

2024

សេចក្តីជូនដំណឹងអំពីការ ផ្លាស់ប្តូរប្រចាំឆ្នាំ

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

California H3038-003

ការបម្រើទាន់ដូចខាងក្រោម៖ Los Angeles, Riverside, San Bernardino និង San Diego

មានប្រសិទ្ធភាពចាប់ពីថ្ងៃទី 1 ខែមករាដល់ថ្ងៃទី 31 ខែធ្នូឆ្នាំ 2024

Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) គឺជាគម្រោង Medicare Medi-Cal ដែលផ្តល់ជូនដោយ Molina Healthcare នៃរដ្ឋ California។

សេចក្តីជូនដំណឹងប្រចាំឆ្នាំអំពីការផ្លាស់ប្តូរសម្រាប់ឆ្នាំ 2024

សេចក្តីផ្តើម

អ្នកបច្ចុប្បន្នបានចុះឈ្មោះជាសមាជិកម្នាក់ក្នុងគម្រោងរបស់យើង។ នៅឆ្នាំក្រោយ នឹងមានការផ្លាស់ប្តូរមួយចំនួនចំពោះ អត្ថប្រយោជន៍ ការធានារ៉ាប់រង ច្បាប់របស់យើង។ ផ្នែកនេះ **ឬ សេចក្តីជូនដំណឹងប្រចាំឆ្នាំអំពីការផ្លាស់ប្តូរ** ប្រាប់អ្នកអំពីការផ្លាស់ប្តូរ និងកន្លែងដែលត្រូវស្វែងរកព័ត៌មានបន្ថែមអំពីវា។ ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែមអំពីអត្ថប្រយោជន៍ ឬច្បាប់ សូមពិនិត្យមើលសៀវភៅណែនាំសមាជិក ដែលមាននៅលើគេហទំព័ររបស់យើងនៅ www.MolinaHealthcare.com/Medicare។ ពាក្យគន្លឹះ និងនិយមន័យរបស់វាមាននៅក្នុងលំដាប់អក្សរក្រមនៅក្នុងជំពូកចុងក្រោយនៃ សៀវភៅណែនាំសមាជិករបស់អ្នក។

ធនធានបន្ថែមទៀត

- ឯកសារនេះអាចរកបានដោយឥតគិតថ្លៃជាភាសាអេស្បាញ អាប់ អាមេនី កម្ពុជា ចិន ហ្វីលីពីន បារាំង ភាសាបារាំង Creole ហិណ្ឌូ ហុងគ្វី អាល្លឺម៉ង់ ជប៉ុន កូរ៉េ ឡាវ ម៉ឺន ប៊ូឡូញ ព័រទុយហ្គាល់ ពុទ្ធចាប៊ី រុស្ស៊ី តាកាឡុក ថៃ ម៉ាយក្រែន និងវៀតណាម។
- អ្នកអាចទទួលបាន សេចក្តីជូនដំណឹងអំពីការផ្លាស់ប្តូរប្រចាំឆ្នាំនេះដោយឥតគិតថ្លៃក្នុងទម្រង់ផ្សេងទៀតដូចជា ការព្រីនជាអក្សរខ្នាតធំ អក្សរសម្រាប់អ្នកពិការភ្នែក ឬសំឡេងជាដើម។ នូវសព្ទទៅលេខ (855) 665-4627, TTY: 711 បាន 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ 8 ល្ងាច ម៉ោងក្នុងស្រុក។ ការហៅនូវសព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។
- អ្នកអាចស្នើសុំឱ្យយើងផ្ញើជូនអ្នកបានជានិច្ចនូវព័ត៌មានជាភាសា ឬទម្រង់ដែលអ្នកត្រូវការ។ នេះត្រូវបានគេហៅថាសំណើជាអចិន្ត្រៃយ៍។ យើងនឹងបន្តតាមដានចំពោះសំណើជាអចិន្ត្រៃយ៍របស់អ្នក ដូច្នេះអ្នកមិនចាំបាច់បង្កើតសំណើដាច់ដោយឡែក រាល់ពេលដែលយើងផ្ញើព័ត៌មានទៅកាន់អ្នកនោះឡើយ។
- ដើម្បីទទួលបានឯកសារនេះជាភាសាដែលមិនមែនជាភាសាអង់គ្លេសនោះ សូមទំនាក់ទំនងទៅកាន់រដ្ឋតាមលេខ (800) 541-5555, TTY: 711 ចាប់ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 5 ល្ងាច ម៉ោងក្នុងស្រុកដើម្បីធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពកំណត់ត្រារបស់អ្នក ជាមួយភាសាដែលអ្នកចង់បាន។ ដើម្បីទទួលបានឯកសារនេះជាទម្រង់ផ្សេងនោះ សូមទំនាក់ទំនងទៅកាន់សេវាសមាជិកតាមរយៈលេខ (855) 665-4627, TTY: 711 បាន 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ ម៉ោងក្នុងស្រុក។ អ្នកក៏អាចស្នើសុំអាចជួយអ្នកក្នុងការបង្កើត ឬផ្លាស់ប្តូរសំណើសុំជាអចិន្ត្រៃយ៍នេះ។ អ្នកក៏អាចទាក់ទងទៅកាន់អ្នកគ្រប់គ្រងករណីរបស់អ្នក ដើម្បីជួយជាមួយនឹងការដាក់សំណើអចិន្ត្រៃយ៍។
- យើងមានសេវាអ្នកបកប្រែភាសាផ្ទាល់មាត់ដោយឥតគិតថ្លៃ ដើម្បីឆ្លើយសំណួរណាមួយដែលអ្នកអាចមានអំពីគម្រោងសុខភាព ឬនីតិវិធីរបស់យើង។ ដើម្បីទទួលបានអ្នកបកប្រែភាសាផ្ទាល់មាត់ សូមទូរសព្ទមកយើងខ្ញុំតាមលេខ (855) 665-4627, TTY: 711។ នរណាម្នាក់ដែលនិយាយភាសាអង់គ្លេស អេស្បាញ ភាសាអាប់ អាមេនី ខ្មែរ ចិន ហ្វីលីពីន បារាំង ភាសាបារាំង ក្រេអូល ហិណ្ឌូ ហុងគ្វី អាល្លឺម៉ង់ ជប៉ុន កូរ៉េ ឡាវ ម៉ឺន ប៊ូឡូញ ព័រទុយហ្គាល់ ពុទ្ធចាប៊ី រុស្ស៊ី តាកាឡុក ថៃ ម៉ាយក្រែន វៀតណាម អាចជួយអ្នកបាន។ នេះជាសេវាកម្មដោយឥតគិតថ្លៃ។

Spanish:

- Contamos con servicios de intérprete gratuitos para responder a cualquier pregunta que pueda tener acerca de nuestro plan de salud o de medicamentos. Para acceder a los servicios de un intérprete, llámenos al (855) 665-4627 TTY:711. Una persona que habla inglés, español, árabe, armenio, camboyano, chino, farsi, francés, criollo francés, hindi, hmong, italiano, alemán, japonés, coreano, laosiano, mien, polaco, portugués, punjabi, ruso, tagalo, tailandés, ucraniano o vietnamita puede ayudarle. Este es un servicio gratuito.

Arabic:

- نوفر خدمات الترجمة الفورية المجانية للإجابة عن أي أسئلة قد تراودك حول الخطة الصحية أو خطة الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، كل ما عليك هو الاتصال بنا على الرقم (855) 665-4627 TTY:711 وبالنسبة لمستخدمي هاتف الصم والبكم TTY، فيمكنهم الاتصال على: 711. يمكن أن يساعدك شخص يتحدث الإنجليزية، أو الإسبانية، أو العربية، أو الأرمينية، أو الكمبودية، أو الصينية، أو الفارسية، أو الفرنسية، أو الهندية، أو الهونجية أو الإيطالية أو الألمانية أو اليابانية أو الكورية أو اللتوانية أو لغة المين أو البولندية أو البرتغالية أو البنجابية أو الروسية أو التاجولجية أو التايلندية أو الأوكرانية أو الفيتنامية. تقدم هذه الخدمة مجاناً.

Armenian:

- Մենք տրամադրում ենք անվճար բանավոր թարգմանչի ծառայություններ՝ պատասխանելու ցանկացած հարցի առողջապահական կամ դեղերին առնչվող մեր ապահովագրական պլանների վերաբերյալ: Բանավոր թարգմանչի ծառայությունից օգտվելու համար զանգահարե՛ք մեզ (855) 665-4627 TTY:711 հեռախոսահամարով: Անգլերեն, իսպաներեն, արաբերեն, հայերեն, կիմերեն, չինարեն, պարսկերեն, փրանսերեն, փրանսիական կրեոլ, հինդի, մոնգոլերեն, իտալերեն, գերմաներեն, ռուսերեն, կորեերեն, լատներեն, մյաո, լեհերեն, պորտուգալերեն, փենջաբի, ուսերեն, տաղալոգ, սլովեներեն, ուկրաիներեն կամ վիետնամերեն խոսող յուրաքանչյուր ով կարող է օգնել Ձեզ: Սա անվճար ծառայություն է:

Cambodian:

- យើងមានសេវាផ្តល់អ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ដោយឥតគិតថ្លៃដើម្បីឆ្លើយសំណួរណាមួយដែលអ្នកអាចនឹងមានអំពីគម្រោងឱសថ ឬគម្រោងសុខភាពរបស់យើង។ ដើម្បីទទួលបានអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ គ្រាន់តែទូរសព្ទមកកាន់យើងតាមលេខ (855) 665-4627 TTY:711។ នរណាម្នាក់ដែលចេះនិយាយភាសាអង់គ្លេស អេស៉្បាញ អាវ៉ាប់ អាមេនី ខ្មែរ ចិន ហ្វីលីពីន បារាំង បារាំងក្រេអូល ហិណ្ឌូ ម៉ង់ អ៊ីតាលី អាស៊ីម៉ង់ ជប៉ុន កូរ៉េ ឡាវ ម៉ឺន ប៉ូឡូញ ព័រទុយហ្គាល់ ពុនចាប៊ី រុស្ស៊ី តាហ្គាឡុក ថៃ អ៊ុយក្រែន ឬវៀតណាម អាចជួយអ្នកបាន។ សេវានេះមិនគិតថ្លៃនោះទេ។

Chinese:

- 我們有免費的口譯員服務，可回答您對於我們健康或藥物計劃的任何問題。若需要口譯員，聯絡我們即可，請撥打 (855) 665-4627 TTY:711。講英語、西班牙語、阿拉伯語、亞美尼亞語、柬埔寨語、漢語、波斯語、法語、法語克里奧爾語、北印度語、苗語、意大利語、德語、日語、韓語、老撾語、緬語、波蘭語、葡萄牙語、旁遮普語、俄語、塔加拉族語、泰語、烏克蘭語或越南語的人員可以為您提供幫助。這是免費的服務。

Farsi:

- ما خدمات مترجم شفاهی رایگان داریم تا به هر پرسشی که ممکن است در مورد طرح سلامت یا داروی ما داشته باشید پاسخ دهیم. برای دسترسی به مترجم شفاهی کافی است از طریق شماره (855) 665-4627 TTY:711 با ما تماس بگیرید فردی که به زبان انگلیسی، اسپانیایی، عربی، ارمنی، کامبوجی، چینی، فارسی، فرانسوی، کریول فرانسوی، هندی، همونگ، ایتالیایی، آلمانی، ژاپنی، کره‌ای، لاتوسی، مین، لهستانی، پرتهالی، پنجابی، روسی، تاگالوگ، تایلندی، اوکراینی، یا ویتنامی صحبت می‌کند می‌تواند به شما کمک کند. این خدمات رایگان است.



French:

- Nous disposons de services d'interprétation gratuits pour répondre à toutes les questions que vous pouvez avoir sur notre régime d'assurance maladie ou d'assurance médicaments. Pour profiter de ce service, il suffit de nous appeler au (855) 665-4627 TTY: 711. Un interlocuteur maîtrisant l'anglais, l'espagnol, l'arabe, l'arménien, le cambodgien, le chinois, le farsi, le français, le créole français, l'hindi, le hmong, l'italien, l'allemand, le japonais, le coréen, le laotien, le mien, le polonais, le portugais, le punjabi, le russe, le tagalog, le thaïlandais, l'ukrainien ou le vietnamien pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Creole:

- Nou gen sèvis entèprèt gratis pou reponn nenpòt kesyon ou ka genyen sou plan sante oswa medikaman nou an. Pou jwenn yon entèprèt jis rele nou nan (855) 665-4627 TTY: 711. Yon moun ki pale Anglè, Espanyòl, Arab, Amenyen, Kanbòdj, Chinwa, Farsi, Fransè, Fransè Kreyòl, Hindi, Hmong, Italyen, Alman, Japonè, Koreyen, Laosyen, Mien, Polonè, Pòtigè, Punjabi, Ris, Tagalog, Thai, Ukrainian, oswa Vyetnamyen ka ede w. Sa a se yon sèvis gratis.

