



ព័ត៌មាន សំខាន់

អំពីការផ្តល់សេវាប្រចាំថ្ងៃ
ជំនួយការសុខភាព និងឱសថ Medicare របស់អ្នក

**គម្រោង Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan (HMO D-SNP) ដែលជាគម្រោង
Medi-Medi មួយ ផ្តល់ជូនដោយសេវាគ្រួសាររដ្ឋ California (ធ្វើអាជីវកម្មក្រោមឈ្មោះ
Blue Shield of California)**

សេចក្តីជូនដំណឹងប្រចាំឆ្នាំស្តីពីការផ្លាស់ប្តូរ សម្រាប់ឆ្នាំ 2027

សេចក្តីផ្តើម

បច្ចុប្បន្ននេះ អ្នកបានចុះឈ្មោះជាសមាជិកនៃគម្រោងរបស់យើង។ នៅឆ្នាំក្រោយ នឹងមានការផ្លាស់ប្តូរមួយចំនួនចំពោះ អត្ថប្រយោជន៍ ការរ៉ាប់រង វិធាន និងថ្លៃចំណាយរបស់យើង។ **សេចក្តីជូនដំណឹងអំពីការផ្លាស់ប្តូរប្រចាំឆ្នាំ**នេះប្រាប់អ្នកអំពី ការផ្លាស់ប្តូរ និងកន្លែងដើម្បីស្វែងរកព័ត៌មានបន្ថែមអំពីការផ្លាស់ប្តូរទាំងនោះ។ ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែមអំពីការ ចំណាយ អត្ថប្រយោជន៍ ឬវិធាន សូមពិនិត្យមើល *សៀវភៅណែនាំសមាជិក* ដែលមាននៅលើគេហទំព័ររបស់យើងតាមរយៈ blueshieldca.com/DSNPdocuments2027។ ទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជនតាមរយៈលេខនៅផ្នែកខាង ក្រោមនៃទំព័រ ដើម្បីទទួលបានច្បាប់ចម្លងតាមប្រៃសណីយ៍។ ពាក្យគន្លឹះ និងនិយមន័យនៃពាក្យគន្លឹះទាំងនេះបង្ហាញជា លំដាប់អក្ខរក្រមនៅក្នុងជំពូកចុងក្រោយនៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក* របស់អ្នក។

ធនធានបន្ថែមទៀត

- ឯកសារនេះមានផ្តល់ជូនដោយឥតគិតថ្លៃជាភាសាអង់គ្លេស អាមេរិកាំង ខ្មែរ ចិន-ប្រពៃណី ចិន-សាមញ្ញ ហ្វាស៊ី កូរ៉េ រុស្ស៊ី អេស្ប៉ាញ ឬអេស្ប៉ាញក្រេអូល តាកាឡុក និងភាសាវៀតណាម។
- អ្នកអាចទទួលបាន សេចក្តីជូនដំណឹងអំពីការផ្លាស់ប្តូរប្រចាំឆ្នាំ នេះដោយឥតគិតថ្លៃក្នុងទម្រង់ផ្សេងៗទៀត ដូចជា អក្សរពុម្ពធំៗ អក្សរសម្រាប់ជនពិការភ្នែក ឬជាសំឡេង។ ទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-452-4413 (TTY: 711) ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ ម៉ោងនៅតំបន់ប៉ាស៊ីហ្វិក (PT) បានប្រាំពីរថ្ងៃក្នុង មួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទគឺឥតគិតថ្លៃ។
 - ប្រសិនបើអ្នកចង់ទទួលបានឯកសារគម្រោងរបស់អ្នកជាទម្រង់ឌីជីថល សូម Log in (ឡូកីន) គណនីរបស់អ្នកតាមរយៈ blueshieldca.com/login រួចចុចប៊ូតុង *My profile* (ប្រវត្តិរបស់ខ្ញុំ) នៅផ្នែកខាងលើគេ អូសចុះក្រោមទៅផ្នែក Communications preferences (ចំណូលចិត្តនៃការទំនាក់ទំនង) រួចជ្រើសរើស “Electronic delivery” (ការផ្ញើជូនតាមអេឡិចត្រូនិក) ជាចំណូលចិត្តនៃការផ្ញើជូនរបស់អ្នក។ អ្នកក៏អាចចូលទៅកាន់កម្មវិធី ទូរសព្ទរបស់ Blue Shield of California ហើយរុករកចំណង់ចំណូលចិត្តនៃការប្រាស្រ័យ ទាក់ទងតាមរយៈផ្ទាំង *More (បន្ថែម)* ។ ប្រសិនបើអ្នកមិនមានគណនីទេ សូមចូលទៅកាន់ blueshieldca.com/login ហើយចុច *Get started (ចាប់ផ្តើម)* ដើម្បីចុះឈ្មោះ។ អ្នកអាចកំណត់ចំណូលចិត្តនៃការដឹកជញ្ជូនរបស់អ្នកនៅពេលអ្នកចុះឈ្មោះ។
 - អ្នកអាចធ្វើការស្នើសុំជាអចិន្ត្រៃយ៍ដើម្បីទទួលបានឯកសារនេះ និងការប្រាស្រ័យទាក់ទងដែលត្រូវការ នាពេលអនាគតជាភាសាផ្សេងក្រៅពីភាសាអង់គ្លេស ឬជាទម្រង់ជំនួស (អក្សរពុម្ពធំ)

លេខអនុញ្ញាតរបស់ OMB 0938-1444 (ផុតកំណត់៖ 5/31/2029)

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅ Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan តាមរយៈលេខ 1-800-452-4413 (TTY: 711) ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ ម៉ោងនៅតំបន់ប៉ាស៊ីហ្វិក (PT) បានប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទគឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** ចូលមើល blueshieldca.com/medicare។



អក្សរស្នាបសម្រាប់ជនពិការភ្នែក សំឡេងជាដើម ។ល។)។ អ្នកអាចទាក់ទងសេវាបម្រើអតិថិជនរបស់ Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan តាមរយៈលេខ 1-800-452-4413 (TTY: 711) ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ ម៉ោងនៅតំបន់ប៉ាស៊ីហ្វិក (PT) បានប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជននឹងរក្សាទុកភាសា និងទម្រង់ដែលអ្នកពេញចិត្តនៅលើឯកសាររហូតដល់ពេលដែលអ្នកចង់ធ្វើបច្ចុប្បន្នភាព។

- ដើម្បីធ្វើការផ្លាស់ប្តូរចំពោះសំណើជាអចិន្ត្រៃយ៍ដើម្បីទទួលបានការទំនាក់ទំនងដែលត្រូវការជាភាសាដែលពេញចិត្ត ឬជាទម្រង់ជំនួស សូមទាក់ទងមកកាន់ផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជនរបស់គម្រោង Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan តាមរយៈលេខ 1-800-452-4413 (TTY: 711) ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ ម៉ោងនៅតំបន់ប៉ាស៊ីហ្វិក (PT) ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍

សេចក្តីជូនដំណឹងស្តីពីលទ្ធភាពទទួលបានសេវាជំនួយភាសា និងជំនួយឧបត្ថម្ភ ព្រមទាំងសេវាផ្សេងៗ

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 1-800-452-4413 (TTY: 711). تتوفر أيضًا المساعدات والخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل المستندات المكتوبة بطريقة بريل والخط الكبير. اتصل بـ 1-800-452-4413 (TTY: 711). هذه الخدمات مجانية.

Հայերեն պիտակ (Armenian)

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ: Եթե Ձեզ օգնություն է հարկավոր Ձեր լեզվով, զանգահարեք 1-800-452-4413 (TTY:711): Կան նաև օժանդակ միջոցներ ու ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար, օրինակ՝ Բրայլի գրառիչքով ու խոշորատառ տպագրված խոսքեր: Չանգահարեք 1-800-452-4413 (TTY:711): Այդ ծառայություններն անվճար են:

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅ Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan តាមរយៈលេខ 1-800-452-4413 (TTY: 711) ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ ម៉ោងនៅតំបន់ប៉ាស៊ីហ្វិក (PT) បានប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទគឺឥតគិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម ចូលមើល blueshieldca.com/medicare។



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。

ਪੰਜਾਬੀ ਟੈਗਲਾਈਨ (Punjabi)

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ 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।

हिंदी 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 नि: शुल्क हैं।

Nqe 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。

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

ເທບກໄລພາສາລາວ (Laotian)

ປະກາດ: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານ
ໃຫ້ໂທຫາເບີ 1-800-452-4413 (TTY: 711). ຍັງມີຄວາມ
ຊ່ວຍເຫຼືອແລະການບໍລິການສໍາລັບຄົນພິການ ເຊັ່ນເອກະສານທີ່
ເປັນອັກສອນນູນແລະມິໂຕພິມໃຫຍ່ ໃຫ້ໂທຫາເບີ
1-800-452-4413 (TTY: 711). ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ບໍ່ຕ້ອງເສຍ
ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆ.

Mien Tagline (Mien)

LONGC HNYOUV JANGX LONGX OC: Beiv taux meih qiex 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 hluc 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.

ឃ្លាសម្គាល់ជាភាសាខ្មែរ (Mon-Khmer, Cambodian)

ចំណាំ៖ បើអ្នក ត្រូវ ការជំនួយ ជាភាសា របស់អ្នក សូម ទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-800-452-4413 (TTY: 711)។ ជំនួយ និង សេវាកម្ម សម្រាប់ ជន ពិការ ដូចជាឯកសារសរសេរជាអក្សរធុន សម្រាប់ជនពិការភ្នែក ឬឯកសារ សរសេរជាអក្សរពុម្ពធំ ក៏អាចរកបានផងដែរ។ ទូរស័ព្ទមកលេខ 1-800-452-4413 (TTY: 711)។ សេវាកម្មទាំងនេះមិនគិតថ្លៃឡើយ។

مطلب به زبان فارسی (Persian (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 نسخه‌های خط بریل و چاپ با حروف بزرگ، نیز موجود است. با 1-800-452-4413 (TTY: 711) تماس بگیرید. این خدمات رایگان ارائه می‌شوند.



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). También ofrecemos asistencia y servicios para personas con discapacidades, como documentos en braille y con letras grandes. Llame al 1-800-452-4413 (TTY: 711). Estos servicios son gratuitos.

Tagalog Tagline (Tagalog)

ATENSIYON: Kung kailangan mo ng tulong sa iyong 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 malaking print. 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 สำหรับ



บุคคลที่มีความพิการ 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.



តារាងមាតិកា

A. សេចក្តីប្រកាសមិនទទួលខុសត្រូវ	9
B. ការពិនិត្យឡើងវិញលើការធានារ៉ាប់រង Medicare និង Medi-Cal របស់អ្នកសម្រាប់ ឆ្នាំក្រោយ	9
B1. ព័ត៌មានអំពី Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan	9
B2. កិច្ចការសំខាន់ដែលត្រូវធ្វើ	10
C. ការផ្លាស់ប្តូរចំពោះឈ្មោះគម្រោងរបស់យើង	11
D. ការផ្លាស់ប្តូរចំពោះបណ្តាញអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថាន	11
E. ការផ្លាស់ប្តូរចំពោះអត្ថប្រយោជន៍ និងថ្លៃចំណាយសម្រាប់ឆ្នាំក្រោយ.....	12
E1. ការផ្លាស់ប្តូរចំពោះអត្ថប្រយោជន៍ និងថ្លៃចំណាយសម្រាប់សេវាវេជ្ជសាស្ត្រ	12
E2. ការផ្លាស់ប្តូរចំពោះការធានារ៉ាប់រងលើឱសថ	18
E3. ដំណាក់កាលទី 1៖ “ដំណាក់កាលរ៉ាប់រងដំបូង”	20
E4. ដំណាក់កាលទី 2៖ “ដំណាក់កាលរ៉ាប់រងលើគ្រោះមហន្តរាយ”	25
F. ការផ្លាស់ប្តូរផ្នែករដ្ឋបាល	25
G. ការជ្រើសរើសគម្រោង.....	25
G1. ការបន្តស្ថិតនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើង.....	25
G2. ការផ្លាស់ប្តូរគម្រោង	26
H. ការទទួលបានជំនួយ	31
H1. គម្រោងរបស់យើង	31
H2. កម្មវិធីប្រឹក្សា និងតស៊ូមតិផ្នែកធានារ៉ាប់រងសុខភាព (HICAP).....	31
H3. កម្មវិធីអំបាជូម៉ាន	31
H4. Medicare	32
H5. ក្រសួងគ្រប់គ្រងសុខាភិបាល រដ្ឋ California.....	32
H6. គម្រោងការទូទាត់ប្រាក់តាមវេជ្ជបញ្ជា Medicare (Medicare Prescription Payment Plan).....	33



A. សេចក្តីប្រកាសមិនទទួលខុសត្រូវ

គម្រោង Blue Shield of California គឺជាគម្រោង HMO D-SNP ដែលមានកិច្ចសន្យាជាមួយ Medicare និងកិច្ចសន្យាជាមួយកម្មវិធី California State Medicaid Program។ ការចុះឈ្មោះក្នុង Blue Shield of California អាស្រ័យលើការបន្តកិច្ចសន្យា។

នៅពេលដែលឯកសារនេះ ប្រើពាក្យ “យើង” “យើងខ្ញុំ” ឬ “របស់យើង” ពាក្យនេះ សំដៅលើ California Physicians’ Service (ធ្វើអាជីវកម្មក្រោមឈ្មោះ Blue Shield of California)។ នៅពេលដែលវានិយាយថា “គម្រោង” ឬ “គម្រោងរបស់យើង” វាមានន័យថា Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan។

អត្ថប្រយោជន៍អាហារ និងកសិផលដែលបានរៀបរាប់ក្នុង **ផ្នែក E1** គឺជាអត្ថប្រយោជន៍បន្ថែមពិសេសសម្រាប់អ្នកមានជំងឺរ៉ាំរ៉ៃ (SSBCI)។ មិនមែនគ្រប់សមាជិកគម្រោងទាំងអស់ សុទ្ធតែមានលក្ខខណ្ឌសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់នោះទេ។ សិទ្ធិទទួលបានគឺផ្អែកលើការបំពេញតាមលក្ខខណ្ឌនិយមន័យ “អ្នកចុះឈ្មោះដែលមានជំងឺរ៉ាំរ៉ៃ”។ ឧទាហរណ៍ជំងឺរ៉ាំរ៉ៃ ដែលមានសិទ្ធិទទួលបាន រួមមានជាអាទិ៍៖ ជំងឺសរសៃឈាមបេះដូង ជំងឺខ្សោយបេះដូងរ៉ាំរ៉ៃ ជំងឺទឹកនោមផ្អែម ជំងឺលើសទម្ងន់ ជំងឺធាតុជ្រុល និងរោគសញ្ញាជំងឺប្រព័ន្ធរំលាយអាហារ និងជំងឺស្លូតរ៉ាំរ៉ៃ។ សូមមើល *សៀវភៅណែនាំសមាជិករបស់គម្រោងសម្រាប់បញ្ជីពេញលេញស្តីពីលក្ខខណ្ឌជំងឺរ៉ាំរ៉ៃ* ដែលមានសិទ្ធិទទួលបាន និងលក្ខខណ្ឌតម្រូវនានា។

