



Molina Dual Options Cal Medi-Connect Plan

គម្រោង Medicare-Medicaid Plan

2021 | ការដំណឹងអំពីការផ្លាស់ប្តូរប្រចាំឆ្នាំ

California H8677-002
កំពុងបម្រើនៅ Los Angeles Counties



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

កំណត់សម្គាល់ប្រចាំឆ្នាំនៃការផ្លាស់ប្តូរសម្រាប់ឆ្នាំ 2021

សេចក្តីផ្តើម

លោកអ្នកបច្ចុប្បន្នបានចុះឈ្មោះជាសមាជិកម្នាក់នៃ Molina Dual Options។ ឆ្នាំក្រោយ នឹងមានការផ្លាស់ប្តូរមួយចំនួន ចំពោះអត្ថប្រយោជន៍ និងថ្លៃចំណាយរបស់គម្រោងនេះ។ ការជូនដំណឹងអំពីការផ្លាស់ប្តូរនេះប្រាប់អ្នកអំពីការផ្លាស់ប្តូរមួយ ចំនួន និងកន្លែងដែលត្រូវស្វែងរក ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីការផ្លាស់ប្តូរទាំងនោះ។ ពាក្យគន្លឹះ និងនិយមន័យនៃពាក្យគន្លឹះទាំងនេះ បង្ហាញទៅតាមលំដាប់អក្សរក្រមនៅក្នុងជំពូកចុងក្រោយនៃកូនសៀវភៅណែនាំសម្រាប់សមាជិក។

តារាងមាតិកា

- A.** សេចក្តីប្រកាសមិនទទួលខុសត្រូវ 3
- B.** ការពិនិត្យឡើងវិញនូវការរ៉ាប់រងរបស់ Medicare និង Medi-Cal របស់លោកអ្នកសម្រាប់ឆ្នាំក្រោយ 3
 - B1. ធនធានបន្ថែម 4
 - B2. អំពី Molina Dual Options..... 5
 - B3. កិច្ចការសំខាន់ដែលត្រូវធ្វើ៖ 5
- C.** ការផ្លាស់ប្តូរចំពោះអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ និងឱសថស្ថាន 6
- D.** ការផ្លាស់ប្តូរចំពោះអត្ថប្រយោជន៍សម្រាប់ឆ្នាំក្រោយ 6
 - D1. ការផ្លាស់ប្តូរទៅលើអត្ថប្រយោជន៍សម្រាប់សេវាវេជ្ជសាស្ត្រ 6
 - D2. ការផ្លាស់ប្តូរចំពោះការរ៉ាប់រងឱសថមានវេជ្ជបញ្ជា 7
- E.** របៀបជ្រើសរើសគម្រោង..... 9
 - E1. របៀបបន្តស្ថិតនៅក្នុងគម្រោង..... 9
 - E2. របៀបដើម្បីផ្លាស់ប្តូរគម្រោង 9
- F.** របៀបដើម្បីទទួលបានជំនួយ..... 12
 - F1. ការទទួលបានជំនួយពី Molina Dual Options 12
 - F2. ការទទួលបានជំនួយពីអន្តរការីចុះឈ្មោះរដ្ឋ..... 12
 - F3. ការទទួលបានជំនួយពីកម្មវិធី Cal MediConnect Ombuds Program 12
 - F4. ការទទួលបានជំនួយពីកម្មវិធីប្រឹក្សាយោបល់លើការធានារ៉ាប់រងសុខភាព និងការគាំពារ 13
 - F5. ការទទួលបានជំនួយពី Medicare..... 13
 - F6. ការទទួលបានជំនួយពីក្រសួងថែទាំសុខភាពដែលមានការគ្រប់គ្រងដោយរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា 14

A. សេចក្តីប្រកាសមិនទទួលខុសត្រូវ

- ការកម្រិត សហបង់ថ្លៃ និងការដាក់កំហិតផ្សេងៗអាចត្រូវអនុវត្ត។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមទៀត សូមទាក់ទងទៅផ្នែកសេវាសមាជិក Molina Dual Options តាមទូរស័ព្ទលេខ (855) 665-4627, TTY: 711, ថ្ងៃចន្ទ ដល់ ថ្ងៃសុក្រពីម៉ោង 8 a.m. ដល់ម៉ោង 8 p.m. ម៉ោងក្នុងស្រុក ឬអានកូនសៀវភៅណែនាំសម្រាប់សមាជិក Molina Dual Options ។ នេះមានន័យថា លោកអ្នកអាចត្រូវចំណាយដោយខ្លួនឯងលើថ្លៃសេវាកម្មមួយចំនួន ហើយបានន័យថា លោកអ្នកត្រូវធ្វើតាមវិធានការដាក់លាក់មួយចំនួនទើប Molina Dual Options អាចចេញថ្លៃសេវាកម្មឲ្យលោកអ្នកបាន ។
- បញ្ជីនៃថ្នាំ និង/ឱសថស្ថានដែលរ៉ាប់រង និងបណ្តាញអ្នកផ្គត់ផ្គង់ប្រហែលផ្លាស់ប្តូរពេញមួយឆ្នាំ។ យើងនឹងធ្វើឱ្យអ្នកនូវការជូនដំណឹងមួយ នៅមុនពេលយើងធ្វើការផ្លាស់ប្តូរណាមួយដែលប៉ះពាល់លោកអ្នក។
- អត្ថប្រយោជន៍ និង/ឬសហបង់ថ្លៃនានាអាចនឹងផ្លាស់ប្តូរនៅថ្ងៃទី 1 ខែមករានៃឆ្នាំនីមួយៗ។
- Molina Healthcare អនុលោមតាមច្បាប់សិទ្ធិពលរដ្ឋសហព័ន្ធដែលអនុវត្តបាន ហើយមិនមានការរើសអើងលើមូលដ្ឋានពូជសាសន៍ សញ្ជាតិ ជនជាតិ សាសនា យេនឌ័រ ភេទ អាយុ ពិការភាពរាងកាយ ឬស្មារតី ស្ថានភាពសុខភាព ការទទួលបានការថែទាំសុខភាព បទពិសោធន៍បណ្តឹងទាមទារ ប្រវត្តិការព្យាបាល ព័ត៌មានពិន្ទុ ភស្តុតាងនៃការអាចទទួលបានការធានារ៉ាប់រង និងទីតាំងភូមិសាស្ត្រឡើយ។

B. ការពិនិត្យឡើងវិញលើការរ៉ាប់រងរបស់ Medicare និង Medi-Cal របស់លោកអ្នកសម្រាប់ឆ្នាំក្រោយ

វាមានសារៈសំខាន់ក្នុងការពិនិត្យឡើងវិញលើការធានារ៉ាប់រងរបស់លោកអ្នកឱ្យបានត្រឹមត្រូវនេះដើម្បីធានាថាវានឹងនៅតែបំពេញតាមតម្រូវការរបស់អ្នកនៅឆ្នាំក្រោយ។ ប្រសិនបើវាមិនបំពេញតាមតម្រូវការរបស់អ្នកទេ នោះអ្នកអាចចាកចេញពីគម្រោងបាន។ សូមមើលផ្នែក E2 សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។

