



# Molina Dual Options Cal Medi-Connect Plan

គម្រោង Medicare-Medicaid Plan

2020 | ការផ្តល់ដំណឹងពីការផ្លាស់ប្តូរប្រចាំឆ្នាំ

California H8677-002  
កំពុងបម្រើ Los Angeles Counties



គម្រោង Molina Dual Options Cal MediConnect គម្រោង Medicare-Medicaid បានផ្តល់ជូនដោយ  
Molina Healthcare

## កំណត់សម្គាល់ប្រចាំឆ្នាំនៃការផ្លាស់ប្តូរសម្រាប់ឆ្នាំ 2020

### សេចក្តីផ្តើម

លោកអ្នកបច្ចុប្បន្នបានចុះឈ្មោះជាសមាជិកម្នាក់នៃ Molina Dual Options។ ឆ្នាំក្រោយ នឹងមានការផ្លាស់ប្តូរមួយចំនួនទៅលើ អត្ថប្រយោជន៍ និងថ្លៃចំណាយរបស់គម្រោងនេះ។ ការជូនដំណឹងអំពីការផ្លាស់ប្តូរនេះប្រាប់អ្នកអំពីការផ្លាស់ប្តូរ និងកន្លែងដែលត្រូវរកព័ត៌មានបន្ថែមអំពីវា។ ពាក្យសំខាន់ៗនិងនិយមន័យរបស់ពួកគេមានតាមលំដាប់តួអក្សរនៅក្នុងជំពូកចុងក្រោយនៃកូនសៀវភៅសម្រាប់សមាជិកនេះ។

## តារាងមាតិកា

|   |    |
|---|----|
| <b>A.</b> សេចក្តីប្រកាស .....   | 3  |
| <b>B.</b> ការពិនិត្យឡើងវិញនូវការរ៉ាប់រងរបស់ Medicare និង Medi-Cal របស់លោកអ្នកសម្រាប់ឆ្នាំបន្ទាប់..... | 3  |
| B1. ធនធានបន្ថែម .....   | 3  |
| B2. អំពី Molina Dual Options .....  | 4  |
| B3. រឿងសំខាន់ដែលត្រូវធ្វើ៖ .....  | 5  |
| <b>C.</b> ការផ្លាស់ប្តូរចំពោះអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ និងឱសថស្ថាន .....                               | 6  |
| <b>D.</b> ការផ្លាស់ប្តូរទៅលើអត្ថប្រយោជន៍សម្រាប់ឆ្នាំក្រោយ .....                                       | 6  |
| D1. ការផ្លាស់ប្តូរទៅលើអត្ថប្រយោជន៍សម្រាប់សេវាវេជ្ជសាស្ត្រ .....                                       | 6  |
| D2. ការផ្លាស់ប្តូរទៅលើការរ៉ាប់រងឱសថមានវេជ្ជបញ្ជា.....   | 7  |
| <b>E.</b> របៀបជ្រើសរើសគម្រោង .....  | 8  |
| E1. របៀបស្ថិតនៅក្នុងគម្រោង .....  | 8  |
| E2. របៀបផ្លាស់ប្តូរគម្រោង .....   | 9  |
| <b>F.</b> របៀបសុំជំនួយ .....  | 10 |
| F1. ការទទួលយកជំនួយពី Molina Dual Options.....   | 10 |
| F2. ការទទួលយកជំនួយពីអន្តរការីចុះឈ្មោះរដ្ឋ .....   | 11 |
| F3. ការទទួលជំនួយពី កម្មវិធី Cal MediConnect Ombuds Program .....                                      | 11 |
| F4. ការទទួលជំនួយពីកម្មវិធីប្រឹក្សាយោបល់លើការធានារ៉ាប់រងសុខភាព និងការគាំពារ .....                      | 11 |
| F5. ការទទួលជំនួយពី Medicare .....   | 12 |
| F6. ការទទួលជំនួយពីក្រសួងថែទាំសុខភាពមានការគ្រប់គ្រងរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា .....                              | 12 |



## A. សេចក្តីប្រកាស

- ការកម្រិត សហបង់ថ្លៃ និងការដាក់កំហិតផ្សេងៗអាចត្រូវអនុវត្ត។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមទៀត ទាក់ទងទៅ ផ្នែកសេវាសមាជិកតាមទូរសព្ទដែលមានលេខ (855) 665-4627, TTY: 711, ថ្ងៃចន្ទ-ថ្ងៃសុក្រពីម៉ោង 8 ព្រឹកដល់ម៉ោង 8 យប់, ម៉ោងក្នុងស្រុក ឬអានសៀវភៅណែនាំសម្រាប់សមាជិក the Molina Dual Options។ វាមានន័យថា លោកអ្នកអាចត្រូវចំណាយដោយខ្លួន ឯងលើថ្លៃសេវាកម្មមួយចំនួន ហើយបានន័យថា លោកអ្នកត្រូវធ្វើតាមវិធានការដាក់លាក់មួយចំនួនទើប Molina Dual Options អាចចេញថ្លៃ សេវាកម្មឲ្យលោកអ្នកបាន ។
- បញ្ជីនៃថ្នាំ និង/ឱសថស្ថានដែលរ៉ាប់រង និងបណ្តាញអ្នកផ្គត់ផ្គង់ប្រហែលផ្លាស់ប្តូរពេញមួយឆ្នាំ។ យើងនឹងធ្វើអោយអ្នកនូវការជូនដំណឹងមុន ពួកយើងធ្វើការផ្លាស់ប្តូរដែលប៉ះពាល់អ្នក។
- អត្ថប្រយោជន៍និង/ឬចាយវាយរួមអាចនឹងផ្លាស់ប្តូរនៅថ្ងៃទី 1 ខែមករានៃឆ្នាំនីមួយៗ។

## គិតអំពីការរ៉ាប់រងរបស់ Medicare និង Medi-Cal របស់លោកអ្នកសម្រាប់ឆ្នាំបន្ទាប់

វាមានសារៈសំខាន់ក្នុងការទទួលយកការគ្របដណ្តប់របស់អ្នកឥឡូវនេះដើម្បីធានាថាវានឹងនៅតែបំពេញតាមតម្រូវការរបស់អ្នកនៅឆ្នាំបន្ទាប់។ ប្រសិនបើវាមិនបំពេញតាមតម្រូវការរបស់អ្នកទេ, អ្នកអាចចាកចេញពីគម្រោង។ សូមមើលផ្នែក E2 សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។ ប្រសិនបើលោកអ្នកជ្រើសចាកចេញពី Molina Dual Options សមាជិកភាពរបស់លោកអ្នកនឹងបញ្ចប់នៅថ្ងៃចុងក្រោយនៃខែ ដែលលោកអ្នកបានធ្វើការស្នើសុំ។

- ប្រសិនបើអ្នកចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើង អ្នកនឹងនៅតែស្ថិតក្នុងកម្មវិធី Medicare និង Medi-Cal ដដែល ដរាបណាអ្នកនៅមានសិទ្ធិទទួល។
- លោកអ្នកនឹងមានជម្រើសមួយអំពីរបៀបទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ Medicare របស់លោកអ្នក (ទៅកាន់ទំព័រទី 8 ដើម្បីមើលជម្រើសរបស់លោកអ្នក)។
  - លោកអ្នកនឹងទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ Medi-Cal របស់លោកអ្នកតាមរយៈផែនការថែទាំមានការគ្រប់គ្រងដោយ Medi-Cal នៃជម្រើសរបស់លោកអ្នក (ទៅកាន់ទំព័រទី 10 សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម)។

## B1. ធនធានបន្ថែម

- ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call (855) 665-4627, TTY: 711, Monday – Friday, 8 a.m. to 8 p.m., local time. The call is free.
- ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-855-665-4627. 711)។
- CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-855-665-4627 (TTY: 711)។
- PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-855-665-4627. 711)។
- تنبيه: إذا كنت تستخدم اللغة العربية، سوف تكون خدمات المساعدة اللغوية متاحة لك مجاناً. يمكنك الاتصال على الرقم (855) 665-4627، وبالنسبة لمستخدمي أجهزة الهاتف النصية: 711، من الإثنين حتى الجمعة، من الساعة 8 صباحاً حتى 8 مساءً حسب التوقيت المحلي. المكالمات مجانية.
- 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電1-855-665-4627 (TTY: 711)。
- 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-855-665-4627 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.



