2026

សេចក្តីជូនដំណឹងប្រចាំឆ្នាំអំពីការផ្លាស់ប្តូរ

Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP)

California H3038-002-000

មានប្រសិទ្ធភាពថ្ងៃទី 1 ខែមករា ដល់ថ្ងៃទី 31 ខែធ្នូ ឆ្នាំ 2026

H3038_26_002_CA_ANOC_M
CA-H3038-2-AC-KM-26-L

MOLINA® HEALTHCARE

គម្រោង Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) ផ្តល់ជូនដោយ Molina Healthcare of California

សេចក្តីជូនដំណឹងប្រចាំឆ្នាំអំពីការផ្លាស់ប្តូរសម្រាប់ឆ្នាំ 2026

អ្នកបានចុះឈ្មោះជាសមាជិករបស់ Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP)។

ឯកសារនេះពិពណ៌នាអំពីការផ្លាស់ប្តូរចំពោះថ្លៃចំណាយ និងអត្ថប្រយោជន៍របស់គម្រោងរបស់យើងនៅឆ្នាំក្រោយ។

- **អ្នកមានពេលចាប់ពីថ្ងៃទី 15 ខែតុលា ដល់ថ្ងៃទី ថ្ងៃទី 7 ខែធ្នូ ដើម្បីធ្វើការកែប្រែលើការធានារ៉ាប់រង Medicare របស់អ្នកសម្រាប់ឆ្នាំក្រោយ។** ប្រសិនបើអ្នកមិនចូលរួមក្នុងគម្រោងផ្សេងទៀតនៅត្រឹមថ្ងៃទី 7 ខែធ្នូ ឆ្នាំ 2025 ទេនោះ អ្នកនឹងស្ថិតនៅក្នុងគម្រោង Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP)។
- ដើម្បីផ្លាស់ប្តូរទៅ **គម្រោងផ្សេងទៀត** សូមចូលមើលគេហទំព័រ www.Medicare.gov ឬពិនិត្យមើលឡើងវិញនូវបញ្ជីនៅក្នុងផ្នែកខាងក្រោយនៃសៀវភៅណែនាំ *Medicare និងអ្នក* ឆ្នាំ 2026 របស់អ្នក។
- សូមកត់សម្គាល់ថា នេះគឺជាសេចក្តីសង្ខេបអំពីការផ្លាស់ប្តូរប៉ុណ្ណោះ។ ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីថ្លៃចំណាយ អត្ថប្រយោជន៍ និងវិធានមាននៅក្នុង *ភស្តុតាងបញ្ជាក់ការធានារ៉ាប់រង*។ ទទួលបានច្បាប់ចម្លងតាមរយៈ MolinaHealthcare.com/Medicare ឬទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិកតាមរយៈលេខ (800) 665-0898 (អ្នកប្រើប្រាស់ TTY សូមទូរសព្ទទៅលេខ 711) ដើម្បីទទួលបានច្បាប់ចម្លងតាមប្រៃសណីយ៍។

ធនធានបន្ថែម

- ឯកសារនេះអាចរកបានដោយឥតគិតថ្លៃជា ភាសាអារ៉ាប់ ភាសាអាមេនី ភាសាខ្មែរ ភាសាចិន ភាសាហ្វាស៊ី ភាសាម៉ុង ភាសាកូរ៉េ ភាសារុស្សី ភាសាអេស្ប៉ាញ ភាសាតាកាឡុក និងភាសាវៀតណាម។
- សូមទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិកតាមរយៈលេខ (800) 665-0898 (អ្នកប្រើ TTY គួរទូរសព្ទទៅលេខ 711) សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។ **ម៉ោងបម្រើការចាប់ពីថ្ងៃទី 1 ខែតុលា ដល់ថ្ងៃទី 31 ខែមីនា៖** 8 a.m. ដល់ 8 p.m. ម៉ោងក្នុងស្រុក 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ **ចាប់ពីថ្ងៃទី 1 ខែមេសា ដល់ ថ្ងៃទី 30 ខែកញ្ញា** ចាប់ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ចាប់ពីម៉ោង 8 a.m. ដល់ម៉ោង 8 p.m. ម៉ោងក្នុងស្រុក។ ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។
- អ្នកអាចទទួលបានឯកសារនេះដោយឥតគិតថ្លៃជាភាសាផ្សេង ឬទម្រង់ផ្សេងទៀត ដូចជាអក្សរពុម្ពធំ អក្សរស្មាបសម្រាប់អ្នកពិការភ្នែក ឬជាសំឡេង។ សូមទូរសព្ទទៅលេខ (800) 665-0898 (TTY:711)។ ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។

អំពី Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP)

- Molina Healthcare គឺជាគម្រោង C-SNP, D-SNP និង HMO ដែលមានកិច្ចសន្យា Medicare។គម្រោង D-SNP មានកិច្ចសន្យាជាមួយកម្មវិធី Medicaid របស់រដ្ឋ។ ការចុះឈ្មោះអាស្រ័យលើការបន្តកិច្ចសន្យាជាថ្មី។ គម្រោងរបស់យើងក៏មានកិច្ចព្រមព្រៀងជាលាយលក្ខណ៍អក្សរជាមួយកម្មវិធី Medicaid រដ្ឋ California ដើម្បីសម្របសម្រួលអត្ថប្រយោជន៍ Medicaid របស់អ្នកផងដែរ។

- នៅពេលដែលឯកសារនេះនិយាយថា “យើង” “យើងខ្ញុំ” ឬ “របស់យើង” នោះគឺមានន័យថាជា Molina Healthcare of California។ នៅពេលឯកសារនេះនិយាយថា “គម្រោង” ឬ “គម្រោងរបស់យើង” នោះគឺមានន័យថាជាគម្រោង Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP)។
- **ប្រសិនបើអ្នកមិនធ្វើអ្វីសោះត្រឹមថ្ងៃទី 7 ខែធ្នូ ឆ្នាំ 2025 អ្នកនឹងត្រូវបានចុះឈ្មោះដោយស្វ័យប្រវត្តិនៅក្នុងគម្រោង** Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP)។ ចាប់ពីថ្ងៃទី 1 ខែមករា ឆ្នាំ 2026 អ្នកនឹងទទួលបានការធានារ៉ាប់រងលើឱសថ និងផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នកតាមរយៈគម្រោង Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP)។ សូមទៅកាន់ផ្នែកទី 3 សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីរបៀបផ្លាស់ប្តូរគម្រោង និងកាលបរិច្ឆេទកំណត់សម្រាប់ការផ្លាស់ប្តូរ។

H3038_26_002_CA_ANOC_M

សេចក្តីជូនដំណឹងប្រចាំឆ្នាំអំពីការផ្លាស់ប្តូរ សម្រាប់ឆ្នាំ 2026
តារាងមាតិកា

សេចក្តីសង្ខេបអំពីថ្លៃចំណាយសំខាន់ៗសម្រាប់ឆ្នាំ 2026

តារាងខាងក្រោមប្រៀបធៀបថ្លៃចំណាយឆ្នាំ 2025 និងថ្លៃចំណាយឆ្នាំ 2026 សម្រាប់ Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) នៅក្នុងតំបន់សំខាន់ៗមួយចំនួន។ **សូមកត់សម្គាល់ថា នេះគឺជាសេចក្តីសង្ខេបអំពីថ្លៃចំណាយប៉ុណ្ណោះ។**

	ឆ្នាំ 2025 (ឆ្នាំនេះ)	ឆ្នាំ 2026 (ឆ្នាំក្រោយ)
ថ្លៃធានារ៉ាប់រងគម្រោងប្រចាំខែ* *ថ្លៃធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកអាចខ្ពស់ជាងចំនួនទឹកប្រាក់នេះ។ សូមចូលទៅកាន់ផ្នែកទី 1.1 សម្រាប់ព័ត៌មានលម្អិត។	$0	**$0**
ការទៅជួបពិនិត្យនៅការិយាល័យថែទាំបឋម	$0 នៃការបង់ប្រាក់រួមក្នុងការជួបមួយដង	**$0 នៃការបង់ប្រាក់រួមក្នុងការជួបមួយដង**
ការទៅជួបពិនិត្យនៅការិយាល័យអ្នកឯកទេស	$0 នៃការបង់ប្រាក់រួមក្នុងការជួបមួយដង	**$0 នៃការបង់ប្រាក់រួមក្នុងការជួបមួយដង**

	ឆ្នាំ 2025 (ឆ្នាំនេះ)	ឆ្នាំ 2026 (ឆ្នាំក្រោយ)
ការចូលសម្រាកនៅមន្ទីរពេទ្យដែលអាចឱ្យអ្នកជំងឺសម្រាកបាន រួមបញ្ចូលទាំងអ្នកជំងឺស្នេចស្រាវដែលស្នាក់ព្យាបាល ការស្តារនីតិសម្បទាអ្នកជំងឺស្នាក់ព្យាបាលមន្ទីរពេទ្យថែទាំរយៈពេលវែង និងប្រភេទផ្សេងទៀតនៃសេវាមន្ទីរពេទ្យដែលអាចឱ្យអ្នកជំងឺសម្រាកបាន។ ការថែទាំអ្នកជំងឺសម្រាកនៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យចាប់ផ្តើមពីថ្ងៃដែលអ្នកត្រូវបានចូលសម្រាកក្នុងមន្ទីរពេទ្យជាផ្លូវការដោយមានការបង្គាប់ពីវេជ្ជបណ្ឌិត។ មួយថ្ងៃមុនពេលអ្នកចេញពីមន្ទីរពេទ្យគឺជាថ្ងៃចុងក្រោយសម្រាប់អ្នកជំងឺស្នាក់ព្យាបាលរបស់អ្នក។	$0 នៃការបង់ប្រាក់រួម គម្រោងនេះធានារ៉ាប់រងរហូតដល់ 90 ថ្ងៃនៃការថែទាំអ្នកជំងឺសម្រាកនៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យរៀងរាល់រយៈពេលអត្ថប្រយោជន៍។ អ្នកក៏មានការធានារ៉ាប់រងបន្ថែម 60 ថ្ងៃ ដែលហៅថាថ្ងៃបម្រុងពេញមួយជីវិត។ រយៈពេល 60 ថ្ងៃនេះអាចប្រើបានតែម្តងគត់។ យើងខ្ញុំនឹងចាប់ផ្តើមអនុវត្តថ្ងៃបម្រុងពេញមួយជីវិតដោយស្វ័យប្រវត្តិ លុះត្រាតែអ្នកប្រាប់យើងយ៉ាងជាក់លាក់ថាមិនត្រូវធ្វើបែបនេះ (សូមមើលភស្តុតាងបញ្ជាក់ការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកសម្រាប់ព័ត៌មានលម្អិតអំពីរយៈពេលអត្ថប្រយោជន៍)។	**$0 នៃការបង់ប្រាក់រួម** **គម្រោងនេះធានារ៉ាប់រងរហូតដល់ 90 ថ្ងៃនៃការថែទាំអ្នកជំងឺសម្រាកនៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យរៀងរាល់រយៈពេលអត្ថប្រយោជន៍។ អ្នកក៏មានការធានារ៉ាប់រងបន្ថែម 60 ថ្ងៃ ដែលហៅថាថ្ងៃបម្រុងពេញមួយជីវិត។ រយៈពេល 60 ថ្ងៃនេះអាចប្រើបានតែម្តងគត់។ យើងខ្ញុំនឹងចាប់ផ្តើមអនុវត្តថ្ងៃបម្រុងពេញមួយជីវិតដោយស្វ័យប្រវត្តិ លុះត្រាតែអ្នកប្រាប់យើងយ៉ាងជាក់លាក់ថាមិនត្រូវធ្វើបែបនេះ (សូមមើលភស្តុតាងបញ្ជាក់ការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកសម្រាប់ព័ត៌មានលម្អិតអំពីរយៈពេលអត្ថប្រយោជន៍)។**

	ឆ្នាំ 2025 (ឆ្នាំនេះ)	ឆ្នាំ 2026 (ឆ្នាំក្រោយ)
ការធានារ៉ាប់រងលើឱសថផ្នែក D	ឱសថដែលបានធានារ៉ាប់រងផ្នែក D នៅក្នុងបញ្ជីឈ្មោះឱសថនឹងមាននៅលើកម្រិតមួយ។ ការចំណាយរបស់អ្នកសម្រាប់ការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេលមួយខែ (31-ថ្ងៃ) បំពេញនៅឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញជាមួយនឹងចំណែកចូលរួមបង់ប្រាក់ស្តង់ដា៖ **ឱសថពហុប្រភពទូទៅនិងដែលចង់បាន៖** អ្នកបង់ **$0** ក្នុងមួយវេជ្ជបញ្ជា **ឱសថផ្សេងទៀតទាំងអស់៖** អ្នកបង់ **$0** ក្នុងមួយវេជ្ជបញ្ជា	**ប្រាក់បង់មុន៖ $615** **ក្នុងដំណាក់កាលនេះ អ្នកបង់ $0 នៃចំណែកចូលរួមបង់ប្រាក់សម្រាប់ឱសថនៅកម្រិតទី 1 និងកម្រិតទី 6 និងថ្លៃ ឬឱសថដែលពាក់ព័ន្ធនឹងកម្រិតទី 2 កម្រិតទី 3 កម្រិតទី 4 និងកម្រិតទី 5 រហូតដល់អ្នកឈានដល់ប្រាក់បង់មុនប្រចាំឆ្នាំ។** **ការបង់ប្រាក់រួមអំឡុងដំណាក់កាលនៃការធានារ៉ាប់រងដំបូង៖** **ឱសថកម្រិតទី 1៖** **$0 នៃការបង់ប្រាក់រួម** **ឱសថកម្រិតទី 2៖** **$0, $1.60 ឬ $5.10 នៃប្រាក់បង់រួមសម្រាប់ឱសថទូទៅ (រួមទាំង**

	ឆ្នាំ 2025 (ឆ្នាំនេះ)	ឆ្នាំ 2026 (ឆ្នាំក្រោយ)
		ឱសថមានម៉ាកយីហោដែលបានចាត់ទុកថាជាឱសថទូទៅ) **$0, $4.90 ឬ $12.65 នៃប្រាក់បង់រួមសម្រាប់ឱសថផ្សេងទៀតទាំងអស់ក្នុងមួយវេជ្ជបញ្ជា** **ឱសថកម្រិតទី 3៖** **$0, $1.60 ឬ $5.10 នៃប្រាក់បង់រួមសម្រាប់ឱសថទូទៅ (រួមទាំងឱសថមានម៉ាកយីហោដែលបានចាត់ទុកថាជាឱសថទូទៅ)** **$0, $4.90 ឬ $12.65 នៃប្រាក់បង់រួមសម្រាប់ឱសថផ្សេងទៀតទាំងអស់ក្នុងមួយវេជ្ជបញ្ជា**

	ឆ្នាំ 2025 (ឆ្នាំនេះ)	ឆ្នាំ 2026 (ឆ្នាំក្រោយ)
		ឱសថកម្រិតទី 4៖ **$0, $1.60 ឬ $5.10 នៃប្រាក់បង់រួមសម្រាប់ឱសថទូទៅ (រួមទាំងឱសថមានម៉ាកយីហោដែលបានចាត់ទុកថាជាឱសថទូទៅ)** **$0, $4.90 ឬ $12.65 នៃប្រាក់បង់រួមសម្រាប់ឱសថផ្សេងទៀតទាំងអស់ក្នុងមួយវេជ្ជបញ្ជា** **ឱសថកម្រិតទី 5៖** **$$0, $1.60 ឬ $5.10 នៃប្រាក់បង់រួមសម្រាប់ឱសថទូទៅ (រួមទាំងឱសថមានម៉ាកយីហោដែលបានចាត់ទុកថាជាឱសថទូទៅ)**

	ឆ្នាំ 2025 (ឆ្នាំនេះ)	ឆ្នាំ 2026 (ឆ្នាំក្រោយ)
		$0, $4.90 ឬ $12.65 នៃប្រាក់បង់រួមសម្រាប់ឱសថផ្សេងទៀតទាំងអស់ក្នុងមួយវេជ្ជបញ្ជា **ឱសថកម្រិតទី 6៖** **$0 នៃការបង់ប្រាក់រួមការធានារ៉ាប់រងគ្រោះមហន្តរាយ៖** **ក្នុងដំណាក់កាលបង់ប្រាក់នេះ អ្នកមិនបង់អ្វីទាំងអស់សម្រាប់ឱសថផ្នែក D ដែលបានធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នក។**

	ឆ្នាំ 2025 (ឆ្នាំនេះ)	ឆ្នាំ 2026 (ឆ្នាំក្រោយ)
ចំនួនប្រាក់ចេញពីហោប៉ៅអតិបរមា នេះគឺជាចំនួនទឹកប្រាក់ច្រើនបំផុត ដែលអ្នកនឹងទូទាត់ចេញពីហោប៉ៅរបស់អ្នកសម្រាប់សេវាកម្មផ្នែក A និងផ្នែក B ដែលមានការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នក។ (សូមមើលផ្នែកទី 1.2 សម្រាប់ព័ត៌មានលម្អិត។)	$9,350 ប្រសិនបើអ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានជំនួយនៃចំណែកចូលរួមបង់ប្រាក់ពី Medicare ស្ថិតក្រោម Medicaid នោះអ្នកមិនទទួលខុសត្រូវចំពោះការទូទាត់ថ្លៃចំណាយចេញពីហោប៉ៅណាមួយចំពោះចំនួនទឹកប្រាក់ចេញពីហោប៉ៅអតិបរមាសម្រាប់សេវាកម្មផ្នែក A និងផ្នែក B ដែលមានការធានារ៉ាប់រងឡើយ។	**$9,250** **ប្រសិនបើអ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានជំនួយនៃចំណែកចូលរួមបង់ប្រាក់ពី Medicare ស្ថិតក្រោម Medicaid នោះអ្នកមិនទទួលខុសត្រូវចំពោះការទូទាត់ថ្លៃចំណាយចេញពីហោប៉ៅណាមួយចំពោះចំនួនទឹកប្រាក់ចេញពីហោប៉ៅអតិបរមាសម្រាប់សេវាកម្មផ្នែក A និងផ្នែក B ដែលមានការធានារ៉ាប់រងឡើយ។**

ផ្នែកទី 1 ការផ្លាស់ចំពោះប្តូរអត្ថប្រយោជន៍ និងថ្លៃចំណាយសម្រាប់ឆ្នាំក្រោយ

ផ្នែកទី 1.1 ការផ្លាស់ប្តូរចំពោះថ្លៃធានារ៉ាប់រងគម្រោងប្រចាំខែ

	ឆ្នាំ 2025 (ឆ្នាំនេះ)	ឆ្នាំ 2026 (ឆ្នាំក្រោយ)
ថ្លៃធានារ៉ាប់រងរបស់គម្រោងប្រចាំខែ (អ្នកក៏ត្រូវតែបន្តទូទាត់ថ្លៃធានារ៉ាប់រង Medicare Part B របស់អ្នកផងដែរ លុះត្រាតែវាត្រូវបានទូទាត់ឱ្យអ្នកដោយ Medicaid។)	$0	**$0**

