2026

សេចក្ដីជូនដំណឹងប្រចាំឆ្នាំអំពីការផ្លាស់ប្ដូរ

Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)

California H3038-004-003

មានប្រសិទ្ធភាពថ្ងៃទី 1 ខែមករា ដល់ថ្ងៃទី 31 ខែធ្នូ ឆ្នាំ 2026

H3038_26_004_003_CA_ANOC_M

CA-H3038-4-3-B-AC-KM-26-L

MOLINA HEALTHCARE

Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) ជាគម្រោង Medicare Medi-Cal ដែលផ្ដល់ជូនដោយ Molina Healthcare of California

*សេចក្ដីជូនដំណឹងប្រចាំឆ្នាំអំពីការផ្លាស់ប្ដូរ*សម្រាប់ឆ្នាំ 2026

សេចក្ដីផ្ដើម

បច្ចុប្បន្ន អ្នកបានចុះឈ្មោះជាសមាជិកនៃគម្រោងរបស់យើង។ នៅឆ្នាំក្រោយនឹងមានការផ្លាស់ប្ដូរមួយចំនួនចំពោះអត្ថប្រយោជន៍ ការធានារ៉ាប់រង វិធានការ និងការចំណាយនានារបស់យើង។ *សេចក្ដីជូនដំណឹងប្រចាំឆ្នាំអំពីការផ្លាស់ប្ដូរ* នេះប្រាប់អ្នកអំពីការផ្លាស់ប្ដូរ និងកន្លែងដែលត្រូវរកព័ត៌មានបន្ថែមអំពីការផ្លាស់ប្ដូរទាំងនោះ។ ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែមអំពីថ្លៃចំណាយ អត្ថប្រយោជន៍ ឬវិធានការ សូមពិនិត្យមើល*សៀវភៅណែនាំសមាជិក* ដែលមាននៅលើគេហទំព័ររបស់យើងតាមរយៈ MolinaHealthcare.com/Medicare ។ សូមទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិកតាមរយៈលេខនៅខាងក្រោមនៃទំព័រ ដើម្បីទទួលបានច្បាប់ចម្លងតាមប្រៃសណីយ៍។ ពាក្យគន្លឹះ និងនិយមន័យនៃពាក្យគន្លឹះទាំងនេះបង្ហាញទៅតាមលំដាប់អក្ខរក្រមនៅក្នុងជំពូកចុងក្រោយនៃ*សៀវភៅណែនាំសមាជិក*របស់អ្នក។

ធនធានបន្ថែម

- ឯកសារនេះអាចរកបានដោយឥតគិតថ្លៃជាភាសាអេស្ប៉ាញ អារ៉ាប់ អាមេនី ខ្មែរ ចិន ហ្វាស៊ី ម៉ុង កូរ៉េ រុស្ស៊ី តាហ្កាឡុក និងវៀតណាម។

- អ្នកអាចទទួលបានសេចក្តីជូនដំណឹងប្រចាំឆ្នាំអំពីការផ្លាស់ប្តូរនេះដោយឥតគិតថ្លៃក្នុងទម្រង់ផ្សេងទៀត ដូចជាអក្សរពុម្ពធំ អក្សរស្ទាបសម្រាប់អ្នកពិការភ្នែក ឬជាសំឡេង។ ទូរសព្ទទៅលេខ (855) 687-7860, TTY: 711 ពីថ្ងៃទី 1 ខែតុលា ដល់ថ្ងៃទី 31 ខែមីនា ចាប់ម៉ោង 8 a.m. ដល់ម៉ោង 8 p.m. ម៉ោងក្នុងស្រុក 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ចាប់ពីថ្ងៃទី 1 ខែមេសា ដល់ថ្ងៃទី 30 ខែកញ្ញា ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ចាប់ពីម៉ោង 8 a.m. ដល់ម៉ោង 8 p.m. ម៉ោងក្នុងស្រុក។ ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។
- ដើម្បីស្នើសុំភាសាដែលអ្នកចង់បានក្រៅពីភាសាអង់គ្លេស និង/ឬទម្រង់ផ្សេងទៀត សូមទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិកតាមលេខ (855) 687-7860, TTY: 711 ពីថ្ងៃចន្ទ - ថ្ងៃសុក្រ ម៉ោង 8 a.m. ដល់ម៉ោង 8 p.m. ម៉ោងក្នុងស្រុក។
- យើងនឹងរក្សាកំណត់ត្រានៃភាសា និង/ឬទម្រង់ដែលចង់បានរបស់សមាជិកយើង ហើយយើងនឹងរក្សាព័ត៌មាននេះជាសំណើអចិន្ត្រៃយ៍សម្រាប់ការផ្ញើសំបុត្រ និងទំនាក់ទំនងនាពេលអនាគត។ នេះនឹងធានាថា សមាជិករបស់យើងនឹងមិនត្រូវធ្វើការស្នើសុំដាច់ដោយឡែកគ្រប់ពេលនោះទេ។
- ដើម្បីផ្លាស់ប្តូរសំណើអចិន្ត្រៃយ៍ សូមទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិកតាមរយៈលេខ (855) 687-7860, TTY: 711 ពីថ្ងៃចន្ទ - ថ្ងៃសុក្រ ម៉ោង 8 a.m. ដល់ម៉ោង 8 p.m. ម៉ោងក្នុងស្រុក។

តារាងមាតិកា

A. សេចក្តីប្រកាសមិនទទួលខុសត្រូវ 5
B. ការពិនិត្យឡើងវិញលើការរ៉ាប់រងរបស់ Medicare និង Medi-Cal របស់អ្នកសម្រាប់ឆ្នាំក្រោយ 5
B1. ព័ត៌មានអំពី Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) 6
B2. រឿងសំខាន់ដែលត្រូវធ្វើ 6
C. ការផ្លាស់ប្តូរចំពោះឈ្មោះគម្រោងរបស់យើង 9
D. ការផ្លាស់ប្តូរនានាចំពោះអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញ 9
E. ការផ្លាស់ប្តូរចំពោះអត្ថប្រយោជន៍ និងថ្លៃចំណាយសម្រាប់ឆ្នាំក្រោយ 10
E1. ការផ្លាស់ប្តូរអត្ថប្រយោជន៍ និងថ្លៃចំណាយសម្រាប់សេវាវេជ្ជសាស្ត្រ ...10
E2. ការផ្លាស់ប្តូរចំពោះការធានារ៉ាប់រងលើឱសថ 24
E3. ដំណាក់កាលទី 1៖ “ដំណាក់កាលនៃការធានារ៉ាប់រងដំបូង”.........28
E4. ដំណាក់កាលទី 2៖ “ដំណាក់កាលនៃការធានារ៉ាប់រងគ្រោះមហន្តរាយ” 38
F. ការផ្លាស់ប្តូរផ្នែករដ្ឋបាល 38
G. ការជ្រើសរើសគម្រោង 43
G1. បន្តនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើង 43
G2. ការផ្លាស់ប្តូរគម្រោង 44

H. ការទទួលជំនួយ 51
H1. គម្រោងរបស់យើង 51
H2. កម្មវិធី Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) 52
H3. កម្មវិធី Ombudsman Program 53
H4. Medicare 54
H5. California Department of Managed Health Care 55
H6. Medicare Prescription Payment Plan 56

A. សេចក្តីប្រកាសមិនទទួលខុសត្រូវ

Molina Healthcare គឺជាគម្រោង C-SNP, D-SNP និង HMO ដែលមានកិច្ចសន្យា Medicare។ គម្រោង D-SNP មានកិច្ចសន្យាជាមួយកម្មវិធី Medicaid របស់រដ្ឋ។ ការចុះឈ្មោះអាស្រ័យលើការបន្តកិច្ចសន្យាជាថ្មី។

B. ការពិនិត្យឡើងវិញលើការរ៉ាប់រងរបស់ Medicare និង Medi-Cal របស់អ្នកសម្រាប់ឆ្នាំក្រោយ

វាមានសារៈសំខាន់ក្នុងការពិនិត្យមើលការរ៉ាប់រងរបស់អ្នកឥឡូវនេះ ដើម្បីប្រាកដថាវានឹងនៅតែបំពេញតាមតម្រូវការរបស់អ្នកនៅឆ្នាំក្រោយ។ ប្រសិនបើវាមិនបំពេញតាមតម្រូវការរបស់អ្នកទេ អ្នកប្រហែលជាអាចចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើងបាន។ សូមមើល **ផ្នែក E** សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីការផ្លាស់ប្តូរចំពោះអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នកសម្រាប់ឆ្នាំក្រោយ។

ប្រសិនបើអ្នកជ្រើសរើសចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើង នោះសមាជិកភាពរបស់អ្នកនឹងបញ្ចប់នៅថ្ងៃចុងក្រោយនៃខែដែលសំណើរបស់អ្នកត្រូវបានធ្វើឡើង។ អ្នកនឹងនៅតែស្ថិតក្នុងកម្មវិធី Medicare និង Medi-Cal ដដែល ដរាបណាអ្នកនៅមានសិទ្ធិទទួលបាន។

ប្រសិនបើអ្នកចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើង អ្នកអាចទទួលបានព័ត៌មានរបស់អ្នកអំពី៖

- ជម្រើស Medicare ក្នុងតារាងនៅក្នុង **ផ្នែក G2**។
- ជម្រើស និងសេវាកម្ម Medi-Cal ក្នុង **ផ្នែក G2**។

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

- Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) គឺជាគម្រោងសុខភាពដែលចុះកិច្ចសន្យាជាមួយទាំង Medicare និង Medi-Cal ដើម្បីផ្តល់អត្ថប្រយោជន៍នៃកម្មវិធីទាំងពីរនេះដល់សមាជិក។
- នៅពេលដែល *សេចក្តីជូនដំណឹងប្រចាំឆ្នាំអំពីការផ្លាស់ប្តូរ* នេះ ប្រើពាក្យថា "យើង" "យើងខ្ញុំ" "របស់យើង" ឬ "គម្រោងរបស់យើង" វាមានន័យថា គម្រោង Medicare Medi-Cal។

B2. រឿងសំខាន់ដែលត្រូវធ្វើ

- **សូមពិនិត្យមើលថា មានការផ្លាស់ប្តូរណាមួយចំពោះអត្ថប្រយោជន៍ និងថ្លៃចំណាយរបស់យើងដែលអាចប៉ះពាល់ដល់អ្នកដែរឬទេ។**
  - តើមានការផ្លាស់ប្តូរណាមួយដែលប៉ះពាល់ដល់សេវាកម្មដែលអ្នកប្រើដែរឬទេ?
  - ពិនិត្យមើលការផ្លាស់ប្តូរអត្ថប្រយោជន៍ និងថ្លៃចំណាយដើម្បីប្រាកដថា ពួកវានឹងដំណើរការសម្រាប់អ្នកនៅឆ្នាំក្រោយ។
  - សូមមើល**ផ្នែក E1** សម្រាប់ព័ត៌មានអំពីការផ្លាស់ប្តូរអត្ថប្រយោជន៍ និងការចំណាយសម្រាប់គម្រោងរបស់យើង។
- **ពិនិត្យមើលថា តើមានការផ្លាស់ប្តូរណាមួយចំពោះការធានារ៉ាប់រងលើឱសថរបស់យើងដែលអាចប៉ះពាល់ដល់លោកអ្នកដែរឬទេ។**
  - តើឱសថរបស់អ្នកនឹងត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដែរឬទេ? តើឱសថទាំងនោះស្ថិតនៅក្នុងកម្រិតនៃចំណែកចូលរួមបង់ប្រាក់ផ្សេងគ្នាដែរឬទេ? តើអ្នក

អាចបន្តប្រើឱសថស្ថានដដែល ឬទេ? តើនឹងមានការផ្លាស់ប្តូរដូចជាការអនុញ្ញាតជាមុន ការព្យាបាលជាជំហាន ឬដែនកំណត់បរិមាណ ឬទេ?

- ពិនិត្យមើលលើការផ្លាស់ប្តូរដើម្បីធ្វើឱ្យប្រាកដថា ការធានារ៉ាប់រងលើឱសថរបស់យើងនឹងដំណើរការបានសម្រាប់អ្នកនៅឆ្នាំក្រោយ។
- សូមមើល **ផ្នែក E2** សម្រាប់ព័ត៌មានអំពីការផ្លាស់ប្តូរចំពោះការធានារ៉ាប់រងលើឱសថរបស់យើង។
- ថ្លៃឱសថរបស់អ្នកប្រហែលត្រូវបានកើនឡើងតាំងតែពីឆ្នាំមុន។
  - ពិគ្រោះជាមួយវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកអំពីជម្រើសលើចំណាយទាបជាងនេះ ដែលអាចមានសម្រាប់អ្នក។ វាអាចជួយឱ្យអ្នកសន្សំលើការចំណាយប្រាក់ចេញពីហោប៉ៅប្រចាំឆ្នាំពេញមួយឆ្នាំបាន។
  - ចូរចាំក្នុងចិត្តថា អត្ថប្រយោជន៍គម្រោងរបស់អ្នកកំណត់យ៉ាងជាក់លាក់អំពីរបៀបដែលថ្លៃឱសថរបស់អ្នកអាចផ្លាស់ប្តូរ។

- **ពិនិត្យមើលថា តើអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថានរបស់អ្នកនឹងបន្តស្ថិតនៅក្នុងបណ្តាញរបស់យើងនៅឆ្នាំក្រោយដែរឬទេ។**
  - តើវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក រួមទាំងអ្នកឯកទេសរបស់អ្នក នៅក្នុងបណ្តាញរបស់យើងដែរឬទេ? ចុះឱសថស្ថានរបស់លោកអ្នកវិញ? ចុះមន្ទីរពេទ្យ ឬអ្នកផ្តល់សេវាផ្សេងទៀតដែលលោកអ្នកប្រើវិញ?
  - សូមមើល **ផ្នែក D** សម្រាប់ព័ត៌មានអំពី*សៀវភៅរាយឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថានរបស់យើង*។

- **គិតអំពីថ្លៃចំណាយសរុបរបស់លោកអ្នកក្នុងគម្រោង។**
  - តើអ្នកនឹងចំណាយចេញពីហោប៉ៅអស់ប៉ុន្មានសម្រាប់សេវាកម្ម និង ឱសថដែលអ្នកប្រើជាប្រចាំ?
  - តើថ្លៃចំណាយសរុបប្រៀបធៀបបែបណាទៅលើជម្រើសការធានារ៉ាប់រង ផ្សេងទៀត?
- **គិតមើលថា តើអ្នកសប្បាយចិត្តនឹងគម្រោងរបស់យើងដែរឬទេ។**

ប្រសិនបើអ្នកសម្រេចចិត្តបន្តនៅជាមួយ Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)៖

ប្រសិនបើអ្នកចង់នៅជាមួយយើងនៅឆ្នាំក្រោយ វាងាយស្រួលទេ – អ្នកមិនចាំបាច់ធ្វើអ្វីទាំងអស់។ ប្រសិនបើអ្នកមិនធ្វើការផ្លាស់ប្តូរទេ អ្នកបន្តចុះឈ្មោះដោយស្វ័យប្រវត្តិនៅក្នុង Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)។

ប្រសិនបើអ្នកសម្រេចចិត្តផ្លាស់ប្តូរគម្រោង៖

ប្រសិនបើអ្នកសម្រេចថាការធានារ៉ាប់រងផ្សេងទៀតនឹងបំពេញតម្រូវការរបស់អ្នកបានល្អប្រសើរជាង អ្នកអាចធ្វើការផ្លាស់ប្តូរគម្រោង (សូមមើល **ផ្នែក G2** សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម)។ ការធានារ៉ាប់រងថ្មីរបស់អ្នកនឹងចាប់ផ្តើមនៅថ្ងៃដំបូងនៃខែបន្ទាប់ ប្រសិនបើអ្នកចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងថ្មី ឬផ្លាស់ប្តូរទៅ Original Medicare។

C. ការផ្លាស់ប្តូរចំពោះឈ្មោះគម្រោងរបស់យើង

នៅថ្ងៃទី 1 ខែមករា ឆ្នាំ 2026 ឈ្មោះគម្រោងរបស់យើងបានផ្លាស់ប្តូរពីគម្រោង Central Health Medi-Medi Plan (HMO D-SNP) ទៅគម្រោង Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)។

