ភស្តុតាងនៃការរ៉ាប់រង

អត្ថប្រយោជន៍សុខភាព Medicare និងការរ៉ាប់រងលើសេវាកម្ម និងឱសថមានវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកក្នុងនាមជាសមាជិករបស់

Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan (HMO D-SNP)

ខោនធី Los Angeles និងខោនធី San Diego

ថ្ងៃទី 1 ខែមករា ឆ្នាំ 2027 - ថ្ងៃទី 31 ខែធ្នូ ឆ្នាំ 2027

Blue Shield of California is an independent member of the Blue Shield Association
MA001-EOC-MM-LASD-KH-1026

គម្រោង Blue Shield Medicare + គម្រោង Medi-Cal Plan (HMO D-SNP), គម្រោង Medi-Medi Plan
សៀវភៅណែនាំសមាជិក

H2819_26_142A_C_KH Approved 08272026

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 ម៉ោងតំបន់ប៉ាស៊ីហ្វិក (PT) បានប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទ គឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ blueshieldca.com/medicare។

ថ្ងៃទី 1 ខែមករា ឆ្នាំ 2027 – ថ្ងៃទី 31 ខែធ្នូ ឆ្នាំ 2027

ការធានារ៉ាប់រងសុខភាពរបស់អ្នក និងការធានារ៉ាប់រងឱសថ ក្រោម Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan (HMO D-SNP)

ការណែនាំស្តីពី *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*

*សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះ ដែលគេស្គាល់ផងដែរថា ជា*ភស្តុតាងនៃការរ៉ាប់រង* ប្រាប់អ្នកអំពីការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកក្រោមគម្រោងរបស់យើងរហូតដល់ថ្ងៃទី 31 ខែ ឆ្នាំ 2027។ សៀវភៅនេះ ពន្យល់អំពីសេវាថែទាំសុខភាព សេវាសុខភាពផ្លូវចិត្ត និងអាកប្បកិរិយា (សុខភាពផ្លូវចិត្ត និងបញ្ហាពាក់ព័ន្ធនឹងការប្រើប្រាស់សារធាតុញៀន) ការធានារ៉ាប់រងលើថ្នាំពេទ្យ ព្រមទាំងសេវា និងជំនួយទ្រទ្រង់រយៈពេលវែង។ ពាក្យគន្លឹះ និងនិយមន័យរបស់ពាក្យទាំងនោះ រៀបតាមលំដាប់អក្ខរក្រមនៅក្នុង **ជំពូកទី 12** នៃ*សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះ។

នេះ គឺជាឯកសារផ្លូវច្បាប់ដ៏សំខាន់មួយ។ សូមរក្សាទុកឯកសារនេះនៅកន្លែងដែលមានសុវត្ថិភាព។

នៅពេល*សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះប្រើពាក្យ “យើង” “ពួកយើង” “របស់យើង” ឬ “គម្រោងរបស់យើង” ពាក្យទាំងនេះសំដៅលើគម្រោង Blue Shield Medicare + គម្រោង Medi-Cal Plan។

ឯកសារនេះ មានផ្តល់ជូនដោយឥតគិតថ្លៃជាភាសាអារ៉ាប់ អាមេនី ខ្មែរ ចិនអក្សរប្រពៃណី ចិនអក្សរសាមញ្ញ ហ្វាស៊ី កូរ៉េ រុស្ស៊ី អេស្ប៉ាញ តាហ្គាឡុក និងវៀតណាម។

អ្នកអាចទទួលបានឯកសារនេះ ដោយឥតគិតថ្លៃជាទម្រង់ផ្សេងទៀត ដូចជា អក្សរធំ អក្សរស្មាបសម្រាប់មនុស្សពិការភ្នែក និង/ឬសំឡេង ដោយទូរសព្ទទៅសេវាបម្រើអតិថិជនតាមរយៈលេខ 1-800-452-4413 (TTY: 711) ចាប់ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ 8:00 យប់ ម៉ោងនៅតំបន់ប៉ាស៊ីហ្វិក (PT) ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទ គឺឥតគិតថ្លៃ។

- អ្នកអាចធ្វើការស្នើសុំឯកសារនេះ ជាភាសាផ្សេងក្រៅពីភាសាអង់គ្លេស ឬជាទម្រង់ជំនួសសម្រាប់ពេលបច្ចុប្បន្ន និងពេលអនាគត។ ដើម្បីធ្វើការស្នើសុំ សូមទាក់ទងសេវាបម្រើអតិថិជនរបស់គម្រោង Blue Shield Medicare + គម្រោង Medi-Cal Plan។ ភាសា និងទម្រង់ដែលអ្នកពេញចិត្តនឹងត្រូវរក្សាទុកក្នុងឯកសារសម្រាប់ទំនាក់ទំនងនាពេលអនាគត។ ដើម្បីធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពណាមួយលើជម្រើសរបស់អ្នក សូមទាក់ទងផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជនរបស់គម្រោង Blue Shield Medicare + គម្រោង Medi-Cal Plan។

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 գրատիպով ու խոշորատառ տպագրված նյութեր: Զանգահարեք 1-800-452-4413 (TTY:711): Այդ ծառայություններն անվճար են:

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.

ɛɛhɔklɔwɑɑsɑɑlɑɑɔ (Laotian)

ປະກາດ: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານໃ
ຫ້ ໂທຫາເບີ 1-800-452-4413 (TTY: 711).
ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອແລະ ການບໍລິການສຳລັບຄົນພິການ
ເຊັ່ນເອກະສານທີ່ເປັນອັກສອນນູນແລະມີໂຕພິມໃຫຍ່
ໃຫ້ໂທຫາເບີ 1-800-452-4413 (TTY: 711).
ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ບໍ່ຕ້ອງເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆ.

Mien 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.

ឃ្លាសម្គាល់ជាភាសាខ្មែរ (Mon-Khmer, Cambodian)

ចំណាំ៖ បើអ្នក ត្រូវ ការជំនួយ ជាភាសា របស់អ្នក សូម ទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-800-452-4413 (TTY:711)។ ជំនួយ និង សេវាកម្ម សម្រាប់ ជនពិការ ដូចជាឯកសារសរសេរជាអក្សរផុស សម្រាប់ជនពិការភ្នែក ឬឯកសារសរសេរជាអក្សរពុម្ពធំ 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 (TTY: 711) 1-800-452-4413 تماس بگیرید. کمک‌ها و خدمات
مخصوص افراد دارای معلولیت، مانند نسخه‌های خط بریل و چاپ با حروف
بزرگ، نیز موجود است. با (TTY: 711) 1-800-452-4413 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 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.

ភាសាផ្សេងៗ

អ្នកអាចទទួលបាន*សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះ និងឯកសារផ្សេងទៀតរបស់គម្រោងជាភាសាផ្សេងៗដោយឥតគិតថ្លៃ។ គម្រោង Blue Shield Medicare + គម្រោង Medi-Cal Plan ផ្តល់ជូនការបកប្រែជាលាយលក្ខណ៍អក្សរដែលធ្វើឡើងដោយអ្នកបកប្រែដែលមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់។ ហៅទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-452-4413 (TTY 711)។ ការហៅទូរសព្ទគឺឥតគិតថ្លៃ។ សូមអាន *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពីសេវាជំនួយផ្នែកភាសាសម្រាប់ការថែទាំសុខភាព ដូចជាសេវាបកប្រែផ្ទាល់មាត់ និងសេវាបកប្រែជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ។

ទម្រង់ផ្សេងៗ

អ្នកអាចទទួលបានព័ត៌មាននេះទាន់ពេលវេលា ក្នុងទម្រង់ផ្សេងៗ ដូចជាអក្សរស្នាបសម្រាប់ ជនពិការភ្នែក ពុម្ពអក្សរធំទំហំ 20 សំឡេង និងអេឡិចត្រូនិកដែលអាចចូលប្រើបាន (ទិន្នន័យ CD) ដោយឥតគិតថ្លៃ។ ហៅទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-452-4413 (TTY 711)។ ការហៅទូរសព្ទ គឺឥតគិតថ្លៃ។

សេវាផ្តល់ជំនួយក្នុងការប្រើប្រាស់ភាសា

គម្រោង Blue Shield Medicare + គម្រោង Medi-Cal Plan ផ្តល់សេវាបកប្រែផ្ទាល់មាត់ ព្រមទាំងសេវាបកប្រែភាសាសញ្ញា ដោយអ្នកបកប្រែ ដែលបានមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ ដោយឥតគិតថ្លៃពីអ្នក។ អ្នកមិនចាំបាច់ប្រើសមាជិកគ្រួសារ ឬមិត្តភក្តិរបស់អ្នកធ្វើជាអ្នកបកប្រែទេ។ យើងមិនលើកទឹកចិត្តឱ្យប្រើសមាជិកគ្រួសារ ឬមិត្តភក្តិ ជាពិសេសអនីតិជនធ្វើជាអ្នកបកប្រែ លើកលែងតែក្នុងករណីមានអាសន្ន។ សេវាផ្តល់ជំនួយក្នុងការប្រើប្រាស់ភាសា រួមទាំងសេវាអ្នកបកប្រែ មានផ្តល់ជូនដោយឥតគិតថ្លៃ។ សេវាអ្នកបកប្រែមានផ្តល់ជូន 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ និង 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ សម្រាប់ជំនួយជាភាសារបស់អ្នក ឬដើម្បីទទួលបានសៀវភៅណែនាំសមាជិកនេះជាភាសាផ្សេង ហៅទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-452-4413 (TTY 711)។ ការហៅទូរសព្ទ គឺឥតគិតថ្លៃ។

សេចក្តីប្រកាសមិនទទួលខុសត្រូវ

- អត្ថប្រយោជន៍ និង/ឬការបង់ប្រាក់រួមបង់ផ្ទាល់ខ្លួនអាចនឹងផ្លាស់ប្តូរ នៅថ្ងៃទី 1 ខែមករា ឆ្នាំ 2028។
- អត្ថប្រយោជន៍អាហារ និងផលិតផលកសិកម្មដែលបានរៀបរាប់ គឺជាអត្ថប្រយោជន៍បន្ថែមពិសេសសម្រាប់ជំងឺរ៉ាំរ៉ៃ (SSBCI)។ មិនមែនសមាជិកគម្រោងទាំងអស់សុទ្ធតែមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់។ សិទ្ធិទទួលបានអាស្រ័យលើការបំពេញតាមលក្ខខណ្ឌដែលបានកំណត់សម្រាប់ “អ្នកចុះឈ្មោះជំងឺរ៉ាំរ៉ៃ”។ ស្ថានភាពជំងឺលក្ខណៈរ៉ាំរ៉ៃមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ រួមមានជាអាទិ៍៖ ជំងឺសរសៃឈាមបេះដូង; ជំងឺខ្សោយបេះដូងរ៉ាំរ៉ៃ; ជំងឺទឹកនោមផ្អែម; ជំងឺលើសទម្ងន់ ភាពធាត់ពេក, និងរោគសញ្ញាមេតាបូលីស; និងជំងឺសួតរ៉ាំរ៉ៃ។ សូមបញ្ជូន, សៀវភៅណែនាំសមាជិកសម្រាប់បញ្ជីពេញលេញនៃស្ថានភាពជំងឺលក្ខណៈរ៉ាំរ៉ៃ ដែលមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ និងតម្រូវសិទ្ធិទទួល។
- ឱសថដែលរ៉ាប់រង បណ្តាញឱសថស្ថាន និង/ឬបណ្តាញអ្នកផ្តល់សេវា អាចនឹងផ្លាស់ប្តូរនៅពេលណាក៏បាន។ អ្នកនឹងទទួលបានសេចក្តីជូនដំណឹងអំពីការផ្លាស់ប្តូរណាមួយដែលអាចប៉ះពាល់ដល់អ្នក យ៉ាងហោចណាស់ 30 ថ្ងៃជាមុន។
- គម្រោងរបស់យើងមានការទទួលខុសត្រូវក្នុងការរៀបចំ អត្ថប្រយោជន៍ Medi-Cal របស់អ្នក (Medicaid) សម្រាប់អ្នក។
- គម្រោង Blue Shield of California គឺអង្គការថែរក្សាសុខភាព HMO D-SNP ដែលមានកិច្ចសន្យាជាមួយ Medicare និងមានកិច្ចសន្យាជាមួយកម្មវិធី Medicaid របស់រដ្ឋ California។ ការចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោង Blue Shield of California គឺអាស្រ័យលើការបន្តសុពលភាពកិច្ចសន្យា។
- ការរ៉ាប់រងក្រោមគម្រោង Blue Shield Medicare + គម្រោង Medi-Cal គឺការរ៉ាប់រងសុខភាពដែលមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ ហៅថា “ការរ៉ាប់រងអប្បបរមា”។ ការធានារ៉ាប់រងនេះបំពេញតាមលក្ខខណ្ឌតម្រូវស្តីពីការទទួលខុសត្រូវរួមរបស់បុគ្គល ក្រោមច្បាប់ការពារអ្នកជំងឺ និងការថែទាំសុខភាពដែលមានតម្លៃសមរម្យ (ACA)។ ចូលមើលគេហទំព័ររបស់សេវាប្រាក់ចំណូលផ្ទៃក្នុង (IRS) តាមរយៈគេហទំព័រ www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families ដើម្បីស្វែងយល់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីលក្ខខណ្ឌតម្រូវស្តីពីការទទួលខុសត្រូវរួមរបស់បុគ្គល។
- Amazon ឱសថស្ថាន គឺជាអង្គភាពឯករាជ្យពីគម្រោង Blue Shield of California ហើយមានកិច្ចសន្យាជាមួយគម្រោង Blue Shield ដើម្បីផ្តល់សេវាដឹកជញ្ជូនថ្នាំមានវេជ្ជបញ្ជាសម្រាប់សមាជិកគម្រោង Blue Shield។

ជំពូកទី 1 ៖ ការចាប់ផ្តើមជាសមាជិក

សេចក្តីផ្តើម

ជំពូកនេះរួមបញ្ចូលព័ត៌មានអំពីគម្រោង Blue Shield Medicare + គម្រោង Medi-Cal Plan គម្រោងសុខភាពដែលធានារ៉ាប់រងលើសេវា Medicare ទាំងអស់របស់អ្នក និងសម្របសម្រួលសេវា Medicare និង Medi-Cal ទាំងអស់របស់អ្នក ព្រមទាំងព័ត៌មានអំពីភាពជាសមាជិករបស់អ្នកក្នុងគម្រោងនេះ។ ការជូនដំណឹងនេះក៏ប្រាប់អ្នកផងដែរថា អ្នកអាចរំពឹងអ្វីខ្លះ និងព័ត៌មានផ្សេងទៀតអ្វីខ្លះ ដែលអ្នកនឹងទទួលបានពីយើង។ ពាក្យគន្លឹះ និងនិយមន័យរបស់ពាក្យទាំងនោះ មានបង្ហាញតាមលំដាប់អក្ខរក្រមនៅក្នុងជំពូកចុងក្រោយនៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក* នេះ។

តារាងមាតិកា

A. សូមស្វាគមន៍មកកាន់គម្រោងរបស់យើង 14
B. ព័ត៌មានអំពី Medicare និង Medi-Cal 14
B1. Medicare 14
B2. Medi-Cal 14
C. អត្ថប្រយោជន៍នៃគម្រោងរបស់យើង 15
D. តំបន់ផ្តល់សេវារបស់គម្រោងរបស់យើង 16
E. លក្ខខណ្ឌដែលធ្វើឱ្យអ្នកមានសិទ្ធិធ្វើជាសមាជិកគម្រោង 16
F. អ្វីដែលអ្នកអាចរំពឹងទុក នៅពេលអ្នកចូលរួមក្នុងគម្រោងសុខភាពរបស់យើងជាលើកដំបូង 17
G. ក្រុមការងារថែទាំសុខភាព និងគម្រោងថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក 18
G1. ក្រុមការងារថែទាំសុខភាព 18
G2. គម្រោងថែទាំសុខភាព 18
H. សេចក្តីសង្ខេបស្តីពីថ្លៃចំណាយសំខាន់ៗ 19
H1. ចំនួនទឹកប្រាក់នៃគម្រោងបង់ប្រាក់ថ្លៃឱសថមានវេជ្ជបញ្ជារបស់ Medicare 19
I. *សៀវភៅណែនាំសមាជិក* នេះ 19
J. ព័ត៌មានសំខាន់ផ្សេងទៀត ដែលអ្នកទទួលបានពីយើង 20
J1. បណ្ណសម្គាល់សមាជិករបស់អ្នក 20

J2. *បញ្ជីឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថាន* 21
J3. *បញ្ជីឱសថដែលមានការឆានារ៉ាប់រង* 22
J4. *ការពន្យល់ពីអត្ថប្រយោជន៍* 23
K. ការរក្សាកំណត់ត្រាសមាជិកភាពរបស់អ្នកឱ្យមានព័ត៌មានបច្ចុប្បន្ន 23
K1. ឯកជនភាពនៃព័ត៌មានសុខភាពដែលមានការការពារ (PHI) 24

A. សូមស្វាគមន៍មកកាន់គម្រោងរបស់យើង

គម្រោងរបស់យើងផ្តល់សេវា Medicare និង Medi-Cal ដល់បុគ្គលដែលមានសិទ្ធិទទួលបានកម្មវិធីទាំងពីរ។ គម្រោងរបស់យើងរួមមានវេជ្ជបណ្ឌិត មន្ទីរពេទ្យ ឱសថស្ថាន អ្នកផ្តល់សេវា និងការគាំទ្រយូរអង្វែង អ្នកផ្តល់សេវាសុខភាពអាកប្បកិរិយា និងអ្នកផ្តល់សេវាផ្សេងទៀត។ យើងក៏មានអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំសុខភាព និងក្រុមការងារថែទាំសុខភាព ដើម្បីជួយអ្នកគ្រប់គ្រងអ្នកផ្តល់សេវា និងសេវានានារបស់អ្នក។ ពួកគាត់ទាំងអស់ធ្វើការសហការគ្នា ដើម្បីផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពដែលអ្នកត្រូវការ។

B. ព័ត៌មានអំពី Medicare និង Medi-Cal

B1. Medicare

Medicare ជាកម្មវិធីធានារ៉ាប់រងសុខភាពរបស់រដ្ឋាភិបាលសហព័ន្ធសម្រាប់៖

- មនុស្សដែលមានអាយុ 65 ឆ្នាំ ឬចាស់ជាងនេះ
- មនុស្សមួយចំនួនដែលមានអាយុតិចក្រោម 65 ឆ្នាំ ដោយមានពិការភាពជាក់លាក់មួយចំនួន **និង**
- មនុស្សដែលមានជំងឺតម្រងនោមដំណាក់កាលចុងក្រោយ (ខូចតម្រងនោម)។

B2. Medi-Cal

Medi-Cal គឺជាឈ្មោះរបស់កម្មវិធី Medicaid របស់រដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា។ Medi-Cal ត្រូវបានគ្រប់គ្រងដោយរដ្ឋ និងទទួលបាន មូលនិធិពីរដ្ឋ និងរដ្ឋាភិបាលសហព័ន្ធ។ Medi-Cal ជួយបុគ្គលដែលមានប្រាក់ចំណូល និងធនធានមានកម្រិតក្នុងការបង់ថ្លៃ សេវា និងការគាំទ្ររយៈពេលវែង (LTSS) និងចំណាយវេជ្ជសាស្ត្រ។ កម្មវិធីនេះ ក៏ធានារ៉ាប់រងសេវា និងថ្នាំបន្ថែម ដែលកម្មវិធី Medicare មិនបានធានារ៉ាប់រងផងដែរ។

រដ្ឋនីមួយៗជាអ្នកកំណត់៖

- អ្វីខ្លះដែលត្រូវចាត់ទុកជាប្រាក់ចំណូល និងធនធាន
- អ្នកណាខ្លះដែលមានសិទ្ធិទទួលបាន
- សេវាអ្វីខ្លះដែលបានធានារ៉ាប់រង **និង**
- ថ្លៃចំណាយសម្រាប់សេវា។

រដ្ឋនានាអាចសម្រេចពីរបៀបគ្រប់គ្រងកម្មវិធីរបស់ខ្លួន ដរាបណាពួកគេអនុវត្តតាមបទប្បញ្ញត្តិរបស់រដ្ឋាភិបាលសហព័ន្ធ។

កម្មវិធី Medicare និងរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ាបានយល់ព្រមគម្រោងរបស់យើង។ អ្នកអាចទទួលបានសេវា Medicare និង Medi-Cal តាមរយៈគម្រោងរបស់យើង ដរាបណា៖

- យើងជ្រើសរើសបន្តផ្តល់ជូនគម្រោងនេះ **និង**
- កម្មវិធី Medicare និងរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ាអនុញ្ញាតឱ្យយើងបន្តផ្តល់ជូនគម្រោងនេះ។

ទោះបីជាគម្រោងរបស់យើងឈប់ដំណើរការនាពេលអនាគតក៏ដោយ សិទ្ធិរបស់អ្នកក្នុងការទទួលបានសេវាកម្មវិធី Medicare និង Medi-Cal នឹងមិនប៉ះពាល់ឡើយ។

C. អត្ថប្រយោជន៍នៃគម្រោងរបស់យើង

ឥឡូវនេះ អ្នកនឹងទទួលបានសេវា Medicare និង Medi-Cal ទាំងអស់ដែលបានធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកពីគម្រោងរបស់យើង រួមទាំងឱសថផងដែរ។ **អ្នកមិនចាំបាច់បង់ថ្លៃបន្ថែម ដើម្បីចូលរួមក្នុងគម្រោងសុខភាពនេះទេ។**

យើងជួយឱ្យអត្ថប្រយោជន៍ Medicare និង Medi-Cal របស់អ្នកដំណើរការរួមគ្នាបានកាន់តែប្រសើរសម្រាប់អ្នក។ អត្ថប្រយោជន៍មួយចំនួនរួមមាន៖

- អ្នកអាចធ្វើការជាមួយយើងសម្រាប់តម្រូវការថែទាំសុខភាព**ភាគច្រើន**របស់អ្នក។
- អ្នកមានក្រុមការងារថែទាំសុខភាព ដែលអ្នកអាចចូលរួមជួយរៀបចំឡើង។ ក្រុមការងារថែទាំសុខភាពរបស់អ្នកអាចរួមមាន អ្នកផ្គាល់ អ្នកថែទាំរបស់អ្នក វេជ្ជបណ្ឌិតគិលានុបដ្ឋាក អ្នកប្រឹក្សា ឬបុគ្គលិកជំនាញផ្នែកសុខភាពផ្សេងទៀត។
- អ្នកអាចទទួលបានជំនួយពីអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំសុខភាព។ អ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំសុខភាពគឺជាបុគ្គលដែលធ្វើការជាមួយអ្នក ជាមួយគម្រោងរបស់យើង និងជាមួយក្រុមការងារថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក ដើម្បីជួយរៀបចំផែនការថែទាំសុខភាព។
- អ្នកអាចចូលរួមដឹកនាំ និងសម្រេចចិត្តអំពីការថែទាំសុខភាពរបស់ខ្លួនឯង ដោយមានជំនួយពីក្រុមការងារថែទាំសុខភាព និងអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក។
- ក្រុមការងារថែទាំសុខភាព និងអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នកធ្វើការជាមួយអ្នកដើម្បីរៀបចំផែនការថែទាំសុខភាពដែលបានបង្កើតឡើងឱ្យសមស្របនឹងតម្រូវការសុខភាព**របស់អ្នក**។ ក្រុមការងារថែទាំសុខភាពជួយសម្របសម្រួលសេវាដែលអ្នកត្រូវការ។ ឧទាហរណ៍ នេះមានន័យថាក្រុមការងារថែទាំសុខភាពរបស់អ្នកធានាថា៖
    - វេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកដឹងអំពីថ្នាំទាំងអស់ដែលអ្នកកំពុងប្រើ ដើម្បីឱ្យពួកគេអាចធានាថា អ្នកកំពុងប្រើថ្នាំត្រឹមត្រូវ និងអាចជួយកាត់បន្ថយផលរំខានណាមួយដែលអ្នកអាចមានពីថ្នាំទាំងនោះ។
    - លទ្ធផលតេស្តរបស់អ្នកនឹងត្រូវចែករំលែកជាមួយវេជ្ជបណ្ឌិតទាំងអស់របស់អ្នក និងអ្នកផ្តល់សេវាផ្សេងទៀត តាមភាពសមស្រប។
- សមាជិកថ្មីរបស់គម្រោង Blue Shield Medicare + គម្រោង Medi-Cal Plan៖ ក្នុងករណីភាគច្រើន អ្នកនឹងចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោង Blue Shield Medicare + គម្រោង Medi-Cal Plan សម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍ Medicare របស់អ្នក នៅថ្ងៃទី 1 នៃខែ បន្ទាប់ពីអ្នកស្នើសុំចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោង Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan រួចហើយ។ អ្នកអាចនៅតែទទួលបានសេវា Medi-Cal របស់អ្នកពីគម្រោងសុខភាព Medi-Cal មុនរបស់អ្នក រហូតដល់ពីរខែ។ បន្ទាប់ពីនោះ អ្នកនឹងទទួលបានសេវា Medi-Cal របស់អ្នកតាមរយៈគម្រោង Blue Shield Medicare + គម្រោង Medi-Cal Plan។ ការធានារ៉ាប់រង Medi-Cal របស់អ្នកនឹងមិនមានការខកខាន ឬផ្អាកឡើយ។ ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរណាមួយ សូមទូរសព្ទមកពួកយើងតាមរយៈលេខដែលមាននៅផ្នែកខាងក្រោមនៃទំព័រ។

D. តំបន់ផ្តល់សេវារបស់គម្រោងរបស់យើង

តំបន់ផ្តល់សេវារបស់យើងរួមមានខោនធីទាំងនេះនៅរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា៖ ខោនធី Los Angeles និងខោនធី San Diego។

មានតែអ្នករស់នៅក្នុងតំបន់ផ្តល់សេវារបស់យើងប៉ុណ្ណោះ ដែលអាចចូលរួមក្នុងគម្រោងរបស់យើងបាន។

អ្នកមិនអាចបន្តស្ថិតនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើងបានទេ ប្រសិនបើអ្នកផ្លាស់ទីលំនៅទៅក្រៅតំបន់ផ្តល់សេវារបស់យើង។ សូមមើល**ជំពូក 8** នៃ*សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីផលប៉ះពាល់នៃការផ្លាស់ទីលំនៅចេញពីតំបន់ផ្តល់សេវារបស់យើង។

E. លក្ខខណ្ឌដែលធ្វើឱ្យអ្នកមានសិទ្ធិធ្វើជាសមាជិកគម្រោង

អ្នកមានសិទ្ធិចូលរួមក្នុងគម្រោងរបស់យើង ដរាបណាអ្នក៖

- រស់នៅក្នុងតំបន់ផ្តល់សេវារបស់យើង (បុគ្គលដែលកំពុងជាប់ឃុំ មិនចាត់ទុកថា រស់នៅក្នុងតំបន់ផ្តល់សេវានោះទេ ទោះបីជាពួកគេមានវត្តមាននៅទីនោះក៏ដោយ) **និង**
- មានអាយុចាប់ពី 21 ឆ្នាំឡើងទៅ នៅពេលចុះឈ្មោះ **និង**
- មានទាំង Medicare ផ្នែក A និង Medicare ផ្នែក B **និង**
- ជាពលរដ្ឋសហរដ្ឋអាមេរិក ឬជាជនជាតិអាមេរិក ឬជាបុគ្គលមិនមែនជាពលរដ្ឋដែលមានសិទ្ធិ **និង**
- បច្ចុប្បន្នមានសិទ្ធិទទួលបាន Medi-Cal**។**
- ប្រសិនបើអ្នកបាត់បង់សិទ្ធិទទួលបានកម្មវិធី Medi-Cal ប៉ុន្តែគេរំពឹងថា អ្នកអាចទទួលបានសិទ្ធិនោះឡើងវិញក្នុងរយៈពេលប្រាំមួយខែ យើងនឹងបន្តផ្តល់អត្ថប្រយោជន៍ Medicare ទាំងអស់ដែលទទួលបានការធានារ៉ាប់រងពីគម្រោង Blue Shield Medicare + គម្រោង Medi-Cal Plan។ នៅពេលការធានារ៉ាប់រង Medi-Cal របស់អ្នកបញ្ចប់ យើងនឹងមិនបង់ថ្លៃសម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍ Medi-Cal របស់អ្នកទៀតទេ។ នេះក៏មានន័យថា ចំណាយចេញពីហោប៉ៅខ្លួនឯងរបស់អ្នក ដូចជាការបង់រួមថ្លៃបង់ធានារ៉ាប់រង និងប្រាក់កាត់កង នឹងកើនឡើងក្នុងអំឡុងខែ ដែលអ្នកបានបាត់បង់ការធានារ៉ាប់រង Medi-Cal។ ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែម និងទទួលជំនួយអំពីការបន្តសិទ្ធិទទួលបានកម្មវិធី Medi-Cal សូមទាក់ទងក្រុមការងារ Blue Shield សម្រាប់រក្សាសមាជិកទទួលបានកម្មវិធីទាំងពីរតាមរយៈលេខ 1-844-378-4181 (TTY: 711) ចាប់ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ 5 ល្ងាច ចាប់ពីថ្ងៃចន្ទដល់ថ្ងៃសុក្រ។

  យើងនឹងជួយអ្នកឱ្យទទួលបានសិទ្ធិទទួលកម្មវិធី Medi-Cal ឡើងវិញ។ ប្រសិនបើសិទ្ធិទទួលបានរបស់អ្នកក្នុងការទទួលបានកម្មវិធី Medi-Cal ត្រូវបានស្តារឡើងវិញ ខណៈដែលអ្នកនៅតែចុះឈ្មោះជាមួយយើងសម្រាប់ការធានារ៉ាប់រង Medicare របស់អ្នក យើងនឹងបន្តការទូទាត់ប្រាក់សម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍ Medi-Cal របស់អ្នកឡើងវិញ ហើយការចុះឈ្មោះរបស់អ្នកជាមួយយើងនឹងបន្ត។ ប្រសិនបើអ្នកមិនអាចទទួលបានសិទ្ធិទទួលកម្មវិធី Medi-Cal ឡើងវិញក្នុងរយៈពេល 6 ខែទេ យើងនឹងដកឈ្មោះអ្នកចេញពីការចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោង Blue Shield Medicare + គម្រោង Medi-Cal Plan។ ប្រសិនបើអ្នកទទួលបានសិទ្ធិទទួលកម្មវិធី Medi-Cal ឡើងវិញ បន្ទាប់ពីបានដកចេញពីការចុះឈ្មោះ អ្នកនឹងត្រូវទាក់ទងមកយើង ដើម្បីចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងឡើងវិញ។

សូមទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជន ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែម។

F. អ្វីដែលអ្នកអាចរំពឹងទុក នៅពេលអ្នកចូលរួមក្នុងគម្រោងសុខភាពរបស់យើងជាលើកដំបូង

នៅពេលអ្នកចូលរួមក្នុងគម្រោងរបស់យើងជាលើកដំបូង អ្នកនឹងទទួលបានការវាយតម្លៃហានិភ័យសុខភាព (HRA) ក្នុងរយៈពេល 90 ថ្ងៃ មុន ឬក្រោយកាលបរិច្ឆេទដែលការចុះឈ្មោះរបស់អ្នកចូលជាធរមាន។

យើងត្រូវតែបំពេញការវាយតម្លៃហានិភ័យសុខភាព (health risk assessment, HRA) សម្រាប់អ្នក។ ការវាយតម្លៃ HRA នេះ គឺជាមូលដ្ឋានសម្រាប់រៀបចំផែនការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក។ ការវាយតម្លៃ HRA រួមមានសំណួរនានា ដើម្បីកំណត់តម្រូវការផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ សុខភាពអាកប្បកិរិយា និងតម្រូវការផ្នែកមុខងាររបស់អ្នក។

យើងនឹងទាក់ទងអ្នក ដើម្បីបំពេញការវាយតម្លៃ HRA នេះ។ យើងអាចបំពេញការវាយតម្លៃ HRA តាមរយៈការជួបផ្ទាល់ ការហៅទូរសព្ទ ឬតាមប្រៃសណីយ៍។ យើងនឹងទាក់ទងអ្នកជារៀងរាល់ឆ្នាំ ដើម្បីពិនិត្យមើលថា តើតម្រូវការណាមួយរបស់អ្នកបានផ្លាស់ប្តូរឬអត់។

យើងនឹងផ្ញើព័ត៌មានបន្ថែមជូនអ្នកអំពីការវាយតម្លៃ HRA នេះ។

ប្រសិនបើគម្រោងរបស់យើងជាគម្រោងថ្មីសម្រាប់អ្នក នោះអ្នកអាចបន្តប្រើប្រាស់វេជ្ជបណ្ឌិតដែលអ្នកកំពុងប្រើប្រាស់នាពេលបច្ចុប្បន្នបានក្នុងរយៈពេលជាក់លាក់មួយ ទោះបីជាវេជ្ជបណ្ឌិតទាំងនោះមិនស្ថិតនៅក្នុងបណ្តាញរបស់យើងក៏ដោយ។ យើងហៅការនេះថា ការបន្តការថែទាំ។ ប្រសិនបើអ្នកផ្តល់សេវាទាំងនោះមិនស្ថិតនៅក្នុងបណ្តាញរបស់យើង អ្នកអាចបន្តប្រើប្រាស់អ្នកផ្តល់សេវាបច្ចុប្បន្នរបស់អ្នក និងការអនុញ្ញាតសេវាដែលមានស្រាប់នៅពេលអ្នកចុះឈ្មោះ បានរហូតដល់ 12 ខែ ប្រសិនបើបានបំពេញតាមលក្ខខណ្ឌទាំងអស់ខាងក្រោម៖

- អ្នក អ្នកតំណាងរបស់អ្នក ឬអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក ស្នើសុំឱ្យយើងអនុញ្ញាតឱ្យអ្នកបន្តប្រើប្រាស់អ្នកផ្តល់សេវាបច្ចុប្បន្នរបស់អ្នក។
- យើងបញ្ជាក់ថា អ្នកមានទំនាក់ទំនងថែទាំសុខភាពដែលមានស្រាប់ជាមួយអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំបឋម ឬអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំឯកទេស ដោយមានករណីលើកលែងមួយចំនួន។ នៅពេលយើងនិយាយថា “ទំនាក់ទំនងដែលមានស្រាប់” វាមានន័យថា អ្នកបានទៅជួបអ្នកផ្តល់សេវាក្រៅបណ្តាញយ៉ាងហោចណាស់ម្តងដង សម្រាប់ការទៅជួបដែលមិនមែនជាករណីសង្គ្រោះបន្ទាន់ ក្នុងអំឡុងពេល 12 ខែ មុនកាលបរិច្ឆេទដែលអ្នកបានចុះឈ្មោះដំបូងក្នុងគម្រោងរបស់យើង។
    - យើងកំណត់ថា តើមានទំនាក់ទំនងដែលមានស្រាប់ឬអត់ ដោយពិនិត្យមើលព័ត៌មានសុខភាពរបស់អ្នកដែលមាន ឬព័ត៌មានដែលអ្នកផ្តល់ឱ្យយើង។
    - យើងមានរយៈពេល 30 ថ្ងៃ ដើម្បីឆ្លើយតបទៅនឹងសំណើរបស់អ្នក។ អ្នកអាចស្នើសុំឱ្យយើងធ្វើការសម្រេចចិត្តឱ្យបានលឿនជាងនេះ ហើយយើងត្រូវតែឆ្លើយតបក្នុងរយៈពេល 15 ថ្ងៃ។ អ្នកអាចធ្វើសំណើនេះ ដោយទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-452-4413 (TTY: 711)។ ប្រសិនបើអ្នកប្រឈមនឹងហានិភ័យនៃការរងគ្រោះ យើងត្រូវតែឆ្លើយតបក្នុងរយៈពេលបីថ្ងៃ។
    - អ្នក ឬអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក ត្រូវតែបង្ហាញឯកសារបញ្ជាក់អំពីទំនាក់ទំនងដែលមានស្រាប់ និងយល់ព្រមចំពោះលក្ខខណ្ឌមួយចំនួន នៅពេលអ្នកធ្វើសំណើ។

ចំណាំ៖ អ្នកអាចធ្វើសំណើនេះ សម្រាប់អ្នកផ្តល់បរិក្ខារវេជ្ជសាស្ត្រជាប់បានយូរ (DME) យ៉ាងតិចរយៈពេល 90 ថ្ងៃ រហូតដល់យើងអនុញ្ញាតការជួល DME ថ្មី និងឱ្យអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញរបស់យើងផ្តល់បរិក្ខារជួលនោះជូនអ្នក។ ទោះបីជាអ្នកមិនអាចធ្វើសំណើនេះ សម្រាប់អ្នកផ្តល់សេវាដឹកជញ្ជូន ឬអ្នកផ្តល់សេវាបន្ថែមផ្សេងទៀតក៏ដោយ អ្នកអាចធ្វើសំណើសម្រាប់សេវាដឹកជញ្ជូន ឬសេវាបន្ថែមផ្សេងទៀតដែលមិនមានរួមបញ្ចូលក្នុងគម្រោងរបស់យើង។

បន្ទាប់ពីរយៈពេលនៃការបន្តទទួលការថែទាំបញ្ចប់ អ្នកនឹងត្រូវប្រើវេជ្ជបណ្ឌិត និងអ្នកផ្តល់សេវាផ្សេងទៀតដែលស្ថិតក្នុងបណ្តាញរបស់គម្រោង Blue Shield Medicare + គម្រោង Medi-Cal Plan និងមានទំនាក់ទំនងជាមួយក្រុមវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំបឋមរបស់អ្នក លើកលែងតែយើងធ្វើកិច្ចព្រមព្រៀងជាមួយវេជ្ជបណ្ឌិតក្រៅបណ្តាញរបស់អ្នក។ អ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ គឺជាអ្នកផ្តល់សេវាដែលធ្វើការជាមួយគម្រោងសុខភាព។ ក្រុមវេជ្ជសាស្ត្រ ឬសមាគមគ្រូពេទ្យឯករាជ្យ (Independent Physician Association, IPA) គឺជាអង្គការដែលបានបង្កើតឡើងស្របតាមច្បាប់រដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា ហើយធ្វើកិច្ចសន្យាជាមួយគម្រោងសុខភាព ដើម្បីផ្តល់ ឬរៀបចំការផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពដល់អ្នកដែលបានចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងសុខភាព។ ក្រុមវេជ្ជសាស្ត្រ ឬ IPA គឺជាសមាគមមួយដែលមានគ្រូពេទ្យថែទាំជាបឋម និងគ្រូពេទ្យឯកទេស ដែលបានបង្កើតឡើង ដើម្បីផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពដែលមានការសម្របសម្រួលជូនអ្នក។ សូមមើល **ជំពូកទី 3** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក* នេះ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីការទទួលបានការថែទាំ។

G. ក្រុមការងារថែទាំសុខភាព និងគម្រោងថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក

G1. ក្រុមការងារថែទាំសុខភាព

ក្រុមការងារថែទាំសុខភាពអាចជួយអ្នកឱ្យបន្តទទួលបានការថែទាំដែលអ្នកត្រូវការ។ ក្រុមការងារថែទាំសុខភាពអាចរួមមានវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក អ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំ គ្រូពេទ្យឯកទេសរបស់អ្នក ឬបុគ្គលិកជំនាញផ្នែកសុខភាពផ្សេងទៀតដែលអ្នកជ្រើសរើស។

អ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំ គឺជាបុគ្គលដែលបានទទួលការបណ្តុះបណ្តាល ដើម្បីជួយអ្នកគ្រប់គ្រងការថែទាំដែលអ្នកត្រូវការ។ អ្នកនឹងទទួលបានអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំម្នាក់ នៅពេលអ្នកចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងរបស់យើង។ បុគ្គលនេះក៏នឹងបញ្ជូនអ្នកទៅកាន់ធនធានសហគមន៍ផ្សេងទៀត ដែលគម្រោងរបស់យើងអាចមិនផ្តល់ជូន ហើយនឹងធ្វើការជាមួយក្រុមការងារថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក ដើម្បីជួយសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នក។ សូមទូរសព្ទមកយើងតាមរយៈលេខដែលមាននៅខាងក្រោមទំព័រសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំ និងក្រុមការងារថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក។

G2. គម្រោងថែទាំសុខភាព

ក្រុមការងារថែទាំសុខភាពរបស់អ្នកធ្វើការជាមួយអ្នក ដើម្បីរៀបចំផែនការថែទាំ។ ផែនការថែទាំប្រាប់អ្នក និងវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកអំពីសេវាដែលអ្នកត្រូវការ និងរបៀបទទួលបានសេវាទាំងនោះ។ ផែនការនេះរួមបញ្ចូលសេវាវេជ្ជសាស្ត្រ សេវាសុខភាពផ្លូវចិត្ត និងអាកប្បកិរិយា សេវា LTSS ឬសេវាផ្សេងទៀតរបស់អ្នក។

ផែនការថែទាំរបស់អ្នក រួមមាន៖

- គោលដៅថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក **និង**
- កាលវិភាគសម្រាប់ទទួលបានសេវាដែលអ្នកត្រូវការ។

ក្រុមការងារថែទាំសុខភាពរបស់អ្នកនឹងជួបជាមួយអ្នក បន្ទាប់ពីអ្នកបានបំពេញការវាយតម្លៃ HRA រួច។ ពួកគេនឹងសួរអ្នកអំពីសេវាដែលអ្នកត្រូវការ។ ពួកគេក៏នឹងប្រាប់អ្នកអំពីសេវាផ្សេងទៀត ដែលអ្នកអាចពិចារណាទទួលផងដែរ។ គម្រោងថែទាំរបស់អ្នកបានរៀបចំឡើងដោយផ្អែកលើតម្រូវការ និងគោលដៅរបស់អ្នក។ ក្រុមការងារថែទាំសុខភាពរបស់អ្នកនឹងធ្វើការជាមួយអ្នក ដើម្បីធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពផែនការថែទាំរបស់អ្នកយ៉ាងហោចណាស់ម្តងរៀងរាល់ឆ្នាំ។

H. សេចក្តីសង្ខេបស្តីពីថ្លៃចំណាយសំខាន់ៗ

ការចំណាយដែលអ្នកត្រូវបង់អាចរួមមាន៖

- ចំនួនទឹកប្រាក់នៃគម្រោងបង់ប្រាក់ថ្លៃឱសថមានវេជ្ជបញ្ជារបស់ Medicare (**ផ្នែក H1**)

ក្នុងស្ថានភាពខ្លះ ថ្លៃបង់ធានារ៉ាប់រងរបស់គម្រោងរបស់អ្នកអាចតិចជាងមុន។

H1. ចំនួនទឹកប្រាក់នៃគម្រោងបង់ប្រាក់ថ្លៃឱសថមានវេជ្ជបញ្ជារបស់ Medicare

ប្រសិនបើអ្នកកំពុងចូលរួមក្នុងគម្រោងបង់ប្រាក់ថ្លៃឱសថមានវេជ្ជបញ្ជារបស់ Medicare អ្នកនឹងទទួលបានវិក្កយបត្រពីគម្រោងរបស់យើងសម្រាប់ថ្លៃឱសថរបស់អ្នក (ជំនួសឱ្យការបង់ប្រាក់ទៅឱ្យឱសថស្ថាន)។ វិក្កយបត្រប្រចាំខែរបស់អ្នកត្រូវបានគណនាដោយផ្អែកលើចំនួនទឹកប្រាក់ដែលអ្នកត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាណាមួយដែលអ្នកទទួលបាន បូកនឹងសមតុល្យដែលនៅសល់ពីខែមុន រួចចែកនឹងចំនួនខែដែលនៅសល់ក្នុងឆ្នាំនោះ។

ជំពូកទី 2 ផ្តល់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីគម្រោងបង់ប្រាក់ថ្លៃឱសថមានវេជ្ជបញ្ជារបស់ Medicare។ ប្រសិនបើអ្នកមិនយល់ស្របនឹងចំនួនទឹកប្រាក់ដែលបានចេញវិក្កយបត្រជាផ្នែកមួយនៃជម្រើសបង់ប្រាក់នេះទេ អ្នកអាចអនុវត្តតាមជំហាននៅក្នុង**ជំពូកទី 9** ដើម្បីដាក់ពាក្យបណ្តឹង ឬបណ្តឹងតវ៉ា។

I. *សៀវភៅណែនាំសមាជិក* នេះ

សៀវភៅណែនាំសមាជិក នេះ គឺជាផ្នែកមួយនៃកិច្ចសន្យារបស់យើងជាមួយអ្នក។ នេះមានន័យថា យើងត្រូវតែអនុវត្តតាមវិធានទាំងអស់ដែលមានចែងក្នុងឯកសារនេះ។ ប្រសិនបើអ្នកគិតថា យើងបានធ្វើអ្វីមួយដែលផ្ទុយនឹងវិធានទាំងនេះ អ្នកអាចមានសិទ្ធិប្តឹងតវ៉ាចំពោះសេចក្តីសម្រេចរបស់យើង។ សម្រាប់ព័ត៌មានអំពីបណ្តឹងតវ៉ា សូមមើល**ជំពូកទី 9** នៃ*សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះ ឬទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)។

អ្នកអាចស្នើសុំ*សៀវភៅណែនាំសមាជិក*បាន ដោយទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជន តាមរយៈលេខដែលមាននៅផ្នែកខាងក្រោមនៃទំព័រ។ អ្នកក៏អាចមើល*សៀវភៅណែនាំសមាជិក* ដែលមាននៅលើគេហទំព័ររបស់យើង តាមអាសយដ្ឋានគេហទំព័រដែលមាននៅផ្នែកខាងក្រោមនៃទំព័រផងដែរ។

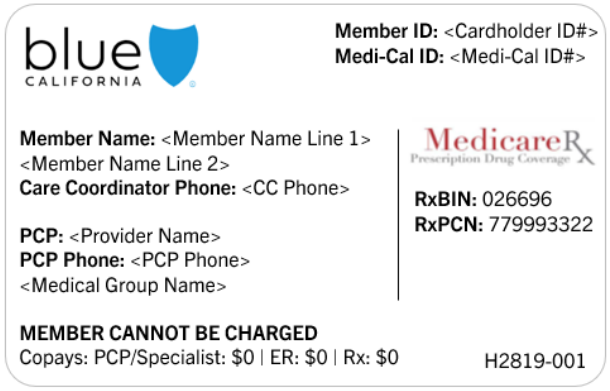
កិច្ចសន្យានេះ មានសុពលភាពសម្រាប់ខែដែលអ្នកបានចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងរបស់យើង ចន្លោះពីថ្ងៃទី 1 ខែមករា ឆ្នាំ 2027 ដល់ថ្ងៃទី 31 ខែធ្នូ ឆ្នាំ 2027។

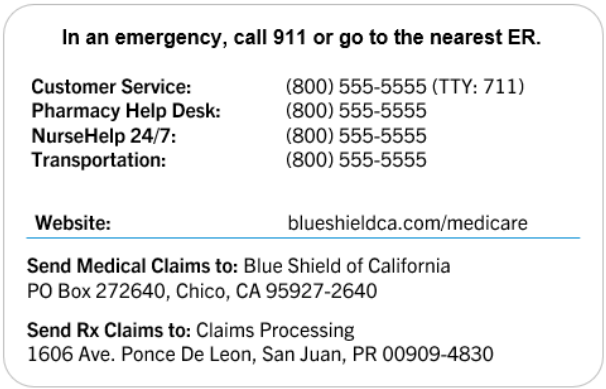
J. ព័ត៌មានសំខាន់ផ្សេងទៀត ដែលអ្នកទទួលបានពីយើង

ព័ត៌មានសំខាន់ផ្សេងទៀត ដែលយើងផ្តល់ជូនអ្នក រួមមានបណ្ណសម្គាល់សមាជិករបស់អ្នក ព័ត៌មានអំពីរបៀបចូលមើល*បញ្ជីឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថាន និងបញ្ជីឱសថដែលបានធានារ៉ាប់រង* ដែលគេស្គាល់ផងដែរថា ជា*បញ្ជីឱសថ* ឬ*បញ្ជីឱសថផ្លូវការ*។

J1. បណ្ណសម្គាល់សមាជិករបស់អ្នក

ក្រោមគម្រោងរបស់យើង អ្នកមានបណ្ណតែមួយសម្រាប់ប្រើប្រាស់សេវា Medicare និង Medi-Cal របស់អ្នក រួមទាំងសេវា និងការគាំទ្ររយៈពេលវែង (LTSS) លើសេវាថែទាំសុខភាពផ្លូវចិត្ត និងអាកប្បកិរិយាមួយចំនួន និងឱសថមានវេជ្ជបញ្ជា។ អ្នកត្រូវបង្ហាញបណ្ណនេះ នៅពេលអ្នកទទួលសេវាណាមួយ ឬទទួលឱសថមានវេជ្ជបញ្ជា។ ខាងក្រោមនេះ គឺជាបណ្ណសម្គាល់សមាជិកគំរូ៖





ប្រសិនបើបណ្ណសម្គាល់សមាជិករបស់អ្នកខូច បាត់បង់ ឬមានគេលួច សូមទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជនតាមរយៈលេខដែលមាននៅផ្នែកខាងក្រោមនៃទំព័រភ្លាមៗ។ យើងនឹងផ្ញើបណ្ណថ្មីជូនអ្នក។

ដរាបណាអ្នកនៅតែជាសមាជិកនៃគម្រោងរបស់យើង អ្នកមិនចាំបាច់ប្រើបណ្ណ Medicare ពណ៌ក្រហម ស និងខៀវ ឬបណ្ណ Medi-Cal របស់អ្នក ដើម្បីទទួលបានសេវាភាគច្រើននោះទេ។ សូមរក្សាទុកបណ្ណទាំងនោះនៅកន្លែងដែលមានសុវត្ថិភាព ក្នុងករណីដែលអ្នកត្រូវការប្រើវានៅពេលក្រោយ។ ប្រសិនបើអ្នកបង្ហាញបណ្ណ Medicare របស់អ្នកជំនួសឱ្យបណ្ណសម្គាល់សមាជិករបស់អ្នក អ្នកផ្តល់សេវាអាចចេញវិក្កយបត្រទៅកម្មវិធី Medicare ជំនួសឱ្យគម្រោងរបស់យើង ហើយអ្នកអាចទទួលបានវិក្កយបត្រនោះ។ អ្នកអាចត្រូវបានស្នើសុំឱ្យបង្ហាញប័ណ្ណ Medicare របស់អ្នក ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការសេវាមន្ទីរពេទ្យ សេវាថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយ ឬចូលរួមក្នុងការសិក្សាស្រាវជ្រាវផ្នែកគ្លីនិក ដែលទទួលបានការយល់ព្រម ពីកម្មវិធី Medicare (ហៅផងដែរថា ការសាកល្បងព្យាបាល)។ សូមមើល **ជំពូកទី 7** នៃ*សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះ ដើម្បីស្វែងយល់ថា តើអ្នកត្រូវធ្វើអ្វីខ្លះ ប្រសិនបើអ្នកទទួលបានវិក្កយបត្រពីអ្នកផ្តល់សេវា។

សូមចងចាំថា អ្នកត្រូវការបណ្ណ Medi-Cal របស់អ្នក ឬបណ្ណ សម្គាល់អត្ថប្រយោជន៍ (BIC) ដើម្បីទទួលបានសេវាខាងក្រោម៖

- ឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាដែលទទួលបានការធានារ៉ាប់រងតាមរយៈ Medi-Cal Rx តែប៉ុណ្ណោះ។
- សេវាសុខភាពមាត់ធ្មេញទទួលបានការធានារ៉ាប់រងតាមរយៈកម្មវិធី Medi-Cal Dental តែប៉ុណ្ណោះ។

- សេវាថែទាំតាមគេហដ្ឋាន (IHSS)
- កម្មវិធីសេវាចម្រុះសម្រាប់មនុស្សចាស់ (MSSP)
- សេវាសុខភាពឥរិយាបថរបស់ខោនធី

J2. *បញ្ជីឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថាន*

បញ្ជីឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថាន រាយបញ្ជីអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថានដែលស្ថិតក្នុងបណ្តាញរបស់គម្រោងយើង ។ ក្នុងអំឡុងពេលដែលអ្នកជាសមាជិកនៃគម្រោងរបស់យើង អ្នកត្រូវប្រើអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ ដើម្បីទទួលបានសេវាដែលមានធានារ៉ាប់រង។

អ្នកអាចស្នើសុំ *បញ្ជីឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថាន* (ជាទម្រង់អេឡិចត្រូនិក ឬជាឯកសារបោះពុម្ព) ដោយទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជន តាមរយៈលេខទូរសព្ទដែលមាននៅផ្នែកខាងក្រោមនៃទំព័រ។ សំណើសុំបញ្ជីឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថានជាឯកសារបោះពុម្ព នឹងត្រូវផ្ញើជូនអ្នកតាមប្រៃសណីយ៍ក្នុងរយៈពេលបីថ្ងៃនៃថ្ងៃធ្វើការ។

អ្នកក៏អាចមើល *បញ្ជីឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថាន* តាមអាសយដ្ឋានគេហទំព័រដែលមាននៅផ្នែកខាងក្រោមនៃទំព័រផងដែរ។

*បញ្ជីឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថាន*រាយបញ្ជីបុគ្គលិកជំនាញផ្នែកសុខភាព (ដូចជាគ្រូពេទ្យ គិលានុបដ្ឋាកប្រកបវិជ្ជាជីវៈ និងអ្នកចិត្តសាស្ត្រ) មូលដ្ឋានផ្តល់សេវា (ដូចជា មន្ទីរពេទ្យ ឬគ្លីនិក) និងអ្នកផ្តល់សេវាគាំទ្រ (ដូចជា អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពពេលថ្ងៃសម្រាប់មនុស្សពេញវ័យ និងអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពតាមផ្ទះ) ដែលអ្នកអាចទៅទទួលសេវាបាន ក្នុងនាមជាសមាជិកនៃគម្រោង Blue Shield Medicare + គម្រោង Medi-Cal Plan។ បញ្ជីនេះ ក៏រាយឈ្មោះឱសថស្ថានដែលអ្នកអាចប្រើប្រាស់ ដើម្បីទទួលបានឱសថមានវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកផងដែរ។ បញ្ជីនេះ
ក៏ផ្តល់ព័ត៌មានមួយចំនួនអំពីចំណុចខាងក្រោមផងដែរ៖

- នៅពេលដែលតម្រូវឱ្យមានលិខិតបញ្ជូនបន្ត ដើម្បីទៅជួបអ្នកផ្តល់សេវាផ្សេងទៀត គ្រូពេទ្យឯកទេស ឬទៅកាន់មូលដ្ឋានផ្តល់សេវា និង
- របៀបជ្រើសរើសវេជ្ជបណ្ឌិត និង
- របៀបផ្លាស់ប្តូរវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក និង
- របៀបស្វែងរកវេជ្ជបណ្ឌិត គ្រូពេទ្យឯកទេស ឱសថស្ថាន ឬមណ្ឌលផ្តល់សេវានៅក្នុងតំបន់របស់អ្នក និង/ឬក្រុមវេជ្ជសាស្ត្រ/IPA របស់អ្នក និង
- របៀបទទួលបានសេវា និងការគាំទ្ររយៈពេលវែង (LTSS) សេវាថែទាំតាមគេហឋាន (IHSS) ឬកម្មវិធីសេវាចម្រុះសម្រាប់មនុស្សចាស់ (MSSP) និង
- ព័ត៌មានអំពីរបៀបទទួលបានសេវាឱសថដឹកជញ្ជូនដល់ផ្ទះ សេវាឱសថសម្រាប់ការបញ្ចូលថ្នាំនៅផ្ទះ ឬសេវាឱសថស្ថានសម្រាប់ការថែទាំរយៈពេលវែង។

និយមន័យនៃអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ

- អ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញរបស់យើង រួមមាន៖
  - ក្រុមវេជ្ជបណ្ឌិត គិលានុបដ្ឋាក និងបុគ្គលិកជំនាញផ្នែកសុខភាពផ្សេងទៀត ដែលអ្នកអាចប្រើប្រាស់សេវាបាន ក្នុងនាមជាសមាជិកនៃគម្រោងរបស់យើង។
  - គ្លីនិក មន្ទីរពេទ្យ មណ្ឌលថែទាំសុខភាព និងទីកន្លែងផ្សេងទៀតដែលផ្តល់សេវាសុខភាពក្នុងគម្រោងរបស់យើង; **និង**
  - សេវា និងការគាំទ្ររយៈពេលវែង (Long-Term Services and Supports, LTSS) សេវាសុខភាព ឥរិយាបថ ភ្នាក់ងារផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពតាមផ្ទះ អ្នកផ្គត់ផ្គង់បរិក្ខារវេជ្ជសាស្ត្រជាប់បានយូរ (DME) និងអ្នកផ្តល់ផ្សេងទៀតដែលផ្តល់ទំនិញ និងសេវាដែលអ្នកទទួលបានតាមរយៈ Medicare ឬ Medi-Cal។

អ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញយល់ព្រមទទួលយកការទូទាត់ពីគម្រោងរបស់យើងសម្រាប់សេវាដែលបានធានារ៉ាប់រង ជាការទូទាត់ពេញលេញ។

និយមន័យនៃឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញ

- ឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញ គឺជាឱសថស្ថានដែលយល់ព្រមផ្តល់ថ្នាំតាមវេជ្ជបញ្ជាជូនសមាជិកនៃគម្រោងរបស់យើង។ សូមប្រើ *បញ្ជីឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថាន* ដើម្បីស្វែងរកឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញដែលអ្នកចង់ប្រើប្រាស់។
- លើកលែងតែក្នុងករណីបន្ទាន់ អ្នកត្រូវតែទទួលថ្នាំតាមវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកពីឱសថស្ថានមួយក្នុងចំណោមឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញរបស់យើង ប្រសិនបើអ្នកចង់ឱ្យគម្រោងរបស់យើងជួយបង់ថ្លៃថ្នាំទាំងនោះ។

សូមទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជន តាមរយៈលេខទូរសព្ទដែលមាននៅផ្នែកខាងក្រោមនៃទំព័រ ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែម។ ទាំងផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជន និងគេហទំព័ររបស់យើង អាចផ្តល់ជូនព័ត៌មានដែលបានធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពថ្មីបំផុតអំពីការផ្លាស់ប្តូរនានាចំពោះឱសថស្ថាន និងអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញរបស់យើងដល់អ្នក។

J3. *បញ្ជីឱសថដែលមានការធានារ៉ាប់រង*

គម្រោងរបស់យើងមាន *បញ្ជីឱសថដែលមានការធានារ៉ាប់រង*។ យើងហៅបញ្ជីនេះថា បញ្ជីឱសថេះដោយខ្លីថា *បញ្ជីឱសថ*។ បញ្ជីនេះប្រាប់អ្នកថា ឱសថណាខ្លះដែលគម្រោងរបស់យើងធានារ៉ាប់រង។ ឱសថដែលមាននៅក្នុងបញ្ជីនេះ ត្រូវបានជ្រើសរើសដោយគម្រោងរបស់យើង ដោយមានជំនួយពីវេជ្ជបណ្ឌិត និងឱសថករ។ *បញ្ជីឱសថ* ត្រូវតែបំពេញតាមតម្រូវការរបស់ Medicare។ ឱសថដែលមានតម្លៃដែលបានចរចាក្រោមកម្មវិធីចរចាតម្លៃឱសថរបស់ Medicare នឹងត្រូវបញ្ចូលក្នុងបញ្ជីឱសថរបស់អ្នក លុះត្រាតែឱសថទាំងនោះបានដកចេញ និងជំនួស ដូចដែលបានពណ៌នានៅក្នុង**ជំពូក 5 ផ្នែក E**។ Medicare បានអនុម័ត*បញ្ជីឱសថ*របស់គម្រោង Blue Shield Medicare + គម្រោង Medi-Cal Plan។

បញ្ជីឱសថ ក៏ប្រាប់អ្នកផងដែរ ប្រសិនបើមានក្បួនច្បាប់ ឬការដាក់កំហិតទៅលើឱសថណាមួយ ដូចជាការកំណត់នៃចំនួនដែលអ្នកអាចទទួល។ សូមមើល**ជំពូកទី 5** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។

រៀងរាល់ឆ្នាំ យើងផ្ញើព័ត៌មានជូនអ្នកអំពីរបៀបចូលមើល *បញ្ជីឱសថ* ប៉ុន្តែអាចមានការផ្លាស់ប្តូរមួយចំនួនក្នុងអំឡុងឆ្នាំ។ ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានថ្មីៗបំផុតអំពីឱសថណាខ្លះដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រង សូមហៅទូរសព្ទទៅកាន់ផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជន ឬចូលទៅកាន់គេហទំព័ររបស់យើង តាមរយៈអាសយដ្ឋាននៅផ្នែកខាងក្រោមនៃទំព័រនេះ។

J4. *ការពន្យល់ពីអត្ថប្រយោជន៍*

នៅពេលអ្នកប្រើប្រាស់អត្ថប្រយោជន៍ឱសថ Medicare ផ្នែក D របស់អ្នក យើងនឹងផ្ញើសេចក្តីសង្ខេបមួយជូនអ្នក ដើម្បីជួយឱ្យអ្នកយល់ និងតាមដានការបង់ប្រាក់សម្រាប់ឱសថ Medicare ផ្នែក D របស់អ្នក។ សេចក្តីសង្ខេបនេះ ហៅថា *ការពន្យល់អំពីអត្ថប្រយោជន៍* (EOB)។

ការពន្យល់អំពីអត្ថប្រយោជន (Explanation of Benefits, EOB) ប្រាប់អ្នកអំពីចំនួនទឹកប្រាក់សរុបដែលអ្នក ឬអ្នកដទៃដែលបង់ប្រាក់ជំនួសអ្នកបានចំណាយលើឱសថ Medicare ផ្នែក D របស់អ្នក និងចំនួនទឹកប្រាក់សរុបដែលយើងបានបង់សម្រាប់ឱសថ Medicare ផ្នែក D នីមួយៗរបស់អ្នកក្នុងអំឡុងខែនោះ។ EOB នេះ មិនមែនជាវិក្កយបត្រទេ។ EOB មានព័ត៌មានបន្ថែមអំពីឱសថដែលអ្នកប្រើប្រាស់។ **ជំពូកទី 6** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក* នេះ ផ្តល់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពី EOB និងអំពីរបៀបដែលវាជួយអ្នកតាមដានការធានារ៉ាប់រងឱសថរបស់អ្នក។

អ្នកក៏អាចស្នើសុំ EOB បានផងដែរ។ ដើម្បីទទួលបានច្បាប់ចម្លង សូមទាក់ទងផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជនតាមរយៈលេខនៅផ្នែកខាងក្រោមនៃទំព័រ។

K. ការរក្សាកំណត់ត្រាសមាជិកភាពរបស់អ្នកឱ្យមានព័ត៌មានបច្ចុប្បន្ន

អ្នកអាចរក្សាកំណត់ត្រាសមាជិកភាពរបស់អ្នកឱ្យមានព័ត៌មានបច្ចុប្បន្ន ដោយជូនដំណឹងមកប្រាប់ពួកយើង នៅពេលព័ត៌មានរបស់អ្នកមានការផ្លាស់ប្តូរ។

យើងត្រូវការព័ត៌មាននេះ ដើម្បីធានាថា យើងមានព័ត៌មានត្រឹមត្រូវរបស់អ្នកនៅក្នុងកំណត់ត្រារបស់យើង។ វេជ្ជបណ្ឌិត មន្ទីរពេទ្យ ឱសថករ និងអ្នកផ្តល់សេវាផ្សេងទៀតនៅក្នុងបណ្តាញរបស់គម្រោងយើង ប្រើកំណត់ត្រាសមាជិកភាពរបស់អ្នក ដើម្បីដឹងថា សេវា និងឱសថណាខ្លះត្រូវបានធានារ៉ាប់រង និងចំនួនទឹកប្រាក់ចែករំលែកថ្លៃចំណាយរបស់អ្នកមានប៉ុន្មាន។ ដោយសារហេតុនេះ វាមានសារៈសំខាន់ខ្លាំងណាស់ដែលអ្នកជួយយើងរក្សាព័ត៌មានរបស់អ្នកឱ្យមានបច្ចុប្បន្នភាព។

អ្នកត្រូវតែប្រាប់យើងឲ្យបានលឿនបំផុត នៅពេលមានការផ្លាស់ប្តូរដូចខាងក្រោម៖

- ការផ្លាស់ប្តូរឈ្មោះ អាសយដ្ឋាន ឬលេខទូរសព្ទរបស់អ្នក។
- ការផ្លាស់ប្តូរចំពោះការធានារ៉ាប់រងសុខភាពផ្សេងទៀតណាមួយ ដូចជាការធានារ៉ាប់រងពីនិយោជករបស់អ្នកនិយោជករបស់ប្តី/ប្រពន្ធរបស់អ្នក ឬនិយោជករបស់ដៃគូរស់នៅរួមគ្នារបស់អ្នក ឬការធានារ៉ាប់រងសំណងសម្រាប់កម្មករនិយោជិត។
- ការទាមទារសំណងផ្នែកទំនួលខុសត្រូវណាមួយ ដូចជាការទាមទារសំណងដែលកើតឡើងពីគ្រោះថ្នាក់រថយន្ត។
- ការចូលសម្រាកនៅមណ្ឌលថែទាំសុខភាព ឬមន្ទីរពេទ្យ។
- ការទទួលការព្យាបាលពីមន្ទីរពេទ្យ ឬបន្ទប់សង្គ្រោះបន្ទាន់។

- ការផ្លាស់ប្តូរអ្នកថែទាំរបស់អ្នក (ឬនរណាម្នាក់ដែលទទួលខុសត្រូវចំពោះអ្នក) **និង**
- ប្រសិនបើអ្នកចូលរួមក្នុងការសិក្សាស្រាវជ្រាវផ្នែកព្យាបាល។ (**ចំណាំ៖** អ្នកមិនបានតម្រូវឱ្យជូនដំណឹងមកពួកយើងអំពីការសិក្សាស្រាវជ្រាវផ្នែកព្យាបាលដែលអ្នកមានបំណងចូលរួមនោះទេ ប៉ុន្តែយើងលើកទឹកចិត្តឱ្យអ្នកជូនដំណឹងមកពួកយើង។)

ប្រសិនបើព័ត៌មានណាមួយមានការផ្លាស់ប្តូរ សូមទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជន តាមរយៈលេខទូរសព្ទដែលមាននៅផ្នែកខាងក្រោមនៃទំព័រ។

K1. ឯកជនភាពនៃព័ត៌មានសុខភាពដែលមានការការពារ (PHI)

ព័ត៌មាននៅក្នុងកំណត់ត្រាសមាជិកភាពរបស់អ្នកអាចរួមបញ្ចូលព័ត៌មានសុខភាពដែលមានការការពារ (PHI)។ ច្បាប់សហព័ន្ធ និងច្បាប់រដ្ឋតម្រូវឱ្យយើងរក្សាព័ត៌មាន PHI របស់អ្នកជាការសម្ងាត់។ យើងការពារព័ត៌មាន PHI របស់អ្នក។ សម្រាប់ព័ត៌មានលម្អិតបន្ថែមអំពីវិធីដែលយើងការពារព័ត៌មាន PHI របស់អ្នក សូមមើល**ជំពូកទី 8** នៃ*សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះ។

ជំពូកទី 2៖ លេខទូរសព្ទ និងធនធានសំខាន់ៗ

សេចក្តីផ្តើម

ជំពូកនេះផ្តល់ព័ត៌មានទំនាក់ទំនងសម្រាប់ប្រភពព័ត៌មានសំខាន់ៗ ដែលអាចជួយឆ្លើយសំណួររបស់អ្នកអំពីគម្រោងរបស់យើង និងអត្ថប្រយោជន៍ថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក។ អ្នកក៏អាចប្រើជំពូកនេះ ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានអំពីរបៀបទាក់ទងអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នក និងអ្នកដទៃទៀតដែលអាចតស៊ូមតិជំនួសអ្នកបាន។ ពាក្យគន្លឹះ និងនិយមន័យរបស់ពាក្យទាំងនោះ មានបង្ហាញតាមលំដាប់អក្ខរក្រមនៅក្នុងជំពូកចុងក្រោយនៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក* នេះ។

តារាងមាតិកា

A. សេវាបម្រើអតិថិជន 27

B. អ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក 30

C. កម្មវិធីប្រឹក្សា និងតស៊ូមតិអំពីការធានារ៉ាប់រងសុខភាព (HICAP) 32

D. ខ្សែទូរសព្ទសម្រាប់ទទួលការប្រឹក្សាពីគិលានុបដ្ឋាក 33

E. បណ្តាញទូរសព្ទសម្រាប់វិបត្តិសុខភាពអាកប្បកិរិយា 34

F. អង្គការកែលម្អគុណភាព (QIO) 35

G. Medicare 36

H. Medi-Cal 38

I. ការិយាល័យប្រជាពលរដ្ឋទទួលបន្ទុកសុខភាពផ្លូវចិត្ត និងការថែទាំសុខភាពក្រោមការគ្រប់គ្រងរបស់ Medi-Cal 39

J. សេវាសង្គមកិច្ចប្រចាំខោនធី 40

K. ទីភ្នាក់ងារសេវាសុខភាពផ្លូវចិត្ត និងឥរិយាបថប្រចាំខោនធី 42

L. នាយកដ្ឋានគ្រប់គ្រងការថែទាំសុខភាពរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា 43

M. សម័ន្ធអ្នកប្រើប្រាស់សេវាសុខាភិបាល (HCA) 44

N. កម្មវិធីដើម្បីជួយប្រជាជនបង់ថ្លៃឱសថ 44

N1. ជំនួយបន្ថែម (Extra Help) ពី Medicare 44

N2. កម្មវិធីជំនួយឱសថសម្រាប់ជំងឺអេដស៍ (ADAP) 45

N3. គម្រោងបង់ប្រាក់ថ្លៃឱសថមានវេជ្ជបញ្ជារបស់ Medicare 45

O. របបសន្តិសុខសង្គម 46

P. ក្រុមប្រឹក្សាភិបាលចូលនិវត្តន៍កម្មករផ្លូវដែក (RRB) 47
Q. កម្មវិធីអំបាដ្សម៉ានសម្រាប់ Medicare និង Medi-Cal 48
R. Medi-Cal Dental 49

A. សេវាបម្រើអតិថិជន

ប្រភេទទំនាក់ទំនង

ហៅទូរសព្ទ	1-800-452-4413។ ការហៅទូរសព្ទនេះ គឺឥតគិតថ្លៃទេ។ ចាប់ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ 8:00 យប់ ម៉ោងនៅតំបន់ប៉ាស៊ីហ្វិក (PT) ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ យើងផ្តល់សេវាបកប្រែភាសាដោយឥតគិតថ្លៃសម្រាប់អ្នកដែលមិនចេះនិយាយភាសាអង់គ្លេស។
TTY	711. ការហៅទូរសព្ទនេះ គឺឥតគិតថ្លៃទេ។ លេខនេះ គឺសម្រាប់អ្នកដែលមានបញ្ហាក្នុងការស្តាប់ ឬការនិយាយ។ អ្នកត្រូវមានឧបករណ៍ទូរសព្ទពិសេស ដើម្បីហៅទៅកាន់លេខនេះ។ ចាប់ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ 8:00 យប់ ម៉ោងនៅតំបន់ប៉ាស៊ីហ្វិក (PT) ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។
សរសេរលិខិត	Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan P.O. Box 927 Woodland Hills, CA 91365-9856
គេហទំព័រ	blueshieldca.com/medicare

ទាក់ទង ផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជន ដើម្បីទទួលបានជំនួយអំពី៖

- សំណួរអំពីគម្រោង
- សំណួរអំពីឯកសារទាមទារសំណង ឬការចេញវិក្កយបត្រ
- សេចក្តីសម្រេចអំពីការធានារ៉ាប់រងសម្រាប់ការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក
    - សេចក្តីសម្រេចអំពីការធានារ៉ាប់រងសម្រាប់ការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក គឺជាសេចក្តីសម្រេចអំពី៖
        - អត្ថប្រយោជន៍ និងសេវាដែលបានធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នក **ឬ**
        - ចំនួនទឹកប្រាក់ដែលយើងបង់សម្រាប់សេវាសុខភាពរបស់អ្នក។
    - សូមទូរសព្ទមកពួកយើង ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរអំពីសេចក្តីសម្រេចពីការធានារ៉ាប់រងសម្រាប់ការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក។
    - ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពីសេចក្តីសម្រេចពីការធានារ៉ាប់រង សូមមើល**ជំពូកទី 9** នៃ*សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះ។

- បណ្តឹងតវ៉ាអំពីការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក
  - បណ្តឹងតវ៉ា គឺជាវិធីផ្លូវការមួយក្នុងការស្នើសុំឱ្យយើងពិនិត្យឡើងវិញលើសេចក្តីសម្រេចដែលយើងបានធ្វើអំពីការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នក និងស្នើសុំឱ្យយើងផ្លាស់ប្តូរសេចក្តីសម្រេចនោះ ប្រសិនបើអ្នកគិតថា យើងបានធ្វើកំហុស ឬអ្នកមិនយល់ស្របនឹងសេចក្តីសម្រេចនោះ។
  - ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពីបណ្តឹងតវ៉ា សូមមើល**ជំពូកទី 9** នៃ*សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះ ឬទាក់ទងផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជន។
- ពាក្យបណ្តឹងអំពីការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក
  - អ្នកអាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងអំពីយើង ឬអ្នកផ្តល់សេវាណាមួយ (រួមទាំងអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ ឬក្រៅបណ្តាញ)។ អ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ គឺជាអ្នកផ្តល់សេវាដែលធ្វើការជាមួយគម្រោងរបស់យើង។ អ្នកក៏អាចដាក់បណ្តឹងមកពួកយើង ឬទៅអង្គការកែលម្អគុណភាព (Quality Improvement Organization, QIO) បានផងដែរអំពីគុណភាពនៃការថែទាំដែលអ្នកបានទទួល (សូមមើល**ផ្នែក F**)។
  - អ្នកអាចហៅទូរសព្ទមកពួកយើង និងពន្យល់អំពីពាក្យបណ្តឹងរបស់អ្នកតាមរយៈលេខ 1-800-452-4413 (TTY: 711)។
  - ប្រសិនបើពាក្យបណ្តឹងរបស់អ្នកពាក់ព័ន្ធនឹងសេចក្តីសម្រេចអំពីការធានារ៉ាប់រងសម្រាប់ការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក អ្នកអាចធ្វើការដាក់ពាក្យបណ្តឹងតវ៉ា (សូមមើលផ្នែកខាងលើ)។
  - អ្នកអាចធ្វើពាក្យបណ្តឹងអំពីគម្រោងរបស់យើងទៅកាន់កម្មវិធី Medicare។ អ្នកអាចប្រើទម្រង់បែបបទតាមអនឡាញនៅលើគេហទំព័រ www.medicare.gov/my/medicare-complaint។ ឬអ្នកអាចហៅទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) ដើម្បីស្នើសុំជំនួយ។
  - អ្នកអាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងអំពីគម្រោងរបស់យើងទៅកាន់កម្មវិធី Medicare Medi-Cal Ombudsperson Program ដោយទូរសព្ទទៅកាន់លេខ 1-855-501-3077។
  - ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពីការដាក់ពាក្យបណ្តឹងទាក់ទងនឹងការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក សូមមើល**ជំពូកទី 9** នៃ*សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះ។
- សេចក្តីសម្រេចអំពីការធានារ៉ាប់រងលើឱសថរបស់អ្នក
  - សេចក្តីសម្រេចអំពីការធានារ៉ាប់រងលើឱសថរបស់អ្នក គឺជាសេចក្តីសម្រេចអំពី៖
    - អត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នក និងឱសថដែលមានការធានារ៉ាប់រង **ឬ**
    - ចំនួនទឹកប្រាក់ដែលយើងបង់សម្រាប់ឱសថរបស់អ្នក។
  - ឱសថដែលមិនមានធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare ដូចជាឱសថគ្មានវេជ្ជបញ្ជា (OTC) និងវីតាមីនមួយចំនួនអាចមានធានារ៉ាប់រងពី Medi-Cal Rx។ សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ Medi-Cal Rx (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov) សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។ អ្នកក៏អាចទូរសព្ទទៅមណ្ឌលសេវាបម្រើអតិថិជន Medi-Cal Rx តាមរយៈលេខ 1-800-977-2273 បានផងដែរ។

- សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងឱសថរបស់អ្នក សូមមើល **ជំពូកទី 9** នៃ*សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះ។

- ពាក្យបណ្តឹងតវ៉ាអំពីឱសថរបស់អ្នក
  - ពាក្យបណ្តឹងតវ៉ា គឺជាវិធីមួយសម្រាប់ស្នើសុំឱ្យយើងផ្លាស់ប្តូរសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង។
  - សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីពាក្យបណ្តឹងតវ៉ាពីឱសថរបស់អ្នក សូមមើល**ជំពូកទី 9** នៃ*សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះ។

- ពាក្យបណ្តឹងអំពីឱសថរបស់អ្នក
  - អ្នកអាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងអំពីពួកយើង ឬឱសថស្ថានណាមួយ។ នេះរួមបញ្ចូលទាំងពាក្យបណ្តឹងអំពីឱសថរបស់អ្នកផងដែរ។
  - ប្រសិនបើពាក្យបណ្តឹងរបស់អ្នកពាក់ព័ន្ធនឹងសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងអំពីឱសថរបស់អ្នក អ្នកអាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងតវ៉ាបាន។ (សូមមើលផ្នែកខាងលើ)។
  - អ្នកអាចផ្ញើពាក្យបណ្តឹងអំពីគម្រោងរបស់យើងទៅកាន់កម្មវិធី Medicare។ អ្នកអាចប្រើទម្រង់បែបបទតាមអនឡាញនៅលើគេហទំព័រ www.medicare.gov/my/medicare-complaint។ ឬអ្នកអាចហៅទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) ដើម្បីស្នើសុំជំនួយ។
  - សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីការដាក់ពាក្យបណ្តឹងអំពីឱសថរបស់អ្នក សូមមើល**ជំពូកទី 9** នៃ*សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះ។

- ការទូទាត់ប្រាក់សម្រាប់សេវាថែទាំសុខភាព ឬឱសថដែលអ្នកបានបង់ប្រាក់រួចហើយ
  - សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីរបៀបស្នើសុំឱ្យយើងខ្ញុំបង់ប្រាក់សងទៅអ្នកវិញ ឬបង់ថ្លៃវិក្កយបត្រដែលអ្នកបានទទួល សូមមើល**ជំពូកទី 7** នៃ*សៀវភៅណែនាំសមាជិក*។
  - ប្រសិនបើអ្នកស្នើសុំឱ្យយើងបង់ថ្លៃវិក្កយបត្រ ហើយយើងបដិសេធផ្នែកណាមួយនៃសំណើរបស់អ្នក អ្នកអាចប្តឹងតវ៉ាចំពោះសេចក្តីសម្រេចរបស់យើងបាន។ សូមមើល**ជំពូកទី 9** នៃ*សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះ។

B. អ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក

អ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំសុខភាព គឺជាបុគ្គលដែលបានទទួលការបណ្តុះបណ្តាលជាពិសេស ដើម្បីជួយអ្នកឱ្យទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ និងសេវានានារបស់ Medicare និង Medi-Cal។ អ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នកនឹងជាសមាជិកម្នាក់នៃក្រុមការងារថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក ហើយគាត់នឹងបម្រើជាអ្នកទំនាក់ទំនងចម្បងសម្រាប់អ្នក។ បន្ទាប់ពីអ្នកចុះឈ្មោះ អ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំសុខភាពនឹងទូរសព្ទទៅអ្នក ដើម្បីបំពេញការវាយតម្លៃហានិភ័យសុខភាព និងផែនការថែទាំដែលរៀបចំសម្រាប់អ្នកជាបុគ្គល។ ឯកសារទាំងនេះ គឺជាឧបករណ៍ដែលអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នកនឹងប្រើ ដើម្បីជួយកំណត់ និងរៀបចំតម្រូវការសេវាថែទាំសុខភាពរបស់អ្នកឱ្យសមស្របតាមតម្រូវការរបស់អ្នក។ អ្នកអាចទាក់ទង ឬស្នើសុំផ្លាស់ប្តូរអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក ដោយទូរសព្ទទៅលេខខាងក្រោម។

ប្រភេទទំនាក់ទំនង

ហៅទូរសព្ទ	1-888-548-5765។ ការហៅទូរសព្ទនេះ គឺឥតគិតថ្លៃទេ។ ចាប់ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 6:00 ល្ងាច ចាប់ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ។ អ្នកអាចទទួលបានឯកសារនេះ ដោយឥតគិតថ្លៃក្នុងទម្រង់ផ្សេងៗ ដូចជា អក្សរធំ អក្សរស្នាប សម្រាប់ជនពិការភ្នែក និង/ឬសំឡេង ដោយទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជន។ យើងផ្តល់សេវាបកប្រែភាសាដោយឥតគិតថ្លៃសម្រាប់អ្នកដែលមិនចេះនិយាយភាសាអង់គ្លេស។
TTY	711. ការហៅទូរសព្ទនេះ គឺឥតគិតថ្លៃទេ។ លេខនេះ គឺសម្រាប់អ្នកដែលមានបញ្ហាក្នុងការស្តាប់ ឬការនិយាយ។ អ្នកត្រូវមានឧបករណ៍ទូរសព្ទពិសេស ដើម្បីហៅទៅកាន់លេខនេះ។ ចាប់ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 6:00 ល្ងាច ចាប់ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ។
សរសេរលិខិត	Blue Shield of California ATTN: DSNP Health Risk Assessment Team 3840 Kilroy Airport Way Long Beach, CA 90806

សូមទាក់ទងអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក ដើម្បីទទួលបានជំនួយអំពី៖

- សំណួរអំពីការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក
- សំណួរអំពីការទទួលបានសេវាសុខភាពឥរិយាបថ (សុខភាពផ្លូវចិត្ត និងជំងឺដោយសារការប្រើប្រាស់សារធាតុញៀន)
- សំណួរអំពីអត្ថប្រយោជន៍សុខភាពមាត់ធ្មេញ
- សំណួរអំពីមធ្យោបាយធ្វើដំណើរទៅកាន់ការណាត់ជួបពិនិត្យព្យាបាល
- សំណួរអំពីសេវា និងការគាំទ្ររយៈពេលវែង (LTSS) រួមទាំងសេវាសម្រាប់មនុស្សពេញវ័យតាមសហគមន៍ (CBAS) និងមណ្ឌលថែទាំសុខភាពដែលមានគិលានុបដ្ឋាក (NF)

អ្នកអាចមានសិទ្ធិទទួលបានសេវាទាំងនេះ៖

- សេវាសម្រាប់មនុស្សពេញវ័យតាមសហគមន៍ (CBAS)
- ការថែទាំដោយគិលានុបដ្ឋាកដែលមានជំនាញ
- ការព្យាបាលដោយចលនា
- ការព្យាបាលដោយសកម្មភាពការងារប្រចាំថ្ងៃ
- ការព្យាបាលដោយការនិយាយ
- សេវាសង្គមកិច្ចផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ
- សេវាថែទាំសុខភាពតាមផ្ទះ
- សេវាថែទាំតាមគេហដ្ឋាន (IHSS) តាមរយៈទីភ្នាក់ងារសេវាសង្គមរបស់ខោនធីរបស់អ្នក។
- ពេលខ្លះ អ្នកអាចទទួលបានជំនួយសម្រាប់តម្រូវការថែទាំសុខភាពប្រចាំថ្ងៃ និងតម្រូវការរស់នៅប្រចាំថ្ងៃរបស់អ្នក ⁷

អាស្រ័យលើខោនធីដែលអ្នករស់នៅ និងសិទ្ធិទទួលបានសេវារបស់អ្នក នោះអ្នកក៏អាចទទួលបានសេវាជំនួយគាំទ្រតាមសហគមន៍បន្ថែមតាមរយៈគម្រោង Blue Shield Medicare + គម្រោង Medi-Cal Plan របស់អ្នកផងដែរ។ អ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកអាចបញ្ជូនអ្នកទៅទទួលសេវាទាំងនេះ ប្រសិនបើពួកគេគិតថា អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានសេវាជំនួយគាំទ្រតាមសហគមន៍ ឬអ្នកអាចទាក់ទងផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជន ឬអ្នកសម្របសម្រួល ការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែម។ អ្នកអាចមានសិទ្ធិទទួលបានសេវាទាំងនេះ៖

- ការកែសម្រួលបរិស្ថានឱ្យងាយស្រួលចូលប្រើប្រាស់ (ការកែប្រែលំនៅឋាន)
- សេវាណែនាំ និងសម្របសម្រួលការផ្លាស់ប្តូរទៅកាន់លំនៅឋាន
- ប្រាក់កក់សម្រាប់លំនៅឋាន
- សេវាជួយការជួល និងរក្សាលំនៅឋាន
- អាហារជួយគាំទ្រ ឬអាហារដែលរៀបចំតាមតម្រូវការវេជ្ជសាស្ត្រ
- សេវាថែទាំផ្ទាល់ខ្លួន និងជំនួយការងារផ្ទះ
- ការថែទាំស្តារសុខភាពឡើងវិញ (កន្លែងសម្រាកសម្រាប់អ្នកត្រូវការការថែទាំវេជ្ជសាស្ត្រ)
- សេវាថែទាំជំនួសបណ្តោះអាសន្ន ដើម្បីឱ្យអ្នកថែទាំបានសម្រាក
- លំនៅឋានបណ្តោះអាសន្នរយៈពេលខ្លីក្រោយចេញពីមន្ទីរពេទ្យ ឬ
- មណ្ឌលស្តារនីតិសម្បទា

C. កម្មវិធីប្រឹក្សា និងតស៊ូមតិអំពីការធានារ៉ាប់រងសុខភាព (HICAP)

កម្មវិធីជំនួយការធានារ៉ាប់រងសុខភាពរបស់រដ្ឋ (SHIP) គឺជាកម្មវិធីរបស់រដ្ឋាភិបាលដែលមានអ្នកប្រឹក្សាដែលបានទទួលការបណ្តុះបណ្តាលនៅគ្រប់រដ្ឋ ដើម្បីផ្តល់ជំនួយ ព័ត៌មាន និងចម្លើយដោយឥតគិតថ្លៃចំពោះសំណួររបស់អ្នកអំពី កម្មវិធី Medicare។ នៅរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា កម្មវិធីជំនួយការធានារ៉ាប់រងសុខភាពរបស់រដ្ឋ (SHIP) ហៅថា កម្មវិធីប្រឹក្សា និងតស៊ូមតិអំពីការធានារ៉ាប់រងសុខភាព (HICAP)។ អ្នកប្រឹក្សារបស់កម្មវិធី HICAP អាចឆ្លើយសំណួររបស់អ្នក និងជួយ អ្នកឱ្យយល់ពីអ្វីដែលត្រូវធ្វើ ដើម្បីដោះស្រាយបញ្ហារបស់អ្នក។ កម្មវិធី HICAP មានអ្នកប្រឹក្សាដែលបានទទួល ការបណ្តុះបណ្តាលនៅគ្រប់ខោនធី ហើយសេវាទាំងនេះ មិនគិតថ្លៃទេ។

កម្មវិធី HICAP គឺជាកម្មវិធីឯករាជ្យរបស់រដ្ឋ (មិនពាក់ព័ន្ធជាមួយក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រង ឬគម្រោងសុខភាពណាមួយឡើយ) ដែលទទួលថវិកាពីរដ្ឋាភិបាលសហព័ន្ធ ដើម្បីផ្តល់សេវាប្រឹក្សាអំពីការធានារ៉ាប់រងសុខភាពនៅតាមមូលដ្ឋានដោយឥតគិតថ្លៃដល់អ្នកដែលមានកម្មវិធី Medicare។

ប្រភេទទំនាក់ទំនង

ហៅទូរសព្ទ	1-800-434-0222 ចាប់ពីម៉ោង 9:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 4:00 ល្ងាច ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ
TTY	711 លេខនេះ គឺសម្រាប់អ្នកដែលមានបញ្ហាក្នុងការស្តាប់ ឬការនិយាយ។ អ្នកត្រូវមានឧបករណ៍ទូរសព្ទពិសេស ដើម្បីហៅទៅកាន់លេខនេះ។
សរសេរលិខិត	California Department of Aging 1300 National Drive Suite 200 Sacramento, CA 95834-1992
គេហទំព័រ	https://www.aging.ca.gov//Programs_and_Services/Medicare_Counseling/

សូមទាក់ទងកម្មវិធី HICAP ដើម្បីទទួលបានជំនួយអំពី៖

- សំណួរអំពីកម្មវិធី Medicare
- អ្នកប្រឹក្សាយោបល់របស់កម្មវិធី HICAP អាចឆ្លើយសំណួររបស់អ្នកអំពីការផ្លាស់ទៅប្តូរគម្រោងថ្មី និងជួយអ្នកឱ្យ៖
  - យល់អំពីសិទ្ធិរបស់អ្នក
  - យល់អំពីជម្រើសគម្រោងរបស់អ្នក
  - ឆ្លើយសំណួរអំពីការប្តូរគម្រោង
  - ដាក់ពាក្យបណ្តឹងអំពីសេវាថែទាំសុខភាព ឬការព្យាបាលរបស់អ្នក **និង**
  - ជួយដោះស្រាយបញ្ហាទាក់ទងនឹងវិក្កយបត្រ ឬការរទាមទារសំណង។

D. ខ្សែទូរសព្ទសម្រាប់ទទួលការប្រឹក្សាពីគិលានុបដ្ឋាក

ខ្សែទូរសព្ទសម្រាប់ទទួលការប្រឹក្សាពីគិលានុបដ្ឋាករបស់ Blue Shield of California ផ្តល់ជំនួយគាំទ្រដោយមានគិលានុ បដ្ឋាកដែលបានចុះបញ្ជីរួចរាល់សម្រាប់ឆ្លើយសំណួរ 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ គិលានុបដ្ឋាកអាចផ្តល់ជំនួយតាមទូរសព្ទ ដើម្បីឆ្លើយសំណួរទូទៅអំពីសុខភាព និងណែនាំអ្នកទៅកាន់ធនធានបន្ថែមសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។ តាមរយៈខ្សែទូរសព្ទសម្រាប់ទទួលការប្រឹក្សាពីគិលានុបដ្ឋាក សមាជិកអាចទទួលបានសេចក្តីសង្ខេបនៃការសន្ទនាតាមអ៊ីមែលដែលរួមមានព័ត៌មានទាំងអស់ និងតំណនានា ដើម្បីងាយស្រួលយោងមើលនៅពេលក្រោយ។ អ្នកអាចទាក់ទងខ្សែទូរសព្ទ សម្រាប់ទទួលការប្រឹក្សាពីគិលានុបដ្ឋាក ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរអំពីសុខភាព ឬសេវាថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក។

ប្រភេទទំនាក់ទំនង	
ហៅទូរសព្ទ	1-877-304-0504។ ការហៅទូរសព្ទនេះ គឺឥតគិតថ្លៃទេ។ 24 ម៉ោងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃមួយសប្តាហ៍ ។ យើងផ្តល់សេវាបកប្រែភាសាដោយឥតគិតថ្លៃសម្រាប់អ្នកដែលមិនចេះនិយាយភាសាអង់គ្លេស។
TTY	711. ការហៅទូរសព្ទនេះ គឺឥតគិតថ្លៃទេ។ លេខនេះ គឺសម្រាប់អ្នកដែលមានបញ្ហាខាងការស្តាប់ ឬការនិយាយ។ អ្នកត្រូវមានឧបករណ៍ទូរសព្ទពិសេស ដើម្បីហៅទៅកាន់លេខនេះ។ 24 ម៉ោងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃមួយសប្តាហ៍។

E. បណ្តាញទូរសព្ទសម្រាប់វិបត្តិសុខភាពអាកប្បកិរិយា

ខ្សែទូរសព្ទដែលមានសេវា 24 ម៉ោង ដើម្បីផ្តល់ជំនួយគាំទ្រភ្លាមៗដល់បុគ្គលដែលកំពុងជួបប្រទះវិបត្តិសុខភាពផ្លូវចិត្ត ឬវិបត្តិដែលពាក់ព័ន្ធនឹងការប្រើប្រាស់សារធាតុញៀន។ អ្នកប្រឹក្សាដែលបានទទួលការបណ្តុះបណ្តាលអាចវាយតម្លៃស្ថានភាព ផ្តល់អន្តរាគមន៍ក្នុងពេលមានវិបត្តិ ភ្ជាប់អ្នកទូរសព្ទទៅកាន់សេវាសមស្រប និងជួយសម្របសម្រួលជំនួយបន្ទាន់នៅពេលចាំបាច់។

ប្រភេទទំនាក់ទំនង

ហៅទូរសព្ទ	**បណ្តាញទូរសព្ទសម្រាប់សម្រាប់វិបត្តិ និងការចូលប្រើសេវាប្រចាំខោនធី Los Angeles** 1-800-854-7771. ការហៅទូរសព្ទនេះ គឺឥតគិតថ្លៃទេ។ 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ យើងផ្តល់សេវាបកប្រែភាសាដោយឥតគិតថ្លៃសម្រាប់អ្នកដែលមិនចេះនិយាយភាសាអង់គ្លេស។ **San Diego County Access and Crisis Line** 1-800-724-7240។ ការហៅទូរសព្ទ គឺឥតគិតថ្លៃ។ 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ យើងផ្តល់សេវាបកប្រែភាសាដោយឥតគិតថ្លៃសម្រាប់អ្នកដែលមិនចេះនិយាយភាសាអង់គ្លេស។
TTY	711. ការហៅទូរសព្ទនេះ គឺឥតគិតថ្លៃទេ។ លេខនេះ គឺសម្រាប់អ្នកដែលមានបញ្ហាខាងការស្តាប់ ឬការនិយាយ។ អ្នកត្រូវមានឧបករណ៍ទូរសព្ទពិសេស ដើម្បីហៅទៅកាន់លេខនេះ។ 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍

សូមទាក់ទងបណ្តាញទូរសព្ទសម្រាប់វិបត្តិសុខភាពអាកប្បកិរិយា ដើម្បីទទួលបានជំនួយអំពី៖

- សំណួរអំពីសេវាសុខភាពឥរិយាបថ និងសេវាព្យាបាលបញ្ហាពាក់ព័ន្ធនឹងការប្រើប្រាស់សារធាតុញៀន

សម្រាប់សំណួរអំពីសេវាសុខភាពផ្លូវចិត្តឯកទេសរបស់ខោនធីរបស់អ្នក សូមមើល**ផ្នែក K**។

F. អង្គការកែលម្អគុណភាព (QIO)

រដ្ឋរបស់យើងមានអង្គការមួយឈ្មោះថា Commence Health។ អង្គការនេះ ជាក្រុមវេជ្ជបណ្ឌិត និងបុគ្គលិកជំនាញ ផ្នែកសុខភាពផ្សេងទៀត ដែលជួយកែលម្អគុណភាពនៃការថែទាំសម្រាប់អ្នកដែលមានកម្មវិធី Medicare។ Commence Health គឺជាអង្គការឯករាជ្យមួយ។ អង្គការនេះ មិនមានទំនាក់ទំនងជាមួយគម្រោងរបស់យើងទេ។

ប្រភេទទំនាក់ទំនង

ហៅទូរសព្ទ	1-877-588-1123
TTY	711 លេខនេះ គឺសម្រាប់អ្នកដែលមានបញ្ហាក្នុងការស្តាប់ ឬការនិយាយ។ អ្នកត្រូវមានឧបករណ៍ទូរសព្ទពិសេស ដើម្បីហៅទៅកាន់លេខនេះ។
សរសេរលិខិត	Commence Health BFCC-QIO Program 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701
គេហទំព័រ	commencehealthqio.cms.gov

សូមទាក់ទងអង្គការ Commence Health ដើម្បីទទួលបានជំនួយទាក់ទងនឹង៖

- សំណួរអំពីសិទ្ធិរបស់អ្នកក្នុងការទទួលសេវាថែទាំសុខភាព
- ការដាក់ពាក្យបណ្តឹងអំពីការថែទាំដែលអ្នកបានទទួល ប្រសិនបើអ្នក៖
  - មានបញ្ហាជាមួយគុណភាពនៃការថែទាំ ដូចជាទទួលបានថ្នាំខុស ធ្វើតេស្ត ឬនីតិវិធីដែលមិនចាំបាច់ ឬទទួលបានការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យខុស
  - គិតថា ការសម្រាកព្យាបាលរបស់អ្នកនៅមន្ទីរពេទ្យត្រូវបានគេបញ្ចប់លឿនពេក **ឬ**
  - គិតថា សេវាថែទាំសុខភាពតាមផ្ទះ ការថែទាំនៅមណ្ឌលថែទាំដែលមានបុគ្គលិកជំនាញ ឬសេវារបស់ មណ្ឌលស្តារនីតិសម្បទាអ្នកជំងឺឥតដេកពេទ្យគ្រប់ជ្រុងជ្រោយ (CORF) របស់អ្នក កំពុងបញ្ចប់ ឆាប់ពេក។

G. Medicare

កម្មវិធី Medicare គឺជាកម្មវិធីធានារ៉ាប់រងសុខភាពរបស់រដ្ឋាភិបាលសហព័ន្ធ សម្រាប់មនុស្សដែលមានអាយុ 65 ឆ្នាំឡើងទៅ មនុស្សមួយចំនួនដែលមានអាយុក្រោម 65 ឆ្នាំ និងមានពិការភាព ព្រមទាំងមនុស្សដែលមានជំងឺតម្រងនោមដំណាក់កាលចុងក្រោយ (ការខ្សោយតម្រងនោមជាអចិន្ត្រៃយ៍ ដែលតម្រូវឱ្យលាងឈាម ឬប្តូរតម្រងនោម)។

ទីភ្នាក់ងារសហព័ន្ធដែលទទួលបន្ទុកកម្មវិធី Medicare គឺមណ្ឌលសម្រាប់សេវា Centers for Medicare & Medicaid Services ឬ CMS។ ទីភ្នាក់ងារនេះ ចុះកិច្ចសន្យាជាមួយអង្គការគម្រោង Medicare Advantage រួមទាំងគម្រោងរបស់ យើងផងដែរ។

ប្រភេទទំនាក់ទំនង

ហៅទូរសព្ទ	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) ការហៅទូរសព្ទទៅកាន់លេខនេះ គឺឥតគិតថ្លៃ 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។
TTY	1-877-486-2048។ ការហៅទូរសព្ទនេះ គឺឥតគិតថ្លៃទេ។ លេខនេះ គឺសម្រាប់អ្នកដែលមានបញ្ហាក្នុងការស្តាប់ ឬការនិយាយ។ អ្នកត្រូវមានឧបករណ៍ទូរសព្ទពិសេស ដើម្បីហៅទៅកាន់លេខនេះ។
ជជែកបន្តផ្ទាល់	ជជែកផ្ទាល់តាមរយៈ www.Medicare.gov/talk-to-someone
សរសេរលិខិត	សរសេរលិខិតទៅកាន់កម្មវិធី Medicare តាមរយៈអាសយដ្ឋាន PO Box 1270, Lawrence, KS 66044

ប្រភេទទំនាក់ទំនង

គេហទំព័រ	www.medicare.gov • ទទួលបានព័ត៌មានអំពីគម្រោងសុខភាព និងគម្រោងឱសថ Medicare នៅក្នុងតំបន់របស់អ្នក រួមទាំងថ្លៃចំណាយ និងសេវាដែលគម្រោងទាំងនោះផ្តល់ជូន។ • ស្វែងរកវេជ្ជបណ្ឌិត អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាព ឬអ្នកផ្គត់ផ្គង់ដែលចូលរួមក្នុងកម្មវិធី Medicare។ • ស្វែងយល់ពីអ្វីដែល Medicare ធានារ៉ាប់រង រួមទាំងសេវាបង្ការ (ដូចជាការពិនិត្យសុខភាព ការចាក់ថ្នាំ ឬវ៉ាក់សាំង និងការពិនិត្យសុខភាព «ប្រចាំឆ្នាំ»)។ • ស្វែងរកព័ត៌មាន និងទម្រង់បែបបទសម្រាប់ស្នើសុំបណ្តឹងតវ៉ារបស់ Medicare។ • ស្វែងរកព័ត៌មានអំពីគុណភាពនៃការថែទាំដែលផ្តល់ដោយគម្រោង ផ្ទះថែទាំ មន្ទីរពេទ្យ វេជ្ជបណ្ឌិត ទីភ្នាក់ងារសុខភាពក្នុងផ្ទះ មណ្ឌលលាងឈាម មណ្ឌលថែទាំអ្នកជម្ងឺរ៉ាំរ៉ៃ មណ្ឌលស្តារនីតិសម្បទាអ្នកជំងឺសម្រាកពេទ្យ និងមន្ទីរពេទ្យថែទាំរយៈពេលវែង។ • ស្វែងរកគេហទំព័រ និងលេខទូរសព្ទដែលមានប្រយោជន៍។ ដើម្បីដាក់ពាក្យបណ្តឹងទៅកម្មវិធី Medicare សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ www.medicare.gov/my/medicare-complaint។ កម្មវិធី Medicare យកចិត្តទុកដាក់យ៉ាងខ្លាំងចំពោះពាក្យបណ្តឹងរបស់អ្នក ហើយនឹងប្រើព័ត៌មាននេះដើម្បីជួយកែលម្អគុណភាពនៃកម្មវិធី Medicare។

H. Medi-Cal

Medi-Cal គឺជាកម្មវិធី Medicaid របស់រដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា។ នេះគឺជាកម្មវិធីធានារ៉ាប់រងសុខភាពសាធារណៈដែលផ្តល់សេវា ថែទាំសុខភាពចាំបាច់ដល់បុគ្គលដែលមានប្រាក់ចំណូលទាប រួមទាំងគ្រួសារដែលមានកូន មនុស្សចាស់ ជនមានពិការភាព កុមារ និងយុវជនដែលស្ថិតក្រោមការថែទាំចិញ្ចឹមបីបាច់ និងស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ។ Medi-Cal ត្រូវបានផ្តល់ហិរញ្ញប្បទាន ដោយមូលនិធិរបស់រដ្ឋ និងរដ្ឋាភិបាលសហព័ន្ធ។

អត្ថប្រយោជន៍របស់ Medi-Cal រួមមាន សេវាវេជ្ជសាស្ត្រ សេវាទន្តសាស្ត្រ សេវាសុខភាពឥរិយាបថ និងសេវា និងការគាំទ្រយូរអង្វែង។

អ្នកបានចុះឈ្មោះក្នុងកម្មវិធី Medicare និង Medi-Cal។ ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរអំពីអត្ថប្រយោជន៍ Medi-Cal របស់អ្នក សូមហៅទូរសព្ទទៅអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំសុខភាពរបស់គម្រោងអ្នក។ ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរអំពីការចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោង Medi-Cal សូមទូរសព្ទទៅកម្មវិធី Health Care Options។

ប្រភេទទំនាក់ទំនង

ហៅទូរសព្ទ	1-800-430-4263 ចាប់ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ 6 ល្ងាច
TTY	1-800-430-7077 លេខនេះ គឺសម្រាប់អ្នកដែលមានបញ្ហាខាងការស្តាប់ ឬការនិយាយ។ អ្នកត្រូវមានឧបករណ៍ទូរសព្ទពិសេស ដើម្បីហៅទៅកាន់លេខនេះ។
សរសេរលិខិត	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. ការិយាល័យប្រជាពលរដ្ឋទទួលបន្ទុកសុខភាពផ្លូវចិត្ត និងការថែទាំសុខភាពក្រោមការគ្រប់គ្រងរបស់ Medi-Cal

ការិយាល័យអំបាដ្សម៉ានជួយដោះស្រាយបញ្ហាដោយប្រកាន់ជំហរអព្យាក្រឹត ដើម្បីធានាថា សមាជិករបស់យើងទទួលបានសេវាដែលបានធានារ៉ាប់រង និងចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រទាំងអស់។ ពួកគេនឹងស្តាប់អ្នក ឆ្លើយសំណួររបស់អ្នក វិភាគស្ថានភាពរបស់អ្នក ពន្យល់អំពីគោលនយោបាយ និងនីតិវិធី ផ្តល់ព័ត៌មាន ដំបូន្មាន និងជម្រើសផ្សេងៗ ហើយណែនាំអំពីលិខិតបញ្ជូនបន្តដែលសមស្រប។ នេះជាការងាររបស់ពួកគក្នុងការជួយរកដំណោះស្រាយប្រកបដោយយុត្តិធម៌ចំពោះបញ្ហានៃការទទួលបានសេវាថែទាំសុខភាព។ ពួកគេមិនពាក់ព័ន្ធនឹងគម្រោងរបស់យើង ឬក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រង ឬគម្រោងសុខភាពណាមួយទេ។ សេវារបស់ពួកគេ គឺឥតគិតថ្លៃ។

ប្រភេទទំនាក់ទំនង

ហៅទូរសព្ទ	1-888-452-8609 ចាប់ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 5 ល្ងាច
TTY	1-800-430-7077 លេខនេះ គឺសម្រាប់អ្នកដែលមានបញ្ហាខាងការស្តាប់ ឬការនិយាយ។ អ្នកត្រូវមានឧបករណ៍ទូរសព្ទពិសេស ដើម្បីហៅទៅកាន់លេខនេះ។
សរសេរលិខិត	CA Department of Health Care Services Health Care Options P.O. Box 989009 West Sacramento, CA 95798-9850
អ៊ីមែល	MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov
គេហទំព័រ	www.dhcs.ca.gov/services/MH/Pages/mh-ombudsman.aspx

J. សេវាសង្គមកិច្ចប្រចាំខោនធី

ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយទាក់ទងនឹងសេវាថែទាំតាមគេហដ្ឋាន (IHSS) ការធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពព័ត៌មាន Medi-Cal ឬសិទ្ធិទទួលបាន Medi-Cal និងអត្ថប្រយោជន៍នៃការបន្តសិទ្ធិ សូមទាក់ទងសេវាសង្គមកិច្ចប្រចាំខោនធី Los Angeles ឬខោនធី San Diego ក្នុងតំបន់របស់អ្នក។

សូមទាក់ទងសេវាសង្គមកិច្ចប្រចាំខោនធីរបស់អ្នក ដើម្បីដាក់ពាក្យស្នើសុំសេវាថែទាំតាមគេហដ្ឋាន (IHSS) ដែលជួយបង់ថ្លៃសម្រាប់សេវាដែលផ្តល់ជូនអ្នក ដើម្បីឱ្យអ្នកអាចបន្តរស់នៅក្នុងផ្ទះរបស់ខ្លួនដោយសុវត្ថិភាព។ ប្រភេទសេវាអាចរួមមានជំនួយក្នុងការរៀបចំអាហារ ងូតទឹក ស្លៀកពាក់ បោកគក់ ទិញឥវ៉ាន់ ឬការធ្វើដំណើរ។

សូមទាក់ទងសេវាសង្គមកិច្ចប្រចាំខោនធីរបស់អ្នក ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរណាមួយអំពីសិទ្ធិទទួលបាន Medi-Cal របស់អ្នក។

ប្រភេទទំនាក់ទំនង	
ហៅទូរសព្ទ	1-866-613-3777 ការហៅទូរសព្ទនេះ គឺឥតគិតថ្លៃទេ។ **មន្ទីរសេវាសង្គមកិច្ចសាធារណៈខោនធី Los Angeles** មានមជ្ឈមណ្ឌលសេវាបម្រើអតិថិជន (CSC) តែមួយ ដែលផ្តល់សេវាដល់ការិយាល័យប្រចាំតំបន់ចំនួន 33។ ម៉ោងធ្វើការ គឺចាប់ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ លើកលែងថ្ងៃឈប់សម្រាក ចាប់ពីម៉ោង 7:30 ព្រឹក ដល់ 6:30 ល្ងាច។
TTY	1-877-735-2929 លេខនេះ គឺសម្រាប់អ្នកដែលមានបញ្ហាខាងការស្តាប់ ឬការនិយាយ។ អ្នកត្រូវមានឧបករណ៍ទូរសព្ទពិសេស ដើម្បីហៅទៅកាន់លេខនេះ។
សរសេរលិខិត	Los Angeles County Department of Public Social Services 2855 E. Olympic Blvd. Los Angeles, CA 90023
គេហទំព័រ	https://dpss.lacounty.gov
ហៅទូរសព្ទ	1-866-262-9881 ការហៅទូរសព្ទនេះ គឺឥតគិតថ្លៃទេ។ អ្នកតំណាងរបស់ **សេវាសុខាភិបាល និងមនុស្សធម៌នៃខោនធី San Diego** មានផ្តល់សេវា ចាប់ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ 5:00 ល្ងាច ចាប់ពីថ្ងៃចន្ទដល់ថ្ងៃសុក្រ។ ខ្សែទូរសព្ទបម្រើសេវាខ្លួនឯងសម្រាប់ការទទួលបានព័ត៌មាន អាចប្រើបាន 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ អ្នកហៅទូរសព្ទត្រូវបញ្ចូលលេខសន្តិសុខសង្គម (SSN) របស់ខ្លួន ដើម្បីប្រើប្រាស់ប្រព័ន្ធនេះ។

ប្រភេទទំនាក់ទំនង

TTY	1-619-589-4459 លេខនេះ គឺសម្រាប់អ្នកដែលមានបញ្ហាខាងការស្តាប់ ឬការនិយាយ។ អ្នកត្រូវមានឧបករណ៍ទូរសព្ទពិសេស ដើម្បីហៅទៅកាន់លេខនេះ។
សរសេរលិខិត	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. ទីភ្នាក់ងារសេវាសុខភាពផ្លូវចិត្ត និងឥរិយាបថប្រចាំខោនធី

សេវាសុខភាពផ្លូវចិត្តឯកទេសរបស់ Medi-Cal និងសេវាព្យាបាលបញ្ហានៃការប្រើប្រាស់សារធាតុញៀន អាចផ្តល់ជូនអ្នកតាមរយៈខោនធី ប្រសិនបើអ្នកបំពេញតាមលក្ខខណ្ឌសម្រាប់ការទទួលបានសេវា។

ហៅទូរសព្ទ	**ខោនធី Los Angeles** 1-800-854-7771. ការហៅទូរសព្ទនេះ គឺឥតគិតថ្លៃទេ។ 24 ម៉ោងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃមួយសប្តាហ៍។ យើងផ្តល់សេវាបកប្រែភាសាដោយឥតគិតថ្លៃសម្រាប់អ្នកដែលមិនចេះនិយាយភាសាអង់គ្លេស។ **ខោនធី San Diego** 1-888-724-7240 ការហៅទូរសព្ទនេះ គឺឥតគិតថ្លៃទេ។ 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍
TTY	711. ការហៅទូរសព្ទនេះ គឺឥតគិតថ្លៃទេ។ លេខនេះ គឺសម្រាប់អ្នកដែលមានបញ្ហាខាងការស្តាប់ ឬការនិយាយ។ អ្នកត្រូវមានឧបករណ៍ទូរសព្ទពិសេស ដើម្បីហៅទៅកាន់លេខនេះ។ 24 ម៉ោងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃមួយសប្តាហ៍។

សូមទាក់ទងទីភ្នាក់ងារសេវាសុខភាពផ្លូវចិត្ត និងឥរិយាបថប្រចាំខោនធី ដើម្បីស្នើសុំជំនួយអំពី៖

- សំណួរអំពីសេវាសុខភាពផ្លូវចិត្តឯកទេសដែលផ្តល់ដោយខោនធី
- សំណួរអំពីសេវាព្យាបាលជំងឺនៃការប្រើប្រាស់សារធាតុញៀនដែលផ្តល់ដោយខោនធី
- សេវាសុខភាពផ្លូវចិត្តឯកទេស រួមមានជាអាទិ៍៖
  - សេវាសុខភាពផ្លូវចិត្តសម្រាប់អ្នកជំងឺឥតដេកពេទ្យ
  - ការព្យាបាលនៅពេលថ្ងៃ
  - អន្តរាគមន៍ និងការធ្វើឱ្យស្ថានភាពមានស្ថិរភាពក្នុងពេលមានវិបត្តិ
  - ការគ្រប់គ្រងករណីតាមគោលដៅ
  - ការព្យាបាលសម្រាប់មនុស្សពេញវ័យនៅកន្លែងស្នាក់នៅ
  - ការព្យាបាលវិបត្តិផ្លូវចិត្តនៅកន្លែងស្នាក់នៅ

L. នាយកដ្ឋានគ្រប់គ្រងការថែទាំសុខភាពរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា

នាយកដ្ឋានគ្រប់គ្រងការថែទាំសុខភាពរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា (DMHC) មានភារកិច្ចទទួលខុសត្រូវក្នុងការគ្រប់គ្រង និងត្រួតពិនិត្យ លើគម្រោងសុខភាព។ មជ្ឈមណ្ឌលជំនួយ DMHC អាចជួយអ្នកក្នុងការប្តឹងតវ៉ា និងពាក្យបណ្តឹងពាក់ព័ន្ធនឹងសេវា Medi-Cal។

ប្រភេទទំនាក់ទំនង	
ហៅទូរសព្ទ	1-888-466-2219 បុគ្គលិកតំណាងរបស់ DMHC មានផ្តល់សេវាចាប់ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ 6 ល្ងាច ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ។
TDD	1-877-688-9891 លេខនេះ គឺសម្រាប់អ្នកដែលមានបញ្ហាខាងការស្តាប់ ឬការនិយាយ។ អ្នកត្រូវមានឧបករណ៍ទូរសព្ទពិសេស ដើម្បីហៅទៅកាន់លេខនេះ។
សរសេរលិខិត	Help Center California Department of Managed Health Care 980 9th Street, Suite 500 Sacramento, CA 95814-2725
ទូរសារ	916-255-5241
គេហទំព័រ	www.dmhc.ca.gov

M.សម្ព័ន្ធអ្នកប្រើប្រាស់សេវាសុខាភិបាល (HCA)

សម្ព័ន្ធអ្នកប្រើប្រាស់សេវាសុខាភិបាល (HCA) គឺជាដៃគូសហការទូទាំងរដ្ឋ ដែលផ្តល់ជំនួយផ្នែកច្បាប់ដោយឥតគិតថ្លៃ តាមអនឡាញ តាមទូរសព្ទ ឬដោយផ្ទាល់ ដើម្បីជួយប្រជាពលរដ្ឋនៅរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា ដែលកំពុងមានការលំបាកក្នុងការទទួលបាន ឬរក្សាការធានារ៉ាប់រងសុខភាព និងដោះស្រាយបញ្ហាជាមួយគម្រោងសុខភាពរបស់ពួកគេ។ ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពីសម្ព័ន្ធអ្នកប្រើប្រាស់សេវាសុខាភិបាល (Health Consumer Alliance, HCA) ឬដើម្បីទទួលបានជំនួយដែលអាចមាន សូមទូរសព្ទទៅលេខ 1-888-804-3536 ឬចូលមើល www.healthconsumer.org/

N. កម្មវិធីដើម្បីជួយប្រជាជនបង់ថ្លៃឱសថ

គេហទំព័ររបស់ Medicare (www.medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs) ផ្តល់ជូនព័ត៌មានអំពីវិធីកាត់ បន្ថយ ថ្លៃចំណាយឱសថរបស់អ្នក។ សម្រាប់អ្នកដែលមានប្រាក់ចំណូលមានកម្រិត ក៏មានកម្មវិធីផ្សេងទៀត ដែលអាចជួយ បាន ដូចបានរៀបរាប់ខាងក្រោមនេះផងដែរ។

N1. ជំនួយបន្ថែម (Extra Help) ពី Medicare

ដោយសារអ្នកមានសិទ្ធិទទួលបាន Medi-Cal អ្នកមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ និងកំពុងទទួលបាន “Extra Help (ជំនួយបន្ថែម)” ពីកម្មវិធី Medicare ដើម្បីជួយបង់ថ្លៃចំណាយសម្រាប់គម្រោងឱសថរបស់អ្នក។ អ្នកមិនចាំបាច់ធ្វើអ្វីទាំងអស់ ដើម្បីទទួលបាន “Extra Help (ជំនួយបន្ថែម)” នេះទេ។

ប្រភេទទំនាក់ទំនង	
ហៅទូរសព្ទ	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) ការហៅទូរសព្ទទៅកាន់លេខនេះ គឺឥតគិតថ្លៃ 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។
TTY	1-877-486-2048 ការហៅទូរសព្ទនេះ គឺឥតគិតថ្លៃទេ។ លេខនេះ គឺសម្រាប់អ្នកដែលមានបញ្ហាក្នុងការស្តាប់ ឬការនិយាយ។ អ្នកត្រូវមានឧបករណ៍ទូរសព្ទពិសេស ដើម្បីហៅទៅកាន់លេខនេះ។
គេហទំព័រ	www.medicare.gov

ប្រសិនបើអ្នកគិតថា អ្នកកំពុងបង់ប្រាក់មិនត្រឹមត្រូវសម្រាប់ឱសថមានវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកនៅឱសថស្ថាន គម្រោងរបស់យើងមានដំណើរការមួយ ដើម្បីជួយរកភស្តុតាងអំពីចំនួនការបង់រួមត្រឹមត្រូវរបស់អ្នក។ ប្រសិនបើអ្នកមានភស្តុតាងអំពីចំនួនត្រឹមត្រូវរួចហើយ យើងអាចជួយអ្នកក្នុងការផ្តល់ភស្តុតាងនេះមកយើង។

- អ្នកអាចទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជន ហើយប្រាប់ពួកគេថា អ្នកគិតថា អ្នកកំពុងបង់ថ្លៃឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាច្រើនពេក និងផ្តល់ព័ត៌មាន Medi-Cal របស់អ្នក។ សិទ្ធិទទួលបាន Medi-Cal របស់អ្នកនឹងត្រូវចាត់ទុកជាភស្តុតាងសមស្របបំផុតដែលមានស្រាប់ (Best Available Evidence) ដើម្បីធ្វើបច្ចុប្បន្នភាព Extra Help (ជំនួយបន្ថែម) របស់អ្នក និងកាត់បន្ថយការបង់រួមសម្រាប់ឱសថមានវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក ប្រសិនបើអាចធ្វើទៅបាន។ ការកាត់បន្ថយការបង់រួមសម្រាប់ឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាមិនត្រូវបានធានាថានឹងអនុវត្តបានឡើយ។

- នៅពេលយើងទទួលបានភស្តុតាងដែលបង្ហាញពីកម្រិតការបង់ប្រាក់រួមត្រឹមត្រូវ យើងនឹងធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពប្រព័ន្ធរបស់យើង ដើម្បីឱ្យអ្នកអាចបង់ចំនួនការបង់ប្រាក់រួមត្រឹមត្រូវ នៅពេលអ្នកទទួលឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាលើកបន្ទាប់។ ប្រសិនបើអ្នកបានបង់ការបង់ប្រាក់រួមលើសចំនួន យើងនឹងសងប្រាក់ជូនអ្នកវិញតាមរយៈមូលប្បទានបត្រ ឬជាឥណទានសម្រាប់ការបង់ប្រាក់រួមនាពេលអនាគត។ ប្រសិនបើឱសថស្ថានមិនបានប្រមូលការបង់ប្រាក់រួមពីអ្នក ហើយអ្នកនៅជំពាក់ប្រាក់ឱសថស្ថាននោះ យើងអាចបង់ប្រាក់ដោយផ្ទាល់ទៅឱសថស្ថាន។ ប្រសិនបើរដ្ឋបានបង់ប្រាក់ជំនួសអ្នក យើងអាចបង់ប្រាក់ដោយផ្ទាល់ទៅរដ្ឋ។ ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជនតាមរយៈលេខដែលមាននៅផ្នែកខាងក្រោមនៃទំព័រ។

N2. កម្មវិធីជំនួយឱសថសម្រាប់ជំងឺអេដស៍ (ADAP)

កម្មវិធីជំនួយឱសថសម្រាប់ជំងឺអេដស (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ជួយឱ្យអ្នកដែលរស់នៅជាមួយ HIV/AIDS និងមានសិទ្ធិទទួលបាន ADAP អាចទទួលបានឱសថ HIV ដែលអាចសង្គ្រោះជីវិតបាន។ ឱសថ Medicare ផ្នែក D ដែលមាននៅក្នុងបញ្ជីឱសថរបស់ ADAP ផងដែរ មានសិទ្ធិទទួលបានជំនួយលើការចំណាយរួមសម្រាប់ឱសថមានវេជ្ជបញ្ជា តាមរយៈ កម្មវិធី California ADAP។ ចំណាំ៖ ដើម្បីមានសិទ្ធិទទួលបាន ADAP នៅក្នុងរដ្ឋរបស់អ្នក នោះអ្នកត្រូវ បំពេញលក្ខខណ្ឌជាក់លាក់មួយចំនួន រួមមានភស្តុតាងបញ្ជាក់ពីការស្នាក់នៅក្នុងរដ្ឋ និងស្ថានភាព HIV ប្រាក់ចំណូលទាប (តាមនិយមន័យរបស់រដ្ឋ) និងស្ថានភាពគ្មានធានារ៉ាប់រង ឬមានធានារ៉ាប់រងមិនគ្រប់គ្រាន់។ ប្រសិនបើអ្នកផ្លាស់ប្តូរគម្រោង សូមជូនដំណឹងដល់បុគ្គលិកចុះឈ្មោះ ADAP នៅមូលដ្ឋានរបស់អ្នក ដើម្បីឱ្យអ្នកអាចបន្តទទួលបានជំនួយ។ សម្រាប់ព័ត៌មានអំពីលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យនៃសិទ្ធិទទួលឱសថដែលធានារ៉ាប់រង ឬរបៀបចុះឈ្មោះក្នុងកម្មវិធី សូមហៅទូរសព្ទទៅ ADAP រដ្ឋ California តាមរយៈលេខ 1-844-421-7050 ម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ 5 ល្ងាច ថ្ងៃចន្ទ ដល់ ថ្ងៃសុក្រ ឬចូលមើលគេហទំព័ររបស់ពួកគេតាមរយៈ៖
https://www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/Pages/OA_adap_eligibility.aspx ។

N3. គម្រោងបង់ប្រាក់ថ្លៃឱសថមានវេជ្ជបញ្ជារបស់ Medicare

គម្រោងបង់ប្រាក់ថ្លៃឱសថមានវេជ្ជបញ្ជារបស់ Medicare គឺជាជម្រើសនៃការទូទាត់ប្រាក់ដែលដំណើរការជាមួយការធានារ៉ាប់រងឱសថបច្ចុប្បន្នរបស់អ្នក ដើម្បីជួយអ្នកគ្រប់គ្រងចំណាយចេញពីហោប៉ៅខ្លួនឯងសម្រាប់ឱសថដែលមានការធានារ៉ាប់រងដោយគម្រោងរបស់យើង តាមរយៈការបែងចែកការចំណាយទាំងនោះឱ្យបង់ជាបន្តបន្ទាប់ក្នុងអំឡុងឆ្នាំប្រតិទិន (មករា-ធ្នូ)។ អ្នកណាម្នាក់ដែលមានគម្រោងឱសថ Medicare ឬគម្រោងសុខភាព Medicare ដែលមានការធានារ៉ាប់រងឱសថ (ដូចជាគម្រោង Medicare Advantage ដែលមានការធានារ៉ាប់រងឱសថ) អាចប្រើជម្រើសនៃការទូទាត់ប្រាក់នេះបាន។ **ជម្រើសនៃការទូទាត់ប្រាក់នេះ អាចជួយអ្នកគ្រប់គ្រងការចំណាយរបស់អ្នក ប៉ុន្តែវាមិនជួយឱ្យអ្នកសន្សំប្រាក់ ឬកាត់បន្ថយ ថ្លៃឱសថរបស់អ្នកទេ។ ប្រសិនបើអ្នកកំពុងចូលរួមក្នុងគម្រោងបង់ប្រាក់ថ្លៃឱសថមានវេជ្ជបញ្ជារបស់ Medicare ហើយ បន្តស្ថិតក្នុងគម្រោងដដែល អ្នកមិនចាំបាច់ធ្វើអ្វីទេ ដើម្បីបន្តប្រើជម្រើសនេះ។** Extra Help (ជំនួយបន្ថែម) ពី Medicare និងជំនួយពីជំនួយពកម្មវិធីជំនួយឱសថរបស់រដ្ឋ (State Pharmaceutical Assistance Programs, SPAP) និងកម្មវិធី ជំនួយឱសថសម្រាប់ជំងឺអេដស (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) របស់អ្នក សម្រាប់អ្នកដែលមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ មានអត្ថប្រយោជន៍ច្រើនជាងការចូលរួមក្នុងជម្រើសនៃការទូទាត់ប្រាក់នេះ ដោយមិនគិតពីកម្រិត ប្រាក់ចំណូលរបស់អ្នកឡើយ ហើយគម្រោង ដែលមានការធានារ៉ាប់រងឱសថត្រូវតែផ្តល់ជម្រើសនៃ ការទូទាត់ប្រាក់ នេះ។ ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពីជម្រើសបង់ប្រាក់នេះ សូមទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជនតាមរយៈលេខទូរសព្ទដែលមាននៅផ្នែកខាងក្រោមនៃទំព័រ ឬចូលមើល www.medicare.gov។

O. របបសន្តិសុខសង្គម

របបសន្តិសុខសង្គម ជាអ្នកកំណត់សិទ្ធិទទួលបាន Medicare និងទទួលបន្ទុកលើការចុះឈ្មោះចូលក្នុង Medicare។

ប្រសិនបើអ្នកផ្លាស់ទីលំនៅ ឬផ្លាស់ប្តូរអាសយដ្ឋានទទួលសំបុត្ររបស់អ្នក វាជារឿងសំខាន់ដែលអ្នកត្រូវទាក់ទងរបបសន្តិសុខសង្គម ដើម្បីជូនដំណឹងឱ្យពួកគេបានដឹង។

ហៅទូរសព្ទ	1-800-772-1213 ការហៅទូរសព្ទទៅលេខនេះ គឺឥតគិតថ្លៃ។ មានផ្តល់ជូនសេវាចាប់ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ 7 ល្ងាច ចាប់ពីថ្ងៃចន្ទដល់ថ្ងៃសុក្រ។ អ្នកអាចប្រើសេវាទូរសព្ទស្វ័យប្រវត្តិរបស់ពួកគេ ដើម្បីស្តាប់ព័ត៌មានដែលបានថតទុកជាមុន និងធ្វើប្រតិបត្តិការមួយចំនួនបាន 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ។
TTY	1-800-325-0778 លេខនេះ គឺសម្រាប់អ្នកដែលមានបញ្ហាក្នុងការស្តាប់ ឬការនិយាយ។ អ្នកត្រូវមានឧបករណ៍ទូរសព្ទពិសេស ដើម្បីហៅទៅកាន់លេខនេះ។
គេហទំព័រ	www.ssa.gov

P. ក្រុមប្រឹក្សាភិបាលចូលនិវត្តន៍កម្មករផ្លូវដែក (RRB)

ក្រុមប្រឹក្សាភិបាលចូលនិវត្តន៍កម្មករផ្លូវដែក (Railroad Retirement Board, RRB) គឺជាទីភ្នាក់ងារសហព័ន្ធឯករាជ្យមួយដែលគ្រប់គ្រងកម្មវិធីអត្ថប្រយោជន៍គ្រប់ជ្រុងជ្រោយសម្រាប់កម្មករផ្លូវដែកនៅទូទាំងប្រទេស និងក្រុមគ្រួសាររបស់ពួកគេ។ ប្រសិនបើអ្នកទទួលបានកម្មវិធី Medicare តាមរយៈ RRB សូមជូនដំណឹងដល់ពួកគេ ប្រសិនបើអ្នកផ្លាស់ទីលំនៅ ឬផ្លាស់ប្តូរ អាសយដ្ឋានផ្ញើសំបុត្ររបស់អ្នក។ សម្រាប់សំណួរអំពីអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នកពី RRB សូមទាក់ទងទៅទីភ្នាក់ងារនេះ។

ហៅទូរសព្ទ	1-877-772-5772 ការហៅទូរសព្ទទៅលេខនេះ គឺឥតគិតថ្លៃ។ ចុច “0” ដើម្បីនិយាយជាមួយអ្នកតំណាង RRB ពីម៉ោង 9 ព្រឹក ដល់ 3:30 រសៀល នៅថ្ងៃចន្ទ អង្គារ ព្រហស្បតិ៍ និងសុក្រ ហើយចាប់ពីម៉ោង 9 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 12 ថ្ងៃត្រង់នៅថ្ងៃពុធ។ ចុចលេខ "1" ដើម្បីចូលទៅកាន់បណ្តាញទូរសព្ទជំនួយ RRB ដោយស្វ័យប្រវត្តិ និងទទួលបានព័ត៌មានដែលបានកត់ត្រា 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ រួមទាំងចុងសប្តាហ៍ និងថ្ងៃឈប់សម្រាក។
TTY	1-312-751-4701 លេខនេះ គឺសម្រាប់អ្នកដែលមានបញ្ហាក្នុងការស្តាប់ ឬការនិយាយ។ អ្នកត្រូវមានឧបករណ៍ទូរសព្ទពិសេស ដើម្បីហៅទៅកាន់លេខនេះ។ ការហៅទូរសព្ទទៅលេខនេះ មានគិតថ្លៃសេវា។
គេហទំព័រ	www.rrb.gov

Q. កម្មវិធីអំបាដ្សម៉ានសម្រាប់ Medicare និង Medi-Cal

កម្មវិធីអំបាដ្សម៉ានសម្រាប់ Medicare និង Medi-Cal ផ្តល់ជំនួយដោយឥតគិតថ្លៃ ដើម្បីជួយដល់អ្នកដែលកំពុងជួបការលំបាកក្នុងការទទួលបាន ឬរក្សាការធានារ៉ាប់រងសុខភាព និងដោះស្រាយបញ្ហាជាមួយគម្រោងសុខភាពរបស់ពួកគេ។

ប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហាពាក់ព័ន្ធនឹង៖

- Medi-Cal
- Medicare
- គម្រោងថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក
- ការចូលប្រើសេវាវេជ្ជសាស្ត្រ
- ការប្តឹងតវ៉ាចំពោះសេវាឱសថ បរិក្ខារវេជ្ជសាស្ត្រជាប់បានយូរ (DME) សេវាសុខភាពផ្លូវចិត្តជាដើម ដែលត្រូវបានបដិសេធ
- ការចេញវិក្កយបត្រវេជ្ជសាស្ត្រ
- IHSS (សេវាថែទាំតាមគេហដ្ឋាន)

កម្មវិធីអំបាដ្សម៉ានសម្រាប់ Medicare និង Medi-Cal ផ្តល់ជំនួយពាក់ព័ន្ធនឹងពាក្យបណ្តឹង ការប្តឹងតវ៉ា និងសវនាការ។ លេខទូរសព្ទរបស់កម្មវិធីអំបាដ្សម៉ាន គឺ 1-855-501-3077។

R. Medi-Cal Dental

សេវាទន្តសាស្ត្រមួយចំនួនមានផ្តល់ជូនតាមរយៈ Medi-Cal Dental រួមមានជាអាទិ៍ សេវាដូចជា៖

- ការពិនិត្យដំបូង ការថតកាំរស្មី X ការសម្អាតធ្មេញ ការបិទការពាររន្ធ និងចង្អូរធ្មេញ និងការព្យាបាលដោយសារធាតុហ្លួរ៉ែ។
- ការប៉ះ និងស្រោបធ្មេញ;
- ការព្យាបាលរន្ធឫសធ្មេញ និង
- ធ្មេញពាក់ដោយផ្នែក និងធ្មេញពាក់ពេញលេញ ការកែតម្រូវ ការព្យាបាល និងការពត់ធ្មេញ

អត្ថប្រយោជន៍ធ្មេញមានផ្តល់ជូនតាមរយៈថ្លៃចំណាយតាមសេវា (FFS) នៃសេវាសុខភាពធ្មេញ Medi-Cal និងការគ្រប់គ្រងការថែទាំសុខភាពធ្មេញ (MC សុខភាពធ្មេញ)។

ហៅទូរសព្ទ	1-800-322-6384 ការហៅទូរសព្ទ គឺឥតគិតថ្លៃ។ អ្នកតំណាងសេវាសុខភាពធ្មេញ Medi-Cal FFS មានបម្រើជូន ដើម្បីជួយអ្នកចាប់ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ 5 ល្ងាច ថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ។
TTY	1-800-735-2922 លេខនេះ គឺសម្រាប់អ្នកដែលមានបញ្ហាក្នុងការស្តាប់ ឬការនិយាយ។ អ្នកត្រូវមានឧបករណ៍ទូរសព្ទពិសេស ដើម្បីហៅទៅកាន់លេខនេះ។
គេហទំព័រ	www.dental.dhcs.ca.gov smilecalifornia.org

ជំនួសឱ្យការគិតថ្លៃតាមសេវាតាមរយៈ Medi-Cal Dental អ្នកអាចទទួលអត្ថប្រយោជន៍ធ្មេញតាមរយៈគម្រោងថែទាំធ្មេញក្រោមការគ្រប់គ្រង។ គម្រោងថែទាំមាត់ធ្មេញក្រោមការគ្រប់គ្រងមានផ្តល់ជូននៅក្នុងខោនធី Los Angeles។ ប្រសិនបើអ្នកចង់បានព័ត៌មានបន្ថែមអំពីគម្រោងសុខភាពមាត់ធ្មេញ ឬចង់ផ្លាស់ប្តូរគម្រោងសុខភាពមាត់ធ្មេញ សូមទាក់ទងគម្រោង Health Care Options តាមរយៈលេខ 1-800-430-4263 (អ្នកប្រើប្រាស់ TTY សូមទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-430-7077) ចាប់ពីថ្ងៃចន្ទដល់ថ្ងៃសុក្រ ចាប់ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ 6 ល្ងាច។ ការហៅទូរសព្ទ គឺឥតគិតថ្លៃ។ ព័ត៌មានទំនាក់ទំនងរបស់គម្រោងថែទាំមាត់ធ្មេញក្រោមការគ្រប់គ្រងក៏មាននៅទីនេះផងដែរ៖ www.dhcs.ca.gov/services/Pages/ManagedCarePlanDirectory.aspx.

ជំពូកទី 3៖ ការប្រើប្រាស់ការធានារ៉ាប់រងរបស់គម្រោងយើងសម្រាប់សេវាថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក និងសេវាផ្សេងទៀតដែលបានធានារ៉ាប់រង

សេចក្តីផ្តើម

ជំពូកនេះមានពាក្យគន្លឹះ និងវិធានជាក់លាក់ដែលអ្នកត្រូវដឹង ដើម្បីទទួលបានសេវាថែទាំសុខភាព និងសេវាផ្សេងទៀតដែលមានធានារ៉ាប់រង តាមរយៈគម្រោងរបស់យើង។ ជំពូកនេះ ក៏ប្រាប់អ្នកអំពីអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក របៀបទទួលបានការថែទាំពីអ្នកផ្តល់សេវាប្រភេទផ្សេងៗ និងក្រោមលក្ខខណ្ឌពិសេសមួយចំនួន (រួមទាំងពីអ្នកផ្តល់សេវា ឬ ឱសថស្ថានក្រៅបណ្តាញ អ្វីដែលត្រូវធ្វើ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវបានគេចេញវិក្កយបត្រដោយផ្ទាល់សម្រាប់សេវាដែលយើងធានារ៉ាប់រង និងវិធានសម្រាប់ការកាន់កាប់បរិក្ខារវេជ្ជសាស្ត្រជាប់បានយូរ (DME)។ ពាក្យគន្លឹះ និងនិយមន័យរបស់ពាក្យទាំងនោះ មានបង្ហាញតាមលំដាប់អក្ខរក្រមនៅក្នុងជំពូកចុងក្រោយនៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក* នេះ។

តារាងមាតិកា

A. ព័ត៌មានអំពីសេវា និងអ្នកផ្តល់សេវា 52

B. វិធានសម្រាប់ការទទួលសេវាដែលគម្រោងរបស់យើងធានារ៉ាប់រង 52

C. អ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក 54

C1. អ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំសុខភាព គឺជាអ្វី 54

C2. របៀបទាក់ទងអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក 54

C3. របៀបប្តូរអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក 55

D. ការថែទាំពីអ្នកផ្តល់សេវា 55

D1. ការថែទាំពីអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំជាបឋម (PCP) 55

D2. ការថែទាំពីអ្នកឯកទេស និងអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញផ្សេងទៀត 58

D3. នៅពេលផ្តល់សេវាចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើង 59

D4. អ្នកផ្តល់សេវានៅក្រៅបណ្តាញ 60

E. សេវា និងការគាំទ្រយូរអង្វែង (LTSS) 60

F. សេវាសុខភាពអាកប្បកិរិយា (សុខភាពផ្លូវចិត្ត និងការប្រើប្រាស់សារធាតុញៀន) 61

F1. សេវាសុខភាពឥរិយាបថរបស់ Medi-Cal ដែលបានផ្តល់ជូននៅខាងក្រៅគម្រោងរបស់យើង 62

G. សេវាមធ្យោបាយធ្វើដំណើរ 65

G1. សេវាដឹកជញ្ជូនផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រមិនមែនករណីសង្គ្រោះបន្ទាន់ 65

G2. មធ្យោបាយធ្វើដំណើរដែលមិនមែនជាផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ 66

H. សេវាដែលមានធានារ៉ាប់រងនៅក្នុងការសង្គ្រោះបន្ទាន់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ នៅពេលដែលត្រូវការជាបន្ទាន់ ឬក្នុងអំឡុងពេលមានគ្រោះមហន្តរាយ 67

H1. ការថែទាំក្នុងការសង្គ្រោះបន្ទាន់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ 67

H2. ការថែទាំដែលត្រូវការជាបន្ទាន់ 69

H3. ការថែទាំក្នុងអំឡុងពេលមានគ្រោះមហន្តរាយ 70

I. តើត្រូវធ្វើដូចម្តេច ប្រសិនបើអ្នកទទួលបានវិក្កយបត្រដោយផ្ទាល់សម្រាប់សេវាដែលបានធានារ៉ាប់រង 70

I1. តើត្រូវធ្វើដូចម្តេច ប្រសិនបើគម្រោងរបស់យើងមិនធានារ៉ាប់រងលើសេវា 71

J. ការធានារ៉ាប់រងលើសេវាថែទាំសុខភាពនៅពេលដែលអ្នកកំពុងស្ថិតនៅក្នុងការស្រាវជ្រាវលើការព្យាបាល 71

J1. និយមន័យនៃការសិក្សាស្រាវជ្រាវលើការព្យាបាល 71

J2. ការទូទាត់ប្រាក់សម្រាប់សេវានានា នៅពេលអ្នកចូលរួមក្នុងការសិក្សាស្រាវជ្រាវផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ 72

J3. ការស្វែងយល់បន្ថែម អំពីការសិក្សាស្រាវជ្រាវលើការព្យាបាល 72

K. របៀបដែលសេវាថែទាំសុខភាពរបស់អ្នកទទួលការធានារ៉ាប់រងនៅក្នុងស្ថាប័នថែទាំសុខភាពបែបសាសនាដែលមិនមែនជាស្ថាប័នវេជ្ជសាស្ត្រ 73

K1. និយមន័យនៃស្ថាប័នថែទាំសុខភាពបែបសាសនាដែលមិនមែនជាស្ថាប័នវេជ្ជសាស្ត្រ 73

K2. ការទទួលបានការថែទាំពីមជ្ឈមណ្ឌលថែទាំសុខភាពតាមបែបសាសនាដែលគ្មានលក្ខណៈវេជ្ជសាស្ត្រ 73

L. បរិក្ខារវេជ្ជសាស្ត្រដែលប្រើជាប់បានយូរ (DME) 74

L1. ការទទួលបានបរិក្ខារវេជ្ជសាស្ត្រជាប់បានយូរ (Durable medical equipment, DME) ក្នុងនាមជាសមាជិកនៃគម្រោងរបស់យើង 74

L2. ភាពជាម្ចាស់របស់ DME ប្រសិនបើអ្នកប្តូរទៅ Original Medicare 74

L3. អត្ថប្រយោជន៍សម្រាប់បរិក្ខារអុកស៊ីសែន ក្នុងនាមជាសមាជិកនៃគម្រោងរបស់យើង 75

L4. បរិក្ខារអុកស៊ីសែន នៅពេលអ្នកប្តូរទៅកម្មវិធី Original Medicare ឬគម្រោង Medicare Advantage (MA) ផ្សេងទៀត 76

A. ព័ត៌មានអំពីសេវា និងអ្នកផ្តល់សេវា

សេវា គឺជាសេវាថែទាំសុខភាព សេវា និងការគាំទ្រយូរអង្វែង (LTSS) ការផ្តត់ផ្តង់ សេវាសុខភាពផ្លូវចិត្ត ឱសថមានវេជ្ជបញ្ជា និងឱសថទិញដោយគ្មានវេជ្ជបញ្ជា បរិក្ខារ និងសេវាផ្សេងៗទៀត។ **សេវាដែលមានធានារ៉ាប់រង** គឺជាសេវាណាមួយក្នុងចំណោមសេវាទាំងនេះ ដែលគម្រោងរបស់យើងបង់ប្រាក់។ ការថែទាំសុខភាព សុខភាពផ្លូវចិត្ត និង LTSS ដែលមានការធានារ៉ាប់រងមាននៅក្នុង**ជំពូកទី 4** នៃ*សៀវភៅណែនាំសមាជិក*របស់អ្នក។ សេវាធានារ៉ាប់រងសម្រាប់ឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជា និងឱសថគ្មានវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកមាននៅក្នុង**ជំពូកទី 5** នៃ*សៀវភៅណែនាំសមាជិក*របស់អ្នក។

អ្នកផ្តល់សេវា គឺជាវេជ្ជបណ្ឌិត គិលានុបដ្ឋាក និងបុគ្គលផ្សេងទៀត ដែលផ្តល់សេវា និងសេវាថែទាំដល់អ្នក ហើយមានអាជ្ញាបណ្ណពីរដ្ឋ។ អ្នកផ្តល់សេវាក៏រួមបញ្ចូលផងដែរនូវមន្ទីរពេទ្យ ភ្នាក់ងារថែទាំសុខភាពតាមផ្ទះ គ្លីនិក និងកន្លែងផ្សេងទៀតដែលផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាព សេវាសុខភាពផ្លូវចិត្ត បរិក្ខារវេជ្ជសាស្ត្រ និងសេវា និងការគាំទ្រយូរអង្វែង (long-term services and supports, LTSS) មួយចំនួនដល់អ្នក។

អ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ គឺជាអ្នកផ្តល់សេវាដែលធ្វើការនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើង។ អ្នកផ្តល់សេវាទាំងនេះ យល់ព្រមទទួលយកការទូទាត់ប្រាក់របស់យើងជាការទូទាត់ប្រាក់ពេញលេញ។ អ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញទារប្រាក់ពីយើងដោយផ្ទាល់សម្រាប់ការថែទាំដែលពួកគេផ្តល់ឱ្យអ្នក។ នៅពេលអ្នកប្រើប្រាស់អ្នកផ្តល់សេវា ក្នុងបណ្តាញជាធម្មតាអ្នកមិនបង់ប្រាក់អ្វីទាំងអស់សម្រាប់សេវាដែលបានធានារ៉ាប់រង។

B. វិធានសម្រាប់ការទទួលសេវាដែលគម្រោងរបស់យើងធានារ៉ាប់រង

គម្រោងរបស់យើងធានារ៉ាប់រងលើសេវាទាំងអស់ដែល Medicare ធានារ៉ាប់រង និងសេវា Medi-Cal ភាគច្រើន។ សេវាទាំងនេះ រួមមានសេវាថែទាំសុខភាពផ្លូវចិត្ត និងសេវា LTSS មួយចំនួន។

ជាទូទៅ គម្រោងរបស់យើងនឹងបង់ថ្លៃសម្រាប់សេវាថែទាំសុខភាព សេវាសុខភាពផ្លូវចិត្ត និងសេវា LTSS ជាច្រើនដែលអ្នកទទួលបាន នៅពេលអ្នកអនុវត្តតាមវិធានរបស់យើង។ ដើម្បីទទួលបានការធានារ៉ាប់រងពីគម្រោងរបស់យើង៖

- សេវាថែទាំដែលអ្នកទទួលបានត្រូវតែបញ្ចូលក្នុងតារាងអត្ថប្រយោជន៍ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្ររបស់យើងនៅក្នុង**ជំពូកទី 4** នៃ*សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះ។
- ការថែទាំត្រូវតែមាន**ភាពចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ**។ ពាក្យថា មានភាពចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ យើង សំដៅលើសេវាដែលត្រូវបានចាត់ទុកថាសមស្រប និងចាំបាច់ សម្រាប់ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ និងការព្យាបាលស្ថានភាពសុខភាពរបស់អ្នក។ ការថែទាំដែលចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ គឺត្រូវការដើម្បីការពារបុគ្គលមិនឱ្យធ្លាក់ខ្លួនឈឺធ្ងន់ ឬក្លាយជាជនពិការ និងកាត់បន្ថយការឈឺចាប់ធ្ងន់ធ្ងរ តាមរយៈការព្យាបាលជំងឺស្ថានភាពឈឺ ឬរបួស។
- សម្រាប់សេវាវេជ្ជសាស្ត្រ អ្នកត្រូវតែមាន**អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំជាបឋម (PCP)** ក្នុងបណ្តាញ ដែលផ្តល់ និងត្រួតពិនិត្យការថែទាំរបស់អ្នក។ ក្នុងនាមជាសមាជិកគម្រោង អ្នកត្រូវតែជ្រើសរើសអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញម្នាក់ ដើម្បីធ្វើជា PCP របស់អ្នក (សូមចូលទៅកាន់**ផ្នែក D1** សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម)។

- ក្នុងករណីភាគច្រើនគម្រោងរបស់យើងត្រូវផ្តល់ការយល់ព្រមដល់អ្នក មុនពេលអ្នកអាចប្រើប្រាស់អ្នកផ្តល់សេវាម្នាក់ដែលមិនមែនជា PCP របស់អ្នក ឬប្រើអ្នកផ្តល់សេវាផ្សេងទៀតនៅក្នុងបណ្តាញរបស់គម្រោងនេះ។ នេះហៅថា **លិខិតបញ្ជូនបន្ត**។ ប្រសិនបើអ្នកមិនទទួលបានការយល់ព្រមទេ យើងអាចនឹងមិនបង់ថ្លៃធានារ៉ាប់រងលើសេវាទាំងនោះទេ។

- PCP របស់គម្រោងយើងមានទំនាក់ទំនងជាមួយក្រុមវេជ្ជសាស្ត្រ។ នៅពេលអ្នកជ្រើសរើស PCP របស់អ្នក នោះអ្នកក៏កំពុងជ្រើសរើសក្រុមវេជ្ជសាស្ត្រដែលមានទំនាក់ទំនងជាមួយ PCP នោះផងដែរ។ នេះមានន័យថា PCP របស់អ្នកនឹងបញ្ជូនអ្នកទៅគ្រូពេទ្យឯកទេស និងសេវានានាដែលមានទំនាក់ទំនងជាមួយក្រុមវេជ្ជសាស្ត្ររបស់ពួកគេផងដែរ។ ក្រុមវេជ្ជសាស្ត្រ គឺជាសមាគមនៃគ្រូពេទ្យថែទាំជាបឋម និងគ្រូពេទ្យឯកទេស ដែលបានបង្កើតឡើង ដើម្បីផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពដែលមានការសម្របសម្រួលជូនអ្នក។

- អ្នកមិនចាំបាច់មានលិខិតបញ្ជូនបន្តពី PCP របស់អ្នកទេ សម្រាប់ការថែទាំសង្គ្រោះបន្ទាន់ ឬការថែទាំដែលត្រូវការជាបន្ទាន់ ដើម្បីទៅទទួលសេវាពីអ្នកផ្តល់សេវាសុខភាពស្ត្រី ឬសម្រាប់សេវាផ្សេងទៀតណាមួយដែលមានរាយក្នុង **ផ្នែក D1**។

- **អ្នកត្រូវតែទទួលបានការថែទាំរបស់អ្នកពីអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ** (សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមមើលផ្នែក D ក្នុងជំពូកនេះ)។ ជាទូទៅ យើងនឹងមិនធានារ៉ាប់រងលើការថែទាំពីអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពដែលមិនធ្វើការជាមួយគម្រោងថែទាំសុខភាពរបស់យើងនោះទេ។ នេះមានន័យថា អ្នកនឹងត្រូវបង់ប្រាក់ពេញលេញទៅឱ្យអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពសម្រាប់សេវាដែលអ្នកទទួលបាន។ ខាងក្រោមនេះ គឺជាករណីមួយចំនួនដែលច្បាប់នេះ មិនអនុវត្ត៖

  - ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការការថែទាំសង្គ្រោះបន្ទាន់ ឬការថែទាំដែលត្រូវការជាបន្ទាន់ពីអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពក្រៅបណ្តាញ (សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលទៅកាន់**ផ្នែក H**)។

  - ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការការថែទាំដែលគម្រោងរបស់យើងធានារ៉ាប់រង ហើយអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពក្នុងបណ្តាញរបស់យើងមិនអាចផ្តល់ជូនបាន អ្នកអាចទទួលបានការថែទាំពីអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពក្រៅបណ្តាញ។ តម្រូវឱ្យមានការអនុញ្ញាត ហើយគួរតែទទួលបានការអនុញ្ញាតពីគម្រោងជាមុនសិន មុនពេលស្វែងរកការថែទាំ ។ក្នុងស្ថានភាពនេះ យើងធានារ៉ាប់រងលើការថែទាំ ដូចជាប្រសិនបើអ្នកទទួលបានវាពីអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ **ឬ**ដោយឥតគិតថ្លៃសម្រាប់អ្នក។ សម្រាប់ព័ត៌មានអំពីការទទួលបានការយល់ព្រម ដើម្បីប្រើប្រាស់អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពក្រៅបណ្តាញ សូមចូលទៅកាន់**ផ្នែក D4** ។

  - ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការសេវាលាងឈាម (kidney dialysis) នៅពេលអ្នកស្ថិតនៅក្រៅតំបន់ផ្តល់សេវារបស់គម្រោងយើងក្នុងរយៈពេលខ្លី ឬនៅពេលអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកមិនអាចផ្តល់សេវាបានបណ្តោះអាសន្ន ឬមិនអាចចូលប្រើប្រាស់បាន អ្នកអាចទទួលបានការថែទាំពីអ្នកផ្តល់សេវាក្រៅបណ្តាញបាន។

  - ប្រសិនបើអ្នកជាសមាជិកថ្មីនៃគម្រោងរបស់យើង អ្នកអាចស្នើសុំបន្តប្រើប្រាស់អ្នកផ្តល់សេវាបច្ចុប្បន្នរបស់អ្នកបាន។ លើកលែងករណីមួយចំនួន យើងត្រូវតែយល់ព្រមលើសំណើនេះ ប្រសិនបើយើងអាចបញ្ជាក់បានថា អ្នកមានទំនាក់ទំនងស្រាប់ជាមួយអ្នកផ្តល់សេវាទាំងនោះ។ សូមមើលទៅ **ជំពូកទី 1** នៃ*សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះ។ ប្រសិនបើយើងយល់ព្រមលើ

សំណើរបស់អ្នក នោះអ្នកអាចបន្តប្រើប្រាស់អ្នកផ្តល់សេវាដែលអ្នកកំពុងប្រើប្រាស់ឥឡូវនេះ បានរហូតដល់ 12 ខែសម្រាប់សេវានានា។ ក្នុងអំឡុងពេលនោះ អ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នកនឹងទាក់ទងអ្នក ដើម្បីជួយអ្នកស្វែងរកអ្នកផ្តល់សេវានៅក្នុងបណ្តាញរបស់យើង ដែលមានទំនាក់ទំនងជាមួយក្រុមវេជ្ជសាស្ត្ររបស់ PCP របស់អ្នក។ បន្ទាប់ពីរបស់ 12 ខែមក យើងលែងធានារ៉ាប់រងលើការថែទាំរបស់អ្នកតទៅទៀតហើយ ប្រសិនបើអ្នកបន្តប្រើអ្នកផ្តល់សេវាដែលមិនស្ថិតនៅក្នុងបណ្តាញរបស់យើង ហើយមិនមានទំនាក់ទំនងជាមួយនឹងក្រុមវេជ្ជសាស្ត្ររបស់ PCP របស់អ្នក។

ការធានារ៉ាប់រងសុខភាពផ្សេងទៀត៖ អ្នកត្រូវប្រើអត្ថប្រយោជន៍ពីការធានារ៉ាប់រងសុខភាពផ្សេងទៀតដែលអ្នកមានជាមុនសិន មុននឹងប្រើ Medi-Cal ប្រសិនបើសេវាដូចគ្នានោះទទួលបានការធានារ៉ាប់រងពីគម្រោងធានារ៉ាប់រងសុខភាពចម្បងរបស់អ្នក ដោយសារតែ Medi-Cal ជាអ្នកទទួលបន្ទុកទូទាត់ប្រាក់ចុងក្រោយ។ នេះមានន័យថា ក្នុងករណីភាគច្រើន Medi-Cal នឹងក្លាយជាអ្នកបង់ប្រាក់បន្ទាប់បន្សំពី Medicare ដោយធានារ៉ាប់រងលើការចំណាយដែលអាចអនុញ្ញាតបានដែលមិន បានបង់ដោយ Medicare ឬការធានារ៉ាប់រងសុខភាពផ្សេងទៀត រហូតដល់អត្រារបស់ Medi-Cal។

សមាជិកថ្មីរបស់ គម្រោង Blue Shield Medicare + គម្រោង Medi-Cal Plan៖ ក្នុងករណីភាគច្រើន អ្នកនឹងចុះឈ្មោះ ក្នុងគម្រោង Blue Shield Medicare + គម្រោង Medi-Cal Plan សម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍ Medicare របស់អ្នក នៅថ្ងៃទី 1 នៃខែ បន្ទាប់ពីអ្នកស្នើសុំចុះឈ្មោះក្នុង គម្រោង Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan រួចហើយ។ អ្នកអាចនៅតែ ទទួលបានសេវា Medi-Cal របស់អ្នកពីគម្រោងសុខភាព Medi-Cal មុនរបស់អ្នក រហូតដល់ពីរខែ។ បន្ទាប់ពីនោះ អ្នកនឹង ទទួលបានសេវា Medi-Cal របស់អ្នកតាមរយៈគម្រោង Blue Shield Medicare + គម្រោង Medi-Cal Plan។ ការធានា រ៉ាប់រង Medi-Cal របស់អ្នកនឹងមិនមានការខកខាន ឬផ្អាកឡើយ។ សូមទូរសព្ទទៅលេខនៅផ្នែកខាងក្រោមនៃទំព័រ ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរណាមួយ។

C. អ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក

C1. អ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំសុខភាព គឺជាអ្វី

អ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំសុខភាព គឺជាបុគ្គលដែលបានទទួលការបណ្តុះបណ្តាលជាពិសេស ដើម្បីជួយអ្នកឱ្យទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ និងសេវារបស់ Medicare និង Medi-Cal។ អ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នកនឹង ជាផ្នែកមួយនៃក្រុមការងារថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក ហើយគាត់នឹងបម្រើជាអ្នកទំនាក់ទំនងចម្បង និងជាប្រភពព័ត៌មានសម្រាប់អ្នក។ បន្ទាប់ពីចុះឈ្មោះរួច អ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំសុខភាពនឹងទូរសព្ទទៅអ្នក ដើម្បីណែនាំខ្លួន និងជួយអ្នកបំពេញ ការវាយតម្លៃហានិភ័យសុខភាព ដើម្បីកំណត់តម្រូវការសេវាថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក។

C2. របៀបទាក់ទងអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក

អ្នកអាចទាក់ទងអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នកបាន ដោយទូរសព្ទទៅលេខ 1-888-548-5765 ចាប់ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ 6:00 ល្ងាច ចាប់ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ។ នៅពេលអ្នកចាប់ផ្តើមធ្វើការជាមួយអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំសុខភាព អ្នកក៏អាចទាក់ទងគាត់បានផងដែរ ដោយទូរសព្ទទៅកាន់ខ្សែទូរសព្ទផ្ទាល់របស់គាត់។

C3. របៀបប្តូរអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក

ដើម្បីស្នើសុំប្តូរអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក នោះអ្នកអាចទូរសព្ទទៅលេខ 1-888-548-5765 ចាប់ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ 6:00 ល្ងាច ចាប់ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ។

D. ការថែទាំពីអ្នកផ្តល់សេវា

D1. ការថែទាំពីអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំជាបឋម (PCP)

អ្នកត្រូវជ្រើសរើសអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំជាបឋម (primary care provider, PCP) ដើម្បីផ្តល់ និងគ្រប់គ្រងការថែទាំរបស់អ្នក។ PCP របស់គម្រោងយើងមានទំនាក់ទំនងជាមួយក្រុមវេជ្ជសាស្ត្រ។ នៅពេលអ្នកជ្រើសរើស PCP របស់អ្នក នោះអ្នកក៏កំពុងជ្រើសរើសក្រុមវេជ្ជសាស្ត្រដែលមានទំនាក់ទំនងជាមួយ PCP នោះផងដែរ។

និយមន័យនៃ PCP និងអ្វីដែល PCP ធ្វើសម្រាប់អ្នក

PCP របស់អ្នក គឺជាគ្រូពេទ្យដែលបំពេញតាមលក្ខខណ្ឌតម្រូវរបស់រដ្ឋ និងបានទទួលការបណ្តុះបណ្តាល ដើម្បីផ្តល់ការថែទាំវេជ្ជសាស្ត្រមូលដ្ឋានដល់អ្នក។ PCP អាចជាគ្រូពេទ្យជំនាញខាងគ្រួសារ គ្រូពេទ្យទូទៅ គ្រូពេទ្យជំនាញខាងវេជ្ជសាស្ត្រផ្ទៃក្នុង គ្រូពេទ្យឯកទេសផ្នែកសម្ភព និងរោគស្ត្រី (OB-GYN) ឬអាចជាគ្រូពេទ្យជំនាញឯកទេសដទៃទៀតតាមការស្នើសុំ។ អ្នកអាចជ្រើសរើសគ្រូពេទ្យឯកទេសឱ្យធ្វើជា PCP របស់អ្នកបាន ប្រសិនបើគ្រូពេទ្យឯកទេសនោះយល់ព្រមផ្តល់សេវាទាំងអស់ដែល PCP ជាទូទៅតែងតែផ្តល់។ ដើម្បីស្នើសុំឱ្យគ្រូពេទ្យឯកទេសរបស់អ្នកធ្វើជា PCP របស់អ្នក សូមទាក់ទងផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជនរបស់គម្រោង Blue Shield Medicare + គម្រោង Medi-Cal Plan (លេខទូរសព្ទ និងម៉ោងបើកដំណើរការត្រូវបានបោះពុម្ពនៅផ្នែកខាងក្រោមនៃទំព័រនេះ)។ វេជ្ជមន្ទីរមួយ ដូចជមណ្ឌលសុខភាពដែលសហព័ន្ធទទួលស្គាល់ (FQHC) ក៏អាចធ្វើជា PCP របស់អ្នកបានផងដែរ។ អ្នកនឹងទទួលបានការថែទាំជាប្រចាំ ឬការថែទាំមូលដ្ឋានពី PCP របស់អ្នក។ PCP របស់អ្នកក៏អាចសម្របសម្រួលសេវាដែលធានារ៉ាប់រងផ្សេងទៀតដែលអ្នកត្រូវការបានផងដែរ។ សេវាដែលរ៉ាប់រងទាំងនេះ រួមមាន៖

- ការថតកាំរស្មីអ៊ិក្សរ៉ៃ
- ធ្វើតេស្តមន្ទីរពិសោធន៍
- វិធីព្យាបាលនានា
- ការថែទាំពីវេជ្ជបណ្ឌិតដែលជាអ្នកឯកទេស
- ការសម្រាកនៅមន្ទីរពេទ្យ
- ការថែទាំបន្តបន្ទាប់

PCP របស់គម្រោងយើងមានទំនាក់ទំនងការងារជាមួយក្រុមពេទ្យជាក់លាក់។ ក្រុមពេទ្យ ឬសមាគមគ្រូពេទ្យឯករាជ្យ (IPA) គឺជាអង្គការមួយដែលបាបង្កើតឡើងក្រោមច្បាប់រដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា ដែលចុះកិច្ចសន្យាជាមួយគម្រោងសុខភាព ដើម្បីផ្តល់ ឬសេវាថែទាំសុខភាពដល់អ្នកចុះឈ្មោះគម្រោងថែទាំសុខភាព។ នៅពេលអ្នកជ្រើសរើស PCP របស់អ្នក នោះអ្នកក៏កំពុងជ្រើសរើសក្រុមពេទ្យដែលមានទំនាក់ទំនងការងារនោះ ផងដែរ។ នេះមានន័យថា PCP របស់អ្នកនឹងសំអាងទៅកាន់អ្នកឯកទេស និងសេវានានាដែលមាន ទំនាក់ទំនងការងារជាមួយក្រុមពេទ្យរបស់គាត់ ផងដែរ។

