាបាលស្ថានភាពជាក់លាក់មួយ។ ឱសថទាំងនេះត្រូវបានគេហៅថា "ឱសថជំនួស"។ ប្រសិនបើឱសថជំនួសមានប្រសិទ្ធភាពដូចឱសថដែលអ្នកស្នើសុំ ហើយនឹងមិនបណ្តាលឱ្យមានផលប៉ះពាល់ ឬបញ្ហាសុខភាពផ្សេងទៀត ជាទូទៅយើងមិនយល់ព្រមលើសំណើលើកលែងរបស់អ្នកទេ។ ប្រសិនបើអ្នកស្នើសុំយើងសម្រាប់ករណីលើកលែងកម្រិតថ្នាក់ ជាទូទៅយើងមិនយល់ព្រមលើសំណើលើកលែងរបស់អ្នកទេ លុះត្រាតែឱសថជំនួសទាំងអស់នៅក្នុងកម្រិតនៃចំណែកនៃថ្លៃចូលរួមការចំណាយទាបមិនដំណើរការល្អសម្រាប់អ្នក ឬទំនងជាបណ្តាលឱ្យមានប្រតិកម្មមិនល្អ ឬគ្រោះថ្នាក់ផ្សេងទៀត។

យើងអាចនិយាយថា យល់ព្រមឬទេចំពោះសំណើរបស់អ្នក។

- ប្រសិនបើយើងនិយាយថា យល់ព្រម ចំពោះសំណើសុំករណីលើកលែងរបស់អ្នក តាមធម្មតាករណីលើកលែងមានរហូតដល់ចុងបញ្ចប់ឆ្នាំតាមប្រតិទិន។ នេះគឺពិតមែន លុះត្រាតែវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកបន្តចេញវេជ្ជបញ្ជាឱសថសម្រាប់អ្នក ហើយឱសថនោះនៅមានសុវត្ថិភាព និងមានប្រសិទ្ធិភាពជាបន្តទៀត សម្រាប់ការព្យាបាលលក្ខណៈជំងឺរបស់អ្នក។
- ប្រសិនបើយើងនិយាយថា ទេ ចំពោះសំណើលើកលែងរបស់អ្នក អ្នកអាចដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍បាន។ សូមមើលផ្នែក **G5** សម្រាប់ព័ត៌មានស្តីពីការដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ ប្រសិនបើយើងនិយាយថា ទេ។

វគ្គជាបន្ទាប់ទៅទៀតនេះ ប្រាប់អ្នកពីរបៀបស្នើសុំសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង រួមមានការអនុគ្រោះ។

G4. ការស្នើសុំសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង

- ស្នើសុំប្រភេទនៃសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងដែលអ្នកចង់បានតាមរយៈការទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-452-4413 (TTY: 711) សរសេរលិខិត ឬផ្ញើទូរសារមកយើង។ រូបអ្នក ឬអ្នកតំណាងរបស់អ្នក ឬវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក (ឬអ្នកចេញបញ្ជាផ្សេងទៀត) អាចធ្វើការនេះបាន។ សូមបញ្ចូលឈ្មោះរបស់អ្នក ព័ត៌មានទំនាក់ទំនង និងព័ត៌មានអំពីការទាមទារសំណង។
- រូបអ្នក ឬវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក (ឬអ្នកចេញបញ្ជាផ្សេងទៀត) ឬជនណាម្នាក់ដែលធ្វើការជំនួសអ្នក អាចស្នើសុំសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងបាន។ អ្នកក៏អាចមានមេធាវី ដើម្បីធ្វើការជំនួសអ្នកបានដែរ។

- សូមមើលផ្នែក **E3** ដើម្បីស្វែងយល់ពីរបៀបដាក់ឈ្មោះនរណាម្នាក់ឱ្យធ្វើជាអ្នកតំណាងរបស់អ្នក។
- អ្នកមិនបាច់ផ្តល់ការអនុញ្ញាតជាលាយលក្ខណ៍អក្សរទៅវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក ឬអ្នកចេញបញ្ជាផ្សេងទៀត ដើម្បីស្នើសុំសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងជំនួសអ្នកឡើយ។
- ប្រសិនបើអ្នកចង់ស្នើសុំយើងខ្ញុំឱ្យបង់សងអ្នកវិញសម្រាប់ឱសថ សូមមើល **ជំពូកទី 7** នៃសៀវភៅណែនាំសមាជិករបស់អ្នក។
- ប្រសិនបើអ្នកស្នើសុំករណីលើកលែង សូមផ្តល់ឱ្យយើងនូវ "សេចក្តីថ្លែងការណ៍គាំទ្រ"។ សេចក្តីថ្លែងការណ៍គាំទ្ររួមបញ្ចូល វេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក ឬហេតុផលវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាផ្សេងទៀតសម្រាប់សំណើលើកលែង។
- វេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក ឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាផ្សេងទៀតអាចទូរសារ ឬផ្ញើសេចក្តីថ្លែងការណ៍គាំទ្រមកយើងតាមប្រៃសណីយ៍។ ពួកគេក៏អាចប្រាប់យើងតាមទូរសព្ទ ហើយបន្ទាប់មកផ្ញើសេចក្តីថ្លែងការណ៍តាមទូរសារ ឬតាមប្រៃសណីយ៍។
- អ្នកអាចដាក់សំណើការកំណត់ការធានារ៉ាប់រងតាមប្រព័ន្ធអេឡិចត្រូនិកតាមរយៈវិបផតថលសមាជិកដែលមានសុវត្ថិភាពនៅ៖
  https://www.blueshieldca.com/bsca/bsc/wcm/connect/sites/sites_content_en/medicare/resources/request_exceptions/exceptions
  - ជ្រើសរើសទម្រង់បែបបទសមាជិក
  - ចាប់ផ្តើមសំណើការកំណត់ការធានារ៉ាប់រងតាមអនឡាញ
  - អ្នកអាចចាប់ផ្តើមដំណើរការដើម្បីទទួលបានការអនុញ្ញាតជាមុន ឬករណីលើកលែង។

ប្រសិនបើសុខភាពរបស់អ្នកត្រូវការវា ចូរស្នើសុំយើងខ្ញុំនូវ “ សេចក្តសម្រេចលើ ការធានារ៉ាប់រងរហ័ស”។

យើងនឹងប្រើ “ពេលវេលាកំណត់ស្តង់ដារ” លុះត្រាតែយើងយល់ព្រមប្រើ “ពេលវេលាកំណត់រហ័ស”។

- សេចក្តសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងស្តង់ដារ មានន័យថា យើងផ្តល់ចម្លើយជូនអ្នកក្នុងរយៈពេល 72 ម៉ោង បន្ទាប់ពីយើងទទួលសេចក្តីថ្លែងការណ៍ពីវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក។
- សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងស្តង់ដារ មានន័យថា យើងផ្តល់ចម្លើយជូនអ្នកក្នុងរយៈពេល 24 ម៉ោង បន្ទាប់ពីយើងទទួលសេចក្តីថ្លែងការណ៍ពីវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក។

"សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងរហ័ស" ត្រូវបានហៅថា **“ការកំណត់លើការធានារ៉ាប់រងពន្លឿន”**។

អ្នកអាចទទួលបានសេចក្តីសម្រេចលើ ការធានារ៉ាប់រង ប្រសិនបើ៖

- វាគឺសម្រាប់ឱសថដែលអ្នកមិនបានទទួល។ អ្នកមិនអាចទទួលបានសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងរហ័សបានទេ ប្រសិនបើអ្នកស្នើសុំឱ្យយើងខ្ញុំសងប្រាក់អ្នកវិញសម្រាប់ឱសថដែលអ្នកបានទិញរួចហើយ។
- សុខភាព ឬសមត្ថភាពក្នុងការបំពេញមុខងាររបស់អ្នកនឹងរងការខូចខាតយ៉ាងធ្ងន់ធ្ងរ ប្រសិនបើយើងប្រើកាលបរិច្ឆេទកំណត់ស្តង់ដារនោះ។

ប្រសិនបើវេជ្ជបណ្ឌិត ឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាផ្សេងទៀតរបស់អ្នកប្រាប់យើងថាសុខភាពរបស់អ្នកតម្រូវឱ្យមានសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងរហ័ស យើងយល់ព្រម ហើយផ្តល់ឱ្យអ្នក។ យើងផ្ញើលិខិតមួយច្បាប់ដែលប្រាប់អ្នក។

- បើអ្នកស្នើសុំសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងរហ័ស ដោយគ្មានការគាំទ្រពីវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកទេ យើងនឹងសម្រេចថាតើអ្នកអាចទទួលបានសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងរហ័សឬអត់។
- ប្រសិនបើយើងសម្រេចថាស្ថានភាពសុខភាពរបស់អ្នកមិនបំពេញតាមតម្រូវការសម្រាប់សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងរហ័សទេនោះ យើងនឹងប្រើកាលបរិច្ឆេទកំណត់ស្តង់ដារជំនួសវិញ។
  - យើងនឹងផ្ញើលិខិតជូនអ្នកដែលជម្រាបអ្នកថា យើងនឹងប្រើកាលបរិច្ឆេទកំណត់ស្តង់ដា។ លិខិតនេះក៏ប្រាប់អ្នកពីរបៀបដាក់បណ្តឹងតវ៉ាអំពីការសម្រេចចិត្តរបស់យើងផងដែរ។
  - អ្នកអាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងរហ័ស និងទទួលបានការឆ្លើយតបក្នុងរយៈពេល 24 ម៉ោង។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីការដាក់ពាក្យបណ្តឹងតវ៉ា រួមទាំងពាក្យបណ្តឹងតវ៉ារហ័ស សូមមើលផ្នែក **K**។

ពេលកំណត់សម្រាប់សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងរហ័ស

- ប្រសិនបើយើងពេលវេលាកំណត់រហ័ស យើងត្រូវតែផ្តល់ចម្លើយជូនអ្នកក្នុងរយៈពេល 24 ម៉ោង បន្ទាប់ពីយើងទទួលបានសំណើរបស់អ្នក។ ប្រសិនបើអ្នកស្នើសុំករណីលើកលែង យើងនឹងផ្តល់ចម្លើយដល់អ្នកក្នុងរយៈពេល 24 ម៉ោងបន្ទាប់ពីយើងទទួលបានសេចក្តីថ្លែងការណ៍គាំទ្រពីវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក។ យើងនឹងផ្តល់ចម្លើយជូណអ្នកយ៉ាងឆាប់រហ័ស ប្រសិនបើសុខភាពរបស់អ្នកត្រូវការវា។
- ប្រសិនបើយើងមិនបំពេញតាមកាលបរិច្ឆេទកំណត់នេះទេ យើងនឹងបញ្ជូនសំណើរបស់អ្នកទៅកម្រិត 2 នៃដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍សម្រាប់ការពិនិត្យឡើងវិញដោយ IRO។ សូមមើលផ្នែក **G6** សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2។
- ប្រសិនបើយើងនិយាយថា យល់ព្រម ចំពោះផ្នែកមួយ ឬទាំងអស់នៃសំណើរបស់អ្នក យើងផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវការធានារ៉ាប់រងក្នុងរយៈពេល 24 ម៉ោងបន្ទាប់ពីយើងទទួលបានសំណើរបស់អ្នក ឬសេចក្តីថ្លែងការណ៍គាំទ្រពីវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក។

- ប្រសិនបើយើងនិយាយថា ទេ ចំពោះផ្នែកមួយ ឬទាំងអស់នៃសំណើរបស់អ្នក យើងនឹងផ្ញើលិខិតមួយច្បាប់ដែលមានហេតុផលជូនអ្នក។ លិខិតនេះក៏ប្រាប់អ្នកពីរបៀបដែលអ្នកអាចដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ផងដែរ។

ពេលវេលាកំណត់សម្រាប់សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងស្តង់ដារអំពីឱសថដែលអ្នកមិនទាន់បានទទួលនៅឡើយ

- ប្រសិនបើយើងប្រើកាលបរិច្ឆេទកំណត់ស្តង់ដារ យើងត្រូវតែផ្តល់ចម្លើយដល់អ្នកក្នុងរយៈពេល 72 ម៉ោងបន្ទាប់ពីយើងទទួលបានសំណើរបស់អ្នក។ ប្រសិនបើអ្នកស្នើសុំករណីលើកលែង យើងនឹងផ្តល់ចម្លើយដល់អ្នកក្នុងរយៈពេល 72 ម៉ោងបន្ទាប់ពីយើងទទួលបានសេចក្តីថ្លែងការណ៍គាំទ្រពីវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក។ យើងនឹងផ្តល់ចម្លើយជូណអ្នកយ៉ាងឆាប់រហ័ស ប្រសិនបើសុខភាពរបស់អ្នកត្រូវការវា។
- ប្រសិនបើយើងមិនបំពេញតាមកាលបរិច្ឆេទកំណត់នេះទេ យើងនឹងបញ្ជូនសំណើរបស់អ្នកទៅកម្រិត 2 នៃដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍សម្រាប់ការពិនិត្យឡើងវិញដោយ IRO។
- ប្រសិនបើយើងនិយាយថា យល់ព្រមចំពោះផ្នែកមួយ ឬទាំងអស់នៃសំណើរបស់អ្នក យើងផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវការធានារ៉ាប់រងក្នុងរយៈពេល 72 ម៉ោងបន្ទាប់ពីយើងទទួលបានសំណើរបស់អ្នក ឬសេចក្តីថ្លែងការណ៍គាំទ្រពីវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកសម្រាប់ករណីលើកលែង។
- ប្រសិនបើយើងនិយាយថា ទេ ចំពោះផ្នែកមួយ ឬទាំងអស់នៃសំណើរបស់អ្នក យើងនឹងផ្ញើលិខិតមួយច្បាប់ដែលមានហេតុផលជូនអ្នក។ លិខិតនេះក៏ប្រាប់អ្នកពីរបៀបដែលអ្នកដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ផងដែរ។

ពេលវេលាកំណត់សម្រាប់សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងស្តង់ដារអំពីឱសថដែលអ្នកបានទិញរួចហើយ

- យើងត្រូវតែផ្តល់ចំឡើយរបស់យើងទៅឲ្យអ្នក ក្នុងពេល 14 ថ្ងៃតាមប្រក្រតិទិន បន្ទាប់ពីយើងទទួលសំណើរបស់អ្នក។
- ប្រសិនបើយើងមិនបំពេញតាមកាលបរិច្ឆេទកំណត់នេះទេ យើងនឹងបញ្ជូនសំណើរបស់អ្នកទៅកម្រិត 2 នៃដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍សម្រាប់ការពិនិត្យឡើងវិញដោយ IRO។
- ប្រសិនបើយើងនិយាយថា យល់ព្រម ចំពោះផ្នែកមួយ ឬទាំងអស់នៃសំណើរបស់អ្នក យើងនឹងសងអ្នកវិញក្នុងរយៈពេល 14 ថ្ងៃតាមប្រតិទិន។
- ប្រសិនបើយើងនិយាយថា ទេ ចំពោះផ្នែកមួយ ឬទាំងអស់នៃសំណើរបស់អ្នក យើងនឹងផ្ញើលិខិតមួយច្បាប់ដែលមានហេតុផលជូនអ្នក។ លិខិតនេះក៏ប្រាប់អ្នកពីរបៀបដែលអ្នកដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ផងដែរ។

G5. ការដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 1

> បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ចំពោះគម្រោងរបស់យើងអំពីសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងឱសថ Medicare ផ្នែក D ត្រូវបានគេហៅថាគម្រោង " **ការកំណត់ឡើងវិញ**"។

- ចាប់ផ្តើមបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ធម្មតា ឬរហ័សរបស់អ្នកដោយទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-452-4413 (TTY: 711) ចាប់ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ 8:00 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ សរសេរ ឬផ្ញើទូរសារមកយើងខ្ញុំ។ រូបអ្នក ឬអ្នកតំណាងរបស់អ្នក ឬវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក (ឬអ្នកចេញបញ្ជាផ្សេងទៀត) អាចធ្វើការនេះបាន។ សូមបញ្ជូលឈ្មោះរបស់អ្នក ព័ត៌មានទំនាក់ទំនង និងព័ត៌មានទាក់ទងនឹងបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក។
- អ្នកត្រូវតែស្នើសុំបណ្តឹឧទ្ធរណ៍ក្នុងពេល **65** ថ្ងៃតាម ប្រតិទិនចាប់តាំងពីកាលបរិច្ឆេទនៅលើសំបុត្រដែលយើងបានផ្ញើដើម្បីប្រាប់ អ្នកអំពីសេចក្តីសម្រេចរបស់យើង។
- ប្រសិនបើអ្នកខកខានពេលវេលាកំណត់ ហើយមានហេតុផលល្អសម្រាប់ការបាត់វា យើងអាចផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវពេលវេលាបន្ថែមទៀតដើម្បីធ្វើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក។ ឧទាហរណ៍នៃហេតុផលល្អគឺដូចជាអ្នកមានជំងឺធ្ងន់ធ្ងរ ឬយើងបានផ្តល់ព័ត៌មានខុសអំពីពេលវេលាកំណត់។ ពន្យល់ពីមូលហេតុដែលបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នកយឺតពេលនៅពេលអ្នកដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍នោះ។
- អ្នកមានសិទ្ធិស្នើសុំយើងខ្ញុំនូវច្បាប់ចម្លងនៃព័ត៌មានអំពីបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក។ អ្នក និងវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកក៏អាចផ្តល់ឱ្យយើងខ្ញុំនូវព័ត៌មានបន្ថែមដើម្បីគាំទ្របណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នកបានផងដែរ។

ប្រសិនបើសុខភាពរបស់អ្នកត្រូវការវា អ្នកអាចស្នើសុំបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍រហ័ស។

> បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍រហ័សក៏ត្រូវបានគេហៅថា "**ការសម្រេចឡើងវិញពន្លឿន**" ផងដែរ។

- ប្រសិនបើអ្នកប្តឹងឧទ្ធរណ៍ការលើការសម្រេចចិត្តដែលយើងបានធ្វើអំពីឱសថដែលអ្នកមិនបានទទួល អ្នក និងវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក ឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាផ្សេងទៀតសម្រេចចិត្តថាតើអ្នកត្រូវការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍រហ័សដែរឬទេ។
- តម្រូវការសម្រាប់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍រហ័សគឺដូចគ្នាទៅនឹងតម្រូវការសម្រាប់សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងរហ័ស។ សូមអាន **ផ្នែក G4** សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។

យើងពិចារណាលើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក ហើយផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវចម្លើយរបស់យើង។

- យើងពិនិត្យឡើងវិញនូវបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក ហើយពិនិត្យមើលដោយយកចិត្តទុកដាក់នូវព័ត៌មានទាំងអស់អំពីសំណើសុំធានារ៉ាប់រងរបស់។
- យើងពិនិត្យមើលថាតើយើងបានអនុវត្តតាមបទបញ្ជានៅពេលយើងនិយាយថា ទេ ចំពោះសំណើរបស់អ្នកដែរឬទេ។
- យើងអាចនឹង ទាក់ទងមកអ្នក ឬវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក ឬអ្នកចេញបញ្ជាផ្សេងទៀត ដើម្បីឲ្យបានព័ត៌មានថែមទៀត។

ពេលវេលាកំណត់សម្រាប់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍រហ័សនៅកម្រិត 1

- ប្រសិនបើយើងប្រើកាលកំណត់ឆាប់រហ័ស យើងត្រូវតែផ្តល់ចម្លើយជូនអ្នកក្នុងពេល **72** ម៉ោង បន្ទាប់ពីយើងទទួលបានបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក។
  - យើងនឹងផ្តល់ចម្លើយជូណអ្នកយ៉ាងឆាប់រហ័ស ប្រសិនបើសុខភាពរបស់អ្នកត្រូវការវា។
  - ប្រសិនបើយើងមិនផ្តល់ចម្លើយជូនអ្នកក្នុងពេល 72 ម៉ោងទេ យើងនឹងផ្ញើសំណើរបស់អ្នកទៅកម្រិតទី 2 នៃដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍។ បន្ទាប់មក IRO ពិនិត្យវាឡើងវិញ។ សូមមើលផ្នែក **G6** សម្រាប់ព័ត៌មានអំពីអង្គភាពត្រួតពិនិត្យ និងដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2។
- ប្រសិនបើយើងនិយាយថា យល់ព្រមចំពោះផ្នែកមួយ ឬទាំងអស់នៃសំណើរបស់អ្នក យើងត្រូវតែផ្តល់ការធានារ៉ាប់រងដែលយើងបានយល់ព្រមផ្តល់ក្នុងរយៈពេល 72 ម៉ោងបន្ទាប់ពីយើងទទួលបានបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក។
- ប្រសិនបើយើងនិយាយថា ទេ ចំពោះផ្នែកមួយ ឬទាំងអស់នៃសំណើរបស់អ្នក យើងនឹងផ្ញើលិខិតមួយច្បាប់ដែលពន្យល់ពីមូលហេតុ និងប្រាប់អ្នកពីរបៀបដែលអ្នកអាចដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍បាន។

ពេលវេលាកំណត់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ធម្មតានៅកម្រិតទី 1

- ប្រសិនបើយើងប្រើកាលបរិច្ឆេទកំណត់ស្តង់ដារ យើងត្រូវតែផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវចម្លើយរបស់យើងក្នុងរយៈ**ពេល 7** ថ្ងៃតាមប្រតិទិន បន្ទាប់ពីយើងទទួលបានបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នកសម្រាប់ឱសថដែលអ្នកមិនបានទទួល។
- យើងផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវការសម្រេចចិត្តរបស់យើងឱ្យបានឆាប់ជាងនេះ ប្រសិនបើអ្នកមិនបានទទួលឱសថ ហើយស្ថានភាពសុខភាពរបស់អ្នកតម្រូវឱ្យវា។ ប្រសិនបើអ្នកជឿជាក់ថាសុខភាពរបស់អ្នកត្រូវការវា ចូរស្នើសុំបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍រហ័ស។
  - ប្រសិនបើយើងមិនផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវការសម្រេចចិត្តក្នុងរយៈពេល 7 ថ្ងៃតាមប្រតិទិនទេ យើងត្រូវផ្ញើសំណើរបស់អ្នកទៅកម្រិត 2 នៃដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍។ បន្ទាប់មក IRO ពិនិត្យវាឡើងវិញ។ សូមមើលផ្នែក **G6** សម្រាប់ព័ត៌មានអំពីអង្គភាពត្រួតពិនិត្យ និងដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2។

ប្រសិនបើយើងនិយាយថា យល់ព្រម ចំពោះផ្នែកមួយ ឬទាំងអស់នៃសំណើរបស់អ្នក៖

- យើងត្រូវ ផ្តល់ជូនការធានារ៉ាប់រង ដែលយើងបានយល់ព្រមដើម្បីផ្តល់ជូនឱ្យបានរហ័សតាមដែលសុខភាពរបស់អ្នកត្រូវការ ប៉ុន្តែ មិនលើសពី **7** ថ្ងៃតាមប្រតិទិនបន្ទាប់ពីយើងទទួលបានបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក។
- យើងត្រូវតែផ្ញើការទូទាត់ទៅអ្នកសម្រាប់ឱសថដែលអ្នកបានទិញក្នុងរយៈពេល **30** ថ្ងៃតាមប្រតិទិនបន្ទាប់ពីយើងទទួលបានបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក។

ប្រសិនបើយើងនិយាយថា ទេ ចំពោះផ្នែកមួយ ឬទាំងអស់នៃសំណើរបស់អ្នក៖

- យើងផ្ញើជូនអ្នកនូវលិខិតដែលពន្យល់ពីមូលហេតុ និងប្រាប់អ្នកពីរបៀបដែលអ្នកអាចដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍បាន។
- យើងត្រូវតែផ្តល់ជូនអ្នកនូវចម្លើយរបស់យើងអំពីការបង់សងអ្នកវិញសម្រាប់ឱសថដែលអ្នកបានទិញ ក្នុងរយៈពេល **14** ថ្ងៃតាមប្រតិទិន បន្ទាប់ពីយើងទទួលបានបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក។
  - ប្រសិនបើយើងមិនផ្តល់ក្តីសម្រេចជូនអ្នកក្នុងពេល 14 ថ្ងៃតាមប្រតិទិន យើងនឹងផ្ញើសំណើរបស់អ្នកទៅកម្រិតទី 2 នៃដំណើរបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍។ បន្ទាប់មក IRO ពិនិត្យវាឡើងវិញ។ សូមមើលផ្នែក **G6** សម្រាប់ព័ត៌មានអំពីអង្គភាពត្រួតពិនិត្យ និងដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2។
- ប្រសិនបើយើងនិយាយថា យល់ព្រម ចំពោះផ្នែកមួយ ឬទាំងអស់នៃសំណើរបស់អ្នក យើងត្រូវតែបង់ប្រាក់ឱ្យអ្នកក្នុងរយៈពេល 30 ថ្ងៃតាមប្រតិទិន បន្ទាប់ពីយើងទទួលបានសំណើរបស់អ្នក។

- ប្រសិនបើយើងនិយាយថា ទេ ចំពោះផ្នែកមួយ ឬទាំងអស់នៃសំណើរបស់អ្នក យើងនឹងផ្ញើលិខិតមួយច្បាប់ដែលពន្យល់ពីមូលហេតុ និងប្រាប់អ្នកពីរបៀបដែលអ្នកអាចដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍បាន។

G6. ការដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2

ប្រសិនបើយើងនិយាយថា ទេ ចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 1 របស់អ្នក អ្នកអាចទទួលយកការសម្រេចចិត្តរបស់យើង ឬដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍មួយទៀត។ ប្រសិនបើអ្នកសម្រេចចិត្តដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍មួយផ្សេងទៀត នោះអ្នកប្រើនីតិវិធីបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2។ **IRO** ពិនិត្យឡើងវិញនូវការសម្រេចចិត្តរបស់យើងនៅពេលដែលយើងនិយាយថា ទេ ចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ដំបូងរបស់អ្នក។ អង្គភាពនេះសម្រេចថាតើយើងគួរផ្លាស់ប្តូរការសម្រេចចិត្តរបស់យើងដែរឬទេ។

> ឈ្មោះផ្លូវការសម្រាប់ "អង្គការត្រួតពិនិត្យឯករាជ្យ" (IRO) គឺ "**អង្គភាពត្រួតពិនិត្យឯករាជ្យ**" ជួនកាលហៅថា "**IRE**" ។

ដើម្បីដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 អ្នក អ្នកតំណាងរបស់អ្នក ឬវេជ្ជបណ្ឌិត ឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាផ្សេងទៀតរបស់អ្នកត្រូវតែទាក់ទង IRO ជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ ហើយស្នើសុំការពិនិត្យឡើងវិញនូវករណីរបស់អ្នក។

- ប្រសិនបើយើងនិយាយថា ទេ ចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 1 របស់អ្នក លិខិតដែលយើងផ្ញើជូនអ្នករួមបញ្ចូលទាំងការណែនាំអំពីរបៀបដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត **2** ជាមួយ IRO។ សេចក្តីណែនាំប្រាប់អ្នកដែលអាចដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 កាលបរិច្ឆេទកំណត់ដែលអ្នកត្រូវធ្វើតាម និងរបៀបទាក់ទងទៅអង្គការ។
- នៅពេលអ្នកដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ទៅ IRO យើងនឹងផ្ញើព័ត៌មានដែលយើងមានអំពីបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នកទៅអង្គការនេះ។ ព័ត៌មាននេះត្រូវបានគេហៅថា "ឯកសារសំណុំរឿង" របស់អ្នក។ អ្នកមានសិទ្ធិក្នុងការថតចម្លងឯកសារសំណុំរឿងរបស់អ្នកដោយឥតគិតថ្លៃ។ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយក្នុងការស្នើសុំច្បាប់ចម្លងអំពីឯកសារនៃករណីរបស់អ្នកដោយឥតគិតថ្លៃ សូមទូរសព្ទទៅលេខ 1-888-466-2219។
- អ្នកមានសិទ្ធិផ្តល់ព័ត៌មានបន្ថែមដល់ IRO ដើម្បីគាំទ្រលើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក។

IRO ពិនិត្យឡើងវិញនូវបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 នៃ Medicare ផ្នែក D របស់អ្នក ហើយផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវចម្លើយជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ។ សូមមើលផ្នែក **F4** សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពី IRO។

ពេលវេលាកំណត់សម្រាប់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍រហ័សនៅកម្រិតទី **2**

ប្រសិនបើសុខភាពរបស់អ្នកត្រូវការវា ចូរស្នើសុំ IRO នូវបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍រហ័ស។

- ប្រសិនបើពួកគេយល់ព្រមចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍រហ័ស ពួកគេត្រូវតែផ្តល់ចម្លើយដល់អ្នកក្នុងរយៈពេល **72** ម៉ោងបន្ទាប់ពីទទួលបានសំណើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក។
- ប្រសិនបើពួកគេនិយាយថា យល់ព្រម ចំពោះផ្នែកមួយ ឬទាំងអស់នៃសំណើរបស់អ្នក យើងត្រូវតែផ្តល់ការធានារ៉ាប់រងឱសថដែលបានយល់ព្រមក្នុងរយៈពេល**24** ម៉ោងបន្ទាប់ពីទទួលបានសេចក្តីសម្រេចរបស់ IRO។

ពេលវេលាកំណត់សម្រាប់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ធម្មតានៅកម្រិតទី **2**

ប្រសិនបើអ្នកមានបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ធម្មតានៅកម្រិត 2 IRO ត្រូវតែផ្តល់ចម្លើយដល់អ្នក៖

- ក្នុងរយៈពេល **7** ថ្ងៃតាមប្រតិទិន បន្ទាប់ពីពួកគេទទួលបានបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នកសម្រាប់ឱសថដែលអ្នកមិនបានទទួល។
- ក្នុងរយៈពេល **14** ថ្ងៃតាមប្រតិទិន បន្ទាប់ពីទទួលបានបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក សម្រាប់ការសងប្រាក់វិញលើឱសថដែលអ្នកបានទិញ។

ប្រសិនបើ IRO និយាយថា យល់ព្រម ចំពោះផ្នែកមួយ ឬទាំងអស់នៃសំណើរបស់អ្នក៖

- យើងត្រូវតែផ្តល់ការធានារ៉ាប់រងលើឱសថដែលបានយល់ព្រមក្នុងរយៈពេល **72** ម៉ោងបន្ទាប់ពីយើងទទួលបានសេចក្តីសម្រេចរបស់ IRO។
- យើងត្រូវតែបង់ប្រាក់ឱ្យអ្នកវិញសម្រាប់ឱសថដែលអ្នកបានទិញក្នុងរយៈពេល 30 ថ្ងៃតាមប្រតិទិន បន្ទាប់ពីយើងទទួលបានការសម្រេចចិត្តរបស់ IRO។
- ប្រសិនបើ IRO និយាយថា មិនព្រម ចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក វាមានន័យថាពួកគេយល់ស្របជាមួយនឹងសេចក្តីសម្រេចរបស់យើង ដែលមិនយល់ព្រមចំពោះសំណើរបស់អ្នក។ នេះត្រូវបានគេហៅថា "ការតម្កល់សេចក្តីសម្រេច" ឬ "ការបដិសេធបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក"។

ប្រសិនបើ IRO និយាយថា ទេ ចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 របស់អ្នក អ្នកមានសិទ្ធិក្នុងការប្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 3 ប្រសិនបើតម្លៃប្រាក់ដុល្លារនៃការធានារ៉ាប់រងឱសថដែលអ្នកស្នើសុំត្រូវនឹងតម្លៃប្រាក់ដុល្លារអប្បបរមា។ ប្រសិនបើតម្លៃប្រាក់ដុល្លារនៃការធានារ៉ាប់រងឱសថដែលអ្នកស្នើសុំគឺតិចជាងអប្បបរមាដែលអ្នកត្រូវការ អ្នកមិនអាចដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ផ្សេងទៀតបានទេ។ ក្នុងករណីនោះ ការសម្រេចលើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 គឺជាការសម្រេចចុងក្រោយ។ IRO ផ្ញើលិខិតមួយច្បាប់ដែលប្រាប់អ្នកពីតម្លៃប្រាក់ដុល្លារអប្បបរមាដែលត្រូវការដើម្បីបន្តទៅបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 3។

ប្រសិនបើតម្លៃប្រាក់ដុល្លារនៃសំណើរបស់អ្នកបំពេញតាមតម្រូវការ អ្នកជ្រើសរើសថាតើអ្នកចង់បន្តបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នកដែរឬទេ។

- មានកម្រិតបន្ថែមចំនួនបីនៅក្នុងដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍បន្ទាប់ពីកម្រិត 2។
- ប្រសិនបើ IRO និយាយថា ទេ ចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 របស់អ្នក ហើយអ្នកបំពេញតាមតម្រូវការក្នុងការបន្តដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ អ្នក៖
  - សម្រេចចិត្តថាតើអ្នកចង់ដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 3 ដែរឬទេ។
  - សូមមើលលិខិតដែល IRO បានផ្ញើជូនអ្នកបន្ទាប់ពីបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 របស់អ្នក សម្រាប់ព័ត៌មានលម្អិតអំពីរបៀបដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 3។