Hindi:

- हमारे स्वास्थ्य या औषधि योजना के बारे में आपके हो सकने वाले किसी भी प्रश्न का उत्तर देने के लिए हमारे पास निःशुल्क दुभाषिया सेवाएँ हैं। दुभाषिया प्राप्त करने के लिए बस हमें (855) 665-4627 TTY:711 पर कॉल करें। अंग्रेजी, स्पेनिश, अरबी, अर्मेनियाई, कम्बोडियाई, चीनी, फ़ारसी, फ्रेंच, फ्रेंच क्रियोल, हिंदी, हमोंग, इतालवी, जर्मन, जापानी, कोरियाई, लाओटियन, मीन, पोलिश, पुर्तगाली, पंजाबी, रूसी, टैगालोग, थाई, यूक्रेनी, या वियतनामी बोलने वाला कोई व्यक्ति आपकी मदद कर सकता है। यह एक निःशुल्क सेवा है।

Hmong:

- Peb muaj cov kev pab cuam txhais lus los teb cov lus nug uas koj muaj txog ntawm peb lub phiaj xwm kev noj qab haus huv thiab tshuaj kho mob. Kom tau txais tus kws txhais lus tsuas yog hu rau peb ntawm (855) 665-4627 TTY:711. Muaj tus neeg hais lus Askiv, Xab Pees Niv, AsLas Npiv, Asme Nias, Kas Pus Cia, Suav, Fas Lis, Fab Kis, Fab Kis KesLaus, His Du, Hmoob, Is Tas Lij, Yias Lab Mas, Nyiv Pooj, Kaus Lim, Nplog, Co, Paus Lis, Pos Tus Kej, Pa Ca Npi, Lav Xias, Ta Ka Lov, Thaib, Yus Khees los sis Nyab Laj los pab koj. Qhov kev pab cuam no yog pab dawb xwb.

Italian:

- Disponiamo di servizi di interpretariato gratuiti per rispondere a qualsiasi domanda possa avere sul nostro piano sanitario o farmacologico. Per usufruire di un interprete, ci chiami al numero (855) 665-4627 supporto telescrivente:711. Una persona che parla inglese, spagnolo, arabo, armeno, cambogiano, cinese, farsi, francese, creolo francese, hindi, hmong, italiano, tedesco, giapponese, coreano, laotiano, mien, polacco, portoghese, punjabi, russo, tagalog, thailandese, ucraino o vietnamita la aiuterà. Il servizio è gratuito.

German:

- Wir bieten Ihnen kostenlose Dolmetschdienstleistungen, um alle Ihre Fragen zu unserem Gesundheits- oder Medikamentenplan zu beantworten. Um einen Dolmetscher zu bekommen, rufen Sie uns einfach an unter (855) 665-4627 TTY:711. Jemand, der Englisch, Spanisch, Arabisch, Armenisch, Kambodschanisch, Chinesisch, Farsi, Französisch, Französisch-Kreolisch, Hindi, Hmong, Italienisch, Deutsch, Japanisch, Koreanisch, Laotisch, Mien, Polnisch, Portugiesisch, Punjabi, Russisch, Tagalog, Thai, Ukrainisch oder Vietnamesisch spricht, kann Ihnen helfen. Diese Dienstleistung ist kostenlos.



Japanese:

- 当社の医療保険や処方薬プランに関するご質問にお答えするため、無料の通訳サービスをご利用いただけます。通訳をご希望の方は、(855) 665-4627までお電話ください。TTY:711。英語またはスペイン語、アラビア語、アルメニア語、カンボジア語、中国語、ペルシャ語、フランス語、クレオール語、ヒンディー語、モン語、イタリア語、ドイツ語、日本語、韓国語、ラオス語、ミエン語、ポーランド語、ポルトガル語、パンジャブ語、ロシア語、タガログ語、タイ語、ウクライナ語、ベトナム語を話せる者がお手伝いいたします。これは無料のサービスです。

Korean:

- 당사는 무료 통역 서비스를 통해 건강 또는 의약품 플랜에 대한 귀하의 질문에 답변해 드립니다. 통역 서비스를 이용하시려면 (855) 665-4627 TTY:711로 전화하십시오. 영어, 스페인어, 아랍어, 아르메니아어, 캄보디아어, 중국어, 페르시아어, 프랑스어, 프랑스어 크리올어, 힌디어, 몽족어, 이탈리아어, 독일어, 일본어, 한국어, 라오스어, 미엔어, 폴란드어, 포르투갈어, 편자브어, 러시아어, 타갈로그어, 태국어, 우크라이나어 또는 베트남어 지원이 가능합니다. 무료 서비스입니다.

Laotian:

- ພວກເຮົາມີການບໍລິການນາຍແປພາສາໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າເພື່ອຕອບຄໍາຖາມທີ່ທ່ານອາດຈະມີກ່ຽວກັບສຸຂະພາບ ຫຼື ແຜນການຢາຂອງພວກເຮົາ. ເພື່ອໃຫ້ໄດ້ຮັບນາຍແປພາສາພຽງແຕ່ໂທຫາພວກເຮົາທີ່ (855) 665-4627 TTY:711. ມີຜູ້ທີ່ເວົ້າໄດ້ ພາສາອັງກິດ, ສະເປນ, ອາຣັບ, ອາເມເນຍ, ກຳບູເຈຍ, ຈີນ, ຟາຊີ, ຟຣັ່ງ, ຟຣັ່ງ ເຄຣໂອ, ຮິນດູ, ມົ້ງ, ອີຕາລີ, ເຢຍລະມັນ, ອື່ນໆ, ເກົາຫຼີ, ລາວ, ມຽນ, ໂບແລນ, ບອກຕຸຍການ, ບັນຈາບີ, ລັດເຊຍ, ຕາກາລັອກ, ໄທ, ຊູແກຣນ ຫຼື ຫວຽດນາມ ເຊິ່ງສາມາດຊ່ວຍທ່ານໄດ້. ການບໍລິການນີ້ແມ່ນບໍ່ເສຍຄ່າ

Mien:

- Yie mbuo liepc duqv maaih faan waac mienh wangv-henh tengx dau waac bun muangx dongh haax zanc meih qiemx naaic taux yie mbuo goux nyei ziux goux wangc siangx sou-gorn a'fai ndie nyei sou-gorn. Liouh lorx faan waac mienh se korh waac lorx taux yie mbuo yiem njiec naaiv (855) 665-4627 TTY:711. Ninh liepc maaih mienh haih gorngv ang gitv waac, Spanish waac, Arabic waac, Armenian waac, Cambodian waac, Janx-kaeqv waac, Farsi waac, French waac, French Creole waac, Hindi waac, Janx-ba'miuh waac, Italian waac, German waac, Janx yi-bernv waac, Korean waac, Janx-laauv waac, Mienh waac, Polish waac, Portuguese waac, Punjabi waac, Russian waac, Tagalog waac, Janx-taiv waac, Ukrainian waac, a'fai janx Vietnam waac liouh tengx faan waac bun meih. Naaiv se wangv henh tengx faan waac bun muangx hnangv.

Polish:

- Oferujemy bezpłatne usługi tłumacza ustnego, który pomoże uzyskać odpowiedzi na wszelkie pytania dotyczące naszego planu ubezpieczenia zdrowotnego albo planu ubezpieczenia lekowego. Aby skorzystać z usługi tłumacza ustnego, proszę do nas zadzwonić pod numer (855) 665-4627, z telefonów tekstowych: 711. Ktoś posługujący się językiem angielskim, hiszpańskim, arabskim, armeńskim, kambodżańskim, chińskim, perskim, francuskim, kreolskim, hindi, hmong, włoskim, niemieckim, japońskim, koreańskim, laotańskim, mien, polskim, portugalskim, pendzabskim, rosyjskim, tagalskim, tajskim, ukraińskim albo wietnamskim może Ci pomóc. Ta usługa jest bezpłatna.

លេខអនុញ្ញាតរបស់ OMB 0938-1444 (ផុតកំណត់៖ 30 មិថុនា 2026)



ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅ Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) តាមលេខ (855) 665-4627, TTY:711, 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ 8 ល្ងាច ម៉ោងក្នុងស្រុក។ ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។
សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម ចូលមើលគេហទំព័រ MolinaHealthcare.com/Medicare។

Ukrainian:

- Ми надаємо безкоштовні послуги перекладача, який допоможе відповісти на будь-які запитання про наш план медичного страхування або план покриття ліків. Щоб отримати послуги перекладача, просто зателефонуйте нам за номером (855) 665-4627, телетайп:711. Вам може допомогти людина, яка розмовляє англійською, іспанською, арабською, вірменською, кхмерською, китайською, фарсі, французькою, гаїтянською, креольською, гінді, хмонг, італійською, німецькою, японською, корейською, лаоською, м'єн, польською, португальською, пенджабською, російською, тагальською, тайською, українською або в'єтнамською мовами. Ця послуга надається безкоштовно.

Vietnamese:

- Chúng tôi có các dịch vụ phiên dịch miễn phí để trả lời bất kỳ câu hỏi nào của quý vị về chương trình chăm sóc sức khỏe hoặc chương trình thuốc của chúng tôi. Để có phiên dịch viên, chỉ cần gọi cho chúng tôi theo số (855) 665-4627 TTY:711. Sẽ có người nói tiếng Anh, tiếng Tây Ban Nha, tiếng Ả Rập, tiếng Armenia, tiếng Campuchia, tiếng Trung, tiếng Farsi, tiếng Pháp, tiếng Pháp Creole, tiếng Hindi, tiếng Hmong, tiếng Ý, tiếng Đức, tiếng Nhật, tiếng Hàn, tiếng Lào, tiếng Miên, tiếng Ba Lan, tiếng Bồ Đào Nha, tiếng Punjabi, tiếng Nga, tiếng Tagalog, tiếng Thái, tiếng Ukraina hoặc tiếng Việt có thể trợ giúp quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.



តារាងមាតិកា

A. ការបដិសេធ.....	10
B. ការពិនិត្យឡើងវិញលើការធានារ៉ាប់រងរបស់ Medicare និង Medi-Cal របស់អ្នកសម្រាប់ឆ្នាំក្រោយ.....	10
B1. ព័ត៌មានអំពី Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)	11
B2. កិច្ចការសំខាន់ៗដែលត្រូវធ្វើ.....	11
C. ការផ្លាស់ប្តូរអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញរបស់យើង.....	12
D. ការផ្លាស់ប្តូរអត្ថប្រយោជន៍សម្រាប់ឆ្នាំក្រោយ.....	12
D1. ការផ្លាស់ប្តូរអត្ថប្រយោជន៍សម្រាប់សេវាវេជ្ជសាស្ត្រ.....	12
D2. ការផ្លាស់ប្តូរការធានារ៉ាប់រងលើឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជា.....	16
E. ការផ្លាស់ប្តូរផ្នែករដ្ឋបាល.....	18
F. ការជ្រើសរើសគម្រោង.....	18
F1. ការបន្តនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើង.....	18
F2. ការផ្លាស់ប្តូរគម្រោង.....	18
G. ការទទួលជំនួយ.....	21
G1. គម្រោងរបស់យើង.....	21
G2. កម្មវិធីប៊ីក្សា និងគាំទ្រយោបល់អំពីការធានារ៉ាប់រងសុខភាព (HICAP).....	22
G3. កម្មវិធី Ombuds Program.....	22
G4. Medicare.....	22
G5. California Department of Managed Health Care.....	23



A. ការបដិសេធ

- Molina Medicare Complete Care Plus (HMO-DSNP) គឺជាគម្រោងសុខភាពដែលមានកិច្ចសន្យាជាមួយ Medicare និងកិច្ចសន្យាជាមួយកម្មវិធី Medicaid របស់រដ្ឋ។ ការចុះឈ្មោះនៅក្នុង Molina Medicare Complete Care Plus គឺអាស្រ័យទៅលើការបន្តកិច្ចសន្យា។
- Molina Healthcare អនុលោមតាមច្បាប់ស្តីពីសិទ្ធិសុវិសហព័ន្ធដែលត្រូវអនុវត្ត ហើយមិនមានការរើសអើងលើមូលដ្ឋានពូជសាសន៍ សញ្ជាតិ ជនជាតិ សាសនា យែនឌ័រ ភេទ អាយុ ពិការភាពរាងកាយ ឬស្មារតី ស្ថានភាពសុខភាព ការទទួលបានការថែទាំសុខភាព បទពិសោធនាមទារសំណង ប្រវត្តិព្យាបាល ព័ត៌មានហ្វេន ភស្តុតាងនៃការធានារ៉ាប់រង ទីតាំងភូមិសាស្ត្រនោះទេ។
- បញ្ជីឱសថដែលមានការធានារ៉ាប់រង និង/ឬបណ្តាញឱសថស្ថាន និងអ្នកផ្តល់សេវាអាចផ្លាស់ប្តូរពេញមួយឆ្នាំ។ យើងនឹងធ្វើសេចក្តីដំណឹងដល់អ្នក មុនពេលយើងធ្វើការផ្លាស់ប្តូរដែលអាចមានផលប៉ះពាល់ដល់អ្នក។
- សិទ្ធិទទួលបានកម្មវិធី Model Benefit or RI Programs ក្រោម VBI Model មិនត្រូវបានធានានោះទេ ហើយនឹងត្រូវបានកំណត់ដោយ MAO បន្ទាប់ពីការចុះឈ្មោះ ដោយផ្អែកលើលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យពាក់ព័ន្ធដែល ខ. ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យគ្លីនិក លក្ខណៈវិនិច្ឆ័យនៃសិទ្ធិទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ ការចូលរួមក្នុងកម្មវិធីគ្រប់គ្រងស្ថានភាពជំងឺ ក្នុងករណីសិទ្ធិទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នកចុះឈ្មោះជាគោលដៅសម្រាប់ Model Benefits or RI Programs មិនត្រូវបានធានា ឬមិនអាចត្រូវបានកំណត់មុនឆ្នាំនៃគម្រោង ដូចដែលអាចអនុវត្តបាន។
- Medicare បានយល់ព្រមជាមួយ Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) ដើម្បីផ្តល់ការបង់ប្រាក់រួមទាបលើឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជា Part D ដែលជាផ្នែកមួយនៃកម្មវិធី Value-Based Insurance Design program។ កម្មវិធីនេះអនុញ្ញាតឱ្យ Medicare សាកល្បងវិធីថ្មីដើម្បីកែលម្អគម្រោង Medicare Advantage។