B. ការពិនិត្យឡើងវិញលើការធានារ៉ាប់រង Medicare និង Medi-Cal របស់អ្នកសម្រាប់ឆ្នាំក្រោយ

វាមានសារៈសំខាន់ណាស់ដែលត្រូវពិនិត្យឡើងវិញនូវការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកឆ្នាំនេះ ដើម្បីធ្វើឱ្យប្រាកដថាវានឹងនៅតែបំពេញតាមសេចក្តីត្រូវការរបស់អ្នកនៅឆ្នាំក្រោយ។ ប្រសិនបើមានបំពេញតាមតម្រូវការរបស់អ្នកទេ នោះអ្នកប្រហែលជាអាចចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើងបាន។ សូមមើល **ផ្នែក E** សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីការផ្លាស់ប្តូរចំពោះអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នកសម្រាប់ឆ្នាំក្រោយ។

ប្រសិនបើអ្នកជ្រើសរើសចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើង សមាជិកភាពរបស់អ្នកនឹងបញ្ចប់នៅថ្ងៃចុងក្រោយនៃខែដែលអ្នកបានធ្វើសំណើនោះ។ អ្នកនឹងនៅតែស្ថិតនៅក្នុងកម្មវិធី Medicare និង Medi-Cal ដដែលដរាបណាអ្នកនៅមានសិទ្ធិទទួលបាន។

ប្រសិនបើអ្នកចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើង អ្នកអាចទទួលបានព័ត៌មានអំពី៖

- ជម្រើស Medicare នៅក្នុងតារាងក្នុង **ផ្នែក G2**។
- ជម្រើស និងសេវាកម្ម Medi-Cal នៅក្នុង **ផ្នែក G2**។

B1. ព័ត៌មានអំពី Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan

- គម្រោង Blue Shield Medicare+ Medi-Cal Plan គឺជាគម្រោងសុខភាព ដែលចុះកិច្ចសន្យាជាមួយទាំង Medicare និង Medi-Cal ដើម្បីផ្តល់អត្ថប្រយោជន៍នៃកម្មវិធីទាំងពីរដល់សមាជិក។
- នៅពេលដែល *សេចក្តីជូនដំណឹងអំពីការផ្លាស់ប្តូរប្រចាំឆ្នាំ* នេះប្រើពាក្យថា “យើង”, “យើងខ្ញុំ”, “របស់យើង” ឬ “គម្រោងរបស់យើង” វាមានន័យថាគម្រោង Medicare Medi-Cal Plan។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅ Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan តាមរយៈលេខ 1-800-452-4413 (TTY: 711) ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ ម៉ោងនៅតំបន់ប៉ាស៊ីហ្វិក (PT) បានប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទគឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** ចូលមើល blueshieldca.com/medicare។



B2. កិច្ចការសំខាន់ដែលត្រូវធ្វើ

- ពិនិត្យមើលថា តើមានការផ្លាស់ប្តូរណាមួយចំពោះអត្ថប្រយោជន៍ និងថ្លៃចំណាយរបស់យើងដែលអាចប៉ះពាល់ដល់អ្នកដែរឬទេ?
 - តើមានការផ្លាស់ប្តូរណាមួយដែលប៉ះពាល់ដល់សេវាដែលអ្នកប្រើប្រាស់ដែរឬទេ?
 - ពិនិត្យឡើងវិញនូវការផ្លាស់ប្តូរអត្ថប្រយោជន៍ និងថ្លៃចំណាយ ដើម្បីធានាថាអត្ថប្រយោជន៍ទាំងនេះនឹងដំណើរការសម្រាប់អ្នកនៅឆ្នាំក្រោយ។
 - សូមមើល **ផ្នែក E1** សម្រាប់ព័ត៌មានអំពីការផ្លាស់ប្តូរអត្ថប្រយោជន៍ និងថ្លៃចំណាយសម្រាប់គម្រោងរបស់យើង។
- សូមពិនិត្យមើលថា តើមានការផ្លាស់ប្តូរណាមួយចំពោះការធានារ៉ាប់រងលើឱសថរបស់យើងដែលអាចប៉ះពាល់ដល់អ្នកដែរឬទេ?
 - តើឱសថរបស់អ្នកនឹងត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដែរឬទេ? តើឱសថទាំងនេះស្ថិតក្នុងកម្រិតចំណែកតម្លៃផ្សេងគ្នាដែរឬទេ? តើអ្នកអាចប្រើឱសថស្ថានដូចគ្នាបានដែរឬទេ? តើមានការផ្លាស់ប្តូរដូចជាការអនុញ្ញាតជាមុន ជំហានវិធីព្យាបាល ឬការកំណត់បរិមាណដែរឬទេ?
 - ពិនិត្យមើលពីការផ្លាស់ប្តូរ ដើម្បីប្រាកដថា ការធានារ៉ាប់រងលើឱសថរបស់យើងនឹងដំណើរការសម្រាប់អ្នកនៅឆ្នាំក្រោយ។
 - សំអាង **ផ្នែក E2** សម្រាប់ព័ត៌មានអំពីការផ្លាស់ប្តូរចំពោះការរ៉ាប់រងលើឱសថរបស់យើង។
 - ថ្លៃចំណាយលើឱសថរបស់អ្នកអាចនឹងកើនឡើងចាប់តាំងពីឆ្នាំមុន។
 - និយាយទៅកាន់វេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកអំពីជម្រើសឱសថតម្លៃទាបផ្សេងៗដែលអាចនឹងមានសម្រាប់អ្នក រាបៀបរាល់ជាសន្សំសំចៃអ្នកពីការចំណាយចេញពីហោប៉ៅប្រចាំឆ្នាំពេញមួយឆ្នាំ។
 - សូមចងចាំថា អត្ថប្រយោជន៍គម្រោងរបស់អ្នកកំណត់យ៉ាងច្បាស់ថាថ្លៃចំណាយលើឱសថរបស់អ្នក ចំនួនប៉ុន្មាន ដែលអាចផ្លាស់ប្តូរបាន។
- ពិនិត្យមើលថា តើអ្នកផ្តល់សេវាសុខភាព និងឱសថស្ថានរបស់អ្នកនឹងស្ថិតនៅក្នុងបណ្តាញរបស់យើងនៅឆ្នាំក្រោយឬទេ?
 - តើវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក មានរាប់បញ្ចូលគ្រូពេទ្យឯកទេសរបស់អ្នកនៅក្នុងបណ្តាញរបស់យើងដែរឬទេ? ចុះចំណែកឯឱសថស្ថានរបស់អ្នកវិញ? ចុះចំណែកឯមន្ទីរពេទ្យ ឬអ្នកផ្តល់សេវាដទៃទៀតដែលអ្នកប្រើវិញ?
 - សូមមើល **ផ្នែក D** សម្រាប់ព័ត៌មានអំពី *បញ្ជីឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថាន*។
- គិតអំពីថ្លៃចំណាយសរុបរបស់អ្នកនៅក្នុងគម្រោងនេះ។
 - តើអ្នកនឹងចំណាយប្រាក់ចេញពីហោប៉ៅប៉ុន្មានសម្រាប់សេវាកម្ម និងឱសថដែលអ្នកប្រើប្រាស់ជាទៀងទាត់?
 - តើថ្លៃចំណាយសរុបប្រៀបធៀបនឹងជម្រើសធានារ៉ាប់រងដទៃទៀតយ៉ាងដូចម្តេច?



- ចូរគិតថា តើអ្នកសប្បាយចិត្តជាមួយគម្រោងរបស់យើងឬទេ។

**ប្រសិនបើអ្នកសម្រេចចិត្តបន្តនៅជាមួយ
Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan៖**

ប្រសិនបើអ្នកចង់នៅបន្តជាមួយនឹងយើងខ្ញុំនៅឆ្នាំក្រោយ វាងាយស្រួលនោះទេ គឺអ្នកមិនចាំបាច់ធ្វើអ្វីឡើយ។ ប្រសិនបើអ្នកមិនធ្វើការផ្លាស់ប្តូរទេ អ្នកនៅតែចុះឈ្មោះក្នុង Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan ដោយស្វ័យប្រវត្តិ។

ប្រសិនបើអ្នកសម្រេចចិត្តផ្លាស់ប្តូរគម្រោង៖

ប្រសិនបើអ្នកសម្រេចចិត្តថាការរ៉ាប់រងផ្សេងទៀតនឹងបំពេញតម្រូវការរបស់អ្នកបានប្រសើរជាងមុន អ្នកប្រហែលជាអាចផ្លាស់ប្តូរគម្រោង (សូមមើល **ផ្នែក G2** សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម)។ ប្រសិនបើអ្នកចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងថ្មីមួយ ឬក៏ផ្លាស់ទៅគម្រោង Original Medicare នោះ ការធានារ៉ាប់រងថ្មីរបស់អ្នកនឹងចាប់ផ្តើមនៅថ្ងៃទីមួយនៃខែបន្តបន្ទាប់។

C. ការផ្លាស់ប្តូរចំពោះឈ្មោះគម្រោងរបស់យើង

នៅថ្ងៃទី 1 ខែមករា ឆ្នាំ 2027 ឈ្មោះគម្រោងរបស់យើងនឹងផ្លាស់ប្តូរពី Blue Shield TotalDual Plan ទៅ Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan។

អ្នកនឹងមិនត្រូវការបណ្តុះបណ្តាលសមាជិក Blue Shield ថ្មីទេ ដោយសារការផ្លាស់ប្តូរឈ្មោះគម្រោង។ រក្សាបណ្តុះបណ្តាលសមាជិក Blue Shield បច្ចុប្បន្នរបស់អ្នក ហើយបង្ហាញបណ្តុះបណ្តាលនោះ នៅពេលអ្នកទទួលបានសេវាកម្ម ឬវេជ្ជបញ្ជាណាមួយ។

D. ការផ្លាស់ប្តូរចំពោះបណ្តាញអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថាន

ចំនួនទឹកប្រាក់ដែលអ្នកបង់សម្រាប់ឱសថរបស់អ្នកអាស្រ័យលើឱសថស្ថានដែលអ្នកប្រើ។ គម្រោងរបស់យើងមានបណ្តាញឱសថស្ថាននានា។ ក្នុងករណីភាគច្រើន វេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង *លុះត្រាតែ* ឱសថទាំងនោះត្រូវបានបំពេញនៅឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញណាមួយរបស់យើងប៉ុណ្ណោះ។

បណ្តាញអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថានរបស់យើងបានផ្លាស់ប្តូរសម្រាប់ឆ្នាំ 2027។

សូម ពិនិត្យឡើងវិញនូវ បញ្ជីរាយឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថានឆ្នាំ 2027 ដើម្បីស្វែងយល់ថាតើអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក (អ្នកផ្តល់ការថែទាំជាបឋម អ្នកឯកទេស មន្ទីរពេទ្យ ។ល។) ឬឱសថស្ថានមាននៅក្នុងបណ្តាញរបស់យើងដែរ ឬទេ ។ **បញ្ជីឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថាន** ដែលបានធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពមាននៅលើគេហទំព័ររបស់យើងនៅ blueshieldca.com/DSNPdocuments2027។ អ្នកក៏អាចហៅទូរសព្ទទៅសេវាបម្រើសមាជិកតាមលេខទំនាក់ទំនងនៅផ្នែកខាងក្រោមនៃទំព័រសម្រាប់ព័ត៌មានអ្នកផ្តល់សេវាដែលបានធ្វើបច្ចុប្បន្នភាព ឬសុំឱ្យយើងផ្ញើ **បញ្ជីឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថាន** ទៅអ្នក។

វាមានសារៈសំខាន់ដែលអ្នកត្រូវជ្រាបថា យើងក៏អាចធ្វើការផ្លាស់ប្តូរក្នុងបណ្តាញរបស់យើងក្នុងរយៈពេលមួយឆ្នាំផងដែរ។ ប្រសិនបើអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើង អ្នកមានសិទ្ធិ និងការការពារជាក់លាក់មួយចំនួន។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមមើល **ជំពូកទី 3** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក* របស់អ្នក ឬទូរសព្ទទៅផ្នែកបម្រើសេវាអតិថិជនតាមលេខនៅផ្នែកខាងក្រោមនៃទំព័រសម្រាប់ជំនួយ។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅ Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan តាមរយៈលេខ 1-800-452-4413 (TTY: 711) ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ ម៉ោងនៅតំបន់ប៉ាស៊ីហ្វិក (PT) បានប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទគឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** ចូលមើល blueshieldca.com/medicare។



E. ការផ្លាស់ប្តូរចំពោះអត្ថប្រយោជន៍ និងថ្លៃចំណាយសម្រាប់ឆ្នាំក្រោយ

E1. ការផ្លាស់ប្តូរចំពោះអត្ថប្រយោជន៍ និងថ្លៃចំណាយសម្រាប់សេវាវេជ្ជសាស្ត្រ

យើងកំពុងផ្លាស់ប្តូរការធានារ៉ាប់រងរបស់យើងសម្រាប់សេវាវេជ្ជសាស្ត្រមួយចំនួន និងអ្វីដែលអ្នកត្រូវទូទាត់ចំពោះសេវាវេជ្ជសាស្ត្រដែលមានការធានារ៉ាប់រងទាំងនេះនៅឆ្នាំក្រោយ។ តារាងខាងក្រោមនេះរៀបរាប់អំពីការផ្លាស់ប្តូរទាំងនេះ។