ផ្នែកទី 1.2 ការផ្លាស់ប្តូរចំពោះចំនួនទឹកប្រាក់នៃការចំណាយចេញពីហោប៉ៅអតិបរមារបស់អ្នក

Medicare ទាមទារឱ្យគម្រោងសុខភាពទាំងអស់កំណត់ចំនួនប្រាក់ចេញពីហោប៉ៅដែលអ្នកត្រូវបង់សម្រាប់ឆ្នាំ។ ដែនកំណត់នេះត្រូវបានគេហៅថាចំនួនទឹកប្រាក់ចេញពីហោប៉ៅអតិបរមា។ នៅពេលអ្នកបានទូទាត់ចំនួនទឹកប្រាក់នេះ ជាទូទៅអ្នកមិនទូទាត់បង់អ្វីទាំងអស់សម្រាប់សេវាកម្មផ្នែក A និងផ្នែក B ដែលបានធានារ៉ាប់រងសម្រាប់រយៈពេលនៃឆ្នាំតាមប្រតិទិនដែលនៅសេសសល់។

	ឆ្នាំ 2025 (ឆ្នាំនេះ)	ឆ្នាំ 2026 (ឆ្នាំក្រោយ)
ចំនួនប្រាក់ចេញពីហោប៉ៅអតិបរមា ដោយសារតែសមាជិករបស់យើងក៏ទទួលបានជំនួយពី Medicaid ហើយមានសមាជិកតិចតួចបំផុតដែលធ្លាប់ឈានដល់ចំនួនទឹកប្រាក់ជាអតិបរមានេះផងដែរ។ អ្នកមិនទទួលខុសត្រូវចំពោះការទូទាត់ថ្លៃចំណាយចេញពីហោប៉ៅណាមួយចំពោះចំនួនទឹកប្រាក់ចេញពីហោប៉ៅជាអតិបរមាសម្រាប់សេវាកម្មផ្នែក A និងផ្នែក B ដែលបានធានារ៉ាប់រងឡើយ។	$9,350	**$9,250** **នៅពេលដែលអ្នកបានបង់ប្រាក់ចំនួន $9,250 ចេញពីហោប៉ៅសម្រាប់សេវាផ្នែក A និងផ្នែក B ដែលបានធានារ៉ាប់រងនោះ អ្នកនឹងមិនបង់ថ្លៃអ្វីទាំងអស់សម្រាប់សេវាផ្នែក A និងផ្នែក B ដែលបានធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកសម្រាប់រយៈពេលដែលនៅសល់នៃឆ្នាំតាមប្រតិទិន។**

	ឆ្នាំ 2025 (ឆ្នាំនេះ)	ឆ្នាំ 2026 (ឆ្នាំក្រោយ)
ថ្លៃចំណាយរបស់អ្នកសម្រាប់សេវាវេជ្ជសាស្ត្រដែលបានធានារ៉ាប់រង (ដូចជាការទូទាត់ប្រាក់រួមគ្នា) **រាប់បញ្ចូល**ទៅក្នុងចំនួនទឹកប្រាក់អតិបរមាចេញពីហោប៉ៅរបស់អ្នក។ ថ្លៃធានារ៉ាប់រងគម្រោងរបស់យើង និងថ្លៃចំណាយរបស់អ្នកសម្រាប់ឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជា**មិនរាប់បញ្ចូល**ទៅក្នុងចំនួនទឹកប្រាក់ចេញពីហោប៉ៅជាអតិបរមារបស់អ្នកទេ។		

ផ្នែកទី 1.3 ការផ្លាស់ប្តូរចំពោះបណ្តាញអ្នកផ្តល់សេវា

បណ្តាញអ្នកផ្តល់សេវារបស់យើងបានផ្លាស់ប្តូរសម្រាប់ឆ្នាំក្រោយ។ សូមពិនិត្យមើល*សៀវភៅរាយឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា*ឆ្នាំ 2026 នៅគេហទំព័រ MolinaHealthcare.com/Medicare ដើម្បីមើលថា តើអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក (អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំបឋម អ្នកឯកទេស មន្ទីរពេទ្យ ជាដើម) មាននៅក្នុងបណ្តាញរបស់យើងដែរឬទេ។ នេះគឺជាវិធីដើម្បីទទួលបាន *សៀវភៅរាយឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា*ដែលបានធ្វើបច្ចុប្បន្នភាព៖

- សូមចូលមើលគេហទំព័ររបស់យើងតាម MolinaHealthcare.com/Medicare។

- សូមទូរសព្ទទៅសេវាបម្រើសមាជិកតាមរយៈលេខ (800) 665-0898 (អ្នកប្រើ TTY សូមទូរសព្ទទៅលេខ 711) ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានអំពីអ្នកផ្តល់សេវាបច្ចុប្បន្ន ឬស្នើសុំឱ្យយើងខ្ញុំផ្ញើ*សៀវភៅរាយឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា*ជូនអ្នកតាមប្រៃសណីយ៍។

យើងអាចធ្វើការផ្លាស់ប្តូរចំពោះមន្ទីរពេទ្យ វេជ្ជបណ្ឌិត និងអ្នកឯកទេស (អ្នកផ្តល់សេវា) ដែលជាផ្នែកមួយនៃគម្រោងរបស់យើងក្នុងអំឡុងពេលនៃឆ្នាំ។ ប្រសិនបើការផ្លាស់ប្តូរពាក់កណ្តាលឆ្នាំចំពោះអ្នកផ្តល់សេវារបស់យើងប៉ះពាល់ដល់អ្នក សូមទូរសព្ទទៅសេវាបម្រើសមាជិកតាមរយៈលេខ (800) 665-0898 (អ្នកប្រើប្រាស់ TTY សូមទូរសព្ទទៅលេខ 711) ដើម្បីទទួលបានជំនួយ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីសិទ្ធិរបស់អ្នកនៅពេលអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើង សូមមើលជំពូកទី 3 ផ្នែកទី 2.3 នៃ*ភស្តុតាងបញ្ជាក់ការធានារ៉ាប់រង*របស់អ្នក។

ផ្នែកទី 1.4 ការផ្លាស់ប្តូរចំពោះបណ្តាញឱសថស្ថាន

ចំនួនទឹកប្រាក់ដែលអ្នកបង់សម្រាប់ឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកអាចអាស្រ័យលើឱសថស្ថានណាដែលអ្នកប្រើ។ គម្រោងឱសថ Medicare មានបណ្តាញឱសថស្ថាន។ ក្នុងករណីភាគច្រើន វេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង*លុះត្រាតែ* វេជ្ជបញ្ជាទាំងនោះត្រូវបានបើកនៅឱសថស្ថានមួយក្នុងចំណោមឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញរបស់យើងប៉ុណ្ណោះ។

បណ្តាញឱសថស្ថានរបស់យើងបានផ្លាស់ប្តូរសម្រាប់ឆ្នាំក្រោយ។ សូមពិនិត្យមើល*សៀវភៅរាយឈ្មោះឱសថស្ថាន*ឆ្នាំ 2026 តាមរយៈ MolinaHealthcare.com/Medicare ដើម្បីមើលថាឱសថស្ថានមួយណាស្ថិតនៅក្នុងបណ្តាញរបស់យើង។ នេះគឺជាវិធីដើម្បីទទួលបាន*សៀវភៅរាយឈ្មោះឱសថស្ថាន* ដែលបានធ្វើបច្ចុប្បន្នភាព៖

- សូមចូលមើលគេហទំព័ររបស់យើងតាម MolinaHealthcare.com/Medicare។
- សូមទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិកតាមរយៈលេខ (800) 665-0898 (អ្នកប្រើ TTY សូមទូរសព្ទទៅលេខ 711) ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានអំពីឱសថស្ថានបច្ចុប្បន្ន ឬស្នើសុំឱ្យយើងខ្ញុំធ្វើ*សៀវភៅរាយឈ្មោះឱសថស្ថាន*ជូនអ្នកតាមប្រៃសណីយ៍។

យើងអាចធ្វើការផ្លាស់ប្តូរឱសថស្ថានដែលជាផ្នែកមួយនៃគម្រោងរបស់យើងក្នុងអំឡុងនៃឆ្នាំ។ ប្រសិនបើការផ្លាស់ប្តូរពាក់កណ្តាលឆ្នាំចំពោះឱសថស្ថានរបស់យើងប៉ះពាល់ដល់អ្នក សូមទូរសព្ទទៅសេវាបម្រើសមាជិកតាមរយៈលេខ (800) 665-0898 (អ្នកប្រើប្រាស់ TTY សូមទូរសព្ទទៅលេខ 711) ដើម្បីទទួលបានជំនួយ។

ផ្នែកទី 1.5 ការផ្លាស់ប្តូរចំពោះអត្ថប្រយោជន៍ និងថ្លៃចំណាយសម្រាប់សេវាវេជ្ជសាស្ត្រ

សេចក្តីជូនដំណឹងប្រចាំឆ្នាំអំពីការផ្លាស់ប្តូរ ប្រាប់អ្នកអំពីការផ្លាស់ប្តូរចំពោះថ្លៃចំណាយ និងអត្ថប្រយោជន៍ Medicare របស់អ្នក។

	ឆ្នាំ 2025 (ឆ្នាំនេះ)	ឆ្នាំ 2026 (ឆ្នាំក្រោយ)
អត្ថប្រយោជន៍បន្ថែមពិសេសសម្រាប់អ្នកជំងឺរ៉ាំរ៉ៃ (SSBCI)- អាហារ និងផលិតផល	អត្ថប្រយោជន៍ត្រូវបានធានារ៉ាប់រងជាអត្ថប្រយោជន៍បន្ថែមពិសេសសម្រាប់អ្នកជំងឺរ៉ាំរ៉ៃ (SSBCI)។	**សមាជិកដែលមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ជាមួយនឹងស្ថានភាពជំងឺរ៉ាំរ៉ៃ មានសិទ្ធិទទួលបានទឹកប្រាក់ចំនួន $175**

	ឆ្នាំ 2025 (ឆ្នាំនេះ)	ឆ្នាំ 2026 (ឆ្នាំក្រោយ)
	អ្នកដែលមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ទទួលបានប្រាក់ឧបត្ថម្ភចំនួន $92 ជារៀងរាល់ខែសម្រាប់អាហារ និងផលិតផលដែលមានសុខភាពល្អ។ ការធានារ៉ាប់រង SSBCI គឺសម្រាប់តែសមាជិកដែលមានលក្ខខណ្ឌរ៉ាំរ៉ៃជាក់លាក់ប៉ុណ្ណោះ។	**ជារៀងរាល់ខែសម្រាប់អាហារ និងផលិតផលនៃអត្ថប្រយោជន៍បន្ថែមពិសេសសម្រាប់អ្នកជំងឺរ៉ាំរ៉ៃ (SSBCI)។**
ទំនិញដែលមិនតម្រូវឱ្យមានវេជ្ជបញ្ជា (OTC) (បន្ថែម)	អ្នកទទួលបាន $45 ជារៀងរាល់ខែសម្រាប់មុខទំនិញ OTC។	**អ្នកទទួលបានកាតឥណពន្ធដែលផ្តល់មូលនិធិជាមុនរបស់ MyChoice ដែលមានប្រាក់ឧបត្ថម្ភសរុប $102 សម្រាប់ទំនិញ OTC។**

	ឆ្នាំ 2025 (ឆ្នាំនេះ)	ឆ្នាំ 2026 (ឆ្នាំក្រោយ)
អត្ថប្រយោជន៍សុខភាពពីចម្ងាយបន្ថែម	អ្នកបង់ $0 នៃការទូទាត់ប្រាក់រួមគ្នាសម្រាប់សេវាសុខភាពពីចម្ងាយជាក់លាក់មួយចំនួន រួមទាំងសេវាគ្រូពេទ្យថែទាំបឋម។	**អ្នកបង់ $0 នៃការទូទាត់ប្រាក់រួមគ្នាសម្រាប់សេវាសុខភាពពីចម្ងាយមួយចំនួន រួមទាំងជំងឺបេះដូង សេវាស្តារនីតិសម្បទា សេវាគ្រូពេទ្យថែទាំបឋម សេវាចាប់សរសៃ និងសន្លាក់ សេវាព្យាបាលដោយសកម្មភាពការងារ សេវាគ្រូពេទ្យឯកទេសវគ្គជាលក្ខណៈបុគ្គល សម្រាប់សេវាឯកទេសសុខភាពផ្លូវចិត្ត វគ្គជាក្រុមសម្រាប់សេវាឯកទេសសុខភាពផ្លូវចិត្ត សេវាព្យាបាលសុខភាពជើង អ្នកមានវិជ្ជាជីវៈផ្នែកថែទាំសុខភាពផ្សេងទៀត វគ្គជាលក្ខណៈបុគ្គលសម្រាប់សេវាផ្នែកជំងឺវិកលចរិត**

	ឆ្នាំ 2025 (ឆ្នាំនេះ)	ឆ្នាំ 2026 (ឆ្នាំក្រោយ)
		វគ្គជាក្រុមសម្រាប់សេវាផ្នែកជំងឺវិកលចរិត សេវាការព្យាបាលរាងកាយ និងរោគសាស្ត្រភាសានិយាយ សេវាកម្មវិធី Opioid Treatment Program វគ្គជាលក្ខណៈបុគ្គលសម្រាប់ការប្រើប្រាស់សារធាតុញៀនមិនត្រឹមត្រូវរបស់អ្នកជំងឺមិនស្នាក់ព្យាបាល និងវគ្គជាក្រុមសម្រាប់ការប្រើប្រាស់សារធាតុញៀនមិនត្រឹមត្រូវរបស់អ្នកជំងឺមិនស្នាក់ព្យាបាល។
សម្ភារៈផ្គត់ផ្គង់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ/សិប្បនិម្មិត	មិនតម្រូវឱ្យមានការសុំការអនុញ្ញាតជាមុនសម្រាប់ក្រុមហ៊ុនផលិតដែលចង់បាននោះទេ។	**ប្រហែលជាអាចតម្រូវឱ្យមានការសុំការអនុញ្ញាតជាមុនសម្រាប់ក្រុមហ៊ុនផលិតដែលចង់បាន។**

	ឆ្នាំ 2025 (ឆ្នាំនេះ)	ឆ្នាំ 2026 (ឆ្នាំក្រោយ)
សេវាទន្តសាស្ត្រ (បន្ថែម)	យើងបានសហការជាដៃគូជាមួយក្រុមហ៊ុនផ្តល់សេវាសុខភាពធ្មេញដើម្បីផ្តល់ឱ្យអ្នកកាន់តែច្រើន នូវជម្រើសចំពោះតម្រូវការសុខភាពធ្មេញតាមទម្លាប់របស់អ្នក។ ប្រសិនបើអ្នកប្រើអ្នកផ្តល់សេវានៅក្នុងក្រុមហ៊ុនផ្តល់សេវាសុខភាពធ្មេញរបស់យើង អ្នកនឹងទទួលបានទាំងការបង្ការ និងជ្រើសរើសសេវាទន្តសាស្ត្រទូលំទូលាយតាមរយៈក្រុមហ៊ុននេះ។ សេវាធ្មេញបែបបង្ការរួមមានការពិនិត្យមាត់ ការសម្អាត ការព្យាបាលដោយភ្លុយអរ និងការថតកាំរស្មីអ៊ិចដោយ	**យើងបានសហការជាដៃគូជាមួយក្រុមហ៊ុនផ្តល់សេវាសុខភាពធ្មេញដើម្បីផ្តល់ឱ្យអ្នក នូវជម្រើសបន្ថែមចំពោះតម្រូវការសុខភាពធ្មេញតាមទម្លាប់របស់អ្នក។ ប្រសិនបើអ្នកប្រើអ្នកផ្តល់សេវានៅក្នុងក្រុមហ៊ុនផ្តល់សេវាសុខភាពធ្មេញរបស់យើង អ្នកនឹងទទួលបានទាំងការបង្ការ និងជ្រើសរើសសេវាទន្តសាស្ត្រទូលំទូលាយតាមរយៈក្រុមហ៊ុននេះ។ កលក់ សេវាទន្តសាស្ត្របែបបង្ការរួមមានការពិនិត្យមាត់ ការសម្អាត ការ**

	ឆ្នាំ 2025 (ឆ្នាំនេះ)	ឆ្នាំ 2026 (ឆ្នាំក្រោយ)
	មិនគិតថ្លៃសម្រាប់អ្នក។ លើសពីនេះ អ្នកនឹងមាន $500 សម្រាប់សេវាទន្តសាស្ត្រដ៏លំទូលាយមួយចំនួន រួមទាំងធ្មេញពាក់ផងដែរ។	**ព្យាបាលដោយភ្លុយអរ និងការថតកាំរស្មីអ៊ិចដោយមិនគិតថ្លៃសម្រាប់អ្នក។ លើសពីនេះ អ្នកនឹងមាន $3,600 សម្រាប់សេវាទន្តសាស្ត្រដ៏ទូលំទូលាយមួយចំនួន រួមទាំងធ្មេញពាក់ផងដែរ។**
សេវាកម្មភ្នែក (បន្ថែម)	យើងបានសហការជាដៃគូជាមួយក្រុមហ៊ុនផ្តល់សេវាសុខភាពភ្នែក ដើម្បីផ្តល់តម្លៃកាន់តែច្រើនសម្រាប់តម្រូវការសុខភាពភ្នែកប្រចាំថ្ងៃរបស់អ្នក! សេវាកម្មថែទាំសុខភាពភ្នែកបន្ថែមដែលរ៉ាប់រងរួមមានជាអាទិ៍៖ ការពិនិត្យភ្នែកតាមទម្លាប់មួយដងរៀងរាល់ឆ្នាំតាមប្រតិទិន។	**យើងបានសហការជាដៃគូជាមួយក្រុមហ៊ុនផ្តល់សេវាសុខភាពភ្នែក ដើម្បីផ្តល់តម្លៃកាន់តែច្រើនសម្រាប់តម្រូវការសុខភាពភ្នែកប្រចាំថ្ងៃរបស់អ្នក! សេវាកម្មថែទាំសុខភាពភ្នែកបន្ថែមដែលរ៉ាប់រងរួមមានជាអាទិ៍៖ ការពិនិត្យភ្នែកតាមទម្លាប់មួយដងរៀងរាល់ឆ្នាំតាម**