អ្នកនឹងទទួលបានបណ្ណសម្គាល់សមាជិកគម្រោងថ្មីសម្រាប់ឆ្នាំគម្រោង 2026។ ការផ្លាស់ប្តូរឈ្មោះនឹងបង្ហាញនៅក្នុងទំនាក់ទំនងសមាជិកទាំងអស់សម្រាប់ឆ្នាំ 2026។

D. ការផ្លាស់ប្តូរនានាចំពោះអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញ

ចំនួនទឹកប្រាក់ដែលអ្នកបង់សម្រាប់ឱសថរបស់អ្នកអាស្រ័យលើឱសថស្ថានដែលអ្នកប្រើ។ គម្រោងរបស់យើងមានបណ្តាញឱសថស្ថាន។ ក្នុងករណីភាគច្រើន វេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងតែនៅក្នុងករណីដែលអ្នកបំពេញបញ្ជានៅឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញណាមួយរបស់យើងប៉ុណ្ណោះ។

បណ្តាញអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថានរបស់យើងបានផ្លាស់ប្តូរសម្រាប់ឆ្នាំ 2026។

សូមពិនិត្យមើល ***សៀវភៅរាយឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថាន ឆ្នាំ 2026*** ដើម្បីស្វែងយល់ថា តើអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក (អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំបឋម អ្នកឯកទេស មន្ទីរពេទ្យ ។ល។) ឬឱសថស្ថានមាននៅក្នុងបណ្តាញរបស់យើងដែរ ឬទេ។ *សៀវភៅរាយឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថាន* ដែលបានធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពមាននៅលើគេហទំព័ររបស់យើងតាមរយៈ MolinaHealthcare.com/Medicare ។ អ្នកក៏អាចទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិកតាមលេខនៅផ្នែកខាងក្រោមនៃទំព័រសម្រាប់ព័ត៌មានអ្នកផ្តល់សេវា

ដែលបានធ្វើបច្ចុប្បន្នភាព ឬសុំឱ្យយើងខ្ញុំធ្វើ*សៀវភៅរាយឈ្មោះអ្នកផ្ដល់សេវា និងឱសថស្ថាន*មកកាន់អ្នកតាមប្រៃសណីយ៍។

វាមានសារៈសំខាន់ណាស់ដែលអ្នកគួរដឹងថា យើងក៏អាចធ្វើការផ្លាស់ប្ដូរចំពោះបណ្ដាញរបស់យើងក្នុងអំឡុងឆ្នាំនេះផងដែរ។ ប្រសិនបើអ្នកផ្ដល់សេវារបស់អ្នកចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើង អ្នកមានសិទ្ធិ និងការការពារជាក់លាក់មួយចំនួន។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមមើល **ជំពូកទី 3** នៃ*សៀវភៅណែនាំសមាជិក*របស់អ្នក ឬទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិកតាមរយៈលេខនៅខាងក្រោមនៃទំព័រសម្រាប់ជំនួយ។

E. ការផ្លាស់ប្ដូរចំពោះអត្ថប្រយោជន៍ និងថ្លៃចំណាយសម្រាប់ឆ្នាំក្រោយ

E1. ការផ្លាស់ប្ដូរអត្ថប្រយោជន៍ និងថ្លៃចំណាយសម្រាប់សេវាវេជ្ជសាស្ត្រ

យើងកំពុងផ្លាស់ប្ដូរការធានារ៉ាប់រងរបស់យើងសម្រាប់សេវាវេជ្ជសាស្ត្រមួយចំនួន និងអ្វីដែលអ្នកបង់សម្រាប់សេវាវេជ្ជសាស្ត្រដែលធានារ៉ាប់រងទាំងនេះនៅឆ្នាំក្រោយ។ តារាងខាងក្រោមពណ៌នាអំពីការផ្លាស់ប្ដូរទាំងនេះ។

នៅឆ្នាំ 2025 គម្រោង Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) បានចូលរួមក្នុងគំរូនៃ Value Based Insurance Design (VBID) ប៉ុន្តែកម្មវិធីនេះនឹងចាកចេញនៅឆ្នាំនេះ។ ក្នុងនាមជាផ្នែកមួយនៃអត្ថប្រយោជន៍ផ្នែក D នៃគំរូ VBID គម្រោង Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) ផ្ដល់ជូននូវការលុបបំបាត់ចំណែកចូលរួមបង់ប្រាក់សម្រាប់ឱសថផ្នែក D។ ដោយសារកម្មវិធីនេះបានបញ្ចប់ សមាជិកអាចមានចំណែកចូលរួមបង់ប្រាក់លើឱសថផ្នែក D ទាំងអស់នៅក្នុងដំណាក់នៃការធានារ៉ាប់រងទាំងអស់។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមទូរសព្ទទៅសេវាបម្រើសមាជិក ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរណាមួយ។

	ឆ្នាំ 2025 (ឆ្នាំនេះ)	**ឆ្នាំ 2026 (ឆ្នាំក្រោយ)**
អត្ថប្រយោជន៍បន្ថែមពិសេសសម្រាប់អ្នកជំងឺរ៉ាំរ៉ៃ (SSBCI)- អាហារ និងកសិផល	អត្ថប្រយោជន៍ត្រូវបានរ៉ាប់រងជាអត្ថប្រយោជន៍បន្ថែមពិសេសសម្រាប់អ្នកជំងឺរ៉ាំរ៉ៃ (SSBCI)។ អ្នកដែលមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ទទួលបានប្រាក់ឧបត្ថម្ភចំនួន $25 ជារៀងរាល់ខែសម្រាប់អាហារ និងកសិផលដែលមានសុខភាពល្អ។ ការធានារ៉ាប់រងរបស់ SSBCI គឺសម្រាប់តែសមាជិកដែលមានលក្ខខណ្ឌរ៉ាំរ៉ៃជាក់លាក់ប៉ុណ្ណោះ។	សមាជិកដែលមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ជាមួយនឹងស្ថានភាពជំងឺរ៉ាំរ៉ៃមានសិទ្ធិទទួលបាន $63 ជារៀងរាល់ខែសម្រាប់អាហារ និងកសិផល (SSBCI)។
ទំនិញដែលមិនតម្រូវឱ្យមានវេជ្ជបញ្ជា (OTC) (បន្ថែម)	អ្នកមានប្រាក់ឧបត្ថម្ភ $175 ក្នុងមួយត្រីមាសសម្រាប់ទំនិញ OTC រួមទាំងការចូលប្រើកាតាឡុករុក្ខជាតិសុខភាព នឹងសុខុមាលភាព។ នេះ	អ្នកមានប្រាក់ឧបត្ថម្ភ $45 ក្នុងមួយខែសម្រាប់ទំនិញ OTC រួមទាំងការចូលប្រើកាតាឡុករុក្ខជាតិសុខភាព នឹងសុខុមាលភាព។ នេះគឺជា

	ឆ្នាំ 2025 (ឆ្នាំនេះ)	**ឆ្នាំ 2026 (ឆ្នាំក្រោយ)**
	គឺជាប្រាក់ឧបត្ថម្ភសរុបជាមួយឧបករណ៍ជំនួយការស្តាប់ OTC។	ប្រាក់ឧបត្ថម្ភសរុបជាមួយឧបករណ៍ជំនួយការស្តាប់ OTC។
ឧបករណ៍ជំនួយការស្តាប់ OTC (បន្ថែម)	អ្នកមានប្រាក់ឧបត្ថម្ភ $175 ក្នុងមួយត្រីមាសសម្រាប់ឧបករណ៍ជំនួយការស្តាប់ OTC។ នេះគឺជាប្រាក់ឧបត្ថម្ភសរុបជាមួយទំនិញ OTC។	អ្នកទទួលបានកាតឥណពន្ធដែលផ្តល់មូលនិធិជាមុនរបស់ MyChoice ដែលមានប្រាក់ឧបត្ថម្ភប្រចាំខែ $45 ដែលអាចប្រើបានចំពោះឧបករណ៍ជំនួយការស្តាប់ OTC។ នេះគឺជាប្រាក់ឧបត្ថម្ភសរុបសម្រាប់ឧបករណ៍ជំនួយការស្តាប់ OTC និងទំនិញ OTC រួមទាំងការចូលប្រើកាតាឡុករុក្ខជាតិសុខភាព។
សេវាទន្តសាស្ត្រ (បន្ថែម)	យើងបានសហការជាមួយអ្នកផ្តល់សេវាទន្តសាស្ត្រ ដើម្បីផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវជម្រើសបន្ថែមទៀតសម្រាប់តម្រូវការធ្មេញជាប្រចាំរបស់	យើងបានសហការជាមួយអ្នកផ្តល់សេវាទន្តសាស្ត្រ ដើម្បីផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវជម្រើសបន្ថែមទៀតសម្រាប់តម្រូវការធ្មេញជាប្រចាំរបស់

	ឆ្នាំ 2025 (ឆ្នាំនេះ)	ឆ្នាំ 2026 (ឆ្នាំក្រោយ)
	អ្នក។ ប្រសិនបើអ្នកប្រើក្រុមហ៊ុនផ្ដល់សេវាសុខភាពធ្មេញរបស់យលង អ្នកនឹងទទួលបានទាំងការបង្ការ និងជ្រើសរើសសេវាទន្តសាស្ត្រទូលំទូលាយតាមរយៈក្រុមហ៊ុនផ្ដល់សេវានេះ។ សេវាទន្តសាស្ត្របែបបង្ការរួមមានការពិនិត្យមាត់ ការសម្អាត ការព្យាបាលដោយប្រើភ្លុយអរ និងការថតកាំរស្មីអ៊ិចដោយឥតគិតថ្លៃសម្រាប់អ្នក។ លើសពីនេះ អ្នកនឹងមាន $1,000 សម្រាប់សេវាទន្តសាស្ត្រដ៏ទូលំទូលាយមួយចំនួន រួមទាំងធ្មេញពាក់ផងដែរ។	អ្នក។ ប្រសិនបើអ្នកប្រើក្រុមហ៊ុនផ្ដល់សេវាសុខភាពធ្មេញរបស់យលង អ្នកនឹងទទួលបានទាំងការបង្ការ និងជ្រើសរើសសេវាទន្តសាស្ត្រទូលំទូលាយតាមរយៈក្រុមហ៊ុនផ្ដល់សេវានេះ។ សេវាទន្តសាស្ត្របែបបង្ការរួមមានការពិនិត្យមាត់ ការសម្អាត ការព្យាបាលដោយប្រើភ្លុយអរ និងការថតកាំរស្មីអ៊ិចដោយឥតគិតថ្លៃសម្រាប់អ្នក។ លើសពីនេះ អ្នកនឹងមានទឹកប្រាក់ $3,600 សម្រាប់សេវាទន្តសាស្ត្រទូលំទូលាយ រួមទាំងធ្មេញពាក់ផងដែរ។

	ឆ្នាំ 2025 (ឆ្នាំនេះ)	ឆ្នាំ 2026 (ឆ្នាំក្រោយ)
សេវាមធ្យោបាយធ្វើដំណើរសម្រាប់ទីតាំងគម្រោងដែលបានអនុម័ត (បន្ថែម)	អ្នកទទួលបានការធ្វើដំណើរតែមួយជើងចំនួន 24 ដងក្នុងមួយឆ្នាំ។	អត្ថប្រយោជន៍ Molina Medi-Cal របស់អ្នករួមមានមធ្យោបាយធ្វើដំណើរផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដែលមិនមែនក្នុងភាពអាសន្នដែលគ្មានដែនកំណត់សម្រាប់សេវាដែលបានធានារ៉ាប់រងចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ។ ព័ត៌មានអាចត្រូវបានទាមទារពីអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក។
អត្ថប្រយោជន៍សុខភាពពីចម្ងាយបន្ថែម	អ្នកបង់ **$0** នៃការទូទាត់ប្រាក់រួមគ្នាសម្រាប់សេវាសុខភាពពីចម្ងាយមួយចំនួន រួមទាំង សេវាគ្រូពេទ្យថែទាំបឋម សេវាចាប់សរសៃ និងសន្លាក់ សេវាព្យាបាលដោយសកម្មភាពការងារ សេវាគ្រូពេទ្យឯកទេស វគ្គជាបុគ្គលសម្រាប់សេវាឯកទេសសុខភាពផ្លូវចិត្ត	អ្នកបង់ **$0** នៃការទូទាត់ប្រាក់រួមគ្នាសម្រាប់សេវាសុខភាពពីចម្ងាយមួយចំនួន រួមទាំងសេវាស្តារនីតិសម្បទាបេះដូង សេវាគ្រូពេទ្យថែទាំបឋម សេវាចាប់សរសៃ និងសន្លាក់ សេវាព្យាបាលដោយសកម្មភាពការងារ សេវាគ្រូពេទ្យឯកទេស វគ្គជាបុគ្គលសម្រាប់សេវា

	ឆ្នាំ 2025 (ឆ្នាំនេះ)	ឆ្នាំ 2026 (ឆ្នាំក្រោយ)
	វគ្គជាក្រុមសម្រាប់សេវាឯកទេសសុខភាពផ្លូវចិត្ត សេវាព្យាបាលសុខភាពជើង អ្នកមានវិជ្ជាជីវៈថែទាំសុខភាពផ្សេងទៀត វគ្គជាបុគ្គលសម្រាប់សេវាវិកលចរិត វគ្គជាក្រុមសម្រាប់សេវាផ្នែកជំងឺវិកលចរិត សេវាការព្យាបាលរាងកាយ និងរោគសាស្ត្រភាសានិយាយ សេវាវិធី Opioid Treatment Program វគ្គជាលក្ខណៈបុគ្គលសម្រាប់ការប្រើប្រាស់សារធាតុញៀនមិនត្រឹមត្រូវរបស់អ្នកជំងឺមិនស្នាក់ព្យាបាល និងវគ្គជាក្រុមសម្រាប់ការប្រើប្រាស់សារធាតុញៀនមិនត្រឹមត្រូវរបស់អ្នកជំងឺមិនស្នាក់ព្យាបាល។	ជំនាញសុខភាពផ្លូវចិត្ត វគ្គជាក្រុមសម្រាប់សេវាជំនាញសុខភាពផ្លូវចិត្ត សេវាព្យាបាលសុខភាពជើង អ្នកមានវិជ្ជាជីវៈផ្នែកថែទាំសុខភាពផ្សេងទៀត វគ្គជាលក្ខណៈបុគ្គលសម្រាប់សេវាវិកលចរិត វគ្គជាក្រុមសម្រាប់សេវាវិកលចរិត ការព្យាបាលរាងកាយ និងសេវារោគសាស្ត្រនិយាយ-ភាសា សេវាវិធី Opioid Treatment Program វគ្គជាបុគ្គលសម្រាប់ការប្រើប្រាស់សារធាតុញៀនមិនត្រឹមត្រូវរបស់អ្នកជំងឺមិនស្នាក់ព្យាបាល និងវគ្គជាក្រុមសម្រាប់ការប្រើប្រាស់សារធាតុញៀនមិនត្រឹមត្រូវរបស់អ្នកជំងឺមិនស្នាក់ព្យាបាល។