	2026 (ឆ្នាំនេះ)	2027 (ឆ្នាំក្រោយ)
ការថែទាំសុខភាពភ្នែកមិនបានធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare ទេ (ទទួលបានពីអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ)*	អ្នកបង់ \$0 ជាការបង់ប្រាក់រួមសម្រាប់ដងវ៉ែនតា (មានតម្លៃរហូតដល់តម្លៃលក់រាយធម្មតា \$365) ជារៀងរាល់ឆ្នាំ នៅពេលអ្នកប្រើប្រាស់អ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ។ ប្រសិនបើអ្នកជ្រើសរើសដងវ៉ែនតាដែលមានតម្លៃលើសពី \$365 អ្នកត្រូវទទួលខុសត្រូវចំពោះប្រាក់ខុសគ្នានេះ។	អ្នកបង់ \$0 ជាការបង់ប្រាក់រួមសម្រាប់ដងវ៉ែនតា (មានតម្លៃរហូតដល់តម្លៃលក់រាយធម្មតា \$500) ជារៀងរាល់ឆ្នាំ នៅពេលអ្នកប្រើប្រាស់អ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ។ ប្រសិនបើអ្នកជ្រើសរើសដងវ៉ែនតាដែលមានតម្លៃលើសពី \$500 អ្នកត្រូវទទួលខុសត្រូវចំពោះប្រាក់ខុសគ្នានេះ។
	អ្នកបង់ \$0 ជាការបង់ប្រាក់រួមសម្រាប់កញ្ចក់វ៉ែនតាមានវេជ្ជបញ្ជាមួយគូ (ដោយមិនគិតពីទំហំ ឬកម្រិត) ឬសម្រាប់កញ្ចក់កែវភ្នែក (តម្លៃរហូតដល់ \$365 សម្រាប់សេវាកម្ម និងសម្ភារៈកញ្ចក់កែវភ្នែក) ជារៀងរាល់ឆ្នាំ នៅពេលអ្នកប្រើប្រាស់អ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ។ ប្រសិនបើសេវាកម្ម និងសម្ភារៈមានតម្លៃលើសពី \$365 អ្នកត្រូវទទួលខុសត្រូវចំពោះប្រាក់ខុសគ្នានេះ។	អ្នកបង់ \$0 ជាការបង់ប្រាក់រួមសម្រាប់កញ្ចក់វ៉ែនតាមានវេជ្ជបញ្ជាមួយគូ (ដោយមិនគិតពីទំហំ ឬកម្រិត) ឬសម្រាប់កញ្ចក់កែវភ្នែក (តម្លៃរហូតដល់ \$500 សម្រាប់សេវាកម្ម និងសម្ភារៈកញ្ចក់កែវភ្នែក) ជារៀងរាល់ឆ្នាំ នៅពេលអ្នកប្រើប្រាស់អ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ។ ប្រសិនបើសេវាកម្ម និងសម្ភារៈមានតម្លៃលើសពី \$500 អ្នកត្រូវទទួលខុសត្រូវចំពោះប្រាក់ខុសគ្នានេះ។
ការថែទាំសុខភាពភ្នែកមិនបានធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare ទេ (ទទួលបានពីអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ)*	អ្នកទទួលបានសំណងរហូតដល់ \$30 សម្រាប់ការពិនិត្យមួយដងជារៀងរាល់ឆ្នាំ។ អ្នកទទួលបានសំណងរហូតដល់ \$35 សម្រាប់ដងវ៉ែនតាមួយគូជារៀងរាល់ឆ្នាំ ។ អ្នកទទួលបានសំណងរហូតដល់ \$35 សម្រាប់កញ្ចក់វ៉ែនតាមួយគូ (ដោយមិនគិតពីទំហំ ឬកម្រិត) ឬ សម្រាប់កែវពាក់ក្នុងភ្នែកជារៀងរាល់ឆ្នាំ។	សេវាកម្មការថែទាំសុខភាពភ្នែកដែលទទួលបានពីអ្នកផ្តល់សេវាក្រៅបណ្តាញមិនត្រូវបានរ៉ាប់រងទេ។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅ Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan តាមរយៈលេខ 1-800-452-4413 (TTY: 711) ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ ម៉ោងនៅតំបន់ប៉ាស៊ីហ្វិក (PT) បានប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទគឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** ចូលមើល blueshieldca.com/medicare។



	2026 (ឆ្នាំនេះ)	2027 (ឆ្នាំក្រោយ)
ជំនួយជាមួយលក្ខខណ្ឌជំងឺ វ៉ាន់មួយចំនួន	អាហារ និងកសិផល៖ អ្នកមានប្រាក់បញ្ញើបន្តិច \$60 ក្នុងមួយខែ សម្រាប់ការទិញអាហារ និងកសិផលដែលផ្តល់សុខភាព និងមានជីវជាតិ។ ប្រាក់បញ្ញើនេះ មិនអាចលើកទៅប្រើនៅខែបន្ទាប់បានទេ។ នេះគឺជាអត្ថប្រយោជន៍បន្ថែមពិសេសសម្រាប់ជំងឺវ៉ាន់ (SSBCI) ដែលតម្រូវឱ្យមានការកំណត់សិទ្ធិទទួលបាន។ មិនមែនគ្រប់សមាជិកគម្រោងទាំងអស់ សុទ្ធតែមានលក្ខខណ្ឌសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់នោះទេ។ អ្នកត្រូវតែមានគ្រប់តាមលក្ខណសម្បត្តិនៃលក្ខណៈវ៉ាន់ចំនួនមួយ ឬច្រើនដើម្បីទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍នេះ។ គម្រោងនឹងស្វែងយល់ថា តើអ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍អាហារ និងកសិផលដែរឬទេ ដោយប្រើព័ត៌មានបានមកពីវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក ឬដោយទាក់ទងវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកដើម្បីសុំសេចក្តីថ្លែងការណ៍ដែលមានចុះហត្ថលេខាអំពីលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់នៃលក្ខណៈវ៉ាន់របស់អ្នក។ សូមមើល <i>សៀវភៅណែនាំសមាជិក</i> របស់គម្រោងសម្រាប់ព័ត៌មានលម្អិតបន្ថែម។	អាហារ និងកសិផល៖ អ្នកមានប្រាក់បញ្ញើបន្តិចបញ្ចូលគ្នា \$240 ក្នុងមួយត្រីមាស សម្រាប់ការទិញអាហារ និងកសិផលដែលផ្តល់សុខភាព និងមានជីវជាតិ (ប្រសិនបើបំពេញតាមស្ថានភាពដែលមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់) និងទំនិញមិនត្រូវការវេជ្ជបញ្ជា (OTC)។ ប្រាក់បញ្ញើនេះមិនអាចបង្វិលពីត្រីមាសមួយទៅត្រីមាសមួយទៀតបានទេ។ អត្ថប្រយោជន៍អាហារ និងកសិផល គឺជាអត្ថប្រយោជន៍បន្ថែមពិសេសសម្រាប់អ្នកជំងឺវ៉ាន់ (SSBCI) ដែលទាមទារឱ្យមានការសម្រេចសិទ្ធិទទួលបាន។ មិនមែនគ្រប់សមាជិកគម្រោងទាំងអស់ សុទ្ធតែមានលក្ខខណ្ឌសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់នោះទេ។ អ្នកត្រូវតែមានគ្រប់តាមលក្ខណសម្បត្តិនៃលក្ខណៈវ៉ាន់ចំនួនមួយ ឬច្រើនដើម្បីទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍នេះ។ គម្រោងនឹងស្វែងយល់ថា តើអ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍អាហារ និងផលិតផលដែរឬទេ ដោយប្រើព័ត៌មានបានមកពីវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក ឬដោយទាក់ទងវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកដើម្បីសុំសេចក្តីថ្លែងការណ៍ដែលមានចុះហត្ថលេខាអំពីលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់នៃលក្ខណៈវ៉ាន់របស់អ្នក។ សូមមើល <i>សៀវភៅណែនាំសមាជិក</i> របស់គម្រោងសម្រាប់ព័ត៌មានលម្អិតបន្ថែម។ សូមមើល ផ្នែក F៖ ការផ្លាស់ប្តូរផ្នែករដ្ឋបាលសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។



	2026 (ឆ្នាំនេះ)	2027 (ឆ្នាំក្រោយ)
ថ្លៃចំណាយចេញពីហោប៉ៅជាអតិបរមាប្រចាំឆ្នាំ	\$9,250 នៅពេលដែលអ្នកបានបង់ប្រាក់ចេញពីហោប៉ៅចំនួន \$9,250 សម្រាប់សេវាផ្នែក A និងផ្នែក B ដែលមានការធានារ៉ាប់រងនោះ អ្នកនឹងមិនបង់ប្រាក់អ្វីទាំងអស់សម្រាប់សេវាផ្នែក A និងផ្នែក B ដែលមានការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកសម្រាប់រយៈពេលនៅសល់នៃឆ្នាំតាមប្រតិទិននោះទេ។ ប្រសិនបើអ្នកមានសិទ្ធិទទួលបាន Medicare និង Medi-Cal (Medicaid) អ្នកមិនទទួលខុសត្រូវចំពោះការបង់ថ្លៃចំណាយចេញពីហោប៉ៅណាមួយចំពោះចំនួនអតិបរមាចេញពីហោប៉ៅសម្រាប់សេវាផ្នែក A និងផ្នែក B ដែលមានធានារ៉ាប់រងនោះទេ។	\$9,850 នៅពេលដែលអ្នកបានបង់ប្រាក់ចេញពីហោប៉ៅ \$9,850 សម្រាប់សេវាផ្នែក A និងផ្នែក B ដែលមានការរ៉ាប់រងហើយ អ្នកនឹងមិនបង់ប្រាក់អ្វីទាំងអស់សម្រាប់សេវាផ្នែក A និងផ្នែក B ដែលមានការរ៉ាប់រងរបស់អ្នកសម្រាប់រយៈពេលនៅសល់នៃឆ្នាំតាមប្រតិទិននោះទេ។ ប្រសិនបើអ្នកមានសិទ្ធិទទួលបាន Medicare និង Medi-Cal (Medicaid) អ្នកមិនទទួលខុសត្រូវចំពោះការបង់ថ្លៃចំណាយចេញពីហោប៉ៅណាមួយចំពោះចំនួនអតិបរមាចេញពីហោប៉ៅសម្រាប់សេវាផ្នែក A និងផ្នែក B ដែលមានធានារ៉ាប់រងនោះទេ។
ទំនិញគ្មានវេជ្ជបញ្ជា (OTC)	អ្នកមានប្រាក់ឧបត្ថម្ភ \$120 ក្នុងមួយត្រីមាសសម្រាប់ផលិតផលដែលបានរ៉ាប់រង។ អ្នកអាចធ្វើការបញ្ជាទិញពីរលើកក្នុងមួយត្រីមាស ហើយមិនអាចលើកប្រាក់ឧបត្ថម្ភដែលមិនបានប្រើរបស់អ្នកបន្តទៅក្នុងត្រីមាសបន្ទាប់បានទេ។	អ្នកនឹងទទួលបានប្រាក់ឧបត្ថម្ភរួមបញ្ចូលគ្នាចំនួន \$240 ក្នុងមួយត្រីមាសសម្រាប់ការទិញផលិតផល OTC ដែលមានសិទ្ធិទទួលបាន ព្រមទាំងអាហារ និងកសិផល (ប្រសិនបើបំពេញតាមស្ថានភាពដែលមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់)។ អ្នកអាចបន្តធ្វើការបញ្ជាទិញសម្រាប់ផលិតផល OTC ដែលបានរ៉ាប់រងតាមរយៈកាតាឡូកទំនិញ OTC តាមអនឡាញ ឬតាមទូរសព្ទ។ អ្នកក៏អាចប្រើ Flex Card របស់អ្នកនៅក្នុងហាងនៅទីតាំងលក់រាយដែលចូលរួមផងដែរ។ អ្នកមិនអាចបង្វិលប្រាក់ឧបត្ថម្ភដែលនៅសល់មិនទាន់ប្រើរបស់អ្នកទៅត្រីមាសបន្ទាប់បានទេ។ លក្ខខណ្ឌកំណត់មួយចំនួនអាចត្រូវបានអនុវត្ត។ សូមមើលផ្នែក F៖ ការផ្លាស់ប្តូរផ្នែករដ្ឋបាលសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅ Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan តាមរយៈលេខ 1-800-452-4413 (TTY: 711) ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ ម៉ោងនៅតំបន់ប៉ាស៊ីហ្វិក (PT) បានប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទគឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** ចូលមើល blueshieldca.com/medicare។



	2026 (ឆ្នាំនេះ)	2027 (ឆ្នាំក្រោយ)
មធ្យោបាយធ្វើដំណើរ៖ មធ្យោបាយធ្វើដំណើរដែលមិនមែនជាផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ	អ្នកបង់ប្រាក់រួមចំនួន \$0 សម្រាប់ការកំណត់បញ្ចូលគ្នានៃការធ្វើដំណើរមួយសាច់ចំនួន 48 ដងទៅកាន់ទីតាំងដែលទាក់ទងនឹងសុខភាពដែលបានយល់ព្រមដោយគម្រោងក្នុងមួយឆ្នាំសម្រាប់មធ្យោបាយធ្វើដំណើរមិនមែនវេជ្ជសាស្ត្រមិនអាសន្ន និងមធ្យោបាយធ្វើដំណើរមិនមែនវេជ្ជសាស្ត្រ។ ការធ្វើដំណើរនីមួយៗអាចមិនលើសពី 70 ម៉ាយល៍ទេ។ បន្ទាប់ពីអ្នកបានប្រើប្រាស់ការធ្វើដំណើរតែមួយជើងចំនួន 48 ដងរួចហើយ Medi-Cal នឹងធានារ៉ាប់រងការធ្វើដំណើរទៅកាន់ទីកន្លែងដែលបានយល់ព្រមដោយគ្មានចំនួនកំណត់។	អ្នកបង់ប្រាក់រួមចំនួន \$0 សម្រាប់ការកំណត់បញ្ចូលគ្នានៃការធ្វើដំណើរមួយសាច់ចំនួន 24 ដងទៅកាន់ទីតាំងដែលទាក់ទងនឹងសុខភាពដែលបានយល់ព្រមដោយគម្រោងក្នុងមួយឆ្នាំសម្រាប់មធ្យោបាយធ្វើដំណើរមិនមែនវេជ្ជសាស្ត្រមិនអាសន្ន និងមធ្យោបាយធ្វើដំណើរមិនមែនវេជ្ជសាស្ត្រ។ ការធ្វើដំណើរនីមួយៗអាចមិនលើសពី 70 ម៉ាយល៍ទេ។ បន្ទាប់ពីអ្នកបានប្រើប្រាស់ការធ្វើដំណើរតែមួយជើងចំនួន 24 ដងរួចហើយ Medi-Cal នឹងធានារ៉ាប់រងការធ្វើដំណើរទៅកាន់ទីកន្លែងដែលបានយល់ព្រមដោយគ្មានចំនួនកំណត់។
មធ្យោបាយធ្វើដំណើរ៖ មធ្យោបាយធ្វើដំណើរផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដែលមិនមែនជាជំងឺសង្គ្រោះបន្ទាន់	អ្នកបង់ប្រាក់រួមចំនួន \$0 សម្រាប់ការកំណត់បញ្ចូលគ្នានៃការធ្វើដំណើរមួយសាច់ចំនួន 48 ដងទៅកាន់ទីតាំងដែលទាក់ទងនឹងសុខភាពដែលបានយល់ព្រមដោយគម្រោងក្នុងមួយឆ្នាំសម្រាប់មធ្យោបាយធ្វើដំណើរមិនមែនវេជ្ជសាស្ត្រមិនអាសន្ន និងមធ្យោបាយធ្វើដំណើរមិនមែនវេជ្ជសាស្ត្រ។ ការធ្វើដំណើរនីមួយៗអាចមិនលើសពី 70 ម៉ាយល៍ទេ។ បន្ទាប់ពីអ្នកបានប្រើប្រាស់ការធ្វើដំណើរតែមួយជើងចំនួន 48 ដងរួចហើយ Medi-Cal នឹងធានារ៉ាប់រងការធ្វើដំណើរទៅកាន់ទីកន្លែងដែលបានយល់ព្រមដោយគ្មានចំនួនកំណត់។	អ្នកបង់ប្រាក់រួមចំនួន \$0 សម្រាប់ការកំណត់បញ្ចូលគ្នានៃការធ្វើដំណើរមួយសាច់ចំនួន 24 ដងទៅកាន់ទីតាំងដែលទាក់ទងនឹងសុខភាពដែលបានយល់ព្រមដោយគម្រោងក្នុងមួយឆ្នាំសម្រាប់មធ្យោបាយធ្វើដំណើរមិនមែនវេជ្ជសាស្ត្រមិនអាសន្ន និងមធ្យោបាយធ្វើដំណើរមិនមែនវេជ្ជសាស្ត្រ។ ការធ្វើដំណើរនីមួយៗអាចមិនលើសពី 70 ម៉ាយល៍ទេ។ បន្ទាប់ពីអ្នកបានប្រើប្រាស់ការធ្វើដំណើរតែមួយជើងចំនួន 24 ដងរួចហើយ Medi-Cal នឹងធានារ៉ាប់រងការធ្វើដំណើរទៅកាន់ទីកន្លែងដែលបានយល់ព្រមដោយគ្មានចំនួនកំណត់។