ប្រសិនបើលោកអ្នកមានសំណួរនានា លោកអ្នកអាចហៅទូរស័ព្ទទៅផ្នែកសេវាកម្មសមាជិក Molina Dual Options (855) 665-4627, TTY: 711 ថ្ងៃចន្ទ ដល់ ថ្ងៃសុក្រ ម៉ោង 8 ព្រឹកដល់ 8 យប់ ម៉ោងក្នុងស្រុក។ ការហៅទូរស័ព្ទគឺឥតគិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម ចូលមើល [www.MolinaHealthcare.com/Duals](http://www.MolinaHealthcare.com/Duals)។

- **ВНИМАНИЕ:** Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-855-665-4627 (телетайп: 711).
- توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. (TTY: 711) 4627-665-855-1 تماس بگیرید.
- ព្រឹត្តិការណ៍សម្រាប់អ្នកប្រើប្រាស់ភាសារុក្ខាភាសា ឬអ្នកប្រើប្រាស់ភាសាខ្មែរ ត្រូវបានផ្តល់ឱ្យឥតគិតថ្លៃ ដោយសេវាកម្មប្រើប្រាស់ភាសា។ ទូរស័ព្ទ 1-855-665-4627 (TTY: 711)។
- ប្រើស៊ុនជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតល្បួល គឺអាចមានសំរាប់ប្រើអ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ 1-855-665-4627 (TTY: 711)
- អ្នកអាចទទួលបាន សេចក្តីជូនដំណឹងប្រចាំឆ្នាំពីការផ្លាស់ប្តូរនេះ ដោយឥតគិតថ្លៃ ក្នុងទម្រង់ដទៃផ្សេងទៀត ដូចជា អក្សរពុម្ពធំ អក្សរសម្រាប់អ្នកពិការភ្នែក ឬខ្សែអាត់សម្លេង។ ទូរស័ព្ទមកលេខ (855) 665-4627, TTY: 711 ថ្ងៃច័ន្ទដល់ ថ្ងៃសុក្រ ម៉ោង 8 ព្រឹកដល់ 8 យប់ ម៉ោងក្នុងស្រុក។ ការហៅទូរស័ព្ទគឺឥតគិតថ្លៃ។
- អ្នកអាចស្នើសុំអោយពួកយើងផ្ញើអោយអ្នកជានិច្ចនូវព័ត៌មានជាភាសា ឬទម្រង់ដែលអ្នកត្រូវការ។ ត្រង់នេះគេហៅថា ការសំណូមពរជាអចិន្ត្រៃយ៍។ យើងនឹងបន្តតាមដានចំពោះសំណើជាអចិន្ត្រៃយ៍របស់អ្នក ដូច្នេះអ្នកមិនចាំបាច់បង្កើតសំណើដាច់ដោយខ្លួនឯងពេលដែលយើងផ្ញើព័ត៌មានទៅកាន់អ្នកឡើយ។ ដើម្បីទទួលបានឯកសារនេះជាភាសាដែលមិនមែនជាភាសាអង់គ្លេសនោះ សូមទំនាក់ទំនងទៅកាន់រដ្ឋតាមលេខ (800) 541-5555 TTY: 711 ថ្ងៃច័ន្ទ ដល់ ថ្ងៃសុក្រ ម៉ោង 8 ព្រឹកដល់ 5 ល្ងាច ម៉ោងក្នុងស្រុក ដើម្បីធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពទិន្នន័យរបស់អ្នកជាមួយភាសាដែលចង់បាន។ ដើម្បីទទួលបានឯកសារនេះជាទម្រង់ផ្សេងនោះ សូមទំនាក់ទំនងទៅកាន់សេវាសមាជិកតាមលេខ (855) 665-4627 TTY: 711 ថ្ងៃច័ន្ទ ដល់ ថ្ងៃសុក្រ ម៉ោង 8 ព្រឹកដល់ 8 យប់ម៉ោងក្នុងស្រុក។ អ្នកតំណាងម្នាក់អាចជួយអ្នកក្នុងការបង្កើត ឬផ្លាស់ប្តូរសំណើដែលមានជាអចិន្ត្រៃយ៍នេះ។ អ្នកក៏អាចទាក់ទងទៅកាន់អ្នកគ្រប់គ្រងសំនុំរៀងរបស់អ្នកដើម្បីជួយជាមួយនឹងការដាក់សំណើនេះផងដែរ។
- Molina Dual Options អនុលោមទៅតាមច្បាប់សិទ្ធិពលរដ្ឋជាធរមានរបស់រដ្ឋសហព័ន្ធ និងមិនមានការរឹងអើងលើមូលដ្ឋានជាតិសាសន៍ ពណ៌សម្បុរ ប្រទេសកំណើត អាយុ ពិការភាព ឬភេទនោះឡើយ។

**B2. អំពី Molina Dual Options**

- ផែនការ Molina Dual Options Cal MediConnect (ផែនការ Medicare-Medicaid) គឺជាផែនការសុខភាពមួយដែលចុះហត្ថលេខាទាំងជាមួយ Medicare និង Medi-Cal ដើម្បីផ្តល់នូវអត្ថប្រយោជន៍នៃកម្មវិធីទាំងពីរដល់អ្នកចុះឈ្មោះ។
- ការធានារ៉ាប់រងក្រោមគម្រោង Molina Dual Options គឺជាការរ៉ាប់រងសុខភាពដែលមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ដែលមានឈ្មោះថា “ការរ៉ាប់រងចាំបាច់ជាអប្បបរមា។” វាគោរពតាម លក្ខខណ្ឌតម្រូវនៃទំនួលខុសត្រូវរួមនៃច្បាប់ស្តីពីការថែទាំអ្នកជំងឺ និងការថែទាំតាមលទ្ធភាព (ACA) របស់បុគ្គល។ សូមចូលទៅគេហទំព័រសេវាប្រាក់ចំណូលផ្ទៃក្នុង (IRS) តាម <https://www.irs.gov/affordable-care-act/individuals-and-families> សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមស្តីពីលក្ខខណ្ឌតម្រូវនៃទំនួលខុសត្រូវរួមរបស់បុគ្គលសម្រាប់ MEC។
- ផែនការ Molina Dual Options នេះគឺត្រូវបានផ្តល់ជូនដោយ Molina Healthcare។ នៅពេលកំណត់សម្គាល់ប្រចាំឆ្នាំនៃការផ្លាស់ប្តូរនេះ និយាយថា “យើង” “យើង” ឬ “របស់យើង” វាមានន័យថា Molina Healthcare។ ពេលវាសរសេរថា “ផែនការ” ឬ “ផែនការរបស់យើងខ្ញុំ” គឺមានន័យថាម៉ូលីណាជម្រើសពីរយ៉ាង (Molina Dual Options) ។