	ឆ្នាំ 2025 (ឆ្នាំនេះ)	ឆ្នាំ 2026 (ឆ្នាំក្រោយ)
	ប្រាក់ឧបត្ថម្ភសម្រាប់ឧបករណ៍ពាក់នៅភ្នែកចំនួន $200។ អ្នកអាចប្រើប្រាក់ឧបត្ថម្ភសម្រាប់ឧបករណ៍ពាក់នៅភ្នែករបស់អ្នកដើម្បីទិញ៖ កែវពាក់ក្នុងភ្នែក* វ៉ែនតា (កញ្ចក់វ៉ែនតា និងដងវ៉ែនតា) កញ្ចក់វ៉ែនតា និង/ឬដងវ៉ែនតា ការដំឡើងជំនាន់ (ដូចជា កញ្ចក់វ៉ែនតាដែលមានពណ៌ កញ្ចក់ U-V កញ្ចក់ប៉ូឡារ៉ាយ ឬកញ្ចក់អាចប្រែពណ៌បាន)។ *ប្រសិនបើអ្នកជ្រើសរើសកែវដាក់ក្នុងភ្នែក ប្រាក់ឧបត្ថម្ភសម្រាប់ឧបករណ៍ពាក់	**ប្រតិទិន។ ប្រាក់ឧបត្ថម្ភសម្រាប់ឧបករណ៍ពាក់នៅភ្នែកចំនួន $350។ អ្នកអាចប្រើប្រាក់ឧបត្ថម្ភសម្រាប់ឧបករណ៍ពាក់នៅភ្នែករបស់អ្នកដើម្បីទិញ៖ កែវពាក់ក្នុងភ្នែក* វ៉ែនតា (កញ្ចក់វ៉ែនតា និងដងវ៉ែនតា) ការដំឡើងកម្រិតកញ្ចក់ និង/ឬដងវ៉ែនតា (ដូចជា កញ្ចក់វ៉ែនតាដែលមានពណ៌ កញ្ចក់ U-V កញ្ចក់ប៉ូឡារ៉ាយ ឬកញ្ចក់អាចប្រែពណ៌បាន)។ *ប្រសិនបើអ្នកជ្រើសរើសកែវដាក់ក្នុងភ្នែក ប្រាក់ឧបត្ថម្ភសម្រាប់ឧបករណ៍ពាក់នៅភ្នែករបស់**

	ឆ្នាំ 2025 (ឆ្នាំនេះ)	ឆ្នាំ 2026 (ឆ្នាំក្រោយ)
	នៅភ្នែករបស់អ្នកក៏អាចត្រូវបានប្រើដើម្បីបង់ថ្លៃទាំងអស់ ឬមួយផ្នែកនៃថ្លៃសេវាកែវដាក់ក្នុងភ្នែករបស់អ្នកផងដែរ។ អ្នកទទួលខុសត្រូវក្នុងការបង់ប្រាក់លើការកែតម្រូវរ៉ែនតាលើសពីដែនកំណត់នៃប្រាក់ឧបត្ថម្ភសម្រាប់ឧបករណ៍ពាក់ក្នុងភ្នែករបស់គម្រោង។ អ្នកបង់ប្រាក់ $0 សម្រាប់ការពិនិត្យភ្នែកតាមទម្លាប់ (និងការឆ្លុះភ្នែក) សម្រាប់រ៉ែនតាជារៀងរាល់ឆ្នាំតាមប្រតិទិន។	**អ្នកក៏អាចត្រូវបានប្រើដើម្បីបង់ថ្លៃទាំងអស់ ឬមួយផ្នែកនៃថ្លៃសេវាកែវដាក់ក្នុងភ្នែករបស់អ្នកផងដែរ។ អ្នកទទួលខុសត្រូវក្នុងការបង់ប្រាក់លើការកែតម្រូវរ៉ែនតាលើសពីដែនកំណត់នៃប្រាក់ឧបត្ថម្ភសម្រាប់ឧបករណ៍ពាក់ក្នុងភ្នែករបស់គម្រោង។** **អ្នកបង់ប្រាក់ $0 សម្រាប់ការពិនិត្យភ្នែកតាមទម្លាប់ (និងការឆ្លុះភ្នែក) សម្រាប់រ៉ែនតាជារៀងរាល់ឆ្នាំតាមប្រតិទិន។**

	ឆ្នាំ 2025 (ឆ្នាំនេះ)	ឆ្នាំ 2026 (ឆ្នាំក្រោយ)
ឧបករណ៍ជំនួយការស្តាប់ OTC	អ្នកទទួលបានឧបករណ៍ជំនួយការស្តាប់ OTC ចំនួន 2 គ្រឿងរៀងរាល់ 2 ឆ្នាំម្តង។	**អ្នកទទួលបានកាតឥណពន្ធដែលផ្តល់មូលនិធិជាមុនរបស់ MyChoice ដែលមានប្រាក់ឧបត្ថម្ភប្រចាំខែសរុប $102 សម្រាប់ឧបករណ៍ជំនួយការស្តាប់ OTC។**

ផ្នែកទី 1.6 ការផ្លាស់ប្តូរចំពោះការធានារ៉ាប់រងលើឱសថផ្នែក D

ការផ្លាស់ប្តូរចំពោះបញ្ជីឱសថរបស់យើង

បញ្ជីឱសថដែលបានធានារ៉ាប់រងរបស់យើងខ្ញុំត្រូវបានហៅថាបញ្ជីឈ្មោះឱសថ ឬបញ្ជីឱសថ។ ច្បាប់ចម្លងនៃបញ្ជីឱសថរបស់យើងខ្ញុំត្រូវបានផ្តល់ជូនតាមអេឡិចត្រូនិក។

យើងបានធ្វើការផ្លាស់ប្តូរបញ្ជីឱសថរបស់យើងដែលអាចរាប់បញ្ចូលទាំងការដកចេញ ឬបន្ថែមឱសថ ការផ្លាស់ប្តូរលើការរឹតបន្តឹងដែលអនុវត្តចំពោះការធានារ៉ាប់រងរបស់យើងចំពោះឱសថជាក់លាក់មួយចំនួន ឬការផ្លាស់ប្តូរឱសថទៅកម្រិតនៃចំណែកចូលរួមបង់ប្រាក់ផ្សេងទៀត។ **ពិនិត្យមើលបញ្ជីឱសថ ដើម្បីប្រាកដថាឱសថរបស់អ្នកនឹងត្រូវបានធានារ៉ាប់រងនៅឆ្នាំបន្ទាប់ ហើយដើម្បីមើលថាតើនឹងមានការរឹតបន្តឹងណាមួយឬអត់ ឬ**

ប្រសិនបើឱសថរបស់អ្នកត្រូវបានផ្លាស់ប្តូរទៅកម្រិតនៃចំណែកចូលរួមបង់ប្រាក់ផ្សេងទៀត។

ភាគច្រើនបំផុតនៃការផ្លាស់ប្តូរនៅក្នុងបញ្ជីឱសថគឺថ្មីសម្រាប់ដើមឆ្នាំនីមួយៗ។ ទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយ យើងអាចធ្វើការផ្លាស់ប្តូរផ្សេងទៀតដែលត្រូវបានអនុញ្ញាតដោយវិធាន Medicare ដែលនឹងប៉ះពាល់ដល់អ្នកក្នុងអំឡុងឆ្នាំតាមប្រតិទិន។ យើងខ្ញុំធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពបញ្ជីឱសថអនឡាញរបស់យើងខ្ញុំយ៉ាងហោចណាស់រៀងរាល់ខែ ដើម្បីផ្តល់ជូនបញ្ជីឱសថទាន់សម័យបំផុត។ យើងនឹងធ្វើការជូនដំណឹងដល់អ្នកអំពីការផ្លាស់ប្តូរ ប្រសិនបើយើងធ្វើការផ្លាស់ប្តូរដែលនឹងប៉ះពាល់ដល់ការចូលប្រើប្រាស់ឱសថដែលអ្នកកំពុងប្រើប្រាស់។

ប្រសិនបើអ្នករងផលប៉ះពាល់ដោយការផ្លាស់ប្តូរនៅក្នុងការធានារ៉ាប់រងលើឱសថនៅដើមឆ្នាំ ឬក្នុងអំឡុងឆ្នាំ សូមពិនិត្យមើលជំពូកទី 9 នៃ *ភស្តុតាងបញ្ជាក់ការធានារ៉ាប់រង*របស់អ្នក ហើយជជែកជាមួយនឹងអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកដើម្បីស្វែងយល់អំពីជម្រើសរបស់អ្នក ដូចជាការស្នើសុំការផ្តត់ផ្តង់បណ្តោះអាសន្ន ដែលអនុវត្តសម្រាប់ការលើកលែង និង/ឬការធ្វើការស្វែងរកឱសថថ្មី។ សូមទូរសព្ទទៅសេវាបម្រើសមាជិកតាមរយៈលេខ (800) 665-0898 (អ្នកប្រើ TTY គួរទូរសព្ទទៅលេខ 711) សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។

ផ្នែកទី 1.7 ការផ្លាស់ប្តូរចំពោះអត្ថប្រយោជន៍ និងថ្លៃចំណាយឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជា

តើអ្នកទទួលបាន Extra Help ដើម្បីបង់ថ្លៃធានារ៉ាប់រងលើឱសថរបស់អ្នកដែរឬទេ?

ប្រសិនអ្នកស្ថិតនៅក្នុងកម្មវិធីដែលជួយទូទាត់ថ្លៃឱសថរបស់អ្នក (Extra Help) **ព័ត៌មានអំពីថ្លៃចំណាយសម្រាប់ឱសថផ្នែក D អាចមិនអនុវត្តចំពោះអ្នក**

ឡើយ។ យើងបានផ្ញើឯកសារដាច់ដោយឡែកមួយជូនអ្នក ដែលត្រូវបានហៅថា *ឧបសម្ព័ន្ធនៃភស្តុតាងបញ្ជាក់ការធានារ៉ាប់រងសម្រាប់អ្នក ដែលទទួលបាន Extra Help ក្នុងការទូទាត់ថ្លៃឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជា* ដែលប្រាប់អំពីថ្លៃឱសថរបស់អ្នក។ ប្រសិនបើអ្នកទទួលបាន Extra Help ហើយអ្នកមិនទទួលបានឯកសារនេះត្រឹមថ្ងៃទី 30 ខែកញ្ញា សូមទូរសព្ទទៅសេវាបម្រើសមាជិកតាមរយៈលេខ (800) 665-0898 (អ្នកប្រើ TTY សូមទូរសព្ទទៅលេខ 711) ហើយស្នើសុំ *ឧបសម្ព័ន្ធ LIS*។

ដំណាក់កាលនៃការបង់ថ្លៃឱសថ

ដំណាក់កាលនៃការបង់ថ្លៃឱសថមានចំនួន 3៖ ដំណាក់កាលប្រាក់ចំណាយត្រូវបង់មុនប្រចាំឆ្នាំ ដំណាក់កាលនៃការធានារ៉ាប់រងដំបូង និងដំណាក់កាលនៃការធានារ៉ាប់រងគ្រោះមហន្តរាយ។ ដំណាក់កាលគម្លាតនៃការធានារ៉ាប់រង និងកម្មវិធី Coverage Gap Discount Program នឹងលែងមាននៅក្នុងអត្ថប្រយោជន៍ផ្នែក D ទៀតហើយ។

- ***ដំណាក់កាលទី 1៖ ប្រាក់បង់មុនប្រចាំឆ្នាំ***

អ្នកចាប់ផ្តើមក្នុងដំណាក់កាលបង់ប្រាក់នេះរៀងរាល់ឆ្នាំតាមប្រតិទិន។ ក្នុងដំណាក់កាលនេះ អ្នកបង់ថ្លៃពេញនៃឱសថផ្នែក D របស់អ្នក រហូតដល់អ្នកឈានដល់ចំនួនប្រាក់បង់មុនប្រចាំឆ្នាំ។

- ***ដំណាក់កាលទី 2៖ ការធានារ៉ាប់រងដំបូង***

នៅពេលដែលអ្នកទូទាត់ប្រាក់បង់មុនប្រចាំឆ្នាំ នោះអ្នកប្តូរទៅដំណាក់កាលនៃការធានារ៉ាប់រងដំបូង។ ក្នុងដំណាក់កាលនេះ គម្រោងរបស់យើងបង់ចំណែករបស់ខ្លួននូវថ្លៃចំណាយចំពោះឱសថរបស់អ្នក ហើយអ្នកបង់ចំណែកចូលរួមរបស់អ្នក។ ជាទូទៅ អ្នកស្ថិតនៅក្នុងដំណាក់កាលនេះរហូតដល់ថ្លៃចំណាយចេញពីហោប៉ៅពីដើមឆ្នាំដល់បច្ចុប្បន្នរបស់អ្នកឈានដល់ $2,100។

- ***ដំណាក់កាលទី 3៖ ការធានារ៉ាប់រងគ្រោះមហន្តរាយ***

  នេះគឺជាដំណាក់កាលទីបី និងដំណាក់កាលចុងក្រោយនៃការបង់ថ្លៃឱសថ។ នៅក្នុងដំណាក់កាលនេះ អ្នកមិនបង់អ្វីទាំងអស់សម្រាប់ឱសថផ្នែក D ដែលមានការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នក។ ជាទូទៅអ្នកនឹងស្ថិតនៅក្នុងដំណាក់កាលនេះសម្រាប់រយៈពេលដែលនៅសល់នៃឆ្នាំតាមប្រតិទិននេះ។

កម្មវិធី Coverage Gap Discount Program ត្រូវបានជំនួសដោយកម្មវិធី Manufacturer Discount Program។ នៅក្រោមកម្មវិធី Manufacturer Discount Program ក្រុមហ៊ុនផលិតឱសថនឹងបង់មួយភាគនៃថ្លៃចំណាយពេញលេញរបស់គម្រោងសម្រាប់ឱសថដែលមានម៉ាកយីហោ និងឱសថជីវាសាស្ត្រផ្នែក D ដែលបានធានារ៉ាប់រងក្នុងអំឡុងដំណាក់កាលនៃការធានារ៉ាប់រងដំបូង និងដំណាក់កាលនៃការធានារ៉ាប់រងគ្រោះមហន្តរាយ។ ការបញ្ចុះតម្លៃដែលទូទាត់ដោយក្រុមហ៊ុនផលិតក្រោមកម្មវិធី Manufacturer Discount Program មិនរាប់បញ្ចូលក្នុងថ្លៃចំណាយចេញពីហោប៉ៅឡើយ។

តារាងនេះបង្ហាញពីថ្លៃចំណាយរបស់អ្នកក្នុងមួយវេជ្ជបញ្ជាក្នុងអំឡុងដំណាក់កាលនេះ។

	2025 (ឆ្នាំនេះ)	2026 (ឆ្នាំក្រោយ)
ប្រាក់បង់មុនប្រចាំឆ្នាំ	$0	**$615** **ក្នុងដំណាក់កាលនេះ អ្នកបង់ $0 នៃចំណែកចូលរួមបង់ប្រាក់សម្រាប់ឱសថនៅលើកម្រិតទី 1 និងកម្រិតទី 6 និងថ្លៃឱសថពេញលើកម្រិតទី 2 កម្រិតទី 3 កម្រិតទី 4 និងកម្រិតទី 5 រហូតដល់អ្នកឈានដល់ប្រាក់ចំណាយត្រូវបង់មុនប្រចាំឆ្នាំ។**

ថ្លៃឱសថក្នុងដំណាក់កាលទី 2៖ ការធានារ៉ាប់រងដំបូង

តារាងនេះបង្ហាញពីថ្លៃចំណាយរបស់អ្នកក្នុងមួយវេជ្ជបញ្ជាសម្រាប់ការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេលមួយខែដែលបើកនៅឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញជាមួយនឹងចំណែកចូលរួមបង់ប្រាក់ស្តង់ដា។

វ៉ាក់សាំងផ្នែក D សម្រាប់មនុស្សពេញវ័យភាគច្រើនបំផុតត្រូវបានរ៉ាប់រងដោយមិនគិតថ្លៃសម្រាប់អ្នក។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីថ្លៃចំណាយលើវ៉ាក់សាំង ឬព័ត៌មានអំពីថ្លៃចំណាយ សូមចូលទៅកាន់ជំពូកទី 6 អំពី *ភស្តុតាងបញ្ជាក់ការធានារ៉ាប់រង* របស់អ្នក។

នៅពេលអ្នកបានទូទាត់ប្រាក់ចំនួន $2,100 ចេញពីហោប៉ៅសម្រាប់ឱសថផ្នែក D ដែលបានធានារ៉ាប់រង អ្នកនឹងបន្តទៅដំណាក់កាលបន្ទាប់ (ដំណាក់កាលការធានារ៉ាប់រងគ្រោះមហន្តរាយ)។

	2025 (ឆ្នាំនេះ)	2026 (ឆ្នាំក្រោយ)
កម្រិត 1 (ឱសថទូទៅដែលចង់បាន)៖ យើងបានផ្លាស់ប្តូរកម្រិតថ្នាំមួយចំនួននៅក្នុងបញ្ជីឱសថរបស់យើង។ ដើម្បីមើលថាតើឱសថរបស់អ្នកនឹងស្ថិតក្នុងកម្រិតផ្សេងឬអត់ សូមរកមើលនៅក្នុងបញ្ជីឱសថ។	ឱសថដែលបានធានារ៉ាប់រងផ្នែក D នៅក្នុងបញ្ជីឈ្មោះឱសថនឹងមាននៅលើកម្រិតមួយ។ ការចំណាយរបស់អ្នកសម្រាប់ការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេលមួយខែ (31-ថ្ងៃ) បំពេញនៅឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញជាមួយនឹងចំណែកចូលរួមបង់ប្រាក់ស្តង់ដា៖ **ឱសថពហុប្រភពទូទៅ និងដែលចង់បាន៖**	**$0 នៃការទូទាត់ប្រាក់រួមរបស់ថ្លៃចំណាយសរុប**

	2025 (ឆ្នាំនេះ)	2026 (ឆ្នាំក្រោយ)
	អ្នកបង់ **$0** ក្នុងមួយវេជ្ជបញ្ជា។ **ឱសថផ្សេងទៀតទាំងអស់៖** អ្នកបង់ **$0** ក្នុងមួយវេជ្ជបញ្ជា។ អ្នកបង់ **$0** ក្នុងមួយវេជ្ជបញ្ជា។ នៅពេលដែលអ្នកបានទូទាត់ប្រាក់ចេញពីហោប៉ៅចំនួន $2,000 សម្រាប់ឱសថផ្នែក D រួច អ្នកនឹងបន្តទៅដំណាក់កាលបន្ទាប់ (ដំណាក់កាលនៃការធានារ៉ាប់រងគ្រោះមហន្តរាយ)។ ការចែករំលែកចំណាយរបស់អ្នកគឺ $0 នៅក្នុងដំណាក់កាលនៃការធានារ៉ាប់រងគ្រោះមហន្តរាយ)	

	2025 (ឆ្នាំនេះ)	2026 (ឆ្នាំក្រោយ)
កម្រិតទី 2 (ឱសថទូទៅ)៖	ឱសថដែលបានធានារ៉ាប់រងផ្នែក D នៅក្នុងបញ្ជីឈ្មោះឱសថនឹងមាននៅលើកម្រិតមួយ។ ថ្លៃចំណាយរបស់អ្នកសម្រាប់ការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេលមួយខែដែលបានបើកឱសថនៅឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញជាមួយនឹងចំណែកចូលរួមបង់ប្រាក់ស្តង់ដា៖ **ឱសថពហុប្រភពទូទៅ និងដែលចង់បាន៖** អ្នកបង់ **$0** ក្នុងមួយវេជ្ជបញ្ជា។ **ឱសថផ្សេងទៀតទាំងអស់៖**	**$0, $1.60 ឬ $5.10 សម្រាប់ឱសថទូទៅ (រួមទាំងឱសថមានម៉ាកយីហោដែលបានចាត់ទុកថាជាឱសថទូទៅ)** **$0, $4.90 ឬ $12.65 នៃប្រាក់បង់រួមសម្រាប់ឱសថផ្សេងទៀតទាំងអស់ក្នុងមួយវេជ្ជបញ្ជា។**