	2026 (ឆ្នាំនេះ)	2027 (ឆ្នាំក្រោយ)
សេវាកម្មគ្រប់គ្រង និងព្យាបាលការឈឺចាប់រាំរ៉ៃ	អ្នកបង់ប្រាក់រួមចំនួន \$0 សម្រាប់សេវាកម្មគ្រប់គ្រង និងព្យាបាលការឈឺចាប់រាំរ៉ៃ ការចែករំលែកថ្លៃចំណាយសម្រាប់សេវាកម្មនេះនឹងប្រែប្រួលអាស្រ័យលើសេវាកម្មនីមួយៗដែលផ្តល់ជូនក្នុងអំឡុងពេលព្យាបាល។	សេវាកម្មគ្រប់គ្រង និងព្យាបាលការឈឺចាប់រាំរ៉ៃ មិន បានរ៉ាប់រង។
សេវាសុខភាពមាត់ធ្មេញ ជារៀងទាត់ (ដែលមិនមែនរ៉ាប់រងដោយ Medicare) (ផ្នែកនេះបន្តនៅទំព័របន្ទាប់)	លេខកូដ ADA D0364 ការថត និងការបកស្រាយលទ្ធផលពីការស្កេន CT កូនប៊ីម (cone beam) ជាមួយនឹងទំហំមើលឃើញមានកំណត់ – តិចជាងថ្នាំទាំងមូលមិនត្រូវបានធានារ៉ាប់រងទេ។ លេខកូដ ADA D0365 ការថត និងការបកស្រាយលទ្ធផលពីការស្កេន CT កូនប៊ីម (cone beam) ជាមួយនឹងទំហំមើលឃើញធ្មេញមួយជួរពេញមិនត្រូវបានធានារ៉ាប់រងទេ លេខកូដ ADA D0366 ការថត និងការបកស្រាយលទ្ធផលពីការស្កេន CT កូនប៊ីម (cone beam) ជាមួយនឹងទំហំមើលឃើញធ្មេញមួយជួរពេញ – ឆ្អឹងថ្នាំលើ មាន ឬគ្មានលលាដ៍ក្បាលមិនត្រូវបានធានារ៉ាប់រងទេ។ លេខកូដ ADA D0367 ការថត និងការបកស្រាយលទ្ធផលពីការស្កេន CT កូនប៊ីម (cone beam) ជាមួយនឹងទំហំមើលឃើញថ្នាំទាំងពីរ មាន ឬគ្មានលលាដ៍ក្បាលមិនត្រូវបានធានារ៉ាប់រងទេ។ លេខកូដ ADA D0368 ការថត និងការបកស្រាយលទ្ធផលពីការស្កេន CT កូនប៊ីម (cone beam) សម្រាប់ស៊េរី TMJ រួមទាំងរូបភាពពីរ ឬច្រើនមិនត្រូវបានធានារ៉ាប់រងទេ។	អ្នកបង់ \$0 ជាការបង់ប្រាក់រួម សម្រាប់លេខកូដ ADA D0364 ការថត និងការបកស្រាយលទ្ធផលពីការស្កេន CT កូនប៊ីម (cone beam) ជាមួយនឹងទំហំមើលឃើញមានកំណត់ – តិចជាងថ្នាំទាំងមូល។ អ្នកបង់ \$0 ជាការបង់ប្រាក់រួម សម្រាប់លេខកូដ ADA D0365 ការថត និងការបកស្រាយលទ្ធផលពីការស្កេន CT កូនប៊ីម (cone beam) ជាមួយនឹងទំហំមើលឃើញធ្មេញមួយជួរពេញ – ឆ្អឹងថ្នាំក្រោម។ អ្នកបង់ \$0 ជាការបង់ប្រាក់រួម សម្រាប់លេខកូដ ADA D0366 ការថត និងការបកស្រាយលទ្ធផលពីការស្កេន CT កូនប៊ីម (cone beam) ជាមួយនឹងទំហំមើលឃើញធ្មេញមួយជួរពេញ – ឆ្អឹងថ្នាំលើ មាន ឬគ្មានលលាដ៍ក្បាល។ អ្នកបង់ \$0 ជាការបង់ប្រាក់រួម សម្រាប់លេខកូដ ADA D0367 ការថត និងការបកស្រាយលទ្ធផលពីការស្កេន CT កូនប៊ីម (cone beam) ជាមួយនឹងទំហំមើលឃើញថ្នាំទាំងពីរ មាន ឬគ្មានលលាដ៍ក្បាល។ អ្នកបង់ \$0 ជាការបង់ប្រាក់រួម សម្រាប់លេខកូដ ADA D0368 ការថត និងការបកស្រាយលទ្ធផលពីការស្កេន CT កូនប៊ីម (cone beam) សម្រាប់ស៊េរី TMJ រួមទាំងរូបភាពពីរ ឬច្រើន។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅ Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan តាមរយៈលេខ 1-800-452-4413 (TTY: 711) ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ ម៉ោងនៅតំបន់ប៉ាស៊ីហ្វិក (PT) បានប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទគឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** ចូលមើល blueshieldca.com/medicare។



	2026 (ឆ្នាំនេះ)	2027 (ឆ្នាំក្រោយ)
សេវាសុខភាពមាត់ធ្មេញ ជាទៀងទាត់ (ដែលមិនមែនរ៉ាប់រងដោយ Medicare) (ផ្នែកនេះបន្តនៅទំព័របន្ទាប់)	លេខកូដ ADA D0380 ការថតរូបភាព CT កូនប៊ីម (cone beam) ជាមួយនឹងទំហំមើលឃើញមានកំណត់ – តិចជាងថ្នាំទាំងមូលមិនត្រូវបានធានារ៉ាប់រងទេ។ លេខកូដ ADA D0381 ការថតរូបភាព CT កូនប៊ីម (cone beam) ជាមួយនឹងទំហំមើលឃើញធ្មេញមួយជួរពេញ – ឆ្អឹងថ្នាំក្រោមមិនត្រូវបានធានារ៉ាប់រងទេ។ លេខកូដ ADA D0382 ការថតរូបភាព CT កូនប៊ីម (cone beam) ជាមួយនឹងទំហំមើលឃើញធ្មេញមួយជួរពេញ – ឆ្អឹងថ្នាំលើ មាន ឬគ្មានលាដក្សាលមិនត្រូវបានធានារ៉ាប់រងទេ។ លេខកូដ ADA D0383 ការថតរូបភាព CT កូនប៊ីម (cone beam) ជាមួយនឹងទំហំមើលឃើញថ្នាំទាំងពីរ មាន ឬគ្មានលាដក្សាល មិនត្រូវបានធានារ៉ាប់រងទេ។	អ្នកបង់ \$0 ជាការបង់ប្រាក់រួម សម្រាប់លេខកូដ ADA D0380 ការថតរូបភាព CT កូនប៊ីម (cone beam) ជាមួយនឹងទំហំមើលឃើញមានកំណត់ – តិចជាងថ្នាំទាំងមូល។ អ្នកបង់ \$0 ជាការបង់ប្រាក់រួម សម្រាប់លេខកូដ ADA D0381 ការថតរូបភាព CT កូនប៊ីម (cone beam) ជាមួយនឹងទំហំមើលឃើញធ្មេញមួយជួរពេញ – ឆ្អឹងថ្នាំក្រោម។ អ្នកបង់ \$0 ជាការបង់ប្រាក់រួម សម្រាប់លេខកូដ ADA D0382 ការថតរូបភាព CT កូនប៊ីម (cone beam) ជាមួយនឹងទំហំមើលឃើញធ្មេញមួយជួរពេញ – ឆ្អឹងថ្នាំលើ មាន ឬគ្មានលាដក្សាល។ អ្នកបង់ \$0 ជាការបង់ប្រាក់រួម សម្រាប់លេខកូដ ADA D0383 ការថតរូបភាព CT កូនប៊ីម (cone beam) ជាមួយនឹងទំហំមើលឃើញថ្នាំទាំងពីរ មាន ឬគ្មានលាដក្សាល។
	លេខកូដ ADA D4263 ការផ្សាំប្តូរឆ្អឹង – ធ្មេញធម្មជាតិដែលនៅរក្សាទុក – ទីតាំងដំបូងនៅក្នុងមួយចំហៀងថ្នាំមិនត្រូវបានធានារ៉ាប់រងទេ។	អ្នកបង់ \$0 ជាការបង់ប្រាក់រួម សម្រាប់លេខកូដ ADA D4263 ការផ្សាំប្តូរឆ្អឹង – ធ្មេញធម្មជាតិដែលនៅរក្សាទុក – ទីតាំងដំបូងនៅក្នុងមួយចំហៀងថ្នាំ។
	លេខកូដ ADA D4264 ការផ្សាំប្តូរឆ្អឹង – ធ្មេញធម្មជាតិដែលនៅរក្សាទុក – ទីតាំងបន្ថែមនីមួយៗនៅក្នុងមួយចំហៀងថ្នាំ មិន ត្រូវបានធានារ៉ាប់រងទេ។	អ្នកបង់ \$0 ជាការបង់ប្រាក់រួម សម្រាប់លេខកូដ ADA D4264 ការផ្សាំប្តូរឆ្អឹង – ធ្មេញធម្មជាតិដែលនៅរក្សាទុក – ទីតាំងបន្ថែមនីមួយៗនៅក្នុងមួយចំហៀងថ្នាំ។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅ Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan តាមរយៈលេខ 1-800-452-4413 (TTY: 711) ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ ម៉ោងនៅតំបន់ប៉ាស៊ីហ្វិក (PT) បានប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទគឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** ចូលមើល blueshieldca.com/medicare។



	2026 (ឆ្នាំនេះ)	2027 (ឆ្នាំក្រោយ)
សេវាសុខភាពមាត់ធ្មេញ ជាទៀងទាត់ (ដែលមិនមែនរ៉ាប់រងដោយ Medicare) (បន្ត)	លេខកូដ ADA D7953 ការផ្សំប្តូរឆ្អឹង ដើម្បីរក្សាទ្រនុងអញ្ចាញធ្មេញ - ក្នុងមួយទីតាំងមិនត្រូវបានធានារ៉ាប់រងទេ។ លេខកូដ ADA D9211 ការចាក់ថ្នាំស្លឹកតាមតំបន់សរសៃប្រសាទមិនត្រូវបានធានារ៉ាប់រងទេ។ លេខកូដ ADA D9212 ការចាក់ថ្នាំស្លឹកទប់ស្កាត់សរសៃប្រសាទត្រីភាគីមិនត្រូវបានធានារ៉ាប់រងទេ។ លេខកូដ ADA D9215 ការចាក់ថ្នាំស្លឹកតាមកន្លែងរួមផ្សំជាមួយនីតិវិធីរះកាត់ ឬនីតិវិធីប្រតិបត្តិការមិនត្រូវបានធានារ៉ាប់រងទេ។	អ្នកបង់ \$0 ជាការបង់ប្រាក់រួម សម្រាប់លេខកូដ ADA D7953 ការផ្សំប្តូរឆ្អឹងដើម្បីរក្សាទ្រនុងអញ្ចាញធ្មេញ - ក្នុងមួយទីតាំង។ អ្នកបង់ \$0 ជាការបង់ប្រាក់រួម សម្រាប់លេខកូដ ADA D9211 ការចាក់ថ្នាំស្លឹកតាមតំបន់សរសៃប្រសាទ។ អ្នកបង់ \$0 ជាការបង់ប្រាក់រួម សម្រាប់លេខកូដ ADA D9212 ការចាក់ថ្នាំស្លឹកទប់ស្កាត់សរសៃប្រសាទត្រីភាគី។ អ្នកបង់ \$0 ជាការបង់ប្រាក់រួម សម្រាប់លេខកូដ ADA D9215 ការចាក់ថ្នាំស្លឹកតាមកន្លែងរួមផ្សំជាមួយនីតិវិធីរះកាត់ ឬនីតិវិធីប្រតិបត្តិការ។

E2. ការផ្លាស់ប្តូរចំពោះការធានារ៉ាប់រងលើឱសថ

ការផ្លាស់ប្តូរចំពោះបញ្ជីឱសថរបស់យើង

បញ្ជីនៃឱសថដែលរ៉ាប់រង របស់យើងក៏ត្រូវបានហៅផងដែរថា បញ្ជីឈ្មោះឱសថ ឬ បញ្ជីឱសថ។ ច្បាប់ចម្លងនៃបញ្ជីឱសថ របស់យើងត្រូវបានបង្ហាតាមអនឡាញតាមរយៈ blueshieldca.com/medformulary2027។

យើងបានធ្វើការផ្លាស់ប្តូរចំពោះបញ្ជីឱសថរបស់យើងដែលអាចរួមបញ្ចូលការដកចេញ ឬបន្ថែមឱសថ ការផ្លាស់ប្តូរឱសថដែលយើងរ៉ាប់រង និងការផ្លាស់ប្តូរចំពោះការរឹតបន្តឹងដែលអនុវត្តចំពោះការរ៉ាប់រងរបស់យើងសម្រាប់ឱសថមួយចំនួន ឬផ្លាស់ប្តូរពួកវាទៅកម្រិតនៃការចែករំលែកថ្លៃចំណាយផ្សេងៗ។

ពិនិត្យមើលបញ្ជីឱសថនេះដើម្បីប្រាកដថា ឱសថរបស់អ្នកនឹងត្រូវបានធានារ៉ាប់រងនៅឆ្នាំក្រោយ និងដើម្បីមើលថា តើមានការរឹតបន្តឹងណាមួយ ឬថា តើឱសថរបស់អ្នកត្រូវបានផ្លាស់ប្តូរទៅកម្រិតនៃការចែករំលែកថ្លៃចំណាយផ្សេងៗឬយ៉ាងណា។