ALJ ឬមេធាវីកាត់សេចក្តីដោះស្រាយបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 3។ សូមមើលផ្នែក **J** សម្រាប់ព័ត៌មានអំពីបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 3, 4 និង 5។

H. ការស្នើសុំយើងខ្ញុំឱ្យធានារ៉ាប់រងការស្នាក់នៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យបានយូរ

នៅពេលអ្នកត្រូវបានអនុញ្ញាតឱ្យចូលទៅមន្ទីរពេទ្យ អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានសេវាទាំងអស់ពីមន្ទីរពេទ្យ ដែលយើងរ៉ាប់រង ដែលជាការចាំបាច់ ដើម្បីវិនិច្ឆ័យរោគ និងព្យាបាលជំងឺ ឬរបួសរបស់អ្នក។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីការធានារ៉ាប់រងនៅមន្ទីរពេទ្យនៃគម្រោងរបស់យើង សូមមើល **ជំពូកទី 4** នៃសៀវភៅណែនាំសមាជិករបស់អ្នក។

នៅក្នុងអំឡុងពេលអ្នកស្នាក់នៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យ វេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក និងបុគ្គលិកមន្ទីរពេទ្យ នឹងធ្វើការជាមួយនឹងអ្នក ដើម្បីរៀបចំសម្រាប់ថ្ងៃដែលអ្នកចេញពីមន្ទីរពេទ្យ។ ពួកគេក៏នឹងជួយរៀបចំការថែទាំដែលអ្នកអាចនឹងត្រូវការបន្ទាប់ពីអ្នកចេញផងដែរ។

- ថ្ងៃអ្នកត្រូវចេញពីមន្ទីរពេទ្យ គឺហៅថា "កាលបរិច្ឆេទឲ្យចេញ"។
- វេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក ឬបុគ្គលិកមន្ទីរពេទ្យ នឹងប្រាប់អ្នកពីថ្ងៃឲ្យអ្នកចេញនៅពេលណា។

ប្រសិនបើអ្នកគិតថាអ្នកត្រូវបានស្នើសុំឱ្យចាកចេញពីមន្ទីរពេទ្យឆាប់ពេក ឬអ្នកព្រួយបារម្ភអំពីការថែទាំរបស់អ្នកបន្ទាប់ពីអ្នកចាកចេញពីមន្ទីរពេទ្យ អ្នកអាចស្នើសុំការស្នាក់នៅមន្ទីរពេទ្យយូរជាងនេះ។ វគ្គនេះប្រាប់អ្នកពីរបៀបស្នើសុំ។

ទោះបីជាមានការប្តឹងឧទ្ធរណ៍ដែលបានពិភាក្សានៅក្នុងផ្នែក **H** នេះក៏ដោយ អ្នកក៏អាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងជាមួយ និងស្នើសុំឱ្យ DMHC ធ្វើការត្រួតពិនិត្យផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រឯករាជ្យ ដើម្បីបន្តការស្នាក់នៅមន្ទីរពេទ្យរបស់អ្នកផងដែរ។ សូមមើលផ្នែក **F4** ដើម្បីស្វែងយល់ពីរបៀបដាក់ពាក្យបណ្តឹងតវ៉ា និងស្នើសុំ DMHC សម្រាប់ការត្រួតពិនិត្យផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រឯករាជ្យ។ អ្នកអាចស្នើសុំការត្រួតពិនិត្យផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រឯករាជ្យបន្ថែមពីលើ ឬជំនួសឱ្យបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 3 បាន។

H1. ការស្វែងយល់អំពីសិទ្ធិ Medicare របស់អ្នក

ក្នុងរយៈពេលពីរថ្ងៃបន្ទាប់ពីអ្នកត្រូវបានបញ្ជូនទៅមន្ទីរពេទ្យ នរណាម្នាក់នៅមន្ទីរពេទ្យ ដូចជាគិលានុបដ្ឋាយិកា ឬបុគ្គលិកសំណុំរឿងនឹងផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវសេចក្តីជូនដំណឹងជាលាយលក្ខណ៍អក្សរដែលហៅថា "សារសំខាន់ពី Medicare អំពីសិទ្ធិរបស់អ្នក"។ មនុស្សគ្រប់គ្នាដែលមាន Medicare នឹងទទួលបានច្បាប់ចម្លងនៃសេចក្តីជូនដំណឹងនេះនៅពេលណាដែលពួកគេត្រូវបានអនុញ្ញាតឱ្យចូលមន្ទីរពេទ្យ។

ប្រសិនបើអ្នកមិនទទួលបានការជូនដំណឹងនោះទេ សូមសួរបុគ្គលិកមន្ទីរពេទ្យណាម្នាក់សម្រាប់រឿងនេះ។ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយ សូមទូរសព្ទទៅកាន់ផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជនតាមរយៈលេខនៅខាងក្រោមទំព័រ។អ្នកក៏អាចទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) បាន 24 ម៉ោងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃមួយសប្តាហ៍។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរតែទូរសព្ទទៅលេខ 1-877-486-2048។

- ចូរអានសេចក្តីជូនដំណឹង ដោយយកចិត្តទុកដាក ហើយសួរសំណួរប្រសិនបើអ្នកមិនយល់។ សេចក្តីជូនដំណឹងនេះប្រាប់អ្នកអំពីសិទ្ធិរបស់អ្នកក្នុងនាមជាអ្នកជំងឺនៅមន្ទីរពេទ្យ រួមទាំងសិទ្ធិរបស់អ្នកក្នុងការ៖
  - ទទួលបានសេវាដែលមានធានារ៉ាប់រងពី Medicare ក្នុងអំឡុងពេល និងក្រោយពេលស្នាក់នៅមន្ទីរពេទ្យរបស់អ្នក។ សិទ្ធិរបស់អ្នក ដើម្បីដឹងអំពីសេវាទាំងនេះមានអ្វីខ្លះ អ្នកណានឹងបង់ថ្លៃវា និងកន្លែងដែលអ្នកអាចទទួលវា។
  - ជាផ្នែកមួយនៃសេចក្តីសម្រេចណាមួយអំពីរយៈពេលនៃការស្នាក់នៅមន្ទីរពេទ្យរបស់អ្នក។
  - ដឹងពីកន្លែងដែលត្រូវរាយការណ៍ក្តីបារម្ភណាមួយដែលអ្នកមានអំពីគុណភាពនៃការថែទាំនៅមន្ទីរពេទ្យរបស់អ្នក។
  - ប្តឹងឧទ្ធរណ៍ប្រសិនបើអ្នកគិតថាអ្នកនឹងចេញពីមន្ទីរពេទ្យឆាប់ពេក។
- ចុះហត្ថលេខាលើសេចក្តីជូនដំណឹង ដើម្បីបង្ហាញថាអ្នកបានទទួលវា និងយល់អំពីសិទ្ធិរបស់អ្នក។
  - អ្នក ឬនរណាម្នាក់ដែលធ្វើសកម្មភាពជំនួសអ្នកអាចចុះហត្ថលេខាលើសេចក្តីជូនដំណឹងនេះបាន។
  - ការចុះហត្ថលេខាលើសេចក្តីជូនដំណឹងនេះ គ្រាន់តែ បង្ហាញថាអ្នកបានទទួលព័ត៌មានអំពីសិទ្ធិរបស់អ្នកប៉ុណ្ណោះ។ ការចុះហត្ថលេខាមិនមានន័យថាអ្នកយល់ព្រមនឹងកាលបរិច្ឆេទចាកចេញពីមន្ទីរពេទ្យដែលវេជ្ជបណ្ឌិត ឬបុគ្គលិកមន្ទីរពេទ្យបានប្រាប់អ្នកនោះទេ។
- សូមរក្សាទុកច្បាប់ចម្លង នៃសេចក្តីជូនដំណឹងដែលបានចុះហត្ថលេខា ដើម្បីឱ្យអ្នកមានព័ត៌មានប្របើសិនអ្នកត្រូវការវា។

ប្រសិនបើអ្នកចុះហត្ថលេខាលើសេចក្តីជូនដំណឹងនេះច្រើនជាងពីរថ្ងៃមុនថ្ងៃដែលអ្នកចាកចេញពីមន្ទីរពេទ្យ អ្នកនឹងទទួលបានច្បាប់ចម្លងមួយទៀតមុនពេលអ្នកចេញពីមន្ទីរពេទ្យ។

អ្នកអាចមើលច្បាប់ចម្លងនៃសេចក្តីជូនដំណឹងជាមុន ប្រសិនបើអ្នក៖

- សូមហៅទូរសព្ទទៅកាន់ផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជនតាមរយៈលេខនៅខាងក្រោមទំព័រ
- សូមទូរសព្ទទៅ Medicare តាមរយៈលេខ 1-800 MEDICARE (1800-633-4227) បាន 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរទូរសព្ទទៅកាន់លេខ 1-877-486-2048។
- ចូលទៅកាន់គេហទំព័រ www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices។

H2. ការដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 1

ប្រសិនបើអ្នកចង់ឱ្យយើងខ្ញុំធានារ៉ាប់រងសេវាមន្ទីរពេទ្យសម្រាប់អ្នកជំងឺសម្រាកក្នុងមន្ទីរពេទ្យសម្រាប់ពេលយូរជាង អ្នកត្រូវតែដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍។ អង្គការកែលម្អគុណភាព (QIO) ពិនិត្យឡើងវិញនូវបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 1 ដើម្បីស្វែងយល់ថាតើកាលបរិច្ឆេទចាកចេញពីមន្ទីរពេទ្យដែលបានគ្រោងទុករបស់អ្នកសមស្របតាមវេជ្ជសាស្ត្រសម្រាប់អ្នកដែរឬទេ។

QIO គឺជាក្រុមវេជ្ជបណ្ឌិត និងអ្នកមានវិជ្ជាជីវៈផ្នែកថែទាំសុខភាពផ្សេងទៀត ដែលបង់ប្រាក់ដោយរដ្ឋាភិបាលសហព័ន្ធ។ អ្នកជំនាញទាំងនេះពិនិត្យ និងជួយលើកកម្ពស់គុណភាពសម្រាប់អ្នកដែលមាន Medicare។ ពួកគេមិនមែនជាផ្នែកនៃគម្រោងរបស់យើងទេ។

នៅ California, QIO គឺ Livanta។ សូមហៅទូរសព្ទទៅពួកគេតាមរយៈលេខ (877) 588-1123 [TTY: (855) 887-6668]។ ព័ត៌មានទំនាក់ទំនងក៏មាននៅក្នុងសេចក្តីជូនដំណឹងផងដែរ "សារសំខាន់ពី Medicare អំពីសិទ្ធិរបស់អ្នក" និងនៅក្នុងជំពូកទី **2**។

ទូរសព្ទទៅ QIO មុនពេលអ្នកចាកចេញពីមន្ទីរពេទ្យ និងមិនលើសពីកាលបរិច្ឆេទចាកចេញដែលអ្នកបានគ្រោងទុកទេ។

- **ប្រសិនបើអ្នកទូរសព្ទមុនពេលអ្នកចាកចេញ** អ្នកអាចស្នាក់នៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យបន្ទាប់ពីកាលបរិច្ឆេទចាកចេញពីមន្ទីរពេទ្យដែលបានគ្រោងទុករបស់អ្នកដោយមិនចាំបាច់បង់ប្រាក់ខណៈពេលដែលអ្នករង់ចាំការសម្រេចចិត្តរបស់ QIO អំពីបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក។
- **បើអ្នកមិនទូរសព្ទទៅដើម្បីប្តឹងឧទ្ធរណ៍** ហើយអ្នកសម្រេចស្នាក់នៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យ បន្ទាប់ពីកាលបរិច្ឆេទឱ្យអ្នកចេញដែលបានគ្រោង អ្នកអាចនឹងត្រូវបង់ថ្លៃចំណាយទាំងអស់សម្រាប់ការថែទាំនៅមន្ទីរពេទ្យដែលអ្នកទទួលបន្ទាប់ពីកាលបរិច្ឆេទចាកចេញដែលបានគ្រោងទុករបស់អ្នក។

- ដោយសារតែការស្នាក់នៅមន្ទីរពេទ្យត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare និង Medi-Cal នោះប្រសិនបើអង្គភាពលើកកម្ពស់គុណភាពនឹងមិនស្តាប់ការស្នើសុំរបស់អ្នកដើម្បីបន្តការស្នាក់នៅមន្ទីរពេទ្យរបស់អ្នក ឬអ្នកជឿថា ស្ថានភាពរបស់អ្នកមានភាពបន្ទាន់ ពាក់ព័ន្ធនឹងការគំរាមកំហែងភ្លាមៗ និងធ្ងន់ធ្ងរដល់សុខភាពរបស់អ្នក ឬអ្នកស្ថិតក្នុងការឈឺចាប់ធ្ងន់ធ្ងរ អ្នកក៏អាចដាក់ពាក្យបណ្តឹង ឬស្នើសុំក្រសួងថែទាំសុខភាពក្រោមការគ្រប់គ្រងរបស់រដ្ឋ California (DMHC) សម្រាប់ការត្រួតពិនិត្យផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រឯករាជ្យ។ សូមមើលផ្នែក **F4** ដើម្បីស្វែងយល់ពីរបៀបដាក់ពាក្យបណ្តឹងតវ៉ា និងស្នើសុំ DMHC សម្រាប់ការត្រួតពិនិត្យផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រឯករាជ្យ។

ស្នើសុំជំនួយ បើអ្នកត្រូវការវា។ ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ ឬត្រូវការជំនួយនៅពេលណាក៏បាន៖

- សូមទូរសព្ទទៅកាន់ផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជនតាមរយៈលេខនៅខាងក្រោមទំព័រ។
- កម្មវិធីប្រឹក្សាយោបល់ និងការតស៊ូមតិផ្នែកធានារ៉ាប់រងសុខភាព (HICAP) តាមរយៈ
  លេខ 1-800-434-0222 (TTY:

ស្នើសុំការពិនិត្យឡើងវិញរហ័ស។ ចាត់បទបញ្ជាការឱ្យបានឆាប់រហ័ស ហើយទាក់ទង QIO ដើម្បីស្នើសុំការពិនិត្យឡើងវិញឆាប់រហ័សអំពីការចេញពីមន្ទីរពេទ្យរបស់អ្នក។

> ពាក្យច្បាប់ សម្រាប់ "**ការពិនិត្យឡើងវិញរហ័ស**" គឺ "**ការពិនិត្យឡើងវិញភ្លាមៗ**" ឬ "**ការពិនិត្យឡើងវិញពន្លឿន**"។

តើមានអ្វីកើតឡើងក្នុងអំឡុងពេលពិនិត្យឡើងវិញរហ័ស

- អ្នកត្រួតពិនិត្យនៅ QIO សួរអ្នក ឬអ្នកតំណាងរបស់អ្នកថាហេតុអ្វីបានជាអ្នកគិតថាការធានារ៉ាប់រងគួរតែបន្ត បន្ទាប់ពីបរិច្ឆេទចាកចេញពីមន្ទីរពេទ្យដែលបានគ្រោងទុកហើយនោះ។ អ្នកមិនតម្រូវឱ្យសរសេរសេចក្តីថ្លែងការណ៍ទេ ប៉ុន្តែអ្នកអាចសរសេរបាន។
- អ្នកត្រួតពិនិត្យមើលព័ត៌មានវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នក ពិភាក្សាជាមួយវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក និងពិនិត្យមើលព័ត៌មានដែលមន្ទីរពេទ្យ និងគម្រោងរបស់យើងបានផ្តល់ឱ្យពួកគេ។
- ត្រឹមថ្ងៃត្រង់នៃថ្ងៃបន្ទាប់ អ្នកត្រួតពិនិត្យប្រាប់គម្រោងរបស់យើងអំពីបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក អ្នកនឹងទទួលបានលិខិតមួយច្បាប់ដែលមានកាលបរិច្ឆេទចាកចេញដែលបានគ្រោងទុករបស់អ្នក។ លិខិតនេះក៏ផ្តល់មូលហេតុដែលវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក និងមន្ទីរពេទ្យ និងយើងគិតថានោះគឺជាកាលបរិច្ឆេទចាកចេញត្រឹមត្រូវដែលសមស្របតាមផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រសម្រាប់អ្នក។

ពាក្យច្បាប់សម្រាប់ការពន្យល់ជាជាលាយលក្ខណ៍អក្សរនេះគឺហៅថា **"សេចក្តីជូនដំណឹងលម្អិតអំពីការចាកចេញពីមន្ទីរពេទ្យ"**។ អ្នកអាចទទួលបានគំរូដោយទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជនតាមលេខដែលនៅផ្នែកខាងក្រោមទំព័រ ឬ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) បាន 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ (អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរតែទូរសព្ទទៅលេខ 1-877-486-2048)។ អ្នកក៏អាចមើលគំរូអំពីសេចក្តីជូនដំណឹងនៅលើអនឡាញតាមរយៈគេហទំព័រ www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices។

ក្នុងរយៈពេលពេញមួយថ្ងៃបន្ទាប់ពីទទួលបានព័ត៌មានទាំងអស់ដែលខ្លួនត្រូវការ QIO នឹងផ្តល់ចម្លើយរបស់ពួកគេដល់អ្នកចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក។

ប្រសិនបើ QIO និយាយថា យល់ព្រម ចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក៖

- យើងនឹងផ្តល់សេវាមន្ទីរពេទ្យសម្រាប់អ្នកជំងឺសម្រាកក្នុងមន្ទីរពេទ្យដែលមានធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកដរាបណាសេវាទាំងនោះមានភាពចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ។

ប្រសិនបើ QIO និយាយថា ទេ ចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក៖

- ពួកគេជឿជាក់ថាកាលបរិច្ឆេទចាកចេញដែលបានគ្រោងទុករបស់អ្នកគឺសមស្របតាមផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ។
- ការធានារ៉ាប់រងរបស់យើងចំពោះសេវាមន្ទីរពេទ្យសម្រាប់អ្នកជំងឺសម្រាកក្នុងមន្ទីរពេទ្យរបស់អ្នកនឹងបញ្ចប់នៅពេលថ្ងៃត្រង់នៃថ្ងៃបន្ទាប់ដែល QIO ផ្តល់ចម្លើយរបស់ពួកគេដល់អ្នកចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក។
- អ្នកអាចជាត្រូវបង់ថ្លៃពេញក្នុងការថែទាំនៅមន្ទីរពេទ្យដែលអ្នកទទួលបានបន្ទាប់ពីពេលថ្ងៃត្រង់នៅថ្ងៃបន្ទាប់ដែល QIO ផ្តល់ចម្លើយរបស់ពួកគេដល់អ្នកចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក។
- អ្នកអាចដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 ប្រសិនបើ QIO បដិសេធបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 1 របស់អ្នក ហើយ អ្នកបន្តស្នាក់នៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យបន្ទាប់ពីកាលបរិច្ឆេទចាកចេញដែលបានគ្រោងទុករបស់អ្នក។

H3. ការដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2

សម្រាប់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 អ្នកស្នើសុំ QIO ឱ្យពិនិត្យមើលម្តងទៀតនូវសេចក្តីសម្រេចចិត្តដែលពួកគេបានធ្វើលើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 1 របស់អ្នក។ សូមទូរសព្ទទៅពួកគេតាមរយៈ
លេខ (877) 588-1123 [TTY៖ (855) 887-6668]។

អ្នកត្រូវតែស្នើសុំការពិនិត្យឡើងវិញនេះ ក្នុងរយៈពេល **60** ថ្ងៃតាមប្រតិទិន បន្ទាប់ពីថ្ងៃដែល QIO និយាយថា ទេ ចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 1 របស់អ្នក។ អ្នកអាចស្នើសុំការពិនិត្យឡើងវិញនេះបាន លុះត្រាតែ អ្នកបន្តស្នាក់នៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យបន្ទាប់ពីកាលបរិច្ឆេទដែលការធានារ៉ាប់រងលើការថែទាំរបស់អ្នកបានបញ្ចប់។

អ្នកត្រួតពិនិត្យរបស់ QIO នឹង៖

- ពិនិត្យមើលព័ត៌មានទាំងអស់ដែលទាក់ទងនឹងបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នកដោយប្រុងប្រយ័ត្ន។
- ប្រាប់អ្នកនូវសេចក្តីសម្រេចរបស់ពួកគេអំពីបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 របស់អ្នកក្នុងរយៈពេល 14 ថ្ងៃ តាមប្រតិទិន បន្ទាប់ពីទទួលបានសំណើរបស់អ្នកសម្រាប់ការពិនិត្យមើលឡើងវិញជាលើកទីពីរ។

ប្រសិនបើ QIO និយាយថា យល់ព្រម ចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក៖

- យើងត្រូវតែសងប្រាក់ទៅអ្នកវិញសម្រាប់ ចំណែកនៃថ្លៃចូលរួមការចំណាយលើការថែទាំនៅមន្ទីរពេទ្យ របស់យើងចាប់ពីពេលថ្ងៃត្រង់នៅថ្ងៃបន្ទាប់នៃកាលបរិច្ឆេទរបស់ QIO បានបដិសេធបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ កម្រិតថ្នាក់ 1 របស់អ្នក។
- យើងនឹងផ្តល់សេវាមន្ទីរពេទ្យសម្រាប់អ្នកជំងឺសម្រាកក្នុងមន្ទីរពេទ្យដែលមានធានារ៉ាប់រងរបស់ អ្នក ដរាបណាសេវាទាំងនោះមានភាពចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ។

ប្រសិនបើ QIO និយាយថា ទេ ចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក៖

- ពួកគេយល់ស្របនឹងសេចក្តីសម្រេចរបស់ពួកគេអំពីបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 1 របស់អ្នក ហើយ នឹងមិនផ្លាស់ប្តូរវានោះទេ។
- ពួកគេផ្តល់ជូនអ្នកនូវលិខិតដែលប្រាប់អ្នកអំពីអ្វីដែលអ្នកអាចធ្វើបាន ប្រសិនបើអ្នកចង់បន្ត ដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ និងដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 3 នោះ។
- អ្នកក៏អាចដាក់បណ្តឹងតវ៉ាជាមួយ ឬស្នើសុំ DMHC សម្រាប់ការត្រួតពិនិត្យផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រឯករាជ្យ ដើម្បីបន្តការស្នាក់នៅមន្ទីរពេទ្យរបស់អ្នក។ សូមមើលផ្នែក **E4** ដើម្បីស្វែងយល់ពីរបៀបដាក់ពាក្យ បណ្តឹងតវ៉ា និងស្នើសុំ DMHC សម្រាប់ការត្រួតពិនិត្យផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រឯករាជ្យ។

ALJ ឬមេធាវីកាត់សេចក្តីដោះស្រាយបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 3។ សូមមើលផ្នែក **J**សម្រាប់ព័ត៌មានអំពីបណ្តឹង ឧទ្ធរណ៍កម្រិត 3, 4 និង 5។

I. ការស្នើសុំយើងខ្ញុំឱ្យបន្តធានារ៉ាប់រងលើសេវាវេជ្ជសាស្ត្រជាក់លាក់មួយចំនួន

ផ្នែកនេះពាក់ព័ន្ធតែអំពីសេវាបីប្រភេទដែលអ្នកអាចនឹងទទួលបាន៖

- សេវាថែទាំសុខភាពតាមផ្ទះ
- ការថែទាំដោយគិលានុបដ្ឋាយិកាជំនាញក្នុងមជ្ឈមណ្ឌលថែទាំសុខភាពជំនាញ **និង**
- ការថែទាំស្តារនីតិសម្បទាក្នុងនាមជាអ្នកជំងឺមិនស្នាក់ព្យាបាលនៅ CORF ដែលបានយល់ព្រមដោយ Medicare។ ជាធម្មតា វាមានន័យថាអ្នកនឹងទទួលបានការព្យាបាលសម្រាប់ជំងឺ ឬគ្រោះថ្នាក់ ឬអ្នកកំពុងសម្រាកឱ្យជាសះស្បើយពីការវះកាត់ចាំបាច់។

ជាមួយនឹងសេវាប្រភេទណាមួយក្នុងចំណោមសេវាទាំងបីនេះ អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានសេវាដែលមានធានារ៉ាប់រងលុះត្រាវេជ្ជបណ្ឌិតនិយាយថា អ្នកត្រូវការសេវានោះ។

នៅពេលយើងសម្រេចចិត្តក្នុងការបញ្ឈប់ការធានារ៉ាប់រងណាមួយទាំងនេះ យើងត្រូវតែប្រាប់អ្នក មុននឹងសេវារបស់អ្នកបញ្ចប់។ នៅពេលដែលការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកសម្រាប់សេវានោះបញ្ចប់ យើងនឹងបញ្ឈប់ការបង់ថ្លៃសម្រាប់សេវានោះ។

ប្រសិនបើអ្នកគិតថាយើងនឹងបញ្ចប់ការធានារ៉ាប់រងលើការថែទាំរបស់អ្នកឆាប់ពេក អ្នកអាចប្តឹងឧទ្ធរណ៍ចំពោះសេចក្តីសម្រេចរបស់យើងបាន។ វគ្គនេះប្រាប់អ្នក ពីរបៀបស្នើសុំតវ៉ា។

I1. ការជូនដំណឹងជាមុន មុនពេលការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកបញ្ចប់

យើងផ្ញើជូនអ្នកអំពីសេចក្តីជូនដំណឹងជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ ដែលអ្នកនឹងទទួលបានយ៉ាងហោចណាស់ពីរថ្ងៃមុនពេលយើងបញ្ឈប់ការបង់ថ្លៃសម្រាប់ការថែទាំរបស់អ្នក។ នេះត្រូវបានគេហៅថា "សេចក្តីជូនដំណឹងអំពីការមិនធានារ៉ាប់រងរបស់ Medicare"។ សេចក្តីជូនដំណឹងប្រាប់អ្នកពីកាលបរិច្ឆេទដែលយើងនឹងបញ្ឈប់ការធានារ៉ាប់រងលើការថែទាំរបស់អ្នក និងរបៀបប្តឹងឧទ្ធរណ៍ចំពោះសេចក្តីសម្រេចចិត្តរបស់យើង។

អ្នក ឬអ្នកតំណាងរបស់អ្នកគួរតែចុះហត្ថលេខាលើសេចក្តីជូនដំណឹងដើម្បីបង្ហាញថាអ្នកបានទទួលវា។ ការចុះហត្ថលេខាលើសេចក្តីជូនដំណឹងនេះ គ្រាន់តែ បង្ហាញថាអ្នកបានទទួលព័ត៌មានប៉ុណ្ណោះ។ ការចុះហត្ថលេខាមិនមានន័យថា អ្នកយល់ស្របនឹងសេចក្តីសម្រេចរបស់យើងទេ។

I2. ការដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 1

ប្រសិនបើអ្នកគិតថាយើងនឹងបញ្ចប់ការធានារ៉ាប់រងលើការថែទាំរបស់អ្នកឆាប់ពេក អ្នកអាចប្តឹងឧទ្ធរណ៍ចំពោះសេចក្តីសម្រេចចិត្តរបស់យើងបាន។ ផ្នែកនេះប្រាប់អ្នកអំពីដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 1 និងអ្វីដែលត្រូវធ្វើ។

- **បំពេញតាមពេលកំណត់។** កាលកំណត់គឺជាសារៈសំខាន់។ យល់ និងធ្វើតាមកាលបរិច្ឆេទកំណត់ដែលអនុវត្តចំពោះអ្វីដែលអ្នកត្រូវតែធ្វើ។ គម្រោងរបស់យើងក៏ត្រូវតែធ្វើតាមកាលបរិច្ឆេទកំណត់ផងដែរ។ ប្រសិនបើអ្នកគិតថាយើងមិនបំពេញតាមកាលបរិច្ឆេទកំណត់របស់យើងទេនោះ អ្នកអាចដាក់បណ្តឹងតវ៉ាបាន។ សូមមើល **ផ្នែក K** សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីការដាក់បណ្តឹងតវ៉ា។

- **ស្នើសុំជំនួយ បើអ្នកត្រូវការវា។** ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ ឬត្រូវការជំនួយនៅពេលណាក៏បាន៖
  - សូមទូរសព្ទទៅកាន់ផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជនតាមរយៈលេខនៅខាងក្រោមទំព័រ។
  - សូមទូរសព្ទទៅកាន់ HICAP តាមរយៈលេខ 1-800-434-0222។
- **សូមទាក់ទងទៅកាន់ QIO។**
  - សូមមើល **ផ្នែក H2** ឬមើល **ជំពូកទី 2** នៃ សៀវភៅណែនាំសមាជិក របស់អ្នកសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពី QIO និងរបៀបទាក់ទងពួកគេ។
  - ស្នើសុំពួកគេឱ្យពិនិត្យឡើងវិញអំពីបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក ហើយសម្រេចចិត្តថាតើត្រូវផ្លាស់ប្តូរសេចក្តីសម្រេចចិត្តរបស់គម្រោងរបស់យើងដែរឬទេ។
- ចាត់វិធានការឱ្យបានឆាប់រហ័ស ហើយស្នើសុំ "បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍តាមដានរហ័ស។ សាកសួរ QIO ថាតើវាសមស្របតាមផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដែលឱ្យយើងខ្ញុំបញ្ចប់ការធានារ៉ាប់រងលើសេវាវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នកដែរឬទេ។

កាលបរិច្ឆេទកំណត់របស់អ្នកសម្រាប់ការទាក់ទងអង្គការនេះ

- អ្នកត្រូវតែទាក់ទង QIO ដើម្បីចាប់ផ្តើមបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នកត្រឹមពេលថ្ងៃត្រង់នៃថ្ងៃមុនកាលបរិច្ឆេទមានប្រសិទ្ធភាពនៅលើ "សេចក្តីជូនដំណឹងអំពីការមិនធានារ៉ាប់រងរបស់ Medicare" ដែលយើងបានផ្ញើជូនអ្នក។
- ប្រសិនបើអង្គការកែលម្អគុណភាពនឹងមិនស្តាប់ការស្នើសុំរបស់អ្នក ដើម្បីបន្តការធានារ៉ាប់រងរបស់សេវាថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក ឬអ្នកជឿថាស្ថានភាពរបស់អ្នកមានភាពបន្ទាន់ ឬពាក់ព័ន្ធនឹងការគំរាមកំហែងភ្លាមៗ និងធ្ងន់ធ្ងរដល់សុខភាពរបស់អ្នក ឬអ្នកស្ថិតក្នុងការឈឺចាប់ធ្ងន់ធ្ងរ អ្នកក៏អាចដាក់បណ្តឹងតវ៉ា ឬស្នើសុំក្រសួងថែទាំសុខភាពក្រោមការគ្រប់គ្រងរដ្ឋ California (DMHC) សម្រាប់ការត្រួតពិនិត្យផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រឯករាជ្យ។ សូមមើលផ្នែក **F4** ដើម្បីស្វែងយល់ពីរបៀបដាក់ពាក្យបណ្តឹងតវ៉ា និងស្នើសុំ DMHC សម្រាប់ការត្រួតពិនិត្យផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រឯករាជ្យ។

ពាក្យច្បាប់សម្រាប់លិខិតជូនដំណឹងលាយលក្ខណ៍អក្សរ គឺជា **"សេចក្តីជូនដំណឹងស្តីពីការមិនធានារ៉ាប់រងរបស់ Medicare"**។ ដើម្បីទទួលបានច្បាប់ចម្លងគំរូ សូមទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជនតាមលេខដែលនៅផ្នែកខាងក្រោមទំព័រ ឬទូរសព្ទទៅកាន់ Medicare តាមលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) បាន 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរទូរសព្ទទៅកាន់លេខ 1-877-486-2048។ ឬទទួលបានច្បាប់ចម្លងនៅលើអនឡាញតាមរយ www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/FFS-Expedited-Determination-Notices ។

តើមានអ្វីកើតឡើងក្នុងអំឡុងពេលបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍តាមដានរហ័ស

- អ្នកត្រួតពិនិត្យនៅ QIO សួរអ្នក ឬតំណាងរបស់អ្នកអំពីមូលហេតុដែលអ្នកគិតថាការធានារ៉ាប់រងគួរតែបន្ត។ អ្នកមិនតម្រូវឱ្យសរសេរសេចក្តីថ្លែងការណ៍ទេ ប៉ុន្តែអ្នកអាចសរសេរបាន។
- អ្នកត្រួតពិនិត្យមើលព័ត៌មានវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នក ពិភាក្សាជាមួយវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក និងពិនិត្យមើលព័ត៌មានដែលគម្រោងរបស់យើងបានផ្តល់ឱ្យពួកគេ។
- គម្រោងរបស់យើងក៏ផ្ញើសេចក្តីជូនដំណឹងជាលាយលក្ខណ៍អក្សរដល់អ្នកដែលពន្យល់អំពីហេតុផលរបស់យើងសម្រាប់ការបញ្ចប់ការធានារ៉ាប់រងលើសេវារបស់អ្នក។ អ្នកទទួលបានសេចក្តីជូនដំណឹងនៅចុងបញ្ចប់នៃថ្ងៃដែលអ្នកត្រួតពិនិត្យជូនដំណឹងដល់យើងខ្ញុំអំពីបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក។