	2025 (ឆ្នាំនេះ)	2026 (ឆ្នាំក្រោយ)
	អ្នកបង់ **$0** ក្នុងមួយវេជ្ជបញ្ជា។ នៅពេលដែលអ្នកបានទូទាត់ប្រាក់ចេញពីហោប៉ៅចំនួន $2,000 សម្រាប់ឱសថផ្នែក D រួច អ្នកនឹងបន្តទៅដំណាក់កាលបន្ទាប់ (ដំណាក់កាលនៃការធានារ៉ាប់រងគ្រោះមហន្តរាយ)។ ការចែករំលែកចំណាយរបស់អ្នកគឺ $0 នៅក្នុងដំណាក់កាលនៃការធានារ៉ាប់រងគ្រោះមហន្តរាយ)	

	2025 (ឆ្នាំនេះ)	2026 (ឆ្នាំក្រោយ)
កម្រិតទី 3 (ឱសថមានម៉ាកយីហោដែលបង់បាន)៖	ឱសថដែលបានធានារ៉ាប់រងផ្នែក D នៅក្នុងបញ្ជីឈ្មោះឱសថនឹងមាននៅលើកម្រិតមួយ។ ថ្លៃចំណាយរបស់អ្នកសម្រាប់ការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេលមួយខែដែលបានបើកឱសថនៅឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញជាមួយនឹងចំណែកចូលរួមបង់ប្រាក់ស្តង់ដា៖ **ឱសថពហុប្រភពទូទៅ និងដែលចង់បាន៖** អ្នកបង់ **$0** ក្នុងមួយវេជ្ជបញ្ជា។ **ឱសថផ្សេងទៀតទាំងអស់៖**	**$0, $1.60 ឬ $5.10 សម្រាប់ឱសថទូទៅ (រួមទាំងឱសថមានម៉ាកយីហោដែលបានចាត់ទុកថាជាឱសថទូទៅ)** **$0, $4.90 ឬ $12.65 នៃប្រាក់បង់រួមសម្រាប់ឱសថផ្សេងទៀតទាំងអស់ក្នុងមួយវេជ្ជបញ្ជា។**

	2025 (ឆ្នាំនេះ)	2026 (ឆ្នាំក្រោយ)
	អ្នកបង់ **$0** ក្នុងមួយវេជ្ជបញ្ជា។ នៅពេលដែលអ្នកបានទូទាត់ប្រាក់ចេញពីហោប៉ៅចំនួន $2,000 សម្រាប់ឱសថផ្នែក D រួច អ្នកនឹងបន្តទៅដំណាក់កាលបន្ទាប់ (ដំណាក់កាលនៃការធានារ៉ាប់រងគ្រោះមហន្តរាយ)។ ការចែករំលែកចំណាយរបស់អ្នកគឺ $0 នៅក្នុងដំណាក់កាលនៃការធានារ៉ាប់រងគ្រោះមហន្តរាយ)	

	2025 (ឆ្នាំនេះ)	2026 (ឆ្នាំក្រោយ)
កម្រិតទី 4 (ឱសថដែលមិនចង់បាន)៖	ឱសថដែលបានធានារ៉ាប់រងផ្នែក D នៅក្នុងបញ្ជីឈ្មោះឱសថនឹងមាននៅលើកម្រិតមួយ។ ថ្លៃចំណាយរបស់អ្នកសម្រាប់ការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេលមួយខែដែលបានបើកឱសថនៅឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញជាមួយនឹងចំណែកចូលរួមបង់ប្រាក់ស្តង់ដា៖ **ឱសថពហុប្រភពទូទៅ និងដែលចង់បាន៖** អ្នកបង់ **$0** ក្នុងមួយវេជ្ជបញ្ជា។ **ឱសថផ្សេងទៀតទាំងអស់៖** អ្នកបង់ **$0** ក្នុងមួយវេជ្ជបញ្ជា។	**$0, $1.60 ឬ $5.10 សម្រាប់ឱសថទូទៅ (រួមទាំងឱសថមានម៉ាកយីហោដែលបានចាត់ទុកថាជាឱសថទូទៅ)** **$0, $4.90 ឬ $12.65 នៃប្រាក់បង់រួមសម្រាប់ឱសថផ្សេងទៀតទាំងអស់ក្នុងមួយវេជ្ជបញ្ជា។**

	2025 (ឆ្នាំនេះ)	2026 (ឆ្នាំក្រោយ)
	នៅពេលដែលអ្នកបានទូទាត់ប្រាក់ចេញពីហោប៉ៅចំនួន $2,000 សម្រាប់ឱសថផ្នែក D រួច អ្នកនឹងបន្តទៅដំណាក់កាលបន្ទាប់ (ដំណាក់កាលនៃការធានារ៉ាប់រងគ្រោះមហន្តរាយ)។ ការចែករំលែកចំណាយរបស់អ្នកគឺ $0 នៅក្នុងដំណាក់កាលនៃការធានារ៉ាប់រងគ្រោះមហន្តរាយ)	
កម្រិតទី 5 (ឱសថឯកទេស)៖	ឱសថដែលបានធានារ៉ាប់រងផ្នែក D នៅក្នុងបញ្ជីឈ្មោះឱសថនឹងមាននៅលើកម្រិតមួយ។	**$0, $1.60 ឬ $5.10 សម្រាប់ឱសថទូទៅ (រួមទាំងឱសថមានម៉ាកយីហោដែលបានចាត់ទុកថាជាឱសថទូទៅ)**

	2025 (ឆ្នាំនេះ)	2026 (ឆ្នាំក្រោយ)
	ថ្លៃចំណាយរបស់អ្នកសម្រាប់ការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេលមួយខែដែលបានបើកឱសថនៅឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញជាមួយនឹងចំណែកចូលរួមបង់ប្រាក់ស្តង់ដា៖ **ឱសថពហុប្រភពទូទៅ និងដែលចង់បាន៖** អ្នកបង់ **$0** ក្នុងមួយវេជ្ជបញ្ជា។ **ឱសថផ្សេងទៀតទាំងអស់៖** អ្នកបង់ **$0** ក្នុងមួយវេជ្ជបញ្ជា។ នៅពេលដែលអ្នកបានទូទាត់ប្រាក់ចេញពីហោប៉ៅចំនួន $2,000	**$0, $4.90 ឬ $12.65 នៃប្រាក់បង់រួមសម្រាប់ឱសថផ្សេងទៀតទាំងអស់ក្នុងមួយវេជ្ជបញ្ជា។**

	2025 (ឆ្នាំនេះ)	2026 (ឆ្នាំក្រោយ)
	សម្រាប់ឱសថផ្នែក D រួច អ្នកនឹងបន្តទៅដំណាក់កាលបន្ទាប់ (ដំណាក់កាលនៃការធានារ៉ាប់រងគ្រោះមហន្តរាយ)។ ការចែករំលែកចំណាយរបស់អ្នកគឺ $0 នៅក្នុងដំណាក់កាលនៃការធានារ៉ាប់រងគ្រោះមហន្តរាយ) **ឱសថពហុប្រភពទូទៅ និងដែលចង់បាន៖** អ្នកបង់ **$0** ក្នុងមួយវេជ្ជបញ្ជា។ **ឱសថផ្សេងទៀតទាំងអស់៖** អ្នកបង់ **$0** ក្នុងមួយវេជ្ជបញ្ជា។	

	2025 (ឆ្នាំនេះ)	2026 (ឆ្នាំក្រោយ)
កម្រិតទី 6 (ឱសថថែទាំតាមការជ្រើសរើស)៖	ឱសថដែលបានធានារ៉ាប់រងផ្នែក D នៅក្នុងបញ្ជីឈ្មោះឱសថនឹងមាននៅលើកម្រិតមួយ។ ថ្លៃចំណាយរបស់អ្នកសម្រាប់ការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេលមួយខែដែលបានបើកឱសថនៅឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញជាមួយនឹងចំណែកចូលរួមបង់ប្រាក់ស្តង់ដា៖	**$0 នៃថ្លៃចំណាយសរុប**

	2025 (ឆ្នាំនេះ)	2026 (ឆ្នាំក្រោយ)
	នៅពេលដែលអ្នកបានទូទាត់ប្រាក់ចេញពីហោប៉ៅចំនួន $2,000 សម្រាប់ឱសថផ្នែក D រួច អ្នកនឹងបន្តទៅដំណាក់កាលបន្ទាប់ (ដំណាក់កាលនៃការធានារ៉ាប់រងគ្រោះមហន្តរាយ)។ ការចែករំលែកចំណាយរបស់អ្នកគឺ $0 នៅក្នុងដំណាក់កាលនៃការធានារ៉ាប់រងគ្រោះមហន្តរាយ)	

ការផ្លាស់ប្តូរចំពោះអត្ថប្រយោជន៍ VBID ផ្នែក D របស់អ្នក

នៅឆ្នាំ 2025 គម្រោង Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) បានចូលរួមក្នុងគំរូនៃការរចនាការធានារ៉ាប់រងផ្អែកលើតម្លៃ (VBID) ប៉ុន្តែកម្មវិធីនេះនឹងចាកចេញនៅឆ្នាំនេះ។ ជាផ្នែកមួយនៃអត្ថប្រយោជន៍ផ្នែក D នៃគំរូ VBID គម្រោង Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) ផ្តល់ជូននូវការលុបបំបាត់ចំណែកចូលរួមបង់ប្រាក់សម្រាប់ឱសថផ្នែក D។ ដោយសារកម្មវិធីនេះបានបញ្ចប់ សមាជិកអាចមានចំណែកចូលរួមបង់ប្រាក់លើឱសថ

ផ្នែក D ទាំងអស់នៅក្នុងដំណាក់នៃការធានារ៉ាប់រងទាំងអស់។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមទូរសព្ទទៅសេវាបម្រើសមាជិក ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរណាមួយ។

ការផ្លាស់ប្តូរទៅដំណាក់កាលនៃការធានារ៉ាប់រងគ្រោះមហន្តរាយ

សម្រាប់ព័ត៌មានជាក់លាក់អំពីថ្លៃចំណាយរបស់អ្នកនៅក្នុងដំណាក់កាលនៃការធានារ៉ាប់រងគ្រោះមហន្តរាយ សូមចូលទៅកាន់ជំពូកទី 6 ផ្នែកទី 6 នៅក្នុង *ភស្តុតាងបញ្ជាក់ការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នក ។*

ផ្នែកទី 2 ការផ្លាស់ប្តូររដ្ឋបាល

យើងកំពុងធ្វើការផ្លាស់ប្តូររដ្ឋបាលនៅឆ្នាំក្រោយ។ ព័ត៌មាននៅក្នុងតារាងខាងក្រោមពិពណ៌នាអំពីការផ្លាស់ប្តូរទាំងនេះ។

	ឆ្នាំ 2025 (ឆ្នាំនេះ)	ឆ្នាំ 2026 (ឆ្នាំក្រោយ)
Best Buy Health /Critical Signal Technologies (CST) នឹងលែងជាក្រុមហ៊ុនផ្តល់សេវាដែលមានកិច្ចសន្យាសម្រាប់ឆ្នាំ 2026 ទៀតហើយ។	អត្ថប្រយោជន៍ PERS របស់អ្នកត្រូវបានគ្រប់គ្រងដោយ Best Buy Health /Critical Signal Technologies (CST)។	**Medical Guardian គឺជាក្រុមហ៊ុនផ្តល់សេវាដែលមានកិច្ចសន្យាសម្រាប់ឆ្នាំ 2026។**

	ឆ្នាំ 2025 (ឆ្នាំនេះ)	ឆ្នាំ 2026 (ឆ្នាំក្រោយ)
អត្ថប្រយោជន៍បន្ថែមពិសេសសម្រាប់អ្នកជំងឺរ៉ាំរ៉ៃ (SSBCI)	ប្រសិនបើអ្នកទទួលបានការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យថា មានស្ថានភាពជំងឺរ៉ាំរ៉ៃដែលមានសិទ្ធិទទួលបាន និងបំពេញតាមលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យជាក់លាក់ នោះអ្នកអាចមានសិទ្ធិទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍បន្ថែមពិសេសសម្រាប់អ្នកជំងឺរ៉ាំរ៉ៃ។ ស្ថានភាពជំងឺរ៉ាំរ៉ៃដែលមានសិទ្ធិទទួលបានរួមមាន៖ • ការពឹងផ្អែកលើគ្រឿងស្រវឹងរ៉ាំរ៉ៃ និងគ្រឿងញៀនផ្សេងទៀត • ជំងឺស្វិតស្វាំ • ជំងឺមហារីក • ជំងឺសរសៃឈាមបេះដូង	**ប្រសិនបើអ្នកទទួលបានការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យថា មានស្ថានភាពជំងឺរ៉ាំរ៉ៃដែលមានសិទ្ធិទទួលបាន និងបំពេញតាមលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យជាក់លាក់ នោះអ្នកអាចមានសិទ្ធិទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍បន្ថែមពិសេសសម្រាប់អ្នកជំងឺរ៉ាំរ៉ៃ។** **ស្ថានភាពជំងឺរ៉ាំរ៉ៃដែលមានសិទ្ធិទទួលបានរួមមាន៖** • **ជំងឺសរសៃឈាមបេះដូង** • **ជំងឺខ្សោយបេះដូងរ៉ាំរ៉ៃ** • **ជំងឺវង្វេង** • **ជំងឺទឹកនោមផ្អែម** • **ជំងឺសួតរ៉ាំរ៉ៃ**

	ឆ្នាំ 2025 (ឆ្នាំនេះ)	ឆ្នាំ 2026 (ឆ្នាំក្រោយ)
	• ជំងឺខ្សោយបេះដូងរ៉ាំរ៉ៃ • ជំងឺវង្វេង • ជំងឺទឹកនោមផ្អែម • ជំងឺថ្លើមដំណាក់កាលចុងក្រោយ • ជំងឺតម្រងនោមដំណាក់កាលចុងក្រោយ (ESRD) • ជំងឺឈាមវិទ្យាធ្ងន់ធ្ងរ • មេរោគ HIV/AIDS • ជំងឺសួតរ៉ាំរ៉ៃ • ស្ថានភាពសុខភាពផ្លូវចិត្តរ៉ាំរ៉ៃ និងពិការភាព	• **ជំងឺតម្រងនោមរ៉ាំរ៉ៃ (CKD)** • **វិបត្តិនៃការប្រើប្រាស់គ្រឿងស្រវឹងរ៉ាំរ៉ៃ និងវិបត្តិនៃការប្រើប្រាស់សារធាតុញៀនផ្សេងទៀត (SUD)** • **ជំងឺមហារីក** • **ជំងឺស្វ័យសុំា** • **ការលើសទម្ងន់ ភាពធាត់ជ្រុល និងរោគសញ្ញាមេតាប៉ូលីស** • **ជំងឺក្រពះពោះវៀនរ៉ាំរ៉ៃ** • **ជំងឺឈាមវិទ្យាធ្ងន់ធ្ងរ** • **មេរោគ HIV/AIDS**

	ឆ្នាំ 2025 (ឆ្នាំនេះ)	ឆ្នាំ 2026 (ឆ្នាំក្រោយ)
	• ជំងឺសរសៃប្រសាទ • ជំងឺដាច់សរសៃឈាមខួរក្បាល	**• ស្ថានភាពសុខភាពផ្លូវចិត្តរ៉ាំរ៉ៃ និងពិការភាព** **• ជំងឺសរសៃប្រសាទ** **• ជំងឺដាច់សរសៃឈាមខួរក្បាល** **• ការថែទាំបន្ទាប់ពីការប្តូរសរីរាង្គ** **• ភាពស្ទាំចុះខ្សោយ និងជំងឺប្រព័ន្ធភាពស្ទាំ** **• ស្ថានភាពដែលពាក់ព័ន្ធនឹងការចុះខ្សោយនៃការយល់ដឹង** **• លក្ខខណ្ឌដែលមានបញ្ហាប្រឈមមុខងារ**

	ឆ្នាំ 2025 (ឆ្នាំនេះ)	ឆ្នាំ 2026 (ឆ្នាំក្រោយ)
		• **ស្ថានភាពរ៉ាំរ៉ៃដែលធ្វើឱ្យប៉ះពាល់ដល់ការមើលឃើញ ការស្តាប់ (ថ្លង់) រសជាតិ ការប៉ះ និងក្លិន** • **លក្ខខណ្ឌដែលតម្រូវឱ្យបន្តសេវាព្យាបាល ដើម្បីឱ្យបុគ្គលម្នាក់ៗ ថែទាំ ឬរក្សាមុខងារ**
Medicare Prescription Payment Plan	មិនអាចអនុវត្តបាន	**Medicare Prescription Payment Plan គឺជាជម្រើសបង់ប្រាក់ថ្មីដែលដំណើរការជាមួយអាយុធានារ៉ាប់រងលើឱសថបច្ចុប្បន្នរបស់អ្នក ហើយវាអាចជួយអ្នកគ្រប់គ្រងថ្លៃឱសថរបស់អ្នកដោយ**

	ឆ្នាំ 2025 (ឆ្នាំនេះ)	ឆ្នាំ 2026 (ឆ្នាំក្រោយ)
		ចែកចាយវានៅទូទាំងការទូទាត់ប្រចាំខែដែលប្រែប្រួលពេញមួយឆ្នាំ (ខែមករា ដល់ ខែធ្នូ)។ **ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពីជម្រើសបង់ប្រាក់នេះ សូមទាក់ទងមកយើងខ្ញុំតាមរយៈលេខ (800) 665-0898 (TTY: 711) ឬចូលមើលគេហទំព័រ Medicare.gov។**

ផ្នែកទី 3 របៀបផ្លាស់ប្តូរគម្រោង

ដើម្បីបន្តនៅក្នុងគម្រោង Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) អ្នកមិនចាំបាច់ធ្វើអ្វីទាំងអស់ឡើយ។ លុះត្រាតែអ្នកចុះឈ្មោះសម្រាប់គម្រោងផ្សេងមួយ ឬផ្លាស់ប្តូរទៅ Original Medicare គិតត្រឹមថ្ងៃទី 7 ខែធ្នូ នោះអ្នកនឹងត្រូវបានចុះឈ្មោះដោយស្វ័យប្រវត្តិនៅក្នុងគម្រោង Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) របស់យើង។