B. ការពិនិត្យឡើងវិញលើការធានារ៉ាប់រងរបស់ Medicare និង Medi-Cal របស់អ្នកសម្រាប់ឆ្នាំក្រោយ

វាជារឿងសំខាន់ដែលត្រូវពិនិត្យឡើងវិញលើការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកបច្ចុប្បន្ននេះ ដើម្បីធ្វើឱ្យប្រាកដថាវានឹងនៅតែបំពេញតាមតម្រូវការរបស់អ្នកនៅឆ្នាំក្រោយ។ ប្រសិនបើវាមិនបំពេញតាមតម្រូវការរបស់អ្នកនោះ អ្នកប្រហែលជាអាចចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើងបាន។ សូមមើល **ផ្នែក F2** សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីការផ្លាស់ប្តូរអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នកសម្រាប់ឆ្នាំក្រោយ។

ប្រសិនបើអ្នកជ្រើសរើសចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើង សមាជិកភាពរបស់អ្នកនឹងបញ្ចប់នៅថ្ងៃចុងក្រោយនៃខែ ដែលសំណើរបស់អ្នកត្រូវបានធ្វើឡើង។ អ្នកនឹងនៅតែស្ថិតនៅក្នុងកម្មវិធី Medicare និង Medi-Cal ដដែល ដរាបណាអ្នកនៅមានសិទ្ធិទទួលបានកម្មវិធីទាំងនោះ។

ប្រសិនបើអ្នកចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើង អ្នកអាចទទួលបានព័ត៌មានអំពី៖

- ជម្រើស Medicare នៅក្នុងតារាងក្នុង **ផ្នែក F2**។
- ជម្រើស និងសេវាកម្ម Medi-Cal ក្នុង **ផ្នែក F2**។

B1. ព័ត៌មានអំពី Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)

- Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) គឺជាគម្រោងសុខភាពដែលចុះកិច្ចសន្យាជាមួយ Medicare និង Medi-Cal ដើម្បីផ្តល់អត្ថប្រយោជន៍នៃកម្មវិធីទាំងពីរនេះដល់សមាជិក។
- ការធានារ៉ាប់រងក្រោម Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) គឺជាការធានារ៉ាប់រងសុខភាពដែលមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ដែលហៅថា “ការធានារ៉ាប់រងចាំបាច់កម្រិតអប្បបរមា”។ វាបំពេញបំណងតាមតម្រូវការនៃទំនួលខុសត្រូវរបស់បុគ្គលម្នាក់ៗនៃច្បាប់ស្តីពីការការពារអ្នកជំងឺ និងការថែទាំដែលមានតម្លៃសមរម្យ (ACA)។ ចូលទៅកាន់គេហទំព័ររបស់សេវាកម្មប្រាក់ចំណូលផ្ទៃក្នុង (IRS) តាមរយៈ www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីតម្រូវការនៃទំនួលខុសត្រូវរបស់បុគ្គលម្នាក់ៗ។
- នៅពេលដែលសេចក្តីជូនដំណឹងអំពីការផ្លាស់ប្តូរប្រចាំឆ្នាំនិយាយថា “យើង” “យើងខ្ញុំ” “របស់យើង” ឬ “គម្រោងរបស់យើង” នេះមានន័យថា គម្រោង Medicare Medi-Cal Coordination Plan។

B2. រឿងសំខាន់ដែលត្រូវធ្វើ

- ពិនិត្យមើលថា តើមានការផ្លាស់ប្តូរណាមួយចំពោះអត្ថប្រយោជន៍របស់យើងដែលអាចប៉ះពាល់ដល់អ្នកដែរឬទេ?
 - តើមានការផ្លាស់ប្តូរណាមួយដែលប៉ះពាល់ដល់សេវាកម្មដែលអ្នកប្រើដែរឬទេ?
 - ពិនិត្យឡើងវិញនូវការផ្លាស់ប្តូរអត្ថប្រយោជន៍ដើម្បីឱ្យប្រាកដថាពួកវានឹងមានប្រសិទ្ធភាពសម្រាប់អ្នកនៅឆ្នាំក្រោយ។
 - សូមមើល **ផ្នែក D1** សម្រាប់ព័ត៌មានអំពីការផ្លាស់ប្តូរអត្ថប្រយោជន៍សម្រាប់គម្រោងរបស់យើង។
- ពិនិត្យមើលថា តើមានការផ្លាស់ប្តូរណាមួយចំពោះការធានារ៉ាប់រងលើឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជារបស់យើងដែលអាចប៉ះពាល់ដល់អ្នកដែរឬទេ?
 - តើឱសថរបស់អ្នកនឹងត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដែរឬទេ? តើពួកវាស្ថិតនៅក្នុងកម្រិតនៃការចែករំលែកថ្លៃចំណាយខុសគ្នាដែរឬទេ? តើអ្នកអាចប្រើឱសថស្ថានដូចគ្នាបានដែរឬទេ?
 - ពិនិត្យឡើងវិញនូវការផ្លាស់ប្តូរ ដើម្បីឱ្យប្រាកដថាការធានារ៉ាប់រងឱសថរបស់យើងនឹងមានប្រសិទ្ធភាពសម្រាប់អ្នកនៅឆ្នាំក្រោយ។
 - សូមមើល **ផ្នែក D2** សម្រាប់ព័ត៌មានអំពីការផ្លាស់ប្តូរការធានារ៉ាប់រងឱសថរបស់យើង។
- ពិនិត្យមើលថា តើអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថានរបស់អ្នកនឹងស្ថិតនៅក្នុងបណ្តាញរបស់យើងនៅឆ្នាំក្រោយដែរឬទេ?
 - តើវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក មានរាប់បញ្ចូលអ្នកឯកទេសរបស់អ្នកនៅក្នុងបណ្តាញរបស់យើងដែរឬទេ? ហើយឱសថស្ថានរបស់អ្នកយ៉ាងម៉េចដែរ? ហើយចុះមន្ទីរពេទ្យ ឬអ្នកផ្តល់សេវាដែលអ្នកប្រើយ៉ាងម៉េចដែរ?
 - សូមមើល **ផ្នែក G1** សម្រាប់ព័ត៌មានអំពីអ្នកផ្តល់សេវា និងបញ្ជីឈ្មោះឱសថស្ថានរបស់យើង។
- គិតអំពីថ្លៃចំណាយសរុបនៅក្នុងគម្រោងនោះ។
 - តើអ្នកនឹងចំណាយថ្លៃចេញពីហោប៉ៅប៉ុន្មានសម្រាប់សេវាកម្ម និងឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាដែលអ្នកប្រើជាប្រចាំនោះ?
 - តើថ្លៃចំណាយសរុបប្រៀបធៀបទៅនឹងជម្រើសធានារ៉ាប់រងផ្សេងទៀតយ៉ាងដូចម្តេច?
 - គិតអំពីថា តើអ្នកសប្បាយចិត្តជាមួយគម្រោងរបស់យើងដែរឬទេ?

ប្រសិនបើអ្នកសម្រេចចិត្តបន្តនៅជាមួយ Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)៖ ប្រសិនបើអ្នកចង់បន្តនៅជាមួយយើងខ្ញុំនៅឆ្នាំក្រោយ វាងាយស្រួលទេ – អ្នកមិនចាំបាច់ធ្វើអ្វីទាំងអស់។ ប្រសិនបើអ្នកមិនធ្វើការផ្លាស់ប្តូរទេនោះ អ្នកបន្តចុះឈ្មោះដោយស្វ័យប្រវត្តិនៅក្នុង Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)។	ប្រសិនបើអ្នកសម្រេចចិត្តផ្លាស់ប្តូរគម្រោង៖ ប្រសិនបើអ្នកសម្រេចថា ការធានារ៉ាប់រងផ្សេងទៀតនឹងបំពេញតម្រូវការរបស់អ្នកបានល្អប្រសើរ អ្នកអាចធ្វើការផ្លាស់ប្តូរគម្រោងបាន (សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមមើលផ្នែក F2)។ ប្រសិនបើអ្នកចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងថ្មី ឬផ្លាស់ប្តូរទៅជា Original Medicare នោះការធានារ៉ាប់រងថ្មីរបស់អ្នកនឹងចាប់ផ្តើមនៅថ្ងៃទីមួយនៃខែបន្ទាប់។
---	---

C. ការផ្លាស់ប្តូរអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញរបស់យើង

យើងមិនបានធ្វើការផ្លាស់ប្តូរណាមួយចំពោះបណ្តាញអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថានរបស់យើងសម្រាប់ឆ្នាំក្រោយទេ។

ទោះបីជាយ៉ាងណាក៏ដោយ វាជារឿងសំខាន់ដែលអ្នកដឹងថាយើងអាចធ្វើការផ្លាស់ប្តូរបណ្តាញរបស់យើងក្នុងអំឡុងពេលនៃឆ្នាំផងដែរ។ ប្រសិនបើអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើង អ្នកមានសិទ្ធិ និងកិច្ចការពារជាក់លាក់មួយចំនួន។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមមើល **ជំពូកទី 3** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*របស់អ្នក។

សូមពិនិត្យមើលបញ្ជីឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថានឆ្នាំ 2024 ដើម្បីស្វែងយល់ថាតើអ្នកផ្តល់សេវា ឬឱសថស្ថានរបស់អ្នកស្ថិតនៅក្នុងបណ្តាញរបស់យើងដែរឬទេ។ បញ្ជីឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថានដែលបានធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពមាននៅលើគេហទំព័ររបស់យើង www.MolinaHealthcare.com/Medicare។ អ្នកក៏អាចទទួលបានសញ្ញាបត្រកាន់ផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិកតាមលេខដែលនៅផ្នែកខាងក្រោមទំព័រសម្រាប់ព័ត៌មានអំពីអ្នកផ្តល់សេវាដែលបានធ្វើបច្ចុប្បន្នភាព ឬស្នើសុំយើងខ្ញុំឱ្យផ្ញើជូនអ្នកនូវបញ្ជីឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថាន។

វាជារឿងសំខាន់ដែលអ្នកដឹងថាយើងក៏អាចធ្វើការផ្លាស់ប្តូរបណ្តាញរបស់យើងក្នុងអំឡុងពេលនៃឆ្នាំផងដែរ។ ប្រសិនបើអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើង អ្នកមានសិទ្ធិ និងកិច្ចការពារជាក់លាក់មួយចំនួន។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមមើល **ជំពូកទី 3** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*របស់អ្នក។

D. ការផ្លាស់ប្តូរអត្ថប្រយោជន៍សម្រាប់ឆ្នាំក្រោយ

D1. ការផ្លាស់ប្តូរអត្ថប្រយោជន៍សម្រាប់សេវាវេជ្ជសាស្ត្រ

យើងនឹងផ្លាស់ប្តូរការធានារ៉ាប់រងរបស់យើងសម្រាប់សេវាវេជ្ជសាស្ត្រជាក់លាក់មួយចំនួន និងអ្វីដែលអ្នកបង់ថ្លៃសម្រាប់សេវាវេជ្ជសាស្ត្រដែលមានការធានារ៉ាប់រងទាំងនេះនៅឆ្នាំក្រោយ។ តារាងខាងក្រោមពិពណ៌នាអំពីការផ្លាស់ប្តូរទាំងនេះ។