	ឆ្នាំ 2025 (ឆ្នាំនេះ)	ឆ្នាំ 2026 (ឆ្នាំក្រោយ)
ការពិនិត្យរាងកាយប្រចាំឆ្នាំ	នេះ**មិនមែន**ជាអត្ថប្រយោជន៍បន្ថែមដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងទេ។	ការពិនិត្យរាងកាយប្រចាំឆ្នាំផ្តល់ការធានារ៉ាប់រងសម្រាប់សេវាពិនិត្យរាងកាយបន្ថែមដែលអាចធ្វើបានតែដោយគ្រូពេទ្យ គ្រូពេទ្យដែលជាគិលានុបដ្ឋាយិកា ឬជំនួយការគ្រូពេទ្យប៉ុណ្ណោះ។
អត្ថប្រយោជន៍របបអាហារ/អាហារូបត្ថម្ភ	នេះ**មិនមែន**ជាអត្ថប្រយោជន៍បន្ថែមដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងទេ។	អ្នកទទួលបាន 12 វគ្គ (ទាំងបុគ្គល និងក្រុម)។
ឧបករណ៍សុវត្ថិភាពក្នុងផ្ទះ និងបន្ទប់ទឹក និងការកែប្រែ	អ្នកទទួលបានប្រាក់ឧបត្ថម្ភចំនួន $3,000 សម្រាប់ការទិញ និងដំឡើងឧបករណ៍សុវត្ថិភាពក្នុងផ្ទះ និងបន្ទប់ទឹក និងការកែប្រែជារៀងរាល់ឆ្នាំ។	នេះ**មិនមែន**ជាអត្ថប្រយោជន៍បន្ថែមដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងទេ។
សេវាលាងឈាម	ការអនុញ្ញាតត្រូវបានទាមទារសម្រាប់សេវាលាងឈាមនោះទេ។	ការអនុញ្ញាត **មិន**ត្រូវបានទាមទារសម្រាប់សេវាលាងឈាមនោះទេ។

	ឆ្នាំ 2025 (ឆ្នាំនេះ)	**ឆ្នាំ 2026 (ឆ្នាំក្រោយ)**
ប្រាក់ឧបត្ថម្ភសម្រាប់លំហាត់ប្រាណ	អ្នកមាន $20 នៃប្រាក់ឧបត្ថម្ភក្នុងមួយខែ ដើម្បីប្រើសម្រាប់ថ្លៃចំណាយលើលំហាត់ប្រាណដែលមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់។	នេះ**មិនមែន**ជាអត្ថប្រយោជន៍បន្ថែមដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងទេ។
ប្រព័ន្ធឆ្លើយតបក្នុងគ្រាអាសន្នផ្ទាល់ខ្លួន (PERS) (បន្ថែម)	អ្នកបង់ **$0** សម្រាប់ PERS លើឧបករណ៍ចល័តជាមួយ GPS និងការចាប់សញ្ញាអំពីការដួល ការត្រួតពិនិត្យតាមដាន 24/7/365។	នេះ**មិនមែន**ជាអត្ថប្រយោជន៍បន្ថែមដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងទេ។
សេវាជំនួយតាមផ្ទះ	អ្នកបង់ **$0** នៃការទូទាត់ប្រាក់រួមគ្នាសម្រាប់រហូតដល់ 20 ម៉ោងក្នុងមួយឆ្នាំតាមប្រតិទិនតាមរយៈក្រុមហ៊ុនផ្តល់សេវាដែលត្រូវបានអនុម័តដោយគម្រោងរបស់យើង។	នេះ**មិនមែន**ជាអត្ថប្រយោជន៍បន្ថែមដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងទេ។

	ឆ្នាំ 2025 (ឆ្នាំនេះ)	ឆ្នាំ 2026 (ឆ្នាំក្រោយ)
ជំនួយការស្តាប់តាមវេជ្ជបញ្ជា	អ្នកមានប្រាក់ឧបត្ថម្ភប្រចាំឆ្នាំ $3,000។	អ្នកទទួលបានឧបករណ៍ជំនួយការស្តាប់ដែលបានជ្រើសរើសជាមុនចំនួន 2 ពីអ្នកផ្តល់សេវាដែលបានអនុម័តដោយគម្រោងរៀងរាល់ឆ្នាំសម្រាប់ត្រចៀកទាំងពីរបញ្ចូលគ្នា។
ការវាយតម្លៃសុវត្ថិភាពនៅតាមគេហឋាន	អត្ថប្រយោជន៍ត្រូវបានរ៉ាប់រងជាអត្ថប្រយោជន៍បន្ថែម។ អ្នកបង់ **$0** នៃការទូទាត់ប្រាក់រួម។ សូមមើលសៀវភៅណែនាំសមាជិករបស់អ្នកសម្រាប់ព័ត៌មាន រួមទាំងច្បាប់ និងការដាក់កម្រិត។	នេះ**មិនមែន**ជាអត្ថប្រយោជន៍បន្ថែមដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងទេ។
ឧបករណ៍វេជ្ជសាស្ត្រប្រើប្រាស់បានយូរ (DME)	សមាជិកមិនត្រូវបានតម្រូវឱ្យប្រើក្រុមហ៊ុនផ្តល់សេវា /ក្រុមហ៊ុនផលិតដែលចង់បានសម្រាប់ឧបករណ៍វេជ្ជសាស្ត្រប្រើប្រាស់បានយូរ (DME) ទេ។	សមាជិកត្រូវតែប្រើក្រុមហ៊ុនផ្តល់សេវា/ក្រុមហ៊ុនផលិតដែលចង់បានសម្រាប់ឧបករណ៍វេជ្ជសាស្ត្រប្រើប្រាស់បានយូរ (DME)។

	ឆ្នាំ 2025 (ឆ្នាំនេះ)	ឆ្នាំ 2026 (ឆ្នាំក្រោយ)
អត្ថប្រយោជន៍អាហារ - ក្រោយការចាកចេញពីមន្ទីរពេទ្យ (បន្ថែម)	អាហារត្រូវបានផ្តល់ជូនភ្លាមៗបន្ទាប់ពីការវះកាត់នីមួយៗ ឬការសម្រាកព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យរបស់អ្នកជំងឺស្នាក់ព្យាបាល ឬសម្រាប់ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ COVID ឬការធ្វើចត្តាឡីស័កនៅផ្ទះដោយសារតែការប៉ះពាល់នឹង COVID ដែលតម្រូវឱ្យអ្នកស្នាក់នៅផ្ទះមួយរយៈពេល។ អ្នកបង់ **$0** នៃការបង់ប្រាក់រួម សម្រាប់អាហារ 2 ពេលក្នុងមួយថ្ងៃសម្រាប់រយៈពេល 14 ថ្ងៃ។ អត្ថប្រយោជន៍នេះអាចត្រូវបានប្រើរហូតដល់ 4 ដងក្នុងមួយឆ្នាំ (អាហារសរុប 112 ពេល)។	អាហារត្រូវបានផ្តល់ជូនភ្លាមៗបន្ទាប់ពីការវះកាត់នីមួយៗ ឬការសម្រាកព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យរបស់អ្នកជំងឺស្នាក់ព្យាបាល ឬសម្រាប់ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ COVID ឬ ការធ្វើចត្តាឡីស័កនៅផ្ទះដោយសារតែការប៉ះពាល់នឹង COVID ដែលតម្រូវឱ្យអ្នកស្នាក់នៅផ្ទះមួយរយៈពេល។ អ្នកបង់ **$0** នៃការបង់ប្រាក់រួម សម្រាប់អាហារ 2 ពេលក្នុងមួយថ្ងៃសម្រាប់រយៈពេល 14 ថ្ងៃ។ អត្ថប្រយោជន៍នេះអាចត្រូវបានប្រើរហូតដល់ 2 ដងក្នុងមួយឆ្នាំ (អាហារសរុប 56 ពេល)។

	ឆ្នាំ 2025 (ឆ្នាំនេះ)	ឆ្នាំ 2026 (ឆ្នាំក្រោយ)
លំហាត់ប្រាណ (បន្ថែម)	អត្ថប្រយោជន៍លំហាត់ប្រាណរាងកាយរ៉ាប់រងលើសមាជិកភាពមណ្ឌលលំហាត់ប្រាណ និងថ្នាក់ក្រុម ឬកញ្ចប់ឧបករណ៍លំហាត់ប្រាណតាមផ្ទះ ដោយគ្មានការបង់ប្រាក់រួម/ចំណែកចូលរួមបង់ប្រាក់ពីសមាជិក។ ជម្រើសកញ្ចប់ឧបករណ៍ហាត់ប្រាណតាមផ្ទះរួមបញ្ចូលទាំងជម្រើសឧបករណ៍តាមដានរាងកាយ កម្លាំង ឬកញ្ចប់ឧបករណ៍ហាត់យូហ្គា។ កញ្ចប់ឧបករណ៍កម្លាំងរួមបញ្ចូលទាំងខ្សែកៅស៊ូសម្រាប់ហាត់ប្រាណ និងប្រដាប់លើកហាត់ប្រាណទម្ងន់ 5 ផោន។ កញ្ចប់ឧបករណ៍យូហ្គារួមមានកម្រាល និងកន្សែងដៃ។	សមាជិកមានសិទ្ធិចូលប្រើកន្លែងហាត់ប្រាណដែលមានកិច្ចសន្យា និងជម្រើសឧបករណ៍ហាត់ប្រាណតាមផ្ទះ។ ជម្រើសឧបករណ៍ហាត់ប្រាណតាមផ្ទះរួមបញ្ចូលទាំងជម្រើសឧបករណ៍តាមដានរាងកាយ ឬឧបករណ៍ហាត់ប្រាណតាមផ្ទះមួយក្នុងចំណោមកញ្ចប់ឧបករណ៍ហាត់ប្រាណតាមផ្ទះទាំងប្រាំ។ កញ្ចប់ឧបករណ៍កម្លាំងរួមបញ្ចូលទាំងបំពង់កៅស៊ូទប់ទល់។ កញ្ចប់ឧបករណ៍បង្កើនសាច់ដុំ រួមបញ្ចូលទាំងបាល់ Pilates។ ឧបករណ៍យូហ្គារួមមានកម្រាលយូហ្គា។ កញ្ចប់ឧបករណ៍ថែទាំខ្លួនឯង

	ឆ្នាំ 2025 (ឆ្នាំនេះ)	**ឆ្នាំ 2026 (ឆ្នាំក្រោយ)**
		រួមបញ្ចូលទាំងឧបករណ៍ដុំស្នោរាំងស៊ីឡាំងប្រើសម្រាប់ការម៉ាស្សាខ្លួន។ កញ្ចប់សម្រាប់ដើរហាត់ប្រាណ រួមបញ្ចូលទាំងឧបករណ៍រាប់ជំហាន។
សេវាកម្មភ្នែក (បន្ថែម)	យើងបានសហការជាដៃគូជាមួយក្រុមហ៊ុនផ្តល់សេវាសុខភាពភ្នែក ដើម្បីផ្តល់តម្លៃកាន់តែច្រើនសម្រាប់តម្រូវការសុខភាពភ្នែកប្រចាំថ្ងៃរបស់អ្នក! សេវាកម្មថែទាំសុខភាពភ្នែកបន្ថែមដែលរ៉ាប់រងរួមមានជាអាទិ៍៖ ការពិនិត្យភ្នែកតាមទម្លាប់មួយដងរៀងរាល់ឆ្នាំតាមប្រតិទិន។ ប្រាក់ឧបត្ថម្ភសម្រាប់ឧបករណ៍ពាក់នៅភ្នែកចំនួន $300។	យើងបានសហការជាដៃគូជាមួយក្រុមហ៊ុនផ្តល់សេវាសុខភាពភ្នែក ដើម្បីផ្តល់តម្លៃកាន់តែច្រើនសម្រាប់តម្រូវការសុខភាពភ្នែកប្រចាំថ្ងៃរបស់អ្នក! សេវាកម្មថែទាំសុខភាពភ្នែកបន្ថែមដែលរ៉ាប់រងរួមមានជាអាទិ៍៖ ការពិនិត្យភ្នែកតាមទម្លាប់មួយដងរៀងរាល់ឆ្នាំតាមប្រតិទិន។ ប្រាក់ឧបត្ថម្ភសម្រាប់ឧបករណ៍ពាក់នៅភ្នែកចំនួន $250។

	ឆ្នាំ 2025 (ឆ្នាំនេះ)	ឆ្នាំ 2026 (ឆ្នាំក្រោយ)
	អ្នកអាចប្រើប្រាក់ឧបត្ថម្ភសម្រាប់ឧបករណ៍ពាក់នៅភ្នែករបស់អ្នកដើម្បីទិញ៖ កែវដាក់ក្នុងភ្នែក* វ៉ែនតា (កញ្ចក់ និងដងវ៉ែនតា) ការដំឡើងកម្រិតកញ្ចក់ និង/ឬដងវ៉ែនតា (ដូចជា កញ្ចក់វ៉ែនតាដែលមានពណ៌ស្រទំ កញ្ចក់ U-V កញ្ចក់អាចប្រែពណ៌បាន ឬអាចប្រែពណ៌បាន)។ *ប្រសិនបើអ្នកជ្រើសរើសកែវដាក់ក្នុងភ្នែក ប្រាក់ឧបត្ថម្ភសម្រាប់ឧបករណ៍ពាក់នៅភ្នែករបស់អ្នកក៏អាចត្រូវបានប្រើដើម្បីបង់ថ្លៃទាំងអស់ ឬមួយផ្នែកនៃថ្លៃសេវាលៃតម្រូវកែវដាក់ក្នុងភ្នែករបស់អ្នកផងដែរ។ អ្នកទទួលខុសត្រូវក្នុងការទូទាត់ប្រាក់លើការកែតម្រូវវ៉ែនតា	អ្នកអាចប្រើប្រាក់ឧបត្ថម្ភសម្រាប់ឧបករណ៍ពាក់នៅភ្នែករបស់អ្នកដើម្បីទិញ៖ កែវដាក់ក្នុងភ្នែកភ្នែក* វ៉ែនតា (កញ្ចក់ និងដងវ៉ែនតា) ការដំឡើងកម្រិតកញ្ចក់ និង/ឬដងវ៉ែនតា (ដូចជា កញ្ចក់វ៉ែនតាដែលមានពណ៌ស្រទំ កញ្ចក់ U-V កញ្ចក់អាចប្រែពណ៌បាន ឬអាចប្រែពណ៌បាន)។ *ប្រសិនបើអ្នកជ្រើសរើសកែវដាក់ក្នុងភ្នែក ប្រាក់ឧបត្ថម្ភសម្រាប់ឧបករណ៍ពាក់នៅភ្នែករបស់អ្នកក៏អាចត្រូវបានប្រើដើម្បីបង់ថ្លៃទាំងអស់ ឬមួយផ្នែកនៃថ្លៃសេវាលៃតម្រូវកែវដាក់ក្នុងភ្នែករបស់អ្នកផងដែរ។ អ្នកទទួលខុសត្រូវក្នុងការទូទាត់ប្រាក់លើការកែតម្រូវវ៉ែនតា

	ឆ្នាំ 2025 (ឆ្នាំនេះ)	ឆ្នាំ 2026 (ឆ្នាំក្រោយ)
	លើសពីដែនកំណត់នៃប្រាក់ឧបត្ថម្ភសម្រាប់ឧបករណ៍ពាក់នៅភ្នែករបស់គម្រោង។ អ្នកបង់ប្រាក់ **$0** សម្រាប់ការពិនិត្យភ្នែកតាមទម្លាប់ (និងការឆ្លុះភ្នែក) សម្រាប់វ៉ែនតាជារៀងរាល់ឆ្នាំតាមប្រតិទិន។	លើសពីដែនកំណត់នៃប្រាក់ឧបត្ថម្ភសម្រាប់ឧបករណ៍ពាក់នៅភ្នែករបស់គម្រោង។ អ្នកបង់ប្រាក់ **$0** សម្រាប់ការពិនិត្យភ្នែកតាមទម្លាប់ (និងការឆ្លុះភ្នែក) សម្រាប់វ៉ែនតាជារៀងរាល់ឆ្នាំតាមប្រតិទិន។
ការធានារ៉ាប់រងក្នុងគ្រាអាសន្ន/បន្ទាន់ទូទាំងពិភពលោក (បន្ថែម)	អ្នកទូទាត់ប្រាក់រួមគ្នាចំនួន **$0** សម្រាប់ការធានារ៉ាប់រងក្នុងគ្រាអាសន្នទូទាំងពិភពលោក ការធានារ៉ាប់រងបន្ទាន់ទូទាំងពិភពលោក និងមធ្យោបាយធ្វើដំណើរក្នុងគ្រាអាសន្នទូទាំងពិភពលោក រហូតដល់ដែនកំណត់នៃអត្ថប្រយោជន៍ $100,000 សម្រាប់ឆ្នាំតាមប្រតិទិន។	អ្នកបង់ប្រាក់បង់រួម **$0** សម្រាប់ការធានារ៉ាប់រងក្នុងគ្រាអាសន្នទូទាំងពិភពលោក ការធានារ៉ាប់រងបន្ទាន់ ទូទាំងពិភពលោក និងការដឹកជញ្ជូនក្នុងគ្រាអាសន្នទូទាំងពិភពលោក រហូតដល់ ដែនកំណត់អត្ថប្រយោជន៍ $10,000 សម្រាប់ឆ្នាំតាមប្រតិទិន។