ពាក្យច្បាប់សម្រាប់ការពន្យល់អំពីសេចក្តីជូនដំណឹងគឺ **"ការពន្យល់លម្អិតនៃការមិនធានារ៉ាប់រង"**។

- អ្នកត្រួតពិនិត្យនឹងផ្តល់ការសម្រេចរបស់ពួកគេក្នុងរយៈពេលមួយថ្ងៃពេញ បន្ទាប់ពីការទទួលបានព័ត៌មានទាំងអស់ដែលពួកគេត្រូវការ។

ប្រសិនបើ QIO និយាយថា យល់ព្រម ចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក៖

- យើងនឹងផ្តល់សេវាដែលមានធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នក ដរាបណាសេវាទាំងនោះមានភាពចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ។

ប្រសិនបើ QIO និយាយថា ទេ ចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក៖

- ការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកបញ្ចប់នៅកាលបរិច្ឆេទដែលយើងបានជម្រាបដល់អ្នក។
- យើងឈប់បង់ថ្លៃចំណាយការថែទាំនេះត្រឹមកាលបរិច្ឆេទក្នុងសេចក្តីជូនដំណឹង។

- អ្នកបង់ថ្លៃពេញលើការថែទាំនេះដោយខ្លួនឯង ប្រសិនបើអ្នកសម្រេចចិត្តបន្តសេវាថែទាំសុខភាពតាមផ្ទះ មជ្ឈមណ្ឌលថែទាំសុខភាពជំនាញ ឬ CORF បន្ទាប់ពីកាលបរិច្ឆេទដែលការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកបញ្ចប់
- អ្នកសម្រេចចិត្តថាតើអ្នកចង់បន្តសេវាទាំងនេះ ហើយដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 ដែរឬទេ។

I3. ការដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2

សម្រាប់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 អ្នកស្នើសុំ QIO ឱ្យពិនិត្យមើលម្តងទៀតនូវសេចក្តីសម្រេចចិត្តដែលពួកគេបានធ្វើលើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 1 របស់អ្នក។ សូមទូរសព្ទទៅពួកគេតាមរយៈ
លេខ (877) 588-1123 [TTY៖ (855) 887-6668]។

អ្នកត្រូវតែស្នើសុំការពិនិត្យឡើងវិញនេះ ក្នុងរយៈពេល **60** ថ្ងៃតាមប្រតិទិន បន្ទាប់ពីថ្ងៃដែល QIO និយាយថា ទេ ចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 1 របស់អ្នក។ អ្នកអាចស្នើសុំការពិនិត្យឡើងវិញនេះបាន លុះត្រាតែ អ្នកបន្តការថែទាំ បន្ទាប់ពីកាលបរិច្ឆេទដែលការធានារ៉ាប់រងលើការថែទាំរបស់អ្នកបានបញ្ចប់។

អ្នកត្រួតពិនិត្យរបស់ QIO នឹង៖

- ពិនិត្យមើលព័ត៌មានទាំងអស់ដែលទាក់ទងនឹងបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នកដោយប្រុងប្រយ័ត្ន។
- ប្រាប់អ្នកនូវសេចក្តីសម្រេចរបស់ពួកគេអំពីបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 របស់អ្នកក្នុងរយៈពេល 14 ថ្ងៃតាមប្រតិទិន បន្ទាប់ពីទទួលបានសំណើរបស់អ្នកសម្រាប់ការពិនិត្យមើលឡើងវិញជាលើកទីពីរ។

ប្រសិនបើ QIO និយាយថា យល់ព្រម ចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក៖

- យើងសងប្រាក់ទៅអ្នកវិញសម្រាប់ ចំណែកនៃថ្លៃចូលរួមការចំណាយការថែទាំរបស់យើងដែលអ្នកបានទទួលចាប់ពីកាលបរិច្ឆេទដែលយើងបាននិយាយថាកា រធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកនឹងបញ្ចប់។
- យើងនឹងផ្តល់ការធានារ៉ាប់រង សម្រាប់ការថែទាំ ដរាបណាវាចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ។

ប្រសិនបើ QIO និយាយថា ទេ ចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក៖

- ពួកគេយល់ស្របនឹងសេចក្តីសម្រេចរបស់យើងក្នុងការបញ្ចប់ការថែទាំរបស់អ្នក ហើយនឹងមិនផ្លាស់ប្តូរវានោះទេ។
- ពួកគេផ្តល់ជូនអ្នកនូវលិខិតដែលប្រាប់អ្នកអំពីអ្វីដែលអ្នកអាចធ្វើបាន ប្រសិនបើអ្នកចង់បន្តដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ និងដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 3 នោះ។
- អ្នកអាចដាក់បណ្តឹងតវ៉ាជាមួយ និងស្នើសុំ DMHC សម្រាប់ការត្រួតពិនិត្យផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រឯករាជ្យដើម្បីបន្តការធានារ៉ាប់រងរបស់សេវាថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក។ សូមមើលផ្នែក **F4** ដើម្បីស្វែងយល់អំពីរបៀប

ស្នើសុំ DMHC សម្រាប់ការត្រួតពិនិត្យផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រឯករាជ្យ។ អ្នកអាចដាក់បណ្តឹងតវ៉ាជាមួយ និងស្នើសុំ DMHC សម្រាប់ការត្រួតពិនិត្យផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រឯករាជ្យបន្ថែមពីលើ ឬជំនួសឱ្យបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 3 បាន។

ALJ ឬមេធាវីកាត់សេចក្តីដោះស្រាយបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 3។ សូមមើលផ្នែក **J** សម្រាប់ព័ត៌មានអំពីបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 3, 4 និង 5។

J. ការទទួលយកបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍លើសពីកម្រិត 2

J1. ជំហានបន្ទាប់ទៀតសម្រាប់សេវា និងទំនិញរបស់ Medicare

ប្រសិនបើអ្នកបានដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 1 និងកម្រិត 2 សម្រាប់សេវា ឬទំនិញរបស់ Medicare ហើយបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ទាំងពីររបស់អ្នកត្រូវបានបដិសេធ អ្នកអាចមានសិទ្ធិដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិតផ្សេងបន្ថែមទៀត។

ប្រសិនបើតម្លៃគិតជាប្រាក់ដុល្លារនៃសេវា ឬទំនិញរបស់ Medicare ដែលអ្នកបានប្តឹងឧទ្ធរណ៍មិនបំពេញតាមចំនួនគិតជាប្រាក់ដុល្លារអប្បបរមាជាក់លាក់ទេនោះ អ្នកមិនអាចប្តឹងឧទ្ធរណ៍បន្ថែមទៀតបានទេ។ ប្រសិនបើតម្លៃគិតជាប្រាក់ដុល្លារខ្ពស់គ្រប់គ្រាន់ អ្នកអាចបន្តដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍បាន។ លិខិតដែលអ្នកទទួលបានពី IRO សម្រាប់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 របស់អ្នកពន្យល់អំពីអ្នកដែលត្រូវទាក់ទង និងអ្វីដែលត្រូវធ្វើដើម្បីស្នើសុំបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 3។

បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 3

កម្រិត 3 នៃដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍គឺជាសវនាការ ALJ។ បុគ្គលដែលធ្វើសេចក្តីសម្រេចចិត្តគឺជា ALJ ឬមេធាវីកាត់សេចក្តីដែលធ្វើការឱ្យរដ្ឋាភិបាលសហព័ន្ធ។

ប្រសិនបើ ALJ ឬមេធាវីកាត់សេចក្តីនិយាយថា យល់ព្រម ចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក យើងមានសិទ្ធិប្តឹងឧទ្ធរណ៍ចំពោះសេចក្តីសម្រេចកម្រិត 3 ដែលអំណោយផលដល់អ្នក។

- ប្រសិនបើយើងសម្រេចចិត្ត ប្តឹងឧទ្ធរណ៍ ចំពោះសេចក្តីសម្រេចនោះ យើងធ្វើច្បាប់ចម្លងជូនអ្នកអំពីសំណើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 4 ជាមួយនឹងឯកសារដែលភ្ជាប់មកជាមួយ។ យើងអាចរង់ចាំសេចក្តីសម្រេចអំពីបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 4 មុនពេលអនុញ្ញាត ឬផ្តល់សេវាដែលមានជម្លោះ។
- ប្រសិនបើយើងសម្រេចចិត្ត មិនប្តឹងឧទ្ធរណ៍ ចំពោះសេចក្តីសម្រេចនោះ យើងត្រូវតែអនុញ្ញាត ឬផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវសេវាក្នុងរយៈពេល 60 ថ្ងៃតាមប្រតិទិន បន្ទាប់ពីទទួលបានសេចក្តីសម្រេចចិត្តរបស់ ALJ ឬមេធាវីកាត់សេចក្តី។
    - ប្រសិនបើ ALJ ឬមេធាវីកាត់សេចក្តីនិយាយថា ទេ ចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក ដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍អាចជាមិនបញ្ចប់ទេ។

- ប្រសិនបើអ្នកសម្រេចចិត្ត ទទួលយក សេចក្តីសម្រេចនេះ ដែលបដិសេធបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក ដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ត្រូវបានបញ្ចប់។
- ប្រសិនបើអ្នកសម្រេចចិត្ត មិនទទួលយក សេចក្តីសម្រេចនេះដែលបដិសេធបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក អ្នកអាចបន្តទៅកម្រិតបន្ទាប់នៃដំណើរការត្រួតពិនិត្យបាន។ សេចក្តីជូនដំណឹងដែលអ្នកទទួលបាននឹងប្រាប់អ្នកអំពីអ្វីដែលត្រូវធ្វើសម្រាប់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 4។

បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 4

ក្រុមប្រឹក្សាបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់ Medicare (ក្រុមប្រឹក្សា) ពិនិត្យមើលឡើងវិញអំពីបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក ហើយផ្តល់ចម្លើយដល់អ្នក។ ក្រុមប្រឹក្សាគឺជាផ្នែកមួយរបស់រដ្ឋាភិបាលសហព័ន្ធ។

ប្រសិនបើក្រុមប្រឹក្សានិយាយថា យល់ព្រម ចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 4 របស់អ្នក ឬបដិសេធសំណើរបស់យើង ដើម្បីពិនិត្យឡើងវិញនូវសេចក្តីសម្រេចរបស់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 3 ដែលអំណោយផលដល់អ្នក យើងមានសិទ្ធិប្តឹងឧទ្ធរណ៍ទៅកម្រិត 5 ទៀត។

- ប្រសិនបើយើងសម្រេចចិត្ត ប្តឹងឧទ្ធរណ៍ ចំពោះសេចក្តីសម្រេចនោះ យើងនឹងប្រាប់អ្នកជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ។
- ប្រសិនបើយើងសម្រេចចិត្ត មិនប្តឹងឧទ្ធរណ៍ ចំពោះសេចក្តីសម្រេចនោះ យើងត្រូវតែអនុញ្ញាត ឬផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវសេវាក្នុងរយៈពេល 60 ថ្ងៃតាមប្រតិទិន បន្ទាប់ពីទទួលបានសេចក្តីសម្រេចចិត្តរបស់ក្រុមប្រឹក្សា។

ប្រសិនបើក្រុមប្រឹក្សានិយាយថា ទេ ឬបដិសេធសំណើពិនិត្យឡើងវិញរបស់យើង ដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍អាចជាមិនបញ្ចប់ទេ។

- ប្រសិនបើអ្នកសម្រេចចិត្ត ទទួលយក សេចក្តីសម្រេចនេះ ដែលបដិសេធបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក ដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ត្រូវបានបញ្ចប់។
- ប្រសិនបើអ្នកសម្រេចចិត្ត មិនទទួលយក សេចក្តីសម្រេចនេះដែលបដិសេធបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក អ្នកប្រហែលជាអាចបន្តទៅកម្រិតបន្ទាប់នៃដំណើរការពិនិត្យឡើងវិញបាន។ សេចក្តីជូនដំណឹងដែលអ្នកទទួលបាននឹងប្រាប់អ្នក ប្រសិនបើអ្នកអាចបន្តទៅបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 5 និងអ្វីដែលត្រូវធ្វើ។

បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 5

- ចៅក្រមនៃតុលាការមណ្ឌលសហព័ន្ធនឹងពិនិត្យឡើងវិញនូវបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក និងព័ត៌មានទាំងអស់ ហើយសម្រេចចិត្ត យល់ព្រម ឬ ទេ។ នេះគឺជាការសេចក្តីសម្រេចចុងក្រោយ។ មិនមានកម្រិតបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ផ្សេងទៀតក្រៅពីតុលាការមណ្ឌលសហព័ន្ធទេ។

J2. បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់ Medi-Cal បន្ថែម

អ្នកក៏មានសិទ្ធិប្តឹងឧទ្ធរណ៍ផ្សេងទៀតផងដែរ ប្រសិនបើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នកទាក់ទងនឹងសេវា ឬទំនិញដែល Medi-Cal ធានារ៉ាប់រងជាធម្មតានោះ។ លិខិតដែលអ្នកទទួលបានពីផ្នែកសវនាការរដ្ឋនឹងប្រាប់អ្នកអំពីអ្វីដែលត្រូវធ្វើប្រសិនបើអ្នកចង់បន្តដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍នោះ។ ប្រសិនបើអ្នកមិនយល់ស្របនឹងសេចក្តីសម្រេចរបស់សវនាការរដ្ឋទេនោះ ហើយអ្នកចង់ឱ្យចៅក្រមម្នាក់ទៀតពិនិត្យវាឡើងវិញ អ្នកអាចស្នើសុំឱ្យមានសវនាការសាជាថ្មី និង/ឬស្វែងរកការពិនិត្យឡើងវិញរបស់តុលាការបាន។

ដើម្បីស្នើសុំសវនាការសាថ្មី សូមផ្ញើសំណើជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ (លិខិត) ទៅកាន់៖

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

លិខិតនេះត្រូវតែផ្ញើក្នុងរយៈពេល 30 ថ្ងៃ បន្ទាប់ពីអ្នកទទួលបានសេចក្តីសម្រេចរបស់អ្នក។ កាលបរិច្ឆេទកំណត់នេះអាចត្រូវបានពន្យាររហូតដល់ 180 ថ្ងៃ ប្រសិនបើអ្នកមានមូលហេតុសមស្របសម្រាប់ការយឺតយ៉ាវ។

នៅក្នុងសំណើសវនាការសារជាថ្មីរបស់អ្នក សូមបញ្ជាក់ពីកាលបរិច្ឆេទដែលអ្នកបានទទួលសេចក្តីសម្រេចរបស់អ្នក និងមូលហេតុដែលគួរតែផ្តល់សវនាការសារជាថ្មី។ បើអ្នកចង់បង្ហាញភស្តុតាងបន្ថែម ត្រូវរៀបរាប់ភស្តុតាងបន្ថែម និងពន្យល់មូលហេតុដែលវាមិនបានបង្ហាញពីមុន និងរបៀបវានឹងផ្លាស់ប្តូរការសម្រេច។ អ្នកអាចនឹងទាក់ទងសេវាផ្នែកច្បាប់ដើម្បីសុំជំនួយ។

ដើម្បីស្នើសុំការពិនិត្យឡើងវិញរបស់តុលាការ អ្នកត្រូវតែដាក់ញត្តិទៅកាន់តុលាការជាន់ខ្ពស់ (ក្រោមក្រមនីតិវិធីរដ្ឋប្បវេណីផ្នែក 1094.5) ក្នុងរយៈពេលមួយឆ្នាំ បន្ទាប់ពីទទួលបានសេចក្តីសម្រេចរបស់អ្នក។ ប្តឹងញ្ញត្តិរបស់អ្នកក្នុងតុលាការជាន់ខ្ពស់ សម្រាប់ខោនធីដែលមានឈ្មោះនៅក្នុងការសម្រេចរបស់អ្នក។ អ្នកអាចនឹងប្តឹងញ្ញត្តិនេះដោយមិនបាច់ស្នើសុំសវនាការសាថ្មីទេ។ មិនត្រូវការថ្លៃឈ្នួល សម្រាប់ការប្តឹងទេ។ អ្នកអាចនឹងមានសិទ្ធិទទួលថ្លៃឈ្នួល និងតម្លៃសមហេតុផលរបស់មេធាវី បើសិន តុលាការចេញការសម្រេចផ្តាច់ព្រ័ត្តកាត់ឲ្យអ្នកត្រូវ។ បើសវនាការសាថ្មីត្រូវបានស្តាប់ ហើយអ្នកមិនយល់ស្របជាមួយនឹងការសម្រេច ចេញពីសវនាការសាថ្មីទេ អ្នកអាចនឹង ស្វែងរកការពិនិត្យពិច័យដោយតុលាការ ប៉ុន្តែអ្នកមិនអាចស្នើសុំសវនាការសាថ្មីមួយទៀតបានឡើយ។

J3. បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 3 កម្រិត 4 និងកម្រិត 5 សម្រាប់ការស្នើសុំឱ្យសង Medicare ផ្នែក D

ផ្នែកនេះអាចសមស្របសម្រាប់អ្នក ប្រសិនបើអ្នកបានដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 1 និងបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 ហើយបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ទាំងពីររបស់អ្នកត្រូវបានបដិសេធនោះ។

ប្រសិនបើតម្លៃឱ្យសងដែលអ្នកបានប្តឹងឧទ្ធរណ៍បំពេញតាមចំនួនទឹកប្រាក់គិតជាប្រាក់ដុល្លារជាក់លាក់មួយ អ្នកប្រហែលជាអាចបន្តទៅកម្រិតនៃបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍បន្ថែមទៀត។ ការឆ្លើយតបជាលាយលក្ខណ៍អក្សរដែលអ្នក

ទទួលបានចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 របស់អ្នកពន្យល់អំពីអ្នកដែលត្រូវទាក់ទង និងអ្វីដែលត្រូវធ្វើដើម្បីស្នើសុំបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 3។

បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 3

កម្រិត 3 នៃដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍គឺជាសវនាការ ALJ។ បុគ្គលដែលធ្វើសេចក្តីសម្រេចចិត្តគឺជា ALJ ឬមេធាវីកាត់សេចក្តីដែលធ្វើការឱ្យរដ្ឋាភិបាលសហព័ន្ធ។

ប្រសិនបើ ALJ ឬមេធាវីកាត់សេចក្តីនិយាយថា យល់ព្រម ចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក៖

- ដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ត្រូវបានបញ្ចប់។
- យើងត្រូវតែអនុញ្ញាត ឬផ្តល់ការធានារ៉ាប់រងលើឱសថដែលបានយល់ព្រមក្នុងរយៈពេល 72 ម៉ោង (ឬ 24 ម៉ោងសម្រាប់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ពន្លឿន) ឬធ្វើការទូទាត់មិនលើសពី 30 ថ្ងៃតាមប្រតិទិនបន្ទាប់ពីយើងទទួលបានសេចក្តីសម្រេច។

ប្រសិនបើ ALJ ឬមេធាវីកាត់សេចក្តីនិយាយថា ទេ ចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក ដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍អាចជាមិនបញ្ចប់ទេ។

- ប្រសិនបើអ្នកសម្រេចចិត្ត ទទួលយក សេចក្តីសម្រេចនេះ ដែលបដិសេធបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក ដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ត្រូវបានបញ្ចប់។
- ប្រសិនបើអ្នកសម្រេចចិត្ត មិនទទួលយក សេចក្តីសម្រេចនេះដែលបដិសេធបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក អ្នកអាចបន្តទៅកម្រិតបន្ទាប់នៃដំណើរការត្រួតពិនិត្យបាន។ សេចក្តីជូនដំណឹងដែលអ្នកទទួលបាននឹងប្រាប់អ្នកអំពីអ្វីដែលត្រូវធ្វើសម្រាប់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 4។

បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 4

ក្រុមប្រឹក្សាពិនិត្យឡើងវិញនូវបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក ហើយផ្តល់ចម្លើយដល់អ្នក។ ក្រុមប្រឹក្សាគឺជាផ្នែកមួយរបស់រដ្ឋាភិបាលសហព័ន្ធ។

ប្រសិនបើក្រុមប្រឹក្សានិយាយថា យល់ព្រម ចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក៖

- ដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ត្រូវបានបញ្ចប់។
- យើងត្រូវតែអនុញ្ញាត ឬផ្តល់ការធានារ៉ាប់រងលើឱសថដែលបានយល់ព្រមក្នុងរយៈពេល 72 ម៉ោង (ឬ 24 ម៉ោងសម្រាប់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ពន្លឿន) ឬធ្វើការទូទាត់មិនលើសពី 30 ថ្ងៃតាមប្រតិទិនបន្ទាប់ពីយើងទទួលបានសេចក្តីសម្រេច។

ប្រសិនបើក្រុមប្រឹក្សានិយាយថា ទេ ចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នកនោះ ដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ប្រហែលជាមិនបញ្ចប់ទេ។

- ប្រសិនបើអ្នកសម្រេចចិត្ត ទទួលយក សេចក្តីសម្រេចនេះ ដែលបដិសេធបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក ដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ត្រូវបានបញ្ចប់។
- ប្រសិនបើអ្នកសម្រេចចិត្ត មិនទទួលយក សេចក្តីសម្រេចនេះដែលបដិសេធបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក អ្នកប្រហែលជាអាចបន្តទៅកម្រិតបន្ទាប់នៃដំណើរការពិនិត្យឡើងវិញបាន។ សេចក្តីជូនដំណឹងដែលអ្នកទទួលបាននឹងប្រាប់អ្នក ប្រសិនបើអ្នកអាចបន្តទៅបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 5 និងអ្វីដែលត្រូវធ្វើ។

បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 5

- ចៅក្រមនៃតុលាការមណ្ឌលសហព័ន្ធនឹងពិនិត្យឡើងវិញនូវបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក និងព័ត៌មានទាំងអស់ ហើយសម្រេចចិត្ត យល់ព្រម ឬ ទេ។ នេះគឺជាការសេចក្តីសម្រេចចុងក្រោយ។ មិនមានកម្រិតបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ផ្សេងទៀតក្រៅពីតុលាការមណ្ឌលសហព័ន្ធទេ។

K. របៀបដាក់បណ្តឹងតវ៉ា

K1. តើប្រភេទនៃបញ្ហាអ្វីខ្លះ គួរតែដាក់បណ្តឹងតវ៉ា

ដំណើរការបណ្តឹងតវ៉ាត្រូវបានប្រើសម្រាប់តែបញ្ហាប្រភេទជាក់លាក់មួយចំនួនប៉ុណ្ណោះ ដូចជាបញ្ហា ដែលទាក់ទងនឹងគុណភាពនៃការថែទាំ ពេលវេលារង់ចាំ ការសម្របសម្រួលការថែទាំ និងផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជន។ នៅខាងក្រោមនេះ គឺជាប្រភេទនៃបញ្ហាដែលត្រូវបានដោះស្រាយដោយវិធីបណ្តឹង។

បណ្តឹងតវ៉ា	ឧទាហរណ៍
គុណភាពនៃការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក	• អ្នកមិនសប្បាយចិត្តនឹងគុណភាពការថែទាំ ដូចជាការថែទាំដែលអ្នកទទួលនៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យ។
ការគោរពចំពោះឯកជនភាពរបស់អ្នក	• អ្នកគិតថាមាននរណាម្នាក់មិនគោរពសិទ្ធិឯកជនភាពរបស់អ្នក ឬចែករំលែកព័ត៌មានសម្ងាត់អំពីអ្នក។

បណ្តឹងតវ៉ា	ឧទាហរណ៍
ការមិនគោរព ផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជនមិនល្អ ឬអាកប្បកិរិយាអវិជ្ជមានផ្សេងទៀត	• អ្នកផ្តល់ការថែទាំសុខភាព ឬបុគ្គលិក បានគំរោះគំរើស ឬមិនគោរពដល់អ្នក។ • បុគ្គលិករបស់យើងបានប្រព្រឹត្តចំពោះអ្នកមិនល្អ។ • អ្នកគិតថាអ្នកកំពុងត្រូវបានរុញចេញពីគម្រោងរបស់យើង។
លទ្ធភាពប្រើប្រាស់ និងជំនួយភាសា	• ខាងរូបកាយ អ្នកមិនអាចទទួលសេវាថែទាំសុខភាព និងចេញចូលមន្ទីរនៅក្នុងការិយាល័យរបស់វេជ្ជបណ្ឌិត ឬរបស់អ្នកផ្តល់។ • វេជ្ជបណ្ឌិត ឬអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកមិនផ្តល់អ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់សម្រាប់ភាសាដែលមិនមែនជាភាសាអង់គ្លេសដែលអ្នកនិយាយ (ដូចជាភាសាសញ្ញាអាមេរិក ឬភាសាអេស្ប៉ាញ) ទេ។ • អ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកមិនផ្តល់ជូនអ្នកនូវការសម្របសម្រួលសមហេតុផលផ្សេងទៀតដែលអ្នកត្រូវការ និងស្នើសុំនោះទេ។
ពេលវេលារង់ចាំ	• អ្នកមានបញ្ហាក្នុងការណាត់ជួប ឬរង់ចាំរយៈពេលយូរដើម្បីទទួលបានវា។ • វេជ្ជបណ្ឌិត ឱសថការី ឬអ្នកមានវិជ្ជាជីវៈផ្នែកសុខភាពផ្សេងទៀត ផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជន ឬបុគ្គលិកគម្រោងផ្សេងទៀតឱ្យអ្នករង់ចាំក្នុងរយៈពេលយូរ។
អនាម័យ	• អ្នកគិតថាគ្លីនិក មន្ទីរពេទ្យ ឬការិយាល័យរបស់វេជ្ជបណ្ឌិត មិនស្អាតស្អំទេ។

បណ្តឹងតវ៉ា	ឧទាហរណ៍
ព័ត៌មានដែលអ្នកទទួលបានពីយើងខ្ញុំ	• អ្នកគិតថា យើងខកខានផ្តល់ឲ្យអ្នក នូវលិខិតជូនដំណឹង ឬសំបុត្រ ដែលអ្នកគួរតែបានទទួល។ • អ្នកគិតថា ព័ត៌មានជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ ដែលយើងបានផ្ញើទៅអ្នកពិបាកយល់ណាស់។
ភាពទាន់ពេលវេលាដែលទាក់ទងនឹងសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង ឬបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍	• អ្នកគិតថា យើងមិនបំពេញតាមកាលបរិច្ឆេទកំណត់របស់យើង សម្រាប់សេចក្តីសម្រេចចិត្តលើការធានារ៉ាប់រង ឬការឆ្លើយតបទៅនឹងបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក។ • អ្នកគិតថា ក្រោយពីទទួលបានសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង ឬបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍តាមការពេញចិត្តរបស់អ្នក យើងមិនបំពេញតាមកាលបរិច្ឆេទកំណត់សម្រាប់ការយល់ព្រម ឬផ្តល់ជូនអ្នកនូវសេវា ឬការសងប្រាក់ឱ្យអ្នកវិញសម្រាប់សេវាវេជ្ជសាស្ត្រជាក់លាក់នោះទេ។ • អ្នកមិនគិតថា យើងបានបញ្ជូនករណីរបស់អ្នកទៅកាន់ IRO ទាន់ពេលវេលាទេ។

មានប្រភេទនៃបណ្តឹងតវ៉ាផ្សេងៗគ្នា។ អ្នកអាចដាក់បណ្តឹងតវ៉ាផ្ទៃក្នុង និង/ឬបណ្តឹងតវ៉ាខាងក្រៅបាន។ បណ្តឹងតវ៉ាផ្ទៃក្នុងត្រូវបានដាក់ជាមួយ និងពិនិត្យឡើងវិញដោយគម្រោងរបស់យើង។ បណ្តឹងតវ៉ាខាងក្រៅត្រូវបានដាក់ជាមួយ និងពិនិត្យឡើងវិញដោយអង្គភាពដែលមិនមានទំនាក់ទំនងជាមួយគម្រោងរបស់យើង។ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយក្នុងការដាក់បណ្តឹងតវ៉ាផ្ទៃក្នុង និង/ឬខាងក្រៅ អ្នកអាចទូរសព្ទមកកាន់ផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជនតាមរយៈលេខ 1-800-452-4413 (TTY: 711)។

> ពាក្យច្បាប់សម្រាប់ "បណ្តឹងតវ៉ា" គឺជា **"បណ្តឹងសាទុក្ខ"**
>
> ពាក្យច្បាប់សម្រាប់ "ការដាក់បណ្តឹងតវ៉ា" គឺជា **"ការដាក់បណ្តឹងសាទុក្ខ"**។

K2. បណ្តឹងតវ៉ាផ្ទៃក្នុង

ដើម្បីដាក់បណ្តឹងតវ៉ាផ្ទៃក្នុង សូមហៅទូរសព្ទមកកាន់ផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជនតាមរយៈលេខ 1-800-452-4413 (TTY: 711)។ អ្នកអាចដាក់បណ្តឹងតវ៉ាបានគ្រប់ពេលវេលា លុះត្រាតែវាទាក់ទងនឹងឱសថ Medicare ផ្នែក D។

ប្រសិនបើបណ្តឹងតវ៉ាទាក់ទងនឹងអំពីឱសថ Medicare ផ្នែក D អ្នកត្រូវតែដាក់បណ្តឹងតវ៉ានោះក្នុងរយៈពេល **60** ថ្ងៃតាមប្រតិទិន បន្ទាប់ពីអ្នកមានបញ្ហាដែលអ្នកចង់ប្តឹងតវ៉ា។

- ប្រសិនបើមានអ្វីទៀតដែលអ្នកត្រូវធ្វើ ផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជននឹងប្រាប់អ្នក។
- អ្នកក៏អាចសរសេរបណ្តឹងរបស់អ្នក និងផ្ញើវាមកយើងបានដែរ។ បើអ្នកសរសេរបណ្តឹងរបស់អ្នក ជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ យើងនឹងឆ្លើយតបបណ្តឹងរបស់អ្នក ជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ។
- នេះជារបៀបដែលវាដំណើរការ៖
  - ជំហានទី 1៖ ដាក់បណ្តឹងសាទុក្ខ
  - ដើម្បីចាប់ផ្តើមដំណើរការ សូមទូរសព្ទទៅតំណាងផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជនក្នុងរយៈពេល 60 ថ្ងៃតាមប្រតិទិននៃព្រឹត្តិការណ៍ ហើយស្នើសុំដាក់បណ្តឹងសាទុក្ខ។ អ្នកក៏អាចដាក់បណ្តឹងសាទុក្ខជាលាយលក្ខណ៍អក្សរក្នុងរយៈពេល 60 ថ្ងៃតាមប្រតិទិននៃព្រឹត្តិការណ៍ដោយផ្ញើវាទៅកាន់៖

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

  - ប្រសិនបើទំនាក់ទំនងមកកាន់យើងខ្ញុំតាមទូរសារ ឬតាមប្រៃសណីយ៍ សូមទូរសព្ទមកកាន់យើងខ្ញុំដើម្បីស្នើសុំទម្រង់បែបបទរបស់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ និងបណ្តឹងសាទុក្ខរបស់គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan។ យើងនឹងផ្ញើលិខិតមួយច្បាប់ដែលប្រាប់អ្នកឱ្យដឹងថា យើងបានទទួលការជូនដំណឹងអំពីការព្រួយបារម្ភរបស់អ្នកក្នុងរយៈពេល 5 ថ្ងៃតាមប្រតិទិន ហើយផ្តល់ជូនអ្នកនូវឈ្មោះរបស់បុគ្គលដែលកំពុងធ្វើការលើការព្រួយបារម្ភនោះ។ ជាធម្មតា យើងនឹងដោះស្រាយវាក្នុងរយៈពេល 30 ថ្ងៃតាមប្រតិទិន។
  - ប្រសិនបើអ្នកស្នើសុំ "បណ្តឹងសាទុក្ខពន្លឿន" ដោយសារតែយើងបានសម្រេចមិនផ្តល់ជូនអ្នកនូវ "សេចក្តីសម្រេចរហ័ស" ឬ "បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍រហ័ស" យើងនឹងបញ្ជូនសំណើរបស់អ្នកទៅនាយកផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដែលមិនបានចូលរួមក្នុងសេចក្តីសម្រេចចិត្តពីខាងដើមរបស់យើង។ យើងអាចសាកសួរថាតើអ្នកមានព័ត៌មានបន្ថែមដែលមិនមាននៅពេលដែលអ្នកបានស្នើសុំ "សេចក្តីសម្រេចដំបូងរហ័ស" ឬ "បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍រហ័ស" ដែរឬទេ។ នាយកផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រនឹងពិនិត្យឡើងវិញនូវសំណើរបស់អ្នក ហើយសម្រេចចិត្តថាតើសេចក្តីសម្រេចពីខាងដើមរបស់យើងសមស្របដែរឬទេ។ យើងនឹងផ្ញើលិខិតមួយច្បាប់ជូនអ្នកជាមួយនឹងសេចក្តីសម្រេចរបស់យើងក្នុងរយៈពេល 24 ម៉ោងនៃសំណើរបស់អ្នកសម្រាប់ "បណ្តឹងសាទុក្ខពន្លឿន"។ យើងត្រូវ