ប្រសិនបើលោកអ្នកជ្រើសរើសចាកចេញពី Molina Dual Options សមាជិកភាពរបស់លោកអ្នកនឹងបញ្ចប់នៅថ្ងៃចុងក្រោយនៃខែដែលលោកអ្នកបានធ្វើការស្នើសុំ។

ប្រសិនបើអ្នកចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើង អ្នកនឹងនៅតែស្ថិតក្នុងកម្មវិធី Medicare និង Medi-Cal ដដែល ដរាបណាអ្នកនៅមានសិទ្ធិទទួល។

- លោកអ្នកនឹងមានជម្រើសមួយអំពីរបៀបទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ Medicare របស់លោកអ្នក (ទៅកាន់ទំព័រទី 9 ដើម្បីមើលជម្រើសនានារបស់លោកអ្នក)។
- លោកអ្នកនឹងទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ Medi-Cal របស់លោកអ្នកតាមរយៈគម្រោងថែទាំដែលបានគ្រប់គ្រងដោយ Medi-Cal នៃជម្រើសរបស់លោកអ្នក (ទៅកាន់ទំព័រទី 11 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 (TTY: 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 (TTY: 711).
ملحوظة: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-855-665-4627 (رقم هاتف الصم والبكم: 711).
- **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.
- **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. 1-855-665-4627 (TTY: 711) تماس بگیرید.
- በኮርያኛ ባሉበት 'ኮሮኤል' ስርዓት ስለሚገኙ የግብርና ልዩ ልዩ አገልግሎት ለሚሰጡ ሰው ለሰው አገልግሎት ለሚሰጡ ሰው ለሰው አገልግሎት: ደግሞ 1-855-665-4627 (TTY (ክፍለ-ድምፅ) ' 711):
- ប្រយ័ត្ន៖ ប្រសិនបើអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ សេវាជំនួយផ្នែកភាសាមានដោយឥតគិតថ្លៃ ក្នុងទម្រង់ដទៃផ្សេងទៀត ចូរទូរសព្ទ 1-855-665-4627 (TTY:711)
- អ្នកអាចទទួលបាន សេចក្តីជូនដំណឹងអំពីការផ្លាស់ប្តូរប្រចាំឆ្នាំនេះ ដោយឥតគិតថ្លៃ ក្នុងទម្រង់ដទៃផ្សេងទៀត ដូចជា អក្សរពុម្ពធំ អក្សរសម្រាប់អ្នកពិការភ្នែក ឬខ្សែអាត់សម្លេង។ ទូរសព្ទមកលេខ (855) 665-4627, TTY: 711 ថ្ងៃចន្ទដល់ ថ្ងៃសុក្រ ម៉ោង 8 a.m. ដល់ 8 p.m. ម៉ោងក្នុងស្រុក។ ការហៅទូរសព្ទគឺឥតគិតថ្លៃ។
- អ្នកអាចស្នើសុំឱ្យយើងធ្វើឱ្យអ្នកជានិច្ចនូវព័ត៌មានជាភាសា ឬទម្រង់ដែលអ្នកត្រូវការ។ ត្រង់នេះគេហទំព័រ សំណើសុំជា អចិន្ត្រៃយ៍។ យើងនឹងបន្តតាមដានចំពោះសំណើអចិន្ត្រៃយ៍របស់អ្នក ដូច្នេះអ្នកមិនចាំបាច់បង្កើតសំណើដាច់ដោយឡែក រាល់ ពេលដែលយើងធ្វើព័ត៌មានទៅកាន់អ្នកឡើយ។
- ដើម្បីទទួលបានឯកសារនេះជាភាសាដែលមិនមែនជាភាសាអង់គ្លេសនោះ សូមទំនាក់ទំនងទៅកាន់រដ្ឋតាមលេខ (800) 541-5555, TTY: 711 ថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ម៉ោង 8 a.m. ដល់ 5 p.m. ម៉ោងក្នុងស្រុកដើម្បីធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពកំណត់ត្រារបស់អ្នក ជាមួយភាសាដែលចង់បាន។ ដើម្បីទទួលបានឯកសារនេះជាទម្រង់ ផ្សេងនោះ សូមទំនាក់ទំនងទៅកាន់ សេវាសមាជិកតាមរយៈលេខ (855) 665-4627, TTY: 711 ថ្ងៃចន្ទដល់ ថ្ងៃសុក្រ ម៉ោង 8 a.m. ដល់ 8 p.m. ម៉ោងក្នុងស្រុក។ អ្នកតំណាងម្នាក់អាចជួយអ្នកក្នុងការបង្កើត ឬផ្លាស់ប្តូរសំណើសុំជាអចិន្ត្រៃយ៍នេះ។ អ្នកក៏អាចទាក់ទងទៅកាន់អ្នកគ្រប់គ្រងសំណុំរឿងរបស់អ្នកដើម្បីទទួលបានជំនួយលើសំណើអចិន្ត្រៃយ៍នេះ។

B2. អំពី Molina Dual Options

- គម្រោង Molina Dual Options Cal MediConnect គម្រោង Medicare-Medicaid គឺជាគម្រោងសុខភាពមួយដែលចុះកិច្ចសន្យាទាំងជាមួយ Medicare និង Medi-Cal ដើម្បីផ្តល់នូវអត្ថប្រយោជន៍នៃកម្មវិធីទាំងពីរដល់អ្នកចុះឈ្មោះ។
- ការធានារ៉ាប់រងក្រោមគម្រោង Molina Dual Options គឺជាការរ៉ាប់រងសុខភាពដែលមាន លក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ដែលមានឈ្មោះថា “ការរ៉ាប់រងចាំបាច់ជាអប្បបរមា។” វាគោរពតាមលក្ខខណ្ឌតម្រូវនៃទំនួលខុសត្រូវរួមនៃច្បាប់ស្តីពីកិច្ចការពារអ្នកជំងឺ និងការថែទាំតាមលទ្ធភាព (ACA) របស់បុគ្គល។ សូមចូលទៅគេហទំព័រសេវាចំណូលផ្ទៃក្នុង (IRS) នៅ www.irs.gov/affordable-care-act/individuals-and-families សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមស្តីពីលក្ខខណ្ឌតម្រូវក្នុងទំនួលខុសត្រូវរួមរបស់បុគ្គលម្នាក់ៗ។
- គម្រោង Molina Dual Options នេះត្រូវបានផ្តល់ជូនដោយ Molina Healthcare។ នៅពេលកំណត់សម្គាល់នៃការផ្លាស់ប្តូរប្រចាំឆ្នាំនេះនិយាយថា “យើង” “យើង” ឬ “របស់យើង” វាមានន័យថា Molina Healthcare។ ពេលវាសរសេរថា “គម្រោង” ឬ “គម្រោងរបស់យើង” គឺមានន័យថា Molina Dual Options។

