ឆ្នាំ 2025

សៀវភៅណែនាំសមាជិក

Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) ជាគម្រោង Medicare Medi-Cal Plan

California H3038-003

មានប្រសិទ្ធភាពចាប់ពីថ្ងៃទី 1 ខែមករា ដល់ថ្ងៃទី 31 ខែធ្នូឆ្នាំ 2025

H3038_25_003_CAEOC_C KM
CA-H3038-003-DSNP-EC-KM-25

MOLINA HEALTHCARE

សៀវភៅណែនាំសមាជិកគម្រោង Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)

01/01/2025 – 12/31/2025

ការធានារ៉ាប់រងសុខភាព និងឱសថស្ថិតក្រោមគម្រោង Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)

*ការណែនាំអំពី*សៀវភៅណែនាំសមាជិក

សៀវភៅណែនាំសមាជិកនេះ ត្រូវបានគេស្គាល់ថាជាភស្តុតាងនៃការធានារ៉ាប់រង ប្រាប់អ្នកអំពីការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកស្ថិតក្រោមគម្រោងរបស់យើងរហូតដល់ថ្ងៃទី 12/31/2025។ សៀវភៅណែនាំសមាជិកនេះពន្យល់អំពីសេវាថែទាំសុខភាព សេវាសុខភាពអាកប្បកិរិយា (សុខភាពផ្លូវចិត្ត និងវិបត្តិផ្លូវចិត្តដោយការប្រើប្រាស់សារធាតុញៀន) ការធានារ៉ាប់រងលើឱសថមានវេជ្ជបញ្ជា និងសេវាកម្ម និងការគាំទ្ររយៈពេលវែង។ ពាក្យគន្លឹះ និងនិយមន័យរបស់ពាក្យគន្លឹះទាំងនេះមានតាមលំដាប់អក្ខរក្រមក្នុង**ជំពូកទី 12** នៃ*សៀវភៅណែនាំសមាជិក*។

នេះជាឯកសារសំខាន់ផ្លូវច្បាប់។ សូមរក្សាទុកឯកសារនេះនៅកន្លែងមានសុវត្ថិភាព។

នៅពេលដែល*សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះនិយាយថា “យើង” “យើងខ្ញុំ” “របស់យើង” ឬ “គម្រោងរបស់យើង” វាមានន័យថាជាគម្រោង Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)។

ឯកសារនេះអាចរកបានដោយឥតគិតថ្លៃជា*ភាសាអេស្ប៉ាញ ភាសាអារ៉ាប់ ភាសាអាមេនី ភាសាខ្មែរ ភាសាចិន ភាសាហ្គាស៊ី ភាសាម៉ុង ភាសាកូរ៉េ ភាសាឡាវ ភាសារុស្ស៊ី ភាសាតាហ្គាឡុក និងភាសាវៀតណាម។*

អ្នកអាចទទួលបានឯកសារនេះដោយឥតគិតថ្លៃកជាទម្រង់ផ្សេងទៀត ដូចជាអក្សរពុម្ពធំ អក្សរស្ទាបសម្រាប់ជនពិការភ្នែក និង/ឬជាសំឡេង ដោយទូរសព្ទទៅផ្នែកបម្រើសេវាសមាជិកតាមរយៈលេខ (855) 665-4627 TTY៖ 711 បាន 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ ម៉ោងក្នុងតំបន់។ បាន 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ចាប់ពីថ្ងៃទី 1 ខែមេសា ដល់ថ្ងៃទី 30 ខែកញ្ញា ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ ម៉ោងក្នុងតំបន់។ សូមចំណាំថាប្រព័ន្ធទូរសព្ទស្វ័យប្រវត្តិរបស់យើងអាចឆ្លើយតបការហៅទូរសព្ទរបស់អ្នកក្នុងអំឡុងពេលចុងសប្តាហ៍ និងថ្ងៃឈប់សម្រាកចាប់ពីថ្ងៃទី 1 ខែមេសា ដល់ថ្ងៃទី 30 ខែកញ្ញា។ ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។

អ្នកអាចស្នើឱ្យយើងធ្វើជូនអ្នកនូវព័ត៌មានជាភាសា ឬជាទម្រង់ណាមួយដែលអ្នកចង់បានជានិច្ច។ ការធ្វើបែបនេះត្រូវបានឱ្យឈ្មោះថាជា សំណើជាអចិន្ត្រៃយ៍។ ពួកយើងនឹងបន្តតាមដានចំពោះសំណើជាអចិន្ត្រៃយ៍របស់អ្នក ដូច្នេះអ្នកមិនចាំបាច់បង្កើតសំណើដាច់ដោយឡែករាល់ពេលដែលយើងផ្ញើពត៌មានទៅកាន់អ្នកឡើយ។

ដើម្បីទទួលបានឯកសារនេះជាភាសាផ្សេងក្រៅពីភាសាអង់គ្លេស សូមទាក់ទងរដ្ឋតាមរយៈលេខ (800) 541-5555, TTY៖ 711 ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 5 ល្ងាច ម៉ោងក្នុងតំបន់ ដើម្បីធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពកំណត់ត្រារបស់អ្នកជាភាសាដែលពេញចិត្ត។ ដើម្បីទទួលបានឯកសារនេះជាទម្រង់ផ្សេងនោះ សូមទំនាក់ទំនងទៅកាន់ផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិកតាមរយៈលេខ (855) 665-4627, TTY: 711 បាន 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ ម៉ោងក្នុងតំបន់។ អ្នកតំណាងម្នាក់អាចជួយអ្នកក្នុងការបង្កើត ឬផ្លាស់ប្តូរសំណើសុំជាអចិន្ត្រៃយ៍នេះបាន។ អ្នកក៏អាចទាក់ទងទៅអ្នកសម្របសម្រួលផ្នែកការថែទាំរបស់អ្នកដើម្បីជួយជាមួយនឹងសំណើអចិន្ត្រៃយ៍បានផងដែរ។

Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) ជាគម្រោង Medicare Medi-Cal Plan ឆ្នាំ 2025

តារាងមាតិកា

ជំពូកទី 1៖ ការចាប់ផ្តើមក្លាយជាសមាជិក 5

ជំពូកទី 2៖ លេខទូរសព្ទ និងធនធានសំខាន់ៗ 15

ជំពូកទី 3៖ ការប្រើប្រាស់ការធានារ៉ាប់រងនៃគម្រោងរបស់យើងសម្រាប់ការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក និងសេវាកម្មដែលមានការធានារ៉ាប់រងផ្សេងទៀត 30

ជំពូកទី 4៖ តារាងអត្ថប្រយោជន៍ 48

ជំពូកទី 5៖ ការទទួលបានឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាសម្រាប់អ្នកជំងឺមិនស្នាក់ព្យាបាលរបស់អ្នក 100

ជំពូកទី 6៖ អ្វីដែលអ្នកបង់ប្រាក់សម្រាប់ឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាMedi-Cal Medicaid និង Medicare របស់អ្នក 114

ជំពូកទី 7៖ ការស្នើសុំឱ្យយើងខ្ញុំបង់ប្រាក់លើវិក្កយបត្រ ដែលអ្នកបានទទួលសម្រាប់សេវាកម្ម ឬឱសថដែលមានការធានារ៉ាប់រង.... 120

ជំពូកទី 8៖ សិទ្ធិ និងទំនួលខុសត្រូវរបស់អ្នក 125

ជំពូកទី 9៖ តើត្រូវធ្វើអ្វីបើអ្នកមានបញ្ហា ឬបណ្តឹងតវ៉ា (ការសម្រេច លើការរ៉ាប់រង បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ បណ្តឹងតវ៉ា)..... 146

ជំពូកទី 10៖ ការបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់អ្នកនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើងខ្ញុំ 181

ជំពូកទី 11៖ សេចក្តីជូនដំណឹងតាមផ្លូវច្បាប់ 188

ជំពូកទី 12៖ និយមន័យពាក្យសំខាន់ៗ 191

ការបដិសេធមិនទទួលខុសត្រូវ

- ការធានារ៉ាប់រងក្រោម Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) គឺជាការធានារ៉ាប់រងសុខភាពដែលមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ដែលហៅថា "ការធានារ៉ាប់រងចាំបាច់កម្រិតអប្បបរមា"។ វាបំពេញតាមលក្ខខណ្ឌតម្រូវក្នុងទំនួលខុសត្រូវរួមរបស់បុគ្គលនៃច្បាប់ស្តីពីការការពារអ្នកជំងឺ និងការថែទាំដែលមានតម្លៃសមរម្យ (ACA)។ សូមចូលមើលគេហទំព័ររបស់សេវាកម្មប្រាក់ចំណូលផ្ទៃក្នុង (IRS) តាមអាសយដ្ឋាន www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមស្តីពីលក្ខខណ្ឌតម្រូវក្នុងទំនួលខុសត្រូវរួមរបស់បុគ្គល។
- Molina Medicare Complete Care Plus (HMO-DSNP) គឺជាគម្រោងសុខភាពដែលមានកិច្ចសន្យាជាមួយ Medicare និងកិច្ចសន្យាជាមួយកម្មវិធី Medicaid របស់រដ្ឋ។ ការចុះឈ្មោះនៅក្នុងគម្រោង Molina Medicare Complete Care Plus គឺអាស្រ័យទៅលើការបន្តកិច្ចសន្យា។
- សិទ្ធិទទួលបានសម្រាប់កម្មវិធីអត្ថប្រយោជន៍គំរូ ឬរង្វាន់ និងប្រាក់លើកទឹកចិត្ត (RI) ស្ថិតក្រោមផ្នែកគំរូនៃការរចនាធានារ៉ាប់រងផ្អែកលើតម្លៃ (VBID) មិនត្រូវបានធានាទេ ហើយនឹងត្រូវបានកំណត់ដោយ Medicare Advantage Organization (MAO) បន្ទាប់ពីការចុះឈ្មោះ ដោយផ្អែកលើលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យពាក់ព័ន្ធ ឧទាហរណ៍ ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យលើការព្យាបាល លក្ខណៈវិនិច្ឆ័យលើសិទ្ធិទទួលបាន ការចូលរួមក្នុងកម្មវិធីគ្រប់គ្រងស្ថានភាពជំងឺ ក្នុងករណីសិទ្ធិទទួលបានរបស់អ្នកចុះឈ្មោះដែលជាគោលដៅសម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍គំរូ ឬកម្មវិធី RI មិនត្រូវបានធានា ឬមិនអាចត្រូវបានកំណត់មុនពេលឆ្នាំគម្រោង ដូចដែលអាចអនុវត្តបានឡើយ។
- Medicare បានយល់ព្រមឱ្យគម្រោង Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) ផ្តល់អត្ថប្រយោជន៍ទាំងនេះ និង/ឬ ការបង់ប្រាក់រួម/ការធានារ៉ាប់រងរួមទាបជាផ្នែកនៃកម្មវិធីរចនាធានារ៉ាប់រងផ្អែកលើតម្លៃ។ កម្មវិធីនេះអនុញ្ញាតឱ្យ Medicare សាកល្បងវិធីថ្មីដើម្បីកែលម្អផែនការ Medicare Advantage ។

សេចក្តីជូនដំណឹងអំពីការមិនរើសអើង

គម្រោង Molina Healthcare (Molina) អនុលោមតាមច្បាប់ស្តីពីសិទ្ធិស៊ីវិលរបស់សហព័ន្ធជាធរមាន ហើយមិនរើសអើងលើមូលដ្ឋានភេទ ពូជសាសន៍ ពណ៌សម្បុរ សាសនា ពូជពង្ស ដើមកំណើតជាតិសាសន៍ អត្តសញ្ញាណក្រុមជនជាតិភាគតិច អាយុ ពិការភាពផ្លូវចិត្ត ពិការភាពរាងកាយ ស្ថានភាពសុខភាព ព័ត៌មានអំពីហ្សែន ស្ថានភាពអាពាហ៍ពិពាហ៍ យេនឌ័រ អត្តសញ្ញាណយេនឌ័រ ឬទំនោរផ្លូវភេទឡើយ។

ប្រសិនបើអ្នកជឿថា Molina បានរើសអើងដោយផ្អែកលើភេទ ពូជសាសន៍ ពណ៌សម្បុរ សាសនា ពូជពង្ស ដើមកំណើតជាតិសាសន៍ ការកំណត់អត្តសញ្ញាណក្រុមជនជាតិ អាយុ ពិការភាពផ្លូវចិត្ត ពិការភាពរាងកាយ ស្ថានភាពវេជ្ជសាស្ត្រ ព័ត៌មានអំពីហ្សែន ស្ថានភាពអាពាហ៍ពិពាហ៍ យេនឌ័រ អត្តសញ្ញាណយេនឌ័រ ឬទំនោរផ្លូវភេទ អ្នកអាចដាក់បណ្តឹងសារទុក្ខជាមួយ៖

Civil Rights Coordinator
200 Oceangate Long Beach, CA 90802
ទូរសព្ទ៖ (866) 606-3889 ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់ ម៉ោងក្នុងតំបន់
TTY: 711
ទូរសារ៖ (562) 499-0610
អ៊ីមែល៖ civil.rights@MolinaHealthcare.com

អ្នកអាចដាក់បណ្តឹងសាទុក្ខដោយផ្ទាល់ ឬតាមប្រៃសណីយ៍ ទូរសារ ឬអ៊ីមែលបាន។ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយក្នុងការដាក់បណ្តឹងសាទុក្ខ អ្នកសម្របសម្រួលសិទ្ធិស៊ីវិលអាចរកបានដើម្បីជួយអ្នក។

អ្នកក៏អាចដាក់បណ្តឹងតវ៉ាផ្នែកសិទ្ធិស៊ីវិលទៅការិយាល័យសិទ្ធិស៊ីវិលតាមរយៈទូរសព្ទនៃក្រសួងសេវាថែទាំសុខភាពនៃរដ្ឋ California ជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ ឬតាមប្រព័ន្ធអេឡិចត្រូនិកបានផងដែរ៖

Deputy Director, Office of Civil Rights
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
(800) 368-1019 (800) 537-7697 (202) 619-3818 OCRMail@hhs.gov
www.hhs.gov/ocr

ទម្រង់បែបបទពាក្យបណ្តឹងអាចរកបាននៅ http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx

ប្រសិនបើអ្នកជឿថា Molina មានការរើសអើងដោយផ្អែកលើពូជសាសន៍ ពណ៌សម្បុរ ដើមកំណើតជាតិសាសន៍ ពិការភាព អាយុ ឬភេទ អ្នកក៏អាចដាក់បណ្តឹងតវ៉ាផ្នែកសិទ្ធិស៊ីវិលជាមួយក្រសួងសុខាភិបាល និងសេវាមនុស្សជាតិរបស់សហរដ្ឋអាមេរិក ការិយាល័យសិទ្ធិស៊ីវិលតាមប្រព័ន្ធអេឡិចត្រូនិកតាមរយៈផតថលរបស់ការិយាល័យបណ្តឹងតវ៉ាផ្នែកសិទ្ធិស៊ីវិល ដែលមានតាមអាសយដ្ឋាន៖

https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf
ឬតាមប្រៃសណីយ៍ ឬទូរសព្ទតាមលេខ៖
U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue SW, Room 509F
HHH Building
Washington, DC 20201
1–800–868–1019 or 800–537–7697 (TDD)
ទម្រង់បែបបទបណ្តឹងតវ៉ាអាចរកបាននៅលើគេហទំព័រ៖

http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

ជំពូកទី 1៖ ការចាប់ផ្តើមក្លាយជាសមាជិក

ការណែនាំ

ជំពូកនេះរួមបញ្ចូលទាំងព័ត៌មានអំពីគម្រោង Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) ជាគម្រោងសុខភាពដែលធានារ៉ាប់រងលើសេវាកម្ម Medicare ទាំងអស់របស់អ្នក និងសម្របសម្រួលសេវាកម្ម Medicare និង Medi-Cal ទាំងអស់របស់អ្នក និងសមាជិកភាពរបស់អ្នកនៅក្នុងគម្រោងនេះ។ វាក៏ប្រាប់អ្នកផងដែរពីអ្វីដែលអ្នកគួររំពឹងទុក និងព័ត៌មានផ្សេងទៀតណាខ្លះដែលអ្នកនឹងទទួលបានពីយើងខ្ញុំ។ ពាក្យគន្លឹះ និងនិយមន័យរបស់ពាក្យគន្លឹះទាំងនោះមានតាមលំដាប់អក្ខរក្រមក្នុងជំពូកចុងក្រោយនៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*របស់អ្នក។

តារាងមាតិកា

A. សូមស្វាគមន៍មកកាន់គម្រោងរបស់យើង....6
B. ព័ត៌មានអំពី Medicare និង Medi-Cal....6
B1. Medicare....6
B2. Medi-Cal....6
C. គុណសម្បត្តិនៃគម្រោងរបស់យើង....7
D. តំបន់សេវាកម្មនៃគម្រោងរបស់យើង....7
E. អ្វីដែលធ្វើឱ្យអ្នកមានសិទ្ធិក្លាយជាសមាជិករបស់គម្រោង....7
F. អ្វីដែលត្រូវរំពឹងទុក នៅពេលអ្នកចូលរួមក្នុងគម្រោងសុខភាពរបស់យើងជាលើកដំបូង....8
G. ក្រុមការងារថែទាំ និងគម្រោងថែទាំរបស់អ្នក....8
G1. ក្រុមការងារថែទាំ....8
G2. គម្រោងថែទាំ....9
H. ថ្លៃចំណាយប្រចាំខែរបស់អ្នកសម្រាប់ Molina Medicare Complete Care Plus....9
H1. ថ្លៃធានារ៉ាប់រងរបស់គម្រោង....9
H2. ថ្លៃធានារ៉ាប់រង Medicare ផ្នែក B ប្រចាំខែ....9
H3. ចំនួនទឹកប្រាក់ដែលត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថមានវេជ្ជបញ្ជារបស់ Medicare....10
I. សៀវភៅណែនាំសមាជិករបស់អ្នក....10
J. ព័ត៌មានសំខាន់ៗផ្សេងទៀតដែលអ្នកទទួលបានពីយើងខ្ញុំ....10
J1. បណ្ណសម្គាល់ (ID) សមាជិករបស់អ្នក....10
J2. *បញ្ជីព័ត៌មានអ្នកផ្តល់សេវាកម្ម និងឱសថស្ថាន....12*
J3. *បញ្ជីថ្នាំដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រង....13*
J4. *ការពន្យល់ពីអត្ថប្រយោជន៍....13*
K. រក្សាកំណត់ត្រាសមាជិកភាពរបស់អ្នកឱ្យមានបច្ចុប្បន្នភាព....14
K1. ភាពឯកជននៃព័ត៌មានសុខភាពផ្ទាល់ខ្លួន (PHI)....14

A. សូមស្វាគមន៍មកកាន់គម្រោងរបស់យើង

គម្រោងរបស់យើងផ្តល់សេវាកម្ម Medicare និង Medi-Cal ដល់បុគ្គលដែលមានសិទ្ធិទទួលបានកម្មវិធីទាំងពីរ។ គម្រោងរបស់យើង រួមមានវេជ្ជបណ្ឌិត មន្ទីរពេទ្យ ឱសថស្ថាន អ្នកផ្តល់សេវា និងការគាំទ្ររយៈពេលវែង អ្នកផ្តល់សេវាសុខភាពអាកប្បកិរិយា និងអ្នកផ្តល់សេវាផ្សេងទៀត។ យើងក៏មានអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំ និងក្រុមការងារថែទាំដើម្បីជួយអ្នកគ្រប់គ្រងអ្នកផ្តល់សេវា និងសេវាកម្មរបស់អ្នកផងដែរ។ អ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំ និងក្រុមការងារថែទាំទាំងអស់នោះធ្វើការរួមគ្នាដើម្បីផ្តល់ការថែទាំដែលអ្នកត្រូវការ។

នៅ Molina Healthcare យើងយល់ថាសមាជិកគ្រប់រូបមានភាពខុសគ្នា និងមានតម្រូវការពិសេស។ នោះហើយជាមូលហេតុដែលគម្រោង Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) រួមបញ្ចូលអត្ថប្រយោជន៍ Medicare និង Medi-Cal របស់អ្នកទៅក្នុងគម្រោងតែមួយ ដូច្នេះអ្នកអាចមានជំនួយ និងសន្តិភាពផ្លូវចិត្តជាលក្ខណៈបុគ្គល។

Molina Healthcare ត្រូវបានបង្កើតឡើងកាលពី 35 ឆ្នាំមុនដើម្បីនាំមកនូវការថែទាំសុខភាពប្រកបដោយគុណភាពដល់មនុស្សកាន់តែច្រើនជាពិសេសអ្នកដែលត្រូវការវាបំផុត។ តាំងពីការចាប់ផ្តើម គម្រោង Molina Medicare Complete Care Plus (HMO SNP) បានចាត់ទុកតម្រូវការរបស់សមាជិករបស់យើងជារឿងសំខាន់ជាងគេ ហើយយើងបន្តធ្វើដូច្នេះរហូតដល់សព្វថ្ងៃនេះ។

សូមស្វាគមន៍មកកាន់ Molina Healthcare។ សាច់ស្រឡាយគ្រួសាររបស់អ្នក។

B. ព័ត៌មានអំពី Medicare និង Medi-Cal

B1. Medicare

Medicare គឺជាកម្មវិធីធានារ៉ាប់រងសុខភាពរបស់សហព័ន្ធសម្រាប់៖

- មនុស្សដែលមានអាយុចាប់ពី 65 ឆ្នាំឡើងទៅ
- មនុស្សមួយចំនួនដែលមានអាយុក្រោម 65 ឆ្នាំដែលមានពិការភាពជាក់លាក់ **និង**
- មនុស្សដែលមានជំងឺតម្រងនោមដំណាក់កាលចុងក្រោយ (ការខូចតម្រងនោម)។

B2. Medi-Cal

Medi-Cal គឺជាឈ្មោះនៃកម្មវិធីថែ Medicaid របស់រដ្ឋ California។ Medi-Cal ត្រូវបានគ្រប់គ្រងដោយរដ្ឋ ហើយត្រូវបានបង់ប្រាក់ដោយរដ្ឋ និងរដ្ឋាភិបាលសហព័ន្ធ។ Medi-Cal ជួយប្រជាជានដែលមានប្រាក់ចំណូល និងធនធានមានកម្រិតសម្រាប់ការចំណាយលើសេវា និងជំនួយរយៈពេលវែង (LTSS) និងថ្លៃចំណាយលើវេជ្ជសាស្ត្រផ្សេងៗ។ កម្មវិធីនេះគ្រប់ដណ្តប់លើសេវាកម្ម និងឱសថដែលមិនមានការធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare។

រដ្ឋនីមួយៗសម្រេច៖

- អ្វីដែលរាប់បញ្ចូលជាចំណូល និងជាធនធាន
- អ្នកដែលមានសិទ្ធិទទួលបាន
- សេវាកម្មអ្វីខ្លះដែលមានការធានារ៉ាប់រង **និង**
- ថ្លៃចំណាយសម្រាប់សេវាកម្ម។

រដ្ឋអាចសម្រេចចិត្តថាតើត្រូវដំណើរការកម្មវិធីរបស់ពួកគេ ដរាបណាពួកគេអនុវត្តតាមច្បាប់របស់សហព័ន្ធ។

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

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

បើទោះជាគម្រោងរបស់យើងបញ្ឈប់ការប្រតិបត្តិការនៅពេលអនាគតក៏ដោយ ក៏សិទ្ធិទទួលបានសេវាកម្មពី Medicare និង Medi-Cal របស់អ្នកនឹងមិនមានរងផលប៉ះពាល់ឡើយ។

C. គុណសម្បត្តិនៃគម្រោងរបស់យើង

ឥឡូវនេះ អ្នកនឹងទទួលបានសេវា Medicare និង Medi-Cal ដែលបានធានារ៉ាប់រងទាំងអស់របស់អ្នកពីគម្រោងរបស់យើង រួមទាំងឱសថ មានវេជ្ជបញ្ជាផងដែរ។ **អ្នកមិនបង់ប្រាក់បន្ថែមដើម្បីចូលរួមក្នុងគម្រោងសុខភាពនេះទេ។**

យើងជួយធ្វើឱ្យអត្ថប្រយោជន៍ Medicare និង Medi-Cal របស់អ្នកមានដំណើរការល្អជាមួយនឹងគ្នាសម្រាប់អ្នក។ អត្ថប្រយោជន៍មួយចំនួនរួមមាន៖

- អ្នកអាចធ្វើការជាមួយយើងខ្ញុំសម្រាប់តម្រូវការថែទាំសុខភាព**ភាគច្រើន**របស់អ្នក។
- អ្នកមានក្រុមការងារថែទាំសុខភាពដែលអ្នកជួយបង្កើត។ ក្រុមការងារថែទាំរបស់អ្នកអាចរួមបញ្ចូលខ្លួនអ្នក អ្នកថែទាំរបស់អ្នក វេជ្ជបណ្ឌិត គិលានុបដ្ឋាយិកា អ្នកប្រឹក្សាយោបល់ ឬអ្នកមានវិជ្ជាជីវៈផ្នែកសុខភាពផ្សេងទៀត។
- អ្នកមានសិទ្ធិចូលប្រើសេវាកម្មអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំ។ នេះគឺជាបុគ្គលម្នាក់ដែលធ្វើការជាមួយអ្នក ជាមួយគម្រោងរបស់យើង និងជាមួយក្រុមថែទាំរបស់អ្នកដើម្បីជួយបង្កើតគម្រោងថែទាំ។
- អ្នកអាចផ្តល់ណែនាំលើការថែទាំផ្ទាល់ខ្លួនរបស់អ្នកដោយមានជំនួយពីក្រុមការងារថែទាំ និងអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នក។
- ក្រុមការងារថែទាំ និងអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នកធ្វើការជាមួយអ្នកដើម្បីបង្កើតគម្រោងថែទាំដែលត្រូវបានរចនាឡើងដើម្បីបំពេញតាមតម្រូវការសុខភាព**របស់អ្នក**។ ក្រុមការងារថែទាំជួយសម្របសម្រួលសេវាកម្មដែលអ្នកត្រូវការ។ ជាឧទាហរណ៍ នេះមានន័យថា ក្រុមការងារថែទាំរបស់អ្នកត្រូវធ្វើឱ្យប្រាកដថា៖
  - វេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកដឹងពីឱសថទាំងអស់ដែលអ្នកលេប ដូច្នេះពួកគេអាចប្រាកដថាអ្នកកំពុងប្រើឱសថបានត្រឹមត្រូវ និងអាចកាត់បន្ថយផលប៉ះពាល់នៃឱសថដែលអ្នកលេប។
  - លទ្ធផលតេស្តរបស់អ្នកត្រូវបានចែករំលែកជាមួយវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក និងអ្នកផ្តល់សេវាផ្សេងទៀតទាំងអស់ តាមការសមស្រប។

សមាជិកថ្មីចំពោះគម្រោង Molina Medicare Complete Care Plus៖ក្នុងករណីភាគច្រើន អ្នកនឹងត្រូវបានចុះឈ្មោះនៅក្នុងគម្រោង Molina Medicare Complete Care Plus សម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍ Medicare របស់អ្នកនៅថ្ងៃទី 1 នៃខែ បន្ទាប់ពីអ្នកស្នើសុំឱ្យចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោង Molina Medicare Complete Care Plus។ អ្នកនៅតែអាចទទួលបានសេវា Medi-Cal របស់អ្នកពីគម្រោងសុខភាព Medi-Cal ពីមុនរបស់អ្នកសម្រាប់រយៈពេលមួយខែបន្ថែមទៀត។ បន្ទាប់មក អ្នកនឹងទទួលបានសេវា Medi-Cal របស់អ្នកតាមរយៈគម្រោង Molina Medicare Complete Care Plus។ វានឹងមិនមានគម្លាតក្នុងការធានារ៉ាប់រង Medi-Cal របស់អ្នកទេ។ សូមទូរសព្ទមកយើងខ្ញុំតាមរយៈលេខ (855) 665-4627 TTY: 711 ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរណាមួយ។

D. តំបន់សេវាកម្មនៃគម្រោងរបស់យើង

តំបន់សេវាកម្មរបស់យើងខ្ញុំរួមបញ្ចូលខោនធីទាំងនេះនៅក្នុងរដ្ឋ California៖

- ❖ ខោនធី Los Angeles, San Diego, Riverside និង San Bernardino។

មានតែអ្នកដែលរស់នៅក្នុងតំបន់សេវាកម្មរបស់យើងប៉ុណ្ណោះដែលអាចចូលរួមជាមួយគម្រោងរបស់យើងបាន។

អ្នកមិនអាចស្ថិតនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើងបានទេ ប្រសិនបើអ្នកផ្លាស់ទីលំនៅចេញពីតំបន់សេវាកម្មរបស់យើង។ សូមមើល **ជំពូកទី 8** នៃសៀវភៅណែនាំសមាជិករបស់អ្នកសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីផលប៉ះពាល់នៃការផ្លាស់ទីលំនៅពីតំបន់សេវាកម្មរបស់យើង។

E. អ្វីដែលធ្វើឱ្យអ្នកមានសិទ្ធិក្លាយជាសមាជិករបស់គម្រោង

អ្នកមានសិទ្ធិចូលរួមក្នុងគម្រោងរបស់យើងបាន ដរាបណាអ្នក៖

- រស់នៅក្នុងតំបន់សេវាកម្មរបស់យើង (បុគ្គលដែលជាប់ឃុំមិនត្រូវបានចាត់ទុកថារស់នៅក្នុងតំបន់សេវាកម្មនោះទេ បើទោះបីជាពួកគេស្ថិតនៅក្នុងតំបន់នោះជាក់ស្តែងក៏ដោយ) **និង**
- មានអាយុ 21 ឆ្នាំនិងចាស់ជាងនេះនៅពេលចុះឈ្មោះចូលរៀន **និង**
- មានសិទ្ធិចូលរួមទាំងកម្មវិធី Medicare ផ្នែក A និងទាំង Medicare ផ្នែក B **ហើយ**
- ជាពលរដ្ឋរស់នៅសហរដ្ឋអាមេរិក ឬមានវត្តមានដោយស្របច្បាប់នៅសហរដ្ឋអាមេរិក **ហើយ**
- មានសិទ្ធិទទួលបានគម្រោង Medic-Cal នាពេលបច្ចុប្បន្ន

ប្រសិនបើអ្នកបាត់បង់សិទ្ធិទទួលបាន Medi-Cal ប៉ុន្តែអាចត្រូវបានរំពឹងថានឹងទទួលបានវាមកវិញក្នុងរយៈពេល 3 ខែ បន្ទាប់មកអ្នកនៅតែមានសិទ្ធិទទួលបានគម្រោងរបស់យើង។

សូមទូរសព្ទមកកាន់ផ្នែកបម្រើសេវាសមាជិកសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) តាមរយៈលេខ (855) 665-4627 TTY៖ 711 បាន 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ ម៉ោងក្នុងតំបន់។ ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** សូមចូលទៅកាន់ www.MolinaHealthcare.com/Medicare។

F. អ្វីដែលត្រូវរំពឹងទុក នៅពេលអ្នកចូលរួមក្នុងគម្រោងសុខភាពរបស់យើងជាលើកដំបូង

នៅពេលអ្នកចូលរួមក្នុងគម្រោងរបស់យើងជាលើកដំបូង អ្នកទទួលបានការវាយតម្លៃហានិភ័យអំពីសុខភាព (HRA) ក្នុងរយៈពេល 90 ថ្ងៃមុន ឬបន្ទាប់ពីកាលបរិច្ឆេទប្រសិទ្ធភាពនៃការចុះឈ្មោះរបស់អ្នក។

យើងចាំបាច់ត្រូវបំពេញទម្រង់បែបបទ HRA ជូនអ្នក។ ទម្រង់បែបបទ HRA នេះគឺជាមូលដ្ឋានសម្រាប់បង្កើតគម្រោងថែទាំរបស់អ្នក។ HRA រួមបញ្ចូលទាំងសំណួរដើម្បីកំណត់អត្តសញ្ញាណតម្រូវការផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ សុខភាពអាកប្បកិរិយា និងមុខងាររបស់អ្នក។

យើងនឹងទាក់ទងអ្នកដើម្បីបំពេញទម្រង់បែបបទ HRA។ យើងអាចបំពេញទម្រង់បែបបទ HRA បានតាមរយៈការចុះជួបផ្ទាល់ ការហៅតាមទូរសព្ទ ឬការធ្វើតាមប្រៃសណីយ៍។

យើងនឹងធ្វើជូនអ្នកនូវព័ត៌មានបន្ថែមអំពីទម្រង់បែបបទ HRA នេះ។

ប្រសិនបើគម្រោងរបស់យើងថ្មីសម្រាប់អ្នក អ្នកអាចបន្តជួបវេជ្ជបណ្ឌិតដែលអ្នកជួបពិគ្រោះឥឡូវនេះសម្រាប់រយៈពេលជាក់លាក់មួយ បើទោះបីជាពួកគេមិននៅក្នុងបណ្តាញរបស់យើងក៏ដោយ។ យើងហៅថាការធ្វើបែបនេះជាការបន្តការថែទាំ។ ប្រសិនបើវេជ្ជបណ្ឌិតទាំងនោះមិនស្ថិតនៅក្នុងបណ្តាញរបស់យើងទេ នោះអ្នកអាចបន្តប្រើសេវាកម្មរបស់អ្នកផ្តល់សេវានិងការអនុញ្ញាតសម្រាប់សេវាកម្មបច្ចុប្បន្នរបស់អ្នកនៅពេលអ្នកចុះឈ្មោះរហូតដល់រយៈពេល 12 ខែ ប្រសិនបើលក្ខខណ្ឌទាំងអស់ខាងក្រោមត្រូវបានបំពេញ៖

- អ្នក អ្នកតំណាងរបស់អ្នក ឬអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកស្នើសុំឱ្យយើងខ្ញុំអនុញ្ញាតឱ្យអ្នកបន្តប្រើសេវាកម្មរបស់អ្នកផ្តល់សេវាបច្ចុប្បន្នរបស់អ្នក។
- យើងបញ្ជាក់ថាអ្នកមានទំនាក់ទំនងដែលមានស្រាប់ជាមួយអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពបឋម ឬអ្នកឯកទេស ដោយមានការលើកលែងមួយចំនួន។ នៅពេលយើងនិយាយថា “ទំនាក់ទំនងដែលមានស្រាប់” នេះមានន័យថាអ្នកបានជួបជាមួយអ្នកផ្តល់សេវាក្រៅបណ្តាញយ៉ាងហោចណាស់ម្តងសម្រាប់ការជួបពិគ្រោះដែលមិនមែនជាករណីក្នុងគ្រាអាសន្នក្នុងអំឡុងពេល 12 ខែមុនកាលបរិច្ឆេទនៃការចុះឈ្មោះដំបូងរបស់អ្នកនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើង។
  - យើងកំណត់ទំនាក់ទំនងដែលមានស្រាប់ដោយពិនិត្យមើលព័ត៌មានសុខភាពរបស់អ្នក ឬព័ត៌មានដែលអ្នកផ្តល់ឱ្យយើងខ្ញុំ។
  - យើងខ្ញុំមានពេលចំនួន 30 ថ្ងៃ ដើម្បីឆ្លើយតបចំពោះសំណើសុំរបស់អ្នក។ លើសពីនេះ អ្នកអាចនឹងសុំឱ្យយើងខ្ញុំធ្វើសេចក្តីសម្រេចចិត្តយ៉ាងឆាប់រហ័សមួយបាន ហើយយើងត្រូវតែឆ្លើយតបវិញក្នុងរយៈពេល 15 ថ្ងៃ។ អ្នកអាចធ្វើសំណើនេះដោយទូរសព្ទទៅលេខ (855) 665-4627 TTY: 711. ប្រសិនបើអ្នកមានហានិភ័យពីគ្រោះថ្នាក់ យើងត្រូវតែឆ្លើយតបក្នុងរយៈពេល 3 ថ្ងៃ។
  - អ្នក ឬអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកត្រូវតែបង្ហាញឯកសារអំពីទំនាក់ទំនងដែលមានស្រាប់ ហើយយល់ស្របតាមលក្ខខណ្ឌមួយចំនួននៅពេលដែលអ្នកដាក់សំណើនេះ។

កំណត់ចំណាំ៖ អ្នកអាចធ្វើសំណើនេះសម្រាប់អ្នកផ្តល់សេវានៃឧបករណ៍វេជ្ជសាស្ត្រប្រើបានយូរ ពេល 90 ថ្ងៃរហូតដល់យើងអនុញ្ញាតឱ្យជួលជាថ្មី និងឱ្យអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញផ្តល់ជូនការជួលនេះ។ ទោះបីជាអ្នកមិនអាចដាក់សំណើនេះសម្រាប់អ្នកផ្តល់សេវាមធ្យោបាយដឹកជញ្ជូន ឬអ្នកផ្តល់សេវាបន្ទាប់បន្សំផ្សេងទៀតក៏ដោយ ក៏អ្នកអាចដាក់សំណើសុំសេវាកម្មមធ្យោបាយដឹកជញ្ជូន ឬសេវាបន្ទាប់បន្សំផ្សេងទៀតដែលមិនត្រូវបានរួមបញ្ចូលនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើងឡើយ។

បន្ទាប់ពីការបន្តនៃរយៈពេលថែទាំចប់ អ្នកនឹងត្រូវទៅជួបវេជ្ជបណ្ឌិត និងអ្នកផ្តល់សេវាដទៃទៀតនៅក្នុងបណ្តាញ Molina Medicare Complete Care Plus ដែលមានទំនាក់ទំនងជាមួយនឹងក្រុមវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំបឋមរបស់អ្នក លុះត្រាតែយើងធ្វើកិច្ចព្រមព្រៀង ជាមួយនឹងវេជ្ជបណ្ឌិតនៅក្រៅបណ្តាញរបស់អ្នក។ អ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញគឺជាអ្នកផ្តល់សេវាដែលធ្វើការជាមួយគម្រោងសុខភាព។ PCP នៃគម្រោងរបស់យើងមានទំនាក់ទំនងជាមួយក្រុមវេជ្ជសាស្ត្រ និង IPA។ នៅពេលអ្នកជ្រើសរើស PCP របស់អ្នក អ្នកក៏ត្រូវជ្រើសរើស IPA ឬក្រុមវេជ្ជសាស្ត្រពាក់ព័ន្ធផងដែរ។ នេះមានន័យថា PCP របស់អ្នកនឹងត្រូវបញ្ជូនអ្នកបន្តទៅកាន់អ្នកឯកទេស និងផ្នែកសេវាកម្មដែលក៏ជាប់ទាក់ទងជាមួយនឹង IPA ឬក្រុមវេជ្ជសាស្ត្ររបស់នាង ឬគាត់ផងដែរ។ ក្រុម IPA ឬក្រុមវេជ្ជសាស្ត្រគឺជាសមាគមនៃ PCP និងអ្នកឯកទេសដែលបង្កើតឡើងដើម្បីផ្តល់ជូននូវសេវាថែទាំសុខភាពដែលបានសម្របសម្រួលជាមួយអ្នក។ សូមមើល**ជំពូកទី 3** នៃ*សៀវភៅណែនាំសមាជិក*របស់អ្នក សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីការទទួលបានការថែទាំ។

G. ក្រុមការងារថែទាំ និងគម្រោងថែទាំរបស់អ្នក

G1. ក្រុមការងារថែទាំ

ក្រុមការងារថែទាំអាចជួយអ្នកឱ្យបន្តទទួលបានការថែទាំដែលអ្នកត្រូវការ។ ក្រុមការងារថែទាំអាចរួមមានទាំងវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក អ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំ ឬបុគ្គលិកផ្នែកថែទាំសុខភាពផ្សេងទៀតដែលអ្នកជ្រើសរើស។

អ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំគឺជាបុគ្គលដែលទទួលបានការបណ្តុះបណ្តាលដើម្បីជួយអ្នកគ្រប់គ្រងការថែទាំដែលអ្នកត្រូវការ។ អ្នកទទួលបានអ្នកសម្របសម្រួលការ នៅពេលអ្នកចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងរបស់យើង។ បុគ្គលនេះក็បញ្ជូនអ្នកបន្តទៅកាន់ធនធានសហគមន៍ផ្សេងទៀតដែលគម្រោងរបស់យើងប្រហែលជាមិនផ្តល់ជូន ហើយនឹងធ្វើការជាមួយក្រុមការងារថែទាំរបស់អ្នកដើម្បីជួយសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នក។ សូមទូរសព្ទមកយើងខ្ញុំតាមលេខនៅខាងក្រោមទំព័រសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីអ្នកសម្របសម្រួល និងក្រុមថែទាំរបស់អ្នក។

G2. គម្រោងថែទាំ

ក្រុមការងារថែទាំរបស់អ្នកធ្វើការជាមួយអ្នកដើម្បីបង្កើតគម្រោងថែទាំ។ គម្រោងថែទាំប្រាប់អ្នក និងវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកនូវសេវាកម្មណាខ្លះដែលអ្នកត្រូវការ និងរបៀបដែលទទួលបានសេវាទាំងនោះ។ គម្រោងថែទាំរាប់បញ្ចូលទាំងសេវាវេជ្ជសាស្ត្រ សុខភាពអាកប្បកិរិយា និង LTSS ឬសេវាកម្មផ្សេងទៀតរបស់អ្នក។

គម្រោងថែទាំរបស់អ្នករួមមាន៖

- គោលបំណងការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក **និង**
- ពេលវេលាកំណត់សម្រាប់ការទទួលបានសេវាដែលអ្នកត្រូវការ។

ក្រុមការងារថែទាំរបស់អ្នកជួបជាមួយអ្នកបន្ទាប់ពី HRA របស់អ្នក។ ពួកគេសួរអ្នកអំពីសេវាកម្មដែលអ្នកត្រូវការ។ ពួកគេក็អាចប្រាប់អ្នកអំពីសេវាកម្មដែលអ្នកអាចនឹងចង់គិតអំពីការទទួលយកផងដែរ។ គម្រោងថែទាំរបស់អ្នកត្រូវបានបង្កើតឡើងដោយផ្អែកលើតម្រូវការ និងគោលដៅរបស់អ្នក។ ក្រុមការងារថែទាំរបស់អ្នកធ្វើការជាមួយអ្នកដើម្បីធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពគម្រោងថែទាំរបស់អ្នកយ៉ាងហោចណាស់ជារៀងរាល់ឆ្នាំ។

H. ថ្លៃចំណាយប្រចាំខែរបស់អ្នកសម្រាប់ Molina Medicare Complete Care Plus

ថ្លៃចំណាយរបស់អ្នកអាចរួមបញ្ចូលដូចខាងក្រោម៖

- ថ្លៃធានារ៉ាប់រងរបស់គម្រោង (**ផ្នែក H1)**
- ថ្លៃធានារ៉ាប់រង Medicare ផ្នែក B ប្រចាំខែ **(ផ្នែក H2**)
- ចំនួនទឹកប្រាក់នៃគម្រោងបង់ប្រាក់សម្រាប់វេជ្ជបញ្ជារបស់ Medicare (**ផ្នែក H3**)

ក្នុងស្ថានភាពមួយចំនួន ថ្លៃធានារ៉ាប់រងគម្រោងរបស់អ្នកអាចតិចជាងនេះ។

H1. ថ្លៃធានារ៉ាប់រងរបស់គម្រោង

ក្នុងនាមជាសមាជិកនៃគម្រោងរបស់អ្នក អ្នកបង់បុព្វលាភគម្រោងប្រចាំខែ។ សម្រាប់ឆ្នាំ 2025 បុព្វលាភរ៉ាប់រងប្រចាំខែសម្រាប់ Molina Medicare Complete Care Plus គឺ $1.60 ។ អាស្រ័យលើកម្រិតនៃការឧបត្ថម្ភធន “ជំនួយបន្ថែម” របស់អ្នក ថ្លៃធានារ៉ាប់រងប្រចាំខែ $1.60 របស់អ្នកអាចត្រូវបានកាត់បន្ថយដល់ $0។

H2. ថ្លៃធានារ៉ាប់រង Medicare ផ្នែក B ប្រចាំខែ

សមាជិកជាច្រើនត្រូវបានតម្រូវឱ្យបង់ថ្លៃធានារ៉ាប់រង Medicare ផ្សេងទៀត

បន្ថែមពីលើការបង់ថ្លៃធានារ៉ាប់រងគម្រោងប្រចាំខែ សមាជិកមួយចំនួនត្រូវបានតម្រូវឱ្យបង់ថ្លៃធានារ៉ាប់រង Medicare ផ្សេងទៀត។ ដូចដែលបានពន្យល់នៅក្នុងផ្នែក E ខាងលើ ដើម្បីមានសិទ្ធិទទួលបានគម្រោងរបស់យើង អ្នកត្រូវតែរក្សាសិទ្ធិរបស់អ្នកសម្រាប់ Medi-Cal ក็ដូចជាមានទាំង Medicare ផ្នែក A និង Medicare ផ្នែក B។ សម្រាប់សមាជិករបស់គម្រោង Molina Medicare Complete Care Plus ភាគច្រើន Medi-Cal បង់ថ្លៃធានារ៉ាប់រង Medicare ផ្នែក A របស់អ្នក (ប្រសិនបើអ្នកមិនមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ក្នុងការទទួលថ្លៃធានារ៉ាប់រង Medicare ផ្នែក A បានដោយស្វ័យប្រវត្តិទេនោះ) និងសម្រាប់ថ្លៃធានារ៉ាប់រង Medicare ផ្នែក B របស់អ្នក។

ប្រសិនបើ Medi-Cal មិនបង់ថ្លៃធានារ៉ាប់រង Medicare របស់អ្នកឱ្យអ្នកទេ នោះអ្នកត្រូវតែបន្តបង់ថ្លៃធានារ៉ាប់រង Medicare របស់អ្នកដើម្បីបន្តជាសមាជិកនៃគម្រោង។ នេះរួមបញ្ចូលទាំងថ្លៃធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកសម្រាប់ Medicare ផ្នែក B។ វាក็អាចរួមបញ្ចូលផងដែរនូវថ្លៃធានារ៉ាប់រងសម្រាប់ Medicare ផ្នែក A ដែលប៉ះពាល់ដល់សមាជិកដែលមិនមានសិទ្ធិទទួលបាន Medicare ផ្នែក A ដោយឥតគិតថ្លៃនោះ។ **លើសពីនេះទៀត សូមទាក់ទងផ្នែកបម្រើសេវាសមាជិក ឬអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នក ហើយជូនដំណឹងដល់ពួកគេអំពីការផ្លាស់ប្តូរនេះ។**

H3. ចំនួនទឹកប្រាក់ដែលត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថមានវេជ្ជបញ្ជារបស់ Medicare

ប្រសិនបើអ្នកកំពុងចូលរួមក្នុងគម្រោងបង់ប្រាក់សម្រាប់ឱសថមានវេជ្ជបញ្ជា Medicare អ្នកនឹងទទួលបានវិក្កយបត្រពីគម្រោងរបស់អ្នកសម្រាប់ឱសថមានវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក (ជំនួសឱ្យការបង់ថ្លៃឱសថស្ថាន)។ វិក្កយបត្រប្រចាំខែរបស់អ្នកគឺផ្អែកលើអ្វីដែលអ្នកជំពាក់សម្រាប់វេជ្ជបញ្ជាណាមួយដែលអ្នកទទួលបាន បូកនឹងសមតុល្យនៃខែកន្លងមករបស់អ្នក ដោយបែងចែកតាមចំនួនខែដែលនៅសល់ក្នុងរយៈពេលឆ្នាំ។

ជំពូក 2 ប្រាប់បន្ថែមអំពីគម្រោង Medicare Prescription Payment Plan។ ប្រសិនបើអ្នកមិនយល់ស្របនឹងចំនួនទឹកប្រាក់ដែលត្រូវបានចេញវិក្កយបត្រជាផ្នែកនៃជម្រើសបង់ប្រាក់នេះទេ អ្នកអាចអនុវត្តតាមជំហាននៅក្នុង**ជំពូកទី 9** ដើម្បីដាក់បណ្តឹងតវ៉ា ឬបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍បាន។

I. សៀវភៅណែនាំសមាជិករបស់អ្នក

*សៀវភៅណែនាំសមាជិក*របស់អ្នកគឺជាផ្នែកនៃកិច្ចសន្យារបស់យើងជាមួយអ្នក។ នេះមានន័យថា យើងត្រូវអនុវត្តតាមច្បាប់ទាំងអស់នៅក្នុងឯកសារនេះ។ ប្រសិនបើអ្នកគិតថា យើងបានធ្វើអ្វីមួយដែលប្រឆាំងនឹងច្បាប់ទាំងនេះ អ្នកអាចដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ចំពោះសេចក្តីសម្រេចរបស់យើងបាន។ សម្រាប់ព័ត៌មានអំពីបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ សូមមើល **ជំពូកទី 9** នៃ*សៀវភៅណែនាំសមាជិក*របស់អ្នក ឬទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)។

អ្នកអាចស្នើសុំ*សៀវភៅណែនាំសមាជិក*ដោយទូរសព្ទទៅផ្នែកបម្រើសេវាសមាជិកតាមលេខដែលមាននៅផ្នែកខាងក្រោមនៃទំព័រនេះ។ អ្នកក៏អាចមើល*សៀវភៅណែនាំសមាជិក*ដែលមាននៅលើគេហទំព័ររបស់យើង www.MolinaHealthcare.com/Medicare បានផងដែរ។

កិច្ចសន្យានេះ មានប្រសិទ្ធិភាពសម្រាប់ខែដែលអ្នកបានចុះឈ្មោះចូលក្នុងគម្រោងរបស់យើង នៅចន្លោះថ្ងៃទី 1/1/2025 និង 12/31/2025។

J. ព័ត៌មានសំខាន់ៗផ្សេងទៀតដែលអ្នកទទួលបានពីយើងខ្ញុំ

ព័ត៌មានសំខាន់ៗផ្សេងទៀតដែលយើងផ្តល់ជូនអ្នករួមមានបណ្ណសម្គាល់ (ID) សមាជិករបស់អ្នក ព័ត៌មានអំពីរបៀបចូលប្រើ*បញ្ជីឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថាន* និងព័ត៌មានអំពីរបៀបចូលប្រើ*បញ្ជីឱសថដែលមានការធានារ៉ាប់រង ក៏ត្រូវបានស្គាល់ផងដែរថាជាបញ្ជីថ្នាំ*។

J1. បណ្ណសម្គាល់ (ID) សមាជិករបស់អ្នក

ស្ថិតក្រោមគម្រោងរបស់យើង អ្នកមានបណ្ណមួយសម្រាប់សេវាកម្ម Medicare និង Medi-Cal របស់អ្នក រួមទាំង LTSS សេវាសុខភាពអាកប្បកិរិយាជាក់លាក់ និងឱសថមានវេជ្ជបញ្ជា។ អ្នកបង្ហាញបណ្ណនេះនៅពេលអ្នកទទួលបានសេវាកម្មណាមួយ ឬឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជា។ នេះជាគំរូបណ្ណសម្គាល់ (ID) សមាជិក៖

ប្រសិនបើបណ្ណសម្គាល់សមាជិករបស់អ្នកខូច បាត់ ឬត្រូវបានគេលួច សូមទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិកតាមរយៈលេខដែលនៅខាងក្រោមទំព័រភ្លាមៗ។ យើងនឹងធ្វើបណ្ណថ្មីជូនអ្នក។

ដរាបណាអ្នកជាសមាជិកនៃគម្រោងរបស់យើង អ្នកមិនចាំបាច់ប្រើបណ្ណ Medicare ពណ៌ក្រហម ពណ៌ស និងពណ៌ខៀវ ឬបណ្ណ Medi-Cal របស់អ្នកដើម្បីទទួលបានសេវាកម្មភាគច្រើនឡើយ។ សូមរក្សាបណ្ណទាំងនោះទុកក្នុងកន្លែងដែលមានសុវត្ថិភាព ក្នុងករណីដែលអ្នកត្រូវការប្រើវា

នៅពេលក្រោយ។ ប្រសិនបើអ្នកបង្ហាញបណ្ណ Medicare របស់អ្នកជំនួសឱ្យបណ្ណសម្គាល់ (ID) សមាជិកគម្រោងរបស់អ្នក អ្នកផ្តល់សេវាអាចនឹងចេញវិក្កយបត្របង់ប្រាក់ឱ្យទៅ Medicare ជំនួសឱ្យគម្រោងរបស់យើង ហើយអ្នកអាចទទួលបានវិក្កយបត្រនោះ។ សូមមើល **ជំពូកទី 7** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិករបស់អ្នក* ដើម្បីស្វែងយល់ពីអ្វីដែលត្រូវធ្វើ ប្រសិនបើអ្នកទទួលបានវិក្កយបត្រពីអ្នកផ្តល់សេវា។

សូមចាំថា អ្នកត្រូវការបណ្ណ Medi-Cal របស់អ្នក ឬបណ្ណសម្គាល់អត្ថប្រយោជន៍ (BIC) ដើម្បីចូលប្រើសេវាកម្មដូចខាងក្រោម៖

- ការចាក់ម្ជុលវិទ្យាសាស្ត្រ
- កម្មវិធីលើកលែងសម្រាប់ជំងឺ Aids
- សេវារថយន្តសង្គ្រោះបន្ទាន់
- សេវាកម្មសុខភាពត្រចៀក
- ការព្យាបាលសុខភាពអាកប្បកិរិយា (BHT)
- ឈាម និងផលិតផលឈាម
- ជំងឺបេះដូង និងសួត
- គ្រូពេទ្យជំនាញខាងគិលានុបដ្ឋាយិកាប្រចាំគ្រួសារ
- ការចាប់សរសៃ
- សេវាលាងឈាមតម្រងនោមរ៉ាំរ៉ៃ
- សេវាសម្រាប់មនុស្សពេញវ័យតាមសហគមន៍ (CBAS)
- កម្មវិធីសេវាកម្មពន្យារកំណើតដ៏ទូលំទូលាយ (សេវាបង្ការ)
- ការថែទាំធ្មេញ
- ការថតកាំរស្មីអ៊ិចដើម្បីធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ
- ការលាងឈាម
- ឧបករណ៍វេជ្ជសាស្ត្រប្រើប្រាស់បានយូរ (DME) និងសម្ភារផ្គត់ផ្គង់ដែលពាក់ព័ន្ធ
- ការជួបពិគ្រោះជាមួយវេជ្ជបណ្ឌិត
- ពិនិត្យតាមកាលកំណត់ និងមុនកើតជំងឺ ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ និងការព្យាបាល (EPSDT)
- ការថែទាំក្នុងគ្រាអាសន្ន
- រូបមន្តអាហារូបត្ថម្ភសម្រាប់ពោះវៀន
- សេវាកម្ម និងសម្ភារផ្គត់ផ្គង់ការរៀបចំផែនការគ្រួសារ
- សេវាមជ្ឈមណ្ឌលសុខភាពដែលមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់របស់សហព័ន្ធ (FQHC)
- ការស្តាប់
- ការថែទាំតាមផ្ទះ និងសហគមន៍សម្រាប់មនុស្សចាស់ជរាដែលមានពិការភាពផ្នែកមុខងារ (ការលើកលែងតែប៉ុណ្ណោះ)
- សេវាកម្មរបស់ទីភ្នាក់ងារថែទាំសុខភាពតាមផ្ទះ
- សេវាជំនួយសុខភាពតាមផ្ទះ
- មន្ទីរពេទ្យថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយ
- អ្នកជំងឺស្នាក់ព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យ
- មណ្ឌលថែទាំកម្រិតមធ្យម
- ជំងឺតម្រងនោម និងស្ថានភាពជំងឺ
- មន្ទីរពិសោធន៍ សេវាកម្មវិទ្យុសាស្ត្រនិងអ៊ីសូតូបវិទ្យុសាស្ត្រ
- សេវាពេទ្យឆ្មបដែលមានអាជ្ញាបណ្ណ
- អាហារ
- មធ្យោបាយធ្វើដំណើរផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដែលមិនមែនករណីក្នុងគ្រាអាសន្ន
- សេវាចាក់ថ្នាំស្ពឹកដោយគិលានុបដ្ឋាយិកា
- សុខភាពផ្លូវចិត្តរបស់អ្នកជំងឺមិនស្នាក់ព្យាបាល
- ឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាសម្រាប់អ្នកជំងឺមិនស្នាក់ព្យាបាល
- ការស្តារនីតិសម្បទារបស់អ្នកជំងឺមិនស្នាក់ព្យាបាល
- សេវាកម្មសម្រាប់អ្នកជំងឺមិនស្នាក់ព្យាបាល
- សេវាថែទាំផ្ទាល់ខ្លួន
- PERS-ប្រព័ន្ធឆ្លើយតបគ្រាអាសន្នផ្ទាល់ខ្លួន

- ការព្យាបាលជើង
- សេវាបង្ការជំងឺ
- ឧបករណ៍សិប្បនិម្មិតជំនួសរាងកាយ
- សេវាកម្មចិត្តវិទ្យា
- សេវាកម្មគ្លីនិកសុខភាពតាមជនបទ (RHC)
- សេវាកម្មបកប្រែភាសាសញ្ញា
- មណ្ឌលថែទាំជំនាញ
- សេវាថែទាំដែលមានកាតព្វកិច្ចពិសេស
- ការប្តូរសរីរាង្គ
- សេវាមធ្យោបាយធ្វើដំណើរ/មិនមែនសេវាមធ្យោបាយធ្វើដំណើរ
- សេវាកម្មត្រូវការបន្ទាន់
- គំហើញ
- សេវាបង្ការជំងឺហឺត
- សេវាថែទាំធ្មេញ
- សេវាផ្តល់ប្រឹក្សាសម្រាប់ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ

នេះប្រហែលជាមិនមែនជាបញ្ជីរួមបញ្ចូលទាំងស្រុងទេ។ អ្នកអាចស្វែងរកបញ្ជីនៃអត្ថប្រយោជន៍ដែលមានការធានារ៉ាប់រងនៅខាងក្រៅគម្រោងរបស់យើងនៅក្នុងជំពូកទី 4 ផ្នែក F។

J2. *បញ្ជីព័ត៌មានអ្នកផ្តល់សេវាកម្ម និងឱសថស្ថាន*

*បញ្ជីរាយឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថាន*រាយឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថាននៅក្នុងបណ្តាញនៃគម្រោងរបស់យើង។ ខណៈពេលដែលអ្នកជាសមាជិកនៃគម្រោងរបស់យើង អ្នកត្រូវតែទទួលយកសេវាពីអ្នកផ្តល់សេវាកម្មក្នុងបណ្តាញ ដើម្បីទទួលបានសេវាកម្មដែលមានការធានារ៉ាប់រង។

អ្នកអាចស្នើសុំ*បញ្ជីរាយឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថាន* (តាមប្រព័ន្ធអេឡិចត្រូនិក ឬជាទម្រង់ច្បាប់ចម្លង) ដោយទូរសព្ទទៅផ្នែកបម្រើសេវាសមាជិកតាមលេខនៅផ្នែកខាងក្រោមនៃទំព័រ។ សំណើសុំថតចម្លងបញ្ជីឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថាន នឹងត្រូវបានផ្ញើតាមប្រៃសណីយ៍ទៅអ្នកក្នុងរយៈពេលបីថ្ងៃនៃថ្ងៃធ្វើការ។

អ្នកក៏អាចមើលបញ្ជីរាយឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថាននៅគេហទំព័រ www.MolinaHealthcare.com/Medicare បានផងដែរ។

បញ្ជីនេះរាយឈ្មោះវេជ្ជបណ្ឌិតថែទាំបឋម (PCP) មន្ទីរពេទ្យ និងអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពផ្សេងទៀតដែលមានសម្រាប់អ្នកក្នុងនាមជាសមាជិករបស់គម្រោង Molina Healthcare។ អ្នកក៏អាចស្វែងរកព័ត៌មានខាងក្រោមអំពីវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់ Molina Healthcare និងអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពផ្សេងទៀតនៅក្នុងបញ្ជីរាយឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកបានផងដែរ៖

- ❖ ឈ្មោះ
- ❖ អាសយដ្ឋាន
- ❖ លេខទូរសព្ទ
- ❖ ភាសានិយាយ
- ❖ ទីតាំងនៃសេវាកម្មដែលអាចរកបាន
- ❖ អភ័យឯកសិទ្ធិ /សាខាមន្ទីរពេទ្យ
- ❖ ក្រុមវេជ្ជសាស្ត្រ

វាជាការសំខាន់ដែលអ្នកជំងឺអាចទៅជួបវេជ្ជបណ្ឌិតយ៉ាងងាយស្រួល ហើយថាការិយាល័យរបស់វេជ្ជបណ្ឌិតផ្តល់ជំនួយដែលពួកគេត្រូវការដើម្បីទទួលបានការថែទាំ។ ព័ត៌មានដែលអាចចូលប្រើបានត្រូវបានរាយបញ្ជីសម្រាប់៖

- ❖ សិទ្ធិចូលប្រើជាមូលដ្ឋាន
- ❖ សិទ្ធិចូលប្រើមានដែនកំណត់

យើងក៏ប្រើនិមិត្តសញ្ញាចង្អុលបង្ហាញពីភាពងាយស្រួលក្នុងចូលប្រើប្រាស់ដូចខាងក្រោមនៅក្នុងបញ្ជីរាយឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវារបស់យើង ដើម្បីបង្ហាញអំពីតំបន់ដែលមានភាពងាយស្រួលក្នុងចូលប្រើប្រាស់ ផ្សេងទៀតនៅការិយាល័យរបស់អ្នកផ្តល់សេវា៖

- ❖ P = ចំណត

- EB = ខាងក្រៅអគារ
- IB = ខាងក្នុងអគារ
- W = បន្ទប់រង់ចាំ
- R = បន្ទប់ទឹក
- E = បន្ទប់ពិនិត្យសុខភាព
- T = តុពិនិត្យសុខភាព
- S = ជញ្ជីងថ្លឹងទម្ងន់ទាំងកៅអីរុញ

អ្នកក៏អាចស្វែងយល់បានផងដែរ ថាតើអ្នកផ្តល់សេវា (វេជ្ជបណ្ឌិត មន្ទីរពេទ្យ អ្នកឯកទេស ឬគ្លីនិកវេជ្ជសាស្ត្រ) នឹងទទួលយកអ្នកជំងឺថ្មីដែរឬទេ នៅក្នុងបញ្ជីរាយឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក ឬតាមអនឡាញតាមរយៈគេហទំព័ររបស់យើងនៅ www.MolinaHealthcare.com/Medicare

និយមន័យនៃអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ

- អ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញរបស់យើងរួមមាន៖
  - ក្រុមវេជ្ជបណ្ឌិត គិលានុបដ្ឋាយិកា និងអ្នកមានវិជ្ជាជីវៈផ្នែកថែទាំសុខភាពផ្សេងៗទៀតដែលអ្នកអាចប្រើប្រាស់សេវាកម្មក្នុងនាមជាសមាជិកនៃគម្រោងរបស់យើង
  - គ្លីនិក មន្ទីរពេទ្យ មណ្ឌលថែទាំ និងកន្លែងដទៃទៀតដែលផ្តល់សេវាកម្មថែទាំសុខភាពក្នុងគម្រោងរបស់យើង **និង**
  - LTSS សេវាសុខភាពអាកប្បកិរិយា ទីភ្នាក់ងារសុខភាពតាមផ្ទះ អ្នកផ្គត់ផ្គង់ឧបករណ៍វេជ្ជសាស្ត្រជាប់បានយូរ (DME) និងអ្នកផ្សេងទៀតដែលផ្តល់ទំនិញ និងសេវាកម្មដែលអ្នកទទួលបានតាមរយៈ Medicare ឬ Medi-Cal។

អ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញព្រមព្រៀងទទួលយកការបង់ប្រាក់ពីគម្រោងរបស់យើងសម្រាប់សេវាកម្មដែលទទួលបានការធានារ៉ាប់រងជាការបង់ប្រាក់ទាំងស្រុង។

និយមន័យនៃឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញ

- ឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញគឺជាឱសថស្ថានដែលព្រមព្រៀងបើកឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាសម្រាប់សមាជិកគម្រោងរបស់យើង។ សូមប្រើ *បញ្ជីរាយឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថាន* ដើម្បីស្វែងរកឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញដែលអ្នកចង់ប្រើប្រាស់ ។
- លើកលែងតែក្នុងអំឡុងគ្រាមានអាសន្ន អ្នកត្រូវតែបើកឱសថមានវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកនៅតាមបណ្តាញឱសថស្ថានមួយក្នុងចំណោមឱសថស្ថានរបស់យើង ប្រសិនបើអ្នកចង់ឱ្យគម្រោងរបស់យើងជួយអ្នកក្នុងការបង់ប្រាក់សម្រាប់ឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាទាំងនោះ។

សូមទូរសព្ទទៅផ្នែកបម្រើសេវាសមាជិកតាមលេខនៅផ្នែកខាងក្រោមនៃទំព័រ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។ ទាំងផ្នែកបម្រើសេវាសមាជិក និងទាំងគេហទំព័ររបស់យើង អាចផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវព័ត៌មានចុងក្រោយបំផុតអំពីការផ្លាស់ប្តូរនៅក្នុងឱសថស្ថាន និងអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញរបស់យើង។

J3. *បញ្ជីថ្នាំដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រង*

គម្រោងនេះមាន*បញ្ជីឱសថដែលមានការធានារ៉ាប់រង*។ យើងហៅវាដោយខ្លីថា *"បញ្ជីឱសថ"*។ បញ្ជីនេះប្រាប់អ្នកថាតើឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាណាដែលគម្រោងរបស់យើងធានារ៉ាប់រង។

*បញ្ជីឱសថ*ក៏ប្រាប់អ្នកផងដែរថាតើមានច្បាប់ ឬការរឹតបន្តឹងណាមួយចំពោះឱសថណាមួយ ដូចជាការកំណត់ចំនួនដែលអ្នកអាចទទួលបានជាដើម។ សូមមើល**ជំពូកទី 5** នៃ*សៀវភៅណែនាំសមាជិករបស់អ្នកសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម*។

ជារៀងរាល់ឆ្នាំ យើងផ្ញើជូនអ្នកនូវព័ត៌មានអំពីរបៀបចូលប្រើប្រាស់*បញ្ជីឱសថ* ប៉ុន្តែការផ្លាស់ប្តូរមួយចំនួនអាចកើតឡើងក្នុងអំឡុងឆ្នាំនោះ។ ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានថ្មីៗបំផុតអំពីថា តើឱសថណាមួយដែលមានការធានារ៉ាប់រង សូមទូរសព្ទទៅផ្នែកបម្រើសេវាសមាជិក ឬចូលមើលគេហទំព័ររបស់យើងតាមអាសយដ្ឋាននៅផ្នែកខាងក្រោមនៃទំព័រ។

J4. *ការពន្យល់ពីអត្ថប្រយោជន៍*

នៅពេលអ្នកប្រើអត្ថប្រយោជន៍ឱសថមានវេជ្ជបញ្ជានៃ Medicare ផ្នែក D របស់អ្នក យើងនឹងផ្ញើរបាយការណ៍សង្ខេបមួយជូនអ្នក ដើម្បីជួយអ្នកឱ្យយល់ និងតាមដានការបង់ប្រាក់សម្រាប់ឱសថមានវេជ្ជបញ្ជានៃ Medicare ផ្នែក D របស់អ្នក។ សេចក្តីសង្ខេបនេះត្រូវបានហៅថា*ការពន្យល់ពីអត្ថប្រយោជន៍* (EOB)។

EOB ប្រាប់អ្នកនូវចំនួនទឹកប្រាក់សរុបដែលអ្នក ឬអ្នកដទៃទៀតដែលតំណាងឱ្យអ្នក បានចំណាយលើឱសថមានវេជ្ជបញ្ជានៅក្នុង Medicare ផ្នែក D របស់អ្នក និងចំនួនទឹកប្រាក់សរុបដែលយើងបានបង់សម្រាប់ឱសថមានវេជ្ជបញ្ជា Medicare ផ្នែក D របស់អ្នកនីមួយនៅក្នុងអំឡុងខែនោះ។ EOB នេះមិនមែនជាវិក្កយបត្រទេ។ EOB មានព័ត៌មានបន្ថែមអំពីឱសថដែលអ្នកប្រើប្រាស់។ **ជំពូកទី 6** នៃ*សៀវភៅណែនាំសមាជិក*របស់អ្នកផ្តល់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពី EOB និងរបៀបដែលវាជួយអ្នកក្នុងការតាមដានការធានារ៉ាប់រងឱសថរបស់អ្នក។

អ្នកក៏អាចស្នើសុំ EOB ផងដែរ។ ដើម្បីទទួលបានច្បាប់ចម្លង សូមទាក់ទងផ្នែកបម្រើសេវាសមាជិកតាមលេខនៅខាងក្រោមទំព័រ។

K. រក្សាកំណត់ត្រាសមាជិកភាពរបស់អ្នកឱ្យមានបច្ចុប្បន្នភាព

អ្នកអាចបន្តរក្សាកំណត់ត្រាសមាជិកភាពរបស់អ្នកឱ្យមានបច្ចុប្បន្នភាពដោយប្រាប់យើងខ្ញុំនៅពេលអ្នកកែប្រែព័ត៌មានរបស់អ្នក។

យើងត្រូវការព័ត៌មាននេះ ដើម្បីប្រាកដថាយើងមានព័ត៌មានត្រឹមត្រូវរបស់អ្នកនៅក្នុងកំណត់ត្រារបស់យើង។ អ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញរបស់យើងក៏ត្រូវការព័ត៌មានត្រឹមត្រូវអំពីអ្នកផងដែរ។ **ពួកគេប្រើកំណត់ត្រាសមាជិកភាពរបស់អ្នកដើម្បីដឹងពីសេវា និងឱសថដែលអ្នកទទួលយក និងថាតើសេវា និងឱសថទាំងនេះអ្នកត្រូវបង់ប្រាក់ប៉ុន្មាន**។

ប្រាប់យើងភ្លាមៗអំពីចំណុចខាងក្រោម៖

- ការផ្លាស់ប្តូរឈ្មោះរបស់អ្នក អាសយដ្ឋានរបស់អ្នក ឬលេខទូរសព្ទរបស់អ្នក។
- ការផ្លាស់ប្តូរចំពោះការធានារ៉ាប់រងសុខភាពណាមួយផ្សេងទៀត ដូចជាការផ្លាស់ប្តូរពីនិយោជករបស់អ្នក និយោជករបស់ប្តីឬប្រពន្ធរបស់អ្នក ឬនិយោជករបស់ដៃគូរស់នៅជាមួយគ្នា ឬសំណងរបស់កម្មករ
- ការទាមទារសំណងលើការទទួលខុសត្រូវណាមួយ ដូចជាការទាមទារសំណងពីគ្រោះថ្នាក់រថយន្ត
- ការចូលសម្រាកនៅមណ្ឌលថែទាំ ឬមន្ទីរពេទ្យ
- ការថែទាំពីមន្ទីរពេទ្យ ឬបន្ទប់សង្គ្រោះបន្ទាន់
- ការផ្លាស់ប្តូរអ្នកថែទាំរបស់អ្នក (ឬនរណាម្នាក់ដែលទទួលខុសត្រូវសម្រាប់អ្នក) **និង**
- ប្រសិនបើអ្នកចូលរួមក្នុងការសិក្សាស្រាវជ្រាវព្យាបាល។ (**កំណត់ចំណាំ៖** (ចំណាំ៖ អ្នកមិនតម្រូវឱ្យប្រាប់យើងអំពីការសិក្សាស្រាវជ្រាវព្យាបាលដែលអ្នកស្ថិតនៅក្នុង ឬក្លាយជាផ្នែកមួយនៃនោះទេ ប៉ុន្តែយើងលើកទឹកចិត្តឱ្យអ្នកធ្វើដូច្នេះ។)

ប្រសិនបើមានព័ត៌មានណាផ្លាស់ប្តូរ ហៅទូរសព្ទទៅកាន់ផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិកតាមលេខដែលមាននៅផ្នែកខាងក្រោមនៃទំព័រ។

សមាជិកអាចបង្កើតគណនី My Molina តាមអនឡាញ ដើម្បីផ្លាស់ប្តូរវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់ពួកគេ ធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពព័ត៌មានទំនាក់ទំនងរបស់ពួកគេ ស្នើសុំបណ្ណសម្គាល់ (ID) ថ្មី ទទួលបានការរំលឹកពីសុខភាពតាមសេវាកម្មដែលពួកគេត្រូវការ ឬពិនិត្យប្រវត្តិសេវាកម្មរបស់ពួកគេ។ សូមចូលទៅកាន់ **https://member.molinahealthcare.com** ដើម្បីបង្កើត ឬចូលប្រើគណនី My Molina របស់អ្នក។

K1. ភាពឯកជននៃព័ត៌មានសុខភាពផ្ទាល់ខ្លួន (PHI)

ព័ត៌មានក្នុងកំណត់ត្រាសមាជិកភាពរបស់អ្នកអាចរួមបញ្ចូលព័ត៌មានសុខភាពផ្ទាល់ខ្លួន (PHI)។ ច្បាប់សហព័ន្ធ និងរដ្ឋតម្រូវឱ្យយើងរក្សា PHI របស់អ្នកជាលក្ខណៈឯកជន។ យើងការពារ PHI របស់អ្នក។ សម្រាប់ព័ត៌មានលម្អិតអំពីរបៀបដែលយើងការពារ PHI របស់អ្នក សូមមើល **ជំពូកទី 8** នៃ*សៀវភៅណែនាំសមាជិករបស់អ្នក*។

ជំពូកទី 2៖ លេខទូរសព្ទ និងធនធានសំខាន់ៗ

ការណែនាំ

ជំពូកនេះផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវព័ត៌មានទំនាក់ទំនងសម្រាប់ធនធានសំខាន់ៗដែលអាចជួយអ្នកក្នុងការឆ្លើយតបនឹងចម្ងល់របស់អ្នកអំពីគម្រោងរបស់យើង និងអត្ថប្រយោជន៍នៃការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក។ អ្នកក៏អាចប្រើជំពូកនេះដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានអំពីរបៀបទាក់ទងអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នក និងអ្នកដទៃដើម្បីតស៊ូមតិជំនួសអ្នកបានផងដែរ។ ពាក្យគន្លឹះ និងនិយមន័យរបស់ពាក្យគន្លឹះទាំងនោះមានតាមលំដាប់អក្ខរក្រមក្នុងជំពូកចុងក្រោយនៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*របស់អ្នក។

តារាងមាតិកា

A. ផ្នែកបម្រើសេវាសមាជិក....16
B. អ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នក....18
C.កម្មវិធីប្រឹក្សាយោបល់ និងតស៊ូមតិផ្នែកធានារ៉ាប់រងសុខភាព (HICAP)....19
D. បណ្តាញទូរសព្ទផ្តល់ប្រឹក្សាពីគិលានុបដ្ឋាយិកា....20
E.បណ្តាញទូរសព្ទសម្រាប់វិបត្តិសុខភាពអាកប្បកិរិយា....21
F.អង្គការកែលម្អគុណភាព (QIO)....21
G. Medicare....22
H. Medi-Cal....23
I. ការិយាល័យមន្ត្រីបណ្តឹងសាធារណៈរបស់ Medi-Cal Managed Care និងសុខភាពផ្លូវចិត្ត....24
J. សេវាសង្គមកិច្ចប្រចាំខោនធី....24
K. ទីភ្នាក់ងារសេវាសុខភាពអាកប្បកិរិយាប្រចាំខោនធី....25
L. ក្រសួងថែទាំសុខភាពក្រោមការគ្រប់គ្រងរដ្ឋ California....26
M. កម្មវិធីដើម្បីជួយប្រជាជនបង់ប្រាក់ថ្លៃឱសថមានវេជ្ជបញ្ជារបស់ពួកគេ....26
M1. ជំនួយបន្ថែម....27
N. របបសន្តិសុខសង្គម....27
O. ក្រុមប្រឹក្សាកម្មករផ្លូវដែកដែលចូលនិវត្តន៍ (RRB)....28
P. ការធានារ៉ាប់រងជាក្រុម ឬការធានារ៉ាប់រងផ្សេងទៀតពីនិយោជក....28
Q. ធនធានផ្សេងទៀត....29
R. កម្មវិធី Medi-Cal Dental Program....29

A. ផ្នែកបម្រើសេវាសមាជិក

ទូរសព្ទលេខ	(855) 665-4627។ ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតថ្លៃ។ បាន 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ ម៉ោងក្នុងតំបន់ បច្ចេកវិទ្យាជំនួយ រួមទាំងជម្រើសសេវាសារជាសំឡេង និងដោយខ្លួនឯង អាចរកបាននៅថ្ងៃឈប់សម្រាក បន្ទាប់ពីម៉ោងធ្វើការធម្មតា និងនៅថ្ងៃសៅរ៍ និងថ្ងៃអាទិត្យ។ យើងមានសេវាកម្មអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ដោយឥតគិតថ្លៃសម្រាប់អ្នកមិននិយាយភាសាអង់គ្លេស។
TTY	711. ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតថ្លៃ។ លេខនេះគឺសម្រាប់អ្នកដែលមានបញ្ហាពិបាកស្តាប់ ឬនិយាយ។ អ្នកត្រូវតែមានឧបករណ៍ទូរសព្ទពិសេសដើម្បីទូរសព្ទ។ ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ ម៉ោងក្នុងតំបន់។
ទូរសារ	**សម្រាប់សេវាកម្មវេជ្ជសាស្ត្រ៖** ទូរសារ៖ (310) 507-6186 **សម្រាប់សេវាផ្នែក D (Rx)៖** ទូរសារ៖ (866) 290-1309
សរសេរលិខិតទៅកាន់	**សម្រាប់សេវាកម្មវេជ្ជសាស្ត្រ៖** 200 Oceangate, Suite 100 Long Beach, CA 90802 **សម្រាប់សេវាផ្នែក D (Rx)៖** 7050 Union Park Center, Suite 200 Midvale, UT 84047
គេហទំព័រ	www.MolinaHealthcare.com/Medicare

សូមទាក់ទងផ្នែកបម្រើសេវាសមាជិក ដើម្បីទទួលបានជំនួយជាមួយនឹង៖

- សំណួរអំពីគម្រោង
- សំណួរអំពីការទាមទារ ឬការចេញវិក្កយបត្រឡើយ
- សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងអំពីការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក
  - សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងអំពីការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នកគឺជាសេចក្តីសម្រេចមួយអំពី៖
    - អត្ថប្រយោជន៍ និងឱសថដែលទទួលបានការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នក **ឬ**
    - ចំនួនទឹកប្រាក់ដែលយើងបង់សម្រាប់សេវាថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក។
  - សូមហៅទូរសព្ទមកយើងខ្ញុំ ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរអំពីសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងអំពីការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក។
  - ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពីសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង សូមមើល**ជំពូកទី 9** នៃ*សៀវភៅណែនាំសមាជិករបស់អ្នក*។
- បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍អំពីការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក
  - បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍គឺជាវិធីផ្លូវការមួយក្នុងការស្នើសុំឱ្យយើងខ្ញុំពិនិត្យឡើងវិញនូវសេចក្តីសម្រេចដែលយើងបានធ្វើឡើងអំពីការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នក ហើយស្នើសុំឱ្យយើងខ្ញុំផ្លាស់ប្តូរសេចក្តីសម្រេច ប្រសិនបើអ្នកគិតថាយើងបានធ្វើឱ្យមានកំហុស ឬមិនយល់ស្របនឹងសេចក្តីសម្រេចនេះ។
  - ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពីការដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ សូមមើល **ជំពូកទី 9** នៃ*សៀវភៅណែនាំសមាជិករបស់អ្នក* ឬទាក់ទងផ្នែកបម្រើសេវាសមាជិក។
- បណ្តឹងតវ៉ាអំពីការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក

  - អ្នកអាចដាក់បណ្តឹងតវ៉ាអំពីយើងខ្ញុំ ឬអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំណាមួយ (រួមទាំងអ្នកផ្តល់សេវាក្រៅបណ្តាញ ឬអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញផងដែរ)។ អ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញគឺជាអ្នកផ្តល់សេវាដែលធ្វើការជាមួយគម្រោងរបស់យើង។ អ្នកក៏អាចដាក់បណ្តឹងតវ៉ាមកយើងខ្ញុំបានផងដែរ ឬទៅកាន់អង្គការកែលម្អគុណភាព (QIO) អំពីគុណភាពនៃការថែទាំដែលអ្នកទទួលបាន (សូមមើល**ផ្នែក F**)។
  - អ្នកអាចទូរសព្ទមកយើងខ្ញុំ និងពន្យល់ពីបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នកតាមរយៈលេខ (855) 665-4627 TTY: 711 បាន 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ ម៉ោងក្នុងតំបន់។
  - ប្រសិនបើបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នកគឺអំពីសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងអំពីការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក អ្នកអាចដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍បាន (សូមមើលផ្នែកខាងលើ)។
  - អ្នកអាចផ្ញើបណ្តឹងតវ៉ាអំពីគម្រោងរបស់យើងទៅកាន់ Medicare។ អ្នកអាចប្រើទម្រង់បែបបទអនឡាញតាមគេហទំព័ រ http://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx។ ឬអ្នកអាចហៅទូរសព្ទមកកាន់លេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) ដើម្បីស្នើសុំជំនួយ។
  - អ្នកអាចដាក់បណ្តឹងតវ៉ាអំពីគម្រោងរបស់យើងទៅកាន់កម្មវិធី Medicare Medi-Cal Ombuds Program ដោយទូរសព្ទទៅលេខ 1-855-501-3077។
  - ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពីការដាក់បណ្តឹងតវ៉ាអំពីការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក សូមមើល**ជំពូកទី 9** នៃ*សៀវភៅណែនាំសមាជិក*របស់អ្នក។
- សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងឱសថរបស់អ្នក
  - សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងអំពីឱសថរបស់អ្នកគឺជាសេចក្តីសម្រេចអំពី៖
    - អត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នក និងឱសថដែលមានការធានារ៉ាប់រង **ឬ**
    - ចំនួនទឹកប្រាក់ដែលយើងនឹងបង់សម្រាប់ឱសថរបស់អ្នក។
  - ឱសថដែលមិនទទួលបានការធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare ដូចជាឱសថ និងវីតាមីនជាក់លាក់មួយចំនួនដែលមិនតម្រូវឱ្យមានវេជ្ជបញ្ជា (OTC) ប្រហែលជាអាចទទួលបានការធានារ៉ាប់រងដោយ Medi-Cal Rx។ សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ Medi-Cal Rx (medi-calrx.dhcs.ca.gov) សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។ អ្នកក៏អាចទូរសព្ទទៅកាន់មជ្ឈមណ្ឌលបម្រើសេវាអតិថិជនរបស់ Medi-Cal Rx តាមរយៈលេខ 800-977-2273 បានផងដែរ។
  - សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមស្តីពីសេចក្តីសម្រេចចិត្តលើការធានារ៉ាប់រងអំពីឱសថមានវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក សូមមើល**ជំពូកទី 9** នៃ*សៀវភៅណែនាំសមាជិក*របស់អ្នក។
- បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍អំពីឱសថរបស់អ្នក
  - បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍គឺជាវិធីមួយក្នុងការស្នើឱ្យយើងផ្តល់ការផ្លាស់ប្តូរសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងមួយ។
  - សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីការដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍អំពីឱសថមានវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក សូមមើល **ជំពូកទី 9** នៃ*សៀវភៅណែនាំសមាជិក*របស់អ្នក។
- បណ្តឹងតវ៉ាអំពីឱសថរបស់អ្នក
  - អ្នកអាចដាក់បណ្តឹងតវ៉ាអំពីយើងខ្ញុំ ឬឱសថស្ថានណាមួយ។ នេះរួមបញ្ចូលទាំងបណ្តឹងតវ៉ាអំពីឱសថមានវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក។
  - ប្រសិនបើបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នកគឺអំពីសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងអ៊ីពីឱសថមានវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក អ្នកអាចដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍បាន។ (សូមមើលផ្នែកខាងលើ។)
  - អ្នកអាចផ្ញើបណ្តឹងតវ៉ាអំពីគម្រោងរបស់យើងទៅកាន់ Medicare។ អ្នកអាចប្រើទម្រង់បែបបទអនឡាញតាមគេហទំព័ រ http://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx។ ឬអ្នកអាចហៅទូរសព្ទមកកាន់លេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) ដើម្បីស្នើសុំ ជំនួយ។
  - សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីការដាក់បណ្តឹងតវ៉ាអំពីឱសថមានវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក សូមមើល**ជំពូកទី 9** នៃ*សៀវភៅណែនាំសមាជិក*របស់អ្នក។
- ការបង់ប្រាក់សម្រាប់ការថែទាំសុខភាព ឬឱសថដែលអ្នកបានបង់ប្រាក់រួចហើយ
  - សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីរបៀបស្នើសុំឱ្យយើងបង់ប្រាក់ឱ្យអ្នកវិញ ឬបង់ប្រាក់លើវិក្កយបត្រដែលអ្នកបានទទួល សូមមើល **ជំពូកទី 7** នៃ*សៀវភៅណែនាំសមាជិក*របស់អ្នក។
  - ប្រសិនបើអ្នកស្នើសុំឱ្យយើងខ្ញុំជួយបង់ប្រាក់លើវិក្កយបត្រថ្លៃឱសថ ហើយយើងបដិសេធចំពោះផ្នែកណាមួយនៃសំណើររបស់អ្នក នោះអ្នកអាចដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ចំពោះសេចក្តីសម្រេចរបស់យើងខ្ញុំបាន។ សូមមើល**ជំពូកទី 9** នៃ*សៀវភៅណែនាំសមាជិក*របស់អ្នក។

B. អ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នក

អ្នកសម្របសម្រួលរបស់ Molina Medicare Complete Care Plus Care គឺជាទំនាក់ទំនងចម្បងរបស់អ្នក។ បុគ្គលរូបនេះជួយអ្នកគ្រប់គ្រងអ្នកផ្តល់សេវាទាំងអស់របស់អ្នក និងធ្វើឱ្យប្រាកដថាអ្នកទទួលបានអ្វីដែលអ្នកត្រូវការ។ អ្នក និង/ឬអ្នកថែទាំរបស់អ្នកអាចស្នើសុំការផ្លាស់ប្តូរក្នុងការចាត់តាំងអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំ តាមតម្រូវការដោយទូរសព្ទទៅអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំ ឬផ្នែកបម្រើសេវាសមាជិក។ លើសពីនេះទៀត Molina Medicare Complete Care Plus របស់យើងអាចធ្វើការផ្លាស់ប្តូរការចាត់តាំងអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នកដោយផ្អែកលើតម្រូវការរបស់អ្នក (វប្បធម៌ / ភាសា /សុខភាពរាងកាយ / អាកប្បកិរិយា) ឬទីតាំង។ ទាក់ទងផ្នែកបម្រើសេវាសមាជិកសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។

ទូរសព្ទលេខ	(855) 665-4627។ ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតថ្លៃ។ បាន 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ ម៉ោងក្នុងតំបន់ បច្ចេកវិទ្យាជំនួយ រួមទាំងជម្រើសសេវាសារជាសំឡេង និងដោយខ្លួនឯង អាចរកបាននៅថ្ងៃឈប់សម្រាកបន្ទាប់ពីម៉ោងធ្វើការធម្មតា និងនៅថ្ងៃសៅរ៍ និងថ្ងៃអាទិត្យ។ យើងមានសេវាកម្មអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ដោយឥតគិតថ្លៃសម្រាប់អ្នកមិននិយាយភាសាអង់គ្លេស។
TTY	711. ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតថ្លៃ។ ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់ ម៉ោងក្នុងតំបន់។
សរសេរលិខិតទៅកាន់	200 Oceangate, Suite 100 Long Beach, CA 90802
គេហទំព័រ	www.MolinaHealthcare.com/Medicare

សូមទាក់ទងអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នកដើម្បីទទួលបានជំនួយជាមួយនឹង៖

- សំណួរអំពីការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក
- សំណួរអំពីការទទួលបានសេវាសុខភាពអាកប្បកិរិយា (សុខភាពផ្លូវចិត្ត និងវិបត្តិផ្លូវចិត្តដោយការប្រើប្រាស់សារធាតុញៀន)
- សំណួរអំពីអត្ថប្រយោជន៍ថែទាំធ្មេញ
- សំណួរអំពីមធ្យោបាយធ្វើដំណើរទៅតាមការណាត់ជួបផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ
- សំណួរអំពីសេវា និងការគាំទ្ររយៈពេលវែង (LTSS) រួមទាំងសេវាថែទាំមនុស្សពេញវ័យនៅតាមសហគមន៍ (CBAS) និងមណ្ឌលថែទាំ (NF)។
- ជួនកាល អ្នកអាចទទួលបានជំនួយក្នុងការថែទាំសុខភាពប្រចាំថ្ងៃ និងតម្រូវការរស់នៅរបស់អ្នក។

អ្នកអាចនឹងទទួលបានសេវាកម្មទាំងនេះ៖

- សេវាសម្រាប់មនុស្សពេញវ័យតាមសហគមន៍ (CBAS)
- ការថែទាំដោយគិលានុបដ្ឋាយិកាជំនាញ
- ការព្យាបាលដោយចលនា
- ការព្យាបាលដោយសកម្មភាពការងារ
- ការព្យាបាលការនិយាយស្តី
- សេវាសង្គមវេជ្ជសាស្ត្រ
- ការថែទាំសុខភាពតាមផ្ទះ
- សេវាគាំទ្រក្នុងផ្ទះ (IHSS) តាមរយៈទីភ្នាក់ងារសេវាសង្គមកិច្ចប្រចាំខោនធីរបស់អ្នក
- ជួនកាល អ្នកអាចទទួលបានជំនួយក្នុងការថែទាំសុខភាពប្រចាំថ្ងៃ និងតម្រូវការរស់នៅរបស់អ្នកបាន។

C.កម្មវិធីប្រឹក្សាយោបល់ និងតស៊ូមតិផ្នែកធានារ៉ាប់រងសុខភាព (HICAP)

កម្មវិធីជំនួយ និងប្រឹក្សាការធានារ៉ាប់រងសុខភាពរដ្ឋ (SHIP) ផ្តល់ជូននូវការប្រឹក្សាយោបល់ស្តីអំពីការធានារ៉ាប់រងសុខភាព ដោយឥតគិតថ្លៃដល់ពលរដ្ឋដែលមាន Medicare។ នៅក្នុងរដ្ឋ California កម្មវិធី SHIP មានឈ្មោះថា កម្មវិធីប្រឹក្សា និងការតស៊ូមតិអំពីការធានារ៉ាប់រងសុខភាព (HICAP)។ អ្នកប្រឹក្សាយោបល់របស់ HICAP អាចឆ្លើយសំណួររបស់អ្នក និងជួយអ្នកឱ្យយល់បាននូវអ្វីដែលត្រូវធ្វើដើម្បីដោះស្រាយបញ្ហារបស់អ្នក។ HICAP មានអ្នកប្រឹក្សាយោបល់ដែលទទួលបានការបណ្តុះបណ្តាលប្រចាំគ្រប់ខោនធីទាំងអស់ ហើយសេវាគឺត្រូវបានផ្តល់ជូនដោយឥតគិតថ្លៃ។

HICAP មិនមានទំនាក់ទំនងជាមួយនឹងក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងសុខភាព ឬគម្រោងថែទាំសុខភាពណាមួយឡើយ។

ទូរសព្ទលេខ	**ខោនធី Los Angeles៖** (213) 383-4519 ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8:30 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 4:30 រសៀល ម៉ោងក្នុងតំបន់។ **ខោនធី Riverside និង San Bernardino៖** (909) 256-8369 ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 9 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 4 រសៀល ម៉ោងក្នុងតំបន់។ **ខោនធី San Diego៖** (858) 565-8772 ការិយាល័យ – ខោនធី San Diego (760) 353-0223 ការិយាល័យ – ខោនធី Imperial
TTY	*711*
សរសេរលិខិតទៅកាន់	**ខោនធី Los Angeles៖** Center for Health Care Rights 520 S. Lafayette Park Place, Suite 214 Los Angeles, CA 90057 **ខោនធី Riverside និង San Bernardino៖** HICAP Information 2280 Market Street, Ste. 140 Riverside, CA 92501 **ខោនធី San Diego៖** Elder Law & Advocacy 5151 Murphy Canyon Road, Suite 100 San Diego, CA 92123
គេហទំព័រ	http://www.cahealthadvocates.org/HICAP/

សូមទាក់ទង HICAP សម្រាប់ជំនួយជាមួយនឹង៖

- សំណួរអំពី Medicare
- អ្នកប្រឹក្សាយោបល់របស់ HICAP អាចឆ្លើយសំណួររបស់អ្នកអំពីការផ្លាស់ប្តូរទៅគម្រោងថ្មី និងជួយអ្នក៖
  - យល់ដឹងពីសិទ្ធិរបស់អ្នក
  - យល់ដឹងពីជម្រើសគម្រោងរបស់អ្នក
  - ដាក់បណ្តឹងតវ៉ាអំពីការថែទាំសុខភាព ឬការព្យាបាលរបស់អ្នក **និង**
  - ដោះស្រាយបញ្ហាជាមួយវិក្កយបត្ររបស់អ្នក។

D. បណ្តាញទូរសព្ទផ្តល់ប្រឹក្សាពីគិលានុបដ្ឋាយិកា

អ្នកអាចហៅទូរសព្ទមកកាន់បណ្តាញទូរសព្ទផ្តល់ប្រឹក្សាពីគិលានុបដ្ឋាយិការបស់ Molina Healthcare បាន 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 365 ថ្ងៃក្នុងមួយឆ្នាំ។ ផ្នែកសេវាកម្មភ្ជាប់អ្នកទៅកាន់គិលានុបដ្ឋាកដែលមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ ដែលអាចផ្តល់នូវដំបូន្មានថែទាំសុខភាពដល់អ្នកជាភាសារបស់លោកអ្នក និងជួយណែនាំអ្នកឱ្យទៅកាន់កន្លែងដែលអ្នកទទួលបានការថែទាំដែលចាំបាច់។ បណ្តាញទូរសព្ទផ្តល់ប្រឹក្សាពីគិលានុបដ្ឋាយិការបស់យើងមានផ្តល់សេវាកម្មដល់សមាជិករបស់ Molina Healthcare ទាំងអស់នៅទូទាំងសហរដ្ឋអាមេរិក។ បណ្តាញទូរសព្ទផ្តល់ប្រឹក្សាពីគិលានុបដ្ឋាយិកាគឺជាមជ្ឈមណ្ឌលទូរសព្ទដែលទទួលស្គាល់ដោយគណៈកម្មាធិការនៃការពិនិត្យឡើងវិញទទួលស្គាល់លើការប្រើប្រាស់ឡើងវិញ (URAC)។ ការទទួលស្គាល់ពី URAC មានន័យថាបណ្តាញពីគិលានុបដ្ឋាយិការបស់យើងបានបង្ហាញពីការតាំងចិត្តយ៉ាងល្អិតល្អន់ចំពោះគុណភាពក្នុងការថែទាំ ធ្វើឱ្យដំណើរការប្រសើរឡើង និងលទ្ធផលអ្នកជំងឺល្អប្រសើរ។ បណ្តាញទូរសព្ទផ្តល់ប្រឹក្សាពីគិលានុបដ្ឋាយិការបស់យើងក៏ត្រូវបានបញ្ជាក់ដោយគណៈកម្មាធិការជាតិសម្រាប់ការធានាគុណភាព (NCQA) នៅក្នុងផលិតផលព័ត៌មានសុខភាព (HIP) សម្រាប់បណ្តាញទូរសព្ទនៃព័ត៌មានសុខភាពរបស់យើង 24/7/365។ NCQA ត្រូវបានបង្កើតឡើងដើម្បីអនុលោមតាមស្តង់ដាព័ត៌មានសុខភាព NCQA សម្រាប់ស្តង់ដាដែលអាចអនុវត្តបានចំពោះគម្រោងសុខភាព។

បណ្តាញទូរសព្ទផ្តល់ប្រឹក្សាពីគិលានុបដ្ឋាយិកានឹងវាយតម្លៃសុវត្ថិភាពរបស់អ្នក ភ្ជាប់បណ្តាញរបស់អ្នកទៅកាន់សេវាក្នុងគ្រាអាសន្ន ស្វែងរកអ្នកផ្តល់សេវាសុខភាពអាកប្បកិរិយា និងធនធានសហគមន៍ ហើយបញ្ជូនអ្នកទៅកាន់អ្នកសម្របសម្រួលរបស់គម្រោង Molina Medicare Complete Care Plus Care។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម អ្នកអាចទូរស័ព្ទទៅគម្រោង Molina Medicare Complete Care Plus (HMO-DSNP) តាមរយៈលេខ (855) 665-4627។

អ្នកគួរតែទូរសព្ទទៅបណ្តាញទូរសព្ទផ្តល់ប្រឹក្សាពីគិលានុបដ្ឋាយិកា ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយភ្លាមៗ ឬមិនប្រាកដថាត្រូវធ្វើអ្វីនោះ។ ប្រសិនបើអ្នកមានករណីក្នុងគ្រាអាសន្នដែលអាចបណ្តាលឱ្យមានគ្រោះថ្នាក់ ឬស្លាប់ដល់អ្នកឬអ្នកដទៃ សូមទៅកាន់បន្ទប់សង្គ្រោះបន្ទាន់នៅមន្ទីរពេទ្យដែលនៅជិតបំផុត ឬទូរសព្ទទៅលេខ 911។

អ្នកអាចទាក់ទងបណ្តាញទូរសព្ទផ្តល់ប្រឹក្សាពីគិលានុបដ្ឋាយិកាជាមួយនឹងសំណួរអំពីសុខភាព ឬការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក។

ទូរសព្ទលេខ	(888) 275-8750 ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ បាន 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ យើងមានសេវាកម្មអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ដោយឥតគិតថ្លៃសម្រាប់អ្នកមិននិយាយភាសាអង់គ្លេស។
TTY	711 ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ លេខនេះគឺសម្រាប់អ្នកដែលមានបញ្ហាក្នុងការស្តាប់ ឬការនិយាយ។ អ្នកត្រូវតែមានឧបករណ៍ទូរសព្ទពិសេសដើម្បីទូរសព្ទ។ បាន 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍

E.បណ្តាញទូរសព្ទសម្រាប់វិបត្តិសុខភាពអាកប្បកិរិយា

ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការការថែទាំសុខភាពផ្លូវចិត្តជាបន្ទាន់ អ្នកអាចហៅទូរសព្ទទៅគម្រោងសុខភាពផ្លូវចិត្តប្រចាំខោនធីនៅក្នុងខោនធីរបស់អ្នកសម្រាប់ជំនួយ។ អ្នកក៏អាចទូរស័ព្ទ ឬផ្ញើសារទៅកាន់លេខ 988 ដោយឥតគិតថ្លៃ និងជាសម្ងាត់សម្រាប់ការគាំទ្រវិបត្តិ 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ (24/7) ។

ទូរសព្ទលេខ	**សម្រាប់ខោនធី Los Angeles៖** នាយកដ្ឋានសុខភាពផ្លូវចិត្តប្រចាំខោនធី Los Angeles តាមលេខ 1-800-854-7771 (បណ្តាញទូរសព្ទផ្តល់ជំនួយ 24/7) - TTY: 711 **សម្រាប់ខោនធី Riverside៖** ប្រព័ន្ធសុខភាពសាកលវិទ្យាល័យ Riverside – សុខភាពអាកប្បកិរិយាលេខ 1-800-499-3008 **សម្រាប់ខោនធី San Bernardino៖** នាយកដ្ឋានសុខភាពអាកប្បកិរិយាប្រចាំខោនធី San Bernardino តាមលេខ 1-888-743-1478 (បណ្តាញទូរសព្ទសម្រាប់ជំនួយ បាន 24 ម៉ោង) ឬលេខ 1-800-968-2636 (បណ្តាញទូរសព្ទសម្រាប់វិបត្តិនៃការប្រើប្រាស់សារធាតុញៀនបាន 24 ម៉ោង) **សម្រាប់ខោនធី San Diego៖** សេវាសុខភាពអាកប្បកិរិយាប្រចាំខោនធី San Diego តាមរយៈលេខ 1-888-724-7240 (បណ្តាញទូរសព្ទសម្រាប់វិបត្តិ និងការចូលប្រើ 24/7) - TTY: 711

ទាក់ទងបណ្តាញទូរសព្ទនៃវិបត្តិសុខភាពអាកប្បកិរិយា ដើម្បីទទួលបានជំនួយជាមួយ៖

• សំណួរនានាអំពីសុខភាពអាកប្បកិរិយា និងសេវាកម្មទាក់ទងនឹងការប្រើប្រាស់សារធាតុញៀន

សម្រាប់សំណួរទាក់ទងនឹងសេវាអ្នកឯកទេសថែទាំសុខភាពផ្លូវចិត្តក្នុងខោនធីរបស់អ្នក សូមមើល**ផ្នែក K។**

F.អង្គការកែលម្អគុណភាព (QIO)

រដ្ឋរបស់យើងមានអង្គការមួយឈ្មោះថា Livanta។ នេះគឺជាក្រុមនៃវេជ្ជបណ្ឌិត និងអ្នកមានវិជ្ជាជីវៈថែទាំសុខភាពដែលជួយលើកកម្ពស់គុណភាពការថែទាំសុខភាពសម្រាប់ប្រជាជនដែលមាន Medicare។ Livanta មិនមានទំនាក់ទំនងជាមួយគម្រោងរបស់យើងឡើយ។

ទូរសព្ទលេខ	(877) 588-1123
TTY	711 លេខនេះគឺសម្រាប់អ្នកដែលមានបញ្ហាពិបាកស្តាប់ ឬនិយាយ។ អ្នកត្រូវតែមានឧបករណ៍ទូរសព្ទពិសេសដើម្បីទូរសព្ទ។
សរសេរលិខិតទៅកាន់	Livanta BFCC-QIO Program 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701
គេហទំព័រ	https://www.livantaqio.com/en/states/california

សូមទាក់ទង Livanta សម្រាប់ជំនួយជាមួយនឹង៖

- សំណួរអំពីសិទ្ធិទទួលបានការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក
- ការដាក់បណ្តឹងតវ៉ាអំពីការថែទាំដែលអ្នកទទួលបាន ប្រសិនបើអ្នក៖
  - មានបញ្ហាទាក់ទងនឹងគុណភាពការថែទាំ
  - គិតថាការស្នាក់នៅមន្ទីរពេទ្យរបស់អ្នកនឹងបញ្ចប់ឆាប់ពេក **ឬ**
  - គិតថាការថែទាំសុខភាពតាមផ្ទះ ការថែទាំមណ្ឌលថែទាំមានជំនាញ ឬសេវានៃមជ្ឈមណ្ឌលស្តារនីតិសម្បទាអ្នកជំងឺមិនស្នាក់ព្យាបាលបែបទូលំទូលាយ (CORF) របស់អ្នក កំពុងបញ្ចប់ឆាប់ៗនេះ។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) តាមរយៈលេខ (855) 665-4627 TTY៖ 711 បាន 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ ម៉ោងក្នុងតំបន់។ ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** សូមចូលទៅកាន់ www.MolinaHealthcare.com/Medicare។

G. Medicare

Medicare គឺជាកម្មវិធីធានារ៉ាប់រងសុខភាពរបស់សហព័ន្ធសម្រាប់មនុស្សដែលមានអាយុចាប់ពី 65 ឆ្នាំឡើងទៅ មនុស្សដែលមានពិការភាពមួយចំនួនដែលមានអាយុក្រោម 65 ឆ្នាំ និងមនុស្សដែលមានជំងឺតម្រងនោមដំណាក់កាលចុងក្រោយ (ជំងឺខ្សោយតម្រងនោមជាអចិន្ត្រៃយ៍ដែលត្រូវការលាងឈាម ឬប្តូរតម្រងនោម)។

ទីភ្នាក់ងារសហព័ន្ធដែលទទួលបន្ទុកកម្មវិធី Medicare គឺជាមជ្ឈមណ្ឌលបម្រើសេវាកម្មរបស់ Medicare និង Medicaid ឬ CMS។

ទូរសព្ទលេខ	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) ការហៅទូរសព្ទទៅលេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃ បាន 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។
TTY	1-877-486-2048។ ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតថ្លៃ។ លេខនេះគឺសម្រាប់អ្នកដែលមានបញ្ហាពិបាកស្តាប់ ឬនិយាយ។ អ្នកត្រូវតែមានឧបករណ៍ទូរសព្ទពិសេសដើម្បីទូរសព្ទ។
គេហទំព័រ	www.medicare.gov នេះគឺជាគេហទំព័រ ផ្លូវការរបស់កម្មវិធី Medicare ។ គេហទំព័រនេះផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវព័ត៌មានដែលមានបច្ចុប្បន្នភាពអំពីកម្មវិធី Medicare។ គេហទំព័រនេះក៏មានព័ត៌មានអំពីមន្ទីរពេទ្យ មណ្ឌលថែទាំ វេជ្ជបណ្ឌិត ទីភ្នាក់ងារសុខភាពតាមផ្ទះ មណ្ឌលលាងឈាម មន្ទីរស្តារនីតិសម្បទាសម្រាប់អ្នកជំងឺស្នាក់ព្យាបាល និងមន្ទីរពេទ្យថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយ។ វារួមមានគេហទំព័រ និងលេខទូរសព្ទដែលមានប្រយោជន៍ផងដែរ។ វាក៏មានឯកសារដែលអ្នកអាចបោះពុម្ពបានពីកុំព្យូទ័ររបស់អ្នកផងដែរ។ បើលោកអ្នកមិនមានកុំព្យូទ័រទេ បណ្ណាល័យឬមជ្ឈមណ្ឌលមនុស្សចាស់ក្នុងតំបន់របស់អ្នក អាចជួយអ្នកបានក្នុងការចូលមកកាន់គេហទំព័រដោយប្រើកុំព្យូទ័ររបស់ពួកគេ។ ឬអ្នកអាចទូរសព្ទទៅ Medicare តាមលេខខាងលើ ហើយប្រាប់ពួកគេពីអ្វីដែលអ្នកកំពុងស្វែងរក។ ពួកគេនឹងស្វែងរកព័ត៌មាននៅលើគេហទំព័រ និងពិនិត្យមើលព័ត៌មានជាមួយអ្នក។

H. Medi-Cal

Medi-Cal គឺជាឈ្មោះកម្មវិធី Medicaid របស់រដ្ឋ California។ នេះគឺជាកម្មវិធីធានារ៉ាប់រងសុខភាពសាធារណៈមួយដែលផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពដែលត្រូវការសម្រាប់បុគ្គលដែលមានប្រាក់ចំណូលទាប រួមទាំងគ្រួសារដែលមានកុមារ មនុស្សចាស់ ជនពិការ កុមារ និងយុវជនក្នុងការថែទាំកូនចិញ្ចឹម និងស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ។ Medi-Cal ត្រូវបានផ្តល់ហិរញ្ញប្បទានដោយមូលនិធិរដ្ឋាភិបាលរដ្ឋ និងសហព័ន្ធ។

អត្ថប្រយោជន៍ Medi-Cal រួមបញ្ចូលទាំងសេវាវេជ្ជសាស្ត្រ ការថែទាំធ្មេញ សុខភាពអាកប្បកិរិយា និងសេវាកម្ម និងការគាំទ្ររយៈពេលវែង។

អ្នកបានចុះឈ្មោះក្នុង Medicare និង Medi-Cal។ ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរអំពីអត្ថប្រយោជន៍ Medi-Cal របស់អ្នក សូមទូរសព្ទទៅអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំក្នុងគម្រោងរបស់អ្នក។ ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរអំពីការចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោង Medi-Cal សូមទូរសព្ទទៅផ្នែកជម្រើសនៃការថែទាំសុខភាព។

ទូរសព្ទលេខ	1-800-430-4263 ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 6 ល្ងាច
TTY	1-800-430-7077 លេខនេះគឺសម្រាប់អ្នកដែលមានបញ្ហាក្នុងការស្តាប់ ឬការនិយាយ។ អ្នកត្រូវតែមានឧបករណ៍ទូរសព្ទពិសេសដើម្បីទូរសព្ទ។
សរសេរលិខិតទៅកាន់	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. ការិយាល័យមន្ត្រីបណ្តឹងសាធារណៈរបស់ Medi-Cal Managed Care និងសុខភាពផ្លូវចិត្ត

ការិយាល័យរបស់ Ombudsman ធ្វើការជាអ្នកតស៊ូមតិជំនួសអ្នក។ ពួកគេអាចឆ្លើយនឹងសំណួរបាន ប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហា ឬបណ្តឹងតវ៉ា ហើយអាចជួយអ្នកឱ្យយល់អំពីអ្វីដែលត្រូវធ្វើ។ ការិយាល័យរបស់មន្ត្រីបណ្តឹងសាធារណៈក៏ជួយអ្នកជាមួយនឹងបញ្ហាសេវាកម្ម ឬបញ្ហានៃការចេញវិក្កយបត្រនេះផងដែរ។ ពួកគេមិនមានទំនាក់ទំនងជាមួយគម្រោងរបស់យើង ឬជាមួយក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រង ឬគម្រោងសុខភាពណាមួយឡើយ។ សេវាកម្មរបស់ពួកគេគឺឥតគិតថ្លៃ។

ទូរសព្ទលេខ	1-888-452-8609 ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតថ្លៃ។ ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ចន្លោះម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 5:00 ល្ងាច
TTY	711 ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតថ្លៃ។
សរសេរលិខិតមកកាន់	California Department of Healthcare Services Office of the Ombudsman 1501 Capitol Mall MS 4412 PO Box 997413 Sacramento, CA 95899-7413
អ៊ីមែល	MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov
គេហទំព័រ	www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/MMCDOfficeoftheOmbudsman.aspx

J. សេវាសង្គមកិច្ចប្រចាំខោនធី

ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយជាមួយនឹងអត្ថប្រយោជន៍នៃសេវាផ្តល់ការគាំទ្រតាមផ្ទះ (IHSS) របស់អ្នក សូមទាក់ទងទីភ្នាក់ងារសេវាសង្គមកិច្ចប្រចាំខោនធីក្នុងតំបន់របស់អ្នក។ កម្មវិធីសេវាផ្តល់ការគាំទ្រតាមផ្ទះ (IHSS) អាចផ្តល់សេវាកម្ម ដូច្នេះអ្នកអាចស្ថិតនៅក្នុងផ្ទះរបស់អ្នកដោយសុវត្ថិភាព។ IHSS ត្រូវបានចាត់ទុកថាជាជម្រើសផ្សេងមួយចំពោះការថែទាំនៅក្រៅផ្ទះ ដូចជាមណ្ឌលថែទាំសុខភាព ឬមណ្ឌលថែទាំ និងផ្តល់អាហារ។ ដើម្បីដាក់ពាក្យសុំ IHSS សូមទាក់ទងការិយាល័យរបស់ IHSS ប្រចាំខោនធីក្នុងតំបន់របស់អ្នក។

ទាក់ទងទីភ្នាក់ងារសេវាសង្គមកិច្ចប្រចាំខោនធីរបស់អ្នក ដើម្បីស្នើសុំសេវាផ្តល់ការគាំទ្រនៅតាមផ្ទះ (IHSS) ដែលនឹងជួយបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាកម្មដែលផ្តល់ជូនអ្នក ដើម្បីឱ្យអ្នកអាចស្នាក់នៅដោយសុវត្ថិភាពនៅក្នុងផ្ទះរបស់អ្នកផ្ទាល់។ ប្រភេទនៃសេវាកម្មអាចរួមបញ្ចូលជំនួយក្នុងការរៀបចំអាហារ ការងូតទឹក ការស្លៀកពាក់ ការដើរទិញឥវ៉ាន់ ការបោកគក់ ឬមធ្យោបាយដឹកជញ្ជូន។

សូមទាក់ទងទីភ្នាក់ងារសេវាសង្គមកិច្ចប្រចាំខោនធីរបស់អ្នកសម្រាប់សំណួរណាមួយអំពីសិទ្ធិទទួលបាន Medi-Cal របស់អ្នក។

ទូរសព្ទលេខ	**ខោនធី Riverside៖** (877) 410-8827 ថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ចាប់ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 5 ល្ងាច ម៉ោងក្នុងតំបន់។ ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតថ្លៃ។ **ខោនធី Los Angeles៖** (888) 822-9622 ថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ចាប់ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 5 ល្ងាច ម៉ោងក្នុងតំបន់។ **ខោនធី San Bernardino៖** (909) 387-2240-4544 ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ ចាប់ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ចាប់ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 5 ល្ងាច ម៉ោងក្នុងតំបន់។ ***ខោនធី San Diego៖*** នៅក្នុងខោនធី San Diego៖ (800) 510-2020 ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ ខាងក្រៅខោនធី San Diego៖ (800) 339-4661 ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ ចាប់ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ចាប់ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 5 ល្ងាច ម៉ោងក្នុងតំបន់។
TTY	711 លេខនេះគឺសម្រាប់អ្នកដែលមានបញ្ហាការស្តាប់ ឬការនិយាយ។ អ្នកត្រូវតែមានឧបករណ៍ទូរសព្ទពិសេសដើម្បីទូរសព្ទ។
សរសេរលិខិតទៅកាន់	**Los Angeles County Department of Public Social Services** 2707 South Grand Avenue Los Angeles, CA 90007 **County of Riverside In-Home Supportive Services** 12125 Day Street, S-101 Moreno Valley, CA 92557 **County of San Bernardino In-Home Supportive Services** 686 E. Mill Street, 2nd Floor San Bernardino, CA 92414-0640 **Health and Human Services Agency County of San Diego In-Home Supportive Services** 1600 Pacific Highway, Room 206 San Diego, CA 92101
គេហទំព័រ	https://www.cdss.ca.gov/inforesources/county-ihss-offices

K. ទីភ្នាក់ងារសេវាសុខភាពអាកប្បកិរិយាប្រចាំខោនធី

សេវាថែទាំសុខភាពផ្លូវចិត្តឯកទេសរបស់ Medi-Cal និងសេវាព្យាបាលវិបត្តិផ្លូវចិត្តដោយការប្រើប្រាស់សារធាតុញៀនអាចរកបានសម្រាប់អ្នកតាមរយៈខោនធី ប្រសិនបើអ្នកបំពេញតាមលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យនៃសិទ្ធិចូលប្រើប្រាស់។

ទូរសព្ទលេខ	**នាយកដ្ឋានសុខភាពផ្លូវចិត្តប្រចាំខោនធី Los Angeles៖** (800) 854-7771 ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ បាន 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ **ផ្នែកសុខភាពអាកប្បកិរិយារបស់ប្រព័ន្ធសុខភាពនៃសាកលវិទ្យាល័យ Riverside ការចូលប្រើប្រាស់និងការបញ្ជូនបន្ត ការវាយតម្លៃ និងបណ្តាញទូរសព្ទជំនួយ (CARES) របស់សហគមន៍៖** (800) 499-3008 ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ ថ្ងៃចន្ទ - ថ្ងៃសុក្រ ម៉ោង 8 ព្រឹក - ម៉ោង 5:30 ល្ងាច ម៉ោងក្នុងតំបន់។ **ខោនធី San Bernardino - នាយកដ្ឋានសុខភាពអាកប្បកិរិយា៖** (888) 743-1478 ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ បាន 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ **ខោនធី San Diego - សេវាសុខភាពផ្លូវចិត្ត៖** (888) 724-7240 ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ បាន 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ យើងមានសេវាកម្មអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ដោយឥតគិតថ្លៃសម្រាប់អ្នកមិននិយាយភាសាអង់គ្លេស។
TTY	711 ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ លេខនេះគឺសម្រាប់អ្នកដែលមានបញ្ហាក្នុងការស្តាប់ ឬការនិយាយ។ អ្នកត្រូវតែមានឧបករណ៍ទូរសព្ទពិសេសដើម្បីទូរសព្ទ។

ទាក់ទងទីភ្នាក់ងារសុខភាពអាកប្បកិរិយាប្រចាំខោនធីសម្រាប់ជំនួយទាក់ទងនឹង៖

- សំណួរអំពីសេវាសុខភាពផ្លូវចិត្តឯកទេសដែលផ្តល់ដោយខោនធី
- សំណួរអំពីសេវាកម្មវិបត្តិនៃការប្រើប្រាស់សារធាតុញៀនដែលផ្តល់ដោយខោនធី

L. ក្រសួងថែទាំសុខភាពក្រោមការគ្រប់គ្រងរដ្ឋ California

ក្រសួងថែទាំសុខភាពក្រោមការគ្រប់គ្រងនៃរដ្ឋ California (DMHC) ជាអ្នកទទួលខុសត្រូវចំពោះការគ្រប់គ្រងគម្រោងសុខភាព។ មជ្ឈមណ្ឌលជំនួយ DMHC អាចជួយអ្នកចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ និងបណ្តឹងតវ៉ាអំពីសេវានៃកម្មវិធី Medi-Cal។

ទូរសព្ទលេខ	1-888-466-2219 អ្នកតំណាង DMHC អាចរកបាននៅចន្លោះម៉ោង 8:00 ព្រឹកនិង 6:00 ល្ងាច ចាប់ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ។
TDD	1-877-688-9891 លេខនេះគឺសម្រាប់អ្នកដែលមានបញ្ហាក្នុងការស្តាប់ ឬការនិយាយ។ អ្នកត្រូវតែមានឧបករណ៍ទូរសព្ទពិសេសដើម្បីទូរសព្ទ។
សរសេរលិខិតទៅកាន់	Help Center California Department of Managed Health Care 980 Ninth Street, Suite 500 Sacramento, CA 95814-2725
ទូរសារ	1-916-255-5241
គេហទំព័រ	www.dmhc.ca.gov

M. កម្មវិធីដើម្បីជួយប្រជាជនបង់ប្រាក់ថ្លៃឱសថមានវេជ្ជបញ្ជារបស់ពួកគេ

គេហទំព័រ Medicare.gov (www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/costs-in-the-coverage-gap/5-ways-to-get-help-with-prescription-costs) ផ្តល់ព័ត៌មានអំពីរបៀបកាត់បន្ថយថ្លៃចំណាយលើឱសថមានវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក។ សម្រាប់អ្នកដែលមានប្រាក់ចំណូលមានកម្រិត ក៏មានកម្មវិធីផ្សេងៗទៀតដើម្បីជួយ ដូចបានដូចរៀបរាប់ខាងក្រោម។

M1. ជំនួយបន្ថែម

ដោយសារតែអ្នកមានសិទ្ធិទទួលបាន Medi-Cal អ្នកមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ ហើយកំពុងទទួលបាន “ជំនួយបន្ថែម” ពី Medicare ដើម្បីបង់ប្រាក់លើថ្លៃចំណាយនៃគម្រោងឱសថមានវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក។ អ្នកមិនចាំបាច់ធ្វើអ្វីឡើយ ដើម្បីទទួលបាន “ជំនួយបន្ថែម”។

ទូរសព្ទលេខ	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) ការហៅទូរសព្ទទៅលេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃ បាន 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។
TTY	1-877-486-2048 ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ លេខនេះគឺសម្រាប់អ្នកដែលមានបញ្ហាពិបាកស្តាប់ ឬនិយាយ។ អ្នកត្រូវតែមានឧបករណ៍ទូរសព្ទពិសេសដើម្បីទូរសព្ទ។
គេហទំព័រ	www.medicare.gov

N. របបសន្តិសុខសង្គម

របបសន្តិសុខសង្គមកំណត់សិទ្ធិទទួលបាន និងដោះស្រាយការចុះឈ្មោះសម្រាប់ Medicare។ ពលរដ្ឋអាមេរិក និងអ្នករស់នៅអចិន្ត្រៃយ៍ដោយស្របច្បាប់ដែលមានអាយុចាប់ពី 65 ឆ្នាំឡើងទៅ ឬមានពិការភាព ឬជំងឺតម្រងនោមដំណាក់កាលចុងក្រោយ (ESRD) និងបំពេញតាមលក្ខខណ្ឌជាក់លាក់ មានសិទ្ធិទទួលបាន Medicare។ ប្រសិនបើអ្នកកំពុងទទួលបានការពិនិត្យរបបសន្តិសុខសង្គមរួចហើយ ការចុះឈ្មោះចូល Medicare គឺដោយស្វ័យប្រវត្តិ។ ប្រសិនបើអ្នកមិនទទួលបានការពិនិត្យរបបសន្តិសុខសង្គមទេ នោះអ្នកត្រូវតែចុះឈ្មោះក្នុង Medicare។ ដើម្បីដាក់ពាក្យសុំ Medicare អ្នកអាចទូរសព្ទទៅរបបសន្តិសុខសង្គម ឬចូលទៅកាន់ការិយាល័យរបបសន្តិសុខសង្គមក្នុងតំបន់របស់អ្នក។

ប្រសិនបើអ្នកប្តូរទីលំនៅ ឬផ្លាស់ប្តូរអាសយដ្ឋានប្រៃសណីយ៍របស់អ្នក វាមានសារៈសំខាន់ណាស់ដែលអ្នកត្រូវទាក់ទងរបបសន្តិសុខសង្គមដើម្បីឱ្យពួកគេបានដឹង។

ទូរសព្ទលេខ	1-800-772-1213 ការហៅទៅកាន់លេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ មានចាប់ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 7:00 យប់ ថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ។ អ្នកអាចប្រើសេវាទូរសព្ទស្វ័យប្រវត្តិរបស់ពួកគេដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានដែលបានកត់ត្រា និងធ្វើអាជីវកម្មមួយចំនួនក្នុងរយៈពេល 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ។
TTY	1-800-325-0778 លេខនេះគឺសម្រាប់អ្នកដែលមានបញ្ហាពិបាកស្តាប់ ឬនិយាយ។ អ្នកត្រូវតែមានឧបករណ៍ទូរសព្ទពិសេសដើម្បីទូរសព្ទ។
គេហទំព័រ	www.ssa.gov

O. ក្រុមប្រឹក្សាកម្មករផ្លូវដែកដែលចូលនិវត្តន៍ (RRB)

RRB គឺជាទីភ្នាក់ងារសហព័ន្ធឯករាជ្យដែលគ្រប់គ្រងកម្មវិធីអត្ថប្រយោជន៍យ៉ាងទូលំទូលាយសម្រាប់កម្មករផ្លូវដែករបស់ប្រទេស និងក្រុមគ្រួសាររបស់ពួកគេ។ ប្រសិនបើអ្នកទទួលបាន Medicare តាមរយៈ RRB វាជារឿងសំខាន់ដែលអ្នកត្រូវប្រាប់ពួកគេឱ្យដឹង ប្រសិនបើអ្នកផ្លាស់ទីលំនៅ ឬប្តូរអាសយដ្ឋានប្រៃសណីយ៍របស់អ្នក។ ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរទាក់ទងនឹងអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នកពី RRB សូមទាក់ទងទៅទីភ្នាក់ងារ។

ទូរសព្ទលេខ	1-877-772-5772 ការហៅទៅកាន់លេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ ប្រសិនបើអ្នកចុច “0” អ្នកអាចនិយាយជាមួយអ្នកតំណាង RRB ពីម៉ោង 9 ព្រឹកដល់ម៉ោង 3:30 រសៀល ថ្ងៃចន្ទ អង្គារ ព្រហស្បតិ៍ និងថ្ងៃសុក្រ និងពីម៉ោង 9 ព្រឹកដល់ម៉ោង 12 ថ្ងៃត្រង់នៅថ្ងៃពុធ។ ប្រសិនបើអ្នកចុច “1” អ្នកអាចចូលប្រើបណ្តាញទូរសព្ទជំនួយរបស់ RRB ដោយស្វ័យប្រវត្តិ និងព័ត៌មានដែលបានកត់ត្រា 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ រួមទាំងថ្ងៃចុងសប្តាហ៍ និងថ្ងៃសម្រាកផងដែរ។
TTY	1-312-751-4701 លេខនេះគឺសម្រាប់អ្នកដែលមានបញ្ហាពិបាកស្តាប់ ឬនិយាយ។ អ្នកត្រូវតែមានឧបករណ៍ទូរសព្ទពិសេសដើម្បីទូរសព្ទ។ ការហៅទូរសព្ទទៅកាន់លេខនេះគឺ*មិនមែន*ដោយឥតគិតថ្លៃនោះទេ។
គេហទំព័រ	www.rrb.gov

P. ការធានារ៉ាប់រងជាក្រុម ឬការធានារ៉ាប់រងផ្សេងទៀតពីនិយោជក

ប្រសិនបើអ្នក (ឬប្តីឬប្រពន្ធ ឬដៃគូរស់នៅជាមួយគ្នារបស់អ្នក) ទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ពី (ឬប្តីឬប្រពន្ធរបស់ ឬដៃគូរស់នៅជាមួយគ្នារបស់អ្នករបស់) និយោជក ឬក្រុមនិវត្តជនរបស់អ្នក ដែលជាផ្នែកមួយនៃគម្រោងនេះ អ្នកអាចទូរសព្ទទៅអ្នកគ្រប់គ្រងអត្ថប្រយោជន៍និយោជក/សហជីព ឬផ្នែកបម្រើសេវាសមាជិក ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរណាមួយ។ អ្នកអាចសួរអំពី (ឬប្តីឬប្រពន្ធរបស់ ឬដៃគូរស់នៅជាមួយគ្នារបស់អ្នករបស់) អត្ថប្រយោជន៍អំពីសុខភាពនិយោជក ឬក្រុមនិវត្តជនរបស់អ្នក ថ្លៃធានារ៉ាប់រង ឬរយៈពេលនៃការចុះឈ្មោះ។ អ្នកក៏អាចទូរសព្ទបានផងដែរទៅកាន់លេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) TTY: 1-877-486-2048) ជាមួយនឹងសំណួរទាក់ទងនឹងការធានារ៉ាប់រង Medicare របស់អ្នកស្ថិតក្រោមគម្រោងនេះ។

ប្រសិនបើអ្នកមានការធានារ៉ាប់រងលើឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាផ្សេងទៀតតាមរយៈនិយោជករបស់អ្នក (ឬនិយោជករបស់ប្តីឬប្រពន្ធអ្នក ឬដៃគូរស់នៅជាមួយគ្នា) ឬក្រុមនិវត្តជន សូមទាក់ទង**អ្នកគ្រប់គ្រងអត្ថប្រយោជន៍របស់ក្រុមនោះ។** អ្នកគ្រប់គ្រងអត្ថប្រយោជន៍អាចជួយឱ្យអ្នកកំណត់ពីរបៀបដែលការធានារ៉ាប់រងឱសថមានវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកបច្ចុប្បន្ននឹងដំណើរការជាមួយគម្រោងរបស់យើង។

Q. ធនធានផ្សេងទៀត

កម្មវិធី Medicare Medi-Cal Ombuds Program ផ្តល់ជំនួយដោយឥតគិតថ្លៃដើម្បីជួយមនុស្សដែលកំពុងជួបការលំបាកក្នុងការទទួលបាន ឬរក្សាការធានារ៉ាប់រងសុខភាព និងដោះស្រាយបញ្ហាជាមួយគម្រោងសុខភាពរបស់ពួកគេ។
ប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហាជាមួយនឹង៖

- Medi-Cal
- Medicare
- គម្រោងសុខភាពរបស់អ្នក
- ការទទួលបានសិទ្ធិចូលប្រើសេវាវេជ្ជសាស្ត្រ
- ការដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ចំពោះសេវាកម្ម ឱសថ ឧបករណ៍វេជ្ជសាស្ត្រសម្រាប់ប្រើរយៈពេលយូរ (DME) សេវាសុខភាពផ្លូវចិត្ត ជាដើម ដែលត្រូវបានបដិសេធ
- ការចេញវិក្កយបត្រផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ
- IHSS (សេវាផ្តល់ការគាំទ្រនៅតាមផ្ទះ)

កម្មវិធី Medicare Medi-Cal Ombuds Program ជួយជាមួយនឹងបណ្តឹងតវ៉ា បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ និងសវនាការ។ លេខទូរសព្ទសម្រាប់ កម្មវិធី Ombuds Program មានលេខ 1-855-501-3077។

R. កម្មវិធី Medi-Cal Dental Program

សេវាសុខភាពធ្មេញជាក់លាក់អាចរកបានតាមរយៈកម្មវិធី Medi-Cal Dental Program រួមមានជាអាទិ៍នូវសេវាកម្មដូចជា៖

- ការពិនិត្យដំបូង ការថតកាំរស្មីអ៊ិច ការសម្អាត និងការព្យាបាលដោយសារធាតុភ្លុយអរ
- ការស្តារឡើងវិញ និងស្រោបធ្មេញ
- ការព្យាបាលឫសធ្មេញ
- ធ្មេញពាក់ដោយផ្នែក និងធ្មេញពាក់ពេញលេញ ការកែតម្រូវ ការព្យាបាល និងការពត់ធ្មេញ

អត្ថប្រយោជន៍នៃសុខភាពធ្មេញអាចរកបានតាមរយៈMedi-Cal Dental Fee-for-Service (FFS) ដែលជាសេវាកម្មគិតតម្លៃតាមការព្យាបាល កម្មវិធី Dental Managed Care (DMC) និងគម្រោងសុខភាពរបស់ San Mateo។

ទូរសព្ទលេខ	1-800-322-6384 ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ អ្នកតំណាងកម្មវិធីសុខភាពធ្មេញ Medi-Cal FFS អាចរកបានដើម្បីជួយអ្នកពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 5:00 ល្ងាចពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ។
TTY	1-800-735-2922 លេខនេះគឺសម្រាប់អ្នកដែលមានបញ្ហាពិបាកស្តាប់ ឬនិយាយ។ អ្នកត្រូវតែមានឧបករណ៍ទូរសព្ទពិសេសដើម្បីទូរសព្ទ។
គេហទំព័រ	www.dental.dhcs.ca.gov smilecalifornia.org

ជំនួសឱ្យកម្មវិធីគិតថ្លៃចំណាយតាមសេវារបស់ Medi-Cal Dental អ្នកអាចទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍សុខភាពធ្មេញតាមរយៈគម្រោងថែទាំសុខភាពធ្មេញក្រោមការគ្រប់គ្រង។ គម្រោងថែទាំសុខភាពធ្មេញដែលមានការគ្រប់គ្រងអាចរកបាននៅក្នុងខោនធី Sacramento និងខោនធី Los Angeles។ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការព័ត៌មានបន្ថែមអំពីគម្រោងសុខភាពធ្មេញ ឬចង់ផ្លាស់ប្តូរគម្រោងថែទាំសុខភាពធ្មេញ សូមទាក់ទងទៅកាន់ផ្នែកជម្រើសនៃការថែទាំ តាមរយៈទូរសព្ទលេខ 1-800-430-4263 (អ្នកប្រើប្រាស់ TTY សូមទូរសព្ទទៅកាន់លេខ 1-800-430-7077) ចាប់ពីថ្ងៃចន្ទ រហូតដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹកដល់ម៉ោង 6:00 ល្ងាច។ ការហៅទូរសព្ទទៅលេខនេះដោយមិនគិតថ្លៃ។ ទំនាក់ទំនង DMC អាចក៏មាននៅទីនេះផងដែរតាមរយៈគេហទំព័រ៖
https://www.dhcs.ca.gov/services/Pages/ManagedCarePlanDirectory.aspx។

ជំពូកទី 3៖ ការប្រើប្រាស់ការធានារ៉ាប់រងនៃគម្រោងរបស់យើងសម្រាប់ការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក និងសេវាកម្មដែលមានការធានារ៉ាប់រងផ្សេងទៀត

ការណែនាំ

ជំពូកនេះមានលក្ខខណ្ឌ និងច្បាប់ជាក់លាក់មួយដែលអ្នកត្រូវដឹងដើម្បីទទួលបានការថែទាំសុខភាព និងសេវាកម្មដែលមានការធានារ៉ាប់រងផ្សេងទៀតពីគម្រោងរបស់យើង។ វាក៏ប្រាប់អ្នកអំពីអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នក របៀបទទួលបានការថែទាំពីប្រភេទផ្សេងៗនៃអ្នកផ្តល់សេវា និងក្នុងកាលៈទេសៈជាក់លាក់មួយចំនួន (រួមទាំងពីអ្នកផ្តល់សេវា ឬឱសថស្ថានក្រៅបណ្តាញ) អ្វីដែលត្រូវធ្វើ ប្រសិនបើអ្នកទទួលបានចេញវិក្កយបត្របង់ប្រាក់ដោយផ្ទាល់សម្រាប់សេវាកម្មដែលយើងធានារ៉ាប់រង និងច្បាប់សម្រាប់ការក្លាយជាម្ចាស់ឧបករណ៍វេជ្ជសាស្ត្រប្រើបានយូរ (DME)។ ពាក្យគន្លឹះ និងនិយមន័យរបស់ពាក្យគន្លឹះទាំងនោះមានតាមលំដាប់អក្ខរក្រមក្នុងជំពូកចុងក្រោយនៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*របស់អ្នក។

តារាងមាតិកា

A. ព័ត៌មានអំពីសេវាកម្ម និងអ្នកផ្តល់សេវា 32
B. ច្បាប់សម្រាប់ការទទួលបានសេវាកម្មដែលគម្រោងរបស់យើងធានារ៉ាប់រង 32
C. អ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នក 33
C1. អ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំគឺជាអ្វី 33
C2. របៀបដែលអ្នកអាចទាក់ទងអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នកបាន 33
C3. របៀបដែលអ្នកអាចផ្លាស់ប្តូរអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នកបាន 33
D. ការថែទាំពីអ្នកផ្តល់សេវា 34
D1. ការថែទាំពីអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំបឋម (PCP) 34
D2. ការថែទាំពីអ្នកឯកទេស និងអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញផ្សេងទៀត 35
D3. នៅពេលអ្នកផ្តល់សេវាចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើង 36
D4. អ្នកផ្តល់សេវាក្រៅបណ្តាញ 37
E. សេវាកម្ម និងការគាំទ្ររយៈពេលវែង (LTSS) 38
F. សេវាសុខភាពអាកប្បកិរិយា (សុខភាពផ្លូវចិត្ត និងវិបត្តិផ្លូវចិត្តដោយការប្រើប្រាស់សារធាតុញៀន) 38
F1. សេវាសុខភាពអាកប្បកិរិយា Medi-Cal ផ្តល់ជូននៅខាងក្រៅគម្រោងរបស់យើង 38
G. សេវាកម្មនៃមធ្យោបាយដឹកជញ្ជូន 40
G1. មធ្យោបាយដឹកជញ្ជូនផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រនៃស្ថានភាពដែលមិនមែនជាករណីក្នុងគ្រាអាសន្ន 40
G2. មធ្យោបាយធ្វើដំណើរមិនមែនផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ 41
H. សេវាកម្មដែលមានការធានារ៉ាប់រងក្នុងគ្រាអាសន្នផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ នៅពេលត្រូវការជាបន្ទាន់ ឬក្នុងអំឡុងពេលមានគ្រោះមហន្តរាយ 42
H1. ការថែទាំក្នុងគ្រាអាសន្នផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ 42
H2. ការថែទាំដែលត្រូវការជាបន្ទាន់ 43
H3. ថែទាំក្នុងអំឡុងពេលមានគ្រោះមហន្តរាយ 43
I. អ្វីដែលត្រូវធ្វើ ប្រសិនបើអ្នកទទួលបានវិក្កយបត្រគិតប្រាក់ដោយផ្ទាល់សម្រាប់សេវាកម្មដែលគម្រោងរបស់យើងធានារ៉ាប់រង 44
I1. អ្វីដែលត្រូវធ្វើប្រសិនបើគម្រោងរបស់យើងមិនធានារ៉ាប់រងលើសេវាកម្ម 44
J. ការធានារ៉ាប់រងនៃសេវាថែទាំសុខភាពនៅក្នុងការសិក្សាស្រាវជ្រាវលើការព្យាបាល 44
J1. និយមន័យនៃការសិក្សាស្រាវជ្រាវលើការព្យាបាល 44
J2. ការបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាកម្ម នៅពេលអ្នកចូលរួមក្នុងការសិក្សាស្រាវជ្រាវលើការព្យាបាល 45

J3. ស្វែងយល់បន្ថែមទៀតអំពីការសិក្សាស្រាវជ្រាវលើការព្យាបាល 45
K. របៀបដែលសេវាថែទាំសុខភាពរបស់អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងនៅក្នុងគ្រឹះស្ថានថែទាំសុខភាពតាមបែបសាសនាដែលមិនមែនជាលក្ខណៈវេជ្ជសាស្ត្រ 45
K1. និយមន័យនៃមណ្ឌលថែទាំសុខភាពតាមបែបសាសនាដែលគ្មានលក្ខណៈវេជ្ជសាស្ត្រ 45
K2. ការថែទាំពីមណ្ឌលថែទាំសុខភាពតាមបែបសាសនាដែលគ្មានលក្ខណៈវេជ្ជសាស្ត្រ 46
L. ឧបករណ៍វេជ្ជសាស្ត្រសម្រាប់ប្រើរយៈពេលយូរ (DME) 46
L1. DME ជាសមាជិកនៃគម្រោងរបស់យើង 46
L2. កម្មសិទ្ធិ DME ប្រសិនបើអ្នកប្តូរទៅ Original Medicare 46
L3. អត្ថប្រយោជន៍ឧបករណ៍ផ្តល់អុកស៊ីសែនក្នុងនាមជាសមាជិកនៃគម្រោងរបស់យើង 47
L4. ឧបករណ៍ផ្តល់អុកស៊ីសែននៅពេលអ្នកប្តូរទៅគម្រោង Original Medicare ឬគម្រោង Medicare Advantage (MA) ផ្សេងទៀត 47

A. ព័ត៌មានអំពីសេវាកម្ម និងអ្នកផ្តល់សេវា

សេវាកម្មគឺជាការថែទាំសុខភាព សេវាកម្ម និងការគាំទ្ររយៈពេលវែង (LTSS) សម្ភារផ្គត់ផ្គង់ សេវាសុខភាពអាកប្បកិរិយា ឱសថមានវេជ្ជបញ្ជា និងឱសថមិនតម្រូវឱ្យមានវេជ្ជបញ្ជា ឧបករណ៍ និងសេវាកម្មផ្សេងទៀត។ **សេវាកម្មដែលទទួលបានធានារ៉ាប់រង**គឺជាសេវាកម្មណាមួយក្នុងចំណោមសេវាកម្មទាំងនេះ ដែលគម្រោងរបស់យើងជាបង់ប្រាក់ឱ្យ។ ការថែទាំសុខភាពដែលមានការធានារ៉ាប់រង សុខភាពអាកប្បកិរិយា និង LTSS មាននៅក្នុង**ជំពូកទី 4** នៃសៀវភៅណែនាំសមាជិករបស់អ្នក។ សេវាកម្មដែលមានការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកសម្រាប់ឱសថមានវេជ្ជបញ្ជា និងឱសថដែលមិនតម្រូវឱ្យមានវេជ្ជបញ្ជាគឺស្ថិតនៅក្នុង**ជំពូកទី 5** នៃសៀវភៅណែនាំសមាជិករបស់អ្នក។

អ្នកផ្តល់សេវាគឺជាវេជ្ជបណ្ឌិត គិលានុបដ្ឋាយិកា និងអ្នកដទៃទៀតដែលផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវសេវាកម្ម និងការថែទាំ។ អ្នកផ្តល់សេវាក៏រាប់បញ្ចូលទាំងមន្ទីរពេទ្យ ទីភ្នាក់ងារថែទាំសុខភាពតាមផ្ទះ គ្លីនិក និងទីកន្លែងផ្សេងទៀតដែលផ្តល់ជូនអ្នកនូវសេវាកម្មថែទាំសុខភាព សេវាកម្មសុខភាពអាកប្បកិរិយា បរិក្ខារវេជ្ជសាស្ត្រ និង LTSS ជាក់លាក់។

អ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញគឺជាអ្នកផ្តល់សេវាដែលធ្វើការជាមួយគម្រោងរបស់យើង។ អ្នកផ្តល់សេវាទាំងនេះយល់ព្រមទទួលយកការបង់ប្រាក់របស់យើងជាការបង់ប្រាក់ពេញលេញ។ អ្នកផ្តល់សេវាកម្មក្នុងបណ្តាញ ធ្វើប័ណ្ណទារប្រាក់ដោយផ្ទាល់ ចំពោះថ្លៃថែទាំរបស់លោកអ្នកមកកាន់យើងខ្ញុំ។ នៅពេលអ្នកឃើញអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ ជាធម្មតាអ្នកគ្មានបង់ប្រាក់ សម្រាប់សេវាដែលមានការធានារ៉ាប់រងទេ។

B. ច្បាប់សម្រាប់ការទទួលបានសេវាកម្មដែលគម្រោងរបស់យើងធានារ៉ាប់រង

គម្រោងរបស់យើងធានារ៉ាប់រងលើសេវាកម្មទាំងអស់ដែលមានការធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare និងសេវាកម្ម Medi-Cal ភាគច្រើន។ នេះរួមបញ្ចូលទាំងសុខភាពអាកប្បកិរិយាជាក់លាក់ និង LTSS។

ជាទូទៅ គម្រោងរបស់យើងនឹងបង់ថ្លៃសេវាថែទាំសុខភាព សេវាសុខភាពអាកប្បកិរិយា និង LTSS ជាច្រើនដែលអ្នកទទួលបាននៅពេលអ្នកអនុវត្តតាមច្បាប់របស់យើង។ ដើម្បីទទួលបានការធានារ៉ាប់រងពីគម្រោងរបស់យើង៖

- ការថែទាំដែលអ្នកទទួលបានត្រូវតែជា**អត្ថប្រយោជន៍របស់គម្រោង។** នេះមានន័យថាយើងរួមបញ្ចូលនៅក្នុងតារាងអត្ថប្រយោជន៍របស់យើងនៅក្នុង**ជំពូកទី 4** នៃ*សៀវភៅណែនាំសមាជិក*របស់អ្នក។
- ការថែទាំត្រូវតែ **ចាំបាច់ខាងផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ។** តាមតម្រូវការផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ យើងជាសេវាដ៏សំខាន់ដែលមានលក្ខណៈសមហេតុផល និងការពារអាយុជីវិត។ ការថែទាំចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រតម្រូវឱ្យរក្សាបុគ្គលម្នាក់ៗមិនឱ្យធ្លាក់ខ្លួនឈឺធ្ងន់ធ្ងរ ឬក្លាយជាជនមានពិការភាព និងកាត់បន្ថយការឈឺចាប់ធ្ងន់ធ្ងរដោយការព្យាបាលជំងឺ រោគ ឬរបួស។

សម្រាប់សេវាវេកម្មជ្ជសាស្ត្រ អ្នកត្រូវតែមាន **អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំបឋម (PCP)** ក្នុងបណ្តាញដែលចេញវេជ្ជបញ្ជាលើការថែទាំ ឬប្រាប់អ្នកឱ្យប្រើប្រាស់សេវាកម្មរបស់វេជ្ជបណ្ឌិតផ្សេងទៀត។ ក្នុងនាមជាសមាជិករបស់គម្រោង អ្នកត្រូវជ្រើសរើសអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញដើម្បីធ្វើជា PCP របស់អ្នក។

- ◦ ក្នុងករណីជាច្រើន PCP ក្នុងបណ្តាញរបស់អ្នក ឬគម្រោងរបស់យើងត្រូវតែផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវការយល់ព្រម មុនពេលអ្នកអាចប្រើអ្នកផ្តល់សេវាដែលមិនមែនជា PCP របស់អ្នក ឬប្រើអ្នកផ្តល់សេវាផ្សេងទៀតនៅក្នុងបណ្តាញនៃគម្រោងរបស់យើងបាន។ វាហៅថា **ការបញ្ជូនបន្ត**។ ប្រសិនបើអ្នកមិនទទួលបានការយល់ព្រមទេ នោះយើងអាចនឹងមិនធានារ៉ាប់រងលើសេវាកម្មនោះបានទេ។
- ◦ PCP របស់គម្រោងយើងមានទំនាក់ទំនងជាមួយក្រុមវេជ្ជសាស្ត្រ។ នៅពេលអ្នកជ្រើសរើស PCP របស់អ្នក អ្នកក៏កំពុងជ្រើសរើសក្រុមវេជ្ជសាស្ត្រដែលមានទំនាក់ទំនងនឹងគ្នាផងដែរ។ នេះមានន័យថា PCP របស់អ្នកនឹងធ្វើការបញ្ជូនអ្នកបន្តទៅកាន់អ្នកឯកទេស និងសេវាកម្មនានាដែលមានទំនាក់ទំនងជាមួយក្រុមវេជ្ជសាស្ត្ររបស់ពួកគេផងដែរ។ ក្រុមវេជ្ជសាស្ត្រគឺជាសមាគមនៃ PCP និងអ្នកឯកទេសដែលបង្កើតឡើងដើម្បីផ្តល់នូវសេវាថែទាំសុខភាពដែលមានការសម្របសម្រួលដល់អ្នក។
- ◦ អ្នកមិនចាំបាច់ត្រូវការមានការបញ្ជូនបន្តពី PCP របស់អ្នកសម្រាប់ការថែទាំក្នុងគ្រាអាសន្ន ឬការថែទាំបន្ទាន់ដែលចាំបាច់ ដើម្បីប្រើប្រាស់អ្នកផ្តល់សេវាសុខភាពរបស់ស្ត្រី ឬសម្រាប់សេវាកម្មផ្សេងទៀតដែលបានរាយក្នុងផ្នែក D1 នៃជំពូកនេះទេ។

អ្នកត្រូវតែទទួលបានការថែទាំរបស់អ្នកពីអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ ដែលមានទំនាក់ទំនងជាមួយនឹងក្រុមវេជ្ជសាស្ត្ររបស់ PCP របស់អ្នក។ ជាធម្មតា យើងនឹងមិនធានារ៉ាប់រងលើការថែទាំពីអ្នកផ្តល់សេវាដែលមិនធ្វើការជាមួយគម្រោងសុខភាពរបស់យើង និងក្រុមវេជ្ជសាស្ត្រនៃ PCP របស់អ្នកឡើយ។ នេះមានន័យថាអ្នកនឹងត្រូវបង់ប្រាក់ពេញលេញឱ្យអ្នកផ្តល់សេវាចំពោះសេវាកម្មដែលបានផ្តល់ជូន។ ទាំងនេះគឺជាករណីមួយចំនួននៅពេលច្បាប់នេះមិនអាចយកមកអនុវត្តបាន៖

- ◦ យើងធានារ៉ាប់រងលើការថែទាំក្នុងគ្រាអាសន្ន ឬដែលត្រូវការបន្ទាន់ពីអ្នកផ្តល់សេវាក្រៅបណ្តាញ (សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមមើល**ផ្នែក H** នៅក្នុងជំពូកនេះ)។

- ◦ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការការថែទាំដែលគម្រោងរបស់យើងធានារ៉ាប់រង ហើយអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញរបស់យើងខ្ញុំមិនអាចផ្តល់ឱ្យអ្នកបាន នោះអ្នកអាចទទួលការថែទាំនេះពីអ្នកផ្តល់សេវាកម្មក្រៅបណ្តាញបាន។ ក្នុងស្ថានភាពនេះ យើងធានារ៉ាប់រងលើការថែទាំហាក់ដូចជាអ្នកបានទទួលសេវាកម្មពីអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ **ឬ**ដោយមិនគិតថ្លៃចំពោះអ្នក។
- ◦ យើងធានារ៉ាប់រងលើសេវាលាងឈាមតម្រងនោម នៅពេលអ្នកនៅខាងក្រៅតំបន់សេវាកម្មនៃគម្រោងរបស់យើងក្នុងរយៈពេលខ្លី ឬនៅពេលដែលអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកមិនមានជាបណ្តោះអាសន្ន ឬមិនអាចចូលប្រើបាន។ អ្នកអាចទទួលបានសេវាកម្មទាំងនេះនៅមណ្ឌលលាងឈាមដែលមានការបញ្ជាក់ពី Medicare។ ការចែករំលែកថ្លៃចំណាយដែលអ្នកបង់ប្រាក់សម្រាប់ការលាងឈាមមិនអាចលើសពីការចែករំលែកថ្លៃចំណាយនៅក្នុង Original Medicare ឡើយ។ ប្រសិនបើអ្នកនៅក្រៅតំបន់សេវាកម្មរបស់គម្រោង ហើយទទួលការលាងឈាមពីអ្នកផ្តល់សេវាដែលនៅក្រៅបណ្តាញនៃគម្រោង ការចែករំលែកថ្លៃចំណាយរបស់អ្នកមិនអាចលើសពីការចែករំលែកថ្លៃចំណាយដែលអ្នកបង់ក្នុងបណ្តាញនោះទេ។ ទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយ ប្រសិនបើអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញធម្មតារបស់អ្នកសម្រាប់ការលាងឈាមមិនមានជាបណ្តោះអាសន្ន ហើយអ្នកជ្រើសរើសទទួលយកសេវាកម្មនៅក្នុងតំបន់សេវាកម្មពីអ្នកផ្តល់សេវាក្រៅបណ្តាញ ថ្លៃចែករំលែកថ្លៃចំណាយសម្រាប់ការលាងឈាមអាចខ្ពស់ជាងនេះ។
- ◦ នៅពេលអ្នកចូលរួមក្នុងគម្រោងរបស់យើងលើកដំបូង អ្នកអាចស្នើសុំបន្តប្រើប្រាស់សេវាកម្មរបស់អ្នកផ្តល់សេវាបច្ចុប្បន្នរបស់អ្នកបាន។ ជាមួយនឹងការលើកលែងមួយចំនួន យើងត្រូវយល់ព្រមលើសំណើនេះ ប្រសិនបើយើងអាចបង្ហាញថាអ្នកមានទំនាក់ទំនងដែលមានស្រាប់ជាមួយអ្នកផ្តល់សេវានោះ។ សូមមើល**ជំពូកទី 1** នៃ*សៀវភៅណែនាំសមាជិករបស់អ្នក*។ ប្រសិនបើយើងយល់ព្រមលើសំណើរបស់អ្នក អ្នកអាចបន្តប្រើសេវាកម្មរបស់អ្នកផ្តល់សេវាដែលអ្នកប្រើបច្ចុប្បន្ននេះរហូតដល់រយៈពេល 12 ខែសម្រាប់សេវាកម្មនោះ។ ក្នុងអំឡុងពេលនោះ អ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នកនឹងទាក់ទងអ្នកដើម្បីជួយអ្នកស្វែងរកអ្នកផ្តល់សេវានៅក្នុងបណ្តាញរបស់យើងដែលមានទំនាក់ទំនងជាមួយក្រុមវេជ្ជសាស្ត្រនៃ PCP របស់អ្នក។ បន្ទាប់ពី 12 ខែមក យើងលែងធានារ៉ាប់រងលើការថែទាំរបស់អ្នកតទៅទៀតហើយ ប្រសិនបើអ្នកបន្តប្រើអ្នកផ្តល់សេវាដែលមិនស្ថិតនៅក្នុងបណ្តាញរបស់យើង ហើយមិនមានទំនាក់ទំនងជាមួយនឹងក្រុមវេជ្ជសាស្ត្ររបស់ PCP របស់អ្នក។