ក្នុងករណីភាគច្រើន អ្នកត្រូវតែទៅជួប PCP របស់អ្នក ដើម្បីទទួលបានលិខិតបញ្ជូនបន្ត មុនពេលអ្នកទៅជួបអ្នកផ្តល់ការថែទាំសុខភាពផ្សេងទៀត ឬចូលមើលអ្នកឯកទេស។ នៅពេលដែលលិខិតបញ្ជូនបន្តនេះទទួលបានការយល់ព្រមពីក្រុមវេជ្ជសាស្ត្ររបស់ PCP របស់អ្នក នោះអ្នកអាចធ្វើការណាត់ជួបជាមួយគ្រូពេទ្យឯកទេស ឬអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពផ្សេងទៀត ដើម្បីទទួលបានការព្យាបាលដែលអ្នកត្រូវការ។ អ្នកឯកទេសនឹងជូនដំណឹងដល់ PCP របស់អ្នកនៅពេលបញ្ចប់ការព្យាបាល ឬសេវារបស់អ្នក ដើម្បីឱ្យ PCP របស់អ្នកអាចបន្តគ្រប់គ្រងការថែទាំរបស់អ្នក ដើម្បីឱ្យអ្នកទទួលបានសេវាមួយចំនួន PCP របស់អ្នកនឹងត្រូវទទួលបានការយល់ព្រមជាមុនពីគម្រោង ឬក្នុងករណីខ្លះ ពីក្រុមពេទ្យដែលពាក់ព័ន្ធនឹង PCP របស់អ្នក។ ការយល់ព្រមជាមុននេះ ហៅថា “ការអនុញ្ញាតជាមុន”។

ជម្រើស PCP របស់អ្នក

នៅពេលអ្នកក្លាយជាសមាជិកនៃគម្រោងរបស់យើង អ្នកត្រូវតែជ្រើសរើសអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងគម្រោងធ្វើជា PCP របស់អ្នក។

ដើម្បីជ្រើសរើស PCP អ្នកអាច៖

- ប្រើប្រាស់*សៀវភៅ*បញ្ជីឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថាន។ មើលក្នុងលិបិក្រមនៃ “គ្រូពេទ្យថែទាំជាបឋម” ដែលមានទីតាំងនៅផ្នែកខាងក្រោយនៃសៀវភៅបញ្ជីឈ្មោះ ដើម្បីស្វែងរកវេជ្ជបណ្ឌិត ដែលអ្នកចង់បាន។ (លិបិក្រម គឺតាមលំដាប់អក្ខរក្រមតាមនាមត្រកូលរបស់វេជ្ជបណ្ឌិត។) ឬ
- ចូលទៅកាន់គេហទំព័ររបស់យើងតាម blueshieldca.com/find-a-doctor ហើយស្វែងរក PCP ដែលអ្នកចង់បាន ឬ
- ទូរសព្ទទៅកាន់ផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជនរបស់ គម្រោង Blue Shield Medicare + គម្រោង Medi-Cal Plan ដើម្បីទទួលបានជំនួយ (លេខទូរសព្ទ និងម៉ោងធ្វើការ ត្រូវបានបោះពុម្ពនៅផ្នែកខាងក្រោមនៃទំព័រនេះ)។

ដើម្បីស្វែងយល់ថា តើអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពដែលអ្នកចង់ជ្រើសរើសមានផ្តល់សេវា ឬកំពុងទទួលអ្នកជំងឺថ្មីឬអត់ សូមមើល *បញ្ជីរាយនាមអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថាន* ដែលមាននៅលើគេហទំព័ររបស់យើង ឬទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជន (លេខទូរសព្ទ និងម៉ោងធ្វើការត្រូវបានបោះពុម្ពនៅផ្នែកខាងក្រោមនៃទំព័រនេះ)។ ប្រសិនបើមានអ្នកឯកទេស ឬមន្ទីរពេទ្យជាក់លាក់ណាមួយ ដែលអ្នកចង់ប្រើ ត្រូវមើលថាតើពួកគេមានទំនាក់ទំនងជាមួយនឹងក្រុមពេទ្យ PCP របស់អ្នកដែរឬទេ។ អ្នកអាចមើលក្នុង *បញ្ជីអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថាន* ឬសាកសួរផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជន ដើម្បីដឹងថា តើ PCP ដែលអ្នកចង់ជ្រើសរើសធ្វើលិខិតបញ្ជូនបន្តទៅកាន់គ្រូពេទ្យឯកទេសនោះ ឬប្រើប្រាស់មន្ទីរពេទ្យនោះឬអត់។

ជម្រើសក្នុងការផ្លាស់ប្តូរ PCP របស់អ្នក

អ្នកអាចប្តូរ PCP របស់អ្នកសម្រាប់ហេតុផលណាមួយ បានគ្រប់ពេលវេលា។ វាក៏អាចទៅរួចដែរដែល PCP របស់អ្នកអាចចាកចេញពីបណ្តាញគម្រោងរបស់យើង។ ប្រសិនបើ PCP របស់អ្នកចាកចេញពីបណ្តាញរបស់យើង យើងអាចជួយអ្នកស្វែងរក PCP ថ្មីនៅក្នុងបណ្តាញរបស់យើងបាន។

អ្នកអាចអនុវត្តតាមជំហាននៅក្នុងផ្នែក “ជម្រើស PCP របស់អ្នក” ខាងលើ ដើម្បីផ្លាស់ប្តូរ PCP របស់អ្នក។ សូមប្រាកដថាអ្នកបានទូរសព្ទទៅកាន់ផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជន ដើម្បីប្រាប់ពួកគេឱ្យដឹងថា អ្នកកំពុងផ្លាស់ប្តូរ PCP របស់អ្នក (លេខទូរសព្ទ និងម៉ោងធ្វើការមានបោះពុម្ពនៅផ្នែកខាងក្រោមនៃទំព័រនេះ)។

នៅពេលការស្នើសុំផ្លាស់ប្តូររបស់អ្នក ត្រូវបានស្នើសុំ នោះការចាត់តាំងទៅកាន់ PCP ថ្មី និងក្រុមពេទ្យ ដែលពាក់ព័ន្ធរបស់គាត់ ឬនាង នឹងកើតឡើង នៅថ្ងៃដំបូងនៃខែបន្ទាប់ពីការស្នើសុំប្តូរ PCP របស់អ្នក។

ឈ្មោះ និងលេខទូរសព្ទការិយាល័យរបស់ PCP បានបោះពុម្ពនៅលើភាពជាសមាជិករបស់អ្នក។ ប្រសិនបើអ្នកផ្លាស់ប្តូរ PCP របស់អ្នក អ្នកនឹងទទួលបានបណ្ណាភាពជាសមាជិកថ្មី។

PCP របស់គម្រោងយើងមានទំនាក់ទំនងជាមួយក្រុមវេជ្ជសាស្ត្រ។ ប្រសិនបើអ្នកផ្លាស់ប្តូរ PCP របស់អ្នក អ្នកក៏អាចផ្លាស់ប្តូរក្រុមពេទ្យបានផងដែរ។ នៅពេលដែលអ្នកស្នើសុំការផ្លាស់ប្តូរ សូមប្រាប់មកកាន់ផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជន ប្រសិនបើអ្នកប្រើគ្រូពេទ្យឯកទេស ឬទទួលបានសេវាដែលមានធានារ៉ាប់រងផ្សេងទៀតដែលត្រូវតែមានការយល់ព្រមពី PCP។ ផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជនជួយអ្នក ដើម្បីបន្តការថែទាំឯកទេស និងសេវាផ្សេងទៀតរបស់អ្នកនៅពេលអ្នកផ្លាស់ប្តូរ PCP របស់អ្នក។

សេវាដែលអ្នកអាចទទួលបានដោយគ្មានការយល់ព្រមពី PCP របស់អ្នក

ក្នុងករណីភាគច្រើនបំផុត អ្នកនឹងត្រូវការការយល់ព្រមពី PCP របស់អ្នក មុនពេលប្រើប្រាស់អ្នកផ្តល់សេវាផ្សេងទៀត។ ការយល់ព្រមនេះ ហៅថា **លិខិតបញ្ជូនបន្ត**។ អ្នកអាចទទួលបានសេវាកម្មដូចដែលមានរាយខាងក្រោម ដោយមិនចាំបាច់ទទួលបានការយល់ព្រមពី PCP របស់អ្នក *ឬ*គម្រោងរបស់យើងជាមុនឡើយ៖

- សេវាជាអាសន្នក្រុមអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ អ្នកផ្តល់សេវានៅក្រៅបណ្តាញ។
- សេវាដែលរ៉ាប់រងដែលត្រូវការជាបន្ទាន់ ដែលតម្រូវឱ្យមានការយកចិត្តទុកដាក់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រភ្លាមៗ (ប៉ុន្តែមិនមែនជាករណីសង្គ្រោះបន្ទាន់) ទេ ប្រសិនបើអ្នកស្ថិតនៅក្រៅតំបន់សេវារបស់គម្រោងយើងជាបណ្តោះអាសន្ន ឬប្រសិនបើវាមិនសមហេតុផល ដោយផ្អែកលើពេលវេលា ទីកន្លែង និងស្ថានភាពរបស់អ្នក ក្នុងការទទួលសេវានេះពីអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ។ ឧទាហរណ៍នៃសេវាដែលត្រូវការជាបន្ទាន់ រួមមានជំងឺ និងរបួសផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដែលកើតឡើងដោយមិនបានរំពឹងទុក ឬការធ្ងន់ធ្ងរឡើងវិញដោយមិនបានរំពឹងទុកនៃស្ថានភាពជំងឺដែលមានស្រាប់។ អ្នកផ្តល់សេវាជាប្រចាំដែលរោគាព្យាបាលចាំបាច់ចូលមើល (ដូចជាការពិនិត្យសុខភាពប្រចាំឆ្នាំ) មិនអាចចាត់ទុកថា ជាសេវាដែលត្រូវការជាបន្ទាន់ទេ ទោះបីជាអ្នកស្ថិតនៅក្រៅតំបន់សេវារបស់គម្រោងយើង ឬបណ្តាញរបស់យើងមិនអាចប្រើប្រាស់បានជាបណ្តោះអាសន្នក៏ដោយ។
- តម្រងនោមការលាងឈាមដែលអ្នកទទួលបាននៅមណ្ឌលការលាងឈាមដែលទទួលបានការបញ្ជាក់ពីកម្មវិធី Medicare នៅពេលអ្នកស្ថិតនៅក្រៅតំបន់សេវារបស់គម្រោងយើង។ ប្រសិនបើអ្នកទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជន មុនពេលអ្នកចាកចេញពីតំបន់សេវា យើងអាចជួយអ្នកឱ្យទទួលបានសេវាការលាងឈាម ខណៈពេលអ្នកមិននៅក្នុងតំបន់។
- ថ្នាំចាក់ការពារគ្រុនផ្តាសាយធំ និងថ្នាំបង្ការរោគ COVID-19 ព្រមទាំងថ្នាំបង្ការរោគបង្ការជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B និងថ្នាំបង្ការរោគជំងឺហើមសួត ដរាបណាអ្នកទទួលវាពីអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ។
- ថែទាំសុខភាពស្ត្រីជាប្រចាំ និងសេវារៀបចំគម្រោងគ្រួសារ។ សេវានេះ រួមមានសេវាការពិនិត្យដោះ ការត្រួតពិនិត្យថតរកសាច់ដុះនៅដោះ (ថតសុដន់ស្វែងរកមហារីក ដោយកាំរស្មីអិក្សរ៉ៃ) ការធ្វើតេស្ត ពិនិត្យកោសិកាមហារីកមាត់ស្បូន (Pap) និងពិនិត្យឆ្អឹងត្រគាក លុះត្រាតែអ្នកទៅពិនិត្យនៅតាមអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ។

បន្ថែមពីនេះ ប្រសិនបើអ្នកជាសមាជិកជនជាតិឥណ្ឌាអាមេរិក អ្នកអាចទទួលសេវាដែលទទួលបាន ការធានារ៉ាប់រងពី អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពសម្រាប់ជនជាតិឥណ្ឌាអាមេរិកតាមជម្រើសរបស់អ្នក ដោយមិនតម្រូវឱ្យមានលិខិតបញ្ជូនបន្តពី PCP ក្នុងបណ្តាញ ឬការអនុញ្ញាតជាមុនឡើយ។

D2. ការថែទាំពីអ្នកឯកទេស និងអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញផ្សេងទៀត

អ្នកឯកទេស គឺជាវេជ្ជបណ្ឌិតដែលផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពសម្រាប់ជំងឺជាក់លាក់ណាមួយ ឬផ្នែកណាមួយនៃរាងកាយ។ មានអ្នកឯកទេសជាច្រើនប្រភេទ ដូចជា៖

- គ្រូពេទ្យឯកទេសជំងឺមហារីក ដែលថែទាំអ្នកជំងឺមហារីក។
- វេជ្ជបណ្ឌិតបេះដូង ដែលថែទាំអ្នកជំងឺដែលមានបញ្ហាបេះដូង។
- គ្រូពេទ្យឯកទេសឆ្អឹង សន្លាក់ និងសាច់ដុំ ដែលថែទាំអ្នកជំងឺដែលមានបញ្ហាឆ្អឹង សន្លាក់ ឬសាច់ដុំ។

នៅពេលអ្នកត្រូវការការថែទាំពីគ្រូពេទ្យឯកទេស ឬសេវាបន្ថែមដែល PCP របស់អ្នកមិនអាចផ្តល់ជូនបាន គាត់នឹងផ្តល់លិខិតបញ្ជូនបន្តឱ្យអ្នក។ នៅពេលដែលលិខិតបញ្ជូនបន្តនេះ ទទួលបានការយល់ព្រមពីក្រុមវេជ្ជសាស្ត្ររបស់ PCP របស់អ្នក នោះអ្នកអាចធ្វើការណាត់ជួបជាមួយគ្រូពេទ្យឯកទេស ឬអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពផ្សេងទៀត ដើម្បីទទួលបានការព្យាបាលដែលអ្នកត្រូវការ។ អ្នកឯកទេសនឹងជូនដំណឹងដល់ PCP របស់អ្នក នៅពេលការព្យាបាល ឬសេវារបស់អ្នកត្រូវបានបញ្ចប់រួចរាល់ ដើម្បីឱ្យ PCP របស់អ្នកអាចបន្តគ្រប់គ្រងការថែទាំរបស់អ្នកបាន។

PCP របស់អ្នកនឹងត្រូវទទួលបានការយល់ព្រមជាមុនពីគម្រោង ដើម្បីឱ្យអ្នកអាចទទួលបានសេវាមួយចំនួន។ ការយល់ព្រមជាមុននេះ ហៅថា “ការអនុញ្ញាតជាមុន”។ សម្រាប់ឧទាហរណ៍ ការអនុញ្ញាតជាមុន គឺឱ្យអ្នកជំងឺ ដែលសម្រាកព្យាបាលការស្នាក់ក្នុងមន្ទីពេទ្យទាំងអស់ ដែលមិនមែនជាករណីសង្គ្រោះបន្ទាន់។ ក្នុងករណីខ្លះ ក្រុមពេទ្យ្រដែលមានទំនាក់ទំនងជាមួយ PCP របស់អ្នក អាចអនុញ្ញាតសេវារបស់អ្នកបាន ជំនួសឱ្យគម្រោងរបស់យើង។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរណាមួយអំពីថាតើអ្នកណាជាអ្នកទទួលខុសត្រូវក្នុងការដាក់ស្នើ និងយល់ព្រមលើការអនុញ្ញាតជាមុនសម្រាប់សេវា សូមទាក់ទងក្រុមពេទ្យដែលមានទំនាក់ទំនងជាមួយ PCP របស់អ្នក។ អ្នកក៏អាចទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជនផងដែរ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីសេវាណាខ្លះដែលតម្រូវឱ្យមានការអនុញ្ញាតជាមុន សូមមើលតារាងអត្ថប្រយោជន៍នៅក្នុង **ជំពូកទី 4 ផ្នែក D**។

លិខិតបញ្ជូនបន្តជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ អាចសម្រាប់ការទៅជួបតែមួយលើក ឬអាចជាលិខិតបញ្ជូនបន្តដែលមានសុពលភាពសម្រាប់ការទៅជួបច្រើនជាងមួយលើក ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការសេវាបន្ត។ យើងត្រូវតែផ្តល់លិខិតការបញ្ជូនជាអចិន្ត្រៃយ៍ឱ្យអ្នកទៅជួបអ្នកឯកទេសបានមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ សម្រាប់ស្ថានភាពណាមួយខាងក្រោមនេះ៖

- ស្ថានភាពជំងឺរ៉ាំរ៉ៃ (បន្តរយៈពេលយូរ)។
- ជំងឺផ្លូវចិត្ត ឬជំងឺរាងកាយដែលអាចគំរាមកំហែងអាយុជីវិត។
- ជំងឺ ឬពិការភាពដែលមានលក្ខណៈចុះអន់ថយជាបន្តបន្ទាប់។
- ស្ថានភាព ឬជំងឺផ្សេងទៀតណាមួយ ដែលមានលក្ខណៈធ្ងន់ធ្ងរ ឬស្មុគស្មាញគ្រប់គ្រាន់ ដើម្បីតម្រូវឱ្យមានការព្យាបាលដោយអ្នកឯកទេស។

ប្រសិនបើអ្នកមិនទទួលបានលិខិតបញ្ជូនបន្តជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ នៅពេលដែលតម្រូវឱ្យមានទេ វិក្កយបត្រនោះអាចមិនត្រូវបានទូទាត់ប្រាក់។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជន តាមរយៈលេខនៅផ្នែកខាងក្រោមនៃទំព័រនេះ។

D3. នៅពេលផ្តល់សេវាចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើង

អ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញដែលអ្នកប្រើប្រាស់ អាចចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើង។ ប្រសិនបើអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកណាម្នាក់ចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើង អ្នកមានសិទ្ធិ និងការការពារដូចបានសង្ខេបខាងក្រោម៖

ទោះបីជាបណ្តាញអ្នកផ្តល់សេវារបស់យើងមានការផ្លាស់ប្តូរក្នុងអំឡុងឆ្នាំក៏ដោយ យើងត្រូវតែផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវការទទួលបានសេវាពីអ្នកផ្តល់សេវាមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ ដោយមិនមានការរំខាន។

- យើងនឹងជូនដំណឹងដល់អ្នកថា អ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកកំពុងចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើង ដូច្នេះអ្នកមានពេលវេលា ដើម្បីជ្រើសរើសអ្នកផ្តល់សេវាថ្មី។
    - ប្រសិនបើអ្នកផ្តល់សេវាការថែទាំជាបឋម ឬអ្នកផ្តល់សេវាឥរិយាបថសុខភាពរបស់អ្នកចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើង យើងនឹងជូនដំណឹងដល់អ្នក ប្រសិនបើចូលមើលអ្នកផ្តល់សេវានោះក្នុងរយៈពេលបីឆ្នាំកន្លងមកនេះ។
    - ប្រសិនបើអ្នកផ្តល់សេវាផ្សេងទៀតរបស់អ្នកចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើង យើងនឹងជូនដំណឹងដល់អ្នក ប្រសិនបើអ្នកត្រូវបានចាត់តាំងឱ្យទៅអ្នកផ្តល់សេវានោះ បច្ចុប្បន្ននេះទទួលបានការថែទាំពីពួកគេ ឬបានចូលមើលពួកគេក្នុងរយៈពេលបីខែកន្លងមកនេះ។
- យើងនឹងជួយអ្នកជ្រើសរើសអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញថ្មីបានមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ ដើម្បីបន្តគ្រប់គ្រងតម្រូវការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក។
- ប្រសិនបើអ្នកបច្ចុប្បន្នកំពុងទទួលការព្យាបាលផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ ឬសេវាការព្យាបាលជាមួយអ្នកផ្តល់សេវាបច្ចុប្បន្នរបស់អ្នក អ្នកមានសិទ្ធិស្នើសុំបន្តទទួលបានការព្យាបាល ឬរោគាព្យាបាលចាំបាច់ខាងវេជ្ជសាស្ត្រពីអ្នកផ្តល់សេវាផ្សេងទៀតនៅក្នុងបណ្តាញរបស់អ្នក។ យើងនឹងធ្វើការជាមួយអ្នក ដូច្នេះអ្នកអាចបន្តទទួលបានការថែទាំ។
- យើងនឹងផ្តល់ព័ត៌មានអំពីរយៈពេលការចុះឈ្មោះដែលមាន និងជម្រើសដែលអ្នកអាចមានសម្រាប់ការផ្លាស់ប្តូរគម្រោង។
- ប្រសិនបើយើងមិនអាចរកបានគ្រូពេទ្យឯកទេសក្នុងបណ្តាញបានមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ និងអាចចូលប្រើបានសម្រាប់អ្នកទេ យើងត្រូវតែរៀបចំឱ្យអ្នកឯកទេសក្រៅបណ្តាញផ្តល់ការថែទាំដល់អ្នកនៅពេលដែលអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ ឬអត្ថប្រយោជន៍ក្នុងបណ្តាញមិនមាន ឬមិនគ្រប់គ្រាន់ដើម្បីបំពេញតម្រូវការផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នក។
- ប្រសិនបើអ្នករកឃើញថា អ្នកផ្តល់សេវាណាមួយរបស់អ្នកកំពុងចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើង សូមទាក់ទងមកយើងខ្ញុំ។ យើងអាចជួយអ្នកជ្រើសរើសអ្នកផ្តល់សេវាថ្មីដើម្បីគ្រប់គ្រងការថែទាំរបស់អ្នក។
- ប្រសិនបើអ្នកគិតថា យើងមិនបានជំនួសអ្នកផ្តល់សេវាមុនរបស់អ្នកជាមួយអ្នកផ្តល់សេវាមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ ឬថាយើងមិនគ្រប់គ្រងការថែទាំរបស់អ្នកបានល្អទេ នោះអ្នកមានសិទ្ធិក្នុងការដាក់ពាក្យបណ្តឹងអំពីគុណភាពការថែទាំទៅអង្គការលើកកម្ពស់គុណភាព (QIO) បណ្តឹងសាទុក្ខអំពីគុណភាពការថែទាំ ឬការដាក់ពាក្យបណ្តឹងទាំងពីរ។ (បញ្ជូន **ជំពូកទី 9** សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។)

D4. អ្នកផ្តល់សេវានៅក្រៅបណ្តាញ

ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការសេវាថែទាំវេជ្ជសាស្ត្រ ដែល Medicare និង/ឬ Medi-Cal តម្រូវឱ្យគម្រោងរបស់យើងធានារ៉ាប់រង ហើយអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញរបស់យើងមិនអាចផ្តល់ការថែទាំនេះបាន អ្នកអាចទទួលបានការថែទាំនេះ ពីអ្នកផ្តល់សេវាក្រៅបណ្តាញ។ PCP របស់អ្នកមានទំនួលខុសត្រូវក្នុងការស្នើសុំសំណើសម្រាប់ការអនុញ្ញាតជាមុនសម្រាប់សេវាក្រៅបណ្តាញ។ អ្នកត្រូវតែទទួលបានការអនុញ្ញាតជាមុនពីគម្រោង ឬពីក្រុមពេទ្យដែលពាក់ព័ន្ធនឹង PCP របស់អ្នក មុនពេលស្វែងរកការថែទាំពីអ្នកផ្តល់សេវាក្រៅបណ្តាញ លើកលែងតែអ្នកកំពុងទទួលសេវាសង្គ្រោះបន្ទាន់ ឬសេវាដែលត្រូវការជាបន្ទាន់។ បន្ថែមពីនេះ គម្រោងត្រូវតែធានារ៉ាប់រងលើការលាងឈាមសម្រាប់សមាជិកដែលមានជំងឺតម្រងនោមដំណាក់កាលចុងក្រោយ (End-stage renal disease, ESRD) ដែលបានធ្វើដំណើរចេញក្រៅតំបន់សេវារបស់គម្រោង ឬនៅពេលដែល អ្នកផ្តល់សេវាមិនអាចផ្តល់សេវាបានបណ្តោះអាសន្ន ឬមិនអាចចូលប្រើប្រាស់បាន ហើយសមាជិកមិនអាចទទួលបាន សេវាពីអ្នកផ្តល់សេវា ESRD ដែលមានកិច្ចសន្យាបាន។ នៅក្នុងស្ថានការណ៍នេះ អ្នកនឹងបង់ប្រាក់ដូចដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់ ប្រសិនបើអ្នកទទួលបានការថែទាំពីអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ។

ប្រសិនបើអ្នកប្រើប្រាស់អ្នកផ្តល់សេវានៅក្រៅបណ្តាញ អ្នកផ្តល់សេវាត្រូវតែទទួលយក Medicare និង/ឬ Medi-Cal។

- យើងមិនអាចបង់ប្រាក់ឱ្យអ្នកផ្តល់សេវាដែលមានសិទ្ធិទទួលបាន Medicare និង/ឬ Medi-Cal បានទេ។
- ប្រសិនបើអ្នកប្រើអ្នកផ្តល់សេវាដែលមានសិទ្ធិទទួលបាន Medicare នោះអ្នកត្រូវតែបង់ថ្លៃសេវាកម្មដែលអ្នកទទួលបានទាំងស្រុង។
- អ្នកផ្តល់សេវាត្រូវប្រាប់អ្នក ប្រសិនបើពួកគេមានសិទ្ធិទទួលបាន Medicare។

E. សេវា និងការគាំទ្រយូរអង្វែង (LTSS)

សេវា LTSS អាចជួយអ្នកឱ្យស្នាក់នៅផ្ទះ និងចៀសវាងពីការស្នាក់នៅមន្ទីរពេទ្យ ឬមណ្ឌលថែទាំសុខភាពជំនាញ។ អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានសេវា និងការគាំទ្ររយៈពេលវែង (LTSS) ជាក់លាក់មួយចំនួន តាមរយៈគម្រោងរបស់យើង រួមមាន ការថែទាំនៅមណ្ឌលថែទាំដែលមានបុគ្គលិកជំនាញ សេវាសម្រាប់មនុស្សពេញវ័យតាមសហគមន៍ (CBAS) និងការគាំទ្រតាមសហគមន៍។ កម្មវិធីសេវាជំនួយគាំទ្រនៅផ្ទះ ដែលជាប្រភេទសេវា LTSS មួយផ្សេងទៀត គឺមានតាមរយៈទីភ្នាក់ងារសេវាសង្គមកិច្ចប្រចាំស្រុករបស់អ្នក។ សេវា LTSS គឺសម្រាប់សមាជិកដែលត្រូវការជំនួយ ដើម្បីអនុវត្តសកម្មភាពប្រចាំថ្ងៃដូចជាការងូតទឹក ការស្លៀកពាក់ ការរៀបចំអាហារ និងការឲ្យថ្នាំ។ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយដើម្បីបន្តរស់នៅដោយឯករាជ្យ សូមទូរសព្ទទៅអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក ឬផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជន ដើម្បីទទួលបានលិខិតបញ្ជូនបន្ត *។*

សេវា និងការគាំទ្រយូរអង្វែង (LTSS) រួមមាន សេវាសម្រាប់មនុស្សពេញវ័យតាមសហគមន៍ (CBAS), សេវាការគាំទ្រក្នុងផ្ទះ (IHSS), កម្មវិធីសេវាចម្រុះសម្រាប់មនុស្សចាស់ (MSSP), និងថែទាំយូរអង្វែង, ថែទាំគ្រប់គ្រង។

ពេលខ្លះអ្នកអាចទទួលបានជំនួយក្នុងការថែទាំសុខភាពប្រចាំថ្ងៃ និងតម្រូវការរស់នៅរបស់អ្នក។

អ្នកអាចមានសិទ្ធិទទួលបានសេវាទាំងនេះ៖

- សេវាសម្រាប់មនុស្សពេញវ័យតាមសហគមន៍ (CBAS)
- ការថែទាំដោយគិលានុបដ្ឋាកដែលមានជំនាញ

- ការព្យាបាលដោយចលនា
- ការព្យាបាលដោយសកម្មភាពការងារប្រចាំថ្ងៃ
- ការព្យាបាលដោយការនិយាយ
- សេវាសង្គមកិច្ចផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ
- សេវាថែទាំសុខភាពតាមផ្ទះ

អាស្រ័យលើខោនធីដែលអ្នករស់នៅ និងសិទ្ធិទទួលបានរបស់អ្នក អ្នកក៏អាចទទួលបានសេវាគាំទ្រសហគមន៍ (Community Supports) បន្ថែមតាមរយៈគម្រោង Blue Shield Promise Medi-Cal Plan របស់អ្នកផងដែរ។ អ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក អាចបញ្ជូនអ្នកទៅទទួលសេវាទាំងនេះ ប្រសិនបើពួកគេគិតថា អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានសេវាជំនួយគាំទ្រតាមសហគមន៍ ឬ អ្នកអាចទាក់ទងផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជន ឬអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែម។ អ្នក អាចមានសិទ្ធិទទួលបានសេវាទាំងនេះ៖

- ការកែសម្រួលបរិស្ថានឱ្យងាយស្រួលចូលប្រើប្រាស់ (ការកែប្រែលំនៅឋាន)
- សេវាណែនាំ និងសម្របសម្រួលការផ្លាស់ប្តូរទៅកាន់លំនៅឋាន
- ប្រាក់កក់សម្រាប់លំនៅឋាន
- សេវាជួយការជួល និងរក្សាលំនៅឋាន
- អាហារជួយគាំទ្រ ឬអាហារដែលរៀបចំតាមតម្រូវការវេជ្ជសាស្ត្រ
- សេវាថែទាំផ្ទាល់ខ្លួន និងជំនួយការងារផ្ទះ
- ការថែទាំស្តារសុខភាពឡើងវិញ (កន្លែងសម្រាកសម្រាប់អ្នកត្រូវការការថែទាំវេជ្ជសាស្ត្រ)
- សេវាថែទាំជំនួសបណ្តោះអាសន្ន ដើម្បីឱ្យអ្នកថែទាំបានសម្រាក
- កន្លែងស្នាក់នៅក្រោយចេញពីការដេកពេទ្យក្នុងរយៈពេលខ្លី
- មណ្ឌលស្តារនីតិសម្បទា

F. សេវាសុខភាពអាកប្បកិរិយា (សុខភាពផ្លូវចិត្ត និងការប្រើប្រាស់សារធាតុញៀន)

អ្នកមានសិទ្ធិប្រើប្រាស់សេវាសុខភាពផ្លូវចិត្តដែលពេទ្យសាស្ត្រចាំបាច់សេវាសុខភាពឥរិយាបថរ៉ាប់រង Medicare និង Medi-Cal។ យើងផ្តល់សិទ្ធិទទួលបានសេវាសុខភាពឥរិយាបថដែលតដែលបានធានារ៉ាប់រង ការថែទាំក្រោមការគ្រប់គ្រង Medicare និង Medi-Cal។ គម្រោងរបស់យើងមិនផ្តល់សេវាសុខភាពអារម្មណ៍ឯកទេសរបស់ Medi-Cal ឬសេវាព្យាបាលជំងឺប្រើប្រាស់សារធាតុញៀនប្រចាំខោនធីនោះទេ ប៉ុន្តែអ្នកអាចទទួលបានសេវាទាំងនេះតាមរយៈ ក្រសួងសុខភាពអារម្មណ៍ ខោនធី Los Angeles (LACDMH) មន្ទីរសុខាភិបាលសាធារណៈខោនធី Los Angeles (LACDPH) និងសេវាសុខភាពឥរិយាបថនៃខោនធី San Diego។

F1. សេវាសុខភាពឥរិយាបថរបស់ Medi-Cal ដែលបានផ្តល់ជូននៅខាងក្រៅគម្រោងរបស់យើង

សេវាសុខភាពអារម្មណ៍ឯកទេសរបស់ Medi-Cal គឺមានសម្រាប់អ្នកតាមរយៈគម្រោងសុខភាពអារម្មណ៍ប្រចាំខោនធី (MHP) ប្រសិនបើអ្នកបំពេញតាមលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យ ដើម្បីទទួលបានសេវាសុខភាពអារម្មណ៍ឯកទេស។ សេវាសុខភាពអារម្មណ៍ឯកទេសរបស់ Medi-Cal ដែលផ្តល់ជូនដោយមន្ទីរក្រសួងសុខភាពអារម្មណ៍ ខោនធី Los Angeles (LACDMH) និងមន្ទីរសុខាភិបាលសាធារណៈខោនធី Los Angeles (LACDPH) ព្រមទាំងសេវាសុខភាពឥរិយាបថប្រចាំខោនធី San Diego រួមមាន៖

- សេវាសុខភាពអារម្មណ៍
- សេវាគាំទ្រផ្នែកការឲ្យថ្នាំ
- សេវាការព្យាបាលកម្រិតតាមដានខ្លាំងពេលថ្ងៃ
- ការស្តារនីតិសម្បទានៅពេលថ្ងៃ
- សេវាជួយសង្គ្រោះក្នុងគ្រាមានអាសន្ន
- សេវាធ្វើឲ្យស្ថានការណ៍វិបត្តិមានស្ថិរភាព
- សេវាព្យាបាលតាមមណ្ឌលស្នាក់នៅសម្រាប់មនុស្សពេញវ័យ
- សេវាព្យបាលនៅផ្ទះសម្រាប់ដោះស្រាយវិបត្តិផ្លូវចិត្ត
- សេវាថែទាំព្យាបាលនៅមណ្ឌលសុខភាពផ្លូវចិត្ត
- សេវាសម្រាកព្យាបាលជំងឺផ្លូវចិត្តនៅមន្ទីរពេទ្យ
- ការគ្រប់គ្រងករណីតាមគោលដៅ
- ការវិលចូលក្នុងសហគមន៍វិញរបស់អ្នកទោស
- ការព្យាបាល និងគាំទ្រយ៉ាងសកម្មនៅក្នុងសហគមន៍ (ACT)
- សេវាការព្យាបាលបែបគាំទ្រយ៉ាងសកម្មតាមសហគមន៍ផ្នែកកោសល្យវិច័យ (FACT)
- ការថែទាំឯកទេសដោយមានការសម្របសម្រួល (CSC) សម្រាប់ជំងឺវិកលចរិកដំណាក់កាលដំបូង (FEP)
- សេវាមណ្ឌលជួបជុំសហគមន៍ Clubhouse
- សេវាដែលបានពង្រឹងរបស់បុគ្គលិកសុខភាពសហគមន៍ (CHW)
- កម្មវិធីផ្តល់ជំនួយស្វែងរកការងារធ្វើ
- សេវាព្យាបាលឥរិយាបថ
- ការថែទាំចិញ្ចឹមតាមបែបព្យាបាលក្នុងគ្រួសារ
- សម្របសម្រួលការថែទាំហ្មត់ចត់
- សេវាផ្តល់ជូនតាមគេហឋានកម្រិតខ្ពស់

សេវាឱសថ Medi-Cal (DMC) ដែលបានផ្តល់ជូនដោយមន្ទីរសុខភាពផ្លូវចិត្តខោនធី Los Angeles (LACDMH) ក្រសួង សុខភាពអារម្មណ៍ ខោនធី Los Angeles (LACDPH) និងសេវាសុខភាពឥរិយាបថរបស់ខោនធី San Diego រួមមាន៖

- សេវាព្យាបាលអ្នកជំងឺឥតដេកពេទ្យកម្រិតយកចិត្តទុកដាក់ខ្ពស់
- ការព្យាបាលស្នាក់នៅសម្រាប់ជំងឺប្រើប្រាស់សារធាតុញៀនពេលមានផ្ទៃពោះ និងក្រោយពេលសម្រាលកូន
- សេវាព្យាបាលអ្នកជំងឺឥតដេកពេទ្យ
- កម្មវិធីការព្យាបាលជំងឺប្រើប្រាស់ថ្នាំបំបាត់ការឈឺចាប់កម្រិតខ្លាំង
- ការឲ្យថ្នាំសម្រាប់ការព្យាបាលការញៀន (ហៅផងដែរថា ការព្យាបាលដោយមានជំនួយពីការឲ្យថ្នាំ)
- សេវាគាំទ្រពីអ្នកធ្លាប់មានបទពិសោធដូចគ្នា

ប្រព័ន្ធផ្តល់សេវាដែលរៀបចំឡើងរបស់ឱសថ Medi-Cal (DMC-ODS) គឺមានជូនអ្នកតាមរយៈក្រសួងសុខភាពអារម្មណ៍ ខោនធី Los Angeless (LACDMH) និងមន្ទីរសុខាភិបាលសាធារណៈខោនធី Los Angeles (LACDPH) ព្រមទាំងទីភ្នាក់ងារសេវាសុខភាពឥរិយាបថប្រចាំខោនធី San Diego ប្រសិនបើលោកអ្នកបំពេញបានតាមលក្ខណៈ វិនិច្ឆ័យដើម្បីទទួលបានសេវាទាំងនេះ។ សេវា DMC-ODS រួមមាន៖

- សេវាព្យាបាលអ្នកជំងឺឥតដេកពេទ្យ
- សេវាព្យាបាលអ្នកជំងឺឥតដេកពេទ្យកម្រិតយកចិត្តទុកដាក់ខ្ពស់
- ការឲ្យថ្នាំសម្រាប់ការព្យាបាលការញៀន (ហៅផងដែរថា ការព្យាបាលដោយមានជំនួយពីការឲ្យថ្នាំ)
- សេវាការព្យាបាលតាមមណ្ឌលស្នាក់នៅ
- សេវាគ្រប់គ្រងការផ្តាច់សារធាតុញៀន
- កម្មវិធីការព្យាបាលជំងឺប្រើប្រាស់ថ្នាំបំបាត់ការឈឺចាប់កម្រិតខ្លាំង
- សេវាស្តារនីតិសម្បទាឱ្យប្រសើរឡើងវិញ
- ការសម្របសម្រួលការថែទាំសុខភាព
- សេវាអន្តរាគមន៍ដំបូង (សម្រាប់សមាជិកដែលមានអាយុក្រោម 21 ឆ្នាំ)
- ការត្រួតពិនិត្យ រោគវិនិច្ឆ័យ និងការព្យាបាលតាមកំណត់ពេល (សម្រាប់សមាជិកដែលមានអាយុក្រោម 21 ឆ្នាំ)
- សេវាអ្នកជំងឺដែលសម្រាកការព្យាបាល

បន្ថែមពីលើសេវាដែលបានរាយខាងលើ អ្នកអាចមានសិទ្ធិទទួលបានសេវាបន្សាបជាតិពុលសម្រាប់អ្នកជំងឺដែលសម្រាកព្យាបាល ប្រសិនបើអ្នកបំពេញតាមលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យ។

អាចរកបាននៃសេវាសុខភាពឥរិយាបថ

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

- ខ្សែទូរសពការបញ្ជូនបន្ត និងផ្នែកវិបត្តិនៃខោនធី (សូមមើល**ជំពូកទី 2 ផ្នែក K** នៅក្នុងសៀវភៅណែនាំសមាជិកនេះសម្រាប់លេខទូរសព្ទ និងម៉ោងធ្វើការ)
- មន្ទីរសុខាភិបាលសាធារណៈខោនធី Los Angeles ផ្នែកបង្ការ និងគ្រប់គ្រងការប្រើប្រាស់សារធាតុញៀន (សូមទូរសព្ទទៅលេខ 888-742-7900 (TTY: 711) 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍)
- សេវាសុខភាពឥរិយាបថប្រចាំខោនធី San Diego – សេវាដោះស្រាយបញ្ហាប្រើប្រាស់សារធាតុញៀន (សូមទូរសព្ទ ទៅលេខ 888-724-7240 (TTY: 711) 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍)
- ខ្សែទូរសព្ទសម្រាប់សេវាសុខភាពឥរិយាបថនៃគម្រោង Blue Shield Medicare + គម្រោង Medi-Cal Plan (សូមមើល **ជំពូក 2 ផ្នែក D** នៃសៀវភៅណែនាំនេះ សម្រាប់លេខទូរសព្ទ និងម៉ោងធ្វើការ)
- ផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជនរបស់គម្រោង Blue Shield Medicare + គម្រោង Medi-Cal Plan (លេខទូរសព្ទ និងម៉ោងធ្វើការត្រូវបានបោះពុម្ពនៅផ្នែកខាងក្រោមនៃទំព័រនេះ)

ដំណើរការដើម្បីកំណត់អំពីសេវាដែលចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ

ភាពចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រត្រូវបានកំណត់ដោយអ្នកផ្តល់សេវាដែលមានអាជ្ញាបណ្ណត្រឹមត្រូវ។ លក្ខណៈវិនិច្ឆ័យនៃភាពចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រត្រូវបានប្រើប្រាស់ដោយទាំងគម្រោង Blue Shield Medicare + គម្រោង Medi-Cal Plan និងខោនធី ហើយត្រូវបានបង្កើតឡើងដោយអ្នកជំនាញផ្នែកសុខភាពឥរិយាបថ និងភាគីពាក់ព័ន្ធផ្សេងទៀត ព្រមទាំងស្របតាមតម្រូវការនៃបទប្បញ្ញត្តិ។

ដំណើរការបញ្ជូនបន្តរវាងគម្រោង Blue Shield Medicare + គម្រោង Medi-Cal Plan និងខោនធី

ប្រសិនបើអ្នកកំពុងទទួលបានសេវាពីគម្រោង Blue Shield Medicare + គម្រោង Medi-Cal Plan ឬខោនធី អ្នកអាចត្រូវបានបញ្ជូនបន្តទៅកាន់ស្ថាប័នមួយទៀតស្របតាមតម្រូវការរបស់អ្នក។ គម្រោង Blue Shield Medicare + គម្រោង Medi-Cal Plan ឬខោនធី អាចធ្វើលិខិតបញ្ជូនបន្តឱ្យអ្នក ដោយទូរសព្ទទៅអង្គភាពដែលត្រូវទទួលលិខិតបញ្ជូនបន្តនោះ។ លើសពីនេះ ទម្រង់លិខិតបញ្ជូនបន្តនឹងត្រូវបំពេញដោយអ្នកផ្តល់សេវាដែលធ្វើលិខិតបញ្ជូនបន្ត ហើយទម្រង់នោះនឹងត្រូវផ្ញើទៅអង្គភាពដែលអ្នកកំពុងត្រូវបានបញ្ជូនទៅ។

ដំណើរការដោះស្រាយបញ្ហា

ប្រសិនបើមានវិវាទរវាងអ្នក និងខោនធី ឬគម្រោង Blue Shield Medicare + គម្រោង Medi-Cal Plan អ្នកនឹងបន្តទទួល បានការថែទាំសុខភាពឥរិយាបថដែលចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ រួមទាំងថ្នាំតាមវេជ្ជបញ្ជា រហូតទាល់តែវិវាទនោះត្រូវបានដោះស្រាយរួចរាល់។ គម្រោង Blue Shield Medicare + គម្រោង Medi-Cal Plan បានសហការជាមួយខោនធី ដើម្បីបង្កើត ដំណើរការដោះស្រាយបញ្ហាឱ្យបានទាន់ពេលវេលា និងមិនធ្វើឱ្យប៉ះពាល់អវិជ្ជមានដល់សេវាដែលអ្នកកំពុងត្រូវការទទួល។ អ្នកក៏អាចប្រើប្រាស់ដំណើរការប្តឹងតវ៉ារបស់គម្រោង Blue Shield Medicare + គម្រោង Medi-Cal Plan ឬខោនធីបាន ផងដែរ ដោយផ្អែកលើស្ថាប័នដែលអ្នកកំពុងមានវិវាទជាមួយ។
សម្រាប់ព័ត៌មានអំពីដំណើរការ បណ្តឹងតវ៉ា សូមមើល **ជំពូកទី 9** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិករបស់អ្នក។*

G. សេវាមធ្យោបាយធ្វើដំណើរ

G1. សេវាដឹកជញ្ជូនផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រមិនមែនករណីសង្គ្រោះបន្ទាន់

អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបាន សេវាដឹកជញ្ជូនផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដែលមិនមែនជាករណីសង្គ្រោះបន្ទាន់ (NEMT) ប្រសិនបើអ្នកមានតម្រូវការផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដែលមិនអនុញ្ញាតឱ្យអ្នកជិះរថយន្ត ឡានក្រុង ឬតាក់ស៊ីទៅកាន់ការណាត់ជួបរបស់អ្នក។ សេវា NEMT អាចត្រូវបានផ្តល់ជូនសម្រាប់ការណាត់ជួបទទួលសេវាទាំងអស់ដែលស្ថិតក្រោមការធានារ៉ាប់រងរបស់ Medi-Cal ដូចជាសេវាវេជ្ជសាស្ត្រ មាត់ធ្មេញ សុខភាពផ្លូវចិត្ត ការប្រើប្រាស់សារធាតុញៀន និងឱសថស្ថាន។ ប្រសិនបើអ្នកនៅតែ ត្រូវការសេវាដឹកជញ្ជូនផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដែលមិនមែនជាករណីសង្គ្រោះបន្ទាន់ បន្ទាប់ពីអ្នកបានប្រើប្រាស់ការធ្វើដំណើរមួយ ជើងចំនួន 48 លើក ដែលយើងផ្តល់ជូនអ្នករួចហើយនោះ អ្នកអាចពិភាក្សាជាមួយអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក និងស្នើសុំការជិះបន្ថែមបាន។ អ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក ឬក្រុមហ៊ុនផ្តត់ផ្គង់សេវាដឹកជញ្ជូនរបស់យើង Call The Car នឹងសម្រេចអំពីប្រភេទ មធ្យោបាយដឹកជញ្ជូនដ៏ល្អបំផុត ដើម្បីបំពេញតាមតម្រូវការរបស់អ្នក។ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការ NEMT ពួកគេនឹងចេញ វេជ្ជបញ្ជាឱ្យអ្នកដោយបំពេញទម្រង់បែបបទមួយ ហើយដាក់ស្នើវាទៅកាន់ គម្រោង Blue Shield Medicare + គម្រោង Medi-Cal Plan ដើម្បីសុំការយល់ព្រម។ អាស្រ័យលើតម្រូវការផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នក នោះអ្នកអាចទទួលបានការអនុម័ត រហូតដល់ 12 ខែ។ PCP របស់អ្នកនឹងវាយតម្លៃឡើងវិញអំពីតម្រូវការរបស់អ្នកសម្រាប់ NEMT តាមការចាំបាច់ ឬនៅពេល លិខិតបញ្ជា របស់អ្នកផុតសុពលភាព ហើយអាចយល់ព្រមឱ្យអ្នកទទួល NEMT ម្តងទៀតសម្រាប់រយៈពេល រហូតដល់ 12 ខែ។

NEMT គឺជាឡានពេទ្យ, ឡានវ៉ានមានប្រដាប់សែង, ឡានវ៉ានដឹករទេះរុញ ឬអាកាសយាន។ គម្រោង Blue Shield Medicare + គម្រោង Medi-Cal Plan អនុញ្ញាតឱ្យប្រើមធ្យោបាយដឹកជញ្ជូនដែលមានការធានារ៉ាប់រង និងមានតម្លៃទាបបំផុត ព្រមទាំង NEMT ដែលសមស្របបំផុតសម្រាប់តម្រូវការផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នក នៅពេលអ្នកត្រូវការជិះយានយន្តទៅកាន់ការណាត់ជួបរបស់អ្នក។ ឧទាហរណ៍ ប្រសិនបើស្ថានភាពរាងកាយ ឬស្ថានភាពវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នកអនុញ្ញាតឱ្យអ្នកធ្វើដំណើរតាមរថយន្តដឹកអ្នកប្រើរទេះរុញបាន Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan នឹងមិនបង់ថ្លៃសម្រាប់រថយន្តសង្គ្រោះបន្ទាន់ទេ។ អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានការដឹកជញ្ជូនតាមផ្លូវអាកាស លុះត្រាតែស្ថានភាពសុខភាពរបស់អ្នកមិនអាចឲ្យធ្វើដំណើរតាមមធ្យោបាយផ្លូវគោកបាន។

ត្រូវប្រើប្រាស់សេវា NEMT ក្នុងករណី៖

- អ្នកត្រូវការសេវានេះ ដោយផ្អែកលើស្ថានភាពរាងកាយ ឬវេជ្ជសាស្ត្រ ដូចដែលបានកំណត់តាមរយៈការអនុញ្ញាតជាលាយលក្ខណ៍អក្សរពី PCP របស់អ្នក ពីព្រោះអ្នកមិនអាចជិះឡានក្រុង តាក់ស៊ី រថយន្ត ឬរថយន្តវ៉ែនទៅកាន់ការណាត់ជួបរបស់អ្នកបាន។
- អ្នកត្រូវការជំនួយពីអ្នកបើកបរ ដើម្បីធ្វើដំណើរទៅ និងមកពីលំនៅឋាន យានយន្ត ឬទីកន្លែងព្យាបាលរបស់អ្នក ដោយសារពិការភាពផ្នែករាងកាយ ឬផ្លូវចិត្ត។

ដើម្បីស្នើសុំសេវាដឹកជញ្ជូនផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដែលគ្រូពេទ្យរបស់អ្នកបានចេញវេជ្ជបញ្ជា សម្រាប់**ការណាត់ជួបជាប្រចាំ** ដែលមិនបន្ទាន់ សូមទូរសព្ទទៅ Call the Car តាមរយៈលេខ (877) 433-2178 (TTY: 711), 24 ម៉ោង និង 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ កម្មវិធីទូរសព្ទចល័ត CTC Go អាចប្រើសម្រាប់ការកក់ កែសម្រួល តាមដាន និងលុបចោលការកក់រទេះរុញរបស់អ្នកបានយ៉ាងងាយស្រួល។ កម្មវិធីទូរសព្ទ CTC Go មិនអាចប្រើសម្រាប់សេវាដឹកជញ្ជូនរទេះរុញបានទេ ហើយអ្នកត្រូវតែទូរសព្ទទៅ ដើម្បីធ្វើការកក់ទុកជាមុនសិន។ ការកក់សម្រាប់ការណាត់ជួបទៀងទាត់ ដែលមិនមែនជារឿងបន្ទាន់ត្រូវតែធ្វើឡើង 24 ម៉ោងមុនពេលការណាត់ជួបរបស់អ្នកជាមុន។ សម្រាប់**ការណាត់ជួប** សូមទូរសព្ទឱ្យបានឆាប់តាមដែលអាចធ្វើទៅបាន។ រៀបចំបណ្ណសម្គាល់សមាជិករបស់អ្នក នៅពេលអ្នកហៅទូរសព្ទ។ អ្នកក៏អាចទូរសព្ទផងដែរ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការព័ត៌មានបន្ថែម។

កម្រិតកំណត់នៃការដឹកជញ្ជូនផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ

គម្រោង Blue Shield Medicare + គម្រោង Medi-Cal Plan ធានារ៉ាប់រងលើការដឹកជញ្ជូនផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដែលមានតម្លៃទាបបំផុត ដែលបំពេញតាមតម្រូវការផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នក ពីផ្ទះរបស់អ្នកទៅកាន់អ្នកផ្តល់សេវាដែលនៅជិតបំផុត ដែលមានការណាត់ជួប។ សេវាដឹកជញ្ជូនវេជ្ជសាស្ត្រនឹងមិនបានផ្តល់ជូនឡើយ ប្រសិនបើកម្មវិធី Medicare ឬ Medi-Cal មិនធានារ៉ាប់រងលើសេវានោះ។ ប្រសិនបើប្រភេទនៃការណាត់ជួបនោះទទួលបានការធានារ៉ាប់រងពី Medi-Cal ប៉ុន្តែមិនមែនតាមរយៈគម្រោងសុខភាពទេ នោះ Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan នឹងជួយអ្នករៀបចំការដឹកជញ្ជូនរបស់អ្នក។ បញ្ជីសេវាដែលមានធានារ៉ាប់រងមាននៅក្នុង**ជំពូកទី 4** នៃសៀវភៅណែនាំនេះ។ សេវាដឹកជញ្ជូនមិនទទួលបានការធានារ៉ាប់រងនៅក្រៅបណ្តាញ ឬតំបន់ផ្តល់សេវារបស់គម្រោង Blue Shield Medicare + គម្រោង Medi-Cal Plan ទេ លុះត្រាតែបានទទួលការអនុញ្ញាតជាមុន[1]

G2. មធ្យោបាយធ្វើដំណើរដែលមិនមែនជាផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ

ការដឹកជញ្ជូនដែលមិនមែនជាផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ (NMT) រួមបញ្ចូលទាំងការធ្វើដំណើរទៅ និងមកពីការណាត់ជួបរបស់អ្នកសម្រាប់សេវាដែលអនុញ្ញាតដោយអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក។ អ្នកអាចទទួលបានការធ្វើដំណើរដោយឥតគិតថ្លៃ នៅពេលដែលអ្នក៖

- ធ្វើដំណើរទៅ និងមកពីការណាត់ជួបសម្រាប់សេវា ដែលអនុញ្ញាតដោយអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក **ឬ**
- ទៅទទួលយកថ្នាំតាមវេជ្ជបញ្ជា និងបរិក្ខារផ្គត់ផ្គង់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ។

គម្រោង Blue Shield Medicare + Medi-Cal អនុញ្ញាតឱ្យអ្នកប្រើប្រាស់រថយន្ត តាក់ស៊ី ឡានក្រុង ឬមធ្យោបាយ សាធារណៈ/ឯកជនផ្សេងទៀតដើម្បីទៅកាន់ការណាត់ជួបរបស់អ្នក សម្រាប់សេវាដែលបានអនុញ្ញាតដោយអ្នកផ្តល់សេវា របស់អ្នក។ គម្រោង Blue Shield Medicare + គម្រោង Medi-Cal Plan ប្រើប្រាស់ Call the Car ដើម្បីរៀបចំសេវា NMT។ យើងធានារ៉ាប់រងលើប្រភេទ NEMT/NMT ដែលមានតម្លៃទាបបំផុត ដែលបំពេញតាមតម្រូវការរបស់អ្នក។

ពេលខ្លះ អ្នកអាចទទួលបានការទូទាត់សងប្រាក់វិញសម្រាប់ការជិះក្នុងយានយន្តឯកជនដែលអ្នកបានរៀបចំ។ គម្រោង Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan ត្រូវតែអនុម័តសេវានេះជាមុនសិន **មុន**ពេលអ្នកទទួលបានការជិះ ហើយអ្នកត្រូវប្រាប់យើងពីមូលហេតុដែលអ្នកមិនអាចធ្វើដំណើរតាមមធ្យោបាយផ្សេងទៀតបាន ដូចជាការជិះឡានក្រុង។ អ្នកអាចប្រាប់យើងខ្ញុំតាមការហៅទូរសព្ទ ឬតាមអ៊ីមែល ឬដោយផ្ទាល់បាន។ **អ្នកមិនអាចទទួលបានសំណងសម្រាប់ការបើកបរយានយន្តដោយខ្លួនឯងបានទេ**។

ការបង្វិលសងប្រាក់សម្រាប់ចម្ងាយធ្វើដំណើរ តម្រូវឱ្យមានលក្ខខណ្ឌទាំងអស់ដូចខាងក្រោម៖

- បណ្ណបើកបររបស់អ្នកបើកបរ។
- ការចុះបញ្ជីយានយន្តរបស់អ្នកបើកបរ។
- ភស្តុតាងនៃការធានារ៉ាប់រងរថយន្តសម្រាប់អ្នកបើកបរ។

ដើម្បីស្នើសុំសេវាដឹកជញ្ជូនសម្រាប់សេវាដែលបានទទួលការអនុញ្ញាតរួចហើយ សូមទូរសព្ទទៅក្រុមហ៊ុន Call the Car តាមរយៈលេខ 1-877-433-2178 (TTY: 711) យ៉ាងហោចណាស់ 24 ម៉ោងជាមុន មុនពេលណាត់ជួបរបស់អ្នក។ សម្រាប់**ការណាត់ជួបបន្ទាន់** សូមហៅទូរសព្ទឱ្យបានឆាប់តាមដែលអាចធ្វើទៅបាន។ រៀបចំបណ្ណសម្គាល់សមាជិករបស់អ្នកនៅពេលអ្នកហៅទូរសព្ទ។ អ្នកក៏អាចទូរសព្ទផងដែរ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការព័ត៌មានបន្ថែម។

ចំណាំ៖ សមាជិកជនជាតិដើមអាមេរិកាំង (American Indian) អាចទាក់ទងគ្លីនិកសុខភាពជនជាតិដើម (Indian Health Clinic) ក្នុងមូលដ្ឋានរបស់ពួកគេ ដើម្បីស្នើសុំសេវាដឹកជញ្ជូនមិនមែនវេជ្ជសាស្ត្រ។

មធ្យោបាយធ្វើដំណើរដែលមិនមែនជាផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រមានចំនួនកំណត់

គម្រោង Blue Shield Medicare + គម្រោង Medi-Cal Plan ផ្តល់នូវ NMT ដែលមានតម្លៃទាបបំផុត ដែលបំពេញតាម តមិនទទួលបានការធានារ៉ាប់រងពីការរបស់អ្នក ពីផ្ទះរបស់អ្នកទៅកាន់អ្នកផ្តល់សេវាដែលនៅជិតបំផុត ដែលមាន ការណាត់ជួប។ **អ្នកមិនអាចបើកបរដោយខ្លួនឯង ឬទទួលបានសំណងមកវិញដោយផ្ទាល់ទេ។**

NMT **មិនមានទេ** ប្រសិនបើ៖

រថយន្តសង្គ្រោះ រថយន្តវែងបំពាក់ដោយឧបករណ៍លើកអ្នកជំងឺ រថយន្តវែងដែលមានរទេះរុញ ឬមធ្យោបាយធ្វើដំណើរផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដែលមិនមែនជាជំងឺសង្គ្រោះបន្ទាន់ ផ្សេងទៀត គឺចាំបាច់ដើម្បីទទួលបានសេវា។

- អ្នកត្រូវការជំនួយពីអ្នកបើកបរដើម្បីនាំទៅ និងនាំមកពីទីលំនៅឋាន ពីយានយន្ត ឬពីទីកន្លែងព្យាបាល ដោយសារតែស្ថានភាពរាងកាយ ឬផ្លូវចិត្ត។
- អ្នកស្ថិតក្នុងរទេះរុញ ហើយមិនអាចផ្លាស់ទីចូល និងចេញពីយានយន្តបាន ដោយគ្មានជំនួយពីអ្នកបើកបរ។
- សេវានេះ មិនទទួលបានការធានារ៉ាប់រងពី Medicare ឬ Medi-Cal នោះទេ។

H. សេវាដែលមានធានារ៉ាប់រងនៅក្នុងការសង្គ្រោះបន្ទាន់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ នៅពេលដែលត្រូវការជាបន្ទាន់ ឬក្នុងអំឡុងពេលមានគ្រោះមហន្តរាយ

H1. ការថែទាំក្នុងការសង្គ្រោះបន្ទាន់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ

ការសង្គ្រោះបន្ទាន់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ គឺជាស្ថានភាពសុខភាពដែលមានរោគសញ្ញាដូចជា ជំងឺ ការឈឺចាប់ខ្លាំង របួសធ្ងន់ធ្ងរ ឬស្ថានភាពសុខភាពដែលកំពុងវិវត្តកាន់តែអាក្រក់យ៉ាងលឿន។ ស្ថានភាពនេះ មានភាពធ្ងន់ធ្ងរខ្លាំង ដែលប្រសិនបើមិនទទួលបានការយកចិត្តទុកដាក់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រភ្លាមៗទេ លោកអ្នក ឬនរណាម្នាក់ដែលមានចំណេះដឹងទូទៅអំពីសុខភាព និងវេជ្ជសាស្ត្រ អាចរំពឹងថា វាធ្លាក់ដល់ថ្នាក់៖

- គ្រោះថ្នាក់ធ្ងន់ធ្ងរដល់អាយុជីវិតរបស់អ្នក ឬទារកក្នុងផ្ទៃរបស់អ្នក៖ **ឬ**
- ការបាត់បង់ ឬការប៉ះពាល់ធ្ងន់ធ្ងរដល់មុខងាររាងកាយ៖ **ឬ**
- មុខងារនៃសរីរាង្គ ឬផ្នែកណាមួយនៃរាងកាយដំណើរការខុសប្រក្រតីធ្ងន់ធ្ងរ **ឬ**
- ចំពោះករណីស្ត្រីមានផ្ទៃពោះដែលកំពុងស្ថិតក្នុងពេលឈឺពោះសម្រាលកូន នៅពេលដែល៖

- មិនមានពេលវេលាគ្រប់គ្រាន់ ដើម្បីបញ្ជូនអ្នកទៅមន្ទីរពេទ្យមួយផ្សេងទៀតដោយសុវត្ថិភាព មុនពេលសម្រាលនោះទេ។
- ការផ្ទេរទៅមន្ទីរពេទ្យផ្សេងទៀតអាចបង្កឱ្យមានការគំរាមកំហែងដល់សុខភាព ឬសុវត្ថិភាពរបស់អ្នក ឬដល់កូនក្នុងផ្ទៃរបស់អ្នក។

ប្រសិនបើអ្នកមានការសង្គ្រោះបន្ទាន់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ៖

- **ស្វែងរកជំនួយឱ្យបានលឿនតាមដែលអាចធ្វើទៅបាន។** សូមហៅទូរសព្ទទៅលេខ 911 ឬប្រើប្រាស់បន្ទប់សង្គ្រោះបន្ទាន់ ឬមន្ទីរពេទ្យដែលនៅជិតបំផុត។ ទូរសព្ទហៅរថយន្តសង្គ្រោះបន្ទាន់ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការ វា។ អ្នក**មិនចាំបាច់**ទទួលការអនុញ្ញាត ឬលិខិតបញ្ជូនបន្តពី PCP របស់អ្នកទេ។ អ្នកមិនចាំបាច់ប្រើអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញទេ។ អ្នកអាចទទួលបានការធានារ៉ាប់រងសម្រាប់ការថែទាំក្នុងករណីមានការសង្គ្រោះបន្ទាន់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រនៅពេលណាដែលអ្នកត្រូវការវា គ្រប់ទីកន្លែងក្នុងសហរដ្ឋអាមេរិក ដែនដីរបស់ខ្លួន ឬទូទាំងពិភពលោក ពីអ្នកផ្តល់សេវាណាម្នាក់ ដែលមានអាជ្ញាបណ្ណរដ្ឋត្រឹមត្រូវ បើទោះបីជាពួកគេពុំមែនជាផ្នែកនៃបណ្តាញរបស់យើងក៏ដោយ។
- **ប្រាប់គម្រោងរបស់យើងឱ្យបានឆាប់តាមដែលអាចធ្វើទៅបានអំពីការសង្គ្រោះបន្ទាន់របស់អ្នក។** យើង តាមដានការថែទាំសម្រាប់ការសង្គ្រោះបន្ទាន់របស់អ្នក។ អ្នក ឬនរណាម្នាក់ទៀតគួរតែទូរសព្ទមកប្រាប់យើងខ្ញុំ អំពីការថែទាំសម្រាប់ការសង្គ្រោះបន្ទាន់របស់អ្នក ដែលតាមធម្មតាគឺក្នុងរយៈពេល 48 ម៉ោង។ ទោះបីជាយ៉ាងណាក៏ដោយ អ្នកនឹងមិនបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាសង្គ្រោះបន្ទាន់ ប្រសិនបើអ្នកប្រាប់យើងខ្ញុំថាពន្យារពេល។ សូមទូរសព្ទទៅកាន់ផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជនរបស់គម្រោងBlue Shield Medicare + Medi-Cal តាមរយៈលេខ 1-800-452-4413 (TTY: 711) ចាប់ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ ម៉ោងនៅតំបន់ប៉ាស៊ីហ្វិក (PT) ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។

សេវាដែលមានការធានារ៉ាប់រងក្នុងករណីមានការសង្គ្រោះបន្ទាន់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ

គម្រោង Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan ធានារ៉ាប់រងលើសេវាសង្គ្រោះបន្ទាន់ និងសេវាថែទាំបន្ទាន់ទូទាំងពិភពលោកនៅខាងក្រៅសហរដ្ឋអាមេរិក និងដែនដីរបស់ខ្លួនក្រោមស្ថានភាពដូចខាងក្រោម ដោយគ្មានកម្រិតកំណត់សរុបប្រចាំឆ្នាំឡើយ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមមើលតារាងអត្ថប្រយោជន៍ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រនៅក្នុង **ជំពូកទី 4 ផ្នែក D** នៃឯកសារនេះ *។*

គម្រោងរបស់យើងធានារ៉ាប់រងលើសេវារថយន្តសង្គ្រោះបន្ទាន់ក្នុងស្ថានភាពដែលការទៅកាន់បន្ទប់សង្គ្រោះបន្ទាន់តាមមធ្យោបាយផ្សេងទៀតអាចបង្កគ្រោះថ្នាក់ដល់សុខភាពរបស់អ្នក។ យើងក៏ធានារ៉ាប់រងផងដែរលើសេវាវេជ្ជសាស្ត្រក្នុងអំឡុងពេលមានគ្រោះអាសន្ន។ ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែម សូមអានតារាងអត្ថប្រយោជន៍នៅក្នុង **ជំពូកទី 4** នៃ*សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះ។

អ្នកផ្តល់សេវាដែលផ្តល់ការថែទាំសង្គ្រោះបន្ទាន់ដល់អ្នក គឺជាអ្នកកំណត់ពេលណាដែលស្ថានភាពរបស់អ្នកមានស្ថិរភាព និងពេលណាដែលការសង្គ្រោះបន្ទាន់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្របានបញ្ចប់។ ពួកគេនឹងបន្តព្យាបាលអ្នក និងទាក់ទងមកយើង ដើម្បីរៀបចំផែនការ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការការថែទាំបន្ត ដើម្បីឱ្យមានសុខភាពល្អប្រសើរឡើង។

គម្រោងរបស់យើងធានារ៉ាប់រងលើការថែទាំតាមដានរបស់អ្នក។ ប្រសិនបើអ្នកទទួលបានការថែទាំសង្គ្រោះបន្ទាន់ពីអ្នកផ្តល់សេវាក្រៅបណ្តាញ យើងនឹងព្យាយាមឱ្យអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញចូលមកទទួលការថែទាំរបស់អ្នកឱ្យបានឆាប់តាមដែលអាចធ្វើទៅបាន។

ការទទួលបានការថែទាំសង្គ្រោះបន្ទាន់ ប្រសិនបើវាមិនមែនជាករណីសង្គ្រោះបន្ទាន់

ពេលខ្លះ វាអាចជាការពិបាកក្នុងការដឹងថា តើអ្នកមានករណីសង្គ្រោះបន្ទាន់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ ឬសុខភាពអាកប្បកិរិយាដែរឬទេ។ អ្នកអាចចូលទៅទទួលការថែទាំសង្គ្រោះបន្ទាន់ ហើយគ្រូពេទ្យប្រាប់ថា វាពិតជាមិនមែនជាករណីសង្គ្រោះបន្ទាន់នោះទេ។ ដរាបណាអ្នកគិតយ៉ាងសមហេតុផលថា សុខភាពរបស់អ្នកស្ថិតក្នុងគ្រោះថ្នាក់ធ្ងន់ធ្ងរគម្រោងរបស់យើងធានារ៉ាប់រងលើការថែទាំរបស់អ្នក។

ទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយ បន្ទាប់ពីគ្រូពេទ្យប្រាប់ថា មិនមែនជាករណីសង្គ្រោះបន្ទាន់ទេ ពួកយើងធានារ៉ាប់រងលើការថែទាំបន្ថែមរបស់អ្នក តែក្នុងករណី ដែល៖

- អ្នកប្រើប្រាស់អ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ **ឬ**
- ការថែទាំបន្ថែមដែលអ្នកទទួលបានចាត់ទុកថា ជា “ការថែទាំដែលត្រូវការជាបន្ទាន់” ហើយអ្នកអនុវត្តតាមបទបញ្ជា ដើម្បីទទួលបានការថែទាំនេះ។ សូមមើលផ្នែកបន្ទាប់។

H2. ការថែទាំដែលត្រូវការជាបន្ទាន់

ការថែទាំដែលត្រូវការជាបន្ទាន់ គឺជាការថែទាំដែលអ្នកទទួលបានសម្រាប់ស្ថានភាពដែលមិនមែនជាករណីសង្គ្រោះបន្ទាន់ ប៉ុន្តែទាមទារការថែទាំភ្លាមៗ។ ជាឧទាហរណ៍ អ្នកប្រហែលជាមានការរើឡើងនៃស្ថានភាព ដែលមានកន្លងមក ឬជំងឺឬរបួសដែលមិនបានរំពឹងទុក។

ការព្យាបាលដែលត្រូវការជាបន្ទាន់នៅក្នុងតំបន់ផ្តល់សេវានៃគម្រោងរបស់យើង

យើងធានារ៉ាប់រងលើថែទាំដែលត្រូវការជាបន្ទាន់ តែក្នុងករណីដែល៖

- អ្នកទទួលបានការថែទាំនេះពីអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ **និង**

អ្នកអនុវត្តតាមបទបញ្ជាតដែលបានរៀបរាប់នៅក្នុងជំពូកនេះ។

ប្រសិនបើអ្នកមិនអាចរកបាន ឬមិនសមស្របក្នុងការទៅរកអ្នកផ្តល់សេវានៅក្នុងបណ្តាញ ដោយសារពេលវេលា ទីកន្លែង ឬកាលៈទេសៈរបស់អ្នក យើងធានារ៉ាប់រងលើការថែទាំបន្ទាន់ ដែលអ្នកទទួលបានពីអ្នកផ្តល់សេវាក្រៅបណ្តាញ។

សម្រាប់បញ្ជីបច្ចុប្បន្នភាពនៃមជ្ឈមណ្ឌលថែទាំបន្ទាន់ដែលពាក់ព័ន្ធនឹងក្រុមគ្រូពេទ្យរបស់អ្នក សូមទាក់ទងមកកាន់ PCP របស់អ្នក។ អ្នកក៏អាចស្វែងរកមជ្ឈមណ្ឌលថែទាំបន្ទាន់នៅក្នុងតំបន់របស់អ្នក ដោយចូលទៅកាន់គេហទំព័រ blueshieldca.com/find-a-doctor។

ការថែទាំដែលត្រូវការជាបន្ទាន់នៅក្រៅតំបន់ផ្តល់សេវារបស់គម្រោងរបស់យើង

នៅពេលអ្នកស្ថិតនៅក្រៅតំបន់ផ្តល់សេវារបស់គម្រោងរបស់យើង អ្នកប្រហែលជាមិនអាចទទួលបានការថែទាំពីអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញបានទេ។ ក្នុងករណីនោះ គម្រោងរបស់យើងនឹងរ៉ាប់រងលើការព្យាបាលដែលត្រូវការជាបន្ទាន់ដែលអ្នកទទួលបានពីអ្នកផ្តល់សេវាណាមួយ។ ទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយ ការទៅជួបអ្នកផ្តល់សេវាជាប្រចាំដែលចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ

ដូចជាការពិនិត្យសុខភាពប្រចាំឆ្នាំ មិនបានចាត់ទុកថា ជាការថែទាំដែលត្រូវការជាបន្ទាន់ទេ ទោះបីជាអ្នកស្ថិតនៅក្រៅតំបន់ផ្តល់សេវារបស់គម្រោងរបស់យើង ឬបណ្តាញគម្រោងរបស់យើងមិនអាចប្រើប្រាស់បានជាបណ្តោះអាសន្នក៏ដោយ។

គម្រោងរបស់យើងធានារ៉ាប់រងលើការសង្គ្រោះបន្ទាន់ និងការថែទាំដែលត្រូវការជាបន្ទាន់ទូទាំងពិភពលោក ឬសេវាការសង្គ្រោះបន្ទាន់ ឬការថែទាំដែលត្រូវការជាបន្ទាន់នៅក្រៅសហរដ្ឋអាមេរិក និងដែនដីរបស់សហរដ្ឋអាមេរិក ក្រោមកាលៈទេសៈដូចខាងក្រោម ដោយគ្មានដែនកំណត់ប្រចាំឆ្នាំរួម។ ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែម សូមមើល*ការព្យាបាលក្នុងគ្រាអាសន្ន* និង*ការព្យាបាលដែលត្រូវការជាបន្ទាន់*នៅក្នុងតារាងអត្ថប្រយោជន៍ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រនៅក្នុង**ជំពូកទី 4 ផ្នែក D។**

ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការព្យាបាលដែលត្រូវការជាបន្ទាន់ខណៈពេលដែលនៅក្រៅសហរដ្ឋអាមេរិក និងដែនដីរបស់ខ្លួន សូមហៅទូរសព្ទទៅមជ្ឈមណ្ឌលសេវាស្នូលជាសកលរបស់ Blue Shield ដោយឥតគិតថ្លៃតាមរយៈលេខ (800) 810-2583 ឬហៅទូរសព្ទទៅប្រមូលតាមរយៈលេខ (804) 673-1177 បាន 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ នៅពេលគ្រាមានអាសន្ន សូមទៅកាន់មន្ទីរពេទ្យដែលនៅជិតបំផុត។ អ្នកក៏គួរតែហៅទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជននៅផ្នែកខាងក្រោយនៃបណ្ណសម្គាល់សមាជិករបស់អ្នកផងដែរ។ ជាផ្នែកមួយនៃសេវានេះ សម្រាប់ការព្យាបាលអ្នកជំងឺក្នុងមន្ទីរពេទ្យ អ្នកអាចទាក់ទងមជ្ឈមណ្ឌលសេវាស្នូលជាសកលរបស់ Blue Shield ដើម្បីរៀបចំការចូលប្រើសេវាដោយ មិនបាច់ប្រើសាច់ប្រាក់បង់។ ប្រសិនបើអ្នករៀបចំឱ្យមានការទទួលបានសេវាដោយមិនបាច់បង់ប្រាក់សាច់ប្រាក់ជាមុន អ្នកត្រូវទទួលខុសត្រូវលើចំណាយចេញពីហោប៉ៅខ្លួនឯងជាធម្មតា ដូចជាថ្លៃសេវាដែលមិនមានការធានារ៉ាប់រង និងការបង់ប្រាក់រួម។ ប្រសិនបើអ្នកមិនរៀបចំឱ្យមានការទទួលបានសេវាដោយមិនបាច់បង់ប្រាក់សាច់ប្រាក់ជាមុនទេ អ្នកនឹងត្រូវបង់វិក្កយបត្រទាំងមូលសម្រាប់ការថែទាំផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នក ហើយដាក់ស្នើសំណើសុំការបង្វិលសងប្រាក់។

H3. ការថែទាំក្នុងអំឡុងពេលមានគ្រោះមហន្តរាយ

ប្រសិនបើអភិបាលរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា រដ្ឋមន្ត្រីក្រសួងសុខាភិបាល និងសេវាមនុស្សរបស់សហរដ្ឋអាមេរិក ឬប្រធានាធិបតីសហរដ្ឋអាមេរិក ប្រកាសស្ថានភាពគ្រោះមហន្តរាយ ឬការសង្គ្រោះបន្ទាន់នៅក្នុងតំបន់ភូមិសាស្ត្ររបស់អ្នក អ្នកនៅតែមានសិទ្ធិទទួលបានការថែទាំពីគម្រោងរបស់យើង។

ចូលមើលគេហទំព័ររបស់យើងសម្រាប់ព័ត៌មានអំពីរបៀបទទួលបានការថែទាំដែលអ្នកត្រូវការក្នុងអំឡុងពេលគ្រោះមហន្តរាយដែលបានប្រកាស៖ blueshieldca.com/emergencypolicy។

ក្នុងអំឡុងពេលមានគ្រោះមហន្តរាយដែលបានប្រកាសជាផ្លូវការ ប្រសិនបើអ្នកមិនអាចប្រើប្រាស់អ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញបានទេ អ្នកអាចទទួលការថែទាំពីអ្នកផ្តល់សេវាក្រៅបណ្តាញ ដោយអនុវត្តអត្រាចំណែកចំណាយដូចគ្នានឹងអត្រាសម្រាប់អ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ ។ ក្នុងអំឡុងពេលមានគ្រោះមហន្តរាយដែលត្រូវបានប្រកាស ប្រសិនបើអ្នកមិនអាចប្រើឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញបានទេ អ្នកអាចទៅទទួលឱសថរបស់អ្នកនៅឱសថស្ថានក្រៅបណ្តាញបាន។ សូមមើល**ជំពូកទី 5** នៃ*សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។

I. តើត្រូវធ្វើដូចម្តេច ប្រសិនបើអ្នកទទួលបានវិក្កយបត្រដោយផ្ទាល់សម្រាប់សេវាដែលបានធានារ៉ាប់រង

ប្រសិនបើអ្នកបានបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវា ដែលបានធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នក **ឬ** ប្រសិនបើអ្នកបានបង់ប្រាក់លើសពីចំនួនចែករំលែកចំណាយរបស់គម្រោងរបស់អ្នកសម្រាប់សេវាដែលបានធានារ៉ាប់រង ឬប្រសិនបើអ្នកបានទទួលវិក្កយបត្រ

សម្រាប់ថ្លៃសេវាវេជ្ជសាស្ត្រដែលបានធានារ៉ាប់រងទាំងមូល សូមមើល **ជំពូក 7** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក* នេះ ដើម្បីស្វែងយល់ថា ត្រូវធ្វើដូចម្តេច។

អ្នកមិនគួរបង់ថ្លៃវិក្កយបត្រដោយខ្លួនឯងទេ។ ប្រសិនអ្នកបង់ប្រាក់ដោយខ្លួនឯង នោះគម្រោងប្រហែលជាមិនចេញថ្លៃសងឱ្យអ្នកវិញឡើយ។

I1. តើត្រូវធ្វើដូចម្តេច ប្រសិនបើគម្រោងរបស់យើងមិនធានារ៉ាប់រងលើសេវា

គម្រោងរបស់យើងរ៉ាប់រងលើសេវាទាំងអស់៖

- ដែលត្រូវបានកំណត់ថា មានភាពចាំបាច់ខាងផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ **និង**
- ដែលមានចុះក្នុងតារាងអត្ថប្រយោជន៍របស់គម្រោងយើង (សូមមើល **ជំពូកទី 4** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក* នេះ) **និង**
- ដែលអ្នកទទួលបានដោយការអនុវត្តតាមបទបញ្ជានៃគម្រោង។

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

ប្រសិនបើអ្នកចង់ដឹងថា តើយើងបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាវេជ្ជសាស្ត្រ ឬការថែទាំណាមួយឬអត់ អ្នកមានសិទ្ធិសួរយើងបាន។ អ្នកក៏មានសិទ្ធិស្នើសុំរឿងនេះ ជាលាយលក្ខណ៍អក្សរផងដែរ។ ប្រសិនបើយើងប្រាប់ថា យើងនឹងមិនបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវារបស់អ្នកទេ អ្នកមានសិទ្ធិប្តឹងតវ៉ាចំពោះសេចក្តីសម្រេចរបស់យើង។

ជំពូកទី 9 នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក* នេះពន្យល់អំពីអ្វីដែលត្រូវធ្វើ ប្រសិនបើអ្នកចង់ឱ្យយើងខ្ញុំធានារ៉ាប់រងលើទំនិញ ឬសេវាវេជ្ជសាស្ត្រ ។ ជំពូកនេះ ក៏ប្រាប់អ្នកអំពីរបៀបដែលត្រូវប្តឹងតវ៉ាចំពោះសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងរបស់យើងផងដែរ។ សូមហៅទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជន ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពីសិទ្ធិប្តឹងតវ៉ារបស់អ្នក។

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

J. ការធានារ៉ាប់រងលើសេវាថែទាំសុខភាពនៅពេលដែលអ្នកកំពុងស្ថិតនៅក្នុងការស្រាវជ្រាវលើការព្យាបាល

J1. និយមន័យនៃការសិក្សាស្រាវជ្រាវលើការព្យាបាល

ការសិក្សាស្រាវជ្រាវផ្នែកគ្លីនិក (ហៅផងដែរថា ការសាកល្បងព្យាបាល) គឺជាវិធីមួយដែលវេជ្ជបណ្ឌិតប្រើ ដើម្បីសាកល្បងប្រភេទថ្មីៗនៃសេវាថែទាំសុខភាព ឬឱសថ។ ការសិក្សាស្រាវជ្រាវលើការព្យាបាលដែលយល់ព្រមដោយ Medicare ជាធម្មតា តម្រូវឱ្យអ្នកស្ម័គ្រចិត្តចូលរួមក្នុងការសិក្សានេះ។ នៅពេលអ្នកស្ថិតនៅក្នុងការសិក្សាស្រាវជ្រាវព្យាបាល

អ្នកអាចបន្តចុះឈ្មោះ នៅក្នុងគម្រោងរបស់យើង ហើយបន្តទទួលបានការថែទាំដែលនៅសល់របស់អ្នក (ការថែទាំដែលមិនទាក់ទងនឹងការសិក្សា) តាមរយៈគម្រោងរបស់យើង។

ប្រសិនបើអ្នកចង់ចូលរួមក្នុងវេជ្ជសាស្ត្រសិក្សាស្រាវជ្រាវណាមួយដែលយល់ព្រមដោយ Medicare អ្នក**មិន**ចាំបាច់ប្រាប់យើងខ្ញុំ ឬទទួលបានការយល់ព្រមពីយើងខ្ញុំទេ ប៉ុន្តែយើងលើកទឹកចិត្តឱ្យអ្នកប្រាប់យើងខ្ញុំ ឬអ្នកផ្តល់ការថែទាំជាបឋមរបស់អ្នក។ អ្នកផ្តល់សេវាដែលផ្តល់ការថែទាំដល់អ្នក ដែលជាផ្នែកមួយនៃការសិក្សានេះ មិនចាំបាច់ជាអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញនោះទេ។ នេះមិនអនុវត្តចំពោះអត្ថប្រយោជន៍ដែលបានធានារ៉ាប់រងដែលតម្រូវឱ្យមានការសាកល្បងព្យាបាល ឬការចុះបញ្ជីដើម្បីវាយតម្លៃអត្ថប្រយោជន៍នោះទេ រួមទាំងអត្ថប្រយោជន៍ជាក់លាក់មួយចំនួនដែលតម្រូវឱ្យមានការធានារ៉ាប់រងជាមួយនឹងការអភិវឌ្ឍភស្តុតាង (NCDs-CED) និងការសិក្សាអំពីការលើកលែងឧបករណ៍អង្កេត (Investigational Device Exemption, IDE)។ អត្ថប្រយោជន៍ទាំងនេះ ក៏អាចអាស្រ័យលើការអនុញ្ញាតជាមុន និងច្បាប់របស់គម្រោងផ្សេងទៀតផងដែរ។

ប្រសិនបើអ្នកមានគម្រោងស្ថិតនៅក្នុងការសិក្សាស្រាវជ្រាវព្យាបាលដែលមានធានារ៉ាប់រងសម្រាប់អ្នកចុះឈ្មោះដោយ Original Medicare យើងលើកទឹកចិត្តអ្នក ឬអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នកឱ្យទាក់ទងមកកាន់ផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជន ដើម្បីឱ្យយើងដឹងថាអ្នកនឹងចូលរួមក្នុងការសាកល្បងព្យាបាល។

J2. ការទូទាត់ប្រាក់សម្រាប់សេវានានា នៅពេលអ្នកចូលរួមក្នុងការសិក្សាស្រាវជ្រាវផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ

ប្រសិនបើអ្នកស្ម័គ្រចិត្តចូលរួមក្នុងការសិក្សាស្រាវជ្រាវផ្នែកគ្លីនិកដែលកម្មវិធី Medicare អនុម័ត អ្នកមិនចាំបាច់បង់ប្រាក់អ្វីឡើយសម្រាប់សេវាដែលធានារ៉ាប់រងក្រោមការសិក្សានោះ។ Medicare នឹងបង់ថ្លៃសេវាដែលមានធានារ៉ាប់រងក្រោមការសិក្សាព្រមទាំងថ្លៃចំណាយប្រចាំថ្ងៃដែលពាក់ព័ន្ធជាមួយនឹងការថែទាំរបស់អ្នកផងដែរ។ នៅពេលអ្នកចូលរួមក្នុងការសិក្សាស្រាវជ្រាវផ្នែកគ្លីនិកដែលបានយល់ព្រមដោយកម្មវិធី Medicare អ្នកនឹងទទួលបានការធានារ៉ាប់រងសម្រាប់សេវា និងវត្ថុភាគច្រើនដែលអ្នកទទួលបានជាផ្នែកមួយនៃការសិក្សានោះ។ នេះរួមបញ្ចូលទាំង៖

- បន្ទប់ និងរបបអាហារសម្រាប់ការស្នាក់នៅមន្ទីរពេទ្យ ដែល Medicare នឹងបង់ឱ្យ សូម្បីតែក្នុងករណីដែលអ្នកមិនបានស្ថិតក្នុងការសិក្សាក៏ដោយ
- ការវះកាត់ ឬទម្រង់ការវេជ្ជសាស្ត្រដទៃទៀតដែលជាផ្នែកមួយនៃការសិក្សាស្រាវជ្រាវ។
- ការព្យាបាលលើផលរំខានបន្ទាប់បន្សំ និងបញ្ហាស្មុគស្មាញនៃការថែទាំថ្មី

ប្រសិនបើអ្នកជាផ្នែកមួយនៃការសិក្សាមួយដែល Medicare **មិនបាន**យល់ព្រម អ្នកនឹងបង់ថ្លៃណាមួយសម្រាប់ការចូលរួមក្នុងការសិក្សានេះ។

J3. ការស្វែងយល់បន្ថែម អំពីការសិក្សាស្រាវជ្រាវលើការព្យាបាល

អ្នកអាចស្វែងយល់បន្ថែមអំពីការចូលរួមក្នុងការសិក្សាស្រាវជ្រាវលើការព្យាបាលដោយអាន “Medicare និងការសិក្សាស្រាវជ្រាវលើការព្យាបាល” នៅលើគេហទំព័រ Medicare (www.medicare.gov/coverage/clinical-research-studies)។ អ្នកក៏អាចទូរសព្ទទៅកាន់លេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) ផងដែរ។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY ទូរសព្ទទៅលេខ 1-877-486-2048។

K. របៀបដែលសេវាថែទាំសុខភាពរបស់អ្នកទទួលការធានារ៉ាប់រងនៅក្នុងស្ថាប័នថែទាំសុខភាពបែបសាសនាដែលមិនមែនជាស្ថាប័នវេជ្ជសាស្ត្រ

K1. និយមន័យនៃស្ថាប័នថែទាំសុខភាពបែបសាសនាដែលមិនមែនជាស្ថាប័នវេជ្ជសាស្ត្រ

ស្ថាប័នថែទាំសុខភាពមិនមែនវេជ្ជសាស្ត្រផ្អែកលើសាសនា គឺជាកន្លែងដែលផ្តល់ការថែទាំដែលជាធម្មតាអ្នកនឹងទទួលបាននៅមន្ទីរពេទ្យ ឬនៅមណ្ឌលថែទាំដែលមានបុគ្គលិកជំនាញ។ ប្រសិនបើការទទួលការថែទាំនៅមន្ទីរពេទ្យ ឬមណ្ឌលថែទាំដែលមានបុគ្គលិកជំនាញ ផ្ទុយនឹងជំនឿសាសនារបស់អ្នក យើងនឹងធានារ៉ាប់រងការថែទាំនៅក្នុងស្ថាប័នថែទាំសុខភាពមិនមែនវេជ្ជសាស្ត្រផ្អែកលើសាសនា។

អត្ថប្រយោជន៍នេះ អនុវត្តសម្រាប់តែសេវាអ្នកជំងឺសម្រាកព្យាបាលក្នុងមន្ទីរពេទ្យក្រោមកម្មវិធី Medicare ផ្នែក A ប៉ុណ្ណោះ (សេវាថែទាំសុខភាពដែលមិនមែនជាសេវាវេជ្ជសាស្ត្រ)។

K2. ការទទួលបានការថែទាំពីមជ្ឈមណ្ឌលថែទាំសុខភាពតាមបែបសាសនាដែលគ្មានលក្ខណៈវេជ្ជសាស្ត្រ

ដើម្បីទទួលបានការថែទាំព្យាបាលពីគ្រឹះស្ថានថែទាំសុខភាពតាមបែបសាសនាដែលមិនមែនជាស្ថាប័នថែទាំសុខភាពតាមបែបវេជ្ជសាស្ត្រ អ្នកត្រូវតែចុះហត្ថលេខាលើឯកសារផ្លូវច្បាប់ដែលនិយាយថា អ្នកប្រឆាំងនឹងការព្យាបាលតាមបែបវេជ្ជសាស្ត្រដែល “មិនមានការលើកលែង។”

- ការព្យាបាលតាមផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ “មិនមានការលើកលែង” គឺជាការថែទាំ ឬការព្យាបាលណាមួយ **ដែលស្ម័គ្រចិត្ត ហើយមិនតម្រូវ**ដោយច្បាប់សហព័ន្ធ រដ្ឋ ឬមូលដ្ឋានណាមួយទេ។
- ការព្យាបាលតាមផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ “ត្រូវបានលើកលែង” គឺជាការថែទាំ ឬការព្យាបាលណាមួយ **ដែលមិនស្ម័គ្រចិត្ត ហើយត្រូវបានតម្រូវ**ក្រោមច្បាប់សហព័ន្ធ រដ្ឋ ឬមូលដ្ឋាន។

ដើម្បីទទួលបានការរ៉ាប់រងពីគម្រោងយើងខ្ញុំ ការថែទាំព្យាបាលដែលអ្នកទទួលបានពីមជ្ឈមណ្ឌលថែទាំសុខភាពតាមបែបសាសនាដែលគ្មានលក្ខណៈវេជ្ជសាស្ត្រ ត្រូវតែឆ្លើយតបទៅនឹងលក្ខខណ្ឌដូចខាងក្រោម៖

- មជ្ឈមណ្ឌលថែទាំការថែទាំត្រូវតែត្រូវបានបញ្ជាក់ដោយកម្មវិធី Medicare។
- គម្រោងរបស់យើងធានារ៉ាប់រងតែទិដ្ឋភាពនៃការថែទាំ ដែលមិនមែនបែបសាសនាតែប៉ុណ្ណោះ។
- ប្រសិនបើអ្នកទទួលបានសេវាកម្មពីសំណាក់គ្រឹះស្ថាននេះ ដែលមានការផ្តល់ជូនដល់អ្នកនៅក្នុងមណ្ឌលថែទាំសុខភាព៖
    - អ្នកត្រូវតែមានស្ថានភាពវេជ្ជសាស្ត្រដែលអនុញ្ញាតឱ្យអ្នកទទួលបានសេវាដែលទទួលបានការធានារ៉ាប់រង សម្រាប់ការថែទាំអ្នកជំងឺសម្រាកព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យ ឬការថែទាំនៅមណ្ឌលថែទាំដែលមានបុគ្គលិកជំនាញ។
    - អ្នកត្រូវតែទទួលបានការយល់ព្រមពីយើង មុនពេលអ្នកបានអនុញ្ញាតឱ្យចូលស្នាក់នៅក្នុងមណ្ឌលនោះ បើមិនដូច្នោះទេ ការស្នាក់នៅរបស់អ្នក **នឹងមិន** ត្រូវបានធានារ៉ាប់រងឡើយ។

មិនមានការកំណត់ទៅលើចំនួនថ្ងៃត្រូវរ៉ាប់រងសម្រាប់ការស្នាក់នៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យនីមួយៗទេ។ ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែម សូមមើលតារាងអត្ថប្រយោជន៍នៅក្នុង **ជំពូកទី 4 ផ្នែក D** ។

L. បរិក្ខារវេជ្ជសាស្ត្រដែលប្រើជាប់បានយូរ (DME)

L1. ការទទួលបានបរិក្ខារវេជ្ជសាស្ត្រជាប់បានយូរ (Durable medical equipment, DME) ក្នុងនាមជា សមាជិកនៃគម្រោងរបស់យើង

DME រួមមានសម្ភារចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រជាក់លាក់មួយចំនួនដែលបានបញ្ជាទិញដោយអ្នកផ្តល់សេវាដូចជា រទេះរុញ ឈើច្រត់ ប្រព័ន្ធពូកដើរដោយថាមពល សម្ភារផ្គត់ផ្គង់សម្រាប់ជំងឺទឹកនោមផ្អែម គ្រែមន្ទីរពេទ្យដែលបានបញ្ជាទិញដោយអ្នកផ្តល់សេវាសម្រាប់ប្រើប្រាស់ក្នុងផ្ទះ ថ្នាំចាក់បញ្ចូលតាមសរសៃឈាម (IV) ឧបករណ៍បញ្ចេញសំឡេង ឧបករណ៍ផ្គត់ផ្គង់អុកស៊ីសែន ឧបករណ៍ជំនួយក្នុងការដកដង្ហើម និងឧបករណ៍ជំនួយក្នុងការដើរ។

Medi-Cal ធានារ៉ាប់រងលើការប្រើប្រាស់នៅខាងក្នុង និងខាងក្រៅផ្ទះ (ឧ. ឧបករណ៍ចល័តដែលធានារ៉ាប់រងក្រោម Medi-Cal សម្រាប់ប្រើប្រាស់ក្នុងសហគមន៍)។ កម្មវិធី Medicare ដែលជាអ្នកទូទាត់ប្រាក់ចម្បងសម្រាប់បុគ្គលដែលមានសិទ្ធិទទួលបានកម្មវិធីទាំងពីរ កំណត់ការធានារ៉ាប់រងលើ DME ត្រឹមតែបរិក្ខារដែលត្រូវការសម្រាប់ប្រើប្រាស់នៅក្នុងផ្ទះប៉ុណ្ណោះ។ Medi-Cal ធានារ៉ាប់រងលើ DME មួយចំនួន ដែលចាំបាច់សម្រាប់ប្រើប្រាស់ទាំងនៅក្នុងផ្ទះ និងនៅក្នុងសហគមន៍។ ក្នុងនាមជាសមាជិកនៃ DSNP នេះ សមាជិកមានសិទ្ធិទទួលបានការធានារ៉ាប់រងលើ DME គ្រប់ប្រភេទក្រោមលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យរបស់ទាំងកម្មវិធី Medicare និង Medi-Cal។

អ្នកមានទំនិញ DME មួយចំនួនដូចជាអវយវៈសិប្បនិម្មិត។

ប្រភេទ DME ផ្សេងទៀត ដែលអ្នកត្រូវតែធ្វើការជួល។ ក្នុងនាមជាសមាជិកនៃគម្រោងរបស់យើង ជាធម្មតាអ្នកនឹង**មិន**ជាម្ចាស់កម្មសិទ្ធិលើឧបករណ៍ DME ដែលបានជួលនោះទេ មិនថាតើអ្នកជួលវារយៈពេលយូរប៉ុណ្ណាទេ។

នៅក្នុងស្ថានភាពដែលបានកំណត់មួយចំនួន យើងនឹងផ្ទេរកម្មសិទ្ធិនៃឧបករណ៍ DME ទៅអ្នក។ ទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជនតាមរយៈលេខទូរសព្ទនៅផ្នែកខាងក្រោមនៃទំព័រសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។

ទោះបីជាអ្នកមាន DME រហូតដល់ទៅ 12 ខែជាប់ៗគ្នានៅក្រោម Medicare មុនពេលអ្នកចូលរួមក្នុងគម្រោងរបស់យើងក៏ដោយ អ្នកនឹង**មិនមែន**ជាម្ចាស់ឧបករណ៍នោះទេ។

L2. ភាពជាម្ចាស់របស់ DME ប្រសិនបើអ្នកប្តូរទៅ Original Medicare

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

ក្នុងនាមជាសមាជិករបស់គម្រោង Blue Shield Medicare + គម្រោង Medi-Cal Plan អ្នកមិនត្រូវបង់ថ្លៃសម្រាប់ DME ដែលមានការធានារ៉ាប់រងឡើយ ដរាបណាវាជាការចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ និងមានការយល់ព្រមពីវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក។ ជាធម្មតា អ្នកនឹងមិនទទួលបានកម្មសិទ្ធិលើវត្ថុបរិក្ខារវេជ្ជសាស្ត្រជាប់បានយូរ (DME) ដែលបានជួលនោះទេ ទោះបីជាអ្នកបានបង់ប្រាក់រួមចំនួនប៉ុន្មានដងសម្រាប់វត្ថុនោះ ក្នុងអំឡុងពេលអ្នកជាសមាជិកនៃគម្រោងរបស់យើងក៏ដោយ សូម្បីតែអ្នកបានបង់ប្រាក់រហូតដល់ 12 ដងជាប់ៗគ្នាសម្រាប់វត្ថុ DME នោះ ក្រោមកម្មវិធី Original Medicare មុនពេល អ្នកចូលរួមក្នុងគម្រោងរបស់យើងក៏ដោយ។ ក្រោមកាលៈទេសៈកំណត់មួយចំនួន យើងនឹងផ្ទេរកម្មសិទ្ធិនៃទំនិញ DME ទៅឱ្យអ្នក។ សូមទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជន ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែម។

ចំណាំ៖ អ្នកអាចរកនិយមន័យអំពីគម្រោង Original Medicare និងគម្រោង MA នៅក្នុងជំពូកទី 12។ អ្នកក៏អាចរកព័ត៌មានបន្ថែមអំពីគម្រោងទាំងនេះនៅក្នុងសៀវភៅណែនាំ *Medicare & You ឆ្នាំ 2026* បានផងដែរ។ ប្រសិនបើអ្នកមិនមានច្បាប់ចម្លងនៃកូនសៀវភៅនេះទេ អ្នកអាចទទួលបានវាតាមរយៈគេហទំព័រ Medicare (www.medicare.gov/medicare-and-you) ឬតាមរយៈការហៅទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរតែទូរសព្ទទៅកាន់លេខ 1-877-486-2048។

ប្រសិនបើអ្នកលែងមាន Medi-Cal ទៀត អ្នកនឹងត្រូវបង់ប្រាក់ 13 ដងជាប់ៗគ្នា ក្រោមកម្មវិធី Original Medicare ឬអ្នកនឹងត្រូវបង់ប្រាក់ចំនួនដងជាប់ៗគ្នាដែលបានកំណត់ដោយគម្រោង MA ដើម្បីក្លាយជាម្ចាស់កម្មសិទ្ធិលើ DME នោះ ប្រសិនបើ៖

- អ្នកមិនបានក្លាយជាម្ចាស់នៃឧបករណ៍ DME ខណៈពេលដែលអ្នកស្ថិតនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើង **និង**
- អ្នកចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើង ហើយទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ពី Medicare ក្រៅគម្រោងថែទាំសុខភាពដែលមានក្នុងកម្មវិធី Original Medicare ឬ គម្រោង MA។

ប្រសិនបើអ្នកបានបង់ប្រាក់សម្រាប់វត្ថុបរិក្ខារ DME នោះ ក្រោមកម្មវិធី Original Medicare ឬគម្រោង MA មុនពេលអ្នកចូលរួមក្នុងគម្រោងរបស់យើង **ការបង់ប្រាក់ក្រោមកម្មវិធី Original Medicare ឬគម្រោង MA ទាំងនោះមិនបានរាប់ បញ្ចូលក្នុងចំនួនការបង់ប្រាក់ដែលអ្នកត្រូវបង់បន្ទាប់ពីចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើងឡើយ**។

- អ្នកនឹងត្រូវបង់ប្រាក់ថ្មីចំនួន 13 ដងជាប់ៗគ្នា ក្រោមកម្មវិធី Original Medicare ឬបង់ប្រាក់ថ្មីចំនួនដងជាប់ៗគ្នាដែលបានកំណត់ដោយគម្រោង MA ដើម្បីក្លាយជាម្ចាស់កម្មសិទ្ធិលើឧបករណ៍ DME នោះ។
- មិនមានករណីលើកលែងចំពោះចំណុចនេះទេ នៅពេលអ្នកត្រឡប់ទៅកម្មវិធី Original Medicare ឬគម្រោង MA វិញ។

L3. អត្ថប្រយោជន៍សម្រាប់បរិក្ខារអុកស៊ីសែន ក្នុងនាមជាសមាជិកនៃគម្រោងរបស់យើង

ប្រសិនបើអ្នកមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ឧបករណ៍អុកស៊ីសែន ដែលធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare យើងធានារ៉ាប់រង៖

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

បរិក្ខារអុកស៊ីសែនត្រូវតែប្រគល់ត្រឡប់វិញ នៅពេលវាលែងចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រសម្រាប់អ្នក ឬប្រសិនបើអ្នកចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើង។

L4. បរិក្ខារអុកស៊ីសែន នៅពេលអ្នកប្តូរទៅកម្មវិធី Original Medicare ឬគម្រោង Medicare Advantage (MA) ផ្សេងទៀត

នៅពេលបរិក្ខារអុកស៊ីសែនមានភាពចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ ហើយ**អ្នកចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើង និងប្តូរទៅកម្មវិធី Original Medicare** អ្នកនឹងជួលបរិក្ខារនោះពីអ្នកផ្គត់ផ្គង់រយៈពេល 36 ខែ។ ការបង់ថ្លៃជួលប្រចាំខែរបស់អ្នករ៉ាប់រងលើបរិក្ខារអុកស៊ីសែន និងសម្ភារផ្គត់ផ្គង់ ព្រមទាំងសេវាដែលបានរាយបញ្ជីខាងលើ។ កម្មវិធី Medicare និង Medi-Cal ធានារ៉ាប់រងលើការបង់ប្រាក់ទាំងនេះ ប្រសិនបើអ្នកនៅតែបានចុះឈ្មោះក្នុងកម្មវិធី Medicare និង Medi-Cal។

ប្រសិនបើបរិក្ខារអុកស៊ីសែននៅតែមានភាពចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ **បន្ទាប់ពីអ្នកបានជួលវារយៈពេល 36 ខែ**, អ្នកផ្គត់ផ្គង់របស់អ្នកត្រូវតែផ្តល់ជូន៖

- ឧបករណ៍ផ្តល់អុកស៊ីសែន ការផ្គត់ផ្គង់ និងសេវាសម្រាប់រយៈពេល 24 ខែផ្សេងទៀត
- ឧបករណ៍ និងសម្ភារៈអុកស៊ីសែនរហូតដល់ប្រាំឆ្នាំ ប្រសិនបើចាំបាច់ខាងវេជ្ជសាស្ត្រ

ប្រសិនបើឧបករណ៍អុកស៊ីសែននៅតែមានភាពចាំបាច់ខាងវេជ្ជសាស្ត្រ**នៅចុងបញ្ចប់នៃរយៈពេលប្រាំឆ្នាំ**៖

- អ្នកផ្គត់ផ្គង់របស់អ្នកមិនចាំបាច់ផ្តល់វាទៀតទេ ហើយអ្នកអាចជ្រើសរើសឧបករណ៍ជំនួសពីអ្នកផ្គត់ផ្គង់ណាមួយក៏បាន។
- រយៈពេលប្រាំឆ្នាំថ្មីចាប់ផ្តើម។
- អ្នកនឹងជួលពីអ្នកផ្គត់ផ្គង់សម្រាប់រយៈពេល 36 ខែ។
- បន្ទាប់មក អ្នកផ្គត់ផ្គង់របស់អ្នកនឹងផ្តល់បរិក្ខារអុកស៊ីសែន សម្ភារផ្គត់ផ្គង់ និងសេវានានារយៈពេល 24 ខែបន្ថែមទៀត។
- វដ្តថ្មីនឹងចាប់ផ្តើមរៀងរាល់ 5 ឆ្នាំម្តង ដរាបណាបរិក្ខារអុកស៊ីសែននៅតែមានភាពចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ។

នៅពេលបរិក្ខារអុកស៊ីសែនមានភាពចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ ហើយ**អ្នកចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើង និងប្តូរទៅគម្រោង MA ផ្សេងទៀត** គម្រោងនោះ នឹងធានារ៉ាប់រងយ៉ាងហោចណាស់នូវអ្វីដែលកម្មវិធី Original Medicare ធានារ៉ាប់រង។ អ្នកអាចសួរគម្រោង MA ថ្មីរបស់អ្នកថា តើគម្រោងនោះធានារ៉ាប់រងលើបរិក្ខារអុកស៊ីសែន និងសម្ភារផ្គត់ផ្គង់អ្វីខ្លះ ហើយតើចំណាយរបស់អ្នកនឹងមានចំនួនប៉ុន្មាន។

ជំពូកទី 4៖ តារាងអត្ថប្រយោជន៍

សេចក្តីផ្តើម

ជំពូកនេះ ប្រាប់អ្នកអំពីសេវាដែលគម្រោងរបស់យើងធានារ៉ាប់រង និងការដាក់កម្រិត ឬកម្រិតកំណត់ណាមួយលើសេវាទាំងនោះ ព្រមទាំងចំនួនប្រាក់ ដែលអ្នកត្រូវបង់សម្រាប់សេវានីមួយៗ។ ជំពូកនេះ ក៏ប្រាប់អ្នកអំពីអត្ថប្រយោជន៍ដែលមិនទទួលបានការធានារ៉ាប់រងក្រោមគម្រោងរបស់យើងផងដែរ។ ពាក្យគន្លឹះ និងនិយមន័យរបស់ពាក្យទាំងនោះ មានបង្ហាញតាមលំដាប់អក្ខរក្រមនៅក្នុងជំពូកចុងក្រោយនៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក* នេះ។

សមាជិកថ្មីរបស់ គម្រោង Blue Shield Medicare + គម្រោង Medi-Cal Plan៖ ក្នុងករណីភាគច្រើន អ្នកនឹងចុះឈ្មោះក្នុង គម្រោង Blue Shield Medicare + គម្រោង Medi-Cal Planសម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍ Medicare របស់អ្នកនៅថ្ងៃទី 1 នៃខែ បន្ទាប់ពីអ្នកស្នើសុំចុះឈ្មោះក្នុង គម្រោង Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan រួចហើយ។ អ្នកអាចនៅតែទទួលបានសេវា Medi-Cal របស់អ្នកពីគម្រោងសុខភាព Medi-Cal មុនរបស់អ្នក សម្រាប់រយៈពេល មួយខែបន្ថែមទៀត។ បន្ទាប់ពីនោះ អ្នកនឹងទទួលបានសេវា Medi-Cal របស់អ្នកតាមរយៈ គម្រោង Blue Shield Medicare+ គម្រោង Medi-Cal Plan។ ការធានារ៉ាប់រង Medi-Cal របស់អ្នកនឹងមិនមានការខកខាន ឬផ្អាកឡើយ។ សូមទូរសព្ទមកយើងតាមរយៈលេខ 1-800-452-4413 (TTY: 711) ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរណាមួយ។

តារាងមាតិកា

A. សេវារបស់អ្នកដែលទទួលបានការធានារ៉ាប់រង និងចំណាយចេញពីហោប៉ៅខ្លួនឯងរបស់អ្នក 79

B. បទបញ្ជាប្រឆាំងនឹងអ្នកផ្តល់សេវាដែលគិតថ្លៃសេវាពីអ្នក 79

C. អំពីតារាងអត្ថប្រយោជន៍នៃគម្រោងរបស់យើង 79

D. តារាងអត្ថប្រយោជន៍នៃគម្រោងរបស់យើង 85

F. ការជួយគាំពារពីសហគមន៍ 160

G. អត្ថប្រយោជន៍ដែលទទួលបានការធានារ៉ាប់រងនៅខាងក្រៅគម្រោងរបស់យើង 163

G1. កម្មវិធីផ្លាស់ប្តូររបស់សហគមន៍នៃរដ្ឋ California (CCT) 163

G2. Medi-Cal Dental 164

G3. សេវាថែទាំតាមគេហដ្ឋាន (IHSS) 164

G4. កម្មវិធីលើកលែងសម្រាប់សេវាតាមផ្ទះ និងតាមសហគមន៍ (HCBS) តាមផ្នែក 1915(c) កម្មវិធីលើកលែងសម្រាប់ការរស់នៅដែលមានជំនួយ (ALW) 165

G5. សេវាថែទាំសុខភាពផ្លូវចិត្តប្រចាំខោនធីដែលបានផ្តល់ជូននៅខាងក្រៅគម្រោងរបស់យើង (សេវាថែទាំសុខភាពផ្លូវចិត្ត និងសេវាព្យាបាលលើបញ្ហាប្រើប្រាស់សារធាតុញៀន) 168

H. អត្ថប្រយោជន៍ដែលមិនទទួលបានការធានារ៉ាប់រងពី គម្រោងរបស់យើង Medicare ឬ Medi-Cal 172

A. សេវារបស់អ្នកដែលទទួលបានការធានារ៉ាប់រង និងចំណាយចេញពីហោប៉ៅខ្លួនឯងរបស់អ្នក

ជំពូកនេះប្រាប់អ្នកអំពីសេវាដែលទទួលបានការធានារ៉ាប់រងពីគម្រោងរបស់យើង និងចំនួនទឹកប្រាក់ដែលអ្នកត្រូវបង់សម្រាប់សេវានីមួយៗ។ អ្នកក៏អាចស្វែងយល់អំពីសេវាដែលមិនទទួលបានការធានារ៉ាប់រងផងដែរ។ ព័ត៌មានអំពីអត្ថប្រយោជន៍ឱសថមាននៅក្នុង **ជំពូកទី 5** នៃ*សៀវភៅណែនាំសមាជិក* នេះ។ ជំពូកនេះក៏ពន្យល់អំពីការកំណត់លើសេវាមួយចំនួនផងដែរ។

សម្រាប់សេវាមួយចំនួន អ្នកនឹងត្រូវគេគិតថ្លៃចំណាយចេញពីហោប៉ៅខ្លួនឯង ដែលហៅថា ការបង់រួម។ នេះគឺជាចំនួនទឹកប្រាក់ថេរ (ឧទាហរណ៍ $5) ដែលអ្នកត្រូវបង់រាល់ពេលដែលអ្នកទទួលសេវានោះ។ អ្នកបង់ប្រាក់បង់រួមនៅពេលដែលអ្នកទទួលបានសេវាផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ។

ដោយសារអ្នកទទួលបានជំនួយពី Medi-Cal អ្នកមិនបង់ប្រាក់អ្វីសម្រាប់សេវាដែលមានការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកទេ ដរាបណាអ្នកអនុវត្តតាមច្បាប់របស់គម្រោងរបស់យើង។ សូមមើល **ជំពូកទី 3** នៃ*សៀវភៅណែនាំសមាជិក* នេះ សម្រាប់ព័ត៌មានលម្អិតអំពីច្បាប់របស់យើង។

ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយក្នុងការយល់ដឹងថា តើសេវាអ្វីខ្លះត្រូវបានធានារ៉ាប់រង សូមទូរសព្ទទៅអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក និង/ឬផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជនតាមរយៈលេខ 1-800-452-4413 (TTY: 711)។

B. បទបញ្ជាប្រឆាំងនឹងអ្នកផ្តល់សេវាដែលគិតថ្លៃសេវាពីអ្នក

យើងមិនអនុញ្ញាតឱ្យអ្នកផ្តល់សេវារបស់យើងចេញវិក្កយបត្រទៅអ្នកសម្រាប់សេវាដែលមានធានារ៉ាប់រងនៅក្នុងបណ្តាញនោះទេ។ យើងខ្ញុំបង់ប្រាក់ជូនអ្នកផ្តល់សេវាដោយផ្ទាល់ ហើយយើងខ្ញុំការពារអ្នកពីការគិតថ្លៃផ្សេងៗ។ ចំណុចនេះ នៅតែជាការពិត ទោះបីជាយើងបង់ប្រាក់ឱ្យអ្នកផ្តល់សេវាតិចជាងចំនួនប្រាក់ដែលអ្នកផ្តល់សេវាគិតថ្លៃសម្រាប់សេវាមួយក៏ដោយ។

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

C. អំពីតារាងអត្ថប្រយោជន៍នៃគម្រោងរបស់យើង

តារាងអត្ថប្រយោជន៍ប្រាប់អ្នកអំពីសេវាដែលគម្រោងរបស់យើងបង់ប្រាក់សម្រាប់ និងចំនួនទឹកប្រាក់ដែលអ្នកត្រូវបង់ចេញពីហោប៉ៅខ្លួនឯងសម្រាប់សេវានីមួយៗ។ (ការធានារ៉ាប់រងលើឱសថមាននៅក្នុង **ជំពូក 5។**) តារាងនេះរាយបញ្ជីសេវាដែលទទួលបានការធានារ៉ាប់រងតាមលំដាប់អក្សរក្រម និងពន្យល់អំពីសេវាទាំងនោះ។

យើងបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាដែលបានរាយបញ្ជីនៅក្នុងតារាងអត្ថប្រយោជន៍ នៅពេលដែលបានអនុវត្តតាមវិធានខាងក្រោម។ អ្នក**មិន**ចាំបាច់បង់ប្រាក់អ្វីឡើយសម្រាប់សេវាដែលបានរាយបញ្ជីនៅក្នុងតារាងអត្ថប្រយោជន៍ ដរាបណាអ្នកបំពេញតាម លក្ខខណ្ឌតម្រូវដែលបានពណ៌នាខាងក្រោម។

- យើងផ្តល់សេវាដែលទទួលបានការធានារ៉ាប់រងក្រោមកម្មវិធី Medicare និងសេវាដែលបានធានារ៉ាប់រងក្រោម Medi-Cal ស្របតាមវិធានដែលបានកំណត់ដោយកម្មវិធី Medicare និង Medi-Cal។

- សេវា រួមមានការថែទាំផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ សេវាសុខភាពអាកប្បកិរិយា និងសេវាព្យាបាលការប្រើប្រាស់សារធាតុញៀន និងសេវា និងការជួយទ្រទ្រង់រយៈពេលវែង សម្ភារផ្គត់ផ្គង់ ឧបករណ៍ និងឱសថ ត្រូវតែមាន “ភាពចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ”។ ភាពចាំបាច់ខាងផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ វាពណ៌នាអំពីសេវា ការផ្គត់ផ្គង់ ឬឱសថដែលអ្នកត្រូវការដើម្បីបង្ការ ធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ ឬព្យាបាលស្ថានភាពវេជ្ជសាស្ត្រ ឬរក្សាស្ថានភាពសុខភាពបច្ចុប្បន្នរបស់អ្នក។ ផ្នែកនេះ រួមមានការថែទាំសុខភាពដែលជួយឱ្យអ្នកមិនចាំបាច់ទៅសម្រាកព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យ ឬមជ្ឈមណ្ឌលថែទាំសុខភាពនោះទេ។ វាក៏មានន័យផងដែរថា សេវា សម្ភារៈ ផ្គត់ផ្គង់ ឬឱសថ គឺស្របតាមស្តង់ដា ដែលបានទទួលយកក្នុងការអនុវត្តផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ។ សេវាមួយត្រូវបានចាត់ទុកថា ចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ នៅពេលសេវានោះសមស្រប និងចាំបាច់ ដើម្បីការពារអាយុជីវិត បង្ការជំងឺធ្ងន់ធ្ងរ ឬពិការភាពធ្ងន់ធ្ងរ ឬបន្ធូរបន្ថយការឈឺចាប់ធ្ងន់ធ្ងរ *។*

- សម្រាប់សមាជិកដែលបានចុះឈ្មោះថ្មី ក្នុងរយៈពេល 90 ថ្ងៃដំបូង យើងអាចមិនតម្រូវឱ្យអ្នកទទួលបានការយល់ព្រមជាមុនសម្រាប់វគ្គព្យាបាលដែលកំពុងបន្តណាមួយឡើយ ទោះបីជាវគ្គព្យាបាលនោះសម្រាប់សេវាដែលបានចាប់ផ្តើមជាមួយអ្នកផ្តល់សេវាក្រៅបណ្តាញក៏ដោយ។

- អ្នកទទួលបានសេវាថែទាំពីក្រុមអ្នកផ្តល់សេវានៅក្នុងបណ្តាញ។ អ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ គឺជាអ្នកផ្តល់សេវាដែលធ្វើការជាមួយយើង។ ក្នុងករណីភាគច្រើន ការថែទាំដែលអ្នកទទួលបានពីអ្នកផ្តល់សេវាក្រៅបណ្តាញ នឹងមិនទទួលបានការធានារ៉ាប់រងឡើយ លុះត្រាតែវាជាការសង្គ្រោះបន្ទាន់ ឬការថែទាំដែលត្រូវការជាបន្ទាន់ ឬលុះត្រាតែគម្រោងរបស់យើង ឬអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញបានផ្តល់លិខិតបញ្ជូនបន្តឱ្យអ្នក។ នេះមានន័យថា អ្នកប្រហែលជាត្រូវបង់ប្រាក់ពេញលេញដល់អ្នកផ្តល់សេវា សម្រាប់សេវានៅក្រៅបណ្តាញដែលអ្នកទទួលបាន។ **ជំពូកទី 3** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក* របស់អ្នកមានព័ត៌មានបន្ថែមអំពីការប្រើប្រាស់អ្នកផ្តល់សេវានៅក្រៅបណ្តាញ និងក្រៅបណ្តាញ *។*

- អ្នកមានអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំបឋម (PCP) ឬក្រុមថែទាំដែលកំពុងផ្តល់ជូន និងគ្រប់គ្រងការថែទាំរបស់អ្នក។ ក្នុងករណីភាគច្រើន PCP របស់យើងត្រូវផ្តល់ការយល់ព្រមដល់អ្នក មុនពេលអ្នកអាចប្រើប្រាស់អ្នកផ្តល់សេវាម្នាក់ដែលមិនមែនជា PCP របស់អ្នក ឬប្រើអ្នកផ្តល់សេវាផ្សេងទៀតនៅក្នុងបណ្តាញរបស់គម្រោងនេះ។ នេះហៅថា លិខិតបញ្ជូនបន្ត។ **ជំពូកទី 3** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក* នេះ មានព័ត៌មានបន្ថែមអំពីការទទួលបានលិខិតបញ្ជូនបន្ត និងពេលណាដែលអ្នក **មិន** ត្រូវការលិខិតបញ្ជូនបន្ត។

- យើងធានារ៉ាប់រងលើសេវាមួយចំនួនដែលបានរាយក្នុងតារាងអត្ថប្រយោជន៍ លុះត្រាតែវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក ឬអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញផ្សេងទៀត ទទួលបានការយល់ព្រមពីយើងជាមុនសិន។ នេះហៅថា ការអនុញ្ញាតជាមុន (PA)។ យើងសម្គាល់សេវាដែលមានធានារ៉ាប់រងនៅក្នុងតារាងអត្ថប្រយោជន៍ដែលត្រូវការ PA ប្រភេទអក្សរទ្រេត។

- ប្រសិនបើគម្រោងរបស់យើងផ្តល់ការយល់ព្រមលើសំណើសុំការអនុញ្ញាតជាមុន (PA) សម្រាប់វគ្គនៃការព្យាបាល ការយល់ព្រមនោះត្រូវតែមានសុពលភាពដរាបណាមានភាពសមស្របតាមវេជ្ជសាស្ត្រ និងភាពចាំបាច់ខាងវេជ្ជសាស្ត្រ ដើម្បីជៀសវាងការរំខានដល់ការថែទាំដោយផ្អែកលើលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យនៃការធានារ៉ាប់រង ប្រវត្តិវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នក និងការណែនាំរបស់អ្នកផ្តល់សេវាព្យាបាល។

- ដូចទៅនឹងគម្រោងសុខភាព Medicare ទាំងអស់ដែរ យើងធានារ៉ាប់រងលើអ្វីៗគ្រប់យ៉ាងដែល Medicare ដើម (Original Medicare) ធានារ៉ាប់រង។ (ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពីការធានារ៉ាប់រង និងថ្លៃចំណាយរបស់ Original Medicare សូមចូលទៅកាន់សៀវភៅណែនាំ *Medicare និងអ្នក ឆ្នាំ 2027* របស់អ្នក។ ចូលមើលវាតាមអនឡាញតាមរយៈ www.Medicare.gov ឬស្នើសុំច្បាប់ចម្លងដោយហៅទូរសព្ទទៅកាន់លេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY ទូរសព្ទទៅលេខ 1-877-486-2048។

- ប្រសិនបើ Medicare បន្ថែមការធានារ៉ាប់រងសម្រាប់សេវាថ្មីណាមួយក្នុងអំឡុងឆ្នាំ 2027 នោះ Medicare ឬគម្រោងរបស់យើង នឹងផ្តល់ការធានារ៉ាប់រងសម្រាប់សេវាទាំងនោះ។
- ប្រសិនបើអ្នកបាត់បង់ Medi-Cal របស់អ្នកក្នុងរយៈពេល 6 ខែនៃសិទ្ធិទទួលបានជាបន្តដែលបានចាត់ទុក យើងនឹងបន្តផ្តល់អត្ថប្រយោជន៍ Medicare ដែលធានារ៉ាប់រងដោយគម្រោង Medicare Advantage ទាំងអស់។ ទោះយ៉ាងណាក៏ដោយ ការធានារ៉ាប់រង Medi-Cal របស់អ្នកអាចនឹងបញ្ចប់លឿនជាង ការធានារ៉ាប់រង Medicare របស់អ្នកជាមួយយើងខ្ញុំ។ នៅពេលការធានារ៉ាប់រង Medi-Cal របស់អ្នក បញ្ចប់ យើងនឹងមិនបង់ថ្លៃសម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍ Medi-Cal របស់អ្នកទៀតទេ។ នេះក៏មានន័យថា ចំណាយចេញពីហោប៉ៅខ្លួនឯងរបស់អ្នក ដូចជាការបង់រួម ថ្លៃបង់ធានារ៉ាប់រង និងប្រាក់កាត់កង នឹងកើនឡើងក្នុងអំឡុងខែ ដែលអ្នកបានបាត់បង់ការធានារ៉ាប់រង Medi-Cal។ ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែម និងទទួលបានជំនួយក្នុងការបន្តសុពលភាពជាថ្មីនៃសិទ្ធិទទួលបាន Medi-Cal សូមទាក់ទងក្រុមការងារ Blue Shield សម្រាប់រក្សាសមាជិកទទួលបានកម្មវិធីទាំងពីរ តាមរយៈលេខ (844) 378-4181 (TTY: 711) ចាប់ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ 5 ល្ងាច ពីថ្ងៃចន្ទដល់ថ្ងៃសុក្រ
- យើងនឹងជួយអ្នកឱ្យទទួលបានសិទ្ធិទទួលកម្មវិធី Medi-Cal ឡើងវិញ។ ប្រសិនបើ សិទ្ធិទទួលបានរបស់អ្នកក្នុងការទទួលបានកម្មវិធី Medi-Cal ត្រូវបានស្តារឡើងវិញ ខណៈដែលអ្នកនៅតែចុះឈ្មោះជាមួយយើងសម្រាប់ការធានារ៉ាប់រង Medicare របស់អ្នក យើងនឹងបន្តការទូទាត់ប្រាក់សម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍ Medi-Cal របស់អ្នកឡើងវិញ ហើយការចុះឈ្មោះរបស់អ្នកជាមួយយើងនឹងបន្ត។ ប្រសិនបើអ្នកទទួលបានសិទ្ធិទទួលបាន Medi-Cal វិញបន្ទាប់ពីយើងលុបឈ្មោះអ្នកពីការធានារ៉ាប់រង Medicare របស់យើង អ្នកនឹងត្រូវទាក់ទងមកយើងខ្ញុំដើម្បីចុះឈ្មោះឡើងវិញនៅក្នុងគម្រោង។

ព័ត៌មានអំពីអត្ថប្រយោជន៍សំខាន់ៗសម្រាប់សមាជិកដែលមានស្ថានភាពរ៉ាំរ៉ៃជាក់លាក់។

ប្រសិនបើអ្នកមានស្ថានភាពជំងឺរ៉ាំរ៉ៃណាមួយដែលបានរាយនៅខាងក្រោម និងបំពេញតាមលក្ខណៈវិនិច្ឆយវេជ្ជសាស្ត្រជាក់លាក់ នោះអ្នកអាចមានសិទ្ធិទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍អាហារ និងផលិតផល។ អត្ថប្រយោជន៍អាហារ និងផលិតផលកសិកម្ម គឺជាអត្ថប្រយោជន៍បន្ថែមពិសេសសម្រាប់ជំងឺរ៉ាំរ៉ៃ (“SSBCI”)។ មិនមែនសមាជិកគម្រោងទាំងអស់សុទ្ធតែមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់។ សិទ្ធិទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ អាស្រ័យលើការបំពេញតាមនិយមន័យនៃ “សមាជិកដែលមានជំងឺរ៉ាំរ៉ៃ” និងការមានយ៉ាងហោចណាស់ស្ថានភាពរ៉ាំរ៉ៃមួយ ក្នុងចំណោមស្ថានភាពរ៉ាំរ៉ៃដែលមានសិទ្ធិគ្រប់គ្រាន់របស់គម្រោង ដែលបានរាយខាងក្រោម៖

- ជំងឺប្រើប្រាស់គ្រឿងស្រវឹងរ៉ាំរ៉ៃ និងជំងឺប្រើប្រាស់សារធាតុញៀនផ្សេងទៀត (Substance Use Disorders, SUDs)
- ជំងឺស្វ័យភាពស៊ាំ៖
  - ជំងឺរលាកសរសៃឈាមច្រើនកន្លែង
  - ជំងឺឈឺសាច់ដុំ និងរលាកសន្លាក់
  - ជំងឺរលាកសន្លាក់
  - ជំងឺរលាកសាច់ដុំ និងស្បែក
  - ជំងឺរលាកសន្លាក់រ៉ាំរ៉ៃ
  - ជំងឺប្រព័ន្ធភាពស៊ាំលូប៉ូស (ជំងឺ SLE)
  - ជំងឺរលាកសន្លាក់ទាក់ទងនឹងជំងឺស្បែករ៉ាំរ៉ៃ (Psoriatic arthritis)

- ជំងឺរឹងស្បែក
- ជំងឺមហារីក
- ជំងឺសរសៃឈាមបេះដូង៖
  - ជំងឺចង្វាក់បេះដូងខុសប្រក្រតី
  - ជំងឺកកខ្លាញ់ក្នុងសរសៃឈាមបេះដូង
  - ជំងឺសរសៃឈាមនៅតាមអវៈយវៈ
  - ជំងឺសន្ទះបេះដូង
- ជំងឺខ្សោយបេះដូងរ៉ាំរ៉ៃ
- ជំងឺភ្លេចភ្លាំង
- ជំងឺទឹកនោមផ្អែមដោយសារបញ្ហាអាំងស៊ុយលីន
- ជំងឺលើសទម្ងន់ ជំងឺធាត់ជ្រុល និងជំងឺមេតាប៉ូលីស
- ជំងឺក្រពះពោះវៀនរ៉ាំរ៉ៃ៖
  - ជំងឺថ្លើមរ៉ាំរ៉ៃ
  - ជំងឺខ្លាញ់រុំថ្លើមចំពោះអ្នកដែលមិនទទួលទាន់ជាតិអាល់កុល (Non-alcoholic Fatty Liver Disease, NAFLD)
  - ជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B
  - ជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ C
  - ជំងឺរលាកលំពែង
  - រោគសញ្ញាពោះវៀនខុសប្រក្រតី
  - ជំងឺរលាកពោះវៀនធំ
- ជំងឺតម្រងនោមរ៉ាំរ៉ៃ (Chronic Kidney Disease, CKD)៖
  - CKD ដែលតម្រូវឱ្យមានការលាងឈាម/ជំងឺតម្រងនោមដំណាក់កាលចុងក្រោយ (ESRD)
  - CKD មិនតម្រូវឱ្យមានការលាងឈាម
- ជំងឺឈាមធ្ងន់ធ្ងរ៖
  - ជំងឺគោលិកាក្រហមរាងកណ្តៀវ
  - ជំងឺឈាមក្រកក
    - ជំងឺខ្វះប្លាកែតដោយសារប្រព័ន្ធភាពស៊ាំ (ITP)
    - ជំងឺរលាកខួរឆ្អឹងខ្នង
    - ជំងឺគោលិកាក្រហម (ដោយមិនរាប់បញ្ចូលលក្ខណគោលិកាក្រហមទេ)
    - ជំងឺស្ទះសរសៃឈាមវ៉ែនរ៉ាំរ៉ៃ

- ជំងឺ HIV/AIDS
- ជំងឺសួតរ៉ាំរ៉ៃ៖
  - ជំងឺហឺត ជំងឺរលាកទងសួតរ៉ាំរ៉ៃ
  - ជំងឺក្រពេញខ្សោះជាតិសរសៃ
  - ជំងឺរលាកសួតរ៉ាំរ៉ៃ
  - ជំងឺក្រិនសួត
  - ជំងឺសម្ពាធឈាមខ្ពស់នៅសរសៃឈាមក្នុងសួត
  - ជំងឺស្ទះសួតរ៉ាំរ៉ៃ (COPD)
- ស្ថានភាពសុខភាពផ្លូវចិត្តរ៉ាំរ៉ៃ និងបណ្តាលឱ្យមានពិការភាព៖
  - ជំងឺបាយប៉ូឡា
  - ជំងឺធ្លាក់ទឹកចិត្តខ្លាំង
  - ជំងឺវង្វេងស្មារតី
  - ជំងឺវិកលចរិក
  - ជំងឺស្ត្រេសក្រោយការប៉ះទង្គិចផ្លូវចិត្ត (PTSD)
  - ជំងឺស្ត្រេសក្រោយការប៉ះទង្គិចផ្លូវចិត្ត (PTSD)
  - ជំងឺទទួលទានអាហារមិនប្រក្រតី
  - ជំងឺថប់បារម្ភ
- ជំងឺសរសៃប្រសាទ៖
  - ជំងឺក្រិននៃប្រព័ន្ធប្រសាទដែលគ្រប់គ្រងចលនាសាច់ដុំ (ALS)
  - ជំងឺឆ្កួតជ្រូក
  - ពិការភាពធ្ងន់ធ្ងរ (ពិការភាពមួយចំហៀងខ្លួន ពិការភាពលើអវៈយវៈទាំងបួន ពិការភាពមួយខ្លួនពាក់កណ្តាលខាងក្រោម ពិការភាពលើអវៈយវៈមួយ)
  - ជំងឺដាច់សរសៃប្រសាទរ៉ាំរ៉ៃ
  - ជំងឺស្បែកក្រិនឡើងបន្ទះៗ
  - ជំងឺផាកឃីនសុន
  - ជំងឺសរសៃប្រសាទចម្រុះ
  - ជំងឺឈឺសាច់ដុំរ៉ាំរ៉ៃ
  - ជំងឺអស់កម្លាំងរ៉ាំរ៉ៃ
  - របួសឆ្អឹងខ្នង
  - ជំងឺរលាកស្រោមខួរឆ្អឹងខ្នង
  - ជំងឺខ្វះចលនាសរសៃប្រសាទទាក់ទងនឹងជំងឺដាច់សរសៃឈាមខួរក្បាល

- ជំងឺដាច់សរសៃឈាមខួរក្បាល
- ការថែទាំក្រោយការប្តូរសរីរាង្គ
- ជំងឺចុះខ្សោយប្រព័ន្ធភាពស៊ាំ និងជំងឺកាត់បន្ថយប្រព័ន្ធភាពស៊ាំ
- ស្ថានភាពជំងឺដែលទាក់ទងនឹងការចុះខ្សោយនៃការចងចាំ៖
  - ជំងឺវង្វេងវង្វាន់
  - ពិការភាពបញ្ញា និងពិការភាពការលូតលាស់
  - របួសខួរក្បាល
  - ពិការភាពជំងឺផ្លូវចិត្តដែលពាក់ព័ន្ធនឹងការចុះខ្សោយនៃការយល់ដឹង
  - ការចុះខ្សោយនៃការយល់ដឹងតិចតួច
- លក្ខខណ្ឌដែលទាក់ទងនឹងបញ្ហាប្រឈមមុខងារ និងតម្រូវឱ្យមានសេវាកម្មស្រដៀងគ្នា រួមមានដូចខាងក្រោម៖
  - របួសឆ្អឹងខ្នង
  - ខ្វិន
  - ការបាត់បង់អវយវៈ
  - ជំងឺដាច់សរសៃឈាមខួរក្បាល
  - ជំងឺសន្លាក់ឆ្អឹង
- ស្ថានភាពរ៉ាំរ៉ៃដែលធ្វើឱ្យប៉ះពាល់ដល់ការមើលឃើញ ការស្តាប់ឮ (ថ្លង់) រសជាតិ ការប៉ះ និងក្លិន
- លក្ខខណ្ឌដែលតម្រូវឱ្យបន្តសេវាព្យាបាល ដើម្បីឱ្យបុគ្គលម្នាក់ៗរក្សា ឬរក្សាមុខងារ
  - គម្រោងនេះនឹងពិនិត្យមើលថា តើអ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍អាហារ និងផលិតផលកសិកម្មឬអត់ ដោយប្រើព័ត៌មានពីវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក ឬដោយទាក់ទងវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក ដើម្បីទទួលបានសេចក្តីថ្លែងការណ៍ដែលមានចុះហត្ថលេខា អំពីស្ថានភាពរ៉ាំរ៉ៃដែលមានសិទ្ធិគ្រប់គ្រាន់របស់អ្នក។
  - បន្ទាប់ពីអ្នកត្រូវបានកំណត់ថា មានសិទ្ធិទទួលបាន សូមសំអាងទៅលើសៀវភៅណែនាំសមាជិក ដែលអ្នកបាន ទទួលតាមសំបុត្រ រួមជាមួយកាត Flex Card របស់អ្នក។ កាត Flex Card គឺជាកាតចំណាយដែលមានប្រាក់ឧបត្ថម្ភដែលមានសិទ្ធិទទួល ត្រូវបានបញ្ចូលជាមុនទៅក្នុងកាត ដើម្បីជួយបង់ប្រាក់សម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍ដែលធានារ៉ាប់រង។ សៀវភៅណែនាំសមាជិករបស់អ្នកនឹងរៀបរាប់ពីប្រាក់ឧបត្ថម្ភ ដែលមានផ្តល់ជូន ដែលបានបញ្ចូលជាមុនទៅលើកាត Flex Card របស់អ្នក ក៏ដូចជាកន្លែងដែល ត្រូវស្វែងរកព័ត៌មានលម្អិតបន្ថែមអំពីអត្ថប្រយោជន៍ដែលធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នក និងរបៀបគ្រប់គ្រងគណនី របស់អ្នក
  - សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីអត្ថប្រយោជន៍នេះ សូមទូរសព្ទទៅកាន់លេខ 1-877-429-3245 [TTY: 711] ចាប់ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ 8 យប់ ម៉ោងនៅតំបន់ប៉ាស៊ីហ្វិក (PT) ចាប់ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ។ អ្នកក៏អាចចូលទៅអនឡាញតាមរយៈ bscaflexbenefits.com សម្រាប់ព័ត៌មានលម្អិតបន្ថែម។
- សម្រាប់ព័ត៌មានលម្អិតបន្ថែម សូមចូលទៅកាន់អត្ថប្រយោជន៍បន្ថែមពិសេសសម្រាប់ជំងឺរ៉ាំរ៉ៃនៅក្នុងជួរដេកនៃតារាងអត្ថប្រយោជន៍ខាងក្រោម។
- ទាក់ទងមកយើងខ្ញុំ ដើម្បីស្វែងយល់ឱ្យបានច្បាស់ថា តើអត្ថប្រយោជន៍មួយណាដែលអ្នកអាចមានសិទ្ធិទទួលបាន។

រាល់សេវាថែទាំលក្ខណៈបង្ការទាំងអស់ គឺឥតគិតថ្លៃ។ រូបផ្លែប៉ោមនេះ 🍎 បង្ហាញអំពីសេវាបង្ការជំងឺនៅក្នុងតារាងអត្ថប្រយោជន៍។

D. តារាងអត្ថប្រយោជន៍នៃគម្រោងរបស់យើង

	សេវាមានការធានារ៉ាប់រង	អ្នកត្រូវតែបង់ប៉ុន្មាន
🍎	**កម្មវិធីបង្ការជំងឺទឹកនោមផ្អែមរបស់កម្មវិធី Medicare (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP)** គម្រោងរបស់យើងបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវា MDPP សម្រាប់មនុស្សដែលមានសិទ្ធិទទួលបាន។ MDPP ត្រូវបានបង្កើតឡើង ដើម្បីជួយអ្នកបង្កើនអាកប្បកិរិយាប្រកបដោយសុខភាពល្អ។ វាផ្តល់ជូននូវការបណ្តុះបណ្តាជាក់ស្តែងនៅក្នុង៖ • ការផ្លាស់ប្តូររបបអាហាររយៈពេលវែង **និង** • បង្កើនសកម្មភាពរាងកាយ **និង** • វិធីដើម្បីរក្សាការសម្រកទម្ងន់ និងរបៀបរស់នៅប្រកបដោយសុខភាពល្អ។	$0
🍎	**កម្មវិធីអប់រំសុខភាព និងសុខុមាលភាព*** យើងផ្តល់កម្មវិធីជាច្រើន ដែលផ្តោតទៅលើលក្ខណៈសុខភាពជាក់លាក់។ ទាំងនេះរួមមាន៖ • ថ្នាក់អប់រំអំពីសុខភាព • ថ្នាក់អប់រំអំពីអាហារូបត្ថម្ភ • ការផ្តាច់បារី និងការផ្តាច់ការប្រើប្រាស់ថ្នាំជក់ **និង** • បណ្តាញទូរសព្ទសម្រាប់ការពិគ្រោះការព្យាបាល កម្មវិធីដែលជួយអ្នកឱ្យមានសុខភាពល្អ។ សេវាដែលមានធានារ៉ាប់រងរួមមាន៖ • សរសេរ អំពីសុខភាពជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ រួមមានព្រឹត្តិបត្រព័ត៌មាន • កម្មវិធីអប់រំ កម្មវិធីអប់រំដែលផ្តោតលើស្ថានភាពសុខភាពដូចជា៖ • ជំងឺលើសឈាម • កូលេស្តេរ៉ូល • ជំងឺហឺត • របបអាហារពិសេស **អត្ថប្រយោជន៍នេះមានបន្តនៅទំព័របន្ទាប់**	$0 $0

សេវាមានការធានារ៉ាប់រង		អ្នកត្រូវតែបង់ប៉ុន្មាន
	កម្មវិធីអប់រំអំពីសុខភាព និងសុខុមាលភាព* (បន្ត) កម្មវិធីអប់រំដែលបានរចនាឡើងដើម្បីបង្កើនសុខភាព និងរបៀបរស់នៅរបស់អ្នក រួមមាន៖ • ការគ្រប់គ្រងទម្ងន់ • លំហាត់ប្រាណ • ការគ្រប់គ្រងភាពតានតឹង **ជំនួយរបស់គិលានុបដ្ឋាយិកា 24/7** មានការសន្ទនាតាមអនឡាញមួយទល់នឹងមួយដោយសម្ងាត់ជាមួយនឹងគិលានុបដ្ឋាយិកាដែលបានចុះបញ្ជីមួយរូប 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ។ នៅពេលដែលអ្នកមានការព្រួយបារម្ភផ្នែកសុខភាព ការហៅទូរសព្ទម្តងទៅកាន់លេខទូរសព្ទប្រចាំការដោយឥតគិតថ្លៃរបស់យើងនឹងតភ្ជាប់អ្នកទៅកាន់គិលានុបដ្ឋាយិកាដែលបានចុះបញ្ជីមួយរូប ដែលនឹងស្តាប់ការព្រួយបារម្ភរបស់អ្នក ហើយផ្តល់ជំនួយ ដើម្បីដោះស្រាយ។ ទូរសព្ទទៅលេខ 1-877-304-0504 (TTY: 711) បាន 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ **SilverSneakers** អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងសម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍នៃការហាត់ប្រាណតាមរយៈ SilverSneakers ដែលរួមមាន៖ • បណ្តាញទូទាំងប្រទេសនៃកន្លែងហាត់ប្រាណ និងសហគមន៍ដែលចូលរួមជាមួយនឹងថ្នាក់ហាត់ប្រាណជាក្រុម និងគ្រឿងបរិក្ខានៅទីតាំងដែលបានជ្រើសរើស - ចុះឈ្មោះក្នុងទីតាំងជាច្រើនតាមដែលអ្នកចង់បាន • ថ្នាក់រៀន និងសិក្ខាសាលាតាមអនឡាញផ្សាយផ្ទាល់តាមរយៈ SilverSneakers ផ្សាយផ្ទាល់™ 7 ថ្ងៃ/សប្តាហ៍ ពេលព្រឹក ពេលរសៀល និងពេលល្ងាច • វីដេអូកម្មវិធីហាត់ប្រាណ សុខភាព និងលំហាត់ប្រាណតាមអនឡាញតាមតម្រូវការតាមរយៈ SilverSneakers On Demand™ បាន 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ • បានចូលប្រើកម្មវិធីទូរស័ព្ទទៅកម្មវិធីហាត់ប្រាណ ការតាមដានសកម្មភាព និងលេខសម្គាល់សមាជិករបស់អ្នកតាមរយៈ SilverSneakers GO™ បាន 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ • ការតភ្ជាប់សហគមន៍ និងការគាំទ្រសុខុមាលភាពដោយផ្ទាល់ និងតាមប្រព័ន្ធនិម្មិតតាមរយៈ SilverSneakers Community **អត្ថប្រយោជន៍នេះមានបន្តនៅទំព័របន្ទាប់**	$0

សេវាមានការធានារ៉ាប់រង		អ្នកត្រូវតែបង់ប៉ុន្មាន
	កម្មវិធីអប់រំអំពីសុខភាព និងសុខុមាលភាព* (បន្ត) ដើម្បីចាប់ផ្តើមប្រើប្រាស់អត្ថប្រយោជន៍ សូមស្វែងរកលេខសម្គាល់ SilverSneakers របស់អ្នក ទីតាំងហាត់ប្រាណ និងថ្នាក់រៀននៅ silversneakers.com។ ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរបន្ថែមអំពីអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នក សូមទូរសព្ទទៅលេខ 1-888-423-4632 [TTY: 711] ថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ម៉ោង 5 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 5 ល្ងាចម៉ោង PT។ នៅពេលអ្នកទៅកន្លែងហាត់ប្រាណដែលចូលរួមតាមជម្រើសរបស់អ្នក បុគ្គលិកនឹងចុះឈ្មោះអ្នកនៅក្នុងប្រព័ន្ធរបស់ពួកគេដោយប្រើលេខសម្គាល់ SilverSneakers របស់អ្នក។ អ្នកក៏អាចស្នើសុំការដើរមើលជុំវិញទីតាំងដើម្បី មើលគ្រឿងបរិក្ខារទាំងអស់ និងកន្លែងដែលថ្នាក់រៀនស្ថិតនៅទីតាំងណា។ ឧបករណ៍ហាត់ប្រាណនៅផ្ទះត្រូវបានផ្តល់ជូនសមាជិកដែលចង់ចាប់ផ្តើមហាត់ប្រាណនៅផ្ទះ ឬសម្រាប់អ្នកដែលមិនអាចទៅកាន់ទីតាំងហាត់ប្រាណដែលចូលរួមបានដោយសាររបួស ជំងឺ ឬត្រូវនៅតែក្នុងផ្ទះ។ សមាជិកអាចជ្រើសរើសឧបករណ៍មួយឈុតក្នុងមួយឆ្នាំ ហើយឈុតនីមួយៗរួមមានសៀវភៅណែនាំចាប់ផ្តើមរហ័ស។ ឈុតឧបករណ៍ហាត់ប្រាណដែលមានផ្តល់ជូនរួមមាន៖ • ការដើរ – រួមមានឧបករណ៍គណនាជំហាន។ • ការធ្វើឱ្យរាងកាយរឹងមាំ – រួមមានបាល់ហាត់ប្រាណ។ • កម្លាំង – រួមមានកៅស៊ូយឺត។ • យូហ្គា – រួមមានខ្សែយូហ្គា។ **សូមពិភាក្សាជាមួយវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកជានិច្ច មុនពេលចាប់ផ្តើមកម្មវិធីហាត់ប្រាណ។** *សេវាទាំងនេះ មិនបានរាប់បញ្ចូលទៅក្នុងកម្រិតអតិបរមានៃចំណាយចេញពីហោប៉ៅខ្លួនឯងរបស់គម្រោងឡើយ។	

	សេវាមានការធានារ៉ាប់រង	អ្នកត្រូវតែបង់ប៉ុន្មាន
	ការចាក់ថ្នាំបង្ការ យើងបង់ថ្លៃសម្រាប់សេវាខាងក្រោម៖ • វ៉ាក់សាំងបង្ការជំងឺហើមសួត • ការចាក់វ៉ាក់សាំងបង្ការជំងឺផ្តាស់សាយធំ/គ្រុនក្តៅ នៅពេលរដូវជំងឺផ្តាស់សាយធំ/គ្រុនក្តៅនីមួយៗនៅក្នុងរដូវធ្លាក់ខ្យល់ និងរដូវរងារ ដោយមានការចាក់វ៉ាក់សាំងបង្ការជំងឺផ្តាស់សាយធំ/គ្រុនក្តៅបន្ថែម ប្រសិនបើមានការចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ • វ៉ាក់សាំងជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B ប្រសិនបើអ្នកមិនធ្លាប់ទទួលបានការចាក់គ្រប់ស៊េរីទេ អ្នកមិនដឹងពីប្រវត្តិនៃការចាក់ថ្នាំបង្ការរោគរបស់អ្នក ឬអ្នកមានស្ថានភាពជំងឺផ្សេងទៀតដែលធ្វើឱ្យអ្នកប្រឈមនឹងហានិភ័យខ្ពស់ ឬមធ្យមក្នុងការឆ្លងជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B • វ៉ាក់សាំង COVID-19 • វ៉ាក់សាំងសម្រាប់មេរោគវីរុសសាច់ដុះនៅក្នុងមនុស្ស (HPV) • វ៉ាក់សាំងផ្សេងៗទៀត ប្រសិនបើអ្នកស្ថិតក្នុងស្ថានភាពប្រឈមសុខភាព ហើយវ៉ាក់សាំងទាំងនោះសមស្របតាមច្បាប់ធានារ៉ាប់រង Medicare ផ្នែក B យើងបង់ថ្លៃសម្រាប់វ៉ាក់សាំងបង្ការផ្សេងៗទៀតដែលបំពេញតាមបទបញ្ជាធានារ៉ាប់រងរបស់ Medicare ផ្នែក D។ សូមអាន **ជំពូកទី 6** នៃ*សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះ ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែម។ យើងក៏បង់ថ្លៃលើវ៉ាក់សាំងទាំងអស់សម្រាប់មនុស្សពេញវ័យតាមការណែនាំរបស់គណៈកម្មាការប្រឹក្សាយោបល់ស្តីពីការអនុវត្តលើការចាក់ថ្នាំបង្ការរោគ (ACIP)។	$0
	ការចាក់ម្ជុលវិទ្យាសាស្ត្រ យើងបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាចាក់ម្ជុលវិទ្យាសាស្ត្រអ្នកជំងឺមិនស្នាក់ព្យាបាលរហូតដល់ពីរដង ក្នុងខែប្រតិទិនណាមួយ ឬញឹកញាប់ជាងនេះ ប្រសិនបើពួកវាជាចាំបាច់ខាងវេជ្ជសាស្ត្រ។ យើងនឹងធ្វើការបង់ថ្លៃចំណាយជូនរហូតដល់ 12 ខែផងដែរ ទៅលើការព្យាបាលដោយចាក់ម្ជុលវិទ្យាសាស្ត្រក្នុងរយៈពេល 90 ថ្ងៃ ប្រសិនបើអ្នកមានការឈឺចាប់ខ្នងផ្នែកខាងក្រោមធ្ងន់ធ្ងរ ដែលត្រូវបានកំណត់ថា៖ • បន្តមានអស់រយៈពេល 12 សប្តាហ៍ ឬយូរជាងនេះ • ដែលមិនជាក់លាក់ (មិនមានមូលហេតុជាប្រព័ន្ធដែលអាចធ្វើការកំណត់អត្តសញ្ញាណបាន ដូចជាមិនមានពាក់ព័ន្ធនឹងជំងឺកោសិកាមហារីក ជំងឺរលាក ឬជំងឺឆ្លង) • មិនជាប់ពាក់ព័ន្ធនឹងការរះកាត់ទេ • មិនទាក់ទងនឹងការមានផ្ទៃពោះ។ **អត្ថប្រយោជន៍នេះមានបន្តនៅទំព័របន្ទាប់**	$0

សេវាមានការធានារ៉ាប់រង		អ្នកត្រូវតែបង់ប៉ុន្មាន
	ការចាក់ម្ជុលវិទ្យាសាស្ត្រ (បន្ត) លើសពីនេះទៀត យើងនឹងបង់ប្រាក់សម្រាប់ការព្យាបាលដោយការចាក់ម្ជុលវិទ្យាសាស្ត្រចំនួនប្រាំបីដងបន្ថែមទៀត សម្រាប់ការឈឺចាប់ខ្នងផ្នែកខាងក្រោមធ្ងន់ធ្ងរ ប្រសិនបើអ្នកបង្ហាញនូវភាពធូរស្បើយពីជំងឺ។ អ្នកមិនអាចទទួលបានការព្យាបាលដោយការចាក់ម្ជុលវិទ្យាសាស្ត្រលើសពី 20 ដងបានទេក្នុងមួយឆ្នាំសម្រាប់ការឈឺចាប់ខ្នងផ្នែកខាងក្រោមធ្ងន់ធ្ងរ។ ការព្យាបាលដោយការចាក់ម្ជុលវិទ្យាសាស្ត្រត្រូវតែបញ្ឈប់ ប្រសិនបើអ្នកមិនមានភាពធូរស្បើយទេនោះ ឬអ្នកកាន់តែមានសភាពធ្ងន់ធ្ងរថែមទៀត។ លក្ខខណ្ឌតម្រូវរបស់អ្នកផ្តល់សេវា៖ គ្រូពេទ្យអាចផ្តល់ការចាក់ម្ជុលវិទ្យាសាស្ត្រដោយអនុលោមតាមលក្ខខណ្ឌតម្រូវរបស់រដ្ឋជាធរមាន។ ជំនួយការគ្រូពេទ្យ (PA) គិលានុបដ្ឋាកប្រកបវិជ្ជាជីវៈ (NP)/គិលានុបដ្ឋាកឯកទេសគ្លីនិក (CNS) និងបុគ្គលិកជំនួយអាចផ្តល់ការចាក់ម្ជុលវិទ្យាសាស្ត្រ ប្រសិនបើពួកគេបំពេញតាមលក្ខខណ្ឌតម្រូវការរបស់រដ្ឋ ដែលអាចអនុវត្តបានទាំងអស់ និងមាន៖ • សញ្ញាបត្រអនុបណ្ឌិត ឬថ្នាក់បណ្ឌិតផ្នែកចាក់ម្ជុលវិទ្យាសាស្ត្រ ឬវេជ្ជសាស្ត្រខាងកើតពីសាលាមួយដែលទទួលស្គាល់ដោយគណៈកម្មាធិការទទួលស្គាល់ការចាក់ម្ជុលវិទ្យាសាស្ត្រ និងវេជ្ជសាស្ត្របុរាណចិន (Accreditation Commission on Acupuncture and Oriental Medicine, ACAOM) និង • អាជ្ញាបណ្ណបច្ចុប្បន្ន ពេញលេញ សកម្ម និងគ្មានការរឹតបន្តឹងដើម្បីអនុវត្តការចាក់ម្ជុលវិទ្យាសាស្ត្រនៅក្នុងរដ្ឋ ដែនដី ឬ Commonwealth (ឧទាហរណ៍ Puerto Rico) នៃសហរដ្ឋអាមេរិក ឬ District of Columbia។ បុគ្គលិកជំនួយដែលផ្តល់ការចាក់ម្ជុលវិទ្យាសាស្ត្រត្រូវតែស្ថិតក្រោមការត្រួតពិនិត្យកម្រិតសមស្របនៃវេជ្ជបណ្ឌិត PA ឬ NP/CNS ដែលតម្រូវដោយបទប្បញ្ញត្តិរបស់យើង។ **អត្ថប្រយោជន៍នេះមានបន្តនៅទំព័របន្ទាប់**	

	សេវាមានការធានារ៉ាប់រង	អ្នកត្រូវតែបង់ប៉ុន្មាន
	ការចាក់ម្ជុលវិទ្យាសាស្ត្រ (បន្ត) សេវាកម្មដែលមានការធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare ត្រូវបានផ្តល់ជូនតាមរយៈអ្នកផ្តល់សេវាដែលចូលរួមជាមួយ American Specialty Health Plans of California, Inc. (ASH Plans)។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម ឬដើម្បីស្វែងរកអ្នកផ្តល់សេវាដែលចូលរួមជាមួយគម្រោងសេវាសុខភាពឯកទេសអាមេរិក (American Specialty Health, ASH) អ្នកអាចទូរសព្ទទៅគម្រោង ASH តាមរយៈលេខ (800) 678-9133 [TTY: 711], ចាប់ពីថ្ងៃចន្ទដល់ថ្ងៃសុក្រ ចាប់ពីម៉ោង 5 ព្រឹក ដល់ 8 ល្ងាច ម៉ោងនៅតំបន់ប៉ាស៊ីហ្វិក (PT), ចាប់ពីថ្ងៃទី 1 ខែមេសា ដល់ថ្ងៃទី 30 ខែកញ្ញា និងពីថ្ងៃអាទិត្យដល់ថ្ងៃសៅរ៍ ចាប់ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ 8 ល្ងាច ម៉ោងនៅតំបន់ប៉ាស៊ីហ្វិក (PT) ចាប់ពីថ្ងៃទី 1 ខែតុលា ដល់ថ្ងៃទី 31 ខែមីនា។ អ្នកក៏អាចទូរសព្ទទៅកាន់ផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជនរបស់គម្រោង Blue Shield Medicare + គម្រោង Medi-Cal ឬចូលទៅកាន់គេហទំព័រ blueshieldca.com/find-a-doctor ដើម្បីស្វែងរកទីកន្លែងអ្នកផ្តល់សេវាដែលចូលរួមជាមួយគម្រោង ASH។	
🍎	**ការជួបពិនិត្យក្នុងការបង្ការជំងឺដែលជា “ស្វាគមន៍មកកាន់ Medicare”** យើងធានារ៉ាប់រងលើការជួបពិនិត្យក្នុងការបង្ការជំងឺដែលជា “ការស្វាគមន៍មកកាន់ Medicare” ចំនួនមួយដង។ ការជួបពិនិត្យរួមបញ្ចូល៖ • ការពិនិត្យសុខភាពរបស់អ្នកឡើងវិញ • ការអប់រំ និងការប្រឹក្សាយោបល់អំពីសេវាបង្ការដែលអ្នកត្រូវការ (រួមទាំងការត្រួតពិនិត្យ និងការចាក់ថ្នាំ(ឬវ៉ាក់សាំង)) **និង** • លិខិតបញ្ជូនបន្តសម្រាប់ការថែទាំដទៃទៀត ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការ។ **ចំណាំ៖** យើងធានារ៉ាប់រងលើការជួបពិនិត្យក្នុងការបង្ការជំងឺ “Welcome to Medicare” តែក្នុងអំឡុងពេល 12 ខែដំបូងដែលអ្នកមានអត្ថប្រយោជន៍ Medicare ផ្នែក B ប៉ុណ្ណោះ។ នៅពេលអ្នកធ្វើការណាត់ជួប ប្រាប់ការិយាល័យវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកថា អ្នកចង់កំណត់ពេលជួបពិនិត្យក្នុងការបង្ការជំងឺ “Welcome to Medicare”។	$0

សេវាមានការធានារ៉ាប់រង		អ្នកត្រូវតែបង់ប៉ុន្មាន
🍎	**ការជួបពិនិត្យដើម្បីកាត់បន្ថយហានិភ័យនៃជំងឺសរសៃឈាមបេះដូង (បេះដូង) (ការព្យាបាលសម្រាប់ជំងឺបេះដូង)** យើងបង់ប្រាក់សម្រាប់ការជួបពិនិត្យចំនួនមួយលើកក្នុងមួយឆ្នាំ ឬច្រើនជាងនេះ ប្រសិនបើចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ ជាមួយគ្រូពេទ្យថែទាំជាបឋម (PCP) របស់អ្នក ដើម្បីជួយកាត់បន្ថយហានិភ័យរបស់អ្នកចំពោះជំងឺបេះដូង។ ក្នុងអំឡុងពេលជួបពិនិត្យនោះ វេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកអាច៖ • ពិភាក្សាអំពីការប្រើថ្នាំ aspirin • ពិនិត្យមើលសម្ពាធឈាមរបស់អ្នក **និង/ឬ** • ផ្តល់គន្លឹះដល់អ្នកដើម្បីធានាថា អ្នកកំពុងបរិភោគអាហារបានល្អ។	$0
🍎	**ការត្រួតពិនិត្យជំងឺមហារីកចុងពោះវៀនធំ** យើងបង់ថ្លៃសម្រាប់សេវាខាងក្រោម៖ • ការឆ្លុះពិនិត្យផ្ទៃខាងក្នុងពោះវៀនធំមិនមានការកំណត់អាយុអប្បបរមា ឬអតិបរមាទេ ហើយត្រូវបានរ៉ាប់រងម្តងរៀងរាល់ 120 ខែ (ដប់ឆ្នាំ) សម្រាប់អ្នកជំងឺដែលមិនមានហានិភ័យខ្ពស់ ឬ 48 ខែបន្ទាប់ពីការឆ្លុះពិនិត្យពោះវៀនធំតាមបាតពីមុន សម្រាប់អ្នកជំងឺដែលមិនមានហានិភ័យខ្ពស់ចំពោះមហារីកចុងពោះវៀនធំ និងម្តងរៀងរាល់ 24 ខែ សម្រាប់អ្នកជំងឺដែលមានហានិភ័យខ្ពស់ បន្ទាប់ពីការត្រួតពិនិត្យដោយការឆ្លុះពិនិត្យផ្ទៃខាងក្នុងពោះវៀនធំពីមុន។ • ការថតឆ្លុះពោះវៀនធំដោយគណនាសម្រាប់អ្នកជំងឺដែលមានអាយុចាប់ពី 45 ឆ្នាំឡើងទៅដែលមិនមានហានិភ័យខ្ពស់នៃជំងឺមហារីកពោះវៀនធំត្រូវបានធានារ៉ាប់រងនៅពេលដែលយ៉ាងហោចណាស់ 59 ខែបានកន្លងផុតទៅបន្ទាប់ពីខែដែលការថតឆ្លុះពោះវៀនធំដោយគណនាចុងក្រោយត្រូវបានធ្វើឡើង ឬនៅពេលដែល 47 ខែបានកន្លងផុតបន្ទាប់ពីខែដែលការឆ្លុះពិនិត្យពោះវៀនធំតាមបាតដែលអាចបត់បែនបានចុងក្រោយ ឬការឆ្លុះពិនិត្យផ្ទៃខាងក្នុងពោះវៀនធំត្រូវបានធ្វើឡើង។ សម្រាប់អ្នកជំងឺដែលមានហានិភ័យខ្ពស់នៃមហារីកចុងពោះវៀនធំ ការបង់ប្រាក់អាចត្រូវបានធ្វើឡើងសម្រាប់ការត្រួតពិនិត្យដោយការថតស្នេនពោះវៀនធំ ដែលបានធ្វើឡើងបន្ទាប់ពីយ៉ាងហោចណាស់ 23 ខែបានកន្លងផុតទៅ បន្ទាប់ពីខែដែលការត្រួតពិនិត្យដោយការថតស្នេនពោះវៀនធំចុងក្រោយ ឬការត្រួតពិនិត្យដោយការឆ្លុះពិនិត្យផ្ទៃខាងក្នុងពោះវៀនធំចុងក្រោយត្រូវបានធ្វើឡើង។ **អត្ថប្រយោជន៍នេះមានបន្តនៅទំព័របន្ទាប់**	$0

សេវាមានការធានារ៉ាប់រង		អ្នកត្រូវតែបង់ប៉ុន្មាន
	ការត្រួតពិនិត្យជំងឺមហារីកចុងពោះវៀនធំ (បន្ត) • ការពិនិត្យពោះវៀនធំដោយប្រើឧបករណ៍ពិសេសសម្រាប់អ្នកជំងឺអាយុ 45 ឆ្នាំឡើងទៅ។ រៀងរាល់ 120 ខែម្តងសម្រាប់អ្នកជំងឺមិនមានហានិភ័យខ្ពស់បន្ទាប់ពីអ្នកជំងឺបានទទួលការឆ្លុះពិនិត្យផ្ទៃខាងក្នុងពោះវៀនធំ។ រៀងរាល់ 48 ខែម្តងសម្រាប់អ្នកជំងឺដែលមានហានិភ័យខ្ពស់ពីការពិនិត្យពោះវៀនធំដោយប្រើឧបករណ៍ពិសេសដែលអាចបត់បែនបានចុងក្រោយ ឬការឆ្លុះពោះវៀនធំដោយការគណនា។ • ការពិនិត្យមើលឈាមក្នុងលាមកសម្រាប់អ្នកជំងឺដែលមានអាយុចាប់ពី 45 ឆ្នាំឡើងទៅ។ រៀងរាល់ 12 ខែម្តង។ • ការធ្វើតេស្ត DNA លាមករកជំងឺមហារីកនៅលើពោះវៀនធំ ធ្វើឡើងសម្រាប់អ្នកជំងឺដែលមានអាយុពី 45 ទៅ 85 ឆ្នាំ និងមិនបំពេញតាមលក្ខណវិនិច្ឆយនៃហានិភ័យខ្ពស់នោះទេ។ ម្តងរៀងរាល់បីឆ្នាំ។ • ការធ្វើតេស្តឈាមរកប្រូតេអ៊ីនជំងឺមហារីកសម្រាប់អ្នកជំងឺដែលមានអាយុពី 45 ទៅ 85 ឆ្នាំ ហើយមិនបំពេញតាមលក្ខណវិនិច្ឆយលើហានិភ័យខ្ពស់នោះទេ។ ម្តងរៀងរាល់បីឆ្នាំ។ • ការធ្វើតេស្តពិនិត្យរកជំងឺមហារីកពោះវៀនធំ រួមមានការថតឆ្លុះពោះវៀនធំ បន្ទាប់ពីការធ្វើតេស្តពិនិត្យរកជំងឺមហារីកពោះវៀនធំដែលមិនឆ្លងតាមលាមកក្រោមការធានារ៉ាប់រងរបស់ Medicare ចេញលទ្ធផលវិជ្ជមាន។ • ការធ្វើតេស្តពិនិត្យរកជំងឺមហារីកពោះវៀនធំរួមបញ្ចូលទាំងការឆ្លុះពិនិត្យពោះវៀនធំតាមបាតដែលអាចបត់បែនបាន ឬការឆ្លុះពិនិត្យផ្ទៃខាងក្នុងពោះវៀនធំដែលពាក់ព័ន្ធនឹងការយកចេញជាលិកា ឬបញ្ហាផ្សេងទៀត ឬនីតិវិធីផ្សេងទៀតដែលផ្តល់ជូនទាក់ទងនឹង ជាលទ្ធផល និងនៅក្នុងការជួបប្រទះគ្លីនិកដូចគ្នានឹងការធ្វើតេស្តពិនិត្យ។ *អាចតម្រូវឱ្យមានលិខិតបញ្ជូនបន្ត ហើយការស្នើសុំលិខិតបញ្ជូនបន្តនេះជាការទទួលខុសត្រូវរបស់អ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក។*	