B3. កិច្ចការសំខាន់ៗដែលត្រូវធ្វើ៖

- **សូមពិនិត្យមើល ប្រសិនបើមានការផ្លាស់ប្តូរណាមួយចំពោះអត្ថប្រយោជន៍របស់យើងដែលអាចប៉ះពាល់ដល់លោកអ្នក។**
 - តើមានការផ្លាស់ប្តូរណាមួយដែលប៉ះពាល់ដល់សេវាកម្មដែលលោកអ្នកប្រើដែរទេ?
 - វាមានសារៈសំខាន់ក្នុងការត្រួតពិនិត្យឡើងវិញលើការផ្លាស់ប្តូរអត្ថប្រយោជន៍ដើម្បីធ្វើឱ្យប្រាកដថាការផ្លាស់ប្តូរទាំងនោះនឹងដំណើរការបានសម្រាប់លោកអ្នកនៅឆ្នាំក្រោយ។
 - សូមមើលក្នុងផ្នែក D សម្រាប់ព័ត៌មានអំពីការផ្លាស់ប្តូរអត្ថប្រយោជន៍សម្រាប់គម្រោងរបស់យើង។
- **ពិនិត្យ ប្រសិនបើមានការផ្លាស់ប្តូរណាមួយចំពោះការរ៉ាប់រងឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជារបស់យើងដែលអាចប៉ះពាល់ដល់លោកអ្នក។**
 - តើឱសថរបស់អ្នកនឹងត្រូវបានធានាឬអត់? តើឱសថទាំងនោះស្ថិតក្នុងថ្នាក់ខុសគ្នាមែនទេ? តើលោកអ្នកអាចបន្តប្រើឱសថស្ថានដដែលដែរទេ?
 - វាមានសារៈសំខាន់ក្នុងការត្រួតពិនិត្យឡើងវិញលើការផ្លាស់ប្តូរនានាដើម្បីធ្វើឱ្យប្រាកដថាការរ៉ាប់រងឱសថរបស់យើងនឹងដំណើរការបានសម្រាប់លោកអ្នកនៅឆ្នាំក្រោយ។
 - សូមមើលក្នុងផ្នែក D2 សម្រាប់ព័ត៌មានអំពីការផ្លាស់ប្តូរនានាចំពោះការរ៉ាប់រងឱសថរបស់យើង។
- **ពិនិត្យមើល ប្រសិនបើអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថានរបស់លោកអ្នកនឹងស្ថិតនៅក្នុងបណ្តាញរបស់យើងនៅឆ្នាំក្រោយ។**
 - តើវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក រួមបញ្ចូលទាំងអ្នកជំនាញដែលអ្នកជួបជាប្រចាំនៅក្នុងបណ្តាញ របស់យើងឬទេ? ចុះចំណែកឱសថស្ថានរបស់លោកអ្នកវិញ? ចុះចំណែកមន្ទីរពេទ្យ ឬអ្នកផ្តល់សេវាផ្សេងទៀតដែលលោកអ្នកប្រើវិញ?
 - សូមមើលក្នុងផ្នែក C សម្រាប់ព័ត៌មានអំពី *បញ្ជីឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថាន* របស់យើង។

- គិតអំពីថ្លៃចំណាយសរុបរបស់លោកអ្នកក្នុងគម្រោងនេះ។
 - តើថ្លៃចំណាយសរុបធៀបទៅនឹងជម្រើសរ៉ាប់រងផ្សេងទៀតយ៉ាងដូចម្តេចដែរ?
- គិតអំពីថាតើលោកអ្នករីករាយជាមួយគម្រោងរបស់យើងឬយ៉ាងណា។

ប្រសិនបើអ្នកសម្រេចចិត្តថាស្ថិតនៅជាមួយ Molina Dual Options ៖

ប្រសិនបើលោកអ្នកចង់ស្ថិតនៅជាមួយយើងនៅឆ្នាំក្រោយ វាងាយស្រួលទេ គឺថា លោកអ្នកមិនចាំបាច់ ធ្វើអ្វីទាំងអស់។ ប្រសិនបើអ្នកមិនធ្វើការផ្លាស់ប្តូរ អ្នកនឹងនៅតែស្ថិតក្នុងការចុះឈ្មោះជាមួយគម្រោងរបស់យើងដោយស្វ័យប្រវត្តិ។

ប្រសិនបើលោកអ្នកសម្រេចចិត្តផ្លាស់ប្តូរផែនការ៖

ប្រសិនបើអ្នកសម្រេចថាការរ៉ាប់រងផ្សេងនឹងសាកសមជាមួយ តម្រូវការរបស់អ្នកជាងនោះ អ្នកអាចធ្វើការផ្លាស់ប្តូរគម្រោង បាន (មើលផ្នែក E2 សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម)។ ប្រសិនបើអ្នក ចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងថ្មីមួយ ការធានារ៉ាប់រងថ្មីរបស់អ្នកនឹង ចាប់ផ្តើមនៅថ្ងៃទីមួយ នៃខែបន្តបន្ទាប់។ សូមមើលផ្នែក E ទំព័រទី 9 ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពីជម្រើសរបស់លោកអ្នក។

C. ការផ្លាស់ប្តូរនានាចំពោះបណ្តាញអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថាន

បណ្តាញអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថានរបស់យើង បានធ្វើការផ្លាស់ប្តូរសម្រាប់ឆ្នាំ 2021 ។

យើងសូមធ្វើការលើកទឹកចិត្តលោកអ្នកឲ្យធ្វើការត្រួតពិនិត្យឡើងវិញលើ **បញ្ជីឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថាន** របស់ យើងនាពេលបច្ចុប្បន្ន ដើម្បីពិនិត្យមើលប្រសិនបើអ្នកផ្តល់សេវា ឬឱសថស្ថានរបស់លោកនៅតែស្ថិតនៅក្នុងបណ្តាញ របស់យើងខ្ញុំដែរឬទេ។ **បញ្ជីឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថាន** ដែលបានធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពមាននៅលើគេហទំព័ររបស់យើងនៅ www.MolinaHealthcare.com/Duals។ អ្នកក៏អាចហៅទូរសព្ទផងដែរទៅសេវាសមាជិកតាមរយៈលេខ (855) 665-4627, TTY៖ 711 ថ្ងៃចន្ទ ដល់ ថ្ងៃសុក្រ ម៉ោង 8 a.m. ដល់ 8 p.m. ម៉ោងក្នុងស្រុកដើម្បីបានព័ត៌មានអំពី អ្នកផ្តល់សេវាដែលបានធ្វើ បច្ចុប្បន្នភាព ឬដើម្បីស្នើឱ្យយើងផ្ញើតាមប្រអប់សំបុត្រជូនអ្នកនូវ**បញ្ជីឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថាន**។