ការផ្លាស់ប្តូរភាគច្រើននៅក្នុងបញ្ជីឱសថគឺថ្មីសម្រាប់ដើមឆ្នាំនីមួយៗ។ ទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយ យើងអាចធ្វើការផ្លាស់ប្តូរផ្សេងទៀតដែលត្រូវបានអនុញ្ញាតដោយ Medicare និង/ឬរដ្ឋ ដែលនឹងប៉ះពាល់ដល់អ្នកក្នុងអំឡុងឆ្នាំនៃគម្រោង។ យើងធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពបញ្ជីឱសថតាមអនឡាញរបស់យើងយ៉ាងហោចណាស់ជាប្រចាំខែដើម្បីផ្តល់បញ្ជីឱសថចុងក្រោយបំផុត។ ប្រសិនបើយើងធ្វើការផ្លាស់ប្តូរដែលនឹងប៉ះពាល់ដល់ឱសថដែលអ្នកកំពុងប្រើ យើងនឹងផ្ញើសេចក្តីជូនដំណឹងអំពីការផ្លាស់ប្តូរនោះជូនអ្នក។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅ Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan តាមរយៈលេខ 1-800-452-4413 (TTY: 711) ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ ម៉ោងនៅតំបន់ប៉ាស៊ីហ្វិក (PT) បានប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទគឺឥតគិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម ចូលមើល blueshieldca.com/medicare។



បើសិនជាអ្នកទទួលបានប៉ះពាល់ដោយសារការផ្លាស់ប្តូរការធានារ៉ាប់រងឱសថ យើងលើកទឹកចិត្តឱ្យអ្នក៖

- ធ្វើការជាមួយនឹងវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក (ឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាផ្សេងទៀត) ដើម្បីស្វែងរកឱសថផ្សេងដែល យើងធានារ៉ាប់រង។
 - អ្នកអាចទូរសព្ទទៅសេវាបម្រើអតិថិជនតាមលេខនៅផ្នែកខាងក្រោមនៃទំព័រនេះ ឬទាក់ទងអ្នក សម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នកដើម្បីស្នើសុំ **បញ្ជីនៃឱសថដែលរ៉ាប់រង**ដែលព្យាបាលស្ថានភាពដូចគ្នា។
 - បញ្ជីនេះអាចជួយអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកឱ្យរកឃើញឱសថដែលមានធានារ៉ាប់រង ដែលអាចមានប្រសិទ្ធភាពចំពោះអ្នក។
- ធ្វើការជាមួយវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក (ឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាផ្សេងទៀត) ហើយស្នើសុំយើងឱ្យធ្វើការលើក លែង ដើម្បីធានារ៉ាប់រងទៅលើឱសថនោះ។
 - អ្នកអាចស្នើសុំការលើកលែងមុនឆ្នាំបន្ទាប់ ហើយយើងនឹងផ្តល់ចម្លើយដល់អ្នកក្នុងរយៈពេល 72 ម៉ោងបន្ទាប់ពីយើងទទួលបានសំណើរបស់អ្នក (ឬលិខិតគាំទ្ររបស់អ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក)។
 - ដើម្បីស្វែងយល់ពីអ្វីដែលអ្នកត្រូវធ្វើដើម្បីស្នើសុំការលើកលែង សូមមើល **ជំពូកទី 9** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*របស់អ្នក ឬទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិកតាមរយៈលេខនៅ ខាងក្រោមនៃទំព័រនេះ។
 - ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយក្នុងការស្នើសុំការលើកលែង សូមទាក់ទងទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិក ឬអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នក។ សូមមើល**ជំពូកទី 2 និងទី 3** នៃ *សៀវភៅណែនាំ សមាជិក*របស់អ្នក ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពីរបៀបទាក់ទងអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នក។
- ស្នើសុំយើងឱ្យធានារ៉ាប់រងលើការផ្គត់ផ្គង់ឱសថជាបណ្តោះអាសន្ន។
 - ក្នុងស្ថានភាពមួយចំនួន យើងធានារ៉ាប់រង**ជាបណ្តោះអាសន្ន**ទៅលើការផ្គត់ផ្គង់ឱសថក្នុងអំឡុង ពេល 90 ថ្ងៃដំបូងនៃឆ្នាំតាមប្រតិទិន។
 - ការផ្គត់ផ្គង់បណ្តោះអាសន្ននេះគឺសម្រាប់រហូតទៅដល់ 30 ថ្ងៃ។ (ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពីពេល ដែលអ្នកអាចទទួលបានការផ្គត់ផ្គង់បណ្តោះអាសន្ន និងរបៀបស្នើសុំមួយ សូមមើល **ជំពូកទី 5** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*)។
 - ពេលអ្នកទទួលបានការផ្គត់ផ្គង់ឱសថបណ្តោះអាសន្នហើយ សូមពិភាក្សាជាមួយនឹងវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់ អ្នកអំពីអ្វីដែលត្រូវធ្វើនៅពេលឱសថដែលបានទទួលជាបណ្តោះអាសន្ននោះត្រូវអស់។ អ្នកអាចប្តូរទៅគម្រោងធានារ៉ាប់រងឱសថរបស់យើងផ្សេងទៀត ឬស្នើសុំយើងឱ្យធ្វើការលើកលែង ចំពោះរូបអ្នក និងធានារ៉ាប់រងឱសថបច្ចុប្បន្នរបស់អ្នក។
 - ការលើកលែងលើបញ្ជីឈ្មោះឱសថត្រូវបានយល់ព្រមរហូតដល់ចុងបញ្ចប់នៃឆ្នាំគម្រោង។ សូមពិនិត្យមើលការជូនដំណឹងអំពីការយល់ព្រមលើការលើកលែងក្នុងបញ្ជីឈ្មោះឱសថរបស់អ្នកសម្រាប់កាលបរិច្ឆេទផុតកំណត់ជាក់លាក់របស់អ្នក។ ប្រសិនបើការយល់ព្រមរបស់អ្នកកំពុងបញ្ចប់ ហើយអ្នកចង់បន្តទទួលបានឱសថ នោះសំណើលើកលែងក្នុងបញ្ជីឱសថថ្មីនឹងត្រូវដាក់ស្នើ។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅ Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan តាមរយៈលេខ 1-800-452-4413 (TTY: 711) ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ ម៉ោងនៅតំបន់ប៉ាស៊ីហ្វិក (PT) បានប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទគឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** ចូលមើល blueshieldca.com/medicare។



ការផ្លាស់ប្តូរចំពោះថ្លៃចំណាយលើឱសថ

ដោយសារអ្នកមានសិទ្ធិទទួលបាន Medi-Cal អ្នកនឹងទទួលបាន Extra Help ពី Medicare ដើម្បីជួយបង់ថ្លៃឱសថ Medicare ផ្នែក D របស់អ្នក។ យើងបានធ្វើជូនអ្នកនូវឯកសារភ្ជាប់ដាច់ដោយឡែកមួយ ដែលហៅថា “ឧបសម្ព័ន្ធភស្តុតាងនៃការរ៉ាប់រងសម្រាប់អ្នកដែលទទួលបានជំនួយបន្ថែមក្នុងការបង់ប្រាក់សម្រាប់ឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជា” (ឬហៅថា “ឧបសម្ព័ន្ធគម្ភវិទ្យាធនចំណូលទាប” ឬ “ឧបសម្ព័ន្ធ LIS”) ដែលប្រាប់អ្នកអំពីការរ៉ាប់រងថ្នាំរបស់អ្នក។ ប្រសិនបើអ្នកមិនមានឯកសារភ្ជាប់នេះទេ សូមទូរសព្ទទៅសេវាបម្រើអតិថិជន ហើយស្នើសុំ “ឯកសារបន្ថែម LIS”។

មានដំណាក់កាលបង់ប្រាក់ពីរសម្រាប់ការធានារ៉ាប់រងឱសថ Medicare ផ្នែក D របស់អ្នកនៅក្រោមគម្រោងរបស់យើង។ តើអ្នកបង់ប៉ុន្មានអាស្រ័យលើកម្រិតនៃជំនួយបន្ថែមរបស់អ្នក និងដំណាក់កាលដែលអ្នកកំពុងស្ថិតនៅ ពេលដែលអ្នកបើកបំពេញ ឬបំពេញឡើងវិញនូវវេជ្ជបញ្ជា។ ខាងក្រោមនេះ មានពីរដំណាក់កាល៖

ដំណាក់កាលទី 1 ដំណាក់កាលរ៉ាប់រងដំបូង	ដំណាក់កាលទី 2 ដំណាក់កាលរ៉ាប់រងលើគ្រោះមហន្តរាយ
ក្នុងដំណាក់កាលនេះ គម្រោងរបស់យើងបង់មួយផ្នែកនៃថ្លៃឱសថរបស់អ្នក ហើយអ្នកបង់ចំណែករបស់អ្នក។ ចំណែករបស់អ្នក ហៅថាការបង់ប្រាក់រួម។ អ្នកចាប់ផ្តើមដំណាក់កាលនេះ នៅពេលអ្នកបើកឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាដំបូងក្នុងឆ្នាំធានារ៉ាប់រង។	អំឡុងដំណាក់កាលនេះ គម្រោងបង់ថ្លៃចំណាយទាំងអស់សម្រាប់ឱសថរបស់អ្នករហូតដល់ថ្ងៃទី 31 ខែធ្នូ ឆ្នាំ 2027។ អ្នកចាប់ផ្តើមដំណាក់កាលនេះ បន្ទាប់ពីអ្នកបានបង់ថ្លៃចំណាយចេញពីហោប៉ៅក្នុងចំនួនជាក់លាក់មួយ។

ដំណាក់កាលការរ៉ាប់រងដំបូងបញ្ចប់នៅពេលថ្លៃចេញពីហោប៉ៅសរុបរបស់អ្នកសម្រាប់ឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជា ឈានដល់ **\$2,400**។ ត្រង់ចំណុចនេះ ដំណាក់កាលធានារ៉ាប់រងនៃការកើតមានគ្រោះមហន្តរាយចាប់ផ្តើម។ គម្រោងរបស់យើងធានារ៉ាប់រងការថ្លៃចំណាយលើឱសថទាំងអស់របស់អ្នក ចាប់ពីពេលនោះ រហូតដល់ដំណាច់ឆ្នាំ។ សូមមើល**ជំពូកទី 6** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*របស់អ្នកសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីចំនួនទឹកប្រាក់ដែលអ្នកនឹងបង់សម្រាប់ឱសថ។

ក្រោមកម្មវិធី Manufacturer Discount Program ក្រុមហ៊ុនផលិតឱសថបង់ថ្លៃមួយផ្នែកនៃការចំណាយពេញលេញរបស់គម្រោងសម្រាប់ឱសថមានម៉ាកយីហោ និងជីវសាស្ត្រដែលមានការធានារ៉ាប់រងរបស់ផ្នែក D ក្នុងដំណាក់កាលរ៉ាប់រងដំបូង និងដំណាក់កាលរ៉ាប់រងលើគ្រោះមហន្តរាយ។ ការបញ្ចុះតម្លៃដែលបង់ដោយក្រុមហ៊ុនផលិតក្រោមកម្មវិធី Manufacturer Discount program មិនរាប់បញ្ចូលថ្លៃចំណាយចេញពីហោប៉ៅទេ។

E3. ដំណាក់កាលទី 1៖ “ដំណាក់កាលរ៉ាប់រងដំបូង”

ក្នុងអំឡុងពេលដំណាក់កាលរ៉ាប់រងដំបូង គម្រោងរបស់យើងបង់ចំណែកនៃថ្លៃចំណាយលើឱសថដែលមានការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នក ហើយអ្នកបង់ចំណែករបស់អ្នក។ ចំណែករបស់អ្នក ហៅថាការបង់ប្រាក់រួម។ ការប្រាក់បង់រួមអាស្រ័យលើថា តើឱសថនោះស្ថិតនៅក្នុងកម្រិតនៃការបង់ថ្លៃចំណែកនៃការចំណាយ និងកន្លែងណាដែលអ្នកទទួលបានវាដែរឬទេ។ អ្នកនឹងទទួលបានការបង់ប្រាក់រួម រាល់ពេលដែលអ្នកបើកឱសថមានវេជ្ជបញ្ជា។ ប្រសិនបើឱសថដែលមានរ៉ាប់រងរបស់អ្នកមានតម្លៃតិចជាងការបង់ប្រាក់រួម អ្នកនឹងបង់តម្លៃទាបនោះ។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅ Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan តាមរយៈលេខ 1-800-452-4413 (TTY: 711) ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ ម៉ោងនៅតំបន់ប៉ាស៊ីហ្វិក (PT) បានប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទគឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** ចូលមើល blueshieldca.com/medicare។



យើងបានប្តូរឱសថមួយចំនួននៅក្នុង *បញ្ជីឱសថ*របស់យើងទៅកម្រិតឱសថដែលទាប ឬខ្ពស់ជាងនេះ។

ប្រសិនបើឱសថរបស់អ្នកប្តូរពីកម្រិតមួយទៅកម្រិតមួយទៀត នេះអាចប៉ះពាល់ដល់ការបង់ប្រាក់រួមរបស់អ្នក។ ដើម្បីស្វែងយល់ថាឱសថរបស់អ្នកស្ថិតក្នុងកម្រិតផ្សេងដែរឬទេ សូមរកមើលឱសថទាំងនោះនៅក្នុង *បញ្ជីឱសថ*របស់យើង។

តារាងខាងក្រោមបង្ហាញពីការចំណាយរបស់អ្នកសម្រាប់ការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេលមួយខែដែលបើកនៅឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញ ជាមួយនឹងការបង់ប្រាក់រួមស្តង់ដារក្នុងកម្រិតឱសថនីមួយៗក្នុងចំណោមកម្រិតឱសថទាំង 5 របស់យើង។ ចំនួនទាំងនេះ គិតតែក្នុងអំឡុងរយៈពេលដែលអ្នកស្ថិតក្នុងដំណាក់កាលរ៉ាប់រងដំបូងប៉ុណ្ណោះ។

រ៉ាក់សាំងផ្នែក D សម្រាប់មនុស្សពេញវ័យភាគច្រើនត្រូវបានរ៉ាប់រងដោយឥតគិតថ្លៃសម្រាប់អ្នក។ សម្រាប់ព័ត៌មានអំពីថ្លៃ ចំណាយសម្រាប់ការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេលវែង ឬសម្រាប់វេជ្ជបញ្ជាដឹកជញ្ជូនដល់ផ្ទះ សូមមើល **ជំពូកទី 6 ផ្នែក D** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*របស់អ្នក។

	2026 (ឆ្នាំនេះ)	2027 (ឆ្នាំក្រោយ)
ឱសថក្នុងកម្រិតទី 1 <i>(ឱសថទូទៅដែលពេញចិត្ត)</i> ថ្លៃចំណាយសម្រាប់ការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេលមួយខែនៃឱសថក្នុងកម្រិតទី 1 ដែលត្រូវបានបើកនៅឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញ	ការបង់ប្រាក់រួមរបស់អ្នកសម្រាប់ការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេលមួយខែ (30 ថ្ងៃ) គឺ \$0 ។	ការបង់ប្រាក់រួមរបស់អ្នកសម្រាប់ការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេលមួយខែ (30 ថ្ងៃ) គឺ \$0 ។
ឱសថក្នុងកម្រិតទី 2 <i>(ឱសថទូទៅ)</i> ថ្លៃចំណាយសម្រាប់ការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេលមួយខែនៃឱសថក្នុងកម្រិតទី 2 ដែលត្រូវបានបើកនៅឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញ	ការបង់ប្រាក់រួមរបស់អ្នកសម្រាប់ការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេលមួយខែ (30 ថ្ងៃ) គឺ \$0 ។	ការបង់ប្រាក់រួមរបស់អ្នកសម្រាប់ការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេលមួយខែ (30 ថ្ងៃ) គឺ \$0 ។