ប្រសិនបើអ្នកចង់ផ្លាស់ប្តូរគម្រោងសម្រាប់ឆ្នាំ 2026 សូមអនុវត្តតាមជំហានទាំងនេះ៖

- **ដើម្បីផ្លាស់ប្តូរទៅគម្រោងសុខភាព Medicare ផ្សេង** សូមចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងថ្មី។ អ្នកនឹងត្រូវបានលុបឈ្មោះចេញដោយស្វ័យប្រវត្តិពីគម្រោង Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP)។
- **ដើម្បី ផ្លាស់ប្តូរទៅ Original Medicare ដោយមានការធានារ៉ាប់រងលើឱសថ Medicare** សូមចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងឱសថ Medicare ថ្មី។ អ្នកនឹងត្រូវបានលុបឈ្មោះចេញដោយស្វ័យប្រវត្តិពីគម្រោង Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP)។
- **ដើម្បីផ្លាស់ប្តូរទៅ Original Medicare ដោយគ្មានគម្រោងឱសថ** អ្នកអាចផ្ញើមកយើងខ្ញុំនូវសំណើជាលាយលក្ខណ៍អក្សរដើម្បីលុបឈ្មោះចេញ។ សូមទូរសព្ទទៅសេវាបម្រើសមាជិកតាមរយៈលេខ (800) 665-0898 (អ្នកប្រើ TTY គួរទូរសព្ទទៅលេខ 711) សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីរបៀបធ្វើការណ៍នេះ។ ឬទូរសព្ទទៅ **Medicare** តាមរយៈលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) ហើយស្នើសុំលុបឈ្មោះចេញ។ អ្នកប្រើ TTY អាចទូរសព្ទទៅលេខ 1-877-486-2048។ ប្រសិនបើអ្នកមិនចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងឱសថ Medicare ទេ អ្នកអាចបង់ប្រាក់ពិន័យចំពោះការចុះឈ្មោះយឺតយ៉ាវផ្នែក D (សូមចូលទៅកាន់ជំពូកទី 1 ផ្នែកទី 4.4 នៃ *ភស្តុតាងបញ្ជាក់ការធានារ៉ាប់រង)*។
- **ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពី Original Medicare និងប្រភេទផ្សេងៗនៃគម្រោង** Medicare សូមចូលចូលមើលគេហទំព័រ www.Medicare.gov សូមពិនិត្យមើលសៀវភៅណែនាំ *Medicare និងអ្នក ឆ្នាំ 2026* សូមទូរសព្ទទៅកម្មវិធី State Health Insurance Assistance Program របស់អ្នក (ចូលទៅកាន់ផ្នែកទី 6) ឬទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)។

ផ្នែកទី 3.1 កាលបរិច្ឆេទកំណត់សម្រាប់ការផ្លាស់ប្តូរគម្រោង

អ្នកដែលមាន Medicare អាចធ្វើការផ្លាស់ប្តូរលើការធានារ៉ាប់រងរបស់ពួកគេ ចាប់ពី**ថ្ងៃទី 15 ខែតុលា ដល់ថ្ងៃទី 7 ខែធ្នូ**ជារៀងរាល់ឆ្នាំ។

ប្រសិនបើអ្នកបានចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោង Medicare Advantage សម្រាប់ថ្ងៃទី 1 ខែមករា ឆ្នាំ 2026 ហើយមិនចូលចិត្តជម្រើសគម្រោងរបស់អ្នក អ្នកអាចប្តូរទៅគម្រោងសុខភាព Medicare ផ្សេងទៀត (ដោយមាន ឬគ្មានការធានារ៉ាប់រងលើឱសថ Medicare) ឬប្តូរទៅ Original Medicare (ដោយមាន ឬគ្មានការធានារ៉ាប់រងលើឱសថ Medicare ដាច់ដោយឡែក) នៅចន្លោះថ្ងៃទី 1 ខែមករា ដល់ថ្ងៃទី 31 ខែមីនា ឆ្នាំ 2026។

ផ្នែកទី 3.2 តើមានពេលវេលាណាផ្សេងទៀតនៃឆ្នាំនេះដើម្បីធ្វើការផ្លាស់ប្តូរដែរឬទេ?

នៅក្នុងស្ថានភាពជាក់លាក់ មនុស្សអាចមានឱកាសផ្លាស់ប្តូរផ្សេងទៀតក្នុងអំឡុងឆ្នាំនេះ។ ឧទាហរណ៍រួមមានមនុស្សដែល៖

- មាន Medicaid
- ទទួលបាន Extra Help ក្នុងការបង់ថ្លៃឱសថរបស់ពួកគេ
- មាន ឬកំពុងចាកចេញពីការធានារ៉ាប់រងរបស់និយោជក
- ផ្លាស់ទីចេញពីតំបន់សេវាកម្មនៃគម្រោងរបស់យើង

ដោយសារតែអ្នកមាន Medicaid អ្នកអាចបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់អ្នកនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើងដោយជ្រើសរើសជម្រើស Medicare មួយក្នុងចំណោមជម្រើសខាងក្រោមនៅក្នុងខែណាមួយនៃឆ្នាំ៖

- Original Medicare *ជាមួយនឹង* គម្រោងឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជារបស់ Medicare ដាច់ដោយឡែក
- Original Medicare *ដោយគ្មាន*គម្រោងឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជារបស់ Medicare ដាច់ដោយឡែក (ប្រសិនបើអ្នកជ្រើសរើសជម្រើសនេះ Medicare អាចចុះឈ្មោះអ្នកក្នុងគម្រោងឱសថ លុះត្រាតែអ្នកបានជ្រើសរើសចេញពីការចុះឈ្មោះដោយស្វ័យប្រវត្តិ។) ឬ
- ប្រសិនបើមានសិទ្ធិទទួលបាន D-SNP រួមបញ្ចូលគ្នាដែលផ្តល់នូវ Medicare របស់អ្នក និងអត្ថប្រយោជន៍ និងសេវាកម្ម Medicaid ភាគច្រើន ឬទាំងអស់របស់អ្នកនៅក្នុងគម្រោងតែមួយ។

ប្រសិនបើអ្នកទើបតែផ្លាស់ទៅ ឬបច្ចុប្បន្នរស់នៅក្នុងស្ថាប័នមួយ (ដូចជាមន្ទីរថែទាំដែលមានជំនាញ ឬមន្ទីរពេទ្យថែទាំរយៈពេលវែង) អ្នកអាចផ្លាស់ប្តូរការធានារ៉ាប់រង Medicare របស់អ្នក**បានគ្រប់ពេល**។ អ្នកអាចប្តូរទៅគម្រោងសុខភាព Medicare ណាមួយផ្សេងទៀត (ដោយមាន ឬគ្មានការធានារ៉ាប់រងឱសថ Medicare) ឬប្តូរទៅ Original Medicare (ដោយមាន ឬគ្មានការធានារ៉ាប់រងលើឱសថ Medicare ដាច់ដោយឡែក) នៅពេលណាក៏បាន។ ប្រសិនបើអ្នកទើបតែបានផ្លាស់ចេញពីស្ថាប័នមួយ អ្នកមានឱកាសប្តូរគម្រោង ឬប្តូរទៅ Original Medicare សម្រាប់រយៈពេល 2 ខែពេញ បន្ទាប់ពីខែដែលអ្នកផ្លាស់ទីលំនៅ។

ផ្នែកទី 4 ទទួលបានជំនួយក្នុងការទូទាត់សម្រាប់ឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជា

អ្នកអាចមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ជំនួយបង់ថ្លៃឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជា។ ប្រភេទជំនួយផ្សេងៗអាចរកបាននៅ៖

- **កម្មវិធី Extra Help ពី Medicare។** អ្នកដែលមានប្រាក់ចំណូលមានដែនកំណត់អាចមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់កម្មវិធី Extra Help ដើម្បីទូទាត់ថ្លៃចំណាយលើឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជារបស់ពួកគេ។ ប្រសិនបើអ្នកមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ Medicare អាចទូទាត់ថ្លៃឱសថរបស់អ្នករហូតដល់ 75% ឬច្រើនជាងនេះ រួមទាំងថ្លៃធានារ៉ាប់រងលើគម្រោងឱសថ ប្រាក់បង់មុន និងការធានារ៉ាប់រងរួមប្រចាំឆ្នាំ។ ដូចគ្នានេះផងដែរ អ្នកដែលមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់នឹងមិនមានការពិន័យចំពោះការចុះឈ្មោះយឺតយ៉ាវទេ។ ដើម្បីមើលថា តើអ្នកមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ឬអត់ សូមទូរសព្ទទៅ៖
  - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)។ អ្នកប្រើ TTY អាចទូរសព្ទទៅលេខ 1-877-486-2048 បាន 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។
  - សន្តិសុខសង្គមតាមរយៈលេខ 1-800-772-1213 ចន្លោះម៉ោង 8 a.m. ដល់ម៉ោង 7 p.m. ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ សម្រាប់អ្នកតំណាង។ សារស្វ័យប្រវត្តិអាចរកបាន 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ។ អ្នកប្រើ TTY អាចទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-325-0778។
  - ការិយាល័យ Medicaid រដ្ឋរបស់អ្នក។
- **ជំនួយសម្រាប់ចំណែកចូលរួមបង់ប្រាក់ថ្លៃឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាសម្រាប់អ្នកផ្ទុកមេរោគ HIV/ជំងឺ AIDS។** កម្មវិធីជំនួយឱសថព្យាបាល

ជំងឺ AIDS (ADAP) ជួយធានាថា បុគ្គលដែលមានសិទ្ធិទទួលបាន ADAP ដែលកំពុងរស់នៅជាមួយមេរោគ HIV/ជំងឺ AIDS មានសិទ្ធិទទួលបានឱសថព្យាបាលសង្គ្រោះជីវិតពីមេរោគ HIV។ ដើម្បីមានសិទ្ធិទទួលបាន ADAP ដែលប្រតិបត្តិការនៅក្នុងរដ្ឋរបស់អ្នក បុគ្គលត្រូវតែបំពេញតាមលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យជាក់លាក់ រួមទាំងភស្តុតាងនៃទីលំនៅក្នុងរដ្ឋ និងស្ថានភាពមេរោគ HIV មានប្រាក់ចំណូលទាបដូចដែលបានកំណត់ដោយរដ្ឋ និងស្ថានភាពគ្មានការធានារ៉ាប់រង/ក្រោមការធានារ៉ាប់រង។ ឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជារបស់ Medicare Part D ដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយ ADAP ក៏មានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ជំនួយចំណែកចូលរួមបង់ប្រាក់តាមរយៈ Office of AIDS ផងដែរ។ សម្រាប់ព័ត៌មានអំពីលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យសិទ្ធិទទួលបានឱសថដែលបានធានារ៉ាប់រង របៀបចុះឈ្មោះក្នុងកម្មវិធី ឬប្រសិនបើអ្នកកំពុងចុះឈ្មោះបច្ចុប្បន្ន របៀបបន្តទទួលជំនួយ សូមទូរសព្ទទៅលេខ (916) 449-5900។ នៅពេលហៅទូរសព្ទមក ត្រូវប្រាកដថាជូនដំណឹងដល់ពួកគេអំពីឈ្មោះគម្រោង Medicare Part D ឬលេខបណ្ណធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នក។

- **Medicare Prescription Payment Plan** Medicare Prescription Payment Plan គឺជាជម្រើសបង់ប្រាក់ដែលដំណើរការជាមួយការធានារ៉ាប់រងលើថ្លៃឱសថបច្ចុប្បន្នរបស់អ្នកដើម្បីជួយអ្នកគ្រប់គ្រងថ្លៃចំណាយចេញពីហោប៉ៅរបស់អ្នកសម្រាប់ថ្លៃឱសថដែលធានារ៉ាប់រងដោយគម្រោងរបស់យើងដោយចែកចាយវានៅទូទាំងឆ្នាំតាមប្រតិទិន (ខែមករា ដល់ខែធ្នូ)។ អ្នកណាម្នាក់ដែលមានគម្រោងឱសថរបស់ Medicare ឬគម្រោងសុខភាពរបស់ Medicare ដែលមានការធានារ៉ាប់រងលើឱសថ (ដូចជាគម្រោង Medicare Advantage ដែលមានការធានារ៉ាប់រងលើឱសថ) អាចប្រើជម្រើសបង់ប្រាក់នេះបាន។ **ជម្រើសបង់ប្រាក់នេះអាចជួយអ្នកគ្រប់គ្រងការចំណាយរបស់អ្នក ប៉ុន្តែវាមិនសន្សំប្រាក់ ឬបញ្ចុះថ្លៃឱសថរបស់អ្នកទេ។**

- Extra Help ពី Medicare និងជំនួយពី SPAP និង ADAP របស់អ្នក សម្រាប់អ្នកដែលមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ គឺមានអត្ថប្រយោជន៍ច្រើនជាងការចូលរួម Medicare Prescription Payment Plan សមាជិកទាំងអស់មានសិទ្ធិចូលរួម Medicare Prescription Payment Plan ដោយមិនគិតពីកម្រិតប្រាក់ចំណូល។ ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពីជម្រើសទូទាត់ប្រាក់នេះ សូមទូរសព្ទមកយើងខ្ញុំតាមរយៈលេខ (800) 665-0898 (អ្នកប្រើប្រាស់ TTY សូមទូរសព្ទទៅលេខ 711) ឬចូលមើលគេហទំព័រ www.Medicare.gov។

ផ្នែកទី 5 មានសំណួរឬ?

ផ្នែកទី 5.1 ទទួលបានជំនួយពីគម្រោង Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP)

- **សូមទូរសព្ទទៅសេវាបម្រើសមាជិកតាមរយៈលេខ (800) 665-0898។ (សម្រាប់ TTY តែប៉ុណ្ណោះ សូមទូរសព្ទទៅលេខ 711។)**

យើងមានម៉ោងហៅទូរសព្ទពីថ្ងៃទី 1 ខែតុលា ដល់ថ្ងៃទី 31 ខែមីនា ម៉ោង 8 a.m. ដល់ 8 p.m. ម៉ោងក្នុងស្រុក បាន 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ចាប់ពីថ្ងៃទី 1 ខែមេសា ដល់ថ្ងៃទី 30 ខែកញ្ញា ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8 a.m. ដល់ម៉ោង 8 p.m. ម៉ោងក្នុងស្រុក។ ការហៅទៅកាន់លេខទាំងនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។

- **សូមអាន*ភស្តុតាងបញ្ជាក់ការធានារ៉ាប់រង*ឆ្នាំ 2026 របស់អ្នក**

សេចក្តីជូនដំណឹងប្រចាំឆ្នាំអំពីការផ្លាស់ប្តូរ នេះផ្តល់ជូនសេចក្តីសង្ខេបនៃការផ្លាស់ប្តូរចំពោះអត្ថប្រយោជន៍ និងថ្លៃចំណាយរបស់អ្នកសម្រាប់ឆ្នាំ 2026។ សម្រាប់ព័ត៌មានលម្អិត សូមចូលចូលមើល*ភស្តុតាងបញ្ជាក់*

*ការធានារ៉ាប់រង*ឆ្នាំ 2026 សម្រាប់គម្រោង Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP)។ *ភស្តុតាងបញ្ជាក់ការធានារ៉ាប់រង*គឺជាការពិពណ៌នាលម្អិតតាមផ្លូវច្បាប់អំពីអត្ថប្រយោជន៍គម្រោងរបស់អ្នក។ វាពន្យល់ពីសិទ្ធិរបស់លោកអ្នក និងវិន័យផ្សេងៗដែលលោកអ្នកត្រូវតែអនុវត្តតាមដើម្បីទទួលបានសេវាកម្មដែលបានរ៉ាប់រង និងឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជា។ ទទួលបាន *ភស្តុតាងបញ្ជាក់ការធានារ៉ាប់រង* នៅលើគេហទំព័ររបស់យើងតាមរយៈ MolinaHealthcare.com/Medicare ឬទូរសព្ទទៅសេវាបម្រើសមាជិកតាមរយៈ (800) 665-0898 (អ្នកប្រើ TTY សូមទូរសព្ទទៅលេខ 711) ដើម្បីស្នើសុំឱ្យយើងខ្ញុំផ្ញើច្បាប់ចម្លងជូនអ្នកតាមប្រៃសណីយ៍។

- **សូមចូលមើលគេហទំព័រ MolinaHealthcare.com/Medicare**

គេហទំព័ររបស់យើងមានព័ត៌មានថ្មីបំផុតអំពីបណ្តាញអ្នកផ្តល់សេវារបស់យើង (*សៀវភៅរាយឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា/សៀវភៅរាយឈ្មោះឱសថស្ថាន*) និង *បញ្ជីឱសថដែលបានធានារ៉ាប់រង (បញ្ជីឈ្មោះឱសថ/បញ្ជីឱសថ)*។

ផ្នែកទី 5.2 ទទួលបានការប្រឹក្សាយោបល់ដោយឥតគិតថ្លៃអំពី Medicare

កម្មវិធី State Health Insurance Assistance Program (SHIP) គឺជាកម្មវិធីរដ្ឋាភិបាលឯករាជ្យមួយដែលមានអ្នកប្រឹក្សាដែលត្រូវបានបណ្តុះបណ្តាលនៅគ្រប់រដ្ឋ។ នៅរដ្ឋ California SHIP ត្រូវបានគេហៅថា HICAP។

ទូរសព្ទទៅកម្មវិធី Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) ដើម្បីទទួលបានការប្រឹក្សាអំពីការធានារ៉ាប់រងសុខភាពលក្ខណៈផ្ទាល់ខ្លួន។ ពួកគេអាចជួយអ្នកឱ្យយល់អំពីជម្រើសគម្រោង Medicare និង Medicaid របស់អ្នក ហើយឆ្លើយសំណួរអំពីការប្តូរគម្រោង។ សូមទូរសព្ទទៅ HICAP នៅ

ខោនធី Los Angeles៖ (800) 434-0222
ខោនធី San Diego៖ (858) 565-8772
ខោនធី Imperial៖ (760) 353-0223
ខោនធី Riverside និង San Bernardino៖
(909) 256-8369។ ស្វែងយល់បន្ថែមអំពី HICAP ដោយចូលមើលគេហទំព័រ (https://www.cahealthadvocates.org/HICAP/) ។

ផ្នែកទី 5.3 ទទួលបានជំនួយពី Medicare

- **ទូរសព្ទទៅ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**

អ្នកអាចហៅទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ អ្នកប្រើ TTY អាចទូរសព្ទទៅលេខ 1-877-486-2048។

- **ជជែកផ្ទាល់ជាមួយ www.Medicare.gov**

អ្នកអាចជជែកបន្តផ្ទាល់នៅគេហទំព័រ www.Medicare.gov/talk-to-someone

- **សរសេរទៅកាន់ Medicare**

អ្នកអាចសរសេរទៅកាន់ Medicare នៅ PO Box 1270, Lawrence, KS 66044

- **ចូលមើលគេហទំព័រ www.Medicare.gov**

គេហទំព័រ Medicare ផ្លូវការមានព័ត៌មានអំពីថ្លៃចំណាយ ការធានារ៉ាប់រង និងការវាយតម្លៃគុណភាពដោយដាក់សញ្ញាផ្កាយ ដើម្បីជួយអ្នកប្រៀបធៀបគម្រោងសុខភាព Medicare នៅក្នុងតំបន់របស់អ្នក។

- **សូមអាន *Medicare និងអ្នក ឆ្នាំ 2026***

សៀវភៅណែនាំ *Medicare និងអ្នកឆ្នាំ 2026* ត្រូវបានផ្ញើតាមប្រៃសណីយ៍ទៅកាន់អ្នកដែលមាន Medicare រៀងរាល់រដូវស្លឹកឈើជ្រុះ។ វាមានសេចក្តីសង្ខេបនៃអត្ថប្រយោជន៍ Medicare សិទ្ធិ និងការការពារ និងចម្លើយចំពោះសំណួរដែលសួរញឹកញាប់បំផុតអំពី Medicare ។ ទទួលបានច្បាប់ចម្លងមួយច្បាប់តាមរយៈគេហទំព័រ www.Medicare.gov ឬតាមរយៈការទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)។ អ្នកប្រើ TTY អាចទូរសព្ទទៅលេខ 1-877-486-2048។