សមាជិកថ្មីចំពោះគម្រោង Molina Medicare Complete Care Plus៖ ក្នុងករណីភាគច្រើន អ្នកនឹងត្រូវបានចុះឈ្មោះនៅក្នុងគម្រោង Molina Medicare Complete Care Plus សម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍ Medicare របស់អ្នកនៅថ្ងៃទី 1 នៃខែ បន្ទាប់ពីអ្នកស្នើសុំឱ្យចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោង Molina Medicare Complete Care Plus។ អ្នកនៅតែអាចទទួលបានសេវា Medi-Cal របស់អ្នកពីគម្រោងសុខភាព Medi-Cal ពីមុនរបស់អ្នកសម្រាប់រយៈពេលមួយខែបន្ថែមទៀត។ បន្ទាប់មក អ្នកនឹងទទួលបានសេវា Medi-Cal របស់អ្នកតាមរយៈគម្រោង Molina Medicare Complete Care Plus។ វានឹងមិនមានគម្លាតក្នុងការធានារ៉ាប់រង Medi-Cal របស់អ្នកទេ។ សូមហៅទូរសព្ទមកយើងតាមរយៈលេខ (855) 665-4627 TTY: 711 ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរណាមួយ។

C. អ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នក

C1. អ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំគឺជាអ្វី

- អ្នកសម្របសម្រួលរបស់គម្រោង Molina Medicare Complete Care Plus Care គឺជាបុគ្គលសំខាន់សម្រាប់អ្នកក្នុងការទាក់ទងដើម្បីជួយអ្នកក្នុងការថែទាំរបស់អ្នក ប្រសិនបើចាំបាច់។ បុគ្គលនេះជួយសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នក និងគ្រប់គ្រងសេវាកម្មរបស់អ្នក ដើម្បីធានាថាអ្នកទទួលបានជំនួយដែលអ្នកត្រូវការ។

C2. របៀបដែលអ្នកអាចទាក់ទងអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នកបាន

- ◦ ប្រសិនបើអ្នកចង់ទាក់ទងអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នក សូមទូរសព្ទទៅផ្នែកបម្រើសេវាសមាជិកតាមរយៈលេខ (855) 665-4627 បាន 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ ម៉ោងក្នុងតំបន់។ ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ TTY: 711. ឬចូលទៅកាន់ www.MolinaHealthcare.com/Medicare។

C3. របៀបដែលអ្នកអាចផ្លាស់ប្តូរអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នកបាន

- អ្នកអាចស្នើសុំការផ្លាស់ប្តូរចំពោះអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំដោយទូរសព្ទទៅផ្នែកគ្រប់គ្រងករណី ឬផ្នែកបម្រើសេវាសមាជិក។ បុគ្គលិកសេវាសុខភាព Molina Medicare Complete Care Plus HealthCare Services អាចធ្វើការផ្លាស់ប្តូរការចាត់តាំងអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់សមាជិកដោយផ្អែកលើតម្រូវការ ឬទីតាំងសមាជិក។

D. ការថែទាំពីអ្នកផ្តល់សេវា

D1. ការថែទាំពីអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំបឋម (PCP)

និយមន័យ PCP និងអ្វីដែល PCP ធ្វើសម្រាប់អ្នក

អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំបឋម (PCP) គឺជាគ្រូពេទ្យ គ្រូពេទ្យដែលជាគិលានុបដ្ឋាយិកា ឬអ្នកមានវិជ្ជាជីវៈផ្នែកថែទាំសុខភាព និង/ឬវេជ្ជសាស្ត្រតាមផ្ទះ ឬគ្លីនិក (មណ្ឌលសុខភាពមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់របស់សហព័ន្ធ - FQHC) ដែលផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវការថែទាំសុខភាពជាប្រចាំ។ គម្រោង Molina Medicare Complete Care Plus រក្សាបណ្តាញរបស់អ្នកផ្តល់សេវាឯកទេសដើម្បីថែទាំសមាជិករបស់ខ្លួន។ ការបញ្ជូនបន្តពី PCP របស់គម្រោង Molina Medicare Complete Care Plus គឺជាការតម្រូវសម្រាប់សមាជិក ដើម្បីទទួលសេវាកម្មឯកទេស ទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយ ក៏មិនមានទាមទារឱ្យមានការផ្តល់ការអនុញ្ញាតជាមុនឡើយ។ សមាជិកទទួលបានការអនុញ្ញាតឱ្យមានសិទ្ធិទទួលបានសេវាកម្មដោយផ្ទាល់ពីអ្នកឯកទេសផ្នែកសុខភាពស្ត្រីសម្រាប់ការថែទាំសុខភាពជាប្រចាំ និងបែបបង្ការដោយមិនមានសេវាកម្មបញ្ជូនបន្ត។ PCP របស់លោកអ្នកនឹងផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវការថែទាំសុខភាពភាគច្រើន ហើយនឹងជួយអ្នករៀបចំ ឬសម្របសម្រួលសេវាកម្មដទៃទៀតដែលស្ថិតក្រោមការគ្របដណ្តប់របស់គម្រោង ដែលអ្នកទទួលបានក្នុងនាមជាសមាជិករបស់គម្រោងរបស់យើង។ នេះរាប់បញ្ចូលទាំង៖

ការថតកាំរស្មីអ៊ិចរបស់អ្នក

តេស្តនៅមន្ទីរពិសោធ

ការព្យាបាល

ការថែទាំពីវេជ្ជបណ្ឌិតដែលជាអ្នកឯកទេស

ការចូលសម្រាកនៅមន្ទីរពេទ្យ

ការតាមដានការថែទាំ

“ការសម្របសម្រួល” សេវាកម្មរបស់អ្នករួមបញ្ចូលទាំងការពិនិត្យ ឬពិគ្រោះយោបល់ជាមួយអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញផ្សេងទៀតអំពីការថែទាំរបស់អ្នក និងរបៀបដែលការសម្របសម្រួលនោះដំណើរការ។ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការប្រភេទជាក់លាក់ណាមួយនៃសេវាកម្ម ឬសម្ភារផ្គត់ផ្គង់ដែលមានការធានារ៉ាប់រង អ្នកត្រូវបានទទួលការយល់ព្រមជាមុនពី PCP របស់អ្នក (ដូចជាបញ្ជូនអ្នកទៅកាន់ពេទ្យឯកទេស)។ ក្នុងករណីខ្លះ PCP របស់អ្នកនឹងទទួលបានការអនុញ្ញាតជាមុន (ការយល់ព្រមជាមុន) ពីយើងខ្ញុំ។ ចាប់តាំងពី PCP របស់អ្នកនឹងផ្តល់ និងសម្របសម្រួលការថែទាំវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នក អ្នកគួរតែមានកំណត់ត្រាវេជ្ជសាស្ត្រទាំងអស់របស់អ្នកដែលបានធ្វើទៅការិយាល័យ PCP របស់អ្នក។

ក្រុមវេជ្ជសាស្ត្រ/IPA គឺជាបណ្តាញនៃវេជ្ជបណ្ឌិតឯករាជ្យដែលគ្រប់គ្រង និងដំណើរការការអនុវត្តផ្ទាល់របស់ពួកគេ (ជំនួសឱ្យការធ្វើជាបុគ្គលិកនៃប្រព័ន្ធថែទាំសុខភាពធំជាង)។ វេជ្ជបណ្ឌិតទាំងនេះចូលរួមជាមួយក្រុមវេជ្ជសាស្ត្រ ដូច្នេះពួកគេអាចបន្តភាពឯករាជ្យខណៈពេលដែលកំពុងទទួលបានការគាំទ្រដែលពួកគេត្រូវការដើម្បីមើលថែអ្នកជំងឺ។

ជម្រើស PCP របស់អ្នក

ទំនាក់ទំនងរបស់លោកអ្នកជាមួយនឹង PCP គឺជាទំនាក់ទំនងដ៏សំខាន់។ យើងខ្ញុំសូមណែនាំយ៉ាងខ្លាំងក្លាឱ្យអ្នកជ្រើសរើសយក PCP ដែលនៅជិតផ្ទះ។ ការជ្រើសរើសយក PCP ណាដែលនៅជិតផ្ទះរបស់អ្នក ជួយឱ្យការទទួលសេវាកម្មថែទាំវេជ្ជសាស្ត្រ និងបង្កើនបាននូវការជឿជាក់ និងមានទំនាក់ទំនងបើកចំហកាន់តែងាយឡើង។ សម្រាប់ច្បាប់ចម្លងនៃបញ្ជីឈ្មោះឱសថស្ថាន/អ្នកផ្តល់សេវាថ្មីៗបំផុត ឬដើម្បីស្វែងរកជំនួយបន្ថែមក្នុងការជ្រើសរើស PCP សូមទាក់ទងផ្នែកបម្រើសេវាសមាជិក។ ប្រសិនបើមានអ្នកឯកទេស ឬមន្ទីរពេទ្យជាក់លាក់ណាមួយដែលអ្នកចង់ទទួលសេវាកម្ម លោកអ្នកត្រូវពិនិត្យមើលជាមុន ដើម្បីធានាថា PCP របស់លោកអ្នកនឹងធ្វើការបញ្ជូនអ្នកទៅកាន់អ្នកឯកទេសនោះ ឬប្រើមន្ទីរពេទ្យនោះ។ នៅពេលអ្នកបានជ្រើសរើស PCP របស់ខ្លួនរួចហើយ យើងខ្ញុំសូមណែនាំឱ្យលោកអ្នកធ្វើគ្រប់កំណត់ត្រាព័ត៌មានវេជ្ជសាស្ត្ររបស់លោកអ្នក ទៅកាន់ការិយាល័យរបស់គាត់/នាង។ នេះនឹងផ្តល់ឱ្យ PCP របស់អ្នកអាចចូលប្រើប្រវត្តិផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នកបាន និងធ្វើឱ្យគាត ឬនាងដឹងបាននូវស្ថានភាពបច្ចុប្បន្ននៃការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នកដែលអ្នកអាចមាន។ ឥឡូវនេះ PCP របស់អ្នកគឺជាអ្នកទទួលខុសត្រូវចំពោះសេវាការថែទាំសុខភាពជាប្រចាំរបស់អ្នក ដូច្នេះគាត់ ឬនាងគួរតែជាមនុស្សដំបូងដែលអ្នកត្រូវទាក់ទងពេលអ្នកមានបញ្ហាសុខភាព។ ឈ្មោះ និងលេខទូរសព្ទការិយាល័យនៃ PCP របស់អ្នកត្រូវបានបោះពុម្ពលើបណ្ណសមាជិកភាពរបស់លោកអ្នក។

ជម្រើសក្នុងការផ្លាស់ប្តូរ PCP របស់អ្នក

លោកអ្នកអាចប្តូរ PCP របស់អ្នកសម្រាប់ហេតុផលណាមួយ បានគ្រប់ពេលវេលា។ លើសពីនេះ វាអាចទៅរួចផងដែរដែលថា PCP របស់អ្នកអាចចាកចេញពីបណ្តាញគម្រោងរបស់យើង។ ប្រសិនបើ PCP របស់អ្នកចាកចេញពីបណ្តាញរបស់យើង យើងអាចជួយអ្នកស្វែងរក PCP ថ្មីនៅក្នុងបណ្តាញរបស់យើង។

PCP របស់គម្រោងយើងមានទំនាក់ទំនងជាមួយក្រុមវេជ្ជសាស្ត្រ។ ប្រសិនបើអ្នកប្តូរ PCP របស់អ្នក អ្នកអាចនឹងត្រូវផ្លាស់ប្តូរក្រុមវេជ្ជសាស្ត្រផងដែរ។ នៅពេលអ្នកស្នើសុំការផ្លាស់ប្តូរ សូមប្រាប់ផ្នែកបម្រើសេវាសមាជិក ប្រសិនបើអ្នកប្រើសេវាកម្មរបស់អ្នកឯកទេស ឬទទួលបានសេវាកម្មដែលមានការធានារ៉ាប់រងផ្សេងទៀត

នោះត្រូវតែមានការយល់ព្រមពី PCP។ ផ្នែកបម្រើសេវាសមាជិកជួយអ្នកឱ្យបន្តទទួលការថែទាំឯកទេស និងសេវាផ្សេងទៀតរបស់អ្នក នៅពេលអ្នកផ្លាស់ប្តូរ PCP របស់អ្នក។

អ្នកអាចប្តូរ PCP របស់អ្នកនៅពេលណាក៏បាន។ ក្នុងករណីភាគច្រើន ការផ្លាស់ប្តូរនឹងមានឥទ្ធិពលនៅថ្ងៃទីមួយនៃខែបន្ទាប់តាមប្រតិទិន។ អាចមានករណីលើកលែង ប្រសិនបើអ្នកកំពុងទទួលការព្យាបាលនៅពេលដែលមានសំណើផ្លាស់ប្តូរ PCP របស់អ្នកនាពេលថ្មីៗនេះ។ អ្នកអាចផ្លាស់ប្តូរ PCP របស់បានទៅតាមរយៈគេហទំព័រផ្ទាល់ខ្លួនអ្នកដែលមានអាសយដ្ឋាន www.mymolina.com ឬអ្នកអាចទាក់ទងផ្នែកបម្រើសេវាសមាជិកដើម្បីសាកសួរព័ត៌មានអំពីអ្នកផ្តល់សេវាណាម្នាក់ពី Molina Healthcare របស់យើង ហើយស្នើសុំការផ្លាស់ប្តូរ PCP។ ចំពោះអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំមួយចំនួន អ្នកនឹងចាំបាច់ត្រូវការការបញ្ជូនបន្តពី PCP របស់អ្នក (លើកលែងតែករណីក្នុងគ្រាអាសន្ន និងករណីបន្ទាន់ដែលនៅក្រៅតំបន់ផ្តល់សេវាថែទាំ)។

សេវាកម្មដែលអ្នកអាចទទួលបានដោយមិនចាំបាច់មានការអនុញ្ញាតពី PCP របស់អ្នក

ក្នុងករណីភាគច្រើន អ្នកត្រូវការការយល់ព្រមពី PCP របស់អ្នក *ឬ*គម្រោងរបស់យើងមុនពេលប្រើសេវាកម្មរបស់អ្នកផ្តល់សេវាផ្សេងទៀត។ ការយល់ព្រមនេះហៅថា**ការបញ្ជូនបន្ត**។ អ្នកអាចទទួលបានសេវាកម្មដូចជាសេវាកម្មនានាដែលបានរាយខាងក្រោមដោយមិនចាំបាច់ទទួលបានការយល់ព្រមពី *PCP របស់អ្នក ឬគម្រោងរបស់យើង*ជាមុនសិនឡើយ៖

- សេវាកម្មក្នុងគ្រាអាសន្នពីអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ ឬអ្នកផ្តល់សេវាក្រៅបណ្តាញ។
- ការថែទាំដែលត្រូវការជាបន្ទាន់ពីអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ
- ការថែទាំដែលត្រូវការជាបន្ទាន់ពីអ្នកផ្តល់សេវាក្រៅបណ្តាញ នៅពេលដែលអ្នកមិនអាចទទួលបានសេវាកម្មពីអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ (ឧទាហរណ៍ ប្រសិនបើអ្នកនៅក្រៅតំបន់សេវាកម្មរបស់គម្រោងយើង)

កំណត់ចំណាំ៖ ការថែទាំដែលត្រូវការជាបន្ទាន់ត្រូវតែត្រូវការភ្លាមៗ និងចាំបាច់ខាងផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ។

- សេវាលាងឈាមតម្រងនោមដែលអ្នកទទួលបានពីមណ្ឌលលាងឈាមដែលទទួលបានការបញ្ជាក់ពី Medicare នៅពេលអ្នកនៅក្រៅតំបន់សេវានៃគម្រោងរបស់អ្នក។ ប្រសិនបើអ្នកទូរសព្ទទៅផ្នែកបម្រើសេវាសមាជិក មុនពេលអ្នកចាកចេញពីតំបន់សេវាកម្ម យើងអាចជួយអ្នកឱ្យទទួលបានការលាងឈាមខណៈពេលដែលអ្នកនៅឆ្ងាយ។
- ការចាក់ថ្នាំបង្ការគ្រុនផ្តាសាយ និងការចាក់វ៉ាក់សាំងបង្ការជំងឺ COVID-19 ក៏ដូចជាការចាក់វ៉ាក់សាំងបង្ការជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B និងការចាក់វ៉ាក់សាំងបង្ការជំងឺរលាកសួតផងដែរ ដរាបណាអ្នកទទួលបានការចាក់វ៉ាក់សាំងបង្ការទាំងនោះពីអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ។
- សេវាថែទាំសុខភាពស្ត្រី និងការរៀបចំផែនការគ្រួសារជាប្រចាំ។ នេះរួមមានទាំង ការពិនិត្យសុដន់ ការឆ្លុះមើលសុដន់ (ការថតកាំរស្មីអ៊ីចចំពោះសុដន់) ការធ្វើតេស្តលើកោសិកាមាត់ស្បូន និងការពិនិត្យត្រគាក ដរាបណាអ្នកទទួលបានសេវាកម្មទាំងនោះពីអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ។
- លើសពីនេះទៀត ប្រសិនបើអ្នកជាសមាជិកជាជនជាតិដើមអាមេរិក អ្នកអាចទទួលបានសេវាដែលមានការធានារ៉ាប់រងពីអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពជនជាតិដើមដែលជាជម្រើសរបស់អ្នក ដោយមិនតម្រូវឱ្យមានការបញ្ជូនបន្តពី PCP ក្នុងបណ្តាញ ឬការអនុញ្ញាតជាមុនឡើយ។
- សេវាកម្មនៃឆ្មបជាគិលានុបដ្ឋាយិកា ការរៀបចំផែនការគ្រួសារ ការធ្វើតេស្តរកមេរោគ HIV និងការប្រឹក្សាយោបល់ ការព្យាបាលជំងឺកាមរោគ (STD)

D2. ការថែទាំពីអ្នកឯកទេស និងអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញផ្សេងទៀត

អ្នកឯកទេសគឺជាវេជ្ជបណ្ឌិតដែលផ្តល់ការថែទាំសុខភាពសម្រាប់ជំងឺ ឬផ្នែកណាមួយនៃរាងកាយ។ មានអ្នកឯកទេសច្រើនប្រភេទ ដូចជា៖

- គ្រូពេទ្យផ្នែកមហារីកសម្រាប់ការថែទាំអ្នកជំងឺដែលមានជំងឺមហារីក។
- គ្រូពេទ្យឯកទេសជំងឺបេះដូងថែទាំអ្នកជំងឺដែលមានបញ្ហាបេះដូង ។
- គ្រូពេទ្យផ្នែកវះកាត់ឆ្អឹងថែទាំអ្នកជំងឺដែលមានបញ្ហាឆ្អឹង សន្លាក់ ឬសាច់ដុំ។
- វេជ្ជបណ្ឌិតឯកទេសប្រព័ន្ធរំលាយអាហារផ្តល់ការថែទាំដល់អ្នកជំងឺដែលមានបញ្ហាពោះវៀន ឬប្រព័ន្ធរំលាយអាហារ។
- វេជ្ជបណ្ឌិតឯកទេសតម្រងនោមផ្តល់ការថែទាំអ្នកជំងឺដែលមានបញ្ហាតម្រងនោម។
- វេជ្ជបណ្ឌិតប្រព័ន្ធទឹកនោមផ្តល់ការថែទាំដល់អ្នកជំងឺដែលមានបញ្ហាប្លោកនោម និងប្រព័ន្ធទឹកនោម។

ក្នុងនាមជាសមាជិក អ្នកមិនមានដែនកំណត់ចំពោះទទួលការថែទាំពីគ្រូពេទ្យឯកទេសឡើយ។ គម្រោង Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) រក្សាបណ្តាញអ្នកផ្តល់សេវាឯកទេសដើម្បីថែទាំសមាជិករបស់ខ្លួន។ ការបញ្ជូនបន្តពី PCP របស់អ្នកអាចតម្រូវឱ្យអ្នកទទួលសេវាឯកទេស ចំពោះសមាជិកគម្រោងដែលមានសិទ្ធិទទួលបានការព្យាបាលដោយផ្ទាល់ពីអ្នកឯកទេសសុខភាពស្ត្រី សម្រាប់ការពិនិត្យសុខភាពជាប្រចាំ និងការការពារសុខភាព ដោយមិនបាច់មានសេវាបញ្ជូនបន្តឡើយ។ សម្រាប់សេវាកម្មមួយចំនួន លោកអ្នកចាំបាច់ត្រូវទទួលការអនុញ្ញាតជាមុនសិន។ PCP របស់អ្នកអាចស្នើសុំការអនុញ្ញាតជាមុនពីផ្នែកគ្រប់គ្រងការប្រើប្រាស់របស់ Molina Healthcare តាមរយៈទូរសព្ទ ទូរសារ ឬសំបុត្រដោយផ្អែកលើភាពបន្ទាន់នៃសេវាកម្មដែលបានស្នើសុំ។

សូមយោងទៅតារាងអត្ថប្រយោជន៍ក្នុងជំពូកទី 4 សម្រាប់ព័ត៌មានអំពីសេវាកម្មណាមួយដែលតម្រូវឲ្យមានការអនុញ្ញាតជាមុន។

ការបញ្ជូនបន្តជាលាយលក្ខណ៍អក្សរប្រហែលជាសម្រាប់ការជួបពិគ្រោះម្តង ឬវាអាចជាការបញ្ជូនបន្តជាអចិន្ត្រៃយ៍សម្រាប់ការជួបពិគ្រោះច្រើនជាងម្តង ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការសេវាកម្មដែលកំពុងបន្ត។ យើងត្រូវតែផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវការបញ្ជូនបន្តទៅកាន់អ្នកឯកទេសដែលមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់លក្ខខណ្ឌណាមួយទាំងនេះ៖

- ស្ថានភាពជំងឺរ៉ាំរ៉ៃ (កំពុងបន្ត)
- ជំងឺផ្លូវចិត្ត ឬជំងឺផ្លូវកាយដែលគំរាមកំហែងដល់អាយុជីវិត
- ជំងឺចុះខ្សោយ ឬពិការភាព
- ស្ថានភាព ឬជំងឺផ្សេងទៀតណាមួយដែលធ្ងន់ធ្ងរ ឬស្មុគស្មាញដែលមានលក្ខណៈគ្រប់គ្រាន់ក្នុងការទាមទារឱ្យមានការព្យាបាលដោយអ្នកឯកទេស។

ប្រសិនបើអ្នកមិនទទួលបានការបញ្ជូនជាលាយលក្ខណ៍អក្សរនៅពេលចាំបាច់ទេ វិក្កយបត្រអាចនឹងមិនត្រូវបានបង់នោះទេ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមទូរសព្ទទៅកាន់ផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិកតាមលេខទូរសព្ទនៅផ្នែកខាងក្រោមនៃទំព័រនេះ។

ប្រសិនបើយើងមិនអាចស្វែងរកអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញរបស់គម្រោងដែលមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ជូនអ្នកបានទេ នោះយើងត្រូវតែផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវការអនុញ្ញាតចំពោះសេវាកម្មជាអចិន្ត្រៃយ៍សម្រាប់អ្នកឯកទេសដែលមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ស្ថានភាពណាមួយទាំងនេះ៖

- ស្ថានភាពជំងឺរ៉ាំរ៉ៃ (កំពុងបន្ត)
- ជំងឺផ្លូវចិត្ត ឬជំងឺផ្លូវកាយដែលគំរាមកំហែងដល់អាយុជីវិត
- ជំងឺចុះខ្សោយ ឬពិការភាព
- ស្ថានភាព ឬជំងឺផ្សេងទៀតណាមួយដែលធ្ងន់ធ្ងរ ឬស្មុគស្មាញដែលមានលក្ខណៈគ្រប់គ្រាន់ក្នុងការទាមទារឱ្យមានការព្យាបាលដោយអ្នកឯកទេស។

ប្រសិនបើអ្នកមិនទទួលបានការអនុញ្ញាតពីសេវាកម្មពីយើងនៅពេលចាំបាច់ទេ វិក្កយបត្រប្រហែលជាមិនត្រូវបានបង់ទេ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមទូរសព្ទទៅកាន់សេវាបម្រើសមាជិកតាមលេខទូរសព្ទដែលបានបោះពុម្ពនៅផ្នែកខាងក្រោមបំផុតនៃទំព័រនេះ។

D3. នៅពេលអ្នកផ្តល់សេវាចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើង

អ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញដែលអ្នកប្រើប្រាស់សេវាកម្មអាចចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើង។ ប្រសិនបើអ្នកផ្តល់សេវាកម្មណាម្នាក់ចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើង អ្នកអាចមានសិទ្ធិ និងការការពារជាក់លាក់ដែលបានសង្ខេបដូចខាងក្រោម៖

- បើទោះបីជាបណ្តាញអ្នកផ្តល់សេវារបស់យើងផ្លាស់ប្តូរគ្នងអំឡុងឆ្នាំក៏ដោយ ក៏យើងត្រូវតែផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវសិទ្ធិទទួលបានអ្នកផ្តល់សេវាដែលមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ដោយគ្មានការរំខានផងដែរ។
- យើងនឹងជូនដំណឹងដល់អ្នកថាអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកនឹងចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើង ដូច្នេះហើយអ្នកមានពេលវេលាក្នុងការជ្រើសរើសអ្នកផ្តល់សេវាថ្មី។
  - ប្រសិនបើអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពបឋម ឬអ្នកផ្តល់សេវាសុខភាពអាកប្បកិរិយារបស់អ្នកចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើង យើងនឹងជូនដំណឹងដល់អ្នក ប្រសិនបើអ្នកបានឃើញអ្នកផ្តល់សេវានោះក្នុងរយៈពេលបីឆ្នាំកន្លងមកនេះ។
  - ប្រសិនបើអ្នកផ្តល់សេវាផ្សេងទៀតរបស់អ្នកចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើង យើងនឹងជូនដំណឹងដល់អ្នក ប្រសិនបើអ្នកត្រូវបានចាត់តាំងឱ្យទៅអ្នកផ្តល់សេវានោះ បច្ចុប្បន្ននេះទទួលបានការថែទាំពីពួកគេ ឬបានឃើញពួកគេក្នុងរយៈពេលបីខែកន្លងមកនេះ។
- យើងនឹងជួយអ្នកជ្រើសរើសអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញដែលមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ថ្មីម្នាក់ ដើម្បីបន្តគ្រប់គ្រងតម្រូវការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក។

- ប្រសិនបើអ្នកកំពុងតែទទួលការព្យាបាលវេជ្ជសាស្ត្រ ឬវិធីសាស្ត្រព្យាបាលជាមួយអ្នកផ្តល់សេវាបច្ចុប្បន្នរបស់អ្នក អ្នកមានសិទ្ធិស្នើសុំ ហើយយើងនឹងធ្វើការជាមួយអ្នកដើម្បីធានាថាការព្យាបាល ឬវិធីសាស្ត្រព្យាបាលដែលចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដែលអ្នកនឹងបន្តទទួលបាន។
- យើងនឹងផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវព័ត៌មានអំពីរយៈពេលចុះឈ្មោះផ្សេងៗគ្នាដែលមានសម្រាប់អ្នក និងជម្រើសដែលអ្នកអាចមានសម្រាប់ការផ្លាស់ប្តូរគម្រោងនេះ។
- ប្រសិនបើយើងមិនអាចស្វែងរកអ្នកឯកទេសក្នុងបណ្តាញដែលមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ដែលអ្នកអាចទទួលបានសេវាកម្មសម្រាប់អ្នកទេ នោះយើងត្រូវតែរៀបចំអ្នកឯកទេសក្រៅបណ្តាញដើម្បីផ្តល់ការថែទាំរបស់អ្នកនៅពេលដែលអ្នកផ្តល់សេវា ឬអត្ថប្រយោជន៍ក្នុងបណ្តាញមិនមាន ឬមិនគ្រប់គ្រាន់ដើម្បីបំពេញតាមតម្រូវការផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នកបាននោះ។
- ប្រសិនបើអ្នកគិតថាយើងមិនបានជំនួសអ្នកផ្តល់សេវាពីមុនរបស់អ្នកជាមួយអ្នកផ្តល់សេវាដែលមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ ឬថាយើងមិនបានគ្រប់គ្រងការថែទាំរបស់អ្នកឱ្យបានល្អទេ នោះអ្នកមានសិទ្ធិដាក់បណ្តឹងតវ៉ាអំពីគុណភាពនៃការថែទាំទៅកាន់ QIO បណ្តឹងសាទុក្ខពីគុណភាពនៃការថែទាំ ឬដាក់បណ្តឹងបានទាំងពីរ។ (សូមមើល**ជំពូកទី 9** សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។)

ប្រសិនបើអ្នករកឃើញថាអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកនឹងចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើង សូមទាក់ទងមកយើងខ្ញុំ។ យើងអាចជួយអ្នកក្នុងការស្វែងរកអ្នកផ្តល់សេវាថ្មី និងគ្រប់គ្រងការថែទាំរបស់អ្នកបាន។

D4. អ្នកផ្តល់សេវាក្រៅបណ្តាញ

អ្នកផ្តល់សេវាក្រៅបណ្តាញគឺជាអ្នកផ្តល់សេវាដែលមិនមានកិច្ចព្រមព្រៀងដើម្បីធ្វើការជាមួយ Molina Healthcare ឡើយ។ លើកលែងតែការថែទាំក្នុងគ្រាអាសន្ន ការថែទាំគ្រួសារ ការថែទាំសម្ងាត់ និងការថែទាំដែលត្រូវបានអនុម័តជាមុនដោយ Molina Healthcare អ្នកប្រហែលជាត្រូវបង់ប្រាក់សម្រាប់ការថែទាំណាមួយដែលអ្នកទទួលបានពីអ្នកផ្តល់សេវាក្រៅបណ្តាញនៅក្នុងតំបន់សេវាកម្មរបស់អ្នក។

ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការសេវាថែទាំសុខភាពចាំបាច់ដែលមិនមាននៅក្នុងបណ្តាញ អ្នកអាចទទួលបានសេវាកម្មទាំងនោះពីអ្នកផ្តល់សេវាក្រៅបណ្តាញដោយឥតគិតថ្លៃ។ Molina Healthcare អាចយល់ព្រមលើការបញ្ជូនបន្តទៅកាន់អ្នកផ្តល់សេវាក្រៅបណ្តាញ ប្រសិនបើសេវាកម្មដែលអ្នកត្រូវការមិនមាននៅក្នុងបណ្តាញ ឬស្ថិតនៅឆ្ងាយពីផ្ទះរបស់អ្នក។ ប្រសិនបើយើងផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវការបញ្ជូនបន្តទៅអ្នកផ្តល់សេវាក្រៅបណ្តាញ យើងនឹងបង់ប្រាក់សម្រាប់ការថែទាំរបស់អ្នក។

សម្រាប់ការថែទាំបន្ទាន់នៅក្នុងតំបន់សេវាកម្មរបស់ Molina Healthcare អ្នកត្រូវតែទៅរកអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំបន្ទាន់នៅក្នុងបណ្តាញរបស់ Molina Healthcare។ អ្នកមិនត្រូវការការយល់ព្រមមុន (ការអនុញ្ញាតជាមុន) ដើម្បីទទួលបានការថែទាំបន្ទាន់ពីអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញនោះទេ។ អ្នកត្រូវទទួលបានការយល់ព្រមមុន (ការអនុញ្ញាតជាមុន) ដើម្បីទទួលបានការថែទាំបន្ទាន់ពីអ្នកផ្តល់សេវាក្រៅបណ្តាញនៅក្នុងតំបន់សេវាកម្មរបស់ Molina Healthcare។

ប្រសិនបើអ្នកទទួលបានការថែទាំបន្ទាន់ពីអ្នកផ្តល់សេវាក្រៅបណ្តាញនៅក្នុងតំបន់សេវាកម្មរបស់ Molina Healthcare អ្នកប្រហែលជាត្រូវបង់ប្រាក់សម្រាប់ការថែទាំនោះ។

នៅខាងក្រៅតំបន់សេវាកម្ម

ប្រសិនបើអ្នកស្ថិតនៅក្រៅតំបន់សេវា Molina Healthcare ហើយត្រូវការការថែទាំដែលមិនករណីអាសន្ន ឬបន្ទាន់ សូមទូរសព្ទទៅកាន់ PCP របស់អ្នកភ្លាមៗ។

សម្រាប់ករណីក្នុងគ្រាអាសន្ន សូមទូរសព្ទទៅកាន់លេខ 911 ឬទៅកាន់បន្ទប់សង្គ្រោះបន្ទាន់ដែលនៅជិតបំផុត។ Molina Healthcare ធានារ៉ាប់រងលើការថែទាំក្នុងគ្រាអាសន្នដែលនៅក្រៅបណ្តាញ។ ប្រសិនបើអ្នកធ្វើដំណើរទៅកាន់ប្រទេសកាណាដា ឬប្រទេសម៉ិកស៊ិក ហើយត្រូវការការថែទាំក្នុងគ្រាអាសន្នដែលតម្រូវឱ្យចូលសម្រាកព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យ នោះ Molina Healthcare នឹងរ៉ាប់រងលើការថែទាំរបស់អ្នក។ ប្រសិនបើអ្នកកំពុងធ្វើដំណើរទៅក្រៅប្រទេសកាណាដា ឬប្រទេសម៉ិកស៊ិក ហើយត្រូវការការថែទាំក្នុងគ្រាអាសន្ន ការថែទាំបន្ទាន់ ឬសេវាថែទាំសុខភាពណាមួយ នោះ Molina Healthcare នឹងមិនធានារ៉ាប់រងលើការថែទាំរបស់អ្នកឡើយ។

ប្រសិនបើអ្នកស្ថិតនៅក្នុងរដ្ឋមួយផ្សេងទៀត ឬស្ថិតនៅក្នុងដែនដីរបស់សហរដ្ឋអាមេរិក ដូចជា American Samoa, Guam, Northern Mariana Islands, Puerto Rico ឬ United States Virgin Islands អ្នកទទួលបានការធានារ៉ាប់រងចំពោះការថែទាំក្នុងគ្រាអាសន្ននោះ។ មិនមែនគ្រប់មន្ទីរពេទ្យ និងវេជ្ជបណ្ឌិតទាំងអស់ទទួលយក Medicaid នោះទេ។ (Medi-Cal គឺជាពាក្យដែល Medicaid ត្រូវបានហៅថានៅក្នុងរដ្ឋ California តែប៉ុណ្ណោះ។) ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការការថែទាំក្នុងគ្រាអាសន្ននៅខាងក្រៅរដ្ឋ California សូមប្រាប់មន្ទីរពេទ្យ ឬវេជ្ជបណ្ឌិតនៅក្នុងបន្ទប់សង្គ្រោះបន្ទាន់ឱ្យបានឆាប់តាមដែលអាចធ្វើទៅបាន ថាអ្នកមាន Medi-Cal ហើយជាសមាជិករបស់ Molina Healthcare។

សូមស្នើសុំឱ្យមន្ទីរពេទ្យថតចម្លងនៃបណ្ណសម្គាល់ (ID) Molina Healthcare របស់អ្នក។ ចូរប្រាប់មន្ទីរពេទ្យ និងវេជ្ជបណ្ឌិតឱ្យចេញវិក្កយបត្រគិតប្រាក់ឱ្យទៅ Molina Healthcare។ ប្រសិនបើអ្នកទទួលបានវិក្កយបត្រសម្រាប់សេវាកម្មដែលអ្នកទទួលបាននៅក្នុងរដ្ឋ

មួយផ្សេងទៀត សូមទូរសព្ទទៅ Molina Healthcare ភ្លាមៗ។ យើងនឹងធ្វើការជាមួយមន្ទីរពេទ្យ និង/ឬវេជ្ជបណ្ឌិតដើម្បីរៀបចំឱ្យ Molina Healthcare បង់ប្រាក់សម្រាប់ការថែទាំរបស់អ្នក។ ប្រសិនបើអ្នកនៅក្រៅរដ្ឋ California ហើយមានតម្រូវការគ្រាអាសន្នក្នុងការបើកឱសថ មានវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកជំងឺមិនស្នាក់ព្យាបាល សូមឱ្យឱសថស្ថានទូរសព្ទទៅ Medi-Cal Rx តាមរយៈលេខ 1-800-977-2273។

កំណត់ចំណាំ៖ ជនជាតិដើមអាមេរិកអាចទទួលបានសេវាកម្មនៅ IHCP ក្រៅបណ្តាញ។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរអំពីការថែទាំក្រៅបណ្តាញ ឬក្រៅតំបន់សេវា សូមទូរសព្ទទៅលេខ 1-888-665-4621 (TTY/TDD ឬ 711)។ ប្រសិនបើការិយាល័យបានបិទ ហើយអ្នកត្រូវការជំនួយពីអ្នកតំណាងរបស់ Molina Healthcare សូមទូរសព្ទទៅបណ្តាញទូរសព្ទផ្តល់ប្រឹក្សាពីគិលានុបដ្ឋាយិកា តាមរយៈលេខ 1-888-275-8750 (ជាភាសាអង់គ្លេស) ឬលេខ 1-866-648-3537 (ជាភាសាអេស្ប៉ាញ)។

ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការការថែទាំបន្ទាន់ពីតំបន់សេវា Molina Healthcare សូមទៅកាន់មណ្ឌលថែទាំបន្ទាន់ដែលនៅជិតបំផុត។ ប្រសិនបើអ្នកកំពុងធ្វើដំណើរនៅក្រៅសហរដ្ឋអាមេរិក ហើយត្រូវការការថែទាំបន្ទាន់ Molina Healthcare នឹងមិនធានារ៉ាប់រងលើការថែទាំរបស់អ្នកឡើយ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីការថែទាំបន្ទាន់ សូមអាន “ការថែទាំបន្ទាន់” នៅពេលក្រោយនៅក្នុងជំពូកនេះ។

ប្រសិនបើអ្នកទទួលសេវកម្មរបស់អ្នកផ្តល់សេវាក្រៅបណ្តាញ អ្នកផ្តល់សេវាត្រូវតែមានសិទ្ធិចូលរួមក្នុង Medicare និង /ឬ Medi-Cal។

- យើងមិនអាចបង់ប្រាក់ឱ្យអ្នកផ្តល់សេវាដែលមិនមានសិទ្ធិចូលរួមក្នុង Medicare និង/ឬ Medi-Cal បានទេ។
- ប្រសិនបើអ្នកប្រើសេវាកម្មរបស់អ្នកផ្តល់សេវាដែលមិនមានសិទ្ធិចូលរួមក្នុង Medicare អ្នកត្រូវតែបង់ប្រាក់លើថ្លៃចំណាយទាំងស្រុងចំពោះសេវាកម្មដែលអ្នកទទួលបាន។
- អ្នកផ្តល់សេវាត្រូវប្រាប់អ្នកឱ្យបានដឹងថាតើពួកគេមានសិទ្ធិចូលរួមក្នុងកម្មវិធី Medicare ដែរឬទេ។

E. សេវាកម្ម និងការគាំទ្ររយៈពេលវែង (LTSS)

LTSS អាចជួយអ្នកឱ្យបន្តនៅផ្ទះ និងជៀសវាងការស្នាក់នៅមន្ទីរពេទ្យ ឬស្នាក់នៅមណ្ឌលថែទាំជំនាញបាន។ អ្នកមានសិទ្ធិចូលប្រើ LTSS ជាក់លាក់តាមរយៈគម្រោងរបស់យើង រួមទាំងការថែទាំនៅមណ្ឌលថែទាំជំនាញ សេវាសម្រាប់មនុស្សពេញវ័យតាមសហគមន៍ (CBAS) និងជំនួយតាមសហគមន៍។ ប្រភេទ LTSS មួយផ្សេងទៀតគឺកម្មវិធីសេវាផ្តល់ការគាំទ្រនៅតាមផ្ទះ ដែលអាចរកបានតាមរយៈទីភ្នាក់ងារសេវាសង្គមកិច្ចប្រចាំខោនធីរបស់អ្នក។

F. សេវាសុខភាពអាកប្បកិរិយា (សុខភាពផ្លូវចិត្ត និងវិបត្តិផ្លូវចិត្តដោយការប្រើប្រាស់សារធាតុញៀន)

អ្នកមានសិទ្ធិប្រើប្រាស់សេវាសុខភាពផ្លូវចិត្តដែលចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រក្នុងការទទួលបានការធានារ៉ាប់រងពី Medicare និង Medi-Cal។ យើងផ្តល់ជូននូវសិទ្ធិចូលប្រើសេវាសុខភាពអាកប្បកិរិយាដែលទទួលបានការធានារ៉ាប់រងពី Medicare និង Medi-Cal managed care។ គម្រោងរបស់យើងមិនផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពផ្លូវចិត្តឯកទេសរបស់ Medi-Cal ឬសេវាកម្មវិបត្តិនៃការប្រើប្រាស់សារធាតុញៀនរបស់ខោនធីនោះទេ ប៉ុន្តែសេវាកម្មទាំងនេះអាចរកបានសម្រាប់អ្នកតាមរយៈគម្រោងសុខភាពផ្លូវចិត្តរបស់ខោនធីសម្រាប់ខោនធីរបស់អ្នក៖

- នាយកដ្ឋានសុខភាពផ្លូវចិត្តប្រចាំខោនធី Los Angeles
- ប្រព័ន្ធសុខភាពសាកលវិទ្យាល័យ Riverside – សុខភាពអាកប្បកិរិយា
- នាយកដ្ឋានសុខភាពអាកប្បកិរិយាប្រចាំខោនធី San Bernardino
- ខោនធី San Diego – សេវាសុខភាពអាកប្បកិរិយា

F1. សេវាសុខភាពអាកប្បកិរិយា Medi-Cal ផ្តល់ជូននៅខាងក្រៅគម្រោងរបស់យើង

សេវាអ្នកឯកទេសថែទាំសុខភាពផ្លូវចិត្ត Medi-Cal មានសម្រាប់អ្នកតាមរយៈគម្រោងសុខភាពផ្លូវចិត្ត (MHP) ប្រចាំខោនធី ប្រសិនបើអ្នកបំពេញបានតាមលក្ខណៈវិនិច្ឆយដើម្បីទទួលបានសិទ្ធិចូរប្រើសេវាអ្នកឯកទេសថែទាំសុខភាពផ្លូវចិត្តនេះ។ សេវាសុខភាពផ្លូវចិត្តឯកទេសរបស់ Medi-Cal ដែលផ្តល់ដោយប្រព័ន្ធសុខភាពសាកលវិទ្យាល័យ Riverside – សុខភាពអាកប្បកិរិយា នាយកដ្ឋានសុខភាពអាកប្បកិរិយាប្រចាំខោនធី San Bernardino ខោនធី San Diego - សេវាសុខភាពអាកប្បកិរិយា និងនាយកដ្ឋានសុខភាពសាធារណៈប្រចាំខោនធី Los Angeles រួមមាន៖

- សេវាសុខភាពផ្លូវចិត្ត
- សេវាជំនួយក្នុងការប្រើឱសថពេទ្យ
- ការព្យាបាលហ្មត់ចត់នៅពេលថ្ងៃ
- ការស្តារនីតិសម្បទានៅពេលថ្ងៃ

- អន្តរាគមន៍ចំពោះវិបត្តិ
- ភាពមានស្ថេរភាពនៃវិបត្តិ
- សេវាកម្មព្យាបាលមនុស្សពេញវ័យនៅតាមផ្ទះ
- សេវាកម្មព្យាបាលវិបត្តិតាមផ្ទះ
- សេវាកម្មមន្ទីរសុខភាពវិកលចរិក
- សេវាកម្មអ្នកជំងឺស្នាក់ព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យវិកលចរិក
- ការគ្រប់គ្រងករណីដែលជាគោលដៅ
- សេវាជំនួយពីមិត្តភក្តិ
- សេវាអន្តរាគមន៍ចល័តក្នុងសហគមន៍សម្រាប់អ្នកមានវិបត្តិ
- សេវាព្យាបាលអាកប្បកិរិយា
- សេវាព្យាបាលសម្រាប់កូនចិញ្ចឹម
- ការសម្របសម្រួលលើការថែទាំយ៉ាងហ្មត់ចត់
- សេវាព្យាបាលហ្មត់ចត់មានមូលដ្ឋាននៅតាមផ្ទះ

សេវាប្រព័ន្ធដឹកជញ្ជូនឱសថ Drug Medi-Cal Organized Delivery System មានសម្រាប់អ្នកតាមរយៈគម្រោងសុខភាពផ្លូវចិត្តប្រចាំខោនធីរបស់អ្នកសម្រាប់ខោនធី Riverside, San Diego និង San Bernardino ឬសម្រាប់ខោនធី Los Angeles ក្រសួងសុខភាពសាធារណៈខោនធី Los Angeles ប្រសិនបើអ្នកបំពេញតាមលក្ខណៈវិនិច្ឆយដើម្បីទទួលបានសេវាកម្មទាំងនេះ។ សេវាឱសថ Medi-Cal ដែលផ្តល់ជូនដោយគម្រោងសុខភាពផ្លូវចិត្តប្រចាំខោនធីរបស់អ្នករួមមាន៖

- សេវាព្យាបាលអ្នកជំងឺមិនស្នាក់ព្យាបាលយ៉ាងហ្មត់ចត់
- ការព្យាបាលវិបត្តិផ្លូវចិត្តដោយការប្រើប្រាស់សារធាតុញៀនសម្រាប់ស្ត្រីជិតគ្រប់ខែតាមផ្ទះ
- សេវាព្យាបាលអ្នកជំងឺមិនស្នាក់ព្យាបាល
- កម្មវិធីព្យាបាលតាមការបន្សាបសារធាតុញៀនណាកូទិក
- ឱសថសម្រាប់ការព្យាបាលការញៀន (ត្រូវបានហៅផងដែរថា ការព្យាបាលដោយមានជំនួយផ្នែកឱសថ)
- សេវាជំនួយពីមិត្តភក្តិ

សេវាប្រព័ន្ធដឹកជញ្ជូនថ្នាំដែលរៀបចំដោយ Medi-Cal រួមមាន៖

- សេវាព្យាបាលអ្នកជំងឺមិនស្នាក់ព្យាបាល
- សេវាព្យាបាលអ្នកជំងឺមិនស្នាក់ព្យាបាលយ៉ាងហ្មត់ចត់
- សេវាសម្រាកព្យាបាលក្នុងមន្ទីរពេទ្យមិនពេញលេញ
- ឱសថសម្រាប់ការព្យាបាលការញៀន (ត្រូវបានហៅផងដែរថា ការព្យាបាលដោយមានជំនួយផ្នែកឱសថ)
- សេវាព្យាបាលអ្នកនៅតាមផ្ទះ
- សេវាគ្រប់គ្រងរោគសញ្ញាបណ្តាលមកពីការឈប់ប្រើប្រាស់សារធាតុញៀន
- កម្មវិធីព្យាបាលតាមការបន្សាបសារធាតុញៀនណាកូទិក
- សេវាសម្រាប់ការជាសះស្បើយ
- ការសម្របសម្រួលការថែទាំ
- សេវាជំនួយពីមិត្តភក្តិ

បន្ថែមលើសេវាកម្មដែលមានរៀបរាប់ខាងលើ អ្នកអាចមានសិទ្ធិចូលប្រើសេវាបន្សាបជាតិពុលសម្រាប់អ្នកជំងឺស្នាក់ព្យាបាលដោយស្ម័គ្រចិត្ត ប្រសិនបើអ្នកបំពេញបានតាមលក្ខណៈវិនិច្ឆយ។

គម្រោង Molina Medicare Complete Care Plus ផ្តល់ជូននូវសិទ្ធិចូលប្រើសេវារបស់អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពផ្លូវចិត្ត និងការប្រើប្រាស់សារធាតុញៀនជាច្រើន។ បញ្ជីនៃអ្នកផ្តល់សេវាអាចរកបាននៅលើគេហទំព័រសមាជិករបស់គម្រោង Molina Medicare Complete Care Plus ឬដោយការហៅទូរសព្ទមកកាន់ផ្នែកបម្រើសេវាសមាជិក។ ដើម្បីទទួលបានច្បាប់ចម្លងនៃបញ្ជីឈ្មោះឱសថស្ថាន/អ្នកផ្តល់សេវាថ្មីបំផុត ឬដើម្បីស្វែងរកអ្នកផ្តល់សេវាកម្មថែទាំសុខភាពអាកប្បកិរិយាបន្ថែម សូមទាក់ទងជាមួយផ្នែកបម្រើសេវាសមាជិក។ សម្រាប់សេវាមួយចំនួន អ្នកចាំបាច់ត្រូវទទួលបានការអនុញ្ញាតជាមុនសិន។ អ្នក ឬអ្នកផ្តល់សេវាសុខភាពអាកប្បកិរិយារបស់អ្នក ឬ PCP របស់អ្នកអាចស្នើសុំការអនុញ្ញាតជាមុនពីផ្នែកគ្រប់គ្រងការប្រើប្រាស់របស់ Molina Healthcare តាមរយៈទូរសព្ទ ទូរសារ ឬផ្ញើតាមប្រៃសណីយ៍ដោយផ្អែកលើករណីបន្ទាន់នៃសេវាកម្មដែលបានស្នើសុំនោះ។

សូមចូលមើលតារាងអត្ថប្រយោជន៍ក្នុងជំពូកទី 4 សម្រាប់ព័ត៌មានអំពីសេវាកម្មណាមួយដែលតម្រូវឱ្យមានការអនុញ្ញាតជាមុន។ ការថែទាំត្រូវតែត្រូវបានកំណត់ថាចាំបាច់។ តាមភាពចាំបាច់ យើងមានន័យថា អ្នកត្រូវការសេវាកម្មនោះដើម្បីបង្ការ រោគវិនិច្ឆ័យ ឬព្យាបាលស្ថានភាពជំងឺរបស់អ្នក ឬដើម្បីរក្សាបាននូវស្ថានភាពសុខភាពផ្លូវចិត្តបច្ចុប្បន្នរបស់អ្នក។ នេះរួមបញ្ចូលទាំងការថែទាំដែលជួយមិនបាច់ឱ្យអ្នកត្រូវចូលមន្ទីរពេទ្យ ឬមណ្ឌលថែថែទាំមនុស្សចាស់។ វាក៏មានន័យផងដែរថា សេវាកម្ម សម្ភារផ្គត់ផ្គង់ ឬឱសថបំពេញតាមស្តង់ដាដែលទទួលយកបាននៃការអនុវត្តវេជ្ជសាស្ត្រ និងសុខភាពអាកប្បកិរិយា។

ប្រសិនបើអ្នកកំពុងទទួលសេវាកម្ម ឬតម្រូវការក្នុងការទទួលយកសេវាកម្មអ្នកឯកទេសថែទាំសុខភាពផ្លូវចិត្ត ឬសេវាកម្មផ្តាច់សារធាតុរញៀនរបស់កម្មវិធី Medi-Cal ដែលមានសម្រាប់អ្នកតាមរយៈគម្រោងថែទាំសុខភាពផ្លូវចិត្ត (MHP) ប្រចាំខោនធី អ្នកគ្រប់គ្រងករណីរបស់ Molina Medicare Complete Care Plus អាចជួយបញ្ជូនអ្នកទៅកាន់ធនធានសមស្របរបស់ខោនធីដើម្បីធ្វើការវាយតម្លៃ។ អ្នកអាចហៅទូរសព្ទមកកាន់ផ្នែកបម្រើសេវាសមាជិកដើម្បីស្នើសុំជំនួយ។ អ្នកក៏អាចទាក់ទងមកខោនធីដោយផ្ទាល់ផងដែរ។ សូមមើលលេខទូរសព្ទប្រចាំខោនធីដែលសមស្របក្នុងព័ត៌មានផ្តល់ជូនខាងក្រោម។

<u>សេវាអ្នកឯកទេសថែទាំសុខភាពផ្លូវចិត្ត</u>

នាយកដ្ឋានសុខភាពផ្លូវចិត្តប្រចាំខោនធី Los Angeles តាមលេខ 1-800-854-7771

ប្រព័ន្ធសុខភាពសាកលវិទ្យាល័យ Riverside – សុខភាពអាកប្បកិរិយាលេខ 1-800-499-3008

នាយកដ្ឋានសុខភាពអាកប្បកិរិយាប្រចាំខោនធី San Bernardino តាមលេខ 1-888-743-1478

សេវាសុខភាពអាកប្បកិរិយាប្រចាំខោនធី San Diego តាមលេខ 1-888-724-7240

<u>សេវាឱសថ Medi-Cal</u>

នាយកដ្ឋានសុខភាពសាធារណៈប្រចាំខោនធី Los Angeles តាមលេខ 1-844-804-7500

ប្រព័ន្ធសុខភាពសាកលវិទ្យាល័យ Riverside - សុខភាពអាកប្បកិរិយា 1-800-499-3008

នាយកដ្ឋានសុខភាពអាកប្បកិរិយាប្រចាំខោនធី San Bernardino តាមលេខ 1-888-724-7240

G. សេវាកម្មនៃមធ្យោបានដឹកជញ្ជូន

G1. មធ្យោបាយដឹកជញ្ជូនផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រនៃស្ថានភាពដែលមិនមែនជាករណីក្នុងគ្រាអាសន្ន

អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានមធ្យោបាយធ្វើដំណើរផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដែលមិនមែនជាករណីក្នុងគ្រាអាសន្ន ប្រសិនបើអ្នកមានតម្រូវការផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដែលមិនអនុញ្ញាតឱ្យអ្នកប្រើរថយន្ត រថយន្តក្រុង ឬតាក់ស៊ីទៅតាមការណាត់ជួបរបស់អ្នក។ មធ្យោបាយធ្វើដំណើរផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដែលមិនករណីក្នុងគ្រាអាសន្នអាចបានផ្តល់ជូនសម្រាប់សេវាកម្មដែលមានការធានារ៉ាប់រងលើដូចជា ការណាត់ជួបផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ សុខភាពធ្មេញ សុខភាពផ្លូវចិត្ត ការប្រើប្រាស់សារធាតុញៀន និងឱសថស្ថាន។ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការមធ្យោបាយធ្វើដំណើរផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដែលមិនមែនជាករណីក្នុងគ្រាអាសន្ន អ្នកអាចជជែកជាមួយ PCP របស់អ្នក ហើយស្នើសុំមធ្យោបាយធ្វើដំណើរ។ PCP របស់អ្នកនឹងធ្វើសេចក្តីសម្រេចអំពីប្រភេទនៃមធ្យោបាយធ្វើដំណើរដ៏ល្អបំផុតដើម្បីបំពេញតាមតម្រូវការរបស់អ្នក។ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការមធ្យោបាយធ្វើដំណើរផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដែលមិនមែនជាករណីក្នុងគ្រាអាសន្ន ពួកគេនឹងចេញវេជ្ជបញ្ជាដោយបំពេញទម្រង់បែបបទ ហើយដាក់បញ្ជូនវាទៅកាន់គម្រោង Molina Medicare Complete Care Plus សម្រាប់ការអនុញ្ញាត។ អាស្រ័យលើតម្រូវការផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នក ការអនុញ្ញាតគឺល្អសម្រាប់រយៈពេលមួយឆ្នាំ។ PCP របស់អ្នក ឬអ្នកផ្តល់សេវាផ្សេងទៀតនឹងវាយតម្លៃតម្រូវការរបស់អ្នកឡើងវិញសម្រាប់មធ្យោបាយធ្វើដំណើរផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដែលមិនមែនករណីក្នុងគ្រាអាសន្នសម្រាប់ការអនុញ្ញាតឡើងវិញរៀងរាល់ 12 ខែម្តង។

មធ្យោបាយធ្វើដំណើរផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដែលមិនមែនករណីក្នុងគ្រាអាសន្នគឺជាមធ្យោបាយធ្វើដំណើរតាមរថយន្តសង្គ្រោះបន្ទាន់ រថយន្តវ៉ែន រថយន្តវ៉ែនសម្រាប់អ្នកជំងឺប្រើរទេះរុញ ឬមធ្យោបាយធ្វើដំណើរតាមផ្លូវអាកាស។ គម្រោង Molina Medicare Complete Care Plus អនុញ្ញាតឱ្យមានមធ្យោបាយធ្វើដំណើរដែលមានការធានារ៉ាប់រងដែលមានថ្លៃចំណាយទាបបំផុត និងមធ្យោបាយធ្វើដំណើរផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដែលមិនមែនក្នុងករណីអាសន្នដែលសមស្របបំផុតសម្រាប់តម្រូវការផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នក នៅពេលដែលអ្នកត្រូវការយានជំនិះទៅកាន់ការណាត់ជួបរបស់អ្នក។ ឧទាហរណ៍ ប្រសិនបើអ្នកអាចធ្វើដំណើរដោយរថយន្តវ៉ែនសម្រាប់អ្នកជំងឺប្រើរទេះរុញស្របតាមរាងកាយ ឬលក្ខខណ្ឌវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នកបាន នោះ Molina Medicare Complete Care Plus នឹងមិនបង់ថ្លៃសម្រាប់រថយន្តសង្គ្រោះបន្ទាន់ឡើយ។ អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានមធ្យោបាយធ្វើដំណើរតាមផ្លូវអាកាសតែប៉ុណ្ណោះ ប្រសិនបើស្ថានភាពវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នកធ្វើឱ្យទម្រង់ណាមួយនៃមធ្យោបាយ

ធ្វើដំណើរតាមផ្លូវគោកមិនអាចទៅរួច។

មធ្យោបាយធ្វើដំណើរផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដែលមិនមែនក្នុងករណីអាសន្នត្រូវតែប្រើនៅពេល៖

អ្នកត្រូវការមធ្យោបាយធ្វើដំណើរផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដែលមិនមែនក្នុងករណីអាសន្នផ្នែករាងកាយ ឬផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ ដូចដែលបានកំណត់ដោយការអនុញ្ញាតជាលាយលក្ខណ៍អក្សរពី PCP របស់អ្នក ដោយសារអ្នកមិនអាចប្រើរថយន្តក្រុង តាក់ស៊ី រថយន្ត ឬរថយន្តវ៉ែន ដើម្បីទៅតាមការណាត់ជួបរបស់អ្នកបានឡើយ។

- អ្នកត្រូវការជំនួយពីអ្នកបើកបរទៅ និងមកពីទីលំនៅ យានយន្ត ឬទីកន្លែងព្យាបាលដោយសារតែពិការភាពផ្លូវកាយ ឬផ្លូវចិត្ត។

ដើម្បីស្នើសុំមធ្យោបាយធ្វើដំណើរវេជ្ជសាស្ត្រដែលវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកបានចេញវេជ្ជបញ្ជាសម្រាប់**ការណាត់ជួបជាប្រចាំ**ដែលមិនបន្ទាន់ សូមទូរសព្ទទៅ Medi-Cal តាមរយៈលេខ 1-800-541-5555 យ៉ាងហោចណាស់រយៈពេល 2 ថ្ងៃជាមុន (ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ) មុនពេលការណាត់ជួបរបស់អ្នក។ សម្រាប់**ការណាត់ជួបបន្ទាន់** សូមទូរសព្ទឱ្យបានឆាប់តាមដែលអាចធ្វើបាន។ សូមត្រៀមបណ្ណសម្គាល់ (ID) សមាជិករបស់អ្នក ពេលអ្នកទូរសព្ទ។ អ្នកក៏អាចទូរសព្ទទៅបានផងដែរ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការព័ត៌មានបន្ថែម។

ដែនកំណត់នៃមធ្យោបាយធ្វើដំណើរផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ

គម្រោង Molina Medicare Complete Care Plus ធានារ៉ាប់រងលើមធ្យោបាយធ្វើដំណើរផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដែលមានថ្លៃចំណាយទាបបំផុត ដែលបំពេញតាមតម្រូវការផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នកពីផ្ទះរបស់អ្នកទៅកាន់អ្នកផ្តល់សេវាដែលនៅជិតបំផុតតាមការណាត់ជួបដែលមាន។ មធ្យោបាយធ្វើដំណើរផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រនឹងមិនត្រូវបានផ្តល់ជូនទេ ប្រសិនបើ Medicare ឬ Medi-Cal មិនធានារ៉ាប់រងលើសេវាកម្មនេះ។ ប្រសិនបើប្រភេទនៃការណាត់ជួបមានការធានារ៉ាប់រងដោយគម្រោង Molina Medicare Complete Care Plus ប៉ុន្តែមិនមែនតាមរយៈគម្រោងសុខភាពទេ នោះគម្រោង Molina Medicare Complete Care Plus នឹងជួយអ្នកកំណត់ពេលនៃមធ្យោបាយធ្វើដំណើររបស់អ្នក។ បញ្ជីនៃសេវាកម្មដែលមានការធានារ៉ាប់រងមាននៅក្នុងជំពូកទី 4 នៃសៀវភៅណែនាំនេះ។ មធ្យោបាយធ្វើដំណើរមិនទទួលបានការធានារ៉ាប់រងនៅក្រៅបណ្តាញ ឬតំបន់សេវាកម្មរបស់ Molina Medicare Complete Care Plus ទេ លុះត្រាតែមានការអនុញ្ញាតជាមុន។

G2. មធ្យោបាយធ្វើដំណើរមិនមែនផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ

អត្ថប្រយោជន៍នៃមធ្យោបាយធ្វើដំណើរមិនមែនវេជ្ជសាស្ត្ររួមមានការធ្វើដំណើរទៅ និងមកពីការណាត់ជួបរបស់អ្នកសម្រាប់សេវាដែលទទួលបានការអនុញ្ញាតដោយអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក។ អ្នកអាចទទួលបានការជិះ ដោយមិនគិតថ្លៃចំពោះអ្នក នៅពេលអ្នក៖

- ការធ្វើដំណើរទៅ និងមកពីការណាត់ជួបសម្រាប់សេវាកម្មដែលអនុញ្ញាតដោយអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក ឬ
- ការទៅទទួលយកវេជ្ជបញ្ជា និងសម្ភារផ្គត់ផ្គង់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ។

គម្រោង Molina Medicare Complete Care Plus អនុញ្ញាតឱ្យអ្នកប្រើប្រាស់រថយន្ត តាក់ស៊ី ឡានក្រុង ឬមធ្យោបាយសាធារណៈ/ឯកជនផ្សេងទៀតក្នុងការទៅតាមការណាត់ជួបដែលមិនមែនជាវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នកសម្រាប់សេវាដែលទទួលបានការអនុញ្ញាតដោយអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក។ គម្រោង Molina Medicare Complete Care Plus ប្រើក្រុមហ៊ុនដឹកជញ្ជូន Saferide ដើម្បីរៀបចំសម្រាប់ការដឹកជញ្ជូនដែលមិនមែនផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ។ យើងធានារ៉ាប់រងលើថ្លៃចំណាយទាបបំផុត ដែលជាប្រភេទមធ្យោបាយធ្វើដំណើរដែលមិនមែនផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដែលបំពេញតាមតម្រូវការរបស់អ្នក។

ពេលខ្លះ អ្នកអាចទទួលបានសំណងសម្រាប់ការជិះយានយន្តឯកជនដែលអ្នករៀបចំ។ គម្រោង Molina Medicare Complete Care Plus ត្រូវតែយល់ព្រមលើរឿងនេះ**មុន**ពេលអ្នកទទួលបានការជិះ ហើយអ្នកត្រូវតែប្រាប់យើងពីមូលហេតុដែលអ្នកមិនអាចទទួលបានការជិះតាមវិធីផ្សេងទៀតបាន ដូចជាការជិះឡានក្រុងជាដើម។ អ្នកអាចប្រាប់យើងតាមរយៈទូរសព្ទ ឬតាមអ៊ីម៉ែល ឬដោយផ្ទាល់បាន។ **អ្នកមិនអាចទទួលបានសំណងសម្រាប់ការបើកបរដោយខ្លួនឯងបានទេ។**

ការផ្តល់សំណងថ្លៃម៉ាយល៍តម្រូវឱ្យមានដូចខាងក្រោម៖

- បណ្ណាបើកបររបស់អ្នកបើកបរ
- ការចុះបញ្ជីយានយន្តរបស់អ្នកបើកបរ។
- ការបញ្ជាក់ពីការធានារ៉ាប់រងលើរថយន្តសម្រាប់អ្នកបើកបរ

ដើម្បីស្នើសុំការជិះសម្រាប់សេវាកម្មដែលទទួលបានអនុញ្ញាត សូមទូរសព្ទទៅ Medi-Cal តាមរយៈលេខ 1-800-541-5555 យ៉ាងហោចណាស់ 2 ថ្ងៃជាមុន (ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ) មុនពេលការណាត់ជួបរបស់អ្នក។ សម្រាប់**ការណាត់ជួបបន្ទាន់** សូមទូរសព្ទឱ្យបានឆាប់តាមដែលអាចធ្វើបាន។ សូមត្រៀមបណ្ណសម្គាល់ (ID) សមាជិករបស់អ្នក ពេលអ្នកទូរសព្ទ។ អ្នកក៏អាចទូរសព្ទទៅបានផងដែរ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការព័ត៌មានបន្ថែម។

កំណត់ចំណាំ៖ សមាជិកជនជាតិដើមអាមេរិកអាចទាក់ទងគ្លីនិកសុខភាពជនជាតិដើមអាមេរិកក្នុងតំបន់របស់ពួកគេដើម្បីស្នើសុំមធ្យោបាយធ្វើដំណើរដែលមិនមែនជាផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ។

ដែនកំណត់នៃមធ្យោបាយដឹកជញ្ជូនដែលមិនមែនជាផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ

Medi-Cal ផ្តល់ជូនមធ្យោបាយធ្វើដំណើរមិនមែនជាផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដែលមានតម្លៃទាបបំផុតដែលបំពេញតាមតម្រូវការរបស់អ្នកពីផ្ទះរបស់អ្នកទៅកាន់អ្នកផ្តល់សេវាដែលនៅជិតបំផុតដែលជាកន្លែងដែលមានការណាត់ជួប។ **អ្នកមិនអាចបើកបរដោយខ្លួនឯង ឬត្រូវបានសងប្រាក់វិញដោយផ្ទាល់។**

មធ្យោបាយធ្វើដំណើរ**មិនមែន**ជាផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រមិនត្រូវបានអនុវត្តទេប្រសិនបើ៖

- រថយន្តសង្គ្រោះបន្ទាន់ រថយន្តវ៉ែនមានជណ្តើរសម្រាប់រទេះរុញ រថយន្តវ៉ែនធុនតូច រថយន្តវ៉ែនសម្រាប់អ្នកជំងឺប្រើរទេះរុញ ឬមធ្យោបាយធ្វើដំណើរផ្សេងទៀតដែលមិនមែនជាផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដែលចាំបាច់ក្នុងការទទួលបានសេវាកម្មនេះ។
- អ្នកត្រូវការជំនួយពីអ្នកបើកបរទៅ និងមកពីទីលំនៅ រថយន្ត ឬកន្លែងព្យាបាលដោយសារតែស្ថានភាពរាងកាយ ឬសុខភាព។
- អ្នកស្ថិតក្នុងរទេះរុញ ហើយមិនអាចប្តូរចូល និងចេញពីរថយន្តបានទេដោយគ្មានជំនួយពីអ្នកបើកបរ។
- សេវាកម្មនេះមិនមានការធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare ឬ Medi-Cal ទេ។

H. សេវាកម្មដែលមានការធានារ៉ាប់រងក្នុងគ្រាអាសន្នផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ នៅពេលត្រូវការជាបន្ទាន់ ឬក្នុងអំឡុងពេលមានគ្រោះមហន្តរាយ

H1. ការថែទាំក្នុងគ្រាអាសន្នផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ

ករណីក្នុងគ្រាអាសន្នផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រគឺជាស្ថានភាពសុខភាពដែលមានរោគសញ្ញាដូចជាការឈឺចាប់ធ្ងន់ធ្ងរ ឬរបួសធ្ងន់ធ្ងរ។ ស្ថានភាពនេះគឺធ្ងន់ធ្ងរ ដូច្នេះហើយ ប្រសិនបើអ្នកមិនទទួលបានការព្យាបាលភ្លាមៗទេ អ្នក ឬអ្នកដែលមានចំណេះដឹងជាមធ្យមអំពីសុខភាព និងថ្នាំអាចរំពឹងថាវានឹងបណ្តាលឱ្យមានលទ្ធផលដូចខាងក្រោម៖

- ហានិភ័យធ្ងន់ធ្ងរចំពោះសុខភាពរបស់អ្នក ឬចំពោះកូនដែលមិនទាន់កើតរបស់អ្នក **ឬ**
- គ្រោះថ្នាក់ធ្ងន់ធ្ងរចំពោះមុខងាររាងកាយ **ឬ**
- ដំណើរការខុសប្រក្រតីធ្ងន់ធ្ងរនៃសរីរាង្គ ឬផ្នែកណាមួយនៃរាងកាយ **ឬ**
- ក្នុងករណីស្ត្រីមានផ្ទៃពោះកំពុងសម្រាលកូន នៅពេល៖
  - មិនមានពេលវេលាគ្រប់គ្រាន់ដើម្បីបញ្ជូនអ្នកដោយសុវត្ថិភាពទៅមន្ទីរពេទ្យមួយផ្សេងទៀតមុនពេលសម្រាលនោះទេ។
  - ការផ្ទេរទៅមន្ទីរពេទ្យផ្សេងទៀតអាចបង្កការគំរាមកំហែងដល់សុខភាព ឬសុវត្ថិភាពរបស់អ្នក ឬចំពោះកូនដែលមិនទាន់កើតរបស់អ្នក។

បើអ្នកមានករណីក្នុងគ្រាអាសន្នផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ៖

ស្វែងរកជំនួយឲ្យបានលឿនតាមដែលអាចធ្វើទៅបាន។ សូមទូរសព្ទទៅលេខ 911 ឬប្រើប្រាស់បន្ទប់សង្គ្រោះបន្ទាន់ ឬមន្ទីរពេទ្យដែលនៅជិតបំផុត។ ទូរសព្ទសុំរថយន្តសង្គ្រោះបន្ទាន់ បើអ្នកត្រូវការរថយន្តសង្គ្រោះបន្ទាន់នោះ។ អ្នក**មិន**ចាំបាច់ត្រូវការការអនុញ្ញាត ឬការបញ្ជូនបន្តពី PCP របស់អ្នកឡើយ។ អ្នកមិនចាំបាច់ប្រើសេវាកម្មរបស់អ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញឡើយ។ អ្នកអាចទទួលបានការថែទាំផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រក្នុងករណីអាសន្ននៅពេលណាដែលអ្នកត្រូវការការថែទាំនោះ គ្រប់ទីកន្លែងនៅក្នុងសហរដ្ឋអាមេរិក ឬដែនដីរបស់ប្រទេសនេះ ឬទូទាំងពិភពលោក ពីអ្នកផ្តល់សេវាណាមួយដែលមានអាជ្ញាបណ្ណពីរដ្ឋសមស្រប។

អ្នកបានផ្តល់ដំណឹងមកកាន់គម្រោងរបស់យើងអំពីស្ថានភាពសង្គ្រោះបន្ទាន់នេះ ឱ្យបានរួសរាន់តាមដែលអាចធ្វើទៅបាន។ យើងតាមដានលើការថែទាំក្នុងគ្រាអាសន្នរបស់អ្នក។ អ្នក ឬនរណាម្នាក់ផ្សេងទៀតគួរទូរសព្ទមកប្រាប់យើងខ្ញុំអំពីការថែទាំក្នុងស្ថានភាពអាសន្នរបស់អ្នក ជាធម្មតាក្នុងអំឡុងពេល 48 ម៉ោង។ ទោះបីជាយ៉ាងណាក็ដោយ អ្នកនឹងមិនបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាសង្គ្រោះបន្ទាន់ទេ ប្រសិនបើអ្នកប្រាប់យើងខ្ញុំយឺតយ៉ាវ។ អ្នកអាចស្វែងរកលេខទូរសព្ទផ្នែកបម្រើសេវាសមាជិកនៅខាងក្រោមទំព័រនេះ។

សេវាកម្មដែលមានការធានារ៉ាប់រងនៅក្នុងករណីគ្រាអាសន្នផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ

ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការរថយន្តសង្គ្រោះបន្ទាន់ដើម្បីយកអ្នកទៅកាន់បន្ទប់សង្គ្រោះបន្ទាន់ គម្រោងរបស់យើងធានារ៉ាប់រងចំពោះសេវាកម្មនេះផងដែរ។ យើងក็ធានារ៉ាប់រងលើសេវាវេជ្ជសាស្ត្រក្នុងអំឡុងពេលនៃគ្រាអាសន្នផងដែរ។ ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែម សូមមើលតារាងអត្ថប្រយោជន៍នៅក្នុង**ជំពូកទី 4** នៃ សៀវភៅណែនាំសមាជិករបស់អ្នក។

អ្នកផ្តល់សេវាដែលផ្តល់ការថែទាំក្នុងគ្រាអាសន្នសម្រេចថាពេលណាដែលស្ថានភាពរបស់អ្នកមានស្ថិរភាព ហើយការសង្គ្រោះបន្ទាន់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្របានបញ្ចប់។ ពួកគេនឹងបន្តព្យាបាលអ្នក ហើយនឹងទាក់ទងយើងខ្ញុំដើម្បីធ្វើគម្រោង ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការការថែទាំបន្តដើម្បីទទួលបានភាពប្រសើរឡើង។

គម្រោងរបស់យើងធានារ៉ាប់រងលើការថែទាំតាមដានរបស់អ្នក។ ប្រសិនបើអ្នកទទួលបានការថែទាំក្នុងគ្រាអាសន្នរបស់អ្នកពីអ្នកផ្តល់សេវាក្រៅបណ្តាញ យើងនឹងព្យាយាមឱ្យអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញទទួលយកការថែទាំរបស់អ្នកឱ្យបានឆាប់តាមដែលអាចធ្វើទៅបាន។

ទទួលការថែទាំក្នុងគ្រាអាសន្ន ប្រសិនបើវាមិនមែនជាករណីក្នុងគ្រាអាសន្ន

ជួនកាលវាអាចពិបាកដឹងថាអ្នកមានស្ថានភាពក្នុងគ្រាអាសន្នផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ ឬសុខភាពអាកប្បកិរិយា។ អ្នកអាចចូលទៅរកការថែទាំក្នុងករណីគ្រាអាសន្ន ហើយវេជ្ជបណ្ឌិតនិយាយថាវាមិនមែនជាការករណីក្នុងគ្រាអាសន្នឡើយ។ ដរាបណាអ្នកបានគិតដោយសមហេតុផលថា សុខភាពរបស់អ្នកបានស្ថិតក្នុងគ្រោះថ្នាក់ធ្ងន់ធ្ងរ យើងធានារ៉ាប់រងលើការថែទាំរបស់អ្នក។

បន្ទាប់ពីវេជ្ជបណ្ឌិតនិយាយថានេះមិនមែនជាករណីក្នុងគ្រាអាសន្នទេ នោះយើងធានារ៉ាប់រងការថែទាំបន្ថែមរបស់អ្នកលុះត្រាតែ៖

- អ្នកប្រើសេវាកម្មរបស់អ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ **ឬ**
- ការថែទាំបន្ថែមដែលអ្នកទទួលបានត្រូវបានចាត់ទុកថាជា "ការថែទាំដែលត្រូវការជាបន្ទាន់" ហើយអ្នកធ្វើតាមច្បាប់សម្រាប់ការទទួលបានការថែទាំនោះ។ សូមមើលផ្នែកបន្ទាប់។

H2. ការថែទាំដែលត្រូវការជាបន្ទាន់

ការថែទាំដែលត្រូវការជាបន្ទាន់គឺជាការថែទាំដែលអ្នកទទួលបានសម្រាប់ស្ថានភាពដែលមិនមែនជាករណីក្នុងគ្រាអាសន្ន ប៉ុន្តែត្រូវការការថែទាំភ្លាមៗ។ ឧទាហរណ៍ អ្នកអាចមានការរីឡើងនៃស្ថានភាពជំងឺដែលមានកន្លងមក ឬជំងឺ ឬរបួសដែលមិនបានរំពឹងទុក។

ត្រូវការការថែទាំជាបន្ទាន់នៅក្នុងតំបន់សេវាកម្មរបស់គម្រោងរបស់យើង

ក្នុងករណីភាគច្រើន យើងធានារ៉ាប់រងលើការថែទាំដែលត្រូវការជាបន្ទាន់ ប្រសិនបើ៖

- អ្នកទទួលបានការថែទាំនេះពីអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ **និង**
- អ្នកអនុវត្តតាមច្បាប់ដែលបានពណ៌នានៅក្នុងជំពូកនេះ។

ប្រសិនបើវាមិនអាចទៅរួច ឬសមហេតុផលក្នុងការទៅរកអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ ដោយផ្តល់ពេលវេលា ទីកន្លែង ឬកាលៈទេសៈរបស់អ្នកទេ នោះយើងធានារ៉ាប់រងលើការថែទាំដែលត្រូវការជាបន្ទាន់ដែលអ្នកទទួលបានពីអ្នកផ្តល់សេវាក្រៅបណ្តាញ។

ត្រូវការការថែទាំជាបន្ទាន់នៅក្រៅតំបន់សេវារបស់គម្រោងរបស់យើង

នៅពេលអ្នកនៅខាងក្រៅតំបន់សេវានៃគម្រោងរបស់យើង អ្នកប្រហែលជាមិនអាចទទួលបានការថែទាំពីអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញឡើយ។ ក្នុងករណីនោះ គម្រោងយើងនឹងធានារ៉ាប់រងលើការថែទាំបន្ទាន់ដែលអ្នកទទួលបានពីអ្នកផ្តល់សេវាណាមួយ។

គម្រោងរបស់យើងមិនធានារ៉ាប់រងលើការថែទាំដែលត្រូវការជាបន្ទាន់ ឬការថែទាំណាមួយដែលមិនមែនជាករណីក្នុងគ្រាអាសន្នផ្សេងទៀតដែលអ្នកទទួលបាននៅក្រៅសហរដ្ឋអាមេរិកឡើយ។

គម្រោងរបស់យើងធានារ៉ាប់រងលើសេវាថែទាំក្នុង*គ្រាអាសន្ន និងថែទាំដែលត្រូវការបន្ទាន់ទូទាំងពិភពលោក ឬសេវាថែទាំក្នុងគ្រាអាសន្ន ឬសេវាថែទាំដែលត្រូវការបន្ទាន់*នៅក្រៅសហរដ្ឋអាមេរិកស្ថិតក្រោមកាលៈទេសៈដូចខាងក្រោម។

អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងសម្រាប់សេវាថែទាំក្នុងគ្រាអាសន្ន និងសេវាថែទាំបន្ទាន់រហូតដល់ទឹកប្រាក់ចំនួន $10,000 ក្នុងឆ្នាំតាមប្រតិទិននីមួយៗ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមមើលតារាងអត្ថប្រយោជន៍នៅក្នុងជំពូកទី 4។

H3. ថែទាំក្នុងអំឡុងពេលមានគ្រោះមហន្តរាយ

ប្រសិនបើអភិបាលរដ្ឋ California លេខាធិការក្រសួងសុខាភិបាល និងសេវាមនុស្សជាតិអាមេរិក ឬប្រធានាធិបតីនៃសហរដ្ឋអាមេរិក ប្រកាសពីសភាពនៃគ្រោះមហន្តរាយ ឬគ្រាអាសន្នក្នុងតំបន់ភូមិសាស្ត្ររបស់អ្នក អ្នកនៅតែមានសិទ្ធិទទួលបានការថែទាំពីគម្រោងរបស់យើង។

សូមចូលមើលគេហទំព័ររបស់យើងសម្រាប់ព័ត៌មានអំពីរបៀបទទួលបានការថែទាំដែលអ្នកត្រូវការក្នុងអំឡុងពេលមានគ្រោះមហន្តរាយដែលបានប្រកាសតាមគេហទំព័រ៖ www.MolinaHealthcare.com/Medicare។

ក្នុងអំឡុងពេលគ្រោះមហន្តរាយដែលបានប្រកាស ប្រសិនបើអ្នកមិនអាចប្រើសេវាកម្មរបស់អ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញបានទេ អ្នកអាចទទួលបានការថែទាំពីអ្នកផ្តល់សេវាក្រៅបណ្តាញដោយមិនគិតថ្លៃចំពោះអ្នក។ ប្រសិនបើអ្នកមិនអាចប្រើសេវាកម្មរបស់ឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញក្នុងអំឡុងពេលមានគ្រោះមហន្តរាយដែលបានប្រកាស អ្នកអាចបើកឱសថមានវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកនៅឱសថស្ថានក្រៅបណ្តាញ។ សូមមើល **ជំពូកទី 5** នៃ*សៀវភៅណែនាំសមាជិករបស់អ្នកសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម*។

I. អ្វីដែលត្រូវធ្វើ ប្រសិនបើអ្នកទទួលបានវិក្កយបត្រគិតប្រាក់ដោយផ្ទាល់សម្រាប់សេវាកម្មដែលគម្រោងរបស់យើងធានារ៉ាប់រង

ប្រសិនបើអ្នកផ្តល់សេវាផ្ញើវិក្កយបត្រសេវាមកឱ្យអ្នក ជំនួសឱ្យការផ្ញើទៅកាន់គម្រោង អ្នកគួរតែស្នើសុំឱ្យយើងខ្ញុំជាអ្នកបង់វិក្កយបត្រនេះ។

អ្នកមិនគួរបង់វិក្កយបត្រដោយខ្លួនឯងឡើយ។ ប្រសិនបើអ្នកបង់វិក្កយបត្រ នោះគម្រោងប្រហែលជាមិនបង់ប្រាក់សងអ្នកវិញឡើយ។

ប្រសិនបើអ្នកបានបង់លើសេវាដែលមានការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នក **ឬ** ប្រសិនបើអ្នកបានទទួលវិក្កយបត្រសម្រាប់សេវាវេជ្ជសាស្ត្រដែលមានការធានារ៉ាប់រង សូមមើល **ជំពូកទី 7** នៃសៀវភៅណែនាំសមាជិក របស់អ្នកដើម្បីស្វែងយល់ពីអ្វីដែលត្រូវធ្វើ។

I1. អ្វីដែលត្រូវធ្វើប្រសិនបើគម្រោងរបស់យើងមិនធានារ៉ាប់រងលើសេវាកម្ម

គម្រោងរបស់យើងធានារ៉ាប់រងលើសេវាទាំងអស់៖

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

ប្រសិនបើអ្នកទទួលបានសេវាកម្មដែលគម្រោងរបស់យើងមិនធានារ៉ាប់រង **អ្នកបង់ប្រាក់លើថ្លៃចំណាយពេញលេញដោយខ្លួនឯង** លុះត្រាតែសេវានោះត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយកម្មវិធី Medi-Cal ផ្សេងទៀតនៅខាងក្រៅគម្រោងរបស់យើង។

ប្រសិនបើអ្នកចង់ដឹងថាតើយើងបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាកម្មវេជ្ជសាស្ត្រ ឬការថែទាំណាមួយនោះ អ្នកមានសិទ្ធិសាកសួរយើងខ្ញុំបាន។ អ្នកក៏មានសិទ្ធិស្នើសុំឱ្យគម្រោងនឹងបង់ថ្លៃសេវានេះជាលាយលក្ខណ៍អក្សរផងដែរ។ ប្រសិនបើយើងនិយាយថា យើងនឹងមិនបង់ប្រាក់លើសេវាកម្មរបស់អ្នកទេ នោះអ្នកមានសិទ្ធិដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ចំពោះសេចក្តីសម្រេចរបស់យើងបាន។

ជំពូកទី 9 នៃសៀវភៅណែនាំសមាជិករបស់អ្នកពន្យល់ពីអ្វីដែលត្រូវធ្វើ ប្រសិនបើអ្នកចង់ឱ្យយើងខ្ញុំធានារ៉ាប់រងលើសេវាកម្ម ឬសម្ភារវេជ្ជសាស្ត្រ។ វាក៏ប្រាប់អ្នកពីរបៀបដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ចំពោះសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងរបស់យើងផងដែរ។ សូមទូរសព្ទមកផ្នែកបម្រើសេវាសមាជិក ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពីសិទ្ធិដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក។

យើងនឹងបង់ប្រាក់លើសេវាមួយចំនួនរហូតដល់ដែនកំណត់ជាក់លាក់មួយ។ ប្រសិនបើអ្នកប្រើប្រាស់អត្ថប្រយោជន៍លើសពីការកំណត់ អ្នកត្រូវបង់ប្រាក់ពេញថ្លៃដើម្បីទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍បន្ថែមនៃប្រភេទសេវានេះ។ សូមមើល**ជំពូកទី 4** សម្រាប់ដែនកំណត់អត្ថប្រយោជន៍ជាក់លាក់។ សូមទូរសព្ទទៅផ្នែកបម្រើសេវាសមាជិក ដើម្បីស្វែងយល់ថាតើមានដែនកំណត់នៃអត្ថប្រយោជន៍អ្វីខ្លះ និងថាតើមានចំនួនទឹកប្រាក់នៃអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នកដែលអ្នកបានប្រើប៉ុន្មាន។

J. ការធានារ៉ាប់រងនៃសេវាថែទាំសុខភាពនៅក្នុងការសិក្សាស្រាវជ្រាវលើការព្យាបាល

J1. និយមន័យនៃការសិក្សាស្រាវជ្រាវលើការព្យាបាល

ការស្រាវជ្រាវលើការព្យាបាល (ដែលហៅថាការសាកល្បងព្យាបាល) គឺជាវិធីដែលវេជ្ជបណ្ឌិតធ្វើតេស្តប្រភេទថ្មីនៃការថែទាំសុខភាព ឬឱសថ។ ការសិក្សាស្រាវជ្រាវលើការព្យាបាលដែលត្រូវបានអនុម័តដោយ Medicare ជាធម្មតាសុំឱ្យអ្នកស្ម័គ្រចិត្តចូលរួមក្នុងការសិក្សានេះ។

នៅពេលដែល Medicare យល់ព្រមលើការសិក្សាមួយដែលអ្នកចង់ចូលរួម ហើយអ្នកបង្ហាញចំណាប់អារម្មណ៍ នរណាម្នាក់ដែលធ្វើការលើការសិក្សានោះនឹងទាក់ទងអ្នក។ បុគ្គលនោះប្រាប់អ្នកអំពីការសិក្សា ហើយស្វែងយល់ថាតើអ្នកមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ដើម្បីចូលរួមក្នុងការសិក្សានេះដែរឬទេ។ អ្នកអាចចូលរួមក្នុងការសិក្សាបានដរាបណាអ្នកបំពេញតាមលក្ខខណ្ឌតម្រូវដែលបានទាមទារ។ អ្នកត្រូវតែយល់ដឹង និងទទួលយកនូវអ្វីដែលអ្នកត្រូវតែធ្វើក្នុងការសិក្សាស្រាវជ្រាវនេះ។

ខណៈដែលអ្នកកំពុងស្ថិតក្នុងការសិក្សាស្រាវជ្រាវនេះ អ្នកអាចបន្តចុះឈ្មោះចូលរួមក្នុងគម្រោងយើងបាន។ តាមវិធីនោះ គម្រោងរបស់យើងបន្តធានារ៉ាប់រងអ្នកសម្រាប់សេវា និងការថែទាំដែលមិនទាក់ទងនឹងការសិក្សាស្រាវជ្រាវនេះ។

ប្រសិនបើអ្នកចង់ចូលរួមក្នុងការសិក្សាស្រាវជ្រាវលើការព្យាបាលណាមួយដែលត្រូវបានអនុម័តដោយ Medicare អ្នក**មិន**ចាំបាច់ប្រាប់យើងខ្ញុំ ឬទទួលបានការយល់ព្រមពីយើងខ្ញុំ ឬអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំបឋមរបស់អ្នកឡើយ។ អ្នកផ្តល់សេវាដែលផ្តល់ការថែទាំដល់អ្នកដែលជាផ្នែកមួយនៃការសិក្សាស្រាវជ្រាវនេះ **មិន**ចាំបាច់ជាអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញឡើយ។ សូមចំណាំថា នេះមិនរាប់បញ្ចូលអត្ថប្រយោជន៍ដែលគម្រោងរបស់យើងទទួលខុសត្រូវ ដោយរួមបញ្ចូល ជាធាតុផ្សំ ការសាកល្បងព្យាបាល ឬការចុះបញ្ជីដើម្បីវាយតម្លៃអត្ថប្រយោជន៍នោះទេ។ ទាំងនេះរួមបញ្ចូលទាំងអត្ថប្រយោជន៍ជាក់លាក់មួយចំនួនដែលបានបញ្ជាក់ក្រោមការកំណត់លើការធានារ៉ាប់រងថ្នាក់ជាតិដែលតម្រូវឱ្យមានការធានារ៉ាប់រងជាមួយនឹងការអភិវឌ្ឍភស្តុតាង (NCD-CED) និងការសិក្សាអំពីការសាកល្បងឧបករណ៍អង្កេតការណ៍ (IDE) ហើយអាចអាស្រ័យលើការអនុញ្ញាតជាមុន និងបទប្បញ្ញត្តិរបស់គម្រោងផ្សេងទៀត។

យើងលើកទឹកចិត្តឱ្យអ្នកប្រាប់យើងខ្ញុំមុនពេលដែលអ្នកចូលរួមក្នុងការសិក្សាស្រាវជ្រាវលើព្យាបាលនេះ។

ប្រសិនបើអ្នកមានគម្រោងចូលរួមក្នុងការសិក្សាស្រាវជ្រាវលើការសិក្សាដែលមានការធានារ៉ាប់រងសម្រាប់អ្នកចុះឈ្មោះដោយ Original Medicare យើងលើកទឹកចិត្តអ្នក ឬអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នកឱ្យទាក់ទងផ្នែកបម្រើសេវាសមាជិកដើម្បីឱ្យយើងខ្ញុំដឹងថាអ្នកនឹងចូលរួមក្នុងការសាកល្បងលើការព្យាបាល។

J2. ការបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាកម្ម នៅពេលអ្នកចូលរួមក្នុងការសិក្សាស្រាវជ្រាវលើការព្យាបាល

ប្រសិនបើអ្នកស្ម័គ្រចិត្តសម្រាប់ការសិក្សាស្រាវជ្រាវលើការព្យាបាលដែល Medicare យល់ព្រម អ្នកមិនត្រូវបង់ប្រាក់ថ្លៃអ្វីទាំងអស់សម្រាប់សេវាកម្មដែលមានការធានារ៉ាប់រងស្ថិតក្រោមការសិក្សានេះ។ Medicare បង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាកម្មដែលមានការធានារ៉ាប់រងស្ថិតក្រោមការសិក្សា ក៏ដូចជាថ្លៃចំណាយជាប្រចាំដែលទាក់ទងនឹងការថែទាំរបស់អ្នក។ នៅពេលដែលអ្នកចូលរួមក្នុងការសិក្សាស្រាវជ្រាវលើការសិក្សាអនុម័តដោយ Medicare អ្នកនឹងទទួលបានការធានារ៉ាប់រងសម្រាប់សេវាកម្ម និងទំនិញភាគច្រើនដែលអ្នកទទួលបានជាផ្នែកនៃការសិក្សានេះ។ នេះរាប់បញ្ចូលទាំង៖

- បន្ទប់ស្នាក់នៅ និងរបបអាហារនៅមន្ទីរពេទ្យដែល Medicare នឹងបង់ប្រាក់ឱ្យសូម្បីតែក្នុងករណីដែលអ្នកមិនបានស្ថិតក្នុងការសិក្សាស្រាវជ្រាវក៏ដោយ។
- ប្រតិបត្តិការ ឬនីតិវិធីព្យាបាលផ្សេងទៀតដែលជាផ្នែកនៃការសិក្សាស្រាវជ្រាវនេះ
- ការព្យាបាលលើផលប៉ះពាល់បន្ទាប់បន្សំ និងបញ្ហាស្មុគស្មាញនៃការថែទាំព្យាបាលថ្មី

*ប្រសិនបើ*អ្នកស្ម័គ្រចិត្តសម្រាប់ការសិក្សាស្រាវជ្រាវលើការព្យាបាល យើងបង់ថ្លៃចំណាយណាមួយដែល Medicare មិនយល់ព្រម ប៉ុន្តែគម្រោងរបស់យើងយល់ព្រម។ ប្រសិនបើអ្នកជាផ្នែកមួយនៃការសិក្សាដែល Medicare ឬគម្រោងរបស់យើង**មិន**បានអនុម័ត អ្នកត្រូវបង់ប្រាក់ថ្លៃចំណាយណាមួយសម្រាប់ការចូលរួមក្នុងការសិក្សា។

J3. ស្វែងយល់បន្ថែមទៀតអំពីការសិក្សាស្រាវជ្រាវលើការព្យាបាល

អ្នកអាចស្វែងយល់បន្ថែមអំពីការចូលរួមក្នុងការស្រាវជ្រាវលើការព្យាបាលដោយអាន “Medicare & Clinical Research Studies” (Medicare និង ការសិក្សាស្រាវជ្រាវគ្លីនិក) នៅលើគេហទំព័រ Medicare (www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf)។ អ្នកក៏អាចទូរសព្ទមកលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) បាន 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ផងដែរ។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរតែហៅទូរសព្ទទៅលេខ 1-877-486-2048។

K. របៀបដែលសេវាថែទាំសុខភាពរបស់អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងនៅក្នុងគ្រឹះស្ថានថែទាំសុខភាពតាមបែបសាសនាដែលមិនមែនជាលក្ខណៈវេជ្ជសាស្ត្រ

K1. និយមន័យនៃមណ្ឌលថែទាំសុខភាពតាមបែបសាសនាដែលគ្មានលក្ខណៈវេជ្ជសាស្ត្រ

គ្រឹះស្ថានថែទាំសុខភាពតាមបែបសាសនាដែលមិនមែនជាលក្ខណៈវេជ្ជសាស្ត្រគឺជាកន្លែងដែលផ្តល់ការថែទាំដែលអ្នកនឹងទទួលបានជាធម្មតានៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យ ឬមណ្ឌលថែទាំសុខភាពជំនាញ។ ប្រសិនបើការទទួលបានសេវាថែទាំព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យ ឬមណ្ឌលថែទាំសុខភាពជំនាញគឺទល់នឹងជំនឿសាសនារបស់អ្នក យើងធានារ៉ាប់រងលើការថែទាំព្យាបាលនៅមណ្ឌលថែទាំសុខភាពតាមបែបសាសនាដែលគ្មានលក្ខណៈវេជ្ជសាស្ត្រ។

អត្ថប្រយោជន៍នេះគឺសម្រាប់តែសេវាកម្មសម្រាប់អ្នកជំងឺស្នាក់ព្យាបាល Medicare ផ្នែក A (សេវាកម្មថែទាំសុខភាពមិនមែនផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ) ប៉ុណ្ណោះ។

K2. ការថែទាំពីមណ្ឌលថែទាំសុខភាពតាមបែបសាសនាដែលគ្មានលក្ខណៈវេជ្ជសាស្ត្រ

ដើម្បីទទួលបានការថែទាំព្យាបាលពីគ្រឹះស្ថានថែទាំសុខភាពតាមបែបសាសនាដែលមិនមែនជាលក្ខណៈវេជ្ជសាស្ត្រ អ្នកត្រូវតែចុះហត្ថលេខាលើឯកសារផ្លូវការមួយច្បាប់ដែលនិយាយថា អ្នកប្រឆាំងនឹងការទទួលបាននូវការព្យាបាលតាមបែបវេជ្ជសាស្ត្រដែល "មិនមានការលើកលែង"។

- ការព្យាបាលវេជ្ជសាស្ត្រ "ដែលមិនលើកលែង" គឺជាការថែទាំណាមួយដែល **ស្ម័គ្រចិត្ត និងមិនតម្រូវ** ដោយច្បាប់សហព័ន្ធ រដ្ឋ ឬមូលដ្ឋានឡើយ។
- ការព្យាបាលផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ "ការលើកលែង" គឺជាការថែទាំណាមួយដែល**មិនស្ម័គ្រចិត្ត ហើយត្រូវបានតម្រូវ**ដោយច្បាប់សហព័ន្ធ រដ្ឋ ឬមូលដ្ឋាន។

ដើម្បីទទួលបានការធានារ៉ាប់រងដោយគម្រោងយើង ការថែទាំដែលអ្នកទទួលបានពីមណ្ឌលថែទាំសុខភាពតាមបែបសាសនាដែលគ្មានលក្ខណៈវេជ្ជសាស្ត្រ ត្រូវបំពេញតាមតាមលក្ខខណ្ឌដូចខាងក្រោម៖

- មណ្ឌលថែទាំដែលផ្តល់នូវសេវាតំហែទាំព្យាបាលត្រូវតែទទួលបានការបញ្ជាក់ទទួលស្គាល់ដោយ Medicare។
- ការធានារ៉ាប់រងលើសេវាកម្មរបស់គម្រោងរបស់យើងមានដែនកំណត់ទៅចំពោះលក្ខណៈការថែទាំមិនមែនសាសនា។
- ប្រសិនបើអ្នកទទួលបានសេវាកម្មពីគ្រឹះស្ថាននេះដែលទទួលបានការផ្តល់ជូនអ្នកនៅក្នុងមណ្ឌលថែទាំនេះ៖
- អ្នកត្រូវតែមានស្ថានភាពផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដែលនឹងអនុញ្ញាតឱ្យអ្នកទទួលបានសេវាកម្មដែលទទួលបានការធានារ៉ាប់រងសម្រាប់ការថែទាំអ្នកជំងឺមិនស្នាក់ព្យាបាលក្នុងមន្ទីរពេទ្យ ឬការថែទាំព្យាបាលនៅមណ្ឌលថែទាំជំនាញ។

គម្រោងរបស់យើងធានារ៉ាប់រងលើចំនួនថ្ងៃមិនកំណត់សម្រាប់អ្នកជំងឺស្នាក់ព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យ។ (មើលតារាងអត្ថប្រយោជន៍ក្នុងជំពូកទី 4)។

L. ឧបករណ៍វេជ្ជសាស្ត្រសម្រាប់ប្រើរយៈពេលយូរ (DME)

L1. DME ជាសមាជិកនៃគម្រោងរបស់យើង

DME រួមបញ្ចូលទាំងសម្ភារចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រជាក់លាក់មួយចំនួនដែលបានវេជ្ជបញ្ជាដោយអ្នកផ្តល់សេវាដូចជា រទេះរុញ ឈើច្រត់ ប្រព័ន្ធពួកដើរដោយថាមពល សម្ភារផ្គត់ផ្គង់សម្រាប់ជំងឺទឹកនោមផ្អែម គ្រែមន្ទីរពេទ្យដែលមានការវេជ្ជបញ្ជាដោយអ្នកផ្តល់សេវាសម្រាប់ប្រើប្រាស់ក្នុងផ្ទះ ថ្នាំចាក់បញ្ចូលតាមសរសៃឈាម (IV) ឧបករណ៍បញ្ចេញសំឡេង ឧបករណ៍ផ្គត់ផ្គង់អុកស៊ីសែន ឧបករណ៍ជំនួយក្នុងការដកដង្ហើម និងឧបករណ៍ជំនួយក្នុងការដើរ។

ជានិច្ចកាល អ្នកត្រូវមានសម្ភារជាក់លាក់ដូចជា ធ្មេញសិប្បនិម្មិត។

នៅក្នុងផ្នែកនេះ យើងពិភាក្សាអំពី DME ដែលអ្នកបានជួល។ ក្នុងនាមជាសមាជិកនៃគម្រោងរបស់យើង អ្នកនឹងមិនមែនជាកម្មសិទ្ធ DME ទេ ទោះបីជាអ្នកជួលវាយូរប៉ុនណាក៏ដោយ។

នៅក្នុងស្ថានភាពដែលបានកំណត់ជាក់លាក់ យើងនឹងផ្ទេរកម្មសិទ្ធិនៃឧបករណ៍ DME ទៅអ្នក។ សូមហៅទូរសព្ទមកកាន់ផ្នែកបម្រើសេវាសមាជិក ដើម្បីបានដឹងអំពីភាពតម្រូវដែលអ្នកត្រូវតែមាន និងឯកសារដែលអ្នកត្រូវផ្តល់ជូនដល់គម្រោង។

ទោះបីជាអ្នកមាន DME រហូតដល់រយៈពេល 12 ខែជាប់ៗគ្នានៅក្រោម Medicare មុនពេលអ្នកបានចូលរួមក្នុងគម្រោងរបស់យើងក៏ដោយ ក៏អ្នកនឹង**មិនមែន**ជាម្ចាស់ឧបករណ៍នោះឡើយ។

L2. កម្មសិទ្ធិ DME ប្រសិនបើអ្នកប្តូរទៅ Original Medicare

នៅក្នុងកម្មវិធី Original Medicare អ្នកដែលជួលប្រភេទ DME ជាក់លាក់ជាម្ចាស់ DME បន្ទាប់ពីរយៈពេល 13 ខែ។ នៅក្នុងគម្រោង Medicare Advantage (MA) គម្រោងអាចកំណត់ចំនួនខែដែលមនុស្សត្រូវជួលប្រភេទជាក់លាក់នៃ DME មុនពេលដែលពួកគេក្លាយជាម្ចាស់របស់វា។

កំណត់ចំណាំ៖ អ្នកអាចរកឃើញនិយមន័យនៃគម្រោង Original Medicare និង MA នៅក្នុងជំពូកទី 12 ។ អ្នកក៏អាចស្វែងរកព័ត៌មានបន្ថែមអំពីពួកគេនៅក្នុងសៀវភៅណែនាំ *Medicare និងអ្នក* ឆ្នាំ 2025។ ប្រសិនបើអ្នកមិនមានច្បាប់ចម្លងនៃកូនសៀវភៅនេះទេ អ្នកអាចទទួលបានព័ត៌មាននៅគេហទំព័រ Medicare តាមរយៈអាសយដ្ឋាន (www.medicare.gov/medicare-and-you) ឬដោយទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) បាន 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរតែហៅទូរសព្ទទៅលេខ 1-877-486-2048។

ប្រសិនបើ Medi-Cal មិនត្រូវបានជ្រើសរើសទេ អ្នកនឹងត្រូវធ្វើការបង់ប្រាក់ចំនួន 13 ដងជាប់ៗគ្នាស្ថិតនៅក្រោម Original Medicare ឬអ្នកនឹងត្រូវធ្វើការបង់ប្រាក់តាមចំនួនជាប់ៗគ្នាដែលកំណត់ដោយគម្រោង MA ដើម្បីធ្វើជាម្ចាស់លើទំនិញ DME ប្រសិនបើ៖

- អ្នកមិនបានក្លាយជាម្ចាស់របស់ទំនិញ DME ខណៈពេលដែលអ្នកស្ថិតនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើង **និង**
- អ្នកចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើង ហើយទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ Medicare នៅខាងក្រៅគម្រោងសុខភាពណាមួយនៅក្នុងកម្មវិធី Original Medicare ឬគម្រោង MA។

ប្រសិនបើអ្នកបានធ្វើការបង់ប្រាក់សម្រាប់មុខទំនិញ DME ស្ថិតក្រោមគម្រោង Original Medicare ឬ MA មុនពេលអ្នកចូលរួមក្នុងគម្រោងរបស់យើង **ការបង់ប្រាក់សម្រាប់ Original Medicare ឬ MA ទាំងនោះមិនរាប់បញ្ចូលក្នុងការបង់ប្រាក់ដែលអ្នកត្រូវបង់ឡើយ បន្ទាប់ពីចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើង។**

- អ្នកនឹងត្រូវធ្វើការបង់ប្រាក់ថ្មីចំនួន 13 ដងជាប់ៗគ្នាស្ថិតក្រោម Original Medicare ឬចំនួននៃការបង់ប្រាក់ថ្មីមួយជាប់ៗគ្នាដែលកំណត់ដោយគម្រោង MA ដើម្បីធ្វើជាម្ចាស់លើទំនិញ DME។
- មិនមានការលើកលែងចំពោះករណីនេះឡើយនៅពេលអ្នកត្រលប់ទៅគម្រោង Original Medicare ឬ MA

L3. អត្ថប្រយោជន៍ឧបករណ៍ផ្តល់អុកស៊ីសែនក្នុងនាមជាសមាជិកនៃគម្រោងរបស់យើង

ប្រសិនបើអ្នកមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ក្នុងការទទួលបានឧបករណ៍ផ្តល់អុកស៊ីសែនដែលទទួលបានការធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare ហើយអ្នកជាសមាជិកម្នាក់នៃគម្រោងរបស់យើង យើងធានារ៉ាប់រងលើ៖

- ការជួលឧបករណ៍ផ្តល់អុកស៊ីសែន
- ការផ្តល់អុកស៊ីសែន និងបរិមាណចំណុះអុកស៊ីសែន
- ការដាក់ទុយយោ និងឧបករណ៍ដែលពាក់ព័ន្ធសម្រាប់ការចែកចាយអុកស៊ីសែន និងបរិមាណចំណុះអុកស៊ីសែន
- ការថែទាំ និងជួសជុលឧបករណ៍ផ្តល់អុកស៊ីសែន

ឧបករណ៍ផ្តល់អុកស៊ីសែនត្រូវតែបញ្ជូនត្រលប់វិញនៅពេលដែលវាលែងមានភាពចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រសម្រាប់អ្នក ឬប្រសិនបើអ្នកចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើង។

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

នៅពេលដែលឧបករណ៍ផ្តល់អុកស៊ីសែនមានភាពចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ ហើយ**អ្នកចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើង ហើយប្តូរទៅ Original Medicare** អ្នកជួលឧបករណ៍ផ្តល់អុកស៊ីសែននោះពីអ្នកផ្គត់ផ្គង់សម្រាប់រយៈពេល 36 ខែ។ ការទូទាត់លើថ្លៃជួលប្រចាំខែរបស់អ្នកធានារ៉ាប់រងលើឧបករណ៍ផ្តល់អុកស៊ីសែន និងសម្ភារផ្គត់ផ្គង់ និងសេវាដែលមានរាយនៅខាងលើ។

ប្រសិនបើឧបករណ៍ផ្តល់អុកស៊ីសែនមានភាពចាំបាច់ខាងវេជ្ជសាស្ត្រ **បន្ទាប់ពីអ្នកជួលឧបករណ៍ផ្តល់អុកស៊ីសែននោះរយៈពេល 36 ខែ** អ្នកផ្គត់ផ្គង់របស់អ្នកត្រូវតែផ្តល់ជូន៖

- ឧបករណ៍ផ្តល់អុកស៊ីសែន សម្ភារផ្គត់ផ្គង់ និងសេវាកម្មសម្រាប់រយៈពេល 24 ខែទៀត
- ឧបករណ៍ផ្តល់អុកស៊ីសែន និងសម្ភារផ្គត់ផ្គង់រហូតដល់រយៈពេល 5 ឆ្នាំ ប្រសិនបើចាំបាច់ខាងវេជ្ជសាស្ត្រ

ប្រសិនបើឧបករណ៍អុកស៊ីសែននៅតែចាំបាច់ខាងវេជ្ជសាស្ត្រ**នៅចុងបញ្ចប់នៃរយៈពេល 5 ឆ្នាំ៖**

- អ្នកផ្គត់ផ្គង់របស់អ្នកមិនចាំបាច់ផ្តល់ឧបករណ៍ផ្តល់អុកស៊ីសែនទៀតឡើយ ហើយអ្នកអាចជ្រើសរើសយកឧបករណ៍ជំនួសពីអ្នកផ្គត់ផ្គង់ណាមួយបាន។
- រយៈពេល 5 ឆ្នាំថ្មីមួយចាប់ផ្តើម។
- អ្នកនឹងជួលពីអ្នកផ្គត់ផ្គង់សម្រាប់រយៈពេល 36 ខែ។
- បន្ទាប់មកអ្នកផ្គត់ផ្គង់របស់អ្នកផ្តល់ឧបករណ៍ផ្តល់អុកស៊ីសែន សម្ភារផ្គត់ផ្គង់ និងសេវាកម្មសម្រាប់រយៈពេល 24 ខែទៀត។
- វដ្តថ្មីចាប់ផ្តើមរៀងរាល់ 5 ឆ្នាំ ដរាបណាឧបករណ៍ផ្តល់អុកស៊ីសែនមានភាពចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រនោះ។

នៅពេលដែលឧបករណ៍ផ្តល់អុកស៊ីសែនមានភាពចាំបាច់តាមលក្ខណៈវេជ្ជសាស្ត្រ ហើយ**អ្នកចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើង និងប្តូរទៅគម្រោង MA មួយផ្សេងទៀត** នោះគម្រោងនេះនឹងធានារ៉ាប់រងយ៉ាងហោចណាស់ទៅលើអ្វីដែល Original Medicare ផ្តល់ការធានា។ អ្នកអាចសាកសួរគម្រោង MA របស់អ្នកដើម្បីដឹងថាឧបករណ៍ផ្តល់អុកស៊ីសែន និងសម្ភារផ្គត់ផ្គង់ប្រភេទណាដែលគម្រោងផ្តល់ការធានារ៉ាប់រង ហើយតើអ្នកនឹងត្រូវបង់ថ្លៃចំណាយលើអ្វីខ្លះ។

ជំពូកទី 4៖ តារាងអត្ថប្រយោជន៍

ការណែនាំ

ជំពូកនេះប្រាប់អ្នកអំពីសេវាកម្មនៃគម្រោងរបស់យើងធានារ៉ាប់រង និងការរឹតបន្តឹង ឬដែនកំណត់ណាមួយលើសេវាទាំងនោះ។ វាក៏ប្រាប់អ្នកផងដែរពីអត្ថប្រយោជន៍ដែលមិនមានការធានារ៉ាប់រងស្ថិតក្រោមគម្រោងរបស់យើងផងដែរ។ ពាក្យគន្លឹះ និងនិយមន័យរបស់ពាក្យគន្លឹះទាំងនោះមានតាមលំដាប់អក្ខរក្រមក្នុងជំពូកចុងក្រោយនៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*របស់អ្នក។

សមាជិកថ្មីរបស់ Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)៖ ក្នុងករណីភាគច្រើន អ្នកនឹងត្រូវបានចុះឈ្មោះនៅក្នុងគម្រោង Molina Medicare Complete Care Plus សម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍ Medicare របស់អ្នកនៅថ្ងៃទី 1 នៃខែ បន្ទាប់ពីអ្នកស្នើសុំឱ្យចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោង Molina Medicare Complete Care Plus។ អ្នកនៅតែអាចទទួលបានសេវា Medi-Cal របស់អ្នកពីគម្រោងសុខភាព Medi-Cal ពីមុនរបស់អ្នកសម្រាប់រយៈពេលមួយខែបន្ថែមទៀត។ បន្ទាប់មក អ្នកនឹងទទួលបានសេវា Medi-Cal របស់អ្នកតាមរយៈគម្រោង Molina Medicare Complete Care Plus។ វានឹងមិនមានគម្លាតក្នុងការធានារ៉ាប់រង Medi-Cal របស់អ្នកទេ។ សូមទូរសព្ទមកយើងខ្ញុំតាមរយៈលេខ (855) 665-4627 TTY:711 ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរណាមួយ។

តារាងមាតិកា

A. សេវាកម្មដែលមានការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នក 49
A1. ក្នុងអំឡុងពេលនៃគ្រាអាសន្ននៃសុខភាពសាធារណៈ 49
B. ច្បាប់ទល់នឹងអ្នកផ្តល់សេវាកម្មដែលគិតប្រាក់អ្នកសម្រាប់សេវាកម្ម 49
C. អំពីតារាងអត្ថប្រយោជន៍នៃគម្រោងរបស់យើង....49
D. តារាងអត្ថប្រយោជន៍នៃគម្រោងរបស់យើង 51
E. ការគាំទ្ររបស់សហគមន៍....88
F. អត្ថប្រយោជន៍ដែលធានារ៉ាប់រងនៅខាងក្រៅគម្រោងរបស់យើង....93
F1. កម្មវិធីផ្លាស់ប្តូររបស់សហគមន៍នៃរដ្ឋ California (CCT) 93
F2. កម្មវិធីសុខភាពធ្មេញ Medi-Cal.... 93
F3. ការថែទាំនៅមន្ទីរពេទ្យថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយ.... 94
F4. សេវាផ្តល់ការគាំទ្រនៅតាមផ្ទះ (IHSS).... 95
F5. 1915(c) កម្មវិធីលើកលែងសេវាតាមផ្ទះ និងសហគមន៍ (HCBS)៖ 95
F6. សេវាសុខភាពអាកប្បកិរិយាប្រចាំខោនធីត្រូវបានផ្តល់ជូននៅខាងក្រៅគម្រោងរបស់យើង (សេវាសុខភាពផ្លូវចិត្ত និងវិបត្តិនៃការប្រើប្រាស់សារធាតុញៀន) 97
G. អត្ថប្រយោជន៍ដែលមិនទទួលបានការធានារ៉ាប់រងដោយគម្រោងរបស់យើង Medicare ឬ Medi-Cal 98

A. សេវាកម្មដែលមានការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នក

ជំពូកនេះប្រាប់អ្នកអំពីសេវាកម្មដែលគម្រោងរបស់យើងធានារ៉ាប់រង។ អ្នកក៏អាចស្វែងយល់អំពីសេវាដែលមិនធានារ៉ាប់រងផងដែរ។ ព័ត៌មានអំពីអត្ថប្រយោជន៍នៃឱសថដែលស្ថិតនៅក្នុង**ជំពូកទី 5** នៃ*សៀវភៅណែនាំសមាជិក*។ ជំពូកនេះបានពន្យល់ថាដែនកំណត់លើការផ្តល់សេវាមួយចំនួន។

ដោយសារអ្នកទទួលបានជំនួយពី Medi-Cal អ្នកមិនបង់ប្រាក់លើអ្វីឡើយសម្រាប់សេវាកម្មដែលមានការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នក ដរាបណាអ្នកអនុវត្តតាមច្បាប់របស់គម្រោងរបស់យើង។ សូមមើល**ជំពូកទី 3** នៃសៀវភៅណែនាំសមាជិករបស់អ្នកសម្រាប់ព័ត៌មានលម្អិតអំពីច្បាប់នៃគម្រោង។

ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយក្នុងការស្វែងយល់អំពីសេវាកម្មណាមួយដែលទទួលបានលការធានារ៉ាប់រង សូមទូរសព្ទទៅអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំ និង/ឬផ្នែកបម្រើសេវាសមាជិកតាមរយៈលេខ (855) 665-4627, TTY: 711.

A1. ក្នុងអំឡុងពេលនៃគ្រាអាសន្ននៃសុខភាពសាធារណ:

ប្រសិនបើរដ្ឋាភិបាលរបស់រដ្ឋ California រដ្ឋលេខាធិការនៃក្រសួងសុខាភិបាល និងសេវាមនុស្សជាតិសហរដ្ឋអាមេរិក ឬប្រធានាធិបតីរបស់សហរដ្ឋអាមេរិកប្រកាសពីគ្រោះមហន្តរាយ ឬគ្រាអាសន្ននៅក្នុងតំបន់ភូមិសាស្ត្ររបស់អ្នក អ្នកនៅតែមានសិទ្ធិទទួលបានការថែទាំពីគម្រោង Molina Medicare Complete Care Plus។

សូមទូរសព្ទទៅផ្នែកបម្រើសេវាសមាជិកសម្រាប់ព័ត៌មានអំពីរបៀបទទួលបានការថែទាំដែលចាំបាច់ក្នុងអំឡុងពេលមានគ្រោះមហន្តរាយ។

B. ច្បាប់ទល់នឹងអ្នកផ្តល់សេវាកម្មដែលគិតប្រាក់អ្នកសម្រាប់សេវាកម្ម

យើងមិនអនុញ្ញាតឱ្យអ្នកផ្តល់សេវារបស់យើងចេញវិក្កយបត្រឱ្យអ្នកសម្រាប់សេវាដែលមានធានារ៉ាប់រងក្នុងបណ្តាញនោះទេ។ យើងបង់ប្រាក់ដល់អ្នកផ្តល់សេវាដោយផ្ទាល់ ហើយយើងការពារអ្នកពីការគិតប្រាក់ណាមួយ។ នេះគឺជាការពិត បើទោះបីជាយើងខ្ញុំបង់ប្រាក់ឱ្យអ្នកផ្តល់សេវាកម្មតិចជាងការគិតប្រាក់ដែលអ្នកផ្តល់សេវាកម្មចំពោះថ្លៃសេវាកម្មក៏ដោយ។

អ្នកមិនគួរទទួលយកវិក្កយបត្រពីអ្នកផ្តល់សេវាសម្រាប់សេវាកម្មដែលមានការធានារ៉ាប់រងឡើយ។ ប្រសិនបើអ្នកធ្វើដូច្នេះ សូមមើល**ជំពូកទី 7** នៃ*សៀវភៅណែនាំសមាជិក*របស់អ្នក ឬទូរសព្ទទៅផ្នែកបម្រើសេវាសមាជិក។

C. អំពីតារាងអត្ថប្រយោជន៍នៃគម្រោងរបស់យើង

តារាងអត្ថប្រយោជន៍ប្រាប់អ្នកពីសេវាកម្មដែលគម្រោងរបស់យើងបង់ប្រាក់ឱ្យ។ វារាយបញ្ជីសេវាកម្មដែលទទួលបានការធានារ៉ាប់រងតាមលំដាប់អក្ខរក្រម និងពន្យល់អំពីសេវាកម្មទាំងនោះ។

យើងបង់ថ្លៃសេវាណាដែលបានសរសេរចូលក្នុងតារាងអត្ថប្រយោជន៍ ស្របពេលដែលបានធ្វើតាមបទបញ្ញត្តិដូចខាងក្រោម។ អ្នកត្រូវបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាកម្មដែលមានរាយក្នុងតារាងអត្ថប្រយោជន៍ ដរាបណាអ្នកបំពេញតាមលក្ខខណ្ឌតម្រូវដូចបានពណ៌នាខាងក្រោម។

- យើងផ្តល់សេវាដែលមានការធានារ៉ាប់រងពី Medicare និង Medi-Cal ដោយយោងទៅតាមច្បាប់ដែលកំណត់ដោយ Medicare និង Medi-Cal។
- សេវាកម្មដែលរួមមានសេវាកម្មថែទាំសុខភាព សេវាកម្មសុខភាពអាកប្បកិរិយា និងការប្រើប្រាស់សារធាតុញៀនផ្សេងៗ សេវាកម្ម និងជំនួយរយៈពេលវែង សម្ភារផ្គត់ផ្គង់ ឧបករណ៍ និងឱសថជាដើម ត្រូវតែមាន“ភាពចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ”។ ភាពចាំបាច់ខាងផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដែលពណ៌នាអំពីសេវាកម្ម សម្ភារផ្គត់ផ្គង់ ឬឱសថដែលអ្នកត្រូវការដើម្បីបង្ការ ធ្វើរោគវិនិច្ឆយ ឬព្យាបាលលក្ខខណ្ឌវេជ្ជសាស្ត្រ ឬរក្សាស្ថានភាពសុខភាពបច្ចុប្បន្នរបស់អ្នក។ នេះគឺរួមបញ្ចូលទាំងការថែទាំដែលជួយអ្នកកុំឱ្យត្រូវទៅមន្ទីរពេទ្យ ឬមណ្ឌលការថែទាំ។ វាក៏មានន័យផងដែរថា សេវាកម្ម សម្ភារផ្គត់ផ្គង់ ឬឱសថដែលត្រឹមត្រូវតាមស្តង់ដានៃការអនុវត្តផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដែលមានការទទួលយកបាន។
- សម្រាប់អ្នកចុះឈ្មោះថ្មី គម្រោងត្រូវតែផ្តល់រយៈពេលអន្តរកាលអប្បបរមា 90 ថ្ងៃ ដែលក្នុងអំឡុងពេលនេះគម្រោង MA ថ្មីប្រហែលជាមិនតម្រូវឱ្យមានការអនុញ្ញាតជាមុនសម្រាប់វគ្គព្យាបាលសកម្មណាមួយឡើយ ទោះបីជាវគ្គព្យាបាលគឺសម្រាប់សេវាកម្មដែលបានចាប់ផ្តើមជាមួយអ្នកផ្តល់សេវាក្រៅបណ្តាញក៏ដោយ។
- អ្នកទទួលបានសេវាកម្មថែទាំពីអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ។ អ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញគឺជាអ្នកផ្តល់សេវាដែលធ្វើការជាមួយយើងខ្ញុំ។ ក្នុងករណីភាគច្រើន ការថែទាំដែលអ្នកទទួលបានពីអ្នកផ្តល់សេវាក្រៅបណ្តាញនឹងមិនត្រូវបានធានារ៉ាប់រងឡើយ លុះត្រាតែវាជា

ការថែទាំក្នុងគ្រាអាសន្ន ឬការថែទាំដែលត្រូវការជាបន្ទាន់ ឬលុះត្រាតែគម្រោងរបស់អ្នក ឬអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញបានផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវការបញ្ជូនបន្ត។ **ជំពូកទី 3** នៃ*សៀវភៅណែនាំសមាជិក*របស់អ្នកមានព័ត៌មានបន្ថែមអំពីការប្រើប្រាស់សេវាកម្មរបស់អ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ និងក្រៅបណ្តាញ។

- អ្នកមានអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំបឋម (PCP) ឬក្រុមថែទាំដែលកំពុងផ្តល់ និងគ្រប់គ្រងការថែទាំរបស់អ្នក។ក្នុងករណីភាគច្រើន PCP របស់អ្នកត្រូវផ្តល់ការយល់ព្រមដល់អ្នក មុនពេលអ្នកអាចប្រើប្រាស់អ្នកផ្តល់សេវាម្នាក់ដែលមិនមែនជា PCP របស់អ្នក ឬប្រើសេវាអ្នកផ្តល់សេវាផ្សេងទៀតនៅក្នុងបណ្តាញរបស់គម្រោង។ នេះត្រូវបានគេហៅថាការបញ្ជូនបន្ត។ **ជំពូកទី 3** នៃ*សៀវភៅណែនាំសមាជិក*របស់អ្នក មានព័ត៌មានបន្ថែមអំពីការទទួលបានការបញ្ជូនបន្ត និងនៅពេលដែលអ្នក**មិន**ត្រូវការការបញ្ជូនបន្ត។
- យើងធានារ៉ាប់រងលើសេវាកម្មមួយចំនួនដែលបានរាយក្នុងតារាងអត្ថប្រយោជន៍នេះ លុះត្រាតែវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក ឬអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញផ្សេងទៀតទទួលបានការយល់ព្រមពីយើងជាមុនសិន។ នេះហៅថា ការអនុញ្ញាតជាមុន (PA)។ យើងសម្គាល់សេវាកម្មទទួលបានការធានារ៉ាប់រងនៅក្នុងតារាងអត្ថប្រយោជន៍ដែលត្រូវការ PA ដោយសញ្ញាផ្កាយ (*)។
- ប្រសិនបើគម្រោងរបស់អ្នកផ្តល់ការយល់ព្រមលើសំណើ PA សម្រាប់វគ្គព្យាបាល ការយល់ព្រមត្រូវតែមានសុពលភាព ដរាបណាវាសមហេតុផលផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ និងចាំបាច់ ដើម្បីជៀសវាងការរំខានក្នុងការថែទាំដោយផ្អែកលើលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យនៃការធានារ៉ាប់រងប្រវត្តិវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នក និងការណែនាំរបស់អ្នកផ្តល់ការព្យាបាល។
- ប្រសិនបើអ្នកបាត់បង់អត្ថប្រយោជន៍ Medi-Cal របស់អ្នក ក្នុងរយៈពេល 3 ខែនៃការចាត់ទុកថាបានបន្តសិទ្ធិទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ Medicare របស់អ្នកនៅក្នុងគម្រោងនេះនឹងបន្ត។ ទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយ សេវា Medi-Cal របស់អ្នកអាចនឹងមិនទទួលបានរ៉ាប់រងឡើយ។ សូមទាក់ទងការិយាល័យសិទ្ធិទទួលបាននៅខោនធីរបស់អ្នក ឬជម្រើសនៃការធានារ៉ាប់រងសម្រាប់ព័ត៌មានអំពីសិទ្ធិទទួលបាន Medi-Cal របស់អ្នក។ អ្នកអាចរក្សាទុកអត្ថប្រយោជន៍ Medicare របស់អ្នក ប៉ុន្តែមិនមែនជាអត្ថប្រយោជន៍ Medi-Cal របស់អ្នកទេ។

ព័ត៌មានអំពីអត្ថប្រយោជន៍សំខាន់ៗសម្រាប់សមាជិកដែលមានស្ថានភាពរ៉ាំរ៉ៃជាក់លាក់។

- ប្រសិនបើអ្នកមានស្ថានភាពរ៉ាំរ៉ៃដូចខាងក្រោម ហើយបំពេញតាមលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យវេជ្ជសាស្ត្រជាក់លាក់ អ្នកអាចមានសិទ្ធិទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍បន្ថែម៖
  - ការសេពគ្រឿងស្រវឹងរ៉ាំរ៉ៃ និងការពឹងផ្អែកលើឱសថដទៃទៀត
  - ជំងឺស្វ័យសុាំ
  - ជំងឺមហារីក
  - ជំងឺសរសៃឈាមបេះដូង
  - ជំងឺខ្សោយបេះដូងរ៉ាំរ៉ៃ
  - ជំងឺវង្វេងស្មារតី
  - ជំងឺទឹកនោមផ្អែម
  - ជំងឺថ្លើមដំណាក់កាលចុងក្រោយ
  - ជំងឺតម្រងនោមដំណាក់កាលចុងក្រោយ (ESRD)
  - ជំងឺឈាមធ្ងន់ធ្ងរ
  - មេរោគ HIV/ជំងឺ AIDS
  - ជំងឺសួតរ៉ាំរ៉ៃ
  - ស្ថានភាពសុខភាពផ្លូវចិត្តរ៉ាំរ៉ៃ និងពិការភាព
  - ជំងឺសរសៃប្រសាទ
  - ជំងឺដាច់សរសៃឈាមខួរក្បាល
- សូមមើលជួរ “ជំនួយជាមួយនឹងស្ថានភាពរ៉ាំរ៉ៃជាក់លាក់” នៅក្នុងតារាងអត្ថប្រយោជន៍សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។
- សូមទាក់ទងយើងខ្ញុំដើម្បីទទួលព័ត៌មានបន្ថែម។

សេវាបង្ការភាគច្រើនគឺឥតគិតថ្លៃ។ អ្នកនឹងឃើញផ្លែប៉ោមនេះ នៅជាប់នឹងសេវាបង្ការនៅក្នុងតារាងអត្ថប្រយោជន៍។

D. តារាងអត្ថប្រយោជន៍នៃគម្រោងរបស់យើង

	សេវាកម្មដែលគម្រោងរបស់យើងខ្ញុំបង់ថ្លៃជូន	អ្វីដែលលោកអ្នកត្រូវបង់
	ការពិនិត្យរកមើលការប៉ោងសរសៃឈាមក្រហមក្នុងពោះ យើងខ្ញុំនឹងបង់ប្រាក់លើការចំណាយសម្រាប់ការត្រួតពិនិត្យអ៊ុលត្រាសោនម្តងសម្រាប់អ្នកដែលមានការប្រឈម។ គម្រោងនេះបានធានារ៉ាប់រងតែការពិនិត្យរកមើលជំងឺនេះប៉ុណ្ណោះ ប្រសិនបើអ្នកមានកត្តាហានិភ័យជាក់លាក់ និងប្រសិនបើអ្នកទទួលបានការបញ្ជូនបន្ត សម្រាប់វាពីគ្រូពេទ្យរបស់អ្នក ជំនួយការគ្រូពេទ្យ គ្រូពេទ្យដែលជាគិលានុបដ្ឋាយិកា ឬអ្នកឯកទេសគិលានុបដ្ឋាយិកាខាងព្យាបាលអ្នកជំងឺ។	$0 មិនមានការធានារ៉ាប់រងរួម ការបង់ប្រាក់រួម ឬប្រាក់កាត់កង សម្រាប់សមាជិកដែលមានសិទ្ធិទទួលបានការពិនិត្យរកមើលជំងឺបែបបង្ការរោគនេះទេ។
	ការចាក់ម្ជុលវិទ្យាសាស្ត្រ យើងបង់ថ្លៃចំណាយសម្រាប់សេវាព្យាបាលដោយចាក់ម្ជុលវិទ្យាសាស្ត្រសម្រាប់អ្នកជំងឺមិនស្នាក់ព្យាបាលរហូតដល់ទៅពីរលើក នៅក្នុងខែតាមប្រតិទិនណាមួយ ឬញឹកញាប់ជាងនេះ ប្រសិនបើការការព្យាបាលបែបនេះចាំបាច់ខាងផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ។ យើងក៏បង់ប្រាក់លើការជួបពិគ្រោះលើការព្យាបាលដោយចាក់ម្ជុលវិទ្យាសាស្ត្រក្នុងរយៈពេល 90 ថ្ងៃរហូតដល់ 12 ខែផងដែរ ប្រសិនបើអ្នកមានការឈឺចាប់ខ្នងផ្នែកខាងក្រោមធ្ងន់ធ្ងរដែលត្រូវបានកំណត់ថា៖ • មានរយៈ ពេល 12 សប្តាហ៍ ឬយូរជាងនេះ • ដែលមិនជាក់លាក់ (មិនមានមូលហេតុជាប្រព័ន្ធដែលអាចធ្វើការកំណត់អត្តសញ្ញាណបាន ដូចជាមិនមានពាក់ព័ន្ធនឹងជំងឺកោសិកាមហារីក ជំងឺរលាក ឬជំងឺឆ្លង) • មិនជាប់ពាក់ព័ន្ធជាមួយការវះកាត់ **និង** • មិនពាក់ព័ន្ធនឹងការមានផ្ទៃពោះ។ លើសពីនេះទៀត យើងបង់ប្រាក់ជូនសម្រាប់ការព្យាបាលដោយការចាក់ម្ជុលវិទ្យាសាស្ត្រចំនួនប្រាំបីដងបន្ថែមទៀត សម្រាប់ការឈឺចាប់ខ្នងផ្នែកខាងក្រោមធ្ងន់ធ្ងរ ប្រសិនបើអ្នកបង្ហាញនូវភាពធូរស្បើយពីជំងឺ។ អ្នកមិនអាចទទួលបានការព្យាបាលតាមការចាក់ម្ជុលវេជ្ជសាស្ត្រលើសពី 20 ដងបានទេក្នុងមួយឆ្នាំ សម្រាប់ការឈឺចាប់ខ្នងផ្នែកខាងក្រោមធ្ងន់ធ្ងរ។ ការព្យាបាលដោយចាក់ម្ជុលវិទ្យាសាស្ត្រត្រូវតែបញ្ឈប់ ប្រសិនបើអ្នកមិនមានភាពធូរស្បើយទេ ឬប្រសិនបើអ្នកកាន់តែមានសភាពធ្ងន់ធ្ងរឡើង។	$0 អ្នកបង់ប្រាក់ $0 សម្រាប់ការព្យាបាលនីមួយៗដែលធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare
	ការពិនិត្យ និងការប្រឹក្សាយោបល់អំពីការប្រើគ្រឿងស្រវឹងមិនត្រឹមត្រូវ យើងបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាពិនិត្យការប្រើប្រាស់គ្រឿងស្រវឹងមិនត្រឹមត្រូវ (SABIRT) សម្រាប់មនុស្សពេញវ័យដែលប្រើប្រាស់ជាតិស្រវឹងមិនត្រឹមត្រូវ ក៏ប៉ុន្តែមិនពឹងផ្អែកលើគ្រឿងស្រវឹងឡើយ។ នេះរួមបញ្ចូលទាំងស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ។ ប្រសិនបើអ្នកពិនិត្យឃើញវិជ្ជមានសម្រាប់ការប្រើគ្រឿងស្រវឹងមិនត្រឹមត្រូវ អ្នកទទួលបានវគ្គប្រឹក្សាយោបល់ទល់មុខផ្ទាល់រយៈពេលសង្ខេបចំនួនបួនជារៀងរាល់ឆ្នាំ (ប្រសិនអ្នកអាច និងទទួលដំណឹងអំឡុងពេលនៃការប្រឹក្សាយោបល់) ជាមួយគ្រូពេទ្យថែទាំបឋមមាន លក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ ឬអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងការកំណត់ការថែទាំបឋមមួយ។	$0 មិនមានការធានារ៉ាប់រងរួម ការបង់ប្រាក់រួមគ្នា ឬប្រាក់កាត់កង សម្រាប់ការពិនិត្យរកមើលជំងឺ និងការប្រឹក្សាដែលមានការធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare ដើម្បីកាត់បន្ថយអត្ថប្រយោជន៍ បង្ការការប្រើប្រាស់គ្រឿងស្រវឹងមិនត្រឹមត្រូវនោះទេ។

	សេវាកម្មដែលគម្រោងរបស់យើងខ្ញុំបង់ថ្លៃជូន	អ្វីដែលលោកអ្នកត្រូវបង់
	សេវារថយន្តសង្គ្រោះបន្ទាន់ សេវារថយន្តសង្គ្រោះបន្ទាន់ដែលមានការធានារ៉ាប់រង មិនថាសម្រាប់ស្ថានភាពក្នុងគ្រាអាសន្ន ឬមិនមែនក្នុងគ្រាអាសន្ននោះទេ រួមបញ្ចូលទាំងមធ្យោបាយធ្វើដំណើរផ្លូវគោក និងផ្លូវអាកាស (យន្តហោះ និងឧទ្ធម្ភាគចក្រ)។ រថយន្តសង្គ្រោះបន្ទាន់នឹងនាំអ្នកទៅកាន់កន្លែងដែលនៅជិតបំផុតដែលអាចផ្តល់ការថែទាំដល់អ្នកបាន។ ស្ថានភាពជំងឺរបស់អ្នកត្រូវតែធ្ងន់ធ្ងរដល់កម្រិត ដែលការនាំអ្នកទៅកាន់កន្លែងព្យាបាលដោយវិធីផ្សេងអាចមានគ្រោះថ្នាក់ដល់សុខភាព ឬជីវិតអ្នក។ សេវារថយន្តសង្គ្រោះបន្ទាន់សម្រាប់ករណីផ្សេងទៀត (មិនមែនក្នុងគ្រាអាសន្ន) ត្រូវតែទទួលបានការយល់ព្រមពីយើងខ្ញុំ។ ក្នុងករណីដែលមិនមែនជាករណីក្នុងគ្រាអាសន្ន យើងអាចចេញថ្លៃសេវាកម្មរថយន្តសង្គ្រោះបន្ទាន់។ ស្ថានភាពជំងឺរបស់អ្នកត្រូវក្លាយធ្ងន់ធ្ងរដល់កម្រិតដែលការនាំអ្នកទៅកាន់កន្លែងព្យាបាលដោយវិធីផ្សេងអាចមានហានិភ័យដល់អាយុជីវិត ឬសុខភាពរបស់អ្នក។	អ្នកបង់ប្រាក់ $0 សម្រាប់ការធ្វើដំណើរតាមរថយន្តសង្គ្រោះបន្ទាន់មួយផ្លូវនីមួយៗដែលមានការធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare។ **ការអនុញ្ញាតជាមុនគឺត្រូវបានទាមទារសម្រាប់តែការដឹកជញ្ជូនតាមរថយន្តសង្គ្រោះដែលមិនមែនក្នុងគ្រាអាសន្នប៉ុណ្ណោះ។** ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការការថែទាំក្នុងករណីអាសន្ន សូមទូរសព្ទទៅលេខ 911 ហើយស្នើសុំរថយន្តសង្គ្រោះបន្ទាន់។ សូមមើល "ការធានារ៉ាប់រងលើករណីបន្ទាន់/ក្នុងភាពអាសន្នទូទាំងពិភពលោក" ក្នុងតារាងនេះ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការមធ្យោបាយធ្វើដំណើរតាមរថយន្តសង្គ្រោះបន្ទាន់នៅក្រៅសហរដ្ឋអាមេរិក។
	ការពិនិត្យរាងកាយប្រចាំឆ្នាំ (បន្ថែម) ការពិនិត្យរាងកាយទៀងទាត់ប្រចាំឆ្នាំផ្តល់ការធានារ៉ាប់រងសម្រាប់សេវាពិនិត្យរាងកាយបន្ថែមដែលអាចផ្តល់ជូនដោយគ្រូពេទ្យ គ្រូពេទ្យជាគិលានុបដ្ឋាយិកា ឬជំនួយការគ្រូពេទ្យតែប៉ុណ្ណោះ។ នេះគឺជាឱកាសដ៏ល្អមួយដើម្បីផ្តោតការយកចិត្តទុកដាក់លើការពិនិត្យរកមើលជំងឺ និងការបង្ការ។ ក្នុងអំឡុងពេលនៃការពិនិត្យរាងកាយទៀងទាត់ គ្រូពេទ្យព្យាបាលអ្នកជំងឺផ្ទាល់នឹងពិនិត្យអ្នកដើម្បីកំណត់អត្តសញ្ញាណនៃបញ្ហាតាមរយៈការពិនិត្យដោយការមើលឃើញ ការពិនិត្យដោយការប៉ះ ការពិនិត្យដោយការស្តាប់ និងការពិនិត្យដោយការគោះ។ ចំណុចបីចុងក្រោយទាំងនេះពាក់ព័ន្ធនឹងការប៉ះពាល់រាងកាយដោយផ្ទាល់ និងចាំបាច់ដើម្បីកំណត់វត្តមាន (ឬអវត្តមាន) នៃស្ថានភាពរាងកាយមួយ។	$0 ប្រសិនបើសេវាបន្ថែមត្រូវបានទាមទារ អ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកនឹងបញ្ជូនអ្នកទៅកាន់អ្នកឯកទេស ឬដាក់ប័ញ្ជូនការអនុញ្ញាតជាមុនប្រសិនបើចាំបាច់។
	ការជួបពិនិត្យសុខុមាលភាពប្រចាំឆ្នាំ អ្នកអាចទទួលបានការពិនិត្យសុខភាពប្រចាំឆ្នាំ។ នេះគឺដើម្បីរៀបចំ ឬធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពគម្រោងបង្ការជំងឺ អាស្រ័យលើកត្តាហានិភ័យបច្ចុប្បន្នរបស់លោកអ្នក។ យើងខ្ញុំបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាកម្មនេះរៀងរាល់រយៈពេល 12 ខែម្តង។ **កំណត់ចំណាំ៖** ការទៅជួបពិគ្រោះពិនិត្យសុខភាពប្រចាំឆ្នាំលើកដំបូងរបស់អ្នកមិនអាចធ្វើឡើងក្នុងរយៈពេល 12 ខែបន្ទាប់ពី**ការស្វាគមន៍មកកាន់ Medicare** របស់អ្នកទេ។ ទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយ អ្នកមិនចាំបាច់មានការជួបពិគ្រោះជាមួយ**ស្វាគមន៍មកកាន់ Medicare** ដើម្បីទទួលបានការជួបពិនិត្យសុខុមាលភាពប្រចាំឆ្នាំ បន្ទាប់ពីអ្នកបានទទួលផ្នែក B អស់រយៈពេល 12 ខែ។	$0 មិនមានការធានារ៉ាប់រងរួម ការបង់ប្រាក់រួមគ្នា ឬប្រាក់កាត់កងសម្រាប់ការពិនិត្យសុខភាពប្រចាំឆ្នាំនោះឡើយ។
	សេវាបង្ការជំងឺហឺត អ្នកអាចទទួលបានការអប់រំអំពីជំងឺហឺត និងការវាយតម្លៃបរិយាកាសក្នុងផ្ទះសម្រាប់កត្តាដែលកើតមានជាទូទៅនៅក្នុងផ្ទះសម្រាប់អ្នកដែលមានជំងឺហឺតដែលគ្រប់គ្រងមិនបានល្អ។	$0 មិនមានការធានារ៉ាប់រងរួមគ្នា ការបង់ប្រាក់រួមគ្នា ឬប្រាក់កាត់កងសម្រាប់សេវាបង្ការជំងឺហឺតឡើយ។

	សេវាកម្មដែលគម្រោងរបស់យើងខ្ញុំបង់ថ្លៃជូន	អ្វីដែលលោកអ្នកត្រូវបង់
	ការវាស់កំហាប់ឆ្អឹង យើងបង់ប្រាក់សម្រាប់នីតិវិធីជាក់លាក់សម្រាប់សមាជិកដែលមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ (ជាធម្មតា អ្នកដែលប្រឈមនឹងហានិភ័យកំហាប់ឆ្អឹង ឬហានិភ័យឆ្អឹងពុក)។ នីតិវិធីទាំងនេះជួយកំណត់អត្តសញ្ញាណអំពីកំហាប់ឆ្អឹង រកមើលឆ្អឹងដែលបាត់បង់ ឬរកមើលគុណភាពឆ្អឹង។ យើងបង់ប្រាក់ទូទាត់សម្រាប់សេវាកម្មម្តងរៀងរាល់រយៈពេល 24 ខែ ឬញឹកញាប់ជាងនេះ ប្រសិនបើចាំបាច់ខាងវេជ្ជសាស្ត្រ។ យើងក៏បង់ប្រាក់សម្រាប់វេជ្ជបណ្ឌិត ដើម្បីពិនិត្យ និងផ្តល់យោបល់អំពីលទ្ធផល។	$0 មិនមានការធានារ៉ាប់រងរួម ការបង់ប្រាក់រួមគ្នា ឬប្រាក់កាត់កងសម្រាប់ការវាស់វែងឆ្អឹងដែលមានការធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare នោះទេ។
	ការពិនិត្យរកជំងឺមហារីកសុដន់ (ការថតឆ្លុះមើលសុដន់) យើងបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាខាងក្រោម៖ • ការថតឆ្លុះមើលសុដន់ទុកជាទិន្នន័យគោលម្តងក្នុងចន្លោះអាយុ 35 និង 39 ឆ្នាំ • ការថតឆ្លុះពិនិត្យសុដន់រៀងរាល់ 12 ខែម្តងសម្រាប់ស្ត្រីដែលមានអាយុចាប់ពី 40 ឆ្នាំឡើងទៅ • ពិនិត្យសុដន់សម្រាប់ការព្យាបាលរៀងរាល់រយៈពេល 24 ខែម្តង	$0 មិនមានការធានារ៉ាប់រងរួម ការបង់ប្រាក់រួមគ្នា ឬប្រាក់កាត់កងសម្រាប់ការថតឆ្លុះមើលសុដន់ដែលមានការធានារ៉ាប់រងនោះទេ។
	សេវាស្តារនីតិសម្បទាបេះដូង* យើងបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាស្តារនីតិសម្បទាបេះដូងដូចជាការធ្វើលំហាត់ប្រាណ ការអប់រំ និងការពិគ្រោះយោបល់ជាដើម។ សមាជិកត្រូវតែបំពេញបានតាមលក្ខខណ្ឌជាក់លាក់ ហើយមានការបញ្ជូនបន្ត **ឬ**វេជ្ជបញ្ជារបស់វេជ្ជបណ្ឌិត។ យើងក៏ធានារ៉ាប់រងកម្មវិធីស្តារនីតិសម្បទាបេះដូងយ៉ាងខ្លាំងក្លា ដែលមានភាពខ្លាំងក្លាជាងកម្មវិធីស្តារនីតិសម្បទាបេះដូងផងដែរ។	$0 មិនមានការធានារ៉ាប់រងរួម ការបង់ប្រាក់រួម ឬប្រាក់កាត់កងសម្រាប់សេវាស្តារនីតិសម្បទាបេះដូងឡើយ។ **អាចតម្រូវឱ្យមានការអនុញ្ញាតជាមុន។**
	ការជួបពិនិត្យដើម្បីកាត់បន្ថយហានិភ័យនៃជំងឺសរសៃឈាម (បេះដូង) (ការព្យាបាលជំងឺបេះដូង) យើងបង់ប្រាក់សម្រាប់ការជួបពិគ្រោះមួយដងក្នុងមួយឆ្នាំ ឬច្រើនជាងនេះ ប្រសិនបើមានភាពចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ ជាមួយអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំបឋម (PCP) ដើម្បីបន្ថយហានិភ័យនៃជំងឺបេះដូង។ ក្នុងអំឡុងពេលជួបពិគ្រោះ វេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកអាច៖ • ពិភាក្សាអំពីការប្រើថ្នាំអាស្ពីរីន • ពិនិត្យមើលសម្ពាធឈាមរបស់អ្នក **និង/ឬ** • ផ្តល់ព័ត៌មានជំនួយដល់អ្នកដើម្បីធានាថា អ្នកកំពុងតែទទួលទានអាហារបានយ៉ាងត្រឹមត្រូវ។	$0 មិនមានការធានារ៉ាប់រងរួមគ្នា ការបង់ប្រាក់រួមគ្នា ឬប្រាក់កាត់កងសម្រាប់ការព្យាបាលអាកប្បកិរិយាដែលពឹងផ្អែកខ្លាំងលើអត្ថប្រយោជន៍ការពារជំងឺសរសៃឈាមបេះដូងនោះទេ។
	ការធ្វើតេស្តរកមើលជំងឺបេះដូង យើងបង់ប្រាក់សម្រាប់ការធ្វើតេស្តឈាមដើម្បីពិនិត្យរកជំងឺសរសៃឈាមបេះដូងរៀងរាល់រយៈពេលប្រាំឆ្នាំម្តង (60 ខែ)។ ការធ្វើតេស្តឈាមក៏ពិនិត្យរកបញ្ហាដែលកើតឡើងដោយសារហានិភ័យជំងឺបេះដូងផងដែរ។	$0 មិនមានការធានារ៉ាប់រងរួម ការបង់ប្រាក់រួម ឬប្រាក់កាត់កងសម្រាប់ការធ្វើតេស្តលើជំងឺសរសៃឈាមបេះដូងដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងមួយដងរៀងរាល់ 5 ឆ្នាំម្តង។

	សេវាកម្មដែលគម្រោងរបស់យើងខ្ញុំបង់ថ្លៃជូន	អ្វីដែលលោកអ្នកត្រូវបង់
	ការពិនិត្យមើលមហារីកមាត់ស្បូន និងមហារីកស្បូន យើងបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាខាងក្រោម៖ • សម្រាប់ស្ត្រីគ្រប់រូប៖ ការធ្វើតេស្តលើកោសិកាមាត់ស្បូន និងការពិនិត្យមើលអាងត្រគាក រៀងរាល់ 24 ខែម្តង • ចំពោះស្ត្រីដែលមានហានិភ័យខ្ពស់នៃជំងឺមហារីកមាត់ស្បូន ឬមហារីកស្បូន៖ ការធ្វើតេស្តលើកោសិកាមាត់ស្បូនម្តងរៀងរាល់រយៈពេល 12 ខែម្តង • សម្រាប់ស្ត្រីដែលបានធ្វើតេស្តលើកោសិកាមាត់ស្បូនដែលខុសប្រកតីក្នុងរយៈពេលបីឆ្នាំចុងក្រោយ និងស្ថិតក្នុងពេលកំពុងសម្រាលកូន៖ ការធ្វើតេស្តលើកោសិកាមាត់ស្បូន រៀងរាល់រយៈពេល 12 ខែ • សម្រាប់ស្ត្រីដែលមានអាយុចន្លោះពី 30 ដល់ 65 ឆ្នាំ៖ ការធ្វើតេស្តរកវីរុស human papillomavirus (HPV) ឬការធ្វើតេស្ត Pap plus HPV រៀងរាល់ 5 ឆ្នាំម្តង	$0 មិនមានការធានារ៉ាប់រងរួម ការបង់ប្រាក់រួមគ្នា ឬការកាត់កងសម្រាប់ការធ្វើតេស្តលើកោសិកាមាត់ស្បូន និងការពិនិត្យមើលអាងត្រគាកដែលមានការធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare នោះទេ។
	សេវាកម្មព្យាបាលដោយចាប់សរសៃ និងសន្លាក់ យើងបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាខាងក្រោម៖ • ការតម្រង់ឆ្អឹងខ្នងដើម្បីកែតម្រូវទ្រង់ទ្រាយឆ្អឹង	អ្នកបង់ $0 ក្នុងការជួបពិនិត្យសម្រាប់សេវាដែលធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare ទាំងនេះ។
	ការពិនិត្យរកជំងឺមហារីកពោះវៀនធំ យើងបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាខាងក្រោម៖ • ការឆ្លុះពិនិត្យផ្ទៃខាងក្នុងពោះវៀនធំមិនមានដែនកំណត់អាយុជាអប្បបរមា ឬអតិបរមាឡើយ ហើយទទួលបានរ៉ាប់រងម្តងរៀងរាល់រយៈពេល 120 ខែម្តង (10 ឆ្នាំ) សម្រាប់អ្នកជំងឺដែលមិនស្ថិតក្នុងហានិភ័យខ្ពស់ ឬ 48 ខែបន្ទាប់ពីការឆ្លុះពិនិត្យផ្ទៃខាងក្នុងពោះវៀនធំដែលអាចបត់បែនបានពីមុន សម្រាប់អ្នកជំងឺដែលមិនស្ថិតក្នុងហានិភ័យខ្ពស់ពីជំងឺមហារីកពោះវៀនធំ និងម្តងរៀងរាល់រយៈពេល 24 ខែម្តង សម្រាប់អ្នកជំងឺដែលមានហានិភ័យខ្ពស់បន្ទាប់ពីការឆ្លុះពិនិត្យផ្ទៃខាងក្នុងពោះវៀនធំ ឬលាងសម្អាតដោយប្រើសារធាតុបារីយ៉ូមពីមុន ។ • ការពិនិត្យពោះវៀនធំដោយប្រើឧបករណ៍ពិសេសដែលអាចបត់បែនបានសម្រាប់អ្នកជំងឺមានអាយុចាប់ពី 45 ឆ្នាំឡើងទៅ។ ម្តងរៀងរាល់រយៈពេល 120 ខែម្តង សម្រាប់អ្នកជំងឺដែលមិនមានហានិភ័យខ្ពស់ បន្ទាប់ពីអ្នកជំងឺបានទទួលការឆ្លុះពិនិត្យផ្ទៃខាងក្នុងពោះវៀនធំ។ ម្តងរៀងរាល់រយៈពេល 48 ខែម្តង សម្រាប់អ្នកជំងឺដែលមានហានិភ័យខ្ពស់ពីការពិនិត្យពោះវៀនធំដោយប្រើឧបករណ៍ពិសេសដែលអាចបត់បែនបានចុងក្រោយ ឬលាងសម្អាតដោយប្រើសារធាតុបារីយ៉ូម។ • ការពិនិត្យរកមើលឈាមក្នុងលាមកសម្រាប់អ្នកជំងឺដែលមានអាយុ 45 ឆ្នាំឡើងទៅ។ ម្តងរៀងរាល់រយៈពេល 12 ខែ។ • ការធ្វើតេស្ត DNA លាមករកជំងឺមហារីកនៅលើពោះវៀនធំសម្រាប់អ្នកជំងឺដែលមានអាយុពី 45 ទៅ 85 ឆ្នាំ និងមិនបំពេញតាមលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យនៃហានិភ័យខ្ពស់។ រៀងរាល់ 3 ឆ្នាំម្តង។ • ការធ្វើតេស្តឈាមរកប្រូតេអ៊ីនជំងឺមហារីកសម្រាប់អ្នកជំងឺដែលមានអាយុពី 45 ទៅ 85 ឆ្នាំ ហើយមិនបំពេញតាមលក្ខណវិនិច្ឆ័យលើហានិភ័យខ្ពស់នោះទេ។ រៀងរាល់ 3 ឆ្នាំម្តង។ • លាងសម្អាតដោយប្រើសារធាតុបារីយ៉ូមជាជម្រើសជំនួសក្នុងការឆ្លុះពិនិត្យផ្ទៃខាងក្នុងពោះវៀនធំសម្រាប់អ្នកជំងឺដែលមានហានិភ័យខ្ពស់ និងរយៈពេល 24 ខែចាប់តាំងពីការលាងសម្អាតដោយប្រើសារធាតុបារីយ៉ូមនៅក្នុងការឆ្លុះពិនិត្យផ្ទៃខាងក្នុងពោះវៀនធំចុងក្រោយ ឬការឆ្លុះពិនិត្យផ្ទៃខាងក្នុងពោះវៀនធំចុងក្រោយ។	$0 មិនមានធានារ៉ាប់រងរួម ការបង់ប្រាក់រួមគ្នា ឬការកាត់កងសម្រាប់ការត្រួតពិនិត្យជំងឺមហារីកចុងពោះវៀនធំដែលមានធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare នោះទេ។