	ឆ្នាំ 2025 (ឆ្នាំនេះ)	ឆ្នាំ 2026 (ឆ្នាំក្រោយ)
ជញ្ជីងដាក់នៅបន្ទប់ទឹក (SSBCI)	អ្នកបង់ **$0** នៃការទូទាត់ប្រាក់រួមគ្នាសម្រាប់ជញ្ជីងដាក់នៅបន្ទប់ទឹកសម្រាប់សមាជិកដែលមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ ដែលមានជំងឺតម្រងនោម ឬ CHF ដែលមិនបំពេញតាមគោលការណ៍ណែនាំរបស់ Medicare សម្រាប់ការធានារ៉ាប់រង។	នេះ**មិនមែន**ជាអត្ថប្រយោជន៍បន្ថែមដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងទេ។

E2. ការផ្លាស់ប្តូរចំពោះការធានារ៉ាប់រងលើឱសថ

ការផ្លាស់ប្តូរចំពោះ*បញ្ជីឱសថ*របស់យើង

*បញ្ជីឱសថដែលបានធានារ៉ាប់រង*ដែលបានធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពមាននៅលើគេហទំព័ររបស់យើងតាមរយៈ MolinaHealthcare.com/Medicare ។ អ្នកក៏អាចទូរសព្ទទៅសេវាបម្រើសមាជិកតាមរយៈលេខនៅផ្នែកខាងក្រោមនៃទំព័រ សម្រាប់ព័ត៌មានអំពីឱសថដែលបានធ្វើបច្ចុប្បន្នភាព ឬស្នើសុំឱ្យយើងផ្ញើ*បញ្ជីឱសថដែលបានធានារ៉ាប់រង*តាមប្រៃសណីយ៍ទៅអ្នក។

បញ្ជីឱសថដែលបានធានារ៉ាប់រង ក៏ត្រូវបានគេហៅថា *បញ្ជីឱសថ*ផងដែរ។

យើងបានធ្វើការផ្លាស់ប្តូរចំពោះ *បញ្ជីឱសថ* របស់យើង ដែលអាចរាប់បញ្ចូលទាំងការដកចេញ ឬបន្ថែមឱសថ ការផ្លាស់ប្តូរឱសថដែលយើងរ៉ាប់រង ការផ្លាស់

ប្តូរចំពោះការដាក់កំហិតដែលអនុវត្តចំពោះការធានារ៉ាប់រងរបស់យើងសម្រាប់ឱសថជាក់លាក់ ឬផ្លាស់ប្តូរឱសថទាំងនោះទៅកម្រិតនៃចំណែកចូលរួមបង់ប្រាក់ផ្សេងទៀត។

ពិនិត្យមើល *បញ្ជីឱសថ*ដើម្បី **ប្រាកដថាឱសថរបស់អ្នកនឹងត្រូវបាន ធានារ៉ាប់រងនៅឆ្នាំក្រោយ** ហើយដើម្បីមើលថា តើនឹងមានការដាក់កំហិតឬអត់ ឬថា តើឱសថរបស់អ្នកត្រូវបានផ្លាស់ប្តូរទៅកម្រិតចំណែកចូលរួមបង់ប្រាក់ផ្សេងទៀតដែរឬទេ។

ភាគច្រើនបំផុតនៃការផ្លាស់ប្តូរនៅក្នុង*បញ្ជីឱសថ*គឺថ្មីសម្រាប់ដើមឆ្នាំនីមួយៗ។ ទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយ យើងអាចធ្វើការផ្លាស់ប្តូរផ្សេងទៀតដែលត្រូវបានអនុញ្ញាតដោយ Medicare និង/ឬ រដ្ឋដែលនឹងប៉ះពាល់ដល់អ្នកក្នុងអំឡុងឆ្នាំតាមប្រតិទិន។ យើងខ្ញុំធ្វើបច្ចុប្បន្នភាព*បញ្ជីឱសថតាម*អនឡាញរបស់យើងខ្ញុំយ៉ាងហោចណាស់ប្រចាំខែ ដើម្បីផ្តល់ជូនបញ្ជីឱសថថ្មីៗបំផុត។ យើងនឹងធ្វើការជូនដំណឹងដល់អ្នកអំពីការផ្លាស់ប្តូរ ប្រសិនបើយើងធ្វើការផ្លាស់ប្តូរដែលនឹងប៉ះពាល់ដល់ឱសថដែលអ្នកកំពុងប្រើប្រាស់។

ប្រសិនបើអ្នករងផលប៉ះពាល់ដោយការផ្លាស់ប្តូរលើការធានារ៉ាប់រងលើឱសថ យើងខ្ញុំលើកទឹកចិត្តឱ្យអ្នក៖

- ធ្វើការជាមួយវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក (ឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាផ្សេងទៀត) ដើម្បីស្វែងរកឱសថផ្សេងដែលយើងខ្ញុំធានារ៉ាប់រង។
  - អ្នកអាចទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិកតាមលេខនៅខាងក្រោមនៃទំព័រ ឬទាក់ទងទៅអ្នកគ្រប់គ្រងករណីរបស់អ្នកដើម្បីស្នើសុំ *បញ្ជីឱសថដែលបានធានារ៉ាប់រង* ដែលព្យាបាលស្ថានភាពដូចគ្នា។
  - បញ្ជីនេះអាចជួយអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកឱ្យស្វែងរកឱសថដែលធានារ៉ាប់រង ដែលអាចមានប្រសិទ្ធិភាពសម្រាប់អ្នក។

- ធ្វើការជាមួយវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក (ឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាផ្សេងទៀត) និងស្នើឱ្យយើងខ្ញុំធ្វើការលើកលែងដើម្បីធានារ៉ាប់រងលើឱសថនេះ។
  - អ្នកអាចស្នើសុំការលើកលែងនៅមុនឆ្នាំក្រោយ ហើយយើងខ្ញុំនឹងផ្ដល់ចម្លើយដល់អ្នកក្នុងរយៈពេល 72 ម៉ោងបន្ទាប់ពីយើងខ្ញុំទទួលបានសំណើរបស់អ្នក (ឬសេចក្ដីថ្លែងការណ៍គាំទ្ររបស់អ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាអ្នក)។
  - ដើម្បីស្វែងយល់ពីអ្វីដែលអ្នកត្រូវធ្វើដើម្បីស្នើសុំការលើកលែង សូមមើល **ជំពូកទី 9** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*របស់អ្នក ឬទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមជិកតាមលេខនៅខាងក្រោមទំព័រ។
  - បើអ្នកត្រូវការជំនួយស្នើសុំការលើកលែង សូមទាក់ទងមកកាន់ផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិក ឬអ្នកគ្រប់គ្រងករណីរបស់អ្នក។ សូមមើល **ជំពូកទី 2 និងទី 3** នៃ*សៀវភៅណែនាំសមាជិក* របស់អ្នកដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពីរបៀបទាក់ទងអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នក។
- ស្នើសុំឱ្យយើងខ្ញុំធានារ៉ាប់រងលើការផ្គត់ផ្គង់ឱសថជាបណ្ដោះអាសន្ន។
  - ក្នុងស្ថានភាពខ្លះ យើងខ្ញុំនឹងធានារ៉ាប់រង **ជាបណ្ដោះអាសន្ន** លើការផ្គត់ផ្គង់ឱសថក្នុងអំឡុងពេល 90 ថ្ងៃដំបូងនៃឆ្នាំតាមប្រតិទិន។
  - ការផ្គត់ផ្គង់បណ្ដោះអាសន្ននេះមានរយៈពេលរហូតដល់ 31 ថ្ងៃ។ (ដើម្បីស្វែងយល់ បន្ថែមអំពីពេលដែលអ្នកអាចទទួលបានការផ្គត់ផ្គង់បណ្ដោះអាសន្ន និងពីរបៀប ស្នើសុំសម្រាប់ការផ្គត់ផ្គង់នេះ សូមមើល **ជំពូកទី 5** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*របស់អ្នក។)
  - ពេលអ្នកទទួលបានការផ្គត់ផ្គង់ឱសថជាបណ្ដោះអាសន្ន ពិគ្រោះជាមួយនឹងវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកអំពីអ្វីដែលត្រូវធ្វើនៅពេលដែលការផ្គត់ផ្គង់បណ្ដោះអាសន្ននោះអស់។ អ្នកអាចប្ដូរទៅឱសថផ្សេងទៀតដែលគម្រោងរបស់យើងធានារ៉ាប់រង ឬស្នើសុំឱ្យយើងខ្ញុំធ្វើការលើកលែងចំពោះអ្នក និងធានារ៉ាប់រងឱសថបច្ចុប្បន្នរបស់អ្នក។

ប្រសិនបើការលើកលែងបញ្ជីឈ្មោះឱសថរបស់អ្នកត្រូវបានអនុម័ត អ្នកនឹងត្រូវបានជូនដំណឹងអំពីរយៈពេលដែលការយល់ព្រមនឹងមានរយៈពេល។ ក្នុងករណីភាគច្រើន ការអនុម័តត្រូវបានផ្តល់ជូនសម្រាប់ពេលមួយឆ្នាំ។ អ្នកនឹងត្រូវស្នើសុំការលើកលែងលើបញ្ជីឈ្មោះឱសថថ្មី នៅពេលការអនុម័តរបស់អ្នកផុតសុពលភាព។

ការផ្លាស់ប្តូរចំពោះថ្លៃឱសថ មានដំណាក់កាលបង់ប្រាក់ពីរសម្រាប់ការធានារ៉ាប់រងលើឱសថ Medicare Part D របស់អ្នកនៅក្រោមគម្រោងរបស់យើង។ ចំនួនដែលអ្នកបង់អាស្រ័យលើដំណាក់កាលណាមួយរបស់អ្នក នៅពេលអ្នកបើកឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជា ឬបើកឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាឡើងវិញ។ នេះគឺជាដំណាក់កាលទាំងពីរ៖

ដំណាក់កាលទី 1 ដំណាក់កាលនៃការធានារ៉ាប់រងដំបូង	ដំណាក់កាលទី 2 ដំណាក់កាលនៃការធានារ៉ាប់រងគ្រោះមហន្តរាយ
អំឡុងពេលដំណាក់កាលនេះ គម្រោងនឹងបង់ថ្លៃការរួមចំណែករបស់ខ្លួនលើឱសថ ហើយអ្នកបង់ថ្លៃរួមចំណែករបស់អ្នកផងដែរ។ ចំណែករបស់អ្នកត្រូវបានហៅថាការបង់ប្រាក់រួម។ អ្នកចាប់ផ្តើមក្នុងដំណាក់កាលបង់ប្រាក់នេះ នៅពេលអ្នកបើកឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាដំបូងក្នុងឆ្នាំ។	ក្នុងអំឡុងដំណាក់កាលនេះ គម្រោងបង់រាល់ថ្លៃចំណាយទាំងអស់លើឱសថរបស់អ្នករហូតដល់ថ្ងៃទី 31 ខែធ្នូ ឆ្នាំ 2026។ អ្នកចាប់ផ្តើមដំណាក់កាលនេះបន្ទាប់ពីអ្នកបានបង់ថ្លៃចំណាយចេញពីហោប៉ៅក្នុងចំនួនជាក់លាក់មួយ។

ដំណាក់កាលនៃការធានារ៉ាប់រងដំបូងបញ្ចប់នៅពេលដែលថ្លៃចំណាយពីហោប៉ៅសរុបរបស់អ្នកសម្រាប់ឱសថឈានដល់ **$2,100**។ ត្រង់ចំណុចនេះ ដំណាក់កាលការធានារ៉ាប់រងគ្រោះមហន្តរាយចាប់ផ្តើម។គម្រោងរបស់យើងធានារ៉ាប់រងលើថ្លៃឱសថទាំងអស់របស់អ្នក ចាប់ពីពេលនោះរហូតដល់ដំណាច់ឆ្នាំ។ សូមមើល **ជំពូកទី 6** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក* របស់អ្នកសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីចំនួនដែលអ្នកនឹងបង់សម្រាប់ឱសថ។

នៅក្រោមកម្មវិធី Manufacturer Discount Program ក្រុមហ៊ុនផលិតឱសថនឹងបង់មួយភាគនៃថ្លៃចំណាយពេញលេញរបស់គម្រោងសម្រាប់ឱសថដែលមានម៉ាកយីហោ និងឱសថជីវសាស្ត្រផ្នែក D ដែលបានធានារ៉ាប់រងក្នុងអំឡុងដំណាក់កាលនៃការធានារ៉ាប់រងដំបូង និងដំណាក់កាលនៃការធានារ៉ាប់រងគ្រោះមហន្តរាយ។ ការបញ្ចុះតម្លៃដែលទូទាត់ដោយក្រុមហ៊ុនផលិតក្រោមកម្មវិធី Manufacturer Discount Program មិនរាប់បញ្ចូលក្នុងថ្លៃចំណាយចេញពីហោប៉ៅឡើយ។

E3. ដំណាក់កាលទី 1៖ “ដំណាក់កាលនៃការធានារ៉ាប់រងដំបូង”

ក្នុងអំឡុងដំណាក់កាលនៃការធានារ៉ាប់រងដំបូង គម្រោងរបស់ពួកយើងនឹងបង់ចំណែកនៃថ្លៃចំណាយចំពោះឱសថដែលបានធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នក ហើយអ្នកបង់ថ្លៃចំណាយដែលជាចំណែករបស់អ្នក។ ចំណែករបស់អ្នកត្រូវបានហៅថាការបង់ប្រាក់រួម។ ការបង់ប្រាក់បង់រួមអាស្រ័យលើថាតើឱសថនោះស្ថិតនៅក្នុងកម្រិតនៃចំណែកចូលរួមបង់ប្រាក់ណា និងកន្លែងណាដែលអ្នកទទួលបានវា។ អ្នកនឹងបង់ប្រាក់បង់រួមរាល់ពេលដែលអ្នកបំពេញវេជ្ជបញ្ជា។ ប្រសិនបើឱសថដែលបានធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នក មានតម្លៃតិចជាងប្រាក់បង់រួម អ្នកនឹងបង់តម្លៃទាបនោះ។

យើងបានផ្លាស់ប្តូរឱសថមួយចំនួននៅក្នុង*បញ្ជីឱសថ*របស់យើងទៅកម្រិតឱសថទាប ឬខ្ពស់ជាងនេះ។ ប្រសិនបើឱសថរបស់អ្នកផ្លាស់ប្តូរពីកម្រិតមួយទៅកម្រិតមួយទៀត វាអាចប៉ះពាល់ដល់ប្រាក់បង់រួមរបស់អ្នក។ ដើម្បីស្វែងយល់ថា តើឱសថរបស់អ្នកស្ថិតក្នុងកម្រិតផ្សេងដែរឬទេ សូមរកមើលនៅក្នុង*បញ្ជីឱសថ*របស់យើង។

តារាងខាងក្រោមនេះបង្ហាញពីថ្លៃចំណាយរបស់អ្នកសម្រាប់ការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេលមួយខែដែលបានបើកនៅឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញជាមួយនឹងការបង់ប្រាក់រួមស្តង់ដានៅក្នុងកម្រិតឱសថទាំងប្រាំមួយរបស់យើង។ចំនួនទាំងនេះអនុវត្ត**តែ**ក្នុងអំឡុងរយៈពេលអ្នកស្ថិតក្នុងដំណាក់កាលនៃការធានារ៉ាប់រងដំបូងប៉ុណ្ណោះ។

វ៉ាក់សាំងផ្នែក D សម្រាប់មនុស្សពេញវ័យភាគច្រើនបំផុតត្រូវបានរ៉ាប់រងដោយមិនគិតថ្លៃសម្រាប់អ្នក។