ផ្នែកទី 5.4 ទទួលបានជំនួយពី Medicaid

សូមទូរសព្ទទៅ California Department of Health Care Services តាមរយៈ (916) 449-5000។ អ្នកប្រើ TTY 711 / (866) 784-2595។

ព័ត៌មានធនធានការថែទាំសុខភាព និងធនធានសំខាន់បន្ថែម

- ការជូនដំណឹងតាមអេឡិចត្រូនិក (ELN) - របៀបទទួលបានឯកសារសំខាន់ៗ
- ការជូនដំណឹងអំពីការមិនរើសអើង (NDN) - ផ្នែក 1557
- សេចក្តីជូនដំណឹងអំពីភាពអាចរកបាន (NOA) - សេវាជំនួយភាសា
- សេចក្តីជូនដំណឹងអំពីការអនុវត្តឯកជនភាព (NPP)

របៀបទទួលបានឯកសារ សំខាន់ៗអំពីគម្រោង

អ្នកមានសារៈសំខាន់ចំពោះយើងខ្ញុំ! យើងខ្ញុំនឹងធ្វើឱ្យមានភាពងាយស្រួលសម្រាប់អ្នកក្នុងការទទួលបានព័ត៌មានដែលអ្នកត្រូវការ។ មើលឯកសារសំខាន់ៗរបស់គម្រោងតាមអនឡាញ ហើយស្វែងរកអ្នកផ្តល់សេវា ឬឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញមួយ។ អ្នកក៏អាចរកមើលឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកបានគ្រប់ពេលវេលា គ្រប់ទីកន្លែង ពីគ្រប់ឧបករណ៍។ ឯកសារគម្រោងឆ្នាំ 2026 របស់អ្នកដូចជា ភស្តុតាងបញ្ជាក់ការធានារ៉ាប់រង បញ្ជីឈ្មោះឱសថ និងសៀវភៅរាយឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា/ឱសថស្ថាន នឹងអាចរកបានតាមអនឡាញគិតត្រឹមថ្ងៃទី 15 ខែតុលា ឆ្នាំ 2025។

ចាប់ផ្តើមដឹងអំពីឯកសារគម្រោងរបស់អ្នក

- **ភស្តុតាងបញ្ជាក់ការធានារ៉ាប់រង (EOC)៖** ការណែនាំអំពីអ្វីដែលធានារ៉ាប់រងនៅក្រោមគម្រោងរបស់អ្នក។ វាមានព័ត៌មានលម្អិតអំពីអត្ថប្រយោជន៍គម្រោងរបស់អ្នក និងការធានារ៉ាប់រង សិទ្ធិរបស់សមាជិក និងច្រើនទៀត។
- **បញ្ជីឱសថដែលធានារ៉ាប់រង (បញ្ជីឱសថ)៖** បញ្ជីឱសថដែលបានធានារ៉ាប់រងក្រោមគម្រោងរបស់អ្នក។
- **សៀវភៅរាយឈ្មោះឱសថស្ថាន/អ្នកផ្តល់សេវា៖** បញ្ជីនៃបណ្តាញវេជ្ជបណ្ឌិត អ្នកឯកទេស និងឱសថស្ថានដែលមានលេខទូរសព្ទ និងអាសយដ្ឋាន។ អ្នកអាចស្វែងរកអ្នកផ្តល់សេវា ឬឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញដោយប្រើសៀវភៅរាយឈ្មោះតាមអនឡាញរបស់យើងនៅ MolinaHealthcare.com/ProviderSearch។
- **សេចក្តីជូនដំណឹងអំពីការអនុវត្តឯកជនភាព៖** សេចក្តីជូនដំណឹងនេះពិពណ៌នាអំពីរបៀបដែលព័ត៌មានវេជ្ជសាស្ត្រអំពីអ្នកអាចត្រូវបានប្រើប្រាស់ និងលាតត្រដាងព្រមទាំងរបៀបដែលអ្នកអាចចូលប្រើព័ត៌មាននេះ។ វាមានទីតាំងនៅលើគេហទំព័ររបស់យើងខ្ញុំដោយចូលទៅកាន់ https://www.molinahealthcare.com/members/common/en-US/terms_privacy.aspx។

របៀបមើល ឬស្នើសុំច្បាប់ចម្លងនៃឯកសារគម្រោង

តាមអនឡាញតាមរយៈ: MolinaHealthcare.com/Medicare
មើល ឬទាញយកច្បាប់ចម្លងនៃឯកសារគម្រោងរបស់អ្នកតាមអនឡាញបានគ្រប់ពេលគ្រប់ទីកន្លែង។ ប្រើឧបករណ៍ណាមួយក៏បានដូចជាកុំព្យូទ័រ ថេប្លេត ឬទូរសព្ទចល័ត។ ឯកសារគម្រោងឆ្នាំ 2026 របស់អ្នក នឹងមាននៅលើអនឡាញត្រឹមថ្ងៃទី 15 ខែតុលា ឆ្នាំ 2025។

តាមអនឡាញតាមរយៈ: MyMolina.com ។
ចូលមើលផតថលសមាជិក ដែលបម្រើសេវាដោយខ្លួនឯងរបស់យើង ដើម្បីមើលឯកសារគម្រោងរបស់អ្នកតាមអនឡាញបាន 24/7 ឬស្វែងរកអ្នកផ្តល់សេវា ឬឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញមួយ។ ចុះឈ្មោះចូលក្នុងផតថលសមាជិក My Molina ឬបង្កើតគណនីមួយតាមរយៈគេហទំព័រ **MyMolina.com** ។ ចុចពាក្យថា "Create an Account" (បង្កើតគណនីមួយ) ហើយអនុវត្តពីមួយជំហានទៅមួយជំហាន តាមការណែនាំ ដើម្បីចុះឈ្មោះចូល។

ហៅទូរសព្ទដោយមិនគិតថ្លៃ
សូមប្រាប់ឱ្យយើងខ្ញុំដឹង ប្រសិនបើអ្នកមិនអាចចូលប្រើប្រាស់កុំព្យូទ័របាន ឬប្រសិនបើអ្នកចង់ឱ្យយើងផ្ញើច្បាប់ចម្លងដែលបានបោះពុម្ពនៃ EOC បញ្ជីឱសថដែលធានារ៉ាប់រង ឬសៀវភៅរាយឈ្មោះឱសថស្ថាន/អ្នកផ្តល់សេវាទៅអ្នក។ ដើម្បីស្នើសុំច្បាប់ចម្លងដែលបានបោះពុម្ពនៃឯកសារគម្រោង សូមទូរសព្ទទៅសេវាបម្រើសមាជិកដោយឥតគិតថ្លៃតាមរយៈ**លេខដែលមាននៅខាងក្រោយបណ្ណសម្គាល់សមាជិករបស់អ្នក ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ចាប់ពីម៉ោង 8 a.m. ដល់ម៉ោង 8 p.m. ម៉ោងក្នុងស្រុក។**

យើងខ្ញុំនៅទីនេះដើម្បីជួយ

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរអំពីអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នក ឬត្រូវការជំនួយក្នុងការស្វែងរកអ្នកផ្តល់សេវា ឬឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញ សូមទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិកដោយឥតគិតថ្លៃ តាម**លេខដែលមាននៅខាងក្រោយបណ្ណសម្គាល់សមាជិករបស់អ្នក។**

ការជូនដំណឹងអំពីការមិនរើសអើងផ្នែក 1557
Molina Healthcare - Medicare

ការរើសអើងគឺផ្ទុយនឹងច្បាប់។ Molina Healthcare ធ្វើតាមច្បាប់រដ្ឋ និងច្បាប់សិទ្ធិស៊ីវិលសហព័ន្ធ។ Molina Healthcare មិនរើសអើងយ៉ាងខុសច្បាប់ ដោយមិនរាប់បញ្ចូលមនុស្ស ឬប្រព្រឹត្តិលើពួកគេផ្សេងគ្នាដោយសារតែភេទ សម្បុរ ពណ៌ សាសនា ដូនតា ប្រភពសញ្ជាតិ ភាពកត់សម្គាល់លើក្រុមភាពតិចអាយុ ពិការភាពសតិបញ្ញា ពិការភាពខ្លួនប្រាណ លក្ខខណ្ឌវេជ្ជសាស្ត្រ ព័ត៌មានហ្សែន ស្ថានភាពអាពាហ៍ពិពាហ៍ ភេទ ភាពសម្គាល់ភេទ ឬចំណូលចិត្តផ្លូវភេទនោះទេ។

Molina Healthcare ផ្តល់ជូន៖

- ជំនួយ និងសេវាកម្មឥតគិតថ្លៃទាន់ពេលវេលាដល់ជនមានពិការភាពដើម្បីជួយពួកគេឱ្យទំនាក់ទំនងកាន់តែប្រសើរឡើង ដូចជា៖
  - អ្នកបកប្រែភាសាសញ្ញាដែលមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់
  - ព័ត៌មានដែលបានសរសេរក្នុងទម្រង់ផ្សេងទៀត (អក្សរពុម្ពធំ ជាសំឡេង ទម្រង់អេឡិចត្រូនិកដែលអាចចូលប្រើបាន ទម្រង់ផ្សេងទៀត)
- សេវាភាសាដោយឥតគិតថ្លៃទាន់ពេលវេលាដល់អ្នកដែលភាសាដើមរបស់ពួកគេមិនមែនជាភាសាអង់គ្លេស ដូចជា៖
  - អ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ដែលមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់
  - ព័ត៌មានជាលាយលក្ខណ៍អក្សរជាភាសាផ្សេងទៀត

ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការសេវាកម្មទាំងនេះ សូមទាក់ទង Molina Healthcare ពីម៉ោង 7:00 a.m. ដល់ម៉ោង 7:00 p.m. ដោយទូរសព្ទទៅលេខ 1-800 665-0898។ ប្រសិនបើអ្នកមិនអាចស្តាប់ឮ ឬនិយាយបានល្អ សូម

ទូរសព្ទទៅលេខ 711។ តាមការស្នើសុំ ឯកសារនេះអាចរកបានសម្រាប់អ្នក ក្នុងទម្រង់អក្សរស្ទាបសម្រាប់ជនពិការភ្នែក អក្សរពុម្ពធំ អូឌីយ៉ូ ឬទម្រង់ អេឡិចត្រូនិក។ ដើម្បីទទួលបានច្បាប់ចម្លងជាទម្រង់ជំនួសណាមួយ សូមទូរសព្ទ ឬសរសេរទៅកាន់៖

Molina Healthcare

Civil Rights Coordinator

200 Oceangate, Suite 100

Long Beach, CA 90802

តាមរយៈទូរសព្ទ៖ 1-866-606-3889។ ប្រសិនបើអ្នកមិនអាចស្តាប់ឮ ឬ និយាយបានល្អ សូមទូរសព្ទទៅលេខ 711។

របៀបដាក់បណ្តឹងសាទុក្ខ

ប្រសិនបើអ្នកជឿថា Molina Healthcare បានបរាជ័យក្នុងការផ្តល់សេវា ទាំងនេះ ឬរើសអើសដោយខុសច្បាស់ក្នុងរូបភាពដទៃទៀតដោយផ្អែកលើ ភេទ ពូជសាសន៍ ពណ៌សម្បុរ សាសនា ពូជពង្ស ដើមកំណើតជាតិសាសន៍ ការកំណត់អត្តសញ្ញាណក្រុមជនជាតិ អាយុ ពិការភាពផ្លូវចិត្ត ពិការភាព រាងកាយ លក្ខខណ្ឌវេជ្ជសាស្ត្រ ព័ត៌មានអំពីហ្សែន ស្ថានភាពអាពាហ៍ពិពាហ៍ យេនឌ័រ អត្តសញ្ញាណយេនឌ័រ ឬទំនោរផ្លូវភេទ អ្នកអាចដាក់បណ្តឹងសារទុក្ខ ជាមួយអ្នកសម្របសម្រួលសិទ្ធិស៊ីវិលរបស់ Molina Healthcare បាន។ អ្នក អាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងតាមទូរសព្ទ ជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ ដោយផ្ទាល់ ឬតាម អេឡិចត្រូនិក៖

- **តាមរយៈទូរសព្ទ៖** អ្នកសម្របសម្រួលសិទ្ធិស៊ីវិលរបស់ Molina Healthcare ចាប់ពីម៉ោង 8:30 a.m. ដល់ ម៉ោង 5:30 p.m. ដោយ ទូរសព្ទទៅលេខ 1-866-606-3889។ ឬ ប្រសិនបើអ្នកមិនអាចស្តាប់ឮ ឬ និយាយបានល្អ សូមទូរសព្ទទៅលេខ 711។

- **តាមការសរសេរសំបុត្រ**៖ បំពេញទម្រង់បែបបទនៃពាក្យបណ្តឹងតវ៉ា ឬ សរសេរសំបុត្រ ហើយផ្ញើវាទៅ៖
  Molina Healthcare
  Civil Rights Coordinator
  200 Oceangate, Suite 100
  Long Beach, CA 90802
- ដោយផ្ទាល់៖ សូមទៅកាន់ការិយាល័យវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក ឬ Molina Healthcare ហើយនិយាយថាអ្នកចង់ដាក់បណ្តឹងសាទុក្ខ។
- តាមអេឡិចត្រូនិក៖ ផ្ញើអ៊ីមែលទៅកាន់អាសយដ្ឋាន Civil.Rights@MolinaHealthcare.com។ អ្នកក៏អាច ចូលទៅកាន់គេហទំព័ររបស់ Molina Healthcare តាមរយៈ MolinaHealthcare.Alertline.com បានផងដែរ។

OFFICE OF CIVIL RIGHTS – CALIFORNIA DEPARTMENT OF HEALTH CARE SERVICES

អ្នកក៏អាចដាក់បណ្តឹងតវ៉ាផ្នែកសិទ្ធិស៊ីវិលទៅការិយាល័យសិទ្ធិស៊ីវិលតាមរយៈ ទូរសព្ទនៃក្រសួងសេវាថែទាំសុខភាពនៃរដ្ឋ California ជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ ឬតាមប្រព័ន្ធអេឡិចត្រូនិកបានផងដែរ៖

- **តាមរយៈទូរសព្ទ**៖ សូមទូរសព្ទទៅកាន់លេខ 1-916-440-7370។ ប្រសិនបើអ្នកមិនអាចនិយាយ ឬស្តាប់បានល្អ សូមទូរសព្ទទៅលេខ 711 (សេវាបញ្ជូនបន្តរបស់ទូរគមនាគមន៍)។
- **តាមការសរសេរសំបុត្រ**៖ បំពេញទម្រង់បែបបទពាក្យបណ្តឹងតវ៉ា ឬផ្ញើ លិខិតទៅកាន់៖ Deputy Director, Office of Civil Rights
  Department of Health Care Services

  Office of Civil Rights
  P.O. Box 997413
  Sacramento, CA 95899-7413

ទម្រង់បែបបទនៃពាក្យបណ្តឹងតវ៉ាមាននៅលើគេហទំព័រ DHCS.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx ។

- **តាមអេឡិចត្រូនិក៖** ផ្ញើអ៊ីមែលទៅកាន់ CivilRights@dhcs.ca.gov ។

OFFICE OF CIVIL RIGHTS – U.S DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES

ប្រសិនបើអ្នកជឿថាអ្នកត្រូវបានរើសអើងដោយផ្អែកលើពូជសាសន៍ ពណ៌សម្បុរ ដើមកំណើតជាតិសាសន៍ អាយុ ពិការភាព ឬភេទ អ្នកអាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងសិទ្ធិស៊ីវិល (បណ្តឹងសាទុក្ខ) មកការិយាល័យសិទ្ធិស៊ីវិលរបស់ Department of Health and Human Services U.S. តាមរយៈទូរសព្ទ ជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ ឬតាមអេឡិចត្រូនិក៖

- **តាមរយៈទូរសព្ទ៖** សូមទូរសព្ទទៅកាន់លេខ 1-800-368-1019។ ប្រសិនបើអ្នកមិនអាចនិយាយ ឬស្តាប់ឮបានល្អ សូមទូរសព្ទទៅ TTY/TDD៖ 1-800-537-7697។
- **តាមការសរសេរសំបុត្រ៖** បំពេញទម្រង់បែបបទពាក្យបណ្តឹងតវ៉ា ឬផ្ញើលិខិតទៅកាន់៖

  U.S. Department of Health and Human Services
  200 Independence Avenue, SW
  Room 509F, HHH Building
  Washington, D.C. 20201

  ទម្រង់បែបបទនៃពាក្យបណ្តឹងតវ៉ាមាននៅលើគេហទំព័រ HHS.gov/ocr/office/file/index.html ។
- **តាមប្រព័ន្ធអេឡិចត្រូនិក៖** សូមចូលទៅកាន់ផតថលបណ្តឹងតវ៉ា របស់ការិយាល័យសិទ្ធិស៊ីវិលតាមរយៈ OCRportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf ។

Notice of Availability of Language Assistance Services and Auxiliary Aids and Services

English

ATTENTION: If you need help in your language call 1-800-665-0898 (TTY: 711). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call 1-800-665-0898 (TTY: 711). These services are free of charge.

العربية (Arabic)

يرجى الانتباه: إذا احتجت إلى المساعدة بلغتك، فاتصل بـ 1-800-665-0898، (وبالنسبة لمستخدمي الهاتف النصي TTY: يمكنهم الاتصال على 711). تتوفر أيضًا المساعدات والخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل المستندات المكتوبة بطريقة بريل والخط الكبير، اتصل بـ 1-800-665-0898 (وبالنسبة لمستخدمي الهاتف النصي TTY: يمكنهم الاتصال على 711). هذه الخدمات مجانية.

Հայերեն (Armenian)

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ. եթե ձեզ հարկավոր է աջակցություն ձեր լեզվով, ապա զանգահարեք 1-800-665-0898 (711) հեռախոսահամարով: Հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար գործում են նաև օժանդակ միջոցներ ու

ծառայություններ, օրինակ՝ Բրայլի գրատիպով ու խոշոր տպատառով տրամադրվող նյութեր: Այս դեպքում զանգահարեք 1-800-665-0898 (711) հեռախոսահամարով: Ծառայությունները գործում են անվճար:

ខ្មែរ (Cambodian)

ចំណាំ៖ បើអ្នកត្រូវការជំនួយជាភាសារបស់អ្នក
សូមទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-665-0898 (TTY: 711)។
ជំនួយ និងសេវាកម្មសម្រាប់ជនពិការ
ដូចជាឯកសារសរសេរជាអក្សរផុសសម្រាប់ជនពិការភ្នែក
ឬឯកសារសរសេរជាអក្សរពុម្ពធំ ក៏អាចរកបានផងដែរ។
ទូរសព្ទមកលេខ 1-800-665-0898 (TTY: 711)។
សេវាកម្មទាំងនេះមិនគិតថ្លៃឡើយ។

简体中文 (Chinese)

请注意：如果您需要以您的语言提供帮助，请致电 1-800-665-0898 (711)。另外还提供针对残疾人士的辅助工具和服务，例如盲文文件和大字体文件。请致电 1-800-665-0898 (711)。这些服务均免费提供。

فارسی (Farsi)

توجه: اگر می‌خواهید به زبان خود راهنمایی دریافت کنید، با 1-800-665-0898 (711) تماس بگیرید. کمکها و خدمات مخصوص افراد دارای معلولیت، مانند نسخه‌هایی با خط بریل و چاپ درشت، نیز موجود است. با 1-800-665-0898 (711) تماس بگیرید. این خدمات رایگان ارائه می‌شوند.