តែដោះស្រាយបណ្តឹងសាទុក្ខរបស់អ្នកឱ្យបានឆាប់រហ័សតាមដែលករណីរបស់អ្នកតម្រូវ ដោយផ្អែកលើស្ថានភាពសុខភាពរបស់អ្នក ប៉ុន្តែមិនលើសពី 30 ថ្ងៃតាមប្រតិទិនបន្ទាប់ពីទទួលបានបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នកទេ។

ជំហានទី 2៖ សវនាការបណ្តឹងសាទុក្ខ

- ប្រសិនបើអ្នកមិនពេញចិត្តនឹងដំណោះស្រាយនៃបណ្តឹងសាទុក្ខរបស់អ្នកដែលទាក់ទងនឹងបញ្ហាគុណភាពនៃការថែទាំ អ្នកអាចដាក់សំណើជាលាយលក្ខណ៍អក្សរទៅនាយកដ្ឋានទទួលបន្ទុកបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ និងបណ្តឹងសាទុក្ខរបស់ Blue Shield Medicare សម្រាប់សវនាការបណ្តឹងសាទុក្ខ។ ក្នុងរយៈពេល 31 ថ្ងៃតាមប្រតិទិន បន្ទាប់ពីការស្នើសុំជាលាយលក្ខណ៍អក្សររបស់អ្នក យើងនឹងប្រមូលផ្តុំគណៈកម្មាធិការដើម្បីបើកសវនាការលើករណីរបស់អ្នក។ អ្នកនឹងត្រូវបានអញ្ជើញឱ្យចូលរួមក្នុងសវនាការ ដែលរួមមានគ្រូពេទ្យដែលមិនពាក់ព័ន្ធ និងអ្នកតំណាងមកពីនាយកដ្ឋានដោះស្រាយបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ និងបណ្តឹងសាទុក្ខ។ អ្នកអាចចូលរួមដោយផ្ទាល់ ឬពីចំងាយតាមប្រព័ន្ធទូរសព្ទ។ បន្ទាប់ពីសវនាការរួច យើងនឹងផ្ញើលិខិតអំពីដំណោះស្រាយចុងក្រោយទៅអ្នក។
- ប្រសិនបើអ្នកមិនពេញចិត្តនឹងដំណោះស្រាយនៃបណ្តឹងសាទុក្ខរបស់អ្នកដែលមិនរួមបញ្ចូលគុណភាពនៃការថែទាំ ដូចជាពេលវេលារង់ចាំ ការមិនគោរព ផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជន ឬអនាម័យទេនោះ អ្នកអាចទាក់ទងផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជនរបស់គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan ដើម្បីស្នើសុំការពិនិត្យឡើងវិញបន្ថែមបាន។

> ពាក្យច្បាប់សម្រាប់ "**បណ្តឹងតវ៉ារហ័ស**" គឺជា **"បណ្តឹងសាទុក្ខដោយការពន្លឿន"**។

ប្រសិនបើអាច យើងនឹងឆ្លើយតបទៅអ្នកភ្លាមៗ។ បើអ្នកទូរសព្ទមកយើងដោយមានបណ្តឹង យើងអាចនឹងផ្តល់ចំឡើយឲ្យអ្នកនៅពេលអ្នកទូរសព្ទមកតែម្តង។ បើលក្ខណៈសុខភាពរបស់អ្នក តម្រូវឲ្យយើងឆ្លើយតបយ៉ាងឆាប់រហ័ស យើងនឹងធ្វើការនោះ។

- យើងឆ្លើយតបបណ្តឹងតវ៉ាភាគច្រើនក្នុងរយៈពេល 30 ថ្ងៃតាមប្រតិទិន។ ប្រសិនបើយើងមិនធ្វើសេចក្តីសម្រេចក្នុងរយៈពេល 30 ថ្ងៃតាមប្រតិទិន ដោយសារយើងត្រូវការព័ត៌មានបន្ថែម យើងនឹងជូនដំណឹងដល់អ្នកជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ។ យើងក៏ផ្តល់ការធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពអំពីស្ថានភាពនិងពេលវេលាប៉ាន់ស្មានសម្រាប់អ្នកដើម្បីទទួលបានចម្លើយ។
- ប្រសិនបើអ្នកដាក់បណ្តឹងតវ៉ាដោយសារតែយើងបដិសេធសំណើរបស់អ្នកសម្រាប់ "សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងរហ័ស" ឬ "បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍រហ័ស" យើងផ្តល់ជូនអ្នកនូវ "បណ្តឹងតវ៉ារហ័ស" ដោយស្វ័យប្រវត្តិ ហើយឆ្លើយតបទៅនឹងបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នកក្នុងរយៈពេល 24 ម៉ោង។

- ប្រសិនបើអ្នកដាក់បណ្តឹងតវ៉ាដោយសារតែយើងបានចំណាយពេលវេលាបន្ថែម ដើម្បីធ្វើសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង ឬបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ យើងផ្តល់ជូនអ្នកនូវ "បណ្តឹងតវ៉ារហ័ស" ដោយស្វ័យប្រវត្តិ ហើយឆ្លើយតបទៅនឹងបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នកក្នុងរយៈពេល 24 ម៉ោង។

ប្រសិនបើយើងមិនយល់ស្របជាមួយផ្នែកខ្លះ ឬទាំងអស់នៃបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នក យើងនឹងប្រាប់អ្នក ហើយផ្តល់ជូនអ្នកនូវហេតុផលរបស់យើង។ យើងឆ្លើយតបថាតើយើងយល់ស្របនឹងបណ្តឹងតវ៉ាដែរឬអត់។

K3. បណ្តឹងតវ៉ាខាងក្រៅ

Medicare

អ្នកអាចប្រាប់ Medicare អំពីបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នក ឬផ្ញើវាទៅ Medicare។ ក្រដាសបំពេញបណ្តឹង Medicare (Medicare Complaint Form) គឺមាននៅ៖ www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx អ្នកមិនចាំបាច់ដាក់បណ្តឹងតវ៉ាជាមួយគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan មុនពេលដាក់បណ្តឹងតវ៉ាជាមួយ Medicare នោះទេ។

Medicare យកចិត្តទុកដាក់ចំពោះបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នកជាខ្លាំង ហើយនឹងប្រើព័ត៌មាននេះ ដើម្បីជួយលើកស្ទួយគុណភាពរបស់កម្មវិធី Medicare។

ប្រសិនបើអ្នកមានមតិកែលម្អ ឬការព្រួយបារម្ភផ្សេងទៀត ឬប្រសិនបើអ្នកមានអារម្មណ៍ថាគម្រោងសុខភាពនឹងមិនដោះស្រាយបញ្ហារបស់អ្នកនោះ អ្នកក៏អាចទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) បានផងដែរ។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY អាចហៅទៅលេខ 1-877-486-2048។ ការហៅទូរសព្ទគឺឥតគិតថ្លៃទេ។

Medi-Cal

អ្នកអាចដាក់បណ្តឹងតវ៉ាជាមួយ មន្ត្រីបណ្តឹងសាធារណៈផ្នែកថែទាំសុខភាពក្រោមការគ្រប់គ្រងរបស់ Medi-Cal នៃក្រសួងសេវាថែទាំសុខភាព (DHCS) រដ្ឋ California ដោយទូរសព្ទទៅលេខ 1-888-452-8609។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY អាចទូរសព្ទទៅលេខ 711។ ចាប់ពីថ្ងៃចន្ទ រហូតដល់ថ្ងៃសុក្រ ចន្លោះពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក និងម៉ោង 5:00 ល្ងាច។

អ្នកអាចដាក់បណ្តឹងតវ៉ាជាមួយក្រសួងថែទាំសុខភាពក្រោមការគ្រប់គ្រង (DHCS) រដ្ឋ California។ DMHC គឺទទួលខុសត្រូវក្នុងការគ្រប់គ្រងគម្រោងសុខភាព។ អ្នកអាចទូរសព្ទទៅកាន់មជ្ឈមណ្ឌលជំនួយ DMHC សម្រាប់ជំនួយក្នុងការដាក់បណ្តឹងតវ៉ាអំពីសេវា Medi-Cal។ សម្រាប់បញ្ហាដែលមិនបន្ទាន់ អ្នកអាចដាក់បណ្តឹងតវ៉ាជាមួយ DMHC ប្រសិនបើអ្នកមិនយល់ស្របនឹងសេចក្តីសម្រេចចិត្តនៅក្នុងបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 1 របស់អ្នក ឬប្រសិនបើគម្រោងមិនបានដោះស្រាយបណ្តឹងរបស់អ្នកបន្ទាប់ពី 30 ថ្ងៃតាមប្រតិទិន។ ទោះបីជាយ៉ាងណាក៏ដោយ អ្នកអាចទាក់ទងទៅកាន់ DMHC ដោយមិនចាំបាច់ដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 1 ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយជាមួយនឹងបណ្តឹងតវ៉ាដែលពាក់ព័ន្ធនឹងបញ្ហាបន្ទាន់ ឬបញ្ហាដែលពាក់ព័ន្ធនឹងការគំរាមកំហែងភ្លាមៗ និងធ្ងន់ធ្ងរដល់សុខភាពរបស់អ្នក ប្រសិនបើអ្នកស្ថិតក្នុងការឈឺចាប់ធ្ងន់ធ្ងរ ប្រសិនបើអ្នកមិនយល់ស្របនឹងសេចក្តី

សម្រេចរបស់គម្រោងរបស់យើងអំពីបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នក ឬប្រសិនបើគម្រោងរបស់យើងមិនបានដោះស្រាយបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នកបន្ទាប់ពី 30 ថ្ងៃតាមប្រតិទិនទេនោះ។

មានវិធីពីរយ៉ាងដើម្បីទទួលបានជំនួយពីមជ្ឈមណ្ឌលជំនួយ៖

- ទូរសព្ទទៅកាន់លេខ 1-888-466-2219។ បុគ្គលដែលស្តាប់មិនឮ ពិបាកក្នុងការស្តាប់ ឬមានពិការភាពក្នុងការនិយាយ អាចប្រើលេខទូរសព្ទ TTY ដោយឥតគិតថ្លៃតាមរយៈលេខ 1-877-688-9891។ ការហៅទូរសព្ទនេះមិនគិតថ្លៃទេ។
- ចូលមើលគេហទំព័ររបស់ក្រសួងថែទាំសុខភាពក្រោមការគ្រប់គ្រង (www.dmhc.ca.gov)។

ការិយាល័យសម្រាប់សិទ្ធពលរដ្ឋ (OCR)

អ្នកអាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងទៅកាន់ OCR របស់ក្រសួងសុខាភិបាល និងសេវាមនុស្សជាតិ (HHS) ប្រសិនបើអ្នកគិតថាអ្នកមិនបានទទួលការព្យាបាលដោយយុត្តិធម៌ទេនោះ។ ឧទាហរណ៍ អ្នកអាចដាក់បណ្តឹងតវ៉ាអំពីសិទ្ធិចូលប្រើសម្រាប់ពិការភាព ឬជំនួយភាសា។ លេខទូរសព្ទសម្រាប់ OCR គឺ 1-800-368-1019។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-537-7697។ អ្នកអាចចូលមើលគេហទំព័រ www.hhs.gov/ocr សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមផងដែរ។

អ្នកក៏អាចទាក់ទងការិយាល័យ OCR ក្នុងតំបន់តាមរយៈ៖

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

អ្នកក៏អាចមានសិទ្ធិក្រោមច្បាប់ស្តីពីជនពិការអាមេរិក (ADA) និងក្រោមច្បាប់ស្តីពីវិសោធនកម្មឆ្នាំ 2008 (P.L. ផងដែរ 110-325)។ អ្នកអាចទាក់ទងមកកម្មវិធី Medi-Cal Ombuds ដើម្បីទទួលបានជំនួយ។ លេខទូរសព្ទគឺ 1-888-452-8609។

QIO

នៅពេលបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នកទាក់ទងនឹងគុណភាពនៃការថែទាំ អ្នកមានជម្រើសពីរ៖

- អ្នកអាចដាក់បណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នកអំពីគុណភាពនៃការថែទាំដោយផ្ទាល់ទៅកាន់ QIO បាន។

- អ្នកអាចដាក់បណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នកទៅ QIO និងទៅគម្រោងរបស់យើងបាន។ ប្រសិនបើអ្នកដាក់បណ្តឹងតវ៉ាទៅកាន់ QIO យើងនឹងធ្វើការជាមួយពួកគេដើម្បីដោះស្រាយបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នក។

QIO គឺជាក្រុមវេជ្ជបណ្ឌិតដែលមានវិជ្ជាជីវៈ និងអ្នកជំនាញថែទាំសុខភាពផ្សេងទៀតដែលទទួលបានប្រាក់ពីរដ្ឋាភិបាលសហព័ន្ធ ដើម្បីពិនិត្យ និងកែលម្អការថែទាំដែលផ្តល់ជូនដល់អ្នកជំងឺរបស់ Medicare។ ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពី QIO សូមមើល **ផ្នែក H2** ឬមើល **ជំពូកទី 2** នៃ សៀវភៅណែនាំសមាជិក របស់អ្នក។

នៅក្នុងរដ្ឋ California QIO មានឈ្មោះថា Livanta។ លេខទូរសព្ទសម្រាប់ Livanta គឺ (877) 588-1123 [TTY៖ (855) 887-6668]។

ជំពូកទី 10៖ ការបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់អ្នកនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើង

សេចក្តីផ្តើម

ជំពូកនេះពន្យល់ពីរបៀបដែលអ្នកអាចបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់អ្នកជាមួយគម្រោងរបស់យើង និងជម្រើសធានារ៉ាប់រងសុខភាពរបស់អ្នក បន្ទាប់ពីអ្នកចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើង។ ប្រសិនបើអ្នកចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើង អ្នកនឹងនៅតែស្ថិតនៅក្នុងកម្មវិធី Medicare និង Medi-Cal ដរាបណាអ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានគម្រោងទាំងនេះ។ ពាក្យគន្លឹះ និងនិយមន័យនៃពាក្យគន្លឹះទាំងនេះបង្ហាញជាលំដាប់អក្ខរក្រមនៅក្នុងជំពូកចុងក្រោយ នៃ សៀវភៅណែនាំសមាជិករបស់អ្នក។

តារាងមាតិកា

A. នៅពេលអ្នកអាចបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់អ្នកនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើង 308

B. របៀបបញ្ចប់សមាជិកភាពនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើង 309

C. របៀបទទួលបានសេវា Medicare និង Medi-Cal ដាច់ដោយឡែកពីគ្នា 310

C1. សេវា Medicare របស់អ្នក 310

C2. សេវា Medi-Cal របស់អ្នក 315

D. ឱសថ សេវាកម្ម និងទំនិញវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នក រហូតដល់សមាជិកភាពរបស់អ្នកនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើងបញ្ចប់ 315

E. ស្ថានភាពផ្សេងទៀតនៅពេលដែលសមាជិកភាពរបស់អ្នកនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើងបញ្ចប់ 315

F. ច្បាប់ជំទាស់នឹងការស្នើសុំឱ្យអ្នកចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើងដោយហេតុផលណាមួយ ដែលទាក់ទងនឹងសុខភាព 317

G. អ្នកមានសិទ្ធិដាក់បណ្តឹងតវ៉ា ប្រសិនយើងបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់អ្នកនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើង 318

H. របៀបក្នុងការទទួលព័ត៌មានបន្ថែមអំពីការបញ្ចប់សមាជិកភាពនៃគម្រោងរបស់អ្នក 318

A. នៅពេលអ្នកអាចបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់អ្នកនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើង

មនុស្សភាគច្រើនដែលមាន Medicare អាចបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់ពួកគេក្នុងអំឡុងពេលជាក់លាក់ណាមួយនៃឆ្នាំ។ ដោយសារអ្នកមាន Medi-Cal អ្នកមានជម្រើសមួយចំនួនដើម្បីបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់អ្នកនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើងនៅខែណាមួយនៃឆ្នាំនេះ។

លើសពីនេះទៀត អ្នកអាចបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់អ្នកនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើងក្នុងអំឡុងពេលដូចខាងក្រោម៖

- រយៈពេលចុះឈ្មោះចូលគម្រោងប្រចាំឆ្នាំដែលមានរយៈពេលពីថ្ងៃទី 15 ខែតុលា ដល់ថ្ងៃទី 7 ខែធ្នូ។ ប្រសិនបើអ្នកជ្រើសរើសយកគម្រោងថ្មីមួយក្នុងអំឡុងពេលនេះ សមាជិកភាពរបស់អ្នកនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើងនឹងបញ្ចប់នៅថ្ងៃទី 31 ខែធ្នូ ហើយសមាជិកភាពរបស់អ្នកនៅក្នុងគម្រោងថ្មីនឹងចាប់ផ្តើមនៅថ្ងៃទី 1 ខែមករា។
- រយៈពេលបើកការចុះឈ្មោះ **Medicare Advantage** (**MA**) ដែលមានរយៈពេលចាប់ពីថ្ងៃទី 1 ខែមករា ដល់ថ្ងៃទី 31 ខែមីនា ហើយក៏សម្រាប់អ្នកទទួលអត្ថប្រយោជន៍របស់ Medicare ថ្មីដែលបានចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោង ចាប់ពីខែនៃការទទួលបានសិទ្ធិទៅផ្នែក A និងផ្នែក B រហូតដល់ថ្ងៃចុងក្រោយនៃខែទី 3 នៃការផ្តល់សិទ្ធិនោះ។ ប្រសិនបើអ្នកជ្រើសរើសយកគម្រោងថ្មីក្នុងអំឡុងពេលនេះ សមាជិកភាពរបស់អ្នកនៅក្នុងគម្រោងថ្មីនេះនឹងចាប់ផ្តើមនៅថ្ងៃដំបូងនៃខែបន្ទាប់។

វាអាចមានស្ថានភាពផ្សេងទៀតនៅពេលដែលអ្នកមានគ្រប់លក្ខន្តិកៈសម្រាប់ធ្វើការផ្លាស់ប្តូរចំពោះការចុះឈ្មោះរបស់អ្នក។ ឧទាហរណ៍ នៅពេល៖

- អ្នកបានផ្លាស់ចេញពីតំបន់សេវារបស់យើង
- សិទ្ធិទទួលបានរបស់អ្នកសម្រាប់ Medi-Cal ឬជំនួយបន្ថែមបានផ្លាស់ប្តូរ ឬ
- ប្រសិនបើអ្នកទើបតែបានផ្លាស់ទៅក្នុងពេលនេះកំពុងទទួលការថែទាំនៅក្នុង ឬទើបតែផ្លាស់ចេញពីមន្ទីរថែទាំ ឬមន្ទីរពេទ្យថែទាំរយៈពេលវែង។

សមាជិកភាពរបស់អ្នកបញ្ចប់នៅថ្ងៃចុងក្រោយនៃខែដែលយើងទទួលបានសំណើរបស់អ្នកដើម្បីផ្លាស់ប្តូរគម្រោងរបស់អ្នក។ ឧទាហរណ៍ ប្រសិនបើយើងទទួលបានសំណើរបស់អ្នកនៅថ្ងៃទី 18 ខែមករា ការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកជាមួយគម្រោងរបស់យើងនឹងបញ្ចប់នៅថ្ងៃទី 31 ខែមករា។ ការធានារ៉ាប់រងថ្មីរបស់អ្នកចាប់ផ្តើមនៅថ្ងៃដំបូងនៃខែបន្ទាប់ (ថ្ងៃទី 1 ខែកុម្ភៈក្នុងឧទាហរណ៍នេះ)។

ប្រសិនបើអ្នកចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើង អ្នកអាចទទួលបានព័ត៌មានអំពី៖

- ជម្រើស Medicare នៅក្នុងតារាងនៅផ្នែក **C1**។
- ជម្រើស និងសេវា Medi-Cal នៅក្នុងផ្នែក **C2**។

អ្នកអាចទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែមអំពីរបៀបដែលអ្នកអាចបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់អ្នកដោយទូរសព្ទទៅកាន់ផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជនតាមលេខដែលនៅផ្នែកខាងក្រោមទំព័រនេះ។ លេខសម្រាប់អ្នកប្រើប្រាស់ TTY ក៏ត្រូវបានបញ្ជីផងដែរ។

- Medicare តាមរយៈលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) បាន 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរទូរសព្ទទៅកាន់លេខ 1-877-486-2048។
- កម្មវិធីប្រឹក្សាយោបល់ និងការតស៊ូមតិផ្នែកធានារ៉ាប់រងសុខភាព (HICAP) នៃរដ្ឋ California តាមរយៈលេខ 1-800-434-0222 ចាប់ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 5:00 ល្ងាច សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម ឬដើម្បីស្វែងរកការិយាល័យ HICAP តាមមូលដ្ឋានក្នុងតំបន់របស់អ្នក សូមចូលមើលគេហទំព័រ www.aging.ca.gov/HICAP/។ Health Care Options តាមរយៈលេខ 1-844-580-7272 ចាប់ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 6:00 ល្ងាច។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-430-7077។
- មន្ត្រីបណ្តឹងសាធារណៈផ្នែកថែទាំសុខភាពក្រោមការគ្រប់គ្រងរបស់ Medi-Cal តាមរយៈលេខ 1-888-452-8609 ចាប់ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 5:00 ល្ងាច ឬអ៊ីមែលទៅកាន់ MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov។

ចំណាំ៖ ប្រសិនបើអ្នកស្ថិតនៅក្នុងកម្មវិធីគ្រប់គ្រងឱសថ (DMP) អ្នកប្រហែលជាមិនអាចផ្លាស់ប្តូរគម្រោងបានទេ។ សូមមើលជំពូកទី **5** នៃសៀវភៅណែនាំសមាជិករបស់អ្នកសម្រាប់ព័ត៌មានអំពីកម្មវិធីគ្រប់គ្រងឱសថ។

B. របៀបបញ្ចប់សមាជិកភាពនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើង

ប្រសិនបើអ្នកសម្រេចចិត្តបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់អ្នក អ្នកអាចចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោង Medicare ផ្សេងទៀត ឬប្តូរទៅជា Original Medicare វិញ។ ទោះបីជាយ៉ាងណាក៏ដោយ ប្រសិនបើអ្នកចង់ផ្លាស់ប្តូរពីគម្រោងរបស់យើងទៅជា Original Medicare ប៉ុន្តែអ្នកមិនបានជ្រើសរើសគម្រោងឱសថមានវេជ្ជបញ្ជារបស់ Medicare ដាច់ដោយឡែកពីគ្នាទេនោះ អ្នកត្រូវតែស្នើសុំឱ្យលុបឈ្មោះចេញពីគម្រោងរបស់យើង។ មានវិធីពីរយ៉ាងដែលអ្នកអាចស្នើសុំឱ្យលុបឈ្មោះចេញ៖

- អ្នកអាចដាក់សំណើជាលាយលក្ខណ៍អក្សរមកកាន់យើងខ្ញុំ។ ទាក់ទងមកកាន់ផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជនតាមលេខដែលនៅផ្នែកខាងក្រោមទំព័រនេះ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការព័ត៌មានបន្ថែមអំពីរបៀបធ្វើបែបនេះ។

- សូមទូរសព្ទទៅកាន់ Medicare តាមរយៈលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY (អ្នកដែលមានបញ្ហាក្នុងការស្តាប់ ឬការនិយាយ) គួរទូរសព្ទទៅលេខ 1-877-486-2048។ នៅពេលអ្នកទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-MEDICARE អ្នកក៏អាចចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងសុខភាព ឬឱសថ Medicare ផ្សេងទៀតបានផងដែរ។ ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីការទទួលបានសេវា Medicare របស់អ្នក នៅពេលអ្នកចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើងគឺមាននៅក្នុងតារាងនៅទំព័រ 242។
- សូមទូរសព្ទទៅកាន់ Health Care Options តាមរយៈលេខ 1-844-580-7272 ចាប់ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 6:00 ល្ងាច។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-430-7077។
- ផ្នែក C ខាងក្រោមរួមបញ្ចូលទាំងជំហានដែលអ្នកអាចធ្វើដើម្បីចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងផ្សេង ដែលក៏នឹងបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់អ្នកនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើងផងដែរ។

C. របៀបទទួលបានសេវា Medicare និង Medi-Cal ដាច់ដោយឡែកពីគ្នា

អ្នកមានជម្រើសអំពីការទទួលបានសេវា Medicare និង Medi-Cal របស់អ្នក ប្រសិនបើអ្នកជ្រើសរើសចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើង។

C1. សេវា Medicare របស់អ្នក

អ្នកមានជម្រើសបីយ៉ាងសម្រាប់ការទទួលបានសេវាកម្ម Medicare របស់អ្នកដែលមានក្នុងបញ្ជីខាងក្រោមក្នុងខែណាមួយនៃឆ្នាំ។ អ្នកមានជម្រើសបន្ថែមដូចបានរាយខាងក្រោមក្នុងអំឡុងពេលជាក់លាក់នៃឆ្នាំ រួមទាំងរយៈពេលបើកការចុះឈ្មោះប្រចាំឆ្នាំ និង រយៈពេលបើកការចុះឈ្មោះរបស់ **Medicare Advantage** ឬស្ថានភាពផ្សេងទៀតដែលបានពណ៌នានៅក្នុងផ្នែក **A**។ តាមរយៈការជ្រើសរើសជម្រើសមួយក្នុងចំណោមជម្រើសទាំងនេះ អ្នកបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់អ្នកដោយស្វ័យប្រវត្តិនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើង។

1. អ្នកអាចផ្លាស់ប្តូរទៅ៖ **គម្រោង Medicare Medi-Cal Plan (Medi-Medi Plan) គឺជាប្រភេទគម្រោង Medicare Advantage Plan។ វាគឺសម្រាប់អ្នកដែលមានទាំង Medicare និង Medi-Cal ហើយរួមបញ្ចូលទាំងអត្ថប្រយោជន៍ពី Medicare និង Medi-Cal ទៅក្នុងគម្រោងតែមួយ។ គម្រោង Medi-Medi សម្របសម្រួលអត្ថប្រយោជន៍ និងសេវាទាំងអស់នៅទូទាំងកម្មវិធីទាំងពីរ រួមទាំងសេវាកម្មដែលធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare និង Medi-Cal ទាំងអស់។** ចំណាំ៖ ពាក្យ Medi-Medi Plan គឺជាឈ្មោះសម្រាប់គម្រោងតម្រូវការពិសេសដែលមានលក្ខណៈចម្រុះ (D-SNP) នៅក្នុងរដ្ឋ California។	**ខាងក្រោមនេះគឺជាអ្វីៗត្រូវធ្វើ៖** សូមទូរសព្ទទៅកាន់ Medicare តាមរយៈលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរទូរសព្ទទៅកាន់លេខ 1-877-486-2048។ សម្រាប់ការសាកសួរអំពីកម្មវិធីនៃការថែទាំមនុស្សចាស់ជរាពេញលេញ (PACE) ទូរសព្ទទៅលេខ 1-855-921-PACE (7223)។ បើអ្នកត្រូវការជួយ ឬព័ត៌មានបន្ថែម៖ • កម្មវិធីប្រឹក្សាយោបល់ និងការតស៊ូមតិផ្នែកធានារ៉ាប់រងសុខភាព (HICAP) នៃរដ្ឋ California តាមរយៈលេខ 1-800-434-0222 ចាប់ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 5:00ល្ងាច សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម ឬដើម្បីស្វែងរកការិយាល័យ HICAP តាមមូលដ្ឋានក្នុងតំបន់របស់អ្នក សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ www.aging.ca.gov/HICAP/។ **ឬ** ចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោង Medi-Medi ថ្មី។ អ្នកនឹងត្រូវបានលុបឈ្មោះចេញពីគម្រោង Medicare របស់អ្នកដោយស្វ័យប្រវត្តិ នៅពេលដែលការធានារ៉ាប់រងនៃគម្រោងថ្មីរបស់អ្នកបានចាប់ផ្តើម។ គម្រោង Medi-Cal របស់អ្នកនឹងផ្លាស់ប្តូរដើម្បីផ្ទួនផ្គងនឹងគម្រោង Medi-Medi របស់អ្នក។

2. អ្នកអាចផ្លាស់ប្តូរទៅ៖ **Original Medicareដែលមានគម្រោងឱសថ មានវេជ្ជបញ្ជា Medicare ដោយឡែកពីគ្នា**	**ខាងក្រោមនេះគឺជាអ្វីៗត្រូវធ្វើ៖** សូមទូរសព្ទទៅកាន់ Medicare តាមរយៈលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរទូរសព្ទទៅកាន់លេខ 1-877-486-2048។ បើអ្នកត្រូវការជួយ ឬព័ត៌មានបន្ថែម៖ • កម្មវិធីប្រឹក្សាយោបល់ និងការតស៊ូមតិផ្នែកធានារ៉ាប់រងសុខភាព (HICAP) នៃរដ្ឋ California តាមរយៈលេខ 1-800-434-0222 ចាប់ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 5:00 ល្ងាច សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម ឬដើម្បីស្វែងរកការិយាល័យ HICAP តាមមូលដ្ឋានក្នុងតំបន់របស់អ្នក សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ www.aging.ca.gov/HICAP/.។ **ឬ** ចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងឱសថមានវេជ្ជបញ្ជារបស់ Medicare ថ្មី។ អ្នកនឹងត្រូវបានលុបឈ្មោះចេញពីគម្រោងរបស់យើងដោយស្វ័យប្រវត្តិនៅពេលការធានារ៉ាប់រងពី Original Medicare របស់អ្នកចាប់ផ្តើម។

3. អ្នកអាចផ្លាស់ប្តូរទៅ៖ **Original Medicare ដោយគ្មានគម្រោងឱសថ ត្រូវការវេជ្ជបញ្ជា Medicare ដាច់ដោយឡែកមួយ** **ចំណាំ៖** ប្រសិនបើអ្នកផ្លាស់ប្តូរទៅ Original Medicare ហើយមិនបានចុះឈ្មោះនៅក្នុងគម្រោងឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាពី Medicare ដាច់ដោយឡែកពីគ្នា នោះ Medicare អាចនឹងចុះឈ្មោះអ្នកនៅក្នុងគម្រោងឱសថ លុះត្រាតែអ្នកប្រាប់ Medicare ថា អ្នកមិនចង់ចូលរួមនៅក្នុងគម្រោងនេះទេ។ អ្នកគួរបោះបង់ការធានារ៉ាប់រងលើឱសតាមវេជ្ជបញ្ជា តែក្នុងករណីដែលអ្នកទទួលបានការធានារ៉ាប់រងឱសថពីប្រភពផ្សេងទៀត ដូចជានិយោជក ឬសហជីព ប៉ុណ្ណោះ។ ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរថាតើអ្នកត្រូវការការធានារ៉ាប់រងលើឱសថដែរឬទេ ទូរសព្ទទៅកម្មវិធីប្រឹក្សាយោបល់ និងការតស៊ូមតិផ្នែកធានារ៉ាប់រងសុខភាព (HICAP) នៃរដ្ឋ California តាមរយៈលេខ 1-800-434-0222 ចាប់ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ 5:00 ល្ងាច សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម ឬដើម្បីស្វែងរកការិយាល័យ HICAP តាមមូលដ្ឋានក្នុងតំបន់របស់អ្នក សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ www.aging.ca.gov/HICAP/។	**ខាងក្រោមនេះគឺជាអ្វីៗត្រូវធ្វើ៖** សូមទូរសព្ទទៅកាន់ Medicare តាមរយៈលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរទូរសព្ទទៅកាន់លេខ 1-877-486-2048។ បើអ្នកត្រូវការជួយ ឬព័ត៌មានបន្ថែម៖ • កម្មវិធីប្រឹក្សាយោបល់ និងការតស៊ូមតិផ្នែកធានារ៉ាប់រងសុខភាព (HICAP) នៃរដ្ឋ California តាមរយៈលេខ 1-800-434-0222 ចាប់ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ ម៉ោង 5:00 ល្ងាច សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម ឬដើម្បីស្វែងរកការិយាល័យ HICAP តាមមូលដ្ឋានក្នុងតំបន់របស់អ្នក សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ www.aging.ca.gov/HICAP/។ អ្នកនឹងត្រូវបានលុបឈ្មោះចេញពីគម្រោងរបស់យើងដោយស្វ័យប្រវត្តិនៅពេលការធានារ៉ាប់រងពី Original Medicare របស់អ្នកចាប់ផ្តើម។