	សេវាកម្មដែលគម្រោងរបស់យើងខ្ញុំបង់ថ្លៃជូន	អ្វីដែលលោកអ្នកត្រូវបង់
	• ការលាងសម្អាតដោយប្រើសារធាតុបារីយ៉ូម គឺជាជម្រើសមួយសម្រាប់ការពិនិត្យពោះវៀនធំដោយប្រើឧបករណ៍ពិសេសដែលអាចបត់បែនបានចំពោះអ្នកជំងឺដែលមិនមានហានិភ័យខ្ពស់ និងមានអាយុ 45 ឆ្នាំឡើងទៅ។ យ៉ាងហោចណាស់រយៈពេល 48 ខែម្តង បន្ទាប់ពីការលាងសម្អាតដោយប្រើសារធាតុបារីយ៉ូមនៅក្នុងការឆ្លុះពិនិត្យផ្នែកខាងក្នុងពោះវៀនធំចុងក្រោយចុងក្រោយ ឬការឆ្លុះពិនិត្យផ្នែកខាងក្នុងពោះវៀនធំដែលអាចបត់បែនបាន។ ការធ្វើតេស្តដោយឆ្លុះពិនិត្យរកជំងឺមហារីកពោះវៀនធំរួមមានការឆ្លុះពិនិត្យផ្នែកខាងក្នុងពោះវៀនធំជាបន្តបន្ទាប់ បន្ទាប់ពី Medicare បានធានារ៉ាប់រងលើការធ្វើតេស្តពិនិត្យរកជំងឺមហារីកពោះវៀនធំដែលមិនឆ្លងតាមលាមកដោយផ្អែកលើលទ្ធផលវិជ្ជមាន។	
	សេវាសុខភាពធ្មេញ (ធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare) យើងបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាសុខភាពធ្មេញជាក់លាក់ រួមមានជាអាទិ៍ ការសម្អាត ការដាក់ធ្មេញ និងធ្មេញពាក់។ អ្វីដែលយើងមិនធានារ៉ាប់រងគឺមានតាមរយៈ Medi-Cal Dental ដែលបានពិពណ៌នាក្នុង F2 ខាងក្រោម។ យើងបង់ថ្លៃសេវាសុខភាពធ្មេញមួយចំនួន ។ ឧទាហរណ៍មួយចំនួនរួមមានការដាក់ថ្គាមឡើងវិញបន្ទាប់ពីការបាក់ឆ្នឹង ឬរបួស ការដកធ្មេញដែលបានធ្វើឡើងដើម្បីរៀបចំព្យាបាលដោយវិទ្យុសកម្មសម្រាប់ជំងឺមហារីកដែលទាក់ទងនឹងថ្គាម ឬការពិនិត្យមាត់ធ្មេញមុនការវះកាត់ប្តូរតម្រងនោម។	$0 មិនមានការធានារ៉ាប់រងរួម ការបង់ប្រាក់រួម ឬប្រាក់កាត់កងសម្រាប់សេវាកម្មសុខភាពធ្មេញដែលមានធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare ឡើយ។
	សេវាសុខភាពធ្មេញ (បន្ថែម) យើងផ្តល់ជូននូវអត្ថប្រយោជន៍ផ្នែកធ្មេញបន្ថែមដែលរួមមានសេវាសុខភាពធ្មេញដូចជាការសម្អាត ការដាក់ធ្មេញ និងក្រាសធ្មេញពាក់។ អ្នកមានប្រាក់ឧបត្ថម្ភជាអតិបរមាចំនួន $1,000 រៀងរាល់ឆ្នាំតាមប្រតិទិន សម្រាប់សេវាសុខភាពធ្មេញបន្ថែមទូលំទូលាយ រួមទាំងក្រាសធ្មេញពាក់ផងដែរ។ ប្រាក់ឧបត្ថម្ភអតិបរមាប្រចាំឆ្នាំមិនអនុវត្តចំពោះសេវាសុខភាពធ្មេញបែបបង្ការបន្ថែមរបស់អ្នកទេ។ មានតែសេវាកម្មដែលបានរាយខាងក្រោមប៉ុណ្ណោះដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រង ហើយសេវាកម្មនីមួយៗមានដែនកំណត់ជាក់លាក់ (ឧទាហរណ៍ ប្រាក់ឧបត្ថម្ភជាអតិបរមា ចំនួននៃនីតិវិធី និង/ឬភាពញឹកញាប់នៃសេវាកម្ម)។ ◦ ការពិនិត្យមាត់ធ្មេញ ◦◦ រហូតដល់ 2 ដងរៀងរាល់ឆ្នាំតាមប្រតិទិន ទាំង D0120, D0140, D0150 ឬ D0180 ត្រូវបានអនុញ្ញាតម្តងនៅពេលអ្នកផ្តល់សេវា ឬទីតាំងពេញមួយជីវិត។ ◦ ការថតកាំរស្មីអ៊ិចធ្មេញ ◦◦ រហូតដល់កាំរស្មីអ៊ិចឆ្លុះមើលធ្មេញចំនួន 4 ដង (D0272/D0274, D0273) ក្នុងមួយឆ្នាំតាមប្រតិទិន ◦◦ រហូតដល់ 6 ដងនៃការថតកាំរស្មីនៅជុំវិញចុងឫសធ្មេញ (D0220/D0230) ក្នុងមួយឆ្នាំតាមប្រតិទិន ◦◦ រូបភាពកាំរស្មីទាំងស្រុង 1 ដង (D0330) រៀងរាល់រយៈពេល 5 ឆ្នាំតាមប្រតិទិន ◦◦ ស៊េរីនៃរូបភាពកាំរស្មីអ៊ិចដែលថតពីមុំផ្សេងៗគ្នា-ទូលំទូលាយ 1 (D0372) រៀងរាល់ 5 ឆ្នាំតាមប្រតិទិន ◦◦ D0330 និង D0372 អនុញ្ញាតឱ្យម្តងក្នុងមួយឆ្នាំតាមប្រតិទិន 5 ដែលមិនទទួលបានការធានារ៉ាប់រងដោយ D0272 ឬ D0274 ក្នុងឆ្នាំតាមប្រតិទិនក្នុងពេលតែមួយឡើយ	មិនមានសហធានារ៉ាប់រង ការទូទាត់រួមគ្នា ឬប្រាក់កាត់កងទេ។ អ្នកអាចនឹងទទួលខុសត្រូវចំពោះថ្លៃចំណាយ ប្រសិនបើសេវាកម្មនោះមិនមានការរ៉ាប់រង ឬប្រសិនបើអ្នកចំណាយលើសពីប្រាក់ឧបត្ថម្ភអតិបរមារបស់អ្នក។ ការដាក់ដែនកំណត់ និងការមិនរាប់បញ្ចូលអាចនឹងត្រូវអនុវត្ត។ កំណត់ចំណាំ៖ ការធានារ៉ាប់រងនេះគឺសម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍សុខភាពធ្មេញបន្ថែមរបស់ Medicare។ សេវាសុខភាពធ្មេញមួយចំនួនមានតាមរយៈកម្មវិធី Medi-Cal Dental Program។ អត្ថប្រយោជន៍សុខភាពមាត់ធ្មេញមាននៅក្នុងកម្មវិធី Medi-Cal Dental Program ជាសេវាមានការគិតតម្លៃ ដាច់ដោយឡែក។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម ឬប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយក្នុងការស្វែងរកទន្តពេទ្យដែលព្រមទទួលយកកម្មវិធីសុខភាព

	សេវាកម្មដែលគម្រោងរបស់យើងខ្ញុំបង់ថ្លៃជូន	អ្វីដែលលោកអ្នកត្រូវបង់
	◦ វិធានការបង្ការរោគ (ការសម្អាត) ◦ រហូតដល់ 2 ដងរៀងរាល់ឆ្នាំតាមប្រតិទិន (D1110)។ ◦ ការព្យាបាលដោយសារធាតុភ្លុយអរ ◦ រហូតដល់ 2 ដងរៀងរាល់ឆ្នាំតាមប្រតិទិន (D1206, D1208)។ ◦ ការព្យាបាលរោគអញ្ចាញធ្មេញ (ការធ្វើមាត្រដ្ឋានជ្រៅ) ◦ រហូតដល់ 4 ផ្នែករៀងរាល់ 2 ឆ្នាំតាមប្រតិទិន។ ការធានារ៉ាប់រងរួមបញ្ចូលទាំងការរួមបញ្ចូលគ្នានៃ D4341 ឬ D4342។ ◦ ការព្យាបាលរោគអញ្ចាញធ្មេញ (ការសម្អាតកម្ទេចកម្ទីជាលិកាងាប់) ◦ រហូតដល់ 1 ដងរៀងរាល់ឆ្នាំតាមប្រតិទិន (D4355) ឬ ◦ រហូតដល់ 2 ដងរៀងរាល់ឆ្នាំតាមប្រតិទិន (D4910) ◦ សេវាស្តារមុខងារធ្មេញឡើងវិញ (ការប៉ះធ្មេញ) ◦ ការស្តារមុខងារធ្មេញឡើងវិញរហូតដល់ 6 ដងរៀងរាល់ឆ្នាំតាមប្រតិទិនពីលេខកូដ ADA ដែលបានធានារ៉ាប់រង ឬការស្តារឡើងវិញដោយប្រើធាតុលោហៈប៉ះប្រហោងធ្មេញ (D2140-D2161; D2330-D2335 និង D2391-D2394)។ ◦ ការដកធ្មេញ (សាមញ្ញ) ◦ រហូតដល់ 8 ដងរៀងរាល់ឆ្នាំតាមប្រតិទិន (D7140) ◦ ការដកធ្មេញ (វះកាត់) ◦ រហូតដល់ 3 ដងរៀងរាល់ឆ្នាំតាមប្រតិទិន (D7210, D7220, D7230, D7240, D7241) ◦ កន្លែងវះ និងបង្ហូរខ្ទុះចេញពីធ្មេញ ◦ រហូតដល់ 1 ធ្មេញក្នុងមួយជីវិត (D7510, D7511, D7520, D7521) ◦ ការស្រោបធ្មេញ និងការជួសជុលស្រោបធ្មេញ ◦ រហូតដល់ 2 ដងរៀងរាល់ឆ្នាំតាមប្រតិទិន ម្តងរៀងរាល់ 5 ឆ្នាំម្តងក្នុងមួយធ្មេញ (D2510-D2530; D2542-D2544; D2620, D2630; D2642-D2644; D2650-D2652; D2662-D2664; D2710-D2722; D2740, D2750, D2751, D2752; D2781-D2783; D2790-D2794; D2799; D2951-D2954; D2980) ◦ ផ្នែករោគបណ្តូលធ្មេញ /ប្រហោងឫសធ្មេញ ◦ រហូតដល់ 1 ក្នុងមួយធ្មេញ រៀងរាល់ឆ្នាំតាមប្រតិទិន (D3220; D3310-D3330; D3410, D3421, D3425, D3426) ◦ ក្រាសធ្មេញពាក់ ◦ រហូតដល់ 1 សំណុំនៃក្រាសធ្មេញពាក់ (មួយស្ថិត ដោះបាន ឬដោយផ្នែក) រៀងរាល់ 3 ឆ្នាំតាមប្រតិទិន រហូតដល់ចំនួនអតិបរមានៃការធានារ៉ាប់រងប្រចាំឆ្នាំរបស់គម្រោង (D5110-D5140; D5211-D5214; D5221-D5228) ◦ ការជួសជុល និងការលៃតម្រូវក្រាសធ្មេញពាក់ ◦ រហូតដល់ 4 ដងរៀងរាល់ឆ្នាំតាមប្រតិទិន D5511, D5512, D5520, D5611, D5612, D5621, D5622, D5630, D5640, D5650, D5660, D5670, D5671, D5710, D5711, D5720, D5721, D5725, D5730, D5731, D5740, D5741, D5750, D5751, D5760, D5761, D5765) ◦ ការព្យាបាលក្នុងករណីអាសន្នបណ្តោះអាសន្ន ◦ រហូតដល់ 4 ដងរៀងរាល់ឆ្នាំតាមប្រតិទិន (D9110) ◦ ការប្រើថ្នាំស្ពឹក (ថ្នាំសណ្តំឱ្យសន្លប់ និងការចាក់ថ្នាំតាមសរសៃវ៉ែន) ◦ ការវះកាត់មាត់ដែលមានការធានារ៉ាប់រង (D9222, D9223, D9239, D9243)	ធ្មេញរបស់ Medi-Cal សូមទាក់ទងមកកាន់ខ្សែទូរសព្ទផ្នែបម្រើសេវាអតិថិជនតាមរយៈលេខ 1-800-322-6384 (អ្នកប្រើ TTY គួរតែទូរសព្ទតាមរយៈលេខ 1-800-735-2922)។ ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ អ្នកតំណាងរបស់កម្មវិធី Medi-Cal Dental Service Program អាចជួយអ្នកចាប់ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក រហូតដល់ម៉ោង 5:00 ល្ងាច ចាប់ពីថ្ងៃចន្ទ រហូតដល់ថ្ងៃសុក្រ។ អ្នកក៏អាចចូលទៅកាន់គេហទំព័រតាមរយៈ dental.dhcs.ca.gov/ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែម។ អ្នកអាចមានសិទ្ធិទទួលបានសេវាសុខភាពធ្មេញបន្ថែមតាមរយៈកម្មវិធីសុខភាពធ្មេញ Medi-Cal នៅពេលអ្នកទៅជួបអ្នកផ្តល់សេវាសុខភាពធ្មេញរបស់ Medi-Cal។ សូមមើលផ្នែក F2 សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីអត្ថប្រយោជន៍តាមរយៈកម្មវិធី Medi-Cal Dental Program។

	សេវាកម្មដែលគម្រោងរបស់យើងខ្ញុំបង់ថ្លៃជូន	អ្វីដែលលោកអ្នកត្រូវបង់
	ក្រមទាំងនេះអាចត្រូវបានធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពដោយសមាគមសុខភាពធ្មេញអាមេរិក (ADA) ក្នុងអំឡុងឆ្នាំនេះ។ ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរអំពីលេខកូដ ADA នៃសុខភាពធ្មេញ សូមទូរសព្ទទៅផ្នែកបម្រើសេវាសមាជិក។ លេខទូរសព្ទរបស់ពួកគេអាចរកបាននៅផ្នែកខាងក្រោយនៃបណ្ណសម្គាល់ (ID) សមាជិកគម្រោងរបស់អ្នក។ សេវាសុខភាពធ្មេញមួយចំនួនតម្រូវឱ្យមានការអនុញ្ញាតជាមុន។ អ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកនឹងដោះស្រាយរាល់ការអនុញ្ញាតដែលមានការតម្រូវពីគម្រោងឱ្យអ្នក។ សេវាកែសម្ផស្ស និងការដាំបង្គោលធ្មេញមិនត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយគម្រោងទេ។	
	ការពិនិត្យមើលជំងឺបាក់ទឹកចិត្ត យើងបង់ប្រាក់សម្រាប់ការពិនិត្យមើលជំងឺបាក់ទឹកចិត្តជារៀងរាល់ឆ្នាំ។ ការពិនិត្យរកជំងឺនេះត្រូវតែត្រូវបានធ្វើឡើងនៅកន្លែងមណ្ឌលតំហែទាំសុខភាពបឋមដែលអាចផ្តល់ជូនការព្យាបាលតាមដាន និងបញ្ជូនបន្ត។	$0 មិនមានការធានារ៉ាប់រងរួម ការបង់ប្រាក់រួមគ្នា ឬប្រាក់កាត់កងសម្រាប់ការជួបពិនិត្យមើលជំងឺបាក់ទឹកចិត្តប្រចាំឆ្នាំនោះទេ។
	ការពិនិត្យមើលជំងឺទឹកនោមផ្អែម យើងបង់ប្រាក់សម្រាប់ការពិនិត្យនេះ (រួមទាំងការធ្វើតេស្តជាតិគ្លុយកូសរហ័សផងដែរ) បើអ្នកមានកត្តាហានិភ័យណាមួយក្នុងចំណោមកត្តាខាងក្រោម៖ • សម្ពាធឈាមខ្ពស់ (ជំងឺលើសឈាម) • ប្រវត្តិជាតិកូឡេស្តេរ៉ុល និងជាតិទ្រីគ្លីស៊ីរីតក្នុងឈាមមានកម្រិតខ្ពស់ (មានលីពីតច្រើនហួសកម្រិត) • ជំងឺធាត់ • ប្រវត្តិមានជាតិស្ករក្នុងឈាមខ្ពស់ (គ្លុយកូស) ការធ្វើតេស្តអាចត្រូវរ៉ាប់រងក្នុងករណីមួយចំនួន ដូចជាករណីអ្នកធាត់ហួសកំណត់ និងមានប្រវត្តិគ្រួសារកើតជំងឺទឹកនោមផ្អែម។ អ្នកអាចមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ការពិនិត្យរកជំងឺទឹកនោមផ្អែមរហូតដល់ពីរដងរៀងរាល់រយៈពេល 12 ខែ បន្ទាប់ពីកាលបរិច្ឆេទនៃការធ្វើតេស្តពិនិត្យរកជំងឺទឹកនោមផ្អែមចុងក្រោយបំផុតរបស់អ្នក។	$0 មិនមានការធានារ៉ាប់រងរួម ការបង់ប្រាក់រួមគ្នា ឬប្រាក់កាត់កងសម្រាប់ការធ្វើតេស្តពិនិត្យរកជំងឺទឹកនោមផ្អែមដែលមានការធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare នោះទេ។

	សេវាកម្មដែលគម្រោងរបស់យើងខ្ញុំបង់ថ្លៃជូន	អ្វីដែលលោកអ្នកត្រូវបង់
	សេវាកម្ម សម្ភារផ្គត់ផ្គង់ និងការបណ្តុះបណ្តាលអំពីការគ្រប់គ្រងជំងឺទឹកនោមផ្អែមដោយខ្លួនឯងសម្រាប់ជំងឺទឹកនោមផ្អែម យើងបង់ប្រាក់លើថ្លៃសេវាដូចខាងក្រោមសម្រាប់អ្នកដែលមានជំងឺទឹកនោមផ្អែមទាំងអស់ (មិនថាពួកគេប្រើឱសថអាំងស៊ុយលីន ឬអត់ឡើយ)៖ • សម្ភារផ្គត់ផ្គង់ដើម្បីត្រួតពិនិត្យជាតិស្ករក្នុងឈាមអ្នក រួមមានដូចខាងក្រោម៖ ◦ ឧបករណ៍ត្រួតពិនិត្យជាតិស្ករក្នុងឈាម ◦ បន្ទះធ្វើតេស្តជាតិស្ករក្នុងឈាម ◦ ឧបករណ៍ជួសឈាម និងម្ជុលជួសឈាម ◦ សូលុយស្យុងសម្រាប់គ្រប់គ្រងគ្លុយកូសដើម្បីពិនិត្យភាពត្រឹមត្រូវនៃបន្ទះធ្វើតេស្ត និងឧបករណ៍ត្រួតពិនិត្យ • សម្រាប់អ្នកដែលមានជំងឺទឹកនោមផ្អែមដែលមានជំងឺដំបៅជើងធ្ងន់ធ្ងរដោយសារជំងឺទឹកនោមផ្អែម យើងនឹងបង់ប្រាក់ដូចខាងក្រោម៖ ◦ ស្បែកជើងព្យាបាលតាមតម្រូវការមួយគូ (រួមទាំងទ្រនាប់ស្បែកជើង) រួមទាំងការវាស់តម្រូវ និងទ្រនាប់ស្បែកជើងពីរគូបន្ថែមរៀងរាល់ឆ្នាំតាមប្រតិទិន **ឬ** ◦ ស្បែកជើងកវែងមួយគូរ រួមទាំងការវាស់វែង និងទ្រនាប់ស្បែកជើងបីគូរក្នុងមួយឆ្នាំ (មិនរាប់បញ្ចូលទ្រនាប់ស្បែកជើងអាចដកចេញបានដោយមិនអាចតម្រូវតាមជើងដែលត្រូវបានផ្តល់ឱ្យជាមួយស្បែកជើងបែបនេះទេ) • ក្នុងករណីមួយចំនួន យើងបង់ប្រាក់លើការបណ្តុះបណ្តាលដើម្បីជួយអ្នកក្នុងការគ្រប់គ្រងជំងឺទឹកនោមផ្អែមរបស់អ្នក។ ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែម សូមទាក់ទងទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិក។	អ្នកបង់ប្រាក់ចំនួន $0 សម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍នេះ។ ការផ្គត់ផ្គង់មានការធានារ៉ាប់រងនៅពេលដែលអ្នកមានវេជ្ជបញ្ជា ហើយបើកវេជ្ជបញ្ជានៅឱសថស្ថានលក់រាយក្នុងបណ្តាញ ឬតាមរយៈកម្មវិធីឱសថស្ថានផ្តល់សេវាធ្វើឱសថតាមប្រៃសណីយ៍។ សូមមើល “ការថែទាំភ្នែក” នៅក្នុងតារាងនេះសម្រាប់សេវាកម្មរបស់វេជ្ជបណ្ឌិត ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការការពិនិត្យភ្នែករកមើលជំងឺរ៉ែទីនៃជំងឺទឹកនោមផ្អែម ឬការពិនិត្យជំងឺដក់ទឹកក្នុងភ្នែក។ សូមមើល “សេវាព្យាបាលជើង” នៅក្នុងតារាងនេះ ប្រសិនបើអ្នកមានជំងឺទឹកនោមផ្អែម ហើយត្រូវទៅជួបវេជ្ជបណ្ឌិតដើម្បីពិនិត្យជើង។ សូមមើល “ការព្យាបាលដោយប្រើអាហារូបត្ថម្ភវេជ្ជសាស្ត្រ” នៅក្នុងតារាងនេះ ប្រសិនបើអ្នកមានជំងឺទឹកនោមផ្អែម ហើយត្រូវការសេវាព្យាបាលដោយអាហារូបត្ថម្ភវេជ្ជសាស្ត្រ (MNT)។ **អាចតម្រូវឱ្យមានការអនុញ្ញាតជាមុន ចំពោះសម្ភារផ្គត់ផ្គង់សម្រាប់ជំងឺទឹកនោមផ្អែម ស្បែកជើងសម្រាប់ជំងឺទឹកនោមផ្អែម និងការសិកបញ្ជូល។** **មិនតម្រូវឱ្យមានការអនុញ្ញាតជាមុនសម្រាប់ការបណ្តុះបណ្តាលអំពីការគ្រប់គ្រងខ្លួនឯងលើជំងឺទឹកនោមផ្អែមដែលទទួលបានការធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare។**
	សេវាផ្តល់ប្រឹក្សាសម្រាប់ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ សម្រាប់បុគ្គលដែលមានផ្ទៃពោះ យើងបង់ប្រាក់សម្រាប់ការទៅជួបពិនិត្យជាមួយនឹងសេវាផ្តល់ប្រឹក្សាសម្រាប់ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះចំនួនប្រាំបួនដង អំឡុងពេលមានផ្ទៃពោះ និងក្រោយពេលសម្រាល ក៏ដូចជាជំនួយអំឡុងពេលសម្រាល និងការសម្រាលកូនផងដែរ។	$0 មិនមានការធានារ៉ាប់រងរួម ការបង់ប្រាក់រួម ឬប្រាក់កាត់កងសម្រាប់សេវាផ្តល់ប្រឹក្សាសម្រាប់ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះទេ។

	សេវាកម្មដែលគម្រោងរបស់យើងខ្ញុំបង់ថ្លៃជូន	អ្វីដែលលោកអ្នកត្រូវបង់
	ឧបករណ៍វេជ្ជសាស្ត្រប្រើប្រាស់បានយូរ (DME) និងសម្ភារផ្គត់ផ្គង់ដែលពាក់ព័ន្ធ* សូមមើល**ជំពូកទី 12** នៃ*សៀវភៅណែនាំសមាជិក* របស់អ្នកសម្រាប់និយមន័យនៃពាក្យ "បរិក្ខារវេជ្ជសាស្ត្រដែលប្រើជាប់បានយូរ (DME)"។ យើងធានារ៉ាប់រងលើឧបករណ៍ដូចខាងក្រោម៖ • រទេះរុញ រួមទាំងរទេះរុញអគ្គិសនី • ឈើច្រត់ • ប្រព័ន្ធពួកដើរដោយថាមពល • បន្ទះសម្ពាធស្ងួតសម្រាប់ពួក • សម្ភារផ្គត់ផ្គង់សម្រាប់អ្នកកើតជំងឺទឹកនោមផ្អែម • គ្រែមន្ទីរពេទ្យដែលចេញវេជ្ជបញ្ជាដោយអ្នកផ្តល់សេវាសម្រាប់ប្រើប្រាស់ក្នុងផ្ទះ • ឧបករណ៍ដាក់សេរ៉ូម និងជើងព្យួរសេរ៉ូម (IV) • ឧបករណ៍ជំនួយក្នុងការនិយាយ • សម្ភារផ្គត់ផ្គង់ និងឧបករណ៍ផ្តល់អុកស៊ីសែន • ម៉ាស៊ីនស្តូង • ឧបករណ៍ជំនួយក្នុងការដើរ • ដៃកាន់កោងបែបស្តង់ដា ឬឈើច្រតជើងបួន និងការផ្គត់ផ្គង់ការផ្លាស់ប្តូរ • ឧបករណ៍តម្រង់ក (នៅលើទ្វា) • ឧបករណ៍រំញោចឆ្អឹង • ឧបករណ៍ថែទាំការលាងឈាម ទំនិញផ្សេងទៀតដែលអាចទទួលបានការធានារ៉ាប់រង។ យើងបង់ប្រាក់ថ្លៃ DME ចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រទាំងអស់ដែល Medicare និង Medi-Cal បង់ប្រាក់ជាធម្មតា។ ប្រសិនបើអ្នកផ្គត់ផ្គង់របស់យើងក្នុងតំបន់របស់អ្នកមិនមានម៉ាកយីហោ ឬក្រុមហ៊ុនផលិតជាក់លាក់ទេ នោះអ្នកអាចសួរពួកគេថាតើពួកគេអាចបញ្ជាទិញជាពិសេសសម្រាប់អ្នកបានដែរឬទេ។	អ្នកបង់ថ្លៃ $0 សម្រាប់ DME និងការផ្គត់ផ្គង់ដែលពាក់ព័ន្ធដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare។ **អាចតម្រូវឱ្យមានការអនុញ្ញាតជាមុន។**

	សេវាកម្មដែលគម្រោងរបស់យើងខ្ញុំបង់ថ្លៃជូន	អ្វីដែលលោកអ្នកត្រូវបង់
	ការថែទាំក្នុងគ្រាអាសន្ន ការថែទាំក្នុងគ្រាអាសន្នមានន័យថាជាសេវាកម្មទាំងឡាយណាដែល៖ • ផ្តល់ជូនដោយអ្នកផ្តល់សេវាកម្មដែលបានទទួលការបណ្តុះបណ្តាលសម្រាប់ផ្តល់សេវាថែទាំក្នុងគ្រាអាសន្ន **និង** • ចាំបាច់ចំពោះការថែទាំក្នុងគ្រាអាសន្នផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ។ ភាពអាសន្នផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រគឺជាស្ថានភាពវេជ្ជសាស្ត្រដែលមានការឈឺចាប់ធ្ងន់ធ្ងរ ឬរបួសធ្ងន់ធ្ងរ។ ស្ថានភាពគឺធ្ងន់ធ្ងរណាស់ដែល ប្រសិនបើមិនបានទទួលការព្យាបាលភ្លាមៗទេ នរណាម្នាក់ដែលមានចំណេះដឹងជាមធ្យមអំពីសុខភាព និងឱសថអាចនឹងរំពឹងវាបណ្តាលឱ្យមាន៖ • មានហានិភ័យធ្ងន់ធ្ងរចំពោះសុខភាពរបស់អ្នក ឬចំពោះកូនដែលមិនទាន់កើតរបស់អ្នក **ឬ** • មានគ្រោះថ្នាក់ធ្ងន់ធ្ងរចំពោះមុខងាររបស់រាងកាយ **ឬ** • ការខូចមុខងារសរីរាង្គ ឬផ្នែកណាមួយរាងកាយយ៉ាងធ្ងន់ធ្ងរ ឬ • ក្នុងករណីស្ត្រីមានគភ៌កំពុងសម្រាលកូន នៅពេលដែល៖ ◦ មិនមានពេលវេលាគ្រប់គ្រាន់ដើម្បីបញ្ជូនអ្នកដោយសុវត្ថិភាពទៅមន្ទីរពេទ្យមួយផ្សេងទៀតមុនពេលសម្រាលនោះទេ។ ◦ ការផ្ទេរទៅមន្ទីរពេទ្យផ្សេងទៀតអាចបង្កការគំរាមកំហែងដល់សុខភាព ឬសុវត្ថិភាពរបស់អ្នក ឬចំពោះកូនដែលមិនទាន់កើតរបស់អ្នក។ ការថែទាំក្នុងគ្រាអាសន្នគឺមានតែនៅក្នុងសហរដ្ឋអាមេរិក និងទឹកដីរបស់ប្រទេសនេះប៉ុណ្ណោះ លើកលែងតែស្ថិតក្រោមកាលៈទេសៈដែលដែនកំណត់។ ទាក់ទងទៅម្រោងសម្រាប់ព័ត៌មានលម្អិត។ ជាអត្ថប្រយោជន៍បន្ថែម យើងផ្តល់ជូនរហូតដល់ទឹកប្រាក់ចំនួន $10,000 នៃការធានារ៉ាប់រងក្នុងគ្រាអាសន្ននៅទូទាំងពិភពលោកក្នុងមួយឆ្នាំៗតាមប្រតិទិនសម្រាប់ការដឹកជញ្ជូនក្នុងគ្រាអាសន្ន ការថែទាំបន្ទាន់ ការថែទាំក្នុងគ្រាអាសន្ន និងការថែទាំក្រោយមានស្ថិរភាពឡើងវិញ។	$0 ប្រសិនបើអ្នកទទួលបានការថែទាំក្នុងស្ថានភាពអាសន្ននៅមន្ទីរពេទ្យក្រៅបណ្តាញ ហើយត្រូវការការថែទាំសម្រាប់អ្នកជំងឺស្នាក់ព្យាបាលបន្ទាប់ពីស្ថានភាពអាសន្នរបស់អ្នកត្រូវបានរក្សាឱ្យមានស្ថេរភាព នោះអ្នកត្រូវតែវិលត្រលប់ទៅកាន់មន្ទីរពេទ្យនៅក្នុងបណ្តាញវិញសម្រាប់ការថែទាំរបស់អ្នកដើម្បីបន្តទទួលបានការបង់ថ្លៃជូន។ អ្នកអាចស្នាក់នៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យក្រៅបណ្តាញចំពោះការថែទាំអ្នកជំងឺស្នាក់ព្យាបាលរបស់អ្នកបានតែក្នុងករណីដែលគម្រោងរបស់អ្នកយល់ព្រមចំពោះការស្នាក់នៅរបស់អ្នកតែប៉ុណ្ណោះ។

	សេវាកម្មដែលគម្រោងរបស់យើងខ្ញុំបង់ថ្លៃជូន	អ្វីដែលលោកអ្នកត្រូវបង់
	សេវាកម្មរៀបចំផែនការគ្រួសារ ច្បាប់អនុញ្ញាតឱ្យអ្នកជ្រើសរើសអ្នកផ្តល់សេវាណាមួយ - មិនថាអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ ឬអ្នកផ្តល់សេវាក្រៅបណ្តាញ - សម្រាប់សេវាកម្មរៀបចំផែនការគ្រួសារជាក់លាក់។ នេះមានន័យថាវេជ្ជបណ្ឌិត គ្លីនិក មន្ទីរពេទ្យ ឱសថស្ថាន ឬការិយាល័យរៀបចំផែនការគ្រួសារណាមួយ។ យើងបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាខាងក្រោម៖ • ការពិនិត្យការពន្យារកំណើត និងការព្យាបាលវេជ្ជសាស្ត្រ • បន្ទប់ពិសោធផ្នែករៀបចំផែនការគ្រួសារ និងការធ្វើតេស្តរោគវិនិច្ឆ័យ • វិធីសាស្ត្ររៀបចំផែនការគ្រួសារ (IUC/IUD កងពន្យារកំណើតដាក់នៅផ្នែកដៃ ថ្នាំចាក់ ថ្នាំគ្រាប់ពន្យាកំណើត បន្ទះបិទ ឬកងពន្យារកំណើត) • សម្ភារផ្គត់ផ្គង់សម្រាប់ការរៀបចំគម្រោងគ្រួសារដោយមានវេជ្ជបញ្ជា (ស្រោមអនាម័យ អេប៉ុង ហ្វូម ហ្វីល ស្រោមអនាម័យស្ត្រី កង) • សេវាទាក់ទងនឹងសមត្ថភាពបន្តពូជដែលមានកំណត់ ដូចជាការប្រឹក្សាយោបល់ និងការអប់រំអំពីបច្ចេកទេសការយល់ដឹងអំពីភាពមានកូន និង/ឬការប្រឹក្សាសុខភាពការគិតទុកជាមុន ការធ្វើតេស្ត និងការព្យាបាលជំងឺតាមការរួមភេទ (STI) • ការផ្តល់ប្រឹក្សា និងការធ្វើតេស្តរកមេរោគមេរោគ HIV និងជំងឺ AIDS និងស្ថានភាពទាក់ទងនឹងមេរោគ HIV • ការពន្យាកំណើតជាអចិន្ត្រៃយ៍ (អ្នកត្រូវតែមានអាយុ 21 ឡើងដើម្បីជ្រើសរើសវិធីសាស្ត្រនៃការរៀបចំផែនការគ្រួសារនេះ។ អ្នកត្រូវតែចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់បែបបទយល់ព្រមលើការបញ្ឈប់ការយកកូនរបស់សហព័ន្ធយ៉ាងហោចណាស់រយៈពេល 30 ថ្ងៃ ប៉ុន្តែមិនឱ្យលើសពីរយៈពេល 180 ថ្ងៃមុនថ្ងៃវះកាត់ឡើយ។) • ការប្រឹក្សាយោបល់បញ្ហាហ្សែន យើងក៏នឹងបង់ថ្លៃសម្រាប់សេវាកម្មរៀបចំផែនការគ្រួសារផ្សេងមួយចំនួនទៀត។ ទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយ អ្នកត្រូវតែប្រើប្រាស់សេវាកម្មរបស់អ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ សម្រាប់សេវាកម្មដូចខាងក្រោម៖ • ការព្យាបាលសម្រាប់ស្ថានភាពវេជ្ជសាស្ត្រអំពីបញ្ហាអត់មានកូន (សេវានេះមិនរួមបញ្ចូលវិធីសិប្បនិម្មិតដើម្បីឱ្យមានផ្ទៃពោះនោះទេ។) • ការព្យាបាលជំងឺ AIDS និងស្ថានភាពដែលពាក់ព័ន្ធនឹងមេរោគ HIV ផ្សេងទៀត • ការធ្វើតេស្តហ្សែន ផលិតផលសម្រាប់ការរៀបចំផែនការគ្រួសារដែលមិនតម្រូវឱ្យមានវេជ្ជបញ្ជា និងឱសថដែលមិនទទួលបានការធានារ៉ាប់រងស្ថិតក្រោម Medicare ផ្នែក D អាចត្រូវបានធានារ៉ាប់រងក្រោមអត្ថប្រយោជន៍ Medi-Cal Rx របស់អ្នក។ សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ Medi-Cal Rx (medi-calrx.dhcs.ca.gov) សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។ អ្នកក៏អាចទូរសព្ទទៅកាន់មជ្ឈមណ្ឌលបម្រើសេវាអតិថិជនរបស់ Medi-Cal Rx តាមរយៈលេខ 800-977-2273 បានផងដែរ។ អ្នកនឹងត្រូវការបណ្ណ Medi-Cal ឬបណ្ណសម្គាល់អត្ថប្រយោជន៍ (BIC) របស់អ្នក ដើម្បីចូលប្រើឱសថដែលទទួលបានការធានារ៉ាប់រងដោយ Medi-Cal Rx។	$0 មិនមានការធានារ៉ាប់រងរួម ការបង់ប្រាក់រួម ឬប្រាក់កាត់កងសម្រាប់សេវាកម្មរៀបចំផែនការគ្រួសារឡើយ។

	សេវាកម្មដែលគម្រោងរបស់យើងខ្ញុំបង់ថ្លៃជូន	អ្វីដែលលោកអ្នកត្រូវបង់
	អត្ថប្រយោជន៍នៃការហាត់ប្រាណ (បន្ថែម) អ្នកទទួលបានសមាជិកភាពនៃកន្លែងហាត់ប្រាណដើម្បីចូលរួមនៅក្នុងមជ្ឈមណ្ឌលហាត់ប្រាណ។ ប្រសិនបើអ្នកមិនអាចទៅកាន់មជ្ឈមណ្ឌលហាត់ប្រាណ ឬក៏ចង់ហាត់ប្រាណពីផ្ទះ អ្នកអាចជ្រើសរើសឧបករណ៍ហាត់ប្រាណនៅផ្ទះបានផងដែរ។ ឧបករណ៍នេះនឹងជួយអ្នកឱ្យសកម្មក្នុងភាពងាយស្រួលនៅផ្ទះរបស់អ្នក។ ជម្រើសឧបករណ៍ហាត់ប្រាណតាមផ្ទះរួមបញ្ចូលទាំងជម្រើសឧបករណ៍តាមដានរាងកាយ កម្លាំង ឬឧបករណ៍ហាត់យ៉ូហ្គា។ ប្រសិនបើអ្នកជ្រើសរើសការហាត់ប្រាណនៅមជ្ឈមណ្ឌលហាត់ប្រាណ អ្នកអាចចូលមើលនៅលើគេហទំព័រ ហើយជ្រើសរើសទីតាំងដែលត្រូវចូលរួម ឬអ្នកអាចទៅកាន់មជ្ឈមណ្ឌលហាត់ប្រាណដែលចូលរួមដោយផ្ទាល់ដើម្បីចាប់ផ្តើម។ កន្លែងចូលរួម និងខ្សែសង្វាក់នៃកន្លែងហាត់ប្រាណអាចប្រែប្រួលទៅតាមទីតាំង និងអាចផ្លាស់ប្តូរបាន។ ឧបករណ៍អាចមានការផ្លាស់ប្តូរ។	$0 មិនមានការធានារ៉ាប់រងរួម ការបង់ប្រាក់រួមគ្នា ឬប្រាក់កាត់កងសម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍នេះឡើយ។ ពិភាក្សាជាមួយវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកមុនពេលចាប់ផ្តើម ឬផ្លាស់ប្តូរទម្លាប់នៃការធ្វើលំហាត់ប្រាណរបស់អ្នកជានិច្ច។
	កម្មវិធីអប់រំសុខភាព និងសុខុមាលភាព យើងខ្ញុំមានផ្តល់ជូនកម្មវិធីមួយចំនួនដែលផ្តោតលើស្ថានភាពជំងឺជាក់លាក់។ ទាំងនេះរួមបញ្ចូល៖ • ថ្នាក់អប់រំអំពីសុខភាព; • ថ្នាក់អប់រំអំពីអាហារូបត្ថម្ភ • ការផ្តាច់បារី និងការផ្តាច់ការប្រើប្រាស់ថ្នាំជក់ **និង** • បណ្តាញទូរសព្ទសម្រាប់ការពិគ្រោះការព្យាបាល	$0 មិនមានការធានារ៉ាប់រងរួម ការបង់ប្រាក់រួមគ្នា ឬប្រាក់កាត់កងសម្រាប់កម្មវិធីអប់រំសុខភាព និងសុខុមាលភាពឡើយ។

	សេវាកម្មដែលគម្រោងរបស់យើងខ្ញុំបង់ថ្លៃជូន	អ្វីដែលលោកអ្នកត្រូវបង់
	សេវាសុខភាពត្រចៀក * យើងបង់ប្រាក់សម្រាប់ការធ្វើតេស្តសមត្ថភាព និងតុល្យភាពនៃការស្តាប់ដែលធ្វើឡើងដោយអ្នកផ្តល់សេវាកម្មរបស់អ្នក។ ការធ្វើតេស្តទាំងនេះប្រាប់អ្នកថាតើអ្នកត្រូវការការព្យាបាលវេជ្ជសាស្ត្រដែរឬទេ។ ការធ្វើតេស្តទាំងនេះទទួលបានការធានារ៉ាប់រងជាការថែទាំសម្រាប់អ្នកជំងឺមិនស្នាក់ព្យាបាល នៅពេលអ្នកទទួលបានការធ្វើតេស្តទាំងនោះពីគ្រូពេទ្យ អ្នកជំនាញខាងសោតវិញ្ញាណ ឬអ្នកផ្តល់សេវាដែលមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់។ អ្នកទទួលបានការធានារ៉ាប់រងសម្រាប់ការពិនិត្យការស្តាប់ 1 ដងរៀងរាល់ 2 ឆ្នាំ ព្រមទាំងការវាយតម្លៃ/ការវាស់សម្រាប់ឧបករណ៍ជំនួយការស្តាប់ 1 ដងរៀងរាល់ 2 ឆ្នាំនៅក្រោមអត្ថប្រយោជន៍ Medi-Cal (Medicaid) របស់អ្នក។ គម្រោងរបស់យើងធានារ៉ាប់រងលើការវាយតម្លៃ/ការវាស់បន្ថែមសម្រាប់ឧបករណ៍ជំនួយការស្តាប់ 1 ដងរៀងរាល់ឆ្នាំ។ ប្រសិនបើអ្នកទទួលបានការប្រឹក្សាថាអ្នកត្រូវការឧបករណ៍ជំនួយការស្តាប់ នោះអ្នកនឹងទទួលបានប្រាក់ឧបត្ថម្ភឧបករណ៍ការស្តាប់ចំនួន $1510 រៀងរាល់ឆ្នាំសម្រាប់ត្រចៀកទាំងសងខាងរួមគ្នាស្ថិតក្រោមអត្ថប្រយោជន៍ Medi-Cal (Medicaid) របស់អ្នក។ បន្ថែមលើសេវាសុខភាពត្រចៀកដែលមានការធានារ៉ាប់រងពី Medicare អ្នកអាចទទួលបានការធ្វើតេស្តការស្តាប់ជាប្រចាំម្តងរៀងរាល់ឆ្នាំតាមប្រតិទិន។ បន្ទាប់ពីការធ្វើតេស្តស្តាប់ជាប្រចាំ អ្នកអាចតម្រូវឱ្យប្រើឧបករណ៍ជំនួយក្នុងការស្តាប់។ ការវាស់/ការវាយតម្លៃសម្រាប់ឧបករណ៍ជំនួយការស្តាប់អាចត្រូវបានធ្វើឡើងម្តងរៀងរាល់ឆ្នាំតាមប្រតិទិន។ ប្រសិនបើអ្នកទទួលបានដំណឹងថាអ្នកត្រូវការឧបករណ៍ជំនួយការស្តាប់ អ្នកអាចទទួលបានឧបករណ៍ជំនួយការស្តាប់ចំនួន 2 ដែលបានជ្រើសរើសជាមុនពីអ្នកផ្តល់សេវាដែលទទួលបានការយល់ព្រមដោយគម្រោងរៀងរាល់រយៈពេល 24 ខែម្តងសម្រាប់ត្រចៀកទាំងពីររួមបញ្ចូលគ្នា។ យើងក៏បង់ប្រាក់សម្រាប់ឧបករណ៍ជំនួយការស្តាប់ផងដែរ នៅពេលទទួលបានវេជ្ជបញ្ជាដោយគ្រូពេទ្យ ឬអ្នកផ្តល់សេវាដែលមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ផ្សេងទៀត រួមមាន៖ • ឧបករណ៍ជំនួយការស្តាប់ សម្ភារផ្គត់ផ្គង់ និងឧបករណ៍ស៊ីកបញ្ចូល • ការជួសជុល • ថ្មថាមពលមួយឈុតដំបូង • ការមកជួបពិគ្រោះចំនួនប្រាំមួយដងសម្រាប់ការបណ្តុះបណ្តាល ការសម្រួលឧបករណ៍ និងការលៃតម្រូវឱ្យត្រូវល្មមជាមួយអ្នកលក់ដូចគ្នា ក្រោយពេលអ្នកទទួលបានឧបករណ៍ជំនួយការស្តាប់រួចនោះ • រយៈពេលសាកល្បងក្នុងការជួលជុលឧបករណ៍ជំនួយការស្តាប់ • ឧបករណ៍ជំនួយការស្តាប់ ឧបករណ៍ជំនួយការស្តាប់ដែលភ្ជាប់ទៅនឹងឆ្អឹង • សេវាសិក្សាការស្តាប់ និងក្រោយការវាយតម្លៃដែលទាក់ទងនឹងជំនួយការស្តាប់	$0 មិនមានការធានារ៉ាប់រងរួម ការបង់ប្រាក់រួមគ្នា ឬប្រាក់កាត់កងសម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍នេះឡើយ។ **អាចតម្រូវឱ្យមានការអនុញ្ញាតជាមុន។**

	សេវាកម្មដែលគម្រោងរបស់យើងខ្ញុំបង់ថ្លៃជូន	អ្វីដែលលោកអ្នកត្រូវបង់
	អត្ថប្រយោជន៍បន្ថែមពិសេសសម្រាប់ជំងឺរ៉ាំរ៉ៃ ប្រសិនបើអ្នកទទួលបានការធ្វើរោគវិនិច្ឆយបង្ហាញថាមានស្ថានភាពជំងឺរ៉ាំរ៉ៃណាមួយដូចតទៅ ដូចដែលបានកំណត់អត្តសញ្ញាណខាងក្រោម និងបំពេញតាមលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យជាក់លាក់ នោះអ្នកអាចមានសិទ្ធិទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍បន្ថែមពិសេសសម្រាប់ជំងឺរ៉ាំរ៉ៃ។ អ្នកនឹងត្រូវដាក់ផ្ញើទម្រង់បែបបទនៃការវាយតម្លៃហានិភ័យសុខភាពរៀងរាល់ឆ្នាំ ដែលកំណត់អត្តសញ្ញាណអ្នកថាមានលក្ខខណ្ឌមួយក្នុងចំណោមលក្ខខណ្ឌដែលបានរាយបញ្ជី ដែលអាចកាន់តែអាក្រក់ទៅៗដោយមិនមានលទ្ធភាពទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍បន្ថែមពិសេសមួយដែលបានរាយខាងក្រោមនោះ។ សិទ្ធិទទួលបានរបស់អ្នកនឹងត្រូវបានពិនិត្យឡើងវិញជារៀងរាល់ឆ្នាំ ហើយអាចតម្រូវឱ្យមានការអនុញ្ញាតជាមុន។ • ការសេពគ្រឿងស្រវឹងរ៉ាំរ៉ៃ និងការពឹងផ្អែកលើឱសថដទៃទៀត • ជំងឺស្វ័យស៊ាំ • ជំងឺមហារីក • ជំងឺសរសៃឈាមបេះដូង • ជំងឺខ្សោយបេះដូងរ៉ាំរ៉ៃ • ជំងឺវង្វេងស្មារតី • ជំងឺទឹកនោមផ្អែម • ជំងឺថ្លើមដំណាក់កាលចុងក្រោយ • ជំងឺតម្រងនោមដំណាក់កាលចុងក្រោយ (ESRD) • ជំងឺឈាមធ្ងន់ធ្ងរ • មេរោគអេដស៍/ជំងឺអេដស៍ • ជំងឺសួតរ៉ាំរ៉ៃ • ស្ថានភាពសុខភាពផ្លូវចិត្តរ៉ាំរ៉ៃ និងពិការភាព • ជំងឺសរសៃប្រសាទ និង • ជំងឺដាច់សរសៃឈាមខួរក្បាល យើងនឹងជួយអ្នកក្នុងការទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ទាំងនេះ។ អ្នកអាចទូរសព្ទទៅផ្នែកបម្រើសេវាសមាជិក ឬអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នក ដើម្បីផ្តួចផ្តើមសំណើរបស់អ្នក ឬទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែម។ កំណត់ចំណាំ៖ តាមរយៈការស្នើសុំអត្ថប្រយោជន៍នេះ អ្នកកំពុងផ្តល់សិទ្ធិឱ្យតំណាង Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) ទាក់ទងអ្នកតាមទូរសព្ទ សំបុត្រតាមប្រៃសណីយ៍ ឬវិធីទំនាក់ទំនងផ្សេងទៀត ដូចដែលបានរៀបរាប់យ៉ាងច្បាស់នៅក្នុងពាក្យស្នើសុំរបស់អ្នក។ សមាជិកត្រូវតែប្រើបណ្ណ MyChoice ដែលបានបញ្ចូលទឹកប្រាក់ជាមុនរបស់ពួកគេ ដើម្បីបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាកម្ម។ **អាហារ និងផលិតផល៖** ប្រសិនបើអ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានប្រាក់ $75 ក្នុងមួយខែដើម្បីចំណាយលើអាហារ និងផលិតផល។ មូលនិធិដែលមិនបានប្រើប្រាស់ណាមួយនៅចុងខែនីមួយៗ នឹងមិនបន្តទៅខែបន្ទាប់នោះទេ។ អ្នកអាចប្រើប្រាក់ឧបត្ថម្ភនៅលើកាត MyChoice ដែលបញ្ចូលប្រាក់ជាមុនរបស់អ្នកចំពោះផលិតផលអាហារសម្រាប់សុខភាពទូទៅ និងមានម៉ាកយីហោជាច្រើននៅហាងទំនិញដែលបានចូលរួមក្នុងតំបន់របស់អ្នកដែលនៅជិតអ្នក ឬតាមអនឡាញជាមួយការដឹកជញ្ជូនដល់ផ្ទះ ដោយមិនគិតថ្លៃបន្ថែមពីសមាជិកឡើយ។ NationsBenefits.com/Molina។	$0 មិនមានការធានារ៉ាប់រងរួម ការបង់ប្រាក់រួម ឬការកាត់កងសម្រាប់បណ្ណ MyChoice របស់អ្នកឡើយ។ ការចូលរួមនៅក្នុងកម្មវិធីគ្រប់គ្រងការថែទាំអាចត្រូវបានទាមទារ។ **អាចតម្រូវឱ្យមានការអនុញ្ញាតជាមុន។**

	សេវាកម្មដែលគម្រោងរបស់យើងខ្ញុំបង់ថ្លៃជូន	អ្វីដែលលោកអ្នកត្រូវបង់
	ការពិនិត្យរកមេរោគ HIV យើងបង់ប្រាក់សម្រាប់ការពិនិត្យរកមេរោគ HIV រៀងរាល់រយៈពេល 12 ខែ សម្រាប់សមាជិកដែល៖ • ស្នើសុំការពិនិត្យរកមេរោគ HIV **ឬ** • ស្ថិតក្នុងស្ថានភាពប្រឈមក្នុងការឆ្លងវីរុស HIV កាន់តែខ្ពស់។ សម្រាប់ស្ត្រីដែលមានផ្ទៃពោះ យើងបង់ថ្លៃសេវាកម្មលើការពិនិត្យមើលមេរោគ HIV ចំនួនបីដងក្នុងអំឡុងពេលមានផ្ទៃពោះ។ យើងក៏បង់ថ្លៃសម្រាប់ការពិនិត្យរកមេរោគ HIV បន្ថែម នៅពេលដែលមានការណែនាំពីអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក។	$0 មិនមានការធានារ៉ាប់រងរួម ការបង់ប្រាក់រួម ឬប្រាក់កាត់កង សម្រាប់សមាជិកដែលមានសិទ្ធិបានការពិនិត្យរកមេរោគ HIV ដែលទទួលបានការធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare ឡើយ។
	ការថែទាំដោយទីភ្នាក់ងារសុខភាពតាមផ្ទះ មុនពេលអ្នកអាចទទួលបានសេវាសុខភាពតាមផ្ទះ វេជ្ជបណ្ឌិតត្រូវតែប្រាប់យើងខ្ញុំថាអ្នកត្រូវការសេវាកម្មទាំងនោះ ហើយសេវាកម្មទាំងនោះត្រូវតែផ្តល់ជូនដោយទីភ្នាក់ងារសុខភាពតាមផ្ទះ។ អ្នកប្រាកដជាពិបាកក្នុងការចាកចេញពីផ្ទះ ដែលមានន័យថាការចាកចេញពីផ្ទះគឺជាការខិតខំប្រឹងប្រែងដ៏សំខាន់។ យើងបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាកម្មខាងក្រោម ហើយប្រហែលជាសេវាកម្មផ្សេងៗទៀតដែលមិនមាននៅក្នុងបញ្ជីនេះ៖ • សេវាថែទាំជំនាញក្រៅម៉ោង ឬបណ្តោះអាសន្ន និងសេវាជំនួយសុខភាពតាមផ្ទះ (ដើម្បីទទួលបានការធានារ៉ាប់រងស្ថិតក្រោមអត្ថប្រយោជន៍ការថែទាំសុខភាពតាមផ្ទះ សេវាថែទាំជំនាញ និងសេវាជំនួយសុខភាពតាមផ្ទះរបស់អ្នករួមបញ្ចូលគ្នាត្រូវសរុបតិចជាង 8 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ និង 35 ម៉ោងក្នុងមួយសប្តាហ៍) • ការព្យាបាលរាងកាយ ការព្យាបាលចលនារាងកាយ និងការព្យាបាលពិការភាពការនិយាយ • សេវាវេជ្ជសាស្ត្រ និងសង្គមកិច្ច • ឧបករណ៍ និងសម្ភារផ្គត់ផ្គង់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ	$0 មិនមានការធានារ៉ាប់រងរួម ការបង់ប្រាក់រួមគ្នា ឬប្រាក់កាត់កង សម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍នេះឡើយ។ **អាចតម្រូវឱ្យមានការអនុញ្ញាតជាមុន។**
	ការព្យាបាលដោយការញ្ជូនសេរ៉ូមតាមផ្ទះ* គម្រោងរបស់យើងបង់ថ្លៃសម្រាប់ការព្យាបាលតាមការញ្ជូនសេរ៉ូមនៅផ្ទះ ដែលត្រូវបានឱ្យនិយមន័យថា ជាការដាក់បញ្ចូលសារធាតុជីវសាស្ត្រ ឬឱសថក្នុងសរសៃឈាម ឬដាក់នៅក្រោមស្បែក ហើយផ្តល់ជូនអ្នកនៅផ្ទះ។ ចំណុចខាងក្រោមនេះត្រូវបានទាមទារដើម្បីអនុវត្តការញ្ជូនសេរ៉ូមតាមផ្ទះ៖ • សារធាតុជីវសាស្ត្រ ឬឱសថ ដូចជាឱសថប្រឆាំងមេរោគ ឬឱសថអង្គបដិប្រាណនៅក្នុងឈាម • ឧបករណ៍ ដូចជាសីរ៉ុងបូម **និង** • សម្ភារផ្គត់ផ្គង់ ដូចជាទុយោ ឬបំពង់កាតេទែ។ គម្រោងរបស់យើងធានារ៉ាប់រងលើការចាក់សេរ៉ូមនៅតាមផ្ទះដែលរួមមានជាអាទិ៍៖ • សេវាប្រកបដោយវិជ្ជាជីវៈ រួមមានសេវាមើលថែទាំ ដែលផ្តល់ស្របទៅតាមគម្រោងថែទាំរបស់អ្នក • ការអប់រំ និងបណ្តុះបណ្តាលសមាជិកដែលមិនទាន់ត្រៀមខ្លួនរួចរាល់ក្នុងការដាក់បញ្ចូលក្នុងអត្ថប្រយោជន៍ DME • ការតាមដានអាការពីចម្ងាយ **និង** • សេវាពិនិត្យតាមដានសម្រាប់ការផ្តល់ជូននូវការព្យាបាលតាមការញ្ជូនសេរ៉ូមនៅតាមផ្ទះ និងឱសថសម្រាប់ការញ្ជូនសេរ៉ូមតាមផ្ទះដែលត្រូវបានផ្តល់ដោយអ្នកផ្គត់ផ្គង់ការព្យាបាលការញ្ជូនសេរ៉ូមតាមផ្ទះដែលមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់។	$0 មិនមានការធានារ៉ាប់រងរួម ការបង់ប្រាក់រួមគ្នា ឬប្រាក់កាត់កង សម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍នេះឡើយ។ **អាចតម្រូវឱ្យមានការអនុញ្ញាតជាមុន។**

	សេវាកម្មដែលគម្រោងរបស់យើងខ្ញុំបង់ថ្លៃជួន	អ្វីដែលលោកអ្នកត្រូវបង់
	ការថែទាំនៅមន្ទីរពេទ្យថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយ លោកអ្នកមានសិទ្ធិជ្រើសរើសមន្ទីរពេទ្យថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយ ប្រសិនបើអ្នកផ្តល់សេវាកម្ម និងអ្នកគ្រប់គ្រងវេជ្ជសាស្ត្រនៅមន្ទីរពេទ្យថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយកំណត់ថា អ្នកមានការព្យាករណ៍រយៈចុងក្រោយនៃជំងឺ។ នេះមានន័យថា អ្នកមានជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយ ហើយត្រូវបានរំពឹងថានឹងមានរយៈពេលប្រាំមួយខែ ឬតិចជាងនេះដើម្បីរស់។ អ្នកអាចទទួលការថែទាំពីកម្មវិធីថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយណាមួយដែលទទួលស្គាល់ដោយ Medicare។ គម្រោងរបស់យើងត្រូវតែជួយអ្នកស្វែងរកកម្មវិធីមន្ទីរពេទ្យថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយដែលមានការបញ្ជាក់ពី Medicare នៅក្នុងតំបន់សេវាកម្មរបស់គម្រោង។ វេជ្ជបណ្ឌិតនៅមន្ទីរពេទ្យថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយរបស់អ្នកអាចជាអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ ឬក្រៅបណ្តាញ។ សេវាកម្មដែលមានការធានារ៉ាប់រងរួមមាន៖ • ឱសថដើម្បីព្យាបាលរោគសញ្ញា និងបំបាត់ការឈឺចាប់ • ការថែទាំអ្នកជំងឺក្នុងរយៈពេលខ្លី • ការថែទាំតាមផ្ទះ **សេវាកម្មនៅមន្ទីរពេទ្យថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយ និងសេវាកម្មដែលទទួលបានការធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare ផ្នែក A ឬ Medicare ផ្នែក B ដែលទាក់ទងទៅនឹងការព្យាករណ៍ថាជំងឺរបស់អ្នកស្ថិតក្នុងដំណាក់ការចុងក្រោយត្រូវបានចេញវិក្កយបត្រទៅឱ្យ Medicare។** • សូមមើល**ផ្នែក F** នៃជំពូកនេះសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។ **សម្រាប់សេវាកម្មដែលធានារ៉ាប់រងដោយគម្រោងរបស់យើង ប៉ុន្តែមិនធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare ផ្នែក A ឬផ្នែក B៖** • គម្រោងរបស់យើងធានារ៉ាប់រងលើសេវាកម្មដែលមិនទទួលបានការធានារ៉ាប់រងនៅក្រោម Medicare ផ្នែក A ឬ Medicare ផ្នែក B។ យើងធានារ៉ាប់រងលើសេវាកម្មនេះ មិនថាសេវាកម្មទាំងនោះទាក់ទង ឬមិនទាក់ទងនឹងការព្យាករណ៍ថាជំងឺរបស់អ្នកស្ថិតក្នុងដំណាក់ការចុងក្រោយក៏ដោយ។ អ្នកមិនចាំបាច់បង់ប្រាក់លើអ្វីទាំងអស់សម្រាប់សេវាកម្មទាំងនេះ។ **សម្រាប់ឱសថដែលមិនមានការធានារ៉ាប់រងដោយអត្ថប្រយោជន៍ Medicare ផ្នែក D ដោយគម្រោងរបស់យើង៖** • ឱសថមិនមានការធានារ៉ាប់រងដោយទាំងមន្ទីរពេទ្យថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយ និងទាំងគម្រោងរបស់យើងនៅពេលដំណាលគ្នាឡើយ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមមើល **ជំពូក 5** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*របស់អ្នក។ **កំណត់ចំណាំ៖** ប្រសិនបើអ្នកមានជំងឺធ្ងន់ធ្ងរ អ្នកអាចមានសិទ្ធិទទួលបានការថែទាំបំបាត់ការឈឺចាប់ ដែលផ្តល់ការថែទាំផ្តោតលើអ្នកជំងឺ និងគ្រួសារជាក្រុម ដើម្បីលើកកម្ពស់គុណភាពជីវិតរបស់អ្នក។ អ្នកអាចទទួលបានការថែទាំបំបាត់បណ្តោះអាសន្នក្នុងពេលតែមួយជាមួយនឹងការថែទាំព្យាបាល/ជាប្រចាំ។ សូមមើលផ្នែកការថែទាំបំបាត់ការឈឺចាប់ខាងក្រោមសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែ។ **កំណត់ចំណាំ៖** ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការការថែទាំដែលមិនមែននៅមន្ទីរពេទ្យថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយ សូមទូរសព្ទទៅអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំ និង/ឬផ្នែកបម្រើសេវាសមាជិករបស់អ្នកដើម្បីរៀបចំសេវាកម្មនោះ។ ការថែទាំដែលមិនមែននៅមន្ទីរពេទ្យថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយគឺជាការថែទាំដែល**មិន**ទាក់ទងទៅនឹងការព្យាករណ៍ថាជំងឺរបស់អ្នកស្ថិតក្នុងដំណាក់ការចុងក្រោយឡើយ។ គម្រោងរបស់យើងធានារ៉ាប់រងលើសេវាប្រឹក្សាយោបល់អំពីមន្ទីរពេទ្យថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយ (តែម្តងគត់) សម្រាប់សមាជិកដែលមានជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយដែលមិនបានជ្រើសរើសអត្ថប្រយោជន៍នៅមន្ទីរពេទ្យថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយ។	នៅពេលអ្នកចុះឈ្មោះក្នុងកម្មវិធីមន្ទីរពេទ្យថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយដែលបានបញ្ជាក់ដោយ Medicare សេវាពីមន្ទីរពេទ្យថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយរបស់អ្នក និងសេវាកម្មផ្នែក A និងផ្នែក B របស់អ្នកដែលទាក់ទងនឹងការព្យាករណ៍ថាជំងឺរបស់អ្នកស្ថិតក្នុងដំណាក់ការចុងក្រោយត្រូវបានបង់ប្រាក់ដោយ Original Medicare មិនមែនគម្រោង Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) ទេ។

	សេវាកម្មដែលគម្រោងរបស់យើងខ្ញុំបង់ថ្លៃជូន	អ្វីដែលលោកអ្នកត្រូវបង់
	ការចាក់ថ្នាំបង្ការ យើងបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាខាងក្រោម៖ • វ៉ាក់សាំងបង្ការជំងឺរលាកសួត • ការចាក់វ៉ាក់សាំងបង្ការជំងឺផ្តាស់សាយធំ/គ្រុនក្តៅ នៅពេលរដូវមានជំងឺផ្តាស់សាយធំ/គ្រុនក្តៅនីមួយៗនៅក្នុងរដូវធ្លាក់ខ្យល់ និងរដូវរងារ ដោយមានការចាក់វ៉ាក់សាំងបង្ការជំងឺផ្តាសាយធំ/គ្រុនក្តៅបន្ថែម ប្រសិនបើមានការចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ • វ៉ាក់សាំងបង្ការជំងឺថ្លើមប្រភេទ B ប្រសិនបើអ្នកស្ថិតក្នុងស្ថានភាពមានហានិភ័យខ្ពស់ ឬមធ្យមពីការកើតជំងឺថ្លើមប្រភេទ B។ • វ៉ាក់សាំងបង្ការជំងឺកូវីដ 19 • វ៉ាក់សាំងបង្ការវីរុស Human Papillomavirus (HPV) • វ៉ាក់សាំងផ្សេងៗទៀត ប្រសិនបើអ្នកមានហានិភ័យ ហើយវ៉ាក់សាំងទាំងនោះសមស្របតាមច្បាប់នៃការធានារ៉ាប់រងផ្នែក B របស់ Medicare យើងបង់ប្រាក់សម្រាប់វ៉ាក់សាំងផ្សេងៗទៀតដែលសមស្របតាមច្បាប់នៃការធានារ៉ាប់រងផ្នែក D នៃកម្មវិធី Medicare។ សូមមើល**ជំពូកទី 6** នៃ*សៀវភៅណែនាំសមាជិក*របស់អ្នកដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែម។ យើងក៏បង់ប្រាក់លើវ៉ាក់សាំងទាំងអស់សម្រាប់មនុស្សពេញវ័យតាមការណែនាំរបស់គណៈកម្មាការប្រឹក្សាយោបល់ស្តីពីការអនុវត្តលើការចាក់ថ្នាំបង្ការរោគ (ACIP) ផងដែរ	$0 មិនមានសហធានារ៉ាប់រង ការទូទាត់រួមគ្នា ឬប្រាក់កាត់កងសម្រាប់ជំងឺរលាកសួត គ្រុនផ្តាសាយ ជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B និងវ៉ាក់សាំងកូវីដ 19 ឡើយ។

	សេវាកម្មដែលគម្រោងរបស់យើងខ្ញុំបង់ថ្លៃជូន	អ្វីដែលលោកអ្នកត្រូវបង់
	ការថែទាំអ្នកជំងឺស្នាក់ព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យ*	$0
	យើងបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាកម្មខាងក្រោម និងសេវាកម្មដែលចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រផ្សេងៗទៀតដែលមិនបានរាយនៅក្នុងបញ្ជីនេះ៖ • បន្ទប់ពាក់កណ្តាលឯកជន (ឬបន្ទប់ឯកជនបើមានភាពចាំបាច់ខាងវេជ្ជសាស្ត្រ) • អាហារ រួមទាំងរបបអាហារពិសេស • សេវាកម្មព្យាបាលជាប្រចាំ • ថ្លៃចំណាយសម្រាប់អង្គភាពថែទាំពិសេស ដូចជាអង្គភាពថែទាំបន្ទាន់ ឬអង្គភាពថែទាំជំងឺបេះដូង • ឱសថ និងការប្រើប្រាស់ឱសថ • តេស្តនៅមន្ទីរពិសោធ • ការថតកាំរស្មីអ៊ិច និងសេវាវិទ្យុសកម្មដទៃទៀត • សម្ភារផ្គត់ផ្គង់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ និងវះកាត់ • ឧបករណ៍ប្រើប្រាស់ ដូចជារទេះរុញ • សេវាកម្មវះកាត់ និងបន្ទប់ថែទាំក្រោយការវះកាត់ • ការព្យាបាលដោយចលនា ដោយសកម្មភាពការងារ និងដោយការនិយាយស្តី • សេវាព្យាបាលអ្នកជំងឺស្នាក់ព្យាបាលដើម្បីផ្តាច់សារធាតុញៀន • ក្នុងករណីខ្លះ ប្រភេទនៃការប្តូរសរីរាង្គមានដូចតទៅនេះ៖ កែវភ្នែក តម្រងនោម តម្រងនោម/លំពែង បេះដូង ថ្លើម សួត បេះដូង/សួត ឆ្អឹង ខួរឆ្អឹង កោសិកាមេ និងពោះវៀន/ការវៈកាត់ប្តូរសរីរាង្គនៅក្នុងពោះ។ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការប្តូរសរីរាង្គ មជ្ឈមណ្ឌលប្តូរសរីរាង្គដែលយល់ព្រមដោយ Medicare នឹងពិនិត្យករណីអ្នកឡើងវិញ ហើយសម្រេចថាតើអ្នកគឺជាបេក្ខជនសំរាប់ប្តូរសរីរាង្គដែរឬទេ។ អ្នកផ្តល់សេវាផ្នែកប្តូរសរីរាង្គអាចនៅក្នុងតំបន់ ឬនៅក្រៅតំបន់សេវា។ ប្រសិនបើអ្នកផ្តល់សេវាប្តូរសរីរាង្គក្នុងតំបន់មានឆន្ទៈក្នុងការទទួលយកអត្រាតម្លៃរបស់ Medicare នោះអ្នកអាចទទួលបានសេវាកម្មប្តូរសរីរាង្គរបស់អ្នកនៅតាមតំបន់ ឬក្រៅទម្រង់នៃការថែទាំសម្រាប់សហគមន៍របស់អ្នក។ ប្រសិនបើគម្រោងរបស់យើងផ្តល់សេវាកម្មប្តូរសរីរាង្គក្រៅគំរូនៃការថែទាំសម្រាប់សហគមន៍របស់យើង ហើយអ្នកជ្រើសរើសយកការប្តូរសរីរាង្គរបស់អ្នកនៅទីនោះ យើងនឹងរៀបចំ ឬបង់ប្រាក់សម្រាប់ថ្លៃស្នាក់នៅ និងថ្លៃចំណាយលើមធ្យោបាយធ្វើដំណើរសម្រាប់អ្នក និងមនុស្សម្នាក់ផ្សេងទៀត។ Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) នឹងផ្តល់សំណងសម្រាប់ការស្នាក់នៅ និងអាហារខណៈពេលដែលនៅទីតាំងឆ្ងាយសម្រាប់ការថែទាំសុខភាពទាក់ទងនឹងការប្តូរសរីរាង្គ ដោយមានអតិបរមាប្រចាំថ្ងៃរហូតដល់ $150 ក្នុងមួយថ្ងៃ។ លើសពីនេះ ប្រាក់សំណងលើចម្ងាយធ្វើដំណើរអាចត្រូវបានស្នើសុំក្នុងចំនួនទឹកប្រាក់ស្មើនឹងអត្រាចម្ងាយធ្វើដំណើរស្តង់ដារសម្រាប់អ្នកបង់ពន្ធដូចដែលបានពិពណ៌នាដោយសេវាប្រាក់ចំណូលផ្ទៃក្នុង (IRS) ដែលត្រូវបានកែតម្រូវ និងសេចក្តីជូនដំណឹងដែលបានចេញផ្សាយជាសាធារណៈ។ ចំនួនទឹកប្រាក់អតិបរមាដែលអាចទូទាត់សម្រាប់ការធ្វើដំណើរការស្នាក់នៅ អាហារ និងសំណងចម្ងាយធ្វើដំណើរទាំងអស់គឺប្រាំពាន់ដុល្លារ ($5,000) ក្នុងមួយការប្តូរសរីរាង្គស្របតាមគោលការណ៍ណែនាំរបស់គម្រោង។ • ឈាម រួមទាំងការរក្សាទុក និងការចាក់បញ្ចូលឈាម • សេវាគ្រូពេទ្យ **កំណត់ចំណាំ៖** ដើម្បីក្លាយជាអ្នកជំងឺសម្រាកក្នុងមន្ទីរពេទ្យ អ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកត្រូវតែសរសេរការបញ្ជាទិញដើម្បីទទួលយកអ្នកជាផ្លូវការក្នុងនាមជាអ្នកជំងឺសម្រាកក្នុងមន្ទីរពេទ្យ។ ទោះបីជាអ្នកស្នាក់នៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យមួយយប់ក៏ដោយ អ្នកនៅតែអាចចាត់ទុកថាជា "អ្នកជំងឺក្រៅ"។ ប្រសិនបើអ្នកមិនប្រាកដថាអ្នកជាអ្នកជំងឺសម្រាកនៅមន្ទីរពេទ្យឬក៏អត់ទេ អ្នកគួរសួរបុគ្គលិកមន្ទីរពេទ្យ។	**អាចតម្រូវឱ្យមានការអនុញ្ញាតជាមុន។**

	សេវាកម្មដែលគម្រោងរបស់យើងខ្ញុំបង់ថ្លៃជូន	អ្វីដែលលោកអ្នកត្រូវបង់
	អ្នកក៏អាចស្វែងរកព័ត៌មានបន្ថែមនៅក្នុងសន្លឹកការពិតរបស់ Medicare ដែលហៅថា "តើអ្នកជាអ្នកជំងឺសម្រាកក្នុងមន្ទីរពេទ្យ ឬជាអ្នកជំងឺក្រៅ? ប្រសិនបើអ្នកមាន Medicare - សួរ!"។ សន្លឹកព័ត៌មាននេះមាននៅលើគេហទំព័រ es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf ឬ តាមរយៈការហៅទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)។អ្នកប្រើប្រាស់ TTY អាចទូរសព្ទទៅលេខ 1-877-486-2048។ អ្នកអាចទូរសព្ទទៅលេខទាំងនេះដោយឥតគិតថ្លៃបាន 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។	
	សេវាអ្នកជំងឺស្នាក់ព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យវិកលចរិត* យើងបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាថែទាំសុខភាពផ្លូវចិត្តដែលត្រូវការស្នាក់នៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យ។ • បើអ្នកត្រូវការសេវាកម្មសម្រាប់អ្នកជំងឺស្នាក់ព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យវិកលចរិតដាច់តែឯង យើងបង់ប្រាក់សម្រាប់រយៈពេល 190 ថ្ងៃដំបូង។ បន្ទាប់មក ទីភ្នាក់ងារសុខភាពផ្លូវចិត្តប្រចាំខោនធីក្នុងតំបន់បង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាអ្នកជំងឺវិកលចរិកស្នាក់ព្យាបាលដែលចាំបាច់សម្រាប់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ។ ការអនុញ្ញាតសម្រាប់សេវាកម្មថែទាំលើសពីរយៈពេល 190 ថ្ងៃ ទទួលបានការសម្របសម្រួលជាមួយទីភ្នាក់ងារសុខភាពផ្លូវចិត្តប្រចាំខោនធីក្នុងតំបន់។ ◦ កាលកំណត់ 190 ថ្ងៃ**មិន**អាចយកមកអនុវត្តបានចំពោះសេវាសុខភាពផ្លូវចិត្តសម្រាប់អ្នកជំងឺស្នាក់ព្យាបាលដែលត្រូវបានផ្តល់នៅអង្គភាពវិកលចរិតរបស់មន្ទីរពេទ្យទូទៅទេ។ • ប្រសិនបើអ្នកមានអាយុលើសពី 65 ឆ្នាំឡើងទៅ យើងបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាដែលទទួលបាននៅវិទ្យាស្ថានជំងឺផ្លូវចិត្ត (IMD)។	$0 មិនមានការធានារ៉ាប់រងរួម ការបង់ប្រាក់រួមគ្នា ឬប្រាក់កាត់កងសម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍នេះឡើយ។ **អាចតម្រូវឱ្យមានការអនុញ្ញាតជាមុន។**
	ការស្នាក់នៅមន្ទីរពេទ្យរបស់អ្នកជំងឺស្នាក់ព្យាបាល៖ សេវាកម្មមានការធានារ៉ាប់រងនៅមន្ទីរពេទ្យ ឬមណ្ឌលថែទាំសុខភាពជំនាញ (SNF) ក្នុងកំឡុងពេលស្នាក់នៅអ្នកជំងឺដែលមិនមានការធានារ៉ាប់រង យើងមិនបង់ប្រាក់សម្រាប់ការស្នាក់នៅមន្ទីរពេទ្យរបស់អ្នកទេ ប្រសិនបើអ្នកបានប្រើប្រាស់អត្ថប្រយោជន៍សម្រាប់អ្នកជំងឺស្នាក់ព្យាបាលក្នុងមន្ទីរពេទ្យរបស់អ្នកទាំងអស់ ឬប្រសិនបើការស្នាក់នៅមិនសមហេតុផល និងចាំបាច់ខាងវេជ្ជសាស្ត្រ។ ទោះបីយ៉ាងណាក៏ដោយ ក្នុងករណីជាក់លាក់ដែលការថែទាំសម្រាប់អ្នកជំងឺស្នាក់ព្យាបាលមិនទទួលបានការធានារ៉ាប់រងទេ នោះយើងអាចបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាកម្មដែលអ្នកបានទទួល ខណៈពេលដែលអ្នកកំពុងស្នាក់នៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យ ឬមណ្ឌលរ៉ាប់ទាំ។ ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែម សូមទាក់ទងទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិក។ យើងបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាកម្មខាងក្រោម ហើយប្រហែលជាសេវាកម្មផ្សេងៗទៀតដែលមិនមាននៅក្នុងបញ្ជីនេះ៖ • សេវាកម្មរបស់វេជ្ជបណ្ឌិត • តេស្តធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ ដូចជាធ្វើតេស្តនៅមន្ទីរពិសោធ • ថតកាំរស្មីអ៊ិច ការព្យាបាលដោយរ៉ាដ្យូម និងការព្យាបាលដោយអ៊ីសូតូប រួមទាំងសម្ភារ និងសេវាអ្នកបច្ចេកទេស • ប៉ង់ស៊ីម៉ង់ក្រោយការវះកាត់ • រណបឆ្អឹង ស៊ីម៉ង់ត៍អបឆ្អឹង និងឧបករណ៍ផ្សេងទៀតដែលត្រូវបានប្រើសម្រាប់ផ្នែកបាក់ និងភ្លាត់ឆ្អឹង	$0 មិនមានការធានារ៉ាប់រងរួម ការបង់ប្រាក់រួមគ្នា ឬប្រាក់កាត់កងសម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍នេះឡើយ។ **អាចតម្រូវឱ្យមានការអនុញ្ញាតជាមុន។**

	សេវាកម្មដែលគម្រោងរបស់យើងខ្ញុំបង់ថ្លៃជូន	អ្វីដែលលោកអ្នកត្រូវបង់
	• អវយវៈសិប្បនិម្មិត និងឧបករណ៍តម្រង់ឆ្អឹងជើង ក្រៅពីសុខភាពធ្មេញ រួមមានការប្តូរ ឬការជួសជុលឧបករណ៍ទាំងនេះ។ ទាំងនេះគឺជាឧបករណ៍ដែលជំនួសផ្នែកទាំងអស់ ឬមួយផ្នែកនៃ៖ ◦ សរីរាង្គក្នុងរាងកាយ (រួមទាំងជាលិកាដែលនៅជាប់គ្នា) **ឬ** ◦ មុខងារនៃសរីរាង្គខាងក្នុងដែលមិនអាចដំណើរការ ឬដំណើរការខុសប្រក្រតី។ • ជើង ដៃ ខ្នង និងប្រដាប់ទប់ក ប្រដាប់ទ្រ និងជើងដៃសិប្បនិម្មិត ព្រមទាំងភ្នែក។ វារួមមានការកែតម្រូវ ការជួសជុល និងការប្តូរដែលចាំបាច់ ដោយសារតែការបែកបាក់ ការសឹក ការបាត់បង់ ឬការផ្លាស់ប្តូរស្ថានភាពរបស់អ្នក • ការព្យាបាលដោយចលនា ការព្យាបាលការនិយាយស្តី និងការព្យាបាលដោយសកម្មភាពការងារ	
	សេវា និងការផ្គត់ផ្គង់សម្រាប់ជំងឺតម្រងនោម យើងបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាខាងក្រោម៖ • សេវាអប់រំអំពីជំងឺតម្រងនោម ដើម្បីបង្រៀនពីការថែទាំតម្រងនោម និងជួយអ្នកឱ្យធ្វើការសម្រេចចិត្តបានល្អអំពីការថែទាំរបស់អ្នក។ អ្នកត្រូវតែមានជំងឺតម្រងនោមរ៉ាំរ៉ៃដំណាក់ទី IV ហើយវេជ្ជណ្ឌិតរបស់អ្នកត្រូវតែបញ្ជាក់អំពីអ្នក។ យើងធានារ៉ាប់រងរហូតដល់ប្រាំមួយវគ្គនៃសេវាអប់រំអំពីជំងឺតម្រងនោម។ • ការព្យាបាលដោយការលាងឈាមរបស់អ្នកជំងឺមិនស្នាក់ព្យាបាល រួមទាំងការព្យាបាលដោយការលាងឈាមនៅពេលដែលស្ថិតនៅក្រៅតំបន់សេវាកម្មជាបណ្តោះអាសន្ន ដូចដែលបានពន្យល់ក្នុង **ជំពូកទី 3** នៃ*សៀវភៅណែនាំសមាជិក*របស់អ្នក ឬនៅពេលដែលអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកមិនមាន ឬមិនអាចចូលប្រើបានសម្រាប់សេវាកម្មនេះជាបណ្តោះអាសន្ន។ • ការព្យាបាលដោយការលាងឈាមរបស់អ្នកជំងឺស្នាក់ព្យាបាល ប្រសិនបើអ្នកបានទទួលស្គាល់ថា ជាអ្នកជំងឺស្នាក់ព្យាបាលសម្រាប់ការថែទាំពិសេស • ការបណ្តុះបណ្តាលការលាងឈាមដោយខ្លួនឯង រួមទាំងការបណ្តុះបណ្តាលសម្រាប់អ្នក និងអ្នកណាម្នាក់ដែលជួយអ្នកក្នុងការព្យាបាលដោយលាងឈាមនៅផ្ទះ • ឧបករណ៍លាងឈាមនៅផ្ទះ និងសម្ភារផ្គត់ផ្គង់ • សេវាគាំទ្រនៅតាមផ្ទះជាក់លាក់ ដូចជានៅពេលចាំបាច់មានកការចុះមកជួបដោយបុគ្គលិកដែលទទួលបានការបណ្តុះបណ្តាលពីការលាងឈាម ដើម្បីពិនិត្យលើការលាងឈាមនៅផ្ទះរបស់អ្នក ដើម្បីជួយក្នុងគ្រាអាសន្ន និងពិនិត្យមើលឧបករណ៍លាងឈាមរបស់អ្នក និងការផ្គត់ផ្គង់ទឹក។ អត្ថប្រយោជន៍ឱសថ Medicare ផ្នែក B របស់អ្នក បង់ប្រាក់ចំពោះថ្លៃឱសថមួយចំនួនសម្រាប់ការលាងឈាម។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមអាន “ឱសថមានវេជ្ជបញ្ជារបស់ Medicare ផ្នែក B” នៅក្នុងតារាងនេះ។	$0 អ្នកមិនចាំបាច់បង់ប្រាក់លើអ្វីទាំងអស់សម្រាប់សេវាកម្មទាំងនេះ។ Medicare ធានារ៉ាប់រងរហូតដល់ 6 វគ្គក្នុងមួយជីវិត។
	ការពិនិត្យរកមើលជំងឺមហារីកសួត គម្រោងរបស់យើងបង់ប្រាក់សម្រាប់ការពិនិត្យជំងឺមហារីកសួតរៀងរាល់រយៈពេល 12 ខែម្តង ប្រសិនបើអ្នក៖ • មានអាយុពី 50-77 ឆ្នាំ **និង** • មានការពិគ្រោះយោបល់ និងចូលរួមធ្វើការសម្រេចចិត្តរួមគ្នាជាមួយគ្រូពេទ្យ ឬអ្នកផ្តល់សេវាដែលមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ផ្សេងទៀត **និង** • បានជក់បារីយ៉ាងហោចណាស់ 1 កញ្ចប់ក្នុងមួយថ្ងៃអស់រយៈពេល 20 ឆ្នាំដោយគ្មានសញ្ញា ឬរោគសញ្ញានៃជំងឺមហារីកសួត ឬនៅបន្តជក់បារីឥឡូវនេះ ឬបានឈប់នៅក្នុងរយៈពេល 15 ឆ្នាំចុងក្រោយ។ បន្ទាប់ពីការពិនិត្យរកជំងឺជាលើកដំបូង គម្រោងរបស់យើងបង់ប្រាក់សម្រាប់ការពិនិត្យរកជំងឺម្តងទៀតជារៀងរាល់ឆ្នាំ ដោយមានការបង្គាប់ជាលាយលក្ខណ៍អក្សរពីវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក ឬអ្នកផ្តល់សេវាដែលមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ផ្សេងទៀត។	$0 មិនមានការធានារ៉ាប់រងរួមគ្នា ការបង់ប្រាក់រួមគ្នា ឬប្រាក់កាត់កងសម្រាប់ការប្រឹក្សាដែលធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare និងការទៅជួបពិគ្រោះដើម្បីធ្វើសេចក្តីសម្រេចរួមគ្នាឡើយ។

	សេវាកម្មដែលគម្រោងរបស់យើងខ្ញុំបង់ថ្លៃជូន	អ្វីដែលលោកអ្នកត្រូវបង់
	ការព្យាបាលដោយប្រើអាហារូបត្ថម្ភវេជ្ជសាស្ត្រ អត្ថប្រយោជន៍នេះគឺសម្រាប់អ្នកដែលកើតជំងឺទឹកនោមផ្អែម ឬជំងឺតម្រងនោមដែលមិនមានការលាងឈាម។ វាក៏សម្រាប់ក្រោយពេលធ្វើការប្តូរតម្រងនោមផងដែរ នៅពេលដែលបានចេញវេជ្ជបញ្ជា ដោយវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក។ យើងបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាកម្មពិគ្រោះយោបល់មួយទល់នឹងមួយរយៈពេលបីម៉ោងក្នុងអំឡុងឆ្នាំដំបូងដែលអ្នកទទួលបានការព្យាបាលដោយប្រើអាហារូបត្ថម្ភវេជ្ជសាស្ត្រស្ថិតក្រោមកម្មវិធី Medicare។ យើងអាចនឹងយល់ព្រមចំពោះសេវាបន្ថែម ប្រសិនបើមានភាពចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ។ យើងបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាកម្មពិគ្រោះយោបល់មួយទល់នឹងមួយរយៈពេលពីរម៉ោងក្នុងឆ្នាំនីមួយៗបន្ទាប់ពីនោះ។ ប្រសិនបើស្ថានភាពរបស់អ្នក ការព្យាបាល ឬការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យផ្លាស់ប្តូរ អ្នកប្រហែលជាអាចទទួលបានម៉ោងបន្ថែមនៃការព្យាបាលជាមួយវេជ្ជបញ្ជារបស់វេជ្ជបណ្ឌិត។ វេជ្ជបណ្ឌិតត្រូវចេញវេជ្ជបញ្ជាចំពោះសេវាកម្មទាំងនេះ ហើយចេញបញ្ជាឡើងវិញក្នុងមួយឆ្នាំៗ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការព្យាបាលក្នុងឆ្នាំតាមប្រតិទិនបន្ទាប់។ យើងអាចនឹងយល់ព្រមចំពោះសេវាបន្ថែម ប្រសិនបើមានភាពចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ។	$0 មិនមានការធានារ៉ាប់រងរួម ការបង់ប្រាក់រួម ឬប្រាក់កាត់កងសម្រាប់សមាជិកដែលមានសិទ្ធិទទួលបានសេវាព្យាបាលដោយអាហារូបត្ថម្ភផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដែលបានធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare នោះទេ។
	កម្មវិធីបង្ការជំងឺទឹកនោមផ្អែមរបស់កម្មវិធី Medicare (MDPP) គម្រោងរបស់យើងបង់ថ្លៃសេវា MDPP ។ MDPP ត្រូវបានបង្កើតឡើងដើម្បីជួយអ្នកបង្កើនអាកប្បកិរិយាសុខភាព។ វាផ្តល់នូវការបណ្តុះបណ្តាលជាក់ស្តែងនៅក្នុង៖ • ការផ្លាស់ប្តូររបបអាហាររយៈពេលវែង **និង** • បង្កើនសកម្មភាពរាងកាយ**និង** • វិធីដើម្បីរក្សាការសម្រកទម្ងន់ និងរបៀបរស់នៅដែលមានសុខភាពល្អ។	$0 មិនមានការធានារ៉ាប់រងរួមគ្នា ការបង់ប្រាក់រួមគ្នា ឬប្រាក់កាត់កងសម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍ (MDPP) នេះទេ។
	ឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាផ្នែក B របស់ Medicare* ឱសថទាំងនេះទទួលបានការធានារ៉ាប់រងស្ថិតក្រោមផ្នែក B នៃ Medicare។ គម្រោងរបស់យើងបង់ប្រាក់សម្រាប់ឱសថដូចខាងក្រោម៖ • ឱសថដែលជាធម្មតាអ្នកមិនផ្តល់ឱ្យខ្លួនឯង និងត្រូវបានចាក់បញ្ចូល ឬបំភាយ ក្នុងពេលដែលអ្នកកំពុងទទួលបានសេវាវេជ្ជបណ្ឌិត ជាអ្នកជំងឺមិនស្នាក់ព្យាបាល ឬសេវាកម្មមជ្ឈមណ្ឌលវះកាត់ផ្នែកជំនួយដល់ការដើរ • គ្រឿងចាក់អាំងស៊ុយលីនតាមរយៈគ្រឿងបរិក្ខារពេទ្យប្រើប្រាស់បានយូរ (ដូចជាម៉ាស៊ីនបូមអាំងស៊ុយលីនដែលចាំបាច់ខាងវេជ្ជសាស្ត្រ) • ឱសថដែលអ្នកកំពុងលេប ដោយប្រើប្រាស់ឧបករណ៍វេជ្ជសាស្ត្រសម្រាប់ប្រើរយៈពេលវែង (ដូចជា ឧបករណ៍ជំនួយដង្ហើម ឬម៉ាស៊ីនឆ្លុងដង្ហើមជាដើម) ដែលមានការអនុញ្ញាតពីគម្រោងរបស់យើង • ឱសថសម្រាប់ជំងឺរង្វេវរង្វាន់ ឱសថ Leqembi (ឱសថ lecanemab ទូទៅ) ដែលត្រូវចាក់តាមសរសៃឈាម (IV) • សារធាតុធ្វើឱ្យឈាមកកដែលអ្នកផ្តល់ឱ្យខ្លួនឯងដោយការចាក់ប្រសិនបើអ្នកមានជំងឺឈាមមិនកក • ឱសថប្តូរសេរីរាង្គ/ឱសថសម្រាប់ប្រព័ន្ធភាពស៊ាំ៖ Medicare ធានារ៉ាប់រងលើការព្យាបាលដោយឱសថសម្រាប់ការប្តូរសរីរាង្គ ប្រសិនបើ Medicare បានបង់ប្រាក់សម្រាប់ការប្តូរសរីរាង្គរបស់អ្នក។ អ្នកត្រូវតែមានផ្នែក A នៅពេលមានការប្តូរសរីរាង្គដែលមានការធានារ៉ាប់រង ហើយអ្នកត្រូវតែមានផ្នែក B នៅពេលអ្នកទទួលបានឱសថសម្រាប់ប្រព័ន្ធភាពស៊ាំ។ Medicare ផ្នែក D ធានារ៉ាប់រងលើឱសថសម្រាប់ប្រព័ន្ធភាពស៊ាំ ប្រសិនបើផ្នែក B មិនរ៉ាប់រងលើឱសថទាំងនោះទេនោះ	អ្នកបង់ប្រាក់ $0 សម្រាប់ឱសថមានវេជ្ជបញ្ជា Medicare ផ្នែក B នីមួយៗ។ ឱសថផ្នែក B អាចស្ថិតក្រោមការព្យាបាលជាជំហាន។ **អាចតម្រូវឱ្យមានសិទ្ធិទទួលបានការអនុញ្ញាតជាមុន។**

	សេវាកម្មដែលគម្រោងរបស់យើងខ្ញុំបង់ថ្លៃជូន	អ្វីដែលលោកអ្នកត្រូវបង់
	• ឱសថជំនួយឆ្អឹងដែលត្រូវបានចាក់បញ្ចូល។ យើងបង់ថ្លៃសម្រាប់ឱសថទាំងនេះ នៅពេលអ្នកកំពុងធ្វើដំណើរមកផ្ទះ មានរបួសប្រេះឆ្អឹងដែលវេជ្ជបណ្ឌិតបញ្ជាក់ថា មានទំនាក់ទំនងជាមួយស្ថានភាពឆ្អឹងខ្សោយក្រោយពេលស្ត្រីអស់រដូវ ហើយមិនអាចចាក់ថ្នាំដោយខ្លួនឯងបាន • អង់ទីហ្សែនមួយចំនួន៖ Medicare ធានារ៉ាប់រងលើអង់ទីហ្សែន ប្រសិនបើវេជ្ជបណ្ឌិតរៀបចំអង់ទីហ្សែនទាំងនោះ ហើយអ្នកដែលមានការណែនាំត្រឹមត្រូវ (ដែលអាចជាអ្នកអ្នកជំងឺ) ផ្តល់ជូនអង់ទីហ្សែនទាំងនោះក្រោមការត្រួតពិនិត្យសមស្រប • ឱសថប្រឆាំងនឹងជំងឺមហារីកដែលត្រូវលេបជាក់លាក់៖ Medicare ធានារ៉ាប់រងលើឱសថជំងឺមហារីកដែលត្រូវលេបមួយចំនួនដែលអ្នកលេបតាមមាត់ ប្រសិនបើឱសថដូចគ្នាអាចប្រើបានក្នុងទម្រង់ដែលអាចចាក់ ឬឱសថនោះគឺជាឱសថដែលមានសារធាតុសកម្មខ្សោយ (ទម្រង់ឱសថលេបតាមមាត់ដែលនៅពេលលេបចូល វាបំបែកទៅជាធាតុផ្សំសកម្មដូចគ្នាមានក្នុងថ្នាំចាក់) នៃថ្នាំចាក់។ នៅពេលដែលឱសថថ្មីសម្រាប់ជំងឺមហារីកមាត់អាចរកបាន ផ្នែក B អាចធានារ៉ាប់រងលើឱសថទាំងនោះបាន។ ប្រសិនបើផ្នែក B មិនធានារ៉ាប់រងលើឱសថទាំងនោះទេ ផ្នែក D នឹងធានារ៉ាប់រង • ឱសថលេបដើម្បីប្រឆាំងនឹងការចង្អោរ៖ Medicare ធានារ៉ាប់រងលើឱសថប្រឆាំងនឹងការចង្អោរដែលត្រូវលេប ដែលអ្នកប្រើជាជាផ្នែកមួយនៃរបៀបព្យាបាលដោយប្រើសារធាតុគីមីដើម្បីប្រឆាំងជំងឺមហារីក ប្រសិនបើឱសថនោះត្រូវបានផ្តល់ឱ្យមុន នៅពេលឬក្នុងរយៈពេល 48 ម៉ោងនៃការព្យាបាលដោយប្រើសារធាតុគីមី ឬត្រូវបានប្រើ ជាការជំនួសការព្យាបាលពេញលេញសម្រាប់ឱសថប្រឆាំងនឹងការចង្អោរដោយចាក់តាមសរសៃឈាម។ • ឱសថលេបសម្រាប់ជំងឺតម្រងនោមដំណាក់កាលចុងក្រោយ (ESRD) ជាក់លាក់ ប្រសិនបើឱសថដូចគ្នាអាចប្រើបានក្នុងទម្រង់ចាក់ ហើយអត្ថប្រយោជន៍ចំពោះ ESRD នៃផ្នែក B ធានារ៉ាប់រងលើវា។ • ឱសថ calcimimetic ក្រោមប្រព័ន្ធទូទាត់ ESRD រួមទាំងឱសថចាក់តាមសរសៃឈាមឈ្មោះ Parsabiv និងឱសថលេបតាមមាត់ឈ្មោះ Sensipar • ឱសថមួយចំនួនសម្រាប់ការលាងឈាមតាមផ្ទះ រួមទាំងថ្នាំហេប៉ារិន ថ្នាំបន្សាបសម្រាប់ថ្នាំហេប៉ារិន (នៅពេលចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ) និងថ្នាំស្ពឹកលើស្បែក • សារធាតុរំញោច erythropoiesis៖ Medicare ធានារ៉ាប់រងលើ erythropoietin តាមការចាក់ថ្នាំ ប្រសិនបើអ្នកមាន ESRD ឬអ្នកត្រូវការឱសថនេះដើម្បីព្យាបាលភាពស្លេកស្លាំងទាក់ទងនឹងលក្ខខណ្ឌផ្សេងទៀតជាក់លាក់ (ដូចជា Procrit®) • ក្លូប៊ុយលីនសុាំកម្រិតទី IV សម្រាប់ការព្យាបាលនៅផ្ទះលើជំងឺកង្វះភាពស៊ាំបឋម • អាហារូបត្ថម្ភដោយបញ្ចូលតាមពោះវៀន ឬតាមផ្លូវក្រៅបំពង់រំលាយអាហារ (ការផ្តល់អាហារតាមសរសៃឈាមវ៉ែន IV និងបំពង់) តំណខាងក្រោមនាំអ្នកទៅកាន់បញ្ជីឱសថ Medicare ផ្នែក B ដែលអាចស្ថិតនៅក្រោមការព្យាបាលជាជំហាន៖ www.MolinaHealthcare.com/Medicare។ យើងក៏ធានារ៉ាប់រងលើវ៉ាក់សាំងមួយចំនួនស្ថិតក្រោម Medicare ផ្នែក B របស់យើង និងវ៉ាក់សាំងសម្រាប់មនុស្សពេញវ័យភាគច្រើនស្ថិតក្រោមអត្ថប្រយោជន៍ឱសថមានវេជ្ជបញ្ជារបស់ Medicare ផ្នែក D របស់យើង។ **ជំពូកទី 5** នៃ*សៀវភៅណែនាំសមាជិក*របស់អ្នកពន្យល់ពីអត្ថប្រយោជន៍នៃឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាសម្រាប់អ្នកជំងឺមិនស្នាក់ព្យាបាលរបស់យើង។ វាពន្យល់ពីច្បាប់ដែលអ្នកត្រូវតែអនុវត្តតាមដើម្បីឱ្យវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកទទួលបានការធានារ៉ាប់រង។ ជំពូកទី 6 នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក* របស់អ្នកពន្យល់អំពីអ្វីដែលអ្នកបង់សម្រាប់ឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាសម្រាប់អ្នកជំងឺមិនស្នាក់ព្យាបាលរបស់អ្នកតាមរយៈគម្រោងរបស់យើង។	

	សេវាកម្មដែលគម្រោងរបស់យើងខ្ញុំបង់ថ្លៃជូន	អ្វីដែលលោកអ្នកត្រូវបង់
	បណ្ណ MyChoice បណ្ណ MyChoice គឺជាបណ្ណឥណពន្ធអត្ថប្រយោជន៍បង់ប្រាក់ជាមុន ដែលអាចត្រូវបានប្រើដើម្បីទូទាត់សម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍គម្រោងបន្ថែមមួយចំនួនដូចជា៖ • ទំនិញដែលមិនតម្រូវឱ្យមានវេជ្ជបញ្ជ • អាហារ និងផលិតផល* *លក្ខខណ្ឌតម្រូវនៃសិទ្ធិទទួលបាន។ កាតឥណពន្ធបង់ប្រាក់ជាមុនមិនមែនជាកាតឥណទានទេ។ អ្នកមិនអាចបំប្លែងកាតទៅជាសាច់ប្រាក់ ឬឱ្យទៅអ្នកផ្សេងខ្ចីកាតបានទេ។ នីតិវិធីកែសម្ពស្សមិនទទួលបានធានារ៉ាប់រងនៅក្រោមបណ្ណអត្ថប្រយោជន៍នេះទេ។ មូលនិធិត្រូវបានបញ្ចូលទៅក្នុងបណ្ណជារៀងរាល់ខែ។ ប្រសិនបើអ្នកចាកចេញពីគម្រោង ថវិកាដែលបានបែងចែកដែលមិនបានប្រើណាមួយនឹងត្រឡប់ទៅគម្រោងវិញនៅថ្ងៃដែលមានប្រសិទ្ធភាពនៃកាលបរិច្ឆេទលុបឈ្មោះរបស់អ្នក។ ប្រាក់ឧបត្ថម្ភបណ្ណ MyChoice អាចត្រូវបានប្រើដើម្បីចូលប្រើអត្ថប្រយោជន៍បន្ថែមដែលបានបញ្ជាក់រហូតដល់ដែនកំណត់ដែលបានកំណត់។ ប្រាក់ឧបត្ថម្ភនេះអាចត្រូវបានប្រើប្រាស់ដោយសមាជិកតែប៉ុណ្ណោះ ហើយមិនត្រូវបានអនុវត្តចំពោះអត្ថប្រយោជន៍ ឬថ្លៃចំណាយផ្សេងទៀតឡើយ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមទាក់ទងនឹង OTC អត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នក ឬរបៀបមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់អាហារ និងផលិតផល និងអត្ថប្រយោជន៍បន្ថែមពិសេសសម្រាប់ជំងឺរ៉ាំរ៉ៃ (SSBCI) សូមទូរសព្ទទៅផ្នែកបម្រើសេវាសមាជិករបស់គម្រោង Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)។ ដើម្បីចូលប្រើប្រាក់ឧបត្ថម្ភសម្រាប់ SSBCI សមាជិកត្រូវតែមាន៖ លក្ខខណ្ឌជំងឺរ៉ាំរ៉ៃដែលមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ HRA ដែលមានសុពលភាពបានបញ្ចប់សម្រាប់ការចុះឈ្មោះនៃគម្រោង Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) នាពេលបច្ចុប្បន្នរបស់ពួកគេ និងផ្តល់ការអនុញ្ញាតពីគ្រូពេទ្យដោយភ្ជាប់គ្នាជាមួយការគ្រប់គ្រងករណីរបស់គម្រោង Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)។ សូមមើល "អត្ថប្រយោជន៍បន្ថែមពិសេសសម្រាប់អ្នកជំងឺដែលឈឺរ៉ាំរ៉ៃ" នៅក្នុងតារាងនេះសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។	$0 មិនមានការធានារ៉ាប់រងរួម ការបង់ប្រាក់រួមគ្នា ឬប្រាក់កាត់កងសម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍នេះឡើយ។
	ការប្រឹក្សាអំពីអាហារូបត្ថម្ភ អ្នកអាចទទួលបានការប្រឹក្សាផ្នែកអាហារូបត្ថម្ភតាមទូរសព្ទជាលក្ខណៈបុគ្គលនៅពេលស្នើសុំ។ អ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកនឹងត្រូវបំពេញ និងចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់បែបបទអំពីការបញ្ជូនបន្តការអប់រំសុខភាព ដូច្នេះយើងយល់បានយ៉ាងច្បាស់លាស់អំពីតម្រូវការរបស់អ្នក មុនពេលយើងទូរសព្ទទៅអ្នក។ • ការធ្វើអន្តរាគមន៍តាមទូរសព្ទមានរយៈពេលពី 30 ទៅ 60 នាទី។ • អ្នកនឹងត្រូវបានផ្តល់ព័ត៌មានទំនាក់ទំនងសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម និង/ឬតាមដានទៅតាមតម្រូវការ ឬចង់បាន។ ការប្រឹក្សាយោបល់របបអាហារូបត្ថម្ភ / អាហារបំប៉ននីមួយៗមិនមានដែនកំណត់នៅក្រោមអត្ថប្រយោជន៍ Medi-Cal (Medicaid) របស់អ្នកឡើយ។ គម្រោងរបស់យើងធានារ៉ាប់រងលើវគ្គទំនាក់ទំនងតាមទូរសព្ទនីមួយៗ/ក្រុមចំនួន 12 បន្ថែម។ អ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកនឹងបញ្ជូនអ្នកទៅកាន់អ្នកជំនាញផ្នែកចំណីអាហារក្នុងបណ្តាញសម្រាប់សេវាកម្មទាំងនេះ។	$0 មិនមានការធានារ៉ាប់រងរួម ការបង់ប្រាក់រួម ឬប្រាក់កាត់កងសម្រាប់ការប្រឹក្សាយោបល់អំពីអាហារូបត្ថម្ភឡើយ។

	សេវាកម្មដែលគម្រោងរបស់យើងខ្ញុំបង់ថ្លៃជូន	អ្វីដែលលោកអ្នកត្រូវបង់
	ការថែទាំក្នុងមន្ទីរថែទាំសុខភាព* សេវាកម្មមណ្ឌលថែទាំ (NF) គឺជាទីកន្លែងដែលផ្តល់ជូននូវការថែទាំសម្រាប់អ្នកដែលមិនអាចទទួលការថែទាំនៅផ្ទះ ប៉ុន្តែជាអ្នកដែលមិនចាំបាច់សម្រាកនៅមន្ទីរពេទ្យឡើយ។ សេវាដែលយើងបង់ប្រាក់ជូនរួមមានជាអាទិ៍នូវសេវាកម្មខាងក្រោម៖ • បន្ទប់ពាក់កណ្តាលឯកជន (ឬបន្ទប់ឯកជន បើមានភាពចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ) • អាហារ រួមទាំងរបបអាហារពិសេស • សេវាកម្មព្យាបាល • ការព្យាបាលរាងកាយ ការព្យាបាលចលនារាងកាយ និងការព្យាបាលពិការភាពការនិយាយ • ការព្យាបាលជំងឺផ្លូវដង្ហើម • ថ្នាំផ្តល់ជូនអ្នកជាផ្នែកមួយនៃការថែទាំនៃគម្រោងរបស់អ្នក។ (ឱសថនេះបូករួមទាំងសារធាតុដែលតែងតែមានវត្តមាននៅក្នុងខ្លួន ដូចជាសារធាតុធ្វើឱ្យឈាមកកជាដើម។) • ឈាម រួមទាំងការរក្សាទុក និងការចាក់បញ្ចូលឈាម • សម្ភារផ្គត់ផ្គង់ វេជ្ជសាស្ត្រ និងការវះកាត់ ដែលជាធម្មតាផ្តល់ជូនដោយមណ្ឌលថែទាំ • ការធ្វើតេស្តនៅមន្ទីរពិសោធដែលធម្មតាផ្តល់ជូនដោយមណ្ឌលថែទាំសុខភាព • ការថតកាំរស្មីអ៊ិច និងសេវាវិទ្យុសកម្មដទៃទៀតផ្សេងៗទៀត ជាធម្មតាត្រូវបានផ្តល់ជូនដោយមណ្ឌលថែទាំសុខភាព • ឧបករណ៍ប្រើប្រាស់ ដូចជារទេះរុញដែលជាធម្មតាផ្តល់ជូនដោយមណ្ឌលថែទាំសុខភាព • សេវាគ្រូពេទ្យ/គ្រូពេទ្យព្យាបាល • ឧបករណ៍វេជ្ជសាស្ត្រដែលប្រើបានយូរ • សេវាសុខភាពធ្មេញ រួមមានក្រាសធ្មេញពាក់ • អត្ថប្រយោជន៍គំហើញ • ធ្វើតេស្តការស្តាប់ • ការថែទាំដោយការចាប់សរសៃ • សេវាព្យាបាលសុខភាពជើង ជាធម្មតា អ្នកទទួលបានការថែទាំរបស់អ្នកពីមណ្ឌលថែទាំក្នុងបណ្តាញ។ ទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយ លោកអ្នកអាចទទួលបានការថែទាំរបស់លោកអ្នកពីមន្ទីរថែទាំនៅក្រៅបណ្តាញផងដែរ។ អ្នកអាចទទួលបានការថែទាំពីកន្លែងខាងក្រោម បើកន្លែងទាំងនោះព្រមទទួលចំនួនទឹកប្រាក់របស់គម្រោងសម្រាប់ការទូទាត់៖ • មណ្ឌលថែទាំសុខភាព ឬសហគមន៍ថែទាំអ្នកចូលនិវត្តន៍បន្តដែលអ្នករស់នៅ មុនពេលអ្នកទៅមន្ទីរពេទ្យ (ដរាបណាវាផ្តល់សេវាមណ្ឌលថែទាំសុខភាព) • មណ្ឌលថែទាំសុខភាពដែលជាកន្លែងប្តីឬប្រពន្ធ ឬដៃគូស់នៅជាមួយគ្នារបស់អ្នកកំពុងរស់នៅខណៈពេលដែលអ្នកចេញពីមន្ទីរពេទ្យ។	$0 មិនមានការធានារ៉ាប់រងរួម ការបង់ប្រាក់រួមគ្នា ឬប្រាក់កាត់កងសម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍នេះឡើយ។ **អាចតម្រូវឱ្យមានការអនុញ្ញាតជាមុន។**
	ការពិនិត្យ និងការព្យាបាលការធាត់ដើម្បីកាត់បន្ថយទម្ងន់ ប្រសិនបើអ្នកមានសន្ទស្សន៍ម៉ាសរាងកាយ 30 ឬច្រើនជាងនេះ យើងបង់ថ្លៃសម្រាប់ការប្រឹក្សាយោបល់ដើម្បីជួយអ្នកសម្រកទម្ងន់។ អ្នកត្រូវតែទទួលបានការប្រឹក្សាយោបល់ក្នុងមណ្ឌលថែទាំបឋម។ វិធីនេះ អាចជួយគ្រប់គ្រងក្នុងគម្រោងបង្ការទាំងស្រុងរបស់អ្នក។ សូមពិភាក្សាជាមួយអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំបឋមរបស់អ្នកដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែម។	$0 មិនមានសហធានារ៉ាប់រង ការបង់ប្រាក់រួម ឬការកាត់កងសម្រាប់ការពិនិត្យ និងព្យាបាលការធាត់ជ្រុលនោះទេ។

	សេវាកម្មដែលគម្រោងរបស់យើងខ្ញុំបង់ថ្លៃជូន	អ្វីដែលលោកអ្នកត្រូវបង់
	សេវាកម្មក្នុងកម្មវិធីព្យាបាលសារជាតិអូផ្យូអ៊ីត (OTP) គម្រោងរបស់យើងបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាខាងក្រោមដើម្បីព្យាបាលវិបត្តិនៃការប្រើប្រាស់សារធាតុអូផ្យូអ៊ីត (OUD)៖ • សកម្មភាពនៃដំណើរការប្រមូលព័ត៌មាន • ការវាយតម្លៃតាមកាលកំណត់ • ការប្រើឱសថដែលបានអនុម័តដោយ FDA និង ប្រសិនបើអនុវត្តបាន ការគ្រប់គ្រង និងការផ្តល់ឱសថទាំងនេះដល់អ្នក • ការប្រឹក្សាអំពីវិបត្តិនៃការប្រើប្រាស់សារធាតុញៀន • ការព្យាបាលជាលក្ខណបុគ្គល និងជាក្រុម • ការធ្វើតេស្តរកសារធាតុញៀន ឬសារធាតុគីមីនៅក្នុងរាងកាយរបស់អ្នក (ការធ្វើតេស្តជាតិពុល)	$0 មិនមានការធានារ៉ាប់រងរួម ការបង់ប្រាក់រួមគ្នា ឬប្រាក់កាត់កងសម្រាប់សេវាកម្មក្នុងកម្មវិធីព្យាបាលសារធាតុអ៊ីផ្យូអ៊ីតសម្រាប់អ្នកជំងឺមិនស្នាក់ព្យាបាលដែលបានធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare នោះទេ។ ការអនុញ្ញាតជាមុនមិនត្រូវបានទាមទារសម្រាប់សេវាកម្មនៃសេវាកម្មវិធីព្យាបាលជាតិអូផ្យូអ៊ីតសម្រាប់អ្នកជំងឺមិនស្នាក់ព្យាបាលដែលមានការធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare ឡើយ ប៉ុន្តែអាចត្រូវបានទាមទារ ប្រសិនបើអ្នកតម្រូវឱ្យប្រើឱសថជាតិអូផ្យូអ៊ីតនោះ។
	ការធ្វើតេស្តរោគវិនិច្ឆ័យអ្នកជំងឺដែលមិនស្នាក់ព្យាបាល និងសេវាព្យាបាល និងសម្ភារផ្គត់ផ្គង់* យើងបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាកម្មខាងក្រោម និងសេវាកម្មដែលចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រផ្សេងៗទៀតដែលមិនបានរាយនៅក្នុងបញ្ជីនេះ៖ • ការថតកាំរស្មីអ៊ិច • ការព្យាបាលដោយប្រើវិទ្យុសកម្ម (រ៉ាដ្យូម និងអ៊ីសូតូប) រួមទាំងឧបករណ៍ និងសម្ភាររបស់អ្នកបច្ចេកទេស • ឧបករណ៍វះកាត់ ដូចជាប៉ង់ស៊ីម៉ង់ជាដើម • រណបឆ្អឹង ស៊ីម៉ង់ត៍អបឆ្អឹង និងឧបករណ៍ផ្សេងទៀតដែលត្រូវបានប្រើសម្រាប់ផ្នែកបាក់ និងភ្លាត់ឆ្អឹង • តេស្តនៅមន្ទីរពិសោធ • ឈាម រួមទាំងការរក្សាទុក និងការចាក់បញ្ចូលឈាម • ការធ្វើតេស្តរោគវិនិច្ឆយសម្រាប់អ្នកជំងឺមិនស្នាក់ព្យាបាលផ្សេងៗទៀត	$0 មិនមានការធានារ៉ាប់រងរួមគ្នា ការបង់ប្រាក់រួមគ្នា ឬប្រាក់កាត់កងសម្រាប់ការធ្វើតេស្តរោគវិនិច្ឆ័យ និងសេវាកម្ម និងសម្ភារផ្គត់ផ្គង់សម្រាប់ការព្យាបាលនោះឡើយ។ **អាចតម្រូវឱ្យមានការអនុញ្ញាតជាមុន។** មិនទាមទារឱ្យមានការអនុញ្ញាតសម្រាប់សេវាកម្មមន្ទីរពិសោធសម្រាប់អ្នកជំងឺមិនស្នាក់ព្យាបាល និងសេវាកម្មថតកាំរស្មីអ៊ិចសម្រាប់អ្នកជំងឺមិនស្នាក់ព្យាបាលនោះទេ។ តម្រូវឱ្យមានសិទ្ធិអនុញ្ញាតជាមុនសម្រាប់ការធ្វើតេស្តនៅមន្ទីរពិសោធហ្សែន។

	សេវាកម្មដែលគម្រោងរបស់យើងខ្ញុំបង់ថ្លៃជូន	អ្វីដែលលោកអ្នកត្រូវបង់
	សេវាកម្មសម្រាប់អ្នកជំងឺមិនស្នាក់ព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យ* យើងបង់ថ្លៃសម្រាប់សេវាកម្មចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដែលអ្នកទទួលបាននៅផ្នែកអ្នកជំងឺមិនស្នាក់ព្យាបាលរបស់មន្ទីរពេទ្យសម្រាប់ការធ្វើរោគវិនិច្ឆយ ឬការព្យាបាលជំងឺ ឬរបួស ដូចជា៖ • សេវាកម្មនៅផ្នែកសង្គ្រោះបន្ទាន់ ឬគ្លីនិកសម្រាប់អ្នកជំងឺមិនស្នាក់ព្យាបាលដូចជាសេវាកម្មពិនិត្យ ឬវះកាត់អ្នកជំងឺមិនស្នាក់ព្យាបាល ◦ សេវាកម្មពិនិត្យជួយវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកឱ្យដឹងថាតើអ្នកត្រូវការសម្រាកនៅមន្ទីរពេទ្យជា “អ្នកជំងឺស្នាក់ព្យាបាល” ដែរឬអត់។ ◦ ពេលខ្លះ អ្នកអាចស្នាក់នៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យពេញមួយយប់ ហើយនៅតែជា “អ្នកជំងឺមិនស្នាក់ព្យាបាល”។ ◦ អ្នកអាចទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែមអំពីអ្នកជំងឺស្នាក់ព្យាបាល ឬអ្នកជំងឺមិនស្នាក់ព្យាបាលនៅក្នុងសន្លឹកព័ត៌មាន៖ es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf។ • មន្ទីរពិសោធ និងការធ្វើតេស្តរោគវិនិច្ឆយដែលបានចេញវិក្កយបត្រដោយមន្ទីរពេទ្យ • សេវាកម្មថែទាំសុខភាពផ្លូវចិត្ត រួមទាំងការថែទាំនៅក្នុងកម្មវិធីសម្រាកព្យាបាលក្នុងមន្ទីរពេទ្យមិនពេញលេញ ប្រសិនបើវេជ្ជបណ្ឌិតបញ្ជាក់ថា ចាំបាច់ត្រូវមានការព្យាបាលសម្រាប់អ្នកជំងឺស្នាក់ព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យដោយមិនមានកម្មវិធីនេះ • សេវាថតកាំរស្មីអ៊ិច និងសេវាវិទ្យុសកម្មដទៃទៀតដែលបានចេញវិក្កយបត្រដោយមន្ទីរពេទ្យ • សម្ភារផ្គត់ផ្គង់វេជ្ជសាស្ត្រ ដូចជា រណបឆ្អឹង និងឧបករណ៍ប៉ង់ស៊ីម៉ង់ជាដើម • ការពិនិត្យ និងសេវាបង្ការជំងឺដែលមានរាយនៅក្នុងតារាងអត្ថប្រយោជន៍ • ឱសថមួយចំនួន ដែលអ្នកមិនអាចផ្តល់ឱ្យខ្លួនឯងបាន	$0 មិនមានការធានារ៉ាប់រងរួម ការបង់ប្រាក់រួម ឬប្រាក់កាត់កងសម្រាប់សេវាក្នុងសម្រាប់អ្នកជំងឺមិនស្នាក់ព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យឡើយ។ **អាចតម្រូវឱ្យមានការអនុញ្ញាតជាមុន។** មិនទាមទារឱ្យមានការអនុញ្ញាតសម្រាប់សេវាកម្មមន្ទីរពិសោធសម្រាប់អ្នកជំងឺមិនស្នាក់ព្យាបាលនិងសេវាកម្មថតកាំរស្មីអ៊ិចសម្រាប់អ្នកជំងឺមិនស្នាក់ព្យាបាលនោះទេ។ តម្រូវឱ្យមានសិទ្ធិអនុញ្ញាតជាមុនសម្រាប់ការធ្វើតេស្តនៅមន្ទីរពិសោធហ្សែន។

	សេវាកម្មដែលគម្រោងរបស់យើងខ្ញុំបង់ថ្លៃជូន	អ្វីដែលលោកអ្នកត្រូវបង់
	ការថែទាំសុខភាពផ្លូវចិត្តសម្រាប់អ្នកជំងឺមិនស្នាក់ព្យាបាល* យើងបង់ថ្លៃសម្រាប់សេវាកម្មសុខភាពផ្លូវចិត្តដែលត្រូវបានផ្តល់ជូនដោយ៖ • គ្រូពេទ្យឯកទេសផ្នែកវិកលចរិត ឬវេជ្ជបណ្ឌិតដែលមានអាជ្ញាប័ណ្ណរបស់រដ្ឋ • គ្រូពេទ្យឯកទេសព្យាបាលផ្នែកវិកលចរិត • បុគ្គលិកសង្គមកិច្ចប្រចាំគ្លីនិក • គិលានុបដ្ឋាយិកាឯកទេសនៅតាមគ្លីនិក • អ្នកប្រឹក្សាជំនាញដែលមានអាជ្ញាបណ្ណ (LPC) • អ្នកជំនាញផ្នែកសុខភាពផ្លូវចិត្តសម្រាប់បញ្ហាអាពាហ៍ពិពាហ៍ និងគ្រួសារដែលមានអាជ្ញាបណ្ណ (LMFT) • គ្រូពេទ្យជាគិលានុបដ្ឋាយិកា (NP) • ជំនួយការគ្រូពេទ្យ (PA) • អ្នកមានវិជ្ជាជីវៈថែទាំជំងឺផ្លូវចិត្តដទៃទៀតដែលមានលក្ខណសម្បត្តិដែលមានការទទួលស្គាល់ដោយ Medicare តាមការអនុញ្ញាតស្ថិតក្រោមច្បាប់រដ្ឋដែលអាចអនុវត្តបាន យើងបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាកម្មខាងក្រោម ហើយប្រហែលជាសេវាកម្មផ្សេងៗទៀតដែលមិនមាននៅក្នុងបញ្ជីនេះ៖ • សេវាកម្មតាមគ្លីនិក • ការព្យាបាលនៅពេលថ្ងៃ • សេវាកម្មស្តារនិតិសម្បទាផ្លូវចិត្ត និងសង្គម • កម្មវិធីព្យាបាលយ៉ាងហ្មត់ចត់សម្រាប់អ្នកជំងឺមិនស្នាក់ព្យាបាល ឬការសម្រាកព្យាបាលក្នុងមន្ទីរពេទ្យមិនពេញលេញ • ការព្យាបាល និងការវាយតម្លៃអំពីបញ្ហាសុខភាពផ្លូវចិត្តជាលក្ខណៈក្រុម និងបុគ្គល • ការធ្វើតេស្តចិត្តសាស្ត្រនៅពេលដែលបានចង្អុលបង្ហាញពីគ្លីនិក ដើម្បីវាយតម្លៃលទ្ធផលសុខភាពផ្លូវចិត្ត • សេវាអ្នកជំងឺមិនស្នាក់ព្យាបាលសម្រាប់គោលបំណងត្រួតពិនិត្យតាមដានការព្យាបាលដោយឱសថ • មន្ទីរពិសោធ ឱសថ សម្ភារផ្តត់ផ្គង់ និងសារធាតុបំពេញបន្ថែមសម្រាប់អ្នកជំងឺមិនស្នាក់ព្យាបាល • ការពិគ្រោះអំពីផ្នែកវិកលចរិត អត្ថប្រយោជន៍ Medi-Cal របស់អ្នករួមមានសេវាសុខភាពផ្លូវចិត្តឯកទេសសម្រាប់បុគ្គលដែលមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់។ សេវាអ្នកឯកទេសថែទាំសុខភាពផ្លូវចិត្តទាំងនេះទទួលបានការធានារ៉ាប់រងនៅខាងក្រៅគម្រោងរបស់យើង។ សូមមើលជំពូកទី 3 ផ្នែក E.1 សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីសេវាកម្មទាំងនេះ និងរបៀបចូលប្រើសេវកម្មទាំងនោះ។	$0 មិនមានការធានារ៉ាប់រងរួម ការបង់ប្រាក់រួម ឬប្រាក់កាត់កងសម្រាប់ការថែទាំសុខភាពផ្លូវចិត្តរបស់អ្នកជំងឺមិនស្នាក់ព្យាបាលនោះទេ។ **អាចតម្រូវឱ្យមានការអនុញ្ញាតជាមុន។**
	សេវាស្តារនីតិសម្បទាសម្រាប់អ្នកជំងឺមិនស្នាក់ព្យាបាល* យើងបង់ថ្លៃសម្រាប់ការព្យាបាលដោយចលនា ការព្យាបាលដោយសកម្មភាពការងារ និងការព្យាបាលការនិយាយស្តី។ អ្នកអាចទទួលបានសេវាកម្មស្តារនីតិសម្បទាសម្រាប់អ្នកជំងឺមិនស្នាក់ព្យាបាលពីផ្នែកអ្នកជំងឺមិនស្នាក់ព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យ ការិយាល័យអ្នកព្យាបាលឯករាជ្យ មណ្ឌលស្តារនីតិសម្បទាសម្រាប់អ្នកជំងឺមិនស្នាក់ព្យាបាលយ៉ាងទូលំទូលាយ (CORF) និងមណ្ឌលដទៃទៀត។	$0 មិនមានសហធានារ៉ាប់រង ការទូទាត់រួម ឬប្រាក់កាត់កងសម្រាប់ការជួបពិគ្រោះលើការព្យាបាលដោយចលនា (PT) ការព្យាបាលដោយសកម្មភាពការងារ (OT) និង/ឬ ការព្យាបាលដោយប្រើភាសានិយាយ (SP) នីមួយៗឡើយ។ **អាចតម្រូវឱ្យមានការអនុញ្ញាតជាមុន។**

	សេវាកម្មដែលគម្រោងរបស់យើងខ្ញុំបង់ថ្លៃជូន	អ្វីដែលលោកអ្នកត្រូវបង់
	សេវាព្យាបាលវិបត្តិនៃការប្រើប្រាស់សារធាតុញៀនសម្រាប់អ្នកជំងឺមិនស្នាក់ព្យាបាល* យើងបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាកម្មខាងក្រោម ហើយប្រហែលជាសេវាកម្មផ្សេងៗទៀតដែលមិនមាននៅក្នុងបញ្ជីនេះ៖ • ការពិនិត្យ និងការប្រឹក្សាយោបល់អំពីការប្រើគ្រឿងស្រវឹងមិនត្រឹមត្រូវ • ការព្យាបាលលើការប្រើប្រាស់សារធាតុញៀន • ការប្រឹក្សាជាក្រុម និងលក្ខណៈបុគ្គល ផ្តល់ជូនដោយអ្នកព្យាបាលដែលមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ • សេវាកម្មបញ្ចេញសារធាតុពុលខ្លាំង នៅក្នុងកម្មវិធីបន្សាបសារធាតុញៀនតាមលំនៅឋាន • សេវាកម្មបន្សាបជាតិស្រវឹង និង/ឬសារធាតុញៀននៅក្នុងមជ្ឈមណ្ឌលព្យាបាលអ្នកជំងឺមិនស្នាក់ព្យាបាលធ្ងន់ធ្ងរ • ការព្យាបាលពន្យារពេលបញ្ចេញជាតិណាល់ត្រេសូន (vivitrol)	$0 មិនមានសហធានារ៉ាប់រង ការទូទាត់រួម ឬប្រាក់កាត់កងសម្រាប់សេវាកម្មវិបត្តិនៃការប្រើប្រាស់សារធាតុញៀនរបស់អ្នកជំងឺមិនស្នាក់ព្យាបាលឡើយ។ **អាចតម្រូវឱ្យមានការអនុញ្ញាតជាមុន។**
	ការវះកាត់អ្នកជំងឺមិនសម្រាកព្យាបាល* យើងបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាវះកាត់អ្នកជំងឺមិនស្នាក់ព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យ និងសេវាកម្មនៅមណ្ឌលថែទាំសម្រាប់អ្នកជំងឺមិនស្នាក់ព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យ និងមណ្ឌលវះកាត់ចល័ត។	$0 មិនមានសហធានារ៉ាប់រង ការទូទាត់រួម ឬប្រាក់កាត់កងសម្រាប់ព្រឹត្តិការណ៍វះកាត់អ្នកជំងឺមិនស្នាក់ព្យាបាលនីមួយៗ រួមមានជាអាទិ៍ ការគិតថ្លៃមន្ទីរពេទ្យ ឬមជ្ឈមណ្ឌលព្យាបាលផ្សេងទៀត និងការគិតថ្លៃគ្រូពេទ្យ ឬការវះកាត់។ **អាចតម្រូវឱ្យមានការអនុញ្ញាតជាមុន។**
	ទំនិញដែលមិនតម្រូវឱ្យមានវេជ្ជបញ្ជា (OTC) (បន្ថែម) អ្នកទទួលបានទឹកប្រាក់ $100 ជារៀងរាល់ខែ ដើម្បីចំណាយលើទំនិញ ផលិតផល និងឱសថ OTC ដែលមានការយល់ព្រមពីគម្រោងជាមួយនឹងបណ្ណ MyChoice របស់អ្នក។ ប្រសិនបើអ្នកមិនប្រើប្រាស់ចំនួនទឹកប្រាក់នៃអត្ថប្រយោជន៍ប្រចាំខែរបស់អ្នកទាំងអស់ទេ សមតុល្យដែលនៅសល់នឹងផុតកំណត់ ហើយមិនប្រើប្រាស់នៅខែបន្ទាប់ទេ។ ការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នករួមមានផលិតផលសុខុមាលភាព និង សុខភាព OTC ដែលមិនមានវេជ្ជបញ្ជា ដូចជាវីតាមីន ឡេការពារកម្តៅ ឱសថបំបាត់ការឈឺចាប់ ឱសថផ្តាសាយនិងក្អក និងបង់រុំរបួស។ អ្នកអាចបញ្ជាទិញ៖ • តាមអនឡាញ – សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ NationsOTC.com/Molina • តាមរយៈទូរសព្ទ – (877) 208-9243 ដើម្បីពិគ្រោះជាមួយទីប្រឹក្សាអំពីបទពិសោធន៍របស់សមាជិក OTC ថ្នាក់ជាតិ តាមរយៈលេខ (TTY 711) បាន 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ 365 ថ្ងៃក្នុងមួយឆ្នាំ។ • តាមប្រៃសណីយ៍ – បំពេញ និងប្រគល់ទម្រង់បែបបទបញ្ជាទិញនៅក្នុងកាតាឡុកផលិតផល។ • តាមរយៈទីតាំងលក់រាយដែលចូលរួម។ សូមមើលកាតាឡុកផលិតផល OTC ឆ្នាំ 2025 សម្រាប់តារាងពេញលេញនៃផលិតផល OTC ដែលទទួលបានការអនុញ្ញាតដោយគម្រោង ឬសូមទូរសព្ទទៅផ្នែកជំនួយគាំទ្ររបស់ OTC សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។ អ្នកនឹងឃើញព័ត៌មានសំខាន់ៗ (ការណែនាំអំពីការបញ្ជាទិញ) នៅក្នុងកាតាឡុកផលិតផល OTC ឆ្នាំ 2025។	$0 អ្នកអាចនឹងទទួលខុសត្រូវចំពោះការចំណាយ ប្រសិនបើអ្នកប្រើលើសពីប្រាក់ឧបត្ថម្ភប្រចាំខែអតិបរមារបស់អ្នក។ ការដាក់ដែនកំណត់ និងការមិនរាប់បញ្ចូលអាចនឹងត្រូវអនុវត្ត។

	សេវាកម្មដែលគម្រោងរបស់យើងខ្ញុំបង់ថ្លៃជូន	អ្វីដែលលោកអ្នកត្រូវបង់
	ការថែទាំបំបាត់ការឈឺចាប់ ការថែទាំបំបាត់ការឈឺចាប់ទទួលបានការធានារ៉ាប់រងដោយគម្រោងរបស់យើង។ ការថែទាំបំបាត់ការឈឺចាប់គឺសម្រាប់អ្នកដែលមានជំងឺធ្ងន់ធ្ងរ។ វាផ្តល់ការថែទាំផ្តោតលើអ្នកជំងឺ និងគ្រួសារ ដែលលើកកម្ពស់គុណភាពជីវិត ដោយការរំពឹងទុក ការបង្ការ និងការព្យាបាលការរងទុក្ខ។ ការថែទាំបំបាត់ការឈឺចាប់ **មិនមែន**ជាការថែទាំនៅមន្ទីរពេទ្យថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយទេ ដូច្នេះអ្នកមិនចាំបាច់អាយុកាលរំពឹងទុករយៈពេលប្រាំមួយខែ ឬតិចជាងនេះ ដើម្បីអាចទទួលបានការថែទាំបំបាត់ការឈឺចាប់នេះឡើយ។ ការថែទាំបំបាត់ការឈឺចាប់ត្រូវបានផ្តល់ជូនក្នុងពេលតែមួយជាមួយនឹងការថែទាំឱ្យជាសះស្បើយ/ជាទៀងទាត់។ ការថែទាំបំបាត់ការឈឺចាប់រួមមានដូចខាងក្រោម៖ • ការរៀបចំផែនការថែទាំជាមុន • ការវាយតម្លៃ និងការពិគ្រោះយោបល់អំពីការថែទាំបំបាត់ការឈឺចាប់ • គម្រោងថែទាំរួមមានការថែទាំបំបាត់ការឈឺចាប់ និងជាសះស្បើយដែលមានការអនុញ្ញាតទាំងអស់ រួមទាំងសុខភាពផ្លូវចិត្ត និងសេវាសង្គមវេជ្ជសាស្ត្រ • សេវាកម្មពីក្រុមការងារថែទាំដែលមានការចាត់តាំងរបស់អ្នក • ការសម្របសម្រួលការថែទាំ • ការគ្រប់គ្រងការឈឺចាប់ និងរោគសញ្ញា អ្នកប្រហែលជាមិនទទួលបានការថែទាំនៅការថែទាំនៅមន្ទីរពេទ្យថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយ និងការថែទាំបំបាត់ការឈឺចាប់ក្នុងពេលតែមួយទេ ប្រសិនបើអ្នកមានអាយុលើសពី 21 ឆ្នាំ។ ប្រសិនបើអ្នកកំពុងទទួលបានការថែទាំបំបាត់ការឈឺចាប់ និងបំពេញតាមសិទ្ធិទទួលបានការថែទាំនៅមន្ទីរពេទ្យថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយ អ្នកអាចស្នើសុំឱ្យផ្លាស់ប្តូរទៅការថែទាំនៅមន្ទីរពេទ្យអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយបានគ្រប់ពេលវេលា។	$0 មិនមានការធានារ៉ាប់រងរួម ការបង់ប្រាក់រួម ឬប្រាក់កាត់កងសម្រាប់សេវាថែទាំបំបាត់ការឈឺចាប់នោះឡើយ។
	សេវាសម្រាកព្យាបាលក្នុងមន្ទីរពេទ្យមិនពេញលេញ និងសេវាសម្រាប់អ្នកជំងឺមិនស្នាក់ព្យាបាលធ្ងន់ធ្ងរ* កម្មវិធីសម្រាកព្យាបាលក្នុងមន្ទីរពេទ្យមិនពេញលេញ គឺជាកម្មវិធីដែលមានរចនាសម្ព័ន្ធព្យាបាលជំងឺវិកលចរិកកម្រិតធ្ងន់។ កម្មវិធីនេះត្រូវបានផ្តល់ជូនក្នុងសេវាសម្រាប់អ្នកជំងឺមិនស្នាក់ព្យាបាលរបស់មន្ទីរពេទ្យ ឬដោយមជ្ឈមណ្ឌលសុខភាពផ្លូវចិត្តនៅតាមសហគមន៍។ វាមានលក្ខណៈខ្លាំងក្លាជាងការថែទាំ ដែលអ្នកទទួលបាននៅក្នុងការិយាល័យ វេជ្ជបណ្ឌិត អ្នកព្យាបាល អ្នកផ្តល់ប្រឹក្សាបញ្ហាអាពាហ៍ពិពាហ៍ និងគ្រួសារដែលមានអាជ្ញាបណ្ណ (LMFT) ឬការិយាល័យ អ្នកប្រឹក្សាប្រកបដោយវិជ្ជាជីវៈដែលមានអាជ្ញាបណ្ណ។ វាអាចជួយអ្នកមិនចាំបាច់ឱ្យសម្រាកនៅមន្ទីរពេទ្យឡើយ។ សេវាអ្នកជំងឺមិនស្នាក់ព្យាបាលធ្ងន់ធ្ងរ គឺជាកម្មវិធីដែលមានរចនាសម្ព័ន្ធសម្រាប់ការព្យាបាលសុខភាពអាកប្បកិរិយា (ផ្លូវចិត្ត) សកម្ម ដែលត្រូវបានផ្តល់ជូនជាសេវាសម្រាប់អ្នកជំងឺមិនស្នាក់ព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យ ជាមណ្ឌលសុខភាពផ្លូវចិត្តក្នុងសហគមន៍ មណ្ឌលសុខភាពដែលមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់កម្រិតសហព័ន្ធ ឬគ្លីនិកសុខភាពជនបទ ដែលមានសភាពធ្ងន់ធ្ងរជាងការថែទាំ ដែលទទួលបានក្នុងការិយាល័យរបស់អ្នកព្យាបាល ឬរបស់វេជ្ជបណ្ឌិត អ្នកផ្តល់ប្រឹក្សាផ្នែកអាពាហ៍ពិពាហ៍ និងគ្រួសារដែលមានអាជ្ញាបណ្ណ (LMFT) ឬការិយាល័យរបស់អ្នកប្រឹក្សាប្រកបដោយវិជ្ជាជីវៈដែលមានអាជ្ញាបណ្ណរបស់អ្នក ប៉ុន្តែធ្ងន់ធ្ងរតិចជាងការស្នាក់នៅមន្ទីរពេទ្យដោយផ្នែក។ **កំណត់ចំណាំ៖** ចំណាំ៖ដោយសារតែមិនមានមជ្ឈមណ្ឌលសុខភាពផ្លូវចិត្តនៅតាមសហគមន៍ក្នុងបណ្តាញរបស់យើង យើងនឹងធានារ៉ាប់រងលើការសម្រាកព្យាបាលដោយផ្នែកនៅមន្ទីរពេទ្យដែលជាសេវាកម្មសម្រាប់អ្នកជំងឺមិនស្នាក់ព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យតែប៉ុណ្ណោះ។	$0 មិនមានការធានារ៉ាប់រងរួម ការបង់ប្រាក់រួម ឬប្រាក់កាត់កងសម្រាប់សេវាកម្មសម្រាកព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យមិនពេញលេញដោយ Medicare ឡើយ។ អ្នកត្រូវតែបំពេញតាមលក្ខខណ្ឌតម្រូវជាក់លាក់ ដើម្បីមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ការធានារ៉ាប់រង ហើយវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកត្រូវតែបញ្ជាក់ថា អ្នកនឹងត្រូវការការព្យាបាលក្នុងនាមជាអ្នកជំងឺស្នាក់ព្យាបាល។ ការព្យាបាលនេះត្រូវបានផ្តល់ឱ្យនៅពេលថ្ងៃនៅក្នុងផ្នែកអ្នកជំងឺមិនសម្រាកព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យ ឬមណ្ឌលសុខភាពផ្លូវចិត្តសហគមន៍ ហើយមិនតម្រូវឱ្យមានការស្នាក់នៅមួយយប់នោះទេ។ **អាចតម្រូវឱ្យមានការអនុញ្ញាតជាមុន។**

	សេវាកម្មដែលគម្រោងរបស់យើងខ្ញុំបង់ថ្លៃជូន	អ្វីដែលលោកអ្នកត្រូវបង់
	សេវាគ្រូពេទ្យ/អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំ រួមទាំងការមកជួបវេជ្ជបណ្ឌិតនៅការិយាល័យរបស់វេជ្ជបណ្ឌិត យើងបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាខាងក្រោម៖ • ការថែទាំសុខភាពដែលចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ ឬសេវាកម្មវះកាត់ដែលផ្តល់ជូននៅកន្លែងនានា មានដូចជា៖ • ការិយាល័យគ្រូពេទ្យ • មជ្ឈមណ្ឌលវះកាត់ចល័តដែលមានវិញ្ញាបនបត្រ • ផ្នែកអ្នកជំងឺមិនស្នាក់ព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យ • ការប្រឹក្សាយោបល់ ការធ្វើរោគវិនិច្ឆយ និងការព្យាបាលដោយគ្រូពេទ្យឯកទេស • ការពិនិត្យត្រចៀក និងការពិនិត្យតុល្យភាពមូលដ្ឋានដែលត្រូវបានផ្តល់ជូនដោយអ្នកផ្តល់សេវាកម្មថែទាំសុខភាពបឋម ***ឬ***អ្នកឯកទេសរបស់អ្នក ប្រសិនបើវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាដើម្បីមើលថាតើអ្នកត្រូវការការព្យាបាលដែរឬទេ • សេវាសុខភាពពីចម្ងាយមួយចំនួន *រួមទាំងអត្ថប្រយោជន៍សុខភាពពីចម្ងាយបន្ថែម*។ ◦ អ្នកមានជម្រើសក្នុងការទទួលបានសេវាកម្មទាំងនេះតាមរយៈការជួបផ្ទាល់ ឬ តាមរយៈសេវាសេវាសុខភាពពីចម្ងាយ។ ប្រសិនបើអ្នកជ្រើសរើសការផ្តល់សេវាសុខភាពពីចម្ងាយក្នុងចំណោមសេវាកម្មទាំងនេះ អ្នកត្រូវតែប្រើប្រាស់អ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញដែលផ្តល់សេវាសុខភាពពីចម្ងាយ។ • សេវាសុខភាពតាមទូរសព្ទខ្លះ រួមទាំងការប្រឹក្សា ការធ្វើរោគវិនិច្ឆយ និងការព្យាបាលដោយគ្រូពេទ្យ អ្នកជំនាញ សម្រាប់សមាជិកនៅតំបន់ទីជនបទខ្លះ ឬ កន្លែងផ្សេងទៀតដែលទទួលបានការអនុញ្ញាតដោយ Medicare • សេវាពិគ្រោះបញ្ហាសុខភាពពីចម្ងាយសម្រាប់ការជួបពិគ្រោះប្រចាំខែទាក់ទងនឹងជំងឺតម្រងនោមនៅដំណាក់កាលចុងក្រោយ សម្រាប់សមាជិកលាងឈាមតាមផ្ទះ មានមូលដ្ឋាននៅមន្ទីរពេទ្យ ឬមជ្ឈមណ្ឌលទទួលការព្យាបាលជំងឺតម្រងនោមនៅមន្ទីរពេទ្យ កម្រិតធ្ងន់ធ្ងរ មណ្ឌលពិនិត្យលាងឈាមតម្រងនោម ឬនៅផ្ទះ • សេវាសុខភាពពីចម្ងាយក្នុងការធ្វើរោគវិនិច្ឆយ វាយតម្លៃ ឬព្យាបាលរោគសញ្ញានៃជំងឺដាច់សរសៃឈាមក្នុងក្បាល • សេវាសុខភាពពីចម្ងាយសម្រាប់សមាជិកដែលមានវិបត្តិនៃការប្រើប្រាស់សារធាតុញៀន ឬបញ្ហាសុខភាពផ្លូវចិត្តដែលកើតមានរួមគ្នា • សេវាសុខភាពពីចម្ងាយសម្រាប់ការធ្វើរោគវិនិច្ឆយ ការវាយតម្លៃ និងការព្យាបាលបញ្ហាសុខភាពផ្លូវចិត្ត ប្រសិនបើ៖ • អ្នកមានការជួបពិគ្រោះដោយផ្ទាល់ក្នុងរយៈពេល 6 ខែមុនពេលការជួបពិគ្រោះសុខភាពពីចម្ងាយលើកដំបូងរបស់អ្នក • អ្នកមានការជួបពិគ្រោះដោយផ្ទាល់រៀងរាល់ រយៈពេល 12 ខែម្តងខណៈពេលកំពុងទទួលបានសេវាសុខភាពពីចម្ងាយទាំងនេះ • ការលើកលែងអាចត្រូវបានធ្វើឡើងចំពោះករណីខាងលើសម្រាប់កាលៈទេសៈជាក់លាក់ • សេវាសុខភាពពីចម្ងាយសម្រាប់ការជួបពិនិត្យសុខភាពផ្លូវចិត្តដែលផ្តល់ដោយ Rural Health Clinics និង Federally Qualified Health Centers ។ • សេវាសុខភាពពីចម្ងាយដែលផ្តល់ដោយអ្នកព្យាបាលដោយសកម្មភាពការងារដែលមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ (OT) អ្នកព្យាបាលដោយចលនា (PT) រោគវិទូផ្នែកភាសានិយាយ (SLP) និងអ្នកជំនាញផ្នែកសោតវិញ្ញាណ **អត្ថប្រយោជន៍នេះត្រូវបានបន្តនៅទំព័របន្ទាប់**	$0 មិនមានការធានារ៉ាប់រងរួម ការបង់ប្រាក់រួមគ្នា ឬប្រាក់កាត់កងសម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍នេះឡើយ។

	សេវាកម្មដែលគម្រោងរបស់យើងខ្ញុំបង់ថ្លៃជូន	អ្វីដែលលោកអ្នកត្រូវបង់
	សេវាកម្មគ្រូពេទ្យ/អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំ រួមទាំងការទៅជួបពិគ្រោះយោបល់នៅការិយាល័យរបស់វេជ្ជបណ្ឌិតផងដែរ (បន្ត) • ការជួបពិគ្រោះពីចម្ងាយតាមប្រព័ន្ធនិម្មិត (ឧទាហរណ៍ តាមរយៈទូរសព្ទ ឬជជែកតាមវីដេអូ) ជាមួយវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកក្នុងរយៈពេល 5-10 នាទី **ប្រសិនបើ** ◦ អ្នកមិនមែនជាអ្នកជំងឺថ្មី **ហើយ** ◦ ការជួបពិគ្រោះពីចម្ងាយមិនទាក់ទងទៅនឹងការជួបពិគ្រោះនៅការិយាល័យក្នុងរយៈពេល 7 ថ្ងៃកន្លងមក **និង** ◦ ការជួបពិគ្រោះពីចម្ងាយមិននាំឱ្យមានការជួបពិគ្រោះនៅការិយាល័យក្នុងរយៈពេល 24 ម៉ោង ឬការណាត់ជួបដែលមានឆាប់បំផុតឡើយ • ការវាយតម្លៃតាមវីដេអូ និង/ឬរូបភាពដែលអ្នកផ្ញើទៅវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក និងការបកស្រាយ និងតាមដានដោយវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកក្នុងរយៈពេល 24 ម៉ោង **ប្រសិនបើ**៖ ◦ អ្នកមិនមែនជាអ្នកជំងឺថ្មី ហើយ ◦ ការវាយតម្លៃមិនទាក់ទងនឹងការទៅជួបពិគ្រោះនៅការិយាល័យក្នុងរយៈពេល 7 ថ្ងៃកន្លងមក **និង** ◦ ការវាយតម្លៃមិនបណ្តាលឱ្យមានការទៅជួបពិគ្រោះនៅការិយាល័យក្នុងរយៈពេល 24 ម៉ោង ឬការណាត់ជួបដែលអាចធ្វើបានឆាប់បំផុតឡើយ • ការពិគ្រោះយោបល់ដែលវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកមានជាមួយវេជ្ជបណ្ឌិតផ្សេងទៀតតាមទូរសព្ទ អ៊ីនធឺណិត ឬកំណត់ត្រាសុខភាពតាមប្រព័ន្ធអេឡិចត្រូនិក ប្រសិនបើអ្នកមិនមែនជាអ្នកជំងឺថ្មីទេនោះ • មតិយោបល់ទីពីរពីអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញម្នាក់ផ្សេងទៀតមុនពេលការវះកាត់ • សេវាកម្មថែទាំធ្មេញមិនមែនជាប្រចាំ។ សេវាកម្មដែលទទួលបានការធានារ៉ាប់រងដែលមានដែនកំណត់ចំពោះ៖ ◦ ការវះកាត់ថ្គាម ឬរចនាសម្ព័ន្ធដែលពាក់ព័ន្ធ ◦ កំណត់ចំណុចបាក់នៃថ្គាម ឬឆ្អឹងមុខ ◦ ទាញធ្មេញមកកន្លែងដើមមុនការព្យាបាលដោយវិទ្យុសកម្មនៃការវះកាត់មហារីកជាលិកា ◦ សេវាកម្មដែលនឹងទទួលបានការធានារ៉ាប់រងនៅពេលដែលបានផ្តល់ជូនដោយគ្រូពេទ្យ	
	សេវាព្យាបាលសុខភាពជើង* យើងបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាខាងក្រោម៖ • ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ និងការព្យាបាលដោយវេជ្ជសាស្ត្រ ឬវះកាត់របួស និងជំងឺនានានៅត្រង់ជើង (ដូចជា ផ្លែម្រាមជើង ឬកែងជើងឡើងជុំវិញ) • ការថែទាំជើងជាប្រចាំសម្រាប់សមាជិកដែលមានស្ថានភាពប៉ះពាល់ដល់ជើង ដូចជាជំងឺទឹកនោមផ្អែមជាដើម	$0 **អាចតម្រូវឱ្យមានការអនុញ្ញាតជាមុន។**
	ការពិនិត្យរកមើលជំងឺមហារីក្រពេញប្រូស្តាត សម្រាប់បុរសដែលមានវ័យចាប់ពី 50 ឆ្នាំឡើងទៅ យើងបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាកម្មខាងក្រោមម្តងរៀងរាល់ 12 ខែ៖ • ការពិនិត្យចុងពោះវៀនធំដោយប្រើម្រាមដៃ • ការធ្វើតេស្តអង់ទីហ្សែនជាក់លាក់របស់ក្រពេញ (PSA)	$0 មិនមានការធានារ៉ាប់រងរួម ការបង់ប្រាក់រួម ឬប្រាក់កាត់កងសម្រាប់ការធ្វើតេស្ត PSA ប្រចាំឆ្នាំទេ។