សេវាមានការធានារ៉ាប់រង		អ្នកត្រូវតែបង់ប៉ុន្មាន
	ការថែទាំក្នុងមន្ទីរថែទាំសុខភាព មន្ទីរថែទាំសុខភាព (NF) ជាមន្ទីរមួយដែលផ្តល់ការថែទាំចំពោះមនុស្សដែលមិនអាចទទួលការថែទាំតាមផ្ទះបាន ប៉ុន្តែមិនចាំបាច់ស្នាក់នៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យ។ សេវាដែលយើងបង់ប្រាក់ឱ្យរួមមានជាអាទិ៍ដូចខាងក្រោម៖ • បន្ទប់ពាក់កណ្តាលឯកជន (ឬបន្ទប់ឯកជនបើមានភាពចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ) • អាហារ រួមមានរបបអាហារពិសេស • សេវាថែទាំអ្នកជំងឺ • ការព្យាបាលដោយចលនា ការព្យាបាលដោយសកម្មភាពប្រចាំថ្ងៃ និងការព្យាបាលការនិយាយស្តី • ការព្យាបាលជំងឺផ្លូវដង្ហើម • ឱសថដែលត្រូវផ្តល់ឱ្យអ្នកក្នុងផ្នែកមួយនៃគម្រោងថែទាំរបស់អ្នក។ (នេះរួមមានសារធាតុដែលមានជាធម្មជាតិនៅក្នុងខ្លួនដូចជាកត្តាបង្កកឈាម)។ • ឈាម រួមទាំងការរក្សាទុក និងការផ្តល់ជូន • ឧបករណ៍ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ និងវះកាត់ជាធម្មតាត្រូវបានផ្តល់ឱ្យដោយមជ្ឈមណ្ឌលថែទាំសុខភាព • ការធ្វើតេស្តដោយបន្ទប់ពិសោធ ដែលផ្តល់ជូនដោយមជ្ឈមណ្ឌលថែទាំសុខភាព • សេវាថតកាំរស្មីអ៊ិច និងវិទ្យុសកម្មផ្សេងៗទៀតជាធម្មតាដែលបានផ្តល់ជូនដោយមជ្ឈមណ្ឌលថែទាំសុខភាព • ការប្រើប្រាស់របស់របរ ដូចជារទេះរុញ ជាធម្មតាត្រូវបានផ្តល់ជូនដោយមជ្ឈមណ្ឌលថែទាំសុខភាព • សេវាអ្នកឯកទេស/គ្រូពេទ្យ • បរិក្ខារវេជ្ជសាស្ត្រដែលប្រើជាប់បានយូរ • សេវាសុខភាពមាត់ធ្មេញ រួមមានសេវាដាក់ធ្មេញជាដើម • អត្ថប្រយោជន៍សុខភាពភ្នែក • ការពិនិត្យត្រចៀក **អត្ថប្រយោជន៍នេះមានបន្តនៅទំព័របន្ទាប់**	$0

សេវាមានការធានារ៉ាប់រង		អ្នកត្រូវតែបង់ប៉ុន្មាន
	ការថែទាំក្នុងមន្ទីរថែទាំសុខភាព (ត) • ការថែទាំដោយការចាប់សរសៃ • សេវាព្យាបាលសុខភាពជើង ជាធម្មតា អ្នកទទួលបានការថែទាំពីមជ្ឈមណ្ឌលថែទាំក្នុងបណ្តាញ។ តែជាយ៉ាងណាមិញ អ្នកអាចនឹងទទួលការថែទាំរបស់អ្នក ពីមន្ទីរដែលមិននៅក្នុងបណ្តាញរបស់យើង។ អ្នកអាចទទួលបានការថែទាំពីកន្លែងខាងក្រោម ប្រសិនបើពួកគេទទួលយកចំនួនទឹកប្រាក់នៃគម្រោងរបស់យើងសម្រាប់ការទូទាត់៖ • មជ្ឈមណ្ឌលថែទាំសុខភាព ឬសហគមន៍ថែទាំអ្នកចូលនិវត្តន៍បន្តដែលអ្នករស់នៅ មុនពេលអ្នកទៅមន្ទីរពេទ្យ (ដរាបណាវាផ្តល់ជូនការថែទាំនៅមជ្ឈមណ្ឌលថែទាំសុខភាព)។ • មជ្ឈមណ្ឌលថែទាំសុខភាពដែលជាកន្លែងប្តីឬប្រពន្ធ ឬដៃគូសនៅជាមួយគ្នារបស់អ្នកកំពុងរស់នៅខណៈពេលដែលអ្នកចេញពីមន្ទីរពេទ្យ។	
	ការថែទាំក្នុងមន្ទីរពេទ្យសម្រាប់អ្នកជំងឺដេកពេទ្យ យើងបង់ថ្លៃសម្រាប់សេវាខាងក្រោម និងសេវាចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រផ្សេងទៀតដែលមិនមាននៅក្នុងបញ្ជីឈ្មោះនៅទីនេះ៖ • បន្ទប់លក្ខណៈពាក់កណ្តាលឯកជន (ឬបន្ទប់ឯកជនប្រសិនបើចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ) • អាហារ រួមមានរបបអាហារពិសេស • សេវាមើលថែទាំជាប្រចាំ • ថ្លៃចំណាយសម្រាប់អង្គភាពថែទាំពិសេស ដូចជាអង្គភាពថែទាំបន្ទាន់ ឬអង្គភាពថែទាំជំងឺបេះដូង • ឱសថ និងការប្រើប្រាស់ • ការធ្វើតេស្តនៅមន្ទីរពិសោធន៍ • សេវាថតកាំរស្មីអ៊ិច និងវិទ្យុសកម្មផ្សេងៗទៀត • សម្ភារផ្គត់ផ្គង់ការរះកាត់ និងវេជ្ជសាស្ត្រដែលចាំបាច់ត្រូវមាន • ឧបករណ៍ប្រើប្រាស់ ដូចជារទេះរុញ • សេវាវះកាត់ និងបន្ទប់ថែទាំក្រោយការវះកាត់ • ការព្យាបាលដោយចលនា ការព្យាបាលដោយសកម្មភាពការងារប្រចាំថ្ងៃ និងការព្យាបាលដោយការនិយាយ • សេវាព្យាបាលអ្នកជំងឺដេកពេទ្យដើម្បីផ្តាច់សារធាតុញៀន • ក្នុងករណីមួយចំនួន ប្រភេទនៃការប្តូរសរីរាង្គខាងក្រោម៖ កែវភ្នែក តម្រងនោម/លំពែង បេះដូង ថ្លើម សួត បេះដូង/សួត ឆ្អឹង ខួរឆ្អឹង កោសិកាមេ និងពោះវៀន/ការវះកាត់ប្តូរសរីរាង្គនៅក្នុងពោះ។ **អត្ថប្រយោជន៍នេះមានបន្តនៅទំព័របន្ទាប់**	$0 អ្នកត្រូវតែទទួលបានការយល់ព្រមពីគម្រោងរបស់យើង ដើម្បីទទួលបានការថែទាំអ្នកជំងឺដេកពេទ្យនៅមន្ទីរពេទ្យក្រៅបណ្តាញ បន្ទាប់ពីការសង្គ្រោះបន្ទាន់របស់អ្នកមានស្ថេរភាពវិញ។

	សេវាមានការធានារ៉ាប់រង	អ្នកត្រូវតែបង់ប៉ុន្មាន
	ការថែទាំក្នុងមន្ទីរពេទ្យសម្រាប់អ្នកជំងឺដេកពេទ្យ (ត) ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការប្តូរសរីរាង្គ មជ្ឈមណ្ឌលប្តូរសរីរាង្គដែលទទួលស្គាល់ដោយ Medicare នឹងពិនិត្យករណីរបស់អ្នកឡើងវិញ ហើយសម្រេច ប្រសិនបើអ្នកគឺជាបេក្ខជនសម្រាប់ប្តូរសរីរាង្គដែរឬទេ។ អ្នកផ្តល់ការផ្សាំសរីរាង្គ អាចនឹងជានៅក្នុងមូលដ្ឋាន ឬនៅក្រៅតំបន់ សេវា។ ប្រសិនបើអ្នកផ្តល់សេវាប្តូរសរីរាង្គក្នុងតំបន់ស្ម័គ្រចិត្តទទួលយកតម្លៃរបស់ Medicare នោះអ្នកអាចទទួលបានសេវាប្តូរសរីរាង្គរបស់អ្នកនៅក្នុងតំបន់ ឬក្រៅទម្រង់នៃការថែទាំសម្រាប់សហគមន៍របស់អ្នក។ ប្រសិនបើគម្រោងរបស់យើងផ្តល់សេវាប្តូរសរីរាង្គខាងក្រៅពីគំរូនៃការថែទាំសម្រាប់សហគមន៍របស់យើង ហើយអ្នកជ្រើសរើសយកការប្តូរសរីរាង្គរបស់អ្នកនៅទីនោះ យើងនឹងរៀបចំ ឬបង់ប្រាក់លើការស្នាក់នៅ និងថ្លៃធ្វើដំណើរសម្រាប់អ្នក និងមនុស្សម្នាក់ផ្សេងទៀត។ • ឈាម រួមទាំងការរក្សាទុក និងការផ្តល់ជូន ការធានារ៉ាប់រងលើឈាមទាំងមូល និងកោសិកាឈាមក្រហមដែលបានបង្រួម ចាប់ផ្តើមត្រឹមឈាមផាញទីបួនដែលអ្នកត្រូវការ។ អ្នកត្រូវបង់ថ្លៃសម្រាប់ឈាមបីផាញដំបូងដែលអ្នកទទួលបានក្នុងមួយឆ្នាំប្រតិទិន ឬត្រូវមានអ្នកបរិច្ចាគឈាមសម្រាប់អ្នក។ គ្រប់សមាសធាតុផ្សេងទៀតនៃឈាមត្រូវបានធានារ៉ាប់រងចាប់ផ្តើមពីកន្លះលីត្រដំបូង។ • សេវាគ្រូពេទ្យ **ចំណាំ៖** ដើម្បីក្លាយជាអ្នកជំងឺដេកពេទ្យ អ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកត្រូវតែចេញវេជ្ជបញ្ជាដើម្បីទទួលស្គាល់អ្នកជាផ្លូវការក្នុងនាមជាអ្នកជំងឺដេកពេទ្យនៅមន្ទីរពេទ្យ។ ទោះបីជា អ្នកស្នាក់នៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យពេញមួយយប់ក៏ដោយក៏អ្នកនៅតែអាចចាត់ទុកជា “អ្នកជំងឺឥតដេកពេទ្យ”។ ប្រសិនបើអ្នកមិនប្រាកដថាតើអ្នកជាអ្នកជំងឺស្នាក់ព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យ ឬជាអ្នកជំងឺមិនស្នាក់ព្យាបាល សូមសាកសួរទៅកាន់បុគ្គលិកនៅមន្ទីរពេទ្យ។ សូមទទួលព័ត៌មានបន្ថែមពីឯកសារព័ត៌មានរបស់ Medicare *អត្ថប្រយោជន៍មន្ទីរពេទ្យរបស់ Medicare* ដែលមាននៅលើគេហទំព័រ Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf ឬ ដោយទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY ទូរសព្ទទៅលេខ 1-877-486-2048។	

សេវាមានការធានារ៉ាប់រង		អ្នកត្រូវតែបង់ប៉ុន្មាន
	ការថែទាំដែលត្រូវការជាបន្ទាន់ ការថែទាំដែលត្រូវការជាបន្ទាន់ត្រូវបានផ្តល់ឱ្យដើម្បីព្យាបាល៖ • ករណីមិនមែនសង្គ្រោះបន្ទាន់ដែលតម្រូវឲ្យមើលការថែទាំផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រភ្លាមៗ **ឬ** • ជំងឺដែលមិនបានរំពឹងទុក **ឬ** • របួសស្នាម **ឬ** • ស្ថានភាពដែលត្រូវការសេវាថែទាំភ្លាមៗ។ ប្រសិនបើអ្នកតម្រូវឱ្យមានការថែទាំដែលត្រូវការជាបន្ទាន់ ជាដំបូងអ្នកគួរព្យាយាមរកអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញជាមុនសិន។ ទោះបីជាយ៉ាងណាក៏ដោយ អ្នកអាចប្រើអ្នកផ្តល់សេវានៅក្រៅបណ្តាញ នៅពេលដែលអ្នកមិនអាចទទួលបានអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញបាន ដោយសារបានផ្តល់ពេលវេលា ទីកន្លែង កាលៈទេសៈរបស់អ្នក វាមិនអាចទៅរួច ឬមិនសមហេតុផលក្នុងការទទួលបានសេវាកម្មពីអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ (ឧទាហរណ៍ នៅពេលអ្នកនៅក្រៅតំបន់ផ្តល់សេវារបស់គម្រោង ហើយអ្នកត្រូវការសេវាភ្លាមៗដែលចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រសម្រាប់ស្ថានភាពដែលមើលមិនឃើញ ប៉ុន្តែវាមិនមែនជាភាពអាសន្នផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រទេ)។ ការធានារ៉ាប់រងទូទាំងពិភពលោក* អ្នកមិនមានកម្រិតកំណត់ប្រចាំឆ្នាំរួម សម្រាប់ការថែទាំសង្គ្រោះបន្ទាន់ ឬសេវាដែលត្រូវការជាបន្ទាន់នៅក្រៅសហរដ្ឋអាមេរិក និងដែនដីរបស់សហរដ្ឋអាមេរិកនោះទេ ហើយសេវាទាំងនេះមិនត្រូវបានរាប់បញ្ចូលទៅក្នុងកម្រិតអតិបរមានៃចំណាយចេញពីហោប៉ៅខ្លួនឯងរបស់គម្រោងទេ។ *សេវាទាំងនេះ មិនបានរាប់បញ្ចូលទៅក្នុងកម្រិតអតិបរមានៃចំណាយចេញពីហោប៉ៅខ្លួនឯងរបស់គម្រោងឡើយ។	$0 ការធានារ៉ាប់រងរួម 20% សម្រាប់ការធានារ៉ាប់រងបន្ទាន់ទូទាំងពិភពលោក (ការធានារ៉ាប់រងរួមត្រូវបានលើកលែង ប្រសិនបើចូលសម្រាកនៅមន្ទីរពេទ្យក្នុងរយៈពេលមួយថ្ងៃសម្រាប់ស្ថានភាពដូចគ្នា)។

សេវាមានការធានារ៉ាប់រង		អ្នកត្រូវតែបង់ប៉ុន្មាន
	ការថែទាំដោយទីភ្នាក់ងារសុខភាពតាមផ្ទះ មុននឹងអ្នកអាចទទួលសេវាថែទាំសុខភាពតាមផ្ទះបាន វេជ្ជបណ្ឌិតត្រូវតែប្រាប់យើង ថាអ្នកត្រូវការវា ហើយវាត្រូវតែបានផ្តល់ដោយភ្នាក់ងារសុខភាពតាមផ្ទះ។ អ្នកប្រាកដជាពិបាកក្នុងការចាកចេញពីផ្ទះ មានន័យថា ការចាកចេញពីផ្ទះ គឺជាការខិតខំព្យាយាមដ៏លំបាកមួយ។ យើងបង់ថ្លៃសម្រាប់សេវាខាងក្រោម ហើយប្រហែលជាសេវាផ្សេងៗទៀតដែលមិនមាននៅក្នុងបញ្ជីឈ្មោះនៅទីនេះ៖ • សេវាថែទាំដោយគិលានុបដ្ឋាកដែលមានជំនាញ និងសេវាជំនួយថែទាំសុខភាពតាមផ្ទះ ជាលក្ខណៈក្រៅម៉ោង ឬម្តងម្កាល (ដើម្បីទទួលបានការធានារ៉ាប់រងក្រោមអត្ថប្រយោជន៍សេវាថែទាំសុខភាពតាមផ្ទះ សេវាថែទាំដោយគិលានុបដ្ឋាកដែលមានជំនាញ និងសេវាជំនួយថែទាំសុខភាពតាមផ្ទះរបស់អ្នក រួមបញ្ចូលគ្នា ត្រូវមានចំនួនសរុបតិចជាង 8 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ និង 35 ម៉ោងក្នុងមួយសប្តាហ៍។) • ការព្យាបាលដោយចលនា ការព្យាបាលដោយសកម្មភាពប្រចាំថ្ងៃ និងការព្យាបាលការនិយាយស្តី • សេវាវេជ្ជសាស្ត្រ និងសង្គមកិច្ច • ឧបករណ៍ និងសម្ភារវេជ្ជសាស្ត្រ *អាចតម្រូវឱ្យមានការអនុញ្ញាតជាមុន និង/ឬលិខិតបញ្ជូនបន្ត ហើយការទទួលខុសត្រូវក្នុងការស្នើសុំការអនុញ្ញាត ឬលិខិតបញ្ជូនបន្តនេះជាការទទួលខុសត្រូវរបស់អ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក។*	$0 សម្រាប់ការជួបពិនិត្យសុខភាពតាមផ្ទះដែលមានធានារ៉ាប់រងនីមួយៗ។
	ការថែទាំនៅមណ្ឌលថែទាំអ្នកជំងឺកម្រិតខ្ពស់ (SNF) សម្រាប់និយមន័យនៃការថែទាំនៅមណ្ឌលថែទាំអ្នកជំងឺកម្រិតខ្ពស់ សូមមើល **ជំពូក 12។** យើងបង់ថ្លៃសម្រាប់សេវាខាងក្រោម ហើយប្រហែលជាសេវាផ្សេងៗទៀតដែលមិនមាននៅក្នុងបញ្ជីឈ្មោះនៅទីនេះ៖ • បន្ទប់ឯកជនពាក់កណ្តាល ឬបន្ទប់ឯកជន បើមានភាពចាំបាច់ខាងវេជ្ជសាស្ត្រ • អាហារ រួមមានរបបអាហារពិសេស • សេវាថែទាំដោយគិលានុបដ្ឋាកដែលមានជំនាញ **អត្ថប្រយោជន៍នេះមានបន្តនៅទំព័របន្ទាប់**	$0

	សេវាមានការធានារ៉ាប់រង	អ្នកត្រូវតែបង់ប៉ុន្មាន
	ការថែទាំនៅមណ្ឌលថែទាំអ្នកជំងឺកម្រិតខ្ពស់ (SNF) (បន្ត) • ការព្យាបាលដោយចលនា ការព្យាបាលដោយសកម្មភាពប្រចាំថ្ងៃ និងការព្យាបាលការនិយាយស្តី • ឱសថដែលអ្នកទទួលបានជាផ្នែកមួយនៃគម្រោងថែទាំរបស់អ្នក រួមមានសារធាតុដែលមានជាធម្មតានៅក្នុងខ្លួនប្រាណ ដូចជាកត្តាកំណកឈាមជាដើម • ឈាម រួមទាំងការរក្សាទុក និងការផ្តល់ជូន • សម្ភារផ្គត់ផ្គង់វេជ្ជសាស្ត្រ និងការវះកាត់ដែលផ្តល់ដោយ SNF • ការធ្វើតេស្តនៅមន្ទីរពិសោធន៍ដែលផ្តល់ដោយ SNF • សេវាថតកាំរស្មីអ៊ិច និងវិទ្យុសកម្មផ្សេងៗទៀតដែលផ្តល់ជូនដោយមជ្ឈមណ្ឌលថែទាំសុខភាព • ឧបករណ៍ប្រើប្រាស់ ដូចជារទេះរុញដែលជាធម្មតាផ្តល់ជូនដោយមជ្ឈមណ្ឌលថែទាំសុខភាព • សេវាគ្រូពេទ្យ/អ្នកផ្តល់សេវា ជាធម្មតា អ្នកទទួលបានការថែទាំ SNF ពីមណ្ឌលថែទាំក្នុងបណ្តាញ។ នៅក្រោមលក្ខខណ្ឌជាក់លាក់មួយចំនួន អ្នកអាចទទួលបានការថែទាំរបស់អ្នកពីមន្ទីរថែទាំនៅក្រៅបណ្តាញផងដែរ។ អ្នកអាចទទួលបានការថែទាំពីកន្លែងខាងក្រោម ប្រសិនបើពួកគេទទួលយកចំនួនទឹកប្រាក់នៃគម្រោងរបស់យើងសម្រាប់ការទូទាត់៖ • មជ្ឈមណ្ឌលថែទាំសុខភាព ឬសហគមន៍ថែទាំអ្នកចូលនិវត្តន៍បន្តដែលអ្នករស់នៅ មុនពេលអ្នកទៅមន្ទីរពេទ្យ (ដរាបណាវាផ្តល់សេវាមជ្ឈមណ្ឌលថែទាំសុខភាព) • មជ្ឈមណ្ឌលថែទាំសុខភាពដែលជាកន្លែងប្តីឬប្រពន្ធ ឬដៃគូរស់នៅជាមួយគ្នារបស់អ្នក កំពុងរស់នៅខណៈពេលដែលអ្នកចេញពីមន្ទីរពេទ្យ *អាចតម្រូវឱ្យមានការអនុញ្ញាតជាមុន និង/ឬលិខិតបញ្ជូនបន្ត ហើយជាការទទួលខុសត្រូវរបស់អ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក។*	

	សេវាមានការធានារ៉ាប់រង	អ្នកត្រូវតែបង់ប៉ុន្មាន
	ការថែទាំបន្ទូរបន្ថយរោគសញ្ញានិងការឈឺចាប់ ការថែទាំបន្ទូរបន្ថយរោគសញ្ញានិងការឈឺចាប់ទទួលបានការធានារ៉ាប់រងពីគម្រោងរបស់យើង។ ការថែទាំបន្ទូរបន្ថយរោគសញ្ញានិងការឈឺចាប់ គឺសម្រាប់មនុស្សដែលមានជំងឺធ្ងន់ធ្ងរ។ វាផ្តល់ការថែទាំផ្តោតលើអ្នកជំងឺ និងគ្រួសារជាក្រុម ដែលលើកកម្ពស់គុណភាពជីវិត ដោយការរំពឹងទុក ការបង្ការ និងការព្យាបាលការរងទុក្ខ។ ការថែទាំបន្ទូរបន្ថយរោគសញ្ញានិងការឈឺចាប់**មិនមែនជា**ការថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយទេ ដូច្នេះអ្នកមិនចាំបាច់មានអាយុកាលរំពឹងទុកនៅសល់ប្រាំមួយខែ ឬតិចជាងនេះ ដើម្បីមានសិទ្ធិទទួលបានការថែទាំបន្ទូរបន្ថយរោគសញ្ញានិងការឈឺចាប់នោះទេ។ ការថែទាំបន្ទូរបន្ថយរោគសញ្ញានិងការឈឺចាប់បានផ្តល់ជូនក្នុងពេលតែមួយជាមួយការថែទាំព្យាបាលឱ្យជាសះស្បើយ/ការថែទាំធម្មតា។ ការថែទាំបន្ទូរបន្ថយរោគសញ្ញានិងការឈឺចាប់ រួមមានដូចខាងក្រោម៖ • គម្រោងថែទាំជាមុន • ការវាយតម្លៃ និងការប្រឹក្សាលើការថែទាំបន្ទូរបន្ថយរោគសញ្ញានិងការឈឺចាប់ • ផែនការថែទាំដែលរួមបញ្ចូលការថែទាំបន្ទូរបន្ថយរោគសញ្ញានិងការឈឺចាប់និងការថែទាំព្យាបាលឱ្យជាសះស្បើយទាំងអស់ដែលបានអនុញ្ញាត រួមទាំងសេវាសុខភាពផ្លូវចិត្តនិងសេវាសង្គមកិច្ចផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ • សេវាពីក្រុមថែទាំដែលបានចាត់តាំងរបស់អ្នក • ការសម្របសម្រួលការថែទាំសុខភាព • ការគ្រប់គ្រងការឈឺចាប់ និងអាការ ប្រសិនបើអ្នកមានអាយុលើសពី 21 ឆ្នាំ អ្នកអាចមិនអាចទទួលបានការថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយ និងការថែទាំបន្ទូរបន្ថយរោគសញ្ញានិងការឈឺចាប់ ក្នុងពេលតែមួយបានទេ។ ប្រសិនបើអ្នកកំពុងទទួលបានការថែទាំបន្ទូរបន្ថយរោគសញ្ញានិងការឈឺចាប់ ហើយបំពេញតាមលក្ខខណ្ឌសិទ្ធិទទួលបានការថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយ អ្នកអាចស្នើសុំប្តូរទៅការថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយបានគ្រប់ពេល។	$0

	សេវាមានការធានារ៉ាប់រង	អ្នកត្រូវតែបង់ប៉ុន្មាន
	ការថែទាំសង្គ្រោះបន្ទាន់ ការថែទាំក្នុងគ្រាអាសន្នមានន័យថា ជាសេវាទាំងឡាយណាដែល៖ • ផ្តល់ដោយអ្នកផ្តល់សេវាដែលបានទទួលការហ្វឹកហ្វឺនដើម្បីផ្តល់សេវាក្នុងគ្រាអាសន្ន • ដែលចាំបាច់ដើម្បីវាយតម្លៃ ឬព្យាបាលក្នុងគ្រាអាសន្នផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ។ ភាពអាសន្នផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រគឺជាជំងឺ របួស ការឈឺចាប់ធ្ងន់ធ្ងរ ឬស្ថានភាពសុខភាពដែលកាន់តែអាក្រក់ទៅៗយ៉ាងឆាប់រហ័ស។ ស្ថានភាពនេះ គឺធ្ងន់ធ្ងរខ្លាំងណាស់ ប្រសិនបើអ្នកមិនទទួលបានការព្យាបាលភ្លាមៗទេ នោះអ្នកដែលមានចំណេះដឹងជាមធ្យមផ្នែកសុខភាព និងវេជ្ជសាស្ត្រអាចរំពឹងថា វានឹងបណ្តាលឲ្យ៖ • និភ័យធ្ងន់ធ្ងរចំពោះសុខភាពរបស់អ្នក ឬចំពោះកូននៅក្នុងផ្ទៃរបស់អ្នក; **ឬ** • ការខូចខាតធ្ងន់ធ្ងរចំពោះមុខងាររាងកាយ **ឬ** • ដំណើរការខុសប្រក្រតីធ្ងន់ធ្ងរនៃសរីរាង្គណាមួយ **ឬ** • ការបាត់បង់អវយវៈ ឬការបាត់បង់មុខងារនៃអវយវៈ។ • ចំពោះករណីស្ត្រីមានផ្ទៃពោះដែលកំពុងស្ថិតក្នុងពេលឈឺពោះសម្រាលកូននៅពេលដែល៖ ○ មិនមានពេលវេលាគ្រប់គ្រាន់ ដើម្បីបញ្ជូនអ្នកទៅមន្ទីរពេទ្យមួយផ្សេងទៀតដោយសុវត្ថិភាពមុនពេលសម្រាលនោះទេ។ ○ ការផ្ទេរទៅមន្ទីរពេទ្យផ្សេងទៀតអាចបង្កឱ្យមានការគំរាមកំហែងដល់សុខភាព ឬសុវត្ថិភាពរបស់អ្នក ឬដល់កូនក្នុងផ្ទៃរបស់អ្នក។ ការធានារ៉ាប់រងទូទាំងពិភពលោក* អ្នកមិនមានដាក់កំណត់ប្រចាំឆ្នាំបញ្ចូលគ្នាសម្រាប់ការថែទាំក្នុងគ្រាអាសន្ន ឬសេវាដែលត្រូវការជាបន្ទាន់នៅខាងក្រៅសហរដ្ឋអាមេរិក និងតំបន់ផ្សេងៗនៅក្នុងសហរដ្ឋអាមេរិកទេ។ *សេវានៅក្រៅសហរដ្ឋអាមេរិក និងដែនដីរបស់សហរដ្ឋអាមេរិកមិនអនុវត្តចំពោះការកំណត់អតិបរមានៃការចំណាយផ្ទាល់ខ្លួនរបស់គម្រោងទេ។	$0 ប្រសិនបើអ្នកទទួលបានការថែទាំគ្រាអាសន្ននៅមន្ទីរពេទ្យនៅក្រៅបណ្តាញ ហើយត្រូវការការថែទាំសម្រាប់អ្នកជំងឺសម្រាកព្យាបាលក្នុងមន្ទីរពេទ្យ បន្ទាប់ពីស្ថានភាពអាសន្នរបស់អ្នកមានស្ថេរភាព អ្នកត្រូវតែទទួលបានការយល់ព្រមពីគម្រោងសម្រាប់ការស្នាក់នៅសម្រាកព្យាបាល ការរួមធានារ៉ាប់រង 20% សម្រាប់ការធានារ៉ាប់រងទូទាំងពិភពលោក (ការរួមធានារ៉ាប់រងត្រូវបានលើកលែង ប្រសិនបើត្រូវបានអនុញ្ញាតឱ្យសម្រាកនៅមន្ទីរពេទ្យក្នុងរយៈពេលមួយថ្ងៃ សម្រាប់ស្ថានភាពជំងឺដូចគ្នា)។

	សេវាមានការធានារ៉ាប់រង	អ្នកត្រូវតែបង់ប៉ុន្មាន
	ការថែទាំសុខភាពផ្លូវចិត្តសម្រាប់អ្នកជំងឺឥតដេកពេទ្យ យើងបង់ថ្លៃសម្រាប់សេវាសុខភាពផ្លូវចិត្តដែលត្រូវបានផ្តល់ជូនដោយ៖ • វេជ្ជបណ្ឌិត ឬគ្រូពេទ្យផ្នែកវិកលចរិតដែលមានអាជ្ញាបណ្ណពីរដ្ឋ • គ្រូពេទ្យឯកទេសផ្នែកចិត្តសាស្ត្រនៅតាមគ្លីនិក • បុគ្គលិកសង្គមកិច្ចគ្លីនិក (CSW) • គិលានុបដ្ឋាកឯកទេសគ្លីនិក (CNS) • អ្នកប្រឹក្សាជំនាញដែលមានអាជ្ញាបណ្ណ (LPC) • អ្នកជំនាញផ្នែកសុខភាពផ្លូវចិត្តសម្រាប់បញ្ហាអាពាហ៍ពិពាហ៍ និងគ្រួសារដែលមានអាជ្ញាបណ្ណ (LMFT) • គ្រូពេទ្យផ្នែកថែទាំអ្នកជំងឺ (NP) • ជំនួយការគ្រូពេទ្យ (PA) • អ្នកមានវិជ្ជាជីវៈផ្នែកថែទាំសុខភាពផ្សេងៗទៀតដែលមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់របស់ Medicare ដូចដែលបានអនុញ្ញាតក្រោមច្បាប់ចូលជាធរមានរបស់រដ្ឋ យើងបង់ថ្លៃសម្រាប់សេវាខាងក្រោម ហើយប្រហែលជាសេវាផ្សេងៗទៀតដែលមិនមាននៅក្នុងបញ្ជីឈ្មោះនៅទីនេះ៖ • សេវានៅគ្លីនិក • ការព្យាបាលនៅពេលថ្ងៃ • សេវាស្តារសមត្ថភាពផ្លូវចិត្ត និងសង្គម • កម្មវិធីស្នាក់នៅមន្ទីរពេទ្យដោយផ្នែក ឬកម្មវិធីសម្រាប់អ្នកជំងឺមិនស្នាក់ព្យាបាលធ្ងន់ធ្ងរ • ការវាយតម្លៃ និងការព្យាបាលសុខភាពផ្លូវចិត្តលក្ខណៈបុគ្គល និងជាក្រុម **អត្ថប្រយោជន៍នេះមានបន្តនៅទំព័របន្ទាប់**	$0

	សេវាមានការធានារ៉ាប់រង	អ្នកត្រូវតែបង់ប៉ុន្មាន
	ការថែទាំសុខភាពផ្លូវចិត្តសម្រាប់អ្នកជំងឺឥតដេកពេទ្យ (បន្ត) • ការធ្វើតេស្តចិត្ត និងសង្គម នៅពេលការពិនិត្យព្យាបាលបានបញ្ជាក់ដើម្បីវាយតម្លៃលទ្ធផលសុខភាពផ្លូវចិត្ត • សេវាអ្នកជំងឺមិនស្នាក់ព្យាបាលសម្រាប់គោលបំណងនៃការសង្កេតមើលវិធីព្យាបាលតាមរយៈឱសថ • មន្ទីរពិសោធន៍ន៍ ឱសថ សម្ភារផ្គត់ផ្គង់ និងអាហារបំប៉ន់សម្រាប់អ្នកជំងឺមិនស្នាក់ព្យាបាល • ការពិគ្រោះយោបល់ផ្នែកចិត្តសាស្ត្រ *អាចតម្រូវឱ្យមានការអនុញ្ញាតជាមុន និង/ឬលិខិតបញ្ជូនបន្ត ហើយជាការទទួលខុសត្រូវរបស់អ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក។*	
🍎	**ការថែទាំសុខភាពភ្នែក** យើងបង់ថ្លៃសម្រាប់សេវាខាងក្រោម៖ • ការពិនិត្យភ្នែកម្តងជាប្រចាំរៀងរាល់ឆ្នាំ **និង** • ផ្តល់ជូនរហូតដល់ $100 សម្រាប់វ៉ែនតា (ស៊ុម និងកញ្ចក់) ឬរហូតដល់ $100 សម្រាប់កែវដាក់លើគ្រាប់ភ្នែករៀងរាល់ពីរឆ្នាំម្តង យើងបង់ថ្លៃសម្រាប់សេវាវេជ្ជបណ្ឌិតសម្រាប់អ្នកជំងឺឥតដេកពេទ្យ ដើម្បីធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ និងព្យាបាលជំងឺ និងរបួសភ្នែក។ ឧទាហរណ៍ ការព្យាបាលសម្រាប់សមត្ថភាពភ្នែកចុះខ្សោយដែលទាក់ទងនឹងអាយុ។ សម្រាប់អ្នកដែលមានហានិភ័យខ្ពស់នៃជំងឺទឹកដក់ក្នុងភ្នែក យើងបង់ថ្លៃសម្រាប់ការថតឆ្លុះទឹកដក់ក្នុងភ្នែកម្តងក្នុងឆ្នាំនីមួយៗ។ អ្នកដែលមានហានិភ័យខ្ពស់នៃជំងឺទឹកដក់ក្នុងភ្នែក រួមមាន៖ • អ្នកដែលមានគ្រួសារមានប្រវត្តិកើតជំងឺទឹកដក់ក្នុងភ្នែក • អ្នកដែលមានជំងឺទឹកនោមផ្អែម • ជនជាតិអាមេរិកដើមកំណើតអាហ្វ្រិក ដែលមានអាយុលើសពី 50 ឆ្នាំឡើងទៅ • ជនជាតិអាមេរិកដើមកំណើតអេស្ប៉ាញ ដែលមានអាយុចាប់ពី 65 ឆ្នាំឡើងទៅ **អត្ថប្រយោជន៍នេះមានបន្តនៅទំព័របន្ទាប់**	$0

	សេវាមានការធានារ៉ាប់រង	អ្នកត្រូវតែបង់ប៉ុន្មាន
	ការថែទាំសុខភាពភ្នែក (បន្ត) សម្រាប់អ្នកដែលមានជំងឺទឹកនោមផ្អែម យើងបង់ប្រាក់សម្រាប់ការពិនិត្យរកជំងឺរេទីនបណ្តាលមកពីជំងឺទឹកនោមផ្អែមម្តងក្នុងមួយឆ្នាំ។ យើងបង់ថ្លៃសម្រាប់វ៉ែនតាមួយគូ ឬកែវដាក់លើគ្រាប់ភ្នែក បន្ទាប់ពីការវះកាត់បាយភ្នែករួច នៅពេលវេជ្ជបណ្ឌិតដាក់បញ្ចូលនូវកញ្ចប់ក្នុងកែវភ្នែក។ ប្រសិនបើអ្នកមានការវះកាត់បាយភ្នែកពីរដាច់ដោយឡែកពីគ្នា អ្នកត្រូវតែទទួលបានវ៉ែនតាមួយគូក្រោយពេលវះកាត់រួច។ អ្នកមិនអាចទទួលបានវ៉ែនតាពីរគូនោះទេ បន្ទាប់ពីការវះកាត់លើកទីពីរនោះ បើទោះបីជាអ្នកមិនបានទទួលវ៉ែនតាបន្ទាប់ពីការវះកាត់លើកទីមួយក៏ដោយ។ *អាចតម្រូវឱ្យមានការអនុញ្ញាតជាមុន និង/ឬលិខិតបញ្ជូនបន្ត ហើយជាការទទួលខុសត្រូវរបស់អ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក។*	
	ការថែទាំសុខភាពភ្នែកមិនបានធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare ទេ (ទទួលបានពីអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ)* សេវាដែលមានធានារ៉ាប់រងរួមមាន៖ • ការពិនិត្យភ្នែកជាប្រចាំ រួមមានការឆ្លុះមើលភ្នែក និងវេជ្ជបញ្ជាសម្រាប់កញ្ចក់វ៉ែនតា។ ប្រសិនបើអ្នកផ្តល់សេវាណែនាំនីតិវិធីបន្ថែម អ្នកនឹងទទួលខុសត្រូវក្នុងការបង់ថ្លៃចំណាយបន្ថែមដោយខ្លួនឯង។ តម្រូវឱ្យមានថ្លៃសេវាបន្ថែមសម្រាប់ការពិនិត្យកែវដាក់លើគ្រាប់ភ្នែក។ អ្នកទទួលខុសត្រូវក្នុងការបង់ថ្លៃចំណាយបន្ថែម។ • ដងវ៉ែនតា។ **អត្ថប្រយោជន៍នេះមានបន្តនៅទំព័របន្ទាប់**	$0 សម្រាប់ការពិនិត្យម្តងរៀងរាល់ឆ្នាំ នៅពេលអ្នកប្រើអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ។ $0 សម្រាប់ដងវ៉ែនតា (មានតម្លៃរហូតដល់តម្លៃលក់រាយធម្មតា $500) រៀងរាល់ 2 ឆ្នាំម្តង នៅពេលអ្នកប្រើប្រាស់អ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ។ ប្រសិនបើអ្នកជ្រើសរើសដងវ៉ែនតាដែលមានតម្លៃលើសពី $500 អ្នកត្រូវទទួលខុសត្រូវចំពោះតម្លៃខុសគ្នា។

	សេវាមានការធានារ៉ាប់រង	អ្នកត្រូវតែបង់ប៉ុន្មាន
	ការថែទាំសុខភាពភ្នែកមិនបានធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare (ទទួលបានពីអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ)* (បន្ត) • កញ្ចក់វ៉ែនតា ឬកែវពាក់ក្នុងភ្នែក។ ប្រសិនបើអ្នកជ្រើសរើសកញ្ចក់វ៉ែនតា អ្នកអាចជ្រើសរើសកញ្ចក់ដែលមានតំបន់គំហើញមួយ មានតំបន់គំហើញពីរ មានតំបន់គំហើញបី និងកែវកម្លាំងពិសេស។ ប្រសិនបើអ្នកជ្រើសរើសកែវពាក់លើគ្រាប់ភ្នែកផ្សេងទៀតដែលមិនមានក្នុងបញ្ជី ឬការព្យាបាលបន្ថែម អ្នកនឹងទទួលខុសត្រូវក្នុងការបង់ថ្លៃបន្ថែម ទោះបីជាថ្លៃសរុបនៅតែស្ថិតនៅក្នុងប្រាក់ឧបត្ថម្ភក៏ដោយ។ មិនតម្រូវឱ្យមានការអនុញ្ញាតជាមុន (ការអនុម័តជាមុន) ទេ។ ប្រើប្រាស់ *Vision Directory* ឬចូលទៅកាន់ blueshieldca.com/find-a-doctor ដើម្បីស្វែងរកអ្នកផ្តល់សេវាដែលចូលរួមក្នុងបណ្តាញ Vision Service Plan (VSP) (អ្នកគ្រប់គ្រងគម្រោង Blue Shield Vision Plan)។ *សេវាទាំងនេះ មិនបានរាប់បញ្ចូលទៅក្នុងកម្រិតអតិបរមានៃចំណាយចេញពីហោប៉ៅខ្លួនឯងរបស់គម្រោងឡើយ។	$0 សម្រាប់ទាំងកញ្ចក់វ៉ែនតាមានវេជ្ជបញ្ជាមួយគូ (ដោយមិនគិតពីទំហំ ឬកម្រិត) ឬសម្រាប់កញ្ចក់កែវភ្នែក (មាន តម្លៃរហូតដល់ $500 សម្រាប់សេវាកញ្ចក់កែវភ្នែក និង សម្ភារៈ) រៀងរាល់ 2 ឆ្នាំម្តង នៅពេលអ្នកប្រើប្រាស់អ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ។ សេវាដែលទទួលបានពីអ្នកផ្តល់សេវាដែលមិនចូលរួមគឺមិនត្រូវបានធានារ៉ាប់រងទេ។ ប្រសិនបើសេវាកម្ម និងសម្ភារៈមានតម្លៃលើសពី $500 អ្នកត្រូវ ទទួលខុសត្រូវចំពោះ តម្លៃខុសគ្នា។
	ការថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយ អ្នកមានសិទ្ធិជ្រើសមន្ទីរពេទ្យថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយ ប្រសិនបើអ្នកផ្តល់សេវា ឬប្រធានគ្រប់គ្រងវេជ្ជសាស្ត្រនៅមន្ទីរពេទ្យថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយកំណត់ថា អ្នកត្រូវតែទទួលបានការថែទាំសម្រាប់ដំណាក់កាលចុងក្រោយ។ នេះមានន័យថា អ្នកមានជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយ និងរំពឹងថា អាចរស់បានត្រឹមប្រាំមួយខែ ឬតិចជាងនេះ។ អ្នកអាចទទួលបានការថែទាំពីកម្មវិធីថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយណាមួយ ដែលទទួលបានការបញ្ជាក់ពីកម្មវិធី Medicare។ គម្រោងរបស់ យើងត្រូវតែ ជួយអ្នកស្វែងរកកម្មវិធីថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយដែលទទួលបានការបញ្ជាក់ពីកម្មវិធី Medicare នៅក្នុងតំបន់ផ្តល់សេវា របស់ គម្រោង រួមទាំងកម្មវិធីដែលយើង ជាម្ចាស់គ្រប់គ្រង ឬមានផលប្រយោជន៍ផ្នែក ហិរញ្ញវត្ថុផងដែរ។ គ្រូពេទ្យថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់ កាលចុងក្រោយរបស់អ្នកអាចជាអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ ឬអ្នកផ្តល់សេវាក្រៅ បណ្តាញ ។ សេវាដែលមានធានារ៉ាប់រងរួមមាន៖ • ឱសថព្យាបាលរោគសញ្ញា និងការឈឺចាប់ • ការថែទាំបណ្តោះអាសន្នរយៈពេលខ្លី • ការថែទាំតាមផ្ទះ **អត្ថប្រយោជន៍នេះមានបន្តនៅទំព័របន្ទាប់**	នៅពេលអ្នកចុះឈ្មោះក្នុងកម្មវិធីថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយដែលទទួលបានការបញ្ជាក់ពីកម្មវិធី Medicare សេវាថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយរបស់អ្នក និង សេវាផ្នែក A និងផ្នែក B របស់អ្នកដែលពាក់ព័ន្ធនឹងការព្យាករណ៍ជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយរបស់អ្នក នឹងទទួលបានការបង់ប្រាក់ពី កម្មវិធី Original Medicare មិនមែនដោយគម្រោង Blue Shield Medicare + គម្រោង Medi-Cal Plan ទេ។

	សេវាមានការធានារ៉ាប់រង	អ្នកត្រូវតែបង់ប៉ុន្មាន
	ការថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយ (បន្ត) នៅពេលដែលអ្នកត្រូវបានអនុញ្ញាតឱ្យសម្រាកនៅមន្ទីរថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយ អ្នកមានសិទ្ធិស្នាក់នៅក្នុងគម្រោងរបស់យើង។ **សម្រាប់សេវាថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយ និងសេវាដែលទទួលបាន ការធានារ៉ាប់រងពីកម្មវិធី Medicare ផ្នែក A ឬកម្មវិធី Medicare ផ្នែក B ដែលពាក់ព័ន្ធនឹងការព្យាករណ៍ជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយរបស់អ្នក នឹងត្រូវចេញវិក្កយបត្រទៅកាន់កម្មវិធី Medicare៖** • កម្មវិធី Original Medicare (មិនមែនគម្រោងរបស់យើងទេ) នឹងបង់ប្រាក់ឱ្យអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយរបស់អ្នក សម្រាប់សេវាថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយរបស់អ្នក និងសេវាណាមួយក្រោមផ្នែក A ឬផ្នែក B ដែលពាក់ព័ន្ធនឹងជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយរបស់អ្នក។ ក្នុងអំឡុងពេលដែលអ្នកកំពុងស្ថិតក្នុងកម្មវិធីថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយ អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយរបស់អ្នក នឹងដាក់វិក្កយបត្រទៅកម្មវិធី Original Medicare សម្រាប់សេវាដែលកម្មវិធី Original Medicare ទទួលខុសត្រូវបង់ប្រាក់។ **សម្រាប់សេវាដែលមានធានារ៉ាប់រងដោយគម្រោងរបស់យើង ប៉ុន្តែមិនទទួលបានការធានារ៉ាប់រងពី Medicare ផ្នែក A ឬ Medicare ផ្នែក B៖** • គម្រោងរបស់យើងធានារ៉ាប់រងលើសេវាដែលមិនត្រូវបានធានារ៉ាប់រងក្រោម Medicare ផ្នែក A ឬ Medicare ផ្នែក B។ យើងធានារ៉ាប់រងលើសេវាមិនថាពួកវាទាក់ទងនឹងការព្យាករណ៍ដំណាក់កាលចុងក្រោយរបស់អ្នកឬអត់។ អ្នកមិនចាំបាច់បង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាទាំងនេះទេ។ **សម្រាប់ឱសថដែលមិនមានការធានារ៉ាប់រងដោយអត្ថប្រយោជន៍ Medicare ផ្នែក D ក្នុងគម្រោងរបស់យើង៖** • ឱសថមិនត្រូវបានធានារ៉ាប់រងទាំងនៅមន្ទីរពេទ្យថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយ និងគម្រោងរបស់យើងក្នុងពេលតែមួយបានទេ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមមើល **ជំពូកទី 5** នៃ*សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះ។ **អត្ថប្រយោជន៍នេះមានបន្តនៅទំព័របន្ទាប់**	$0 សម្រាប់សេវាប្រឹក្សាយោបល់នៅមន្ទីរពេទ្យថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយ (តែម្តងប៉ុណ្ណោះ)

	សេវាមានការធានារ៉ាប់រង	អ្នកត្រូវតែបង់ប៉ុន្មាន
	ការថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយ (បន្ត) **ចំណាំ៖** ប្រសិនបើអ្នកមានជំងឺធ្ងន់ធ្ងរ អ្នកអាចមានសិទ្ធិទទួលបានការថែទាំបន្ទុរបន្ថយរោគសញ្ញានិងការឈឺចាប់ ដែលផ្តល់ការថែទាំផ្តោតលើអ្នកជំងឺ និងគ្រួសារជាក្រុម ដើម្បីលើកកម្ពស់គុណភាពជីវិតរបស់អ្នក។ អ្នកអាចទទួលបានការថែទាំបន្ទុរបន្ថយរោគសញ្ញានិងការឈឺចាប់ក្នុងពេលតែមួយជាមួយនឹងការថែទាំឱ្យជាសះស្បើយ/ជាប្រចាំ។ សូមមើលផ្នែកការថែទាំបន្ទុរបន្ថយរោគសញ្ញានិងការឈឺចាប់ខាងក្រោមសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។ **ចំណាំ៖** ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការការថែទាំដែលមិនមែនជាការថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយ សូមទូរសព្ទទៅអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក និង/ឬផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជន ដើម្បីរៀបចំសេវាទាំងនោះ។ ការថែទាំដែលមិនមែនជាការថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយ គឺជាការថែទាំដែល**មិន**ពាក់ព័ន្ធនឹងការព្យាករណ៍ស្ថានភាពជំងឺដំណាក់កាលក្តណចុងក្រោយរបស់អ្នក។ គម្រោងរបស់យើងធានារ៉ាប់រងលើសេវាប្រឹក្សាយោបល់នៅមន្ទីរពេទ្យថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយ (តែម្តងគត់) សម្រាប់សមាជិកដែលមានជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយដែលមិនបានជ្រើសរើសអត្ថប្រយោជន៍នៅមន្ទីរពេទ្យថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយ ។ *អាចតម្រូវឱ្យមានការអនុញ្ញាតជាមុន និង/ឬលិខិតបញ្ជូនបន្ត ហើយជាការទទួលខុសត្រូវរបស់អ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក។*	
🍎	**ការធ្វើតេស្តពិនិត្យរកជំងឺសរសៃឈាមបេះដូង (បេះដូង)** យើងបង់ប្រាក់សម្រាប់ការធ្វើតេស្តឈាម ដើម្បីពិនិត្យរកជំងឺសរសៃឈាមបេះដូង ម្តងរៀងរាល់ 5 ឆ្នាំម្តង (60 ខែ)។ ការធ្វើតេស្តឈាមទាំងនេះ ក៏ពិនិត្យរកភាពខុសប្រក្រតីដែលបណ្តាលមកពីហានិភ័យខ្ពស់នៃជំងឺបេះដូងផងដែរ។	$0
🍎	**ការធ្វើតេស្តរកមើលមហារីកក្រពេញប្រូស្តាត** សម្រាប់បុរសដែលមានវ័យចាប់ពី 50 ឆ្នាំឡើងទៅ យើងបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាកម្មខាងក្រោមម្តងរៀងរាល់ 12 ខែ៖ • ការពិនិត្យពោះវៀនដោយប្រព័ន្ធឌីជីថល • ការធ្វើតេស្តអង់ទីហ្សែនជាក់លាក់របស់ក្រពេញប្រូស្តាត (PSA)	$0

	សេវាមានការធានារ៉ាប់រង	អ្នកត្រូវតែបង់ប៉ុន្មាន
	ការធ្វើតេស្តរោគវិនិច្ឆយអ្នកជំងឺឥតដេកពេទ្យ និងសេវាព្យាបាល និងការផ្គត់ផ្គង់ យើងបង់ថ្លៃសម្រាប់សេវាខាងក្រោម និងសេវាចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រផ្សេងទៀតដែលមិនមាននៅក្នុងបញ្ជីឈ្មោះនៅទីនេះ៖ • ការថតកាំរស្មីអ៊ិក្សរ៉ៃ • ការព្យាបាលដោយប្រើវិទ្យុសកម្ម (រ៉ាដ្យូម និងអ៊ីសូតូប) រួមទាំងឧបករណ៍ និងសម្ភាររបស់អ្នកបច្ចេកទេស • ឧបករណ៍វះកាត់ ដូចជាប៉ង់ស៊ីម៉ង់ជាដើម • ប្រដាប់ទ្រជើងដៃបាក់ និងសម្ភារផ្សេងៗទៀតដែលបានប្រើប្រាស់សម្រាប់ផ្នែកបាក់ និងភ្លាត់ • ការធ្វើតេស្តនៅមន្ទីរពិសោធន៍ • ឈាម រួមទាំងការរក្សាទុក និងការផ្តល់ជូន • ការធ្វើតេស្តរោគវិនិច្ឆយក្រៅមន្ទីរពិសោធន៍ដូចជាការស្កេន CT, MRIs, EKGs, និងការស្កេន PET នៅពេលដែលវេជ្ជបណ្ឌិត ឬអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពផ្សេងទៀតរបស់អ្នកបញ្ជាឱ្យការធ្វើតេស្តនោះព្យាបាលស្ថានភាពសុខភាព • ការធ្វើតេស្តរោគវិនិច្ឆយសម្រាប់អ្នកជំងឺឥតដេកពេទ្យផ្សេងៗទៀត *អាចតម្រូវឱ្យមានការអនុញ្ញាតជាមុន និង/ឬលិខិតបញ្ជូនបន្ត ហើយការទទួលខុសត្រូវនេះ ជាការទទួលខុសត្រូវរបស់អ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក។*	$0
🍎	**ការបណ្តុះបណ្តាលការគ្រប់គ្រងជំងឺទឹកនោមផ្អែមដោយខ្លួនឯង សេវា និងការផ្គត់ផ្គង់** យើងនឹងបង់ប្រាក់ទូទាត់សម្រាប់សេវាខាងក្រោមចំពោះសមាជិកទាំងឡាយណាដែលមានជំងឺទឹកនោមផ្អែម (មិនថាពួកគេប្រើប្រាស់អាំងស៊ុយលីន ឬអត់នោះទេ)៖ • ការផ្គត់ផ្គង់ដើម្បីត្រួតពិនិត្យជាតិស្ករក្នុងឈាមអ្នក រួមមានការផ្គត់ផ្គង់ដូចខាងក្រោម៖ ○ ឧបករណ៍ត្រួតពិនិត្យជាតិស្ករក្នុងឈាម ○ បន្ទះធ្វើតេស្តជាតិស្ករក្នុងឈាម ○ ឧបករណ៍ជួសឈាម និងម្ជុលជួសឈាម ○ ដំណោះស្រាយសម្រាប់គ្រប់គ្រងជាតិស្ករ ដើម្បីពិនិត្យភាពសុក្រិតនៃបន្ទះពិនិត្យ និងឧបករណ៍តេស្ត **អត្ថប្រយោជន៍នេះមានបន្តនៅទំព័របន្ទាប់**	$0

	សេវាមានការធានារ៉ាប់រង	អ្នកត្រូវតែបង់ប៉ុន្មាន
	ការបណ្តុះបណ្តាលការគ្រប់គ្រងជំងឺទឹកនោមផ្អែមដោយខ្លួនឯង សេវា និងការផ្គត់ផ្គង់ (បន្ត) • សម្រាប់អ្នកដែលកើតជំងឺទឹកនោមផ្អែម ដែលមានជំងឺជើងរាំ រ៉ែ យើងនឹងបង់ថ្លៃដូចខាងក្រោម៖ ○ ស្បែកជើងព្យាបាលដែលចាក់ពុម្ពតម្រូវតាមបុគ្គលម្នាក់ៗចំនួនមួយគូ (រួមមានទ្រនាប់ស្បែកជើង) រួមទាំងការលៃតម្រូវឱ្យត្រូវល្មម និងទ្រនាប់ស្បែកជើងបន្ថែមពីរគូទៀតក្នុងមួយឆ្នាំនីមួយៗ **ឬ** ○ ស្បែកជើងកវែងមួយគូ រួមមានការលៃតម្រូវឱ្យត្រូវល្មម និងទ្រនាប់ស្បែកជើងបីគូ (មិនរាប់បញ្ចូលទ្រនាប់ស្បែកជើងអាចដកចេញបានដោយមិនអាចតម្រូវតាមជើងដែលត្រូវបានផ្តល់ឱ្យជាមួយស្បែកជើងបែបនេះទេ) • ក្នុងករណីមួយចំនួន យើងបង់ថ្លៃសម្រាប់វគ្គបណ្តុះបណ្តាល ដើម្បីជួយអ្នកគ្រប់គ្រងជំងឺទឹកនោមផ្អែមរបស់អ្នក។ ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែម សូមទាក់ទងមកកាន់ផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជន។ សម្រាប់បន្ទះពិសោធ និងប្រដាប់ពិនិត្យគ្លុយកូសក្នុងឈាម ក្រុមហ៊ុនផលិត ដែលយើងចង់បានគឺក្រុមហ៊ុន Abbott។ បន្ទះតេស្ត និងឧបករណ៍តាមដាន កម្រិតជាតិស្ករក្នុងឈាម FreeStyle® (ផលិតដោយ Abbott) នឹងមិនតម្រូវ ឱ្យវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកទទួលបានការអនុញ្ញាតជាមុនពីគម្រោងឡើយ (ពេល ខ្លះហៅថា “ការអនុញ្ញាតជាមុន”)។ បន្ទះតេស្ត និងឧបករណ៍តាមដានកម្រិត ជាតិស្ករក្នុងឈាមពីក្រុមហ៊ុនផលិតផ្សេងទៀតទាំងអស់ នឹងតម្រូវឱ្យវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកទទួលបានការអនុញ្ញាតជាមុនពីគម្រោង (ពេលខ្លះហៅថា “ការអនុញ្ញាតជាមុន”)។ ឧបករណ៍ត្រួតពិនិត្យជាតិគ្លុយកូសជាបន្តបន្ទាប់ និងសម្ភារៈ (ឧ. សេនស័រ/ឧបករណ៍ទទួល) នឹងតម្រូវឱ្យមានការអនុញ្ញាត ជាមុន។ *អាចតម្រូវឱ្យមានការអនុញ្ញាតជាមុន ហើយជាការទទួលខុសត្រូវរបស់អ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក។*	

	សេវាមានការធានារ៉ាប់រង	អ្នកត្រូវតែបង់ប៉ុន្មាន
	ការផ្តល់ជូនម្ហូបអាហារតាមផ្ទះ* ពេលចេញពីមន្ទីរពេទ្យសម្រាប់អ្នកជំងឺស្នាក់ព្យាបាល ឬការស្នាក់នៅមណ្ឌលថែទាំសុខភាពជំនាញ យើងធានារ៉ាប់រងលើ៖ • អាហារចំនួន 22 ពេល និងអាហារសម្រន់ចំនួន 10 ពេល ក្នុងពេលចេញពីមន្ទីរពេទ្យម្តង • អាហារ និងអាហារសម្រន់ទាំងនោះ អាចដឹកជញ្ជូនជាពីរដងដាច់ដោយឡែកពីគ្នា តាមការចាំបាច់ • ការធានារ៉ាប់រងនេះ មានកំណត់ត្រឹមតែពីរដងប៉ុណ្ណោះក្នុងមួយឆ្នាំ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមហៅទូរសព្ទទៅកាន់សេវាបម្រើអតិថិជនរបស់គម្រោង Blue Shield Medicare + គម្រោង Medi-Cal Plan (លេខទូរសព្ទមានបោះពុម្ពនៅលើក្របទំព័រខាងក្រោយនៃឯកសារនេះ)។ *សេវាទាំងនេះ មិនបានរាប់បញ្ចូលទៅក្នុងកម្រិតអតិបរមានៃចំណាយចេញពីហោប៉ៅខ្លួនឯងរបស់គម្រោងឡើយ។	$0 សម្រាប់ការផ្តល់ជូនអាហារតាមផ្ទះដែលមានធានារ៉ាប់រងនីមួយៗ
🍎	**ការផ្តាច់បារី និងការផ្តាច់ការប្រើប្រាស់ថ្នាំជក់** ការប្រឹក្សាដើម្បីបញ្ឈប់ការជក់បារី និងការប្រើប្រាស់ថ្នាំជក់ត្រូវបានរ៉ាប់រងលើមូលដ្ឋានពិគ្រោះអ្នកជំងឺដែលមិនសម្រាកព្យាបាល និងអ្នកជំងឺសម្រាកនៅមន្ទីរពេទ្យ សម្រាប់អ្នកដែលបំពេញតាមលក្ខណវិនិច្ឆ័យទាំងនេះ៖ • ប្រើថ្នាំជក់ដោយមិនគិតពីថាតើវាបង្ហាញសញ្ញា ឬរោគសញ្ញានៃជំងឺពាក់ព័ន្ធនឹងថ្នាំជក់ • មានសមត្ថភាព និងដាស់តឿនក្នុងអំឡុងពេលផ្តល់ប្រឹក្សា • គ្រូពេទ្យដែលមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ ឬអ្នកផ្តល់សេវាប្រឹក្សាយោបល់ផ្សេងទៀតដែលទទួលស្គាល់ដោយ Medicare យើងធានារ៉ាប់រងលើការព្យាយាមបញ្ឈប់ពីរដងក្នុងមួយឆ្នាំ (ការព្យាយាមនីមួយៗអាចរួមបញ្ចូលអតិបរមាបួនវគ្គកម្រិតមធ្យម ឬ ខ្លាំងក្លាដោយមានរហូតដល់ប្រាំបីវគ្គក្នុងមួយឆ្នាំ)។	$0

សេវាមានការធានារ៉ាប់រង		អ្នកត្រូវតែបង់ប៉ុន្មាន
🍎	**ការពិនិត្យ និងការប្រឹក្សាយោបល់ចំពោះជំងឺឆ្លងតាមការរួមភេទ (STI)** យើងបង់ថ្លៃសម្រាប់ការពិនិត្យរកមេរោគប្រមេះទឹកថ្លា រោគប្រមេះ រោគស្វាយ និងជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B។ ការពិនិត្យទាំងនេះត្រូវបានធានារ៉ាប់រង សម្រាប់ ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ និង សម្រាប់មនុស្សមួយចំនួនដែលស្ថិតនៅក្នុងហានិភ័យកើនឡើងសម្រាប់ STI។ អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំបឋមត្រូវតែចេញបទបញ្ជាអំពីការធ្វើតេស្ត។ យើងធានារ៉ាប់រងលើការធ្វើតេស្តទាំងនេះម្តងរៀងរាល់ 12 ខែ ឬនៅ ពេលជាក់លាក់ក្នុងអំឡុងពេលមានផ្ទៃពោះ។ យើងក៏បង់ថ្លៃចំពោះការជួបទល់មុខគ្នាចំនួនពីរដង វគ្គប្រឹក្សាអំពីអាកប្បកិរិយាយ៉ាងល្អិតល្អន់ខ្លាំងជារៀងរាល់ឆ្នាំសម្រាប់មនុស្សពេញវ័យដែលមានសកម្មភាពផ្លូវភេទដែលមានហានិភ័យកើនឡើងនៃជំងឺ STI។ វគ្គនីមួយៗអាចមានរយៈពេលពី 20 ទៅ 30 នាទី។ យើងបង់ថ្លៃសម្រាប់វគ្គប្រឹក្សាយោបល់ទាំងនេះដែលជាសេវាបង្ការជំងឺតែប៉ុណ្ណោះ ប្រសិនបើវគ្គទាំងនោះត្រូវបានផ្តល់ឱ្យដោយអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំបឋម។ វគ្គទាំងនេះត្រូវតែធ្វើឡើងនៅទីតាំងតំហែទាំសុខភាពបឋម ដូចជានៅការិយាល័យវេជ្ជបណ្ឌិតជាដើម។	$0
🍎	**ការពិនិត្យ និងការព្យាបាលការធាត់ដើម្បីកាត់បន្ថយទម្ងន់** ប្រសិនបើអ្នកមានសន្ទស្សន៍ម៉ាសរាងកាយ 30 ឬច្រើនជាងនេះ យើងបង់ថ្លៃសម្រាប់ការប្រឹក្សាយោបល់ដើម្បីជួយអ្នកសម្រកទម្ងន់។ អ្នកត្រូវតែទទួលការប្រឹក្សានៅកន្លែងថែទាំជាបឋម។ យ៉ាងនោះ វាអាចបានចាត់ចែងជាមួយនឹងគម្រោងការពារពេញលេញរបស់អ្នក។ សូមពិភាក្សាជាមួយអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំបឋមរបស់អ្នកដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែម។	$0
🍎	**ការពិនិត្យមើលជំងឺទឹកនោមផ្អែម** យើងនឹងបង់ប្រាក់ទូទាត់សម្រាប់ការពិនិត្យនេះ (រួមមានការធ្វើតេស្តជាតិគ្លុយកូសរហ័សផងដែរ) បើអ្នកមានកត្តាហានិភ័យណាមួយក្នុងចំណោមកត្តាខាងក្រោម៖ • សម្ពាធឈាមខ្ពស់ (ជំងឺលើសឈាម) • ប្រវត្តិនៃកម្រិតកូឡេស្តេរ៉ូល និងទ្រីគ្លីសេរីខុសប្រក្រតី (វិបត្តិជាតិខ្លាញ់) • ការធាត់លើសទម្ងន់ខ្លាំង • ប្រវត្តិមានជាតិស្ករក្នុងឈាមខ្ពស់ (ជាតិគ្លុយកូស) **អត្ថប្រយោជន៍នេះមានបន្តនៅទំព័របន្ទាប់**	$0

សេវាមានការធានារ៉ាប់រង		អ្នកត្រូវតែបង់ប៉ុន្មាន
	ការត្រួតពិនិត្យជំងឺទឹកនោមផ្អែម (បន្ត) ការធ្វើតេស្តអាចត្រូវបានធានារ៉ាប់រងក្នុងករណីមួយចំនួនផ្សេងទៀត ដូចជា ប្រសិនបើអ្នកលើសទម្ងន់ និងមានប្រវត្តិគ្រួសារមានអ្នកកើតជំងឺទឹកនោមផ្អែម។ អ្នកអាចនឹងមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ការពិនិត្យរកជំងឺទឹកនោមផ្អែមរហូតដល់ពីរលើកនៅរៀងរាល់ 12 ខែម្តង បន្ទាប់ពីកាលបរិច្ឆេទនៃការពិនិត្យរកជំងឺទឹកនោមផ្អែមចុងក្រោយបំផុតរបស់អ្នក។	$0
	ការពិនិត្យមើលជំងឺបាក់ទឹកចិត្ត យើងនឹងបង់ប្រាក់ទូទាត់សម្រាប់ការពិនិត្យមើលជំងឺបាក់ទឹកចិត្តជារៀងរាល់ឆ្នាំ។ ការពិនិត្យនេះត្រូវតែធ្វើឡើងនៅក្នុងមជ្ឈមណ្ឌលថែទាំបឋម ដែលអាចផ្តល់ជូនការព្យាបាលតាមដាន និងលិខិតបញ្ជូនបន្ត។	$0
	ការពិនិត្យមើលមហារីកមាត់ស្បូន និងមហារីកស្បូន យើងបង់ថ្លៃសម្រាប់សេវាខាងក្រោម៖ • សម្រាប់ស្ត្រីទាំងអស់៖ ការធ្វើតេស្តលើកោសិកាមាត់ស្បូន និងការពិនិត្យមើលអាងត្រគាករៀងរាល់ 24 ខែម្តង • ចំពោះស្ត្រីដែលមានហានិភ័យខ្ពស់នៃជំងឺមហារីកមាត់ស្បូន ឬមហារីកស្បូន៖ ការធ្វើតេស្តលើកោសិកាមាត់ស្បូនម្តងរៀងរាល់ 12 ខែម្តង • សម្រាប់ស្ត្រីដែលបានធ្វើតេស្តលើកោសិកាមាត់ស្បូនដែលខុសប្រកតីក្នុងរយៈពេលបីឆ្នាំចុងក្រោយ និងស្ថិតក្នុងពេលកំពុងសម្រាលកូន៖ ការធ្វើតេស្តលើកោសិកាមាត់ស្បូន៖ ការធ្វើតេស្តលើកោសិកាមាត់ស្បូនម្តងរៀងរាល់ 12 ខែម្តង សម្រាប់ស្ត្រីដែលមានអាយុចន្លោះពី 30-65 ឆ្នាំ៖ ការធ្វើតេស្តមេរោគវីរុសប៉ាពីឡូម៉ានៅក្នុងមនុស្ស (HPV) ឬការធ្វើតេស្ត Pap រួមជាមួយការធ្វើ តេស្ត HPV ម្តងរៀងរាល់ប្រាំឆ្នាំ	$0

	សេវាមានការធានារ៉ាប់រង	អ្នកត្រូវតែបង់ប៉ុន្មាន
	ការពិនិត្យរកការឆ្លងមេរោគរលាកថ្លើមប្រភេទ C យើងធានារ៉ាប់រងលើការពិនិត្យរកជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ C ចំនួនមួយលើក ប្រសិនបើគ្រូពេទ្យថែទាំជាបឋមរបស់អ្នក ឬអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពដែលមានគុណវុឌ្ឍិផ្សេងទៀត បញ្ជាឱ្យធ្វើការពិនិត្យនោះ ហើយអ្នកបំពេញតាមលក្ខខណ្ឌណាមួយក្នុងចំណោមលក្ខខណ្ឌទាំងនេះ៖ • អ្នកមានហានិភ័យខ្ពស់ដោយសារតែអ្នកប្រើឬបានប្រើថ្នាំចាក់ខុសច្បាប់។ • អ្នកបានទទួលការបញ្ចូលឈាមមុនឆ្នាំ 1992។ • អ្នកកើតចន្លោះឆ្នាំ 1945-1965។ ប្រសិនបើអ្នកកើតចន្លោះឆ្នាំ 1945-1965 ហើយមិនបានចាត់ទុកថាជាអ្នកដែលមានហានិភ័យខ្ពស់នោះ យើងនឹងបង់ប្រាក់សម្រាប់ការពិនិត្យរកជំងឺម្តង។ ប្រសិនបើអ្នកមានហានិភ័យខ្ពស់ (ឧទាហរណ៍ អ្នកបានបន្តប្រើថ្នាំចាក់ខុសច្បាប់ចាប់តាំងពីការធ្វើតេស្តរកជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ C របស់អ្នកពីមុនមក) យើងធានារ៉ាប់រងលើការពិនិត្យប្រចាំឆ្នាំ។	$0
	ការពិនិត្យរកការប្រើប្រាស់គ្រឿងស្រវឹងមិនត្រឹមត្រូវ និងការប្រឹក្សាយោបល់ យើងបង់ប្រាក់សម្រាប់ការពិនិត្យរកការប្រើប្រាស់គ្រឿងស្រវឹងមិនត្រឹមត្រូវចំនួនមួយលើក (SABIRT) សម្រាប់មនុស្សពេញវ័យដែលប្រើប្រាស់គ្រឿងស្រវឹងមិនត្រឹមត្រូវ ប៉ុន្តែមិនពឹងផ្អែកលើគ្រឿងស្រវឹង។ ចំណុចនេះរួមបញ្ចូលទាំងស្ត្រីមានផ្ទៃពោះផងដែរ។ ប្រសិនបើលទ្ធផលពិនិត្យរបស់អ្នកបង្ហាញថា មានការប្រើប្រាស់គ្រឿងស្រវឹងមិនត្រឹមត្រូវ អ្នកអាចទទួលបានការប្រឹក្សាយោបល់ខ្លីៗទល់មុខគ្នារហូតដល់បួនវគ្គក្នុងមួយឆ្នាំ ជាមួយគ្រូពេទ្យថែទាំជាបឋម (PCP) ឬអ្នកប្រកបវិជ្ជាជីវៈដែលមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ នៅក្នុងកន្លែងថែទាំជាបឋម ប្រសិនបើអ្នកអាចចូលរួមបាន និងមានស្មារតីភ្ញាក់ដឹងខ្លួនក្នុងអំឡុងពេលប្រឹក្សាយោបល់។	$0

សេវាមានការធានារ៉ាប់រង		អ្នកត្រូវតែបង់ប៉ុន្មាន
🍎	**ការពិនិត្យរកជំងឺមហារីកសុដន់ (ការថតឆ្លុះមើលសុដន់)** យើងបង់ថ្លៃសម្រាប់សេវាខាងក្រោម៖ • ការថតឆ្លុះមើលសុដន់កម្រិតមូលដ្ឋានម្តងសម្រាប់ស្ត្រីដែលមានអាយុក្នុងចន្លោះពី 35 ឆ្នាំ ដល់ 39 ឆ្នាំ • ការថតឆ្លុះមើលសុដន់រៀងរាល់ 12 ខែម្តងសម្រាប់ស្ត្រីដែលមានអាយុចាប់ពី 40 ឆ្នាំឡើងទៅ • ពិនិត្យសុដន់សម្រាប់ការព្យាបាលរៀងរាល់ 24 ខែម្តង	$0
🍎	**ការពិនិត្យរកជំងឺមហារីកសួតដោយមានការប្រើប្រាស់ការថតស្កេនរាងកាយដោយប្រើវិទ្យុសកម្មទាប (LDCT)** គម្រោងរបស់យើងបង់ថ្លៃសម្រាប់ការពិនិត្យជំងឺមហារីកសួតរៀងរាល់ 12 ខែ ប្រសិនបើអ្នក៖ • មានអាយុពី 50-77 ឆ្នាំ **និង** • មានការផ្តល់ប្រឹក្សា និងការជួបពិគ្រោះដើម្បីធ្វើសេចក្តីសម្រេចរួមគ្នាជាមួយវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក ឬអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំដែលមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ដទៃទៀត **និង** • ធ្លាប់ជក់បារីយ៉ាងហោចណាស់មួយកញ្ចប់ក្នុងមួយថ្ងៃរយៈពេល 20 ឆ្នាំដោយគ្មានសញ្ញា ឬរោគសញ្ញានៃជំងឺមហារីកសួត ឬបច្ចុប្បន្នកំពុងជក់បារី ឬបានឈប់ជក់ក្នុងរយៈពេល 15 ឆ្នាំចុងក្រោយ បន្ទាប់ពីការពិនិត្យលើកដំបូង គម្រោងរបស់យើងបង់ថ្លៃលើការពិនិត្យមួយផ្សេងទៀតជារៀងរាល់ឆ្នាំ ដោយមានការណែនាំជាលាយលក្ខណ៍អក្សរពីវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក ឬអ្នកផ្តល់សេវាដែលមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ផ្សេងទៀត។ ប្រសិនបើអ្នកផ្តល់សេវាជ្រើសរើសផ្តល់ការប្រឹក្សាយោបល់លើពិនិត្យរកជំងឺមហារីកសួត និងការជួបពិគ្រោះធ្វើសេចក្តីសម្រេចរួមគ្នាសម្រាប់ការពិនិត្យរកជំងឺមហារីកសួត ការជួបពិគ្រោះនេះត្រូវតែបំពេញតាមលក្ខណវិនិច្ឆយរបស់ Medicare សម្រាប់ការជួបពិគ្រោះបែបនេះ។	$0

សេវាមានការធានារ៉ាប់រង		អ្នកត្រូវតែបង់ប៉ុន្មាន
🍎	**ការពិនិត្យរកមើលការប៉ោងសរសៃឈាមក្រហមក្នុងពោះ** យើងខ្ញុំនឹងបង់ចំណាយសម្រាប់ការត្រួតពិនិត្យអ៊ុលត្រាសោនម្តងសម្រាប់អ្នកដែលមានការប្រឈម។ គម្រោងរបស់យើងធានារ៉ាប់រងលើការត្រួតពិនិត្យនេះលុះត្រាតែអ្នកមានកត្តាហានិភ័យមួយចំនួន ហើយប្រសិនបើអ្នកទទួលបានការបញ្ជូនសម្រាប់វាពីគ្រូពេទ្យ ជំនួយការគ្រូពេទ្យ (PA) ឬគិលានុបដ្ឋាកប្រកបវិជ្ជាជីវៈ(NP) ឬគិលានុបដ្ឋាកឯកទេសគ្លីនិក (CNS)	$0
🍎	**ការពិនិត្យរកវីរុស HIV** យើងបង់ថ្លៃសម្រាប់ការត្រួតពិនិត្យរកវីរុស HIV មួយដងរៀងរាល់ 12 ខែ សម្រាប់មនុស្សដែល៖ • ស្នើសុំធ្វើតេស្តពិនិត្យរកវីរុស HIV **ឬ** • ស្ថិតក្នុងស្ថានភាពប្រឈមក្នុងការឆ្លងវីរុស HIV កាន់តែខ្ពស់។ ប្រសិនបើអ្នកមានផ្ទៃពោះ យើងបង់ប្រាក់សម្រាប់ការពិនិត្យរកមេរោគ HIV រហូតដល់បីដងក្នុងអំឡុងពេលមានផ្ទៃពោះ។ យើងក៏បង់ថ្លៃសម្រាប់ការពិនិត្យរកវីរុស HIV បន្ថែម នៅពេលដែលមានការណែនាំពីអ្នកផ្តល់សេវា។	$0
	ការពិនិត្យសុខភាពរាងកាយប្រចាំឆ្នាំ* អ្នកទទួលបានការរ៉ាប់រងសម្រាប់ការពិនិត្យសុខភាពរាងកាយជាប្រចាំរៀងរាល់ 12 ខែម្តង ថែមពីលើការទៅពិនិត្យសុខុមាលភាពរបស់អ្នក។ ការជួបពិនិត្យនេះរួមមានការពិនិត្យឡើងវិញយ៉ាងគ្រប់ជ្រុងជ្រោយលើប្រវត្តិវេជ្ជសាស្ត្រ និងប្រវត្តិគ្រួសាររបស់អ្នក ការវាយតម្លៃលម្អិតពីក្បាលដល់ចុងជើង និងសេវាផ្សេងទៀត លិខិតបញ្ជូនបន្ត និងអនុសាសន៍ដែលអាចសមស្រប។ *សេវាទាំងនេះ មិនបានរាប់បញ្ចូលទៅក្នុងកម្រិតអតិបរមានៃចំណាយចេញពីហោប៉ៅខ្លួនឯងរបស់គម្រោងឡើយ។	$0

	សេវាមានការធានារ៉ាប់រង	អ្នកត្រូវតែបង់ប៉ុន្មាន
	ការព្យាបាលដោយការធ្វើលំហាត់ប្រាណក្រោមការត្រួតពិនិត្យ (SET) យើងបង់ថ្លៃលើ SET សម្រាប់សមាជិកដែលមានមានរោគសញ្ញាជំងឺស្ទះសរសៃឈាម (PAD) ដែលមានលិខិតបញ្ជូនបន្តទៅកាន់ PAD សម្រាប់គ្រូពេទ្យដែលទទួលខុសត្រូវលើការព្យាបាល PAD។ គម្រោងរបស់យើងបង់ថ្លៃសម្រាប់៖ • រហូតដល់ 36 វគ្គក្នុងអំឡុងពេល 12 សប្តាហ៍ ប្រសិនបើតម្រូវការ SET ទាំងអស់ត្រូវបានបំពេញតាមលក្ខខណ្ឌតម្រូវ • វគ្គបន្ថែមចំនួន 36 វគ្គទៀត ក្នុងរយៈពេលបន្តបន្ទាប់ ប្រសិនបើអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពវាយតម្លៃថា ចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ កម្មវិធី SET ត្រូវតែមាន៖ • វគ្គដែលមានរយៈពេល 30 ទៅ 60 នាទីនៃកម្មវិធីបណ្តុះបណ្តាលលំហាត់ប្រាណព្យាបាលសម្រាប់ PAD សម្រាប់សមាជិកដែលមានការរមួលក្រពើ ដោយសារឈាមរត់មិនល្អ (ក្តាមកាច់ជើង) • នៅក្នុងកន្លែងរបស់អ្នកជំងឺឥតដេកពេទ្យក្នុងមន្ទីរពេទ្យ ឬនៅក្នុងការិយាល័យរបស់គ្រូពេទ្យ • ផ្តល់ដោយបុគ្គលិកដែលមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ ដែលធានាថាអត្ថប្រយោជន៍លើសពីគ្រោះថ្នាក់ និងដែលត្រូវបានបណ្តុះបណ្តាលក្នុងការព្យាបាលដោយការធ្វើលំហាត់ប្រាណសម្រាប់ PAD • ស្ថិតក្រោមការត្រួតពិនិត្យផ្ទាល់ពីគ្រូពេទ្យ ជំនួយការគ្រូពេទ្យ (PA) ឬគិលានុបដ្ឋាកប្រកបវិជ្ជាជីវៈ(NP)/គិលានុបដ្ឋាកឯកទេសគ្លីនិក (CNS) ដែលបានទទួលការបណ្តុះបណ្តាលទាំងបច្ចេកទេសជំនួយជីវិតជាមូលដ្ឋាន និងកម្រិតខ្ពស *អាចតម្រូវឱ្យមានការអនុញ្ញាតជាមុន និង/ឬលិខិតបញ្ជូនបន្ត ហើយការទទួល ខុសត្រូវក្នុងការស្នើសុំការអនុញ្ញាត ឬលិខិតបញ្ជូនបន្តនេះជាការទទួលខុស ត្រូវរបស់អ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក។*	$0

	សេវាមានការធានារ៉ាប់រង	អ្នកត្រូវតែបង់ប៉ុន្មាន
🍎	**ការព្យាបាលដោយប្រើអាហារូបត្ថម្ភវេជ្ជសាស្ត្រ** អត្ថប្រយោជន៍នេះ គឺសម្រាប់អ្នកដែលមានរោគទឹកនោមផ្អែម ឬរោគវក្កំ ដោយគ្មានការលាងឈាម។ វាក៏សម្រាប់ក្រោយពេលធ្វើការប្តូរតម្រងនោមផងដែរ នៅពេលដែលបានណែនាំ ដោយវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក។ យើងបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាកម្មពិគ្រោះយោបល់មួយទល់នឹងមួយរយៈពេលបីម៉ោងក្នុងឆ្នាំដំបូងដែលអ្នកទទួលបានសេវាការព្យាបាលដោយប្រើអាហារូបត្ថម្ភវេជ្ជសាស្ត្រក្រោមកម្មវិធី Medicare។ យើងអាចយល់ព្រមលើសេវាបន្ថែម ប្រសិនបើជាចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ។ យើងបង់ថ្លៃសេវាការប្រឹក្សាមួយទល់មួយ ចំនួនពីរម៉ោង រាល់ឆ្នាំបន្ទាប់ពីនោះ មក។ ប្រសិនបើស្ថានភាព ការព្យាបាល ឬការធ្វើរោគវិនិច្ឆយរបស់អ្នកផ្លាស់ប្តូរ អ្នកអាចទទួលបានចំនួនម៉ោងព្យាបាលបន្ថែមទៀត ដោយមាន លិខិតបញ្ជូនបន្តពីវេជ្ជបណ្ឌិត។ វេជ្ជបណ្ឌិតត្រូវចេញវេជ្ជបញ្ជាសម្រាប់សេវាទាំងនេះ និងបន្តសុពលភាពលិខិតបញ្ជូនបន្ត ជារៀងរាល់ឆ្នាំ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការការព្យាបាលនៅក្នុងឆ្នាំប្រតិទិនបន្ទាប់។ យើងអាចយល់ព្រមលើសេវាបន្ថែមប្រសិនបើជាចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ។	$0
	ការព្យាបាលតាមការព្យួរសេរ៉ូមនៅផ្ទះ គម្រោងរបស់យើងបង់ប្រាក់សម្រាប់ការព្យាបាលដោយចាក់បញ្ចូលឱសថតាមផ្ទះ ដែលត្រូវបានកំណត់ថា ជាឱសថ ឬសារធាតុជីវសាស្ត្រ ដែលបានចាក់បញ្ចូលទៅក្នុងសរសៃឈាម ឬចាក់ក្រោមស្បែក ហើយផ្តល់ជូនអ្នកនៅផ្ទះ។ ចំណុចខាងក្រោមនេះ ត្រូវការចាំបាច់ ដើម្បីអនុវត្តការព្យាបាលដោយចាក់បញ្ចូលឱសថតាមផ្ទះ៖ • សារធាតុជីវសាស្ត្រ ឬឱសថ ដូចជាថ្នាំលេបប្រឆាំងមេរោគ ឬប្រូតេអ៊ីន immune globulin • សម្ភារៈ ដូចជាឧបករណ៍ព្យួរសេរ៉ូម **និង** • សម្ភារផ្គត់ផ្គង់ ដូចជាទុយោ ឬបំពង់កាតេទែ។ គម្រោងរបស់យើងធានារ៉ាប់រងលើសេវាព្យួរសេរ៉ូមតាមផ្ទះ ដែលរួមមានជាអាទិ៍៖ • សេវាប្រកបដោយវិជ្ជាជីវៈ រួមមានសេវាមើលថែទាំ ដែលផ្តល់ស្របទៅតាមគម្រោងថែទាំរបស់អ្នក។ • ការបណ្តុះបណ្តាល និងការអប់រំដល់សមាជិក ដែលមិនទាន់បានរាប់បញ្ចូលនៅក្នុងអត្ថប្រយោជន៍ DME។ • ការតាមដានពីចម្ងាយ **និង** • សេវាតាមដានសម្រាប់ការផ្តល់ជូននូវការព្យាបាលតាមការព្យួរសេរ៉ូមនៅតាមផ្ទះ និងឱសថសម្រាប់ការព្យួរសេរ៉ូមតាមផ្ទះដែលត្រូវបានផ្តល់ ដោយអ្នកផ្គត់ផ្គង់ការព្យាបាលការព្យួរសេរ៉ូមតាមផ្ទះដែលមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់។ *អាចតម្រូវឱ្យមានការអនុញ្ញាតជាមុន និង/ឬលិខិតបញ្ជូនបន្ត ហើយជាការទទួលខុសត្រូវរបស់អ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក។*	ការបង់ប្រាក់រួមចំនួន $0 សម្រាប់ការជួបព្យាបាលដោយការព្យួរសេរ៉ូមតាមផ្ទះដែលមានការធានារ៉ាប់រងនីមួយៗ

សេវាមានការធានារ៉ាប់រង		អ្នកត្រូវតែបង់ប៉ុន្មាន
🍎	**ការមកពិនិត្យសុខភាពប្រចាំឆ្នាំ** អ្នកអាចទទួលការពិនិត្យសុខភាពទូទៅប្រចាំឆ្នាំ។ សេវានេះមានគោលបំណងបង្កើតគម្រោង ឬធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពគម្រោងការពារ ដោយផ្អែកលើកត្តាហានិភ័យបច្ចុប្បន្នរបស់អ្នក។ យើងនឹងបង់ប្រាក់ទូទាត់សម្រាប់សេវានេះរៀងរាល់ 12 ខែម្តង។ **ចំណាំ៖** ការជួបពិនិត្យសុខភាពប្រចាំឆ្នាំលើកដំបូងរបស់អ្នក មិនអាចធ្វើឡើងក្នុងរយៈពេល 12 ខែ បន្ទាប់ពីការជួបពិនិត្យ **ស្វាគមន៍មកកាន់ Medicare (Welcome to Medicare)** របស់អ្នកបានទេ។ ទោះជាយ៉ាងណា អ្នកមិន ចាំបាច់ធ្លាប់បានទទួលការជួបពិនិត្យ **ស្វាគមន៍មកកាន់ Medicare** នោះទេ ដើម្បីទទួលបានការជួបពិនិត្យសុខភាពប្រចាំឆ្នាំ បន្ទាប់ពីអ្នកមាន ផ្នែក B បានរយៈពេល 12 ខែ។	$0
🍎	**ការវាស់ម៉ាសឆ្អឹង** យើងបង់ប្រាក់សម្រាប់នីតិវិធីមួយចំនួនសម្រាប់សមាជិកដែលមានសិទ្ធិគ្រប់គ្រាន់ (ជាទូទៅ គឺអ្នកដែលមានហានិភ័យបាត់បង់ម៉ាសឆ្អឹង ឬមានហានិភ័យកើតជំងឺពុកឆ្អឹង)។ នីតិវិធីទាំងនេះប្រើសម្រាប់កំណត់បរិមាណម៉ាសឆ្អឹង ស្វែងរកការបាត់បង់ឆ្អឹង ឬវាយតម្លៃគុណភាពឆ្អឹង។ យើងបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាទាំងនេះម្តងរៀងរាល់ 24 ខែ ឬញឹកញាប់ជាងនេះ ប្រសិនបើចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ។ យើងក៏បង់ប្រាក់ឱ្យវេជ្ជបណ្ឌិតពិនិត្យមើល និងផ្តល់មតិយោបល់លើលទ្ធផលផងដែរ។	$0
	ការវះកាត់អ្នកជំងឺឥតដេកពេទ្យ យើងបង់ថ្លៃសម្រាប់សេវាវះកាត់អ្នកជំងឺឥតដេកពេទ្យ និងសេវានៅមជ្ឈមណ្ឌលថែទាំអ្នកជំងឺឥតដេកពេទ្យ និងមជ្ឈមណ្ឌលវះកាត់ចល័ត។ **ចំណាំ៖** ប្រសិនបើអ្នកកំពុងធ្វើការវះកាត់នៅមន្ទីរពេទ្យ អ្នកគួរតែពិនិត្យជាមួយអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកថា តើអ្នកនឹងជាអ្នកជំងឺស្នាក់ព្យាបាល ឬអ្នកជំងឺមិនស្នាក់ព្យាបាលដែរឬទេ។ លុះត្រាតែអ្នកផ្តល់សេវាសរសេរលាយលក្ខណ៍អក្សរនូវវេជ្ជបញ្ជា ដើម្បីទទួលយកអ្នកជាអ្នកជំងឺស្នាក់ព្យាបាល នោះអ្នកនៅតែជាអ្នកជំងឺមិនស្នាក់ព្យាបាល។ ទោះបីជាអ្នកស្នាក់នៅមន្ទីរពេទ្យពេញមួយយប់ក៏ដោយ អ្នកនៅតែអាចត្រូវបានចាត់ទុកថា ជាអ្នកជំងឺមិនស្នាក់ព្យាបាល។ *អាចតម្រូវឱ្យមានការអនុញ្ញាតជាមុន និង/ឬលិខិតបញ្ជូនបន្ត ហើយជាការទទួលខុសត្រូវរបស់អ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក។*	$0 សម្រាប់ការជួបពិនិត្យនីមួយៗនៅក្នុងមជ្ឈមណ្ឌលវះកាត់ចល័ត ឬមជ្ឈមណ្ឌលថែទាំក្នុងមន្ទីរពេទ្យ សម្រាប់អ្នកជំងឺឥតដេកពេទ្យ។

	សេវាមានការធានារ៉ាប់រង	អ្នកត្រូវតែបង់ប៉ុន្មាន
	ការស្នាក់នៅសម្រាប់អ្នកជំងឺដេកពេទ្យ៖ សេវាដែលមានធានារ៉ាប់រងក្នុងមន្ទីរពេទ្យ ឬមណ្ឌលថែទាំសុខភាពជំនាញ (SNF) ក្នុងអំឡុងពេលស្នាក់នៅមន្ទីរពេទ្យដោយមិនមានការធានារ៉ាប់រង យើងមិនបង់ប្រាក់សម្រាប់អ្នកជំងឺស្នាក់ព្យាបាលរបស់អ្នកទេ ប្រសិនបើអ្នកបានប្រើប្រាស់អត្ថប្រយោជន៍អ្នកជំងឺស្នាក់ព្យាបាលទាំងអស់របស់អ្នក ឬប្រសិនបើការស្នាក់នៅមិនសមហេតុផល និងចាំបាច់ខាងវេជ្ជសាស្ត្រ។ ទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយ នៅក្នុងស្ថានភាពជាក់លាក់ដែលការថែទាំអ្នកជំងឺស្នាក់ព្យាបាលមិនត្រូវបានធានារ៉ាប់រង យើងអាចនឹងបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាដែលអ្នកទទួលបាននៅពេលអ្នកស្ថិតនៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យ ឬមណ្ឌលថែទាំ អ្នកជំងឺ។ ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែម សូមទាក់ទងមកកាន់ផ្នែកសេវាបម្រើ អតិថិជន។ យើងបង់ថ្លៃសម្រាប់សេវាខាងក្រោម ហើយប្រហែលជាសេវាផ្សេងៗទៀតដែលមិនមាននៅក្នុងបញ្ជីឈ្មោះនៅទីនេះ៖ • សេវាវេជ្ជបណ្ឌិត • ការធ្វើតេស្តរោគវិនិច្ឆ័យ ដូចជាធ្វើតេស្តនៅមន្ទីរពិសោធន៍ • ការព្យាបាលដោយការថតកម្មរស្មីអ៊ិច រ៉ាដ្យូម និងអ៊ីសូតូប រួមទាំងសេវា និងសម្ភាររបស់អ្នកបច្ចេកទេស • ស្បែរុំរបួស • ប្រដាប់ទ្រជើងដៃបាក់ និងសម្ភារផ្សេងៗទៀតដែលបានប្រើប្រាស់សម្រាប់ផ្នែកបាក់ និងភ្លាត់ • អវយវៈសិប្បនិម្មិត និងឧបករណ៍តម្រង់ឆ្អឹងជើង ក្រៅពីសុខភាព មាត់ធ្មេញ រួមមានការប្តូរ ឬការជួសជុលឧបករណ៍ទាំងនេះ។ ទាំងនេះគឺជាឧបករណ៍ដែលជំនួសផ្នែកទាំងអស់ ឬផ្នែកមួយនៃ៖ ○ សរីរាង្គក្នុងរាងកាយ (រួមទាំងជាលិកាដែលនៅជាប់គ្នា) **ឬ** ○ សកម្មភាព ឬតួនាទីរបស់ សរីរាង្គខាងក្នុងរាងកាយដែលមិន ដំណើរការ ឬដំណើរការខុសប្រក្រតី។ • ជើង ដៃ ខ្នង និងប្រដាប់ទប់ក ប្រដាប់ទ្រ និងជើងដៃសិប្បនិម្មិត ព្រមទាំងភ្នែក។ វារួមមានការកែតម្រូវ ការជួសជុល និងការប្តូរដែលចាំបាច់ដោយសារការបែកបាក់ ការសឹក ការបាត់បង់ ឬការផ្លាស់ប្តូរស្ថានភាពរបស់អ្នក • ការព្យាបាលដោយចលនា ការព្យាបាលការនិយាយស្តី និងការព្យាបាលដោយសកម្មភាពប្រចាំថ្ងៃ *អាចតម្រូវឱ្យមានការអនុញ្ញាតជាមុន និង/ឬលិខិតបញ្ជូនបន្ត ហើយការទទួលខុសត្រូវក្នុងការស្នើសុំការអនុញ្ញាត ឬលិខិតបញ្ជូនបន្តនេះ ជាការទទួលខុសត្រូវរបស់អ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក។*	$0

	សេវាមានការធានារ៉ាប់រង	អ្នកត្រូវតែបង់ប៉ុន្មាន
	ការអង្កេតរបស់មន្ទីរពេទ្យសម្រាប់អ្នកជំងឺមិនស្នាក់ព្យាបាល យើងបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាអង្កេតអ្នកជំងឺមិនស្នាក់ព្យាបាលក្នុងមន្ទីរពេទ្យ ដើម្បីកំណត់ថា តើអ្នកត្រូវការអនុញ្ញាតឱ្យចូលជាអ្នកជំងឺស្នាក់ព្យាបាល ឬអាចត្រូវបានឱ្យចាកចេញ។ សេវាកម្មត្រូវតែបំពេញតាមលក្ខណវិនិច្ឆយរបស់ Medicare ហើយត្រូវបានចាត់ទុកថា សមហេតុផល និងចាំបាច់។ សេវាសង្កេតការណ៍មាន ការធានារ៉ាប់រង លុះត្រាតែផ្តល់ដោយការណែនាំរបស់គ្រូពេទ្យ ឬបុគ្គល ផ្សេងទៀតដែលមានការអនុញ្ញាតដោយច្បាប់រដ្ឋ និងបទបញ្ជាផ្ទៃក្នុងរបស់បុគ្គលិកមន្ទីរពេទ្យ ដើម្បីអនុញ្ញាតឱ្យអ្នកជំងឺចូលមន្ទីរពេទ្យ ឬបញ្ជាឱ្យធ្វើតេស្តសម្រាប់អ្នកជំងឺក្រៅ។ **ចំណាំ៖** លុះត្រាតែអ្នកផ្តល់សេវាបានសរសេរលាយលក្ខណ៍អក្សរនូវវេជ្ជបញ្ជាដើម្បីទទួលយកអ្នកជាអ្នកជំងឺស្នាក់ព្យាបាល នោះអ្នកនៅតែជាអ្នកជំងឺមិនស្នាក់ព្យាបាល។ ទោះបីជាអ្នកស្នាក់នៅមន្ទីរពេទ្យពេញមួយយប់ក៏ដោយ អ្នកនៅតែអាចត្រូវបានចាត់ទុកថា ជាអ្នកជំងឺមិនស្នាក់ព្យាបាល។ ប្រសិនបើអ្នកមិន ប្រាកដថា អ្នកជាអ្នកជំងឺមិនស្នាក់ព្យាបាលឬអត់នោះ សូមសាកសួរបុគ្គលិក នៅមន្ទីរពេទ្យ។ សូមទទួលព័ត៌មានបន្ថែមពីឯកសារព័ត៌មានរបស់ Medicare *អត្ថប្រយោជន៍មន្ទីរពេទ្យរបស់ Medicare* ដែលមាននៅលើគេហទំព័រ Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf *អាចតម្រូវឱ្យមានលិខិតបញ្ជូនបន្ត ហើយការស្នើសុំលិខិតបញ្ជូនបន្តនេះ ជាការទទួលខុសត្រូវរបស់អ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក។*	$0
🍎	**ថ្នាំបង្ការមុនការប៉ះពាល់ (Pre-exposure Prophylaxis, PrEP) សម្រាប់ការបង្ការមេរោគ HIV** ប្រសិនបើអ្នកមិនមានជំងឺ HIV ទេ ប៉ុន្តែវេជ្ជបណ្ឌិត ឬអ្នកប្រកបវិជ្ជាជីវៈថែទាំសុខភាពផ្សេងទៀតរបស់អ្នក កំណត់ថា អ្នកមានហានិភ័យខ្ពស់ក្នុងការឆ្លងជំងឺ HIV យើងធានារ៉ាប់រងលើថ្នាំបង្ការមុនការប៉ះពាល់នឹងជំងឺ HIV (PrEP) និងសេវាដែលពាក់ព័ន្ធ។ ប្រសិនបើអ្នកមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ សេវាដែលមានការធានារ៉ាប់រងរួមមាន៖ **អត្ថប្រយោជន៍នេះមានបន្តនៅទំព័របន្ទាប់**	$0

សេវាមានការធានារ៉ាប់រង		អ្នកត្រូវតែបង់ប៉ុន្មាន
	ថ្នាំបង្ការមុនការប៉ះពាល់ (Pre-exposure Prophylaxis, PrEP) សម្រាប់ការបង្ការមេរោគ HIV (បន្ត) • ថ្នាំការពារការឆ្លងមេរោគមុនពេលប៉ះពាល់ (PrEP) សម្រាប់លេប ឬចាក់ដែលអនុម័តដោយរដ្ឋបាលចំណីអាហារ និងឱសថ (FDA) រួមទាំងថ្លៃសេវាសម្រាប់ការចាក់ឱសថ ប្រសិនបើអាចអនុវត្តបាន។ • វគ្គប្រឹក្សាជាបុគ្គលរហូតដល់ប្រាំបីដង (រួមទាំងការវាយតម្លៃហានិភ័យមេរោគអេដស៍ ការកាត់បន្ថយហានិភ័យមេរោគអេដស៍ និងការគោរពតាមការឱ្យថ្នាំ) ជារៀងរាល់ 12 ខែ។ • ការត្រួតពិនិត្យមេរោគអេដស៍រហូតដល់ប្រាំបីដង ជារៀងរាល់ 12 ខែ។ • ការពិនិត្យរកមើលមេរោគរលាកថ្លើមប្រភេទ B ត្រឹមមួយដង។	
	ទំនិញគ្មានវេជ្ជបញ្ជា (OTC)* អត្ថប្រយោជន៍ រួមមាន៖ • អ្នកមានប្រាក់ឧបត្ថម្ភរួមបញ្ចូលគ្នាចំនួន $240 ក្នុងមួយត្រីមាស សម្រាប់ការទិញមុខទំនិញមិនតម្រូវឱ្យមានវេជ្ជបញ្ជា (OTC) ដែលមានសិទ្ធិទទួលបានទទួល ព្រមទាំងម្ហូបអាហារ និងកសិផល (ប្រសិនបើបំពេញតាមលក្ខខណ្ឌមានសិទ្ធិទទួលបានទទួល)។ • អត្ថប្រយោជន៍នេះធានារ៉ាប់រងមុខទំនិញ OTC សម្រាប់ការប្រើប្រាស់ទាក់ទងនឹងសុខភាព ដូចជា ឱសថ Aspirin ថ្នាំវីតាមីន ឱសថផ្តាសាយ និងក្អក និងបង់រុំរបួស។ • អត្ថប្រយោជន៍នេះ មិនធានារ៉ាប់រងមុខទំនិញ OTC សម្រាប់ការប្រើប្រាស់ ដែលមិនទាក់ទងនឹងសុខភាពឡើយ។ • អ្នកអាចទិញមុខទំនិញ OTC ដែលមានសិទ្ធិទទួលបានទទួលតាមរយៈកាតាឡុកមុខទំនិញ OTC ឬនៅទីតាំងលក់រាយដែលចូលរួម។ • ប្រាក់ឧបត្ថម្ភនេះ មិនអាចបញ្ចូលគ្នាជាមួយប្រាក់ឧបត្ថម្ភ $1,500 ក្នុងមួយឆ្នាំរបស់អ្នកសម្រាប់សេវាស្តាប់ដែលមិនរ៉ាប់រងដោយ Medicare ឡើយ។ • អត្ថប្រយោជន៍នេះ មានប្រសិទ្ធភាពនៅថ្ងៃដំបូងនៃត្រីមាសនីមួយៗ (ថ្ងៃទី 1 ខែមករា ថ្ងៃទី 1 ខែមេសា ថ្ងៃទី 1 ខែកក្កដា និងថ្ងៃទី 1 ខែតុលា) ហើយប្រាក់ឧបត្ថម្ភដែលមិនបានប្រើប្រាស់ណាមួយ មិនអាចផ្ទេរពីត្រីមាសមួយទៅត្រីមាសមួយទៀតបានទេ។ **អត្ថប្រយោជន៍នេះមានបន្តនៅទំព័របន្ទាប់**	$0

	សេវាមានការធានារ៉ាប់រង	អ្នកត្រូវតែបង់ប៉ុន្មាន
	ទំនិញមិនតម្រូវឱ្យមានវេជ្ជបញ្ជា (OTC)* (បន្ត) • នៅពេលអ្នកបានប្រើប្រាស់ប្រាក់ឧបត្ថម្ភប្រចាំត្រីមាសរបស់អ្នកអស់ ហើយ អ្នកត្រូវទទួលខុសត្រូវចំពោះរាល់ការចំណាយលើការទិញរបស់អ្នក រហូតដល់ត្រីមាសបន្ទាប់ចាប់ផ្តើម។ អ្នកនឹងទទួលបានសៀវភៅណែនាំសមាជិកតាមសំបុត្រ រួមជាមួយកាត Flex Card របស់អ្នក។ កាត Flex Card គឺជាកាតចំណាយដែលមានប្រាក់ឧបត្ថម្ភដែលមានសិទ្ធិទទួល ត្រូវបានបញ្ចូលជាមុនទៅក្នុងកាត ដើម្បីជួយបង់ប្រាក់សម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍ដែលធានារ៉ាប់រង។ សៀវភៅណែនាំសមាជិករបស់អ្នកនឹងរៀបរាប់ពីប្រាក់ឧបត្ថម្ភដែលមានផ្តល់ជូន ដែលបានបញ្ចូលជាមុនទៅលើកាត Flex Card របស់អ្នក ក៏ដូចជាកន្លែងដែលត្រូវស្វែងរកព័ត៌មានលម្អិតបន្ថែមអំពីអត្ថប្រយោជន៍ដែលធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នក និងរបៀបគ្រប់គ្រងគណនីរបស់អ្នក។ អ្នកអាចទិញទំនិញ OTC ដែលមានសិទ្ធិទទួលបាន៖ • នៅក្នុងកាតាឡុកទំនិញ OTC – ○ តាមទូរសព្ទ - សូមទូរសព្ទទៅលេខ 1-877-429-3245 [TTY: 711] ម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ 8 យប់ ម៉ោងនៅ PT ថ្ងៃចន្ទ ដល់ ថ្ងៃសុក្រ។ ○ អនឡាញ – ចូលទៅអនឡាញតាមរយៈ bscaflexbenefits.com។ ○ តាមរយៈកម្មវិធីទូរសព្ទ – ស្វែងរក “myTotal Benefits (អត្ថប្រយោជន៍សរុបរបស់ខ្ញុំ)” នៅក្នុង app store របស់អ្នក ហើយទាញយកកម្មវិធីនេះ។ សូមមើលកាតាឡុកមុខទំនិញ OTC សម្រាប់បញ្ជីមុខទំនិញ OTC ដែលមានសិទ្ធិទទួលបានទទួលការណែនាំអំពីការបញ្ជាទិញ និងដែនកំណត់។ មិនចាំបាច់ប្រើកាត Flex Card របស់អ្នកសម្រាប់ការបញ្ជាទិញតាមកាតាឡុកទេ ព្រោះសមតុល្យរបស់អ្នកបានបញ្ចូលជាមុនក្នុងគណនីរបស់អ្នករួចហើយ។ សម្ភារដែលបានទិញនឹងត្រូវដឹកជញ្ជូនទៅដល់អ្នកដោយមិនមានការគិតថ្លៃបន្ថែមទេ។ សូមទុកពេលប្រហែល 5-7 ថ្ងៃធ្វើការសម្រាប់ការដឹកជញ្ជូន។ ប្រសិនបើអ្នកប្រើប្រាស់ប្រអប់ សំបុត្រ (P.O. Box) ជាអាសយដ្ឋានដឹកជញ្ជូនរបស់អ្នក សូមទុកពេលប្រហែល 7-10 ថ្ងៃធ្វើការសម្រាប់ការដឹកជញ្ជូន។ **អត្ថប្រយោជន៍នេះមានបន្តនៅទំព័របន្ទាប់**	

សេវាមានការធានារ៉ាប់រង		អ្នកត្រូវតែបង់ប៉ុន្មាន
	ទំនិញមិនតម្រូវឱ្យមានវេជ្ជបញ្ជា (OTC)* (បន្ត) • ដោយផ្ទាល់ – យកកាត Flex Card របស់អ្នក ហើយទៅកាន់ទីតាំងលក់រាយ ដែលចូលរួមណាមួយ។ ដើម្បីស្វែងរកទីតាំងលក់រាយដែលចូលរួម សូមចូលគណនីរបស់អ្នកតាមអនឡាញ ឬនៅក្នុងកម្មវិធីទូរសព្ទ ហើយស្វែងរកនៅក្រោម 'Find Stores (រកហាង)'។ ខណៈពេលកំពុងទិញទំនិញនៅក្នុងហាង ប្រសិនបើអ្នកចង់កំណត់ថា តើទំនិញ OTC ត្រូវបានយល់ព្រមមុន ពេលទូទាត់ប្រាក់ដែរឬទេ សូមស្កេនបាកូដផលិតផលនៅក្នុងកម្មវិធីទូរសព្ទ ដើម្បីពិនិត្យមើលសិទ្ធិទទួលបានទទួលភ្លាមៗ។ ប្រសិនបើមិនដូច្នេះទេ សិទ្ធិទទួលបាននឹងកំណត់ដោយស្វ័យប្រវត្តិ នៅពេលាស្កេននៅបញ្ជរគិតប្រាក់។ ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅលេខ 1-877-429-3245 [TTY: 711], ចាប់ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ 8 យប់ ម៉ោងនៅតំបន់ប៉ាស៊ីហ្វិក (PT) ពីថ្ងៃចន្ទដល់ ថ្ងៃសុក្រ។ *សេវាទាំងនេះ មិនបានរាប់បញ្ចូលទៅក្នុងកម្រិតអតិបរមានៃចំណាយចេញពីហោប៉ៅខ្លួនឯងរបស់គម្រោងទេ។	
	បរិក្ខារវេជ្ជសាស្ត្រដែលប្រើជាប់បានយូរ (DME) និងគ្រឿងផ្គត់ផ្គង់ ដែលពាក់ព័ន្ធ សូមមើល **ជំពូកទី 12** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក* របស់អ្នកសម្រាប់និយមន័យនៃពាក្យ "បរិក្ខារវេជ្ជសាស្ត្រដែលប្រើជាប់បានយូរ (DME)"។ យើងធានារ៉ាប់រងលើសម្ភារដូចខាងក្រោម៖ • រទេះរុញ រួមមានរទេះរុញអគ្គិសនី • ឈើច្រត់ • ប្រព័ន្ធពូកដើរដោយថាមពល • បន្ទះសម្ពាធស្ងួតសម្រាប់ពូក • សម្ភារផ្គត់ផ្គង់សម្រាប់ជំងឺទឹកនោមផ្អែម • គ្រែមន្ទីរពេទ្យដែលបញ្ជាទិញដោយអ្នកផ្តល់សេវាសម្រាប់ប្រើនៅក្នុងផ្ទះ **អត្ថប្រយោជន៍នេះមានបន្តនៅទំព័របន្ទាប់**	$0

	សេវាមានការធានារ៉ាប់រង	អ្នកត្រូវតែបង់ប៉ុន្មាន
	បរិក្ខារវេជ្ជសាស្ត្រដែលប្រើជាប់បានយូរ (DME) និងគ្រឿងផ្គត់ផ្គង់ដែលពាក់ព័ន្ធ (បន្ត) • ឧបករណ៍ដាក់សេរ៉ូម និងជើងព្យួរសេរ៉ូម (IV) • ឧបករណ៍ជំនួយក្នុងការនិយាយ • សម្ភារ និងឧបករណ៍អុកស៊ីសែន • ម៉ាស៊ីនឆ្អុងដង្ហើម • ឧបករណ៍ជំនួយក្នុងការដើរ • ដៃកោងស្តង់ដា ឬដែកច្រត់ជើងបួន និងឧបករណ៍ជំនួស • ខ្សែទាញតម្រង់ក (នៅលើទ្វារ) • ឧបករណ៍រំញោចឆ្អឹង • ឧបករណ៍ថែទាំការលាងឈាម សម្ភារផ្សេងទៀតអាចនឹងមានការធានារ៉ាប់រង។ យើងបង់ថ្លៃសម្រាប់ DME ដែលមានភាពចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រទាំងអស់ដែល Medicare និង Medi-Cal បង់ថ្លៃឱ្យតាមធម្មតា។ ប្រសិនបើអ្នកផ្គត់ផ្គង់របស់យើងនៅក្នុងតំបន់របស់អ្នកមិនមានម៉ាក ឬក្រុមហ៊ុនផលិតជាក់លាក់ណាមួយទេ អ្នកអាចសួរពួកគេថា តើពួកគេអាចបញ្ជាទិញវាជាពិសេសសម្រាប់អ្នកបានដែរឬទេ ។ *អាចតម្រូវឱ្យមានការអនុញ្ញាតជាមុន ហើយការស្នើសុំការអនុញ្ញាតនេះ គឺជាការទទួលខុសត្រូវរបស់អ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក។*	
	មធ្យោបាយធ្វើដំណើរ៖ មធ្យោបាយធ្វើដំណើរដែលមិនមែនជាផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ អ្នកមានដែនកំណត់បញ្ចូលគ្នានៃការធ្វើដំណើរតែមួយជើងចំនួន 24 ដងទៅកាន់ទីតាំងដែលទាក់ទងនឹងសុខភាព ដែលបានយល់ព្រមដោយគម្រោងក្នុងមួយឆ្នាំសម្រាប់មធ្យោបាយធ្វើដំណើរផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រសម្រាប់ករណីមិនមែនស្ថិតក្នុងគ្រាអាសន្ន និងមធ្យោបាយធ្វើដំណើរដែលមិនមែនជាផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ ។ ការធ្វើដំណើរនីមួយៗអាចមិនលើសពី 70 ម៉ាយល៍ទេ។ **អត្ថប្រយោជន៍នេះមានបន្តនៅទំព័របន្ទាប់**	$0

	សេវាមានការធានារ៉ាប់រង	អ្នកត្រូវតែបង់ប៉ុន្មាន
	មធ្យោបាយធ្វើដំណើរ៖ មធ្យោបាយធ្វើដំណើរដែលមិនមែនជាផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ (បន្ត) បន្ទាប់ពីអ្នកបានប្រើប្រាស់ការធ្វើដំណើរតែមួយជើងចំនួន 24 ដងរួចហើយ Medi-Cal នឹងធានារ៉ាប់រងការធ្វើដំណើរទៅកាន់ទីកន្លែង ដែលបានយល់ព្រមដោយគ្មានចំនួនកំណត់។ អត្ថប្រយោជន៍នេះ អាចឱ្យមានមធ្យោបាយធ្វើដំណើរទៅកាន់កន្លែងផ្តល់សេវាវេជ្ជសាស្ត្រ ដោយរថយន្តដឹកអ្នកដំណើរ តាក់ស៊ី ឬទម្រង់នៃមធ្យោបាយធ្វើដំណើរសាធារណៈ និងឯកជនដទៃទៀត។ មធ្យោបាយធ្វើដំណើរត្រូវបានតម្រូវសម្រាប់គោលបំណងនៃការទទួលបានការថែទាំវេជ្ជសាស្ត្រដែលចាំបាច់ដែលធានារ៉ាប់រងដោយ Medi-Cal រួមទាំងការធ្វើដំណើរទៅកាន់ការណាត់ជួបជាមួយពេទ្យធ្មេញ និងដើម្បីទទួលយកឱសថ។ សេវាដឹកជញ្ជូនសម្រាប់សេវាដែលទទួលបាន ការធានារ៉ាប់រងពីទាំង Medi-Cal និង Medicare ក៏ទទួលបានការធានារ៉ាប់រងផងដែរ។ ការរៀបចំសម្រាប់ការដឹកជញ្ជូនត្រូវបានចាត់ចែងដោយក្រុមហ៊ុន Call the Car។ ទាក់ទងក្រុមហ៊ុន Call The Car តាមរយៈលេខ 1-855-200-7544 [TTY: 711] 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការរៀបចំមធ្យោបាយធ្វើដំណើរត្រូវតែធ្វើឡើងយ៉ាងហោចណាស់ 24 ម៉ោងជាមុន។ ក្រុមហ៊ុន Call the Car ផ្តល់ជូននូវកម្មវិធីទូរសព្ទ (CTC-Go) ដែលអាចប្រើប្រាស់ដោយសមាជិក Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan ដើម្បីសម្របសម្រួលការដឹកជញ្ជូនផ្នែកថែទាំសុខភាព។ CTC-Go អនុញ្ញាតឱ្យអ្នកពិនិត្យមើលការកក់នាពេលខាងមុខ ឬកន្លងមក វាយតម្លៃការធ្វើដំណើររបស់អ្នក តាមដានអ្នកបើកបររបស់អ្នក លុបចោលការកក់ដែលមានស្រាប់ និងកំណត់កាលវិភាគកក់ថ្មី។ CTC-Go អាចប្រើបាននៅលើប្រព័ន្ធប្រតិបត្តិការ iOS និង Android។ ស្វែងរកក្នុងកម្មវិធី app store របស់អ្នកសម្រាប់ “CTC’Go” ហើយទាញយកកម្មវិធីនោះ។ *សេវាទាំងនេះ មិនបានរាប់បញ្ចូលទៅក្នុងកម្រិតអតិបរមានៃចំណាយចេញពីហោប៉ៅខ្លួនឯងរបស់គម្រោងឡើយ។ *អាចតម្រូវឱ្យមានការអនុញ្ញាតជាមុន ហើយការស្នើសុំការអនុញ្ញាតនេះគឺជាការទទួលខុសត្រូវរបស់អ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក។*	

សេវាមានការធានារ៉ាប់រង		អ្នកត្រូវតែបង់ប៉ុន្មាន
	មធ្យោបាយធ្វើដំណើរ៖ សេវាដឹកជញ្ជូនផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រមិនមែនករណីសង្គ្រោះបន្ទាន់ អត្ថប្រយោជន៍នេះអនុញ្ញាតឱ្យមានការដឹកជញ្ជូនផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ សម្រាប់សេវាដែលមានការធានារ៉ាប់រងដោយគម្រោងរបស់យើង និង Medicare។ នេះអាចរួមបញ្ចូល៖ សេវាដឹកជញ្ជូនផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ តាមរថយន្តសង្គ្រោះបន្ទាន់ ឡានវ៉ែនមានប្រង់ការ រថយន្តវ៉ែនសម្រាប់អ្នកប្រើរទេះរុញ និងការសម្របសម្រួលជាមួយសេវាដឹកជញ្ជូនសម្រាប់ជនមានពិការភាព។ អ្នកមានដែនកំណត់បញ្ចូលគ្នានៃការធ្វើដំណើរតែមួយជើងចំនួន 24 ដងទៅកាន់ទីតាំងដែលទាក់ទងនឹងសុខភាព ដែលបានយល់ព្រមដោយគម្រោងក្នុងមួយឆ្នាំសម្រាប់មធ្យោបាយធ្វើដំណើរផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រសម្រាប់ករណីមិនមែនស្ថិតក្នុងគ្រាអាសន្ន និងមធ្យោបាយធ្វើដំណើរដែលមិនមែនជាផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ។ ការធ្វើដំណើរនីមួយៗអាចមិនលើសពី 70 ម៉ាយល៍ទេ។ បន្ទាប់ពីអ្នកបានប្រើប្រាស់ការធ្វើដំណើរតែមួយជើងចំនួន 24 ដងរួចហើយ Medi-Cal នឹងធានារ៉ាប់រងការធ្វើដំណើរទៅកាន់ទីកន្លែងដែលបានយល់ព្រមដោយគ្មានចំនួនកំណត់។ ទម្រង់នៃមធ្យោបាយធ្វើដំណើរដែលត្រូវបានអនុញ្ញាតនៅពេល៖ • អ្នកផ្តល់សេវាវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នកកំណត់ថាស្ថានភាពវេជ្ជសាស្ត្រ និង/ឬរាងកាយរបស់អ្នក មិនអនុញ្ញាតឱ្យអ្នកធ្វើដំណើរតាមឡានក្រុង រថយន្តអ្នកដំណើរ តាក់ស៊ី ឬទម្រង់នៃការដឹកជញ្ជូនសាធារណៈ ឬឯកជនផ្សេងទៀត **និង** • អាចតម្រូវឱ្យមានការអនុញ្ញាតជាមុន អាស្រ័យលើប្រភេទសេវា ការរៀបចំមធ្យោបាយធ្វើដំណើរគ្រប់គ្រងដោយក្រុមហ៊ុន Call The Car។ សមាជិកត្រូវតែទាក់ទង Call The Car តាមរយៈលេខ 1-855-200-7544 [TTY: 711] 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ កម្មវិធីទូរសព្ទចល័ត CTC Go អាចប្រើបានដើម្បីកំណត់កាលវិភាគ កែប្រែ តាមដាន និងលុបចោលការកក់រទេះរុញ ការជូនដល់ទីកន្លែង និងការជូនដល់មុខផ្ទះ។ កម្មវិធីទូរសព្ទចល័ត CTC Go មិនអាចប្រើបានសម្រាប់មធ្យោបាយ ធ្វើដំណើរដែលមានប្រង់ការទេ ហើយអ្នកត្រូវតែទូរសព្ទដើម្បីធ្វើការកក់ទាំងនោះ។ ការរៀបចំមធ្យោបាយធ្វើដំណើរត្រូវតែធ្វើឡើងយ៉ាងហោចណាស់ 24 ម៉ោងជាមុន។ *សេវាទាំងនេះ មិនបានរាប់បញ្ចូលទៅក្នុងកម្រិតអតិបរមានៃចំណាយ ចេញពីហោប៉ៅខ្លួនឯងរបស់គម្រោងឡើយ។ *អាចតម្រូវឱ្យមានការអនុញ្ញាតជាមុន ហើយការស្នើសុំការអនុញ្ញាតនេះគឺជាការទទួលខុសត្រូវរបស់អ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក។*	$0

	សេវាមានការធានារ៉ាប់រង	អ្នកត្រូវតែបង់ប៉ុន្មាន
	សេវា និងការផ្គត់ផ្គង់សម្រាប់ជំងឺតម្រងនោម យើងបង់ថ្លៃសម្រាប់សេវាខាងក្រោម៖ • សេវាអប់រំអំពីជំងឺតម្រងនោម ដើម្បីបង្រៀនពីការថែទាំតម្រងនោម និងជួយអ្នកឱ្យធ្វើសេចក្តីសម្រេចបានល្អអំពីការថែទាំរបស់អ្នក។ អ្នកត្រូវតែមានជំងឺខ្សោយតម្រងនោមរ៉ាំរ៉ៃដំណាក់កាលទី IV ហើយវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកត្រូវតែផ្តល់លិខិតបញ្ជូនបន្តឱ្យអ្នក។ យើងធានារ៉ាប់រងរហូតដល់ប្រាំមួយវគ្គនៃសេវាអប់រំអំពីជំងឺតម្រងនោម។ • ការព្យាបាលដោយលាងឈាមសម្រាប់អ្នកជំងឺឥតដេកពេទ្យ រួមទាំងការព្យាបាលដោយលាងឈាម នៅពេលអ្នកស្ថិតនៅក្រៅតំបន់ផ្តល់សេវាជាបណ្តោះអាសន្ន ដូចដែលបានពន្យល់ក្នុង **ជំពូកទី 3** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក* នេះ ឬនៅពេលអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកសម្រាប់សេវានេះ មិនអាចផ្តល់សេវាបានជាបណ្តោះអាសន្ន ឬមិនអាចចូលប្រើបាន។ • ការព្យាបាលដោយការលាងឈាមរបស់អ្នកជំងឺឥតដេកពេទ្យ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវបានទទួលស្គាល់ថា ជាអ្នកជំងឺដេកពេទ្យសម្រាប់ការថែទាំពិសេស • វគ្គបណ្តុះបណ្តាលអំពីវិធីលាងឈាមដោយខ្លួនឯង រួមមានការបណ្តុះបណ្តាលសម្រាប់អ្នក និងអ្នកដែលជួយអ្នកជាមួយការព្យាបាលដោយវិធីលាងឈាមនៅផ្ទះរបស់អ្នក • បរិក្ខារ និងសម្ភារលាងឈាមនៅផ្ទះ • សេវាជួយទ្រទ្រង់ខ្លះនៅផ្ទះ ដូចជាការជួបពិគ្រោះចាំបាច់ដោយបុគ្គលិកលាងឈាមដែលបានហ្វឹកហ្វឺន ដើម្បីឆែកមើលការលាងឈាម នៅផ្ទះរបស់អ្នក ដើម្បីជួយក្នុងគ្រាអាសន្ន និងដើម្បីពិនិត្យមើល បរិក្ខារលាងឈាម និងការផ្គត់ផ្គង់ទឹក។ Medicare ផ្នែក B បង់ប្រាក់លើឱសថមួយចំនួនសម្រាប់ការលាងឈាម។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមមើល “ឱសថ Medicare ផ្នែក B” នៅក្នុងតារាងនេះ។ *អាចតម្រូវឱ្យមានការអនុញ្ញាតជាមុន និង/ឬលិខិតបញ្ជូនបន្ត ហើយជាការទទួលខុសត្រូវរបស់អ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក។*	$0

	សេវាមានការធានារ៉ាប់រង	អ្នកត្រូវតែបង់ប៉ុន្មាន
	សេវាក្នុងកម្មវិធីព្យាបាលសារជាតិអូផ្យូអ៊ីត (Opioid Treatment Program, OTP) គម្រោងរបស់យើងបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាខាងក្រោមដើម្បីព្យាបាល បញ្ហាប្រើប្រាស់អូផ្យូអ៊ីត (Opioid Use Disorder, OUD) តាមរយៈ OTP ដែលរួមមានសេវាខាងក្រោម៖ • សកម្មភាពនៃដំណើរការប្រមូលព័ត៌មាន • ការវាយតម្លៃតាមកាលកំណត់ • ការប្រើឱសថដែលបានយល់ព្រមដោយ FDA និងបើសិនអនុវត្តបាន ធ្វើការគ្រប់គ្រង និងផ្តល់ឱសថទាំងនេះដល់អ្នក • ការប្រឹក្សាអំពីការប្រើប្រាស់សារធាតុញៀន • ការព្យាបាលជាលក្ខណបុគ្គល និងជាក្រុម • ការធ្វើតេស្តរកសារធាតុញៀន ឬសារធាតុគីមីនៅក្នុងរាងកាយរបស់អ្នក (ការធ្វើតេស្តជាតិពុល) *អាចតម្រូវឱ្យមានការអនុញ្ញាតជាមុន និង/ឬលិខិតបញ្ជូនបន្ត ហើយជាការទទួលខុសត្រូវរបស់អ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក។*	$0
	សេវាក្នុងមន្ទីរពេទ្យសម្រាប់អ្នកជំងឺឥតដេកពេទ្យ យើងបង់ថ្លៃសម្រាប់សេវាដែលចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ ដែលអ្នកទទួលបាននៅផ្នែកអ្នកជំងឺឥតដេកពេទ្យរបស់មន្ទីរពេទ្យ សម្រាប់ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ ឬការព្យាបាលជំងឺ ឬរបួស ដូចជា៖ • សេវានៅផ្នែកសង្គ្រោះបន្ទាន់ ឬគ្លីនិកសម្រាប់អ្នកជំងឺឥតដេកពេទ្យ ដូចជាសេវាពិនិត្យ ឬវះកាត់អ្នកជំងឺឥតដេកពេទ្យ • មន្ទីរពិសោធ និងការធ្វើតេស្តរោគវិនិច្ឆយដែលបានចេញវិក្កយបត្រដោយមន្ទីរពេទ្យ • សេវាថែទាំសុខភាពផ្លូវចិត្ត រួមទាំងការថែទាំនៅក្នុងកម្មវិធីសម្រាកនៅមន្ទីរពេទ្យមិនពេញលេញ ប្រសិនបើវេជ្ជបណ្ឌិតបញ្ជាក់ថា ចាំបាច់ត្រូវតែមានការព្យាបាលអ្នកជំងឺដេកពេទ្យប្រសិនបើគ្មានវានោះ • សេវាថតកាំរស្មីអ៊ិច និងវិទ្យុសកម្មផ្សេងៗទៀតដែលបានចេញវិក្កយបត្រដោយមន្ទីរពេទ្យ • សម្ភារពេទ្យ ដូចជា រណបឆ្អឹង និងសំរោបអបឆ្អឹង • ឱសថ និងជីវសាស្ត្រមួយចំនួនដែលអ្នកមិនអាចផ្តល់ឱ្យខ្លួនឯងបាន *អាចតម្រូវឱ្យមានការអនុញ្ញាតជាមុន និង/ឬលិខិតបញ្ជូនបន្ត ហើយជាការទទួលខុសត្រូវរបស់អ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក។*	$0

	សេវាមានការធានារ៉ាប់រង	អ្នកត្រូវតែបង់ប៉ុន្មាន
	សេវាគ្រូពេទ្យអ្នកផ្តល់សេវា រួមទាំងការមកជួបពិនិត្យនៅការិយាល័យវេជ្ជបណ្ឌិត យើងបង់ថ្លៃសម្រាប់សេវាខាងក្រោម៖ • ការថែទាំសុខភាពដែលមានភាបចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ ឬសេវាវះកាត់ដែលផ្តល់ជូននៅកន្លែងនានា មានដូចជា៖ ○ ការិយាល័យគ្រូពេទ្យ ○ មជ្ឈមណ្ឌលវះកាត់ចល័តដែលមានវិញ្ញាបនបត្រ ○ ផ្នែកសម្រាប់អ្នកជំងឺមិនស្នាក់ព្យាបាលរបស់មន្ទីពេទ្យ ○ ទីតាំងផ្សេងទៀតណាមួយ • ការប្រឹក្សាយោបល់ ការធ្វើរោគវិនិច្ឆយ និងការព្យាបាលដោយអ្នកឯកទេស • ការពិនិត្យត្រចៀក និងតុល្យភាពមូលដ្ឋានដែលត្រូវបានផ្តល់ជូនដោយអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំបឋមរបស់អ្នក ប្រសិនបើវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជា ដើម្បីមើលថាតើអ្នកត្រូវការការព្យាបាលដែរឬទេ • សេវាសុខភាពតាមទូរសព្ទមួយចំនួន រួមទាំងសេវារបស់វេជ្ជបណ្ឌិតដើម្បីព្យាបាលស្ថានភាពមិនអាសន្ន ដូចជា រោគសញ្ញាផ្តាសាយ និងគ្រុនផ្តាសាយ អាឡែស៊ី រលាកទងសួត ការរលាកប្រព័ន្ធដង្ហើមបញ្ហាប្រហោងឆ្អឹង កន្ទួល ការឆ្លងមេរោគភ្នែក ជំងឺប្រកាំង និងច្រើនទៀត។ ○ អ្នកមានជម្រើសក្នុងការទទួលបានសេវាទាំងនេះតាមរយៈការជួបពិនិត្យផ្ទាល់ ឬតាមរយៈសេវាសុខភាពពីចម្ងាយ។ ប្រសិនបើអ្នកជ្រើសរើសសេវាសុខភាពពីចម្ងាយមួយក្នុងចំណោមសេវាទាំងនេះ អ្នកត្រូវតែប្រើប្រាស់អ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញដែលផ្តល់សេវាតាមរយៈសេវាសុខភាពពីចម្ងាយ។ ○ សូមមើលផ្នែក “សេវាសុខភាពពីចម្ងាយបន្ថែម” នៅក្នុងតារាងអត្ថប្រយោជន៍សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។ • សេវាសុខភាពពីចម្ងាយសម្រាប់ជំងឺតម្រងនោមដំណាក់កាលចុងក្រោយ (ESRD) ប្រចាំខែដែលពាក់ព័ន្ធនឹងការជួបពិនិត្យសម្រាប់សមាជិកលាងឈាមតាមផ្ទះនៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យ ឬមជ្ឈមណ្ឌលព្យាបាលជំងឺតម្រងនោមនៅមន្ទីរពេទ្យកម្រិតធ្ងន់នៅមជ្ឈមណ្ឌលពិនិត្យលាងឈាមតម្រងនោម ឬនៅផ្ទះ • សេវាផ្តល់ពត៌មានសុខភាពតាមប្រព័ន្ធអេឡិចត្រូនិក ដើម្បីធ្វើរោគវិនិច្ឆយ វាយតម្លៃ ឬព្យាបាលរោគសញ្ញានៃជំងឺដាច់សរសៃឈាមក្នុងក្បាល **អត្ថប្រយោជន៍នេះមានបន្តនៅទំព័របន្ទាប់**	$0

	សេវាមានការធានារ៉ាប់រង	អ្នកត្រូវតែបង់ប៉ុន្មាន
	សេវាគ្រូពេទ្យ/អ្នកផ្តល់សេវា រួមមានការមកជួបពិនិត្យនៅការិយាល័យ វេជ្ជបណ្ឌិត (ត) • សេវាសុខភាពពីចម្ងាយសម្រាប់សមាជិកដែលមានបញ្ហានៃការប្រើប្រាស់សារធាតុញៀន ឬបញ្ហាសុខភាពអារម្មណ៍ដែលកើតឡើងក្នុងពេល ដំណាលគ្នា ដោយមិនគិតពីទីតាំងរបស់អ្នកឡើយ • សេវាសុខភាពពីចម្ងាយសម្រាប់រោគវិនិច្ឆ័យ ការវាយតម្លៃ និងការព្យាបាលបញ្ហាសុខភាពអារម្មណ៍ សេវាសុខភាពតាមទូរសព្ទសម្រាប់ការចូលមើលសុខភាពអារម្មណ៍ ដែលផ្តល់ដោយវេជ្ជមន្ទីរសុខភាព ជនបទ និងមណ្ឌលសុខភាពដែលសហព័ន្ធទទួលស្គាល់។ • ការពិនិត្យសុខភាពតាមប្រព័ន្ធនិម្មិត (ឧទាហរណ៍ តាមទូរសព្ទ ឬ ការជជែកជាវីដេអូ) ជាមួយវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នករយៈពេលប្រាំទៅ ដប់នាទី **ប្រសិនបើ** ○ អ្នកមិនមែនជាអ្នកជំងឺថ្មីទេ **និង** ○ ការពិនិត្យនោះមិនទាក់ទងនឹងការចូលមើលការិយាល័យក្នុងរយៈពេលប្រាំពីរថ្ងៃកន្លងមក **និង** ○ ការចុះឈ្មោះមិនអាចនាំទៅរកការទៅជួបពិនិត្យនៅការិយាល័យក្នុងរយៈពេល 24 ម៉ោង ឬការណាត់ជួបដែលមានក្នុងពេលឆាប់ៗនេះទេ • ការវាយតម្លៃរបស់វីដេអូ និង/ឬរូបភាពដែលអ្នកធ្វើទៅឱ្យវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក និងការបកស្រាយពន្យល់ ព្រមទាំងតាមដានដោយវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកក្នុងរយៈពេល 24 ម៉ោង **ប្រសិនបើ**៖ ○ អ្នកមិនមែនជាអ្នកជំងឺថ្មីទេ និង ○ ការវាយតម្លៃនោះមិនទាក់ទងនឹងការចូលមើលការិយាល័យក្នុងរយៈពេលប្រាំពីរថ្ងៃកន្លងមក **និង** ○ ការវាយតម្លៃមិនអាចនាំទៅរកការទៅជួបពិនិត្យនៅការិយាល័យក្នុងរយៈពេល 24 ម៉ោង ឬការណាត់ជួបដែលមានក្នុងពេលឆាប់ៗនេះទេ • ការពិគ្រោះយោបល់ដែលវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកមានជាមួយវេជ្ជបណ្ឌិតដទៃទៀតតាមរយៈទូរសព្ទ បណ្តាញអ៊ីនធឺណិត ឬកំណត់ត្រាសុខភាពអេឡិចត្រូនិក ប្រសិនបើអ្នកមិនមែនជាអ្នកជំងឺថ្មីទេ • មតិយោបល់ទីពីរ ដោយអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញផ្សេងទៀត មុនពេលវះកាត់ *អាចតម្រូវឱ្យមានលិខិតបញ្ជូនបន្ត ហើយការស្នើសុំលិខិតបញ្ជូនបន្តនេះជាការទទួលខុសត្រូវរបស់អ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក។*	

	សេវាមានការធានារ៉ាប់រង	អ្នកត្រូវតែបង់ប៉ុន្មាន
	សេវាចាប់សរសៃ យើងបង់ថ្លៃសម្រាប់សេវាខាងក្រោម៖ • ការកែសំរួលនៃឆ្អឹងខ្នង ដើម្បីកែតម្រង់ *អាចតម្រូវឱ្យមានលិខិតបញ្ជូនបន្ត ហើយការស្នើសុំលិខិតបញ្ជូនបន្តនេះជាការទទួលខុសត្រូវរបស់អ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក។*	$0
	សេវាចាប់សរសៃ (មិនមានការធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare)* សេវាដែលមានធានារ៉ាប់រងរួមមាន៖ • ការពិនិត្យលើកដំបូង និងការពិនិត្យលើកក្រោយៗ • ការកែតម្រូវឆ្អឹងខ្នងដោយការចាប់សរសៃ • ការព្យាបាលបន្ទាប់បន្សំ • ការថតកាំរស្មីអ៊ិច (សម្រាប់តែការចាប់សរសៃប៉ុណ្ណោះ) សេវាដែលមិនស្ថិតក្រោមការធានារ៉ាប់រងរបស់ Medicare បានផ្តល់ជូនតាមរយៈអ្នកផ្តល់សេវា ដែលចូលរួមរបស់ក្រុមហ៊ុន American Specialty Health Plans of California, Inc. (ASH Plans)។ សេវាកម្មដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងត្រូវមានការសម្រេចថាចាំបាច់ខាងវេជ្ជសាស្ត្រដោយគម្រោង ASH។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម ឬដើម្បីស្វែងរកអ្នកផ្តល់សេវាចូលរួមក្នុង គម្រោង ASH Plan អ្នកអាចហៅទូរសព្ទទៅ ASH Plan តាមរយៈលេខ (800) 678-9133 [TTY: 711] ថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ម៉ោង 5 ព្រឹក ដល់ 8 យប់ ម៉ោងនៅ PT ចាប់ពីថ្ងៃទី 1 ខែមេសា ដល់ថ្ងៃទី 30 ខែកញ្ញា និងថ្ងៃអាទិត្យ ដល់ ថ្ងៃសៅរ៍ ម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់ PT ចាប់ពី ថ្ងៃទី 1 ខែតុលា ដល់ថ្ងៃទី 31 ខែមីនា។ អ្នកក៏អាចទូរសព្ទទៅកាន់ផ្នែក សេវាបម្រើអតិថិជនរបស់គម្រោង Blue Shield Medicare + គម្រោង Medi-Cal ឬចូលទៅកាន់គេហទំព័រ blueshieldca.com/find-a-doctor ដើម្បីស្វែងរកទីកន្លែងអ្នកផ្តល់សេវាដែលចូលរួមជាមួយគម្រោង ASH។ *សេវាទាំងនេះ មិនបានរាប់បញ្ចូលទៅក្នុងកម្រិតអតិបរមានៃចំណាយចេញពីហោប៉ៅខ្លួន ឯងរបស់គម្រោងឡើយ។	$0 (ការធានារ៉ាប់រងត្រូវបានកំណត់ត្រឹម 12 ការចូលមើលក្នុងមួយឆ្នាំ សម្រាប់សេវាដែលមិនធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare។)

សេវាមានការធានារ៉ាប់រង		អ្នកត្រូវតែបង់ប៉ុន្មាន
	សេវាបង្ការជំងឺហឺត អ្នកអាចទទួលបានការអប់រំអំពីជំងឺហឺត និងការវាយតម្លៃបរិស្ថានក្នុងផ្ទះ ដើម្បីស្វែងរកកត្តាបង្កជំងឺហឺតដែលជាទូទៅមាននៅក្នុងផ្ទះ សម្រាប់អ្នក ដែលមានជំងឺហឺតដែលមិនអាចគ្រប់គ្រងបានល្អ។	$0
	សេវាផ្តល់ប្រឹក្សាសម្រាប់ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ សម្រាប់បុគ្គលដែលមានផ្ទៃពោះ យើងបង់ថ្លៃសម្រាប់ការជួបពិនិត្យចំនួនប្រាំបួនដងជាមួយសេវាសម្រាប់ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ ក្នុងអំឡុងពេលមុនសម្រាលកូន និងក្រោយពេលសម្រាលកូន ក៏ដូចជាការគាំទ្រក្នុងអំឡុងពេលមុន សម្រាលកូន និងពេលសម្រាលកូន។ អាចផ្តល់ជូនការពិនិត្យក្រោយសម្រាលចំនួនប្រាំបួនបន្ថែមទៀតបន្ទាប់ពីការសម្រាល។	$0
	សេវាពិគ្រោះសុខភាពពីចម្ងាយ* Teladoc Health ផ្តល់ការពិគ្រោះជាមួយវេជ្ជបណ្ឌិតតាមទូរសព្ទ ឬវីដេអូ 24/7/365។ វេជ្ជបណ្ឌិតរបស់ Teladoc Health អាចធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ និងព្យាបាលស្ថានភាពវេជ្ជសាស្ត្រមូលដ្ឋាន ហើយក៏អាចចេញវេជ្ជបញ្ជាសម្រាប់ឱសថមួយចំនួនផងដែរ។ Teladoc Health គឺជាសេវាបន្ថែម ដែលមិនមានគោលបំណងជំនួសការថែទាំពីគ្រូពេទ្យថែទាំជាបឋមរបស់អ្នកឡើយ។ សូមចូលទៅកាន់ blueshieldca.com/teladochealth ឬកម្មវិធី Blue Shield of California app ដើម្បីស្នើសុំការចូលមើល។ ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ អ្នកអាចទាក់ទង Teladoc Health តាមទូរសព្ទលេខ 1-800-Teladoc (1-800-835-2362) [TTY: 711] 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ 365 ថ្ងៃក្នុងមួយឆ្នាំ។ *សេវាទាំងនេះ មិនបានរាប់បញ្ចូលទៅក្នុងកម្រិតអតិបរមានៃចំណាយចេញពីហោប៉ៅខ្លួនឯងរបស់គម្រោងឡើយ។	$0

	សេវាមានការធានារ៉ាប់រង	អ្នកត្រូវតែបង់ប៉ុន្មាន
	សេវាព្យាបាលជំងឺប្រើប្រាស់សារធាតុញៀនសម្រាប់អ្នកជំងឺឥតដេកពេទ្យ យើងបង់ថ្លៃសម្រាប់សេវាខាងក្រោមហើយប្រហែលជាសេវាផ្សេងៗទៀតដែលមិនមាននៅក្នុងបញ្ជីឈ្មោះនៅទីនេះ៖ • ការពិនិត្យរកការប្រើប្រាស់គ្រឿងស្រវឹងមិនត្រឹមត្រូវ និងការប្រឹក្សាយោបល់ • ការព្យាបាលការប្រើប្រាស់សារធាតុញៀនខុសច្បាប់ • សេវាប្រឹក្សាជាក្រុម និងលក្ខណៈបុគ្គល ផ្តល់ជូនដោយអ្នកព្យាបាលដែលមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ • សេវាបញ្ចេញសារធាតុពុលខ្លាំង នៅក្នុងកម្មវិធីបន្សាបសារធាតុញៀនតាមលំនៅឋាន • សេវាព្យាបាលការប្រើប្រាស់គ្រឿងស្រវឹង និង/ឬគ្រឿងញៀន នៅមជ្ឈមណ្ឌលព្យាបាលអ្នកជំងឺឥតដេកពេទ្យកម្រិតយកចិត្តទុកដាក់ខ្ពស់ • ការព្យាបាលដោយប្រើថ្នាំNaltrexone ដែលមានប្រសិទ្ធភាពយូរ (Vivitrol) *អាចតម្រូវឱ្យមានការអនុញ្ញាតជាមុន និង/ឬលិខិតបញ្ជូនបន្ត ហើយជាការទទួលខុសត្រូវរបស់អ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក។*	$0 សម្រាប់ការជួបពិនិត្យជាលក្ខណៈបុគ្គល ឬជាក្រុមនីមួយៗ
	សេវាព្យាបាលសុខភាពជើង យើងបង់ថ្លៃសម្រាប់សេវាខាងក្រោម៖ • ការធ្វើរោគវិនិច្ឆយ និងការព្យាបាលរបួស និងជំងឺនានានៅត្រង់ជើង (ដូចជាផ្លែម្រាមជើង ឬកែងជើងឡើងដុំរឹង) ដោយវេជ្ជសាស្ត្រ និងដោយការវះកាត់ • ការថែទាំជើងជាប្រចាំសម្រាប់សមាជិកដែលមានស្ថានភាពប៉ះពាល់ដល់ជើង ដូចជាជំងឺទឹកនោមផ្អែមជាដើម • ការថែទាំជើងជាប្រចាំ (មិនបានធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare) ធានារ៉ាប់រង៖ ○ ការកាត់ ឬយកផ្លែម្រាមជើង និងស្បែកក្រិនចេញ ○ ការតម្រឹម ការកាត់ ការចៀរ ឬការយកក្រចកដែលខូចចេញ *សេវាទាំងនេះ មិនបានរាប់បញ្ចូលទៅក្នុងកម្រិតអតិបរមានៃចំណាយចេញពីហោប៉ៅខ្លួនឯងរបស់គម្រោងឡើយ។ *អាចតម្រូវឱ្យមានលិខិតបញ្ជូនបន្ត ហើយអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកជាអ្នកទទួលខុសត្រូវលើការរៀបចំលិខិតបញ្ជូនបន្តនោះ។*	$0

សេវាមានការធានារ៉ាប់រង		អ្នកត្រូវតែបង់ប៉ុន្មាន
	សេវាមនុស្សពេញវ័យតាមសហគមន៍ (CBAS) CBAS គឺជាកម្មវិធីផ្តល់សេវាដ្ឋានដល់អ្នកជំងឺមិនសម្រាកនៅមន្ទីរពេទ្យ ដែលមនុស្សចូលរួមយោងទៅតាមកាលវិភាគ។ កម្មវិធីនេះ ផ្តល់ការថែទាំដោយគិលានុបដ្ឋាកដែលមានជំនាញ សេវាសង្គមកិច្ច ការព្យាបាលផ្សេងៗ (រួមទាំងការព្យាបាលដោយសកម្មភាពការងារប្រចាំថ្ងៃ ការព្យាបាលដោយចលនា និងការព្យាបាលដោយការនិយាយ) ការថែទាំផ្ទាល់ខ្លួន ការបណ្តុះបណ្តាល និងការគាំទ្រដល់គ្រួសារ/អ្នកថែទាំ សេវាអាហារូបត្ថម្ភ សេវាដឹកជញ្ជូន និងសេវាផ្សេងទៀត។ យើងបង់ប្រាក់ទូទាត់សម្រាប់សេវា CBAS បើអ្នកបំពេញតាមលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យសិទ្ធិទទួលបានសេវា។ ដើម្បីទទួលបានជំនួយអំពីសិទ្ធិទទួលបានសេវាសម្រាប់មនុស្សពេញវ័យតាមសហគមន៍ (CBAS) សូមហៅទូរសព្ទទៅកាន់អ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំ Blue Shield របស់អ្នកតាមរយៈលេខ 1-888-548-5765 ម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ 6:00 ល្ងាច ថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ។ ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃទេ។ **ចំណាំ៖ ប្រសិនបើកន្លែង CBAS មិនមានសេវាផ្តល់ឱ្យទេ យើងនឹងផ្តល់សេវា ដែលមិនមានទាំងនេះដាច់ដោយឡែកពីគ្នា។**	$0
	សេវារថយន្តសង្គ្រោះបន្ទាន់ សេវារថយន្តសង្គ្រោះបន្ទាន់ដែលមានធានារ៉ាប់រង ទោះបីជាសម្រាប់ស្ថានភាពសង្គ្រោះបន្ទាន់ ឬស្ថានភាពមិនមែនជាការសង្គ្រោះបន្ទាន់ក៏ដោយ រួមមានការដឹកជញ្ជូនតាមផ្លូវគោក និងតាមផ្លូវអាកាស (យន្តហោះ និងឧទ្ធម្ភាគចក្រ)។ រថយន្តសង្គ្រោះបន្ទាន់នឹងនាំអ្នកទៅកាន់កន្លែងដែលជិតបំផុតដែលអាចផ្តល់សេវាថែទាំជូនអ្នកបាន។ ស្ថានភាពរបស់អ្នកត្រូវតែធ្ងន់ធ្ងរដែលការប្រើមធ្យោបាយដ៏ទៃទៀតដើម្បីទៅកន្លែងព្យាបាលអាចបង្កគ្រោះថ្នាក់ដល់សុខភាព ឬជីវិតរបស់អ្នក។ សេវារថយន្តសង្គ្រោះបន្ទាន់សម្រាប់ករណីផ្សេងទៀត (មិនមែនជាករណីសង្គ្រោះបន្ទាន់) ត្រូវតែទទួលបានការយល់ព្រមពីយើង។ ក្នុងករណីដែលមិនមែនជាការសង្គ្រោះបន្ទាន់ យើងអាចបង់ប្រាក់សម្រាប់រថយន្តសង្គ្រោះបន្ទាន់។ ស្ថានភាពរបស់អ្នកត្រូវតែធ្ងន់ធ្ងរគ្រប់គ្រាន់ ដែលមធ្យោបាយផ្សេងទៀតក្នុងការទៅកាន់ ទៅកន្លែងថែទាំអាចបង្កគ្រោះថ្នាក់ដល់ជីវិត ឬសុខភាពរបស់អ្នក។ *អាចតម្រូវឱ្យមានការអនុញ្ញាតជាមុន ហើយការស្នើសុំការអនុញ្ញាតនេះគឺជាការទទួលខុសត្រូវរបស់អ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក។*	$0

	សេវាមានការធានារ៉ាប់រង	អ្នកត្រូវតែបង់ប៉ុន្មាន
	សេវារៀបចំផែនការគ្រួសារ ច្បាប់អនុញ្ញាតឱ្យអ្នកជ្រើសរើសអ្នកផ្តល់សេវាណាមួយ – មិនថាអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ ឬអ្នកផ្តល់សេវាក្រៅបណ្តាញ – សម្រាប់សេវារៀបចំផែនការក្នុងគ្រួសារជាក់លាក់មួយចំនួន។ នេះមានន័យថា វេជ្ជបណ្ឌិត គ្លីនិក មន្ទីរពេទ្យ ឱសថស្ថាន ឬការិយាល័យ រៀបចំគម្រោងគ្រួសារណាមួយ។ យើងបង់ថ្លៃសម្រាប់សេវាខាងក្រោម៖ • ការពិនិត្យសម្រាប់ការរៀបចំផែនការគ្រួសារ និងការព្យាបាលតាមបែបវេជ្ជសាស្ត្រ • ពិសោធអំពីការពន្យារកំណើត និងការតេស្តធ្វើរោគវិនិច្ឆយ • វិធីសាស្ត្រក្នុងការពន្យារកំណើត (IUC/IUD ដាក់កងក្រោមដើមដៃ ការចាក់ថ្នាំ ថ្នាំគ្រាប់ពន្យារកំណើត កៅអៀកពន្យារកំណើត ឬដាក់កង) • ឧបករណ៍ពន្យារកំណើតដោយមានវេជ្ជបញ្ជា (ស្រោមអនាម័យ អេប៉ុង ហ្វូម ហ្វីល ស្រោមអនាម័យស្ត្រី មួក) • សេវាទាក់ទងនឹងសមត្ថភាពបន្តពូជដែលមានកំណត់ ដូចជាការប្រឹក្សាយោបល់ និងការអប់រំអំពីបច្ចេកទេសការយល់ដឹងអំពីភាពមានកូន និង/ឬការប្រឹក្សាសុខភាពការគិតទុកជាមុន ការធ្វើតេស្ត និងការឆ្លងជំងឺតាមការរួមភេទ (STI) • ការប្រឹក្សាយោបល់ និងការធ្វើតេស្តរកមេរោគ HIV និងអេដស៍ និងស្ថានភាពទាក់ទងនឹងមេរោគ HIV ផ្សេងៗ • ការការពារពីការមានកូនជាអចិន្ត្រៃយ៍ (អ្នកត្រូវតែមានអាយុ 21 ឆ្នាំឡើងទៅ ដើម្បីជ្រើសរើសវិធីសាស្ត្រនៅក្នុងការរៀបចំផែនការគ្រួសារ។ អ្នកត្រូវតែចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់បែបបទយល់ព្រមលើការបញ្ឈប់ការយកកូនរបស់សហព័ន្ធយ៉ាងតិច 30 ថ្ងៃ ប៉ុន្តែមិនលើសពី 180 ថ្ងៃមុនថ្ងៃវះកាត់នោះទេ។) • ការប្រឹក្សាអំពីបញ្ហាហ្សែន យើងនឹងបង់ថ្លៃសម្រាប់សេវារៀបចំផែនការគ្រួសារផ្សេងមួយចំនួនទៀត។ ទោះបីជាយ៉ាងណាក៏ដោយ អ្នកត្រូវតែប្រើអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញសម្រាប់សេវាដូចខាងក្រោម៖ • ការព្យាបាលសម្រាប់ស្ថានភាពសុខភាពនៃភាពគ្មានកូន (សេវានេះមិនរាប់បញ្ចូលវិធីសិប្បនិម្មិត ដើម្បីមានផ្ទៃពោះទេ។) • ការព្យាបាលជំងឺអេដស៍ និងស្ថានភាពផ្សេងៗដែលទាក់ទងនឹងមេរោគ HIV • ការធ្វើតេស្តហ្សែន	$0

	សេវាមានការធានារ៉ាប់រង	អ្នកត្រូវតែបង់ប៉ុន្មាន
	សេវាសម្រាកព្យាបាលក្នុងមន្ទីរពេទ្យមួយផ្នែក និងសេវាអ្នកជំងឺឥតដេកពេទ្យកម្រិតខ្លាំង កម្មវិធីសម្រាកព្យាបាលក្នុងមន្ទីរពេទ្យមិនពេញលេញ គឺជាកម្មវិធីដែលមានរចនាសម្ព័ន្ធព្យាបាលជំងឺវិកលចរិកកម្រិតធ្ងន់។ សេវានេះត្រូវបានផ្តល់ជូនជាសេវាអ្នកជំងឺឥតដេកពេទ្យរបស់មន្ទីរពេទ្យ ឬដោយមណ្ឌលសុខភាពផ្លូវចិត្តសហគមន៍ ដែលមានកម្រិតខ្លាំងជាងការថែទាំដែលអ្នកទទួលបាននៅការិយាល័យវេជ្ជបណ្ឌិត អ្នកព្យាបាល អ្នកព្យាបាលបញ្ហាអាពាហ៍ពិពាហ៍ និងគ្រួសារដែលមានអាជ្ញាបណ្ណ (LMFT) ឬអ្នកប្រឹក្សាយោបល់វិជ្ជាជីវៈ ដែលមានអាជ្ញាបណ្ណ។ វាអាចជួយអ្នកកុំឲ្យទៅស្នាក់នៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យ។ សេវាអ្នកជំងឺឥតដេកពេទ្យកម្រិតខ្លាំង គឺជាកម្មវិធីដែលមានរចនាសម្ព័ន្ធច្បាស់លាស់សម្រាប់ការព្យាបាលសកម្មផ្នែកសុខភាពអាកប្បកិរិយា (ផ្លូវចិត្ត) ដែលបានផ្តល់ជូនជាសេវាអ្នកជំងឺឥតដេកពេទ្យរបស់មន្ទីរពេទ្យ មណ្ឌលសុខភាពផ្លូវចិត្តសហគមន៍ មណ្ឌលសុខភាពដែលមានគុណវុឌ្ឍិគ្រប់គ្រាន់តាមសហព័ន្ធ ឬគ្លីនិកសុខភាពជនបទ ដែលមានកម្រិតខ្លាំងជាងការថែទាំដែលអ្នកទទួលបាននៅការិយាល័យរបស់វេជ្ជបណ្ឌិត អ្នកព្យាបាលរបស់អ្នក LMFT ឬការិយាល័យរបស់អ្នកប្រឹក្សាយោបល់វិជ្ជាជីវៈដែលមានអាជ្ញាបណ្ណ ប៉ុន្តែមានកម្រិតតិចជាងសេវាសម្រាកព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យដោយផ្នែក។ **ចំណាំ៖** ដោយសារមិនមានមណ្ឌលសុខភាពផ្លូវចិត្តសហគមន៍នៅក្នុងបណ្តាញរបស់យើង យើងធានារ៉ាប់រងសេវាសម្រាកព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យដោយផ្នែក តែជាសេវាអ្នកជំងឺឥតដេកពេទ្យរបស់មន្ទីរពេទ្យប៉ុណ្ណោះ ។ *អាចតម្រូវឱ្យមានការអនុញ្ញាតជាមុន និង/ឬលិខិតបញ្ជូនបន្ត ហើយជាការទទួលខុសត្រូវរបស់អ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក។*	$0

	សេវាមានការធានារ៉ាប់រង	អ្នកត្រូវតែបង់ប៉ុន្មាន
	សេវាសុខភាពត្រចៀក យើងបង់ថ្លៃការធ្វើតេស្តខាងការស្តាប់ និងការថ្លឹងថ្លែងដែលបានធ្វើឡើងដោយអ្នកផ្តល់របស់អ្នក។ ការធ្វើតេស្តទាំងនេះ ប្រាប់អ្នកថា អ្នកត្រូវការព្យាបាលផ្នែកវេជ្ជាស្ត្រឬអត់។ ពួកគេត្រូវបានធានារ៉ាប់រងជាការថែទាំសម្រាប់ អ្នកជំងឺមិនស្នាក់ព្យាបាលនៅពេល ដែលអ្នកទទួលបានពីគ្រូពេទ្យ ពេទ្យត្រចៀក ឬអ្នកផ្តល់សេវាដែលមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ផ្សេងទៀត។ **សេវាស្តាប់ (មិនធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare)*** គម្រោងនេះរួមបញ្ចូលសេវាស្តាប់បន្ថែមពីលើសេវាដែលរ៉ាប់រងដោយ Medicare និង Medi-Cal។ អត្ថប្រយោជន៍ រួមមាន៖ • អ្នកមានប្រាក់ឧបត្ថម្ភចំនួន $1,500 ក្នុងមួយឆ្នាំសម្រាប់សេវាស្តាប់ដែលមិនធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare ដូចខាងក្រោម៖ ○ ការពិនិត្យសវនាការទៀងទាត់ (ដែលមិនធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare) ○ ឧបករណ៍ជំនួយស្តាប់រហូតដល់ពីរ (អនុវត្តចំពោះត្រចៀកទាំងសងខាងបញ្ចូលគ្នា) ○ ការលៃតម្រូវ និងការវាយតម្លៃឧបករណ៍ជំនួយស្តាប់រហូតដល់ពីរដង • អ្នកអាចទទួលបានសេវាកម្មទាំងនេះពីអ្នកផ្តល់ឧបករណ៍ជំនួយស្តាប់តាមជម្រើសរបស់អ្នក។ • ប្រាក់ឧបត្ថម្ភនេះមិនអាចបញ្ចូលគ្នាជាមួយប្រាក់ឧបត្ថម្ភ $240 ក្នុងមួយត្រីមាសរបស់អ្នកសម្រាប់ម្ហូបអាហារ និងកសិផល (ប្រសិនបើបំពេញតាមលក្ខខណ្ឌដែលមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់) និងទំនិញដែលទិញដោយមិនត្រូវការវេជ្ជបញ្ជា (OTC) ឡើយ។ **អត្ថប្រយោជន៍នេះមានបន្តនៅទំព័របន្ទាប់**	$0

សេវាមានការធានារ៉ាប់រង		អ្នកត្រូវតែបង់ប៉ុន្មាន
	សេវាសុខភាពផ្នែកការស្តាប់ (បន្ត) • អត្ថប្រយោជន៍នេះមានប្រសិទ្ធភាពនៅថ្ងៃដំបូងរាល់ឆ្នាំ ហើយប្រាក់ឧបត្ថម្ភដែលមិនបានប្រើប្រាស់ណាមួយ មិនអាចផ្ទេរពីមួយឆ្នាំទៅមួយឆ្នាំបានទេ។ អ្នកនឹងទទួលបានសៀវភៅណែនាំសមាជិកតាមសំបុត្រ រួមជាមួយកាត Flex Card របស់អ្នក។ កាត Flex Card គឺជាកាតចំណាយដែលមានប្រាក់ឧបត្ថម្ភដែលមានសិទ្ធិទទួល ត្រូវបានបញ្ចូលជាមុនទៅក្នុងកាត ដើម្បីជួយបង់ប្រាក់សម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍ដែលធានារ៉ាប់រង។ សៀវភៅណែនាំសមាជិករបស់អ្នកនឹងរៀបរាប់ពីប្រាក់ឧបត្ថម្ភដែលមានផ្តល់ជូន ដែលបានបញ្ចូលជាមុនទៅលើកាត Flex Card របស់អ្នក ក៏ដូចជាកន្លែង ដែលត្រូវស្វែងរកព័ត៌មានលម្អិតបន្ថែមអំពីអត្ថប្រយោជន៍ដែលធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នក និងរបៀបគ្រប់គ្រងគណនីរបស់អ្នក។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីអត្ថប្រយោជន៍នេះ សូមទូរសព្ទទៅកាន់លេខ 1-877-429-3245 [TTY: 711] ចាប់ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ 8 យប់ ម៉ោងនៅតំបន់ប៉ាស៊ីហ្វិក (PT) ចាប់ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ។ អ្នកក៏អាចចូលទៅអនឡាញតាមរយៈ bscaflexbenefits.com សម្រាប់ព័ត៌មានលម្អិតបន្ថែម។ ទោះបីជាអ្នកបានចំណាយដល់ចំនួនកំណត់នៃការចំណាយផ្ទាល់ខ្លួនរបស់គម្រោងក៏ដោយ អ្នកនៅតែត្រូវទទួលខុសត្រូវចំពោះការចំណាយសម្រាប់សេវាទាំងនេះ។ បន្ថែមពីលើសេវាស្តាប់ដែលមិនធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare ដែលបានពណ៌នានៅក្នុងផ្នែកនេះ យើងក៏បង់ប្រាក់សម្រាប់ឧបករណ៍ជំនួយស្តាប់នៅពេលដែលត្រូវបានចេញវេជ្ជបញ្ជាដោយវេជ្ជបណ្ឌិត ឬអ្នកផ្តល់សេវាមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ផ្សេងទៀត រួមមាន៖ • ឧបករណ៍ជំនួយការស្តាប់ សម្ភារផ្គត់ផ្គង់ និងឧបករណ៍ស៊ាកបញ្ចូល • ការជួសជុល • ថ្មថាមពលមួយឈុតដំបូង • ការជួបពិនិត្យចំនួនប្រាំមួយដងសម្រាប់ការបណ្តុះបណ្តាល ការសម្របសម្រួល និងការលៃតម្រូវឱ្យត្រូវល្មមជាមួយអ្នកលក់ដូចគ្នា បន្ទាប់ពីអ្នកទទួលបានឈុតឧបករណ៍ជំនួយការស្តាប់ • ការជួលឈុតឧបករណ៍ជំនួយការស្តាប់សម្រាប់ពេលសាកល្បង • ឧបករណ៍ជំនួយការស្តាប់ ឧបករណ៍ជំនួយការដែលបញ្ជូនរំញ័រសំឡេងតាមរយៈឆ្អឹងនៅពីក្រោយត្រចៀក • សេវាសិក្សាការស្តាប់ និងក្រោយការវាយតម្លៃដែលទាក់ទងនឹងជំនួយការស្តាប់	