អត្ថប្រយោជន៍ Medicare	ឆ្នាំ 2023 (ឆ្នាំនេះ)	ឆ្នាំ 2024 (ឆ្នាំក្រោយ)
ឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជារបស់ Medicare Part D	ឱសថដែលមានការធានារ៉ាប់រង Part D នៅលើបញ្ជីឱសថរបស់គម្រោងគឺស្ថិតនៅលើកម្រិតផ្សេងៗគ្នា។ ដោយសារតែអ្នកមាន Medi-Cal អ្នកត្រូវបានចុះឈ្មោះរួចហើយនៅក្នុង “ជំនួយបន្ថែម (Extra Help)” ដែលត្រូវបានគេហៅថាកម្មវិធីប្រាក់ឧបត្ថម្ភអ្នកមានប្រាក់ចំណូលតិច ក្នុងឆ្នាំ 2023 ថ្លៃចំណាយរបស់អ្នកសម្រាប់វេជ្ជបញ្ជាដែលបានបើកនៅឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញនឹង អាស្រ័យលើការបង់ប្រាក់រួមក្នុងកម្មវិធីប្រាក់ឧបត្ថម្ភអ្នកមានប្រាក់ចំណូលតិច (LIS) របស់អ្នក និងកម្រិតឱសថនៅលើ។	ឱសថដែលមានការធានារ៉ាប់រងផ្នែក D នៅក្នុងបញ្ជីឱសថរបស់គម្រោងនឹងស្ថិតនៅក្នុងកម្រិតមួយ។ ដោយសារតែអ្នកមាន Medi-Cal អ្នកត្រូវបានចុះឈ្មោះរួចហើយនៅក្នុងកម្មវិធី “ជំនួយបន្ថែម (Extra Help)” ដែលត្រូវបានគេហៅផងដែរថាជាកម្មវិធីប្រាក់ឧបត្ថម្ភអ្នកមានប្រាក់ចំណូលតិច។ ក្នុងឆ្នាំ 2024 ថ្លៃចំណាយរបស់អ្នកសម្រាប់វេជ្ជបញ្ជាដែលបានបើកនៅឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញនឹងមានចំនួន \$0 តាមដំណាក់កាលទាំងអស់នៃអត្ថប្រយោជន៍ឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាផ្នែក D ជាមួយនឹងអត្ថប្រយោជន៍ដែលបានធ្វើឱ្យប្រសើរឡើងរបស់ Value Based Insurance Design (VBID)។
	ចំណាំ៖ការធានារ៉ាប់រងនេះគឺសម្រាប់ឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជា Part D ដែលមានការធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare។ សូមចងចាំថា អ្នកត្រូវការបណ្តុះបណ្តាលសមាជិក Medi-Cal ឬបណ្តុះបណ្តាលអត្ថប្រយោជន៍ (BIC) របស់អ្នក ដើម្បីចូលប្រើឱសថដែលមានការធានារ៉ាប់រងដោយ Medi-Cal Rx។	
អត្ថប្រយោជន៍បន្ថែមរបស់ Medicare៖ សេវាផ្តល់ការគាំទ្រតាមផ្ទះ	អត្ថប្រយោជន៍ ត្រូវបាន ធានារ៉ាប់រងជាអត្ថប្រយោជន៍បន្ថែមរបស់ Medicare សម្រាប់រយៈពេលរហូតដល់ 90 ម៉ោងក្នុងមួយឆ្នាំដែលបានផ្តល់ដោយអ្នកលក់របស់យើង	អត្ថប្រយោជន៍មិនត្រូវបានធានារ៉ាប់រងជាអត្ថប្រយោជន៍បន្ថែមរបស់ Medicare នោះទេ
	ចំណាំ៖ ការធានារ៉ាប់រងនេះគឺសម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍ IHSS បន្ថែមរបស់ Medicare។ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយជាមួយនឹងអត្ថប្រយោជន៍របស់សេវាផ្តល់ការគាំទ្រតាមផ្ទះ (IHSS) Medi-Cal របស់អ្នក សូមទាក់ទងទៅកាន់ក្រសួងសេវាសង្គមកិច្ចប្រចាំខោនធីក្នុងតំបន់របស់អ្នក។ កម្មវិធី IHSS អាចផ្តល់សេវាកម្មដើម្បីឱ្យអ្នកអាចស្នាក់នៅដោយសុវត្ថិភាពនៅក្នុងផ្ទះរបស់អ្នកបាន។ IHSS ត្រូវបានចាត់ទុកថាជាជម្រើសផ្សេងមួយចំពោះការថែទាំនៅក្រៅផ្ទះ ដូចជាមណ្ឌលថែទាំសុខភាព ឬមណ្ឌលថែទាំ និងផ្តល់អាហារ។ ដើម្បីដាក់ពាក្យស្នើសុំ IHSS សូមទាក់ទងមកកាន់ការិយាល័យ IHSS ក្នុងខោនធីប្រចាំតំបន់របស់អ្នក។	

អត្ថប្រយោជន៍ Medicare	ឆ្នាំ 2023 (ឆ្នាំនេះ)	ឆ្នាំ 2024 (ឆ្នាំក្រោយ)
អត្ថប្រយោជន៍បន្ថែម របស់ Medicare សេវាសុខភាពធូញ ជាប្រចាំ	អត្ថប្រយោជន៍ត្រូវបានធានារ៉ាប់រងជាអត្ថប្រយោជន៍បន្ថែមរបស់ Medicare សេវាសុខភាពធូញបែបបង្ការ និងទំលំទូលាយត្រូវបានធានារ៉ាប់រងលើអត្ថប្រយោជន៍នេះ នៅពេលដែលអ្នកប្រើប្រាស់បណ្ណ MyChoice របស់អ្នក។ អ្នកមានប្រាក់ឧបត្ថម្ភចំនួន \$4,000 ជារៀងរាល់ឆ្នាំសម្រាប់សេវាបង្ការសុខភាពធូញ និងសេវាបញ្ចូលពេញលេញ។ អ្នកបានទទួលបណ្ណតណពន្ធ MyChoice ដែលបានបង់ប្រាក់ជាមុន ដែលអាចត្រូវបានប្រើសម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍បន្ថែមនៃគម្រោងរបស់អ្នក។	អត្ថប្រយោជន៍ត្រូវបានធានារ៉ាប់រងជាអត្ថប្រយោជន៍បន្ថែមរបស់ Medicare ដើម្បីផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវជម្រើសបន្ថែមសម្រាប់តម្រូវការថែទាំធូញជាប្រចាំរបស់អ្នកក្នុងឆ្នាំ 2024 អ្នកអាចជ្រើសរើសជម្រើសមួយក្នុងចំណោមជម្រើសពីរ៖ - ប្រសិនបើអ្នកប្រើប្រាស់សេវានៅក្នុងចំណោមអាជីវករផ្តល់សេវាសុខភាពធូញរបស់យើង អ្នកនឹងទទួលបានសេវាសុខភាពធូញបែបបង្ការខាងក្រោមសម្រាប់អ្នកដោយឥតគិតថ្លៃ៖ - ការពិនិត្យមាត់ធូញចំនួន 2 ដង - ការសម្អាតចំនួន 2 ដង - ការព្យាបាលដោយថ្នាំភ្លុយអរចំនួន 2 ដង - ការថតកាំរស្មីអ៊ិចធូញ លើសពីនេះទៀត អ្នកមានប្រាក់ឧបត្ថម្ភចំនួន \$1,000 ជារៀងរាល់ឆ្នាំសម្រាប់ការថែទាំធូញពេញលេញ។ អ្នកអាចបន្តប្រើបណ្ណ MyChoice របស់អ្នកសម្រាប់សេវាកម្មទទួលស្គាល់ពេញលេញ។ - ប្រសិនបើអ្នកជ្រើសរើសប្រើប្រាស់សេវាសុខភាពធូញនៅខាងក្រៅបណ្ណាញអាជីវករផ្តល់សេវា សេវាសុខភាពធូញជាប្រចាំទាំងអស់នឹងត្រូវបានធានារ៉ាប់រងលុះត្រាតែអ្នក ប្រើប្រាស់ប្រាក់ឧបត្ថម្ភប្រចាំឆ្នាំចំនួន \$1,000 របស់អ្នកនៅពេលអ្នកប្រើបណ្ណ MyChoice របស់អ្នក។
	ចំណាំ៖ ការធានារ៉ាប់រងនេះគឺសម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍បន្ថែមរបស់ Medicare Dental B1 សេវា សុខភាពធូញមួយចំនួនអាចរកបានតាមរយៈកម្មវិធី Medi-Cal Dental Program។ អត្ថប្រយោជន៍ការថែទាំធូញមាននៅក្នុងកម្មវិធី Medi-Cal Dental Program ដែលជាសេវាកម្មគិតតម្លៃតាមការព្យាបាល។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម ឬប្រសិនបើអ្នកត្រូវការការជំនួយក្នុងការស្វែងរកទន្តពេទ្យដែលព្រមទទួលយកកម្មវិធី Medi-Cal Dental Program សូមទាក់ទងមកកាន់ខ្សែទូរសព្ទផ្ទៃប្រើសេវាអតិថិជនតាមរយៈលេខ 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។	

លេខអនុញ្ញាតរបស់ OMB 0938-1444 (ផុតកំណត់៖ 30 មិថុនា 2026)

? ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅ Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) តាមលេខ (855) 665-4627, TTY: 711, 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ 8 ល្ងាច ម៉ោងក្នុងស្រុក។ ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម ចូលមើលគេហទំព័រ MolinaHealthcare.com/Medicare។

អត្ថប្រយោជន៍ Medicare	ឆ្នាំ 2023 (ឆ្នាំនេះ)	ឆ្នាំ 2024 (ឆ្នាំក្រោយ)
អត្ថប្រយោជន៍បន្ថែម របស់ Medicare៖ សេវាកម្មសុខភាព ត្រចៀកជាប្រចាំ	អត្ថប្រយោជន៍ត្រូវបានធានារ៉ាប់រងជាអត្ថប្រយោជន៍បន្ថែមរបស់ Medicare សម្រាប់ឧបករណ៍ជំនួយការស្តាប់ដែលបានជ្រើសរើសជាមុនចំនួនដល់ទៅ 2 ពីអ្នកផ្តល់សេវាដែលត្រូវបានអនុម័តដោយគម្រោងជារៀងរាល់ឆ្នាំ។ អ្នកអាចប្រើអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញដើម្បីទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍នេះ។	អត្ថប្រយោជន៍ត្រូវបានធានារ៉ាប់រងជាអត្ថប្រយោជន៍បន្ថែមរបស់ Medicare សម្រាប់ឧបករណ៍ជំនួយការស្តាប់ដែលបានជ្រើសរើសជាមុនចំនួនដល់ទៅ 2 ពីអ្នកផ្តល់សេវាដែលបានអនុម័តដោយគម្រោងរៀងរាល់ 2 ឆ្នាំម្តង។ អ្នកត្រូវតែ ប្រើប្រាស់សេវាពី HearUSA ដើម្បីទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍នេះ។
	ចំណាំ៖ ការធានារ៉ាប់រងនេះគឺសម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍សុខភាពត្រចៀកបន្ថែមរបស់ Medicare។ អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងសម្រាប់ឧបករណ៍ជំនួយការស្តាប់បន្ថែម និងសេវាកម្មសុខភាពត្រចៀក តាមរយៈអត្ថប្រយោជន៍គម្រោងរបស់ Medi-Cal (Medicaid) របស់អ្នក។	
អត្ថប្រយោជន៍បន្ថែម របស់ Medicare៖ អត្ថប្រយោជន៍អាហារ	អត្ថប្រយោជន៍ គឺត្រូវបានធានារ៉ាប់រងជាអត្ថប្រយោជន៍បន្ថែមរបស់ Medicare ។នេះមានអាហារចំនួន 2 ពេលក្នុងមួយថ្ងៃសម្រាប់រយៈពេល 14 ថ្ងៃដោយមានអាហារសរុបចំនួន 28 ពេលដែលត្រូវបានផ្តល់ឱ្យ។ អ្នកក៏អាចមានលក្ខណៈគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់អាហារ 28 ពេលបន្ថែមទៀតលើសពី 14 ថ្ងៃដោយមានការយល់ព្រម។ ការធានារ៉ាប់រងរបស់គម្រោងជាអតិបរមាចំនួន 4 សប្តាហ៍ និងអាហាររហូតដល់ 56 ពេលរៀងរាល់ឆ្នាំតាមប្រតិទិនត្រូវបានអនុវត្ត។	អត្ថប្រយោជន៍មិនត្រូវបានធានារ៉ាប់រងជាអត្ថប្រយោជន៍បន្ថែមរបស់ Medicare នោះទេ
	ចំណាំ៖ ការធានារ៉ាប់រងនេះគឺសម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍អាហារបន្ថែមរបស់ Medicare។ សូមទូរសព្ទទៅផ្នែកបម្រើសេវាសមាជិក ឬទាក់ទងអ្នកគ្រប់គ្រងករណីរបស់អ្នក ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការធនធានសហគមន៍ដើម្បីជួយដោះស្រាយបញ្ហាអសន្តិសុខចំណីអាហារ។ លើសពីនេះទៀត អ្នកអាចទទួលបានការប្រឹក្សាយោបល់អំពីអាហារូបត្ថម្ភតាមទូរសព្ទទៅតាមការស្នើសុំ នៅក្រោមអត្ថប្រយោជន៍ប្រឹក្សាយោបល់អំពីអាហារូបត្ថម្ភ/របបអាហាររបស់អ្នកពេលមានការបញ្ជូនបន្ត។	
អត្ថប្រយោជន៍បន្ថែម របស់ Medicare៖ ទំនិញគ្មានវេជ្ជបញ្ជា (OTC)៖	អត្ថប្រយោជន៍ គឺត្រូវបានធានារ៉ាប់រងជាអត្ថប្រយោជន៍បន្ថែមរបស់ Medicare ការធានារ៉ាប់រងរួមមានប្រាក់ឧបត្ថម្ភចំនួន \$400 ជារៀងរាល់ត្រីមាសដើម្បីចំណាយលើទំនិញ OTC ដែលបានអនុម័តដោយគម្រោង។ អ្នកបានទទួលបណ្ណតណពន្ធ MyChoice ដែលបានបង់ប្រាក់ជាមុន ដែលអាចត្រូវបានប្រើសម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍បន្ថែម OTC របស់អ្នក។	អត្ថប្រយោជន៍ គឺត្រូវបានធានារ៉ាប់រងជាអត្ថប្រយោជន៍បន្ថែមរបស់ Medicare ការធានារ៉ាប់រងរួមមានប្រាក់ឧបត្ថម្ភចំនួន \$320 ជារៀងរាល់ត្រីមាសដើម្បីចំណាយលើទំនិញ OTC ដែលបានអនុម័តដោយគម្រោង។ បណ្ណតណពន្ធ MyChoice Card របស់អ្នកដែលបានបង់ប្រាក់ជាមុន ដែលអាចត្រូវបានប្រើសម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍បន្ថែម OTC របស់អ្នក។
	ចំណាំ៖ ការធានារ៉ាប់រងនេះគឺសម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍ OTC បន្ថែមរបស់ Medicare។ ឱសថដែលមិនតម្រូវឱ្យមានវេជ្ជបញ្ជា (OTC) មួយចំនួន និងវីតាមីនជាក់លាក់ប្រហែលជាអាចត្រូវបានរ៉ាប់រងដោយ Medi-Cal Rx ផងដែរ។ សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ Medi-Cal Rx (www.medic-calrx.dhcs.ca.gov) សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។ អ្នកក៏អាចទូរសព្ទទៅកាន់មជ្ឈមណ្ឌលបម្រើសេវាកម្មអតិថិជនរបស់ Medi-Cal Rx តាមរយៈលេខ 800-977-2273។	