វាមានសារៈសំខាន់ដែលលោកអ្នកគួរដឹងថា យើងក៏អាចធ្វើការផ្លាស់ប្តូរចំពោះបណ្តាញរបស់យើងក្នុង អំឡុងឆ្នាំនេះផងដែរ។ ប្រសិនបើអ្នកផ្តល់សេវារបស់លោកអ្នកពិតជាចង់ចាកចេញពីគម្រោងនេះ លោកអ្នកមានសិទ្ធិ និងកិច្ចការពារជាក់លាក់មួយចំនួន។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមមើលជំពូក 3 នៃ**សៀវភៅណែនាំសមាជិករបស់លោកអ្នក**។

D. ការផ្លាស់ប្តូរនានាចំពោះអត្ថប្រយោជន៍សម្រាប់ឆ្នាំក្រោយ

D1. ការផ្លាស់ប្តូរនានាចំពោះអត្ថប្រយោជន៍សម្រាប់សេវាវេជ្ជសាស្ត្រ

យើងនឹងផ្លាស់ប្តូរលើទំហំធានារ៉ាប់រងរបស់យើងសម្រាប់សេវាវេជ្ជសាស្ត្រជាក់លាក់មួយចំនួននៅឆ្នាំក្រោយ។ តារាងខាង កុំរាយពណ៌នាអំពីការផ្លាស់ប្តូរទាំងនេះ។

? ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរណាមួយ សូមទូរសព្ទទៅ Molina Dual Options តាមលេខ (855) 665-4627, TTY៖ 711, ចន្ទ-សុក្រ, 8 a.m ដល់ 8 p.m ម៉ោងក្នុងស្រុក។ ការហៅទូរសព្ទគឺឥតគិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលមើល www.MolinaHealthcare.com/Duals។

	2020 (ឆ្នាំនេះ)	2021 (ឆ្នាំក្រោយ)
សេវាស្តារសម្បទាបេះដូង និងសួត	មិនតម្រូវឱ្យមានការសុំសិទ្ធិអនុញ្ញាតជាមុនឡើយ។	តម្រូវឱ្យមានការសុំសិទ្ធិអនុញ្ញាតជាមុនឡើយ។
ឱសថទិញមិនមានវេជ្ជបញ្ជា (OTC)	ប័ណ្ណឥណពន្ធ/ឱសថទិញរាយរងនៃឱសថមិនមានវេជ្ជបញ្ជា (OTC) មិនត្រូវបានធានាទេ	ប័ណ្ណឥណពន្ធ/ឱសថទិញរាយរងនៃឱសថមិនមានវេជ្ជបញ្ជា (OTC) ត្រូវបានធានា

D2. ការផ្លាស់ប្តូរធានាចំពោះការរ៉ាប់រងឱសថមានវេជ្ជបញ្ជា

ការផ្លាស់ប្តូរធានាចំពោះបញ្ជីឱសថរបស់យើង

បញ្ជីឱសថដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដែលបានធ្វើបច្ចុប្បន្នភាព គឺមាននៅលើគេហទំព័ររបស់យើងនៅ www.MolinaHealthcare.com/Duals ។ អ្នកក៏អាចហៅទូរសព្ទផងដែរទៅសេវាសមាជិកតាមរយៈលេខ (855) 665-4627, TTY: 711 ថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ម៉ោង 8 a.m. ដល់ 8 p.m. ម៉ោងក្នុងស្រុក សម្រាប់ព័ត៌មានឱសថដែលបានធ្វើបច្ចុប្បន្នភាព ឬដើម្បីស្នើឱ្យយើងផ្ញើតាមប្រអប់សំបុត្រជូនអ្នកនូវបញ្ជីឱសថដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រង។

បញ្ជីឱសថដែលធានារ៉ាប់រង គឺត្រូវបានហៅថា "បញ្ជីឱសថ"។

យើងបានធ្វើការផ្លាស់ប្តូរធានាចំពោះបញ្ជីថ្នាំពេទ្យឱសថរបស់យើង ដែលរួមមានការផ្លាស់ប្តូរចំពោះឱសថដែលយើងធានារ៉ាប់រង និងការផ្លាស់ប្តូរចំពោះការដាក់កំហិត ដែលអនុវត្តចំពោះទំហំធានារ៉ាប់រងរបស់យើងសម្រាប់ឱសថជាក់លាក់មួយចំនួន។

ពិនិត្យមើលឡើងវិញលើបញ្ជីឱសថនេះដើម្បីធ្វើឱ្យប្រាកដថាឱសថរបស់លោកអ្នកនឹងត្រូវបានធានារ៉ាប់រងនៅឆ្នាំក្រោយ និងដើម្បីមើលប្រសិនបើមាន ការដាក់កំហិតណាមួយឬយ៉ាងណា។

ប្រសិនបើលោកអ្នកទទួលបានផលប៉ះពាល់ដោយការផ្លាស់ប្តូរលើការរ៉ាប់រងឱសថ យើងលើកទឹកចិត្តឱ្យលោកអ្នក៖

- ធ្វើការជាមួយវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់លោកអ្នក (ឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាផ្សេងទៀត) ដើម្បីស្វែងរកឱសថខុសគ្នាមួយដែលយើងរ៉ាប់រង។
 - លោកអ្នកអាចហៅទូរសព្ទមកកាន់សេវាសមាជិកដែលមានលេខ (855) 665-4627 TTY: 711 ថ្ងៃចន្ទ ដល់ ថ្ងៃសុក្រ ម៉ោង 8 a.m. ដល់ 8 p.m. ម៉ោងក្នុងស្រុក ឬទាក់ទងអ្នកគ្រប់គ្រងសំណុំរឿង របស់អ្នកដើម្បីសុំបញ្ជីឱសថដែលបានធានារ៉ាប់រងសម្រាប់ព្យាបាល លក្ខខណ្ឌជំងឺដូចគ្នា។
 - បញ្ជីនេះអាចជួយអ្នកផ្តល់សេវារបស់លោកអ្នករកមើលឱសថដែលបានធានារ៉ាប់រង ដែលអាចដំណើរការបានសម្រាប់លោកអ្នក។
- ធ្វើការជាមួយវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក (ឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាផ្សេងទៀត) និងស្នើឱ្យគម្រោងនេះ ធ្វើការលើកលែងមួយដើម្បីធានារ៉ាប់រងលើឱសថនេះ។
 - លោកអ្នកអាចស្នើសុំការលើកលែងនៅមុនឆ្នាំក្រោយមកដល់ ហើយយើងនឹង ផ្តល់ចម្លើយដល់លោកអ្នកក្នុងរយៈពេល 72 ម៉ោង បន្ទាប់ពីយើងទទួលបានការស្នើសុំរបស់លោកអ្នក (ឬសេចក្តីថ្លែងការណ៍គាំទ្ររបស់អ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជារបស់លោកអ្នក)។