សេវាមានការធានារ៉ាប់រង		អ្នកត្រូវតែបង់ប៉ុន្មាន
	សេវាសុខភាពមាត់ធ្មេញ យើងបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាធ្មេញមួយចំនួន រួមទាំងជាអាទិ៍ ការវាយតម្លៃមាត់ធ្មេញ ការថតកាំរស្មីអ៊ិចធ្មេញ 3D ស្រោបធ្មេញ និងធ្មេញជំនួស។ អ្វីដែលយើងមិនធានារ៉ាប់រងគឺអាចរកបានតាមរយៈ Medi-Cal Dental ដែលបានពិពណ៌នានៅក្នុង**ផ្នែក G2** ខាងក្រោម។ យើងបង់ប្រាក់លើសេវាសុខភាពធ្មេញមួយចំនួននៅពេលដែលសេវាកម្ម គឺជាផ្នែក សំខាន់នៃការព្យាបាលជាក់លាក់នៃស្ថានភាពវេជ្ជសាស្ត្របឋមរបស់បុគ្គល។ ឧទាហរណ៍រួមមានការដាក់ថ្គាមឡើងវិញបន្ទាប់ពីការបាក់ឆ្អឹង ឬរបួសការដកធ្មេញដែលធ្វើឡើងក្នុងការរៀបចំសម្រាប់ការព្យាបាលដោយកាំរស្មីសម្រាប់ជំងឺមហារីកដែលពាក់ព័ន្ធនឹងថ្គាម ឬការពិនិត្យមាត់ធ្មេញមុនពេលប្តូរសរីរាង្គ។ លើសពីនេះ យើងធានារ៉ាប់រងលើសេវាថែទាំធ្មេញទូលំទូលាយមួយចំនួន*។ តារាងនីតិវិធីអត្ថប្រយោជន៍សុខភាពធ្មេញ (ដែលមានទីតាំងនៅក្នុងជំពូកនេះបន្ទាប់ពីតារាងអត្ថប្រយោជន៍) បង្ហាញអំពីនីតិវិធីសុខភាពធ្មេញជាក់លាក់ដែលមានការធានារ៉ាប់រងដោយអត្ថប្រយោជន៍នេះ។ សេវានីតិវិធីព្យាបាលដែលបានចុះបញ្ជីត្រូវបានធានារ៉ាប់រងលើអត្ថប្រយោជន៍ នៅពេលដែលបានផ្តល់ដោយពេទ្យធ្មេញដែលមានអាជ្ញាបណ្ណក្នុងបណ្តាញ ហើយនៅពេលដែលចាំបាច់ និងជាទម្លាប់ដូចដែលបានកំណត់ដោយស្តង់ដានៃការអនុវត្តថែទាំសុខភាពមាត់ធ្មេញដែលបានទទួលយកជាទូទៅ។ ការណែនាំអំពីរបៀបទទួលបានសេវាថែទាំមាត់ធ្មេញដែលមានធានារ៉ាប់រង អាចរកបាននៅផ្នែកបន្ទាប់ពី តារាងនីតិវិធីអត្ថប្រយោជន៍សុខភាពមាត់ធ្មេញ។ មិនមែនសេវាដែលរ៉ាប់រងទាំងអស់អាចសមស្របសម្រាប់មនុស្សគ្រប់គ្នានោះទេ។ អ្នកគួរតែពឹងផ្អែកលើពេទ្យធ្មេញក្នុងបណ្តាញរបស់អ្នកដើម្បីកំណត់ការថែទាំសមស្របសម្រាប់អ្នក ។ កម្រិតកំណត់អត្ថប្រយោជន៍ ការអនុញ្ញាតជាមុន និង/ឬលិខិតបញ្ជូនបន្តអាចត្រូវបានអនុវត្តចំពោះសេវាធ្មេញជាក់លាក់មួយចំនួន។ សេវាថែទាំសុខភាពមាត់ធ្មេញជាក់លាក់មួយចំនួនអាចទទួលបានតាមរយៈ Medi-Cal Dental។ ព័ត៌មានបន្ថែមនៅលើគេហទំព័រ SmileCalifornia.org។ Medi-Cal Dental រួមមានជាអាទិ៍ សេវាកម្មដូចជា៖ **អត្ថប្រយោជន៍នេះមានបន្តនៅទំព័របន្ទាប់។**	$ 0 សម្រាប់សេវាសុខភាពធ្មេញដែលធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare

សេវាមានការធានារ៉ាប់រង		អ្នកត្រូវតែបង់ប៉ុន្មាន
	សេវាសុខភាពធ្មេញ (ត) • ការពិនិត្យដំបូង ការថតកាំរស្មីអ៊ិច ការសម្អាត និងការព្យាបាលដោយសារធាតុភ្លុយអ័រ • ការប៉ះ និងស្រោបធ្មេញ • ការព្យាបាលរន្ធឫសធ្មេញ • ធ្មេញពាក់ដោយផ្នែក និងធ្មេញពាក់ពេញលេញ ការកែតម្រូវ ការព្យាបាល និងការពត់ធ្មេញ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមទាក់ទងនឹងអត្ថប្រយោជន៍សុខភាពមាត់ធ្មេញដែលមាននៅក្នុងកម្មវិធី Medi-Cal Dental ឬប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយក្នុងការស្វែងរកពេទ្យធ្មេញដែលទទួលយកកម្មវិធី Medi-Cal សូមទាក់ទងមកកាន់ខ្សែទូរសព្ទរបស់ផ្នែកបម្រើសេវាបម្រើអតិថិជនតាមរយៈលេខ 1-800-322-6384 (អ្នកប្រើ TTY ទូរសព្ទតាមរយៈលេខ 1-800-735-2922)។ ការហៅទូរសព្ទ គឺឥតគិតថ្លៃ។ អ្នកតំណាងរបស់កម្មវិធី Medi-Cal Dental អាចទំនេរដើម្បីជួយអ្នកចាប់ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក រហូតដល់ម៉ោង 5:00 ល្ងាច ចាប់ពីថ្ងៃចន្ទ រហូតដល់ថ្ងៃសុក្រ។ អ្នកក៏អាចចូលមើលគេហទំព័រផងដែរ តាមរយៈគេហទំព័រ smilecalifornia.org/ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។	
	សេវាស្តារនីតិសម្បទាបេះដូង យើងនឹងបង់ប្រាក់ទូទាត់សម្រាប់សេវាស្តារនីតិសម្បទាបេះដូង ដូចជាការធ្វើលំហាត់ប្រាណ ការសិក្សាអប់រំ និងការពិគ្រោះយោបល់ជាដើម។ សមាជិកត្រូវតែ បំពេញតាមលក្ខខណ្ឌជាក់លាក់មួយចំនួន និងមានលិខិតបញ្ជូនបន្តពីវេជ្ជបណ្ឌិត។ យើងធានារ៉ាប់រងលើកម្មវិធីដ៏ទូលំទូលាយទាំងនេះ ប្រសិនបើអ្នកមានយ៉ាងហោចណាស់មួយនៃលក្ខខណ្ឌទាំងនេះ៖ • ការគាំងបេះដូងក្នុងរយៈពេល 12 ខែចុងក្រោយ • ការវះកាត់តភ្ជាប់សរសៃឈាមបេះដូង • ជំងឺឈឺទ្រូងខ្មោកៗ ដែលមានស្ថិរភាព (ការឈឺទ្រូង) • ការជួសជុល ឬការផ្លាស់ប្តូរប្រឹសបេះដូង **អត្ថប្រយោជន៍នេះមានបន្តនៅទំព័របន្ទាប់។**	$0

សេវាមានការធានារ៉ាប់រង		អ្នកត្រូវតែបង់ប៉ុន្មាន
	សេវាស្តារនីតិសម្បទាបេះដូង (ត) • ការពង្រីកសរសៃឈាមបេះដូង (វិធីវះកាត់វេជ្ជសាស្ត្រដែលប្រើ ដើម្បីបើកសរសៃឈាមដែលស្ទះ) ឬការដាក់រឹស័រក្នុងសរសៃឈាមបេះដូង (វិធីវះកាត់ដែលប្រើ ដើម្បីរក្សាសរសៃឈាមឱ្យបើក) • ការផ្សាំបេះដូង ឬបេះដូង និងសួត • ការខ្សោយបេះដូងរ៉ាំរ៉ៃ ដែលមានស្ថិរភាព ដែនកំណត់ការធានារ៉ាប់រង៖ អ្នកអាចទទួលបានវគ្គស្តារនីតិសម្បទាបេះដូងរហូតដល់ 36 វគ្គ។ អ្នកអាចមានពីរវគ្គក្នុងមួយថ្ងៃ (មួយវគ្គមានរយៈពេលមួយម៉ោង) ហើយ កម្មវិធីអាចមានរយៈពេលរហូតដល់ 36 សប្តាហ៍។ ប្រសិនបើអ្នកមានលក្ខណ សម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ អ្នកអាចនឹងទទួលបាន 36 វគ្គបន្ថែមទៀត ដែលអាចបែងចែកក្នុងរយៈពេលយូរជាងនេះ។ *អាចតម្រូវឱ្យមានការអនុញ្ញាតជាមុន និង/ឬលិខិតបញ្ជូនបន្ត ហើយជាការទទួលខុសត្រូវរបស់អ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក។*	
	សេវាស្តារនីតិសម្បទាសម្រាប់អ្នកជំងឺឥតដេកពេទ្យ យើងបង់ថ្លៃសម្រាប់ការព្យាបាលដោយចលនា ការព្យាបាលដោយសកម្មភាពប្រចាំថ្ងៃ និងការព្យាបាលការនិយាយស្តី។ អ្នកអាចទទួលបានសេវាស្តារនីតិសម្បទាសម្រាប់អ្នកជំងឺឥតដេកពេទ្យ ពីផ្នែកអ្នកជំងឺឥតដេកពេទ្យរបស់មន្ទីរពេទ្យ ការិយាល័យអ្នកព្យាបាលឯករាជ្យ មណ្ឌលស្តារនីតិសម្បទាអ្នកជំងឺឥតដេកពេទ្យគ្រប់ជ្រុងជ្រោយ (CORFs) និងមណ្ឌលផ្សេងទៀត។ *អាចតម្រូវឱ្យមានការអនុញ្ញាតជាមុន និង/ឬលិខិតបញ្ជូនបន្ត ហើយជាការទទួលខុសត្រូវរបស់អ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក។*	$0

សេវាមានការធានារ៉ាប់រង		អ្នកត្រូវតែបង់ប៉ុន្មាន
	សេវាស្តារនីតិសម្បទាសួត យើងបង់ប្រាក់សម្រាប់កម្មវិធីស្តារនីតិសម្បទាសួត សម្រាប់សមាជិកដែលមានជំងឺស្ទះសួតរ៉ាំរ៉ៃ (chronic obstructive pulmonary disease, COPD) កម្រិតមធ្យម រហូតដល់កម្រិតធ្ងន់ធ្ងរខ្លាំង។ អ្នកត្រូវតែមានលិខិតបញ្ជូនបន្ត សម្រាប់ការស្តារនីតិសម្បទាសួត ពីវេជ្ជបណ្ឌិត ឬអ្នកផ្តល់សេវា ដែលកំពុង ព្យាបាលជំងឺ COPD របស់អ្នក។ *អាចតម្រូវឱ្យមានការអនុញ្ញាតជាមុន និង/ឬលិខិតបញ្ជូនបន្ត ហើយជាការទទួលខុសត្រូវរបស់អ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក។*	$0
	សេវាអ្នកជំងឺដេកពេទ្យក្នុងមន្ទីរពេទ្យវិកលចរិត យើងបង់ថ្លៃសម្រាប់សេវាថែទាំសុខភាពផ្លូវចិត្តដែលតម្រូវឱ្យស្នាក់នៅមន្ទីពេទ្យ។ • ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការសេវាសម្រាប់អ្នកជំងឺដេកពេទ្យក្នុងមន្ទីរពេទ្យវិកលចរិតដាច់តែឯងនោះ យើងបង់ថ្លៃសម្រាប់រយៈពេល 190 ថ្ងៃដំបូង។ បន្ទាប់ពីនោះ ទីភ្នាក់ងារសុខភាពផ្លូវចិត្តរបស់ខោនធីប្រចាំតំបន់បង់ថ្លៃសម្រាប់សេវាព្យាបាលអ្នកជំងឺវិកលចរិកដែលចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ។ ការអនុញ្ញាតសម្រាប់ការថែទាំលើសពី 190 ថ្ងៃត្រូវបានសម្របសម្រួលជាមួយ ទីភ្នាក់ងារសុខភាពផ្លូវចិត្តរបស់ខោនធីប្រចាំតំបន់។ ○ ការកំណត់រយៈពេល 190 ថ្ងៃ**មិន**អនុវត្តចំពោះសេវាសុខភាពផ្លូវចិត្តសម្រាប់អ្នកជំងឺស្នាក់ព្យាបាល ដែលត្រូវផ្តល់ឱ្យនៅអង្គភាពវិកលចរិតនៃមន្ទីរពេទ្យទូទៅនោះទេ។ • ប្រសិនបើអ្នកមានអាយុ 65 ឆ្នាំ ឬចាស់ជាងនេះ យើងបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវា ដែលអ្នកទទួលបាននៅក្នុងវិទ្យាស្ថាន Institute for Mental Diseases (IMD)។ *អាចតម្រូវឱ្យមានការអនុញ្ញាតជាមុន និង/ឬលិខិតបញ្ជូនបន្ត ហើយជាការទទួលខុសត្រូវរបស់អ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក។*	$0

	សេវាមានការធានារ៉ាប់រង	អ្នកត្រូវតែបង់ប៉ុន្មាន

	អត្ថប្រយោជន៍បន្ថែមពិសេសសម្រាប់អ្នកមានជំងឺរ៉ាំរ៉ៃ
	
	អាហារ និងផលិតផល*
	ប្រសិនបើអ្នកត្រូវបានចាត់ទុកថាមានសិទ្ធិទទួលបានទទួល គម្រោងនេះរួមបញ្ចូលអត្ថប្រយោជន៍ម្ហូបអាហារ និងផលិតផលកសិកម្ម សម្រាប់សមាជិកដែលមានលក្ខណៈជំងឺរ៉ាំរ៉ៃមួយចំនួន។ អត្ថប្រយោជន៍ រួមមាន៖
	
	• អ្នកមានប្រាក់ឧបត្ថម្ភរួមបញ្ចូលគ្នា $240 ក្នុងមួយត្រីមាសសម្រាប់ការទិញអាហារ និងកសិផលដែលមានសុខភាពល្អ និងមានអាហារូបត្ថម្ភ (ប្រសិនបើបំពេញតាមស្ថានភាពដែលមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់) និងទំនិញមិនត្រូវការវេជ្ជបញ្ជា (OTC)។
	• អ្នកអាចទិញអាហារ និងកសិផលដែលមានសិទ្ធិទទួលបានពីអ្នកលក់រាយក្នុងស្រុកដែលចូលរួម ដើម្បីជួយអ្នករក្សារបបអាហារដែលមានសុខភាពល្អ និងគាំទ្រតម្រូវការអាហារូបត្ថម្ភរបស់អ្នក។
	• ប្រាក់ឧបត្ថម្ភនេះ មិនអាចបញ្ចូលគ្នាជាមួយប្រាក់ឧបត្ថម្ភ $1,500 ក្នុងមួយឆ្នាំរបស់អ្នកសម្រាប់សេវាស្តាប់ដែលមិនរ៉ាប់រងដោយ Medicare ឡើយ។
	• អត្ថប្រយោជន៍នេះ មានប្រសិទ្ធភាពនៅថ្ងៃដំបូងនៃត្រីមាសនីមួយៗ (ថ្ងៃទី 1 ខែមករា ថ្ងៃទី 1 ខែមេសា ថ្ងៃទី 1 ខែកក្កដា និងថ្ងៃទី 1 ខែតុលា) ហើយប្រាក់ឧបត្ថម្ភដែលមិនបានប្រើប្រាស់ណាមួយ មិនអាចផ្ទេរពីត្រីមាសមួយទៅត្រីមាសមួយទៀតបានទេ។
	• នៅពេលអ្នកបានប្រើប្រាស់ប្រាក់ឧបត្ថម្ភប្រចាំត្រីមាសរបស់អ្នកអស់ហើយ អ្នកត្រូវទទួលខុសត្រូវចំពោះរាល់ការចំណាយលើការទិញរបស់អ្នក រហូតដល់ត្រីមាសបន្ទាប់ចាប់ផ្តើម។
	
	ដើម្បីមានសិទ្ធិទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍នេះ (មិនមែនសមាជិកទាំងអស់មានលក្ខខណ្ឌគ្រប់គ្រាន់ទេ) អ្នកត្រូវតែមានជំងឺរ៉ាំរ៉ៃយ៉ាងតិចមួយក្នុងចំណោមលក្ខខណ្ឌខាងក្រោម៖
	• ជំងឺប្រើប្រាស់គ្រឿងស្រវឹងរ៉ាំរ៉ៃ និងជំងឺប្រើប្រាស់សារធាតុញៀនផ្សេងទៀត (Substance Use Disorders, SUDs)
	• ជំងឺស្វ័យភាពស៊ាំ៖
	  ○ ជំងឺរលាកសរសៃឈាមច្រើនកន្លែង
	  ○ ជំងឺឈឺសាច់ដុំ និងរលាកសន្លាក់
	  ○ ជំងឺរលាកសន្លាក់
	  ○ ជំងឺរលាកសាច់ដុំ និងស្បែក
	  ○ ជំងឺរលាកសន្លាក់រ៉ាំរ៉ៃ
	  ○ ជំងឺប្រព័ន្ធភាពស៊ាំលូប៉ូស (ជំងឺ SLE)
	  ○ ជំងឺរលាកសន្លាក់ទាក់ទងនឹងជំងឺស្បែករ៉ាំរ៉ៃ (Psoriatic arthritis)
	  ○ ជំងឺរឹងស្បែក
	
	អត្ថប្រយោជន៍នេះមានបន្តនៅទំព័របន្ទាប់	

	សេវាមានការធានារ៉ាប់រង	អ្នកត្រូវតែបង់ប៉ុន្មាន
	អត្ថប្រយោជន៍បន្ថែមពិសេសសម្រាប់អ្នកមានជំងឺរ៉ាំរ៉ៃ (ត) • ជំងឺមហារីក • ជំងឺសរសៃឈាមបេះដូង៖ ○ ជំងឺចង្វាក់បេះដូងខុសប្រក្រតី ○ ជំងឺកកខ្លាញ់ក្នុងសរសៃឈាមបេះដូង ○ ជំងឺសរសៃឈាមនៅតាមអវៈយវៈ ○ ជំងឺសន្ទះបេះដូង • ជំងឺខ្សោយបេះដូងរ៉ាំរ៉ៃ • ជំងឺភ្លេចភ្លាំង • ជំងឺទឹកនោមផ្អែមដោយសារបញ្ហាអាំងស៊ុយលីន • ជំងឺលើសទម្ងន់ ជំងឺធាត់ជ្រុល និងជំងឺមេតាប៉ូលីស • ជំងឺក្រពះពោះវៀនរ៉ាំរ៉ៃ៖ ○ ជំងឺថ្លើមរ៉ាំរ៉ៃ ○ ជំងឺខ្លាញ់រុំថ្លើមចំពោះអ្នកដែលមិនទទួលទាន់ជាតិអាល់កុល (Non-alcoholic Fatty Liver Disease, NAFLD) ○ ជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B ○ ជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ C ○ ជំងឺរលាកលំពែង ○ រោគសញ្ញាពោះវៀនខុសប្រក្រតី ○ ជំងឺរលាកពោះវៀនធំ • ជំងឺតម្រងនោមរ៉ាំរ៉ៃ (Chronic Kidney Disease, CKD)៖ ○ CKD ដែលតម្រូវឱ្យមានការលាងឈាម/ជំងឺតម្រងនោមដំណាក់កាលចុងក្រោយ (ESRD) ○ CKD មិនតម្រូវឱ្យមានការលាងឈាម • ជំងឺឈាមធ្ងន់ធ្ងរ៖ ○ ជំងឺគោលិកាក្រហមរាងកណ្តៀវ ○ ជំងឺឈាមក្រកក ○ ជំងឺខ្វះប្លាកែតដោយសារប្រព័ន្ធភាពស៊ាំ (ITP) ○ ជំងឺរលាកខួរឆ្អឹងខ្នង ○ ជំងឺគោលិកាក្រហម (ដោយមិនរាប់បញ្ចូលលក្ខណគោលិកាក្រហមទេ) ○ ជំងឺស្ទះសរសៃឈាមរ៉ែនរ៉ាំរ៉ៃ • ជំងឺ HIV/AIDS • ជំងឺសួតរ៉ាំរ៉ៃ៖ ○ ជំងឺហឺត ជំងឺរលាកទងសួតរ៉ាំរ៉ៃ ○ ជំងឺក្រពេញខ្សោះជាតិសរសៃ ○ ជំងឺរលាកសួតរ៉ាំរ៉ៃ ○ ជំងឺក្រិនសួត ○ ជំងឺសម្ពាធឈាមខ្ពស់នៅសរសៃឈាមក្នុងសួត ○ ជំងឺស្ទះសួតរ៉ាំរ៉ៃ (COPD) **អត្ថប្រយោជន៍នេះមានបន្តនៅទំព័របន្ទាប់**	

សេវាមានការធានារ៉ាប់រង		អ្នកត្រូវតែបង់ប៉ុន្មាន
	អត្ថប្រយោជន៍បន្ថែមពិសេសសម្រាប់អ្នកមានជំងឺរ៉ាំរ៉ៃ (ត) • ស្ថានភាពសុខភាពផ្លូវចិត្តរ៉ាំរ៉ៃ និងបណ្តាលឱ្យមានពិការភាព៖ ○ ជំងឺបាយប៉ូឡា ○ ជំងឺធ្លាក់ទឹកចិត្តខ្លាំង ○ ជំងឺវង្វេងស្មារតី ○ ជំងឺវិកលចរិក ○ ជំងឺស្ត្រេសក្រោយការប៉ះទង្គិចផ្លូវចិត្ត (PTSD) ○ ជំងឺស្ត្រេសក្រោយការប៉ះទង្គិចផ្លូវចិត្ត (PTSD) ○ ជំងឺទទួលទានអាហារមិនប្រក្រតី ○ ជំងឺថប់បារម្ភ • ជំងឺសរសៃប្រសាទ៖ ○ ជំងឺក្រិននៃប្រព័ន្ធប្រសាទដែលគ្រប់គ្រងចលនាសាច់ដុំ (ALS) ○ ជំងឺឆ្កួតជ្រូក ○ ពិការភាពធ្ងន់ធ្ងរ (ពិការភាពមួយចំហៀងខ្លួន ពិការភាពលើអវៈយវៈទាំងបួន ពិការភាពមួយខ្លួនពាក់កណ្តាលខាងក្រោម ពិការភាពលើអវៈយវៈមួយ) ○ ជំងឺដាច់សរសៃប្រសាទរ៉ាំរ៉ៃ ○ ជំងឺស្បែកក្រិនឡើងបន្ទះៗ ○ ជំងឺផាកឃីនសុន ○ ជំងឺសរសៃប្រសាទចម្រុះ ○ ជំងឺឈឺសាច់ដុំរ៉ាំរ៉ៃ ○ ជំងឺអស់កម្លាំងរ៉ាំរ៉ៃ ○ របួសឆ្អឹងខ្នង ○ ជំងឺរលាកស្រោមខួរឆ្អឹងខ្នង ○ ជំងឺខ្វះចលនាសរសៃប្រសាទទាក់ទងនឹងជំងឺដាច់សរសៃឈាមខួរក្បាល • ជំងឺដាច់សរសៃឈាមខួរក្បាល • ការថែទាំក្រោយការប្តូរសរីរាង្គ • ជំងឺចុះខ្សោយប្រព័ន្ធភាពស៊ាំ និងជំងឺកាត់បន្ថយប្រព័ន្ធភាពស៊ាំ • ស្ថានភាពជំងឺដែលទាក់ទងនឹងការចុះខ្សោយនៃការចងចាំ៖ ○ ជំងឺវង្វេងវង្វាន់ ○ ពិការភាពបញ្ញា និងពិការភាពការលូតលាស់ ○ របួសខួរក្បាល ○ ពិការភាពជំងឺផ្លូវចិត្តដែលពាក់ព័ន្ធនឹងការចុះខ្សោយនៃការយល់ដឹង ○ ការចុះខ្សោយនៃការយល់ដឹងតិចតួច **អត្ថប្រយោជន៍នេះមានបន្តនៅទំព័របន្ទាប់**	

សេវាមានការធានារ៉ាប់រង		អ្នកត្រូវតែបង់ប៉ុន្មាន
	អត្ថប្រយោជន៍បន្ថែមពិសេសសម្រាប់អ្នកមានជំងឺរ៉ាំរ៉ៃ (ត) • លក្ខខណ្ឌដែលទាក់ទងនឹងបញ្ហាប្រឈមមុខងារ និងតម្រូវឱ្យមានសេវាកម្មស្រដៀងគ្នា រួមមានដូចខាងក្រោម៖ ○ របួសឆ្អឹងខ្នង ○ ខ្វិន ○ ការបាត់បង់អវយវៈ ○ ជំងឺដាច់សរសៃឈាមខួរក្បាល ○ ជំងឺសន្លាក់ឆ្អឹង • ស្ថានភាពរ៉ាំរ៉ៃដែលធ្វើឱ្យប៉ះពាល់ដល់ការមើលឃើញ ការស្តាប់ឮ (ថ្លង់) រសជាតិ ការប៉ះ និងក្លិន • លក្ខខណ្ឌដែលតម្រូវឱ្យបន្តសេវាព្យាបាល ដើម្បីឱ្យបុគ្គលម្នាក់ៗរក្សា ឬរក្សាមុខងារ គម្រោងនេះនឹងស្វែងយល់ថាតើអ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ម្ហូបអាហារ និងកសិផលដែរឬទេ ដោយប្រើប្រាស់ព័ត៌មានពីវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក ឬដោយការទាក់ទងទៅវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកសម្រាប់សេចក្តីថ្លែងការណ៍ដែលបានចុះហត្ថលេខាអំពីលក្ខណៈជំងឺរ៉ាំរ៉ៃរបស់អ្នក។ អ្នកនឹងទទួលបានសៀវភៅណែនាំសមាជិកតាមសំបុត្រ រួមជាមួយកាត Flex Card របស់អ្នក។ កាត Flex Card គឺជាកាតចំណាយដែលមានប្រាក់ឧបត្ថម្ភដែលមានសិទ្ធិទទួល ត្រូវបានបញ្ចូលជាមុនទៅក្នុងកាត ដើម្បីជួយបង់ប្រាក់សម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍ដែលធានារ៉ាប់រង។ សៀវភៅណែនាំសមាជិករបស់អ្នកនឹងរៀបរាប់ពីប្រាក់ឧបត្ថម្ភដែលមានផ្តល់ជូន ដែលបានបញ្ចូលជាមុនទៅលើកាត Flex Card របស់អ្នក ក៏ដូចជាកន្លែងដែលត្រូវស្វែងរកព័ត៌មានលម្អិតបន្ថែមអំពីអត្ថប្រយោជន៍ដែលធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នក និងរបៀបគ្រប់គ្រងគណនីរបស់អ្នក។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីអត្ថប្រយោជន៍នេះ សូមទូរសព្ទទៅកាន់លេខ 1-877-429-3245 [TTY: 711] ចាប់ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ 8 យប់ ម៉ោងនៅតំបន់ប៉ាស៊ីហ្វិក (PT) ចាប់ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ។ អ្នកក៏អាច ចូលទៅអនឡាញតាមរយៈ bscaflexbenefits.com សម្រាប់ព័ត៌មានលម្អិតបន្ថែម។ *សេវាទាំងនេះ មិនបានរាប់បញ្ចូលទៅក្នុងកម្រិតអតិបរមានៃចំណាយចេញពីហោប៉ៅខ្លួនឯងរបស់គម្រោងឡើយ។	

	សេវាមានការធានារ៉ាប់រង	អ្នកត្រូវតែបង់ប៉ុន្មាន
	ឧបករណ៍អវយវៈសិប្បនិម្មិត និងឧបករណ៍តម្រង់ឆ្អឹងជើង និងសម្ភារផ្គត់ផ្គង់ពាក់ព័ន្ធ ឧបករណ៍សិប្បនិម្មិតជំនួសទាំងអស់ ឬដោយផ្នែកនៃ ផ្នែក ឬមុខងាររបស់រាងកាយ។ ទាំងនេះ រួមមានជាអាទិ៍៖ • ការធ្វើតេស្ត ការលៃតម្រូវឱ្យត្រូវល្មម ឬការបណ្តុះបណ្តាលក្នុងការប្រើប្រាស់ឧបករណ៍អវៈយវៈសិប្បនិម្មិត និងឧបករណ៍តម្រង់ឆ្អឹង • ថង់សម្រាប់បង្ហូរលាមកពីពោះវៀន និងសម្ភារផ្គត់ផ្គង់ដែលពាក់ព័ន្ធសម្រាប់ការថែទាំពោះវៀនធំ • សារធាតុបំប៉នដែលសម្រាប់លេបចូលតាមពោះវៀន និងសម្រាប់ចាក់តាមសរសៃ ដូចជាឧបករណ៍ផ្គត់ផ្គង់អាហារ ឧបករណ៍ព្យួរសេរ៉ូម ទុយោ និងអាដាប់ទ័រ សូលុយស្យុង និងសម្ភារផ្គត់ផ្គង់សម្រាប់ការចាក់ដែលធ្វើឡើងដោយខ្លួនឯង • ថ្មបេះដូង • ខ្សែពត់ធ្មេញ • ស្បែកជើងសិប្បនិម្មិត • ដៃ និងជើងសិប្បនិម្មិត • សុដន់សិប្បនិម្មិត (រួមមានអាវទ្រនាប់សម្រាប់ពាក់ក្រោយការរះកាត់សុដន់) • សរីរាង្គសិប្បនិម្មិត ដើម្បីជំនួសផ្នែកទាំងអស់ ឬផ្នែកណាមួយនៃសរីរាង្គខាងក្រៅនៅលើផ្ទៃមុខ ដែលត្រូវបានយកចេញ ឬខូចមុខងារ ដោយសារជំងឺ របួស ឬពិការភាពពីកំណើត • ក្រែមទប់ការហូរលាមក និងកន្ទបលាមក យើងក៏នឹងបង់ប្រាក់សម្រាប់សម្ភារផ្គត់ផ្គង់មួយចំនួនដែលមានការពាក់ព័ន្ធនឹងឧបករណ៍អវយវៈសិប្បនិម្មិត និងឧបករណ៍តម្រង់ឆ្អឹងជើង។ យើងក៏នឹងបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាជួសជុល ឬផ្លាស់ប្តូរឧបករណ៍អវយវៈសិប្បនិម្មិត និងឧបករណ៍តម្រង់ឆ្អឹងជើងផងដែរ។ យើងផ្តល់ជូនការរ៉ាប់រងខ្លះ បន្ទាប់ពីការយកជំងឺបាយភ្នែក ឬការរះកាត់ជំងឺបាយភ្នែក។ សូមមើល “សេវាសុខភាពភ្នែក” នៅពេលក្រោយក្នុងតារាងនេះសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។ *អាចតម្រូវឱ្យមានការអនុញ្ញាតជាមុន ហើយការស្នើសុំការអនុញ្ញាតនេះគឺជាការទទួលខុសត្រូវរបស់អ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក។*	$0

	សេវាមានការធានារ៉ាប់រង	អ្នកត្រូវតែបង់ប៉ុន្មាន
	ឱសថ Medicare ផ្នែក B ឱសថទាំងនេះ ទទួលនបានការធានារ៉ាប់រងក្រោម Medicare ផ្នែក B។ គម្រោងរបស់យើងបង់ថ្លៃសម្រាប់ឱសថដូចខាងក្រោម៖ • ជាធម្មតា ឱសថដែលអ្នកមិនផ្តល់ឱ្យខ្លួនឯង ហើយត្រូវបានចាក់ ឬបញ្ចូលនៅពេលអ្នកទៅជួបវេជ្ជបណ្ឌិត អ្នកជំងឺឥតដេកពេទ្យក្នុងមន្ទីរពេទ្យ ឬសេវាមជ្ឈមណ្ឌលវះកាត់សង្គ្រោះបន្ទាន់ • ថ្នាំអ៊ិនស៊ូលីនដែលផ្តល់តាមរយៈបរិក្ខារវេជ្ជសាស្ត្រដែលប្រើជាប់បានយូរ (ដូចជាបំពង់អ៊ិនស៊ូលីនដែលចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ) • ឱសថផ្សេងទៀតដែលអ្នកប្រើបរិក្ខារវេជ្ជសាស្ត្រដែលប្រើជាប់បានយូរ (ដូចជាម៉ាស៊ីនឆ្អុងដង្ហើម) ដែលគម្រោងរបស់យើងបានអនុញ្ញាត • ឱសថសម្រាប់ជំងឺវង្វេងវង្វាន់ ឱសថ Leqembi® (ឱសថ lecanemab ទូទៅ) ដែលត្រូវចាក់តាមសរសៃឈាម (IV) បន្ថែមពីលើតម្លៃឱសថ អ្នកប្រហែលជាត្រូវការការថតស្កេន និងការធ្វើតេស្តបន្ថែមមុនពេល និង/ឬក្នុងអំឡុងពេលការព្យាបាល។ ពិគ្រោះជាមួយវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក អំពីការថតស្កេន និងការធ្វើតេស្តណាដែលអ្នកប្រហែលជាត្រូវការជាផ្នែកនៃការព្យាបាលរបស់អ្នក។ • កត្តាកំណកឈាមដែលអ្នកផ្តល់ឱ្យខ្លួនឯងតាមរយៈការចាក់ថ្នាំ នៅពេល អ្នកមានជំងឺឈាមក្រកក • ឱសថប្តូរសរីរាង្គ/ប្រព័ន្ធភាពស៊ាំ៖ Medicare ធានារ៉ាប់រងលើ ការព្យាបាលដោយឱសថប្តូរសរីរាង្គ ប្រសិនបើ Medicare បានបង់ប្រាក់ សម្រាប់ការប្តូរសរីរាង្គរបស់អ្នក។ អ្នកត្រូវតែមានផ្នែក A នៅពេលមាន ការប្តូរសរីរាង្គដែលមានការធានារ៉ាប់រង ហើយអ្នកត្រូវតែមាន ផ្នែក B នៅពេលអ្នកទទួលបានឱសថសម្រាប់ប្រព័ន្ធភាពស៊ាំ។ កម្មវិធី Medicare ផ្នែក D ធានារ៉ាប់រងលើថ្នាំបង្ក្រាបប្រព័ន្ធភាពស៊ាំ ប្រសិនបើ ផ្នែក B មិនធានារ៉ាប់រងលើថ្នាំទាំងនោះទេ។ **អត្ថប្រយោជន៍នេះមានបន្តនៅទំព័របន្ទាប់**	$0

	សេវាមានការធានារ៉ាប់រង	អ្នកត្រូវតែបង់ប៉ុន្មាន
	ឱសថមានវេជ្ជបញ្ជារបស់ Medicare ផ្នែក B (ត) • ឱសថជំនួយឆ្អឹងដែលត្រូវបានចាក់បញ្ចូល។ យើងបង់ប្រាក់សម្រាប់ឱសថទាំងនេះ ប្រសិនបើអ្នកពិបាកចាកចេញពីផ្ទះ មានរបួសឆ្អឹងដែលវេជ្ជបណ្ឌិតបញ្ជាក់ថា ទាក់ទងទៅនឹងជំងឺពុកឆ្អឹងក្រោយពេលស្ត្រីអស់រដូវ ហើយមិនអាចចាក់ថ្នាំដោយខ្លួនឯងបាន • អង់ទីហ្សែនមួយចំនួន៖ Medicare ធានារ៉ាប់រងលើអង់ទីហ្សែន ប្រសិនបើវេជ្ជបណ្ឌិតរៀបចំអង់ទីហ្សែនទាំងនោះ ហើយអ្នកដែលមានការណែនាំត្រឹមត្រូវ (ដែលអាចជាអ្នក អ្នកជំងឺ) ផ្តល់ជូនអង់ទីហ្សែនទាំងនោះក្រោមការត្រួតពិនិត្យសមស្រប • ឱសថប្រឆាំងនឹងជំងឺមហារីកដែលត្រូវលេបជាក់លាក់៖ Medicare ធានារ៉ាប់រងលើឱសថជំងឺមហារីកដែលត្រូវលេបមួយចំនួន ដែលអ្នកលេបតាមមាត់ ប្រសិនបើឱសថដូចគ្នាអាចប្រើបានក្នុងទម្រង់ ដែលអាចចាក់ ឬឱសថនោះ គឺជាឱសថ ដែលមានសារធាតុសកម្មខ្សោយ (ទម្រង់ឱសថលេបតាមមាត់ដែលនៅពេលលេបចូល វាបំបែកទៅជាធាតុផ្សំសកម្មដូចគ្នាដែលមាននៅក្នុងឱសថចាក់ដែរ)។ នៅពេលដែលឱសថថ្មីសម្រាប់ជំងឺមហារីកដែលត្រូវលេបអាចរកបាន ផ្នែក B អាចធានារ៉ាប់រងលើឱសថទាំងនោះបាន។ ប្រសិនបើផ្នែក B មិនធានារ៉ាប់រងលើពួកវាទេនោះ ផ្នែក D ធានារ៉ាប់រង • ឱសថប្រឆាំងនឹងការរមួលពោះដែលត្រូវលេប៖ Medicare ធានារ៉ាប់រង លើឱសថប្រឆាំងនឹងការរមួលពោះដែលត្រូវលេបដែលអ្នកប្រើជាផ្នែកមួយនៃរបបព្យាបាលដោយប្រើឱសថ anchemotherapeutic ប្រឆាំង នឹងជំងឺមហារីក ប្រសិនបើឱសថនោះត្រូវបានផ្តល់ឱ្យមុន នៅពេល ឬក្នុង រយៈពេល 48 ម៉ោងនៃការព្យាបាលដោយប្រើជាតិគីមី ឬត្រូវបានប្រើជាការជំនួសការព្យាបាលពេញលេញសម្រាប់ឱសថប្រឆាំងនឹងរមួលពោះដោយចាក់តាមសរសៃឈាម។ • ឱសថសម្រាប់ជំងឺតម្រងនោមដំណាក់កាលចុងក្រោយ (ESRD) ជាក់លាក់ដែលបានធានារ៉ាប់រងក្រោម Medicare ផ្នែក B • ការប្រើប្រាស់ឱសថប្រភេទ Calcimimetic ស្ថិតក្រោមប្រព័ន្ធបង់ប្រាក់របស់ ESRD រួមទាំងថ្នាំចាក់តាមសរសៃឈាមដែលមានម៉ាកយីហោ Parsabiv® និងថ្នាំលេបម៉ាក Sensipar • ឱសថមួយចំនួនសម្រាប់ការលាងឈាមតាមផ្ទះ រួមទាំងថ្នាំ heparin ថ្នាំបន្សាបសម្រាប់ថ្នាំ heparin (នៅពេលចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ) និងថ្នាំស្ពឹកលើស្បែក។ **អត្ថប្រយោជន៍នេះមានបន្តនៅទំព័របន្ទាប់**	

	សេវាមានការធានារ៉ាប់រង	អ្នកត្រូវតែបង់ប៉ុន្មាន
	ឱសថមានវេជ្ជបញ្ជារបស់ Medicare ផ្នែក B (ត) • សារធាតុរំញោច erythropoiesis៖ Medicare ធានារ៉ាប់រង erythropoietin ដោយការចាក់ថ្នាំ ប្រសិនបើអ្នកមាន ESRD ឬអ្នកត្រូវការ ឱសថនេះ ដើម្បីព្យាបាលកង្វះឈាមក្រហមទាក់ទងនឹងលក្ខខណ្ឌផ្សេង ទៀតជាក់លាក់ (ដូចជា Epogen®, Procrit®, Epoetin Alfa, Aranesp®, Darbepoetin Alfa®, Mircera® ឬ Methoxy polyethylene glycol-epotin beta) • ថ្នាំចាក់តាមសរសៃភាពស៊ាំគ្លូប៊ូលិនសម្រាប់ការព្យាបាលនៅផ្ទះនៃរោគខ្វះភាពស៊ាំរោគជាបឋម • ចំណីអាហារដោយបញ្ចូលតាមពោះវៀន និងតាមផ្លូវក្រៅបំពង់រំលាយអាហារ (ការផ្តល់អាហារតាមសរសៃឈាម IV និងបំពង់) យើងក៏ធានារ៉ាប់រងលើវ៉ាក់សាំងមួយចំនួន ដែលស្ថិតនៅក្រោម Medicare ផ្នែក B របស់យើង និងវ៉ាក់សាំងសម្រាប់មនុស្សពេញវ័យភាគច្រើន ដែលស្ថិត នៅក្រោមអត្ថប្រយោជន៍ឱសថ Medicare ផ្នែក D របស់យើងផងដែរ។ **ជំពូកទី 5** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក* នេះពន្យល់ពីអត្ថប្រយោជន៍ឱសថរបស់យើង។ វាពន្យល់អំពីបទបញ្ជាដែលអ្នកត្រូវតែអនុវត្តតាម ដើម្បីឱ្យឱសថមានវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកទទួលបានការធានារ៉ាប់រង។ **ជំពូកទី 6** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក* នេះពន្យល់ពីអ្វីដែលអ្នកត្រូវបង់ប្រាក់សម្រាប់ឱសថរបស់អ្នកតាមរយៈគម្រោងរបស់យើង។ *អាចតម្រូវឱ្យមានការអនុញ្ញាតជាមុន ហើយការស្នើសុំការអនុញ្ញាតនេះ គឺជាការទទួលខុសត្រូវរបស់អ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក។*	

E. តារាងអំពីនីតិវិធីអត្ថប្រយោជន៍សុខភាពធ្មេញជាប្រចាំ

តារាងបញ្ជីនីតិវិធីនៃអត្ថប្រយោជន៍សុខភាពមាត់ធ្មេញ

គ្រប់សមាជិកទាំងអស់នៅក្នុងគម្រោងនេះ ទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ថែទាំសុខភាពមាត់ធ្មេញ ដែលរួមបញ្ចូលការធានារ៉ាប់រងសម្រាប់នីតិវិធីធ្មេញមួយចំនួន។

តារាងបញ្ជីនីតិវិធីនៃអត្ថប្រយោជន៍សុខភាពមាត់ធ្មេញ ខាងក្រោមបង្ហាញអំពីនីតិវិធីសុខភាពមាត់ធ្មេញជាក់លាក់ ដែលមាន ការធានារ៉ាប់រងដោយគម្រោងដោយឥតគិតថ្លៃសម្រាប់អ្នក។ សេវាដែលបានចុះបញ្ជីត្រូវបានធានារ៉ាប់រងលើអត្ថប្រយោជន៍ នៅពេលដែលបានផ្តល់ដោយពេទ្យធ្មេញដែលមានអាជ្ញាបណ្ណក្នុងបណ្តាញ ហើយនៅពេលដែលចាំបាច់ និងជាទម្លាប់ដូច ដែលបានកំណត់ដោយស្តង់ដានៃការអនុវត្តថែទាំសុខភាពមាត់ធ្មេញដែលបានទទួលយកជាទូទៅ។

ចំណុចសំខាន់៖ សូមចំណាំថា **នីតិវិធីដែលមិនបានរាយបញ្ជីមិនត្រូវបានធានារ៉ាប់រងទេ។**

ចំណុចសំខាន់៖ សេវាធ្មេញមួយចំនួនមិនត្រូវបានធានារ៉ាប់រងក្រោមលក្ខខណ្ឌណាមួយឡើយ (ត្រូវបានស្គាល់ផងដែរថាជាការមិនគិតបញ្ចូល) ហើយសេវាធ្មេញមួយចំនួនត្រូវបានធានារ៉ាប់រងក្រោមលក្ខខណ្ឌជាក់លាក់ប៉ុណ្ណោះ (ត្រូវបានស្គាល់ផងដែរថាជាដែនកំណត់)។ សូមមើលជួរឈរ “ការកំណត់ទូទៅ” នៅក្នុង ***តារាងនីតិវិធីអត្ថប្រយោជន៍សុខភាពមាត់ធ្មេញ*** ខាងក្រោម និង “ការមិនរាប់បញ្ចូលទូទៅ” ដែលមានរាយក្នុងបញ្ជីបន្ទាប់ពី ***តារាងនីតិវិធីអត្ថប្រយោជន៍សុខភាពមាត់ធ្មេញ*** សម្រាប់ជាព័ត៌មានបន្ថែម។

ចំណុចសំខាន់៖ ដែនកំណត់នៃភាពញឹកញាប់មានរាយក្នុងជួរឈរ “ការកំណត់ទូទៅ” នៃ ***តារាងនីតិវិធីអត្ថប្រយោជន៍សុខភាពមាត់ធ្មេញ***ខាងក្រោមដែលមិនបញ្ជាក់ក្នុងមួយឆ្នាំនៃគម្រោង ឬមួយជីវិតផ្អែកលើកាលបរិច្ឆេទនៃសេវាកម្មចុងក្រោយ។ ឧទាហរណ៍ ចំនួនកំណត់ចំនួន 1 រៀងរាល់ 6 ខែម្តង មានន័យថា អ្នកអាចទទួលបានសេវាដែលមានរាយម្តង រៀងរាល់ប្រាំមួយខែ ចាប់ពីកាលបរិច្ឆេទ ដែលអ្នកបានទទួលសេវាដូចគ្នានោះចុងក្រោយ។ ដូច្នេះ ប្រសិនបើអ្នកទទួលបានសេវាដំបូងរបស់អ្នកនៅថ្ងៃទី 1 ខែមករា អ្នកនឹងមានសិទ្ធិទទួលបានសេវាដូចគ្នានោះម្តងទៀតនៅថ្ងៃទី 1 ខែកក្កដា។ ប្រសិនបើអ្នកទទួលបានសេវាដំបូងរបស់អ្នកនៅថ្ងៃទី 1 ខែកក្កដាអ្នកនឹងមិនមានសិទ្ធិទទួលបានសេវានោះ រហូតដល់ថ្ងៃទី 1 ខែមករានៃឆ្នាំគម្រោងបន្ទាប់។ សេវាដែលមិនមានកំណត់ចំនួនដងនៃការប្រើប្រាស់ អាចប្រើប្រាស់បានដោយគ្មានការកំណត់លុះត្រាតែវាចាំបាច់ និងស្របតាមការអនុវត្តនៃការថែទាំសុខភាពមាត់ធ្មេញដែលទទួលស្គាល់ជាទូទៅ។

សេវាដែលត្រូវបានរាយបញ្ជីជាមួយនឹងកូដដំណើរការរបស់សមាគមសុខភាពមាត់ធ្មេញអាមេរិក (ADA) ដោយផ្អែកលើពាក្យសព្ទបច្ចេកទេសធ្មេញបច្ចុប្បន្ន។ ច្បាប់សហព័ន្ធតម្រូវឱ្យប្រើកូដរបស់ ADA ដើម្បីរាយការណ៍អំពីដំណើរការសុខភាពមាត់ធ្មេញ។ កូដដំណើរការអាចត្រូវបានកែសម្រួលពីមួយដងទៅមួយដងដោយ ADA។ ដូច្នេះ គម្រោងអាចកែប្រែបញ្ជីកូដនេះឡើងវិញតាមការតម្រូវដោយច្បាប់។ អ្នកអាចទទួលបានបញ្ជីលេខកូដ ADA ដែលបានធ្វើបច្ចុប្បន្នភាព ដោយទាក់ទងទៅផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជនរបស់អ្នកគ្រប់គ្រងគម្រោងសុខភាពធ្មេញ (DPA) តាមរយៈលេខ **1-866-247-2486 [TTY: 711]** ម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ 8 យប់ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ (លើកលែងថ្ងៃឈប់សម្រាក) ចាប់ពីថ្ងៃទី 1 ខែតុលា ដល់ថ្ងៃទី 31 ខែមីនា និងថ្ងៃធ្វើការចាប់ពីថ្ងៃទី 1 ខែមេសា ដល់ថ្ងៃទី 30 ខែកញ្ញា។

លេខកូដ ADA	ការពណ៌នាអំពីសេវានៃ ADA ដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងសម្រាប់អ្នក	អ្វីដែលអ្នកត្រូវបង់ប្រាក់	ការកំណត់ទូទៅ
ការពិនិត្យមាត់ធ្មេញ			
D0140	ការវាយតម្លៃសុខភាពមាត់ធ្មេញមានដែនកំណត់ – ផ្តោតលើបញ្ហា	$0	1 ដងក្នុងមួយឆ្នាំប្រតិទិន
សេវាធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យធ្មេញផ្សេងទៀត			
D0190	ការពិនិត្យមើលអ្នកជំងឺ	$0	1 ដង (D0190 ឬ D0191) រៀងរាល់ឆ្នាំប្រតិទិន
D0191	ការវាយតម្លៃអ្នកជំងឺ	$0	1 ដង (D0190 ឬ D0191) រៀងរាល់ឆ្នាំប្រតិទិន
D0364	ការស្កេន CT cone នៅមុខ និងការបកស្រាយដោយមានទិដ្ឋភាពកំណត់ – តិចជាងថ្គាមទាំងមូល	$0	1 ដង (D0364, D0365, D0366 ឬ D0367) រៀងរាល់ឆ្នាំប្រតិទិន
D0365	ការស្កេន CT cone នៅមុខ និងការបកស្រាយដោយមានទិដ្ឋភាពនៃធ្មេញពេញលេញមួយជួរ – ថ្គាមក្រោម	$0	1 ដង (D0364, D0365, D0366, D0367 ឬ D0368) រៀងរាល់ឆ្នាំប្រតិទិន
D0366	ការស្កេន CT cone នៅមុខ និងការបកស្រាយដោយមានទិដ្ឋភាពនៃធ្មេញពេញលេញមួយជួរ – ថ្គាមលើ ដោយមាន ឬគ្មានឆ្អឹងលលាដ៍ក្បាល	$0	1 ដង (D0364, D0365, D0366, D0367 ឬ D0368) រៀងរាល់ឆ្នាំប្រតិទិន
D0367	ការស្កេន CT cone នៅមុខ និងការបកស្រាយដោយមានទិដ្ឋភាពថ្គាមទាំងពីរ ដោយមាន ឬគ្មានឆ្អឹងលលាដ៍ក្បាល	$0	1 ដង (D0364, D0365, D0366, D0367 ឬ D0368) រៀងរាល់ឆ្នាំប្រតិទិន
D0368	ការស្កេន CT cone នៅមុខ និងការបកស្រាយសម្រាប់វគ្គ TMJ រួមទាំងការថតកាំរស្មីអ៊ិចពីរ ឬច្រើនដង	$0	1 ដង (D0364, D0365, D0366, D0367 ឬ D0368) រៀងរាល់ឆ្នាំប្រតិទិន
D0380	ការស្កេន CT cone នៅមុខដោយមានទិដ្ឋភាពកំណត់ – តិចជាងថ្គាមទាំងមូល	$0	បានរួមបញ្ចូលក្នុងតម្លៃសម្រាប់សេវាដែលបានបញ្ជាប់
D0381	ការស្កេន CT cone នៅមុខដោយមានទិដ្ឋភាពនៃធ្មេញពេញលេញមួយជួរ – ថ្គាមក្រោម	$0	បានរួមបញ្ចូលក្នុងតម្លៃសម្រាប់សេវាដែលបានបញ្ជាប់
D0382	ការស្កេន CT cone នៅមុខដោយមានទិដ្ឋភាពនៃធ្មេញពេញលេញមួយជួរ – ថ្គាមលើ ដោយមាន ឬគ្មានឆ្អឹងលលាដ៍ក្បាល	$0	បានរួមបញ្ចូលក្នុងតម្លៃសម្រាប់សេវាដែលបានបញ្ជាប់
D0383	ការស្កេន CT cone នៅមុខដោយមានទិដ្ឋភាពថ្គាមទាំងពីរ ដោយមាន ឬគ្មានឆ្អឹងលលាដ៍ក្បាល	$0	បានរួមបញ្ចូលក្នុងតម្លៃសម្រាប់សេវាដែលបានបញ្ជាប់

លេខកូដ ADA	ការពណ៌នាអំពីសេវានៃ ADA ដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងសម្រាប់អ្នក	អ្វីដែលអ្នកត្រូវបង់ប្រាក់	ការកំណត់ទូទៅ
សេវាស្តារមុខងារធ្មេញ			
D2720	ស្រោបធ្មេញ - ដែលធ្វើពីជ័រលាយជាមួយលោហៈមានតម្លៃខ្ពស់	$0	2 ដងក្នុងមួយឆ្នាំប្រតិទិន
D2722	ស្រោបធ្មេញ - ដែលធ្វើពីជ័រលាយជាមួយលោហៈមានតម្លៃ	$0	2 ដងក្នុងមួយឆ្នាំប្រតិទិន
D2750	ស្រោបធ្មេញ - ដែលធ្វើពីសារធាតុប៉ស៊ីឡែនរំលាយបញ្ចូលជាមួយលោហៈមានតម្លៃខ្ពស់	$0	2 ដងក្នុងមួយឆ្នាំប្រតិទិន
D2752	ស្រោបធ្មេញ - ដែលធ្វើពីសារធាតុប៉ស៊ីឡែនរំលាយបញ្ចូលជាមួយលោហៈមានតម្លៃ	$0	2 ដងក្នុងមួយឆ្នាំប្រតិទិន
D2790	ស្រោបធ្មេញ - ដែលស្រោបពេញដោយលោហៈមានតម្លៃខ្ពស់	$0	2 ដងក្នុងមួយឆ្នាំប្រតិទិន
D2792	ស្រោបធ្មេញ - ដែលស្រោបពេញដោយលោហៈមានតម្លៃ	$0	2 ដងក្នុងមួយឆ្នាំប្រតិទិន
ពេទ្យធ្មេញឯកទេសព្យាបាលរោគអញ្ចាញធ្មេញ			
D4240	ដំណើរការព្យាបាលចម្រៀកអញ្ចាញធ្មេញ រួមមានការដាំឫសធ្មេញ - ធ្មេញបួន ឬច្រើនជាប់គ្នា ឬចន្លោះគម្លាតនៃធ្មេញក្នុងមួយចតុភាគ	$0	1 ដង (D4240 ឬ D4241) ក្នុងមួយផ្នែក រៀងរាល់ 3 ឆ្នាំប្រតិទិន
D4241	ដំណើរការព្យាបាលចម្រៀកអញ្ចាញធ្មេញ - រួមមានការដាំឫសធ្មេញ - ធ្មេញមួយទៅបីជាប់គ្នា ឬចន្លោះគម្លាតនៃធ្មេញក្នុងមួយចតុភាគ	$0	1 ដង (D4240 ឬ D4241) ក្នុងមួយផ្នែក រៀងរាល់ 3 ឆ្នាំប្រតិទិន
D4263	ការផ្សាំជំនួសឆ្អឹង - រក្សាធ្មេញធម្មជាតិ - កន្លែងទីមួយក្នុងមួយចតុភាគ	$0	1 ក្នុងមួយធ្មេញ រៀងរាល់ 3 ឆ្នាំប្រតិទិន
D4264	ការផ្សាំជំនួសឆ្អឹង - រក្សាធ្មេញធម្មជាតិ - កន្លែងបន្ថែមនីមួយៗក្នុងមួយចតុភាគ	$0	1 ក្នុងមួយធ្មេញ រៀងរាល់ 3 ឆ្នាំប្រតិទិន
D4266	ការបង្កើតជាលិកាឡើងវិញតាមការណែនាំ ធ្មេញធម្មជាតិ របាំងបណ្តុះឆ្អឹង ក្នុងមួយកន្លែង	$0	1 ដង (D4266 ឬ D4267) ក្នុងមួយធ្មេញ រៀងរាល់ 3 ឆ្នាំប្រតិទិន
D4267	ការបង្កើតជាលិកាឡើងវិញតាមការណែនាំ ធ្មេញធម្មជាតិ មិនមានរបាំងបណ្តុះឆ្អឹង ក្នុងមួយកន្លែង	$0	1 ដង (D4266 ឬ D4267) ក្នុងមួយធ្មេញ រៀងរាល់ 3 ឆ្នាំប្រតិទិន
ធ្មេញសិប្បនិម្មិត អាចដោះចេញបាន			
D5221	ក្រាសធ្មេញជំនួសដោយផ្នែកនៃថ្គាមលើភ្លាមៗ - បាតជ័រ (រួមទាំងសម្ភារៈទ្រនាប់/តង្កៀប ទម្រ និងធ្មេញ)	$0	1 ដង (D5221, D5223, D5225 ឬ D5227) រៀងរាល់ 5 ឆ្នាំប្រតិទិន
D5222	ក្រាសធ្មេញជំនួសដោយផ្នែកនៃថ្គាមក្រោមភ្លាមៗ - បាតជ័រ (រួមទាំងសម្ភារៈទ្រនាប់/តង្កៀប ទម្រ និងធ្មេញ)	$0	1 ដង (D5222, D5224, D5226 ឬ D5228) រៀងរាល់ 5 ឆ្នាំប្រតិទិន

លេខកូដ ADA	ការពណ៌នាអំពីសេវានៃ ADA ដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងសម្រាប់អ្នក	អ្វីដែលអ្នកត្រូវបង់ប្រាក់	ការកំណត់ទូទៅ
D5223	ក្រាសធ្មេញជំនួសដោយផ្នែកនៃថ្គាមលើភ្លាមៗ - គ្រោងដែកស្រោបដោយបាតធ្មេញជ័រ (រួមទាំងសម្ភារៈទ្រនាប់/តង្កៀប ទម្រ និងធ្មេញ)	$0	1 ដង (D5221, D5223, D5225 ឬ D5227) រៀងរាល់ 5 ឆ្នាំប្រតិទិន
D5224	ក្រាសធ្មេញជំនួសដោយផ្នែកនៃថ្គាមក្រោមភ្លាមៗ - គ្រោងដែកស្រោបដោយបាតធ្មេញជ័រ (រួមទាំងសម្ភារៈទ្រនាប់/ដង្កៀប ទម្រ និងធ្មេញ)	$0	1 ដង (D5222, D5224, D5226 ឬ D5228) រៀងរាល់ 5 ឆ្នាំប្រតិទិន
D5225	ក្រាសធ្មេញពាក់ដោយផ្នែកនៃធ្មេញថ្គាមលើ - ផ្នែកដែលអាចបត់បែនបាន (រួមបញ្ចូលសម្ភារជក់ទឹក/ដង្កៀប ទម្រ និងធ្មេញ)	$0	1 ដង (D5221, D5223, D5225 ឬ D5227) រៀងរាល់ 5 ឆ្នាំប្រតិទិន
D5226	ក្រាសធ្មេញពាក់ដោយផ្នែកនៃធ្មេញថ្គាមក្រោម - ផ្នែកដែលអាចបត់បែនបាន (រួមបញ្ចូលសម្ភារជក់ទឹក/ដង្កៀប ទម្រ និងធ្មេញ)	$0	1 ដង (D5222, D5224, D5226 ឬ D5228) រៀងរាល់ 5 ឆ្នាំប្រតិទិន
D5227	ក្រាសធ្មេញពាក់ដោយផ្នែកនៃថ្គាមលើភ្លាមៗ - គ្រឹះដែលអាចបត់បែនបាន (រួមបញ្ចូលសម្ភារដង្កៀប ទម្រ និងធ្មេញ)	$0	1 ដង (D5221, D5223, D5225 ឬ D5227) រៀងរាល់ 5 ឆ្នាំប្រតិទិន
D5228	ក្រាសធ្មេញពាក់ដោយផ្នែកនៃថ្គាមក្រោមភ្លាមៗ - គ្រឹះដែលអាចបត់បែនបាន (រួមបញ្ចូលសម្ភារដង្កៀប ទម្រ និងធ្មេញ)	$0	1 ដង (D5222, D5224, D5226 ឬ D5228) រៀងរាល់ 5 ឆ្នាំប្រតិទិន
D5670	ប្តូរធ្មេញថ្មី និងជ័រអាគ្រីលីកទាំងអស់នៅលើគ្រោងស្រោបលោហៈ (ថ្គាមលើ)	$0	1 ដងក្នុងរៀងរាល់ 6 ខែម្តង
D5671	ប្តូរធ្មេញថ្មី និងជ័រអាគ្រីលីកទាំងអស់នៅលើគ្រោងស្រោបលោហៈ (ថ្គាមក្រោម)	$0	1 ដងក្នុងរៀងរាល់ 6 ខែម្តង
D5710	ការកែតម្រូវក្រាសធ្មេញពេញលេញនៃឆ្អឹងថ្គាមលើឡើងវិញ	$0	1 លើកក្នុងមួយឆ្នាំតាមប្រតិទិន (មិនធានារ៉ាប់រងក្នុងរយៈពេល 6 ខែក្នុងការដាក់ដំបូង)
D5711	ការកែតម្រូវក្រាសធ្មេញពាក់នៃឆ្អឹងថ្គាមក្រោមឡើងវិញ	$0	1 លើកក្នុងមួយឆ្នាំតាមប្រតិទិន (មិនធានារ៉ាប់រងក្នុងរយៈពេល 6 ខែក្នុងការដាក់ដំបូង)
D5720	ការកែតម្រូវក្រាសធ្មេញពាក់ដោយផ្នែកនៃឆ្អឹងថ្គាមលើឡើងវិញ	$0	1 លើកក្នុងមួយឆ្នាំតាមប្រតិទិន (មិនធានារ៉ាប់រងក្នុងរយៈពេល 6 ខែក្នុងការដាក់ដំបូង)
D5721	ការកែតម្រូវក្រាសធ្មេញពាក់ដោយផ្នែកនៃឆ្អឹងថ្គាមក្រោម	$0	1 លើកក្នុងមួយឆ្នាំតាមប្រតិទិន (មិនធានារ៉ាប់រងក្នុងរយៈពេល 6 ខែក្នុងការដាក់ដំបូង)

លេខកូដ ADA	ការពណ៌នាអំពីសេវានៃ ADA ដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងសម្រាប់អ្នក	អ្វីដែលអ្នកត្រូវបង់ប្រាក់	ការកំណត់ទូទៅ
ធ្មេញជំនួសធ្មេញកំណើត ដែលដាក់ភ្ជាប់			
D6240	ធ្មេញពាក់ - ដែលធ្វើពីសារធាតុប៉សឺឡែនរំលាយជាមួយលោហៈពិសេស	$0	1 លើកក្នុងមួយធ្មេញ រៀងរាល់ 5 ឆ្នាំប្រតិទិន
D6242	ធ្មេញពាក់ - ដែលធ្វើពីសារធាតុប៉សឺឡែនរំលាយជាមួយលោហៈពិសេស	$0	1 លើកក្នុងមួយធ្មេញ រៀងរាល់ 5 ឆ្នាំប្រតិទិន
D6250	ធ្មេញពាក់ - ដែលធ្វើពីជ័រជាមួយលោហៈពិសេស	$0	1 លើកក្នុងមួយធ្មេញ រៀងរាល់ 5 ឆ្នាំប្រតិទិន
D6252	ធ្មេញពាក់ - ដែលធ្វើពីជ័រជាមួយលោហៈពិសេស	$0	1 លើកក្នុងមួយធ្មេញ រៀងរាល់ 5 ឆ្នាំប្រតិទិន
D6750	ធ្មេញស្រោបដែកតម្រង់ធ្មេញ - ដែលធ្វើពីសារធាតុប៉សឺឡែនរំលាយបញ្ចូលជាមួយលោហៈពិសេស	$0	1 លើកក្នុងមួយធ្មេញ រៀងរាល់ 5 ឆ្នាំប្រតិទិន
D6752	ធ្មេញស្រោបដែកតម្រង់ធ្មេញ - ដែលធ្វើពីសារធាតុប៉សឺឡែនរំលាយបញ្ចូលជាមួយលោហៈពិសេស	$0	1 លើកក្នុងមួយធ្មេញ រៀងរាល់ 5 ឆ្នាំប្រតិទិន
ការវះកាត់មាត់ និងថ្គាម			
D7953	ការផ្សាំឆ្អឹងជំនួសដើម្បីរក្សាទ្រនុងអញ្ចាញធ្មេញ - ក្នុងមួយទីតាំង	$0	1 លើកក្នុងមួយជីវិតសម្រាប់ទីតាំងនីមួយៗ D7953 គឺជាអត្ថប្រយោជន៍មួយនៅពេលផ្តល់ជូនក្នុងពេលដាក់ធ្មេញ ឬដកធ្មេញ
សេវាទូទៅដែលជួយបន្ថែមដល់ការព្យាបាល			
D9211	ការចាក់ថ្នាំស្ពឹកទប់ស្កាត់មួយតំបន់	$0	មិនអាចបង់ប្រាក់ដាច់ដោយឡែកបានទេ។ បានរួមបញ្ចូលក្នុងតម្លៃសម្រាប់សេវាដែលបានបញ្ចប់
D9212	ការចាក់ថ្នាំស្ពឹកទប់ស្កាត់ផ្នែកសរសៃប្រសាទ Trigeminal	$0	មិនអាចបង់ប្រាក់ដាច់ដោយឡែកបានទេ។ បានរួមបញ្ចូលក្នុងតម្លៃសម្រាប់សេវាដែលបានបញ្ចប់
D9215	ការចាក់ថ្នាំស្ពឹកទប់ស្កាត់នៅនឹងកន្លែងស្របពេលជាមួយនីតិវិធីប្រតិបត្តិការ ឬវិធីវះកាត់	$0	មិនអាចបង់ប្រាក់ដាច់ដោយឡែកបានទេ។ បានរួមបញ្ចូលក្នុងតម្លៃសម្រាប់សេវាដែលបានបញ្ចប់

ចំណាំ៖ ចំនួនទឹកប្រាក់នៃការចែករំលែកថ្លៃចំណាយរបស់សមាជិកដែលមានរាយក្នុងបញ្ជីអនុវត្តតែនៅពេល ដែលអ្នកទទួលបានសេវាថែទាំសុខភាពមាត់ធ្មេញពីពេទ្យធ្មេញក្នុងបណ្តាញប៉ុណ្ណោះ។

ចំណាំ៖ ចាប់តាំងពី Blue Shield ចុះកិច្ចសន្យាជាមួយ Medicare ជារៀងរាល់ឆ្នាំ អត្ថប្រយោជន៍នៃការថែទាំសុខភាពមាត់ធ្មេញទាំងនេះ ប្រហែលជាមិននៅឆ្នាំក្រោយទេ។

ការទទួលបានការថែទាំសុខភាពមាត់ធ្មេញ

សេចក្តីផ្តើម

គម្រោងសុខភាពធ្មេញរបស់ Blue Shield of California ត្រូវបានគ្រប់គ្រងដោយអ្នកគ្រប់គ្រងគម្រោងសុខភាពធ្មេញ (DPA) ដែលបានចុះកិច្ចសន្យា ដែលជាអង្គភាពចុះកិច្ចសន្យាជាមួយ Blue Shield of California ដើម្បីគ្រប់គ្រង ការផ្តល់សេវាធ្មេញ តាមរយៈបណ្តាញពេទ្យធ្មេញដែលបានចុះកិច្ចសន្យា។ ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរណាមួយទាក់ទងនឹងព័ត៌មាននៅ ក្នុងផ្នែកធ្មេញនេះ ត្រូវការជំនួយ ឬមានបញ្ហាណាមួយ អ្នកអាចទាក់ទងផ្នែកសេវាបម្រើ អតិថិជនរបស់ DPA តាមរយៈលេខ **1-866-247-2486 [TTY: 711]** ម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ 8 យប់ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ (លើកលែងថ្ងៃឈប់ សម្រាក) ចាប់ពីថ្ងៃទី 1ខែតុលា ដល់ថ្ងៃទី 31 ខែមីនា និងថ្ងៃធ្វើការចាប់ពីថ្ងៃទី 1 ខែមេសា ដល់ថ្ងៃទី 30 ខែកញ្ញា។

មុនពេលទទួលបានសេវាសុខភាពមាត់ធ្មេញ

អ្នកទទួលខុសត្រូវក្នុងការធានាថា ពេទ្យធ្មេញដែលអ្នកជ្រើសរើសគឺជាពេទ្យធ្មេញក្នុងបណ្តាញ។

គម្រោងថែទាំសុខភាពមាត់ធ្មេញតែក្នុងបណ្តាញនេះមិនផ្តល់អត្ថប្រយោជន៍ដល់ពេទ្យធ្មេញក្រៅបណ្តាញទេ។ សេវាដែលបានទទួលពីពេទ្យធ្មេញក្រៅបណ្តាញនឹងមិនមានការធានារ៉ាប់រងទេ។ នៅពេលអ្នកទទួលសេវាពីពេទ្យធ្មេញក្រៅបណ្តាញ អ្នកនឹងទទួលខុសត្រូវក្នុងការបង់ប្រាក់ដោយផ្ទាល់ទៅពេទ្យធ្មេញ សម្រាប់ចំនួនទឹកប្រាក់ទាំងស្រុងដែលពេទ្យធ្មេញបានចេញវិក្កយបត្រ។

ចំណាំ៖ ស្ថានភាពរបស់ពេទ្យធ្មេញក្នុងបណ្តាញដែលអាចផ្លាស់ប្តូរបាន។ វាជាកាតព្វកិច្ចរបស់អ្នកក្នុងការផ្ទៀងផ្ទាត់ថាតើពេទ្យធ្មេញរបស់អ្នកនាពេលបច្ចុប្បន្នជាពេទ្យធ្មេញក្នុងបណ្តាញ ហើយក្នុងករណីមានការផ្លាស់ប្តូរណាមួយចំពោះបញ្ជីពេទ្យធ្មេញដែលបានចុះកិច្ចសន្យា។ បញ្ជីឈ្មោះពេទ្យធ្មេញក្នុងបណ្តាញដែលមានទីតាំងនៅក្នុងតំបន់របស់អ្នកអាចទទួលបានដោយការទាក់ទងទៅសេវាបម្រើអតិថិជនរបស់ DPA តាមរយៈលេខ **1-866-247-2486 [TTY: 711]** ម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ 8 យប់ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ (លើកលែងថ្ងៃឈប់សម្រាក) ចាប់ពីថ្ងៃទី 1 ខែតុលា ដល់ថ្ងៃទី 31 ខែមីនា និងថ្ងៃធ្វើការចាប់ពីថ្ងៃទី 1 ខែមេសា ដល់ថ្ងៃទី 30 ខែកញ្ញា។

ការទៅជួបពេទ្យធ្មេញរបស់អ្នក

បន្ទាប់ពីការចុះឈ្មោះហើយភ្លាមនោះ អ្នកនឹងទទួលបានកញ្ចប់សមាជិកភាពពី DPA ដែលប្រាប់អ្នកអំពីកាលបរិច្ឆេទមានប្រសិទ្ធភាពនៃអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នក និងអាសយដ្ឋាន និងលេខទូរសព្ទរបស់ពេទ្យធ្មេញក្នុងបណ្តាញរបស់អ្នក ឬពេទ្យធ្មេញថែទាំបឋម (PCD)។ បន្ទាប់ពីកាលបរិច្ឆេទចូលជាធរមាននៅក្នុងកញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់អ្នក អ្នកនឹងអាច

ទទួលបានសេវាថែទាំសុខភាពមាត់ធ្មេញដែលមានការរ៉ាប់រង។ ដើម្បីធ្វើការណាត់ជួប គ្រាន់តែហៅទូរសព្ទទៅការិយាល័យអ្នកផ្តល់ការថែទាំធ្មេញជាបឋម (PCD) របស់អ្នក ហើយប្រាប់អត្តសញ្ញាណខ្លួនអ្នកថា ជាសមាជិក Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan។ ការណាត់ជួបដំបូងគួរតែត្រូវបានរៀបចំក្នុងរយៈពេល បួនសប្តាហ៍ លុះត្រាតែមានពេលវេលាជាក់លាក់ណាមួយត្រូវបានស្នើសុំ។ ការសាកសួរទាក់ទងនឹងភាពមានសម្រាប់ការណាត់ជួប និងការអាចទទួលបានសេវាពីពេទ្យធ្មេញ គួរតែត្រូវបានបញ្ជូនទៅផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជនរបស់ DPA តាមរយៈលេខ **1-866-247-2486 [TTY: 711]** ម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ 8 យប់ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ (លើកលែងថ្ងៃឈប់សម្រាក) ចាប់ពីថ្ងៃទី 1 ខែតុលា ដល់ថ្ងៃទី 31 ខែមីនា និងថ្ងៃធ្វើការចាប់ពីថ្ងៃទី 1 ខែមេសា ដល់ថ្ងៃទី 30 ខែកញ្ញា។

ចំណាំ៖ សមាជិកម្នាក់ៗត្រូវតែទៅកាន់ PCD ដែលត្រូវបានចាត់តាំងរបស់គាត់ ដើម្បីទទួលបានសេវាកម្មដែលមាន ការធានារ៉ាប់រង លើកលែងតែសេវាកម្មដែលផ្តល់ដោយអ្នកឯកទេសដែលមានការអនុញ្ញាតជាមុន ហើយជាលាយលក្ខណ៍ អក្សរដោយ DPA។ រាល់ការព្យាបាលផ្សេងទៀតមិនទទួលបានការធានារ៉ាប់រងក្រោមគម្រោង Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan ឡើយ។

អ្នកត្រូវតែទាក់ទងទៅកាន់ PCD របស់អ្នកសម្រាប់តម្រូវការថែទាំសុខភាពមាត់ធ្មេញទាំងអស់ រួមទាំងការពិគ្រោះយោបល់ជាមួយអ្នកឯកទេសរបស់គម្រោង។ PCD មានទំនួលខុសត្រូវក្នុងការផ្តល់សេវាថែទាំមាត់ធ្មេញទូទៅ និងសម្របសម្រួល ឬរៀបចំលិខិតបញ្ជូនបន្តទៅកាន់គ្រូពេទ្យឯកទេសរបស់គម្រោងដែលចាំបាច់ផ្សេងទៀត។ គម្រោងត្រូវតែអនុញ្ញាតឱ្យមានលិខិតបញ្ជូនបន្តបែបនេះ។

ការបង់ប្រាក់រួមផ្នាល់ខ្លួនរបស់សមាជិក

មុនពេលចាប់ផ្តើមការព្យាបាលរបស់អ្នក ពេទ្យធ្មេញរបស់អ្នកនឹងរៀបចំគម្រោងការព្យាបាលមួយ ដើម្បីបំពេញតម្រូវការផ្នាល់ខ្លួនរបស់អ្នក។ វាជាការល្អបំផុតក្នុងការពិភាក្សាអំពីគម្រោងព្យាបាល និងទំនួលខុសត្រូវផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុរបស់អ្នកជាមួយពេទ្យធ្មេញរបស់អ្នក មុនពេលចាប់ផ្តើមការព្យាបាល។

សេវាសុខភាពមាត់ធ្មេញដែលមានការធានារ៉ាប់រងផ្តល់ជូនអ្នកដោយឥតគិតថ្លៃពីពេទ្យធ្មេញក្នុងបណ្តាញ។ ប្រសិនបើអ្នកជ្រើសរើសទៅពេទ្យធ្មេញក្រៅបណ្តាញ អ្នកនឹងមិនទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ទេ ហើយអ្នកនឹងទទួលខុសត្រូវក្នុងការបង់ប្រាក់ឱ្យពេទ្យធ្មេញដោយផ្នាល់សម្រាប់ចំនួនទឹកប្រាក់សរុបដែលពេទ្យធ្មេញនោះបានចេញវិក្កយបត្រជូន។

ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយបន្ថែមក្នុងការទទួលបានព័ត៌មានអំពីគម្រោងការព្យាបាលរបស់អ្នក អ្នកអាចទាក់ទង ផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជនរបស់ DPA តាមរយៈលេខ **1-866-247-2486 [TTY: 711]** ម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ 8 យប់ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ (លើកលែងថ្ងៃឈប់សម្រាក) ចាប់ពីថ្ងៃទី 1 ខែតុលា ដល់ថ្ងៃទី 31 ខែមីនា និងថ្ងៃធ្វើការចាប់ពីថ្ងៃទី 1 ខែមេសា ដល់ថ្ងៃទី 30 ខែកញ្ញា។

ជម្រើសនៃពេទ្យធ្មេញថែទាំបឋម

នៅពេលចុះឈ្មោះ អ្នកត្រូវតែជ្រើសរើសពេទ្យធ្មេញក្នុងបណ្តាញ ដើម្បីធ្វើជា PCD របស់អ្នក។ ប្រសិនបើអ្នកខកខានក្នុងការជ្រើសរើសពេទ្យធ្មេញក្នុងបណ្តាញ ឬពេទ្យធ្មេញក្នុងបណ្តាញដែលបានជ្រើសរើសរួចមិនទំនេរវិញនោះ DPA នឹងស្នើសុំការជ្រើសរើសពេទ្យធ្មេញក្នុងបណ្តាញផ្សេងទៀត ឬចាត់តាំងឱ្យអ្នកទៅកាន់ពេទ្យធ្មេញក្នុងបណ្តាញផ្សេងទៀត។ អ្នកអាចផ្លាស់ប្តូរពេទ្យធ្មេញក្នុងបណ្តាញដែលបានចាត់តាំងឱ្យអ្នក ដោយទាក់ទងទៅផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជនរបស់ DPA តាមរយៈលេខ **1-866-247-2486 [TTY: 711]** ម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ 8 យប់ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ (លើកលែងថ្ងៃឈប់សម្រាក) ចាប់ពីថ្ងៃទី 1 ខែតុលា ដល់ថ្ងៃទី 31 ខែមីនា និងថ្ងៃធ្វើការចាប់ពីថ្ងៃទី 1 ខែមេសា ដល់ថ្ងៃទី 30 ខែកញ្ញា។ ដើម្បីធានាថា ពេទ្យធ្មេញក្នុងបណ្តាញរបស់អ្នកទទួលបានការជូនដំណឹង ហើយបញ្ជីសិទ្ធិទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍របស់ DPA មានភាពត្រឹមត្រូវនោះ ការផ្លាស់ប្តូរពេទ្យធ្មេញក្នុងបណ្តាញត្រូវតែស្នើសុំ មុនថ្ងៃទី 21 នៃខែ ដើម្បីឱ្យការផ្លាស់ប្តូរមានប្រសិទ្ធភាពនៅថ្ងៃទីមួយនៃខែបន្ទាប់។

ប្រសិនបើពេទ្យធ្មេញរបស់អ្នកលែងមានកិច្ចសន្យាជាមួយ DPA នៃគម្រោង Blue Shield Medicare + គម្រោង Medi-Cal Plan

ប្រសិនបើពេទ្យធ្មេញក្នុងបណ្តាញដែលអ្នកបានជ្រើសរើសមិនអាចបន្តក្រោមកិច្ចសន្យាជាមួយ DPA ដោយសារតែគាត់មិនអាចបំពេញការងារបាន ឬបានបំពានកិច្ចសន្យា ឬប្រសិនបើ DPA បានបញ្ចប់កិច្ចសន្យា នោះ DPA នឹងជូនដំណឹងដល់អ្នកយ៉ាងហោចណាស់ 30 ថ្ងៃប្រតិទិន មុនកាលបរិច្ឆេទបញ្ចប់ប្រសិទ្ធភាពរបស់ពេទ្យធ្មេញ ដើម្បីឱ្យអ្នកអាចជ្រើសរើសពេទ្យធ្មេញក្នុងបណ្តាញផ្សេងទៀត។

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

ការថែទាំសុខភាពធ្មេញក្នុងគ្រាអាសន្ន

គម្រោងនេះមិនបង់ថ្លៃអត្ថប្រយោជន៍សម្រាប់សេវាថែទាំសុខភាពធ្មេញក្នុងគ្រាអាសន្នទេ។

ការទទួលបានមតិយោបល់ទីពីរសម្រាប់ការថែទាំសុខភាពមាត់ធ្មេញ

អ្នកអាចស្នើសុំមតិទីពីរ ប្រសិនបើអ្នកមិនយល់ស្រប ឬមានចម្ងល់អំពីការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ និង/ឬការសម្រេចគម្រោងការព្យាបាលដែលធ្វើឡើងដោយពេទ្យធ្មេញក្នុងបណ្តាញរបស់អ្នក។ DPA ក៏អាចស្នើឱ្យអ្នកទទួលបានមតិយោបល់ទីពីរ ដើម្បីផ្ទៀងផ្ទាត់ភាពចាំបាច់ និងភាពសមស្របនៃការព្យាបាលមាត់ធ្មេញ ឬការអនុវត្តអត្ថប្រយោជន៍ផងដែរ។

មតិយោបល់ទីពីរនឹងត្រូវបានផ្តល់ដោយពេទ្យធ្មេញដែលមានអាជ្ញាបណ្ណក្នុងលក្ខណៈទាន់ពេលវេលា សមស្របនឹងការស្នើសុំពាក់ព័ន្ធនឹងករណីនៃការគំរាមកំហែងដល់សុខភាពដែលនឹងកើតឡើង និងធ្ងន់ធ្ងរនឹងត្រូវពន្លឿន (ការអនុញ្ញាតត្រូវអនុម័ត ឬបដិសេធក្នុងរយៈពេល 72 ម៉ោងបន្ទាប់ពីទទួលបានសំណើ នៅពេលណាដែលអាចធ្វើទៅបាន)។ សម្រាប់ជំនួយ ឬព័ត៌មានបន្ថែមទាក់ទងនឹងវិធីរះកាត់ និងរយៈពេលកំណត់សម្រាប់ការអនុញ្ញាតឱ្យមានមតិទីពីរ សូមទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជនរបស់ DPA តាមរយៈលេខ **1-866-247-2486 [TTY: 711]** ម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ 8 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ (លើកលែងថ្ងៃឈប់សម្រាក) ចាប់ពីថ្ងៃទី 1 ខែតុលា ដល់ ថ្ងៃទី 31 ខែមីនា និងថ្ងៃធ្វើការចាប់ពីថ្ងៃទី 1 ខែមេសា ដល់ថ្ងៃទី 30 ខែកញ្ញា ឬសរសេរលិខិតទៅកាន់ DPA។

មតិទីពីរនឹងត្រូវផ្តល់ជូននៅការិយាល័យពេទ្យធ្មេញក្នុងបណ្តាញផ្សេងទៀត លុះត្រាតែមានការអនុញ្ញាតផ្សេងទៀតពី DPA។ DPA នឹងអនុញ្ញាតឱ្យមានមតិទីពីរពីអ្នកផ្តល់សេវាក្រៅបណ្តាញ ប្រសិនបើពេទ្យធ្មេញក្នុងបណ្តាញដែលមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សមស្របមិនមាន។ DPA នឹងបង់ប្រាក់តែសម្រាប់មតិទីពីរដែល DPA បានយល់ព្រម ឬអនុញ្ញាតប៉ុណ្ណោះ។ អ្នកនឹងទទួលបានការជូនដំណឹងជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ ប្រសិនបើ DPA សម្រេចចិត្តថា មិនអនុញ្ញាតមតិទីពីរទេនោះ។ ប្រសិនបើអ្នកមិនយល់ស្របជាមួយការសម្រេចនេះទេ អ្នកអាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងតវ៉ាជាមួយគម្រោង Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan។ សូមមើលផ្នែក *ដំណើរការបណ្តឹងសារទុក្ខ និងបណ្តឹងតវ៉ា* ខាងក្រោម ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែម។

ការសម្របសម្រួលអត្ថប្រយោជន៍

គម្រោងនេះផ្តល់អត្ថប្រយោជន៍ដោយមិនគិតពីការធានារ៉ាប់រងដោយច្បាប់ធានារ៉ាប់រងជាក្រុមផ្សេងទៀត ឬកម្មវិធីអត្ថប្រយោជន៍សុខភាពជាក្រុមផ្សេងទៀតឡើយ ប្រសិនបើគោលការណ៍ ឬកម្មវិធីផ្សេងទៀតនោះរ៉ាប់រងលើសេវា ឬការចំណាយបន្ថែមលើការថែទាំធ្មេញ។ បើមិនដូច្នេះទេ អត្ថប្រយោជន៍ដែលផ្តល់នៅក្រោមគម្រោងនេះដោយអ្នកឯកទេស ឬពេទ្យធ្មេញនៅក្រៅបណ្តាញ ត្រូវបានសម្របសម្រួលជាមួយច្បាប់ធានារ៉ាប់រងជាក្រុមផ្សេងទៀត ឬកម្មវិធីអត្ថប្រយោជន៍ធ្មេញជាក្រុម ណាមួយ។ ការសម្រេចថាតើច្បាប់សន្យា ឬកម្មវិធីមួយណា ជាចម្បងត្រូវគ្រប់គ្រងដោយវិធានដែលមានចែងនៅ ក្នុងកិច្ចសន្យា។

ប្រសិនបើគម្រោងនេះជាផ្នែកបន្ទាប់បន្សំ វានឹងបង់ថ្លៃតិចជាងនេះនៃ៖
• ចំនួនទឹកប្រាក់ដែលវានឹងត្រូវបានបង់ក្នុងកង្វះការធានារ៉ាប់រងអត្ថប្រយោជន៍សុខភាពមាត់ធ្មេញផ្សេងទៀតណាមួយ ឬ
• តម្លៃចេញពីហោប៉ៅសរុបរបស់សមាជិកដែលត្រូវបង់នៅក្រោមគម្រោងអត្ថប្រយោជន៍ធ្មេញចម្បង ដរាបណាអត្ថប្រយោជន៍ត្រូវបានរ៉ាប់រងនៅក្រោមគម្រោងនេះ។

សមាជិកម្នាក់ត្រូវតែផ្តល់ទៅឱ្យ DPA ហើយ DPA អាចបញ្ចេញទៅកាន់ ឬទទួលបានពីក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រង ឬអង្គការផ្សេង ទៀត នូវព័ត៌មានណាមួយអំពីសមាជិកដែលចាំបាច់ ដើម្បីគ្រប់គ្រងការសម្របសម្រួលអត្ថប្រយោជន៍។ DPA ត្រូវតែតាម ឆន្ទានុសិទ្ធិ របស់ខ្លួន កំណត់ថា

តើការសងប្រាក់វិញណាមួយទៅកាន់ក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រង ឬអង្គការផ្សេងទៀត ត្រូវបានធានាសម្រាប់ការសម្របសម្រួលនៃបទប្បញ្ញត្តិអត្ថប្រយោជន៍ដែលបានពិពណ៌នានៅទីនេះ ហើយរាល់ការសងប្រាក់វិញដែលបានបង់នោះ ត្រូវចាត់ទុកថាជាអត្ថប្រយោជន៍នៅក្រោមកិច្ចសន្យានេះ។ DPA នឹងមានសិទ្ធិទទួលបានមកវិញពីពេទ្យធ្មេញ សមាជិក ក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រង ឬអង្គភាពផ្សេងទៀត ដូចដែល DPA ជ្រើសរើស ចំនួនទឹកប្រាក់នៃអត្ថប្រយោជន៍ណាមួយដែល DPA បានបង់លើសពីកាតព្វកិច្ចរបស់ខ្លួនក្រោមការសម្របសម្រួលនៃវិធានអត្ថប្រយោជន៍ដែលបានពិពណ៌នានៅទីនេះ។

ដំណើរការបណ្តឹងសារទុក្ខ និងបណ្តឹងតវ៉ា

ការប្តេជ្ញាចិត្តរបស់យើងចំពោះអ្នក គឺដើម្បីធានាមិនត្រឹមតែគុណភាពនៃការថែទាំប៉ុណ្ណោះទេ ប៉ុន្តែក៏ជាគុណភាពនៅក្នុង ដំណើរការព្យាបាលផងដែរ។ គុណភាពនៃការព្យាបាលនេះ គឺគ្របដណ្តប់ចាប់ពីសេវាកម្មប្រកបដោយវិជ្ជាជីវៈដែលផ្តល់ ដោយពេទ្យធ្មេញក្នុងបណ្តាញ រហូតដល់ភាពគួរសមដែលបានផ្តល់ជូនអ្នកដោយអ្នកតំណាងផ្នែកទូរសព្ទរបស់យើង។ ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ ឬបណ្តឹងណាមួយពាក់ព័ន្ធនឹងសិទ្ធិទទួលបានសេវា ការបដិសេធសេវាថែទាំសុខភាពមាត់ធ្មេញ ឬការទាមទារសំណង គោលការណ៍ នីតិវិធី ឬប្រតិបត្តិការរបស់ DPA ឬគុណភាពនៃសេវាសេវាថែទាំសុខភាពមាត់ធ្មេញ ដែលធ្វើឡើងដោយពេទ្យធ្មេញក្នុងបណ្តាញ អ្នកមានសិទ្ធិដាក់បណ្តឹងសារទុក្ខ ឬបណ្តឹងតវ៉ាជាមួយគម្រោង Blue Shield Medicare + គម្រោង Medi-Cal Plan។ សូមមើល **ជំពូកទី 9** (*អ្វីដែលត្រូវធ្វើ ប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហា ឬបណ្តឹង (សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង បណ្តឹងតវ៉ា បណ្តឹង)*) សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីរបៀបដាក់បណ្តឹងសារទុក្ខ ឬបណ្តឹងតវ៉ា។ ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមហៅទូរសព្ទទៅ DPA តាមរយៈលេខ **1-866-247-2486 [TTY: 711]** ម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ 8 យប់ 7 ថ្ងៃ ក្នុងមួយសប្តាហ៍ (លើកលែងថ្ងៃឈប់សម្រាក) ចាប់ពីថ្ងៃទី 1 ខែតុលា ដល់ថ្ងៃទី 31 ខែមីនា និងថ្ងៃធ្វើការចាប់ពីថ្ងៃទី 1 ខែមេសាដល់ថ្ងៃទី 30 ខែកញ្ញា។ អ្នកក៏អាចទាក់ទងសេវាបម្រើអតិថិជនរបស់គម្រោង Blue Shield Medicare + គម្រោង Medi-Cal Plan ផងដែរ (លេខទូរសព្ទមានបោះពុម្ពនៅលើក្របទំព័រខាងក្រោយនៃឯកសារនេះ)។

ការមិនរាប់បញ្ចូលទូទៅសម្រាប់គម្រោង HMO Plan អំពីសុខភាពមាត់ធ្មេញ

- នីតិវិធីណាមួយដែលមិនបានរាយក្នុងបញ្ជីជាក់លាក់នៅក្នុង តារាងនីតិវិធីអត្ថប្រយោជន៍សុខភាពមាត់ធ្មេញ ។

- នីតិវិធីណាមួយដែលនៅក្នុងមតិយោបល់របស់ពេទ្យធ្មេញក្នុងបណ្តាញដែលមានវិជ្ជាជីវៈ៖
  - មានការព្យាករណ៍មិនល្អសម្រាប់លទ្ធផលជោគជ័យ និងអាយុកាលសមហេតុផល ដោយផ្អែកលើស្ថានភាពធ្មេញ និង/ឬរចនាសម្ព័ន្ធជុំវិញ ឬ
  - មិនស្របគ្នាជាមួយនឹងស្តង់ដា ដែលបានទទួលយកជាទូទៅសម្រាប់ទន្តសាស្ត្រ។

- សេវាកម្មសម្រាប់តែគោលបំណងកែសម្ផស្ស ឬសម្រាប់លក្ខខណ្ឌដែលបណ្តាលមកពីតំណពូជ ឬពិការភាពផ្នែកលូតលាស់ ដូចជាបបូរមាត់ឆែបពីកំណើត ការខូចទ្រង់ទ្រាយនៃថ្គាមខាងលើ និងខាងក្រោម ធ្មេញដែលបាត់ពីកំណើត និងធ្មេញដែលប្រែពណ៌ ឬការខ្វះនៃការចារធ្មេញ។

- ឧបករណ៍ប្រើប្រាស់ដែលបាត់ ឬត្រូវគេលួច ដូចជាក្រាសធ្មេញពាក់ទាំងស្រុង ឬដោយផ្នែក និងធ្មេញស្រោប។

- វិធីវះកាត់វិធី ឧបករណ៍ ឬការស្តារឡើងវិញ ប្រសិនបើគោលបំណងគឺដើម្បីផ្លាស់ប្តូរវិមាត្របញ្ឈរ ឬដើម្បីធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ ឬព្យាបាលស្ថានភាពមិនប្រក្រតីនៃសន្លាក់ឆ្អឹងថ្គាម (TMJ) លើកលែងតែមានរាយបញ្ជីនៅក្នុង *តារាងវិធីវះកាត់វិធីអត្ថប្រយោជន៍ធ្មេញ*។

- លោហៈមានតម្លៃសម្រាប់ឧបករណ៍ដែលអាចដោះចេញបាន បាតទម្រលោហៈ ឬបាតទម្រទន់អចិន្ត្រៃយ៍សម្រាប់ធ្មេញពាក់ពេញលេញ ធ្មេញពាក់ប៉សឺឡែន បង្គោលទម្រច្បាស់លាស់សម្រាប់ធ្មេញពាក់មួយផ្នែកដែលអាចដោះចេញបាន ឬមួយផ្នែកថេរ (ការពាក់ពីលើ ការដាំបង្គោល និងឧបករណ៍ដែលពាក់ព័ន្ធជាមួយវា) ព្រមទាំងការរចនាតាមទម្រង់បុគ្គល និងការកែច្នៃឱ្យដូចធម្មជាតិសម្រាប់ធ្មេញពាក់ពេញលេញ និងមួយផ្នែក។

- ឧបករណ៍ប្រើប្រាស់ និងគ្រឿងភ្ជាប់ធ្មេញដែលគាំទ្រដល់ការដាំបង្គោល ការដាក់ដាំបង្គោល ការថែទាំ ការដកចេញ និងសេវាកម្មផ្សេងទៀតទាំងអស់ដែលពាក់ព័ន្ធនឹងការដាំបង្គោលធ្មេញ។

- ការពិគ្រោះយោបល់សម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍ដែលមិនត្រូវបានធានារ៉ាប់រង។

- សេវាសុខភាពមាត់ធ្មេញដែលទទួលបានពីការិយាល័យធ្មេញណាមួយក្រៅពីពេទ្យធ្មេញក្នុងបណ្តាញដែលបានចាត់តាំង ឬអ្នកឯកទេសធ្មេញដែលមានការអនុញ្ញាតជាមុន។

- រាល់ថ្លៃដែលពាក់ព័ន្ធសម្រាប់ការអនុញ្ញាតឱ្យចូល ប្រើប្រាស់ ឬស្នាក់នៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យ មជ្ឈមណ្ឌលវះកាត់អ្នកជំងឺ ដែលមិនសម្រាកព្យាបាល មូលដ្ឋានថែទាំបន្ថែម ឬមូលដ្ឋានថែទាំស្រដៀងគ្នាផ្សេងទៀត។

- ឱសថមានវេជ្ជបញ្ជា។

- ការចំណាយលើធ្មេញដែលកើតឡើងទាក់ទងនឹងនីតិវិធីធ្មេញណាមួយ ដែលបានចាប់ផ្តើមមុនពេលសិទ្ធិទទួលបានរបស់សមាជិកជាមួយគម្រោង Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan។ ឧទាហរណ៍ រួមមាន៖ ធ្មេញដែលរៀបចំសម្រាប់ការស្រោបធ្មេញ និងក្រាសធ្មេញពាក់ពេញលេញ ឬដោយផ្នែកដែលបានធ្វើពុម្ពធ្មេញឡើង។

- ឧបរកណ៍ប្រើប្រាស់ព្យាបាលលើមុខងារមាត់ធ្មេញ និងមុខងារដែលមិនប្រក្រតី និង/ឬការព្យាបាល។

F. ការជួយគាំពារពីសហគមន៍

អ្នកអាចទទួលបានការគាំទ្រនៅក្រោមគម្រោងថែទាំជាលក្ខណៈបុគ្គលរបស់អ្នក។ ជំនួយសហគមន៍គឺសមស្របតាមវេជ្ជសាស្ត្រ និងមានតម្លៃសមរម្យសម្រាប់មជ្ឈដ្ឋាន និងសេវាងៗចំពោះអ្នកដែលបានធានារ៉ាប់រងក្រោមគម្រោងរបស់រដ្ឋ Medi-Cal។ សេវានេះ គឺជាជម្រើសសម្រាប់សមាជិកក្នុងការទទួល។ បើសិនអ្នកមានសិទ្ធិទទួល សេវាទាំងនេះអាចនឹងជួយអ្នករស់នៅដោយឯករាជ្យខ្លាំងឡើង។ 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 និងលើសពីសេវា និងជំនួយគាំទ្ររយៈពេលវែង (Long Term Care Support Services, LTSS)

ដើម្បី លើកកម្ពស់ និងគាំទ្រការថែទាំរបស់សមាជិក។ សេវាទាំងនេះនឹងប្រែប្រួលដោយផ្អែកលើតម្រូវការរបស់សមាជិក និងលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យសិទ្ធិទទួលបានរបស់គម្រោង Blue Shield Promise Health Plan។ តម្រូវឱ្យមានការអនុញ្ញាតជាមុនឡើយ។ គម្រោង Blue Shield Promise Health Plan ផ្តល់ជូនជំនួយគាំទ្រពីសហគមន៍ដល់សមាជិកដែលមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់នៅក្នុងខោនធី Los Angeles និង San Diego៖

កន្លែងស្នាក់នៅក្រោយចេញពីការដេកពេទ្យក្នុងរយៈពេលខ្លី	កន្លែងសម្រាប់សមាជិកដែលមានតម្រូវការវេជ្ជសាស្ត្រឬអាកប្បកិរិយាខ្ពស់ដែលមិនមានលំនៅឋានដើម្បីបន្តជាសម្រាកឱ្យជាសះស្បើយភ្លាមៗបន្ទាប់ពីចាកចេញពីមន្ទីរពេទ្យ ឬកន្លែងស្នាក់នៅ។
កម្មវិធីស្តារនីតិសម្បទាពេលថ្ងៃ	នេះជួយសមាជិក Medi-Cal នៅក្នុងការកំណត់មិនមែនកន្លែងផ្តល់សេវា ដើម្បីអភិវឌ្ឍការជួយខ្លួនឯងការធ្វើសង្គម និងជំនាញសម្របខ្លួនដែលចាំបាច់ដើម្បីទទួលបានជោគជ័យនៅក្នុងបរិយាកាសផ្ទះរបស់ពួកគេ។
ការកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ជំងឺហឺត	ការផ្លាស់ប្តូរនៃរូបរាងកាយចំពោះបរិស្ថានផ្ទះរបស់បុគ្គលដែលធានាបាននូវសុខភាព សុខុមាលភាព និងសុវត្ថិភាព ឬបើកដំណើរការនៅផ្ទះ ប្រសិនបើជំងឺហឺតស្រួចស្រាវអាចបណ្តាលឱ្យចូលមន្ទីរពេទ្យ ឬស្វែងរកសេវាសង្គ្រោះបន្ទាន់។
ការកែសម្រួលបរិស្ថានឱ្យងាយស្រួលចូលប្រើប្រាស់ (ការកែប្រែលំនៅឋាន)	ការជួយជួលកែសម្រួលផ្ទះ ដើម្បីធានាសុខភាព សុខុមាលភាព និងសុវត្ថិភាពរបស់បុគ្គលនោះ ហើយអនុញ្ញាតឱ្យសមាជិកដែល បើមិនដូច្នោះទេ នឹងត្រូវការការថែទាំក្នុងមណ្ឌល អាចបន្តស្នាក់នៅក្នុងលំនៅឋានរបស់ពួកគេបាន។
ការថែទាំស្តារសុខភាពឡើងវិញ (កន្លែងសម្រាកសម្រាប់អ្នកត្រូវការការថែទាំវេជ្ជសាស្ត្រ)	ការថែទាំស្នាក់នៅរយៈពេលខ្លីសម្រាប់អ្នកដែលមិនត្រូវការសម្រាកព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យទៀតនោះ ប៉ុន្តែនៅតែត្រូវការព្យាបាលពីការរងរបួស ឬជំងឺ រួមទាំងស្ថានភាពសុខភាពផ្លូវចិត្តដែលអាចកាន់តែអាក្រក់នៅក្នុងបរិយាកាសរស់នៅមិនស្ថិតស្ថេរ។
ការផ្លាស់ប្តូរមជ្ឈមណ្ឌលថែទាំ/ការផ្លាស់ប្តូរទៅមជ្ឈមណ្ឌលជំនួយក្នុងការរស់នៅ	នេះជួយសមាជិកឱ្យរស់នៅក្នុងសហគមន៍ ឬជៀសវាងការការចូលក្នុងកន្លែងថែទាំនៅពេលដែលអាចធ្វើទៅបាន។
ប្រាក់កក់សម្រាប់លំនៅឋាន	សមាជិកទទួលបានជំនួយក្នុងការស្វែងរក ការសម្របសម្រួល ការធានា ឬការផ្តល់មូលនិធិដល់សេវាម្តងម្កាលដែលត្រូវការដើម្បីបង្កើតគ្រួសារមូលដ្ឋាន។

មណ្ឌលស្ថានីតិសម្បទា	កន្លែងដែលមានសុវត្ថិភាព និងជួយទ្រទ្រង់សម្រាប់បុគ្គលម្នាក់ៗឱ្យក្លាយជាមានស្ថារតីល្អមកវិញ បន្ទាប់ពីត្រូវបានគេរកឃើញថា មានជាតិស្រវឹងជាសាធារណៈដោយសារតែគ្រឿងស្រវឹង ឬគ្រឿងញៀន និងជំនួយសម្រាប់បុគ្គលដែលជួបប្រទះភាពគ្មានផ្ទះសម្បែង ឬស្ថានភាពរស់នៅមិនស្ថិតស្ថេរ ដែលបើមិនដូច្នេះទេនឹងត្រូវបញ្ជូនទៅផ្នែកសម្រាប់គ្រាមានអាសន្ន ឬពន្ធនាគារ។
សេវាជួយការជួល និងរក្សាលំនៅឋាន	សមាជិកទទួលបានជំនួយក្នុងការរក្សាការជួលប្រកបដោយសុវត្ថិភាព និងស្ថេរភាព បន្ទាប់ពីស្វែងរកលំនៅឋាន។
សេវាណែនាំ និងសម្របសម្រួលការផ្លាស់ប្តូរទៅកាន់លំនៅឋាន	សមាជិកទទួលបានជំនួយក្នុងការទទួលបានលំនៅឋាន។
សេវាថែទាំបណ្តោះអាសន្នសម្រាប់អ្នកថែទាំនៃសមាជិក Medi-Cal	ការធូរស្បើយមិនមែនវេជ្ជសាស្ត្រពីកាតព្វកិច្ចថែទាំរយៈពេលខ្លីសម្រាប់អ្នកដែលមើលថែសមាជិក Medi-Cal ដែលត្រូវការការត្រួតពិនិត្យបណ្តោះអាសន្ន។
សេវាថែទាំផ្ទាល់ខ្លួន និងជំនួយការងារផ្ទះ	សមាជិកទទួលបានជំនួយជាមួយនឹងសកម្មភាពនៃការរស់នៅប្រចាំថ្ងៃ (ADLs) ដូចជាការងូតទឹក ការស្លៀកពាក់ ការបន្ទោរបង់ ការដើរចុះឡើង ឬការផ្តល់អាហារូបត្ថម្ភ និងសេវាថែទាំបុគ្គល ដូចជាការរៀបចំអាហារ ការទិញគ្រឿងទេស និងការគ្រប់គ្រងប្រាក់សម្រាប់សមាជិកដែលមិនអាចស្នាក់នៅក្នុងផ្ទះរបស់ពួកគេដោយគ្មានការគាំទ្រទាំងនេះ។
សេវាផ្លាស់ប្តូរក្នុងសហគមន៍/ការផ្លាស់ប្តូរពីមជ្ឈមណ្ឌលថែទាំទៅកាន់គេហដ្ឋាន	នេះជួយសមាជិកឱ្យរស់នៅក្នុងសហគមន៍ និងជៀសវាងការចូលក្នុងកន្លែងថែទាំបន្ថែមទៀត។
អាហារតាមតម្រូវការផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ/អាហារជួយទ្រទ្រង់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ	ការគាំទ្រអាហារូបត្ថម្ភសម្រាប់សមាជិក ជាពិសេសអ្នកដែលមានជំងឺរ៉ាំរ៉ៃ នៅពេលបំពេញតាមគោលដៅអាហារូបត្ថម្ភ គឺមានសារៈសំខាន់ណាស់ក្នុងការទទួលបានសុខភាពល្អ និងរក្សាសុខភាពល្អ។

ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយ ឬចង់ដឹងថាតើការគាំទ្រពីសហគមន៍ណាមួយអាចរកបានសម្រាប់អ្នក សូមទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-452-4413 (TTY 711) ឬទូរសព្ទទៅអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក។

ព័ត៌មានសម្រាប់សមាជិក

- សូមហៅទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជនរបស់គម្រោង Blue Shield Promise Health Plan នៅក្នុងតំបន់របស់អ្នកនៅថ្ងៃធ្វើការចាប់ពីម៉ោង 8 ព្រឹកដល់ម៉ោង 6 ល្ងាច៖ Los Angeles៖ 1-800-605-2556 / San Diego៖ 1-855-699-5557
- ទូរសព្ទទៅ Health Care Options (HCO) តាមរយៈលេខ 1-800-430-4263 (TTY 800-430-7077)
- សូមចូលទៅកាន់ Department of Health Care Services សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម៖ https://www.dhcs.ca.gov/Pages/ECMandILOS.aspx

G. អត្ថប្រយោជន៍ដែលទទួលបានការធានារ៉ាប់រងនៅខាងក្រៅគម្រោងរបស់យើង

យើងមិនធានារ៉ាប់រងលើសេវាកម្មខាងក្រោមទេ ប៉ុន្តែសេវាទាំងនេះ អាចរកបានតាមរយៈការគិតថ្លៃតាមសេវារបស់ Medi-Cal ។

G1. កម្មវិធីផ្លាស់ប្តូររបស់សហគមន៍នៃរដ្ឋ California (CCT)

កម្មវិធីអន្តរកាលសហគមន៍រដ្ឋ California (California Community Transitions, CCT) ប្រើប្រាស់អង្គភាពនាំមុខក្នុងតំបន់ដើម្បីជួយអ្នកទទួលអត្ថប្រយោជន៍ Medi-Cal ដែលមានសិទ្ធិទទួលបាន ដែលបានរស់នៅក្នុងមណ្ឌលអ្នកជំងឺស្នាក់ ព្យាបាលយ៉ាងហោចណាស់ 60 ថ្ងៃជាប់ៗគ្នា ផ្ទេរត្រឡប់ទៅ និងស្នាក់នៅប្រកបដោយសុវត្ថិភាព នៅក្នុងមជ្ឈដ្ឋាន សហគមន៍។ កម្មវិធី CCT ផ្តល់មូលនិធិដល់សេវាសម្របសម្រួលការផ្លាស់ប្តូរ ក្នុងអំឡុងពេលមុនការផ្លាស់ប្តូរ និងរយៈពេល 365 ថ្ងៃក្រោយការផ្លាស់ប្តូរ ដើម្បីជួយអ្នកទទួលអត្ថប្រយោជន៍ក្នុងការផ្លាស់ប្តូរត្រឡប់ទៅកាន់ការកំណត់សហគមន៍វិញ។

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

សម្រាប់សេវាសម្របសម្រួលក្នុងការផ្លាស់ប្តូររបស់ CCT

Medi-Cal នឹងបង់ថ្លៃសម្រាប់សេវាសម្របសម្រួលការផ្លាស់ប្តូរនេះ។ អ្នកមិនចាំបាច់បង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាទាំងនេះទេ។

សម្រាប់សេវាដែលមិនទាក់ទងទៅនឹងការផ្លាស់ប្តូរនៃ CCT របស់អ្នក

អ្នកផ្តល់សេវាចេញវិក្កយបត្រឱ្យយើងខ្ញុំសម្រាប់សេវារបស់អ្នក។ គម្រោងរបស់យើងបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាដែលបានផ្តល់ជូនក្រោយពី ការផ្លាស់ប្តូររបស់អ្នក។ អ្នកមិនចាំបាច់បង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាទាំងនេះទេ។

ខណៈពេលដែលអ្នកទទួលបានសេវាសម្របសម្រួលការផ្លាស់ប្តូរ CCT យើងបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវា ដែលបានរាយក្នុងតារាងអត្ថប្រយោជន៍នៅក្នុង**ផ្នែក D**។

មិនមានការផ្លាស់ប្តូរនៅក្នុងអត្ថប្រយោជន៍អំពីការធានារ៉ាប់រងឱសថ

កម្មវិធី CCT **មិន**ធានារ៉ាប់រងលើឱសថទេ។ អ្នកបន្តទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ឱសថធម្មតារបស់អ្នកតាមរយៈគម្រោងរបស់យើង។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមមើល **ជំពូកទី 5** នៃ*សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះ។

ចំណាំ៖ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការការថែទាំសម្រាប់ការផ្លាស់ប្តូរដែលមិនមែនជា CCT ទូរសព្ទទៅអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នកដើម្បីរៀបចំសេវានេះ។ ការថែទាំសម្រាប់ការផ្លាស់ប្តូរដែលមិនមែនជា CCT គឺជាថែទាំមិនទាក់ទងទៅនឹងការផ្លាស់ប្តូររបស់អ្នក ពីស្ថាប័ន/មជ្ឈមណ្ឌលទេ។

G2. Medi-Cal Dental

សេវាថែទាំសុខភាពមាត់ធ្មេញជាក់លាក់មួយចំនួនអាចទទួលបានតាមរយៈ Medi-Cal Dental។

ព័ត៌មានបន្ថែមនៅលើគេហទំព័រ SmileCalifornia.org។ Medi-Cal Dental រួមមានជាអាទិ៍ សេវាដូចជា៖

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

សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមទាក់ទងនឹងអត្ថប្រយោជន៍សុខភាពមាត់ធ្មេញដែលមាននៅក្នុងកម្មវិធី Medi-Cal Dental ឬប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយក្នុងការស្វែងរកពេទ្យធ្មេញដែលទទួលយកកម្មវិធី Medi-Cal សូមទាក់ទងមកកាន់ខ្សែទូរសព្ទរបស់ផ្នែកបម្រើសេវាបម្រើអតិថិជនតាមរយៈលេខ 1-800-322-6384 (អ្នកប្រើ TTY ទូរសព្ទតាមរយៈលេខ 1-800-735-2922)។ ការហៅទូរសព្ទ គឺឥតគិតថ្លៃ។ អ្នកតំណាង Medi-Cal Dental មានបម្រើជូនដើម្បីជួយអ្នកចាប់ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ 5 ល្ងាច ថ្ងៃចន្ទ ដល់ ថ្ងៃសុក្រ។ អ្នកក៏អាចចូលមើលគេហទំព័រផងដែរ តាមរយៈគេហទំព័រ smilecalifornia.org/ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។

នៅក្នុងខោនធី Los Angeles អ្នកអាចទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍មាត់ធ្មេញរបស់ Medi-Cal តាមរយៈគម្រោងថែទាំធ្មេញក្រោមការគ្រប់គ្រង (Dental Managed Care plan, Dental MCP)។ ប្រសិនបើអ្នកចង់បានព័ត៌មានបន្ថែមអំពីគម្រោងធានារ៉ាប់រងសុខភាពមាត់ធ្មេញរបស់ Medi-Cal ឬចង់ធ្វើការផ្លាស់ប្តូរ សូមទាក់ទង Health Care Options តាមរយៈលេខ 1-800-430-4263 (អ្នកប្រើប្រាស់ TTY សូមទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-430-7077) ចាប់ពីថ្ងៃចន្ទដល់ថ្ងៃសុក្រ ម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ 6 ល្ងាច។ ការហៅទូរសព្ទ គឺឥតគិតថ្លៃ។ អ្នកទំនាក់ទំនងរបស់ DMC អាចប្រើប្រាស់បាននៅទីនេះផងដែរ៖ www.dhcs.ca.gov/services/Pages/ManagedCarePlanDirectory.aspx.

www.hpsm.org/dental

សូមមើលតារាងអត្ថប្រយោជន៍នៅក្នុង**ផ្នែក D** សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។

G3. សេវាថែទាំតាមគេហដ្ឋាន (IHSS)

- កម្មវិធី IHSS Program នឹងជួយបង់ថ្លៃអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំ ដែលបានចុះឈ្មោះសម្រាប់សេវាដែលផ្តល់ជូនអ្នក ដើម្បីឱ្យអ្នកអាចស្នាក់នៅប្រកបដោយសុវត្ថិភាពនៅក្នុងផ្ទះរបស់អ្នក។ IHSS គឺត្រូវបាន

ចាត់ទុក ថា ជាជម្រើសបែបផ្សេងចំពោះការថែទាំនៅក្រៅផ្ទះ ដូចជាមជ្ឈមណ្ឌលថែទាំអ្នកជំងឺ ឬមជ្ឈមណ្ឌលផ្តល់អាហារ និងថែទាំ។

- ដើម្បីទទួលបានសេវា ការវាយតម្លៃត្រូវបានធ្វើឡើងដើម្បីកំណត់ថា តើសេវាប្រភេទណាដែលអាចត្រូវបានអនុញ្ញាតសម្រាប់អ្នកចូលរួមម្នាក់ៗដោយផ្អែកលើតម្រូវការរបស់ពួកគេ។ ប្រភេទសេវាដែលអាចទទួលបានការអនុញ្ញាតតាមរយៈ IHSS គឺការសម្អាតផ្ទះសម្បែង ការរៀបចំអាហារ ការបោកអ៊ុត ការទិញគ្រឿងទេស សេវាថែទាំបុគ្គល (ដូចជាការថែទាំពេលបត់ជើងតូច និងបត់ជើងធំ ការងូតទឹក ការស្លៀកពាក់ និងសេវាអមវេជ្ជសាស្ត្រ) ការអមដំណើរទៅកាន់ការណាត់ជួបផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ និងការគ្រប់គ្រងដើម្បីផ្តល់ការការពារសម្រាប់អ្នកដែលមានពិការភាពផ្លូវចិត្ត។
- អ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នកអាចជួយអ្នកដាក់ពាក្យសុំ IHSS ជាមួយទីភ្នាក់ងារសេវាសង្គមកិច្ចប្រចាំខោនធីរបស់អ្នក។ អ្នកក៏អាចទាក់ទងការិយាល័យ IHSS Los Angeles តាមរយៈលេខ 1-888-944-4477 និងការិយាល័យ IHSS San Diego តាមរយៈលេខ 1-800-339-4661 ដើម្បីដាក់ពាក្យ។

G4. កម្មវិធីលើកលែងសម្រាប់សេវាតាមផ្ទះ និងតាមសហគមន៍ (HCBS) តាមផ្នែក 1915(c) កម្មវិធីលើកលែងសម្រាប់ការរស់នៅដែលមានជំនួយ (ALW)

- កម្មវិធីអនុគ្រោះសម្រាប់ការរស់នៅមានជំនួយ (ALW) ផ្តល់ឱ្យអ្នកទទួលអត្ថប្រយោជន៍ដែលមានសិទ្ធិទទួលបាន Medi-Cal នូវជម្រើសនៃការស្នាក់នៅក្នុងកន្លែងរស់នៅដែលមានជំនួយជាជម្រើសមួយសម្រាប់ការដាក់ឱ្យនៅមជ្ឈមណ្ឌលថែទាំសុខភាពរយៈពេលវែង។ គោលបំណងរបស់ ALW គឺដើម្បីជួយសម្រួលដល់ការផ្លាស់ប្តូរមជ្ឈមណ្ឌលថែទាំសុខភាពដែលត្រូវចេញទៅផ្ទះ និងមជ្ឈដ្ឋានសហគមន៍វិញ ឬរារាំងការទទួលយកមជ្ឈមណ្ឌលថែទាំសុខភាពជំនាញសម្រាប់អ្នកទទួលផលជាមួយនឹងតម្រូវការដែលជិតមកដល់សម្រាប់ការចូលមជ្ឈមណ្ឌលថែទាំសុខភាពនោះ។
- សមាជិកដែលបានចុះឈ្មោះក្នុង ALW អាចបន្តចុះឈ្មោះក្នុង ALW ខណៈពេលដែលទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ដែលផ្តល់ដោយគម្រោងរបស់យើងផងដែរ។ គម្រោងរបស់យើងធ្វើការជាមួយទីភ្នាក់ងារសម្របសម្រួលការថែទាំ ALW របស់អ្នកដើម្បីសម្របសម្រួលសេវាដែលអ្នកទទួលបាន។
- បច្ចុប្បន្ន ALW មានតែនៅក្នុងខោនធីខាងក្រោមប៉ុណ្ណោះ៖ Alameda, Contra Costa, Fresno, Kern, Los Angeles, Orange, Riverside, Sacramento, San Bernardino, San Diego, San Francisco, San Joaquin, San Mateo, Santa Clara និងខោនធី Sonoma។
- អ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នកអាចជួយអ្នកដាក់ពាក្យសុំ ALW បាន។ អ្នកអាចស្វែងរកទីភ្នាក់ងារក្នុងមូលដ្ឋាន ដែលអាចសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នកសម្រាប់កម្មវិធី ALW បាននៅទីនេះ៖ dhcs.ca.gov/services/ltc/Documents/Care-Coordination-Agencies.pdf

កម្មវិធីអនុគ្រោះលើ HCBS រដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ាសម្រាប់ជនពិការផ្នែកលូតលាស់

កម្មវិធីអនុគ្រោះលើការសម្រេចដោយខ្លួនឯង (SDP) រដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ាសម្រាប់បុគ្គលដែលជាជនពិការផ្នែកលូតលាស់

- មានកម្មវិធីលើកលែង 1915(c) ចំនួនពីរ គឺកម្មវិធីលើកលែង HCBS-DD និងកម្មវិធីលើកលែង SDP ដែលផ្តល់សេវាដល់អ្នកដែលត្រូវបានធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យថា មានពិការភាពផ្នែកអភិវឌ្ឍន៍ ដែលចាប់ផ្តើមមុនថ្ងៃខួបកំណើត 18 ឆ្នាំរបស់បុគ្គលម្នាក់ៗ ហើយត្រូវបានរំពឹងថា នឹងបន្តគ្មានកំណត់។ កម្មវិធីលើកលែងទាំងពីរនេះគឺជាមធ្យោបាយមួយ ដើម្បីផ្តល់មូលនិធិដល់សេវាលាក់មួយចំនួន ដែលអនុញ្ញាតឱ្យជនមានពិការភាពផ្នែកលូតលាស់អាចបន្តរស់នៅក្នុងផ្ទះ ឬនៅក្នុងសហគមន៍ ជាជាងរស់នៅក្នុងមជ្ឈមណ្ឌលសុខភាពដែលមានអាជ្ញាបណ្ណ។ ការចំណាយសម្រាប់សេវាទាំងនេះ ត្រូវបានផ្តល់ មូលនិធិរួមគ្នាដោយកម្មវិធី Medicaid របស់រដ្ឋាភិបាលសហព័ន្ធ និងរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា។ អ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នកអាចជួយភ្ជាប់អ្នកទៅសេវាការអនុគ្រោះ DD។

កម្មវិធីលើកលែងជម្រើសនៅផ្ទះ និងសហគមន៍ (HCBA)

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

- សមាជិកដែលបានចុះឈ្មោះក្នុង HCBA Waiver អាចបន្តចុះឈ្មោះក្នុង HCBA Waiver ខណៈពេល ដែលទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ដែលផ្តល់ដោយគម្រោងរបស់យើងផងដែរ។ គម្រោងរបស់យើងធ្វើការជាមួយទីភ្នាក់ងារការអនុគ្រោះ HCBA របស់អ្នកដើម្បីសម្របសម្រួលសេវាដែលអ្នកទទួលបាន។

- អ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នកអាចជួយអ្នកដាក់ពាក្យសុំ MCWP។

- អាស្រ័យលើលេខកូដតំបន់របស់អ្នកនៅក្នុងខោនធី Los Angeles ទាំង Partners in Care ឬ Access TLC គឺជាទីភ្នាក់ងារ HCBA ក្នុងតំបន់របស់អ្នក។ ដើម្បីស្វែងយល់ថាតើទីភ្នាក់ងារមួយណា ដែលជួយតាមរយៈលេខកូដតំបន់ដែលអ្នករស់នៅ សូមចូលមើល៖ https://www.dhcs.ca.gov/services/ltc/Pages/Home-and-Community-Based-(HCB)-Alternatives-Waiver.aspx ទូរសព្ទទៅ Partners in Care តាមរយៈលេខ 1-800-251-6764 ហៅទូរសព្ទទៅ Access TLC តាមរយៈលេខ 1-800-852-9887

- San Ysidro Health គឺជាទីភ្នាក់ងារ HCBA ប្រចាំតំបន់របស់ខោនធី San Diego។ សូមទូរសព្ទ ទៅមណ្ឌល San Ysidro Health តាមរយៈលេខ 1-833-503-5910 ចាប់ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ 5:00 ល្ងាច ពីថ្ងៃចន្ទដល់ថ្ងៃសុក្រ។

កម្មវិធីអនុគ្រោះ Medi-Cal (MCWP)

- កម្មវិធីអនុគ្រោះ Medi-Cal (MCWP) ផ្តល់ការគ្រប់គ្រងករណីយ៉ាងទូលំទូលាយនិងសេវាថែទាដោយផ្ទាល់ដល់បុគ្គល ដែលកំពុងរស់នៅមានផ្ទុកមេរោគ HIV ដោយ ផ្តល់ជាជម្រើសជំនួសឱ្យការថែទាំនៅមជ្ឈមណ្ឌលថែទាំសុខភាព ឬការសម្រាកព្យាបាល នៅមន្ទីរពេទ្យ។ ការគ្រប់គ្រងករណី គឺជាវិធីសាស្ត្រជាក្រុមផ្តោតលើអ្នកចូលរួមដែលមានគិលានុបដ្ឋាយិកាដែលបានចុះឈ្មោះ និងអ្នកគ្រប់គ្រងករណីការងារសង្គម។ អ្នកគ្រប់គ្រងករណីនឹងធ្វើការជាមួយអ្នកចូលរួម និងអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំបឋម គ្រួសារ អ្នកថែទាំ និងអ្នកផ្តល់សេវាផ្សេងទៀត ដើម្បីវាយតម្លៃតម្រូវការថែទាំ ដើម្បីរក្សាអ្នកចូលរួមនៅក្នុងផ្ទះ និងសហគមន៍របស់ពួកគេ។

- គោលបំណងរបស់ MCWP គឺ៖ (1) ផ្តល់សេវាតាមផ្ទះ និងសហគមន៍សម្រាប់អ្នកផ្ទុកមេរោគ HIV ដែលអាចត្រូវការសេវាពីស្ថាប័ន។ (2) ជួយអ្នកចូលរួមដែលមានផ្ទុកមេរោគ HIV ក្នុងការគ្រប់គ្រងសុខភាព។ (3) បង្កើនលទ្ធភាព ទទួលបានការគាំទ្រសុខភាពសង្គម និងអាកប្បកិរិយា និង (4) សម្របសម្រួលអ្នកផ្តល់សេវា និងលុបសេវាដែលមានជាន់គ្នាចេញមួយ។

- សមាជិកដែលបានចុះឈ្មោះក្នុង MCWP Waiver អាចបន្តចុះឈ្មោះក្នុង MCWP Waiver ខណៈពេល ដែលទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ដែលផ្តល់ដោយគម្រោងរបស់យើងផងដែរ។ គម្រោងរបស់យើងធ្វើការជាមួយទីភ្នាក់ងារការអនុគ្រោះ MCWP របស់អ្នក ដើម្បីសម្របសម្រួលសេវាដែលអ្នកទទួលបាន។

- 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។

កម្មវិធីសេវាចម្រុះសម្រាប់មនុស្សចាស់ (MSSP)

- កម្មវិធីសេវាចម្រុះសម្រាប់មនុស្សចាស់ (MSSP) ផ្តល់ទាំងសេវាថែទាំសុខភាព និងសង្គមដើម្បីជួយដល់បុគ្គលម្នាក់ៗបន្តរស់នៅក្នុងផ្ទះ និងសហគមន៍របស់ពួកគេ។

- ខណៈដែលអ្នកចូលរួមក្នុងកម្មវិធីភាគច្រើនក៏ទទួលបានសេវាគាំទ្រនៅតាមគេហដ្ឋានផងដែរ MSSP ផ្តល់នូវការសម្របសម្រួលការថែទាំដែលកំពុងបន្ត ភ្ជាប់អ្នកចូលរួមទៅនឹងសេវា និងធនធានសហគមន៍ដែលត្រូវការផ្សេងទៀត សម្របសម្រួលជាមួយអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាព និងទិញសេវាដែលត្រូវការមួយចំនួនដែលមិនមានបើមិនដូច្នេះទេ ដើម្បីបង្ការ ឬពន្យារពេលការបង្កើតស្ថាប័ន។ ចំណាយប្រចាំឆ្នាំសរុបរួមបញ្ចូលគ្នាសម្រាប់ការគ្រប់គ្រងការថែទាំ និងសេវាផ្សេងទៀតត្រូវតែទាបជាងចំណាយសម្រាប់ការទទួលការថែទាំនៅមណ្ឌលថែទាំអ្នកជំងឺកម្រិតខ្ពស់។

- ក្រុមអ្នកមានវិជ្ជាជីវៈផ្នែកសុខភាព និងសេវាសង្គមកិច្ចផ្តល់ឱ្យអ្នកចូលរួម MSSP ម្នាក់ៗនូវការវាយតម្លៃសុខភាព និងសង្គមផ្លូវចិត្តពេញលេញ ដើម្បីកំណត់សេវាដែលត្រូវការ។ បន្ទាប់មក ក្រុមការងារនេះធ្វើការជាមួយអ្នកចូលរួម MSSP គ្រូពេទ្យ ក្រុមគ្រួសាររបស់ពួកគេ និងអ្នកដទៃទៀត ដើម្បីបង្កើតគម្រោងថែទាំជាលក្ខណៈបុគ្គល។ សេវារួមមាន៖
  - ការគ្រប់គ្រងការថែទាំ
  - កម្មវិធីថែទាំពេលថ្ងៃសម្រាប់មនុស្សពេញវ័យ
  - ការជួសជុល/ថែទាំផ្ទះតិចតួច
  - ការងារបន្ថែមនៅតាមផ្ទះ ការថែទាំផ្ទាល់ខ្លួន និងសេវាត្រួតពិនិត្យការការពារ
  - សេវាថែទាំបណ្តោះអាសន្ន
  - សេវាមធ្យោបាយធ្វើដំណើរ
  - ការប្រឹក្សាយោបល់ និងសេវាព្យាបាល
  - សេវាអាហារ
  - សេវាការប្រាស្រ័យទាក់ទង
- សមាជិកដែលបានចុះឈ្មោះក្នុង MSSP Waiver អាចបន្តចុះឈ្មោះក្នុង MSSP Waiver ខណៈពេលដែលទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ ដែលផ្តល់ដោយគម្រោងរបស់យើងផងដែរ។ គម្រោង របស់យើងធ្វើការជាមួយអ្នកផ្តល់សេវា MSSP របស់អ្នក ដើម្បីសម្របសម្រួលសេវាដែលអ្នកទទួលបាន។
- អ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នកអាចជួយអ្នកដាក់ពាក្យសុំ MSSP។ អ្នកអាចស្វែងរកអ្នកផ្តល់សេវា MSSP នៅក្នុងតំបន់របស់អ្នកដោយទូរសព្ទទៅនាយកដ្ឋានសេវាមនុស្សចាស់នៃរដ្ឋ California តាមរយៈលេខ 1-800-510-2020 ឬដោយជ្រើសរើសខោនធីរបស់អ្នកនៅលើទំព័រ ស្វែងរកសេវានៅក្នុងខោនធីរបស់ខ្ញុំ នៅគេហទំព័ររបស់នាយកដ្ឋានសេវាមនុស្សចាស់នៃរដ្ឋ California៖ https://aging.ca.gov/Find_Services_in_My_County/#tblServicesInMyCounty។

G5. សេវាថែទាំសុខភាពផ្លូវចិត្តប្រចាំខោនធីដែលបានផ្តល់ជូននៅខាងក្រៅគម្រោងរបស់យើង (សេវាថែទាំសុខភាពផ្លូវចិត្ត និងសេវាព្យាបាលលើបញ្ហាប្រើប្រាស់សារធាតុញៀន)

អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានសេវាសុខភាពផ្លូវចិត្តដែលចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដែល Medicare និង Medi-Cal ធានារ៉ាប់រង។ យើងផ្តល់សិទ្ធិទទួលបានសេវាសុខភាពឥរិយាបថដែលតដែលបានធានារ៉ាប់រង ការថែទាំក្រោមការគ្រប់គ្រង Medicare និង Medi-Cal។ គម្រោងរបស់យើងមិនផ្តល់សេវាសុខភាពផ្លូវចិត្តឯកទេសរបស់ Medi-Cal ឬសេវាព្យាបាលវិបត្តិផ្លូវចិត្តដោយ ការប្រើប្រាស់សារធាតុញៀនក្នុងខោនធីទេ ប៉ុន្តែសេវាកម្មទាំងនេះមានសម្រាប់អ្នកតាមរយៈទីភ្នាក់ងារសុខភាពអាកប្បកិរិយា ប្រចាំខោនធី។

សេវាសុខភាពអារម្មណ៍ឯកទេសរបស់ Medi-Cal គឺមានសម្រាប់អ្នកតាមរយៈគម្រោងសុខភាពអារម្មណ៍ប្រចាំខោនធី (MHP) ប្រសិនបើអ្នកបំពេញតាមលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យ ដើម្បីទទួលបានសេវាសុខភាពអារម្មណ៍ឯកទេស។ សេវាព្យាបាលពីអ្នកជំនាញឯកទេសសុខភាពផ្លូវចិត្តតាមរយៈ Medi-Cal ដែលផ្តល់ជូនដោយ MHP ប្រចាំខោនធីរបស់អ្នក រួមមាន៖

- សេវាសុខភាពអារម្មណ៍
- សេវាគាំទ្រផ្នែកការឲ្យថ្នាំ
  - សេវាការព្យាបាលកម្រិតតាមដានខ្លាំងពេលថ្ងៃ
- ការស្តារនីតិសម្បទានៅពេលថ្ងៃ
  - សេវាជួយសង្គ្រោះក្នុងគ្រាមានអាសន្ន
  - សេវាធ្វើឲ្យស្ថានការណ៍វិបត្តិមានស្ថិរភាព
- សេវាព្យាបាលតាមមណ្ឌលស្នាក់នៅសម្រាប់មនុស្សពេញវ័យ
- សេវាព្យបាលនៅផ្ទះសម្រាប់ដោះស្រាយវិបត្តិផ្លូវចិត្ត
- សេវាថែទាំព្យាបាលនៅមណ្ឌលសុខភាពផ្លូវចិត្ត
- សេវាសម្រាកព្យាបាលជំងឺផ្លូវចិត្តនៅមន្ទីរពេទ្យ
- ការគ្រប់គ្រងករណីតាមគោលដៅ
- សេវាព្យាបាលឥរិយាបថ
- ការថែទាំចិញ្ចឹមតាមបែបព្យាបាលក្នុងគ្រួសារ
- សម្របសម្រួលការថែទាំហ្មត់ចត់
- សេវាផ្តល់ជូនតាមគេហឋានកម្រិតខ្ពស់
- ការវិលចូលក្នុងសហគមន៍វិញរបស់អ្នកទោស
- ការព្យាបាល និងគាំទ្រយ៉ាងសកម្មនៅក្នុងសហគមន៍ (ACT)
- សេវាការព្យាបាលបែបគាំទ្រយ៉ាងសកម្មតាមសហគមន៍ផ្នែកកោសល្យវិច័យ (FACT)
- ការថែទាំឯកទេសដោយមានការសម្របសម្រួល (CSC) សម្រាប់ជំងឺវិកលចរិកដំណាក់កាលដំបូង (FEP)
- សេវាមណ្ឌលជួបជុំសហគមន៍ Clubhouse
- សេវាដែលបានពង្រឹងរបស់បុគ្គលិកសុខភាពសហគមន៍ (CHW)

សេវា Drug Medi-Cal (DMC) មានផ្តល់ជូនអ្នកតាមរយៈទីភ្នាក់ងារសុខភាពអាកប្បកិរិយាខោនធីរបស់អ្នក ប្រសិនបើអ្នក បំពេញតាមលក្ខណវិនិច្ឆ័យដើម្បីទទួលបានសេវាទាំងនេះ។

- សេវាព្យាបាលអ្នកជំងឺឥតដេកពេទ្យកម្រិតយកចិត្តទុកដាក់ខ្ពស់

- ការព្យាបាលស្នាក់នៅសម្រាប់ជំងឺប្រើប្រាស់សារធាតុញៀនពេលមានផ្ទៃពោះ និងក្រោយពេលសម្រាលកូន
- សេវាព្យាបាលអ្នកជំងឺឥតដេកពេទ្យ
- កម្មវិធីការព្យាបាលជំងឺប្រើប្រាស់ថ្នាំបំបាត់ការឈឺចាប់កម្រិតខ្លាំង
- ការឲ្យថ្នាំសម្រាប់ការព្យាបាលការញៀន (ហៅផងដែរថា ការព្យាបាលដោយមានជំនួយពីការឲ្យថ្នាំ)
- សេវាអន្តរាគមន៍ដំបូង (សម្រាប់សមាជិកដែលមានអាយុក្រោម 21 ឆ្នាំ)
- ការត្រួតពិនិត្យ រោគវិនិច្ឆ័យ និងការព្យាបាលតាមកំណត់ពេល (សម្រាប់សមាជិកដែលមានអាយុក្រោម 21 ឆ្នាំ)

សេវាប្រព័ន្ធផ្តល់ជូនដែលមានការរៀបចំរបស់ Drug Medi-Cal (DMC-ODS) រួមមាន៖

- សេវាព្យាបាលអ្នកជំងឺឥតដេកពេទ្យ
- សេវាព្យាបាលអ្នកជំងឺឥតដេកពេទ្យកម្រិតយកចិត្តទុកដាក់ខ្ពស់
- ការឲ្យថ្នាំសម្រាប់ការព្យាបាលការញៀន (ហៅផងដែរថា ការព្យាបាលដោយមានជំនួយពីការឲ្យថ្នាំ)
- សេវាការព្យាបាលតាមមណ្ឌលស្នាក់នៅ
- សេវាគ្រប់គ្រងការផ្តាច់សារធាតុញៀន
- កម្មវិធីការព្យាបាលជំងឺប្រើប្រាស់ថ្នាំបំបាត់ការឈឺចាប់កម្រិតខ្លាំង
- សេវាស្តារនីតិសម្បទាឱ្យប្រសើរឡើងវិញ
- ការសម្របសម្រួលការថែទាំសុខភាព
- សេវាអន្តរាគមន៍ដំបូង (សម្រាប់សមាជិកដែលមានអាយុក្រោម 21 ឆ្នាំ)
- ការត្រួតពិនិត្យ រោគវិនិច្ឆ័យ និងការព្យាបាលតាមកំណត់ពេល (សម្រាប់សមាជិកដែលមានអាយុក្រោម 21 ឆ្នាំ)
- សេវាអ្នកជំងឺដែលសម្រាកការព្យាបាល

បន្ថែមពីលើសេវាដែលបានរាយខាងលើ អ្នកអាចមានសិទ្ធិទទួលបានសេវាបន្សាបជាតិពុលសម្រាប់អ្នកជំងឺ ដែលសម្រាកព្យាបាល ប្រសិនបើអ្នកបំពេញតាមលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យ។

អាចរកបាននៃសេវាសុខភាពឥរិយាបថ

អ្នកមានសេវាដ៏ទូលំទូលាយយ៉ាងច្រើន ដែលមានសម្រាប់អ្នក។ អ្នកអាចបញ្ជូនបន្តដោយខ្លួនឯងទៅកាន់អ្នកផ្តល់សេវាដែលចុះកិច្ចសន្យា ហើយក៏អាចបានបញ្ជូនបន្តដោយ PCP សមាជិកគ្រួសាររបស់អ្នកជាដើម។ មិនថាM អ្នកទាក់ទងតាមរយៈ "ផ្លូវណាក៏ដោយ" អ្នកនឹងត្រូវណែនាំទៅកាន់សេវាដែលសមស្របសម្រាប់អ្នក។ អ្នកអាចទាក់ទងតាម ផ្នែកខាងក្រោម សម្រាប់ជំនួយដើម្បីទទួលបានសេវា៖

- ខ្សែទូរសព្ទសម្រាប់លិខិតបញ្ជូនបន្ត និងវិបត្តិប្រចាំខោនធី (សូមមើល **ជំពូកទី 2 ផ្នែក K** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិកនេះ* សម្រាប់លេខទូរសព្ទ និងម៉ោងធ្វើការ)
- មន្ទីរសុខភាពសាធារណៈខោនធី Los Angeles ការបង្ការ និងគ្រប់គ្រងការប្រើសារធាតុញៀនលើសកម្រិត (សូមហៅទូរសព្ទទៅលេខ 1-888-742-7900 (TTY: 711) 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍)
- សេវាសុខភាពអាកប្បកិរិយាខោនធី San Diego – សេវាបញ្ហានៃការប្រើប្រាស់សារធាតុញៀន (សូមហៅទូរសព្ទទៅលេខ 1-888-724-7240 (TTY: 711) 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍)
- ខ្សែទូរសព្ទសុខភាពអាកប្បកិរិយារបស់ Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan (សូមមើល**ជំពូកទី 2 ផ្នែក D** នៃ*សៀវភៅណែនាំសមាជិក*សម្រាប់លេខទូរសព្ទ និងម៉ោងធ្វើការ)
- ផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជនរបស់គម្រោង Blue Shield Medicare + គម្រោង Medi-Cal Plan (លេខទូរសព្ទ និងម៉ោងធ្វើការត្រូវបានបោះពុម្ពនៅផ្នែកខាងក្រោមនៃទំព័រនេះ)

ដំណើរការដើម្បីកំណត់អំពីសេវាដែលចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ

ភាពចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រត្រូវបានកំណត់ដោយអ្នកផ្តល់សេវាដែលមានអាជ្ញាបណ្ណត្រឹមត្រូវ។ លក្ខណៈវិនិច្ឆ័យនៃភាពចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រត្រូវបានប្រើប្រាស់ដោយទាំងគម្រោង Blue Shield Medicare + គម្រោង Medi-Cal Plan និងខោនធី ហើយត្រូវបានបង្កើតឡើងដោយអ្នកជំនាញផ្នែកសុខភាពឥរិយាបថ និងភាគីពាក់ព័ន្ធផ្សេងទៀត ព្រមទាំងស្របតាមតម្រូវការនៃបទប្បញ្ញត្តិ។

ដំណើរការបញ្ជូនបន្តរវាងគម្រោង Blue Shield Medicare + គម្រោង Medi-Cal Plan និងខោនធី

ប្រសិនបើអ្នកកំពុងទទួលបានសេវាពីគម្រោង Blue Shield Medicare + គម្រោង Medi-Cal Plan ឬខោនធី អ្នកអាច ត្រូវបានបញ្ជូនបន្តទៅកាន់ស្ថាប័នមួយទៀតស្របតាមតម្រូវការរបស់អ្នក។ គម្រោង Blue Shield Medicare + គម្រោង Medi-Cal Plan ឬខោនធី អាចធ្វើលិខិតបញ្ជូនបន្តឱ្យអ្នក ដោយទូរសព្ទទៅអង្គភាព ដែលត្រូវទទួលលិខិតបញ្ជូន បន្ត នោះ។ លើសពីនេះ ទម្រង់លិខិតបញ្ជូនបន្តនឹងត្រូវបំពេញដោយអ្នកផ្តល់សេវាដែលធ្វើលិខិតបញ្ជូនបន្ត ហើយទម្រង់ នោះនឹងត្រូវផ្ញើទៅអង្គភាព ដែលអ្នកកំពុងត្រូវបានបញ្ជូនទៅ។

ដំណើរការដោះស្រាយបញ្ហា

ប្រសិនបើមានវិវាទរវាងអ្នក និងខោនធី ឬគម្រោង Blue Shield Medicare + គម្រោង Medi-Cal Plan អ្នកនឹងបន្តទទួល បានការថែទាំសុខភាពឥរិយាបថដែលចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ រួមទាំងថ្នាំតាមវេជ្ជបញ្ជា រហូតទាល់តែវិវាទនោះត្រូវបានដោះស្រាយរួចរាល់។ គម្រោង Blue Shield Medicare + គម្រោង Medi-Cal Plan បានសហការជាមួយខោនធី ដើម្បីបង្កើត ដំណើរការដោះស្រាយបញ្ហាឱ្យបានទាន់ពេលវេលា និងមិនធ្វើឱ្យប៉ះពាល់អវិជ្ជមានដល់សេវាដែលអ្នកកំពុងត្រូវការទទួល។ អ្នកក៏អាចប្រើប្រាស់ដំណើរការប្តឹងតវ៉ារបស់គម្រោង Blue Shield Medicare + គម្រោង Medi-Cal Plan ឬខោនធីបាន ផងដែរ ដោយផ្អែកលើស្ថាប័នដែលអ្នកកំពុងមានវិវាទជាមួយ។ សម្រាប់ព័ត៌មានអំពីដំណើរការ បណ្តឹងតវ៉ា សូមមើល ជំពូក ទី 9 នៃសៀវភៅណែនាំសមាជិករបស់អ្នក។

H. អត្ថប្រយោជន៍ដែលមិនទទួលបានការធានារ៉ាប់រងពី គម្រោងរបស់យើង Medicare ឬ Medi-Cal

ផ្នែកនេះនឹងបង្ហាញអ្នកអំពីអត្ថប្រយោជន៍ណាខ្លះមិនរួមបញ្ចូលក្នុងគម្រោងរបស់យើង។ "មិនរាប់បញ្ចូល" មានន័យថា យើងមិនបង់ប្រាក់សម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍ទាំងនេះទេ។ Medicare និង Medi-Cal ក៏មិនបង់ប្រាក់សម្រាប់ពួកគេដែរ។

បញ្ជីខាងក្រោមពិពណ៌នាអំពីសេវាករណីមួយចំនួនដែលយើងខ្ញុំមិនធានារ៉ាប់រង ក្រោមលក្ខខណ្ឌគ្រប់យ៉ាង និងសេវាមួយចំនួនដែលយើងខ្ញុំមិនរួមបញ្ចូលតែក្នុងករណីមួយចំនួនប៉ុណ្ណោះ។

យើងមិនបង់ប្រាក់សម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍វេជ្ជសាស្ត្រដែលមិនរាប់បញ្ចូលដែលបានរាយក្នុងផ្នែកនេះទេ (ឬកន្លែងផ្សេងទៀតនៅក្នុង*សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះ) លើកលែងតែនៅក្រោមលក្ខខណ្ឌជាក់លាក់ដែលបានរាយក្នុងបញ្ជី។ ទោះបីជាអ្នកទទួលបានសេវាកម្មនៅឯកន្លែងសង្គ្រោះបន្ទាន់ក៏ដោយ គម្រោងនឹងមិនបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាកម្មនោះទេ។ ប្រសិនបើអ្នកគិតថា គម្រោងរបស់យើងគួរតែបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាកម្មដែលមិនត្រូវបានធានារ៉ាប់រង អ្នកអាចស្នើសុំបណ្តឹងតវ៉ាបាន។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីបណ្តឹងតវ៉ា សូមមើល **ជំពូកទី 9** នៃ*សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះ។

បន្ថែមពីលើការមិនរាប់បញ្ចូល ឬការកំណត់ណាមួយដែលបានពណ៌នានៅក្នុងតារាងអត្ថប្រយោជន៍ គម្រោងរបស់យើងមិនធានារ៉ាប់រងលើទំនិញ និងសេវាកម្មដូចខាងក្រោម៖

- សេវាដែលបានចាត់ទុកថាមិន "សមហេតុផល និងចាំបាច់ខាងផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ" ដោយយោងទៅតាម Medicare និង Medi-Cal លុះត្រាតែយើងបានរាយបញ្ជីជាសេវាដែលមានការធានារ៉ាប់រង
- ការព្យាបាលផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ និងការវះកាត់ពិសោធ សម្ភារ និងឱសថ លុះត្រាតែ Medicare ការសិក្សាស្រាវជ្រាវអំពីការព្យាបាលដែលទទួលបានការអនុញ្ញាតពី Medicare ឬគម្រោងរបស់យើងធានារ៉ាប់រងទៅលើសេវាទាំងនោះ។ សូមមើលទៅលើ **ជំពូកទី 3** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក* នេះសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីការសិក្សាស្រាវជ្រាវព្យាបាល។ ការព្យាបាល និងវត្ថុពិសោធន៍ គឺជារបស់ដែលមិនត្រូវបានទទួលយកជាទូទៅដោយសហគមន៍វេជ្ជសាស្ត្រ។
- ការព្យាបាលដោយវះកាត់សម្រាប់ជំងឺធាត់ លើកលែងតែនៅពេលសេវានេះមានភាពចាំបាច់ខាងផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ ហើយ Medicare បង់ថ្លៃសេវានេះ
- បន្ទប់ឯកជននៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យ លើកលែងនៅពេលមានភាពចាំបាច់ខាងផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ
- គិលានុបដ្ឋាយិកាតួនាទីឯកជន
- សម្ភារផ្ទាល់ខ្លួននៅក្នុងបន្ទប់របស់អ្នកនៅមន្ទីរពេទ្យ ឬនៅមជ្ឈមណ្ឌលថែទាំសុខភាព ដូចជាទូរសព្ទ ឬទូរទស្សន៍ជាដើម
- សេវាថែទាំអ្នកជំងឺពេញម៉ោងនៅក្នុងលំនៅឋានរបស់អ្នក
- ថ្លៃសេវាដែលត្រូវគិតថ្លៃដោយសាច់ញាតិជិត ឬសមាជិកគ្រួសាររបស់អ្នក
- អាហារដែលដឹកជញ្ជូនដល់ផ្ទះរបស់អ្នក លើកលែងតែដូចដែលបានពណ៌នានៅក្នុងផ្នែកការដឹកជញ្ជូនអាហារដល់ផ្ទះនៅក្នុងតារាងអត្ថប្រយោជន៍ក្នុង**ផ្នែក D**

- នីតិវិធី ឬសេវាសម្រាំង ឬដោយស្ម័គ្រចិត្ត (រួមមានការសម្រកទម្ងន់ ការបណ្តុះសក់ សមត្ថភាពផ្លូវភេទ សមត្ថភាពអត្តពលកម្ម គោលបំណងកែសម្ផស្ស ការពារភាពចាស់មុនអាយុ និងសមត្ថភាពផ្លូវចិត្ត) លើកលែងតែនៅពេលចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ
- ការវះកាត់កែសម្ផស្ស ឬការងារកែសម្ផស្សផ្សេងទៀត លុះត្រាតែវាមិនចាំបាច់ដោយសាររបួសដោយចៃដន្យ ឬដើម្បីកែលម្អផ្នែកនៃរាងកាយដែលមិនមានរូបរាងត្រឹមត្រូវ។ ទោះបីជាយ៉ាងណា យើងនឹងបង់ប្រាក់ទូទាត់សម្រាប់សេវាបង្កើនទំហំសុដន់ឡើងវិញក្រោយពេលវះកាត់សុដន់រួច និងសម្រាប់ការព្យាបាលជំងឺសុដន់ផ្សេងៗទៀត។
- ការថែទាំចាប់សរសៃ ក្រៅពីការកាច់ឆ្អឹងខ្នងដោយដៃស្របតាមគោលការណ៍ណែនាំនៃការធានារ៉ាប់រង លើកលែងតែដូចដែលបានពិពណ៌នានៅក្នុងការថែទាំចាប់សរសៃ (មិនរ៉ាប់រងដោយ Medicare) នៅក្នុងតារាងអត្ថប្រយោជន៍ក្នុង**ផ្នែក D**
- ការថែទាំជើងជាប្រចាំ លើកលែងតែដូចបានពណ៌នាក្នុងសេវាព្យាបាលសុខភាពជើងនៅក្នុងតារាងអត្ថប្រយោជន៍នៅក្នុង**ផ្នែក D** ប៉ុណ្ណោះ
- ស្បែកជើងទម្រងកាយ លើកលែងតែស្បែកជើងនោះជាផ្នែកមួយនៃឧបករណ៍អបជើង និងត្រូវដាក់បញ្ចូលក្នុងថ្លៃចំណាយលើដែកអប ឬស្បែកជើងសម្រាប់អ្នកជំងឺជើងរ៉ាំរ៉ៃ
- ឧបករណ៍ទ្រទ្រង់ប្រអប់ជើង លើកលែងតែស្បែកជើងទម្រងកាយ ឬស្បែកជើងសប្បនិមិត្ត សម្រាប់អ្នកជំងឺជើងរ៉ាំរ៉ៃ។
- សេវា Radial keratotomy សេវាវះកាត់ LASIK និងឧបករណ៍ជំនួយចក្ខុខ្សោយផ្សេងៗទៀត។
- ការផ្លាស់ប្តូរនីតិវិធីសម្អាតមេរោគ
- សេវាព្យាបាលរោគតាមរបៀបធម្មជាតិ (ការប្រើប្រាស់ថ្នាំព្យាបាលធម្មជាតិ ឬរបៀបព្យាបាលតាមជម្រើសផ្សេង)
- សេវាដែលត្រូវបានផ្តល់ឱ្យយុទ្ធជនក្នុងមជ្ឈមណ្ឌលកិច្ចការយុទ្ធជន (VA)។ ទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយ នៅពេលដែលអតីតយុទ្ធជនទទួលបានសេវាសង្គ្រោះបន្ទាន់នៅមន្ទីរពេទ្យ VA ហើយការចែករំលែកថ្លៃចំណាយរបស់ VA គឺច្រើនជាងការចែករំលែកថ្លៃចំណាយក្រោមគម្រោងរបស់យើង យើងនឹងផ្តល់សំណងដល់អតីតយុទ្ធជនសម្រាប់ភាពខុសគ្នា។ អ្នកនៅតែទទួលខុសត្រូវចំពោះចំនួនទឹកប្រាក់នៃការចែករំលែកថ្លៃចំណាយរបស់អ្នក។

ជំពូកទី 5៖ ការទទួលបានឱសថសម្រាប់ការមិនសម្រាកព្យាបាលរបស់អ្នក

សេចក្តីផ្តើម

ជំពូកនេះពន្យល់អំពីវិធានសម្រាប់ការទទួលបានឱសថសម្រាប់អ្នកជំងឺដែលមិនស្នាក់ព្យាបាលរបស់អ្នក។ ឱសថទាំងនេះគឺជាឱសថដែលអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំរបស់អ្នកធ្វើការបញ្ជាទិញជូនអ្នក ដែលអ្នកទទួលបានពីឱសថស្ថាន ឬដោយការបញ្ជាទិញតាមប្រៃសណីយ៍។ ឱសថទាំងនោះរួមមានទាំងឱសថដែលមានធានារ៉ាប់រងក្រោម Medicare ផ្នែក D និង Medi-Cal។ **ជំពូកទី 6** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក* នេះប្រាប់អ្នកពីអ្វីដែលអ្នកត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថទាំងនេះ។ ពាក្យគន្លឹះ និងនិយមន័យ របស់ពាក្យទាំងនោះ មានបង្ហាញតាមលំដាប់អក្ខរក្រមនៅក្នុងជំពូកចុងក្រោយនៃ*សៀវភៅណែនាំសមាជិក* នេះ។

យើងក៏ធានារ៉ាប់រងលើឱសថដូចខាងក្រោម ទោះបីជាវាមិនត្រូវបានពិភាក្សានៅក្នុងជំពូកនេះក៏ដោយ៖

- **ឱសថដែលមានការធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare ផ្នែក A។** ជាទូទៅ ឱសថទាំងនេះរួមបញ្ចូលទាំងឱសថដែលផ្តល់ឱ្យអ្នកនៅពេលអ្នកនៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យ ឬមណ្ឌលថែទាំអ្នកជំងឺ។
- **ឱសថដែលមានការធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare ផ្នែក B។**
  ឱសថទាំងនេះរួមបញ្ចូលទាំងឱសថសម្រាប់ការព្យាបាលដោយប្រើគីមីមួយចំនួន ឱសថសម្រាប់ចាក់មួយចំនួន ដែលបានផ្តល់ជូនអ្នកក្នុងអំឡុងពេល ដែលអ្នកទៅជួបពិនិត្យនៅការិយាល័យជាមួយវេជ្ជបណ្ឌិត ឬអ្នកផ្តល់សេវា ព្រមទាំងឱសថដែលបានផ្តល់ជូនអ្នកនៅឯគ្លីនិកលាងឈាម។ ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពីអ្វីដែលឱសថ Medicare ផ្នែក B ត្រូវបានធានារ៉ាប់រង សូមមើលតារាងអត្ថប្រយោជន៍នៅក្នុង **ជំពូកទី 4** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះ។
- បន្ថែមពីលើការធានារ៉ាប់រងអត្ថប្រយោជន៍ឱសថនៃផ្នែក D របស់កម្មវិធី Medicare និងអត្ថប្រយោជន៍ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្ររបស់គម្រោង ឱសថរបស់អ្នកអាចធានារ៉ាប់រងដោយកម្មវិធី Original Medicare ប្រសិនបើអ្នកកំពុងទទួលការថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយក្រោមកម្មវិធី Medicare។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមមើល**ជំពូក 5**, **ផ្នែក F3** “នៅក្នុងកម្មវិធីថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយដែលមានការបញ្ជាក់ពីកម្មវិធី Medicare។”

បទបញ្ជាសម្រាប់ការធានារ៉ាប់រងឱសថសម្រាប់អ្នកជំងឺឥតដេកពេទ្យរបស់គម្រោងយើង

ជាធម្មតា យើងធានារ៉ាប់រងឱសថរបស់អ្នក លុះត្រាតែអ្នកអនុវត្តតាមបទបញ្ជានៅក្នុងផ្នែកនេះ។

អ្នកត្រូវតែមានអ្នកផ្តល់សេវា (វេជ្ជបណ្ឌិត ពេទ្យធ្មេញ ឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាផ្សេងទៀត) សរសេរវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក ជាលាយល័ក្ខណ៍អក្សរ ដែលត្រូវតែមានសុពលភាពស្ថិតក្រោមច្បាប់រដ្ឋជាធរមាន។ មនុស្សម្នាក់នេះជាញឹកញាប់គឺជាអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំបឋមរបស់អ្នក (PCP)។ ក៏អាចជាអ្នកផ្តល់សេវាផ្សេងមួយទៀតផងដែរ ប្រសិនបើ PCP របស់អ្នកបានបញ្ជូនបន្តអ្នកឱ្យទទួលការថែទាំនេះ។

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

អ្នកត្រូវប្រើឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញដើម្បីបំពេញវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក។ (សូមមើល**ផ្នែក A1** សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម)។ ឬអ្នកអាចបើកឱសថមានវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកតាមរយៈសេវាដឹកជញ្ជូនដល់ផ្ទះរបស់គម្រោង។

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

- ប្រសិនបើឱសថនេះមិនស្ថិតក្នុង*បញ្ជីឱសថ*ទេ នោះយើងអាចនឹងធានារ៉ាប់រងលើឱសថនោះ ដោយផ្តល់ឱ្យអ្នកសម្រាប់ការលើកលែង។
- សូមមើល**ជំពូកទី 9** ដើម្បីស្វែងយល់អំពីការស្នើសុំករណីលើកលែង។
- សូមកត់សម្គាល់ផងដែរថាសំណើសុំធានារ៉ាប់រងលើឱសថមានវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកនឹងត្រូវបានវាយតម្លៃនៅក្រោមទាំងស្តង់ដាររបស់ Medicare និង Medi-Cal។

ឱសថរបស់អ្នក ត្រូវតែបានប្រើសម្រាប់ការបង្ហាញជាពេទ្យសាស្ត្រអាចទទួលស្គាល់បាន។ ចំណុចនេះមានន័យថា ការប្រើប្រាស់ឱសថត្រូវមានការយល់ព្រមពីការិយាល័យរដ្ឋបាលចំណីអាហារ និងឱសថ (FDA) ឬក៏មានការគាំទ្រពីអំណះអំណាងវេជ្ជសាស្ត្រជាក់លាក់។ វេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកប្រហែលជាអាចជួយកំណត់អត្តសញ្ញាណឯកសារយោងវេជ្ជសាស្ត្រដើម្បីគាំទ្រដល់ការប្រើប្រាស់ឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាដែលបានស្នើសុំ។ ឱសថត្រូវបានប្រើដើម្បីព្យាបាលអាការជំងឺមិន ត្រូវបានគាំទ្រដោយរដ្ឋបាលចំណីអាហារ និងឱសថ (FDA) ទេ ឬសៀវភៅជាឯកសារយោងត្រូវបានបៅថា ការបង្ហាញ "ការប្រើក្រៅផ្លូវការ"។ ឱសថដែលបានប្រើសម្រាប់ការបង្ហាញ "ការប្រើក្រៅផ្លូវការ" គឺមិនមែនជាសញ្ញាណនៃការទទួលយកផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រទេ ដូច្នេះមិនមែនជាអត្ថប្រយោជន៍ដែលមានការធានារ៉ាប់រងឡើយ លុះត្រាតែការប្រើប្រាស់ "ការប្រើក្រៅផ្លូវការ" នេះត្រូវបានលើកឡើងនៅក្នុងសៀវភៅយោងដែលបានអនុម័តដោយ CMS។

ឱសថរបស់អ្នកអាចតម្រូវឱ្យមានការយល់ព្រមពីគម្រោងរបស់យើងដោយផ្អែកលើលក្ខណវិនិច្ឆយជាក់លាក់ មុនពេលដែលយើងនឹងធានារ៉ាប់រងលើឱសថនោះ។ (សូមមើល**ផ្នែក C** នៅក្នុងជំពូកនេះ)។

តារាងមាតិកា

A. ការបើកឱសថមានវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក 177
A1. ការបើកឱសថមានវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកនៅតាមឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញ 177
A2. ការប្រើបណ្ណសម្គាល់សមាជិករបស់អ្នកនៅពេលដែលអ្នកបំពេញវេជ្ជបញ្ជា.....177
A3. អ្វីដែលត្រូវធ្វើ ប្រសិនបើអ្នកផ្លាស់ប្តូរឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញរបស់អ្នក 177
A4. តើត្រូវធ្វើយ៉ាងណា ប្រសិនបើឱសថស្ថានដែលអ្នកប្រើប្រាស់ចាកចេញពីបណ្តាញ 178
A5. ការប្រើឱសថស្ថានឯកទេស.....178
A6. ការប្រើប្រាស់សេវាដឹកជញ្ជូនដល់ផ្ទះ ដើម្បីទទួលបានឱសថរបស់អ្នក 178
A7. ការទទួលបានការផ្គត់ផ្គង់ឱសថរយៈពេលវែង.....180

A8. ការប្រើឱសថស្ថានដែលមិនមាននៅក្នុងបណ្តាញគម្រោងរបស់យើង....180
A9. ការទូទាត់សងប្រាក់អ្នកវិញសម្រាប់ថ្លៃឱសថមានវេជ្ជបញ្ជា....181
B. *បញ្ជីឱសថ*ពីគម្រោងរបស់យើង....181
B1. ឱសថនៅក្នុង*បញ្ជីឱសថ*របស់យើង....182
B2. របៀបស្វែងរកឱសថនៅក្នុង*បញ្ជីឱសថ*របស់យើង....182
B3. ឱសថមិនមាននៅក្នុង*បញ្ជីឱសថ*របស់យើង....183
B4. កម្រិតថ្នាក់នៃចំណែកនៃថ្លៃចូលរួមការចំណាយរបស់*បញ្ជីឱសថ*....184
C. ការកំណត់លើឱសថមួយចំនួន....185
D. មូលហេតុដែលឱសថរបស់អ្នកមិនត្រូវបានធានារ៉ាប់រង....186
D1. ការទទួលបានការផ្តត់ផ្តង់បណ្តោះអាសន្ន....187
D2. ការស្នើសុំការផ្តត់ផ្តង់បណ្តោះអាសន្ន....188
D3. ការស្នើសុំករណីលើកលែង....189
E. ការផ្លាស់ប្តូរការធានារ៉ាប់រងលើឱសថរបស់អ្នក....189
F. ការធានារ៉ាប់រងលើឱសថក្នុងករណីពិសេស....191
F1. នៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យ ឬមជ្ឈមណ្ឌលថែទាំជំនាញសម្រាប់ការស្នាក់នៅដែលគម្រោងរបស់យើងធានារ៉ាប់រង....191
F2. នៅក្នុងមជ្ឈមណ្ឌលថែទាំរយៈពេលវែង....192
F3. នៅក្នុងកម្មវិធីថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយដែលមានការបញ្ជាក់ពីកម្មវិធី Medicare....192
G. កម្មវិធីស្តីពីសុវត្ថិភាពឱសថ និងការគ្រប់គ្រងឱសថ....192
G1. កម្មវិធីដើម្បីជួយអ្នកក្នុងការប្រើប្រាស់ឱសថប្រកបដោយសុវត្ថិភាព....192
G2. កម្មវិធីដើម្បីជួយអ្នកគ្រប់គ្រងឱសថ របស់អ្នក....193
G3. កម្មវិធីគ្រប់គ្រងឱសថ (Drug Management Program, DMP) ដើម្បីជួយសមាជិកឱ្យប្រើប្រាស់ការឲ្យថ្នាំផ្ទុកសារធាតុអូផ្យូអ៊ីតប្រកបដោយសុវត្ថិភាព....194

A. ការបើកឱសថមានវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក

A1. ការបើកឱសថមានវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកនៅតាមឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញ

ក្នុងករណីភាគច្រើនបំផុត យើងបង់ថ្លៃឱសថមានវេជ្ជបញ្ជា នៅពេលដែលអ្នកបំពេញវានៅឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញណាមួយរបស់យើងប៉ុណ្ណោះ។ ឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញ គឺជាហាងលក់ឱសថដែលព្រមព្រៀងបំពេញឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាសម្រាប់សមាជិកគម្រោងរបស់យើង។ អ្នកអាចប្រើប្រាស់ឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញរបស់យើងណាមួយក៏បាន។ (សូមមើល**ផ្នែក A8** សម្រាប់ព័ត៌មានអំពីពេលណាដែលយើងធានារ៉ាប់រងលើវេជ្ជបញ្ជាដែលបានបើកនៅឯឱសថស្ថានក្រៅបណ្តាញ។)

ដើម្បីស្វែងរកឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញថ្មី សូមមើលនៅក្នុងបញ្ជីឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថាន ចូលមើលគេហទំព័ររបស់យើង ឬទាក់ទងទៅកាន់ផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជន។

A2. ការប្រើបណ្ណសម្គាល់សមាជិករបស់អ្នកនៅពេលដែលអ្នកបំពេញវេជ្ជបញ្ជា

ដើម្បីបំពេញឱសថមានវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក **សូមបង្ហាញបណ្ណសម្គាល់សមាជិករបស់អ្នក** នៅឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញរបស់អ្នក។ ឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញចេញវិក្កយបត្រឱ្យយើងខ្ញុំសម្រាប់ការចែករំលែកថ្លៃចំណាយរបស់យើងនៃឱសថដែលមានការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នក។ អ្នកចាំបាច់ត្រូវបង់ទៅឱសថស្ថាននូវការបង់ប្រាក់រួមនៅពេលអ្នកមកយកឱសថមានវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក។