**B3. រឿងសំខាន់ដែលត្រូវធ្វើ៖**

- ពិនិត្យមើលថាតើមានការផ្លាស់ប្តូរណាមួយទៅលើអត្ថប្រយោជន៍របស់យើងដែលអាចប៉ះពាល់ដល់លោកអ្នក។
  - តើមានការផ្លាស់ប្តូរណាមួយដែលប៉ះពាល់ដល់សេវាកម្មដែលលោកអ្នកប្រើដែរទេ?
  - វាមានសារៈសំខាន់ក្នុងការត្រួតពិនិត្យការផ្លាស់ប្តូរអត្ថប្រយោជន៍ឡើងវិញឥឡូវនេះដើម្បីឱ្យប្រាកដថាពួកវានឹងមានប្រសិទ្ធភាពសម្រាប់លោកអ្នកនៅឆ្នាំបន្ទាប់។
  - រកមើលក្នុងផ្នែក D សម្រាប់ព័ត៌មានអំពីការផ្លាស់ប្តូរអត្ថប្រយោជន៍សម្រាប់ផែនការរបស់យើង។
- ពិនិត្យថាតើមានការផ្លាស់ប្តូរណាមួយទៅលើការរ៉ាប់រងឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជារបស់យើងដែលអាចប៉ះពាល់ដល់លោកអ្នក។
  - តើថ្នាំពេទ្យរបស់អ្នកនឹងត្រូវបានគ្របដណ្តប់? តើពួកវាស្ថិតក្នុងថ្នាក់ឧសគ្នាមែនទេ? តើលោកអ្នកអាចបន្តប្រើឱសថស្ថានដដែលដែរទេ?
  - វាមានសារៈសំខាន់ក្នុងការត្រួតពិនិត្យការផ្លាស់ប្តូរឡើងវិញដើម្បីធ្វើឱ្យប្រាកដថាការរ៉ាប់រងឱសថរបស់យើងនឹងមានប្រសិទ្ធភាពសម្រាប់លោកអ្នកនៅឆ្នាំបន្ទាប់។
  - រកមើលក្នុងផ្នែក D2 សម្រាប់ព័ត៌មានអំពីការផ្លាស់ប្តូរនានាទៅលើការរ៉ាប់រងឱសថរបស់យើង។
  - តម្លៃថ្នាំរបស់អ្នកប្រហែលត្រូវបានកើនឡើងតាំងតែពីឆ្នាំមុន។
    - និយាយទៅកាន់វេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកអំពីជម្រើសតម្លៃទាបផ្សេងៗដែលអាចមានសម្រាប់អ្នក។ វាអាចជួយសន្សំលុយចេញពីហោប៉ៅប្រចាំឆ្នាំពេញមួយឆ្នាំរបស់អ្នក។
    - ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែមអំពីតម្លៃថ្នាំនោះ សូមចូលទៅកាន់ <https://go.medicare.gov/drugprices>។ ផ្ទាំងទាំងនេះគូសចំណាំសហគ្រាសណាដែលបានបង្កើនតម្លៃរបស់ពួកគេ និងបង្ហាញព័ត៌មានតម្លៃថ្នាំពីមួយឆ្នាំទៅមួយឆ្នាំផ្សេងទៀតផងដែរ។
    - ចាំក្នុងចិត្តថាអត្ថប្រយោជន៍គម្រោងរបស់អ្នកនឹងកំណត់យ៉ាងជាក់លាក់នូវតម្លៃដែលថ្នាំរបស់អ្នកអាចផ្លាស់ប្តូរ។
- ពិនិត្យមើលថាតើអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថានរបស់លោកអ្នកនឹងស្ថិតក្នុងបណ្តាញរបស់យើងនៅឆ្នាំបន្ទាប់ទេ។
  - តើវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក រួមបញ្ចូលទាំងអ្នកជំនាញដែលអ្នកជួបជាប្រចាំក្នុងបណ្តាញរបស់យើងឬ?
  - ចុះចំណែកឱសថស្ថានរបស់លោកអ្នកវិញ? ចុះចំណែកមន្ទីរពេទ្យ ឬអ្នកផ្តល់សេវាផ្សេងទៀតដែលលោកអ្នកប្រើវិញ?
  - រកមើលក្នុងផ្នែក C សម្រាប់ព័ត៌មានអំពី *បញ្ជីអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថាន*។
- គិតអំពីថ្លៃចំណាយសរុបរបស់លោកអ្នកក្នុងផែនការនេះ។
  - តើថ្លៃចំណាយសរុបរៀបរៀបបែបណាទៅលើជម្រើសរ៉ាប់រងផ្សេងទៀត?
- គិតអំពីថាតើលោកអ្នករីករាយជាមួយផែនការរបស់យើងឬយ៉ាងណា។



ប្រសិនបើលោកអ្នកមានសំណួរនានា លោកអ្នកអាចហៅទូរស័ព្ទទៅផ្នែកសេវាកម្មសមាជិក Molina Dual Options (855) 665-4627, TTY: 711 ថ្ងៃច័ន្ទ ដល់ ថ្ងៃសុក្រ ម៉ោង 8 ព្រឹកដល់ 8 យប់ ម៉ោងក្នុងស្រុក។ ការហៅទូរស័ព្ទគឺឥតគិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម ចូលមើល [www.MolinaHealthcare.com/Duals](http://www.MolinaHealthcare.com/Duals)។

**ប្រសិនបើអ្នកសម្រេចចិត្តថាស្ថិតនៅ ជាមួយ Molina Dual Options ៖**

ប្រសិនបើលោកអ្នកចង់ស្ថិតនៅជាមួយយើងនៅឆ្នាំបន្ទាប់ វាងាយស្រួល គឺថា លោកអ្នកមិនចាំបាច់ធ្វើអ្វីទាំងអស់។ ប្រសិនបើ អ្នកមិនធ្វើការផ្លាស់ប្តូរ អ្នកនឹងនៅតែស្ថិតក្នុងការចុះឈ្មោះជាមួយគម្រោង រោងរបស់យើងដោយស្វ័យប្រវត្តិ។

**ប្រសិនបើលោកអ្នកសម្រេចចិត្តផ្លាស់ប្តូរផែនការ៖**

ប្រសិនបើអ្នកសម្រេចថាការរ៉ាប់រងផ្សេងនឹងសាកសមជាមួយតម្រូវការ របស់អ្នកជាងនោះ អ្នកអាចធ្វើការផ្លាស់ប្តូរគម្រោងបាន (មើលផ្នែក E2 សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម)។ ប្រសិនបើអ្នកចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងថ្មីមួយ ការគ្របដណ្តប់ថ្មីរបស់អ្នកនឹងចាប់ផ្តើមនៅថ្ងៃទីមួយនៃខាងបន្ត បន្ទាប់។ សូមមើលផ្នែក E ទំព័រទី 8 ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពីជម្រើស របស់លោកអ្នក។

**C. ការផ្លាស់ប្តូរទៅលើអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថាន**

អ្នកផ្តល់សេវា និងបណ្តាញឱសថស្ថាន របស់យើង បានធ្វើការផ្លាស់ប្តូរសម្រាប់ឆ្នាំ 2020។

យើងសូមធ្វើការលើកទឹកចិត្តលោកអ្នកឲ្យធ្វើការត្រួតពិនិត្យបញ្ជីអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថានរបស់យើង ដើម្បីពិនិត្យមើលថាតើ អ្នកផ្តល់សេវា ឬឱសថស្ថានរបស់លោកនៅតែស្ថិតនៅក្នុងបណ្តាញរបស់យើងខ្ញុំដែរឬទេ។ បញ្ជីអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថានដែលបានធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពគឺ មានទីតាំងស្ថិតនៅលើគេហទំព័ររបស់យើងនៅ [www.MolinaHealthcare.com/Duals](http://www.MolinaHealthcare.com/Duals)។ អ្នកក៏អាចហៅទូរស័ព្ទផងដែរទៅសេវាសមាជិកតាម រយៈពេល (855) 665-4627, TTY៖ 711 ថ្ងៃចន្ទ ដល់ ថ្ងៃសុក្រ ម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ 8 យប់ ម៉ោងក្នុងស្រុកសម្រាប់ព័ត៌មានអ្នកផ្តល់សេវាដែល បានធ្វើបច្ចុប្បន្នភាព ឬដើម្បីស្នើឱ្យយើងផ្ញើសំបុត្រឱ្យអ្នកនូវបញ្ជីអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថាន។