ការជូនដំណឹងអំពីការផ្លាស់ប្តូររបស់ Molina Dual Options សម្រាប់ឆ្នាំ 2021

- ដើម្បីស្វែងយល់អំពីអ្វីដែលលោកអ្នកត្រូវតែធ្វើដើម្បីស្នើសុំការលើកលែង សូមមើលជំពូលទី 9 នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិកឆ្នាំ 2021* ឬទូរសព្ទទៅកាន់ផ្នែកសេវាសមាជិក តាមលេខ (855) 665-4627, TTY: 711 ថ្ងៃចន្ទដល់ ថ្ងៃសុក្រ ម៉ោង 8 a.m. ដល់ 8 p.m. ម៉ោងក្នុងស្រុក។
- ប្រសិនបើលោកអ្នកត្រូវការជំនួយស្នើសុំការលើកលែង លោកអ្នកអាចទាក់ទងផ្នែកសេវាអតិថិជន ឬអ្នកគ្រប់គ្រង ករណីរបស់លោកអ្នកបាន។ សូមមើលជំពូលទី 2 និងទី 3 នៃ *សៀវភៅណែនាំសម្រាប់សមាជិក* ដើម្បីស្វែងយល់ បន្ថែមអំពីរបៀបទាក់ទងប្រធានគ្រប់គ្រងសំណុំរៀងរបស់លោកអ្នក។

ប្រសិនបើការលើកលែងលើបញ្ជីឱសថរបស់លោកអ្នកត្រូវបានអនុម័ត នោះលោកអ្នកនឹងត្រូវ បានជូនដំណឹងអំពីរយៈពេលយូរ ប៉ុណ្ណាដែលការអនុម័តនេះនឹងនៅស្ថិតស្ថេរ។ ក្នុងករណីភាគច្រើន ការអនុម័តត្រូវបានផ្តល់សម្រាប់ពេលមួយឆ្នាំ។ អ្នកនឹងត្រូវការស្នើសុំការលើកលែងបញ្ជីឱសថថ្មីមួយ នៅពេលការអនុម័ត របស់លោកអ្នកផុតសុពលភាព។

ការផ្លាស់ប្តូរនានាចំពោះថ្លៃចំណាយលើឱសថមានវេជ្ជបញ្ជា

ពុំមានការផ្លាស់ប្តូរណាមួយចំពោះចំនួនទឹកប្រាក់ដែលអ្នកបង់សម្រាប់ឱសថមានវេជ្ជបញ្ជានៅក្នុងឆ្នាំ 2021 ទេ។ សូមអានផ្នែកខាងក្រោមសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមស្តីពីការធានារ៉ាប់រងឱសថមានវេជ្ជបញ្ជារបស់លោកអ្នក។

តារាងខាងក្រោមបង្ហាញពីថ្លៃចំណាយរបស់លោកអ្នកសម្រាប់ឱសថក្នុងថ្នាក់នីមួយៗនៃ ថ្នាក់ទាំងបី (3) របស់យើង។

	2020 (ឆ្នាំនេះ)	2021 (ឆ្នាំក្រោយ)
ឱសថក្នុងថ្នាក់ទី 1 (ឱសថទូទៅ) ថ្លៃចំណាយសម្រាប់ការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេលមួយខែនូវឱសថក្នុងថ្នាក់ទី 1 ដែលត្រូវបានបំពេញនៅឱសថស្ថានបណ្តាញ	សហបង់ប្រាក់របស់អ្នកសម្រាប់ការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេលមួយខែ (31ថ្ងៃ) គឺ \$0 ក្នុងមួយវេជ្ជបញ្ជា ។	សហបង់ប្រាក់របស់អ្នកសម្រាប់ការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេលមួយខែ (31ថ្ងៃ) គឺ \$0 ក្នុងមួយវេជ្ជបញ្ជា ។
ឱសថក្នុងថ្នាក់ទី 2 (ឱសថមានយឺហោ) ថ្លៃចំណាយសម្រាប់ការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេលមួយខែនូវឱសថក្នុងថ្នាក់ទី 2 ដែលត្រូវបានបំពេញនៅឱសថស្ថានបណ្តាញ	សហបង់ប្រាក់របស់អ្នកសម្រាប់ការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេលមួយខែ (31ថ្ងៃ) គឺ \$0 ក្នុងមួយវេជ្ជបញ្ជា ។	សហបង់ប្រាក់របស់អ្នកសម្រាប់ការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេលមួយខែ (31ថ្ងៃ) គឺ \$0 ក្នុងមួយវេជ្ជបញ្ជា ។
ឱសថក្នុងថ្នាក់ទី 3 (ឱសថ Rx/OTC មិនមែន Medicare) ថ្លៃចំណាយសម្រាប់ការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេលមួយខែនូវឱសថក្នុងថ្នាក់ទី 3 ដែលត្រូវបានបំពេញនៅឱសថស្ថានបណ្តាញ	សហបង់ប្រាក់របស់អ្នកសម្រាប់ការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេលមួយខែ (31ថ្ងៃ) គឺ \$0 ក្នុងមួយវេជ្ជបញ្ជា ។	សហបង់ប្រាក់របស់អ្នកសម្រាប់ការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេលមួយខែ (31ថ្ងៃ) គឺ \$0 ក្នុងមួយវេជ្ជបញ្ជា ។



E. របៀបជ្រើសរើសគម្រោង

E1. របៀបបន្តស្ថិតនៅក្នុងគម្រោង

យើងសង្ឃឹមថានៅបន្តរក្សាលោកអ្នកជាសមាជិកម្នាក់នៅឆ្នាំក្រោយ។

លោកអ្នកមិនត្រូវធ្វើអ្វីដើម្បីបន្តស្ថិតនៅក្នុងគម្រោងសុខភាពរបស់អ្នកទេ។ ប្រសិនបើលោកអ្នកមិនចុះឈ្មោះថ្មីសម្រាប់គម្រោង Cal MediConnect ផ្សេងមួយ ការផ្លាស់ប្តូរ ចំពោះគម្រោង Medicare Advantage ឬការផ្លាស់ប្តូរចំពោះ Original Medicare លោកអ្នកនឹងស្ថិតក្នុងការចុះឈ្មោះដោយស្វ័យប្រវត្តិជាសមាជិកម្នាក់នៃគម្រោងរបស់យើងសម្រាប់ឆ្នាំ 2021។

E2. របៀបផ្លាស់ប្តូរគម្រោងរបស់លោកអ្នក

លោកអ្នកអាចបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់លោកអ្នកនៅពេលណាក៏បានក្នុងឆ្នាំនេះដោយចុះឈ្មោះចូលក្នុងគម្រោង Medicare Advantage Plan មួយផ្សេងទៀត ចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោង Cal MediConnect ផ្សេងទៀត ឬផ្លាស់ប្តូរទៅ Original Medicare។