	2026 (ឆ្នាំនេះ)	2027 (ឆ្នាំក្រោយ)
ឱសថក្នុងកម្រិតទី 3 (ឱសថមានម៉ាកយីហោដែលពេញចិត្ត) ថ្លៃចំណាយសម្រាប់ការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេលមួយខែនៃឱសថក្នុងកម្រិតទី 3 ដែលត្រូវបានបើកនៅឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញ	ការបង់ប្រាក់រួមរបស់អ្នកសម្រាប់ការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេលមួយខែ (30 ថ្ងៃ) គឺ \$0, \$5.10 ឬ \$12.65	ប្រសិនបើអ្នកទទួលបានជំនួយបន្ថែម អ្នកនឹងបង់ប្រាក់៖ សម្រាប់ឱសថទូទៅដែលមានការរ៉ាប់រង (រួមទាំងឱសថម៉ាកល្បីដែលត្រូវបានចាត់ទុកជាឱសថទូទៅ) អាចជា៖ • \$0.00 ឬ • \$1.65 ឬ • \$5.80 សម្រាប់ឱសថដែលរ៉ាប់រងផ្សេងទៀតទាំងអស់អាចជា៖ • \$0.00 ឬ • \$5.00 ឬ • \$14.40 ប្រសិនបើអ្នកទទួលបានជំនួយបន្ថែម អ្នកបង់ \$0.00 - \$14.40 ក្នុងការផ្គត់ផ្គង់ក្នុងមួយខែនៃផលិតផលថ្នាំអ៊ិនស៊ូលីននីមួយៗដែលមានការរ៉ាប់រងនៅកម្រិតនេះ។ ប្រសិនបើអ្នកមិនមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ជំនួយបន្ថែមទេ អ្នកនឹងមិនបង់ប្រាក់លើសពី \$35.00 ក្នុងការផ្គត់ផ្គង់មួយខែ \$70 ក្នុងការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេល 2 ខែ ឬ \$105 ក្នុងការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេល 3 ខែនៃផលិតផលថ្នាំអ៊ិនស៊ូលីននីមួយៗដែលបានធានារ៉ាប់រងនៅកម្រិតនេះ ឬការរួមធានារ៉ាប់រង 17% សម្រាប់ផលិតផលមិនមែនថ្នាំអ៊ិនស៊ូលីនដែលបានធានារ៉ាប់រងនីមួយៗនៅកម្រិតនេះទេ។ ការបង់ប្រាក់រួមសម្រាប់ឱសថអាចប្រែប្រួលអាស្រ័យលើកម្រិតនៃជំនួយបន្ថែមដែលអ្នកទទួលបាន។ សូមទាក់ទងគម្រោង សម្រាប់ព័ត៌មានលម្អិតថែមទៀត។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅ Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan តាមរយៈលេខ 1-800-452-4413 (TTY: 711) ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ ម៉ោងនៅតំបន់ប៉ាស៊ីហ្វិក (PT) បានប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទគឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** ចូលមើល blueshieldca.com/medicare។



	2026 (ឆ្នាំនេះ)	2027 (ឆ្នាំក្រោយ)
ឱសថក្នុងកម្រិតទី 4 (ឱសថដែលមិនពេញចិត្ត) ថ្លៃចំណាយសម្រាប់ការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេលមួយខែនៃឱសថក្នុងកម្រិតទី 4 ដែលត្រូវបានបើកនៅឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញ	ការបង់ប្រាក់រួមរបស់អ្នកសម្រាប់ការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេលមួយខែ (30 ថ្ងៃ) គឺ \$0, \$5.10 ឬ \$12.65	ប្រសិនបើអ្នកទទួលបានជំនួយបន្ថែម អ្នកនឹងបង់ប្រាក់៖ សម្រាប់ឱសថទូទៅដែលមានការរ៉ាប់រង (រួមទាំងឱសថម៉ាកល្បីដែលត្រូវបានចាត់ទុកជាឱសថទូទៅ) អាចជា៖ • \$0.00 ឬ • \$1.65 ឬ • \$5.80 សម្រាប់ឱសថដែលរ៉ាប់រងផ្សេងទៀតទាំងអស់អាចជា៖ • \$0.00 ឬ • \$5.00 ឬ • \$14.40 ប្រសិនបើអ្នកទទួលបានជំនួយបន្ថែម អ្នកបង់ \$0.00 - \$14.40 ក្នុងការផ្គត់ផ្គង់ក្នុងមួយខែនៃផលិតផលថ្នាំអ៊ិនស៊ុលីននីមួយៗដែលមានការរ៉ាប់រងនៅកម្រិតនេះ។ ប្រសិនបើអ្នកមិនមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ជំនួយបន្ថែមទេ អ្នកនឹងមិនបង់ប្រាក់លើសពី \$35.00 ក្នុងការផ្គត់ផ្គង់មួយខែ \$70 ក្នុងការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេល 2 ខែ ឬ \$105 ក្នុងការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេល 3 ខែនៃផលិតផលថ្នាំអ៊ិនស៊ុលីននីមួយៗដែលបានធានារ៉ាប់រងនៅកម្រិតនេះ ឬការរួមធានារ៉ាប់រង 17% សម្រាប់ផលិតផលមិនមែនថ្នាំអ៊ិនស៊ុលីនដែលបានធានារ៉ាប់រងនីមួយៗនៅកម្រិតនេះទេ។ ការបង់ប្រាក់រួមសម្រាប់ឱសថអាចប្រែប្រួលអាស្រ័យលើកម្រិតនៃជំនួយបន្ថែមដែលអ្នកទទួលបាន។ សូមទាក់ទងគម្រោង សម្រាប់ព័ត៌មានលម្អិតថែមទៀត។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅ Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan តាមរយៈលេខ 1-800-452-4413 (TTY: 711) ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ ម៉ោងនៅតំបន់ប៉ាស៊ីហ្វិក (PT) បានប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទគឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** ចូលមើល blueshieldca.com/medicare។



	2026 (ឆ្នាំនេះ)	2027 (ឆ្នាំក្រោយ)
ឱសថក្នុងកម្រិតទី 5 (ឱសថកម្រិតឯកទេស) ថ្លៃចំណាយសម្រាប់ការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេលមួយខែនៃឱសថក្នុងកម្រិតទី 5 ដែលត្រូវបានបើកនៅឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញ	ការបង់ប្រាក់រួមរបស់អ្នកសម្រាប់ការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេលមួយខែ (30 ថ្ងៃ) គឺ \$0, \$5.10 ឬ \$12.65	ប្រសិនបើអ្នកទទួលបានជំនួយបន្ថែមអ្នកនឹងបង់ប្រាក់៖ សម្រាប់ឱសថទូទៅដែលមានការរ៉ាប់រង (រួមទាំងឱសថម៉ាកល្បីដែលត្រូវបានចាត់ទុកជាឱសថទូទៅ) អាចជា៖ • \$0.00 ឬ • \$1.65 ឬ • \$5.80 សម្រាប់ឱសថដែលរ៉ាប់រងផ្សេងទៀតទាំងអស់អាចជា៖ • \$0.00 ឬ • \$5.00 ឬ • \$14.40 ប្រសិនបើអ្នកមិនមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ជំនួយបន្ថែមទេ អ្នកនឹងមិនបង់ប្រាក់រួមធានារ៉ាប់រងលើសពី 25% សម្រាប់ផលិតផលដែលបានធានារ៉ាប់រងនីមួយៗនៅកម្រិតនេះទេ។ ការបង់ប្រាក់រួមសម្រាប់ឱសថអាចប្រែប្រួលអាស្រ័យលើកម្រិតនៃជំនួយបន្ថែមដែលអ្នកទទួលបាន។ សូមទាក់ទងគម្រោង សម្រាប់ព័ត៌មានលម្អិតថែមទៀត។

ដំណាក់កាលរ៉ាប់រងដំបូងបញ្ចប់នៅពេលតម្លៃចេញពីហោប៉ៅសរុបរបស់អ្នកឈានដល់ **\$2,400**។ ត្រង់ចំណុចនេះដំណាក់កាលរ៉ាប់រងលើគ្រោះមហន្តរាយចាប់ផ្តើម។ គម្រោងធានារ៉ាប់រងលើថ្លៃឱសថទាំងអស់របស់អ្នកចាប់ពីពេលនោះរហូតដល់ដំណាច់ឆ្នាំ។ គម្រោងធានារ៉ាប់រងលើឱសថផ្នែក D ទាំងអស់របស់អ្នករហូតដល់ដំណាច់ឆ្នាំ។ សូមមើល**ជំពូកទី 6** នៃសៀវភៅណែនាំសមាជិករបស់អ្នកសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីចំនួនទឹកប្រាក់ដែលអ្នកបង់សម្រាប់ឱសថ។



E4. ដំណាក់កាលទី 2៖ “ដំណាក់កាលរ៉ាប់រងលើគ្រោះមហន្តរាយ”

នៅពេលអ្នកឈានដល់ដែនកំណត់ប្រាក់ចេញពីហោប៉ៅរបស់អ្នក \$ 2,400 សម្រាប់ឱសថ ដំណាក់កាលរ៉ាប់រងគ្រោះមហន្តរាយចាប់ផ្តើម ហើយអ្នកមិនបង់ប្រាក់សម្រាប់ឱសថផ្នែក D ដែលត្រូវបានរ៉ាប់រងរបស់អ្នកទេ។ អ្នកស្ថិតនៅក្នុងដំណាក់កាលការរ៉ាប់រងគ្រោះមហន្តរាយរហូតដល់ចុងឆ្នាំប្រតិទិន។

សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីការចំណាយរបស់អ្នកនៅក្នុងដំណាក់កាលរ៉ាប់រងលើគ្រោះមហន្តរាយ សូមមើល ជំពូកទី 6។

F. ការផ្លាស់ប្តូរផ្នែករដ្ឋបាល

	2026 (ឆ្នាំនេះ)	2027 (ឆ្នាំក្រោយ)
របៀបដែលអ្នកប្រើ Flex Card របស់អ្នកដើម្បីទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ខាងក្រោមនឹងផ្លាស់ប្តូរ៖	អត្ថប្រយោជន៍ទំនិញ OTC របស់អ្នកត្រូវបានគ្រប់គ្រងដោយ CVS។ អ្នកអាចធ្វើការបញ្ជាទិញសម្រាប់ទំនិញ OTC ដែលបានរ៉ាប់រងតាមរយៈកាតាឡង់ទំនិញ OTC។	Flex Card របស់អ្នក និងសេវាថែទាំការស្តាប់ដែលមិនរ៉ាប់រងដោយ Medicare ទំនិញ OTC និងអត្ថប្រយោជន៍អាហារ និងកសិផល SSBCI (ប្រសិនបើបំពេញតាមស្ថានភាពដែលមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់) របស់អ្នក នឹងត្រូវបានគ្រប់គ្រងដោយ PayForward។ អ្នកនឹងទទួលបានការណែនាំសមាជិករួមជាមួយកាតាឡង់ ដែលនឹងរួមបញ្ចូលការណែនាំអំពីរបៀបទទួលបានទំនិញ OTC។
- ទំនិញមិនត្រូវការវេជ្ជបញ្ជា (OTC) - សេវាថែទាំការស្តាប់ដែលមិនរ៉ាប់រងដោយ Medicare និង - អាហារ និងកសិផល SSBCI (ប្រសិនបើបំពេញតាមស្ថានភាពដែលមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់)	សេវាស្តាប់ដែលមិនបានធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare របស់អ្នក និងអត្ថប្រយោជន៍អាហារ និងកសិផល SSBCI (ប្រសិនបើបំពេញតាមស្ថានភាពដែលមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់) ត្រូវបានគ្រប់គ្រងដោយ Optum Financial, Inc.។	ស្បៀងភោជន៍ណែនាំសម្រាប់សមាជិកក៏នឹងផ្តល់ការណែនាំអំពីរបៀបទទួលបានសេវាថែទាំការស្តាប់ដែលមិនរ៉ាប់រងដោយ Medicare និងអត្ថប្រយោជន៍អាហារ និងកសិផល SSBCI (ប្រសិនបើបំពេញតាមស្ថានភាពដែលមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់)។

G. ការជ្រើសរើសគម្រោង

G1. ការបន្តស្ថិតនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើង

យើងសង្ឃឹមថា អ្នកនៅតែបន្តជាសមាជិកគម្រោង។ អ្នកមិនចាំបាច់ធ្វើអ្វីដើម្បីបន្តនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើងទេ។ លុះត្រាតែអ្នកចុះឈ្មោះសម្រាប់គម្រោង Medicare ផ្សេងទៀត ឬផ្លាស់ប្តូរទៅគម្រោង Original Medicare នោះអ្នកនឹងបន្តចុះឈ្មោះជាសមាជិកនៃគម្រោងរបស់យើងដោយស្វ័យប្រវត្តិសម្រាប់ឆ្នាំ 2027។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅ Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan តាមរយៈលេខ 1-800-452-4413 (TTY: 711) ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ ម៉ោងនៅតំបន់ប៉ាស៊ីហ្វិក (PT) បានប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទគឺឥតគិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម ចូលមើល blueshieldca.com/medicare។



G2. ការផ្លាស់ប្តូរគម្រោង

មនុស្សភាគច្រើនដែលមាន Medicare អាចបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់ពួកគេក្នុងអំឡុងពេលជាក់លាក់ណាមួយនៃឆ្នាំ។

លើសពីនេះទៀត អ្នកអាចបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់អ្នកនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើងក្នុងអំឡុងពេលដូចខាងក្រោម៖

- **រយៈពេលបើកចុះឈ្មោះ** ដែលមានរយៈពេលចាប់ពីថ្ងៃទី 15 ខែតុលា ដល់ថ្ងៃទី 7 ខែធ្នូ។ ប្រសិនបើអ្នកជ្រើសរើសយកគម្រោងថ្មីមួយក្នុងអំឡុងពេលនេះ សមាជិកភាពរបស់អ្នកនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើងនឹងបញ្ចប់នៅថ្ងៃទី 31 ខែធ្នូ ហើយសមាជិកភាពរបស់អ្នកនៅក្នុងគម្រោងថ្មីនឹងចាប់ផ្តើមនៅថ្ងៃទី 1 ខែមករា។
- **រយៈពេលបើកការចុះឈ្មោះនៃគម្រោង Medicare Advantage (MA)**
ដែលមានរយៈពេលចាប់ពីថ្ងៃទី 1 ខែមករា ដល់ថ្ងៃទី 31 ខែមីនា។ ប្រសិនបើអ្នកជ្រើសរើសយកគម្រោងថ្មីក្នុងអំឡុងពេលនេះ សមាជិកភាពរបស់អ្នកនៅក្នុងគម្រោងថ្មីនេះនឹងចាប់ផ្តើមនៅថ្ងៃដំបូងនៃខែបន្ទាប់។
- ដោយសារតែអ្នកមាន Medi-Cal អ្នកមានជម្រើសមួយចំនួនដើម្បីបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់អ្នកនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើងរួមទាំងខែណាមួយនៃឆ្នាំផងដែរ។