វាមានសារៈសំខាន់ដែលលោកអ្នកដឹងថា យើងក៏អាចធ្វើការផ្លាស់ប្តូរទៅលើបណ្តាញរបស់យើងអំឡុងឆ្នាំនេះ។ ប្រសិនបើអ្នកផ្តល់សេវា របស់លោកអ្នកពិតជាចង់ចាកចេញពីផែនការនេះ លោកអ្នកមានសិទ្ធិ និងការការពារជាក់លាក់។ សម្រាប់ព័ត៌មានច្រើនទៀត មើលជំពូក 3 នៃ សៀវភៅណែនាំសមាជិករបស់លោកអ្នក។

**D. ការផ្លាស់ប្តូរទៅលើអត្ថប្រយោជន៍សម្រាប់ឆ្នាំក្រោយ**

**D1. ការផ្លាស់ប្តូរទៅលើអត្ថប្រយោជន៍សម្រាប់សេវាវេជ្ជសាស្ត្រ**

យើងនឹងផ្លាស់ប្តូរការគ្របដណ្តប់របស់យើងសម្រាប់សេវាវេជ្ជសាស្ត្រជាក់លាក់នានានៅឆ្នាំបន្ទាប់។ តារាងខាងក្រោមពិពណ៌នា អំពីការផ្លាស់ប្តូរទាំងនេះ។

|  | 2019 (ឆ្នាំនេះ)  | 2020 (ឆ្នាំបន្ទាប់)   |
|--|--|---|
| <b>ការធ្វើតេស្តប្រែប្រួល</b>                                       | ការអនុញ្ញាតិជាមុនសម្រាប់ការសាកល្បង ប្រែប្រួលគឺមិនត្រូវបានទាមទារ។ | ការអនុញ្ញាតិជាមុនសម្រាប់ការសាកល្បង ប្រែប្រួលគឺអាចនឹងត្រូវបានទាមទារ។   |
| <b>សេវាកម្មព្យាបាលសារធាតុអូធីយ៉ូអ៊ីត</b>                           | ការព្យាបាលអូធីយ៉ូអ៊ីតមិនត្រូវបានរ៉ាប់រង                          | ការព្យាបាលអូធីយ៉ូអ៊ីតត្រូវបានរ៉ាប់រង  |
| <b>សេវាការបង្ការបន្ថែម និង សេវាកម្មថែទាំ ធ្មេញទាំងស្រុង បន្ថែម</b> | សេវាការបង្ការបន្ថែម និង សេវាថែទាំធ្មេញទាំងស្រុង ត្រូវបានរ៉ាប់រង។ | សេវាការបង្ការបន្ថែម និងសេវាថែទាំធ្មេញទាំងស្រុង មិនត្រូវបានរ៉ាប់រង។<br><br>សមាជិកនឹងបន្តទទួលបាន សេវាទន្តសាស្ត្រ រួមមាន |

|                                   | 2019 (ឆ្នាំនេះ)                              | 2020 (ឆ្នាំបន្ទាប់)   |
|-----------------------------------|--|---|
|                                   |  | ការសម្អាត ការបំពេញ និងធ្មេញពាក់អាច រកបានតាមរយៈកម្មវិធី Medi-Cal Dental ដាច់ដោយឡែក។  |
| <b>សេវាមធ្យោបាយធ្វើដំណើរបំប៉ន</b> | សេវាដឹកជញ្ជូនបន្ថែម <b>ត្រូវបានរ៉ាប់រង</b> ។ | សេវាដឹកជញ្ជូនបន្ថែម <b>មិនត្រូវបានរ៉ាប់រង</b> ។<br>សមាជិកនឹងបន្តប្រើប្រាស់មធ្យោបាយដឹក ជញ្ជូនមិនមែនសម្រាប់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រទៅ មកមិនកំណត់តាមរយៈការរ៉ាប់រង Medi-Cal ដោយឡែករបស់ពួកគេ។ |

**D2. ការផ្លាស់ប្តូរទៅលើការរ៉ាប់រងឱសថមានវេជ្ជបញ្ជា**

**ការផ្លាស់ប្តូរទៅលើបញ្ជីថ្នាំពេទ្យរបស់យើង**

បញ្ជីឱសថដែលធានារ៉ាប់រងដែលបានធ្វើបច្ចុប្បន្នភាព គឺមានទីតាំងនៅលើគេហទំព័ររបស់យើងតាមរយៈ [www.MolinaHealthcare.com/Duals](http://www.MolinaHealthcare.com/Duals) អ្នកក៏អាចហៅទូរសព្ទផងដែរទៅសេវាសមាជិកតាមរយៈលេខ (855) 665-4627, TTY: 711 ថ្ងៃច័ន្ទ ដល់ ថ្ងៃសុក្រ ម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ 8 យប់ ម៉ោងក្នុងស្រុកសម្រាប់ព័ត៌មានអ្នកផ្តល់សេវាដែលបានធ្វើបច្ចុប្បន្នភាព ឬដើម្បីស្នើឱ្យយើងផ្ញើសំបុត្រឱ្យអ្នកនូវបញ្ជីអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថាន។ បញ្ជីថ្នាំពេទ្យដែលគ្របដណ្តប់ គឺត្រូវបានហៅថា “បញ្ជីថ្នាំពេទ្យ”។

យើងបានធ្វើការផ្លាស់ប្តូរទៅលើបញ្ជីថ្នាំពេទ្យរបស់យើង ដែលរួមមានការផ្លាស់ប្តូរទៅលើថ្នាំពេទ្យនានាដែលយើងគ្របដណ្តប់ និងការផ្លាស់ប្តូរទៅលើការដាក់កំហិតនានាដែលអនុវត្តចំពោះការគ្របដណ្តប់របស់យើងសម្រាប់ថ្នាំពេទ្យជាក់លាក់។

ពិនិត្យមើលបញ្ជីថ្នាំពេទ្យនេះឡើងវិញដើម្បីឱ្យប្រាកដថាថ្នាំពេទ្យរបស់អ្នកនឹងត្រូវបានគ្របដណ្តប់នៅឆ្នាំបន្ទាប់ និងដើម្បីមើលថាតើមានការដាក់កំហិតណាមួយឬយ៉ាងណា។

ប្រសិនបើលោកអ្នកទទួលបានផលប៉ះពាល់ដោយការផ្លាស់ប្តូរលើការរ៉ាប់រងឱសថ យើងលើកទឹកចិត្តឱ្យលោកអ្នក៖