របៀបដែលអ្នកនឹងទទួលបានសេវា Medicare

លោកអ្នកនឹងមានជម្រើសសម្រាប់ការទទួលបានសេវា Medicare របស់លោកអ្នក។ ដោយការជ្រើសរើសយកមួយក្នុងជម្រើសទាំងនេះ លោកអ្នកនឹងបញ្ចប់សមាជិកភាពជាមួយនឹង Cal MediConnect ដោយស្វ័យប្រវត្តិ ។

<p>1. លោកអ្នកអាចផ្លាស់ប្តូរទៅ៖</p> <p>គម្រោងសុខភាពរបស់ Medicare ដូចជាគម្រោង Medicare Advantage Plan ឬប្រសិនបើលោកអ្នកបំពេញទៅតាមលក្ខខណ្ឌតម្រូវនៃសិទ្ធិដែលអាចទទួលបាន និងរស់នៅក្នុងតំបន់សេវាកម្មកម្មវិធី Program of All-inclusive Care for the Elderly (PACE)</p>	<p>នេះគឺជាអ្វីដែលគួរធ្វើ៖</p> <p>សូមហៅទូរសព្ទទៅ Medicare តាមរយៈលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY សូមទូរសព្ទទៅលេខ 1-877-486-2048</p> <p>សម្រាប់សំណួរទាក់ទងនឹង PACE សូមទូរសព្ទទៅលេខ 1-855-921-PACE (7223)។</p> <p>ប្រសិនបើលោកអ្នកត្រូវការជំនួយ ឬព័ត៌មានបន្ថែម៖</p> <ul style="list-style-type: none"> សូមទូរសព្ទទៅកម្មវិធី California Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) តាមរយៈលេខ 1-800-434-0222, ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8:00 a.m. ដល់ ម៉ោង 5:00 p.m. សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម ឬដើម្បីស្វែងរកការិយាល័យ HICAP ប្រចាំតំបន់ក្នុងទីតាំងរបស់អ្នក សូមចូលទៅកាន់ www.aging.ca.gov/HICAP/ <p>អ្នកនឹងត្រូវបានលុបឈ្មោះដោយស្វ័យប្រវត្តិពី Molina Dual Options នៅពេលការគ្របដណ្តប់របស់គម្រោងថ្មីរបស់អ្នកចាប់ផ្តើម។</p>
---	---

2. លោកអ្នកអាចផ្លាស់ប្តូរទៅ៖

Original Medicare ជាមួយនឹងគម្រោងថ្នាំពេទ្យ តាមវេជ្ជបញ្ជាដាច់ដោយឡែកពីគ្នារបស់ Medicare

នេះគឺជាអ្វីដែលគួរធ្វើ៖

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

ប្រសិនបើលោកអ្នកត្រូវការជំនួយ ឬព័ត៌មានបន្ថែម៖

- សូមទូរសព្ទទៅកម្មវិធី California Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) តាមរយៈលេខ 1-800-434-0222, ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8:00 a.m. ដល់ ម៉ោង 5:00 p.m. សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម ឬដើម្បីស្វែងរកការិយាល័យ HICAP ប្រចាំតំបន់ក្នុងទីតាំងរបស់អ្នក សូមចូលទៅកាន់ www.aging.ca.gov/HICAP/។

អ្នកនឹងត្រូវបានលុបឈ្មោះចេញពី Molina Dual Options ដោយស្វ័យប្រវត្តិនៅពេលការរ៉ាប់រង Original Medicare របស់អ្នកចាប់ផ្តើម។



3. លោកអ្នកអាចផ្លាស់ប្តូរទៅ៖

Original Medicare ដោយមិនមានគម្រោងថ្នាំពេទ្យតាមវេជ្ជបញ្ជាដាច់ដោយឡែកពីគ្នារបស់ Medicare

ចំណាំ ៖ ប្រសិនបើលោកអ្នកប្តូរទៅ Original Medicare ហើយមិនចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាដាច់ដោយឡែកមួយ Medicare អាចចុះឈ្មោះលោកអ្នកក្នុងគម្រោងថ្នាំពេទ្យមួយ លុះត្រាតែលោកអ្នកប្រាប់ Medicare ថាលោកអ្នកមិនចង់ចូលរួម។

អ្នកគួរទម្លាក់ចោលការរ៉ាប់រងលើឱសថមានវេជ្ជបញ្ជា ប្រសិនបើលោកអ្នកទទួលបានការធានារ៉ាប់រង លើឱសថពីប្រភពមួយទៀតដូចជានិយោជក ឬសហជីព។ ប្រសិនបើលោកអ្នកមានសំណួរអំពីថាតើលោកអ្នកត្រូវការការធានារ៉ាប់រងឱសថឬអត់នោះ សូមទូរសព្ទទៅកាន់កម្មវិធី California Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) តាមលេខ 1-800-434-0222, ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8:00 a.m. ដល់ ម៉ោង 5:00 p.m. សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម ឬដើម្បីស្វែងរកការិយាល័យ HICAP ប្រចាំតំបន់ក្នុងទីតាំងរបស់អ្នក សូមចូលទៅកាន់ www.aging.ca.gov/HICAP/។

នេះគឺជាអ្វីដែលគួរធ្វើ៖

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

ប្រសិនបើលោកអ្នកត្រូវការជំនួយ ឬព័ត៌មានបន្ថែម៖

- សូមទូរសព្ទទៅកម្មវិធី California Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) តាមរយៈលេខ 1-800-434-0222, ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8:00 a.m. ដល់ ម៉ោង 5:00 p.m. សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម ឬដើម្បីស្វែងរកការិយាល័យ HICAP ប្រចាំតំបន់ក្នុងទីតាំងរបស់អ្នក សូមចូលទៅកាន់ www.aging.ca.gov/HICAP/.

អ្នកនឹងត្រូវបានលុបឈ្មោះចេញពី Molina Dual Options ដោយស្វ័យប្រវត្តិនៅពេលការរ៉ាប់រង Original Medicare របស់អ្នកចាប់ផ្តើម។

របៀបដែលអ្នកនឹងទទួលបានសេវា Medi-Cal

ប្រសិនបើអ្នកចាកចេញពីគម្រោង Cal MediConnect របស់យើង អ្នកនឹងត្រូវបានចុះឈ្មោះនៅក្នុងគម្រោងថែទាំគ្រប់គ្រងដោយ Medi-Cal នៃជម្រើសរបស់អ្នក។ សេវា Medi-Cal របស់លោកអ្នករួមមានសេវាកម្មរយៈពេលយូរ បំផុត និងការគាំទ្រ និងផែនការសុខភាពអាកប្បកិរិយា។

នៅពេលលោកអ្នកស្នើសុំបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់លោកអ្នកនៅក្នុងគម្រោង Cal MediConnect របស់យើង លោកអ្នកនឹងត្រូវអនុញ្ញាតឱ្យ Health Care Options ដឹងថាគម្រោងថែទាំគ្រប់គ្រងដោយ Medi-Cal មួយណាដែលអ្នកចង់ចូលរួម។ អ្នកអាចទូរសព្ទទៅ Health Care Options តាមរយៈលេខ 1-844-580-7272, ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8:00 am ព្រឹកដល់ម៉ោង 6:00 pm ល្ងាច។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY សូមទូរសព្ទទៅលេខ 1 -800-430-7077។