हिंदी (Hindi)

ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा में सहायता की आवश्यकता है तो 1-800-665-0898 (TTY: 711) पर कॉल करें। अशक्तता वाले लोगों के लिए सहायता और सेवाएं, जैसे ब्रेल और बडे प्रिंट में भी दस्तावेज़ उपलब्ध हैं। 1-800-665-0898 (TTY: 711) पर कॉल करें। ये सेवाएं निशुल्क हैं।

Hmoob (Hmong)

CEEB TOOM: Yog koj xav tau kev pab txhais koj hom lus hu rau 1-800-665-0898 (TTY: 711). Tsis tas li ntawd, kuj tseem muaj cov kev pab txhawb thiab kev pab cuam rau cov neeg xiam oob qhab, xws li cov ntawv su thiab luam tawm ua tus ntawv loj. Hu rau 1-800-665-0898 (TTY: 711). Cov kev pab cuam no yog pab dawb xwb.

日本語 (Japanese)

注記：日本語での対応が必要な場合は
1-800-665-0898 (711) までお電話ください。点字の資料や文字の拡大表示など、障がいをお持ちの方のためのサービスもご用意しております。
1-800-665-0898 (711)までお電話ください。これらのサービスは無料です

한국어 (Korean)

알림: 귀하의 언어로 도움을 받고 싶으시면
1-800-665-0898 (711)번으로 전화하십시오. 점자나 큰 활자로 된 문서와 같이 장애가 있는 분들을 위한 지원 및 서비스도 이용하실 수 있습니다.
1-800-665-0898 (711)번으로 전화하십시오. 이러한 서비스는 무료로 제공됩니다.

ພາສາລາວ (Laotian)

ປະກາດ:
ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອເປັນພາສາຂອງທ່ານໃ
ຫ້ໂທຫາເບີ 1-800-665-0898 (711).
ນອກນີ້ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ
ການບໍລິການສໍາລັບຄົນພິການ ເຊັ່ນ:
ເອກະສານທີ່ເປັນອັກສອນນູນ ແລະ ມີໂຕພິມໃຫຍ່
ໃຫ້ໂທຫາເບີ 1-800-665-0898 (711).
ການບໍລິການເຫົ່ານີ້ແມ່ນຟຣີ.

Mien

LONGC HNYOUV JANGX LONGX OC: Beiv taux meih qiemx longc mienh tengx faan benx meih nyei waac nor douc waac daaih lorx taux 1-800-665-0898 (TTY: 711). Liouh lorx jauv-louc tengx aengx caux nzie gong bun taux ninh mbuo wuaaic fangx mienh, beiv taux longc benx nzangc-pokc bun hluo mbiutc aengx caux aamz mborqv benx domh sou se mbenc nzoih bun longc. Douc waac daaih lorx 1-800-665-0898 (TTY: 711). Naaiv deix nzie weih gong-bou jauv-louc se benx wang-henh tengx mv zuqc cuotv nyaanh oc.

ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi)
ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਤਾਂ 1-800-665-0898 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਅਪਾਹਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬ੍ਰੇਲ ਅਤੇ ਮੋਟੀ ਛਪਾਈ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। 1-800-665-0898 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫਤ ਹਨ।

Русский (Russian)
ВНИМАНИЕ! Если вам нужна помощь на вашем родном языке, звоните по номеру 1-800-665-0898 (TTY: 711). Также предоставляются средства и услуги для людей с ограниченными возможностями, например документы крупным шрифтом или шрифтом Брайля. Звоните по номеру 1-800-665-0898 (TTY: 711). Такие услуги бесплатны.

Español (Spanish)
ATENCIÓN: si necesita ayuda en su idioma, llame al 1-800-665-0898 (TTY: 711). También ofrecemos asistencia y servicios para personas con discapacidades, como documentos en braille y con letras grandes. Llame al 1-800-665-0898 (TTY: 711). Estos servicios son gratuitos.

Tagalog (Filipino)

ATENSIYON: Kung kailangan mo ng tulong sa iyong wika, tumawag sa 1-800-665-0898 (TTY: 711). Mayroon ding mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, tulad ng mga dokumento sa braille at malaking print. Tumawag sa 1-800-665-0898 (TTY: 711). Libre ang mga serbisyong ito.

ภาษาไทย (Thai)

โปรดทราบ:
หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข 1-800-665-0898 (711) นอกจากนี้ ยังพร้อมให้ความช่วยเหลือและบริการต่าง ๆ สำหรับบุคคลที่มีความพิการ เช่น เอกสารต่าง ๆ ที่เป็นอักษรเบรลล์และเอกสารที่พิมพ์ด้วยตัวอักษรขนาดใหญ่ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข 1-800-665-0898 (711) ไม่มีค่าใช้จ่ายสำหรับบริการเหล่านี้

Українська (Ukrainian)

УВАГА! Якщо вам потрібна допомога вашою рідною мовою, телефонуйте на номер 1-800-665-0898 (TTY: 711). Люди з обмеженими можливостями також можуть скористатися допоміжними засобами й послугами, наприклад отримати документи, надруковані шрифтом Брайля та великим шрифтом. Телефонуйте на номер 1-800-665-0898 (TTY: 711). Ці послуги безкоштовні.

Tiếng Việt (Vietnamese)

CHÚ Ý: Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình, vui lòng gọi số 1-800-665-0898 (TTY: 711). Chúng tôi cũng hỗ trợ và cung cấp các dịch vụ dành cho người khuyết tật, như tài liệu bằng chữ nổi Braille và chữ khổ lớn (chữ hoa). Vui lòng gọi số 1-800-665-0898 (TTY: 711). Các dịch vụ này đều miễn phí.

សេចក្តីជូនដំណឹងអំពីការអនុវត្តឯកជនភាព

សេចក្តីជូនដំណឹងនេះពិពណ៌នាអំពីរបៀបដែលព័ត៌មានវេជ្ជសាស្ត្រអំពីអ្នកអាចត្រូវបានប្រើប្រាស់ និងបង្ហាញ ព្រមទាំងរបៀបដែលអ្នកអាចទទួលបានព័ត៌មាននេះ។ សូមពិនិត្យឡើងវិញដោយយកចិត្តទុកដាក់។

សេចក្តីជូនដំណឹងនេះពិពណ៌នាអំពីការអនុវត្តឯកជនភាពនៃគម្រោងសុខភាពដែលពាក់ព័ន្ធរបស់ Molina Healthcare (ហៅកាត់ថា "**Molina**" "**យើង**" ឬ "**របស់យើង**")។ យើងប្រើប្រាស់ និងចែករំលែកព័ត៌មានសុខភាពដែលមានការការពារ ("**PHI**") អំពីអ្នក ដើម្បីផ្តល់អត្ថប្រយោជន៍សុខភាពរបស់អ្នកក្នុងនាមជាសមាជិក Molina។ យើងប្រើប្រាស់ និងចែករំលែកព័ត៌មានសុខភាពដែលបានការពារ (PHI) របស់អ្នក ដើម្បីអនុវត្តការព្យាបាល ការទូទាត់ និងប្រតិបត្តិការថែទាំសុខភាព។ យើងក៏ប្រើ និងចែករំលែកព័ត៌មាន PHI របស់អ្នកផងដែរសម្រាប់មូលហេតុផ្សេងទៀតតាមការតម្រូវ និងអនុញ្ញាតដោយច្បាប់។ យើងខ្ញុំមានភារកិច្ចដើម្បីរក្សាព័ត៌មានសុខភាពលោកអ្នកជាឯកជន និងធ្វើតាមលក្ខខណ្ឌចែងក្នុងសេចក្តីជូនដំណឹងនេះ។ កាលបរិច្ឆេទចូលជាធរមានចំពោះសេចក្តីជូនដំណឹងនេះគឺថ្ងៃទី 1 ខែមករា ឆ្នាំ 2026។

PHI គឺជាព័ត៌មានសុខភាពដែលរួមបញ្ចូលឈ្មោះរបស់អ្នក លេខសមាជិក ឬឯកសារបញ្ជាក់អត្តសញ្ញាណផ្សេងទៀត ហើយត្រូវបានប្រើប្រាស់ ឬចែករំលែកដោយយើងខ្ញុំ។ PHI រួមបញ្ចូលទាំងព័ត៌មានសុខភាពអំពីវិបត្តិផ្លូវចិត្តដោយការប្រើប្រាស់សារធាតុញៀន និងព័ត៌មានជីវមាត្រ (ដូចជាគំរូសម្លេង)។

ហេតុអ្វីបានជាយើងប្រើ ឬចែករំលែក PHI របស់អ្នក?

យើងប្រើ ឬចែករំលែក PHI របស់អ្នក ដើម្បីផ្តល់ជូនអ្នកនូវអត្ថប្រយោជន៍នៃការថែទាំ។ PHI របស់អ្នកត្រូវប្រើ ឬចែករំលែកសម្រាប់ការព្យាបាល បង់ថ្លៃ និងប្រតិបត្តិការថែទាំសុខភាព។

សម្រាប់ការព្យាបាល

យើងអាចប្រើ ឬចែករំលែក PHI របស់អ្នកដើម្បីផ្តល់ ឬរៀបចំសម្រាប់ការថែទាំតាមវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នក។ ការព្យាបាលនេះ ក៏រួមបញ្ចូលផងដែរនូវការបញ្ជូន

អ្នកជំងឺរវាងវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក ឬអ្នកថែទាំសុខភាពដទៃទៀត។ ឧទាហរណ៍ យើងអាចចែករំលែកព័ត៌មានអំពីស្ថានភាពសុខភាពរបស់អ្នកជាមួយគ្រូពេទ្យឯកទេស។ ត្រង់នេះជួយឱ្យគ្រូពេទ្យឯកទេសអាចពិភាក្សាអំពីការព្យាបាលរបស់លោកអ្នក ជាមួយនឹងវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក។

សម្រាប់ការបង់ប្រាក់

យើងអាចប្រើ ឬចែករំលែក PHI របស់អ្នកដើម្បីធ្វើការសម្រេចចំពោះការទូទាត់ប្រាក់។ នេះអាចរួមបញ្ចូលនូវការទាមទារ ការយល់ព្រមសម្រាប់ការព្យាបាល និងសេចក្តីសម្រេចអំពីតម្រូវការវេជ្ជសាស្ត្រ។ ឈ្មោះរបស់អ្នក ស្ថានភាពរបស់អ្នក ការព្យាបាលរបស់អ្នក និងសម្ភារផ្គត់ផ្គង់ដែលបានផ្តល់ជូនអាចសរសេរដាក់នៅលើវិក្កយបត្រ។ ឧទាហរណ៍ យើងខ្ញុំអាចអនុញ្ញាតឱ្យវេជ្ជបណ្ឌិតដឹងថាអ្នកទទួលអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នក។ យើងខ្ញុំក៏នឹងប្រាប់វេជ្ជបណ្ឌិតផងដែរនូវចំនួនទឹកប្រាក់ក្នុងវិក្កយបត្រដែលយើងនឹងបង់ប្រាក់។

សម្រាប់ប្រតិបត្តិការថែទាំសុខភាព

យើងអាចប្រើ ឬចែករំលែក PHI អំពីអ្នកដើម្បីដំណើរការគម្រោងថែទាំសុខភាពយើង។ ឧទាហរណ៍ យើងខ្ញុំអាចប្រើព័ត៌មានពីការទាមទារសំណងរបស់អ្នកដើម្បីប្រាប់ឱ្យលោកអ្នកបានដឹងអំពីកម្មវិធីសុខភាពដែលអាចជួយលោកអ្នកបាន។ យើងក៏អាចប្រើប្រាស់ ឬចែករំលែក PHI របស់អ្នកផងដែរ ដើម្បីដោះស្រាយបញ្ហារបស់អ្នក។ PHI របស់អ្នកក៏អាចប្រើប្រាស់ផងដែរសម្រាប់មើលថាតើការទាមទារសំណងនោះត្រូវបង់ប្រាក់ជូនភ្លាមៗដែរឬទេ។

ប្រតិបត្តិការថែទាំសុខភាពពាក់ព័ន្ធជាមួយនឹងតម្រូវការសកម្មភាពប្រចាំថ្ងៃ។ វារួមមានជាអាទិ៍នូវចំណុចដូចខាងក្រោម៖

- ការបង្កើនគុណភាព
- សកម្មភាពក្នុងកម្មវិធីសុខភាព ដើម្បីជួយសមាជិកដែលមានស្ថានភាពសុខភាពជាក់លាក់ (ដូចជាជំងឺហឺត)
- ការធ្វើ ឬការរៀបចំសម្រាប់ការពិនិត្យវេជ្ជសាស្ត្រឡើងវិញ

- សេវាកម្មផ្លូវច្បាប់ រួមទាំងកម្មវិធីការស្វែងរកការឆបោក និងការប្រព្រឹត្តិល្មើស ព្រមទាំងការកាត់ទោស
- សកម្មភាពដើម្បីជួយយើងខ្ញុំអនុវត្តតាមច្បាប់
- ដោះស្រាយតម្រូវការរបស់សមាជិក រួមទាំងការដោះស្រាយបណ្តឹងតវ៉ា និងបណ្តឹងសាទុក្ខ។

យើងនឹងចែករំលែក PHI របស់អ្នកជាមួយក្រុមហ៊ុនដទៃទៀត (“**ដៃគូអាជីវកម្ម**”) ដែលអនុវត្តសកម្មភាពប្រភេទផ្សេងៗគ្នាសម្រាប់គម្រោងសុខភាពរបស់យើង។ យើងខ្ញុំក៏អាចប្រើ PHI របស់អ្នកផងដែរ ដើម្បីរំឭកអ្នកអំពីការណាត់ជួបរបស់អ្នក។ យើងអាចនឹងប្រើ PHI របស់អ្នកដើម្បីផ្តល់ព័ត៌មានអំពីការព្យាបាលផ្សេងទៀត ឬអត្ថប្រយោជន៍ និងសេវាកម្មដែលពាក់ព័ន្ធនឹងសុខភាពផ្សេងៗទៀត។

តើពេលណាដែលយើងអាចប្រើ ឬចែករំលែក PHI របស់អ្នក ដោយមិនបាច់មានការអនុញ្ញាត (ការយល់ព្រម) ជាលាយលក្ខណ៍អក្សរពីអ្នក?

បន្ថែមពីលើការព្យាបាល ការបង់ប្រាក់ និងប្រតិបត្តិការថែទាំសុខភាព ច្បាប់អនុញ្ញាត ឬតម្រូវឱ្យ Molina ប្រើប្រាស់ និងចែករំលែក PHI របស់អ្នកសម្រាប់គោលបំណងផ្សេងទៀតជាច្រើន រួមទាំងខាងក្រោម៖

ភាពតម្រូវរបស់ច្បាប់

យើងខ្ញុំនឹងប្រើ ឬចែករំលែកព័ត៌មានអំពីអ្នកតាមភាពតម្រូវរបស់ច្បាប់។ យើងខ្ញុំនឹងចែករំលែក PHI របស់អ្នក នៅពេលដែលមានការតម្រូវពីរដ្ឋមន្ត្រីនៃ Department of Health and Human Services (HHS)។ នេះអាចជាសំណុំរឿងតុលាការ ការពិនិត្យសំណុំរឿងផ្លូវច្បាប់ឡើងវិញ ឬពេលតម្រូវការសម្រាប់ការពង្រឹងការអនុវត្តច្បាប់។

សុខភាពសាធារណៈ

PHI របស់លោកអ្នកអាចត្រូវបានយកទៅប្រើ ឬចែករំលែកសម្រាប់សកម្មភាពសុខភាពសាធារណៈ។ នេះអាចរួមបញ្ចូលនូវការជួយភ្នាក់ងារសុខភាពសាធារណៈ ដើម្បីបង្ការ ឬគ្រប់គ្រងជំងឺ។

ការពិនិត្យលើការថែទាំសុខភាព

PHI របស់អ្នកអាចត្រូវយកទៅប្រើ ឬចែករំលែកជាមួយនឹងទីភ្នាក់ងារ រដ្ឋាភិបាល។ ទីភ្នាក់ងាររដ្ឋាភិបាលទាំងនោះអាចត្រូវការ PHI របស់អ្នកដើម្បី ធ្វើសវនកម្ម។

ការសិក្សាស្រាវជ្រាវ

PHI របស់អ្នកអាចត្រូវបានប្រើ ឬចែករំលែកសម្រាប់ការស្រាវជ្រាវនៅក្នុងករណី ជាក់លាក់មួយចំនួនដូចជានៅពេលត្រូវបានអនុម័តដោយក្រុមប្រឹក្ស ឬស្ថាប័ន ត្រួតពិនិត្យឯកជនភាព។

ដំណើរការផ្លូវច្បាប់ ឬដំណើរការរដ្ឋបាល

PHI អាចត្រូវបានប្រើ ឬចែករំលែកសម្រាប់ដំណើរការផ្លូវច្បាប់ ដូចជា ក្នុងការ ឆ្លើយតបចំពោះការបញ្ជារបស់តុលាការ។

ការអនុវត្តច្បាប់

PHI របស់អ្នកអាចត្រូវបានប្រើ ឬចែកចាយជាមួយប៉ូលិសសម្រាប់ គោលបំណងអនុវត្តច្បាប់ដូចជាដើម្បីជួយស្វែងរកជនសង្ស័យ សាក្សី ឬមនុស្ស បាត់ខ្លួន។

សុខភាព និងសុវត្ថិភាព

PHI របស់អ្នកអាចត្រូវបានចែករំលែកដើម្បីការពារការគំរាមកំហែងធ្ងន់ធ្ងរ និង ជិតមកដល់ចំពោះសុខភាព ឬសុវត្ថិភាពរបស់បុគ្គល ឬសាធារណៈជន។

មុខងាររដ្ឋាភិបាល

ព័ត៌មាន PHI របស់អ្នកអាចត្រូវបានចែករំលែកជាមួយរដ្ឋាភិបាលសម្រាប់ មុខងារពិសេស។ ឧទាហរណ៍មួយគឺអាចជាការពារប្រធានាធិបតី។

ជនរងគ្រោះពីការប្រព្រឹត្តិការរំលោភបំពាន មិនយកចិត្តទុកដាក់ ឬអំពើ ហិង្សាក្នុងគ្រួសារ

PHI របស់អ្នកអាចត្រូវបានចែករំលែកជាមួយនឹងអាជ្ញាធរផ្លូវច្បាប់ បើយើងខ្ញុំ មានការជឿជាក់ថា បុគ្គលនោះគឺជាជនរងគ្រោះពីការប្រព្រឹត្តិការរំលោភបំពាន ឬ ការមិនយកចិត្តទុកដាក់។