- ធ្វើការជាមួយវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់លោកអ្នក (ឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាផ្សេងទៀត) ដើម្បីស្វែងរកឱសថខុសគ្នាមួយដែលយើងរ៉ាប់រង។
  - លោកអ្នកអាចហៅទូរស័ព្ទមកកាន់សេវាកម្មប្រើសមាជិកដែលមានលេខ (855) 665-4627 TTY: 711 ថ្ងៃច័ន្ទ ដល់ ថ្ងៃសុក្រ ម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ 8 យប់ ម៉ោងក្នុងស្រុក ដើម្បីសួររកបញ្ជីឱសថដែលបានរ៉ាប់រងដែលព្យាបាលបញ្ហាដូចគ្នា។
  - បញ្ជីនេះអាចជួយអ្នកផ្តល់សេវារបស់លោកអ្នកមើលឱសថដែលរ៉ាប់រង ដែលអាចមានប្រសិទ្ធភាពសម្រាប់លោកអ្នក។
- ធ្វើការជាមួយវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក (ឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាផ្សេងទៀត) និងស្នើឱ្យគម្រោងនេះធ្វើការលើកលែងមួយ ដើម្បីគ្របដណ្តប់ថ្នាំពេទ្យនេះ។
  - អ្នកអាចស្នើសុំការលើកលែងមួយ មុនពេលឆ្នាំបន្ទាប់ ហើយយើងនឹងផ្តល់ចម្លើយដល់អ្នកក្នុងពេល 72 ម៉ោង បន្ទាប់ពីយើងទទួលបានការស្នើសុំរបស់អ្នក (ឬសេចក្តីថ្លែងការណ៍គាំទ្ររបស់អ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក)។
  - ដើម្បីស្វែងយល់ពីអ្វីដែលលោកអ្នកត្រូវធ្វើដើម្បីសុំការលើកលែងមួយ មើលជំពូលទី 9 នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិកឆ្នាំ 2020* ឬទូរស័ព្ទទៅកាន់ផ្នែកសេវាសមាជិកតាមលេខ (855) 665-4627, TTY/TDD: 711 ថ្ងៃច័ន្ទដល់ ថ្ងៃសុក្រ ម៉ោង 8 ព្រឹកដល់ 8 យប់ ម៉ោងក្នុងស្រុក។



- ប្រសិនបើលោកអ្នកត្រូវការជំនួយស្នើសុំការលើកលែងមួយ លោកអ្នកអាចទាក់ទងផ្នែកសេវាអតិថិជន ឬអ្នកគ្រប់គ្រងករណីរបស់លោកអ្នក។ សូមមើលជំពូកទី 2 និងទី3នៃសៀវភៅណែនាំសម្រាប់សមាជិក ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពីរបៀប ទាក់ទងប្រធានគ្រប់គ្រងសំណុំរឿងរបស់អ្នក។

ប្រសិនបើការលើកលែងសៀវភៅប្រមូលថ្នាំរបស់អ្នកត្រូវបានអនុម័ត អ្នកនឹងត្រូវបានជូនដំណឹងពីរយៈពេលយូរឬបណ្តាការអនុម័តនេះនឹងនៅស្ថិត ស្ថេរ។ ក្នុងករណីជាច្រើន ការអនុម័តត្រូវបានផ្តល់សម្រាប់ពេលមួយឆ្នាំ។ អ្នកនឹងត្រូវការស្នើសុំការលើកលែងសៀវភៅដែលមានរូបមន្តសំរាប់ធ្វើថ្នាំថ្មី មួយ នៅពេលការអនុម័តរបស់អ្នកផុតសុពលភាព។

**ការផ្លាស់ប្តូរទៅលើថ្លៃចំណាយលើឱសថមានវេជ្ជបញ្ជា**

ពុំមានការផ្លាស់ប្តូរណាមួយទៅលើចំនួនទឹកប្រាក់ដែលអ្នកបង់សម្រាប់ឱសថមានវេជ្ជបញ្ជានៅក្នុងឆ្នាំ 2020 ទេ។ សូមអានផ្នែកខាងក្រោម សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមស្តីពីការធានារ៉ាប់រងឱសថមានវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក។

តារាងខាងក្រោមបង្ហាញពីថ្លៃចំណាយរបស់លោកអ្នកសម្រាប់ឱសថក្នុងថ្នាក់នីមួយៗនៃ ថ្នាក់ទាំង (3) របស់យើង។

|  | 2019 (ឆ្នាំនេះ)  | 2020 (ឆ្នាំបន្ទាប់)  |
|--|--|--|
| <b>ថ្នាំពេទ្យក្នុងថ្នាក់ទី 1</b><br>(ថ្នាំពេទ្យ ទូទៅ)<br>ថ្លៃចំណាយសម្រាប់ការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេលមួយខែនូវឱសថក្នុងថ្នាក់ទី 1 ដែលត្រូវបានបំពេញនៅឱសថស្ថានបណ្តាញ            | សហបង់ប្រាក់របស់អ្នកសម្រាប់ការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេលមួយខែ (31ថ្ងៃ) គឺ <b>\$0 ក្នុងមួយវេជ្ជបញ្ជា</b> ។ | សហបង់ប្រាក់របស់អ្នកសម្រាប់ការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេលមួយខែ (31ថ្ងៃ) គឺ <b>\$0 ក្នុងមួយវេជ្ជបញ្ជា</b> ។ |
| <b>ថ្នាំពេទ្យក្នុងថ្នាក់ទី 2</b><br>(ថ្នាំមានយឺហោ)<br>ថ្លៃចំណាយសម្រាប់ការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេលមួយខែនូវឱសថក្នុងថ្នាក់ទី 2 ដែលត្រូវបានបំពេញនៅឱសថស្ថានបណ្តាញ               | សហបង់ប្រាក់របស់អ្នកសម្រាប់ការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេលមួយខែ (31ថ្ងៃ) គឺ <b>\$0 ក្នុងមួយវេជ្ជបញ្ជា</b> ។ | សហបង់ប្រាក់របស់អ្នកសម្រាប់ការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេលមួយខែ (31ថ្ងៃ) គឺ <b>\$0 ក្នុងមួយវេជ្ជបញ្ជា</b> ។ |
| <b>ថ្នាំពេទ្យក្នុងថ្នាក់ទី 3</b><br>(ឱសថ Rx/OTC មិនមែន Medicare)<br>ថ្លៃចំណាយសម្រាប់ការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេលមួយខែនូវឱសថក្នុងថ្នាក់ទី 3 ដែលត្រូវបានបំពេញនៅឱសថស្ថានបណ្តាញ | សហបង់ប្រាក់របស់អ្នកសម្រាប់ការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេលមួយខែ (31ថ្ងៃ) គឺ <b>\$0 ក្នុងមួយវេជ្ជបញ្ជា</b> ។ | សហបង់ប្រាក់របស់អ្នកសម្រាប់ការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេលមួយខែ (31ថ្ងៃ) គឺ <b>\$0 ក្នុងមួយវេជ្ជបញ្ជា</b> ។ |

**E. របៀបជ្រើសរើសគម្រោង**

**E1. របៀបស្ថិតនៅក្នុងគម្រោង**

យើងសង្ឃឹមថានៅបន្តរក្សាលោកអ្នកជាសមាជិកម្នាក់នៅឆ្នាំបន្ទាប់។

អ្នកមិនត្រូវធ្វើអ្វីដើម្បីស្ថិតនៅក្នុងគម្រោងសុខភាពរបស់អ្នកទេ។ ប្រសិនបើលោកអ្នកមិនចុះឈ្មោះថ្មីសម្រាប់ផែនការ Cal MediConnect ផ្សេងមួយ ការផ្លាស់ប្តូរទៅលើផែនការ Medicare Advantage ឬកាលផ្លាស់ប្តូរទៅលើ Original Medicare លោកអ្នកនឹងស្ថិតក្នុងការចុះឈ្មោះ ដោយស្វ័យប្រវត្តិជាសមាជិកម្នាក់នៃផែនការរបស់យើងសម្រាប់ឆ្នាំ 2020។

**E2. របៀបផ្លាស់ប្តូរគម្រោងរបស់អ្នក**

អ្នកអាចបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់អ្នកនៅពេលណាក៏បានក្នុងឆ្នាំនេះដោយចុះឈ្មោះចូលក្នុង Medicare Advantage Plan មួយផ្សេងទៀតចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោង Cal MediConnect ផ្សេងទៀតឬផ្លាស់ប្តូរទៅ Original Medicare។