F. របៀបទទួលបានជំនួយ

F1. ការទទួលបានជំនួយពី Molina Dual Options

មានសំណួរឬ? យើងនៅទីនេះដើម្បីជួយ។ សូមទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាសមាជិកតាមរយៈលេខ (855) 665-4627 (សម្រាប់ TTY ប៉ុណ្ណោះ សូមទូរសព្ទទៅលេខ 711)។ អាចទំនាក់ទំនងយើងតាមការហៅទូរសព្ទបាន ពីថ្ងៃច័ន្ទ ដល់ ថ្ងៃសុក្រ ម៉ោង 8 a.m. ដល់ 8 p.m. ម៉ោងក្នុងស្រុក។ ការហៅទៅកាន់លេខទាំងនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។

សូមអាន សៀវភៅណែនាំសមាជិកឆ្នាំ 2021 របស់លោកអ្នក

សៀវភៅណែនាំសមាជិក ឆ្នាំ 2021នេះគឺជាការពណ៌នាលម្អិត មានលក្ខណៈស្របច្បាប់ ពីអំពីអត្ថប្រយោជន៍នានានៃ គម្រោងរបស់អ្នក។ វាមានព័ត៌មានលម្អិតអំពីអត្ថប្រយោជន៍នៃឆ្នាំក្រោយ។ វាពន្យល់អំពីសិទ្ធិរបស់លោកអ្នក និងបទបញ្ញត្តិ ផ្សេងៗដែលលោកអ្នកត្រូវតែអនុវត្តតាមដើម្បីទទួលបានសេវាកម្មដែលបានរ៉ាប់រង និងឱសថមានវេជ្ជបញ្ជា។

ច្បាប់ចម្លងដែលបានធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពនៃ សៀវភៅណែនាំសមាជិកឆ្នាំ 2021 អាចរកបានជានិច្ចនៅលើគេហទំព័ររបស់ យើងនៅ www.MolinaHealthcare.com/Duals ។ អ្នកក៏អាចហៅទូរសព្ទផងដែរទៅសេវាសមាជិកតាមរយៈលេខ (855) 665-4627, TTY: 711 ថ្ងៃច័ន្ទ ដល់ ថ្ងៃសុក្រ ម៉ោង 8 a.m. ដល់ 8 p.m. ម៉ោងក្នុងស្រុកដើម្បីស្នើឱ្យយើងផ្ញើជូន អ្នកនូវកូនសៀវភៅសមាជិកឆ្នាំ 2021 តាមប្រអប់សំបុត្រ។

គេហទំព័ររបស់យើង

លោកអ្នកអាចចូលមើលគេហទំព័ររបស់យើងបានផងដែរនៅ www.MolinaHealthcare.com/Duals។ ជាការម្នឹក គេហទំព័រ របស់យើងមានព័ត៌មានបច្ចុប្បន្នបំផុតអំពីបណ្តាញអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថានរបស់យើង (បញ្ជីអាសយដ្ឋានអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថាន) និងបញ្ជីឱសថរបស់យើង (បញ្ជីឱសថដែលធានារ៉ាប់រង)។

F2. ការទទួលបានជំនួយពីអន្តរការិយៈឈ្មោះរដ្ឋ

Medi-Cal Health Care Options អាចជួយអ្នក ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរអំពីការជ្រើសរើស គម្រោង Cal MediConnect ប្រញ្ញាចុះឈ្មោះផ្សេងទៀត។ អ្នកអាចទូរសព្ទទៅ Health Care Options តាមរយៈលេខ 1-844-580-7272, ពីថ្ងៃច័ន្ទ ដល់ ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8:00 am ព្រឹកដល់ម៉ោង 6:00 pm ល្ងាច។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY សូមទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-430-7077។

F3. ការទទួលបានជំនួយពី កម្មវិធី Cal MediConnect Ombuds Program

កម្មវិធី Cal MediConnect Ombuds Program អាចជួយលោកអ្នក ប្រសិនបើលោកអ្នកកំពុងមានបញ្ហាមួយជាមួយ Molina Dual Options។ មន្ត្រីសើបអង្កេតផ្តល់សេវាកម្មជូនលោកអ្នកដោយឥតគិតថ្លៃ ។ កម្មវិធី Cal MediConnect Ombuds Program:

- ធ្វើការជាអ្នកតស៊ូមតិដោយខ្លួនឯង។ ពួកគេអាចឆ្លើយសំណួរប្រសិនបើលោកអ្នកមានបញ្ហា ឬពាក្យបណ្តឹង ហើយអាច ជួយលោកអ្នកឱ្យយល់ពីអ្វីដែលត្រូវធ្វើ។ សេវាកម្មរបស់មន្ត្រីសើបអង្កេតគឺឥតគិតថ្លៃ។
- ធ្វើឱ្យប្រាកដថាអ្នកមានព័ត៌មានពាក់ព័ន្ធនឹងសិទ្ធិ និងកិច្ចការពាររបស់អ្នក និងរបៀបដែល លោកអ្នកអាចទទួលបានដំណោះស្រាយចំពោះបញ្ហារបស់លោកអ្នក។

- គឺមិនត្រូវបានគ្រប់គ្រងដោយយើង ឬជាមួយនឹងក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងសុខភាព ឬគម្រោងថែទាំសុខភាពណាមួយឡើយ។ លេខទូរស័ព្ទសម្រាប់កម្មវិធី Cal MediConnect Ombuds គឺ 1-855-501-3077។

F4. ការទទួលបានជំនួយពីកម្មវិធីប្រឹក្សាយោបល់លើការធានារ៉ាប់រងសុខភាព និងការគាំពារ

អ្នកអាចហៅទូរស័ព្ទទៅកម្មវិធីជំនួយធានារ៉ាប់រងសុខភាពរដ្ឋ (SHIP) របស់អ្នក។ លោកអ្នកអាចទូរស័ព្ទទៅកម្មវិធីប្រឹក្សាយោបល់លើការធានារ៉ាប់រងសុខភាព និងការគាំពារ (HICAP) ផងដែរ។ អ្នកផ្តល់ប្រឹក្សា HICAP អាចជួយឱ្យលោកអ្នកយល់អំពីជម្រើសគម្រោង Cal MediConnect plan របស់លោកអ្នក និងឆ្លើយសំណួរផ្សេងៗអំពីការប្តូរគម្រោង។ HICAP មិនមានទំនាក់ទំនងអ្វីជាមួយយើងខ្ញុំ ឬជាមួយនឹងក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងសុខភាព ឬផែនការថែទាំសុខភាពណាមួយឡើយ។ HICAP មានអ្នកប្រឹក្សាយោបល់ដែលបានទទួលការបណ្តុះបណ្តាលប្រចាំគ្រប់ខោនធីទាំងអស់ ហើយផ្តល់ជូនសេវាដោយឥតគិតថ្លៃ ។ លេខទូរស័ព្ទ HICAP គឺ 1-800-434-0222 ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម ឬដើម្បីស្វែងរកការិយាល័យ HICAP ប្រចាំតំបន់ក្នុងទីតាំងរបស់អ្នក សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ www.aging.ca.gov/HICAP/