4. អ្នកអាចផ្លាស់ប្តូរទៅ៖ គម្រោងសុខភាព **Medicare** ណាមួយ ក្នុងអំឡុងពេលជាក់លាក់នៃឆ្នាំ រួមទាំងរយៈពេលចុះឈ្មោះប្រចាំឆ្នាំ និងរយៈពេលបើកការចុះឈ្មោះសម្រាប់ **Medicare Advantage** ឬស្ថានភាពផ្សេងទៀតដែលបានពណ៌នានៅក្នុងផ្នែក A។	**ខាងក្រោមនេះគឺជាអ្វីៗត្រូវធ្វើ៖** សូមទូរសព្ទទៅកាន់ Medicare តាមរយៈលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរទូរសព្ទទៅកាន់លេខ 1-877-486-2048។ សម្រាប់ការសាកសួរអំពីកម្មវិធីនៃការថែទាំមនុស្សចាស់ជរាពេញលេញ (PACE) ទូរសព្ទទៅលេខ 1-855-921-PACE (7223)។ បើអ្នកត្រូវការជួយ ឬព័ត៌មានបន្ថែម៖ • កម្មវិធីប្រឹក្សាយោបល់ និងការតស៊ូមតិផ្នែកធានារ៉ាប់រងសុខភាព (HICAP) នៃរដ្ឋ California តាមរយៈលេខ 1-800-434-0222 ចាប់ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 5:00 ល្ងាច សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម ឬដើម្បីស្វែងរកការិយាល័យ HICAP តាមមូលដ្ឋានក្នុងតំបន់របស់អ្នក សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ www.aging.ca.gov/HICAP/។**ឬ** ចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងថ្មីរបស់ Medicare។ អ្នកនឹងត្រូវបានលុបឈ្មោះចេញពីគម្រោង Medicare របស់អ្នកដោយស្វ័យប្រវត្តិ នៅពេលដែលការធានារ៉ាប់រងនៃគម្រោងថ្មីរបស់អ្នកបានចាប់ផ្តើម។ គម្រោង Medi-Cal របស់អ្នកអាចនឹងផ្លាស់ប្តូរ។

C2. សេវា Medi-Cal របស់អ្នក

សម្រាប់សំណួរអំពីរបៀបទទួលបានសេវា Medi-Cal របស់អ្នកបន្ទាប់ពីអ្នកចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើងទាក់ទង Health Care Options តាមរយៈលេខ 1-844-580-7272 ចាប់ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 6:00 ល្ងាច អ្នកប្រើ TTY គួរតែទូរសព្ទទៅកាន់លេខ 1-800-430-7077។ សាកសួរអំពីរបៀបនៃការចូលរួមគម្រោងផ្សេងទៀត ឬការត្រឡប់ទៅ Original Medicare ដែលប៉ះពាល់ដល់របៀបដែលអ្នកទទួលបានការធានារ៉ាប់រង Medi-Cal របស់អ្នក។

D. ឱសថ សេវាកម្ម និងទំនិញវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នក រហូតដល់សមាជិកភាពរបស់អ្នកនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើងបញ្ចប់

ប្រសិនបើអ្នកចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើង វាអាចនឹងចំណាយពេល មុននឹងសមាជិកភាពរបស់អ្នកបញ្ចប់ និងការធានារ៉ាប់រងពី Medicare និង Medi-Cal ថ្មីរបស់អ្នកចាប់ផ្តើម។ ក្នុងអំឡុងពេលនេះ អ្នកបន្តទទួលបានឱសថ មានវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក និងការថែទាំសុខភាពតាមរយៈគម្រោងរបស់យើងរហូតដល់គម្រោងថ្មីរបស់អ្នកចាប់ផ្តើម។

- ប្រើប្រាស់អ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញរបស់យើងក្នុងការទទួលបានការថែទាំវេជ្ជសាស្ត្រ។
- ដើម្បីទទួលបានថ្នាំមានវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក សូមប្រើប្រាស់ឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញរបស់យើង រួមមានសេវាឱសថស្ថានដឹកជញ្ជូនដល់ផ្ទះដ៏ងាយស្រួល។
- ប្រសិនបើអ្នកសម្រាកព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យនៅថ្ងៃដែលសមាជិកភាពរបស់អ្នកនៅក្នុងគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan បញ្ចប់ គម្រោងរបស់យើងនឹងធានារ៉ាប់រងលើការស្នាក់ព្យាបាលក្នុងមន្ទីរពេទ្យរបស់អ្នករហូតដល់អ្នកចេញពីមន្ទីរពេទ្យ។ ការនេះនឹងកើតឡើង សូម្បីតែការរ៉ាប់រងសុខភាពថ្មីរបស់អ្នកបានចាប់ផ្តើម មុនពេលអ្នកបានឲ្យចេញ។

E. ស្ថានភាពផ្សេងទៀតនៅពេលដែលសមាជិកភាពរបស់អ្នកនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើងបញ្ចប់

ទាំងនេះគឺជាករណីដែលយើងត្រូវតែបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់អ្នកនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើង៖

- ប្រសិនបើមានការផ្ទាក់ក្នុងការធានារ៉ាប់រងពី Medicare ផ្នែក A និង ផ្នែក B របស់អ្នក។
- ប្រសិនបើអ្នកលែងមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ Medi-Cal ទៀតហើយ។ គម្រោងរបស់យើងគឺសម្រាប់មនុស្សដែលមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ទាំង Medicare និង Medi-Cal។

ចំណាំ៖ ប្រសិនបើអ្នកលែងមានលក្ខណសម្បត្តិសម្រាប់ Medi-Cal អ្នកអាចបន្តចូលរួមក្នុងគម្រោងរបស់យើងជាបណ្តោះអាសន្នជាមួយនឹងអត្ថប្រយោជន៍ Medicare។ សូមមើលព័ត៌មានខាងក្រោមអំពីរយៈពេលនៃការបន្ត។

- អ្នកទទួលផលពី Medicare ដែលចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan ត្រូវតែមានសិទ្ធិទទួលបានទាំង Medicare ផ្នែក A និងផ្នែក B និង Medi-Cal (Medicaid)។ ប្រសិនបើអ្នកលែងមានសិទ្ធិទទួលបាន Medi-Cal (Medicaid) យើងនឹងជូនដំណឹងដល់អ្នកអំពីការបាត់បង់ស្ថានភាពពី Medi-Cal (Medicaid) ហើយយើងនឹងបន្តធានារ៉ាប់រងលើអត្ថប្រយោជន៍ពី Medicare របស់អ្នករហូតដល់អ្នកអាចទទួលបានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ឡើងវិញសម្រាប់ Medi-Cal (Medicaid) ក្នុងរយៈពេល 6 ខែក្រោយបន្ទាប់ពីសេចក្តីជូនដំណឹងអំពីការបាត់បង់ស្ថានភាពតម្រូវការពិសេស។ អ្នកអាចមើលឃើញកំណើននៃថ្លៃចំណាយចេញពីហោប៉ៅ (ការធានារ៉ាប់រងរួម ការបង់ប្រាក់រួម ថ្លៃធានារ៉ាប់រង ឬចំណាយបង់មុន) ក្នុងអំឡុងពេល 6 ខែដែលអ្នកនៅតែស្ថិតនៅក្នុងគម្រោង ប៉ុន្តែមិនមានការធានារ៉ាប់រងពី Medi-Cal ទេ ។
- យើងពង្រីកឱកាសដើម្បីប្តូរទៅគម្រោងមួយក្នុងចំណោមគម្រោងជាច្រើនដែលមិនមែនជា HMO D-SNP របស់យើងទេ។ គម្រោងមិនមែនជា HMO D-SNP ត្រូវបានផ្តល់ជូនអ្នកទទួលផលដែលមានសិទ្ធិទទួលបានទាំង Medicare ផ្នែក A និង Medicare ផ្នែក B ប៉ុន្តែមិនមានអត្ថប្រយោជន៍ពី Medi-Cal (Medicaid) ទេ។ Medicare អនុញ្ញាតឱ្យមានរយៈពេលចុះឈ្មោះពិសេស (SEP) សម្រាប់អ្នកទទួលផលពី Medicare ដែលលែងមានសិទ្ធិទទួលបាន Medi-Cal (Medicaid) ទៀតហើយ។
- ប្រសិនបើអ្នកមិនមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ Medi-Cal (Medicaid) ឬទទួលយកឱកាសដើម្បីប្តូរទៅគម្រោងមិនមែន HMO D-SNP ក្នុងរយៈពេល 6 ខែបន្ទាប់ពីសេចក្តីជូនដំណឹងអំពីការបាត់បង់ស្ថានភាពតម្រូវការពិសេស អ្នកនឹងត្រូវបានលុបឈ្មោះដោយមិនស្ម័គ្រចិត្តពីគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan។

- បើអ្នកផ្លាស់លំនៅ ចេញពីតំបន់សេវារបស់យើង។
- បើអ្នកនៅឆ្ងាយពីតំបន់សេវារបស់យើង លើសពីចំនួនប្រាំមួយខែ។
  - បើអ្នកផ្លាស់ទីលំនៅ ឬធ្វើដំណើររយៈពេលយូរ ទូរសព្ទទៅកាន់ផ្នែកបម្រើសេវាសមាជិក ដើម្បីស្វែងយល់ថាតើអ្នកនឹងផ្លាស់ទីទៅ ឬធ្វើដំណើរទៅកន្លែងណាគឺស្ថិតនៅក្នុងតំបន់សេវានៃគម្រោងរបស់យើង។
- ប្រសិនបើអ្នកជាប់ពន្ធនាគារ ឬជាប់គុកពីបទឧក្រិដ្ឋកម្ម។

- បើអ្នកកុហក ឬលាក់ព័ត៌មានអំពីការធានារ៉ាប់រងផ្សេងទៀតដែលអ្នកមាន សម្រាប់ឱសថមានវេជ្ជបញ្ជា។
- ប្រសិនបើអ្នកមិនមែនជាពលរដ្ឋអាមេរិកកាំង ឬរស់នៅមិនស្របច្បាប់នៅក្នុងសហរដ្ឋអាមេរិក។
  - អ្នកត្រូវតែជាពលរដ្ឋអាមេរិកកាំង ឬរស់នៅដោយស្របច្បាប់នៅក្នុងសហរដ្ឋអាមេរិក ដើម្បីក្លាយជាសមាជិកនៃគម្រោងរបស់យើង។
  - មជ្ឈមណ្ឌលសម្រាប់សេវា Medicare និង Medicaid (CMS) ជូនដំណឹងដល់យើងខ្ញុំ ប្រសិនបើអ្នកនៅតែមិនមានសិទ្ធិទទួលបានជាសមាជិកដោយផ្អែកលើមូលដ្ឋាននេះ។
  - យើងត្រូវតែលុបឈ្មោះអ្នកចេញ ប្រសិនបើអ្នកមិនបំពេញតាមតម្រូវការនេះទេ។

យើងអាចធ្វើឲ្យអ្នកចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើង សម្រាប់មូលហេតុនៅខាងក្រោម លុះតែបើអ្នកទទួលការអនុញ្ញាតជាមុនពី Medicare និង Medi-Cal៖

- បើអ្នកផ្តល់ព័ត៌មានឲ្យយើងមិនត្រឹមត្រូវដោយចេតនា នៅពេលអ្នកចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងរបស់យើង ហើយថាព័ត៌មាននោះប៉ះពាល់ដល់សិទ្ធិទទួលរបស់អ្នកសម្រាប់គម្រោងរបស់យើង។
- បើអ្នកនៅតែប្រព្រឹត្តឥតឈប់ឈរ ក្នុងរបៀបមានឫកពាដែលរំខាន និងធ្វើឲ្យយើងពិបាកផ្តល់ការថែទាំសុខភាព សម្រាប់អ្នក និងសមាជិកផ្សេងទៀតនៃគម្រោងរបស់យើង។
- ប្រសិនបើអ្នកអនុញ្ញាតឱ្យនរណាម្នាក់ទៀតប្រើបណ្ណសម្គាល់សមាជិករបស់អ្នកដើម្បីទទួលការថែទាំសុខភាព។ (Medicare អាចស្នើសុំឱ្យប្រធានត្រួតពិនិត្យស៊ើបអង្កេតករណីរបស់អ្នក ប្រសិនបើយើងបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់អ្នកសម្រាប់ហេតុផលនេះ)។

F. ច្បាប់ជំទាស់នឹងការស្នើសុំឱ្យអ្នកចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើងដោយហេតុផលណាមួយ ដែលទាក់ទងនឹងសុខភាព

យើងមិនអាចស្នើសុំឱ្យអ្នកចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើងដោយហេតុផលណាមួយដែលទាក់ទងនឹងសុខភាពរបស់អ្នកទេ។ ប្រសិនបើអ្នកគិតថាយើងនឹងស្នើសុំឱ្យអ្នកចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើងដោយសារហេតុផលទាក់ទងនឹងសុខភាព ទូរសព្ទទៅកាន់ **Medicare** តាមរយៈលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរទូរសព្ទទៅកាន់លេខ 1-877-486-2048។ អ្នកអាចទូរសព្ទបាន 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។

G. អ្នកមានសិទ្ធិដាក់បណ្តឹងតវ៉ា ប្រសិនយើងបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់អ្នកនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើង

បើយើងបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់អ្នក នៅក្នុងគម្រោងរបស់យើង យើងត្រូវតែប្រាប់អ្នកអំពីហេតុផលរបស់យើងជាលាយលក្ខណ៍អក្សរសម្រាប់ការបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់អ្នក។ យើងក៏ត្រូវតែពន្យល់អំពីរបៀបដែលអ្នកអាចដាក់បណ្តឹងតវ៉ាអំពីសេចក្តីសម្រេចរបស់យើងដើម្បីបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់អ្នកផងដែរ។ អ្នកក៏អាចមើល ជំពូកទី **9** នៃ សៀវភៅណែនាំសមាជិក របស់អ្នកសម្រាប់ព័ត៌មានអំពីរបៀបក្នុងការដាក់បណ្តឹងតវ៉ា។

H. របៀបក្នុងការទទួលព័ត៌មានបន្ថែមអំពីការបញ្ចប់សមាជិកភាពនៃគម្រោងរបស់អ្នក

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ ឬចង់ទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែមអំពីការបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់អ្នក អ្នកទូរសព្ទទៅកាន់ផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជនតាមរយៈលេខនៅខាងក្រោមនៃទំព័រនេះ។

ជំពូកទី 11៖ សេចក្តីជូនដំណឹងតាមច្បាប់

សេចក្តីផ្តើម

ជំពូកនេះរួមបញ្ចូលទាំងសេចក្តីជូនដំណឹងផ្នែកច្បាប់ដែលអនុវត្តចំពោះសមាជិកភាពរបស់អ្នកនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើង។ ពាក្យគន្លឹះ និងនិយមន័យនៃពាក្យគន្លឹះទាំងនេះបង្ហាញជាលំដាប់អក្ខរក្រមនៅក្នុងជំពូកចុងក្រោយនៃសៀវភៅណែនាំសមាជិករបស់អ្នក។

តារាងមាតិកា

A. សេចក្តីជូនដំណឹងស្តីពីច្បាប់ 321

B. សេចក្តីជូនដំណឹងស្តីពីការមិនរើសអើង 321

C. សេចក្តីជូនដំណឹងស្តីពី Medicare ក្នុងនាមជាអ្នកបង់ប្រាក់ទីពីរ និង Medi-Cal ជាអ្នកបង់ប្រាក់ចុងក្រោយបំផុត 322

D. សេចក្តីជូនដំណឹងស្តីពីការស្តារអចលនទ្រព្យរបស់ Medi-Cal 323

E. ការគ្រប់គ្រង សៀវភៅណែនាំសមាជិក 323

F. កិច្ចសហប្រតិបត្តិការជាសមាជិក 323

G. ការវាយតម្លៃ 323

H. ទំនួលខុសត្រូវរបស់និយោជក 323

I. ទំនួលខុសត្រូវរបស់ទីភ្នាក់ងាររដ្ឋាភិបាល 324

J. ក្រសួងកិច្ចការអតីតយុទ្ធជនរបស់សហរដ្ឋអាមេរិក 324

K. សំណងរបស់កម្មករ ឬអត្ថប្រយោជន៍អំពីទំនួលខុសត្រូវរបស់និយោជក 324

L. ការទទួលបានមកវិញពីការទូទាត់លើស 324

M. នៅពេលភាគីទីបីបង្ករបួសរបស់អ្នក 324

N. សេចក្តីជូនដំណឹងអំពីការចូលរួមក្នុងការផ្លាស់ប្តូរព័ត៌មានសុខភាព 326

O. ការរាយការណ៍អំពីការក្លែងបន្លំ ការខ្ជះខ្ជាយ និងការលោភបំពាន 327

A. សេចក្តីជូនដំណឹងស្តីពីច្បាប់

មានច្បាប់ជាច្រើនអនុវត្តចំពោះសៀវភៅណែនាំសមាជិកនេះ។ ច្បាប់ទាំងនេះអាចនឹងប៉ះពាល់ដល់សិទ្ធិ និងទំនួលខុសត្រូវរបស់អ្នក ទោះបីជាច្បាប់ទាំងនេះមិនបានបញ្ចូល ឬបានពន្យល់ក្នុង សៀវភៅណែនាំសមាជិកក៏ដោយ។ ច្បាប់ចម្បងដែលអនុវត្តគឺជាច្បាប់របស់សហព័ន្ធ និងរដ្ឋស្តីពីកម្មវិធី Medicare និង Medi-Cal។ ច្បាប់ផ្សេងៗនៃសហព័ន្ធ និងរដ្ឋ ក៏អាចនឹងអនុវត្តដែរ។

B. សេចក្តីជូនដំណឹងស្តីពីការមិនរើសអើង

យើងមិនរើសអើង ឬប្រព្រឹត្តចំពោះអ្នកដោយខុសពីគ្នាដោយសារពូជសាសន៍ ជាតិសាសន៍ ដើមកំណើតជាតិសាសន៍ ពណ៌សម្បុរ សាសនា ភេទ យេនឌ័រ អាយុ ទំនោរផ្លូវភេទ ពិការភាពផ្លូវចិត្ត ឬរាងកាយ ស្ថានភាពសុខភាព បទពិសោធន៍នៃការទាមទារសំណង ប្រវត្តិវេជ្ជសាស្ត្រ ព័ត៌មានអំពីហ្សែន ភស្តុតាងនៃការធានារ៉ាប់រង ឬទីតាំងភូមិសាស្ត្រនៅក្នុងតំបន់សេវានោះទេ។ លើសពីនេះទៀត យើងមិនរើសអើងដោយខុសច្បាប់ មិនរាប់បញ្ចូលមនុស្ស ឬប្រព្រឹត្តចំពោះពួកគេដោយខុសពីគ្នាដោយសារតែពូជពង្ស អត្តសញ្ញាណក្រុមជនជាតិដើមភាគតិច អត្តសញ្ញាណយេនឌ័រ ស្ថានភាពអាពាហ៍ពិពាហ៍ ឬស្ថានភាពវេជ្ជសាស្ត្រ។

ប្រសិនបើអ្នកចង់បានព័ត៌មានបន្ថែម ឬមានការព្រួយបារម្ភអំពីការរើសអើង ឬការប្រព្រឹត្តមិនយុត្តិធម៌៖

- ទូរសព្ទទៅកាន់ក្រសួងសេវាសុខភាព និងមនុស្សជាតិ ការិយាល័យសិទ្ធិជនស៊ីវិលតាមរយៈលេខ 1-800-368-1019។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY អាចទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-537-7697។ អ្នកក៏អាចចូលទៅកាន់គេហទំព័រ www.hhs.gov/ocr សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមផងដែរ។
- ទូរសព្ទទៅក្រសួងសេវាថែទាំសុខភាព ការិយាល័យសិទ្ធិជនស៊ីវិលតាមរយៈលេខ 916-440-7370។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY អាចទូរសព្ទទៅលេខ 711 (សេវាបញ្ជូនបន្តតាមទូរគមនាគមន៍)។ ប្រសិនបើអ្នកជឿថាមានគេរើសអើងអ្នក ហើយចង់ដាក់បណ្តឹងសាទុក្ខអំពីការរើសអើងនោះ សូមទាក់ទង៖
  - ផ្ញើអ៊ីមែលទៅកាន់៖ CivilRights@dhcs.ca.gov
  - បំពេញទម្រង់ពាក្យបណ្តឹង ឬផ្ញើសំបុត្រទៅកាន់៖

    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

    ទម្រង់បែបបទបណ្តឹងតវ៉ាអាចរកបាននៅគេហទំព័រ៖
    dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx

ប្រសិនបើបណ្តឹងសាទុក្ខរបស់អ្នកស្តីពីការរើសអើងនៅក្នុងកម្មវិធី Medi-Cal អ្នកអាចក៏ដាក់ពាក្យបណ្តឹងតវ៉ាជាមួយក្រសួងសេវាថែទាំសុខភាព ការិយាល័យសិទ្ធិជនស៊ីវិល តាមទូរសព្ទ ជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ ឬតាមប្រព័ន្ធអេឡិចត្រូនិក៖

- តាមទូរសព្ទ៖ ហៅទូរសព្ទទៅលេខ 916-440-7370។ ប្រសិនបើអ្នកមិនអាចនិយាយ ឬស្តាប់បានល្អទេ សូមទូរសព្ទទៅលេខ 711(សេវាបញ្ជូនបន្តតាមទូរគមនាគមន៍)។
- ជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ៖ បំពេញទម្រង់ពាក្យបណ្តឹង ឬផ្ញើសំបុត្រទៅកាន់៖

  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

  ទំរង់បំពេញបណ្តឹងគឺមាននៅ
  www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx។

- ជាអេឡិកត្រូនិក៖ ផ្ញើអ៊ីមែលទៅកាន់ CivilRights@dhcs.ca.gov។

ប្រសិនបើអ្នកមានពិការភាព ហើយត្រូវការជំនួយក្នុងការប្រើប្រាស់សេវាថែទាំសុខភាព ឬអ្នកផ្តល់សេវា ទូរសព្ទទៅកាន់ផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជន។ បើអ្នកមានការតវ៉ា ដូចជាបញ្ហាជាមួយនឹងលទ្ធភាពប្រើរទេះរុញ ផ្នែកបម្រើសេវាសមាជិកអាចជួយអ្នកបាន។

C. សេចក្តីជូនដំណឹងស្តីពី Medicare ក្នុងនាមជាអ្នកបង់ប្រាក់ទីពីរ និង Medi-Cal ជាអ្នកបង់ប្រាក់ចុងក្រោយបំផុត

ជួនកាលនរណាម្នាក់ផ្សេងទៀតត្រូវតែបង់ប្រាក់ជាមុនសិនសម្រាប់សេវាដែលយើងផ្តល់ជូនអ្នក។ ឧទាហរណ៍ ប្រសិនបើអ្នកស្ថិតក្នុងគ្រោះថ្នាក់ចរាចរណ៍ដោយសាររថយន្ត ឬប្រសិនបើអ្នករងរបួសនៅកន្លែងធ្វើការ ការធានារ៉ាប់រង ឬសំណងកម្មករត្រូវតែបង់ជាមុនសិនដែរ។

យើងមានសិទ្ធិ និងមានការទទួលខុសត្រូវ ដើម្បីប្រមូលថ្លៃសេវា Medicare ដែលមានធានារ៉ាប់រងសម្រាប់ Medicare ដែលមិនមែនជាអ្នកបង់ប្រាក់មុនគេ។

យើងគោរពតាមច្បាប់រដ្ឋ និងសហព័ន្ធ ព្រមទាំងបទប្បញ្ញត្តិនានាដែលទាក់ទងនឹងទំនួលខុសត្រូវតាមច្បាប់នៃភាគីទីបីសម្រាប់ការផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពដល់សមាជិក។ យើងនឹងចាត់វិធានការសមហេតុផលទាំងអស់ដើម្បីធានាថាកម្មវិធី Medi-Cal គឺជាអ្នកបង់ប្រាក់ចុងក្រោយបំផុត។

D. សេចក្តីជូនដំណឹងស្តីពីការស្តារអចលនទ្រព្យរបស់ Medi-Cal

កម្មវិធី Medi-Cal ត្រូវតែស្វែងរកការទូទាត់សំណងពីអចលនទ្រព្យដែលមានសុពលភាពកម្មរបស់សមាជិកដែលបានស្លាប់មួយចំនួនសម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍ Medi-Cal ដែលទទួលបាននៅថ្ងៃខួបកំណើតលើកទី 55 ឬបន្ទាប់ពីថ្ងៃខួបកំណើតរបស់ពួកគេ។ ការទូទាត់សំណងរួមមានថ្លៃសេវា និងថ្លៃធានារ៉ាប់រងលើការថែទាំក្រោមការគ្រប់គ្រង/ការទូទាត់ប្រាក់ក្នុងសមាជិកម្នាក់សម្រាប់សេវាមន្ទីរថែទាំ សេវាថែទាំតាមផ្ទះ និងតាមសហគមន៍ និងសេវាឱសថមានវេជ្ជបញ្ជា និងមន្ទីរពេទ្យដែលពាក់ព័ន្ធបានទទួលនៅពេលសមាជិកគឺជាអ្នកជំងឺសម្រាកក្នុងមន្ទីរពេទ្យនៅក្នុងមន្ទីរថែទាំ ឬកំពុងបានទទួលសេវាថែទាំតាមផ្ទះ និងតាមសហគមន៍។ ការទូទាត់សំណងមិនអាចលើសពីតម្លៃនៃអចលនទ្រព្យដែលមានសុពលភាពកម្មរបស់សមាជិកនោះទេ។

ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែម ចូលទៅកាន់គេហទំព័រនៃការស្តារអចលនទ្រព្យរបស់ក្រសួងសេវាថែទាំសុខភាពតាមរយៈ www.dhcs.ca.gov/er ទូរសព្ទទៅលេខ 916-650-0590 ។

E. ការគ្រប់គ្រង សៀវភៅណែនាំសមាជិក

យើងខ្ញុំអាចដាក់ចេញនូវគោលការណ៍ នីតិវិធី និងការបកស្រាយដែលសមស្រប ដើម្បីធានាបាននូវការគ្រប់គ្រងសៀវភៅណែនាំសមាជិក នេះប្រកបដោយប្រសិទ្ធភាព និងរបៀបរៀបរយ។

F. កិច្ចសហប្រតិបត្តិការជាសមាជិក

អ្នកត្រូវតែបំពេញពាក្យសុំ ទម្រង់បែបបទ សេចក្តីថ្លែងការណ៍ ការលើកលែង ការអនុញ្ញាត ទម្រង់បែបបទកម្ចី និងឯកសារផ្សេងៗដែលយើងខ្ញុំស្នើសុំ ទាំងក្នុងករណីធម្មតា និងករណីពិសេសដែលមានចែងក្នុង សៀវភៅណែនាំសមាជិក។

G. ការវាយតម្លៃ

អ្នកមិនអាចផ្ទេរ សៀវភៅណែនាំសមាជិក នេះ ឬសិទ្ធិ ផលប្រយោជន៍ ការទាមទារសំណង ឬកាតព្វកិច្ចណាមួយដែលមានចែងក្នុងសៀវភៅនេះ ដោយគ្មានការយល់ព្រមជាលាយលក្ខណ៍អក្សរពីយើងខ្ញុំជាមុនឡើយ។

H. ទំនួលខុសត្រូវរបស់និយោជក

សម្រាប់សេវាណាមួយដែលច្បាប់តម្រូវឱ្យនិយោជកផ្តល់ជូន យើងនឹងបង់ប្រាក់ដល់និយោជក ហើយនៅពេលដែលយើងធានារ៉ាប់រងលើសេវាបែបនេះ យើងអាចទទួលបានមកវិញនូវតម្លៃនៃសេវាពីនិយោជក។

I. ទំនួលខុសត្រូវរបស់ទីភ្នាក់ងាររដ្ឋាភិបាល

សម្រាប់សេវាណាមួយដែលច្បាប់តម្រូវឱ្យផ្តល់ជូនតែ ឬទទួលបានតែពីទីភ្នាក់ងាររដ្ឋាភិបាល យើងនឹងមិនបង់ប្រាក់ដល់ទីភ្នាក់ងាររដ្ឋាភិបាលនោះទេ ហើយនៅពេលយើងធានារ៉ាប់រងលើសេវាបែបនេះ យើងអាចទទួលបានមកវិញនូវតម្លៃសេវាពីទីភ្នាក់ងាររដ្ឋាភិបាល។

J. ក្រសួងកិច្ចការអតីតយុទ្ធជនរបស់សហរដ្ឋអាមេរិក

ចំពោះសេវាណាមួយសម្រាប់លក្ខខណ្ឌដែលច្បាប់តម្រូវឱ្យក្រសួងកិច្ចការអតីតយុទ្ធជនផ្តល់ជូន យើងនឹងមិនបង់ប្រាក់ឱ្យក្រសួងកិច្ចការអតីតយុទ្ធជនទេ ហើយនៅពេលដែលយើងធានារ៉ាប់រងលើសេវាបែបនេះ យើងអាចទទួលបានមកវិញនូវតម្លៃសេវាពីក្រសួងកិច្ចការអតីតយុទ្ធជន។

K. សំណងរបស់កម្មករ ឬអត្ថប្រយោជន៍អំពីទំនួលខុសត្រូវរបស់និយោជក

អ្នកអាចមានសិទ្ធិទទួលបានការទូទាត់ប្រាក់ ឬអត្ថប្រយោជន៍ផ្សេងទៀតក្រោមសំណងរបស់កម្មករ ឬច្បាប់ទទួលខុសត្រូវរបស់និយោជក។ យើងនឹងផ្តល់ឱសថផ្នែក D ដែលមានធានារ៉ាប់រង ទោះបីជាវាមិនច្បាស់ថាតើអ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ដែរឬអត់ ប៉ុន្តែយើងអាចទទួលបានមកវិញនូវតម្លៃសេវាដែលមានធានារ៉ាប់រងណាមួយពីប្រភពខាងក្រោម៖

1. ពីប្រភពណាមួយដែលផ្តល់អត្ថប្រយោជន៍ ឬពីអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នកណាដល់កាលកំណត់។

2. ពីអ្នក ក្នុងវិសាលភាពដែលអត្ថប្រយោជន៍ត្រូវបានផ្តល់ជូន ឬអាចបង់បាន ឬត្រូវបានតម្រូវឱ្យផ្តល់ជូន ឬអាចបង់បាន ប្រសិនបើអ្នកបានស្វែងរកដោយឧស្សាហ៍ព្យាយាមដើម្បីបង្កើតសិទ្ធិរបស់អ្នកចំពោះអត្ថប្រយោជន៍ក្រោមសំណងរបស់កម្មករណាមួយ ឬច្បាប់ទទួលខុសត្រូវរបស់និយោជក។

L. ការទទួលបានមកវិញពីការទូទាត់លើស

យើងអាចទទួលបានមកវិញពីការទូទាត់លើសណាមួយដែលយើងធ្វើសម្រាប់សេវាពីអ្នកដែលទទួលបានការទូទាត់លើសបែបនេះ ឬពីបុគ្គល ឬអង្គការណាមួយដែលមានកាតព្វកិច្ចត្រូវបង់ថ្លៃសេវា។

M. នៅពេលភាគីទីបីបង្ករបួសរបស់អ្នក

ប្រសិនបើអ្នករងរបួស ឬធ្លាក់ខ្លួនឈឺដោយសារទង្វើ ឬការធ្វេសប្រហែសរបស់បុគ្គលម្នាក់ផ្សេងទៀត (“ភាគីទីបី”) ដោយពាក់ព័ន្ធនឹងសេវាដែលត្រូវការដោយសារតែរបួសនោះ Blue Shield ត្រូវផ្តល់អត្ថប្រយោជន៍

នៃគម្រោង ហើយមានសិទ្ធិស្មើគ្នាក្នុងការទទួលបានការសងប្រាក់វិញ សំណង ឬដំណោះស្រាយដែលអាចរកបានផ្សេងទៀតដើម្បីទទួលបានមកវិញនូវចំនួនទឹកប្រាក់ដែល Blue Shield បានបង់ជូនអ្នកពីការទទួលបានមកវិញ (បានកំណត់ខាងក្រោម) ត្រូវបានទទួលដោយ ឬតាំងនាមឱ្យអ្នក ពី ឬតាំងនាមឱ្យភាគីទីបីដែលទទួលខុសត្រូវចំពោះការរងរបួស ឬជំងឺ ឬពីការធានារ៉ាប់រងដោយអ្នកបើកបររថយន្តដែលមិនមានការធានារ៉ាប់រង/មានការធានារ៉ាប់រងមិនបានគ្រប់គ្រាន់។