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

ប្រសិនបើអ្នកមិនមានបណ្ណសម្គាល់សមាជិកជាប់ជាមួយអ្នកទេ នៅពេលអ្នកទៅបើកឱសថមានវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក សូមស្នើសុំឱ្យឱសថស្ថានទូរសព្ទមកកាន់យើងខ្ញុំ ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានចាំបាច់ ឬអ្នកអាចស្នើសុំឱ្យឱសថស្ថានរកមើលព័ត៌មានចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងរបស់អ្នក។

ប្រសិនបើឱសថស្ថានមិនអាចទទួលបានព័ត៌មានចាំបាច់ទេនោះអ្នកអាចនឹងត្រូវបង់ថ្លៃទាំងស្រុងសម្រាប់ឱសថមានវេជ្ជបញ្ជានៅពេលដែលអ្នកមកយកវា។ បន្ទាប់មក អ្នកអាចស្នើសុំយើងខ្ញុំឱ្យបង់ថ្លៃសងអ្នកវិញ សម្រាប់ចំណែករបស់យើងខ្ញុំ។
ប្រសិនបើអ្នកមិនអាចបង់ថ្លៃឱសថបានទេ សូមទាក់ទងផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជនភ្លាម។
យើងនឹងខិតខំឱ្យអស់ពីលទ្ធភាពដើម្បីជួយ។

- ដើម្បីស្នើសុំឱ្យយើងខ្ញុំទូទាត់សងអ្នកវិញ សូមអាន**ជំពូកទី 7** នៃ*សៀវភៅណែនាំសមាជិក* របស់អ្នក។
- ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយក្នុងការទទួលបានការបំពេញវេជ្ជបញ្ជា សូមទាក់ទងផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជន ឬអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នក។

A3. អ្វីដែលត្រូវធ្វើ ប្រសិនបើអ្នកផ្លាស់ប្តូរឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញរបស់អ្នក

ប្រសិនបើអ្នកផ្លាស់ប្តូរឱសថស្ថាន ហើយត្រូវការបើកឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាជាថ្មី អ្នកអាច ស្នើសុំការចេញវេជ្ជបញ្ជាថ្មីដោយអ្នកផ្តល់សេវាណាម្នាក់ ឬ ស្នើឱ្យឱសថស្ថានរបស់អ្នកផ្ទេរវេជ្ជបញ្ជាទៅកាន់ឱសថស្ថានថ្មីក៏បាន ប្រសិនបើមានការបើកឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាណាមួយមិនទាន់បានធ្វើនៅឡើយទេនោះ។

ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយក្នុងការផ្លាស់ប្តូរឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញរបស់អ្នក សូមទាក់ទងសេវាបម្រើអតិថិជន ឬអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នក។

A4. តើត្រូវធ្វើយ៉ាងណា ប្រសិនបើឱសថស្ថានដែលអ្នកប្រើប្រាស់ចាកចេញពីបណ្តាញ

បើឱសថស្ថាដែលអ្នកប្រើប្រាស់ចាកចេញពីបណ្តាញរបស់គម្រោងយើង អ្នកត្រូវស្វែងរកឱសថស្ថានថ្មីមួយ។

ដើម្បីស្វែងរកឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញថ្មី សូមមើលទៅ*បញ្ជីឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថាន* ចូលមើលគេហទំព័ររបស់យើង ឬទាក់ទងសេវាបម្រើអតិថិជន ឬអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នក។

A5. ការប្រើឱសថស្ថានឯកទេស

ជួនកាល អ្នកត្រូវការបើកឱសថមានវេជ្ជបញ្ជានៅឱសថស្ថានឯកទេស។ ឱសថស្ថានឯកទេស រួមមាន៖

- ឱសថស្ថានដែលផ្តត់ផ្គង់ឱសថសម្រាប់ការព្យាបាលតាមការព្យួរសេរ៉ូមនៅផ្ទះ។
- ឱសថស្ថានដែលផ្តត់ផ្គង់ឱសថសម្រាប់ប្រជាជនដែលសម្រាកនៅមជ្ឈមណ្ឌលថែទាំជំងឺរយៈពេលវែង ដូចជាមជ្ឈមណ្ឌលថែទាំសុខភាពជាដើម។
    - តាមធម្មតា មជ្ឈមណ្ឌលថែទាំរយៈពេលវែងមានឱសថស្ថានរបស់គេ។ ប្រសិនបើអ្នកស្នាក់នៅមជ្ឈមណ្ឌលថែទាំរយៈពេលវែង យើងខ្ញុំត្រូវតែប្រាកដថាអ្នកទទួលបានឱសថដែលត្រូវការនៅឯឱសថស្ថានក្នុងមន្ទីរថែទាំ។
    - ប្រសិនបើឱសថស្ថានរបស់មន្ទីរថែទាំរយៈពេលវែងរបស់អ្នកមិនស្ថិតនៅក្នុងបណ្តាញរបស់យើង ឬអ្នកមានការលំបាកក្នុងការទទួលបានឱសថរបស់អ្នកនៅក្នុងមន្ទីរថែទាំរយៈពេលវែង សូមទាក់ទងផ្នែកបម្រើសេវាបម្រើអតិថិជន។
- ឱសថស្ថានអ្នកផ្តល់ការថែទាំសុខភាពជនជាតិដើមអាមេរិក (Indian Health Care Provider, IHCP)។ សមាជិកជនជាតិដើមអាមេរិកាំង និងជនជាតិដើមអាឡាស្កា មានសិទ្ធិចូលប្រើឱសថស្ថានរបស់អ្នកផ្តល់ការថែទាំសុខភាពជនជាតិដើមអាមេរិក (IHCP) តាមវិសាលភាពដែលពួកគេមាននៅក្នុងឱសថស្ថានលក់រាយដែលបានចុះឈ្មោះ។ ប្រសិនបើអ្នកមិនមែនជាជនជាតិដើមអាមេរិកាំង ឬជនជាតិដើមអាឡាស្កាទេ នោះអ្នក នៅតែ អាចទទួលបានសេវាកម្មពីឱសថស្ថានលក់រាយនៅ IHCP ប្រសិនបើអ្នកត្រូវបាន ចាត់តាំងទៅគ្លីនិក ឬសម្រាប់ភាពអាសន្ននោះ។
- ឱសថស្ថានណាដែលបញ្ចេញឱសថដែលត្រូវបានរឹតបន្តឹងដោយ FDA ទៅកាន់ទីតាំងជាក់លាក់ ឬដែលតម្រូវឱ្យមានការគ្រប់គ្រងពិសេស មានការសម្របសម្រួលអ្នកផ្តល់សេវា ឬការអប់រំអំពីការប្រើប្រាស់ឱសថនោះ។ (ចំណាំ៖ សេណារីយ៉ូនេះគួរតែកើតឡើងកម្រណាស់។)
- ដើម្បីស្វែងរកឱសថស្ថានឯកទេស សូមមើលទៅ*បញ្ជីឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថាន*ចូលទៅកាន់គេហទំព័ររបស់យើង ឬទាក់ទងសេវាបម្រើអតិថិជន ឬអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នក។

A6. ការប្រើប្រាស់សេវាដឹកជញ្ជូនដល់ផ្ទះ ដើម្បីទទួលបានឱសថរបស់អ្នក

សម្រាប់ប្រភេទឱសថមួយចំនួន អ្នកអាចប្រើប្រាស់សេវាដឹកជញ្ជូនដល់ផ្ទះក្នុងបណ្តាញរបស់គម្រោងយើង។ ជាទូទៅ ឱសថអាចរកបានតាមរយៈសេវាដឹកជញ្ជូនដល់ផ្ទះគឺជាឱសថដែលអ្នកត្រូវប្រើប្រាស់យ៉ាងទៀងទាត់ជាប្រចាំសម្រាប់ស្ថានភាពវេជ្ជសាស្ត្ររយៈពេលវែង ឬរ៉ាំរ៉ៃ។ ឱសថដែល**មិន**អាចរកបានតាមរយៈសេវាដឹកជញ្ជូនដល់ផ្ទះរបស់គម្រោងយើងត្រូវបានសម្គាល់ដោយនិមិត្តសញ្ញា NDS នៅក្នុង*បញ្ជីឱសថ*របស់យើង។

សេវាដឹកជញ្ជូនដល់ផ្ទះរបស់គម្រោងយើងអនុញ្ញាតឱ្យអ្នកបញ្ជាទិញរហូតដល់ការផ្គត់ផ្គង់ឱសថដែលមានការធានារ៉ាប់រងរយៈពេល 100 ថ្ងៃចំពោះកម្រិត 1 ដល់កម្រិត 4។ ការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេល 100 ថ្ងៃមានការបង់ប្រាក់រួមដូចគ្នាទៅនឹងការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេលមួយខែ។

ការបើកឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាតាមប្រៃសណីយ៍

ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានអំពីការបើកឱសថមានវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកតាមរយៈសេវាដឹកជញ្ជូនដល់ផ្ទះ សូមទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជនតាមរយៈលេខនៅលើក្របខាងក្រោយរបស់កូនសៀវភៅនេះ។ ប្រសិនបើអ្នកប្រើឱសថស្ថានដឹកជញ្ជូនដល់ផ្ទះដែលមិននៅក្នុងបណ្តាញរបស់គម្រោងនោះ ឱសថមានវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកនឹងមិនត្រូវបានធានារ៉ាប់រងទេ។

ជាធម្មតា ឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាដែលដឹកជញ្ជូនដល់ផ្ទះនឹងមកដល់ក្នុងរយៈពេល 5 ថ្ងៃ។ អ្នកនឹងទទួលបានការជូនដំណឹង ប្រសិនបើមានការពន្យារពេលក្នុងការបញ្ជាទិញឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាដែលដឹកជញ្ជូនដល់ផ្ទះរបស់អ្នក។ ប្រសិនបើអ្នកមាន សំណួរអំពីបញ្ហានេះ សូមទាក់ទងក្រុមថែទាំអតិថិជនសម្រាប់តែ Blue Shield របស់ Amazon Pharmacy តាមរយៈលេខ 1-856-208-4665 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ/7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY ហៅ 711។ ប្រសិនបើចាំបាច់ សេវាបម្រើអតិថិជនរបស់ Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan អាចជួយអ្នកក្នុងការទទួលបានការផ្គត់ផ្គង់ឱសថ គ្រប់គ្រាន់ពីឱសថស្ថានលក់រាយក្នុងបណ្តាញក្នុងតំបន់ ដូច្នេះអ្នកមិនខ្វះឱសថប្រើប្រាស់ទេ រហូតទាល់តែឱសថ ដឹកជញ្ជូនដល់ផ្ទះរបស់អ្នកមកដល់។ វាអាចតម្រូវឱ្យទាក់ទងគ្រូពេទ្យរបស់អ្នក ដើម្បីឱ្យគាត់ទូរសព្ទ ឬទូរសារវេជ្ជបញ្ជាថ្មី ទៅឱសថស្ថានលក់រាយក្នុងបណ្តាញសម្រាប់បរិមាណឱសថដែលត្រូវការរហូតដល់អ្នកទទួលបានឱសថដែលដឹកជញ្ជូនដល់ ផ្ទះរបស់អ្នក។

ប្រសិនបើការពន្យារពេលមានរយៈពេលយូរជាង 5 ថ្ងៃគិតចាប់ពីកាលបរិច្ឆេទដែលវេជ្ជបញ្ជាត្រូវបានបញ្ជាទិញពីអ្នកផ្តល់សេវាដឹកជញ្ជូនដល់ផ្ទះ ហើយដោយសារតែការបាត់បង់ឱសថនៅក្នុងប្រព័ន្ធផ្ញើសំបុត្រ ក្រុមថែទាំអតិថិជនរបស់ Amazon Pharmacy អាចសម្របសម្រួលការបញ្ជាទិញជំនួស។

ដំណើរការដឹកជញ្ជូនដល់ផ្ទះ

សេវាដឹកជញ្ជូនដល់ផ្ទះមានដំណើរការខុសៗគ្នាសម្រាប់វេជ្ជបញ្ជាថ្មីៗដែលទទួលបានពីអ្នក វេជ្ជបញ្ជាថ្មីៗដែលទទួលបានដោយផ្ទាល់ពីការិយាល័យអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក និងបើកឱសថជាថ្មីចំពោះឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាដែលដឹកជញ្ជូនដល់ផ្ទះរបស់អ្នក៖

1. **វេជ្ជបញ្ជាថ្មីដែលឱសថស្ថានទទួលបានពីអ្នក**

   ឱសថស្ថានបើកឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាថ្មីដោយស្វ័យប្រវត្តិ និងផ្ញើចេញទៅឱ្យអ្នក។

2. **វេជ្ជបញ្ជាថ្មីដែលឱសថស្ថាននេះទទួលបានពីការិយាល័យរបស់អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំរបស់អ្នក**

   ក្រោយពីឱសថស្ថានទទួលបានវេជ្ជបញ្ជាមួយពីអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាព ឱសថស្ថាននោះទំនាក់ទំនងអ្នកដើម្បីដឹងថា តើអ្នកចង់បើកឱសថភ្លាមៗ ឬនៅពេលក្រោយ។

   - នេះផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវឱកាសដើម្បីប្រាកដថាឱសថស្ថានកំពុងចែកចាយឱសថត្រឹមត្រូវ (រួមទាំងកម្លាំងឱសថ បរិមាណ និងទម្រង់) ហើយប្រសិនបើចាំបាច់ អនុញ្ញាតឱ្យអ្នកបញ្ឈប់ ឬពន្យារពេលការបញ្ជាទិញមុនពេលអ្នកត្រូវបានចេញវិក្កយបត្រ ហើយឱសថត្រូវបានដឹកជញ្ជូន។
   - ឆ្លើយតបរាល់ពេលដែលឱសថស្ថានទាក់ទងមកកាន់អ្នក ដើម្បីឱ្យពួកគេដឹងថា ពួកគេត្រូវធ្វើអ្វីជាមួយនឹងវេជ្ជបញ្ជាថ្មី និងដើម្បីបង្ការការពន្យារពេលក្នុងការដឹកជញ្ជូន។

3. ការបើកថ្នាំតាមវេជ្ជបញ្ជាបន្ថែមសម្រាប់ការដឹកជញ្ជូនដល់ផ្ទះ

ដើម្បីបើកឱសថរបស់អ្នកជាថ្មី អ្នកមានជម្រើស ដើម្បីចុះឈ្មោះសម្រាប់កម្មវិធីបើកបន្ថែមដោយស្វ័យប្រវត្តិ។ នៅក្រោមកម្មវិធីនេះ យើងនឹងចាប់ផ្តើមដំណើរការបើកថ្នាំឡើងវិញបន្ទាប់របស់អ្នកដោយស្វ័យប្រវត្តិ នៅពេលដែលកំណត់ត្រារបស់យើងបង្ហាញថា អ្នកជិតអស់ថ្នាំហើយ។

- ឱសថស្ថានទាក់ទងទៅអ្នក មុនពេលដឹកជញ្ជូនការបំពេញឡើងវិញនីមួយៗ ដើម្បីប្រាកដថា អ្នកត្រូវការការផ្តល់ឱសថបន្ថែម ហើយអ្នកអាចលុបចោលការបំពេញឡើងវិញតាមកាលវិភាគ ប្រសិនបើអ្នកមានការផ្តល់ឱសថគ្រប់គ្រាន់ ឬប្រសិនបើការផ្តល់ឱសថបានផ្លាស់ប្តូរ។
- ប្រសិនបើអ្នកជ្រើសរើសមិនប្រើកម្មវិធីបើកឱសថជាថ្មីដោយស្វ័យប្រវត្តិរបស់យើងទេ សូមទាក់ទងទៅឱសថស្ថានរបស់អ្នកឱ្យបាន 14 ថ្ងៃមុនវេជ្ជបញ្ជាបច្ចុប្បន្នរបស់អ្នកនឹងត្រូវអស់ ដើម្បីប្រាកដថា ការបញ្ជាទិញបន្ទាប់របស់អ្នកត្រូវដឹកជញ្ជូនទៅអ្នកទាន់ពេលវេលា។

ដើម្បីជ្រើសរើសចេញពីកម្មវិធីរបស់យើង ដែលរៀបចំការដឹកជញ្ជូនការបើកឱសថឡើងវិញដល់ផ្ទះដោយស្វ័យប្រវត្តិ សូមទាក់ទងមកយើងខ្ញុំដោយហៅទូរសព្ទទៅឱសថស្ថាន Amazon តាមរយៈលេខ 1-856-208-4665 បាន 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY ហៅ 711។

អនុញ្ញាតឱ្យឱសថស្ថានដឹងពីវិធីល្អបំផុត ដើម្បីទាក់ទងអ្នក ដូច្នេះពួកគេអាចទាក់ទងអ្នក ដើម្បីបញ្ជាក់ការបញ្ជាទិញរបស់អ្នកមុនពេលដឹកជញ្ជូន។ សូមប្រាកដថា ព័ត៌មានទំនាក់ទំនងរបស់អ្នកតែងតែធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពជាមួយ គម្រោង Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan។ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពលេខទូរសព្ទ ឬអាសយដ្ឋានរបស់អ្នក សូមទាក់ទងសេវាបម្រើអតិថិជនរបស់គម្រោង Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan (លេខទូរសព្ទមាននៅខាងក្រោមទំព័រនេះ)។

A7. ការទទួលបានការផ្គត់ផ្គង់ឱសថរយៈពេលវែង

អ្នកអាចទទួលបានសេវាផ្គត់ផ្គង់រយៈពេលវែងនូវឱសថថែទាំដែលមាននៅក្នុង*បញ្ជីឱសថ*របស់គម្រោង។ ឱសថថែរក្សា គឺជាឱសថដែលអ្នកប្រើជាទៀងទាត់សម្រាប់អាការៈជំងឺរ៉ាំរ៉ៃឬយូរអង្វែង។

បណ្តាញឱសថស្ថានមួយចំនួនអនុញ្ញាតឱ្យអ្នកទទួលបានការផ្គត់ផ្គង់ឱសថថែទាំសុខភាពរយៈពេលវែង។ ការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេល 100 ថ្ងៃមានការបង់ប្រាក់រួមដូចគ្នាទៅនឹងការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេលមួយខែ។ *បញ្ជីឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថាន* ប្រាប់អ្នកអំពីការផ្គត់ផ្គង់ឱសថថែទាំសុខភាពរយៈពេលវែង។ អ្នកក៏អាចទូរសព្ទទៅអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំ ឬផ្នែកបម្រើសេវាបម្រើអតិថិជនរបស់អ្នក ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែម។

សម្រាប់ប្រភេទឱសថជាក់លាក់ អ្នកអាចប្រើសេវាដឹកជញ្ជូនដល់ផ្ទះក្នុងបណ្តាញរបស់គម្រោងយើង ដើម្បីទទួលបានការផ្គត់ផ្គង់ឱសថថែទាំរយៈពេលវែង។ សូមមើល**ផ្នែក A6** ដើម្បីស្វែងយល់អំពីសេវាដឹកបញ្ជូនដល់ផ្ទះ។

A8. ការប្រើឱសថស្ថានដែលមិនមាននៅក្នុងបណ្តាញគម្រោងរបស់យើង

ជាទូទៅ យើងបង់ថ្លៃឱសថដែលត្រូវបានបើកនៅឱសថស្ថានក្រៅបណ្តាញតែក្នុងករណីដែលអ្នកមិនអាចប្រើឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញប៉ុណ្ណោះ។ យើងខ្ញុំមានឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញ ស្ថិតនៅក្រៅតំបន់ផ្តល់សេវា ដែលអ្នកអាចបំពេញឱសថមាន វេជ្ជបញ្ជាក្នុងនាមជាសមាជិកគម្រោងរបស់យើង។ ក្នុងករណីទាំងនេះ សូមពិនិត្យមើលជាមួយអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំ ឬផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជនរបស់អ្នកជាមុនសិន ដើម្បីស្វែងយល់ថាតើមានឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញដែលនៅជិតនោះដែរឬទេ។

យើងបង់ប្រាក់សម្រាប់វេជ្ជបញ្ជាដែលបានបើកនៅឱសថស្ថានក្រៅបណ្តាញ ក្នុងករណីដូចខាងក្រោម៖

- ប្រសិនបើអ្នកមិនអាចទទួលបានឱសថដែលបានធានារ៉ាប់រងទាន់ពេលវេលានៅក្នុងតំបន់ផ្តល់សេវារបស់យើង ដោយសារតែមិនមានឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញក្នុងចម្ងាយបើកបរសមហេតុផលដែលផ្តល់សេវា 24 ម៉ោងទេនោះ។
- ប្រសិនបើអ្នកកំពុងព្យាយាមបើកឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រង ដែលមិនមានស្តុកទុកជាប្រចាំនៅឱសថស្ថានលក់រាយ ឬឱសថស្ថានផ្តល់សេវាផ្ញើឱសថតាមប្រៃសណីយ៍ក្នុងបណ្តាញដែលមានសិទ្ធិទទួលបាន (ឱសថទាំងនេះរួមមានឱសថសម្រាប់ព្យាបាលជំងឺកម្រ ឱសថដែលមានតម្លៃខ្ពស់ និងតែមួយគត់ ឬឱសថពិសេសផ្សេងទៀត)។
- វ៉ាក់សាំងមួយចំនួនដែលបានផ្តល់នៅក្នុងការិយាល័យគ្រូពេទ្យរបស់អ្នកដែលមិនត្រូវបានធានារ៉ាប់រងនៅក្រោម Medicare ផ្នែក B ហើយមិនអាចទទួលបានដោយសមហេតុផលនៅឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញអាចត្រូវបានធានារ៉ាប់រងនៅក្រោមការចូលប្រើក្រៅបណ្តាញរបស់យើង។
- វេជ្ជបញ្ជាដែលបានបើកនៅឱសថស្ថានក្រៅបណ្តាញត្រូវបានកំណត់ចំពោះការផ្គត់ផ្គង់ឱសថដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងរយៈពេល 30 ថ្ងៃ។

A9. ការទូទាត់សងប្រាក់អ្នកវិញសម្រាប់ថ្លៃឱសថមានវេជ្ជបញ្ជា

ប្រសិនបើអ្នកចាំបាច់ត្រូវប្រើឱសថស្ថាននៅក្រៅបណ្តាញ ជាទូទៅអ្នកនឹងត្រូវបង់ថ្លៃចំណាយពេញ ជំនួសឱ្យការបង់ប្រាប់រួមនៅពេលដែលអ្នកទទួលបានវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក។ អ្នកស្នើសុំឱ្យយើងសងប្រាក់អ្នកវិញ សម្រាប់ចំណែកការចំណាយរបស់យើង។

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

ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពីចំណុចនេះ សូមអាន**ជំពូកទី 7** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក* នេះ។

B. *បញ្ជីឱសថ*ពីគម្រោងរបស់យើង

យើងមាន *បញ្ជីឱសថដែលមានធានារ៉ាប់រង*។ យើងហៅបញ្ជីនេះដោយខ្លីថា “*បញ្ជីឱសថ*”។

យើងជ្រើសរើសឱសថនៅក្នុង*បញ្ជីឱសថ* ដោយមានជំនួយពីក្រុមវេជ្ជបណ្ឌិត និងឱសថការី។ *បញ្ជីឱសថ* ក៏បង្ហាញអ្នកអំពីគោលការណ៍ដែលអ្នកត្រូវអនុវត្តតាម ដើម្បីទទួលបានឱសថរបស់អ្នកផងដែរ។

ជាទូទៅ យើងធានារ៉ាប់រងលើឱសថនៅក្នុង*បញ្ជីឱសថ*នៃគម្រោងរបស់យើង នៅពេលអ្នកធ្វើតាមគោលការណ៍ ដែលយើងពន្យល់នៅក្នុងជំពូកនេះ។

B1. ឱសថនៅក្នុង*បញ្ជីឱសថ*របស់យើង

*បញ្ជីឱសថ*របស់យើងរួមមានឱសថតាមធានារ៉ាប់រងក្រោម Medicare ផ្នែក D។

ឱសថភាគច្រើនដែលអ្នកទទួលបានពីឱសថស្ថានទទួលបានការធានារ៉ាប់រងពីគម្រោងរបស់យើង។ ឱសថផ្សេងទៀត ដូចជាឱសថគ្មានវេជ្ជបញ្ជា (OTC) មួយចំនួន និងវីតាមីនមួយចំនួនអាចត្រូវបានធានារ៉ាប់រងពី Medi-Cal Rx។ សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ Medi-Cal Rx (medi-calrx.dhcs.ca.gov) សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។ អ្នកក៏អាចទូរសព្ទទៅមណ្ឌល សេវាបម្រើអតិថិជន Medi-Cal Rx តាមរយៈលេខ 1-800-977-2273 បានផងដែរ។ សូមយកបណ្ណសម្គាល់អ្នកទទួល ផល (BIC) ពីកម្មវិធី Medi-Cal របស់អ្នកពេលមកបើកឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាតាមរយៈ Medi-Cal Rx របស់អ្នក។

*បញ្ជីឱសថ*របស់យើងរួមមានឱសថមានម៉ាកឱសថទូទៅ និងផលិតផលជីវសាស្ត្រ (ដែលអាចរួមមានឱសថជីវសាស្ត្រស្រដៀង)។

ឱសថម៉ាកល្បី គឺជាឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាដែលបានលក់ក្រោមឈ្មោះម៉ាក ដែលគ្រប់គ្រងដោយផលិតករឱសថ។ ផលិតផលជីវសាស្ត្រ គឺជាឱសថដែលមានភាពស្មុគស្មាញជាងឱសថធម្មតា។ នៅក្នុង*បញ្ជីឱសថ*របស់យើង នៅពេលដែលយើងសំដៅទៅលើ “ឱសថ” នេះអាចមានន័យថាជាឱសថ ឬផលិតផលជីវសាស្ត្រ។

ឱសថទូទៅមានធាតុផ្សំសកម្មដូចគ្នាទៅនឹងឱសថមានម៉ាកផងដែរ។ ផលិតផលជីវសាស្ត្រមានជម្រើសផ្សេងទៀតហៅថា ឱសថជីវសាស្ត្រស្រដៀងគ្នា។ ជាទូទៅ ឱសថទូទៅ និងផលិតផលជីវសាស្ត្រស្រដៀងគ្នាមានប្រសិទ្ធភាពដូចគ្នាទៅនឹងឱសថមានម៉ាក ឬផលិតផលជីវសាស្ត្រ ហើយជាធម្មតាមានតម្លៃទាបជាង។ មានឱសថទូទៅដែលអាចជំនួសឱសថមានម៉ាកជាច្រើន និងជម្រើសឱសថជីវសាស្ត្រស្រដៀងគ្នាដែលអាចរកបានសម្រាប់ផលិតផលជីវសាស្ត្រដើមមួយចំនួន។ ជីវសាស្ត្រស្រដៀងគ្នាមួយចំនួន គឺជាប្រភេទដែលអាចផ្លាស់ប្តូរគ្នាបាន។ អាស្រ័យលើច្បាប់នៃរដ្ឋនីមួយៗ ឱសថការីអាចជំនួសផលិតផលជីវសាស្ត្រដើមដោយជីវសាស្ត្រស្រដៀងគ្នានេះ ដោយមិនចាំបាច់មានវេជ្ជបញ្ជាថ្មីពីគ្រូពេទ្យនោះទេ។ ការជំនួសនេះ គឺដូចគ្នាទៅនឹងការជំនួសថ្នាំម៉ាកដោយថ្នាំទូទៅនៅតាមឱសថស្ថានដែរ។

សូមមើល**ជំពូកទី 12** សម្រាប់និយមន័យអំពីប្រភេទឱសថដែលអាចមាននៅក្នុង*បញ្ជីឱសថ*។

B2. របៀបស្វែងរកឱសថនៅក្នុង*បញ្ជីឱសថ*របស់យើង

ដើម្បីស្វែងយល់ថា តើឱសថដែលអ្នកប្រើមាននៅក្នុងបញ្ជីឱសថ របស់យើងដែរឬអត់ អ្នកអាច៖

- សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័ររបស់គម្រោងរបស់យើងតាមរយៈ blueshieldca.com/medformulary2027។ *បញ្ជីឱសថ*នៅលើគេហទំព័ររបស់យើង គឺតែងតែមានព័ត៌មានថ្មីបំផុតជានិច្ច។
- ហៅទូរសព្ទទៅអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំ ឬសេវាបម្រើអតិថិជនរបស់អ្នក ដើម្បីស្វែងយល់ថា តើឱសថមាននៅក្នុង*បញ្ជីឱសថ*របស់យើង ឬដើម្បីស្នើសុំច្បាប់ចម្លងនៃបញ្ជី។
- ឱសថដែលមិនទទួលបានការធានារ៉ាប់រងពីផ្នែក D អាចមាននធានារ៉ាប់រងពី Medi-Cal Rx។ សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ Medi-Cal Rx (medi-calrx.dhcs.ca.gov/) សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។
- ប្រើ “ឧបករណ៍អត្ថប្រយោជន៍ពេលវេលាពិតប្រាកដ (Real Time Benefit Tool)” របស់យើងតាមរយៈ blueshieldca.com/medicare ដើម្បីស្វែងរកឱសថនៅក្នុង បញ្ជីឱសថ ដើម្បីទទួលបានការប៉ាន់ស្មានអំពីចំនួនដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់ ហើយថាតើមានឱសថជំនួសនៅក្នុង *បញ្ជីឱសថ*ដែលអាចព្យាបាល

ស្ថានភាពជំងឺដូចគ្នាបានដែរ ឬទេ។ អ្នកក៏អាចទូរសព្ទទៅអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំ ឬផ្នែកបម្រើសេវាបម្រើអតិថិជនរបស់អ្នក ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែម។ ជាមួយនឹងឧបករណ៍នេះ អ្នកអាចស្វែងរកឱសថនៅក្នុង *បញ្ជីឱសថ* ដើម្បីទទួលបានការប៉ាន់ស្មានអំពីអ្វី ដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់ និងថាតើមានឱសថជំនួសនៅក្នុងបញ្ជីឱសថ ដែលអាចព្យាបាលស្ថានភាពដូចគ្នាដែរឬទេ។

- របៀបចូលប្រើឧបករណ៍ពិនិត្យតម្លៃ Rx៖
  - បង្កើត ឬចូលទៅកាន់គណនីសមាជិកអនឡាញរបស់អ្នក។
  - ចូលទៅកាន់ myblueshield បន្ទាប់មកចុចឱសថស្ថាននៅក្រោម “Benefits (អត្ថប្រយោជន៍)”។
  - នៅក្រោម “Price check my Rx (ពិនិត្យតម្លៃថ្នាំតាមវេជ្ជបញ្ជារបស់ខ្ញុំ), ចុច “Check current prescriptions (ពិនិត្យមើលវេជ្ជបញ្ជាបច្ចុប្បន្ន)”។

B3. ឱសថមិនមាននៅក្នុង *បញ្ជីឱសថ* របស់យើង

យើងមិនធានារ៉ាប់រងលើឱសថទាំងអស់ទេ។

- ឱសថមួយចំនួនមិនមាននៅក្នុង *បញ្ជីឱសថ* របស់យើងទេ ពីព្រោះច្បាប់មិនអនុញ្ញាតឱ្យយើងធានារ៉ាប់រងឱសថទាំងនោះឡើយ។
- ក្នុងករណីផ្សេងៗទៀត យើងខ្ញុំសម្រេចមិនដាក់បញ្ចូលឱសថណាមួយទៅក្នុង *បញ្ជីឱសថ* របស់យើងឡើយ។
- ក្នុងករណីមួយចំនួន អ្នកប្រហែលជាអាចទទួលបានឱសថដែលមិនមាននៅក្នុង *បញ្ជីឱសថ* របស់យើង។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមអាន **ជំពូកទី 9។**

គម្រោងរបស់យើងមិនបង់ប្រាក់សម្រាប់ប្រភេទឱសថ ដែលបានពណ៌នានៅក្នុងផ្នែកនេះទេ។ ឱសថទាំងនេះ ហៅថា **ឱសថមិនរាប់បញ្ចូល**។ បើអ្នកទទួលបានវេជ្ជបញ្ជាឱ្យប្រើប្រាស់ឱសថមិនរាប់បញ្ចូល អ្នកអាចត្រូវបង់ប្រាក់សម្រាប់ឱសថនោះដោយខ្លួនឯង។ បើអ្នកគិតថា យើងខ្ញុំគួរតែបង់ប្រាក់សម្រាប់ឱសថមិនរាប់បញ្ចូលណាមួយ ដោយសារករណីរបស់អ្នក អ្នកអាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងបាន។ សូមអាន **ជំពូកទី 9** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក* នេះសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីបណ្តឹងតវ៉ា។

ខាងក្រោមនេះ គឺជាបទបញ្ជាទូទៅចំនួនបីសម្រាប់អនុវត្តន៍ចំពោះឱសថមិនរាប់បញ្ចូល៖

1. ការធានារ៉ាប់រងលើឱសថសម្រាប់អ្នកជំងឺដែលមិនសម្រាកព្យាបាលក្នុងគម្រោងរបស់យើង (ដែលរួមបញ្ចូលទាំង Medicare ផ្នែក D) មិនអាចទូទាត់ថ្លៃឱសថ ដែល Medicare ផ្នែក A ឬ Medicare ផ្នែក B ធានារ៉ាប់រងរួច ហើយនោះទេ។ គម្រោងរបស់យើងធានារ៉ាប់រងលើឱសថ ដែលធានារ៉ាប់រងក្រោម Medicare ផ្នែក A ឬ Medicare ផ្នែក B ដោយឥតគិតថ្លៃ ប៉ុន្តែឱសថទាំងនេះ មិនត្រូវបានចាត់ទុកថា ជាផ្នែកមួយនៃអត្ថប្រយោជន៍ឱសថសម្រាប់អ្នកជំងឺដែលមិនសម្រាកព្យាបាលរបស់អ្នកទេ។
2. គម្រោងរបស់យើងមិនអាចរ៉ាប់រងលើឱសថដែលបានទិញនៅក្រៅសហរដ្ឋអាមេរិក និងដែនដីរបស់ប្រទេសនេះទេ។
3. ការប្រើប្រាស់ឱសថត្រូវតែត្រូវបានអនុញ្ញាតដោយ FDA ឬគាំទ្រដោយឯកសារយោងវេជ្ជសាស្ត្រជាក់លាក់ជាការព្យាបាលសម្រាប់ស្ថានភាពជំងឺរបស់អ្នក។ វេជ្ជបណ្ឌិត ឬអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកផ្សេងទៀតអាចចេញវេជ្ជបញ្ជាសម្រាប់ឱសថជាក់លាក់ណាមួយ ដើម្បីព្យាបាលស្ថានភាពជំងឺរបស់អ្នក ទោះបីជាឱសថនេះមិនមានការអនុម័តឱ្យប្រើប្រាស់ក្នុងការព្យាបាលស្ថានភាពនេះក៏ដោយ។ នេះហៅថា “ការប្រើក្រៅផ្លូវការ”។ ជាធម្មតា គម្រោងរបស់យើងមិនធានារ៉ាប់រងលើឱសថដែលបានចេញវេជ្ជបញ្ជាសម្រាប់ការប្រើក្រៅផ្លូវការទេ។

ដូចគ្នានេះផងដែរ តាមច្បាប់ Medicare ឬ Medi-Cal មិនអាចធានារ៉ាប់រងលើប្រភេទឱសថដែលបានរាយខាងក្រោមបានទេ។

- ឱសថបានប្រើដើម្បីលើកកម្ពស់ភាពមានកូន
- ឱសថដែលប្រើសម្រាប់បំបាត់រោគសញ្ញាក្អក ឬផ្តាសាយ*
- ឱសថបានប្រើសម្រាប់គោលបំណងកែសម្ផស្ស ឬដើម្បីជំរុញការដុះសក់
- វីតាមីនតាមវេជ្ជបញ្ជា និងផលិតផលមានសារធាតុរ៉ែ លើកលែងតែវីតាមីនមុនពេលសម្រាល និងភ្លុយអ័រ
  * ការរៀបចំ
- ឱសថដែលប្រើសម្រាប់ការព្យាបាលជំងឺផ្លូវភេទ ឬជំងឺងាប់លិង្គ
- ឱសថដែលប្រើសម្រាប់ព្យាបាលជំងឺស្រកទម្ងន់ ឬការឡើងទម្ងន់*
- ឱសថសម្រាប់អ្នកជំងឺមិនស្គាក់នៅព្យាបាលដែលផលិតដោយក្រុមហ៊ុនដែលនិយាយថាអ្នកត្រូវតែធ្វើតេស្ត ឬប្រើប្រាស់សេវាល់ដោយពួកគេតែប៉ុណ្ណោះ

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

B4. កម្រិតថ្នាក់នៃចំណែកនៃថ្លៃចូលរួមការចំណាយរបស់*បញ្ជីឱសថ*

គ្រប់ឱសថទាំងអស់ក្នុង*បញ្ជីឱសថ*របស់យើង គឺស្ថិតក្នុងកម្រិតមួយក្នុងចំណោមកម្រិតទាំងប្រាំ។ កម្រិតគឺជាប្រភេទក្រុមឱសថ ដែលមានប្រភេទដូចគ្នា (ឧទាហរណ៍ម៉ាក ឈ្មោះ ប្រភេទទូទៅ ឬឱសថមិនតម្រូវការ វេជ្ជបញ្ជា (OTC))។ ជាទូទៅ កាលណាកម្រិតថ្នាក់នៃចំណែកនៃថ្លៃចូលរួមការចំណាយខ្ពស់ជាងតម្លៃសម្រាប់ឱសថរបស់អ្នក ក៏ខ្ពស់ជាងដែរ។

- ការបែងចែកការចំណាយរួម ទីកម្រិត 1៖ ឱសថទូទៅដែលពេញចិត្ត (កម្រិតនៃការចែករំលែកថ្លៃចំណាយទាបបំផុត) - រួមមានឱសថទូទៅដែលពេញចិត្ត។
- កម្រិតថ្នាក់នៃចំណែកនៃថ្លៃចូលរួមការចំណាយ ទី 2៖ ឱសថទូទៅ – រួមទាំងឱសថទូទៅ និងឱសថជីវសាស្ត្រស្រដៀងគ្នា។
- កម្រិតថ្នាក់នៃចំណែកនៃថ្លៃចូលរួមការចំណាយ ទី 3៖ ឱសថម៉ាកល្បីដែលត្រូវបានជ្រើសរើស – រួមមានឱសថម៉ាកល្បីដែលត្រូវបានជ្រើសរើស ឱសថជីវស្រដៀងគ្នា និងឱសថទូទៅមួយចំនួន។
- កម្រិតថ្នាក់នៃចំណែកនៃថ្លៃចូលរួមការចំណាយ ទី 4៖ ឱសថម៉ាកល្បីដែលមិនត្រូវបានជ្រើសរើស – រួមមានឱសថម៉ាកល្បីដែលមិនត្រូវបានជ្រើសរើស ឱសថជីវស្រដៀងគ្នា និងឱសថទូទៅមួយចំនួន។
- កម្រិតថ្នាក់នៃចំណែកនៃថ្លៃចូលរួមការចំណាយ ទី 5៖ ឱសថកម្រិតឯកទេស (ថ្នាក់ចំណែកតម្លៃខ្ពស់បំផុត) – រួមបញ្ចូលឱសថម៉ាកល្បីដែលមានតម្លៃខ្ពស់ ឱសថជីវសាស្ត្រស្រដៀងគ្នា និងឱសថទូទៅដែលអាចទាមទារការគ្រប់គ្រងពិសេស និង/ឬការត្រួតពិនិត្យយ៉ាងដិតដល់។

ដើម្បីស្វែងយល់ថា តើឱសថរបស់អ្នកស្ថិតនៅក្នុងកម្រិតនៃការរួមចំណែកលើថ្លៃចំណាយមួយណា សូមរកមើលឱសថនៅក្នុង *បញ្ជីឱសថ* របស់យើង។

ជំពូកទី 6 នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក* នេះប្រាប់ពីចំនួនទឹកប្រាក់ ដែលអ្នកត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថក្នុងកម្រិតនីមួយៗ។

C. ការកំណត់លើឱសថមួយចំនួន

សម្រាប់ឱសថជាក់លាក់មួយចំនួន ច្បាប់ពិសេសដាក់កំណត់លើរបៀប និងពេលណាដែលគម្រោងរបស់យើងនឹងរ៉ាប់រងលើឱសថទាំងនោះ។ ជាទូទៅ បទបញ្ជារបស់យើងខ្ញុំជំរុញឱ្យអ្នកទទួលបានឱសថដែលមានប្រសិទ្ធភាពសម្រាប់ស្ថានភាពជំងឺរបស់អ្នក ហើយមានសុវត្ថិភាព និងប្រសិទ្ធភាព។ នៅពេលឱសថមានសុវត្ថិភាព មានតម្លៃទាប និងមានប្រសិទ្ធភាពខ្ពស់ដូចឱសថដែលមានតម្លៃខ្ពស់ យើងរំពឹងថា អ្នកផ្តល់សេវាអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាឱសថដែលមានតម្លៃទាប។

សូមចំណាំថា ពេលខ្លះឱសថអាចលេចឡើងលើសពីម្តងនៅក្នុង *បញ្ជីឱសថ* របស់យើង។ នេះគឺដោយសារឱសថដូចគ្នាអាចខុសគ្នាអាស្រ័យលើកម្លាំង បរិមាណ ឬទម្រង់នៃឱសថ ដែលបានចេញវេជ្ជបញ្ជាដោយអ្នកផ្តល់សេវា ហើយការដាក់កំហិតផ្សេងៗគ្នាអាចអនុវត្តចំពោះកំណែផ្សេងគ្នានៃឱសថ (ឧទាហរណ៍ 10 mg ទល់នឹង 100 mg មួយក្នុងមួយថ្ងៃ ទល់នឹងពីរក្នុងមួយថ្ងៃ ថ្នាំគ្រាប់ ទល់នឹងថ្នាំទឹក)។

ប្រសិនបើមានច្បាប់ពិសេសសម្រាប់ឱសថរបស់អ្នក ជាធម្មតា គឺមានន័យថា អ្នក ឬអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកត្រូវតែចាត់វិធានការបន្ថែមសម្រាប់ឱ្យយើងខ្ញុំធានារ៉ាប់រងលើឱសថនោះ។ ឧទាហរណ៍ អ្នកផ្តល់របស់អ្នកអាចនឹងត្រូវប្រាប់យើងអំពីរោគវិនិច្ឆ័យរបស់អ្នក ឬផ្តល់លទ្ធផលនៃការធ្វើតេស្តឈាមជាមុនសិន។ ប្រសិនបើអ្នក ឬអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកគិតថា វិធានរបស់យើងមិនគួរអនុវត្តចំពោះស្ថានភាពរបស់អ្នកទេ សូមស្នើសុំឱ្យយើងខ្ញុំប្រើដំណើរការនៃការសម្រេចពីការរ៉ាប់រង ដើម្បីធ្វើការលើកលែង។ យើងខ្ញុំប្រហែលជាឯកភាព ឬមិនឯកភាពឱ្យអ្នកប្រើប្រាស់ឱសថដោយមិនមានចំណាត់ការបន្ថែម។

ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពីការស្នើសុំការលើកលែង សូមអាន **ជំពូកទី 9** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក* នេះ។

1. ការកំណត់កម្រិតលើការប្រើប្រាស់ចំពោះឱសថមានម៉ាក ឬផលិតផលជីវសាស្ត្រដើម នៅពេលមានកំណែ ឱសថជីវសាស្ត្រស្រដៀងគ្នា ដែលផ្លាស់ប្តូរគ្នាបាន ឬទូទៅដែលអាចរកបាន

ជាទូទៅ ឱសថទូទៅ ឬឱសថជីវសាស្ត្រស្រដៀងគ្នាដែលអាចផ្លាស់ប្តូរគ្នាបានមានប្រសិទ្ធភាពដូចគ្នានឹងឱសថមានម៉ាក ឬផលិតផលជីវសាស្ត្រដើម ហើយជាធម្មតាមានតម្លៃទាបជាង។ ក្នុងករណីភាគច្រើន ប្រសិនបើមានកំណែឱសថទូទៅ ឬឱសថជីវសាស្ត្រស្រដៀងគ្នា ដែលអាចផ្លាស់ប្តូរគ្នាបាននៃឱសថមានម៉ាកល្បី ឬផលិតផលជីវសាស្ត្រដើម ដែលអាចរកបាន ឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញរបស់យើងនឹងផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវកំណែឱសថទូទៅ ឬឱសថជីវសាស្ត្រស្រដៀងគ្នាដែលអាចផ្លាស់ប្តូរគ្នាបាន។

- ជាធម្មតា យើងមិនទូទាត់ប្រាក់សម្រាប់ឱសថមានម៉ាកល្បី ឬផលិតផលជីវសាស្ត្រដើមទេ នៅពេលកំណែឱសថទូទៅអាចរកបាន។
- យ៉ាងនេះក្តី ប្រសិនបើអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក ប្រាប់យើងខ្ញុំពីហេតុផលវេជ្ជសាស្ត្រដែលថាឱសថគ្មានម៉ាកនឹងគ្មានប្រសិទ្ធភាពសម្រាប់អ្នក នោះយើងខ្ញុំនឹងធានារ៉ាប់រងលើឱសថមានម៉ាក ។

- ប្រាក់បង់រួមរបស់អ្នកអាចធំជាងសម្រាប់ឱសថមានម៉ាកល្បី ឬផលិតផលជីវសាស្ត្រដើមជាងសម្រាប់ឱសថទូទៅ ឬឱសថជីវសាស្ត្រស្រដៀងគ្នាដែលអាចផ្លាស់ប្តូរគ្នាបាន *។*

2. ការទទួលបានការយល់ព្រមពីគម្រោងជាមុន

សម្រាប់ឱសថមួយចំនួន អ្នកឬគ្រូពេទ្យរបស់អ្នកត្រូវតែទទួលការយល់ព្រមពីគម្រោងរបស់យើង មុននឹងអ្នកអាចបើកឱសថមានវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកបាន។ នេះហៅថា ការអនុញ្ញាតជាមុន។ នេះត្រូវបានដាក់ឱ្យដំណើរការដើម្បីធានាសុវត្ថិភាពការឲ្យថ្នាំ និងជួយណែនាំការប្រើប្រាស់ឱសថមួយចំនួនឱ្យបានត្រឹមត្រូវ។ បើអ្នកមិនទទួលបានការយល់ព្រមនោះយើងមិនអាចធានារ៉ាប់រងលើឱសថប្រភេទនោះបានទេ។ ទូរសព្ទទៅសេវាបម្រើអតិថិជនតាមរយៈលេខនៅផ្នែកខាងក្រោមនៃទំព័រ ឬនៅលើគេហទំព័ររបស់យើងតាមរយៈ blueshieldca.com/medformulary2027 សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីការអនុញ្ញាតជាមុន។

3. សាកល្បងប្រើឱសថផ្សេងទៀតជាមុនសិន

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

ប្រសិនបើឱសថ A **មិន**មានប្រសិទ្ធភាពសម្រាប់អ្នកទេ នោះយើងធានារ៉ាប់រងលើឱសថ B ។ នេះត្រូវបានហៅជំហានវិធីព្យាបាល។ ទូរសព្ទទៅសេវាបម្រើអតិថិជនតាមរយៈលេខនៅផ្នែកខាងក្រោមនៃទំព័រ ឬនៅលើគេហទំព័ររបស់យើងតាមរយៈ blueshieldca.com/medformulary2027 សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីការព្យាបាលជាជំហាន។

4. ការកំណត់បរិមាណ

សម្រាប់ឱសថមួយចំនួន យើងដាក់កំណត់ចំនួននៃឱសថដែលអ្នកអាចមាន។ នេះហៅថា ការកំណត់បរិមាណ ។ ឧទាហរណ៍ ប្រសិនបើវាជាធម្មតាគេចាត់ទុកថា មានសុវត្ថិភាពក្នុងការលេបថ្នាំតែមួយគ្រាប់ក្នុងមួយថ្ងៃ យើងអាចដាក់កំហិតបរិមាណថ្នាំ ដែលអ្នកអាចទទួលបាននៅរៀងរាល់ពេល ដែលអ្នកទៅយកថ្នាំតាមវេជ្ជបញ្ជា។

ដើម្បីឱ្យដឹងថា តើបទបញ្ជាណាមួយក្នុងចំណោមគោលការណ៍ខាងលើត្រូវបានអនុវត្តន៍ចំពោះឱសថដែលអ្នកប្រើ ឬក៏ចង់ប្រើ សូមពិនិត្យមើល *បញ្ជីឱសថ*របស់យើង។ សម្រាប់ព័ត៌មានចុងក្រោយបំផុត សូមទូរសព្ទទៅកាន់សេវាបម្រើអតិថិជន ឬចូលទៅកាន់គេហទំព័រយើងតាមរយៈ blueshieldca.com/medformulary2027។ ប្រសិនបើអ្នកមិនយល់ស្របនឹងសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងរបស់យើងដោយផ្អែកលើហេតុផលណាមួយខាងលើ អ្នកអាចស្នើសុំបណ្តឹងតវ៉ាបាន។ សូមអាន **ជំពូកទី 9** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក* នេះ។

D. មូលហេតុដែលឱសថរបស់អ្នកមិនត្រូវបានធានារ៉ាប់រង

យើងខ្ញុំព្យាយាមធ្វើឱ្យសេវាសថរបស់អ្នកធ្វើការឱ្យមានប្រសិទ្ធភាពសម្រាប់អ្នក ប៉ុន្តែមានពេលខ្លះឱសថមួយប្រហែលជាមិនបានធានារ៉ាប់រងតាមរបៀបដែលអ្នកចង់បានទេ។ ឧទាហរណ៍៖

- គម្រោងរបស់យើងមិនធានារ៉ាប់រងលើឱសថដែលអ្នកចង់ប្រើទេ។ ឱសថនេះប្រហែលជាមិននៅក្នុង *បញ្ជីឱសថ* របស់យើងទេ។ យើងអាចនឹងធានារ៉ាប់រងលើឱសថទូទៅ ប៉ុន្តែមិនមែនជាឱសថមានម៉ាក ដែលអ្នកចង់ប្រើទេ។ ឱសថអាចជាឱសថថ្មី ហើយយើងមិនទាន់បានពិនិត្យមើលសុវត្ថិភាព និងប្រសិទ្ធភាព នៅឡើយទេ។
- គម្រោងរបស់យើងធានារ៉ាប់រងលើឱសថ ប៉ុន្តែមានបទបញ្ជា ឬការដាក់កំណត់ពិសេសលើការធានារ៉ាប់រង នោះឡើង។ ដូចដែលបានពន្យល់នៅក្នុងផ្នែកខាងលើ ឱសថមួយចំនួនដែលគម្រោងរបស់យើង ធានារ៉ាប់រងមាន បទបញ្ជាដែលកំណត់ការប្រើប្រាស់របស់ពួកវា។ ក្នុងករណីមួយចំនួន អ្នក និងអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកប្រហែលជា ចង់ស្នើសុំករណីលើកលែងណាមួយពីយើងខ្ញុំ។
- ឱសថនេះត្រូវបានធានារ៉ាប់រង ប៉ុន្តែនៅក្នុងថ្នាក់ចំណែកតម្លៃដែលធ្វើឱ្យថ្លៃចំណាយរបស់អ្នកថ្លៃជាង អ្វីដែលអ្នកគិតថា គួរតែមាន។

មានកិច្ចការច្រើនដែលអ្នកអាចធ្វើបាន ប្រសិនបើយើងមិនធានារ៉ាប់រងឱសថតាមវិធីដែលអ្នកចង់ឱ្យយើងធានា រ៉ាប់រងឱសថនោះទេ។

D1. ការទទួលបានការផ្គត់ផ្គង់បណ្តោះអាសន្ន

ក្នុងករណីមួយចំនួន យើងអាចផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវការផ្គត់ផ្គង់បណ្តោះអាសន្ន នៅពេលឱសថនោះមិននៅក្នុង*បញ្ជីឱសថ* របស់យើង ឬត្រូវបានកំណត់តាមរបៀបណាមួយ។ យ៉ាងនេះវាឱ្យពេលដល់អ្នក ដើម្បីនិយាយទៅកាន់អ្នកផ្តល់របស់ អ្នកអំពីការទទួលឱសថផ្សេងទៀត ឬសូមឱ្យយើងរ៉ាប់រងឱសថនោះ។

ដើម្បីទទួលបានការផ្គត់ផ្គង់ឱសថជាបណ្តោះអាសន្ន អ្នកត្រូវធ្វើតាមបទបញ្ជាការពីរយ៉ាងខាងក្រោម៖

1. ឱសថដែលអ្នកបានប្រើប្រាស់៖
   - លែងស្ថិតក្នុង*បញ្ជីឱសថ* របស់យើងទៀតហើយ **ឬ**
   - មិនដែលមាននៅក្នុង*បញ្ជីឱសថ* របស់យើង **ឬ**
   - បច្ចុប្បន្នមានកំណត់តាមលក្ខខណ្ឌណាមួយ។
2. អ្នកត្រូវតែស្ថិតក្នុងស្ថានភាពមួយក្នុងចំណោមស្ថានភាពខាងក្រោម៖
   - អ្នកចូលរួមនៅក្នុងគម្រោងកាលពីឆ្នាំមុន។
     - យើងធានារ៉ាប់រងការផ្គត់ផ្គង់បណ្តោះអាសន្ន **ត្រឹមរយៈពេល 90 ថ្ងៃដំបូងតាមឆ្នាំប្រតិទិន។**
     - ការផ្គត់ផ្គង់បណ្តោះអាសន្ននេះគឺសម្រាប់រហូតទៅដល់ 30 ថ្ងៃ។
     - ប្រសិនបើវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកទាមទារឱ្យប្រើឱសថតិចជាងរយៈពេលនេះពីបីថ្ងៃ យើងអនុញ្ញាតឱ្យអ្នក បើកឱសថឡើងវិញបានច្រើនលើកដើម្បីផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវរយៈពេលផ្គត់ផ្គង់ឱសថជាអតិបរមារហូតដល់ 30 ថ្ងៃ។ អ្នកត្រូវតែបំពេញឱសថវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកនៅបណ្តាញឱសថស្ថាន។

- ឱសថស្ថានថែទាំយូរអង្វែងអាចផ្តល់ឱសថរបស់អ្នកក្នុងបរិមាណតិចតួចក្នុងមួយពេល ដើម្បីបង្ការភាពខ្ជះខ្ជាយ។

អ្នកជាសមាជិកថ្មីក្នុងគម្រោងរបស់យើង។

- យើងនឹងធានារ៉ាប់រងលើការផ្តត់ផ្គង់ជាបណ្តោះអាសន្ននូវឱសថរបស់អ្នក **ក្នុងអំឡុងពេល 90 ថ្ងៃដំបូងនៃសមាជិកភាពរបស់អ្នកនៅក្នុងគម្រោងយើង។**
- ការផ្តត់ផ្គង់បណ្តោះអាសន្ននេះគឺសម្រាប់រហូតទៅដល់ 30 ថ្ងៃ។
- ប្រសិនបើវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកទាមទារឱ្យប្រើឱសថតិចជាងរយៈពេលនេះពីបីថ្ងៃ យើងអនុញ្ញាតឱ្យអ្នកបើកឱសថឡើងវិញបានច្រើនលើកដើម្បីផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវរយៈពេលផ្តត់ផ្គង់ឱសថជាអតិបរមារហូតដល់ 30 ថ្ងៃ។ អ្នកត្រូវតែបំពេញឱសថវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកនៅបណ្តាញឱសថស្ថាន។
- ឱសថស្ថានថែទាំយូរអង្វែងអាចផ្តល់ឱសថរបស់អ្នកក្នុងបរិមាណតិចតួចក្នុងមួយពេលដើម្បីបង្ការភាពខ្ជះខ្ជាយ។

អ្នកបានចូលជាសមាជិកគម្រោងពួកយើងអស់រយៈពេលយូរជាង 90 ថ្ងៃ ស្នាក់នៅក្នុងមន្ទីរថែទាំរយៈពេលវែង និងត្រូវការសេវាផ្តត់ផ្គង់ភ្លាមៗ។

- យើងធានារ៉ាប់រងការផ្តត់ផ្គង់រយៈពេល 31 ថ្ងៃ ឬតិចជាងនេះ ប្រសិនបើវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកត្រូវបានសរសេរសម្រាប់រយៈពេលតិចជាងនេះ។ នេះគឺជាការបន្ថែមទៅលើការផ្តត់ផ្គង់បណ្តោះអាសន្នខាងលើ។

D2. ការស្នើសុំការផ្តត់ផ្គង់បណ្តោះអាសន្ន

ដើម្បីស្នើសុំការផ្តត់ផ្គង់ឱសថបណ្តោះអាសន្ន សូមទូរសព្ទមកផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជន។

នៅពេលអ្នកទទួលបានការផ្តត់ផ្គង់ឱសថបណ្តោះអាសន្ន ចូរពិភាក្សាជាមួយអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកឱ្យបានឆាប់តាមដែលអាចធ្វើទៅបាន ដើម្បីសម្រេចថាតើនឹងត្រូវធ្វើអ្វីខ្លះ នៅពេលដែលការផ្តត់ផ្គង់អស់។ ខាងក្រោមនេះគឺជាការជ្រើសរើសរបស់អ្នក៖

- អ្នកអាចប្តូរទៅឱសថមួយទៀតបាន។

  គម្រោងរបស់យើងអាចធានារ៉ាប់រងលើឱសថផ្សេងដែលមានប្រសិទ្ធភាពសម្រាប់អ្នក។ សូមទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជន ដើម្បីស្នើសុំបញ្ជីឱសថដែលយើងធានារ៉ាប់រង ដែលព្យាបាលស្ថានភាពសុខភាពដូចគ្នា។ បញ្ជីនេះអាចជួយអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកក្នុងការស្វែងរកឱសថដែលមានធានារ៉ាប់រងសម្រាប់ផ្តល់លទ្ធភាពធ្វើប្រតិបត្តិការសម្រាប់អ្នក។

  ឬ

- ស្នើសុំករណីលើកលែង។

  អ្នក និងអ្នកផ្តល់សេវា អាចស្នើសុំយើងខ្ញុំឱ្យធ្វើការលើកលែង។ ឧទាហរណ៍ អ្នកអាចស្នើសុំឱ្យយើងធានារ៉ាប់រងលើថ្នាំដែលមិននៅក្នុង*បញ្ជីឱសថ*របស់យើង ឬស្នើសុំឱ្យយើងធានារ៉ាប់រងលើថ្នាំដោយគ្មានការដាក់កំហិតណាមួយ។ ប្រសិនបើអ្នកផ្តល់សេវានិយាយថា អ្នកមានមូលហេតុល្អខាងវេជ្ជសាស្ត្រ សម្រាប់ករណីលើកលែង ពួកគេអាចជួយអ្នកស្នើសុំករណីលើកលែងផងដែរ។

D3. ការស្នើសុំករណីលើកលែង

បើឱសថដែលអ្នកកំពុងប្រើ នឹងត្រូវលុបចេញពី*បញ្ជីឱសថ*របស់យើង ឬដាក់កំណត់លើចំនួនប្រើប្រាស់ដោយប្រការណាមួយសម្រាប់ឆ្នាំក្រោយ យើងនឹងអនុញ្ញាតឱ្យអ្នកអាចស្នើសុំករណីលើកលែង មុនពេលឆ្នាំក្រោយ។

- យើងផ្តល់ដំណឹងជូនអ្នកអំពីការប្រែប្រួលណាមួយនៅក្នុងការធានារ៉ាប់រងលើឱសថរបស់អ្នកសម្រាប់ឆ្នាំបន្ទាប់។ ស្នើសុំយើងខ្ញុំឱ្យធ្វើករណីលើកលែង និងផ្តល់ការធានារ៉ាប់រងថ្លៃឱសថដែលអ្នកចង់បានសម្រាប់ឆ្នាំក្រោយ។
- យើងខ្ញុំឆ្លើយតបសំណើរអ្នកចំពោះការសុំលើកលែងក្នុងរវាង 72 ម៉ោង បន្ទាប់ពីយើងខ្ញុំទទួលបានសំណើរបស់អ្នក (ឬបន្ទាប់ពីទទួលបានលិខិតគាំទ្ររបស់អ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជា)។
- ប្រសិនបើយើងយល់ព្រមលើសំណើរបស់អ្នក យើងនឹងអនុញ្ញាតឱ្យមានការរ៉ាប់រងមុនពេលការផ្លាស់ប្តូរមានប្រសិទ្ធភាព។

ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពីការស្នើសុំការលើកលែង សូមអាន **ជំពូកទី 9** នៃ*សៀវភៅណែនាំសមាជិក* នេះ។

ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយក្នុងការស្នើសុំការលើកលែង សូមទាក់ទងទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិក ឬអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នក។

E. ការផ្លាស់ប្តូរការធានារ៉ាប់រងលើឱសថរបស់អ្នក

ការផ្លាស់ប្តូរការរ៉ាប់រងលើឱសថភាគច្រើនកើតឡើងនៅថ្ងៃទី 1 ខែមករា ប៉ុន្តែយើងអាចបន្ថែម ឬដកឱសថចេញពី*បញ្ជីឱសថ*របស់យើងក្នុងអំឡុងនៃឆ្នាំ។ យើងក៏អាចនឹងផ្លាស់ប្តូរបទបញ្ជារបស់យើងអំពីឱសថដែរ។ ឧទាហរណ៍ យើងអាច៖

- សម្រេចចិត្តទាមទារ ឬមិនទាមទារការអនុញ្ញាតជាមុនសម្រាប់ឱសថ (ការអនុញ្ញាតពីយើងខ្ញុំមុនពេលអ្នកអាចទទួលបានឱសថ)។
- បន្ថែម ឬកែប្រែបរិមាណឱសថដែលអ្នកអាចទទួលបាន (ហៅថាការដាក់កំណត់បរិមាណ)។
- បន្ថែម ឬផ្លាស់ប្តូរការព្យាបាលជាជំហាន (មានន័យថា អ្នកត្រូវតែសាកល្បងឱសថមួយមុនពេលយើងនឹងរ៉ាប់រងលើឱសថផ្សេងទៀត)។
- ផ្លាស់ប្តូរផលិតផលជីវសាស្ត្រដើម ជាមួយនឹងកំណែផលិតផលជីវសាស្ត្រស្រដៀងគ្នាដែលអាចផ្លាស់ប្តូរគ្នាបាននៃផលិតផលជីវសាស្ត្រនោះ។

យើងត្រូវអនុវត្តតាមលក្ខខណ្ឌតម្រូវរបស់ Medicare មុននឹងផ្លាស់ប្តូរ*បញ្ជីឱសថ*របស់គម្រោង។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីបទបញ្ជាលើឱសថទាំងនេះ សូមមើល **ផ្នែក C**។

ប្រសិនបើអ្នកលេបឱសថដែលយើងបានធានារ៉ាប់រងនៅ **ដើម**ឆ្នាំ ជាទូទៅយើងនឹងមិនដកចេញ ឬផ្លាស់ប្តូរការរ៉ាប់រងចំពោះឱសថ**ក្នុងអំឡុងពេលដែលនៅសេសសល់នៃឆ្នាំនោះទេ** លើកលែងតែ៖

- ឱសថថ្មីមានតម្លៃទោបជាងដែលមាននៅលើទីផ្សារមានប្រសិទ្ធភាពដូចឱសថនៅក្នុង*បញ្ជីឱសថ*របស់យើងបច្ចុប្បន្ននេះ **ឬ**
- យើងបានដឹងថា ឱសថនោះមិនមានសុវត្ថិភាព **ឬ**
- ឱសថត្រូវបានដកចេញពីទីផ្សារ។

ប្រសិនបើការរ៉ាប់រងផ្លាស់ប្តូរសម្រាប់ឱសថដែលអ្នកកំពុងលេបនោះ តើនឹងមានអ្វីកើតឡើង?

ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែមអំពីអ្វីដែលកើតឡើងនៅពេល*បញ្ជីឱសថ*របស់យើងផ្លាស់ប្តូរ ជានិច្ចកាលអ្នកអាច៖

- សូមពិនិត្យមើល *បញ្ជីឱសថ* បច្ចុប្បន្នរបស់យើងតាមអនឡាញតាមរយៈ blueshieldca.com/medformulary2027 **ឬ**
- សូមទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជនមរយៈលេខនៅខាងក្រោមទំព័រនេះ ដើម្បីពិនិត្យមើល *បញ្ជីឱសថ* បច្ចុប្បន្នរបស់យើង។

ការផ្លាស់ប្តូរដែលយើងអាចនឹងធ្វើចំពោះ*បញ្ជីឱសថ* ដែលប៉ះពាល់ដល់អ្នកក្នុងអំឡុងឆ្នាំនៃគម្រោងបច្ចុប្បន្ន

ការផ្លាស់ប្តូរចំពោះ*បញ្ជីឱសថ*មួយចំនួននឹងកើតឡើងភ្លាមៗ។ ឧទាហរណ៍៖

ឱសថទូទៅថ្មីអាចរកបានហើយ។ ពេលខ្លះ ឱសថទូទៅថ្មី ឬឱសថជីវសាស្ត្រស្រដៀងគ្នាមាននៅលើទីផ្សារដែលមានប្រសិទ្ធភាពដូចគ្នាទៅនឹងឱសថមានម៉ាក ឬផលិតផលជីវសាស្ត្រដើមនៅក្នុង*បញ្ជីឱសថ*បច្ចុប្បន្ននេះ។ នៅពេលដែលការណ៍នោះកើតឡើង យើងអាចនឹងយកឱសថម៉ាកល្បីចេញ និងថែមឱសថម៉ាកធម្មតា ប៉ុន្តែតម្លៃរបស់អ្នកសម្រាប់ឱសថថ្មី នឹងនៅជាដដែល ឬនឹងទាបជាង ។ នៅពេលដែលយើងថែមឱសថម៉ាកធម្មតាថ្មី យើងក៏អាចនឹងសម្រេចរក្សាឱសថម៉ាកល្បីនៅក្នុងបញ្ជីដែរ ប៉ុន្តែផ្លាស់ប្តូរបទបញ្ជានៃការធានារ៉ាប់រង ឬដាក់កំណត់វា។

- យើងប្រហែលជាមិនបានប្រាប់អ្នកមុនពេលយើងធ្វើការផ្លាស់ប្តូរនេះទេ ប៉ុន្តែយើងនឹងផ្ញើជូនអ្នកនូវព័ត៌មានអំពីការផ្លាស់ប្តូរជាក់លាក់ ដែលយើងបានធ្វើនៅពេល ដែលវាកើតឡើង។
- អ្នក ឬអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក អាចស្នើសុំ “ករណីលើកលែង” ពីការផ្លាស់ប្តូរទាំងនេះ។ យើងនឹងធ្វើការជូនដំណឹងជាមួយនឹងជំហានដែលអ្នកអាចអនុវត្ត ដើម្បីយកទៅស្នើសុំការលើកលែង។ សូមមើល**ជំពូកទី 9** នៃសៀវភៅណែនាំនេះសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីករណីលើកលែង។

ការដកឱសថមិនមានសុវត្ថិភាព និងឱសថផ្សេងទៀតដែលនៅក្រៅទីផ្សារ។ ពេលខ្លះឱសថមួយអាចត្រូវបានរកឃើញថា មិនមានសុវត្ថិភាព ឬត្រូវបានដកចេញពីទីផ្សារដោយហេតុផលមួយផ្សេងទៀត។ ប្រសិនបើរឿងនេះកើតឡើង យើងអាចដកវាចេញពី*បញ្ជីឱសថ*របស់យើងភ្លាមៗ។ ប្រសិនបើអ្នកកំពុងប្រើឱសថនោះ យើងនឹងផ្ញើសេចក្តីជូនដំណឹងជូនអ្នកបន្ទាប់ពីយើងធ្វើការផ្លាស់ប្តូររួច។ អ្នកចេញបញ្ជារបស់អ្នកក៏នឹងដឹងអំពីការផ្លាស់ប្តូរនេះផងដែរ និងអាចធ្វើការជាមួយអ្នក ដើម្បីស្វែងរកឱសថផ្សេងទៀតសម្រាប់ស្ថានភាពជំងឺរបស់អ្នក។

យើងអាចនឹងធ្វើការផ្លាស់ប្តូរផ្សេងទៀតដែលប៉ះពាល់ដល់ឱសថដែលអ្នកប្រើ។ យើងនឹងប្រាប់អ្នកជាមុនអំពីការផ្លាស់ប្តូរផ្សេងទៀតទាំងនេះចំពោះ*បញ្ជីឱសថ*របស់យើង។ ការផ្លាស់ប្តូរទាំងនេះអាចនឹងកើតឡើង បើសិន៖

- FDA ផ្តល់ការណែនាំថ្មី ឬមានគោលការណ៍ពិនិត្យព្យាបាលថ្មីអំពីឱសថ។

នៅពេលដែលមានការផ្លាស់ប្តូរទាំងនេះកើតឡើង យើងនឹង៖

- ប្រាប់ដល់អ្នកយ៉ាងតិចបំផុតរយៈពេល 30 ថ្ងៃ មុននឹងយើងផ្លាស់ប្តូរ*បញ្ជីឱសថ*របស់យើង **ឬ**
- ជូនដំណឹងដល់អ្នក និងឧបត្ថម្ភឱសថឲ្យអ្នក 30 ថ្ងៃ បន្ទាប់ពីអ្នកស្នើសុំបើកឱសថសាថ្មី។

ការជូនដំណឹងនេះនឹងផ្តល់ពេលវេលាដល់អ្នកក្នុងការពិគ្រោះជាមួយវេជ្ជបណ្ឌិត ឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាផ្សេងទៀតរបស់អ្នក។ ពួកគេអាចជួយអ្នកសម្រេចចិត្ត៖

- ប្រសិនបើមានឱសថស្រដៀងគ្នានៅលើ *បញ្ជីឱសថ* របស់យើង អ្នកអាចលេបឱសថនោះជំនួស **ឬ**
- ថាតើអ្នកគួរស្នើសុំការលើកលែងពីការផ្លាស់ប្តូរទាំងនេះ ដើម្បីបន្តការរ៉ាប់រងលើឱសថ ឬកំណែឱសថដែលអ្នកកំពុងលេបដែរឬទេ។ ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពីការស្នើសុំការលើកលែង សូមអាន **ជំពូកទី 9** នៃ*សៀវភៅណែនាំសមាជិក* នេះ។

ការផ្លាស់ប្តូរចំពោះ *បញ្ជីឱសថ* ដែលមិនប៉ះពាល់ដល់អ្នកក្នុងអំឡុងឆ្នាំនៃគម្រោងនេះ

យើងអាចនឹងធ្វើការផ្លាស់ប្តូរចំពោះឱសថដែលអ្នកលេប ដែលមិនមានពណ៌នាខាងលើ ហើយមិនប៉ះពាល់អ្នកក្នុងពេលបច្ចុប្បន្ន។ ចំពោះការផ្លាស់ប្តូរបែបនេះ ប្រសិនបើអ្នកកំពុងលេបឱសថដែលយើងបានរ៉ាប់រងចាប់ពី**ដើម**ឆ្នាំមក ជាទូទៅយើងមិនដកចេញ ឬផ្លាស់ប្តូរការរ៉ាប់រងរបស់ឱសថនោះ **ក្នុងអំឡុងពេលនៅសេសសល់នៃឆ្នាំ**នោះទេ។

ឧទាហរណ៍ ប្រសិនបើយើងដកឱសថដែលអ្នកកំពុងលេបចេញ ឬដាក់កម្រិតលើការប្រើរបស់ឱសថ នោះការផ្លាស់ប្តូរមិនប៉ះពាល់ដល់ការប្រើឱសថ របស់អ្នកពេញមួយឆ្នាំដែលនៅសល់ឡើយ។

ប្រសិនបើការផ្លាស់ប្តូរណាមួយកើតឡើងចំពោះឱសថដែលអ្នកកំពុងលេប (លើកលែងតែការផ្លាស់ប្តូរដែលបានកត់សម្គាល់នៅក្នុងផ្នែកខាងលើ) ការផ្លាស់ប្តូរនឹងមិនប៉ះពាល់ដល់ការប្រើប្រាស់របស់អ្នករហូតដល់ថ្ងៃទី 1 ខែមករានៅឆ្នាំក្រោយទេ។

យើងនឹងមិនប្រាប់អ្នកអំពីប្រភេទនៃការផ្លាស់ប្តូរទាំងនេះដោយផ្ទាល់ទេ ក្នុងអំឡុងឆ្នាំបច្ចុប្បន្ន។ អ្នកនឹងត្រូវពិនិត្យមើល*បញ្ជីឱសថ* សម្រាប់ឆ្នាំគម្រោងបន្ទាប់ (នៅពេលដែលមានបញ្ជីក្នុងអំឡុងរយៈពេលបើកចុះឈ្មោះ) ដើម្បីមើលថាតើមានការផ្លាស់ប្តូរណាមួយដែលនឹងប៉ះពាល់ដល់អ្នកក្នុងឆ្នាំគម្រោងបន្ទាប់ដែរ ឬទេ។

F. ការធានារ៉ាប់រងលើឱសថក្នុងករណីពិសេស

F1. នៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យ ឬមជ្ឈមណ្ឌលថែទាំជំនាញសម្រាប់ការស្នាក់នៅដែលគម្រោងរបស់យើងធានារ៉ាប់រង

ជាទូទៅ យើងរ៉ាប់រងលើថ្លៃចំណាយនៃឱសថរបស់អ្នកក្នុងអំឡុងពេលស្នាក់នៅរបស់អ្នក ប្រសិនបើអ្នកត្រូវបានចូលសម្រាកនៅមន្ទីរពេទ្យ ឬមណ្ឌលថែទាំសុខភាពជំនាញសម្រាប់ការស្នាក់នៅដែលគម្រោងរបស់យើងរ៉ាប់រង។ អ្នកនឹងមិនបង់ប្រាក់រួមនោះទេ។ នៅពេលដែលអ្នកចេញពីមន្ទីរពេទ្យ ឬមជ្ឈមណ្ឌលថែទាំជំនាញ យើងនឹងធានារ៉ាប់រងលើឱសថរបស់អ្នក លុះត្រាតែឱសថនោះបំពេញតាមបទបញ្ជាទាំងអស់របស់យើងសម្រាប់ការរ៉ាប់រង។

ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពីការរ៉ាប់រងឱសថ និងអ្វីដែលអ្នកត្រូវបង់ សូមអាន **ជំពូកទី 6** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះ។

F2. នៅក្នុងមជ្ឈមណ្ឌលថែទាំរយៈពេលវែង

ជាធម្មតា មជ្ឈមណ្ឌលថែទាំរយៈពេលវែង ដូចជាមជ្ឈមណ្ឌលថែទាំសុខភាព មានឱសថស្ថានផ្ទាល់ខ្លួន ឬឱសថស្ថានដែលផ្គត់ផ្គង់ឱសថដល់អ្នករស់នៅទីនោះទាំងអស់របស់ពួកគេ។ ប្រសិនបើអ្នករស់នៅក្នុងមន្ទីរថែទាំរយៈពេលវែង អ្នកអាចទទួលបានឱសថមានរបស់អ្នកតាមរយៈឱសថស្ថានរបស់មន្ទីរ ប្រសិនបើវាជាផ្នែកមួយនៃបណ្តាញរបស់យើង។

សូមពិនិត្យមើលបញ្ជីឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថាន ដើម្បីដឹងថា តើឱសថស្ថានរបស់មន្ទីរថែទាំរយៈពេលវែងស្ថិតនៅក្នុងបណ្តាញរបស់យើងឬអត់។ ប្រសិនបើឱសថស្ថានមិនមែនជាផ្នែកនៃបណ្តាញ ឬប្រសិនបើអ្នកត្រូវការព័ត៌មានបន្ថែម សូមទាក់ទងផ្នែកបម្រើសេវាបម្រើអតិថិជន។

F3. នៅក្នុងកម្មវិធីថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយដែលមានការបញ្ជាក់ពីកម្មវិធី Medicare

ឱសថមិនត្រូវបានធានារ៉ាប់រងទាំងនៅមន្ទីរពេទ្យថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយ និងគម្រោងរបស់យើង ក្នុងពេលតែមួយបានទេ។

- អ្នកអាចចុះឈ្មោះក្នុងកម្មវិធីថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយរបស់ Medicare ហើយត្រូវការឱសថមួយចំនួន ដូចជាឱសថបំបាត់ការឈឺចាប់ ឱសថបំបាត់អាការៈចង្អោរ ថ្នាំបន្ទន់លាមក ឬឱសថបន្ថយការថប់បារម្ភ ដែលកម្មវិធីថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយរបស់អ្នកមិនធានារ៉ាប់រង ព្រោះវាមិនពាក់ព័ន្ធនឹងការព្យាករណ៍ជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយ និងស្ថានភាពរបស់អ្នក។ ក្នុងករណីនោះ គម្រោងរបស់យើងត្រូវតែទទួលបានការជូនដំណឹងពីអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជា ឬអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយរបស់អ្នកថាឱសថនេះមិនពាក់ព័ន្ធមុនពេលយើងអាចរ៉ាប់រងលើឱសថនេះបាន។
- ដើម្បីបង្ការការពន្យាពេលក្នុងការទទួលបានឱសថដែលមិនពាក់ព័ន្ធណាមួយដែលគម្រោងរបស់យើងគួរតែធានារ៉ាប់រង អ្នកអាចស្នើសុំឱ្យអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយ ឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកឱ្យប្រាកដថា យើងបានជូនដំណឹងថាឱសថនោះមិនពាក់ព័ន្ធ មុនពេលអ្នកស្នើសុំឱ្យឱសថស្ថានបើកឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាជូនអ្នក។

ប្រសិនបើអ្នកចាកចេញពីមន្ទីរពេទ្យថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយ គម្រោងរបស់យើងធានារ៉ាប់រងលើឱសថទាំងអស់របស់អ្នក។ ដើម្បីបង្ការការពន្យារពេលណាមួយនៅឱសថស្ថាន នៅពេលអត្ថប្រយោជន៍ថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយរបស់ Medicare របស់អ្នកបញ្ចប់ សូមយកឯកសារបញ្ជាក់ទៅកាន់ឱសថស្ថាន ដើម្បីផ្ទៀងផ្ទាត់ថា អ្នកបានចាកចេញពីការថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយហើយ។

សូមមើលផ្នែកមុននៃជំពូកនេះដែលប្រាប់អំពីឱសថដែលគម្រោងរបស់យើងរ៉ាប់រង។ សូមអាន **ជំពូកទី 4** នៃ*សៀវភៅណែនាំសមាជិក* របស់អ្នកសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីអត្ថប្រយោជន៍របស់មន្ទីរថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយ។

G. កម្មវិធីស្តីពីសុវត្ថិភាពឱសថ និងការគ្រប់គ្រងឱសថ

G1. កម្មវិធីដើម្បីជួយអ្នកក្នុងការប្រើប្រាស់ឱសថប្រកបដោយសុវត្ថិភាព

រៀងរាល់ពេលអ្នកបើឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាម្តងៗ យើងរកមើលបញ្ហាដែលអាចកើតមានឡើង ដូចជាកំហុសឱសថ ឬឱសថដែល៖

- អាចមិនត្រូវការ ពីព្រោះអ្នកកំពុងប្រើឱសថផ្សេងទៀតដែលមានប្រសិទ្ធិភាពដូចគ្នា

- អាចមិនមានសុវត្ថិភាពសម្រាប់អាយុ ឬភេទរបស់អ្នក
- អាចនឹងផ្តល់ទុក្ខទោសដល់អ្នកប្រសិនបើអ្នកប្រើវានៅពេលដំណាលគ្នា
- មានគ្រឿងផ្សំដែលអ្នកមាន ឬអាចមានអាឡែហ្សីជាមួយ
- អាចជាកំហុសក្នុងបរិមាណ (កម្រិតដូស)
- មានបរិមាណឱសថបំបាត់ការឈឺចាប់អូផ្សូអ៊ីតដែលមិនមានសុវត្ថិភាព

ប្រសិនបើយើងឃើញថា អាចមានបញ្ហាណាមួយកើតឡើងក្នុងការប្រើប្រាស់ឱសថរបស់អ្នក យើងនឹងធ្វើការជាមួយអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក ដើម្បីកែតម្រូវបញ្ហានេះ។

G2. កម្មវិធីដើម្បីជួយអ្នកគ្រប់គ្រងឱសថ របស់អ្នក

គម្រោងរបស់យើងមានកម្មវិធី ដើម្បីជួយសមាជិកដែលមានតម្រូវការសុខភាពស្មុគស្មាញ។ ក្នុងករណីបែបនេះ អ្នកអាចមានសិទ្ធិទទួលបានសេវា ដោយឥតគិតថ្លៃតាមរយៈកម្មវិធីគ្រប់គ្រងការព្យាបាលដោយឱសថ (MTM)។ កម្មវិធីនេះ គឺជាការស្ម័គ្រចិត្ត និងឥតគិតថ្លៃ។ កម្មវិធីនេះ ជួយអ្នក និងអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកឱ្យប្រាកដថា ឱសថរបស់អ្នកមានប្រសិទ្ធភាពក្នុងការកែលម្អសុខភាពរបស់អ្នក។ ប្រសិនបើអ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានកម្មវិធីនេះ ឱសថការី ឬអ្នកមានវិជ្ជាជីវៈផ្នែកសុខភាពផ្សេងទៀតនឹងផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវការពិនិត្យឡើងវិញដ៏ទូលំទូលាយលើឱសថទាំងអស់របស់អ្នក ហើយពិគ្រោះជាមួយអ្នកអំពី៖

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

បន្ទាប់មក ពួកគេនឹងផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវ៖

- សេចក្តីសង្ខេបជាលាយលក្ខណ៍អក្សរអំពីការពិភាក្សានេះ។ សេចក្តីសង្ខេបមានផែនការសកម្មភាពឱសថដែលណែនាំពីអ្វីដែលអ្នកអាចធ្វើបានសម្រាប់ការប្រើប្រាស់ឱសថរបស់អ្នកឱ្យបានល្អបំផុត។
- បញ្ជីឱសថផ្ទាល់ខ្លួនដែលរួមបញ្ចូលឱសថទាំងទាំងអស់ដែលអ្នកលេប បរិមាណដែលអ្នកលេប និងពេលនិងមូលហេតុដែលអ្នកលេបថ្នាំទាំងនោះ។
- ព័ត៌មានអំពីការចោលថ្នាំតាមវេជ្ជបញ្ជាដែលជាសារធាតុដែលត្រូវបានគ្រប់គ្រងដោយសុវត្ថិភាព។

នេះជាគំនិតល្អក្នុងការពិភាក្សាជាមួយអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកអំពីផែនការសកម្មភាព និងបញ្ជីឱសថរបស់អ្នក។

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

កម្មវិធី MTM គឺជាការស្ម័គ្រចិត្ត និងឥតគិតថ្លៃសម្រាប់សមាជិកដែលមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់។ បើយើងមានកម្មវិធីដែលសមនឹងសេចក្តីត្រូវការរបស់អ្នក យើងនឹងចុះឈ្មោះអ្នកក្នុងកម្មវិធី និងផ្ញើព័ត៌មានទៅឱ្យអ្នក។ ប្រសិនបើអ្នកមិនចង់ចូលរួមក្នុងកម្មវិធីទេ សូមប្រាប់យើងឱ្យដឹង ហើយយើងនឹងដកអ្នកចេញពីកម្មវិធីនោះ។

បើអ្នកមានបញ្ហា ឬមានកង្វល់ អ្នកត្រូវអានផ្នែកនៃជំពូកនេះ ដែលអនុវត្តចំពោះស្ថានភាពរបស់អ្នក។

G3. កម្មវិធីគ្រប់គ្រងឱសថ (Drug Management Program, DMP) ដើម្បីជួយសមាជិកឱ្យប្រើប្រាស់ការឲ្យថ្នាំ ផ្ទុកសារធាតុអូផ្យូអ៊ីតប្រកបដោយសុវត្ថិភាព

យើងមានកម្មវិធីមួយដែលជួយធ្វើឱ្យប្រាកដថា សមាជិកប្រើប្រាស់ឱសថមានផ្ទុកសារធាតុអ៊ីផ្យូអ៊ីតតាមវេជ្ជបញ្ជាយ៉ាងមានសុវត្ថិភាព និងឱសថដែលបានប្រើដោយរំលោភបំពានជាញឹកញាប់ផ្សេងទៀត។ កម្មវិធីនេះត្រូវបានគេហៅថា កម្មវិធីគ្រប់គ្រងឱសថ (DMP)។

ប្រសិនបើអ្នកប្រើឱសថអូផ្យូអ៊ីតដែលអ្នកទទួលបានពីវេជ្ជបណ្ឌិត ឬឱសថស្ថានជាច្រើន ឬប្រសិនបើអ្នកបានប្រើឱសថអូផ្យូអ៊ីតលើសកម្រិតនាពេលថ្មីៗនេះ យើងអាចពិភាក្សាជាមួយវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកដើម្បីប្រាកដថា ការប្រើឱសថអូផ្យូអ៊ីតរបស់អ្នកគឺសមស្រប និងចាំបាច់ខាងវេជ្ជសាស្ត្រ។ ដោយធ្វើការជាមួយអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក ប្រសិនបើយើងខ្ញុំសម្រេចថាការប្រើឱសថមានផ្ទុកសារធាតុអ៊ីផ្យូអ៊ីតតាមវេជ្ជបញ្ជា ឬថ្នាំរំងាប់អារម្មណ៍ តាមវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកមិនមានសុវត្ថិភាព យើងអាចកំណត់លើរបៀបដែលអ្នកអាចទទួលបានឱសថទាំងនោះ។ ប្រសិនបើយើងដាក់អ្នកនៅក្នុង DMP របស់យើង ដែនកំណត់អាចរួមបញ្ចូល៖

- តម្រូវឱ្យអ្នកបើកឱសថវេជ្ជបញ្ជាទាំងអស់របស់អ្នកសម្រាប់ថ្នាំអ៊ីផ្យូអ៊ីត និង benzodiazepine ពីឱសថស្ថានជាក់លាក់ណាមួយ
- តម្រូវឱ្យអ្នកទទួលបានវេជ្ជបញ្ជាទាំងអស់របស់អ្នកសម្រាប់ឱសថមានផ្ទុកសារធាតុអ៊ីផ្យូអ៊ីត ឬឱសថរំងាប់អារម្មណ៍ពីអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាជាក់លាក់
- ការដាក់ដែនកំណត់លើបរិមាណឱសថមានផ្ទុកសារធាតុអ៊ីផ្យូអ៊ីត ឬឱសថរំងាប់អារម្មណ៍ ដែលយើងនឹងធានារ៉ាប់រងសម្រាប់អ្នក

ប្រសិនបើយើងមានគម្រោងដាក់ដែនកំណត់លើរបៀបដែលអ្នកអាចទទួលបានថ្នាំទាំងនេះ ឬបរិមាណដែលអ្នកអាចទទួលបាន យើងនឹងផ្ញើលិខិតជូនអ្នកជាមុន។ លិខិតនោះនឹងប្រាប់អ្នកថាតើយើងនឹងកំណត់ការធានារ៉ាប់រងលើឱសថទាំងនេះសម្រាប់អ្នកដែរ ឬអត់ ឬប្រសិនបើអ្នកនឹងត្រូវបានតម្រូវឱ្យទទួលបានវេជ្ជបញ្ជាសម្រាប់ឱសថទាំងនេះពីអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាឬឱសថស្ថានជាក់លាក់តែប៉ុណ្ណោះ។

អ្នកនឹងមានឱកាសប្រាប់យើងថា អ្នកចង់ប្រើអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជា ឬឱសថស្ថានណាមួយ និងព័ត៌មានណាមួយដែលអ្នកគិតថា សំខាន់សម្រាប់ឱ្យយើងដឹង។ បន្ទាប់ពីអ្នកមានឱកាសក្នុងការឆ្លើយតប ប្រសិនបើយើងសម្រេចចិត្តកំណត់ការរ៉ាប់រង របស់អ្នកសម្រាប់ការប្រើថ្នាំទាំងនេះ យើងនឹងផ្ញើជូនអ្នកនូវលិខិតមួយទៀតដែលបញ្ជាក់អំពីការកំណត់។

ប្រសិនបើអ្នកគិតថា យើងមានកំហុស អ្នកមិនយល់ស្របនឹងសេចក្តីសម្រេច ឬការកំណត់របស់យើង នោះអ្នក និងអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកអាចប្តឹងតវ៉ាបាន។ ប្រសិនបើអ្នកដាក់បណ្តឹងតវ៉ា យើងនឹងពិនិត្យករណីរបស់អ្នកឡើងវិញ ហើយផ្តល់សេចក្តីសម្រេចថ្មីមួយដល់អ្នក។ ប្រសិនបើយើងបន្តបដិសេធផ្នែកណាមួយនៃបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នកដែលទាក់ទងទៅនឹងការកំណត់ដែលអនុវត្តចំពោះការចូលប្រើថ្នាំរបស់អ្នក យើងនឹងបញ្ជូនករណីរបស់អ្នកដោយស្វ័យប្រវត្តិទៅអង្គការត្រួតពិនិត្យឯករាជ្យ (Independent Review Organization, IRO)។
(ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពីបណ្តឹងតវ៉ា និង IRO សូម សំអាងទៅលើ **ជំពូកទី 9** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក* របស់អ្នក។)

- DMP អាចនឹងមិនអនុវត្តចំពោះអ្នកទេ ប្រសិនបើអ្នក៖
- មានស្ថានភាពសុខភាពជាក់លាក់មួយចំនួន ដូចជាជំងឺមហារីក ឬជំងឺកោសិកាឈាមក្រហម
- កំពុងទទួលការថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយ, ការថែទាំបន្ទុរបន្ថយរោគសញ្ញានិងការឈឺចាប់ ឬការថែទាំនៅចុងបញ្ចប់ជីវិត **ឬ**
- រស់នៅក្នុងមជ្ឈមណ្ឌលថែទាំរយៈពេលវែង។

ជំពូកទី 6៖ អ្វីដែលអ្នកត្រូវបង់ថ្លៃសម្រាប់ឱសថ Medicare និង Medi-Cal របស់អ្នក

សេចក្តីផ្តើម

ជំពូកនេះប្រាប់ពីអ្វីដែលអ្នកបង់ប្រាក់សម្រាប់ឱសថសម្រាប់អ្នកជំងឺដែលមិនសម្រាកព្យាបាលរបស់អ្នក។ តាមរយៈពាក្យ "ឱសថ ឬថ្នាំ" យើងមានន័យសំដៅ៖

- ឱសថ Medicare ផ្នែក D **និង**
- ឱសថ និងសម្ភារដែលមានធានារ៉ាប់រងក្រោម Medi-Cal Rx**។**

ដោយសារអ្នកមានសិទ្ធិទទួលបាន Medi-Cal អ្នកទទួលបានExtra Help (ជំនួយបន្ថែម) ពីកម្មវិធី Medicare ដើម្បីជួយបង់ថ្លៃឱសថ Medicare Part D របស់អ្នក។ យើងបានផ្ញើឯកសារបន្ថែមដាច់ដោយឡែកមួយជូនអ្នក ដែលមានឈ្មោះថា "*ឯកសារបន្ថែមលើឯកសារភស្តុតាងនៃការរ៉ាប់រងសម្រាប់អ្នកដែលទទួលបានជំនួយបន្ថែមក្នុងការបង់ថ្លៃថ្នាំតាមវេជ្ជបញ្ជា*' ដែលគេស្គាល់ផងដែរថា "ឯកសារបន្ថែមស្តីពីប្រាក់ឧបត្ថម្ភសម្រាប់អ្នកមានប្រាក់ចំណូលទាប" ឬ "ឯកសារបន្ថែម LIS" ដែលប្រាប់អ្នកអំពីការធានារ៉ាប់រងលើថ្នាំរបស់អ្នក។ ប្រសិនបើអ្នកមិនមានធាតុបញ្ចូលនេះទេ សូមហៅទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជន ហើយស្នើសុំ "ឧបសម្ព័ន្ធ LIS"។

> **Extra Help (ជំនួយបន្ថែម)** គឺជាកម្មវិធីរបស់ Medicare ដែលជួយប្រជាជនដែលមានប្រាក់ចំណូល និងធនធានមានកំណត់ឱ្យកាត់បន្ថយថ្លៃថ្នាំរបស់កម្មវិធី Medicare ផ្នែក D ដូចជា ថ្លៃបង់ធានារ៉ាប់រង ប្រាក់កាត់កង និងការបង់រួម។ Extra Help (ជំនួយបន្ថែម) ក៏ត្រូវបានហៅថា "ប្រាក់ឧបត្ថម្ភសម្រាប់អ្នកមានប្រាក់ចំណូលទាប" ឬ "LIS" ផងដែរ។

ពាក្យគន្លឹះ និងនិយមន័យផ្សេងទៀត មានតាមលំដាប់អក្ខរក្រមក្នុងជំពូកចុងក្រោយនៃ*សៀវភៅណែនាំសមាជិក* នេះ។

ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពីឱសថ អ្នកអាចរកមើលនៅកន្លែងទាំងនេះ៖

- *បញ្ជីឱសថដែលមានធានារ៉ាប់រង*របស់យើង។
    - យើងហៅវាដោយខ្លីថា "បញ្ជីឱសថ"។ វាប្រាប់អ្នកអំពី៖
    - ឱសថណាមួយយើងបង់ឲ្យ
    - តើឱសថនីមួយៗស្ថិតក្នុងកម្រិតថ្នាក់ណាមួយក្នុងចំណោមកម្រិតថ្នាក់ទាំងប្រាំ
    - ថាតើមានការដាក់កំណត់លើឱសថឬអត់
    - ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការច្បាប់ចម្លងនៃ*បញ្ជីឱសថ*របស់យើង សូមហៅទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជន។ អ្នកក៏អាចស្វែងរកច្បាប់ចម្លងថ្មីបំផុតនៃ*បញ្ជីឱសថ*របស់យើងនៅលើគេហទំព័ររបស់យើងតាមរយៈ blueshieldca.com/medformulary2027។

- ឱសថភាគច្រើនដែលអ្នកទទួលបានពីឱសថស្ថានទទួលបានការធានារ៉ាប់រងពីគម្រោង Blue Shield Medicare + គម្រោង Medi-Cal Plan។ ឱសថផ្សេងទៀត ដូចជាឱសថគ្មានវេជ្ជបញ្ជា (OTC) មួយចំនួន និងវីតាមីនមួយចំនួនអាចត្រូវបានធានារ៉ាប់រងពី Medi-Cal Rx។ សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ Medi-Cal Rx (medi-calrx.dhcs.ca.gov/) សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។ អ្នកក៏អាចហៅទូរសព្ទទៅកាន់មណ្ឌលសេវាបម្រើអតិថិជន Medi-Cal Rx តាមរយៈលេខ 800-977-2273។ សូមយកបណ្ណសម្គាល់អ្នកទទួលអត្ថប្រយោជន៍ (BIC) នៃ Medi-Cal របស់អ្នកមកជាមួយ នៅពេលដែលទទួលបានវេជ្ជបញ្ជាតាមរយៈ Medi-Cal Rx។

- **ជំពូក 5** នៃ*សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះ។
  - ពន្យល់អំពីវិធីដែលទទួលបានឱសថសម្រាប់អ្នកជំងឺដែលមិនសម្រាកព្យាបាលតាមរយៈគម្រោងរបស់យើង។
  - វាមានបញ្ជូលនូវវិន័យដែលអ្នកត្រូវធ្វើតាម។ វាក៏ប្រាប់ផងដែរថា តើប្រភេទឱសថណាដែលគម្រោងរបស់យើងមិនធានារ៉ាប់រង។
  - នៅពេលអ្នកប្រើ “ឧបករណ៍អត្ថប្រយោជន៍នៅពេលវេលាជាក់ស្តែង (Real Time Benefit Tool)” របស់គម្រោងដើម្បីរកមើលការរ៉ាប់រងលើឱសថ (សូមសំអាងទៅលើ **ជំពូកទី 5 ផ្នែក B2**) ថ្លៃចំណាយដែលបានបង្ហាញគឺជាការប៉ាន់ស្មានលើតម្លៃចេញពីហោប៉ៅ ដែល រំពឹងថាអ្នកនឹងត្រូវបង់។ អ្នកអាចទូរសព្ទទៅអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នក ឬផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជនសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។

- *បញ្ជីឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថានរបស់យើង។*
  - នៅក្នុងករណីភាគច្រើន អ្នកត្រូវតែប្រើបណ្តាញឱសថស្ថានមួយ ដើម្បីទទួលឱសថរបស់អ្នកដែលបានរ៉ាប់រង។ ឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញ គឺជាឱសថស្ថានដែលបានព្រមព្រៀងធ្វើការជាមួយយើងខ្ញុំ។
  - បញ្ជីរាយឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថាន រាយឈ្មោះឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញរបស់យើង។ សូមមើល**ជំពូកទី 5** នៃ*សៀវភៅណែនាំសមាជិក* នេះ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញ។

តារាងមាតិកា

A. *ការពន្យល់អំពីអត្ថប្រយោជន៍* (EOB) 198

B. របៀបតាមដានថ្លៃចំណាយលើឱសថរបស់អ្នក 199

B1. ចុះប្រសិនបើអ្នករកឃើញកំហុសនៅក្នុងសេចក្តីសង្ខេបនេះ? 201

B2. ចុះប្រសិនមានការក្លែងបន្លំដែលអាចកើតឡើង? 201

C. ដំណាក់កាលទូទាត់ប្រាក់ថ្លៃឱសថសម្រាប់ឱសថកម្មវិធី Medicare ផ្នែក D 201

D. ដំណាក់កាលទី 1៖ ដំណាក់កាលធានារ៉ាប់រងដំបូង 202

D1. ការជ្រើសរើសឱសថស្ថានរបស់អ្នក 202

D2. ការទទួលបានការផ្គត់ផ្គង់ឱសថរយៈពេលវែង 203

D3. អ្នកត្រូវតែបង់ប៉ុន្មាន 203

D4. ចុងបញ្ចប់នៃដំណាក់កាលនៃការធានារ៉ាប់រងដំបូង 207

E. ដំណាក់កាលទី 2៖ ដំណាក់កាលនៃការធានារ៉ាប់រងលើគ្រោះមហន្តរាយ 207

F. ថ្លៃចំណាយលើឱសថរបស់អ្នក ប្រសិនបើវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក ចេញវេជ្ជបញ្ជាឱ្យផ្គត់ ផ្គង់តិចជាងរយៈពេលពេញមួយខែ 207

G. អ្វីដែលអ្នកត្រូវបង់សម្រាប់ថ្នាំបង្ការរោគផ្នែក D 208

G1. អ្វីដែលអ្នកត្រូវដឹងមុនពេលអ្នកទទួលថ្នាំបង្ការរោគ 208

G2. អ្វីដែលអ្នកត្រូវបង់សម្រាប់ថ្នាំបង្ការរោគដែលរ៉ាប់រងដោយ Medicare ផ្នែក D 208

A. *ការពន្យល់អំពីអត្ថប្រយោជន៍* (EOB)

គម្រោងរបស់យើងតាមដានថ្លៃចំណាយលើឱសថរបស់អ្នក និងការបង់ប្រាក់ដែលអ្នកធ្វើនៅពេលអ្នកទទួលបានវេជ្ជបញ្ជានៅឱសថស្ថាន។ យើងតាមដានថ្លៃចំណាយពីរប្រភេទ៖

- **ថ្លៃចំណាយចេញពីហោប៉ៅខ្លួនឯង**របស់អ្នក។ នេះគឺជាចំនួនទឹកប្រាក់ដែលអ្នក ឬអ្នកផ្សេងទៀតបង់ប្រាក់តំណាងឲ្យអ្នក បង់សម្រាប់វេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក។ នេះរួមបញ្ចូលទាំងចំនួនទឹកប្រាក់ដែលអ្នកបានបង់នៅពេលអ្នកទទួលបានឱសថ ផ្នែក D ដែលមានការធានារ៉ាប់រង ការទូទាត់ប្រាក់ណាមួយសម្រាប់ឱសថរបស់អ្នកដែលធ្វើឡើងដោយក្រុមគ្រួសារ ឬមិត្តភក្តិ ការទូទាត់ប្រាក់ណាមួយសម្រាប់ឱសថរបស់អ្នកដែលធ្វើឡើងដោយ Extra Help (ជំនួយបន្ថែម) ពីកម្មវិធី Medicare គម្រោងសុខភាពរបស់និយោជក ឬសហជីព Indian Health Service កម្មវិធីជំនួយថ្លៃឱសថសម្រាប់ជំងឺ AIDS អង្គការសប្បុរសធម៌ និង កម្មវិធីជំនួយឱសថរបស់រដ្ឋភាគច្រើន (SPAPs)។

- **ថ្លៃចំណាយលើឱសថសរុប**របស់អ្នក។ នេះជាចំនួនសរុបនៃថ្លៃចំណាយទាំងអស់ដែលបានបង់សម្រាប់ឱសថផ្នែក D ដែលមានការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នក។ វារួមបញ្ចូលនូវអ្វីដែលគម្រោងបានបង់ និងអ្វីដែលកម្មវិធី ឬអង្គការផ្សេងទៀតបានបង់សម្រាប់ឱសថផ្នែក D ដែលមានការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នក។

នៅពេលអ្នកទទួលបានឱសថតាមរយៈគម្រោងរបស់យើង យើងនឹងផ្ញើឱ្យអ្នកនូវសេចក្តីសង្ខេបដែលហៅថា *ការពន្យល់អំពីអត្ថប្រយោជន៍ (EOB)*។ យើងហៅវាដោយសង្ខេបថា EOB។ EOB មិនមែនជាវិក្កយបត្រទេ។ EOB មានព័ត៌មានបន្ថែមអំពីឱសថដែលអ្នកប្រើដូចជា ការកើនឡើងនៃតម្លៃ និងឱសថដ៏ទៃទៀតដែលមានចំណែកនៃថ្លៃចូលរួមការចំណាយទាបដែលអាចប្រើប្រាស់បាន។ អ្នកអាចពិភាក្សាជាមួយអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកពីជម្រើសនៃថ្លៃចំណាយទាបទាំងនេះ។ EOB រួមមាន៖

- **ព័ត៌មានសម្រាប់ខែនេះ**។ សេចក្តីសង្ខេបនោះប្រាប់អំពីឱសថដែលអ្នកទទួលបានសម្រាប់ខែមុន។ វាបង្ហាញអំពីថ្លៃឱសថសរុប អ្វីដែលយើងបានបង់ និងអ្វីដែលអ្នក និងអ្នកដទៃជួយបង់ឱ្យអ្នក។
- **សរុបសម្រាប់មួយឆ្នាំចាប់តាំងពីថ្ងៃទី 1 ខែមករា។** វាបង្ហាញពីថ្លៃចំណាយលើឱសថសរុប និងការបង់ប្រាក់សរុបសម្រាប់ឱសថរបស់អ្នកចាប់តាំងពីដើមឆ្នាំ។
- **ព័ត៌មានអំពីតម្លៃឱសថ**។ នេះជាតម្លៃសរុបរបស់ឱសថ និងការផ្លាស់ប្តូរតម្លៃឱសថចាប់តាំងពីការបំពេញឱសថដំបូងសម្រាប់ការទាមទារវេជ្ជបញ្ជានីមួយៗនៃបរិមាណដូចគ្នា។
- **ជម្រើសដែលមានតម្លៃទាបជាង**។ នៅពេលដែលអាចអនុវត្តបាន ព័ត៌មានអំពីឱសថផ្សេងទៀតដែលមាន ផ្តល់ជូន ជាមួយចំណែកតម្លៃទាបជាងសម្រាប់វេជ្ជបញ្ជានីមួយៗ។

យើងផ្តល់ជូនការធានារ៉ាប់រងឱសថដែលមិនរ៉ាប់រងនៅក្រោម Medicare។

- ការបង់ប្រាក់ដែលបានធ្វើឡើងសម្រាប់ឱសថទាំងនេះមិនរាប់បញ្ចូលក្នុងតម្លៃចេញពីហោប៉ៅសរុបរបស់អ្នកទេ។
- ឱសថភាគច្រើនដែលអ្នកទទួលបានពីឱសថស្ថានទទួលបានការធានារ៉ាប់រងពីគម្រោងរបស់អ្នក។ 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 របស់អ្នកមកជាមួយ នៅពេលដែលទទួលបានវេជ្ជបញ្ជាតាមរយៈ Medi-Cal Rx។
- ដើម្បីដឹងថា ឱសថណាមួយ ដែលគម្រោងរបស់យើងរ៉ាប់រង សូមមើល*បញ្ជីឱសថ*របស់យើង។

B. របៀបតាមដានថ្លៃចំណាយលើឱសថរបស់អ្នក

ដើម្បីរក្សាតាមដាននៃតម្លៃឱសថរបស់អ្នក និងការបង់ប្រាក់ដែលអ្នកបង់ យើងក៏ប្រើកំណត់ត្រាដែលយើងទទួលពីអ្នក និងឱសថស្ថានរបស់អ្នក។ នេះ គឺជារបៀបអ្នកអាចជួយយើង៖

1. ប្រើប្រាស់បណ្ណសម្គាល់សមាជិករបស់អ្នក។

បង្ហាញបណ្ណសម្គាល់សមាជិករបស់អ្នករៀងរាល់ពេលអ្នកបើកឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាជាថ្មី។ ធ្វើដូចនេះជួយយើងខ្ញុំឱ្យដឹងថា អ្នកបើកវេជ្ជបញ្ជាអ្វី និងអ្នកបង់ប៉ុន្មាន។

2. ត្រូវប្រាកដថា យើងមានព័ត៌មានដែលយើងត្រូវការ។

អ្នកអាចស្នើសុំឱ្យយើងខ្ញុំឱ្យបង់ប្រាក់ជូនអ្នកវិញ សម្រាប់ចំណែកនៃថ្លៃចូលរួមការចំណាយរបស់យើងលើឱសថ។ សូមផ្តល់ឱ្យយើងនូវច្បាប់ចម្លងបង្កាន់ដៃសម្រាប់ឱសថដែលមានការធានារ៉ាប់រង ដែលអ្នកបានបង់ប្រាក់ដោយខ្លួនឯង ។ នេះជាឧទាហរណ៍ខ្លះៗថាពេលណាដែលអ្នកគួរផ្តល់ឱ្យយើងនូវច្បាប់ចម្លងនៃបង្កាន់ដៃរបស់អ្នក៖

- នៅពេលអ្នកទិញឱសថដែលរ៉ាប់រងនៅឯឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញក្នុងតម្លៃពិសេស ឬដោយប្រើបណ្ណបញ្ចុះតម្លៃ ដែលមិនមែនជាផ្នែកនៃអត្ថប្រយោជន៍របស់គម្រោងយើង
- នៅពេលអ្នកទូទាត់ថ្លៃបង់ប្រាក់រួមសម្រាប់ឱសថដែលអ្នកទទួលបាននៅក្រោមកម្មវិធីជំនួយអ្នកជំងឺនៃអ្នកផលិតឱសថ។
- នៅពេលដែលអ្នកទិញឱសថមានធានារ៉ាប់រងនៅឱសថស្ថាននៅក្រៅបណ្តាញ
- នៅពេលអ្នកបង់ថ្លៃពេញសម្រាប់ឱសថដែលរ៉ាប់រងក្នុងកាលៈទេសៈពិសេស

សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីការស្នើសុំឱ្យយើងខ្ញុំទូទាត់សងអ្នកវិញសម្រាប់ចំណែកនៃថ្លៃឱសថរបស់យើងខ្ញុំ សូមសំអាងលើ **ជំពូកទី 7** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក* នេះ។

3. សូមផ្ញើមកយើងខ្ញុំនូវព័ត៌មានអំពីការបង់ប្រាក់ដែលអ្នកដទៃទៀតបង់ឱ្យអ្នក។

ការបង់ប្រាក់ដែលបានបង់ដោយបុគ្គល និងអង្គការផ្សេងទៀតខ្លះក៏រាប់ជាតម្លៃថ្លៃចំណាយចេញពីហោប៉ៅរបស់អ្នកផងដែរ។ ឧទាហរណ៍ ការបង់ប្រាក់ដែលធ្វើឡើងដោយកម្មវិធីជំនួយឱសថរដ្ឋ កម្មវិធីជំនួយឱសថ AIDS (ADAP) សេវាសុខភាពជនជាតិដើមអាម៉េរិកាំង និងអង្គការសប្បុរសធម៌ភាគច្រើន ត្រូវបានគិតបញ្ចូលទៅក្នុងតម្លៃចេញពីហោប៉ៅខ្លួនឯងរបស់អ្នក។ យ៉ាងនេះអាចជួយអ្នកឲ្យមានសិទ្ធិទទួលការរ៉ាប់រងគ្រោះមហន្តរាយ។ នៅពេលអ្នកឈានដល់ដំណាក់កាលការរ៉ាប់រងគ្រោះមហន្តរាយ គម្រោងរបស់យើងបង់ថ្លៃចំណាយទាំងអស់នៃឱសថ Medicare ផ្នែក D របស់អ្នកសម្រាប់រយៈពេលដែលនៅសល់នៃឆ្នាំ។

4. ពិនិត្យមើល EOB ដែលយើងផ្ញើជូនអ្នក។

ពេលដែលអ្នកទទួលបាន EOB នៅក្នុងប្រៃសណីយ៍ សូមប្រាកដថា វាពេញលេញ និងត្រឹមត្រូវ។

- **តើអ្នកស្គាល់ឈ្មោះឱសថស្ថាននីមួយៗដែរឬទេ?** ពិនិត្យកាលបរិច្ឆេទ។ តើអ្នកបានទទួលឱសថនៅថ្ងៃនោះដែរឬទេ?
- **តើអ្នកបានទទួលឱសថដែលបានរាយបញ្ជីឈ្មោះដែរឬទេ?** តើឱសថទាំងនោះត្រូវគ្នានឹងឱសថដែលបានរាយក្នុងវិក្កយបត្ររបស់អ្នកដែរឬទេ? តើឱសថទាំងនោះត្រូវនឹងអ្វីដែលវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកបានចេញ វេជ្ជបញ្ជាដែរឬទេ?

B1. ចុះប្រសិនបើអ្នករកឃើញកំហុសនៅក្នុងសេចក្តីសង្ខេបនេះ?

ប្រសិនបើមានអ្វីមួយពិបាកយល់ ឬហាក់ដូចជាមិនត្រឹមត្រូវនៅលើ EOB នេះ សូមទូរសព្ទមកយើងតាមសេវាបម្រើអតិថិជនរបស់គម្រោង Blue Shield Medicare + គម្រោង Medi-Cal Plan។ អ្នកក៏អាចស្វែងរកចម្លើយចំពោះសំណួរជាច្រើននៅលើគេហទំព័ររបស់យើងបានផងដែរ៖ blueshield.com/medicare។

B2. ចុះប្រសិនមានការក្លែងបន្លំដែលអាចកើតឡើង?

ប្រសិនបើសេចក្តីសង្ខេបនេះបង្ហាញពីឱសថដែលអ្នកមិនបានប្រើ ឬអ្វីផ្សេងទៀតដែលមើលទៅគួរឱ្យសង្ស័យចំពោះអ្នក សូមទាក់ទងមកយើងខ្ញុំ។

- សូមទូរសព្ទមកយើងខ្ញុំតាមសេវាបម្រើអតិថិជនរបស់គម្រោង Blue Shield Medicare + គម្រោង Medi-Cal Plan។
- ឬទូរសព្ទទៅកម្មវិធី Medicare តាមរយៈលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរតែទូរសព្ទទៅកាន់លេខ 1-877-486-2048។ អ្នកអាចទូរសព្ទទៅលេខទាំងនេះដោយឥតគិតថ្លៃ។
- ប្រសិនបើអ្នកសង្ស័យថា អ្នកផ្តល់សេវាដែលទទួលបាន Medi-Cal បានប្រព្រឹត្តអំពើក្លែងបន្លំ ការខ្ជះខ្ជាយ ឬការបំពាន នោះអ្នកមានសិទ្ធិរាយការណ៍អំពីបញ្ហានេះ ដោយទូរសព្ទទៅលេខឥតគិតថ្លៃ និងរក្សាការសម្ងាត់ 1-800-822-6222។ វិធីផ្សេងទៀតក្នុងការរាយការណ៍អំពីអំពើក្លែងបន្លំ Medi-Cal អាចរកបាននៅ៖ www.dhcs.ca.gov/individuals/Pages/StopMedi-CalFraud.aspx។

ប្រសិនបើអ្នកគិតថា មានអ្វីមួយខុស ឬខ្វះចន្លោះ ឬប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរណាមួយ សូមហៅទូរសព្ទទៅកាន់ផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជន។ រក្សា EOB ទាំងនេះ។ វាជាកំណត់ត្រាព័ត៌មានសំខាន់អំពីការចំណាយថ្លៃឱសថរបស់អ្នក។

C. ដំណាក់កាលទូទាត់ប្រាក់ថ្លៃឱសថសម្រាប់ឱសថកម្មវិធី Medicare ផ្នែក D

មានដំណាក់កាលបង់ប្រាក់ពីរសម្រាប់ការធានារ៉ាប់រងឱសថ Medicare ផ្នែក D របស់អ្នកនៅក្រោមគម្រោងរបស់យើង។ ចំនួនប្រាក់ដែលអ្នកបង់សម្រាប់វេជ្ជបញ្ជានីមួយៗ គឺអាស្រ័យលើកម្រិតនៃជំនួយបន្ថែមរបស់អ្នក និងដំណាក់កាលដែលអ្នកកំពុងស្ថិតនៅ នៅពេលអ្នកបើកវេជ្ជបញ្ជាលើកដំបូង ឬបើកឡើងវិញ។ ខាងក្រោមនេះ មានពីរដំណាក់កាល៖

ដំណាក់កាលទី 1៖ ដំណាក់កាលរ៉ាប់រងដំបូង	**ដំណាក់កាលទី 2៖ ដំណាក់កាលរ៉ាប់រងលើគ្រោះមហន្តរាយ**
នៅក្នុងដំណាក់កាលនេះ យើងបង់ផ្នែកនៃថ្លៃចំណាយលើឱសថរបស់អ្នក ហើយអ្នកបង់ចំណែករបស់អ្នក។ ចំណែករបស់អ្នក ហៅថា ការបង់ប្រាក់រួម។ អ្នកចាប់ផ្តើមក្នុងដំណាក់កាលនេះ នៅពេលដែលអ្នកបើកឱសថមានវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកលើកដំបូងនៃឆ្នាំ។	នៅក្នុងដំណាក់កាលនេះ យើងបង់ថ្លៃចំណាយទាំងអស់លើឱសថរបស់អ្នករហូតដល់ថ្ងៃទី 31 ខែធ្នូ 2027។ អ្នកចាប់ផ្តើមដំណាក់កាលនេះ នៅពេលដែលអ្នកបានបង់ចំនួនជាក់លាក់នៃតម្លៃចេញពីហោប៉ៅ។

D. ដំណាក់កាលទី 1៖ ដំណាក់កាលធានារ៉ាប់រងដំបូង

ក្នុងអំឡុងដំណាក់កាលការរ៉ាប់រងដំបូង យើងបង់ចំណែកថ្លៃចំណាយនៃឱសថដែលមារ៉ាប់រងរបស់អ្នក ហើយអ្នកបង់ចំណែករបស់អ្នក។ ចំណែករបស់អ្នក ហៅថា ការបង់ប្រាក់រួម។ ការប្រាក់បង់រួមអាស្រ័យលើកម្រិតថ្នាក់នៃចំណែកនៃថ្លៃចូលរួមការចំណាយដែលឱសថស្ថិតនៅ និងកន្លែងដែលអ្នកទទួលបានវា។

កម្រិតថ្នាក់នៃចំណែកនៃថ្លៃចូលរួមការចំណាយ គឺជាក្រុមនៃឱសថដែលមានការបង់ប្រាក់រួមដូចគ្នា។ រាល់ឱសថនៅក្នុង*បញ្ជីឱសថ*នៃគម្រោងរបស់យើង គឺស្ថិតក្នុងកម្រិតថ្នាក់មួយក្នុងចំណោមកម្រិតថ្នាក់នៃចំណែកនៃថ្លៃចូលរួមការចំណាយទាំងប្រាំ។ ជាទូទៅ លេខកម្រិតថ្នាក់នៃថ្លៃចំណាយចូលរួមចំណែកកាន់តែខ្ពស់ ការបង់ប្រាក់រួមក៏កាន់តែខ្ពស់ដែរ។ ដើម្បីស្វែងរកកម្រិតថ្នាក់នៃចំណែកនៃថ្លៃចូលរួមការចំណាយសម្រាប់ឱសថរបស់អ្នក សូមមើល*បញ្ជីឱសថ*របស់យើង។

- ការបែងចែកការចំណាយរួម ទីកម្រិត 1៖ ឱសថទូទៅដែលពេញចិត្ត (កម្រិតនៃការចែករំលែកថ្លៃចំណាយទាបបំផុត) - រួមមានឱសថទូទៅដែលពេញចិត្ត។ ប្រាក់បង់រួម គឺ $0។

- កម្រិតថ្នាក់នៃចំណែកនៃថ្លៃចូលរួមការចំណាយ ទី 2៖ ឱសថទូទៅ – រួមទាំងឱសថទូទៅ និងឱសថជីវសាស្ត្រស្រដៀងគ្នា។ ប្រាក់បង់រួម គឺ $0។

- កម្រិតថ្នាក់នៃចំណែកនៃថ្លៃចូលរួមការចំណាយ ទី 3៖ ឱសថម៉ាកល្បីដែលត្រូវបានជ្រើសរើស – រួមមានឱសថម៉ាកល្បីដែលត្រូវបានជ្រើសរើស ឱសថជីវស្រដៀងគ្នា និងឱសថទូទៅមួយចំនួន។ ប្រាក់បង់រួមគឺចាប់ពី $0 ដល់ $14.40 អាស្រ័យលើប្រាក់ចំណូលរបស់អ្នក។

- កម្រិតថ្នាក់នៃចំណែកនៃថ្លៃចូលរួមការចំណាយ ទី 4៖ ឱសថម៉ាកល្បីដែលមិនត្រូវបានជ្រើសរើស – រួមមានឱសថម៉ាកល្បីដែលមិនត្រូវបានជ្រើសរើស ឱសថជីវស្រដៀងគ្នា និងឱសថទូទៅមួយចំនួន។ ប្រាក់បង់រួម គឺចាប់ពី $0 ដល់ $14.40 អាស្រ័យលើប្រាក់ចំណូលរបស់អ្នក។

- កម្រិតថ្នាក់នៃចំណែកនៃថ្លៃចូលរួមការចំណាយ ទី 5៖ ឱសថកម្រិតឯកទេស (ថ្នាក់ចំណែកតម្លៃខ្ពស់បំផុត) – រួមបញ្ចូលឱសថម៉ាកល្បីដែលមានតម្លៃខ្ពស់ ឱសថជីវសាស្ត្រស្រដៀងគ្នា និងឱសថទូទៅដែលអាចទាមទារការគ្រប់គ្រងពិសេស និង/ឬ ការត្រួតពិនិត្យយ៉ាងដិតដល់។ ប្រាក់បង់រួម គឺចាប់ពី $0 ដល់ $14.40 អាស្រ័យលើប្រាក់ចំណូលរបស់អ្នក។

D1. ការជ្រើសរើសឱសថស្ថានរបស់អ្នក

ចំនួនទឹកប្រាក់ដែលអ្នកត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថអាស្រ័យលើថា តើអ្នកទទួលបានឱសថពី៖

ឱសថស្ថានលក់រាយក្នុងបណ្តាញ **ឬ**

- ឱសថស្ថានលក់រាយក្នុងបណ្តាញដែលផ្តល់ចំណែកតម្លៃដែលពេញចិត្ត។ ការចំណាយអាចតិចជាងនៅឱសថស្ថានដែលផ្តល់ចំណែកតម្លៃដែលពេញចិត្ត។

- ឱសថស្ថាននៅក្រៅបណ្តាញ។ ក្នុងករណីមានកំណត់ យើងធានារ៉ាប់រងលើឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាដែលបានបើកយកនៅឱសថស្ថានក្រៅបណ្តាញ។ សូមអាន **ជំពូកទី 5** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក* នេះ ដើម្បីស្វែងយល់ថាតើពេលណាដែលយើងធ្វើដូច្នេះ។
- ឱសថស្ថានដឹកជញ្ជូនដល់ផ្ទះរបស់គម្រោងយើង។

ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពីជម្រើសទាំងនេះ សូមអាន **ជំពូកទី 5** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក* របស់អ្នក និង*បញ្ជីឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថាន*របស់យើង។

D2. ការទទួលបានការផ្គត់ផ្គង់ឱសថរយៈពេលវែង

សម្រាប់ឱសថមួយចំនួន អ្នកអាចទទួលការផ្គត់ផ្គង់យូរអង្វែង (ក៏ហៅថា "ការផ្គត់ផ្គង់ពន្យារ" ដែរ) នៅពេលអ្នកបំពេញឱសថវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក។ ការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេលវែងរហូតដល់រយៈពេល 100 ថ្ងៃ។ វាមានតម្លៃសម្រាប់អ្នកដូចគ្នានឹងការផ្គត់ផ្គង់មួយខែ។

សម្រាប់ព័ត៌មានលម្អិតអំពីទីកន្លែង និងរបៀបដើម្បីទទួលបានការផ្គត់ផ្គង់ឱសថរយៈពេលវែង សូមអាន **ជំពូកទី 5** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក* នេះ ឬ*បញ្ជីឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថាន* របស់យើង។

D3. អ្នកត្រូវតែបង់ប៉ុន្មាន

នៅក្នុងអំឡុងដំណាក់កាលនៃការធានារ៉ាប់រងដំបូង អ្នកអាចនឹងទូទាត់ការបង់ប្រាក់រួមរៀងរាល់ពេលអ្នកបើកឱសថវេជ្ជបញ្ជា។ ប្រសិនបើឱសថដែលមានរ៉ាប់រងរបស់អ្នកមានតម្លៃតិចជាងការបង់ប្រាក់រួម អ្នកនឹងបង់តម្លៃទាបនោះ។

សូមទាក់ទងផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជន ដើម្បីស្វែងយល់ថា តើការបង់ប្រាក់រួមរបស់អ្នកមានចំនួនប៉ុន្មានសម្រាប់ឱសថដែលមានការរ៉ាប់រង។

ចំណែកថ្លៃចំណាយរបស់អ្នកនៅពេលអ្នកទទួលបានការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេលមួយខែនូវឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាដែលត្រូវបាន ធានារ៉ាប់រងពីៈ

	ឱសថស្ថាននៅក្នុងបណ្តាញ ការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេលមួយខែ ឬរហូតដល់រយៈពេល 30 ថ្ងៃ	**សេវាដឹកជញ្ជូនដល់ផ្ទះរបស់គម្រោងយើង** ការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេលមួយខែ ឬរហូតដល់រយៈពេល 30 ថ្ងៃ	**ឱសថស្ថានថែទាំរយៈពេលវែងក្នុងបណ្តាញ** ផ្គត់ផ្គង់ដល់ទៅ 31 ថ្ងៃ	**ឱសថស្ថានក្រៅបណ្តាញ** ផ្គត់ផ្គង់រហូតដល់រយៈពេល 30 ថ្ងៃ។ ការធានារ៉ាប់រងដែលមានកំណត់ចំពោះករណីខ្លះ។ សូមអាន **ជំពូកទី 5** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក* នេះ សម្រាប់ព័ត៌មានលម្អិត។
ការបែងចែកការចំណាយរួម ទីកម្រិត 1 (ឱសថទូទៅដែលពេញចិត្ត)	$0 សម្រាប់ការបង់ប្រាក់រួម	សេវាដឹកជញ្ជូនដល់ផ្ទះមិនមានសម្រាប់ឱសថក្នុងកម្រិតទី 1 ទេ។	$0 សម្រាប់ការបង់ប្រាក់រួម	$0 សម្រាប់ការបង់ប្រាក់រួម
ចំណែកតម្លៃកម្រិតទី 2 (ឱសថទូទៅ)	$0 សម្រាប់ការបង់ប្រាក់រួម	សេវាដឹកជញ្ជូនដល់ផ្ទះមិនមានសម្រាប់ឱសថក្នុងកម្រិតទី 2 ទេ។	$0 សម្រាប់ការបង់ប្រាក់រួម	$0 សម្រាប់ការបង់ប្រាក់រួម
ចំណែកតម្លៃកម្រិតទី 3 (ឱសថម៉ាកល្បីដែលត្រូវបានជ្រើសរើស)	ការបង់ប្រាក់រួម $0, $5.00 ឬ $14.40 ដោយផ្អែកលើកម្រិត Extra Help (ជំនួយបន្ថែម) ដែលសមាជិកទទួលបាន។	សេវាដឹកជញ្ជូនដល់ផ្ទះមិនមានសម្រាប់ឱសថក្នុងកម្រិតទី 3 ទេ។	ការបង់ប្រាក់រួម $0, $5.00 ឬ $14.40 ដោយផ្អែកលើកម្រិត Extra Help (ជំនួយបន្ថែម) ដែលសមាជិកទទួលបាន។	ការបង់ប្រាក់រួម $0, $5.00 ឬ $14.40 ដោយផ្អែកលើកម្រិត Extra Help (ជំនួយបន្ថែម) ដែលសមាជិកទទួលបាន។

	ឱសថស្ថាននៅក្នុងបណ្តាញ ការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេលមួយខែ ឬរហូតដល់រយៈពេល 30 ថ្ងៃ	**សេវាដឹកជញ្ជូនដល់ផ្ទះរបស់គម្រោងយើង** ការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេលមួយខែ ឬរហូតដល់រយៈពេល 30 ថ្ងៃ	**ឱសថស្ថានថែទាំរយៈពេលវែងក្នុងបណ្តាញ** ផ្គត់ផ្គង់ដល់ទៅ 31 ថ្ងៃ	**ឱសថស្ថានក្រៅបណ្តាញ** ផ្គត់ផ្គង់រហូតដល់រយៈពេល 30 ថ្ងៃ។ ការធានារ៉ាប់រងដែលមានកំណត់ចំពោះករណីខ្លះ។ សូមអាន **ជំពូកទី 5** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក* នេះ សម្រាប់ព័ត៌មានលម្អិត។
ចំណែកតម្លៃ កម្រិតទី 4 (ឱសថទូទៅដែលមានតម្លៃថ្លៃ)	ការបង់ប្រាក់រួម $0, $5.00 ឬ $14.40 ដោយផ្អែកលើកម្រិត Extra Help (ជំនួយបន្ថែម) ដែលសមាជិកទទួលបាន។	សេវាដឹកជញ្ជូនដល់ផ្ទះមិនមានសម្រាប់ឱសថក្នុងកម្រិតទី 4 ទេ។	ការបង់ប្រាក់រួម $0, $5.00 ឬ $14.40 ដោយផ្អែកលើកម្រិត Extra Help (ជំនួយបន្ថែម) ដែលសមាជិកទទួលបាន។	ការបង់ប្រាក់រួម $0, $5.00 ឬ $14.40 ដោយផ្អែកលើកម្រិត Extra Help (ជំនួយបន្ថែម) ដែលសមាជិកទទួលបាន។
ចំណែកតម្លៃ កម្រិតទី 5 (ឱសថកម្រិតថ្នាក់ឯកទេស)	ការបង់ប្រាក់រួម $0, $5.00 ឬ $14.40 ដោយផ្អែកលើកម្រិត Extra Help (ជំនួយបន្ថែម) ដែលសមាជិកទទួលបាន។	ការបង់ប្រាក់រួម $0, $5.00 ឬ $14.40 ដោយផ្អែកលើកម្រិត Extra Help (ជំនួយបន្ថែម) ដែលសមាជិកទទួលបាន។	ការបង់ប្រាក់រួម $0, $5.00 ឬ $14.40 ដោយផ្អែកលើកម្រិត Extra Help (ជំនួយបន្ថែម) ដែលសមាជិកទទួលបាន។	ការបង់ប្រាក់រួម $0, $5.00 ឬ $14.40 ដោយផ្អែកលើកម្រិត Extra Help (ជំនួយបន្ថែម) ដែលសមាជិកទទួលបាន។

ចំណែកថ្លៃចំណាយរបស់អ្នកនៅពេលអ្នកទទួលបានការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេលវែងនូវឱសថដែលត្រូវបានរ៉ាប់រងពី៖

	ឱសថស្ថាននៅក្នុងបណ្តាញ ការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេលវែង ឬរហូតដល់រយៈពេល 100 ថ្ងៃ	**សេវាដឹកជញ្ជូនដល់ផ្ទះរបស់គម្រោងយើង** ការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេលវែង ឬរហូតដល់រយៈពេល 100 ថ្ងៃ
ការបែងចែកការចំណាយរួម ទឹកម្រិត 1 (ឱសថទូទៅដែលពេញចិត្ត)	$0 សម្រាប់ការបង់ប្រាក់រួម	$0 សម្រាប់ការបង់ប្រាក់រួម
ចំណែកតម្លៃកម្រិតទី 2 (ឱសថទូទៅ)	$0 សម្រាប់ការបង់ប្រាក់រួម	$0 សម្រាប់ការបង់ប្រាក់រួម
ចំណែកតម្លៃកម្រិតទី 3 (ឱសថម៉ាកល្បីដែលត្រូវបានជ្រើសរើស)	ការបង់ប្រាក់រួម $0, $5.00 ឬ $14.40 ដោយផ្អែកលើកម្រិត Extra Help (ជំនួយបន្ថែម) ដែលសមាជិកទទួលបាន។	ការបង់ប្រាក់រួម $0, $5.00 ឬ $14.40 ដោយផ្អែកលើកម្រិត Extra Help (ជំនួយបន្ថែម) ដែលសមាជិកទទួលបាន។
ចំណែកតម្លៃ កម្រិតទី 4 (ឱសថទូទៅដែលមានតម្លៃថ្លៃ)	ការបង់ប្រាក់រួម $0, $5.00 ឬ $14.40 ដោយផ្អែកលើកម្រិត Extra Help (ជំនួយបន្ថែម) ដែលសមាជិកទទួលបាន។	ការបង់ប្រាក់រួម $0, $5.00 ឬ $14.40 ដោយផ្អែកលើកម្រិត Extra Help (ជំនួយបន្ថែម) ដែលសមាជិកទទួលបាន។
ចំណែកតម្លៃ កម្រិតទី 5 (ឱសថកម្រិតថ្នាក់ឯកទេស)	ការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេលវែងមិនមានសម្រាប់ឱសថក្នុងកម្រិតទី 5 ទេ។	ការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេលវែងមិនមានសម្រាប់ឱសថក្នុងកម្រិតទី 5 ទេ។

សម្រាប់ព័ត៌មានអំពីឱសថស្ថានណាមួយអាចផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវសម្ភារផ្គត់ផ្គងរយៈពេលវែង សូមមើល *បញ្ជីឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថាន*របស់យើង។

D4. ចុងបញ្ចប់នៃដំណាក់កាលនៃការធានារ៉ាប់រងដំបូង

ដំណាក់កាលរ៉ាប់រងដំបូងបញ្ចប់នៅពេលថ្លៃចំណាយចេញពីហោប៉ៅសរុបរបស់អ្នកឈានដល់ $2,400។ ត្រង់ចំណុចនេះ ដំណាក់កាលធានារ៉ាប់រងនៃការកើតមានគ្រោះមហន្តរាយចាប់ផ្តើម។ យើងរ៉ាប់រងតម្លៃឱសថទាំងអស់របស់អ្នក ចាប់តាំងពីពេលនោះមក រហូតដល់ចុងឆ្នាំ។

EOB របស់អ្នកជួយអ្នកបន្តតាមដានថា តើអ្នកបានបង់ប្រាក់ប៉ុន្មានសម្រាប់ឱសថរបស់អ្នកក្នុងអំឡុងឆ្នាំនោះ។
យើងនឹងប្រាប់ អ្នកឱ្យដឹង ប្រសិនបើអ្នកឈានដល់ការកំណត់ $2,400។
មនុស្សជាច្រើនមិនអាចសម្រេចបានក្នុងមួយឆ្នាំនោះទេ។

E. ដំណាក់កាលទី 2៖ ដំណាក់កាលនៃការធានារ៉ាប់រងលើគ្រោះមហន្តរាយ

នៅពេលអ្នកឈានដល់កម្រិតចំណាយចេញពីហោប៉ៅខ្លួនឯងចំនួន $2,400 សម្រាប់ឱសថរបស់អ្នក ដំណាក់កាលការធានារ៉ាប់រងលើហានិភ័យមហន្តរាយនឹងចាប់ផ្តើម។ អ្នកនឹងស្ថិតក្នុងដំណាក់កាលរ៉ាប់រងលើគ្រោះមហន្តរាយរហូតដល់ដំណាច់ឆ្នាំតាមប្រតិទិន។ ក្នុងដំណាក់កាលនេះ អ្នកមិនត្រូវបង់ថ្លៃអ្វីទាំងអស់សម្រាប់ឱសថដែលមានការរ៉ាប់រងផ្នែក D របស់អ្នក។

F. ថ្លៃចំណាយលើឱសថរបស់អ្នក ប្រសិនបើវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក ចេញវេជ្ជបញ្ជាឱ្យផ្គត់ផ្គង់តិចជាងរយៈពេលពេញមួយខែ

ក្នុងករណីមួយចំនួន អ្នកទូទាត់ការបង់ប្រាក់រួម ដើម្បីរ៉ាប់រងការផ្គត់ផ្គង់ឱសថដែលមានធានារ៉ាប់រងពេញមួយខែ។ តែជាយ៉ាងណាមិញ វេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកអាចចេញវេជ្ជបញ្ជាឲ្យផ្គត់ផ្គង់ឱសថតិចជាងមួយខែ។

- វាអាចមានពេលដែលអ្នកចង់សួរវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកអំពីការចេញវេជ្ជបញ្ជាតិចជាងការផ្គត់ផ្គង់ឱសថសម្រាប់រយៈពេលមួយខែ (ឧទាហរណ៍ នៅពេលអ្នកកំពុងសាកល្បងប្រើឱសថជាលើកដំបូង)។
- ប្រសិនបើវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកយល់ព្រម អ្នកនឹងមិនបង់ប្រាក់សម្រាប់ការផ្គត់ផ្គង់ពេញមួយខែសម្រាប់ឱសថមួយចំនួន។

នៅពេលអ្នកទទួលបានការផ្គត់ផ្គង់ឱសថតិចជាងមួយខែ ចំនួនដែលអ្នកត្រូវបង់ គឺអាស្រ័យលើចំនួនថ្ងៃនៃឱសថដែលអ្នកទទួលបាន។ យើងគណនាចំនួនទឹកប្រាក់ដែលអ្នកត្រូវបង់ក្នុងមួយថ្ងៃសម្រាប់ឱសថរបស់អ្នក (“អត្រាចំណែកនៃថ្លៃចូលរួមការចំណាយប្រចាំថ្ងៃ”) ហើយគុណវាជាមួយនឹងចំនួនថ្ងៃនៃឱសថដែលអ្នកទទួលបាន។

- ខាងក្រោមនេះគឺឧទាហរណ៍៖ ឧបមាថា ការបង់ប្រាក់រួមសម្រាប់ឱសថរបស់អ្នកសម្រាប់ការផ្គត់ផ្គង់ពេញមួយខែ (ការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេល 30 ថ្ងៃ) គឺ $1.35។ នេះមានន័យថា ចំនួនទឹកប្រាក់ដែលអ្នកត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថរបស់អ្នក គឺតិចជាង $0.05 ក្នុងមួយថ្ងៃ។ ប្រសិនបើអ្នកទទួលបានឱសថសម្រាប់ការប្រើប្រាស់រយៈពេលប្រាំពីរថ្ងៃ ការបង់ប្រាក់របស់អ្នកគឺតិចជាង $0.05 ក្នុងមួយថ្ងៃគុណនឹងប្រាំពីរថ្ងៃ សម្រាប់ការបង់ប្រាក់សរុបតិចជាង $0.35។
- ចំណែកនៃថ្លៃចូលរួមការចំណាយប្រចាំថ្ងៃធ្វើឱ្យអ្នកដឹងប្រាកដថា ឱសថមានប្រសិទ្ធភាពសម្រាប់អ្នកមុនពេលអ្នកបង់ថ្លៃផ្គត់ផ្គង់ពេញមួយខែ។

- អ្នកក៏អាចស្នើសុំឱ្យអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាតិចជាងការផ្តត់ផ្តង់ឱសថពេញមួយខែ ដើម្បីជួយអ្នក៖
    - រៀបចំផែនការឱ្យកាន់តែប្រសើរនៅពេលបើកឱសថរបស់អ្នកសាជាថ្មី
    - សម្របសម្រួលការបើកឡើងវិញជាមួយនឹងឱសថផ្សេងទៀត ដូច្នេះអ្នកអាចកាត់បន្ថយការធ្វើដំណើរទៅកាន់ឱសថស្ថាន

G. អ្វីដែលអ្នកត្រូវបង់សម្រាប់ថ្នាំបង្ការរោគផ្នែក D

សារៈសំខាន់ៗអំពីអ្វីដែលអ្នកត្រូវបង់ថ្លៃទៅលើការចាក់ថ្នាំវ៉ាក់សាំង៖ វ៉ាក់សាំងមួយចំនួនត្រូវបានចាត់ទុកថា ជាអត្ថប្រយោជន៍ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ ហើយមានការធានារ៉ាប់រងក្រោមកម្មវិធី Medicare ផ្នែក B។ វ៉ាក់សាំងផ្សេងទៀតត្រូវបានចាត់ទុកថា ជាឱសថក្នុងកម្មវិធី Medicare ផ្នែក D។ អ្នកអាចរកឃើញថ្នាំបង្ការរោគទាំងនេះដែលបានរាយឈ្មោះនៅ ក្នុង *បញ្ជីឱសថ* របស់យើង។ គម្រោងរបស់យើងធានារ៉ាប់រងលើវ៉ាក់សាំង Medicare ផ្នែក D ភាគច្រើនបំផុត ដោយមិនគិតថ្លៃចំពោះ អ្នកទេ។ សូមមើល *បញ្ជីឱសថ* របស់គម្រោងរបស់យើង ឬទាក់ទងសេវាបម្រើអតិថិជនសម្រាប់ព័ត៌មានលម្អិតអំពី ការធានារ៉ាប់រង និងចំណែកតម្លៃអំពីឱសថបង្ការរោគជាក់លាក់។

មានផ្នែកពីរចំពោះការរ៉ាប់រងរបស់យើងលើថ្នាំបង្ការរោគ Medicare ផ្នែក D៖

1. ផ្នែកទីមួយ គឺសម្រាប់ថ្លៃចំណាយនៃ**ថ្នាំបង្ការរោគផ្ទាល់។**
2. ផ្នែកទីពីរ គឺសម្រាប់ថ្លៃចំណាយក្នុង**ការផ្តល់ថ្នាំបង្ការរោគដល់អ្នក**។ ឧទាហរណ៍ ពេលខ្លះអ្នកអាចទទួលបានថ្នាំវ៉ាក់សាំង ដែលវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកជាអ្នកចាក់ឱ្យអ្នក។

G1. អ្វីដែលអ្នកត្រូវដឹងមុនពេលអ្នកទទួលថ្នាំបង្ការរោគ

យើងណែនាំអ្នកឱ្យទូរសព្ទទៅកាន់ផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជន ប្រសិនបើអ្នកមានគម្រោងទៅទទួលយកថ្នាំបង្ការរោគ។

- យើងអាចប្រាប់អ្នកអំពីរបៀបដែលគម្រោងរបស់យើងរ៉ាប់រងលើថ្នាំបង្ការរោគរបស់អ្នក និងពន្យល់ពីចំណែកថ្លៃចំណាយរបស់អ្នក។
- យើងអាចប្រាប់អ្នកពីរបៀបរក្សាថ្លៃចំណាយរបស់អ្នកឱ្យនៅទាប គឺតាមរយៈការប្រើប្រាស់ឱសថស្ថាន និងអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ។ ឱសថស្ថាន និងអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញយល់ព្រមធ្វើការជាមួយគម្រោងរបស់យើង។ អ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញធ្វើការជាមួយយើងខ្ញុំដើម្បីធានាថា អ្នកមិនមានការចំណាយជាមុនសម្រាប់ថ្នាំវ៉ាក់សាំងរបស់ Medicare ផ្នែក D ទេ។

G2. អ្វីដែលអ្នកត្រូវបង់សម្រាប់ថ្នាំបង្ការរោគដែលរ៉ាប់រងដោយ Medicare ផ្នែក D

អ្វីដែលអ្នកត្រូវបង់សម្រាប់ថ្នាំបង្ការរោគអាស្រ័យលើប្រភេទថ្នាំបង្ការរោគ (តើអ្នកត្រូវចាក់ថ្នាំបង្ការរោគអ្វី)។

- ថ្នាំចាក់បង្ការរោគមួយចំនួនត្រូវបានចាត់ទុកជាអត្ថប្រយោជន៍សុខភាពជាជាងឱសថ។ ថ្នាំវ៉ាក់សាំងទាំងនេះទទួលបានការធានារ៉ាប់រងពីឥតគិតថ្លៃសម្រាប់អ្នក។ ដើម្បីស្វែងយល់អំពីការរ៉ាប់រងនៃថ្នាំបង្ការរោគទាំងនេះ សូមអានតារាងអត្ថប្រយោជន៍នៅក្នុង **ជំពូកទី 4** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក* នេះ។

- ថ្នាំវ៉ាក់សាំងរោគផ្សេងៗទៀត ត្រូវបានចាត់ទុកជាឱសថ Medicare ផ្នែក D។ អ្នកអាចស្វែងរកថ្នាំវ៉ាក់សាំងទាំងនេះនៅក្នុង *បញ្ជីឱសថ*នៃគម្រោងរបស់យើង។ អ្នកប្រហែលជាត្រូវទូទាត់ការបង់ប្រាក់រួមសម្រាប់ថ្នាំវ៉ាក់សាំង Medicare ផ្នែក D។ ប្រសិនបើថ្នាំបង្ការរោគត្រូវបានណែនាំសម្រាប់មនុស្សពេញវ័យដោយអង្គការមួយដែលហៅថា **គណៈកម្មាធិការទីប្រឹក្សាស្តីពីការអនុវត្តការចាក់ថ្នាំការពាររោគ (Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP)** នោះថ្នាំបង្ការរោគនឹងមិនគិតថ្លៃអ្វីពីអ្នកទេ។

នេះគឺជាវិធីទូទៅចំនួនបីដែលអ្នកអាចទទួលបានថ្នាំបង្ការរោគ Medicare ផ្នែក D។

1. អ្នកទទួលបានថ្នាំវ៉ាក់សាំង Medicare ផ្នែក D និងការចាក់វ៉ាក់សាំងរបស់អ្នកនៅឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញ។

- សម្រាប់ថ្នាំបង្ការរោគផ្នែក D សម្រាប់មនុស្សពេញវ័យភាគច្រើន អ្នកនឹងមិនបង់ប្រាក់អ្វីឡើយ។
- សម្រាប់ថ្នាំវ៉ាក់សាំងផ្នែក D ផ្សេងទៀត អ្នកបង់ប្រាក់លើការបង់ប្រាក់រួមសម្រាប់ថ្នាំវ៉ាក់សាំងនេះ។

2. អ្នកទទួលបានថ្នាំវ៉ាក់សាំង Medicare ផ្នែក D នៅការិយាល័យវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក ហើយវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកចាក់ថ្នាំចាក់វ៉ាក់សាំងឲ្យអ្នក។

- អ្នកបង់ប្រាក់លើការបង់ប្រាក់រួម ទៅវេជ្ជបណ្ឌិតសម្រាប់ការចាក់ថ្នាំវ៉ាក់សាំងនោះ។
- យើងនឹងបង់ថ្លៃចំណាយសម្រាប់ការចាក់ថ្នាំឱ្យអ្នក។
- ការិយាល័យវេជ្ជបណ្ឌិតគួរតែទូរសព្ទទៅគម្រោងរបស់យើងក្នុងស្ថានភាពនេះ ដូច្នេះយើងអាចធ្វើឱ្យប្រាកដថាពួកគេដឹងថា អ្នកត្រូវតែបង់ប្រាក់លើការបង់ប្រាក់រួមសម្រាប់តែការចាក់ថ្នាំវ៉ាក់សាំងប៉ុណ្ណោះ។

3. អ្នកទទួលបានថ្នាំវ៉ាក់សាំង Medicare ផ្នែក D នៅឱសថស្ថាន ហើយអ្នកយកថ្នាំនោះទៅកាន់ការិយាល័យវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក ដើម្បីចាក់ថ្នាំ។

- សម្រាប់ថ្នាំបង្ការរោគផ្នែក D សម្រាប់មនុស្សពេញវ័យភាគច្រើន អ្នកនឹងមិនបង់ប្រាក់អ្វីសម្រាប់ថ្នាំបង្ការរោគនោះទេ។
- សម្រាប់ថ្នាំវ៉ាក់សាំងផ្នែក D ផ្សេងទៀត អ្នកបង់ប្រាក់លើការបង់ប្រាក់រួមសម្រាប់ថ្នាំវ៉ាក់សាំងនេះ។
- យើងនឹងបង់ថ្លៃចំណាយសម្រាប់ការចាក់ថ្នាំឱ្យអ្នក។

ជំពូកទី 7៖ ការស្នើសុំឱ្យយើងខ្ញុំបង់ប្រាក់ចំណែករបស់យើងលើវិក្កយបត្រដែលអ្នកបានទទួលសម្រាប់សេវាកម្ម ឬឱសថដែលរ៉ាប់រង

សេចក្តីផ្តើម

ជំពូកនេះប្រាប់អ្នកពីរបៀប និងពេលណាត្រូវផ្ញើវិក្កយបត្រមកយើងខ្ញុំដើម្បីស្នើសុំការទូទាត់ប្រាក់។ វាក៏ប្រាប់អ្នកពីរបៀបដាក់បណ្តឹងតវ៉ា ប្រសិនបើអ្នកមិនយល់ស្របជាមួយនឹងការសម្រេចពីការរ៉ាប់រង។ ពាក្យគន្លឹះ និងនិយមន័យរបស់ពាក្យទាំងនោះ មានបង្ហាញតាមលំដាប់អក្ខរក្រមនៅក្នុងជំពូកចុងក្រោយនៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក* នេះ។

តារាងមាតិកា

A. ការស្នើសុំឱ្យយើងខ្ញុំបង់ថ្លៃសេវា ឬឱសថរបស់អ្នក.....211

B. ការផ្ញើមកយើងខ្ញុំនូវសំណើសម្រាប់ការបង់ប្រាក់.....215

C. សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង 216

D. បណ្តឹងតវ៉ា 216

A. ការស្នើសុំឱ្យយើងខ្ញុំបង់ថ្លៃសេវា ឬឱសថរបស់អ្នក

អ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញរបស់យើងត្រូវតែចេញវិក្កយបត្រទៅគម្រោងសម្រាប់សេវា និងឱសថដែលមានធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកបន្ទាប់ពីអ្នកទទួលបានសេវា និងឱសថទាំងនោះ។ អ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ គឺជាអ្នកផ្តល់សេវាដែលធ្វើការជាមួយគម្រោងសុខភាព។

យើងមិនអនុញ្ញាតឱ្យអ្នកផ្តល់សេវារបស់គម្រោង Blue Shield Medicare + គម្រោង Medi-Cal Plan ចេញវិក្កយបត្រឱ្យអ្នកសម្រាប់សេវា ឬឱសថទាំងនេះទេ។ យើងខ្ញុំបង់ប្រាក់ជូនអ្នកផ្តល់សេវាដោយផ្ទាល់ ហើយយើងខ្ញុំការពារអ្នកពីការគិតថ្លៃផ្សេងៗ។

ប្រសិនបើអ្នកទទួលបានវិក្កយបត្រសម្រាប់តម្លៃពេញនៃការថែទាំសុខភាព ឬឱសថ សូមកុំបង់ថ្លៃវិក្កយបត្រនោះ ហើយផ្ញើវិក្កយបត្រនោះមកយើងខ្ញុំ។ ដើម្បីផ្ញើវិក្កយបត្រឱ្យយើងខ្ញុំ សូមមើល ជំពូកទី 7 **ផ្នែក** B**។**

- ប្រសិនបើយើងរ៉ាប់រងលើសេវាកម្ម ឬឱសថ យើងនឹងបង់ប្រាក់ឱ្យអ្នកផ្តល់សេវាដោយផ្ទាល់។
- ប្រសិនបើយើងរ៉ាប់រងលើសេវាកម្ម ឬឱសថ ហើយអ្នកបានបង់ប្រាក់ លើសពីចំណែកថ្លៃចំណាយរបស់អ្នករួចហើយ នោះវាជាសិទ្ធិរបស់អ្នកក្នុងការទទួលបានប្រាក់សងត្រឡប់មកវិញ។
    - ប្រសិនបើអ្នកបានបង់ថ្លៃសេវាដែលរ៉ាប់រងដោយ Medicare យើងនឹងបង់សងទៅអ្នកវិញ។
- ប្រសិនបើអ្នកបានបង់ថ្លៃសេវា Medi-Cal ដែលអ្នកបានទទួលរួចហើយ អ្នកអាចមានសិទ្ធិទទួលបានសំណង (សងវិញ) ប្រសិនបើអ្នកបំពេញតាមលក្ខខណ្ឌទាំងអស់ខាងក្រោម៖
    - សេវាដែលអ្នកបានទទួល គឺជាសេវាដែលមានការរ៉ាប់រងពី Medi-Cal ដែលយើងទទួលខុសត្រូវក្នុងការបង់ថ្លៃ។ យើងនឹងមិនសងប្រាក់ដល់អ្នកវិញសម្រាប់សេវាដែលមិនទទួលបានការធានារ៉ាប់រងពីគម្រោង Blue Shield Medicare + គម្រោង Medi-Cal Plan នោះទេ។
    - អ្នកទទួលបានសេវាដែលបានធានារ៉ាប់រង បន្ទាប់ពីអ្នកបានក្លាយជាសមាជិកដែលមានសិទ្ធិទទួលបានរបស់គម្រោង Blue Shield Medicare + គម្រោង Medi-Cal Plan។
    - អ្នកស្នើសុំដើម្បីទទួលបានប្រាក់របស់អ្នកត្រឡប់មកវិញក្នុងរយៈពេលមួយឆ្នាំចាប់ពីពេលដែលអ្នកទទួលបានសេវាដែលមានធានារ៉ាប់រងនោះ។
    - អ្នកផ្តល់ភស្តុតាងបញ្ជាក់ថា អ្នកបានបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាដែលបានធានារ៉ាប់រង ដូចជាបង្កាន់ដៃលម្អិតពីអ្នកផ្តល់សេវា។
    - អ្នកបានទទួលសេវាដែលបានធានារ៉ាប់រងពីអ្នកផ្តល់សេវាដែលបានចុះឈ្មោះជាមួយ Medi-Cal នៅក្នុងបណ្តាញរបស់គម្រោង Blue Shield Medicare + គម្រោង Medi-Cal Plan។ អ្នកមិនចាំបាច់បំពេញតាមលក្ខខណ្ឌនេះទេ ប្រសិនបើអ្នកបានទទួលការថែទាំគ្រាអាសន្ន សេវារៀបចំគម្រោងគ្រួសារ ឬសេវាផ្សេងទៀតដែល Medi-Cal អនុញ្ញាតឱ្យអ្នកផ្តល់សេវានៅក្រៅបណ្តាញអនុវត្តដោយគ្មានការយល់ព្រមជាមុន (ការអនុញ្ញាតជាមុន)។

- ប្រសិនបើសេវាដែលបានធានារ៉ាប់រងជាធម្មតាត្រូវការការយល់ព្រមជាមុន (ការអនុញ្ញាតជាមុន) អ្នកត្រូវផ្តល់ភស្តុតាងពីអ្នកផ្តល់សេវាដែលបង្ហាញពីតម្រូវការវេជ្ជសាស្ត្រសម្រាប់សេវាដែលបានធានារ៉ាប់រង។
- Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan នឹងប្រាប់អ្នក ប្រសិនបើពួកគេនឹងសងប្រាក់អ្នកវិញ នៅក្នុង លិខិតមួយដែលហៅថា សេចក្តីជូនដំណឹងនៃចំណាត់ការ។ ប្រសិនបើអ្នកបំពេញតាមលក្ខខណ្ឌទាំងអស់ខាងលើ អ្នកផ្តល់សេវាកម្ម Medi-Cal បានចុះឈ្មោះគួរតែសងអ្នកពេញតាមចំនួនប្រាក់ ដែលអ្នក បានបង់។ ប្រសិនបើអ្នកផ្តល់សេវាបដិសេធមិនបង់ប្រាក់ឱ្យអ្នកវិញ គម្រោង Blue Shield Medicare + គម្រោង Medi-Cal Plan នឹងបង់ប្រាក់ឱ្យអ្នកវិញសម្រាប់ចំនួនទឹកប្រាក់ពេញលេញដែលអ្នកបានបង់។ យើងនឹងសងអ្នកវិញក្នុងរយៈពេល 45 ថ្ងៃនៃថ្ងៃធ្វើការបន្ទាប់ពី ទទួលបានការទាមទារ។ ប្រសិនបើអ្នកផ្តល់សេវាបានចុះឈ្មោះក្នុង Medi-Cal ប៉ុន្តែមិននៅក្នុងបណ្តាញរបស់យើង ហើយបដិសេធមិនបង់ប្រាក់ឱ្យអ្នកវិញគម្រោង Blue Shield Medicare + គម្រោង Medi-Cal Plan នឹងបង់ប្រាក់ឱ្យអ្នកវិញ ប៉ុន្តែបានរហូតដល់ចំនួនទឹកប្រាក់ដែល FFS Medi-Cal នឹងបង់តែប៉ុណ្ណោះ។ គម្រោង Blue Shield Medicare + គម្រោង Medi-Cal Plan នឹងសងប្រាក់ជូនអ្នកវិញសម្រាប់ចំនួនទឹកប្រាក់ចំណាយចេញពីហោប៉ៅខ្លួនឯងពេញលេញ សម្រាប់សេវាសង្គ្រោះបន្ទាន់ សេវាផែនការគ្រួសារ ឬសេវាផ្សេងទៀតដែល Medi-Cal អនុញ្ញាតឱ្យផ្តល់ជូនដោយអ្នកផ្តល់សេវាក្រៅបណ្តាញ ដោយមិនចាំបាច់មានការអនុញ្ញាតជាមុន។ ប្រសិនបើអ្នកមិនបំពេញតាមលក្ខខណ្ឌណាមួយខាងលើទេ យើងនឹងមិនសងប្រាក់អ្នកវិញទេ។
- យើងនឹងមិនសងអ្នកវិញ ប្រសិនបើ៖
  - អ្នកបានស្នើសុំ និងទទួលសេវាដែល Medi-Cal មិនបានធានារ៉ាប់រង ដូចជាសេវាកម្មកែសម្ផស្សជាដើម។
  - សេវានេះ មិនមែនជាសេវាដែលបានធានារ៉ាប់រងសម្រាប់គម្រោង Blue Shield Medicare + គម្រោង Medi-Cal Plan ទេ។
  - អ្នកបានទៅជួបវេជ្ជបណ្ឌិតដែលមិនទទួល Medi-Cal ហើយអ្នកបានចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់បែបបទដែលនិយាយថា អ្នកចង់ឱ្យគេទទួលពិនិត្យ ហើយអ្នកនឹងបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាដោយខ្លួនឯង។
- ប្រសិនបើយើងមិនរ៉ាប់រងលើសេវាឬឱសថនោះទេ យើងនឹងប្រាប់អ្នក។

ទាក់ទងផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជន ឬអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នក ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរណាមួយ។ ប្រសិនបើអ្នកមិនដឹងថាតើអ្នកគួរបង់ប៉ុន្មាន ឬប្រសិនបើអ្នកទទួលបានវិក្កយបត្រ ហើយអ្នកមិនដឹងថាត្រូវធ្វើអ្វីចំពោះវាទេ យើងអាចជួយបាន។ អ្នកក៏អាចហៅទូរសព្ទមកបានដែរ បើសិនអ្នកចង់ប្រាប់ព័ត៌មានមកយើងអំពីសំណើសម្រាប់ការបង់ប្រាក់ដែលអ្នកបានផ្ញើមកយើងរួចហើយ។

ឧទាហរណ៍នៃពេលវេលា ដែលអ្នកប្រហែលជាត្រូវសុំឱ្យយើងសងអ្នកវិញ ឬបង់វិក្កយបត្រដែលអ្នកបានទទួល រួមមាន៖

1. នៅពេលអ្នកទទួលបានការថែទាំសុខភាពសង្គ្រោះបន្ទាន់ ឬការថែទាំសុខភាពដែលត្រូវការជាបន្ទាន់ពីអ្នកផ្តល់សេវា ក្រៅបណ្តាញ

សុំឱ្យអ្នកផ្តល់សេវាចេញវិក្កយបត្រមកយើងខ្ញុំ។

- បើអ្នកបង់ពេញចំនួន នៅពេលអ្នកទទួលការថែទាំ ចូរស្នើសុំឱ្យយើងបង់ប្រាក់សងអ្នកវិញសម្រាប់ចំណែកនៃថ្លៃចូលរួមការចំណាយរបស់យើង។ ផ្ញើវិក្កយបត្រមកយើងខ្ញុំ ព្រមទាំងភស្តុតាងនៃការបង់ប្រាក់ដែល អ្នកបានបង់។

- អ្នកអាចនឹងទទួលបានវិក្កយបត្រពីអ្នកផ្តល់សេវាសុំឱ្យបង់ប្រាក់ដែលអ្នកគិតថា អ្នកមិនជំពាក់។ ផ្ញើវិក្កយបត្រមកយើងខ្ញុំ ព្រមទាំងភស្តុតាងនៃការបង់ប្រាក់ដែលអ្នកបានបង់។
  - ប្រសិនបើត្រូវបង់អ្នកផ្តល់សេវា យើងនឹងបង់ប្រាក់ដោយផ្ទាល់ទៅអ្នកផ្តល់សេវា។
  - ប្រសិនបើអ្នកបានបង់លើសពីការចែករំលែកថ្លៃចំណាយរបស់អ្នកសម្រាប់សេវា Medicare យើងនឹងគណនាចំនួនប្រាក់ដែលអ្នកជំពាក់ ហើយសងប្រាក់ចំណែករបស់យើងវិញ។

2. នៅពេលអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញផ្ញើវិក្កយបត្រទៅអ្នក

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

- ក្នុងនាមជាសមាជិកគម្រោង អ្នកទូទាត់ការបង់ប្រាក់រួមតែនៅពេលអ្នកទទួលបានសេវាដែលយើងគ្របដណ្តប់ប៉ុណ្ណោះ។ យើងមិនអនុញ្ញាតឱ្យអ្នកផ្តល់សេវាចេញវិក្កយបត្រឱ្យអ្នកលើសពីចំនួននេះទេ។ នេះ គឺពិតមែន សូម្បីតែបើយើងបង់ប្រាក់ឲ្យអ្នកផ្តល់តិចជាងអ្នកផ្តល់ទារថ្លៃសម្រាប់សេវាក៏ដោយ។ ទោះបីជាយើងសម្រេចចិត្តមិនបង់ប្រាក់សម្រាប់ការគិតថ្លៃមួយចំនួនក៏ដោយ ក៏អ្នកនៅតែមិនបង់ប្រាក់ឱ្យពួកគេដែរ។
- នៅពេលណាអ្នកទទួលវិក្កយបត្រពីអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ ដែលអ្នកគិតថា វាច្រើនជាងចំនួនអ្នកគួរតែបង់ សូមផ្ញើ វិក្កយបត្រមកយើងខ្ញុំ។ យើងនឹងទាក់ទងអ្នកផ្តល់សេវាដោយផ្ទាល់ ហើយដោះស្រាយបញ្ហាទាំងនោះ។
- ប្រសិនបើអ្នកបានបង់ប្រាក់រួចហើយនូវវិក្កយបត្រពីអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញសម្រាប់សេវាដែលធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare ប៉ុន្តែមានអារម្មណ៍ថា អ្នកបានបង់ច្រើនពេក សូមផ្ញើវិក្កយបត្រមកយើង រួមជាមួយភស្តុតាងនៃការបង់ប្រាក់ដែលអ្នកបានធ្វើ។ យើងនឹងសងប្រាក់ទៅអ្នកវិញសម្រាប់សេវាដែលរ៉ាប់រង **ឬ** សម្រាប់ភាពខុសគ្នារវាងចំនួនទឹកប្រាក់ដែលអ្នកបានបង់ និងចំនួនទឹកប្រាក់ដែលអ្នកជំពាក់នៅក្រោមគម្រោងរបស់យើង។

3. ប្រសិនបើអ្នកបានចុះឈ្មោះឡើងវិញនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើង

ពេលខ្លះការចុះឈ្មោះចូលក្នុងគម្រោងរបស់អ្នកអាចមានសកម្មភាពឡើងវិញ។ (នេះមានន័យថា ថ្ងៃដំបូងនៃការចុះឈ្មោះរបស់អ្នកបានកន្លងផុតទៅ។ វាអាចជាឆ្នាំមុន។)

- ប្រសិនបើអ្នកបានចុះឈ្មោះដោយប្រតិសកម្ម ហើយអ្នកបានបង់វិក្កយបត្របន្ទាប់ពីកាលបរិច្ឆេទចុះឈ្មោះ អ្នកអាចស្នើសុំឱ្យយើងខ្ញុំបង់ប្រាក់សងអ្នកវិញ។
- ផ្ញើវិក្កយបត្រមកយើងខ្ញុំ ព្រមទាំងភស្តុតាងនៃការបង់ប្រាក់ដែលអ្នកបានបង់។

4. ពេលអ្នកប្រើឱសថស្ថានក្រៅបណ្តាញ ដើម្បីបំពេញវេជ្ជបញ្ជា

ប្រសិនបើអ្នកប្រើឱសថស្ថាននៅក្រៅបណ្តាញ អ្នកត្រូវបង់ថ្លៃចំណាយពេញលើវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក។

- នៅក្នុងករណីមួយចំនួនតែប៉ុណ្ណោះ យើងនឹងរ៉ាប់រងលើវេជ្ជបញ្ជាដែលបានបំពេញនៅឯឱសថស្ថានក្រៅបណ្តាញ។ ផ្ញើមកយើងច្បាប់ចម្លងបង្កាន់ដៃរបស់អ្នក នៅពេលអ្នកសូមឲ្យយើងសងប្រាក់អ្នកវិញ សម្រាប់ចំណែកតម្លៃរបស់យើង។
- សូមអាន **ជំពូកទី 5** នៃ*សៀវភៅណែនាំសមាជិក* របស់អ្នក ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពីឱសថស្ថានក្រៅបណ្តាញ។
- យើងអាចនឹងមិនបង់ប្រាក់ឱ្យអ្នកវិញនូវចំនួនតម្លៃខុសគ្នារវាងអ្វីដែលអ្នកបានបង់ប្រាក់សម្រាប់ឱសថនៅឱសថស្ថានក្រៅបណ្តាញ និងចំនួនទឹកប្រាក់ដែលយើងនឹងបង់នៅឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញ។

5. នៅពេលអ្នកបង់ថ្លៃឱសថមានវេជ្ជបញ្ជារបស់ Medicare ផ្នែក D ពេញនោះ ដោយសារអ្នកមិនមានបណ្ណសម្គាល់សមាជិករបស់អ្នកនៅជាមួយអ្នកទេ

ប្រសិនបើអ្នកមិនមានបណ្ណសម្គាល់សមាជិករបស់អ្នកនៅជាមួយអ្នកទេ អ្នកអាចស្នើសុំឱ្យឱសថស្ថានទូរសព្ទមកយើងខ្ញុំ ឬរកមើលព័ត៌មានចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងរបស់អ្នក។

- ប្រសិនបើឱសថស្ថានមិនអាចទទួលបានព័ត៌មានភ្លាមៗទេ អ្នកប្រហែលជាត្រូវបង់ថ្លៃឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាពេញដោយខ្លួនឯង ឬត្រឡប់ទៅឱសថស្ថានវិញជាមួយនឹងបណ្ណសម្គាល់សមាជិករបស់អ្នក។
- ផ្ញើមកយើងនូវសំណៅបង្កាន់ដៃរបស់អ្នក នៅពេលអ្នកសូមឲ្យយើងសងប្រាក់អ្នកវិញសម្រាប់ចំណែកតម្លៃរបស់យើង។
- យើងមិនអាចបង់ប្រាក់ឱ្យអ្នកវិញនូវតម្លៃពេញដែលអ្នកបានបង់នោះទេ ប្រសិនបើតម្លៃសាច់ប្រាក់ដែលអ្នកបានបង់ គឺខ្ពស់ជាងតម្លៃដែលបានចរចាគ្នារបស់យើងសម្រាប់ឱសថមានវេជ្ជបញ្ជានោះ។

6. នៅពេលអ្នកបង់ថ្លៃឱសថមានវេជ្ជបញ្ជា Medicare ផ្នែក D ពេញចំនួន សម្រាប់ឱសថដែលមិនមានការធានារ៉ាប់រង

អ្នកអាចបង់ថ្លៃឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាពេញលេញ ពីព្រោះឱសថមិនមានធានារ៉ាប់រងទេ។

- ឱសថនោះប្រហែលជាមិននៅក្នុង*បញ្ជីឱសថដែលមានការធានារ៉ាប់រង (បញ្ជីឱសថ)* របស់យើងនៅលើគេហទំព័ររបស់យើងទេ ឬវាប្រហែលជាមានលក្ខខណ្ឌតម្រូវ ឬការកំណត់ដែលអ្នកមិនបានដឹង ឬមិនគិតថាអនុវត្តចំពោះអ្នក។ ប្រសិនបើអ្នកសម្រេចចិត្តទទួលយកឱសថនោះ អ្នកប្រហែលជាត្រូវបង់ថ្លៃពេញ។
    - ប្រសិនបើអ្នកមិនបង់ប្រាក់សម្រាប់ឱសថទេ ប៉ុន្តែគិតថាយើងគួររ៉ាប់រងលើឱសថនោះ អ្នកអាចស្នើសុំការសម្រេចពីការរ៉ាប់រងបាន (សូមមើល**ជំពូកទី 9** នៃ*សៀវភៅណែនាំសមាជិក*របស់អ្នក)។
    - ប្រសិនបើអ្នក និងវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក ឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាផ្សេងទៀតគិតថា អ្នកត្រូវការឱសថភ្លាមៗ (ក្នុងរយៈពេល 24 ម៉ោង) អ្នកអាចស្នើសុំការសម្រេចពីការរ៉ាប់រងរហ័ស (សូមអាន **ជំពូកទី 9** នៃ*សៀវភៅណែនាំសមាជិក*របស់អ្នក)។

- សូមផ្ញើបង្កាន់ដៃច្បាប់ចម្លងរបស់អ្នកមកយើងខ្ញុំ នៅពេលដែលអ្នកសូមឲ្យយើងសងប្រាក់អ្នកវិញ។ ក្នុងករណីខ្លះ យើងប្រហែលជាត្រូវទទួលព័ត៌មានបន្ថែមពីវេជ្ជបណ្ឌិត ឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាផ្សេងទៀតរបស់អ្នក ដើម្បីបង់ប្រាក់ឱ្យអ្នកវិញសម្រាប់ចំណែកនៃថ្លៃចូលរួមការចំណាយរបស់យើងលើឱសថ។ យើងមិនអាចបង់ប្រាក់ឱ្យអ្នកវិញនូវតម្លៃពេញ ដែលអ្នកបានបង់នោះទេ ប្រសិនបើតម្លៃ ដែលអ្នកបានបង់ខ្ពស់ជាងតម្លៃ ដែលបានចរចាគ្នារបស់យើងសម្រាប់ឱសថមានវេជ្ជបញ្ជានោះ។

នៅពេលអ្នកផ្ញើមកយើងខ្ញុំនូវសំណើសម្រាប់ការបង់ប្រាក់ យើងពិនិត្យវាឡើងវិញ ហើយសម្រេចថា តើសេវា ឬឱសថ នោះគួរតែត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដែរឬទេ។ នេះហៅថា ធ្វើ "សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង"។ ប្រសិនបើយើងសម្រេចថា សេវា ឬឱសថគួរតែត្រូវបានរ៉ាប់រង យើងនឹងបង់ប្រាក់សម្រាប់ ចំណែកនៃថ្លៃចូលរួមការចំណាយរបស់យើងលើវា។

បើយើងបដិសេធសំណើរបស់អ្នកសម្រាប់ការបង់ប្រាក់ អ្នកអាចតវ៉ាលើសេចក្តីសម្រេចរបស់យើង។ ដើម្បីស្វែងយល់ពីរបៀបដាក់បណ្តឹងតវ៉ា សូមអាន **ជំពូកទី 9** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*របស់អ្នក។

B. ការផ្ញើមកយើងខ្ញុំនូវសំណើសម្រាប់ការបង់ប្រាក់

ផ្ញើមកយើងខ្ញុំនូវវិក្កយបត្ររបស់អ្នក និងភស្តុតាងនៃការបង់ប្រាក់ណាមួយដែលអ្នកបានធ្វើសម្រាប់សេវា Medicare ឬទូរសព្ទមកយើងខ្ញុំ។ ភស្តុតាងនៃការបង់ប្រាក់អាចជាច្បាប់ថតចម្លងនៃសែកដែលអ្នកបានសរសេរ ឬបង្កាន់ដៃមកពី អ្នកផ្តល់។ **វាជាគំនិតល្អក្នុងការថតចម្លងវិក្កយបត្រ និងបង្កាន់ដៃទទួលប្រាក់សម្រាប់កំណត់ត្រារបស់អ្នក។** អ្នកអាចសុំជំនួយពី អ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នកបាន។ អ្នកត្រូវតែផ្ញើព័ត៌មានទាមទារសំណងផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នកមកយើងខ្ញុំ ក្នុងរយៈពេលមួយឆ្នាំគិតចាប់ពីថ្ងៃដែលអ្នកបានទទួលសេវាកម្ម សម្ភារៈ ឬឱសថ។ អ្នកត្រូវតែដាក់ពាក្យបណ្តឹងសំណង ឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាផ្នែក D របស់អ្នកមកយើងខ្ញុំក្នុងរយៈពេលបីឆ្នាំគិតចាប់ពីថ្ងៃដែលអ្នកទទួលបានសេវាកម្មទំនិញ ឬឱសថ។

ដើម្បីធានាថា អ្នកផ្តល់ព័ត៌មានទាំងអស់ដែលយើងត្រូវការ ដើម្បីធ្វើការសម្រេចចិត្ត អ្នកអាចបំពេញទម្រង់ឯកសារទាមទារសំណងរបស់យើង ដើម្បីស្នើសុំការទូទាត់ប្រាក់។

- អ្នកមិនតម្រូវឱ្យប្រើទម្រង់បែបបទនោះទេ ប៉ុន្តែវាជួយឱ្យយើងខ្ញុំដំណើរការព័ត៌មានបានលឿនជាងមុន។
- អ្នកអាចទទួលបានទម្រង់បែបបទនៅលើគេហទំព័ររបស់យើង (blueshieldca.com) ឬអ្នកអាចទូរសព្ទ ទៅផ្នែកបម្រើសេវាបម្រើអតិថិជន ហើយស្នើសុំទម្រង់បែបបទនេះ។

សូមផ្ញើតាមប្រៃសណីយ៍នូវសំណើសុំការទូទាត់ប្រាក់របស់អ្នក រួមជាមួយវិក្កយបត្រ ឬបង្កាន់ដៃណាមួយ ទៅកាន់អាសយដ្ឋាននេះ៖

ការទាមទារសំណងផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ៖
Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan
Medicare Customer Service
P.O. Box 272640
Chico, CA 95927-2640

ការទាមទារសំណងសម្រាប់ឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាផ្នែក D៖
Claims Processing
1606 Ave. Ponce de Leon
San Juan, PR 00909-4830

C. សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង

នៅពេលយើងទទួលបានសំណើរបស់អ្នកសម្រាប់ការបង់ប្រាក់ យើងធ្វើសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង។ នេះមានន័យថា យើងសម្រេចថាតើគម្រោងរបស់យើងរ៉ាប់រងលើសេវា សម្ភារ ឬឱសថរបស់អ្នកដែរឬទេ។ យើងក៏សម្រេចថា តើអ្នកត្រូវ បង់ប្រាក់ប៉ុន្មានដែរ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវបង់។

- យើងនឹងឱ្យអ្នកដឹង ប្រសិនបើយើងត្រូវការព័ត៌មានបន្ថែមពីអ្នក។
- ប្រសិនបើយើងសម្រេចថា គម្រោងរបស់យើងរ៉ាប់រងលើសេវា សម្ភារៈ ឬឱសថ ហើយអ្នកបានអនុវត្តតាមវិធានទាំងអស់សម្រាប់ការទទួលបានវា យើងនឹងបង់ចំណែកថ្លៃចំណាយរបស់យើងសម្រាប់សេវា ឬសម្ភារៈនោះ។ ប្រសិនបើអ្នកបានបង់ប្រាក់រួចហើយសម្រាប់សេវា ឬឱសថនោះ យើងនឹងធ្វើមូលប្បទានបត្រជូនអ្នកតាមប្រៃសណីយ៍ សម្រាប់ចំណែកថ្លៃចំណាយដែលយើងត្រូវទទួលខុសត្រូវ។ ប្រសិនបើអ្នកបានបង់ថ្លៃចំណាយទាំងស្រុងលើឱសថ នោះអ្នកប្រហែលជាមិនត្រូវបានសងសំណងវិញនូវចំនួនទឹកប្រាក់ពេញលេញដែលអ្នកបានបង់ថ្លៃនោះទេ (ឧទាហរណ៍ ប្រសិនបើអ្នកបានទទួលឱសថនៅឱសថស្ថានក្រៅបណ្តាញ ឬប្រសិនបើតម្លៃសាច់ប្រាក់ដែលអ្នកបានបង់ខ្ពស់ជាងតម្លៃដែលបានចរចាគ្នារបស់យើង)។ ប្រសិនបើអ្នកមិនទាន់បានបង់ប្រាក់ទេ យើងនឹងបង់ប្រាក់ឱ្យអ្នកផ្តល់សេវាដោយផ្ទាល់។

ជំពូកទី 3 នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក* នេះពន្យល់អំពីវិធានសម្រាប់ការទទួលបានការរ៉ាប់រងលើសេវារបស់អ្នក។ **ជំពូកទី 5** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក* នេះពន្យល់អំពីវិធានសម្រាប់ការទទួលបានការរ៉ាប់រងលើឱសថ Medicare ផ្នែក D របស់អ្នក។

- ប្រសិនបើយើងសម្រេចចិត្តមិនបង់ចំណែកថ្លៃចំណាយរបស់យើងនៃថ្លៃសេវា ឬឱសថ យើងនឹងធ្វើលិខិតមួយច្បាប់ជាមួយនឹងហេតុផលជូនអ្នក។ លិខិតនោះក៏ពន្យល់អំពីសិទ្ធិរបស់អ្នកក្នុងបណ្តឹងតវ៉ាផងដែរ។
- ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពីសេចក្តីម្រេចចិត្តលើការធានារ៉ាប់រង សូមមើល**ជំពូកទី 9**។

D. បណ្តឹងតវ៉ា

ប្រសិនបើអ្នកគិតថា ពួកយើងបានធ្វើកំហុសក្នុងការបដិសេធសំណើសុំការទូទាត់ប្រាក់របស់អ្នក នោះអ្នកអាចស្នើសុំឱ្យពួកយើងផ្លាស់ប្តូរសេចក្តីសម្រេចរបស់ពួកយើង។ នេះហៅថា “បណ្តឹងតវ៉ា”។ អ្នកក៏អាចប្តឹងតវ៉ាបានផងដែរ ប្រសិនបើអ្នកមិនយល់ព្រមជាមួយចំនួនទឹកប្រាក់ដែលពួកយើងបង់។

ដំណើរការប្តឹងតវ៉ាផ្លូវការមាននីតិវិធី និងកាលកំណត់លម្អិត។ ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពីបណ្តឹងតវ៉ា សូមអាន **ជំពូកទី 9** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះ៖

- ដើម្បីដាក់បណ្តឹងតវ៉ាអំពីការទទួលបានប្រាក់សំណងវិញសម្រាប់សេវាថែទាំសុខភាព សូមមើល ផ្នែក **F**។
- ដើម្បីដាក់បណ្តឹងតវ៉ាអំពីការទទួលបានប្រាក់សំណងសម្រាប់ឱសថ សូមមើល ផ្នែក **G**។

ជំពូកទី 8៖ សិទ្ធិ និងការទទួលខុសត្រូវរបស់អ្នក

សេចក្តីផ្តើម

ជំពូកនេះរួមមានសិទ្ធិ និងការទទួលខុសត្រូវរបស់អ្នកក្នុងនាមជាសមាជិកនៃគម្រោងរបស់យើង។ យើងត្រូវតែគោរពសិទ្ធិរបស់អ្នក។ ពាក្យគន្លឹះ និងនិយមន័យរបស់ពាក្យទាំងនោះ មានបង្ហាញតាមលំដាប់អក្ខរក្រមនៅក្នុងជំពូកចុងក្រោយនៃ*សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះ។

តារាងមាតិកា

A. សិទ្ធិរបស់អ្នកក្នុងការទទួលបានសេវា និងព័ត៌មានតាមរបៀបដែលបំពេញតាមតម្រូវការរបស់អ្នក.....223

B. ទំនួលខុសត្រូវរបស់យើងសម្រាប់លទ្ធភាពទទួលបានសេវា និងឱសថដែលមានការរ៉ាប់រងទាន់ពេលវេលារបស់អ្នក.....229

C. ទំនួលខុសត្រូវរបស់យើងក្នុងការការពារព័ត៌មានអំពីសុខភាពត្រូវបានការពាររបស់អ្នក (PHI).....230

C1. របៀបយើងការពារ PHI របស់អ្នក.....231

C2. សិទ្ធិរបស់អ្នកក្នុងការមើលកំណត់ត្រាវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នក.....231

D. ទំនួលខុសត្រូវរបស់យើងក្នុងការផ្តល់ព័ត៌មានដល់អ្នក.....232

E. ការខ្វះសមត្ថភាពរបស់អ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ ដើម្បីចេញវិក្កយបត្រអ្នកដោយផ្ទាល់.....233

F. សិទ្ធិរបស់អ្នកក្នុងការចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើង.....233

G. សិទ្ធិរបស់អ្នកក្នុងសេចក្តីសម្រេចអំពីការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក.....233

G1. អ្នកមានសិទ្ធិដើម្បីដឹងអំពីជម្រើសនៃការព្យាបាលរបស់អ្នក និងការធ្វើសេចក្តីសម្រេច.....233

G2. សិទ្ធិរបស់អ្នកក្នុងការនិយាយនូវអ្វីដែលអ្នកចង់ឱ្យកើតឡើង ប្រសិនបើអ្នកមិនអាចធ្វើការសម្រេចចិត្តអំពីការថែទាំសុខភាពដោយខ្លួនឯង.....234

G3. អ្វីដែលត្រូវធ្វើ ប្រសិនបើសេចក្តីណែនាំរបស់អ្នកមិនត្រូវបានអនុវត្តតាម.....235

H. សិទ្ធិរបស់អ្នកក្នុងការដាក់ពាក្យបណ្តឹង និងស្នើសុំឱ្យយើងពិចារណាឡើងវិញលើការសម្រេចចិត្តរបស់យើង.....236

H1. អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានព័ត៌មានអំពីបណ្តឹងតវ៉ា និងពាក្យបណ្តឹងដែលសមាជិកគម្រោងផ្សេងទៀតបានដាក់ប្រឆាំងនឹងយើង.....236

I. ទំនួលខុសត្រូវរបស់អ្នកក្នុងនាមជាសមាជិកគម្រោង.....236

A. Your right to get services and information in a way that meets your needs

We must ensure **all** services, both clinical and non-clinical, are provided to you in a culturally competent and accessible manner including for those with limited English proficiency, limited reading skills, hearing incapacity, or those with diverse cultural and ethnic backgrounds. We must also tell you about our plan's benefits and your rights in a way that you can understand. We must tell you about your rights each year that you're in our plan.