អត្ថប្រយោជន៍ Medicare	ឆ្នាំ 2023 (ឆ្នាំនេះ)	ឆ្នាំ 2024 (ឆ្នាំក្រោយ)
អត្ថប្រយោជន៍បន្ថែម របស់ Medicare៖ ប្រព័ន្ធឆ្លើយតប សង្គ្រោះបន្ទាន់ផ្ទាល់ខ្លួន (PERS)	អត្ថប្រយោជន៍ គឺត្រូវបានធានារ៉ាប់រងជាអត្ថប្រយោជន៍បន្ថែមរបស់ Medicare	អត្ថប្រយោជន៍មិនត្រូវបានធានារ៉ាប់រងជាអត្ថប្រយោជន៍បន្ថែមរបស់ Medicare នោះទេ
	ចំណាំ៖ ការធានារ៉ាប់រងនេះគឺសម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍បន្ថែមរបស់ Medicare PERS។ សូមទូរសព្ទទៅផ្នែកបម្រើសេវាសមាជិក ឬទាក់ទងអ្នកគ្រប់គ្រងករណីរបស់អ្នក ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការធនធានសហគមន៍ដើម្បីជួយដោះស្រាយបញ្ហាអសន្តិសុខចំណីអាហារ ឬជំនួយក្នុងការលើកលែងសម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍។	
អត្ថប្រយោជន៍បន្ថែម របស់ Medicare៖ សេវាព្យាបាលសុខភាព ជើងជាប្រចាំ	អត្ថប្រយោជន៍ គឺត្រូវបានធានារ៉ាប់រងជាអត្ថប្រយោជន៍បន្ថែមរបស់ Medicare សម្រាប់ការជួបពិគ្រោះរហូតដល់ 12 ដងក្នុងមួយឆ្នាំ	អត្ថប្រយោជន៍មិនត្រូវបានធានារ៉ាប់រងជាអត្ថប្រយោជន៍បន្ថែមរបស់ Medicare នោះទេ
	ចំណាំ៖ ការធានារ៉ាប់រងនេះគឺសម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍សេវាព្យាបាលសុខភាពជើងជាប្រចាំបន្ថែមរបស់ Medicare។ អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងសម្រាប់សេវាព្យាបាលសុខភាពជើងជាប្រចាំ តាមរយៈអត្ថប្រយោជន៍គម្រោងរបស់ Medi-Cal (Medicaid) របស់អ្នក។	
អត្ថប្រយោជន៍បន្ថែម របស់ Medicare៖ សេវាមធ្យោបាយ ធ្វើដំណើរជាប្រចាំ	អត្ថប្រយោជន៍ គឺត្រូវបានធានារ៉ាប់រងជាអត្ថប្រយោជន៍បន្ថែមរបស់ Medicare ការធានារ៉ាប់រងរួមមានប្រាក់ឧបត្ថម្ភចំនួន \$200 ជារៀងរាល់ត្រីមាសដើម្បីចំណាយលើសេវាមធ្យោបាយធ្វើដំណើរជាប្រចាំ។ អ្នកបានទទួលបណ្តាញព័ត៌មាន MyChoice ដែលបានបង់ប្រាក់ជាមុន ដែលអាចត្រូវបានប្រើសម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍បន្ថែម OTC របស់អ្នក។	អត្ថប្រយោជន៍មិនត្រូវបានធានារ៉ាប់រងជាអត្ថប្រយោជន៍បន្ថែមរបស់ Medicare នោះទេ
	ចំណាំ៖ ការធានារ៉ាប់រងនេះគឺសម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍សេវាមធ្យោបាយធ្វើដំណើរជាប្រចាំរបស់ Medicare ។ អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងសម្រាប់សេវាមធ្យោបាយធ្វើដំណើរជាប្រចាំ តាមរយៈអត្ថប្រយោជន៍គម្រោងរបស់ Medi-Cal (Medicaid) របស់អ្នក។	

D2. ការផ្លាស់ប្តូរនានាចំពោះការធានារ៉ាប់រងលើឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជា

ការផ្លាស់ប្តូរនានាចំពោះបញ្ជីឱសថរបស់យើង

អ្នកនឹងទទួលបាន បញ្ជីឱសថដែលមានការធានារ៉ាប់រងឆ្នាំ 2024 នៅក្នុងសំបុត្រផ្សេងមួយទៀត។ បញ្ជីឱសថដែលមានការធានារ៉ាប់រងដែលបានធ្វើបច្ចុប្បន្នភាព គឺមាននៅលើគេហទំព័ររបស់យើងនៅ www.MolinaHealthcare.com/Medicare។ អ្នកក៏អាចហៅទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាសមាជិកតាមលេខទូរសព្ទនៅខាងក្រោមទំព័រសម្រាប់ព័ត៌មានឱសថដែលបានធ្វើបច្ចុប្បន្នភាព ឬសុំឱ្យយើងផ្ញើបញ្ជីឱសថដែលមានការធានារ៉ាប់រង។ បញ្ជីឱសថដែលមានការធានារ៉ាប់រងត្រូវបានហៅម្យ៉ាងទៀតថា "បញ្ជីឱសថ"។

យើងបានធ្វើការផ្លាស់ប្តូរនានាចំពោះបញ្ជីឱសថរបស់យើង ដែលរួមមានការផ្លាស់ប្តូរចំពោះឱសថ ដែលយើងធានារ៉ាប់រង និងការផ្លាស់ប្តូរចំពោះការដាក់កំហិត ដែលអនុវត្តចំពោះទំហំធានារ៉ាប់រងរបស់យើងសម្រាប់ឱសថដាក់លាក់មួយចំនួន។

ពិនិត្យមើលឡើងវិញក្នុងបញ្ជីឱសថនេះ ដើម្បីប្រាកដថា ឱសថរបស់អ្នកនឹងត្រូវបានធានារ៉ាប់រងនៅឆ្នាំក្រោយ និងដើម្បីមើល ថាតើមានការដាក់កំហិតណាមួយឬយ៉ាងណា។



ប្រសិនបើអ្នកទទួលបានផលប៉ះពាល់ដោយការផ្លាស់ប្តូរឱសថដែលមានការធានារ៉ាប់រង យើងលើកទឹកចិត្តឱ្យអ្នក៖

- សូមសហការជាមួយនឹងវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក (ឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាដ៏ទៃទៀត) ដើម្បីស្វែងរកឱសថផ្សេងដែលយើងធានារ៉ាប់រង។
 - អ្នកអាចទទួលបានថ្នាំថ្មីតាមសេវាសមាជិកតាមលេខនៅខាងក្រោមនៃទំព័រ ឬទាក់ទងអ្នកគ្រប់គ្រងករណីរបស់អ្នកដើម្បីសួររកបញ្ជីឱសថដែលមានការធានារ៉ាប់រង ដែលព្យាបាលទៅលើស្ថានភាពរាងកាយ។
 - បញ្ជីនេះអាចជួយអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកឱ្យស្វែងរកឱសថដែលមានការធានារ៉ាប់រង ដែលអាចមានប្រសិទ្ធភាពចំពោះអ្នក។
 - សូមសហការជាមួយវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក (ឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាផ្សេងទៀត) ហើយស្នើសុំយើងខ្ញុំឱ្យធ្វើការលើកលែង ដើម្បីធានារ៉ាប់រងទៅលើឱសថនោះ។
 - អ្នកអាចស្នើសុំករណីលើកលែងមុនឆ្នាំបន្ទាប់ ហើយយើងនឹងផ្តល់ចម្លើយដល់អ្នកក្នុងរយៈពេល 72 ម៉ោងបន្ទាប់ពីយើងទទួលបានសំណើរបស់អ្នក (ឬសេចក្តីថ្លែងការណ៍តម្រូវរបស់អ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជារបស់លោកអ្នក)។
 - ដើម្បីស្វែងយល់ពីអ្វីដែលអ្នកត្រូវធ្វើដើម្បីស្នើសុំការលើកលែង សូមអាន **ជំពូកទី 9** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក* របស់អ្នក ឬទទួលបានថ្នាំថ្មីតាមសេវាសមាជិកតាមលេខនៅខាងក្រោមនៃទំព័រ។
 - បើអ្នកត្រូវការជំនួយស្នើសុំការលើកលែង សូមទាក់ទងមកកាន់ផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិក ឬអ្នកគ្រប់គ្រងករណីរបស់អ្នក។ សូមមើលជំពូកទី **2 និងទី 3** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក* របស់អ្នក ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពីរបៀបទាក់ទងអ្នកគ្រប់គ្រងករណីរបស់អ្នក ។
 - ស្នើសុំយើងខ្ញុំឱ្យធានារ៉ាប់រងលើការផ្គត់ផ្គង់ឱសថជាបណ្តោះអាសន្ន។
 - ក្នុងស្ថានភាពខ្លះ យើងនឹងធានារ៉ាប់រង **បណ្តោះអាសន្ន**ចំពោះការផ្គត់ផ្គង់ឱសថក្នុងអំឡុងពេល (90) ថ្ងៃដំបូងនៃឆ្នាំតាមប្រតិទិន។
 - ការផ្គត់ផ្គង់បណ្តោះអាសន្ននេះមានរយៈពេលរហូតដល់ (31) ថ្ងៃក្នុងមួយខែ។ (ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពីពេលដែលអ្នកអាចទទួលបានការផ្គត់ផ្គង់បណ្តោះអាសន្ន និងរបៀបស្នើសុំការផ្គត់ផ្គង់មួយ សូមមើល **ជំពូកទី 5** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*របស់អ្នក។)
- ពេលអ្នកទទួលបានការផ្គត់ផ្គង់ឱសថបណ្តោះអាសន្នហើយ ចូរពិភាក្សាជាមួយនឹងវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកអំពីអ្វីដែលត្រូវធ្វើពេលការផ្គត់ផ្គង់បណ្តោះអាសន្នរបស់អ្នកត្រូវអស់។ អ្នកអាចប្តូរទៅឱសថផ្សេងទៀតដែលគម្រោងរបស់យើងធានារ៉ាប់រង ឬស្នើសុំយើងខ្ញុំដើម្បីធ្វើការលើកលែងចំពោះប្តូរអ្នក និងធានារ៉ាប់រងលើឱសថបច្ចុប្បន្នរបស់អ្នក។

សារសំខាន់អំពីអ្វីដែលអ្នកបង់សម្រាប់វ៉ាក់សាំង

គម្រោងរបស់យើងធានារ៉ាប់រងលើវ៉ាក់សាំង Part D ភាគច្រើនដោយមិនគិតថ្លៃពីអ្នកទេ។

ការផ្លាស់ប្តូរចំពោះថ្លៃចំណាយលើឱសថមានវេជ្ជបញ្ជា

យើងបានផ្លាស់ប្តូរឱសថទាំងអស់នៅក្នុងបញ្ជីឱសថទៅកម្រិតមួយ។

តារាងខាងក្រោមបង្ហាញពីថ្លៃចំណាយរបស់អ្នកសម្រាប់ឱសថកម្រិតតែមួយរបស់អ្នកនៅក្នុងបញ្ជីឱសថកម្រិត 1 នីមួយៗរបស់យើង។