	សេវាកម្មដែលគម្រោងរបស់យើងខ្ញុំបង់ថ្លៃជូន	អ្វីដែលលោកអ្នកត្រូវបង់
	ឧបករណ៍អវយវៈសិប្បនិម្មិត និងឧបករណ៍តម្រង់ឆ្អឹង និងសម្ភារផ្គត់ផ្គង់ពាក់ព័ន្ធ* ឧបករណ៍សិប្បនិម្មិតជំនួសទាំងអស់ ឬដោយផ្នែកនៃផ្នែក ឬមុខងាររបស់រាងកាយ។ ទាំងនេះរួមមានជាអាទិ៍៖ • ការធ្វើតេស្ត ការលៃតម្រូវឱ្យត្រូវល្មម ឬការបណ្តុះបណ្តាលក្នុងការប្រើប្រាស់ឧបករណ៍អវយវៈសិប្បនិម្មិត និងឧបករណ៍តម្រង់ឆ្អឹងជើង • ថង់សម្រាប់បង្ហូរលាមកពីពោះវៀន និងឧបករណ៍ដែលពាក់ព័ន្ធសម្រាប់ការថែទាំពោះវៀនធំ • អាហារូបត្ថម្ភក្នុងពោះវៀន និងកន្លែងផ្សេងទៀតក្នុងរាងកាយ រួមមាន ឧបករណ៍ផ្គត់ផ្គង់ការផ្តល់ចំណី ការត្រាំឧបករណ៍ប៉ូម ការដាក់ទុយយោ និងឧបករណ៍ភ្ជាប់ដំណោះស្រាយ និងការផ្គត់ផ្គង់សម្រាប់ការចាក់ ដែលគ្រប់គ្រងដោយខ្លួនឯង។ • ឧបករណ៍ជំនួយចង្វាក់បេះដូង • ឧបករណ៍រណប • ស្បែកជើងសិប្បនិម្មិត • ដៃ និងជើងសប្បនិម្មិត • សុដន់សិប្បនិម្មិត (រួមបញ្ចូលទាំងអាវទ្រនាប់ស្ត្រីបន្ទាប់ពីការវះកាត់សុដន់) • ផ្នែកសិប្បនិម្មិតដើម្បីជំនួសផ្នែកទាំងអស់នៃផ្នែករាងកាយមុខខាងក្រៅ ត្រូវបានដកចេញ ឬអន់ខ្សោយដោយសារជំងឺ ការរងរបួស ឬការខូចពីកំណើត • ក្រែមទប់ការហូរលាមក និងកន្ទបលាមក យើងបង់ប្រាក់សម្រាប់ការផ្គត់ផ្គង់មួយចំនួនដែលទាក់ទងនឹងឧបករណ៍អវយវៈសិប្បនិម្មិត និងឧបករណ៍តម្រង់ឆ្អឹងជើង។ យើងក៏បង់ប្រាក់ដើម្បីជួសជុល ឬប្តូរឧឧបករណ៍អវយវៈសិប្បនិម្មិត និងឧបករណ៍តម្រង់ឆ្អឹងជើងផងដែរ។ យើងផ្តល់ជូននូវការធានារ៉ាប់រងមួយចំនួនបន្ទាប់ពីការដកយកចេញនូវជំងឺភ្នែកឡើងបាយ ឬការវះកាត់ភ្នែកឡើងបាយ សូមមើល “ការថែទាំសុខភាពភ្នែក” នៅពេលក្រោយនៅក្នុងតារាងនេះសម្រាប់ព័ត៌មានលម្អិត។	$0 មិនមានការធានារ៉ាប់រងរួម ការបង់ប្រាក់រួម ឬប្រាក់កាត់កងសម្រាប់ឧបករណ៍អវយវៈសិប្បនិម្មិត ឬឧបករណ៍តម្រង់ឆ្អឹងជើងនីមួយៗដែលមានការធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare រួមទាំងការបូរ ឬការជួសជុលឧបករណ៍ប៉ែបនេះ និងសម្ភារផ្គត់ផ្គង់ដែលពាក់ព័ន្ធនោះឡើយ។ **អាចតម្រូវឱ្យមានការអនុញ្ញាតជាមុន។**
	សេវាស្តារនីតិសម្បទាមុខងារសួត យើងបង់ថ្លៃសម្រាប់កម្មវិធីស្តារស្ថានភាពសួតសម្រាប់សមាជិកដែលមានជំងឺសួតរ៉ាំរ៉ៃ (COPD) ពីកម្រិតមធ្យមទៅកម្រិតធ្ងន់។ នកត្រូវតែមាន វេជ្ជបញ្ជាសម្រាប់ការស្តារស្ថានភាពសួតពីវេជ្ជបណ្ឌិត ឬអ្នកផ្តល់សេវាព្យាបាលជំងឺ COPD។ យើងបង់ប្រាក់សេវាកម្មសម្រួលការដកដង្ហើម សម្រាប់អ្នកជំងឺដែលពឹងពាក់លើបំពង់ខ្យល់ជួយដកដង្ហើម។	$0 មិនមានការធានារ៉ាប់រងរួមគ្នា ការបង់ប្រាក់រួមគ្នា ឬប្រាក់កាត់កងសម្រាប់ការជួបពិគ្រោះអំពីការស្តារនីតិសម្បទាមុខងារសួតដែលមានការធានារ៉ាប់ដោយ Medicare នីមួយៗឡើយ។ **អាចតម្រូវឱ្យមានការអនុញ្ញាតជាមុន។**

	សេវាកម្មដែលគម្រោងរបស់យើងខ្ញុំបង់ថ្លៃជូន	អ្វីដែលលោកអ្នកត្រូវបង់
	ការពិនិត្យ និងការប្រឹក្សាយោបល់ចំពោះជំងឺឆ្លងតាមការរួមភេទ (STI) យើងបង់ថ្លៃសម្រាប់ការពិនិត្យរកមេរោគប្រមេះទឹកថ្លា រោគប្រមេះ រោគស្វាយ និងជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B។ ការពិនិត្យទាំងនេះត្រូវបានធានារ៉ាប់រង សម្រាប់ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ និងសម្រាប់មនុស្សមួយចំនួនដែលស្ថិតនៅក្នុងហានិភ័យកើនឡើងសម្រាប់ STI។ អ្នកផ្តល់ការថែទាំបឋមត្រូវចេញវេជ្ជបញ្ជាលើការធ្វើតេស្ត។ យើងធានារ៉ាប់រងលើការធ្វើតេស្តទាំងនេះរៀងរាល់រយៈពេល 12 ខែម្តង ឬពេលវេលាជាក់លាក់មួយក្នុងអំឡុងពេលមានផ្ទៃពោះ។ យើងបង់ថ្លៃចំពោះការជួបទល់មុខគ្នាចំនួនពីរដង លើសកម្មភាពប្រឹក្សាយោបល់ផ្លូវចិត្តមានភាពល្អិតល្អន់ខ្ពស់ក្នុងមួយឆ្នាំៗ សម្រាប់មនុស្សពេញវ័យដែលមានសកម្មភាពកើតជំងឺកាមរោគដែលស្ថិតក្នុងហានិភ័យខ្ពស់ចំពោះការឆ្លងជំងឺ STI។ វគ្គនីមួយៗអាចមានរយៈពេលពី 20 ទៅ 30 នាទី។ យើងបង់ប្រាក់សម្រាប់វគ្គពិគ្រោះយោបល់ទាំងនេះដែលជាសេវាកម្មការពារតែប៉ុណ្ណោះ ប្រសិនបើវគ្គទាំងនោះត្រូវបានផ្តល់ឱ្យដោយអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំបឋម។ វគ្គទាំងនេះត្រូវតែធ្វើឡើងនៅទីតាំងថែទាំសុខភាពបឋម ដូចជានៅការិយាល័យវេជ្ជបណ្ឌិតជាដើម។	$0 មិនមានការធានារ៉ាប់រងរួមគ្នា ការបង់ប្រាក់រួមគ្នា ឬការកាត់កងសម្រាប់ការពិនិត្យដែលធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare សម្រាប់ជំងឺកាមរោគ និងការប្រឹក្សាសម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍ការពារជំងឺកាមរោគនោះទេ។
	ការថែទាំនៅមណ្ឌលថែទាំជំនាញ (SNF)* យើងបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាកម្មខាងក្រោម ហើយប្រហែលជាសេវាកម្មផ្សេងៗទៀតដែលមិនមាននៅក្នុងបញ្ជីនេះ៖ • បន្ទប់ពាក់កណ្តាលឯកជន ឬបន្ទប់ឯកជន ប្រសិនបើមានភាពចាំបាច់ខាងវេជ្ជសាស្ត្រ • អាហារ រួមទាំងរបបអាហារពិសេស • សេវាកម្មព្យាបាល • ការព្យាបាលរាងកាយ ការព្យាបាលចលនារាងកាយ និងការព្យាបាលពិការភាពការនិយាយ • ឱសថដែលអ្នកទទួលបានជាផ្នែកមួយនៃគម្រោងថែទាំរបស់អ្នក រួមទាំងសារធាតុដែលមានជាធម្មតានៅក្នុងខ្លួន ដូចជាសារធាតុធ្វើឱ្យឈាមកកជាដើម • ឈាម រួមទាំងការរក្សាទុក និងការផ្ទេរ ធានារ៉ាប់រងចាប់ផ្តើមជាមួយនឹងឈាមចំនួនបីភីនដំបូងដែលអ្នកត្រូវការ • សម្ភារផ្គត់ផ្គង់វេជ្ជសាស្ត្រ និងការវះកាត់ ដែលផ្តល់ជូនដោយមណ្ឌលថែទាំ • ការធ្វើតេស្តនៅមន្ទីរពិសោធដែលផ្តល់ជូនដោយមណ្ឌលថែទាំសុខភាព • សេវាកម្មថតកាំរស្មីអ៊ិច និងសេវាវិទ្យុសកម្មដទៃទៀតឆ្លុះផ្សេងៗទៀតដែលមានការផ្តល់ជូនដោយមណ្ឌលថែទាំ • ឧបករណ៍ ដូចជារទេះរុញដែលជាធម្មតាផ្តល់ជូនដោយមណ្ឌលថែទាំសុខភាព • គ្រូពេទ្យ/អ្នកផ្តល់សេវាកម្ម ជាធម្មតា អ្នកទទួលបានការថែទាំរបស់អ្នកពីមណ្ឌលថែទាំក្នុងបណ្តាញ។ ទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយ លោកអ្នកអាចទទួលបានការថែទាំរបស់លោកអ្នកពីមន្ទីរថែទាំនៅក្រៅបណ្តាញផងដែរ។ អ្នកអាចទទួលបានការថែទាំពីកន្លែងខាងក្រោម បើកន្លែងទាំងនោះព្រមទទួលចំនួនទឹកប្រាក់របស់គម្រោងសម្រាប់ការទូទាត់៖ • មណ្ឌលថែទាំសុខភាព ឬសហគមន៍ថែទាំអ្នកចូលនិវត្តន៍បន្តដែលអ្នករស់នៅ មុនពេលអ្នកទៅមន្ទីរពេទ្យ (ដរាបណាវាផ្តល់សេវាមណ្ឌលថែទាំសុខភាព) • មន្ទីរថែទាំព្យាបាលដែលប្តីឬប្រពន្ធ ដៃគូក្នុងគ្រួសារដែលរស់នៅក្នុងពេលដែលអ្នកចាកចេញពីមន្ទីរពេទ្យ	$0 អ្នកមិនត្រូវបង់ថ្លៃអ្វីឡើយសម្រាប់ការថែទាំនៅមណ្ឌលថែទាំជំនាញ (SNF)។ **អាចតម្រូវឱ្យមានការអនុញ្ញាតជាមុន។**

	សេវាកម្មដែលគម្រោងរបស់យើងខ្ញុំបង់ថ្លៃជូន	អ្វីដែលលោកអ្នកត្រូវបង់
	ការបញ្ឈប់ការជក់បារី និងការប្រើថ្នាំជក់ ប្រសិនបើអ្នកប្រើថ្នាំជក់ មិនមានសញ្ញា ឬរោគសញ្ញានៃជំងឺទាក់ទងនឹងថ្នាំជក់ ហើយចង់ ឬត្រូវការបញ្ឈប់ការជក់៖ • យើងនឹងបង់ប្រាក់លើការព្យាយាមឈប់ជក់បារីចំនួនពីរដង ក្នុងរយៈពេល 12 ខែជាសេវាបង្ការជំងឺ។ សេវាកម្មនេះមិនគិតថ្លៃសម្រាប់អ្នកទេ។ ការព្យាយាមឈប់ជក់បារីនីមួយៗរួមបញ្ចូលទាំងការប្រឹក្សាយោបល់ផ្ទាល់មាត់រហូតដល់ទៅបួនដង។ ប្រសិនបើអ្នកប្រើថ្នាំជក់ ហើយត្រូវបានធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យថាមានជំងឺពាក់ព័ន្ធនឹងការប្រើថ្នាំជក់ ឬកំពុងប្រើឱសថពេទ្យដែលអាចប៉ះពាល់តាមការប្រើថ្នាំជក់៖ • យើងបង់ប្រាក់សម្រាប់ការប្រឹក្សាអំពីការព្យាយាមឈប់ជក់បារីពីរដងក្នុងរយៈពេល 12 ខែ។ ការប៉ុនប៉ងដើម្បីប្រឹក្សាយោបល់នីមួយៗរួមមានការជួបទល់មុខគ្នាបួនលើក។ ប្រសិនបើអ្នកមានផ្ទៃពោះ អ្នកប្រហែលជាទទួលបានសេវាកម្មពិគ្រោះយោបល់អំពីការបញ្ឈប់ការប្រើប្រាស់ថ្នាំជក់ដោយគ្មានកំណត់ ប៉ុន្តែត្រូវមានការអនុញ្ញាតជាមុន។	$0 មិនមានការធានារ៉ាប់រងរួម ការបង់ប្រាក់រួម ឬប្រាក់កាត់កងសម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍ការពារការឈប់ជក់បារី និងការប្រើប្រាស់ថ្នាំជក់ដែលបានធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare នោះទេ។
	ការព្យាបាលដោយការធ្វើលំហាត់ប្រាណ (SET) ពួកយើងនឹងចំណាយលើ SET សម្រាប់សមាជិកដែលមានមានរោគសញ្ញាជំងឺស្ទះសរសៃឈាម (PAD) ដែលមានការបញ្ជូនបន្តទៅកាន់ PAD សម្រាប់គ្រូពេទ្យដែលទទួលខុសត្រូវលើការព្យាបាល PAD។ គម្រោងរបស់យើងចំណាយសម្រាប់៖ • រហូតដល់ 36 វគ្គកំឡុងពេល 12 សប្តាហ៍ ប្រសិនបើតម្រូវការ SET ទាំងអស់ត្រូវបានបំពេញតាមលក្ខខណ្ឌ • 36 វគ្គបន្ថែម នឹងថែមម៉ោង ប្រសិនបើត្រូវបានចាត់ទុកថាមានសារៈសំខាន់ខាងវេជ្ជសាស្ត្រដោយអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាព កម្មវិធី SET ត្រូវតែជា៖ • វគ្គដែលមានរយៈពេល 30 ទៅ 60 នាទីនៃកម្មវិធីបណ្តុះបណ្តាលការព្យាបាលដោយការធ្វើលំហាត់ប្រាណសម្រាប់ PAD នៅក្នុងចំណោមសមាជិក ដែលមានជើងមានការរមួលក្រពើ ដោយសារតែលំហូរឈាមខ្សោយ (ក្តាមកាច់ជើង) • នៅក្នុងការកំណត់របស់មន្ទីរពេទ្យព្យាបាលអ្នកជំងឺដែលមិនស្នាក់ព្យាបាល ឬនៅក្នុងការិយាល័យរបស់គ្រូពេទ្យ • ផ្តល់ដោយបុគ្គលិកដែលមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ ដែលធានាថាអត្ថប្រយោជន៍លើសពីគ្រោះថ្នាក់ និងដែលត្រូវបានបណ្តុះបណ្តាលក្នុងការព្យាបាលដោយការធ្វើលំហាត់ប្រាណសម្រាប់ PAD • ស្ថិតក្រោមការត្រួតពិនិត្យដោយផ្ទាល់ពីគ្រូពេទ្យ ជំនួយការគ្រូពេទ្យ ឬគ្រូពេទ្យដែលជាគិលានុបដ្ឋាយិកា/អ្នកឯកទេសគិលានុបដ្ឋាយិកាខាងព្យាបាលអ្នកជំងឺដែលបានទទួលការបណ្តុះបណ្តាលទាំងបច្ចេកទេសគាំទ្រជីវិតមូលដ្ឋាន និងកម្រិតខ្ពស់។	$0 មិនមានសហធានារ៉ាប់រង ការទូទាត់រួម ឬប្រាក់កាត់កងសម្រាប់ការជួបពិគ្រោះអំពីការព្យាបាលដោយការធ្វើលំហាត់ប្រាណដែលទទួលការណែនាំ (SET) ដែលមានការធានារ៉ាប់រងពី Medicare នោះទេ។ **អាចតម្រូវឱ្យមានការអនុញ្ញាតជាមុន។**

	សេវាកម្មដែលគម្រោងរបស់យើងខ្ញុំបង់ថ្លៃជូន	អ្វីដែលលោកអ្នកត្រូវបង់
	មធ្យោបាយការធ្វើដំណើរ៖ មធ្យោបាយធ្វើដំណើរផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រសម្រាប់ករណីក្នុងគ្រាអាសន្ន គម្រោងនឹងធានារ៉ាប់រងលើការដឹកជញ្ជូនសម្រាប់អ្នកដើម្បីធ្វើដំណើរទៅកាន់ ឬមកពីការណាត់ជួបផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នក ប្រសិនបើវាជាសេវាកម្មដែលមានការធានារ៉ាប់រង។ គម្រោងនេះធានារ៉ាប់រងលើការធ្វើដំណើរមួយផ្លូវរហូតដល់រយៈពេល 12 ដងជារៀងរាល់ឆ្នាំ។ ការអនុញ្ញាតជាមុនគឺត្រូវបានទាមទារសម្រាប់ការធ្វើដំណើរតែទៅលើសពីចម្ងាយ 100 ម៉ាយល៍។ ប្រភេទនៃមធ្យោបាយដឹកជញ្ជូនមិនមែនក្នុងគ្រាអាសន្នរួមមាន៖ • រថយន្ត រថយន្តវ៉ែន តាក់ស៊ី ឬសេវាជិះយានជំនិះរួមគ្នា ប្រសិនបើអ្នកអាចដើរបាន។ • យានយន្តដែលមានជណ្តើរយន្តលើករទេះរុញ ប្រសិនបើអ្នកដែនកំណត់នៃការចល័ត។ នៅពេលដែលអត្ថប្រយោជន៍នេះត្រូវបានប្រើអស់ ប្រសិនបើអ្នកមានការធានារ៉ាប់រងផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ Medicaid អ្នកអាចមានសិទ្ធិទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍លើមធ្យោបាយដឹកជញ្ជូនដែលមិនមែនក្នុងគ្រាអាសន្នរបស់ Medicaid ដែលនឹងធានារ៉ាប់រងលើការធ្វើដំណើរទៅកាន់អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំបឋមរបស់អ្នក និងអ្នកផ្តល់សេវាផ្សេងទៀត។ សូមមើលជំពូកទី 3 ផ្នែក F សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។	$0
	ការថែទាំដែលត្រូវការជាបន្ទាន់ ការថែទាំបន្ទាន់គឺជាការថែទាំព្យាបាល៖ • ករណីមិនមែនគ្រាអាសន្នដែលទាមទារការថែទាំផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រភ្លាមៗ **ឬ** • ជំងឺដែលមិនបានរំពឹងទុក **ឬ** • ការរងរបួស **ឬ** • ជាស្ថានភាពដែលត្រូវការព្យាបាលភ្លាមៗ។ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការការថែទាំបន្ទាន់ ជាដំបូងអ្នកគួរព្យាយាមរកសេវាកម្មពីអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ។ ទោះយ៉ាងណាក็ដោយ អ្នកអាចប្រើអ្នកផ្តល់សេវាក្រៅបណ្តាញ នៅពេលដែលអ្នកមិនអាចទៅដល់អ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញដោយសារតែពេលវេលា ទីកន្លែង ឬកាលៈទេសៈរបស់អ្នក វាមិនអាចធ្វើទៅបាន ឬវាមិនសមហេតុផល ក្នុងការទទួលបានសេវាកម្មពីអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ (ឧទាហរណ៍ នៅពេលដែលអ្នកនៅខាងក្រៅតំបន់សេវាកម្មរបស់គម្រោង ហើយអ្នកត្រូវការសេវាកម្មភ្លាមៗដែលត្រូវការផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រសម្រាប់ស្ថានភាពដែលមិនអាចមើលឃើញ ប៉ុន្តែវាមិនមែនជាគ្រាអាសន្នផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រឡើយ)។ ជាអត្ថប្រយោជន៍បន្ថែម យើងផ្តល់ជូនរហូតដល់ទឹកប្រាក់ចំនួន $10,000 នៃការធានារ៉ាប់រងក្នុងគ្រាអាសន្ននៅទូទាំងពិភពលោកក្នុងមួយឆ្នាំៗតាមប្រតិទិនសម្រាប់ការដឹកជញ្ជូនក្នុងគ្រាអាសន្ន ការថែទាំបន្ទាន់ ការថែទាំក្នុងគ្រាអាសន្ន និងការថែទាំក្រោយមានស្ថិរភាពឡើងវិញ។	អ្នកបង់ប្រាក់ចំនួន $0 សម្រាប់ការជួបពិគ្រោះអំពីការថែទាំដែលត្រូវការជាបន្ទាន់ ដោយមានការធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare។ ចំណែកតម្លៃរបស់អ្នកគឺដូចគ្នាសម្រាប់សេវាថែទាំបន្ទាន់ក្រៅបណ្តាញ ឬក្រៅបណ្តាញ។

	សេវាកម្មដែលគម្រោងរបស់យើងខ្ញុំបង់ថ្លៃជូន	អ្វីដែលលោកអ្នកត្រូវបង់
	ការថែទាំសុខភាពភ្នែក យើងបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាកម្មវេជ្ជបណ្ឌិតសម្រាប់អ្នកជំងឺមិនសម្រាកនៅពេទ្យចំពោះសេវាកម្មធ្វើរោគវិនិច្ឆយ និងសេវាកម្មព្យាបាលជំងឺនិងរបួសនៅផ្នែកភ្នែក។ ឧទាហរណ៍ វារួមបញ្ចូលទាំងការពិនិត្យភ្នែកប្រចាំឆ្នាំសម្រាប់ជំងឺរ៉ើទីននៃជំងឺទឹកនោមផ្អែមចំពោះអ្នកដែលមានជំងឺទឹកនោមផ្អែម និងការព្យាបាលសម្រាប់ជំងឺកែវភ្នែកដោយសារអាយុជរា។ សម្រាប់អ្នកដែលមានហានិភ័យខ្ពស់ផ្នែកជំងឺទឹកដក់ក្នុងភ្នែក យើងបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាកម្មពិនិត្យជំងឺទឹកដក់ក្នុងភ្នែកក្នុងមួយឆ្នាំម្តង។ អ្នកដែលមានហានិភ័យខ្ពស់ចំពោះជំងឺដក់ទឹកក្នុងភ្នែករួមមាន៖ — អ្នកដែលគ្រួសារមានប្រវត្តិកើតជំងឺដក់ទឹកក្នុងភ្នែក — អ្នកមានជំងឺទឹកនោមផ្អែម — អាមេរិកាំងដើមកំណើតអាហ្វ្រិកដែលមានអាយុ 50 ឆ្នាំឡើងទៅ — ជនជាតិអាមេរិកដើមកំណើតអេស្ប៉ាញដែលមានអាយុចាប់ពី 65 ឆ្នាំឡើងទៅ បើអ្នកមានសេវាកម្មវះកាត់បាយភ្នែកពីរដាច់ដោយឡែកពីគ្នា អ្នកត្រូវទទួលបានវ៉ែនតាមួយគូរក្រោយពេលវះកាត់រួច។ អ្នកមិនអាចទទួលបានវ៉ែនតាពីរគូរ ក្រោយពេលវះកាត់រួចលើកទីពីរទេ ទោះបីជាអ្នកមិនបានទទួលបានវ៉ែនតាមួយគូរក្រោយពេលវះកាត់លើកទីមួយក៏ដោយ។	$0
	ការថែទាំសុខភាពភ្នែក (បន្ថែម) * យើងបានសហការជាដៃគូជាមួយ VSP ដើម្បីផ្តល់តម្លៃកាន់តែច្រើនសម្រាប់តម្រូវការនៃគំហើញប្រចាំថ្ងៃរបស់អ្នក! ការធានារ៉ាប់រងរួមមាន៖ • ការពិនិត្យភ្នែកម្តងជាប្រចាំរៀងរាល់ឆ្នាំ និង • ប្រាក់ឧបត្ថម្ភគ្រឿងពាក់លើភ្នែក អ្នកអាចប្រើប្រាក់ឧបត្ថម្ភសម្រាប់វ៉ែនតារបស់អ្នកដើម្បីទិញ៖ • កែវដាក់ក្នុងភ្នែក* • វ៉ែនតា (កញ្ចក់ និងដងវ៉ែនតា) • កញ្ចក់វ៉ែនតា និង/ឬ ដងវ៉ែនតា • ការដំឡើងកម្រិត (ដូចជា កញ្ចក់ U-V កញ្ចក់ប៉ូឡារ៉ាយ ឬកញ្ចក់ប្រភេទ photochromatic) *ប្រសិនបើអ្នកជ្រើសរើសកែវដាក់ក្នុងភ្នែក ប្រាក់ឧបត្ថម្ភសម្រាប់វ៉ែនតារបស់អ្នកក៏អាចត្រូវបានប្រើដើម្បីបង់ថ្លៃទាំងអស់ ឬមួយផ្នែកនៃថ្លៃសេវាកែវដាក់ក្នុងភ្នែករបស់អ្នកផងដែរ។ អ្នកទទួលខុសត្រូវក្នុងការបង់ប្រាក់លើការកែតម្រូវវ៉ែនតាលើសពីដែនកំណត់នៃប្រាក់ឧបត្ថម្ភវ៉ែនតារបស់គម្រោង។ អ្នកបង់ប្រាក់ $0 សម្រាប់ការពិនិត្យភ្នែកជាប្រចាំ (និងការឆ្លុះភ្នែក) សម្រាប់វ៉ែនតាជារៀងរាល់ឆ្នាំតាមប្រតិទិន។ អ្នកមានប្រាក់ឧបត្ថម្ភលើវ៉ែនតាចំនួន $200 រៀងរាល់ឆ្នាំតាមប្រតិទិន។ សម្រាប់ការពិនិត្យភ្នែកជាប្រចាំរបស់អ្នក ដើម្បីស្វែងរកអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំភ្នែកបែបបង្ការជាប្រចាំក្នុងបណ្តាញដែលនៅជិតអ្នក អ្នកអាច៖ ស្វែងរកតាមអនឡាញដោយប្រើ supplemental dental provider online search tool (ឧបករណ៍ស្វែងរកតាមអនឡាញនូវអ្នកផ្តល់សេវាសុខភាពភ្នែកបន្ថែម) របស់យើងនៅលើគេហទំព័រ MolinaHealthcare.com/Medicare។	មិនមានការធានារ៉ាប់រងរួម ការបង់ប្រាក់រួមគ្នា ឬប្រាក់កាត់កងសម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍នេះឡើយ។ ការដាក់ដែនកំណត់ និងការមិនរាប់បញ្ចូលអាចនឹងត្រូវអនុវត្ត។

	សេវាកម្មដែលគម្រោងរបស់យើងខ្ញុំបង់ថ្លៃជូន	អ្វីដែលលោកអ្នកត្រូវបង់
	អត្ថប្រយោជន៍បន្ថែមត្រូវបានផ្តល់ជូនដោយផែនការដើម្បីជួយជាមួយទំនិញ ឬសេវាកម្ម ដែលជាទូទៅមិនត្រូវបានគ្របដណ្តប់ដោយ Medicare ។ អត្ថប្រយោជន៍ទាំងអស់ត្រូវតែ ប្រើប្រាស់ក្នុងឆ្នាំគម្រោង ហើយអាចប្រើបានលុះត្រាតែអ្នកបានចុះឈ្មោះនៅពេលផ្តល់ សេវាកម្ម។ **អ្នកប្រហែលជាអាចទទួលបានការធ្វើតេស្តភ្នែក ឧបករណ៍ជំនួយភ្នែក និងសេវាកម្ម ជំនួយគំហើញខ្សោយបន្ថែមតាមរយៈអត្ថប្រយោជន៍ Medi-Cal របស់អ្នក។**	
	ការជួបពិគ្រោះលក្ខណៈបង្ការជំងឺ "ស្វាគមន៍មកកាន់ Medicare" យើងធានារ៉ាប់រងការជួបពិគ្រោះលក្ខណៈបង្ការជំងឺ "ស្វាគមន៍មកកាន់ Medicare" ចំនួនមួយលើក។ ការជួបពិគ្រោះរួមទាំង៖ • ការពិនិត្យឡើងវិញនៃសុខភាពអ្នក • ការអប់រំ និងការប្រឹក្សាយោបល់អំពីសេវាកម្មបង្ការជំងឺដែលអ្នកត្រូវការ (រួមទាំងការពិនិត្យជំងឺ និងការចាក់ថ្នាំបង្ការផងដែរ) **និង** • ការបញ្ជូនបន្តសម្រាប់ទទួលការថែទាំផ្សេងទៀត បើលោកអ្នកត្រូវការ។ **កំណត់ចំណាំ៖** យើងធានារ៉ាប់រងលើការជួបពិគ្រោះលក្ខណៈបង្ការជំងឺ "ស្វាគមន៍មកកាន់ Medicare" តែក្នុងអំឡុងពេល 12 ខែដំបូងដែលអ្នកមាន Medicare ផ្នែក B។ នៅពេលអ្នកធ្វើការណាត់ជួប សូមប្រាប់ការិយាល័យវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកថា អ្នកចង់កំណត់ពេលជួបពិគ្រោះលក្ខណៈបង្ការជំងឺ "ស្វាគមន៍មកកាន់ Medicare" របស់អ្នក។	$0 មិនមានការធានារ៉ាប់រងរួម ការបង់ប្រាក់រួមគ្នា ឬប្រាក់កាត់កងសម្រាប់ការជួបពិនិត្យបង្ការ "ស្វាគមន៍មកកាន់ Medicare" ទេ។
	ការធានារ៉ាប់រងលើភាពអាសន្ន/បន្ទាន់ទូទាំងពិភពលោក (បន្ថែម) ជាអត្ថប្រយោជន៍បន្ថែម ការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នករួមបញ្ចូលរហូតដល់ទឹកប្រាក់ចំនួន $10,000 ជារៀងរាល់ឆ្នាំតាមប្រតិទិន សម្រាប់ការថែទាំលើភាពអាសន្ន/បន្ទាន់ទូទាំងពិភពលោកដែលនៅខាងក្រៅសហរដ្ឋអាមេរិក (U.S.)។ អត្ថប្រយោជន៍នេះត្រូវបានកំណត់ចំពោះសេវាកម្មដែលនឹងត្រូវបានចាត់ថ្នាក់ថា ជាការថែទាំក្នុងគ្រាអាសន្ន ឬការថែទាំបន្ទាន់ត្រូវបានផ្តល់ជូននៅក្នុងការធានារ៉ាប់រងទូទាំងពិភពលោកសហរដ្ឋអាមេរិក រួមបញ្ចូលទាំងការថែទាំក្នុងគ្រាអាសន្ន ឬការថែទាំដែលត្រូវការជាបន្ទាន់ មធ្យោបាយដឹកជញ្ជូនតាមរថយន្តសង្គ្រោះបន្ទាន់ពីកន្លែងដែលមានភាពអាសន្នទៅកាន់ មណ្ឌលព្យាបាលតាមវេជ្ជសាស្ត្រដែលនៅជិតបំផុត និងការថែទាំក្រោយមានស្ថិរភាពឡើងវិញ។ សេវារថយន្តសង្គ្រោះត្រូវបានធានារ៉ាប់រងក្នុងស្ថានភាពដែលធ្វើដំណើរទៅបន្ទប់សង្គ្រោះបន្ទាន់តាមមធ្យោបាយផ្សេងទៀតដែលអាចបង្កឱ្យគ្រោះថ្នាក់ដល់សុខភាពរបស់អ្នក។ នៅពេលដែលស្ថានភាពទាំងនេះកើតឡើង យើងសុំឱ្យអ្នក ឬនរណាម្នាក់ដែលយកចិត្តទុកដាក់ចំពោះអ្នក ទូរស័ព្ទមកយើងខ្ញុំ។ យើងនឹងព្យាយាមរៀបចំឱ្យអ្នកផ្តល់សេវាបណ្តាញទទួលបន្ទុកលើការថែទាំរបស់អ្នកភ្លាមៗតាមដែលស្ថានភាពសុខភាព និងកាលៈទេសៈរបស់អ្នកអនុញ្ញាត។ មធ្យោបាយដឹកជញ្ជូនត្រឡប់ទៅកាន់សហរដ្ឋអាមេរិកវិញពីប្រទេសមួយផ្សេងទៀត មិនត្រូវបានការធានារ៉ាប់រងទេ។ ការថែទាំតាមទម្លាប់ និងនីតិវិធីដែលបានកំណត់ទុកជាមុន ឬជ្រើសរើសមិនទទួលបានការរ៉ាប់រងទេ។ ពន្ធ និងថ្លៃសេវាបរទេស (រាប់បញ្ចូលទាំងថ្លៃសេវាប្តូររូបិយបណ្ណ ឬថ្លៃប្រតិបត្តិការ) មិនទទួលបានការរ៉ាប់រងទេ។ សហរដ្ឋអាមេរិកមានន័យថាចំនួន 50 រដ្ឋ មណ្ឌល Columbia, Puerto Rico, Virgin Islands, Guam, Northern Mariana Island និង American Samoa។	$0 ប្រសិនបើអ្នកទទួលបានការថែទាំក្នុងគ្រាអាសន្ននៅក្រៅសហរដ្ឋអាមេរិក ហើយត្រូវការការថែទាំអ្នកជំងឺស្នាក់ព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យ បន្ទាប់ពីស្ថានភាពអាសន្នរបស់អ្នកមានស្ថិរភាពឡើងវិញ អ្នកត្រូវតែត្រឡប់ទៅមន្ទីរពេទ្យក្នុងបណ្តាញវិញ ដើម្បីឱ្យការថែទាំរបស់អ្នកបន្តទទួលបានការធានារ៉ាប់រង ឬអ្នកត្រូវតែទទួលយកការថែទាំសម្រាប់អ្នកជំងឺស្នាក់ព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យរបស់អ្នកនៅមន្ទីរពេទ្យក្រៅបណ្តាញ ដែលមានការអនុញ្ញាតដោយគម្រោងរបស់យើង។ ថ្លៃចំណាយរបស់អ្នកគឺជាការចែករំលែកថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងបង់នៅមន្ទីរពេទ្យក្នុងបណ្តាញ។ គម្រោងអតិបរមាត្រូវបានអនុវត្ត។ អ្នកប្រហែលជាត្រូវដាក់ស្នើការទាមទារសំណងសម្រាប់ការសង្គ្រោះបន្ទាន់/ការថែទាំក្នុងគ្រាអាសន្នដែលបានទទួលនៅក្រៅសហរដ្ឋអាមេរិកនៅកម្រិតអតិបរមារបស់គម្រោងចំនួន $10,000 រៀងរាល់ឆ្នាំតាមប្រតិទិនត្រូវបានអនុវត្តសម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍នេះ។

E. ការគាំទ្ររបស់សហគមន៍

អ្នកអាចទទួលបានការគាំទ្រក្រោមគម្រោងថែទាំជាលក្ខណៈបុគ្គលរបស់អ្នក។ ជំនួយសហគមន៍គឺសមស្របផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ និងមានតម្លៃថ្លៃសេវាជំនួស ឬការកំណត់ចំពោះអ្នកដែលរ៉ាប់រងក្រោមគម្រោង Medi-Cal State។ សេវាកម្មទាំងនេះគឺជាជម្រើសសម្រាប់សមាជិក។ ប្រសិនបើអ្នកមានលក្ខណៈគ្រប់គ្រាន់ សេវាកម្មទាំងនេះអាចជួយអ្នកឱ្យរស់នៅកាន់តែឯករាជ្យ។ ទាំងនោះមិនជំនួសអត្ថប្រយោជន៍ ដែលអ្នកទទួលបានរួចហើយក្រោម Medi-Cal ទេ។

សេវាជំនួយស្វែងរកការផ្លាស់ប្តូរទីលំនៅ៖ ជួយសមាជិកដែលកំពុងជួបប្រទះភាពគ្មានផ្ទះសម្បែងជាមួយនឹងការទទួលបានលំនៅឋានដោយផ្តល់ការគាំទ្រជាមួយជំនួយនានាដូចជាកម្មវិធីលំនៅឋាន ការតស៊ូមតិអំពីអត្ថប្រយោជន៍ ការធានាធនធានដែលមាន និងការផ្តល់ជំនួយជាមួយម្ចាស់ផ្ទះនៅពេលផ្លាស់ទៅរស់នៅ។

សិទ្ធិទទួលបាន៖

- សមាជិកបានផ្តល់អាទិភាពសម្រាប់អង្គភាពលំនៅឋានគាំទ្រអចិន្ត្រៃយ៍ ឬធនធានឧបត្ថម្ភធនសម្រាប់ជួលតាមរយៈប្រព័ន្ធសម្របសម្រួលភាពគ្មានផ្ទះសម្បែងក្នុងតំបន់ (CES) ឬប្រព័ន្ធស្រដៀងគ្នា ឬ
- សមាជិកដែលបំពេញតាមនិយមន័យនៃលំនៅឋាន និងការអភិវឌ្ឍទីក្រុង (HUD) នៃអ្នកអំពីភាពគ្មានផ្ទះសម្បែង និងដែលកំពុងទទួលបានការគ្រប់គ្រងការថែទាំប្រសើរឡើង (ECM) ឬដែលមានលក្ខខណ្ឌជំងឺរ៉ាំរ៉ៃធ្ងន់ធ្ងរមួយ ឬច្រើន និង/ឬជំងឺផ្លូវចិត្តធ្ងន់ធ្ងរ និង/ឬមានហានិភ័យនៃការស្នាក់ព្យាបាលរយៈពេលយូរ ឬតម្រូវឱ្យមានសេវាកម្មលំនៅឋានដែលជាលទ្ធផលពីវិបត្តិនៃការប្រើប្រាស់សារធាតុញៀន ឬ
- សមាជិកដែលបំពេញតាមនិយមន័យ HUD នៃហានិភ័យពីភាពគ្មានផ្ទះសម្បែង ដូចដែលបានកំណត់ក្នុងផ្នែកទី 91.5 នៃចំណងជើង 24 នៃក្រមនៃបទប្បញ្ញត្តិសហព័ន្ធ ឬ
- សមាជិកដែលមានហានិភ័យនៃការជួបប្រទះភាពគ្មានផ្ទះសម្បែង និងមានស្ថានភាពជំងឺរ៉ាំរ៉ៃធ្ងន់ធ្ងរមួយ ឬច្រើន មានជំងឺផ្លូវចិត្តធ្ងន់ធ្ងរ មានហានិភ័យនៃការស្នាក់ព្យាបាលរយៈពេលយូរ ឬការប្រើប្រាស់ថ្នាំហួសកម្រិត ឬកំពុងទាមទារសេវាកម្មលំនៅឋាន ដោយសារបញ្ហានៃការប្រើប្រាស់សារធាតុញៀន ឬមានការរំខានដល់អារម្មណ៍ធ្ងន់ធ្ងរ (កុមារ និងមនុស្សវ័យជំទង់) កំពុងទទួលបាន ECM ឬជាយុវជនក្នុងវ័យអន្តរកាលដែលមានឧបសគ្គយ៉ាងសំខាន់ចំពោះស្ថេរភាពលំនៅឋាន ដូចជាការផ្តន្ទាទោសមួយ ឬច្រើន ប្រវត្តិនៃការថែទាំកូនចិញ្ចឹម ការជាប់ពាក់ព័ន្ធជាមួយប្រព័ន្ធយុត្តិធម៌អនីតិជន ឬប្រព័ន្ធយុត្តិធម៌ព្រហ្មទណ្ឌ និង/ឬមានជំងឺផ្លូវចិត្តធ្ងន់ធ្ងរ និង/ ឬកុមារ ឬក្មេងជំទង់ដែលមានការរំខានផ្លូវចិត្តធ្ងន់ធ្ងរ និង/ឬជាជនរងគ្រោះនៃការជួញដូរ ឬអំពើហិង្សាក្នុងគ្រួសារ។

ប្រាក់កក់លំនៅឋាន៖ ជួយសមាជិកដែលកំពុងជួបប្រទះភាពគ្មានផ្ទះសម្បែងជាមួយនឹងការកំណត់អត្តសញ្ញាណ ការសម្របសម្រួល ការធានា ឬការផ្តល់មូលនិធិដល់សេវាកម្មតែម្តង និងការកែប្រែដែលចាំបាច់ ដើម្បីឱ្យបុគ្គលម្នាក់អាចបង្កើតគ្រួសារជាមូលដ្ឋានដែលមិនមានបន្ទប់ និងអាហារ។ សេវាកម្មទាំងនេះត្រូវតែត្រូវបានកំណត់ថាសមហេតុផល និងចាំបាច់នៅក្នុងគម្រោងគាំទ្រលំនៅឋានផ្ទាល់ខ្លួនរបស់បុគ្គលម្នាក់ៗ ហើយអាចប្រើបានលុះត្រាតែសមាជិកមិនអាចបំពេញការចំណាយបែបនេះបាន។ សមាជិកត្រូវតែទទួល ឬត្រូវបានបញ្ជូនបន្តទៅសេវាកម្មជំនួយស្វែងរកការផ្លាស់ប្តូរលំនៅឋាន CS។

សិទ្ធិទទួលបាន៖

- សមាជិកដែលបានទទួលសេវាកម្មជំនួយស្វែងរកការផ្លាស់ប្តូរលំនៅឋាន CS ឬ
- សមាជិកដែលត្រូវបានផ្តល់អាទិភាពសម្រាប់អង្គភាពលំនៅឋានដែលមានការគាំទ្រអចិន្ត្រៃយ៍ ឬធនធានឧបត្ថម្ភធនជួលតាមរយៈ CES ដែលគ្មានផ្ទះសម្បែងក្នុងតំបន់ ឬប្រព័ន្ធស្រដៀងគ្នា ឬ
- សមាជិកដែលបំពេញតាមនិយមន័យ HUD នៃអ្នកគ្មានផ្ទះសម្បែង និងអ្នកដែលកំពុងទទួលបាន ECM ឬដែលមានលក្ខខណ្ឌជំងឺរ៉ាំរ៉ៃធ្ងន់ធ្ងរមួយ ឬច្រើន និង/ឬជំងឺផ្លូវចិត្តធ្ងន់ធ្ងរ និង/ឬមានហានិភ័យពីការស្នាក់ព្យាបាលរយៈពេលយូរ ឬតម្រូវឱ្យមានសេវាកម្មលំនៅឋានដែលជាលទ្ធផលចំពោះវិបត្តិនៃការប្រើប្រាស់សារធាតុញៀន។
- ការរឹតបន្តឹង/ដែនកំណត់៖ អាចប្រើបានម្តងក្នុងមួយជីវិតរបស់សមាជិក។ ប្រាក់កក់លំនៅឋានអាចទទួលបានការយល់ព្រមតែម្តងបន្ថែមទៀតប៉ុណ្ណោះ។ ការបញ្ជូនបន្តត្រូវតែផ្តល់ឯកសារអំពីលក្ខខណ្ឌណាដែលបានផ្លាស់ប្តូរ ដើម្បីបង្ហាញពីមូលហេតុដែលការផ្តល់ប្រាក់កក់លំនៅឋាននឹងទទួលបានជោគជ័យបន្ថែមទៀតនៅលើការព្យាយាមលើកទីពីរ។

សេវាជំនួយនៃការជួល និងស្ថិរភាពលំនៅឋាន៖ ផ្តល់សេវាជំនួយនៃការជួល និងស្ថិរភាពលំនៅឋាន ដើម្បីរក្សាលំនៅឋានប្រកបដោយសុវត្ថិភាព និងស្ថិរភាព នៅពេលដែលលំនៅឋានត្រូវបានធានាសម្រាប់សមាជិកដែលធ្លាប់ជួបប្រទះភាពគ្មានផ្ទះសម្បែង ហើយឥឡូវនេះទើបមានផ្ទះថ្មី។

សិទ្ធិទទួលបាន៖

- សមាជិកដែលបានទទួលសេវាស្វែងរក/ការផ្លាស់ប្តូរលំនៅឋាន CS ឬ

- សមាជិកដែលត្រូវបានផ្តល់អាទិភាពសម្រាប់អង្គភាពលំនៅឋានដែលមានការគាំទ្រអចិន្ត្រៃយ៍ ឬធនធានឧបត្ថម្ភធនជួលតាមរយៈ CES ដែលគ្មានផ្ទះសម្បែងក្នុងតំបន់ ឬប្រព័ន្ធស្រដៀងគ្នា ឬ
- សមាជិកដែលបំពេញតាមនិយមន័យ HUD នៃអ្នកគ្មានផ្ទះសម្បែង និងអ្នកដែលកំពុងទទួល ECM ឬដែលមានលក្ខខណ្ឌជំងឺរ៉ាំរ៉ៃធ្ងន់ធ្ងរមួយ ឬច្រើន និង/ឬជំងឺផ្លូវចិត្តធ្ងន់ធ្ងរ និង/ឬមានហានិភ័យនៃការស្នាក់ព្យាបាលរយៈពេលយូរ ឬតម្រូវឱ្យមានសេវាកម្មលំនៅឋានដែលជាលទ្ធផលនៃបញ្ហានៃការប្រើប្រាស់សារធាតុញៀន ឬ
- សមាជិកដែលបំពេញតាមនិយមន័យ HUD នៃហានិភ័យពីភាពគ្មានផ្ទះសម្បែង ដូចដែលបានកំណត់ក្នុងផ្នែកទី 91.5 នៃចំណងជើង 24 នៃក្រមនៃបទប្បញ្ញត្តិសហព័ន្ធ ឬ
- សមាជិកដែលមានហានិភ័យនៃការជួបប្រទះភាពគ្មានផ្ទះសម្បែង និងមានស្ថានភាពជំងឺរ៉ាំរ៉ៃធ្ងន់ធ្ងរមួយ ឬច្រើន មានជំងឺផ្លូវចិត្តធ្ងន់ធ្ងរ មានហានិភ័យនៃការស្នាក់ព្យាបាលរយៈពេលយូរ ឬការប្រើប្រាស់ថ្នាំហួសកម្រិត ឬកំពុងទាមទារសេវាកម្មលំនៅឋាន ដោយសារបញ្ហានៃការប្រើប្រាស់សារធាតុញៀន ឬមានការរំខានដល់អារម្មណ៍ធ្ងន់ធ្ងរ (កុមារ និងមនុស្សវ័យជំទង់) កំពុងទទួលបាន ECM ឬជាយុវជនក្នុងវ័យអន្តរកាលដែលមានឧបសគ្គយ៉ាងសំខាន់ចំពោះស្ថេរភាពលំនៅឋាន ដូចជាការផ្តន្ទាទោសមួយ ឬច្រើន ប្រវត្តិនៃការថែទាំកូនចិញ្ចឹម ការជាប់ពាក់ព័ន្ធជាមួយប្រព័ន្ធយុត្តិធម៌អនីតិជន ឬប្រព័ន្ធយុត្តិធម៌ព្រហ្មទណ្ឌ និង/ឬមានជំងឺផ្លូវចិត្តធ្ងន់ធ្ងរ និង/ ឬកុមារ ឬក្មេងជំទង់ដែលមានការរំខានផ្លូវចិត្តធ្ងន់ធ្ងរ និង/ឬជាជនរងគ្រោះនៃការជួញដូរ ឬអំពើហិង្សាក្នុងគ្រួសារ។
- ការរឹតបន្តឹង/ដែនកំណត់៖ សេវាកម្មជួលលំនៅឋាន និងនិរន្តរភាពមានសម្រាប់តែរយៈពេលតែមួយប៉ុណ្ណោះក្នុងមួយជីវិតរបស់បុគ្គលម្នាក់ៗ ហើយអាចត្រូវបានអនុម័តពេលបន្ថែមមួយទៀត។ ការបញ្ជូនបន្តត្រូវតែផ្តល់ឯកសារអំពីលក្ខខណ្ឌអ្វីខ្លះដែលបានផ្លាស់ប្តូរ ដើម្បីបង្ហាញពីមូលហេតុដែលការផ្តល់សេវាកម្មជួលលំនៅឋាន និងនិរន្តរភាពនឹងទទួលបានជោគជ័យបន្ថែមទៀតនៅលើការប៉ុនប៉ងលើកទីពីរ។

កន្លែងស្នាក់នៅក្រោយពេលសម្រាកព្យាបាលក្នុងមន្ទីរពេទ្យរយៈពេលខ្លី សមាជិកដែលមិនមានលំនៅឋាន និងមានតម្រូវការផ្នែកសុខភាព ឬផ្នែកអាកប្បកិរិយាខ្ពស់ មានឱកាសបន្តការស្តារឡើងវិញនូវបញ្ហាការប្រើប្រាស់ថ្នាំញៀន/វិកលចរិក/សារធាតុញៀនរបស់ពួកគេភ្លាមៗ បន្ទាប់ពីចេញពីមន្ទីរពេទ្យសម្រាប់អ្នកជំងឺស្នាក់ព្យាបាល ការព្យាបាលបញ្ហាការប្រើប្រាស់សារធាតុញៀនក្នុងលំនៅឋាន ឬកន្លែងស្តារឡើងវិញ ការព្យាបាលសុខភាពផ្លូវចិត្តនៅមណ្ឌល កន្លែងថែទាំ មណ្ឌលកែប្រែ កន្លែងថែទាំ ឬការថែទាំព្យាបាលឱ្យជាសះស្បើយ និងជៀសវាងការប្រើប្រាស់សេវាគម្រោងរដ្ឋនានាបន្ថែមទៀត។

សិទ្ធិទទួលបាន៖

- សមាជិកដែលមានបញ្ហាសុខភាព/អាកប្បកិរិយា ដែលជួបប្រទះភាពគ្មានផ្ទះសម្បែងពេលចេញពីមន្ទីរពេទ្យ ត្រូវការដូចជាការកន្លែងព្យាបាលការប្រើប្រាស់សារធាតុញៀន ឬសុខភាពផ្លូវចិត្ត មណ្ឌលកែប្រែ កន្លែងថែទាំ ឬការថែទាំព្យាបាលឱ្យជាសះស្បើយដែលទំនងជានឹងបណ្តាលឱ្យមានការសម្រាកព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យ សម្រាកព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យឡើងវិញ ឬការចុះឈ្មោះស្នាក់ព្យាបាលរយៈពេលយូរម្តងទៀត និង
- សមាជិកដែលកំពុងចាកចេញពីការថែទាំព្យាបាលឱ្យជាសះស្បើយ ឬ
- សមាជិកដែលកំពុងចាកចេញពីការស្នាក់សម្រាកក្នុងមន្ទីរពេទ្យសម្រាប់អ្នកជំងឺស្នាក់ព្យាបាល (ស្រួចស្រាវ វិកលចរិក ឬការពឹងផ្អែកលើគីមី និងការស្តារឡើងវិញ) កន្លែងព្យាបាល/ស្តារឡើងវិញពីការប្រើប្រាស់សារធាតុញៀន កន្លែងព្យាបាលសុខភាពផ្លូវចិត្តតាមលំនៅឋាន មណ្ឌលកែប្រែ ឬកន្លែងថែទាំ និងដែលជួបមួយក្នុងចំណោមបីខាងក្រោម (3) លក្ខណៈវិនិច្ឆ័យ:
- សមាជិកដែលបំពេញតាមនិយមន័យ HUD នៃអ្នកគ្មានផ្ទះសម្បែង និងអ្នកដែលកំពុងទទួល ECM ឬដែលមានលក្ខខណ្ឌជំងឺរ៉ាំរ៉ៃធ្ងន់ធ្ងរមួយ ឬច្រើន និង/ឬជំងឺផ្លូវចិត្តធ្ងន់ធ្ងរ និង/ឬមានហានិភ័យនៃការស្នាក់ព្យាបាលរយៈពេលយូរ ឬតម្រូវឱ្យមានសេវាកម្មលំនៅឋានដែលជាលទ្ធផលនៃបញ្ហានៃការប្រើប្រាស់សារធាតុញៀន ឬ

ការថែទាំព្យាបាលឱ្យជាសះស្បើយ (សម្រាកព្យាបាល)៖ សមាជិកដែលត្រូវការការថែទាំនៅលំនៅឋានរយៈពេលខ្លី ដែលលែងត្រូវការសម្រាកព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យ ប៉ុន្តែនៅតែត្រូវការជាសះស្បើយពីរបួស ឬជំងឺ (រួមទាំងស្ថានភាពសុខភាពអាកប្បកិរិយា) ហើយស្ថានភាពរបស់ពួកគេនឹងកាន់តែធ្ងន់ធ្ងរឡើងដោយសារបរិយាកាសរស់នៅមិនស្ថិតស្ថេរ។ព័ត៌មានគ្លីនិកត្រូវតែផ្តល់ជូន។

សិទ្ធិទទួលបាន៖

- សមាជិកដែលមានហានិភ័យនៃការសម្រាកព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យ ឬក្រោយមន្ទីរពេទ្យ ហើយរស់នៅតែម្នាក់ឯងដោយគ្មានជំនួយផ្លូវការ ឬប្រឈមមុខនឹងអសន្តិសុខលំនៅឋាន ឬមានលំនៅឋានដែលអាចបង្កគ្រោះថ្នាក់ដល់សុខភាព និងសុវត្ថិភាពរបស់ពួកគេដោយគ្មានការកែប្រែ

  ឬ
- សមាជិកដែលបំពេញតាមនិយមន័យរបស់លំនៅឋាន និងការអភិវឌ្ឍទីក្រុង (HUD) ថាជាអ្នកគ្មានផ្ទះសម្បែង និងដែលកំពុងទទួលបាន ECM ឬដែលមានលក្ខខណ្ឌជំងឺរ៉ាំរ៉ៃធ្ងន់ធ្ងរមួយ ឬច្រើន និង/ឬជំងឺផ្លូវចិត្តធ្ងន់ធ្ងរ និង/ឬមានហានិភ័យនៃការស្នាក់ព្យាបាលរយៈពេលយូរ ឬតម្រូវឱ្យមានសេវាកម្មលំនៅឋានដែលជាលទ្ធផលនៃបញ្ហានៃការប្រើប្រាស់សារធាតុញៀន

ឬ
- សមាជិកដែលបំពេញតាមនិយមន័យរបស់ HUD ថាមានហានិភ័យពីភាពគ្មានផ្ទះសម្បែង ឬ
- សមាជិកដែលមានហានិភ័យនៃការជួបប្រទះភាពគ្មានផ្ទះសម្បែង និងមានស្ថានភាពជំងឺរ៉ាំរ៉ៃធ្ងន់ធ្ងរមួយ ឬច្រើន មានជំងឺផ្លូវចិត្តធ្ងន់ធ្ងរ មានហានិភ័យនៃការស្នាក់ព្យាបាលរយៈពេលយូរ ឬការប្រើប្រាស់ថ្នាំហួសកម្រិត ឬកំពុងទាមទារសេវាកម្មលំនៅឋាន ដោយសារបញ្ហានៃការប្រើប្រាស់សារធាតុញៀន ឬមានការរំខានដល់អារម្មណ៍ធ្ងន់ធ្ងរ (កុមារ និងមនុស្សវ័យជំទង់) កំពុងទទួលបាន ECM ឬជាយុវជនក្នុងវ័យអន្តរកាលដែលមានឧបសគ្គយ៉ាងសំខាន់ចំពោះស្ថេរភាពលំនៅឋាន ដូចជាការផ្តន្ទាទោសមួយ ឬច្រើន ប្រវត្តិនៃការថែទាំកូនចិញ្ចឹម ការជាប់ពាក់ព័ន្ធជាមួយប្រព័ន្ធយុត្តិធម៌អនីតិជន ឬប្រព័ន្ធយុត្តិធម៌ព្រហ្មទណ្ឌ និង/ឬមានជំងឺផ្លូវចិត្តធ្ងន់ធ្ងរ និង/ ឬកុមារ ឬក្មេងជំទង់ដែលមានការរំខានផ្លូវចិត្តធ្ងន់ធ្ងរ និង/ឬជាជនរងគ្រោះនៃការជួញដូរ ឬអំពើហិង្សាក្នុងគ្រួសារ។
- ការរឹតបន្តឹង/ដែនកំណត់៖ ការថែទាំព្យាបាលឱ្យជាសះស្បើយគឺមិនលើសពីកៅសិប (90) ថ្ងៃក្នុងរយៈពេលបន្ត។ រយៈពេលថែទាំកៅសិប (90) ថ្ងៃនៃការថែទាំព្យាបាលឱ្យជាសះស្បើយអាចចាប់ផ្តើមឡើងវិញ ប្រសិនបើសមាជិកត្រូវបានសម្រាកព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យឡើងវិញដោយមានការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យខុសគ្នាក្នុងអំឡុងពេល និង/ឬបន្ទាប់ពីការអនុញ្ញាតដំបូងកៅសិប (90) ថ្ងៃ ផ្តល់ចាលក្ខខណ្ឌនៃការថែទាំជាសះស្បើយត្រូវបានបំពេញនោះ។

សេវាកម្មថែទាំបណ្តោះអាសន្ន៖ បានផ្តល់ជូនអ្នកថែទាំនៅពេលដែលសេវានេះមានប្រយោជន៍ និងចាំបាច់ដើម្បីរក្សាសមាជិកនៅក្នុងផ្ទះរបស់ពួកគេ និងដើម្បីទប់ស្កាត់ការអស់កម្លាំងរបស់អ្នកថែទាំ ដើម្បីជៀសវាងសេវាស្នាក់ព្យាបាលរយៈពេលយូរ។ សេវាត្រូវបានផ្តល់ជូនក្នុងរយៈពេលខ្លី ដោយសារតែអវត្តមាន ឬត្រូវការការស្តារកម្លាំងសម្រាប់អ្នកថែទាំ និងមិនមែនជាលក្ខណនៃផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រនោះ។ សេវានេះគឺសម្រាប់តែការសម្រាករបស់អ្នកថែទាំតែប៉ុណ្ណោះ ហើយដើម្បីជៀសវាងការដាក់ទៅមណ្ឌលថែទាំរយៈពេលវែង។

- សមាជិកដែលបំពេញតាមនិយមន័យ HUD នៃហានិភ័យពីភាពគ្មានផ្ទះសម្បែង ដូចដែលបានកំណត់ក្នុងផ្នែកទី 91.5 នៃចំណងជើង 24 នៃក្រមបទប្បញ្ញត្តិសហព័ន្ធ ឬ
- សមាជិកដែលមានហានិភ័យពីការជួបប្រទះភាពគ្មានផ្ទះសម្បែង និងមានស្ថានភាពជំងឺរ៉ាំរ៉ៃធ្ងន់ធ្ងរមួយឬច្រើន មានជំងឺផ្លូវចិត្តធ្ងន់ធ្ងរ មានហានិភ័យពីការស្នាក់ព្យាបាលរយៈពេលយូរឬការប្រើប្រាស់ឱសថលើសកម្រិត ឬកំពុងត្រូវការសេវាកម្មលំនៅឋាន ដោយសារវិបត្តិពីការប្រើប្រាស់សារធាតុញៀន ឬមានការរំខានដល់អារម្មណ៍ធ្ងន់ធ្ងរ (កុមារ និងមនុស្សវ័យជំទង់) កំពុងទទួលបាន ECM ឬជាយុវជនក្នុងវ័យអន្តរកាលដែលមានឧបសគ្គយ៉ាងសំខាន់ចំពោះស្ថេរភាពលំនៅឋាន ដូចជាការផ្តន្ទាទោសមួយ ឬច្រើន ប្រវត្តិនៃការថែទាំកូនចិញ្ចឹម ការជាប់ពាក់ព័ន្ធជាមួយប្រព័ន្ធយុត្តិធម៌អនីតិជន ឬប្រព័ន្ធយុត្តិធម៌ព្រហ្មទណ្ឌ និង/ឬ មានជំងឺផ្លូវចិត្តធ្ងន់ធ្ងរ និង/ឬកុមារ ឬក្មេងជំទង់ដែលមានការរំខានផ្លូវចិត្តធ្ងន់ធ្ងរ និង/ឬជាជនរងគ្រោះនៃការជួញដូរ ឬអំពើហិង្សាក្នុងគ្រួសារ។
- ការរឹតបន្តឹង/ដែនកំណត់៖ កន្លែងស្នាក់នៅក្រោយពេលសម្រាកព្យាបាលក្នុងមន្ទីរពេទ្យរយៈពេលខ្លីអាចប្រើបានម្តងក្នុងមួយជីវិតរបស់សមាជិក ហើយមិនអាចលើសពីរយពេលប្រាំមួយ (6) ខែ (ប៉ុន្តែអាចត្រូវបានអនុញ្ញាតសម្រាប់រយៈពេលខ្លីជាងនេះដោយផ្អែកលើតម្រូវការរបស់សមាជិក)។

សិទ្ធិទទួលបាន៖

- សមាជិកដែលរស់នៅក្នុងសហគមន៍ ហើយត្រូវបានសម្របសម្រួលនៅក្នុងសកម្មភាពនៃការរស់នៅប្រចាំថ្ងៃរបស់ពួកគេ (ADL) ត្រូវការពឹងផ្អែកលើអ្នកថែទាំដែលមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ ហើយអ្នកថែទាំដែលមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ដែលផ្តល់ការគាំទ្រភាគច្រើនពីសមាជិក ទាមទារការស្តារកម្លាំងអ្នកថែទាំ ដើម្បីជៀសវាងទៅកន្លែងថែទាំរយៈពេលវែងសម្រាប់សមាជិក ឬ
- សមាជិកគឺជាកុមារដែលពីមុនបានទទួលសេវាផ្តល់ការសម្រាកលំហែកាយក្រោមការលើកលែងការថែទាំព្យាបាលកុមារ។
- ការរឹតបន្តឹង/ដែនកំណត់៖ សេវាទាំងនេះ រួមជាមួយនឹងសេវាថែទាំដោយផ្ទាល់ណាមួយដែលត្រូវទទួលបាន មិនអាចលើសពី 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃនៃការថែទាំនោះទេ។ សេវាកម្មថែទាំបណ្តោះអាសន្នមានរយៈពេលជាអតិបរមា 336 ម៉ោងក្នុង មួយឆ្នាំប្រតិទិន។

កម្មវិធីស្តារនីតិសម្បទាពេលថ្ងៃ៖បានផ្តល់ជូននៅក្នុងផ្ទះ ឬនៅក្រៅផ្ទះរបស់សមាជិក មជ្ឈដ្ឋានមិនមែនជាមជ្ឈមណ្ឌលព្យាបាលដើម្បីជួយសមាជិកក្នុងការទទួលបាន ការរក្សាខ្លួន និងការធ្វើឱ្យប្រសើរឡើងនូវជំនួយខ្លួនឯង ទំនាក់ទំនងសង្គម និងជំនាញសម្របខ្លួនដែលចាំបាច់ដើម្បីរស់នៅក្នុងបរិយាកាសធម្មជាតិរបស់សមាជិកដោយជោគជ័យ។

សិទ្ធិទទួលបាន៖

- សមាជិកដែលកំពុងជួបប្រទះភាពគ្មានផ្ទះសម្បែង ឬ
- សមាជិកដែលបានចាកចេញពីភាពគ្មានផ្ទះសម្បែង និងចូលលំនៅឋានក្នុងរយៈពេល 24 ខែចុងក្រោយនេះ ឬ
- សមាជិកដែលមានហានិភ័យពីភាពគ្មានផ្ទះសម្បែង ឬការស្នាក់ព្យាបាលរយៈពេលយូរ ដែលស្ថេរភាពលំនៅឋានរបស់ពួកគេអាចប្រសើរឡើងតាមរយៈការចូលរួមក្នុងកម្មវិធីស្តារនីតិសម្បទាមួយថ្ងៃ។

មណ្ឌលថែទាំសុខភាព/ការផ្លាស់ប្តូរទៅមជ្ឈមណ្ឌលជំនួយក្នុងការរស់នៅ ដូចជាមណ្ឌលថែទាំនៅតាមលំនៅឋានសម្រាប់មនុស្សចាស់ជរា និងកន្លែងស្នាក់នៅសម្រាប់មនុស្សពេញវ័យ៖ជួយសមាជិកឱ្យរស់នៅក្នុងសហគមន៍ និង/ឬជៀសវាងការស្នាក់ព្យាបាលរយៈពេលយូរនៅពេលដែលអាចធ្វើទៅបាន។ ជួយសម្រួលដល់ការផ្លាស់ប្តូរថែទាំត្រឡប់ទៅជាដូចផ្ទះ មជ្ឈដ្ឋានសហគមន៍ និង/ឬការពារការចុះឈ្មោះចូលការថែទាំដែលមានជំនាញសម្រាប់សមាជិកដែលមានតម្រូវការបន្ទាន់សម្រាប់កម្រិតថែទាំ (LOC)។ សមាជិកមានជម្រើសនៃការរស់នៅក្នុងកន្លែងរស់នៅដែលមានជំនួយជាជម្រើសមួយសម្រាប់ការដាក់រយៈពេលយូរនៅក្នុងមណ្ឌលថែទាំនៅពេលដែលពួកគេបំពេញតាមលក្ខខណ្ឌតម្រូវនៃសិទ្ធិទទួលបាន។ កម្មវិធីផ្លាស់ប្តូររបស់សហគមន៍នៃរដ្ឋ California (CCT) ត្រូវតែត្រូវបានរុករក និងប្រើប្រាស់មុនពេលជំនួយសហគមន៍នេះ។

សិទ្ធិទទួលបាន៖

ការផ្លាស់ប្តូរមណ្ឌលថែទាំ៖

- បានស្នាក់នៅរយៈពេល 60+ ថ្ងៃនៅក្នុងមណ្ឌលថែទាំ និងសុខចិត្តរស់នៅក្នុងកន្លែងរស់នៅដែលមានជំនួយជាជម្រើសជំនួសមណ្ឌលថែទាំ និងអាចរស់នៅដោយសុវត្ថិភាពនៅក្នុងកន្លែងរស់នៅដែលមានជំនួយ ដោយមានការគាំទ្រសមស្រប និងសន្សំសំចៃ។

ការបង្វែរកមណ្ឌលថែទាំ៖

- ចាប់អារម្មណ៍ក្នុងការបន្តរស់នៅក្នុងសហគមន៍ និងសុខចិត្ត និងអាចរស់នៅដោយសុវត្ថិភាពនៅក្នុងកន្លែងរស់នៅដែលមានជំនួយជាមួយនឹងការគាំទ្រ និងសេវាកម្មដែលសមស្រប និងសន្សំសំចៃ ហើយបច្ចុប្បន្នត្រូវតែទទួលបានមណ្ឌលថែទាំដែលចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ LOC ឬបំពេញតាមលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យអប្បបរមា ដើម្បីទទួលបានមណ្ឌលថែទាំ LOC ហើយជំនួសឱ្យការចូលទៅក្នុងមណ្ឌលមួយ កំពុងជ្រើសរើសស្នាក់នៅក្នុងសហគមន៍ និងបន្តទទួលសេវាមណ្ឌលថែទាំចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ LOC នៅឯកន្លែងរស់នៅដែលមានជំនួយ។

ការរឹតបន្តឹង/ដែនកំណត់៖ សមាជិកត្រូវទទួលខុសត្រូវដោយផ្ទាល់លើការបង់ប្រាក់លើការរស់នៅរបស់ពួកគេផ្ទាល់។

សេវាផ្លាស់ប្តូរសហគមន៍/មណ្ឌលថែទាំ ការផ្លាស់ប្តូរទៅលំនៅឋាន៖ ជួយសមាជិកដែលបានរស់នៅក្នុងមណ្ឌលថែទាំឱ្យរស់នៅក្នុងសហគមន៍ និងជៀសវាងការស្នាក់ព្យាបាលរយៈពេលយូរបន្ថែមទៀត ដោយទទួលបានគាំទ្រសមាជិកក្នុងការស្នាក់នៅក្នុងលំនៅឋានឯកជន និងការធានារ៉ាប់រងលើការចំណាយលើការដំឡើងដែលមិនកើតឡើងដដែលៗ។

សិទ្ធិទទួលបាន៖

- សមាជិកដែលកំពុងទទួលបានសេវាថែទាំចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ (LOC) កម្រិតថែទាំ និងជំនួសឱ្យការបន្តរស់នៅក្នុងមណ្ឌលថែទាំ ឬមណ្ឌលសម្រាកព្យាបាលបណ្តោះអាសន្ន ដែលកំពុងជ្រើសរើសការផ្លាស់ប្តូរទៅផ្ទះ និងបន្តទទួលសេវាថែទាំចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ LOC និង
  - បានរស់នៅ 60+ ថ្ងៃនៅក្នុងមណ្ឌលថែទាំ និង/ឬ កន្លែងសម្រាកព្យាបាល និង
  - មានចំណាប់អារម្មណ៍ក្នុងការផ្លាស់ប្តូរត្រឡប់ទៅសហគមន៍ និង
  - អាចរស់នៅក្នុងសហគមន៍ដោយសុវត្ថិភាព ជាមួយនឹងការគាំទ្រ និងសេវាកម្មដែលសមស្រប និងមានប្រសិទ្ធភាព។
- ការរឹតបន្តឹង/ដែនកំណត់៖ សេវាផ្លាស់ប្តូរសហគមន៍/ការផ្លាស់ប្តូរមណ្ឌលថែទាំទៅ លំនៅឋានដែលមានម្តងក្នុងមួយជីវិតរបស់បុគ្គលម្នាក់ ជាមួយនឹងអតិបរមាពេញមួយជីវិតចំនួន $7,500។ សេវាកម្មផ្លាស់ប្តូរក្នុងសហគមន៍/ការផ្លាស់ប្តូរពីមជ្ឈមណ្ឌលថែទាំទៅ លំនៅឋានអាចត្រូវបានការយល់ព្រមតែម្តងបន្ថែមប៉ុណ្ណោះ។ អ្នកណែនាំត្រូវតែផ្តល់ឯកសារដែលសមាជិកត្រូវបានបង្ខំឱ្យផ្លាស់ទីពីការរៀបចំការរស់នៅដែលដំណើរការដោយអ្នកផ្តល់សេវាទៅការរៀបចំការរស់នៅនៅក្នុងលំនៅឋានឯកជនមួយតាមរយៈកាលៈទេសៈដែលហួសពីការគ្រប់គ្រងរបស់ពួកគេ។

សេវាកម្មផ្លាស់ប្តូរសហគមន៍មិនរាប់បញ្ចូលថ្លៃចំណាយលើការជួល ឬការបញ្ចាំ ថ្លៃអាហារ ថ្លៃសេវាសាធារណៈប្រើប្រាស់ក្នុងផ្ទះជាទៀងទាត់ និង/ឬឧបករណ៍ប្រើប្រាស់ ឬរបស់របរក្នុងផ្ទះប្រចាំខែដែលមានបំណងសម្រាប់គោលបំណងបង្វែរ/កម្សាន្តសុទ្ធសាធឡើយ។

សេវាថែទាំផ្ទាល់ខ្លួន និងសេវាមេផ្ទះ៖ ផ្តល់ការថែទាំសម្រាប់សមាជិកដែលត្រូវការជំនួយជាមួយសកម្មភាពនៃការរស់នៅប្រចាំថ្ងៃ (ADL) និងសកម្មភាពជំនួយឧបករណ៍នៃការរស់នៅប្រចាំថ្ងៃ (IADL)។

សិទ្ធិទទួលបាន៖

- សមាជិកដែលមានហានិភ័យពីការសម្រាកព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យ ឬការស្នាក់ព្យាបាលរយៈពេលយូរនៅក្នុងមណ្ឌលថែទាំ ឬមានឱនភាពមុខងារ និងមិនមានប្រព័ន្ធគាំទ្រគ្រប់គ្រាន់ផ្សេងទៀតជាមួយ៖
  - តម្រូវការខាងលើ និងលើសពីម៉ោងដែលបានយល់ព្រមលើសេវាជំនួយក្នុងផ្ទះ (IHSS) នៅតាមខោនធីណាមួយ នៅពេលដែលត្រូវការម៉ោងបន្ថែម (មិនទាន់សម្រេចការវាយតម្លៃឡើងវិញ) ឬ

- ▪ ដំបូងត្រូវបានបញ្ជូនបន្តទៅ IHSS និងក្នុងអំឡុងពេលរង់ចាំ IHSS ដើម្បីទទួលបានការយល់ព្រម និងជួលអ្នកថែទាំ (សមាជិកត្រូវតែត្រូវបានបញ្ជូនបន្តទៅសេវាជំនួយក្នុងផ្ទះរួចហើយ) ឬ
- ▪ សមាជិកមិនមានសិទ្ធិទទួលបានសេវាជំនួយក្នុងផ្ទះទេ ហើយត្រូវការជំនួយដើម្បីជៀសវាងការស្នាក់នៅរយៈពេលខ្លីនៅក្នុងមណ្ឌលថែទាំដែលមានជំនាញដែលមិនអាចលើសពីរយៈពេល 60 ថ្ងៃ។

ការសម្របសម្រួលលទ្ធភាពប្រើប្រាស់បរិស្ថាន (ការកែប្រែផ្ទះ)៖ ការសម្របខ្លួនទៅនឹងផ្ទះដែលចាំបាច់ដើម្បីធានាសុខភាព សុខុមាលភាព និងសុវត្ថិភាពរបស់សមាជិក ឬធ្វើឱ្យសមាជិកអាចដំណើរការដោយឯករាជ្យកាន់តែច្រើននៅក្នុងផ្ទះ៖ បើគ្មានសមាជិកនឹងទាមទារឱ្យមានការស្នាក់ព្យាបាលរយៈពេលយូរនោះ។

សិទ្ធិទទួលបាន៖

សមាជិកដែលមានហានិភ័យសម្រាប់ការស្នាក់ព្យាបាលរយៈពេលយូរនៅក្នុងមណ្ឌលថែទាំ។

- ការរឹតបន្តឹង/ដែនកំណត់៖ EAA ត្រូវបានបង់រហូតដល់ចំនួនអតិបរមាពេញមួយជីវិតចំនួន $7500។ ការលើកលែងតែមួយគត់ចំពោះចំនួនអតិបរមាសរុប $7500 គឺប្រសិនបើកន្លែងស្នាក់នៅរបស់សមាជិកមានការផ្លាស់ប្តូរ ឬប្រសិនបើស្ថានភាពរបស់សមាជិកបានផ្លាស់ប្តូរយ៉ាងខ្លាំង ដូច្នេះការកែប្រែបន្ថែមទាំងនោះគឺចាំបាច់ដើម្បីធានាសុខភាព សុខុមាលភាព និងសុវត្ថិភាពរបស់សមាជិក ឬចាំបាច់ដើម្បីបើកដំណើរការសមាជិក ដើម្បីដំណើរការដោយឯករាជ្យកាន់តែច្រើននៅក្នុងផ្ទះ និងជៀសវាងការស្នាក់ព្យាបាលរយៈពេលយូរ ឬមន្ទីរពេទ្យ។

ចំណីអាហារ/ម្ហូបអាហារដែលគាំទ្រផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ/ចំណីអាហារដែលរៀបចំតាមផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ៖ ផ្តល់ចំណីអាហារសម្រាប់សមាជិកដែលទើបចេញពីមន្ទីរពេទ្យ ឬមណ្ឌលថែទាំជំនាញ ឬដើម្បីបំពេញតម្រូវការរបបអាហារពិសេសរបស់សមាជិកដែលមានស្ថានភាពជំងឺរ៉ាំរ៉ៃ។

សិទ្ធិទទួលបាន៖

- សមាជិកដែលត្រូវបានចាកចេញពីមន្ទីរពេទ្យ ឬមណ្ឌលថែទាំជំនាញ ឬមានហានិភ័យខ្ពស់ពីការសម្រាកព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យ ឬការដាក់នៅមណ្ឌលថែទាំមនុស្សចាស់ដែលត្រូវបានដាក់បញ្ជូនបន្ត និងបំពេញតាមលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យនឹងទទួលបានអាហាររហូតដល់ពីរ (2) ក្នុងមួយថ្ងៃ និង/ឬអាហារជំនួយផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្ररហូតដល់បួន (4) សប្តាហ៍សម្រាប់ការសម្រាកនៅមន្ទីរពេទ្យអតិបរមាដប់ពីរ (12) សប្តាហ៍ក្នុងមួយឆ្នាំតាមប្រតិទិន។
- បុគ្គលដែលមានស្ថានភាពជំងឺរ៉ាំរ៉ៃ រួមមានជាអាទិ៍ជំងឺទឹកនោមផ្អែម ជំងឺសរសៃឈាមបេះដូង ជំងឺខ្សោយបេះដូងកកស្ទះ ជំងឺដាច់សរសៃឈាមខួរក្បាល ជំងឺសួតរ៉ាំរ៉ៃ វីរុស human immunodeficiency virus (HIV) ជំងឺមហារីក ជំងឺទឹកនោមផ្អែមពេលមានគភ៌ ឬលក្ខខណ្ឌគ្រោះថ្នាក់ខ្ពស់ផ្សេងទៀត និងជំងឺរ៉ាំរ៉ៃ ឬពិការផ្លូវចិត្ត/ បញ្ហាសុខភាពអាកប្បកិរិយា។

មជ្ឈមណ្ឌលព្យាបាលសារធាតុស្រវឹង៖ផ្តល់ទិសដៅជំនួសសម្រាប់សមាជិកដែលត្រូវបានរកឃើញថាស្រវឹងជាសាធារណៈ (ដោយសារតែគ្រឿងស្រវឹង និង/ឬថ្នាំផ្សេងទៀត) ហើយបើមិនដូច្នេះទេនឹងត្រូវដឹកទៅមន្ទីរសង្គ្រោះបន្ទាន់ ឬពន្ធនាគារ។ សេវាកម្មដែលទទួលបានការធានារ៉ាប់រងគឺមានរយៈពេលតិចជាង 24 ម៉ោង។

សិទ្ធិទទួលបាន៖

- សមាជិកដែលមានអាយុចាប់ពី 18 ឆ្នាំឡើងទៅដែលបានស្រវឹងវង្វេង ប៉ុន្តែនៅដឹងខ្លួន នៅសហការបាន អាចដើរបាន ដោយគ្មានហឹង្សា និងរួចផុតពីទុក្ខព្រួយផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រណាមួយ (រួមទាំងរោគសញ្ញានៃការដកខ្លួនដែលគំរាមកំហែងដល់អាយុជីវិត ឬរោគសញ្ញាមូលដ្ឋានជាក់ស្តែង) ហើយអ្នកដែលនឹងត្រូវបញ្ជូនទៅផ្នែកសង្គ្រោះបន្ទាន់ ឬពន្ធនាគារ ឬ ដែលបានបង្ហាញនៅផ្នែកសង្គ្រោះបន្ទាន់ ហើយសមស្របនឹងការបង្វែរទៅមជ្ឈមណ្ឌលបំបាត់ភាពស្រវឹង។

ការកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ជំងឺហឺត៖ជួយសមាជិកតាមរយៈការកំណត់អត្តសញ្ញាណ ការសម្របសម្រួល ការធានា ឬការផ្តល់មូលនិធិដល់សេវាកម្ម និងការកែប្រែដែលចាំបាច់ចំពោះបរិយាកាសក្នុងផ្ទះ ដើម្បីធានាបាននូវសុខភាព សុខុមាលភាព និងសុវត្ថិភាពរបស់បុគ្គល ឬដើម្បីឱ្យបុគ្គលអាចដំណើរការនៅក្នុងផ្ទះដោយគ្មានជំងឺហឺតស្រួចស្រាវ ដែលអាចបណ្តាលឱ្យមានតម្រូវការសម្រាប់សេវាកម្មក្នុងគ្រាអាសន្ន និងមន្ទីរពេទ្យ។ ការបញ្ជូនបន្តត្រូវតែទទួលបានការចុះហត្ថលេខាដោយអ្នកជំនាញថែទាំសុខភាពដែលមានអាជ្ញាបណ្ណ។

សិទ្ធិទទួលបាន៖

- សមាជិកដែលមានជំងឺហឺតដែលគ្រប់គ្រងមិនបានល្អ (ត្រូវបានកំណត់ដោយការទៅជួបពិគ្រោះផ្នែកគ្រាអាសន្ន ឬការសម្រាកព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យ ឬគ្រូពេទ្យថែទាំបឋមពីររូប (PCP) ឬការជួបពិគ្រោះលើការថែទាំបន្ទាន់ក្នុងរយៈពេល 12 ខែកន្លងទៅ ឬពិន្ទុ 19 ឬទាបជាងនៅលើការធ្វើតេស្តអំពីគ្រប់គ្រងជំងឺហឺត) សម្រាប់អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពដែលមានអាជ្ញាបណ្ណ ដែលបានចងក្រងជាឯកសារថា សេវាកម្មនេះទំនងជានឹងជួយជៀសវាងការចូលមន្ទីរពេទ្យដែលទាក់ទងនឹងជំងឺហឺត ការទៅជួបពិគ្រោះផ្នែកគ្រាអាសន្ន ឬសេវាកម្មដែលមានតម្លៃខ្ពស់ផ្សេងទៀត។

- ការរឹតបន្តឹង/ដែនកំណត់៖ មូលនិធិគម្រោងកាត់បន្ថយជំងឺហឺតត្រូវតែត្រូវបានរុករក និងប្រើប្រាស់មុនពេល CS។ ការព្យាបាលជំងឺហឺតគឺអាចប្រើបានម្តងក្នុងមួយជីវិតរបស់បុគ្គលម្នាក់ដែលមានទឹកប្រាក់ជាអតិបរមាពេញមួយជីវិតចំនួន $7,500។ ការព្យាបាលជំងឺហឺតអាចទទួលបានការយល់ព្រមតែម្តងបន្ថែមទៀតប៉ុណ្ណោះ។ អ្នកណែនាំត្រូវតែផ្តល់ឯកសារដែលពិពណ៌នាអំពីការផ្លាស់ប្តូរសំខាន់ៗចំពោះលក្ខខណ្ឌដែលការកែប្រែបន្ថែមគឺចាំបាច់ដើម្បីធានាសុខភាព សុខុមាលភាព និងសុវត្ថិភាពរបស់សមាជិក ឬចាំបាច់ដើម្បីឱ្យសមាជិកអាចបំពេញមុខងារដោយឯករាជ្យកាន់តែច្រើននៅក្នុងផ្ទះ និងជៀសវាងការរៀបចំការស្នាក់ព្យាបាលរយៈពេលយូរ ឬការសម្រាកព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យ។

ការគាំទ្រពីសហគមន៍ទាំងអស់ លើកលែងតែមជ្ឈមណ្ឌលបំបាត់ភាពស្រវឹងទាមទារការយល់ព្រមជាមុនដោយ Molina។

ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយ ឬចង់ស្វែងយល់ថាតើជំនួយសហគមន៍ណាមួយដែលអាចមានសម្រាប់អ្នក សូមទូរសព្ទទៅលេខ (888) 665-4621 TTY: 711 ឬទូរសព្ទទៅអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក។

F. អត្ថប្រយោជន៍ដែលធានារ៉ាប់រងនៅខាងក្រៅគម្រោងរបស់យើង

យើងមិនធានារ៉ាប់រងលើសេវាខាងក្រោមទេ ប៉ុន្តែសេវាកម្មទាំងនោះអាចរកបានតាមរយៈ Original Medicare ឬ Medi-Cal សម្រាប់ថ្លៃចំណាយតាមសេវា។

F1. កម្មវិធីផ្លាស់ប្តូររបស់សហគមន៍នៃរដ្ឋ California (CCT)

កម្មវិធីផ្លាស់ប្តូររបស់សហគមន៍នៃរដ្ឋ California (CCT) ប្រើអង្គការដឹកនាំក្នុងតំបន់ដើម្បីជួយដល់អ្នកទទួលផល Medi-Cal ឱ្យមានសិទ្ធិទទួលបាន ដែលបានរស់នៅក្នុងមណ្ឌលថែទាំអ្នកជំងឺស្នាក់ព្យាបាលយ៉ាងហោចណាស់រយៈពេល 90 ថ្ងៃជាប់ៗគ្នា ផ្លាស់ប្តូរមក ហើយរក្សាសុវត្ថិភាពនៅកន្លែងសហគមន៍។ កម្មវិធី CCT ផ្តល់មូលនិធិដល់សេវាសម្របសម្រួលអន្តរកាលអំឡុង រយៈពេលមុនអន្តរកាលនិងក្រោយអន្តរកាល 365 ថ្ងៃដើម្បីជួយដល់អ្នកទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ក្នុងការផ្លាស់ទីទៅកាន់ការកំណត់របស់សហគមន៍។

អ្នកអាចទទួលសេវាសម្របសម្រួលការផ្លាស់ប្តូរពីអង្គការនាំមុខ CCT ដែលបម្រើដល់ខោនធីដែលអ្នករស់នៅ។ អ្នកអាចស្វែងរកបញ្ជីអង្គការនាំមុខ CCT និងខោនធីដែលពួកគេបម្រើនៅលើគេហទំព័ររបស់ក្រសួង Department of Health Care Services តាមរយៈ៖ www.dhcs.ca.gov/services/ltc/Pages/CCT។

សម្រាប់សេវាសម្របសម្រួលអន្តរកាល CCT

Medi-Cal បង់ថ្លៃសម្រាប់សេវាកម្មសម្របសម្រួលការផ្លាស់ប្តូរនេះ។ អ្នកមិនចាំបាច់បង់ប្រាក់លើអ្វីទាំងអស់សម្រាប់សេវាកម្មទាំងនេះ។

សម្រាប់សេវាកម្មនានា ដែលមិនជាប់ទាក់ទងនឹងការផ្លាស់ប្តូរ CCT របស់អ្នក

អ្នកផ្តល់សេវានោះនឹងផ្ញើវិក្កយបត្រឱ្យយើងខ្ញុំសម្រាប់សេវាកម្មរបស់អ្នក។ គម្រោងរបស់យើងចំណាយសម្រាប់សេវាកម្មដែលបានផ្តល់បន្ទាប់ពីការផ្លាស់ប្តូររបស់អ្នក។ អ្នកមិនចាំបាច់បង់ប្រាក់លើអ្វីទាំងអស់សម្រាប់សេវាកម្មទាំងនេះ។

ខណៈពេលដែលទទួលបានសេវាកម្មសម្របសម្រួលការផ្លាស់ប្តូរ CCT យើងបង់ថ្លៃសេវាដែលមានរាយក្នុងតារាងអត្ថប្រយោជន៍នៅក្នុង**ផ្នែក D**។

មិនមានការផ្លាស់ប្តូរអ្វីសម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍នៃការធានារ៉ាប់រងលើឱសថក្នុងគម្រោងឡើយ

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

កំណត់ចំណាំ៖ ចំណាំ៖ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការការថែទាំសម្រាប់ការផ្លាស់ប្តូរដែលមិនមែនជា CCT សូមទូរសព្ទទៅអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នកដើម្បីរៀបចំសេវាកម្មនេះ។ ការថែទាំសម្រាប់ការផ្លាស់ប្តូរដែលមិនមែនជា CCT គឺជាការថែទាំដែលមិនទាក់ទងទៅនឹងការផ្លាស់ប្តូររបស់អ្នកពីគ្រឹះស្ថាន/មណ្ឌល។

F2. កម្មវិធីសុខភាពធ្មេញ Medi-Cal

សេវាសុខភាពធ្មេញជាក់លាក់អាចរកបានតាមរយៈកម្មវិធីសុខភាពធ្មេញ Medi-Cal។ ព័ត៌មានបន្ថែមអាចរកបាននៅលើគេហទំព័ រ SmileCalifornia.org ។ សុខភាពធ្មេញ Medi-Cal រួមមានជាអាទិ៍ សេវាកម្មដូចជា៖

- ការពិនិត្យដំបូង ការថតកាំរស្មីអ៊ិច ការសម្អាត និងការព្យាបាលដោយសារធាតុភ្លុយអរ
- ការស្តារឡើងវិញ និងស្រោបធ្មេញ

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) តាមរយៈលេខ (855) 665-4627 TTY៖ 711 បាន 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ ម៉ោងក្នុងតំបន់។ ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** សូមចូលទៅកាន់ www.MolinaHealthcare.com/Medicare។

- ការព្យាបាលឫសធ្មេញ
- ធ្មេញពាក់ដោយផ្នែក និងធ្មេញពាក់ពេញលេញ ការកែតម្រូវ ការព្យាបាល និងការពត់ធ្មេញ

សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមទាក់ទងនឹងអត្ថប្រយោជន៍សុខភាពធ្មេញដែលមាននៅក្នុងកម្មវិធីសុខភាព Medi-Cal ឬ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយក្នុងការស្វែងរកពេទ្យធ្មេញដែលព្រមទទួលយក Medi-Cal សូមទាក់ទងមកកាន់បណ្តាញទូរសព្ទផ្ទែបម្រើសេវាអតិថិជនតាមរយៈលេខ 1-800-322-6384 (អ្នកប្រើ TTY គួរតែទូរសព្ទតាមរយៈលេខ 1-800-735-2922)។ ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ អ្នកតំណាងរបស់កម្មវិធីសុខភាពធ្មេញ Medi-Cal អាចជួយអ្នកចាប់ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក រហូតដល់ម៉ោង 5:00 ល្ងាច ចាប់ពីថ្ងៃចន្ទ រហូតដល់ថ្ងៃសុក្រ។ អ្នកក៏អាចចូលទៅកាន់គេហទំព័រតាមអាសដ្ឋាន smilecalifornia.org/ ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែម។

នៅក្នុងខោនធី Sacramento និង Los Angeles អ្នកអាចទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍សុខភាពធ្មេញរបស់ Medi-Cal តាមរយៈគម្រោង Dental Managed Care (DMC)។ បើសិនអ្នកត្រូវការព័ត៌មានបន្ថែមអំពីគម្រោងដែលស្ថិតក្រោមកម្មវិធីសុខភាពធ្មេញ Medi-Cal ឬចង់ធ្វើការផ្លាស់ប្តូរ សូមទាក់ទងទៅកាន់ផ្នែកជម្រើសថែទាំសុខភាព តាមរយៈលេខ 1-800-430-4263 (អ្នកប្រើ TTY សូមទូរសព្ទទៅកាន់លេខ 1-800-430-7077) ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 6:00 ល្ងាច។ ការហៅទូរសព្ទគឺឥតគិតថ្លៃ។ ទំនាក់ទំនង DMC អាចក៏មាននៅទីនេះផងដែរតាមរយៈគេហទំព័រ៖ www.dhcs.ca.gov/services/Pages/ManagedCarePlanDirectory.aspx។ http://www.hpsm.org/dental

កំណត់ចំណាំ៖ គម្រោងរបស់យើងផ្តល់ជូននូវសេវាសុខភាពធ្មេញបន្ថែម។ សូមមើលតារាងអត្ថប្រយោជន៍នៅក្នុង **ផ្នែក D** សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។

F3. ការថែទាំនៅមន្ទីរពេទ្យថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយ

លោកអ្នកមានសិទ្ធិជ្រើសរើសមន្ទីរពេទ្យថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយ ប្រសិនបើអ្នកផ្តល់សេវាកម្ម និងអ្នកគ្រប់គ្រងវេជ្ជសាស្ត្រនៅមន្ទីរពេទ្យថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយកំណត់ថា អ្នកមានការព្យាករណ៍រយៈចុងក្រោយនៃជំងឺ។ នេះមានន័យថា អ្នកមានជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយ ហើយត្រូវបានរំពឹងថានឹងមានរយៈពេលប្រាំមួយខែ ឬតិចជាងនេះដើម្បីរស់។ អ្នកអាចទទួលការថែទាំពីកម្មវិធីថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយណាមួយដែលទទួលស្គាល់ដោយ Medicare។ គម្រោងត្រូវតែជួយអ្នកក្នុងការស្វែងរកកម្មវិធីមន្ទីរពេទ្យអ្នកជំងឺធ្ងន់ដែលបានបញ្ជាក់ដោយ Medicare។ វេជ្ជបណ្ឌិតនៅមន្ទីរពេទ្យថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយរបស់អ្នកអាចជាអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ ឬក្រៅបណ្តាញ។

សូមមើលតារាងអត្ថប្រយោជន៍នៅក្នុង**ផ្នែក D** សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីអ្វីដែលយើងចំណាយសម្រាប់ខណៈពេលដែលអ្នកកំពុងទទួលបានសេវាថែទាំមន្ទីរពេទ្យអ្នកជំងឺធ្ងន់ ។

សម្រាប់សេវាកម្មនៅមន្ទីរពេទ្យថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយ និងសេវាកម្មដែលមានការធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare ផ្នែក A ឬ Medicare ផ្នែក B ដែលពាក់ព័ន្ធនឹងការព្យាករណ៍រយៈចុងក្រោយនៃជំងឺរបស់អ្នករបស់អ្នក

- អ្នកផ្តល់សេវានៃកម្មមន្ទីរពេទ្យអ្នកជំងឺធ្ងន់នឹងផ្ញើបណ្ណបង់ប្រាក់ទៅកាន់ Medicare សម្រាប់បង់ថ្លៃសេវាកម្មដែលអ្នកបានទទួល។ Medicare បង់ថ្លៃសេវាពីមន្ទីរពេទ្យថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយដែលទាក់ទងនឹងការព្យាករណ៍ថាជំងឺរបស់អ្នកស្ថិតក្នុងដំណាក់ការចុងក្រោយ។ អ្នកមិនចាំបាច់បង់ប្រាក់លើអ្វីទាំងអស់សម្រាប់សេវាកម្មទាំងនេះ។

សម្រាប់សេវាកម្មដែលមានការធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare Part *A* ឬ Medicare Part B ដែលមិនទាក់ទងទៅនឹងការព្យាករណ៍ថាជំងឺរបស់អ្នកស្ថិតក្នុងដំណាក់ការចុងក្រោយឡើយ

- អ្នកផ្តល់សេវានឹងផ្ញើវិក្កយបត្រទៅកាន់ Medicare សម្រាប់ថ្លៃសេវារបស់អ្នក។ Medicare នឹងបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាកម្មដែលមានការធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare ផ្នែក A ឬ Medicare ផ្នែក B។ អ្នកមិនបង់ប្រាក់អ្វីឡើយសម្រាប់សេវាកម្មទាំងនេះ។

សម្រាប់ឱសថដែលមិនមានការធានារ៉ាប់រងដោយអត្ថប្រយោជន៍ Medicare ផ្នែក D ដោយគម្រោងរបស់យើង

- ឱសថដែលមិនទទួលបានការធានារ៉ាប់រងទាំងដោយមន្ទីរពេទ្យថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយ និងទាំងគម្រោងរបស់យើងនៅពេលដំណាលគ្នាឡើយ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមមើលជំពូកទី 5 នៃ*សៀវភៅណែនាំសមាជិក*របស់អ្នក។

កំណត់ចំណាំ៖ ប្រសិនបើអ្នកមានជំងឺធ្ងន់ធ្ងរ អ្នកអាចមានសិទ្ធិទទួលបានការថែទាំបំបាត់ការឈឺចាប់ ដែលផ្តល់ការថែទាំផ្តោតលើអ្នកជំងឺ និងគ្រួសារជាក្រុម ដើម្បីលើកកម្ពស់គុណភាពជីវិតរបស់អ្នក។ អ្នកអាចទទួលបានការថែទាំបំបាត់បណ្តោះអាសន្នក្នុងពេលតែមួយជាមួយនឹងការថែទាំព្យាបាល/ជាប្រចាំ។ សូមមើលផ្នែកថែទាំបំបាត់ការឈឺចាប់ខាងលើ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។

កំណត់ចំណាំ៖ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការការថែទាំដែលមិនមែនជាការថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយ សូមទូរសព្ទទៅអ្នកសម្របសម្រួល

ការថែទាំរបស់អ្នកដើម្បីរៀបចំសេវាកម្មនេះ។ ការថែទាំមិនមែនជាការថែទាំនៅមន្ទីរពេទ្យថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយគឺជាការថែទាំដែលមិនពាក់ព័ន្ធនឹងការព្យាករណ៍ថាជំងឺរបស់អ្នកស្ថិតក្នុងដំណាក់ការចុងក្រោយឡើយ។

F4. សេវាផ្តល់ការគាំទ្រនៅតាមផ្ទះ (IHSS)

- កម្មវិធី IHSS នឹងជួយបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាដែលផ្តល់ជូនអ្នក ដូច្នេះអ្នកអាចស្នាក់នៅប្រកបដោយសុវត្ថិភាពនៅក្នុងផ្ទះរបស់អ្នកផ្ទាល់។ IHSS ត្រូវបានចាត់ទុកថាជាជម្រើសផ្សេងមួយចំពោះការថែទាំនៅក្រៅផ្ទះ ដូចជាមណ្ឌលថែទាំសុខភាព ឬមណ្ឌលថែទាំ និងផ្តល់អាហារ។
- ប្រភេទនៃសេវាកម្មដែលអាចទទួលបានការអនុញ្ញាតតាមរយៈ IHSS មានដូចជាការសម្អាតផ្ទះ ការរៀបចំអាហារ ការបោកគក់ ការទិញគ្រឿងទេស សេវាថែទាំផ្ទាល់ខ្លួន (ដូចជាការថែទាំពេលបត់ជើងតូច និងបត់ជើងធំ ការងូតទឹក ការសម្អិតសម្អាង និងសេវាជំនួយខាងវេជ្ជសាស្ត្រ) អមដំណើរទៅការណាត់ជួបវេជ្ជសាស្ត្រ និងការត្រួតពិនិត្យការការពារសម្រាប់ជនពិការផ្លូវចិត្ត។
- អ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នកអាចជួយអ្នកដាក់ពាក្យសុំ IHSS ជាមួយទីភ្នាក់ងារសេវាសង្គមកិច្ចប្រចាំខោនធីរបស់អ្នក។ សម្រាប់ព័ត៌មានអំពីព័ត៌មានភ្នាក់ងារសេវាសង្គមកិច្ចជាក់លាក់របស់ខោនធី សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ https://www.cdss.ca.gov/inforesources/county-ihss-offices

F5. 1915(c) កម្មវិធីលើកលែងសេវាតាមផ្ទះ និងសហគមន៍ (HCBS)៖

ការលើកលែងការរស់នៅដែលមានជំនួយ (ALW)

- ការលើកលែងការរស់នៅដែលមានជំនួយ (ALW) ផ្តល់ជូនអ្នកទទួលប្រយោជន៍ដែលមានសិទ្ធិទទួលបាន Medi-Cal នូវជម្រើសនៃការរស់នៅក្នុងកន្លែងរស់នៅដែលមានជំនួយជាជម្រើសមួយសម្រាប់ការដាក់រយៈពេលយូរនៅក្នុងមណ្ឌលថែទាំ។ គោលបំណងរបស់ ALW គឺដើម្បីជួយសម្រួលដល់ការផ្លាស់ប្តូរមណ្ឌលថែទាំត្រឡប់ទៅជាកន្លែងដូចគេហដ្ឋាន និងសហគមន៍ ឬទប់ស្កាត់ការទទួលយកគិលានុបដ្ឋាយិកាដែលមានជំនាញសម្រាប់អ្នកទទួលផល ជាមួយនឹងតម្រូវការដែលជិតមកដល់សម្រាប់ការដាក់មណ្ឌលថែទាំ។
- សមាជិកដែលបានចុះឈ្មោះក្នុង ALW អាចបន្តចុះឈ្មោះក្នុង ALW ខណៈពេលដែលទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ដែលផ្តល់ដោយគម្រោងរបស់យើងផងដែរ។ គម្រោងរបស់យើងធ្វើការជាមួយទីភ្នាក់ងារសម្របសម្រួលការថែទាំ ALW របស់អ្នកដើម្បីសម្របសម្រួលសេវាកម្មដែលអ្នកទទួលបាន។
- អ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នកអាចជួយអ្នកដាក់ពាក្យសុំ ALW បាន។ សម្រាប់ព័ត៌មានអំពីភ្នាក់ងារសម្របសម្រួលការថែទាំ ALW ដែលចូលរួម សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ dhcs.ca.gov/services/ltc/Documents/Care-Coordination-Agencies.pdf

ការលើកលែង HCBS សម្រាប់ប្រជាជនរស់នៅ California ដែលមានពិការភាពការលូតលាស់ (HCBS-DD)

ការលើកលែងសម្រាប់កម្មវិធីកំណត់ដោយខ្លួនឯង (SDP) រដ្ឋ California សម្រាប់បុគ្គលដែលមានពិការភាពការលូតលាស់

- មានការលើកលែង 1915(c) ចំនួនពីរគឺការលើកលែង HCBS-DD និងការលើកលែង SDP ដែលផ្តល់សេវាកម្មដល់អ្នកដែលត្រូវបានធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យថាមានពិការភាពការលូនតលាស់ ដែលចាប់ផ្តើមមុនថ្ងៃខួបកំណើតទី 18 របស់បុគ្គល ហើយត្រូវបានគេរំពឹងថានឹងបន្តដោយគ្មានកំណត់។ ការលើកលែងទាំងពីរគឺជាវិធីមួយដើម្បីផ្តល់មូលនិធិដល់សេវាកម្មជាក់លាក់ដែលអនុញ្ញាតឱ្យជនពិការក្នុងការលូតលាស់រស់នៅក្នុងផ្ទះ ឬនៅក្នុងសហគមន៍ ជាជាងការរស់នៅក្នុងមណ្ឌលសុខភាពដែលមានអាជ្ញាបណ្ណ។ ថ្លៃចំណាយសម្រាប់សេវាកម្មទាំងនេះត្រូវបានផ្តល់មូលនិធិរួមគ្នាដោយកម្មវិធី Medicaid របស់រដ្ឋាភិបាលសហព័ន្ធ និងរដ្ឋ California។ អ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នកអាចជួយភ្ជាប់អ្នកទៅសេវាកម្មការលើកលែង DD បាន។

ការលើកលែងសម្រាប់ជម្រើសសេវាកម្មតាមផ្ទះ និងសហគមន៍ (HCBA)

- ការលើកលែង HCBA ផ្តល់សេវាកម្មគ្រប់គ្រងការថែទាំដល់អ្នកដែលមានហានិភ័យសម្រាប់ការស្នាក់នៅមណ្ឌលថែទាំមនុស្សចាស់ ឬការស្នាក់នៅតាមគ្រឹះស្ថានថែទាំ។ សេវាកម្មគ្រប់គ្រងការថែទាំត្រូវបានផ្តល់ជូនដោយក្រុមគ្រប់គ្រងការថែទាំពហុជំនាញរបស់គិលានុបដ្ឋាយិកា និងបុគ្គលិកសង្គមកិច្ច។ ក្រុមការងារសម្របសម្រួលសេវាកម្មនៃការលើកលែង និងគម្រោងរបស់រដ្ឋ (ដូចជាផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ សុខភាពអាកប្បកិរិយា សេវាកម្មគាំទ្រនៅតាមផ្ទះ ជាដើម) និងរៀបចំសម្រាប់សេវាកម្ម និងការគាំទ្ររយៈពេលវែងផ្សេងទៀតដែលមាននៅក្នុងសហគមន៍ក្នុងតំបន់។ សេវាគ្រប់គ្រងការថែទាំ និងការលើកលែងបានផ្តល់ជូននៅក្នុងលំនៅឋានដែលមានមូលដ្ឋានក្នុងសហគមន៍របស់អ្នកចូលរួម។ លំនៅឋាននេះអាចជាកម្មសិទ្ធិឯកជន ធានាតាមរយៈការរៀបចំជួលភតិកៈ ឬលំនៅដ្ឋានរបស់សមាជិកគ្រួសាររបស់អ្នកចូលរួម។

- សមាជិកដែលបានចុះឈ្មោះក្នុង HCBA Waiver អាចបន្តចុះឈ្មោះក្នុង HCBA Waiver ខណៈពេលដែលទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ដែលផ្តល់ដោយគម្រោងរបស់យើងផងដែរ។ គម្រោងរបស់យើងធ្វើការជាមួយទីភ្នាក់ងារលើកលែង HCBA របស់អ្នកដើម្បីសម្របសម្រួលសេវាកម្មដែលអ្នកទទួលបាន។
- អ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នកអាចជួយអ្នកដាក់ពាក្យសុំ HCBA បាន។ សម្រាប់ព័ត៌មានអំពីទីភ្នាក់ងារ HCBA ក្នុងតំបន់ សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ dhcs.ca.gov/services/ltc/Pages/Home-and-Community-Based-(HCB)-Alternatives-Waiver.aspx

កម្មវិធីការលើកលែង Medi-Cal (MCWP)

- កម្មវិធី Medi-Cal Waiver Program (MCWP) ផ្តល់ការគ្រប់គ្រងករណីយ៉ាងទូលំទូលាយ និងសេវាថែទាំដោយផ្ទាល់ដល់បុគ្គលដែលកំពុងរស់នៅមានផ្ទុកមេរោគ HIV ដោយផ្តល់ជាជម្រើសជំនួសឱ្យការថែទាំនៅមជ្ឈមណ្ឌលថែទាំសុខភាព ឬការសម្រាកព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យ។ ការគ្រប់គ្រងករណី គឺជាវិធីសាស្ត្រជាក្រុមផ្តោតលើអ្នកចូលរួមដែលមានគិលានុបដ្ឋាយិកាដែលបានចុះឈ្មោះ និងអ្នកគ្រប់គ្រងករណីការងារសង្គម។ អ្នកគ្រប់គ្រងករណីធ្វើការជាមួយអ្នកចូលរួម និងអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំបឋម គ្រួសារ អ្នកថែទាំ និងអ្នកផ្តល់សេវាផ្សេងទៀត ដើម្បីវាយតម្លៃតម្រូវការការថែទាំដើម្បីរក្សាអ្នកចូលរួមនៅក្នុងផ្ទះ និងសហគមន៍របស់ពួកគេ។
- គោលដៅរបស់ MCWP គឺដើម្បី៖ (1) ផ្តល់សេវាតាមផ្ទះ និងសហគមន៍សម្រាប់អ្នកផ្ទុកមេរោគ HIV ដែលអាចត្រូវការសេវាកម្មពីស្ថាប័ន។ (2) ជួយអ្នកចូលរួមដែលមានផ្ទុកមេរោគ HIV ក្នុងការគ្រប់គ្រងសុខភាព។ (3) បង្កើនលទ្ធភាពទទួលបានការគាំទ្រសុខភាពសង្គម និងអាកប្បកិរិយា និង (4) សម្របសម្រួលអ្នកផ្តល់សេវាកម្ម និងលុបសេវាកម្មដែលមានជាន់គ្នាចេញមួយ។
- សមាជិកដែលបានចុះឈ្មោះក្នុងកម្មវិធីការលើកលែង MCWP អាចបន្តចុះឈ្មោះក្នុងកម្មវិធីការលើកលែង MCWP ខណៈពេលដែលកំពុងទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ដែលផ្តល់ដោយគម្រោងរបស់យើងផងដែរ។ គម្រោងរបស់យើងធ្វើការជាមួយទីភ្នាក់ងារលើកលែង MCWP របស់អ្នកដើម្បីសម្របសម្រួលសេវាកម្មដែលអ្នកទទួលបាន។
- អ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នកអាចជួយអ្នកដាក់ពាក្យសុំ MCWP បាន។ សម្រាប់បញ្ជីឈ្មោះទីភ្នាក់ងារ MCWP សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/Pages/OA_MCWP_Provider_List.aspx

កម្មវិធីសេវាកម្មជាន់ខ្ពស់ពហុប្រយោជន៍ (MSSP)

- កម្មវិធីសេវាមនុស្សចាស់ពហុគោលបំណង (MSSP) ផ្តល់ទាំងសេវាគ្រប់គ្រងការថែទាំសុខភាព និងសង្គម ដើម្បីជួយដល់បុគ្គលម្នាក់ៗនៅក្នុងផ្ទះ និងសហគមន៍របស់ពួកគេ។
- ខណៈដែលអ្នកចូលរួមក្នុងកម្មវិធីភាគច្រើនក៏ទទួលបានសេវាផ្តល់ការគាំទ្រនៅតាមផ្ទះផងដែរ MSSP ផ្តល់នូវការសម្របសម្រួលការថែទាំដែលកំពុងបន្ត ភ្ជាប់អ្នកចូលរួមទៅនឹងសេវា និងធនធានសហគមន៍ដែលត្រូវការផ្សេងទៀត សម្របសម្រួលជាមួយអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាព និងទិញសេវាដែលត្រូវការមួយចំនួនដែលមិនមានដើម្បីបង្ការ ឬពន្យារពេលចូលទៅស្នាក់នៅថែទាំនៅមជ្ឈមណ្ឌលថែទាំ។ ការចំណាយសរុបប្រចាំឆ្នាំនៃការគ្រប់គ្រងការថែទាំ និងសេវាផ្សេងទៀតត្រូវតែទាបជាងតម្លៃនៃការទទួលការថែទាំនៅក្នុងមណ្ឌលថែទាំដែលមានជំនាញ។
- ក្រុមអ្នកជំនាញផ្នែកសុខភាព និងសេវាសង្គមផ្តល់ឱ្យអ្នកចូលរួម MSSP នីមួយៗនូវការវាយតម្លៃសុខភាព និងផ្លូវចិត្តពេញលេញ ដើម្បីកំណត់សេវាដែលត្រូវការ។ បន្ទាប់មកក្រុមការងារធ្វើការជាមួយអ្នកចូលរួម MSSP គ្រូពេទ្យ គ្រួសារ និងអ្នកផ្សេងទៀតដើម្បីអភិវឌ្ឍគម្រោង Individualized Care ។ សេវាកម្មរួមមាន៖
  - ការគ្រប់គ្រងការថែទាំ
  - ការថែទាំមនុស្សពេញវ័យនៅពេលថ្ងៃ
  - ជួសជុល/ថែទាំផ្ទះតិចតួច
  - ការងារបន្ថែមនៅតាមផ្ទះ ការថែទាំផ្ទាល់ខ្លួន និងសេវាកម្មត្រួតពិនិត្យការការពារ
  - សេវាកម្មថែទាំបណ្តោះអាសន្ន
  - សេវាមធ្យោបាយធ្វើដំណើរ
  - សេវាប្រឹក្សាយោបល់ និងព្យាបាល
  - សេវាអាហារ
  - សេវាប្រាស្រ័យទាក់ទង។
- សមាជិកដែលបានចុះឈ្មោះក្នុងកម្មវិធីការលើកលែង MSSP អាចបន្តចុះឈ្មោះក្នុងកម្មវិធីការលើកលែង MSSP ខណៈពេលដែលកំពុងទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ដែលផ្តល់ដោយគម្រោងរបស់យើងផងដែរ។ គម្រោងរបស់យើងធ្វើការជាមួយអ្នកផ្តល់សេវា MSSP របស់អ្នកដើម្បីសម្របសម្រួលសេវាកម្មដែលអ្នកទទួលបាន។

- អ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នកអាចជួយអ្នកក្នុងការស្នើសុំ MSSP ។ សម្រាប់ព័ត៌មានអំពីអ្នកផ្តល់សេវា MSSP សូមចូលមើលគេហទំព័រ https://aging.ca.gov/Programs_and_Services/Multipurpose_Senior_Services_Program/

F6. សេវាសុខភាពអាកប្បកិរិយាប្រចាំខោនធីត្រូវបានផ្តល់ជូននៅខាងក្រៅគម្រោងរបស់យើង (សេវាសុខភាពផ្លូវចិត្ត និងវិបត្តិនៃការប្រើប្រាស់សារធាតុញៀន)

អ្នកមានសិទ្ធិប្រើប្រាស់សេវាសុខភាពផ្លូវចិត្តដែលចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រក្នុងការទទួលបានការធានារ៉ាប់រងពី Medicare និង Medi-Cal។ យើងផ្តល់ជូននូវសិទ្ធិចូលប្រើសេវាសុខភាពអាកប្បកិរិយាដែលទទួលបានការធានារ៉ាប់រងពី Medicare និង Medi-Cal managed care។ គម្រោងរបស់យើងមិនផ្តល់សេវាកម្មអ្នកឯកទេសថែទាំសុខភាពផ្លូវចិត្ត Medi-Cal ឬសេវាវិបត្តិនៃការប្រើប្រាស់សារធាតុញៀនក្នុងខោនធីឡើយ ប៉ុន្តែសេវាកម្មទាំងនេះអាចរកបានសម្រាប់អ្នកតាមរយៈទីភ្នាក់ងារសុខភាពអាកប្បកិរិយាប្រចាំខោនធី។

សេវាអ្នកឯកទេសថែទាំសុខភាពផ្លូវចិត្ត Medi-Cal មានសម្រាប់អ្នកតាមរយៈគម្រោងសុខភាពផ្លូវចិត្ត (MHP) ប្រចាំខោនធី ប្រសិនបើអ្នកបំពេញបានតាមលក្ខណៈវិនិច្ឆយដើម្បីទទួលបានសិទ្ធិចូរប្រើសេវាអ្នកឯកទេសថែទាំសុខភាពផ្លូវចិត្តនេះ។ សេវាកម្មអ្នកឯកទេសសុខភាពផ្លូវចិត្ត Medi-Cal ដែលផ្តល់ជូនដោយ MHP ប្រចាំខោនធីរបស់អ្នករួមមាន៖

- សេវាសុខភាពផ្លូវចិត្ត
- សេវាជំនួយក្នុងការប្រើឱសថពេទ្យ
- ការព្យាបាលហ្មត់ចត់នៅពេលថ្ងៃ
- ការស្តារនីតិសម្បទានៅពេលថ្ងៃ
- អន្តរាគមន៍ចំពោះវិបត្តិ
- ភាពមានស្ថេរភាពនៃវិបត្តិ
- សេវាកម្មព្យាបាលមនុស្សពេញវ័យនៅតាមផ្ទះ
- សេវាកម្មព្យាបាលវិបត្តិតាមផ្ទះ
- សេវាកម្មមន្ទីរសុខភាពវិកលចរិក
- សេវាកម្មអ្នកជំងឺស្នាក់ព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យវិកលចរិក
- ការគ្រប់គ្រងករណីដែលជាគោលដៅ
- សេវាជំនួយពីមិត្តភក្តិ
- សេវាព្យាបាលអាកប្បកិរិយា
- សេវាព្យាបាលសម្រាប់កូនចិញ្ចឹម
- ការសម្របសម្រួលលើការថែទាំយ៉ាងហ្មត់ចត់
- សេវាព្យាបាលហ្មត់ចត់មានមូលដ្ឋាននៅតាមផ្ទះ

សេវាប្រព័ន្ធដឹកជញ្ជូនថ្នាំដែលរៀបចំដោយ Medi-Cal មានសម្រាប់អ្នកតាមរយៈទីភ្នាក់ងារសុខភាពអាកប្បកិរិយាប្រចាំខោនធីរបស់អ្នក ប្រសិនបើអ្នកបំពេញតាមលក្ខណៈវិនិច្ឆយដើម្បីទទួលបានសេវាកម្មទាំងនេះ។ សេវាកម្មឱសថ Medi-Cal បានដែលផ្តល់ជូនដោយខោនធីរបស់អ្នករួមមាន៖

- សេវាព្យាបាលអ្នកជំងឺមិនស្នាក់ព្យាបាលយ៉ាងហ្មត់ចត់
- ការព្យាបាលវិបត្តិផ្លូវចិត្តដោយការប្រើប្រាស់សារធាតុញៀនសម្រាប់ស្ត្រីជិតគ្រប់ខែតាមផ្ទះ
- សេវាព្យាបាលអ្នកជំងឺមិនស្នាក់ព្យាបាល
- កម្មវិធីព្យាបាលតាមការបន្សាបសារធាតុញៀនណាកូទិក
- ឱសថសម្រាប់ការព្យាបាលការញៀន (ត្រូវបានហៅផងដែរថា ការព្យាបាលដោយមានជំនួយផ្នែកឱសថ)
- សេវាជំនួយពីមិត្តភក្តិ

សេវាប្រព័ន្ធដឹកជញ្ជូនថ្នាំដែលរៀបចំដោយ Medi-Cal រួមមាន៖

- សេវាព្យាបាលអ្នកជំងឺមិនស្នាក់ព្យាបាល
- សេវាព្យាបាលអ្នកជំងឺមិនស្នាក់ព្យាបាលយ៉ាងហ្មត់ចត់
- សេវាសម្រាកព្យាបាលក្នុងមន្ទីរពេទ្យមិនពេញលេញ
- ឱសថសម្រាប់ការព្យាបាលការញៀន (ត្រូវបានហៅផងដែរថា ការព្យាបាលដោយមានជំនួយផ្នែកឱសថ)
- សេវាព្យាបាលអ្នកនៅតាមផ្ទះ

- សេវាគ្រប់គ្រងរោគសញ្ញាបណ្តាលមកពីការឈប់ប្រើប្រាស់សារធាតុញៀន
- កម្មវិធីព្យាបាលតាមការបន្សាបសារធាតុញៀនណាកូទិក
- សេវាសម្រាប់ការជាសះស្បើយ
- ការសម្របសម្រួលការថែទាំ
- សេវាជំនួយពីមិត្តភក្តិ

បន្ថែមលើសេវាកម្មដែលមានរៀបរាប់ខាងលើ អ្នកអាចមានសិទ្ធិចូលប្រើសេវាបន្សាបជាតិពុលសម្រាប់អ្នកជំងឺស្នាក់ព្យាបាលដោយស្ម័គ្រចិត្ត ប្រសិនបើអ្នកបំពេញបានតាមលក្ខណៈវិនិច្ឆយ។

គម្រោង Molina Medicare Complete Care Plus ផ្តល់ជូននូវសិទ្ធិចូលប្រើសេវារបស់អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពផ្លូវចិត្ត និងការប្រើប្រាស់សារធាតុញៀនជាច្រើន។ បញ្ជីនៃអ្នកផ្តល់សេវាអាចរកបាននៅលើគេហទំព័រសមាជិករបស់គម្រោង Molina Medicare Complete Care Plus ឬដោយការហៅទូរសព្ទមកកាន់ផ្នែកបម្រើសេវាសមាជិក។ ដើម្បីទទួលបានច្បាប់ចម្លងនៃបញ្ជីឈ្មោះឱសថស្ថាន/អ្នកផ្តល់សេវាថ្មីបំផុត ឬដើម្បីស្វែងរកអ្នកផ្តល់សេវាកម្មថែទាំសុខភាពអាកប្បកិរិយាបន្ថែម សូមទាក់ទងជាមួយផ្នែកបម្រើសេវាសមាជិក។ សម្រាប់សេវាមួយចំនួន អ្នកចាំបាច់ត្រូវទទួលបានការអនុញ្ញាតជាមុនសិន។ អ្នក ឬអ្នកផ្តល់សេវាសុខភាពអាកប្បកិរិយារបស់អ្នក ឬ PCP របស់អ្នកអាចស្នើសុំការអនុញ្ញាតជាមុនពីផ្នែកគ្រប់គ្រងការប្រើប្រាស់របស់ Molina Healthcare តាមរយៈទូរសព្ទ ទូរសារ ឬផ្ញើតាមប្រៃសណីយ៍ដោយផ្អែកលើករណីបន្ទាន់នៃសេវាកម្មដែលបានស្នើសុំនោះ។

សូមចូលមើលតារាងអត្ថប្រយោជន៍ក្នុងជំពូកទី 4 សម្រាប់ព័ត៌មានអំពីសេវាកម្មណាមួយដែលតម្រូវឱ្យមានការអនុញ្ញាតជាមុន។ ការថែទាំត្រូវតែត្រូវបានកំណត់ថាចាំបាច់។ តាមភាពចាំបាច់ យើងមានន័យថា អ្នកត្រូវការសេវាកម្មនោះដើម្បីបង្ការ រោគវិនិច្ឆ័យ ឬព្យាបាលស្ថានភាពជំងឺរបស់អ្នក ឬដើម្បីរក្សាបាននូវស្ថានភាពសុខភាពផ្លូវចិត្តបច្ចុប្បន្នរបស់អ្នក។ នេះរួមបញ្ចូលទាំងការថែទាំដែលជួយមិនបាច់ឱ្យអ្នកត្រូវចូលមន្ទីរពេទ្យ ឬមណ្ឌលថែថែទាំមនុស្សចាស់។ វាក៏មានន័យផងដែរថា សេវាកម្ម សម្ភារផ្គត់ផ្គង់ ឬឱសថបំពេញតាមស្តង់ដាដែលទទួលយកបាននៃការអនុវត្តវេជ្ជសាស្ត្រ និងសុខភាពអាកប្បកិរិយា។

ប្រសិនបើអ្នកកំពុងទទួលសេវាកម្ម ឬតម្រូវការក្នុងការទទួលយកសេវាកម្មអ្នកឯកទេសថែទាំសុខភាពផ្លូវចិត្ត ឬសេវាកម្មផ្តាច់សារធាតុញៀនរបស់កម្មវិធី Medi-Cal ដែលមានសម្រាប់អ្នកតាមរយៈគម្រោងថែទាំសុខភាពផ្លូវចិត្ត (MHP) ប្រចាំខោនធី អ្នកគ្រប់គ្រងករណីរបស់ Molina Medicare Complete Care Plus អាចជួយបញ្ជូនអ្នកទៅកាន់ធនធានសមស្របរបស់ខោនធីដើម្បីធ្វើការវាយតម្លៃ។ អ្នកអាចហៅទូរសព្ទមកកាន់ផ្នែកបម្រើសេវាសមាជិកដើម្បីស្នើសុំជំនួយ។ អ្នកក៏អាចទាក់ទងមកខោនធីដោយផ្ទាល់ផងដែរ។ សូមមើលលេខទូរសព្ទប្រចាំខោនធីដែលសមស្របក្នុងព័ត៌មានផ្តល់ជូនខាងក្រោម។

<u>សេវាអ្នកឯកទេសថែទាំសុខភាពផ្លូវចិត្ត</u>
នាយកដ្ឋានសុខភាពផ្លូវចិត្តប្រចាំខោនធី Los Angeles តាមលេខ 1-800-854-7771
ប្រព័ន្ធសុខភាពសាកលវិទ្យាល័យ Riverside – សុខភាពអាកប្បកិរិយាលេខ 1-800-499-3008
នាយកដ្ឋានសុខភាពអាកប្បកិរិយាប្រចាំខោនធី San Bernardino តាមលេខ 1-888-743-1478
សេវាសុខភាពអាកប្បកិរិយាប្រចាំខោនធី San Diego តាមលេខ 1-888-724-7240

<u>សេវាឱសថ Medi-Cal</u>
នាយកដ្ឋានសុខភាពសាធារណៈប្រចាំខោនធី Los Angeles តាមលេខ 1-844-804-7500
ប្រព័ន្ធសុខភាពសាកលវិទ្យាល័យ Riverside – សុខភាពអាកប្បកិរិយាលេខ 1-800-499-3008
នាយកដ្ឋានសុខភាពអាកប្បកិរិយាប្រចាំខោនធី San Bernardino តាមលេខ 1-888-724-7240

G. អត្ថប្រយោជន៍ដែលមិនទទួលបានការធានារ៉ាប់រងដោយគម្រោងរបស់យើង Medicare ឬ Medi-Cal

ផ្នែកនេះប្រាប់អ្នកអំពីអត្ថប្រយោជន៍ដែលមិនរាប់បញ្ចូលដោយគម្រោងរបស់យើង។ "មិនរួមបញ្ចូល" មានន័យថា យើងមិនបង់ប្រាក់សម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍ទាំងនេះទេ។ Medicare និង Medi-Cal មិនបង់ប្រាក់សម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍ សេវាកម្ម ឬទំនិញទាំងនោះផងដែរ។

បញ្ជីខាងក្រោមពិពណ៌នាអំពីសេវាកម្ម និងករណីមួយចំនួនដែលយើងខ្ញុំមិនរ៉ាប់រង ក្រោមលក្ខខណ្ឌគ្រប់យ៉ាង និងសេវាកម្មមួយចំនួនដែលយើងខ្ញុំមិនរាប់បញ្ចូលតែក្នុងករណីមួយចំនួនប៉ុណ្ណោះ។

យើងខ្ញុំនឹងមិនបង់ប្រាក់សម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍វេជ្ជសាស្ត្រដែលត្រូវបានផាត់ចោលដូចមានរាយនៅក្នុងផ្នែកនេះ (ឬនៅកន្លែងផ្សេងណាមួយនៅក្នុង *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះឡើយ) លើកលែងតែនៅក្រោមលក្ខខណ្ឌជាក់លាក់ដែលត្រូវបានរាយតែប៉ុណ្ណោះ។ ទោះបីជាអ្នកទទួល

បានសេវានៅឯកន្លែងសង្គ្រោះបន្ទាន់ក៏ដោយ គម្រោងនេះនឹងមិនបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាកម្មនោះទេ។ បើអ្នកគិតថាគម្រោងយើងគួរតែបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាកម្មណាមួយដែលមិនទទួលបានការរ៉ាប់រង អ្នកអាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងបាន។ សម្រាប់ព័ត៌មានអំពីបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ សូមមើល**ជំពូកទី 9** នៃ*សៀវភៅណែនាំសមាជិក*របស់អ្នក។

បន្ថែមពីលើការមិនរាប់បញ្ជូល ឬដែនកំណត់ណាមួយដែលបានពណ៌នានៅក្នុងតារាងអត្ថប្រយោជន៍ គម្រោងរបស់យើងមិនធានារ៉ាប់រងលើទំនិញ និងសេវាកម្មខាងក្រោមឡើយ៖

- សេវាដែលបានចាត់ទុកថាមិន "សមហេតុផល និងចាំបាច់ខាងផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ" ដោយយោងទៅតាម Medicare និង Medi-Cal លុះត្រាតែយើងបានរាយបញ្ជីជាសេវាដែលមានការធានារ៉ាប់រង
- ការព្យាបាលវេជ្ជសាស្ត្រ និងការវះកាត់ធ្វើពិសោធ ទំនិញ និងឱសថ លុះត្រាតែ Medicare មានការសិក្សាស្រាវជ្រាវលើព្យាបាលដែលយល់ព្រមដោយ Medicare ឬគម្រោងរបស់យើងធានារ៉ាប់រងលើការព្យាបាលវេជ្ជសាស្ត្រ និងការវះកាត់ពិសោធ ទំនិញ និងឱសថទាំងនោះ។ សូមមើល**ជំពូកទី 3** នៃ*សៀវភៅណែនាំសមាជិក*របស់អ្នក សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីការសិក្សាស្រាវជ្រាវលើការព្យាបាលគ្លីនិក។ ការព្យាបាល និងសម្ភារៈសម្រាប់ដកពិសោធន៍ គឺអ្វីដែលជាទូទៅមិនបានទទួលស្គាល់ដោយសហគមន៍វេជ្ជសាស្ត្រ។
- សេវាកម្មព្យាបាលដោយវះកាត់សម្រាប់ជំងឺធាត់មានមេរោគ លើកលែងតែនៅពេលសេវាកម្មនេះមានភាពចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ ហើយ Medicare បង់ថ្លៃសេវាកម្មនេះ។
- បន្ទប់ឯកជននៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យ លើកលែងនៅពេលមានភាពចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ
- គិលានុប្បដ្ឋាយិកាបំពេញភារកិច្ចឯកជន
- សម្ភារផ្ទាល់ខ្លួននៅក្នុងបន្ទប់របស់អ្នកនៅមន្ទីរពេទ្យ ឬនៅមណ្ឌលថែទាំ ដូចជាទូរសព្ទ ឬទូរទស្សន៍
- សេវាកម្មថែទាំអ្នកជំងឺពេញម៉ោងនៅក្នុងលំនៅឋានរបស់អ្នក
- ថ្លៃឈ្នួលដែលត្រូវបង់ដោយសាច់ញាតិជិត ឬសមាជិកគ្រួសាររបស់អ្នក
- អាហារត្រូវបានបញ្ជូនទៅផ្ទះរបស់អ្នក
- នីតិវិធី ឬសេវាកម្មដែលធ្វើឱ្យប្រសើរឡើងដោយស្ម័គ្រចិត្ត ឬដោយការជ្រើសរើស (រួមបញ្ចូលទាំងការសម្រកទម្ងន់ ការបណ្តុះសក់ សមត្ថភាពផ្លូវភេទ សមត្ថភាពអត្តពលកម្ម គោលបំណងកែសម្ផស្ស ការពារភាពចាស់មុនអាយុ និងសមត្ថភាពផ្លូវចិត្ត) លើកលែងតែនៅពេលចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ។
- ការវះកាត់កែសម្ផស្ស ឬកិច្ចការកែសម្ផស្សដទៃទៀត លើកលែងតែជាសេចក្តីត្រូវការ ដោយសាររបួសបណ្តាលពីគ្រោះថ្នាក់ ឬដើម្បីកែលំអផ្នែកណាមួយនៃរាងកាយដែលមិនមានរូបរាងតាមធម្មជាតិ។ ទោះបីជាយ៉ាងណាក៏ដោយ យើងបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាកម្មកែទម្រង់សុដន់ឡើងវិញក្រោយពេលវះកាត់យកសុដន់ចេញរួច និងនិងសម្រាប់ការព្យាបាលសុដន់ម្ខាងឱ្យស្របនឹងសុដន់ម្ខាងទៀត។
- ការថែទាំដោយចាប់សរសៃ ក្រៅពីការធ្វើសរសៃឆ្អឹងខ្ជង់ដោយដៃដែលស្របតាមការណែនាំនៃការធានារ៉ាប់រង
- ការថែទាំប្រអប់ជើងជាប្រចាំ លើកលែងតែដូចបានពណ៌នាក្នុងសេវាព្យាបាលសុខភាពជើងនៅក្នុងតារាងអត្ថប្រយោជន៍នៅក្នុង**ផ្នែក D**
- ស្បែកជើងវេជ្ជសាស្ត្រ លើកលែងតែស្បែកជើងនោះជាផ្នែកមួយនៃឧបករណ៍អបជើង និងត្រូវបានដាក់បញ្ចូលក្នុងថ្លៃចំណាយលើដែកអប ឬស្បែកជើងសម្រាប់អ្នកជំងឺដំបៅជើងរ៉ាំរ៉ៃដោយសារជំងឺទឹកនោមផ្អែម
- ឧបករណ៍ទ្រជើង លើកលែងតែស្បែកជើងវេជ្ជសាស្ត្រ ឬព្យាបាលសម្រាប់អ្នកជំងឺដំបៅជើងរ៉ាំរ៉ៃដោយសារជំងឺទឹកនោមផ្អែម
- សេវាកម្មវះចោះភ្នាសពាសកែវភ្នែកដោយកាំរស្មី សេវាកម្មវះកាត់ LASIK និងឧបករណ៍ជំនួយចក្ខុខ្សោយផ្សេងៗទៀត។
- នីតិវិធីវះកាត់ព្យាបាលស្តារលទ្ធភាពមានកូនជាថ្មី
- សេវាកម្មព្យាបាលរោគតាមរបៀបធម្មជាតិ (ការប្រើប្រាស់ការព្យាបាលតាមបែបធម្មជាតិ ឬរបៀបព្យាបាលតាមជម្រើសផ្សេង)។
- សេវាកម្មដែលត្រូវបានផ្តល់ឱ្យយុទ្ធជនក្នុងមណ្ឌលកិច្ចការយុទ្ធជន (VA)។ ទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយ នៅពេលដែលអតីតយុទ្ធជនទទួលបានសេវាក្នុងគ្រាអាសន្ននៅមន្ទីរពេទ្យ VA ហើយការចែករំលែកថ្លៃចំណាយ VA មានច្រើនជាងការចែករំលែកថ្លៃចំណាយស្ថិតក្រោមគម្រោងរបស់យើងខ្ញុំ យើងខ្ញុំនឹងសងសំណងដល់អតីតយុទ្ធជនសម្រាប់ភាពខុសគ្នានេះ។ អ្នកនៅតែទទួលខុសត្រូវចំពោះចំនួនទឹកប្រាក់នៃការបែងចែកថ្លៃចំណាយរបស់អ្នក។

ជំពូកទី 5៖ ការទទួលបានឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាសម្រាប់អ្នកជំងឺមិនស្នាក់ព្យាបាលរបស់អ្នក

ការណែនាំ

ជំពូកនេះពន្យល់ពីច្បាប់សម្រាប់ការទទួលបានឱសមានវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកជំងឺមិនស្នាក់ព្យាបាល។ ទាំងនេះគឺជាឱសថដែលអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាឱ្យអ្នក ដែលអ្នកទទួលបានពីឱសថស្ថាន ឬការបញ្ជាទិញតាមប្រៃសណីយ។ ឱសថទាំងនោះរួមមានទាំងឱសថដែលបានធានារ៉ាប់រងក្រោម Medicare ផ្នែក D និង Medi-Cal។ ពាក្យគន្លឹះ និងនិយមន័យរបស់ពាក្យគន្លឹះទាំងនោះមានតាមលំដាប់អក្ខរក្រមក្នុងជំពូកចុងក្រោយនៃសៀវភៅណែនាំសមាជិករបស់អ្នក។

យើងក៏ធានារ៉ាបរងទៅលើឱសថដូចខាងក្រោមផងដែរ ទោះបីជាពួកវាមិនត្រូវបានយកមកពិភាក្សានៅក្នុងជំពូកនេះក៏ដោយ៖

- **ឱសថដែលមានការធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare ផ្នែក A**។ ជាទូទៅឱសថទាំងនេះរួមបញ្ចូលឱសថមួយចំនួនដែលផ្តល់ឱ្យអ្នកខណៈពេលដែលអ្នកកំពុងស្ថិតនៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យ ឬមណ្ឌលថែទាំសុខភាព។
- **ឱសថដែលមានការធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare ផ្នែក B**។ ទាំងនេះរួមបញ្ចូលទាំងឱសថព្យាបាលជំងឺមហារីកដោយគីមីមួយចំនួន ឱសថចាក់មួយចំនួនដែលបានផ្តល់ជូនអ្នកនៅខណៈពេលដែលអ្នកទៅជួបវេជ្ជបណ្ឌិត ឬអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាព ព្រមទាំងឱសថដែលបានផ្តល់ជូនអ្នកនៅឯគ្លីនិកលាងឈាម។ ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពីឱសថអ្វីខ្លះដែល Medicare ផ្នែក B ត្រូវបានរ៉ាប់រង សូមមើលតារាងអត្ថប្រយោជន៍នៅក្នុង **ជំពូកទី 4** នៃ*សៀវភៅណែនាំសមាជិក*របស់អ្នក។
- បន្ថែមពីលើ Medicare ផ្នែក D របស់គម្រោង និងការធានារ៉ាប់រងអត្ថប្រយោជន៍ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ ថ្នាំរបស់អ្នកអាចត្រូវបានរ៉ាប់រងដោយ Original Medicare ប្រសិនបើអ្នកស្ថិតនៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យ Medicare ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមមើល**ជំពូកទី 5** ផ្នែក F "ប្រសិនបើអ្នកស្ថិតនៅក្នុងកម្មវិធីមន្ទីរព្យាបាលអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយដែលមានការបញ្ជាក់ពី Medicare"។

ច្បាប់សម្រាប់ការធានារ៉ាប់រងលើឱសថរបស់អ្នកជំងឺមិនស្នាក់ព្យាបាលរបស់គម្រោងរបស់យើង។

យើងនឹងធានារ៉ាប់រងលើឱសថរបស់អ្នកជាធម្មតា លុះត្រាតែអ្នកអនុវត្តតាមច្បាប់នៅក្នុងផ្នែកនេះ។

អ្នកត្រូវតែមានអ្នកផ្តល់សេវា (វេជ្ជបណ្ឌិត ពេទ្យធ្មេញ ឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាផ្សេងទៀត) សរសេរវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ ដែលត្រូវតែមានសុពលភាពស្ថិតក្រោមច្បាប់រដ្ឋជាធរមាន។ ជារឿយៗ បុគ្គលនេះគឺជាអ្នកផ្តល់ការថែទាំបឋម (PCP) របស់អ្នក។ វាក៏អាចជាអ្នកផ្តល់សេវាផ្សេងទៀតផងដែរ ប្រសិនបើ PCP របស់អ្នកបានបញ្ជូនអ្នកឱ្យទៅទទួលយកការថែទាំ។

អ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកគឺ**មិនត្រូវ**ស្ថិតនៅក្នុងបញ្ជីលើកលែង ឬបញ្ជីបដិសេធររបស់ Medicare ទេ។

ជាទូទៅលោកអ្នកត្រូវតែប្រើឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញ ដើម្បីទទួលឱសថមានវេជ្ជបញ្ជា។ ឬអ្នកអាចបើកឱសថមានវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកតាមរយៈសេវាបញ្ជាទិញតាមប្រៃសណីយ៍របស់គម្រោង។

ឱសថមានវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកត្រូវតែស្ថិតក្នុង*បញ្ជីឱសថដែលមានការធានារ៉ាប់រង*របស់គម្រោងពួកយើង។ យើងហៅវាដោយខ្លីថា "*បញ្ជីឱសថ*"។ (សូមមើល**ផ្នែក B** នៃជំពូកនេះ។)

- បើវាមិននៅក្នុង *បញ្ជីឱសថទេ យើង* អាចធានារ៉ាប់រងលើឱសថមានវេជ្ជបញ្ជានោះដោយផ្តល់ជូនអ្នកនូវមានការលើកលែង។
- សូមមើល **ជំពូកទី 9** ដើម្បីស្វែងយល់អំពីការស្នើសុំការលើកលែង។
- សូមចំណាំផងដែរថាសំណើដើម្បីធានារ៉ាប់រងលើឱសថមានវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកនឹងត្រូវបានវាយតម្លៃក្រោមស្តង់ដាទាំង Medicare និង Medi-Cal។

ឱសថរបស់អ្នកត្រូវតែប្រើសម្រាប់ការណែនាំប្រើប្រាស់ឱសថដែលទទួលយកដោយវេជ្ជសាស្ត្រ។ ចំណុចនេះមានន័យថា ការប្រើប្រាស់ឱសថត្រូវមានការយល់ព្រមពីរដ្ឋបាលចំណីអាហារ និងឱសថ (FDA) ឬក៏មានការគាំទ្រពីឯកសារយោងវេជ្ជសាស្ត្រជាក់លាក់។ អ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកប្រហែលជាអាចជួយកំណត់អត្តសញ្ញាណឯកសារយោងផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដើម្បីគាំទ្រដល់ការប្រើប្រាស់ឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាដែលបានស្នើសុំឡើង។

ឱសថរបស់អ្នកអាចតម្រូវឱ្យមានការយល់ព្រម មុនពេលយើងនឹងធានារ៉ាប់រងលើឱសថនោះ។ សូមមើល**ផ្នែក C** នៅក្នុងជំពូកនេះ។

តារាងមាតិកា

A. ការទទួលបានការបើកឱសថមានវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក 102
A1. បើកឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកនៅតាមឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញ 102
A2. ប្រើបណ្ណសម្គាល់ (ID) សមាជិករបស់អ្នកនៅពេលអ្នកបើកឱសថមានវេជ្ជបញ្ជា 102
A3. អ្វីដែលត្រូវធ្វើ ប្រសិនបើអ្នកផ្លាស់ប្តូរឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញរបស់អ្នក 102
A4. អ្វីដែលត្រូវធ្វើ ប្រសិនបើឱសថស្ថានរបស់អ្នកចាកចេញពីបណ្តាញ 102
A5. ការប្រើប្រាស់ឱសថស្ថានឯកទេស 102
A6. ការប្រើសេវាបញ្ជាទិញតាមប្រៃសណីយ៍ ដើម្បីទទួលបានឱសថរបស់អ្នក 103
A7. ការទទួលបានការផ្គត់ផ្គង់ឱសថរយៈពេលវែង 104
A8. ការប្រើប្រាស់ឱសថស្ថានមិននៅក្នុងបណ្តាញនៃគម្រោងរបស់យើង 104
A9. ការបង់ប្រាក់ឱ្យទៅអ្នកវិញសម្រាប់ការបើកឱសថមានវេជ្ជបញ្ជា 104
B. *បញ្ជីឱសថ*នៃ*គម្រោងរបស់យើង* *104*
B1. ឱសថក្នុង*បញ្ជីឱសថ*របស់យើង 105
B2. *របៀបស្វែងរកឱសថនៅក្នុងបញ្ជីឱសថ* *105*
B3. ឱសថមិនមានក្នុង*បញ្ជីឱសថ*របស់យើង 105
B4. *កម្រិតនៃការចែករំលែកថ្លៃចំណាយលើ*បញ្ជីឱសថ *106*
C. ដែនកំណត់លើឱសថមួយចំនួន 106
D. មូលហេតុដែលឱសថរបស់អ្នកមិនទទួលបានការធានារ៉ាប់រង 107
D1. ការទទួលបានការផ្គត់ផ្គង់បណ្តោះអាសន្ន 108
D2. ការស្នើសុំការផ្គត់ផ្គង់បណ្តោះអាសន្ន 108
D3. ការស្នើសុំការលើកលែង 109
E. ការផ្លាស់ប្តូរការធានារ៉ាប់រងសម្រាប់ឱសថរបស់អ្នក 109
F. ការធានារ៉ាប់រងលើឱសថក្នុងករណីពិសេស 111
F1. នៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យ ឬមណ្ឌលថែទាំជំនាញសម្រាប់ការស្នាក់នៅដែលគម្រោងរបស់យើងនឹងធានារ៉ាប់រង 111
F2. នៅក្នុងមណ្ឌលថែទាំរយៈពេលវែង 111
F3. នៅក្នុងកម្មវិធីមន្ទីរពេទ្យថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយដែលបញ្ជាក់ដោយ Medicare 111
G. កម្មវិធីស្តីពីសុវត្ថិភាពឱសថ និងការគ្រប់គ្រងឱសថ 111
G1. ជាកម្មវិធីសម្រាប់ជួយសមាជិកឱ្យចេះប្រើឱសថប្រកបដោយសុវត្ថិភាព 111
G2. កម្មវិធីដើម្បីជួយអ្នកក្នុងការគ្រប់គ្រងឱសថរបស់អ្នក 112
G3. កម្មវិធីគ្រប់គ្រង់ឱសថសម្រាប់ការប្រើប្រាស់ថ្នាំអូផ្យូអ៊ីតដោយសុវត្ថិភាព 112

A. ការទទួលបានការបើកឱសថមានវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក

A1. បើកឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកនៅតាមឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញ

ក្នុងករណីភាគច្រើនបំផុតនោះ យើងបង់ប្រាក់សម្រាប់ឱសថមានវេជ្ជបញ្ជានៅពេលដែលត្រូវបើកឱសថឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញណាមួយរបស់ពួកយើង តែប៉ុណ្ណោះ។ ឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញ គឺជាហាងលក់ឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាដែលបានព្រមព្រៀងក្នុងការបើកឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាសម្រាប់សមាជិកទាំងឡាយរបស់គម្រោងពួកយើង។ អ្នកអាចប្រើប្រាស់ឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញរបស់យើងណាមួយក៏បាន។

ដើម្បីស្វែងរកឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញបាន សូមចូរទៅរកមើលនៅក្នុង*បញ្ជីឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថាន* សូមចូរមើលគេហទំព័ររបស់យើង ឬទាក់ទងផ្នែកសេវាកម្មបម្រើសមាជិក ឬអ្នកគ្រប់គ្រងករណីរបស់អ្នក។

A2. ប្រើបណ្ណសម្គាល់ (ID) សមាជិករបស់អ្នកនៅពេលអ្នកបើកឱសថមានវេជ្ជបញ្ជា

ដើម្បីបើកឱសថមានវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកត្រូវ**សូមបង្ហាញបណ្ណសម្គាល់ (ID) សមាជិករបស់អ្នក** នៅឯឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញរបស់អ្នក។ ឱសថស្ថានបណ្តាញចេញវិក្កយបត្រមកយើងសម្រាប់ចំណែករបស់យើងនៃតម្លៃឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាដែលមានការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នក។ អ្នកប្រហែលជាត្រូវបង់ប្រាក់ឱ្យឱសថស្ថាននូវប្រាក់បង់រួម នៅពេលអ្នកទៅយកឱសថមានវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក។

សូមចងចាំថា អ្នកត្រូវការបណ្ណសម្គាល់ (ID) សមាជិក Medi-Cal ឬបណ្ណសម្គាល់អត្ថប្រយោជន៍ (BIC) របស់អ្នក ដើម្បីចូលប្រើឱសថដែលមានការធានារ៉ាប់រងដោយ Medi-Cal Rx។

ប្រសិនបើអ្នកមិនមានបណ្ណសម្គាល់ (ID) សមាជិក ឬបណ្ណ BIC របស់អ្នកជាប់មកជាមួយអ្នកនៅពេលអ្នកបើកឱសថមានវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកទេ សូមស្នើសុំឱសថស្ថានឱ្យទូរសព្ទមកយើងខ្ញុំដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានចាំបាច់ ឬអ្នកអាចស្នើសុំឱសថស្ថានឱ្យរកមើលព័ត៌មានចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងរបស់អ្នកបាន។

ប្រសិនបើឱសថស្ថានមិនអាចទទួលបានព័ត៌មានដែលចាំបាច់នោះទេ អ្នកនឹងអាចត្រូវបង់ប្រាក់លើវេជ្ជបញ្ជាទាំងស្រុងនៅពេលដែលអ្នកទៅបើកឱសថមានវេជ្ជបញ្ជានោះ។ នោះអ្នកអាចសុំឱ្យយើងបង់ប្រាក់ឱ្យអ្នកវិញបាន។ **ប្រសិនបើអ្នកមិនអាចបង់ប្រាក់ឱសថបានទេ សូមទាក់ទងមកកាន់ផ្នែកបម្រើសេវាសមាជិកជាបន្ទាន់**។ យើងនឹងធ្វើអ្វីគ្រប់យ៉ាងតាមដែលយើងអាចធ្វើទៅបានដើម្បីជួយ។

- ដើម្បីស្នើសុំឱ្យយើងខ្ញុំបង់ប្រាក់សងអ្នកវិញ សូមមើលទៅ**ជំពូកទី 7** នៃ*សៀវភៅណែនាំសមាជិករបស់អ្នក*។
- ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយក្នុងការទទួលបានការបើកឱសថមានវេជ្ជបញ្ជានោះ អ្នកអាចទាក់ទងទៅកាន់ផ្នែកបម្រើសេវាសមាជិក ឬអ្នកគ្រប់គ្រងករណីរបស់អ្នក។

A3. អ្វីដែលត្រូវធ្វើ ប្រសិនបើអ្នកផ្លាស់ប្តូរឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញរបស់អ្នក

ប្រសិនបើអ្នកផ្លាស់ប្តូរឱសថស្ថាន ហើយត្រូវការបើកឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាជាថ្មី នោះអ្នកអាចស្នើសុំ ការចេញវេជ្ជបញ្ជាថ្មីដោយអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំណាម្នាក់ ឬស្នើឱ្យឱសថស្ថានរបស់អ្នកផ្ទេរវេជ្ជបញ្ជាទៅកាន់ឱសថស្ថានថ្មីក៏បាន ប្រសិនបើមានការបើកឡើងវិញដែលនៅសល់នោះ។

បើអ្នកត្រូវការជំនួយក្នុងការផ្លាស់ប្តូរឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញ សូមទាក់ទងផ្នែកបម្រើសេវាសមាជិក ឬអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នក។

A4. អ្វីដែលត្រូវធ្វើ ប្រសិនបើឱសថស្ថានរបស់អ្នកចាកចេញពីបណ្តាញ

ប្រសិនបើឱសថស្ថាដែលអ្នកប្រើប្រាស់ចាកចេញពីបណ្តាញរបស់គម្រោងរបស់យើង អ្នកនឹងត្រូវស្វែងរកឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញថ្មីមួយទៀត។

ដើម្បីស្វែងរកឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញបាន សូមចូលទៅរកមើលនៅក្នុង*បញ្ជីឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថាន* សូមចូលមើលគេហទំព័ររបស់យើង ឬទាក់ទងផ្នែកសេវាកម្មបម្រើសមាជិក ឬអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នក។

A5. ការប្រើប្រាស់ឱសថស្ថានឯកទេស

ជួនកាល ឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាត្រូវតែបើកនៅឱសថស្ថានឯកទេស។ ឱសថស្ថានឯកទេសរួមទាំង៖

- ឱសថស្ថានដែលផ្គត់ផ្គង់ឱសថសម្រាប់ការព្យាបាលតាមការព្យួរសេរ៉ូមនៅផ្ទះ។
- ឱសថស្ថានដែលផ្តល់ឱសថសម្រាប់អ្នករស់នៅក្នុងមន្ទីរថែទាំយូរអង្វែង ដូចជាមណ្ឌលថែទាំ។
  - ជាធម្មតា មណ្ឌលថែទាំយូរអង្វែងមានឱសថស្ថានរបស់ពួកគេផ្ទាល់។ ប្រសិនបើអ្នកស្នាក់នៅមណ្ឌលថែទាំក្នុងរយៈពេលយូរ យើងធ្វើឱ្យប្រាកដថាអ្នកអាចទទួលបានឱសថដែលអ្នកត្រូវការពីឱសថស្ថានរបស់មណ្ឌលថែទាំនោះ។

- ◦ ប្រសិនបើឱសថស្ថានក្នុងមណ្ឌលថែទាំរយៈពេលវែងរបស់អ្នកមិនស្ថិតក្នុងបណ្តាញយើងខ្ញុំទេ ឬអ្នកមានការពិបាកក្នុងការទទួលបានឱសថរបស់អ្នកនៅក្នុងមណ្ឌលថែទាំរយៈពេលវែងនោះ សូមទាក់ទងទៅកាន់ផ្នែកបម្រើសេវាសមាជិក។
- ឱសថស្ថានដែលបម្រើសេវាកម្មដល់អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពសម្រាប់ជនជាតិដើមអាមេរិក (IHCP) និងឱសថស្ថាននៃអង្គការជនជាតិដើមអាមេរិក (UIO) នៃសេវាសុខភាពជនជាតិដើមអាមេរិក/កុលសម្ព័ន្ធ/កម្មវិធីសុខភាពជនជាតិដើមអាមេរិកនៅទីក្រុង។ លើកលែងតែក្នុងភាពអាសន្ន គឺមានតែជនជាតិដើមអាមេរិកាំង ឬជនជាតិដើមអាឡាស្កាតែប៉ុណ្ណោះ ដែលមានសិទ្ធិចូលប្រើឱសថស្ថានទាំងនេះ។
- ឱសថស្ថានណាដែលបញ្ចេញឱសថដែលត្រូវបានរឹតបន្តឹងដោយ FDA ទៅកាន់ទីតាំងជាក់លាក់ ឬដែលតម្រូវឱ្យមានការគ្រប់គ្រងពិសេស មានអ្នកផ្តល់សេវាសម្របសម្រួល ឬការអប់រំអំពីការប្រើប្រាស់របស់ពួកគេ។ (កំណត់ចំណាំ៖ សេណារីយ៉ូនេះគួរតែកម្រនឹងកើតឡើងណាស់។)

ដើម្បីស្វែងរកឱសថស្ថានឯកទេស សូមចូរមើលនៅក្នុង*បញ្ជីឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថាន* សូមមើលគេហទំព័ររបស់យើង ឬទាក់ទងទៅកាន់ផ្នែកបម្រើសេវាសមាជិក ឬអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នក។

A6. ការប្រើសេវាបញ្ជាទិញតាមប្រៃសណីយ៍ ដើម្បីទទួលបានឱសថរបស់អ្នក

សម្រាប់ប្រភេទឱសថជាក់លាក់ អ្នកអាចប្រើសេវាបញ្ជាទិញតាមប្រៃសណីយ៍របស់បណ្តាញនៃគម្រោងនេះបាន។ ជាទូទៅ ឱសថដែលអាចរកបានតាមរយៈការបញ្ជាទិញតាមប្រៃសណីយ៍ គឺជាឱសថដែលអ្នកត្រូវប្រើប្រាស់យ៉ាងទៀងទាត់សម្រាប់ករណីស្ថានភាពវេជ្ជសាស្ត្ររយៈពេលវែង ឬរ៉ាំរ៉ៃ។ ឱសថដែល**មិនមាន**តាមរយៈសេវាបញ្ជាទិញតាមប្រៃសណីយ៍របស់គម្រោងរបស់យើងត្រូវបានសម្គាល់ដោយសញ្ញា **"NM"** នៅក្នុង*បញ្ជីឱសថ*របស់យើង។

សេវាបញ្ជាទិញតាមប្រៃសណីយ៍របស់យើងអនុញ្ញាតឱ្យអ្នកបញ្ជាទិញយ៉ាងហោចណាស់ទទួលបានការផ្គត់ផ្គង់ឱសថមានវេជ្ជបញ្ជារយៈពេល **31** ថ្ងៃ និងមិនលើសពីរយៈពេល **100** ថ្ងៃនៃការផ្គត់ផ្គង់ឱសថមានវេជ្ជបញ្ជានោះឡើយ។ ការផ្គត់ផ្គង់ឱសថរយៈពេល **100**ថ្ងៃមានការបង់ប្រាក់រួមដូចគ្នានឹងការផ្គត់ផ្គង់ឱសថរយៈពេលមួយខែដែរ។

ការបើកឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាតាមប្រៃសណីយ៍

ដើម្បីទទួលបាន ទម្រង់បែបបទបញ្ជាទិញ និងព័ត៌មានអំពីការបើក ឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកតាមប្រៃសណីយ៍ សូមទាក់ទងផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិក។

ជាធម្មតា វេជ្ជបញ្ជាដែលបញ្ជាទិញតាមប្រៃសណីយ៍នឹងមកដល់ក្នុងរយៈពេល 14 ថ្ងៃ។ ប្រសិនបើមានតម្រូវការបន្ទាន់ ឬពេលវេលានេះត្រូវបានពន្យារពេល សូមទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាសមាជិក (លេខទូរសព្ទសម្រាប់ផ្នែកមប្រើសេវាសមាជិកត្រូវបានបោះពុម្ពនៅលើក្របខាងក្រោយនៃកូនសៀវភៅនេះ) សម្រាប់ជំនួយក្នុងការទទួលបានការផ្គត់ផ្គង់បណ្តោះអាសន្ននៃវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក។

ដំណើរការនៃការបញ្ជាទិញតាមប្រៃសណីយ៍

សេវាបញ្ជាទិញតាមប្រៃសណីយ៍មាននីតិវិធីខុសៗគ្នាសម្រាប់វេជ្ជបញ្ជាថ្មីៗ ដែលសេវាបញ្ជាទិញតាមប្រៃសណីយ៍នេះទទួលបានពីអ្នក វេជ្ជបញ្ជាថ្មីៗដែលទទួលបានដោយផ្ទាល់ពីការិយាល័យអ្នកផ្តល់សេវាកម្មរបស់អ្នក ហើយបើកឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាតាមការបញ្ជាទិញតាមប្រៃសណីយ៍របស់អ្នក។

1. វេជ្ជបញ្ជាថ្មីដែលឱសថស្ថានទទួលបានពីអ្នក

ឱសថស្ថានបើកឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាដោយស្វ័យប្រវត្តិ និងផ្តល់វេជ្ជបញ្ជាថ្មីដែលវាទទួលបានពីអ្នក។

2. វេជ្ជបញ្ជាថ្មីដែលឱសថស្ថាននេះទទួលបានដោយផ្ទាល់ពីការិយាល័យរបស់អ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក

ក្រោយពីឱសថស្ថានទទួលបានវេជ្ជបញ្ជាមួយពីអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាព ឱសថស្ថាននោះនឹងទាក់ទងទៅអ្នកដើម្បីឱ្យដឹងថា តើអ្នកចង់បើកឱសថយកមកប្រើភ្លាមៗ ឬចាំបើកនៅពេលក្រោយ។

- នេះនឹងផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវឱកាសដើម្បីធ្វើឱ្យប្រាកដថា ឱសថស្ថាននេះនឹងដឹកជញ្ជូនឱសថត្រឹមត្រូវ (រួមមានកម្លាំង បរិមាណ និងទម្រង់) ហើយ ប្រសិនបើចាំបាច់ ត្រូវអនុញ្ញាតឱ្យអ្នកលុបចោល ឬពន្យាពេលបញ្ជាទិញមុនពេលឱសថនោះនឹងត្រូវបានដឹកជញ្ជូន។
- សូមឆ្លើយតបរាល់ពេលដែលឱសថស្ថានទាក់ទងអ្នក ដើម្បីឱ្យពួកគេដឹងពីអ្វីដែលត្រូវធ្វើជាមួយនឹងវេជ្ជបញ្ជាថ្មីនេះ និងដើម្បីការពារការពន្យារពេលក្នុងការដឹកជញ្ជូន។

3. ការបើកឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាតាមការបញ្ជាទិញតាមសំបុត្រប្រៃសណីយ៍

សម្រាប់ការបើកបន្ថែម សូមទាក់ទងទៅកាន់ឱសថស្ថានរបស់អ្នកឱ្យបាន (14) ថ្ងៃមុនពេលវេជ្ជបញ្ជាបច្ចុប្បន្នរបស់អ្នកនឹងអស់ ដើម្បីប្រាកដថាការបញ្ជាទិញបន្ទាប់របស់អ្នកត្រូវបានដឹកជញ្ជូនទៅដល់អ្នកទាន់ពេល។ ប្រសិនបើអ្នកជួបការលំបាក និងត្រូវការជំនួយ សូមទាក់ទងអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នកតាមរយៈលេខ (855) 665-4627, TTY: 711.