មានប្រសិទ្ធភាពចាប់ពីថ្ងៃទី 1 ខែមករា ឆ្នាំ 2026

សំណងកម្មករ
PHI របស់អ្នកអាចត្រូវបានប្រើ ឬចែករំលែកដើម្បីធ្វើតាមច្បាប់សំណងកម្មករ។

កាលាតត្រដាងព័ត៌មានផ្សេងទៀត
PHI របស់អ្នកអាចត្រូវបានចែករំលែកជាមួយអ្នកគ្រប់គ្រងពិធីបុណ្យសព ឬអ្នកធ្វើកោសល្យវិច្ច័យ ដើម្បីជួយពួកគេក្នុងការបំពេញការងាររបស់ពួកគេ។

ការរឹតបន្តឹងបន្ថែមលើការប្រើប្រាស់ និងការលាតត្រដាងព័ត៌មាន។
ច្បាប់សហព័ន្ធ និងរដ្ឋមួយចំនួនអាចតម្រូវឱ្យមានការការពារឯកជនភាពពិសេសដែលរឹតត្បិតការប្រើប្រាស់ និងការលាតត្រដាងព័ត៌មានសុខភាពប្រភេទជាក់លាក់។ ច្បាប់បែបនេះអាចការពារប្រភេទព័ត៌មានខាងក្រោម៖ ការប្រើប្រាស់គ្រឿងស្រវឹង និងសារធាតុញៀន ពត៌មានជីវមាត្រ ការរំលោភបំពានលើកុមារ ឬមនុស្សពេញវ័យ ឬការធ្វេសប្រហែស រួមទាំងការរំលោភផ្លូវភេទ ជំងឺឆ្លង ព័ត៌មានហ្សែន HIV/AIDS សុខភាពផ្លូវចិត្ត ព័ត៌មានអនីតិជន វេជ្ជបញ្ជា សុខភាពបន្តពូជ និងជំងឺកាមរោគ។ យើងនឹងអនុវត្តតាមច្បាប់ដ៏តឹងរ៉ឹងជាងនេះ ដែលវាអនុវត្តចំពោះយើង។

ព័ត៌មានអំពីវិបត្តិការប្រើប្រាស់សារធាតុញៀន (SUD)។
ទោះបីជាយើងមិនមែនជាកម្មវិធីព្យាបាលវិបត្តិនៃការប្រើប្រាស់សារធាតុញៀនក្រោមច្បាប់សហព័ន្ធ “កម្មវិធី វិបត្តិនៃការប្រើប្រាស់សារធាតុញៀនផ្សេងទៀត (“SUD”) យើងអាចទទួលបានព័ត៌មានពីកម្មវិធី SUD អំពីអ្នក។ យើងមិនអាចបង្ហាញព័ត៌មាន SUD សម្រាប់ប្រើប្រាស់ក្នុងនីតិវិធីរដ្ឋប្បវេណី ឧក្រិដ្ឋ រដ្ឋបាល ឬនីតិវិធីច្បាប់ទល់នឹងអ្នកបានទេ លុះត្រាតែយើងមាន (i) ការយល់ព្រមជាលាយលក្ខណ៍អក្សររបស់អ្នក ឬ (ii) ដីកាបង្គាប់របស់តុលាការដែលអមដោយដីកាកោះហៅ ឬលក្ខខណ្ឌតម្រូវផ្លូវច្បាប់ផ្សេងទៀតដែលបង្ខំឱ្យមានការបង្ហាញចេញបន្ទាប់ពីយើង និងអ្នកត្រូវបានផ្តល់ការជូនដំណឹង និងឱកាសដើម្បីទទួលបានការស្តាប់។

មានប្រសិទ្ធភាពចាប់ពីថ្ងៃទី 1 ខែមករា ឆ្នាំ 2026

តើនៅពេលណាដែលយើងត្រូវការការអនុញ្ញាតជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ របស់អ្នក (ការយល់ព្រម) ដើម្បីប្រើប្រាស់ ឬចែករំលែក PHI របស់អ្នក?
យើងត្រូវការការយល់ព្រមរបស់អ្នកជាលាយលក្ខណ៍អក្សរដើម្បីប្រើ ឬ ចែករំលែក PHI របស់អ្នក សម្រាប់គោលបំណងដទៃទៀត ក្រៅពីអ្វីដែលបាន ចែងក្នុងសេចក្តីជូនដំណឹងនេះ។ យើងត្រូវការការយល់ព្រមពីអ្នកមុនពេល យើងបង្ហាញ PHI របស់អ្នកសម្រាប់គោលបំណងដូចខាងក្រោម៖ (1) ការប្រើ ប្រាស់ និងការបង្ហាញភាគច្រើននៃកំណត់ត្រាចិត្តវិជ្ជា (2) ការប្រើប្រាស់ និង ការបង្ហាញសម្រាប់គោលបំណងទីផ្សារ និង (3) ការប្រើប្រាស់ និងការបង្ហាញ ដែលពាក់ព័ន្ធនឹងការលក់នៃ PHI ។ អ្នកអាចលុបចោលនូវការយល់ព្រមជា លាយល័ក្ខណ៍អក្សរដែលអ្នកបានផ្តល់ឱ្យយើងខ្ញុំរួចហើយនោះបានដែរ។ ការលើកលែងរបស់លោកអ្នក នឹងមិនអាចអនុវត្តបានចំពោះសកម្មភាពនានានៃ ការយល់ព្រមនេះ ដែលយើងខ្ញុំបានអនុវត្តរួចរាល់នោះទេ។

តើអ្វីជាសិទ្ធិព័ត៌មានសុខភាពរបស់អ្នក?
អ្នកមានសិទ្ធិដើម្បី៖

- **ការស្នើសុំឲ្យមានការរឹតត្បិតលើការប្រើប្រាស់ ឬលាតត្រដាង PHI (ការចែករំលែក PHI របស់អ្នក)**
  អ្នកអាចស្នើសុំយើងខ្ញុំមិនឱ្យចែករំលែក PHI របស់លោកអ្នក ដើម្បីអនុវត្ត ប្រតិបត្តិការព្យាបាល ការបង់ប្រាក់ ឬការថែទាំសុខភាព។ អ្នកក៏អាចស្នើសុំ យើងខ្ញុំផងដែរមិនឱ្យចែករំលែក PHI របស់អ្នកជាមួយនឹងគ្រួសារ មិត្ត ឬ អ្នកដទៃដែលអ្នកដាក់ឈ្មោះថាពាក់ព័ន្ធនឹងការថែទាំសុខភាពលោកអ្នក។ ទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយ ច្បាប់មិនបានតម្រូវឱ្យយើងត្រូវតែធ្វើតាមសំណើ របស់លោកអ្នកអ្នកឡើយ។ អ្នកត្រូវដាក់សំណើជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ។ អ្នក អាចប្រើទម្រង់បែបបទរបស់យើងដើម្បី បង្កើតសំណើរបស់អ្នកបាន។

- **ការស្នើសុំសម្រាប់ការទំនាក់ទំនងដោយសម្ងាត់អំពី PHI**
  អ្នកអាចស្នើសុំ Molina ផ្តល់ឱ្យលោកអ្នកនូវ PHI របស់អ្នកតាមវិធី ឬនៅ ឯកន្លែងជាក់លាក់ណាមួយ ដើម្បីរក្សា PHI របស់លោកអ្នកជាលក្ខណៈ ឯកជន។ យើងខ្ញុំនឹងធ្វើតាមសំណើដែលសមហេតុផល ប្រសិនបើអ្នក

ប្រាប់យើងខ្ញុំពីរបៀបដែលការចែករំលែកទាំងអស់ ឬមួយផ្នែកនៃ PHI នោះអាចធ្វើឱ្យអាយុជីវិតរបស់អ្នកមានគ្រោះថ្នាក់។ អ្នកត្រូវដាក់សំណើរជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ។ អ្នកអាចប្រើទម្រង់បែបបទរបស់យើងដើម្បី បង្កើតសំណើរបស់អ្នកបាន។

- **ការពិនិត្យមើល និងការថតចម្លងច្បាប់ចម្លងនៃ PHI របស់អ្នក**
  អ្នកមានសិទ្ធិដើម្បីពិនិត្យមើលឡើងវិញ និងទទួលបានច្បាប់ចម្លងនៃ PHI របស់លោកអ្នក ដែលយើងខ្ញុំរក្សាទុក។ នេះអាចរាប់បញ្ចូលទាំងកំណត់ត្រាដែលប្រើក្នុងការធានារ៉ាប់រង ការទាមទារ និងការសម្រេចចិត្តផ្សេងទៀតក្នុងនាមជាសមាជិករបស់។ អ្នកត្រូវដាក់សំណើជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ។ អ្នកអាចប្រើទម្រង់បែបបទរបស់យើងដើម្បី បង្កើតសំណើរបស់អ្នកបាន។ យើងអាចគិតប្រាក់ពីអ្នកនូវថ្លៃសេវាចំពោះច្បាប់ចម្លង និងការផ្ញើតាមប្រៃសណីយ៍ដែលសមរម្យ។ ក្នុងករណីជាក់លាក់ យើងអាចបដិសេធសំណើនោះ។
  កំណត់ចំណាំសំខាន់៖ យើងខ្ញុំមិនមានកំណត់ត្រាវេជ្ជសាស្ត្ររបស់លោកអ្នកពេញលេញឡើយ។ ប្រសិនបើអ្នកចង់ពិនិត្យមើល ចង់ទទួលបានច្បាប់ចម្លង ឬប្តូរកំណត់ត្រាវេជ្ជសាស្ត្រ សូមទាក់ទងវេជ្ជបណ្ឌិត ឬគ្លីនិករបស់អ្នក។

- **ការកែតម្រូវ PHI រស់លោកអ្នក**
  អ្នកអាចស្នើសុំឱ្យយើងខ្ញុំកែតម្រូវ (ប្តូរ) PHI របស់អ្នកបាន។ វាពាក់ព័ន្ធនឹងកំណត់ត្រាទាំងឡាយដែលបានរក្សាទុកដោយពួកយើងអំពីអ្នកក្នុងនាមជាសមាជិកតែប៉ុណ្ណោះ។ អ្នកត្រូវដាក់សំណើជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ។ អ្នកអាចប្រើទម្រង់បែបបទរបស់យើងដើម្បី បង្កើតសំណើរបស់អ្នកបាន។ អ្នកអាចសរសេរលិខិតប្តឹងមិនយល់ស្របជាមួយយើងខ្ញុំ បើយើងខ្ញុំបដិសេធសំណើរសុំរបស់អ្នក។

- **ការទទួលបានបញ្ជីនៃការលាតត្រដាង PHI (ការចែករំលែក PHI លោកអ្នក)**
  លោកអ្នកអាចស្នើឲ្យយើងខ្ញុំផ្តល់ឲ្យលោកអ្នកនូវបញ្ជីភាគីណាមួយដែលយើងខ្ញុំបានចែករំលែក PHI របស់លោកអ្នក ក្នុងអំឡុងពេលប្រាំមួយឆ្នាំ មុន

កាលបរិច្ឆេទស្នើសុំរបស់លោកអ្នក។ បញ្ជីនេះនឹងមិនរួមបញ្ចូលនូវ PHI ដែលបានចែករំលែកដូចខាងក្រោមឡើយ៖

- សម្រាប់ការព្យាបាល ការទូទាត់ប្រាក់ ឬប្រតិបត្តិការថែទាំសុខភាព
- ដល់បុគ្គលអំពី PHI របស់ពួកគេ
- ការចែករំលែកដែលធ្វើឡើងដោយមានការអនុញ្ញាត
- ហេតុការណ៍ចំពោះការប្រើ ឬការលាតត្រដាង ដែលមានការអនុញ្ញាត ឬតម្រូវដោយច្បាប់ដែលអាចអនុវត្តបាន
- PHI ដែលបានបញ្ចេញទៅក្រៅដើម្បីផលប្រយោជន៍សន្តិសុខជាតិ ឬសម្រាប់ប្រើឱ្យគោលបំណងសន្តិសុខ ឬ
- ជាផ្នែកមួយនៃដែនកំណត់សំណុំទិន្នន័យ ដោយអនុលោមតាមច្បាប់ដែលអាចអនុវត្តបាន។

យើងនឹងគិតប្រាក់លើថ្លៃសេវាសមហេតុផល សម្រាប់បញ្ជីនីមួយៗ ប្រសិនបើអ្នកស្នើសុំបញ្ជីនេះច្រើនជាងម្តងក្នុងរយៈពេល 12 ខែ។ អ្នកត្រូវដាក់សំណើរជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ។ អ្នកអាចប្រើទម្រង់បែបបទរបស់យើងដើម្បី បង្កើតសំណើរបស់អ្នកបាន។

អ្នកអាចធ្វើការស្នើសុំណាមួយដូចបានចែងពីខាងលើ ឬលោកអ្នកអាចទទួលបានច្បាប់ចម្លងនៃសេចក្តីជូនដំណឹងនេះ។ សូមទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិកតាមរយៈលេខឥតគិតថ្លៃនៅខាងក្រោយបណ្ណសម្គាល់សមាជិករបស់អ្នកបាន 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ ពីម៉ោង 8 a.m. ដល់ម៉ោង 8 p.m. ម៉ោងក្នុងស្រុក។ អ្នកប្រើ TTY/TDD សូមហៅមកលេខ 711 ។

តើអ្នកអាចធ្វើអ្វីខ្លះ ប្រសិនបើសិទ្ធិរបស់អ្នកមិនបានទទួលការការពារទេនោះ?

អ្នកអាចដាក់បណ្តឹងតវ៉ាមកយើងខ្ញុំ និងទៅកាន់ Department of Health and Human Services ប្រសិនបើអ្នកជឿជាក់ថាសិទ្ធិឯកជនភាពអ្នកត្រូវបានរងការរំលោភបំពាន។ យើងនឹងមិនធ្វើអ្វីដែលប្រឆាំងនឹងអ្នកឡើយ នៅពេលអ្នក

ដាក់បណ្តឹងតវ៉ាឡើយ។ ការថែទាំ និងអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នកនឹងមិនផ្លាស់ប្តូរ ដោយវិធីណាមួយឡើយ។

អ្នកអាចដាក់បណ្តឹងតវ៉ាមកកាន់យើងខ្ញុំតាមរយៈ៖

សូមទូរសព្ទទៅសេវាបម្រើសមាជិកតាមរយៈលេខឥតគិតថ្លៃនៅខាងក្រោយ បណ្ណសម្គាល់សមាជិករបស់អ្នកបាន 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ ពីម៉ោង 8 a.m. ដល់ម៉ោង 8 p.m. ម៉ោងក្នុងស្រុក។ អ្នកប្រើ TTY/TDD សូមហៅមកលេខ 711។ ឬសរសេរមកយើងតាមអាសយដ្ឋាន៖

Molina Healthcare
Attn: Appeals and Grievances
P.O. Box 22816
Long Beach, CA 90801-9977

អ្នកអាចដាក់បណ្តឹងតវ៉ាមកកាន់រដ្ឋលេខាធិការនៃ U.S. Department of Health and Human Services តាមរយៈ៖

U.S. Department of Health & Human Services Office for Civil Rights 200 Independence Ave., S.W. Suite 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
(800) 368-1019; (800) 537-7697 (TDD); (202) 619-3818 (ទូរសារ)

តើភារកិច្ចរបស់យើងមានអ្វីខ្លះ?

យើងត្រូវបានតម្រូវឱ្យ៖

- រក្សា PHI របស់អ្នកជាលក្ខណៈឯកជន
- ផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវព័ត៌មានជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ ដូចជាសេចក្តីជូនដំណឹងមួយនេះស្តីអំពីភារកិច្ចរបស់យើង និងការអនុវត្តឯកជនភាពអំពី PHI របស់អ្នក
- ផ្តល់ជូនលោកអ្នកនូវសេចក្តីជូនដំណឹងពីព្រឹត្តការណ៍នៃការរំលោភបំពាននូវអសុវត្ថិភាព PHI របស់អ្នក

- មិនប្រើ ឬមិនលាតត្រដាងព័ត៌មានហ្សែនរបស់អ្នកសម្រាប់គោលបំណងធានារ៉ាប់រង
- ធ្វើតាមលក្ខខណ្ឌនៃសេចក្តីជូនដំណឹងនេះ។

សេចក្តីជូនដំណឹងនេះអាចផ្លាស់ប្តូរបាន

យើងសូមរក្សាសិទ្ធិដើម្បីផ្លាស់ប្តូរការអនុវត្តព័ត៌មាន និងលក្ខខណ្ឌរបស់ខ្លួននៃសេចក្តីជូនដំណឹងនេះគ្រប់ពេល។ ប្រសិនបើយើងខ្ញុំប្តូរលក្ខខណ្ឌ និងការអនុវត្តថ្មីនឹងប្រើបានគ្រប់ PHI ដែលយើងខ្ញុំបានរក្សាទុក។ ប្រសិនបើយើងធ្វើការផ្លាស់ប្តូរឯកសារណាមួយ យើងនឹងបង្ហោះសេចក្តីជូនដំណឹងដែលបានកែប្រែនៅលើគេហទំព័ររបស់ខ្លួន ហើយផ្ញើសេចក្តីជូនដំណឹងដែលបានកែប្រែ ឬព័ត៌មានអំពីឯកសារដែលផ្លាស់ប្តូរ និងរបៀបដើម្បីទទួលបានសេចក្តីជូនដំណឹងដែលផ្លាស់ប្តូរ ទៅក្នុងកញ្ចប់សំបុត្រប្រចាំឆ្នាំដែលយើងនឹងផ្ញើចេញខាងមុខ ទៅកាន់សមាជិករបស់យើងដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយយើងខ្ញុំ។ សេចក្តីជូនដំណឹងនេះមាននៅលើគេហទំព័ររបស់យើងតាមរយៈ MolinaHealthcare.com។

ព័ត៌មានទំនាក់ទំនង

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរអំពីសេចក្តីជូនដំណឹងនេះ សូមទាក់ទងមកយើងខ្ញុំ។ សូមទូរសព្ទទៅសេវាបម្រើសមាជិកតាមរយៈលេខឥតគិតថ្លៃនៅខាងក្រោយបណ្ណសម្គាល់សមាជិករបស់អ្នក បាន 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ ពីម៉ោង 8 a.m. ដល់ម៉ោង 8 p.m. ម៉ោងក្នុងស្រុក។ អ្នកប្រើ TTY/TDD សូមហៅមកលេខ 711។ ឬសរសេរទៅសេវាបម្រើសមាជិក Molina, 200 Oceangate, Suite 100, Long Beach, CA 90802។

អ្នកអាចទទួលបានឯកសារនេះដោយឥតគិតថ្លៃតាមទម្រង់ផ្សេងៗទៀត ដូចជាអក្សរពុម្ពធំ អក្សរស្មាបសម្រាប់មនុស្សពិការភ្នែក ឬជាសំឡេង។ សូមទូរសព្ទទៅលេខ (855) 882-3901, TTY/TDD: 711, 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ ចាប់ពីម៉ោង 8 a.m. ដល់ម៉ោង 8 p.m. ម៉ោងក្នុងស្រុក។ ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។

PO Box 298
Monroe, WI 53566-0298
Attn: Enrollment Accounting

ព័ត៌មានសំខាន់របស់ Molina Healthcare

CAACKM26L01309