សម្រាប់ព័ត៌មានអំពីថ្លៃចំណាយលើថ្នាំបង្ការរោគ ឬព័ត៌មាន សូមចូលទៅកាន់ **ជំពូកទី 6 ផ្នែក D** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*របស់អ្នក។

	ឆ្នាំ 2025 (ឆ្នាំនេះ)	ឆ្នាំ 2026 (ឆ្នាំក្រោយ)
ឱសថក្នុងកម្រិតទី 1 (ប្រភេទឱសថទូទៅដែលចង់បាន) ថ្លៃចំណាយសម្រាប់ការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេលមួយខែនៃឱសថក្នុងកម្រិតទី 1 ដែលត្រូវបានបើកនៅឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញ	ឱសថដែលបានធានារ៉ាប់រងផ្នែក D នៅក្នុងបញ្ជីឱសថរបស់គម្រោងនឹងស្ថិតនៅលើកម្រិតមួយ។ ដោយសារតែអ្នកមាន Medi-Cal អ្នកបានចុះឈ្មោះរួចហើយនៅក្នុងកម្មវិធី "Extra Help" ដែលត្រូវបានគេហៅថា ឧបត្ថម្ភធនសម្រាប់អ្នកដែលមានប្រាក់ចំណូលទាបផងដែរ។ នៅឆ្នាំ 2025 ការចំណាយរបស់អ្នកសម្រាប់វេជ្ជបញ្ជាដែលបើកនៅឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញនឹងមានចំនួន **$0** តាមរយៈ	ប្រាក់បង់រួមរបស់អ្នកសម្រាប់ ការផ្គត់ផ្គត់រយៈពេលមួយខែ (31 ថ្ងៃ) គឺ **$0**។

	ឆ្នាំ 2025 (ឆ្នាំនេះ)	ឆ្នាំ 2026 (ឆ្នាំក្រោយ)
	ដំណាក់កាលទាំងអស់នៃអត្ថប្រយោជន៍ឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជារបស់ផ្នែក D ជាមួយនឹងអត្ថប្រយោជន៍ដែលបានធ្វើឱ្យប្រសើរឡើងនូវកម្មវិធី Value Based Insurance Design (VBID)។	
ឱសថក្នុងកម្រិតទី 2 (ឱសថទូទៅ) ថ្លៃចំណាយសម្រាប់ការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេលមួយខែនៃឱសថក្នុងកម្រិតទី 2 ដែលត្រូវបាបើកនៅឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញ	ឱសថដែលបានធានារ៉ាប់រងផ្នែក D នៅក្នុងបញ្ជីឱសថរបស់គម្រោងនឹងស្ថិតនៅលើកម្រិតមួយ។ ដោយសារតែអ្នកមាន Medi-Cal អ្នកបានចុះឈ្មោះរួចហើយនៅក្នុងកម្មវិធី “Extra Help” ដែលត្រូវបានគេហៅថាឧបត្ថម្ភធនសម្រាប់អ្នកដែលមានប្រាក់ចំណូលទាបផងដែរ។	ប្រាក់បង់រួមរបស់អ្នកសម្រាប់ការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេលមួយខែ (31 ថ្ងៃ) គឺ **$0, $1.60,** ឬ **$4** សម្រាប់ឱសថទាំងអស់។

	ឆ្នាំ 2025 (ឆ្នាំនេះ)	**ឆ្នាំ 2026 (ឆ្នាំក្រោយ)**
	នៅឆ្នាំ 2025 ការចំណាយរបស់អ្នកសម្រាប់វេជ្ជបញ្ជាដែលបើកនៅឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញនឹងមានចំនួន **$0** តាមរយៈដំណាក់កាលទាំងអស់នៃអត្ថប្រយោជន៍ឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជារបស់ផ្នែក D ជាមួយនឹងអត្ថប្រយោជន៍ដែលបានធ្វើឱ្យប្រសើរឡើងនូវកម្មវិធី Value Based Insurance Design (VBID)។	
ឱសថក្នុងកម្រិតទី 3 (ឱសថម៉ាកយីហោដែលចង់បាន) ថ្លៃចំណាយសម្រាប់ការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេលមួយខែនៃឱសថក្នុងកម្រិតទី 3 ដែលត្រូវបានបើកនៅឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញ	ឱសថដែលបានធានារ៉ាប់រងផ្នែក D នៅក្នុងបញ្ជីឱសថរបស់គម្រោងនឹងស្ថិតនៅលើកម្រិតមួយ។ ដោយសារតែអ្នកមាន Medi-Cal អ្នកបានចុះឈ្មោះរួចហើយ	ប្រាក់បង់រួមរបស់អ្នកសម្រាប់ការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេលមួយខែ (31 ថ្ងៃ) គឺ **$0**, **$1.60**, ឬ **$5.10** សម្រាប់ ឱសថទូទៅ (រួមទាំងឱសថមានម៉ាកយីហោ ដែលបានចាត់ទុកថាជាឱសថទូទៅ) **$0**, **$4.90**, ឬ

	ឆ្នាំ 2025 (ឆ្នាំនេះ)	ឆ្នាំ 2026 (ឆ្នាំក្រោយ)
	នៅក្នុងកម្មវិធី “Extra Help” ដែលត្រូវបានគេហៅថាឧបត្ថម្ភធនសម្រាប់អ្នកដែលមានប្រាក់ចំណូលទាបផងដែរ។ នៅឆ្នាំ 2025 ការចំណាយរបស់អ្នកសម្រាប់វេជ្ជបញ្ជាដែលបើកនៅឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញនឹងមានចំនួន **$0** តាមរយៈដំណាក់កាលទាំងអស់នៃអត្ថប្រយោជន៍ឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជារបស់ផ្នែក D ជាមួយនឹងអត្ថប្រយោជន៍ដែលបានធ្វើឱ្យប្រសើរឡើងនូវកម្មវិធី Value Based Insurance Design (VBID)។	**$12.65** នៃប្រាក់បង់រួមសម្រាប់ឱសថផ្សេងទៀតទាំងអស់ ក្នុងមួយវេជ្ជបញ្ជា។

	ឆ្នាំ 2025 (ឆ្នាំនេះ)	**ឆ្នាំ 2026 (ឆ្នាំក្រោយ)**
ឱសថក្នុងកម្រិតទី 4 (ឱសថដែលមិនចង់បាន) ថ្លៃចំណាយសម្រាប់ការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេលមួយខែនៃឱសថក្នុងកម្រិតទី 4 ដែលត្រូវបានបើកនៅឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញ	ឱសថដែលបានធានារ៉ាប់រងផ្នែក D នៅក្នុងបញ្ជីឱសថរបស់គម្រោងនឹងស្ថិតនៅលើកម្រិតមួយ។ ដោយសារតែអ្នកមាន Medi-Cal អ្នកបានចុះឈ្មោះរួចហើយនៅក្នុងកម្មវិធី “Extra Help” ដែលត្រូវបានគេហៅថាឧបត្ថម្ភធនសម្រាប់អ្នកដែលមានប្រាក់ចំណូលទាបផងដែរ។ នៅឆ្នាំ 2025 ការចំណាយរបស់អ្នកសម្រាប់វេជ្ជបញ្ជាដែលបើកនៅឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញនឹងមានចំនួន **$0** តាមរយៈដំណាក់កាលទាំងអស់នៃអត្ថប្រយោជន៍ឱសថ	ប្រាក់បង់រួមរបស់អ្នកសម្រាប់ការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេលមួយខែ (31 ថ្ងៃ) គឺ **$0**, **$1.60**, ឬ **$5.10** សម្រាប់ ឱសថទូទៅ (រួមទាំងឱសថមានម៉ាកយីហោ ដែលបានចាត់ទុកថាជាឱសថទូទៅ) **$0**, **$4.90**, ឬ **$12.65** នៃប្រាក់បង់រួមសម្រាប់ឱសថផ្សេងទៀតទាំងអស់ ក្នុងមួយវេជ្ជបញ្ជា។

	ឆ្នាំ 2025 (ឆ្នាំនេះ)	**ឆ្នាំ 2026 (ឆ្នាំក្រោយ)**
	តាមវេជ្ជបញ្ជារបស់ផ្នែក D ជាមួយនឹងអត្ថប្រយោជន៍ដែលបានធ្វើឱ្យប្រសើរឡើងនូវកម្មវិធី Value Based Insurance Design (VBID)។	
ឱសថក្នុងកម្រិតទី 5 (ឱសថពិសេស) ថ្លៃចំណាយសម្រាប់ការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេលមួយខែនៃឱសថក្នុងកម្រិតទី 5 ដែលត្រូវបានបើកនៅឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញ	ឱសថដែលបានធានារ៉ាប់រងផ្នែក D នៅក្នុងបញ្ជីឱសថរបស់គម្រោងនឹងស្ថិតនៅលើកម្រិតមួយ។ ដោយសារតែអ្នកមាន Medi-Cal អ្នកបានចុះឈ្មោះរួចហើយនៅក្នុងកម្មវិធី “Extra Help” ដែលត្រូវបានគេហៅថាឧបត្ថម្ភធនសម្រាប់អ្នកដែលមានប្រាក់ចំណូលទាបផងដែរ។	ប្រាក់បង់រួមរបស់អ្នកសម្រាប់ការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេលមួយខែ (31 ថ្ងៃ) គឺ **$0**, **$1.60**, ឬ **$5.10** សម្រាប់ ឱសថទូទៅ (រួមទាំងឱសថមានម៉ាកយីហោ ដែលបានចាត់ទុកថាជាឱសថទូទៅ) **$0**, **$4.90**, ឬ **$12.65** នៃប្រាក់បង់រួមសម្រាប់ឱសថផ្សេងទៀតទាំងអស់ ក្នុងមួយវេជ្ជបញ្ជា។

	ឆ្នាំ 2025 (ឆ្នាំនេះ)	**ឆ្នាំ 2026 (ឆ្នាំក្រោយ)**
	នៅឆ្នាំ 2025 ការចំណាយរបស់អ្នកសម្រាប់វេជ្ជបញ្ជាដែលបើកនៅឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញនឹងមានចំនួន **$0** តាមរយៈដំណាក់កាលទាំងអស់នៃអត្ថប្រយោជន៍ឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជារបស់ផ្នែក D ជាមួយនឹងអត្ថប្រយោជន៍ដែលបានធ្វើឱ្យប្រសើរឡើងនូវកម្មវិធី Value Based Insurance Design (VBID)។	
ឱសថក្នុងកម្រិតទី 6 (ឱសថថែទាំតាមការជ្រើសរើស) ថ្លៃចំណាយសម្រាប់ការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេលមួយខែនៃឱសថក្នុងកម្រិតទី 6 ដែលត្រូវបានបើកនៅឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញ	ឱសថដែលបានធានារ៉ាប់រងផ្នែក D នៅក្នុងបញ្ជីឱសថរបស់គម្រោងនឹងស្ថិតនៅលើកម្រិតមួយ។ ដោយសារតែអ្នកមាន Medi-Cal អ្នកបានចុះឈ្មោះរួចហើយ	ប្រាក់បង់រួមរបស់អ្នកសម្រាប់ ការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេលមួយខែ (31 ថ្ងៃ) គឺ **$0**។

	ឆ្នាំ 2025 (ឆ្នាំនេះ)	**ឆ្នាំ 2026 (ឆ្នាំក្រោយ)**
	នៅក្នុងកម្មវិធី "Extra Help" ដែលត្រូវបានគេហៅថាឧបត្ថម្ភធនសម្រាប់អ្នកដែលមានប្រាក់ចំណូលទាបផងដែរ។ នៅឆ្នាំ 2025 ការចំណាយរបស់អ្នកសម្រាប់វេជ្ជបញ្ជាដែលបើកនៅឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញនឹងមានចំនួន **$0** តាមរយៈដំណាក់កាលទាំងអស់នៃអត្ថប្រយោជន៍ឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជារបស់ផ្នែក D ជាមួយនឹងអត្ថប្រយោជន៍ដែលបានធ្វើឱ្យប្រសើរឡើងនូវកម្មវិធី Value Based Insurance Design (VBID)។	

ដំណាក់កាលនៃការធានារ៉ាប់រងដំបូងបញ្ចប់នៅពេលថ្លៃចំណាយចេញពីហោប៉ៅសរុបរបស់អ្នកឈានដល់ចំនួន **$2,100**។ ត្រង់ចំណុចនេះ ដំណាក់កាលការធានារ៉ាប់រងគ្រោះមហន្តរាយចាប់ផ្តើម។ សូមមើល **ជំពូកទី 6** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក* របស់អ្នកសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីរបៀបដែលអ្នកនឹងបង់សម្រាប់ឱសថ។

E4. ដំណាក់កាលទី 2៖ "ដំណាក់កាលនៃការធានារ៉ាប់រងគ្រោះមហន្តរាយ"

នៅពេលអ្នកឈានដល់ដែនកំណត់នៃការចំណាយចេញពីហោប៉ៅ **$2,100** សម្រាប់ឱសថរបស់អ្នកដំណាក់កាលនៃការធានារ៉ាប់រងគ្រោះមហន្តរាយចាប់ផ្តើម ហើយអ្នកមិនបង់ អ្វីសម្រាប់ឱសថដែលបានធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកទេ។ អ្នកនឹងស្ថិតក្នុងដំណាក់ការធានារ៉ាប់រងគ្រោះមហន្តរាយរហូតដល់ដំណាច់ឆ្នាំតាមប្រតិទិន។

សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីថ្លៃចំណាយរបស់អ្នកនៅក្នុងដំណាក់កាលនៃការធានារ៉ាប់រងគ្រោះមហន្តរាយ សូមមើល **ជំពូកទី 6**។

F. ការផ្លាស់ប្តូរផ្នែករដ្ឋបាល

យើងកំពុងធ្វើការផ្លាស់ប្តូរផ្នែករដ្ឋបាលសម្រាប់ឆ្នាំក្រោយ។ ព័ត៌មាននៅក្នុងតារាងខាងក្រោមពិពណ៌នាអំពីការផ្លាស់ប្តូរទាំងនេះ។

	ឆ្នាំ 2025 (ឆ្នាំនេះ)	ឆ្នាំ 2026 (ឆ្នាំក្រោយ)
Tivity មិនមែនជាក្រុមហ៊ុនផ្តល់សេវាដែលមានកិច្ចសន្យាសម្រាប់ឆ្នាំ 2026 ទៀតទេ។	អត្ថប្រយោជន៍លំហាត់ប្រាណ/កន្លែងហាត់ប្រាណរបស់អ្នកត្រូវបានគ្រប់គ្រងដោយ Tivity D.B.A. SilverSneakers។	Silver&Fit គឺជាក្រុមហ៊ុនផ្តល់សេវាកន្លែងហាត់ប្រាណ/កន្លែងហាត់ប្រាណដែលមានកិច្ចសន្យាសម្រាប់ឆ្នាំ 2026។
Healthrageous មិនមែនជាក្រុមហ៊ុនផ្តល់សេវាដែលមានកិច្ចសន្យាសម្រាប់ឆ្នាំ 2026 ទៀតទេ។	សេវាកម្មម្ហូបអាហារ របស់អ្នកអាចរកបានតាមរយៈ Healthrageous។	NationsBenefits គឺជាក្រុមហ៊ុនផ្តល់សេវាអាហារដែលបានចុះកិច្ចសន្យាសម្រាប់ឆ្នាំ 2026។
EyeMed មិនមែនជាក្រុមហ៊ុនផ្តល់សេវាដែលមានកិច្ចសន្យាសម្រាប់ឆ្នាំ 2026 ទៀតទេ។	សេវាសុខភាពភ្នែករបស់អ្នកត្រូវបានគ្រប់គ្រងតាមរយៈ EyeMed។	សេវាកម្ម សុខភាពភ្នែករបស់អ្នកនឹងត្រូវបានគ្រប់គ្រងដោយ VSP សម្រាប់ឆ្នាំ 2026។
កញ្ចប់អត្ថប្រយោជន៍កិច្ចសន្យា/គម្រោង (PBP) របស់អ្នកត្រូវបានផ្លាស់ប្តូរ	H5649-002-000	H3038-004-003