- To get information in a way that you can understand, call your care coordinator or Customer Service. Our plan has free interpreter services available to answer questions in different languages.
- Our plan can also give you materials in languages other than English including Arabic, Armenian, Cambodian, Chinese Traditional, Chinese Simplified, Farsi, Korean, Russian, Spanish, Tagalog, and Vietnamese and in formats such as large print, braille, or audio. To get materials in one of these alternative formats, please call Customer Service or write to Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan, P.O. Box 927, Woodland Hills, CA 91365-9856.
    - You can make a standing request to get this document in a language other than English or in an alternate format now and in the future. To make a request, please contact Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan Customer Service.
    - Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan Customer Service will keep your preferred language and format on file for future communications.
    - To make any updates on your preference, please contact Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan Customer Service.

If you have trouble getting information from our plan because of language problems or a disability and you want to file a complaint, call:

- Medicare at 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). TTY users should call 1-877-486-2048.
- Medi-Cal Office of Civil Rights at 916-440-7370. TTY users should call 711.
- U.S Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights at 1-800-368-1019. TTY users should call 1-800-537-7697.

A. Ծառայությունները և տեղեկությունները ցանկացած ձևով ստանալու Ձեր իրավունքը, որը համապատասխանում է Ձեր կարիքներին

Մենք պետք է ապահովենք, որ **բոլոր** ծառայությունները, ինչպես կլինիկական, այնպես էլ ոչ կլինիկական, մատուցվեն Ձեզ մշակութային առումով գրագետ և մատչելի ձևով, ներառյալ անգլերենի սահմանափակ հմտություններ, ընթերցանության սահմանափակ հմտություններ, լսողության անբավարարություն կամ մշակութային և էթնիկ բազմազան ծագում ունեցող անձանց համար: Մենք պետք է նաև տեղեկացնենք Ձեզ մեր ծրագրի նպաստների և Ձեր իրավունքների մասին այնպես, որ Դուք կարողանաք հասկանալ: Մենք պետք է Ձեզ տեղեկացնենք Ձեր իրավունքների մասին յուրաքանչյուր տարի, երբ Դուք մեր ծրագրում եք:

- Ձեզ հասկանալի ձևով տեղեկատվություն ստանալու համար զանգահարեք Ձեր խնամքի համակարգողին կամ Հաճախորդների սպասարկման բաժին: Մեր ծրագիրն ունի անվճար թարգմանչական ծառայություններ՝ տարբեր լեզուներով հարցերին պատասխանելու համար:
- Մեր ծրագիրը կարող է նաև Ձեզ նյութեր տրամադրել անգլերենից բացի այլ լեզուներով, այդ թվում՝ արաբերեն, հայերեն, կամբոջերեն, չինարեն ավանդական, չինարեն պարզեցված, պարսկերեն, կորեերեն, ռուսերեն, իսպաներեն կամ իսպանական կրեոլերեն, տագալերեն և վիետնամերեն և այնպիսի ձևաչափերով, ինչպիսիք են՝ խոշոր տպագիր, բրայլյան այբուբենով կամ աուդիո տարբերակով: Այս այլընտրանքային ձևաչափերից որևէ մեկով նյութեր ստանալու համար խնդրում ենք զանգահարել Հաճախորդների սպասարկման բաժին կամ գրել Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan-ին՝ P.O. Box 927, Woodland Hills, CA 91365-9856 հասցեով:
    - Դուք միշտ կարող եք հարցում ներկայացնել այս փաստաթուղթը անգլերենից բացի մեկ այլ լեզվով կամ այլընտրանքային ձևաչափով ստանալու համար՝ այս պահին և հետագայում: Հայտ ներկայացնելու համար խնդրում ենք դիմել Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan-ի Հաճախորդների սպասարկման կենտրոն:
    - Blue Shield Medicare + Medi-Cal Customer Service-ը կպահի Ձեր նախընտրած լեզուն և ձևաչափը ֆայլում՝ հետագա հաղորդակցության համար: Ձեր նախապատվությունների վերաբերյալ թարմացումներ կատարելու համար խնդրում ենք դիմել Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan-ի Հաճախորդների սպասարկման բաժին:

Եթե լեզվական խնդիրների կամ հաշմանդամության պատճառով մեր ծրագրից տեղեկություններ ստանալու դժվարություն ունեք, և ցանկանում եք բողոք ներկայացնել, զանգահարեք.

- Medicare՝ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) հեռախոսահամարով: TTY օգտվողները պետք է զանգահարեն 1-877-486-2048 հեռախոսահամարով:

- Medi-Cal-ի քաղաքացիական իրավունքների գրասենյակ (Office of Civil Rights)՝ 916-440-7370 հեռախոսահամարով: TTY-ից օգտվողները պետք է զանգահարեն 711:
- ԱՄՆ Առողջապահության և մարդկային ծառայությունների դեպարտամենտ, Քաղաքացիական իրավունքների գրասենյակ՝ 1-800-368-1019 հեռախոսահամարով: TTY օգտվողները պետք է զանգահարեն 1-800-537-7697 հեռախոսահամարով:

A. حقك في الحصول على الخدمات والمعلومات بطريقة تلبي احتياجاتك

يجب علينا التأكد من تقديم **جميع** الخدمات، السريرية وغير السريرية على حد سواء، لك بطريقة مختصة ثقافيًا ويمكن الوصول إليها بما في ذلك لأولئك الذين لديهم كفاءة محدودة في اللغة الإنجليزية، أو مهارات قراءة محدودة، أو عجز في السمع، أو أولئك الذين لديهم خلفيات ثقافية وإثنية متنوعة. ويجب علينا أيضًا أن نخبرك بمزايا خطتنا وحقوقك بطريقة يمكنك فهمها. يجب أن نخبرك بحقوقك في كل عام تكون مشترك فيه في خطتنا.

- للحصول على معلومات بطريقة يمكنك فهمها، تواصل مع منسق الرعاية الخاص بك أو خدمة العملاء. توفر خطتنا خدمات الترجمة الفورية المجانية للإجابة على الأسئلة بلغات مختلفة.
- يمكن أن توفر لك خطتنا أيضًا مواد بلغات أخرى غير الإنجليزية بما في ذلك العربية والأرمنية والكمبودية والصينية التقليدية والصينية المبسطة والفارسية والكورية والروسية والإسبانية أو الإسبانية الكريولية والتاغالوغية والفيتنامية وبتنسيقات مثل الطباعة بأحرف كبيرة أو طريقة برايل للمكفوفين أو تسجيل صوتي. للحصول على المواد بأي من هذه التنسيقات البديلة، يرجى الاتصال بخدمة العملاء أو المراسلة على العنوان التالي Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan, P.O. Box 927, Woodland Hills, CA 91365-9856.
  - يمكنك الآن ومستقبلاً التقدم بطلب دائم للحصول على هذه الوثيقة بلغة أخرى غير الإنجليزية أو بتنسيقات أخرى. للتقدم بطلب، الرجاء الاتصال بخدمة عملاء Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan.
  - ستحتفظ خدمة عملاء Blue Shield Medicare + Medi-Cal باللغة والتنسيق المفضل لديك في سجلاتنا للاتصالات المستقبلية. لإجراء أي تحديثات على تفضيلاتك، يرجى الاتصال بخدمة عملاء Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan.

إذا كنت تواجه مشكلة في الحصول على معلومات من خطتنا بسبب مشاكل لغوية أو إعاقة وتريد تقديم شكوى، تواصل مع:

- برنامج Medicare على الرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). يجب على مستخدمي TTY الاتصال بالرقم 1-877-486-2048.
- مكتب Medi-Cal للحقوق المدنية على الرقم 916-440-7370. يتعين على مستخدمي TTY الاتصال على الرقم 711.
- وزارة الصحة والخدمات البشرية الأمريكية ومكتب الحقوق المدنية على الرقم 1-800-368-1019. يجب على مستخدمي TTY الاتصال بالرقم 1-800-537-7697.

A. 您有权以满足您需求的方式获取服务和信息

我们必须确保以符合文化要求且易于理解的方式向会员（包括那些英语能力有限、阅读技能有限、存在听力障碍或具有不同文化和族裔背景的人士）提供**所有**服务（包括临床服务和非临床服务）。我们必须用您能理解的方式，告诉您本计划的福利和您的权利。您参保本计划期间，每年我们都必须让您知道您有哪些权利。

- 如欲以您能理解的方式取得信息，请致电您的护理协调员或客户服务部。我们的计划提供免费口译服务，可以用不同语言回答问题。
- 我们的计划也可以提供英文以外其他语言的材料，包括阿拉伯语、亚美尼亚语、柬埔寨语、繁体中文、简体中文、波斯语、韩语、俄语、西班牙语或西班牙语克里奥尔语、他加禄语和越南语，以及大字体、盲文或音频等格式。如欲获取这些替代格式之一的材料，请致电客户服务部或写信至下列地址：Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan, P.O. Box 927, Woodland Hills, CA 91365-9856。
    - 您可以提出长期请求，要求现在和将来以英语以外的语言或其他格式获取此文档。若要提出请求，请联系Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan客户服务部。
    - Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan客户服务部会将您的首选语言和格式存档，以供将来沟通时使用。如要对您的偏好进行任何更新，请联系Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan客户服务部。

如果您因为语言问题或残疾难以取得本计划的信息，而想要提出投诉，请致电：

- Medicare，电话1-800-MEDICARE（1-800-633-4227）。听障和语障用户请拨打1-877-486-2048。
- Medi-Cal民权办公室：916-440-7370。听障和语障用户请拨打711。
- 美国卫生与公共服务部民权办公室：1-800-368-1019。听障和语障用户请拨打1-800-537-7697。

A. 您有權以滿足您需求的方式獲得服務與資訊。

我們必須確保向您提供的**所有**服務（包括臨床和非臨床服務）都符合您的文化背景且便於使用，包括英語能力有限、閱讀能力有限、聽力障礙，或有多元文化與族裔背景。我們也必須用您能瞭解的方式，告訴您我們計劃的福利與您的權利。在您加入我們的計劃期間，我們每年都必須把您的權利告訴您。

- 要以您能瞭解的方式取得資訊，請致電您的護理協調員或客戶服務部。我們的計劃提供免費口譯服務，可以用不同語言回答問題。
- 我們的計劃也能向您提供英語以外的其他語言的資料，包括阿拉伯文、亞美尼亞文、柬埔寨文、繁體中文、簡體中文、波斯文、韓文、俄文、西班牙文或西班牙語混合語、他加祿文和越南文 ，並以大字版、盲文版或語音版等格式提供。要索取這些替代格式的資料，請

致電客戶服務部或寫信至：Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan, PO Box 927, Woodland Hills, CA 91365 - 9856 。

- 您可要求現在與將來都收到英文以外的其他語言或不同格式的文件。要提出請求，請聯絡Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan客戶服務部。
- Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan客戶服務部會保留您的慣用語言與格式，以供將來通訊之用。要對您的偏好進行任何更新，請聯絡Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan客戶服務部。

如果您因爲語言方面的問題或因爲殘障而無法自我們的計劃取得資訊，而希望提出投訴，請致電

- Medicare：1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。聽障和語障人士應致電 1-877-486-2048。
- Medi-Cal民權辦公室：916-440-7370。聽障和語障人士可致電711。
- 美國衛生及公共服務部民權辦公室：1-800-368-1019。聽障和語障人士應致電 1-800-537-7697。

A. شما حق دارید اطلاعات را به صورتی دریافت کنید که نیازهای شما را برآورده کند

ما باید اطمینان حاصل کنیم که **همه** خدمات بالینی و غیربالینی به شیوه مناسب از نظر فرهنگی و قابل دسترس بودن، به شما ارائه می‌شوند از جمله برای کسانی که دارای مهارت محدود انگلیسی، مهارت‌های خواندن محدود، ناتوانی شنوایی یا کسانی که دارای زمینه‌های فرهنگی و قومیتی متنوع هستند. ما همچنین باید اطلاعات لازم در مورد مزایای طرح خود و حقوق شما در اختیارتان قرار دهیم، به شیوه‌ای که بتوانید آن را درک کنید. ما موظفیم هر سال که در طرح ما عضو هستید، شما را از حقوقتان آگاه کنیم.

- برای دریافت اطلاعات به شیوه‌ای که بتوانید به راحتی آن را درک کنید، با هماهنگ کننده مراقبت یا خدمات مشتریان تماس بگیرید. طرح ما دارای خدمات مترجم شفاهی رایگان برای پاسخ به سوالات به زبان‌های مختلف است.
- طرح ما همچنین می‌تواند مطالب را به زبان‌های غیر از انگلیسی از جمله عربی، ارمنی، کامبوجی، چینی سنتی، چینی ساده، فارسی، کره‌ای، روسی، اسپانیایی یا اسپانیایی کریول، تاگالوگ و ویتنامی و در قالب‌هایی مانند چاپ بزرگ، خط بریل یا صوتی به شما ارائه دهد. برای دریافت مطالب در یکی از فرمت‌های جایگزین ذکر شده، لطفاً با خدمات مشتریان تماس بگیرید یا به Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan، P.O. Box 927، Woodland Hills، CA 91365-9856 نامه ارسال کنید.
  - شما می‌توانید یک درخواست برای دریافت مداوم مطالب به زبانی غیر از انگلیسی یا به فرمت متفاوت در حال حاضر یا در آینده ارائه کنید. برای ارائه درخواست، لطفاً با بخش خدمات مشتریان Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan تماس بگیرید.
  - خدمات مشتریان برنامه درمانی Blue Shield Medicare + Medi-Cal زبان و قالب دلخواه شما را برای تماس‌های بعدی در پرونده ثبت می‌کند. برای به روز کردن ترجیحات خود، لطفاً با بخش خدمات مشتریان Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan تماس بگیرید.

اگر به دلیل مشکلات زبانی یا ناتوانی در دریافت اطلاعات از طرح ما، دچار مشکل شده‌اید و می‌خواهید شکایت کنید:

- با Medicare به شماره 1-800-MEDICARE (به عبارتی 1-800-633-42274) تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.
- دفتر حقوق مدنی Medi-Cal به شماره .916-440-7370 کاربران TTY باید با شماره 711 تماس بگیرند.
- دفتر حقوق مدنی اداره بهداشت و خدمات انسانی ایالات متحده به شماره .1-800-368-1019 کاربران TTY باید با شماره 1-800-537-7697 تماس بگیرند.

A. សិទ្ធិរបស់អ្នកក្នុងការទទួលបានសេវា និងព័ត៌មានតាមរបៀបដែលបំពេញតាមតម្រូវការរបស់អ្នក

យើងត្រូវតែធានាថា សេវា**ទាំងអស់** ទាំងផ្នែកគ្លីនិក និងមិនមែនផ្នែកគ្លីនិក ត្រូវបានផ្តល់ជូនអ្នកក្នុងលក្ខណៈដែលមានសមត្ថភាពខាងផ្នែកវប្បធម៌ និងងាយស្រួលប្រើប្រាស់ រួមទាំងសម្រាប់អ្នកដែលមានជំនាញភាសាអង់គ្លេសមានកម្រិត ជំនាញអានមានកម្រិត អសមត្ថភាពក្នុងការស្តាប់ ឬអ្នកដែលមានប្រវត្តិវប្បធម៌ និងជាតិសាសន៍ចម្រុះ។ យើងក៏ត្រូវតែប្រាប់អ្នកអំពីអត្ថប្រយោជន៍នៃគម្រោងរបស់យើង និងសិទ្ធិរបស់អ្នកតាមរបៀបដែលអ្នកអាចយល់បានផងដែរ។ យើងត្រូវប្រាប់អ្នកឱ្យបានដឹងពីសិទ្ធិនានានៅក្នុងឆ្នាំនីមួយៗដែលអ្នកស្ថិតនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើង។

- ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានតាមរបៀបដែលអ្នកអាចយល់បាន សូមទូរសព្ទទៅអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នក ឬផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជន។ គម្រោងរបស់យើងមានសេវាអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ឥតគិតថ្លៃដើម្បីឆ្លើយសំណួរជាភាសាផ្សេងៗ។
- គម្រោងរបស់យើងក៏អាចផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវឯកសារជាភាសាផ្សេងក្រៅពីភាសាអង់គ្លេស រួមមាន ភាសាអារ៉ាប់ អាមេនី ខ្មែរ ចិនបុរាណ ចិនសាមញ្ញ ហ្វាស៊ី កូរ៉េ រុស្ស៊ី អេស្ប៉ាញ ឬអេស្ប៉ាញក្រេអូល តាហ្គាឡុក និងវៀតណាម និងជាទម្រង់ដូចជាអក្សរពុម្ពធំៗ អក្សរសម្រាប់ជនពិការភ្នែក ឬជាសំឡេង។ ដើម្បីទទួលបានឯកសារក្នុងទម្រង់ជំនួស ណាមួយក្នុងចំណោមទម្រង់ទាំងនេះ សូមហៅទូរសព្ទទៅផ្នែកបម្រើសេវាអតិថិជន ឬសរសេរទៅកាន់គម្រោង Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan, P.O. Box 927, Woodland Hills, CA 91365-9856។
    - អ្នកអាចធ្វើការស្នើសុំឯកសារនេះ ជាភាសាផ្សេងក្រៅពីភាសាអង់គ្លេស ឬជាទម្រង់ជំនួសសម្រាប់ពេលបច្ចុប្បន្ន និងពេលអនាគត។ ដើម្បីធ្វើការស្នើសុំ សូមទាក់ទងមកកាន់ផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជនរបស់គម្រោង Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan។
    - សេវាបម្រើអតិថិជនរបស់ Blue Shield Medicare + Medi-Cal នឹងរក្សាទុកភាសា និងទម្រង់ដែលអ្នកពេញចិត្តនៅលើឯកសារសម្រាប់ការប្រាស្រ័យទាក់ទងនាពេលអនាគត។ ដើម្បីធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពណាមួយលើចំណូលចិត្តរបស់អ្នក សូមទាក់ទងមកកាន់គម្រោង Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan។

ប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហាក្នុងការទទួលបានព័ត៌មានពីគម្រោងរបស់យើងដោយសារតែបញ្ហាភាសា ឬពិការភាព ហើយអ្នកចង់ដាក់ពាក្យបណ្តឹង សូមហៅទូរសព្ទទៅ៖

- Medicare at 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)។ 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។**

A. 귀하의 필요를 충족하는 방식으로 서비스와 정보를 받을 권리

저희는 **모든** 임상적, 비임상적 서비스를 영어 능력에 제한이 있거나, 독서 능력이 제한적이거나, 청각 장애가 있거나, 다양한 문화적, 민족적 배경을 가진 사람들을 포함하여 모든 분께 문화적으로 적절하고 접근 가능한 방식으로 제공되도록 해야 합니다. 저희는 또한 귀하가 이해할 수 있는 방식으로 플랜의 혜택 및 가입자의 권리에 관해 귀하에게 설명해야 합니다. 저희는 귀하가 저희 플랜에 가입되어 있는 동안 매년 귀하의 권리에 관해 귀하에게 알려야 합니다.

- 귀하가 이해할 수 있는 방식으로 정보를 받으시려면 진료 코디네이터 또는 고객 서비스에 전화하십시오. 저희 플랜에는 다양한 언어로 질문에 답변할 수 있는 무료 통역 서비스가 있습니다.
- 저희 플랜은 영어 이외의 언어(아랍어, 아르메니아어, 캄보디아어, 중국어 번체, 중국어 간체, 페르시아어, 한국어, 러시아어, 스페인어 또는 스페인어 크리올어, 타갈로그어 및 베트남어 포함)로 된 자료 및 대형 활자 인쇄본, 점자 또는 오디오와 같은 형식으로 된 자료도 제공할 수 있습니다. 이러한 대체 형식 중 하나로 자료를 받고자 하는 경우, 고객 서비스에 전화하거나 Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan, P.O. Box 927, Woodland Hills, CA 91365-9856으로 서면 요청을 보내주시기 바랍니다.
    - 지금 그리고 차후에도 본 문서를 영어 이외의 언어 또는 대체 형식으로 받겠다는 상시 요청을 하실 수도 있습니다. 요청하시려면 Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan 고객 서비스에 문의하십시오.
    - Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan 고객 서비스는 향후 커뮤니케이션을 위해 귀하가 선호하는 언어와 형식을 기록해 놓습니다. 기본 설정을 업데이트하시려면 Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan 고객 서비스에 문의하십시오.

언어 문제 또는 장애로 인해 저희 플랜에서 정보를 받는데 문제가 있고 이에 대한 불만을 접수하시려면 다음 번호로 전화하십시오.

- Medicare: 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화하십시오.
- Medi-Cal 인권국: 916-440-7370. TTY 사용자는 711번으로 전화하십시오.
- 미국 보건 사회복지부 인권국: 1-800-368-1019. TTY 사용자는 1-800-537-7697번으로 전화하십시오.

A. Право получать услуги и информацию с учетом ваших потребностей

Мы должны обеспечить предоставление вам **всех** услуг (клинических и неклинических) культурно компетентным и доступным способом, в том числе для лиц с ограниченным знанием английского языка, ограниченными навыками чтения, нарушениями слуха и лиц с различным культурным и этническим происхождением. Мы также должны рассказать вам о льготах нашего плана и ваших правах так, чтобы вы могли их понять. Мы должны информировать вас о ваших правах каждый год, пока вы являетесь участником нашего плана.

- Чтобы получить информацию в понятной вам форме, позвоните по телефону вашему координатору медицинского обслуживания или в отдел обслуживания клиентов. В нашем плане имеются бесплатные услуги переводчика, позволяющие отвечать на вопросы на разных языках.
- Наш план также может предоставить вам материалы на других языках, кроме английского, включая арабский, армянский, камбоджийский, китайский традиционный, китайский упрощенный, фарси, корейский, русский, испанский или испанский креольский, тагальский и вьетнамский и в таких форматах, как крупный шрифт, шрифт Брайля и аудиоформат. Чтобы получить материалы в одном из этих альтернативных форматов, позвоните в отдел обслуживания клиентов или напишите в план Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan, P.O. Box 927, Woodland Hills, CA 91365-9856.
    - Вы можете попросить прислать вам этот документ на языке, отличном от английского, или в альтернативном формате. Для этого обратитесь в отдел обслуживания клиентов плана Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan.
    - Сотрудники отдела обслуживания клиентов плана Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan сохранят ваши предпочтения, чтобы в будущем вы получали сообщения на нужном языке и в нужном формате. Чтобы внести изменения в указанные предпочтения, обратитесь в отдел обслуживания клиентов плана Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan.

Если у вас возникли проблемы с получением информации от нашего плана из-за сложностей с языком или инвалидности и вы хотите подать жалобу, позвоните сюда:

- Medicare: 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Пользователям линии TTY следует звонить по номеру 1-877-486-2048.
- Управление по гражданским правам Medi-Cal: 916-440-7370. Пользователям линии TTY следует обращаться по номеру 711.

- Министерство здравоохранения и социального обеспечения США, Управление по гражданским правам: 1-800-368-1019. Пользователям TTY следует звонить по номеру 1-800-537-7697.

A. Su derecho a obtener servicios e información de la manera que se ajuste a sus necesidades

Debemos garantizar que **todos** los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se brinden en un espacio con sensibilidad cultural y de manera accesible, incluyo a aquellos miembros con conocimientos limitados de inglés, habilidades limitadas de lectura, discapacidad auditiva o a personas de diferentes orígenes culturales y étnicos. También debemos informarle sobre los beneficios de nuestro plan y sus derechos de una manera que pueda comprender. Debemos informarle sobre sus derechos cada año que esté en nuestro plan.

- Para obtener información de una manera que usted pueda entender, llame a su coordinador de atención o a Servicio al Cliente. Nuestro plan cuenta con servicios de intérprete sin costo disponibles para responder preguntas en diferentes idiomas.
- Nuestro plan también puede brindarle materiales en otros idiomas aparte del inglés, como el árabe, armenio, camboyano, chino tradicional, chino simplificado, farsi, coreano, ruso, español o español criollo, tagalo y vietnamita y en formatos como letra grande, braille o audio. Para obtener materiales en uno de estos formatos alternativos, llame a Servicio al Cliente o escriba a Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan, PO Box 927, Woodland Hills, CA 91365-9856.
    - Puede realizar una solicitud permanente para recibir este documento en un idioma que no sea inglés o en un formato alternativo ahora y en adelante. Para hacer una solicitud, comuníquese con Servicio al Cliente de Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan.
    - Servicio al Cliente de Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan dejará registrados su idioma y formato de preferencia para todas las comunicaciones futuras. Para actualizar sus preferencias, comuníquese con Servicio al Cliente de Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan.

Si tiene problemas para obtener información de nuestro plan debido a problemas de idioma o una discapacidad y desea presentar una queja, llame a:

- Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Oficina de Derechos Civiles de Medi-Cal: 916-440-7370. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

- Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.: 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-537-7697.

A. Ang inyong karapatan na makakuha ng mga serbisyo at impormasyon para sa iyong mga pangangailangan

Dapat naming siguraduhin na ang **lahat** ng serbisyo, kapwa klinikal at hindi klinikal, ay ibinibigay sa inyo sa isang paraang naaangkop sa kultura at nakukuha, kabilang ng mga may limitadong kasanayan sa Ingles, limitadong mga kasanayan sa pagbabasa, kapansanan sa pandinig, o mga may magkakaibang mga pinanggalingan sa kultura at etniko. Dapat din naming sabihin sa inyo ang tungkol sa mga benepisyo ng plano at ang inyong mga karapatan sa paaraang mauunawaan ninyo. Dapat naming sabihin sa inyo ang tungkol sa inyong mga karapatan kada taon na kayo ay nasa aming plano.

- Upang makatanggap ng impormasyon sa paraang mauunawaan ninyo, tawagan ang inyong coordinator ng pangangalaga o Customer Service. Ang aming plano ay may mga libreng serbisyo ng interpreter na magagamit upang masagot ang mga tanong sa iba't ibang wika.
- Maaari din kayong bigyan ng aming plano ng mga materyales sa mga wikang bukod sa Ingles kabilang ang Arabic, Armenian, Cambodian, Chinese Traditional, Chinese Simplified, Farsi, Korean, Russian, Spanish o Spanish Creole, Tagalog, at Vietnamese at sa mga anyo na tulad ng malaking titik, braille, o audio. Upang makakuha ng mga materyales sa isa sa mga alternatibong format na ito, mangyaring tumawag sa Customer Service o sumulat sa Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan, P.O. Box 927, Woodland Hills, CA 91365-9856.
    - Maaari kayong gumawa ng pangmatagalang kahilingan para makuha ang dokumentong ito sa isang wikang bukod sa Ingles o sa isang alternatibong format ngayon at sa hinaharap. Para makagawa ng kahilingan, mangyaring makipag-ugnayan sa Customer Service ng Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan.
    - Pananatilihin ng Customer Service ng Blue Shield Medicare + Medi-Cal ang inyong nais na wika at format sa file para sa mga komunikasyon sa hinaharap. Para makagawa ng anumang update sa inyong mga kagustuhan, mangyaring makipag-ugnayan sa Customer Service ng Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan.

Kung nagkakaroon ka ng problema sa pagtanggap ng impormasyon mula sa aming plano dahil sa mga problema sa wika o sa isang kapansanan at gusto mong maghain ng reklamo, tawagan ang:

- Medicare sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Ang mga user ng TTY ay dapat tumawag sa 1-877-486-2048.
- Opisina ng Medi-Cal sa mga Karapatang Sibil sa 916-440-7370. Dapat tumawag ang TTY users sa 711.

- Departamento ng Mga Serbisyo para sa Kalusugan at Tao ng U.S., Opisina para sa mga Karapatang Sibil sa 1-800-368-1019. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-800-537-7697.

A. Quyền của quý vị được nhận các dịch vụ và thông tin theo cách đáp ứng nhu cầu của quý vị

Chúng tôi phải đảm bảo **tất cả** các dịch vụ, cả lâm sàng và phi lâm sàng, được cung cấp cho quý vị theo cách phù hợp về mặt văn hóa và dễ tiếp cận bao gồm cho những người có trình độ tiếng Anh hạn chế, kỹ năng đọc hạn chế, mất khả năng thính giác hoặc những người có nguồn gốc văn hóa và dân tộc đa dạng. Chúng tôi phải cho quý vị biết về các quyền lợi của chương trình và các quyền của quý vị theo cách thức quý vị có thể hiểu được. Chúng tôi phải cho quý vị biết về các quyền của quý vị mỗi năm khi quý vị tham gia chương trình của chúng tôi.

- Để nhận được thông tin theo cách thức quý vị có thể hiểu được, vui lòng gọi cho điều phối viên chăm sóc của quý vị hoặc Dịch vụ Khách hàng. Chương trình của chúng tôi cung cấp dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi bằng nhiều ngôn ngữ khác nhau.
- Chương trình của chúng tôi cũng có thể cung cấp cho quý vị các tài liệu bằng các ngôn ngữ khác ngoài tiếng Anh bao gồm tiếng Ả Rập, tiếng Armenia, tiếng Campuchia, tiếng Trung Truyền thống, tiếng Trung giản thể, tiếng Ba Tư, tiếng Hàn, tiếng Nga, tiếng Tây Ban Nha hoặc tiếng Tây Ban Nha Creole, tiếng Tagalog và tiếng Việt và ở các định dạng như bản in cỡ chữ lớn, chữ nổi braille hoặc âm thanh. Để nhận tài liệu ở một trong những định dạng thay thế này, vui lòng gọi cho Dịch vụ Khách hàng hoặc viết thư cho Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan, PO Box 927, Woodland Hills, CA 91365-9856.
    - Quý vị có thể đưa ra yêu cầu dài hạn để nhận tài liệu này bằng ngôn ngữ khác tiếng Anh hoặc bằng định dạng thay thế ngay bây giờ và trong tương lai. Để đưa ra yêu cầu, vui lòng liên hệ với bộ phận Dịch vụ Khách hàng của Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan.
    - Dịch vụ Khách hàng của Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan sẽ lưu giữ ngôn ngữ và định dạng ưa thích của quý vị trong hồ sơ để liên lạc trong tương lai. Để thực hiện bất kỳ cập nhật nào về tùy chọn của quý vị, vui lòng liên hệ với bộ phận Dịch vụ Khách hàng của Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan.

Nếu quý vị gặp khó khăn khi nhận thông tin từ chương trình của chúng tôi vì các vấn đề ngôn ngữ hoặc tình trạng khuyết tật và quý vị muốn gửi khiếu nại, vui lòng gọi:

- Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY xin gọi số 1-877-486-2048.

- Văn phòng Dân quyền Medi-Cal theo số 916-440-7370. Người dùng TTY xin gọi số 711.
- Văn phòng Dân quyền của Bộ Y tế và Dịch vụ Nhân sinh Hoa Kỳ theo số 1-800-368-1019. Người dùng TTY xin gọi số 1-800-537-7697.

B. ទំនួលខុសត្រូវរបស់យើងសម្រាប់លទ្ធភាពទទួលបានសេវា និងឱសថដែលមានការរ៉ាប់រងទាន់ពេលវេលារបស់អ្នក

អ្នកមានសិទ្ធិជាសមាជិកនៃគម្រោងរបស់យើង។

- អ្នកមានសិទ្ធិជ្រើសរើសអ្នកផ្តល់ការថែទាំជាបឋម (PCP) ម្នាក់នៅក្នុងបណ្តាញរបស់យើង។ អ្នកផ្តល់សេវា ក្នុងបណ្តាញ គឺជាអ្នកផ្តល់សេវាដែលធ្វើការជាមួយយើង។ អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានបន្ថែមអំពីប្រភេទអ្នកផ្តល់សេវាដែលអាចដើរតួជា PCP និងរបៀបជ្រើសរើស PCP នៅក្នុង **ជំពូកទី 3** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះ។
    - សូមទូរសព្ទទៅអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក ឬសេវាបម្រើអតិថិជន ឬចូលទៅកាន់ *បញ្ជីរាយឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថាន* ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពីអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ និងថាតើវេជ្ជបណ្ឌិតណាខ្លះកំពុងទទួលអ្នកជំងឺថ្មី។
- អ្នកមានសិទ្ធិសម្រាប់អ្នកឯកទេសសុខភាពស្ត្រីដោយមិនទទួលបានលិខិតបញ្ជូនបន្ត។ លិខិតបញ្ជូនបន្ត គឺជាការយល់ព្រមពី PCP របស់អ្នក ដើម្បីប្រើអ្នកផ្តល់សេវាដែលមិនមែនជា PCP របស់អ្នក។
- អ្នកមានសិទ្ធិទទួលសេវាដែលមានធានារ៉ាប់រងពីបណ្តាញអ្នកផ្តល់ ក្នុងចំនួនពេលវេលាដោយសមហេតុផល។
    - នេះរួមមានសិទ្ធិទទួលសេវាដោយរួសរាន់ពីអ្នកឯកទេស។
    - ប្រសិនបើអ្នកមិនអាចទទួលបានសេវាក្នុងរយៈពេលសមហេតុផលទេនោះ យើងត្រូវតែបង់ប្រាក់សម្រាប់ការថែទាំនៅក្រៅបណ្តាញ។
- អ្នកមានសិទ្ធិក្នុងការទទួលបានសេវាជាអាសន្ន ឬការថែទាំដែលត្រូវការជាបន្ទាន់ដោយគ្មានការអនុញ្ញាតជាមុន (PA)។
- អ្នកមានសិទ្ធិទទួលការបំពេញឱសថវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក នៅឯបណ្តាញឱសថស្ថានណាមួយ ដោយគ្មានការពន្យារពេលយូរ។
- អ្នកមានសិទ្ធិក្នុងការដឹងថា នៅពេលណាអ្នកអាចជួបជាមួយអ្នកផ្តល់សេវាក្រៅបណ្តាញបាន។ ដើម្បីស្វែងយល់អំពីអ្នកផ្តល់សេវានៅក្រៅបណ្តាញ សូមអាន **ជំពូកទី 3** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះ។
- នៅពេលអ្នកចូលរួមក្នុងគម្រោងរបស់យើងជាដំបូង អ្នកមានសិទ្ធិរក្សាអ្នកផ្តល់សេវាបច្ចុប្បន្នរបស់អ្នក និងការអនុញ្ញាតលើសេវារហូតដល់ចំនួន 12 ខែ ប្រសិនបើលក្ខខណ្ឌជាក់លាក់មួយចំនួនត្រូវបានបំពេញ។ ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពីការរក្សា អ្នកផ្តល់សេវា និងការអនុញ្ញាតលើសេវារបស់អ្នក សូមអាន **ជំពូកទី 1** នៃ*សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះ។

- អ្នកមានសិទ្ធិធ្វើសេចក្តីសម្រេចលើការថែទាំសុខភាពផ្ទាល់ខ្លួនរបស់អ្នកដោយមានជំនួយពីក្រុមថែទាំ និងអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នក។

ជំពូកទី 9 នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក* នេះ ប្រាប់ពីអ្វីដែលអ្នកអាចធ្វើបាន ប្រសិនបើអ្នកគិតថាអ្នកមិនទទួលបានសេវា ឬឱសថរបស់អ្នកក្នុងរយៈពេលដ៏សមរម្យមួយ។ វាក៏ប្រាប់ពីអ្វីដែលអ្នកអាចធ្វើបាន ប្រសិនបើយើងបដិសេធការធានារ៉ាប់រងសម្រាប់សេវា ឬឱសថរបស់អ្នក ហើយអ្នកមិនយល់ស្របនឹងសេចក្តីសម្រេចរបស់យើង។

C. ទំនួលខុសត្រូវរបស់យើងក្នុងការការពារព័ត៌មានអំពីសុខភាពត្រូវបានការពាររបស់អ្នក (PHI)

យើងការពារព័ត៌មាន PHI របស់អ្នក ដូចដែលតម្រូវដោយច្បាប់សហព័ន្ធ និងច្បាប់រដ្ឋ។

PHI របស់អ្នករួមមានព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួនដែលអ្នកបានផ្តល់ឱ្យយើងខ្ញុំនៅពេលអ្នកបានចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងរបស់យើង។ វាក៏រួមមាននូវកំណត់ត្រាសុខភាពរបស់អ្នក និងព័ត៌មានពេទ្យ និងសុខភាពផ្សេងៗទៀតដែរ។

អ្នកមានសិទ្ធិនៅពេលនិយាយអំពីព័ត៌មានរបស់អ្នក និងការគ្រប់គ្រងពីរបៀបដែល PHI របស់អ្នកត្រូវបានប្រើប្រាស់។ យើងផ្តល់ជូនអ្នកនូវសេចក្តីជូនដំណឹងជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ ដែលណែនាំអ្នកអំពីសិទ្ធិទាំងនេះ និងពន្យល់អំពីរបៀបដែលយើងការពារឯកជនភាពនៃព័ត៌មាន PHI របស់អ្នក។ សេចក្តីជូនដំណឹងនេះមានឈ្មោះថា “សេចក្តីជូនដំណឹងអំពីការអនុវត្តឯកជនភាព”។

សមាជិកដែលអាចផ្តល់ការយល់ព្រមដោយខ្លួនឯង ដើម្បីទទួលសេវារសើប មិនត្រូវបានតម្រូវឱ្យទទួលបានការអនុញ្ញាតពីសមាជិកផ្សេងទៀតណាមួយ ដើម្បីទទួល សេវារសើប ឬដើម្បីដាក់ឯកសារទាមទារសំណងសម្រាប់សេវារសើបនោះទេ។ គម្រោង Blue Shield Medicare + គម្រោង Medi-Cal Plan នឹងធ្វើការទំនាក់ទំនងពាក់ព័ន្ធនឹងសេវារសើបទៅកាន់ អាសយដ្ឋានផ្ទៃសំបុត្រជំនួសអាសយដ្ឋានអ៊ីមែល ឬលេខទូរសព្ទដែលសមាជិកបានកំណត់ ឬក្នុងករណីមិនមានការកំណត់ណាមួយ នឹងធ្វើក្នុងនាមសមាជិក ទៅកាន់អាសយដ្ឋាន ឬលេខទូរសព្ទដែលមាននៅក្នុងឯកសារ។ គម្រោង Blue Shield Medicare + គម្រោង Medi-Cal Plan នឹងមិនលាតត្រដាងព័ត៌មានវេជ្ជសាស្ត្រទាក់ទងនឹងសេវាសម្ងាត់ដល់សមាជិកផ្សេងទៀតដោយគ្មានការអនុញ្ញាតជាលាយលក្ខណ៍អក្សរពីសមាជិកដែលទទួលបានការថែទាំនោះទេ។ គម្រោង Blue Shield Medicare + គម្រោង Medi-Cal Plan នឹងសម្របសម្រួលសំណើសុំការទំនាក់ទំនងជាសម្ងាត់ក្នុង ទម្រង់ និងទម្រង់បែបបទដែលបានស្នើសុំ ប្រសិនបើវាអាចផលិតបានភ្លាមៗក្នុងទម្រង់ និងទម្រង់បែបបទដែលបានស្នើសុំ ឬនៅទីតាំងជំនួស។ សំណើរបស់សមាជិកសម្រាប់ការទំនាក់ទំនងសម្ងាត់ពាក់ព័ន្ធនឹងសេវារសើប នឹងមានសុពលភាពរហូត ដល់សមាជិកលុបចោលសំណើនោះ ឬដាក់សំណើថ្មីសម្រាប់ការទំនាក់ទំនងសម្ងាត់។

ដើម្បីស្នើសុំច្បាប់ចម្លងនៃសេចក្តីជូនដំណឹងស្តីពីការអនុវត្តឯកជនភាពរបស់យើង ឬស្នើសុំឱ្យដាក់ការទំនាក់ទំនងសម្ងាត់នៅក្នុងឯកសាររបស់អ្នក អ្នកអាចធ្វើបានតាមវិធីណាមួយដូចខាងក្រោម៖

1. ចូលទៅកាន់ blueshieldca.com ហើយចុចលើតំណឯកជនភាពនៅផ្នែកខាងក្រោមនៃទំព័រដើម។ នៅទីនេះ អ្នកអាចរកបានសេចក្តីជូនដំណឹងនៃការអនុវត្តន៍ភាពឯកជន និងទម្រង់បែបបទស្នើសុំការប្រាស្រ័យទាក់ទងដោយសម្ងាត់។

2. ទូរសព្ទទៅលេខរបស់ផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជនដែលមាននៅលើបណ្ណសម្គាល់សមាជិកនៃ Blue Shield របស់អ្នក។

3. ទូរសព្ទទៅការិយាល័យឯកជនភាពរបស់ Blue Shield of California ដោយឥតគិតថ្លៃ តាមរយៈលេខ 1-888-266-8080។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY ហៅ 711។

4. ផ្ញើអ៊ីមែលមកយើងខ្ញុំតាមរយៈ៖ privacy@blueshieldca.com

C1. របៀបយើងការពារ PHI របស់អ្នក

យើងធានាថា មិនមានមនុស្សដែលគ្មានការអនុញ្ញាតមើល ឬផ្លាស់ប្តូរកំណត់ត្រារបស់អ្នកទេ។

លើកលែងតែករណីដែលបានកត់សម្គាល់ខាងក្រោម យើងមិនផ្តល់ព័ត៌មាន PHI របស់អ្នកទៅឱ្យនរណាម្នាក់ដែលមិនបានផ្តល់ការថែទាំដល់អ្នក ឬមិនបានបង់ថ្លៃសម្រាប់ការថែទាំរបស់អ្នកនោះទេ។ បើសិនយើងឱ្យ យើងត្រូវតែទទួលបានការអនុញ្ញាតជាលាយលក្ខណ៍អក្សរពីអ្នកជាមុនសិន។ អ្នក ឬបុគ្គលណាម្នាក់ដែលមានសិទ្ធិផ្លូវច្បាប់ក្នុងការធ្វើសេចក្តីសម្រេចជំនួសអ្នក អាចផ្តល់ការអនុញ្ញាតជាលាយលក្ខណ៍អក្សរបាន។

ពេលខ្លះ យើងមិនចាំបាច់ទទួលបានការអនុញ្ញាតជាលាយលក្ខណ៍អក្សរពីអ្នកជាមុនពីអ្នកនោះទេ។ ការលើកលែងទាំងនេះត្រូវបានអនុញ្ញាត ឬបានតម្រូវដោយច្បាប់៖

- យើងត្រូវតែបញ្ចេញព័ត៌មាន PHI ទៅកាន់ទីភ្នាក់ងាររដ្ឋាភិបាលដែលកំពុងត្រួតពិនិត្យគុណភាពនៃការថែទាំរបស់គម្រោងរបស់យើង។
- យើងអាចបញ្ចេញព័ត៌មាន PHI ប្រសិនបើត្រូវបានបង្គាប់ដោយតុលាការ ប៉ុន្តែបានតែក្នុងករណីដែលច្បាប់រដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ាអនុញ្ញាតប៉ុណ្ណោះ។
- យើងត្រូវតែផ្តល់ព័ត៌មាន PHI របស់អ្នកទៅកម្មវិធី Medicare រួមទាំងព័ត៌មានអំពីថ្នាំរបស់កម្មវិធី Medicare ផ្នែក D របស់អ្នកផងដែរ។ ប្រសិនបើកម្មវិធី Medicare បញ្ចេញព័ត៌មាន PHI របស់អ្នកសម្រាប់ការស្រាវជ្រាវ ឬការប្រើប្រាស់ផ្សេងទៀត កម្មវិធី Medicare នឹងធ្វើដូច្នោះដោយអនុលោមតាមច្បាប់សហព័ន្ធ។

C2. សិទ្ធិរបស់អ្នកក្នុងការមើលកំណត់ត្រាវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នក

- អ្នកមានសិទ្ធិពិនិត្យមើលកំណត់ត្រាវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នក និងទទួលបានច្បាប់ចម្លងនៃកំណត់ត្រារបស់អ្នក។ យើងអាចគិតថ្លៃពីអ្នកសម្រាប់ការថតចម្លងកំណត់ត្រាសុខភាពរបស់អ្នក។
- អ្នកមានសិទ្ធិស្នើមកយើង ឲ្យកែប្រែ ឬកែតម្រូវកំណត់ត្រាសុខភាពរបស់អ្នក។ ប្រសិនបើអ្នកស្នើសុំឱ្យយើងធ្វើដូច្នេះ យើងនឹងធ្វើការជាមួយអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក ដើម្បីសម្រេចថា តើគួរធ្វើការផ្លាស់ប្តូរឬអត់។
- អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានព័ត៌មានថា តើយើងបានចែករំលែកព័ត៌មាន PHI របស់អ្នកជាមួយអ្នកផ្សេងទៀតឬអត់ និងដោយរបៀបណា សម្រាប់គោលបំណងណាមួយដែលមិនមែនជាគោលបំណងធម្មតាទូទៅ។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ ឬបញ្ហាបារម្ភអំពីឯកជនភាពនៃព័ត៌មាន PHI របស់អ្នក សូមទូរសព្ទទៅសេវាបម្រើអតិថិជន។

D. ទំនួលខុសត្រូវរបស់យើងក្នុងការផ្តល់ព័ត៌មានដល់អ្នក

ក្នុងនាមជាសមាជិកនៃគម្រោងរបស់យើង អ្នកមានសិទ្ធិក្នុងការទទួលបានព័ត៌មានពីយើងខ្ញុំអំពីគម្រោងរបស់យើង អ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញរបស់យើង និងសេវាដែលមានធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នក។

ប្រសិនបើអ្នកមិននិយាយភាសាអង់គ្លេសទេ យើងមានសេវាបកប្រែដើម្បីឆ្លើយសំណួរដែលអ្នកមានអំពីគម្រោងរបស់យើង។ ដើម្បីទទួលបានអ្នកបកប្រែ ទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជន។ សេវានេះ មិនគិតថ្លៃទេ។ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក* និងឯកសារសំខាន់ៗផ្សេងទៀតដែលមានជាភាសាផ្សេងក្រៅពីភាសាអង់គ្លេស។ ឯកសារក៏អាចផ្តល់ជូនជាភាសាអារ៉ាប់ អាមេនី ខ្មែរ ចិនសាមញ្ញ ចិនបុរាណ ហ្វាស៊ី ហិណ្ឌូ ម៉ុង ជប៉ុន កូរ៉េ ឡាវ ម៉ៀន ពុនចាប៊ី រុស្ស៊ី អេស្ប៉ាញ តាកាឡុក ថៃ អ៊ុយក្រែន និងភាសាវៀតណាមផងដែរ។ យើងក៏អាចផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវព័ត៌មានជាអក្សរពុម្ពធំ អក្សរសម្រាប់ជនពិការភ្នែក ឬជាសំឡេងផងដែរ។ យើងត្រូវបានតម្រូវឱ្យផ្តល់ព័ត៌មានដល់អ្នកអំពីអត្ថប្រយោជន៍របស់គម្រោង ក្នុងទម្រង់ដែលអ្នកអាចចូលប្រើបាន និងសមស្របសម្រាប់អ្នក។ ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានពីយើងខ្ញុំតាមរបៀបដែលដំណើរការសម្រាប់អ្នក សូមទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជន។

ប្រសិនបើអ្នកចង់បានព័ត៌មានអំពីចំណុចណាមួយខាងក្រោម ទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជន៖

- ព័ត៌មានអំពីរបៀបជ្រើសរើស ឬផ្លាស់ប្តូរគម្រោង
- គម្រោងរបស់យើង រួមមាន៖
  - ព័ត៌មានហិរញ្ញវត្ថុ
  - របៀបដែលសមាជិកគម្រោងបានវាយតម្លៃពីយើងខ្ញុំ
  - ចំនួនបណ្តឹងតវ៉ាដែលបានធ្វើឡើងដោយសមាជិក
  - របៀបចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើង
- ព័ត៌មានអំពីអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញរបស់យើង និងឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញរបស់យើង រួមមាន៖
  - របៀបជ្រើសរើស ឬផ្លាស់ប្តូរអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំបឋម
  - គុណសម្បត្តិនៃអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញរបស់យើង
  - របៀបដែលយើងបង់ប្រាក់ឱ្យអ្នកផ្តល់សេវានៅក្នុងបណ្តាញរបស់យើង
- សេវា និងឱសថដែលមានធានារ៉ាប់រង រួមមាន៖
  - សេវាក (សូមអាន **ជំពូកទី 3 និងទី 4** នៃ*សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះ) និងឱសថផ្សេងៗ (សូមអាន **ជំពូកទី 5 និងទី 6** នៃ*សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះ) ដែលត្រូវបានរ៉ាប់រងដោយគម្រោងរបស់យើង
  - ការដាក់កំណត់ចំពោះការរ៉ាប់រង និងឱសថរបស់អ្នក
  - បទបញ្ជាដែលអ្នកត្រូវតែធ្វើតាមដើម្បីទទួលបានសេវា និងឱសថដែលមានធានារ៉ាប់រង

- ហេតុអ្វីបានជាអ្វីមួយមិនត្រូវបានរ៉ាប់រង និងតើអ្នកអាចធ្វើអ្វីបានខ្លះអំពីបញ្ហានេះ (សូមអាន **ជំពូកទី 9** នៃ*សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះ) រួមទាំងការស្នើសុំឱ្យយើងខ្ញុំ៖
  - សរសេរជាលាយលក្ខណ៍អក្សរពីមូលហេតុដែលសេវា និងឱសថមិនត្រូវបានរ៉ាប់រង
  - ផ្លាស់ប្តូរសេចក្តីសម្រេចដែលយើងបានធ្វើ
  - បង់ប្រាក់លើវិក្កយបត្រដែលអ្នកទទួលបាន

E. ការខ្វះសមត្ថភាពរបស់អ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ ដើម្បីចេញវិក្កយបត្រអ្នកដោយផ្ទាល់

វេជ្ជបណ្ឌិត មន្ទីរពេទ្យ និងអ្នកផ្តល់សេវាផ្សេងទៀតនៅក្នុងបណ្តាញរបស់យើង មិនអាចតម្រូវឱ្យអ្នកបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាដែលបានធានារ៉ាប់រងបានទេ។ ពួកគេក៏មិនអាចចេញវិក្កយបត្រសមតុល្យ ឬគិតថ្លៃបានទេ ប្រសិនបើយើងបង់តិចជាងចំនួនប្រាក់ដែលអ្នកផ្តល់សេវាបានគិតថ្លៃ។ ដើម្បីស្វែងយល់ពីអ្វីដែលត្រូវធ្វើ ប្រសិនបើអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញព្យាយាមគិតប្រាក់ពីអ្នកសម្រាប់សេវាដែលបានរ៉ាប់រង សូមអាន **ជំពូកទី 7** នៃ*សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះ។

F. សិទ្ធិរបស់អ្នកក្នុងការចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើង

មិនមាននរណាម្នាក់អាចធ្វើឱ្យអ្នកបន្តនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើងបានទេប្រសិនបើអ្នកមិនចង់។

- អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានសេវាថែទាំសុខភាពភាគច្រើនរបស់អ្នកតាមរយៈ Original Medicare ឬគម្រោង Medicare Advantage (MA) ផ្សេងទៀត។
- អ្នកអាចទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ឱសថ Medicare ផ្នែក D របស់អ្នកពីគម្រោងឱសថណាមួយ ឬពីគម្រោង MA ផ្សេងទៀត។
- សូមអាន **ជំពូកទី 10** នៃ*សៀវភៅណែនាំសមាជិកនេះ*៖
  - សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីពេលដែលអ្នកអាចចូលរួមក្នុងគម្រោងប្រយោជន៍ MA ឬឱសថថ្មី។
  - សម្រាប់ព័ត៌មានអំពីរបៀបដែលអ្នកនឹងទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ពី Medi-Cal របស់អ្នក ប្រសិនបើអ្នកចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើង។

G. សិទ្ធិរបស់អ្នកក្នុងសេចក្តីសម្រេចអំពីការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក

អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានព័ត៌មានពេញពីវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក និងអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពផ្សេងទៀត ដើម្បីជួយអ្នកធ្វើការសម្រេចអំពីការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក។

G1. អ្នកមានសិទ្ធិដើម្បីដឹងអំពីជម្រើសនៃការព្យាបាលរបស់អ្នក និងការធ្វើសេចក្តីសម្រេច

អ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកត្រូវតែពន្យល់អំពីស្ថានភាពជំងឺរបស់អ្នក និងជម្រើសក្នុងការព្យាបាលរបស់អ្នក ក្នុងរបៀបដែលអ្នកអាចយល់បាន។ អ្នកមានសិទ្ធិ ដើម្បី៖

- **ដឹងការជ្រើសរើសរបស់អ្នក។** អ្នកមានសិទ្ធិត្រូវបានគេប្រាប់អំពីជម្រើសនៃការព្យាបាលទាំងអស់។
- **ដឹងពីហានិភ័យ។** អ្នកមានសិទ្ធិត្រូវបានប្រាប់ អំពីភាពគ្រោះថ្នាក់អ្វីមួយដែលជាប់ទាក់ទង។ យើងត្រូវតែប្រាប់អ្នកជាមុន ប្រសិនបើសេវា ឬការព្យាបាលណាមួយដែលជាផ្នែកមួយនៃការពិសោធស្រាវជ្រាវ។ អ្នកមានសិទ្ធិបដិសេធការពិសោធន៍ព្យាបាល។
- **ដើម្បីទទួលបានមតិយោបល់ទីពីរ។** អ្នកមានសិទ្ធិទៅជួបវេជ្ជបណ្ឌិតផ្សេងទៀតមុននឹងការធ្វើសេចក្តីសម្រេចអំពីការព្យាបាល។
- **និយាយថា មិនយល់ព្រម។** អ្នកមានសិទ្ធិបដិសេធការព្យាបាលណាមួយ។ នេះរួមមានសិទ្ធិដើម្បីចេញពីមន្ទីរពេទ្យ ឬមន្ទីរពេទ្យផ្សេងទៀត ទោះបើវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកប្រាប់អ្នកមិនឲ្យចេញក៏ដោយ។ អ្នកមានសិទ្ធិបញ្ឈប់ការប្រើឱសថមានវេជ្ជបញ្ជា។ ប្រសិនបើអ្នកបដិសេធការព្យាបាល ឬឈប់ប្រើប្រាស់ឱសថដែលបានចេញវេជ្ជបញ្ជា យើងនឹងមិនបញ្ឈប់អ្នកពីគម្រោងរបស់យើងទេ។ តែជាយ៉ាងណាមិញ បើសិនអ្នកបដិសេធការព្យាបាល ឬឈប់លេបឱសថមានវេជ្ជបញ្ជា អ្នកនឹងទទួលខុសត្រូវពេញទីសម្រាប់អ្វីៗកើតឡើងដល់អ្នក។
- **ស្នើសុំឱ្យយើងខ្ញុំពន្យល់ពីមូលហេតុដែលអ្នកផ្តល់សេវាបដិសេធការថែទាំ។** អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានការពន្យល់ពីយើងខ្ញុំ ប្រសិនបើអ្នកផ្តល់សេវាបដិសេធការថែទាំដែលអ្នកគិតថាអ្នកគួរទទួលបាន។
- **ស្នើសុំឱ្យយើងធានារ៉ាប់រងលើសេវា ឬឱសថដែលយើងបដិសេធ ឬជាធម្មតាមិនត្រូវបានធានារ៉ាប់រងទេ។** នេះហៅថា សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង។ **ជំពូកទី 9** នៃ*សៀវភៅណែនាំសមាជិក* នេះប្រាប់អំពី របៀបស្នើសុំយើងខ្ញុំនូវការសម្រេចពីការរ៉ាប់រង។

G2. សិទ្ធិរបស់អ្នកក្នុងការនិយាយនូវអ្វីដែលអ្នកចង់ឱ្យកើតឡើង ប្រសិនបើអ្នកមិនអាចធ្វើការសម្រេចចិត្តអំពីការថែទាំសុខភាពដោយខ្លួនឯង

ជួនកាល មនុស្សមិនអាចធ្វើការសម្រេចចិត្តលើការថែទាំសុខភាពដោយខ្លួនឯងបានទេ។ មុននឹងពេលនោះកើតឡើងដល់អ្នក អ្នកអាច៖

- បំពេញទម្រង់បែបបទជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ**ដើម្បីផ្តល់សិទ្ធិឱ្យនរណាម្នាក់ធ្វើការសម្រេចចិត្តផ្នែកថែទាំសុខភាពជំនួសអ្នក** ប្រសិនបើអ្នកមិនអាចធ្វើការសម្រេចចិត្តដោយខ្លួនឯងបាន។
- **ផ្តល់ឱ្យវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកនូវសេចក្តីណែនាំជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ** អំពីរបៀបដោះស្រាយការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក ប្រសិនបើអ្នកមិនអាចធ្វើការសម្រេចចិត្ត ដោយខ្លួនឯងបាន រួមទាំងការថែទាំដែលអ្នក**មិន**ចង់បាន។

ឯកសារផ្លូវច្បាប់ដែលអ្នកអាចប្រើដើម្បីផ្តល់ការណែនាំរបស់អ្នក គេហៅថា ជា “សេចក្តីបង្គាប់ជាមុន”។ សេចក្តីបង្គាប់ជាមុនមានប្រភេទខុសៗគ្នា និងមានឈ្មោះខុសៗគ្នាសម្រាប់វា។ ជាឧទាហរណ៍ គឺលិខិតបណ្តាំពេលនៅរស់ និងលិខិតផ្ទេរសិទ្ធិអំណាចសម្រាប់ការថែទាំសុខភាព។

អ្នកមិនតម្រូវឱ្យមានសេចក្តីបង្គាប់ជាមុនទេ ប៉ុន្តែអ្នកអាចមានវា។ នេះគឺជាអ្វីដែលត្រូវធ្វើ ប្រសិនបើអ្នកចង់ប្រើសេចក្តីបង្គាប់ជាមុន៖

- **ទទួលយកទម្រង់បែបបទ។** អ្នកអាចទទួលបានទម្រង់បែបបទពីវេជ្ជបណ្ឌិត មេធាវី អ្នកធ្វើការខាងសង្គម ឬហាងផ្គត់ផ្គង់សម្ភារៈការិយាល័យមួយចំនួនរបស់អ្នក។ ឱសថស្ថាន និងការិយាល័យអ្នកផ្តល់សេវា

ជារឿយៗ មានទម្រង់ បែបបទ។ អ្នកអាចស្វែងរកទម្រង់បែបបទអនឡាញដោយឥតគិតថ្លៃ ហើយទាញយកវា។

- **បំពេញលើទម្រង់បែបបទ ហើយចុះហត្ថលេខា។** ក្រដាសបំពេញនេះ គឺជាឯកសារស្របច្បាប់។ អ្នកគួរតែ ពិចារណាក្នុងការមានមេធាវី ឬអ្នកផ្សេងទៀតដែលអ្នកទុកចិត្ត ដូចជាសមាជិកគ្រួសារ ឬ PCP របស់អ្នក ដើម្បីជួយអ្នកក្នុងការបំពេញវា។
- **ផ្តល់ច្បាប់ចម្លងនៃទម្រង់បែបបទដល់មនុស្សដែលត្រូវដឹង។** អ្នកគួរតែផ្តល់ច្បាប់ចម្លងនៃទម្រង់បែបបទទៅវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក។ អ្នកគួរតែផ្តល់នូវច្បាប់ចម្លងមួយឱ្យបុគ្គលដែលអ្នកបានឱ្យធ្វើសេចក្តីសម្រេចសម្រាប់អ្នក ប្រសិនបើអ្នកមិនអាចធ្វើការសម្រេចចិត្ត។ អ្នកប្រហែលជាចង់ផ្តល់នូវច្បាប់ចម្លងដល់មិត្តភក្តិជិតស្និទ្ធ ឬសមាជិកគ្រួសារ។ រក្សាច្បាប់ចម្លងទុកនៅផ្ទះ។
- ប្រសិនបើអ្នកកំពុងបញ្ជូនឱ្យសម្រាកព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យ ហើយអ្នកមានលិខិតណែនាំជាមុនដែលបានចុះហត្ថលេខា **សូមយកច្បាប់ចម្លងមួយនៃលិខិតនោះទៅមន្ទីរពេទ្យ**។
  - វេជ្ជបណ្ឌិត មន្ទីរពេទ្យ និងអ្នកផ្តល់សេវាផ្សេងទៀតនៅក្នុងបណ្តាញរបស់យើង មិនអាចតម្រូវឱ្យអ្នកបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាដែលបានធានារ៉ាប់រងបានទេ។
  - ប្រសិនបើអ្នកមិនមានទម្រង់បែបបទបញ្ជាក់ជាមុនអំពីការថែទាំសុខភាពដែលបានចុះហត្ថលេខាទេ មន្ទីរពេទ្យមានទម្រង់បែបបទទាំងនោះ ហើយនឹងសួរថា តើអ្នកចង់ចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់មួយដែរឬទេ។

អ្នកមានសិទ្ធិ ដើម្បី៖

- មានសេចក្តីបង្គាប់ជាមុនរបស់អ្នកដាក់ក្នុងកំណត់ត្រាវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នក។
- ផ្លាស់ប្តូរ ឬលុបចោលសេចក្តីបង្គាប់ជាមុនរបស់អ្នកនៅពេលណាក៏បាន។
- ស្វែងយល់អំពីការផ្លាស់ប្តូរចំពោះច្បាប់នៃសេចក្តីបង្គាប់ជាមុន។ គម្រោង Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan នឹងជូនដំណឹងដល់អ្នកអំពីការផ្លាស់ប្តូរច្បាប់រដ្ឋ មិនឱ្យលើសពី 90 ថ្ងៃបន្ទាប់ពីមានការផ្លាស់ប្តូរនោះ។

តាមច្បាប់ គ្មាននរណាម្នាក់អាចបដិសេធការថែទាំអ្នក ឬរើសអើងប្រឆាំងនឹងអ្នក ដោយផ្អែកលើថា តើអ្នកបានចុះហត្ថលេខាលើសេចក្តីណែនាំជាមុនឬអត់នោះទេ។ សូមទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជន ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែម។

G3. អ្វីដែលត្រូវធ្វើ ប្រសិនបើសេចក្តីណែនាំរបស់អ្នកមិនត្រូវបានអនុវត្តតាម

ប្រសិនបើអ្នកបានចុះហត្ថលេខាលើសេចក្តីណែនាំជាមុន ហើយអ្នកគិតថា វេជ្ជបណ្ឌិត ឬមន្ទីរពេទ្យមិនបានអនុវត្តតាមសេចក្តីណែនាំនៅក្នុងឯកសារនោះ អ្នកអាចដាក់បណ្តឹងជាមួយ Commence Health (អង្គការកែលម្អគុណភាពរបស់រដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា) តាមរយៈលេខ (877) 588-1123 [TTY: 711] ឬសរសេរទៅកាន់៖ Commence Health BFCC-QIO Program, 10820 Guilford Rd, Ste. 202, Annapolis Junction, MD 20701.

H. សិទ្ធិរបស់អ្នកក្នុងការដាក់ពាក្យបណ្តឹង និងស្នើសុំឱ្យយើងពិចារណាឡើងវិញលើការសម្រេចចិត្តរបស់យើង

ជំពូកទី 9 នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក* នេះប្រាប់អ្នកពីអ្វីដែលអ្នកអាចធ្វើបាន ប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហា ឬកង្វល់ណាមួយអំពីសេវា ឬការថែទាំដែលត្រូវបានរ៉ាប់រងរបស់អ្នក។ ឧទាហរណ៍ អ្នកអាចស្នើសុំឱ្យយើងធ្វើសេចក្តីសម្រេចអំពីការធានារ៉ាប់រង ដាក់បណ្តឹងតវ៉ាដើម្បីផ្លាស់ប្តូរសេចក្តីសម្រេចអំពីការធានារ៉ាប់រង ឬដាក់ពាក្យបណ្តឹង។

អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានព័ត៌មានអំពីបណ្តឹងតវ៉ា និងពាក្យបណ្តឹងដែលសមាជិកគម្រោងផ្សេងទៀត បានដាក់ប្រឆាំងនឹងយើង។ ទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជន ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មាននេះ។

H1. អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានព័ត៌មានអំពីបណ្តឹងតវ៉ា និងពាក្យបណ្តឹងដែលសមាជិកគម្រោងផ្សេងទៀតបានដាក់ប្រឆាំងនឹងយើង

ប្រសិនបើអ្នកគិតថាយើងបានប្រព្រឹត្តចំពោះអ្នកដោយអយុត្តិធម៌ – ហើយវា**មិនមែន**ពាក់ព័ន្ធនឹងការរើសអើងសម្រាប់ហេតុផលដែលបានរាយក្នុង **ជំពូកទី 11** នៃ*សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះ – ឬអ្នកចង់បានព័ត៌មានបន្ថែមអំពី សិទ្ធិរបស់អ្នក នោះអ្នកអាចទូរសព្ទទៅកាន់៖

- សេវាបម្រើអតិថិជន។
- កម្មវិធីប្រឹក្សាយោបល់ និងគាំពារការធានារ៉ាប់រងសុខភាព (HICAP) តាមរយៈលេខ 1-800-434-0222 (TTY: 711)។ សម្រាប់ព័ត៌មានលម្អិតអំពី HICAP មើល**ជំពូកទី 2 ផ្នែក E**។
- ការិយាល័យអំបាដ្សម៉ាន Medi-Cal តាមរយៈលេខ 1-888-452-8609។
  សម្រាប់ព័ត៌មានលម្អិតបន្ថែម អំពីកម្មវិធីនេះ សូមមើល **ជំពូក 2** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក* នេះ។

Medicare at 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរតែទូរសព្ទទៅកាន់លេខ 1-877-486-2048។ (អ្នកក៏អាចអាន ឬទាញយកឯកសារ “សិទ្ធិ និងការការពាររបស់ Medicare” ដែលមាននៅលើគេហទំព័រ Medicare តាមរយៈ www.medicare.gov/publications/11534-medicare-rights-and-protections.pdf។)

I. ទំនួលខុសត្រូវរបស់អ្នកក្នុងនាមជាសមាជិកគម្រោង

ក្នុងនាមជាសមាជិកគម្រោង អ្នកមានទំនួលខុសត្រូវក្នុងការធ្វើកិច្ចការដែលមានរាយខាងក្រោម។ ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរណាមួយ ទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជន។

- **សូមអាន*សៀវភៅណែនាំសមាជិក*** នេះ ដើម្បីស្វែងយល់អំពីអ្វីដែលគម្រោងរបស់យើងរ៉ាប់រង និងវិធានដែលត្រូវអនុវត្តតាម ដើម្បីទទួលបានសេវា និងឱសថដែលត្រូវបានរ៉ាប់រង។ សម្រាប់ព័ត៌មានលម្អិតអំពីអ្នក៖
  - សេវាដែលរ៉ាប់រង សូមអាន **ជំពូកទី 3 និងទី 4** នៃ*សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះ។ ជំពូកទាំងនោះប្រាប់អ្នកពីអ្វីដែលត្រូវបានរ៉ាប់រង អ្វីដែលមិនត្រូវបានរ៉ាប់រង វិធានអ្វីដែលអ្នកត្រូវធ្វើតាម និងអ្វីដែលអ្នកត្រូវបង់។

- ឱសថដែលរ៉ាប់រង សូមអាន **ជំពូកទី 5 និងទី 6** នៃ*សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះ។

- **ប្រាប់យើងខ្ញុំអំពីការរ៉ាប់រងលើឱសថ ឬសុខភាពណាមួយផ្សេងទៀតដែល**អ្នកមាន។ យើងត្រូវតែប្រាកដថា អ្នកបានប្រើជម្រើសនៃការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកទាំងអស់ នៅពេលអ្នកទទួលបានការថែទាំសុខភាព។ ទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជន ប្រសិនបើអ្នកមានការធានារ៉ាប់រងផ្សេងទៀត។

- **ប្រាប់វេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក និងអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពផ្សេងទៀត** ថាអ្នកជាសមាជិកនៃគម្រោងរបស់យើង។ បង្ហាញបណ្ណសមាជិករបស់អ្នក នៅពេលអ្នកទទួលបានសេវា ឬឱសថ។

- **ជួយវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក** និងអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពផ្សេងទៀតឱ្យផ្តល់ការថែទាំល្អបំផុតដល់អ្នក។

  - ផ្តល់ឱ្យពួកគេនូវព័ត៌មានដែលពួកគេត្រូវការអំពីអ្នក និងសុខភាពរបស់អ្នក។ ស្វែងយល់ឲ្យបានច្រើនបំផុតតាមអ្នកអាចធ្វើបានអំពីបញ្ហាសុខភាពរបស់អ្នក។ ធ្វើតាមគម្រោងការព្យាបាល និងសេចក្តីណែនាំដែលអ្នក និងអ្នកផ្តល់របស់អ្នកបានព្រមព្រៀងគ្នា។

  - ត្រូវប្រាកដថាវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក និងអ្នកផ្តល់សេវាផ្សេងទៀតដឹងពីឱសថទាំងអស់ដែលអ្នកប្រើ។ នេះរួមបញ្ចូលទាំងឱសថ ឱសថគ្មានវេជ្ជបញ្ជា ថ្នាំវីតាមីន និងអាហារបំប៉ន។

  - សួរសំណួរណាមួយដែលអ្នកមាន។ វេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក និងអ្នកផ្តល់ផ្សេងទៀត ត្រូវតែពន្យល់អ្វីៗក្នុងរបៀបដែលអ្នកអាចយល់បាន។ ប្រសិនបើអ្នកសួរសំណួរ ហើយអ្នកមិនយល់អំពីចម្លើយទេ ត្រូវសួរម្តងទៀត។

- **ធ្វើការជាមួយអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នក**
រួមមានការបំពេញការវាយតម្លៃហានិភ័យសុខភាពប្រចាំឆ្នាំ។

- **ត្រូវចេះពិចារណា។** យើងរំពឹងថា សមាជិកទាំងអស់របស់យើង គោរពសិទ្ធិរបស់អ្នកជំងឺផ្សេងៗទៀត។ យើងក៏រំពឹងថា អ្នកនឹងធ្វើសកម្មភាពដោយការគោរពនៅក្នុងការិយាល័យវេជ្ជបណ្ឌិត មន្ទីរពេទ្យ និងការិយាល័យអ្នកផ្តល់សេវាផ្សេងទៀត។

- **បង់ប្រាក់ដែលអ្នកជំពាក់។** ក្នុងនាមជាសមាជិកគម្រោង អ្នកត្រូវទទួលខុសត្រូវចំពោះការបង់ប្រាក់ទាំងនេះ៖

  - ថ្លៃបង់ធានារ៉ាប់រ Medicare ផ្នែក A និង Medicare ផ្នែក B។ សម្រាប់សមាជិក Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan ភាគច្រើន Medi-Cal បង់សម្រាប់ថ្លៃបង់ធានារ៉ាប់រង Medicare ផ្នែក A របស់អ្នក និងសម្រាប់ថ្លៃបង់ធានារ៉ាប់រង Medicare ផ្នែក B របស់អ្នក។

  - សម្រាប់ឱសថមួយចំនួនរបស់អ្នកដែលមានការរ៉ាប់រងដោយគម្រោងរបស់យើង អ្នកត្រូវតែបង់ប្រាក់ចំណែកថ្លៃចំណាយរបស់អ្នកនៅពេលអ្នកទទួលបានឱសថ។ នេះនឹងជាការបង់ប្រាក់រួម (ចំនួនថេរ)។ **ជំពូកទី 6** ប្រាប់ពីអ្វីដែលអ្នកត្រូវបង់ប្រាក់សម្រាប់ឱសថរបស់អ្នក។

  - **ប្រសិនបើអ្នកទទួលបានសេវា ឬឱសថណាមួយដែលមិនត្រូវបានរ៉ាប់រងដោយគម្រោងរបស់យើង អ្នកត្រូវតែបង់ពេញថ្លៃ។** (**ចំណាំ៖** ប្រសិនបើអ្នកមិនយល់ស្របជាមួយការសម្រេចរបស់យើងដើម្បីរ៉ាប់រងសេវា ឬឱសថ អ្នកអាចធ្វើការតវ៉ាបាន។ សូមមើល**ជំពូកទី 9** ដើម្បីស្វែងយល់ពីរបៀបដាក់បណ្តឹងតវ៉ា។)

- **ប្រាប់យើងខ្ញុំ ប្រសិនបើអ្នកផ្លាស់លំទីនៅ។** ប្រសិនបើអ្នកមានគម្រោងផ្លាស់ទីលំនៅ ប្រាប់យើងខ្ញុំភ្លាមៗ។ ហៅទូរសព្ទទៅអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នក ឬផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជន។

  - **ប្រសិនបើអ្នកចាកចេញទៅនៅក្រៅតំបន់ផ្តល់សេវារបស់យើង នោះអ្នកនឹងមិនអាចបន្តនៅក្នុងគម្រោងនេះទៀតបានឡើយ។** មានតែអ្នកដែលរស់នៅក្នុងតំបន់ផ្តល់សេវារបស់យើងតែប៉ុណ្ណោះ ដែលអាចជា សមាជិកនៃគម្រោងនេះ។ **ជំពូកទី 1** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះ នឹងណែនាំអ្នកអំពីតំបន់ផ្តល់សេវារបស់យើង។

  - យើងអាចជួយអ្នកឱ្យដឹងថា តើអ្នកកំពុងផ្លាស់ទីលំនៅនៅក្រៅតំបន់ផ្តល់សេវារបស់យើងដែរ ឬទេ។ ក្នុងអំឡុងរយៈពេលការចុះឈ្មោះពិសេស អ្នកអាចប្តូរទៅ Original Medicare ឬ ចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងសុខភាព ឬឱសថ Medicare នៅក្នុងទីតាំងថ្មីរបស់អ្នក។ យើងអាច ប្រាប់អ្នកថា តើយើងមានគម្រោងក្នុងតំបន់ថ្មីរបស់អ្នកឬអត់។

  - ប្រាប់អាសយដ្ឋានថ្មីរបស់អ្នកទៅកាន់ Medicare និង Medi-Cal នៅពេលអ្នកផ្លាស់ទីលំនៅ។ សូមអាន **ជំពូកទី 2** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក* នេះសម្រាប់លេខទូរសព្ទរបស់ Medicare និង Medi-Cal។

  - **ប្រសិនបើអ្នកផ្លាស់ទីលំនៅ និងស្នាក់នៅក្នុងតំបន់ផ្តល់សេវារបស់យើង យើងនៅតែត្រូវដឹង។** យើងត្រូវរក្សាកំណត់ត្រាសមាជិកភាពរបស់អ្នកឲ្យទានបច្ចុប្បន្នកាល និងដឹងរបៀបទាក់ទងអ្នក។

  - **ប្រសិនបើអ្នកប្តូរទីលំនៅ សូមជូនដំណឹងរបបសន្តិសុខសង្គម (ក្រុមប្រឹក្សាភិបាលកម្មករផ្លូវដែក ដែលចូលនិវត្តន៍)។**

- ប្រាប់យើងខ្ញុំ ប្រសិនបើអ្នកមានលេខទូរសព្ទថ្មី ឬវិធីណាដែលល្អជាងនេះ ដើម្បីទាក់ទងទៅកាន់អ្នក។

- **ទូរសព្ទទៅអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំ ឬ ផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជនរបស់អ្នកសម្រាប់ជំនួយ ប្រសិនបើ អ្នកមានសំណួរ ឬការព្រួយបារម្ភណាមួយ។**

ជំពូកទី 9 អ្វីដែលអ្នកត្រូវធ្វើ ប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហា ឬបណ្តឹង (សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង បណ្តឹងតវ៉ា បណ្តឹង)

សេចក្តីផ្តើម

ជំពូកនេះមានព័ត៌មានអំពីសិទ្ធិរបស់អ្នក។ ត្រូវអានជំពូកនេះ ដើម្បីឲ្យដឹងត្រូវធ្វើអ្វីខ្លះ បើសិន៖

- អ្នកមានបញ្ហា ឬបណ្តឹងអំពីគម្រោងរបស់យើង។
- អ្នកត្រូវការសេវាកម្ម ទំនិញ ឬឱសថដែលគម្រោងរបស់យើងបាននិយាយថានឹងមិនបង់ប្រាក់ឱ្យទេ។
- អ្នកមិនយល់ស្របនឹងការសម្រេចចិត្តដែលគម្រោងរបស់យើងបានធ្វើឡើងអំពីការថែទាំរបស់អ្នក។
- អ្នកគិតថាសេវាដែលរ៉ាប់រងរបស់អ្នក ឆាប់ចប់ពេក។
- អ្នកមានបញ្ហា ឬបណ្តឹងតវ៉ាជាមួយសេវា និងការគាំទ្ររយៈពេលវែងរបស់អ្នក ដែលរួមមានសេវាសម្រាប់មនុស្សពេញវ័យតាមសហគមន៍ (CBAS) និងសេវាមជ្ឈមណ្ឌលថែទាំសុខភាព (NF)។

ជំពូកនេះស្ថិតនៅក្នុងផ្នែកផ្សេងៗដើម្បីជួយអ្នកងាយស្រួលស្វែងរកអ្វីដែលអ្នកកំពុងស្វែងរក។ **បើអ្នកមានបញ្ហា ឬមានកង្វល់ អ្នកត្រូវអានផ្នែកនៃជំពូកនេះ ដែលអនុវត្តចំពោះស្ថានភាពរបស់អ្នក។**

អ្នកគួរតែទទួលការថែទាំសុខភាព ឱសថ ឬសេវា និងការជួយគាំទ្ររយៈពេលវែង ដែលវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក និងអ្នកផ្តល់សេវា ផ្សេងទៀតសម្រេចថាជាការចាំបាច់ សម្រាប់ការថែទាំដែលជាផ្នែកមួយនៃគម្រោងការថែទាំអ្នក។ **ប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហា ជាមួយការថែទាំរបស់អ្នក អ្នកអាចទូរសព្ទទៅកម្មវិធីអំបាដ្សម៉ាន Medi-Cal Medicare តាមរយៈលេខ 1-855-501-3077 ដើម្បីទទួលបានជំនួយ។** ជំពូកនេះពន្យល់អំពីជម្រើសផ្សេងៗគ្នាដែលអ្នកមានសម្រាប់បញ្ហា និងពាក្យបណ្តឹងផ្សេងៗគ្នា ប៉ុន្តែ អ្នកអាចទូរសព្ទទៅកម្មវិធីអំបាដ្សម៉ានជានិច្ច ដើម្បីឱ្យជួយណែនាំអ្នកក្នុងការដោះស្រាយបញ្ហារបស់អ្នក។ សម្រាប់ធនធាន បន្ថែម ដើម្បីដោះស្រាយបញ្ហាបារម្ភរបស់អ្នក និងវិធីទាក់ទងពួកគេ សូមមើល **ជំពូកទី 2** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក* របស់អ្នក។

តារាងមាតិកា

A. តើអ្នកត្រូវធ្វើយ៉ាងណា ប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហា ឬបញ្ហាបារម្ភ 242
A1. អំពីពាក្យផ្លូវច្បាប់ 242
B. កន្លែងដែលត្រូវទទួលបានជំនួយ 242
B1. សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម និងជំនួយ 242
C. ការយល់ដឹងអំពីពាក្យបណ្តឹង និងបណ្តឹងតវ៉ារបស់ Medicare និង Medi-Cal នៅក្នុងគម្រោងរបស់យើង 244
D. បញ្ហាជាមួយនឹងអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នក....244
E. សេចក្តីសម្រេចអំពីការធានារ៉ាប់រង និងបណ្តឹងតវ៉ា 245
E1. សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង 245
E2. បណ្តឹងតវ៉ា....245
E3. ជំនួយជាមួយសេចក្តីសម្រេចអំពីការធានារ៉ាប់រង និងបណ្តឹងតវ៉ា....246
E4. តើផ្នែកណាមួយនៃជំពូកនេះនឹងជួយអ្នកបាន 247
F. ការថែទាំផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ 248
F1. ការប្រើប្រាស់ផ្នែកនេះ 248
F2. ការស្នើសុំសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង....249
F3. ការដាក់ពាក្យបណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 1 251
F4. ការដាក់បណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 2 255
F5. បញ្ហាការទូទាត់ប្រាក់....262
G. ឱសថ Medicare ផ្នែក D 263
G1. សេចក្តីសម្រេចលើការរ៉ាប់រង និងបណ្តឹងតវ៉ា នៃផ្នែក D នៃកម្មវិធី Medicare....263
G2. ករណីលើកលែងរបស់ Medicare ផ្នែក D....265
G3. ចំណុចសំខាន់ៗដែលត្រូវដឹងអំពីការស្នើសុំការលើកលែង....266
G4. ការស្នើសុំសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង រួមទាំងករណីលើកលែង....267
G5. ការដាក់ពាក្យបណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 1....270

G6. ការដាក់បណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 2 272
H. ការស្នើសុំឱ្យយើងធានារ៉ាប់រងលើការស្នាក់នៅមន្ទីរពេទ្យរយៈពេលយូរជាងមុន 274
H1. ការយល់ដឹងអំពីសិទ្ធិ Medicare របស់អ្នក 275
H2. ការដាក់ពាក្យបណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 1 276
H3. ការដាក់បណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 2 278
I. ការស្នើសុំឱ្យយើងបន្តធានារ៉ាប់រងលើសេវាវេជ្ជសាស្ត្រមួយចំនួន 279
I1. សេចក្តីជូនដំណឹងជាមុន មុនពេលការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកបញ្ចប់ 279
I2. ការដាក់ពាក្យបណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 1 280
I3. ការដាក់បណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 2 282
J. ការទទួលយកបណ្តឹងតវ៉ាលើសពីកម្រិត 2 283
J1. ជំហានបន្ទាប់ទៀតសម្រាប់សេវា និងទំនិញរបស់ Medicare 283
J2. បណ្តឹងតវ៉ារបស់ Medi-Cal បន្ថែម 284
J3. បណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 3, 4 និង 5 សម្រាប់សំណើសុំថ្នាំរបស់កម្មវិធី Medicare ផ្នែក D 285
K. របៀបដាក់បណ្តឹង 286
K1. តើប្រភេទនៃបញ្ហាអ្វីខ្លះ គួរតែដាក់បណ្តឹង 286
K2. បណ្តឹងផ្ទៃក្នុង 288
K3. បណ្តឹងខាងក្រៅ 290

A. តើអ្នកត្រូវធ្វើយ៉ាងណា ប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហា ឬបញ្ហាបារម្ភ

ជំពូកនេះ ពន្យល់អំពីរបៀបដោះស្រាយបញ្ហា និងបញ្ហាបារម្ភ។ ដំណើរការដែលអ្នកត្រូវប្រើ អាស្រ័យលើប្រភេទបញ្ហាដែលអ្នកមាន។ ប្រើដំណើរការមួយសម្រាប់**ការសម្រេចពីការរ៉ាប់រង និងបណ្តឹងតវ៉ា** និងដំណើរការមួយទៀតសម្រាប់**ការដាក់បណ្តឹង** ដែលហៅថា បណ្តឹងសារទុក្ខផងដែរ។

ដើម្បីធានាបាននូវភាពយុត្តិធម៌ និងភាពរហ័សទាន់ពេល ដំណើរការនីមួយៗមានសំណុំវិធាន នីតិវិធី និងកាលកំណត់ដែលពួកយើង និងអ្នកត្រូវតែអនុវត្តតាម។

A1. អំពីពាក្យផ្លូវច្បាប់

មានពាក្យច្បាប់នៅក្នុងជំពូកនេះសម្រាប់ច្បាប់ និងពេលវេលាកំណត់មួយចំនួន។ ពាក្យទាំងនេះជាច្រើនអាចពិបាកយល់ ដូច្នេះយើងប្រើពាក្យសាមញ្ញជាង ជំនួសឱ្យពាក្យផ្លូវច្បាប់មួយចំនួន នៅពេលដែលយើងអាចធ្វើបាន។ យើងប្រើពាក្យបំប្លួញយ៉ាងតិចជាទីបំផុត។

ឧទាហរណ៍ យើងនិយាយថា៖

- “ការដាក់បណ្តឹង” ជំនួសឱ្យ “ការដាក់បណ្តឹងសារទុក្ខ”
- “សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង” ជំនួសឱ្យ “ការកំណត់របស់អង្គភាព” “ការកំណត់អត្ថប្រយោជន៍” “ការកំណត់ហានិភ័យ” ឬ “ការកំណត់លើការធានារ៉ាប់រង”
- “សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងរហ័ស” ជំនួសឱ្យ “ការកំណត់ពន្លឿន”
- “អង្គការត្រួតពិនិត្យឯករាជ្យ” (IRO) ជំនួសឱ្យ “អង្គភាពត្រួតពិនិត្យឯករាជ្យ” (IRE)

ការដឹងអំពីពាក្យច្បាប់ត្រឹមត្រូវ អាចជួយឱ្យអ្នកទំនាក់ទំនងបានកាន់តែច្បាស់ ដូច្នេះ យើងក៏ផ្តល់ពាក្យទាំងនោះជូនផងដែរ។

B. កន្លែងដែលត្រូវទទួលបានជំនួយ

B1. សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម និងជំនួយ

ពេលខ្លះវាមានការភ័ន្តច្រឡំក្នុងការចាប់ផ្តើម ឬធ្វើតាមដំណើរការដើម្បីដោះស្រាយបញ្ហា។ នេះអាចជាការពិត ជាពិសេសប្រសិនបើអ្នកមានអារម្មណ៍មិនល្អ ឬមានថាមពលមានតិចតួច។ ពេលខ្លះ អ្នកប្រហែលជាមិនមានព័ត៌មានដែលអ្នកត្រូវការដើម្បីអនុវត្តជំហានបន្ទាប់ទេ។

ជំនួយពីគម្រោងរបស់យើង

អ្នកអាចទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield Medicare + គម្រោង Medi-Cal Plan តាមរយៈលេខ 1-800-452-4413 (TTY: 711) ចាប់ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ 8:00 យប់ ម៉ោងនៅតំបន់ប៉ាស៊ីហ្វិក (PT) ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទ គឺឥតគិតថ្លៃ ដើម្បីជួយដោះស្រាយបញ្ហា ឬឆ្លើយសំណួរ។

ជំនួយពីកម្មវិធីប្រឹក្សា និងតស៊ូមតិអំពីការធានារ៉ាប់រងសុខភាព (HICAP)

អ្នកអាចទូរសព្ទទៅកម្មវិធីប្រឹក្សា និងតស៊ូមតិអំពីការធានារ៉ាប់រងសុខភាព (HICAP) តាមរយៈលេខ 1-800-434-0222។ អ្នកក៏អាចពិនិត្យមើលគេហទំព័ររបស់ពួកគេតាមរយៈ: https://www.aging.ca.gov//Programs_and_Services/Medicare_Counseling/។ អ្នកប្រឹក្សារបស់កម្មវិធី HICAP អាចឆ្លើយសំណួររបស់អ្នក និងជួយអ្នកឱ្យយល់ថាគួរធ្វើអ្វីខ្លះចំពោះបញ្ហារបស់អ្នក។ កម្មវិធី HICAP មិនមានទំនាក់ទំនងជាមួយយើង ឬជាមួយក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងណាមួយ ឬគម្រោងសុខភាពណាមួយឡើយ។ កម្មវិធី HICAP មានអ្នកប្រឹក្សាដែលបានទទួលការបណ្តុះបណ្តាលនៅគ្រប់ខោនធី ហើយសេវាទាំងនេះ មិនគិតថ្លៃទេ។ លេខទូរសព្ទរបស់ HICAP គឺ 1-800-434-0222។

ជំនួយពីកម្មវិធីអំបាដ្សម៉ាន Medicare Medi-Cal

អ្នកអាចទូរសព្ទទៅកម្មវិធីអំបាដ្សម៉ាន Medicare Medi-Cal និងនិយាយជាមួយអ្នកតស៊ូមតិ អំពីសំណួរពាក់ព័ន្ធនឹងការធានារ៉ាប់រងសុខភាពរបស់អ្នក។ ពួកគេប្រហែលជាអាចផ្តល់ជំនួយខាងច្បាប់ដោយឥតគិតថ្លៃ។ កម្មវិធីអំបាដ្សម៉ានមិនមានទំនាក់ទំនងអ្វីជាមួយយើងខ្ញុំ ឬជាមួយនឹងក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងសុខភាព ឬគម្រោងសុខភាពណាមួយឡើយ។ លេខទូរសព្ទរបស់ពួកគេ គឺ 1-855-501-3077 ហើយគេហទំព័ររបស់ពួកគេ គឺ www.healthconsumer.org។

ជំនួយ និងព័ត៌មានពី Medicare

សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម និងជំនួយ អ្នកអាចទាក់ទងទៅកាន់ Medicare។ ខាងក្រោមនេះ គឺជារបៀបពីរយ៉ាងដើម្បីទទួលជំនួយពី Medicare៖

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

ជំនួយពីក្រសួងសេវាថែទាំសុខភាពរបស់រដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា

អំបាដ្សម៉ានទទួលបន្ទុកសេវាថែទាំសុខភាពក្រោមការគ្រប់គ្រងរបស់ Medi-Cal នៃក្រសួងសេវាថែទាំសុខភាពរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា (DHCS) អាចផ្តល់ជំនួយបាន។ ពួកគេអាចជួយបាន ប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហាក្នុងការចូលរួម ផ្លាស់ប្តូរ ឬចាកចេញពីគម្រោងសុខភាព។ គេក៏អាចជួយអ្នកបានដែរ បើសិនអ្នកបានផ្លាស់លំនៅ និងកំពុងតែមានបញ្ហាក្នុងការឲ្យបានប្តូរ Medi-Cal របស់អ្នកទៅខោនធីថ្មីរបស់អ្នក។ អ្នកអាចទូរព្ទទៅមន្ត្រីបណ្តឹងសាធារណៈចាប់ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ 5 ល្ងាច តាមរយៈលេខ 1-888-452-8609។

ជំនួយពីក្រសួងថែទាំសុខភាពក្រោមការគ្រប់គ្រងរបស់រដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា

ទាក់ទងទៅកាន់ក្រសួងថែទាំសុខភាពក្រោមការគ្រប់គ្រងរបស់រដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា (DMHC) ដើម្បីទទួលបានជំនួយដោយឥតគិតថ្លៃ។ DMHC ទទួលខុសត្រូវចំពោះការត្រួតពិនិត្យគម្រោងសុខភាព។ DMHC ជួយមនុស្សដែលមានបណ្តឹងតវ៉ាអំពីសេវា ឬបញ្ហាការចេញវិក្កយបត្ររបស់ Medi-Cal។ លេខទូរសព្ទ គឺ 1-888-466-2219។ បុគ្គលដែលថ្លង់ពិបាកក្នុងការស្តាប់ ឬមានពិការភាពក្នុងនិយាយអាចប្រើលេខទូរសព្ទ TDD ដោយឥតគិតថ្លៃតាមរយៈលេខ 1-877-688-9891។ អ្នកក៏អាចចូលទៅកាន់គេហទំព័ររបស់ DMHC តាមរយៈ www.dmhc.ca.gov ផងដែរ។

ក្រសួងថែទាំសុខភាពក្រោមការគ្រប់គ្រងរបស់រដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា ទទួលខុសត្រូវលើការត្រួតពិនិត្យ និងគ្រប់គ្រងគម្រោងសេវាថែទាំសុខភាព។ ប្រសិនបើអ្នកមានបណ្តឹងសារទុក្ខប្រឆាំងនឹងគម្រោងសុខភាពរបស់អ្នក អ្នកគួរតែទូរសព្ទទៅគម្រោងសុខភាពរបស់អ្នកជាមុនសិន តាមរយៈលេខ **1-800-452-4413 (TTY: 711)** និងប្រើប្រាស់ដំណើរការបណ្តឹងសារទុក្ខរបស់គម្រោងសុខភាពរបស់អ្នក មុនពេលទាក់ទងទៅក្រសួង។ ការប្រើប្រាស់នីតិវិធីបណ្តឹងសាទុក្ខនេះមិនហាមឃាត់សិទ្ធិ ឬមធ្យោបាយដោះស្រាយតាមផ្លូវច្បាប់ ដែលអាចមានសម្រាប់អ្នកនោះទេ។ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយជាមួយបណ្តឹងសារទុក្ខដែលពាក់ព័ន្ធនឹងការសង្គ្រោះបន្ទាន់ បណ្តឹងសារទុក្ខដែលមិនទាន់ត្រូវបានដោះស្រាយឱ្យបានពេញចិត្តដោយគម្រោងសុខភាពរបស់អ្នក ឬបណ្តឹងសារទុក្ខដែលនៅតែមិនទាន់បានដោះស្រាយអស់រយៈពេលលើសពី 30 ថ្ងៃ អ្នកអាចទូរសព្ទទៅក្រសួងដើម្បីសុំជំនួយ។ អ្នកក៏អាចនឹងមានសិទ្ធិទទួលការត្រួតពិនិត្យដោយការត្រួតពិនិត្យផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រឯករាជ្យ (IMR) ផងដែរ។ ប្រសិនបើអ្នកមានសិទ្ធិទទួលបាន IMR នោះដំណើរការ IMR នឹងពិនិត្យយ៉ាងហ្មត់ចត់ដោយមិនលម្អៀងអំពីសេចក្តីសម្រេចផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ ដែលបានធ្វើឡើងដោយគម្រោងថែទាំសុខភាព ដែលទាក់ទងនឹងភាពចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រសម្រាប់សេវា ឬការព្យាបាល ដែលបានស្នើសុំសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងសម្រាប់ការព្យាបាល ដែលមានលក្ខណៈជាការពិសោធន៍ ឬការសិក្សាស្រាវជ្រាវ និងភាពមិនត្រូវគ្នាចំពោះការទូទាត់ប្រាក់សម្រាប់សេវាវេជ្ជសាស្ត្របន្ទាន់ ឬសេវាសង្គ្រោះបន្ទាន់។ ក្រសួងក៏មានលេខទូរសព្ទឥតគិតថ្លៃ (**1-888-466-2219**) និងខ្សែទូរសព្ទ TDD (**1-877-688-9891**) សម្រាប់អ្នកដែលមានបញ្ហាការស្តាប់ និងការនិយាយ។ គេហទំព័រលើអ៊ីនធឺណិតរបស់ក្រសួង **www.dmhc.ca.gov** មានទម្រង់ពាក្យបណ្តឹង ទម្រង់ពាក្យសុំ IMR និងសេចក្តីណែនាំតាមអនឡាញ។

C. ការយល់ដឹងអំពីពាក្យបណ្តឹង និងបណ្តឹងតវ៉ារបស់ Medicare និង Medi-Cal នៅក្នុងគម្រោងរបស់យើង

អ្នកមាន Medicare និង Medi-Cal។ ព័ត៌មាននៅក្នុងជំពូកនេះអនុវត្តចំពោះអត្ថប្រយោជន៍នៃការថែទាំសុខភាពក្រោមការគ្រប់គ្រងដោយ Medicare និង Medi-Cal របស់អ្នកទាំងអស់ ។ ពេលខ្លះ វាហៅថា “ដំណើរការរួមបញ្ចូលគ្នា” ពីព្រោះវាបញ្ចូលគ្នា ឬរួមបញ្ចូលគ្នារវាងដំណើរការ Medicare និង Medi-Cal។

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

D. បញ្ហាជាមួយនឹងអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នក

បើអ្នកមានបញ្ហា ឬមានកង្វល់ អ្នកត្រូវអានផ្នែកនៃជំពូកនេះ ដែលអនុវត្តចំពោះស្ថានភាពរបស់អ្នក។ តារាងខាងក្រោមជួយអ្នកស្វែងរកផ្នែកត្រឹមត្រូវនៃជំពូកនេះ សម្រាប់បញ្ហា ឬបណ្តឹងតវ៉ា។

តើបញ្ហា ឬកង្វល់របស់អ្នកអំពីអត្ថប្រយោជន៍ ឬការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកមែនឬទេ?	
នេះរួមបញ្ចូលទាំងបញ្ហាថា តើការថែទាំផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រជាក់លាក់ (សម្ភារៈ សេវាវេជ្ជសាស្ត្រ និង/ឬឱសថផ្នែក B) ត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដែរ ឬអត់ របៀបដែលឱសថទាំងនេះត្រូវបានធានារ៉ាប់រង និងបញ្ហាទាក់ទងនឹងការទូទាត់ប្រាក់សម្រាប់ការថែទាំផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ។	
យល់ព្រម បញ្ហារបស់ខ្ញុំ គឺអំពីអត្ថប្រយោជន៍ ឬការរ៉ាប់រង។ សូមមើល**ផ្នែក E,** “សេចក្តីសម្រេចអំពីការធានារ៉ាប់រង និងបណ្តឹងតវ៉ា។”	**ទេ** បញ្ហារបស់ខ្ញុំមិនមែនពាក់ព័ន្ធនឹងអត្ថប្រយោជន៍ ឬការធានារ៉ាប់រងទេ។ សូមមើល**ផ្នែក K** “របៀបដាក់បណ្តឹង។”

E. សេចក្តីសម្រេចអំពីការធានារ៉ាប់រង និងបណ្តឹងតវ៉ា

ដំណើរការសម្រាប់ការស្នើសុំសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង និងដាក់ពាក្យបណ្តឹងតវ៉ា ដើម្បីដោះស្រាយបញ្ហា ដែលទាក់ទងនឹងអត្ថប្រយោជន៍ និងការរ៉ាប់រងរបស់អ្នកចំពោះការថែទាំផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នក (សេវាកម្ម សម្ភារៈ និងឱសថផ្នែក B រួមទាំងការទូទាត់ប្រាក់)។ ដើម្បីរក្សាអ្វីៗឱ្យសាមញ្ញ ជាទូទៅយើងហៅសម្ភារៈ សេវាវេជ្ជសាស្ត្រ និងឱសថផ្នែក B ជាការថែទាំផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ។ អ្នកប្រើប្រាស់ដំណើរការសម្រេចពីការធានារ៉ាប់រង និងបណ្តឹងតវ៉ាសម្រាប់បញ្ហា ដូចជាថាតើមានអ្វីមួយត្រូវបានធានារ៉ាប់រងឬអត់ និងរបៀបដែលវាត្រូវបានធានារ៉ាប់រង។

E1. សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង

សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង គឺជាសេចក្តីសម្រេចដែលយើងធ្វើសម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍ និងការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នក ឬអំពីចំនួនទឹកប្រាក់ដែលយើងចំណាយសម្រាប់សេវាវេជ្ជសាស្ត្រ ឬឱសថរបស់អ្នក។ អ្នក ឬវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកក៏អាចទាក់ទងមកយើងខ្ញុំ ហើយស្នើសុំសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងផងដែរ។ អ្នក ឬវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកប្រហែលជាមិនប្រាកដទេថា តើយើងធានារ៉ាប់រងលើសេវាផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រជាក់លាក់ ឬប្រសិនបើយើងអាចបដិសេធមិនផ្តល់ការថែទាំសុខភាពដែលអ្នកគិតថាអ្នកត្រូវការ។ **ប្រសិនបើអ្នកចង់ដឹងថា តើយើងនឹងរ៉ាប់រងលើសេវាវេជ្ជសាស្ត្រមុនពេលអ្នកទទួលបាន ឬអត់ អ្នកអាចស្នើសុំឱ្យយើងខ្ញុំធ្វើសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងសម្រាប់អ្នក។**

យើងធ្វើសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងនៅពេលយើងពិនិត្យឡើងវិញនូវសំណើសម្រាប់សេវា ឬការទាមទារសំណង។ ក្នុងករណីខ្លះ ពួកយើងអាចសម្រេចថា សេវា ឬឱសថមួយ មិនត្រូវបានធានារ៉ាប់រង ឬលែងត្រូវបានធានារ៉ាប់រងសម្រាប់អ្នកដោយ Medicare ឬ Medi-Cal ទៀតហើយ។ ប្រសិនបើអ្នកមិនយល់ស្របនឹងសេចក្តីសម្រេចអំពីការធានារ៉ាប់រងនេះទេ អ្នកអាចប្តឹងតវ៉ាបាន។

E2. បណ្តឹងតវ៉ា

ប្រសិនបើយើងធ្វើការសម្រេចពីការរ៉ាប់រង ហើយអ្នកមិនពេញចិត្តនឹងការសម្រេចចិត្តនេះ អ្នកអាចដាក់ “បណ្តឹងតវ៉ា” លើការសម្រេចចិត្តនេះ។ បណ្តឹងតវ៉ា គឺជាវិធីផ្លូវការមួយក្នុងការស្នើសុំឱ្យយើងពិនិត្យមើលឡើងវិញ និងផ្លាស់ប្តូរសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងដែលយើងបានធ្វើ។

នៅពេលអ្នកប្តឹងតវ៉ាចំពោះសេចក្តីសម្រេចមួយជាលើកដំបូង នេះហៅថា បណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 1។ នៅក្នុងបណ្តឹងតវ៉ានេះ យើងពិនិត្យឡើងវិញនូវការសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងដែលយើងបានធ្វើដើម្បីពិនិត្យមើលថាតើយើងបានអនុវត្តតាមច្បាប់ទាំងអស់ត្រឹមត្រូវដែរឬទេ។ អ្នកត្រួតពិនិត្យផ្សេងទៀត ដែលមិនមែនជាអ្នកបានធ្វើសេចក្តីសម្រេចដើមដែលមិនអនុគ្រោះដល់អ្នក នឹងដោះស្រាយបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នក។

ក្នុងករណីភាគច្រើន អ្នកត្រូវតែចាប់ផ្តើមបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នកនៅកម្រិត 1។ ប្រសិនបើបញ្ហាសុខភាពរបស់អ្នកជាបញ្ហាបន្ទាន់ ឬពាក់ព័ន្ធនឹងការគំរាមកំហែងភ្លាមៗ និងធ្ងន់ធ្ងរដល់សុខភាពរបស់អ្នក ឬប្រសិនបើអ្នកកំពុងឈឺចាប់ខ្លាំង ហើយត្រូវការសេចក្តីសម្រេចលឿនជាងមុន អ្នកអាចស្នើសុំការពិនិត្យវេជ្ជសាស្ត្រ IMR ពីក្រសួងថែទាំសុខភាពក្រោមការគ្រប់គ្រង តាមរយៈ គេហទំព័រ www.dmhc.ca.gov។ សូមមើល**ផ្នែក F4** សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។

នៅពេលយើងបញ្ចប់បានការពិនិត្យឡើងវិញ យើងនឹងផ្តល់សេចក្តីសម្រេចរបស់យើងជូនអ្នក។ ក្រោមកាលៈទេសៈជាក់លាក់ដែលបានពន្យល់នៅពេលក្រោយក្នុងជំពូកនេះ **ផ្នែក F2** អ្នកអាចស្នើសុំឱ្យមានការពន្លឿន ឬ “ការសម្រេចពីការធានារ៉ាប់រងរហ័ស” ឬ “បណ្តឹងតវ៉ារហ័ស” នៃការសម្រេចពីការធានារ៉ាប់រង។

ប្រសិនបើយើងឆ្លើយថា **មិនយល់ព្រម**ចំពោះផ្នែកមួយ ឬទាំងស្រុងនៃអ្វីដែលអ្នកបានស្នើសុំ យើងនឹងផ្ញើលិខិតជូនអ្នក។ ប្រសិនបើបញ្ហារបស់អ្នកពាក់ព័ន្ធនឹងការធានារ៉ាប់រងលើការថែទាំវេជ្ជសាស្ត្ររបស់ Medicare លិខិតនោះនឹងប្រាប់អ្នកថាយើងបានផ្ញើករណីរបស់អ្នកទៅអង្គការត្រួតពិនិត្យឯករាជ្យ (IRO) សម្រាប់បណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 2។ ប្រសិនបើបញ្ហារបស់អ្នកគឺពាក់ព័ន្ធនឹងការធានារ៉ាប់រងលើសេវា ឬទំនិញរបស់ Medicare ផ្នែក D ឬ Medicaid លិខិតនោះនឹងប្រាប់អ្នកពីរបៀបដាក់បណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 2 ដោយខ្លួនឯង។ សូមមើល**ផ្នែក F4** សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីបណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 2។

ប្រសិនបើអ្នកមិនគាប់ចិត្តនឹងសេចក្តីសម្រេចនៃបណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 2 អ្នកប្រហែលជាអាចដាក់ទៅកម្រិតបន្ទាប់ទៀតនៃបណ្តឹងតវ៉ា។

E3. ជំនួយជាមួយសេចក្តីសម្រេចអំពីការធានារ៉ាប់រង និងបណ្តឹងតវ៉ា

អ្នកអាចស្នើសុំជំនួយពីណាមួយក្នុងចំណោមខាងក្រោមនេះ៖

- **ផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជន** តាមរយៈលេខទូរសព្ទនៅផ្នែកខាងក្រោមនៃទំព័រ។
- **កម្មវិធីអំបាដូម៉ាន Medicare Medi-Cal តាមលេខ 1-855-501-3077។**
- **កម្មវិធីប្រឹក្សា និងតស៊ូមតិអំពីការធានារ៉ាប់រងសុខភាព (HICAP)** តាមលេខ 1-800-434-0222។
- **មជ្ឈមណ្ឌលជំនួយនៃក្រសួងថែទាំសុខភាពក្រោមការគ្រប់គ្រង (DMHC)** សម្រាប់ជំនួយដោយឥតគិតថ្លៃ។ DMHC ជួយប្រជាជនក្នុងការប្តឹងតវ៉ាពាក់ព័ន្ធនឹងសេវា Medi-Cal ឬបញ្ហាចេញវិក្កយបត្រ។ លេខទូរសព្ទ គឺ 1-888-466-2219។ បុគ្គលដែលថ្លង់ ពិបាកក្នុងការស្តាប់ ឬមានពិការភាពក្នុងនិយាយអាចប្រើលេខទូរសព្ទ TDD ដោយឥតគិតថ្លៃតាមរយៈលេខ 1-877-688-9891។ អ្នកក៏អាចចូលទៅកាន់គេហទំព័ររបស់ DMHC តាមរយៈ www.dmhc.ca.gov ផងដែរ។ ទោះបីជា DMHC អាច ជួយប្រជាជននៅក្នុងគម្រោង Managed Medi-Cal បានក៏ដោយ ក៏វាមិនអាចជួយប្រជាជនដែល មានតែគម្រោង Medicare ប៉ុណ្ណោះ និងនៅក្នុងប្រព័ន្ធសុខភាពដែលរៀបចំឡើងដោយខោនធី (COHS) ដូចខាងក្រោមបានទេ៖ គម្រោងសុខភាព Partnership Health Plan, គម្រោងសុខភាព Gold Coast Health Plan, CenCal Health, Central California Alliance for Health និង CalOptima។ រដ្ឋាភិបាលសហព័ន្ធគ្រប់គ្រងគម្រោង Medicare ហើយក្រសួងសេវាថែទាំសុខភាពគ្រប់គ្រងគម្រោង COHS។

- **វេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក ឬអ្នកផ្តល់សេវាផ្សេងទៀត**។ វេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក ឬអ្នកផ្តល់សេវាផ្សេងទៀត អាចស្នើសុំសេចក្តីសម្រេចអំពីការធានារ៉ាប់រង ឬប្តឹងតវ៉ា ជំនួសអ្នកបាន។
- **មិត្តភក្តិ ឬសមាជិកគ្រួសារ។** អ្នកអាចតែងតាំងបុគ្គលម្នាក់ទៀតឱ្យធ្វើសកម្មភាពជំនួសអ្នកក្នុងនាមជា "អ្នកតំណាង" របស់អ្នក និងស្នើសុំសេចក្តីសម្រេចអំពីការធានារ៉ាប់រង ឬប្តឹងតវ៉ាបាន។
- **មេធាវី។** អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានមេធាវី ប៉ុន្តែ**អ្នកមិនត្រូវបានតម្រូវឱ្យមានមេធាវីទេ** ដើម្បីស្នើសុំសេចក្តីសម្រេចអំពីការធានារ៉ាប់រង ឬប្តឹងតវ៉ា។
    - សូមទូរសព្ទទៅមេធាវីផ្ទាល់ខ្លួនរបស់អ្នក ឬទទួលយកឈ្មោះមេធាវីពីគណៈមេធាវីមូលដ្ឋាន ឬសេវាបញ្ជូនបន្តផ្សេងទៀត។ ក្រុមមេធាវីមួយចំនួន នឹងផ្តល់សេវាខាងច្បាប់ឲ្យអ្នកដោយឥតគិតថ្លៃ បើអ្នកមានសិទ្ធិទទួល។
    - សូមស្នើសុំមេធាវីផ្នែកជំនួយច្បាប់ពីកម្មវិធីអំបាដ្សម៉ាន Medicare Medi-Cal តាមរយៈលេខ 1-855-501-3077។

បំពេញទម្រង់បែបបទនៃការតែងតាំងអ្នកតំណាង ប្រសិនបើអ្នកចង់ឱ្យមេធាវី ឬនរណាម្នាក់ផ្សេងទៀតដើរតួជាអ្នកតំណាងរបស់អ្នក។ ទម្រង់បែបបទនេះ ផ្តល់ការអនុញ្ញាតឱ្យនរណាម្នាក់ធ្វើសកម្មភាពជំនួសអ្នក។

ទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជនតាមរយៈលេខនៅខាងក្រោមទំព័រ ហើយស្នើសុំទម្រង់បែបនៃ "ការតែងតាំងអ្នកតំណាង"។ អ្នកក៏អាចទទួលបានទម្រង់បែបបទដោយចូលទៅកាន់ www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf។
អ្នកត្រូវតែផ្តល់ជូនយើងខ្ញុំនូវច្បាប់ចម្លងនៃទម្រង់បែបបទ ដែលបានចុះហត្ថលេខា។

E4. តើផ្នែកណាមួយនៃជំពូកនេះនឹងជួយអ្នកបាន

មានស្ថានភាពចំនួនបួនដែលពាក់ព័ន្ធនឹងសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង និងការប្តឹងតវ៉ា។ ស្ថានការណ៍និមួយៗមានវិន័យ និងកាលកំណត់ខុសៗគ្នា។ យើងផ្តល់ព័ត៌មានលម្អិតសម្រាប់ផ្នែកនីមួយៗនៅក្នុងផ្នែកដាច់ដោយឡែកនៃជំពូកនេះ។ សូមមើលផ្នែកដែលអនុវត្តបាន៖

- **ផ្នែក F** "ការថែទាំផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ"
- **ផ្នែក G** "ឱសថ Medicare ផ្នែក D"
- **ផ្នែក H** "ស្នើសុំឱ្យយើងខ្ញុំធានារ៉ាប់រងលើការស្នាក់នៅមន្ទីរពេទ្យឱ្យបានយូរជាងនេះ។"
- **ផ្នែក I** "ស្នើសុំឱ្យយើងខ្ញុំបន្តធានារ៉ាប់រងលើសេវាផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រជាក់លាក់" (ផ្នែកនេះអនុវត្តចំពោះតែសេវាទាំងនេះតែប៉ុណ្ណោះ៖ សេវាថែទាំសុខភាពតាមផ្ទះ ការថែទាំនៅមណ្ឌលថែទាំអ្នកជំងឺកម្រិតខ្ពស់ និងសេវានៅមណ្ឌលស្តារនីតិសម្បទាអ្នកជំងឺឥតដេកពេទ្យគ្រប់ជ្រុងជ្រោយ (CORF)។)

ប្រសិនបើអ្នកមិនប្រាកដថាត្រូវប្រើផ្នែកណាទេ ទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជនតាមរយៈលេខនៅខាងក្រោមទំព័រ។ អ្នកក៏អាចទទួលបានជំនួយ ឬព័ត៌មានពីអង្គការរដ្ឋាភិបាលដូចជាកម្មវិធីជំនួយលើការធានារ៉ាប់រងសុខភាពថ្នាក់រដ្ឋរបស់អ្នកបានផងដែរ។ សូមមើល**ជំពូកទី 2 ផ្នែក C** សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម ។

F. ការថែទាំផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ

ផ្នែកនេះពន្យល់ពីអ្វីដែលត្រូវធ្វើ ប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហាក្នុងការទទួលបានការធានារ៉ាប់រងសម្រាប់ការថែទាំសុខភាព ឬប្រសិនបើ អ្នកចង់ឱ្យយើងខ្ញុំបង់ប្រាក់ឱ្យអ្នកវិញសម្រាប់ចំណែកនៃថ្លៃចូលរួមការចំណាយរបស់យើងលើការថែទាំរបស់អ្នក។ សម្រាប់ព័ត៌មានអំពីការស្នើសុំការសម្រាកនៅមន្ទីរពេទ្យរយៈពេលវែង សូមមើល**ផ្នែក H**។

ផ្នែកនេះ គឺស្តីអំពីអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នកសម្រាប់ការថែទាំផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដែលបានពណ៌នានៅក្នុង**ជំពូកទី 4** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក* នៅក្នុងតារាងអត្ថប្រយោជន៍។ នៅក្នុងករណីមួយចំនួន វិធានការផ្សេងៗគ្នាអាចត្រូវបានអនុវត្តចំពោះឱសថ Medicare ផ្នែក B។ នៅពេលដែលពួកគេអនុវត្ត យើងនឹងពន្យល់ពីរបៀបដែលវិធានការសម្រាប់ ឱសថ Medicare ផ្នែក B ខុសពីវិធានការសម្រាប់សេវាវេជ្ជសាស្ត្រ និងសម្ភារៈផ្សេងៗយ៉ាងដូចម្តេចខ្លះ។

F1. ការប្រើប្រាស់ផ្នែកនេះ

ផ្នែកនេះ ពន្យល់ពីអ្វីដែលអ្នកអាចធ្វើបានក្នុងស្ថានភាពណាមួយដូចខាងក្រោម៖

1. អ្នកគិតថា យើងរ៉ាប់រងលើការថែទាំផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដែលអ្នកត្រូវការ ប៉ុន្តែនមិនទទួលបាន។

   អ្វីដែលអ្នកអាចធ្វើបាន៖ អ្នកអាចស្នើសុំឱ្យយើងធ្វើការសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង។ សូមមើល**ផ្នែក F2**។

2. យើងមិនបានយល់ព្រមលើការថែទាំសុខភាពដែលវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក ឬអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពផ្សេងទៀតចង់ផ្តល់ឱ្យអ្នកនោះទេ ហើយអ្នកគិតថា យើងគួរតែយល់ព្រម។

   អ្វីដែលអ្នកអាចធ្វើបាន៖ អ្នកអាចប្តឹងតវ៉ាចំពោះសេចក្តីសម្រេចរបស់យើងបាន។ សូមមើល**ផ្នែក F3**។

3. អ្នកបានទទួលការថែទាំវេជ្ជសាស្ត្រ ដែលអ្នកគិតថាពួកយើងធានារ៉ាប់រង ប៉ុន្តែពួកយើងនឹងមិនទូទាត់ប្រាក់ជូនទេ។

   អ្វីដែលអ្នកអាចធ្វើបាន៖ អ្នកអាចប្តឹងតវ៉ាចំពោះសេចក្តីសម្រេចរបស់យើងក្នុងការមិនទូទាត់ប្រាក់បាន។ សូមមើល**ផ្នែក F5**។

4. អ្នកបានទទួល និងបានបង់ប្រាក់សម្រាប់ការថែទាំវេជ្ជសាស្ត្រដែលអ្នកគិតថា ពួកយើងធានារ៉ាប់រង ហើយអ្នកចង់ឱ្យពួកយើងសងប្រាក់ជូនអ្នកវិញ។

   អ្វីដែលអ្នកអាចធ្វើបាន៖ អ្នកអាចសូមឲ្យយើងសងប្រាក់អ្នកវិញ។ សូមមើល**ផ្នែក F5។**

5. យើងបានកាត់បន្ថយ ឬបញ្ឈប់ការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកសម្រាប់ការថែទាំផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រជាក់លាក់ ហើយអ្នកគិតថាសេចក្តីសម្រេចរបស់យើងអាចធ្វើឱ្យមានគ្រោះថ្នាក់ដល់សុខភាពរបស់អ្នក។

   អ្វីដែលអ្នកអាចធ្វើបាន៖ អ្នកអាចប្តឹងតវ៉ាចំពោះសេចក្តីសម្រេចរបស់យើងក្នុងការកាត់បន្ថយ ឬបញ្ឈប់ការថែទាំវេជ្ជសាស្ត្របាន។ សូមមើល**ផ្នែក F4**។

   - ប្រសិនបើការធានារ៉ាប់រង គឺសម្រាប់ការថែទាំនៅមន្ទីរពេទ្យ សេវាថែទាំសុខភាពតាមផ្ទះ ការថែទាំនៅមណ្ឌលថែទាំអ្នកជំងឺកម្រិតខ្ពស់ ឬសេវា CORF នោះច្បាប់ពិសេសនឹងត្រូវអនុវត្ត។ សូមមើល**ផ្នែក H** ឬ**ផ្នែក I** ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែម។

- សម្រាប់ស្ថានភាពផ្សេងទៀតទាំងអស់ដែលពាក់ព័ន្ធនឹងការកាត់បន្ថយ ឬបញ្ឈប់ការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នក សម្រាប់ការថែទាំផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រជាក់លាក់ ប្រើផ្នែកនេះ (ផ្នែក **F)** ជាការណែនាំរបស់អ្នក។

6. អ្នកកំពុងជួបប្រទះការពន្យារពេលក្នុងការថែទាំ ឬអ្នកមិនអាចស្វែងរកវេជ្ជបណ្ឌិតបាន។

អ្វីដែលអ្នកអាចធ្វើបាន៖ អ្នកអាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងតវ៉ាបាន។ សូមមើល**ផ្នែក F2។**

F2. ការស្នើសុំសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង

> នៅពេលដែលសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងពាក់ព័ន្ធទៅនឹងការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក វាត្រូវបានគេហៅថា **សេចក្តីសម្រេចរបស់អង្គការរួមបញ្ចូលគ្នា**។

អ្នក វេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក ឬអ្នកតំណាងរបស់អ្នកអាចស្នើសុំសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងពីយើងខ្ញុំដោយ៖

- ការហៅទូរសព្ទ៖ 1-800-452-4413, TTY: 711.
- ទូរសារ៖ 877-251-6671។
- សរសេរលិខិត៖

  Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan
  P.O. Box 927
  Woodland Hills, CA 91365-9856

ការសម្រេចពីការធានារ៉ាប់រងធម្មតា

នៅពេលយើងផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវសេចក្តីសម្រេចរបស់យើង យើងប្រើពេលវេលាកំណត់ “ធម្មតា” លុះត្រាតែយើងយល់ព្រមប្រើពេលវេលាកំណត់ “រហ័ស”។ ការសម្រេចពីការធានារ៉ាប់រងស្តង់ដាមានន័យថា យើងផ្តល់ចម្លើយឱ្យអ្នកក្នុងរយៈពេល៖

- **ប្រាំថ្ងៃនៃថ្ងៃធ្វើការ** បន្ទាប់ពីយើងទទួលបានសំណើរបស់អ្នក**សម្រាប់សេវាវេជ្ជសាស្ត្រ ឬសម្ភារៈវេជ្ជសាស្ត្រដែលស្ថិតក្រោមវិធានស្តីពីការអនុញ្ញាតជាមុនរបស់យើង**។
- **ប្រាំថ្ងៃនៃថ្ងៃធ្វើការ** និងមិនឱ្យលើសពី **14 ថ្ងៃតាមប្រតិទិន** បន្ទាប់ពីយើងទទួលបានសំណើរបស់អ្នក **សម្រាប់សេវាវេជ្ជសាស្ត្រ ឬសម្ភារៈវេជ្ជសាស្ត្រផ្សេងទៀតទាំងអស់**។
- **72 ម៉ោង** បន្ទាប់ពីយើងទទួលបានសំណើរបស់អ្នកសម្រាប់ **ថ្នាំ Medicare ផ្នែក B**។

សម្រាប់សម្ភារៈ ឬសេវាវេជ្ជសាស្ត្រ យើងអាចចំណាយពេលបន្ថែមរហូតដល់ 14 ថ្ងៃតាមប្រតិទិនទៀត ប្រសិនបើយើងស្នើសុំពេលវេលាបន្ថែម ឬប្រសិនបើយើងត្រូវការព័ត៌មានបន្ថែមដែលអាចផ្តល់អត្ថប្រយោជន៍ដល់អ្នក ដូចជា កំណត់ត្រាវេជ្ជសាស្ត្រពីអ្នកផ្តល់សេវាក្រៅបណ្តាញ។ ប្រសិនបើយើងចំណាយពេលបន្ថែម ដើម្បីធ្វើការសម្រេចចិត្តនោះ យើងនឹងជម្រាបជូនអ្នកជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ។ **យើងមិនអាចចំណាយថ្ងៃបន្ថែមបានទេ ប្រសិនបើសំណើរបស់អ្នកគឺសម្រាប់ឱសថ Medicare ផ្នែក B។**

ប្រសិនបើអ្នកគិតថាយើង**មិនគួរ**ចំណាយពេលបន្ថែមទេ អ្នកអាចដាក់ “បណ្តឹងរហ័ស” អំពីការសម្រេចចិត្តរបស់យើងក្នុងការចំណាយពេលបន្ថែម។ នៅពេលអ្នកធ្វើបណ្តឹងរហ័ស យើងផ្តល់ចម្លើយតបនឹងបណ្តឹងរបស់អ្នកក្នុងរយៈពេល 24 ម៉ោង។ ដំណើរការសម្រាប់ការធ្វើបណ្តឹង គឺខុសពីដំណើរការសម្រាប់ការសម្រេចពីការធានារ៉ាប់រង និងបណ្តឹងតវ៉ា។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីការដាក់ពាក្យបណ្តឹង រួមទាំងពាក្យបណ្តឹងបែបរហ័ស មើល**ផ្នែក K**។

សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងរហ័ស

> ពាក្យច្បាប់សម្រាប់ សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងហ័ស គឺ**សេចក្តីសម្រេចពន្លឿន**។

នៅពេលអ្នកស្នើសុំឱ្យយើងធ្វើការសម្រេចពីការធានារ៉ាប់រងអំពីការថែទាំវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នក ដែលតម្រូវឱ្យមានការឆ្លើយតបរហ័ស សូមស្នើសុំឱ្យយើងធ្វើ “ការសម្រេចពីការធានារ៉ាប់រងរហ័ស”។ ការសម្រេចពីការធានារ៉ាប់រងរហ័សមានន័យថា យើងនឹងផ្តល់ចម្លើយដល់អ្នកក្នុងរយៈពេល៖

- **72 ម៉ោង** បន្ទាប់ពីយើងទទួលបានសំណើរបស់អ្នក **សម្រាប់សេវា ឬសម្ភារៈវេជ្ជសាស្ត្រ**។
- **24 ម៉ោង** បន្ទាប់ពីយើងទទួលបានសំណើរបស់អ្នក **សម្រាប់ថ្នាំ Medicare ផ្នែក B**។

សម្រាប់សម្ភារៈ ឬសេវាវេជ្ជសាស្ត្រ យើងអាចចំណាយពេលបន្ថែមរហូតដល់ 14 ថ្ងៃតាមប្រតិទិនទៀត ប្រសិនបើយើងរក ឃើញថា ព័ត៌មានដែលអាចផ្តល់អត្ថប្រយោជន៍ដល់អ្នកកំពុងខ្វះខាត ដូចជា កំណត់ត្រាវេជ្ជសាស្ត្រពីអ្នកផ្តល់សេវាក្រៅបណ្តាញ ឬប្រសិនបើអ្នកត្រូវការពេលវេលា ដើម្បីផ្តល់ព័ត៌មានមកយើងសម្រាប់ការពិនិត្យឡើងវិញ។ ប្រសិនបើយើងចំណាយពេលបន្ថែម ដើម្បីធ្វើការសម្រេចចិត្តនោះ យើងនឹងជម្រាបជូនអ្នកជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ។ **យើងមិនអាចប្រើពេលបន្ថែមបានទេ ប្រសិនបើសំណើរបស់អ្នកគឺសម្រាប់ថ្នាំ Medicare ផ្នែក B។**

ប្រសិនបើអ្នកគិតថា យើង**មិនគួរ**យកថ្ងៃបន្ថែមដើម្បីធ្វើការសម្រេចពីការធានារ៉ាប់រងទេ អ្នកអាចដាក់ “បណ្តឹងរហ័ស” អំពីសេចក្តីសម្រេចរបស់យើងក្នុងការយកថ្ងៃបន្ថែម។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីការដាក់បណ្តឹង រួមទាំងបណ្តឹងរហ័ស សូមមើល **ផ្នែក K**។ យើងនឹងទូរសព្ទទៅអ្នកភ្លាមៗ នៅពេលយើងធ្វើសេចក្តីសម្រេចរួច។

ដើម្បីទទួលបានសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងរហ័ស អ្នកត្រូវតែបំពេញតាមតម្រូវការចំនួនពីរ៖

- អ្នកកំពុងស្នើសុំការរ៉ាប់រងសម្រាប់សម្ភារៈ និង/ឬសេវាផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដែល**អ្នកមិនបានទទួល**។ អ្នកមិនអាចស្នើសុំសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងរហ័សអំពីការទូទាត់ប្រាក់សម្រាប់ទំនិញ ឬសេវាដែលអ្នកបានទទួលរួចហើយនោះទេ។
- ការអនុវត្តតាមរយៈពេលកំណត់ធម្មតា **អាចបង្កផលប៉ះពាល់ធ្ងន់ធ្ងរដល់សុខភាពរបស់អ្នក** ឬធ្វើឱ្យសមត្ថភាពរបស់អ្នកក្នុងការបំពេញសកម្មភាព និងមុខងារប្រចាំថ្ងៃថយចុះ ។

យើងនឹងផ្តល់ការសម្រេចពីការធានារ៉ាប់រងរហ័សជូនអ្នកដោយស្វ័យប្រវត្តិ ប្រសិនបើវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកប្រាប់យើងថា សុខភាពរបស់អ្នកតម្រូវឱ្យមានការសម្រេចបែបនេះ។ ប្រសិនបើអ្នកស្នើសុំដោយគ្មានជំនួយពីវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក យើងសម្រេចថាតើអ្នកទទួលបានសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងរហ័សដែរឬទេ។

- ប្រសិនបើយើងសម្រេចថា សុខភាពរបស់អ្នកមិនបំពេញតាមលក្ខខណ្ឌតម្រូវសម្រាប់ការសម្រេចពីការធានារ៉ាប់រងរហ័សទេ យើងនឹងធ្វើលិខិតជូនអ្នកដែលបញ្ជាក់អំពីការសម្រេចនោះ ហើយយើងនឹងប្រើកាលកំណត់ស្តង់ដារជំនួសវិញ។ លិខិតនេះប្រាប់អ្នកថា៖

- យើងនឹងផ្តល់ការសម្រេចពីការធានារ៉ាប់រងរហ័សជូនអ្នកដោយស្វ័យប្រវត្តិ ប្រសិនបើវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកស្នើសុំវា។
- របៀបដែលអ្នកអាចដាក់ “បណ្តឹងរហ័ស” អំពីសេចក្តីសម្រេចរបស់យើងក្នុងការផ្តល់ការសម្រេចពីការធានារ៉ាប់រងធម្មតាជូនអ្នក ជំនួសឱ្យការសម្រេចពីការធានារ៉ាប់រងរហ័ស។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីការដាក់ពាក្យបណ្តឹង រួមទាំងពាក្យបណ្តឹងបែបរហ័ស មើល**ផ្នែក K**។

ប្រសិនបើយើងឆ្លើយថា មិនយល់ព្រមចំពោះផ្នែក ឬការស្នើសុំរបស់អ្នកទាំងអស់ យើងផ្ញើលិខិតមួយទៅកាន់អ្នក ដើម្បីពន្យល់ពីមូលហេតុទាំងនេះ។

- ប្រសិនបើយើងនិយាយថា **មិនយល់ព្រម** អ្នកមានសិទ្ធិដាក់បណ្តឹងតវ៉ាបាន។ ប្រសិនបើអ្នកគិតថា យើងបានធ្វើកំហុស ការដាក់បណ្តឹងតវ៉ា គឺជាវិធីផ្លូវការមួយក្នុងការស្នើសុំឱ្យយើងពិនិត្យឡើងវិញលើសេចក្តីសម្រេចរបស់យើង និងផ្លាស់ប្តូរសេចក្តីសម្រេចនោះ។
- ប្រសិនបើអ្នកសម្រេចចិត្តដាក់បណ្តឹងតវ៉ា អ្នកនឹងបន្តទៅកម្រិត 1 នៃដំណើរការបណ្តឹងតវ៉ា (សូមសំអាងទៅលើ **ផ្នែក F3**)។

ក្នុងកាលៈទេសៈមានកំណត់ យើងអាចបដិសេធសំណើរបស់អ្នកសម្រាប់ការសម្រេចពីការរ៉ាប់រង ដែលមានន័យថាយើងនឹងមិនពិនិត្យសំណើនោះទេ។ ឧទាហរណ៍នៃពេលដែលសំណើនឹងត្រូវបានបដិសេធរួមមាន៖

- ប្រសិនបើសំណើនេះមិនពេញលេញ
- ប្រសិនបើនរណាម្នាក់ធ្វើការស្នើសុំជំនួសអ្នក ប៉ុន្តែមិនអនុញ្ញាតស្របច្បាប់ក្នុងការធ្វើដូច្នេះទេ **ឬ**
- ប្រសិនបើអ្នកស្នើសុំឱ្យដកសំណើរបស់អ្នក។

ប្រសិនបើយើងបដិសេធសំណើសម្រាប់ការសម្រេចពីការរ៉ាប់រង យើងនឹងផ្ញើសេចក្តីជូនដំណឹងជូនអ្នក ដោយពន្យល់ពីមូលហេតុដែលសំណើនោះត្រូវបានបដិសេធ និងរបៀបស្នើសុំឱ្យមានការពិនិត្យឡើងវិញលើការបដិសេធនោះ។ ការពិនិត្យឡើងវិញនេះ ហៅថា បណ្តឹងតវ៉ា។ បណ្តឹងតវ៉ានឹងត្រូវបានពិភាក្សានៅក្នុងផ្នែកបន្ទាប់។

F3. ការដាក់ពាក្យបណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 1

ដើម្បីចាប់ផ្តើមបណ្តឹងតវ៉ា ទាក់ទងនឹងសេវាកម្ម ឬទំនិញដែលបានបដិសេធ ឬដើម្បីបន្តសេវាកម្ម ឬទំនិញដែលអ្នកកំពុងទទួលបានរួចហើយ អ្នក វេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក ឬអ្នកតំណាងបានអនុញ្ញាតរបស់អ្នកត្រូវតែទាក់ទងមកកាន់យើងខ្ញុំ។ ទូរសព្ទមកយើងខ្ញុំតាមរយៈលេខ 1-800-452-4413 (TTY: 711)។

ស្នើសុំបណ្តឹងតវ៉ាស្តង់ដា ឬបណ្តឹងតវ៉ារហ័ស ជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ ឬដោយទូរសព្ទមកយើងខ្ញុំ តាមរយៈលេខ 1-800-452-4413 (TTY: 711)។

- ប្រសិនបើវេជ្ជបណ្ឌិត ឬអ្នកផ្តល់សេវាផ្សេងទៀតរបស់អ្នកស្នើសុំបន្តសេវា ឬទំនិញដែលអ្នកកំពុងទទួលបានក្នុងអំឡុងពេលបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នក អ្នកប្រហែលជាត្រូវដាក់ឈ្មោះពួកគេថាជាអ្នកតំណាងរបស់អ្នកដើម្បីធ្វើសកម្មភាពជំនួសអ្នក។
- ប្រសិនបើនរណាម្នាក់ក្រៅពីវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកធ្វើការដាក់បណ្តឹងតវ៉ាសម្រាប់អ្នក សូមបញ្ចូលទម្រង់បែបបទនៃការតែងតាំងអ្នកតំណាងដែលអនុញ្ញាតឱ្យបុគ្គលនេះធ្វើតំណាងឱ្យអ្នក។ អ្នកអាចទទួលបានទម្រង់បែបបទដោយចូលទៅកាន់ www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf ។

- យើងអាចទទួលយកសំណើបណ្តឹងតវ៉ាដោយគ្មានទម្រង់បែបបទ ប៉ុន្តែយើងមិនអាចចាប់ផ្តើម ឬបញ្ចប់ការពិនិត្យឡើងវិញរបស់យើងបានទេ រហូតដល់យើងទទួលបានទម្រង់បែបបទ។ ប្រសិនបើយើងខ្ញុំមិនទទួលបានឯកសារមុនថ្ងៃផុតកំណត់សម្រាប់ធ្វើសេចក្តីសម្រេចលើបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នក៖
  - យើងបដិសេធសំណើរបស់អ្នក ហើយ
  - យើងផ្ញើជូនអ្នកនូវសេចក្តីជូនដំណឹងជាលាយលក្ខណ៍អក្សរដែលពន្យល់អំពីសិទ្ធិរបស់អ្នកក្នុងការស្នើសុំឱ្យ IRO ពិនិត្យឡើងវិញនូវសេចក្តីសម្រេចរបស់យើងក្នុងការបដិសេធបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នក។
- អ្នកត្រូវតែស្នើសុំបណ្តឹងតវ៉ាក្នុងរយៈពេល 65 ថ្ងៃតាមប្រតិទិន ចាប់តាំងពីកាលបរិច្ឆេទនៅលើសំបុត្រដែលយើងបានផ្ញើ ដើម្បីប្រាប់អ្នកអំពីសេចក្តីសម្រេចរបស់យើង។
- ប្រសិនបើអ្នកខកខានពេលវេលាកំណត់ ហើយមានហេតុផលល្អសម្រាប់ការបាត់វា យើងអាចផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវពេលវេលាបន្ថែមទៀតដើម្បីធ្វើបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នក។ ឧទាហរណ៍នៃហេតុផលល្អ គឺដូចជាអ្នកមានជំងឺធ្ងន់ធ្ងរ ឬយើងបានផ្តល់ព័ត៌មានខុសអំពីពេលវេលាកំណត់។ ពន្យល់ពីមូលហេតុដែលបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នកយឺតពេលនៅពេលអ្នកដាក់បណ្តឹងតវ៉ានោះ។
- អ្នកមានសិទ្ធិស្នើសុំយើងខ្ញុំនូវច្បាប់ចម្លងនៃព័ត៌មានអំពីបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នក។ អ្នក និងវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកក៏អាចផ្តល់ឱ្យយើងខ្ញុំនូវព័ត៌មានបន្ថែមដើម្បីគាំទ្របណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នកបានផងដែរ។

ប្រសិនបើសុខភាពរបស់អ្នកត្រូវការវា អ្នកអាចស្នើសុំបណ្តឹងតវ៉ារហ័ស។

> ពាក្យច្បាប់សម្រាប់ “បណ្តឹងតវ៉ារហ័ស” គឺជា **“ការពិចារណាសាថ្មីដោយពន្លឿន”**។

- ប្រសិនបើអ្នកដាក់បណ្តឹងតវ៉ាចំពោះការសម្រេចចិត្តដែលយើងបានធ្វើអំពីការរ៉ាប់រងសម្រាប់ការថែទាំ អ្នក និង/ឬវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកអាចស្នើសុំបណ្តឹងតវ៉ារហ័សបាន។

យើងផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវបណ្តឹងតវ៉ារហ័សដោយស្វ័យប្រវត្តិ ប្រសិនបើវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកប្រាប់យើងខ្ញុំថាសុខភាពរបស់អ្នក តម្រូវឱ្យមានវា។ ប្រសិនបើអ្នកស្នើសុំដោយគ្មានជំនួយពីវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក យើងសម្រេចថាតើអ្នកទទួលបានការប្តឹងតវ៉ា រហ័សដែរឬទេ។

- ប្រសិនបើយើងសម្រេចថាសុខភាពរបស់អ្នកមិនបំពេញតាមតម្រូវការសម្រាប់បណ្តឹងតវ៉ារហ័សទេ យើងធ្វើលិខិតមួយច្បាប់ឱ្យអ្នក ហើយយើងប្រើពេលវេលាកំណត់ធម្មតាជំនួសវិញ។ លិខិតនេះប្រាប់អ្នកថា៖
  - យើងផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវបណ្តឹងតវ៉ារហ័សដោយស្វ័យប្រវត្តិ ប្រសិនបើវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកស្នើសុំវា។
  - របៀបដែលអ្នកអាចដាក់ “ពាក្យបណ្តឹងតវ៉ា” អំពីសេចក្តីសម្រេចរបស់យើងក្នុងការផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវបណ្តឹងតវ៉ាធម្មតាជំនួសឱ្យបណ្តឹងតវ៉ារហ័ស។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីការដាក់ពាក្យបណ្តឹង រួមទាំងពាក្យបណ្តឹងបែបរហ័ស មើល**ផ្នែក K**។

ប្រសិនបើយើងប្រាប់អ្នកថា យើងកំពុងបញ្ឈប់ ឬកាត់បន្ថយសេវា ឬសម្ភារៈដែលអ្នកទទួលបានរួចហើយនោះ អ្នកប្រហែល ជាអាចនឹងបន្តសេវា ឬសម្ភារៈទាំងនោះក្នុងអំឡុងពេលបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នក។

- ប្រសិនបើយើងសម្រេចថាផ្លាស់ប្តូរ ឬបញ្ឈប់ការធានារ៉ាប់រងសម្រាប់សេវា ឬទំនិញដែលអ្នកទទួលបាន យើងនឹងផ្ញើសេចក្តីជូនដំណឹងដល់អ្នកមុនពេលយើងចាត់បទបញ្ជាការ។
- ប្រសិនបើអ្នកមិនយល់ស្របទៅនឹងសេចក្តីសម្រេចរបស់យើង អ្នកអាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 1។
- យើងបន្តធានារ៉ាប់រងលើសេវា ឬទំនិញ ប្រសិនបើអ្នកស្នើសុំបណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 1 ក្នុងរយៈពេលដប់ថ្ងៃតាមប្រតិទិននៃកាលបរិច្ឆេទនៅលើលិខិតរបស់យើង ឬតាមកាលបរិច្ឆេទប្រសិទ្ធភាពដែលបានគ្រោងទុកនៃសកម្មភាពណាមួយកើតនៅពេលក្រោយ។
    - ប្រសិនបើអ្នកបំពេញតាមកាលបរិច្ឆេទកំណត់នេះ អ្នកនឹងទទួលបានសេវាកម្ម ឬសម្ភារៈដោយគ្មានការផ្លាស់ប្តូរ ខណៈពេលដែលបណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 1 របស់អ្នកកំពុងតែរង់ចាំការសម្រេច។
    - អ្នកក៏នឹងទទួលបានសេវា ឬសម្ភារៈទាំងអស់ផ្សេងទៀត (ដែលមិនមែនជាកម្មវត្ថុនៃបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នក) ដោយគ្មានការផ្លាស់ប្តូរ។
    - ប្រសិនបើអ្នកមិនដាក់បណ្តឹងតវ៉ាមុនកាលបរិច្ឆេទទាំងនេះទេ នោះសេវា ឬសម្ភារៈរបស់អ្នកនឹងមិនបានបន្តនោះឡើយ ខណៈពេលដែលអ្នករង់ចាំសេចក្តីសម្រេចលើបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នក។

យើងពិចារណាលើបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នក ហើយផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវចម្លើយរបស់យើង។

- នៅពេលដែលយើងពិនិត្យឡើងវិញនូវបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នក យើងនឹងពិនិត្យមើលព័ត៌មានទាំងអស់ដោយប្រុងប្រយ័ត្នម្តងទៀតអំពីសំណើរបស់អ្នកសម្រាប់ការធានារ៉ាប់រងលើការថែទាំផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ។
- យើងពិនិត្យមើលថាតើយើងបានធ្វើតាមច្បាប់ទាំងអស់នៅពេលដែលយើងនិយាយថា **មិនយល់ព្រម** ចំពោះសំណើរបស់អ្នកដែរឬទេ។
- យើងប្រមូលព័ត៌មានបន្ថែម ប្រសិនបើយើងត្រូវការវា។ យើងអាចទាក់ទងអ្នក ឬវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែម។

មានពេលវេលាកំណត់សម្រាប់បណ្តឹងតវ៉ារហ័ស។

- នៅពេលយើងប្រើពេលវេលាកំណត់រហ័ស យើងត្រូវតែផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវចម្លើយរបស់យើង**ក្នុងរយៈពេល 72 ម៉ោង បន្ទាប់ពីយើងទទួលបានបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នក ឬឆាប់ជាងនេះ ប្រសិនបើសុខភាពរបស់អ្នកតម្រូវឱ្យមានការឆ្លើយតបលឿនជាងនេះ។** ប្រសិនបើយើងបដិសេធបណ្តឹងតវ៉ារហ័ស យើងនឹងផ្តល់ឱ្យអ្នក វេជ្ជបណ្ឌិត អ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជា ឬតំណាងរបស់អ្នកនូវការបញ្ជាក់ដោយផ្ទាល់មាត់អំពីការបដិសេធនោះ។
    - ប្រសិនបើយើងមិនផ្តល់ចម្លើយឱ្យអ្នកក្នុងរយៈពេល 72 ម៉ោងទេ យើងត្រូវបញ្ជូនសំណើរបស់អ្នកទៅកម្រិត 2 នៃដំណើរការបណ្តឹងតវ៉ា។ បន្ទាប់មក IRO ពិនិត្យមើលវា។ IRO នឹងជូនដំណឹងដល់អ្នកជាលាយលក្ខណ៍អក្សរនៅពេលដែលខ្លួនទទួលបានបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នក។ នៅផ្នែកចុងក្រោយនៅក្នុងជំពូកនេះ យើងប្រាប់អ្នកអំពីអង្គការនេះ និងពន្យល់អំពីដំណើរការបណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 2។ ប្រសិន

បើបញ្ហារបស់អ្នកពាក់ព័ន្ធនឹងការធានារ៉ាប់រងលើសេវា ឬគ្រឿងបរិក្ខាររបស់ Medicaid អ្នកអាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងសវនាការថ្នាក់រដ្ឋ កម្រិត 2 ដោយខ្លួនឯងជាមួយរដ្ឋបានភ្លាមៗ នៅពេលដែលរយៈពេលកំណត់បានផុត។ នៅក្នុងរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា នីសវនាការថ្នាក់រដ្ឋ គេហៅថា “សវនាការថ្នាក់រដ្ឋ”។ ដើម្បីដាក់ពាក្យបណ្តឹងសវនាការថ្នាក់រដ្ឋ សូមមើល **ផ្នែក F4** ដែលអាចអនុវត្តបាន។

- **ប្រសិនបើយើងនិយាយថា យល់ព្រម ចំពោះផ្នែកមួយ ឬទាំងអស់នៃសំណើរបស់អ្នក** យើងត្រូវតែអនុញ្ញាត ឬផ្តល់ការធានារ៉ាប់រងដែលយើងបានយល់ព្រមផ្តល់ជូនក្នុងរយៈពេល 72 ម៉ោង បន្ទាប់ពីយើងទទួលបានបណ្តឹងតវ៉ាអ្នក ឬឆាប់ជាងនេះ ប្រសិនបើអ្នកមានតម្រូវការផ្នែកសុខភាព។
- **ប្រសិនបើយើងឆ្លើយថា មិនយល់ព្រម ចំពោះផ្នែកមួយ ឬទាំងអស់នៃសំណើរបស់អ្នក** យើងនឹងផ្ញើបណ្តឹងតវ៉ា របស់អ្នកទៅកាន់ IRO សម្រាប់បណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 2។