	ឆ្នាំ 2023 (ឆ្នាំនេះ)	ឆ្នាំ 2024 (ឆ្នាំក្រោយ)
ឱសថមានវេជ្ជបញ្ជា Part D គម្រោងរបស់យើងធានារ៉ាប់រងលើរ៉ាក់សាំង Part D ភាគច្រើនដោយមិនគិតថ្លៃពីអ្នកទេ	ឱសថដែលមានការធានារ៉ាប់រង Part D នៅលើបញ្ជីឱសថរបស់គម្រោងគឺស្ថិតនៅលើកម្រិតផ្សេងៗគ្នា។ ដោយសារតែអ្នកមាន Medi-Cal អ្នកត្រូវបានចុះឈ្មោះរួចហើយនៅក្នុងកម្មវិធី “ជំនួយបន្ថែម (Extra Help)” ដែលត្រូវបានគេហៅផងដែរថាជាកម្មវិធីប្រាក់ឧបត្ថម្ភអ្នកមានប្រាក់ចំណូលតិច ក្នុងឆ្នាំ 2023 ថ្លៃចំណាយរបស់អ្នកសម្រាប់វេជ្ជបញ្ជាដែលបានបើកនៅឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញនឹង អាស្រ័យលើការបង់ប្រាក់រួមក្នុងកម្មវិធីប្រាក់ឧបត្ថម្ភអ្នកមានប្រាក់ចំណូលតិច (LIS) របស់អ្នក និងកម្រិតឱសថនៅលើ។	ឱសថដែលមានការធានារ៉ាប់រង Part D នៅក្នុងបញ្ជីឱសថរបស់គម្រោងនឹងស្ថិតនៅក្នុងកម្រិតមួយ។ ដោយសារតែអ្នកមាន Medi-Cal អ្នកត្រូវបានចុះឈ្មោះរួចហើយនៅក្នុងកម្មវិធី “ជំនួយបន្ថែម (Extra Help)” ដែលត្រូវបានគេហៅផងដែរថាជាកម្មវិធីប្រាក់ឧបត្ថម្ភអ្នកមានប្រាក់ចំណូលតិច។ ក្នុងឆ្នាំ 2024 ថ្លៃចំណាយរបស់អ្នកសម្រាប់វេជ្ជបញ្ជាដែលបានបើកនៅឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញនឹងមានចំនួន \$0 តាមដំណាក់កាលទាំងអស់នៃអត្ថប្រយោជន៍ឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជា Part D ជាមួយនឹងអត្ថប្រយោជន៍ដែលបានធ្វើឱ្យប្រសើរឡើងរបស់ Value Based Insurance Design (VBID)។

E. ការផ្លាស់ប្តូរខាងរដ្ឋបាល

យើងធ្វើការផ្លាស់ប្តូរខាងរដ្ឋបាលសម្រាប់ឆ្នាំក្រោយ។ ព័ត៌មាននៅក្នុងតារាងខាងក្រោមពិពណ៌នាអំពីការផ្លាស់ប្តូរទាំងនេះ។

	ឆ្នាំ 2023 (ឆ្នាំនេះ)	ឆ្នាំ 2024 (ឆ្នាំក្រោយ)
កិច្ចសន្យា/កញ្ចប់អត្ថប្រយោជន៍គម្រោង (PBP) របស់អ្នកត្រូវបានផ្លាស់ប្តូរ។	H5810-016	H3038-003

F. ការជ្រើសរើសគម្រោង

F1. ស្ថិតនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើង

យើងសង្ឃឹមថាអ្នកនៅតែបន្តជាសមាជិកគម្រោង។ អ្នកមិនចាំបាច់ធ្វើអ្វីដើម្បីបន្តនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើងទេ។ ប្រសិនបើអ្នក **មិន** ផ្លាស់ប្តូរទៅគម្រោង Medicare ផ្សេងទៀត ឬផ្លាស់ប្តូរទៅគម្រោង Original Medicare ទេ អ្នកនឹងបន្តចុះឈ្មោះជាសមាជិកនៃគម្រោងរបស់យើងសម្រាប់ឆ្នាំ 2024 ដោយស្វ័យប្រវត្តិ។

F2. ការផ្លាស់ប្តូរគម្រោង

មនុស្សភាគច្រើនដែលមាន Medicare អាចបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់ពួកគេក្នុងអំឡុងពេលជាក់លាក់ណាមួយនៃឆ្នាំ។ ដោយសារតែអ្នកមាន Medi-Cal អ្នកប្រហែលជាអាចបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់អ្នកនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើង ឬប្តូរទៅគម្រោងផ្សេងមួយពេលក្នុងអំឡុងពេលនៃការចុះឈ្មោះពិសេសនីមួយៗដូចខាងក្រោម៖

- ខែមករា ដល់ខែមីនា
- ខែមេសា ដល់ខែមិថុនា
- ខែកក្កដា ដល់ខែកញ្ញា

បន្ថែមពីលើរយៈពេលចុះឈ្មោះពិសេសទាំងបីនេះ អ្នកអាចបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់អ្នកនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើងក្នុងអំឡុងរយៈពេលដូចខាងក្រោម៖

- **រយៈពេលចុះឈ្មោះចូលគម្រោងប្រចាំឆ្នាំ** ដែលមានរយៈពេលពីថ្ងៃទី 15 ខែតុលា ដល់ថ្ងៃទី 7 ខែធ្នូ។ ប្រសិនបើអ្នកជ្រើសរើសយកគម្រោងថ្មីក្នុងអំឡុងពេលនេះ សមាជិកភាពរបស់អ្នកនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើងនឹងបញ្ចប់នៅថ្ងៃទី 31 ខែធ្នូ ហើយសមាជិកភាពរបស់អ្នកនៅក្នុងគម្រោងថ្មីនឹងចាប់ផ្តើមនៅថ្ងៃទី 1 ខែមករា។
- **រយៈពេលបើកការចុះឈ្មោះនៃ Medicare Advantage (MA)** ដែលមានរយៈពេលចាប់ពីថ្ងៃទី 1 ខែមករា ដល់ថ្ងៃទី 31 ខែមីនា។ ប្រសិនបើអ្នកជ្រើសរើសយកគម្រោងថ្មីក្នុងអំឡុងពេលនេះ សមាជិកភាពរបស់អ្នកនៅក្នុងគម្រោងថ្មីនេះនឹងចាប់ផ្តើមនៅថ្ងៃដំបូងនៃខែបន្ទាប់។

វាអាចមានស្ថានភាពផ្សេងទៀតនៅពេលដែលអ្នកមានគ្រប់លក្ខន្តិកៈសម្រាប់ធ្វើការផ្លាស់ប្តូរចំពោះការចុះឈ្មោះរបស់អ្នក។ ឧទាហរណ៍ នៅពេល៖

- អ្នកបានផ្លាស់ចេញពីតំបន់សេវាកម្មរបស់យើង
- សិទ្ធិទទួលបានរបស់អ្នកសម្រាប់ Medi-Cal ឬ ជំនួយបន្ថែម (Extra Help) បានផ្លាស់ប្តូរ **ឬ**
- ប្រសិនបើអ្នកទើបតែបានផ្លាស់ទីលំនៅ ពេលថ្មីៗនេះកំពុងទទួលបានការថែទាំ ឬទើបតែផ្លាស់ចេញពីមន្ទីរព្យាបាល ឬមន្ទីរពេទ្យថែទាំរយៈពេលវែង។

សេវា Medicare របស់អ្នក

អ្នកមានជម្រើសបីដើម្បីទទួលបានសេវា Medicare របស់អ្នក។ តាមរយៈការជ្រើសរើសយកជម្រើសមួយក្នុងជម្រើសទាំងនេះ អ្នកនឹងបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់អ្នកនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើងដោយស្វ័យប្រវត្តិ។



1. អ្នកអាចផ្លាស់ប្តូរទៅ៖ គម្រោងសុខភាព Medicare ផ្សេងទៀត រួមទាំងគម្រោង Medicare Medi-Cal Plan មួយផ្សេងទៀត	នេះគឺជាអ្វីដែលគួរធ្វើ៖ សូមហៅទូរសព្ទទៅ Medicare តាមរយៈលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរតែទូរសព្ទទៅលេខ 1-877-486-2048។ សម្រាប់កម្មវិធីថែទាំសុខភាពគ្រប់មុខសម្រាប់មនុស្សចាស់ (PACE) សូមទូរសព្ទទៅលេខ 1-855-921-PACE (7223)។ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយ ឬព័ត៌មានបន្ថែម៖ ■ សូមហៅទូរសព្ទទៅកម្មវិធីប្រឹក្សា និងគាំទ្រយោបល់អំពីការធានារ៉ាប់រងសុខភាព (HICAP) នៃរដ្ឋ California តាមលេខទូរសព្ទ 1-800-434-0222 ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ចាប់ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ 5:00 ល្ងាច។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម ឬស្វែងរកការិយាល័យ HICAP ក្នុងតំបន់របស់អ្នក សូមចូលទៅកាន់ www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/។ ឬ ចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោង Medicare ថ្មី។ អ្នកនឹងត្រូវបានលុបឈ្មោះចេញពីគម្រោងរបស់យើងដោយស្វ័យប្រវត្តិ នៅពេលដែលការធានារ៉ាប់រងគម្រោងថ្មីរបស់អ្នកចាប់ផ្តើម។ គម្រោង Medi-Cal របស់អ្នកអាចនឹងផ្លាស់ប្តូរ។
2. អ្នកអាចផ្លាស់ប្តូរទៅ៖ Original Medicare ដែលមានគម្រោងឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជា Medicare ដោយឡែក	នេះគឺជាអ្វីដែលគួរធ្វើ៖ សូមហៅទូរសព្ទទៅ Medicare តាមរយៈលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរតែទូរសព្ទទៅលេខ 1-877-486-2048។ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយ ឬព័ត៌មានបន្ថែម៖ ■ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយ ឬព័ត៌មានបន្ថែម៖ សូមហៅទូរសព្ទទៅកម្មវិធីប្រឹក្សា និងគាំទ្រយោបល់អំពីការធានារ៉ាប់រងសុខភាព (HICAP) នៃរដ្ឋ California តាមលេខទូរសព្ទ 1-800-434-0222 ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ចាប់ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ 5:00 ល្ងាច។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម ឬស្វែងរកការិយាល័យ HICAP ក្នុងតំបន់របស់អ្នក សូមចូលទៅកាន់ www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/។ ឬ ចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងឱសថមានវេជ្ជបញ្ជា Medicare ថ្មី។ អ្នកនឹងត្រូវបានលុបឈ្មោះចេញពីគម្រោងរបស់យើងដោយស្វ័យប្រវត្តិនៅពេលការរ៉ាប់រង Original Medicare របស់អ្នកចាប់ផ្តើម។ គម្រោង Medi-Cal របស់អ្នកនឹងមិនផ្លាស់ប្តូរនោះទេ។

3. អ្នកអាចផ្លាស់ប្តូរទៅ៖

Original Medicare ដោយគ្មាន គម្រោងឱសថមានវេជ្ជបញ្ជា Medicare ដាច់ដោយឡែកមួយ

ចំណាំ៖បើសិនអ្នកផ្លាស់ប្តូរទៅ Original Medicare ហើយមិនបានចុះឈ្មោះនៅក្នុងគម្រោងឱសថមានវេជ្ជបញ្ជា Medicare ដាច់ដោយឡែក នោះ Medicare អាចនឹងចុះឈ្មោះអ្នកនៅក្នុងគម្រោងឱសថ លុះត្រាតែអ្នកប្រាប់ Medicare ថា អ្នកមិនចង់ចូលរួមនៅក្នុងគម្រោងនេះ។

អ្នកគួរបោះបង់ចោលការធានារ៉ាប់រងលើឱសថមានវេជ្ជបញ្ជា ប្រសិនបើអ្នកទទួលបានការធានារ៉ាប់រងឱសថពី ប្រភពមួយទៀត ដូចជានិយោជក ឬសហជីព។ ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរថាតើអ្នកត្រូវការការធានារ៉ាប់រងលើឱសថដែរឬទេ សូមហៅទូរសព្ទទៅកម្មវិធីប្រឹក្សា និងគាំទ្រយោបល់អំពីការធានារ៉ាប់រងសុខភាព (HICAP) នៃរដ្ឋ California តាមលេខទូរសព្ទ 1-800-434-0222 ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ចាប់ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ 5:00 ល្ងាច។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម ឬស្វែងរកការិយាល័យ HICAP ក្នុងតំបន់របស់អ្នក សូមចូលទៅកាន់ www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/។

នេះគឺជាអ្វីដែលគួរធ្វើ៖

សូមហៅទូរសព្ទទៅ Medicare តាមរយៈលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរតែទូរសព្ទទៅលេខ 1-877-486-2048។

ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយ ឬព័ត៌មានបន្ថែម៖

- សូមហៅទូរសព្ទទៅកម្មវិធីប្រឹក្សា និងគាំទ្រយោបល់អំពីការធានារ៉ាប់រងសុខភាព (HICAP) នៃរដ្ឋ California តាមលេខទូរសព្ទ 1-800-434-0222 ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ចាប់ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ 5:00 ល្ងាច។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម ឬស្វែងរកការិយាល័យ HICAP ក្នុងតំបន់របស់អ្នក សូមចូលទៅកាន់ www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/។

អ្នកនឹងត្រូវបានលុបឈ្មោះចេញពីគម្រោងរបស់យើងដោយស្វ័យប្រវត្តិនៅពេលការរ៉ាប់រង Original Medicare របស់អ្នកចាប់ផ្តើម។

គម្រោង Medi-Cal របស់អ្នកនឹងមិនផ្លាស់ប្តូរនោះទេ។

សេវា Medi-Cal របស់អ្នក

សម្រាប់សំណួរអំពីរបៀបជ្រើសរើសគម្រោង Medi-Cal ឬទទួលបានសេវាកម្ម Medi-Cal របស់អ្នកបន្ទាប់ពីអ្នកចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើង សូមទាក់ទង Health Care Options តាមរយៈលេខ 1-800-430-4263 ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 6:00 ល្ងាច។ អ្នកប្រើ TTY គួរតែទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-430-7077។ សាកសួរអំពីរបៀបនៃការចូលរួមគម្រោងផ្សេងទៀត ឬការត្រលប់ទៅ Original Medicare ដែលប៉ះពាល់ដល់របៀបដែលអ្នកទទួលបានការធានារ៉ាប់រង Medi-Cal របស់អ្នក។