អនុញ្ញាតឱ្យឱសថស្ថានដឹងពីវិធីល្អបំផុតដើម្បីទាក់ទងទៅអ្នក ដើម្បីឱ្យពួកគេអាចបញ្ជាក់ការបញ្ជាទិញរបស់អ្នកមុនពេលដឹកជញ្ជូនចេញ។

A7. ការទទួលបានការផ្គត់ផ្គង់ឱសថរយៈពេលវែង

អ្នកអាចទទួលបានសេវាកម្មការផ្គត់ផ្គង់ឱសថថែទាំរយៈពេលវែងទាំមានវេជ្ជបញ្ជា ដែលមាននៅក្នុង*បញ្ជីឱសថ*របស់គម្រោងយើង។ ឱសថថែទាំសុខភាព គឺជាឱសថដែលអ្នកប្រើជាប្រចាំ សម្រាប់ស្ថានភាពជំងឺរ៉ាំរ៉ៃ ឬរយៈពេលវែង។

ឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញមួយចំនួនអនុញ្ញាតឱ្យអ្នកទទួលឱសថថែទាំរយៈពេលវែង។ ការផ្គត់ផ្គង់ឱសថរយៈពេល 31 ថ្ងៃមានការបង់ប្រាក់រួមដូចគ្នានឹងការផ្គត់ផ្គង់ឱសថរយៈពេលមួយខែដែរ។ *បញ្ជីឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថាន* ប្រាប់អ្នកថាតើឱសថស្ថានណាមួយនៅក្នុងបណ្តាញរបស់យើងអាចផ្តល់ជូនអ្នកនូវការផ្គត់ផ្គត់ឱសថថែទាំរយៈពេលវែងបាន។ អ្នកក៏អាចហៅទូរសព្ទមកកាន់អ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នក ឬផ្នែកសេវាសមាជិក ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែមបានផងដែរ។

សម្រាប់ប្រភេទឱសថជាក់លាក់ អ្នកអាចប្រើសេវាបញ្ជាទិញតាមប្រៃសណីយ៍ក្នុងបណ្តាញរបស់គម្រោង ដើម្បីទទួលបានការផ្គត់ផ្គង់ឱសថថែទាំរយៈពេលវែង។ សូមមើល**ផ្នែក A6** ដើម្បីស្វែងយល់អំពីសេវាបញ្ជាទិញតាមប្រៃសណីយ៍។

A8. ការប្រើប្រាស់ឱសថស្ថានមិននៅក្នុងបណ្តាញនៃគម្រោងរបស់យើង

ជាទូទៅ យើងបង់ប្រាក់សម្រាប់ឱសថដែលបានបើកដោយទទួលបានការផ្គត់ផ្គង់នៅឯឱសថស្ថានក្រៅបណ្តាញតែក្នុងករណីដែលអ្នកមិនអាចប្រើសេវាកម្មរបស់ឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញបានប៉ុណ្ណោះ។ យើងមានឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញដែលស្ថិតនៅក្រៅតំបន់ផ្តល់សេវារបស់យើងដែលអ្នកអាចទទួលបានការបើកឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាក្នុងនាមជាសមាជិកគម្រោងរបស់យើងខ្ញុំ។ នៅក្នុងករណីទាំងនេះ សូមពិនិត្យជាមួយអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំ ឬផ្នែកបម្រើសេវាសមាជិករបស់អ្នកជាមុនសិន ដើម្បីរកមើលថាតើមានឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញមាននៅជិត ដែរឬអត់។ អ្នកអាចនឹងត្រូវតម្រូវឱ្យទូទាត់លើភាពខុសគ្នារវាងអ្វីដែលអ្នកបង់សម្រាប់ឱសថនៅឱសថស្ថានក្រៅបណ្តាញ និងថ្លៃចំណាយដែលយើងនឹងធានារ៉ាប់រងនៅឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញ។

យើងខ្ញុំនឹងបង់ប្រាក់សម្រាប់ការបើកឱសថមានវេជ្ជបញ្ជានៅឯឱសថស្ថានក្រៅបណ្តាញ ក្នុងករណីដូចខាងក្រោម៖

- ប្រសិនបើវេជ្ជបញ្ជានោះពាក់ព័ន្ធនឹងការថែទាំដែលត្រូវការបន្ទាន់
- ប្រសិនបើវេជ្ជបញ្ជាទាំងនេះពាក់ព័ន្ធនឹងការថែទាំសម្រាប់ករណីក្នុងគ្រាអាសន្នផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ
- ការធានារ៉ាប់រងនឹងកំណត់ការផ្គត់ផ្គង់ត្រឹមរយៈពេល 31 ថ្ងៃ លុះត្រាតែវេជ្ជបញ្ជាសរសេរជាលាយលក្ខណ៍អក្សរក្នុងរយៈពេលតិចជាងនេះ

A9. ការបង់ប្រាក់ឱ្យទៅអ្នកវិញសម្រាប់ការបើកឱសថមានវេជ្ជបញ្ជា

ប្រសិនបើអ្នកត្រូវប្រើឱសថស្ថានក្រៅបណ្តាញ ជាទូទៅអ្នកត្រូវបង់ថ្លៃពេញនៅពេលអ្នកបើកឱសថមានវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក។ អ្នកអាចសុំឱ្យយើងបង់ប្រាក់ជូនអ្នកវិញ។

ប្រសិនបើអ្នកបង់ថ្លៃពេញសម្រាប់ឱសថមានវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកដែលអាចត្រូវបានរ៉ាប់រងដោយ Medi-Cal Rx នោះ អ្នកប្រហែលជាអាចត្រូវបានសងមកវិញពីខាងឱសថស្ថាននៅពេលដែល Medi-Cal Rx បានបង់ថ្លៃឱសថមានវេជ្ជបញ្ជានោះ។ ម្យ៉ាងទៀត អ្នកអាចស្នើសុំ Medi-Cal Rx ឱ្យបង់ប្រាក់សងទៅអ្នកវិញ ដោយដាក់បញ្ជូនបណ្តឹងទាមទារសំណង "សំណងលើការចំណាយចេញពីហោប៉ៅរបស់ Medi-Cal (Conlan)"។ ព័ត៌មានបន្ថែមអាចរកបាននៅលើគេហទំព័រ Medi-Cal Rx៖ medi-calrx.dhcs.ca.gov/home/។

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

B. បញ្ជីឱសថ*នៃគម្រោងរបស់យើង*

យើងមាន*បញ្ជីឱសថដែលមានការធានារ៉ាប់រង*។ យើងហៅវាដោយខ្លីថា *"បញ្ជីឱសថ"*។

យើងជ្រើសរើសឱសថក្នុង*បញ្ជីឱសថ*ដោយមានជំនួយពីក្រុមការងារដែលជាវេជ្ជបណ្ឌិត និងឱសថការី។ *បញ្ជីឱសថ*ក៏រៀបរាប់ផងដែរអំពីច្បាប់ដែលអ្នកត្រូវតែអនុវត្តតាមដើម្បីទទួលបានឱសថរបស់អ្នក។

ជាទូទៅ យើងធានារ៉ាប់រងទៅលើឱសថដែលមាននៅក្នុង*បញ្ជីឱសថ*នៃគម្រោងរបស់យើង នៅពេលអ្នកអនុវត្តទៅតាមច្បាប់ ដែលពួកយើងពន្យល់នៅក្នុងជំពូកនេះ។

B1. ឱសថក្នុង*បញ្ជីឱសថ*របស់យើង

*បញ្ជីឱសថ*របស់យើងរួមមានឱសថដែលស្ថិតក្រោម Medicare ផ្នែក D។

ឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាភាគច្រើនដែលអ្នកទទួលបានពីឱសថស្ថាននោះ គឺត្រូវបានរ៉ាប់រងដោយគម្រោងរបស់អ្នក។ ឱសថផ្សេងទៀត ដូចជាឱសថដែលមិនតម្រូវឱ្យមានវេជ្ជបញ្ជា (OTC) ការប្រើឱសថ និងវីតាមីនមួយចំនួនប្រហែលជាអាចត្រូវបានរ៉ាប់រងដោយ Medi-Cal Rx ផងដែរ។ សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ Medi-Cal Rx (medi-calrx.dhcs.ca.gov) សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។ អ្នកក៏អាចទូរសព្ទទៅកាន់មជ្ឈមណ្ឌលបម្រើសេវាអតិថិជនរបស់ Medi-Cal Rx តាមរយៈលេខ 800-977-2273 បានផងដែរ។ សូមយកបណ្ណសម្គាល់អ្នកទទួលអត្ថប្រយោជន៍ (BIC) ពីកម្មវិធី Medi-Cal របស់អ្នកពេលមកបើកឱសថមានវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកតាមរយៈ Medi-Cal Rx។

*បញ្ជីឱសថ*របស់យើងរួមមានឱសថមានម៉ាកយីហោ ឱសថទូទៅ និងផលិតផលជីវសាស្ត្រ (ដែលអាចរួមបញ្ចូលឱសថជីវសាស្ត្រស្រដៀង)។

ឱសថមានម៉ាកយីហោគឺជាឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាដែលត្រូវបានលក់ក្រោមឈ្មោះសញ្ញាពាណិជ្ជកម្មដែលគ្រប់គ្រងដោយក្រុមហ៊ុនផលិតឱសថ។ ផលិតផលជីវសាស្ត្រគឺជាឱសថដែលមានភាពស្មុគ្រស្មាញជាងឱសថធម្មតា។ នៅក្នុង*បញ្ជីឱសថ*របស់យើង នៅពេលដែលយើងសំដៅទៅលើ "ឱសថ" នេះអាចមានន័យថាជាឱសថ ឬផលិតផលជីវសាស្ត្រ។

ឱសថទូទៅមានធាតុផ្សំសកម្មដូចគ្នាទៅនឹងឱសថមានម៉ាកយីហោផងដែរ។ ផលិតផលជីវសាស្ត្រមានជម្រើសដែលត្រូវបានហៅថាឱសថជីវសាស្ត្រស្រដៀងគ្នា។ ជាទូទៅ ឱសថទូទៅ និងឱសថជីវសាស្ត្រស្រដៀងគ្នាមានប្រសិទ្ធភាពដូចគ្នាទៅនឹងឱសថមានម៉ាកយីហោ ឬផលិតផលជីវសាស្ត្រដើម ហើយជាធម្មតាមានតម្លៃទាបជាង។ មានឱសថទូទៅដែលអាចជំនួសឱសថមានម៉ាកយីហោជាច្រើន និងជម្រើសឱសថជីវសាស្ត្រស្រដៀងគ្នាដែលអាចរកបានសម្រាប់ផលិតផលជីវសាស្ត្រដើមមួយចំនួន។ ឱសថជីវសាស្ត្រស្រដៀងគ្នាមួយចំនួនគឺជាឱសថជីវសាស្ត្រស្រដៀងគ្នាដែលអាចផ្លាស់ប្តូរគ្នាបាន ហើយ យោងទៅតាមច្បាប់របស់រដ្ឋ ប្រហែលជាអាចត្រូវបានជំនួសសម្រាប់ផលិតផលជីវសាស្ត្រដើមនៅឱសថស្ថានដោយមិនចាំបាច់មានវេជ្ជបញ្ជាថ្មី ដូចដែលឱសថទូទៅអាចត្រូវជំនួសសម្រាប់ឱសថមានម៉ាកយីហោផងដែរ។

សូមមើល**ជំពូកទី 12** សម្រាប់និយមន័យនៃប្រភេទឱសថដែលអាចមាននៅក្នុង*បញ្ជីឱសថ*។

គម្រោងរបស់យើងខ្ញុំក៏ធានារ៉ាប់រងលើឱសថ OTC និងផលិតផលជាក់លាក់ផងដែរ។ ឱសថ OTC មួយចំនួនមានតម្លៃថោកជាងឱសថមានវេជ្ជបញ្ជា ហើយមានប្រសិទ្ធភាពដូចគ្នាផងដែរ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមហៅទូរសព្ទមកកាន់ផ្នែកបម្រើសេវាសមាជិក។

B2. របៀបស្វែងរកឱសថនៅក្នុង*បញ្ជីឱសថ*

ដើម្បីស្វែងយល់ថាតើឱសថដែលអ្នកលេបមាននៅក្នុង*បញ្ជីឱសថ*របស់យើងដែរឬទេ អ្នកអាច៖

- ពិនិត្យរកមើល *បញ្ជីឱសថ* ដែលថ្មីៗបំផុតដែលយើងបានផ្ញើតាមប្រៃសណីយជូនអ្នក។
- ចូលមើលគេហទំព័ររបស់គម្រោងរបស់យើងតាមរយៈ www.MolinaHealthcare.com/Medicare។ *បញ្ជីឱសថ*លើគេហទំព័ររបស់យើងគឺជាបញ្ជីឱសថចុងក្រោយបំផុតជានិច្ច។
- សូមទូរសព្ទទៅអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំ ឬផ្នែកបម្រើសេវាសមាជិករបស់អ្នក ដើម្បីដឹងថាតើឱសថមួយណាដែលមានក្នុង*បញ្ជីឱសថ* ឬស្នើសុំច្បាប់ចម្លងនៃបញ្ជីនោះ។
- ឱសថដែលមិនត្រូវបានរ៉ាប់រងដោយផ្នែក D អាចត្រូវបានរ៉ាប់រងដោយ Medi-Cal Rx វិញ។ សូមចូរទៅកាន់គេហទំព័រ Medi-Cal Rx (medi-calrx.dhcs.ca.gov/) សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម
- ប្រើ "Real Time Benefit Tool" (ឧបករណ៍អត្ថប្រយោជន៍នៅពេលវេលាជាក់ស្តែង) របស់យើងនៅលើ Caremark.com ឬទូរសព្ទទៅអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំ ឬផ្នែកបម្រើសេវាសមាជិករបស់អ្នក។ ជាមួយនឹងឧបករណ៍នេះ អ្នកអាចស្វែងរកឱសថនៅក្នុង*បញ្ជីឱសថ* ដើម្បីទទួលបានការប៉ាន់ស្មានអំពីអ្វីដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់ប្រាក់ ហើយថាតើមានឱសថជំនួសនៅក្នុង*បញ្ជីឱសថ*ដែលអាចព្យាបាលស្ថានភាពដូចគ្នាបានដែរឬទេ។

B3. ឱសថមិនមានក្នុង*បញ្ជីឱសថ*របស់យើង

ពួកយើងមិនធានារ៉ាបរងលើឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាទាំងអស់ឡើយ។ ឱសថមួយចំនួនគឺមិនមាននៅក្នុង*បញ្ជីឱសថ*របស់យើងឡើយ ដោយសារតែច្បាប់មិនអនុញ្ញាតឱ្យយើងធានារ៉ាបរងលើឱសថទាំងនោះ។ ក្នុងករណីផ្សេងៗទៀត យើងបានសម្រេចថាមិនរាប់បញ្ចូលឱសថទៅក្នុង*បញ្ជីឱសថ*ឡើយ។

គម្រោងរបស់យើងមិនបង់ប្រាក់សម្រាប់ប្រភេទឱសថដែលបានពណ៌នានៅក្នុងផ្នែកនេះឡើយ។ ឱសថទាំងនេះ ហៅថា**ឱសថមិនត្រូវបានរាប់បញ្ចូល**។ បើអ្នកទទួលបានវេជ្ជបញ្ជាឱ្យប្រើប្រាស់ឱសថមិនរាប់បញ្ចូល អ្នកត្រូវបង់ប្រាក់សម្រាប់ឱសថនោះដោយខ្លួនឯង។ បើអ្នកគិតថាយើងគួរតែបង់ប្រាក់សម្រាប់ឱសថមិនរាប់បញ្ចូលណាមួយ ដោយសារតែករណីរបស់អ្នក អ្នកអាចដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍បាន។ សូមមើល**ជំពូកទី 9** នៃ*សៀវភៅណែនាំសមាជិក*របស់អ្នក សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីការប្តឹងឧទ្ធរណ៍។

នេះគឺជាច្បាប់ទូទៅបីយ៉ាង ចំពោះឱសថក្រៅបញ្ជី៖

1. ការធានារ៉ាប់រងលើឱសថសម្រាប់អ្នកជំងឺមិនស្នាក់ព្យាបាលរបស់គម្រោងរបស់យើង (ដែលរួមបញ្ចូល Medicare ផ្នែក D) មិនអាចបង់ប្រាក់ថ្លៃឱសថដែល Medicare ផ្នែក A ឬ Medicare ផ្នែក B បានធានារ៉ាបរងរួចហើយបានទេ។ គម្រោងរបស់យើងធានារ៉ាបរងលើឱសថដែលស្ថិតក្រោម Medicare ផ្នែក A ឬ Medicare ផ្នែក B ដោយមិនគិតថ្លៃ ប៉ុន្តែឱសថទាំងនេះមិនត្រូវបានចាត់ទុកថាជាផ្នែកមួយនៃអត្ថប្រយោជន៍ឱសថមានវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកជំងឺដែលមិនសម្រាកព្យាបាលរបស់អ្នកឡើយ។
2. គម្រោងរបស់យើងមិនអាចធានារ៉ាប់រងលើឱសដែលត្រូវបានជាវនៅក្រៅសហរដ្ឋអាមេរិក និងដែនដីរបស់ប្រទេសនេះបានទេ។
3. ការប្រើប្រាស់ឱសថត្រូវតែទទួលបានយល់ព្រមដោយ FDA ឬគាំទ្រដោយឯកសារយោងវេជ្ជសាស្ត្រជាក់លាក់ជាការព្យាបាលសម្រាប់ស្ថានភាពជំងឺរបស់អ្នក។ វេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក ឬអ្នកផ្តល់សេវាផ្សេងទៀតអាចចេញវេជ្ជបញ្ជាលើឱសថជាក់លាក់ដើម្បីព្យាបាលស្ថានភាពជំងឺរបស់អ្នក បើទោះបីជាវាមិនទទួលបានការយល់ព្រមក្នុងការព្យាបាលស្ថានភាពជំងឺនេះក៏ដោយ។ នេះត្រូវបានគេហៅថា “ការប្រើប្រាស់ខុសពីការណែនាំលើស្លាកសញ្ញា”។ ជាធម្មតាគម្រោងរបស់យើងមិនធានារ៉ាប់រងលើឱសថដែលទទួលបានការចេញវេជ្ជបញ្ជាសម្រាប់ការប្រើប្រាស់ខុសពីការណែនាំលើស្លាកសញ្ញាឡើយ។

ដូចគ្នានេះផងដែរ តាមច្បាប់ Medicare ឬ Medi-Cal មិនអាចរ៉ាប់រងប្រភេទឱសថដែលមានចុះបញ្ជីខាងក្រោមបានទេ។

- ឱសថបានប្រើដើម្បីលើកកម្ពស់ភាពមានកូន
- ឱសថដែលប្រើសម្រាប់បំបាត់រោគសញ្ញាក្អក ឬផ្តាសាយ*
- ឱសថបានប្រើសំរាប់គោលបំណងកែសម្ផស្ស ឬដើម្បីជំរុញការដុះសក់
- វីតាមីនតាមវេជ្ជបញ្ជា និងផលិតផលមានសារធាតុរ៉ែ លើកលែងតែវីតាមីនមុនពេលសម្រាល និងការរៀបចំភ្ជុយអ័រ*
- ឱសថដែលត្រូវបានប្រើសម្រាប់ការព្យាបាលបញ្ហាផ្លូវភេទ ឬជំងឺលិង្គងាប់
- ឱសថដែលប្រើសម្រាប់ព្យាបាលជំងឺស្រកទម្ងន់ ឬការឡើងទម្ងន់*
- ឱសថសម្រាប់អ្នកជំងឺមិនស្នាក់ព្យាបាលដែលផលិតដោយក្រុមហ៊ុនដែលទាមទារឱ្យអ្នកត្រូវតែមានការធ្វើតេស្ត ឬសេវាកម្មដែលធ្វើដោយក្រុមហ៊ុននោះតែប៉ុណ្ណោះ

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

B4. កម្រិតនៃការចែករំលែកថ្លៃចំណាយលើ*បញ្ជីឱសថ*

រាល់ឱសថដែលមាននៅក្នុង*បញ្ជីឱសថ*របស់យើងមាននៅក្នុងកម្រិតមួយ។ កម្រិតគឺជាប្រភេទក្រុមឱសថដែលមានប្រភេទដូចគ្នា (ឧទាហរណ៍ ម៉ាកយីហោ ឈ្មោះ ប្រភេទទូទៅ ឬឱសថមិនតម្រូវវេជ្ជបញ្ជា (OTC))។ ជាទូទៅ នៅពេលកម្រិតនៃការចែករំលែកថ្លៃចំណាយស្ថិតនៅក្នុងថ្នាក់កាន់តែខ្ពស់ នោះថ្លៃចំណាយសម្រាប់ឱសថក៏កាន់តែខ្ពស់ដូចគ្នា។

ដើម្បីស្វែងយល់ថាតើឱសថរបស់អ្នកស្ថិតនៅក្នុងកម្រិតនៃការចែករំលែកថ្លៃចំណាយមួយណា សូមរកមើលឱសថនៅក្នុង*បញ្ជីឱសថ*របស់យើង។

ជំពូកទី 6 នៃ*សៀវភៅណែនាំសមាជិក*របស់អ្នកប្រាប់ពីចំនួនចំនួនទឹកប្រាក់ដែលអ្នកត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថក្នុងកម្រិតនីមួយៗ។

C. ដែនកំណត់លើឱសថមួយចំនួន

ច្បាប់ពិសេសដែលដាក់ដែនកំណត់លើរបៀប និងពេលណាដែលគម្រោងរបស់យើងនឹងរ៉ាប់រងលើឱសថនៃឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាជាក់លាក់។ ជាទូទៅ ច្បាប់របស់យើងជំរុញឱ្យអ្នកទទួលបានឱសថដែលមានប្រសិទ្ធភាពសម្រាប់ស្ថានភាពជំងឺរបស់អ្នក ហើយមានសុវត្ថិភាព និងប្រសិទ្ធភាព។ នៅពេលឱសថមានសុវត្ថិភាព និងមានតម្លៃទាប និងមានប្រសិទ្ធភាពខ្ពស់ដូចឱសថដែលមានតម្លៃខ្ពស់ យើងរំពឹងថា អ្នកផ្តល់សេវាកម្មរបស់អ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាឱសថដែលមានតម្លៃទាប។

ប្រសិនបើមានច្បាប់ពិសេស សម្រាប់ឱសថរបស់អ្នក ជាធម្មតាគឺមានន័យថា អ្នក ឬអ្នកផ្តល់សេវាកម្មនឹងត្រូវចាត់វិធានការបន្ថែម ដើម្បីប្រាប់យើងខ្ញុំឱ្យជួយចេញថ្លៃឱសថប្រភេទនេះ។ ឧទាហរណ៍ អ្នកផ្តល់សេវាកម្មរបស់លោកអ្នក អាចត្រូវប្រាប់យើងខ្ញុំ អំពីរោគវិនិច្ឆ័យរបស់លោកអ្នក ឬត្រូវផ្តល់លទ្ធផលតេស្តឈាមឲ្យយើងខ្ញុំជាមុនសិនទើបបាន។ បើអ្នក ឬក៏អ្នកផ្តល់សេវាកម្មរបស់អ្នកគិតថា វិធានច្បាប់របស់ពួកយើងមិនគួរត្រូវបានអនុវត្តចំពោះស្ថានភាពរបស់អ្នក នោះអ្នកគួរតែស្នើសុំយើងខ្ញុំឱ្យបង្កើតករណីលើកលែង។ យើងខ្ញុំប្រហែលជាឯកភាព ឬមិនឯកភាពឱ្យអ្នកប្រើប្រាស់ឱសថដោយមិនមានចំណាត់ការបន្ថែម។

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

1. **ការដាក់ដែនកំណត់ចំពោះការប្រើឱសថមានម៉ាកយីហោនៅពេលដែលឱសថទូទៅអាចផ្តល់ជូនបាន**

   ជាទូទៅ ថ្នាំទូទៅ មានប្រសិទ្ធិភាពដូចគ្នាទៅនឹងឱសថមានយីហោ ហើយជាធម្មតាមានតម្លៃថោកជាង។ ក្នុងករណីភាគច្រើន ប្រសិនបើមានកំណែឱសថទូទៅដែលមានម៉ាកយីហោអាចរកបាន នោះឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញយើងខ្ញុំនឹងផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវឱសថប្រភេទទូទៅ។

   - ជាធម្មតា យើងនឹងមិនបង់ប្រាក់សម្រាប់ឱសថមានម៉ាកយីហោឡើយ នៅពេលដែលមានឱសថទូទៅនោះ។
   - ទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយ ប្រសិនបើអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក បានប្រាប់យើងខ្ញុំពីមូលហេតុវេជ្ជសាស្ត្រដែលឱសថទូទៅនឹងមិនមានប្រសិទ្ធភាពចំពោះអ្នក ឬបានសរសេរលាយលក្ខណ៍អក្សរថា "គ្មានការជំនួស" លើវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកសម្រាប់ឱសថមានម៉ាកយីហោ ឬបានប្រាប់យើងខ្ញុំពីមូលហេតុវេជ្ជសាស្ត្រដែលឱសថទូទៅ ឬឱសថដែលមានការធានារ៉ាប់រងផ្សេងទៀតដែលព្យាបាលស្ថានភាពដូចគ្នានឹងមានប្រសិទ្ធភាពចំពោះអ្នក នោះយើងធានារ៉ាប់រងលើឱសថដែលមានម៉ាកយីហោនោះ។

2. **ការទទួលបានការយល់ព្រមជាមុន**

   សម្រាប់ឱសថមួយចំនួន អ្នក ឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកត្រូវតែទទួលបានការយល់ព្រមពីគម្រោងរបស់យើង មុនពេលអ្នកបើកឱសថមានវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក។ ប្រសិនបើអ្នកមិនទទួលបានការយល់ព្រមនោះទេ យើងមិនអាចរ៉ាប់រងលើឱសថទាំងនោះឡើយ។

3. **ការសាកល្បងប្រើឱសថផ្សេងជាមុនសិន**

   ជាទូទៅ យើងចង់ឱ្យអ្នកសាកល្បងឱសថមានតម្លៃទាប ដែលមានប្រសិទ្ធភាព មុនពេលយើងរ៉ាប់រងលើឱសថដែលមានតម្លៃខ្ពស់ជាង។ ឧទាហរណ៍ ប្រសិនបើឱសថ A និងឱសថ B ដែលព្យាបាលស្ថានភាពផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដូចគ្នា ហើយឱសថ A មានថ្លៃចំណាយទាបជាងឱសថ B យើងអាចនឹងតម្រូវឱ្យអ្នកសាកល្បងឱសថ A ជាមុនសិន។

   ប្រសិនបើឱសថ A **មិនមាន**ប្រសិទ្ធិភាពសម្រាប់អ្នកទេ នោះយើងនឹងធានារ៉ាប់រងឱសថ B។ នេះត្រូវបានហៅថាការព្យាបាលជាជំហាន។

4. **ដែនកំណត់បរិមាណ**

   ចំពោះឱសថមួយចំនួន យើងដាក់ដែនកំណត់លើបរិមាណឱសថដែលអ្នកអាចមាន។ នេះត្រូវបានហៅថាដែនកំណត់បរិមាណ។ ឧទាហរណ៍ យើងប្រហែលដាក់ដែនកំណត់លើចំនួនឱសថច្រើនប៉ុនណាដែលអ្នកអាចទទួលឱសថបានក្នុងពេលដែលអ្នកបើកឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាមួយលើកៗ។

ដើម្បីស្វែងយល់ថាតើច្បាប់ខាងលើអនុវត្តចំពោះឱសថដែលអ្នកលេប ឬក៏ចង់លេប សូមពិនិត្យមើល*បញ្ជីឱសថ*របស់យើង។ សម្រាប់ព័ត៌មានថ្មីៗបំផុត សូមទូរសព្ទទៅកាន់ផ្នែកបម្រើសេវាសមាជិក ឬពិនិត្យមើលគេហទំព័ររបស់យើងតាមអាសយដ្ឋាន molinahealthcare.com/medicare។ ប្រសិនបើអ្នកមិនយល់ស្របនឹងសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងរបស់យើងដោយផ្អែកលើហេតុផលណាមួយខាងលើ អ្នកអាចស្នើសុំបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍បាន។ សូមមើល**ជំពូកទី 9** នៃ*សៀវភៅណែនាំសមាជិក*។

D. មូលហេតុដែលឱសថរបស់អ្នកមិនទទួលបានការធានារ៉ាប់រង

យើងនឹងព្យាយាមធ្វើឱ្យការធានារ៉ាប់រងឱសថរបស់អ្នកកាន់តែមានប្រសិទ្ធភាពសម្រាប់អ្នក ប៉ុន្តែមានពេលខ្លះក៏ឱសថមួយប្រហែលជាមិនត្រូវបានរ៉ាប់រងតាមរបៀបដែលអ្នកចង់បានដែរ។ ឧទាហរណ៍៖

- គម្រោងរបស់យើងមិនធានារ៉ាបរងលើឱសថដែលអ្នកចង់លេបឡើយ។ ឱសថនេះប្រហែលជាមិនមាននៅក្នុង*បញ្ជីឱសថ*របស់យើងឡើយ។ យើងអាចធានារ៉ាបរងលើឱសថទូទៅនៃឱសថនេះ ប៉ុន្តែមិនមែនជាម៉ាកយីហោដែលអ្នកចង់ប្រើនោះទេ។ ឱសថអាចជាឱសថថ្មី ហើយយើងមិនទាន់បានពិនិត្យមើលសុវត្ថិភាព និងប្រសិទ្ធភាពនៅឡើយទេ។
- គម្រោងរបស់យើងធានារ៉ាប់រងលើឱសថនេះ ប៉ុន្តែមានច្បាប់ពិសេស ឬដែនកំណត់លើការធានារ៉ាប់រង។ ដូចដែលបានពន្យល់នៅក្នុងផ្នែកខាងលើ ឱសថមួយចំនួនដែលគម្រោងរបស់យើងធានារ៉ាប់រងនោះគឺមានច្បាប់នៃដែនកំណត់ការប្រើប្រាស់របស់ឱសថនោះ។ ក្នុងករណីមួយចំនួន អ្នក និងអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកប្រហែលជាចង់ស្នើសុំករណីលើកលែងណាមួយពីយើងខ្ញុំ។

មានរឿងមួយចំនួនដែលអ្នកអាចធ្វើបាន ប្រសិនបើយើងមិនរ៉ាប់រងលើឱសថតាមរបៀបដែលអ្នកចង់ឱ្យយើងខ្ញុំធានារ៉ាប់រងនោះ។

D1. ការទទួលបានការផ្គត់ផ្គង់បណ្តោះអាសន្ន

ក្នុងករណីមួយចំនួន យើងអាចផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវសេវាផ្គត់ផ្គង់ឱសថបណ្តោះអាសន្ន នៅពេលឱសថនោះមិននៅក្នុង*បញ្ជីឱសថ*របស់យើង ឬមានដែនកំណត់តាមរបៀបណាមួយ។ នេះជួយផ្តល់ពេលឱ្យអ្នកអាចពិភាក្សាជាមួយនឹងអ្នកផ្តល់សេវាអំពីការទទួលបានឱសថប្រភេទផ្សេងជំនួសវិញ ឬស្នើសុំយើងខ្ញុំធានារ៉ាប់រងលើឱសថនេះ។

ដើម្បីទទួលបានការផ្គត់ផ្គង់ឱសថជាបណ្តោះអាសន្ន អ្នកត្រូវបំពេញតាមច្បាប់ចំនួនពីរខាងក្រោម៖

1. ឱសថដែលអ្នកបាននឹងកំពុងលេប៖
   - លែងមាននៅក្នុង *បញ្ជីឱសថ*របស់យើង **ឬ**
   - មិនដែលមាននៅក្នុង *បញ្ជីឱសថ*របស់យើង **ឬ**
   - ឥឡូវមានដែនកំណត់តាមវិធីមួយចំនួន។
2. អ្នកត្រូវស្ថិតក្នុងស្ថានភាពណាមួយក្នុងចំណោមស្ថានភាពទាំងនេះ៖
   - អ្នកបានស្ថិតនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើងកាលពីឆ្នាំមុន។
     - យើងខ្ញុំនឹងធានារ៉ាប់រងលើការផ្គត់ផ្គង់ឱសថបណ្តោះអាសន្នរបស់អ្នក **ក្នុងអំឡុងពេល (100) ថ្ងៃដំបូងតាមឆ្នាំប្រតិទិន**។
     - ការផ្គត់ផ្គង់បណ្តោះអាសន្ននេះមានរយៈពេលរហូតដល់ (31) ថ្ងៃ។
     - ប្រសិនបើវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកត្រូវបានសរសេរឡើងក្នុងរយៈពេលពីរបីថ្ងៃ នោះយើងនឹងអនុញ្ញាតឱ្យមានការបំពេញច្រើនដងដើម្បីផ្តល់ការប្រើឱសថរហូតដល់ (31) ថ្ងៃជាអតិបរមា។ អ្នកត្រូវតែទទួលបានឱសថមានវេជ្ជបញ្ជារបស់ខ្លួនពីឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញ។
     - ឱសថស្ថានថែទាំរយៈពេលវែងអាចផ្តល់ឱសថមានវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកក្នុងបរិមាណតិចតួចក្នុងពេលមួយ ដើម្បីបង្ការភាពខ្ជះខ្ជាយ។
   - អ្នកជាសមាជិកថ្មីចំពោះគម្រោងរបស់យើង។
     - យើងនឹងធានារ៉ាប់រងលើការផ្គត់ផ្គង់ជាបណ្តោះអាសន្ននៃឱសថរបស់អ្នកក្នុង**អំឡុងពេល (100) ថ្ងៃដំបូងនៃសមាជិកភាពរបស់អ្នកនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើង។**
     - ការផ្គត់ផ្គង់បណ្តោះអាសន្ននេះមានរយៈពេលរហូតដល់ (31) ថ្ងៃ។
     - ប្រសិនបើវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកត្រូវបានសរសេរឡើងក្នុងរយៈពេលពីរបីថ្ងៃ នោះយើងនឹងអនុញ្ញាតឱ្យមានការបំពេញច្រើនដងដើម្បីផ្តល់ការប្រើឱសថរហូតដល់ (31) ថ្ងៃជាអតិបរមា។ អ្នកត្រូវតែទទួលបានឱសថមានវេជ្ជបញ្ជារបស់ខ្លួនពីឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញ។
     - ឱសថស្ថានថែទាំរយៈពេលវែងអាចផ្តល់ឱសថមានវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកក្នុងបរិមាណតិចតួចក្នុងពេលមួយ ដើម្បីបង្ការភាពខ្ជះខ្ជាយ។
   - អ្នកបានចូលជាសមាជិកនៃគម្រោងរបស់យើងមានរយៈពេលច្រើនជាង (100) ថ្ងៃ រស់នៅក្នុងមណ្ឌលថែទាំរយៈពេលវែង និងត្រូវការសម្ភារផ្គត់ផ្គង់ភ្លាមៗ។
     - យើងនឹងធានារ៉ាប់រងចំពោះការផ្គត់ផ្គង់ឱសថម្តងមួយក្នុងរយៈពេល (31) ថ្ងៃ ឬក៏តិចជាងនេះ បើវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកត្រូវបានសរសេរសម្រាប់ចំនួនថ្ងៃតិចជាងនេះ។ នេះគឺជាការបន្ថែមទៅលើការផ្គត់ផ្គង់បណ្តោះអាសន្នខាងលើ។
     - សូមចំណាំថាគោលនយោបាយផ្លាស់ប្តូររបស់យើងអនុវត្តតែចំពោះឱសថដែលជា "ផ្នែក D" និងបានទិញនៅតាមឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញតែប៉ុណ្ណោះ។ គោលនយោបាយផ្លាស់ប្តូរមិនអាចប្រើដើម្បីទិញឱសថដែលមិនស្ថិតនៅក្នុងផ្នែក D ឬឱសថនៅក្រៅបណ្តាញបាននោះទេ លុះត្រាតែអ្នកមានលក្ខណៈគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ការចូលប្រើឱសថនៅក្រៅបណ្តាញ។

D2. ការស្នើសុំការផ្គត់ផ្គង់បណ្តោះអាសន្ន

ដើម្បីស្នើសុំការផ្គត់ផ្គង់ឱសថជាបណ្តោះអាសន្ន សូមហៅទូរសព្ទមកផ្នែកបម្រើសេវាសមាជិក។

នៅពេលអ្នកទទួលបានសេវាផ្គត់ផ្គង់ឱសថបណ្តោះអាសន្ន សូមពិភាក្សាជាមួយអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកភ្លាមៗ ដើម្បីធ្វើសេចក្តីសម្រេចថាតើនឹងត្រូវធ្វើអ្វីខ្លះ នៅពេលអ្នកលែងទទួលបានការផ្គត់ផ្គង់នោះ។ ទាំងនេះជាជម្រើសរបស់អ្នក៖

- ផ្លាស់ប្តូរទៅប្រើឱសថមួយផ្សេងទៀត។

  គម្រោងរបស់យើងអាចធានារ៉ាប់រងលើឱសថផ្សេងដែលមានប្រសិទ្ធភាពសម្រាប់អ្នក។ សូមទូរសព្ទមកកាន់ផ្នែកបម្រើសេវាសមាជិកដើម្បីស្នើសុំបញ្ជីឱសថដែលយើងធានារ៉ាប់រងដែលអាចព្យាបាលអាការជំងឺដូចគ្នាបាន។ បញ្ជីនេះអាចជួយអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកក្នុងការស្វែងរកឱសថដែលទទួលបានការធានារ៉ាប់រងដែលអាចមានប្រសិទ្ធភាពសម្រាប់អ្នក។

ឬ

- ស្នើសុំការលើកលែង។

  អ្នក និងអ្នកផ្តល់សេវាអាចស្នើសុំយើងខ្ញុំឱ្យធ្វើការលើកលែងបាន។ ឧទាហរណ៍ អ្នកអាចស្នើសុំឱ្យយើងខ្ញុំធានារ៉ាប់រងលើឱសថដែលមិនមាននៅក្នុង*បញ្ជីឱសថ*របស់យើង ឬស្នើសុំឱ្យយើងខ្ញុំធានារ៉ាប់រងលើឱសថដែលមិនមានការដាក់ដែនកំណត់។ ប្រសិនបើអ្នកផ្តល់សេវានិយាយថា អ្នកមានមូលហេតុល្អខាងវេជ្ជសាស្ត្រសម្រាប់ការលើកលែង ពួកគេអាចជួយអ្នកស្នើសុំការលើកលែងបាន។

D3. ការស្នើសុំការលើកលែង

ប្រសិនបើឱសថដែលអ្នកលេបនឹងត្រូវបានលុបចេញពី*បញ្ជីឱសថ* ឬមានដែនកំណត់តាមរបៀបមួយចំនួននៅឆ្នាំក្រោយ យើងនឹងអនុញ្ញាតឱ្យអ្នកអាចស្នើសុំការលើកលែង មុនឆ្នាំក្រោយ។

- យើងនឹងប្រាប់អ្នកអំពីការប្រែប្រួលណាមួយនៅក្នុងការធានារ៉ាប់រងលើឱសថរបស់អ្នកសម្រាប់ឆ្នាំបន្ទាប់។ ស្នើសុំឱ្យយើងខ្ញុំធ្វើការលើកលែង និងធានារ៉ាប់រងលើឱសថនៅឆ្នាំក្រោយតាមវិធីដែលអ្នកចង់បាន។
- យើងឆ្លើយតបសំណើរបស់អ្នកចំពោះការស្នើសុំការលើកលែងក្នុងរយៈពេល 72 ម៉ោង បន្ទាប់ពីយើងទទួលបានសំណើរបស់អ្នក (ឬបន្ទាប់ពីទទួលបានសេចក្តីថ្លែងការណ៍គាំទ្ររបស់អ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជារបស់)។

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

ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយក្នុងការស្នើសុំការលើកលែង សូមទាក់ទងផ្នែកបម្រើសេវាសមាជិក ឬអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នក។

E. ការផ្លាស់ប្តូរការធានារ៉ាប់រងសម្រាប់ឱសថរបស់អ្នក

ការផ្លាស់ប្តូរចំពោះការធានារ៉ាបរងលើឱសថភាគច្រើនកើតឡើងនៅថ្ងៃទី 1 ខែមករា ប៉ុន្តែយើងអាចបន្ថែម ឬដកឱសថចេញពី*បញ្ជីឱសថ*របស់យើងក្នុងអំឡុងឆ្នាំផងដែរ។ យើងក៏អាចផ្លាស់ប្តូរច្បាប់របស់យើងស្តីពីឱសថបានផងដែរ។ ឧទាហរណ៍ យើងអាច៖

- ចេញសេចក្តីសម្រេចដើម្បីតម្រូវ ឬមិនតម្រូវឱ្យមានការយល់ព្រមជាមុន (PA) សម្រាប់ឱសថ (ការអនុញ្ញាតពីយើងខ្ញុំមុនពេលអ្នកទទួលបានឱសថ)។
- បន្ថែម ឬផ្លាស់ប្តូរចំនួនឱសថដែលអ្នកអាចទទួលបាន (ដែនកំណត់បរិមាណ)។
- ការបន្ថែម ឬផ្លាស់ប្តូរការរឹតបន្តឹងការព្យាបាលជាជំហានលើឱសថ (អ្នកត្រូវតែសាកល្បងឱសថមួយមុនពេលយើងរ៉ាប់រងឱសថមួយទៀត)។

សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីច្បាប់នៃឱសថទាំងនេះ សូមមើលទៅ**ផ្នែក C**។

ប្រសិនបើអ្នកកំពុងលេបឱសថដែលមានការធានារ៉ាប់រងនៅ **ដើម**ឆ្នាំ យើងនឹងមិនដកចេញ ឬផ្លាស់ប្តូរការធានារ៉ាប់រងឱសថនោះ **ក្នុងអំឡុងពេលនៅសល់នៃឆ្នាំនោះ** លើកលែងតែ៖

- ឱសថថ្មី មានតម្លៃថោកជាងដែលមកដល់នៅលើទីផ្សារដែលមានប្រសិទ្ធភាពដូចទៅនឹងឱសថដែលមាននៅលើ*បញ្ជីឱសថ*របស់យើងនាពេលបច្ចុប្បន្ននេះ **ឬ**
- យើងដឹងថាឱសថនោះមិនមានសុវត្ថិភាព **ឬ**
- ឱសថនោះត្រូវបានដកចេញពីទីផ្សារ។

ប្រសិនបើការធានារ៉ាប់រងផ្លាស់ប្តូរសម្រាប់ឱសថដែលអ្នកកំពុងលេប តើមានអ្វីកើតឡើង?

ដើម្បីទទួលព័ត៌មានបន្ថែមថាតើនឹងមានអ្វីដែលកើតឡើងនៅពេលដែល*បញ្ជីឱសថ*របស់យើងត្រូវផ្លាស់ប្តូរ អ្នកអាច៖

- ពិនិត្យ*បញ្ជីឱសថ*បច្ចុប្បន្នរបស់យើងតាមអនឡាញតាមអាសយដ្ឋាន www.MolinaHealthcare.com/Medicare **ឬ**
- សូមទូរសព្ទទៅផ្នែកបម្រើសេវាបម្រើសមាជិកតាមលេខដែលមាននៅផ្នែកខាងក្រោមនៃទំព័រ ដើម្បីពិនិត្យមើល*បញ្ជីឱសថ*ពេលបច្ចុប្បន្នរបស់យើង។

ការផ្លាស់ប្តូរដែលយើងអាចនឹងធ្វើចំពោះ*បញ្ជីឱសថ* ដែលប៉ះពាល់ដល់អ្នកក្នុងអំឡុងឆ្នាំនៃគម្រោងបច្ចុប្បន្ន

ការផ្លាស់ប្តូរមួយចំនួនចំពោះ *បញ្ជីឱសថ* នឹងកើតឡើងភ្លាម។ ឧទាហរណ៍៖

- ឱសថទូទៅថ្មីអាចរកបាន។ ពេលខ្លះ ឱសថទូទៅថ្មី ឬផលិតផលជីវសាស្ត្រស្រដៀងគ្នានៅលើទីផ្សារដែលមានប្រសិទ្ធភាពដូចគ្នាទៅនឹងឱសថមានម៉ាកយីហោ ឬផលិតផលជីវសាស្ត្រដើមនៅក្នុង*បញ្ជីឱសថ*បច្ចុប្បន្ននេះ។ នៅពេលដែលករណីនេះកើតមាន យើងអាចដកឱសថមានម៉ាកយីហោចេញ ហើយបន្ថែមឱសថទូទៅថ្មីនេះ ប៉ុន្តែថ្លៃចំណាយរបស់អ្នកសម្រាប់ឱសថថ្មីនេះនឹងនៅដដែល ឬទាបជាងនេះ។

  នៅពេលយើងខ្ញុំបន្ថែមឱសថទូទៅថ្មី យើងខ្ញុំក៏អាចសម្រេចចិត្តរក្សាទុកឱសថមានម៉ាកយីហោនៅក្នុងបញ្ជី ប៉ុន្តែផ្លាស់ប្តូរច្បាប់ ឬដែនកំណត់អំពីការធានារ៉ាប់រងរបស់វា។

  - យើងអាចមិនប្រាប់អ្នកនោះឡើយមុនពេលយើងធ្វើការផ្លាស់ប្តូរនេះ ប៉ុន្តែយើងនឹងផ្ញើជូនអ្នកនូវព័ត៌មានអំពីការផ្លាស់ប្តូរជាក់លាក់ដែលយើងបានធ្វើកាលណាវានឹងកើតឡើង។
  - អ្នក ឬអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកអាចស្នើសុំ "ការលើកលែង" ពីការផ្លាស់ប្តូរទាំងនេះ។ យើងនឹងផ្ញើសេចក្តីជូនដំណឹងជូនអ្នកជាមួយនឹងជំហានដែលអ្នកអាចអនុវត្តតាមដើម្បីស្នើសុំការលើកលែង។ សូមមើល**ជំពូកទី 9** នៃសៀវភៅណែនាំនេះសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីការលើកលែង។

- **ឱសថត្រូវបានយកចេញពីទីផ្សារ។** ប្រសិនបើ FDA និយាយថាឱសថដែលអ្នកកំពុងលេបនេះមិនមានសុវត្ថិភាព ឬមានប្រសិទ្ធភាព ឬក្រុមហ៊ុនផលិតឱសថត្រូវលុបបំបាត់ឱសថរបស់ខ្លួនចេញពីទីផ្សារ នោះយើងអាចដកវាចេញពី*បញ្ជីឱសថ*របស់យើងភ្លាមៗ។ ប្រសិនបើអ្នកកំពុងប្រើឱសថនោះ យើងនឹងផ្ញើសេចក្តីជូនដំណឹងជូនអ្នកបន្ទាប់ពីយើងធ្វើការផ្លាស់ប្តូររួច។

យើងអាចធ្វើការផ្លាស់ប្តូរផ្សេងទៀតដែលប៉ះពាល់ដល់ឱសថដែលអ្នកប្រើ។

យើងនឹងប្រាប់អ្នកជាមុនអំពីការផ្លាស់ប្តូរផ្សេងៗទៅលើ*បញ្ជីឱសថ*របស់យើង។ ការផ្លាស់ប្តូរទាំងនេះអាចនឹងកើតឡើង ប្រសិនបើ៖

- FDA ផ្តល់ការណែនាំថ្មី ឬមានគោលការណ៍ណែនាំអំពីការព្យាបាលថ្មីអំពីឱសថ។

នៅពេលការផ្លាស់ប្តូរទាំងនេះកើតឡើង យើងនឹង៖

- ប្រាប់អ្នកយ៉ាងហោចណាស់រយៈពេល 30 ថ្ងៃ មុនពេលយើងធ្វើការផ្លាស់ប្តូរនៅក្នុង*បញ្ជីឱសថ*របស់យើង **ឬ**
- ជូនដំណឹងឱ្យអ្នកដឹង និងផ្តល់ជូនអ្នកនូវការផ្តត់ផ្គង់ឱសថរយៈពេល 31 ថ្ងៃបន្ទាប់ពីអ្នកស្នើសុំការបើកឱសថជាថ្មី។

បញ្ហានេះនឹងផ្តល់ពេលវេលាជូនអ្នកក្នុងការពិភាក្សាជាមួយវេជ្ជបណ្ឌិត ឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាដទៃទៀតរបស់អ្នក។ ពួកគេអាចជួយអ្នកឱ្យសម្រេចចិត្ត៖

- ប្រសិនបើមានឱសថស្រដៀងគ្នានៅក្នុង*បញ្ជីឱសថ*របស់យើង អ្នកអាចប្រើឱសថនោះជំនួសបាន **ឬ**
- ប្រសិនបើអ្នកគួរស្នើសុំការលើកលែងពីការផ្លាស់ប្តូរទាំងនេះ ដើម្បីបន្តការធានារ៉ាប់រងលើឱសថ ឬកំណែឱសថដែលអ្នកកំពុងប្រើ។ ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពីការស្នើសុំការលើកលែង សូមមើល**ជំពូកទី 9** នៃ*សៀវភៅណែនាំសមាជិករបស់អ្នក*។

ការផ្លាស់ប្តូរចំពោះ***បញ្ជីឱសថដែល*មិនប៉ះពាល់ដល់អ្នកក្នុងអំឡុងឆ្នាំនៃគម្រោងបច្ចុប្បន្ន**

យើងអាចធ្វើការផ្លាស់ប្តូរចំពោះឱសថដែលអ្នកលេប ដែលមិនមានការពណ៌នាខាងលើ ហើយមិនប៉ះពាល់ដល់អ្នកឥឡូវនេះឡើយ។ ចំពោះការផ្លាស់ប្តូរបែបនេះ ប្រសិនបើអ្នកកំពុងលេបឱសថដែលយើងបានធានារ៉ាប់រងនៅ**ដើម**ឆ្នាំនេះ ជាទូទៅយើងនឹងមិនដកចេញ ឬប្តូរការធានារ៉ាប់រងលើឱសថនោះ **ក្នុងអំឡុងពេលសេសសល់នៃឆ្នាំនោះឡើយ។**

ឧទាហរណ៍ ប្រសិនបើយើងដកចេញនូវឱសថដែលអ្នកកំពុងលេប ឬដាក់ដែនកំណត់លើការប្រើឱសថនោះ នោះការផ្លាស់ប្តូរនឹងមិនប៉ះពាល់ដល់ការប្រើឱសថរបស់អ្នកពេញមួយឆ្នាំដែលនៅសល់។

ប្រសិនបើការផ្លាស់ប្តូរទាំងនេះកើតឡើងចំពោះឱសថដែលអ្នកកំពុងប្រើ (លើកលែងតែការផ្លាស់ប្តូរដែលបានកត់សម្គាល់នៅក្នុងផ្នែកខាងលើ) ការផ្លាស់ប្តូរនេះនឹងមិនប៉ះពាល់ដល់ការប្រើប្រាស់របស់អ្នកទេរហូតដល់ថ្ងៃទី 1 ខែមករាឆ្នាំក្រោយ។

យើងនឹងមិនប្រាប់អ្នកអំពីប្រភេទនៃការផ្លាស់ប្តូរខាងលើទាំងនេះដោយផ្ទាល់ក្នុងអំឡុងពេលឆ្នាំបច្ចុប្បន្នទេ។ អ្នកនឹងត្រូវពិនិត្យមើល*បញ្ជីឱសថ*សម្រាប់ឆ្នាំគម្រោងបន្ទាប់ (នៅពេលដែលបញ្ជីមានក្នុងអំឡុងពេលបើកចុះឈ្មោះ) ដើម្បីមើលថាតើមានការផ្លាស់ប្តូរណាមួយដែលនឹងប៉ះពាល់ដល់អ្នកក្នុងឆ្នាំគម្រោងបន្ទាប់ដែរឬទេ។

F. ការធានារ៉ាប់រងលើឱសថក្នុងករណីពិសេស

F1. នៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យ ឬមណ្ឌលថែទាំជំនាញសម្រាប់ការស្នាក់នៅដែលគម្រោងរបស់យើងនឹងធានារ៉ាប់រង

ជាធម្មតា យើងរ៉ាប់រងតម្លៃឱសថមានវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកក្នុងអំឡុងពេលស្នាក់នៅរបស់អ្នក ប្រសិនបើអ្នកត្រូវបានបញ្ជូនទៅមន្ទីរពេទ្យ ឬមណ្ឌលថែទាំជំនាញសម្រាប់ការស្នាក់នៅដែលត្រូវបានរ៉ាប់រងដោយគម្រោងរបស់យើង។ អ្នកនឹងមិនចាំបាច់ធ្វើការបង់ប្រាក់រួមនោះទេ។ នៅពេលអ្នកចាកចេញពីមន្ទីរពេទ្យ ឬក៏មណ្ឌលថែទាំជំនាញ យើងនឹងរ៉ាប់រងលើឱសថរបស់អ្នក ដរាបណាឱសថនោះនៅតែបំពេញតាមច្បាប់ទាំងអស់របស់ពួកយើងសម្រាប់ការរ៉ាប់រង។

F2. នៅក្នុងមណ្ឌលថែទាំរយៈពេលវែង

ជាធម្មតា មណ្ឌលថែទាំរយៈពេលវែង ដូចជាមណ្ឌលថែទាំ មានឱសថស្ថានផ្ទាល់ខ្លួន ឬឱសថស្ថានដែលផ្គត់ផ្គង់ថ្នាំសម្រាប់អ្នករស់នៅក្នុងមណ្ឌលរបស់ពួកគេនោះ។ បើអ្នកកំពុងរស់នៅក្នុងមណ្ឌលថែទាំរយៈពេលយូរ អ្នកប្រហែលជាអាចទទួលបានឱសថមានវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកតាមរយៈឱសថស្ថាននៅក្នុងមណ្ឌលនោះ បើមណ្ឌលនោះគឺជាផ្នែកមួយនៃបណ្តាញរបស់យើង។

សូមពិនិត្យមើល*បញ្ជីឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថាន* របស់អ្នកដើម្បីរកមើលថាតើឱសថស្ថានរបស់មណ្ឌលថែទាំព្យាបាលរយៈពេលយូររបស់អ្នកជាផ្នែកមួយក្នុងបណ្តាញរបស់យើងដែរឬទេ។ បើមិនមែនទេ ឬបើអ្នកត្រូវការព័ត៌មានបន្ថែម សូមទាក់ទងជាមួយនឹងផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិក។

F3. នៅក្នុងកម្មវិធីមន្ទីរពេទ្យថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយដែលបញ្ជាក់ដោយ Medicare

ឱសថមិនមានការធានារ៉ាប់រងដោយទាំងមន្ទីរពេទ្យថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយ និងទាំងគម្រោងរបស់យើងនៅពេលដំណាលគ្នាឡើយ។

- អ្នកអាចចុះឈ្មោះនៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយរបស់ Medicare ហើយមានតម្រូវការឱសថជាក់លាក់ (ឧទាហរណ៍ ថ្នាំបំបាត់ការឈឺចាប់ ថ្នាំបំបាត់ការចង់ក្អួតចង្អោរ ថ្នាំបញ្ចុះលាមក ឬថ្នាំបំបាត់ការថប់បារម្ភ) ដែលមន្ទីរពេទ្យថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយរបស់អ្នកមិនធានារ៉ាប់រង ពីព្រោះវាមិនទាក់ទងទៅនឹងការព្យាករណ៍ និងលក្ខខណ្ឌដំណាក់កាលចុងក្រោយរបស់អ្នកទេ។ ក្នុងករណីនោះ គម្រោងរបស់យើងត្រូវតែទទួលបានការជូនដំណឹងពីអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជា ឬអ្នកផ្តល់សេវានៅមន្ទីរពេទ្យថែទាំជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយថាមិនមានពាក់ព័ន្ធគ្នាជាមួយឱសថ មុនពេលដែលយើងអាចរ៉ាប់រងលើឱសថនេះបាន។
- ដើម្បីការពារមិនឱ្យមានការពន្យាពេលក្នុងការទទួលបានឱសថដែលមិនពាក់ព័ន្ធណាមួយដែលគម្រោងរបស់យើងគួរតែធានារ៉ាប់រង អ្នកអាចស្នើសុំអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយ ឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក ដើម្បីបញ្ជាក់ថាយើងមានការជូនដំណឹងថាឱសថនោះមិនពាក់ព័ន្ធមុនពេលអ្នកស្នើសុំឱ្យឱសថស្ថានបើកឱសថមានវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក។

ប្រសិនបើអ្នកចាកចេញពីមន្ទីរពេទ្យថែទាំជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយ នោះគម្រោងរបស់យើងនឹងធានារ៉ាប់រងលើឱសថទាំងអស់របស់អ្នក។ ដើម្បីការពារការពន្យារពេលនៅឯឱសថស្ថាននៅពេលអត្ថប្រយោជន៍នៃសេវាថែទាំជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយរបស់កម្មវិធី Medicare បានបញ្ចប់ អ្នកគួរតែនាំយកឯកសារមកកាន់ឱសថស្ថានដើម្បីបញ្ជាក់ថាអ្នកបានចាកចេញពីមណ្ឌលថែទាំមួយនេះ។

យោងទៅផ្នែកមុននៃជំពូកនេះ ដែលប្រាប់អំពីឱសថដែលគម្រោងរបស់យើងធ្វើការធានារ៉ាប់រង។ សូមមើល **ជំពូកទី 4** នៃ*សៀវភៅណែនាំសមាជិក*របស់អ្នក សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីអត្ថប្រយោជន៍របស់មន្ទីរពេទ្យថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយ។

G. កម្មវិធីស្តីពីសុវត្ថិភាពឱសថ និងការគ្រប់គ្រងឱសថ

G1. ជាកម្មវិធីសម្រាប់ជួយសមាជិកឱ្យចេះប្រើឱសថប្រកបដោយសុវត្ថិភាព

រាល់ពេលដែលអ្នកទិញឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាយើងខ្ញុំស្វែងរកបញ្ហាដែលអាចកើតមានដូចជាកំហុសឆ្គងឱសថ ឬឱសថដែល៖

- ប្រហែលជាមិនត្រូវការទេ ពីព្រោះអ្នកប្រើឱសថស្រដៀងគ្នាផ្សេងទៀតដែលមានប្រសិទ្ធភាពដូចគ្នា។
- ប្រហែលជាមិនមានសុវត្ថិភាពសម្រាប់អាយុ និងភេទរបស់អ្នកទេ
- អាចបង្កគ្រោះថ្នាក់ដល់អ្នក បើអ្នកប្រើវាក្នុងពេលតែមួយ

- មានសារធាតុផ្សំដែលអ្នកអាឡែស៊ីជាមួយ ឬអាចមានអាឡែស៊ីជាមួយ
- ថ្នាំបំបាត់ការឈឺចាប់អូផ្យូអ៊ីតក្នុងបរិមាណមិនមានសុវត្ថិភាព

ប្រសិនបើយើងរកឃើញថាអាចមានបញ្ហាណាមួយកើតឡើងក្នុងការប្រើប្រាស់ឱសថមានវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក យើងនឹងពិភាក្សាជាមួយអ្នកផ្តល់សេវាដើម្បីកែតម្រូវបញ្ហានេះ។

G2. កម្មវិធីដើម្បីជួយអ្នកក្នុងការគ្រប់គ្រងឱសថរបស់អ្នក

គម្រោងរបស់យើងខ្ញុំមានកម្មវិធីដើម្បីជួយសមាជិកដែលមានតម្រូវការសុខភាពស្មុគស្មាញ។ ក្នុងករណីបែបនេះ អ្នកអាចមានសិទ្ធិ ទទួលបានសេវាកម្ម ដោយឥតគិតថ្លៃសម្រាប់អ្នក តាមរយៈកម្មវិធីគ្រប់គ្រងការព្យាបាលដោយការប្រើឱសថ (MTM)។ កម្មវិធីនេះគឺស្ម័គ្រចិត្ត ហើយឥតគិតថ្លៃ។ កម្មវិធីនេះជួយលោកអ្នក និងអ្នកផ្តល់សេវាកម្មរបស់លោកអ្នកធ្វើឱ្យប្រាកដថាការប្រើប្រាស់ថ្នាំរបស់លោកអ្នកកំពុងមានប្រសិទ្ធិភាពក្នុងការធ្វើឱ្យសុខភាពរបស់លោកអ្នកប្រសើរឡើង។ ប្រសិនបើអ្នកមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់កម្មវិធី នោះឱសថការី ឬអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំដែលមានវិជ្ជាជីវៈផ្សេងទៀតនឹងផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវការត្រួតពិនិត្យមើលឱសថក្នុងលក្ខណៈដ៏ទូលំទូលាយមួយ ហើយនឹងពិភាក្សាជាមួយអ្នកអំពី៖

- របៀបទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ជាច្រើនបំផុតពីឱសថដែលអ្នកប្រើ
- កង្វល់ទាំងឡាយដែលអ្នកមាន ដូចជាតម្លៃឱសថ និងប្រតិកម្មថ្នាំ
- មធ្យោបាយដ៏ល្អបំផុតក្នុងការប្រើថ្នាំរបស់អ្នក
- ចម្ងល់ ឬបញ្ហាណាមួយដែលអ្នកមានអំពីការចេញវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក និងអំពីឱសថមិនតម្រូវឱ្យមានវេជ្ជបញ្ជា

បន្ទាប់មកពួកគេនឹងផ្តល់ឱ្យអ្នក៖

- សេចក្តីសង្ខេបជាលាយលក្ខណ៍អក្សរនៃការពិភាក្សានេះ។ សេចក្តីសង្ខេបនេះមានផ្ទុកនូវគម្រោងសកម្មភាពផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដែលផ្តល់យោបល់ដល់អ្នកចំពោះអ្វីដែលអ្នកអាចធ្វើបានដើម្បីឱ្យការប្រើប្រាស់ថ្នាំរបស់អ្នកមានប្រសិទ្ធភាពបំផុត។
- បញ្ជីថ្នាំផ្ទាល់ខ្លួនដែលរួមបញ្ចូលទាំងថ្នាំទាំងអស់ដែលអ្នកប្រើ ចំនួនដែលអ្នកប្រើ ព្រមទាំងពេលវេលា និងមូលហេតុដែលអ្នកប្រើថ្នាំនោះ។
- ព័ត៌មានអំពីការបោះចោលដោយសុវត្ថិភាពនៃថ្នាំមានវេជ្ជបញ្ជាដែលជាសារធាតុដែលត្រូវបានគ្រប់គ្រង។

វាគឺជាគំនិតល្អក្នុងការនិយាយជាមួយអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកអំពីគម្រោងសកម្មភាព និងបញ្ជីថ្នាំរបស់អ្នក។

- យកគម្រោងសកម្មភាព និងបញ្ជីថ្នាំពេលដែលអ្នកទៅជួបពិគ្រោះ ឬគ្រប់ពេលដែលអ្នកនិយាយជាមួយគ្រូពេទ្យ ឱសថការី និងអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពផ្សេងទៀត។
- យកបញ្ជីថ្នាំរបស់អ្នកមកជាមួយអ្នក ប្រសិនបើអ្នកទៅមន្ទីរពេទ្យ ឬបន្ទប់សង្គ្រោះបន្ទាន់។

កម្មវិធី MTM គឺជាការស្ម័គ្រចិត្ត និងឥតគិតថ្លៃសម្រាប់សមាជិកដែលមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់។ បើយើងមានកម្មវិធីមួយដែលសមស្របតាមតម្រូវការរបស់អ្នក យើងនឹងចុះឈ្មោះរបស់អ្នកទៅក្នុងកម្មវិធីនោះ ហើយនឹងផ្ញើព័ត៌មានជូនដល់អ្នក។ បើអ្នកមិនចង់ចូលរួមក្នុងកម្មវិធីនេះទេ សូមប្រាប់ឱ្យយើងដឹង ហើយយើងនឹងដកឈ្មោះរបស់អ្នកចេញពីកម្មវិធីនោះ។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរអំពីកម្មវិធីទាំងនេះ សូមទាក់ទងទៅកាន់ផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិក ឬអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នក។

G3. កម្មវិធីគ្រប់គ្រង់ឱសថសម្រាប់ការប្រើប្រាស់ថ្នាំអូផ្យូអ៊ីតដោយសុវត្ថិភាព

គម្រោងរបស់យើងមានកម្មវិធីដែលអាចជួយសមាជិកឱ្យប្រើប្រាស់ថ្នាំអូផ្យូអ៊ីតមានវេជ្ជបញ្ជារបស់ពួកគេដោយសុវត្ថិភាព និងការប្រើឱសថដទៃទៀតដែលជាញឹកញាប់ត្រូវបានប្រើប្រាស់មិនបានត្រឹមត្រូវ។ កម្មវិធីនេះត្រូវបានគេហៅថាកម្មវិធីគ្រប់គ្រងឱសថ (DMP)។

ប្រសិនបើអ្នកប្រើថ្នាំអូផ្យូអ៊ីតដែលអ្នកទទួលបានពីអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជា ឬឱសថស្ថានមួយចំនួន ឬប្រសិនបើអ្នកបានប្រើថ្នាំអូផ្យូអ៊ីតហួសកម្រិតនាពេលថ្មីៗនេះ យើងអាចនិយាយជាមួយអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក ដើម្បីប្រាកដថាការប្រើប្រាស់ថ្នាំអូផ្យូអ៊ីតរបស់អ្នកគឺសមរម្យ និងចាំបាច់ខាងវេជ្ជសាស្ត្រ។ ធ្វើការជាមួយអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក ប្រសិនបើយើងសម្រេចចិត្តថាការប្រើប្រាស់ថ្នាំអូផ្យូអ៊ីត ឬថ្នាំ benzodiazepine របស់អ្នកមិនមានសុវត្ថិភាពទេ យើងអាចកំណត់ពីរបៀបដែលអ្នកអាចទទួលបានថ្នាំទាំងនោះ។ ដែនកំណត់អាចរួមបញ្ចូល៖

- តម្រូវឱ្យអ្នកទទួលបានវេជ្ជបញ្ជាទាំងអស់សម្រាប់ថ្នាំទាំងនោះពីឱសថស្ថានជាក់លាក់ និង/ឬ ពី***ឯ***អ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាជាក់លាក់
- ការកំណត់បរិមាណការប្រើឱសថ ទាំងនោះយើងធានារ៉ាប់រងសម្រាប់អ្នក

ប្រសិនបើយើងសម្រេចថាគួរដាក់ដែនកំណត់មួយឬច្រើនចំពោះអ្នក នោះយើងខ្ញុំនឹងផ្ញើលិខិតមួយជូនអ្នកជាមុន។ លិខិតនេះនឹងប្រាប់អ្នកថាតើយើងនឹងដាក់កំហិតលើការធានារ៉ាប់រងឱសថទាំងនេះសម្រាប់អ្នក ឬថាតើអ្នកនឹងត្រូវតម្រូវឱ្យទទួលបានវេជ្ជបញ្ជាសម្រាប់ឱសថទាំងនេះពីអ្នកផ្តល់សេវាជាក់លាក់ ឬឱសថស្ថានប៉ុណ្ណោះឬទេ។

អ្នកនឹងមានឱកាសដើម្បីប្រាប់យើងអំពីអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជា ឬឱសថស្ថានណាដែលអ្នកចង់ប្រើប្រាស់ ហើយព័ត៌មានណាមួយដែលអ្នកគិតថាសំខាន់សម្រាប់ឱ្យយើងត្រូវដឹង។ ប្រសិនបើយើងសម្រេចចិត្តដាក់កម្រិតលើការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកសម្រាប់ការប្រើប្រាស់ឱសថទាំងនេះ។ បន្ទាប់ពីអ្នកមានឱកាសក្នុងការឆ្លើយតបហើយ យើងនឹងផ្ញើជូនអ្នកនូវសំបុត្រមួយទៀតដែលបញ្ជាក់ពីការកំណត់។

ប្រសិនបើអ្នកគិតថាយើងមានកំហុស អ្នកមិនយល់ស្របថាអ្នកកំពុងស្ថិតក្នុងហានិភ័យនៃការប្រើប្រាស់ឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាមិនបានត្រឹមត្រូវ ឬអ្នកមិនយល់ស្របនឹងការកម្រិតលើការប្រើប្រាស់ទាំងអស់នោះ ដូច្នេះអ្នក និងអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកអាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍បាន។ ប្រសិនបើអ្នកធ្វើការប្តឹងឧទ្ធរណ៍ យើងនឹងពិនិត្យករណីរបស់អ្នកឡើងវិញ ហើយផ្តល់ការសម្រេចចិត្តដល់អ្នក។ ប្រសិនបើយើងបន្តបដិសេធផ្នែកណាមួយនៃបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នកដែលទាក់ទងទៅនឹងការដាក់កម្រិតលើសិទ្ធប្រើប្រាស់របស់អ្នកចំពោះការព្យាបាល នោះយើងនឹងផ្ញើករណីរបស់អ្នកដោយស្វ័យប្រវត្តិទៅកាន់អង្គភាពត្រួតពិនិត្យឯករាជ្យ (IRO)។ (ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពីបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ និង IRO សូមមើល **ជំពូកទី 9** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិករបស់អ្នក។)*

DMP អាចនឹងមិនអនុវត្តចំពោះអ្នកទេ ប្រសិនបើអ្នក៖

- មានស្ថានភាពសុខភាពជាក់លាក់មួយចំនួន ដូចជាជំងឺមហារីក ឬជំងឺកោសិកាឈាមក្រហម
- កំពុងទទួលបានការថែទាំនៅមន្ទីរពេទ្យថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយ ការថែទាំផ្តោតលើការសម្រាលជំងឺ ឬការថែទាំនៅចុងបញ្ចប់នៃជីវិត **ឬ**
- រស់នៅក្នុងមណ្ឌលថែទាំរយៈពេលយូរ។

ជំពូកទី 6៖ អ្វីដែលអ្នកបង់ប្រាក់សម្រាប់ឱសថមានវេជ្ជបញ្ជា Medi-Cal Medicaid និង Medicare របស់អ្នក

ការណែនាំ

ជំពូកនេះប្រាប់ពីអ្វីដែលត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថមានវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកជំងឺមិនស្នាក់ព្យាបាលរបស់អ្នក។ ដោយការនិយាយថា "ថ្នាំ" យើងខ្ញុំចង់មានន័យថា៖

- ឱសថមានវេជ្ជបញ្ជានៃ Medicare ផ្នែក D **និង**
- ឱសថ និងទំនិញដែលធានារ៉ាប់រងក្រោម Medi-Cal Rx **និង**
- ឱសថ និងទំនិញដែលបានធានារ៉ាប់រងដោយគម្រោងនេះជាផលប្រយោជន៍បន្ថែម។

ដោយសារតែអ្នកមានសិទ្ធិទទួលបាន Medi-Cal អ្នកទទួលបាន "ជំនួយបន្ថែម" ពី Medicare ដើម្បីជួយបង់ថ្លៃឱសថមានវេជ្ជបញ្ជា Medicare ផ្នែក D របស់អ្នក។

> **ជំនួយបន្ថែម**គឺជាកម្មវិធី Medicare ដែលជួយអ្នកដែលមានប្រាក់ចំណូលនិងធនធានតិចតួច ដើម្បីកាត់បន្ថយការចំណាយលើឱសថមានវេជ្ជបញ្ជារបស់ Medicare ផ្នែក D ដូចជាថ្លៃធានារ៉ាប់រង ការកាត់កង និងការបង់ប្រាក់រួម។ ជំនួយបន្ថែមក៏ត្រូវបានហៅថា “ប្រាក់ឧបត្ថម្ភដល់អ្នកមានប្រាក់ចំណូលទាប” ឬ “LIS” ផងដែរ។

ពាក្យគន្លឹះ និងនិយមន័យរបស់ពាក្យគន្លឹះទាំងនោះមានតាមលំដាប់អក្ខរក្រមក្នុងជំពូកចុងក្រោយនៃ *សៀវភៅដៃណែនាំសមាជិក*របស់អ្នក។

ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពីឱសថមានវេជ្ជបញ្ជា អ្នកអាចមើលនៅកន្លែងទាំងនេះបាន៖

- បញ្ជីឱសថដែលមានការរ៉ាប់រង*របស់យើង*។
  - យើងហៅឯកសារនេះថា៖ "បញ្ជីថ្នាំ"។ វាប្រាប់អ្នកអំពី៖
    - ថ្នាំមួយណាដែលយើងខ្ញុំជួយចេញថ្លៃ
    - ប្រសិនបើមានដែនកំណត់ណាមួយលើឱសថ
  - បើអ្នកត្រូវការច្បាប់ចម្លងនៃ*បញ្ជីឱសថ* សូមទូរសព្ទទៅកាន់ផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិក។ អ្នកក៏អាចស្វែងរកច្បាប់ចម្លងថ្មីបំផុតនៃបញ្ជីឱសថរបស់យើងនៅលើគេហទំព័ររបស់យើងនៅ www.MolinaHealthcare.com/Medicare។
  - ឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាភាគច្រើនដែលអ្នកទទួលបានពីឱសថស្ថានត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយ Molina Medicare Complete Care Plus។ ឱសថផ្សេងទៀត ដូចជាឱសថដែលមិនតម្រូវឱ្យមានវេជ្ជបញ្ជា (OTC) ការប្រើឱសថ និងវីតាមីនមួយចំនួនប្រហែលជាអាចត្រូវបានរ៉ាប់រងដោយ Medi-Cal Rx ផងដែរ។ សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ Medi-Cal Rx (medi-calrx.dhcs.ca.gov/) សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។ អ្នកក៏អាចទូរសព្ទទៅកាន់មជ្ឈមណ្ឌលបម្រើសេវាអតិថិជនរបស់ Medi-Cal Rx តាមរយៈលេខ 800-977-2273 បានផងដែរ។ សូមយកបណ្ណសម្គាល់អ្នកទទួលផល Medi-Cal (BIC) របស់អ្នកនៅពេលទទួលបានវេជ្ជបញ្ជាតាមរយៈ Medi-Cal Rx។"
- **ជំពូកទី 5** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិករបស់អ្នក*។
  - សៀវភៅនេះនឹងប្រាប់ពីរបៀបដើម្បីទទួលបានឱសថមានវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកដែលមិនស្នាក់ព្យាបាលតាមរយៈគម្រោងរបស់យើង។
  - វាមានរួមបញ្ចូលនូវវិធាននានាដែលអ្នកត្រូវធ្វើតាម។ វាក៏ប្រាប់អំពីប្រភេទឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាដែលគម្រោងរបស់យើងមិនបានធានារ៉ាប់រង។
  - នៅពេលអ្នកប្រើ "ឧបករណ៍អត្ថប្រយោជន៍ពេលវេលាជាក់ស្តែង" របស់គម្រោងដើម្បីរកមើលការធានារ៉ាប់រងលើឱសថ (សូមមើលជំពូកទី 5 ផ្នែក B2) ថ្លៃចំណាយដែលបានបង្ហាញត្រូវបានផ្តល់ជូនក្នុង "ពេលវេលាជាក់ស្តែង" ដែលមានន័យថាថ្លៃចំណាយដែលបានបង្ហាញនៅក្នុងឧបករណ៍ឆ្លុះបញ្ចាំងពីពេលវេលាមួយដើម្បីផ្តល់ការប៉ាន់ស្មាននៃថ្លៃចំណាយចេញពីហោប៉ៅដែលអ្នកត្រូវបានរំពឹងថានឹងបង់។ អ្នកអាចទូរសព្ទទៅអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នក ឬផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិកសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។
- *បញ្ជីអ្នកផ្តល់សេវានិងឱសថស្ថានរបស់យើង***។**

- ក្នុងករណីមួយភាគធំ អ្នកត្រូវតែប្រើឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញរបស់យើងខ្ញុំ ដើម្បីទទួលបានការចំណាយលើថ្លៃឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជា។ ឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញគឺជាឱសថស្ថានដែលយល់ព្រមធ្វើការជាមួយយើង។
- *បញ្ជីរាយឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថាន* រាយឈ្មោះឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញរបស់យើង។ សូមមើល **ជំពូកទី 5** នៃសៀវភៅណែនាំសមាជិករបស់អ្នក សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញ។

តារាងមាតិកា

A. ការពន្យល់ពីអត្ថប្រយោជន៍ (EOB) 117
B. របៀបតាមដានតម្លៃឱសថរបស់អ្នក 117
C. អ្នកមិនបង់ថ្លៃអ្វីទាំងអស់សម្រាប់ការផ្គត់ផ្គង់ឱសថរយៈពេលមួយខែ ឬរយៈពេលវែង 119
C1. ការទទួលបានការផ្គត់ផ្គង់ឱសថរយៈពេលវែង 119
D. ការចាក់វ៉ាក់សាំង 119
D1. អ្វីដែលអ្នកត្រូវដឹងមុនពេលអ្នកទទួលការចាក់ថ្នាំវ៉ាក់សាំងការពារ 119

A. ការពន្យល់ពីអត្ថប្រយោជន៍ (EOB)

គម្រោងយើងខ្ញុំ ជួយតាមដាននូវឱសថមានវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក។ យើងតាមដានចំពោះតម្លៃពីរប្រភេទ៖

- ថ្លៃចំណាយ**ចេញពីហោប៉ៅរបស់អ្នក**។ នេះជាចំនួនប្រាក់ដែលអ្នក ឬអ្នកដទៃដែលដើរតួក្នុងនាមអ្នកធ្វើការបង់ថ្លៃវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក។ នេះរាប់បញ្ចូលទាំងអ្វីដែលអ្នកបានបង់ នៅពេលអ្នកទទួលបានឱសថផ្នែក D ដែលទទួលបានការរ៉ាប់រង ការបង់ប្រាក់ណាមួយសម្រាប់ឱសថរបស់អ្នកដែលធ្វើឡើងដោយក្រុមគ្រួសារ ឬមិត្តភក្តិ ការបង់ប្រាក់ណាមួយដែលធ្វើឡើងសម្រាប់ឱសថរបស់អ្នកដោយ "ជំនួយបន្ថែម" ពី Medicare គម្រោងសុខភាពនិយោជក ឬសហជីព TRICARE សេវាសុខភាពជនជាតិដើមអាមេរិកាំង កម្មវិធីជំនួយឱសថសម្រាប់ជំងឺ AIDS សប្បុរសធម៌ និងកម្មវិធីជំនួយឱសថស្ថាន (SPAPs) ភាគច្រើន។
- **ថ្លៃចំណាយលើឱសថសរុបរបស់អ្នក**។ នេះជាចំនួនសរុបនៃការបង់ប្រាក់ទាំងអស់ដែលបានបង់សម្រាប់ឱសថផ្នែក D ដែលមានការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នក។ នេះរួមបញ្ចូលទាំងអ្វីដែលគម្រោងបានបង់ និងកម្មវិធី ឬអង្គការផ្សេងទៀតដែលបានបង់សម្រាប់ឱសថផ្នែក D ដែលមានការរ៉ាប់រងរបស់អ្នក។

នៅពេលអ្នកទទួលបានឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាតាមរយៈគម្រោងរបស់យើង នោះយើងនឹងផ្ញើជូនអ្នកនូវរបាយការណ៍មួយហៅថា ការពន្យល់អំពី*អត្ថប្រយោជន៍ផ្នែក D*។យើងហៅវាដោយខ្លីថា EOB។ EOB មិនមែនជាវិក្កយបត្រទេ។ EOB មានព័ត៌មានបន្ថែមអំពីឱសថ ដែលអ្នកប្រើ ដូចជាការកើនឡើងនៃតម្លៃនិងឱសថដ៏ទៃទៀតដែលមានថ្លៃរួមចំណែកតិចជាង ដែលអាចរកបាន។ អ្នកអាចនិយាយជាមួយអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក អំពីជម្រើសនៃថ្លៃចំណាយទាបទាំងនេះ។ EOB រួមបញ្ចូលនូវ៖

- **ព័ត៌មានសម្រាប់ខែនេះ**។ សេចក្តីសង្ខេបប្រាប់អំពីឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាដែលអ្នកទទួលបានសម្រាប់ខែមុន។ វាបង្ហាញអំពីថ្លៃឱសថទាំងស្រុង អ្វីដែលយើងបានបង់ និងអ្វីដែលអ្នក និងអ្នកដទៃជួយចេញឱ្យអ្នក។
- **ព័ត៌មានចាប់តាំងពីដើមឆ្នាំដល់កាលបរិច្ឆេទបច្ចុប្បន្ន**។ នេះជាតម្លៃសរុបចំពោះឱសថរបស់អ្នក ការបង់ប្រាក់សរុបដែលបានធ្វើឡើងចាប់តាំងពីថ្ងៃទី 1 ខែមករា។
- **ព័ត៌មានអំពីតម្លៃឱសថ**។នេះជាតម្លៃសរុបរបស់ថ្នាំ និងការផ្លាស់ប្តូរគិតជាភាគរយនៃតម្លៃថ្នាំចាប់តាំងពីការមកបើកលើកដំបូង។
- **ជម្រើសផ្សេងទៀតដែលមានតម្លៃទាប**។បើមាន ជម្រើសទាំងនេះបង្ហាញនៅក្នុងសេចក្តីសង្ខេបខាងក្រោមថ្នាំបច្ចុប្បន្នរបស់អ្នក។ អ្នកអាចនិយាយជាមួយអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែម។

យើងខ្ញុំផ្តល់ជូនការរ៉ាប់រងចំពោះឱសថដែលមិនមានការរ៉ាប់រងដោយ Medicare។

- ការបង់ប្រាក់ដែលបានធ្វើឡើងសម្រាប់ឱសថទាំងនេះមិនរាប់បញ្ចូលថ្លៃចំណាយចេញពីហោប៉ៅសរុបរបស់អ្នកទេ។
- ឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាភាគច្រើនដែលអ្នកទទួលបានពីឱសថស្ថានត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយគម្រោង។ ឱសថផ្សេងទៀត ដូចជាឱសថដែលមិនតម្រូវឱ្យមានវេជ្ជបញ្ជា (OTC) ការប្រើឱសថ និងវីតាមីនមួយចំនួនប្រហែលជាអាចត្រូវបានរ៉ាប់រងដោយ Medi-Cal Rx ផងដែរ។ សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ Medi-Cal Rx (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov) សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។ អ្នកក៏អាចទូរសព្ទទៅកាន់មជ្ឈមណ្ឌលសេវាបម្រើអតិថិជនរបស់ Medi-Cal តាមរយៈលេខ 800-977-2273។ សូមយកបណ្ណសម្គាល់អ្នកទទួលផល (BIC) ពីកម្មវិធី Medi-Cal របស់អ្នកពេលមកបើកឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាតាមរយៈ Medi-Cal Rx។
- ដើម្បីស្វែងយល់ថាតើឱសថណាមួយដែលគម្រោងរបស់យើងរ៉ាប់រងនោះ សូមមើល*បញ្ជីឱសថ*របស់យើង។

B. របៀបតាមដានតម្លៃឱសថរបស់អ្នក

ដើម្បីតាមដានថ្លៃឱសថរបស់អ្នក និងការបង់ប្រាក់ដែលអ្នកធ្វើ យើងប្រើកំណត់ត្រាដែលយើងទទួលបានពីអ្នក និងពីឱសថស្ថានរបស់អ្នក។ នេះជាវិធីដែលអ្នកអាចជួយយើងខ្ញុំ៖

1. បណ្ណសម្គាល់សមាជិករបស់អ្នក។

បង្ហាញបណ្ណសម្គាល់សមាជិក Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) របស់អ្នករាល់ពេលដែលអ្នកទៅបើកឱសថមានវេជ្ជបញ្ជា។ នេះនឹងជួយពួកយើងឱ្យដឹងពីវេជ្ជបញ្ជាអ្វីដែលអ្នកត្រូវបើក និងអ្វីដែលអ្នកត្រូវបង់។

2. ត្រូវប្រាកដថា យើងមានព័ត៌មានដែលយើងត្រូវការ។

ផ្តល់ច្បាប់ចម្លងនៃបង្កាន់ដៃបង់ប្រាក់សម្រាប់ឱសថដែលអ្នកបានបង់រួចដល់យើងខ្ញុំ។ អ្នកអាចស្នើសុំឱ្យយើងខ្ញុំសងប្រាក់ទៅអ្នកវិញសម្រាប់ឱសថនោះ។

នេះគឺជាឧទាហរណ៍មួយចំនួនអំពីពេលដែលអ្នកគួរផ្តល់ឱ្យយើងនូវច្បាប់ចម្លងនៃបង្កាន់ដៃរបស់អ្នក៖

- នៅពេលអ្នកទិញឱសថដែលមានការរ៉ាប់រងនៅឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញក្នុងតម្លៃពិសេស ឬប្រើបណ្ណបញ្ចុះតម្លៃដែលមិនមែនជាផ្នែកនៃអត្ថប្រយោជន៍គម្រោងរបស់យើង
- នៅពេលអ្នកបង់ថ្លៃចំណាយសម្រាប់ឱសថដែលអ្នកទទួលបានក្រោមកម្មវិធីជំនួយអ្នកជំងឺរបស់ក្រុមហ៊ុនផលិតឱសថ
- នៅពេលអ្នកទិញឱសថដែលមានការធានារ៉ាប់រងនៅឱសថស្ថានក្រៅបណ្តាញ
- នៅពេលអ្នកបង់ថ្លៃពេញសម្រាប់ឱសថដែលមានការរ៉ាប់រង

សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីការស្នើសុំឱ្យយើងខ្ញុំសងប្រាក់អ្នកវិញសម្រាប់ឱសថ សូមមើល**ជំពូកទី 7** នៃ*សៀវភៅណែនាំសមាជិករបស់អ្នក*។

3. សូមធ្វើឱ្យយើងខ្ញុំនូវព័ត៌មានអំពីការបង់ប្រាក់ដែលអ្នកដទៃទៀតបានបង់ឱ្យអ្នក។

ការចំណាយធ្វើឡើងដោយបុគ្គល និងអង្គការណាមួយ ក៏រាប់បញ្ចូលទៅក្នុងការចំណាយចេញពីហោប៉ៅរបស់អ្នកផងដែរ។ ឧទាហរណ៍ ការបង់ប្រាក់ដែលបានធ្វើឡើងដោយកម្មវិធីជំនួយឱសថសម្រាប់ជំងឺ AIDS សេវាសុខជនជាតិដើមអាមេរិកាំង និងសប្បុរធម៌ភាគច្រើនរាប់ចូលជាថ្លៃចំណាយចេញពីហោប៉ាវរបស់អ្នក។ ចំណុចនេះជួយអ្នកកំណត់ពីលក្ខណសម្បត្តិសម្រាប់ការរ៉ាប់រងមហន្តរាយ។ នៅពេលដែលអ្នកឈានដល់ដំណាក់កាលរ៉ាប់រងគ្រោះមហន្តរាយហើយ នោះគម្រោងរបស់យើងនឹងបង់ថ្លៃចំណាយទាំងអស់សម្រាប់ឱសថ Medicare ផ្នែក D សម្រាប់រយៈពេលនៅសល់នៃឆ្នាំនេះ។

4. ពិនិត្យមើល EOB ដែលយើងធ្វើជូនអ្នក។

ពេលដែលអ្នកទទួលបាន EOB នៅក្នុងប្រៃសណីយ៍ សូមប្រាកដថាវាពេញលេញ និងត្រឹមត្រូវ។

- **តើអ្នកស្គាល់ឈ្មោះឱសថស្ថាននីមួយៗដែរឬទេ?** ពិនិត្យមើលកាលបរិច្ឆេទ។ តើអ្នកទទួលបានថ្នាំនៅថ្ងៃនោះទេ?
- **តើអ្នកបានទទួលបញ្ជីឱសថដែរឬទេ?** តើឱសថទាំងនោះត្រូវគ្នានឹងបញ្ជីនៅលើបង្កាន់ដៃរបស់អ្នកទេ? តើឱសថត្រូវនឹងអ្វីដែលគ្រូពេទ្យបានចេញវេជ្ជបញ្ជាទេ?

សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម អ្នកអាចទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិករបស់ Molina Medicare Complete Care Plus ឬអាន*សៀវភៅណែនាំសមាជិក*របស់ Molina Medicare Complete Care Plus។

ចុះប្រសិនបើអ្នករកឃើញកំហុសនៅក្នុងសេចក្តីសង្ខេបនេះ?

ប្រសិនបើមានអ្វីមួយយល់ច្រឡំ ឬហាក់ដូចជាមិនត្រឹមត្រូវនៅលើ EOB នេះទេ សូមទូរសព្ទមកយើងខ្ញុំតាមរយៈសេវាបម្រើសមាជិករបស់ Molina Medicare Complete Care Plus។ អ្នកក៏អាចស្វែងរកចម្លើយចំពោះសំណួរជាច្រើននៅលើគេហទំព័ររបស់យើងផងដែរ៖ MolinaHealthcare.com/Medicare ។

តើមានការក្លែងបន្លំអ្វីខ្លះដែលអាចកើតមាន?

ប្រសិនបើសេចក្តីសង្ខេបនេះបង្ហាញពីឱសថដែលអ្នកមិនកំពុងប្រើ ឬអ្វីផ្សេងទៀតដែលហាក់ដូចជាគួរឱ្យសង្ស័យចំពោះអ្នក សូមទាក់ទងមកយើងខ្ញុំ។

- សូមទូរសព្ទមកយើងខ្ញុំតាមរយៈផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិករបស់ Molina Medicare Complete Care Plus។
- ឬទាក់ទងមកកាន់ Medicare តាមរយៈ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)។ អ្នកប្រើ TTY គួរតែហៅទូរសព្ទទៅលេខ 1-877-486- 2048។ អ្នកអាចទូរសព្ទទៅលេខទាំងនេះដោយឥតគិតថ្លៃ បាន 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។
- ប្រសិនបើអ្នកសង្ស័យថាអ្នកផ្តល់សេវាដែលទទួលបាន Medi-Cal បានប្រព្រឹត្តការក្លែងបន្លំ ការខ្ជះខ្ជាយ ឬការរំលោភបំពាន វាជាសិទ្ធិរបស់អ្នកក្នុងការរាយការណ៍វាដោយទូរសព្ទទៅលេខសម្ងាត់ដោយឥតគិតថ្លៃ 1-800-822-6222 ។ វិធីសាស្ត្រផ្សេងទៀតនៃការរាយការណ៍អំពីការក្លែងបន្លំ Medi-Cal អាចត្រូវបានរកឃើញនៅ៖ www.dhcs.ca.gov/individuals/Pages/StopMedi-CalFraud.aspx។

ប្រសិនបើអ្នកគិតថា វាមិនត្រឹមត្រូវ ឬបាត់ ឬប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរណាមួយ សូមទូរសព្ទទៅកាន់ផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិក។ រក្សា EOB ទាំងនេះ។ វាគឺជាកំណត់ត្រាព័ត៌មានសំខាន់អំពីការចំណាយថ្លៃឱសថរបស់អ្នក។

C. អ្នកមិនបង់ថ្លៃអ្វីទាំងអស់សម្រាប់ការផ្គត់ផ្គង់ឱសថរយៈពេលមួយខែ ឬរយៈពេលវែង

ជាមួយនឹងគម្រោងរបស់យើង អ្នកមិនបង់ប្រាក់អ្វីសម្រាប់ថ្នាំដែលមានការរ៉ាប់រងនោះទេ ដរាបណាអ្នកអនុវត្តតាមច្បាប់របស់យើង។

សូមមើលជំពូកទី 9 នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក* ដើម្បីស្វែងយល់អំពីរបៀបដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវបានគេប្រាប់ថាឱសថនឹងមិនត្រូវបានរ៉ាប់រងទេ។ ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពីជម្រើសឱសថស្ថានទាំងនេះ សូមមើល **ជំពូកទី 5** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិករបស់អ្នក* និង *បញ្ជីឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថាន*របស់យើង។

C1. ការទទួលបានការផ្គត់ផ្គង់ឱសថរយៈពេលវែង

សម្រាប់ឱសថមួយចំនួន អ្នកអាចទទួលបានការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេលវែង (ត្រូវបានហៅថា "ការផ្គត់ផ្គង់មានការបន្ថែមពេល" ផងដែរ) នៅពេលអ្នកបើកវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក។ ការផ្គង់ផ្គង់រយៈពេលវែងគឺរហូតដល់ 93 ថ្ងៃនៃការផ្គត់ផ្គង់។ មិនមានការគិតថ្លៃចំពោះអ្នកសម្រាប់ការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេលវែងនោះទេ។

សម្រាប់ព័ត៌មានលម្អិតអំពីទីកន្លែង និងរបៀបទទួលបានការផ្គត់ផ្គង់ឱសថរយៈពេលវែង សូមមើល **ជំពូកទី 5** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិករបស់អ្នក* ឬ *បញ្ជីឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថាន*របស់យើង។

D. ការចាក់វ៉ាក់សាំង

សារសំខាន់អំពីថ្លៃដែលអ្នកត្រូវបង់សម្រាប់វ៉ាក់សាំង៖ វ៉ាក់សាំងមួយចំនួនត្រូវបានចាត់ទុកថាជាអត្ថប្រយោជន៍ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ ហើយត្រូវបានធានារ៉ាប់រងក្រោម Medicare ផ្នែក B ។ វ៉ាក់សាំងផ្សេងទៀតត្រូវបានចាត់ទុកថាជាឱសថ Medicare ផ្នែក D។ អ្នកអាចស្វែងរកវ៉ាក់សាំងទាំងនេះដែលបានរាយក្នុង*បញ្ជីឱសថដែលមានការរ៉ាប់រង (បញ្ជីឈ្មោះឱសថ)* របស់គម្រោង។ គម្រោងរបស់យើងធានារ៉ាប់រងលើវ៉ាក់សាំង Medicare ផ្នែក D ភាគច្រើនដោយឥតគិតថ្លៃសម្រាប់អ្នក។ សូមមើលបញ្ជីឱសថដែលមានការធានារ៉ាប់រង *(បញ្ជីឈ្មោះឱសថ)* នៃគម្រោងរបស់អ្នក ឬទាក់ទងផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិកសម្រាប់ការធានារ៉ាប់រង និងព័ត៌មានលម្អិតអំពីការចែករំលែកថ្លៃចំណាយអំពីវ៉ាក់សាំងជាក់លាក់។

មានពីរផ្នែកចំពោះការរ៉ាប់រងរបស់យើងនៃការចាក់វ៉ាក់សាំង Medicare ផ្នែក D៖

1. ផ្នែកទីមួយនៃការធានារ៉ាប់រងគឺសម្រាប់**ថ្លៃចំណាយនៃវ៉ាក់សាំងផ្ទាល់។** វ៉ាក់សាំងគឺជាឱសថមានវេជ្ជបញ្ជា។
2. ផ្នែកទីពីរនៃការធានារ៉ាប់រងគឺសម្រាប់តម្លៃនៃ**ការផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវវ៉ាក់សាំងនេះ**។ ជាឧទាហរណ៍ ពេលខ្លះអ្នកអាចទទួលបានវ៉ាក់សាំងជាការចាក់ដោយវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក។

D1. អ្វីដែលអ្នកត្រូវដឹងមុនពេលអ្នកទទួលការចាក់ថ្នាំវ៉ាក់សាំងការពារ

យើងណែនាំអ្នកឱ្យទូរសព្ទទៅកាន់ផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិក ប្រសិនបើអ្នកមានគម្រោងទៅចាក់វ៉ាក់សាំង។

- យើងអាចប្រាប់អ្នកអំពីរបៀបដែលគម្រោងរបស់យើងធានារ៉ាប់រងលើការចាក់វ៉ាក់សាំងរបស់អ្នក។

ជំពូកទី 7៖ ការស្នើសុំឱ្យយើងខ្ញុំបង់ប្រាក់លើវិក្កយបត្រ ដែលអ្នកបានទទួលសម្រាប់សេវាកម្ម ឬឱសថដែលមានការធានារ៉ាប់រង

ការណែនាំ

ជំពូកនេះប្រាប់អ្នកពីរបៀប និងពេលណាត្រូវធ្វើវិក្កយបត្រមកយើងដើម្បីស្នើសុំការបង់ប្រាក់។ វាក៏ប្រាប់អ្នកពីរបៀបដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ ប្រសិនបើអ្នកមិនយល់ព្រមជាមួយនឹងសេចក្តីសម្រេចពីការធានារ៉ាប់រង។ ពាក្យគន្លឹះ និងនិយមន័យរបស់ពាក្យគន្លឹះទាំងនោះមានតាមលំដាប់អក្ខរក្រមក្នុងជំពូកចុងក្រោយនៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*របស់អ្នក។

តារាងមាតិកា

A. ការស្នើសុំឱ្យយើងខ្ញុំបង់ថ្លៃសេវាកម្ម ឬឱសថរបស់អ្នក 121
B. ផ្ញើមកយើងនូវសំណើសម្រាប់ការបង់ប្រាក់ 123
C. សេចក្តីសម្រេចលើការរ៉ាប់រង 124
D. បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ 124

A. ការស្នើសុំឱ្យយើងខ្ញុំបង់ថ្លៃសេវាកម្ម ឬឱសថរបស់អ្នក

អ្នកមិនគួរទទួលបានវិក្កយបត្រសម្រាប់សេវាកម្ម ឬឱសថក្នុងបណ្តាញឡើយ។ អ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញរបស់យើងត្រូវតែចេញវិក្កយបត្រគម្រោងសុខភាពសម្រាប់សេវាកម្ម និងឱសថដែលមានការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នក បន្ទាប់ពីអ្នកទទួលបានវា។ អ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញគឺជាអ្នកផ្តល់សេវាដែលធ្វើការជាមួយគម្រោងសុខភាព។

យើងមិនអនុញ្ញាតឱ្យអ្នកផ្តល់សេវា Molina Medicare Complete Care Plus ចេញវិក្កយបត្រអ្នកសម្រាប់សេវាកម្ម ឬឱសថទាំងនេះទេ។ យើងបង់ប្រាក់ដល់អ្នកផ្តល់សេវាដោយផ្ទាល់ ហើយយើងការពារអ្នកពីការគិតប្រាក់ណាមួយ។

ប្រសិនបើអ្នកទទួលបានវិក្កយបត្រសម្រាប់ការថែទាំសុខភាព ឬឱសថសូមកុំបង់វិក្កយបត្រ ហើយសូមផ្ញើវិក្កយបត្រមកយើងខ្ញុំវិញ។ ដើម្បីផ្ញើវិក្កយបត្រមកយើងខ្ញុំ សូមទូរសព្ទទៅសេវាបម្រើសមាជិក។

- ប្រសិនបើយើងធានារ៉ាប់រងលើសេវាកម្ម ឬឱសថ យើងនឹងបង់ប្រាក់ឱ្យទៅអ្នកផ្តល់សេវាដោយផ្ទាល់។
- បើសេវាកម្ម ឬឱសថទាំងនោះត្រូវបានរ៉ាប់រង ហើយអ្នកបានបង់ប្រាក់រួច អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានប្រាក់សំណងមកវិញ។
  - ប្រសិនបើអ្នកបានបង់ថ្លៃសេវាដែលរ៉ាប់រងដោយ Medicare យើងនឹងសងទៅអ្នកវិញ។
- ប្រសិនបើអ្នកបានបង់ថ្លៃសេវាកម្ម Medi-Cal ដែលអ្នកបានទទួលរួចហើយ អ្នកអាចមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ដើម្បីទទួលបានសំណង (សងវិញ) ប្រសិនបើអ្នកបំពេញតាមលក្ខខណ្ឌទាំងអស់ខាងក្រោម៖
  - សេវាកម្មដែលអ្នកបានទទួលគឺជាសេវាកម្មដែលរ៉ាប់រងដោយ Medi-Cal ដែលយើងទទួលខុសត្រូវក្នុងការបង់ប្រាក់។ យើងនឹងមិនសងអ្នកវិញសម្រាប់សេវាកម្មដែលមិនត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយ Molina Medicare Complete Care Plus នោះទេ។
  - អ្នកបានទទួលសេវាដែលមានការធានារ៉ាប់រង បន្ទាប់ពីអ្នកបានក្លាយជាសមាជិកមានសិទ្ធិរបស់ Molina Medicare Complete Care Plus។
  - អ្នកស្នើសុំឱ្យសងវិញក្នុងរយៈពេលមួយឆ្នាំគិតចាប់ពីកាលបរិច្ឆេទដែលអ្នកបានទទួលសេវាធានារ៉ាប់រង។
  - អ្នកផ្តល់ភស្តុតាងថាអ្នកបានបង់ថ្លៃសេវាធានារ៉ាប់រង ដូចជាបង្កាន់ដៃលម្អិតពីអ្នកផ្តល់សេវា។
  - អ្នកបានទទួលសេវាដែលមានការធានារ៉ាប់រងពីអ្នកផ្តល់សេវាដែលបានចុះឈ្មោះដោយ Medi-Cal នៅក្នុងបណ្តាញរបស់ Molina Medicare Complete Care Plus។ អ្នកមិនចាំបាច់បំពេញលក្ខខណ្ឌនេះទេ ប្រសិនបើអ្នកបានទទួលការថែទាំក្នុងគ្រាអាសន្ន សេវារៀបចំផែនការគ្រួសារ ឬសេវាកម្មផ្សេងទៀតដែល Medi-Cal អនុញ្ញាតឱ្យអ្នកផ្តល់សេវាក្រៅបណ្តាញអនុវត្តដោយគ្មានការយល់ព្រមជាមុន (ការអនុញ្ញាតជាមុន)។
- ប្រសិនបើសេវាមានការរ៉ាប់រងជាធម្មតានោះនឹងតម្រូវឱ្យមានការយល់ព្រមជាមុន (ការអនុញ្ញាតជាមុន) អ្នកត្រូវផ្តល់ភស្តុតាងពីអ្នកផ្តល់សេវាដែលបង្ហាញពីតម្រូវការវេជ្ជសាស្ត្រសម្រាប់សេវាមានការរ៉ាប់រង។
- Molina Medicare Complete Care Plus នឹងប្រាប់អ្នកថាតើពួកគេនឹងសងអ្នកវិញឬអត់ តាមរយៈលិខិតមួយដែលហៅថាសេចក្តីជូនដំណឹងអំពីចំណាត់ការ។ ប្រសិនបើអ្នកបំពេញតាមលក្ខខណ្ឌទាំងអស់ខាងលើ អ្នកផ្តល់សេវាដែលបានចុះឈ្មោះក្នុង Medi-Cal គួរតែបង់ប្រាក់ឱ្យអ្នកវិញសម្រាប់ចំនួនទឹកប្រាក់ពេញដែលអ្នកបានបង់នោះ។ ប្រសិនបើអ្នកផ្តល់សេវាបដិសេធមិនផ្តល់សំណងដល់អ្នក Molina Medicare Complete Care Plus នឹងសងប្រាក់អ្នកវិញសម្រាប់ចំនួនពេញលេញដែលអ្នកបានបង់ប្រាក់។ យើងនឹងសងអ្នកវិញក្នុងរយៈពេល 45 ថ្ងៃនៃថ្ងៃធ្វើការបន្ទាប់ពីទទួលបានពាក្យបណ្តឹង។ ប្រសិនបើអ្នកផ្តល់សេវាត្រូវបានចុះឈ្មោះក្នុង Medi-Cal ប៉ុន្តែមិនមាននៅក្នុងបណ្តាញរបស់យើង ហើយបដិសេធមិនបង់ប្រាក់ឱ្យអ្នកវិញ Molina Medicare Complete Care Plus នឹងសងប្រាក់ឱ្យអ្នកវិញ ប៉ុន្តែក្នុងចំនួនទឹកប្រាក់ដែល FFS Medi-Cal នឹងបង់ប៉ុណ្ណោះ។ Molina Medicare Complete Care Plus នឹងផ្តល់សំណងដល់អ្នកសម្រាប់ចំនួនទឹកប្រាក់ចេញពីហោប៉ៅទាំងស្រុងសម្រាប់សេវាក្នុងគ្រាអាសន្ន សេវារៀបចំផែនការក្នុងគ្រួសារ ឬសេវាកម្មផ្សេងទៀតដែល Medi-Cal អនុញ្ញាតឱ្យផ្តល់ដោយអ្នកផ្តល់សេវាក្រៅបណ្តាញដោយគ្មានការយល់ព្រមជាមុន។ ប្រសិនបើអ្នកមិនបំពេញតាមលក្ខខណ្ឌណាមួយខាងលើទេ យើងនឹងមិនសងអ្នកវិញទេ។
- យើងនឹងមិនសងអ្នកវិញទេប្រសិនបើ៖
  - អ្នកបានស្នើសុំ និងទទួលបានសេវាកម្មដែលមិនត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយ Medi-Cal ដូចជាសេវាកម្មកែសម្ផស្ស។
  - សេវាកម្មនេះមិនមែនជាសេវាកម្មដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងសម្រាប់ Molina Medicare Complete Care Plus នោះទេ។
  - អ្នកបានទៅជួបវេជ្ជបណ្ឌិតដែលមិនទទួលយក Medi-Cal ហើយអ្នកបានចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់បែបបទដែលនិយាយថាអ្នកចង់ជួបពិគ្រោះយ៉ាងណាក៏ដោយ ហើយអ្នកនឹងបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាកម្មនោះដោយខ្លួនឯង។
- ប្រសិនបើយើងមិនធានារ៉ាប់រងលើសេវាកម្ម ឬឱសថទេនោះ យើងនឹងធ្វើការប្រាប់ទៅអ្នក។

សូមទាក់ទងផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិក ឬអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នក ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរណាមួយ។ ប្រសិនបើអ្នកទទួលបានវិក្កយបត្រ ហើយអ្នកមិនដឹងថាត្រូវធ្វើអ្វីអំពីវាទេ យើងអាចជួយបាន។ អ្នកក៏អាចហៅទូរសព្ទមកយើងខ្ញុំបាន បើអ្នកចង់ប្រាប់យើងខ្ញុំអំពីព័ត៌មានទាក់ទងនឹងសំណើសុំការបង់ប្រាក់ ដែលអ្នកបានធ្វើជូនយើងខ្ញុំ។

នេះជាឧទាហរណ៍នៃពេលវេលាដែលអ្នកប្រហែលជាត្រូវសុំឱ្យយើងសងអ្នកវិញ ឬបង់វិក្កយបត្រដែលអ្នកបានទទួល៖

1. នៅពេលអ្នកទទួលបានការថែទាំសុខភាពក្នុងគ្រាអាសន្ន ឬដែលត្រូវការជាបន្ទាន់ពីអ្នកផ្តល់សេវាក្រៅបណ្តាញ

សួរអ្នកផ្តល់សេវាឱ្យចេញវិក្កយបត្រមកយើង។

- ប្រសិនបើអ្នកបង់ប្រាក់ពេញនៅពេលអ្នកទទួលបានការថែទាំ សូមស្នើសុំឱ្យយើងសងអ្នកវិញ។ ផ្ញើវិក្កយបត្រ និងភស្តុតាងនៃការបង់ប្រាក់ណាមួយដែលអ្នកបានបង់មកកាន់យើងខ្ញុំ។
- អ្នកអាចទទួលបានវិក្កយបត្រពីអ្នកផ្តល់សេវាដែលស្នើសុំការបង់ប្រាក់ដែលអ្នកគិតថាអ្នកមិនជំពាក់។ ផ្ញើវិក្កយបត្រ និងភស្តុតាងនៃការបង់ប្រាក់ណាមួយដែលអ្នកបានបង់មកកាន់យើងខ្ញុំ។
  - ប្រសិនបើអ្នកផ្តល់សេវាគួរតែត្រូវបានបង់ យើងនឹងបង់ប្រាក់ដោយផ្ទាល់ទៅអ្នកផ្តល់សេវា។
  - ប្រសិនបើអ្នកបានបង់ថ្លៃសេវា Medicare រួចហើយ យើងនឹងសងអ្នកវិញ។

2. ពេលអ្នកផ្តល់សេវាធ្វើប័ណ្ណទារប្រាក់មកឱ្យអ្នក

អ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញត្រូវតែចេញវិក្កយបត្រឱ្យយើងខ្ញុំជានិច្ច។ វាមានសារៈសំខាន់ណាស់ក្នុងការបង្ហាញបណ្ណ ID សមាជិករបស់អ្នក នៅពេលដែលអ្នកទទួលបានសេវាកម្ម ឬវេជ្ជបញ្ជាណាមួយ ទោះជាយ៉ាងណា នៅពេលខ្លះអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញបង្កើតកំហុស ហើយស្នើសុំឱ្យអ្នកបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាកម្មរបស់អ្នក ឬច្រើនជាងការចែករំលែកថ្លៃចំណាយរបស់អ្នក។ **សូមទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិក** ឬអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នកតាមលេខនៅផ្នែកខាងក្រោមនៃទំព័រនេះ **ប្រសិនបើអ្នកទទួលបានវិក្កយបត្រណាមួយ**។

- ដោយសារយើងបង់ថ្លៃចំណាយទាំងស្រុងសម្រាប់សេវាកម្មរបស់អ្នក អ្នកមិនទទួលខុសត្រូវចំពោះការចំណាយណាមួយឡើយ។ អ្នកផ្តល់សេវាមិនគួរចេញវិក្កយបត្រពីអ្នកសម្រាប់សេវាកម្មទាំងនេះទេ។
- ក្នុងនាមជាសមាជិកគម្រោង អ្នកបង់ប្រាក់រួមតែនៅពេលអ្នកទទួលបានសេវាកម្មដែលយើងរ៉ាប់រងប៉ុណ្ណោះ។ យើងមិនអនុញ្ញាតឱ្យអ្នកផ្តល់សេវាចេញវិក្កយបត្រអ្នកលើសពីចំនួននេះទេ។ នេះជាការពិត បើទោះបីជាយើងបង់ប្រាក់ឱ្យអ្នកផ្តល់សេវាតិចជាងអ្នកផ្តល់សេវាគិតប្រាក់ក៏ដោយ។ ទោះបីជាយើងសម្រេចចិត្តមិនបង់ប្រាក់សម្រាប់ការគិតថ្លៃមួយចំនួនក៏ដោយ ក៏អ្នកនៅតែមិនបង់ប្រាក់ឱ្យពួកគេ។
- នៅពេលណាក៏ដោយដែលអ្នកទទួលបានវិក្កយបត្រពីអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ ចូរផ្ញើវិក្កយបត្រនោះមកឱ្យយើងខ្ញុំ។ យើងខ្ញុំនឹងទាក់ទងអ្នកផ្តល់សេវាដោយផ្ទាល់ ហើយដោះស្រាយបញ្ហាទាំងអស់។
- ប្រសិនបើអ្នកបានបង់វិក្កយបត្រពីអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញដែលបានរ៉ាប់រងដោយ Medicare រួចហើយនោះ សូមផ្ញើវិក្កយបត្រ និងភស្តុតាងនៃការបង់ប្រាក់ណាមួយដែលអ្នកបានធ្វើមកយើងខ្ញុំ។ យើងនឹងបង់ប្រាក់សងជូនអ្នកវិញសម្រាប់សេវាកម្មដែលមានការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នក ឬសម្រាប់ភាពខុសគ្នារវាងចំនួនទឹកប្រាក់ដែលអ្នកបានបង់ និងចំនួនទឹកប្រាក់ដែលអ្នកជំពាក់នៅក្រោមគម្រោងរបស់យើង។

3. ប្រសិនបើអ្នកបានចុះឈ្មោះជាមុននៅក្នុងគម្រោងរបស់យើង

ពេលខ្លះការចុះឈ្មោះរបស់អ្នកនៅក្នុងគម្រោងអាចប្រតិសកម្មបាន។ (នេះមានន័យថាថ្ងៃដំបូងនៃការចុះឈ្មោះរបស់អ្នកបានកន្លងផុតទៅហើយ។ វាប្រហែលជាកាលពីឆ្នាំមុន។)

- ប្រសិនបើអ្នកបានចុះឈ្មោះពីពេលមុន ហើយអ្នកបានបង់វិក្កយបត្របន្ទាប់ពីកាលបរិច្ឆេទចុះឈ្មោះ អ្នកអាចស្នើសុំឱ្យយើងបង់ប្រាក់សងឱ្យអ្នកវិញបាន។
- សូមផ្ញើវិក្កយបត្រ និងភស្តុតាងនៃការបង់ប្រាក់ដែលអ្នកបានធ្វើមកយើងខ្ញុំ។

4. ពេលអ្នកប្រើឱសថស្ថានក្រៅបណ្តាញ ដើម្បីបើកឱសថមានវេជ្ជបញ្ជា

ប្រសិនបើអ្នកប្រើប្រាស់ឱសថស្ថានក្រៅបណ្តាញ នោះអ្នកនឹងត្រូវចេញថ្លៃឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាទាំងស្រុងដោយខ្លួនឯង។

- ក្នុងករណីតិចតួចប៉ុណ្ណោះ យើងនឹងរ៉ាប់រងលើការបើកវេជ្ជបញ្ជានៅឱសថស្ថានក្រៅបណ្តាញ។ ផ្ញើមកយើងខ្ញុំនូវច្បាប់ចម្លងនៃបង្កាន់ដៃរបស់អ្នក នៅពេលអ្នកស្នើសុំឱ្យយើងសងអ្នកវិញ។
- សូមមើល **ជំពូកទី 5** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិករបស់អ្នក* ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពីឱសថស្ថានក្រៅបណ្តាញ។
- យើងមិនអាចសងអ្នកវិញនូវភាពខុសគ្នារវាងអ្វីដែលអ្នកបានបង់ថ្លៃឱសថនៅឱសថស្ថានក្រៅបណ្តាញ និងចំនួនទឹកប្រាក់ដែលយើងនឹងបង់នៅឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញនោះទេ។

5. នៅពេលអ្នកបង់ថ្លៃឱសថមានវេជ្ជបញ្ជារបស់ Medicare Part D ពេញនោះ ដោយសារតែអ្នកមិនមានបណ្ណសម្គាល់សមាជិករបស់អ្នកនៅជាមួយអ្នកទេ

ប្រសិនបើអ្នកមិនបានយកបណ្ណសម្គាល់គម្រោងរបស់អ្នកមកជាប់ជាមួយអ្នកនោះទេ អ្នកអាចស្នើសុំឱសថស្ថានឱ្យហៅមកពួកយើង ឬពិនិត្យមើលព័ត៌មានចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងរបស់អ្នក។

- ប្រសិនបើឱសថស្ថានមិនអាចទទួលបានព័ត៌មានភ្លាមៗទេ អ្នកប្រហែលជាត្រូវបង់ថ្លៃឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាពេញលេញដោយខ្លួនឯង ឬត្រលប់ទៅឱសថស្ថានវិញជាមួយនឹងបណ្ណសម្គាល់សមាជិករបស់អ្នក។
- ផ្ញើមកយើងនូវច្បាប់ចម្លងនៃបង្កាន់ដៃរបស់អ្នក នៅពេលអ្នកស្នើសុំឱ្យយើងសងអ្នកវិញ។
- យើងមិនអាចសងអ្នកវិញនូវថ្លៃចំណាយពេញលេញដែលអ្នកបានបង់នោះទេ ប្រសិនបើតម្លៃសាច់ប្រាក់ដែលអ្នកបានបង់គឺខ្ពស់ជាងតម្លៃដែលបានចរចាគ្នារបស់យើងសម្រាប់វេជ្ជបញ្ជាមួយនេះ។

6. នៅពេលអ្នកបង់ថ្លៃឱសថមានវេជ្ជបញ្ជារបស់ Medicare Part D ពេញសម្រាប់ឱសថដែលមិនមានការធានារ៉ាប់រងនោះ

អ្នកអាចបង់ថ្លៃវេជ្ជបញ្ជាពេញតម្លៃ ពីព្រោះឱសថនេះមិនត្រូវបានធានារ៉ាប់រងទេ។

- ឱសថអាចនឹងមិនមាននៅក្នុង *បញ្ជីឱសថដែលមានការធានារ៉ាប់រង* (*បញ្ជីឱសថ*) របស់យើងទេ នៅលើគេហទំព័ររបស់យើង ឬឱសថនេះអាចមានលក្ខខណ្ឌតម្រូវ ឬការដាក់កម្រិតដែលអ្នកមិនដឹង ឬមិនគិតថាគួរអនុវត្តចំពោះអ្នក។ បើអ្នកសម្រេចចិត្តទទួលយកឱសថនោះ អ្នកប្រហែលជាត្រូវបង់ថ្លៃពេញសម្រាប់ឱសថនោះហើយ។
  - ប្រសិនបើអ្នកមិនបង់ថ្លៃឱសថទេ ប៉ុន្តែគិតថាយើងគួររ៉ាប់រងលើឱសថនោះ អ្នកអាចស្នើសុំសេចក្តីសម្រេចលើការរ៉ាប់រង (សូមមើល **ជំពូកទី 9** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិករបស់អ្នក)*។
  - ប្រសិនបើអ្នក និងវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក ឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាផ្សេងទៀតគិតថាអ្នកត្រូវការឱសថភ្លាមៗ (ក្នុងរយៈពេល 24 ម៉ោង) អ្នកអាចស្នើសុំសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងរហ័ស (សូមមើល **ជំពូកទី 9** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិករបស់អ្នក)*។
- ផ្ញើមកយើងនូវច្បាប់ចម្លងនៃបង្កាន់ដៃរបស់អ្នក នៅពេលអ្នកស្នើសុំឱ្យយើងសងអ្នកវិញ។ ក្នុងករណីខ្លះ យើងអាចត្រូវការព័ត៌មានបន្ថែមពីវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក ឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាផ្សេងទៀតដើម្បីបង់ថ្លៃឱសថឱ្យអ្នកវិញ។ យើងមិនអាចសងអ្នកវិញនូវថ្លៃចំណាយពេញលេញដែលអ្នកបានបង់នោះទេ ប្រសិនបើតម្លៃដែលអ្នកបានបង់គឺខ្ពស់ជាងតម្លៃដែលបានចរចាគ្នារបស់យើងសម្រាប់វេជ្ជបញ្ជាមួយនេះ។

នៅពេលអ្នកផ្ញើឱ្យយើងខ្ញុំនូវសំណើសម្រាប់ការបង់ប្រាក់ នោះយើងនឹងពិនិត្យឡើងវិញនូវសំណើរបស់អ្នក និងសម្រេចថា តើសេវាកម្ម ឬឱសថនោះគួរតែត្រូវបានរ៉ាប់រង ឬយ៉ាងណា។ នេះត្រូវបានហៅថា "សេចក្តីសម្រេចចំពោះការធានារ៉ាប់រង"។ ប្រសិនបើយើងសម្រេចថាសេវាកម្ម ឬឱសថគួរតែត្រូវបានរ៉ាប់រង យើងនឹងបង់ថ្លៃសម្រាប់រឿងទាំងនោះ។

ប្រសិនបើយើងបដិសេធសំណើរបស់អ្នកសម្រាប់ការបង់ប្រាក់ អ្នកអាចដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ចំពោះសេចក្តីសម្រេចនេះបាន។ ដើម្បីស្វែងយល់ពីរបៀបដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ សូមមើលទៅ **ជំពូកទី 9** នៃ*សៀវភៅណែនាំសមាជិក*របស់អ្នក។

B. ផ្ញើមកយើងនូវសំណើសម្រាប់ការបង់ប្រាក់

សូមផ្ញើវិក្កយបត្រ និងភស្តុតាងចំពោះការចំណាយណាមួយដែលអ្នកបានបង់ចំពោះសេវាកម្ម Medicare ឬហៅទូរសព្ទមកយើងខ្ញុំ។ ភស្តុតាងចំពោះការចំណាយអាចជា សំណៅមូលប្បទានបត្រ ដែលអ្នកបានសរសេរ ឬវិក្កយប័ត្រពីអ្នកផ្តល់សេវាកម្ម។ **ការថតចម្លងវិក្កយប័ត្រ និងបង្កាន់ដៃទទួលប្រាក់សម្រាប់ជាកំណត់ត្រារបស់អ្នកគឺជាគំនិតល្អមួយ។** អ្នកអាចស្នើសុំជំនួយពីអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នក។ អ្នកត្រូវតែផ្ញើព័ត៌មានរបស់អ្នកមកយើងក្នុងរយៈពេល **1** ឆ្នាំតាមប្រតិទិនចាប់ពីកាលបរិច្ឆេទដែលអ្នកបានទទួលសេវាកម្ម ទំនិញ ឬឱសថ។

សូមផ្ញើសំណើសុំការបង់ប្រាក់របស់អ្នកមកយើងខ្ញុំតាមប្រៃសណីយ៍ ដោយភ្ជាប់មកជាមួយនូវវិក្កយបត្រ ឬបង្កាន់ដៃទទួលប្រាក់តាមអាសយដ្ឋាននេះ៖

<u>សម្រាប់សេវាកម្មវេជ្ជសាស្ត្រ៖</u>

Attn: Medicare Member Services
200 Oceangate, Suite 100
Long Beach, CA 90802

<u>សម្រាប់សេវាផ្នែក D (Rx)</u>៖
Molina Healthcare
Attn: Pharmacy Department
7050 Union Park Center, Suite 600
Midvale, UT 84047

អ្នកត្រូវតែដាក់ពាក្យបណ្តឹងទាមទារសំណងរបស់អ្នកមកយើងក្នុងរយៈពេល 365 ថ្ងៃគិតចាប់ពីថ្ងៃដែលអ្នកទទួលបានសេវាកម្ម និង/ ឬ ទំនិញ ឬ**ក្នុងរយៈពេល 36** ខែគិតចាប់ពីថ្ងៃដែលអ្នកទទួលបានឱសថ។

C. សេចក្តីសម្រេចលើការរ៉ាប់រង

នៅពេលដែលយើងទទួលបានសំណើរបស់អ្នកសម្រាប់ការបង់ប្រាក់ យើងនឹងធ្វើសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងនេះ។ នេះមានន័យថាយើងសម្រេចថាតើគម្រោងរបស់យើងនឹងរ៉ាប់រងលើសេវាកម្ម ទំនិញ ឬឱសថរបស់អ្នកដែរឬទេ។ យើងក៏សម្រេចចិត្តលើចំនួនប្រាក់ ដែលអ្នកត្រូវតែបង់ផងដែរ។

- យើងនឹងប្រាប់អ្នកឱ្យដឹងប្រសិនបើយើងត្រូវការព័ត៌មានបន្ថែមពីអ្នក។
- ប្រសិនបើយើងសម្រេចថា គម្រោងរបស់យើងធានារ៉ាប់រងលើសេវាកម្ម ទំនិញ ឬឱសថ ហើយអ្នកបានអនុវត្តតាមច្បាប់ទាំងអស់សម្រាប់ការទទួលបានវា យើងនឹងបង់ប្រាក់សម្រាប់វា។ ប្រសិនបើអ្នកបានបង់ថ្លៃសេវាកម្ម ឬឱសថរួចហើយ យើងនឹងផ្ញើមូលប្បទានបត្រមួយឱ្យអ្នកសម្រាប់ចំនួនដែលអ្នកបានបង់ ។ ប្រសិនបើអ្នកបានបង់ថ្លៃឱសថពេញលេញ អ្នកប្រហែលជាមិនត្រូវបានសងវិញនូវចំនួនទឹកប្រាក់ពេញលេញដែលអ្នកបានបង់នោះទេ (ឧទាហរណ៍ ប្រសិនបើអ្នកបានទទួលឱសថពីឱសថស្ថានក្រៅបណ្តាញ ឬ ប្រសិនបើតម្លៃសាច់ប្រាក់ដែលអ្នកបានបង់គឺខ្ពស់ជាងតម្លៃដែលបានចរចារបស់យើង)។ ប្រសិនបើអ្នកមិនទាន់បានបង់ប្រាក់ទេ យើងនឹងបង់ប្រាក់ឱ្យអ្នកផ្តល់សេវាដោយផ្ទាល់។

ជំពូកទី 3 នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក* របស់អ្នកពន្យល់ពីវិធានសម្រាប់ការទទួលបានសេវាកម្មរបស់អ្នកដែលមានការធានារ៉ាប់រង។

ជំពូកទី 5 នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក* របស់អ្នកពន្យល់ពីច្បាប់សម្រាប់ការទទួលបានឱសថមានវេជ្ជបញ្ជារបស់ Medicare ផ្នែក D របស់អ្នក។

- ប្រសិនបើយើងសម្រេចចិត្តមិនបង់ថ្លៃសេវាកម្ម ឬឱសថទេ យើងនឹងធ្វើលិខិតមួយច្បាប់ដែលមានហេតុផលជូនអ្នក។ លិខិតនេះក៏ពន្យល់អំពីសិទ្ធិរបស់អ្នកក្នុងការប្តឹងឧទ្ធរណ៍ផងដែរ។
- ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពីសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង សូមមើល **ជំពូកទី 9**

D. បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍

ប្រសិនបើអ្នកគិតថាយើងធ្វើខុសក្នុងការច្រានចោលនូវសំណើរបស់អ្នកសម្រាប់ការបង់ប្រាក់នេះ អ្នកអាចស្នើសុំឱ្យយើងផ្លាស់ប្តូរការសម្រេចចិត្តរបស់យើង។ នេះត្រូវបានគេហៅថា "ការដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍"។ អ្នកក៏អាចប្តឹងឧទ្ធរណ៍បានដែរ បើអ្នកមិនយល់ស្របជាមួយនឹងចំនួនប្រាក់ដែលយើងបង់។

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

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

ជំពូកទី 8៖ សិទ្ធិ និងទំនួលខុសត្រូវរបស់អ្នក

ការណែនាំ

ជំពូកនេះរួមបញ្ចូលទាំងសិទ្ធិ និងការទទួលខុសត្រូវរបស់អ្នកក្នុងនាមជាសមាជិកនៃគម្រោងរបស់យើង។ យើងត្រូវតែគោរពសិទ្ធិរបស់អ្នក។ ពាក្យគន្លឹះ និងន័យមន័យរបស់ពាក្យគន្លឹះទាំងនោះមានតាមលំដាប់អក្ខរក្រមក្នុងជំពូកចុងក្រោយនៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*របស់អ្នក។

តារាងមាតិកា

A. សិទ្ធិរបស់អ្នកក្នុងការទទួលបានសេវាកម្ម និងព័ត៌មានតាមរបៀបដែលបំពេញតាមតម្រូវការរបស់អ្នក 126
B. ការទទួលខុសត្រូវរបស់យើងសម្រាប់លទ្ធភាពទទួលបានទាន់ពេលវេលារបស់អ្នកចំពោះសេវាកម្ម និងឱសថដែលមានការរ៉ាប់រង 134
C. ទំនួលខុសត្រូវរបស់យើងក្នុងការការពារព័ត៌មានសុខភាពផ្ទាល់ខ្លួនរបស់អ្នក (PHI) 134
C1. របៀបដែលយើងការពារ PHI របស់អ្នក 135
C2. សិទ្ធិរបស់អ្នកក្នុងការមើលកំណត់ត្រាវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នក 135
D. ទំនួលខុសត្រូវរបស់យើងក្នុងការផ្តល់ព័ត៌មានដល់អ្នក 141
E. អសមត្ថភាពរបស់អ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញក្នុងការចេញវិក្កយបត្រឱ្យអ្នកដោយផ្ទាល់ 142
F. សិទ្ធិរបស់អ្នកក្នុងការចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើង 142
G. សិទ្ធិរបស់អ្នកក្នុងការសម្រេចចិត្តអំពីការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក 142
G1. សិទ្ធិរបស់អ្នកក្នុងការដឹងពីជម្រើសនៃការព្យាបាលរបស់អ្នក និងការសម្រេចចិត្ត 142
G2. សិទ្ធិរបស់អ្នកក្នុងការនិយាយពីអ្វីដែលអ្នកចង់ឱ្យកើតឡើងប្រសិនបើអ្នកមិនអាចធ្វើការសម្រេចចិត្តលើការថែទាំសុខភាពដោយខ្លួនឯងបាន 143
G3. អ្វីដែលត្រូវធ្វើប្រសិនបើការណែនាំរបស់អ្នកមិនត្រូវបានអនុវត្ត 144
H. សិទ្ធិរបស់អ្នកក្នុងការដាក់បណ្តឹងតវ៉ា និងស្នើសុំឱ្យយើងពិចារណាឡើងវិញនូវការសម្រេចចិត្តរបស់យើង 144
H1. អ្វីដែលត្រូវធ្វើអំពីទង្វើដែលមានភាពអយុត្តិធម៌ ឬដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែមអំពីសិទ្ធិរបស់អ្នក 144
I. ការទទួលខុសត្រូវរបស់អ្នកក្នុងនាមជាសមាជិកគម្រោង 144

A. សិទ្ធិរបស់អ្នកក្នុងការទទួលបានសេវាកម្ម និងព័ត៌មានតាមរបៀបដែលបំពេញតាមតម្រូវការរបស់អ្នក

យើងត្រូវតែធានាសេវាកម្ម**ទាំងអស់** ដែលត្រូវបានផ្តល់ជូនអ្នកជាលក្ខណៈសមត្ថភាពយល់ដឹងខាងវប្បធម៌ និងងាយស្រួលក្នុងការទទួលបាន។ យើងក៏ត្រូវតែប្រាប់អ្នកអំពីអត្ថប្រយោជន៍នៃគម្រោង និងសិទ្ធិរបស់អ្នកតាមវិធីដែលអ្នកអាចយល់បាន។ យើងត្រូវប្រាប់អ្នកឱ្យបានដឹងពីសិទ្ធិនានានៅក្នុងឆ្នាំនីមួយៗដែលអ្នកស្ថិតនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើង។

- ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានតាមរបៀបដែលអ្នកអាចយល់បាន សូមទូរសព្ទទៅអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នក ឬផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិក។ គម្រោងរបស់យើងមានសេវាអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ដោយឥតគិតថ្លៃ ដែលអាចឆ្លើយសំណួរជាភាសាផ្សេងៗ។
- គម្រោងរបស់យើងក៏អាចផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវឯកសារជាភាសាផ្សេងក្រៅពីភាសាអង់គ្លេស រួមមាន*ភាសាអេស្ប៉ាញ អារ៉ាប់ អាមេនី កម្ពុជា ចិនហ្វាស៊ី ម៉ុង កូរ៉េ ឡាវ រុស្សុី តាហ្គាឡុក និងវៀតណាម* និងជាទម្រង់ដូចជាអក្សរបោះពុម្ពធំៗ អក្សរសម្រាប់ជនពិការភ្នែក ឬជាសំឡេង។ ដើម្បីទទួលបានឯកសារជាទម្រង់ជំនួសណាមួយ សូមទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិក ឬសរសេរទៅកាន់ Molina Medicare Complete Care Plus (855) 665-4627 TTY៖ 711 បាន 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ ម៉ោងក្នុងតំបន់។ សម្រាប់សេវាកម្មវេជ្ជសាស្ត្រ៖ 200 Oceangate, Suite 100 Long Beach, CA 90802
    - ដើម្បីធ្វើការស្នើសុំជាអចិន្ត្រៃយ៍ដើម្បីទទួលបានឯកសារជាភាសាផ្សេងក្រៅពីភាសាអង់គ្លេស ឬជាទម្រង់ផ្សេងទៀតឥឡូវនេះ និងនាពេលអនាគត សូមទាក់ទងផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិកតាមរយៈលេខ (855) 665-4627 TTY៖ 711 បាន 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ ម៉ោងក្នុងតំបន់។

ប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហាក្នុងការទទួលបានព័ត៌មានពីគម្រោងរបស់យើង ដោយសារបញ្ហាភាសា ឬពិការភាព ហើយអ្នកចង់ដាក់ពាក្យបណ្តឹងតវ៉ា សូមទូរសព្ទទៅ៖

- Medicare តាមរយៈ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)។ អ្នកអាចទូរសព្ទមក 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរតែហៅទូរសព្ទទៅលេខ 1-877-486-2048។
- ការិយាល័យសិទ្ធិស៊ីវិលរបស់ Medi-Cal តាមលេខ 916-440-7370 ។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរទូរសព្ទទៅកាន់លេខ 711។
- ក្រសួងសុខាភិបាល និងសេវាមនុស្សជាតិអាមេរិក ការិយាល័យសិទ្ធិស៊ីវិលតាមលេខ 1-800-368-1019។ អ្នកប្រើ TTY គួរហៅទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-537-7697។

A. Su derecho a obtener información de una manera que cumpla con sus necesidades

Debemos garantizar que **todos** los servicios se proporcionen de manera culturalmente competente y accesible. También debemos informarle acerca de los beneficios de nuestro plan ysus derechos de una manera que pueda entender. យើងត្រូវប្រាប់អ្នកឱ្យបានដឹងពីសិទ្ធិនានានៅក្នុងឆ្នាំនីមួយៗដែលអ្នកស្ថិតនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើង។

- Para obtener información de una forma que sea comprensible para usted, llame a su Coordinador de Cuidados o Servicios para Miembros. Nuestro plan tiene servicios de interpretación disponibles para responder las preguntas en diferentes idiomas.
- Nuestro plan también puede ofrecerle materiales en idiomas diferentes del inglés, que incluyen *español, árabe, armenio, camboyano, chino, persa, coreano, laosiano, ruso, tagalo y vietnamita* y en formatos como letras grandes, braille o audio. Para recibir materiales en uno de estos formatos alternativos, llame a Servicios para Miembros o escriba a Molina Medicare Complete Care Plus (855) 665-4627 TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Para servicios médicos: 200 Oceangate, Suite 100 Long Beach, CA 90802
    - Para solicitar de manera permanente materiales en otro idioma o en un formato alternativo ahora y en el futuro, comuníquese con Servicios para Miembros al (855) 665-4627, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local.

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

- Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Oficina de Derechos Civiles de Medi-Cal al> 916-440-7370. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.
- Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. al 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-537-7697.

A. Karapatan mong matanggap ang mga serbisyo at impormasyon sa paraan na nakasasapat sa mga pangangailangan mo

Dapat namin tiyakin na **lahat** ng serbisyong ibinibigay sa iyo ay wasto sa kultura at nasa paraang naa-access. Dapat din naming ipaalam sa inyo ang tungkol sa mga benepisyo ng aming plano at ang inyong mga karapatan sa paraang mauunawaan ninyo. Dapat naming ipaalam sa inyo ang tungkol sa inyong mga karapatan sa bawat taon na kayo ay nasa aming plano.

- Para makakuha ng impormasyon sa paraang nauunawaan mo, tawagan ang care coordinator mo o ang Mga Serbisyo ng Miyembro. Ang aming plano ay may mga libreng serbisyo ng interpreter na available upang sagutin ang mga tanong sa iba't ibang wika.
- Makapagbibigay din sa iyo ang plan namin ng mga babasahin na nasa mga wikang bukod sa English kabilang ang *Spanish, Arabic, Armenian, Cambodian, Chinese, Farsi, Hmong, Korean, Lao, Russian, Tagalog, at Vietnamese* at sa mga format kagaya ng malaking print, braille, o audio. Para makakuha ng mga materyal sa isa sa mga alternatibong format na ito, Pakitawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro o sumulat sa Molina Medicare Complete Care Plus (855) 665-4627 TTY: 711 7 araw sa isang linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m., lokal na oras. Para sa Mga Serbisyong Medikal: 200 Oceangate, Suite 100 Long Beach, CA 90802
    - Para gumawa ng isang nagpapatuloy na kahilingan para makakuha ng mga materyales sa isang wika maliban sa Ingles o sa isang alternatibong format ngayon at sa hinaharap, makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo para sa Miyembro sa (855) 665-4627, TTY: 711 7 araw sa isang linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m., lokal na oras.

Kung nahihirapan kayong kumuha ng impormasyon mula sa aming plano dahil sa mga problema sa wika o kapansanan at gusto ninyong maghain ng reklamo, tumawag sa:

- Medicare sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Maaari kayong tumawag 24 oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-877-486-2048.
- Tanggapan para sa Mga Karapatang Sibil ng Medi-Cal sa 916-440-7370. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 711.
- U.S Department of Health and Human Services, Tanggapan para sa mga Karapatang Sibil sa numerong 1-800-368-1019. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-800-537-7697.

A. Quý vị có quyền nhận dịch vụ và thông tin theo cách thức đáp ứng nhu cầu của mình

Chúng tôi phải đảm bảo **tất** cả các dịch vụ được cung cấp cho quý vị theo cách phù hợp về mặt văn hóa và dễ tiếp cận. Chúng tôi cũng phải cho quý vị biết về phúc lợi của chương trình và quyền của quý vị theo cách quý vị có thể hiểu được. Chúng tôi phải thông báo với quý vị về các quyền của quý vị mỗi năm quý vị tham gia chương trình của chúng tôi.

- Để nhận được thông tin theo cách quý vị có thể hiểu được, hãy gọi cho điều phối viên chăm sóc hoặc bộ phận Dịch vụ thành viên. Chương trình của chúng tôi có các dịch vụ thông dịch miễn phí để giải đáp thắc mắc bằng nhiều ngôn ngữ.

- Chương trình của chúng tôi cũng có thể cung cấp cho quý vị tài liệu bằng các ngôn ngữ khác ngoài tiếng Anh bao gồm *tiếng Tây Ban Nha, tiếng Ả Rập, tiếng Armenia, tiếng Campuchia, tiếng Trung, tiếng Ba Tư, tiếng H'Mông, tiếng Hàn, tiếng Lào, tiếng Nga, tiếng Tagalog và tiếng Việt* và theo các định dạng như chữ cỡ lớn, chữ nổi braille hoặc âm thanh. Để nhận tài liệu ở một trong những định dạng thay thế này, vui lòng gọi cho bộ phận Dịch vụ thành viên hoặc gửi thư cho Molina Medicare Complete Care Plus theo số (855) 665-4627 TTY: 711 7 ngày một tuần, 8:00 giờ sáng đến 8:00 giờ tối, theo giờ địa phương. Đối với dịch vụ y tế: 200 Oceangate, Suite 100 Long Beach, CA 90802
  - Để đưa ra yêu cầu dài hạn để nhận tài liệu này bằng ngôn ngữ khác không phải là tiếng Anh hoặc ở định dạng khác hiện tại hoặc trong tương lai, vui lòng liên hệ với bộ phận Dịch vụ thành viên theo số (855) 665-4627, TTY: 711 7 ngày một tuần, 8:00 giờ sáng đến 8:00 giờ tối, theo giờ địa phương.

Nếu quý vị gặp khó khăn trong việc nhận thông tin từ chương trình chúng tôi do vấn đề về ngôn ngữ hoặc tình trạng khuyết tật và muốn nộp khiếu nại, hãy gọi:

- Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Quý vị có thể gọi 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần. Những người dùng TTY nên gọi đến số 1-877-486-2048.
- Gọi cho Medi-Cal Office of Civil Rights theo số 916-440-7370. Người dùng TTY nên gọi số 711.
- U.S Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights theo số 1-800-368-1019. Người dùng TTY nên gọi số 1-800-537-7697.

A. 본인의 필요를 충족하는 방식으로 서비스와 정보를 이용할 권리

당사는 **모든** 서비스가 문화적으로 적절하며 접근 가능한 방식으로 제공되도록 보장해야 합니다. 당사는 회원님이 이해할 수 있는 방식으로 당사 플랜의 혜택 및 회원님의 권리를 설명해야 합니다. 당사에는 회원의 플랜 가입 기간 중 매년 회원의 권리에 대해 회원에 안내해야 할 의무가 있습니다.

- 회원님께서 이해할 수 있는 방식으로 정보를 제공받으려면 케어 코디네이터에게 연락하거나 회원 서비스에 전화하십시오. 당사 플랜에서는 다양한 언어로 질문에 답변해 드리는 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다.
- 또한 영어 이외에도 *스페인어, 아랍어, 아르메니아어, 캄보디아어, 중국어, 페르시아어, 흐몽어, 한국어, 라오어, 러시아어, 타갈로그어, 베트남어로* 된 자료, 큰 활자나 점자 또는 음성 자료를 제공해 드립니다. 자료를 해당 대체 형식으로 제공받으려면 회원 서비스에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 매일 오전 8시~오후 8시(연중무휴, 현지 시각)에 전화하시거나 다음 주소의 Molina Medicare Complete Care Plus로 서신을 보내시기 바랍니다. 의료 서비스 관련 우편 주소: 200 Oceangate, Suite 100 Long Beach, CA 90802
  - 지금 및 향후에 자료를 영어 이외의 다른 언어나 대체 형식으로 계속해서 제공받으려면, 회원 서비스에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 매일 오전 8시~오후 8시(연중무휴, 현지 시간)에 전화하시기 바랍니다.

언어 문제 또는 장애 때문에 당사 플랜으로부터 정보를 얻는 데 어려움이 있어 불만을 제기하고자 하시는 경우

- Medicare에 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)번으로 연락하시기 바랍니다. 상담 전화는 하루 24시간, 연중무휴 운영됩니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화하십시오.
- Medi-Cal 민권 사무국은 916-440-7370번입니다. TTY 사용자는 711번으로 전화하셔야 합니다.
- 미국 보건복지부, 민권 사무국 번호는 1-800-368-1019 번입니다. TTY 사용자는 1-800-537-7697번으로 전화하십시오.

A. Ваше право получать услуги и информацию любым удобным вам способом

Мы должны обеспечить, чтобы **все** услуги предоставлялись вам доступным образом и с учетом культурных особенностей. Мы также должны сообщать вам об объеме покрываемых услуг в рамках плана и ваших

правах в понятной для вас форме. Мы должны сообщать вам о ваших правах каждый год в течение всего времени вашего участия в плане.

- Чтобы получить информацию понятным для вас способом, позвоните координатору медицинских услуг или в отдел обслуживания участников программы страхования. Наш план предоставляет бесплатные услуги переводчика, который поможет получить ответы на ваши вопросы на необходимом вам языке.
- В рамках нашего плана вы можете получить материалы на *испанском, арабском, армянском, камбоджийском, китайском, корейском, лаосском, русском, тагальском и вьетнамском языках, а также на языках фарси и хмонг .* Кроме того, информация для вас доступна в разных форматах, включая крупный шрифт, шрифт Брайля или аудио. Чтобы получить материалы в одном из этих альтернативных форматов, позвоните в отдел обслуживания участников программы страхования или в офис Molina Medicare Complete Care Plus по номеру (855) 665-4627 (TTY: 711). График работы: ежедневно с 08:00 до 20:00 по местному времени. Медицинские услуги: 200 Oceangate, Suite 100 Long Beach, CA 90802 (Калифорния).
  - Чтобы подать постоянный запрос на предоставление вам сейчас и в будущем материалов на другом языке (кроме английского) или в другом формате, обратитесь в отдел обслуживания участников программы страхования по номеру (855) 665-4627 (TTY: 711). График работы: ежедневно с 08:00 до 20:00 по местному времени.