សិទ្ធិទទួលបានការសង់ប្រាក់វិញ សំណង ឬដំណោះស្រាយដែលអាចរកបានផ្សេងទៀតគឺប្រឆាំងនឹងការទទួលបានមកវិញណាមួយដែលអ្នកទទួលដោយសារការរងរបួស ឬជំងឺ រួមទាំងចំនួនទឹកប្រាក់ណាមួយដែលផ្តល់ឱ្យ ឬទទួលបានតាមរយៈការវិនិច្ឆ័យរបស់តុលាការ ការសម្រេចរបស់អាជ្ញាកណ្តាល ការទូទាត់បំណុល ឬការរៀបចំផ្សេងទៀតពីភាគីទីបី ឬអ្នកទទួលធានារ៉ាប់រងជាភាគីទីបី ឬពីការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកបើកបររថយន្តដែលមិនមានការធានារ៉ាប់រង ឬមានការធានារ៉ាប់រងមិនបានគ្រប់គ្រាន់ ទាក់ទងនឹងជំងឺ ឬការរងរបួស (“ការទទួលបានមកវិញ”) ដោយមិនគិតពីថាតើអ្នកត្រូវបាន “សងទាំងស្រុង”ពីការទទួលបានមកវិញ។ សិទ្ធិទទួលបានការសងប្រាក់វិញ សំណង ឬដំណោះស្រាយដែលអាចរកបានផ្សេងទៀតគឺទាក់ទងនឹងផ្នែកនៃការទទួលបានមកវិញសរុបដែលជំពាក់សម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍ដែលបានបង់ទាក់ទងនឹងការរងរបួស ឬជំងឺបែបនេះ ដែលត្រូវបានគណនាដោយអនុលោមតាមក្រមរដ្ឋប្បវេណីនៃរដ្ឋ California ផ្នែកទី 3040។

អ្នកត្រូវបានតម្រូវឱ្យ៖

1. ជូនដំណឹងដល់ Blue Shield ជាលាយលក្ខណ៍អក្សរអំពីការទាមទារសំណងជាក់ស្តែង ឬដែលអាចកើតឡើង ឬបទបញ្ជាការផ្លូវច្បាប់ណាមួយដែលអ្នករំពឹងថានឹងប្តឹង ឬបានប្តឹងជំទាស់នឹងភាគីទីបីដែលកើតចេញពីទង្វើ ឬការធ្វេសប្រហែសដែលបានចោទប្រកាន់ដែលបណ្តាលឱ្យមានការរងរបួស ឬជំងឺ មិនលើសពី 30 ថ្ងៃបន្ទាប់ពីបានដាក់បញ្ជូន ឬដាក់ពាក្យបណ្តឹងទាមទារសំណង ឬបទបញ្ជាការផ្លូវច្បាប់ជំទាស់នឹងភាគីទីបី និង

2. យល់ស្របសហការយ៉ាងពេញលេញ និងអនុវត្តទម្រង់បែបបទ ឬឯកសារណាមួយដែលចាំបាច់ក្នុងការអនុវត្តសិទ្ធិទទួលបានការសង់ប្រាក់វិញ សំណង ឬដំណោះស្រាយដែលអាចរកបានផ្សេងទៀត និង

3. យល់ស្របជាលាយលក្ខណ៍អក្សរដើម្បីផ្តល់សំណងដល់ Blue Shield សម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍ដែលបានបង់ដោយ Blue Shield ពីការទទួលបានមកវិញណាមួយនៅពេលដែលការទទួលបានមកវិញត្រូវបានទទួលបានពី ឬតាំងនាមឱ្យភាគីទីបី ឬអ្នកទទួលធានារ៉ាប់រងនៃភាគីទីបី ឬពីការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកបើកបររថយន្តដែលមិនមានការធានារ៉ាប់រង ឬមានការធានារ៉ាប់រងមិនគ្រប់គ្រាន់ និង

4. ផ្តល់ការដាក់បន្ទុកដែលបានគណនាដោយអនុលោមតាមក្រមរដ្ឋប្បវេណីនៃរដ្ឋ California ផ្នែកទី 3040។ ការដាក់បន្ទុកអាចត្រូវបានដាក់ពាក្យជាមួយភាគីទីបី ភ្នាក់ងារ ឬមេធាវីរបស់ភាគីទីបី ឬតុលាការ លុះត្រាតែមានការហាមឃាត់ផ្សេងទៀតដោយច្បាប់ និង

5. ឆ្លើយតបតាមកាលកំណត់ទៅនឹងសំណើព័ត៌មានទាក់ទងនឹងការទាមទារដែលបជំទាស់នឹងភាគីទីបី ហើយជូនដំណឹងជាលាយលក្ខណ៍អក្សរដល់ Blue Shield ក្នុងរយៈពេលដប់ (10) ថ្ងៃបន្ទាប់ពីការទទួលបានមកវិញណាមួយត្រូវបានទទួល។

ការខកខានមិនគោរពតាម 1. ដល់ 5. ខាងលើនេះមិនត្រូវធ្វើជាករណីលើកលែង ការដោះបំណុល ឬការបោះបង់ចោលសិទ្ធិរបស់ Blue Shield តាមមធ្យោបាយណាមួយឡើយ។

N. សេចក្តីជូនដំណឹងអំពីការចូលរួមក្នុងការផ្លាស់ប្តូរព័ត៌មានសុខភាព

Blue Shield ចូលរួមក្នុងការផ្លាស់ប្តូរព័ត៌មានសុខភាពរបស់ Manifest MedEx ("HIE") ធ្វើឱ្យព័ត៌មានសុខភាពរបស់សមាជិករបស់ខ្លួនអាចរកបានចំពោះ Manifest MedEx សម្រាប់លទ្ធភាពចូលប្រើពីអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពដែលមានការអនុញ្ញាតរបស់ពួកគេ។ Manifest MedEx គឺជាអង្គការឯកជនមិនរកប្រាក់ចំណេញដែលរក្សាមូលដ្ឋានទិន្នន័យទូទាំងរដ្ឋនៃកំណត់ត្រារបស់អ្នកជំងឺតាមប្រព័ន្ធអេឡិចត្រូនិកដែលរួមមានព័ត៌មានសុខភាពត្រូវបានរួមចំណែកដោយវេជ្ជបណ្ឌិត មន្ទីរថែទាំសុខភាព គម្រោងសេវាថែទាំសុខភាព និងក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងសុខភាព។ អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពដែលមានការអនុញ្ញាត (រួមទាំងវេជ្ជបណ្ឌិត គិលានុបដ្ឋាយិកា និងមន្ទីរពេទ្យ) អាចទទួលបានព័ត៌មានសុខភាពរបស់អ្នកជំងឺរបស់ពួកគេដោយសុវត្ថិភាពតាមរយៈ Manifest MedEx HIE ដើម្បីគាំទ្រដល់ការផ្តល់ការថែទាំប្រកបដោយសុវត្ថិភាព និងគុណភាពខ្ពស់។

Manifest MedEx គោរពសិទ្ធិឯកជនរបស់សមាជិក និងអនុវត្តតាមច្បាប់ឯកជនភាពរបស់រដ្ឋ និងសហព័ន្ធជាធរមាន។ Manifest MedEx ប្រើប្រាស់ប្រព័ន្ធសុវត្ថិភាពកម្រិតខ្ពស់ និងបច្ចេកទេសអ៊ិនគ្រីបទិន្នន័យទំនើបដើម្បីការពារឯកជនភាពរបស់សមាជិក និងសុវត្ថិភាពនៃព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួនរបស់ពួកគេ។

សមាជិក Blue Shield គ្រប់រូបមានសិទ្ធិបង្គាប់ឱ្យ Manifest MedEx មិនចែករំលែកព័ត៌មានសុខភាពរបស់ពួកគេជាមួយអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពរបស់ពួកគេ។ ទោះបីជាការជ្រើសរើសមិនចូលរួមក្នុងគម្រោង Manifest MedEx អាចកំណត់សមត្ថភាពរបស់អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពរបស់អ្នកក្នុងការទទួលបានព័ត៌មានថែទាំសុខភាពសំខាន់ៗអំពីអ្នកយ៉ាងឆាប់រហ័សក៏ដោយ ក៏ការធានារ៉ាប់រងសុខភាព ឬការធានារ៉ាប់រងលើអត្ថប្រយោជន៍នៃគម្រោងសុខភាពរបស់សមាជិកនឹងមិនរងផលប៉ះពាល់ពីការជ្រើសរើសមិនចូលរួមក្នុងគម្រោង Manifest MedEx នោះទេ។ គ្មានវេជ្ជបណ្ឌិត ឬមន្ទីរពេទ្យណាដែលចូលរួមក្នុង Manifest MedEx នឹងបដិសេធការថែទាំសុខភាពដល់អ្នកជំងឺដែលជ្រើសរើសមិនចូលរួមក្នុង Manifest MedEx HIE នោះទេ។

សមាជិកដែលមិនចង់ឱ្យព័ត៌មានអំពីការថែទាំសុខភាពរបស់ពួកគេត្រូវបានបង្ហាញនៅក្នុង Manifest MedEx គួរតែបំពេញទម្រង់បែបបទតាមអនឡាញនៅគេហទំព័រ https://www.manifestmedex.org/opt-out ឬទូរសព្ទទៅ Manifest MedEx តាមរយៈលេខ (888) 510-7142 ពីម៉ោង 7:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 7:00 យប់ នៃ PTS ចាប់ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ។ TTY: 711 សម្រាប់ជនពិការត្រចៀក

O. ការរាយការណ៍អំពីការក្លែងបន្ត ការខ្ជះខ្ជាយ និងការរំលោភបំពាន

តើការក្លែងបន្ត ការខ្ជះខ្ជាយ និងការរំលោភបំពាន (FWA) គឺជាអ្វី?

ការក្លែងបន្តគឺជាការបំភ្លៃដោយចេតនាដែលអាចបណ្តាលឱ្យមានថ្លៃចំណាយដោយគ្មានការអនុញ្ញាតចំពោះកម្មវិធីថែទាំសុខភាព។

ការខ្ជះខ្ជាយគឺការប្រើប្រាស់មូលនិធি ឬធនធានសុខភាពមិនសមស្របដោយគ្មានតម្រូវការសមហេតុផលឱ្យធ្វើដូច្នោះ។

ការរំលោភបំពានគឺជាការអនុវត្តដែលមិនស៊ីសង្វាក់គ្នាជាមួយនឹងការអនុវត្តផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ ឬអាជីវកម្មដោយប្រយ័ត្នដែលអាចបណ្តាលឱ្យមានថ្លៃចំណាយមិនចាំបាច់ចំពោះកម្មវិធីថែទាំសុខភាពដោយផ្ទាល់ក្តី ឬដោយប្រយោលក្តី។

ការពារខ្លួនអ្នក និងអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នក

មិនដែលផ្តល់លេខរបបសន្តិសុខសង្គម Medicare ឬគម្រោងសុខភាព ឬព័ត៌មានធនាគាររបស់អ្នកទៅឱ្យនរណាម្នាក់ដែលអ្នកមិនស្គាល់នោះទេ។

កុំយល់ព្រមចំពោះការធ្វើតេស្តមន្ទីរពិសោធន៍ណាមួយដោយគ្មានការបញ្ជាពីវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកឡើយ។

វាគឺជាបញ្ហាខុសច្បាប់ក្នុងការទទួលយកអ្វីមួយជាតម្លៃក្នុងការផ្លាស់ប្តូរសេវាវេជ្ជសាស្ត្រ។

ត្រូវដឹងអំពីការក្លែងបន្តការធ្វើតេស្តហ្សែន

អ្នកបោកប្រាស់ចូលទៅជិតអ្នកចុះឈ្មោះដែលមិនមានការសង្ស័យនៅឯពិព័រណ៍សុខភាពតាមមូលដ្ឋាន មជ្ឈមណ្ឌលស្នាក់នៅសម្រាប់មនុស្សចាស់ មជ្ឈមណ្ឌលសហគមន៍ ទីភ្នាក់ងារសុខភាពតាមផ្ទះ និងទីតាំងដែលអាចទុកចិត្តបានផ្សេងទៀតដើម្បីប្រព្រឹត្តការក្លែងបន្តការធ្វើតេស្តហ្សែន។ ពួកគេសន្យាក្លែងក្លាយថា Medicare នឹងបង់ប្រាក់សម្រាប់ការធ្វើតេស្ត ហើយអ្នកគ្រាន់តែត្រូវផ្តល់ក្រៀរពីថ្ពាល់ អត្តសញ្ញាណបណ្ណ និងព័ត៌មាន Medicare របស់អ្នកដើម្បីទទួលបានលទ្ធផលតេស្តរបស់អ្នក។

គួរអោយស្តាយ ឥឡូវនេះអ្នកបោកប្រាស់ទាំងនេះមានគម្រោងសុខភាព ឬលេខ Medicare របស់អ្នកហើយពួកគេអាចចេញវិក្កយបត្រឱ្យ Medicare រាប់ពាន់ដុល្លារសម្រាប់ការធ្វើតេស្ត ឬសូម្បីតែសេវាដែលអ្នកមិនដែលទទួលបាន។ ពួកគេក៏មានព័ត៌មានអំពីហ្សែនផ្ទាល់ខ្លួនរបស់អ្នកផងដែរ។

ដើម្បីរាយការណ៍អំពីការក្លែងបន្ត ការខ្ជះខ្ជាយ និងការរំលោភបំពានដែលមានការសង្ស័យ សូមទាក់ទង៖

ខ្សែទូរសព្ទទាន់ហេតុការណ៍សម្រាប់ការក្លែងបន្លំ Medicare របស់ Blue Shield of California៖ (855) 331-4894 (TTY: 711) ឬតាមរយៈអ៊ីមែល៖ MedicareStopFraud@blueshieldca.com។

Medicare តាមរយៈលេខ 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227)បាន 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ (អ្នកប្រើ TTY គួរទូរសព្ទទៅលេខ 1-877-486-2048)។

ជំពូកទី 12៖ និយមន័យនៃពាក្យសំខាន់ៗ

សេចក្តីផ្តើម

ជំពូកនេះរួមបញ្ចូលទាំងពាក្យគន្លឹះដែលត្រូវបានប្រើនៅក្នុងសៀវភៅណែនាំសមាជិករបស់អ្នកដោយមាននិយមន័យរបស់ពួកវា។ ពាក្យគន្លឹះត្រូវបានរាយក្នុងបញ្ជីតាមលំដាប់អក្ខរក្រម។ ប្រសិនបើអ្នកមិនអាចស្វែងរកពាក្យគន្លឹះដែលអ្នកកំពុងរក ឬប្រសិនបើអ្នកត្រូវការព័ត៌មានបន្ថែមក្រៅពីនិយមន័យបានរួមបញ្ចូល ទាក់ទងទៅកាន់ផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជន។

សកម្មភាពនៃការរស់នៅប្រចាំថ្ងៃ (**ADL**)៖កិច្ចការដែលមនុស្សធ្វើនៅថ្ងៃធម្មតា ដូចជាការបរិភោគ ការប្រើប្រាស់បង្គន់ ការស្លៀកពាក់ ការងូតទឹក ឬការដុសធ្មេញ។

ចៅក្រមផ្នែកច្បាប់រដ្ឋបាល៖ ចៅក្រមដែលពិនិត្យឡើងវិញនូវបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិតទី 3។

កម្មវិធីជំនួយឱសថរបស់ AIDS (**ADAP**)៖ កម្មវិធីមួយដែលជួយដល់បុគ្គលដែលមានសិទ្ធិដែលកំពុងរស់នៅជាមួយ HIV/AIDS មានលទ្ធភាពទទួលបានឱសថព្យាបាល HIV ដែលជួយឱ្យរស់នៅបានយូរ។

មជ្ឈមណ្ឌលវះកាត់ដោយមិនចាច់សម្រាកក្នុងមន្ទីរពេទ្យ៖ជាមន្ទីរដែលផ្តល់ការវះកាត់អ្នកជំងឺមិនស្នាក់ព្យាបាល ចំពោះអ្នកជំងឺដែលមិនត្រូវការថែទាំនៅមន្ទីរពេទ្យ និងដែលរំពឹងថាមិន ត្រូវការថែទាំច្រើនជាង 24 ម៉ោងទេ។

បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍៖របៀបដែលអ្នកជំទាស់នឹងសកម្មភាពរបស់យើង ប្រសិនបើអ្នកគិតថាយើងបានធ្វើឱ្យមានកំហុស។ អ្នកអាចស្នើឲ្យយើងផ្លាស់ប្តូរសេចក្តីសម្រេច ដោយបណ្តឹងតវ៉ា។ **ជំពូកទី 9** នៃ សៀវភៅណែនាំសមាជិក របស់អ្នកពន្យល់អំពីបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ រួមទាំងរបៀបដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍។

សុខភាពផ្លូវចិត្ត៖ជាពាក្យដែលបានរាប់បញ្ចូលទាំងអស់សំដៅទៅបញ្ហាសុខភាពផ្លូវចិត្ត និងសេវាព្យាបាលវិបត្តិនៃការប្រើសារធាតុញៀន។

ផលិតផលជីវសាស្ត្រ៖ ឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាដែលត្រូវបានផលិតពីសរីរាង្គធម្មជាតិ និងមានជីវិតដូចជាកោសិកាសត្ត កោសិការុក្ខជាតិ បាក់តេរី ឬផ្សិត។ ផលិតផលជីវសាស្ត្រមានភាពស្មុគស្មាញជាងឱសថផ្សេងទៀតហើយមិនអាចចម្លងដូចទេ ដូច្នេះផលិតផលក្នុងទម្រង់ផ្សេងទៀតត្រូវបានហៅថាផលិតផលជីវសាស្ត្រស្រដៀងគ្នា។ (សូមមើលផងដែរ “ផលិតផលជីវសាស្ត្រដើម” និង “ផលិតផលជីវសាស្ត្រស្រដៀងគ្នា”)។

ផលិតផលជីវសាស្ត្រស្រដៀងគ្នា៖ ឱសថជីវសាស្ត្រដែលស្រដៀងគ្នាខ្លាំង ប៉ុន្តែមិនដូចគ្នាទៅនឹងផលិតផលជីវសាស្ត្រដើមនោះទេ។ ផលិតផលជីវសាស្ត្រស្រដៀងគ្នាមានសុវត្ថិភាព និងមានប្រសិទ្ធភាពដូចនឹងផលិតផលជីវសាស្ត្រដើមដែរ។ ផលិតផលជីវសាស្ត្រស្រដៀងគ្នាមួយចំនួនអាចត្រូវបានជំនួសសម្រាប់ផលិតផលជីវសាស្ត្រដើមនៅឱសថស្ថានដោយមិនចាំបាច់មានវេជ្ជបញ្ជាថ្មីនោះឡើយ។ (សូមមើល “ផលិតផលជីវសាស្ត្រស្រដៀងគ្នាដែលអាចផ្លាស់ប្តូរបាន”)។

ឱសថមានម៉ាក៖ជាឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាដែលបានផលិត និងបានលក់ដោយក្រុមហ៊ុន ដែលបានផលិតឱសថដើមដំបូង។ ឱសថឈ្មោះល្អ្ជ មានគ្រឿងផ្សំដូចគ្នានឹងកំណែឱសថម៉ាកធម្មតាដែរ។ ជាធម្មតា ឱសថទូទៅត្រូវបានផលិត និងបានលក់ដោយក្រុមហ៊ុនឱសថផ្សេងៗ។

អ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំ៖ជាមនុស្សចម្បងម្នាក់ ដែលធ្វើការជាមួយនឹងអ្នក ជាមួយនឹងគម្រោងសុខភាព និងជាមួយនឹងអ្នកផ្តល់ការថែទាំរបស់អ្នក ដើម្បីធ្វើឱ្យប្រាកដ ថាអ្នកទទួលបានការថែទាំដែលអ្នកត្រូវការ។

គម្រោងថែទាំ៖ សូមមើល “គម្រោងថែទាំជាលក្ខណៈបុគ្គល”។

សេវាបន្ថែមក្នុងគម្រោងថែទាំសុខភាព (**សេវា CPO**)ជាសេវាបន្ថែមដែលជាជម្រើសនៅក្រោម គម្រោងថែទាំជាលក្ខណៈបុគ្គល (ICP) របស់អ្នក។ សេវាកម្មទាំងនេះមិនមានចេតនាដើម្បីជំនួសសេវា និងការជួយទ្រទ្រង់រយៈពេលយូរដែលអ្នកត្រូវបានអនុញ្ញាតឱ្យទទួលនៅក្រោម Medi-Cal ទេ។

ក្រុមថែទាំសុខភាព៖ សូមមើល “ក្រុមថែទាំពហុជំនាញ”។

មជ្ឈមណ្ឌលសម្រាប់សេវា Medicare និង Medicaid (**CMS**)៖ជាទីភ្នាក់ងាររបស់សហព័ន្ធទទួលបន្ទុកខាង Medicare។ ជំ**ពូកទី 2** នៃសៀវភៅណែនាំសមាជិក របស់អ្នកពន្យល់អំពីរបៀបទាក់ទងទៅ CMS។

សេវាសម្រាប់មនុស្សពេញវ័យតាមសហគមន៍ (**CBAS**)៖អ្នកជំងឺមិនស្នាក់ព្យាបាល កម្មវិធីសេវាតាមមជ្ឈមណ្ឌលដែលផ្តល់ការថែទាំដោយគិលានុបដ្ឋាយិកាជំនាញ សេវាសង្គមកិច្ច ការព្យាបាលដោយសកម្មភាពប្រចាំថ្ងៃ និងការព្យាបាលការនិយាយស្តី ការថែទាំដោយខ្លួនឯង ការហ្វឹកហ្វឺន និងគាំទ្រគ្រួសារ/អ្នកថែទាំ សេវាអាហារូបត្ថម្ភ មធ្យោបាយធ្វើដំណើរ និងសេវាផ្សេងៗទៀតសម្រាប់សមាជិកមានសិទ្ធិទទួលបានដែលបំពេញតាមលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យលើសិទ្ធិទទួលជាធរមាន។

បណ្តឹងតវ៉ា៖ជាសេចក្តីថ្លែងការណ៍ជាលាយលក្ខណ៍អក្សរដោយរៀបរាប់ថា អ្នកមានបញ្ហា ឬមានកង្វល់អំពីសេវា ឬការថែទាំដែលមានធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នក។ នេះរួមបញ្ចូលការព្រួយបារម្ភណាមួយអំពីគុណភាពនៃសេវា គុណភាពនៃការថែទាំរបស់អ្នក អ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញរបស់យើង ឬឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញរបស់យើង។ ឈ្មោះផ្លូវការសម្រាប់ “ការដាក់បណ្តឹងតវ៉ា” គឺជា “ការដាក់បណ្តឹងសាទុក្ខ”។

មន្ទីរស្តារនីតិសម្បទាដ៏ទូលំទូលាយសម្រាប់អ្នកជំងឺមិនស្នាក់ព្យាបាល (**CORF**)៖ ជាមន្ទីរដែលផ្តល់សេវាស្តារនីតិសម្បទាជាចម្បង បន្ទាប់ពីពេលមានជំងឺ គ្រោះថ្នាក់ ឬការវះកាត់ទ្រង់ទ្រាយធំ។ វាផ្តល់សេវាជាច្រើនរួមមាន ការព្យាបាលដោយចលនា សេវាសង្គមកិច្ច ឬសេវាផ្លូវចិត្ត ការព្យាបាលប្រព័ន្ធដកដង្ហើម ការព្យាបាលដោយសកម្មភាពប្រចាំថ្ងៃ ការព្យាបាលការនិយាយ និងសេវាវាយតម្លៃបរិស្ថានផ្ទះ។

ការបង់ប្រាក់រួម៖ ជាចំនួនទឹកប្រាក់ថេរដែលអ្នកបង់ជាចំណែកនៃថ្លៃចូលរួមការចំណាយរបស់អ្នកនៅរាល់ពេលអ្នកទទួលបានសេវា ឬឱសថមanវេជ្ជបញ្ជាជាក់លាក់។ ឧទាហរណ៍ អ្នកអាចនឹងបង់ $2 ឬ $5 សម្រាប់សេវា ឬឱសថមានវេជ្ជបញ្ជា។

ចំណែកនៃថ្លៃចូលរួមការចំណាយ៖ ចំនួនទឹកប្រាក់ដែលអ្នកត្រូវបង់ នៅពេលអ្នកទទួលបានសេវា ឬ ឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាជាក់លាក់។ ចំណែកនៃថ្លៃចូលរួមការចំណាយរួមមានការបង់ប្រាក់រួម។

កម្រិតនៃចំណែកនៃថ្លៃចូលរួមការចំណាយ៖ ជាក្រុមឱសថដែលមានការបង់ប្រាក់រួមដូចគ្នា។ រាល់ឱសថនៅក្នុងបញ្ជីឱសថដែលមានធានារ៉ាប់រង (ក៏ហៅថា បញ្ជីឱសថដែរ) គឺស្ថិតក្នុងកម្រិតថ្នាក់មួយក្នុងចំណោមកម្រិតថ្នាក់នៃចំណែកនៃថ្លៃចូលរួមការចំណាយទាំងប្រាំ ។ ជាទូទៅ កាលណាកម្រិតថ្នាក់នៃចំណែកនៃថ្លៃចូលរួមការចំណាយខ្ពស់ជាងតម្លៃសម្រាប់ឱសថរបស់អ្នកក៏ខ្ពស់ជាងដែរ។

សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង៖ សេចក្តីសម្រេចអំពីអត្ថប្រយោជន៍ដែលយើងធានារ៉ាបរង។ នេះរួមបញ្ចូលសេចក្តីសម្រេចអំពីឱសថ និងសេវាដែលមានធានារ៉ាប់រង ឬចំនួនទឹកប្រាក់ដែលយើងបង់សម្រាប់សេវាសុខភាពរបស់អ្នក។ ជំពូកទី **9** នៃសៀវភៅណែនាំសមាជិករបស់អ្នកពន្យល់អំពីរបៀបស្នើសុំសេចក្តីសម្រេចចិត្តលើការធានារ៉ាប់រងពីយើងខ្ញុំ។

ឱសថដែលមានធានារ៉ាប់រង៖ ពាក្យយើងប្រើមានន័យចំពោះឱសថមានវេជ្ជបញ្ជា និងឱសថគ្មានវេជ្ជបញ្ជា (OTC) ត្រូវបានធានារ៉ាប់រងពីគម្រោងរបស់យើង។

សេវាដែលមានធានារ៉ាប់រង៖ ពាក្យទូទៅយើងប្រើមានន័យចំពោះការថែទាំសុខភាពទាំងអស់ សេវា និងការគាំទ្ររយៈពេលវែង ការផ្គត់ផ្គង់ឱសថ ឱសថមានវេជ្ជបញ្ជា និងឱសថមិនតម្រូវឱ្យមានវេជ្ជបញ្ជា បរិក្ខារ និងសេវាផ្សេងៗទៀតដែលគម្រោងរបស់យើងធានារ៉ាប់រង។

ការបណ្តុះបណ្តាលសមត្ថភាពផ្នែកវប្បធម៌៖ការបណ្តុះបណ្តាលដែលផ្តល់ការណែនាំបន្ថែមសម្រាប់អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពរបស់យើងដែលជួយពួកគេឱ្យយល់កាន់តែច្បាស់អំពីប្រវត្តិ គុណតម្លៃ និងជំនឿរបស់អ្នក ដើម្បីសម្រួលសេវាឱ្យបំពេញតាមតម្រូវការសង្គម វប្បធម៌ និងភាសារបស់អ្នក។

ផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជន៖ជាផ្នែកមួយនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើង ទទួលខុសត្រូវសម្រាប់ការឆ្លើយសំណួររបស់អ្នកអំពីសមាជិកភាពរបស់អ្នក អត្ថប្រយោជន៍ បណ្តឹងសាទុក្ខ បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍។ សូមមើល **ជំពូកទី 2** នៃសៀវភៅណែនាំសមាជិក របស់អ្នកសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជន។

ក្រសួងសេវាថែទាំសុខភាព (DHCS)៖ ក្រសួងនៃរដ្ឋនៅរដ្ឋ California ដែលគ្រប់គ្រងកម្មវិធី Medicaid (ត្រូវបានគេស្គាល់ថាជា Medi-Cal)។

ក្រសួងថែទាំសុខភាពក្រោមការគ្រប់គ្រង់ (DMHC)៖ ក្រសួងនៃរដ្ឋក្នុងរដ្ឋ California ដែលទទួលខុសត្រូវចំពោះការគ្រប់គ្រងគម្រោងសុខភាព។ DMHC ជួយមនុស្សដែលមានបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ និងបណ្តឹងតវ៉ាអំពីសេវា Medi-Cal។ DMHC ក៏ធ្វើការត្រួតពិនិត្យផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រឯករាជ្យ (IMR) ផងដែរ។

ការលុបឈ្មោះ៖ ជាវិធីនៃការបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់អ្នក នៅក្នុងគម្រោងរបស់យើង។ ការដកឈ្មោះ អាចនឹងជាការស្ម័គ្រចិត្ត (តាមចិត្តរបស់អ្នក) ឬដោយឥតស្ម័គ្រចិត្ត (មិនតាមចិត្តរបស់អ្នក)។

កម្មវិធីគ្រប់គ្រងឱសថ (DMP)៖ កម្មវិធីដែលជួយធ្វើឱ្យប្រាកដថាសមាជិកប្រើអូស្ស៊ីតតាមវេជ្ជបញ្ជាដោយសុវត្ថិភាព និងការប្រើឱសថផ្សេងទៀតដែលត្រូវបានរំលោភបំពានជាញឹកញាប់។

កម្រិតថ្នាក់ឱសថ៖ ជាក្រុមឱសថមាននៅក្នុងបញ្ជីឱសថរបស់យើង។ ឱសថទូទៅ ឱសថមានម៉ាក ឬឱសថមិនតម្រូវឱ្យមានវេជ្ជបញ្ជា (OTC) គឺជាឧទាហរណ៍នៃកម្រិតឱសថ។ គ្រប់ឱសថទាំងអស់មាននៅក្នុងបញ្ជីឱសថរបស់យើងគឺស្ថិតក្នុងកម្រិតមួយក្នុងចំណោមកម្រិតទាំងប្រាំ។

គម្រោងនៃតម្រូវការពិសេសដែលមានសិទ្ធិទទួលបានស្នូន (D-SNP)៖ គម្រោងសុខភាពដែលបម្រើដល់បុគ្គលដែលមានសិទ្ធិទទួលបានទាំង Medicare និង Medicaid។ គម្រោងរបស់យើងគឺជា D-SNP។

បរិក្ខារវេជ្ជសាស្ត្រជាប់បានយូរ (DME)៖ របស់របរជាក់លាក់មួយដែលវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកបញ្ជាឱ្យប្រើនៅក្នុងផ្ទះរបស់អ្នកផ្ទាល់។ ឧទាហរណ៍នៃរបស់របរទាំងនេះគឺជារទេះរុញ ឈើច្រត់ ប្រព័ន្ធពួកដើរដោយថាមពល ការផ្គត់ផ្គង់ឱសថជំងឺទឹកនោមផ្អែម ត្រែពេទ្យដែលបញ្ជាទិញដោយអ្នកផ្តល់សេវាឱ្យប្រើប្រាស់ក្នុងផ្ទះ ឧបករណ៍ចាក់សេរ៉ូម IV ឧបករណ៍បង្កើតការនិយាយ ឧបករណ៍ផ្តល់អុកស៊ីសែន និងការផ្គត់ផ្គង់អុកស៊ីសែន ម៉ាស៊ីនឆ្លុងផ្លូវដង្ហើម និងឧបករណ៍ជំនួយការដើរ។

ភាពអាសន្ន៖ ភាពអាសន្នផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រគឺនៅពេលអ្នក ឬមនុស្សផ្សេងទៀតណាម្នាក់ ដែលមានចំណេះដឹងជាមធ្យមអំពីសុខភាព និងថ្នាំពេទ្យ ជឿថាអ្នកមានរោគសញ្ញាវេជ្ជសាស្ត្រ ដែលត្រូវការយកចិត្តដាក់ផ្នែកវេជ្ជាសាស្ត្រភ្លាម។ ដើម្បីបង្ការកុំឱ្យស្លាប់ ការបាត់បង់អវយវៈ ឬការចុះខ្សោយធ្ងន់ធ្ងរដល់មុខងារនៃខ្លួនប្រាណ (ហើយប្រសិនបើអ្នកជាស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ ការបាត់បង់កូនដែលមិនទាន់កើត)។ រោគសញ្ញាវេជ្ជសាស្ត្រអាចជាជំងឺរបួស ការឈឺចាប់ធ្ងន់ធ្ងរ ឬស្ថានភាពវេជ្ជសាស្ត្រដែលកាន់តែអាក្រក់ទៅ។។

ការថែទាំក្នុងគ្រាអាសន្ន៖ ជាសេវាដែលធានារ៉ាប់រងដែលត្រូវបានផ្តល់ឱ្យដោយអ្នកផ្តល់ម្នាក់ដែលបានហ្វឹកហ្វឺនដើម្បីផ្តល់សេវាជាអាសន្ន និងដែលត្រូវការដើម្បីព្យាបាលសុខភាព ឬតរិយាបថសុខភាពជាអាសន្ន។

ករណីលើកលែង៖ ជាការអនុញ្ញាតដើម្បីទទួលការរ៉ាប់រងសម្រាប់ឱសថដែលតាមធម្មតាមិនមានធានារ៉ាប់រង ឬដើម្បីប្រើឱសថដោយគ្មានវិន័យ និងការដាក់កំណត់ខ្លះ។