G. ការទទួលបានជំនួយ

G1. គម្រោងរបស់ពួកយើង

យើងនៅទីនេះដើម្បីជួយប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ។ សូមទូរសព្ទទៅសេវាសមាជិកតាមរយៈលេខនៅខាងក្រោមទំព័រ ក្នុងអំឡុងពេលថ្ងៃ និងម៉ោងប្រតិបត្តិការដែលបានរាយក្នុងបញ្ជី។ ការហៅទូរសព្ទទាំងនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។



អាន សៀវភៅណែនាំសមាជិករបស់អ្នក

សៀវភៅណែនាំសមាជិក របស់អ្នកគឺជាការពិពណ៌នាលម្អិត ស្របច្បាប់នៃអត្ថប្រយោជន៍គម្រោងរបស់យើង។ វាមានព័ត៌មានលម្អិតអំពីអត្ថប្រយោជន៍ និងថ្លៃចំណាយសម្រាប់ឆ្នាំ 2024 ។ វាពន្យល់អំពីសិទ្ធិរបស់អ្នក និងបទបញ្ញត្តិ ដែលអ្នកត្រូវតែអនុវត្តតាម ដើម្បីទទួលបានសេវាកម្ម និងឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាដែលយើងធានារ៉ាប់រង។

សៀវភៅណែនាំសមាជិក សម្រាប់ឆ្នាំ 2024 នឹងអាចរកបានត្រឹមថ្ងៃទី 15 ខែតុលា។ អ្នកក៏អាចពិនិត្យមើលសៀវភៅណែនាំសមាជិកដែលបានធ្វើជាចំណាយឡែកពីគ្នាផងដែរ ដើម្បីស្វែងយល់ថា តើអត្ថប្រយោជន៍ ឬការផ្លាស់ប្តូរថ្លៃចំណាយផ្សេងទៀតប៉ះពាល់ដល់អ្នកដែរឬទេ។ ច្បាប់ចម្លងចុងក្រោយនៃ សៀវភៅណែនាំសមាជិក មាននៅលើគេហទំព័ររបស់យើងតាមរយៈអាសយដ្ឋាន www.MolinaHealthcare.com/Medicare ។ អ្នកក៏អាចទទួលបានទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិកតាមរយៈលេខនៅខាងក្រោមនៃទំព័រ ដើម្បីស្នើសុំឱ្យយើងខ្ញុំផ្ញើសៀវភៅណែនាំសមាជិកសម្រាប់ឆ្នាំ 2024 ទៅកាន់អ្នកបាន។

គេហទំព័ររបស់យើង

អ្នកអាចចូលមើលគេហទំព័ររបស់យើងតាមរយៈអាសយដ្ឋាន www.MolinaHealthcare.com/Medicare ។ ជាការរំលឹក គេហទំព័ររបស់យើងមានព័ត៌មានថ្មីៗបំផុតអំពីអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញរបស់យើង (បញ្ជីឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថាន) និងបញ្ជីឱសថរបស់យើង (បញ្ជីឱសថដែលមានការរ៉ាប់រង)។

G2. កម្មវិធីប្រឹក្សា និងគាំទ្រយោបល់អំពីការធានារ៉ាប់រងសុខភាព (HICAP)

អ្នកអាចហៅទូរសព្ទទៅកម្មវិធីជំនួយធានារ៉ាប់រងសុខភាព (SHIP)។ នៅ California កម្មវិធី SHIP មានឈ្មោះថាកម្មវិធីប្រឹក្សា និងគាំទ្រយោបល់អំពីការធានារ៉ាប់រងសុខភាព (HICAP)។ អ្នកផ្តល់ប្រឹក្សា HICAP អាចជួយឱ្យអ្នកយល់អំពីការជ្រើសរើសគម្រោងរបស់អ្នក និងឆ្លើយសំណួរផ្សេងៗអំពីការប្តូរគម្រោង។ HICAP មិនមានទំនាក់ទំនងជាមួយយើងខ្ញុំទេ ឬជាមួយនឹងក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រង ឬគម្រោងថែទាំសុខភាពណាមួយឡើយ។ HICAP មានអ្នកប្រឹក្សាយោបល់ដែលទទួលបានការបណ្តុះបណ្តាលប្រចាំនៅគ្រប់ខោនធីទាំងអស់ ហើយសេវាក៏ត្រូវបានផ្តល់ជូនដោយឥតគិតថ្លៃ។ លេខទូរសព្ទរបស់ HICAP គឺ 1-800-434-0222។ TTY 711. សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម ឬស្វែងរកការិយាល័យ HICAP តាមមូលដ្ឋាននៅក្នុងតំបន់របស់អ្នក សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/។

G3. Ombuds Program

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

- ធ្វើជាអ្នកគាំទ្រតិចជំនួសអ្នក។ ពួកគេអាចឆ្លើយសំណួរ ប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហា ឬពាក្យបណ្តឹងតវ៉ា ហើយអាចជួយអ្នកឱ្យយល់អំពីអ្វីដែលត្រូវធ្វើ។
- ធ្វើឱ្យប្រាកដថាអ្នកមានព័ត៌មានទាក់ទងនឹងសិទ្ធិ និងការការពាររបស់អ្នកនិងរបៀបដែលអ្នកអាចទទួលបានដំណោះស្រាយចំពោះកង្វល់របស់អ្នក។
- ពុំមានទំនាក់ទំនងជាមួយយើងខ្ញុំ ឬជាមួយក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រង ឬគម្រោងសុខភាពណាមួយឡើយ។ លេខទូរសព្ទសម្រាប់កម្មវិធី Medicare Medi-Cal Ombuds Program គឺ 1-888-804-3536។

G4. Medicare

ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានដោយផ្ទាល់ពី Medicare ទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) បាន 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរតែទូរសព្ទទៅលេខ 1-877-486-2048។



គេហទំព័ររបស់ Medicare

អ្នកអាចចូលទៅកាន់គេហទំព័ររបស់ Medicare (www.medicare.gov)។ ប្រសិនបើអ្នកជ្រើសរើសលុបឈ្មោះចេញពីគម្រោងរបស់យើង ហើយចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោង Medicare មួយទៀត នោះគេហទំព័ររបស់ Medicare មានព័ត៌មានអំពីថ្លៃចំណាយ ការធានារ៉ាប់រង និងការវាយតម្លៃលើគុណភាព ដើម្បីជួយអ្នកប្រៀបធៀបគម្រោងនានា។

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីគម្រោង Medicare ដែលមាននៅក្នុងតំបន់របស់អ្នកដោយប្រើ Medicare Plan Finder នៅលើគេហទំព័ររបស់ Medicare។ (សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីគម្រោង សូមមើលគេហទំព័រ www.medicare.gov ហើយចុចលើ "Find plans" (ស្វែងរកគម្រោង)។

Medicare និងអ្នកក្នុងឆ្នាំ 2024

អ្នកអាចអានសៀវភៅណែនាំអំពី Medicare និងអ្នកក្នុងឆ្នាំ 2024 រៀងរាល់ឆ្នាំនៅរដូវស្លឹកឈើជ្រុះ កូនសៀវភៅនេះត្រូវបានធ្វើតាមប្រែសម្រួលទៅមុខស្របតាមការប្រែសម្រួល Medicare។ វាមានសេចក្តីសង្ខេបអំពីអត្ថប្រយោជន៍របស់ Medicare សិទ្ធិ និងការការពារនានា និងចម្លើយចំពោះសំណួរដែលបានសួរជាញឹកញាប់បំផុតអំពី Medicare។ សៀវភៅណែនាំនេះក៏មានជាភាសាអេស៉្បាញ ចិន និងវៀតណាមផងដែរ។

ប្រសិនបើអ្នកមានច្បាប់ចម្លងនៃកូនសៀវភៅនេះ អ្នកអាចទទួលបានវាតាមរយៈគេហទំព័ររបស់ Medicare (www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf) ឬដោយទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) បាន 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរតែទូរសព្ទទៅលេខ 1-877-486-2048។

G5. ក្រសួងថែទាំសុខភាពក្រោមគ្រប់គ្រងនៃរដ្ឋ California

ក្រសួងថែទាំសុខភាពក្រោមការគ្រប់គ្រងនៃរដ្ឋ California (DMHC) ទទួលខុសត្រូវចំពោះការគ្រប់គ្រងគម្រោងនៃសេវាថែទាំសុខភាព។ មជ្ឈមណ្ឌលជំនួយរបស់ DMHC អាចជួយអ្នកជាមួយនឹងបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ និងបណ្តឹងតវ៉ានានាអំពីសេវារបស់ Medi-Cal។ ប្រសិនបើអ្នកមានបណ្តឹងសាទុក្ខប្រឆាំងនឹងគម្រោងសុខភាពរបស់អ្នក ដំបូងអ្នកអាចទូរសព្ទទៅគម្រោងសុខភាពរបស់អ្នកតាមរយៈលេខ (855) 665-4627 TTY: 711 និងប្រើប្រាស់ដំណើរការបណ្តឹងសាទុក្ខរបស់គម្រោងសុខភាពរបស់អ្នក មុនពេលទាក់ទងទៅក្រសួង។ ការប្រើនីតិវិធីបណ្តឹងសាទុក្ខនេះមិនហាមឃាត់សិទ្ធិស្របច្បាប់ដែលយកមកប្រើ ឬដំណោះស្រាយណាមួយដែលនឹងអាចមានសម្រាប់អ្នកឡើយ។ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយសម្រាប់ការដាក់បណ្តឹងសាទុក្ខពាក់ព័ន្ធនឹងភាពអាសន្ន បណ្តឹងសាទុក្ខដែលគម្រោងសុខភាពរបស់អ្នកមិនបានដោះស្រាយជូនអ្នកដោយពេញចិត្ត ឬបណ្តឹងសាទុក្ខដែលមិនទាន់បានដោះស្រាយក្នុងអំឡុងពេលលើសពី 30 ថ្ងៃ នោះអ្នកអាចទូរសព្ទទៅក្រសួងដើម្បីស្នើសុំជំនួយបាន។ អ្នកក៏អាចមានសិទ្ធិទទួលបានការត្រួតពិនិត្យលើវេជ្ជសាស្ត្រឯករាជ្យ (IMR) ផងដែរ។ ប្រសិនបើអ្នកអាចមានសិទ្ធិទទួលបាន IMR ដំណើរការ IMR នឹងផ្តល់ការពិនិត្យនូវការសម្រេចចិត្តវេជ្ជសាស្ត្រដោយមិនលម្អៀងឡើងវិញត្រូវបានធ្វើឡើងដោយគម្រោងសុខភាពដែលទាក់ទងនឹងភាពចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រនៃសេវា ឬការព្យាបាលដែលបានស្នើសុំ ការសម្រេចចិត្តលើការធានារ៉ាប់រងសម្រាប់ការព្យាបាល ដែលជាលក្ខណៈនៃការពិសោធន៍ ឬនៃការស៊ើបអង្កេត និងជម្លោះលើការបង់ប្រាក់សម្រាប់ភាពអាសន្ន ឬសេវាវេជ្ជសាស្ត្របន្ទាន់។ ក្រសួងក៏មានលេខទូរសព្ទឥតគិតថ្លៃ (1-888-466-2219) និងខ្សែទូរសព្ទ TDD (1-877-688-9891) សម្រាប់ជនមានពិការភាពក្នុងការស្តាប់ និងការនិយាយ។ គេហទំព័រអ៊ីនធឺណិតរបស់ក្រសួង www.dmhc.ca.gov មានទម្រង់បែបបទបណ្តឹងតវ៉ា ទម្រង់បែបបទពាក្យសុំរបស់ IMR និងការណែនាំតាមអនឡាញ។



**ការទទួលបានឯកសារ
គម្រោងសំខាន់ៗ**



របៀបទទួលបានឯកសារគម្រោងសំខាន់ៗ

អ្នកគឺជាមនុស្សសំខាន់ចំពោះយើងខ្ញុំ! យើងខ្ញុំនឹងធ្វើឱ្យមានភាពងាយស្រួលសម្រាប់អ្នកក្នុងការទទួលបានព័ត៌មានដែលអ្នកត្រូវការ។ ចូលទៅកាន់អនឡាញដើម្បី មើលឯកសារគម្រោងសំខាន់ៗ និងស្វែងរកអ្នកផ្តល់សេវា ឬឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញ។ អ្នកក៏អាចរកមើលឱសថមានវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកបានគ្រប់ពេលវេលា គ្រប់ទីកន្លែង ពីគ្រប់ឧបករណ៍។ ឯកសារ គម្រោង ឆ្នាំ **2024** ដូចជា ភស្តុតាងនៃការធានារ៉ាប់រង បញ្ជីឱសថ និងអ្នកផ្តល់សេវា/បញ្ជីឈ្មោះឱសថស្ថាន នឹងអាចរកបានតាមអនឡាញត្រឹមថ្ងៃទី **15 ខែតុលា ឆ្នាំ 2023**។