**របៀបដែលអ្នកនឹងទទួលបានសេវា Medicare**

លោកអ្នកនឹងមានបីជម្រើសសម្រាប់ការទទួលបានសេវា Medicare របស់លោកអ្នក។ ដោយការជ្រើសរើសយកមួយក្នុងជម្រើសទាំងនេះ លោកអ្នកនឹងបញ្ចប់សមាជិកភាពជាមួយនឹង Cal MediConnect ដោយស្វ័យប្រវត្តិ ។

|  |  |
|--|--|
| <p><b>1. លោកអ្នកអាចផ្លាស់ប្តូរទៅ៖</b><br/> <b>គម្រោងសុខភាពរបស់ Medicare ដូចជាគម្រោង Medicare Advantage Plan ឬប្រសិនបើអ្នកបំពេញតម្រូវការសិទ្ធិដែលអាចទទួលបាន និងរស់នៅក្នុងតំបន់សេវាកម្មកម្មវិធី Program of All-inclusive Care for the Elderly (PACE)</b></p> | <p><b>នេះគឺជាអ្វីដែលត្រូវធ្វើ៖</b><br/>                 សូមហៅទៅ Medicare តាមរយៈលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY សូមទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-877-486-2048<br/>                 សម្រាប់សំណួរទាក់ទងនឹង PACE សូមទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-855-921-PACE (7223)។<br/>                 ប្រសិនបើលោកអ្នកត្រូវការជំនួយ ឬព័ត៌មានបន្ថែម៖</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• សូមទូរស័ព្ទទៅកម្មវិធីផ្តល់ប្រឹក្សានិងតស៊ូមតិផ្នែកធានារ៉ាប់រងសុខភាពរដ្ឋ California (California Health Insurance Counseling and Advocacy Program ឬ HICAP) តាមទូរស័ព្ទលេខ 1800-434-022 ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់សុក្រចាប់ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹកដល់ម៉ោង 5:00 ល្ងាច។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមឬដើម្បីរកការិយាល័យ HICAP ក្នុងតំបន់របស់អ្នកសូមមើលរូបសាយថ្មី <a href="https://www.aging.ca.gov/HICAP/">https://www.aging.ca.gov/HICAP/</a>។</li> </ul> <p>អ្នកនឹងត្រូវបានលុបឈ្មោះដោយស្វ័យប្រវត្តិពីជម្រើសទ្វេ Molina នៅពេលការគ្របដណ្តប់របស់គម្រោងថ្មីរបស់អ្នកចាប់ផ្តើម។</p> |
| <p><b>2. លោកអ្នកអាចផ្លាស់ប្តូរទៅ៖</b><br/> <b>Original Medicare ជាមួយនឹងគម្រោងថ្នាំពេទ្យតាមវេជ្ជបញ្ជាដាច់ដោយឡែកពីគ្នារបស់ Medicare</b></p>   | <p><b>នេះគឺជាអ្វីដែលត្រូវធ្វើ៖</b><br/>                 សូមហៅទៅ Medicare តាមរយៈលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY សូមទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-877-486-2048។<br/>                 ប្រសិនបើលោកអ្នកត្រូវការជំនួយ ឬព័ត៌មានបន្ថែម៖</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• សូមទូរស័ព្ទទៅកម្មវិធីផ្តល់ប្រឹក្សានិងតស៊ូមតិផ្នែកធានារ៉ាប់រងសុខភាពរដ្ឋ California (California Health Insurance Counseling and Advocacy Program ឬ HICAP) តាមទូរស័ព្ទលេខ 1800-434-022 ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់សុក្រចាប់ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹកដល់ម៉ោង 5:00 ល្ងាច។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមឬដើម្បីរកការិយាល័យ HICAP ក្នុងតំបន់របស់អ្នកសូមមើលរូបសាយថ្មី <a href="https://www.aging.ca.gov/HICAP/">https://www.aging.ca.gov/HICAP/</a>។</li> </ul>   |

|  |   |
|--|---|
|  | <p>អ្នកនឹងត្រូវបានលុបឈ្មោះពី Molina Dual Options ដោយអត្តនាម័តនៅពេលការរ៉ាប់រង Original Medicare របស់អ្នកចាប់ផ្តើម។</p>   |
| <p><b>3. លោកអ្នកអាចផ្លាស់ប្តូរទៅ៖</b></p> <p><b>Original Medicare ដោយមិនមានគម្រោងថ្នាំពេទ្យតាមវេជ្ជបញ្ជាដាច់ដោយឡែកពីគ្នារបស់ Medicare</b></p> <p><b>ចំណាំ ៖</b> ប្រសិនបើអ្នកប្តូរទៅ Medicare ដើម ហើយមិនចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងថ្នាំពេទ្យមានវេជ្ជបញ្ជាដាច់ដោយឡែកមួយ Medicare អាចចុះឈ្មោះអ្នកក្នុងគម្រោងថ្នាំពេទ្យមួយលុះត្រាតែអ្នកប្រាប់ Medicare ថាអ្នកមិនចង់ចូលរួម។</p> <p>អ្នកគួរទម្លាក់ការរ៉ាប់រងលើថ្នាំពេទ្យមានវេជ្ជបញ្ជា ប្រសិនបើអ្នកទទួលបានការគ្របដណ្តប់លើថ្នាំពេទ្យពីនិយោជក សហគមន៍ឬធនធានផ្សេងទៀតប៉ុណ្ណោះ។ ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរអំពីថាតើអ្នកត្រូវការការណែនាំរ៉ាប់រងឱសថ សូមហៅទូរសព្ទមកកាន់កម្មវិធីប្រឹក្សាយោបល់និងតស៊ូមតិផ្នែកធានារ៉ាប់រងសុខភាពរបស់រដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា (California Health Insurance Counseling and Advocacy Program ឬ HICAP) តាមលេខ 1-800-434-0222 ពីថ្ងៃចន្ទដល់សុក្រចាប់ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹកដល់ម៉ោង 5:00 ល្ងាច។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមឬដើម្បីរកការិយាល័យ HICAP នៅក្នុងតំបន់របស់អ្នកសូមមើលគេហទំព័រ <a href="https://www.aging.ca.gov/HICAP/">https://www.aging.ca.gov/HICAP/</a>។</p> | <p><b>នេះគឺជាអ្វីដែលគួរធ្វើ៖</b></p> <p>សូមហៅទៅ Medicare តាមរយៈលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY សូមទូរសព្ទទៅលេខ 1-877-486-2048។</p> <p>ប្រសិនបើលោកអ្នកត្រូវការជំនួយ ឬព័ត៌មានបន្ថែម៖</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• សូមទូរសព្ទទៅកម្មវិធីផ្តល់ប្រឹក្សានិងតស៊ូមតិផ្នែកធានារ៉ាប់រងសុខភាពរដ្ឋ California (California Health Insurance Counseling and Advocacy Program ឬ HICAP) តាមទូរសព្ទលេខ 1-800-434-0222 ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់សុក្រចាប់ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹកដល់ម៉ោង 5:00 ល្ងាច សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមឬដើម្បីរកការិយាល័យ HICAP ក្នុងតំបន់របស់អ្នកសូមមើលរូបសាយថ្មី <a href="https://www.aging.ca.gov/HICAP/">https://www.aging.ca.gov/HICAP/</a>។</li> </ul> <p>អ្នកនឹងត្រូវបានលុបឈ្មោះដោយស្វ័យប្រវត្តិពី Molina Dual Options នៅពេលការគ្របដណ្តប់របស់គម្រោងដើមរបស់អ្នកចាប់ផ្តើម។</p> |