សេវាមិនរាប់បញ្ចូល៖ សេវាដែលមិនត្រូវបានធានារ៉ាប់ដោយគម្រោងសុខភាពនេះ។

ជំនួយបន្ថែម (Extra Help)៖ កម្មវិធី Medicare ដែលជួយដល់មនុស្សដែលមានប្រាក់ចំណូល និងធនធានមានកម្រិតក្នុងការកាត់បន្ថយថ្លៃចំណាយលើឱសថមានវេជ្ជបញ្ជារបស់ Medicare ផ្នែក D ដូចជាថ្លៃធានារ៉ាប់រង ប្រាក់កាត់កង និងការបង់ប្រាក់រួម។ ជំនួយបន្ថែម (Extra) Help) ក៏ត្រូវបានហៅថា "ប្រាក់ឧបត្ថម្ភដល់អ្នកមានប្រាក់ចំណូលទាប" ឬ "LIS"។

ឱសថទូទៅ៖ ឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាត្រូវបានយល់ព្រមដោយរដ្ឋាភិបាលសហព័ន្ធដើម្បីបើប្រាស់ក្នុងកន្លែងឱសថមានម៉ាក។ ឱសថឈ្មោះធម្មតា មានគ្រឿងផ្សំដូចគ្នានឹងឱសថឈ្មោះល្បីដែរ។ តាមធម្មតា វាមានតម្លៃថោកជាង និងមានប្រសិទ្ធិភាពដូចគ្នានឹងឱសថមានម៉ាកដែរ។

បណ្តឹងសាទុក្ខ៖ ជាបណ្តឹង ឬការត្អូញត្អែរ ដែលអ្នកធ្វើអំពីយើង ឬបណ្តាញអ្នកផ្តល់ ឬឱសថស្ថានណាមួយ របស់យើង។ នេះរួមបញ្ចូលទាំងពាក្យបណ្តឹងអំពីគុណភាពនៃការថែទាំរបស់អ្នក ឬគុណភាពនៃសេវាដែលផ្តល់ ដោយគម្រោងសុខភាពរបស់អ្នក។

កម្មវិធីប្រឹក្សាយោបល់ និងការតស៊ូមតិផ្នែកធានារ៉ាប់រងសុខភាព (**HICAP**)៖ កម្មវិធីដែលផ្តល់ព័ត៌មាន និងការប្រឹក្សាមានទិសដៅហើយឥតគិតថ្លៃអំពី Medicare។ ជំពូកទី **2** នៃ សៀវភៅណែនាំសមាជិក របស់អ្នក ពន្យល់អំពីរបៀបទាក់ទងទៅ HICAP។

គម្រោងសុខភាព៖ គឺជាការរៀបចំមួយ ដោយមានវេជ្ជបណ្ឌិត, មន្ទីរពេទ្យ, ឱសថស្ថាន, អ្នកផ្តល់សេវាយូរអង្វែង, និងអ្នកផ្តល់ផ្សេងៗទៀត។ អង្គភាពនេះក៏មានអ្នកសម្របសម្រួល ដើម្បីជួយអ្នកគ្រប់គ្រងសេវា និងអ្នកផ្តល់សេវា និងជំនួយទាំងអស់របស់អ្នក។ ពួកគេទាំងអស់គ្នាធ្វើការជាមួយគ្នាដើម្បីផ្តល់ការថែទាំដែលអ្នកត្រូវការ។

ការវាយតម្លៃហានិភ័យអំពីសុខភាព(**HRA**)៖ ជាការពិនិត្យមើលឡើងវិញនូវប្រវត្តិវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នក និងស្ថានភាពបច្ចុប្បន្ន។ វាត្រូវបានប្រើប្រាស់ក្នុងការស្វែងយល់អំពីសុខភាព និងរបៀបដែលវាអាចផ្លាស់ប្តូរនាពេលអនាគត។

អ្នកផ្តល់សេវាដឹកជញ្ជូនដល់ផ្ទះ៖ គម្រោងមួយចំនួនអាចផ្តល់ជូននូវកម្មវិធីដឹកជញ្ជូនដល់ផ្ទះដែលអនុញ្ញាតឱ្យអ្នកទទួលបានការផ្គត់ផ្គង់ឱសថមានវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងរហូតដល់ 3 ខែដែលផ្ញើដោយផ្ទាល់ទៅផ្ទះរបស់អ្នក។ នេះអាចជាវិធីងាយស្រួល និងមានប្រសិទ្ធភាពចំពោះថ្លៃចំណាយក្នុងការបើកឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាដែលអ្នកប្រើជាប្រចាំ។

អ្នកជំនួយការសុខភាពតាមផ្ទះ៖ បុគ្គលដែលផ្តល់សេវាដែលមិនត្រូវការជំនាញពីគិលានុបដ្ឋាយិកា ឬអ្នកព្យាបាលដែលមានអាជ្ញាបណ្ណដូចជាការជួយជាមួយនឹងការថែទាំដោយខ្លួនឯង (ដូចជាការងូតទឹក ការប្រើបង្គន់ ការស្លៀកពាក់ ឬការធ្វើលំហាត់ប្រាណតាមវេជ្ជបញ្ជា)។ អ្នកជំនួយការសុខភាពតាមផ្ទះមិនចាំបាច់មានអាជ្ញាបណ្ណថែទាំ ឬផ្តល់ការព្យាបាលទេ។

មន្ទីរពេទ្យថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយ៖ កម្មវិធីថែទាំ និងការគាំទ្រដើម្បីជួយមនុស្សដែលមានការព្យាករណ៍ជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយឱ្យរស់នៅប្រកបដោយផាសុកភាព។ ការព្យាករណ៍ជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយមានន័យថា បុគ្គលម្នាក់ត្រូវបានបញ្ជាក់ពីផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រថា ជាជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយ ដែលមានន័យថាការរំពឹងរស់បានរយៈពេល 6 ខែ ឬតិចជាងនេះ។

- អ្នកចុះឈ្មោះដែលមានការព្យាករណ៍ដំណាក់កាលចុងក្រោយមានសិទ្ធិជ្រើសរើសមន្ទីរពេទ្យថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយ។
- ក្រុមការងារមានវិជ្ជាជីវៈ និងអ្នកថែទាំដែលបានបណ្តុះបណ្តាលច្បាស់លាស់ផ្តល់ការថែទាំបុគ្គលនោះដោយពេញលេញ រួមទាំងតម្រូវការផ្លូវកាយ ផ្លូវចិត្ត សង្គម និងស្មារតី។

- យើងត្រូវបានតម្រូវឱ្យផ្តល់ជូនអ្នកនូវបញ្ជីនៃអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយ នៅក្នុងតំបន់ភូមិសាស្ត្ររបស់អ្នក។

ការចេញវិក្កយបត្រមិនត្រឹមត្រូវ/មិនសមរម្យ៖ស្ថានភាពនៅពេលដែលអ្នកផ្តល់សេវា (ដូចជាវេជ្ជបណ្ឌិត ឬមន្ទីរពេទ្យ) ចេញវិក្កយបត្រឱ្យអ្នកលើសពីចំនួនទឹកប្រាក់នៃសេវាដែលមានចំណែកនៃថ្លៃចូលរួមការចំណាយរបស់យើង។ ទូរសព្ទទៅកាន់ផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជនប្រសិនបើអ្នកទទួលបានវិក្កយបត្រណាមួយដែលអ្នកមិនយល់។

ដោយសារតែយើងបង់ថ្លៃចំណាយទាំងអស់សម្រាប់សេវារបស់អ្នក អ្នកមិនជំពាក់ការចែករំលែកថ្លៃចំណាយណាមួយឡើយ។ អ្នកផ្តល់សេវាមិនគួរចេញវិក្កយបត្រឱ្យអ្នកសម្រាប់សេវាទាំងនេះទេ។

សេវាជួយទ្រទ្រង់តាមផ្ទះ (IHSS)៖ សេវាជួយទ្រទ្រង់តាមផ្ទះ (IHSS) នឹងជួយបង់ថ្លៃសេវាដែលបានផ្តល់ជូនទៅអ្នក ដូច្នេះហើយអ្នកអាចនៅតែបន្តស្នាក់នៅក្នុងផ្ទះរបស់អ្នកផ្ទាល់ដោយសុវត្ថិភាព។ IHSS គឺចាត់ទុកថាជាការថែទាំមួយបែបផ្សេងនៃការថែទាំនៅក្រៅផ្ទះ ដូចជាមជ្ឈមណ្ឌលថែទាំ ឬមន្ទីរថែទាំ និងផ្តល់ជូនអាហារ។ ប្រភេទសេវាដែលអាចទទួលបានការអនុញ្ញាតតាមរយៈ IHSS គឺការសម្អាតផ្ទះសម្បែង ការរៀបចំអាហារ ការបោកអ៊ុត ការទិញគ្រឿងទេស សេវាថែទាំបុគ្គល (ដូចជាការថែទាំពេលបត់ជើងតូច និងបត់ជើងធំ ការងូតទឹក ការស្លៀកពាក់ និងសេវាអមវេជ្ជសាស្ត្រ) ការអមដំណើរទៅកាន់ការណាត់ជួបផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ និងការគ្រប់គ្រងដើម្បីផ្តល់ការការពារសម្រាប់អ្នកដែលមានពិការភាពផ្លូវចិត្ត។ សេវាសង្គមកិច្ចប្រចាំខោនធីគ្រប់គ្រងដោយ IHSS ។

ការត្រួតពិនិត្យផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រឯករាជ្យ (IMR)៖បើយើងបដិសេធសំណើរបស់អ្នកសម្រាប់សេវា ឬការព្យាបាលផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ អ្នកអាចដាក់បណ្តឹងតវ៉ាបាន។ ប្រសិនបើអ្នកមិនយល់ស្របនឹងសេចក្តីសម្រេចរបស់យើង ហើយបញ្ហារបស់អ្នកគឺអំពីសេវា Medi-Cal រួមទាំងការផ្គត់ផ្គង់ និងឱសថរបស់ DME អ្នកអាចស្នើសុំក្រសួងថែទាំសុខភាពក្រោមការគ្រប់គ្រងរបស់រដ្ឋ California សម្រាប់ IMR។ វិធី IMR គឺជាការពិនិត្យមើលករណីរបស់អ្នកឡើងវិញ ដោយវេជ្ជបណ្ឌិតដែលមិនមែនជាផ្នែកនៃគម្រោងរបស់យើង។ ប្រសិនបើការសម្រេចចិត្តរបស់ IMR គឺជាការពេញចិត្តរបស់អ្នក យើងត្រូវតែផ្តល់សេវា ឬការព្យាបាលដែលអ្នកបានស្នើសុំទៅដល់អ្នក។ អ្នកមិនបង់ថ្លៃសម្រាប់វិធី IMR ទេ។

អង្គការត្រួតពិនិត្យឯករាជ្យ (IRO)៖ អង្គការឯករាជ្យមួយដែល Medicare ជួលដើម្បីពិនិត្យឡើងវិញនូវការប្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2។ វាមិនពាក់ព័ន្ធនឹងយើងខ្ញុំទេ ហើយវាក៏មិនទាក់ទងនឹងទីភ្នាក់ងាររដ្ឋាភិបាលដែរ។ អង្គការនេះសម្រេចថាតើសេចក្តីសម្រេចដែលយើងបានធ្វើគឺត្រឹមត្រូវដែរឬអត់ ឬប្រសិនបើវាគួរតែបានផ្លាស់ប្តូរឬអត់។ Medicare ត្រួតពិនិត្យការងាររបស់ខ្លួន។ ឈ្មោះផ្លូវការគឺអង្គភាពត្រួតពិនិត្យឯករាជ្យ។

គម្រោងថែទាំជាលក្ខណៈបុគ្គល (ICP ឬ គម្រោងថែទាំ)៖ជាគម្រោងមួយសម្រាប់សេវាអ្វីៗដែលអ្នកនឹងទទួលបាន និងរបៀបអ្នកនឹងទទួលវា។ គម្រោងរបស់អ្នកអាចនឹងបញ្ចូលនូវសេវាវេជ្ជសាស្ត្រ សេវាសុខភាពផ្លូវចិត្ត និងសេវា និងការជួយទ្រទ្រង់រយៈពេលវែង។

អ្នកជំងឺដេកពេទ្យ៖ពាក្យនេះត្រូវបានប្រើ នៅពេលដែលអ្នកទទួលបានការអនុញ្ញាតឱ្យចូលសម្រាកព្យាបាលនៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យដើម្បីទទួលការព្យាបាលពីអ្នកជំនាញ។ ប្រសិនបើអ្នកមិនទទួលបានការទទួលស្គាល់ជាផ្លូវការទេ អ្នកប្រហែលជានៅតែចាត់ទុកថា ជាអ្នកជំងឺមិនស្នាក់ព្យាបាលក្នុងមន្ទីរពេទ្យ ទោះបីជាអ្នកសម្រាកព្យាបាលមួយយប់ក៏ដោយ។

ក្រុមការងារថែទាំសុខភាពអន្តរជំនាញ (ICT ឬ ក្រុមថែទាំសុខភាព)៖ជាក្រុមការងារថែទាំសុខភាពអាចនឹងរួមបញ្ចូលវេជ្ជបណ្ឌិត គិលានុបដ្ឋាយិកា អ្នកប្រឹក្សា ឬអ្នកវិជ្ជាជីវៈផ្នែកសុខភាពផ្សេងទៀត ដែលនៅទីនោះ ដើម្បីជួយអ្នកឱ្យទទួលបានការថែទាំដែលអ្នកត្រូវការ។ ក្រុមការងារថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក ក៏នឹងជួយអ្នកធ្វើគម្រោងថែទាំមួយដែរ។

គម្រោង D-SNP ដែលរួមបញ្ចូលគ្នា៖ គម្រោងតម្រូវការពិសេសដែលមានសិទ្ធិទទួលបានពីរដែលធានារ៉ាប់រងលើ Medicare និងសេវា Medicaid ភាគច្រើន ឬទាំងអស់នៅក្រោមគម្រោងថែទាំសុខភាពតែមួយ សម្រាប់ក្រុមបុគ្គលជាក់លាក់ដែលមានសិទ្ធិទទួលបានទាំង Medicare និង Medicaid។ បុគ្គលទាំងនេះ ត្រូវបានគេស្គាល់ថា ជាបុគ្គលដែលមានសិទ្ធិទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ទ្វេរដងពេញលេញ។

ផលិតផលជីវសាស្ត្រស្រដៀងគ្នាដែលអាចផ្លាស់ប្តូរបាន៖ ផលិតផលជីវសាស្ត្រស្រដៀងគ្នាដែលអាចត្រូវបានជំនួសនៅឱសថស្ថានដោយមិនចាំបាច់មានវេជ្ជបញ្ជាថ្មី ព្រោះវាបំពេញតាមតម្រូវការបន្ថែមទាក់ទងនឹងសក្តានុពលសម្រាប់ការជំនួសដោយស្វ័យប្រវត្តិ។ ការជំនួសដោយស្វ័យប្រវត្តិនៅឱសថស្ថាន គឺស្ថិតនៅក្រោមច្បាប់របស់រដ្ឋ។

បញ្ជីឱសថដែលមានការធានារ៉ាប់រង *(បញ្ជីឱសថ)*៖ បញ្ជីឱសថមានវេជ្ជបញ្ជា និងឱសថមិនតម្រូវឱ្យមានវេជ្ជបញ្ជា (OTC) ដែលយើងធានារ៉ាប់រង។ យើងជ្រើសរើសឱសថដែលមាននៅក្នុងបញ្ជីនេះ ដោយមានជំនួយពីវេជ្ជបណ្ឌិត និងឱសថការី។ បញ្ជីឱសថប្រាប់អ្នកឲ្យដឹង បើមានវិន័យអ្វីដែលអ្នកត្រូវធ្វើតាម ដើម្បីទទួលឱសថរបស់អ្នក។ បញ្ជីឱសថនោះជួនកាលហៅថា “បញ្ជីថ្នាំ”។

សេវា និងការជួយទ្រទ្រង់រយៈពេលវែង (LTSS)៖សេវា និងការគាំទ្ររយៈពេលវែងគឺជាសេវាដែលជួយកែលម្អស្ថានភាពវេជ្ជសាស្ត្ររយៈពេលវែង។ ភាគច្រើននៃសេវាទាំងនេះ ជួយអ្នកឱ្យស្នាក់នៅក្នុងផ្ទះរបស់អ្នក ដូច្នេះអ្នកមិនចាំបាច់ទៅនៅមន្ទីរថែទាំ ឬមន្ទីរពេទ្យទេ។ LTSS ត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយគម្រោងរបស់យើង រួមមានសេវាសម្រាប់មនុស្សពេញវ័យតាមសហគមន៍ (CBAS) ដែលគេស្គាល់ថា ជាការថែទាំសុខភាពពេលថ្ងៃសម្រាប់មនុស្សពេញវ័យ មណ្ឌលថែទាំអ្នកជំងឺ (NF) និងការគាំទ្រពីសហគមន៍។ កម្មវិធីលើកលែង IHSS និង 1915 (c) គឺជាកម្មវិធី LTSS នៃ Medi-Cal ដែលផ្តល់ជូននៅខាងក្រៅគម្រោងរបស់យើង។

ប្រាក់ឧបត្ថម្ភអ្នកមានប្រាក់ចំណូលតិច (LIS)៖ សូមមើល “ជំនួយបន្ថែម” (Extra Help)

Medi-Cal៖ នេះគឺជាឈ្មោះនៃកម្មវិធី Medicaid របស់រដ្ឋ California។ Medi-Cal គឺត្រូវបានគ្រប់គ្រងដោយរដ្ឋ និងបានបង់ប្រាក់ដោយរដ្ឋ និងរដ្ឋាភិបាលសហព័ន្ធ។

- វាជួយមនុស្សដែលមានប្រាក់ចំណូល និងធនធានស្តួចស្តើង ដើម្បីបង់ថ្លៃសេវា និងការជួយគាំទ្ររយៈពេលវែង (LTSS) និងតម្លៃពេទ្យ។
- កម្មវិធីនេះធានារ៉ាប់រងលើសេវាបន្ថែម និងឱសថមួយចំនួនដែលមិនទទួលបានការធានារ៉ាប់រងពី Medicare។
- កម្មវិធី Medicaid ខុសគ្នាពីរដ្ឋមួយទៅរដ្ឋមួយ ប៉ុន្តែថ្លៃចំណាយលើការថែទាំសុខភាពភាគច្រើនត្រូវបានធានារ៉ាប់រង ប្រសិនបើអ្នកមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ទាំង Medicare និង Medi-Cal។

គម្រោង Medi-Cal៖ ជាគម្រោងដែលធានារ៉ាប់រងតែអត្ថប្រយោជន៍ Medi-Cal ដូចជាសេវា និងការគាំទ្ររយៈពេលវែង បរិក្ខារពេទ្យ និងមធ្យោបាយធ្វើដំណើរ។ អត្ថប្រយោជន៍ Medicare គឺដោយឡែកពីគ្នា។

Medicaid (ឬជំនួយផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ)៖ កម្មវិធីត្រូវដំណើរការដោយរដ្ឋាភិបាលសហព័ន្ធ និងរដ្ឋដែលជួយមនុស្សដោយមានប្រាក់ចំណូល និងធនធានមានកម្រិតឱ្យបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវា និងការគាំទ្ររយៈពេលវែង ហើយថ្លៃចំណាយវេជ្ជសាស្ត្រ។ Medi-Cal គឺជាកម្មវិធី Medicaid សម្រាប់រដ្ឋ California។

ភាពចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ៖ នេះពណ៌នាអំពីសេវា ការផ្គត់ផ្គង់ ឬឱសថដែលអ្នកត្រូវការដើម្បីបង្ការ ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ ឬព្យាបាលតាមស្ថានវេជ្ជសាស្ត្រ ឬដើម្បីរក្សាស្ថានភាពនៃសុខភាពបច្ចុប្បន្នរបស់អ្នក។ ផ្នែកនេះរួមមានការថែទាំសុខភាពដែលជួយឱ្យអ្នកមិនចាំបាច់ទៅសម្រាកព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យ ឬមជ្ឈមណ្ឌលថែទាំសុខភាពនោះទេ។ វាក៏មានន័យសំដៅដល់សេវា សម្ភារផ្គត់ផ្គង់ ឬឱសថបំពេញតាមស្តង់ដារដែលអាចទទួលយកបានក្នុងការអនុវត្តវេជ្ជសាស្ត្រ។

Medicare៖ គឺជាកម្មវិធីធានារ៉ាប់រងសុខភាពសហព័ន្ធសម្រាប់មនុស្សមានអាយុចាប់ពី 65 ឆ្នាំឡើងទៅ សម្រាប់មនុស្សមានអាយុក្រោម 65 ឆ្នាំខ្លះដែលមានពិការភាព និងសម្រាប់អ្នកជំងឺតម្រងនោមដំណាក់ចុងក្រោយ (ជាទូទៅ អ្នកទាំងនោះដែល មានជំងឺខ្សោយតម្រងនោមជាអចិន្ត្រៃយ៍ ដែលត្រូវការលាងឈាម ឬផ្លាស់ប្តូរតម្រងនោម)។ មនុស្សដែលមាន Medicare អាចទទួលការធានារ៉ាប់រងសុខភាព Medicare របស់គេ តាមរយៈ Original Medicare ឬ គម្រោងគ្រប់គ្រងការថែទាំ (មើល "គម្រោងសុខភាព")។

Medicare Advantage៖ កម្មវិធី Medicare ដែលត្រូវបានគេស្គាល់ផងដែរថាជា “Medicare ផ្នែក C” ឬ “MA” ដែលផ្តល់ជូនគម្រោង MA តាមរយៈក្រុមហ៊ុនឯកជន។ Medicare បង់ប្រាក់ឱ្យក្រុមហ៊ុនទាំងនេះដើម្បីធានារ៉ាប់រងអត្ថប្រយោជន៍ Medicare របស់អ្នក។

ក្រុមប្រឹក្សាបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ Medicare (**ក្រុមប្រឹក្សា**)៖ ក្រុមប្រឹក្សាមួយដែលពិនិត្យឡើងវិញនូវបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 4។ ក្រុមប្រឹក្សាគឺជាផ្នែកមួយរបស់រដ្ឋាភិបាលសហព័ន្ធ។

សេវាដែលមានធានារ៉ាប់រងពី Medicare៖ ជាសេវាដែលមានធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare ផ្នែក A និងផ្នែក B។ គម្រោងសុខភាព Medicare ទាំងអស់ រួមទាំងគម្រោងរបស់យើងត្រូវតែធានារ៉ាប់រងនូវសេវាទាំងអស់ដែលមានធានារ៉ាប់រងពី Medicare ផ្នែក A និង Medicare ផ្នែក B។

កម្មវិធីបង្ការជំងឺទឹកនោមផ្អែមរបស់ Medicare (MDPP)ៈ កម្មវិធីផ្លាស់ប្តូរអាកប្បកិរិយាសុខភាពដែលមានរចនាសម្ព័ន្ធដែលផ្តល់ការបណ្តុះបណ្តាលអំពីការផ្លាស់ប្តូររបបអាហាររយៈពេលវែង បង្កើនសកម្មភាពរាងកាយ និងយុទ្ធសាស្ត្រសម្រាប់ការយកឈ្នះលើបញ្ហាប្រឈម ដើម្បីរក្សាការសម្រកទម្ងន់ និងរបៀបរស់នៅប្រកបដោយសុខភាពល្អ។

អ្នកចុះឈ្មោះរបស់ Medicare-Medi-Calៈ ជាបុគ្គលដែលមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ក្នុងការទទួលការធានារ៉ាប់រងពី Medicare និង Medi-Cal។ អ្នកចុះឈ្មោះ Medicare- Medicaid ក៏ត្រូវបានគេហៅថា “បុគ្គលដែលមានសិទ្ធិទទួលបានស្ងួន” ផងដែរ។

Medicare ផ្នែក Aៈ កម្មវិធី Medicare ដែលធានារ៉ាប់រងលើមន្ទីរពេទ្យដែលចាំបាច់ដោយផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រជ៏ច្រើន មន្ទីរថែទាំសុខភាពជំនាញ ការថែទាំសុខភាពតាមផ្ទះ និងការថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយ។

Medicare ផ្នែក Bៈ ជាកម្មវិធី Medicare ដែលធានារ៉ាប់រងលើសេវានានា (ដូចជា ការធ្វើតេស្តក្នុងមន្ទីរពិសោធន៍ ការវះកាត់ ការជួបពិនិត្យជាមួយនឹងវេជ្ជបណ្ឌិត) និងសម្ភារផ្គត់ផ្គង់ (ដូចជា រទេះរុញ និងឧបករណ៍ជំនួយការដើរ) ដែលជាសម្ភារចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រក្នុងការព្យាបាលជំងឺ ឬស្ថានភាព។ Medicare ផ្នែក B ក៏អាចនឹងរ៉ាប់រងសេវាការពារ និងការត្រួតពិនិត្យជាច្រើនដែរ។

Medicare ផ្នែក Cៈ កម្មវិធី Medicare ដែលត្រូវបានគេស្គាល់ផងដែរថាជា “Medicare Advantage” ឬ “MA” ដែលអនុញ្ញាតឱ្យក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងសុខភាពឯកជនផ្តល់អត្ថប្រយោជន៍ Medicare តាមរយៈគម្រោង MA។

Medicare ផ្នែក Dៈ កម្មវិធីអំពីអត្ថប្រយោជន៍លើឱសថមានវេជ្ជបញ្ជារបស់ Medicare។ យើងហៅកម្មវិធីនេះដោយខ្លីថា “ផ្នែក D”។ Medicare ផ្នែក D ធានារ៉ាប់រងលើឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាសម្រាប់អ្នកជំងឺមិនសម្រាកក្នុងមន្ទីរពេទ្យ ការចាក់វ៉ាក់សាំង និងការផ្គត់ផ្គង់មួយចំនួនដែលមិនមានធានារ៉ាប់រងពី Medicare ផ្នែក A ឬ Medicare ផ្នែក B ឬ Medicaid។ គម្រោងរបស់យើងរួមបញ្ចូល Medicare ផ្នែក D។

ឱសថ Medicare ផ្នែក Dៈ ឱសថដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងក្រោម Medicare ផ្នែក D ។ សភាមិនរាប់បញ្ចូលប្រភេទឱសថមួយចំនួនដោយជាក់លាក់ពីការធានារ៉ាប់រងក្រោម Medicare ផ្នែក D។ Medi-Cal អាចធានារ៉ាប់រងលើឱសថទាំងនេះមួយចំនួនដែរ។

ការគ្រប់គ្រងការព្យាបាលដោយឱសថ (MTM)ៈ ក្រុមសេវាផ្សេងៗគ្នា ឬក្រុមសេវាដែលផ្តល់ដោយអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាព រួមទាំងឱសថការី ដើម្បីធានាបាននូវលទ្ធផលព្យាបាលដ៏ល្អបំផុតសម្រាប់អ្នកជំងឺ។ សូមមើល **ជំពូកទី 5** នៃសៀវភៅណែនាំសមាជិក របស់អ្នកសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។

គម្រោង Medi-Medi Planៈ គម្រោង Medicare Medi-Cal Plan (Medi-Medi Plan) គឺជាប្រភេទគម្រោង Medicare Advantage Plan។ វាគឺសម្រាប់អ្នកដែលមានទាំង Medicare និង Medi-Cal ហើយរួម

បញ្ចូលទាំងអត្ថប្រយោជន៍ពី Medicare និង Medi-Cal ទៅក្នុងគម្រោងតែមួយ។ គម្រោង Medi-Medi Plan សម្របសម្រួលរាល់អត្ថប្រយោជន៍ និងសេវាកម្មទាំងអស់នៅទូទាំងកម្មវិធីទាំងពីរ រួមទាំងសេវាកម្មដែលមានការធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare និង Medi-Cal ទាំងអស់។

សមាជិក (សមាជិកនៃគម្រោងរបស់យើង ឬសមាជិកគម្រោង)៖ជាមនុស្សដែលមាន Medicare និង Medi-Cal ដែលមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ក្នុងការទទួលបានសេវាដែលមានធានារ៉ាប់រង អ្នកដែលបានចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងរបស់យើង ហើយការចុះឈ្មោះរបស់ពួកគេត្រូវបានបញ្ជាក់ដោយមជ្ឈមណ្ឌលសម្រាប់សេវា Medicare និង Medicaid (CMS) និងរដ្ឋ។

សៀវភៅណែនាំសមាជិកនិងការបង្ហាញព័ត៌មាន៖ ឯកសារនេះ អមមកជាមួយនឹងទម្រង់បែបបទចុះឈ្មោះរបស់អ្នក និងឯកសារភ្ជាប់ផ្សេងៗទៀត ឧបសម្ព័ន្ធដែលពន្យល់អំពីការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នក អ្វីៗដែលយើងត្រូវតែធ្វើ សិទ្ធិរបស់អ្នក និងអ្វីៗដែលអ្នកត្រូវតែធ្វើក្នុងនាមជាសមាជិកនៃគម្រោងរបស់យើង។

ឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញ៖ជាឱសថស្ថាន (ហាងលក់ឱសថ) ដែលបានព្រមព្រៀងបើកឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាសម្រាប់សមាជិកនៃគម្រោងរបស់យើង។ យើងហៅវាថា “ឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញ ” ពីព្រោះវាបានព្រមព្រៀងធ្វើការជាមួយនឹងគម្រោងរបស់យើង។ ក្នុងករណីភាគច្រើន យើងធានារ៉ាប់រងលើឱសថវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកតែនៅពេលបើកនៅឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញណាមួយរបស់យើងប៉ុណ្ណោះ។

អ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ៖ “អ្នកផ្តល់សេវា” គឺជាពាក្យទូទៅ ដែលយើងប្រើសម្រាប់វេជ្ជបណ្ឌិត គិលានុបដ្ឋាយិកា និងមនុស្សផ្សេងៗទៀត ដែលផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវសេវា និងការថែទាំ។ ពាក្យនេះក៏រួមមានមន្ទីរពេទ្យ ភ្នាក់ងារសុខភាពនៅផ្ទះ គ្លីនិក និងកន្លែងផ្សេងទៀត ដែលផ្តល់នូវ សេវាថែទាំសុខភាព រិក្ខារពេទ្យ និងសេវានិងការជួយគាំទ្ររយៈពេលវែង។

- គេមានអាជ្ញាបណ្ណ ឬបានបញ្ជាក់ដោយ Medicare និងដោយរដ្ឋ ដើម្បីផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាព។
- យើងហៅពួកគេថា "អ្នកផ្តល់សេវាបណ្តាញ" នៅពេលដែលពួកគេយល់ព្រមធ្វើការជាមួយគម្រោងសុខភាពរបស់យើង ទទួលយកការទូទាត់របស់យើង និងមិនគិតប្រាក់បន្ថែមដល់សមាជិក។
- ខណៈដែលអ្នកជាសមាជិករបស់គម្រោងរបស់យើងខ្ញុំ អ្នកត្រូវតែប្រើប្រាស់អ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ ដើម្បីទទួលបានសេវាមានធានារ៉ាប់រង។ អ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញក៏ត្រូវបានហៅថា“អ្នកផ្តល់សេវារបស់គម្រោង”។

មជ្ឈមណ្ឌលថែទាំ ឬមន្ទីរថែទាំ៖ ជាកន្លែងដែលផ្តល់ការថែទាំដល់មនុស្សដែលមិនអាចទទួលបានការថែទាំនៅផ្ទះ ប៉ុន្តែមិនចាំបាច់នៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យទេ។

មន្ត្រីបណ្តឹងសាធារណៈ៖ ការិយាល័យនៅក្នុងរដ្ឋរបស់អ្នកដែលធ្វើការក្នុងនាមជាអ្នកគាំទ្រយោបល់តាំងនាមឱ្យអ្នក។ ពួកគេអាចឆ្លើយសំណួរ ប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហា ឬពាក្យបណ្តឹងតវ៉ា ហើយអាចជួយអ្នកឱ្យយល់ពីអ្វីដែល

ត្រូវធ្វើ។ សេវារបស់មន្ត្រីបណ្តឹងសាធារណៈគឺឥតគិតថ្លៃ។ អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានបន្ថែមនៅក្នុងជំពូកទី **2** និងជំពូកទី **9** នៃ សៀវភៅណែនាំសមាជិករបស់អ្នក។

សេចក្តីសម្រេចពីអង្គការ៖ គម្រោងរបស់យើងធ្វើសេចក្តីសម្រេចដល់អង្គការនៅពេលដែលយើង ឬអ្នកផ្តល់សេវារបស់យើងសម្រេចចិត្តថា តើសេវាត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដែរឬអត់ ឬថាតើអ្នកបង់ថ្លៃប៉ុន្មានសម្រាប់សេវាដែលបានធានារ៉ាប់រង។ សេចក្តីសម្រេចរបស់អង្គការគឺហៅថា "សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង"។ **ជំពូកទី 9** នៃ សៀវភៅណែនាំសមាជិក របស់អ្នកពន្យល់អំពីសេចក្តីសម្រេចចិត្តលើការធានារ៉ាប់រង។

ផលិតផលជីវសាស្ត្រដើម៖ គឺជាផលិតផលជីវសាស្ត្រដែលត្រូវបានអនុញ្ញាតដោយរដ្ឋបាលចំណីអាហារ និងឱសថ (FDA) និងបម្រើជាការប្រៀបធៀបសម្រាប់អ្នកផលិតដែលបង្កើតកំណែផលិតផលជីវសាស្ត្រស្រដៀងគ្នា។ វាក៏ត្រូវបានគេហៅថាផលិតផលយោងផងដែរ។