ចាប់ផ្តើមដឹងអំពីឯកសារគម្រោងរបស់អ្នក

- **ភស្តុតាងនៃការធានារ៉ាប់រង (EOC)៖** ការណែនាំចំពោះអ្វីដែលធានារ៉ាប់រងក្រោមគម្រោងរបស់អ្នក។ វាមានព័ត៌មានលម្អិតអំពីអត្ថប្រយោជន៍ និងការធានារ៉ាប់រងរបស់គម្រោង សិទ្ធិរបស់សមាជិក និងមានច្រើនទៀត។
- **បញ្ជីឱសថ៖** បញ្ជីឱសថដែលមានការធានារ៉ាប់រងនៅក្រោមគម្រោងរបស់អ្នក។
- **បញ្ជីឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា/ឱសថស្ថាន៖** បញ្ជីឈ្មោះវេជ្ជបណ្ឌិត អ្នកឯកទេស និងឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញដោយមានលេខទូរសព្ទ និងអាសយដ្ឋាន។ អ្នកអាចស្វែងរកអ្នកផ្តល់សេវា ឬឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញ ដោយប្រើបញ្ជីឈ្មោះតាមអនឡាញរបស់យើងនៅគេហទំព័រ MolinaHealthcare.com/ProviderSearch
- **សេចក្តីជូនដំណឹងអំពីការអនុវត្តឯកជនភាព៖** សេចក្តីជូនដំណឹងនេះពណ៌នាអំពីរបៀបដែលព័ត៌មានវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នកអាចត្រូវបានគេប្រើ និងបញ្ចេញឱ្យដឹង និងរបៀបដែលអ្នកអាចប្រើព័ត៌មាននេះ។ នេះមានទីតាំងនៅលើគេហទំព័ររបស់យើងតាមរយៈ https://www.molinahealthcare.com/members/common/en-US/terms_privacy.aspx

របៀបមើល ឬស្នើសុំច្បាប់ចម្លងនៃឯកសារគម្រោង

តាមអនឡាញនៅគេហទំព័រ MolinaHealthcare.com/Medicare



មើល ឬទាញយកច្បាប់ចម្លងនៃឯកសារគម្រោងរបស់អ្នកតាមអនឡាញបានគ្រប់ពេលគ្រប់ទីកន្លែង។ ប្រើឧបករណ៍ណាមួយក៏បាន ដូចជា កុំព្យូទ័រ ចេប្លេត ឬទូរសព្ទចល័ត។ ឯកសារផែនការឆ្នាំ 2024 របស់អ្នកនឹងអាចរកបានតាមអនឡាញត្រឹមថ្ងៃទី 15 ខែតុលា ឆ្នាំ 2023។

តាមអនឡាញនៅគេហទំព័រ MyMolina.com



ចូលទៅកាន់ផែនការសមាជិកដើម្បីមើលឯកសារគម្រោងរបស់អ្នកតាមអនឡាញបាន 24/7 ឬដើម្បីស្វែងរកអ្នកផ្តល់សេវា ឬឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញ។ ចុះឈ្មោះចូលផែនការសមាជិក My Molina Member ឬបង្កើតគណនីតាមរយៈគេហទំព័រ MyMolina.com។ ចុចពាក្យថា "Create an Account" (បង្កើតគណនីមួយ) ហើយអនុវត្តតាមការណែនាំពីមួយជំហានទៅមួយជំហាន ដើម្បីចុះឈ្មោះបើកគណនី។

ទូរសព្ទទៅកាន់លេខឥតគិតថ្លៃ។



ប្រាប់ឱ្យយើងខ្ញុំដឹងប្រសិនបើអ្នកមិនមានកុំព្យូទ័រប្រើ ឬប្រសិនបើអ្នកចង់ឱ្យធ្វើច្បាប់ចម្លងដែលបានបោះពុម្ពនៃ EOC បញ្ជីឱសថ ឬបញ្ជីឈ្មោះឱសថស្ថាន/អ្នកផ្តល់សេវាទៅអ្នកតាមប្រៃសណីយ៍។ ដើម្បីស្នើសុំច្បាប់ចម្លងនៃឯកសារគម្រោងដែលបានបោះពុម្ព ទូរសព្ទទៅកាន់ផ្នែកបម្រើសេវាសមាជិកដោយឥតគិតថ្លៃតាមរយៈលេខ **(855) 665-4627 TTY:711** ចាប់ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់ ម៉ោងក្នុងស្រុក។

យើងនៅទីនេះដើម្បីជួយអ្នក

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរអំពីអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នក ឬត្រូវការជំនួយក្នុងការស្វែងរកអ្នកផ្តល់សេវា ឬឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញ ឬចង់ដកហូតសម្ភារដែលបានធ្វើតាមប្រៃសណីយ៍ សូមទូរសព្ទទៅកាន់ផ្នែកបម្រើសេវាសមាជិកដោយឥតគិតថ្លៃតាមរយៈលេខ **(855) 665-4627 TTY:711**។

Y0050_24_3526_LRWelcKitElectNote_C

លេខអនុញ្ញាតរបស់ OMB 0938-1444 (ផុតកំណត់៖ 30 មិថុនា 2026)



ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅ Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) តាមលេខ (855) 665-4627, TTY:711, 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ 8 ល្ងាច ម៉ោងក្នុងស្រុក។ ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** ចូលមើលគេហទំព័រ MolinaHealthcare.com/Medicare។



Language Assistance Services

Free aids and services, such as sign language interpreters, written translations, and written information in alternative formats, are available to you. Call 1-855-665-4627 (TTY: 711).

English:

We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-855-665-4627. Someone who speaks English can help you. This is a free service.

Spanish:

Contamos con servicios de intérprete gratuitos para responder a cualquier pregunta que pueda tener acerca de nuestro plan de salud o medicamentos. Para obtener un intérprete, llámenos al 1-855-665-4627. Alguien que hable Español puede ayudarle. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin:

如果您对我们的健康计划或药品计划有任何问题，我们可以提供免费的口译服务回答您的问题。若要获得口译服务，请致电我们：1-855-665-4627。说普通话的人士会帮助您。这是免费服务。

Chinese Cantonese:

我們有免費的口譯員服務，可回答您對於我們健康或藥物計劃的任何問題。若需要口譯員，請撥打1-855-665-4627 聯絡我們。能說广东话的人士會為您提供協助。這是免費的服務。

Tagalog:

May mga libre kaming serbisyo ng interpreter para sagutin ang anumang posible ninyong tanong tungkol sa aming planong pangkalusugan o plano sa gamot. Para kumuha ng interpreter, tawagan lang kami sa 1-855-665-4627. May makakatulong sa inyo na nagsasalita ng Tagalog. Isa itong libreng serbisyo.

Vietnamese:

Chúng tôi có các dịch vụ phiên dịch miễn phí để trả lời bất kỳ câu hỏi nào của quý vị về chương trình chăm sóc sức khỏe hoặc chương trình thuốc của chúng tôi. Để có phiên dịch viên, chỉ cần gọi cho chúng tôi theo số 1-855-665-4627. Một người nói Tiếng Việt có thể giúp quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

H5810_23_50_CASNPStateMLI_C016

Korean:

당사는 무료 통역 서비스를 통해 건강 또는 처방약 플랜에 대한 귀하의 질문에 답변해 드립니다. 통역 서비스를 이용하시려면 1-855-665-4627 로 전화하십시오. 한국말 통역사가 도움을 드릴 수 있습니다. 무료 서비스입니다.

Russian:

Если у вас возникли какие-либо вопросы о вашем плане медицинского обслуживания или плане с покрытием лекарственных препаратов, для вас предусмотрены бесплатные услуги переводчика. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, просто позвоните нам по номеру 1-855-665-4627. Вам поможет сотрудник, владеющий русским языком. Эта услуга предоставляется бесплатно.

Arabic:

نوفر خدمات الترجمة الفورية المجانية لمجانلة أعباء أس ثقلدة ترا وحدوكل الخطة ال صأحوية خطة الأدوية. لدينا ول وللحص على مترجم فوري، 1. ويلمك نشخص يث تحد ا للغة 1-855-665-4627 تفضل بالا تبصنال على ا مل 8 ر 9 ق 08. مساعد تتأكد مهذه الخدم. ة م جانا

Hindi:

हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं. एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-855-665-4627 पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त सेवा है.

Japanese:

弊社の健康保険や薬剤計画についてご質問がある場合は、無料の通訳サービスをご利用いただけます。通訳サービスを利用するには、1-855-665-4627までお電話ください。日本語の通訳担当者が対応します。これは無料のサービスです。

Armenian:

Մենք ունենք անվճար քարզմանը ախան ծառայություններ՝ մեր առողջության կամ դեղերի ծրագրի վերաբերյալ Ձեր ցանկացած հարցին պատասխանելու համար: Թարգմանիչ ստանալու համար պարզապես զանգահարե՛ք մեզ՝ 1-855-665-4627 հեռախոսահամարով: Ինչ-որ մեկին, ով խոսում է հայերեն, կարող է օգնել Ձեզ: Սա անվճար ծառայություն է:

Cambodian:

យើងមានសេវាអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ដោយឥតគិតថ្លៃដើម្បីឆ្លើយតបទៅនឹងសំណួរនានា ដែលអ្នកអាចនឹងមាន អំពីគម្រោងសុខភាពនិងឱសថរបស់យើង។ ដើម្បីទទួលបានអ្នកបកប្រែ ផ្ទាល់មាត់ម្នាក់ គ្រាន់តែទូរសព្ទមក យើងខ្ញុំតាមលេខ 1-855-665-4627 ។ មនុស្សម្នាក់ដែល និយាយភាសាខ្មែរអាចជួយអ្នកបាន។ សេវាកម្មនេះ មិនគិតថ្លៃនោះទេ។

Persian (Farsi):

برای پاسخگویی به سؤالاتی که ممکن است درباره طرح های سلامت یا دارویی ما داشته باشید می توانید از خدمات ترجمه رایگان ما استفاده کنید. برای دسترسی به مترجم شفاهی، کافی است با شماره 1-855-665-4627 با ما تماس بگیرید. فردی که به زبان فارسی صحبت می کند به شما کمک خواهد کرد. این سرویس رایگان است.

Hmong:

Peb muaj cov kev pab cuam pab txhais lus pub dawb los teb cov lus nug uas koj muaj txog peb txoj phiaj xwm kev noj qab haus huv los sis tshuaj. Yog xav tau ib tus neeg txhais lus, tsuas yog hu rau peb ntawm 1-855-665-4627. Ib tus neeg uas hais lus Hmoob tuaj yeem pab koj. Qhov no yog ib qho kev pab cuam pub dawb.

Laotian:

ພວກເຮົາມີການບໍລິການນາຍພາສາຟຣີເພື່ອຕອບຄໍາຖາມທີ່ທ່ານອາດຈະມີກ່ຽວກັບແຜນສຸຂະພາບ ຫຼື ການຢາຂອງພວກ ເຮົາ. ຖ້າຕ້ອງການນາຍແປພາສາ, ພຽງແຕ່ໂທຫາພວກເຮົາທີ່ 1-855-665-4627. ຄົນທີ່ເວົ້າ ພາສາລາວ ສາມາດຊ່ວຍ ທ່ານໄດ້. ນີ້ແມ່ນການບໍລິການຟຣີ.

Mien:

Yie mbuo mv nongc zinh taengx meih mbienv wac daih dau meih, haih doix yie mbuo nyei sinh beih nongx faix bong ndie nyei nyungh nyungc geh naiv. Oix duqv taux taengx meih mbienv wac, kungx zuqc mboqv yie mbuo nyei dienx wac 1-855-665-4627. Haih gorngv mienh wac nyei mienh haih bong taengx zuqc meih. Naiv se yietc nyungc mv nongc zinh nyei bong taengx.

Punjabi:

ਸਾਡੀ ਸਿਹਤ ਜਾਂ ਦਵਾਈ ਯੋਜਨਾ ਬਾਰੇ ਤੁਹਾਡੇ ਕਿਸੇ ਵੀ ਸਵਾਲ ਦਾ ਜਵਾਬ ਦੇਣ ਲਈ ਸਾਡੇ ਕੋਲ ਮੁਫਤ ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ ਸੇਵਾਵਾਂ ਹਨ। ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਕਰਨ ਲਈ, ਸਾਨੂੰ 1-855-665-4627 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਕੋਈ ਵਿਅਕਤੀ ਜੋ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦਾ ਹੈ ਤੁਹਾਡੀ ਮਦਦ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਇੱਕ ਮੁਫਤ ਸੇਵਾ ਹੈ।

Thai:

เรามีบริการล่ามแปลภาษาให้ฟรีเพื่อตอบคำถามใดๆ ที่คุณอาจมีเกี่ยวกับแผนด้านสุขภาพหรือยาของเรา หากต้องการรับบริการล่าม เพียงโทรหาเราที่ 1-855-665-4627 คนที่สามารถพูดภาษา ภาษาไทย สามารถช่วยคุณได้ บริการนี้เป็นบริการที่ไม่มีค่าใช้จ่าย

Ukrainian:

У нас є безкоштовні послуги перекладача, щоб відповісти на будь-які питання, які ви можете мати про наш план здоров'я або наркотиків. Щоб отримати інтерпретатор, просто зателефонуйте нам на 1-855-665-4627. Хтось, хто говорить Українська мова, може вам допомогти. Це безкоштовна послуга.

H5810_23_50_CASNPStateMLI_C016

French:

Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-855-665-4627. Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

German:

Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-855-665-4627. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Italian:

È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-855-665-4627. Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Português:

Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-855-665-4627. Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole:

Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-855-665-4627. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish:

Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-855-665-4627. Ta usługa jest bezpłatna.