**របៀបដែលអ្នកនឹងទទួលបានសេវា Medi-Cal**

ប្រសិនបើអ្នកចាកចេញពីគម្រោង Cal MediConnect របស់យើង អ្នកនឹងត្រូវបានចុះឈ្មោះនៅក្នុងគម្រោងថែទាំគ្រប់គ្រងដោយ Medi-Cal នៃជម្រើសរបស់អ្នក។ សេវា Medi-Cal របស់លោកអ្នករួមមានសេវាកម្មរយៈពេលយូរបំផុត និងការគាំទ្រ និងផែនការសុខភាពអាកប្បកិរិយា។ នៅពេលអ្នកស្នើសុំបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់អ្នកនៅក្នុងគម្រោង Cal MediConnect របស់យើង អ្នកនឹងត្រូវតែអនុញ្ញាតឱ្យ Health Care Options ដល់ថាតើគម្រោងថែទាំគ្រប់គ្រងដោយ Medi-Cal មួយណាដែលអ្នកចង់ចូលរួម។ លោកអ្នកអាចទូរសព្ទទៅ Health Care Options តាមលេខ 1-844-580-7272, ថ្ងៃច័ន្ទ ដល់ ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ ម៉ោង 6:00។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY សូមទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-430-7077។

**F. របៀបទទួលបានជំនួយ**

**F1. ទទួលយកជំនួយពី Molina Dual Options**

សំណួរ? យើងនៅទីនេះដើម្បីជួយ។ សូមទូរសព្ទទៅសេវាសមាជិកតាមរយៈលេខ (855) 665-4627, (សម្រាប់ TTY/TDD សូមទូរសព្ទទៅលេខ 711)។ យើងអាចរកបានសម្រាប់ការហៅទូរសព្ទ ថ្ងៃច័ន្ទ ដល់ ថ្ងៃសុក្រ ម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ 8 យប់ ម៉ោងក្នុងស្រុក។

**អានសៀវភៅណែនាំសមាជិកឆ្នាំ 2020 របស់លោកអ្នក**

សៀវភៅណែនាំសមាជិក ឆ្នាំ 2020 នេះគឺស្របច្បាប់ ដែលរៀបរាប់លម្អិតពីការពិពណ៌នានៃអត្ថប្រយោជន៍គម្រោងរបស់អ្នក។ វាមានព័ត៌មានលម្អិតអំពីអត្ថប្រយោជន៍នៃឆ្នាំក្រោយ។ វាពន្យល់ពីសិទ្ធិរបស់លោកអ្នក និងវិន័យផ្សេងៗដែលលោកអ្នកត្រូវតែអនុវត្តតាមដើម្បីទទួលបានសេវាកម្មដែលបានរ៉ាប់រង និងឱសថមានវេជ្ជបញ្ជា។

ច្បាប់ចម្លងមានបច្ចុប្បន្នភាពនៃ សៀវភៅណែនាំសមាជិកឆ្នាំ 2020 គឺតែងតែអាចរកបាននៅលើគេហទំព័ររបស់យើងនៅ [www.MolinaHealthcare.com/Duals](http://www.MolinaHealthcare.com/Duals)។ អ្នកក៏អាចហៅទូរសព្ទផងដែរទៅសេវាសមាជិកតាមរយៈលេខ (855) 665-4627, TTY: 711 ថ្ងៃច័ន្ទ ដល់ ថ្ងៃសុក្រ ម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ 8 យប់ ម៉ោងក្នុងស្រុកដើម្បីស្នើឱ្យយើងផ្ញើសៀវភៅណែនាំសមាជិក ឆ្នាំ 2020 ទៅលោកអ្នកតាមប្រៃសណីយ៍។

**គេហទំព័ររបស់យើង**

អ្នកចូលមើលគេហទំព័ររបស់យើងផងដែរនៅ [www.MolinaHealthcare.com/Duals](http://www.MolinaHealthcare.com/Duals)។ ជាគ្រឿងរំលឹក គេហទំព័ររបស់យើងមានព័ត៌មានបច្ចុប្បន្នបំផុតអំពីបណ្តាញអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថានរបស់យើង (បញ្ជីអាសយដ្ឋានអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថាន) និងបញ្ជីថ្នាំពេទ្យរបស់យើង (បញ្ជីថ្នាំពេទ្យដែលគ្របដណ្តប់)។

**F2. ទទួលយកជំនួយពីអន្តរការីចុះឈ្មោះរដ្ឋ**

Medi-Cal Health Care Options អាចជួយលោកអ្នក ប្រសិនបើលោកអ្នកមានសំណួរអំពីការជ្រើសរើសផែនការ Cal MediConnect ប្រញាប់ចុះឈ្មោះផ្សេងទៀត។ លោកអ្នកអាចទូរសព្ទទៅ Health Care Options តាមលេខ 1-844-580-7272, ថ្ងៃច័ន្ទ ដល់ ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ ម៉ោង 6:00។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY សូមទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-430-7077។

**F3. ការទទួលជំនួយពី កម្មវិធី Cal MediConnect Ombuds**

កម្មវិធី Cal MediConnect Ombuds អាចជួយលោកអ្នក ប្រសិនបើលោកអ្នកកំពុងមានបញ្ហាមួយជាមួយ Molina Dual Options។ មន្ត្រីសើបអង្កេតផ្តល់សេវាកម្មជូនលោកអ្នកដោយឥតគិតថ្លៃ ។ កម្មវិធី Cal MediConnect Ombuds ៖

- ធ្វើការជាអ្នកតស៊ូសិទ្ធិដោយខ្លួនឯង។ ពួកគេអាចឆ្លើយសំណួរប្រសិនបើលោកអ្នកមានបញ្ហា ឬ ពាក្យបណ្តឹង ហើយអាចជួយលោកអ្នកឱ្យយល់ពីអ្វីដែលត្រូវធ្វើ។ សេវាកម្មរបស់មន្ត្រីសើបអង្កេតគឺឥតគិតថ្លៃ។
- ធ្វើឱ្យប្រាកដថាអ្នកមានព័ត៌មានពាក់ព័ន្ធនឹងសិទ្ធិនិងការការពាររបស់អ្នកនិងរបៀបដែលអ្នកអាចទទួលបានដំណោះស្រាយចំពោះបញ្ហារបស់អ្នក។
- គឺមិនត្រូវបានតភ្ជាប់អ្វីជាមួយយើងខ្ញុំ ឬជាមួយនឹងក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងសុខភាព ឬផែនការថែទាំសុខភាពណាមួយឡើយ។ លេខទូរស័ព្ទសម្រាប់កម្មវិធី Cal MediConnect Ombuds គឺ 1-855-501-3077។

**F4. ការទទួលជំនួយពីកម្មវិធីប្រឹក្សាយោបល់លើការធានារ៉ាប់រងសុខភាព និងការគាំពារ**

អ្នកអាចហៅទូរសព្ទទៅកម្មវិធីជំនួយធានារ៉ាប់រងសុខភាពរដ្ឋ (SHIP) របស់អ្នក។ លោកអ្នកអាចទូរសព្ទទៅកម្មវិធីប្រឹក្សាយោបល់លើការធានារ៉ាប់រងសុខភាព និងការគាំពារ (HICAP) ផងដែរ។ អ្នកផ្តល់ប្រឹក្សា HICAP អាចជួយឱ្យលោកអ្នកយល់ពីជម្រើសផែនការ Cal MediConnect របស់លោកអ្នក និងឆ្លើយសំណួរផ្សេងៗអំពីការប្តូរផែនការ។ HICAP មិនមានទំនាក់ទំនងអ្វីជាមួយយើងខ្ញុំ ឬជាមួយនឹងក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងសុខភាព ឬផែនការថែទាំសុខភាពណាមួយឡើយ ។ HICAP មានអ្នកប្រឹក្សាយោបល់ដែលបានទទួលការបណ្តុះបណ្តាលប្រចាំគ្រប់ខោនធីទាំងអស់ ហើយផ្តល់ជូនសេវាកម្មដោយឥតគិតថ្លៃ ។ លេខទូរស័ព្ទ HICAP គឺ 1-800-434-0222 ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម ឬដើម្បីស្វែងរកការិយាល័យ HICAP ក្នុងមូលដ្ឋានរបស់អ្នក សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ <https://www.aging.ca.gov/HICAP/>។