មានពេលវេលាកំណត់សម្រាប់បណ្តឹងតវ៉ាធម្មតា។

- នៅពេលយើងប្រើពេលវេលាកំណត់ធម្មតា យើងត្រូវតែផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវចម្លើយរបស់យើង**ក្នុងរយៈពេល 30 ថ្ងៃតាម ប្រតិទិន** បន្ទាប់ពីយើងទទួលបានបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នកសម្រាប់សេវាធានារ៉ាប់រងដែលអ្នកមិនបានទទួល។
- ប្រសិនបើសំណើរបស់អ្នក គឺសម្រាប់ឱសថ Medicare ផ្នែក B ដែលអ្នកមិនទទួលបាន យើងនឹងផ្តល់ចម្លើយដល់អ្នក **ក្នុងរយៈពេលប្រាំពីរថ្ងៃតាមប្រតិទិន** បន្ទាប់ពីយើងទទួលបានបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នក ឬលឿនជាងនេះ ប្រសិនបើសុខភាពរបស់អ្នកទាមទារ។
    - ប្រសិនបើយើងមិនផ្តល់ចម្លើយឱ្យអ្នកមុនពេលវេលាកំណត់ទេ យើងត្រូវតែបញ្ជូនសំណើរបស់អ្នកទៅកម្រិត 2 នៃដំណើរការបណ្តឹងតវ៉ា។ បន្ទាប់មក IRO ពិនិត្យមើលវា។ នៅផ្នែកចុងក្រោយនៅក្នុងជំពូកនេះ **ផ្នែក F4** យើងប្រាប់អ្នកអំពីអង្គការនេះ និងពន្យល់អំពីដំណើរការបណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 2។ ប្រសិនបើបញ្ហារបស់អ្នកពាក់ព័ន្ធនឹងការធានារ៉ាប់រងលើសេវា ឬគ្រឿងបរិក្ខាររបស់ Medicaid អ្នកអាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងសវនាការថ្នាក់រដ្ឋ កម្រិត 2 ដោយខ្លួនឯងជាមួយរដ្ឋបានភ្លាមៗ នៅពេលដែលរយៈពេលកំណត់បានផុត។ នៅក្នុងរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា នីសវនាការថ្នាក់រដ្ឋ គេហៅថា “សវនាការថ្នាក់រដ្ឋ”។ ដើម្បីដាក់ពាក្យបណ្តឹងសវនាការថ្នាក់រដ្ឋ សូមមើល **ផ្នែក F4** ដែលអាចអនុវត្តបាន។

ប្រសិនបើយើងយល់ព្រមចំពោះផ្នែកណាមួយ ឬទាំងអស់នៃសំណើរបស់អ្នក យើងត្រូវតែអនុញ្ញាត ឬផ្តល់ការធានារ៉ាប់រងដែលយើងបានយល់ព្រមផ្តល់ ក្នុងរយៈពេល 30 ថ្ងៃតាមប្រតិទិន គិតចាប់ពីកាលបរិច្ឆេទដែលយើងបានទទួលសំណើបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នក ឬឱ្យបានលឿនតាមដែលស្ថានភាពសុខភាពរបស់អ្នកតម្រូវ និងក្នុងរយៈពេល 72 ម៉ោង គិតចាប់ពីកាលបរិច្ឆេទដែលយើងផ្លាស់ប្តូរសេចក្តីសម្រេចរបស់យើង ឬក្នុងរយៈពេលប្រាំពីរថ្ងៃតាមប្រតិទិន គិតចាប់ពីកាលបរិច្ឆេទដែលយើងបានទទួលបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នក ប្រសិនបើសំណើរបស់អ្នក គឺសម្រាប់ថ្នាំ Medicare ផ្នែក B។

ប្រសិនបើយើងនិយាយថា **មិនយល់ព្រម** ចំពោះផ្នែកមួយ ឬទាំងអស់នៃសំណើរបស់អ្នក **អ្នកមានសិទ្ធិដាក់បណ្តឹងតវ៉ាបន្ថែមទៀត៖**

- ប្រសិនបើយើងឆ្លើយថា **មិនយល់ព្រម** ចំពោះផ្នែកមួយ ឬទាំងអស់នៃសំណើរបស់អ្នក យើងនឹងផ្ញើលិខិតមួយច្បាប់ជូនអ្នក។
- ប្រសិនបើបញ្ហារបស់អ្នក គឺពាក់ព័ន្ធនឹងការធានារ៉ាប់រងនៃសេវា ឬទំនិញរបស់ Medicare លិខិតនោះនឹងប្រាប់អ្នកថា យើងបានបញ្ជូនសំណុំរឿងរបស់អ្នកទៅកាន់ IRO សម្រាប់បណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 2។

- ប្រសិនបើបញ្ហារបស់អ្នកគឺពាក់ព័ន្ធនឹងការធានារ៉ាប់រងនៃសេវា ឬទំនិញរបស់ Medi-Cal លិខិតនោះនឹងប្រាប់អ្នក អំពីរបៀបដាក់បណ្តឹងកម្រិត 2 ដោយខ្លួនឯង។

F4. ការដាក់បណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 2

ប្រសិនបើយើងឆ្លើយថា **មិនយល់ព្រម**ចំពោះផ្នែកមួយ ឬទាំងអស់នៃបណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 1 របស់អ្នក យើងនឹងផ្ញើលិខិតទៅកាន់អ្នក។ លិខិតនេះប្រាប់អ្នកថាតើ ជាធម្មតា Medicare, Medi-Cal ឬកម្មវិធីទាំងពីរ ធានារ៉ាប់រងលើសេវា ឬទំនិញអ្វីខ្លះ។

- ប្រសិនបើបញ្ហារបស់អ្នកគឺពាក់ព័ន្ធនឹងសេវា ឬទំនិញដែលជាទូទៅធានារ៉ាប់រងដោយ **Medicare** យើងនឹងបញ្ជូនករណីរបស់អ្នកដោយស្វ័យប្រវត្តិដំណើរការបណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 2 ភ្លាមៗបន្ទាប់ពីបណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 1 បានបញ្ចប់។

- ប្រសិនបើបញ្ហារបស់អ្នក គឺពាក់ព័ន្ធនឹងសេវា ឬទំនិញដែលជាទូទៅធានារ៉ាប់រងដោយ **Medi-Cal** អ្នកអាច ដាក់ពាក្យបណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 2 ដោយខ្លួនឯង។ លិខិតនោះនឹងប្រាប់អ្នកអំពីរបៀបដាក់បណ្តឹងនេះ។ យើងក៏បញ្ចូលព័ត៌មានបន្ថែមនៅផ្នែកចុងក្រោយនៃជំពូកនេះផងដែរ។

- ប្រសិនបើបញ្ហារបស់អ្នក គឺពាក់ព័ន្ធនឹងសេវា ឬទំនិញដែលអាចធានារ៉ាប់រងទាំង **Medicare** និង **Medi-Cal** នោះអ្នកនឹងទទួលបានបណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 2 ដោយស្វ័យប្រវត្តិជាមួយ IRO។ បន្ថែមពីលើបណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 2 ដោយស្វ័យប្រវត្តិ អ្នកក៏អាចស្នើសុំសវនាការថ្នាក់រដ្ឋ និងការត្រួតពិនិត្យផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដោយឯករាជ្យជាមួយរដ្ឋផងដែរ។ ទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយ ការពិនិត្យឡើងវិញផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រឯករាជ្យមិនមានទេ ប្រសិនបើអ្នកបានបង្ហាញភស្តុតាងរួចហើយនៅក្នុង រដ្ឋសវនាការ។

ប្រសិនបើអ្នកមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ការបន្តអត្ថប្រយោជន៍នៅពេលអ្នកដាក់បណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 1 របស់អ្នក អត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នកសម្រាប់សេវា ទំនិញ ឬឱសថដែលស្ថិតនៅក្រោមបណ្តឹងតវ៉ា ក៏អាចបន្តក្នុងអំឡុងពេលកម្រិត 2 ផងដែរ។ សូមមើល**ផ្នែក F3** សម្រាប់ព័ត៌មានអំពីការបន្តអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នកក្នុងអំឡុងពេលបណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 1។

- ប្រសិនបើបញ្ហារបស់អ្នក គឺពាក់ព័ន្ធនឹងសេវាដែលជាទូទៅទទួលបានការធានារ៉ាប់រងពី Medicare នោះអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នកសម្រាប់សេវានោះនឹងមិនបន្តក្នុងអំឡុងពេលដំណើរការបណ្តឹងតវ៉ាកម្រិតថ្នាក់ទី 2 ជាមួយ IRO នោះទេ។

- ប្រសិនបើបញ្ហារបស់អ្នក គឺអំពីសេវាដែលជាទូទៅទទួលបានការធានារ៉ាប់រងពី Medi-Cal តែប៉ុណ្ណោះ អត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នកសម្រាប់សេវានោះនៅតែបន្ត ប្រសិនបើអ្នកដាក់បណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 2 ក្នុងរយៈពេលដប់ថ្ងៃតាមប្រតិទិនបន្ទាប់ពីទទួលបានលិខិតសម្រេចរបស់យើង។

នៅពេលដែលបញ្ហារបស់អ្នកមានពាក់ព័ន្ធនឹងសេវា ឬទំនិញដែលជាទូទៅទទួលបានការធានារ៉ាប់រងពី Medicare

IRO ពិនិត្យឡើងវិញនូវបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នក។ វាគឺជាអង្គការឯករាជ្យមួយដែលត្រូវបានជួលដោយកម្មវិធី Medicare។

> ឈ្មោះផ្លូវការសម្រាប់អង្គការត្រួតពិនិត្យឯករាជ្យ (IRO) គឺ **អង្គភាពត្រួតពិនិត្យឯករាជ្យ** ដែលជួនកាលហៅថា **IRE**។

- អង្គការនេះមិនមានទំនាក់ទំនងជាមួយយើងទេ ហើយមិនមែនជាទីភ្នាក់ងាររដ្ឋាភិបាលនោះទេ។ Medicare បានជ្រើសរើសក្រុមហ៊ុនឱ្យធ្វើជា IRO ហើយ Medicare ត្រួតពិនិត្យលើការងាររបស់ពួកគេ។
- យើងផ្ញើព័ត៌មានអំពីបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នក (“ឯកសារសំណុំរឿង” របស់អ្នក) ទៅកាន់អង្គការនេះ។ អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានច្បាប់ចម្លងនៃឯកសារសំណុំរឿងរបស់អ្នកដោយឥតគិតថ្លៃ។
- អ្នកមានសិទ្ធិផ្តល់ព័ត៌មានបន្ថែមដល់ IRO ដើម្បីគាំទ្រលើបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នក។
- អ្នកត្រួតពិនិត្យនៅ IRO ពិនិត្យមើលដោយប្រុងប្រយ័ត្ននូវព័ត៌មានទាំងអស់ដែលទាក់ទងនឹងបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នក។

ប្រសិនបើអ្នកមានបណ្តឹងតវ៉ារហ័សនៅកម្រិត 1 អ្នកក៏មានបណ្តឹងតវ៉ារហ័សនៅកម្រិត 2 ផងដែរ។

- ប្រសិនបើអ្នកមានបណ្តឹងតវ៉ារហ័សមកកាន់យើងនៅកម្រិតទី 1 នោះអ្នកនឹងទទួលបានបណ្តឹងតវ៉ារហ័សនៅកម្រិតទី 2 ដោយស្វ័យប្រវត្តិ។ IRO ត្រូវតែផ្តល់ចម្លើយដល់អ្នកចំពោះបណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 2 របស់អ្នក ក្នុងរយៈ**ពេល 72 ម៉ោង** បន្ទាប់ពីទទួលបានបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នក។

ប្រសិនបើអ្នកមានបណ្តឹងតវ៉ាធម្មតានៅកម្រិត 1 អ្នកក៏មានបណ្តឹងតវ៉ាធម្មតានៅកម្រិត 2 ផងដែរ។

- ប្រសិនបើអ្នកមានបណ្តឹងតវ៉ាធម្មតាមកកាន់យើងនៅកម្រិតទី 1 នោះអ្នកនឹងទទួលបានបណ្តឹងតវ៉ាធម្មតានៅកម្រិតទី 2 ដោយស្វ័យប្រវត្តិ។
- ប្រសិនបើសំណើរបស់អ្នកគឺសម្រាប់ទំនិញ ឬសេវាវេជ្ជសាស្ត្រ IRO ត្រូវតែផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវចម្លើយចំពោះបណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 2 របស់អ្នកក្នុងរយៈពេល **30** ថ្ងៃតាមប្រតិទិន បន្ទាប់ពីទទួលបានបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នក។
- ប្រសិនបើសំណើរបស់អ្នកគឺសម្រាប់ឱសថ Medicare ផ្នែក B អង្គការ IRO ត្រូវតែផ្តល់ចម្លើយដល់អ្នកចំពោះបណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 2 របស់អ្នក**ក្នុងរយៈពេលប្រាំពីរថ្ងៃតាមប្រតិទិន** នៃការទទួលបានបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នក។

ថាតើ IRO ផ្តល់ចម្លើយរបស់ពួកគេដល់អ្នកជាលាយលក្ខណ៍អក្សរនិងពន្យល់ពីមូលហេតុដែរឬទេ។

- **ប្រសិនបើ IRO និយាយថា យល់ព្រម ចំពោះផ្នែកមួយ ឬទាំងអស់នៃសំណើសម្រាប់ទំនិញ ឬសេវាវេជ្ជសាស្ត្រ** យើងត្រូវតែអនុវត្តការសម្រេចភ្លាមៗ៖
  - អនុញ្ញាតឱ្យមានការធានារ៉ាប់រងលើការថែទាំសុខភាព**ក្នុងរយៈពេល 72 ម៉ោង ឬ**
  - ផ្តល់សេវាក្នុងរយៈពេល **ប្រាំថ្ងៃធ្វើការ** បន្ទាប់ពីយើងទទួលបានសេចក្តីសម្រេចរបស់ IRO សម្រាប់ **សំណើធម្មតា ឬ**
  - ផ្តល់សេវាក្នុងរយៈពេល **72** ម៉ោង ចាប់ពីកាលបរិច្ឆេទដែលយើងទទួលបានការសម្រេចរបស់ IRO សម្រាប់ការស្នើសុំពន្លឿន។
- **ប្រសិនបើ IRO យល់ព្រមចំពោះផ្នែកខ្លះ ឬទាំងអស់នៃសំណើសម្រាប់ឱសថ Medicare ផ្នែក B យើងត្រូវតែអនុញ្ញាត ឬផ្តល់ឱសថ Medicare ផ្នែក B ដែលស្ថិតក្រោមវិវាទ៖**
  - **ក្នុងរយៈពេល 72 ម៉ោង** បន្ទាប់ពីយើងទទួលបានការសម្រេចរបស់ IRO **សម្រាប់សំណើធម្មតា ឬ**

- ក្នុងរយៈពេល **24** ម៉ោង ចាប់ពីកាលបរិច្ឆេទដែលយើងទទួលបានការសម្រេចរបស់ IRO សម្រាប់ការស្នើសុំពន្លឿន។

- **ប្រសិនបើ IRO ឆ្លើយថា មិនយល់ព្រមចំពោះផ្នែកខ្លះ ឬទាំងស្រុងនៃបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នក** នេះមានន័យថាពួកគេយល់ស្របថា យើងមិនគួរយល់ព្រមលើសំណើរបស់អ្នក (ឬផ្នែកខ្លះនៃសំណើរបស់អ្នក) សម្រាប់ ការរ៉ាប់រងលើការថែទាំផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ។ នេះហៅថា "ការតម្កល់សេចក្តីសម្រេច" ឬ "ការបដិសេធបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នក"។

  - ប្រសិនបើករណីរបស់អ្នកបំពេញតាមតម្រូវការ អ្នកជ្រើសរើសថាតើអ្នកចង់បន្តបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នកដែរឬទេ។

  - មានកម្រិតបន្ថែមចំនួនបីនៅក្នុងដំណើរការបណ្តឹងតវ៉ាបន្ទាប់ពីកម្រិត 2 សម្រាប់កម្រិតសរុបចំនួនប្រាំ។

  - ប្រសិនបើបណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 2 របស់អ្នកត្រូវបានបដិសេធ ហើយអ្នកបំពេញតាមតម្រូវការ ដើម្បីបន្តដំណើរការបណ្តឹងតវ៉ា អ្នកត្រូវតែសម្រេចចិត្តថាតើត្រូវបន្តទៅកម្រិត 3 ហើយដាក់បណ្តឹងតវ៉ាលើកទីបីដែរឬទេ។ ព័ត៌មានលម្អិតអំពីរបៀបធ្វើដំណើរនេះមាននៅក្នុងសេចក្តីជូនដំណឹងជាលាយលក្ខណ៍អក្សរដែលអ្នកទទួលបានបន្ទាប់ពីបណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 2 របស់អ្នក។

  - ចៅក្រមច្បាប់រដ្ឋបាល (ALJ) ឬមេធាវីកាត់សេចក្តីដោះស្រាយបណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 3។ សូមមើលផ្នែក **J** សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីបណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 3, 4 និង 5។

នៅពេលដែលបញ្ហារបស់អ្នក គឺអំពីសេវា ឬទំនិញ ដែលជាធម្មតាទទួលបានការធានារ៉ាប់រងពី Medi-Cal

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

(1) ក្រសួងថែទាំសុខភាពក្រោមការគ្រប់គ្រង (DMHC)

អ្នកអាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងតវ៉ាជាមួយ ឬដាក់ពាក្យ សុំការពិនិត្យឡើងវិញផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រឯករាជ្យ (IMR) ពីមជ្ឈមណ្ឌលជំនួយនៅ DMHC។ តាមរយៈការដាក់បណ្តឹងតវ៉ានោះ DMHC នឹងត្រួតពិនិត្យឡើងវិញនូវការសម្រេចចិត្តរបស់ពួកយើង។ DMHC នឹងធ្វើការស៊ើបអង្កេតបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នកដោយខ្លួនឯង ឬសម្រេចថា តើករណីនេះមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ IMR ដែរ ឬទេ។ IMR អាចនឹងមានសម្រាប់សេវា ឬសម្ភារៈរ៉ាប់រងដោយ Medi-Cal ដែលមានលក្ខណៈវេជ្ជសាស្ត្រ។ IMR គឺជាការពិនិត្យឡើងវិញនូវករណីរបស់អ្នកដោយអ្នកជំនាញដែលមិនមែនជាផ្នែកនៃគម្រោងរបស់យើង ឬជាផ្នែកនៃ DMHC នោះទេ។ បើសិន IMR បានសម្រេចឲ្យអ្នកត្រូវ យើងត្រូវតែផ្តល់ឲ្យអ្នកនូវសេវា ឬទំនិញ ដែលអ្នកបានស្នើសុំ។ អ្នកមិនបង់ថ្លៃ សម្រាប់វិធី IMR ទេ។

អ្នកអាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងតវ៉ា ឬស្នើសុំ IMR ប្រសិនបើគម្រោងរបស់យើង៖

- បដិសេធ ផ្លាស់ប្តូរ ឬពន្យារពេលសេវា ឬការព្យាបាលរបស់ Medi-Cal ដោយសារតែគម្រោងរបស់យើងកំណត់ថា វាមិនចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ។

- នឹងមិនរ៉ាប់រងលើការព្យាបាល Medi-Cal បែបពិសោធ ឬស៊ើបអង្កេតសម្រាប់ស្ថានភាពជំងឺធ្ងន់ធ្ងរ។

- ជម្លោះមិនថា លើសេវា ឬនីតិវិធីរះកាត់មានលក្ខណៈកែសម្ផស្ស ឬស្ថាបនាឡើងវិញនោះទេ។
- នឹងមិនបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាគ្រោអាសន្ន ឬបន្ទាន់របស់ Medi-Cal ដែលអ្នកបានទទួលរួចហើយនោះទេ។
- មិនបានដោះស្រាយបណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 1 របស់អ្នកលើសេវា Medi-Cal ក្នុងរយៈពេល 30 ថ្ងៃតាមប្រតិទិនសម្រាប់បណ្តឹងតវ៉ាធម្មតា ឬ 72 ម៉ោង ឬឆាប់ជាងនេះ ប្រសិនបើសុខភាពរបស់អ្នកតម្រូវដូច្នោះ សម្រាប់បណ្តឹងតវ៉ារហ័ស។

ក្នុងករណីភាគច្រើន អ្នកត្រូវតែដាក់បណ្តឹងតវ៉ាជាមួយយើងខ្ញុំមុនពេលស្នើសុំ IMR។ សូមសំអាងទៅលើ **ផ្នែក F3** សម្រាប់ព័ត៌មានអំពីដំណើរការបណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 1 របស់យើង។ ប្រសិនបើអ្នកមិនយល់ព្រមនឹងសេចក្តីសម្រេចរបស់យើង អ្នក អាចដាក់ស្នើទម្រង់ពាក្យសុំ IMR/បណ្តឹងទៅកាន់ DMHC បាន។

ចំណាំ៖ ប្រសិនបើអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកបានដាក់បណ្តឹងតវ៉ាសម្រាប់អ្នក ប៉ុន្តែយើងមិនទទួលបានទម្រង់ការតែងតាំងតំណាងរបស់អ្នកទេ អ្នកនឹងត្រូវដាក់បណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នកឡើងវិញជាមួយយើង មុនពេលអ្នកអាចដាក់បណ្តឹងសុំ IMR កម្រិត 2 ជាមួយ DMHC លុះត្រាតែបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នកពាក់ព័ន្ធនឹងការគំរាមកំហែងធ្ងន់ធ្ងរនិងជិតមកដល់ចំពោះសុខភាពរបស់អ្នក រួមទាំងប៉ុន្តែមិនកំណត់ត្រឹម ការឈឺចាប់ខ្លាំង ការបាត់បង់ជីវិត ការបាត់បង់អវយវៈ ឬមុខងាររាងកាយសំខាន់ៗដែលអាចកើតមាន។

អ្នកអាចស្នើសុំ IMR និង រដ្ឋសវនាការ ប៉ុន្តែអ្នកមិនត្រូវបានអនុញ្ញាតឱ្យទៅ IMR ទេ ប្រសិនបើអ្នកបានបង្ហាញភស្តុតាងរួចហើយនៅក្នុងរដ្ឋសវនាការ ឬមានរដ្ឋសវនាការលើបញ្ហាដូចគ្នា។

ប្រសិនបើការព្យាបាលរបស់អ្នកត្រូវបានបដិសេធ ដោយសារតែវាជាការពិសោធ ឬការស៊ើបអង្កេត អ្នកមិនចាំបាច់ចូលរួមក្នុងដំណើរការបណ្តឹងតវ៉ារបស់យើង មុនពេលអ្នកដាក់ពាក្យស្នើសុំ IMR នោះទេ។

ប្រសិនបើបញ្ហារបស់អ្នកបន្ទាន់ ឬជាប់ពាក់ព័ន្ធនឹងការគំរាមកំហែងបន្ទាន់ និងធ្ងន់ធ្ងរដល់សុខភាពរបស់អ្នក ឬប្រសិនបើអ្នកស្ថិតនៅក្នុងការឈឺចាប់ធ្ងន់ធ្ងរ អ្នកអាចបញ្ជូនបញ្ហានេះភ្លាមទៅកាន់ DMHC ដោយមិនចាំបាច់ឆ្លងកាត់ដំណើរការបណ្តឹងតវ៉ារបស់យើងជាមុនទេ។

អ្នកត្រូវតែ**ស្នើសុំ IMR ក្នុងរយៈពេលប្រាំមួយខែ** បន្ទាប់ពីយើងផ្ញើសេចក្តីសម្រេចជាលាយលក្ខណ៍អក្សរអំពីបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នក។ DMHC អាចទទួលយកពាក្យសុំរបស់អ្នកបន្ទាប់ពីប្រាំមួយខែសម្រាប់ហេតុផលសមស្រប ដូចជាអ្នកមានស្ថានភាពវេជ្ជសាស្ត្រដែលរារាំងអ្នកមិនឱ្យស្នើសុំ IMR ក្នុងរយៈពេលប្រាំមួយខែ ឬអ្នកមិនទទួលបានការជូនដំណឹងគ្រប់គ្រាន់ពីយើងអំពីដំណើរការ IMR។

ដើម្បីដាក់ពាក្យបណ្តឹង ឬស្នើសុំ IMR៖

- បំពេញទម្រង់បែបបទ IMR/បណ្តឹងតវ៉ាដែលអាចរកបាននៅ៖ 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។ ត្រូវផ្ញើច្បាប់ចម្លងនៃឯកសារដែលមិនមែនជាច្បាប់ដើមឡើយ។ មជ្ឈមណ្ឌលផ្តល់ជំនួយមិនអាចប្រគល់ឯកសារណាមួយវិញបានឡើយ។

- បំពេញទម្រង់បែបបទជំនួយការដែលមានការអនុញ្ញាត ប្រសិនបើនរណាម្នាក់កំពុងជួយអ្នកជាមួយ IMR របស់អ្នក។ អ្នកអាចទទួលបានទម្រង់បែបបទនេះនៅ www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForms.aspx ឬទូរសព្ទទៅមជ្ឈមណ្ឌលជំនួយរបស់ក្រសួងតាមរយៈលេខ 1-888-466-2219។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរទូរសព្ទទៅកាន់លេខ 1-877-688-9891។
- ដាក់បញ្ជូនទម្រង់បែបបទ IMR/បណ្តឹងតវ៉ា និងឯកសារភ្ជាប់ណាមួយទៅកាន់ DMHC តាមអនឡាញ៖ www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint។

  បញ្ជូនតាមប្រៃសណីយ៍ ឬទូរសារ៖

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

ក្នុងរយៈពេលប្រាំពីរថ្ងៃ DMHC នឹងពិនិត្យមើលពាក្យសុំរបស់អ្នក ហើយផ្ញើលិខិតទទួលស្គាល់ការទទួលបានជូនអ្នក។ ប្រសិនបើ DMHC កំណត់ថាករណីមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ IMR នោះការសម្រេចចិត្ត IMR នឹងត្រូវបានធ្វើឡើងក្នុងរយៈពេល 45 ថ្ងៃបន្ទាប់ពីទទួលបានឯកសារចាំបាច់ទាំងអស់។

ប្រសិនបើករណីរបស់អ្នកជាករណីបន្ទាន់ ហើយអ្នកមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ IMR នោះសេចក្តីសម្រេច IMR ជាធម្មតានឹងត្រូវធ្វើឡើងក្នុងរយៈពេលប្រាំពីថ្ងៃបន្ទាប់ពីទទួលបានឯកសារចាំបាច់ទាំងអស់។

ប្រសិនបើអ្នកមិនពេញចិត្តនឹងលទ្ធផលនៃ IMR អ្នកនៅតែអាចស្នើសុំសវនាការរដ្ឋបាន។

IMR អាចចំណាយពេលយូរជាងនេះ ប្រសិនបើ DMHC មិនទទួលបានកំណត់ត្រាវេជ្ជសាស្ត្រទាំងអស់ដែលត្រូវការពីអ្នក ឬពីវេជ្ជបណ្ឌិតដែលកំពុងព្យាបាលអ្នក។ ប្រសិនបើអ្នកកំពុងប្រើប្រាស់វេជ្ជបណ្ឌិតដែលមិនស្ថិតនៅក្នុងបណ្តាញរបស់គម្រោងសុខភាពរបស់អ្នក នោះវាមានសារៈសំខាន់ដែលអ្នកត្រូវទទួលយក និងផ្ញើកំណត់ត្រាវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នកពីវេជ្ជបណ្ឌិតនោះមកឱ្យយើង។ គម្រោងសុខភាពរបស់អ្នកគឺបានតម្រូវឱ្យទទួលបានច្បាប់ចម្លង នៃកំណត់ត្រាវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នកពីវេជ្ជបណ្ឌិតដែលនៅក្នុងបណ្តាញ។

ប្រសិនបើ DMHC សម្រេចថា ករណីរបស់អ្នកមិនមានសិទ្ធិទទួលបាន IMR ទេ DMHC នឹងពិនិត្យករណីរបស់អ្នកតាមរយៈដំណើរការបណ្តឹងរបស់អ្នកប្រើប្រាស់ធម្មតារបស់ខ្លួន។ ពាក្យបណ្តឹងរបស់អ្នកគួរតែត្រូវបានដោះស្រាយក្នុងរយៈពេល 30 ថ្ងៃតាមប្រតិទិននៃការដាក់ពាក្យសុំដែលបានបំពេញនោះ។ ប្រសិនបើបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នកមានភាពបន្ទាន់ វានឹងត្រូវបានដោះស្រាយឆាប់ជាងនេះ។

(2) សវនាការថ្នាក់រដ្ឋ

អ្នកអាចស្នើសុំសវនាការថ្នាក់រដ្ឋសម្រាប់សេវា និងទំនិញដែលមានធានារ៉ាប់រងដោយ Medi-Cal។ ប្រសិនបើវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក ឬអ្នកផ្តល់សេវាផ្សេងទៀត ស្នើសុំសេវា ឬសម្ភារៈណាមួយដែលយើងនឹងមិនអនុម័ត ឬយើងនឹងមិនបន្តទូទាត់ប្រាក់ សម្រាប់សេវា ឬសម្ភារៈដែលអ្នកមានរួចហើយ ហើយយើងបានបដិសេធបណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 1 របស់អ្នក អ្នកមានសិទ្ធិស្នើសុំ សវនាការថ្នាក់រដ្ឋ។

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

ចំណាំ៖ ប្រសិនបើអ្នកស្នើសុំសវនាការថ្នាក់រដ្ឋពីព្រោះយើងបានប្រាប់អ្នកថា សេវាដែលអ្នកកំពុងទទួលបានបច្ចុប្បន្ននឹងត្រូវបានផ្លាស់ប្តូរ ឬបញ្ឈប់ **អ្នក មានចំនួនថ្ងៃតិចជាងមុនក្នុងការដាក់សំណើរបស់អ្នក** ប្រសិនបើអ្នកចង់បន្តទទួលបានសេវានោះ ខណៈពេលដែលស្នើសុំសវនាការថ្នាក់រដ្ឋរបស់អ្នកកំពុងរង់ចាំការសម្រេច។ សូមអាន “តើអត្ថប្រយោជន៍របស់ខ្ញុំនឹងបន្តក្នុងអំឡុងពេលបណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 2 ដែរឬទេ” នៅទំព័រទី 272 សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម ។

អ្នកអាចស្នើសុំសវនាការថ្នាក់រដ្ឋតាមវិធីខាងក្រោម៖

- តាមអនឡាញតាមរយៈ www.cdss.ca.gov។
- តាមទូរសព្ទ៖ សូមហៅទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-743-8525។ លេខនេះអាចមានការជាប់រវល់ខ្លាំង។ អ្នកអាចនឹងទទួលសារឲ្យទូរសព្ទមកវិញនៅពេលក្រោយទៀតបាន។ បើសិនអ្នកមិនអាចនិយាយបាន ឬស្តាប់មិនឮល្អ សូមហៅ TTY/TDD 1-800-952-8349។
- ជាលាយល័ក្ខណ៍អក្សរ៖ បំពេញទម្រង់បែបបទសវនាការថ្នាក់រដ្ឋ ឬសរសេរជាលិខិត។ ផ្ញើវាតាមប្រៃសណីយ៍ ឬតាមទូរសារ ទៅ៖
- តាមប្រៃសណីយ៍៖ California Department of Social Services State Hearings Division P.O. Box 944243 Mail Station 9-17-433 Sacramento CA 94244-2430
- ទូរសារ៖ 916-309-3487 ឬដោយឥតគិតថ្លៃតាមរយៈលេខ 1-833-281-0903
- អ្នកអាចបំពេញ “សំណើសុំសវនាការរដ្ឋ” នៅផ្នែកខាងក្រោយនៃសេចក្តីជូនដំណឹងអំពីសកម្មភាព។ សូមឱ្យប្រាកដថា ត្រូវមានបញ្ជូលឈ្មោះ អាសយដ្ឋាន លេខទូរសព្ទ និងលេខសន្តិសុខសង្គម និង/ឬ លេខ CIN របស់អ្នក ព្រមទាំងមូលហេតុដែលអ្នកចង់បានសវនាការថ្នាក់រដ្ឋ។ ប្រសិនបើមានបុគ្គលណាម្នាក់ដែលកំពុងជួយដល់អ្នកក្នុងការស្នើសុំសវនាការថ្នាក់រដ្ឋ ក៏ត្រូវបញ្ចូលឈ្មោះ អាសយដ្ឋាន និងលេខទូរសព្ទរបស់គេចូលទៅក្នុងទម្រង់បែបបទ ឬសលិខិតនេះផងដែរ។ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការអ្នកបកប្រែ សូមប្រាប់ទៅផ្នែក សវនាការថ្នាក់រដ្ឋ ពីភាសាដែលអ្នកនិយាយ។ អ្នកនឹងមិនត្រូវការបង់ប្រាក់សម្រាប់អ្នកបកប្រែទេ។ ផ្នែកសវនាការ ថ្នាក់រដ្ឋនឹងរកអ្នកបកប្រែម្នាក់ជូនដល់អ្នក។ ប្រសិនបើអ្នកមានពិការភាព នោះផ្នែកសវនាការថ្នាក់រដ្ឋអាចជួយធ្វើការសម្របសម្រួលជាពិសេសឲ្យអ្នកដោយឥតគិតថ្លៃដើម្បីជួយអ្នកចូលរួមក្នុងការធ្វើសវនាការ។ សូមបញ្ជូលព័ត៌មានអំពីពិការភាពរបស់អ្នក និងការសម្របសម្រួលដែលអ្នកត្រូវការ។
- សម្រាប់បណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 2 អ្នកស្នើសុំឱ្យអង្គការកែលម្អគុណភាព (Quality Improvement Organization, QIO) ពិនិត្យឡើងវិញម្តងទៀតលើសេចក្តីសម្រេច ដែលពួកគេបានធ្វើចំពោះបណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 1 របស់អ្នក។ សូម ទូរសព្ទទៅពួកគេតាមរយៈលេខ 1-877-588-1123 [TTY: 1-855-887-6668]។
- អ្នកត្រូវតែស្នើសុំការពិនិត្យឡើងវិញនេះ **ក្នុងរយៈពេល 60 ថ្ងៃតាមប្រតិទិន** បន្ទាប់ពីថ្ងៃដែល QIO និយាយថា **មិនយល់ព្រម** ចំពោះបណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 1 របស់អ្នក។ អ្នកអាចស្នើសុំការពិនិត្យឡើងវិញនេះបាន **តែប៉ុណ្ណោះ** ប្រសិនបើអ្នកបន្តស្នាក់នៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យ បន្ទាប់ពីកាលបរិច្ឆេទដែលការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកសម្រាប់ការថែទាំនោះបានបញ្ចប់។
- អ្នកត្រួតពិនិត្យរបស់ QIO នឹង៖
    - ពិនិត្យមើលដោយប្រុងប្រយ័ត្នម្តងទៀតលើព័ត៌មានទាំងអស់ដែលពាក់ព័ន្ធនឹងបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នក។

- ប្រាប់អ្នកនូវសេចក្តីសម្រេចរបស់ពួកគេអំពីបណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 2 របស់អ្នកក្នុងរយៈពេល 14 ថ្ងៃតាមប្រតិទិន បន្ទាប់ពីទទួលបានសំណើរបស់អ្នកសម្រាប់ការពិនិត្យមើលឡើងវិញជាលើកទីពីរ។

- ប្រសិនបើ QIO និយាយថា **យល់ព្រម**ចំពោះបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នក៖

  - យើងត្រូវសងប្រាក់ជូនអ្នកវិញ សម្រាប់ចំណែករបស់យើងនៃថ្លៃចំណាយសម្រាប់ការថែទាំនៅមន្ទីរពេទ្យ ចាប់ពីម៉ោងថ្ងៃត្រង់ នៅថ្ងៃបន្ទាប់ពីកាលបរិច្ឆេទដែលអង្គការកែលម្អគុណភាព (QIO) បានបដិសេធបណ្តឹងតវ៉ា កម្រិត 1 របស់អ្នក។

  - យើងនឹងផ្តល់សេវាធានារ៉ាប់រងអ្នកជំងឺ ដែលសម្រាកព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យរបស់អ្នក ដរាបណាសេវាទាំងនោះនៅតែមានភាពចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ។

- ប្រសិនបើ QIO និយាយថា **មិនយល់ព្រម** ចំពោះបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នក៖

  - ពួកគេយល់ស្របនឹងសេចក្តីសម្រេចរបស់ពួកគេអំពីបណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 1 របស់អ្នក ហើយនឹងមិនផ្លាស់ប្តូរវានោះទេ។

  - ពួកគេផ្តល់ជូនអ្នកនូវលិខិតដែលប្រាប់អ្នកអំពីអ្វីដែលអ្នកអាចធ្វើបាន ប្រសិនបើអ្នកចង់បន្តដំណើរការបណ្តឹងតវ៉ា និងដាក់បណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 3 នោះ។

- អ្នកក៏អាចដាក់បណ្តឹងតវ៉ាជាមួយ ឬស្នើសុំ DMHC សម្រាប់ការត្រួតពិនិត្យផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រឯករាជ្យដើម្បីបន្តការស្នាក់នៅមន្ទីរពេទ្យរបស់អ្នក។ សូមមើល **ផ្នែក F4** ដើម្បីស្វែងយល់អំពីរបៀបដាក់ពាក្យបណ្តឹងទៅកាន់ក្រសួងថែទាំសុខភាពក្រោមការគ្រប់គ្រងរបស់រដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា (DMHC) និងស្នើសុំឱ្យក្រសួង DMHC ធ្វើការពិនិត្យវេជ្ជសាស្ត្រឯករាជ្យ។

ផ្នែកសវនាការរដ្ឋផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវសេចក្តីសម្រេចរបស់ពួកគេជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ និងពន្យល់ពីហេតុផល។

- ប្រសិនបើផ្នែកសវនាការថ្នាក់រដ្ឋ Division ឆ្លើយថា **យល់ព្រម** ចំពោះផ្នែកណាមួយ ឬទាំងអស់នៃសំណើសម្រាប់ សម្ភារៈវេជ្ជសាស្ត្រ ឬសេវាវេជ្ជសាស្ត្រ, យើងត្រូវតែអនុញ្ញាត ឬផ្តល់សេវា ឬសម្ភារៈនោះ **ក្នុងរយៈពេល 72 ម៉ោង** បន្ទាប់ពីយើងទទួលបានសេចក្តីសម្រេចរបស់ពួកគេ។

- ប្រសិនបើផ្នែកសវនាការថ្នាក់រដ្ឋ Division ឆ្លើយថា **មិនយល់ព្រម** ចំពោះផ្នែកណាមួយ ឬទាំងអស់នៃបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នក នោះមានន័យថា ពួកគេយល់ស្របថា យើងមិនគួរអនុម័តសំណើរបស់អ្នក ឬផ្នែកណាមួយនៃសំណើរបស់អ្នក សម្រាប់ការធានារ៉ាប់រងលើការថែទាំវេជ្ជសាស្ត្រឡើយ។ នេះហៅថា "ការតម្កល់សេចក្តីសម្រេច" ឬ "ការបដិសេធបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នក"។

ប្រសិនបើសេចក្តីសម្រេចរបស់ IRO ឬសវនាការថ្នាក់រដ្ឋ គឺ **មិនយល់ព្រម** សម្រាប់សំណើរបស់អ្នកទាំងមូល ឬផ្នែកណាមួយ អ្នកមានសិទ្ធិដាក់បណ្តឹងតវ៉ាបន្ថែមបាន។

ប្រសិនបើបណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 2 របស់អ្នកបានទៅដល់ **IRO** អ្នកអាចប្តឹងតវ៉ាម្តងទៀតបានលុះត្រាតែតម្លៃប្រាក់ដុល្លារនៃសេវា ឬទំនិញដែលអ្នកចង់បានត្រូវនឹងចំនួនអប្បបរមាជាក់លាក់ប៉ុណ្ណោះ។ មន្ត្រី ALJ ឬមេធាវីដែលជាអ្នកសម្រេចក្តី នឹងដោះស្រាយបណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 3។ **លិខិតដែលអ្នកទទួលបានពី IRO ពន្យល់អំពីសិទ្ធិប្តឹងតវ៉ាបន្ថែមដែលអ្នកអាចមាន។**

លិខិតដែលអ្នកទទួលបានពីផ្នែកសវនាការរបស់រដ្ឋ ពណ៌នាអំពីជម្រើសបណ្តឹងតវ៉ាបន្ទាប់។

សូមមើលផ្នែក **J** សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីសិទ្ធិប្តឹងតវ៉ារបស់អ្នកបន្ទាប់ពីកម្រិត 2។

F5. បញ្ហាការទូទាត់ប្រាក់

យើងមិនអនុញ្ញាតឱ្យអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញរបស់យើងចេញវិក្កយបត្រឱ្យអ្នកសម្រាប់សេវា និងសម្ភារៈដែលបានធានារ៉ាប់រងទេ។ នេះនៅតែជាការពិត ទោះបីជាយើងបង់ប្រាក់ឱ្យអ្នកផ្តល់សេវាតិចជាងចំនួនដែលអ្នកផ្តល់សេវាគិតថ្លៃសម្រាប់សេវា ឬសម្ភារៈដែលបានធានារ៉ាប់រងក៏ដោយ។ អ្នកមិនត្រូវបានតម្រូវឱ្យបង់ប្រាក់សមតុល្យនៃវិក្កយបត្រណាមួយឡើយ។ ចំនួនទឹកប្រាក់តែមួយគត់ដែលអ្នកគួរតែត្រូវបានស្នើសុំឱ្យបង់ គឺការបង់ប្រាក់រួមសម្រាប់កម្រិត 3៖ ឱសថម៉ាកល្បីដែលត្រូវបានជ្រើសរើស កម្រិត 4៖ ឱសថម៉ាកល្បីដែលមិនត្រូវបានជ្រើសរើស និងកម្រិត 5៖ ឱសថកម្រិតឯកទេស។

ប្រសិនបើអ្នកទទួលបានវិក្កយបត្រដែលមានចំនួនច្រើនជាងការបង់រួមរបស់អ្នកសម្រាប់សេវា និងសម្ភារៈដែលទទួលបានការធានារ៉ាប់រង សូមផ្ញើវិក្កយបត្រនោះមកឱ្យយើង។ សូមកុំបង់វិក្កយបត្រនោះដោយខ្លួនឯង។ យើងនឹងទាក់ទងអ្នកផ្តល់សេវាដោយផ្ទាល់ ហើយដោះស្រាយបញ្ហាទាំងនោះ។ ប្រសិនបើអ្នកពិតជាបានបង់វិក្កយបត្រមែន អ្នកអាចទទួលបានការសងប្រាក់ត្រឡប់មកវិញពីគម្រោងរបស់យើង ប្រសិនបើអ្នកបានអនុវត្តតាមច្បាប់សម្រាប់ការទទួលបានសេវា ឬទំនិញ។

សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមសំអាងទៅលើ **ជំពូកទី 7** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*របស់អ្នក។ វាពណ៌នាអំពីស្ថានភាពនានាដែលអ្នកអាចត្រូវស្នើសុំឱ្យយើងសងប្រាក់ជូនអ្នកវិញ ឬបង់វិក្កយបត្រដែលអ្នកបានទទួលពីអ្នកផ្តល់សេវា។ ឯកសារនេះក៏ពន្យល់ផងដែរអំពីរបៀបដាក់ស្នើឯកសារដើម្បីស្នើសុំការទូទាត់ប្រាក់ពីយើង។

ប្រសិនបើអ្នកស្នើសុំការបង់ថ្លៃសំណងវិញ នោះអ្នកកំពុងស្នើសុំសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង។ យើងនឹងពិនិត្យមើលថាតើសេវា ឬសម្ភារៈដែលអ្នកបានបង់ប្រាក់សម្រាប់នោះ ទទួលបានការធានារ៉ាប់រងឬអត់ និងថាតើអ្នកបានអនុវត្តតាមវិធានទាំងអស់សម្រាប់ការប្រើប្រាស់ការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកឬអត់។

- ប្រសិនបើសេវា ឬសម្ភារៈដែលអ្នកបានបង់ប្រាក់សម្រាប់នោះ ទទួលបានការធានារ៉ាប់រង ហើយអ្នកបានអនុវត្តតាម វិធានទាំងអស់ យើងនឹងផ្ញើចំណែកថ្លៃចំណាយរបស់យើងសម្រាប់សេវា ឬសម្ភារៈនោះជូនអ្នក ជាធម្មតាក្នុងរយៈពេល 30 ថ្ងៃតាមប្រតិទិន ប៉ុន្តែមិនឱ្យលើសពី 60 ថ្ងៃតាមប្រតិទិនបន្ទាប់ពីយើង ទទួលបានសំណើរបស់អ្នក។

- ប្រសិនបើអ្នកមិនទាន់បានបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវា ឬសម្ភារៈនៅឡើយទេ យើងនឹងផ្ញើការទូទាត់ទៅអ្នកផ្តល់សេវាដោយផ្ទាល់តែម្តង។ នៅពេលយើងបានផ្ញើការទូទាត់ប្រាក់ គឺវាដូចគ្នានឹងថា **យល់ព្រម** ចំពោះសំណើរបស់អ្នកសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងដែរ។

- ប្រសិនបើសេវា ឬសម្ភារៈនោះមិនទទួលបានការធានារ៉ាប់រង ឬអ្នកមិនបានអនុវត្តតាមវិធានទាំងអស់ យើងនឹងផ្ញើលិខិតមួយជូនអ្នក ដោយប្រាប់អ្នកថា យើងនឹងមិនបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវា ឬសម្ភារៈនោះទេ និងពន្យល់ពីមូលហេតុ។

ប្រសិនបើអ្នកមិនយល់ស្របនឹងការសម្រេចចិត្តរបស់យើងក្នុងការមិនបង់ប្រាក់ **អ្នកអាចដាក់បណ្តឹងតវ៉ាបាន**។ អនុវត្តតាមដំណើរការបណ្តឹងតវ៉ាដែលបានពិពណ៌នានៅក្នុង **ផ្នែក F3**។ នៅពេលអ្នកធ្វើតាមការណែនាំទាំងនេះ សូមកត់ចំណាំ៖

- ប្រសិនបើអ្នកដាក់បណ្តឹងតវ៉ាឱ្យយើងសងប្រាក់ជូនអ្នកវិញ យើងត្រូវតែផ្តល់ចម្លើយរបស់យើងជូនអ្នកក្នុងរយៈពេល 30 ថ្ងៃតាមប្រតិទិន បន្ទាប់ពីយើងទទួលបានបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នក។

ប្រសិនបើចម្លើយរបស់យើងចំពោះបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នក គឺ **មិនយល់ព្រម** ហើយជាធម្មតា **Medicare** ធានារ៉ាប់រងលើសេវា ឬសម្ភារៈ យើងនឹងផ្ញើសំណុំរឿងរបស់អ្នកទៅ IRO។ យើងនឹងផ្ញើលិខិតជូនអ្នក ប្រសិនបើករណីនេះកើតឡើង។

- ប្រសិនបើ IRE ក្រឡាស់ក្តីសម្រេចរបស់យើង ហើយថាយើងគួរតែបង់ប្រាក់ជូនអ្នក យើងត្រូវតែផ្ញើប្រាក់ទៅឱ្យអ្នក ឬទៅអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងពេល 30 ថ្ងៃតាមប្រតិទិន។ ប្រសិនបើចម្លើយចំពោះបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នកគឺ **យល់ព្រម** នៅដំណាក់កាលណាមួយនៃដំណើរការបណ្តឹងតវ៉ាបន្ទាប់ពីកម្រិត 2 យើងត្រូវតែផ្ញើការ ទូទាត់ប្រាក់ជូនអ្នក ឬជូនអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាព ក្នុងរយៈពេល 60 ថ្ងៃតាមប្រតិទិន។
- ប្រសិនបើ IRO **មិនយល់ព្រម**ចំពោះបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នក នោះមានន័យថាពួកគេយល់ស្របថាយើងមិនគួរយល់ព្រមលើសំណើរបស់អ្នកនោះទេ។ នេះហៅថា "ការតម្កល់សេចក្តីសម្រេច" ឬ "ការបដិសេធបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នក"។ អ្នកនឹងទទួលបានលិខិតដែលពន្យល់អំពីសិទ្ធបណ្តឹងតវ៉ាបន្ថែមដែលអ្នកអាចមាន។ សូមមើល**ផ្នែក J** សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីកម្រិតបន្ថែមនៃបណ្តឹងតវ៉ា។

ប្រសិនបើចម្លើយរបស់យើងចំពោះបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នកគឺ **មិនយល់ព្រម** ហើយ Medi-Cal ជាធម្មតាធានារ៉ាប់រងលើសេវា ឬសម្ភារៈនោះ អ្នកអាចដាក់បណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 2 ដោយខ្លួនឯងបាន។ សូមមើល**ផ្នែក F4** សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។

G. ឱសថ Medicare ផ្នែក D

អត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នកក្នុងនាមជាសមាជិកនៃគម្រោងរបស់យើងរួមបញ្ចូលការរ៉ាប់រងសម្រាប់ឱសថជាច្រើន។ ភាគច្រើននៃឱសថទាំងនេះគឺជាឱសថ Medicare ផ្នែក D។ មានឱសថមួយចំនួនដែល Medicare ផ្នែក D មិនរ៉ាប់រង ដែល Medi-Cal អាចរ៉ាប់រង។ **ផ្នែកនេះអនុវត្តចំពោះតែបណ្តឹងតវ៉ាអំពីឱសថ Medicare ផ្នែក D ប៉ុណ្ណោះ។** យើងនឹងនិយាយថា "ឱសថ" នៅក្នុងផ្នែកដែលនៅសល់នៃផ្នែកនេះជំនួសឱ្យការនិយាយថា "ឱសថ Medicare ផ្នែក D" រាល់ពេល។ សម្រាប់ឱសថដែលមានការធានារ៉ាប់រងដោយ Medi-Cal តែប៉ុណ្ណោះ សូមអនុវត្តតាមដំណើរការនៅក្នុង**ផ្នែក E**។

ដើម្បីទទួលបានការធានារ៉ាប់រង ឱសថត្រូវតែប្រើសម្រាប់ការចង្អុលបង្ហាញដែលទទួលយកដោយវេជ្ជសាស្ត្រ។ ចំណុចនេះមានន័យថា ឱសថនេះត្រូវមានការយល់ព្រមពីការិយាល័យរដ្ឋបាលចំណីអាហារ និងឱសថ (FDA) ឬក៏មានការគាំទ្រពីអំណះអំណាងវេជ្ជសាស្ត្រជាក់លាក់។ សូមសំអាងទៅលើ **ជំពូកទី 5** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក* នេះសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីសូចនាករខាងផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដែលទទួលយកបាន។

G1. សេចក្តីសម្រេចលើការរ៉ាប់រង និងបណ្តឹងតវ៉ា នៃផ្នែក D នៃកម្មវិធី Medicare

នេះគឺជាឧទាហរណ៍នៃសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងដែលអ្នកស្នើសុំឱ្យយើងខ្ញុំធ្វើឡើងអំពីឱសថ Medicare ផ្នែក D របស់អ្នក៖

- អ្នកស្នើសុំឱ្យយើងធ្វើករណីលើកលែង រួមមានការស្នើសុំឱ្យយើង៖
  - រ៉ាប់រងឱសថ Medicare ផ្នែក D ដែលមិនមាននៅក្នុង*បញ្ជីឱសថ*របស់គម្រោងរបស់យើង ឬ
  - ដាក់ការរឹតត្បិត ដាច់ដោយឡែកលើការធានារ៉ាប់រងរបស់យើងសម្រាប់ឱសថ (ដូចជាការកំណត់លើបរិមាណដែលអ្នកអាចទទួលបាន)

- អ្នកសួរយើងថា តើឱសថត្រូវបានធានារ៉ាប់រងសម្រាប់អ្នកដែរឬទេ (ដូចជានៅពេលដែលឱសថរបស់អ្នកស្ថិតនៅក្នុង *បញ្ជីឱសថ*នៃគម្រោងរបស់យើង ប៉ុន្តែយើងត្រូវតែយល់ព្រមសម្រាប់អ្នកមុនពេលយើងធានារ៉ាប់រងវា)

ចំណាំ៖ ប្រសិនបើឱសថស្ថានរបស់អ្នកប្រាប់អ្នកថា វេជ្ជបញ្ជាថ្នាំរបស់អ្នកមិនអាចបើកឱ្យបានតាមដែលបានសរសេរនោះទេ ឱសថស្ថាននឹងផ្តល់សេចក្តីជូនដំណឹងជាលាយលក្ខណ៍អក្សរដល់អ្នក ដោយពន្យល់អំពីរបៀបទាក់ទងមកយើង ដើម្បីស្នើសុំការសម្រេចពីការរ៉ាប់រង។

> សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងដំបូងអំពីឱសថ Medicare ផ្នែក D របស់អ្នកត្រូវបានគេហៅថា “**សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង**”។

- អ្នកស្នើសុំយើងខ្ញុំឱ្យបង់ថ្លៃឱសថមានវេជ្ជបញ្ជា ដែលអ្នកបានទិញរួចហើយ។ នេះគឺជាការស្នើសុំការសម្រេចពីការរ៉ាប់រងអំពីការបង់ប្រាក់។

បើអ្នកមិនយល់ស្របជាមួយនឹងសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងដែលយើងបានធ្វើឡើងនោះទេ អ្នកអាចប្តឹងតវ៉ាលើសេចក្តីសម្រេចរបស់យើងបាន។ ផ្នែកនេះប្រាប់អ្នកទាំងអំពីរបៀបស្នើសុំសេចក្តីសម្រេចលើធានាការរ៉ាប់រង និងអំពីរបៀបដាក់ពាក្យបណ្តឹងតវ៉ា។ ប្រើតារាងខាងក្រោមដើម្បីជួយអ្នក។

តើអ្នកស្ថិតនៅក្នុងស្ថានភាពមួយណាក្នុងបណ្តាស្ថានភាពទាំងនេះ?

អ្នកត្រូវការឱសថដែលមិនមាននៅក្នុង *បញ្ជីឱសថ* របស់យើង ឬត្រូវការឱ្យយើងខ្ញុំកំណត់បទបញ្ជា ឬការដាក់កំហិតលើឱសថដែលយើងធានារ៉ាប់រង។	អ្នកចង់ឱ្យយើងខ្ញុំធានារ៉ាប់រងលើឱសថនៅក្នុង *បញ្ជីឱសថ*របស់យើង ហើយអ្នកគិតថា អ្នកបំពេញតាមបទបញ្ជា ឬការដាក់កំហិតរបស់គម្រោង (ដូចជាការទទួលបានការយល់ព្រមជាមុន) សម្រាប់ឱសថដែលអ្នកត្រូវការ។	អ្នកចង់ស្នើសុំឱ្យយើងខ្ញុំឱ្យបង់ប្រាក់សងអ្នកវិញសម្រាប់ឱសថដែលអ្នកបានទទួល និងបង់ថ្លៃរួចហើយ។	យើងបានប្រាប់អ្នកថាយើងនឹងមិនធានារ៉ាប់រង ឬបង់ថ្លៃឱសថតាមវិធីដែលអ្នកចង់បាននោះទេ។
អ្នកអាចស្នើសុំឱ្យយើងធ្វើការលើកលែង។ (នេះគឺជាប្រភេទនៃសេចក្តីសម្រេចលើធានាការរ៉ាប់រង)។	**អ្នកអាចស្នើសុំយើងនូវសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង។**	**អ្នកអាចសូមឲ្យយើងសងប្រាក់អ្នកវិញ។** (នេះគឺជាប្រភេទនៃសេចក្តីសម្រេចលើធានាការរ៉ាប់រង)។	**អ្នកអាចដាក់បណ្តឹងតវ៉ា។** (នេះមានន័យថាអ្នកស្នើសុំឱ្យយើងពិចារណាឡើងវិញ។)
ចាប់ផ្តើមជាមួយ**ផ្នែក G2**បន្ទាប់មកមើលទៅ**ផ្នែក G3** និង **G4**។	សូមមើល**ផ្នែក G4**។	សូមមើល**ផ្នែក G4**។	សូមមើល**ផ្នែក G5**។

G2. ករណីលើកលែងរបស់ Medicare ផ្នែក D

ប្រសិនបើយើងមិនរ៉ាប់រងឱសថតាមរបៀបដែលអ្នកចង់បាន អ្នកអាចស្នើសុំឱ្យយើងបង្កើត "ករណីលើកលែង"។ ប្រសិនបើយើងបដិសេធសំណើរបស់អ្នកសម្រាប់ករណីលើកលែង អ្នកអាចប្តឹងតវ៉ាចំពោះសេចក្តីសម្រេចរបស់យើងបាន។

នៅពេលអ្នកស្នើសុំករណីលើកលែង វេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក ឬអ្នកចេញបញ្ជាផ្សេងទៀត ត្រូវពន្យល់អំពីហេតុផលវេជ្ជសាស្ត្រថាតើហេតុអ្វីបានជាអ្នកត្រូវករណីលើកលែង។

> ការស្នើសុំការធានារ៉ាប់រងលើឱសថដែលមិនមាននៅក្នុង *បញ្ជីឱសថ*របស់យើង ឬសម្រាប់ការដកចេញការរឹតត្បិត លើឱសថ ជួនកាលត្រូវបានហៅថាការស្នើសុំ "**ករណីលើកលែងបញ្ជីឱសថ**"។
>
> ការស្នើសុំបង់ថ្លៃទាបជាងសម្រាប់ឱសថដែលមានការធានារ៉ាប់រង ប៉ុន្តែមិនមែនជាឱសថដែលត្រូវបានជ្រើសរើស ជួនកាលត្រូវបានហៅថា ការស្នើសុំ **ការលើកលែងកម្រិតថ្លៃឱសថ**។

នេះគឺជាឧទាហរណ៍នៃករណីលើកលែងដែលរូបអ្នក ឬវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក ឬអ្នកចេញបញ្ជាដទៃទៀតអាចស្នើសុំយើងខ្ញុំឱ្យ៖

1. រ៉ាប់រងលើឱសថដែលមិនមាននៅក្នុង *បញ្ជីឱសថ*របស់យើង

- ប្រសិនបើយើងយល់ស្របធ្វើការលើកលែង និងរ៉ាប់រងលើឱសថដែលមិនមាននៅក្នុង*បញ្ជីឱសថ*របស់យើង អ្នកបង់ប្រាក់បង់រួមដែលអនុវត្តចំពោះឱសថក្នុងកម្រិតទី 4៖ កម្រិតឱសថម៉ាកល្បីដែលមិនត្រូវបានជ្រើសរើស *។*
- អ្នកមិនអាចទទួលបានករណីលើកលែងចំពោះចំនួនទឹកប្រាក់ដែលត្រូវបង់ប្រាក់រួមសម្រាប់ឱសថនោះទេ។

2. ការដកចេញការដាក់កំហិតសម្រាប់ឱសថដែលមានការរ៉ាប់រង

- វិធាន ឬការរឹតត្បិតបន្ថែម អនុវត្តចំពោះថ្នាំមួយចំនួននៅក្នុង *បញ្ជីឱសថ* របស់យើង (សូមមើល **ជំពូក 5** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក* នេះ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម)។
- បទបញ្ជា និងការដាក់កំហិតបន្ថែមសម្រាប់ឱសថមួយចំនួនរួមមាន៖
  - ត្រូវបានតម្រូវឱ្យប្រើថ្នាំប្រភេទទូទៅ នៃថ្នាំមួយ ជំនួសឱ្យថ្នាំម៉ាក។
  - ការទទួលបានការយល់ព្រមពីយើងជាមុនសិន មុនពេលយើងយល់ព្រមធានារ៉ាប់រងលើឱសថសម្រាប់អ្នក។ ពេលខ្លះ គេហៅវាថា “ការអនុញ្ញាតជាមុន (PA)”។
  - ការតម្រូវឱ្យសាកល្បងប្រើឱសថផ្សេងជាមុនសិន មុនពេលយើងយល់ព្រមរ៉ាប់រងលើឱសថដែលអ្នកស្នើសុំ។ ពេលខ្លះ គេហៅវាថា “ការព្យាបាលជាជំហាន”)។
  - កំរិតបរិមាណ។ សម្រាប់ឱសថមួយចំនួន មានការរឹតត្បិតលើបរិមាណឱសថដែលអ្នកអាចមាននោះ។
- ប្រសិនបើយើងយល់ព្រមចំពោះករណីលើកលែងសម្រាប់អ្នក ហើយដាក់ការរឹតត្បិតមួយដោយឡែក អ្នកអាចស្នើសុំ ករណីលើកលែងចំពោះចំនួនទឹកប្រាក់បង់រួមដែលអ្នកត្រូវបានតម្រូវឱ្យបង់។

3. **ការផ្លាស់ប្តូរការធានារ៉ាប់រងលើឱសថទៅកម្រិតថ្នាក់នៃចំណែកនៃថ្លៃចូលរួមការចំណាយទាបជាងនេះ។** ឱសថនីមួយៗដែលមាននៅក្នុង *បញ្ជីឱសថ* របស់យើង ស្ថិតនៅក្នុងកម្រិតបែងចែកការចំណាយរួមមួយក្នុងចំណោមប្រាំកម្រិត។ ជាទូទៅ លេខកម្រិតនៃចំណែកនៃថ្លៃចូលរួមការចំណាយកាន់តែទាប ចំនួនទឹកប្រាក់ដែលត្រូវបង់រួមរបស់អ្នកក៏កាន់តែតិចដែរ។

   - *បញ្ជីឱសថ* របស់យើង ជាញឹកញាប់មានឱសថច្រើនជាងមួយមុខសម្រាប់ព្យាបាលស្ថានភាពជំងឺជាក់លាក់មួយ។ ឱសថទាំងនេះត្រូវបានគេហៅថា "ឱសថជំនួស"។

   - ប្រសិនបើថ្នាំជំនួសសម្រាប់ស្ថានភាពវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នក ស្ថិតនៅក្នុងកម្រិតចែករំលែកថ្លៃចំណាយទាបជាងថ្នាំដែលអ្នកកំពុងប្រើ អ្នកអាចស្នើសុំឱ្យយើងធានារ៉ាប់រងលើថ្នាំនោះ តាមចំនួនចែករំលែកថ្លៃចំណាយសម្រាប់ថ្នាំជំនួសនោះ។ នេះនឹងកាត់បន្ថយចំនួនទឹកប្រាក់បង់រួមរបស់អ្នកសម្រាប់ឱសថនេះ។

     - ប្រសិនបើថ្នាំដែលអ្នកប្រើ គឺជាផលិតផលជីវសាស្ត្រ អ្នកអាចស្នើសុំឱ្យយើងធានារ៉ាប់រងលើថ្នាំនោះ តាមចំនួនចែករំលែកថ្លៃចំណាយសម្រាប់កម្រិតទាបបំផុតនៃថ្នាំជំនួសប្រភេទផលិតផលជីវសាស្ត្រសម្រាប់ស្ថានភាពរបស់អ្នក។

     - ប្រសិនបើថ្នាំដែលអ្នកប្រើ គឺជាថ្នាំម៉ាក អ្នកអាចស្នើសុំឱ្យយើងធានារ៉ាប់រងលើថ្នាំនោះ តាមចំនួនចែករំលែកថ្លៃចំណាយសម្រាប់កម្រិតទាបបំផុតនៃថ្នាំជំនួសប្រភេទម៉ាក សម្រាប់ស្ថានភាពរបស់អ្នក។

     - ប្រសិនបើថ្នាំដែលអ្នកប្រើ គឺជាថ្នាំជេនេរិក អ្នកអាចស្នើសុំឱ្យយើងធានារ៉ាប់រងលើថ្នាំនោះ តាមចំនួនចែករំលែកថ្លៃចំណាយសម្រាប់កម្រិតទាបបំផុតនៃថ្នាំជំនួសប្រភេទម៉ាក ឬថ្នាំជេនេរិក សម្រាប់ស្ថានភាពរបស់អ្នក។

   - អ្នកមិនអាចស្នើសុំឱ្យយើងផ្លាស់ប្តូរកម្រិតចែករំលែកថ្លៃចំណាយសម្រាប់ថ្នាំណាមួយនៅក្នុងកម្រិត 5 បានទេ៖ ឱសថកម្រិតឯកទេស

   - ប្រសិនបើយើងអនុម័តសំណើសុំការលើកលែងកម្រិតចែករំលែកថ្លៃចំណាយរបស់អ្នក ហើយមានកម្រិតចែករំលែកថ្លៃចំណាយទាបជាងមួយកម្រិតឡើងទៅ ដែលមានថ្នាំជំនួសដែលអ្នកមិនអាចប្រើបាន ជាធម្មតាអ្នកនឹងបង់ចំនួនទាបបំផុត។

G3. ចំណុចសំខាន់ៗដែលត្រូវដឹងអំពីការស្នើសុំការលើកលែង

វេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក ឬអ្នកចេញបញ្ជាផ្សេងទៀត ត្រូវតែប្រាប់យើងនូវហេតុផលវេជ្ជសាស្ត្រ។

វេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក ឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាផ្សេងទៀត ត្រូវផ្តល់លិខិតបញ្ជាក់មួយមកពួកយើង ដែលពន្យល់ពីមូលហេតុផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រសម្រាប់ការស្នើសុំករណីលើកលែង។ ដើម្បីទទួលបានសេចក្តីសម្រេចរហ័សជាងមុន សូមភ្ជាប់មកជាមួយព័ត៌មានវេជ្ជសាស្ត្រនេះពីវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក ឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាផ្សេងទៀត នៅពេលអ្នកស្នើសុំករណីលើកលែង។

បញ្ជីឱសថ របស់យើង ជាញឹកញាប់មានឱសថច្រើនជាងមួយមុខសម្រាប់ព្យាបាលស្ថានភាពជំងឺជាក់លាក់មួយ។ ឱសថទាំងនេះត្រូវបានគេហៅថា "ឱសថជំនួស"។ ប្រសិនបើឱសថជំនួសមានប្រសិទ្ធភាពដូចនឹងឱសថដែលអ្នកស្នើសុំ ហើយនឹងមិនបង្កឱ្យមានផលប៉ះពាល់ ឬបញ្ហាសុខភាពផ្សេងទៀតនោះ ជាទូទៅយើង **មិន**យល់ព្រមចំពោះសំណើសុំការលើកលែងរបស់អ្នកនោះទេ។ ប្រសិនបើអ្នកស្នើសុំការលើកលែងតាមកម្រិតថ្នាំពីពួកយើង ជាទូទៅយើង**មិន**យល់ព្រមលើ

សំណើសុំករណីលើកលែងរបស់អ្នកទេ លុះត្រាតែថ្នាំជំនួសទាំងអស់នៅក្នុងកម្រិតចែករំលែកថ្លៃចំណាយទាបជាងនោះ មិនមានប្រសិទ្ធភាពល្អសម្រាប់អ្នក ឬទំនងជាបណ្តាលឱ្យមានប្រតិកម្មមិនល្អ ឬគ្រោះថ្នាក់ផ្សេងទៀត។

យើងអាចនិយាយថា យល់ព្រម ឬទេ ចំពោះសំណើរបស់អ្នក។

- ប្រសិនបើយើងនិយាយថា **យល់ព្រម** ចំពោះសំណើសុំករណីលើកលែងរបស់អ្នក តាមធម្មតាករណីលើកលែងមានរហូតដល់ចុងបញ្ចប់ឆ្នាំតាមប្រតិទិន។ នេះគឺពិតមែន លុះត្រាតែវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកបន្តចេញវេជ្ជបញ្ជាឱសថសម្រាប់អ្នក ហើយឱសថនោះនៅមានសុវត្ថិភាព និងមានប្រសិទ្ធិភាពជាបន្តទៀត សម្រាប់ការព្យាបាលលក្ខណៈជំងឺរបស់អ្នក។
- ប្រសិនបើយើងនិយាយថា ទេ ចំពោះសំណើលើកលែងរបស់អ្នក អ្នកអាចដាក់បណ្តឹងតវ៉ាបាន។ សូមមើល ផ្នែក **G5** សម្រាប់ព័ត៌មានស្តីពីការដាក់បណ្តឹងតវ៉ា ប្រសិនបើយើងនិយាយថា **មិនយល់ព្រម**។

វគ្គជាបន្ទាប់ទៅទៀតនេះ ប្រាប់អ្នកពីរបៀបស្នើសុំសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង រួមមានការអនុគ្រោះ។

G4. ការស្នើសុំសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង រួមទាំងករណីលើកលែង

- ស្នើសុំប្រភេទសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងដែលអ្នកចង់បាន ដោយទូរសព្ទមកពួកយើងតាមរយៈលេខ 1-800-452-4413 (TTY: 711) សរសេរសំបុត្រមកយើង ឬផ្ញើទូរសារមកពួកយើង។ អ្នក អ្នកតំណាងរបស់អ្នក ឬវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក (ឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាផ្សេងទៀត) អាចធ្វើការនេះបាន។ សូមរួមបញ្ចូលឈ្មោះរបស់អ្នក ព័ត៌មានទំនាក់ទំនង និងព័ត៌មានអំពីឯកសារទាមទារសំណង។
- អ្នក ឬវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក (ឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាផ្សេងទៀត) ឬនរណាម្នាក់ផ្សេងទៀតដែលធ្វើសកម្មភាពជំនួសអ្នក អាចស្នើសុំសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងបាន។ អ្នកក៏អាចឱ្យមេធាវីធ្វើសកម្មភាពជំនួសអ្នកបានផងដែរ។
- សូមមើល**ផ្នែក E3** ដើម្បីស្វែងយល់អំពីរបៀបតែងតាំងនរណាម្នាក់ជាអ្នកតំណាងរបស់អ្នក។
- អ្នកមិនចាំបាច់ផ្តល់លិខិតអនុញ្ញាតជាលាយលក្ខណ៍អក្សរដល់វេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក ឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាផ្សេងទៀត ដើម្បីស្នើសុំសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងជំនួសអ្នកនោះទេ។
- ប្រសិនបើអ្នកចង់ស្នើសុំឱ្យពួកយើងសងប្រាក់ជូនអ្នកវិញសម្រាប់ថ្នាំមួយប្រភេទ សូមមើល **ជំពូក 7** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក* នេះ។
- ប្រសិនបើអ្នកស្នើសុំករណីលើកលែង សូមផ្តល់ “លិខិតបញ្ជាក់គាំទ្រ” មកពួកយើង។ លិខិតបញ្ជាក់គាំទ្ររួមបញ្ចូលមូលហេតុផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្ររបស់វេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក ឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាផ្សេងទៀត សម្រាប់សំណើសុំករណីលើកលែង។
- វេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក ឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាផ្សេងទៀត អាចផ្ញើលិខិតបញ្ជាក់គាំទ្រមកពួកយើងតាមទូរសារ ឬតាមប្រៃសណីយ៍។ ពួកគេក៏អាចប្រាប់ពួកយើងតាមទូរសព្ទ រួចបន្ទាប់មកផ្ញើលិខិតបញ្ជាក់នោះតាមទូរសារ ឬតាមប្រៃសណីយ៍បានផងដែរ។

- អ្នកអាចដាក់សំណើសុំសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងតាមប្រព័ន្ធអេឡិចត្រូនិក តាមរយៈវិបផតថលសមាជិកដែលមានសុវត្ថិភាពនៅ៖ https://www.blueshieldca.com/bsca/bsc/wcm/connect/sites/sites_content_en/medicare/resources/request_exceptions/exceptions
    - ជ្រើសរើសទម្រង់បែបបទសមាជិក
    - ចាប់ផ្តើមសំណើការកំណត់ការធានារ៉ាប់រងតាមអនឡាញ
    - អ្នកអាចចាប់ផ្តើមដំណើរការដើម្បីទទួលបានការអនុញ្ញាតជាមុន ឬករណីលើកលែង។

ប្រសិនបើសុខភាពរបស់អ្នកត្រូវការវា សូមស្នើសុំ “សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងរហ័ស” ពីពួកយើង។

យើងនឹងប្រើ “ពេលវេលាកំណត់ធម្មតា” លុះត្រាតែយើងយល់ព្រមប្រើ “ពេលវេលាកំណត់រហ័ស”។

- សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង**ធម្មតា** មានន័យថា ពួកយើងនឹងផ្តល់ចម្លើយជូនអ្នកក្នុងរយៈពេល 72 ម៉ោង បន្ទាប់ពីពួកយើងទទួលបានលិខិតបញ្ជាក់របស់វេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក។
- សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង**រហ័ស** មានន័យថា ពួកយើងនឹងផ្តល់ចម្លើយជូនអ្នកក្នុងរយៈពេល 24 ម៉ោង បន្ទាប់ពីពួកយើងទទួលបានលិខិតបញ្ជាក់របស់វេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក។

> “សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងរហ័ស” គេហៅថា **“ការកំណត់លើការធានារ៉ាប់រងពន្លឿន។”**

អ្នកអាចទទួលបានសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង រហ័ស ប្រសិនបើ៖

- វាគឺសម្រាប់ឱសថដែលអ្នកមិនបានទទួល។ អ្នកមិនអាចទទួលបានសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងរហ័សនោះទេ ប្រសិនបើអ្នកកំពុងស្នើសុំយើងខ្ញុំឱ្យសងថ្លៃឱសថដែលអ្នកបានទិញរួច។
- សុខភាព ឬសមត្ថភាពក្នុងការបំពេញមុខងាររបស់អ្នកនឹងរងការខូចខាតយ៉ាងធ្ងន់ធ្ងរ ប្រសិនបើយើងប្រើកាលបរិច្ឆេទកំណត់នោះ។

ប្រសិនបើវេជ្ជបណ្ឌិត ឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាផ្សេងទៀតរបស់អ្នកប្រាប់យើងថាសុខភាពរបស់អ្នកតម្រូវឱ្យមានការសម្រេចចិត្តលើការធានារ៉ាប់រងរហ័ស យើងនឹងពិនិត្យឡើងវិញនូវសំណើរបស់អ្នកក្រោមពេលវេលានៃការសម្រេចចិត្តលើការធានារ៉ាប់រងរហ័ស។ យើងនឹងផ្ញើលិខិតមួយច្បាប់ជាមួយនឹងព័ត៌មាននេះជូនអ្នក។

- ប្រសិនបើអ្នកស្នើសុំសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងរហ័ស ដោយគ្មានការគាំទ្រពីវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក ឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាផ្សេងទៀត ពួកយើងនឹងសម្រេចថាតើអ្នកអាចទទួលបានសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងរហ័សឬអត់។
- ប្រសិនបើយើងសម្រេចថា ស្ថានភាពវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នកមិនបំពេញតាមលក្ខខណ្ឌតម្រូវសម្រាប់សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងរហ័សទេ នោះយើងនឹងប្រើកាលកំណត់ធម្មតាជំនួសវិញ។

- យើងផ្ញើជូនអ្នកនូវលិខិតដែលជម្រាបអ្នកថា យើងនឹងប្រើកាលបរិច្ឆេទកំណត់ធម្មតា។ លិខិតនេះក៏ប្រាប់អ្នកពីរបៀបប្តឹងតវ៉ាចំពោះការសម្រេចចិត្តរបស់យើងផងដែរ។
- អ្នកអាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងរហ័ស និងទទួលបានការឆ្លើយតបក្នុងរយៈពេល 24 ម៉ោង។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីការដាក់ពាក្យបណ្តឹងតវ៉ា រួមទាំងពាក្យបណ្តឹងតវ៉ារហ័ស សូមមើល**ផ្នែក K**។

ពេលកំណត់សម្រាប់សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងរហ័ស

- ប្រសិនបើយើងពេលវេលាកំណត់រហ័ស យើងត្រូវតែផ្តល់ចម្លើយជូនអ្នកក្នុងរយៈពេល 24 ម៉ោង បន្ទាប់ពីយើងទទួលបានសំណើរបស់អ្នក។ ប្រសិនបើអ្នកស្នើសុំករណីលើកលែង យើងនឹងផ្តល់ចម្លើយដល់អ្នកក្នុងរយៈពេល 24 ម៉ោងបន្ទាប់ពីយើងទទួលបានសេចក្តីថ្លែងការណ៍គាំទ្រពីវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក។ យើងនឹងផ្តល់ចម្លើយជូនអ្នកយ៉ាងឆាប់រហ័ស ប្រសិនបើសុខភាពរបស់អ្នកត្រូវការវា។
- ប្រសិនបើយើងមិនបំពេញតាមកាលបរិច្ឆេទកំណត់នេះទេ យើងនឹងបញ្ជូនសំណើរបស់អ្នកទៅកម្រិត 2 នៃដំណើរការបណ្តឹងតវ៉ាសម្រាប់ការពិនិត្យឡើងវិញដោយ IRO។ សូមមើល**ផ្នែក G6** សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីបណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 2។
- ប្រសិនបើយើងឆ្លើយថា **យល់ព្រម** ចំពោះផ្នែកខ្លះ ឬទាំងអស់នៃសំណើរបស់អ្នក យើងនឹងផ្តល់ការធានារ៉ាប់រងជូនអ្នកក្នុងរយៈពេល 24 ម៉ោង បន្ទាប់ពីយើងទទួលបានសំណើរបស់អ្នក ឬលិខិតបញ្ជាក់គាំទ្ររបស់វេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក។
- ប្រសិនបើយើងឆ្លើយថា **មិនយល់ព្រម**ចំពោះផ្នែកខ្លះ ឬទាំងអស់នៃសំណើរបស់អ្នក យើងនឹងផ្ញើលិខិតមួយជូនអ្នក ដោយបញ្ជាក់ពីមូលហេតុ។ លិខិតនោះក៏ពន្យល់ផងដែរអំពីរបៀបដែលអ្នកអាចប្តឹងតវ៉ា។

ពេលវេលាកំណត់សម្រាប់សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងស្តង់ដាអំពីឱសថដែលអ្នកមិនទាន់បានទទួលនៅឡើយ

- ប្រសិនបើយើងប្រើកាលបរិច្ឆេទកំណត់ធម្មតា យើងត្រូវតែផ្តល់ចម្លើយដល់អ្នកក្នុងរយៈពេល 72 ម៉ោង បន្ទាប់ពីយើងទទួលបានសំណើរបស់អ្នក។ ប្រសិនបើអ្នកស្នើសុំករណីលើកលែង យើងនឹងផ្តល់ចម្លើយដល់អ្នកក្នុងរយៈពេល 72 ម៉ោងបន្ទាប់ពីយើងទទួលបានសេចក្តីថ្លែងការណ៍គាំទ្រពីវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក។ យើងនឹងផ្តល់ចម្លើយជូនអ្នកយ៉ាងឆាប់រហ័ស ប្រសិនបើសុខភាពរបស់អ្នកត្រូវការវា។
- ប្រសិនបើយើងមិនបំពេញតាមកាលបរិច្ឆេទកំណត់នេះទេ យើងនឹងបញ្ជូនសំណើរបស់អ្នកទៅកម្រិត 2 នៃដំណើរការបណ្តឹងតវ៉ាសម្រាប់ការពិនិត្យឡើងវិញដោយ IRO។
- ប្រសិនបើយើងនិយាយថា **យល់ព្រម**ចំពោះផ្នែកមួយ ឬទាំងអស់នៃសំណើរបស់អ្នក យើងផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវការធានារ៉ាប់រងក្នុងរយៈពេល 72 ម៉ោងបន្ទាប់ពីយើងទទួលបានសំណើរបស់អ្នក ឬសេចក្តីថ្លែងការណ៍គាំទ្រពីវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកសម្រាប់ករណីលើកលែង។
- ប្រសិនបើយើងឆ្លើយថា **មិនយល់ព្រម**ចំពោះផ្នែកខ្លះ ឬទាំងអស់នៃសំណើរបស់អ្នក យើងនឹងផ្ញើលិខិតមួយជូនអ្នក ដោយបញ្ជាក់ពីមូលហេតុ។ លិខិតនេះក៏ប្រាប់អ្នកពីរបៀបដែលអ្នកដាក់បណ្តឹងតវ៉ាផងដែរ។

ពេលវេលាកំណត់សម្រាប់សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងធម្មតាអំពីឱសថដែលអ្នកបានទិញរួចហើយ

- យើងត្រូវតែផ្តល់ចម្លើយរបស់យើងទៅឲ្យអ្នកក្នុងរយៈពេល 14 ថ្ងៃតាមប្រក្រតិទិន បន្ទាប់ពីយើងទទួលសំណើរបស់អ្នក។
- ប្រសិនបើយើងមិនបំពេញតាមកាលបរិច្ឆេទកំណត់នេះទេ យើងនឹងបញ្ជូនសំណើរបស់អ្នកទៅកម្រិត 2 នៃដំណើរការបណ្តឹងតវ៉ាសម្រាប់ការពិនិត្យឡើងវិញដោយ IRO។
- ប្រសិនបើយើងនិយាយថា **យល់ព្រម**ចំពោះផ្នែកមួយ ឬទាំងអស់នៃសំណើរបស់អ្នក យើងនឹងសងអ្នកវិញក្នុងរយៈពេល 14 ថ្ងៃតាមប្រតិទិន។
- **ប្រសិនបើ**យើងឆ្លើយថា **មិនយល់ព្រម**ចំពោះផ្នែកខ្លះ ឬទាំងអស់នៃសំណើរបស់អ្នក យើងនឹងផ្ញើលិខិតមួយជូនអ្នក ដោយបញ្ជាក់ពីមូលហេតុ។ លិខិតនេះក៏ប្រាប់អ្នកពីរបៀបដែលអ្នកដាក់បណ្តឹងតវ៉ាផងដែរ។

G5. ការដាក់ពាក្យបណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 1

> បណ្តឹងតវ៉ាទៅកាន់គម្រោងរបស់យើង អំពីសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងសម្រាប់ថ្នាំរបស់កម្មវិធី Medicare ផ្នែក D ត្រូវបានហៅថា ការកំណត់សេចក្តីសម្រេចឡើងវិញរបស់គម្រោង **“ការកំណត់សេចក្តីសម្រេច ឡើងវិញ”**។

- ចាប់ផ្តើមដាក់ពាក្យបណ្តឹងតវ៉ា**ធម្មតា** ឬ**បណ្តឹងតវ៉ារហ័ស**របស់អ្នក ដោយទូរសព្ទមកពួកយើងតាមរយៈលេខ 1-800-452-4413 (TTY: 711) សរសេរសំបុត្រមកយើង ឬផ្ញើទូរសារមកពួកយើង។ អ្នក អ្នកតំណាងរបស់អ្នក ឬវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក (ឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាផ្សេងទៀត) អាចធ្វើការនេះបាន។ សូមរួមបញ្ចូលឈ្មោះរបស់អ្នក ព័ត៌មានទំនាក់ទំនង និងព័ត៌មានទាក់ទងនឹងបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នក។
- អ្នកត្រូវតែស្នើសុំបណ្តឹងតវ៉ា**ក្នុងរយៈពេល 65 ថ្ងៃតាមប្រតិទិន** ចាប់តាំងពីកាលបរិច្ឆេទនៅលើសំបុត្រដែលយើងបានផ្ញើដើម្បីប្រាប់អ្នកអំពីសេចក្តីសម្រេចរបស់យើង។
- ប្រសិនបើអ្នកខកខានពេលវេលាកំណត់ ហើយមានហេតុផលល្អសម្រាប់ការបាត់វា យើងអាចផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវពេលវេលាបន្ថែមទៀតដើម្បីធ្វើបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នក។ ឧទាហរណ៍នៃមូលហេតុសមហេតុផល រួមមានករណីដូចជា អ្នកមានជំងឺធ្ងន់ធ្ងរ ឬយើងបានផ្តល់ព័ត៌មានខុសដល់អ្នកអំពីថ្ងៃផុតកំណត់។ ពន្យល់ពីមូលហេតុដែលបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នកយឺតពេលនៅពេលអ្នកដាក់បណ្តឹងតវ៉ានោះ។
- អ្នកមានសិទ្ធិស្នើសុំយើងខ្ញុំនូវច្បាប់ចម្លងនៃព័ត៌មានអំពីបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នក។ អ្នក និងវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកក៏អាចផ្តល់ឱ្យយើងខ្ញុំនូវព័ត៌មានបន្ថែមដើម្បីគាំទ្របណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នកបានផងដែរ។

ប្រសិនបើសុខភាពរបស់អ្នកត្រូវការវា អ្នកអាចស្នើសុំបណ្តឹងតវ៉ារហ័ស។

> បណ្តឹងតវ៉ារហ័ស ក៏ត្រូវបានហៅថា **“ការកំណត់សេចក្តីសម្រេចឡើងវិញពន្លឿន”**។

- ប្រសិនបើអ្នកប្តឹងតវ៉ាចំពោះសេចក្តីសម្រេចដែលយើងបានធ្វើអំពីថ្នាំ ដែលអ្នកមិនបានទទួល អ្នក និងវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក ឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាផ្សេងទៀត ត្រូវសម្រេចថា តើអ្នកត្រូវការបណ្តឹងតវ៉ារហ័សឬអត់។

- លក្ខខណ្ឌតម្រូវសម្រាប់បណ្តឹងតវ៉ារហ័ស គឺដូចគ្នានឹងលក្ខខណ្ឌតម្រូវសម្រាប់សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងរហ័សដែរ។ សូមមើល **ផ្នែក G4** សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។

យើងពិចារណាលើបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នក ហើយផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវចម្លើយរបស់យើង។

- យើងនឹងពិនិត្យឡើងវិញលើបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នក ហើយពិនិត្យមើលដោយប្រុងប្រយ័ត្នម្តងទៀតលើព័ត៌មានទាំងអស់អំពីសំណើសុំការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នក។
- យើងនឹងពិនិត្យមើលថា តើយើងបានអនុវត្តតាមវិធានឬអត់ នៅពេលយើងបានឆ្លើយថា **មិនយល់ព្រម** ចំពោះសំណើរបស់អ្នក។
- យើងអាចទាក់ទងអ្នក ឬវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក ឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាផ្សេងទៀត ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែម។

កាលកំណត់សម្រាប់បណ្តឹងតវ៉ារហ័សនៅកម្រិត 1

- ប្រសិនបើយើងប្រើកាលកំណត់រហ័ស យើងត្រូវតែផ្តល់ចម្លើយរបស់យើងជូនអ្នក **ក្នុងរយៈពេល 72 ម៉ោង** បន្ទាប់ពីយើងទទួលបានបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នក។
  - យើងនឹងផ្តល់ចម្លើយជូនអ្នកយ៉ាងឆាប់រហ័ស ប្រសិនបើសុខភាពរបស់អ្នកត្រូវការវា។
  - ប្រសិនបើយើងមិនផ្តល់ចម្លើយឱ្យអ្នកក្នុងរយៈពេល 72 ម៉ោងទេ យើងត្រូវបញ្ជូនសំណើរបស់អ្នកទៅកម្រិត 2 នៃដំណើរការបណ្តឹងតវ៉ា។ បន្ទាប់មក អង្គការត្រួតពិនិត្យឯករាជ្យ (IRO) នឹងពិនិត្យឡើងវិញលើសំណើនោះ។ សូមមើល**ផ្នែក G6** សម្រាប់ព័ត៌មានអំពីអង្គភាពត្រួតពិនិត្យ និងដំណើរការបណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 2។
- ប្រសិនបើយើងនិយាយថា **យល់ព្រម**ចំពោះផ្នែកមួយ ឬទាំងអស់នៃសំណើរបស់អ្នក យើងត្រូវតែផ្តល់ការធានារ៉ាប់រងដែលយើងបានយល់ព្រមផ្តល់ក្នុងរយៈពេល 72 ម៉ោងបន្ទាប់ពីយើងទទួលបានបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នក។
- ប្រសិនបើយើងនិយាយថា **មិនយល់ព្រម**ចំពោះផ្នែកមួយ ឬទាំងអស់នៃសំណើរបស់អ្នក យើងនឹងផ្ញើលិខិតមួយច្បាប់ដែលពន្យល់ពីមូលហេតុ និងប្រាប់អ្នកពីរបៀបដែលអ្នកអាចដាក់បណ្តឹងតវ៉ាបាន។

កាលកំណត់សម្រាប់បណ្តឹងតវ៉ាធម្មតានៅកម្រិត 1

- ប្រសិនបើយើងប្រើប្រាស់កាលកំណត់ធម្មតា យើងត្រូវតែផ្តល់ចម្លើយដល់អ្នក **ក្នុងរយៈពេលប្រាំពីរថ្ងៃតាមប្រតិទិន** បន្ទាប់ពីយើងទទួលបានបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នកសម្រាប់ឱសថដែលអ្នកមិនទទួលបាន។
- យើងផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវការសម្រេចចិត្តរបស់យើងឱ្យបានឆាប់ជាងនេះ ប្រសិនបើអ្នកមិនបានទទួលឱសថ ហើយស្ថានភាពសុខភាពរបស់អ្នកតម្រូវឱ្យវា។ ប្រសិនបើអ្នកជឿជាក់ថា សុខភាពរបស់អ្នកត្រូវការវា ចូរស្នើសុំបណ្តឹងតវ៉ា រហ័ស។

ប្រសិនបើយើងមិនផ្តល់សេចក្តីសម្រេចឱ្យអ្នកក្នុងរយៈពេលប្រាំពីរថ្ងៃតាមប្រតិទិនទេ យើងត្រូវតែបញ្ជូនសំណើរបស់អ្នកទៅកម្រិត 2 នៃដំណើរការបណ្តឹងតវ៉ា។ បន្ទាប់មក អង្គការត្រួតពិនិត្យឯករាជ្យ (IRO) នឹងពិនិត្យឡើងវិញលើសំណើនោះ។ សូមមើល**ផ្នែក G6** សម្រាប់ព័ត៌មានអំពីអង្គភាពត្រួតពិនិត្យ និងដំណើរការបណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 2។

ប្រសិនបើយើងនិយាយថា **យល់ព្រម** ចំពោះផ្នែកមួយ ឬទាំងអស់នៃសំណើរបស់អ្នក៖

- យើងត្រូវតែ**ផ្តល់ការធានារ៉ាប់រង**ដែលយើងបានយល់ព្រមផ្តល់ជូន ឱ្យបានលឿនតាមដែលសុខភាពរបស់អ្នកត្រូវការ ប៉ុន្តែ**មិនឱ្យលើសពីប្រាំពីរថ្ងៃតាមប្រតិទិន** បន្ទាប់ពីយើងទទួលបានបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នក។
- យើងត្រូវតែ**ផ្ញើការទូទាត់ប្រាក់ជូនអ្នក** សម្រាប់ថ្នាំដែលអ្នកបានទិញ **ក្នុងរយៈពេល 30 ថ្ងៃតាមប្រតិទិន** បន្ទាប់ពីយើងទទួលបានបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នក។

ប្រសិនបើយើងឆ្លើយថា **មិនយល់ព្រម**ចំពោះផ្នែកខ្លះ ឬទាំងអស់នៃសំណើរបស់អ្នក៖

- យើងនឹងផ្ញើលិខិតមួយជូនអ្នក ដែលពន្យល់ពីមូលហេតុ និងប្រាប់អ្នកអំពីរបៀបដែលអ្នកអាចដាក់បណ្តឹងតវ៉ា។
- យើងត្រូវតែផ្តល់ចម្លើយរបស់យើងជូនអ្នក អំពីការសងប្រាក់ជូនអ្នកវិញសម្រាប់ថ្នាំដែលអ្នកបានទិញ **ក្នុងរយៈពេល 14 ថ្ងៃតាមប្រតិទិន** បន្ទាប់ពីយើងទទួលបានបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នក។
  - ប្រសិនបើយើងមិនផ្តល់សេចក្តីសម្រេចឱ្យអ្នកក្នុងរយៈពេល 14 ថ្ងៃតាមប្រតិទិនទេ យើងត្រូវតែបញ្ជូនសំណើរបស់អ្នកទៅកម្រិត 2 នៃដំណើរការបណ្តឹងតវ៉ា។ បន្ទាប់មក អង្គការត្រួតពិនិត្យឯករាជ្យ (IRO) នឹងពិនិត្យឡើងវិញលើសំណើនោះ។ សូមមើល**ផ្នែក G6** សម្រាប់ព័ត៌មានអំពីអង្គភាពត្រួតពិនិត្យ និងដំណើរការបណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 2។
- ប្រសិនបើយើងឆ្លើយថា **យល់ព្រម** ចំពោះផ្នែកខ្លះ ឬទាំងអស់នៃសំណើរបស់អ្នក យើងត្រូវតែបង់ប្រាក់ជូនអ្នកក្នុងរយៈពេល 30 ថ្ងៃតាមប្រតិទិន បន្ទាប់ពីយើងទទួលបានសំណើរបស់អ្នក។
- ប្រសិនបើយើងនិយាយថា **មិនយល់ព្រម**ចំពោះផ្នែកមួយ ឬទាំងអស់នៃសំណើរបស់អ្នក យើងនឹងផ្ញើលិខិតមួយច្បាប់ដែលពន្យល់ពីមូលហេតុ និងប្រាប់អ្នកពីរបៀបដែលអ្នកអាចដាក់បណ្តឹងតវ៉ាបាន។

G6. ការដាក់បណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 2

ប្រសិនបើយើងឆ្លើយថា **មិនយល់ព្រម** ចំពោះបណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 1 របស់អ្នក អ្នកអាចទទួលយកសេចក្តីសម្រេចរបស់យើង ឬដាក់បណ្តឹងតវ៉ាមួយទៀត។ ប្រសិនបើអ្នកសម្រេចចិត្តដាក់បណ្តឹងតវ៉ាមួយទៀត អ្នកនឹងប្រើដំណើរការបណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 2។ អង្គការ **IRO** ពិនិត្យឡើងវិញលើសេចក្តីសម្រេចរបស់យើង នៅពេលដែលយើងឆ្លើយថា **មិនយល់ព្រម**ចំពោះបណ្តឹងតវ៉ាលើកទីមួយរបស់អ្នក។ អង្គការនេះ នឹងសម្រេចថា តើយើងគួរផ្លាស់ប្តូរសេចក្តីសម្រេចរបស់យើងឬអត់។

> ឈ្មោះផ្លូវការសម្រាប់ “អង្គការត្រួតពិនិត្យឯករាជ្យ” (IRO) គឺ **“អង្គភាពត្រួតពិនិត្យឯករាជ្យ”** ដែលជួនកាលហៅថា **“IRE”**។

ដើម្បីដាក់បណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 2 អ្នក អ្នកតំណាងរបស់អ្នក ឬវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក ឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាផ្សេងទៀត ត្រូវតែទាក់ទងទៅអង្គការត្រួតពិនិត្យឯករាជ្យ (IRO) **ជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ** ហើយស្នើសុំឱ្យមានការពិនិត្យឡើងវិញលើករណីរបស់អ្នក។

- ប្រសិនបើយើងឆ្លើយថា **មិនយល់ព្រម** ចំពោះបណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 1 របស់អ្នក លិខិតដែលយើងផ្ញើជូនអ្នកនឹងរួម បញ្ចូល **សេចក្តីណែនាំអំពីរបៀបដាក់ពាក្យបណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 2** ជាមួយអង្គការ IRO។

សេចក្តីណែនាំនោះប្រាប់ថា តើអ្នកណាអាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 2 បាន តើអ្នកត្រូវអនុវត្តតាមកាលកំណត់ណាខ្លះ និងរបៀបទាក់ទងអង្គការនោះ។

- នៅពេលអ្នកដាក់ពាក្យបណ្តឹងតវ៉ាទៅអង្គការ IRO យើងនឹងផ្ញើព័ត៌មានដែលយើងមានអំពីបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នកទៅអង្គការនោះ។ ព័ត៌មាននេះ ហៅថា “សំណុំឯកសារករណី” របស់អ្នក។ **អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានច្បាប់ចម្លងនៃឯកសារសំណុំរឿងរបស់អ្នកដោយឥតគិតថ្លៃ**។ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយក្នុងការស្នើសុំច្បាប់ចម្លងឥតគិតថ្លៃនៃសំណុំរឿងរបស់អ្នក សូមទូរសព្ទទៅលេខ 1-888-466-2219។
- អ្នកមានសិទ្ធិផ្តល់ព័ត៌មានបន្ថែមដល់ IRO ដើម្បីគាំទ្រលើបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នក។

អង្គការ IRO នឹងពិនិត្យឡើងវិញលើបណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 2 របស់អ្នកអំពី Medicare ផ្នែក D ហើយផ្តល់ចម្លើយជូនអ្នកជាលាយ លក្ខណ៍អក្សរ។ សូមមើល**ផ្នែក F4** សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីអង្គការ IRO។

កាលកំណត់សម្រាប់បណ្តឹងតវ៉ារហ័សនៅកម្រិត 2

ប្រសិនបើសុខភាពរបស់អ្នកត្រូវការវា សូមស្នើសុំបណ្តឹងតវ៉ារហ័សពីអង្គការ IRO។

- ប្រសិនបើអង្គការនោះយល់ព្រមលើបណ្តឹងតវ៉ារហ័ស អង្គការនោះត្រូវតែផ្តល់ចម្លើយជូនអ្នក **ក្នុងរយៈពេល 72 ម៉ោង** បន្ទាប់ពីទទួលបានសំណើបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នក។
- ប្រសិនបើអង្គការនោះឆ្លើយថា **យល់ព្រម** ចំពោះផ្នែកខ្លះ ឬទាំងអស់នៃសំណើរបស់អ្នក យើងត្រូវតែផ្តល់ការធានារ៉ាប់រងលើថ្នាំ ដែលបានយល់ព្រម **ក្នុងរយៈពេល 24 ម៉ោង** បន្ទាប់ពីទទួលបានសេចក្តីសម្រេចរបស់អង្គការ IRO។

កាលកំណត់សម្រាប់បណ្តឹងតវ៉ាធម្មតានៅកម្រិត 2

ប្រសិនបើអ្នកមានបណ្តឹងតវ៉ាធម្មតានៅកម្រិត 2 អង្គការ IRO ត្រូវតែផ្តល់ចម្លើយជូនអ្នក៖

- **ក្នុងរយៈពេលប្រាំពីថ្ងៃតាមប្រតិទិន** បន្ទាប់ពីពួកគេទទួលបានបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នកសម្រាប់ថ្នាំដែលអ្នកមិនបានទទួល។
- **ក្នុងរយៈពេល 14 ថ្ងៃតាមប្រតិទិន** បន្ទាប់ពីទទួលបានបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នកសម្រាប់ការសងប្រាក់វិញចំពោះថ្នាំដែលអ្នកបានទិញ។

ប្រសិនបើអង្គការ IRO ឆ្លើយថា **យល់ព្រម** ចំពោះផ្នែកមួយ ឬទាំងអស់នៃសំណើរបស់អ្នក៖

- យើងត្រូវតែផ្តល់ការធានារ៉ាប់រងលើថ្នាំដែលបានយល់ព្រម **ក្នុងរយៈពេល 72 ម៉ោង** បន្ទាប់ពីយើងទទួលបានសេចក្តីសម្រេចរបស់អង្គការ IRO។
- យើងត្រូវតែសងប្រាក់ជូនអ្នកវិញសម្រាប់ថ្នាំដែលអ្នកបានទិញ ក្នុងរយៈពេល 30 ថ្ងៃតាមប្រតិទិន បន្ទាប់ពីយើងទទួលបានសេចក្តីសម្រេចរបស់អង្គការ IRO។
- ប្រសិនបើអង្គការ IRO ឆ្លើយថា **មិនយល់ព្រម** ចំពោះបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នក នោះមានន័យថា ពួកគេយល់ស្របជាមួយសេចក្តីសម្រេចរបស់យើងដែលមិនយល់ព្រមលើសំណើរបស់អ្នក។ នេះហៅថា “ការតម្កល់សេចក្តីសម្រេចឱ្យនៅដដែល” ឬ “ការបដិសេធបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នក។”

ប្រសិនបើអង្គការ IRO ឆ្លើយថា **មិនយល់ព្រម** ចំពោះបណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 2 របស់អ្នក អ្នកមានសិទ្ធិដាក់ពាក្យបណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត3 ប្រសិនបើ តម្លៃជាប្រាក់ដុល្លារនៃការធានារ៉ាប់រងលើថ្នាំដែលអ្នកស្នើសុំ បំពេញតាមតម្លៃជាប្រាក់ដុល្លារអប្បបរមា។ ប្រសិនបើ តម្លៃជាប្រាក់ដុល្លារនៃការធានារ៉ាប់រងលើថ្នាំដែលអ្នកស្នើសុំ ទាបជាងតម្លៃអប្បបរមាដែលតម្រូវ អ្នកមិនអាចដាក់បណ្តឹងតវ៉ាបន្ថែម ទៀតបានទេ។ ក្នុងករណីនោះ សេចក្តីសម្រេចលើបណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 2 គឺជាសេចក្តីសម្រេចចុងក្រោយ។ អង្គការ IRO នឹងផ្ញើលិខិតមួយជូនអ្នក ដែលប្រាប់អ្នកអំពីតម្លៃជាប្រាក់ដុល្លារអប្បបរមា ដែលត្រូវការដើម្បីបន្តទៅកាន់បណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 3។

ប្រសិនបើតម្លៃជាប្រាក់ដុល្លារនៃសំណើរបស់អ្នក បំពេញតាមលក្ខខណ្ឌតម្រូវ នោះអ្នកអាចជ្រើសរើសថា តើអ្នកចង់បន្តបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នកបន្ថែមទៀតឬអត់។

- មានកម្រិតបន្ថែមចំនួនបីនៅក្នុងដំណើរការបណ្តឹងតវ៉ា បន្ទាប់ពីកម្រិត 2។
- ប្រសិនបើអង្គការ IRO ឆ្លើយថា **មិនយល់ព្រម** ចំពោះបណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 2 របស់អ្នក ហើយអ្នកបំពេញតាមលក្ខខណ្ឌតម្រូវ ដើម្បីបន្តដំណើរការបណ្តឹងតវ៉ា អ្នក៖
  - សម្រេចចិត្តថា តើអ្នកចង់ដាក់បណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 3 ឬអត់។
  - សូមមើលលិខិតដែលអង្គការ IRO បានផ្ញើជូនអ្នក បន្ទាប់ពីបណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 2 របស់អ្នក សម្រាប់ព័ត៌មានលម្អិតអំពីរបៀបដាក់ពាក្យបណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 3។

ចៅក្រមរដ្ឋបាល (ALJ) ឬមេធាវីដែលមានតួនាទីសម្រេចក្តី នឹងចាត់ការបណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 3។ សូមមើល**ផ្នែក J** សម្រាប់ព័ត៌មានអំពីបណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 3, 4 និង 5។

H. ការស្នើសុំឱ្យយើងធានារ៉ាប់រងលើការស្នាក់នៅមន្ទីរពេទ្យរយៈពេលយូរជាងមុន

នៅពេលអ្នកទទួលបានការអនុញ្ញាតឱ្យសម្រាកព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យ អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានសេវាមន្ទីរពេទ្យទាំងអស់ដែលយើងធានារ៉ាប់រង ដែលចាំបាច់ ដើម្បីធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ និងព្យាបាលជំងឺ ឬរបួសរបស់អ្នក។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីការធានារ៉ាប់រងមន្ទីរពេទ្យរបស់គម្រោងយើង សូមមើល **ជំពូក 4** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក* នេះ។

ក្នុងអំឡុងពេលស្នាក់នៅមន្ទីរពេទ្យដែលទទួលបានការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នក វេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក និងបុគ្គលិកមន្ទីរពេទ្យនឹងធ្វើការជាមួយអ្នក ដើម្បីរៀបចំសម្រាប់ថ្ងៃដែលអ្នកចាកចេញពីមន្ទីរពេទ្យ។ ពួកគេក៏ជួយរៀបចំការថែទាំ ដែលអ្នកអាច ត្រូវការបន្ទាប់ពីអ្នកចាកចេញផងដែរ។

- ថ្ងៃដែលអ្នកចាកចេញពីមន្ទីរពេទ្យ គេហៅថា “កាលបរិច្ឆេទចេញពីមន្ទីរពេទ្យ”។
- វេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក ឬបុគ្គលិកមន្ទីរពេទ្យនឹងប្រាប់អ្នកថា កាលបរិច្ឆេទចេញពីមន្ទីរពេទ្យរបស់អ្នក គឺជាថ្ងៃណា។

ប្រសិនបើអ្នកគិតថា អ្នកកំពុងត្រូវបានគេស្នើសុំឱ្យចាកចេញពីមន្ទីរពេទ្យឆាប់ពេក ឬអ្នកមានបញ្ហាបារម្ភអំពីការថែទាំរបស់អ្នក បន្ទាប់ពីអ្នកចាកចេញពីមន្ទីរពេទ្យ អ្នកអាចស្នើសុំឱ្យស្នាក់នៅមន្ទីរពេទ្យរយៈពេលយូរជាងមុនបាន។ ផ្នែកនេះ ប្រាប់អ្នកអំពីរបៀបស្នើសុំ។

ទោះបីជាមានបណ្តឹងតវ៉ាដែលបានពិភាក្សានៅក្នុង **ផ្នែក H** នេះក៏ដោយ អ្នកក៏អាចដាក់បណ្តឹងទៅក្រសួង DMHC និងស្នើសុំឱ្យក្រសួង DMHC ធ្វើការត្រួតពិនិត្យវេជ្ជសាស្ត្រឯករាជ្យ ដើម្បីបន្តការស្នាក់នៅមន្ទីរពេទ្យរបស់អ្នកបានផងដែរ។ សូមមើល **ផ្នែក F4** ដើម្បីស្វែងយល់អំពីរបៀបដាក់ពាក្យបណ្តឹងទៅកាន់ក្រសួងថែទាំសុខភាពក្រោមការគ្រប់គ្រងរបស់រដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា (DMHC) និងស្នើសុំឱ្យក្រសួង DMHC ធ្វើការពិនិត្យវេជ្ជសាស្ត្រឯករាជ្យ។ អ្នកអាចស្នើសុំការត្រួតពិនិត្យវេជ្ជសាស្ត្រឯករាជ្យ បន្ថែមពីលើ ឬជំនួសឱ្យបណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 3 បាន។

H1. ការយល់ដឹងអំពីសិទ្ធិ Medicare របស់អ្នក

ក្នុងរយៈពេល 2 ថ្ងៃ បន្ទាប់ពីអ្នកទទួលបានការអនុញ្ញាតឱ្យសម្រាកព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យ បុគ្គលិកមន្ទីរពេទ្យណាម្នាក់ ដូចជាគិលានុបដ្ឋាក ឬបុគ្គលិកគ្រប់គ្រងករណី នឹងផ្តល់សេចក្តីជូនដំណឹងជាលាយលក្ខណ៍អក្សរជូនអ្នក ដែលមានចំណងជើងថា “សារសំខាន់ពី Medicare អំពីសិទ្ធិរបស់អ្នក”។ អ្នកគ្រប់គ្នាដែលមាន Medicare នឹងទទួលបានច្បាប់ចម្លងនៃសេចក្តីជូនដំណឹងនេះ រាល់ពេលដែលពួកគេទទួលបានការអនុញ្ញាតឱ្យសម្រាកព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យ។

ប្រសិនបើអ្នកមិនទទួលបានសេចក្តីជូនដំណឹងនេះទេ សូមស្នើសុំពីបុគ្គលិកមន្ទីរពេទ្យណាម្នាក់។ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយ សូមទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជនតាមរយៈលេខដែលមាននៅផ្នែកខាងក្រោមនៃទំព័រ។អ្នកក៏អាចទូរសព្ទទៅ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) បានផងដែរ 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរតែទូរសព្ទទៅ 1-877-486-2048។

- **សូមអានសេចក្តីជូនដំណឹងនេះដោយយកចិត្តទុកដាក់** ហើយសួរសំណួរ ប្រសិនបើអ្នកមិនយល់។ សេចក្តីជូនដំណឹងនេះ ប្រាប់អ្នកអំពីសិទ្ធិរបស់អ្នកក្នុងនាមជាអ្នកជំងឺនៅមន្ទីរពេទ្យ រួមទាំងសិទ្ធិរបស់អ្នកក្នុងការ៖
    - ទទួលបានសេវាដែលទទួលបានការធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare ក្នុងអំឡុងពេល និងបន្ទាប់ពីការស្នាក់នៅមន្ទីរពេទ្យរបស់អ្នក។ អ្នកមានសិទ្ធិដឹងថា តើសេវាទាំងនេះមានអ្វីខ្លះ នរណានឹងបង់ថ្លៃសេវាទាំងនេះ និងកន្លែងដែលអ្នកអាចទទួលបានសេវាទាំងនេះ។
    - ចូលរួមក្នុងសេចក្តីសម្រេចណាមួយអំពីរយៈពេលនៃការស្នាក់នៅមន្ទីរពេទ្យរបស់អ្នក។
    - ដឹងថា ត្រូវរាយការណ៍បញ្ហាបារម្ភណាមួយដែលអ្នកមានអំពីគុណភាពនៃការថែទាំរបស់អ្នកនៅមន្ទីរពេទ្យទៅកន្លែងណា។
    - ដាក់បណ្តឹងតវ៉ា ប្រសិនបើអ្នកគិតថា អ្នកកំពុងត្រូវបានអនុញ្ញាតឱ្យចេញពីមន្ទីរពេទ្យឆាប់ពេក។
- **ចុះហត្ថលេខាលើសេចក្តីជូនដំណឹងនេះ** ដើម្បីបង្ហាញថា អ្នកបានទទួលសេចក្តីជូនដំណឹងនេះ និងយល់ អំពីសិទ្ធិរបស់អ្នក។
    - អ្នក ឬនរណាម្នាក់ដែលធ្វើសកម្មភាពជំនួសអ្នក អាចចុះហត្ថលេខាលើសេចក្តីជូនដំណឹងនេះបាន។
    - ការចុះហត្ថលេខាលើសេចក្តីជូនដំណឹងនេះ **គ្រាន់តែ** បង្ហាញថា អ្នកបានទទួលព័ត៌មានអំពីសិទ្ធិរបស់អ្នកប៉ុណ្ណោះ។ ការចុះហត្ថលេខា **មិនមានន័យថា** អ្នកយល់ព្រមនឹងកាលបរិច្ឆេទចេញពីមន្ទីរពេទ្យដែលវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក ឬបុគ្គលិកមន្ទីរពេទ្យអាចបានប្រាប់អ្នកនោះទេ។
- **សូមរក្សាទុកច្បាប់ចម្លងរបស់អ្នក** នៃសេចក្តីជូនដំណឹងដែលបានចុះហត្ថលេខានេះ ដើម្បីឱ្យអ្នកមានព័ត៌មានប្រសិនបើអ្នកត្រូវការវា។

ប្រសិនបើអ្នកចុះហត្ថលេខាលើសេចក្តីជូនដំណឹងនេះ លើសពីពីរថ្ងៃ មុនថ្ងៃដែលអ្នកចាកចេញពីមន្ទីរពេទ្យ អ្នកនឹងទទួលបានច្បាប់ចម្លងមួយទៀត មុនពេលអ្នកត្រូវបានអនុញ្ញាតឱ្យចេញពីមន្ទីរពេទ្យ។

អ្នកអាចមើលច្បាប់ចម្លងនៃសេចក្តីជូនដំណឹងនេះជាមុនបាន ប្រសិនបើអ្នក៖

- ទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជនតាមរយៈលេខដែលមាននៅផ្នែកខាងក្រោមនៃទំព័រ។
- ទូរសព្ទទៅកម្មវិធី Medicare តាមរយៈលេខ 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227)។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរតែទូរសព្ទទៅកាន់លេខ 1-877-486-2048។
- ចូលទៅកាន់គេហទំព័រ www.cms.gov/medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im។

H2. ការដាក់ពាក្យបណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 1

ដើម្បីស្នើសុំឱ្យយើងរ៉ាប់រងលើសេវាអ្នកជំងឺដែលសម្រាកព្យាបាលក្នុងមន្ទីរពេទ្យរបស់អ្នកសម្រាប់រយៈពេលយូរជាងនេះ សូមដាក់បណ្តឹងតវ៉ា។ អង្គការកែលម្អគុណភាព (QIO) ពិនិត្យឡើងវិញនូវបណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 1 ដើម្បីស្វែងយល់ថា តើកាលបរិច្ឆេទចាកចេញពីមន្ទីរពេទ្យដែលបានគ្រោងទុករបស់អ្នកសមស្របតាមវេជ្ជសាស្ត្រសម្រាប់អ្នកដែរឬទេ។

អង្គការ QIO គឺជាក្រុមវេជ្ជបណ្ឌិត និងបុគ្គលិកជំនាញផ្នែកសុខភាពផ្សេងទៀត ដែលទទួលបានប្រាក់បង់ពីរដ្ឋាភិបាលសហព័ន្ធ។ អ្នកជំនាញទាំងនេះពិនិត្យ និងជួយកែលម្អគុណភាពសម្រាប់អ្នកដែលមាន Medicare។ ពួកគេមិនមែនជាផ្នែកនៃគម្រោងរបស់យើងទេ។

នៅរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា អង្គការ QIO គឺជា Commence Health។ សូមទូរសព្ទទៅពួកគេតាមរយៈលេខ (877) 588-1123 [TTY: (855) 887-6668]។ ព័ត៌មានទំនាក់ទំនងក៏មាននៅក្នុងសេចក្តីជូនដំណឹង “សារសំខាន់មួយពី Medicare អំពីសិទ្ធិរបស់អ្នក” និងនៅក្នុង **ជំពូក 2** ផងដែរ។

សូមទូរសព្ទទៅអង្គការ QIO មុនពេលអ្នកចាកចេញពីមន្ទីរពេទ្យ និងមិនឱ្យលើសពីកាលបរិច្ឆេទចេញពីមន្ទីរពេទ្យដែលបានគ្រោងទុករបស់អ្នក។

- **ប្រសិនបើអ្នកទូរសព្ទមុនពេលអ្នកចាកចេញ** អ្នកអាចបន្តនៅមន្ទីរពេទ្យ បន្ទាប់ពីកាលបរិច្ឆេទចេញពីមន្ទីរពេទ្យដែលបានគ្រោងទុករបស់អ្នក ដោយមិនចាំបាច់បង់ប្រាក់សម្រាប់ការស្នាក់នៅនោះទេ ខណៈពេលអ្នកកំពុងរង់ចាំសេចក្តីសម្រេចរបស់អង្គការ QIO អំពីបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នក។
- **ប្រសិនបើអ្នកមិនទូរសព្ទដើម្បីប្តឹងតវ៉ាទេ** ហើយអ្នកសម្រេចចិត្តបន្តស្នាក់នៅមន្ទីរពេទ្យ បន្ទាប់ពីកាលបរិច្ឆេទចេញពីមន្ទីរពេទ្យដែលបានគ្រោងទុករបស់អ្នក អ្នកអាចត្រូវបង់ថ្លៃចំណាយទាំងអស់សម្រាប់ការថែទាំនៅមន្ទីរពេទ្យដែលអ្នកទទួលបាន បន្ទាប់ពីកាលបរិច្ឆេទចេញពីមន្ទីរពេទ្យដែលបានគ្រោងទុករបស់អ្នក។
- ដោយសារការសម្រាកព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យទទួលបានការធានារ៉ាប់រងពីទាំងកម្មវិធី Medicare និង Medi-Cal ប្រសិនបើអង្គការកែលម្អគុណភាព (QIO) មិនព្រមពិនិត្យសំណើរបស់អ្នកសុំបន្តសម្រាកព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យ ឬប្រសិនបើអ្នកជឿថា ស្ថានភាពរបស់អ្នកមានភាពបន្ទាន់ ពាក់ព័ន្ធនឹងការគំរាមកំហែងភ្លាមៗ និងធ្ងន់ធ្ងរដល់សុខភាពរបស់អ្នក ឬអ្នកមានការឈឺចាប់ធ្ងន់ធ្ងរ អ្នកក៏អាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងទៅក្រសួងថែទាំសុខភាពក្រោមការគ្រប់គ្រងរបស់រដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា (DMHC) ឬស្នើសុំឱ្យក្រសួងនេះធ្វើការត្រួតពិនិត្យវេជ្ជសាស្ត្រដោយឯករាជ្យបានផងដែរ។ សូមមើល**ផ្នែក F4** ដើម្បីស្វែងយល់អំពីរបៀបដាក់បណ្តឹង និងស្នើសុំឱ្យក្រសួង DMHC ធ្វើការត្រួតពិនិត្យវេជ្ជសាស្ត្រឯករាជ្យ។

សូមស្នើសុំជំនួយ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយ។ ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ ឬត្រូវការជំនួយនៅពេលណាមួយ៖

- សូមទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជនតាមរយៈលេខដែលមាននៅផ្នែកខាងក្រោមនៃទំព័រ។
- សូមទូរសព្ទទៅកម្មវិធីប្រឹក្សា និងតស៊ូមតិអំពីការធានារ៉ាប់រងសុខភាព (HICAP) តាមរយៈលេខ 1-800-434-0222។

ស្នើសុំការពិនិត្យឡើងវិញរហ័ស។ សូមចាត់វិធានការឱ្យបានឆាប់រហ័ស និងទាក់ទងអង្គការ QIO ដើម្បីស្នើសុំការពិនិត្យឡើងវិញរហ័សចំពោះការចេញពីមន្ទីរពេទ្យរបស់អ្នក។

> ពាក្យផ្លូវច្បាប់សម្រាប់ "**ការពិនិត្យឡើងវិញរហ័ស**" គឺ "**ការពិនិត្យឡើងវិញភ្លាមៗ**" ឬ "**ការពិនិត្យឡើងវិញពន្លឿន**"។

តើមានអ្វីកើតឡើងក្នុងអំឡុងពេលការពិនិត្យឡើងវិញរហ័ស

- អ្នកពិនិត្យឡើងវិញនៅអង្គការ QIO នឹងសួរអ្នក ឬអ្នកតំណាងរបស់អ្នកថា ហេតុអ្វីបានជាអ្នកគិតថា ការធានារ៉ាប់រងគួរតែបន្ត បន្ទាប់ពីកាលបរិច្ឆេទចេញពីមន្ទីរពេទ្យដែលបានគ្រោងទុក។ អ្នកមិនតម្រូវឱ្យសរសេរសេចក្តីថ្លែងការណ៍ទេ ប៉ុន្តែអ្នកអាចសរសេរបាន។
- អ្នកពិនិត្យឡើងវិញនឹងពិនិត្យមើលព័ត៌មានវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នក ពិភាក្សាជាមួយវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក និងពិនិត្យមើលព័ត៌មានដែលមន្ទីរពេទ្យ និងគម្រោងរបស់យើងបានផ្តល់ឱ្យពួកគេ។
- ត្រឹមម៉ោងថ្ងៃត្រង់នៃថ្ងៃបន្ទាប់ពីអ្នកពិនិត្យឡើងវិញបានប្រាប់គម្រោងរបស់យើងអំពីបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នក អ្នកនឹងទទួលបានលិខិតមួយដែលមានកាលបរិច្ឆេទចេញពីមន្ទីរពេទ្យដែលបានគ្រោងទុករបស់អ្នក។ លិខិតនោះ ក៏ផ្តល់មូលហេតុដែលវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក មន្ទីរពេទ្យ និងពួកយើងគិតថា កាលបរិច្ឆេទចេញពីមន្ទីរពេទ្យនោះ គឺជាកាលបរិច្ឆេទត្រឹមត្រូវដែលសមស្របផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រសម្រាប់អ្នក។

> ពាក្យផ្លូវច្បាប់សម្រាប់ការពន្យល់ជាលាយលក្ខណ៍អក្សរនេះ គឺ "**សេចក្តីជូនដំណឹងលម្អិតអំពីការចេញពីមន្ទីរពេទ្យ**"។ អ្នកអាចទទួលបានគំរូមួយ ដោយទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជនតាមរយៈលេខដែលមាននៅផ្នែកខាងក្រោមនៃទំព័រ ឬ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)។ (អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរតែទូរសព្ទ ទៅលេខ 1-877-486-2048)។
> អ្នកក៏អាចមើលគំរូអំពីសេចក្តីជូនដំណឹងនៅលើអនឡាញតាមរយៈ គេហទំព័រ www.cms.gov/medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im ។

ក្នុងរយៈពេលពេញមួយថ្ងៃបន្ទាប់ពីទទួលបានព័ត៌មានទាំងអស់ដែលខ្លួនត្រូវការ QIO នឹងផ្តល់ចម្លើយរបស់ពួកគេដល់អ្នកចំពោះបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នក។

ប្រសិនបើ QIO និយាយថា **យល់ព្រម**ចំពោះបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នក៖

- យើងនឹងផ្តល់សេវាធានារ៉ាប់រងអ្នកជំងឺដែលសម្រាកព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យរបស់អ្នក ដរាបណាសេវាទាំងនោះនៅតែមានភាពចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ។

ប្រសិនបើ QIO និយាយថា **មិនយល់ព្រម** ចំពោះបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នក៖

- ពួកគេជឿជាក់ថា កាលបរិច្ឆេទចាកចេញដែលបានគ្រោងទុករបស់អ្នក គឺសមស្របតាមផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ។
- ការធានារ៉ាប់រងរបស់យើងសម្រាប់សេវាមន្ទីរពេទ្យសម្រាប់អ្នកជំងឺសម្រាកព្យាបាលរបស់អ្នក នឹងបញ្ចប់នៅម៉ោងថ្ងៃត្រង់នៅថ្ងៃបន្ទាប់ពីអង្គការ QIO ផ្តល់ចម្លើយជូនអ្នកចំពោះបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នក។
- អ្នកអាចត្រូវបង់ថ្លៃចំណាយពេញលេញសម្រាប់ការថែទាំនៅមន្ទីរពេទ្យដែលអ្នកទទួលបាន បន្ទាប់ពីម៉ោងថ្ងៃត្រង់នៅថ្ងៃបន្ទាប់ពីអង្គការ QIO ផ្តល់ចម្លើយជូនអ្នកចំពោះបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នក។
- អ្នកអាចដាក់បណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 2 ប្រសិនបើ QIO បដិសេធបណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 1 របស់អ្នក **ហើយ**អ្នកបន្តស្នាក់នៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យបន្ទាប់ពីកាលបរិច្ឆេទចាកចេញដែលបានគ្រោងទុករបស់អ្នក។

H3. ការដាក់បណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 2

សម្រាប់បណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 2 អ្នកស្នើសុំឱ្យអង្គការកែលម្អគុណភាព (Quality Improvement Organization, QIO) ពិនិត្យឡើងវិញម្តងទៀតលើសេចក្តីសម្រេចដែលពួកគេបានធ្វើចំពោះបណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 1 របស់អ្នក។សូមទូរសព្ទទៅពួកគេតាមរយៈលេខ 1-877-588-1123 [TTY: 1-855-887-6668]។

អ្នកត្រូវតែស្នើសុំការពិនិត្យឡើងវិញនេះ **ក្នុងរយៈពេល 60 ថ្ងៃតាមប្រតិទិន** បន្ទាប់ពីថ្ងៃដែល QIO និយាយថា **មិនយល់ព្រមេ** ចំពោះបណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 1 របស់អ្នក។ អ្នកអាចស្នើសុំការពិនិត្យឡើងវិញនេះបាន **តែប៉ុណ្ណោះ** ប្រសិនបើអ្នកបន្តស្នាក់នៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យ បន្ទាប់ពីកាលបរិច្ឆេទដែលការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកសម្រាប់ការថែទាំនោះបានបញ្ចប់។

អ្នកត្រួតពិនិត្យរបស់ QIO នឹង៖

- ពិនិត្យមើលដោយប្រុងប្រយ័ត្នម្តងទៀតលើព័ត៌មានទាំងអស់ដែលពាក់ព័ន្ធនឹងបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នក។
- ប្រាប់អ្នកនូវសេចក្តីសម្រេចរបស់ពួកគេអំពីបណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 2 របស់អ្នកក្នុងរយៈពេល 14 ថ្ងៃតាមប្រតិទិន បន្ទាប់ពីទទួលបានសំណើរបស់អ្នកសម្រាប់ការពិនិត្យមើលឡើងវិញជាលើកទីពីរ។

ប្រសិនបើ QIO និយាយថា **យល់ព្រម**ចំពោះបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នក៖

- យើងត្រូវសងប្រាក់ជូនអ្នកវិញ សម្រាប់ចំណែករបស់យើងនៃថ្លៃចំណាយសម្រាប់ការថែទាំនៅមន្ទីរពេទ្យ ចាប់ពីម៉ោងថ្ងៃត្រង់ នៅថ្ងៃបន្ទាប់ពីកាលបរិច្ឆេទដែលអង្គការកែលម្អគុណភាព (QIO) បានបដិសេធ បណ្តឹងតវ៉ា កម្រិត 1 របស់អ្នក។
- យើងនឹងផ្តល់សេវាធានារ៉ាប់រងអ្នកជំងឺដែលសម្រាកព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យរបស់អ្នក ដរាបណាសេវាទាំងនោះនៅតែមានភាពចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ។

ប្រសិនបើ QIO និយាយថា **មិនយល់ព្រម** ចំពោះបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នក៖

- ពួកគេយល់ស្របនឹងសេចក្តីសម្រេចរបស់ពួកគេអំពីបណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 1 របស់អ្នក ហើយនឹងមិនផ្លាស់ប្តូរវានោះទេ។
- ពួកគេផ្តល់ជូនអ្នកនូវលិខិតដែលប្រាប់អ្នកអំពីអ្វីដែលអ្នកអាចធ្វើបាន ប្រសិនបើអ្នកចង់បន្តដំណើរការបណ្តឹងតវ៉ា និងដាក់បណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 3 នោះ។

- អ្នកក៏អាចដាក់បណ្តឹងតវ៉ាជាមួយ ឬស្នើសុំ DMHC សម្រាប់ការត្រួតពិនិត្យផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រឯករាជ្យ ដើម្បីបន្តការស្នាក់នៅមន្ទីរពេទ្យរបស់អ្នក។ សូមមើល **ផ្នែក F4** ដើម្បីស្វែងយល់អំពីរបៀបដាក់ពាក្យបណ្តឹងទៅកាន់ក្រសួងថែទាំសុខភាពក្រោមការគ្រប់គ្រងរបស់រដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា (DMHC) និងស្នើសុំឱ្យក្រសួង DMHC ធ្វើការពិនិត្យវេជ្ជសាស្ត្រឯករាជ្យ។

ចៅក្រមរដ្ឋបាល (ALJ) ឬមេធាវីដែលមានតួនាទីសម្រេចក្តី នឹងចាត់ការបណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 3។ សូមមើល**ផ្នែក J** សម្រាប់ព័ត៌មានអំពីបណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 3, 4 និង 5។

I. ការស្នើសុំឱ្យយើងបន្តធានារ៉ាប់រងលើសេវាវេជ្ជសាស្ត្រមួយចំនួន

ផ្នែកនេះ គឺនិយាយតែអំពីសេវាចំនួនបីប្រភេទ ដែលអ្នកអាចកំពុងទទួលបាន៖

- សេវាថែទាំសុខភាពតាមផ្ទះ
- ការថែទាំដោយគិលានុបដ្ឋាកដែលមានជំនាញនៅមណ្ឌលថែទាំអ្នកជំងឺកម្រិតខ្ពស់ **និង**
- ការថែទាំស្តារនីតិសម្បទាសម្រាប់អ្នកជំងឺឥតដេកពេទ្យ នៅមណ្ឌលស្តារនីតិសម្បទាអ្នកជំងឺឥតដេកពេទ្យគ្រប់ជ្រុងជ្រោយ (CORF) ដែលបានអនុម័តដោយ Medicare។ ជាធម្មតា នេះមានន័យថា អ្នកកំពុងទទួលការព្យាបាលសម្រាប់ជំងឺ ឬគ្រោះថ្នាក់ ឬអ្នកកំពុងស្តារឡើងវិញពីការវះកាត់ធំមួយ។

ចំពោះសេវាទាំងបីប្រភេទនេះ អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានសេវាដែលទទួលបានការធានារ៉ាប់រង ឱ្យតែវេជ្ជបណ្ឌិតនិយាយថាអ្នកត្រូវការសេវាទាំងនោះ។

នៅពេលយើងសម្រេចចិត្តបញ្ឈប់ការធានារ៉ាប់រងលើសេវាណាមួយក្នុងចំណោមសេវាទាំងនេះ យើងត្រូវតែប្រាប់អ្នក**មុនពេល**សេវារបស់អ្នកបញ្ចប់។ នៅពេលការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកសម្រាប់សេវានោះបញ្ចប់ យើងនឹងបញ្ឈប់ការបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវានោះ។

ប្រសិនបើអ្នកគិតថា យើងកំពុងបញ្ចប់ការធានារ៉ាប់រងលើការថែទាំរបស់អ្នកឆាប់ **អ្នកអាចប្តឹងតវ៉ាសេចក្តីសម្រេចរបស់យើងបាន។** ផ្នែកនេះ ប្រាប់អ្នកអំពីរបៀបស្នើសុំប្តឹងតវ៉ា។

I1. សេចក្តីជូនដំណឹងជាមុន មុនពេលការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកបញ្ចប់

យើងនឹងផ្ញើសេចក្តីជូនដំណឹងជាលាយលក្ខណ៍អក្សរមួយជូនអ្នក ដែលអ្នកនឹងទទួលបានយ៉ាងហោចណាស់ពីរថ្ងៃ មុនពេលយើងបញ្ឈប់ការបង់ប្រាក់សម្រាប់ការថែទាំរបស់អ្នក។ នេះហៅថា “សេចក្តីជូនដំណឹងស្តីពីការមិនធានារ៉ាប់រងរបស់ Medicare”។ សេចក្តីជូនដំណឹងនេះប្រាប់អ្នកអំពីកាលបរិច្ឆេទដែលយើងនឹងបញ្ឈប់ការធានារ៉ាប់រងលើការថែទាំរបស់អ្នក និងរបៀបប្តឹងតវ៉ាចំពោះសេចក្តីសម្រេចរបស់យើង។

អ្នក ឬអ្នកតំណាងរបស់អ្នក គួរតែចុះហត្ថលេខាលើសេចក្តីជូនដំណឹងនេះ ដើម្បីបង្ហាញថា អ្នកបានទទួលសេចក្តីជូនដំណឹងនេះហើយ។ ការចុះហត្ថលេខាលើសេចក្តីជូនដំណឹងនេះ **គ្រាន់តែ** បង្ហាញថា អ្នកបានទទួលព័ត៌មានអំពីសិទ្ធិរបស់អ្នកប៉ុណ្ណោះ។ ការចុះហត្ថលេខា **មិនមានន័យថា** អ្នកយល់ព្រមជាមួយសេចក្តីសម្រេចរបស់យើងនោះទេ។

I2. ការដាក់ពាក្យបណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 1

ប្រសិនបើអ្នកគិតថាយើងនឹងបញ្ចប់ការធានារ៉ាប់រងលើការថែទាំរបស់អ្នកឆាប់ពេក អ្នកអាចប្តឹងតវ៉ាចំពោះសេចក្តីសម្រេចចិត្តរបស់យើងបាន។ ផ្នែកនេះប្រាប់អ្នកអំពីដំណើរការបណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 1 និងអ្វីដែលត្រូវធ្វើ។

- **បំពេញតាមរយៈពេលកំណត់។** រយៈពេលកំណត់ គឺមានសារៈសំខាន់។ សូមយល់ដឹង និងអនុវត្តតាមរយៈពេល កំណត់ដែលអនុវត្តចំពោះអ្វីៗដែលអ្នកត្រូវធ្វើ។ គម្រោងរបស់យើងក៏ត្រូវតែយល់ព្រមតាមរយៈពេល កំណត់ផងដែរ។ ប្រសិនបើអ្នកគិតថា យើងមិនបានបំពេញតាមរយៈពេលកំណត់របស់យើងទេ អ្នកអាចដាក់បណ្តឹងបាន។ សូមមើល**ផ្នែក K** សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីបណ្តឹង។
- **សូមស្នើសុំជំនួយ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយ។** ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ ឬត្រូវការជំនួយនៅពេលណាមួយ៖
  - សូមទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជនតាមរយៈលេខដែលមាននៅផ្នែកខាងក្រោមនៃទំព័រ។
  - សូមទូរសព្ទទៅកាន់ HICAP តាមរយៈលេខ 1-800-434-0222។
- **សូមទាក់ទងទៅកាន់ QIO។**
  - សូមមើល**ផ្នែក H2** ឬសំអាងទៅលើ **ជំពូកទី 2** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក* របស់អ្នកសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពី QIO និងរបៀបទាក់ទងពួកគេ។
  - ស្នើសុំពួកគេឱ្យពិនិត្យឡើងវិញអំពីបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នក ហើយសម្រេចចិត្តថាតើត្រូវផ្លាស់ប្តូរសេចក្តីសម្រេចចិត្តរបស់គម្រោងរបស់យើងដែរឬទេ។
- **ចាត់វិធានការឱ្យបានឆាប់រហ័ស ហើយស្នើសុំ"បណ្តឹងតវ៉ាតាមដានរហ័ស។** សាកសួរ QIO ថាតើវាសមស្រប តាមផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដែលឱ្យយើងខ្ញុំបញ្ចប់ការធានារ៉ាប់រងលើសេវាវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នកដែរឬទេ។

កាលបរិច្ឆេទកំណត់របស់អ្នកសម្រាប់ការទាក់ទងអង្គការនេះ

- អ្នកត្រូវតែទាក់ទង QIO ដើម្បីចាប់ផ្តើមបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នកត្រឹមពេលថ្ងៃត្រង់នៃថ្ងៃមុនកាលបរិច្ឆេទមានប្រសិទ្ធភាពនៅលើ "សេចក្តីជូនដំណឹងអំពីការមិនធានារ៉ាប់រងរបស់ Medicare" ដែលយើងបានផ្ញើជូនអ្នក។
- ប្រសិនបើអង្គការកែលម្អគុណភាព (Quality Improvement Organization, QIO) មិនព្រមពិនិត្យ សំណើរបស់អ្នក ដើម្បីបន្តការធានារ៉ាប់រងលើសេវាថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក ឬអ្នកជឿថា ស្ថានភាព របស់អ្នកជាករណីបន្ទាន់ ឬពាក់ព័ន្ធនឹងការគំរាមកំហែងភ្លាមៗ និងធ្ងន់ធ្ងរដល់សុខភាពរបស់អ្នក ឬប្រសិនបើអ្នកកំពុងឈឺចាប់ខ្លាំង អ្នកអាចដាក់បណ្តឹងទៅកាន់ក្រសួងថែទាំសុខភាពក្រោមការគ្រប់គ្រង របស់រដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា (California Department of Managed Health Care, DMHC) និងស្នើសុំឱ្យក្រសួងនេះធ្វើការត្រួតពិនិត្យវេជ្ជសាស្ត្រឯករាជ្យបាន។ សូមមើល **ផ្នែក F4** ដើម្បីស្វែងយល់អំពីរបៀប ដាក់ពាក្យបណ្តឹងទៅកាន់ក្រសួងថែទាំសុខភាពក្រោមការគ្រប់គ្រងរបស់រដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា (DMHC) និង ស្នើសុំឱ្យក្រសួង DMHC ធ្វើការពិនិត្យវេជ្ជសាស្ត្រឯករាជ្យ។

ពាក្យច្បាប់សម្រាប់លិខិតជូនដំណឹងលាយលក្ខណ៍អក្សរ គឺជា **"សេចក្តីជូនដំណឹងស្តីពីការមិនធានារ៉ាប់រងរបស់ Medicare"**។ ដើម្បីទទួលបានច្បាប់ចម្លងគំរូ សូមទូរសព្ទទៅផ្នែកបម្រើសេវាបម្រើអតិថិជនតាម រយៈលេខដែលមាននៅផ្នែកខាងក្រោមនៃទំព័រ ឬទូរសព្ទទៅ Medicare តាមរយៈ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរតែទូរសព្ទទៅកាន់លេខ 1-877-486-2048។ ឬទទួលបានច្បាប់ចម្លងនៅលើអនឡាញតាមរយៈ:www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/FFS-Expedited-Determination-Notices ។

តើមានអ្វីកើតឡើងក្នុងអំឡុងពេលបណ្តឹងតវ៉ារហ័ស

- អ្នកត្រួតពិនិត្យនៅអង្គការ QIO នឹងសួរអ្នក ឬអ្នកតំណាងរបស់អ្នកថា ហេតុអ្វីបានជាអ្នកគិតថាការធានារ៉ាប់រងគួរតែបន្ត។ អ្នកមិនតម្រូវឱ្យសរសេរសេចក្តីថ្លែងការណ៍ទេ ប៉ុន្តែអ្នកអាចសរសេរបាន។
- អ្នកត្រួតពិនិត្យនឹងពិនិត្យមើលព័ត៌មានវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នក ពិភាក្សាជាមួយវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក និងពិនិត្យឡើងវិញលើព័ត៌មានដែលគម្រោងរបស់យើងបានផ្តល់ឱ្យពួកគេ។
- គម្រោងរបស់យើងក៏នឹងផ្ញើសេចក្តីជូនដំណឹងជាលាយលក្ខណ៍អក្សរមួយជូនអ្នកផងដែរ ដែលពន្យល់អំពីមូលហេតុរបស់យើងក្នុងការបញ្ចប់ការធានារ៉ាប់រងលើសេវារបស់អ្នក។ អ្នកនឹងទទួលបានសេចក្តីជូនដំណឹងនេះនៅចុងថ្ងៃដែលអ្នកត្រួតពិនិត្យជូនដំណឹងមកយើងអំពីបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នក។

ពាក្យផ្លូវច្បាប់សម្រាប់ការពន្យល់ក្នុងសេចក្តីជូនដំណឹងនេះ គឺ **"សេចក្តីពន្យល់លម្អិតអំពីការមិនធានារ៉ាប់រង"**។

- អ្នកត្រួតពិនិត្យនឹងផ្តល់សេចក្តីសម្រេចរបស់ពួកគេក្នុងរយៈពេលមួយថ្ងៃពេញ បន្ទាប់ពីទទួលបានព័ត៌មានទាំងអស់ដែលពួកគេត្រូវការ។

ប្រសិនបើ QIO និយាយថា **យល់ព្រម**ចំពោះបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នក៖

- យើងនឹងផ្តល់សេវាដែលទទួលបានការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នក ដរាបណាសេវាទាំងនោះចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ។

ប្រសិនបើ QIO និយាយថា **មិនយល់ព្រម** ចំពោះបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នក៖

- ការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកនឹងបញ្ចប់នៅកាលបរិច្ឆេទដែលយើងបានប្រាប់អ្នក។
- យើងបញ្ឈប់ការបង់ថ្លៃ ចំណែកនៃថ្លៃចូលរួមការចំណាយរបស់យើងលើការថែទាំនេះនៅកាលបរិច្ឆេទដែលនៅក្នុងសេចក្តីជូនដំណឹង។
- អ្នកបង់ថ្លៃពេញលើការថែទាំនេះដោយខ្លួនឯង ប្រសិនបើអ្នកសម្រេចចិត្តបន្តសេវាថែទាំសុខភាពតាមផ្ទះ មជ្ឈមណ្ឌលថែទាំសុខភាពជំនាញ ឬ CORF បន្ទាប់ពីកាលបរិច្ឆេទដែលការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកបញ្ចប់
- អ្នកសម្រេចចិត្តថាតើអ្នកចង់បន្តសេវាទាំងនេះ ហើយដាក់បណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 2 ដែរឬទេ។

I3. ការដាក់បណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 2

សម្រាប់បណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 2 អ្នកស្នើសុំឱ្យអង្គការកែលម្អគុណភាព (Quality Improvement Organization, QIO) ពិនិត្យឡើងវិញម្តងទៀតលើសេចក្តីសម្រេចដែលពួកគេបានធ្វើចំពោះបណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 1 របស់អ្នក។ សូមទូរសព្ទទៅពួកគេតាមរយៈលេខ (877) 588-1123 [TTY: (855) 887-6668]។

អ្នកត្រូវតែស្នើសុំការពិនិត្យឡើងវិញនេះ **ក្នុងរយៈពេល 60 ថ្ងៃតាមប្រតិទិន** បន្ទាប់ពីថ្ងៃដែល QIO និយាយថា **មិនយល់ព្រម** ចំពោះបណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 1 របស់អ្នក។ អ្នកអាចស្នើសុំការពិនិត្យឡើងវិញនេះបាន **លុះត្រាតែ** អ្នកបន្តការថែទាំបន្ទាប់ពីកាលបរិច្ឆេទដែលការធានារ៉ាប់រងលើការថែទាំរបស់អ្នកបានបញ្ចប់។

អ្នកត្រួតពិនិត្យរបស់ QIO នឹង៖

- ពិនិត្យមើលដោយប្រុងប្រយ័ត្នម្តងទៀតលើព័ត៌មានទាំងអស់ដែលពាក់ព័ន្ធនឹងបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នក។
- ប្រាប់អ្នកនូវសេចក្តីសម្រេចរបស់ពួកគេអំពីបណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 2 របស់អ្នកក្នុងរយៈពេល 14 ថ្ងៃតាមប្រតិទិន បន្ទាប់ពីទទួលបានសំណើរបស់អ្នកសម្រាប់ការពិនិត្យមើលឡើងវិញជាលើកទីពីរ។

ប្រសិនបើ QIO និយាយថា **យល់ព្រម**ចំពោះបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នក៖

- យើងសងប្រាក់ទៅអ្នកវិញសម្រាប់ ចំណែកនៃថ្លៃចូលរួមការចំណាយការថែទាំរបស់យើងដែលអ្នកបានទទួលចាប់ពីកាលបរិច្ឆេទដែលយើងបាននិយាយថា ការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកនឹងបញ្ចប់។
- យើងនឹងផ្តល់ការរ៉ាប់រង សម្រាប់ការថែទាំ ដរាបណាវាជាភាពចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ។

ប្រសិនបើ QIO និយាយថា **មិនយល់ព្រម** ចំពោះបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នក៖

- ពួកគេយល់ស្របនឹងសេចក្តីសម្រេចរបស់យើងក្នុងការបញ្ចប់ការថែទាំរបស់អ្នក ហើយនឹងមិនផ្លាស់ប្តូរទេ។
- ពួកគេផ្តល់ជូនអ្នកនូវលិខិតដែលប្រាប់អ្នកអំពីអ្វីដែលអ្នកអាចធ្វើបាន ប្រសិនបើអ្នកចង់បន្តដំណើរការបណ្តឹងតវ៉ា និងដាក់បណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 3 នោះ។
- អ្នកអាចដាក់បណ្តឹងតវ៉ាជាមួយ និងស្នើសុំ DMHC សម្រាប់ការត្រួតពិនិត្យផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រឯករាជ្យ ដើម្បីបន្តការធានារ៉ាប់រងរបស់សេវាថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក។ សូមមើល**ផ្នែក F4** ដើម្បីស្វែងយល់អំពីរបៀបស្នើសុំ DMHC សម្រាប់ការត្រួតពិនិត្យផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រឯករាជ្យ។ អ្នកអាចដាក់បណ្តឹងទៅក្រសួង DMHC និងស្នើសុំឱ្យក្រសួង DMHC ធ្វើការត្រួតពិនិត្យវេជ្ជសាស្ត្រឯករាជ្យ បន្ថែមពីលើ ឬជំនួសឱ្យបណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 3 បាន។

ចៅក្រមរដ្ឋបាល (ALJ) ឬមេធាវីដែលមានតួនាទីសម្រេចក្តី នឹងចាត់ការបណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 3។ សូមមើល**ផ្នែក J** សម្រាប់ព័ត៌មានអំពីបណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 3, 4 និង 5។

J. ការទទួលយកបណ្តឹងតវ៉ាលើសពីកម្រិត 2

J1. ជំហានបន្ទាប់ទៀតសម្រាប់សេវា និងទំនិញរបស់ Medicare

ប្រសិនបើអ្នកបានដាក់បណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 1 និងកម្រិត 2 សម្រាប់សេវា ឬទំនិញរបស់ Medicare ហើយបណ្តឹងតវ៉ាទាំងពីររបស់អ្នកត្រូវបានបដិសេធ អ្នកអាចមានសិទ្ធិដាក់បណ្តឹងតវ៉ាកម្រិតផ្សេងបន្ថែមទៀត។

ប្រសិនបើតម្លៃប្រាក់ដុល្លារនៃសេវា ឬសម្ភារៈ Medicare ដែលអ្នកបានប្តឹងតវ៉ាមិនបំពេញតាមចំនួនប្រាក់ដុល្លារអប្បបរមាជាក់លាក់ទេនោះ អ្នកមិនអាចប្តឹងតវ៉ាបន្ថែមទៀតបានទេ។ ប្រសិនបើតម្លៃគិតជាប្រាក់ដុល្លារខ្ពស់គ្រប់គ្រាន់ អ្នកអាចបន្តដំណើរការបណ្តឹងតវ៉ាបាន។ លិខិតដែលអ្នកទទួលបានពី IRO សម្រាប់បណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 2 របស់អ្នកពន្យល់អំពីអ្នកដែលត្រូវទាក់ទង និងអ្វីដែលត្រូវធ្វើដើម្បីស្នើសុំបណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 3។

បណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 3

កម្រិត 3 នៃដំណើរការបណ្តឹងតវ៉ា គឺជាសវនាការ ALJ។ បុគ្គលដែលធ្វើសេចក្តីសម្រេចចិត្ត គឺជា ALJ ឬមេធាវីកាត់សេចក្តីដែលធ្វើការឱ្យរដ្ឋាភិបាលសហព័ន្ធ។

ប្រសិនបើ ALJ ឬមេធាវីកាត់សេចក្តី **យល់ព្រម** ចំពោះបណ្តឹងតវ៉ា របស់អ្នក យើងមានសិទ្ធប្តឹងតវ៉ាកម្រិត 3 លើសេចក្តីសម្រេចដែលអំណោយផលសម្រាប់អ្នក។

- ប្រសិនបើយើងសម្រេចចិត្ត**ប្តឹងតវ៉ា**ចំពោះសេចក្តីសម្រេចនោះ យើងនឹងផ្ញើជូនអ្នកនូវច្បាប់ចម្លងនៃសំណើបណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 4 រួមជាមួយឯកសារភ្ជាប់ណាមួយ។ យើងអាចរង់ចាំសេចក្តីសម្រេចអំពីបណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 4 មុនពេលអនុញ្ញាត ឬផ្តល់សេវាដែលមានជម្លោះ។
- ប្រសិនបើយើងសម្រេចចិត្ត **មិនប្តឹងតវ៉ា** ចំពោះសេចក្តីសម្រេចនោះ យើងត្រូវតែអនុញ្ញាត ឬផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវសេវាក្នុងរយៈពេល 60 ថ្ងៃតាមប្រតិទិន បន្ទាប់ពីទទួលបានសេចក្តីសម្រេចចិត្តរបស់ ALJ ឬមេធាវីកាត់សេចក្តី។
    - ប្រសិនបើចៅក្រមច្បាប់រដ្ឋបាល (ALJ) ឬមេធាវីដែលធ្វើសេចក្តីសម្រេចឆ្លើយថា **មិនយល់ព្រម** ចំពោះបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នក ដំណើរការបណ្តឹងតវ៉ាអាចមិនទាន់បញ្ចប់នៅឡើយទេ។
- ប្រសិនបើអ្នកសម្រេចចិត្ត**ទទួលយក**សេចក្តីសម្រេចនេះ ដែលបដិសេធបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នក ដំណើរការបណ្តឹងតវ៉ាត្រូវបានបញ្ចប់។
- ប្រសិនបើអ្នកសម្រេចចិត្ត**មិនទទួលយក**សេចក្តីសម្រេចនេះ ដែលបដិសេធបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នក អ្នកអាចបន្តទៅកម្រិតបន្ទាប់នៃដំណើរការត្រួតពិនិត្យបាន។ សេចក្តីជូនដំណឹងដែលអ្នកទទួលបាននឹងប្រាប់អ្នកអំពីអ្វីដែលត្រូវធ្វើសម្រាប់បណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 4។

បណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 4

ក្រុមប្រឹក្សាបណ្តឹងតវ៉ារបស់ Medicare (ក្រុមប្រឹក្សា) ពិនិត្យមើលឡើងវិញអំពីបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នក ហើយផ្តល់ចម្លើយដល់អ្នក។ ក្រុមប្រឹក្សាគឺជាផ្នែកមួយរបស់រដ្ឋាភិបាលសហព័ន្ធ។

ប្រសិនបើក្រុមប្រឹក្សានិយាយថា **យល់ព្រម**ចំពោះបណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 4 របស់អ្នក ឬបដិសេធសំណើរបស់យើង ដើម្បីពិនិត្យឡើងវិញនូវសេចក្តីសម្រេចរបស់បណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 3 ដែលអំណោយផលដល់អ្នក យើងមានសិទ្ធិប្តឹងតវ៉ាទៅកម្រិត 5 ទៀត។

- ប្រសិនបើយើងសម្រេចចិត្ត**ប្តឹងតវ៉ា**ចំពោះសេចក្តីសម្រេចនោះ យើងនឹងជម្រាបជូនអ្នកជាលាយ លក្ខណ៍អក្សរ។
- ប្រសិនបើយើងសម្រេចចិត្ត**មិនប្តឹងតវ៉ា**ចំពោះសេចក្តីសម្រេចនោះ យើងត្រូវតែអនុញ្ញាត ឬផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវសេវាក្នុងរយៈពេល 60 ថ្ងៃតាមប្រតិទិន បន្ទាប់ពីទទួលបានសេចក្តីសម្រេចចិត្តរបស់ក្រុមប្រឹក្សា។

ប្រសិនបើក្រុមប្រឹក្សាឆ្លើយថា **មិនយល់ព្រម** ឬបដិសេធសំណើសុំការពិនិត្យឡើងវិញរបស់យើង នោះដំណើរការបណ្តឹងតវ៉ាអាចមិនទាន់បញ្ចប់នៅឡើយទេ។

- ប្រសិនបើអ្នកសម្រេចចិត្ត**ទទួលយក**សេចក្តីសម្រេចនេះ ដែលបដិសេធបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នក ដំណើរការបណ្តឹងតវ៉ាត្រូវបានបញ្ចប់។
- ប្រសិនបើអ្នកសម្រេចចិត្ត**មិនទទួលយក**សេចក្តីសម្រេចនេះ ដែលបដិសេធបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នក អ្នកអាចនឹងអាចបន្តទៅកាន់កម្រិតបន្ទាប់នៃដំណើរការពិនិត្យឡើងវិញបាន។ សេចក្តីជូនដំណឹងដែលអ្នកទទួលបាននឹងប្រាប់អ្នកប្រសិនបើអ្នកអាចបន្តទៅបណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 5 និងអ្វីដែលត្រូវធ្វើ។

បណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 5

- ចៅក្រមតុលាការសហព័ន្ធថ្នាក់មូលដ្ឋាន នឹងពិនិត្យបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នក និងព័ត៌មានទាំងអស់ ហើយសម្រេចថា **យល់ព្រម** ឬ **មិនយល់ព្រម**។ នេះគឺជាសេចក្តីសម្រេចចុងក្រោយ។ មិនមានកម្រិតបណ្តឹងតវ៉ាផ្សេងទៀតក្រៅពីតុលាការមណ្ឌលសហព័ន្ធទេ។

J2. បណ្តឹងតវ៉ារបស់ Medi-Cal បន្ថែម

អ្នកក៏មានសិទ្ធិប្តឹងតវ៉ាផ្សេងទៀតផងដែរ ប្រសិនបើបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នកទាក់ទងនឹងសេវា ឬទំនិញដែល Medi-Cal ធានារ៉ាប់រងជាធម្មតានោះ។ លិខិតដែលអ្នកទទួលបានពីផ្នែកសវនាការរដ្ឋនឹងប្រាប់អ្នកអំពីអ្វីដែលត្រូវធ្វើប្រសិនបើអ្នកចង់បន្តដំណើរការបណ្តឹងតវ៉ានោះ។

ប្រសិនបើអ្នកមិនយល់ស្របនឹងសេចក្តីសម្រេចរបស់សវនាការរដ្ឋទេនោះ ហើយអ្នកចង់ឱ្យចៅក្រមម្នាក់ទៀតពិនិត្យវាឡើងវិញ អ្នកអាចស្នើសុំឱ្យមានសវនាការសាជាថ្មី និង/ឬស្វែងរកការពិនិត្យឡើងវិញរបស់តុលាការបាន។ ដើម្បីស្នើសុំសវនាការសាថ្មី សូមធ្វើសំណើជាលាយល័ក្ខណ៍អក្សរ (លិខិត) ទៅកាន់៖ The Rehearing Unit, 744 P Street, MS 19-37, Sacramento, CA 95814 លិខិតនេះត្រូវតែធ្វើក្នុងរយៈពេល 30 ថ្ងៃបន្ទាប់ពីអ្នកទទួលបានសេចក្តីសម្រេចរបស់អ្នក។ កាលកំណត់នេះអាចត្រូវបានពន្យារពេលរហូតដល់ 180 ថ្ងៃ ប្រសិនបើអ្នកមានហេតុផលសមស្របសម្រាប់ការយឺតយ៉ាវ។ នៅក្នុងសំណើសុំសវនាការឡើងវិញរបស់អ្នក សូមបញ្ជាក់ពីកាលបរិច្ឆេទដែលអ្នកទទួលបានសេចក្តីសម្រេចរបស់អ្នក និងមូលហេតុដែលការធ្វើសវនាការឡើងវិញគួរតែត្រូវបានអនុញ្ញាត។ បើអ្នកចង់បង្ហាញភស្តុតាងបន្ថែម ត្រូវរៀបរាប់ភស្តុតាងបន្ថែម និងពន្យល់មូលហេតុដែលវាមិនបានបង្ហាញពីមុន និងរបៀបវានឹងផ្លាស់ប្តូរការសម្រេច។ អ្នកអាចទាក់ទងសេវាខាងច្បាប់សម្រាប់ជំនួយ។ ដើម្បីស្នើសុំការត្រួតពិនិត្យពីតុលាការ អ្នកត្រូវដាក់ញត្តិទៅកាន់តុលាការជាន់ខ្ពស់ (ក្រោមក្រមនីតិវិធីរដ្ឋប្បវេណីផ្នែកទី 1094.5) ក្នុងរយៈពេលមួយឆ្នាំបន្ទាប់ពីទទួលបានសេចក្តីសម្រេចរបស់អ្នក។ ប្តឹងញត្តិរបស់អ្នកក្នុងតុលាការជាន់ខ្ពស់ សម្រាប់ខោនធីដែលមានឈ្មោះនៅក្នុងការសម្រេចរបស់អ្នក។ អ្នកអាចនឹងប្តឹងញត្តិនេះ ដោយមិនបាច់ស្នើសុំសវនាការសាថ្មីទេ។ មិនត្រូវការថ្លៃឈ្នួល សម្រាប់ការប្តឹងទេ។ អ្នកអាចនឹងមានសិទ្ធិទទួលថ្លៃឈ្នួល និងតម្លៃសមហេតុផល

របស់មេធាវី បើសិន តុលាការចេញការសម្រេចផ្តាច់ព្រ័តកាត់ឲ្យអ្នកត្រូវ។ បើសវនាការសាថ្មីត្រូវបានស្តាប់ ហើយអ្នកមិនយល់ស្របជាមួយនឹងការសម្រេច ចេញពីសវនាការសាថ្មីទេ អ្នកអាចនឹង ស្វែងរកការពិនិត្យពិច័យដោយតុលាការ ប៉ុន្តែអ្នកមិនអាចស្នើសុំសវនាការសាថ្មីមួយទៀតបានឡើយ ។

J3. បណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 3, 4 និង 5 សម្រាប់សំណើសុំថ្នាំរបស់កម្មវិធី Medicare ផ្នែក D

ផ្នែកនេះអាចសមស្របសម្រាប់អ្នក ប្រសិនបើអ្នកបានដាក់បណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 1 និងបណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 2 ហើយបណ្តឹងតវ៉ាទាំងពីររបស់អ្នកត្រូវបានបដិសេធ។

ប្រសិនបើតម្លៃឱសថដែលអ្នកបានប្តឹងតវ៉ាបំពេញតាមចំនួនទឹប្រាក់គិតជាប្រាក់ដុល្លារជាក់លាក់មួយ អ្នកប្រហែលជាអាចបន្តទៅកម្រិតនៃបណ្តឹងតវ៉ាបន្ថែមទៀត។ ការឆ្លើយតបជាលាយលក្ខណ៍អក្សរដែលអ្នកទទួលបានចំពោះបណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 2 របស់អ្នកពន្យល់អំពីអ្នកដែលត្រូវទាក់ទង និងអ្វីដែលត្រូវធ្វើដើម្បីស្នើសុំបណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 3។

បណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 3

កម្រិត 3 នៃដំណើរការបណ្តឹងតវ៉ា គឺជាសវនាការ ALJ។ បុគ្គលដែលធ្វើសេចក្តីសម្រេចចិត្ត គឺជា ALJ ឬមេធាវីកាត់សេចក្តីដែលធ្វើការឱ្យរដ្ឋាភិបាលសហព័ន្ធ។

ប្រសិនបើ ALJ ឬមេធាវីកាត់សេចក្តីនិយាយថា យល់ព្រម ចំពោះបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នក៖

- ដំណើរការបណ្តឹងតវ៉ាត្រូវបានបញ្ចប់។
- យើងត្រូវតែអនុញ្ញាត ឬផ្តល់ការធានារ៉ាប់រងលើឱសថដែលបានយល់ព្រមក្នុងរយៈពេល 72 ម៉ោង (ឬ 24 ម៉ោងសម្រាប់បណ្តឹងតវ៉ាពន្លឿន) ឬធ្វើការទូទាត់មិនលើសពី 30 ថ្ងៃតាមប្រតិទិនបន្ទាប់ពីយើងទទួលបានសេចក្តីសម្រេច។

ប្រសិនបើចៅក្រមច្បាប់រដ្ឋបាល (ALJ) ឬមេធាវីដែលធ្វើសេចក្តីសម្រេចឆ្លើយថា **មិនយល់ព្រម**ចំពោះបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នក ដំណើរការបណ្តឹងតវ៉ាអាចមិនទាន់បញ្ចប់នៅឡើយទេ។

- ប្រសិនបើអ្នកសម្រេចចិត្ត**ទទួលយក**សេចក្តីសម្រេចនេះ ដែលបដិសេធបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នក ដំណើរការបណ្តឹងតវ៉ាត្រូវបានបញ្ចប់។
- ប្រសិនបើអ្នកសម្រេចចិត្ត**មិនទទួលយក**សេចក្តីសម្រេចនេះ ដែលបដិសេធបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នក អ្នកអាចបន្តទៅកម្រិតបន្ទាប់នៃដំណើរការត្រួតពិនិត្យបាន។ សេចក្តីជូនដំណឹងដែលអ្នកទទួលបាននឹងប្រាប់អ្នកអំពីអ្វីដែលត្រូវធ្វើសម្រាប់បណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 4។

បណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 4

ក្រុមប្រឹក្សាពិនិត្យឡើងវិញនូវបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នក ហើយផ្តល់ចម្លើយដល់អ្នក។ ក្រុមប្រឹក្សាគឺជាផ្នែកមួយរបស់រដ្ឋាភិបាលសហព័ន្ធ។

ប្រសិនបើក្រុមប្រឹក្សានិយាយថា **យល់ព្រម** ចំពោះបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នក៖

- ដំណើរការបណ្តឹងតវ៉ាត្រូវបានបញ្ចប់។

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

ប្រសិនបើក្រុមប្រឹក្សា **បដិសេធ** ចំពោះបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នក ឬប្រសិនបើក្រុមប្រឹក្សាបដិសេធសំណើសុំពិនិត្យឡើងវិញដំណើរការបណ្តឹងតវ៉ានឹងមិនអាចបញ្ចប់បានទេ។

- ប្រសិនបើអ្នកសម្រេច **ទទួលយក** សេចក្តីសម្រេចនេះដែលច្រានចោលបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នក ដំណើរការបណ្តឹងតវ៉ាត្រូវបានបញ្ចប់។
- ប្រសិនបើអ្នកសម្រេចចិត្ត**មិនទទួលយក**សេចក្តីសម្រេចនេះ ដែលបដិសេធបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នក អ្នកអាចនឹងអាចបន្តទៅកាន់កម្រិតបន្ទាប់នៃដំណើរការពិនិត្យឡើងវិញបាន។ សេចក្តីជូនដំណឹងដែលអ្នកទទួលបាននឹងប្រាប់អ្នកប្រសិនបើអ្នកអាចបន្តទៅបណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 5 និងអ្វីដែលត្រូវធ្វើ។

បណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 5

- ចៅក្រមតុលាការសហព័ន្ធថ្នាក់មូលដ្ឋាន នឹងពិនិត្យបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នក និងព័ត៌មានទាំងអស់ ហើយសម្រេចថា **យល់ព្រម** ឬ **មិនយល់ព្រម**។ នេះគឺជាសេចក្តីសម្រេចចុងក្រោយ។ មិនមានកម្រិតបណ្តឹងតវ៉ាផ្សេងទៀតក្រៅពីតុលាការមណ្ឌលសហព័ន្ធទេ។

K. របៀបដាក់បណ្តឹង

K1. តើប្រភេទនៃបញ្ហាអ្វីខ្លះ គួរតែដាក់បណ្តឹង

ដំណើរការបណ្តឹងត្រូវបានប្រើសម្រាប់ប្រភេទបញ្ហាជាក់លាក់តែប៉ុណ្ណោះ ដូចជាបញ្ហា ពាក់ព័ន្ធនឹងគុណភាពការថែទាំ ពេលវេលារង់ចាំ ការសម្របសម្រួលការថែទាំ និងសេវាបម្រើអតិថិជន។ នៅខាងក្រោមនេះ គឺជាប្រភេទនៃបញ្ហាដែលត្រូវបានដោះស្រាយដោយវិធីបណ្តឹង។

បណ្តឹង	ឧទាហរណ៍
គុណភាពនៃការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក	• អ្នកមិនសប្បាយចិត្តនឹងគុណភាពនៃការថែទាំ ដូចជាការថែទាំដែលអ្នកបានទទួលនៅមន្ទីរពេទ្យ។
ការគោរពចំពោះឯកជនភាពរបស់អ្នក	• អ្នកគិតថា មាននរណាម្នាក់មិនបានគោរពសិទ្ធិឯកជនភាពរបស់អ្នក ឬបានចែករំលែកព័ត៌មានសម្ងាត់របស់អ្នក។
ការមិនគោរព ផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជនមិនល្អ ឬអាកប្បកិរិយាអវិជ្ជមានផ្សេងទៀត	• អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាព ឬបុគ្គលិក បានប្រព្រឹត្តមិនសមរម្យ ឬមិនគោរពចំពោះអ្នក។ • បុគ្គលិករបស់យើងបានប្រព្រឹត្តចំពោះអ្នកមិនល្អ។ • អ្នកគិតថា អ្នកត្រូវបានគេដកចេញពីគម្រោងរបស់យើង។