Если у вас возникнут трудности при получении информации от сотрудников нашего плана из-за языкового барьера или ограниченных возможностей и вы захотите подать жалобу, позвоните в:

- Medicare по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Вы можете звонить круглосуточно в любой день недели. Если вы пользуетесь телефоном TTY: 1-877-486-2048.
- Управление по гражданским правам Medi-Cal по номеру 916-440-7370. При использовании TTY набирайте 711.
- Управление по гражданским правам (Office for Civil Rights) при Министерстве здравоохранения и социального обеспечения США (U.S Department of Health and Human Services) по номеру 1-800-368-1019. При использовании TTY набирайте 1-800-537-7697.

A. 您有權以滿足您需求的方式獲得服務和資訊

我們必須確保向您提供的**所有**服務都符合您的文化背景以利使用。我們還必須以您可以理解的方式向您介紹我們的計劃福利和您的權利。我們必須在您參與本計劃的每一年向您說明您的權利。

- 想要以您可以理解的方式獲得資訊，請致電您的照護協調員或會員服務部。本計劃提供免費的口譯員服務，可以用不同語言來回答問題。
- 我們的計劃也可以爲您提供非英文版本的資料，包括*西班牙語*、*阿拉伯語*、*亞美尼亞語*、*柬埔寨語*、*中文*、*波斯語*、*苗語*、*韓語*、*老撾語*、*俄語*、*塔加拉族語和越南語*，以及大字體、點字或音訊等格式。如需這些其他格式之一的資料，請致電會員服務部或寫信給 Molina Medicare Complete Care Plus，電話：(855) 665-4627 TTY: 711，每週 7 天，當地時間上午 8:00 至下午 8:00。醫療服務：200 Oceangate, Suite 100 Long Beach, CA 90802
  - 若要長期要求現在和以後都取得非英文版本或替代格式的資料，請致電會員服務部，電話：(855) 665-4627，TTY: 711，每週 7 天，當地時間上午 8:00 至下午 8:00。

如果您因語言問題或殘疾而在取得本計劃資訊時遇到困難，並想要提交投訴，請致電：

- Medicare，電話：1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。您每週 7 天、每天 24 小時均可致電。TTY 使用者應致電 1-877-486-2048。
- Medi-Cal 民權辦公室，電話：916-440-7370。TTY 使用者應致電 711。
- 美國衛生及公共服務部民權辦公室，電話：1-800-368-1019。TTY 使用者應致電 1-800-537-7697。

A. حقك في الحصول على الخدمات والمعلومات بالطريقة التي تلبي احتياجاتك

تعين علينا ضمان تقديم **جميع** الخدمات إليك بطريقة تتسم بالكفاءة الثقافية وسهولة الوصول. كما يتعين علينا إخبارك بمزايا خطتنا وحقوقك بطريقة تستطيع استيعابها. يتعين علينا إخبارك بحقوقك كل عام تكون فيه عضوًا بخطتنا.

- للحصول على المعلومات بطريقة تستطيع استيعابها، يرجى الاتصال بمنسق حالتك أو خدمات الأعضاء. وتوفر خطتنا خدمات ترجمة مجانية للإجابة عن الأسئلة بلغات مختلفة.
- كما يمكن أن توفر لك خطتنا المواد بلغات غير الإنجليزية، بما في ذلك الإسبانية والعربية والأرمينية والكمبودية والصينية والفارسية والهمنوجية والكورية واللاوية والروسية والتاغالوغية والفيتنامية وبتنسيقات مثل المطبوعات الكبيرة أو طريقة برايل أو بالتنسيق الصوتي. للحصول على المواد بأحد هذه التنسيقات البديلة، يرجى الاتصال بخدمات الأعضاء أو مراسلة Molina Medicare Complete Care Plus وذلك على الرقم 665-4627 (855)، وبالنسبة لمستخدمي الهاتف النصي TTY، يمكنهم الاتصال على: 711، على مدار 7 أيام في الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا إلى 8 مساءً حسب التوقيت المحلي. للخدمات الطبية: 200 Oceangate, Suite 100 Long Beach, CA 90802
  - لتقديم طلب للحصول على مواد بلغة أخرى خلاف اللغة الإنجليزية أو بتنسيق مختلف الآن وفي المستقبل، يُرجى الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم 665-4627 (855)، لمستخدمي أجهزة الهواتف النصية: 711، على مدار 7 أيام في الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا إلى 8 مساءً حسب التوقيت المحلي.

إذا واجهتَ صعوبة في الحصول على المعلومات عن طريق خطتنا بسبب مشكلات تتعلق باللغة أو الإعاقة وتود تقديم شكوى بالأمر، فيمكنك الاتصال بالجهات الآتية:

- خط المساعدة 1-800-MEDICARE لبرنامج Medicare على الرقم (1-800-633-4227). يُمكنك الاتصال بنا على مدار 24 ساعة في اليوم، 7 أيام في الأسبوع. بالنسبة إلى مستخدمي أجهزة الهواتف النصية (TTY)، يرجى الاتصال على الرقم 1-877-486-2048.
- مكتب الحقوق المدنية التابع لبرنامج Medi-Cal على الرقم 916-440-7370. بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف النصية TTY، يمكنهم الاتصال على رقم 711.
- صحة والخدمات البشرية، مكتب الحقوق المدنية (Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights) في الولايات المتحدة على الرقم 1-800-368-1019. بالنسبة إلى مستخدمي الهاتف النصي (TTY)، يمكنهم الاتصال على الرقم 1-800-537-7697.

A. សិទ្ធិរបស់អ្នកក្នុងការទទួលបានសេវាកម្ម និងព័ត៌មានតាមរបៀបដែលបំពេញតម្រូវការរបស់អ្នក

យើងត្រូវតែធានាថាសេវាកម្ម**ទាំងអស់**ត្រូវបានផ្តល់ជូនអ្នកក្នុងលក្ខណៈមានប្រសិទ្ធភាពតាមរយៈធម៌និងអាចចូលប្រើប្រាស់បាន។ យើងក៏ត្រូវតែប្រាប់អ្នកអំពីអត្ថប្រយោជន៍នៃគម្រោងនិងសិទ្ធិរបស់អ្នកតាមវិធីដែលអ្នកអាចយល់បាន។ យើងត្រូវប្រាប់អ្នកឲ្យបានដឹងពីសិទ្ធិនានានៅក្នុងឆ្នាំនីមួយៗដែលអ្នកស្ថិតនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើង។

- ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានទៅតាមវិធីដែលអ្នកអាចយល់បាន សូមទូរសព្ទទៅសេវាបម្រើសមាជិក។ គម្រោងរបស់យើងមានសេវាអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ដោយឥតគិតថ្លៃ ដែលអាចឆ្លើយសំណួរជាភាសាផ្សេងៗ។
- គម្រោងរបស់យើងខ្ញុំក៏អាចផ្តល់ឯកសារជាភាសាផ្សេងក្រៅពីភាសាអង់គ្លេស រួមមាន *ភាសាអេស្ប៉ាញ អារ៉ាប់ អាមេនី ខ្មែរ ចិន ហ្គាស៊ី មន កូរ៉េ ឡាវ រុស្សី តាកាឡុក និងវៀតណាម* ហើយមានទម្រង់ជាអក្សរពុម្ពធំ អក្សរសម្រាប់មនុស្សពិការភ្នែក ឬសំឡេង។ ដើម្បីទទួលបានសម្ភារៈក្នុងទម្រង់ជំនួសណាមួយទាំងនេះ សូមទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិក ឬសរសេរទៅកាន់ Molina Medicare Complete Care Plus (855) 665-4627 TTY៖ 711, 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ ចាប់ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ ម៉ោងក្នុងស្រុក។ សម្រាប់សេវាកម្មវេជ្ជសាស្ត្រ៖ 200 Oceangate, Suite 100 Long Beach, CA 90802
- ដើម្បីធ្វើសំណើអចិន្ត្រៃយ์ដើម្បីទទួលបានឯកសារជាភាសាណាមួយក្រៅពីភាសាអង់គ្លេស ឬជាទម្រង់ផ្សេងទៀតពេលបច្ចុប្បន្ន និងអនាគត សូមទាក់ទងទៅសេវាសមាជិកតាមរយៈលេខ (855) 665-4627, TTY៖ 711, 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ ចាប់ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ ម៉ោងក្នុងស្រុក។

ប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហាក្នុងការទទួលបានព័ត៌មានពីគម្រោងរបស់យើង ដោយសារបញ្ហាភាសា ឬពិការភាព ហើយអ្នកចង់ដាក់ពាក្យបណ្តឹង សូមទូរសព្ទទៅ៖

- Medicare តាមរយៈលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)។ អ្នកអាចទូរសព្ទមក 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY សូមទូរសព្ទទៅលេខ 1-877-486-2048 ។
- ការិយាល័យ Medi-Cal នៃសិទ្ធិស៊ីវិលតាមរយៈលេខ 916-440-7370 ។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរហៅទូរសព្ទទៅលេខ 711 ។
- U.S Department of Health and Human Services, ការិយាល័យសិទ្ធិស៊ីវិលតាមរយៈលេខ 1-800-368-1019 ។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY សូមទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-537-7697 ។

A. حق شما برای دریافت خدمات و اطلاعات به گونه‌ای که نیازهای‌تان را برآورده کند

اید اطمینان حاصل کنیم که **تمامی** خدمات به‌صورتی به شما ارائه می‌شود که به‌لحاظ فرهنگی قابل قبول و قابل دسترس باشند. باید اطلاعات مربوط به مزایای طرح‌مان و حقوق‌تان را به گونه‌ای در اختیارتان قرار دهیم که برای‌تان قابل درک باشد. باید هر سالی که عضو طرح ما هستید، حقوق‌تان را به شما اطلاع دهیم.

- جهت کسب اطلاعات به‌شیوه‌ای که برای‌تان قابل درک باشد، با هماهنگ‌کنندهٔ خدمات درمانی خود یا خدمات اعضاء تماس بگیرید. طرح ما به‌منظور پاسخ‌دهی به سؤالات به زبان‌های مختلف، خدمات ترجمهٔ رایگان را ارائه می‌دهد.
- همچنین در طرح ما امکان ارائهٔ مطالب به زبان‌هایی به غیر از انگلیسی از جمله اسپانیایی، عربی، ارمنی، کامبوجی، چینی، فارسی، همونگی، کره‌ای، لائوسی، روسی، تاگالوگ و ویتنامی و به قالب‌هایی مثل چاپ با حروف درشت، خط بریل یا صوتی وجود دارد. برای دریافت مطالب به یکی از این قالب‌های جایگزین، لطفاً با خدمات اعضاء به‌شمارهٔ 665-4627 (855) یا TTY به شمارهٔ 711 در 7 روز هفته، از 8:00 قبل از ظهر تا 8:00 بعد از ظهر، به وقت محلی تماس بگیرید یا به Molina Medicare Complete Care Plus نامه بنویسید. برای خدمات پزشکی: 200 Oceangate, Suite 100 Long Beach, CA 90802
  - جهت دریافت مطالب به زبانی غیر از انگلیسی یا در قالبی دیگر در حال حاضر یا در آینده، لطفاً با بخش خدمات اعضاء به شمارهٔ 665-4627 (855)، TTY: 711 در 7 روز هفته، از 8:00 قبل از ظهر تا 8:00 بعدازظهر، به‌وقت محلی تماس بگیرید.

اگر به دلیل مشکلات زبان یا معلولیت برای دریافت اطلاعات از طرح ما مشکل دارید و می‌خواهید شکایتی را ثبت کنید، با این شماره‌ها تماس بگیرید:

- Medicare به شمارهٔ (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE . می‌توانید در 7 روز هفته و در 24 ساعت شبانه‌روز تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شمارهٔ 1-877-486-2048 تماس بگیرند.
- دفتر حقوق مدنی Medi-Cal یا Medi-Cal Office of Civil Rights به شمارهٔ 916-440-7370. کاربران TTY باید با شمارهٔ 711 تماس بگیرید.
- فتر حقوق مدنی (Office for Civil Rights) متعلق به وزارت بهداشت و خدمات انسانی ایالات متحده آمریکا (U.S Department of Health and Human Services) به شمارهٔ 1-800-368-1019. کاربران TTY باید با شمارهٔ 1-800-537-7697 تماس بگیرند.

A. Ձեր կարիքներին համապատասխանող ձևով ծառայություններ և տեղեկություն ստանալու ձեր իրավունքը

Մենք պետք է ապահովենք, որ ձեզ տրամադրվող **բոլոր** ծառայությունները լինեն մշակութային առումով գրագետ և հասանելի ձևով: Մենք պարտավորվում ենք նաև հայտնել ձեզ ծրագրի նպաստների և ձեր իրավունքների մասին ձեզ համար հասանելի ձևով: Մենք պետք է տեղեկացնենք ձեր իրավունքների մասին ամեն տարի, բանի դեռ մեր ծրագրի անդամ եք հանդիսանում:

- Ձեզ համար հասանելի ձևով տեղեկություն ստանալու համար զանգահարեք խնամքի համակարգողին կամ Անդամների սպասարկման կենտրոն: Մեր ծրագիրն ունի անվճար թարգմանչական ծառայություններ՝ տարբեր լեզուներով հարցերին պատասխանելու համար:
- Մեր ծրագիրը կարող է նաև տրամադրել նյութեր, այդ թվում՝ *իսպաներեն, արաբերեն, հայերեն, կամբոջերեն, չինարեն, պարսկերեն, հմոնգերեն, կորեերեն, լաոսերեն, ռուսերեն, տագալերեն և վիետնամերեն,* ինչպես նաև մեծատառ, Բրայլյի գրերով կամ աուդիո ձևաչափերով: Այս այլընտրանքային ձևաչափերից որևէ մեկով նյութեր ձեռք բերելու համար խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկման կենտրոն՝ (855) 665-4627 հեռախոսահամարով TTY՝ 711, շաբաթը 7 օր, առավոտյան 8:00 a.m.-ից մինչև 8:00 p.m.՝ տեղական ժամանակով: Բժշկական ծառայությունների համար՝ 200 Oceangate, Suite 100 Long Beach, CA 90802
  - Մեր ծրագիրը կարող է նաև տրամադրել նյութեր, այդ թվում՝ իսպաներեն, արաբերեն, հայերեն, կամբոջերեն, չինարեն, պարսկերեն, հմոնգերեն, կորեերեն, լաոսերեն, ռուսերեն, տագալերեն և վիետնամերեն, ինչպես նաև մեծատառ, Բրայլյի գրերով կամ աուդիո ձևաչափերով: Այս այլընտրանքային ձևաչափերից որևէ մեկով նյութեր ձեռք բերելու համար խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկման կենտրոն՝ (855) 665-4627 հեռախոսահամարով TTY՝ 711, շաբաթը 7 օր, առավոտյան 8:00 a.m.-ից մինչև 8:00 p.m.՝ տեղական ժամանակով: Բժշկական ծառայությունների համար՝ 200 Oceangate, Suite 100 Long Beach, CA 90802

Եթե լեզվական խնդիրների կամ հաշմանդամության պատճառով դժվարանում եք մեր ծրագրից տեղեկություն ստանալ և ցանկանում եք բողոք ներկայացնել, զանգահարեք՝

- Medicare՝ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) հեռախոսահամարով: Կարող եք զանգահարել օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր: TTY օգտագործողները պետք է զանգահարեն 1-877-486-2048 հեռախոսահամարով:
- Medi-Cal Քաղաքացիական իրավունքների գրասենյակ՝ 916-440-7370: TTY օգտագործողները պետք է զանգահարեն 711:
- ԱՄՆ Առողջապահության և սոցիալական ծառայությունների վարչություն, քաղաքացիական իրավունքների գրասենյակ՝ 1-800-368-1019 հեռախոսահամարով: TTY օգտագործողները պետք է զանգահարեն 1-800-537-7697 հեռախոսահամարով:

A. Koj txoj cai tau txais kev pab cuam thiab cov ntaub ntawv raws li koj xav tau

Peb yuav tsum xyuas kom meej **tag nro** cov kev pab cuam raug muab rau koj raws li kev coj noj coj ua thiab nkag mus tau zoo.Peb kuj yuav tsum tau qhia koj txog peb txoj phiaj xwm cov txiaj ntsig thiab koj cov cai raws li koj tuaj yeem nkag siab.Peb yuav tsum qhia koj txog koj txoj cai txhua xyoo uas koj nyob hauv peb txoj phiaj xwm.

- Txhawm rau kom tau txais cov ntaub ntawv hauv txoj hauv kev uas koj tuaj yeem nkag siab, hu rau koj neeg lis hauj lwm rau kev saib xyuas los sis Lub Chaw Pab Cuam Tswv Cuab.Peb txoj phiaj xwm muaj kev pab txhais lus pub dawb los teb cov lus nug ua ntau hom lus.
- Peb txoj phiaj xwm tseem tuaj yeem muab cov ntaub ntawv ua lwm yam lus dhau ntawm lus Askiv xws li *Xab Pees Niv, As Las Npiv, As Mes Nias, Kas Pus Cia, Suav, Fas Xis, Hmoob, Kaus Lim, Nplog, Lav Xias, Tas Kas Lov thiab Nyab Laj* Arabic thiab hauv cov ntawv xws li ntawv loj, ntawv sau, los sis

suab.Txhawm rau kom tau txais cov ntaub ntawv ua ib qho ntawm lwm hom ntawv, thov hu rau Lub Chaw Pab Cuam Tswv Cuab los sis sau rau Molina Medicare Complete Care Plus (855) 665-4627 TTY: 711 7 hnub hauv ib lim tiam, 8:00 teev sawv ntxov txog 8:00 teev tsaus ntuj, raws lub sij hawm hauv cheeb tsam.Rau Kev Pab Cuam Kho Mob: 200 Oceangate, Suite 100 Long Beach, CA 90802

- Txhawm rau thov kom tau txais cov ntaub ntawv ua lwm yam lus uas tsis yog lus Askiv los sis lwm hom ntawv tam sim no thiab yav tom ntej, thov hu rau Lub Chaw Pab Cuam Tswv Cuab ntawm (855) 665-4627, TTY: 711 7 hnub hauv ib lim tiam, 8:00 teev sawv ntxov txog 8:00 teev tsaus ntuj, raws lub sij hawm hauv cheeb tsam.

Yog tias koj muaj teeb meem tau txais cov ntaub ntawv los ntawm peb txoj phiaj xwm vim muaj teeb meem lus los sis kev xiam oob qhab thiab koj xav ua ntawv tsis txaus siab, hu rau:

- Medicare ntawm 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).Koj tuaj yeem hu tau 24 teev hauv ib hnub, 7 hnub hauv ib lub lim tiam.Cov neeg siv TTY yuav tsum hu rau tus xov tooj 1-877-486-2048.
- Medi-Cal Lub Chaw Lis Hauj Lwm txog Cov Cai Ntawm Pej Xeem tau ntawm 916-440-7370.Cov neeg siv TTY yuav tsum hu xov tooj rau 711.
- U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights ntawm 1-800-368-1019.Cov neeg siv TTY yuav tsum hu rau tus xov tooj 1-800-537-7697.

A. ສິດທິຂອງທ່ານທີ່ຈະໄດ້ຮັບການບໍລິການ ແລະ ຂໍ້ມູນໃນລັກສະນະທີ່ຕອບສະໜອງຄວາມຕ້ອງການຂອງທ່ານ

ພວກເຮົາຕ້ອງຮັບປະກັນວ່າ ການບໍລິການ **ທັງໝົດ** ແມ່ນຖືກສະໜອງໃຫ້ທ່ານໃນລັກສະນະທີ່ເໝາະສົມກັບວັດທະນະທຳ ແລະ ສາມາດເຂົ້າເຖິງໄດ້. ພວກເຮົາຍັງຕ້ອງໃຫ້ຂໍ້ມູນທ່ານກ່ຽວກັບຜົນປະໂຫຍດຂອງແຜນເຮົາ ແລະ ສິດທິຂອງທ່ານໃນທາງທີ່ທ່ານສາມາດເຂົ້າໃຈໄດ້. ພວກເຮົາຕ້ອງໃຫ້ຂໍ້ມູນທ່ານກ່ຽວກັບສິດທິຂອງທ່ານໃນແຕ່ລະປີວ່າທ່ານຢູ່ໃນແຜນຂອງພວກເຮົາ.

- ເພື່ອໃຫ້ໄດ້ຮັບຂໍ້ມູນໃນລັກສະນະທີ່ທ່ານສາມາດເຂົ້າໃຈໄດ້, ໂທຫາ ຜູ້ຈັດການກໍລະນີຂອງທ່ານ ຫຼື ຝ່າຍບໍລິການສະມາຊິກ. ແຜນການຂອງພວກເຮົາແມ່ນມີບໍລິການແປພາສາໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າເພື່ອຕອບຄຳຖາມໃນພາສາທີ່ແຕກຕ່າງກັນ.
- ແຜນການຂອງພວກເຮົາຍັງສາມາດໃຫ້ເອກະສານແກ່ທ່ານເປັນ*ພາສາແອສປາໂຍນ, ອາເມນຽນ, ກ້າປູເຈຍ, ຈີນ, ຝາຊີ, ເກົາຫຼີ, ລັດເຊຍ, ຕາກາລ້ອກ, ຫວຽດນາມ, ອາຣັບ* ແລະ ໃນຮູບແບບຕ່າງໆເຊັ່ນ: ແບບພິມ, ອັກສອນນູນ ຫຼື ສຽງ. ເພື່ອຮັບເອກະສານໃນໜຶ່ງໃນຮູບແບບທາງເລືອກເຫຼົ່ານີ້, ກະລຸນາໂທຫາຝ່າຍບໍລິການສະມາຊິກ ຫຼື ຂຽນໄປຫາ Molina Medicare Complete Care Plus (855) 665-4627 TTY: 711 7 ວັນຕໍ່ອາທິດ, 8:00 ໂມງເຊົ້າ ຫາ 8:00 ໂມງແລງ, ຕາມເວລາທ້ອງຖິ່ນ. ສຳລັບການບໍລິການທາງການແພດ: 200 Oceangate, Suite 100 Long Beach, CA 90802
- ເພື່ອດຳເນີນການຮ້ອງຂໍເອກະສານເປັນພາສາທີ່ບໍ່ແມ່ນພາສາອັງກິດ ຫຼື ໃນຮູບແບບທາງເລືອກໃນຕອນນີ້ ແລະ ອະນາຄົດ, ກະລຸນາຕິດຕໍ່ຫາຝ່າຍບໍລິການສະມາຊິກທີ່ (855) 665-4627, TTY: 711 7 ວັນຕໍ່ອາທິດ, 8:00 ໂມງເຊົ້າ ຫາ 8:00 ໂມງແລງ, ຕາມເວລາທ້ອງຖິ່ນ.

ຖ້າທ່ານມີບັນຫາໃນການໄດ້ຮັບຂໍ້ມູນຈາກແຜນການຂອງພວກເຮົາເນື່ອງຈາກບັນຫາດ້ານພາສາ ຫຼື ຄວາມພິການ ແລະ ທ່ານຕ້ອງການຍື່ນຄຳຮ້ອງທຸກ, ໃຫ້ໂທຫາ:

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). ທ່ານສາມາດໂທ 24 ຊົ່ວໂມງຕໍ່ວັນ, 7 ວັນຕໍ່ອາທິດ. ຜູ້ໃຊ້ TTY ຄວນໂທຫາ 1-877-486-2048.
- ຫ້ອງການສິດທິພົນລະເມືອງ ຂອງແຜນ Medi-Cal ທີ່ເບີ 916-440-7370. ຜູ້ໃຊ້ TTY ຄວນໂທຫາ 711.
- U.S Department of Health and Human Services, ຫ້ອງການສິດທິພົນລະເມືອງ ທີ່ 1-800-368-1019. ຜູ້ໃຊ້ TTY ຄວນໂທຫາ 1-800-537-7697.

B . ការទទួលខុសត្រូវរបស់យើងសម្រាប់លទ្ធភាពទទួលបានទាន់ពេលវេលារបស់អ្នកចំពោះសេវាកម្ម និងឱសថដែលមានការរ៉ាប់រង

ប្រសិនបើអ្នកមានការលំបាកក្នុងការទទួលបានការថែទាំ សូមទាក់ទងផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិកតាមរយៈលេខ (855) 665-4627 TTY៖ 711 បាន 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ ម៉ោងក្នុងតំបន់។

អ្នកមានសិទ្ធិជាសមាជិកនៃគម្រោងរបស់យើង។

- លោកអ្នកមានសិទ្ធិជ្រើសរើសអ្នកផ្តល់ការថែទាំបឋម (primary care provider, PCP) នៅក្នុងបណ្តាញរបស់យើងខ្ញុំ។ អ្នកផ្តល់សេវាកម្មក្នុងបណ្តាញ គឺជាអ្នកផ្តល់សេវាកម្មដែលធ្វើការជាមួយយើងខ្ញុំ។ អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានបន្ថែមអំពីប្រភេទនៃអ្នកផ្តល់សេវាដែលអាចដើរតួជា PCP និងរបៀបជ្រើសរើស PCP នៅក្នុង**ជំពូកទី 3** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិករបស់អ្នក។*
  - ហៅទូរសព្ទទៅអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នក ឬផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិក ឬមើលនៅក្នុង*បញ្ជីឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថាន*ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពីអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ និងដឹងថា វេជ្ជបណ្ឌិតណាដែលកំពុងទទួលយកអ្នកជំងឺថ្មីៗ។
- អ្នកមានសិទ្ធិទៅរកអ្នកឯកទេសសុខភាពស្ត្រីដោយមិនចាំបាច់មានការបញ្ជូនបន្ត។ ការបញ្ជូនបន្តគឺជាការយល់ព្រមពី PCP របស់អ្នកដើម្បីប្រើអ្នកផ្តល់សេវាដែលមិនមែនជា PCP របស់អ្នក។
- អ្នកមានសិទ្ធិក្នុងការទទួលបានសេវាកម្មដែលមានការធានារ៉ាប់រងពីអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញក្នុងរយៈពេលសមហេតុផលមួយ។
  - នេះរួមបញ្ចូលទាំងសិទ្ធិក្នុងការទទួលបានសេវាទាន់ពេលវេលាពីអ្នកឯកទេស។
  - ប្រសិនបើអ្នកមិនអាចទទួលបានសេវាកម្មក្នុងរយៈពេលសមហេតុផលទេនោះ យើងត្រូវតែបង់ប្រាក់សម្រាប់ការថែទាំនៅក្រៅបណ្តាញ។
- អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានសេវាថែទាំក្នុងគ្រាអាសន្ន ឬការថែទាំដែលត្រូវការជាបន្ទាន់ដោយគ្មានការយល់ព្រមជាមុន (PA)។
- អ្នកមានសិទ្ធិទៅបើកវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកនៅឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញណាមួយរបស់យើងដោយមិនបាច់ពន្យារពេលយូរ។
- អ្នកមានសិទ្ធិក្នុងការដឹងថានៅពេលណាដែលអ្នកអាចប្រើអ្នកផ្តល់សេវាក្រៅបណ្តាញ។ ដើម្បីស្វែងយល់អំពីអ្នកផ្តល់សេវាក្រៅបណ្តាញ សូមមើល **ជំពូកទី 3** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិករបស់អ្នក។*
- នៅពេលអ្នកចូលរួមក្នុងគម្រោងរបស់យើងជាលើកដំបូង អ្នកមានសិទ្ធិក្នុងការរក្សាអ្នកផ្តល់សេវានិងការអនុញ្ញាតសេវាកម្មបច្ចុប្បន្នរបស់អ្នករហូតដល់ 12 ខែប្រសិនបើលក្ខខណ្ឌជាក់លាក់ត្រូវបានបំពេញ។ ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពីការរក្សាអ្នកផ្តល់សេវានិងការអនុញ្ញាតសេវាកម្មរបស់អ្នក សូមមើល **ជំពូកទី 1** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិករបស់អ្នក។*
- អ្នកមានសិទ្ធិធ្វើការសម្រេចចិត្តលើការថែទាំសុខភាពផ្ទាល់ខ្លួនរបស់អ្នក ដោយមានជំនួយពីក្រុមថែទាំរបស់អ្នក និងអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នក។

ជំពូកទី 9 នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*របស់អ្នកប្រាប់ពីអ្វីដែលអ្នកអាចធ្វើបាន ប្រសិនបើអ្នកគិតថាអ្នកមិនទទួលបានសេវាកម្ម ឬឱសថរបស់អ្នកក្នុងរយៈពេលសមហេតុផល។ វាក៏ប្រាប់អ្នកអំពីអ្វីដែលអ្នកអាចធ្វើ ប្រសិនបើយើងបដិសេធការធានារ៉ាប់រងសម្រាប់សេវាកម្ម ឬឱសថរបស់អ្នក ហើយអ្នកមិនយល់ស្របនឹងការសម្រេចចិត្តរបស់យើង។

C. ទំនួលខុសត្រូវរបស់យើងក្នុងការការពារព័ត៌មានសុខភាពផ្ទាល់ខ្លួនរបស់អ្នក (PHI)

យើងការពារ PHI របស់អ្នកតាមការស្នើសុំពីច្បាប់សហព័ន្ធនិងរដ្ឋ។

PHI របស់អ្នករួមបញ្ចូលព័ត៌មានដែលអ្នកបានផ្តល់ឱ្យយើងនៅពេលអ្នកចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងរបស់យើង។ វាក៏រួមបញ្ចូលនូវកំណត់ត្រាព័ត៌មានវេជ្ជសាស្ត្រ ព្រមទាំងព័ត៌មានវេជ្ជសាស្ត្រ និងព័ត៌មានសុខភាពដទៃទៀតផងដែរ។

អ្នកមានសិទ្ធិក្នុងការទទួលបានព័ត៌មាន និងក្នុងការគ្រប់គ្រងរបៀបដែល PHI របស់អ្នកត្រូវបានប្រើប្រាស់។ យើងផ្តល់នូវសេចក្តីជូនដំណឹងជាលាយលក្ខណ៍អក្សរដែលផ្តល់ដំបូន្មានដល់អ្នកអំពីសិទ្ធិទាំងនេះ ហើយនឹងពន្យល់អំពីរបៀបដែលយើងការពារឯកជនភាពអំពី PHI របស់អ្នក។ ការជូនដំណឹងនេះត្រូវបានគេហៅថា "ការជូនដំណឹងអំពីការអនុវត្តន៍ឯកជនភាព"។

សមាជិកដែលអាចព្រមព្រៀងដើម្បីទទួលសេវាកម្មសម្ងាត់ គឺមិនតម្រូវឱ្យទទួលបានការអនុញ្ញាតពីសមាជិកផ្សេងទៀតក្នុងការទទួលសេវាកម្មសម្ងាត់ ឬដាក់ពាក្យបណ្តឹងទាមទារសេវាកម្មសម្ងាត់នោះឡើយ។ Molina Medicare Complete Care Plus នឹងផ្ញើដំណឹងពាក់ព័ន្ធនឹងសេវាកម្មសម្ងាត់ទៅកាន់អាសយដ្ឋានប្រៃសណីយ៍ អាសយដ្ឋានអ៊ីមែល ឬលេខទូរសព្ទដែលបានកំណត់ផ្សេងទៀតរបស់សមាជិក ឬក្នុងករណីដែលគ្មានការចាត់តាំងក្នុងនាមជាសមាជិកនៅអាសយដ្ឋាន ឬលេខទូរសព្ទនៅលើឯកសារ។ Molina Medicare Complete Care Plus នឹងមិនបង្ហាញព័ត៌មានវេជ្ជសាស្ត្រដែលទាក់ទងនឹងសេវាសម្ងាត់ដល់សមាជិកផ្សេងទៀតដោយគ្មានការអនុញ្ញាតជាលាយលក្ខណ៍អក្សរពីសមាជិកដែលទទួលការថែទាំនោះទេ។ Molina Medicare Complete Care Plus នឹងបំពេញសំណើសម្រាប់ការទំនាក់ទំនងសម្ងាត់

ក្នុងទម្រង់បែបបទ និងទម្រង់ដែលបានស្នើសុំ ប្រសិនបើទម្រង់បែបបទ និងទម្រង់ដែលបានស្នើសុំនេះងាយស្រួលបង្កើត ឬនៅទីតាំងជំនួស។ សំណើរបស់សមាជិកសម្រាប់ការទំនាក់ទំនងសម្ងាត់ទាក់ទងនឹងសេវាកម្មសម្ងាត់នឹងមានសុពលភាពរហូតដល់សមាជិកលុបចោលនូវសំណើនោះ ឬដាក់សំណើថ្មីសម្រាប់ការទំនាក់ទំនងសម្ងាត់។

C1. របៀបដែលយើងការពារ PHI របស់អ្នក

យើងធានាថាមនុស្សដែលមិនបានទទួលការអនុញ្ញាត មិនអាចមើល ឬប្តូរកំណត់ត្រាព័ត៌មានសុខភាពរបស់អ្នកបានឡើយ។

រំពឹងទុកថាករណីដែលបានកត់សម្គាល់ខាងក្រោម យើងនឹងមិនផ្តល់ PHI របស់អ្នកទៅនរណាម្នាក់ដែលមិនបានផ្តល់ការថែទាំឱ្យអ្នក ឬបង់ប្រាក់សម្រាប់ការថែទាំរបស់អ្នកនោះទេ។ ប្រសិនបើយើងបង្ហាញព័ត៌មាននោះ យើងត្រូវទទួលបានការអនុញ្ញាតជាលាយលក្ខណ៍អក្សរពីអ្នកជាមុនសិន។ អ្នកអាចផ្តល់ការយល់ព្រមជាលាយលក្ខណ៍អក្សរដល់អ្នកដែលមានសិទ្ធិអំណាចផ្លូវច្បាប់ដើម្បីធ្វើសេចក្តីសម្រេចចិត្តជំនួសសម្រាប់អ្នក។

ពេលខ្លះយើងមិនចាំបាច់ទទួលបានការអនុញ្ញាតជាលាយលក្ខណ៍អក្សររបស់អ្នកជាមុននោះទេ។ ការលើកលែងទាំងនេះត្រូវបានអនុញ្ញាត ឬតម្រូវដោយច្បាប់៖

- យើងត្រូវតែបញ្ចេញ PHI ទៅទីភ្នាក់ងាររដ្ឋាភិបាលដែលពិនិត្យមើលគុណភាពនៃការថែទាំរបស់គម្រោងរបស់យើង។
- យើងអាចបញ្ចេញ PHI បាន ប្រសិនបើត្រូវបានបង្គាប់ដោយតុលាការ ប៉ុន្តែលុះត្រាតែវាត្រូវបានអនុញ្ញាតដោយច្បាប់រដ្ឋ California ប៉ុណ្ណោះ។
- យើងត្រូវតែផ្តល់ឱ្យ Medicare នូវ PHI របស់អ្នក។ ប្រសិនបើ Medicare បញ្ចេញ PHI របស់អ្នកសម្រាប់ការស្រាវជ្រាវ ឬការប្រើប្រាស់ផ្សេងទៀត ពួកគេនឹងត្រូវធ្វើដោយយោងតាមច្បាប់សហព័ន្ធ។

C2. សិទ្ធិរបស់អ្នកក្នុងការមើលកំណត់ត្រាវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នក

- អ្នកមានសិទ្ធិមើលកំណត់ត្រាវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នក និងទទួលបានច្បាប់ចម្លងនៃកំណត់ត្រារបស់អ្នក។
- អ្នកមានសិទ្ធិស្នើសុំឱ្យយើងធ្វើបច្ចុប្បន្នភាព ឬកែតម្រូវកំណត់ត្រាវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នក។ បើអ្នកស្នើឱ្យយើងធ្វើរឿងនេះ យើងនឹងធ្វើជាមួយអ្នកផ្តល់ការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នកដើម្បីសម្រេចថាតើគួរធ្វើការផ្លាស់ប្តូរឬអត់។
- អ្នកមានសិទ្ធិដឹងថាតើយើងចែករំលែក PHI របស់អ្នកជាមួយអ្នកដទៃដោយរបៀបណា។

ប្រសិនបើអ្នកមានចម្ងល់ឬការព្រួយបារម្ភអំពីភាពឯកជននៃ PHI របស់អ្នកសូមទូរសព្ទទៅសេវាកម្មសមាជិក។

ឯកជនភាពរបស់អ្នក

ជូនចំពោះសមាជិក Molina Medicare៖

ឯកជនភាពរបស់លោកអ្នកគឺសំខាន់សម្រាប់យើង។ យើងគោរព និងការពារឯកជនភាពរបស់លោកអ្នក។ Molina ប្រើប្រាស់ និងចែករំលែកព័ត៌មានរបស់អ្នក ដើម្បីផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវអត្ថប្រយោជន៍សុខភាពនានា។ Molina ចង់ឱ្យអ្នកដឹងអំពីរបៀបដែលយើងប្រើឬចែករំលែក PHI របស់អ្នក។

PHI មានន័យថា*ព័ត៌មានសុខភាពដែលត្រូវបានការពារ។* PHI រួមបញ្ចូលទាំងឈ្មោះ លេខសមាជិកភាព ពូជសាសន៍ អម្បូរ តម្រូវការភាសា ឬអ្វីផ្សេងទៀតដែលកំណត់អត្តសញ្ញាណរបស់អ្នក។ Molina ចង់ឱ្យអ្នកដឹងអំពីរបៀបដែលយើងប្រើឬចែករំលែក PHI របស់អ្នក។

ហេតុអ្វី Molina ប្រើប្រាស់ ឬចែករំលែក PHI របស់សមាជិករបស់យើង?

- ដើម្បីផ្តល់ការព្យាបាលរបស់អ្នក
- ដើម្បីបង់ថ្លៃថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក
- ដើម្បីពិនិត្យឡើងវិញនូវគុណភាពនៃការថែទាំដែលអ្នកទទួលបាន
- ដើម្បីប្រាប់អ្នកអំពីជម្រើសរបស់អ្នកសម្រាប់ការថែទាំ
- ដើម្បីដំណើរការគម្រោងសុខភាពរបស់យើង
- ដើម្បីប្រើប្រាស់ ឬចែករំលែក PHI សម្រាប់គោលបំណងផ្សេងទៀតតាមការតម្រូវ ឬអនុញ្ញាតដោយច្បាប់។

តើនៅពេលណាដែល Molina ត្រូវការរសរសេរជាលាយលក្ខណ៍អក្សររបស់អ្នក (ការយល់ព្រម) ដើម្បីប្រើ ឬចែករំលែក PHI របស់អ្នក?

Molina ត្រូវការការយល់ព្រមជាលាយលក្ខណ៍អក្សររបស់អ្នកដើម្បីប្រើ ឬចែករំលែក PHI របស់អ្នកសម្រាប់គោលបំណងដែលមិនមានរាយបញ្ជីខាងលើ។

តើអ្វីជាសិទ្ធិឯកជនភាពរបស់អ្នក?

- ដើម្បីមើល PHI របស់អ្នក
- ដើម្បីទទួលបានច្បាប់ចម្លង PHI របស់អ្នក
- ដើម្បីកែប្រែ PHI របស់អ្នក
- ដើម្បីស្នើសុំឱ្យយើងខ្ញុំមិនប្រើប្រាស់ ឬចែករំលែក PHI របស់អ្នកតាមវិធីជាក់លាក់ណាមួយ
- ដើម្បីទទួលបានបញ្ជីឈ្មោះមនុស្ស ឬកន្លែងជាក់លាក់មួយចំនួនដែលយើងបានចែករំលែក PHI របស់អ្នកជាមួយ

តើ Molina ការពារ PHI របស់អ្នកយ៉ាងដូចម្តេច?

Molina ប្រើវិធីជាច្រើនដើម្បីការពារ PHI នៅទូទាំងគម្រោងសុខភាពរបស់យើង។ ត្រង់នេះរួមបញ្ចូលនូវ PHI ក្នុងភាសាសរសេរ ក្នុងភាសានិយាយ ឬក្នុងកុំព្យូទ័រ។ ខាងក្រោមគឺជាវិធីមួយចំនួនដែល Molina ប្រើដើម្បីការពារ PHI៖

- Molina មានគោលការណ៍ និងច្បាប់ដើម្បីការពារ PHI។
- Molina ដាក់កម្រិតលើអ្នកដែលអាចមើលឃើញ PHI។ មានតែបុគ្គលិក Molina ដែលមានតម្រូវការដើម្បីដឹងអំពី PHI អាចប្រើវាបាន។
- បុគ្គលិក Molina ត្រូវបានបណ្តុះបណ្តាលអំពីរបៀបការពារ និងធានាសុវត្ថិភាព PHI។
- បុគ្គលិក Molina ត្រូវតែយល់ព្រមជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ ដើម្បីអនុវត្តតាមច្បាប់ និងគោលការណ៍ដែលការពារ និងធានា PHI
- Molina ធានា PHI នៅក្នុងកុំព្យូទ័ររបស់យើង។ PHI នៅក្នុងកុំព្យូទ័ររបស់យើងត្រូវបានរក្សាទុកជាឯកជនដោយប្រើកម្មវិធីជញ្ជាំងភ្លើង និងពាក្យសម្ងាត់។

បើតាមច្បាប់តើ Molina ត្រូវធ្វើអ្វី?

- រក្សា PHI របស់អ្នកជាលក្ខណៈឯកជន។
- ផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវព័ត៌មានជាលាយលក្ខណ៍អក្សរដូចជានេះអំពីភារកិច្ច និងការអនុវត្តឯកជនភាពរបស់យើងអំពី PHI របស់អ្នក។
- អនុវត្តទៅតាមលក្ខខណ្ឌនៃសេចក្តីជូនដំណឹងអំពីការអនុវត្តឯកជនភាពរបស់យើង។

តើអ្នកអាចធ្វើអ្វីបាន ប្រសិនបើអ្នកមានអារម្មណ៍ថាសិទ្ធិឯកជនភាពរបស់អ្នកមិនត្រូវបានការពារ?

- ហៅទូរសព្ទ ឬសរសេរទៅ Molina ហើយតវ៉ា។
- ប្តឹងតវ៉ាទៅក្រសួងសុខាភិបាល និងសេវាមនុស្សជាតិ។

យើងខ្ញុំនឹងមិនទោមនស្សអ្វីចំពោះអ្នកឡើយ។ សកម្មភាពរបស់អ្នកនឹងមិនផ្លាស់ប្តូរការថែទាំរបស់អ្នកតាមមធ្យោបាយណាមួយឡើយ។

ការរៀបរាប់ខាងលើគឺគ្រាន់តែជាសេចក្តីសង្ខេបប៉ុណ្ណោះ។ សេចក្តីជូនដំណឹងអំពីការអនុវត្តឯកជនភាពរបស់យើងមានព័ត៌មានបន្ថែមអំពីរបៀបដែលយើងប្រើប្រាស់និងចែករំលែក PHI របស់សមាជិករបស់យើង។ សេចក្តីជូនដំណឹងរបស់យើងអំពីការអនុវត្តន៍ឯកជនភាព គឺមាននៅក្នុងផ្នែកខាងក្រោមនៃកូនសៀវភៅសមាជិកមួយនេះ។ ស្ថិតនៅលើគេហទំព័ររបស់យើងនៅ www.molinahealthcare.com។ អ្នកក៏អាចទទួលបានច្បាប់ចម្លងនៃសេចក្តីជូនដំណឹងអំពីការអនុវត្តឯកជនភាពរបស់យើងដោយទូរសព្ទទៅផ្នែកបម្រើសេវាសមាជិករបស់យើងតាមរយៈលេខ (855) 665-4627 TTY៖ 711 បាន 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ ម៉ោងក្នុងតំបន់។ អ្នកប្រើ TTY សូមទូរសព្ទទៅលេខ 711។

សេចក្តីជូនដំណឹងអំពីការអនុវត្តន៍ឯកជនភាព

MOLINA HEALTHCARE OF CALIFORNIA INC.

សេចក្តីជូនដំណឹងនេះពណ៌នាអំពីរបៀបដែលព័ត៌មានវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នកអាចត្រូវបានគេប្រើ និងបញ្ចេញឱ្យដឹង និងរបៀបដែលអ្នកអាចប្រើព័ត៌មាននេះ។ សូមពិនិត្យឡើងវិញដោយយកចិត្តទុកដាក់។

Molina Healthcare of California Inc. (“**Molina Healthcare**”, “**Molina**”, “**យើង**” ឬ “**របស់យើង**”) ប្រើប្រាស់ និងចែករំលែកព័ត៌មានសុខភាពដែលត្រូវបានការពារអំពីអ្នក ដើម្បីផ្តល់អត្ថប្រយោជន៍សុខភាពរបស់អ្នកក្នុងនាមជាសមាជិក D-SNP របស់ Molina Medicare Complete Care Plus (HMO)។ យើងប្រើ និងចែករំលែកព័ត៌មានសុខភាពរបស់អ្នកដើម្បីអនុវត្តប្រតិបត្តិការព្យាបាល បង់ប្រាក់ និងថែទាំសុខភាពអ្នក។ យើងខ្ញុំក៏ប្រើ និងចែករំលែកព័ត៌មានរបស់លោកអ្នកផងដែរ សម្រាប់មូលហេតុដទៃតាមការតម្រូវ និងអនុញ្ញាតដោយច្បាប់។ យើងខ្ញុំមានភារកិច្ចដើម្បីរក្សាព័ត៌មានសុខភាពលោកអ្នកជាឯកជន និងធ្វើតាមលក្ខ័ខណ្ឌចែងក្នុងសេចក្តីជូនដំណឹងនេះ។ កាលបរិច្ឆេទនៃសេចក្តីជូនដំណឹងនេះមានប្រសិទ្ធភាពនៅថ្ងៃទី 23 ខែកញ្ញា ឆ្នាំ 2013 ។

PHI មានន័យថាជាពត៌មានសុខភាពដែលត្រូវបានការពារ។ PHI គឺជាព័ត៌មានសុខភាពដែលរួមបញ្ចូលនូវឈ្មោះរបស់អ្នក លេខសមាជិក ឬកត្តាសម្រាប់សម្គាល់អត្តសញ្ញាណដទៃទៀត ហើយត្រូវប្រើ និងចែករំលែកដោយ Molina។

ហេតុអ្វីបានជា Molina ប្រើ ឬចែករំលែក PHI របស់អ្នក?

យើងប្រើ ឬចែករំលែក PHI របស់អ្នក ដើម្បីផ្តល់ជូនអ្នកនូវអត្ថប្រយោជន៍នៃការថែទាំ។ PHI របស់អ្នកត្រូវប្រើ ឬចែករំលែកសម្រាប់ប្រតិបត្តិការព្យាបាល បង់ថ្លៃចំណាយ និងការថែទាំសុខភាព។

សម្រាប់ការព្យាបាល

Molina អាចប្រើ ឬចែករំលែក PHI របស់អ្នកដើម្បីផ្តល់ ឬរៀបចំសម្រាប់ការថែទាំសុខភាពអ្នក។ ការព្យាបាលនេះ ក៏រួមបញ្ចូលផងដែរនូវការបញ្ជូនអ្នកជំងឺរវាងគ្រូពេទ្យលោកអ្នក ឬអ្នកថែទាំសុខភាពដទៃទៀត។ ឧទាហរណ៍ យើងខ្ញុំអាចចែករំលែកព័ត៌មាន អំពីស្ថានភាពសុខភាពលោកអ្នក ជាមួយនឹងគ្រូពេទ្យឯកទេស។ ត្រង់នេះជួយឱ្យគ្រូពេទ្យឯកទេសអាចពិភាក្សាអំពីការព្យាបាលរបស់លោកអ្នក ជាមួយនឹងគ្រូពេទ្យលោកអ្នក។

សម្រាប់ការបង់ប្រាក់

Molina អាចប្រើ ឬចែករំលែក PHI របស់អ្នកដើម្បីធ្វើការសម្រេចចំពោះការបង់ប្រាក់។ នេះអាចរួមបញ្ចូលនូវការទាមទារ ការយល់ព្រមសម្រាប់ការព្យាបាល និងសេចក្តីសម្រេចអំពីតម្រូវការវេជ្ជសាស្ត្រ។ ឈ្មោះរបស់អ្នក ស្ថានភាពរបស់អ្នក ការព្យាបាលរបស់អ្នក និងសម្ភារផ្គត់ផ្គង់ដែលបានផ្តល់ជូនអាចសរសេរដាក់នៅលើវិក្កយបត្រ។ ឧទាហរណ៍ យើងខ្ញុំអាចអនុញ្ញាតឱ្យវេជ្ជបណ្ឌិតដឹងថាអ្នកទទួលអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នក។ យើងខ្ញុំក៏នឹងប្រាប់វេជ្ជបណ្ឌិតផងដែរនូវចំនួនទឹកប្រាក់ក្នុងវិក្កយបត្រដែលយើងនឹងបង់ប្រាក់។

សម្រាប់ប្រតិបត្តិការថែទាំសុខភាព

Molina អាចប្រើ ឬចែករំលែក PHI អំពីអ្នកដើម្បីដំណើរការគម្រោងថែទាំសុខភាពយើងខ្ញុំ។ ឧទាហរណ៍ យើងខ្ញុំអាចប្រើព័ត៌មានពីការទាមទារសំណងរបស់អ្នកដើម្បីប្រាប់ឱ្យលោកអ្នកបានដឹងអំពីកម្មវិធីសុខភាពដែលអាចជួយលោកអ្នកបាន។ យើងខ្ញុំក៏អាចប្រើ ឬចែករំលែកផងដែរនូវ PHI របស់អ្នក ដើម្បីដោះស្រាយការព្រួយបារម្ភរបស់សមាជិក។ PHI របស់អ្នកក៏អាចប្រើប្រាស់ផងដែរសម្រាប់មើលថាតើការទាមទារសំណងនោះត្រូវបង់ប្រាក់ជូនភ្លាមៗដែរឬទេ។

ប្រតិបត្តិការថែទាំសុខភាពពាក់ព័ន្ធជាមួយនឹងតម្រូវការសកម្មភាពប្រចាំថ្ងៃ។ វារួមមានជាអាទិ៍ដូចខាងក្រោម៖

- ការកែលម្អគុណភាព
- សកម្មភាពនៅក្នុងកម្មវិធីសុខភាពដើម្បីជួយសមាជិកដែលមានស្ថានភាពជាក់លាក់ (ដូចជាជំងឺហឺត)
- អនុវត្ត ឬរៀបចំសម្រាប់ការពិនិត្យឡើងវិញនូវផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ
- សេវាផ្លូវច្បាប់ រួមមានកម្មវិធីការស៊ើបរកការក្លែងបន្លំ និងការរំលោភបំពាន ព្រមទាំងការកាត់ទោស។
- វិធានការដើម្បីជួយយើងខ្ញុំឱ្យគោរពតាមច្បាប់។
- ដោះស្រាយតម្រូវការរបស់សមាជិក រួមទាំងការដោះស្រាយបណ្តឹងតវ៉ា និងបណ្តឹងសាទុក្ខ។

យើងនឹងចែករំលែក PHI របស់អ្នកជាមួយក្រុមហ៊ុនផ្សេងទៀត ("**សហការីអាជីវកម្ម**") ដែលធ្វើសកម្មភាពផ្សេងៗគ្នាសម្រាប់គម្រោងសុខភាពរបស់យើង។ យើងខ្ញុំក៏អាចប្រើ PHI របស់អ្នកផងដែរ ដើម្បីរំឭកអ្នកអំពីការណាត់ជួបរបស់អ្នក។ យើងអាចប្រើ PHI របស់អ្នកដើម្បីផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវព័ត៌មានអំពីការព្យាបាលផ្សេងទៀត ឬអត្ថប្រយោជន៍ និងសេវាកម្មដែលទាក់ទងនឹងសុខភាពផ្សេងទៀត។

តើពេលណាដែល Molina អាចប្រើ ឬចែករំលែក PHI របស់អ្នក ដោយមិនបាច់មានការអនុញ្ញាត (ការយល់ព្រម) ជាលាយល័ក្ខណ៍អក្សរពីអ្នក?

ក្រៅពីប្រតិបត្តិការព្យាបាល បង់ប្រាក់ និងថែទាំសុខភាព ច្បាប់អនុញ្ញាត ឬតម្រូវឱ្យ Molina ប្រើប្រាស់ និងចែករំលែក PHI របស់អ្នកសម្រាប់គោលបំណងផ្សេងទៀតជាច្រើនរួមទាំង៖

ភាពតម្រូវរបស់ច្បាប់

យើងនឹងប្រើ ឬចែករំលែកព័ត៌មានអំពីអ្នកតាមភាពតម្រូវរបស់ច្បាប់។ យើងខ្ញុំនឹងចែករំលែក PHI របស់អ្នក នៅពេលដែលមានការតម្រូវពីរដ្ឋមន្ត្រីនៃក្រសួងសុខាភិបាល និងសេវាមនុស្សជាតិ (HHS)។ នេះអាចជាសំណុំរឿងតុលាការ ការពិនិត្យសំណុំរឿងផ្លូវច្បាប់ឡើងវិញ ឬពេលតម្រូវការសម្រាប់ការពង្រឹងការអនុវត្តច្បាប់។

សុខភាពសាធារណៈ

PHI របស់លោកអ្នកអាចត្រូវបានយកទៅប្រើ ឬចែករំលែកសម្រាប់សកម្មភាពសុខភាពសាធារណៈ។ នេះអាចរួមបញ្ចូលនូវការជួយភ្នាក់ងារសុខភាពសាធារណៈ ដើម្បីបង្ការ ឬគ្រប់គ្រងជំងឺ។

ការពិនិត្យលើការថែទាំសុខភាព

PHI របស់អ្នកអាចត្រូវយកទៅប្រើ ឬចែករំលែកជាមួយនឹងទីភ្នាក់ងាររដ្ឋាភិបាល។ ទីភ្នាក់ងាររដ្ឋាភិបាលទាំងនោះអាចត្រូវការ PHI របស់អ្នកដើម្បីធ្វើសវនកម្ម។

ការសិក្សាស្រាវជ្រាវ

PHI របស់អ្នកអាចត្រូវបានប្រើ ឬចែករំលែកសម្រាប់ការស្រាវជ្រាវនៅក្នុងករណីជាក់លាក់មួយចំនួនដូចជានៅពេលត្រូវបានអនុម័តដោយក្រុមប្រឹក្ស ឬស្ថាប័នាត្រួតពិនិត្យឯកជនភាព។

ដំណើរការផ្លូវច្បាប់ ឬដំណើរការរដ្ឋបាល

PHI អាចត្រូវបានប្រើ ឬចែករំលែកសម្រាប់ដំណើរការផ្លូវច្បាប់ ដូចជា ក្នុងការឆ្លើយតបចំពោះការបញ្ជារបស់តុលាការ។

ការអនុវត្តច្បាប់

PHI របស់អ្នកអាចត្រូវបានប្រើ ឬចែកចាយជាមួយប៉ូលីសសម្រាប់គោលបំណងអនុវត្តច្បាប់ដូចជាដើម្បីជួយស្វែងរកជនសង្ស័យ សាក្សី ឬមនុស្សបាត់ខ្លួន។

សុខភាព និងសុវត្ថិភាព

PHI របស់អ្នកអាចត្រូវបានចែករំលែកដើម្បីការពារការគម្រាមកំហែងខ្លាំងចំពោះ សុខភាព ឬសុវត្ថិភាពសាធារណៈ។

មុខងាររដ្ឋាភិបាល

PHI របស់អ្នកអាចត្រូវបានចែករំលែកជាមួយរដ្ឋាភិបាលសម្រាប់មុខងារពិសេស ដូចជាសកម្មភាពសន្តិសុខជាតិជាដើម។

ជនរងគ្រោះពីការប្រព្រឹត្តិរំលោភ មិនយកចិត្តទុកដាក់ ឬអំពើហិង្សាក្នុងគ្រួសារ

PHI របស់អ្នកអាចត្រូវបានចែករំលែកជាមួយនឹងអាជ្ញាធរផ្លូវច្បាប់ បើយើងខ្ញុំមានការជឿជាក់ថា បុគ្គលនោះគឺជាជនរងគ្រោះពីការប្រព្រឹត្តិរំលោភ ឬការមិនយកចិត្តទុកដាក់។

សំណងកម្មករ

PHI របស់អ្នកអាចត្រូវបានប្រើ ឬចែករំលែកដើម្បីធ្វើតាមច្បាប់សំណងកម្មករ។

ការបញ្ចេញព័ត៌មានផ្សេងទៀត

ព័ត៌មាន PHI របស់អ្នកអាចត្រូវបានចែករំលែក ជាមួយនឹងប្រធានផ្នែកចាត់ចែងបុណ្យសព ឬអ្នកធ្វើកោសល្យវិច្ច័យ ដើម្បីជួយពួកគេក្នុងការបំពេញកិច្ចការ។

តើនៅពេលណាដែល Molina ត្រូវការរសរសេរជាលាយលក្ខណ៍អក្សររបស់អ្នក (ការយល់ព្រម) ដើម្បីប្រើ ឬចែករំលែក PHI របស់អ្នក?

Molina ត្រូវការការយល់ព្រមរបស់អ្នកជាលាយល័ក្ខណ៍អក្សរ ដើម្បីប្រើ ឬចែករំលែក PHI របស់លោកអ្នក សម្រាប់គោលបំណងដទៃទៀតក្រៅពីអ្វីដែលបានចែងក្នុងសេចក្តីជូនដំណឹងនេះ។ Molina ត្រូវការការយល់ព្រមរបស់អ្នកមុនពេលយើងលាតត្រដាង PHI របស់អ្នកសម្រាប់គោលបំណងដូចខាងក្រោម៖ (1) ការប្រើប្រាស់ និងការបង្ហាញភាគច្រើននៃកំណត់ត្រាចិត្តិតិកិច្ចា; (2) ការប្រើប្រាស់ និងការបង្ហាញសម្រាប់គោលបំណងទីផ្សារ; និង (3) ការប្រើប្រាស់ និងការបង្ហាញដែលពាក់ព័ន្ធនឹងការលក់នៃ PHI ។ អ្នកអាចលុបចោលនូវការយល់ព្រមជាលាយល័ក្ខណ៍អក្សរដែលអ្នកបានផ្តល់ឱ្យយើងខ្ញុំរួចហើយនោះបានដែរ។ ការលើកលែងរបស់លោកអ្នក នឹងមិនអាចអនុវត្តបានចំពោះសកម្មភាពនានានៃការយល់ព្រមនេះ ដែលយើងខ្ញុំបានអនុវត្តរួចរាល់នោះទេ។

តើអ្វីជាសិទ្ធិព័ត៌មានសុខភាពរបស់អ្នក?

អ្នកមានសិទ្ធិដើម្បី៖

- **ស្នើសុំការរឹតបន្តឹងលើការប្រើប្រាស់ PHI ឬការបញ្ចេញព័ត៌មាន (ការចែករំលែក PHI របស់អ្នក)**

អ្នកអាចស្នើសុំយើងខ្ញុំមិនឱ្យចែករំលែក PHI របស់លោកអ្នក ដើម្បីអនុវត្តប្រតិបត្តិការព្យាបាល ការបង់ប្រាក់ ឬការថែទាំសុខភាព។ អ្នកក៏អាចស្នើសុំយើងខ្ញុំផងដែរមិនឱ្យចែករំលែក PHI របស់អ្នកជាមួយនឹងគ្រួសារ មិត្ត ឬអ្នកដទៃដែលអ្នកដាក់ឈ្មោះចាពាក់ព័ន្ធនឹងការថែទាំសុខភាពលោកអ្នក។ ទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយ ច្បាប់មិនបានតម្រូវឱ្យយើងត្រូវតែធ្វើតាមសំណើរសុំរបស់លោកអ្នកឡើយ។ អ្នកត្រូវដាក់សំណើរជាលាយល័ក្ខណ៍អក្សរ។ អ្នកអាចប្រើទម្រង់បែបបទរបស់ Molina ដើម្បីធ្វើសំណើរបស់អ្នក។

- **ស្នើសុំការបញ្ជូល PHI ដោយសម្ងាត់**

អ្នកអាចស្នើសុំ Molina ផ្តល់ឱ្យលោកអ្នកនូវ PHI របស់អ្នកតាមវិធី ឬនៅឯកន្លែងជាក់លាក់ណាមួយ ដើម្បីរក្សា PHI របស់លោកអ្នកជាលក្ខណៈឯកជន។ យើងនឹងធ្វើតាមសំណើដែលសមហេតុផល ប្រសិនបើអ្នកប្រាប់យើងពីរបៀបដែលការចែករំលែកទាំងអស់ ឬផ្នែកមួយនៃ PHI នោះអាចធ្វើឱ្យជីវិតរបស់អ្នកប្រឈមនឹងគ្រោះថ្នាក់។ អ្នកត្រូវដាក់សំណើរជាលាយល័ក្ខណ៍អក្សរ។ អ្នកអាចប្រើទម្រង់បែបបទរបស់ Molina ដើម្បីធ្វើសំណើរបស់អ្នក។

- **ពិនិត្យឡើងវិញ និងចម្លង PHI របស់អ្នក**

អ្នកមានសិទ្ធិដើម្បីពិនិត្យមើលឡើងវិញ និងទទួលបានច្បាប់ចម្លងនៃ PHI របស់លោកអ្នក ដែលយើងខ្ញុំរក្សាទុក។ នេះអាចរួមបញ្ចូលទាំងកំណត់ត្រាព័ត៌មាន ដែលយកមកប្រើសម្រាប់សម្រេចលើការគ្របដណ្តប់ ការទាមទារសំណង និងសេចក្តីសម្រេចដទៃទៀតក្នុងនាមជាសមាជិករបស់ Molina។ អ្នកត្រូវដាក់សំណើរជាលាយល័ក្ខណ៍អក្សរ។ អ្នកអាចប្រើទម្រង់បែបបទរបស់ Molina ដើម្បីធ្វើសំណើរបស់អ្នក។ យើងអាចគិតប្រាក់ពីអ្នកនូវថ្លៃសេវាចំពោះច្បាប់ចម្លង និងការធ្វើតាមប្រែសណីយ៍ដែលសមរម្យ។ ក្នុងករណីជាក់លាក់មួយចំនួន យើងខ្ញុំអាចបដិសេធសំណើសុំរបស់អ្នកបាន។ *កំណត់ចំណាំសំខាន់៖ យើងខ្ញុំមិនមានកំណត់ត្រាព័ត៌មានវេជ្ជសាស្ត្ររបស់លោកអ្នកពេញលេញឡើយ។ បើអ្នកចង់បើកមើល ចង់បានសំណៅថតចម្លង ឬប្តូរកំណត់ត្រាព័ត៌មានវេជ្ជសាស្ត្រ សូមទាក់ទងវេជ្ជបណ្ឌិត ឬគ្លីនិករបស់អ្នក។*

- **កែប្រែ PHI របស់អ្នក**

អ្នកអាចស្នើសុំឱ្យយើងខ្ញុំកែតម្រូវ (ប្តូរ) PHI របស់អ្នកបាន។ នេះពាក់ព័ន្ធតែជាមួយនឹងកំណត់ត្រាអំពីលោកអ្នកក្នុងនាមជាសមាជិក ដែលយើងខ្ញុំបានរក្សាទុក។ អ្នកត្រូវដាក់សំណើរជាលាយល័ក្ខណ៍អក្សរ។ អ្នកអាចប្រើទម្រង់បែបបទរបស់ Molina ដើម្បីធ្វើសំណើរបស់អ្នក។ អ្នកអាចសរសេរលិខិតប្តឹងមិនយល់ស្របជាមួយយើងខ្ញុំ បើយើងខ្ញុំបដិសេធសំណើរសុំរបស់អ្នក។

- **ទទួលបានគណនេយ្យនៃការបញ្ចេញ PHI (ការចែករំលែក PHI របស់អ្នក)**

លោកអ្នកអាចស្នើឲ្យយើងខ្ញុំផ្តល់ឲ្យលោកអ្នកនូវបញ្ជីភាគីណាមួយដែលយើងខ្ញុំបានចែករំលែក PHI របស់លោកអ្នក ក្នុងអំឡុងពេលប្រាំមួយឆ្នាំមុនកាលបរិច្ឆេទស្នើសុំរបស់លោកអ្នក។ បញ្ជីនេះនឹងមិនរួមបញ្ចូលនូវ PHI ដែលបានចែករំលែកដូចខាងក្រោមឡើយ៖

- សម្រាប់ការព្យាបាល ការបង់ប្រាក់ ឬប្រតិបត្តិការថែទាំសុខភាព
- ដល់បុគ្គលអំពី PHI ផ្ទាល់ខ្លួនរបស់ពួកគេ
- ការចែករំលែកបានធ្វើឡើងដោយមានការអនុញ្ញាតពីអ្នក
- ឧប្បត្តិហេតុនៃការប្រើប្រាស់ ឬការបញ្ចេញដែលត្រូវបានអនុញ្ញាត ឬតម្រូវដោយច្បាប់ជាធរមាន។
- PHI ត្រូវបានបញ្ចេញក្នុងផលប្រយោជន៍សន្តិសុខជាតិ ឬសម្រាប់គោលបំណងស៊ើបការណ៍សម្ងាត់ ឬ
- ជាផ្នែកមួយនៃសំណុំទិន្នន័យមានកំណត់ស្របតាមច្បាប់ជាធរមាន ឬ
- PHI ត្រូវបានបញ្ចេញក្នុងគោលបំណងសន្តិសុខជាតិ ឬសម្រាប់គោលបំណងស៊ើបការណ៍សម្ងាត់។

យើងនឹងគិតប្រាក់លើថ្លៃសេវាសមហេតុផល សម្រាប់បញ្ជីនីមួយៗ ប្រសិនបើអ្នកស្នើសុំបញ្ជីនេះច្រើនជាងម្តងក្នុងរយៈពេល 12 ខែ។ អ្នកត្រូវដាក់សំណើរជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ។ អ្នកអាចប្រើទម្រង់បែបបទរបស់ Molina ដើម្បីដាក់សំណើ។

អ្នកអាចធ្វើការស្នើសុំណាមួយដូចបានចែងពីខាងលើ ឬលោកអ្នកអាចទទួលបានច្បាប់ចម្លងនៃសេចក្ដីជូនដំណឹងនេះ។ សូមទូរសព្ទទៅផ្នែកបម្រើសេវាសមាជិក Molina តាមរយៈលេខ (855) 665-4627 បាន 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ ចាប់ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់ ម៉ោងក្នុងតំបន់។ អ្នកប្រើ TTY សូមទូរសព្ទទៅលេខ 711។

តើអ្នកអាចធ្វើអ្វីខ្លះ ប្រសិនបើសិទ្ធិរបស់អ្នកមិនបានទទួលការការពារទេនោះ?

លោកអ្នកអាចដាក់បណ្ដឹងតវ៉ាមកកាន់ Molina និងទៅកាន់ក្រសួងសុខាភិបាល និងសេវាកម្មមនុស្សជាតិ ប្រសិនបើអ្នកជឿជាក់ថាសិទ្ធិឯកជនភាពលោកអ្នកបានរងការរំលោភបំពាន។ យើងនឹងមិនធ្វើអ្វីដែលប្រឆាំងនឹងអ្នកឡើយ នៅពេលអ្នកដាក់បណ្ដឹងតវ៉ាឡើយ។ ការថែទាំ និងអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នកនឹងមិនផ្លាស់ប្តូរដោយវិធីណាមួយឡើយ។

អ្នកអាចប្តឹងមកយើងខ្ញុំតាមលេខខាងក្រោម៖

តាមរយៈទូរសព្ទ៖
ផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិក Molina (855) 665-4627
7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ ចាប់ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់ ម៉ោងក្នុងស្រុក។ អ្នកប្រើ TTY សូមទូរសព្ទទៅលេខ 711។

ជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ៖
Molina Healthcare of California Inc.
Attention: Manager of Member Services
200 Oceangate, Suite 100
Long Beach, CA 90802

អ្នកអាចដាក់បណ្ដឹងតវ៉ាមកកាន់រដ្ឋលេខាធិការនៃក្រសួងសុខាភិបាល និងសេវាមនុស្សជាតិសហរដ្ឋអាមេរិកតាមរយៈ៖

U.S. Department of Health & Human Services
Office for Civil Rights - Centralized Case Management Operations
200 Independence Ave., S.W.
Suite 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201

(800) 368-1019; (800) 537-7697 (TDD);

(202) 619-3818 (ទូរសារ)

តើភារកិច្ចរបស់ Molina មានអ្វីខ្លះ?

Molina គឺត្រូវបានទាមទារអោយ៖

- រក្សា PHI របស់អ្នកជាលក្ខណៈឯកជន
- ផ្ដល់ឱ្យអ្នកនូវព័ត៌មានជាលាយលក្ខណ៍អក្សរដូចជានេះអំពីភារកិច្ច និងការអនុវត្តឯកជនភាពរបស់យើងអំពី PHI របស់អ្នក
- ផ្ដល់ជូនលោកអ្នកនូវសេចក្ដីជូនដំណឹងពីព្រឹត្តការណ៍នៃការរំលោភបំពាននូវអសុវត្ថិភាព PHI របស់អ្នក
- មិនប្រើ ឬមិនលាតត្រដាងព័ត៌មានហ្សែនរបស់អ្នកសម្រាប់គោលបំណងធានារ៉ាប់រង
- អនុវត្តតាមលក្ខខណ្ឌក្នុងសេចក្ដីជូនដំណឹងនេះ។

សេចក្ដីជូនដំណឹងនេះអាចផ្លាស់ប្តូរបាន

Molina សូមរក្សាសិទ្ធិដើម្បីប្តូរការអនុវត្តព័ត៌មាន និងលក្ខខណ្ឌរបស់ខ្លួននៃសេចក្ដីជូនដំណឹងនេះគ្រប់ពេល។ ប្រសិនបើយើងខ្ញុំប្តូរលក្ខខណ្ឌ និងការអនុវត្តថ្មីនឹងប្រើបានគ្រប់ PHI ដែលយើងខ្ញុំបានរក្សាទុក។ ប្រសិនបើយើងប្តូរឯកសារណាមួយ Molina នឹងបង្ហោះសេចក្ដីជូនដំណឹងដែលបានកែប្រែនៅលើគេហទំព័ររបស់ខ្លួន ហើយធ្វើសេចក្ដីជូនដំណឹងដែលបានកែប្រែ ឬព័ត៌មានអំពីឯកសារដែលផ្លាស់ប្តូរ និងវិធីដើម្បីទទួលបានសេចក្ដីជូនដំណឹងដែលផ្លាស់ប្តូរ ទៅក្នុងកញ្ចប់សំបុត្រប្រចាំឆ្នាំដែលយើងខ្ញុំនឹងធ្វើចេញខាងមុខទៅកាន់សមាជិករបស់យើងធានារ៉ាប់រងរបស់ Molina។

ព័ត៌មានទំនាក់ទំនង

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរណាមួយ សូមទាក់ទងជាមួយនឹងការិយាល័យខាងក្រោម៖

តាមរយៈទូរសព្ទ៖
សេវាបម្រើសមាជិក Molina
(855) 665-4627 TTY: 711, 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ ចាប់ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ ម៉ោងក្នុងស្រុក។

ជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ៖
Molina Healthcare of California Inc.
Attention: Manager of Member Services
200 Oceangate, Suite 100
Long Beach, CA 90802

ព័ត៌មាននេះអាចរកបានដោយឥតគិតថ្លៃជាភាសាផ្សេង។ សូមទូរសព្ទទៅលេខសេវាបម្រើអតិថិជនរបស់យើង
តាមរយៈលេខ (855) 665-4627, TTY 711 បាន 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់ ម៉ោងក្នុងស្រុក។ Esta información está disponible gratuitamente en otros idiomas. Por favor, comuníquese a nuestro número de teléfono para servicio al cliente al (855) 665-4627,TTY 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local.

D. ទំនួលខុសត្រូវរបស់យើងក្នុងការផ្តល់ព័ត៌មានដល់អ្នក

ក្នុងនាមជាសមាជិកនៃគម្រោងរបស់យើង អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានព័ត៌មានពីយើងអំពីគម្រោងរបស់យើង អ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញរបស់យើង និងសេវាកម្មដែលមានការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នក។

ប្រសិនបើអ្នកមិនចេះនិយាយភាសាអង់គ្លេសទេ យើងមានសេវាអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ ដើម្បីឆ្លើយសំណួរទាំងឡាយដែលអ្នកប្រហែលជាមានអំពីគម្រោងរបស់យើង។ ដើម្បីទទួលបានអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ សូមហៅទូរសព្ទមកកាន់ផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិក។ នេះគឺជាសេវាកម្មឥតគិតថ្លៃសម្រាប់អ្នក។ យើងក៏អាចផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវឯកសារជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ និង/ឬព័ត៌មានជា ភាសាអេស្ប៉ាញ ភាសាអារ៉ាប់ ភាសាអាមេនី ភាសាខ្មែរ ភាសាចិន ភាសាហ្វាស៊ី ភាសាម៉ុង ភាសាកូរ៉េ ភាសាឡាវ ភាសារុស្សី ភាសាតាហ្គាឡុក និងភាសាវៀតណាមផងដែរ។ យើងក៏អាចផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវពត៌មានជាការបោះពុម្ពធំ អក្សរស្ទាបសម្រាប់មនុស្សពិការភ្នែក ឬជាសំឡេង។ ដើម្បីធ្វើសំណើអចិន្ត្រៃយ៍ក្នុងការទទួលបានឯកសារជាភាសាណាមួយក្រៅពីភាសាអង់គ្លេស ឬជាទម្រង់ផ្សេងទៀតពេលបច្ចុប្បន្ន និងអនាគត សូមទាក់ទងទៅកាន់ផ្នែកបម្រើសេវាសមាជិកតាមរយៈលេខ (855) 665-4627, TTY: 711 បាន 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ ចាប់ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹម ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ ម៉ោងក្នុងតំបន់។

ប្រសិនបើអ្នកចង់បានព័ត៌មានអំពីចំណុចណាមួយខាងក្រោមសូមទូរសព្ទទៅកាន់សេវាសមាជិក៖

- របៀបជ្រើសរើស ឬផ្លាស់ប្តូរគម្រោង
- គម្រោងរបស់យើងរួមមាន៖
  - ព័ត៌មានហិរញ្ញវត្ថុ
  - របៀបដែលសមាជិកគម្រោងបានវាយតម្លៃមកយើងខ្ញុំ
  - ចំនួនបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ដែលបានធ្វើឡើយដោយសមាជិក
  - របៀបចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើង
- អ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ និងឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញរបស់យើង រួមមាន៖
  - របៀបជ្រើសរើស ឬផ្លាស់ប្តូរអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំបឋម
  - លក្ខណសម្បត្តិនៃអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថាននានាក្នុងបណ្តាញ
  - របៀបដែលយើងបង់ថ្លៃអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញរបស់យើង
- សេវាកម្ម និងឱសថដែលមានការធានារ៉ាប់រងរួមមាន៖
  - សេវាកម្ម (សូមមើលជំពូកទី **3 និងទី 4** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិករបស់អ្នក)* និងឱសថ (សូមមើលជំពូកទី **5 និងទី 6** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិករបស់អ្នក)* ដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយគម្រោងរបស់យើង
  - កម្រិតចំពោះការរ៉ាប់រង និងឱសថរបស់អ្នក
  - ច្បាប់នានាដែលអ្នកត្រូវតែអនុវត្តតាមដើម្បីទទួលបានសេវាកម្ម និងឱសថដែលទទួលបានការរ៉ាប់រង

- ហេតុអ្វីបានជារឿងមួយចំនួនមិនត្រូវបានធានារ៉ាប់រង និងអ្វីដែលអ្នកអាចធ្វើបានអំពីបញ្ហានោះ (សូមមើល **ជំពូកទី 9** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិករបស់អ្នក)* រួមទាំងការស្នើសុំឱ្យយើង៖
  - សរសេរជាលាយលក្ខណ៍អក្សរពីមូលហេតុដែលសេវាកម្ម និងឱសថមិនត្រូវបានរ៉ាប់រង
  - ផ្លាស់ប្តូរការសម្រេចចិត្តដែលយើងបានធ្វើ
  - បង់វិក្កយបត្រដែលអ្នកទទួលបាន

E. អសមត្ថភាពរបស់អ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញក្នុងការចេញវិក្កយបត្រឱ្យអ្នកដោយផ្ទាល់

វេជ្ជបណ្ឌិត មន្ទីរពេទ្យ និងអ្នកផ្តល់សេវាផ្សេងទៀតនៅក្នុងបណ្តាញរបស់យើងមិនអាចធ្វើឱ្យអ្នកបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាដែលមានការរ៉ាប់រងបានទេ។ ពួកគេក៏មិនអាចធ្វើវិក្កយបត្រសមតុល្យ ឬគិតប្រាក់ពីអ្នកបានទេ ប្រសិនបើយើងបង់តិចជាងចំនួនដែលអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំបានគិតប្រាក់។ ដើម្បីស្វែងយល់ពីអ្វីដែលត្រូវធ្វើ ប្រសិនបើអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញព្យាយាមគិតប្រាក់ពីអ្នកសម្រាប់សេវាកម្មដែលមានការធានារ៉ាប់រង សូមមើល **ជំពូកទី 7** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិករបស់អ្នក*។

F. សិទ្ធិរបស់អ្នកក្នុងការចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើង

មិនមាននរណាម្នាក់អាចធ្វើឱ្យអ្នកស្ថិតក្នុងគម្រោងរបស់យើងបានទេប្រសិនបើអ្នកមិនចង់។

- អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានសេវាថែទាំសុខភាពភាគច្រើនរបស់អ្នកតាមរយៈគម្រោង Original Medicare ឬគម្រោង Medicare Advantage (MA) ផ្សេងទៀត។
- អ្នកអាចទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ឱសថមានវេជ្ជបញ្ជារបស់ Medicare ផ្នែក D របស់អ្នកពីគម្រោងឱសថមានវេជ្ជបញ្ជា ឬពីគម្រោង MA ផ្សេងទៀត។
- សូមមើល **ជំពូកទី 10** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិករបស់អ្នក*៖
  - សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីពេលណាដែលអ្នកអាចចូលរួមក្នុងគម្រោង MA ថ្មី ឬអត្ថប្រយោជន៍ឱសថមានវេជ្ជបញ្ជា។
  - សម្រាប់ព័ត៌មានអំពីរបៀបដែលអ្នកនឹងទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ពី Medi-Cal របស់អ្នក ប្រសិនបើអ្នកចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើង។

G. សិទ្ធិរបស់អ្នកក្នុងការសម្រេចចិត្តអំពីការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក

អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានព័ត៌មានពេញលេញពីវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក និងអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពផ្សេងទៀត ដើម្បីជួយអ្នកធ្វើការសម្រេចចិត្តអំពីការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក។

G1. សិទ្ធិរបស់អ្នកក្នុងការដឹងពីជម្រើសនៃការព្យាបាលរបស់អ្នក និងការសម្រេចចិត្ត

អ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកត្រូវតែពន្យល់ពីស្ថានភាព និងជម្រើសព្យាបាលរបស់អ្នកតាមរបៀបដែលអ្នកអាចយល់បាន។ អ្នកមានសិទ្ធិដើម្បី៖

- **ដឹងពីជម្រើសរបស់អ្នក។** អ្នកមានសិទ្ធិត្រូវបានប្រាប់អំពីជម្រើសនៃការព្យាបាលទាំងអស់។
- **ដឹងពីហានិភ័យ។** អ្នកមានសិទ្ធិដឹងអំពីហានិភ័យណាមួយដែលពាក់ព័ន្ធ។ យើងត្រូវតែប្រាប់អ្នកជាមុនប្រសិនបើសេវាកម្ម ឬការព្យាបាលណាមួយជាផ្នែកមួយនៃការពិសោធស្រាវជ្រាវនោះ។ អ្នកមានសិទ្ធិបដិសេធការព្យាបាលដោយពិសោធន៍។
- **ទទួលបានយោបល់ទីពីរ។** អ្នកមានសិទ្ធិទៅជួបវេជ្ជបណ្ឌិតផ្សេងទៀត មុនពេលសម្រេចចិត្តទទួលយកការព្យាបាល។
- **និយាយថាមិនយល់ព្រម។** អ្នកមានសិទ្ធិបដិសេធការព្យាបាលណាមួយ។ នេះរាប់បញ្ចូលទាំងសិទ្ធិចាកចេញពីមន្ទីរពេទ្យ ឬកន្លែងព្យាបាលផ្សេងទៀត ទោះបីជាវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកណែនាំអ្នកមិនឱ្យធ្វើក៏ដោយ។ អ្នកមានសិទ្ធិបញ្ឈប់ការប្រើឱសថមានវេជ្ជបញ្ជា។ ប្រសិនបើអ្នកបដិសេធការព្យាបាល ឬឈប់ប្រើឱសថមានវេជ្ជបញ្ជា យើងនឹងមិនលុបអ្នកចេញពីគម្រោងរបស់យើងនោះទេ។ ទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយ បើលោកអ្នកបដិសេធការព្យាបាល ឬឈប់ប្រើឱសថមានវេជ្ជបញ្ជា បានន័យថាអ្នកទទួលយកការទទួលខុសត្រូវទាំងស្រុងចំពោះអ្វីដែលកើតឡើងចំពោះអ្នក។
- **ស្នើសុំឱ្យយើងខ្ញុំពន្យល់ពីមូលហេតុដែលអ្នកផ្តល់សេវាបដិសេធការថែទាំ។** អ្នកមានសិទ្ធិក្នុងការទទួលបានការពន្យល់ពីពួកយើងបើអ្នកផ្តល់សេវាបានបដិសេធការថែទាំដែលអ្នកជឿថាអ្នកគួរតែទទួលបាននោះ។
- **ស្នើសុំយើងខ្ញុំឱ្យធានារ៉ាប់រងលើសេវាកម្ម ឬឱសថដែលយើងបដិសេធ ឬជាធម្មតាមិនធានារ៉ាប់រងនោះ។** ត្រង់នេះគេហៅថា ការស្រេចចំពោះការរ៉ាប់រង។ **ជំពូកទី 9** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក* របស់អ្នកប្រាប់ពីរបៀបស្នើសុំការសម្រេចចិត្តលើការធានារ៉ាប់រងពីយើង។

G2. សិទ្ធិរបស់អ្នកក្នុងការនិយាយពីអ្វីដែលអ្នកចង់ឱ្យកើតឡើងប្រសិនបើអ្នកមិនអាចធ្វើការសម្រេចចិត្តលើការថែទាំសុខភាពដោយខ្លួនឯងបាន

សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមទូរសព្ទទៅផ្នែកបម្រើសេវាសមាជិក Molina Medicare Complete Care Plus (HMO) D-SNP ដោយឥតគិតថ្លៃតាមរយៈលេខ (855) 665-4627, 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ ចាប់ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ម៉ោងក្នុងតំបន់ ប្រសិនបើអ្នកថ្លង់ ឬពិបាកស្តាប់ សូមទូរសព្ទទៅ TTY:711 សម្រាប់សេវាកម្មបញ្ជូនរដ្ឋ California។

ពេលខ្លះមនុស្សមិនអាចធ្វើការសម្រេចចិត្តលើការថែទាំសុខភាពដោយខ្លួនឯងបានទេ។ មុនពេលបញ្ហានេះកើតឡើងចំពោះអ្នក អ្នកអាច៖

- **បំពេញទម្រង់បែបបទជាលាយលក្ខណ៍អក្សរដែលផ្តល់ឱ្យនរណាម្នាក់នូវសិទ្ធិក្នុងការសម្រេចចិត្តលើការថែទាំសុខភាពសម្រាប់អ្នក។**
- **ផ្តល់ការណែនាំជាលាយលក្ខណ៍អក្សរដល់វេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក**អំពីរបៀបដោះស្រាយការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក ប្រសិនបើអ្នកមិនអាចធ្វើការសម្រេចចិត្តដោយខ្លួនឯង រួមទាំងការថែទាំដែលអ្នកមិនចង់បាន។

ឯកសារផ្លូវច្បាប់ដែលអ្នកអាចប្រើដើម្បីផ្តល់ការណែនាំរបស់អ្នកត្រូវបានគេហៅថាជា "ការបង្គាប់បញ្ជាជាមុន។" មានសេចក្តីបង្គាប់បញ្ជាជាមុនច្រើនប្រភេទ ហើយក៏មានឈ្មោះផ្សេងៗគ្នាផងដែរ។ ឧទាហរណ៍ជាលិខិតបណ្តាំអំពីការព្យាបាល និងសិទ្ធិតំណាងស្របច្បាប់សម្រាប់ការថែទាំសុខភាព។

អ្នកមិនតម្រូវឱ្យមានការបង្គាប់បញ្ជាជាមុនទេ ប៉ុន្តែអ្នកអាចសម្រេចចិត្តបាន។ នេះជាអ្វីដែលត្រូវធ្វើប្រសិនបើអ្នកចង់ប្រើការបង្គាប់បញ្ជាជាមុន៖

- **ទទួលបានទម្រង់បែបបទ។** អ្នកអាចទទួលបានទម្រង់បែបបទពីវេជ្ជបណ្ឌិត មេធាវី ទីភ្នាក់ងារសេវាស្របច្បាប់ ឬបុគ្គលិកសង្គមរបស់អ្នក។ ឱសថស្ថាន និងការិយាល័យផ្តល់សេវាជារឿយៗតែងមានទម្រង់បែបបទនេះ។ អ្នកអាចស្វែងរកទម្រង់នេះ និងទាញយកវាមកប្រើដោយឥតគិតថ្លៃតាមអនឡាញ។ អ្នកក៏អាចទាក់ទងផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិកដើម្បីស្នើសុំទម្រង់បែបបទនេះផងដែរ។
- **បំពេញទម្រង់បែបបទ ហើយចុះហត្ថលេខាលើវា។** បែបបទនេះគឺជាឯកសារផ្លូវច្បាប់។ អ្នកគួរតែពិចារណាក្នុងការមានមេធាវី ឬអ្នកផ្សេងទៀតដែលអ្នកទុកចិត្ត ដូចជាសមាជិកគ្រួសារ ឬ PCP របស់អ្នក ដើម្បីជួយអ្នកក្នុងការបំពេញវា។
- **ផ្តល់ច្បាប់ចម្លងដល់មនុស្សដែលត្រូវដឹង។** អ្នកគួរប្រគល់សំណៅបែបបទនេះមួយច្បាប់ទៅឲ្យគ្រូពេទ្យរបស់អ្នក។ អ្នកគួរតែផ្តល់នូវច្បាប់ចម្លងមួយឱ្យបុគ្គលិកដែលអ្នកបានដាក់ឈ្មោះឱ្យធ្វើសេចក្តីសម្រេចសម្រាប់អ្នកនោះ។ អ្នកក៏ប្រហែលជាចង់ផ្តល់នូវច្បាប់ចម្លងទៅកាន់មិត្តជិតស្និទ្ធ ឬសមាជិកគ្រួសារផងដែរ។ រក្សាច្បាប់ចម្លងទុកនៅផ្ទះ។
- ប្រសិនបើអ្នកកំពុងសម្រាកព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យ ហើយអ្នកមានសេចក្តីបង្គាប់ជាមុនដែលបានចុះហត្ថលេខា **សូមយកច្បាប់ចម្លងនៃសេចក្តីបង្គាប់នោះទៅកាន់មន្ទីរពេទ្យនោះ។**
  - មន្ទីរពេទ្យនឹងសាកសួរអ្នកថាតើអ្នកបានចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់បែបបទបង្គាប់បញ្ជាជាមុនហើយឬនៅ និងសួរអ្នកថាតើអ្នកមានវាជាប់ខ្លួនដែរឬទេ។
  - ប្រសិនបើអ្នកមិនមានទម្រង់បែបបទនៃការបង្គាប់បញ្ជាជាមុនដែលបានចុះហត្ថលេខាទេ មន្ទីរពេទ្យមានទម្រង់បែបបទ ហើយនឹងសួរថាតើអ្នកចង់ចុះហត្ថលេខាដែរឬទេ។

អ្នកមានសិទ្ធិដើម្បី៖

- មានសេចក្តីបង្គាប់បញ្ជាទុកជាមុនរបស់អ្នកដាក់នៅក្នុងកំណត់ត្រាវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នក។
- ផ្លាស់ប្តូរ ឬលុបចោលសេចក្តីបង្គាប់បញ្ជាទុកជាមុនរបស់អ្នកនៅពេលណាក៏បាន។
- ស្វែងយល់អំពីការផ្លាស់ប្តូរចំពោះច្បាប់បង្គាប់បង្គាប់ជាមុន។ Molina Medicare Complete Care Plus (HMO) D-SNP នឹងប្រាប់អ្នកអំពីការផ្លាស់ប្តូរចំពោះច្បាប់រដ្ឋមិនឱ្យលើសពី 90 ថ្ងៃបន្ទាប់ពីមានការផ្លាស់ប្តូរ។

សូមទូរសព្ទមកកាន់ផ្នែកបម្រើសេវាសមាជិកសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។

G3. អ្វីដែលត្រូវធ្វើប្រសិនបើការណែនាំរបស់អ្នកមិនត្រូវបានអនុវត្ត

ប្រសិនបើអ្នកបានចុះហត្ថលេខាលើសេចក្តីបង្គាប់បញ្ជាទុកជាមុន ហើយអ្នកគិតថាវេជ្ជបណ្ឌិត ឬមន្ទីរពេទ្យមិនបានធ្វើតាមការណែនាំនៅក្នុងនោះទេ អ្នកអាចធ្វើការតវ៉ាជាមួយកម្មវិធី Ombuds Program 1-855-501-3077។ ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតថ្លៃ។ TTY៖ 1-855-847-7914 លេខនេះគឺសម្រាប់អ្នកដែលមានបញ្ហាក្នុងការស្តាប់ ឬការនិយាយ។ អ្នកត្រូវតែមានឧបករណ៍ទូរសព្ទពិសេសដើម្បីទូរសព្ទ។

សរសេរលិខិតមកកាន់៖ **Department of Health Care Services**
1501 Capitol Avenue
PO Box 997413
Sacramento, Ca 95814

Website: http://calduals.org/background/cci/archive/policy/cal-mediconnect-ombudsman/

H. សិទ្ធិរបស់អ្នកក្នុងការដាក់បណ្តឹងតវ៉ា និងស្នើសុំឱ្យយើងពិចារណាឡើងវិញនូវការសម្រេចចិត្តរបស់យើង

ជំពូកទី 9 នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*របស់អ្នកប្រាប់អ្នកពីអ្វីដែលអ្នកអាចធ្វើបាន ប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហា ឬកង្វល់ណាមួយអំពីសេវាកម្ម ឬការថែទាំដែលមានការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នក។ ឧទាហរណ៍ អ្នកអាចស្នើសុំឱ្យយើងធ្វើការសម្រេចចិត្តលើការធានារ៉ាប់រង ធ្វើការប្តឹងឧទ្ធរណ៍ដើម្បីផ្លាស់ប្តូរការសម្រេចចិត្តលើការធានារ៉ាប់រង ឬដាក់បណ្តឹងតវ៉ា។

អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានព័ត៌មានអំពីបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ និងបណ្តឹងតវ៉ានានាដែលសមាជិកផ្សេងទៀតបានប្តឹងប្រឆាំងលើគម្រោងរបស់យើងខ្ញុំ។ ទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិក ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មាននេះ។

H1. អ្វីដែលត្រូវធ្វើអំពីទង្វើដែលមានភាពអយុត្តិធម៌ ឬដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែមអំពីសិទ្ធិរបស់អ្នក

ប្រសិនបើអ្នកគិតថាយើងបានប្រព្រឹត្តចំពោះអ្នកដោយអយុត្តិធម៌ - ហើយវា**មិនមែន**អំពីការរើសអើងដោយសារហេតុផលដែលមានក្នុង**ជំពូកទី 11** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិករបស់អ្នក* — ឬអ្នកចង់បានព័ត៌មានបន្ថែមអំពីសិទ្ធិរបស់អ្នក អ្នកអាចទូរសព្ទទៅ៖

- ផ្នែកបម្រើសេវាបម្រើសមាជិក។
- កម្មវិធីប្រឹក្សាយោបល់ និងតស៊ូមតិផ្នែកធានារ៉ាប់រងសុខភាព (HICAP) តាមរយៈលេខ (714) 560-0424។ សម្រាប់ព័ត៌មានលម្អិតអំពី HICAP សូមមើល**ជំពូកទី 2**
  - ខោនធី Los Angeles៖ (213) 383-4519
  - ខោនធី San Diego៖ (858) 565-8772
  - ខោនធី Imperial៖ (760) 353- 0223
  - ខោនធី Riverside និង San Bernardino៖ (909) 256-8369
- កម្មវិធី Ombuds Program តាមរយៈលេខ 1-888-452-8609។ សម្រាប់ព័ត៌មានលម្អិតអំពីកម្មវិធីនេះ សូមមើល **ជំពូកទី 2** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិករបស់អ្នក*។
- Medicare តាមរយៈលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរតែហៅទូរសព្ទទៅលេខ 1-877-486-2048។ (អ្នកក៏អាចអាន ឬទាញយក "សិទ្ធិ និងការការពាររបស់ Medicare" ដែលមាននៅលើគេហទំព័ររបស់ Medicare នៅ www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf។)

I. ការទទួលខុសត្រូវរបស់អ្នកក្នុងនាមជាសមាជិកគម្រោង

ក្នុងនាមជាសមាជិកគម្រោង អ្នកមានទំនួលខុសត្រូវក្នុងការធ្វើកិច្ចការដែលមានរាយខាងក្រោម។ បើលោកអ្នកមានសំណួរ សូមហៅទូរសព្ទមកកាន់ផ្នែកបម្រើសេវាកម្មសមាជិក។

- **សូមអាន *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*** ដើម្បីស្វែងយល់អំពីអ្វីដែលគម្រោងរបស់យើងរ៉ាប់រង និងច្បាប់ដែលត្រូវអនុវត្តតាម ដើម្បីទទួលបានឱសថ និងសេវាកម្មដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រង។ សម្រាប់ព័ត៌មានលម្អិតអំពី៖
  - សេវាកម្មដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រង សូមមើល **ជំពូកទី 3 និង ជំពូកទី 4** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិករបស់អ្នក*។ជំពូកទាំងនោះ

ប្រាប់អ្នកពីអ្វីដែលត្រូវរ៉ាប់រង អ្វីដែលមិនត្រូវបានរ៉ាប់រង ច្បាប់អ្វីដែលអ្នកត្រូវធ្វើតាម និងអ្វីដែលអ្នកត្រូវបង់។
  - ឱសថដែលមានការរ៉ាប់រង សូមមើល **ជំពូកទី 5 និងទី 6** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*របស់អ្នក។
- **ប្រាប់យើងអំពីការរ៉ាប់រងសុខភាព ឬឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាផ្សេងទៀតដែលមានការរ៉ាប់រង** ដែលអ្នកមាន។ យើងត្រូវតែប្រាកដថាអ្នកបានប្រើជម្រើសនៃការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកទាំងអស់នៅពេលអ្នកទទួលបានការថែទាំសុខភាព។ សូមហៅទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិក ប្រសិនបើអ្នកមានការរ៉ាប់រងផ្សេងទៀត។
- **ប្រាប់វេជ្ជបណ្ឌិតនិងអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពផ្សេងទៀតរបស់អ្នក** ថាអ្នកជាសមាជិកនៃគម្រោងរបស់យើង។ បង្ហាញបណ្ណសមាជិករបស់អ្នក នៅពេលណាដែលអ្នកទទួលបានសេវាកម្ម ឬឱសថ។
- **ជួយវេជ្ជបណ្ឌិត**និងអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពផ្សេងៗទៀតរបស់អ្នកឱ្យផ្តល់ដល់អ្នកនូវការថែទាំដ៏ល្អបំផុត។
  - ផ្តល់ឱ្យពួកគេនូវព័ត៌មានដែលពួកគេត្រូវការអំពីអ្នក និងសុខភាពរបស់អ្នក។ ដឹងឱ្យបានច្រើនតាមដែលអាចធ្វើបាន អំពីបញ្ហាសុខភាពរបស់អ្នក។ អនុវត្តតាមគម្រោងព្យាបាល និងការណែនាំដែលអ្នក និងអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកយល់ស្របជាមួយនោះ។
  - ត្រូវប្រាកដថាវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក និងអ្នកផ្តល់សេវាផ្សេងទៀតដឹងពីឱសថទាំងអស់ដែលអ្នកប្រើ។ នេះរួមបញ្ចូលទាំងឱសថមានវេជ្ជបញ្ជា ឱសថមិនតម្រូវឱ្យមានវេជ្ជបញ្ជា វីតាមីន និងអាហារបំប៉ន។
  - សួរសំណួរដែលអ្នកមាន។ វេជ្ជបណ្ឌិត និងអ្នកផ្តល់សេវាកម្មដទៃទៀតរបស់អ្នកត្រូវតែពន្យល់ពីរឿងផ្សេងៗ តាមរបៀបដែលអ្នកអាចយល់បាន។ បើអ្នកមានសំណួរហើយអ្នកមិនយល់ពីចម្លើយ ត្រូវសួរម្តងទៀត។
- **ធ្វើការជាមួយអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នក** រួមបញ្ចូលទាំងការបំពេញការវាយតម្លៃហានិភ័យសុខភាពប្រចាំឆ្នាំ។
- **ត្រូវគិតពិចារណា។**យើងរំពឹងថាសមាជិកគម្រោងទាំងអស់នឹងគោរពសិទ្ធិរបស់សមាជិកដទៃទៀត។ យើងក៏រំពឹងថាអ្នកនឹងធ្វើសកម្មភាពដោយការគោរពនៅក្នុងការិយាល័យវេជ្ជបណ្ឌិត មន្ទីរពេទ្យ និងការិយាល័យអ្នកផ្តល់សេវាផ្សេងទៀតរបស់អ្នកផងដែរ។
- **បង់នូវអ្វីដែលអ្នកជំពាក់។**ក្នុងនាមជាសមាជិកផែនការ លោកអ្នកត្រូវទទួលខុសត្រូវចំពោះការចំណាយទាំងនេះ៖
  - បុព្វលាភធានារ៉ាប់រងសុខភាពរបស់ Medicare ផ្នែក A និង Medicare ផ្នែក B ។ សម្រាប់សមាជិកគម្រោងភាគច្រើន Medi-Cal បង់ទាំងថ្លៃធានារ៉ាប់រង Medicare Part A របស់អ្នក និងថ្លៃធានារ៉ាប់រង Medicare Part B របស់អ្នកផងដែរ។
  - **ប្រសិនបើអ្នកទទួលបានសេវាកម្ម ឬឱសថណាមួយដែលមិនត្រូវបានរ៉ាប់រងដោយគម្រោងរបស់យើង អ្នកត្រូវតែបង់ថ្លៃពេញ។ (កំណត់ចំណាំ៖** បើលោកអ្នកមិនយល់ព្រមជាមួយនឹងការសម្រេចរបស់យើងខ្ញុំ ដែលមិនផ្តល់ការគ្របដណ្តប់ចំពោះសេវាកម្ម ឬថ្នាំណាមួយ លោកអ្នកអាចប្តឹងឧទ្ធរណ៍បាន។ សូមមើល**ជំពូកទី 9** ដើម្បីស្វែងយល់ពីរបៀបដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍។)
- **ប្រាប់យើងខ្ញុំ បើអ្នកនឹងផ្លាស់ទីលំនៅ។**ប្រសិនបើអ្នកមានគម្រោងផ្លាស់ទីលំនៅ សូមប្រាប់មកយើងភ្លាមៗ។ សូមហៅទូរសព្ទទៅអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នក ឬផ្នែកបម្រើសេវាបម្រើសមាជិក។
  - **ប្រសិនបើអ្នកផ្លាស់ទៅក្រៅតំបន់សេវាកម្មរបស់យើង នោះអ្នកនឹងមិនអាចស្ថិតនៅក្នុងគម្រោងនេះទៀតបានឡើយ។** មានតែមនុស្សដែលរស់នៅក្នុងតំបន់សេវាកម្មរបស់យើងប៉ុណ្ណោះដែលអាចជាសមាជិកនៃគម្រោងនេះ។ **ជំពូកទី 1** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*របស់អ្នកនឹងណែនាំអ្នកអំពីតំបន់សេវាកម្មរបស់យើង។
  - យើងអាចជួយអ្នកឱ្យដឹងថាតើអ្នកកំពុងផ្លាស់ទីលំនៅទៅនៅក្រៅតំបន់សេវាកម្មរបស់យើងឬទេ។ ក្នុងអំឡុងពេលចុះឈ្មោះពិសេស អ្នកអាចប្តូរទៅ Original Medicare ឬចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងសុខភាព Medicare ឬឱសថមានវេជ្ជបញ្ជានៅក្នុងទីតាំងថ្មីរបស់អ្នក។ យើងអាចប្រាប់អ្នកថាតើយើងមានគម្រោងក្នុងតំបន់ថ្មីរបស់អ្នកឬអត់។
  - ប្រាប់ទៅ Medicare និង Medi-Cal ពីអាសយដ្ឋានថ្មីរបស់អ្នក នៅពេលអ្នកធ្វើការផ្លាស់ទីលំនៅ។ សូមមើល **ជំពូកទី 2** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*របស់អ្នកសម្រាប់លេខទូរសព្ទសម្រាប់ Medicare និង Medi-Cal។
  - **ប្រសិនបើអ្នកផ្លាស់ទីលំនៅ និងទៅស្នាក់នៅក្នុងតំបន់សេវាកម្មរបស់យើង យើងនៅតែត្រូវដឹងដំណឹងពីអ្នក។** យើងខ្ញុំត្រូវការរក្សាកំណត់ត្រាព័ត៌មានសមាជិកភាពលោកអ្នកដែលមានបច្ចុប្បន្នភាព និងដឹងពីវិធីទាក់ទងលោកអ្នក។
- **សូមប្រាប់យើងប្រសិនបើអ្នកមានលេខទូរសព្ទថ្មី** ឬវិធីដែលប្រសើរជាងនេះដើម្បីទាក់ទងអ្នកនោះ។
- **សូមទូរសព្ទទៅអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នក ឬផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិកសម្រាប់ជំនួយ ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ ឬកង្វល់។**

ជំពូកទី 9៖ តើត្រូវធ្វើអ្វីបើអ្នកមានបញ្ហា ឬបណ្តឹងតវ៉ា (ការសម្រេចលើការរ៉ាប់រង បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ បណ្តឹងតវ៉ា)

ការណែនាំ

ជំពូកនេះផ្តល់ព័ត៌មានអំពីសិទ្ធិរបស់អ្នក។ សូមអានជំពូកនេះ ដើម្បីបានដឹងពីអ្វីដែលត្រូវធ្វើ៖

- អ្នកមានបញ្ហាជាមួយ ឬបណ្តឹងតវ៉ាអំពីគម្រោងរបស់អ្នក។
- អ្នកត្រូវការសេវាកម្ម ទំនិញ ឬថ្នាំដែលគម្រោងរបស់អ្នកបាននិយាយថានឹងមិនបង់ថ្លៃឱ្យនោះទេ។
- អ្នកមិនយល់ស្របនឹងការសម្រេចចិត្តដែលគម្រោងរបស់អ្នកបានធ្វើអំពីការថែទាំរបស់អ្នកនោះទេ។
- អ្នកគិតថាសេវាដែលមានការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកត្រូវបញ្ចប់ឆាប់ពេក។
- អ្នកមានបញ្ហា ឬបណ្តឹងចំពោះសេវា និងការថែទាំយូរអង្វែងរបស់អ្នក ដែលរួមទាំងសេវា កម្មវិធី Multipurpose Senior Services Program (MSSP) សេវា Community-Based Adult Services (CBAS) និងសេវាកន្លែងថែទាំ Nursing Facility (NF)។

ជំពូកនេះស្ថិតនៅក្នុងផ្នែកផ្សេងៗដើម្បីជួយអ្នកងាយស្រួលស្វែងរកអ្វីដែលអ្នកកំពុងស្វែងរក។ **បើអ្នកមានបញ្ហា ឬក្តីបារម្ភ សូមអានតែផ្នែកនៃជំពូកដែលពាក់ព័ន្ធនឹងស្ថានភាពរបស់អ្នកប៉ុណ្ណោះ។**

អ្នកគួរទទួលបានការថែទាំសុខភាព ថ្នាំព្យាបាលជំងឺ សេវា និងការថែទាំយូរអង្វែង ដែលគ្រូពេទ្យ និងអ្នកផ្តល់សេវាដទៃបានកំណត់ថាវាមានភាពចាំបាច់សម្រាប់ការថែទាំអ្នកដែលជាផ្នែកនៃគម្រោងថែទាំសុខភាពអ្នក។ **ប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហាជាមួយនឹងការថែទាំរបស់អ្នក អ្នកអាចទូរសព្ទទៅកាន់កម្មវិធី Medicare Medi-Cal Ombuds Program តាមលេខ 1-855-501-3077 ដើម្បីសុំជំនួយ។**ជំពូកនេះពន្យល់ពីជម្រើសផ្សេងៗដែលអ្នកមានចំពោះបញ្ហា និងបណ្តឹងផ្សេងៗ ប៉ុន្តែអ្នកតែងតែអាចហៅទូរសព្ទទៅកម្មវិធី Ombuds ដើម្បីសុំជំនួយលើការណែនាំអ្នកអំពីបញ្ហារបស់អ្នក។ សម្រាប់ធនធានបន្ថែមដើម្បីដោះស្រាយកង្វល់របស់អ្នក និងវិធីទាក់ទងពួកគេ សូមមើល **ជំពូកទី 2** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិករបស់អ្នក។*

តារាងមាតិកា

A. អ្វីដែលត្រូវធ្វើប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហា ឬកង្វល់ ... 149
A1. អំពីវាក្យសព្ទផ្នែកច្បាប់ ... 149
B. កន្លែងដែលទទួលបានជំនួយ ... 149
B1. សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម និងជំនួយ ... 149
C. ការយល់ដឹងអំពីបណ្តឹងតវ៉ា និងបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់ Medicare និង Medi-Cal នៅក្នុងគម្រោងរបស់យើង ... 150
D. បញ្ហាជាមួយអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នក ... 151
E. សេចក្តីសម្រេចលើការរ៉ាប់រង និងបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ ... 151
E1. ការសម្រេចចិត្តការធានារ៉ាប់រង ... 151
E2. ការប្តឹងឧទ្ធរណ៍ ... 151
E3. ការទទួលបានជំនួយចំពោះសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង និងបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ ... 152
E4. តើផ្នែកណានៃជំពូកនេះនឹងអាចជួយអ្នកបាន ... 153
F. ការថែទាំផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ ... 153
F1. ដោយការប្រើផ្នែកនេះ ... 153
F2. ស្នើសុំការសម្រេចចំពោះការរ៉ាប់រង ... 154
F3. ការដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិតទី 1 ... 155
F4. ការដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិតទី 2 ... 157
F5. បញ្ហាការបង់ប្រាក់ ... 161
G. ឱសថមានវេជ្ជបញ្ជានៃ Medicare ផ្នែក D ... 162
G1. ការសម្រេចចិត្តលើការធានារ៉ាប់រង និងបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់ Medicare ផ្នែក D ... 163
G2. ការលើកលែងចំពោះ Medicare Part D ... 163
G3. រឿងសំខាន់ដែលត្រូវដឹងអំពីការស្នើសុំការលើកលែង ... 165
G4. ការស្នើសុំការសម្រេចចិត្តលើការធានារ៉ាប់រង រួមទាំងករណីលើកលែងមួយ។ ... 165
G5. ការដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិតទី 1 ... 167
G6. ការដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិតទី 2 ... 168
H. សុំឱ្យយើងរ៉ាប់រងការស្នាក់នៅមន្ទីរពេទ្យយូរជាងនេះ។ ... 170
H1. ការដឹងពីសិទ្ធិ Medicare របស់អ្នក ... 170
H2. ការដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិតទី 1 ... 171
H3. ការដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិតទី 2 ... 172
I. ការស្នើសុំឱ្យយើងខ្ញុំបន្តធានារ៉ាប់រងលើសេវាវេជ្ជសាស្ត្រជាក់លាក់មួយចំនួន ... 173
I1. សេចក្តីជូនដំណឹងជាមុន មុនពេលការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកត្រូវបានបញ្ចប់ ... 173
I2. ការដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិតទី 1 ... 173
I3. ការដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិតទី 2 ... 174
J. ការដាក់ប្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នកហួសពីកម្រិត 2 ... 175
J1. ជំហានបន្ទាប់ដែលត្រូវធ្វើសម្រាប់បញ្ហាសេវាកម្ម ឬសម្ភារៈពី Medicare ... 175
J2. បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់ Medi-Cal បន្ថែម ... 176
J3. បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិតទី 3 ទី 4 និងទី 5 សម្រាប់ការស្នើសុំឱសថក្នុងផ្នែក D ... 176

K. របៀបដាក់បណ្តឹងតវ៉ា 177
K1. តើបញ្ហាប្រភេទណាខ្លះដែលគួរដាក់ពាក្យបណ្តឹង 177
K2. ការតវ៉ាផ្ទៃក្នុង 179
K3. ការតវ៉ាខាងក្រៅ 179

A. អ្វីដែលត្រូវធ្វើប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហា ឬកង្វល់

ជំពូកនេះនឹងពន្យល់ពីរបៀបដោះស្រាយបញ្ហា និងកង្វល់ផ្សេងៗ។ ដំណើរការដែលអ្នកប្រើអាស្រ័យលើប្រភេទនៃបញ្ហាដែលអ្នកមាន។ ប្រើដំណើរការមួយសម្រាប់ **សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង និងបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍**និងមួយទៀតសម្រាប់ **ការដាក់ពាក្យបណ្តឹងតវ៉ា** ដែលអាចហៅថាបណ្តឹងសាទុក្ខក៏បាន។

ដើម្បីធានាបាននូវភាពយុត្តិធម៌ និងឆាប់រហ័ស ដំណើរការនីមួយៗមានសំណុំនៃច្បាប់ នីតិវិធី និងកាលកំណត់ដែលយើង និងអ្នកត្រូវតែអនុវត្តតាម។

A1. អំពីវាក្យសព្ទផ្នែកច្បាប់

មានវាក្យសព្ទផ្នែកច្បាប់នៅក្នុងជំពូកនេះសម្រាប់ច្បាប់ និងកាលបរិច្ឆេទកំណត់មួយចំនួន។ ភាគច្រើននៃវាក្យសព្ទទាំងនេះអាចនឹងពិបាកយល់ ដូច្នេះយើងបានប្រើពាក្យសាមញ្ញៗពេលណាដែលទាក់ទងនិងវាក្យសព្ទច្បាប់តាមដែលយើងអាចធ្វើទៅបាន។ យើងប្រើពាក្យបំព្រួញឱ្យបានតិចបំផុត។

ឧទាហរណ៍ យើងនឹងនិយាយថា៖

- “ការដាក់បណ្តឹងតវ៉ា” ជំនួសឱ្យ “ការដាក់បណ្តឹងសាទុក្ខ”
- “សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង” ជំនួសឱ្យ “ការកំណត់របស់អង្គការ” “ការកំណត់អត្ថប្រយោជន៍” “ការកំណត់ហានិភ័យ” ឬ “ការកំណត់លើការធានារ៉ាប់រង”
- "សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងរហ័ស" ជំនួសឱ្យ "ការកំណត់ពន្លឿន"
- “អង្គការត្រួតពិនិត្យឯករាជ្យ” (IRO) ជំនួសឱ្យ “អង្គភាពត្រួតពិនិត្យឯករាជ្យ” (IRE)

ការដឹងវាក្យសព្ទផ្នែកច្បាប់បានត្រឹមត្រូវ អាចជួយលោកអ្នកទំនាក់ទំនងបានច្បាស់ល្អ ដូច្នេះយើងខ្ញុំប្រើពាក្យទាំងនោះដែរ។

B. កន្លែងដែលទទួលបានជំនួយ

B1. សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម និងជំនួយ

ជួនកាលវាអាចបង្កឱ្យមានភាពច្រឡំពេលដែលចាប់ផ្តើម ឬធ្វើតាមដំណើរការសម្រាប់ដោះស្រាយជាមួយនឹងបញ្ហា។ នេះអាចជាការពិតជាពិសេស ប្រសិនបើអ្នកមានអារម្មណ៍មិនល្អ ឬមានថាមពលមានកម្រិត។ ពេលខ្លះទៀត អ្នកប្រហែលជាមិនមានព័ត៌មានដែលអ្នកត្រូវការដើម្បីឈានទៅមុខមួយជំហានទៀត។

ជំនួយពីកម្មវិធីប្រឹក្សាយោបល់ និងតស៊ូមតិផ្នែកធានារ៉ាប់រងសុខភាព

អ្នកអាចទូរសព្ទមកកម្មវិធីប្រឹក្សាយោបល់ និងតស៊ូមតិផ្នែកធានារ៉ាប់រងសុខភាព (HICAP)។ ក្រុមអ្នកប្រឹក្សាយោបល់របស់ HICAP អាចឆ្លើយសំណួរ និងជួយឱ្យអ្នកយល់ដឹងនូវអ្វីដែលត្រូវធ្វើ ដើម្បីដោះស្រាយបញ្ហារបស់អ្នកបាន។ HICAP មិនមានទំនាក់ទំនងអ្វីជាមួយយើងខ្ញុំ ឬជាមួយនឹងក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងសុខភាព ឬគម្រោងថែទាំសុខភាពណាមួយឡើយ។ HICAP មានអ្នកប្រឹក្សាយោបល់ដែលទទួលបានការបណ្តុះបណ្តាលប្រចាំគ្រប់ខោនធីទាំងអស់ ហើយសេវាគឺត្រូវបានផ្តល់ជូនដោយឥតគិតថ្លៃ។ លេខទូរសព្ទ HICAP គឺ 1-800-434-0222។

ជំនួយពីកម្មវិធី Medicare Medi-Cal Ombuds

អ្នកអាចទូរសព្ទទៅកម្មវិធី Medicare Medi-Cal Ombuds ហើយនិយាយជាមួយអ្នកតស៊ូមតិអំពីសំណួរអំពីការធានារ៉ាប់រងសុខភាពរបស់អ្នក។ ពួកគេនឹងផ្តល់ជំនួយផ្នែកច្បាប់ដោយឥតគិតថ្លៃ។ កម្មវិធី Ombuds Program មិនត្រូវបានភ្ជាប់ទំនាក់ទំនង ជាមួយយើងខ្ញុំ ឬក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រង ឬគម្រោងសុខភាពណាមួយឡើយ។ លេខទូរសព្ទរបស់ពួកគេគឺ 1-855-501-3077 ហើយគេហទំព័ររបស់ពួកគេគឺ www.healthconsumer.org។

ជំនួយ និងព័ត៌មានពី Medicare

សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម និងជំនួយ អ្នកអាចទាក់ទងទៅ Medicare។ នេះជាវិធីពីរយ៉ាងដើម្បីទទួលបានជំនួយ
ពី Medicare៖

- សូមទូរសព្ទទៅ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 24 ម៉ោងក្នុងមួយ ថ្ងៃ 7 ថ្ងៃ ក្នុងមួយសប្តាហ៍។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY អាចទូរសព្ទទៅលេខ 1-877-486-2048។
- ចូលមើលគេហទំព័រ Medicare (www.medicare.gov)។

ជំនួយ និងព័ត៌មានពី Medi-Cal

ហៅទូរសព្ទ៖ (916) 449-5000 ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 5:00 ល្ងាច ម៉ោងក្នុងស្រុក។

ជំនួយពីក្រសួងសេវាថែទាំសុខភាព

ក្រសួងសេវាថែទាំសុខភាពនៃរដ្ឋ California (DHCS) និង Medi-Cal Managed Care Ombudsman អាចជួយបានដែរ។ កម្មវិធីនោះអាចជួយអ្នកបាន ប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហាក្នុងការចូលរួម ការផ្លាស់ប្តូរ ឬការចាកចេញពី គម្រោងសុខភាព។ អ្នកក៏អាចជួយផងដែរ ប្រសិនបើអ្នកផ្លាស់ទី ហើយគឺកំពុងមានបញ្ហាទទួលការផ្ទេរ Medi-Cal របស់អ្នកទៅខោនធីថ្មីរបស់អ្នក។ អ្នកអាចទូរសព្ទទៅ Ombudsman ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ចន្លោះម៉ោង 8:00 ព្រឹក និងម៉ោង 5:00 ល្ងាច តាមរយៈលេខ 1-888-452-8609។

ជំនួយពីក្រសួងទទួលបន្ទុកលើការគ្រប់គ្រងការថែទាំសុខភាពរដ្ឋ California

ទាក់ទងក្រសួងទទួលបន្ទុកការគ្រប់គ្រងការថែទាំសុខភាពរដ្ឋ California (DMHC) ដើម្បីទទួលបានជំនួយដោយឥតគិតថ្លៃ។ DMHC ជាអ្នកទទួលខុសត្រូវចំពោះការធ្វើនិយតកម្មគម្រោងសុខភាព។ ក្រសួង DMHC នឹងជួយអតិថិជនក្នុងការរៀបចំបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍អំពីសេវា Medi-Cal ឬបញ្ហាវិក្កយបត្រផ្សេងៗ។ លេខទូរសព្ទគឺ **1-888-466-2219**។ អ្នកដែលថ្លង់ មានផលវិបាកក្នុងការស្តាប់ ឬពិការភាពក្នុងការនិយាយ អាចទូរសព្ទដោយឥតគិតថ្លៃតាមរយៈលេខ **1-877-688-9891**។ អ្នកក៏អាចចូលទៅកាន់គេហទំព័ររបស់ DMHC តាមរយៈ **www.dmhc.ca.gov** ផងដែរ។ នាយកដ្ឋាន California Department of Managed Health Care ទទួលខុសត្រូវចំពោះការធ្វើនិយ័តកម្ម គម្រោង ធានារ៉ាប់រងសេវាកម្មថែទាំសុខភាព។ ប្រសិនបើអ្នកមានបណ្តឹងសាទុក្ខប្រឆាំងនឹងគម្រោងសុខភាពរបស់អ្នក ដំបូងអ្នកអាចទូរសព្ទទៅគម្រោងសុខភាពរបស់អ្នកតាមរយៈលេខ (**855) 665-4627 TTY: 711** ហើយប្រើដំណើរការបណ្តឹងសាទុក្ខរបស់គម្រោងសុខភាពរបស់អ្នក មុនពេលទាក់ទងទៅខាងក្រសួង។ ការប្រើនីតិវិធីបណ្តឹងសាទុក្ខនេះ មិនបានហាមឃាត់សិទ្ធិស្របច្បាប់ ឬដំណោះស្រាយដែលអាចមានសម្រាប់អ្នកនោះឡើយ។ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយជាមួយបណ្តឹងសាទុក្ខដែលពាក់ព័ន្ធនឹងករណីក្នុងអាសន្ន បណ្តឹងសាទុក្ខដែលមិនត្រូវបានដោះស្រាយយ៉ាងគាប់ចិត្តដោយគម្រោងសុខភាពរបស់អ្នក ឬបណ្តឹងសាទុក្ខដែលនៅតែមិនទាន់ដោះស្រាយអស់រយៈពេលជាង 30 ថ្ងៃ អ្នកអាចទូរសព្ទទៅក្រសួងសម្រាប់ជំនួយបាន។ អ្នកក៏អាចមានសិទ្ធិទទួលបាន "ការត្រួតពិនិត្យផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រឯករាជ្យ (IMR)" ផងដែរ។ ប្រសិនបើអ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានការត្រួតពិនិត្យពិច័យដោយពេទ្យឯករាជ្យ (Independent Medical Review, IMR) ដំណើរការ IMR នឹងផ្តល់ការត្រួតពិនិត្យដោយមិនលម្អៀងទៅលើសេចក្តីសម្រេចផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ ដែលបានធ្វើឡើងដោយគម្រោងសុខភាព ទាក់ទងនឹងភាពចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រនៃសេវាកម្ម ឬការព្យាបាលដែលបានដាក់ស្នើឡើង សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងសម្រាប់ការព្យាបាលដែលមានលក្ខណៈពិសោធ ឬស្ទើបអង្កេត និងវិវាទនៃការទូទាត់ប្រាក់សម្រាប់សេវាកម្មវេជ្ជសាស្ត្របន្ទាន់ ឬក្នុងភាពអាសន្ន។ ក្រសួងក៏មានលេខទូរសព្ទឥតគិតថ្លៃមួយខ្សែផងដែរ (1-888-466-2219) និងបណ្តាញទូរសព្ទ TDD (1-877-688-9891) សម្រាប់អ្នកដែលមានបញ្ហាខ្សោយក្នុងការស្តាប់ និងការនិយាយ។ គេហទំព័ររបស់ក្រសួងដែលជា www.dmhc.ca.gov មានទម្រង់បែបបទបណ្តឹងតវ៉ា ទម្រង់បែបបទពាក្យសុំរបស់ IMR និងការណែនាំតាមអនឡាញ។

C. ការយល់ដឹងអំពីបណ្តឹងតវ៉ា និងបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់ Medicare និង Medi-Cal នៅក្នុងគម្រោងរបស់យើង

អ្នកមាន Medicare និង Medi-Cal។ ព័ត៌មាននៅក្នុងជំពូកនេះអនុវត្តចំពោះអត្ថប្រយោជន៍នៃការថែទាំសុខភាពក្រោមការគ្រប់គ្រងដោយ Medicare និង Medi-Cal របស់អ្នកទាំងអស់។ ពេលខ្លះត្រូវបានគេហៅថាជា "ដំណើរការរួមគ្នា" ព្រោះវាបញ្ចូលគ្នា ឬរួមគ្នាក្នុងដំណើរការរបស់ Medicare និង Medi-Cal។

ពេលខ្លះដំណើរការរបស់ Medicare និង Medi-Cal មិនត្រូវអាចបញ្ចូលគ្នាបានទេ។ ក្នុងស្ថានភាពទាំងនោះ អ្នកប្រើប្រាស់ដំណើរការមួយសម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍របស់ Medicare និងដំណើរការមួយផ្សេងទៀតសម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍របស់ Medi-Cal។ **ផ្នែក F4** នឹងពន្យល់អំពីស្ថានភាពទាំងនេះ។

D. បញ្ហាជាមួយអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នក

ប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហា ឬកង្វល់ សូមអានផ្នែកនៃជំពូកនេះ ដែលអនុវត្តចំពោះស្ថានភាពរបស់អ្នក។ តារាងខាងក្រោមជួយអ្នកស្វែងរកផ្នែកត្រឹមត្រូវនៃជំពូកនេះសម្រាប់បញ្ហា ឬការតវ៉ា។

តើវាជាបញ្ហា ឬកង្វល់អំពីអត្ថប្រយោជន៍ ឬការធានារ៉ាប់រងមែនទេ?	
នេះរួមបញ្ចូលទាំងបញ្ហាថា តើការថែទាំផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រជាក់លាក់ (ទំនិញវេជ្ជសាស្ត្រ សេវាកម្ម និង/ឬ ឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាផ្នែក B) ត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដែរឬអត់ វិធីដែលឱសថទាំងនេះត្រូវបានធានារ៉ាប់រង និងបញ្ហាទាក់ទងនឹងការទូទាត់ប្រាក់សម្រាប់ការថែទាំផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ។	
បាទ/ចាស។ បញ្ហារបស់ខ្ញុំគឺអំពីអត្ថប្រយោជន៍ អត្ថប្រយោជន៍ ឬការរ៉ាប់រង។ សូមមើល **ផ្នែក E**"សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង និងបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍"។	**ទេ។** បញ្ហារបស់ខ្ញុំមិនមែនអំពីអត្ថប្រយោជន៍ អត្ថប្រយោជន៍ ឬការរ៉ាប់រង។ សូមមើល **ផ្នែក K** "របៀបដាក់បណ្តឹងតវ៉ា"។

E. សេចក្តីសម្រេចលើការរ៉ាប់រង និងបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍

ដំណើរការសម្រាប់ការស្នើសុំសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង និងដាក់ពាក្យបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ ដើម្បីដោះស្រាយបញ្ហាដែលទាក់ទងនឹងអត្ថប្រយោជន៍ និងការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកចំពោះការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក (សេវាកម្ម ទំនិញ និងឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាផ្នែក B រួមទាំងការទូទាត់ប្រាក់)។ ដើម្បីរក្សាភាពសាមញ្ញ ជាទូទៅ យើងសំដៅទៅលើទំនិញវេជ្ជសាស្ត្រ សេវាកម្ម និងឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាផ្នែក B ជា**ការថែទាំផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ។**

E1. ការសម្រេចចិត្តការធានារ៉ាប់រង

សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងជាសេចក្តីសម្រេចដែលយើងធ្វើឡើងស្តីពីអត្ថប្រយោជន៍ និងការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នក ឬអំពីចំនួនទឹកប្រាក់ដែលយើងនឹងបង់ទៅលើសេវាកម្ម ឬឱសថរបស់អ្នកនោះ។ ឧទាហរណ៍ វេជ្ជបណ្ឌិតក្នុងបណ្តាញនៃគម្រោងរបស់អ្នកធ្វើសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង (អំណោយផល) សម្រាប់អ្នករាល់ពេលដែលអ្នកទទួលបានការថែទាំសុខភាពពីពួកគេ (សូមមើល**ជំពូកទី 4 ផ្នែក G** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក) របស់អ្នក។*

អ្នក ឬវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកក៏អាចទាក់ទងមកយើង និងស្នើសុំសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងផងដែរ។ អ្នកឬវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកមានភាពមិនប្រាកដប្រជាទេថា តើយើងធានារ៉ាប់រងលើសេវាវេជ្ជសាស្ត្រជាក់លាក់ឬអត់ ឬថាតើយើងអាចបដិសេធមិនផ្តល់ការថែទាំសុខភាពដែលអ្នកគិតថាអ្នកត្រូវការឬទេ។ **ប្រសិនបើអ្នកចង់ដឹងថាតើយើងនឹងរ៉ាប់រងលើសេវាវេជ្ជសាស្ត្រមុនពេលអ្នកទទួលបានវាឬអត់នោះ អ្នកអាចស្នើសុំឱ្យពួកយើងធ្វើសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងសម្រាប់អ្នក។**

យើងធ្វើសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងនៅពេលណាដែលយើងសម្រេចចិត្តថាអ្វីដែលត្រូវរ៉ាប់រងសម្រាប់អ្នក និងចំនួនដែលយើងត្រូវបង់។ ក្នុងករណីខ្លះ យើងអាចសម្រេចចិត្តថាសេវាកម្ម ឬឱសថមិនត្រូវបានរ៉ាប់រង ឬលែងត្រូវបានរ៉ាប់រងសម្រាប់អ្នកដោយ Medicare ឬ Medi-Cal ទៀតហើយ។ ប្រសិនបើអ្នកមិនយល់ស្របនឹងសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងនេះទេ អ្នកអាចដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍បាន។

E2. ការប្តឹងឧទ្ធរណ៍

ប្រសិនបើយើងធ្វើសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង ហើយអ្នកមិនពេញចិត្តនឹងការសម្រេចចិត្តនេះ អ្នកអាច "ប្តឹងឧទ្ធរណ៍" លើការសម្រេចចិត្តនេះ។ បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍គឺជាវិធីផ្លូវការមួយក្នុងការស្នើសុំឱ្យយើងពិនិត្យមើលឡើងវិញ និងផ្លាស់ប្តូរសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងដែលយើងបានធ្វើនេះ។

នៅពេលអ្នកប្តឹងឧទ្ធរណ៍ការសម្រេចចិត្តជាលើកដំបូង នេះត្រូវបានគេហៅថាបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 1។ នៅក្នុងបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍នេះ យើងនឹងពិនិត្យមើលឡើងវិញលើសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងដែលយើងបានធ្វើដើម្បីពិនិត្យមើលថាតើយើងបានអនុវត្តតាមច្បាប់ទាំងអស់បានត្រឹមត្រូវដែរឬទេ។ អ្នកត្រួតពិនិត្យខុសពីអ្នកដែលបានធ្វើការសម្រេចចិត្តដែលមិនអនុគ្រោះនៃច្បាប់ដើមក្នុងការដោះស្រាយបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក។

ក្នុងករណីភាគច្រើន លោកអ្នកត្រូវចាប់ផ្តើមឧទ្ធរណ៍របស់លោកអ្នកនៅកម្រិត 1។ ប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហាសុខភាពបន្ទាន់ ឬពាក់ព័ន្ធនឹងការគំរាមកំហែងភ្លាមៗ និងធ្ងន់ធ្ងរដល់សុខភាពរបស់អ្នក ឬប្រសិនបើអ្នកមានការឈឺចាប់ធ្ងន់ធ្ងរ ហើយត្រូវការការសម្រេចភ្លាមៗ អ្នកអាចស្នើសុំការពិនិត្យសុខភាព IMR ពីក្រសួងការថែទាំសុខភាពដែលមានការគ្រប់គ្រងតាមរយៈ www.dmhc.ca.gov។ សូមមើល**ជំពូកទី F4** សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។

នៅពេលយើងបញ្ចប់ការពិនិត្យឡើងវិញ យើងនឹងផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវការសម្រេចចិត្តរបស់យើង។ នៅក្រោមកាលៈទេសៈជាក់លាក់ណាមួយដែលបានពន្យល់នៅពេលក្រោយក្នុងជំពូកនេះ អ្នកអាចស្នើសុំឱ្យមានការពន្លឿន ឬ "សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងរហ័ស" ឬ "ការប្តឹងឧទ្ធរណ៍រហ័ស"នៃសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង។

ប្រសិនបើយើងនិយាយ មិនយល់ព្រម ចំពោះផ្នែកមួយ ឬទាំងអស់នូវអ្វីដែលអ្នកបានស្នើសុំ យើងនឹងធ្វើលិខិតទៅអ្នក។ ប្រសិនបើបញ្ហារបស់អ្នកអំពីការធានារ៉ាប់រងលើការថែទាំផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្ររបស់ Medicare លិខិតនោះនឹងជូនដំណឹងដល់អ្នកថា យើងបានបញ្ជូនករណីរបស់អ្នកទៅកាន់អង្គការត្រួតពិនិត្យឯករាជ្យ (IRO) សម្រាប់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2។ ប្រសិនបើបញ្ហារបស់អ្នកគឺអំពីការធានារ៉ាប់រងនៃសេវាកម្ម ឬទំនិញរបស់ Medicare ផ្នែក D ឬ Medicaid លិខិតនោះនឹងប្រាប់អ្នកពីរបៀបដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 ដោយខ្លួនឯង។ សូមមើលផ្នែក F4 សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2។ ប្រសិនបើបញ្ហារបស់អ្នកគឺអំពីការធានារ៉ាប់រងលើសេវាកម្ម ឬទំនិញដែលបានធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare និង Medicaid ផង នោះលិខិតនឹងផ្តល់ព័ត៌មានទាក់ទងនឹងប្រភេទទាំងពីរនៃបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 ដល់អ្នក។

ប្រសិនបើអ្នកមិនពេញចិត្តនឹងសេចក្តីសម្រេចនៃបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 អ្នកប្រហែលជាអាចដាក់ទៅកម្រិតបន្ទាប់ទៀតនៃបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍។

E3. ការទទួលបានជំនួយចំពោះសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង និងបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍

អ្នកអាចសុំជំនួយពីផ្នែកណាមួយនៅខាងក្រោមនេះ៖

- **សេវាបម្រើសមាជិក**តាមលេខនៅផ្នែកខាងក្រោមនៃទំព័រ។
- **កម្មវិធី Medicare Medi-Cal Ombuds តាមរយៈលេខ 1-855-501-3077។**
- **កម្មវិធីប្រឹក្សាយោបល់ និងតស៊ូមតិផ្នែកធានារ៉ាប់រងសុខភាព (HICAP)** តាមរយៈលេខ 1-800-434-0222។
- **មជ្ឈមណ្ឌលជំនួយរបស់ក្រសួងទទួលបន្ទុកការគ្រប់គ្រងការថែទាំសុខភាព** (DMHC) ទទួលបានជំនួយដោយឥតគិតថ្លៃ។ DMHC ជាអ្នកទទួលខុសត្រូវចំពោះការធ្វើនិយតកម្មគម្រោងសុខភាព។ ក្រសួង DMHC នឹងជួយអតិថិជនក្នុងការរៀបចំបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍អំពីសេវា Medi-Cal ឬបញ្ហាវិក្កយបត្រផ្សេងៗ។ ទូរសព្ទលេខ 1-888-466-2219។ អ្នកដែលថ្លង់ មានផលវិបាកក្នុងការស្តាប់ ឬអ្នកដែលមានបញ្ហាក្នុងការនិយាយ អាចទូរសព្ទទៅលេខ TDD ដោយឥតគិតថ្លៃតាមរយៈលេខ 1-877-688-9891។ អ្នកក៏អាចចូលទៅកាន់គេហទំព័ររបស់ DMHC តាមរយៈ www.dmhc.ca.gov ផងដែរ។
- **វេជ្ជបណ្ឌិត ឬអ្នកផ្តល់សេវាផ្សេងទៀតរបស់អ្នក**។ គ្រូពេទ្យ ឬអ្នកផ្តល់សេវាកម្មដទៃ អាចសួរអំពីការសម្រេចចំពោះការគ្របដណ្តប់ ឬប្តឹងឧទ្ធរណ៍ជំនួសលោកអ្នកបាន។
- **មិត្តភក្តិ ឬសមាជិកគ្រួសារ**។ អ្នកអាចដាក់ឈ្មោះអ្នកដទៃដើម្បីចាត់វិធានការជំនួសអ្នកជា "អ្នកតំណាង" របស់អ្នក ហើយស្នើសុំសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង ឬធ្វើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍។
- **មេធាវី**។ អ្នកមានសិទ្ធិស្នើសុំមេធាវី ប៉ុន្តែ **អ្នកមិនចាំបាច់មានមេធាវីទេ** ដើម្បីស្នើសុំសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង ឬធ្វើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍នោះឡើយ។
  - អ្នកអាចទាក់ទងមេធាវីផ្ទាល់ខ្លួន ឬសុំឈ្មោះមេធាវីមួយរូបពីគណៈមេធាវីក្នុងតំបន់ ឬសេវាមេធាវីផ្សេងទៀត។ ក្រុមមេធាវីខ្លះអាចផ្តល់សេវាផ្លូវច្បាប់ដល់អ្នកដោយឥតគិតថ្លៃ បើអ្នកមានលក្ខណៈសម្បត្តិអាចទទួលបានសេវានោះ។
  - ស្នើសុំមេធាវីជំនួយផ្នែកផ្លូវច្បាប់ពីកម្មវិធី Medicare Medi-Cal Ombuds តាមរយៈលេខ 1-855-501-3077។
- បំពេញទម្រង់បែបបទតែងតាំងអ្នកតំណាង ប្រសិនបើអ្នកចង់ឱ្យមេធាវី ឬអ្នកផ្សេងធ្វើជាអ្នកតំណាងរបស់អ្នក។ ទម្រង់បែបបទនេះនឹងផ្តល់ការអនុញ្ញាតឱ្យនរណាម្នាក់ចាត់វិធានការជំនួសអ្នក។

ហៅទូរសព្ទទៅកាន់ផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិកតាមលេខនៅខាងក្រោមទំព័រ ហើយរកមើលទម្រង់ "ការតែងតាំងអ្នកតំណាង"។ អ្នកក៏អាចទទួលបានទម្រង់បែបបទដោយចូលទៅកាន់គេហទំព័ររ
www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696។.pdf ឬនៅលើគេហទំព័ររបស់យើង www.MolinaHealthcare.com/Medicare។ **អ្នកត្រូវប្រគល់ឱ្យយើងខ្ញុំនូវច្បាប់ចម្លងដែលបានចុះហត្ថលេខារួចរាល់។**

E4. តើផ្នែកណានៃជំពូកនេះនឹងអាចជួយអ្នកបាន

មានស្ថានភាពបួនខុសគ្នាដែលពាក់ព័ន្ធនឹងសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង និងការដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍។ ស្ថានភាពនីមួយៗ មានវិធានការ និងថ្ងៃដល់កំណត់ខុសៗគ្នា។ យើងផ្តល់ព័ត៌មានលម្អិតសម្រាប់ផ្នែកនីមួយៗនៅក្នុងផ្នែកដាច់ដោយឡែកនៃជំពូកនេះ។ មើលទៅ **ផ្នែកដែលយកមកអនុវត្ត៖**

- **ផ្នែក F**"ការថែទាំផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ"
- **ផ្នែក G**"ឱសថមានវេជ្ជបញ្ជារបស់ Medicare ផ្នែក D"
- **ផ្នែក H**"ការស្នើសុំឱ្យយើងធានារ៉ាប់រងលើការស្នាក់នៅមន្ទីរពេទ្យរយៈពេលវែងជាងនេះ"
- **ផ្នែកទី I** "ការស្នើសុំឱ្យយើងបន្តការធានារ៉ាប់រងលើសេវាវេជ្ជសាស្ត្រជាក់លាក់មួយចំនួន" (ផ្នែកនេះអនុវត្តចំពោះតែសេវាទាំងនេះប៉ុណ្ណោះ៖ សេវាការថែទាំសុខភាពតាមផ្ទះ មណ្ឌលថែទាំសុខភាពជំនាញ និងមន្ទីរស្តារនីតិសម្បទាសម្រាប់អ្នកជំងឺមិនសម្រាកព្យាបាលដ៏ទូលំទូលាយ (CORF))។

ប្រសិនបើអ្នកមិនប្រាកដថាត្រូវប្រើផ្នែកណាមួយទេ សូមទូរសព្ទទៅផ្នែកបម្រើសេវាសមាជិកតាមលេខនៅខាងក្រោមទំព័រ។

F. ការថែទាំផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ

ផ្នែកនេះពន្យល់ពីអ្វីដែលអ្នកនឹងត្រូវធ្វើ ប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហាក្នុងការទទួលបានការធានារ៉ាប់រងសម្រាប់ការថែទាំវេជ្ជសាស្ត្រ ឬប្រសិនបើអ្នកចង់ឱ្យយើងសងចំណែករបស់យើងសម្រាប់ការថែទាំរបស់អ្នកនោះ។

ផ្នែកនេះស្តីពីអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នកសម្រាប់ការថែទាំផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដែលបានពណ៌នានៅក្នុង **ជំពូកទី 4** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិករបស់អ្នក*។ នៅក្នុងករណីមួយចំនួនទៀត ច្បាប់ផ្សេងៗគ្នាអាចត្រូវបានអនុវត្តចំពោះឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជារបស់ Medicare Part B។ នៅពេលដែលពួកគេអនុវត្ត នោះយើងនឹងពន្យល់ពីរបៀបដែលច្បាប់សម្រាប់ Medicare ឱសថមានវេជ្ជបញ្ជារបស់ផ្នែក B ខុសពីច្បាប់សម្រាប់សេវាវេជ្ជសាស្ត្រ និងទំនិញផ្សេងៗយ៉ាងដូចម្តេចខ្លះ។

F1. ដោយការប្រើផ្នែកនេះ

ផ្នែកនេះនឹងពន្យល់ពីអ្វីដែលអ្នកអាចធ្វើបានក្នុងស្ថានភាពដូចខាងក្រោម៖

1. អ្នកគិតថា យើងធានារ៉ាប់រងលើការថែទាំផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដែលអ្នកត្រូវការ ប៉ុន្តែនឹងមិនទទួលបាននោះ។

   អ្វីដែលលោកអ្នកអាចធ្វើបាន៖ អ្នកអាចស្នើសុំយើងខ្ញុំឲ្យធ្វើការសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង។ សូមមើល**ផ្នែក F2** ។

2. យើងមិនបានយល់ព្រមលើការថែទាំសុខភាពដែលវេជ្ជបណ្ឌិត ឬអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពផ្សេងទៀតរបស់អ្នកចង់ផ្តល់ឱ្យអ្នកនោះទេ ហើយអ្នកគិតថា យើងគួរតែយល់ព្រម។

   អ្វីដែលអ្នកអាចធ្វើបាន៖ អ្នកអាចប្តឹងឧទ្ធរណ៍អំពីការសម្រេចចិត្តរបស់យើងខ្ញុំ។ សូមមើល**ផ្នែក F3 ។**

3. អ្នកបានទទួលការថែទាំសុខភាពដែលអ្នកគិតថាយើងរ៉ាប់រងប៉ុន្តែយើងនឹងមិនបង់ថ្លៃនោះទេ។

   អ្វីដែលអ្នកអាចធ្វើបាន៖ អ្នកអាច ប្តឹងឧទ្ធរណ៍ចំពោះការសម្រេចមិនចេញការចំណាយរបស់យើងខ្ញុំ។ សូមមើល**ផ្នែក F5។**

4. អ្នកបានទទួល និងបង់ប្រាក់សម្រាប់ការថែទាំសុខភាពដែលអ្នកគិតថាយើងធានារ៉ាប់រង ហើយអ្នកចង់ឱ្យយើងបង់ប្រាក់ឱ្យអ្នកវិញ។

   អ្វីដែលអ្នកអាចធ្វើបាន៖ អ្នកអាចសុំឱ្យយើងបង់ប្រាក់ឱ្យអ្នកវិញ។ សូមមើល**ផ្នែក F5។**

5. យើងបានកាត់បន្ថយ ឬបញ្ឈប់ការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកសម្រាប់ការថែទាំសុខភាពជាក់លាក់ ហើយអ្នកគិតថាការសម្រេចចិត្តរបស់យើងអាចបង្កគ្រោះថ្នាក់ដល់សុខភាពរបស់អ្នក។

   អ្វីដែលអ្នកអាចធ្វើបាន៖ អ្នកអាចប្តឹងឧទ្ធរណ៍ចំពោះការសម្រេចរបស់យើងខ្ញុំដែលកាត់បន្ថយ ឬបញ្ឈប់សេវាកម្មរបស់អ្នក។ សូមមើល**ផ្នែក F4។**

   - បើការធានារ៉ាប់រងនេះគឺសម្រាប់សេវាថែទាំសុខភាពនៅមន្ទីរពេទ្យ នៅផ្ទះ មណ្ឌលថែសុខភាពជំនាញ ឬសេវាកម្ម CORF នោះវិធានច្បាប់ពិសេសនឹងត្រូវអនុវត្ត។ សូមមើលទៅ **ផ្នែក H** ឬ **ផ្នែក I** ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែម។
   - សម្រាប់ស្ថានភាពផ្សេងទៀតទាំងអស់ដែលពាក់ព័ន្ធនឹងការកាត់បន្ថយ ឬបញ្ឈប់ការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកសម្រាប់ការថែទាំសុខភាពជាក់លាក់ សូមប្រើផ្នែកនេះ (**ផ្នែក F**) ជាការណែនាំរបស់អ្នក។

6. អ្នកកំពុងជួបប្រទះការពន្យាពេលក្នុងការថែទាំ ឬអ្នកមិនអាចរកវេជ្ជបណ្ឌិតបានទេ។

   អ្វីដែលលោកអ្នកអាចធ្វើបាន៖ អ្នកអាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងបាន។ សូមមើល**ផ្នែក K2 ។**

F2. ស្នើសុំការសម្រេចចំពោះការរ៉ាប់រង

> នៅពេលដែលសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង" **ពាក់ព័ន្ធនឹងការថែទាំផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នក វាត្រូវបានគេហៅថា "ការកំណត់ការរៀបចំរួមបញ្ចូលគ្នា**។"

អ្នក វេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក ឬអ្នកតំណាងរបស់អ្នកអាចស្នើមកយើងខ្ញុំសម្រាប់សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងដោយ៖

- ការហៅទូរសព្ទ៖ (855) 665-4627 TTY: 711.
- ទូរសារ៖ (844) 834-2155។
- ការសរសេរសំបុត្រ៖ Attn: Medicare Member Services 200 Oceangate Ste. 100 Long Beach, CA 90802។

សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងស្តង់ដារ

នៅពេលដែលយើងផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវសេចក្តីសម្រេចចិត្តរបស់យើង យើងប្រើកាលបរិច្ឆេទកំណត់ "ស្តង់ដា" លុះត្រាតែយើងយល់ព្រមប្រើកាលបរិច្ឆេទកំណត់ "រហ័ស"។ សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងស្តង់ដាមានន័យថាយើងផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវចម្លើយអំពី៖

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

សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងរហ័ស

> ពាក្យច្បាប់ចំពោះពាក្យ ថា "ការសម្រេចលើរ៉ាប់រងរហ័ស" គឺ"**ការកំណត់ដែលពន្លឿន**។"

នៅពេលអ្នកស្នើសុំឱ្យយើងធ្វើសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងអំពីការថែទាំផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នក ហើយសុខភាពរបស់អ្នកទាមទារឱ្យមានការឆ្លើយតបរហ័ស សូមស្នើមកយើងឱ្យធ្វើ "សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងរហ័ស"។ សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងរហ័ស មានន័យថាយើងនឹងផ្តល់ចម្លើយដល់អ្នកអំពី៖

- សេវាវេជ្ជសាស្ត្រ ឬទំនិញក្នុងរយៈពេល 72 ម៉ោងបន្ទាប់ពីយើងទទួលបានសំណើរបស់អ្នក ឬឆាប់ជាងនេះ ប្រសិនបើស្ថានភាពសុខភាពរបស់អ្នកតម្រូវឱ្យមានការឆ្លើយតបឆាប់រហ័សជាងនេះ។
- ឱសថមានវេជ្ជបញ្ជារបស់ Medicare ផ្នែក B ក្នុងរយៈពេល 24 ម៉ោងបន្ទាប់ពីយើងទទួលបានសំណើរបស់អ្នក។

ដើម្បីទទួលបានសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងឆាប់រហ័ស អ្នកត្រូវតែបំពេញតាមលក្ខខណ្ឌតម្រូវពីរ៖

- អ្នកកំពុងស្នើសុំការធានារ៉ាប់រងសម្រាប់ទំនិញ និង/ឬសេវាកម្មផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដែលអ្នក**មិនបានទទួល**។ អ្នកមិនអាចស្នើសុំការសម្រេចចិត្តលើការរ៉ាប់រងរហ័សអំពីការបង់ប្រាក់សម្រាប់ទំនិញ ឬសេវាកម្មដែលអ្នកបានទទួលរួចហើយនោះទេ។
- ការប្រើប្រាស់កាលបរិច្ឆេទកំណត់ស្តង់ដា**អាចបណ្តាលឱ្យមានគ្រោះថ្នាក់ធ្ងន់ធ្ងរដល់សុខភាពរបស់អ្នក** ឬប៉ះពាល់ដល់សមត្ថភាពរបស់អ្នកក្នុងការបំពេញមុខងារ។

យើងផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវសេក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងឆាប់រហ័សដោយស្វ័យប្រវត្តិ ប្រសិនបើវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកប្រាប់យើងខ្ញុំពីស្ថានភាពសុខភាពរបស់អ្នកតម្រូវឱ្យធ្វើដូច្នេះ។ បើអ្នកស្នើសុំសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងរហ័សដោយគ្មានលិខិតគាំទ្រពីវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកទេ យើងនឹងសម្រេចមើលសិនថាតើអ្នកនឹងទទួលបានសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងរហ័សឬអត់។

- ប្រសិនបើយើងសម្រេចថាសុខភាពរបស់អ្នកមិនបំពេញតាមតម្រូវការសម្រាប់ការសម្រេចចិត្តលើការធានារ៉ាប់រងរហ័ស យើងនឹងធ្វើលិខិតមួយច្បាប់ជូនអ្នកដែលនិយាយដូច្នេះ ហើយយើងប្រើកាលបរិច្ឆេទកំណត់ស្តង់ដាជំនួសវិញ។ លិខិតនេះនឹងប្រាប់អ្នកអំពី៖
  - យើងផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងរហ័សដោយស្វ័យប្រវត្តិ ប្រសិនបើវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកស្នើសុំ។

- ◦ របៀបដែលអ្នកអាចដាក់ "ពាក្យបណ្តឹងតវ៉ារហ័ស" អំពីការសម្រេចចិត្តរបស់យើងដើម្បីផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវការសម្រេចចិត្តលើការធានារ៉ាប់រងស្តង់ដាជំនួសឱ្យការសម្រេចចិត្តលើការធានារ៉ាប់រងរហ័ស។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីការដាក់ពាក្យបណ្តឹងតវ៉ា រួមទាំងបណ្តឹងតវ៉ារហ័ស សូមមើល**ផ្នែក K**។

ប្រសិនបើយើងនិយាយថា មិនយល់ព្រម ចំពោះផ្នែកមួយ ឬទាំងអស់នៃសំណើរបស់អ្នក យើងនឹងផ្ញើជូនអ្នកនូវលិខិតមួយដើម្បីពន្យល់អំពីមូលហេតុ។

- **ប្រសិនបើយើងនិយាយថា មិនយល់ព្រម**អ្នកមានសិទ្ធិប្តឹងឧទ្ធរណ៍បាន។ ប្រសិនបើអ្នកគិតថាយើងមានកំហុស ការដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍គឺជាវិធីផ្លូវការក្នុងការស្នើសុំឱ្យយើងខ្ញុំពិនិត្យឡើងវិញនូវការសម្រេចចិត្តរបស់យើង ហើយធ្វើការផ្លាស់ប្តូររវា។
- ប្រសិនបើអ្នកសម្រេចចិត្តដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ អ្នកនឹងបន្តទៅកម្រិត 1 នៃដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ **សូមមើលផ្នែក F3**។

ក្នុងកាលៈទេសៈដែលបានកំណត់ យើងអាចច្រានចោលសំណើរបស់អ្នកសម្រាប់សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង ដែលមានន័យថាយើងនឹងមិនពិនិត្យឡើងវិញនូវសំណើនោះទេ។ ឧទាហរណ៍ ពេលដែលសំណើនឹងត្រូវបានច្រានចោលរួមមាន៖

- ប្រសិនបើសំណើមិនពេញលេញ
- ប្រសិនបើនរណាម្នាក់ដាក់សំណើក្នុងនាមជាអ្នក ប៉ុន្តែមិនត្រូវបានអនុញ្ញាតស្របតាមច្បាប់ក្នុងការធ្វើដូច្នេះទេ ឬ
- ប្រសិនបើអ្នកស្នើសុំដកសំណើរបស់អ្នកវិញ។

ប្រសិនបើយើងច្រានចោលសំណើសម្រាប់សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង យើងនឹងផ្ញើជូនអ្នកនូវសេចក្តីជូនដំណឹងក្នុងការពន្យល់ពីមូលហេតុដែលសំណើត្រូវបានច្រានចោល និងរបៀបស្នើសុំឱ្យមានការពិនិត្យឡើងវិញនូវការច្រានចោលនេះ។ ការពិនិត្យឡើងវិញនេះត្រូវបានគេហៅថាបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍។ បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ត្រូវបានពិភាក្សានៅក្នុងផ្នែកបន្ទាប់។

F3. ការដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិតទី 1

ដើម្បីចាប់ផ្តើមបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ អ្នក វេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក ឬអ្នកតំណាងរបស់អ្នកត្រូវតែទាក់ទងមកកាន់យើងខ្ញុំ។ ទូរសព្ទមកយើងខ្ញុំតាមរយៈលេខ (855) 665-4627, TTY៖ 711.