Original Medicare (**Medicare ចាស់ ឬសេវាឥតគិតថ្លៃរបស់ Medicare**)៖ រដ្ឋាភិបាលផ្តល់ជូន Original Medicare។ នៅក្រោម Original Medicare សេវាគឺត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយការបង់ប្រាក់ជូនវេជ្ជបណ្ឌិត មន្ទីរពេទ្យ និងអ្នកផ្តល់ការថែទាំសុខភាពផ្សេងទៀតតាមចំនួនដែលសភាបានសម្រេច។

- អ្នកអាចប្រើវេជ្ជបណ្ឌិត មន្ទីរពេទ្យ ឬអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពផ្សេងទៀតដែលទទួលយក Medicare។ Original Medicare មានពីរផ្នែក៖ ផ្នែក A (ផ្នែក A ការធានារ៉ាប់រងមន្ទីរពេទ្យ) និង ផ្នែក B (ផ្នែក B ការរ៉ាប់រងសុខភាព)។
- Original Medicare គឺមាននៅគ្រប់ទិសទីក្នុងសហរដ្ឋអាមេរិក។
- បើអ្នកមិនចង់នៅក្នុងគម្រោងរបស់យើងទេ អ្នកអាចជ្រើសយក Original Medicare។

ឱសថស្ថាននៅក្រៅបណ្តាញ៖ ជាឱសថស្ថានដែលមិនបានព្រមព្រៀងធ្វើការជាមួយនឹងគម្រោងរបស់យើងដើម្បីសម្របសម្រួល ឬផ្តល់ឱសថដែលមានធានារ៉ាប់រងសម្រាប់សមាជិកនៃគម្រោងរបស់យើង។ គម្រោងរបស់យើងមិនធានារ៉ាប់រងលើឱសថដ៏ច្រើនដែលអ្នកទទួលបានពីឱសថស្ថានក្រៅបណ្តាញទេ លុះត្រាតែមានការអនុវត្តលក្ខខណ្ឌជាក់លាក់។

អ្នកផ្តល់សេវាក្រៅបណ្តាញ ឬមន្ទីរក្រៅបណ្តាញ៖ ជាអ្នកផ្តល់សេវា ឬមន្ទីរដែលមិនត្រូវបានជួល គ្រប់គ្រង់ ឬបានប្រតិបត្តិការដោយគម្រោងរបស់យើង ហើយក៏មិននៅក្រោមកិច្ចសន្យា ដើម្បីផ្តល់សេវាដែលធានារ៉ាប់រងដល់សមាជិកនៃគម្រោងរបស់យើង។ ជំពូកទី **3** នៃសៀវភៅណែនាំសមាជិក របស់អ្នកពន្យល់អំពីអ្នកផ្តល់សេវា ឬមជ្ឈមណ្ឌលថែទាំក្រៅបណ្តាញ។

ថ្លៃចំណាយចេញពីហោប៉ៅផ្ទាល់ខ្លួន៖ តម្រូវការនៃការចែករំលែកថ្លៃចំណាយសម្រាប់សមាជិកដើម្បីបង់ផ្នែកនៃថ្លៃសេវា ឬឱសថដែលពួកគេទទួលបានហើយក៏ហៅថា តម្រូវការនៃថ្លៃចំណាយ "ចេញពីហោប៉ៅផ្ទាល់ខ្លួន"។ សូមមើលនិយមន័យសម្រាប់ "ចំណែកនៃថ្លៃចូលរួមការចំណាយ" ខាងលើ។

ឱសថដែលមិនតម្រូវឱ្យមានវេជ្ជបញ្ជា (**OTC**)៖ ឱសថមិនតម្រូវឱ្យមានវេជ្ជបញ្ជាគឺជាឱសថ ឬថ្នាំដែលបុគ្គលម្នាក់អាចទិញបានដោយគ្មានវេជ្ជបញ្ជាពីអ្នកមានវិជ្ជាជីវៈថែទាំសុខភាព។

ផ្នែក A៖ សូមមើល "Medicare ផ្នែក A"។

ផ្នែក B៖ សូមមើល "Medicare ផ្នែក B"។

ផ្នែក C៖ សូមមើល "Medicare ផ្នែក C"។

ផ្នែក D៖ សូមមើល "Medicare ផ្នែក D"។

ឱសថផ្នែក D៖ សូមមើល "ឱសថ Medicare ផ្នែក D"។

ព័ត៌មានសុខភាពផ្ទាល់ខ្លួន (**ក៏ហៅថា ព័ត៌មានសុខភាពដែលបានការពារ**) (**PHI**)៖ ព័ត៌មានអំពីអ្នក និងសុខភាពរបស់អ្នក ដូចជាឈ្មោះ អាសយដ្ឋាន លេខសន្តិសុខសង្គម ការទៅជួបគ្រូពេទ្យ និងប្រវត្តិវេជ្ជសាស្ត្រ។ សូមមើលសេចក្តីជូនដំណឹងអំពីការអនុវត្តឯកជនភាពរបស់យើងសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីរបៀបដែលយើងការពារ ប្រើប្រាស់ និងបង្ហាញ PHI របស់អ្នក ក៏ដូចជាសិទ្ធិរបស់អ្នកដែលទាក់ទងនឹង PHI របស់អ្នក។

អ្នកផ្តល់ការថែទាំជាបឋម (**PCP**)៖ វេជ្ជបណ្ឌិត ឬអ្នកផ្តល់សេវាផ្សេងទៀតដែលអ្នកប្រើដំបូងសម្រាប់បញ្ហាសុខភាពដ៏ច្រើន។ គាត់ធ្វើឱ្យប្រាកដ ថាអ្នកទទួលការថែទាំដែលអ្នកត្រូវការ និងរក្សាឱ្យមានសុខភាពល្អ។

- គាត់ក៏អាចនឹងពិគ្រោះជាមួយនឹងវេជ្ជបណ្ឌិត និងអ្នកផ្តល់ការថែទាំសុខភាពផ្សេងទៀត អំពីការថែទាំអ្នក និងបញ្ជូនអ្នកទៅជួបគេ។
- នៅក្នុងគម្រោងសុខភាព Medicare ជាច្រើន អ្នកត្រូវតែប្រើអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំជាបឋមរបស់អ្នក មុននឹងអ្នកប្រើអ្នកផ្តល់ការថែទាំសុខភាពផ្សេងទៀត។
- សូមមើល ជំពូកទី **3** នៃសៀវភៅណែនាំសមាជិក របស់អ្នកសម្រាប់ព័ត៌មានអំពីការទទួលបានការថែទាំពីអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំបឋម។

ការអនុញ្ញាតជាមុន (**PA**)៖ ការយល់ព្រមដែលអ្នកត្រូវតែទទួលបានពីយើងខ្ញុំ មុនពេលអ្នកអាចទទួលបានសេវា ឬឱសថជាក់លាក់ណាមួយ ឬប្រើអ្នកផ្តល់សេវាក្រៅបណ្តាញ។ គម្រោងរបស់យើងអាចមិនធានារ៉ាប់រងសេវា ឬឱសថ ប្រសិនបើអ្នកមិនទទួលបានការយល់ព្រមជាមុនទេ។

គម្រោងរបស់យើងធានារ៉ាប់រងលើសេវាវេជ្ជសាស្ត្រក្នុងបណ្តាញមួយចំនួន លុះត្រាតែវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក ឬអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញផ្សេងទៀតទទួលបាន PA ពីយើងខ្ញុំ។

- សេវាដែលមានធានារ៉ាប់រងដែលត្រូវការ PA របស់គម្រោងរបស់យើងត្រូវបានសម្គាល់នៅក្នុង **ជំពូកទី 4** នៃ សៀវភៅណែនាំសមាជិករបស់អ្នក។

គម្រោងរបស់យើងធានារ៉ាប់រងលើឱសថមួយចំនួន លុះត្រាតែអ្នកទទួលបាន PA ពីយើងខ្ញុំ។

- ឱសថដែលមានការធានារ៉ាប់រងដែលត្រូវការ PA នៃគម្រោងរបស់យើងត្រូវបានសម្គាល់ក្នុង បញ្ជីឱសថដែលមានការធានារ៉ាប់រង ហើយច្បាប់ត្រូវបានបង្ហោះនៅលើគេហទំព័ររបស់យើង។

កម្មវិធីសម្រាប់ការថែទាំដែលរួមមានទាំងអស់ដល់មនុស្សចាស់ (**PACE**)ៈ ជាកម្មវិធីដែលធានារ៉ាប់រងលើអត្ថប្រយោជន៍ Medicare និង Medicaid ជាមួយគ្នាសម្រាប់មនុស្សមានអាយុ 55 ឆ្នាំឡើងទៅដែលត្រូវការថែទាំកម្រិតខ្ពស់ដើម្បីរស់នៅក្នុងផ្ទះ។

អវយវៈសិប្បនិម្មិត និងការតម្រង់ឆ្អឹងជើងៈ ឧបករណ៍វេជ្ជសាស្ត្រដែលបញ្ជាទិញដោយវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក ឬអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពផ្សេងទៀតដែលរួមមានជាអាទិ៍ ដៃ ខ្នង និងប្រដាប់ទប់ក អវយវៈសិប្បនិមិត្ត ភ្នែកសិប្បនិម្មិត និងឧបករណ៍ដែលត្រូវការដើម្បីជំនួសផ្នែកខាងក្នុង ឬមុខងារនៃរាងកាយ រួមទាំងសម្ភារធ្ពត់ធ្ពង់ការវះកាត់ពោះវៀនធំ និងការព្យាបាលដោយសារធាតុបំប៉នដែលលេបចូលតាមពោះវៀនធំ និងចាក់តាមសរសៃឈាម ។

អង្គការកែលម្អគុណភាព (**QIO**)ៈ ជាក្រុមនៃវេជ្ជបណ្ឌិត និងអ្នកវិជ្ជាជីវៈថែទាំសុខភាពផ្សេងទៀតមានជំនាញ ដែលជួយធ្វើឲ្យគុណភាពនៃការថែទាំល្អប្រសើរឡើង សម្រាប់អ្នកដែលមាន Medicare។ រដ្ឋាភិបាលសហព័ន្ធបង់ប្រាក់ឱ្យ QIO ដើម្បីពិនិត្យ និងកែលម្អការថែទាំដែលផ្តល់ដល់អ្នកជំងឺ។ សូមមើល **ជំពូកទី 2** នៃ សៀវភៅណែនាំសមាជិក របស់អ្នកសម្រាប់ព័ត៌មានអំពី QIO។

ចំនួនកំណត់មាបរិណៈ ជាចំនួនកំណត់ចំនួននៃឱសថដែលអ្នកអាចមាន។ យើងអាចកំណត់ចំនួនឱសថដែលយើងធានារ៉ាប់រងក្នុងមួយវេជ្ជបញ្ជា។

ឧបករណ៍ផ្តល់ព័ត៌មានអត្ថប្រយោជន៍តាមពេលវេលាជាក់ស្តែង (**Real Time Benefits Tool**) ៈ ផតថល ឬកម្មវិធីកុំព្យូទ័រដែលអ្នកចុះឈ្មោះអាចស្វែងរកឱសថដែលមានធានារ៉ាប់រងជាក់លាក់សម្រាប់អ្នកចុះឈ្មោះ និងព័ត៌មានអំពីអត្ថប្រយោជន៍ពេញលេញ ត្រឹមត្រូវ ទាន់ពេលវេលា សមស្របតាមគ្លីនិក។ នេះរួមបញ្ចូលទាំងចំនួនទឹកប្រាក់នៃការចែករំលែកថ្លៃចំណាយ ឱសថជំនួសដែលអាចត្រូវបានប្រើសម្រាប់ស្ថានភាពសុខភាពដូចគ្នានឹងឱសថដែលបានផ្តល់ជូន និងការរឹតត្បិតលើការធានារ៉ាប់រង (ការអនុញ្ញាតជាមុន ការព្យាបាលជាជំហាន ដែនកំណត់បរិមាណ) ដែលអនុវត្តចំពោះឱសថជំនួស។

ការបញ្ជូនបន្តៈ ការបញ្ជូនព្យាបាលបន្តគឺជាអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំបឋមរបស់អ្នក (PCPs) ឬការយល់ព្រមរបស់យើងក្នុងការប្រើអ្នកផ្តល់សេវាផ្សេងទៀតក្រៅពី PCP របស់អ្នក។ ប្រសិនបើអ្នកមិនបានទទួលបានការយល់ព្រមជាមុនទេ យើងអាចមិនធានារ៉ាប់រងលើសេវានោះទេ។ អ្នកមិនត្រូវការការបញ្ជូនព្យាបាលបន្តដើម្បីប្រើអ្នកឯកទេសជាក់លាក់ដូចជាអ្នកឯកទេសសុខភាពស្ត្រីនោះទេ។ អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានបន្ថែមអំពីការបញ្ជូនព្យាបាលបន្តនៅក្នុងជំពូកទី **3 និងទី 4** នៃ សៀវភៅណែនាំសមាជិករបស់អ្នក។

សេវាស្តារនីតិសម្បទា៖ ការព្យាបាលដែលអ្នកទទួលក្នុងការជួយអ្នកឱ្យជាសះស្បើយពីជំងឺ គ្រោះថ្នាក់ ឬការវះកាត់ធំៗ។ សូមមើលជំពូកទី **4** នៃ សៀវភៅណែនាំសមាជិករបស់អ្នកដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពីសេវាស្តារនីតិសម្បទា។

សេវាសម្ងាត់៖ ជាសេវាទាក់ទងនឹងសុខភាពផ្លូវចិត្ត ឬអាកប្បកិរិយា សុខភាពផ្លូវភេទ និងសុខភាពបន្តពូជ ការរៀបចំគម្រោងគ្រួសារ ការឆ្លងមេរោគតាមការរួមភេទ (STI) HIV/AIDS ការរំលោភបំពានផ្លូវភេទ និងការរំលូតកូន វិបត្តិពីការប្រើប្រាស់សារធាតុញៀន ការថែទាំសុខភាពទៅតាមយេនឌ័រ និងអំពើហិង្សារបស់ដៃគូស្និទ្ធស្នាល។

តំបន់ផ្តល់សេវា៖ ជាតំបន់ភូមិសាស្ត្រដែលគម្រោងសុខភាព ព្រមទទួលយកសមាជិក ប្រសិនបើវាកំណត់សមាជិកភាពដោយផ្អែកលើកន្លែងដែលមនុស្សរស់នៅ។ សម្រាប់គម្រោងដែលកំណត់វេជ្ជបណ្ឌិត និងមន្ទីរពេទ្យណាមួយដែលអ្នកអាចនឹងប្រើ ជាទូទៅវាក៏ជាតំបន់ដែលអ្នកអាចទទួលសេវាជាប្រចាំ (មិនមែនក្នុងគ្រាអាសន្នទេ)។ មានតែមនុស្សដែលរស់នៅក្នុងតំបន់ផ្តល់សេវារបស់យើងប៉ុណ្ណោះដែលអាចចុះឈ្មោះចូលរួមជាមួយនឹងគម្រោងរបស់យើង។

ចំណែកនៃថ្លៃចូលរួមការចំណាយ៖ចំណែកនៃថ្លៃចំណាយលើការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នកដែលអ្នកអាចនឹងត្រូវបង់រាល់ខែ មុននឹងអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នកមានប្រសិទ្ធភាព។ ចំនួនទឹកប្រាក់នៃចំណែកនៃថ្លៃចូលរួមការចំណាយរបស់អ្នក គឺមានភាពខុសៗគ្នា ដោយអាស្រ័យទៅលើប្រាក់ចំណូល និងធនធានរបស់អ្នក។

មន្ទីរថែទាំជំនាញ (SNF)៖ ជាមន្ទីរថែទាំដែលមានបុគ្គលិក និងបរិក្ខារដើម្បីផ្តល់ការថែទាំជំនាញ ហើយនៅក្នុងករណីភាគច្រើន ក៏ផ្តល់សេវាស្តារនីតិសម្បទាជំនាញ និងសេវាផ្សេងទៀតដែលទាក់ទងនឹងសុខភាព។

ការថែទាំក្នុងមន្ទីរថែទាំជំនាញ (SNF)៖ ការថែទាំដោយគិលានុបដ្ឋាយិកា និងសេវាស្តារនីតិសម្បទាជំនាញបានផ្តល់ជាបន្ត ប្រចាំថ្ងៃ នៅក្នុងមន្ទីរថែទាំជំនាញ។ ឧទាហរណ៍ការថែទាំនៃមន្ទីរថែទាំជំនាញ រួមមានការព្យាបាលដោយចលនា ឬការចាក់ថ្នាំតាមសរសៃ (IV) ដែលគិលានុបដ្ឋាយិកាមានអាជ្ញាបណ្ណ ឬវេជ្ជបណ្ឌិត អាចផ្តល់ឱ្យ។

អ្នកឯកទេស៖ ជាវេជ្ជបណ្ឌិតម្នាក់ ដែលផ្តល់ការថែទាំសុខភាពទៅតាមជំងឺជាក់លាក់ ឬផ្នែកនៃរាងកាយ។

ឱសថស្ថានឯកទេស៖ សូមមើល **ជំពូកទី 5** នៃ សៀវភៅណែនាំសមាជិករបស់អ្នក ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពីឱសថស្ថានឯកទេស។

សវនាការរដ្ឋ៖ ប្រសិនបើវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក ឬអ្នកផ្តល់ផ្សេងទៀតស្នើសុំសេវា Medi-Cal ដែលយើងនឹងមិនយល់ព្រម ឬយើងនឹងមិនបន្តបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវា Medi-Cal ដែលអ្នកមានរួចមកហើយ អ្នកអាចស្នើសុំសវនាការរដ្ឋ។ ប្រសិនបើសវនាការរដ្ឋត្រូវបានសម្រេចចិត្តគាំទ្រអ្នក យើងត្រូវតែផ្តល់ជូនអ្នកនូវសេវាដែលអ្នកបានស្នើសុំ។

ការព្យាបាលជាជំហាន៖ការធានារ៉ាប់រងដែលតម្រូវឱ្យអ្នកសាកល្បងប្រើឱសថមួយទៀតសិន មុននឹងយើងធានារ៉ាប់រងឱសថដែលអ្នកកំពុងស្នើសុំ។

កម្មវិធីប្រាក់ចំណូលសន្តិសុខបន្ថែម (SSI)៖ សន្តិសុខសង្គមជាអត្ថប្រយោជន៍ប្រចាំខែបង់ប្រាក់ដល់មនុស្សដែលមានប្រាក់ចំណូល និងធនធានមានកម្រិតដែលមានពិការភាព ពិការភ្នែក ឬមានអាយុ 65 ឆ្នាំឡើងទៅ។ អត្ថប្រយោជន៍ SSI គឺមិនដូចគ្នានឹងអត្ថប្រយោជន៍សន្តិសុខសង្គមទេ។

ការថែទាំដែលត្រូវការបន្ទាន់៖ ការថែទាំដែលអ្នកទទួលបានសម្រាប់ជំងឺ ការរងរបួស ឬស្ថានភាពដែលមិនបានរំពឹងទុកហើយមិនមែនជាភាពអាសន្ន ប៉ុន្តែតម្រូវឱ្យមានការថែទាំភ្លាមៗ។ អ្នកអាចទទួលបានការថែទាំដែលត្រូវការជាបន្ទាន់ពីអ្នកផ្តល់សេវាក្រៅបណ្តាញ នៅពេលដែលអ្នកមិនអាចទទួលបានពួកគេនោះទេ ដោយសារបានផ្តល់ពេលវេលា ទីកន្លែង កាលៈទេសៈរបស់អ្នក វាមិនអាចទៅរួចទេ ឬមិនសមហេតុផលក្នុងការទទួលបានសេវាកម្មពីអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ (ឧទាហរណ៍ នៅពេលអ្នកនៅក្រៅតំបន់សេវាកម្មរបស់គម្រោង ហើយអ្នកត្រូវការសេវាកម្មភ្លាមៗដែលចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រសម្រាប់ស្ថានភាពដែលមើលមិនឃើញ ប៉ុន្តែវាមិនមែនជាភាពអាសន្នផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រទេ)។

ផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជន Blue Shield TotalDual Plan

ទូរសព្ទទៅលេខ	1-800-452-4413 ការហៅទូរសព្ទទៅកាន់លេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃទេ។ ចាប់ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជនក៏មានសេវាអ្នកបកប្រែភាសាផ្ទាល់មាត់ដោយឥតគិតថ្លៃសម្រាប់អ្នកដែលមិននិយាយភាសាអង់គ្លេសផងដែរ។
TTY	711 លេខនេះតម្រូវឱ្យមានឧបករណ៍ទូរសព្ទពិសេស ហើយសម្រាប់តែមនុស្សដែលពិបាកក្នុងការស្តាប់ ឬការនិយាយប៉ុណ្ណោះ។ ការហៅទូរសព្ទទៅកាន់លេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃទេ។ ចាប់ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។
ទូរសារ	(877) 251-6671
ផ្ញើទៅកាន់	Blue Shield TotalDual Plan P.O. Box 927 Woodland Hills, CA 91365-9856
គេហទំព័រ	blueshieldca.com/medicare

សេចក្តីជូនដំណឹងអំពីការមិនរើសអើង

ការរើសអើងគឺផ្ទុយនឹងច្បាប់។ គម្រោងសុខភាព Blue Shield of California
អនុលោមតាមច្បាប់រដ្ឋនឹងច្បាប់ស៊ីវិលសហព័ន្ធដែលមានជាធរមាន និងមិនរើសអើងលើជាតិសាសន៍ សម្បុរ
សញ្ជាតិដើម ពូជពង្ស សាសនា ភេទ ស្ថានភាពគ្រួសារ ការមានផ្ទៃពោះ ឬលក្ខខណ្ឌដែលទាក់ទងគ្នា លក្ខណៈភេទ
ផ្នត់គំនិតភេទ យេនឌ័រ អត្តសញ្ញាណយេនឌ័រ ទំនោរផ្លូវភេទ ឬ ពិការភាពឡើយ។ Blue Shield of California
មិនបដិសេធ ឬមិនប្រព្រឹត្តចំពោះពួកគេខុសពីអ្នកដទៃ ដោយសារតែពូជសាសន៍ ពណ៌សម្បុរ សញ្ជាតិដើម ពូជពង្ស
សាសនា ភេទ ស្ថានភាពគ្រួសារ ការមានផ្ទៃពោះ ឬលក្ខខណ្ឌដែលទាក់ទងគ្នា លក្ខណៈភេទ ផ្នត់គំនិតភេទ យេនឌ័រ
អត្តសញ្ញាណយេនឌ័រ ទំនោរផ្លូវភេទ អាយុ ឬពិការភាពឡើយ។

Blue Shield of California ផ្តល់ជូននូវ៖

- ជំនួយ និង សេវាកម្មមិនគិតថ្លៃចំពោះមនុស្សដែលមានពិការភាពក្នុងការទំនាក់ទំនងប្រកបដោយ
  ប្រសិទ្ធភាពជាមួយពួកយើង ដូចជា៖
  - ✓ អ្នកបកប្រែភាសាសញ្ញាដែលមានសមត្ថភាព
  - ✓ ព័ត៌មានជាលាយលក្ខណ៍អក្សរជាទម្រង់ផ្សេង (អក្សរពុម្ពធំ សំឡេង
    ទម្រង់អេឡិចត្រូនិចដែលអាចចូលប្រើប្រាស់បាន និងទម្រង់ផ្សេងទៀត)
- សេវាកម្មភាសាឥតគិតថ្លៃដល់អ្នកដែលភាសាចម្បងរបស់ពួកគេមិនមែនជាភាសាអង់គ្លេស ដូចជា៖
  - ✓ អ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ដែលមានសមត្ថភាព
  - ✓ ព័ត៌មានជាលាយលក្ខណ៍អក្សរជាភាសាផ្សេង

ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការសេវាកម្មទាំងនេះ សូមទាក់ទងមកកាន់សេវាបម្រើអតិថិជនរបស់គម្រោង Blue Shield of California តាមលេខនៅលើខ្នងប័ណ្ណសម្គាល់សមាជិករបស់អ្នក។

ប្រសិនបើអ្នកជឿថាគម្រោង Blue Shield of California បានខកខានក្នុងការផ្តល់ជូននូវសេវាទាំងនេះ
ឬធ្វើការរើសអើងតាមរូបភាពណាមួយដោយផ្អែកលើជាតិសាសន៍ ពណ៌សម្បុរ សញ្ជាតិដើម ពូជពង្ស សាសនា ភេទ
ស្ថានភាពគ្រួសារ ការមានផ្ទៃពោះ ឬលក្ខខណ្ឌដែលទាក់ទងគ្នា លក្ខណៈភេទ ផ្នត់គំនិតភេទ យេនឌ័រ
អត្តសញ្ញាណយេនឌ័រ ទំនោរផ្លូវភេទ អាយុ ឬពិការ អ្នកអាចដាក់បណ្តឹងសាទុក្ខទៅកាន់៖

Blue Shield of California Civil Rights Coordinator
P.O. Box 5588, El Dorado Hills, CA 95762-0011
ទូរស័ព្ទ៖ (844) 831-4133 (TTY: 711)
ទូរសារ៖ (844) 696-6070
អ៊ីមែល៖ **BlueShieldCivilRightsCoordinator@blueshieldca.com**

អ្នកអាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងតវ៉ាដោយផ្ទាល់ឬតាមរយៈសំបុត្រ ទូរសារ ឬអ៊ីមែល។
ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយក្នុងការដាក់ពាក្យបណ្តឹងសាទុក្ខ អ្នកសម្រាប់សម្រួលសិទ្ធិស៊ីវិលមាននៅដើម្បីជួយអ្នក។

អ្នកក៏អាចដាក់បណ្តឹងពីសិទ្ធិស៊ីវិលទៅកាន់ U.S. Department of Health and Human Services
(ក្រសួងសុខភាពនិងសេវាកម្មមនុស្សជាតិរបស់សហរដ្ឋអាមេរិក) ទៅកាន់ ការិយាល័យសិទ្ធិស៊ីវិល
តាមប្រព័ន្ធអេឡិចត្រូនិកតាមរយៈផ្ទាំងលបណ្តឹងរបស់ការិយាល័យបណ្តឹងសិទ្ធិស៊ីវិលដែលមាននៅតាមអាសយដ្ឋាន
https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf ឬ ផ្ញើតាមប្រៃសណីយ៍ ឬតាមទូរស័ព្ទ៖

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201
ទូរស័ព្ទ 1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD)

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

Form Approved
OMB# 0938-1421

blue california

Multi-Language Insert
Multi-Language Interpreter Services

English We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-800-452-4413. Someone who speaks English can help you. This is a free service.

Spanish Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-800-452-4413. Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑 问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-800-452-4413。我们的中文工作人员很乐意帮助您。 这是一项免费服务。

Chinese Cantonese 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯 服務。如需翻譯服務，請致電 1-800-452-4413。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這 是一項免費服務。

Tagalog Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-800-452-4413. Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-800-452-4413. Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quí vị cần thông dịch viên xin gọi 1-800-452-4413 sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quí vị. Đây là dịch vụ miễn phí .

German Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-800-452-4413. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 답해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-800-452-4413 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Russian Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-800-452-4413. Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن اي اسئلة تتعلق بالصحة او جدول الادوية لدينا. للحصول
ليس عليك سوى الاتصال بنا على 1-800-452-4413. سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية على مترجم فوري،

Hindi हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं. एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-800-452-4413 पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त सेवा है.

Italian E disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-800-452-4413. Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portuguese Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-800-452-4413. Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-800-452-4413. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-800-452-4413. Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするため に、無料の通訳サーービスがありますございます。通訳をご用命になるには、1-800-452-4413 にお電話ください。日本語を話す人 者 が支援いたします。これは無料のサー ビスです。

Hmong Peb muaj cov kev pab cuam txhais lus pab dawb los teb tej lus nug uas koj muaj hais txog ntawm peb li kev noj qab haus huv los sis lub phiaj xwm tshuaj kho mob. Kom tau txais tus kws pab cuam txhais lus, tsuas yog hu rau peb ntawm 1-800-452-4413. Muaj cov paub lus Hmoob tuaj yeem pab tau koj. Qhov no yog pab dawb.

Ukrainian Ми надаємо безкоштовні послуги перекладача, щоб відповісти на будь-які запитання щодо нашого плану лікування чи надання лікарських засобів. Щоб скористатися послугами перекладача, просто зателефонуйте нам за номером 1-800-452-4413. Вам може допомогти хтось, хто розмовляє Українською. Це безкоштовна послуга.

Navajo Díí ats'íís baa áháýą́ éí doodago azee' bee aa áháyą́ bína'ídíłkidgo éí ná ata' hodoolnihíí hóló. Ata' halne'é biniiyégo, kojį' 1-800-776-4466 béésh bee hodíílnih. Diné k'ehjí yáłti'i níká adoolwoł. Díí t'áá jíík'eh bee aná'áwo.

Punjabi ਪੰਜਾਬੀ ਸਾਡੀ ਸਿਹਤ ਜਾਂ ਡਰੱਗ ਪਲਾਨ ਬਾਰੇ ਤੁਹਾਡੇ ਕਿਸੇ ਵੀ ਸਵਾਲ ਦਾ ਜਵਾਬ ਦੇਣ ਲਈ ਸਾਡੇ ਕੋਲ ਮੁਫ਼ਤ ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ ਸੇਵਾਵਾਂ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਇੱਕ ਦੁਭਾਸ਼ੀਆ ਲੈਣ ਲਈ, ਸਾਨੂੰ 1-800-452-4413 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਣ ਵਾਲਾ ਕੋਈ ਵੀ ਵਿਅਕਤੀ ਤੁਹਾਡੀ ਮਦਦ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਇੱਕ ਮੁਫ਼ਤ ਸੇਵਾ ਹੈ।

Khmer យើងមានសេវាអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ដោយឥតគិតថ្លៃដើម្បីឆ្លើយសំណួរនានា ដែលអ្នកអាចមានអំពីសុខភាព ឬគម្រោងឱសថរបស់យើង។ ដើម្បីទទួលបានអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ម្នាក់ សូមទូរស័ព្ទមកយើងខ្ញុំតាមលេខ 1-800-452-4413។ អ្នកណាម្នាក់ដែលនិយាយភាសាខ្មែរអាចជួយអ្នកបាន។ សេវានេះមិនគិតថ្លៃនោះទេ។

Mien Yie mbuo mbenc duqv maaih tengx wang-henh nzie faan waac mienh liouh dau waac bun muangx dongh nzunc baav meih maaih waac naaic taux yie mbuo gorngv taux yie nyei heng-wangc jauv-louc a'fai ndie-daan. Liouh lorx zipv longc faan waac nor, douc waac lorx taux yie mbuo yiem njiec naaiv 1-800-452-4413. Maaih mienh gorngv benx Mienh waac haih tengx nzie duqv meih. Naaiv se benx wang-henh nzie weih jauv-louc oc.

Lao ພວກເຮົາມີນາຍພາສາໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າເພື່ອຕອບຄຳຖາມຕ່າງໆທີ່ທ່ານອາດຈະມີກ່ຽວກັບສຸຂະພາບ ຫຼື ແຜນການຢາຂອງພວກເຮົາ. ເພື່ອໃຫ້ໄດ້ຮັບນາຍພາສາ, ພຽງແຕ່ໂທຫາພວກເຮົາທີ່ເບີ 1-800-452-4413. ມີຜູ້ຮູ້ ພາສາລາວ ສາມາດຊ່ວຍທ່ານ. ນີ້ແມ່ນບໍລິການໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ.

Armenian Մեզ մոտ հասանելի են անվճար թարգմանչական ծառայություններ՝ մեր առողջապահական կամ դեղերի պլանի հետ կապված ձեր ցանկացած հարցին պատասխանելու համար: Թարգմանիչ ունենալու համար պարզապես զանգահարեք մեզ 1-800-452-4413 հեռախոսահամարով: Ձեզ կօգնի հայերեն իմացող թարգմանիչը: Ծառայությունն անվճար է:

Farsi ما خدمات مترجم شفاهی رایگان ارائه می‌دهیم تا به هر گونه سؤالی که در مورد طرح سلامت یا داروی ما دارید پاسخ دهیم. برای داشتن مترجم شفاهی، کافیست با ما به شماره 1-800-452-4413 تماس بگیرید. کسی که فارسی صحبت می‌کند می‌تواند به شما کمک کند. این یک خدمت رایگان است.

Thai ภาษาไทย เรามีบริการล่ามฟรีเพื่อตอบคำถามของคุณเกี่ยวกับสุขภาพหรือแผนด้านยาของคุณ หากต้องการบริการล่าม โปรดโทรหาเราที่ 1-800-452-4413 มีคนที่สามารถพูดภาษาไทยได้เพื่อช่วยเหลือคุณ บริการนี้เป็นบริการฟรี

blueshieldca.com/medicare
Blue Shield of California 6300 Canoga Avenue, Woodland Hills, CA 91367-2555