	ឆ្នាំ 2025 (ឆ្នាំនេះ)	ឆ្នាំ 2026 (ឆ្នាំក្រោយ)
Medicare Prescription Payment Plan	មិនអាចអនុវត្តបាន	Medicare Prescription Payment Plan អាចជួយអ្នកគ្រប់គ្រងថ្លៃឱសថរបស់អ្នក ដោយចែកចាយវាក្នុងអំឡុងពេលមួយឆ្នាំជាការទូទាត់ប្រចាំខែ។ ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពីកម្មវិធីនេះ សូមទាក់ទងមកយើងខ្ញុំ តាមរយៈលេខនៅ ផ្នែកខាងក្រោមនៃទំព័រ ឬចូលទៅកាន់ www.medicare.gov
អត្ថប្រយោជន៍បន្ថែមពិសេសសម្រាប់អ្នកជំងឺរ៉ាំរ៉ៃ (SSBCI) ***បន្តនៅទំព័របន្ទាប់***	ប្រសិនបើអ្នកត្រូវបានគេធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យថាមានស្ថានភាពជំងឺរ៉ាំរ៉ៃដែលមានសិទ្ធិទទួលបាន និងបំពេញតាមលក្ខណវិនិច្ឆ័យជាក់លាក់ នោះអ្នកអាចមានសិទ្ធិទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍	ប្រសិនបើអ្នកត្រូវបានគេធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យថាមានស្ថានភាពជំងឺរ៉ាំរ៉ៃដែលមានសិទ្ធិទទួលបាន និងបំពេញតាមលក្ខណវិនិច្ឆ័យជាក់លាក់ នោះអ្នកអាចមានសិទ្ធិទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍

	ឆ្នាំ 2025 (ឆ្នាំនេះ)	ឆ្នាំ 2026 (ឆ្នាំក្រោយ)
	បន្ថែមពិសេសសម្រាប់អ្នកជំងឺរ៉ាំរ៉ៃ។ ស្ថានភាពជំងឺរ៉ាំរ៉ៃដែលមានសិទ្ធិទទួលបានរួមមាន៖ • ជំងឺសរសៃឈាមបេះដូង • ជំងឺខ្សោយបេះដូងរ៉ាំរ៉ៃ • ជំងឺវង្វេង • ជំងឺទឹកនោមផ្អែម • ជំងឺសួតរ៉ាំរ៉ៃ • ជំងឺតម្រងនោម	បន្ថែមពិសេសសម្រាប់អ្នកជំងឺរ៉ាំរ៉ៃ។ ស្ថានភាពជំងឺរ៉ាំរ៉ៃដែលមានសិទ្ធិទទួលបានរួមមាន៖ • ជំងឺសរសៃឈាមបេះដូង • ជំងឺខ្សោយបេះដូងរ៉ាំរ៉ៃ • ជំងឺវង្វេង • ជំងឺទឹកនោមផ្អែម • ជំងឺសួតរ៉ាំរ៉ៃ • ជំងឺតម្រងនោមរ៉ាំរ៉ៃ (CKD) • វិបត្តិនៃការប្រើប្រាស់គ្រឿងស្រវឹងរ៉ាំរ៉ៃ និងវិបត្តិនៃការប្រើប្រាស់សារធាតុញៀនផ្សេងទៀត (SUD) • ជំងឺមហារីក • ជំងឺស្វ័យស៊ាំ

	ឆ្នាំ 2025 (ឆ្នាំនេះ)	ឆ្នាំ 2026 (ឆ្នាំក្រោយ)
		• ការលើសទម្ងន់ភាពធាត់ជ្រុល និងរោគសញ្ញាមេតាប៉ូលីស • ជំងឺក្រពះពោះវៀនរ៉ាំរ៉ៃ • ជំងឺឈាមវិទ្យាធ្ងន់ធ្ងរ • មេរោគ HIV/AIDS • ស្ថានភាពសុខភាពផ្លូវចិត្តរ៉ាំរ៉ៃ និងពិការភាព • ជំងឺសរសៃប្រសាទ • ជំងឺដាច់សរសៃឈាមខួរក្បាល • ការថែទាំបន្ទាប់ពីការប្តូរសរីរាង្គ • ភាពស៊ាំចុះខ្សោយ និងជំងឺប្រព័ន្ធភាពស៊ាំ • ស្ថានភាពដែលពាក់ព័ន្ធនឹង ការចុះខ្សោយនៃការយល់ដឹង

	ឆ្នាំ 2025 (ឆ្នាំនេះ)	ឆ្នាំ 2026 (ឆ្នាំក្រោយ)
		• លក្ខខណ្ឌដែលមានបញ្ហាប្រឈមមុខងារ • ស្ថានភាពរ៉ាំរ៉ៃដែលធ្វើឱ្យប៉ះពាល់ដល់ការមើលឃើញ ការស្តាប់ (ថ្លង់) រសជាតិ ការប៉ះ និងក្លិន • លក្ខខណ្ឌដែលតម្រូវឱ្យបន្តសេវាព្យាបាលដើម្បីឱ្យបុគ្គលម្នាក់ៗថែទាំ ឬរក្សាមុខងារ

G. ការជ្រើសរើសគម្រោង

G1. បន្តនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើង

យើងសង្ឃឹមថាអ្នកនៅតែបន្តជាសមាជិកគម្រោង។ អ្នកមិន ចាំបាច់ ធ្វើអ្វីទាំងអស់ដើម្បីបន្តនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើង។ លុះត្រាតែអ្នកចុះឈ្មោះសម្រាប់គម្រោង Medicare ផ្សេង ឬផ្លាស់ប្តូរទៅ Original Medicare នោះអ្នកនឹងបន្តចុះឈ្មោះដោយស្វ័យប្រវត្តិនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើងសម្រាប់ឆ្នាំ 2026។

G2. ការផ្លាស់ប្តូរគម្រោង

មនុស្សភាគច្រើនដែលមាន Medicare អាចបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់ពួកគេក្នុងអំឡុងពេលជាក់លាក់ណាមួយនៃឆ្នាំ។

លើសពីនេះទៀត អ្នកអាចបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់អ្នកនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើងខ្ញុំក្នុងអំឡុងពេលដូចខាងក្រោម៖

- **រយៈពេលបើកចុះឈ្មោះ** ដែលមានរយៈពេលពីថ្ងៃទី 15 ខែតុលាដល់ថ្ងៃទី 7 ខែធ្នូ។ ប្រសិនបើអ្នកជ្រើសរើសយកគម្រោងថ្មីក្នុងអំឡុងពេលនេះ សមាជិកភាពរបស់អ្នកនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើងនឹងបញ្ចប់នៅថ្ងៃទី 31 ខែធ្នូ ហើយសមាជិកភាពរបស់អ្នកនៅក្នុងគម្រោងថ្មីនឹងចាប់ផ្តើមនៅថ្ងៃទី 1 ខែមករា។
- **រយៈពេលបើកចុះឈ្មោះរបស់ Medicare Advantage (MA)** ដែលមានរយៈពេលចាប់ពីថ្ងៃទី 1 ខែមករា ដល់ថ្ងៃទី 31 ខែមីនា។ ប្រសិនបើអ្នកជ្រើសរើសយកគម្រោងថ្មីក្នុងអំឡុងពេលនេះ សមាជិកភាពរបស់អ្នកនៅក្នុងគម្រោងថ្មីនេះនឹងចាប់ផ្តើមនៅថ្ងៃដំបូងនៃខែបន្ទាប់។
- ដោយសារតែអ្នកមាន Medi-Cal អ្នកអាចបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់អ្នកនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើងខ្ញុំក្នុងខែណាមួយនៃឆ្នាំ។

វាអាចមានស្ថានភាពផ្សេងទៀតនៅពេលដែលអ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានសម្រាប់ធ្វើការផ្លាស់ប្តូរចំពោះការចុះឈ្មោះរបស់អ្នក។ ឧទាហរណ៍ នៅពេលដែល៖

- អ្នកបានផ្លាស់ចេញពីតំបន់សេវាកម្មរបស់យើង
- សិទ្ធិទទួលបានរបស់អ្នកសម្រាប់ Medi-Cal ឬ Extra Help បានផ្លាស់ប្តូរ **ឬ**

- អ្នកទើបតែផ្លាស់ទៅ ឬបច្ចុប្បន្នកំពុងទទួលការថែទាំនៅក្នុងស្ថាប័ន (ដូចជាមន្ទីរថែទាំដែលមានជំនាញ ឬមន្ទីរពេទ្យថែទាំរយៈពេលវែង)។ ប្រសិនបើអ្នកទើបតែបានផ្លាស់ចេញពីស្ថាប័នមួយ អ្នកអាចផ្លាស់ប្តូរគម្រោង ឬផ្លាស់ទៅ Original Medicare ក្នុងរយៈពេលពីរខែពេញបន្ទាប់ពីខែដែលអ្នកផ្លាស់ចេញ។

សេវា Medicare របស់អ្នក

អ្នកមានជម្រើសបីដើម្បីទទួលបានសេវា Medicare របស់អ្នកដែលបានរាយខាងក្រោមខែណាមួយនៃឆ្នាំ។ អ្នកមានជម្រើសបន្ថែមដែលបានរាយនៅខាងក្រោមក្នុងអំឡុងពេលជាក់លាក់នៃឆ្នាំ រួមទាំង រយៈពេល**បើកចុះឈ្មោះ** និង រយៈពេលបើកចុះឈ្មោះរបស់ **Medicare Advantage** ឬស្ថានភាពផ្សេងទៀតដែលបានពណ៌នានៅក្នុង **ផ្នែក G 2**។ តាមរយៈការជ្រើសរើសជម្រើសមួយក្នុងចំណោមជម្រើសទាំងនេះ អ្នកនឹងបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់អ្នកនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើងខ្ញុំដោយស្វ័យប្រវត្តិ។

1. អ្នកអាចផ្លាស់ប្តូរទៅ៖	**នេះគឺជាអ្វីដែលគួរធ្វើ៖**
គម្រោង Medi-Medi គឺជាប្រភេទគម្រោង Medicare Advantage។ វាមានសម្រាប់អ្នកដែលមានទាំង Medicare និង Medi-Cal ហើយរួមបញ្ចូលអត្ថប្រយោជន៍ Medicare និង Medi-Cal ទៅក្នុងគម្រោងតែមួយ។	សូមទូរសព្ទទៅ Medicare តាមរយៈលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរហៅទូរសព្ទទៅលេខ 1-877-486-2048។ សម្រាប់ការសាកសួរអំពី Program of All-inclusive Care for the Elderly (PACE) សូមទូរសព្ទទៅលេខ 1-855-921-PACE (7223)។

គម្រោង Medi-Medi សម្របសម្រួលអត្ថប្រយោជន៍ និងសេវាកម្មទាំងអស់នៅទូទាំងកម្មវិធីទាំងពីរ រួមទាំងសេវាដែលបានធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare និង Medi-Cal ទាំងអស់ ឬគម្រោង Program of All-inclusive Care for the Elderly (PACE) ប្រសិនបើអ្នកមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់។ **ចំណាំ៖** ពាក្យថាគម្រោង Medi-Medi គឺជាឈ្មោះសម្រាប់គម្រោងតម្រូវការពិសេសដែលមានសិទ្ធិទទួលបានចម្រុះរួមបញ្ចូលគ្នា (D-SNP) នៅរដ្ឋ California។	ប្រសិនបើលោកអ្នកត្រូវការជំនួយ ឬព័ត៌មានបន្ថែម៖ • សូមទូរសព្ទទៅ California Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) តាមរយៈលេខ 1-800-434-0222 ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ចាប់ពីម៉ោង 8 a.m. ដល់ម៉ោង 5 p.m. TTY: 711. សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម ឬស្វែងរកការិយាល័យ HICAP ក្នុងតំបន់របស់អ្នក សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/។ **ឬ** ចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោង Medi-Medi ថ្មី។ អ្នកនឹងត្រូវបានលុបឈ្មោះចេញពីគម្រោងរបស់យើងខ្ញុំដោយស្វ័យប្រវត្តិ នៅពេលដែលការធានារ៉ាប់រងគម្រោងថ្មីរបស់អ្នកចាប់ផ្តើម។ គម្រោង Medi-Cal របស់អ្នកនឹងផ្លាស់ប្តូរដើម្បីឱ្យត្រូវគ្នានឹងគម្រោង Medi-Medi របស់អ្នក។

2. អ្នកអាចផ្លាស់ប្តូរទៅ៖	នេះគឺជាអ្វីដែលគួរធ្វើ៖
Original Medicare ដែលមានគម្រោងឱសថ Medicare ដាច់ដោយឡែក	សូមទូរសព្ទទៅ Medicare តាមរយៈលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរហៅទូរសព្ទទៅលេខ 1-877-486-2048។ ប្រសិនបើលោកអ្នកត្រូវការជំនួយ ឬព័ត៌មានបន្ថែម៖ • សូមទូរសព្ទទៅ California Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) តាមរយៈលេខ 1-800-434-0222 ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ចាប់ពីម៉ោង 8 a.m. ដល់ម៉ោង 5 p.m. TTY:711។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម ឬស្វែងរកការិយាល័យ HICAP ក្នុងតំបន់របស់អ្នក សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/។ **ឬ** ចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជារបស់ Medicare ថ្មីមួយ។

	អ្នកនឹងត្រូវបានលុបឈ្មោះចេញពីគម្រោងរបស់យើងដោយស្វ័យប្រវត្តិនៅពេលការរ៉ាប់រង Original Medicare របស់អ្នកចាប់ផ្តើម។ គម្រោង Medi-Cal របស់អ្នកនឹងមិនផ្លាស់ប្តូរទេ លុះត្រាតែអ្នកស្នើសុំផ្លាស់ប្តូរ។
3. អ្នកអាចផ្លាស់ប្តូរទៅ៖ **Original Medicare ដោយគ្មានគម្រោងឱសថ Medicare ដាច់ដោយឡែក** **ចំណាំ៖** ប្រសិនបើអ្នកប្តូរទៅ Original Medicare ហើយមិនចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងឱសថ Medicare ដាច់ដោយឡែកមួយ Medicare អាចចុះឈ្មោះអ្នកក្នុងគម្រោងឱសថមួយ លុះត្រាតែអ្នកប្រាប់ Medicare ថាអ្នកមិនចង់ចូលរួម។ អ្នកគួរទម្លាក់ចោលការធានារ៉ាប់រងលើឱសថ ប្រសិនបើអ្នកទទួលបានការធានារ៉ាប់រង	**នេះគឺជាអ្វីដែលគួរធ្វើ៖** សូមទូរសព្ទទៅ Medicare តាមរយៈលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរហៅទូរសព្ទទៅលេខ 1-877-486-2048។ ប្រសិនបើលោកអ្នកត្រូវការជំនួយ ឬព័ត៌មានបន្ថែម៖ • សូមទូរសព្ទទៅ California Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) តាមរយៈលេខ 1-800-434-0222 ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ចាប់ពីម៉ោង 8 a.m. ដល់ម៉ោង 5 p.m. TTY: 711។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម ឬស្វែងរក

លើឱសថពីធនធានផ្សេងទៀត ដូចជា និយោជក ឬសហភាព។ ប្រសិនបើ អ្នកមានសំណួរ ថាតើអ្នកត្រូវការ ការធានារ៉ាប់រងលើឱសថ ឬអត់នោះ សូមទូរសព្ទទៅកម្មវិធីគាំពារ និង California Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) តាមរយៈលេខ 1-800-434-0222 ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ចាប់ពីម៉ោង 8 a.m. ដល់ម៉ោង 5 p.m.។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម ឬ ដើម្បី ស្វែងរកការិយាល័យ HICAP ក្នុងតំបន់របស់អ្នក សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/ ។	ការិយាល័យ HICAP ក្នុងតំបន់របស់អ្នក សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/ ។អ្នកនឹងត្រូវបានលុបឈ្មោះចេញពីគម្រោងរបស់យើងដោយស្វ័យប្រវត្តិនៅពេលការរ៉ាប់រង Original Medicare របស់អ្នកចាប់ផ្តើម។ គម្រោង Medi-Cal របស់អ្នកនឹងមិនផ្លាស់ប្តូរទេ លុះត្រាតែអ្នកស្នើសុំផ្លាស់ប្តូរ។