ស្នើសុំបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ស្តង់ដា ឬបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍រហ័ស ជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ ឬដោយទូរសព្ទមកយើងខ្ញុំតាមរយៈលេខ (855) 665-4627 TTY៖ 711.

- ប្រសិនបើវេជ្ជបណ្ឌិត ឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាផ្សេងទៀតរបស់អ្នកស្នើសុំបន្តសេវាកម្ម ឬទំនិញដែលអ្នកកំពុងទទួលបានក្នុងអំឡុងពេលបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក អ្នកប្រហែលជាត្រូវចាត់តាំងពួកគេជាអ្នកតំណាងរបស់អ្នក ដើម្បីធ្វើសកម្មភាពជំនួសអ្នក។
- ប្រសិនបើនរណាម្នាក់ក្រៅពីវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកធ្វើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍សម្រាប់អ្នក សូមបញ្ជូលទម្រង់បែបបទចាត់តាំងអ្នកតំណាងដែលអនុញ្ញាតឱ្យបុគ្គលនេះតំណាងឱ្យអ្នក ។ អ្នកអាចទទួលបានទម្រង់បែបបទដោយចូលមើល www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf ឬនៅលើគេហទំព័ររបស់យើងតាម *www.MolinaHealthcare.com/Medicare*។
- យើងអាចទទួលយកសំណើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ដោយគ្មានទម្រង់បែបបទ ប៉ុន្តែយើងមិនអាចចាប់ផ្តើម ឬបំពេញការពិនិត្យឡើងវិញរបស់យើងបានទេ រហូតដល់យើងទទួលបានវា។ ប្រសិនបើយើងមិនទទួលបានទម្រង់បែបបទក្នុងរយៈពេល 44 ថ្ងៃតាមប្រតិទិនបន្ទាប់ពីការទទួលបានសំណើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក៖
  - ◦ យើងច្រានចោលសំណើរបស់អ្នក ហើយ
  - ◦ យើងផ្ញើជូនសេចក្តីជូនដំណឹងជាលាយលក្ខណ៍អក្សរដល់អ្នកដែលពន្យល់អំពីសិទ្ធិរបស់អ្នកដើម្បីស្នើសុំឱ្យ IRO ពិនិត្យឡើងវិញនូវការសម្រេចចិត្តរបស់យើងក្នុងការច្រានចោលបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក។

អ្នកត្រូវតែស្នើសុំបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ក្នុងរយៈពេល 65 ថ្ងៃតាមប្រតិទិនចាប់ពីកាលបរិច្ឆេទដែលចុះលើលិខិត ដែលយើងបានផ្ញើទៅប្រាប់អ្នកអំពីសេចក្តីសម្រេចរបស់យើង។

ប្រសិនបើអ្នកខកខានកាលបរិច្ឆេទកំណត់ ហើយមានមូលហេតុសមរម្យចំពោះការខកខាននោះ យើងខ្ញុំអាចផ្តល់ពេលវេលាបន្ថែមឱ្យអ្នកក្នុងការដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក។ ឧទាហរណ៍ មូលហេតុសមរម្យដូចជាអ្នកមានជំងឺធ្ងន់ធ្ងរ ឬយើងបានផ្តល់ព័ត៌មានខុសអំពីកាលបរិច្ឆេទកំណត់។ ពន្យល់ពីមូលហេតុដែលបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នកមានភាពយឺតយ៉ាវនៅពេលអ្នកដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក។

- អ្នកមានសិទ្ធិស្នើសុំឱ្យយើងចម្លងព័ត៌មានអំពីបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នកដោយឥតគិតថ្លៃ។ អ្នក និងវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកក៏អាចផ្តល់ឱ្យយើងខ្ញុំនូវព័ត៌មានបន្ថែម ដើម្បីគាំទ្រដល់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក។

ប្រសិនបើសុខភាពរបស់អ្នកតម្រូវដូច្នោះ អ្នកត្រូវស្នើសុំឧទ្ធរណ៍ពន្លឿន។

> វាក្យសព្ទផ្នែកច្បាប់សម្រាប់ពាក្យ "ប្តឹងឧទ្ធរណ៍លឿន" គឺ "**ការពិចារណាឡើងវិញដែលត្រូវបានពន្លឿន**។"

- ប្រសិនបើអ្នកប្តឹងឧទ្ធរណ៍ចំពោះសេចក្តីសម្រេចដែលយើងបានធ្វើឡើងអំពីការធានារ៉ាប់រងសម្រាប់ការថែទាំដែលអ្នកមិនបានទទួល អ្នក និង/ឬវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកសម្រេចថាតើអ្នកត្រូវការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍រហ័សដែរឬទេ។

យើងផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវការប្តឹងឧទ្ធរណ៍យ៉ាងឆាប់រហ័សដោយស្វ័យប្រវត្តិ ប្រសិនបើវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកប្រាប់យើងថាសុខភាពរបស់អ្នកទាមទារវា។ ប្រសិនបើអ្នកស្នើសុំដោយគ្មានជំនួយពីវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក យើងសម្រេចចិត្តថាតើអ្នកទទួលបានការប្តឹងឧទ្ធរណ៍លឿនដែរឬអត់។

- ប្រសិនបើយើងសម្រេចថាសុខភាពរបស់អ្នកមិនត្រូវតាមលក្ខខណ្ឌតម្រូវសម្រាប់ការប្តឹងឧទ្ធរណ៍លឿនទេ យើងផ្ញើលិខិតមួយច្បាប់ទៅអ្នក ហើយយើងប្រើពេលវេលាកំណត់ស្តង់ដារជំនួសវិញ។ លិខិតនេះនឹងប្រាប់អ្នកអំពី៖
  - យើងផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវការប្តឹងឧទ្ធរណ៍រហ័សដោយស្វ័យប្រវត្តិ ប្រសិនបើគ្រូពេទ្យរបស់អ្នកស្នើសុំវា។
  - របៀបដែលអ្នកអាចដាក់ "ពាក្យបណ្តឹងរហ័ស" អំពីការសម្រេចចិត្តរបស់យើងដើម្បីផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវការប្តឹងតវ៉ាស្តង់ដារជំនួសឱ្យបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍រហ័ស។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីកាដាក់ពាក្យបណ្តឹងតវ៉ា រួមទាំងបណ្តឹងតវ៉ារហ័ស សូមមើល**ផ្នែក K**។

ប្រសិនបើយើងប្រាប់អ្នកថា យើងកំពុងបញ្ឈប់ ឬកាត់បន្ថយសេវាកម្ម ឬទំនិញដែលអ្នកទទួលបានរួចហើយនោះ អ្នកប្រហែលជាអាចនឹងបន្តសេវាកម្ម ឬទំនិញទាំងនោះក្នុងអំឡុងពេលបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នកបាន។

- ប្រសិនបើយើងសម្រេចចិត្តផ្លាស់ប្តូរ ឬបញ្ឈប់ការធានារ៉ាប់រងសម្រាប់សេវាកម្ម ឬទំនិញដែលអ្នកទទួលបាន យើងនឹងផ្ញើសេចក្តីជូនដំណឹងដល់អ្នកមុនពេលយើងចាត់វិធានការ។
- ប្រសិនបើអ្នកមិនយល់ស្របនឹងការសម្រេចចិត្តរបស់យើង អ្នកអាចដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 1។
- យើងបន្តធានារ៉ាប់រងលើសេវាកម្ម ឬទំនិញ ប្រសិនបើអ្នកស្នើសុំបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 1 **ក្នុងរយៈពេល 10** ថ្ងៃតាមប្រតិទិនគិតចាប់ពីកាលបរិច្ឆេទនៅលើលិខិតរបស់យើង ឬតាមកាលបរិច្ឆេទមានប្រសិទ្ធភាពដែលបានគ្រោងទុកនៃសកម្មភាពណាមួយនៅពេលក្រោយ។
  - ប្រសិនបើអ្នកបំពេញតាមកាលបរិច្ឆេទកំណត់នេះ អ្នកនឹងទទួលបានសេវាកម្ម ឬទំនិញដោយគ្មានការផ្លាស់ប្តូរ ខណៈពេលដែលបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 1 របស់អ្នកកំពុងតែរង់ចាំការសម្រេច។
  - អ្នកក៏នឹងទទួលបានសេវាកម្ម ឬទំនិញទាំងអស់ផ្សេងទៀត (ដែលមិនមែនជាកម្មវត្ថុនៃបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក) ដោយគ្មានការផ្លាស់ប្តូរ។
  - ប្រសិនបើអ្នកមិនដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍មុនកាលបរិច្ឆេទទាំងនេះទេ នោះសេវាកម្ម ឬទំនិញរបស់អ្នកនឹងមិនត្រូវបានបន្តនោះឡើយ ខណៈពេលដែលអ្នករង់ចាំការសម្រេចចិត្តលើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក។

យើងពិចារណាលើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក ហើយផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវចម្លើយរបស់យើង។

- នៅពេលយើងពិនិត្យឡើងវិញនូវបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក យើងនឹងពិនិត្យមើលព័ត៌មានទាំងអស់ដោយប្រុងប្រយ័ត្នម្តងទៀតអំពីសំណើរបស់អ្នកសម្រាប់ការធានារ៉ាប់រងលើការថែទាំសុខភាព។
- យើងពិនិត្យមើលថាតើយើងបានអនុវត្តតាមច្បាប់ទាំងអស់នៅពេលយើងនិយាយថា **មិនយល់ព្រម**ចំពោះសំណើរបស់អ្នកដែរឬទេ។
- យើងប្រមូលព័ត៌មានបន្ថែមប្រសិនបើយើងត្រូវការវា។ យើងអាចទាក់ទងទៅកាន់អ្នក ឬវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែម។

មានកាលបរិច្ឆេទកំណត់សម្រាប់ បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍រហ័ស។

- នៅពេលដែលយើងប្រើប្រាស់ពេលវេលាកំណត់លឿន យើងត្រូវតែផ្តល់ចម្លើយដល់អ្នក **ក្នុងរយៈពេល 72 ម៉ោងបន្ទាប់ពីយើងទទួលបានការប្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក ឬឆាប់ជាងនេះ ប្រសិនបើសុខភាពរបស់អ្នកទាមទារការឆ្លើយតបលឿនជាងនេះ**។ យើងខ្ញុំនឹងផ្តល់ចម្លើយដល់អ្នកឱ្យកាន់តែលឿន បើសុខភាពរបស់លោកអ្នកតម្រូវដូច្នេះ។
  - បើយើងមិនបានផ្តល់ចម្លើយជូនអ្នកក្នុងរយៈពេល 72 ម៉ោងទេ យើងត្រូវតែបញ្ជូនសំណើរបស់អ្នកឡើងទៅកម្រិតទី 2 នៃដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍។ បន្ទាប់មក IRO ពិនិត្យមើលវា។ ក្រោយមកទៀតនៅក្នុងជំពូកនេះ យើងនឹងប្រាប់អ្នកអំពីអង្គការមួយនេះ ហើយពន្យល់អំពីដំណើរការនៃបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិតទី 2។ ប្រសិនបើបញ្ហារបស់អ្នកគឺអំពីការធានារ៉ាប់រងលើសេវាកម្ម ឬទំនិញរបស់

Medicaid អ្នកអាចដាក់បណ្តឹងសវនាការថ្នាក់រដ្ឋ - កម្រិត 2 ជាមួយរដ្ឋដោយខ្លួនឯងឱ្យបានឆាប់តាមពេលវេលាកំណត់។ នៅរដ្ឋ California សវនាការថ្នាក់រដ្ឋត្រូវបានហៅថា សវនាការយុត្តិធម៌ថ្នាក់រដ្ឋ។ ដើម្បីដាក់ពាក្យបណ្តឹងសវនាការថ្នាក់រដ្ឋ សូមមើល www.CDSS.CA.GOV។

- **ប្រសិនបើយើងនិយាយថា យល់ព្រមចំពោះសំណើមួយ ឬទាំងអស់នៃសំណើរបស់អ្នក** យើងត្រូវអនុញ្ញាត ឬផ្តល់ការធានារ៉ាប់រងដែលយើងបានយល់ព្រមផ្តល់ឱ្យក្នុងរយៈពេល 72 ម៉ោងបន្ទាប់ពីយើងទទួលបានបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក ឬឆាប់ជាងនេះប្រសិនបើសុខភាពរបស់អ្នកទាមទារវា។
- **ប្រសិនបើយើងនិយាយថា ទេ ចំពោះសំណើមួយ ឬសំណើរបស់អ្នកទាំងអស់** យើងផ្ញើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នកទៅ IRO សម្រាប់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2។

មានកាលបរិច្ឆេទកំណត់សម្រាប់ បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ស្តង់ដារ។

- នៅពេលយើងប្រើកាលបរិច្ឆេទកំណត់ស្តង់ដា យើងត្រូវតែផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវចម្លើយរបស់យើងក្នុងរយៈពេល **30 ថ្ងៃតាមប្រតិទិន** បន្ទាប់ពីយើងទទួលបានបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នកសម្រាប់ការធានារ៉ាប់រងសម្រាប់សេវាកម្មដែលអ្នកមិនបានទទួល។
- ប្រសិនបើសំណើរបស់អ្នកគឺសម្រាប់ឱសថមានវេជ្ជបញ្ជារបស់ Medicare ផ្នែក B ដែលអ្នកមិនបានទទួល យើងនឹងផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវចម្លើយរបស់យើង**ក្នុងរយៈពេល 7 ថ្ងៃតាមប្រតិទិន** បន្ទាប់ពីយើងទទួលបានបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក ឬឆាប់ជាងនេះប្រសិនបើសុខភាពរបស់អ្នកតម្រូវឱ្យធ្វើដូច្នេះ។
  - ប្រសិនបើយើងមិនបានផ្តល់ចម្លើយជូនអ្នកតាមកាលបរិច្ឆេទកំណត់ យើងត្រូវតែបញ្ជូនសំណើរបស់អ្នកឡើងទៅកម្រិត 2 នៃដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍។ បន្ទាប់មក IRO ពិនិត្យមើលវា។ ក្រោយមកទៀតនៅក្នុងជំពូកនេះ យើងនឹងប្រាប់អ្នកអំពីអង្គការមួយនេះ ហើយពន្យល់អំពីដំណើរការនៃបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិតទី 2។ ប្រសិនបើបញ្ហារបស់អ្នកគឺអំពីការធានារ៉ាប់រងលើសេវាកម្ម ឬទំនិញរបស់ Medicaid អ្នកអាចដាក់បណ្តឹងសវនាការថ្នាក់រដ្ឋ - កម្រិត 2 ជាមួយរដ្ឋដោយខ្លួនឯងឱ្យបានឆាប់តាមពេលវេលាកំណត់។ នៅរដ្ឋ California សវនាការថ្នាក់រដ្ឋត្រូវបានហៅថា សវនាការយុត្តិធម៌ថ្នាក់រដ្ឋ។ ដើម្បីដាក់ពាក្យបណ្តឹងសវនាការថ្នាក់រដ្ឋ សូមមើល www.CDSS.CA.GOV។

ប្រសិនបើយើងខ្ញុំនិយាយថា យល់ព្រម ចំពោះផ្នែកមួយ ឬទាំងអស់នៃសំណើរបស់អ្នក យើងខ្ញុំត្រូវតែអនុញ្ញាត ឬផ្តល់ការធានារ៉ាប់រងដែលយើងខ្ញុំបានយល់ព្រមផ្តល់ក្នុងរយៈពេល 30 ថ្ងៃថ្ងៃប្រតិទិនគិតចាប់ពីកាលបរិច្ឆេទដែលយើងបានទទួលសំណើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក ឬរហ័សតាមលក្ខខណ្ឌសុខភាពរបស់អ្នកទាមទារ ហើយក្នុងរយៈពេល 72 ម៉ោងនៃកាលបរិច្ឆេទដែលយើងផ្លាស់ប្តូរការសម្រេចចិត្តរបស់យើងខ្ញុំ ឬក្នុងរយៈពេល 7 ថ្ងៃតាមប្រតិទិនគិតចាប់ពីកាលបរិច្ឆេទដែលយើងទទួលបានបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក ប្រសិនបើសំណើរបស់អ្នកគឺសម្រាប់ឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជារបស់ Medicare ផ្នែក B ។

ប្រសិនបើយើងនិយាយថា **ទេ** ចំពោះផ្នែកមួយ ឬទាំងអស់នៃសំណើរបស់អ្នក **អ្នកមានសិទ្ធិក្នុងការប្តឹងឧទ្ធរណ៍បន្ថែម៖**

- ប្រសិនបើយើងនិយាយថា**មិនយល់ព្រម**ចំពោះផ្នែកមួយ ឬទាំងអស់នៃអ្វីដែលអ្នកបានស្នើសុំ យើងនឹងផ្ញើលិខិតទៅអ្នក។
- ប្រសិនបើបញ្ហារបស់អ្នកទាក់ទងនឹងការធានារ៉ាប់រងលើសេវាកម្ម Medicare ឬផលិតផលនោះ លិខិតនោះនឹងប្រាប់អ្នកថាយើងបានបញ្ជូនករណីរបស់អ្នកទៅ IRO សម្រាប់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2។
- ប្រសិនបើបញ្ហារបស់អ្នកទាក់ទងនឹងការធានារ៉ាប់រងលើសេវាកម្ម ឬទំនិញ Medi-Cal នោះ លិខិតមួយនេះនឹងប្រាប់អ្នកពីរបៀបដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 ដោយខ្លួនឯង។

F4. ការដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិតទី 2

ប្រសិនបើយើងនិយាយថា **មិនយល់ព្រម** ចំពោះផ្នែកមួយ ឬទាំងអស់នៃបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 1 របស់អ្នក យើងនឹងផ្ញើលិខិតទៅកាន់អ្នក។ លិខិតនេះប្រាប់អ្នកថាតើ Medicare, Medi-Cal ឬកម្មវិធីទាំងពីរជាធម្មតារ៉ាប់រងលើសេវាកម្មឬផលិតផលដែរ ឬអត់។

- ប្រសិនបើបញ្ហារបស់អ្នកពាក់ព័ន្ធនឹងសេវាកម្ម ឬទំនិញដែលជាធម្មតា **Medicare** ធានារ៉ាប់រងនោះ យើងនឹងបញ្ជូនករណីរបស់អ្នកដោយស្វ័យប្រវត្តិទៅកម្រិត 2 នៃដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ឱ្យបានឆាប់តាមបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 1 ត្រូវបានបញ្ចប់។
- ប្រសិនបើបញ្ហារបស់អ្នកគឺអំពីសេវាកម្ម ឬទំនិញដែលជាធម្មតាត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយ **Medi-Cal** អ្នកអាចដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 ដោយខ្លួនឯងបាន ។ សំបុត្រនឹងប្រាប់អ្នកពីរបៀបធ្វើដំណើរការ។ យើងក៏រួមបញ្ចូលព័ត៌មានបន្ថែមទៀតនៅក្នុងជំពូកនេះនៅពេលក្រោយ។ យើងមិនដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 ដោយស្វ័យប្រវត្តិសម្រាប់អ្នកចំពោះសេវាកម្ម ឬទំនិញរបស់ Medi-Cal ទេ។
- ប្រសិនបើបញ្ហារបស់អ្នកគឺអំពីសេវា ឬទំនិញដែល **ទាំង Medicare និងទាំង Medi-Cal** អាចធានារ៉ាប់រង នោះអ្នកនឹងទទួលបានបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 ដោយស្វ័យប្រវត្តិជាមួយ IRO។ បន្ថែមពីលើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 ដោយស្វ័យប្រវត្តិ អ្នកក៏អាចស្នើសុំសវនាការរដ្ឋ និងការត្រួតពិនិត្យផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រឯករាជ្យជាមួយរដ្ឋផងដែរ។ ទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយ ការត្រួតពិនិត្យផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រឯករាជ្យមិនមានទេ ប្រសិនបើអ្នកបានបង្ហាញភស្តុតាងរួចហើយនៅក្នុងសវនាការរដ្ឋ។

ប្រសិនបើអ្នកមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ការបន្តអត្ថប្រយោជន៍នៅពេលអ្នកបានដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិតទី 1 អត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នកសម្រាប់សេវាកម្ម ទំនិញ ឬឱសថនៅក្រោមបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ក៏អាចបន្តក្នុងអំឡុងពេលនៃបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិតទី 2 ផងដែរ។ សូមមើល **ផ្នែក F3** សម្រាប់ព័ត៌មានអំពីការបន្តអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នកក្នុងអំឡុងពេលនៃបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 1។

- ប្រសិនបើបញ្ហារបស់អ្នកគឺអំពីសេវាកម្មដែលជាធម្មតារ៉ាប់រងដោយ Medicare នោះអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នកសម្រាប់សេវាកម្មនោះមិនបន្តក្នុងអំឡុងពេលដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 ជាមួយ IRO ទេ។
- ប្រសិនបើបញ្ហារបស់អ្នកអំពីសេវាដែលជាធម្មតាត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយ Medi-Cal ប៉ុណ្ណោះ នោះអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នកសម្រាប់សេវានោះនឹងបន្ត ប្រសិនបើអ្នកដាក់បញ្ចូលពាក្យបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 ក្នុងរយៈពេល 10 ថ្ងៃតាមប្រតិទិនបន្ទាប់ពីទទួលបានលិខិតអំពីសេចក្តីសម្រេចរបស់យើង។

នៅពេលដែលបញ្ហារបស់អ្នកពាក់ព័ន្ធនឹងសេវាកម្ម ឬទំនិញដែលជាធម្មតាត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare

IRO ពិនិត្យបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក។ អង្គការត្រួតពិនិត្យឯករាជ្យជាអង្គការឯករាជ្យមួយដែលត្រូវបានជួលដោយ Medicare។

> ឈ្មោះផ្លូវការសម្រាប់ “អង្គការត្រួតពិនិត្យឯករាជ្យ” (IRO) គឺជា “**អង្គភាពត្រួតពិនិត្យឯករាជ្យ**” ដែលជួនកាលត្រូវបានហៅថា “**IRE**”។

- អង្គការនេះមិនមានទំនាក់ទំនងជាមួយយើងទេ ហើយមិនមែនជាទីភ្នាក់ងាររដ្ឋាភិបាលទេ។ Medicare បានជ្រើសរើសក្រុមហ៊ុនធ្វើជា IRO ហើយ Medicare ត្រួតពិនិត្យការងាររបស់ពួកគេ។
- យើងផ្ញើព័ត៌មានអំពីបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក ("ឯកសារសំណុំរឿង"របស់អ្នក) ទៅកាន់អង្គការនេះ។ អ្នកមានសិទ្ធិថតចម្លងដោយឥតគិតថ្លៃនូវសំណុំរឿងរបស់អ្នក។
- អ្នកមានសិទ្ធិផ្តល់ព័ត៌មានបន្ថែមដល់ IRO ដើម្បីគាំទ្របណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក។
- អ្នកត្រួតពិនិត្យនៅ IRO ពិនិត្យមើលដោយប្រុងប្រយ័ត្ននូវព័ត៌មានទាំងអស់ដែលទាក់ទងនឹងបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក។

ប្រសិនបើអ្នកមានបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍រហ័សនៅកម្រិត 1 អ្នកក៏មានបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍រហ័សនៅកម្រិត 2 ផងដែរ។

- ប្រសិនបើអ្នកមានបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍រហ័សមកកាន់យើងខ្ញុំនៅកម្រិត 1 នោះអ្នកនឹងទទួលបានបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍រហ័សនៅកម្រិត 2 ដោយស្វ័យប្រវត្តិ។ IRO ត្រូវតែផ្តល់ចម្លើយដល់អ្នកចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 របស់អ្នក **ក្នុងរយៈពេល 72 ម៉ោង**បន្ទាប់ពីទទួលបានបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក។

ប្រសិនបើអ្នកមានបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ស្តង់ដារ នៅកម្រិតទី 1 នោះ អ្នកក៏មានបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ស្តង់ដារនៅកម្រិតទី 2 ផងដែរ។

- ប្រសិនបើអ្នកមានបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ស្តង់ដាមកកាន់យើងខ្ញុំនៅកម្រិត 1 នោះអ្នកនឹងទទួលបានបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ស្តង់ដានៅកម្រិត 2 ដោយស្វ័យប្រវត្តិ។
- ប្រសិនបើសំណើរបស់អ្នកគឺសម្រាប់ផលិតផល ឬសេវាកម្មវេជ្ជសាស្ត្រ IRO ត្រូវតែផ្តល់ចម្លើយដល់អ្នកចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 របស់អ្នក **ក្នុងរយៈពេល 30 ថ្ងៃនៃថ្ងៃប្រតិទិន**បន្ទាប់ពីទទួលបានបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក។
- ប្រសិនបើសំណើរបស់អ្នកគឺសម្រាប់ឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជារបស់ Medicare Part B នោះ IRO ត្រូវតែផ្តល់ចម្លើយដល់អ្នកចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 របស់អ្នក**ក្នុងរយៈពេល 7 ថ្ងៃតាមប្រតិទិន** បន្ទាប់ពីទទួលបានបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក។

ប្រសិនបើ IRO ផ្តល់ចម្លើយដល់អ្នកជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ និងពន្យល់ពីមូលហេតុ។

- **ប្រសិនបើ IRO យល់ព្រម ចំពោះសំណើខ្លះ ឬទាំងស្រុងនៃសំណើសម្រាប់ទំនិញ ឬសេវាផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ** យើងត្រូវតែអនុវត្តសេចក្តីសម្រេចភ្លាមៗ៖
  - អនុញ្ញាតលើការធានារ៉ាប់រងផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ **ក្នុងរយៈពេល 72 ម៉ោង** ឬ
  - ផ្តល់សេវាក្នុងរយៈពេល **5 ថ្ងៃនៃថ្ងៃធ្វើការ** បន្ទាប់ពីយើងទទួលបានសេចក្តីសម្រេចរបស់ IRO សម្រាប់**សំណើស្តង់ដា ឬ**
  - ផ្តល់សេវា **ក្នុងរយៈពេល 72 ម៉ោង** ចាប់ពីកាលបរិច្ឆេទដែលយើងទទួលបានសេចក្តីសម្រេចរបស់ IRO សម្រាប់**សំណើពន្លឿន**។
- **ប្រសិនបើ IRO និយាយយល់ព្រមចំពោះសំណើខ្លះ ឬទាំងអស់នៃសំណើសម្រាប់ឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជារបស់ Medicare Part B យើងត្រូវអនុញ្ញាត ឬផ្តល់ឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជារបស់ Medicare Part B ដែលកំពុងតវ៉ានេះ៖**
  - **ក្នុងរយៈពេល 72 ម៉ោង** បន្ទាប់ពីយើងទទួលបានសេចក្តីសម្រេចរបស់ IRO សម្រាប់ **សំណើស្តង់ដា ឬ**
  - **ក្នុងរយៈពេល 24 ម៉ោង** ចាប់ពីកាលបរិច្ឆេទដែលយើងទទួលបានការសម្រេចចិត្តរបស់ IRO សម្រាប់ **សំណើពន្លឿន។**

- **ប្រសិនបើ IRO និយាយថាទេចំពោះសំណើខ្លះឬទាំងស្រុងនៃបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក** វាមានន័យថាពួកគេយល់ស្របថាយើងមិនគួរយល់ព្រមលើសំណើរបស់អ្នក (ឬផ្នែកខ្លះនៃសំណើរបស់អ្នក) សម្រាប់ការធានារ៉ាប់រងសម្រាប់ការថែទាំសុខភាព។ នេះត្រូវបានគេហៅថា "ការរក្សាសេចក្តីសម្រេច" ឬ "ការបដិសេធបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក"។
  - ប្រសិនបើករណីរបស់អ្នកបំពេញតាមតម្រូវការ អ្នកជ្រើសរើសថាតើអ្នកចង់បន្តបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នកដែរឬទេ។
  - មានកម្រិតបន្ថែមចំនួនបីនៅក្នុងដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍បន្ទាប់ពីកម្រិត 2 សម្រាប់កម្រិតសរុបចំនួនប្រាំ។
  - ប្រសិនបើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 របស់អ្នកត្រូវបានច្រានចោល ហើយអ្នកបំពេញតាមតម្រូវការដើម្បីបន្តដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ អ្នកត្រូវតែសម្រេចចិត្តថាតើត្រូវបន្តទៅកម្រិត 3 ហើយដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍លើកទីបីដែរឬទេ។ ព័ត៌មានលម្អិតអំពីរបៀបធ្វើនេះគឺនៅក្នុងសេចក្តីជូនដំណឹងជាលាយលក្ខណ៍អក្សរដែលអ្នកទទួលបានបន្ទាប់ពីការប្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 របស់អ្នក។
  - ចៅក្រមច្បាប់រដ្ឋបាល (ALJ) ឬអ្នកកាត់ក្តីមេធាវីដោះស្រាយបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 3។ សូមមើល ផ្នែក J សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 3, 4 និង 5។

នៅពេលដែលបញ្ហារបស់អ្នកពាក់ព័ន្ធនឹងសេវាកម្ម ឬទំនិញដែលជាធម្មតាត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយ Medi-Cal

មានវិធីពីរយ៉ាងដើម្បីធ្វើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 សម្រាប់សេវាកម្ម និងរបស់ Medi-Cal៖

(1) ការដាក់ពាក្យបណ្តឹង ឬការត្រួតពិនិត្យផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រឯករាជ្យ ឬ

(2) សវនាការថ្នាក់រដ្ឋ។

(1) ការត្រួតពិនិត្យផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដោយឯករាជ្យ

អ្នកអាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងតវ៉ាជាមួយ ឬស្នើសុំការត្រួតពិនិត្យផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រឯករាជ្យ (IMR) ពីមជ្ឈមណ្ឌលជំនួយនៅក្រសួងទទួលបន្ទុកការគ្រប់គ្រងការថែទាំសុខភាពរដ្ឋ California (DMHC)។ តាមការបំពេញការតវ៉ានោះ DMHC នឹងត្រួតពិនិត្យឡើងវិញនូវការសម្រេចចិត្តរបស់ពួកយើង និងធ្វើការពិចារណា។ IMR ផ្តល់ជូនសេវាធានារ៉ាប់រង Medi-Cal លើសេវា ឬទំនិញដែលមានលក្ខណៈវេជ្ជសាស្ត្រ។ IMR គឺជាការពិនិត្យឡើងវិញនូវករណីរបស់អ្នកដោយអ្នកជំនាញដែលមិនមែនជាផ្នែកមួយនៃគម្រោងរបស់យើង ឬជាផ្នែកមួយនៃ DMHC នោះទេ។ ប្រសិនបើ IMR ត្រូវបានសម្រេចតាមការពេញចិត្តរបស់អ្នក យើងត្រូវផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវសេវាកម្ម ឬទំនិញដែលអ្នកបានស្នើសុំ។ សម្រាប់ដំណើរការ IMR លោកអ្នកមិនចាំបាច់អស់ប្រាក់អ្វីឡើយ។

អ្នកអាចដាក់ពាក្យបណ្តឹង ឬស្នើសុំ IMR ប្រសិនបើគម្រោងរបស់យើង៖

- បដិសេធ ផ្លាស់ប្តូរ ឬពន្យារពេលសេវា Medi-Cal ឬការព្យាបាល ពីព្រោះគម្រោងរបស់យើងកំណត់ថាវាមិនចាំបាច់ខាងវេជ្ជសាស្ត្រទេ។
- នឹងមិនធានារ៉ាប់រងការព្យាបាល Medi-Cal បែបពិសោធ ឬការស៊ើបអង្កេតសម្រាប់ស្ថានភាពជំងឺធ្ងន់ធ្ងរនោះទេ។
- វិវាទថាតើសេវាវះកាត់ ឬនីតិវិធីគឺមានលក្ខណៈជាការកែសម្ផស្ស ឬការបង្កើតឡើងវិញ។
- នឹងមិនបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវា Medi-Cal សេវាក្នុងគ្រាអាសន្ន ឬបន្ទាន់ដែលអ្នកបានទទួលរួចហើយនោះទេ។
- មិនបានដោះស្រាយបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 1 របស់អ្នកលើសេវា Medi-Cal ក្នុងរយៈពេល 30 ថ្ងៃតាមប្រតិទិនសម្រាប់ការប្តឹងតវ៉ាតាមស្តង់ដារ ឬ 72 ម៉ោង ឬឆាប់ជាងនេះ ប្រសិនបើសុខភាពរបស់អ្នកទាមទារ សម្រាប់ការប្តឹងតវ៉ារហ័ស។

កំណត់ចំណាំ៖ ប្រសិនបើអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកបានដាក់ពាក្យប្តឹងឧទ្ធរណ៍សម្រាប់អ្នក ប៉ុន្តែយើងមិនទទួលបានទម្រង់បែបបទតែងតាំងអ្នកតំណាងរបស់អ្នកទេ អ្នកនឹងត្រូវដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នកឡើងវិញជាមួយយើង មុនពេលអ្នកអាចដាក់ពាក្យសុំ IMR កម្រិត 2 ជាមួយក្រសួងសុខាភិបាលដែលមានការគ្រប់គ្រង លុះត្រាតែបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នកពាក់ព័ន្ធនឹង ការគំរាមកំហែងធ្ងន់ធ្ងរ និងគ្រោះថ្នាក់ចំពោះសុខភាពរបស់អ្នក រួមមានជាអាទិ៍ ការឈឺចាប់ធ្ងន់ធ្ងរ ការបាត់បង់អាយុជីវិត អវយវៈ ឬមុខងាររាងកាយសំខាន់ៗ។

អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានទាំង IMR និងសវនាការថ្នាក់រដ្ឋ ប៉ុន្តែអ្នកមិនមានសិទ្ធិទទួលបាន IMR ទេ ប្រសិនបើអ្នកបានបង្ហាញភស្តុតាងរួចហើយនៅក្នុងសវនាការថ្នាក់រដ្ឋ ឬមានសវនាការថ្នាក់រដ្ឋលើបញ្ហាដូចគ្នា។

ក្នុងករណីមួយភាគធំ លោកអ្នកត្រូវដាក់ពាក្យប្តឹងឧទ្ធរណ៍ជាមួយយើងខ្ញុំមុនសុំឱ្យមាន IMR ។ សូមមើលផ្នែក F3 សម្រាប់ព័ត៌មាន អំពីដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 1 របស់យើង។ ប្រសិនបើអ្នកមិនយល់ស្របនឹងការសម្រេចចិត្តរបស់យើង អ្នកអាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងទៅ DMHC ឬស្នើសុំទៅមជ្ឈមណ្ឌលជំនួយ DMHC សម្រាប់ IMR ។

ប្រសិនបើការព្យាបាលរបស់អ្នកត្រូវបានបដិសេធ ដោយសារតែវាជាការពិសោធ ឬការស៊ើបអង្កេត អ្នកមិនចាំបាច់ចូលរួមក្នុងដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់យើង មុនពេលអ្នកដាក់ពាក្យស្នើសុំ IMR នោះទេ។

ប្រសិនបើបញ្ហារបស់អ្នកបន្ទាន់ ឬជាប់ពាក់ព័ន្ធនឹងការគំរាមកំហែងបន្ទាន់ និងធ្ងន់ធ្ងរដល់សុខភាពរបស់អ្នក ឬប្រសិនបើអ្នកស្ថិតនៅក្នុងការឈឺចាប់ធ្ងន់ធ្ងរ អ្នកអាចបញ្ជូនបញ្ហានេះភ្លាមទៅកាន់ DMHC ដោយមិនចាំបាច់ឆ្លងកាត់ដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់យើងជាមុនទេ។

លោកអ្នក**ត្រូវដាក់ពាក្យសុំ IMR ក្នុងរវាង 6 ខែ**បន្ទាប់ពីយើងខ្ញុំបានធ្វើការសម្រេចចិត្តជាលាយលក្ខណ៍អក្សរអំពីបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់លោកអ្នក។ DMHC អាចទទួលយកពាក្យសុំរបស់អ្នកបន្ទាប់ពី 6 ខែដោយមានហេតុផលសមរម្យ ដូចជាអ្នកមានស្ថានភាពសុខភាពដែលរារាំងអ្នកពីការស្នើសុំ IMR ក្នុងរយៈពេល 6 ខែ ឬអ្នកមិនបានទទួលការជូនដំណឹងគ្រប់គ្រាន់ពីយើងខ្ញុំអំពីដំណើរការ IMR។

ដើម្បីស្នើសុំ IMR៖

- បំពេញទម្រង់បែបបទពាក្យស្នើសុំការត្រួតពិនិត្យពិច័យដោយពេទ្យឯករាជ្ស/បណ្តឹងតវ៉ាដែលអាចរកបាននៅគេហទំព័រ៖ www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForms.aspx ឬទូរសព្ទទៅកាន់មជ្ឈមណ្ឌលជំនួយរបស់ DMHC តាមរយៈលេខ 1-888-466-2219។ អ្នកប្រើ TTY គួរតែទូរសព្ទទៅលេខ 1-877-688-9891។
- ប្រសិនបើអ្នកមាន សូមភ្ជាប់មកជាមួយនូវច្បាប់ចម្លងនៃលិខិត ឬឯកសារផ្សេងទៀតអំពីសេវាកម្ម ឬទំនិញដែលយើងបានបដិសេធ។ ការធ្វើបែបនេះ អាចជួយពន្លឿនដំណើរការ IMR បាន។ សូមធ្វើច្បាប់ចម្លងឯកសារមិនមែនជាឯកសារដើមឡើយ។ មជ្ឈមណ្ឌលផ្តល់ជំនួយមិនអាចប្រគល់ឯកសារណាមួយវិញបានឡើយ។
- បំពេញទម្រង់បែបបទជំនួយការដែលមានការអនុញ្ញាត ប្រសិនបើនរណាម្នាក់កំពុងជួយអ្នកជាមួយ IMR របស់អ្នក។ អ្នកអាចទទួលបានទម្រង់បែបបទនៅលើគេហទំព័រ www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForms.aspx ឬទូរសព្ទទៅកាន់មជ្ឈមណ្ឌលជំនួយរបស់ក្រសួងតាមរយៈលេខ 1-888-466-2219។ អ្នកប្រើ TTY គួរតែទូរសព្ទទៅលេខ 1-877-688-9891។
- ផ្ញើតាមប្រៃសណីយ៍ ឬតាមទូរសារនូវទម្រង់បែបបទ និងឯកសារភ្ជាប់ណាមួយរបស់អ្នកទៅកាន់៖

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

- អ្នកក៏អាចដាក់ពាក្យសុំទម្រង់បែបបទត្រួតពិនិត្យផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដោយឯករាជ្ស/បណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នក និងជំនួយការដែលមានការអនុញ្ញាតតាមអនឡាញ៖ www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint.aspx

ប្រសិនបើអ្នកមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ក្នុងការទទួលបាន IMR នោះ DMHC នឹងពិនិត្យមើលករណីរបស់អ្នកឡើងវិញ និងផ្ញើលិខិតទៅឱ្យអ្នកក្នុងរយៈពេល 7 ថ្ងៃតាមប្រតិទិន ដែលជម្រាបអ្នកថា អ្នកមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ក្នុងការទទួលបាន IMR។ បន្ទាប់ពីពាក្យសុំ និងឯកសារគាំទ្ររបស់អ្នកត្រូវបានទទួលពីគម្រោងរបស់អ្នក ការសម្រេចចិត្តរបស់ IMR នឹងត្រូវបានធ្វើឡើងក្នុងរយៈពេល 30 ថ្ងៃតាមប្រតិទិន។ អ្នកគួរតែទទួលបានការសម្រេចចិត្តរបស់ IMR ក្នុងរយៈពេល 45 ថ្ងៃតាមប្រតិទិន បន្ទាប់ពីការដាក់ស្នើពាក្យសុំដែលបានបញ្ចប់។

ប្រសិនបើករណីរបស់អ្នកគឺជាករណីបន្ទាន់ ហើយអ្នកមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ក្នុងការទទួលបាន IMR នោះ DMHC នឹងពិនិត្យមើលករណីរបស់អ្នកឡើងវិញ និងផ្ញើលិខិតទៅឱ្យអ្នកក្នុងរយៈពេល 48 ម៉ោង បន្ទាប់ពីបានទទួលពាក្យស្នើសុំដែលបានបំពេញ ដែលជម្រាបអ្នកថា អ្នកលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ក្នុងការទទួលបាន IMR។ បន្ទាប់ពីការដាក់ពាក្យស្នើសុំ និងឯកសារគាំទ្ររបស់អ្នកត្រូវបានទទួលពីគម្រោងរបស់អ្នក សេចក្តីសម្រេច IMR នឹងត្រូវបានធ្វើឡើងក្នុងរយៈពេល 3 ថ្ងៃតាមប្រតិទិន។ អ្នកគួរតែទទួលបានការសម្រេចចិត្តរបស់ IMR ក្នុងរយៈពេល 7 ថ្ងៃតាមប្រតិទិន បន្ទាប់ពីការដាក់ស្នើពាក្យស្នើសុំដែលបានបញ្ចប់។ ប្រសិនបើអ្នកមិនពេញចិត្តនឹងលទ្ធផលរបស់ IMR នោះអ្នកនៅតែអាចស្នើសុំឱ្យមានសវនាការថ្នាក់រដ្ឋបាន។

IMR អាចនឹងប្រើប្រាស់ពេលយូរជាងនេះ ប្រសិនបើ DMHC មិនបានទទួលកំណត់ត្រាផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ ទាំងអស់ដែលចាំបាច់ពីអ្នក ឬពីវេជ្ជបណ្ឌិតព្យាបាលអ្នកទេនោះ។ ប្រសិនបើអ្នកកំពុងទទួលជួបពិគ្រោះព្យាបាលជាមួយវេជ្ជបណ្ឌិតណាមួយដែលមិនស្ថិតក្នុងបណ្តាញគម្រោងសុខភាពរបស់អ្នក វាចាំបាច់ណាស់ដែលអ្នកត្រូវទទួលបាន ហើយធ្វើមកយើងខ្ញុំនូវកំណត់ត្រាវេជ្ជសាស្ត្រពីវេជ្ជបណ្ឌិតនោះ។ គម្រោងសុខភាពរបស់អ្នកត្រូវបានតម្រូវឱ្យទទួលបាននូវច្បាប់ថតចម្លងនៃកំណត់ត្រាវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នកពីវេជ្ជបណ្ឌិតដែលស្ថិតក្នុងបណ្តាញ។

ប្រសិនបើ DMHC សម្រេចចិត្តថា សំណុំរឿងរបស់លោកអ្នកគឺមិនមានទទួលបាន IMR, DMHC នឹងពិនិត្យសំណុំរឿងរបស់លោកអ្នកឡើងវិញតាមរយៈដំណើរការបណ្តឹងអ្នកប្រើប្រាស់ទូទៅរបស់ខ្លួន។ ការតវ៉ារបស់អ្នកគួរត្រូវបានដោះស្រាយក្នុងរយៈពេល 30 ថ្ងៃក្នុងប្រតិទិនគិតពីថ្ងៃនៃការដាក់ពាក្យស្នើសុំដែលពេញលេញ។ ប្រសិនបើបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នកមានភាពបន្ទាន់នោះ វានឹងត្រូវបានដោះស្រាយឆាប់ជាងនេះ។

2) សវនាការយុត្តិធម៌រដ្ឋ

អ្នកអាចស្នើសុំបើកសវនាការថ្នាក់រដ្ឋសម្រាប់សេវា និងទំនិញដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយ Medi-Cal។ ប្រសិនបើវេជ្ជបណ្ឌិត ឬអ្នកផ្តល់សេវាដទៃទៀតរបស់អ្នកស្នើសុំសេវា ឬទំនិញដែលយើងនឹងមិនយល់ព្រម ឬយើងនឹងមិនបន្តបង់ថ្លៃឱ្យសេវា ឬទំនិញដែលអ្នកមានរួចហើយនោះ ឬយើងបដិសេធចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 1 របស់អ្នក អ្នកមានសិទ្ធិស្នើសុំសវនាការថ្នាក់រដ្ឋបាន។

ក្នុងករណីភាគច្រើន **អ្នកមានរយៈពេល 120 ថ្ងៃ ដើម្បីស្នើសុំសវនាការថ្នាក់រដ្ឋ** បន្ទាប់ពីការជូនដំណឹងអំពី "លិខិតស្តីពីសេចក្តីសម្រេចលើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍" ត្រូវបានធ្វើតាមប្រៃសណីយ៍ជូនអ្នក។

កំណត់ចំណាំ៖ បើសិនជាអ្នកស្នើសុំសវនាការរដ្ឋព្រោះតែយើងប្រាប់អ្នកថាសេវាដែលអ្នកកំពុងទទួលនឹងត្រូវបានផ្លាស់ប្តូរ ឬត្រូវបញ្ឈប់ នោះ**អ្នកមានរយៈពេលពីរបីថ្ងៃដើម្បីដាក់សំណើរបស់អ្នក**បើសិនជាអ្នកចង់បន្តទទួលបានសេវានោះ ខណៈដែលសវនាការរដ្ឋរបស់អ្នកកំពុងស្ថិតក្នុងការរង់ចាំឱ្យដំណើរការ។ សូមអាន "តើអត្ថប្រយោជន៍របស់ខ្ញុំនឹងបន្តក្នុងអំឡុងពេលបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2" នៅលើផ្នែក F4 សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។

មានវិធីពីរយ៉ាងដើម្បីស្នើសុំសវនាការរដ្ឋ៖

1. អ្នកអាចបំពេញ "ពាក្យស្នើសុំសវនាការរដ្ឋ" ដែលមាននៅទំព័រខាងក្រោយនៃសេចក្តីជូនដំណឹងអំពីចំណាត់ការនេះ។ អ្នកគួរតែផ្តល់ព័ត៌មានដែលបានស្នើសុំទាំងអស់ ដូចជាឈ្មោះពេញ អាសយដ្ឋាន លេខទូរសព្ទ ឈ្មោះគម្រោងរបស់អ្នក ឬខោធីដែលបានចាត់វិធានការប្រឆាំងនឹងអ្នក កម្មវិធីជំនួយដែលពាក់ព័ន្ធ និងហេតុផលលម្អិតអំពីមូលហេតុដែលអ្នកចង់បានសវនាការ។ បន្ទាប់មក អ្នកអាចដាក់ជូនសំណើសុំរបស់លោកអ្នក ដោយវិធីណាមួយក្នុងចំណោមវិធីបីយ៉ាងដូចខាងក្រោម៖
   - ទៅកាន់នាយកដ្ឋានសុខុមាលភាពរបស់ខោនធីនោះតាមរយៈអាសយដ្ឋានមាននៅក្នុងសេចក្តីជូនដំណឹង។
   - ទៅកាន់ក្រសួងសេវាសង្គមនៅរដ្ឋ California៖
     State Hearings Division
     P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-433
     Sacramento, California 94244-2430
   - ទៅផ្នែកសវនាការថ្នាក់រដ្ឋតាមរយៈទូរសារលេខ 916-309-3487 ឬដោយឥតគិតថ្លៃតាមរយៈលេខ 1-833-281-0903។
2. អ្នកអាចទូរសព្ទទៅកាន់ក្រសួងសេវាសង្គមនៃរដ្ឋ California តាមរយៈលេខ 1-800-743-8525។ អ្នកប្រើប្រាស់ TDD អាចទូរសព្ទទៅកាន់លេខ 1-800-952-8349។ ប្រសិនបើអ្នកសម្រេចស្នើសុំសវនាការរដ្ឋ តាមរយៈទូរសព្ទ អ្នកគួរតែដឹងថាខ្សែទូរសព្ទមានភាពមមាញឹកណាស់។

ផ្នែកសវនាការរដ្ឋផ្តល់ការសម្រេចរបស់ពួកគេដល់អ្នកជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ ហើយពន្យល់ពីមូលហេតុ។

- ប្រសិនបើសវនាការថ្នាក់រដ្ឋ **យល់ព្រម** ចំពោះផ្នែកខ្លះ ឬទាំងស្រុងនៃសំណើទំនិញ ឬសេវាផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ យើងត្រូវតែអនុញ្ញាត ឬផ្តល់សេវា ឬទំនិញ **ក្នុងរយៈពេល 72 ម៉ោង**បន្ទាប់ពីយើងទទួលបានសេចក្តីសម្រេចរបស់ពួកគេ។
- ប្រសិនបើផ្នែកសវនាការរដ្ឋនិយាយថា**ទេ** ចំពោះសំណើខ្លះ ឬទាំងស្រុងនៃបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក វាមានន័យថាពួកគេយល់ព្រមថាយើងមិនគួរយល់ព្រមលើសំណើរបស់អ្នក (ឬផ្នែកខ្លះនៃសំណើរបស់អ្នក) សម្រាប់ការធានារ៉ាប់រងសម្រាប់ការថែទាំសុខភាព។ នេះត្រូវបានគេហៅថា "ការរក្សាសេចក្តីសម្រេច" ឬ "ការបដិសេធបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក"។

ប្រសិនបើសេចក្តីសម្រេចរបស់ IRO ឬសវនាការថ្នាក់រដ្ឋគឺ **បដិសេធ**ចំពោះផ្នែកខ្លះឬទាំងស្រុងនៃសំណើរបស់អ្នក អ្នកមានសិទ្ធិប្តឹងបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍បន្ថែមបាន។

ប្រសិនបើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 របស់អ្នកបានបញ្ជូនទៅ **IRO** អ្នកអាចដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ម្តងទៀតបាន ប្រសិនបើតម្លៃនៃសេវា ឬទំនិញគិតជាដុល្លារដែលអ្នកចង់បាន បំពេញតាមចំនួនអប្បបរមាជាក់លាក់ប៉ុណ្ណោះ។ ALJ ឬមេធាវីកាត់សេចក្តីដោះស្រាយបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 3។ **លិខិតដែលអ្នកទទួលបានពី IRO ពន្យល់អំពីសិទ្ធិដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍បន្ថែមដែលអ្នកនឹងមាន។**

សំបុត្រដែលអ្នកទទួលបានពីផ្នែកសវនាការថ្នាក់រដ្ឋពិពណ៌នាអំពីជម្រើសបន្ទាប់របស់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍។

សូមមើល **ផ្នែក J** សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីសិទ្ធិប្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នកបន្ទាប់ពីកម្រិត 2។

F5. បញ្ហាការបង់ប្រាក់

យើងមិនអនុញ្ញាតឱ្យអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញរបស់យើងចេញវិក្កយបត្រអ្នកសម្រាប់សេវាកម្ម និងទំនិញដែលរ៉ាប់រងនោះទេ។ នេះគឺជាការពិត បើទោះបីជាយើងខ្ញុំបង់ថ្លៃដល់អ្នកផ្តល់សេវាកម្ម តិចជាងតម្លៃដែលអ្នកផ្តល់សេវាកម្មទារថ្លៃសេវាកម្មឬសម្ភារដែលបានគ្របដណ្តប់។ អ្នកមិនត្រូវបានតម្រូវឱ្យបង់ប្រាក់សមតុល្យនៃវិក្កយបត្រណាមួយឡើយ។ ចំនួនទឹកប្រាក់តែមួយគត់ដែលអ្នកគួរត្រូវបានស្នើសុំឱ្យបង់ថ្លៃ គឺការបង់ប្រាក់រួមគ្នាសម្រាប់ប្រភេទឱសថដែលទាមទារការបង់ប្រាក់រួម។

បើអ្នកបានទទួលវិក្កយបត្រសម្រាប់ សេវា និងទំនិញដែលបានរ៉ាប់រង សូមផ្ញើវិក្កយបត្រនោះមកឱ្យយើងខ្ញុំ។ **លោកអ្នកមិនត្រូវបង់ប្រាក់ដោយខ្លួនឯងឡើយ។** យើងខ្ញុំនឹងទាក់ទងជាមួយនឹងអ្នកផ្តល់សេវាកម្មដោយផ្ទាល់ ហើយដោះស្រាយបញ្ហាទាំងអស់។ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវបង់វិក្កយបត្រនោះ អ្នកអាចទទួលបានប្រាក់សំណងពីគម្រោងរបស់យើង ប្រសិនបើអ្នកបានអនុវត្តតាមច្បាប់សម្រាប់ការទទួលបានសេវាកម្ម ឬទំនិញនោះ។

សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមមើល **ជំពូកទី 7** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិករបស់អ្នក*។ វាពិពណ៌នាអំពីស្ថានភាពនៅពេលដែលអ្នកអាចតម្រូវស្នើសុំឱ្យយើងសងប្រាក់វិញ ឬបង់វិក្កយបត្រដែលអ្នកបានទទួលពីអ្នកផ្តល់សេវា។ វាក៏ប្រាប់ពីរបៀបធ្វើឯកសារដែលស្នើសុំឱ្យយើងបង់ប្រាក់ផងដែរ។

ប្រសិនបើអ្នកស្នើសុំការបង់ថ្លៃសំណងវិញ នោះអ្នកកំពុងស្នើសុំសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង។ យើងនឹងពិនិត្យមើលថាតើសេវាកម្ម ឬទំនិញដែលអ្នកបានបង់ប្រាក់គឺត្រូវបានធានារ៉ាប់រង ហើយថាតើអ្នកបានធ្វើតាមច្បាប់ទាំងអស់សម្រាប់ការប្រើប្រាស់ការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកដែរឬទេ។

- ប្រសិនបើសេវាកម្ម ឬទំនិញដែលអ្នកបានបង់ត្រូវបានធានារ៉ាប់រង ហើយអ្នកបានអនុវត្តតាមច្បាប់ទាំងអស់នោះ យើងនឹងផ្ញើជូនអ្នក ឬអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកនូវការបង់ប្រាក់ ឬប្រសិនបើគម្រោងមានការចែករំលែកថ្លៃចំណាយ ចំណែកនៃថ្លៃចំណាយរបស់យើងសម្រាប់សេវាកម្ម និងទំនិញក្នុងរយៈពេល 30 ថ្ងៃតាមប្រតិទិន ប៉ុន្តែមិនយូរជាង 60 ថ្ងៃប្រតិទិន បន្ទាប់ពីយើងទទួលបានសំណើរបស់អ្នក។ អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំរបស់អ្នកនឹងផ្ញើជូនអ្នកនូវការបង់ប្រាក់បន្ទាប់ពីនោះ។
- ប្រសិនបើអ្នកមិនទាន់បានបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាកម្ម ឬទំនិញនៅឡើយទេ យើងនឹងធ្វើការបង់ប្រាក់ដោយផ្ទាល់ទៅអ្នកផ្តល់សេវា។ ពេលយើងធ្វើការបង់ប្រាក់ នោះមានន័យដូចគ្នាទៅនឹងការនិយាយថា **យល់ព្រម** ចំពោះសំណើសុំការសម្រេចលើការ៉ាប់រងរបស់អ្នក។
- ប្រសិនបើសេវាកម្ម ឬទំនិញមិនត្រូវបានធានារ៉ាប់រង ឬអ្នកមិនបានអនុវត្តតាមច្បាប់ទាំងអស់នោះ យើងនឹងផ្ញើលិខិតប្រាប់អ្នកថាយើងនឹងមិនបង់ថ្លៃសេវាកម្ម ឬទំនិញ និងពន្យល់ពីមូលហេតុ។

ប្រសិនបើអ្នកមិនយល់ព្រមនឹងសេចក្តីសម្រេចរបស់យើងដែលមិនបង់ប្រាក់ **អ្នកអាចដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍បាន**។ អនុវត្តតាមដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ដែលបានពិពណ៌នានៅក្នុង **ផ្នែក F3** ។ នៅពេលអ្នកធ្វើតាមការណែនាំទាំងនេះ សូមចំណាំ៖

- ប្រសិនបើអ្នកដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ឱ្យយើងបង់ប្រាក់ជូនអ្នកវិញ យើងត្រូវតែផ្តល់ចម្លើយរបស់យើងដល់អ្នកក្នុងរយៈពេល 30 ថ្ងៃតាមប្រតិទិន បន្ទាប់ពីយើងទទួលបានបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក។
- ប្រសិនបើអ្នកស្នើសុំឱ្យយើងខ្ញុំបង់ប្រាក់ជូនអ្នកវិញសម្រាប់ការថែទាំសុខភាពដែលអ្នកបានទទួល និងបង់ថ្លៃសម្រាប់ខ្លួនឯង អ្នកមិនអាចស្នើសុំបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍រហ័សបានទេ។

ប្រសិនបើចម្លើយរបស់យើងចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នកគឺ **បដិសេធ** និងហើយជាធម្មតា **Medicare** ធានារ៉ាប់រងលើសេវា ឬទំនិញ យើងនឹងផ្ញើករណីរបស់អ្នកទៅ IRO។ យើងនឹងផ្ញើលិខិតជូនអ្នក ប្រសិនបើករណីនេះកើតឡើង។

- បើ IRE ជំទាស់នឹងសេចក្តីសម្រេចរបស់យើងខ្ញុំ ហើយ និយាយថាយើងខ្ញុំ គួរបង់សំណងជូនអ្នក យើងខ្ញុំ ត្រូវផ្ញើប្រាក់បង់ថ្លៃទៅ អ្នក ឬក្រុម អ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកក្នុងកំឡុងពេល 30 ថ្ងៃ តាម ប្រតិទិន។ ប្រសិនបើចម្លើយឆ្លើយតបទៅនឹងបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នកគឺ **យល់ព្រម** នៅដំណាក់កាលណាមួយនៃដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍បន្ទាប់ពីកម្រិត 2 យើងត្រូវតែផ្ញើការទូទាត់ជូនដល់អ្នក ឬជូនដល់អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពរបស់អ្នកក្នុងរយៈពេល 60 ថ្ងៃតាមប្រតិទិន។
- ប្រសិនបើ IRO **បដិសេធ** ចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក នោះមានន័យថាពួកគេយល់ស្របដែលថាយើងមិនគួរយល់ព្រមលើសំណើរបស់អ្នកនោះទេ។ នេះត្រូវបានគេហៅថា "ការរក្សាសេចក្តីសម្រេច" ឬ "ការបដិសេធបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក"។ អ្នកនឹងទទួលបានលិខិតដែលពន្យល់អំពីសិទ្ធិបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍បន្ថែមដែលអ្នកអាចមាន។ សូមមើល**ផ្នែក J** សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីកម្រិតនៃបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍បន្ថែម។

ប្រសិនបើចម្លើយរបស់យើងចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នកគឺ **មិនយល់ព្រម**ហើយជាធម្មតា **Medi-Cal** រ៉ាប់រងលើសេវាកម្ម ឬទំនិញនោះ អ្នកអាចដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 ដោយខ្លួនឯងបាន។ សូមមើល**ជំពូកទី F4** សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។

G. ឱសថមានវេជ្ជបញ្ជានៃ Medicare ផ្នែក D

អត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នកក្នុងនាមជាសមាជិកនៃគម្រោងរបស់យើងរួមបញ្ចូលទាំងការធានារ៉ាប់រងសម្រាប់ឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាជាច្រើន។ ភាគច្រើននៃឱសថទាំងនេះ គឺជាឱសថ Medicare Part D។ មានឱសថមួយចំនួនដែល Medicare ផ្នែក D មិនរ៉ាប់រងដែល Medi-Cal អាចរ៉ាប់រងបាន។ **ផ្នែកនេះអាចប្រើបានតែចំពោះការប្តឹងឧទ្ធរណ៍លើឱសថ Medicare ផ្នែក D ប៉ុណ្ណោះ។** យើងនឹងនិយាយថា "ឱសថ" នៅក្នុងផ្នែកនេះ ជំនួសឱ្យការនិយាយថា "ឱសថ Medicare Part D" គ្រប់ពេលវេលាទាំងអស់។ សម្រាប់ឱសថដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយ Medi-Cal តែប៉ុណ្ណោះ សូមអនុវត្តតាមដំណើរការនៅក្នុង **ផ្នែក E**។

ដើម្បីទទួលបានការធានារ៉ាប់រង ឱសថត្រូវតែប្រើតាមការណែនាំប្រើប្រាស់ឱសថដែលទទួលយកដោយវេជ្ជសាស្ត្រ។ នោះមានន័យថាឱសថត្រូវបានអនុម័តដោយរដ្ឋបាលចំណីអាហារ និងឱសថ (FDA) ឬគាំទ្រដោយឯកសារយោងផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រមួយចំនួន។ សូមមើល **ជំពូកទី 5** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*របស់អ្នកសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីការចង្អុលបង្ហាញដែលទទួលយកដោយវេជ្ជសាស្ត្រ។

G1. ការសម្រេចចិត្តលើការធានារ៉ាប់រង និងបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់ Medicare ផ្នែក D

នេះគឺជាឧទាហរណ៍នៃការសម្រេចចិត្តលើការធានារ៉ាប់រងដែលអ្នកស្នើសុំឱ្យយើងធ្វើអំពីរបស់អ្នក។
ឱសថ Medicare ផ្នែក D

- អ្នកស្នើសុំឱ្យយើងធ្វើការលើកលែង រួមទាំងស្នើសុំឱ្យយើង៖
  - ធានារ៉ាប់រងឱសថក្នុង Medicare ផ្នែក D ដែលមិនមាននៅក្នុងបញ្ជីឱសថរបស់គម្រោងរបស់យើង ឬ
  - ដាក់ការរឹតបន្តឹងមួយចំណែកលើការធានារ៉ាប់រងរបស់គម្រោងរបស់យើងសម្រាប់ឱសថ (ដូចជាកំណត់លើចំនួនដែលអ្នកអាចទទួលបាន)
- អ្នកសួរយើងថា តើឱសថត្រូវបានធានារ៉ាប់រងសម្រាប់អ្នកដែរឬទេ (ដូចជានៅពេលដែលឱសថរបស់អ្នកមាននៅក្នុងបញ្ជីឱសថរបស់គម្រោងរបស់យើង ប៉ុន្តែយើងត្រូវតែយល់ព្រមលើបញ្ជីឱសថនោះ មុនពេលយើងធានារ៉ាប់រងលើឱសថនោះ)

កំណត់ចំណាំ៖ ប្រសិនបើឱសថស្ថានរបស់អ្នកប្រាប់អ្នកថា វេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកមិនអាចត្រូវបានបំពេញ ដូចដែលបានសរសេរទេ ឱសថស្ថានផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវការជូនដំណឹងជាលាយលក្ខណ៍អក្សរដែលពន្យល់ពីរបៀបទាក់ទងមកយើង ដើម្បីស្នើសុំការសម្រេចចិត្តលើការធានារ៉ាប់រង។

> សេចក្តីសម្រេចអំពីការធានារ៉ាប់រងដំបូងអំពីឱសថ Medicare Part D របស់អ្នកត្រូវបានហៅថា “**ការកំណត់លើការធានារ៉ាប់រង**”។

- អ្នកស្នើសុំយើងខ្ញុំឱ្យចេញថ្លៃឱសថដែលអ្នកបានទិញរួចហើយ។ នេះកំពុងស្នើសុំការសម្រេចចិត្តលើការធានារ៉ាប់រងអំពីការបង់ប្រាក់។

ប្រសិនបើអ្នកមិនយល់ព្រមនឹងសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងរបស់យើងទេ អ្នកអាចដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍លើសេចក្តីសម្រេចរបស់យើងបាន។ ផ្នែកនេះនឹងប្រាប់អ្នកអំពីរបៀបទាំងការស្នើសុំសម្រាប់សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងផង និង ការដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍។ ប្រើប្រាស់តារាងខាងក្រោមដើម្បីជួយអ្នក។

ក្នុងចំណោមស្ថានភាពទាំងនេះ តើលោកអ្នកស្ថិតក្នុងស្ថានភាពមួយណា?			
អ្នកត្រូវការឱសថដែលមិនមាននៅក្នុងបញ្ជីឱសថរបស់យើង ឬត្រូវការឱ្យយើងដាក់ចេញនូវច្បាប់ ឬការដាក់កម្រិតលើឱសថដែលយើងរ៉ាប់រង។	អ្នកចង់ឱ្យយើងរ៉ាប់រងឱសថមួយនៅក្នុងបញ្ជីឱសថរបស់យើង ហើយអ្នកគិតថាអ្នកបំពេញតាមច្បាប់ ឬការរឹតបន្តឹងរបស់គម្រោង (ដូចជាការទទួលបានការយល់ព្រមជាមុន) សម្រាប់ឱសថដែលអ្នកត្រូវការ។	តើអ្នកចង់ស្នើសុំឱ្យយើងខ្ញុំសងថ្លៃសម្រាប់ឱសថដែលអ្នកបានទទួល និងបង់ថ្លៃរួចហើយ។	យើងបានប្រាប់អ្នកថា យើងនឹងមិនធានារ៉ាប់រង ឬបង់ថ្លៃសម្រាប់ឱសថតាមវិធីដែលអ្នកចង់បានទេ។
អ្នកអាចស្នើសុំឱ្យយើងធ្វើករណីលើកលែងមួយ។ (នេះជាប្រភេទនៃសេចក្តីសម្រេចលើការគ្របដណ្តប់។)	**អ្នកអាចស្នើសុំយើងសម្រាប់ការសម្រេចចិត្តលើការធានារ៉ាប់រង។**	**អ្នកអាចសុំឱ្យយើងបង់ប្រាក់ជូនអ្នកវិញ។** (នេះជាប្រភេទនៃសេចក្តីសម្រេចលើការគ្របដណ្តប់។)	**អ្នកអាចដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍បាន។** (នេះមានន័យថាអ្នកសុំឱ្យយើងពិចារណាឡើងវិញ។)
ចាប់ផ្តើមជាមួយ **ផ្នែក G2** បន្ទាប់មកសូមមើល **ផ្នែក G3 និង G4 ។**	សូមមើល**ផ្នែក G4។**	សូមមើល**ផ្នែក G4។**	សូមមើល**ផ្នែក G5។**

G2. ការលើកលែងចំពោះ Medicare Part D

ប្រសិនបើយើងខ្ញុំមិនរ៉ាប់រងឱសថតាមវិធីដែលអ្នកចង់បានទេ អ្នកអាចស្នើឱ្យយើងបង្កើត "ករណីលើកលែង"។ ប្រសិនបើយើងច្រានចោលសំណើរបស់អ្នកសម្រាប់ការលើកលែង អ្នកអាចប្តឹងតវ៉ាចំពោះការសម្រេចចិត្តរបស់យើង។

នៅពេលអ្នកស្នើសុំការលើកលែង វេជ្ជបណ្ឌិត ឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាផ្សេងទៀតរបស់អ្នកនឹងត្រូវពន្យល់ពីមូលហេតុវេជ្ជសាស្ត្រដែលអ្នកត្រូវការករណីលើកលែងនេះ។

> ការស្នើសុំការធានារ៉ាប់រងលើឱសថដែលមិនមាននៅក្នុងបញ្ជីឱសថរបស់យើង ឬសម្រាប់ការលុបចោលការរឹតបន្តឹងលើឱសថ ពេលខ្លះត្រូវបានគេហៅថាការស្នើសុំ **"ការលើកលែងចំពោះបញ្ជីឈ្មោះឱសថ។"**

នេះជាឧទាហរណ៍នៃករណីលើកលែងមួយចំនួនដែលអ្នក ឬវេជ្ជបណ្ឌិត ឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាផ្សេងទៀតរបស់អ្នកអាចស្នើសុំយើងខ្ញុំឱ្យផ្តល់ជូន៖

1. **ការរ៉ាប់រងលើឱសថដែលមិនមាននៅក្នុង*បញ្ជីឱសថ***របស់យើង
   - អ្នកមិនអាចទទួលបានការលើកលែងចំពោះឱសថណាដែលតម្រូវឱ្យមានចំនួននៃការបង់ប្រាក់រួមនោះទេ។
2. **ការដកចេញនូវការរឹតបន្តឹងសម្រាប់ឱសថដែលមានការធានារ៉ាប់រង។**
   - ច្បាប់ឬការរឹតបន្តឹងបន្ថែមអនុវត្តចំពោះឱសថជាក់លាក់មួយចំនួននៅក្នុងបញ្ជីឱសថរបស់យើង (សូមមើល **ជំពូកទី 5** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិករបស់អ្នកសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម*)។
   - ច្បាប់ និងការរឹតបន្តឹងបន្ថែមសម្រាប់ឱសថមួយចំនួនរួមមាន៖
     - តម្រូវឱ្យប្រើប្រាស់កំណែឱសថទូទៅជំនួសឱ្យឱសថមានម៉ាកយីហោ។
     - ការទទួលបានការអនុញ្ញាតជាមុន មុនពេលដែលយើងនឹងយល់ព្រមធានារ៉ាប់រងឱសថសម្រាប់អ្នក។ ត្រង់នេះ ជួនកាលគេហៅថា “ការអនុញ្ញាតជាមុន (PA)”។
     - ការតម្រូវឱ្យសាកឱសថប្រភេទផ្សេងៗមុន មុនពេលយើងធានារ៉ាប់រងឱសថដែលអ្នកស្នើសុំ។ ត្រង់នេះ ជួនកាលគេហៅថា "ជំហានការព្យាបាល។"
     - បរិមាណមានកំណត់។ ចំពោះឱសថមួយចំនួន មានការរឹតបន្តឹងលើបរិមាណឱសថដែលអ្នកអាចមាន។
   - ប្រសិនបើយើងយល់ស្របចំពោះករណីលើកលែងសម្រាប់អ្នក ហើយដាក់ការរឹតបន្តឹងមួយឡែក អ្នកអាចស្នើសុំករណីលើកលែងចំពោះចំនួនទឹកប្រាក់រួមចំណែកបង់ប្រាក់ដែលអ្នកត្រូវបានតម្រូវឱ្យបង់។
3. **ការផ្លាស់ប្តូរការធានារ៉ាប់រងលើឱសថទៅកម្រិតនៃការចែករំលែកថ្លៃចំណាយទាប។** រាល់ឱសថដែលមាននៅក្នុង*បញ្ជីឱសថ*របស់យើងខ្ញុំ មាននៅក្នុងប្រភេទមួយដែលស្ថិតក្នុងកម្រិតនៃការចែករំលែកថ្លៃចំណាយ។ ជាទូទៅ លេខលំដាប់នៃការចែករំលែកតម្លៃកាន់តែទាប ចំនួនទឹកប្រាក់នៃការបង់ប្រាក់រួមគ្នាដែលត្រូវការរបស់អ្នកគឺតិចជាង។

> ការស្នើសុំឱ្យបង់ថ្លៃទាបសម្រាប់ឱសថដែលមិនចង់បានពេលខ្លះត្រូវបានហៅថាការស្នើសុំ "**ការលើកលែងកម្រិត**"។

- បញ្ជីឱសថរបស់យើងជារឿយៗរួមបញ្ចូលទាំងឱសថច្រើនជាងមួយសម្រាប់ការព្យាបាលស្ថានភាពជាក់លាក់មួយ។ ឱសថទាំងនេះត្រូវបានគេហៅថា ឱសថ “ជាជម្រើស”។
- ប្រសិនបើឱសថជំនួសសម្រាប់ស្ថានភាពសុខភាពរបស់អ្នកស្ថិតក្នុងកម្រិតនៃការចែករំលែកថ្លៃចំណាយទាបជាងឱសថដែលអ្នកប្រើ អ្នកអាចស្នើសុំឱ្យយើងរ៉ាប់រងវានៅក្នុងចំនួនទឹកប្រាក់នៃការចែករំលែកថ្លៃចំណាយសម្រាប់ឱសថជំនួស។ នេះនឹងកាត់បន្ថយចំនួនទឹកប្រាក់នៃការបង់ប្រាក់រួមរបស់អ្នកសម្រាប់ឱសថ។
  - ប្រសិនបើឱសថដែលអ្នកប្រើប្រាស់គឺជាផលិតផលជីវសាស្ត្រ អ្នកអាចស្នើសុំឱ្យយើងធានារ៉ាប់រងឱសថនោះក្នុងចំនួនទឹកប្រាក់នៃការរួមចំណែកតម្លៃសម្រាប់កម្រិតទាបបំផុតចំពោះផលិតផលជីវសាស្ត្រជំនួសសម្រាប់អាការជំងឺរបស់អ្នក។
  - ប្រសិនបើឱសថដែលអ្នកប្រើប្រាស់គឺជាឱសថមានម៉ាកយីហោ អ្នកអាចស្នើសុំឱ្យយើងធានារ៉ាប់រងឱសថនោះក្នុងចំនួនទឹកប្រាក់នៃការរួមចំណែកតម្លៃសម្រាប់កម្រិតទាបបំផុតសម្រាប់ការជំនួសឈ្មោះម៉ាកសម្រាប់សម្រាប់អាការជំងឺរបស់អ្នក។
  - ប្រសិនបើឱសថដែលអ្នកប្រើគឺជាឱសថទូទៅ អ្នកអាចស្នើសុំឱ្យយើងរ៉ាប់រងវានៅក្នុងចំនួនទឹកប្រាក់នៃការចែករំលែកថ្លៃចំណាយសម្រាប់កម្រិតទាបបំផុតសម្រាប់ជម្រើសម៉ាកយីហោ ឬឱសថទូទៅសម្រាប់ស្ថានភាពរបស់អ្នក។
- ប្រសិនបើយើងយល់ព្រមលើសំណើលើកលែងកម្រិតរបស់អ្នក ហើយមានកម្រិតនៃការចែករំលែកថ្លៃចំណាយទាបជាងមួយដែលផ្តល់ឱសថជំនួសដែលអ្នកមិនអាចប្រើបាន ជាធម្មតាអ្នកត្រូវបង់ប្រាក់ក្នុងតម្លៃទាបបំផុត។

G3. រឿងសំខាន់ដែលត្រូវដឹងអំពីការស្នើសុំការលើកលែង

វេជ្ជបណ្ឌិត ឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាផ្សេងទៀតរបស់អ្នកត្រូវតែប្រាប់យើងអំពីហេតុផលវេជ្ជសាស្ត្រ។

វេជ្ជបណ្ឌិត ឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាផ្សេងទៀតរបស់អ្នកត្រូវតែផ្តល់សេចក្តីថ្លែងការណ៍ដែលពន្យល់ពីមូលហេតុវេជ្ជសាស្ត្រចំពោះការស្នើសុំការលើកលែង។ សម្រាប់សេចក្តីសម្រេចរហ័ស រួមមានព័ត៌មានផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រនេះពីវេជ្ជបណ្ឌិត ឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាផ្សេងទៀតរបស់អ្នក នៅពេលអ្នកស្នើសុំសម្រាប់ការលើកលែង។

*បញ្ជីឱសថ*របស់យើងច្រើនតែរួមបញ្ចូលឱសថច្រើនជាងមួយសម្រាប់ព្យាបាលស្ថានភាពជាក់លាក់មួយ។ ឱសថទាំងនេះត្រូវបានគេហៅថា ឱសថ "ជាជម្រើស"។ ប្រសិនបើឱសថជំនួសមានប្រសិទ្ធភាពដូចឱសថដែលអ្នកស្នើសុំ ហើយនឹងមិនបង្កឱ្យមានផលប៉ះពាល់ ឬបញ្ហាសុខភាពផ្សេងទៀតទេ ជាទូទៅយើង**មិន**យល់ព្រមលើសំណើនៃការលើកលែងរបស់អ្នកទេ។ ប្រសិនបើអ្នកស្នើសុំយើងសម្រាប់ការលើកលែងលំដាប់ថ្នាក់ជាទូទៅយើង**មិនអនុម័ត**លើសំណើនៃការលើកលែងរបស់អ្នកទេ លុះត្រាតែឱសថជំនួសទាំងអស់នៅក្នុងកម្រិតនៃការចែករំលែកថ្លៃចំណាយ ទាបមិនដំណើរការល្អសម្រាប់អ្នក ឬទំនងជាបង្កឱ្យមានប្រតិកម្មអវិជ្ជមាន ឬគ្រោះថ្នាក់ផ្សេងទៀត។

យើងអាចនិយាយថា យល់ព្រម ឬមិនយល់ព្រមចំពោះសំណើរបស់អ្នក។

- ប្រសិនបើយើងនិយាយថា **យល់ព្រម**ចំពោះសំណើសុំការលើកលែងរបស់អ្នក ជាធម្មតាការលើកលែងនេះមានរយៈពេលរហូតដល់ចុងឆ្នាំតាមប្រតិទិន។ នេះគឺជាការពិតដរាបណាវេជ្ជបណ្ឌិតបន្តចេញវេជ្ជបញ្ជឱ្យអ្នកប្រើឱសថនេះសម្រាប់លោកអ្នក ហើយឱសថនោះនឹងនៅមានសុវត្ថិភាព ព្រមទាំងមានប្រសិទ្ធិភាពសម្រាប់ព្យាបាលជំងឺរបស់អ្នក។
- ប្រសិនបើយើងនិយាយថា **មិនយល់ព្រម**ចំពោះសំណើលើកលែងរបស់អ្នក អ្នកអាចដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍បាន។ សូមមើល **ផ្នែក G5** សម្រាប់ព័ត៌មានស្តីពីការដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ ប្រសិនបើយើងនិយាយថា **មិនយល់ព្រម**។

ផ្នែកបន្ទាប់ប្រាប់ពីវិធីស្នើសុំការសម្រេចលើការរ៉ាប់រង រួមទាំងការលើកលែង។

G4. ការស្នើសុំការសម្រេចចិត្តលើការធានារ៉ាប់រង រួមទាំងករណីលើកលែងមួយ។

- ស្នើសុំប្រភេទសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងដែលអ្នកចង់បានដោយទូរសព្ទទៅលេខ (855) 665-4627 ជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ ឬដោយផ្ញើទូរសារមកយើង។ អ្នក អ្នកតំណាងរបស់អ្នក ឬវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក (ឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាផ្សេងទៀត) អាចស្នើសុំបាន។ រួមបញ្ចូលឈ្មោះ ព័ត៌មានទំនាក់ទំនង និងព័ត៌មានអំពីការទាមទារ។
- អ្នក ឬវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក (ឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាផ្សេងទៀត) ឬនរណាម្នាក់ផ្សេងទៀតដែលធ្វើជាតំណាងរបស់អ្នកអាចស្នើសុំសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង។ លោកអ្នកក៏អាចសុំឱ្យមេធាវីធ្វើការស្នើសុំជំនួសអ្នកបានផងដែរ។
- សូមមើល**ផ្នែក E3** ដើម្បីស្វែងយល់ពីរបៀបចាត់ឱ្យនរណាម្នាក់ជាអ្នកតំណាងរបស់អ្នក។
- អ្នកមិនចាំបាច់ផ្តល់ការអនុញ្ញាតជាលាយលក្ខណ៍អក្សរដល់វេជ្ជបណ្ឌិត ឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាផ្សេងទៀតរបស់អ្នកដើម្បីស្នើសុំសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងជំនួសអ្នកនោះទេ។
- ប្រសិនបើអ្នកចង់ស្នើសុំឱ្យយើងបង់ប្រាក់ឱ្យអ្នកវិញសម្រាប់ឱសថ សូមមើល **ជំពូកទី 7** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិករបស់អ្នក។*
- ប្រសិនបើអ្នកស្នើសុំការលើកលែង សូមផ្តល់ឱ្យយើងនូវ "សេចក្តីថ្លែងការណ៍គាំទ្រ"។ សេចក្តីថ្លែងការណ៍គាំទ្ររួមមានវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក ឬហេតុផលវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាផ្សេងទៀតសម្រាប់សំណើលើកលែង។

វេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក ឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាផ្សេងទៀតអាចទូរសារ ឬផ្ញើសេចក្តីថ្លែងការណ៍គាំទ្រមកយើងតាមប្រៃសណីយ៍។ ពួកគេអាចប្រាប់យើងខ្ញុំតាមទូរសព្ទ ហើយបន្ទាប់មកផ្ញើសេចក្តីថ្លែងការណ៍តាមទូរសារ ឬតាមប្រៃសណីយ៍បាន។

ប្រសិនបើស្ថានភាពសុខភាពរបស់អ្នកតម្រូវឱ្យធ្វើដូច្នេះ សូមស្នើសុំ "សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងរហ័ស"។

យើងប្រើ "កាលបរិច្ឆេទកំណត់ស្តង់ដារ" លុះត្រាតែយើងយល់ព្រមប្រើ "កាលបរិច្ឆេទកំណត់រហ័ស"។

- **សេចក្តីសម្រេចលើការរ៉ាប់រងស្តង់ដា**មានន័យថា យើងផ្តល់ចម្លើយជូនអ្នកក្នុងរយៈពេល 72 ម៉ោង បន្ទាប់ពីទទួលបានសេចក្តីថ្លែងការណ៍ពីវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក។
- **សេចក្តីសម្រេចលើការរ៉ាប់រងរហ័ស**មានន័យថា យើងផ្តល់ចម្លើយជូនអ្នកក្នុងរយៈពេល 24 ម៉ោង បន្ទាប់ពីទទួលបានសេចក្តីថ្លែងការណ៍ពីវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក។

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

អ្នកអាចទទួលបានសេចក្តីសម្រេចចិត្តលើការធានារ៉ាប់រងរហ័ស ប្រសិនបើ៖

- វាគឺសម្រាប់ឱសថដែលអ្នកមិនបានទទួល។ អ្នកមិនអាចទទួលបានសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងរហ័សនោះទេ ប្រសិនបើអ្នកកំពុងស្នើសុំយើងខ្ញុំឱ្យសងថ្លៃឱសថដែលអ្នកបានទិញរួច។
- សុខភាព ឬសមត្ថភាពក្នុងការបំពេញមុខងាររបស់អ្នកនឹងរងការខូចខាតយ៉ាងធ្ងន់ធ្ងរ ប្រសិនបើយើងប្រើកាលបរិច្ឆេទកំណត់ស្តង់ដា។

ប្រសិនបើវេជ្ជបណ្ឌិត ឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាផ្សេងទៀតរបស់អ្នកប្រាប់យើងខ្ញុំថាស្ថានភាពសុខភាពរបស់អ្នកតម្រូវឱ្យធ្វើសេចក្តីសម្រេចចិត្តលើការធានារ៉ាប់រងរហ័ស យើងនឹងយល់ព្រម ហើយផ្តល់នូវសេចក្តីសម្រេចចិត្តលើការធានារ៉ាប់រងរហ័សឱ្យអ្នក។ យើងផ្ញើជូនអ្នកនូវសំបុត្រដើម្បីជម្រាបដល់អ្នក។

- ប្រសិនបើអ្នកស្នើសុំសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងរហ័សដោយគ្មានការគាំទ្រពីវេជ្ជបណ្ឌិត ឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកផ្សេងទៀត នោះយើងនឹងសម្រេចថាតើអ្នកទទួលបានសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងរហ័សដែរឬទេ។
- ប្រសិនបើយើងសម្រេចថាស្ថានភាពផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នកមិនបំពេញតាមលក្ខខណ្ឌតម្រូវសម្រាប់សេចក្តីសម្រេចចិត្តលើការធានារ៉ាប់រងរហ័សទេយើងនឹងប្រើកាលបរិច្ឆេទកំណត់ស្តង់ដាជំនួសវិញ។
  - យើងនឹងផ្ញើលិខិតជូនអ្នកដែលជម្រាបអ្នកថា យើងនឹងប្រើកាលបរិច្ឆេទកំណត់ស្តង់ដា។ លិខិតនេះក៏ប្រាប់អ្នកពីរបៀបធ្វើបណ្តឹងតវ៉ាអំពីការសម្រេចចិត្តរបស់យើងផងដែរ។
  - អ្នកអាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងរហ័ស ហើយនឹងទទួលបានការឆ្លើយតបក្នុងរយៈពេល 24 ម៉ោង។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីការដាក់បណ្តឹងតវ៉ា រួមទាំងបណ្តឹងតវ៉ារហ័ស សូមមើល **ផ្នែក K** ។

កាលបរិច្ឆេទកំណត់ចំពោះសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាបរងឆាប់រហ័ស

- ប្រសិនបើយើងប្រើកាលបរិច្ឆេទកំណត់រហ័ស យើងត្រូវតែផ្តល់ចម្លើយដល់អ្នកក្នុងរយៈពេល 24 ម៉ោងបន្ទាប់ពីយើងទទួលបានសំណើរបស់អ្នក។ ប្រសិនបើអ្នកស្នើសុំការលើកលែង យើងនឹងផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវចម្លើយរបស់យើងក្នុងរយៈពេល 24 ម៉ោងបន្ទាប់ពីយើងទទួលបានសេចក្តីថ្លែងការណ៍គាំទ្រពីវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក។ យើងផ្តល់ជូនអ្នកនូវចម្លើយឱ្យបានឆាប់បើស្ថានភាពសុខភាពរបស់អ្នកតម្រូវឱ្យធ្វើដូច្នោះ។
- ប្រសិនបើយើងមិនបំពេញតាមកាលបរិច្ឆេទកំណត់នេះទេ យើងនឹងធ្វើសំណើរបស់អ្នកទៅកម្រិតទី 2 នៃដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ដើម្បីពិនិត្យមើលដោយ IRO។ សូម**មើលផ្នែក G6** សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 ។
- ប្រសិនបើយើងនិយាយថា **យល់ព្រម**ចំពោះផ្នែកមួយ ឬទាំងអស់នៃសំណើរបស់អ្នក យើងនឹងផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវការធានារ៉ាប់រងក្នុងរយៈពេល 24 ម៉ោងបន្ទាប់ពីយើងទទួលបានសំណើរបស់អ្នក ឬសេចក្តីថ្លែងការណ៍គាំទ្រពីវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក។
- ប្រសិនបើយើងនិយាយថា**មិនយល់ព្រម**ចំពោះផ្នែកមួយ ឬទាំងអស់នៃសំណើរបស់អ្នក យើងនឹងធ្វើលិខិតមួយច្បាប់ដែលមានហេតុផលជូនអ្នក។ លិខិតនេះក៏ប្រាប់អ្នកពីរបៀបដែលអ្នកអាចដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ផងដែរ។

កាលបរិច្ឆេទកំណត់សម្រាប់សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងស្តង់ដាអំពីឱសថដែលអ្នកមិនបានទទួល

- ប្រសិនបើយើងប្រើកាលបរិច្ឆេទកំណត់រហ័ស យើងត្រូវតែផ្តល់ចម្លើយដល់អ្នកក្នុងរយៈពេល 24 ម៉ោងបន្ទាប់ពីយើងទទួលបានសំណើរបស់អ្នក។ ប្រសិនបើអ្នកស្នើសុំការលើកលែង យើងនឹងផ្តល់ជូនអ្នកនូវចម្លើយរបស់យើងក្នុងរយៈពេល 72 ម៉ោង បន្ទាប់ពីពេលដែលយើងទទួលបានសេចក្តីថ្លែងការណ៍គាំទ្រពីវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក។ យើងផ្តល់ជូនអ្នកនូវចម្លើយឱ្យបានឆាប់បើស្ថានភាពសុខភាពរបស់អ្នកតម្រូវឱ្យធ្វើដូច្នោះ។
- ប្រសិនបើយើងមិនបំពេញតាមកាលបរិច្ឆេទកំណត់នេះទេ យើងនឹងធ្វើសំណើរបស់អ្នកទៅកម្រិតទី 2 នៃដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ដើម្បីពិនិត្យមើលដោយ IRO។
- ប្រសិនបើយើងនិយាយថា **យល់ព្រម**ចំពោះផ្នែកមួយ ឬទាំងអស់នៃសំណើរបស់អ្នក យើងនឹងផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវការធានារ៉ាប់រងក្នុងរយៈពេល 72 ម៉ោងបន្ទាប់ពីយើងទទួលបានសំណើរបស់អ្នក ឬសេចក្តីថ្លែងការណ៍គាំទ្រពីវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកសម្រាប់ការលើកលែង។
- ប្រសិនបើយើងនិយាយថា**មិនយល់ព្រម**ចំពោះផ្នែកមួយ ឬទាំងអស់នៃសំណើរបស់អ្នក យើងនឹងធ្វើលិខិតមួយច្បាប់ដែលមានហេតុផលជូនអ្នក។ លិខិតនេះក៏ប្រាប់អ្នកពីរបៀបដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ផងដែរ។

កាលបរិច្ឆេទកំណត់ចំពោះសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាបរងស្តង់ដាអំពីឱសថដែលអ្នកបានទិញរួចហើយ

- យើងត្រូវផ្តល់ចម្លើយរបស់យើងជូនអ្នកក្នុងរយៈពេល 14 ថ្ងៃតាមប្រតិទិន បន្ទាប់ពីយើងទទួលបានសំណើរបស់អ្នក។
- ប្រសិនបើយើងមិនបំពេញតាមកាលបរិច្ឆេទកំណត់នេះទេ យើងនឹងធ្វើសំណើរបស់អ្នកទៅកម្រិតទី 2 នៃដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ដើម្បីពិនិត្យមើលដោយ IRO។
- ប្រសិនបើយើងនិយាយថា**យល់ព្រម**ចំពោះផ្នែកមួយ ឬទាំងអស់នៃសំណើរបស់អ្នក យើងនឹងសងអ្នកវិញក្នុងរយៈពេល 14 ថ្ងៃតាមប្រតិទិន។

- ប្រសិនបើយើងនិយាយថា**មិនយល់ព្រម**ចំពោះផ្នែកមួយ ឬទាំងអស់នៃសំណើរបស់អ្នក យើងនឹងផ្ញើលិខិតមួយច្បាប់ដែលមានហេតុផលជូនអ្នក។ លិខិតនេះក៏ប្រាប់អ្នកពីរបៀបដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ផងដែរ។

G5. ការដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិតទី 1

> ការដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ទៅកាន់គម្រោងរបស់យើងអំពីសេចក្តីសម្រេចចិត្តលើការធានារ៉ាប់រងឱសថ Medicare ក្នុងផ្នែក D ត្រូវបានគេហៅថាគម្រោង **"សេចក្តីសម្រេចឡើងវិញ។"**

- ចាប់ផ្តើម**បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ស្តង់ដា ឬបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍រហ័ស**របស់អ្នកដោយទូរសព្ទទៅលេខ (855) 665-4627 ជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ ឬដោយផ្ញើទូសារមកយើង។ អ្នក អ្នកតំណាងរបស់អ្នក ឬវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក (ឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាផ្សេងទៀត) អាចស្នើសុំបាន។ សូមរួមបញ្ចូលឈ្មោះ ព័ត៌មានទំនាក់ទំនង និងព័ត៌មានទាក់ទងនឹងបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក។
- អ្នកត្រូវតែស្នើសុំការប្តឹងឧទ្ធរណ៍**ក្នុងរយៈពេល 65** ថ្ងៃតាមប្រតិទិនចាប់ពីកាលបរិច្ឆេទនៅលើលិខិតដែលយើងបានផ្ញើទៅប្រាប់អ្នកពីការសម្រេចចិត្តរបស់យើង។
- ប្រសិនបើអ្នកខកខានកាលបរិច្ឆេទកំណត់ ហើយមានមូលហេតុសមរម្យចំពោះការខកខាននោះ យើងខ្ញុំអាចផ្តល់ពេលវេលាបន្ថែមឱ្យអ្នកក្នុងការដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក។ ឧទាហរណ៍ មូលហេតុសមរម្យដូចជាអ្នកមានជំងឺធ្ងន់ធ្ងរ ឬយើងបានផ្តល់ព័ត៌មានខុសអំពីកាលបរិច្ឆេទកំណត់។ ពន្យល់ពីមូលហេតុដែលបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នកមានភាពយឺតយ៉ាវនៅពេលអ្នកដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក។
- អ្នកមានសិទ្ធិស្នើសុំឱ្យយើងចម្លងព័ត៌មានអំពីបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នកដោយឥតគិតថ្លៃ។ អ្នក និងវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកក៏អាចផ្តល់ឱ្យយើងខ្ញុំនូវព័ត៌មានបន្ថែម ដើម្បីគាំទ្រដល់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក។

ប្រសិនបើសុខភាពរបស់អ្នកតម្រូវដូច្នោះ អ្នកត្រូវស្នើសុំឧទ្ធរណ៍ពន្លឿន។

> បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍រហ័សក៏ត្រូវបានគេហៅថា **"ការពន្លឿនសេចក្តីសម្រេចឡើងវិញ។"**

- ប្រសិនបើអ្នកប្តឹងឧទ្ធរណ៍លើការសម្រេចចិត្តដែលយើងបានធ្វើអំពីឱសថដែលអ្នកមិនបានទទួល អ្នក និងវេជ្ជបណ្ឌិត ឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកផ្សេងទៀតសម្រេចចិត្តថាតើអ្នកត្រូវការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍រហ័សដែរឬទេ។
- តម្រូវការសម្រាប់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍រហ័សគឺដូចគ្នាទៅនឹងតម្រូវការសម្រាប់សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងរហ័ស។ សូមមើល**ជំពូកទី G4** សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។

យើងពិចារណាលើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក ហើយផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវចម្លើយរបស់យើង។

- យើងពិនិត្យឡើងវិញនូវបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក ហើយពិនិត្យមើលព័ត៌មានទាំងអស់អំពីសំណើធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកដោយប្រុងប្រយ័ត្ន។
- យើងពិនិត្យមើលថាតើយើងបានអនុវត្តតាមច្បាប់នេះនៅពេលយើងនិយាយថា **មិនយល់ព្រម**ចំពោះសំណើរបស់អ្នកដែរឬទេ។
- យើងអាចទាក់ទងទៅកាន់អ្នក ឬវេជ្ជបណ្ឌិត ឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាផ្សេងទៀតរបស់អ្នកដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែម។

កាលបរិច្ឆេទកំណត់សម្រាប់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍រហ័សនៅកម្រិត 1

- ប្រសិនបើយើងប្រើកាលបរិច្ឆេទកំណត់រហ័ស យើងត្រូវតែផ្តល់ចម្លើយដល់អ្នក**ក្នុងរយៈពេល 72 ម៉ោង**បន្ទាប់ពីយើងទទួលបានបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក។
- យើងនឹងផ្តល់ចម្លើយឱ្យអ្នកយ៉ាងឆាប់រហ័ស បើសិនសុខភាពរបស់អ្នកតម្រូវការបែបនេះ។
  - បើយើងមិនបានផ្តល់ចម្លើយជូនអ្នកក្នុងរយៈពេល 72 ម៉ោងទេ យើងត្រូវតែបញ្ជូនសំណើរបស់អ្នកឡើងទៅកម្រិតទី 2 នៃដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍។ បន្ទាប់មក IRO ពិនិត្យមើលវា។ សូមមើល **ផ្នែក G6** សម្រាប់ព័ត៌មានអំពីអង្គការត្រួតពិនិត្យ និងដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2។
- ប្រសិនបើយើងនិយាយថា **យល់ព្រម**ចំពោះផ្នែកមួយ ឬទាំងអស់នៃសំណើរបស់អ្នក យើងត្រូវតែផ្តល់ការធានារ៉ាប់រងដែលយើងបានយល់ព្រមផ្តល់ក្នុងរយៈពេល 72 ម៉ោងបន្ទាប់ពីយើងទទួលបានបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក។

- ប្រសិនបើយើងនិយាយថា **មិនយល់ព្រម**ចំពោះផ្នែកមួយ ឬទាំងអស់នៃសំណើរបស់អ្នក យើងនឹងធ្វើលិខិតមួយច្បាប់ដែលពន្យល់ពីមូលហេតុ និងប្រាប់អ្នកពីរបៀបដែលអ្នកអាចដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍បាន។

កាលបរិច្ឆេទកំណត់សម្រាប់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ស្តង់ដានៅកម្រិតទី 1

- ប្រសិនបើយើងប្រើកាលបរិច្ឆេទកំណត់ស្តង់ដា យើងត្រូវតែផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវចម្លើយរបស់យើង **ក្នុងរយៈពេល 7 ថ្ងៃតាមប្រតិទិន** បន្ទាប់ពីយើងទទួលបានបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នកសម្រាប់ឱសថដែលអ្នកមិនបានទទួល។
- យើងផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវការសម្រេចចិត្តរបស់យើងឱ្យបានឆាប់ ប្រសិនបើអ្នកមិនបានទទួលឱសថ ហើយស្ថានភាពសុខភាពរបស់អ្នកតម្រូវឱ្យធ្វើដូច្នោះ។ ប្រសិនបើអ្នកជឿថាសុខភាពរបស់អ្នកតម្រូវដូច្នោះ សូមស្នើសុំការប្តឹងឧទ្ធរណ៍រហ័ស។
  - ប្រសិនបើយើងមិនផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវការសម្រេចចិត្តក្នុងរយៈពេល 7 ថ្ងៃតាមប្រតិទិនទេ យើងត្រូវតែធ្វើសំណើរបស់អ្នកទៅកម្រិត 2 នៃដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍។ បន្ទាប់មក IRO ពិនិត្យមើលវា។ សូមមើល **ផ្នែក G6** សម្រាប់ព័ត៌មានអំពីអង្គការត្រួតពិនិត្យ និងដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2។

ប្រសិនបើយើង **យល់ព្រម** ចំពោះសំណើផ្នែកណាមួយ ឬទាំងអស់នៃសំណើរបស់អ្នក៖

- យើងត្រូវតែ **ផ្តល់ជូនការធានារ៉ាប់រង** ដែលយើងបានយល់ស្រមបផ្តល់ជូនឱ្យបានឆាប់រហ័សតាមដែលសុខភាពរបស់អ្នកតម្រូវ ប៉ុន្តែ **មិនឱ្យលើសពី 7 ថ្ងៃតាមប្រតិទិន** បន្ទាប់ពីយើងទទួលបានបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក។
- យើងត្រូវតែ**ធ្វើការបង់ប្រាក់ទៅអ្នក**សម្រាប់ឱសថដែលអ្នកបានទិញក្នុងរយៈពេល **30 ថ្ងៃតាមប្រតិទិន** បន្ទាប់ពីយើងទទួលបានបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក។

ប្រសិនបើចម្លើយរបស់យើងគឺ មិនយល់ព្រមចំពោះផ្នែកមួយ ឬទាំងអស់នៃសំណើរបស់អ្នក៖

- យើងផ្ញើជូនអ្នកនូវលិខិតដែលពន្យល់ពីមូលហេតុ និងប្រាប់អ្នកពីរបៀបដែលអ្នកអាចដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍បាន។
- យើងត្រូវតែផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវចម្លើយរបស់យើងអំពីការបង់ប្រាក់ជូនអ្នកវិញសម្រាប់ឱសថដែលអ្នកបានទិញ **ក្នុងរយៈពេល14 ថ្ងៃតាមប្រតិទិន**បន្ទាប់ពីយើងទទួលបានបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក។
  - ប្រសិនបើយើងមិនផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវការសម្រេចចិត្តក្នុងរយៈពេល 14 ថ្ងៃតាមប្រតិទិនទេ យើងត្រូវតែធ្វើសំណើរបស់អ្នកទៅកម្រិត 2 នៃដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍។ បន្ទាប់មក IRO ពិនិត្យមើលវា។ សូមមើល **ផ្នែក G6** សម្រាប់ព័ត៌មានអំពីអង្គការត្រួតពិនិត្យ និងដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2។
- ប្រសិនបើយើងនិយាយថា **យល់ព្រម**ចំពោះផ្នែកមួយ ឬទាំងអស់នៃសំណើរបស់អ្នក យើងត្រូវតែបង់ប្រាក់ឱ្យអ្នកក្នុងរយៈពេល 30 ថ្ងៃតាមប្រតិទិន បន្ទាប់ពីយើងទទួលបានសំណើរបស់អ្នក។
- ប្រសិនបើយើងនិយាយថា **មិនយល់ព្រម**ចំពោះផ្នែកមួយ ឬទាំងអស់នៃសំណើរបស់អ្នក យើងនឹងធ្វើលិខិតមួយច្បាប់ដែលពន្យល់ពីមូលហេតុ និងប្រាប់អ្នកពីរបៀបដែលអ្នកអាចដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍បាន។

G6. ការដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិតទី 2

ប្រសិនបើយើងនិយាយថា **មិនយល់ព្រម**ចំពោះអ្នកសម្រាប់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 1 អ្នកអាចទទួលយកសេចក្តីសម្រេចរបស់យើង ឬដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍មួយផ្សេងទៀត។ ប្រសិនបើអ្នកសម្រេចដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍មួយផ្សេងទៀត អ្នកអាចប្រើដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 បាន។ **IRO** ពិនិត្យឡើងវិញនូវសេចក្តីសម្រេចរបស់យើងនៅពេលដែលយើងបាននិយាយថា **ទេ** ចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍លើកដំបូងរបស់អ្នក។ អង្គការនេះសម្រេចថាតើយើងគួរផ្លាស់ប្តូរសេចក្តីសម្រេចរបស់យើងដែរឬអត់។

> ឈ្មោះផ្លូវការសម្រាប់ “អង្គការត្រួតពិនិត្យឯករាជ្យ” (IRO) គឺជា “**អង្គភាពត្រួតពិនិត្យឯករាជ្យ**” ដែលជួនកាលត្រូវបានហៅថា “**IRE**”។

ដើម្បីដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិតទី 2 អ្នក អ្នកតំណាងរបស់អ្នក ឬវេជ្ជបណ្ឌិត ឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាផ្សេងទៀតរបស់អ្នកត្រូវតែទាក់ទងទៅ IRO ជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ ហើយស្នើសុំឱ្យមានការពិនិត្យឡើងវិញលើករណីរបស់អ្នក។

- ប្រសិនបើយើង**បដិសេធ** ចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 1 របស់អ្នក លិខិតដែលយើងផ្ញើជូនអ្នករួមមាន**សេចក្តីណែនាំអំពីរបៀបដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2** ជាមួយ IRO។ ការណែនាំប្រាប់អ្នកដែលអាចធ្វើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 កាលបរិច្ឆេទកំណត់ដែលអ្នកត្រូវតែអនុវត្តតាម និងរបៀបដើម្បីទៅដល់អង្គការ។
- នៅពេលអ្នកដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ទៅ IRO យើងនឹងផ្ញើព័ត៌មានដែលយើងមានអំពីបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នកទៅកាន់អង្គការ។ ព័ត៌មាន

នេះត្រូវបានគេហៅថា "សំណុំរឿង" របស់អ្នក។ **អ្នកមានសិទ្ធិថតចម្លងដោយឥតគិតថ្លៃនូវសំណុំរឿងរបស់អ្នក។** ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយក្នុងការស្នើសុំច្បាប់ចម្លងអំពីឯកសារនៃករណីរបស់អ្នកដោយឥតគិតថ្លៃ សូមទូរសព្ទទៅលេខ (855) 665-4627 TTY: 711.

- អ្នកមានសិទ្ធិផ្តល់ព័ត៌មានបន្ថែមដល់ IRO ដើម្បីគាំទ្របណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក។

IRO ពិនិត្យឡើងនូវបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 ក្នុងផ្នែក D របស់អ្នក ហើយផ្តល់ចម្លើយដល់អ្នកជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ។ សូមមើល **ផ្នែក F4** សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពី IRO។

កាលបរិច្ឆេទកំណត់សម្រាប់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍រហ័សនៅកម្រិត 2

ប្រសិនបើសុខភាពរបស់អ្នកតម្រូវដូច្នោះ សូមស្នើសុំ IRO សម្រាប់ឧទ្ធរណ៍រហ័ស។

- ប្រសិនបើពួកគេយល់ស្របចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍រហ័ស ពួកគេត្រូវតែផ្តល់ចម្លើយដល់អ្នក**ក្នុងរយៈពេល 72 ម៉ោង**បន្ទាប់ពីទទួលបានសំណើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក។
- ប្រសិនបើពួកគេ **យល់ព្រម** ចំពោះសំណើផ្នែកខ្លះ ឬទាំងអស់នៃសំណើរបស់អ្នក យើងត្រូវតែផ្តល់ជូនការធានារ៉ាប់រងលើឱសថដែលបានយល់ព្រម **ក្នុងរយៈពេល 24 ម៉ោង** បន្ទាប់ពីទទួលបានសេចក្តីសម្រេចរបស់ IRO។

កាលបរិច្ឆេទកំណត់សម្រាប់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ស្តង់ដារនៅកម្រិតទី 2

ប្រសិនបើអ្នកមានបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ស្តង់ដារនៅកម្រិតទី 2 IRO ត្រូវតែផ្តល់ចម្លើយជូនអ្នក៖

- **ក្នុងរយៈពេល 7 ថ្ងៃតាមប្រតិទិន** បន្ទាប់ពីពួកគេទទួលបានបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នកសម្រាប់ឱសថដែលអ្នកមិនបានទទួល។
- **ក្នុងរយៈពេល 14 ថ្ងៃតាមប្រតិទិន** បន្ទាប់ពីទទួលបានបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នកសម្រាប់ការសងប្រាក់វិញចំពោះឱសថដែលអ្នកបានទិញ។

ប្រសិនបើ IRO **យល់ព្រម** ចំពោះសំណើផ្នែកខ្លះ ឬទាំងអស់នៃសំណើរបស់អ្នក៖

- យើងត្រូវតែផ្តល់ជូនការធានារ៉ាប់រងលើឱសថដែលបានយល់ព្រម **ក្នុងរយៈពេល 72 ម៉ោង** បន្ទាប់ពីយើងទទួលបានសេចក្តីសម្រេចរបស់ IRO។
- យើងត្រូវតែសងថ្លៃទៅអ្នកវិញសម្រាប់ឱសថដែលអ្នកបានទិញក្នុងរយៈពេល 30 ថ្ងៃតាមប្រតិទិន បន្ទាប់ពីយើងទទួលបានសេចក្តីសម្រេចរបស់ IRO។
- បើសិន IRO **បដិសេធ** ចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក មានន័យថាពួកគេ យល់ព្រមចំពោះសេចក្តីសម្រេចរបស់យើង មិនមែនសំណើរបស់អ្នកទេ។ នេះត្រូវបានគេហៅថា “ការរក្សាសេចក្តីសម្រេច” ឬ “ការបដិសេធបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក”។

ប្រសិនបើ IRO **បដិសេធ** ចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 របស់អ្នក នោះអ្នកមានសិទ្ធិក្នុងការប្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 3 ប្រសិនបើតម្លៃការធានារ៉ាប់រងលើឱសថជាប្រាក់ដុល្លារដែលអ្នកស្នើសុំត្រូវនឹងតម្លៃដុល្លារជាអប្បបរមា។ ប្រសិនបើតម្លៃប្រាក់ដុល្លារនៃការធានារ៉ាប់រងលើឱសថដែលអ្នកស្នើសុំតិចជាងតម្លៃប្រាក់ដុល្លារអប្បបរមាដែលបានតម្រូវ អ្នកមិនអាចដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍មួយផ្សេងទៀតបានទេ។ ក្នុងករណីនោះ សេចក្តីសម្រេចលើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិតទី 2 គឺជាសេចក្តីសម្រេចចុងក្រោយ។ IRO ផ្ញើជូនអ្នកនូវសំបុត្រមួយដែលជម្រាបអ្នកអំពីតម្លៃប្រាក់ដុល្លារអប្បបរមាដែលបានតម្រូវដើម្បីបន្តជាមួយនឹងបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិតទី 3។

ប្រសិនបើតម្លៃប្រាក់ដុល្លារនៃសំណើរបស់អ្នកត្រូវតាមលក្ខខណ្ឌតម្រូវ អ្នកជ្រើសរើសថាតើអ្នកចង់ដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នកបន្តទៀតដែរឬទេ។

- មានកម្រិតបន្ថែមចំនួនបីនៅក្នុងដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍បន្ទាប់ពីកម្រិត 2។
- ប្រសិនបើ IRO **បដិសេធ** ចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 របស់អ្នក ហើយអ្នកត្រូវបំពេញតាមតម្រូវការក្នុងការបន្តដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ អ្នក៖
  - សម្រេចថាតើអ្នកចង់ដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិតទី 3 ដែរឬទេ។
  - សូមមើលសំបុត្រដែល IRO បានផ្ញើជូនអ្នកបន្ទាប់ពីបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិតទី 2 របស់អ្នកសម្រាប់ព័ត៌មានលម្អិតអំពីរបៀបដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិតទី 3។

ALJ ឬមេធាវីកាត់សេចក្តីដោះស្រាយបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 3។ សូមមើល **ផ្នែក J** សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិតទី 3 ទី 4 និង ទី 5 ។

H. សុំឱ្យយើងរ៉ាប់រងការស្នាក់នៅមន្ទីរពេទ្យយូរជាងនេះ។

នៅពេលអ្នកត្រូវបានអនុញ្ញាតឱ្យទៅមន្ទីរពេទ្យ អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានសេវាកម្មទាំងអស់របស់មន្ទីពេទ្យដែលយើងធានារ៉ាប់រង និងចាំបាច់ចំពោះការវិនិច្ឆយ និងព្យាបាលជំងឺ ឬរបួសរបស់អ្នក។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីការធានារ៉ាប់រងមន្ទីរពេទ្យនៃគម្រោងរបស់យើង សូមមើល **ជំពូកទី 4** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិករបស់អ្នក*។

អំឡុងពេលស្នាក់នៅមន្ទីរពេទ្យ វេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក និងបុគ្គលិកពេទ្យនឹងធ្វើការជាមួយអ្នក ដើម្បីរៀបចំសម្រាប់ ថ្ងៃដែលអ្នកចាកចេញពីមន្ទីរពេទ្យ។ ពួកគេក៏ជួយរៀបចំការថែទាំផ្សេងៗដែលអ្នកត្រូវការបន្ទាប់ពីពេលចាកចេញផងដែរ។

- ថ្ងៃដែលអ្នកចាកចេញពីមន្ទីរពេទ្យត្រូវបានគេហៅថា "កាលបរិច្ឆេទចាកចេញពីមន្ទីរពេទ្យ"។
- វេជ្ជបណ្ឌិត ឬបុគ្គលិកមន្ទីរពេទ្យរបស់អ្នកនឹងប្រាប់អ្នកពីអ្វីដែលជាកាលបរិច្ឆេទចាកចេញពីមន្ទីរពេទ្យរបស់អ្នក។

ប្រសិនបើអ្នកគិតថា អ្នកកំពុងត្រូវបានស្នើសុំឱ្យចាកចេញពីមន្ទីរពេទ្យឆាប់ពេក ឬអ្នកព្រួយបារម្ភអំពីការថែទាំរបស់អ្នកបន្ទាប់ពីអ្នកចេញចាញ្ចពីមន្ទីរពេទ្យ អ្នកអាចស្នើសុំសម្រាប់ការស្នាក់នៅមន្ទីរពេទ្យរយៈពេលវែងបាន។ ក្នុងផ្នែកនេះប្រាប់លោកអ្នកពីវិធីស្នើសុំពន្យារពេលចេញពីពេទ្យ។

ទោះបីជាមានបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ដែលបានពិភាក្សានៅក្នុង**ផ្នែក H**នេះក៏ដោយ អ្នកក៏អាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងតវ៉ា និងស្នើសុំឱ្យ DMHC ធ្វើការពិនិត្យវាយតម្លៃផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រឯករាជ្យ ដើម្បីបន្តការសម្រាកនៅមន្ទីរពេទ្យរបស់អ្នកផងដែរ។ សូមមើល **ផ្នែក F4** ដើម្បីស្វែងយល់អំពីរបៀបដាក់ពាក្យបណ្តឹងតវ៉ា នឹងការស្នើសុំឱ្យ DMHC ធ្វើការត្រួតពិនិត្យផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រឯករាជ្យ។ អ្នកអាចស្នើសុំការពិនិត្យវេជ្ជសាស្ត្រឡើងវិញដោយឯករាជ្យបន្ថែមលើការប្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 3។

H1. ការដឹងពីសិទ្ធិ Medicare របស់អ្នក

ក្នុងរយៈពេលពីរថ្ងៃ បន្ទាប់ពីអ្នកត្រូវបានអនុញ្ញាតឱ្យចូលសម្រាកពេទ្យ នរណាម្នាក់នៅមន្ទីរពេទ្យ ដូចជាគិលានុបដ្ឋាយិកា ឬបុគ្គលិកកាន់សំណុំរឿងនឹងផ្តល់ជូនអ្នកនូវសេចក្តីជូនដំណឹងជាលាយលក្ខណ៍អក្សរដែលហៅថា "សារសំខាន់ពី Medicare អំពីសិទ្ធិរបស់អ្នក"។អ្នកគ្រប់គ្នាដែលមាន Medicare ទទួលបានច្បាប់ចម្លងនៃការជូនដំណឹងនេះ នៅពេលណាដែលពួកគេត្រូវបានគេបញ្ជូនទៅមន្ទីរពេទ្យ។

បើអ្នកមិនទទួលបានសេចក្តីជូនដំណឹងនេះ អ្នកអាចសុំពីបុគ្គលិកមន្ទីរពេទ្យណាម្នាក់ក៏បាន។ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយ សូមទូរសព្ទទៅកាន់ផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិកតាមលេខដែលនៅផ្នែកខាងក្រោមនៃទំព័រ។ អ្នកក៏អាចទូរសព្ទមកលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) បាន 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ផងដែរ។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរតែហៅទូរសព្ទទៅលេខ 1-877-486-2048។

- **សូមអានសេចក្តីជូនដំណឹងនេះ**ដោយប្រុងប្រយ័ត្ន និងសួរសំណួរបើអ្នកមិនយល់។ សេចក្តីជូនដំណឹងប្រាប់អ្នកអំពីសិទ្ធិរបស់អ្នកក្នុងនាមជាអ្នកជំងឺរបស់មន្ទីរពេទ្យរួមទាំងសិទ្ធិរបស់អ្នកដើម្បី៖
  - ទទួលបានសេវាដែលទទួលបានការធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare អំឡុងពេល និងក្រោយពេលអ្នកស្នាក់នៅមន្ទីរពេទ្យ។ អ្នកមានសិទ្ធិដឹងអំពីសេវាទាំងនេះ នរណាជាអ្នកចេញការចំណាយ និងទីកន្លែងទទួលសេវា។
  - ចូលរួមក្នុងការសម្រេចអំពីរយៈពេលដែលត្រូវសម្រាកពេទ្យ។
  - ដឹងទីកន្លែងដែលត្រូវរាយការណ៍ អំពីការព្រួយបារម្ភរបស់លោកអ្នកអំពីគុណភាពការថែទាំរបស់មន្ទីរពេទ្យ។
  - ដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ប្រសិនបើអ្នកគិតថា អ្នកត្រូវបានស្នើសុំឱ្យចាកចេញពីមន្ទីរពេទ្យឆាប់ពេក។
- **ចុះហត្ថលេខាលើសេចក្តីជូនដំណឹង**ដើម្បីបង្ហាញថាអ្នកបានទទួលវា និងយល់អំពីសិទ្ធិរបស់អ្នក។
  - អ្នក ឬនរណាម្នាក់ដែលតំណាងក្នុងនាមជាអ្នក អាចចុះហត្ថលេខាលើសេចក្តីជូនដំណឹងនេះបាន។
  - ការចុះហត្ថលេខាលើសេចក្តីជូនដំណឹង **គ្រាន់តែ** បង្ហាញថាអ្នកបានទទួលព័ត៌មានអំពីសិទ្ធិរបស់អ្នកប៉ុណ្ណោះ។ ការចុះហត្ថលេខា**មិនមាន**ន័យថាអ្នកយល់ស្របនឹងកាលបរិច្ឆេទចាកចេញពីមន្ទីរពេទ្យដែលវេជ្ជបណ្ឌិត ឬបុគ្គលិកមន្ទីរពេទ្យបានប្រាប់អ្នកនោះទេ។
- **រក្សាច្បាប់ចម្លង**នៃសេចក្តីជូនដំណឹងដែលបានចុះហត្ថលេខា ដូច្នេះអ្នកមានព័ត៌មានប្រសិនបើអ្នកត្រូវការវា។

ប្រសិនបើអ្នកចុះហត្ថលេខាលើសេចក្តីជូនដំណឹងយូរជាងរយៈពេលពីរថ្ងៃមុនថ្ងៃដែលអ្នកចាកចេញពីមន្ទីរពេទ្យ អ្នកនឹងទទួលបានច្បាប់ចម្លងមួយទៀតមុនពេលអ្នកចេញពីមន្ទីរពេទ្យ។

អ្នកអាចមើលច្បាប់ចម្លងនៃការជូនដំណឹងនេះជាមុន ប្រសិនបើអ្នក៖

- ទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិកតាមលេខនៅផ្នែកខាងក្រោមនៃទំព័រ
- សូមទូរសព្ទទៅ Medicare តាមរយៈលេខ1-800 MEDICARE (1-800-633-4227) 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរតែហៅទូរសព្ទទៅលេខ 1-877-486-2048។
- ចូលមើលwww.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices។

H2. ការដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិតទី 1

បើអ្នកចង់ឱ្យយើងខ្ញុំធានារ៉ាប់រងលើសេវាអ្នកជំងឺសម្រាកក្នុងមន្ទីរពេទ្យសម្រាប់រយៈពេលវែង សូមដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍។ អង្គការកែលម្អគុណភាពពិនិត្យ (QIO) ពិនិត្យបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិតទី 1 ដើម្បីស្វែងយល់ថាតើកាលបរិច្ឆេទចាកចេញដែលបានគ្រោងទុករបស់អ្នកមានភាពចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រសម្រាប់អ្នកដែរឬទេ។

QIO គឺជាក្រុមវេជ្ជបណ្ឌិត និងអ្នកជំនាញថែទាំសុខភាពផ្សេងទៀត ដែលទទួលបានប្រាក់ឈ្នួលពីរដ្ឋាភិបាលសហព័ន្ធ។ អ្នកជំនាញទាំងនេះពិនិត្យ និងសហការជាមួយ Medicare ដើម្បីធ្វើឱ្យគុណភាពសុខភាពពលរដ្ឋមានសភាពកានតែល្អប្រសើរ។ ពួកគេមិនមែនជាផ្នែកនៃគម្រោងរបស់យើងទេ។

នៅរដ្ឋ California អង្គការកែលម្អគុណភាពគឺ Livanta (អង្គការកែលម្អគុណភាពរបស់រដ្ឋ California)។ សូមទូរសព្ទទៅពួកគេតាមរយៈ (855) 887-6668 TTY:711។ ព័ត៌មានទំនាក់ទំនងក៏មាននៅក្នុងសេចក្តីជូនដំណឹងផងដែរ "សារសំខាន់ពី Medicare អំពីសិទ្ធិរបស់អ្នក" និងនៅក្នុង **ជំពូកទី 2** ។

សូមទាក់ទង QIO មុនពេលពេលអ្នកចាកចេញពីមន្ទីរពេទ្យ និងមិនឱ្យហួសពីកាលបរិច្ឆេទចាកចេញដែលបានគ្រោងទុករបស់អ្នក។

- **ប្រសិនបើអ្នកទូរសព្ទមុនពេលអ្នកចាកចេញ** អ្នកអាចស្នាក់នៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យបន្ទាប់ពីកាលបរិច្ឆេទចាកចេញពីមន្ទីរពេទ្យដែលបានគ្រោងទុករបស់អ្នកដោយមិនចាំបាច់បង់ប្រាក់ ខណៈពេលដែលអ្នករង់ចាំសេចក្តីសម្រេចរបស់ QIO អំពីបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក។
- **បើអ្នកហៅទូរសព្ទដើម្បីដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍**ហើយអ្នកសម្រេចចាស្នាក់នៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យបន្ទាប់ពីកាលបរិច្ឆេទនៃការចាកចេញពីមន្ទីរពេទ្យដែលអ្នកបានគ្រោងទុក អ្នកអាចបង់ថ្លៃចំណាយទាំងអស់សម្រាប់ការថែទាំមន្ទីរពេទ្យដែលអ្នកទទួលបានបន្ទាប់ពីកាលបរិច្ឆេទដែលអ្នកបានគ្រោងទុក។
- ព្រោះការស្នាក់នៅមន្ទីពេទ្យគឺត្រូវបានរ៉ាប់រងដោយទាំង Medicare និង Medi-Cal ប្រសិនបើអង្គភាពពង្រឹងគុណភាពនឹងមិនស្តាប់ការស្នើរបស់អ្នកដើម្បីបន្តការស្នាក់នៅពេទ្យរបស់អ្នកនោះ ឬអ្នកជឿថាស្ថានភាពរបស់អ្នកមានភាពបន្ទាន់ ដែលរួមមានការគម្រាមគំហែងភ្លាមៗ និងធ្ងន់ធ្ងរដល់សុខភាពរបស់អ្នក ឬអ្នកស្ថិតក្នុងការឈឺចាប់ធ្ងន់ធ្ងរ អ្នកក៏អាចបំពេញការតវ៉ា ឬស្នើសុំជាមួយនឹងក្រសួង California Department of Managed Health Care (DMHC) សម្រាប់ការត្រួតពិនិត្យឡើងវិញផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដោយឯករាជ្យ។ សូមមើល **ផ្នែក F4** ដើម្បីស្វែងយល់អំពីរបៀបដាក់ពាក្យបណ្តឹងតវ៉ា នឹងការស្នើសុំឱ្យ DMHC ធ្វើការត្រួតពិនិត្យផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រឯករាជ្យ។

សូមស្នើសុំជំនួយបើអ្នកត្រូវការ។ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ ឬត្រូវការជំនួយនៅពេលណាមួយ៖

- សូមទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិកតាមលេខនៅផ្នែកខាងក្រោមនៃទំព័រ។
- សូមទូរសព្ទទៅកម្មវិធីប្រឹក្សាយោបល់ និងតស៊ូមតិផ្នែកធានារ៉ាប់រងសុខភាព (HICAP) តាមរយៈលេខ 1-800-434-0222។

ស្នើសុំសម្រាប់ការពិនិត្យឡើងវិញរហ័ស។ ចាត់វិធានការឱ្យបានឆាប់រហ័ស ហើយទាក់ទងទៅ QIO ដើម្បីស្នើសុំឱ្យមានការពិនិត្យឡើងវិញរហ័សអំពីការចាកចេញពីមន្ទីរពេទ្យរបស់អ្នក។

> វាក្យសព្ទច្បាប់សម្រាប់ **"ការពិនិត្យឡើងវិញរហ័ស"** គឺ **"ការពិនិត្យឡើងវិញជាបន្ទាន់"** ឬ **"ការពិនិត្យវាយតម្លៃដែលត្រូវបានពន្លឿន"**។

តើមានអ្វីកើតឡើងក្នុងអំឡុងពេលធ្វើការពិនិត្យឡើងវិញរហ័ស

- អ្នកត្រួតពិនិត្យនៅ QIO នឹងសាកសួរអ្នក ឬអ្នកតំណាងរបស់អ្នកពីមូលហេតុដែលធ្វើឱ្យអ្នកយល់ថាគួរបន្ទុការធានារ៉ាប់រងក្រោយកាលបរិច្ឆេទចាកចេញពីមន្ទីរពេទ្យដែលបានគ្រោងទុក។ អ្នកមិនត្រូវបានតម្រូវឱ្យសរសេរសេចក្តីថ្លែងការណ៍ទេ ប៉ុន្តែអ្នកអាចធ្វើបាន។
- អ្នកត្រួតពិនិត្យនឹងពិនិត្យមើលព័ត៌មានផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នក ពិភាក្សាជាមួយវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក ហើយពិនិត្យមើលព័ត៌មានដែលមន្ទីរពេទ្យ និងគម្រោងរបស់យើងបានផ្តល់ជូនពួកគេ។
- ត្រឹមពេលថ្ងៃត្រង់នៃថ្ងៃបន្ទាប់ពីអ្នកត្រួតពិនិត្យប្រាប់គម្រោងរបស់យើងអំពីបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក អ្នកនឹងទទួលបានលិខិតមួយច្បាប់ជាមួយនឹងកាលបរិច្ឆេទចាកចេញពីមន្ទីរពេទ្យដែលបានគ្រោងទុករបស់អ្នក។ លិខិតនេះក៏បញ្ជាក់ពីមូលហេតុដែលវេជ្ជបណ្ឌិត មន្ទីរពេទ្យរបស់អ្នក ហើយយើងគិតថា នោះគឺជាកាលបរិច្ឆេទចាកចេញពីមន្ទីរពេទ្យត្រឹមត្រូវដែលសមស្របតាមវេជ្ជសាស្ត្រសម្រាប់អ្នក។

> វាក្យសព្ទផ្លូវច្បាប់សម្រាប់ ការពន្យល់ជាលាយលក្ខណ៍អក្សរគឺ "**សេចក្តីជូនដំណឹងលម្អិតអំពីការចេញពីមន្ទីរពេទ្យ**។" អ្នកអាចទទួលបានគំរូដោយទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិកតាមលេខនៅផ្នែកខាងក្រោមនៃទំព័រ ឬ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ (អ្នកប្រើ TTY គួរតែហៅទូរសព្ទទៅលេខ 1-877-486-2048។) អ្នកក៏អាចមើលលើសេចក្តីជូនដំណឹងគំរូតាមអនឡាញនៅ www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices។

ក្នុងរយៈពេលមួយថ្ងៃពេញបន្ទាប់ពីការទទួលបានព័ត៌មានទាំងអស់ដែលត្រូវការ QIO ផ្តល់ជូនអ្នកនូវចម្លើយរបស់ពួកគេចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក។

ប្រសិនបើ QIO និយាយថា **បាទ/ចាស** ចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក៖

- យើងនឹងផ្តល់សេវាអ្នកជំងឺស្នាក់ព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យដែលមានការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នក ដរាបណាសេវានោះមានភាពចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ។

ប្រសិនបើ QIO និយាយថា **ទេ** ចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក៖

- ពួកគេជឿជាក់ថាកាលបរិច្ឆេទចាកចេញពីមន្ទីរពេទ្យដែលបានគ្រោងទុករបស់អ្នកគឺសមស្របតាមវេជ្ជសាស្ត្រ។
- ការធានារ៉ាប់រងរបស់យើងសម្រាប់សេវាអ្នកជំងឺសម្រាកក្នុងមន្ទីរពេទ្យរបស់អ្នកនឹងបញ្ចប់នៅពេលថ្ងៃត្រង់នៃថ្ងៃបន្ទាប់ពី QIO ផ្តល់ជូនអ្នកនូវចម្លើយរបស់ពួកគេចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក។
- អ្នកអាចត្រូវឱ្យបង់ថ្លៃចំណាយពេញលើការថែទាំរបស់មន្ទីរពេទ្យដែលអ្នកទទួលបានបន្ទាប់ពីពេលថ្ងៃត្រង់នៃថ្ងៃបន្ទាប់ពី QIO ផ្តល់ជូនអ្នកនូវចម្លើយចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក។
- អ្នកអាចដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 ប្រសិនបើ QIO ច្រានចោលបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 1 របស់អ្នក **និង**អ្នកស្នាក់នៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យបន្ទាប់ពីកាលបរិច្ឆេទចាកចេញពីមន្ទីរពេទ្យដែលបានគ្រោងទុករបស់អ្នក។

H3. ការដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិតទី 2

ចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិតទី 2 អ្នកស្នើសុំឱ្យ QIO ធ្វើការពិនិត្យជាថ្មីនូវសេចក្តីសម្រេចដែលពួកគេបានធ្វើនៅលើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិតទី 1 របស់អ្នក។ ទូរសព្ទទៅពួកគេតាមរយៈលេខ (877) 588-1123។

អ្នកត្រូវតែស្នើសុំការពិនិត្យឡើងវិញ **ក្នុងរយៈពេល 60 ថ្ងៃតាមប្រតិទិន** បន្ទាប់ពីថ្ងៃដែល QIO បាន **បដិសេធ**ចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 1 របស់អ្នក។ អ្នកអាចស្នើសុំការពិនិត្យឡើងវិញនេះលុះត្រាអ្នកស្នាក់នៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យក្រោយកាលបរិច្ឆេទដែលការធានារ៉ាប់រងលើការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នកបានបញ្ចប់។

អ្នកត្រួតពិនិត្យ QIO នឹង៖

- សូមពិនិត្យមើលព័ត៌មានទាំងអស់ដែលទាក់ទងនឹងបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នកដោយប្រុងប្រយ័ត្ន។
- ប្រាប់អ្នកអំពីការសម្រេចចិត្តរបស់ពួកគេអំពីបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 របស់អ្នកក្នុងរយៈពេល 14 ថ្ងៃតាមប្រតិទិន បន្ទាប់ពីទទួលបានសំណើរបស់អ្នកសម្រាប់ការពិនិត្យឡើងវិញជាលើកទីពីរ។

ប្រសិនបើ QIO និយាយថា **បាទ/ចាស** ចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក៖

- យើងត្រូវតែសងប្រាក់ជូនអ្នកវិញសម្រាប់ចំណែករបស់យើងនៃថ្លៃចំណាយលើការថែទាំនៅមន្ទីរពេទ្យចាប់តាំងពីថ្ងៃត្រង់នៅថ្ងៃបន្ទាប់ពីកាលបរិច្ឆេទដែល QIO បានច្រានចោលបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 1 របស់អ្នក។
- យើងនឹងផ្តល់សេវាអ្នកជំងឺស្នាក់ព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យដែលមានការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នក ដរាបណាសេវានោះមានភាពចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ។

ប្រសិនបើ QIO និយាយថា **ទេ** ចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក៖

- ពួកគេយល់ស្របនឹងការសម្រេចចិត្តរបស់ពួកគេអំពីបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 1 របស់អ្នក ហើយនឹងមិនផ្លាស់ប្តូរវាទេ។
- ពួកគេផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវលិខិតដែលប្រាប់អ្នកពីអ្វីដែលអ្នកអាចធ្វើបាន ប្រសិនបើអ្នកចង់បន្តដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ និងដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 3។

- អ្នកក៏អាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងជាមួយ ឬស្នើសុំ DMHC សម្រាប់ការពិនិត្យឡើងវិញនូវផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រឯករាជ្យ ដើម្បីបន្តការស្នាក់នៅមន្ទីរពេទ្យរបស់អ្នក។ សូមមើល **ផ្នែក E4** ដើម្បីស្វែងយល់អំពីរបៀបដាក់ពាក្យបណ្តឹងតវ៉ាជាមួយនឹងការស្នើសុំឱ្យ DMHC ធ្វើការត្រួតពិនិត្យផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រឯករាជ្យ។

ALJ ឬមេធាវីកាត់សេចក្តីដោះស្រាយបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 3។ សូមមើល **ផ្នែក J** សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិតទី 3 ទី 4 និង ទី 5 ។

I. ការស្នើសុំឱ្យយើងខ្ញុំបន្តធានារ៉ាប់រងលើសេវាវេជ្ជសាស្ត្រជាក់លាក់មួយចំនួន

ផ្នែកនេះនិយាយអំពីសេវាបីប្រភេទដែលអ្នកអាចកំពុងទទួលបានតែប៉ុណ្ណោះ៖

- សេវាថែទាំសុខភាពតាមផ្ទះ
- ការថែទាំឯកទេស ក្នុងមន្ទីរផ្តល់ការថែទាំជំនាញ **និង**
- ការថែទាំការស្តារនីតិសម្បទាក្នុងនាមជាអ្នកជំងឺមិនស្នាក់ព្យាបាលនៅ CORF ដែលបានអនុម័តដោយ Medicare។ ជាធម្មតា នេះមានន័យថាអ្នកកំពុងទទួលបានការព្យាបាលសម្រាប់ជំងឺ ឬគ្រោះថ្នាក់ ឬអ្នកកំពុងជាសះស្បើយពីការវះកាត់ចាំបាច់។

ជាមួយនឹងសេវាថែទាំប្រភេទទាំងបីនេះ អ្នកមានសិទ្ធិក្នុងការទទួលបានសេវាដែលបានធានារ៉ាប់រងដរាបណាវេជ្ជបណ្ឌិតនិយាយថាអ្នកត្រូវការសេវានេះ។

ពេលយើងខ្ញុំសម្រេចបញ្ឈប់ផ្តល់ការគ្របដណ្តប់ចំពោះសេវាកម្មណាមួយ យើងខ្ញុំនឹងប្រាប់លោកអ្នកឲ្យបាន**ដឹងមុន**សេវាកម្មនោះត្រូវដល់ទីបញ្ចប់។ នៅពេលដែលការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកលើសេវានោះបញ្ចប់ យើងនឹងបញ្ឈប់ការបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវា។

ប្រសិនបើអ្នកគិតថា យើងកំពុងបញ្ចប់ការធានារ៉ាប់រងលើការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នកឆាប់ពេក **អ្នកអាចប្តឹងឧទ្ធរណ៍ចំពោះសេចក្តីសម្រេចរបស់យើងបាន**។ ផ្នែកនេះប្រាប់លោកអ្នកពីវិធីដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍។

I1. សេចក្តីជូនដំណឹងជាមុន មុនពេលការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកត្រូវបានបញ្ចប់

យើងធ្វើជូនអ្នកនូវសេចក្តីជូនដំណឹងជាលាយលក្ខណ៍អក្សរដែលអ្នកនឹងទទួលបានយ៉ាងហោចណាស់ពីរថ្ងៃមុន មុនពេលយើងបញ្ឈប់ការបង់ប្រាក់សម្រាប់ការថែទាំរបស់អ្នក។ នេះត្រូវបានគេហៅថា "សេចក្តីជូនដំណឹងអំពីការមិនធានារ៉ាប់រងពី Medicare"។ សេចក្តីជូនដំណឹងនេះនឹងប្រាប់អ្នកអំពីកាលបរិច្ឆេទដែលយើងនឹងឈប់ផ្តល់ការធានារ៉ាប់រងលើការថែទាំរបស់អ្នក និងរបៀបប្តឹងឧទ្ធរណ៍ចំពោះការសម្រេចនេះ។

អ្នក ឬអ្នកតំណាងរបស់អ្នកគួរចុះហត្ថលេខាលើសេចក្តីជូនដំណឹងដែល ដើម្បីបង្ហាញថាអ្នកបានទទួលសេចក្តីជូនដំណឹងនោះ។ ការចុះហត្ថលេខាលើសេចក្តីជូនដំណឹង **គ្រាន់តែ** បង្ហាញថាអ្នកបានទទួលព័ត៌មានប៉ុណ្ណោះ។ ការចុះហត្ថលេខា **មិន** មានន័យថាអ្នកយល់ព្រមជាមួយការសម្រេចរបស់យើងទេ។

I2. ការដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិតទី 1

ប្រសិនបើអ្នកគិតថា យើងកំពុងបញ្ចប់ការធានារ៉ាប់រងលើការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នកឆាប់ពេក អ្នកអាចប្តឹងឧទ្ធរណ៍ចំពោះសេចក្តីសម្រេចរបស់យើងបាន។ ផ្នែកនេះនឹងប្រាប់អ្នកអំពីដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិតទី 1 និងអ្វីដែលត្រូវធ្វើ។

- **បំពេញតាមកាលបរិច្ឆេទកំណត់។** កាលបរិច្ឆេទផុតកំណត់ជារបស់សំខាន់។ ស្វែងយល់ និងអនុវត្តតាមកាលកំណត់ដែលអនុវត្តចំពោះអ្វីដែលអ្នកត្រូវធ្វើ។ គម្រោងរបស់យើងក៏ត្រូវអនុវត្តតាមកាលកំណត់ផងដែរ។ ប្រសិនបើអ្នកយល់ថា យើងមិនធ្វើតាមកាលបរិច្ឆេទកំណត់ទេ អ្នកអាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងបាន។ សូមមើល **ផ្នែក K** សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីពាក្យបណ្តឹង។
- **សូមស្នើសុំជំនួយបើអ្នកត្រូវការ**។ ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ ឬត្រូវការជំនួយនៅពេលណាមួយ៖
  - សូមទូរសព្ទទៅកាន់ផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិកតាមលេខដែលនៅផ្នែកខាងក្រោមនៃទំព័រ។
  - សូមទូរសព្ទទៅ HICAP តាមរយៈលេខ 1-800-434-0222។
- **ទាក់ទងទៅកាន់ QIO។**
  - **សូមមើលផ្នែក H2** ឬមើល **ជំពូកទី 2** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*របស់អ្នកសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពី QIO និងរបៀបទាក់ទងពួកគេ។
  - ស្នើសុំឱ្យពួកគេពិនិត្យមើលបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក ហើយសម្រេចថាតើត្រូវផ្លាស់ប្តូរការសម្រេចរបស់គម្រោងរបស់យើងដែរឬអត់។
- **ចាត់វិធានការឱ្យបានឆាប់រហ័ស ហើយស្នើសុំ "បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ឆាប់រហ័ស។** ស្នើសុំ QIO ប្រសិនបើវាសមស្របតាមផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រសម្រាប់យើងដើម្បីបញ្ចប់ការធានារ៉ាប់រងផ្នែកសេវាវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នក។

កាលបរិច្ឆេទកំណត់របស់អ្នកសម្រាប់ការទំនាក់ទំនងអង្គការ

- អ្នកត្រូវតែទាក់ទងទៅកាន់ QIO ដើម្បីចាប់ផ្តើមបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នកត្រឹមពេលថ្ងៃត្រង់ នៃថ្ងៃមុនកាលបរិច្ឆេទដែលមានប្រសិទ្ធភាពលើ "សេចក្តីជូនដំណឹងពីការមិនធានារ៉ាប់រងរបស់ Medicare" ដែលយើងបានផ្ញើជូនអ្នក។
- ប្រសិនបើអង្គការកែលម្អគុណភាពនឹងមិនស្តាប់ការស្នើសុំរបស់អ្នកដើម្បីបន្តការធានារ៉ាប់រងលើសេវាកម្មថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក ឬអ្នកជឿថាស្ថានភាពរបស់អ្នកមានភាពបន្ទាន់ ឬពាក់ព័ន្ធនឹងការគំរាមកំហែងភ្លាមៗ និងធ្ងន់ធ្ងរដល់សុខភាពរបស់អ្នក ឬប្រសិនបើអ្នកស្ថិតក្នុងការឈឺចាប់ធ្ងន់ធ្ងរ អ្នកអាចដាក់ពាក្យបណ្តឹង និងស្នើសុំឱ្យក្រសួងទទួលបន្ទុកការគ្រប់គ្រងការថែទាំសុខភាពរដ្ឋ California (DMHC) ធ្វើការត្រួតពិនិត្យផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដោយឯករាជ្យឡើងវិញ។ សូមមើល **ផ្នែក F4** ដើម្បីស្វែងយល់អំពីរបៀបដាក់ពាក្យបណ្តឹង តវ៉ា និងការស្នើសុំឱ្យ DMHC ធ្វើការត្រួតពិនិត្យផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រឯករាជ្យ។

វាក្យសព្ទច្បាប់សម្រាប់សេចក្តីជូនដំណឹងជាលាយលក្ខណ៍អក្សរគឺ "**សេចក្តីជូនដំណឹងអំពីការមិនធានារ៉ាប់រងរបស់ Medicare**"។ ដើម្បីទទួលបានច្បាប់ចម្លងគំរូ សូមទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិកតាមលេខនៅផ្នែកខាងក្រោមនៃទំព័រ ឬទូរសព្ទទៅ Medicare តាមលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរតែហៅទូរសព្ទទៅលេខ 1-877-486-2048។ ឬទទួលបានច្បាប់ចម្លងតាមអនឡាញនៅលើគេហទំព័រ www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/FFS-Expedited-Determination- Notices។

តើមានអ្វីកើតឡើងក្នុងអំឡុងពេលបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ទាន់ចិត្ត

- អ្នកត្រួតពិនិត្យនៅ QIO នឹងសាកសួរអ្នក ឬអ្នកតំណាងរបស់អ្នកពីមូលហេតុដែលធ្វើឱ្យអ្នកយល់ថាការធានារ៉ាប់រងគួរបន្ត។ អ្នកមិនត្រូវបានតម្រូវឱ្យសរសេរសេចក្តីថ្លែងការណ៍ទេ ប៉ុន្តែអ្នកអាចធ្វើបាន។
- អ្នកត្រួតពិនិត្យនឹងពិនិត្យមើលព័ត៌មានវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នក ពិភាក្សាជាមួយវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក និងពិនិត្យឡើងវិញនូវព័ត៌មានដែលគម្រោងរបស់យើងបានផ្តល់ឱ្យពួកគេ។
- គម្រោងរបស់យើងក៏ផ្ញើសេចក្តីជូនដំណឹងជាលាយលក្ខណ៍អក្សរដែលពន្យល់ពីហេតុផលរបស់យើងសម្រាប់ការបញ្ចប់ការធានារ៉ាប់រងលើសេវាកម្មរបស់អ្នកផងដែរ។ អ្នកទទួលបានសេចក្តីជូនដំណឹងនៅចុងបញ្ចប់នៃថ្ងៃដែលអ្នកត្រួតពិនិត្យប្រាប់យើងខ្ញុំអំពីបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក។

វាក្យសព្ទច្បាប់សម្រាប់ការពន្យល់អំពីសេចក្តីជូនដំណឹងគឺ "**ការពន្យល់លម្អិតអំពីការមិនធានារ៉ាប់រង**"។

- អ្នកត្រួតពិនិត្យនឹងផ្តល់ការសម្រេចរបស់ពួកគេក្នុងរយៈពេលមួយថ្ងៃពេញ បន្ទាប់ពីការទទួលបានព័ត៌មានទាំងអស់ដែលពួកគេត្រូវការ។

ប្រសិនបើ QIO និយាយថា **បាទ/ចាស** ចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក៖

- យើងនឹងផ្តល់សេវាកម្មដែលរ៉ាប់រងរបស់អ្នកដរាបណាវានៅតែមានភាពចាំបាច់ខាងវេជ្ជសាស្ត្រ។

ប្រសិនបើ QIO និយាយថា **ទេ** ចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក៖

- ការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកបញ្ចប់នៅកាលបរិច្ឆេទដែលយើងបានប្រាប់អ្នក។
- យើងឈប់បង់ថ្លៃចំណាយការថែទាំនេះត្រឹមកាលបរិច្ឆេទក្នុងសេចក្តីជូនដំណឹង។
- អ្នកនឹងបង់ថ្លៃចំណាយពេញចំពោះការថែទាំនេះដោយខ្លួនឯង ប្រសិនបើអ្នកសម្រេចបន្តសេវាថែទាំសុខភាពតាមផ្ទះ ការថែទាំនៅមណ្ឌលថែទាំសុខភាពជំនាញ ឬសេវា CORF បន្ទាប់ពីកាលបរិច្ឆេទនៃការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកបញ្ចប់
- អ្នកសម្រេចចិត្តថាតើអ្នកចង់បន្តសេវាកម្មទាំងនេះហើយដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 ដែរឬទេ។

I3. ការដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិតទី 2

ចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិតទី 2 អ្នកស្នើសុំឱ្យ QIO ធ្វើការពិនិត្យជាថ្មីនូវសេចក្តីសម្រេចដែលពួកគេបានធ្វើនៅលើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិតទី 1 របស់អ្នក។ ទូរសព្ទទៅពួកគេតាមរយៈលេខ (877) 588-1123។

អ្នកត្រូវតែស្នើសុំការពិនិត្យឡើងវិញ **ក្នុងរយៈពេល 60 ថ្ងៃតាមប្រតិទិន** បន្ទាប់ពីថ្ងៃដែល QIO បាន **បដិសេធ**ចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 1 របស់អ្នក។ អ្នកអាចស្នើសុំការពិនិត្យឡើងវិញបាន **លុះត្រាតែ** អ្នកបន្តការថែទាំក្រោយកាលបរិច្ឆេទដែលការធានារ៉ាប់រងលើការថែទាំបានបញ្ចប់ប៉ុណ្ណោះ។

អ្នកត្រួតពិនិត្យ QIO នឹង៖

- សូមពិនិត្យមើលព័ត៌មានទាំងអស់ដែលទាក់ទងនឹងបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នកដោយប្រុងប្រយ័ត្ន។
- ប្រាប់អ្នកអំពីការសម្រេចចិត្តរបស់ពួកគេអំពីបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 របស់អ្នកក្នុងរយៈពេល 14 ថ្ងៃតាមប្រតិទិន បន្ទាប់ពីទទួលបានសំណើរបស់អ្នកសម្រាប់ការពិនិត្យឡើងវិញជាលើកទីពីរ។

ប្រសិនបើ QIO និយាយថា **បាទ/ចាស** ចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក៖

- យើងត្រូវសងប្រាក់ជូនអ្នកវិញ សម្រាប់ថ្លៃចំណាយលើការថែទាំដែលអ្នកបានទទួល ចាប់ពីកាលបរិច្ឆេទដែលយើងបានប្រាប់ថាការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកនឹងបញ្ចប់។
- យើងនឹងផ្តល់ការធានារ៉ាប់រងសម្រាប់ការថែទាំដរាបណាវាចាំបាច់ខាងវេជ្ជសាស្ត្រ។

ប្រសិនបើ QIO និយាយថា **ទេ** ចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក៖

- ពួកគេយល់ស្របនឹងការសម្រេចចិត្តរបស់យើងក្នុងការបញ្ចប់ការថែទាំរបស់អ្នក ហើយនឹងមិនផ្លាស់ប្តូរវាទេ។
- ពួកគេផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវលិខិតដែលប្រាប់អ្នកពីអ្វីដែលអ្នកអាចធ្វើបាន ប្រសិនបើអ្នកចង់បន្តដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ និងដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 3។
- អ្នកអាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងតវ៉ា និងស្នើសុំឱ្យ DMHC ធ្វើការត្រួតពិនិត្យផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដោយឯករាជ្យ ដើម្បីបន្តការធានារ៉ាប់រងលើសេវាកម្មថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក។ សូមមើល**ផ្នែក F4** ដើម្បីស្វែងយល់អំពីរបៀបស្នើសុំ DMHC សម្រាប់ការពិនិត្យផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រឯករាជ្យ។ អ្នកអាចបំពេញការតវ៉ា ឬស្នើសុំ DMHC សម្រាប់ការពិនិត្យវេជ្ជសាស្ត្រឡើងវិញដោយឯករាជ្យបន្ថែមលើ ឬជំនួសការប្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 3។

ALJ ឬមេធាវីកាត់សេចក្តីដោះស្រាយបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 3។ សូមមើល **ផ្នែក J** សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិតទី 3 ទី 4 និង ទី 5 ។

J. ការដាក់ប្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នកហួសពីកម្រិត 2

J1. ជំហានបន្ទាប់ដែលត្រូវធ្វើសម្រាប់បញ្ហាសេវាកម្ម ឬសម្ភារៈ Medicare

បើអ្នកដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិតទី 1 និងកម្រិតទី 2 ចំពោះសេវាកម្ម ឬទំនិញរបស់ Medicare ហើយបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ទាំងពីររបស់អ្នកត្រូវគេបដិសេធ អ្នកមានសិទ្ធិដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិតផ្សេងបន្ថែមទៀត។

ប្រសិនបើតម្លៃប្រាក់ដុល្លារនៃសេវាកម្ម ឬទំនិញរបស់ Medicare ដែលអ្នកបានប្តឹងឧទ្ធរណ៍មិនត្រូវតាមចំនួនប្រាក់ដុល្លារអប្បបរមាជាក់លាក់ទេ អ្នកមិនអាចប្តឹងឧទ្ធរណ៍បន្តទៀតទេ។ ប្រសិនបើតម្លៃប្រាក់ដុល្លារមានកម្រិតខ្ពស់គ្រប់គ្រាន់ អ្នកអាចបន្តដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ទៀតបាន។ លិខិតដែលអ្នកទទួលបានពី IRO សម្រាប់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិតទី 2 របស់អ្នកដែលពន្យល់អ្នកដែលត្រូវទាក់ទង និងអ្វីដែលត្រូវធ្វើដើម្បីស្នើសុំសម្រាប់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិតទី 3។

បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិតទី 3

កម្រិត 3 នៃដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍គឺសវនាការ ALJ។ អ្នកដែលធ្វើការសម្រេចគឺជា ALJ ឬមេធាវីកាត់សេចក្តីដែលធ្វើការឱ្យរដ្ឋាភិបាលសហព័ន្ធ។

ប្រសិនបើ ALJ ឬមេធាវីកាត់សេចក្តីនិយាយថា **យល់ព្រម** ចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក យើងមានសិទ្ធិប្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិតទី 3 លើសេចក្តីសម្រេចដែលអំណោយផលសម្រាប់អ្នក។

- ប្រសិនបើយើងសម្រេចចិត្ត**ប្តឹងឧទ្ធរណ៍ចំពោះ**ការសម្រេចចិត្តនេះ យើងនឹងធ្វើជូនអ្នកនូវច្បាប់ចម្លងនៃសំណើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 4 ជាមួយនឹងឯកសារដែលភ្ជាប់មកជាមួយ។ យើងអាចរង់ចាំសេចក្តីសម្រេចនៃបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិតទី 4 មុននឹងផ្តល់ការអនុញ្ញាត ឬការផ្តល់សេវាកម្មក្នុងពេលវិវាទ។
- ប្រសិនបើយើងសម្រេចចិត្ត**មិនប្តឹងឧទ្ធរណ៍**ចំពោះការសម្រេចចិត្តនេះ យើងត្រូវតែអនុញ្ញាត ឬផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវសេវាកម្មក្នុងរយៈពេល 60 ថ្ងៃតាមប្រតិទិន បន្ទាប់ពីទទួលបានការសម្រេចចិត្តរបស់ ALJ ឬមេធាវីកាត់សេចក្តី។

ប្រសិនបើ ALJ ឬមេធាវីកាត់សេចក្តីនិយាយថា **ទេ** ចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក ដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍នឹងមិនអាចបញ្ចប់បានទេ។

- ប្រសិនបើអ្នកសម្រេច **ទទួលយក** សេចក្តីសម្រេចនេះដែលបដិសេធបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក ដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍នឹងត្រូវបានបញ្ចប់។
- ប្រសិនបើអ្នកសម្រេចចិត្ត **មិនទទួលយកការ**សម្រេចចិត្តដែលច្រានចោលបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នកនេះ អ្នកអាចបន្តទៅកម្រិតបន្ទាប់នៃដំណើរការពិនិត្យឡើងវិញ។ សេចក្តីជូនដំណឹងដែលអ្នកទទួលបាននឹងប្រាប់អ្នកពីអ្វីដែលត្រូវធ្វើសម្រាប់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 4។

បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិតទី 4

ក្រុមប្រឹក្សាបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់ Medicare (ក្រុមប្រឹក្សា) ពិនិត្យមើលបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក ហើយផ្តល់ចម្លើយជូនអ្នក។ ក្រុមប្រឹក្សាគឺជាផ្នែកមួយរបស់រដ្ឋាភិបាលសហព័ន្ធ។

ប្រសិនបើក្រុមប្រឹក្សានិយាយថា **យល់ព្រម** ចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិតទី 4 របស់អ្នក ឬបដិសេធសំណើរបស់យើងក្នុងការពិនិត្យមើលសេចក្តីសម្រេចនៃបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិតទី 3 ដែលអំណោយផលសម្រាប់អ្នក យើងមានសិទ្ធិប្តឹងឧទ្ធរណ៍ទៅកាន់កម្រិតទី 5 បាន។

- ប្រសិនបើយើងសម្រេចចិត្ត**ប្តឹងឧទ្ធរណ៍**លើការសម្រេចចិត្តនេះ យើងនឹងប្រាប់អ្នកជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ។
- ប្រសិនបើយើងសម្រេចចិត្ត**មិនប្តឹងឧទ្ធរណ៍**ចំពោះការសម្រេចចិត្តនេះ យើងត្រូវតែអនុញ្ញាត ឬផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវសេវាកម្មក្នុងរយៈពេល 60 ថ្ងៃតាមប្រតិទិន បន្ទាប់ពីទទួលបានសេចក្តីសម្រេចរបស់ក្រុមប្រឹក្សា។

ប្រសិនបើក្រុមប្រឹក្សានិយាយថា **ទេ** ឬបដិសេធចំពោះសំណើសុំពិនិត្យមើលរបស់យើង ដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍នឹងមិនអាចបញ្ចប់បានទេ។

- ប្រសិនបើអ្នកសម្រេចចិត្ត**ទទួលយកការ**សម្រេចចិត្តនេះដែលច្រានចោលបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក ដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍នឹងត្រូវបានបញ្ចប់។
- ប្រសិនបើអ្នកសម្រេចចិត្ត **មិនទទួលយកការ**សម្រេចចិត្តដែលច្រានចោលបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នកនេះ អ្នកអាចបន្តទៅកម្រិតបន្ទាប់នៃដំណើរការពិនិត្យឡើងវិញ។ សេចក្តីជូនដំណឹងដែលអ្នកទទួលបាននឹងប្រាប់អ្នកថាតើអ្នកអាចបន្តទៅបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិតទី 5 និងអ្វីដែលត្រូវធ្វើ។

បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 5

- ចៅក្រមតុលាការមណ្ឌលសហព័ន្ធនឹងពិនិត្យឡើងវិញនូវបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក និងព័ត៌មានទាំងអស់ ហើយសម្រេចចិត្ត **យល់ព្រម** ឬ **មិនយល់ព្រម**។ នេះជាការសម្រេចចិត្តចុងក្រោយ។ មិនមានកម្រិតនៃបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ផ្សេងទៀតក្រៅពីចៅក្រមតុលាការមណ្ឌលសហព័ន្ធទេ។

J2. បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់ Medi-Cal បន្ថែម

អ្នកក៏មានសិទ្ធិប្តឹងឧទ្ធរណ៍ផ្សេងទៀត ប្រសិនបើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នកពាក់ព័ន្ធនឹងសេវាកម្ម ឬទំនិញ ដែលជាធម្មតាធានារ៉ាប់រងដោយ Medi-Cal។ លិខិតដែលអ្នកទទួលបានពីផ្នែកសវនាការថ្នាក់រដ្ឋនឹងប្រាប់អ្នកពីអ្វីដែលត្រូវធ្វើ ប្រសិនបើអ្នកចង់បន្តដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ទៀត។

J3. បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិតទី 3 ទី 4 និងទី 5 សម្រាប់ការស្នើសុំឱសថក្នុងផ្នែក D

ផ្នែកនេះអាចមានភាពសមរម្យចំពោះអ្នក ប្រសិនបើអ្នកបានដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 1 និងបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 ហើយបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នកទាំងពីរត្រូវបានបដិសេធ។

ប្រសិនបើតម្លៃឱសថដែលអ្នកបានប្តឹងឧទ្ធរណ៍ត្រូវតាមចំនួនទឹកប្រាក់ប្រាក់ដុល្លារជាក់លាក់ណាមួយ អ្នកអាចបន្តទៅកម្រិតនៃការប្តឹងឧទ្ធរណ៍បន្ថែមទៀតបាន។ ការឆ្លើយតបជាលាយលក្ខណ៍អក្សរដែលអ្នកទទួលបានចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 របស់អ្នកដែលពន្យល់អ្នកដែលត្រូវទាក់ទង និងអ្វីដែលត្រូវធ្វើដើម្បីស្នើសុំបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 3 ។

បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិតទី 3
កម្រិត 3 នៃដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍គឺសវនាការ ALJ។ អ្នកដែលធ្វើការសម្រេចគឺជា ALJ ឬមេធាវីកាត់សេចក្តីដែលធ្វើការឱ្យរដ្ឋាភិបាលសហព័ន្ធ។

ប្រសិនបើ ALJ ឬមេធាវីកាត់សេចក្តីនិយាយ **បាទ/ចាស** ចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក៖

- ដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍បានបញ្ចប់។
- យើងត្រូវតែអនុញ្ញាត ឬផ្តល់ការធានារ៉ាប់រងលើឱសថដែលបានយល់ព្រមក្នុងរយៈពេល 72 ម៉ោង (ឬ 24 ម៉ោងសម្រាប់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ពន្លឿន) ឬធ្វើការបង់ប្រាក់មិនឱ្យលើសពី 30 ថ្ងៃតាមប្រតិទិនបន្ទាប់ពីយើងទទួលបានការសម្រេចចិត្ត។
  - ប្រសិនបើ ALJ ឬមេធាវីកាត់សេចក្តីនិយាយថា **ទេ** ចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក ដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍នឹងមិនអាចបញ្ចប់បានទេ។
- ប្រសិនបើអ្នកសម្រេចចិត្ត**ទទួលយកការ**សម្រេចចិត្តនេះដែលច្រានចោលបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក ដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍នឹងត្រូវបានបញ្ចប់។
- ប្រសិនបើអ្នកសម្រេចចិត្ត **មិនទទួលយកការ**សម្រេចចិត្តដែលច្រានចោលបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នកនេះ អ្នកអាចបន្តទៅកម្រិតបន្ទាប់នៃដំណើរការពិនិត្យឡើងវិញ។ សេចក្តីជូនដំណឹងដែលអ្នកទទួលបាននឹងប្រាប់អ្នកពីអ្វីដែលត្រូវធ្វើសម្រាប់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 4។

បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិតទី 4

ក្រុមប្រឹក្សាពិនិត្យមើលបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក ហើយផ្តល់ចម្លើយជូនអ្នក។ ក្រុមប្រឹក្សាគឺជាផ្នែកមួយរបស់រដ្ឋាភិបាលសហព័ន្ធ។

ប្រសិនបើក្រុមប្រឹក្សានិយាយថា **បាទ/ចាស** ចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក៖

- ដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍បានបញ្ចប់។
- យើងត្រូវតែអនុញ្ញាត ឬផ្តល់ការធានារ៉ាប់រងលើឱសថដែលបានយល់ព្រមក្នុងរយៈពេល 72 ម៉ោង (ឬ 24 ម៉ោងសម្រាប់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ពន្លឿន) ឬធ្វើការបង់ប្រាក់មិនឱ្យលើសពី 30 ថ្ងៃតាមប្រតិទិនបន្ទាប់ពីយើងទទួលបានការសម្រេចចិត្ត។
  - ប្រសិនបើក្រុមប្រឹក្សានិយាយថា **ទេ** ចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក ដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍អាចនឹងមិនត្រូវបានបញ្ចប់ទេ។
- ប្រសិនបើអ្នកសម្រេចចិត្ត**ទទួលយកការ**សម្រេចចិត្តនេះដែលច្រានចោលបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក ដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍នឹងត្រូវបានបញ្ចប់។
- ប្រសិនបើអ្នកសម្រេចចិត្ត **មិនទទួលយកការ**សម្រេចចិត្តដែលច្រានចោលបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នកនេះ អ្នកអាចបន្តទៅកម្រិតបន្ទាប់នៃដំណើរការពិនិត្យឡើងវិញ។ សេចក្តីជូនដំណឹងដែលអ្នកទទួលបាននឹងប្រាប់អ្នកថាតើអ្នកអាចបន្តទៅបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិតទី 5 និងអ្វីដែលត្រូវធ្វើ។

បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិតទី 5

- ចៅក្រម Federal District Court នឹងពិនិត្យមើលបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក និងព័ត៌មានទាំងអស់ ហើយសម្រេចថា**យល់ព្រម** ឬ**អត់**។ នេះជាការសម្រេចចិត្តចុងក្រោយ។ មិនមានកម្រិតនៃបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ផ្សេងទៀតក្រៅពីចៅក្រមតុលាការមណ្ឌលសហព័ន្ធទេ។

K. របៀបដាក់បណ្តឹងតវ៉ា

K1. តើបញ្ហាប្រភេទណាខ្លះដែលគួរដាក់ពាក្យបណ្តឹង

ដំណើរការបណ្តឹងតវ៉ាត្រូវបានប្រើសម្រាប់តែបញ្ហាប្រភេទជាក់លាក់មួយចំនួន*ប៉ុណ្ណោះ* ដូចជាបញ្ហាទាក់ទងនឹងគុណភាពនៃការថែទាំ ពេលវេលារង់ចាំ ការសម្របសម្រួលការថែទាំ និងសេវាបម្រើអតិថិជន។ ខាងក្រោមជាឧទាហរណ៍ចំពោះប្រភេទបញ្ហាដែលអាចដោះស្រាយដោយដំណើរការបណ្តឹងតវ៉ា។

ពាក្យបណ្តឹង	ឧទាហរណ៍
គុណភាពនៃការថែទាំផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នក	• លោកអ្នកមិនរីករាយជាមួយនឹងគុណភាពនៃការថែទាំ ដូចជាការថែទាំដែលលោកអ្នកទទួលបានពេលគេងពេទ្យ។
ការគោរពឯកជនភាពរបស់អ្នក	• អ្នកគិតថា បុគ្គលណាម្នាក់មិនបានគោរពសិទ្ធិភាពឯកជនរបស់អ្នក ឬបានចែករំលែកព័ត៌មានសម្ងាត់របស់អ្នក។

ការមិនគោរព ផ្នែកបម្រើសេវាអតិថិជនមិនល្អ ឬអាកប្បកិរិយាអវិជ្ជមានផ្សេងទៀត	• អ្នកផ្តល់សេវាកម្មថែទាំសុខភាព ឬបុគ្គលិករបស់ពួកគេមានអាកប្បកិរិយាមិនល្អ ឬមិនមានការគោរពចំពោះលោកអ្នក។ • បុគ្គលិករបស់យើងបានប្រព្រឹត្តិមិនល្អចំពោះអ្នក។ • អ្នកគិតថា អ្នកនឹងត្រូវបានដកចេញពីគម្រោងរបស់យើង។
លទ្ធភាពចូលប្រើប្រាស់ និងជំនួយភាសា	• អ្នកមិនអាចទទួលបានសេវាកម្ម និងសម្ភារៈថែទាំសុខភាពនៅក្នុងការិយាល័យរបស់អ្នកផ្តល់សេវា ឬវេជ្ជបណ្ឌិតទេ។ • វេជ្ជបណ្ឌិត ឬអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកមិនផ្តល់អ្នកបកប្រែសម្រាប់ភាសាដែលមិនមែនជាភាសាអង់គ្លេសដែលអ្នកនិយាយ (ដូចជា ភាសាសញ្ញាអាមេរិក ឬភាសាអេស្ប៉ាញ)ទេ។ • អ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកមិនផ្តល់ជូនអ្នកនូវកន្លែងស្នាក់នៅសមរម្យផ្សេងទៀតដែលអ្នកត្រូវការ និងស្នើសុំទេ។
ពេលរង់ចាំទទួលសេវាកម្ម	• អ្នកមានបញ្ហាក្នុងការណាត់ជួប ឬរង់ចាំក្នុងរយៈពេលដ៏យូរដើម្បីទទួលបានសេវាកម្ម។ • វេជ្ជបណ្ឌិត ឱសថការី ឬអ្នកជំនាញផ្នែកសុខភាពផ្សេងទៀត សេវាបម្រើអតិថិជន ឬបុគ្គលិករបស់គម្រោងផ្សេងទៀត ទុកឱ្យអ្នករង់ចាំក្នុងរយៈពេលដ៏យូរ។
ភាពមានអនាម័យ	• អ្នកគិតថា គ្លីនិក មន្ទីរពេទ្យ ឬការិយាល័យរបស់វេជ្ជបណ្ឌិត គឺមិនមានអនាម័យទេ។
ព័ត៌មានដែលអ្នកទទួលបានពីយើងខ្ញុំ	• លោកអ្នកគិតថាយើងខ្ញុំខកខានផ្តល់ឲ្យលោកអ្នកការជូនដំណឹង ឬលិខិតដែលលោកអ្នកគួរបានទទួល។ • អ្នកគិតថា ព័ត៌មានជាលាយលក្ខណ៍អក្សរដែលយើងបានផ្ញើជូនអ្នកគឺពិបាកយល់ខ្លាំងណាស់។
ពេលវេលាដែលទាក់ទងនឹងសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងរហ័ស ឬបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍	• អ្នកគិតថា យើងមិនបំពេញតាមកាលបរិច្ឆេទកំណត់របស់យើងសម្រាប់សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងរហ័ស ឬការឆ្លើយតបនឹងបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក។ • អ្នកគិតថា បន្ទាប់ពីការទទួលបានសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង ឬបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍តាមសំណើរបស់អ្នក យើងមិនបំពេញតាមកាលបរិច្ឆេទកំណត់ចំពោះការអនុម័ត ឬការផ្តល់សេវាកម្មជូនអ្នក ឬការសងថ្លៃសម្រាប់សេវាកម្មផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រជាក់លាក់ជូនអ្នកវិញទេ។ • អ្នកមិនគិតថាយើងបានបញ្ជូនករណីរបស់អ្នកទៅ IRO ទាន់ពេលវេលាទេ។

ពាក្យបណ្តឹងមានប្រភេទផ្សេងៗគ្នា។ លោកអ្នកអាចធ្វើការតវ៉ាផ្ទៃក្នុងនិង/ឬការតវ៉ាខាងក្រៅ។ ការតវ៉ាផ្ទៃក្នុងត្រូវបានរៀបចំ និងពិនិត្យដោយផែនការរបស់យើងខ្ញុំ។ ពាក្យបណ្តឹងខាងក្រៅត្រូវបានដាក់ និងពិនិត្យដោយអង្គភាពដែលមិនជាប់ទាក់ទងនឹងគម្រោងរបស់យើង។ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយក្នុងការដាក់ពាក្យបណ្តឹងខាងក្នុង និង/ឬខាងក្រៅ អ្នកអាចទូរសព្ទទៅកាន់សេវាបម្រើសមាជិកតាមរយៈលេខ (855) 665-4627 TTY៖ 711.