វាអាចមានស្ថានភាពផ្សេងទៀតនៅពេលដែលអ្នកមានសិទ្ធិធ្វើការផ្លាស់ប្តូរចំពោះការចុះឈ្មោះរបស់អ្នក។ ឧទាហរណ៍នៅពេល៖

- អ្នកបានផ្លាស់ចេញពីតំបន់សេវារបស់យើង
- សិទ្ធិទទួលបានរបស់អ្នកសម្រាប់ Medi-Cal ឬជំនួយបន្ថែមបានផ្លាស់ប្តូរ ឬ
- ថ្មីៗនេះ អ្នកបានផ្លាស់ទៅ ឬបច្ចុប្បន្នកំពុងទទួលបានការថែទាំនៅក្នុងមណ្ឌលព្យាបាលណាមួយ (ដូចជាមណ្ឌលថែទាំជំនាញ ឬមន្ទីរពេទ្យថែទាំរយៈពេលវែង)។ ប្រសិនបើអ្នកទើបតែផ្លាស់ចេញពីមណ្ឌលមួយ អ្នកអាចផ្លាស់ប្តូរគម្រោង ឬផ្លាស់ប្តូរទៅគម្រោង Original Medicare បានសម្រាប់រយៈពេលពីរខែពេញ បន្ទាប់ពីខែដែលអ្នកផ្លាស់ចេញ។

សេវា Medicare របស់អ្នក

អ្នកមានជម្រើសបីយ៉ាងសម្រាប់ការទទួលបានសេវាកម្ម Medicare របស់អ្នកដែលមានក្នុងបញ្ជីខាងក្រោមក្នុងខែណាមួយនៃឆ្នាំ។ អ្នកមានជម្រើសបន្ថែមដូចបានរាយខាងក្រោមក្នុងអំឡុងពេលជាក់លាក់នៃឆ្នាំ រួមទាំង **រយៈពេលបើកចុះឈ្មោះ** និង**រយៈពេលបើកចុះឈ្មោះរបស់ Medicare Advantage** ឬស្ថានភាពផ្សេងទៀតដែលបានពិពណ៌នានៅក្នុង **ផ្នែក G2**។ តាមរយៈការជ្រើសរើសយកជម្រើសមួយក្នុងជម្រើសទាំងនេះ នោះអ្នកនឹងបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់អ្នកនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើងដោយស្វ័យប្រវត្តិ។



1. អ្នកអាចផ្លាស់ប្តូរទៅ៖ គម្រោង Medi-Medi Plan គឺជាប្រភេទនៃគម្រោង Medicare Advantage។ វាគឺសម្រាប់មនុស្សដែលមានទាំង Medicare និង Medi-Cal ហើយរួមបញ្ចូលអត្ថប្រយោជន៍របស់ Medicare និង Medi-Cal ទៅក្នុងគម្រោងតែមួយ។ គម្រោង Medi-Medi សម្របសម្រួលរាល់អត្ថប្រយោជន៍ និងសេវាកម្មនៅទូទាំងកម្មវិធីទាំងពីរ រួមទាំងសេវាដែលរ៉ាប់រងដោយ Medicare និង Medi-Cal ទាំងអស់ ឬកម្មវិធីថែទាំគ្រប់ជ្រុងជ្រោយសម្រាប់មនុស្សចាស់ (PACE) ប្រសិនបើអ្នកបានមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់។ ចំណាំ៖ ពាក្យ Medi-Medi Plan គឺជាឈ្មោះសម្រាប់គម្រោងតម្រូវការពិសេសដែលមានលក្ខណៈចម្រុះ (D-SNP) នៅក្នុងរដ្ឋ California។	ខាងក្រោមនេះគឺជាអ្វីៗត្រូវធ្វើ៖ ឬហៅទូរសព្ទទៅ Medicare តាមរយៈលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរទូរសព្ទទៅកាន់លេខ 1-877-486-2048។ សម្រាប់ការសាកសួរអំពីកម្មវិធីនៃការថែទាំមនុស្សចាស់រួមបញ្ចូលទាំងអស់ (PACE) សូមហៅទូរសព្ទទៅលេខ 1-855-921-PACE (7223)។ បើអ្នកត្រូវការជួយ ឬព័ត៌មានបន្ថែម៖ • សូមទូរសព្ទទៅកម្មវិធីប្រឹក្សា និងតស៊ូមតិផ្នែកធានារ៉ាប់រងសុខភាពរដ្ឋ California (HICAP) តាមលេខ 1-800-434-0222 ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ 5 ល្ងាច។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម ឬដើម្បីស្វែងរកការិយាល័យ HICAP ក្នុងស្រុកនៅក្នុងតំបន់របស់អ្នក សូមចូលមើល www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/។ ឬ ចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោង Medi-Medi ថ្មី។ អ្នកត្រូវបានលុបឈ្មោះចេញពីគម្រោងរបស់យើងដោយស្វ័យប្រវត្តិ នៅពេលដែលការធានារ៉ាប់រងថ្មីរបស់អ្នកចាប់ផ្តើម។ គម្រោង Medi-Cal របស់អ្នកនឹងផ្លាស់ប្តូរដើម្បីផ្គូផ្គងនឹងគម្រោង Medi-Medi របស់អ្នក។
--	---



2. អ្នកអាចផ្លាស់ប្តូរទៅ៖ Original Medicare ដែលមានគម្រោងឱសថរបស់ Medicare ដាច់ដោយឡែក	ខាងក្រោមនេះគឺជាអ្វីៗត្រូវធ្វើ៖ ឬហៅទូរសព្ទទៅ Medicare តាមរយៈលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរទូរសព្ទទៅកាន់លេខ 1-877-486-2048។ បើអ្នកត្រូវការជួយ ឬព័ត៌មានបន្ថែម៖ • សូមទូរសព្ទទៅកម្មវិធីប្រឹក្សា និងតស៊ូមតិផ្នែកធានារ៉ាប់រងសុខភាពរដ្ឋ California (HICAP) តាមលេខ 1-800-434-0222 ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ 5 ល្ងាច។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម ឬដើម្បីស្វែងរកការិយាល័យ HICAP ក្នុងស្រុកនៅក្នុងតំបន់របស់អ្នក សូមចូលមើល www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/។ ឬ ចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងឱសថមានវេជ្ជបញ្ជារបស់ Medicare ថ្មី។ អ្នកនឹងត្រូវបានលុបឈ្មោះចេញពីគម្រោងរបស់យើងដោយស្វ័យប្រវត្តិនៅពេលការធានារ៉ាប់រង Original Medicare របស់អ្នកចាប់ផ្តើម។ គម្រោង Medi-Cal របស់អ្នកនឹងមិនផ្លាស់ប្តូរទេ លុះត្រាតែអ្នកស្នើសុំការផ្លាស់ប្តូរ។
--	---



3. អ្នកអាចផ្លាស់ប្តូរទៅ៖ Original Medicare ដែលគ្មានគម្រោងឱសថរបស់ Medicare ដាច់ដោយឡែក ប្រសិនបើអ្នកមានហេតុផលត្រឹមត្រូវក្នុងការដកឈ្មោះចេញ ចំណាំ៖ ប្រសិនបើអ្នកប្តូរទៅ Original Medicare ហើយមិនចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងឱសថរបស់ Medicare ដាច់ដោយឡែកទេ នោះ Medicare អាចចុះឈ្មោះអ្នកក្នុងគម្រោងឱសថបាន លុះត្រាតែអ្នកប្រាប់ Medicare ថាអ្នកមិនចង់ចូលរួម។ អ្នកគួរទម្លាក់ចោលតែការរ៉ាប់រងលើឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាប៉ុណ្ណោះ ប្រសិនបើអ្នកទទួលបានការរ៉ាប់រងលើឱសថពីនិយោជក សហភាព ឬធនធានផ្សេងទៀត។ ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរថា តើអ្នកត្រូវការការរ៉ាប់រងផ្នែកឱសថដែរ ឬទេ សូមទូរសព្ទទៅកាន់កម្មវិធីប្រឹក្សាយោបល់ និងតស៊ូមតិផ្នែកធានារ៉ាប់រងសុខភាពនៃរដ្ឋ California (HICAP) តាមរយៈលេខ 1-800-434-0222 ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 5 ល្ងាច ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម ឬដើម្បីស្វែងរកការិយាល័យ HICAP ក្នុងតំបន់របស់អ្នក សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ www.aging.ca.gov/Programs and Services/Medicare Counseling/។	ខាងក្រោមនេះគឺជាអ្វីៗត្រូវធ្វើ៖ ឬហៅទូរសព្ទទៅ Medicare តាមរយៈលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរទូរសព្ទទៅកាន់លេខ 1-877-486-2048។ បើអ្នកត្រូវការជួយ ឬព័ត៌មានបន្ថែម៖ • សូមទូរសព្ទទៅកម្មវិធីប្រឹក្សា និងតស៊ូមតិផ្នែកធានារ៉ាប់រងសុខភាពរដ្ឋ California (HICAP) តាមលេខ 1-800-434-0222 ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ 5 ល្ងាច។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម ឬដើម្បីស្វែងរកការិយាល័យ HICAP ក្នុងស្រុកនៅក្នុងតំបន់របស់អ្នក សូមចូលមើល www.aging.ca.gov/Programs and Services/Medicare Counseling/។ អ្នកនឹងត្រូវបានលុបឈ្មោះចេញពីគម្រោងរបស់យើងដោយស្វ័យប្រវត្តិនៅពេលការធានារ៉ាប់រង Original Medicare របស់អ្នកចាប់ផ្តើម។ គម្រោង Medi-Cal របស់អ្នកនឹងមិនផ្លាស់ប្តូរទេ លុះត្រាតែអ្នកស្នើសុំការផ្លាស់ប្តូរ។
--	---



4. អ្នកអាចផ្លាស់ប្តូរទៅ៖ រាល់គម្រោងសុខភាពរបស់ Medicare ណាមួយ ក្នុងអំឡុងពេលជាក់លាក់នៃឆ្នាំនោះ រួមមាន រយៈពេលចុះឈ្មោះប្រចាំឆ្នាំ និង រយៈពេល បើកចុះឈ្មោះរបស់ Medicare Advantage ឬស្ថានភាពផ្សេងទៀត ដូចបានពិពណ៌នានៅ ក្នុងផ្នែក G2។	ខាងក្រោមនេះគឺជាអ្វីៗត្រូវធ្វើ៖ ឬហៅទូរសព្ទទៅ Medicare តាមរយៈលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរទូរសព្ទទៅកាន់លេខ 1-877-486-2048។ សម្រាប់ការសាកសួរអំពីកម្មវិធីនៃការថែទាំមនុស្សចាស់រួម បញ្ចូលទាំងអស់ (PACE) សូមហៅទូរសព្ទទៅលេខ 1-855-921-PACE (7223)។ បើអ្នកត្រូវការជួយ ឬ ព័ត៌មានបន្ថែម៖ • សូមទូរសព្ទទៅកម្មវិធីប្រឹក្សា និងតស៊ូមតិផ្នែកធានា រ៉ាប់រងសុខភាពរដ្ឋ California (HICAP) តាម លេខ 1-800-434-0222 ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ 5 ល្ងាច។ សម្រាប់ព័ត៌មាន បន្ថែម ឬដើម្បីស្វែងរកការិយាល័យ HICAP ក្នុងស្រុកនៅក្នុងតំបន់របស់អ្នក សូមចូលមើល www.aging.ca.gov/Programs_and_Ser vices/Medicare_Counseling/។ ឬ ចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងថ្មីរបស់ Medicare។ អ្នកត្រូវបានលុបឈ្មោះចេញពីគម្រោង Medicare របស់យើងដោយស្វ័យប្រវត្តិ នៅពេលដែលគម្រោងការ ធានារ៉ាប់រងថ្មីរបស់អ្នកចាប់ផ្តើម។ គម្រោង Medi-Cal របស់អ្នកអាចនឹងផ្លាស់ប្តូរ។
---	--

សេវា Medi-Cal របស់អ្នក

សម្រាប់សំណួរអំពីរបៀបប្រើសេវាគម្រោង Medi-Cal ឬទទួលបានសេវាកម្ម Medi-Cal របស់អ្នក បន្ទាប់ពីអ្នក
ចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើង សូមទាក់ទង ជម្រើសថែទាំសុខភាពតាមរយៈលេខ 1-800-430-4263 ពីថ្ងៃចន្ទ
ដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 6 ល្ងាច។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរតែទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-430-7077។
សាកសួរអំពីរបៀបនៃការចូលរួមគម្រោងផ្សេងទៀត ឬការត្រឡប់ទៅ Original Medicare វិញប៉ះពាល់ដល់របៀបដែល
អ្នកទទួលបានការធានារ៉ាប់រងពី Medi-Cal របស់អ្នក។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅ Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan តាមរយៈលេខ
1-800-452-4413 (TTY: 711) ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ ម៉ោងនៅតំបន់ប៉ាស៊ីហ្វិក (PT)
បានប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទគឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** ចូលមើល
blueshieldca.com/medicare។



H. ការទទួលបានជំនួយ

H1. គម្រោងរបស់យើង

យើងនៅទីនេះ ដើម្បីជួយ ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរណាមួយ។ សូមហៅទូរសព្ទទៅផ្នែកបម្រើសេវាអតិថិជនតាមរយៈលេខនៅខាងក្រោមទំព័រ ក្នុងអំឡុងពេលថ្ងៃ និងម៉ោងធ្វើការដែលបានរាយក្នុងបញ្ជី។ ការហៅទូរសព្ទទាំងនេះ គឺឥតគិតថ្លៃ។

សូមអាន សៀវភៅណែនាំសមាជិករបស់អ្នក

សៀវភៅណែនាំសមាជិករបស់អ្នកគឺជាការពណ៌នាលម្អិតស្របច្បាប់អំពីអត្ថប្រយោជន៍គម្រោងរបស់យើង។ វាមានព័ត៌មានលម្អិតអំពីអត្ថប្រយោជន៍ និងថ្លៃចំណាយសម្រាប់ឆ្នាំ 2027។ វាពន្យល់អំពីសិទ្ធិរបស់អ្នក និងវិធានផ្សេងៗដែលអ្នកត្រូវតែអនុវត្តតាមដើម្បីទទួលបានសេវាកម្ម និងឱសថដែលយើងរ៉ាប់រង។