F5. ការទទួលបានជំនួយពី Medicare

ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានដោយផ្ទាល់ពី Medicare លោកអ្នកអាចហៅទូរស័ព្ទមកទៅលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) មាន 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ ។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY សូមទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-877-486-2048។

គេហទំព័ររបស់ Medicare

លោកអ្នកអាចចូលទៅកាន់គេហទំព័រ Medicare (www.medicare.gov/)។ ប្រសិនបើលោកអ្នកជ្រើសរើសដើម្បីលុបឈ្មោះចេញពីគម្រោង Cal MediConnect plan របស់លោកអ្នក ហើយចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោង Medicare Advantage plan វិញ នោះគេហទំព័ររបស់ Medicare មានព័ត៌មានអំពីថ្លៃចំណាយ ទំហំធានារ៉ាប់រង និងការវាយតម្លៃលើគុណភាពដើម្បីជួយលោកអ្នកប្រៀបធៀបគម្រោង Medicare Advantage plans នានា។ លោកអ្នកអាចរកមើលព័ត៌មានអំពីគម្រោង Medicare Advantage plans ដែលអាចរកបាន ក្នុងតំបន់របស់លោកអ្នកដោយការប្រើ Medicare Plan Finder នៅលើគេហទំព័រ Medicare។ (ដើម្បីមើលព័ត៌មានអំពីគម្រោងនានា សូមចូលទៅ www.medicare.gov/ ហើយចុចលើ "រកមើលគម្រោង (Find plans)")

Medicare និង លោកអ្នក ឆ្នាំ 2021

អ្នកអាចអាន សៀវភៅណែនាំអំពី Medicare និងលោកអ្នក ឆ្នាំ 2021។ រៀងរាល់ឆ្នាំនៅរដូវស្លឹកឈើជ្រុះ កូនសៀវភៅផ្សព្វផ្សាយនេះត្រូវបានធ្វើតាមប្រែសម្រួលទៅមនុស្សដែលមាន Medicare។ វាមានសេចក្តីសង្ខេបនៃអត្ថប្រយោជន៍របស់ Medicare សិទ្ធិ និងកិច្ចការពារនានា និងចម្លើយចំពោះសំណួរដែលបានចោទសួរជាញឹកញាប់បំផុតអំពី Medicare។ ប្រសិនបើលោកអ្នកមិនមានច្បាប់ចម្លងនៃកូនសៀវភៅផ្សព្វផ្សាយនេះទេ នោះលោកអ្នកអាចទទួលបានវា នៅគេហទំព័ររបស់ Medicare (<https://www.medicare.gov/>) ឬដោយហៅទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ, 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY សូមទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-877-486-2048។

F6. ការទទួលបានជំនួយពីក្រសួងថែទាំសុខភាពដែលមានការគ្រប់គ្រងដោយរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា

ក្រសួងថែទាំសុខភាពមានការគ្រប់គ្រងរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា (DMHC) គឺទទួលខុសលើការដាក់បញ្ញត្តិផែនការសុខភាព។ ប្រសិនបើលោកអ្នកមានសារទុក្ខប្រឆាំងនឹងគម្រោងសុខភាពរបស់អ្នក ដំបូងលោកអ្នកអាចទូរស័ព្ទទៅគម្រោងសុខភាពរបស់លោកអ្នកតាមលេខ (855) 665-4627 TTY: 711 ពីថ្ងៃច័ន្ទ ដល់ ថ្ងៃសុក្រ ម៉ោង 8 a.m. ដល់ 8 p.m. ម៉ោងក្នុងស្រុក ហើយប្រើប្រាស់ដំណើរការក្នុង បណ្តឹងសារទុក្ខរបស់គម្រោងសុខភាពរបស់លោកអ្នក មុនពេលទាក់ទងទៅក្រសួង។ ការប្រើនីតិវិធីបណ្តឹងសារទុក្ខនេះ មិនបានហាមឃាត់ចំពោះសិទ្ធិផ្លូវច្បាប់ជាសក្តានុពល ឬវិធីដោះស្រាយណាមួយផ្សេងទៀតនេះ ដែលអាចមានចំពោះអ្នកឡើយ ។ បើលោកអ្នកត្រូវការជំនួយពាក់ព័ន្ធនឹងបណ្តឹងសារទុក្ខចំពោះការសង្គ្រោះបន្ទាន់ ឬបណ្តឹងសារទុក្ខដែលនៅមិនទាន់បានដោះស្រាយហើយមានរយៈពេលច្រើនជាង 30 ថ្ងៃ លោកអ្នកអាចហៅទូរសព្ទមកកាន់ក្រសួងដើម្បីសុំជំនួយ។

អ្នកក៏អាចមានសិទ្ធិទទួលបាន “ការពិនិត្យវេជ្ជសាស្ត្រឯករាជ្យឡើងវិញ (IMR)” ផងដែរ។ ប្រសិនបើអ្នកអាចមានសិទ្ធិទទួលបាន IMR, ដំណើរការ IMR នឹងផ្តល់ការពិនិត្យនូវការសម្រេចចិត្តវេជ្ជសាស្ត្រ ឥតលម្អៀងឡើងវិញដែលបានផ្តល់ឡើងដោយគម្រោងសុខភាពដែលទាក់ទងនឹងភាពចាំបាច់វេជ្ជសាស្ត្រ នៃសេវាកម្ម ឬការព្យាបាលដែលបានស្នើសុំ ការសម្រេចចិត្តលើទំហំធានារ៉ាប់រងសម្រាប់ការព្យាបាល ដែលជាលក្ខណៈការពិសោធន៍ ឬនៃការសើបអង្កេត និងជម្លោះលើការបង់ប្រាក់សម្រាប់ការសង្គ្រោះបន្ទាន់ ឬសេវាកម្មវេជ្ជសាស្ត្របន្ទាន់។

ក្រសួងក៏មានលេខទូរសព្ទឥតគិតថ្លៃ (1-888-466-2219) និងខ្សែទូរសព្ទ TTY (1-877-688-9891) ផងដែរ សម្រាប់អ្នកដែលមានបញ្ហាក្នុងការស្តាប់ និងនិយាយ។ គេហទំព័រអ៊ិនធឺណិតរបស់ក្រសួង www.dmhc.ca.gov មានទម្រង់បែបបទដាក់ការតវ៉ា ទម្រង់បែបបទ IMR និងការណែនាំលើអ៊ិនធឺណិត។

CAD02ACKM0920