វាក្យសព្ទច្បាប់ សម្រាប់ “បណ្តឹងតវ៉ា” គឺ “**បណ្តឹងសាទុក្ខ**” ។

ពាក្យច្បាប់របស់ "ការដាក់បណ្តឹង" គឺ "**ការដាក់ពាក្យប្តឹងសារទុក្ខ**។"

K2. ការតវ៉ាផ្ទៃក្នុង

ដើម្បីដាក់បណ្តឹងតវ៉ាផ្ទៃក្នុង សូមទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសេវាសមាជិកតាមរយៈលេខ (855) 665-4627។ អ្នកអាចធ្វើការតវ៉ានៅពេលណាមួយលុះត្រាតែវានិយាយអំពី Medicare ឱសថផ្នែក D ។ ប្រសិនបើពាក្យបណ្តឹងពាក់ព័ន្ធនឹងឱសថក្នុងផ្នែក D របស់ Medicare អ្នកត្រូវតែដាក់ពាក្យបណ្តឹង **នៅក្នុងរយៈពេល 60 ថ្ងៃតា មប្រតិទិន** បន្ទាប់ពីអ្នកមានបញ្ហាដែលអ្នកចង់ប្តឹង។

- ប្រសិនបើមានអ្វីទៀតដែលលោកអ្នកត្រូវធ្វើ ផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិកនឹងប្រាប់អ្នកឱ្យបានដឹង។
- អ្នកក៏អាចសរសេរពាក្យបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នកហើយផ្ញើមកយើងខ្ញុំបានផងដែរ។ បើអ្នកដាក់បណ្តឹងជាលាយល័ក្ខណ៍អក្សរ យើងខ្ញុំក៏នឹងឆ្លើយតបចំពោះបណ្តឹងរបស់អ្នកជាលាយល័ក្ខណ៍អក្សរដែរ។
- <u>បណ្តឹងសាទុក្ខអាចត្រូវបានដោះស្រាយដោយផ្ទាល់មាត់តែក្នុងករណីដែលមិនពាក់ព័ន្ធនឹងជម្លោះការធានារ៉ាប់រង សេវាថែទាំសុខភាពដែលមានជម្លោះដែលពាក់ព័ន្ធនឹងភាពចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ ឬការព្យាបាលពិសោធន៍/ការស៊ើបអង្កេត ហើយដែលត្រូវបានដោះស្រាយដោយការបិទអាជីវកម្មនៅថ្ងៃបន្ទាប់ ។ រាល់បណ្តឹងសាទុក្ខផ្សេងទៀត ដោយផ្ទាល់មាត់ ឬជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ ត្រូវតែទទួលស្គាល់ និងឆ្លើយតបជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ។ អ្នកអាចទូរសព្ទមកយើងខ្ញុំតាមរយៈលេខ (800) 665-0898, TTY: 711 បាន 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ ពីម៉ោង 8:00 a.m. ដល់ម៉ោង 8:00 p.m. ម៉ោងក្នុងស្រុក ឬសរសេរមកយើងខ្ញុំតាមរយៈ Molina Medicare Complete Care Plus Appeals and Grievances,PO Box 22816, Long Beach, CA 90801, ទូរសារ៖ (562) 499-0610។</u>

> **វាក្យសព្ទច្បាប់**សម្រាប់ “បណ្តឹងតវ៉ារហ័ស” គឺ “**បណ្តឹងសាទុក្ខពន្លឿន**។”

ប្រសិនជាអាច យើងនឹងផ្តល់ចម្លើយជូនអ្នកភ្លាម។ ប្រសិនបើអ្នកហៅទូរសព្ទមកយើងខ្ញុំដើម្បីដាក់បណ្តឹងតវ៉ា យើងខ្ញុំអាចផ្តល់ចម្លើយដល់អ្នកក្នុងពេលតែមួយដែលអ្នកកំពុងនិយាយទូរសព្ទ។ បើស្ថានភាពសុខភាពរបស់លោកអ្នកតម្រូវឲ្យយើងខ្ញុំផ្តល់ចម្លើយជាបន្ទាន់ យើងខ្ញុំនឹងធ្វើដូច្នោះ។

- យើងឆ្លើយនឹងបណ្តឹងតវ៉ាភាគច្រើនក្នុងរយៈពេល 30 ថ្ងៃតាមប្រតិទិន។ ប្រសិនបើយើងមិនធ្វើការសម្រេចក្នុងរយៈពេល 30 ថ្ងៃតាមប្រតិទិនដោយសារតែយើងត្រូវការព័ត៌មានបន្ថែម យើងនឹងជូនដំណឹងដល់អ្នកជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ។ យើងក៏នឹងផ្តល់នូវដំណឹងចុងក្រោយពីស្ថានភាព និងពេលវេលាប៉ាន់ស្មានដែលអ្នកនឹងទទួលបានចម្លើយផងដែរ។
- ប្រសិនបើអ្នកដាក់បណ្តឹងតវ៉ាដោយសារតែយើងបានបដិសេធសំណើរបស់អ្នកសម្រាប់ "ការសម្រេចចិត្តលើការរ៉ាប់រងរហ័ស" ឬ "បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍រហ័ស" យើងផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវ "ការប្តឹងតវ៉ារហ័ស" ដោយស្វ័យប្រវត្តិ ហើយឆ្លើយតបទៅនឹងបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នកក្នុងរយៈពេល 24 ម៉ោង។
- ប្រសិនបើអ្នកដាក់បណ្តឹងតវ៉ាដោយសារតែយើងបានចំណាយពេលបន្ថែមដើម្បីធ្វើការសម្រេចចិត្តលើការធានារ៉ាប់រង ឬបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ យើងផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវ "បណ្តឹងរហ័ស" ដោយស្វ័យប្រវត្តិ ហើយឆ្លើយតបទៅនឹងបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នកក្នុងរយៈពេល 24 ម៉ោង។

ប្រសិនបើយើងមិន យល់ស្រប ចំពោះផ្នែកមួយ ឬទាំងអស់នៃពាក្យបណ្តឹងរបស់អ្នក យើងនឹងប្រាប់ដល់អ្នក ហើយផ្តល់ជូនអ្នកនូវមូលហេតុរបស់យើង។ យើងនឹងឆ្លើយតបមិនថាយើងយល់ព្រមចំពោះពាក្យបណ្តឹងនោះឬក៏អត់។

K3. ការតវ៉ាខាងក្រៅ

Medicare

អ្នកអាចប្រាប់ Medicare អំពីពាក្យបណ្តឹងរបស់អ្នក ឬផ្ញើពាក្យបណ្តឹងទៅកាន់ Medicare ។ បែបបទដាក់បាក្យបណ្តឹងរបស់ Medicare មាននៅឯ៖ <u>www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx</u>។

អ្នកមិនចាំបាច់ដាក់បណ្តឹងតវ៉ាជាមួយ Molina Medicare Complete Care Plus មុនពេលដាក់បណ្តឹងតវ៉ាជាមួយ Medicare ទេ។

Medicare ទទួលយកពាក្យបណ្តឹងរបស់អ្នកដោយហ្មត់ចត់ ហើយនឹងប្រើប្រាស់ព័ត៌មាននេះដើម្បីជួយធ្វើឱ្យគុណភាពនៃកម្មវិធីរបស់ Medicare កាន់តែមានភាពល្អប្រសើរ។

ប្រសិនបើអ្នកមានមតិកែលម្អ ឬការព្រួយបារម្ភផ្សេងទៀត ឬប្រសិនបើអ្នកមានអារម្មណ៍ថាគម្រោងសុខភាពមិនដោះស្រាយបញ្ហារបស់អ្នកទេ អ្នកក៏អាចទូរសព្ទទៅកាន់លេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) ផងដែរ។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY អាចទូរសព្ទទៅលេខ 1-877-486-2048។ ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។

Medi-Cal

អ្នកអាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងតវ៉ាទៅកាន់ Medi-Cal Managed Care Ombudsman នៃ California Department of Health Care Services (DHCS) ដោយទូរសព្ទទៅលេខ 1-888-452-8609។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY អាចទូរសព្ទទៅលេខ 711 ។ ហៅទូរសព្ទពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ចន្លោះពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 5:00 ល្ងាច។

អ្នកអាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងជាមួយនឹង ក្រសួងគ្រប់គ្រងការថែទាំសុខភាព (DMHC) នៃរដ្ឋ California។ DMHC ជាអ្នកទទួលខុសត្រូវចមពោះការធ្វើនិយតកម្មផែនការសុខភាព។ អ្នកអាចទូរសព្ទទៅមជ្ឈមណ្ឌលជំនួយ DMHC សម្រាប់ជំនួយក្នុងការដាក់ពាក្យបណ្តឹងតវ៉ាអំពីសេវាកម្ម Medi-Cal។ សម្រាប់បញ្ហាមិនបន្ទាន់ អ្នកអាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងជាមួយ DMHC ប្រសិនបើអ្នកមិនយល់ស្របនឹងការសម្រេចចិត្តនៅក្នុងបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 1 របស់អ្នក ឬប្រសិនបើគម្រោងមិនបានដោះស្រាយពាក្យបណ្តឹងរបស់អ្នកបន្ទាប់ពី 30 ថ្ងៃតាមប្រតិទិន។ ទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយ អ្នកអាចទាក់ទងទៅ DMHC ដោយមិនចាំបាច់ដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 1 ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយក្នុងបណ្តឹងទាក់ទងនឹងបញ្ហាបន្ទាន់ ឬបញ្ហាដែលពាក់ព័ន្ធនឹងការគំរាមកំហែងភ្លាមៗ និងធ្ងន់ធ្ងរដល់សុខភាពរបស់អ្នក ប្រសិនបើអ្នកកំពុងឈឺចាប់ខ្លាំង ប្រសិនបើអ្នកមិនយល់ស្របនឹងការសម្រេចចិត្តគម្រោងរបស់យើងអំពីពាក្យបណ្តឹងរបស់អ្នក ឬប្រសិនបើគម្រោងរបស់យើងមិនបានដោះស្រាយពាក្យបណ្តឹងរបស់អ្នកបន្ទាប់ពី 30 ថ្ងៃប្រតិទិន។

នេះជាវិធីពីរយ៉ាងដើម្បីទទួលបានជំនួយពីមជ្ឈមណ្ឌលផ្តល់ជំនួយ (Help Center)៖

- ទូរសព្ទទៅ 1-888- 466-2219។ បុគ្គលដែលថ្លង់ មានបញ្ហាផ្នែកស្តាប់ ឬនិយាយអាចប្រើលេខទូរសព្ទ TTY ដោយឥតគិតថ្លៃតាមរយៈលេខ 1-877-688-9891។ ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។
- សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័ររបស់ក្រសួងសុខភាពដែលមានការគ្រប់គ្រងតាមរយៈ (www.dmhc.ca.gov)។

ការិយាល័យសិទ្ធិស៊ីវិល (OCR)

អ្នកអាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងទៅកាន់ក្រសួងសុខាភិបាល និងសេវាមនុស្សជាតិ (HHS) OCR ប្រសិនបើអ្នកគិតថា អ្នកមិនត្រូវបានប្រព្រឹត្តិមកលើដោយយុត្តិធម៌។ ឧទាហរណ៍ អ្នកអាចធ្វើការតវ៉ាអំពីការប្រើប្រាស់សម្រាប់ជនពិការ ឬជំនួយភាសា។ លេខទូរសព្ទសម្រាប់ OCR គឺលេខ 1-800-368-1019។ អ្នកប្រើ TTY គួរហៅទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-537-7697។ អ្នកអាចចូលទៅកាន់ www.hhs.gov/ocr សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។

អ្នកក៏អាចហៅទូរសព្ទមកកាន់ការិយាល័យ OCR ប្រចាំមូលដ្ឋានលោកអ្នកបានដែរតាមរយៈ៖
(877) 588-1123,
ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ៖ ម៉ោង 9:00 ព្រឹក - 5:00 ល្ងាច (ម៉ោងក្នុងស្រុក) សារជាសំឡេង 24 ម៉ោងអាចរកបាន។
TTY:(855) 887-6668
https://www.livantaqio.com/en/states/california

អ្នកក៏អាចមានសិទ្ធិក្រោមច្បាប់ជនពិការអាមេរិកផងដែរ។ អ្នកអាចទាក់ទងការិយាល័យ OCR ក្នុងតំបន់
តាមរយៈលេខ (877) 588-1123។

QIO

នៅពេលដែលពាក្យបណ្តឹងរបស់អ្នកពាក់ព័ន្ធនឹង គុណភាពនៃសេវាថែទាំអ្នកក៏មានជម្រើសពីរផងដែរ៖

- អ្នកអាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងរបស់អ្នកអំពីគុណភាពនៃសេវាថែទាំដោយផ្ទាល់ទៅកាន់ QIO បាន។
- អ្នកអាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នកទៅកាន់ QIO និងគម្រោងរបស់យើងបាន។ ប្រសិនបើអ្នកដាក់ពាក្យបណ្តឹងទៅកាន់ QIO យើងនឹងសហការជាមួយពួកគេដើម្បីដោះស្រាយពាក្យបណ្តឹងរបស់អ្នក។

QIO គឺជាក្រុមវេជ្ជបណ្ឌិត និងអ្នកជំនាញផ្នែកថែទាំសុខភាពផ្សេងទៀតដែលទទួលប្រាក់ឈ្នួលរបស់រដ្ឋាភិបាលសហព័ន្ធដើម្បីពិនិត្យ និងកែលម្អការថែទាំដែលផ្តល់ឱ្យអ្នកជំងឺ Medicare។ ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពី QIO សូមមើល **ផ្នែក H2** ឬសូមមើល **ជំពូកទី 2** នៃ*សៀវភៅណែនាំសមាជិករបស់អ្នក*។

ក្នុងរដ្ឋ California QIO ត្រូវបានហៅថា Livanta (អង្គការកែលម្អគុណភាពរបស់រដ្ឋ California។ លេខទូរសព្ទសម្រាប់ទាក់ទងទៅកាន់ Livanta គឺ (877) 588-1123។

ជំពូកទី 10៖ ការបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់អ្នកនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើងខ្ញុំ

ការណែនាំ

ជំពូកនេះនឹងពន្យល់ពីរបៀបដែលអ្នកអាចបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់អ្នកជាមួយគម្រោងរបស់យើង និងជម្រើសនៃការធានារ៉ាប់រងសុខភាពរបស់អ្នក បន្ទាប់ពីអ្នកចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើង។ ប្រសិនបើអ្នកចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើង អ្នកនឹងនៅតែស្ថិតនៅក្នុងកម្មវិធី Medicare និង Medi-Cal ដរាបណាអ្នកមានសិទ្ធិទទួលបាន។ ពាក្យគន្លឹះ និងនិយមន័យរបស់ពាក្យគន្លឹះទាំងនោះមានតាមលំដាប់អក្ខរក្រមក្នុងជំពូកចុងក្រោយនៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*របស់អ្នក។

តារាងមាតិកា

A. នៅពេលណាដែលអ្នកអាចបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់អ្នកនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើង 182
B. របៀបបញ្ចប់សមាជិកភាពក្នុងគម្រោងរបស់យើង 182
C. របៀបទទួលបានសេវារបស់ Medicare និង Medi-Cal ដាច់ដោយឡែក 183
C1. សេវា Medicare របស់អ្នក 183
C2. សេវា Medi-Cal របស់អ្នក 185
D. របៀបទទួលបានសេវាកម្ម និងឱសថវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នក រហូតទាល់តែសមាជិកភាពរបស់អ្នកបញ្ចប់ក្នុងគម្រោងរបស់យើង.... 185
E. ស្ថានភាពផ្សេងទៀតនៅពេលសមាជិកភាពរបស់អ្នកនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើងបញ្ចប់ 185
F. ច្បាប់ប្រឆាំងនឹងការស្នើសុំឱ្យអ្នកចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើងសម្រាប់ហេតុផលណាមួយដែលទាក់ទងនឹងសុខភាព..... 186
G. អ្នកមានសិទ្ធិក្នុងការដាក់បណ្តឹងតវ៉ា បើសិនយើងបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់អ្នកពីគម្រោងរបស់យើង 186
H. របៀបដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែមអំពីការបញ្ចប់សមាជិកភាពនៃគម្រោងរបស់អ្នក 187

A. នៅពេលណាដែលអ្នកអាចបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់អ្នកនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើង

មនុស្សភាគច្រើនដែលមាន Medicare អាចបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់ពួកគេក្នុងអំឡុងពេលជាក់លាក់ណាមួយនៃឆ្នាំ។ ដោយសារតែអ្នកមាន Medi-Cal អ្នកមានជម្រើសមួយចំនួនដើម្បីបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់អ្នកនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើងនៅខែណាមួយនៃឆ្នាំនេះ។

លើសពីនេះទៀត អ្នកអាចបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់អ្នកនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើងក្នុងអំឡុងពេលដូចខាងក្រោមជារៀងរាល់ឆ្នាំ៖

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

វាអាចមានស្ថានភាពផ្សេងទៀតនៅពេលដែលអ្នកមានគ្រប់លក្ខន្តិកៈសម្រាប់ធ្វើការផ្លាស់ប្តូរចំពោះការចុះឈ្មោះរបស់អ្នក។ ឧទាហរណ៍ នៅពេលដែល៖

- បើអ្នកផ្លាស់ទីចេញពីតំបន់សេវារបស់អ្នក
- សិទ្ធិទទួលបាន Medi-Cal ឬជំនួយបន្ថែមរបស់អ្នកត្រូវបានផ្លាស់ប្តូរ **ឬ**
- ប្រសិនបើអ្នកទើបតែបានផ្លាស់ទីលំនៅ ពេលថ្មីៗនេះកំពុងទទួលការថែទាំ ឬទើបតែផ្លាស់ចេញពីមន្ទីរពេទ្យ ឬមន្ទីរពេទ្យថែទាំរយៈពេលវែង។

សមាជិកភាពរបស់អ្នកនឹងបញ្ចប់នៅថ្ងៃចុងក្រោយនៃខែដែលយើងទទួលបានសំណើររបស់អ្នកដើម្បីផ្លាស់ប្តូរគម្រោងរបស់អ្នក។ ឧទាហរណ៍ បើយើងទទួលបានសំណើរបស់អ្នកនៅថ្ងៃទី 18 ខែមករា ការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកជាមួយគម្រោងរបស់យើងនឹងបញ្ចប់នៅថ្ងៃទី 31 ខែមករា។ ការធានារ៉ាប់រងថ្មីរបស់អ្នកនឹងចាប់ផ្តើមនៅថ្ងៃដំបូងនៃខែបន្ទាប់ (ថ្ងៃទី 1 ខែកុម្ភៈ ដូចនៅក្នុងឧទាហរណ៍នេះ)។

ប្រសិនបើអ្នកចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើងអ្នកអាចទទួលបានព័ត៌មានរបស់អ្នក៖

- ជម្រើស Medicare នៅក្នុងតារាងនៅ**ផ្នែក C1។**
- ជម្រើស និងសេវា Medi-Cal ក្នុង**ផ្នែក C។**

អ្នកអាចទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែមអំពីរបៀបដែលអ្នកអាចបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់អ្នកដោយទូរសព្ទទៅ៖ ផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិកតាមលេខទូរសព្ទនៅផ្នែកខាងក្រោមនៃទំព័រនេះ។ លេខសម្រាប់អ្នកប្រើប្រាស់ TTY ត្រូវបានរាយក្នុងបញ្ជីផងដែរ។

- Medicare តាមរយៈលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរតែហៅទូរសព្ទទៅលេខ 1-877-486-2048។
- ទូរសព្ទទៅកម្មវិធីប្រឹក្សាយោបល់ និងតស៊ូមតិផ្នែកធានារ៉ាប់រងសុខភាព (HICAP) នៃរដ្ឋ California តាមរយៈលេខ 1-800-434-0222 ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 5:00 ល្ងាច។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម ឬដើម្បីស្វែងរកការិយាល័យ HICAP តាមមូលដ្ឋាននៅក្នុងតំបន់របស់អ្នក សូមចូលមើលគេហទំព័រ www.aging.ca.gov/HICAP។ Health Care Options តាមរយៈលេខ 1-844-580-7272 ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ចាប់ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ 6:00 ល្ងាច។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរហៅទៅលេខ 1-800-430-7077។
- Medi-Cal Managed Care Ombudsman តាមរយៈលេខ 1-888-452-8609 ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 5:00 ល្ងាច ឬអ៊ីមែល MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov។

កំណត់ចំណាំ៖ ប្រសិនបើអ្នកស្ថិតនៅក្នុងកម្មវិធី drug management (DMP) អ្នកប្រហែលជាមិនអាចផ្លាស់ប្តូរគម្រោងបានទេ។ សូមមើលជំពូកទី 5 នៃ*សៀវភៅណែនាំសមាជិក*របស់អ្នកសម្រាប់ព័ត៌មានអំពីកម្មវិធីគ្រប់គ្រងឱសថ។

B. របៀបបញ្ចប់សមាជិកភាពក្នុងគម្រោងរបស់យើង

ប្រសិនបើអ្នកសម្រេចចិត្តបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់អ្នក អ្នកអាចចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោង Medicare ផ្សេងទៀត ឬប្តូរទៅ Original Medicare ។ ទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយ ប្រសិនបើអ្នកចង់ប្តូរពីគម្រោងរបស់យើងទៅ Original Medicare ប៉ុន្តែអ្នកមិនបានជ្រើសរើសគម្រោង

Medicare prescription drug ដាច់ដោយឡែកទេ អ្នកត្រូវតែស្នើសុំឱ្យដកចេញពីគម្រោងរបស់យើង។ មានវិធីពីរយ៉ាងដែលអ្នកអាចសុំឱ្យ ឈប់ចុះឈ្មោះ៖

- អ្នកអាចធ្វើការស្នើសុំជាលាយលក្ខណ៍អក្សរមកយើងខ្ញុំ។ ទាក់ទងផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិកតាមលេខនៅខាងក្រោមទំព័រនេះ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការព័ត៌មានបន្ថែមអំពីរបៀបធ្វើវា។
- សូមទូរសព្ទទៅ Medicare តាមរយៈលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ អ្នកប្រើ TTY (អ្នកដែលមានបញ្ហាក្នុងការស្តាប់ ឬការនិយាយ) គួរតែទូរសព្ទទៅលេខ 1-877-486-2048។ នៅពេលអ្នកហៅទូរសព្ទទៅ 1-800-MEDICARE អ្នកក៏អាចចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងសុខភាព ឬឱសថផ្សេងទៀតរបស់ Medicare ផងដែរ។ ព័ត៌មានបន្ថែមស្តីពីការទទួលបានសេវា Medicare របស់អ្នក នៅពេលអ្នកចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើងគឺនៅក្នុងតារាងក្នុងផ្នែក C1។
- ទូរសព្ទទៅ Health Care Options តាមរយៈលេខ 1-844-580-7272 ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ចាប់ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ 6:00 ល្ងាច។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរហៅទៅលេខ 1-800-430-7077។
- ផ្នែក C ខាងក្រោមរួមបញ្ចូលទាំងជំហានដែលអ្នកអាចធ្វើដើម្បីចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងផ្សេងដែលក៏នឹងបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់អ្នកនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើងផងដែរ។

C. របៀបទទួលបានសេវារបស់ Medicare និង Medi-Cal ដាច់ដោយឡែក

អ្នកមានជម្រើសពីការទទួលបានសេវាកម្ម Medicare និង Medi-Cal របស់អ្នក ប្រសិនបើអ្នកជ្រើសរើសចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើង។

C1. សេវា Medicare របស់អ្នក

អ្នកមានជម្រើសបីសម្រាប់ការទទួលបានសេវាកម្ម Medicare របស់អ្នកដែលបានរាយខាងក្រោមនៅខែណាមួយនៃឆ្នាំ។ អ្នកមានជម្រើសបន្ថែមដូចបានរាយខាងក្រោមក្នុងអំឡុងពេលជាក់លាក់នៃឆ្នាំ រួមទាំង **រយៈពេលបើកការចុះឈ្មោះប្រចាំឆ្នាំ** និង **រយៈពេលបើកការចុះឈ្មោះ របស់ Medicare Advantage** ឬស្ថានភាពផ្សេងទៀតដែលបានពិពណ៌នានៅក្នុង **ផ្នែក A**។ តាមរយៈការជ្រើសរើសជម្រើសមួយ ក្នុងចំណោមជម្រើសទាំងនេះ អ្នកបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់អ្នកដោយស្វ័យប្រវត្តិនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើង។

1. អ្នកអាចផ្លាស់ប្តូរទៅ៖	**នេះគឺជាអ្វីដែលគួរធ្វើ៖**
គម្រោង Medicare Medi-Cal Plan (Medi-Medi Plan) គឺជាប្រភេទនៃគម្រោង Medicare Advantage មួយ។ វាមានសម្រាប់អ្នកដែលមានទាំង Medicare និង Medi-Cal ហើយរួមបញ្ចូលអត្ថប្រយោជន៍ Medicare និង Medi-Cal ទៅក្នុងគម្រោងតែមួយ។ គម្រោង Medi-Medi Plan សម្របសម្រួលរាល់អត្ថប្រយោជន៍ និងសេវាកម្មទាំងអស់នៅទូទាំងកម្មវិធីទាំងពីរ រួមទាំងសេវាកម្មដែលមានការធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare និង Medi-Cal ទាំងអស់។ **កំណត់ចំណាំ៖** ពាក្យ Medi-Medi Plan គឺជាឈ្មោះសម្រាប់គម្រោងតម្រូវការពិសេសដែលមានលក្ខណៈចម្រុះ (D-SNP) នៅក្នុងរដ្ឋ California។	សូមទូរសព្ទទៅកាន់ Medicare តាមលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) បាន 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរតែហៅទូរសព្ទទៅលេខ 1-877-486-2048។ សម្រាប់សំណួរអំពីកម្មវិធីថែទាំសុខភាពមនុស្សចាស់ដែលមានរួមបញ្ចូលទាំងអស់ (PACE) សូមទូរសព្ទទៅលេខ 1-855-921-PACE (7223)។ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយ ឬព័ត៌មានបន្ថែម៖ • សូមទូរសព្ទទៅកម្មវិធីប្រឹក្សាយោបល់ និងតស៊ូមតិផ្នែកធានារ៉ាប់រងសុខភាពរដ្ឋ California (HICAP) តាមរយៈលេខ 1-800-434-0222 ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ចាប់ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 5:00 ល្ងាច ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម ឬដើម្បីស្វែងរកការិយាល័យ HICAP ក្នុងតំបន់របស់អ្នក សូមចូលទៅកាន់ www.aging.ca.gov/HICAP/។ **ឬ** ចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោង Medi-Medi Plan ថ្មី។ អ្នកនឹងត្រូវបានលុបឈ្មោះចេញពីគម្រោង Medicare របស់យើងដោយស្វ័យប្រវត្តិ នៅពេលដែលការធានារ៉ាប់រងនៃគម្រោងថ្មីរបស់អ្នកបានចាប់ផ្តើម។ គម្រោង Medi-Cal របស់អ្នកនឹងផ្លាស់ប្តូរដើម្បីឱ្យត្រូវតាមគម្រោង Medi-Medi Plan របស់អ្នក។

2. អ្នកអាចផ្លាស់ប្តូរទៅ៖ **Original Medicare ជាមួយនឹងគម្រោង Medicare prescription drug ដាច់ដោយឡែក**	**នេះគឺជាអ្វីដែលគួរធ្វើ៖** សូមទូរសព្ទទៅកាន់ Medicare តាមលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) បាន 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរតែហៅទូរសព្ទទៅលេខ 1-877-486-2048។ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយ ឬព័ត៌មានបន្ថែម៖ • សូមទូរសព្ទទៅកម្មវិធីប្រឹក្សាយោបល់ និងតស៊ូមតិផ្នែកធានារ៉ាប់រងសុខភាពរដ្ឋ California (HICAP) តាមរយៈលេខ 1-800-434-0222 ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ចាប់ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 5:00 ល្ងាច ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម ឬដើម្បីស្វែងរកការិយាល័យ HICAP ក្នុងតំបន់របស់អ្នក សូមចូលទៅកាន់ www.aging.ca.gov/HICAP/។ **ឬ** ចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោង Medicare prescription drug ថ្មីមួយ។ អ្នកត្រូវបានលុបឈ្មោះចេញពីគម្រោងរបស់យើងដោយស្វ័យប្រវត្តិនៅពេលការធានារ៉ាប់រង Original Medicare របស់អ្នកចាប់ផ្តើម។
3. អ្នកអាចផ្លាស់ប្តូរទៅ៖ **Original Medicare ដោយមិនមានគម្រោង Medicare prescription drug ដាច់ដោយឡែក** **កំណត់ចំណាំ**៖ ប្រសិនបើអ្នកប្តូរទៅ Original Medicare ហើយមិនចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោង Medicare prescription drug ដាច់ដោយឡែកមួយ Medicare អាចចុះឈ្មោះអ្នកក្នុងគម្រោងថ្នាំពេទ្យមួយ លុះត្រាតែអ្នកប្រាប់ Medicare ថាអ្នកមិនចង់ចូលរួម។ អ្នកគួរទម្លាក់ការរ៉ាប់រ៉ង់លើថ្នាំពេទ្យមានវេជ្ជបញ្ជាប្រសិនបើអ្នកទទួលបានការគ្របដណ្តប់លើថ្នាំពេទ្យពីនិយោជក សហភាព ឬធនធានផ្សេងទៀតប៉ុណ្ណោះ។ ប្រសិនបើអ្នកមានចម្ងល់អំពីថាតើអ្នកត្រូវការការរ៉ាប់រងឱសថឬអត់ ទូរសព្ទទៅកម្មវិធីប្រឹក្សាយោបល់ និងតស៊ូមតិផ្នែកធានារ៉ាប់រងសុខភាព California (HICAP) តាមរយៈលេខ 1-800-434-0222 ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ 5:00 ល្ងាច។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម ឬស្វែងរកការិយាល័យ HICAP ក្នុងតំបន់របស់អ្នក សូមចូលទៅកាន់ www.aging.ca.gov/HICAP/។	**នេះគឺជាអ្វីដែលគួរធ្វើ៖** សូមទូរសព្ទទៅកាន់ Medicare តាមលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) បាន 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរតែហៅទូរសព្ទទៅលេខ 1-877-486-2048។ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយ ឬព័ត៌មានបន្ថែម៖ • សូមទូរសព្ទទៅកម្មវិធីប្រឹក្សាយោបល់ និងតស៊ូមតិផ្នែកធានារ៉ាប់រងសុខភាពរដ្ឋ California (HICAP) តាមរយៈលេខ 1-800-434-0222 ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ចាប់ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 5:00 ល្ងាច ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម ឬដើម្បីស្វែងរកការិយាល័យ HICAP ក្នុងតំបន់របស់អ្នក សូមចូលទៅកាន់ www.aging.ca.gov/HICAP/។ អ្នកត្រូវបានលុបឈ្មោះចេញពីគម្រោងរបស់យើងដោយស្វ័យប្រវត្តិនៅពេលការធានារ៉ាប់រង Original Medicare របស់អ្នកចាប់ផ្តើម។

4. អ្នកអាចផ្លាស់ប្តូរទៅ៖ **រាល់គម្រោងសុខភាពរបស់ Medicare** ណាមួយ ក្នុងអំឡុងពេលជាក់លាក់នៃឆ្នាំនោះ រួមមាន **រយៈពេលចុះឈ្មោះប្រចាំឆ្នាំ** និង **រយៈពេលបើកចុះឈ្មោះរបស់ Medicare Advantage** ឬស្ថានភាពផ្សេងទៀត ដូចបានពិពណ៌នានៅក្នុងផ្នែក A។	**នេះគឺជាអ្វីដែលគួរធ្វើ៖** សូមទូរសព្ទទៅកាន់ Medicare តាមលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) បាន 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរតែហៅទូរសព្ទទៅលេខ 1-877-486-2048។ សម្រាប់សំណួរអំពីកម្មវិធីថែទាំសុខភាពមនុស្សចាស់ដែលមានរួមបញ្ចូលទាំងអស់ (PACE) សូមទូរសព្ទទៅលេខ 1-855-921-PACE (7223)។ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយ ឬព័ត៌មានបន្ថែម៖ • ទូរសព្ទទៅកម្មវិធីប្រឹក្សាយោបល់ និងតស៊ូមតិផ្នែកធានារ៉ាប់រងសុខភាព (HICAP) នៃរដ្ឋ California តាមរយៈលេខ 1-800-434-0222 ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 5:00 ល្ងាច។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម ឬដើម្បីស្វែងរកការិយាល័យ HICAP តាមមូលដ្ឋាននៅក្នុងតំបន់របស់អ្នក សូមចូលមើលគេហទំព័រ www.aging.ca.gov/HICAP/។ **ឬ** ចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងថ្មីរបស់ Medicare ។ អ្នកនឹងត្រូវបានលុបឈ្មោះចេញពីគម្រោង Medicare របស់យើងដោយស្វ័យប្រវត្តិ នៅពេលដែលការធានារ៉ាប់រងនៃគម្រោងថ្មីរបស់អ្នកបានចាប់ផ្តើម។ គម្រោង Medi-Cal Plan របស់អ្នកអាចនឹងផ្លាស់ប្តូរ។

C2. សេវា Medi-Cal របស់អ្នក

សម្រាប់សំណួរអំពីរបៀបទទួលបានសេវា Medi-Cal របស់អ្នក បន្ទាប់ពីអ្នកចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើង សូមទាក់ទង Health Care Options តាមរយៈលេខ 1-844-580-7272 ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 6:00 ល្ងាច។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរតែទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-430-7077។ សាកសួរអំពីរបៀបនៃការចូលរួមគម្រោងផ្សេងទៀត ឬការត្រលប់ទៅ Original Medicare ដែលប៉ះពាល់ដល់របៀបដែលអ្នកទទួលបានការធានារ៉ាប់រង Medi-Cal របស់អ្នក។

D. របៀបទទួលបានសេវាកម្ម និងឱសថវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នក រហូតទាល់តែសមាជិកភាពរបស់អ្នកបញ្ចប់ក្នុងគម្រោងរបស់យើង

ប្រសិនបើអ្នកចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើង វាអាចចំណាយពេលច្រើនមុនពេលសមាជិកភាពរបស់អ្នកត្រូវបញ្ចប់ ហើយការធានារ៉ាប់រង Medicare និង Medi-Cal ថ្មីរបស់អ្នកនឹងចាប់ផ្តើម។ ក្នុងអំឡុងពេលនេះ អ្នកបន្តទទួលបានថ្នាំមានវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក និងការថែទាំសុខភាពតាមរយៈគម្រោងរបស់យើងរហូតដល់គម្រោងថ្មីរបស់អ្នកចាប់ផ្តើម។

- ប្រើអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញរបស់យើងដើម្បីទទួលបានការថែទាំវេជ្ជសាស្ត្រ។
- ប្រើឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញរបស់យើង រួមទាំងតាមរយៈសេវាឱសថស្ថានបញ្ជាទិញតាមប្រៃសណីយ៍របស់យើង ដើម្បីបើកឱសថមានវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក។
- ប្រសិនបើអ្នកសម្រាកនៅមន្ទីរពេទ្យនៅថ្ងៃដែលសមាជិកភាពរបស់អ្នកនៅក្នុង Molina Medicare Complete Care Plus បញ្ចប់ គម្រោងរបស់យើងនឹងធានារ៉ាប់រងលើការស្នាក់នៅមន្ទីរពេទ្យរបស់អ្នករហូតដល់អ្នកចេញពីមន្ទីរពេទ្យ។ ត្រង់នេះគឺកើតឡើងដូច្នេះបើទោះបីជាការរ៉ាប់រងថ្មីរបស់អ្នកត្រូវចាប់ផ្តើមមុនពេលអ្នកចេញពីពេទ្យ។

E. ស្ថានភាពផ្សេងទៀតនៅពេលសមាជិកភាពរបស់អ្នកនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើងបញ្ចប់

ទាំងនេះគឺជាករណីនៅពេលយើងត្រូវតែបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់អ្នកនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើង៖

- បើមានការផ្អាកក្នុងការធានារ៉ាប់រង Medicare ផ្នែក A និង Medicare ផ្នែក B របស់អ្នក។

- ប្រសិនបើអ្នកលែងមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ទៀតហើយសម្រាប់ Medi-Cal។ គម្រោងរបស់យើងគឺសម្រាប់មនុស្សដែលមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ទាំង Medicare និង Medi-Cal។ ចំណាំ៖ ប្រសិនបើអ្នកលែងមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ទៀតហើយសម្រាប់ Medi-Cal អ្នកអាចបន្តជាបណ្តោះអាសន្ននៅក្នុងគម្រោងរបស់យើងជាមួយនឹងអត្ថប្រយោជន៍ Medicare សូមមើលព័ត៌មានខាងក្រោមអំពីរយៈពេលកំណត់
- ប្រសិនបើអ្នកមិនទទួលបានការធានារ៉ាប់រង Medi-Cal ឡើងវិញ ហើយមិនរំពឹងថានឹងទទួលបានការធានារ៉ាប់រងឡើងវិញក្នុងរយៈពេល 3 ខែទេ អ្នកនឹងត្រូវបានដកឈ្មោះចេញពីគម្រោងរបស់យើង ហើយនឹងមិនអាចទទួលបានសេវាកម្មពី Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) ជាគម្រោង Medicare Medi-Cal Plan បានទៀតទេ។ សូមទូរសព្ទមកកាន់ផ្នែកបម្រើសេវាសមាជិកសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។
- បើសិនអ្នកផ្លាស់ប្តូរទីលំនៅទៅក្រៅតំបន់សេវាកម្មរបស់យើង។
- បើសិនអ្នកនៅឆ្ងាយពីតំបន់សេវាកម្មរបស់យើងក្នុងរយៈពេលលើសពីប្រាំមួយខែ។
  - ប្រសិនបើអ្នកផ្លាស់ទីលំនៅ ឬធ្វើដំណើររយៈពេលវែង សូមទូរសព្ទទៅផ្នែកបម្រើសេវាសមាជិក ដើម្បីស្វែងយល់ថាតើ កន្លែងដែលអ្នកកំពុងផ្លាស់ទីទៅ ឬធ្វើដំណើរទៅកាន់ស្ថិតក្នុងតំបន់សេវាកម្មនៃគម្រោងរបស់យើងដែរឬទេ។
  - សូមមើល **ជំពូកទី 4** នៃ*សៀវភៅណែនាំសមាជិក* របស់អ្នកសម្រាប់ព័ត៌មានអំពីការទទួលបានការថែទាំតាមរយៈអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នកទស្សនា ឬអ្នកធ្វើដំណើររបស់យើង នៅពេលអ្នកនៅឆ្ងាយពីតំបន់សេវាកម្មរបស់គម្រោងរបស់យើង។
- បើសិនអ្នកចូលពន្ធនាគារ ឬជាប់គុកដោយសារបទល្មើសឧក្រិដ្ឋ។
- បើសិនអ្នកកុហក ឬលាក់ទុកព័ត៌មានអំពីការធានារ៉ាប់រងផ្សេងទៀតដែលអ្នកមាន ចំពោះឱសថមានវេជ្ជបញ្ជា។
- បើសិនអ្នកមិនមែនជាពលរដ្ឋអាមេរិក ឬមិនមានវត្តមានដោយស្របច្បាប់នៅក្នុងសហរដ្ឋអាមេរិក។
  - អ្នកត្រូវតែជាពលរដ្ឋ United States ឬមានវត្តមានដោយស្របច្បាប់នៅ United States ដើម្បីក្លាយជាសមាជិកក្នុងផែនការរបស់យើង។
  - មជ្ឈមណ្ឌលសេវាកម្ម Medicare និង Medicaid (CMS) នឹងជូនដំណឹងដល់យើងខ្ញុំ ប្រសិនបើអ្នកមិនមានសិទ្ធិធ្វើជាសមាជិកផ្អែកលើមូលដ្ឋានទាំងនេះ។
  - យើងត្រូវតែលុបឈ្មោះរបស់អ្នក ប្រសិនបើអ្នកមិនបំពេញតាមលក្ខខណ្ឌតម្រូវនេះទេ។

យើងអាចឱ្យអ្នកចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើងដោយមូលហេតុដូចខាងក្រោម ក្នុងករណីដែលយើងខ្ញុំទទួលបានការអនុញ្ញាតពី Medicare និង Medi-Ca ជាមុន៖

- បើសិនអ្នកមានចេតនាផ្តល់ព័ត៌មានមិនពិត នៅពេលដែលអ្នកចុះឈ្មោះចូលក្នុងគម្រោងរបស់យើង ហើយព័ត៌មានដែលអ្នកបានផ្តល់ជូននោះ ប៉ះពាល់ដល់សិទ្ធទទួលបានរបស់អ្នកនៅក្នុងគម្រោងយើង។
- បើសិនអ្នកនៅតែបន្តប្រព្រឹត្តអាកប្បកិរិយាដែលរំខាន និងធ្វើឱ្យពិបាកដល់យើងក្នុងការផ្តល់ការថែទាំវេជ្ជសាស្ត្រសម្រាប់អ្នក និងសមាជិកផ្សេងទៀតនៅក្នុងគម្រោងយើង។
- បើសិនលោកអ្នកបណ្តោយឱ្យអ្នកណាម្នាក់ទៀតប្រើប្រាស់បណ្ណសម្គាល់សមាជិករបស់អ្នកដើម្បីទទួលបានការថែទាំវេជ្ជសាស្ត្រ។ (Medicare អាចសួរទៅអគ្គអធិការដើម្បីស៊ើបអង្កេតករណីរបស់អ្នក ប្រសិនបើយើងបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់អ្នកសម្រាប់ហេតុផលនេះ។)

F. ច្បាប់ប្រឆាំងនឹងការស្នើសុំឱ្យអ្នកចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើងសម្រាប់ហេតុផលណាមួយដែលទាក់ទងនឹងសុខភាព

យើងមិនអាចស្នើសុំឱ្យអ្នកចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើងសម្រាប់ហេតុផលណាមួយដែលទាក់ទងនឹងសុខភាពរបស់អ្នកទេ។ ប្រសិនបើអ្នកគិតថា យើងកំពុងស្នើសុំឱ្យអ្នកចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើងដោយសារហេតុផលដែលទាក់ទងនឹងសុខភាពនោះ **សូមទូរសព្ទទៅ Medicare** តាមរយៈលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរតែហៅទូរសព្ទទៅលេខ 1-877-486-2048។ អ្នកអាចទូរសព្ទមក 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។

G. អ្នកមានសិទ្ធិក្នុងការដាក់បណ្តឹងតវ៉ា បើសិនយើងបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់អ្នកពីគម្រោងរបស់យើង

ប្រសិនបើយើងបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់អ្នកក្នុងគម្រោងរបស់យើង នោះយើងត្រូវតែប្រាប់អ្នកពីមូលហេតុរបស់យើងជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ សម្រាប់ការបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់អ្នក។ យើងខ្ញុំក៏នឹងពន្យល់អ្នកផងដែរអំពីវិធីដាក់បណ្តឹងសាទុក្ខ ឬដាក់បណ្តឹងតវ៉ាអំពីសេចក្តីសម្រេចរបស់យើងខ្ញុំចំពោះការបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់អ្នក។ អ្នកក៏អាចមើល **ជំពូកទី 9** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*របស់អ្នកសម្រាប់ព័ត៌មានអំពីរបៀបដាក់បណ្តឹងតវ៉ាផងដែរ។

H. របៀបដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែមអំពីការបញ្ចប់សមាជិកភាពនៃគម្រោងរបស់អ្នក

អ្នកអាចទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិកតាមលេខនៅខាងក្រោមទំព័រនេះ ប្រសិនបើអ្នកមានចម្ងល់ ឬចង់បានព័ត៌មានបន្ថែមអំពីការបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់អ្នក។

ជំពូកទី 11៖ សេចក្តីជូនដំណឹងតាមផ្លូវច្បាប់

ការណែនាំ

ជំពូកនេះរួមបញ្ចូលទាំងការជូនដំណឹងអំពីច្បាប់ដែលត្រូវអនុវត្តចំពោះសមាជិកភាពរបស់អ្នកនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើង។ ពាក្យគន្លឹះ និងនិយមន័យរបស់ពាក្យគន្លឹះទាំងនោះមានតាមលំដាប់អក្ខរក្រមក្នុងជំពូកចុងក្រោយនៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*របស់អ្នក។

តារាងមាតិកា

A. សេចក្តីជូនដំណឹងអំពីច្បាប់ 189
B. សេចក្តីជូនដំណឹងស្តីពីការមិនរើសអើង 189
C. សេចក្តីជូនដំណឹងអំពី Medicare ជាអ្នកបង់ប្រាក់ទីពីរ និង Medi-Cal ជាអ្នកបង់ប្រាក់ជាជម្រើសចុងក្រោយ 189
D. សេចក្តីជូនដំណឹងអំពីការទទួលបានទ្រព្យសម្បត្តិមកវិញពី Medi-Cal 190

A. សេចក្តីជូនដំណឹងអំពីច្បាប់

ច្បាប់ជាច្រើនអនុវត្តចំពោះ *សៀវភៅណែនាំសមាជិកនេះ*។ ច្បាប់ទាំងនេះអាចមានផលប៉ះពាល់ដល់សិទ្ធិ និងទំនួលខុសត្រូវរបស់អ្នក បើទោះជាមិនមានការរួមបញ្ចូល ឬការពន្យល់អំពីច្បាប់ទាំងនេះនៅក្នុង *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*ក៏ដោយ។ ច្បាប់សំខាន់ៗដែលត្រូវអនុវត្តមានច្បាប់សហព័ន្ធ និងច្បាប់រដ្ឋដែលស្តីអំពីកម្មវិធី Medicare និង Medi-Cal។ ច្បាប់ដទៃរបស់សហព័ន្ធ និងរបស់រដ្ឋក៏អាចប្រើបានដែរ។

B. សេចក្តីជូនដំណឹងស្តីពីការមិនរើសអើង

យើងមិនរើសអើង ឬប្រព្រឹត្តិដាក់អ្នកខុសពីគេដោយសារពូជសាសន៍ ជាតិសាសន៍ ដើមកំណើតជាតិ ពណ៌សម្បុរ សាសនា ភេទ យេនឌ័រ អាយុ ទំនោរផ្លូវភេទ ពិការភាពផ្លូវចិត្ត ឬរាងកាយ ស្ថានភាពសុខភាព បទពិសោធន៍ទាមទារសំណង ប្រវត្តិវេជ្ជសាស្ត្រ ព័ត៌មានសេនេទិច ភស្តុតាងនៃការធានារ៉ាប់រង ឬទីតាំងភូមិសាស្ត្រក្នុងតំបន់សេវាកម្មឡើយ។ លើសពីនេះ យើងមិនប្រព្រឹត្តអំពើអើសអើងដោយខុសច្បាប់ មិនបដិសេធមនុស្ស ឬប្រព្រឹត្តិលើពួកគេដោយមិនស្មើភាពគ្នាដោយសារតែដូនតា អត្តសញ្ញាណកម្មក្រុមជនជាតិ អត្តសញ្ញាណយេនឌ័រ ស្ថានភាពអាពាហ៍ពិពាហ៍ ឬស្ថានភាពផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ។

ប្រសិនបើអ្នកចង់បានព័ត៌មានបន្ថែម ឬមានចម្ងល់អំពីការរើសអើង ឬការប្រព្រឹត្តិមិនស្មើភាពគ្នា៖

- សូមទូរសព្ទមកកាន់ការិយាល័យសិទ្ធិស៊ីវិលរបស់ក្រសួងសេវាសុខាភិបាល និងមនុស្ស តាមរយៈលេខ 1-800-368-1019។ អ្នកប្រើ TTY អាចទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-537-7697។ អ្នកអាចចូលទៅកាន់ www.hhs.gov/ocr សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។
- សូមទូរសព្ទទៅការិយាល័យសិទ្ធិស៊ីវិលរបស់ក្រសួងសេវាសុខាភិបាល តាមរយៈលេខ 916-440-7370។ អ្នកប្រើ TTY អាចហៅទូរសព្ទទៅលេខ 711 (សេវាបញ្ជូនបន្តនៃទូរគមនាគមន៍)។ ប្រសិនបើអ្នកជឿជាក់ថា អ្នកត្រូវបានគេប្រឆាំងដោយការរើសអើង ហើយចង់ដាក់ពាក្យបណ្តឹងសាទុក្ខចំពោះការរើសអើង សូមទាក់ទងទៅកាន់ផ្នែកបម្រើសេវាសមាជិកតាមរយៈលេខ (855) 665-4627 TTY: 711។ សូមសរសេរទៅកាន់ Medicare Appeals and Grievances P.O. Box 22816 Long Beach, CA 90801

ប្រសិនបើបណ្តឹងសាទុក្ខរបស់អ្នកពាក់ព័ន្ធនឹងការរើសអើងនៅក្នុងកម្មវិធី Medi-Cal អ្នកក៏អាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងតវ៉ាទៅកាន់ការិយាល័យសិទ្ធិស៊ីវិលរបស់ក្រសួងសេវាថែទាំសុខភាពតាមរយៈ ទូរសព្ទ ការសរសេរសំបុត្រ ឬតាមប្រព័ន្ធអេឡិចត្រូនិកផងដែរ៖

- តាមទូរសព្ទ៖ ហៅទូរសព្ទទៅលេខ 916-440-7370។ ប្រសិនបើអ្នកមិនអាចនិយាយ ឬស្តាប់បានល្អ សូមទូរសព្ទទៅលេខ 711 (សេវាបញ្ជូនបន្តរបស់ទូរគមនាគមន៍)។
- សសេរជាសំបុត្រ៖ បំពេញទម្រង់បែបបទពាក្យបណ្តឹងតវ៉ា ឬផ្ញើលិខិតទៅកាន់៖

Deputy Director, Office of Civil Rights
Department of Health Care Services
Office of Civil Rights
P.O. Box 997413, MS 0009
Sacramento, CA 95899-7413

ទម្រង់បែបបទបណ្តឹងតវ៉ាមាននៅលើគេហទំព័រ dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx។

- តាមប្រព័ន្ធអេឡិចត្រូនិក៖ ផ្ញើអ៊ីមែលទៅ CivilRights@dhcs.ca.gov។

បើសិនអ្នកមានពិការភាព និងត្រូវការជំនួយដើម្បីអាចចូលទៅប្រើសេវាកម្មថែទាំសុខភាព ឬអ្នកផ្តល់សេវា សូមទូរសព្ទមកកាន់ផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិក។ ប្រសិនបើអ្នកមានបណ្តឹងតវ៉ា ដូចជាបញ្ហានៃសិទ្ធិចូលប្រើប្រាស់ដោយប្រើរទេះរុញ ផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិកអាចជួយលោកអ្នកបាន។

C. សេចក្តីជូនដំណឹងអំពី Medicare ជាអ្នកបង់ប្រាក់ទីពីរ និង Medi-Cal ជាអ្នកបង់ប្រាក់ជាជម្រើសចុងក្រោយ

ពេលខ្លះនរណាម្នាក់ផ្សេងទៀតត្រូវតែបង់ប្រាក់ជាមុនសិន សម្រាប់សេវាកម្មដែលយើងផ្តល់ជូនអ្នក។ ឧទាហរណ៍ ប្រសិនបើអ្នកស្ថិតក្នុងគ្រោះថ្នាក់ចរាចរណ៍ ឬរងរបួសនៅកន្លែងធ្វើការ សំណងសម្រាប់ការធានារ៉ាប់រង ឬកម្មករនិយោជិតត្រូវតែបង់ប្រាក់ជាមុនសិន។

យើងមានសិទ្ធិ និងទំនួលខុសត្រូវដើម្បីប្រមូលសម្រាប់សេវាកម្មក្រោមការធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare ដែល Medicare មិនមែនជាអ្នកបង់ប្រាក់មុនទេ។

យើងគោរពតាមច្បាប់សហព័ន្ធ និងរដ្ឋ និងបទប្បញ្ញត្តិដែលទាក់ទងនឹងការទទួលខុសត្រូវផ្លូវច្បាប់របស់ភាគីទីបីសម្រាប់សេវាថែទាំសុខភាពដល់សមាជិក។ យើងអនុវត្តនូវរាល់វិធានការណ៍សមស្របដើម្បីធានាឱ្យបានថា Medi-Cal គឺពិតជាអ្នកបង់ប្រាក់ចុងក្រោយមែន។

D. សេចក្តីជូនដំណឹងអំពីការទទួលបានទ្រព្យសម្បត្តិមកវិញពី Medi-Cal

កម្មវិធី Medi-Cal ត្រូវតែស្វែងរកការសងត្រលប់ពីទ្រព្យសម្បត្តិដែលត្រូវបានធ្វើសុពលកម្មរបស់សមាជិកមួយចំនួនដែលបានទទួលមរណភាពសម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍ Medi-Cal ដែលទទួលបាននៅ ឬក្រោយឆ្នាំកំណើតទី 55 របស់ពួកគេ។ ការបង់សងរួមមានគិតថ្លៃចំណាយតាមសេវា និងថ្លៃធានារ៉ាប់រងការថែទាំដែលត្រូវបានគ្រប់គ្រង/ការបង់ប្រាក់សម្រាប់មនុស្សម្នាក់ក្នុងមួយខែសម្រាប់សេវាមណ្ឌលថែទាំ សេវាតាមផ្ទះ និងសហគមន៍ និងសេវាមន្ទីរពេទ្យពាក់ព័ន្ធ និងឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាដែលបានទទួលនៅពេលដែលសមាជិកជាអ្នកជំងឺស្នាក់ព្យាបាលមណ្ឌលថែទាំ ឬកំពុងទទួលសេវាថែទាំតាមផ្ទះ និងតាមសហគមន៍។ ការទូទាត់សងមិនអាចលើសពីតម្លៃអចលនទ្រព្យសន្តតិកម្មក្រោមឈ្មោះរបស់សមាជិកនោះទេ។ ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែម សូមចូលមើលគេហទំព័រអំពីការទទួលបានទ្រព្យសម្បត្តិមកវិញរបស់ក្រសួងសេវាថែទាំសុខភាពតាមរយៈ www.dhcs.ca.gov/er ឬទូរសព្ទទៅលេខ 916-650-0590។

ជំពូកទី 12៖ និយមន័យពាក្យសំខាន់ៗ

ការណែនាំ

ជំពូកនេះរួមបញ្ចូលទាំងពាក្យគន្លឹះដែលត្រូវប្រើនៅក្នុង *សៀវភៅណែនាំសមាជិក* រួមជាមួយនឹងនិយមន័យរបស់ពាក្យគន្លឹះទាំងនោះ។ វាក្យសព្ទត្រូវបានរាយតាមលំដាប់អក្សរក្រម។ ប្រសិនបើអ្នកមិនអាចស្វែងរកពាក្យដែលអ្នកកំពុងស្វែងរកបានទេ ឬប្រសិនបើអ្នកត្រូវការព័ត៌មានច្រើនជាងនិយមន័យដែលមាននោះ សូមទាក់ទងទៅកាន់សេវាកម្មបម្រើសមាជិក។

សកម្មភាពនៃការរស់នៅប្រចាំថ្ងៃ (ADL)៖ អំពើដែលមនុស្សយើងធ្វើប្រចាំថ្ងៃជាធម្មតា ដូចជាហូបអាហារ ប្រើបង្គន់ ស្លៀកពាក់ ងូតទឹក ឬដុសធ្មេញ។

ចៅក្រមច្បាប់ខាងរដ្ឋបាល៖ ចៅក្រមដែលពិនិត្យបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 3 ។

កម្មវិធី AIDS Drug Assistance (ADAP)៖ កម្មវិធីមួយដែលជួយបុគ្គលម្នាក់ៗដែលមានសិទ្ធិរស់នៅជាមួយជំងឺ HIV/AIDS មានលទ្ធភាពទទួលបានឱសថប្រឆាំង HIV ដែលជួយសង្គ្រោះជីវិត។

មជ្ឈមណ្ឌលវះកាត់ចល័ត៖ ជាទីកន្លែងផ្តល់ការវះកាត់ដល់អ្នកជម្ងឺក្រៅ ដែលមិនត្រូវការថែទាំពីមន្ទីរពេទ្យ ហើយជាអ្នកជម្ងឺដែលសង្ឃឹមថាមិនត្រូវការការថែទាំយូរជាង 24 ម៉ោង។

ឧទ្ធរណ៍៖ ជាវិធីសម្រាប់អ្នកប្រើដើម្បីតទល់ជាមួយនឹងសកម្មភាពរបស់យើងខ្ញុំបើអ្នកគិតថាយើងខ្ញុំបានប្រព្រឹត្តខុស។ លោកអ្នកអាចស្នើយើងខ្ញុំឲ្យប្តូរការសម្រេចលើការគ្របដណ្តប់ ដោយការដាក់ពាក្យប្តឹងឧទ្ធរណ៍។ **ជំពូកទី 9** នៃសៀវភៅណែនាំសមាជិករបស់អ្នកពន្យល់អំពីបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ រួមទាំងរបៀបដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍។

សុខភាពអាកប្បកិរិយា៖ វាក្យសព្ទរួមបញ្ចូលទាំងស្រុងដែលសំដៅទៅលើសេវាសុខភាពផ្លូវចិត្ត និងវិបត្តិនៃការប្រើប្រាស់សារធាតុញៀន។

ផលិតផលជីវសាស្ត្រ៖ ឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាដែលត្រូវបានផលិតពីសរីរាង្គធម្មជាតិ និងមានជីវិតដូចជាកោសិកាសត្វ កោសិការុក្ខជាតិ បាក់តេរី ឬផ្សិត។ ផលិតផលជីវសាស្ត្រមានភាពស្មុគស្មាញជាងឱសថផ្សេងទៀត ហើយមិនអាចចម្លងដូចទេ ដូច្នេះផលិតផលក្នុងទម្រង់ផ្សេងទៀតត្រូវបានហៅថាផលិតផលជីវសាស្ត្រស្រដៀងគ្នា។ (សូមមើលផងដែរ “ផលិតផលជីវសាស្ត្រដើម” និង “ផលិតផលជីវសាស្ត្រស្រដៀងគ្នា”)។

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

ថ្នាំមានយីហោ៖ ជាថ្នាំតាមវេជ្ជបញ្ជាដែលត្រូវបានផលិត និងលក់ដោយក្រុមហ៊ុនដើមជាម្ចាស់កម្មសិទ្ធិថ្នាំនោះ។ ថ្នាំមានយីហោ ផលិតចេញពីធាតុផ្សំដូចគ្នានឹងថ្នាំប្រភេទទូទៅដែរ។ ថ្នាំប្រភេទទូទៅត្រូវបានផលិតនិងលក់ដោយក្រុមហ៊ុនឱសថផ្សេងទៀត។

អ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំ៖ បុគ្គលចម្បងម្នាក់ដែលធ្វើការជាមួយអ្នក គម្រោងសុខភាព និងអ្នកផ្តល់ការថែទាំរបស់អ្នក ដើម្បីប្រាកដថាអ្នកទទួលបានការថែទាំដែលអ្នកត្រូវការ។

គម្រោងថែទាំ៖ សូមមើលពាក្យ "គម្រោង Individualized Care ។"

Care Plan Optional Services (CPO Services)៖ សេវាកម្មបន្ថែមដែលជាជម្រើសក្រោម Individualized Care Plan (ICP) របស់លោកអ្នក។ សេវាទាំងអស់នេះ មិនមែនសម្រាប់ជំនួសសេវា និងជំនួយរយៈពេលវែងដែលអ្នកត្រូវបានអនុញ្ញាតឱ្យទទួលបានក្រោម Medi-Cal នោះទេ។

ក្រុមថែទាំ៖ សូមមើល "ក្រុមថែទាំដែលមានវិស័យសិក្សាច្រើន។"

មជ្ឈមណ្ឌលសម្រាប់សេវា Medicare និង Medicaid៖ ភ្នាក់ងាររបស់សហព័ន្ធទទួលខុសត្រូវលើកម្មវិធី Medicare ។ **ជំពូកទី 2** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*របស់អ្នកដែលពន្យល់អំពីរបៀបទាក់ទងទៅកាន់ CMS។

សេវាថែទាំមនុស្សពេញវ័យនៅតាមសហគមន៍ (CBAS)៖ អ្នកជំងឺមិនស្នាក់ព្យាបាល កម្មវិធីផ្តល់សេវាតាមមណ្ឌលដែលផ្តល់នូវការថែទាំជំនាញ សេវាសង្គម ការព្យាបាលដោយសកម្មភាពការងារ និងការព្យាបាលការនិយាយស្តី ការថែទាំដោយខ្លួនឯង ការគាំទ្រ និងការណុះបណ្តាលគ្រួសារ/អ្នកថែទាំ សេវាផ្តល់អាហារូបត្ថម្ភ មធ្យោបាយធ្វើដំណើរ និងសេវាផ្សេងទៀតសម្រាប់សមាជិកដែលមានសិទ្ធិទទួលបានត្រូវបំពេញតាមលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យនៃសិទ្ធិទទួលបានដែលអាចអនុវត្តបាន។

បណ្តឹងតវ៉ា៖ជាសេចក្តីថ្លែងជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ ឬដោយផ្ទាល់មាត់ដែលនិយាយថាអ្នកមានបញ្ហា ឬកង្វល់អំពីសេវាកម្ម ឬការថែទាំរបស់អ្នកដែលស្ថិតក្រោមការរ៉ាប់រង។ ត្រង់នេះរួមទាំងការព្រួយបារម្ភណាមួយអំពីគុណភាពការថែទាំរបស់លោកអ្នក បណ្តាញអ្នកផ្តល់សេវាកម្មរបស់យើង ឬឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញយើងខ្ញុំ។ ឈ្មោះផ្លូវការសម្រាប់ “ដាក់បណ្តឹងតវ៉ា” គឺជា “ការដាក់ពាក្យបណ្តឹងសាទុក្ខ”។

មណ្ឌលស្តារនីតិសម្បទាពេញលេញសម្រាប់អ្នកជំងឺមិនស្នាក់ព្យាបាល (CORF)៖ ជាមន្ទីរដែលភាគច្រើនផ្តល់សេវាកម្មស្តារនីតិសម្បទាដល់អ្នកជម្ងឺបន្ទាប់ពីជាពីឈឺ ជាពីគ្រោះថ្នាក់ ឬជាពីការវះកាត់ធំៗ។ មន្ទីរនេះផ្តល់ជូនសេវាកម្មដែលមានរួមទាំងការព្យាបាលរាងកាយ សេវាកម្មសង្គមកិច្ច ឬចិត្តសាស្ត្រ សេវាកម្មព្យាបាលប្រព័ន្ធដកដង្ហើម សេវាកម្មព្យាបាលចលនារាងកាយ សេវាកម្មព្យាបាលពិការភាពការនិយាយ និងសេវាកម្មវាយតម្លៃបរិស្ថានក្នុងផ្ទះ។

ការសម្រេចលើការគ្របដណ្តប់៖ គឺជាការសម្រេចថាតើយើងខ្ញុំផ្តល់ការរ៉ាប់រងលើអត្ថប្រយោជន៍អ្វីខ្លះ។ សេចក្តីសម្រេចនេះរួមមាន ឱសថ និងសេវាកម្មដែលបានធានារ៉ាប់រង ឬចំនួនទឹកប្រាក់ដែលយើងបង់ចំពោះសេវាថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក។ **ជំពូកទី 9** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*របស់អ្នកដែលពន្យល់អំពីរបៀបស្នើសុំយើងខ្ញុំសម្រាប់សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង។

ថ្នាំក្រោមការគ្របដណ្តប់៖ ពាក្យដែលយើងប្រើមានន័យទៅលើគ្រប់ឱសថមានវេជ្ជបញ្ជា និងឱសថមិនតម្រូវឱ្យមានវេជ្ជបញ្ជា (OTC) ត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយគម្រោងរបស់យើង។

សេវាកម្មដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រង៖ជាពាក្យទូទៅដែលយើងប្រើនេះមានន័យទៅលើការថែទាំសុខភាព សេវា និងការគាំទ្ររយៈពេលវែងសម្ភារផ្គត់ផ្គង់ ឱសថមានវេជ្ជបញ្ជា និងមិនតម្រូវឱ្យមានវេជ្ជបញ្ជា បរិក្ខារពេទ្យ និងសេវាផ្សេងទៀតដែលធានារ៉ាប់រងដោយគម្រោងរបស់យើង។

ការបណ្តុះបណ្តាលសមត្ថភាពខាងវប្បធម៌៖ វគ្គបណ្តុះបណ្តាលដែលផ្តល់ការណែនាំបន្ថែមសម្រាប់អ្នកផ្តល់សេវាកម្មថែទាំសុខភាពរបស់យើងខ្ញុំដើម្បីជួយពួកគេឱ្យយល់កាន់តែច្បាស់អំពីប្រវត្តិ តម្លៃ និងជំនឿរបស់លោកអ្នកដើម្បីសម្របខ្លួនតាមសេវាកម្មដើម្បីបំពេញតម្រូវការខាងសង្គម វប្បធម៌ និងភាសារបស់លោកអ្នក។

ក្រសួងសេវាថែទាំសុខភាព (DHCS) ៖ គឺជាក្រសួងរដ្ឋនៅក្នុងរដ្ឋ California ដែលអ្នកគ្រប់គ្រងកម្មវិធី Medicaid (ដែលស្គាល់ថាជា Medi-Cal)។

ក្រសួងទទួលបន្ទុកការគ្រប់គ្រងការថែទាំសុខភាព៖ ក្រសួងរដ្ឋ California ជាអ្នកទទួលខុសត្រូវចំពោះនិយតកម្មគម្រោងថែទាំសុខភាព។ DMHC ជួយដល់មនុស្សតាមរយៈបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ និងបណ្តឹងតវ៉ាអំពីសេវា Medi-Cal។ DMHC ក៏ធ្វើការពិនិត្យឡើងវិញនូវវេជ្ជសាស្ត្រដោយឯករាជ្យ (IMR) ផងដែរ។

លុបឈ្មោះចេញពីបញ្ជី៖ ជាដំណើរការបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់អ្នកក្នុងផែនការ។ ការលុបឈ្មោះចេញពីបញ្ជីអាចជាការស្ម័គ្រចិត្ត (ជម្រើសរបស់លោកអ្នក) ឬដោយបង្ខំ (មិនមែនជាជម្រើសរបស់លោកអ្នក)។

កម្មវិធី Drug management (DMP)៖ កម្មវិធីដែលជួយធ្វើឱ្យប្រាកដថាសមាជិកប្រើប្រាស់ថ្នាំអូភីអយតាមវេជ្ជបញ្ជាដោយសុវត្ថិភាព និងថ្នាំដែលត្រូវបានបំពានជាញឹកញាប់ផ្សេងទៀត។

លំដាប់ថ្នាក់ថ្នាំ៖ ក្រុមថ្នាំនៅក្នុងបញ្ជីថ្នាំរបស់យើងខ្ញុំ។ ឱសថទូទៅ ឱសថមានម៉ាកយីហោ ឬឱសថមិនតម្រូវឱ្យមានវេជ្ជបញ្ជា (OTC) គឺជាឧទាហរណ៍នៃក្រុមឱសថ។ គ្រប់ឱសថទាំងអស់ក្នុងបញ្ជីឱសថរបស់យើងគឺស្ថិតក្នុងកម្រិតមួយ។

គម្រោងតម្រូវការពិសេសដែលមានសិទ្ធិទទួលបានទ្វេ (D-SNP)៖ គម្រោងសុខភាពដែលបម្រើបុគ្គលដែលមានសិទ្ធិទទួលបានទាំង Medicare និង Medicaid ។ គម្រោងរបស់យើងគឺជា D-SNP។

បរិក្ខារវេជ្ជសាស្ត្រជាប់បានយូរ (DME)៖ វត្ថុមួយចំនួនដែលវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់លោកអ្នកបញ្ជាទិញសម្រាប់ប្រើប្រាស់ក្នុងផ្ទះផ្ទាល់ខ្លួនរបស់លោកអ្នក។ ឧទាហរណ៍នៃវត្ថុទាំងនេះមានរទេះជនពិការ ឈើច្រត់ ប្រព័ន្ធពួកដេកដើរដោយថាមពល សម្ភារៈទឹកនោមផ្អែម គ្រែមន្ទីរពេទ្យដែលបញ្ជាទិញដោយអ្នកផ្តល់សេវាកម្មសម្រាប់ការប្រើប្រាស់នៅក្នុងផ្ទះ ម៉ាស៊ីនចាក់ថ្នាំ IV ឧបករណ៍បង្កើតការបញ្ចេញសម្លេង ឧបករណ៍បរិក្ខារអុកស៊ីសែននិងគ្រឿងផ្គត់ផ្គង់ ឧបករណ៍បាញ់ទឹកថ្នាំ និងឈើច្រត់។

គ្រាអាសន្ន៖ ការសង្គ្រោះក្នុងគ្រាអាសន្ន៖ ការសង្គ្រោះក្នុងគ្រាអាសន្នផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ នៅពេលដែលអ្នក ឬអ្នកផ្សេងទៀតដែលមានចំណេះដឹងមធ្យមអំពីសុខភាព និងឱសថ ជឿជាក់ថាអ្នកមានរោគសញ្ញាផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដែលត្រូវការការយកចិត្តទុកដាក់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រជាបន្ទាន់ដើម្បីការពារការបាត់បង់ជីវិត ការបាត់បង់ផ្នែករាងកាយ ឬការបាត់បង់ ឬការចុះខ្សោយមុខងារនៃរាងកាយធ្ងន់ធ្ងរ (ហើយប្រសិនបើអ្នកជាស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ នោះនឹងប្រឈមការបាត់បង់កូនដែលមិនទាន់កើត)។ រោគសញ្ញាវេជ្ជសាស្ត្រអាចជាជំងឺ របួស ការឈឺចាប់ធ្ងន់ធ្ងរ ឬស្ថានភាពសុខភាពដែលកាន់តែអាក្រក់ទៅៗយ៉ាងឆាប់រហ័ស។

ការសង្គ្រោះបន្ទាន់៖ សេវាកម្មស្ថិតក្រោមការធានារ៉ាប់រងដែលផ្តល់ជូនដោយអ្នកផ្តល់សេវាកម្មបានទទួលការបណ្តុះបណ្តាលដើម្បីផ្តល់សេវាកម្មសង្គ្រោះបន្ទាន់ និងត្រូវការដើម្បីព្យាបាលសុខភាពផ្លូវចិត្ត។

ការលើកលែង៖ ការលើកលែង៖ ការអនុញ្ញាតដើម្បីទទួលបានការធានារ៉ាប់រងលើឱសថដែលជាធម្មតាមិនបានធានារ៉ាប់រង ឬក្នុងការប្រើប្រាស់ឱសថដោយគ្មានបទបញ្ញត្តិ និងដែនកំណត់ជាក់លាក់។

សេវាដែលមិនរាប់បញ្ចូល៖ សេវាកម្មដែលមិនត្រូវបានរ៉ាប់រងដោយគម្រោងសុខភាពនេះ។

ជំនួយបន្ថែម (Extra Help)៖ កម្មវិធី Medicare ដែលជួយដល់អ្នកដែលមានប្រាក់ចំណូលនិងធនធានតិចតួចបន្ថយការចំណាយលើថ្នាំពេទ្យតាមវេជ្ជបញ្ជារបស់ Medicare ផ្នែក D ដូចជាបុព្វលាភ ការកាត់កង និងប្រាក់ឧបត្ថម្ភជាដើម។ ជំនួយបន្ថែមក៏ត្រូវបានហៅថា "ប្រាក់ឧបត្ថម្ភដល់អ្នកមានប្រាក់ចំណូលទាប" ឬ "LIS" ផងដែរ។

ថ្នាំទូទៅ៖ ឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាដែលយល់ព្រមឲ្យប្រើដោយរដ្ឋាភិបាលសហព័ន្ធសម្រាប់ប្រើជំនួសឲ្យឱសថមានយីហោ។ ថ្នាំទូទៅផលិតឡើងពីសារធាតុផ្សំដូចគ្នាទៅនឹងថ្នាំមានយីហោដែរ។ ជាធម្មតា វាមានតម្លៃថោកជាង ហើយមានដំណើរការល្អដូចគ្នាទៅនឹងឱសថមានម៉ាកយីហោដែរ។

បណ្តឹងសារទុក្ខ៖ ជាពាក្យបណ្តឹងដែលអ្នកប្តឹងអំពីយើងខ្ញុំ ឬអ្នកណាម្នាក់ក្នុងបណ្តាញអ្នកផ្តល់សេវាកម្ម ឬបណ្តាញឱសថស្ថានយើងខ្ញុំ។ នេះគឺរួមបញ្ចូលការតវ៉ាអំពីគុណភាពនៃការថែទាំរបស់អ្នក ឬគុណភាពនៃសេវាដែលផ្តល់ដោយគម្រោងសុខភាពរបស់អ្នក។

កម្មវិធី Health Insurance Counseling and Advocacy (HICAP)៖ ជាកម្មវិធីមានផ្តល់ព័ត៌មានបែបសត្យានុម័ត និងការប្រឹក្សាយោបល់ដោយឥតគិតថ្លៃអំពីកម្មវិធី Medicare ។ **ជំពូកទី 2** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*របស់អ្នកដែលពន្យល់អំពីរបៀបទាក់ទងទៅកាន់ HICAP។

គម្រោងសុខភាព៖ ជាស្ថាប័នមួយដែលបានបង្កើតឡើងពីវេជ្ជបណ្ឌិត មន្ទីរពេទ្យ ឱសថស្ថាន អ្នកផ្តល់សេវារយៈពេលវែង និងអ្នកផ្តល់សេវាដទៃទៀត។ វាក៏មានអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំផងដែរដើម្បីជួយអ្នកគ្រប់គ្រងអ្នកផ្តល់សេវា និងសេវាកម្មទាំងអស់របស់អ្នក។ ពួកគេទាំងអស់នោះធ្វើការងាររួមគ្នាដើម្បីផ្តល់នូវការថែទាំដែលអ្នកត្រូវការ។

ការវាយតម្លៃហានិភ័យសុខភាព (HRA)៖ ការពិនិត្យប្រវត្តិវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នកឡើងវិញ ព្រមទាំងស្ថានភាពសុខភាពបច្ចុប្បន្ន។ វាត្រូវបានប្រើប្រាស់ដើម្បីស្វែងយល់អំពីសុខភាពរបស់អ្នក និងរបៀបដែលវានឹងអាចផ្លាស់ប្តូរបាននាពេលអនាគត។

អ្នកផ្តល់ជំនួយសុខភាពតាមផ្ទះ៖ បុគ្គលដែលផ្តល់សេវាកម្មដែលមិនចាំបាច់ត្រូវមានជំនាញបែបគិលានុបដ្ឋាក ឬអ្នកព្យាបាលដែលមានអាជ្ញាប័ណ្ណ ដូចជាជួយក្នុងការថែទាំផ្ទាល់ខ្លួន (ដូចជាងូតទឹក ការប្រើបង្គន់ ការស្លៀកពាក់ ឬដឹកនាំលំហាត់ប្រាណតាមការណែនាំរបស់ពេទ្យ)។ អ្នកផ្តល់ជំនួយសុខភាពតាមផ្ទះមិនមានអាជ្ញាបណ្ណថែទាំ ឬការព្យាបាលឡើយ។

សង្គហដ្ឋាន៖ ជាកម្មវិធីនៃការថែរក្សានិងការគាំទ្រដើម្បីជួយអ្នកដែលមានជីវិតរស់នៅរយៈពេលប្រាំមួយខែ ឬតិចជាងនេះរស់នៅដោយមានភាពងាយស្រួល។ ជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយ មានន័យថា មនុស្សម្នាក់ត្រូវបានបញ្ជាក់ដោយវេជ្ជសាស្ត្រថាមានជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយដែលមានន័យថាមានអាយុសង្ឃឹមរស់ក្នុងរយៈពេល 6 ខែ ឬតិចជាងនេះ។

- អ្នកចុះឈ្មោះដែលមានជីវិតជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយមានសិទ្ធិជ្រើសរើសមន្ទីរថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយ។
- ក្រុមអ្នកមានវិជ្ជាជីវៈ និងអ្នកផ្តល់ការថែទាំដែលមានការបណ្តុះបណ្តាលជាពិសេសផ្តល់ការថែទាំសម្រាប់បុគ្គលទាំងស្រុង រួមមានទាំងតម្រូវការផ្លូវកាយ អារម្មណ៍ សង្គម និងខាងជំនឿ។
- យើងត្រូវបានតម្រូវឱ្យផ្តល់ជូនអ្នកនូវបញ្ជីអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងមន្ទីរពេទ្យថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយនៅក្នុងតំបន់ភូមិសាស្ត្ររបស់អ្នក។

ការចេញវិក្កយបត្រមិនត្រឹមត្រូវ/មិនសមស្រប៖ ស្ថានភាពមួយនៅពេលដែលអ្នកផ្តល់សេវា (ដូចជាវេជ្ជបណ្ឌិត ឬមន្ទីរពេទ្យ) ចេញវិក្កយបត្រជូនអ្នកច្រើនជាងចំនួននៃការការចែករំលែកថ្លៃចំណាយរបស់យើងសម្រាប់សេវានោះ។ ទូរសព្ទទៅកាន់ផ្នែកបម្រើសេវាអតិថិជនប្រសិនបើអ្នកទទួលបានវិក្កយបត្រណាមួយដែលអ្នកមិនយល់។

ដោយសារតែយើងបង់ថ្លៃចំណាយទាំងអស់សម្រាប់សេវារបស់អ្នក អ្នកមិនជំពាក់ការចែករំលែកថ្លៃចំណាយណាមួយឡើយ។ អ្នកផ្តល់សេវាមិនគួរចេញវិក្កយបត្រពីអ្នកសម្រាប់សេវាកម្មទាំងនេះទេ។

In Home Supportive Services (IHSS)៖ កម្មវិធី IHSS នឹងជួយទូទាត់ថ្លៃសេវាដែលផ្តល់ជូនអ្នក ដើម្បីឱ្យអ្នកអាចស្នាក់នៅដោយសុវត្ថិភាពនៅក្នុងផ្ទះរបស់អ្នក។ IHSS ត្រូវបានចាត់ទុកថាជាជម្រើសផ្សេងមួយចំពោះការថែទាំនៅក្រៅផ្ទះ ដូចជាមណ្ឌលថែទាំសុខភាព ឬមណ្ឌលថែទាំ និងផ្តល់អាហារ។ ប្រភេទនៃសេវាកម្មដែលអាចត្រូវបានអនុញ្ញាតតាមរយៈ IHSS មានដូចជា ការសម្អាតផ្ទះ ការរៀបចំអាហារ បោកគក់ ហាងលក់គ្រឿងទេស សេវាថែទាំផ្ទាល់ខ្លួន (ដូចជាការថែទាំពោះវៀន និងប្លោកនោម ការងូតទឹក សេវាថែទាំ និងគ្រូពេទ្យ) អមជាមួយការណាត់ជួបពេទ្យ និងការត្រួតពិនិត្យការពារសម្រាប់ការខ្សោយផ្លូវចិត្ត។ ភ្នាក់ងារសេវាសង្គមខេត្តគ្រប់គ្រង IHSS ។

ការពិនិត្យសំណុំរឿងវេជ្ជសាស្ត្រឡើងវិញដោយឯករាជ្យ (IMR)៖ បើយើងខ្ញុំបដិសេធសំណើរសុំ ឬការព្យាបាលរបស់អ្នក អ្នកអាចប្តឹងឧទ្ធរណ៍បាន។ បើអ្នកមិនយល់ស្របចំពោះការសម្រេចរបស់យើង ហើយបញ្ហារបស់អ្នកគឺអំពីសេវា Medi-Cal រួមទាំងការផ្តត់ផ្គង់ DME និងថ្នាំ អ្នកអាចស្នើសុំក្រសួងទទួលបន្ទុកការគ្រប់គ្រងការថែទាំសុខភាព California ឱ្យមាន IMR មួយ។ IMR គឺជាការពិនិត្យឡើងវិញលើករណីរបស់អ្នកដោយវេជ្ជបណ្ឌិតដែលមិនមែនជាផ្នែកនៃគម្រោងរបស់យើង។ ប្រសិនបើសេចក្តីសម្រេចរបស់ IMR តាមការចង់បានរបស់អ្នក យើងត្រូវតែផ្តល់ជូនអ្នកនូវសេវាកម្ម ឬការព្យាបាលដែលអ្នកបានស្នើសុំ។ សម្រាប់ដំណើរការ IMR លោកអ្នកមិនចាំបាច់អស់ប្រាក់អ្វីឡើយ។

អង្គការត្រួតពិនិត្យឯករាជ្យ (IRO)៖ ជាអង្គការឯករាជ្យមួយដែលត្រូវបានជួលដោយ Medicare ដែលពិនិត្យឡើងវិញនូវបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2។ វាមិនបានតភ្ជាប់ជាមួយយើងខ្ញុំ ហើយក៏មិនមែនជាទីភ្នាក់ងាររដ្ឋាភិបាលផងដែរ។ អង្គការនេះសម្រេចថាតើសេចក្តីសម្រេចរបស់យើងខ្ញុំត្រឹមត្រូវឬទេ ឬថាតើគួរប្តូរ ឬទេ។ Medicare ត្រួតពិនិត្យការងាររបស់ខ្លួន។ ឈ្មោះផ្លូវការ គឺ**អង្គភាពត្រួតពិនិត្យឯករាជ្យ**។

សមាគមគ្រូពេទ្យឯករាជ្យ (IPA)៖ IPA គឺជាក្រុមហ៊ុនដែលត្រូវបានចុះកិច្ចសន្យាដោយ Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) ដែលរៀបចំក្រុមវេជ្ជបណ្ឌិត អ្នកឯកទេស និងអ្នកផ្តល់សេវាសុខភាពផ្សេងទៀតដើម្បីពិនិត្យមើលសមាជិករបស់ Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)។ វេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក រួមជាមួយ IPA យកចិត្តទុកដាក់លើតម្រូវការផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រទាំងអស់របស់អ្នក។ នេះរាប់បញ្ចូលទាំងការទទួលបានសិទ្ធិអនុញ្ញាតបើ សិនជាតម្រូវឱ្យមាន ដើម្បីមើលវេជ្ជបណ្ឌិតឯកទេសនានា ឬទទួលយកនូវសេវាវេជ្ជសាស្ត្រនានា ដូចជា ការធ្វើតេស្តក្នុងមន្ទីរពិសោធន៍ ការស្ទីអ៊ិច និង សេវាព្យាបាលអ្នកជំងឺស្នាក់ព្យាបាលនៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យ និងមិនស្នាក់ព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យ។

គម្រោងថែទាំជាលក្ខណៈបុគ្គល (ICP ឬគម្រោងថែទាំ)៖ គម្រោងថែទាំសុខភាព រួមបញ្ចូលទាំងបញ្ហាសុខភាពចម្បង គោលដៅតម្រូវការ និងសេវាកម្មដែលអ្នកអាចត្រូវការ គម្រោងរបស់អ្នកអាចរួមបញ្ចូលសេវាវេជ្ជសាស្ត្រ សេវាថែទាំសុខភាពផ្លូវចិត្ត ព្រមទាំងសេវា និងការថែទាំយូរអង្វែង។

អ្នកជំងឺសម្រាកព្យាបាល៖ ពាក្យដែលត្រូវបានប្រើនៅពេលដែលលោកអ្នកត្រូវបានបញ្ជូនជាផ្លូវការទៅកាន់មន្ទីរពេទ្យដើម្បីទទួលបានសេវាកម្មវេជ្ជសាស្ត្រជំនាញ។ បើអ្នកមិនទាន់បានទទួលឱ្យចូលសម្រាកពេទ្យជាផ្លូវការទេ អ្នកនៅតែអាចាត់ទុកជាអ្នកជំងឺមិនត្រូវការស្នាក់នៅមន្ទីរពេទ្យ ឬនៅទទួលបានសេវាពិនិត្យឃ្លាំមើលជំនួសឱ្យសេវាសម្រាកនៅមន្ទីរពេទ្យ បើទោះបីជាអ្នកត្រូវសម្រាកពេទ្យមួយយប់ក៏ដោយ។

ក្រុមថែទាំដែលមានវិស័យសិក្សាច្រើន (ICT ឬក្រុមថែទាំ)៖ ក្រុមថែទាំរួមបញ្ចូលគ្រូពេទ្យថែទាំបឋមរបស់អ្នក អ្នកគ្រប់គ្រងករណីអាចរួមបញ្ចូលទាំងអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំឯកទេស អ្នកថែទាំ ឬអ្នកមានវិជ្ជាជីវៈផ្នែកសុខភាពផ្សេងទៀតដែលនៅទីនោះដើម្បីជួយអ្នកឱ្យទទួលបានការថែទាំដែលអ្នកត្រូវការ។ ក្រុមអ្នកថែទាំរបស់អ្នកក៏នឹងជួយអ្នកបង្កើត ឬធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពលើគម្រោងថែទាំរបស់អ្នកផងដែរ។

D-SNP ដែលរួមបញ្ចូលគ្នា៖គម្រោងតម្រូវការពិសេសដែលមានសិទ្ធិទទួលបានពីរដែលធានារ៉ាប់រងលើ Medicare និងសេវាកម្ម Medicaid ភាគច្រើន ឬទាំងអស់នៅក្រោមគម្រោងសុខភាពតែមួយសម្រាប់ក្រុមបុគ្គលជាក់លាក់ដែលមានសិទ្ធិទទួលបានទាំង Medicare និង Medicaid។ បុគ្គលទាំងនេះត្រូវបានគេស្គាល់ថាជាបុគ្គលដែលមានសិទ្ធិទទួលបានពីរនូវអត្ថប្រយោជន៍ពេញលេញ។

ផលិតផលជីវសាស្ត្រស្រដៀងគ្នាដែលអាចផ្លាស់ប្តូរបាន៖ ផលិតផលជីវសាស្ត្រស្រដៀងគ្នាដែលអាចត្រូវបានជំនួសនៅឱសថស្ថានដោយមិនចាំបាច់មានវេជ្ជបញ្ជាថ្មី ព្រោះវាបំពេញតាមលក្ខខ័ណ្ឌតម្រូវបន្ថែមទាក់ទងនឹងសក្តានុពលសម្រាប់ការជំនួសដោយស្វ័យប្រវត្តិ។ ការជំនួសដោយស្វ័យប្រវត្តិនៅឱសថស្ថានគឺស្ថិតនៅក្រោមច្បាប់របស់រដ្ឋ។

***បញ្ជីឱសថដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រង* (បញ្ជីឱសថ)៖** បញ្ជីឱសថមានវេជ្ជបញ្ជា និងមិនតម្រូវឱ្យមានវេជ្ជបញ្ជា (OTC) ដែលយើងធានារ៉ាប់រង។ យើងជ្រើសរើសឱសថដែលនៅក្នុងបញ្ជីនេះដោយមានជំនួយពីវេជ្ជបណ្ឌិត និងឱសថការី។ បញ្ជីឱសថប្រាប់អ្នកថា តើមានច្បាប់ណាមួយដែលអ្នកត្រូវធ្វើតាម ដើម្បីអាចទទួលបានឱសថរបស់អ្នក។ ពេលខ្លះបញ្ជីឱសថត្រូវបានហៅថា “បញ្ជីឱសថ”។

ជំនួយគាំទ្រ និងសេវាថែទាំរយៈពេលវែង (LTSS)៖ សេវាកម្ម និងការគាំទ្ររយៈពេលវែងគឺជួយធ្វើឱ្យប្រសើរឡើងដល់ ស្ថានភាពវេជ្ជសាស្ត្ររយៈពេលវែង។ សេវាកម្មទាំងនេះមួយភាគធំ ជួយអ្នកស្នាក់នៅក្នុងផ្ទះ ដើម្បីកុំឱ្យអ្នកពិបាកទៅទទួលសេវាកម្មនៅឯមន្ទីរថែទាំ ឬមន្ទីរពេទ្យ។ LTSS ត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយគម្រោងរបស់យើង រួមមានសេវាកម្មសម្រាប់មនុស្សពេញវ័យតាមសហគមន៍ (CBAS) ដែលត្រូវបានគេស្គាល់ផងដែរថាជាការថែទាំសុខភាពពេលថ្ងៃសម្រាប់មនុស្សពេញវ័យ មណ្ឌលថែទាំអ្នកជំងឺ (NF) និងការគាំទ្រពីសហគមន៍។ កម្មវិធីលើកលែង IHSS និង 1915(c) គឺជាកម្មវិធី Medi-Cal LTSS ដែលផ្តល់ជូននៅខាងក្រៅគម្រោងរបស់យើង។

ជំនួយប្រាក់ដល់អ្នកមានប្រាក់ចំណូលទាប(LIS: Low-income subsidy)៖ សូមមើល “ជំនួយបន្ថែម”។

កម្មវិធី Mail Order៖ គម្រោងមួយចំនួនអាចផ្តល់ជូននូវកម្មវិធីបញ្ជាទិញតាមប្រៃសណីយ៍ដែលអនុញ្ញាតឱ្យអ្នកទទួលបានការផ្គត់ផ្គង់រហូតដល់ 3 ខែលើឱសថមានវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដែលធ្វើដោយផ្ទាល់ទៅកាន់ផ្ទះរបស់អ្នក។ នេះអាចជាវិធីសន្សំសំចៃលើថ្លៃចំណាយ និងងាយស្រួលក្នុងការបើកឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាដែលអ្នកទទួលជាទៀងទាត់។

Medi-Cal៖ នេះគឺជាឈ្មោះរបស់កម្មវិធី Medicaid នៃរដ្ឋ California។ Medi-Cal ត្រូវបានគ្រប់គ្រងដោយរដ្ឋ និងទទួលបានការបង់ប្រាក់ដោយរដ្ឋ និងរដ្ឋាភិបាលសហព័ន្ធ។

- ជាកម្មវិធីសម្រាប់ជួយអ្នកមានប្រាក់ចំណូលទាប និងធនធានតិចតួចសម្រាប់ចំណាយលើសេវា និងការថែទាំរយៈពេលវែង និងថ្លៃចំណាយវេជ្ជសាស្ត្រ។
- វាធានារ៉ាប់រងលើសេវាបន្ថែមនិងឱសថមួយចំនួនដែលមិនបានធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare។
- កម្មវិធី Medicaid មានភាពខុសគ្នាពីរដ្ឋមួយទៅរដ្ឋមួយ ប៉ុន្តែថ្លៃចំណាយលើសេវាថែទាំសុខភាពភាគច្រើនត្រូវបានធានារ៉ាបរង ប្រសិនបើអ្នកមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ទាំង Medicare និង Medi-Cal។

គម្រោង Medi-Cal៖ គម្រោងដែលធានារ៉ាប់រងតែលើអត្ថប្រយោជន៍របស់ Medi-Cal ប៉ុណ្ណោះ ដូចជាសេវា និងការគាំទ្ររយៈពេលវែង បរិក្ខារវេជ្ជសាស្ត្រ និងមធ្យោបាយធ្វើដំណើរ។ អត្ថប្រយោជន៍ Medicare មានដាច់ដោយឡែកពីគ្នា។

Medicaid (ឬជំនួយវេជ្ជសាស្ត្រ)៖ កម្មវិធីដែលដំណើរការដោយរដ្ឋាភិបាលសហព័ន្ធ និងរដ្ឋដែល ជួយមនុស្សដែលមានប្រាក់ចំណូល និងធនធានមានកំណត់បង់ថ្លៃសេវា និងការគាំទ្ររយៈពេលវែង និងថ្លៃចំណាយផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ។ Medi-Cal គឺជាកម្មវិធី Medicaid Program សម្រាប់រដ្ឋ California។

ភាពចាំបាច់ខាងវេជ្ជសាស្ត្រ៖ វារៀបរាប់ពីសេវាកម្មចាំបាច់, ការផ្គត់ផ្គង់ ឬថ្នាំដែលលោកអ្នកត្រូវការដើម្បីបង្ការ, រោគវិនិច្ឆ័យ ឬព្យាបាលស្ថានភាពសុខភាពរបស់អ្នក ឬដើម្បីរក្សាស្ថានភាពសុខភាពបច្ចុប្បន្នរបស់លោកអ្នក។ ចំណុចនេះគឺរួមបញ្ចូលទាំងការថែទាំដែលជួយមិនបាច់ឲ្យអ្នកត្រូវចូលមន្ទីរពេទ្យ ឬផ្ទះផ្តល់ការថែទាំ។ វាក៏មានន័យថា សេវាកម្ម សម្ភារផ្គត់ផ្គង់ ឬឱសថត្រូវនឹងស្តង់ដាដែលទទួលយកបាននៃការអនុវត្ត ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ ឬចាំបាច់ផ្សេងទៀតនៅក្រោមច្បាប់រ៉ាប់រង Medicare ឬ Medi-Cal បច្ចុប្បន្ន។

Medicare៖ ជាកម្មវិធីធានារ៉ាប់រងសុខភាពរបស់សហព័ន្ធសម្រាប់មនុស្សដែលមានអាយុ 65 ឆ្នាំឡើងទៅ សម្រាប់មនុស្សមួយចំនួនដែលមានអាយុក្រោម 65 ឆ្នាំ ដែលមានពិការភាពជាក់លាក់ និងសម្រាប់មនុស្សដែលមានជំងឺតម្រងនោមដំណាក់កាលចុងក្រោយ (ជាទូទៅគឺអ្នកទាំងនោះមានបញ្ហាខ្សោយតម្រងនោមជាអចិន្ត្រៃយ៍ដែលទាមទារឱ្យមានការលាងឈាម ឬប្តូរតម្រងនោម)។ អ្នកដែលមាន Medicare អាចទទួលបានការធានារ៉ាប់រងសុខភាព Medicare របស់ពួកគេតាមរយៈ Original Medicare ឬគម្រោងថែទាំក្រោមការគ្រប់គ្រង (សូមមើល "គម្រោងសុខភាព")។

Medicare Advantage៖ កម្មវិធី Medicare មួយដែលត្រូវបានគេស្គាល់ផងដែរថាជា “Medicare ផ្នែក C” ឬ “MA” ដែលផ្តល់ជូនគម្រោង MA តាមរយៈក្រុមហ៊ុនឯកជន។ Medicare បង់ប្រាក់អោយក្រុមហ៊ុនទាំងនេះដើម្បីធានារ៉ាប់រងអត្ថប្រយោជន៍ Medicare របស់អ្នក។

Medicare Appeals Council (Council)៖ ក្រុមប្រឹក្សាដែលពិនិត្យបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 4 ។ ក្រុមប្រឹក្សាគឺជាផ្នែកមួយរបស់រដ្ឋាភិបាលសហព័ន្ធ។

សេវាដែលធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare៖ សេវាកម្មដែលធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare ផ្នែក A និង Medicare ផ្នែក B។ គ្រប់គម្រោងសុខភាព Medicare ទាំងអស់ដែលរួមបញ្ចូលទាំងគម្រោងរបស់យើងត្រូវតែធានារ៉ាប់រងលើសេវាកម្មទាំងអស់ដែលបានធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare ផ្នែក A និង Medicare ផ្នែក B។

កម្មវិធី Medicare diabetes prevention (MDPP)៖ កម្មវិធីផ្លាស់ប្តូរអាកប្បកិរិយាអំពីបញ្ហាសុខភាពដែលបានរៀបចំឡើងដែលផ្តល់ការបណ្តុះបណ្តាលក្នុងការផ្លាស់ប្តូររបបអាហាររយៈពេលវែង ការបង្កើនសកម្មភាពរាងកាយ និងយុទ្ធសាស្ត្រ ដើម្បីយកឈ្នះលើបញ្ហាប្រឈមក្នុងការទ្រទ្រង់ការសម្រកទម្ងន់ និងរបៀបរស់នៅដែលមានសុខភាពល្អ។

អ្នកចុះឈ្មោះចូលក្នុង Medicare-Medi-Cal៖ បុគ្គលដែលមានលក្ខណសម្បត្តិទទួលបានការធានារ៉ាប់រងពី Medicare និង Medicaid ។
អ្នកចុះឈ្មោះក្នុងកម្មវិធី Medicare-Medicaid ត្រូវបានគេហៅផងដែរថា “បុគ្គលដែលមានសិទ្ធិទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ទ្វេ។”

Medicare ផ្នែក A៖ កម្មវិធី Medicare ដែលធានារ៉ាប់រងលើមន្ទីរពេទ្យដែលចាំបាច់បំផុត អាគារថែទាំជំនាញ ផ្ទះសុខភាព និងការថែទាំអ្នកជំងឺ ។

Medicare ផ្នែក B៖ កម្មវិធី Medicare ផ្នែក B៖ គឺជាកម្មវិធី Medicare ដែលធានារ៉ាប់រងទៅលើសេវាកម្ម (ដូចជាការធ្វើតេស្តនៅមន្ទីរពិសោធន៍ ការវះកាត់ និងការជួបពិគ្រោះជាមួយវេជ្ជបណ្ឌិត) និងការផ្គត់ផ្គង់ (ដូចជា រទេះជនពិការ និងឈើច្រត់) ដែលមានភាពចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រក្នុងការព្យាបាលជំងឺ ឬលក្ខខណ្ឌផ្សេងទៀត។ Medicare ផ្នែក B ក៏គ្របដណ្តប់សេវាកម្មបង្ការជម្ងឺ និងការពិនិត្យជម្ងឺមួយចំនួនធំផងដែរ។

Medicare ផ្នែក C៖ កម្មវិធី Medicare ដែលត្រូវបានស្គាល់ផងដែរថាជា “Medicare Advantage” ឬ “MA” ដែលអនុញ្ញាតឱ្យក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងសុខភាពឯកជនផ្តល់អត្ថប្រយោជន៍ Medicare តាមរយៈគម្រោង MA Plan។

Medicare ផ្នែក D៖ កម្មវិធីអត្ថប្រយោជន៍ Medicare prescription drug ។ (យើងហៅកម្មវិធីនេះកាត់ថា “ផ្នែក D”។) Medicare ផ្នែក D ធានារ៉ាប់រងលើឱសថដែលមានវេជ្ជបញ្ជាចំពោះអ្នកជំងឺមិនស្នាក់ព្យាបាល រ៉ាក់សាំង និងសម្ភារផ្គត់ផ្គង់មួយចំនួនដែលមិនបានធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare ផ្នែក A ឬ Medicare ផ្នែក B ឬ Medicaid នោះទេ។ គម្រោងរបស់យើងរួមបញ្ចូលទាំង Medicare ផ្នែក D ។

ថ្នាំ Medicare ផ្នែក D៖ ឱសថដែលរ៉ាប់រងក្រោម Medicare ផ្នែក D ។ សភាមិនរាប់បញ្ចូលប្រភេទឱសថមួយចំនួនជាពិសេសពីការធានារ៉ាប់រងក្រោម Medicare ផ្នែក D ។ Medicaid អាចធានារ៉ាប់រងលើឱសថមួយចំនួនក្នុងចំណោមឱថទាំងនេះ។

Medication Therapy Management (MTM)៖ ក្រុមសេវាកម្មដែលខុសគ្នា ឬក្រុមសេវាកម្មដែលបានផ្តល់ដោយអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាព រួមមានទាំងឱសថការីដើម្បីធានាបាននូវលទ្ធផលព្យាបាលដ៏ល្អបំផុតសម្រាប់អ្នកជំងឺ។ សូមមើល**ជំពូកទី 5** នៃសៀវភៅណែនាំសមាជិករបស់អ្នកសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។

គម្រោង Medi-Medi Plan៖ គម្រោង Medicare Medi-Cal Plan (Medi-Medi Plan) គឺជាប្រភេទនៃគម្រោង Medicare Advantage មួយ។ វាមានសម្រាប់អ្នកដែលមានទាំង Medicare និង Medi-Cal ហើយរួមបញ្ចូលអត្ថប្រយោជន៍ Medicare និង Medi-Cal ទៅក្នុងគម្រោងតែមួយ។ គម្រោង Medi-Medi Plan សម្របសម្រួលរាល់អត្ថប្រយោជន៍ និងសេវាកម្មទាំងអស់នៅទូទាំងកម្មវិធីទាំងពីរ រួមទាំងសេវាកម្មដែលមានការធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare និង Medi-Cal ទាំងអស់។

សមាជិក (សមាជិកនៃគម្រោងរបស់យើង ឬសមាជិកគម្រោង)៖ បុគ្គលដែលមាន Medicare និង Medi-Cal ដែលមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ក្នុងការទទួលបានសេវាដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រង និងបានចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងរបស់យើង ហើយការចុះឈ្មោះនោះត្រូវបានបញ្ជាក់ដោយមជ្ឈមណ្ឌលសេវាកម្ម Medicare និង Medicaid (CMS) និងរដ្ឋ។

***សៀវភៅណែនាំសមាជិក* និងព័ត៌មានលាតត្រដាង៖** ឯកសារនេះរួមជាមួយពាក្យចុះឈ្មោះរបស់លោកអ្នក និងឯកសារភ្ជាប់ផ្សេងទៀត ឬខបន្ថែមដែលពន្យល់ពីការធានារ៉ាប់រងរបស់លោកអ្នកពីអ្វីដែលយើងខ្ញុំត្រូវធ្វើ សិទ្ធិរបស់លោកអ្នក និងអ្វីដែលលោកអ្នកត្រូវធ្វើក្នុងនាមជាសមាជិកនៃគម្រោងរបស់យើងខ្ញុំ។

សេវាបម្រើសមាជិក៖ ផ្នែកមួយដែលស្ថិតនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើងដែលទទួលខុសត្រូវចំពោះការឆ្លើយសំណួររបស់អ្នកអំពីសមាជិកភាព អត្ថប្រយោជន៍ បណ្តឹងសាទុក្ខ និងបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍។ សូមមើល**ជំពូកទី 2** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*របស់អ្នកសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីសេវាបម្រើសមាជិក។

ឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញ៖ ជាឱសថស្ថាន (ហាងថ្នាំ) ដែលបានយល់ព្រមផ្តល់ថ្នាំតាមវេជ្ជបញ្ជាដល់សមាជិកផែនការយើងខ្ញុំ។ យើងហៅឱសថស្ថានទាំងនោះ "ឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញ" ពីព្រោះពួកគេបានយល់ព្រមសហការជាមួយនឹងគម្រោងរបស់យើង។ ក្នុងករណីភាគច្រើន យើងធានារ៉ាប់រងលើឱសថមានវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកតែនៅពេលដែលបានបើកពីឱសថស្ថានណាមួយក្នុងបណ្តាញរបស់យើងប៉ុណ្ណោះ។

អ្នកផ្តល់សេវាកម្មក្នុងបណ្តាញ៖ "អ្នកផ្តល់សេវាកម្ម" គឺជាពាក្យទូទៅដែលយើងខ្ញុំប្រើសម្រាប់ហៅគ្រូពេទ្យ គិលានុបដ្ឋាក និងអ្នកដទៃដែលផ្តល់សេវាកម្ម និងការថែទាំ។ ពាក្យនេះក៏រួមបញ្ចូលនូវមន្ទីរពេទ្យ ភ្នាក់ងារសុខភាពតាមផ្ទះ គ្លីនិក និងកន្លែងផ្សេងទៀតដែលផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវសេវាថែទាំសុខភាព ឧបករណ៍វេជ្ជសាស្ត្រ និងសេវាកម្ម និងការគាំទ្ររយៈពេលវែង។

- ពួកគេ បានទទួល អាជ្ញាបណ្ណ ឬមានលិខិតបញ្ជាក់ពី Medicare និងពីរដ្ឋដើម្បីផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាព។
- យើងហៅពួកគេថា “អ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ” នៅពេលដែលពួកគាត់យល់ព្រមសហការជាមួយនឹងគម្រោងសុខភាពរបស់យើង យល់ព្រមទទួលយកការបង់ប្រាក់របស់យើង និងមិនគិតថ្លៃចំពោះសមាជិកលើចំនួនទឹកប្រាក់បន្ថែម។
- ខណៈពេលដែលអ្នកជាសមាជិកនៃគម្រោងរបស់យើង អ្នកត្រូវតែទទួលយកសេវាពីអ្នកផ្តល់សេវាកម្មក្នុងបណ្តាញ ដើម្បីទទួលបានសេវាកម្មដែលមានការធានារ៉ាប់រង។ អ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញក៏ត្រូវបានហៅថា “អ្នកផ្តល់សេវារបស់គម្រោង”។

ផ្ទះ ឬអាគារព្យាបាល៖ មណ្ឌលដែលផ្តល់ការថែទាំសម្រាប់អ្នកដែលមិនអាចទទួលបានការថែទាំនៅផ្ទះ តែមិនចាំបាច់នៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យ។

មន្ត្រីបណ្តឹងសាធារណៈ៖ ការិយាល័យនៅក្នុងរដ្ឋរបស់លោកអ្នកដែលធ្វើការជាអ្នកតស៊ូមតិជំនួសលោកអ្នក។ ពួកគេអាចឆ្លើយសំណួរនានាបាន ប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហា ឬការតវ៉ា ហើយអាចជួយអ្នកឱ្យយល់ពីអ្វីដែលត្រូវធ្វើ។ សេវាកម្មរបស់មន្ត្រីស៊ើបអង្កេតគឺឥតគិតថ្លៃ។ អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានបន្ថែមនៅក្នុង **ជំពូកទី 2 និងទី 9** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិករបស់អ្នក*។

ការកំណត់ការរៀបចំ៖ គម្រោងរបស់យើងធ្វើសេចក្តីសម្រេចចុងក្រោយលើការរៀបចំនៅពេលយើង ឬអ្នកផ្តល់សេវាណាម្នាក់របស់យើងធ្វើការសម្រេចថាតើសេវាត្រូវបានធានារ៉ាប់រងឬទេ ឬតើអ្នកបង់ថ្លៃប៉ុន្មានសម្រាប់សេវាដែលបានធានារ៉ាប់រង។ ការកំណត់លើការរៀបចំត្រូវបានហៅថា "សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង"។ **ជំពូកទី 9** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*របស់អ្នកដែលពន្យល់ពីសេចក្តីសម្រេចចិត្តលើការធានារ៉ាប់រង។

ផលិតផលជីវសាស្ត្រដើម៖ ផលិតផលជីវសាស្ត្រដែលត្រូវបានអនុញ្ញាតដោយរដ្ឋបាលចំណីអាហារ និងឱសថ (FDA) និងបម្រើជាការប្រៀបធៀបសម្រាប់ក្រុមហ៊ុនផលិតដែលបង្កើតកំណែផលិតផលជីវសាស្ត្រស្រដៀងគ្នា។ វាក៏ត្រូវបានគេហៅផងដែរថាជាផលិតផលយោង។

Original Medicare (Medicare បែបចាស់ ឬ Medicare គិតថ្លៃតាមសេវា) ៖ រដ្ឋាភិបាលផ្តល់ជូន Original Medicare ។ ក្រោម Original Medicare សេវាត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយការបង់ថ្លៃសេវាកម្មដល់វេជ្ជបណ្ឌិត មន្ទីរពេទ្យ និងអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពផ្សេងនូវចំនួនទឹកប្រាក់ដែលព្រឹទ្ធសភាកំណត់។

- អ្នកអាចប្រើវេជ្ជបណ្ឌិត មន្ទីរពេទ្យ ឬអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពផ្សេងទៀតដែលទទួលយក Medicare។ Original Medicare មានពីរផ្នែក៖ Medicare ផ្នែក A (ការធានារ៉ាប់រងមន្ទីរពេទ្យ) និង Medicare ផ្នែក B (ការធានារ៉ាប់រងវេជ្ជសាស្ត្រ)។

- Original Medicare មានផ្តល់ជូនគ្រប់ទីកន្លែងទាំងអស់ក្នុងប្រទេស អាមេរិក។
- ប្រសិនបើអ្នកមិនចង់ចូលរួមក្នុងគម្រោងយើងទេ អ្នកអាចសម្រេចជ្រើសរើសយក Original Medicare បាន

ឱសថស្ថានក្រៅបណ្តាញ៖ ឱសថស្ថានដែលមិនយល់ស្របក្នុងការធ្វើការជាមួយគម្រោងរបស់យើងដើម្បីសម្របសម្រួល ឬផ្តល់ជូនឱសថដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងទៅដល់សមាជិកនៃគម្រោងរបស់យើង។ គម្រោងរបស់យើងមិនធានារ៉ាប់រងលើឱសថភាគច្រើនដែលអ្នកទទួលបានពីឱសថស្ថានក្រៅបណ្តាញនោះទេ លុះត្រាតែមានលក្ខខណ្ឌជាក់លាក់ត្រូវបានអនុវត្ត។

អ្នកផ្តល់សេវាក្រៅបណ្តាញ ឬមណ្ឌលក្រៅបណ្តាញ៖ អ្នកផ្តល់សេវា ឬមណ្ឌលព្យាបាលដែលមិនត្រូវបានជួល មិនមែនជាកម្មសិទ្ធិ ឬប្រតិបត្តិការដោយគម្រោងរបស់យើង ហើយមិនមានកិច្ចសន្យាក្នុងការផ្តល់សេវាដែលត្រូវធានារ៉ាប់រងដល់សមាជិកនៃគម្រោងរបស់យើងនោះទេ។ **ជំពូកទី 3** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*របស់អ្នកដែលពន្យល់អំពីអ្នកផ្តល់សេវា ឬមណ្ឌលក្រៅបណ្តាញ។

ថ្នាំគ្មានវេជ្ជបញ្ជា (OTC)៖ ឱសថមិនតម្រូវឱ្យមានវេជ្ជបញ្ជាគឺជាឱសថ ឬថ្នាំដែលបុគ្គលអាចទិញបានដោយគ្មានវេជ្ជបញ្ជាពីអ្នកមានវិជ្ជាជីវៈថែទាំសុខភាព។

ផ្នែក A៖ សូមមើល "Medicare ផ្នែក A ។"

ផ្នែក B៖ សូមមើល "Medicare ផ្នែក B ។"

ផ្នែក C៖ សូមមើល "Medicare ផ្នែក C ។"

ផ្នែក D៖ សូមមើល "Medicare ផ្នែក D ។"

ថ្នាំផ្នែក D របស់អ្នក៖ សូមមើលផ្នែកថ្នាំ Medicare ផ្នែក D ។

ព័ត៌មានសុខភាពផ្ទាល់ខ្លួន (ហៅផងដែរថា ព័ត៌មានសុខភាពដែលត្រូវបានការពារ) (PHI)៖ ព័ត៌មានអំពីលោកអ្នកនិងសុខភាពរបស់លោកអ្នកដូចជាឈ្មោះ អាស័យដ្ឋាន លេខសន្តិសុខសង្គម ទស្សនកិច្ចគ្រូពេទ្យ និងប្រវត្តិផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ។ សូមមើលសេចក្តីជូនដំណឹងអំពីការអនុវត្តឯកជនភាពរបស់យើងសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីរបៀបដែលយើងការពារ ប្រើប្រាស់ និងបង្ហាញ PHI របស់អ្នក ក៏ដូចជាសិទ្ធិរបស់អ្នកដែលទាក់ទងនឹង PHI របស់អ្នក។

អ្នកផ្តល់ការថែទាំបឋម (PCP)៖ វេជ្ជបណ្ឌិត ឬអ្នកផ្តល់សេវាផ្សេងទៀតដែលអ្នកធ្វើការប្រើប្រាស់ដំបូងចំពោះបញ្ហាសុខភាពភាគច្រើនបំផុត។ គេជាអ្នកដែលត្រូវធានាថាលោកអ្នកទទួលបានការថែទាំដែលលោកអ្នកត្រូវការដើម្បីមានសុខភាពល្អ។

- ពួកគេក៏អាចពិភាក្សាជាមួយវេជ្ជបណ្ឌិត និងអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពផ្សេងទៀតអំពីការថែទាំរបស់អ្នក ហើយបញ្ជូនអ្នកបន្តទៅកាន់ពួកគេ។
- នៅក្នុងគម្រោងសុខភាពជាច្រើនរបស់ Medicare អ្នកត្រូវទៅជួបអ្នកផ្តល់ការថែទាំបឋមសិនទើបអ្នកអាចទៅជួបអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពដទៃបាន។
- សូមមើល **ជំពូកទី 3** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*របស់អ្នកសម្រាប់ព័ត៌មានអំពីការទទួលបានការថែទាំពីអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំបឋម។

ការអនុញ្ញាតជាមុន (PA)៖ សំណើសេវាកម្មដែលត្រូវបានដាក់ជូនដោយ PCP របស់អ្នក ដើម្បីទទួលបានការយល់ព្រម ឬការអនុញ្ញាតពី Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) សម្រាប់សេវាកម្ម ឬឱសថជាក់លាក់ ឬប្រើអ្នកផ្តល់សេវាក្រៅបណ្តាញ។ Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) អាចមិនធានារ៉ាប់រងលើសេវាកម្ម ឬឱសថទេ ប្រសិនបើអ្នកមិនទទួលបានការយល់ព្រម។

គម្រោងរបស់យើងធានាលើសេវាវេជ្ជសាស្ត្រក្នុងបណ្តាញមួយចំនួន លុះត្រាតែវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក ឬអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញផ្សេងទៀតទទួលបាន PA ពីយើង។

- សេវាកម្មដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដែលត្រូវការ PA នៃគម្រោងរបស់យើងត្រូវបានសម្គាល់នៅក្នុង **ជំពូកទី 4** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិករបស់អ្នក ។*

គម្រោងរបស់យើងធានារ៉ាប់រងលើឱសថមួយចំនួន លុះត្រាតែអ្នកទទួលបាន PA ពីយើង។

- ឱសថដែលមានការធានារ៉ាប់រងដែលត្រូវការ PA នៃគម្រោងរបស់យើងត្រូវបានសម្គាល់ក្នុង បញ្ជីឱសថដែលមានការធានារ៉ាប់រង ហើយច្បាប់ត្រូវបានបង្ហោះនៅលើគេហទំព័ររបស់យើង។

កម្មវិធីថែទាំសុខភាពមនុស្សចាស់ដែលមានរួមបញ្ចូលទាំងអស់ (PACE) ៖ កម្មវិធីដែលធានារ៉ាប់រងលើអត្ថប្រយោជន៍ Medicare និង Medicaid បញ្ចូលគ្នាសម្រាប់ពលរដ្ឋដែលមានអាយុ 55 ឆ្នាំ និងចាស់ជាងនេះដែលត្រូវការការថែទាំកម្រិតខ្ពស់ដើម្បីរស់នៅក្នុងផ្ទះ។

ជួសនិងតម្រង់វិទ្យា៖ ឧបករណ៍វេជ្ជសាស្ត្រដែលបានបញ្ជាទិញដោយគ្រូពេទ្យរបស់អ្នក ឬអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពផ្សេងទៀត រួមបញ្ចូលប៉ុន្តែមិនកំណត់ត្រឹម ដៃ ខ្នង និងប្រដាប់ទប់ក អវយវៈសិប្បនិម្មិត ភ្នែកសិប្បនិម្មិត និងឧបករណ៍ដែលចាំបាច់ត្រូវផ្លាស់ប្តូរគ្រឿងក្នុងខ្លួន ឬមុខងារដែលរួមមានការផ្គត់ផ្គង់ថង់លាមក និងវិធីព្យាបាលដោយបញ្ចូលសារធាតុបំប៉នតាមពោះវៀន និងបញ្ចូលតាមសរសៃ។

Quality improvement organization (QIO)៖ ជាក្រុមគ្រូពេទ្យ និងអ្នកឯកទេសថែទាំសុខភាពដែលជួយលើកកំពស់គុណភាពនៃការថែទាំពលរដ្ឋដែលទទួលជំនួយពី Medicare ។ រដ្ឋាភិបាលសហព័ន្ធបង់ប្រាក់ឱ្យ QIO ដើម្បីពិនិត្យមើល និងកែលម្អការថែទាំដែលបានផ្តល់ដល់អ្នកជំងឺ។ សូមមើល**ជំពូកទី 2** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*របស់អ្នកសម្រាប់ព័ត៌មានអំពី QIO។

ដែនកំណត់បរិមាណ៖ជាដែនកំណត់ចំពោះបរិមាណថ្នាំដែលលោកអ្នកអាចទទួលបានសម្រាប់ប្រើប្រាស់។ យើងអាចកំណត់បរិមាណឱសថដែលយើងធានារ៉ាប់រងក្នុងមួយវេជ្ជបញ្ជា។

ឧបករណ៍អត្ថប្រយោជន៍ក្នុងពេលជាក់ស្តែង៖ ជាកម្មវិធីផតថល ឬកុំព្យូទ័រដែលអ្នកចុះឈ្មោះអាចស្វែងរកព័ត៌មានពេញលេញ ត្រឹមត្រូវ ទាន់ពេលវេលា សមស្របតាមផ្នែកព្យាបាល ឱសថដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងជាក់លាក់សម្រាប់អ្នកចុះឈ្មោះ និងអត្ថប្រយោជន៍។ នេះរាប់បញ្ចូលទាំងចំនួនចំណែកចូលរួមបង់ប្រាក់ ឱសថជំនួសដែលអាចប្រើសម្រាប់ស្ថានភាពសុខភាពដូចគ្នាទៅនឹងឱសថដែលបានផ្តល់ឱ្យ និងការរឹតបន្តឹងលើការធានារ៉ាប់រង (ការអនុញ្ញាតជាមុន ការព្យាបាលតាមជំហាន ដែនកំណត់បរិមាណ) ដែលអនុវត្តចំពោះឱសថជំនួស។

ការបញ្ជូន៖ ការបញ្ជូនបន្តគឺជាការអនុញ្ញាតពីអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំបឋម (PCP) របស់អ្នក ដើម្បីអាចជួបអ្នកផ្តល់សេវាផ្សេងទៀតក្រៅពី PCP របស់អ្នកបាន។ ប្រសិនបើអ្នកមិនបានទទួលបានការអនុញ្ញាតជាមុនទេ យើងអាចមិនធានារ៉ាប់រងលើសេវានោះទេ។ អ្នកមិនត្រូវការការបញ្ជូនបន្តដើម្បីប្រើអ្នកឯកទេសជាក់លាក់មួយចំនួនដូចជាអ្នកឯកទេសខាងសុខភាពរបស់ស្ត្រីនោះទេ។ អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានបន្ថែមអំពីការបញ្ជូនបន្តនៅក្នុង**ជំពូកទី 3 និងទី 4** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*របស់អ្នក។

សេវាស្តារនីតិសម្បទា៖ការព្យាបាលដែលអ្នកទទួលបានដើម្បីជួយអ្នកឱ្យជាសះស្បើយពីជំងឺ ឧបទ្ទវហេតុ ឬការវះកាត់ចាំបាច់។ សូមមើល**ជំពូកទី 4** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*របស់អ្នក។ ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពីសេវាស្តារនីតិសម្បទា។

សេវាកម្មដែលងាយប៉ះពាល់៖ សេវាកម្មសម្ងាត់៖ គឺជាសេវាកម្មដែលទាក់ទងនឹងសុខភាពផ្លូវចិត្ត ឬអាកប្បកិរិយា សុខភាពផ្លូវភេទ និងបន្ពូជ ការធ្វើផែនការគ្រួសារ ជំងឺឆ្លងតាមការរួមភេទ (STI) មេរោគ HIV/AIDS ការរំលោភបំពានផ្លូវភេទ និងការរំលូតកូន ការប្រើប្រាស់សារធាតុញៀន ការថែទាំការវះកាត់កែភេទ និងអំពើហិង្សាលើដៃគូជិតស្និទ្ធ។

តំបន់សេវាកម្ម៖ជាទីតាំងភូមិសាស្ត្រ ដែលផែនការសុខភាពទទួលសមាជិកបើខ្លួនដាក់ដែលកំណត់សមាជិកភាពអាស្រ័យលើទីកន្លែងមនុស្សរស់នៅ។ សម្រាប់គម្រោងដែលកំណត់ថាតើវេជ្ជបណ្ឌិត និងមន្ទីរពេទ្យណាមួយដែលអ្នកអាចទទួលសេវាបាន ជាទូទៅជាតំបន់ដែលអ្នកអាចទទួលបានសេវាជាប្រចាំ (មិនមែនក្នុងគ្រាអាសន្ន)។ មានតែអ្នកដែលរស់នៅក្នុងតំបន់សេវាកម្មរបស់យើងប៉ុណ្ណោះទើបអាចចូលរួមជាមួយគម្រោងរបស់យើងបាន។

មណ្ឌលថែទាំជំនាញ (SNF)៖ មណ្ឌលថែទាំសុខភាពដែលមានបុគ្គលិក និងបរិក្ខារពេទ្យផ្តល់ជូននូវសេវាថែទាំជំនាញ ក្នុងករណីភាគច្រើន ផ្តល់ជូនសេវាស្តារនីតិសម្បទាជំនាញ និងសេវាសុខភាពផ្សេងទៀតដែលពាក់ព័ន្ធ។

ការថែទាំក្នុងមន្ទីរថែទាំជំនាញ (SNF)៖សេវាកម្មព្យាបាលឯកទេស និងសេវាកម្មស្តារនីតិសម្បទា ត្រូវផ្តល់ជូនជាលក្ខណៈបន្ត ប្រចាំថ្ងៃនៅក្នុងអាគារព្យាបាលឯកទេស។ ឧទាហរណ៍នៃការថែទាំរបស់អាគារផ្តល់ការព្យាបាលឯកទេសរួមបញ្ចូលទាំងការព្យាបាលរាងកាយ ឬចាក់តាមសរសៃឈាម (IV) ដែលគិលានុបដ្ឋាយិកាដែលបានចុះបញ្ជី ឬគ្រូពេទ្យអាចផ្តល់ឱ្យ។

គ្រូពេទ្យឯកទេស៖ គ្រូពេទ្យដែលផ្តល់ការថែទាំសុខភាពចំពោះជម្ងឺជាក់លាក់ឬផ្នែកណាមួយនៃរាងកាយ។

ឱសថស្ថានឯកទេស៖ សូមមើល **ជំពូកទី 5** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*របស់អ្នក ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពីឱសថស្ថានឯកទេស។

សវនាការថ្នាក់រដ្ឋ៖ប្រសិនបើវេជ្ជបណ្ឌិត ឬអ្នកផ្តល់សេវាផ្សេងទៀតរបស់អ្នកស្នើសុំសេវា Medi-Cal ដែលយើងនឹងមិនអនុញ្ញាត ឬយើងនឹងមិនបន្តបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវា Medi-Cal ដែលអ្នកមានរួចហើយទេ អ្នកអាចស្នើសុំសវនាការរដ្ឋបាន។ ប្រសិនបើសវនាការរដ្ឋត្រូវបានសម្រេចតាមសំណូមពររបស់លោកអ្នក យើងខ្ញុំត្រូវតែផ្តល់ឱ្យលោកអ្នកនូវសេវាកម្មដែលលោកអ្នកបានស្នើសុំ។

ជំហានការព្យាបាល៖ ជាវិធានគ្របដណ្តប់ ដែលតម្រូវឲ្យលោកអ្នកសាកល្បងប្រើថ្នាំផ្សេងសិន មុនពេលយើងខ្ញុំគ្របដណ្តប់ថ្នាំដែលលោកអ្នកស្នើសុំ។

ប្រាក់ចំណូលសន្តិសុខបង្ក្រប់ (SSI)៖ អត្ថប្រយោជន៍ប្រចាំខែនៃរបបសន្តិសុខសង្គម បើកឲ្យពលរដ្ឋដែលមានប្រាក់ចំណូលទាប និងធនធានតិច ដែលជាជនពិការ ខ្វាក់ភ្នែក ឬមានអាយុ 65 ឆ្នាំ ឬចាស់ជាងនេះ។ អត្ថប្រយោជន៍ SSI គឺមិនដូចគ្នាទៅនឹងអត្ថប្រយោជន៍នៃរបបសន្តិសុខសង្គមឡើយ។

ត្រូវការការថែទាំបន្ទាន់៖ ការថែទាំដែលអ្នកទទួលបានសម្រាប់ជំងឺ ការរងរបួស ឬអាការដែលមិនបានរំពឹងទុកហើយមិនមែនជាភាពអាសន្ន ប៉ុន្តែតម្រូវឱ្យមានការថែទាំភ្លាមៗ។ អ្នកអាចទទួលបានការថែទាំដែលត្រូវការជាបន្ទាន់ពីអ្នកផ្តល់សេវាក្រៅបណ្តាញនៅពេលដែលអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញមិនអាចរកបាន ឬអ្នកមិនអាចទទួលបានអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ។ ដោយសារតែពេលវេលា ទីកន្លែង កាលៈទេសៈរបស់អ្នក វាមិនអាចទៅរួច ឬមិនសមហេតុផលក្នុងការទទួលបានសេវាកម្មពីអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ (ឧទាហរណ៍ នៅពេលអ្នកនៅក្រៅតំបន់សេវាកម្មរបស់គម្រោង ហើយអ្នកត្រូវការសេវាកម្មភ្លាមៗដែលចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រសម្រាប់ស្ថានភាពដែលមើលមិនបានរំពឹងទុក ប៉ុន្តែវាមិនមែនជាភាពអាសន្នផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ)។

MOLINA HEALTHCARE

CALIFORNIA EAE
NOTICE OF AVAILABILITY

ATTENTION: If you need help in your language, call 1-855-665-4627 (TTY: 711). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call 1-855-665-4627 (TTY: 711). These services are free.

تنبيه: إذا كنت بحاجة إلى المساعدة بلغتك، فيُرجى الاتصال على الرقم 1-855-665-4627 (وبالنسبة لمستخدمي الهاتف النصي "TTY"، فيمكنهم الاتصال على: 711). كما تتوفر أدوات مساعدة وخدمات لذوي الاحتياجات الخاصة، مثل الوثائق بلغة برايل والطباعة بأحرف كبيرة. يُرجى الاتصال على الرقم 1-855-665-4627 (وبالنسبة لمستخدمي الهاتف النصي "TTY"، فيمكنهم الاتصال على: 711). هذه الخدمات مجانية.

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ՝ Ձեր լեզվով օգնության դեպքում, զանգահարեք 1-855-665-4627 (TTY՝ 711) հեռախոսահամարով: Հաշմանդամների համար հասանելի են նաև աջակցման ծառայություններ, օրինակ՝ փաստաթղթեր բրայլյան և խոշոր տառերով: Զանգահարեք՝ 1-855-665-4627, (TTY՝ 711): Ծառայությունները գործում են անվճար:

請注意：如果您需要語言方面的協助，請撥打 1-855-665-4627 (TTY: 711)。我們也向身心障礙人士提供輔助及服務，例如點字與大字體文件。請撥打 1-855-665-4627 (TTY: 711)。這些服務均為免費。

MOLINA HEALTHCARE

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ, ਤਾਂ ਇੱਥੇ ਕਾਲ ਕਰੋ 1-855-665-4627 (TTY: 711). ਅਸਮਰਥਤਾਵਾਂ ਵਾਲੇ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਮਦਦ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬਰੇਲ ਅਤੇ ਵੱਡੇ ਪ੍ਰਿੰਟ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਕਾਲ ਕਰੋ 1-855-665-4627 (TTY: 711). ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫ਼ਤ ਹਨ।

ध्यान दें: यदि आपको अपनी भाषा में सहायता की आवश्यकता हो, तो 1-855-665-4627 (TTY: 711) पर कॉल करें। वविकलांग लोगों के लिए ब्रेल और बड़े प्रिंट में दस्तावेज जैसी सहायताएं और सेवाएं भी उपलब्ध हैं। 1-855-665-4627 (TTY: 711) पर कॉल करें। ये सेवाएं मुफ्त हैं।

THOV MUAB SIAB RAU: Yog koj xav tau kev pab ua koj hom lus, hu rau 1-855-665-4627 (TTY: 711). Tsis tas li ntawd, kuj tseem muaj cov kev pab thiab cov kev pab cuam rau cov neeg xiam oob qhab, xws li cov ntaub ntawv ua ntawv su thiab cov ntawv loj.Hu rau 1-855-665-4627 (TTY: 711). Lawv cov kev pab cuam yog muab pab dawb xwb.

注記：母国語によるサポートが必要な場合は、1-855-665-4627 (TTY：711) までご連絡ください。点字による文書や大きな活字で印刷した文書など、障がいのある方への支援やサービスもご利用いただけます。ご利用を希望される場合は、1-855-665-4627 (TTY：711) までご連絡ください。これらのサービスはいずれも無料です。

주의: 귀하의 언어로 도움이 필요하시면 1-855-665-4627(TTY: 711)로 문의 바랍니다. 점자 및 큰 글자 문서와 같이 장애가 있는 사용자를 위한 지원 및 서비스도 제공됩니다. 1-855-665-4627(TTY: 711)로 문의 바랍니다. 서비스 이용은 무료입니다.

ຂໍ້ຄວນເອົາໃຈໃສ່: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອເປັນພາສາຂອງທ່ານ, ໃຫ້ໂທຫາ 1-855-665-4627 (TTY: 711). ນອກຈາກນີ້, ຍັງມີການຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ການບໍລິການສໍາລັບຄົນພິການ ເຊັ່ນ: ເອກະສານທີ່ເປັນຕົວອັກສອນນູນ ແລະ ຕົວພິມຂະໜາດໃຫຍ່. ໂທຫາເບີ 1-855-665-4627 (TTY: 711). ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ແມ່ນຟຣີ.

UA ZOO SAIB: Yog tias koj xav tau kev pab ua koj hom lus, ces hu rau 1-855-665-4627 (TTY:711). Dhau li no lawm kuj muaj cov kev pab thiab cov kev pab cuam rau cov neeg uas muaj kev xiam oob qhab, xws li cov ntaub ntawv ua ntawv xuas thiab luam ua tus ntawv loj. Hu rau 1-855-665-4627 (TTY:711).Cov kev pab cuam no yog muab yam tsis xam nqi.

ចំណាំ៖ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយជាភាសារបស់អ្នក សូមទូរសព្ទទៅលេខ 1-855-665-4627 (TTY: 711)។ ជំនួយ និងសេវាកម្ម សម្រាប់ជនដែលមានពិការភាព ដូចជាឯកសារជាអក្សរស្តាប់ និងជាពុម្ពអក្សរធំ ក៏មានផងដែរ។ សូមទូរសព្ទទៅលេខ 1-855-665-4627 (TTY: 711)។ សេវាកម្មទាំងនេះមិនគិតថ្លៃនោះទេ។

توجه: اگر می‌خواهید راهنمایی‌ها را به زبان خودتان دریافت کنید، با شماره 1-855-665-4627 (شماره TTY: 711) تماس بگیرید. وسائل و خدمات کمکی مخصوص افراد مبتلا به معلولیت، مانند اسناد به خط بریل و چاپ با حروف درشت نیز در دسترس هستند. برای دریافت این خدمات با شماره 1-855-665-4627 (شماره TTY: 711) تماس بگیرید. این خدمات به صورت رایگان ارائه می شوند.

ВНИМАНИЕ! Если вам необходима информация на вашем языке, позвоните 1-855-665-4627 (TTY: 711). Для людей с инвалидностью также предоставляются услуги и информация в доступном формате — например, документы шрифтом Брайля или крупным шрифтом. Звоните 1-855-665-4627 (TTY: 711). Эти услуги предоставляются бесплатно.

ATENCIÓN: Si necesita ayuda en su idioma, llame al 1-855-665-4627 (TTY: 711). También están disponibles ayudas y servicios para personas con discapacidad, como documentos en braille y letra grande. Llame al 1-855-665-4627 (TTY: 711). Estos servicios son gratuitos.

PAUNAWA: Kung kailangan mo ng tulong sa iyong wika, tumawag sa 1-855-665-4627 (TTY: 711). Mayroon ding mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, tulad ng mga dokumento sa braille at malalaking print. Tumawag sa 1-855-665-4627 (TTY: 711). Ang mga serbisyong ito ay libre.

โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ โทร 1-855-665-4627 (TTY: 711) รวมถึงยังมีความช่วยเหลือและบริการสำหรับผู้พิการ เช่น เอกสารอักษรภาษาเบรลล์และตัวพิมพ์ใหญ่อีกด้วย โทร 1-855-665-4627 (TTY: 711) บริการเหล่านี้ไม่มีค่าใช้จ่าย

УВАГА! Якщо вам потрібна допомога вашою мовою, телефонуйте за номером 1-855-665-4627 (телетайп: 711). Крім того, ви можете отримати допоміжні засоби й послуги для осіб з особливими потребами, як-от документи, надруковані шрифтом Брайля або великим шрифтом. Телефонуйте за номером 1-855-665-4627 (телетайп: 711). Ці послуги безкоштовні.

CHÚ Ý: Nếu cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của quý vị, hãy gọi 1-855-665-4627 (TTY: 711). Hiện chúng tôi cũng có sẵn các phương tiện hỗ trợ và dịch vụ dành cho người khuyết tật, như tài liệu bằng chữ nổi và chữ in cớ lớn. Hãy gọi 1-855-665-4627 (TTY: 711). Những dịch vụ này đều miễn phí.

ផ្នែកបម្រើសេវាសមាជិក Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)

វិធីសាស្ត្រ	**ព័ត៌មានទំនាក់ទំនង**
ហៅទូរសព្ទ	(855) 665-4627 ការហៅទៅកាន់លេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ បាន 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ ម៉ោងក្នុងតំបន់។ ផ្នែកបម្រើសេវាអតិថិជនក៏មានសេវាកម្មអ្នកបកប្រែភាសាផ្ទាល់មាត់ដោយឥតគិតថ្លៃសម្រាប់អ្នកដែលមិននិយាយភាសាអង់គ្លេសផងដែរ។
TTY	711 លេខនេះតម្រូវឱ្យមានឧបករណ៍ទូរសព្ទពិសេស ហើយសម្រាប់តែមនុស្សដែលពិបាកក្នុងការស្តាប់ ឬនិយាយប៉ុណ្ណោះ។ ការហៅទៅកាន់លេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។
ទូរសារ	**សម្រាប់សេវាកម្មវេជ្ជសាស្ត្រ៖** Attn: Medicare Member Services ទូរសារ៖ (310) 507-6186 **សម្រាប់សេវាផ្នែក D (Rx)៖** ទូរសារ៖ (866) 290-1309
សរសេរលិខិតទៅកាន់	**សម្រាប់សេវាកម្មវេជ្ជសាស្ត្រ៖** 200 Oceangate, Suite 100 Long Beach, CA 90802 **សម្រាប់សេវាផ្នែក D (Rx)៖** Attn: Pharmacy Department 7050 Union Park Center, Suite 600 Midvale, UT 84047
គេហទំព័រ	www.MolinaHealthcare.com/Medicare