4. អ្នកអាចផ្លាស់ប្តូរទៅ៖	**នេះគឺជាអ្វីដែលគួរធ្វើ៖**
គម្រោងសុខភាពរបស់ Medicare ណាមួយក្នុងអំឡុងពេលជាក់លាក់នៃឆ្នាំនេះដែលរួមទាំង រយៈពេល **បើកចុះឈ្មោះ** និង **រយៈពេលបើកចុះឈ្មោះរបស់ Medicare Advantage** ឬស្ថានភាពផ្សេងទៀតដែលបានពិពណ៌នានៅក្នុងផ្នែក A។	សូមទូរសព្ទទៅ Medicare តាមរយៈលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរហៅទូរសព្ទទៅលេខ 1-877-486-2048។ ប្រសិនបើលោកអ្នកត្រូវការជំនួយ ឬព័ត៌មានបន្ថែម៖ • សូមទូរសព្ទទៅ California Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) តាមរយៈលេខ 1-800-434-0222 ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ចាប់ពីម៉ោង 8 a.m. ដល់ម៉ោង 5 p.m. TTY: 711. សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម ឬស្វែងរកការិយាល័យ HICAP ក្នុងតំបន់របស់អ្នក សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/ ។ **ឬ** ចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោង Medicare ថ្មី។

	អ្នកនឹងត្រូវបានលុបឈ្មោះចេញពីគម្រោង Medicare របស់យើងដោយស្វ័យប្រវត្តិ នៅពេលដែលការរ៉ាប់រងនៃគម្រោងថ្មីរបស់អ្នកបានចាប់ផ្ដើម។ គម្រោង Medi-Cal របស់អ្នកអាចនឹងផ្លាស់ប្ដូរ។

សេវា Medi-Cal របស់អ្នក

សម្រាប់សំណួរអំពីរបៀបជ្រើសរើសគម្រោង Medi-Cal ឬទទួលបានសេវា Medi-Cal របស់អ្នកបន្ទាប់ពីអ្នកចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើងខ្ញុំ សូមទាក់ទង Health Care Options តាមរយៈលេខ 1-800-430-4263 ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ចាប់ពីម៉ោង 8 a.m. ដល់ 6 p.m.។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរហៅទៅលេខ 1-800-430-7077។ ដែលសាកសួរអំពីរបៀបនៃការចូលរួមគម្រោងផ្សេងទៀត ឬរបៀបការត្រលប់ទៅ Original Medicare ប៉ះពាល់ដល់របៀបដែលអ្នកទទួលបានការរ៉ាប់រង Medi-Cal របស់អ្នក។

H. ការទទួលជំនួយ

H1. គម្រោងរបស់យើង

យើងនៅទីនេះដើម្បីជួយ ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ។ សូមទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិកតាមរយៈលេខនៅខាងក្រោមទំព័រ ក្នុងអំឡុងពេលថ្ងៃ និងម៉ោងនៃប្រតិបត្តិការដែលបានរាយក្នុងបញ្ជី។ ការហៅទូរសព្ទទាំងនេះ គឺឥតគិតថ្លៃ។

អាន*សៀវភៅណែនាំសមាជិក*របស់អ្នក

សៀវភៅណែនាំសមាជិក របស់អ្នក គឺជាការពណ៌នាលម្អិត ផ្លូវច្បាប់នៃ អត្ថប្រយោជន៍គម្រោងរបស់យើង។ វាមានព័ត៌មានលម្អិតអំពីអត្ថប្រយោជន៍ និងថ្លៃចំណាយសម្រាប់ឆ្នាំ 2026។ វាពន្យល់អំពីសិទ្ធិរបស់អ្នក និងវិធានការផ្សេងៗដែលអ្នកត្រូវតែអនុវត្តតាមដើម្បីទទួលបានសេវាកម្ម និងឱសថដែលយើងរ៉ាប់រង។

វភៅណែនាំសមាជិក សម្រាប់ឆ្នាំ 2026 នឹងមាននៅថ្ងៃទី 15 ខែតុលា។ ច្បាប់ចម្លងថ្មីចុងក្រោយបង្អស់នៃ*សៀវភៅណែនាំសមាជិក*មាននៅលើគេហទំព័ររបស់យើងតាមរយៈ MolinaHealthcare.com/Medicare ។ អ្នកក៏អាចទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិកតាមរយៈលេខនៅខាងក្រោមទំព័រ ដើម្បីស្នើសុំឱ្យយើងផ្ញើទៅអ្នកនូវ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក* តាមប្រៃសណីយ៍សម្រាប់ឆ្នាំ 2026។

គេហទំព័ររបស់យើង

អ្នកអាចចូលទៅកាន់គេហទំព័ររបស់យើងតាមរយៈ MolinaHealthcare.com/Medicare ។ ជាការរំលឹក គេហទំព័ររបស់យើងមានព័ត៌មានចុងក្រោយបំផុតអំពីបណ្ដាញអ្នកផ្ដល់សេវា និងឱសថស្ថានរបស់យើង (*សៀវភៅរាយឈ្មោះអ្នកផ្ដល់សេវា និងឱសថស្ថាន*) និង*បញ្ជីឱសថ*របស់យើង (*បញ្ជីឱសថដែលបានធានារ៉ាប់រង*)។

H2. កម្មវិធី Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP)

អ្នកអាចហៅទូរសព្ទទៅកម្មវិធី State Health Insurance Assistance Program (SHIP) របស់អ្នក។ នៅក្នុងរដ្ឋ California កម្មវិធី SHIP មានឈ្មោះថា កម្មវិធី Health Insurance Counseling and Advocacy

Program (HICAP)។ អ្នកផ្ដល់ប្រឹក្សា HICAP អាចជួយឱ្យអ្នកយល់អំពីជម្រើសគម្រោងរបស់អ្នក និងឆ្លើយសំណួរផ្សេងៗអំពីការប្ដូរគម្រោង។ កម្មវិធី HICAP មិនមានទំនាក់ទំនងអ្វីជាមួយយើងខ្ញុំ ឬជាមួយនឹងក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងសុខភាព ឬគម្រោងថែទាំសុខភាពណាមួយឡើយ។ កម្មវិធី HICAP មានអ្នកប្រឹក្សាយោបល់ដែលទទួលបានការបណ្ដុះបណ្ដាលនៅគ្រប់ខោនធីទាំងអស់ ហើយសេវាគឺត្រូវបានផ្ដល់ជូនដោយឥតគិតថ្លៃ។ លេខទូរសព្ទកម្មវិធី HICAP គឺ 1-800-434-0222។ TTY: 711. សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម ឬស្វែងរកការិយាល័យ HICAP ក្នុងតំបន់របស់អ្នក សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/ ។

H3. កម្មវិធី Ombudsman Program

កម្មវិធី Medicare Medi-Cal Ombudsman Program អាចជួយអ្នកបាន ប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហាជាមួយគម្រោងរបស់យើងខ្ញុំ។ សេវារបស់មន្ត្រីបណ្ដឹងសាធារណៈ គឺឥតគិតថ្លៃ និងមានគ្រប់ភាសា។ កម្មវិធី Medicare Medi-Cal Ombudsman Program៖

- អាចឆ្លើយសំណួរ ប្រសិនបើលោកអ្នកមានបញ្ហា ឬពាក្យបណ្ដឹងតវ៉ា ហើយអាចជួយលោកអ្នកឱ្យយល់ពីអ្វីដែលត្រូវធ្វើ។
- ធ្វើឱ្យប្រាកដថាអ្នកមានព័ត៌មានពាក់ព័ន្ធនឹងសិទ្ធិ និងការការពាររបស់អ្នក និងរបៀបដែលអ្នកអាចទទួលបានដំណោះស្រាយចំពោះបញ្ហារបស់អ្នក។
- កម្មវិធី HICAP មិនមានទំនាក់ទំនងអ្វីជាមួយយើងខ្ញុំ ឬជាមួយនឹងក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងសុខភាព ឬគម្រោងសុខភាពណាមួយឡើយ។ លេខទូរសព្ទសម្រាប់កម្មវិធី Medicare Medi-Cal Ombudsman Program គឺ 1-855-501-3077។

H4. Medicare

ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានដោយផ្ទាល់ពី Medicare

- ទូរសព្ទទៅ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរហៅទូរសព្ទទៅលេខ 1-877-486-2048។
- អ្នកអាចជជែកបន្តផ្ទាល់តាមរយៈ www.Medicare.gov/talk-to-someone
- អ្នកអាចសរសេរទៅកាន់ Medicare តាមរយៈ PO Box 1270, Lawrence, KS 66044។

គេហទំព័ររបស់ Medicare

អ្នកអាចចូលទៅកាន់គេហទំព័រ Medicare (www.medicare.gov) ។ ប្រសិនបើអ្នកជ្រើសរើសលុបឈ្មោះចេញពីគម្រោងរបស់យើង ហើយចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោង Medicare ផ្សេងវិញ នោះគេហទំព័ររបស់ Medicare មានព័ត៌មានអំពីថ្លៃចំណាយ ការរ៉ាប់រង និងការវាយតម្លៃលើគុណភាព ដើម្បីជួយអ្នកប្រៀបធៀបគម្រោងនានា។

អ្នកអាចរកមើលព័ត៌មានអំពីគម្រោង Medicare ដែលអាចរកបាន ក្នុងតំបន់របស់អ្នកដោយការប្រើ Medicare Plan Finder (ឧបករណ៍ស្វែងរកគម្រោង Medicare) នៅលើគេហទំព័រ Medicare។ (សម្រាប់ព័ត៌មានអំពីគម្រោង សូមមើល www.medicare.gov ហើយចុចលើ “Find plans [ស្វែងរកគម្រោង]”។)

Medicare & You 2026

អ្នកអាចអាន សៀវភៅណែនាំ *Medicare & You 2026*។ ជារៀងរាល់ឆ្នាំនៅរដូវស្លឹកឈើជ្រុះ កូនសៀវភៅនេះត្រូវបានផ្ញើទៅកាន់អ្នកដែលមាន Medicare។ វាមានសេចក្តីសង្ខេបនៃអត្ថប្រយោជន៍ Medicare សិទ្ធិ និងការបង្ការ ហើយចម្លើយចំពោះសំណួរដែលសួរញឹកញាប់បំផុតអំពី Medicare។ សៀវភៅណែនាំនេះក៏អាចរកបានជាភាសាអេស្ប៉ាញ ចិន និងវៀតណាមផងដែរ។

ប្រសិនបើអ្នកមិនមានច្បាប់ចម្លងនៃកូនសៀវភៅនេះទេ អ្នកអាចទទួលបានកូនសៀវភៅនេះនៅគេហទំព័រ Medicare (www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf) ឬដោយទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរហៅទូរសព្ទទៅលេខ 1-877-486-2048។

H5. California Department of Managed Health Care

California Department of Managed Health Care ទទួលខុសត្រូវក្នុងការគ្រប់គ្រងគម្រោងសេវាថែទាំសុខភាព។ ប្រសិនបើអ្នកមានបណ្តឹងសាទុក្ខប្រឆាំងនឹងគម្រោងសុខភាពរបស់អ្នក ដំបូងអ្នកគួរតែទូរសព្ទទៅគម្រោងសុខភាពរបស់អ្នកតាមរយៈលេខ (855) 687-7860, **TTY: 711** ហើយប្រើ ដំណើរការបណ្តឹងសាទុក្ខរបស់គម្រោងសុខភាពរបស់អ្នក មុនពេលទាក់ទងទៅខាងក្រសួង។ ការប្រើនីតិវិធីបណ្តឹងសាទុក្ខនេះ មិនបានហាមឃាត់ចំពោះសិទ្ធិសក្តានុពលផ្លូវច្បាប់ ឬវិធីដោះស្រាយណាមួយផ្សេងពីនេះ ដែលអាចមានសម្រាប់អ្នកឡើយ។ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយជាមួយបណ្តឹងសាទុក្ខ Medi-Cal ដែលពាក់ព័ន្ធនឹងករណីក្នុងគ្រាអាសន្ន បណ្តឹងសាទុក្ខ Medi-Cal ដែលមិនត្រូវបានដោះស្រាយយ៉ាងគាប់ចិត្តដោយគម្រោងសុខភាពរបស់អ្នក ឬបណ្តឹងសាទុក្ខ Medi-Cal ដែលនៅតែមិនទាន់ដោះស្រាយអស់

រយៈពេលជាង 30 ថ្ងៃ អ្នកអាចទូរសព្ទទៅក្រសួងសម្រាប់ជំនួយបាន។ អ្នកក៏អាចមានសិទ្ធិទទួលបានការត្រួតពិនិត្យផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រឯករាជ្យ (IMR) សម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍ Medi-Cal ផងដែរ។ ប្រសិនបើអ្នកមានសិទ្ធិទទួលបាន IMR ដំណើរការ IMR នឹងផ្តល់នូវការពិនិត្យឡើងវិញដោយមិនលំអៀងនៃការសម្រេចចិត្តផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដែលធ្វើឡើងដោយគម្រោងសុខភាពដែលទាក់ទងនឹងភាពចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រនៃសេវាកម្ម ឬការព្យាបាលដែលបានស្នើឡើង សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងសម្រាប់ការព្យាបាលដែលមានលក្ខណៈពិសោធ ឬការស៊ើបអង្កេត និងវិវាទនៃការបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាវេជ្ជសាស្ត្របន្ទាន់ ឬក្នុងគ្រាអាសន្ន។ ក្រសួងក៏មានលេខទូរសព្ទហៅដោយឥតគិតថ្លៃ គឺលេខ **(1-888-466-2219)** និងខ្សែទូរសព្ទ TDD **(1-877-688-9891)** សម្រាប់អ្នកមានបញ្ហាពិបាកស្តាប់ និងពិបាកនិយាយ។ គេហទំព័រអ៊ីនធឺណិតរបស់ក្រសួង www.dmhc.ca.gov។

សូមមើល **ជំពូកទី 9 ផ្នែក F4** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក* របស់អ្នកសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។

H6. Medicare Prescription Payment Plan

Medicare Prescription Payment Plan គឺជាជម្រើសបង់ប្រាក់ដែលជួយអ្នកគ្រប់គ្រងថ្លៃចំណាយចេញពីហោប៉ៅរបស់អ្នកសម្រាប់ឱសថដែលធានារ៉ាប់រងដោយគម្រោងរបស់យើង ដោយចែកចាយវានៅទូទាំងឆ្នាំតាមប្រតិទិន (ខែមករា ដល់ខែធ្នូ)។ កម្មវិធីនេះមិនសន្សំប្រាក់អ្នក ឬបន្ថយថ្លៃឱសថរបស់អ្នកទេ។

“Extra Help” ពី Medicare និងជំនួយពីកម្មវិធី State’s Pharmaceutical Assistance Program (SPAP) របស់អ្នក និងកម្មវិធី AIDS Drug Assistance Program (ADAP) សម្រាប់អ្នកដែលមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ គឺមានអត្ថប្រយោជន៍ច្រើនជាងការចូលរួមក្នុងគម្រោងទូទាត់តាមវេជ្ជបញ្ជារបស់ Medicare តែប៉ុណ្ណោះ។ អ្នកចុះឈ្មោះទាំងអស់មានសិទ្ធិចូលរួម ក្នុងកម្មវិធីនេះ ដោយមិនគិតពីកម្រិតប្រាក់ចំណូល។ ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពីកម្មវិធីនេះ សូមទាក់ទងមកយើងខ្ញុំតាមរយៈលេខទូរសព្ទនៅផ្នែកខាងក្រោមនៃទំព័រនេះ ឬចូលទៅកាន់ www.medicare.gov ។