សៀវភៅណែនាំសមាជិកសម្រាប់ឆ្នាំ 2027 នឹងមានត្រឹមថ្ងៃទី 15 ខែតុលា។ ច្បាប់ចម្លងចុងក្រោយបំផុតនៃសៀវភៅណែនាំសមាជិក មាននៅលើគេហទំព័ររបស់យើងតាមរយៈ blueshieldca.com/DSNPdocuments2027។ អ្នកក៏អាចទូរសព្ទទៅផ្នែកបម្រើសេវាអតិថិជនតាមរយៈលេខនៅខាងក្រោមទំព័រ ដើម្បីស្នើសុំឱ្យយើងខ្ញុំផ្ញើសៀវភៅណែនាំសមាជិកតាមប្រៃសណីយ៍ជូនអ្នកសម្រាប់ឆ្នាំ 2027។

គេហទំព័ររបស់យើង

អ្នកអាចចូលទៅកាន់គេហទំព័ររបស់យើងតាមរយៈ blueshieldca.com/DSNP2027។ ជាការរំលឹក គេហទំព័ររបស់យើងមានព័ត៌មានថ្មីបំផុតអំពីបណ្តាញអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថាន (បញ្ជីឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថាន) និងបញ្ជីឱសថរបស់យើង (បញ្ជីឱសថដែលមានការធានារ៉ាប់រង)។

H2. កម្មវិធីប្រឹក្សា និងតស៊ូមតិផ្នែកធានារ៉ាប់រងសុខភាព (HICAP)

អ្នកក៏អាចហៅទូរសព្ទទៅកាន់កម្មវិធីជំនួយធានារ៉ាប់រងសុខភាពរបស់រដ្ឋ (SHIP) បានផងដែរ។ នៅរដ្ឋ California កម្មវិធី SHIP មានឈ្មោះថា កម្មវិធីប្រឹក្សាយោបល់ និងការតស៊ូមតិផ្នែកធានារ៉ាប់រងសុខភាព (HICAP)។ អ្នកផ្តល់ប្រឹក្សា HICAP អាចជួយឱ្យអ្នកយល់អំពីជម្រើសនៃគម្រោងរបស់អ្នក និងឆ្លើយសំណួរផ្សេងៗអំពីការប្តូរគម្រោង។ HICAP មិនមានទំនាក់ទំនងអ្វីជាមួយយើងខ្ញុំ ឬជាមួយនឹងក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងសុខភាព ឬគម្រោងថែទាំសុខភាពណាមួយឡើយ។ HICAP មានអ្នកប្រឹក្សាដែលទទួលបានការបណ្តុះបណ្តាលនៅគ្រប់ខោនធី ហើយសេវាគឺឥតគិតថ្លៃឡើយ។ លេខទូរសព្ទរបស់ HICAP គឺ 1-800-434-0222។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម ឬដើម្បីស្វែងរកការិយាល័យ HICAP ក្នុងតំបន់របស់អ្នក សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ [www.aging.ca.gov/Programs and Services/Medicare Counseling/](https://www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/)។

H3. កម្មវិធីអំបាដូម៉ាន

កម្មវិធី Medicare Medi-Cal Ombuds Program អាចជួយអ្នក ប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហាជាមួយគម្រោងរបស់យើង។ សេវាមន្ត្រីបណ្តឹងសាធារណៈគឺឥតគិតថ្លៃ និងមានគ្រប់ភាសា។ កម្មវិធី Medicare Medi-Cal Ombudsman Program៖

- ពួកគេអាចឆ្លើយនឹងសំណួរបាន ប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហា ឬបណ្តឹងតវ៉ា ហើយអាចជួយអ្នកឱ្យយល់ពីអ្វីដែលត្រូវធ្វើ។
- ត្រូវប្រាកដថាអ្នកមានព័ត៌មានទាក់ទងនឹងសិទ្ធិ និងការការពាររបស់អ្នក និងរបៀបដែលអ្នកអាចទទួលបានដំណោះស្រាយរាល់កង្វល់របស់អ្នក។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅ Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan តាមរយៈលេខ 1-800-452-4413 (TTY: 711) ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ ម៉ោងនៅតំបន់ប៉ាស៊ីហ្វិក (PT) បានប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទគឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** ចូលមើល blueshieldca.com/medicare។



- មិនមានទំនាក់ទំនងអ្វីជាមួយយើងខ្ញុំ ឬជាមួយនឹងក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងសុខភាព ឬគម្រោងថែទាំសុខភាពណាមួយឡើយ។ លេខទូរសព្ទសម្រាប់កម្មវិធី Medicare Medi-Cal Ombuds Program គឺ 1-855-501-3077។

H4. Medicare

ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានដោយផ្ទាល់ពី Medicare៖

- ទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) បាន 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរទូរសព្ទទៅកាន់លេខ 1-877-486-2048។
- ជជែកផ្ទាល់តាមរយៈ www.Medicare.gov/talk-to-someone
- សរសេរសំបុត្រទៅកាន់ Medicare តាមរយៈ PO Box 1270, Lawrence, KS 66044។

គេហទំព័ររបស់ Medicare

អ្នកអាចចូលទៅកាន់គេហទំព័រ Medicare (www.medicare.gov)។ ប្រសិនបើអ្នកជ្រើសរើសលុបឈ្មោះចេញពីគម្រោងរបស់យើង ហើយចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោង Medicare មួយផ្សេងទៀតនោះ គេហទំព័ររបស់ Medicare មានព័ត៌មានអំពីថ្លៃចំណាយ ការធានារ៉ាប់រង និងការវាយតម្លៃលើគុណភាព ដើម្បីជួយអ្នកប្រៀបធៀបគម្រោងនានា។

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីគម្រោង Medicare ដែលមាននៅក្នុងតំបន់របស់អ្នកដោយប្រើ Medicare Plan Finder នៅលើគេហទំព័ររបស់ Medicare។ (សម្រាប់ព័ត៌មានអំពីគម្រោង សូមមើល www.medicare.gov ហើយចុចលើ “Find plans (ស្វែងរកគម្រោង)”។)

Medicare និងអ្នក ឆ្នាំ 2027

អ្នកអាចអានសៀវភៅណែនាំ *Medicare និងអ្នក ឆ្នាំ 2027*។ រៀងរាល់ឆ្នាំនៅរដូវកាលឈើជ្រុះ កូនសៀវភៅណែនាំនេះត្រូវបានធ្វើតាមប្រែសម្រួលទៅមុខស្របតាមការប្រែប្រួលគម្រោង Medicare។ វាមានសេចក្តីសង្ខេបអំពីអត្ថប្រយោជន៍របស់ Medicare សិទ្ធិ និងកិច្ចការពារនានា និងចម្លើយចំពោះសំណួរដែលបានចោទសួរជាញឹកញាប់បំផុតអំពី Medicare។ កូនសៀវភៅណែនាំនេះក៏មានជាភាសាអេស៉្បាញ ចិន និងវៀតណាមផងដែរ។

ប្រសិនបើអ្នកមិនមានច្បាប់ចម្លងនៃកូនសៀវភៅនេះទេនោះ អ្នកអាចទទួលបានវាតាមរយៈគេហទំព័ររបស់ Medicare (www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf) ឬតាមរយៈការហៅទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរទូរសព្ទទៅកាន់លេខ 1-877-486-2048។

H5. ក្រសួងគ្រប់គ្រងសុខាភិបាល រដ្ឋ California

ក្រសួងថែទាំសុខភាពក្រោមការគ្រប់គ្រងរបស់រដ្ឋ California គឺមានភារៈកិច្ចសម្រាប់ដាក់ច្បាប់ដល់គម្រោងសេវាថែទាំសុខភាព។ ប្រសិនបើអ្នកមានបណ្តឹងសាទុក្ខប្រឆាំងនឹងគម្រោងសុខភាពរបស់អ្នក ដំបូងអ្នកគួរតែទូរសព្ទទៅគម្រោងសុខភាពរបស់អ្នកតាមរយៈលេខ **1-800-452-4413 (TTY: 711)** ហើយប្រើវិធីសាទុក្ខរបស់គម្រោងសុខភាពរបស់អ្នក មុនពេលទាក់ទងទៅក្រសួង។ ការប្រើប្រាស់នីតិវិធីបណ្តឹងសាទុក្ខនេះ មិនហាមឃាត់សិទ្ធិ ឬបង្កឱ្យមានការរំខានដោះស្រាយតាមផ្លូវច្បាប់ ដែលអាចមានសម្រាប់លោកអ្នកនោះទេ។ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយក្នុងការដោះស្រាយបណ្តឹងសារទុក្ខ ដែលពាក់ព័ន្ធនឹងគ្រោះថ្នាក់សុខភាព ឬបណ្តឹងសារទុក្ខ ដែលគម្រោងថែទាំសុខភាពរបស់អ្នកមិនទាន់បានដោះស្រាយដោយមានការពេញចិត្តនៅឡើយ ឬក៏បណ្តឹងសារទុក្ខ ដែលនៅតែមិនទាន់ដោះស្រាយរួចលើសពីចំនួន 30 ថ្ងៃ

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅ Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan តាមរយៈលេខ 1-800-452-4413 (TTY: 711) ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ ម៉ោងនៅតំបន់ប៉ាស៊ីហ្វិក (PT) បានប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទគឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** ចូលមើល blueshieldca.com/medicare។



អ្នកអាចហៅទូរសព្ទទៅកាន់ក្រសួង ដើម្បីស្នើសុំជំនួយ។ អ្នកក៏អាចនឹងមានសិទ្ធិទទួលបានការត្រួតពិនិត្យដោយការត្រួតពិនិត្យផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រឯករាជ្យ (IMR) ផងដែរ។ ប្រសិនបើអ្នកមានសិទ្ធិទទួលបាន IMR នោះដំណើរការ IMR នឹងពិនិត្យយ៉ាងហ្មត់ចត់ដោយមិនលម្អៀងអំពីសេចក្តីសម្រេចផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ ដែលបានធ្វើឡើងដោយគម្រោងថែទាំសុខភាពដែលទាក់ទងនឹងភាពចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រសម្រាប់សេវា ឬការព្យាបាល ដែលបានស្នើសុំសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងសម្រាប់ការព្យាបាល ដែលមានលក្ខណៈជាការពិសោធន៍ ឬការសិក្សាស្រាវជ្រាវ និងភាពមិនត្រូវគ្នាចំពោះការទូទាត់ប្រាក់សម្រាប់សេវាវេជ្ជសាស្ត្របន្ទាន់ ឬសេវាសង្គ្រោះបន្ទាន់។ ក្រសួងក៏មានលេខទូរសព្ទដោយឥតគិតថ្លៃមួយខ្សែ (1-888-466-2219) និងបណ្តាញទូរសព្ទ TDD (1-877-688-9891) សម្រាប់អ្នកអន់សោតវិញ្ញាណ និងសំដីផងដែរ។ គេហទំព័រអ៊ីនធឺណិតរបស់ក្រសួង www.dmhca.gov មានទម្រង់បែបបទពាក្យបណ្តឹងក្រដាសបំពេញពាក្យសុំ IMR និងការណែនាំតាមអនឡាញ។

សូមមើលជំពូកទី 9 ផ្នែក F4 នៃសៀវភៅណែនាំសមាជិករបស់អ្នកសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។

H6. គម្រោងការទូទាត់ប្រាក់តាមវេជ្ជបញ្ជា Medicare (Medicare Prescription Payment Plan)

គម្រោង Medicare Prescription Payment Plan គឺជាជម្រើសទូទាត់ដែលអាចជួយអ្នកគ្រប់គ្រងថ្លៃចំណាយចេញពីហោប៉ៅរបស់អ្នកសម្រាប់ឱសថដែលធានារ៉ាប់រងដោយគម្រោងរបស់យើង ដោយការចែកថ្លៃចំណាយទាំងនោះពេញមួយឆ្នាំតាមប្រតិទិន (ខែមករា ដល់ខែធ្នូ) ជាការទូទាត់ប្រចាំខែ។ អ្នកណាម្នាក់ដែលមានគម្រោងឱសថ Medicare ឬគម្រោងសុខភាព Medicare ដែលមានការរ៉ាប់រងលើឱសថ (ដូចជាគម្រោង Medicare Advantage Plan ដែលមានការរ៉ាប់រងលើឱសថ) អាចប្រើជម្រើសនៃការបង់ប្រាក់នេះបាន។ ប្រសិនបើអ្នកកំពុងចូលរួមក្នុងគម្រោង Medicare Prescription Payment Plan ហើយស្ថិតនៅក្នុងគម្រោងផ្នែក D តែមួយ អ្នកមិនចាំបាច់ធ្វើអ្វីទេដើម្បីបន្តចូលរួមនៅឆ្នាំ 2027 ទេ។ ជម្រើសនៃការបង់ប្រាក់នេះអាចជួយអ្នកគ្រប់គ្រងការចំណាយរបស់អ្នកប៉ុន្តែមិនសន្សំប្រាក់ឱ្យអ្នក ឬកាត់បន្ថយថ្លៃចំណាយសរុបនៃឱសថចេញពីហោប៉ៅរបស់អ្នកនោះទេ។

“ជំនួយបន្ថែម” ពី Medicare និងជំនួយពីកម្មវិធីជំនួយឱសថ (SPAP) របស់រដ្ឋរបស់អ្នក និងកម្មវិធីជំនួយថ្នាំអេដស៍ (ADAP) សម្រាប់អ្នកដែលបានមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ មានអត្ថប្រយោជន៍ច្រើនជាងការចូលរួមក្នុងគម្រោង Medicare Prescription Payment Plan។ ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពីកម្មវិធីនេះ សូមទាក់ទងមកយើងខ្ញុំតាមរយៈលេខនៅផ្នែកខាងក្រោមនៃទំព័រ ឬចូលទៅកាន់គេហទំព័រ www.medicare.gov។

សេចក្តីថ្លែងការណ៍អំពីការបង្ហាញព័ត៌មានរបស់ PRA ដោយយោងទៅលើច្បាប់កាត់បន្ថយក្រដាសស្នាម ឆ្នាំ 1995
មិនតម្រូវឲ្យជនណាម្នាក់ឆ្លើយតបចំពោះការប្រមូលព័ត៌មានឡើយ លុះត្រាតែវាបង្ហាញលេខត្រួតត្រា OMB ដែលមានសុពលភាព។ លេខបញ្ជា OMB ដែលមានសុពលភាពសម្រាប់ការប្រមូលព័ត៌មាន គឺ 0938-1444។ ប្រសិនបើអ្នកមានយោបល់ ឬ មានសំណូមពរដើម្បីកែលម្អទម្រង់បែបបទនេះ សូមសរសេរទៅកាន់៖ CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅ Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan តាមរយៈលេខ 1-800-452-4413 (TTY: 711) ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ ម៉ោងនៅតំបន់ប៉ាស៊ីហ្វិក (PT) បានប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទគឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** ចូលមើល blueshieldca.com/medicare។





blueshieldca.com/medicare

Blue Shield of California 6300 Canoga Avenue, Woodland Hills, CA 91367-2555