បណ្តឹង	ឧទាហរណ៍
ភាពងាយស្រួលក្នុងការទទួលបានសេវា និងជំនួយផ្នែកភាសា	• អ្នកមិនអាចចូលទៅប្រើប្រាស់សេវាថែទាំសុខភាព និងមណ្ឌលផ្តល់ សេវានានា ដោយផ្ទាល់នៅក្នុងការិយាល័យរបស់វេជ្ជបណ្ឌិត ឬអ្នកផ្តល់សេវាបានទេ។ • វេជ្ជបណ្ឌិត ឬអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកមិនផ្តល់អ្នកបកប្រែសម្រាប់ភាសាដែលមិនមែនជាភាសាអង់គ្លេសដែលអ្នកនិយាយ (ដូចជាភាសាសញ្ញាអាមេរិក ឬភាសាអេស្ប៉ាញ)។ • អ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកមិនផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវកន្លែងស្នាក់នៅសមហេតុផលផ្សេងទៀតដែលអ្នកត្រូវការ និងស្នើសុំ។
ពេលវេលារង់ចាំ	• អ្នកមានបញ្ហាក្នុងការណាត់ជួប ឬរង់ចាំរយៈពេលយូរដើម្បីទទួលបានវា។ • វេជ្ជបណ្ឌិត ឱសថការី ឬអ្នកមានវិជ្ជាជីវៈផ្នែកសុខភាពផ្សេងទៀត ផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជន ឬបុគ្គលិកគម្រោងផ្សេងទៀតឱ្យអ្នករង់ចាំក្នុងរយៈពេលយូរ។
អនាម័យ	• អ្នកគិតថា គ្លីនិក មន្ទីរពេទ្យ ឬការិយាល័យរបស់វេជ្ជបណ្ឌិតមិនស្អាតទេ។
ព័ត៌មានដែលអ្នកទទួលបានពីយើងខ្ញុំ	• អ្នកគិតថា យើងខកខានផ្តល់ឲ្យអ្នក នូវលិខិតជូនដំណឹង ឬសំបុត្រ ដែលអ្នកគួរតែបានទទួល។ • អ្នកគិតថា ព័ត៌មានជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ ដែលយើងបានផ្ញើទៅអ្នកពិបាកយល់ណាស់។
ភាពទាន់ពេលវេលាដែលទាក់ទងនឹងសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង ឬបណ្តឹងតវ៉ា	• អ្នកគិតថា យើងមិនបំពេញតាមកាលបរិច្ឆេទកំណត់របស់យើងសម្រាប់សេចក្តីសម្រេចចិត្តលើការធានារ៉ាប់រង ឬការឆ្លើយតបទៅនឹងបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នក។ • អ្នកគិតថា ក្រោយពីទទួលបានសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង ឬបណ្តឹងតវ៉ាតាមការពេញចិត្តរបស់អ្នក យើងមិនបំពេញតាមកាលបរិច្ឆេទកំណត់សម្រាប់ការយល់ព្រម ឬផ្តល់ជូនអ្នកនូវសេវា ឬការសងប្រាក់ឱ្យអ្នកវិញសម្រាប់សេវាវេជ្ជសាស្ត្រជាក់លាក់នោះទេ។ • អ្នកមិនគិតថា យើងបានបញ្ជូនករណីរបស់អ្នកទៅកាន់ IRO ទាន់ពេលវេលាទេ។

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

> ពាក្យផ្លូវច្បាប់សម្រាប់ “បណ្តឹង” គឺជា **“បណ្តឹងសារទុក្ខ។”**
>
> ពាក្យផ្លូវច្បាប់សម្រាប់ “ការដាក់បណ្តឹង” គឺ **“ការដាក់បណ្តឹងសារទុក្ខ។”**

K2. បណ្តឹងផ្ទៃក្នុង

ដើម្បីធ្វើបណ្តឹងផ្ទៃក្នុង សូមទូរសព្ទទៅកាន់សេវាបម្រើអតិថិជនតាមរយៈលេខ 1-800-452-4413 (TTY: 711)។ អ្នកអាចដាក់បណ្តឹងបានគ្រប់ពេល លុះត្រាតែបណ្តឹងនោះស្តីពីឱសថ Medicare ផ្នែក D។ ប្រសិនបើបណ្តឹងតវ៉ាទាក់ទងនឹងអំពីឱសថ Medicare ផ្នែក D អ្នកត្រូវតែដាក់បណ្តឹងតវ៉ានោះក្នុងរយៈពេល **60 ថ្ងៃតាមប្រតិទិន** បន្ទាប់ពីអ្នកមានបញ្ហាដែលអ្នកចង់ប្តឹងតវ៉ា។

- បើមានអ្វីទៀតដែលអ្នកត្រូវធ្វើ ផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជននឹងប្រាប់អ្នក។
- អ្នកក៏អាចសរសេរបណ្តឹងរបស់អ្នក និងផ្ញើវាមកយើងបានដែរ។ បើអ្នកដាក់បណ្តឹងជាលាយល័ក្ខណ៍អក្សរ យើងខ្ញុំក៏នឹងឆ្លើយតបចំពោះបណ្តឹងរបស់អ្នកជាលាយល័ក្ខណ៍អក្សរដែរ។
- នេះជារបៀបដែលវាដំណើរការ៖
  - ជំហានទី 1៖ ដាក់បណ្តឹងសារទុក្ខ
  - ដើម្បីចាប់ផ្តើមដំណើរការនេះ សូមទូរសព្ទទៅអ្នកតំណាងផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជន ក្នុងរយៈពេល 60 ថ្ងៃតាមប្រតិទិនគិតចាប់ពីព្រឹត្តិការណ៍នោះ និងស្នើសុំដាក់បណ្តឹងសារទុក្ខ។ អ្នកក៏អាចដាក់បណ្តឹងសារទុក្ខជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ ក្នុងរយៈពេល 60 ថ្ងៃតាមប្រតិទិនគិតចាប់ពីព្រឹត្តិការណ៍ នោះដោយផ្ញើទៅកាន់៖

    Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan
    Appeals & Grievances Department
    P.O. Box 927
    Woodland Hills CA 91365-9856

  - ទូរសារ៖ 916-350-6510
  - ប្រសិនបើទាក់ទងមកពួកយើងតាមទូរសារ ឬតាមប្រៃសណីយ៍ សូមទូរសព្ទមកពួកយើង ដើម្បីស្នើសុំទម្រង់បណ្តឹងតវ៉ា និងបណ្តឹងសារទុក្ខរបស់គម្រោង Blue Shield Medicare + គម្រោង Medi-Cal Plan។ យើងនឹងផ្ញើលិខិតមួយច្បាប់ដែលប្រាប់អ្នកឱ្យដឹងថា យើងបានទទួលការជូនដំណឹងអំពីការព្រួយបារម្ភរបស់អ្នកក្នុងរយៈពេល 5 ថ្ងៃតាមប្រតិទិន ហើយផ្តល់ជូនអ្នកនូវឈ្មោះរបស់បុគ្គលដែលកំពុងធ្វើការលើការព្រួយបារម្ភនោះ។ ជាធម្មតា យើងនឹងដោះស្រាយវាក្នុងរយៈពេល 30 ថ្ងៃតាមប្រតិទិន។

- ប្រសិនបើអ្នកកំពុងស្នើសុំ “បណ្តឹងសារទុក្ខពន្លឿន” ឬ “សេចក្តីសម្រេចរហ័ស” ឬ “បណ្តឹងតវ៉ារហ័ស” សូមដាក់ពាក្យបណ្តឹងតវ៉ា/បណ្តឹងសារទុក្ខរបស់អ្នកជាលាយលក្ខណ៍អក្សរទៅអាសយដ្ឋានដែលបានរាយបញ្ជាក់នៅក្នុងជំហានទី 1 ខាងលើ ឬដោយទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជនតាមរយៈលេខ 1-800-452-4413 (TTY: 711)។ សម្រាប់ “បណ្តឹងសារទុក្ខពន្លឿន” ឬ “សេចក្តីសម្រេចរហ័ស” ឬ “បណ្តឹងតវ៉ារហ័ស” យើងត្រូវតែផ្តល់ចម្លើយជូនអ្នកក្នុងរយៈពេល 72 ម៉ោង បន្ទាប់ពីយើងទទួលបានបណ្តឹងតវ៉ា/បណ្តឹងសារទុក្ខរបស់អ្នកជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ ឬតាមរយៈការទូរសព្ទមកពួកយើង។ យើងនឹងផ្តល់ចំឡើយរបស់យើងទៅឲ្យអ្នកឆាប់ជាង បើលក្ខណៈសុខភាពរបស់អ្នក តម្រូវឲ្យយើងធ្វើ។ ប្រសិនបើអ្នកស្នើសុំ “បណ្តឹងសារទុក្ខពន្លឿន” ដោយសារយើងបានសម្រេចថា មិនផ្តល់ “សេចក្តីសម្រេចរហ័ស” ឬ “បណ្តឹងតវ៉ារហ័ស” ជូនអ្នក យើងនឹងបញ្ជូនសំណើរបស់អ្នកទៅនាយកវេជ្ជសាស្ត្រម្នាក់ដែលមិនបានចូលរួមក្នុងការសម្រេចចិត្តដើមរបស់យើង។ យើងអាចសាកសួរថាតើអ្នកមានព័ត៌មានបន្ថែមដែលមិនមាននៅពេលដែលអ្នកបានស្នើសុំ “សេចក្តីសម្រេចដំបូងរហ័ស” ឬ “បណ្តឹងតវ៉ារហ័ស” ដែរឬទេ។ នាយកផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រនឹងពិនិត្យឡើងវិញនូវសំណើរបស់អ្នក ហើយសម្រេចចិត្តថាតើសេចក្តីសម្រេចពីខាងដើមរបស់យើងសមស្របដែរឬទេ។ យើងនឹងធ្វើលិខិតជូនអ្នកដែលមានសេចក្តីសម្រេចរបស់យើងក្នុងរយៈពេល 24 ម៉ោង បន្ទាប់ពីអ្នកស្នើសុំ “បណ្តឹងសារទុក្ខពន្លឿន”។ យើងត្រូវតែដោះស្រាយបណ្តឹងសារទុក្ខរបស់អ្នកឱ្យបានលឿនតាមដែលករណីរបស់អ្នកតម្រូវ ដោយផ្អែកលើស្ថានភាពសុខភាពរបស់អ្នក ប៉ុន្តែមិនឱ្យលើសពី 30 ថ្ងៃតាមប្រតិទិន បន្ទាប់ពីទទួលបានបណ្តឹងរបស់អ្នកឡើយ។

- **ជំហានទី 2៖ សវនាការបណ្តឹងសារទុក្ខ**
  - ប្រសិនបើអ្នកមិនពេញចិត្តនឹងដំណោះស្រាយនៃបណ្តឹងសារទុក្ខរបស់អ្នកដែលពាក់ព័ន្ធនឹងបញ្ហាគុណភាពនៃការថែទាំ អ្នកអាចដាក់សំណើជាលាយលក្ខណ៍អក្សរទៅកាន់នាយកដ្ឋានបណ្តឹងតវ៉ា និងបណ្តឹងសារទុក្ខរបស់ Blue Shield Medicare ដើម្បីស្នើសុំសវនាការបណ្តឹងសារទុក្ខ។ ក្នុងរយៈពេល 31 ថ្ងៃតាមប្រតិទិន បន្ទាប់ពីការស្នើសុំជាលាយលក្ខណ៍អក្សររបស់អ្នក យើងនឹងប្រមូលផ្តុំគណៈកម្មាធិការដើម្បីបើកសវនាការលើករណីរបស់អ្នក។ អ្នកនឹងត្រូវបានអញ្ជើញឱ្យចូលរួមក្នុងសវនាការនេះ ដែលរួមមានវេជ្ជបណ្ឌិតម្នាក់ដែលមិនបានពាក់ព័ន្ធនឹងករណីនេះ និងអ្នកតំណាងម្នាក់ពីនាយកដ្ឋានដោះស្រាយបណ្តឹងតវ៉ា និងបណ្តឹងសារទុក្ខ។ អ្នកអាចចូលរួមដោយផ្ទាល់ ឬពីចំងាយតាមប្រព័ន្ធទូរសព្ទ។ បន្ទាប់ពីសវនាការ យើងនឹងធ្វើលិខិតដំណោះស្រាយចុងក្រោយជូនអ្នក។ ប្រសិនបើអ្នកមិនពេញចិត្តនឹងដំណោះស្រាយនៃបណ្តឹងសារទុក្ខរបស់អ្នក ដែលមិនពាក់ព័ន្ធនឹងគុណភាពនៃការថែទាំ ដូចជា រយៈពេលរង់ចាំ ការមិនគោរព សេវាបម្រើអតិថិជន ឬអនាម័យ អ្នកអាចទាក់ទងទៅនាយកដ្ឋានសេវាបម្រើអតិថិជនរបស់គម្រោង Blue Shield Medicare + គម្រោង Medi-Cal Plan ដើម្បីស្នើសុំការត្រួតពិនិត្យបន្ថែម។

> **ពាក្យផ្លូវច្បាប់** សម្រាប់ “បណ្តឹងរហ័ស” គឺ **“បណ្តឹងសារទុក្ខពន្លឿន។”**

ប្រសិនបើអាច យើងនឹងឆ្លើយតបទៅអ្នកភ្លាមៗ។ បើអ្នកទូរស័ព្ទមកយើងដោយមានបណ្តឹង យើងអាចនឹងផ្តល់ចំឡើយឲ្យអ្នកនៅពេលអ្នកទូរស័ព្ទមកតែម្តង។ ប្រសិនបើស្ថានភាពសុខភាពរបស់អ្នកតម្រូវឱ្យយើងខ្ញុំឆ្លើយតបឱ្យបានឆាប់រហ័ស យើងនឹងធ្វើដូច្នេះ។

- យើងឆ្លើយតបបណ្តឹងតវ៉ាភាគច្រើនក្នុងរយៈពេល 30 ថ្ងៃតាមប្រតិទិន។ ប្រសិនបើយើងមិនធ្វើសេចក្តីសម្រេចក្នុងរយៈពេល 30 ថ្ងៃតាមប្រតិទិន ដោយសារយើងត្រូវការព័ត៌មានបន្ថែម យើងនឹងជូនដំណឹងដល់អ្នកជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ។ យើងក៏ផ្តល់ការធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពអំពីស្ថានភាព និងពេលវេលាប៉ាន់ស្មានសម្រាប់អ្នកដើម្បីទទួលបានចម្លើយ។
- ប្រសិនបើអ្នកដាក់បណ្តឹងតវ៉ាដោយសារតែយើងបដិសេធសំណើរបស់អ្នកសម្រាប់ “សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងរហ័ស” ឬ “បណ្តឹងតវ៉ារហ័ស” យើងផ្តល់ជូនអ្នកនូវ “បណ្តឹងតវ៉ារហ័ស” ដោយស្វ័យប្រវត្តិ ហើយឆ្លើយតបទៅនឹងបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នកក្នុងរយៈពេល 24 ម៉ោង។
- ប្រសិនបើអ្នកដាក់បណ្តឹងតវ៉ាដោយសារតែយើងបានចំណាយពេលវេលាបន្ថែម ដើម្បីធ្វើសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង ឬបណ្តឹងតវ៉ា យើងផ្តល់ជូនអ្នកនូវ “បណ្តឹងតវ៉ារហ័ស” ដោយស្វ័យប្រវត្តិ ហើយឆ្លើយតបទៅនឹងបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នកក្នុងរយៈពេល 24 ម៉ោង។

ប្រសិនបើយើងមិនយល់ស្របនឹងផ្នែកខ្លះ ឬទាំងអស់នៃបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នក យើងនឹងប្រាប់អ្នក និងផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវហេតុផលរបស់យើង។ យើងឆ្លើយតបថាតើយើងយល់ស្របនឹងបណ្តឹងតវ៉ាដែរឬអត់។

K3. បណ្តឹងខាងក្រៅ

Medicare

អ្នកអាចប្រាប់ Medicare អំពីណ្តឹងរបស់អ្នក ឬផ្ញើវាទៅ Medicare។ ក្រដាសបំពេញបណ្តឹង Medicare (Medicare Complaint Form) គឺមាននៅ៖ www.medicare.gov/my/medicare-complaint។ អ្នកមិនចាំបាច់ ដាក់បណ្តឹងតវ៉ាជាមួយ Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan មុនពេលដាក់បណ្តឹងតវ៉ាជាមួយ Medicare នោះទេ។

Medicare យកចិត្តទុកដាក់ចំពោះបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នកជាខ្លាំង ហើយនឹងប្រើព័ត៌មាននេះ ដើម្បីជួយលើកស្ទួយគុណភាពរបស់កម្មវិធី Medicare។

ប្រសិនបើអ្នកមានមតិកែលម្អ ឬកង្វល់ផ្សេងទៀត ឬប្រសិនបើអ្នកគិតថាគម្រោងសុខភាពនេះមិនដោះស្រាយបញ្ហារបស់អ្នកទេ អ្នកក៏អាចទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) បានផងដែរ។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY ទូរសព្ទទៅលេខ 1-877-486-2048។ ការហៅទូរសព្ទ គឺឥតគិតថ្លៃ។

Medi-Cal

អ្នកអាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងជាមួយអំបាដ្សម៉ានទទួលបន្ទុកសេវាថែទាំសុខភាពក្រោមការគ្រប់គ្រងរបស់ Medi-Cal នៃក្រសួងសេវាថែទាំសុខភាពរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា (DHCS) ដោយទូរសព្ទទៅលេខ 1-888-452-8609។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY អាចទូរសព្ទទៅលេខ 711។ ទូរសព្ទពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ 5 ល្ងាច

អ្នកអាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងជាមួយក្រសួងថែទាំសុខភាពក្រោមការគ្រប់គ្រងរបស់រដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា (DMHC) បាន។ DMHC គឺ ទទួលខុសត្រូវក្នុងការគ្រប់គ្រងគម្រោងសុខភាព។ អ្នកអាចទូរសព្ទទៅកាន់មជ្ឈមណ្ឌលជំនួយ DMHC សម្រាប់ជំនួយក្នុងការដាក់បណ្តឹងតវ៉ាអំពីសេវា Medi-Cal។ សម្រាប់បញ្ហាមិនបន្ទាន់ អ្នកអាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងតវ៉ាជាមួយ DMHC ប្រសិនបើអ្នកមិនយល់ស្របនឹងការសម្រេចចិត្តនៅក្នុងបណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 1 របស់អ្នក ឬប្រសិនបើគម្រោងមិនបានដោះស្រាយពាក្យបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នកបន្ទាប់ពី 30 ថ្ងៃតាមប្រតិទិន។ ទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយ អ្នកអាចទាក់ទង DMHC

ដោយមិនចាំបាច់ដាក់បណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 1 ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយក្នុងបណ្តឹងតវ៉ាដែលពាក់ព័ន្ធនឹងបញ្ហាបន្ទាន់ ឬបណ្តឹងតវ៉ាដែលពាក់ព័ន្ធនឹងការគំរាមកំហែងភ្លាមៗ និងធ្ងន់ធ្ងរដល់សុខភាពរបស់អ្នក ប្រសិនបើអ្នកមានការឈឺចាប់ធ្ងន់ធ្ងរ ប្រសិនបើអ្នកមិនយល់ស្របនឹងការសម្រេចចិត្តរបស់គម្រោងរបស់យើងអំពីបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នក ឬប្រសិនបើគម្រោងរបស់យើងមិនបានដោះស្រាយបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នកបន្ទាប់ពី 30 ថ្ងៃតាមប្រតិទិន។

មានវិធីពីរយ៉ាងដើម្បីទទួលបានជំនួយពីមជ្ឈមណ្ឌលជំនួយ៖

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

ការិយាល័យសម្រាប់សិទ្ធពលរដ្ឋ (OCR)

អ្នកអាចដាក់បណ្តឹងកាន់ក្រសួងសេវាសុខាភិបាល និងមនុស្សជាតិ (HHS) OCR ប្រសិនបើអ្នកគិតថា អ្នករងភាពអយុត្តិធម៌។ ឧទាហរណ៍ អ្នកអាចដាក់បណ្តឹងអំពីសិទ្ធិចូលប្រើសម្រាប់ពិការភាព ឬជំនួយភាសា។ លេខទូរសព្ទសម្រាប់ OCR គឺ 1-800-368-1019។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-537-7697។ អ្នកអាចចូលមើលគេហទំព័រ www.hhs.gov/ocr សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។

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

Customer Response Center: 1-800-368-1019
Fax: 202-619-3818
TTY: 1-800-537-7697
Email: ocrmail@hhs.gov

អ្នកក៏អាចមានសិទ្ធិក្រោមច្បាប់ស្តីពីជនជាតិអាមេរិកដែលមានពិការភាព (Americans with Disability Act, ADA) និងក្រោមច្បាប់វិសោធនកម្ម ADA ឆ្នាំ 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** ឬសំអាងទៅលើ **ជំពូកទី 2** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះ។

នៅក្នុងរដ្ឋ California អង្គការ QIO គឺហៅថា Commence Health។ លេខទូរសព្ទសម្រាប់ Commence Health គឺ 1-877-588-1123 [TTY: 1-855-887-6668]។

ជំពូកទី 10៖ ការបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់អ្នកនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើង

សេចក្តីផ្តើម

ជំពូកនេះពន្យល់ពីរបៀបដែលអ្នកអាចបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់អ្នកជាមួយគម្រោងរបស់យើង និងជម្រើសធានារ៉ាប់រងសុខភាពរបស់អ្នក បន្ទាប់ពីអ្នកចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើង។ ប្រសិនបើអ្នកចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើង អ្នកនឹងនៅតែស្ថិតក្នុងកម្មវិធី Medicare និង Medi-Cal ដរាបណាអ្នកមានសិទ្ធិទទួលបាន។ ពាក្យគន្លឹះ និងនិយមន័យរបស់ពាក្យទាំងនោះ មានបង្ហាញតាមលំដាប់អក្ខរក្រមនៅក្នុងជំពូកចុងក្រោយនៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក* នេះ។

តារាងមាតិកា

A. នៅពេលអ្នកអាចបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់អ្នកនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើង 295

B. របៀបបញ្ចប់សមាជិកភាពនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើង....296

C. របៀបទទួលបានសេវា Medicare និង Medi-Cal ដាច់ដោយឡែកពីគ្នា....297

C1. សេវា Medicare របស់អ្នក....297

C2. សេវា Medi-Cal របស់អ្នក....300

D. ឱសថ សេវាកម្ម និងទំនិញវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នក រហូតដល់សមាជិកភាពរបស់អ្នកនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើងបញ្ចប់ ..301

E. ស្ថានភាពផ្សេងទៀតនៅពេលដែលសមាជិកភាពរបស់អ្នកនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើងបញ្ចប់ 301

F. ច្បាប់ជំទាស់នឹងការស្នើសុំឱ្យអ្នកចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើងដោយហេតុផលណាមួយ ដែលទាក់ទងនឹងសុខភាព 303

G. សិទ្ធិរបស់អ្នកក្នុងការដាក់ពាក្យបណ្តឹង ប្រសិនបើពួកយើងបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់អ្នកនៅក្នុងគម្រោង របស់យើង។....303

H. របៀបក្នុងការទទួលព័ត៌មានបន្ថែមអំពីការបញ្ចប់សមាជិកភាពនៃគម្រោងរបស់អ្នក....303

A. នៅពេលអ្នកអាចបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់អ្នកនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើង

មនុស្សភាគច្រើនដែលមាន Medicare អាចបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់ពួកគេក្នុងអំឡុងពេលជាក់លាក់ណាមួយនៃឆ្នាំ។ ដោយសារអ្នកមាន Medi-Cal អ្នកមានជម្រើសមួយចំនួនដើម្បីបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់អ្នកជាមួយគម្រោងរបស់យើង រួមទាំងខែណាមួយនៃឆ្នាំ។

លើសពីនេះទៀត អ្នកអាចបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់អ្នកនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើងក្នុងអំឡុងពេលដូចខាងក្រោម៖

- រយៈពេល**ចុះឈ្មោះបើកចំហ** ដែលមានរយៈពេលចាប់ពីថ្ងៃទី 15 ខែតុលា ដល់ថ្ងៃទី 7 ខែធ្នូ។ ប្រសិនបើអ្នកជ្រើសរើសយកគម្រោងថ្មីមួយក្នុងអំឡុងពេលនេះ សមាជិកភាពរបស់អ្នកនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើងនឹងបញ្ចប់នៅថ្ងៃទី 31 ខែធ្នូ ហើយសមាជិកភាពរបស់អ្នកនៅក្នុងគម្រោងថ្មីនឹងចាប់ផ្តើម នៅថ្ងៃទី 1 ខែមករា។

- រយៈពេលចុះឈ្មោះបើកចំហសម្រាប់ **Medicare Advantage (MA)** ដែលមានរយៈពេលចាប់ពី ថ្ងៃទី 1 ខែមករា ដល់ថ្ងៃទី 31 ខែមីនា ហើយក៏អនុវត្តផងដែរសម្រាប់អ្នកទទួលអត្ថប្រយោជន៍ Medicare ថ្មី ដែល បានចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងមួយ ចាប់ពីខែដែលមានសិទ្ធិទទួល បានផ្នែក A និង ផ្នែក B រហូតដល់ថ្ងៃចុងក្រោយនៃខែទី 3 នៃការមានសិទ្ធិទទួលបាន។ ប្រសិនបើអ្នកជ្រើសរើសយកគម្រោងថ្មីក្នុងអំឡុង ពេលនេះ សមាជិកភាពរបស់អ្នកនៅក្នុងគម្រោងថ្មីនេះនឹងចាប់ផ្តើមនៅថ្ងៃដំបូងនៃខែបន្ទាប់។

វាអាចមានស្ថានភាពផ្សេងទៀតនៅពេលដែលអ្នកមានសិទ្ធិធ្វើការផ្លាស់ប្តូរចំពោះការចុះឈ្មោះរបស់អ្នក។ ឧទាហរណ៍ នៅពេល៖

- អ្នកបានផ្លាស់ចេញពីតំបន់ផ្តល់សេវារបស់យើង
- សិទ្ធិទទួលបានរបស់អ្នកសម្រាប់ Medi-Cal ឬជំនួយបន្ថែមបានផ្លាស់ប្តូរ **ឬ**
- ប្រសិនបើអ្នកទើបតែបានផ្លាស់ទៅក្នុងពេលនេះកំពុងទទួលការថែទាំនៅក្នុង ឬទើបតែផ្លាស់ចេញពីមន្ទីរថែទាំ ឬមន្ទីរពេទ្យថែទាំរយៈពេលវែង។

សមាជិកភាពរបស់អ្នកបញ្ចប់នៅថ្ងៃចុងក្រោយនៃខែដែលយើងទទួលបានសំណើរបស់អ្នក ដើម្បីចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើង។ ឧទាហរណ៍ ប្រសិនបើយើងទទួលបានសំណើរបស់អ្នកនៅថ្ងៃទី 18 ខែមករា ការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកជាមួយគម្រោងរបស់យើងនឹងបញ្ចប់នៅថ្ងៃទី 31 ខែមករា។ ប្រសិនបើអ្នកចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងមួយផ្សេងទៀត ការធានារ៉ាប់រងថ្មីរបស់អ្នកចាប់ផ្តើមនៅថ្ងៃដំបូងនៃខែបន្ទាប់ (ថ្ងៃទី 1 ខែកុម្ភៈ ក្នុងឧទាហរណ៍នេះ)។

ប្រសិនបើអ្នកចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើង អ្នកអាចទទួលបានព័ត៌មានអំពី៖

- ជម្រើស Medicare នៅក្នុងតារាងនៅ**ផ្នែក C1**។
- ជម្រើស និងសេវា Medi-Cal នៅក្នុង**ផ្នែក C2**។

អ្នកអាចទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែមអំពីរបៀបដែលអ្នកអាចបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់អ្នកដោយទូរសព្ទទៅកាន់៖

- ផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជនតាមរយៈលេខដែលនៅផ្នែកខាងក្រោមទំព័រនេះ។ លេខសម្រាប់អ្នកប្រើប្រាស់ TTY ក៏ត្រូវបានបញ្ជីផងដែរ។

- Medicare at 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរតែទូរសព្ទទៅកាន់លេខ 1-877-486-2048។
- កម្មវិធីប្រឹក្សា និងការគាំពារធានារ៉ាប់រងសុខភាពរដ្ឋ California (HICAP) តាមរយៈលេខ 1-800-434-0222 ពីថ្ងៃចន្ទដល់ថ្ងៃសុក្រ ចាប់ពីម៉ោង 8 ព្រឹកដល់ម៉ោង 5 ល្ងាច។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម ឬដើម្បីស្វែងរកការិយាល័យ HICAP ក្នុងតំបន់របស់អ្នក សូមចូលមើលគេហទំព័រ www.aging.ca.gov/HICAP។ Health Care Optionsតាមរយៈលេខ 1-844-580-7272 ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ 6 ល្ងាច។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-430-7077។
- មន្ត្រីបណ្តឹងសាធារណៈនៃការថែទាំក្រោមការគ្រប់គ្រងរបស់ Medi-Cal តាមរយៈលេខ 1-888-452-8609 ពីថ្ងៃចន្ទដល់ថ្ងៃសុក្រ ចាប់ពីម៉ោង 8 ព្រឹកដល់ម៉ោង 5 ល្ងាច ឬផ្ញើអ៊ីមែលទៅកាន់ MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov។

ចំណាំ៖ ប្រសិនបើអ្នកស្ថិតនៅក្នុងកម្មវិធីគ្រប់គ្រងឱសថ (DMP) អ្នកប្រហែលជាមិនអាចផ្លាស់ប្តូរគម្រោងបានទេ។ សូមសំអាងទៅលើ **ជំពូកទី 5** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក* នេះសម្រាប់ព័ត៌មានអំពីកម្មវិធីគ្រប់គ្រងឱសថ។

B. របៀបបញ្ចប់សមាជិកភាពនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើង

ប្រសិនបើអ្នកសម្រេចចិត្តបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់អ្នក អ្នកអាចធ្វើដូច្នេះបានដោយចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោង Medicare មួយផ្សេងទៀត ឬប្តូរទៅ Original Medicare វិញ។ ទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយ ប្រសិនបើអ្នកចង់ប្តូរពីគម្រោងរបស់យើងទៅ Original Medicare ប៉ុន្តែអ្នកមិនបានជ្រើសរើសគម្រោងឱសថ Medicare ដាច់ដោយឡែកទេ អ្នកត្រូវតែស្នើសុំឱ្យលុបឈ្មោះចេញពីគម្រោងរបស់យើង។ មានវិធីពីរយ៉ាងដែលអ្នកអាចស្នើសុំឱ្យលុបឈ្មោះចេញ៖

- អ្នកអាចដាក់សំណើជាលាយលក្ខណ៍អក្សរមកកាន់យើងខ្ញុំ។ ទាក់ទងមកកាន់ផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជនតាមរយៈលេខដែលនៅផ្នែកខាងក្រោមទំព័រនេះ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការព័ត៌មានបន្ថែមអំពីរបៀបធ្វើបែបនេះ។
- ឬហៅទូរសព្ទទៅ Medicare តាមរយៈលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY (អ្នកដែលមានបញ្ហាក្នុងការស្តាប់ ឬការនិយាយ) គួរទូរសព្ទទៅលេខ 1-877-486-2048។ នៅពេលអ្នកទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-MEDICARE អ្នកក៏អាចចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងសុខភាព ឬឱសថ Medicare ផ្សេងទៀតបានផងដែរ។ ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីការទទួលបានសេវា Medicare របស់អ្នក នៅពេលអ្នកចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើងគឺមាននៅក្នុងតារាងនៅទំព័រ 295។
- ទូរសព្ទទៅ Health Care Options តាមរយៈលេខ 1-844-580-7272 ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ 6 ល្ងាច។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-430-7077។
- **ផ្នែក C** ខាងក្រោមរួមបញ្ចូលទាំងជំហានដែលអ្នកអាចធ្វើ ដើម្បីចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងផ្សេង ដែលក៏នឹងបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់អ្នកនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើងផងដែរ។

C. របៀបទទួលបានសេវា Medicare និង Medi-Cal ដាច់ដោយឡែកពីគ្នា

អ្នកមានជម្រើសអំពីការទទួលបានសេវា Medicare និង Medi-Cal របស់អ្នក ប្រសិនបើអ្នកជ្រើសរើសចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើង។

C1. សេវា Medicare របស់អ្នក

អ្នកមានជម្រើសបីយ៉ាងសម្រាប់ការទទួលបានសេវាកម្ម Medicare របស់អ្នកដែលមានក្នុងបញ្ជីខាងក្រោមក្នុងខែណាមួយនៃឆ្នាំ។ អ្នកមានជម្រើសបន្ថែមដូចបានរាយខាងក្រោមក្នុងអំឡុងពេលជាក់លាក់នៃឆ្នាំ រួមទាំង **រយៈពេលបើកចុះឈ្មោះ** និង **រយៈពេលបើកចុះឈ្មោះរបស់ Medicare Advantage** ឬស្ថានភាពផ្សេងទៀតដែលបានពពណ៌នានៅក្នុង **ផ្នែក A**។ តាមរយៈការជ្រើសរើសជម្រើសមួយក្នុងចំណោមជម្រើសទាំងនេះ អ្នកបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់អ្នកដោយស្ម័យប្រវត្តិនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើង។

1. អ្នកអាចផ្លាស់ប្តូរទៅ៖	**ខាងក្រោមនេះ គឺជាអ្វីៗត្រូវធ្វើ៖**
គម្រោង Medicare Medi-Cal Plan (Medi-Medi Plan) គឺជាប្រភេទគម្រោង Medicare Advantage Plan។ គម្រោងនេះ គឺសម្រាប់អ្នកដែលមានទាំង Medicare និង Medi-Cal ហើយរួមបញ្ចូលអត្ថប្រយោជន៍ Medicare និង Medi-Cal រួមគ្នាទៅក្នុងគម្រោងតែមួយ។ គម្រោង Medi-Medi ធ្វើការសម្របសម្រួលអត្ថប្រយោជន៍ និងសេវាទាំងអស់ដែលអ្នកទទួលបានក្រោមកម្មវិធីទាំងពីរ រួមមានសេវាទាំងអស់ដែលទទួលបានការធានា រ៉ាប់រងដោយ Medicare និង Medi-Cal ឬគម្រោង កម្មវិធីថែទាំគ្រប់ជ្រុងជ្រោយសម្រាប់មនុស្សចាស់ (Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE) ប្រសិនបើអ្នកបំពេញលក្ខខណ្ឌ សម្រាប់ទទួលបាន។ **ចំណាំ៖** ពាក្យគម្រោង Medi-Medi Plan គឺជាឈ្មោះសម្រាប់គម្រោងតម្រូវការពិសេសសម្រាប់អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានកម្មវិធីទាំងពីរ (D-SNPs) ដែលបានរួមបញ្ចូលគ្នានៅក្នុងរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា។	ឬហៅទូរសព្ទទៅ Medicare តាមរយៈលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរតែទូរសព្ទទៅកាន់លេខ 1-877-486-2048។ សម្រាប់ការសាកសួរអំពីកម្មវិធីនៃការថែទាំមនុស្សចាស់រួមបញ្ចូលទាំងអស់ (PACE) សូមហៅទូរសព្ទទៅលេខ 1-855-921-PACE (7223)។ បើអ្នកត្រូវការជួយ ឬព័ត៌មានបន្ថែម៖ • សូមទូរសព្ទទៅកម្មវិធីប្រឹក្សា និងតស៊ូមតិអំពីការធានារ៉ាប់រងសុខភាព (HICAP) របស់រដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា តាមរយៈលេខ 1-800-434-0222 ពីថ្ងៃចន្ទដល់ថ្ងៃសុក្រ ចាប់ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ 5 ល្ងាច សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម ឬដើម្បីស្វែងរកការិយាល័យ HICAP ក្នុងតំបន់របស់អ្នក សូមចូលទៅកាន់ www.aging.ca.gov/HICAP/។ **ឬ** ចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោង Medi-Medi ថ្មី។ អ្នកនឹងត្រូវបានលុបឈ្មោះចេញពីគម្រោង Medicare របស់យើងដោយស្ម័យប្រវត្តិនៅពេលការរ៉ាប់រងនៃគម្រោងថ្មីរបស់អ្នកចាប់ផ្តើម។ គម្រោង Medi-Cal របស់អ្នកនឹងផ្លាស់ប្តូរ ដើម្បីផ្គូផ្គងនឹងគម្រោង Medi-Medi របស់អ្នក។

2. អ្នកអាចផ្លាស់ប្តូរទៅ៖ **Original Medicare ដែលមានគម្រោងឱសថរបស់ Medicare ដាច់ដោយឡែក និងគម្រោង Medi-Cal Plan។**	**ខាងក្រោមនេះ គឺជាអ្វីៗត្រូវធ្វើ៖** ឬហៅទូរសព្ទទៅ Medicare តាមរយៈលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរតែទូរសព្ទទៅកាន់លេខ 1-877-486-2048។ បើអ្នកត្រូវការជួយ ឬព័ត៌មានបន្ថែម៖ • សូមទូរសព្ទទៅកម្មវិធីប្រឹក្សា និងតស៊ូមតិអំពីការធានារ៉ាប់រងសុខភាព (HICAP) របស់រដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា តាមរយៈលេខ 1-800-434-0222 ពីថ្ងៃចន្ទដល់ថ្ងៃសុក្រ ចាប់ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ 5 ល្ងាច សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម ឬដើម្បីស្វែងរកការិយាល័យ HICAP ក្នុងតំបន់របស់អ្នក សូមចូលទៅកាន់ www.aging.ca.gov/HICAP/។ **ឬ** ចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងឱសថ Medicare ថ្មី អ្នកនឹងត្រូវបានលុបឈ្មោះចេញពីគម្រោងរបស់យើង ដោយស្វ័យប្រវត្តិនៅពេលការធានារ៉ាប់រង Original Medicare របស់អ្នកចាប់ផ្តើម។ អ្នកនឹងបន្តមានឈ្មោះក្នុងគម្រោង Medi-Cal Plan របស់អ្នក លុះត្រាតែអ្នកជ្រើសរើសគម្រោងផ្សេងទៀត។

3. អ្នកអាចផ្លាស់ប្តូរទៅ៖ **Original Medicare ដែលគ្មានគម្រោងឱសថរបស់ Medicare ដាច់ដោយឡែក ប្រសិនបើអ្នកមានហេតុផលត្រឹមត្រូវក្នុងការដកឈ្មោះចេញ** **ចំណាំ៖** ប្រសិនបើអ្នកប្តូរទៅ Original Medicare ហើយមិនចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងឱសថរបស់ Medicare ដាច់ដោយឡែកទេ នោះ Medicare អាចចុះឈ្មោះ អ្នកក្នុងគម្រោងឱសថបាន លុះត្រាតែអ្នកប្រាប់ Medicare ថាអ្នកមិនចង់ចូលរួម។ អ្នកគួរទម្លាក់ចោលតែការរ៉ាប់រងលើឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាប៉ុណ្ណោះ ប្រសិនបើអ្នកទទួលបានការរ៉ាប់រងលើឱសថពីនិយោជក សហភាព ឬធនធានផ្សេងទៀត។ ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរអំពីថា តើអ្នកត្រូវការការធានារ៉ាប់រងលើឱសថឬអត់ សូមទូរសព្ទទៅកម្មវិធីប្រឹក្សា និងតស៊ូមតិអំពីការធានារ៉ាប់រងសុខភាព (HICAP) របស់រដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា តាមរយៈលេខ 1-800-434-0222 ពីថ្ងៃចន្ទដល់ថ្ងៃសុក្រ ចាប់ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ 5 ល្ងាច សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម ឬដើម្បីស្វែងរកការិយាល័យ HICAP ក្នុងតំបន់របស់អ្នក សូមចូលទៅកាន់ www.aging.ca.gov/HICAP/។	**ខាងក្រោមនេះ គឺជាអ្វីៗត្រូវធ្វើ៖** ឬហៅទូរសព្ទទៅ Medicare តាមរយៈលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរតែទូរសព្ទទៅកាន់លេខ 1-877-486-2048។ បើអ្នកត្រូវការជួយ ឬព័ត៌មានបន្ថែម៖ • សូមទូរសព្ទទៅកម្មវិធីប្រឹក្សា និងតស៊ូមតិអំពីការធានារ៉ាប់រងសុខភាព (HICAP) របស់រដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា តាមរយៈលេខ 1-800-434-0222 ពីថ្ងៃចន្ទដល់ថ្ងៃសុក្រ ចាប់ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ 5 ល្ងាច សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម ឬដើម្បីស្វែងរកការិយាល័យ HICAP ក្នុងតំបន់របស់អ្នក សូមចូលទៅកាន់ www.aging.ca.gov/HICAP/។ អ្នកនឹងត្រូវបានលុបឈ្មោះចេញពីគម្រោងរបស់យើងដោយស្វ័យប្រវត្តិនៅពេលការធានារ៉ាប់រង Original Medicare របស់អ្នកចាប់ផ្តើម។ អ្នកនឹងបន្តមានឈ្មោះក្នុងគម្រោង Medi-Cal Plan របស់អ្នក លុះត្រាតែអ្នកជ្រើសរើសគម្រោងផ្សេងទៀត។

4. អ្នកអាចផ្លាស់ប្តូរទៅ៖ **រាល់គម្រោងសុខភាពរបស់ Medicare ណាមួយ**ក្នុង អំឡុងពេលជាក់លាក់នៃឆ្នាំនោះ រួមមាន**រយៈពេល បើកចុះឈ្មោះ** និង**រយៈពេលបើកចុះឈ្មោះរបស់ Medicare Advantage** ឬស្ថានភាពផ្សេងទៀត ដូចបានពិពណ៌នានៅក្នុង**ផ្នែក A**។	**ខាងក្រោមនេះ គឺជាអ្វីៗត្រូវធ្វើ៖** ឬហៅទូរសព្ទទៅ Medicare តាមរយៈលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរតែទូរសព្ទទៅកាន់លេខ 1-877-486-2048។ សម្រាប់ការសាកសួរអំពីកម្មវិធីនៃការថែទាំមនុស្សចាស់ រួមបញ្ចូលទាំងអស់ (PACE) សូមហៅទូរសព្ទទៅលេខ 1-855-921-PACE (7223)។ បើអ្នកត្រូវការជួយ ឬព័ត៌មានបន្ថែម៖ • សូមទូរសព្ទទៅកម្មវិធីប្រឹក្សា និងតស៊ូមតិអំពីការធានារ៉ាប់រងសុខភាព (HICAP) របស់រដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា តាមរយៈលេខ 1-800-434-0222 ពីថ្ងៃចន្ទដល់ថ្ងៃសុក្រ ចាប់ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ 5 ល្ងាច សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម ឬដើម្បីស្វែងរកការិយាល័យ HICAP ក្នុងតំបន់របស់អ្នក សូមចូលទៅកាន់ www.aging.ca.gov/HICAP/។ **ឬ** ចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងថ្មីរបស់ Medicare។ អ្នកនឹងត្រូវបានលុបឈ្មោះចេញពីគម្រោង Medicare របស់យើងដោយស្វ័យប្រវត្តិនៅពេលការធានារ៉ាប់រងនៃគម្រោងថ្មីរបស់អ្នកចាប់ផ្តើម។ គម្រោង Medi-Cal របស់អ្នកអាចនឹងផ្លាស់ប្តូរ។

C2. សេវា Medi-Cal របស់អ្នក

សម្រាប់សំណួរអំពីរបៀបទទួលបានសេវាកម្ម Medi-Cal របស់អ្នក បន្ទាប់ពីអ្នកចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើង សូមទាក់ទង Health Care Options តាមរយៈលេខ 1-844-580-7272 ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 6 ល្ងាច។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរតែទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-430-7077។ ឬចូលទៅកាន់គេហទំព័រ www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov/en។ សាកសួរអំពីរបៀបនៃការចូលរួមគម្រោងផ្សេងទៀត ឬការត្រឡប់ទៅ Original Medicareវិញប៉ះពាល់ដល់របៀបដែលអ្នកទទួលបានការធានារ៉ាប់រងពី Medi-Cal របស់អ្នក។

D. ឱសថ សេវាកម្ម និងទំនិញវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នក រហូតដល់សមាជិកភាពរបស់អ្នកនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើងបញ្ចប់

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

- ប្រើប្រាស់អ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញរបស់យើងក្នុងការទទួលបានការថែទាំវេជ្ជសាស្ត្រ។
- ដើម្បីទទួលបានថ្នាំមានវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក សូមប្រើប្រាស់ឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញរបស់យើង រួមមានសេវាឱសថស្ថានដឹកជញ្ជូនដល់ផ្ទះដ៏ងាយស្រួល។
- ប្រសិនបើអ្នកត្រូវសម្រាកនៅមន្ទីរពេទ្យនៅថ្ងៃដែលសមាជិកភាពរបស់អ្នកនៅក្នុង Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan បញ្ចប់
  គម្រោងរបស់យើងនឹងរ៉ាប់រងលើការស្នាក់ព្យាបាលក្នុងមន្ទីរពេទ្យរបស់អ្នករហូតដល់អ្នកត្រូវចាកចេញពីមន្ទីរពេទ្យ។ គម្រោងរបស់យើងនឹងរ៉ាប់រងលើការស្នាក់នៅមន្ទីពេទ្យរបស់អ្នក ទោះបីជាការរ៉ាប់រងសុខភាពថ្មីរបស់អ្នកចាប់ផ្តើមមុនពេលអ្នកត្រូវចាកចេញពីមន្ទីពេទ្យក៏ដោយ។

E. ស្ថានភាពផ្សេងទៀតនៅពេលដែលសមាជិកភាពរបស់អ្នកនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើងបញ្ចប់

ទាំងនេះ គឺជាករណីដែលយើងត្រូវតែបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់អ្នកនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើង៖

- ប្រសិនបើមានការកាត់ផ្តាច់ក្នុងការរ៉ាប់រង Medicare ផ្នែក A និង Medicare ផ្នែក B របស់អ្នក។

- ប្រសិនបើអ្នកលែងមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ Medi-Cal ទៀតហើយ។ គម្រោងរបស់យើង គឺសម្រាប់មនុស្សដែលមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ទាំង Medicare និង Medi-Cal។ ចំណាំ៖ ប្រសិនបើអ្នកលែងមានលក្ខណសម្បត្តិសម្រាប់ Medi-Cal អ្នកអាចបន្តចូលរួមក្នុងគម្រោងរបស់យើងជាបណ្តោះអាសន្នជាមួយនឹងអត្ថប្រយោជន៍ Medicare។ សូមមើលព័ត៌មានខាងក្រោមអំពីរយៈពេលនៃការបន្តនេះ។

  - អ្នកទទួលអត្ថប្រយោជន៍ពី Medicare ដែលចុះឈ្មោះក្នុង Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan ត្រូវតែមានសិទ្ធិទទួលបានទាំង Medicare ផ្នែក A និងផ្នែក B និង Medi-Cal (Medicaid)។ ប្រសិនបើ អ្នកលែងមានសិទ្ធិទទួលបាន Medi-Cal (Medicaid) យើងនឹងជូនដំណឹងដល់អ្នកអំពីការបាត់បង់ ស្ថានភាពពី Medi-Cal (Medicaid) ហើយយើងនឹងបន្តធានារ៉ាប់រងលើអត្ថប្រយោជន៍ពី Medicare របស់អ្នករហូតដល់អ្នកអាចទទួលបានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ឡើងវិញសម្រាប់ Medi-Cal (Medicaid) ក្នុងរយៈពេល 6 ខែក្រោយបន្ទាប់ពីសេចក្តីជូនដំណឹងអំពីការបាត់បង់ស្ថានភាពតម្រូវការពិសេស។ អ្នកអាច មើលឃើញកំណើននៃថ្លៃចំណាយចេញពីហោប៉ៅ (ការធានារ៉ាប់រងរួម ការបង់ប្រាក់រួម ថ្លៃធានារ៉ាប់រង ឬ ចំណាយបង់មុន) 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 ដែលលែង មានសិទ្ធិទទួលបាន Medi-Cal (Medicaid) ទៀតហើយ។
- ប្រសិនបើអ្នកមិនមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ឡើងវិញសម្រាប់ Medi-Cal (Medicaid) ឬមិនទទួលយកឱកាស ដើម្បីប្តូរទៅគម្រោងដែលមិនមែនជា HMO D-SNP ក្នុងរយៈពេល 6 ខែបន្ទាប់ពីការជូនដំណឹងអំពីការបាត់បង់ស្ថានភាពនៃតម្រូវការពិសេសទេ នោះអ្នកនឹងត្រូវបញ្ឈប់ការចុះឈ្មោះដោយមិនស្ម័គ្រចិត្តពី Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan។

- បើអ្នកផ្លាស់លំនៅ ចេញពីតំបន់ផ្តល់សេវារបស់យើង។
- បើអ្នកនៅឆ្ងាយពីតំបន់ផ្តល់សេវារបស់យើងលើសពីប្រាំមួយខែ។
    - បើអ្នកផ្លាស់ទីលំនៅ ឬធ្វើដំណើររយៈពេលយូរ ទូរសព្ទទៅកាន់ផ្នែកបម្រើសេវាសមាជិកដើម្បីស្វែងយល់ថាតើអ្នកនឹងផ្លាស់ទីទៅ ឬធ្វើដំណើរទៅកន្លែងណាគឺស្ថិតនៅក្នុងតំបន់ផ្តល់សេវានៃគម្រោងរបស់យើង។
- ប្រសិនបើអ្នកជាប់ពន្ធនាគារ ឬជាប់គុកពីបទឧក្រិដ្ឋកម្ម។
- ប្រសិនបើអ្នកកុហក ឬរក្សាទុកព័ត៌មានអំពីការធានារ៉ាប់រងផ្សេងទៀតដែលអ្នកមានសម្រាប់ឱសថ។
- ប្រសិនបើអ្នកមិនមែនជាពលរដ្ឋ ឬជនជាតិនៃសហរដ្ឋអាម៉េរិក ឬអ្នកមិនមែនជាពលរដ្ឋដែលមានសិទ្ធិទទួលបាន។
    - អ្នកត្រូវតែជាពលរដ្ឋ ឬជនជាតិសហរដ្ឋអាម៉េរិក ឬអ្នកមិនមែនជាពលរដ្ឋដែលមានសិទ្ធិទទួលបានដើម្បីក្លាយជាសមាជិកនៃគម្រោងរបស់យើង។
    - មជ្ឈមណ្ឌលសម្រាប់សេវា Medicare និង Medicaid (CMS) នឹងជូនដំណឹងដល់យើងប្រសិនបើអ្នកមិនមានសិទ្ធិទទួលបានក្នុងការបន្តជាសមាជិកដោយផ្អែកលើមូលដ្ឋាននេះ។
    - យើងនឹងត្រូវដកហូតឈ្មោះអ្នកចេញពីបញ្ជីសមាជិក ប្រសិនបើអ្នកមិនបំពេញតាមលក្ខខណ្ឌតម្រូវនេះទេ។

ប្រសិនបើអ្នកបាត់បង់សិទ្ធិទទួលបាន Medi-Cal របស់អ្នក ប៉ុន្តែត្រូវបានរំពឹងថា នឹងទទួលបានវាឡើងវិញក្នុងរយៈពេល 6 ខែ ពួកយើងនឹងបន្តផ្តល់នូវអត្ថប្រយោជន៍ Medicare ទាំងអស់ដែលទទួលបានការធានារ៉ាប់រងដោយគម្រោង Blue Shield Medicare + គម្រោង Medi-Cal Plan។ នៅពេលការធានារ៉ាប់រង Medi-Cal របស់អ្នកបញ្ចប់ យើងនឹងមិនបង់ថ្លៃសម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍ Medi-Cal របស់អ្នកទៀតទេ។ នេះក៏មានន័យថា ចំណាយចេញពីហោប៉ៅខ្លួនឯងរបស់អ្នក ដូចជាការបង់រួម ថ្លៃបង់ធានារ៉ាប់រង និងប្រាក់កាត់កង នឹងកើនឡើងក្នុងអំឡុងខែ ដែលអ្នកបានបាត់បង់ការធានារ៉ាប់រង Medi-Cal។ ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែម និងទទួលបានជំនួយអំពីការបន្តសិទ្ធិទទួល Medi-Cal សូមទាក់ទងក្រុមរក្សាសមាជិកភាព Blue Shield Duals តាមរយៈលេខ (844) 378-4181 (TTY: 711) ម៉ោង 8 ព្រឹកដល់ម៉ោង 5 ល្ងាច ពីថ្ងៃចន្ទដល់ថ្ងៃសុក្រ។

យើងនឹងជួយអ្នកឱ្យទទួលបានសិទ្ធិទទួល Medi-Cal និងអត្ថប្រយោជន៍ Medi-Cal របស់អ្នកមកវិញ។ ប្រសិនបើ សិទ្ធិទទួលបានរបស់អ្នកក្នុងការទទួលបានកម្មវិធី Medi-Cal ត្រូវបានស្តារឡើងវិញ ខណៈដែលអ្នកនៅតែ ចុះឈ្មោះជាមួយយើងសម្រាប់ការធានារ៉ាប់រង Medicare របស់អ្នក យើងនឹងបន្តការទូទាត់ប្រាក់សម្រាប់ អត្ថប្រយោ

ជន៍ Medi-Cal របស់អ្នកឡើងវិញ ហើយការចុះឈ្មោះរបស់អ្នកជាមួយយើងនឹងបន្ត។ ប្រសិនបើអ្នក មិនអាចទទួលបានសិទ្ធិទទួលកម្មវិធី Medi-Cal ឡើងវិញក្នុងរយៈពេល 6 ខែទេ យើងនឹងដកឈ្មោះអ្នកចេញ ពីការចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោង Blue Shield Medicare + គម្រោង Medi-Cal Plan។ ប្រសិនបើអ្នកទទួលបានសិទ្ធិទទួលកម្មវិធី Medi-Cal ឡើងវិញ បន្ទាប់ពីបានដកចេញពីការចុះឈ្មោះ អ្នកនឹងត្រូវទាក់ទងមកយើង ដើម្បីចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងឡើងវិញ។

យើងអាចធ្វើឲ្យអ្នកចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើង សម្រាប់មូលហេតុនៅខាងក្រោម លុះតែបើអ្នកទទួលការអនុញ្ញាតជាមុនពី Medicare និង Medi-Cal៖

- ប្រសិនបើអ្នកផ្តល់ព័ត៌មានមិនត្រឹមត្រូវដល់យើងដោយចេតនា នៅពេលអ្នកចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងរបស់យើង ហើយព័ត៌មាននោះប៉ះពាល់ដល់សិទ្ធិទទួលបានរបស់អ្នកសម្រាប់គម្រោងរបស់យើង។
- បើអ្នកបន្តប្រព្រឹត្តិតាមរបៀបដែលបង្កការរំខាន និងបង្កការលំបាកដល់យើងខ្ញុំក្នុងការផ្តល់ការថែទាំវេជ្ជសាស្ត្រដល់អ្នក និងសមាជិកដទៃរបស់គម្រោងរបស់យើង។
- ប្រសិនបើអ្នកអនុញ្ញាតឱ្យនរណាម្នាក់ទៀតប្រើប្រណាសម្គាល់សមាជិករបស់អ្នកដើម្បីទទួលការថែទាំសុខភាព។ (Medicare អាចស្នើសុំឱ្យប្រធានត្រួតពិនិត្យស៊ើបអង្កេតករណីរបស់អ្នក ប្រសិនបើយើងបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់អ្នកសម្រាប់ហេតុផលនេះ)។

F. ច្បាប់ជំទាស់នឹងការស្នើសុំឱ្យអ្នកចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើងដោយហេតុផលណាមួយ ដែលទាក់ទងនឹងសុខភាព

យើងមិនអាចស្នើសុំឱ្យអ្នកចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើងសម្រាប់ហេតុផលណាមួយដែលទាក់ទងនឹងសុខភាពរបស់អ្នកទេ។ ប្រសិនបើអ្នកគិតថាយើងនឹងស្នើសុំឱ្យអ្នកចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើងដោយសារហេតុផលទាក់ទងនឹងសុខភាព ទូរសព្ទទៅកាន់ **Medicare** តាមរយៈលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរទូរសព្ទ ទៅកាន់លេខ 1-877-486-2048។

G. សិទ្ធិរបស់អ្នកក្នុងការដាក់ពាក្យបណ្តឹង ប្រសិនបើពួកយើងបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់អ្នកនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើង។

ប្រសិនបើពួកយើងបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់អ្នកនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើង ពួកយើងត្រូវតែជម្រាបជូនអ្នកអំពីមូលហេតុនៃការបញ្ចប់សមាជិកភាពនោះជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ។ យើងក៏ត្រូវពន្យល់ផងដែរអំពីរបៀបដែលអ្នកអាចដាក់បណ្តឹងសារទុក្ខ ឬដាក់បណ្តឹងអំពីសេចក្តីសម្រេចរបស់យើងក្នុងការបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់អ្នក។ អ្នកក៏អាចសំអាងទៅលើ**ជំពូកទី 9** នៃ*សៀវភៅណែនាំសមាជិក* នេះសម្រាប់ព័ត៌មានអំពីរបៀបដាក់បណ្តឹងតវ៉ាផងដែរ។

H. របៀបក្នុងការទទួលព័ត៌មានបន្ថែមអំពីការបញ្ចប់សមាជិកភាពនៃគម្រោងរបស់អ្នក

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ ឬចង់ទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែមអំពីការបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់អ្នក អ្នកទូរសព្ទទៅកាន់ផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជនតាមរយៈលេខនៅខាងក្រោមនៃទំព័រនេះ។

ជំពូកទី 11៖ សេចក្តីជូនដំណឹងផ្លូវច្បាប់

សេចក្តីផ្តើម

ជំពូកនេះរួមបញ្ចូលទាំងសេចក្តីជូនសេចក្តីជូនដំណឹងផ្លូវច្បាប់ដែលអនុវត្តចំពោះសមាជិកភាពរបស់អ្នកនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើង។ ពាក្យគន្លឹះ និងនិយមន័យរបស់ពាក្យទាំងនោះ មានបង្ហាញតាមលំដាប់អក្ខរក្រមនៅក្នុងជំពូកចុងក្រោយនៃ*សៀវភៅណែនាំសមាជិក* នេះ។

តារាងមាតិកា

A. សេចក្តីជូនដំណឹងអំពីច្បាប់ 305

B. សេចក្តីជូនដំណឹងរបស់សហព័ន្ធស្តីពីការមិនរើសអើង....305

C. សេចក្តីជូនដំណឹងស្តីពីការមិនរើសអើងសម្រាប់ Medi-Cal 306

D. សេចក្តីជូនដំណឹងស្តីពី Medicare ក្នុងនាមជាអ្នកបង់ប្រាក់ទីពីរ និង Medi-Cal ជាអ្នកបង់ប្រាក់ចុងក្រោយបំផុត 307

E. សេចក្តីជូនដំណឹងអំពីការដកហូតទ្រព្យសម្បត្តិដោយរដ្ឋរបស់ Medi-Cal....308

F. ការគ្រប់គ្រង សៀវភៅណែនាំសមាជិក....308

G. កិច្ចសហប្រតិបត្តិការជាសមាជិក 308

H. ការចាត់តាំង....308

I. ទំនួលខុសត្រូវរបស់និយោជក....308

J. ទំនួលខុសត្រូវរបស់ទីភ្នាក់ងាររដ្ឋាភិបាល 309

K. ក្រសួងកិច្ចការអតីតយុទ្ធជនរបស់សហរដ្ឋអាមេរិក 309

L. ការទទួលបានមកវិញពីការទូទាត់លើស 309

M. នៅពេលភាគីទីបីបង្ករបួសរបស់អ្នក....309

N. សេចក្តីជូនដំណឹងអំពីការចូលរួមក្នុងការផ្លាស់ប្តូរព័ត៌មានសុខភាព 310

O. ការរាយការណ៍អំពីការក្លែងបន្លំ ការខ្ជះខ្ជាយ និងការំលោភបំពាន....311

A. សេចក្តីជូនដំណឹងអំពីច្បាប់

មានច្បាប់ជាច្រើនអនុវត្តចំពោះ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក* នេះ។ ច្បាប់ទាំងនេះអាចប៉ះពាល់ដល់សិទ្ធិ និងការទទួលខុសត្រូវរបស់អ្នក ទោះបីជាច្បាប់ទាំងនោះមិនត្រូវបានដាក់បញ្ចូល ឬពន្យល់នៅក្នុង*សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះក៏ដោយ។ ច្បាប់ចម្បងដែលអនុវត្តគឺជាច្បាប់របស់សហព័ន្ធ និងរដ្ឋស្តីពីកម្មវិធី Medicare និង Medi-Cal។ ច្បាប់រដ្ឋ និងសហព័ន្ធផ្សេងទៀតក៏អាចត្រូវអនុវត្តផងដែរ។

B. សេចក្តីជូនដំណឹងរបស់សហព័ន្ធស្តីពីការមិនរើសអើង

យើងមិនរើសអើងដោយផ្អែកលើ ជាតិសាសន៍ ពូជសាសន៍ ដើមកំណើតជាតិសាសន៍ ពណ៌សម្បុរ សាសនា ភេទ អាយុ ពិការភាពផ្លូវចិត្ត ឬរាងកាយ ស្ថានភាពសុខភាព បទពិសោធនៃការទាមទារសំណង ប្រវត្តិវេជ្ជសាស្ត្រ ព័ត៌មានហ្សែន ភស្តុតាងនៃការធានារ៉ាប់រង ឬទីតាំងភូមិសាស្ត្រនៅក្នុងតំបន់ផ្តល់សេវានោះទេ។ អង្គការទាំងអស់ដែលផ្តល់គម្រោង Medicare Advantage ដូចជាគម្រោងរបស់យើងត្រូវតែគោរពតាមច្បាប់សហព័ន្ធប្រឆាំងនឹង ការរើសអើង រួមទាំង ចំណងជើងទី VI នៃក្រឹត្យសិទ្ធិពលរដ្ឋនៃឆ្នាំ 1964 ច្បាប់ស្តារនីតិសម្បទាឆ្នាំ 1973 ច្បាប់ស្តីពីការរើសអើងអាយុឆ្នាំ 1975 ច្បាប់ជនជាតិអាមេរិកដែលមានពិការភាព ផ្នែកទី 1557 នៃច្បាប់ថែទាំដែលមានតម្លៃសមរម្យ ច្បាប់ផ្សេងទៀតទាំងអស់ដែលអនុវត្តចំពោះអង្គការដែលទទួលបានមូលនិធិពីសហព័ន្ធ និងច្បាប់ និងវិធានផ្សេងទៀតដែលអនុវត្តសម្រាប់ហេតុផលផ្សេងទៀត។

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)។ ប្រសិនបើអ្នកជឿថា អ្នកត្រូវបានរើសអើង ហើយចង់ដាក់បណ្តឹងសារទុក្ខអំពីការរើសអើង 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

- ទម្រង់បែបបទបណ្តឹងតវ៉ាអាចរកបាន៖ dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx
- ប្រសិនបើបណ្តឹងសារទុក្ខរបស់អ្នកពាក់ព័ន្ធនឹងការរើសអើងនៅក្នុងកម្មវិធី Medi-Cal អ្នកក៏អាចដាក់បណ្តឹងជាមួយក្រសួងសេវាថែទាំសុខភាព ការិយាល័យសិទ្ធិស៊ីវិល តាមទូរសព្ទ ជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ ឬតាម ប្រព័ន្ធអេឡិចត្រូនិកបានផងដែរ៖

- តាមទូរសព្ទ៖ ហៅទូរសព្ទទៅលេខ 916-440-7370។ ប្រសិនបើអ្នកមិនអាចនិយាយ ឬស្តាប់បានល្អទេ សូមទូរសព្ទទៅលេខ 711(សេវាបញ្ជូនបន្តតាមទូរគមនាគមន៍)។
- ជាលាយល័ក្ខណ៍អក្សរ៖ 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

- ទម្រង់បែបបទអំពីបណ្តឹងតវ៉ាអាចរកបាននៅគេហទំព័រ www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx
- សូមផ្ញើអ៊ីមែលទៅកាន់ CivilRights@dhcs.ca.gov
- ប្រសិនបើអ្នកមានពិការភាព ហើយត្រូវការជំនួយក្នុងការប្រើប្រាស់សេវាថែទាំសុខភាព ឬអ្នកផ្តល់សេវាទូរសព្ទទៅកាន់ផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជន។ បើអ្នកមានការតវ៉ា ដូចជាបញ្ហាជាមួយនឹងលទ្ធភាពប្រើរទេះរុញ ផ្នែកបម្រើសេវាសមាជិកអាចជួយអ្នកបាន។

C. សេចក្តីជូនដំណឹងស្តីពីការមិនរើសអើងសម្រាប់ Medi-Cal

យើងមិនរើសអើង ឬប្រព្រឹត្តចំពោះអ្នកខុសគ្នាដោយសារតែ ជាតិសាសន៍ ពូជសាសន៍ ដើមកំណើតជាតិសាសន៍ ពណ៌សម្បុរ សាសនា ភេទ អាយុ ពិការភាពផ្លូវចិត្ត ឬរាងកាយ ស្ថានភាពសុខភាព បទពិសោធនៃការទាមទារសំណង ប្រវត្តិវេជ្ជសាស្ត្រ ព័ត៌មានហ្សែន ភស្តុតាងនៃការធានារ៉ាប់រង ឬទីតាំងភូមិសាស្ត្រនៅក្នុងតំបន់ផ្តល់សេវានោះទេ។ លើសពីនេះ យើងមិនរើសអើងដោយខុសច្បាប់ មិនបដិសេធមនុស្ស ឬប្រព្រឹត្តចំពោះពួកគេខុសគ្នាដោយសារពូជពង្ស អត្តសញ្ញាណក្រុមជាត់សាស្ត្រ អត្តសញ្ញាណភេទ ស្ថានភាពអាពាហ៍ពិពាហ៍ ឬស្ថានភាពវេជ្ជសាស្ត្រនោះទេ។

ប្រសិនបើអ្នកចង់បានព័ត៌មានបន្ថែម ឬមានការព្រួយបារម្ភអំពីការរើសអើង ឬការប្រព្រឹត្តមិនយុត្តិធម៌៖

- ទូរសព្ទទៅក្រសួងសេវាថែទាំសុខភាព ការិយាល័យសិទ្ធិជនស៊ីវិលតាមរយៈលេខ 916-440-7370។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY អាចទូរសព្ទទៅលេខ 711 (សេវាបញ្ជូនបន្តតាមទូរគមនាគមន៍)។ ប្រសិនបើអ្នកជឿថាអ្នកត្រូវបានរើសអើង ហើយចង់ដាក់បណ្តឹងសារទុក្ខអំពីការរើសអើង 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

- ទម្រង់បែបបទបណ្តឹងតវ៉ាអាចរកបាន៖ dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx

ប្រសិនបើបណ្តឹងសារទុក្ខរបស់អ្នកពាក់ព័ន្ធនឹងការរើសអើងនៅក្នុងកម្មវិធី Medi-Cal អ្នកក៏អាចដាក់បណ្តឹងជាមួយក្រសួងសេវាថែទាំសុខភាព ការិយាល័យសិទ្ធិស៊ីវិល តាមទូរសព្ទ ជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ ឬតាមប្រព័ន្ធអេឡិចត្រូនិកបានផងដែរ៖

- តាមទូរសព្ទ៖ ហៅទូរសព្ទទៅលេខ 916-440-7370។ ប្រសិនបើអ្នកមិនអាចនិយាយ ឬស្តាប់បានល្អ សូមទូរសព្ទទៅលេខ 711 (សេវាបញ្ជូនបន្តរបស់ទូរគមនាគមន៍)។
- ជាលាយល័ក្ខណ៍អក្សរ៖ 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

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

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

ប្រសិនបើអ្នកមានពិការភាព ហើយត្រូវការជំនួយក្នុងការប្រើប្រាស់សេវាថែទាំសុខភាព ឬអ្នកផ្តល់សេវា ទូរសព្ទទៅកាន់ផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជន។ បើអ្នកមានការតវ៉ា ដូចជាបញ្ហាជាមួយនឹងលទ្ធភាពប្រើរទេះរុញ ផ្នែកបម្រើសេវាសមាជិកអាចជួយអ្នកបាន។

D. សេចក្តីជូនដំណឹងស្តីពី Medicare ក្នុងនាមជាអ្នកបង់ប្រាក់ទីពីរ និង Medi-Cal ជាអ្នកបង់ប្រាក់ចុងក្រោយបំផុត

ជួនកាលនរណាម្នាក់ផ្សេងទៀតត្រូវតែបង់ប្រាក់ជាមុនសិនសម្រាប់សេវាដែលយើងផ្តល់ជូនអ្នក។ ឧទាហរណ៍ ប្រសិនបើអ្នកស្ថិតក្នុងគ្រោះថ្នាក់ចរាចរណ៍ដោយសាររថយន្ត ឬប្រសិនបើអ្នករងរបួសនៅកន្លែងធ្វើការ ការធានារ៉ាប់រង ឬសំណងកម្មករត្រូវតែបង់ជាមុនសិនដែរ។

យើងមានសិទ្ធិ និងទំនួលខុសត្រូវ ដើម្បីប្រមូលសម្រាប់សេវាក្រោមការរ៉ាប់រងដោយ Medicare ដែល Medicare មិនមែនជាអ្នកបង់ប្រាក់មុនទេ។

យើងគោរពតាមច្បាប់រដ្ឋ និងសហព័ន្ធ ព្រមទាំងបទប្បញ្ញត្តិនានាដែលទាក់ទងនឹងទំនួលខុសត្រូវតាមច្បាប់នៃភាគីទីបីសម្រាប់ការផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពដល់សមាជិក។ យើងនឹងចាត់វិធានការសមហេតុផលទាំងអស់ដើម្បីធានាថា កម្មវិធី Medi-Cal គឺជាអ្នកបង់ប្រាក់ចុងក្រោយបំផុត។

សមាជិក Medi-Cal ត្រូវតែប្រើប្រាស់ការរ៉ាប់រងសុខភាព (OHC) ផ្សេងទៀតទាំងអស់ មុន Medi-Cal នៅពេលដែលសេវាដូចគ្នាអាចរកបានក្រោមការរ៉ាប់រងសុខភាពរបស់អ្នក ដោយសារ Medi-Cal គឺជាអ្នកបង់ប្រាក់សម្រាប់ជម្រើសចុងក្រោយ។ នេះមានន័យថា ក្នុងករណីភាគច្រើន Medi-Cal នឹងក្លាយជាអ្នកបង់ប្រាក់បន្ទាប់បន្សំពី Medicare OHC

ដែលរ៉ាប់រងលើការចំណាយ ដែលអាចអនុញ្ញាតបាន ដែលមិនត្រូវបានបង់ដោយគម្រោងរបស់យើង ឬ OHC ផ្សេងទៀត រហូតដល់អត្រារបស់ Medi-Cal។

E. សេចក្តីជូនដំណឹងអំពីការដកហូតទ្រព្យសម្បត្តិដោយរដ្ឋរបស់ Medi-Cal

កម្មវិធី Medi-Cal ត្រូវតែស្នើសុំការសងប្រាក់វិញពីទ្រព្យសម្បត្តិដែលបានបែងចែកតាមច្បាប់របស់សមាជិក ដែលបានស្លាប់មួយចំនួនសម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍ Medi-Cal ដែលបានទទួលចាប់ពីឬក្រោយថ្ងៃខួបកំណើត 55 ឆ្នាំរបស់ ពួកគេ។ ការទូទាត់សំណងរួមមានថ្លៃសេវា និងថ្លៃធានារ៉ាប់រងលើការថែទាំក្រោមការគ្រប់គ្រង/ការទូទាត់ប្រាក់ក្នុងសមាជិកម្នាក់សម្រាប់សេវាមន្ទីរថែទាំ សេវាថែទាំតាមផ្ទះ និងតាមសហគមន៍ និងសេវាឱសថមានវេជ្ជបញ្ជា និងមន្ទីរពេទ្យដែលពាក់ព័ន្ធបានទទួល នៅពេលសមាជិកគឺជាអ្នកជំងឺសម្រាកក្នុងមន្ទីរពេទ្យនៅក្នុងមន្ទីរថែទាំ ឬកំពុងបានទទួលសេវាថែទាំតាមផ្ទះ និងតាមសហគមន៍។ ការសងត្រឡប់វិញមិនអាចមានចំនួនលើសពីតម្លៃនៃទ្រព្យសម្បត្តិដែលបានចាត់ចែងតាមផ្លូវច្បាប់របស់សមាជិកនោះទេ។

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

F. ការគ្រប់គ្រង សៀវភៅណែនាំសមាជិក

យើងខ្ញុំអាចដាក់ចេញនូវគោលការណ៍ នីតិវិធី និងការបកស្រាយដែលសមស្រប ដើម្បីធានាបាននូវការគ្រប់គ្រង *សៀវភៅណែនាំសមាជិក* នេះប្រកបដោយប្រសិទ្ធភាព និងរបៀបរៀបរយ។

G. កិច្ចសហប្រតិបត្តិការជាសមាជិក

អ្នកត្រូវតែបំពេញពាក្យសុំ ទម្រង់បែបបទ សេចក្តីថ្លែងការណ៍ ការលើកលែង ការអនុញ្ញាត ទម្រង់បែបបទកម្ចី និងឯកសារផ្សេងៗ ដែលយើងខ្ញុំស្នើសុំ ទាំងក្នុងករណីធម្មតា និងករណីពិសេសដែលមានចែងក្នុង *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*។

H. ការចាត់តាំង

អ្នកមិនអាចផ្ទេរ សៀវភៅណែនាំសមាជិក នេះ ឬសិទ្ធិ ផលប្រយោជន៍ ការទាមទារសំណង ឬកាតព្វកិច្ចណាមួយ ដែលមានចែងក្នុងសៀវភៅនេះ ដោយគ្មានការយល់ព្រមជាលាយលក្ខណ៍អក្សរពីយើងខ្ញុំជាមុនឡើយ។

I. ទំនួលខុសត្រូវរបស់និយោជក

សម្រាប់សេវាណាមួយដែលច្បាប់តម្រូវឱ្យនិយោជកផ្តល់ជូន យើងនឹងបង់ប្រាក់ដល់និយោជក ហើយនៅពេលដែលយើងធានារ៉ាប់រងលើសេវាបែបនេះ យើងអាចទទួលបានមកវិញនូវតម្លៃនៃសេវាពីនិយោជក។

J. ទំនួលខុសត្រូវរបស់ទីភ្នាក់ងាររដ្ឋាភិបាល

សម្រាប់សេវាណាមួយដែលច្បាប់តម្រូវឱ្យផ្តល់ជូនតែ ឬទទួលបានតែពីទីភ្នាក់ងាររដ្ឋាភិបាល យើងនឹងមិនបង់ប្រាក់ដល់ទីភ្នាក់ងាររដ្ឋាភិបាលនោះទេ ហើយនៅពេលយើងធានារ៉ាប់រងលើសេវាបែបនេះ យើងអាចទទួលបានមកវិញនូវតម្លៃសេវាពីទីភ្នាក់ងាររដ្ឋាភិបាល។

K. ក្រសួងកិច្ចការអតីតយុទ្ធជនរបស់សហរដ្ឋអាមេរិក

ចំពោះសេវាណាមួយសម្រាប់លក្ខខណ្ឌដែលច្បាប់តម្រូវឱ្យក្រសួងកិច្ចការអតីតយុទ្ធជនផ្តល់ជូន យើងនឹងមិនបង់ប្រាក់ឱ្យក្រសួងកិច្ចការអតីតយុទ្ធជនទេ ហើយនៅពេលដែលយើងធានារ៉ាប់រងលើសេវាបែបនេះ យើងអាចទទួលបានមកវិញនូវតម្លៃសេវាពីក្រសួងកិច្ចការអតីតយុទ្ធជន។

L. ការទទួលបានមកវិញពីការទូទាត់លើស

យើងអាចទទួលបានមកវិញពីការទូទាត់លើសណាមួយដែលយើងធ្វើសម្រាប់សេវាពីអ្នកដែលទទួលបានការទូទាត់លើសបែបនេះ ឬពីបុគ្គល ឬអង្គការណាមួយដែលមានកាតព្វកិច្ចត្រូវបង់ថ្លៃសេវា។

M.នៅពេលភាគីទីបីបង្ករបួសរបស់អ្នក

ប្រសិនបើអ្នករងរបួស ឬធ្លាក់ខ្លួនឈឺដោយសារទង្វើ ឬការធ្វេសប្រហែសរបស់បុគ្គលម្នាក់ផ្សេងទៀត (“ភាគីទីបី”) ដោយពាក់ព័ន្ធនឹងសេវាដែលត្រូវការដោយសារតែរបួសនោះ Blue Shield ត្រូវផ្តល់អត្ថប្រយោជន៍នៃគម្រោង ហើយមានសិទ្ធិស្មើគ្នាក្នុងការទទួលបានការសងប្រាក់វិញ សំណង ឬដំណោះស្រាយដែលអាចរកបានផ្សេងទៀតដើម្បីទទួលបានមកវិញនូវចំនួន ទឹកប្រាក់ដែល 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. សូមជូនដំណឹងទៅ Blue Shield ជាលាយលក្ខណ៍អក្សរអំពីបណ្តឹងសំណង ឬចំណាត់ការផ្លូវច្បាប់ជាក់ស្តែង ឬសក្តានុពលណាមួយប្រឆាំងនឹងភាគីទីបីដែលកើតចេញពីសកម្មភាព ឬការខកខានដែលបានចោទប្រកាន់ ដែលបណ្តាលឱ្យមានរបួស ឬជំងឺ។ ប្រសិនបើបណ្តឹងសំណង ឬចំណាត់ការផ្លូវច្បាប់ត្រូវបានដាក់រួចហើយ ការជូនដំណឹងត្រូវតែផ្តល់ជូនយ៉ាងយូរ 30 ថ្ងៃគិតចាប់ពីកាលបរិច្ឆេទនៃការប្តឹង។

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 គឺជាអង្គការឯករាជ្យមិនរកប្រាក់ចំណេញដែលរក្សាមូលដ្ឋានទិន្នន័យទូទាំងរដ្ឋនៃកំណត់ត្រារបស់អ្នកជំងឺតាមប្រព័ន្ធអេឡិចត្រូនិកដែលរួមមានព័ត៌មានសុខភាពត្រូវបានរួមចំណែកដោយវេជ្ជបណ្ឌិត 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។

សមាជិកដែលមិនចង់ឱ្យព័ត៌មានថែទាំសុខភាពរបស់ពួកគេត្រូវបានបង្ហាញនៅក្នុង Manifest MedEx គួរបំពេញទម្រង់បែបបទតាមអនឡាញនៅ https://www.manifestmedex.org/opt-out ឬទូរសព្ទទៅកាន់ Manifest

MedEx តាមរយៈលេខ 1-888-510-7142 ចាប់ពីម៉ោង 7:00 ព្រឹក ដល់ 7:00 យប់។ នៃ PTS ចាប់ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ។ TTY: 711 សម្រាប់អ្នកដែលមានការស្តាប់ចុះខ្សោយ។

O. ការរាយការណ៍អំពីការក្លែងបន្លំ ការខ្ជះខ្ជាយ និងការរំលោភបំពាន

តើការក្លែងបន្លំ ការខ្ជះខ្ជាយ និងការរំលោភបំពាន (FWA) គឺជាអ្វី?

• **ការក្លែងបន្លំ** គឺជាការបំភ្លៃដោយចេតនាដែលអាចបណ្តាលឱ្យមានថ្លៃចំណាយដោយគ្មានការអនុញ្ញាតចំពោះកម្មវិធីថែទាំសុខភាព។

• **ការខ្ជះខ្ជាយ** គឺការប្រើប្រាស់មូលនិធិ ឬធនធានសុខភាពមិនសមស្របដោយគ្មានតម្រូវការសមហេតុផលឱ្យធ្វើដូច្នោះ។

• **ការរំលោភបំពាន** គឺជាការអនុវត្តដែលមិនស៊ីសង្វាក់គ្នាជាមួយនឹងការអនុវត្តផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ ឬអាជីវកម្មដោយប្រយ័ត្ន ដែលអាចបណ្តាលឱ្យមានថ្លៃចំណាយមិនចាំបាច់ចំពោះកម្មវិធីថែទាំសុខភាពដោយផ្ទាល់ក្តី ឬដោយប្រយោលក្តី។

ការពារខ្លួនអ្នក និងអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នក

• មិនដែលផ្តល់លេខរបបសន្តិសុខសង្គម Medicare ឬគម្រោងសុខភាព ឬព័ត៌មានធនាគាររបស់អ្នកទៅឱ្យនរណាម្នាក់ដែលអ្នកមិនស្គាល់នោះទេ។

• កុំយល់ព្រមចំពោះការធ្វើតេស្តមន្ទីរពិសោធន៍ន័ណាមួយដោយគ្មានការបញ្ជាពីវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកឡើយ។

• វាគឺជាបញ្ហាខុសច្បាប់ក្នុងការទទួលយកអ្វីមួយជាតម្លៃក្នុងការផ្លាស់ប្តូរសេវាវេជ្ជសាស្ត្រ។

ត្រូវដឹងអំពីការក្លែងបន្លំការធ្វើតេស្តហ្សែន

អ្នកបោកប្រាស់ចូលទៅជិតអ្នកចុះឈ្មោះដែលមិនមានការសង្ស័យនៅឯពិព័រណ៍សុខភាពតាមមូលដ្ឋាន មជ្ឈមណ្ឌលស្នាក់នៅសម្រាប់មនុស្សចាស់ មជ្ឈមណ្ឌលសហគមន៍ ទីភ្នាក់ងារសុខភាពតាមផ្ទះ និងទីតាំងដែលអាចទុកចិត្តបានផ្សេងទៀតដើម្បីប្រព្រឹត្តការក្លែងបន្លំការធ្វើតេស្តហ្សែន។ ពួកគេសន្យាក្លែងក្លាយថា Medicare នឹងបង់ប្រាក់សម្រាប់ការធ្វើតេស្ត ហើយអ្នកគ្រាន់តែត្រូវផ្តល់កៀរពីថ្ពាល់ អត្តសញ្ញាណបណ្ណ និងព័ត៌មាន Medicare របស់អ្នកដើម្បីទទួលបានលទ្ធផលតេស្តរបស់អ្នក។

គួរអោយស្តាយ ឥឡូវនេះអ្នកបោកប្រាស់ទាំងនេះមានគម្រោងសុខភាព ឬលេខ Medicare របស់អ្នក ហើយពួកគេអាចចេញវិក្កយបត្រឱ្យ Medicare រាប់ពាន់ដុល្លារសម្រាប់ការធ្វើតេស្ត ឬសូម្បីតែសេវាដែលអ្នកមិនដែលទទួលបាន។ ពួកគេក៏មានព័ត៌មានអំពីហ្សែនផ្ទាល់ខ្លួនរបស់អ្នកផងដែរ។

ដើម្បីរាយការណ៍អំពីការក្លែងបន្លំ ការខ្ជះខ្ជាយ និងការរំលោភបំពានដែលមានការសង្ស័យ សូមទាក់ទង៖

• **ខ្សែទូរសព្ទទាន់ហេតុការណ៍សម្រាប់ការក្លែងបន្លំ Medicare របស់ Blue Shield of California៖ 1-855-331-4894 (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

ជំពូកនេះរួមបញ្ចូលទាំងពាក្យគន្លឹះដែលបានប្រើនៅក្នុង *សៀវភៅណែនាំសមាជិក* រួមជាមួយនឹងនិយមន័យរបស់ពាក្យគន្លឹះទាំងនោះ។ ពាក្យគន្លឹះត្រូវបានរាយក្នុងបញ្ជីតាមលំដាប់អក្ខរក្រម។ ប្រសិនបើអ្នកមិនអាចស្វែងរកពាក្យគន្លឹះដែលអ្នកកំពុងរក ឬប្រសិនបើអ្នកត្រូវការព័ត៌មានបន្ថែមក្រៅពីនិយមន័យបានរួមបញ្ចូល ទាក់ទងទៅកាន់ផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជន។

Extra Help (ជំនួយបន្ថែម)៖ កម្មវិធី Medicare ដែលជួយដល់អ្នកដែលមានប្រាក់ចំណូល និងធនធានមានកំណត់ កាត់បន្ថយថ្លៃចំណាយលើឱសថ Medicare ផ្នែក D ដូចជាថ្លៃធានារ៉ាប់រង ប្រាក់កាត់កង និងប្រាក់រួមជាដើម។ Extra Help (ជំនួយបន្ថែម) ក៏ត្រូវបានហៅថា “ប្រាក់ឧបត្ថម្ភដល់អ្នកមានប្រាក់ចំណូលទាប” ឬ “LIS”។

Medicaid (ឬជំនួយផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ)៖ កម្មវិធីត្រូវដំណើរការដោយរដ្ឋាភិបាលសហព័ន្ធ និងរដ្ឋដែលជួយមនុស្សដោយមានប្រាក់ចំណូល និងធនធានមានកម្រិតឱ្យបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវា និងការគាំទ្ររយៈពេលវែង ហើយថ្លៃចំណាយវេជ្ជសាស្ត្រ។ Medi-Cal គឺជាកម្មវិធី Medicaid សម្រាប់រដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា។

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។

Medicare Advantage៖ កម្មវិធី Medicare គេហៅថា “Medicare ផ្នែក C” ឬ “MA” ដែលផ្តល់ជូនគម្រោង MA តាមរយៈ ក្រុមហ៊ុនឯកជន។ Medicare បង់ប្រាក់ឱ្យក្រុមហ៊ុនទាំងនេះ ដើម្បីធានារ៉ាប់រងអត្ថប្រយោជន៍ Medicare របស់អ្នក។

Medicare ផ្នែក A៖ កម្មវិធី Medicare ដែលធានារ៉ាប់រងលើសេវាសម្រាកព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យ សេវាមណ្ឌលថែទាំ អ្នកជំងឺកម្រិតខ្ពស់ សេវាថែទាំសុខភាពតាមផ្ទះ និងការថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយ ភាគច្រើនដែលចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ។

Medicare ផ្នែក B៖ ជាកម្មវិធី Medicare ដែលធានារ៉ាប់រងលើសេវានានា (ដូចជា ការធ្វើតេស្តក្នុងមន្ទីរពិសោធ ការវះកាត់ ការជួបពិនិត្យជាមួយនឹងវេជ្ជបណ្ឌិត) និងសម្ភារផ្គត់ផ្គង់ (ដូចជា រទេះរុញ និងឧបករណ៍ជំនួយការដើរ) ដែលជាសម្ភារចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រក្នុងការព្យាបាលជំងឺ ឬស្ថានភាព។ Medicare ផ្នែក B ក៏អាចនឹងរ៉ាប់រងសេវាការពារ និងការត្រួតពិនិត្យជាច្រើនដែរ។

Medicare ផ្នែក C៖ កម្មវិធី Medicare ដែលត្រូវបានគេស្គាល់ផងដែរថាជា “Medicare Advantage” ឬ “MA” ដែលអនុញ្ញាតឱ្យក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងសុខភាពឯកជនផ្តល់អត្ថប្រយោជន៍ Medicare តាមរយៈគម្រោង MA។

Medicare ផ្នែក D៖ កម្មវិធីអត្ថប្រយោជន៍ឱសថ Medicare។ យើងហៅកម្មវិធីនេះដោយខ្លីថា “ផ្នែក D”។ Medicare ផ្នែក D រ៉ាប់រងលើឱសថ ថ្នាំបង្ការរោគ និងសម្ភារផ្គត់ផ្គង់មួយចំនួនសម្រាប់អ្នកជំងឺមិនស្នាក់ព្យាបាលដែលមិនរ៉ាប់រងដោយ Medicare ផ្នែក A ឬ Medicare ផ្នែក B ឬ Medicaid នោះទេ។ គម្រោងរបស់យើងរួមបញ្ចូល Medicare ផ្នែក D។

Medicare៖ គឺជាកម្មវិធីធានារ៉ាប់រងសុខភាព នៃរដ្ឋបាលសហព័ន្ធ សំរាប់មនុស្សអាយុ 65 ឆ្នាំ ឬចាស់ជាង សម្រាប់មនុស្ស ក្រោមអាយុ 65 ឆ្នាំខ្លះដែលពិការ, និងសំរាប់មនុស្សដែលមានជំងឺវក្កំដំណាក់ចុងបំផុត (ជាទូទៅ គឺអ្នកដែលមានជំងឺអន់ ខ្សោយដំរងនោមជាអចិន្ត្រៃយ៍ ដែលត្រូវការលាងឈាម ឬផ្សាំដំរងនោម)។ មនុស្សដែលមាន Medicare អាចទទួល ការរ៉ាប់រងសុខភាព Medicare របស់គេ តាមរយៈ Original Medicare ឬ គម្រោងគ្រប់គ្រងការថែទាំ (មើល "គម្រោងសុខភាព")។

កម្មវិធី Medicare ដើម (Medicare ចាស់ ឬ Medicare ដែលគិតថ្លៃតាមសេវា)៖ រដ្ឋាភិបាលផ្តល់ជូន Original Medicare។ នៅក្រោម Original Medicare សេវាគឺទទួលបានការធានារ៉ាប់រងពីការបង់ប្រាក់ជូនវេជ្ជបណ្ឌិត 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។

កម្មវិធីគ្រប់គ្រងឱសថ (DMP)៖ កម្មវិធីដែលជួយធ្វើឱ្យប្រាកដថាសមាជិកប្រើអូផ្សូអ៊ីតតាមវេជ្ជបញ្ជាដោយសុវត្ថិភាព និងការប្រើឱសថផ្សេងទៀតដែលត្រូវបានរំលោភបំពានជាញឹកញាប់។

កម្មវិធីជំនួយឱសថសម្រាប់ជំងឺអេដស៍ (ADAP)៖ កម្មវិធីមួយដែលជួយដល់បុគ្គលដែលមានសិទ្ធិដែលកំពុងរស់នៅជាមួយ HIV/AIDS មានលទ្ធភាពទទួលបានឱសថព្យាបាល HIV ដែលជួយឱ្យរស់នៅបានយូរ។

កម្មវិធីដឹកជញ្ជូនតាមផ្ទះ៖ គម្រោងមួយចំនួនអាចផ្តល់ជូននូវកម្មវិធីដឹកជញ្ជូនដល់ផ្ទះដែលអនុញ្ញាតឱ្យអ្នកទទួលបានការផ្គត់ផ្គង់រហូតដល់បីខែនៃឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាដែលបានធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នក ដោយផ្ញើទៅផ្ទះរបស់អ្នកដោយផ្ទាល់។ នេះអាចជាវិធីងាយស្រួល និងមានប្រសិទ្ធភាពចំពោះថ្លៃចំណាយក្នុងការបើកឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាដែលអ្នកប្រើជាប្រចាំ។

កម្មវិធីថែទាំសុខភាពគ្រប់មុខសម្រាប់មនុស្សចាស់ (PACE)៖ ជាកម្មវិធីដែលធានារ៉ាប់រងលើអត្ថប្រយោជន៍ Medicare និង Medicaid ជាមួយគ្នាសម្រាប់មនុស្សមានអាយុ 55 ឆ្នាំឡើងទៅដែលត្រូវការថែទាំកម្រិតខ្ពស់ដើម្បីរស់នៅក្នុងផ្ទះ។

កម្មវិធីបង្ការជំងឺទឹកនោមផ្អែមរបស់ Medicare (MDPP)៖ កម្មវិធីផ្លាស់ប្តូរអាកប្បកិរិយាសុខភាពដែលមានរចនា សម្ព័ន្ធដែលផ្តល់ការបណ្តុះបណ្តាលអំពីការផ្លាស់ប្តូររបបអាហាររយៈពេលវែង បង្កើនសកម្មភាពរាងកាយ និងយុទ្ធសាស្ត្រសម្រាប់ការយកឈ្នះលើបញ្ហាប្រឈម ដើម្បីរក្សាការសម្រកទម្ងន់ និងរបៀបរស់នៅប្រកបដោយសុខភាពល្អ។

កម្មវិធីប្រាក់ចំណូលសន្តិសុខបន្ថែម (Supplemental Security Income, SSI)៖ សន្តិសុខសង្គមជាអត្ថប្រយោជន៍ប្រចាំខែបង់ប្រាក់ដល់មនុស្សដែលមានប្រាក់ចំណូល និងធនធានមានកម្រិតដែលមានពិការភាព ពិការភ្នែក ឬមានអាយុ 65 ឆ្នាំឡើងទៅ។ អត្ថប្រយោជន៍ SSI គឺមិនដូចគ្នាទៅនឹងអត្ថប្រយោជន៍របបសន្តិសុខសង្គមនោះទេ។

កម្មវិធីប្រឹក្សាយោបល់ និងការតស៊ូមតិផ្នែកធានារ៉ាប់រងសុខភាព (HICAP)៖ ជាកម្មវិធីដែលផ្តល់ព័ត៌មានទិសដៅ និងការប្រឹក្សាអំពី Medicare និងដោយឥតគិតថ្លៃ។ **ជំពូកទី 2** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក* នេះពន្យល់អំពីរបៀបទាក់ទងទៅកាន់ HICAP។

កម្រិតថ្នាក់ឱសថ៖ ជាក្រុមឱសថមាននៅក្នុង*បញ្ជីឱសថ*របស់យើង។ ឱសថទូទៅ ឱសថមានម៉ាក ឬឱសថមិនតម្រូវឱ្យមានវេជ្ជបញ្ជា (OTC) គឺជាឧទាហរណ៍នៃកម្រិតឱសថ។ គ្រប់ឱសថទាំងអស់មាននៅក្នុង*បញ្ជីឱសថ*របស់យើង គឺស្ថិតក្នុងកម្រិតមួយក្នុងចំណោមកម្រិតទាំងប្រាំ។

កម្រិតនៃចំណែកនៃថ្លៃចូលរួមការចំណាយ៖ ជាក្រុមឱសថដែលមានការបង់ប្រាក់រួមដូចគ្នា។ រាល់ឱសថនៅក្នុង*បញ្ជីឱសថដែលមានធានារ៉ាប់រង* (ក៏ហៅថា *បញ្ជីឱសថ*ដែរ) គឺស្ថិតក្នុងកម្រិតថ្នាក់មួយក្នុងចំណោមកម្រិតថ្នាក់នៃចំណែកនៃថ្លៃចូលរួមការចំណាយទាំងប្រាំ ។ ជាទូទៅ កាលណាកម្រិតថ្នាក់នៃចំណែកនៃថ្លៃចូលរួមការចំណាយខ្ពស់ជាងតម្លៃសម្រាប់ឱសថរបស់អ្នកក៏ខ្ពស់ជាងដែរ។

ករណីលើកលែង៖ ជាការអនុញ្ញាតដើម្បីទទួលការរ៉ាប់រងសម្រាប់ឱសថដែលតាមធម្មតាមិនមានធានារ៉ាប់រង ឬដើម្បីប្រើឱសថដោយគ្មានវិន័យ និងការដាក់កំណត់ខ្លះ។

ការគ្រប់គ្រងការព្យាបាលដោយឱសថ (MTM)៖ កម្មវិធី Medicare ផ្នែក D សម្រាប់តម្រូវការសុខភាពស្មុគស្មាញ ដែលផ្តល់ជូនដល់អ្នកដែលបំពេញតាមតម្រូវការជាក់លាក់ ឬស្ថិតនៅក្នុងកម្មវិធីគ្រប់គ្រងឱសថ។ ជាធម្មតា សេវា MTM រួមបញ្ចូលការពិភាក្សាជាមួយឱសថការី ឬអ្នកផ្តល់ការថែទាំសុខភាពដើម្បីពិនិត្យមើលឱសថ។ សូមមើល**ជំពូកទី 5** នៃ*សៀវភៅណែនាំសមាជិក* នេះសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។

ការចេញវិក្កយបត្រមិនត្រឹមត្រូវ/មិនសមរម្យ៖ ស្ថានភាពនៅពេលដែលអ្នកផ្តល់សេវា (ដូចជាវេជ្ជបណ្ឌិត ឬមន្ទីរពេទ្យ) ចេញវិក្កយបត្រឱ្យអ្នកលើសពីចំនួនទឹកប្រាក់នៃសេវាដែលមានចំណែកនៃថ្លៃចូលរួមការចំណាយរបស់យើង។ ទូរសព្ទទៅកាន់ផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជនប្រសិនបើអ្នកទទួលបានវិក្កយបត្រណាមួយដែលអ្នកមិនយល់។

ក្នុងនាមជាសមាជិកគម្រោង អ្នកបង់ប្រាក់តែចំនួននៃចំណែកនៃថ្លៃចូលរួមការចំណាយនៃគម្រោងរបស់យើង នៅពេលដែលអ្នកទទួលបានសេវា ដែលយើងបានធានារ៉ាប់រង។ យើង**មិន**អនុញ្ញាតឱ្យអ្នកផ្តល់សេវាចេញវិក្កយបត្រឱ្យអ្នកលើសពីចំនួននេះទេ។

ការត្រួតពិនិត្យផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រឯករាជ្យ (IMR)៖ បើយើងបដិសេធសំណើរបស់អ្នកសម្រាប់សេវា ឬការព្យាបាលផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ អ្នកអាចដាក់បណ្តឹងតវ៉ាបាន។ ប្រសិនបើអ្នកមិនយល់ស្របនឹងសេចក្តីសម្រេចរបស់យើង ហើយបញ្ហារបស់អ្នកពាក់ព័ន្ធនឹងសេវា Medi-Cal រួមទាំងសម្ភារៈផ្គត់ផ្គង់ DME និងថ្នាំ អ្នកអាចស្នើសុំការត្រួតពិនិត្យវេជ្ជសាស្ត្រឯករាជ្យ (IMR) ពីក្រសួងថែទាំសុខភាពក្រោមការគ្រប់គ្រងរបស់រដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ាបាន។ IMR គឺជាការពិនិត្យឡើងវិញនូវសំណុំរឿងរបស់អ្នកដោយអ្នកជំនាញដែលមិនមែនជាផ្នែកនៃគម្រោងរបស់យើង។ ប្រសិនបើការសម្រេចចិត្តរបស់ IMR គឺជាការពេញចិត្តរបស់អ្នក យើងត្រូវតែផ្តល់សេវា ឬការព្យាបាលដែលអ្នកបានស្នើសុំទៅដល់អ្នក។ អ្នកមិនបង់ថ្លៃសម្រាប់វិធី IMR ទេ។

ការថែទាំក្នុងគ្រាអាសន្ន៖ ជាសេវាដែលធានារ៉ាប់រងដែលត្រូវបានផ្តល់ឱ្យដោយអ្នកផ្តល់ម្នាក់ដែលបានហ្វឹកហ្វឺន ដើម្បីផ្តល់សេវាជាអាសន្ន និងដែលត្រូវការដើម្បីព្យាបាលសុខភាព ឬឥរិយាបថសុខភាពជាអាសន្ន។

ការថែទាំក្នុងមន្ទីរថែទាំជំនាញ (SNF)៖ ការថែទាំជំងឺមានជំនាញ និងសេវាស្តារសមត្ថភាព បានផ្តល់ជាបន្តរៀងរហូត ពីមួយថ្ងៃទៅមួយថ្ងៃ នៅក្នុងមន្ទីរវេជ្ជកម្មមានជំនាញ។ ឧទាហរណ៍ការថែទាំនៃមន្ទីរវេជ្ជកម្មមានជំនាញ រួមមានវិធីព្យាបាលរូវកាយ ឬការចាក់ថ្នាំតាមសរសៃ (IV) ដែលពេទ្យពេញក្របខ័ណ្ឌ ឬវេជ្ជបណ្ឌិត អាចផ្តល់ឲ្យ។

ការថែទាំដែលត្រូវការបន្ទាន់៖ ការថែទាំដែលអ្នកទទួលបានសម្រាប់ជំងឺ របួស ឬស្ថានភាពដែលមិនបានរំពឹងទុកហើយមិនមែនជាភាពអាសន្ន ប៉ុន្តែតម្រូវឱ្យមានការថែទាំភ្លាមៗ។ អ្នកអាចទទួលបានការថែទាំចាំបាច់បន្ទាន់ពីអ្នកផ្តល់សេវានៅក្រៅបណ្តាញ នៅពេលអ្នកមិនអាចទទួលបានអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញបាន ដោយសារពេលវេលា ទីកន្លែង កាលៈទេសៈរបស់អ្នក វាមិនអាចទៅរួច ឬមិនសមហេតុផលក្នុងការទទួលបានសេវាពីអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ (ឧទាហរណ៍ នៅពេលអ្នកនៅក្រៅតំបន់ផ្តល់សេវារបស់គម្រោង ហើយអ្នកត្រូវការសេវាភ្លាមៗ ដែលចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជាសាស្ត្រសម្រាប់ស្ថានភាព ដែលមិនបានរំពឹងទុក ប៉ុន្តែវាមិនមែនជាភាពអាសន្នផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ)។

ការបង់ប្រាក់រួម៖ ចំនួនទឹកប្រាក់ថេរដែលអ្នកបង់ជាចំណែកថ្លៃចំណាយរបស់អ្នករាល់ពេលដែលអ្នកទទួលបានសេវា ឬឱសថមួយចំនួន។ ឧទាហរណ៍ អ្នកអាចបង់ $2 ឬ $5 សម្រាប់សេវា ឬឱសថណាមួយ។

ការបណ្តុះបណ្តាលសមត្ថភាពផ្នែកវប្បធម៌៖ ការបណ្តុះបណ្តាលដែលផ្តល់ការណែនាំបន្ថែមសម្រាប់អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពរបស់យើងដែលជួយពួកគេឱ្យយល់កាន់តែច្បាស់អំពីប្រវត្តិ គុណតម្លៃ និងជំនឿរបស់អ្នក ដើម្បីសម្រួលសេវាឱ្យបំពេញតាមតម្រូវការសង្គម វប្បធម៌ និងភាសារបស់អ្នក។

ការព្យាបាលជាជំហាន៖ ការធានារ៉ាប់រងដែលតម្រូវឱ្យអ្នកសាកល្បងប្រើឱសថមួយទៀតសិន មុននឹងយើងធានារ៉ាប់រងឱសថដែលអ្នកកំពុងស្នើសុំ។

ការលុបឈ្មោះ៖ ជាវិធីនៃការបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់អ្នក នៅក្នុងគម្រោងរបស់យើង។ ការដកឈ្មោះ អាចនឹងជាការស្ម័គ្រចិត្ត (តាមចិត្តរបស់អ្នក) ឬដោយឥតស្ម័គ្រចិត្ត (មិនតាមចិត្តរបស់អ្នក)។

ការវាយតម្លៃហានិភ័យអំពីសុខភាព (HRA)៖ ជាការពិនិត្យមើលឡើងវិញនូវប្រវត្តិវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នក និងស្ថានភាព បច្ចុប្បន្ន។ វាត្រូវបានប្រើប្រាស់ក្នុងការស្វែងយល់អំពីសុខភាព និងរបៀបដែលវាអាចផ្លាស់ប្តូរនាពេលអនាគត។

ការអនុញ្ញាតជាមុន (PA)៖ ការយល់ព្រមដែលអ្នកត្រូវតែទទួលបានពីយើងខ្ញុំ មុនពេលអ្នកអាចទទួលបានសេវា ឬឱសថជាក់លាក់ណាមួយ ឬប្រើអ្នកផ្តល់សេវាក្រៅបណ្តាញ។ គម្រោងរបស់យើងអាចមិនធានារ៉ាប់រងសេវា ឬឱសថប្រសិនបើអ្នកមិនទទួលបានការយល់ព្រមជាមុនទេ។

គម្រោងរបស់យើងធានារ៉ាប់រងលើសេវាវេជ្ជសាស្ត្រក្នុងបណ្តាញមួយចំនួន លុះត្រាតែវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក ឬអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញផ្សេងទៀតទទួលបាន PA ពីយើងខ្ញុំ។

- សេវាដែលរ៉ាប់រងដែលត្រូវការ PA នៃគម្រោងរបស់យើងត្រូវបានសម្គាល់នៅក្នុង **ជំពូកទី 4** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះ។

គម្រោងរបស់យើងធានារ៉ាប់រងលើឱសថមួយចំនួន លុះត្រាតែអ្នកទទួលបាន PA ពីយើងខ្ញុំ។

- ឱសថដែលមានការធានារ៉ាប់រងដែលតម្រូវឱ្យមានការអនុញ្ញាតជាមុន (PA) ពីគម្រោងរបស់យើង ត្រូវបានសម្គាល់នៅក្នុង *បញ្ជីឱសថដែលមានការធានារ៉ាប់រង* ហើយច្បាប់នានាត្រូវបានបង្ហោះនៅលើគេហទំព័រ របស់យើង។

ក្រសួងថែទាំសុខភាពក្រោមការគ្រប់គ្រង (DMHC)៖ នាយកដ្ឋានរដ្ឋនៅរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា ដែលទទួលខុសត្រូវក្នុងការគ្រប់គ្រង និងត្រួតពិនិត្យគម្រោងសុខភាពភាគច្រើន។ DMHC ជួយមនុស្សដែលមានបណ្តឹងតវ៉ា និងបណ្តឹងតវ៉ាអំពីសេវា Medi-Cal។ DMHC ក៏ធ្វើការត្រួតពិនិត្យផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រឯករាជ្យ (IMR) ផងដែរ។

ក្រសួងសេវាថែទាំសុខភាព (DHCS)៖ ក្រសួងនៃរដ្ឋនៅរដ្ឋ California ដែលគ្រប់គ្រងកម្មវិធី Medicaid (ត្រូវបានគេ ស្គាល់ថា ជា Medi-Cal)។

ក្រុមការងារថែទាំសុខភាពអន្តរជំនាញ (ICT ឬ ក្រុមថែទាំសុខភាព)៖ ជាក្រុមថែទាំ អាចនឹងរួមមាននូវវេជ្ជបណ្ឌិត, ពេទ្យ, អ្នកប្រឹក្សា, ឬអ្នកវិជ្ជាជីវៈសុខភាពផ្សេងទៀត ដែលនៅទីនោះដើម្បីជួយអ្នក ឲ្យទទួលការថែទាំ ដែលអ្នកត្រូវការ។ ក្រុមថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក ក៏នឹងជួយអ្នកធ្វើគម្រោងថែទាំមួយដែរ។

ក្រុមថែទាំសុខភាព៖ សូមមើល “ក្រុមថែទាំពហុជំនាញ”។

ក្រុមប្រឹក្សាបណ្តឹងតវ៉ា Medicare (ក្រុមប្រឹក្សា)៖ ក្រុមប្រឹក្សាមួយដែលពិនិត្យឡើងវិញនូវបណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 4។ ក្រុមប្រឹក្សាគឺជាផ្នែកមួយរបស់រដ្ឋាភិបាលសហព័ន្ធ។

គម្រោង D-SNP ដែលរួមបញ្ចូលគ្នា៖ គម្រោងតម្រូវការពិសេសដែលមានសិទ្ធិទទួលបានទាំងពីរ ដែលធានារ៉ាប់រងសេវាកម្ម Medicare និងសេវាកម្ម Medicaid ភាគច្រើន ឬទាំងអស់នៅក្រោមគម្រោងសុខភាពតែមួយ ឬគម្រោងសុខភាព ដែលជាប់ពាក់ព័ន្ធសម្រាប់ក្រុមបុគ្គលជាក់លាក់ដែលមានសិទ្ធិទទួលបានទាំង Medicare និង Medicaid។ បុគ្គលទាំងនេះ ត្រូវបានគេ ស្គាល់ថា ជាបុគ្គលដែលមានសិទ្ធិទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ទ្វេរដងពេញលេញ។

គម្រោង Medi-Cal៖ ជាគម្រោងដែលធានារ៉ាប់រងតែអត្ថប្រយោជន៍ Medi-Cal ដូចជាសេវា និងការគាំទ្ររយៈពេលវែង បរិក្ខារពេទ្យ និងមធ្យោបាយធ្វើដំណើរ។ អត្ថប្រយោជន៍ Medicare គឺដោយឡែកពីគ្នា។

គម្រោង Medi-Medi Plan៖ គម្រោង Medi-Medi Plan គឺជាប្រភេទនៃគម្រោង Medicare Advantage មួយប្រភេទ។ គម្រោងនេះ គឺសម្រាប់អ្នកដែលមានទាំង Medicare និង Medi-Cal ហើយរួមបញ្ចូលអត្ថប្រយោជន៍ Medicare និង Medi-Cal រួមគ្នាទៅក្នុងគម្រោងតែមួយ។ គម្រោង Medi-Medi Plan សម្របសម្រួលរាល់អត្ថប្រយោជន៍ និងសេវាកម្មទាំងអស់នៅទូទាំងកម្មវិធីទាំងពីរ រួមទាំងសេវាកម្មដែលមានការធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare និង Medi-Cal ទាំងអស់។

គម្រោងថែទាំជាលក្ខណៈបុគ្គល (Individualized Care Plan, ICP ឬ គម្រោងថែទាំ)៖ គម្រោងសម្រាប់ សេវាណាមួយដែលអ្នកនឹងទទួលបាន ហើយនឹងរបៀបដែលអ្នកនឹងទទួលបានសេវាទាំងនោះ។ គម្រោងរបស់អ្នកអាចនឹងបញ្ចូលនូវសេវាសុខភាព សេវាសុខភាពផ្លូវចិត្ត និងសេវា និងការជួយទ្រទ្រង់រយៈពេលវែង។

គម្រោងថែទាំ៖ សូមមើល “គម្រោងថែទាំជាលក្ខណៈបុគ្គល”។

គម្រោងនៃតម្រូវការពិសេសដែលមានសិទ្ធិទទួលបានកម្មវិធីពីរ (D-SNP)៖ គម្រោងសុខភាពដែលបម្រើដល់បុគ្គលដែលមានសិទ្ធិទទួលបានទាំង Medicare និង Medicaid។ គម្រោងរបស់យើងគឺជា D-SNP។

គម្រោងសុខភាព៖ គឺជាការរៀបចំមួយ ដោយមានវេជ្ជបណ្ឌិត, មន្ទីរពេទ្យ, ឱសថស្ថាន, អ្នកផ្តល់សេវាយូរអង្វែង, និងអ្នកផ្តល់ផ្សេងៗទៀត។ អង្គភាពនេះក៏មានអ្នកសម្របសម្រួល ដើម្បីជួយអ្នកគ្រប់គ្រងសេវា និងអ្នកផ្តល់សេវា និងជំនួយទាំងអស់របស់អ្នក។ ពួកគេទាំងអស់គ្នាធ្វើការជាមួយគ្នាដើម្បីផ្តល់ការថែទាំដែលអ្នកត្រូវការ។

ចៅក្រមផ្នែកច្បាប់រដ្ឋបាល៖ ចៅក្រមច្បាប់រដ្ឋបាល (ALJ) គឺជាចៅក្រមដែលស្តាប់ និងសម្រេចលើសំណុំរឿងដែលពាក់ព័ន្ធនឹងទីភ្នាក់ងាររដ្ឋាភិបាល។ ចៅក្រមដែលពិនិត្យឡើងវិញនូវបណ្តឹងតវ៉ាកម្រិតទី 3។

ចំណែកនៃថ្លៃចូលរួមការចំណាយ៖ ចំនួនទឹកប្រាក់ដែលអ្នកត្រូវបង់ នៅពេលដែលអ្នកទទួលបានសេវា ឬ ឱសថមួយចំនួន។ ចំណែកនៃថ្លៃចូលរួមការចំណាយរួមមានការបង់ប្រាក់រួម។

ចំណែកនៃថ្លៃចូលរួមការចំណាយ៖ ចំណែកនៃថ្លៃចំណាយលើការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នកដែលអ្នកអាចនឹងត្រូវបង់រាល់ខែ មុននឹងអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នកមានប្រសិទ្ធភាព។ ចំនួននៃចំណែកតម្លៃរបស់អ្នក គឺមានខុសៗគ្នា អាស្រ័យទៅលើប្រាក់ចំណូល និងធនធានរបស់អ្នក។

ចំនួនកំណត់មាបរិណ៖ ជាកំរិតចំនួននៃឱសថដែលអ្នកអាចមាន។ យើងអាចកំណត់ចំនួនឱសថដែលយើងធានារ៉ាប់រងក្នុងមួយវេជ្ជបញ្ជា។

ដំណាក់កាលការធានារ៉ាប់រងគ្រោះមហន្តរាយ៖ ដំណាក់កាលនៅក្នុងអត្ថប្រយោជន៍ឱសថ Medicare ផ្នែក D ដែល គម្រោងរបស់យើងបង់ថ្លៃចំណាយទាំងអស់លើ ឱសថផ្នែក D របស់អ្នករហូតដល់ដំណាច់ឆ្នាំ។ អ្នកចាប់ផ្តើមដំណាក់កាលនេះនៅពេលដែលអ្នក (ឬភាគីដែលមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ផ្សេងទៀតតាំងនាមឱ្យអ្នក) បានចំណាយ $2,400 សម្រាប់ឱសថដែលមានធានារ៉ាប់រងពីផ្នែក D ក្នុងអំឡុងមួយឆ្នាំ។ អ្នកមិនត្រូវបង់អ្វីទាំងអស់។

ដំណាក់កាលនៃការធានារ៉ាប់រងលើកដំបូង៖ ដំណាក់កាលមុនពេលការចំណាយសរុបលើឱសថ Medicare ផ្នែក D របស់អ្នកឈានដល់ $2,400។ នេះរួមបញ្ចូលទាំងចំនួនទឹកប្រាក់ដែលអ្នកបានបង់ អ្វីដែលគម្រោងរបស់យើងបានបង់តាំងនាមឱ្យអ្នក និងប្រាក់ឧបត្ថម្ភដល់អ្នកដែលមានប្រាក់ចំណូលទាប។ អ្នកចាប់ផ្តើមក្នុងដំណាក់កាលនេះ នៅពេលដែលអ្នកបើកឱសថមានវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកលើកដំបូងនៃឆ្នាំ។ នៅក្នុងដំណាក់កាលនេះ យើងបង់ផ្នែកនៃថ្លៃចំណាយលើឱសថរបស់អ្នក ហើយអ្នកបង់ចំណែករបស់អ្នក។

តំបន់ផ្តល់សេវា៖ ជាតំបន់ភូមិសាស្ត្រដែលគំរោងសុខភាព ព្រមទទួលយកសមាជិក បើវាកំរិតសមាជិកភាពយោងតាមកន្លែង ដែលមនុស្សរស់នៅ។ សម្រាប់គម្រោងដែលកំណត់វេជ្ជបណ្ឌិត និងមន្ទីរពេទ្យណាមួយដែលអ្នកអាចនឹងប្រើជាទូទៅវាក៏ជាតំបន់ដែលអ្នកអាចទទួលសេវាជាប្រចាំ (មិនមែនក្នុងគ្រាអាសន្នទេ)។ មានតែមនុស្សដែលរស់នៅក្នុងតំបន់ផ្តល់សេវារបស់យើងប៉ុណ្ណោះដែលអាចចុះឈ្មោះចូលរួមជាមួយនឹងគម្រោងរបស់យើង។

ថ្នាំទូទៅធម្មតា៖ ឱសថដែលយល់ព្រមឱ្យប្រើប្រាស់ដោយ FDA ជំនួសឱ្យឱសថមានម៉ាកល្បី។ ឱសថឈ្មោះធម្មតាមានគ្រឿងផ្សំដូចគ្នានឹងឱសថឈ្មោះល្បីដែរ។ តាមធម្មតា វាមានតម្លៃថោកជាង និងមានប្រសិទ្ធិភាពដូចគ្នានឹងឱសថមានម៉ាកដែរ។

ថ្លៃចំណាយចេញពីហោប៉ៅផ្ទាល់ខ្លួន៖ ជាចំណែកតម្លៃតម្រូវសំរាប់សមាជិក ដើម្បីបង់ផ្នែកនៃថ្លៃសេវា ឬឱសថ ដែលគេទទួល ហើយក៏ហៅថា តម្លៃត្រូវ "ចំណាយពីហោប៉ៅ" ដែរ។ សូមមើលនិយមន័យសម្រាប់ “ចំណែកនៃថ្លៃចូលរួមការចំណាយ” ខាងលើ។

បញ្ជីឱសថដែលមានការធានារ៉ាប់រង (បញ្ជីឱសថ)៖ បញ្ជីឱសថមានវេជ្ជបញ្ជា និងឱសថមិនតម្រូវឱ្យមានវេជ្ជបញ្ជា (OTC) ដែលយើងធានារ៉ាប់រង។ យើងជ្រើសរើសឱសថដែលមាននៅក្នុងបញ្ជីនេះ ដោយមានជំនួយពីវេជ្ជបណ្ឌិតនិងឱសថការី។ *បញ្ជីឱសថ*ប្រាប់អ្នកឲ្យដឹង បើមានវិន័យអ្វីដែលអ្នកត្រូវធ្វើតាម ដើម្បីទទួលឱសថរបស់អ្នក។ *បញ្ជីឱសថ*នោះជួនកាលហៅថា "*បញ្ជីឈ្មោះឱសថ*"។

បណ្តឹងតវ៉ា៖ ជារបៀបដែលអ្នកជំទាស់ការសំរេចរបស់យើង បើអ្នកគិតថាយើងបានធ្វើដោយភាន់ច្រឡំ។ អ្នកអាចស្នើឲ្យយើងផ្លាស់ប្តូរសេចក្តីសម្រេច ដោយបណ្តឹងតវ៉ា។ **ជំពូកទី 9** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក* នេះពន្យល់អំពីបណ្តឹងតវ៉ា រួមទាំងរបៀបដាក់បណ្តឹងតវ៉ា។

បណ្តឹងសាទុក្ខ៖ ជាបណ្តឹង ឬការតូញតែរ ដែលអ្នកធ្វើអំពីយើង ឬបណ្តាញអ្នកផ្តល់ ឬឱសថស្ថានណាមួយរបស់យើង។ នេះរួមបញ្ចូលទាំងពាក្យបណ្តឹងអំពីគុណភាពនៃការថែទាំរបស់អ្នក ឬគុណភាពនៃសេវាដែលផ្តល់ដោយគម្រោងសុខភាពរបស់អ្នក។

បណ្តឹង៖ ជាសេចក្តីថ្លែងលាយល័ក្ខណ៍អក្សរ ឬបាននិយាយ ថាអ្នកមានបញ្ហា ឬមានកង្វល់ អំពីសេវាដែលរ៉ាប់រង ឬការថែទាំរបស់អ្នក។ នេះរួមបញ្ចូលការព្រួយបារម្ភណាមួយអំពីគុណភាពនៃសេវា គុណភាពនៃការថែទាំរបស់អ្នក អ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញរបស់យើង ឬឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញរបស់យើង។ ឈ្មោះផ្លូវការសម្រាប់ “ការដាក់បណ្តឹង” គឺ “ការដាក់បណ្តឹងសារទុក្ខ”។

បរិក្ខារវេជ្ជសាស្ត្រជាប់បានយូរ (DME)៖ របស់របរជាក់លាក់មួយដែលវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកបញ្ជាឱ្យប្រើនៅក្នុងផ្ទះរបស់អ្នកផ្ទាល់។ ឧទាហរណ៍នៃរបស់របរទាំងនេះគឺជារទេះរុញ ឈើច្រត់ ប្រព័ន្ធពួកដើរដោយថាមពល ការផ្គត់ផ្គង់ឱសថជំងឺទឹកនោមផ្អែម គ្រែពេទ្យដែលបញ្ជាទិញដោយអ្នកផ្តល់សេវាឱ្យប្រើប្រាស់ក្នុងផ្ទះ ឧបករណ៍ចាក់សេរ៉ូម IV ឧបករណ៍បង្កើតការនិយាយ ឧបករណ៍ផ្តល់អុកស៊ីសែន និងការផ្គត់ផ្គង់អុកស៊ីសែន ម៉ាស៊ីនឆ្អុងផ្លូវដង្ហើម និងឧបករណ៍ជំនួយការដើរ**។**

ប្រាក់ឧបត្ថម្ភអ្នកមានប្រាក់ចំណូលតិច (LIS)៖ សូមមើល “Extra Help”

ផលិតផលជីវសាស្ត្រស្រដៀងគ្នាដែលអាចផ្លាស់ប្តូរបាន៖ ផលិតផលជីវសាស្ត្រស្រដៀងគ្នាដែលអាចត្រូវបានជំនួសនៅឱសថស្ថានដោយមិនចាំបាច់មានវេជ្ជបញ្ជាថ្មី ព្រោះវាបំពេញតាមតម្រូវការបន្ថែមទាក់ទងនឹងលទ្ធភាពក្នុងការជំនួសដោយស្វ័យប្រវត្តិ។ ការជំនួសដោយស្វ័យប្រវត្តិនៅឱសថស្ថាន គឺស្ថិតនៅក្រោមច្បាប់របស់រដ្ឋ។

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

ផលិតផលជីវសាស្ត្រដើម៖ ផលិតផលជីវសាស្ត្រដែលត្រូវបានយល់ព្រមដោយ FDA និងបម្រើជាការប្រៀបធៀបសម្រាប់ឧស្សាហករដែលបង្កើតកំណែផលិតផលជីវសាស្ត្រស្រដៀងគ្នា។ វាក៏ត្រូវបានគេហៅផងដែរថាជា ផលិតផលយោង។

ផលិតផលជីវសាស្ត្រ៖ ឱសថដែលត្រូវបានផលិតពីសរីរាង្គធម្មជាតិ និងមានជីវិតដូចជាកោសិកាសត្វ កោសិការុក្ខជាតិ បាក់តេរី ឬផ្សិត។ ផលិតផលជីវសាស្ត្រមានភាពស្មុគស្មាញជាងឱសថដទៃទៀត ហើយមិនអាចចម្លងឱ្យដូចទេ ដូច្នេះផលិតផលក្នុងទម្រង់ផ្សេងទៀតត្រូវបានហៅថា ផលិតផលជីវសាស្ត្រស្រដៀងគ្នា។ (សូមមើលផងដែរ “ផលិតផលជីវសាស្ត្រដើម” និង “ផលិតផលជីវសាស្ត្រស្រដៀងគ្នា”)។

ផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជន៖ នាយកដ្ឋានមួយនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើង ដែលទទួលខុសត្រូវក្នុងការឆ្លើយសំណួររបស់អ្នក អំពីសមាជិកភាព អត្ថប្រយោជន៍ បណ្តឹងសារទុក្ខ និងបណ្តឹងតវ៉ា។ សូមសំអាងទៅលើ **ជំពូកទី 2** នៃ*សៀវភៅណែនាំសមាជិក* នេះសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីសេវាបម្រើអតិថិជន។

ផ្នែក A៖ សូមមើល “Medicare ផ្នែក A”។

ផ្នែក B៖ សូមមើល “Medicare ផ្នែក B”។

ផ្នែក C៖ សូមមើល “Medicare ផ្នែក C”។

ផ្នែក D៖ សូមមើល “Medicare ផ្នែក D”។

ព័ត៌មានសុខភាពដែលត្រូវបានការពារ (ហៅផងដែរថាព័ត៌មានសុខភាពផ្ទាល់ខ្លួន) (PHI)៖ ព័ត៌មានអំពីអ្នក និងសុខភាពរបស់អ្នក ដូចជាឈ្មោះ អាសយដ្ឋាន លេខសន្តិសុខសង្គម ការទៅជួបគ្រូពេទ្យ និងប្រវត្តិវេជ្ជសាស្ត្រ។ សូមមើលសេចក្តីជូនដំណឹងអំពីការអនុវត្តឯកជនភាពរបស់យើងសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីរបៀបដែលយើងការពារ ប្រើប្រាស់ និងបង្ហាញ PHI របស់អ្នក ក៏ដូចជាសិទ្ធិរបស់អ្នកដែលទាក់ទងនឹង PHI របស់អ្នក។

ភាពចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ៖ នេះពិពណ៌នាអំពីសេវា ការផ្គត់ផ្គង់ ឬឱសថដែលអ្នកត្រូវការ ដើម្បីបង្ការ ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ ឬព្យាបាលតាមស្តង់វេជ្ជសាស្ត្រ ឬដើម្បីរក្សាស្ថានភាពនៃសុខភាពបច្ចុប្បន្នរបស់អ្នក។ ផ្នែកនេះ រួមមានការថែទាំសុខភាព

ដែលជួយឱ្យអ្នកមិនចាំបាច់ទៅសម្រាកព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យ ឬមជ្ឈមណ្ឌលថែទាំសុខភាពនោះទេ។ វាក៏មានន័យផងដែរថា សេវា សម្ភារៈផ្គត់ផ្គង់ ឬឱសថ គឺស្របតាមស្តង់ដា ដែលបានទទួលយកក្នុងការអនុវត្តផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ។

ភាពអាសន្ន៖ ភាពអាសន្នផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រនៅពេលដែលអ្នក ឬអ្នកផ្សេងទៀតដែលមានចំណេះដឹងមធ្យមអំពីសុខភាព និងឱសថ ជឿថា អ្នកមានរោគសញ្ញាវេជ្ជសាស្ត្រដែលត្រូវការការយកចិត្តទុកដាក់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រភ្លាមៗ ដើម្បីបង្ការការស្លាប់ ការបាត់បង់ផ្នែករាងកាយ ឬការបាត់បង់ ឬការចុះខ្សោយមុខងារនៃរាងកាយធ្ងន់ធ្ងរ (ហើយប្រសិនបើអ្នកជាស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ នោះនឹងប្រឈមការបាត់បង់កូនដែលមិនទាន់កើត)។ រោគសញ្ញាវេជ្ជសាស្ត្រអាចជាជំងឺ របួស ការឈឺចាប់ធ្ងន់ធ្ងរ ឬស្ថានភាពវេជ្ជសាស្ត្រ ដែលកាន់តែអាក្រក់ទៅៗ។

មជ្ឈមណ្ឌលថែទាំ ឬមន្ទីរថែទាំ៖ ជាកន្លែងដែលផ្តល់ការថែទាំដល់មនុស្សដែលមិនអាចទទួលបានការថែទាំនៅផ្ទះ ប៉ុន្តែមិនចាំបាច់នៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យទេ។

មជ្ឈមណ្ឌលវះកាត់ដោយមិនបាច់សម្រាកក្នុងមន្ទីរពេទ្យ៖
ជាទីកន្លែងផ្តល់ការវះកាត់ដល់អ្នកជំងឺមិនស្នាក់ព្យាបាល ដែលមិនត្រូវការថែទាំពីមន្ទីរពេទ្យ ហើយជាអ្នកជំងឺរំពឹងថា មិនត្រូវការការថែទាំយូរជាង 24 ម៉ោង។

មជ្ឈមណ្ឌលសម្រាប់សេវា Medicare និង Medicaid (CMS)៖ ជាភ្នាក់ងាររដ្ឋបាលសហព័ន្ធទទួលបន្ទុកខាង Medicare។ **ជំពូកទី 2** នៃ*សៀវភៅណែនាំសមាជិក* នេះ ពន្យល់អំពីរបៀបទាក់ទងទៅកាន់ CMS។

មន្ត្រីបណ្តឹងសាធារណៈ៖ ការិយាល័យនៅក្នុងរដ្ឋរបស់អ្នកដែលធ្វើការក្នុងនាមជាអ្នកគាំទ្រយោបល់តាំងនាមឱ្យអ្នក។ ពួកគេអាចឆ្លើយសំណួរ ប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហា ឬពាក្យបណ្តឹងតវ៉ា ហើយអាចជួយអ្នកឱ្យយល់ពីអ្វីដែលត្រូវធ្វើ។ សេវារបស់មន្ត្រីបណ្តឹងសាធារណៈគឺឥតគិតថ្លៃ។ អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានបន្ថែមនៅក្នុង **ជំពូកទី 2 និង ទី 9**នៃ*សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះ។

មន្ទីរថែទាំជំនាញ (SNF)៖ ជាមន្ទីរវេជ្ជកម្ម គឺមន្ទីរថែរក្សាជំងឺ ដោយមានបុគ្គលិក និងបរិក្ខារ ដើម្បីផ្តល់ការថែទាំជំងឺមានជំនាញ ហើយនៅក្នុងករណីភាគច្រើន ក៏ផ្តល់សេវាស្តារសមត្ថភាពមានជំនាញ និងសេវាផ្សេងទៀតជាប់ទាក់ទងសុខភាព។

មន្ទីរពេទ្យថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយ៖ កម្មវិធីថែទាំ និងការគាំទ្រ ដើម្បីជួយមនុស្សដែលមានការព្យាករណ៍ ជំងឺ ដំណាក់កាលចុងក្រោយឱ្យរស់នៅប្រកបដោយផាសុកភាព។
ការព្យាករណ៍រោគដំណាក់កាលចុងក្រោយមានន័យថា បុគ្គលម្នាក់ត្រូវបានបញ្ជាក់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រថា មានជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយ ដែលមានន័យថា មានអាយុកាលរំពឹងទុក រយៈពេលប្រាំមួយខែ ឬតិចជាងនេះ។

- អ្នកចុះឈ្មោះ ដែលមានការព្យាករណ៍ដំណាក់កាលចុងក្រោយមាន សិទ្ធិជ្រើសរើសមន្ទីរពេទ្យថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយ។
- ក្រុមការងារមានវិជ្ជាជីវៈ និងអ្នកថែទាំដែលបានបណ្តុះបណ្តាលច្បាស់លាស់ផ្តល់ការថែទាំបុគ្គលនោះ ដោយពេញលេញ រួមទាំងតម្រូវការផ្លូវកាយ ផ្លូវចិត្ត សង្គម និងស្មារតី។
- យើងត្រូវបានតម្រូវឱ្យផ្តល់ជូនអ្នកនូវបញ្ជីអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងមន្ទីរពេទ្យថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយនៅក្នុងតំបន់ភូមិសាស្ត្ររបស់អ្នក។

មន្ទីរស្តារនីតិសម្បទាដ៏ទូលំទូលាយសម្រាប់អ្នកជំងឺមិនស្នាក់ព្យាបាល (CORF)៖ ជាមន្ទីរដែលផ្តល់ជាចំបងនូវសេវាស្តារសមត្ថភាព បន្ទាប់ពីពេលមានជំងឺ, គ្រោះថ្នាក់, ឬការវះកាត់សរីរាង្គធំៗ។ វាផ្តល់សេវាជាច្រើន រួមមាននូវ

វិធីព្យាបាលរូបកាយ សង្គមកិច្ច ឬសេវាខាងចិត្តសាស្ត្រ វិធីព្យាបាលប្រព័ន្ធដកដង្ហើម វិធីព្យាបាលអាជីវកម្ម វិធីព្យាបាលសំដី និងសេវាប្រមាណមើលបរិស្ថានផ្ទះ។

លិខិតបញ្ជូនបន្ត៖ លិខិតបញ្ជូនបន្ត គឺជាការយល់ព្រមពីអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំជាបឋម (PCP) របស់អ្នក ឬពីយើង ដើម្បីឱ្យអ្នកអាចទទួលសេវាពីអ្នកផ្តល់សេវាផ្សេងទៀតក្រៅពី PCP របស់អ្នក។ ប្រសិនបើអ្នកមិនបានទទួលបានការយល់ព្រមជាមុនទេ យើងអាចមិនធានារ៉ាប់រងលើសេវានោះទេ។ អ្នកមិនចាំបាច់មានលិខិតបញ្ជូនបន្ត ដើម្បីទៅជួបគ្រូពេទ្យឯកទេសមួយចំនួន ដូចជា គ្រូពេទ្យឯកទេសផ្នែកសុខភាពស្ត្រីនោះទេ។ អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានបន្ថែមអំពីលិខិតបញ្ជូនបន្តនៅក្នុង **ជំពូកទី 3 និងទី 4** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក* នេះ។

វិក្កយបត្រនៅសល់៖ ការអនុវត្តដែលអ្នកផ្តល់សេវាចេញវិក្កយបត្រឱ្យអ្នកជំងឺសម្រាប់ចំនួនទឹកប្រាក់ខុសគ្នា រវាងការគិតថ្លៃពេញរបស់អ្នកផ្តល់សេវា និងចំនួនទឹកប្រាក់ដែលបានបង់ដោយគម្រោងសុខភាពរបស់អ្នកជំងឺ។

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

សមាជិក (សមាជិកនៃគម្រោងរបស់យើង ឬសមាជិកគម្រោង)៖ ជាមនុស្សដែលមាន Medicare និង MediCal ដែលមានសិទ្ធិទទួលសេវាដែលរ៉ាប់រង ដែលបានចុះឈ្មោះក្នុងគំរោងរបស់យើង ហើយការចុះឈ្មោះរបស់គេត្រូវបានបញ្ជាក់ដោយមជ្ឈមណ្ឌលសំរាប់សេវា Medicare និង Medicaid (CMS) និងរដ្ឋ។

សវនាការរដ្ឋ៖ ប្រសិនបើវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក ឬអ្នកផ្តល់ផ្សេងទៀតស្នើសុំសេវា Medi-Cal ដែលយើងនឹងមិនយល់ព្រម ឬយើងនឹងមិនបន្តបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវា Medi-Cal ដែលអ្នកមានរួចមកហើយ អ្នកអាចស្នើសុំសវនាការរដ្ឋ។ ប្រសិនបើសវនាការរដ្ឋត្រូវបានសម្រេចចិត្តគាំទ្រអ្នក យើងត្រូវតែផ្តល់ជូនអ្នកនូវសេវាដែលអ្នកបានស្នើសុំ។

សុខភាពផ្លូវចិត្ត៖ សំដៅទៅលើសុខុមាលភាពអារម្មណ៍ ផ្លូវចិត្ត និងសង្គមរបស់យើង។ ក្នុងពាក្យសាមញ្ញ៖ វាគស្តីអំពីរបៀប ដែលយើងគិត មានអារម្មណ៍ និងប្រាស្រ័យទាក់ទងជាមួយអ្នកដទៃ។ វាជាវាក្យសព្ទរួមបញ្ចូលទាំងស្រុងដែលសំដៅទៅលើសេវាសុខភាពផ្លូវចិត្ត និងវិបត្តិនៃការប្រើប្រាស់សារធាតុញៀន។

***សៀវភៅណែនាំសមាជិក*និងការបង្ហាញព័ត៌មាន៖** ឯកសារនេះ អមមកជាមួយនឹងទម្រង់បែបបទចុះឈ្មោះរបស់អ្នក និងឯកសារភ្ជាប់ផ្សេងៗទៀត ឧបសម្ព័ន្ធដែលពន្យល់អំពីការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នក អ្វីៗដែលយើងត្រូវតែធ្វើ សិទ្ធិរបស់អ្នក និងអ្វីៗដែលអ្នកត្រូវតែធ្វើក្នុងនាមជាសមាជិកនៃគម្រោងរបស់យើង។

សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង៖ ជាការសំរេចអំពីអត្ថប្រយោជន៍អ្វីខ្លះដែលយើងរ៉ាប់រង។ នេះរួមបញ្ចូលសេចក្តីសម្រេចអំពីឱសថ និងសេវាដែលមានធានារ៉ាប់រង ឬចំនួនទឹកប្រាក់ដែលយើងបង់សម្រាប់សេវាសុខភាពរបស់អ្នក។ **ជំពូកទី 9** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក* នេះពន្យល់អំពីរបៀបស្នើសុំសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងពីយើងខ្ញុំ។

សេចក្តីសម្រេចពីអង្គការ៖ គម្រោងរបស់យើងធ្វើសេចក្តីសម្រេចដល់អង្គការនៅពេលដែលយើង ឬអ្នកផ្តល់សេវារបស់យើងសម្រេចចិត្តថា តើសេវាត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដែរឬអត់ ឬថាតើអ្នកបង់ថ្លៃប៉ុន្មានសម្រាប់សេវាដែលបានធានារ៉ាប់រង។ សេចក្តីសម្រេចរបស់អង្គការគឺហៅថា “សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង”។ **ជំពូកទី 9** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក* នេះពន្យល់ពីសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង។

សេវា និងជំនួយគាំទ្ររយៈពេលវែង (Long-term services and supports, LTSS)៖ សេវា និងការគាំទ្ររយៈពេលវែង គឺជាសេវាដែលជួយកែលម្អស្ថានភាពវេជ្ជសាស្ត្ររយៈពេលវែង។ ភាគច្រើននៃសេវាទាំងនេះជួយអ្នកឱ្យស្នាក់នៅក្នុងផ្ទះរបស់អ្នក ដូច្នេះអ្នកមិនចាំបាច់ទៅនៅមន្ទីរថែទាំ ឬមន្ទីរពេទ្យទេ។ សេវា LTSS ធានារ៉ាប់រងដោយ

គម្រោងរបស់យើង រួមមានសេវាមនុស្សពេញវ័យមានមូលដ្ឋានក្នុងសហគមន៍ (Community-Based Adult Services, CBAS) គេស្គាល់ថា ជាការថែទាំសុខភាពពេលថ្ងៃសម្រាប់មនុស្សពេញវ័យ មណ្ឌលថែទាំអ្នកជំងឺ (Nursing Facilities, NF) និងការគាំទ្រពីសហគមន៍។ កម្មវិធីលើកលែង IHSS និង 1915 (c) គឺជាកម្មវិធី LTSS នៃ Medi-Cal ដែលផ្តល់ជូននៅ ខាងក្រៅគម្រោងរបស់យើង។

សេវាការគាំទ្រក្នុងផ្ទះ (IHSS)៖ កម្មវិធី IHSS Program នឹងជួយបង់ថ្លៃអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំ ដែលបានចុះឈ្មោះសម្រាប់សេវាដែលផ្តល់ជូនអ្នក ដើម្បីឱ្យអ្នកអាចស្នាក់នៅប្រកបដោយសុវត្ថិភាពនៅក្នុងផ្ទះរបស់អ្នក។ IHSS គឺចាត់ទុកថាជាការថែទាំមួយបែបផ្សេងនៃការថែទាំនៅក្រៅផ្ទះ ដូចជាមជ្ឈមណ្ឌលថែទាំ ឬមន្ទីរថែទាំ និងផ្តល់ជូនអាហារ។ ដើម្បីទទួលបានសេវា ការវាយតម្លៃត្រូវបានធ្វើឡើងដើម្បីកំណត់ថា តើសេវាប្រភេទណាដែលអាចត្រូវបានអនុញ្ញាតសម្រាប់អ្នកចូលរួមម្នាក់ៗ ដោយផ្អែកលើតម្រូវការរបស់ពួកគេ។ ប្រភេទសេវាដែលអាចទទួលបានការអនុញ្ញាតតាមរយៈ IHSS គឺការសម្អាតផ្ទះសម្បែង ការរៀបចំអាហារ ការបោកអ៊ុត ការទិញគ្រឿងទេស សេវាថែទាំបុគ្គល (ដូចជាការថែទាំពេលបត់ជើងតូច និងបត់ជើងធំ ការងូតទឹក ការស្លៀកពាក់ និងសេវាអមវេជ្ជសាស្ត្រ) ការអមដំណើរទៅកាន់ការណាត់ជួបផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ និងការគ្រប់គ្រងដើម្បីផ្តល់ការការពារសម្រាប់អ្នកដែលមានពិការភាពផ្លូវចិត្ត។ ទីភ្នាក់ងារសេវាសង្គមនៃខោនធីគ្រប់គ្រង IHSS។

សេវាដែលមានធានារ៉ាប់រងពី Medicare៖ សេវាដែលធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare ផ្នែក A និង Medicare ផ្នែក B។ គ្រប់គម្រោងសុខភាព Medicare ទាំងអស់ ដែលរួមបញ្ចូលទាំងគម្រោងរបស់យើង ត្រូវតែរ៉ាប់រងលើសេវាទាំងអស់ ដែលបានរ៉ាប់រងដោយ Medicare ផ្នែក A និង Medicare ផ្នែក B។

សេវាដែលមានធានារ៉ាប់រង៖ ពាក្យទូទៅដែលយើងប្រើដែលសំដៅទៅលើការថែទាំសុខភាព សេវា និងការគាំទ្រយូរអង្វែង សម្ភារៈផ្គត់ផ្គង់ ឱសថមានវេជ្ជបញ្ជា និងឱសថគ្មានវេជ្ជបញ្ជា បរិក្ខារពេទ្យ និងសេវាផ្សេងទៀតដែលរ៉ាប់រងដោយគម្រោងរបស់យើង។

សេវាដែលមិនរាប់បញ្ចូល៖ សេវាដែលមិនត្រូវបានរ៉ាប់រងដោយគម្រោងសុខភាពនេះ។

សេវាបង្ការ៖ ការថែទាំសុខភាពដើម្បីបង្ការជំងឺ ឬរកជំងឺនៅដំណាក់កាលដំបូង នៅពេលដែលការព្យាបាលទំនងជាមានប្រសិទ្ធភាពបំផុត (ឧទាហរណ៍ សេវាបង្ការរួមមាន ការធ្វើតេស្ត Pap ការចាក់ថ្នាំការពារគ្រុនផ្តាសាយធំ និងការពិនិត្យមើលសាច់ដុះនៅដោះ) ។

សេវាសម្ងាត់៖ ជាសេវាទាក់ទងនឹងសុខភាពផ្លូវចិត្ត ឬអាកប្បកិរិយា សុខភាពផ្លូវភេទ និងសុខភាពបន្តពូជ ការរៀបចំផែនការគ្រួសារ ការឆ្លងមេរោគតាមការរួមភេទ (STI) HIV/AIDS ការរំលោភបំពានផ្លូវភេទ និងការរំលូតកូន វិបត្តិនៃការប្រើប្រាស់សារធាតុញៀន ការថែទាំសុខភាពទៅតាមយេនឌ័រ និងអំពើហិង្សារបស់ដៃគូស្និទ្ធស្នាល។

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

សេវាស្តារនីតិសម្បទា៖ ការព្យាបាលដែលអ្នកទទួលក្នុងការជួយអ្នកឱ្យជាសះស្បើយពីជំងឺ គ្រោះថ្នាក់ ឬការវះកាត់ធំៗ។ សេវាកម្មទាំងនេះរួមបញ្ចូលទាំងការថែទាំស្តារនីតិសម្បទាអ្នកជំងឺដែលសម្រាកព្យាបាល ការព្យាបាលដោយចលនា (អ្នកជំងឺដែលមិនសម្រាកព្យាបាល) ការព្យាបាលការនិយាយស្តី និងភាសា និងការព្យាបាលដោយសកម្មភាពការងារ។ សូមមើល **ជំពូកទី 4** នៃ*សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះ ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពីសេវាស្តារនីតិសម្បទា។

អង្គការកែលម្អគុណភាព (QIO)៖ ជាក្រុមនៃវេជ្ជបណ្ឌិត និងអ្នកវិជ្ជាជីវៈថែទាំសុខភាពផ្សេងទៀតមានជំនាញ ដែលជួយធ្វើឲ្យគុណភាពនៃការថែទាំល្អប្រសើរឡើង សម្រាប់អ្នកដែលមាន Medicare។ រដ្ឋាភិបាលសហព័ន្ធបង់ប្រាក់ឱ្យ QIO ដើម្បីពិនិត្យ និងកែលម្អការថែទាំដែលផ្តល់ដល់អ្នកជំងឺ។ សូមសំអាងទៅលើ **ជំពូកទី 2** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក* នេះសម្រាប់ព័ត៌មានអំពី QIO។

អង្គការត្រួតពិនិត្យឯករាជ្យ (IRO)៖ អង្គការឯករាជ្យមួយដែល Medicare ជួលដើម្បីពិនិត្យឡើងវិញនូវការប្តឹងតវ៉ាកម្រិត 2។ វាមិនទាក់ទងនឹងយើងខ្ញុំទេ ហើយមិនមែនជាទីភ្នាក់ងាររដ្ឋាភិបាលទេ។ អង្គការនេះសម្រេចថាតើសេចក្តីសម្រេចដែលយើងបានធ្វើគឺត្រឹមត្រូវដែរឬអត់ ឬប្រសិនបើវាគួរតែបានផ្លាស់ប្តូរឬអត់។ Medicare ត្រួតពិនិត្យការងាររបស់ខ្លួន។ ឈ្មោះផ្លូវការ គឺ**អង្គភាពត្រួតពិនិត្យឯករាជ្យ។**

អត្រានៃការចែករំលែកថ្លៃចំណាយប្រចាំថ្ងៃ៖ អត្រាមួយដែលអាចត្រូវបានអនុវត្តនៅពេលដែលវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាតិចជាងការផ្គត់ផ្គង់ឱសថជាក់លាក់សម្រាប់រយៈពេលពេញមួយខែជូនអ្នក ហើយអ្នកត្រូវបានតម្រូវឱ្យបង់ប្រាក់រួម។ អត្រានៃចំណែកនៃថ្លៃចូលរួមការចំណាយប្រចាំថ្ងៃ គឺជាការបង់ប្រាក់រួមត្រូវបានចែកតាមចំនួនថ្ងៃនៃការផ្គត់ផ្គង់ឱសថក្នុងមួយខែ។

ខាងក្រោមនេះ គឺឧទាហរណ៍៖ ឧបមាថា ការបង់ប្រាក់រួមសម្រាប់ឱសថរបស់អ្នកសម្រាប់ការផ្គត់ផ្គង់ពេញមួយខែ (ការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេល 30 ថ្ងៃ) គឺ $1.35។ នេះមានន័យថា ចំនួនទឹកប្រាក់ដែលអ្នកត្រូវបង់សម្រាប់ ឱសថរបស់អ្នកគឺតិចជាង $0.05 ក្នុងមួយថ្ងៃ។ ប្រសិនបើអ្នកទទួលបានការផ្គត់ផ្គង់ឱសថរយៈពេលប្រាំពីរថ្ងៃ ការបង់ប្រាក់របស់អ្នកគឺតិចជាង $0.05 ក្នុងមួយថ្ងៃ គុណនឹងប្រាំពីរថ្ងៃ ដោយការបង់ប្រាក់សរុបមានចំនួនតិចជាង $0.35។

អវយវៈសិប្បនិម្មិត និងការតម្រង់ឆ្អឹងជើង៖ ឧបករណ៍វេជ្ជសាស្ត្រដែលបញ្ជាទិញដោយវេជ្ជបណ្ឌិត ឬអ្នកផ្តល់ការថែទាំសុខភាពផ្សេងទៀតរបស់អ្នក រួមមានអាទិ៍ ដៃ ខ្នង និងប្រដាប់ទប់ក អវៈយវៈសិប្បនិម្មិត ភ្នែកសិប្បនិម្មិត និងឧបករណ៍ដែលត្រូវការ ដើម្បីជំនួសផ្នែកខាងក្នុង ឬមុខងារនៃរាងកាយ រួមមានការផ្គត់ផ្គង់ថង់លាមក និង ការព្យាបាលដោយប្រើអាហារូបត្ថម្ភវេជ្ជសាស្ត្រ ដោយបញ្ចូលតាមពោះវៀន ឬតាមផ្លូវក្រៅបំពង់រំលាយអាហារ។

អ្នកចុះឈ្មោះរបស់ Medicare-Medi-Cal៖
ជាបុគ្គលដែលមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ក្នុងការទទួលការធានារ៉ាប់រង ពី Medicare និង Medi-Cal។ អ្នកចុះឈ្មោះ Medicare- Medicaid ក៏ត្រូវបានគេហៅថា “បុគ្គលដែល មានសិទ្ធិទទួល បានស្នួន” ផងដែរ។

អ្នកជំងឺដេកពេទ្យ៖ វាក្យសព្ទត្រូវបានប្រើនៅពេលដែល អ្នកត្រូវបានគេអនុញ្ញាតឱ្យចូលមន្ទីរពេទ្យដើម្បីទទួលបានសេវាវេជ្ជសាស្ត្រជំនាញជាផ្លូវការ។ បើអ្នកមិនបានអនុញ្ញាតតាមសមគួរទេ អ្នកនឹងនៅតែអាចបានចាត់ទុកជាអ្នកជំងឺឥតដេកពេទ្យ ជាជាងអ្នកជំងឺដេកពេទ្យ សូម្បីតែបើអ្នកស្នាក់នៅមួយយប់ក៏ដោយ។

អ្នកជំនួយការសុខភាពតាមផ្ទះ៖ បុគ្គលដែលផ្តល់សេវាដែលមិនត្រូវការជំនាញពីគិលានុបដ្ឋាយិកា ឬអ្នកព្យាបាលដែលមានអាជ្ញាបណ្ណដូចជាការជួយជាមួយនឹងការថែទាំដោយខ្លួនឯង (ដូចជាការងូតទឹក ការប្រើបង្គន់ ការស្លៀកពាក់ ឬការធ្វើលំហាត់ប្រាណតាមវេជ្ជបញ្ជា)។ អ្នកជំនួយការសុខភាពតាមផ្ទះមិនបាច់មានអាជ្ញាបណ្ណថែទាំ ឬផ្តល់ការព្យាបាលទេ។

អ្នកផ្តល់ការថែទាំជាបឋម (PCP)៖ វេជ្ជបណ្ឌិត ឬអ្នកផ្តល់សេវាផ្សេងទៀតដែលអ្នកប្រើដំបូងសម្រាប់បញ្ហាសុខភាពដ៏ច្រើន ។គាត់ធ្វើឱ្យប្រាកដ ថាអ្នកទទួលការថែទាំដែលអ្នកត្រូវការ និងរក្សាឱ្យមានសុខភាពល្អ។

- គាត់ក៏អាចនឹងពិគ្រោះជាមួយនឹងវេជ្ជបណ្ឌិត និងអ្នកផ្តល់ការថែទាំសុខភាពផ្សេងទៀត អំពីការថែទាំអ្នក និងបញ្ជូនអ្នកទៅជួបគេ។

- នៅក្នុងគម្រោងសុខភាព Medicare ជាច្រើន អ្នកត្រូវតែប្រើអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំជាបឋមរបស់អ្នក មុននឹង អ្នកប្រើអ្នកផ្តល់ការថែទាំសុខភាពផ្សេងទៀត។
- សូមសំអាងទៅលើ **ជំពូកទី 3** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក* នេះសម្រាប់ព័ត៌មានអំពីការទទួលបាន ការថែទាំពីអ្នកផ្តល់ការថែទាំបឋម។

អ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ៖ គឺជាអ្នកផ្តល់សេវាដែលធ្វើការជាមួយគម្រោងរបស់យើង។ អ្នកផ្តល់សេវាទាំងនេះ យល់ព្រមទទួលយកការទូទាត់ប្រាក់របស់យើងជាការទូទាត់ប្រាក់ពេញលេញ។ យើងបានរៀបចំឱ្យអ្នកផ្តល់សេវាទាំង នេះផ្តល់ជូនសេវាកម្មដែលរ៉ាប់រងដល់អ្នក។ អ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញទារប្រាក់ពីយើងដោយផ្ទាល់សម្រាប់ការថែទាំ ដែលពួកគេផ្តល់ឱ្យអ្នក។ នៅពេលអ្នកប្រើប្រាស់អ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ ជាធម្មតាអ្នកមិនបង់ប្រាក់អ្វីទាំងអស់សម្រាប់ សេវាដែលបានធានារ៉ាប់រង។ "អ្នកផ្តល់" គឺជាពាក្យទូទៅ ដែលយើងប្រើសំរាប់វេជ្ជបណ្ឌិត, ពេទ្យ, និងមនុស្សផ្សេងៗទៀត ដែលផ្តល់ឲ្យអ្នកនូវសេវា និងការថែទាំ។ ពាក្យនេះក៏រួមមានមន្ទីរពេទ្យភ្នាក់ងារសុខភាពនៅផ្ទះ គ្លីនិក និងកន្លែងផ្សេងទៀត ដែលផ្តល់ឲ្យអ្នកនូវ សេវាថែទាំសុខភាព វិក្ខារពេទ្យ និងសេវា និងការគាំទ្រយូរអង្វែង។

អ្នកផ្តល់សេវាក្រៅបណ្តាញ ឬមន្ទីរក្រៅបណ្តាញ៖ អ្នកផ្តល់សេវា ឬមណ្ឌលព្យាបាលដែលមិន ត្រូវបានជួល មិនមែន ជាកម្មសិទ្ធិ ឬប្រតិបត្តិការដោយគម្រោងរបស់យើង ហើយមិនស្ថិតក្រោមកិច្ចសន្យាក្នុងការផ្តល់សេវាដែលរ៉ាប់រងដល់ ស មាជិកនៃគម្រោងរបស់យើង។ **ជំពូកទី 3** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក* នេះពន្យល់អំពីអ្នកផ្តល់សេវានៅក្រៅបណ្តាញ ឬម ណ្ឌលក្រៅបណ្តាញ។

អ្នកផ្តល់សេវា៖ ជាវេជ្ជបណ្ឌិត គិលានុបដ្ឋាក និងបុគ្គលផ្សេងទៀតដែលផ្តល់សេវាកម្ម និងការថែទាំដល់អ្នក ហើយមាន អាជ្ញាបណ្ណពីរដ្ឋ។ អ្នកផ្តល់សេវាក៏រួមបញ្ចូលផងដែរនូវមន្ទីរពេទ្យ ភ្នាក់ងារថែទាំសុខភាពតាមផ្ទះ គ្លីនិក និងកន្លែងផ្សេង ទៀតដែលផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាព សេវាសុខភាពផ្លូវចិត្ត បរិក្ខារវេជ្ជសាស្ត្រ និងសេវា និងការគាំទ្រយូរអង្វែង (long-term services and supports, LTSS) មួយចំនួនដល់អ្នក។

អ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំ៖ ជាមនុស្សចំបងម្នាក់ ដែលធ្វើការជាមួយនឹងអ្នក ជាមួយនឹងគំរោងសុខភាព និងជាមួយនឹ ងអ្នកផ្តល់ការថែទាំរបស់អ្នក ដើម្បីធ្វើឲ្យប្រាកដ ថាអ្នកទទួលការថែទាំដែលអ្នកត្រូវការ។

អ្នកឯកទេស៖ ជាវេជ្ជបណ្ឌិតម្នាក់ ដែលព្យាបាលប្រភេទខ្លះ នៃបញ្ហាថែទាំសុខភាព។ ឧទាហរណ៍ គ្រូពេទ្យវះកាត់សណ្ឋាន ឆ្អឹង ព្យាបាលឆ្អឹងបានបាក់; អ្នកជំនាញខាងអាល់ឡែរជី ព្យាបាលអាល់ឡែរជី; និងវេជ្ជបណ្ឌិតបេះដូង ព្យាបាលបញ្ហាបេះដូង។ ក្នុងករណីភាគច្រើន សមាជិកត្រូវការលិខិតបញ្ជូនបន្តពី PCP របស់ពួកគេ មុននឹងទៅជួបគ្រូពេទ្យឯកទេស។

ឧបករណ៍ផ្តល់ព័ត៌មានអត្ថប្រយោជន៍តាមពេលវេលាជាក់ស្តែង (Real Time Benefits Tool)៖ ផត ថល ឬ កម្មវិធីកុំព្យូទ័រដែលអ្នកចុះឈ្មោះអាចស្វែងរកឱសថដែលមានធានារ៉ាប់រងជាក់លាក់សម្រាប់អ្នកចុះឈ្មោះ និងព័ត៌មា នអំពី អត្ថប្រយោជន៍ពេញលេញ ត្រឹមត្រូវ ទាន់ពេលវេលា សមស្របតាមគ្លីនិក។ នេះរួមបញ្ចូលទាំងចំនួនចំណែកតម្លៃ ឱស ថ ជំនួសដែលអាចប្រើប្រាស់សម្រាប់ស្ថានភាពសុខភាពដូចគ្នាទៅនឹងឱសថដែលបានផ្តល់ឱ្យ និងការរឹតបន្តឹងលើ ការធានា រ៉ាប់រង (ការអនុញ្ញាតជាមុន ការព្យាបាលជាជំហាន កម្រិតបរិមាណ) ដែលអនុវត្តចំពោះឱសថជំនួស។

ឱសថ Medicare ផ្នែក D៖ ឱសថដែលមានធានារ៉ាប់រងក្រោម Medicare ផ្នែក D។ សភាមិនរាប់បញ្ចូលប្រភេទ ឱសថមួយចំនួនដោយជាក់លាក់ពីការធានារ៉ាប់រងក្រោម Medicare ផ្នែក D។ Medicaid អាចធានារ៉ាប់រងលើឱសថ ទាំងនេះ មួយចំនួនដែរ។

ឱសថដែលមានធានារ៉ាប់រង៖ ពាក្យយើងប្រើមានន័យចំពោះឱសថមានវេជ្ជបញ្ជា និងឱសថគ្មានវេជ្ជបញ្ជា (OTC) ត្រូវបានធានារ៉ាប់រងពីគម្រោងរបស់យើង។

ឱសថដែលមិនតម្រូវឱ្យមានវេជ្ជបញ្ជា (OTC)៖ ឱសថមិនតម្រូវឱ្យមានវេជ្ជបញ្ជាគឺជាឱសថ ឬថ្នាំដែលបុគ្គលម្នាក់អាចទិញបានដោយគ្មានវេជ្ជបញ្ជាពីអ្នកមានវិជ្ជាជីវៈថែទាំសុខភាព។

ឱសថផ្នែក D៖ សូមមើល “ឱសថ Medicare ផ្នែក D”។

ឱសថមានម៉ាក៖ ជាឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាដែលត្រូវបានផលិត និងលក់ដោយក្រុមហ៊ុនដែលបានផលិតឱសថនោះដំបូង។ ឱសថឈ្មោះល្បី មានគ្រឿងផ្សំដូចគ្នានឹងកំណែឱសថម៉ាកធម្មតាដែរ។ ជាធម្មតា ឱសថទូទៅត្រូវបានផលិត និងលក់ដោយក្រុមហ៊ុនឱសថដទៃទៀត ហើយជាទូទៅមិនមានលក់ទេ រហូតដល់ទាល់តែប៉ាតង់លើម៉ាកឱសថបានបញ្ចប់។

ឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញ៖ ជាឱសថស្ថាន (ហាងលក់ឱសថ) ដែលបានព្រមព្រៀងបើកឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាសម្រាប់សមាជិកនៃគម្រោងរបស់យើង។ យើងហៅវាថា “ឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញ” ពីព្រោះវាបានព្រមព្រៀងធ្វើការជាមួយនឹងគម្រោងរបស់យើង។ ក្នុងករណីភាគច្រើន យើងធានារ៉ាប់រងលើវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកតែនៅពេលបំពេញនៅឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញណាមួយរបស់យើងប៉ុណ្ណោះ។

ឱសថស្ថាននៅក្រៅបណ្តាញ៖ ឱសថស្ថានដែលមិនយល់ស្របក្នុងការធ្វើការជាមួយគម្រោងរបស់យើង ដើម្បីសម្របសម្រួល ឬផ្តល់ជូនឱសថដែលត្រូវបានរ៉ាប់រងទៅដល់សមាជិកនៃគម្រោង របស់យើង។ គម្រោងរបស់យើងមិនរ៉ាប់រងលើឱសថភាគច្រើនដែលអ្នកទទួលបានពីឱសថស្ថានក្រៅបណ្តាញទេ លុះត្រាតែលក្ខខណ្ឌជាក់លាក់ត្រូវបានអនុវត្ត។

ឱសថស្ថានឯកទេស៖ សូមសំអាងទៅលើ **ជំពូកទី 5** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះ ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពីឱសថស្ថានឯកទេស។

សេវាបម្រើអតិថិជនរបស់ Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan

ប្រភេទ	ព័ត៌មានលម្អិត
ហៅទូរសព្ទ	1-800-452-4413 ការហៅទូរសព្ទទៅលេខនេះ គឺឥតគិតថ្លៃ។ ចាប់ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ 8:00 យប់ ម៉ោងនៅតំបន់ប៉ាស៊ីហ្វិក (PT) ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ អ្នកអាចទទួលបានឯកសារនេះ ដោយឥតគិតថ្លៃក្នុងទម្រង់ផ្សេងៗ ដូចជា អក្សរធំ អក្សរស្មាបសម្រាប់ជនពិការភ្នែក និង/ឬសំឡេង ដោយទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជន។ ផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជនក៏មានសេវាអ្នកបកប្រែភាសាផ្ទាល់មាត់ដោយឥតគិតថ្លៃ សម្រាប់អ្នកដែលមិននិយាយភាសាអង់គ្លេសផងដែរ។
TTY	711 លេខនេះតម្រូវឱ្យមានឧបករណ៍ទូរសព្ទពិសេស ហើយសម្រាប់តែមនុស្ស ដែលពិបាកក្នុងការស្តាប់ ឬការនិយាយប៉ុណ្ណោះ។ ការហៅទូរសព្ទទៅលេខនេះ គឺឥតគិតថ្លៃ។ ចាប់ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ 8:00 យប់ ម៉ោងនៅតំបន់ប៉ាស៊ីហ្វិក (PT) ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។
ទូរសារ	877-251-6671
សរសេរលិខិត	Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan P.O. Box 927 Woodland Hills, CA 91365-9856
គេហទំព័រ	blueshieldca.com/medicare

សេចក្តីការណ៍អំពីការបង្ហាញព័ត៌មានរបស់ PRA *ដោយយោងទៅលើច្បាប់កាត់បន្ថយក្រដាសស្តាមឆ្នាំ 1995 មិនតម្រូវឲ្យជនណាម្នាក់ឆ្លើយតបចំពោះការប្រមូលព័ត៌មានឡើយ លុះត្រាតែវាបង្ហាញលេខត្រួតត្រា OMB ដែលមានសុពលភាព។ លេខបញ្ជា OMB ដែលមានសុពលភាពសម្រាប់ការប្រមូលព័ត៌មាន គឺ 0938-1444។ ប្រសិនបើអ្នកមានមតិយោបល់ឬសំណូមពរសម្រាប់ការកែលម្អទម្រង់បែបបទនេះ សូមសរសេរទៅកាន់៖ CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850។*

blueshieldca.com/medicare

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