**F5. ការទទួលជំនួយពី Medicare**

ប្រសិនបើលោកអ្នកអាចហៅទូរស័ព្ទមកកាន់ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ ។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY សូមទូរសព្ទទៅលេខ 1-877-486-2048។

**វិបសាយ Medicare**

អ្នកអាចចូលមើលគេហទំព័រ Medicare (<https://www.medicare.gov/>)។ ប្រសិនបើអ្នករើសរើសចង់លុបឈ្មោះចេញពីគម្រោង Cal MediConnect របស់អ្នក ហើយចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងគុណសម្បត្តិ Medicare មួយ គេហទំព័រ Medicare មានព័ត៌មានអំពីថ្លៃចំណាយ ការគ្របដណ្តប់ និងការចាត់ថ្នាក់គុណភាពដើម្បីជួយអ្នកប្រៀបធៀបគម្រោងគុណសម្បត្តិ Medicare នានា។ លោកអ្នកអាចរកមើលព័ត៌មានអំពីផែនការ Medicare Advantage ដែលអាចរកបានក្នុងតំបន់របស់លោកអ្នកដោយការប្រើ Medicare Plan Finder លើគេហទំព័រ Medicare។ (ដើម្បីពិនិត្យឡើងវិញនូវព័ត៌មានអំពីគម្រោងនានា ចូលមើល <https://www.medicare.gov/> ហើយចុចលើ “រកមើល គម្រោងសុខភាព និងថ្នាំពេទ្យ”)។

**Medicare & អ្នក 2020**

អ្នកអាចអាន សៀវភៅណែនាំ Medicare & លោកអ្នក ឆ្នាំ 2020។ រៀងរាល់ឆ្នាំនៅរដូវស្លឹកឈើជ្រុះ កូនសៀវភៅផ្សព្វផ្សាយនេះត្រូវបានធ្វើតាមប្រែសម្រួលទៅមនុស្សដែលមាន Medicare។ វាមានសេចក្តីសង្ខេបនៃអត្ថប្រយោជន៍ Medicare សិទ្ធិ និងការការពារ និងផ្តល់ចម្លើយដល់សំណួរចាស់ជាញឹកញាប់បំផុតអំពី Medicare។ ប្រសិនបើលោកអ្នកមិនមានច្បាប់ចម្លងមួយនៃកូនសៀវភៅផ្សព្វផ្សាយនេះ លោកអ្នកអាចទទួលបានវានៅគេហទំព័រ Medicare (<https://www.medicare.gov/>) ឬដោយហៅទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ, 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY សូមទូរសព្ទទៅលេខ 1-877-486-2048។

**F6. ការទទួលជំនួយពីក្រសួងថែទាំសុខភាពមានការគ្រប់គ្រងរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា**

ក្រសួងថែទាំសុខភាពមានការគ្រប់គ្រងរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា (DMHC) គឺទទួលខុសត្រូវលើការដាក់បញ្ញត្តិផែនការសុខភាព។ ប្រសិនបើលោកអ្នកមានសារទុក្ខប្រឆាំងនឹងគម្រោងសុខភាពរបស់អ្នក ដំបូងលោកអ្នកអាចទូរសព្ទទៅគម្រោងសុខភាពរបស់លោកអ្នកតាមលេខ (855) 665-4627 TTY: 711 ថ្ងៃច័ន្ទ ដល់ ថ្ងៃសុក្រ ម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ 8 យប់ ម៉ោងក្នុងស្រុក ហើយប្រើដំណើរការសារទុក្ខរបស់ផែនការសុខភាពរបស់លោកអ្នក មុនពេលទាក់ទងទៅក្រសួង។ ការប្រើនីតិវិធីបណ្តឹងសារទុក្ខនេះ មិនបានហាមឃាត់ចំពោះសិទ្ធិផ្លូវច្បាប់ជាសក្តានុពល ឬវិធីដោះស្រាយណាមួយផ្សេងពីនេះ ដែលអាចមានចំពោះអ្នកឡើយ ។

បើលោកអ្នកត្រូវការជំនួយពាក់ព័ន្ធនឹងបណ្តឹងសារទុក្ខចំពោះការសង្គ្រោះបន្ទាន់ បណ្តឹងសារទុក្ខដែលនៅមិនទាន់ដោះស្រាយបានជាទីពេញចិត្ត ដោយគម្រោងសុខភាពរបស់លោកអ្នក ឬបណ្តឹងសារទុក្ខដែលនៅមិនទាន់បានដោះស្រាយហើយមានរយៈពេលច្រើនជាង 30 ថ្ងៃ លោកអ្នកអាចហៅទូរស័ព្ទមកកាន់នាយកដ្ឋានដើម្បីសុំជំនួយ។ សម្រាប់បញ្ហាបន្ទាន់ អ្នកអាចទូរសព្ទទៅនាយកដ្ឋានមុន ដោយមិនចាច់បំពេញសារទុក្ខជាមួយគម្រោងសុខភាពរបស់អ្នកទេ។

អ្នកក៏អាចមានសិទ្ធិទទួល “ការពិនិត្យវេជ្ជសាស្ត្រឯករាជ្យឡើងវិញ (IMR)” ផងដែរ។ ប្រសិនបើអ្នកអាចមានសិទ្ធិទទួលបាន IMR, ដំណើរការ IMR នឹងផ្តល់ការពិនិត្យនូវការសម្រេចចិត្តវេជ្ជសាស្ត្រឥតលម្អៀងឡើងវិញដែលបានផ្តល់ឡើងដោយផែនការសុខភាពដែលទាក់ទងនឹងភាពចាំបាច់វេជ្ជសាស្ត្រនៃសេវាកម្ម ឬការព្យាបាលដែលបានស្នើសុំ ការសម្រេចចិត្តគ្របដណ្តប់សម្រាប់ការព្យាបាលដែលជាលក្ខណៈការពិសោធន៍ ឬនៃការស៊ើបអង្កេត និងជម្លោះលើការបង់ប្រាក់សម្រាប់ការសង្គ្រោះបន្ទាន់ ឬសេវាកម្មវេជ្ជសាស្ត្របន្ទាន់។

នាយកដ្ឋានក៏មានលេខទូរស័ព្ទឥតគិតថ្លៃ (1-888-466-2219) និងបណ្តាញ TDD (1-877-688-9891) សម្រាប់អ្នកពិបាកស្តាប់ និងពិបាកនិយាយផងដែរ។ គេហទំព័រអ៊ីនធឺណិតរបស់ក្រសួង [www.dmhc.ca.gov](http://www.dmhc.ca.gov) មានសំណុំបែបបទពាក្យបណ្តឹង ទម្រង់បែបបទកម្មវិធី IMR និងការណែនាំលើបណ្តាញ។

CAD02ACKM1219



ប្រសិនបើលោកអ្នកមានសំណួរនានា លោកអ្នកអាចហៅទូរស័ព្ទទៅផ្នែកសេវាកម្មសមាជិក Molina Dual Options (855) 665-4627, TTY: 711 ថ្ងៃច័ន្ទ ដល់ ថ្ងៃសុក្រ ម៉ោង 8 ព្រឹកដល់ 8 យប់ ម៉ោងក្នុងស្រុក។ ការហៅទូរស័ព្ទគឺឥតគិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម ចូលមើល [www.MolinaHealthcare.com/Duals](http://www.MolinaHealthcare.com/Duals)។