ការថែទាំសុខភាពសំខាន់បន្ថែម
និងព័ត៌មានអំពីធនធានសមាជិក

- ការជូនដំណឹងតាមអេឡិចត្រូនិក (ELN) - របៀបទទួលបានឯកសារសំខាន់ៗ
- ការជូនដំណឹងអំពីការមិនរើសអើង (NDN) - ផ្នែក 1557
- សេចក្ដីជូនដំណឹងអំពីភាពអាចរកបាន (NOA) - សេវាជំនួយភាសា
- សេចក្ដីជូនដំណឹងអំពីការអនុវត្តឯកជនភាព (NPP)

របៀបទទួលបាន ឯកសារគម្រោងសំខាន់ៗ

អ្នកមានសារៈសំខាន់ចំពោះយើងខ្ញុំ! យើងនឹងធ្វើឱ្យមានភាពងាយស្រួលសម្រាប់អ្នកក្នុងការទទួលបានព័ត៌មានដែលអ្នកត្រូវការ។ 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៖** បញ្ជីនៃបណ្តាញវេជ្ជបណ្ឌិតអ្នកឯកទេស និងឱសថស្ថានដែលមានលេខទូរសព្ទ និងអាសយដ្ឋាន។ អ្នកអាចស្វែងរកអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ ឬឱសថស្ថានដោយប្រើសៀវភៅរាយឈ្មោះតាមអនឡាញរបស់យើងនៅគេហទំព័រដែលមានអាសយដ្ឋាន MolinaHealthcare.com/ProviderSearch។
- **សេចក្តីជូនដំណឹងអំពីការអនុវត្តឯកជនភាព៖** សេចក្តីជូនដំណឹងនេះពិពណ៌នាអំពីរបៀបដែលព័ត៌មានវេជ្ជសាស្ត្រអំពីអ្នកអាចត្រូវបានប្រើប្រាស់ និងបង្ហាញ ព្រមទាំងរបៀបដែលអ្នកអាចទទួលបានព័ត៌មាននេះ។ វាមានទីតាំងនៅលើគេហទំព័ររបស់យើងតាមរយៈ https://www.molinahealthcare.com/members/common/en-US/terms_privacy.aspx ។

របៀបមើល ឬស្នើសុំច្បាប់ចម្លងនៃឯកសារគម្រោង

តាមអនឡាញនៅ MolinaHealthcare.com/Medicare
មើល ឬទាញយកច្បាប់ចម្លងនៃឯកសារគម្រោងរបស់អ្នកតាមអនឡាញបានគ្រប់ពេលគ្រប់ទីកន្លែង។ ប្រើឧបករណ៍ណាមួយក៏បានដូចជា កុំព្យូទ័រ ថេប្លេត ឬទូរសព្ទចល័ត។ ឯកសារគម្រោងឆ្នាំ 2026 របស់អ្នកនឹងមាននៅលើអនឡាញត្រឹមថ្ងៃទី 15 ខែតុលា ឆ្នាំ 2025។

តាមអនឡាញនៅ MyMolina.com។
ចូលមើលផតថលសមាជិក ដែលបម្រើសេវាដោយខ្លួនឯងរបស់យើង ដើម្បីមើលឯកសារគម្រោងរបស់អ្នកតាមអនឡាញបាន 24/7 ឬស្វែងរកអ្នកផ្តល់សេវា ឬឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញមួយ។ សូមចុះឈ្មោះចូលក្នុងផតថលសមាជិក My Molina ឬបង្កើតគណនីមួយនៅគេហទំព័រ **MyMolina.com**។ ចុចពាក្យថា “Create an Account (បង្កើតគណនី)” 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 **តាមលេខដែលមាននៅខាងក្រោយបណ្ណ**

សម្គាល់សមាជិករបស់អ្នក។

សេចក្តីជូនដំណឹងអំពីការមិនរើសអើង ផ្នែក 1557 Molina Healthcare - Medicare

ការរើសអើងគឺផ្ទុយនឹងច្បាប់។ Molina Healthcare ធ្វើតាមច្បាប់រដ្ឋ និងច្បាប់សិទ្ធិស៊ីវិលសហព័ន្ធ។ Molina Healthcare មិនរើសអើងយ៉ាងខុសច្បាប់ ដោយមិនរាប់បញ្ចូលមនុស្ស ឬប្រព្រឹត្តិលើពួកគេផ្សេងគ្នាដោយសារតែភេទ សម្បុរ ពណ៌ សាសនា ដូនតា ប្រភពសញ្ជាតិ ភាពកត់សម្គាល់លើក្រុមភាពតិច អាយុ ពិការភាពសតិបញ្ញា ពិការភាពខ្លួនប្រាណ លក្ខខណ្ឌវេជ្ជសាស្ត្រ ព័ត៌មានហ្សែន ស្ថានភាពអាពាហ៍ពិពាហ៍ ភេទ ភាពសម្គាល់ភេទ ឬចំណូលចិត្តផ្លូវភេទ នោះទេ។

Molina Healthcare ផ្តល់ជូន៖

- ជំនួយ និងសេវាកម្មឥតគិតថ្លៃទាន់ពេលវេលាដល់ជនមានពិការភាពដើម្បីជួយពួកគេឱ្យទំនាក់ទំនងកាន់តែប្រសើរឡើង ដូចជា៖
  - អ្នកបកប្រែភាសាសញ្ញាជំនាញ
  - ព័ត៌មានដែលបានសរសេរក្នុងទម្រង់ផ្សេងទៀត (អក្សរពុម្ពធំ ជាសំឡេង ទម្រង់អេឡិចត្រូនិកដែលអាចចូលប្រើបាន ទម្រង់ផ្សេងទៀត)
- សេវាភាសាដោយឥតគិតថ្លៃទាន់ពេលវេលាដល់មនុស្សដែលភាសាដើមរបស់ពួកគេមិនមែនជាភាសាអង់គ្លេស ដូចជា៖
  - អ្នកបកប្រែជំនាញ
  - ព័ត៌មានជាលាយលក្ខណ៍អក្សរជាភាសាផ្សេង

ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការសេវាកម្មទាំងនេះ សូមទាក់ទង Molina Healthcare ពីម៉ោង 7 a.m. ដល់ម៉ោង 7 p.m.ដោយទូរសព្ទទៅលេខ 1-855 687-7860។

ប្រសិនបើអ្នកមិនអាចស្តាប់ឮ ឬនិយាយបានល្អ សូមទូរសព្ទទៅលេខ 711។ តាមការស្នើសុំ ឯកសារនេះអាចរកបានសម្រាប់អ្នកក្នុងទម្រង់អក្សរស្ទាបសម្រាប់ជនពិការភ្នែក អក្សរពុម្ពធំ កាសែតសំឡេង ឬទម្រង់អេឡិចត្រូនិក។ ដើម្បីទទួលបានច្បាប់ចម្លងជាទម្រង់ជំនួសណាមួយ សូមទូរសព្ទ ឬសរសេរទៅកាន់៖

Molina Healthcare
Civil Rights Coordinator
200 Oceangate, Suite 100
Long Beach, CA 90802

តាមរយៈទូរសព្ទ៖ 1-866-606-3889។ ប្រសិនបើអ្នកមិនអាចស្តាប់ឮ ឬនិយាយបានល្អ សូមទូរសព្ទទៅលេខ 711។

របៀបដាក់បណ្តឹងសាទុក្ខ

ប្រសិនបើអ្នកជឿថា Molina Healthcare បានបរាជ័យក្នុងការផ្តល់សេវាទាំងនេះ ឬរើសអើសដោយខុសច្បាស់ក្នុងរូបភាពដទៃទៀតដោយផ្អែកលើភេទ ពូជសាសន៍ ពណ៌សម្បុរ សាសនា ពូជពង្ស ដើមកំណើតជាតិសាសន៍ ការកំណត់អត្តសញ្ញាណក្រុមជនជាតិ អាយុ ពិការភាពផ្លូវចិត្ត ពិការភាពរាងកាយ លក្ខខណ្ឌវេជ្ជសាស្ត្រ ព័ត៌មានអំពីហ្សែន ស្ថានភាពអាពាហ៍ពិពាហ៍ យេនឌ័រ អត្តសញ្ញាណយេនឌ័រ ឬទំនោរផ្លូវភេទ អ្នកអាចដាក់បណ្តឹងសាទុក្ខជាមួយអ្នកសម្របសម្រួលសិទ្ធិស៊ីវិលរបស់ Molina Healthcare បាន។ អ្នកអាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងតាមទូរសព្ទ ជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ ដោយផ្ទាល់ ឬតាមអេឡិចត្រូនិក៖

- **តាមរយៈទូរសព្ទ៖** អ្នកសម្របសម្រួលសិទ្ធិស៊ីវិលរបស់ Molina Healthcare ចាប់ពីម៉ោង 8:30 a.m. ដល់ ម៉ោង 5:30 p.m. ដោយទូរសព្ទទៅលេខ 1-866-606-3889។ ឬ ប្រសិនបើអ្នកមិនអាចស្តាប់ឮ ឬនិយាយបានល្អ 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៖ ផ្ញើអ៊ីមែលទៅ Civil.Rights@MolinaHealthcare.com ។ អ្នកក៏អាចចូលទៅកាន់គេហទំព័ររបស់ Molina Healthcare តាមរយៈ MolinaHealthcare.Alertline.com បានផងដែរ។

OFFICE OF CIVIL RIGHTS – CALIFORNIA DEPARTMENT OF HEALTH CARE SERVICES

អ្នកក៏អាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងតវ៉ាសិទ្ធិស៊ីវិលជាមួយ California Department of Health Care Services, Office of Civil Rights តាមរយៈការហៅទូរសព្ទ ជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ ឬតាមរយៈអេឡិចត្រូនិក៖

- **តាមរយៈទូរសព្ទ៖** សូមទូរសព្ទទៅកាន់លេខ 1-916-440-7370។ ប្រសិនបើអ្នកមិនអាចនិយាយ ឬស្តាប់ឮបានល្អ សូមទូរសព្ទទៅលេខ 711 (សេវាបញ្ជូនបន្តរបស់ទូរគមនាគមន៍)។
- **តាមការសរសេរសំបុត្រ៖** បំពេញទម្រង់បែបបទពាក្យបណ្តឹងតវ៉ា ឬផ្ញើលិខិតទៅកាន់៖
  Deputy Director, Office of Civil Rights
  Department of Health Care Services
  Office of Civil Rights
  P.O. Box 997413
  Sacramento, CA 95899-7413

ទម្រង់បែបបទនៃពាក្យបណ្ដឹងតវ៉ាមាននៅលើគេហទំព័រ 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 អ្នកអាចដាក់ពាក្យបណ្ដឹងសិទ្ធិស៊ីវិល (បណ្ដឹងសាទុក្ខ) មកកាន់ U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights តាមរយៈទូរសព្ទ ជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ ឬតាមអេឡិចត្រូនិក៖

- **តាមរយៈទូរសព្ទ៖** សូមទូរសព្ទទៅកាន់លេខ 1-800-368-1019។ ប្រសិនបើអ្នកមិនអាចនិយាយ ឬស្ដាប់ឮបានល្អ សូមទូរសព្ទទៅ TTY/TDD៖ 1-800-537-7697។
- **តាមការសរសេរសំបុត្រ៖** បំពេញទម្រង់បែបបទពាក្យបណ្ដឹងតវ៉ា ឬផ្ញើលិខិតទៅកាន់៖
  U.S. Department of Health and Human Services
  200 Independence Avenue, SW
  Room 509F, HHH Building
  Washington, D.C. 20201

  ទម្រង់បែបបទនៃពាក្យបណ្ដឹងតវ៉ាមាននៅលើគេហទំព័រ HHS.gov/ocr/office/file/index.html ។

- **តាមអេឡិចត្រូនិក៖** សូមចូលទៅកាន់ផតថលបណ្ដឹងតវ៉ា 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 1-855-687-7860 (TTY: 711). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call 1-855-687-7860 (TTY: 711). These services are free of charge.

العربية (Arabic)

يرجى الانتباه: إذا احتجت إلى المساعدة بلغتك، فاتصل بـ 1-855-687-7860، (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 1-855-687-7860 (وبالنسبة لمستخدمي الهاتف النصي TTY: يمكنهم الاتصال على 711). هذه الخدمات مجانية.

Հայերեն (Armenian)

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ. եթե ձեզ հարկավոր է աջակցություն ձեր լեզվով, ապա զանգահարեք 1-855-687-7860 (711) հեռախոսահամարով: Հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար գործում են նաև օժանդակ միջոցներ ու

ծառայություններ, օրինակ՝ Բրայլի գրատիպով ու խոշոր տպատառով տրամադրվող նյութեր։ Այս դեպքում զանգահարեք 1-855-687-7860 (711) հեռախոսահամարով։ Ծառայությունները գործում են անվճար։

ខ្មែរ (Cambodian)

ចំណាំ៖ បើអ្នកត្រូវការជំនួយជាភាសារបស់អ្នក សូមទូរសព្ទទៅលេខ 1-855-687-7860 (TTY: 711)។ ជំនួយ និងសេវាកម្មសម្រាប់ជនពិការ ដូចជាឯកសារសរសេរជាអក្សរផុសសម្រាប់ជនពិការភ្នែក ឬឯកសារសរសេរជាអក្សរពុម្ពធំ ក៏អាចរកបានផងដែរ។ ទូរសព្ទមកលេខ 1-855-687-7860 (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 1-855-687-7860 (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 1-855-687-7860 (711)。这些服务均免费提供。

فارسی (Farsi)

توجه: اگر می‌خواهید به زبان خود راهنمایی دریافت کنید، با 1-855-687-7860 (711) تماس بگیرید. کمکها و خدمات مخصوص افراد دارای معلولیت، مانند نسخه‌هایی با خط بریل و چاپ درشت، نیز موجود است. با 1-855-687-7860 (711) تماس بگیرید. این خدمات رایگان ارائه می‌شوند.

हिंदी (Hindi)

ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा में सहायता की आवश्यकता है तो 1-855-687-7860 (TTY: 711) पर कॉल करें। अशक्तता वाले लोगों के लिए सहायता और सेवाएं, जैसे ब्रेल और बडे प्रिंट में भी दस्तावेज़ उपलब्ध हैं। 1-855-687-7860 (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 1-855-687-7860 (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 1-855-687-7860 (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 1-855-687-7860 (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。1-855-687-7860 (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 1-855-687-7860 (711)번으로 전화하십시오. 점자나 큰 활자로 된 문서와 같이 장애가 있는 분들을 위한 지원 및 서비스도 이용하실 수 있습니다. 1-855-687-7860 (711)번으로 전화하십시오. 이러한 서비스는 무료로 제공됩니다.

ພາສາລາວ (Laotian)

ປະກາດ:
ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອເປັນພາສາຂອງທ່ານໃ
ຫ້ໂທຫາເບີ 1-855-687-7860 (711).
ນອກນີ້ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ
ການບໍລິການສຳລັບຄົນພິການ ເຊັ່ນ:
ເອກະສານທີ່ເປັນອັກສອນນູນ ແລະ ມີໂຕພິມໃຫຍ່
ໃຫ້ໂທຫາເບີ 1-855-687-7860 (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 1-855-687-7860 (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 1-855-687-7860 (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 1-855-687-7860 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਅਪਾਹਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬ੍ਰੇਲ ਅਤੇ ਮੋਟੀ ਛਪਾਈ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। 1-855-687-7860 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫਤ ਹਨ।

Русский (Russian)
ВНИМАНИЕ! Если вам нужна помощь на вашем родном языке, звоните по номеру 1-855-687-7860 (TTY: 711). Также предоставляются средства и услуги для людей с ограниченными возможностями, например документы крупным шрифтом или шрифтом Брайля. Звоните по номеру 1-855-687-7860 (TTY: 711). Такие услуги бесплатны.

Español (Spanish)
ATENCIÓN: si necesita ayuda en su idioma, llame al 1-855-687-7860 (TTY: 711). También ofrecemos asistencia y servicios para personas con discapacidades, como documentos en braille y con letras grandes. Llame al 1-855-687-7860 (TTY: 711). Estos servicios son gratuitos.

Tagalog (Filipino)
ATENSIYON: Kung kailangan mo ng tulong sa iyong wika, tumawag sa 1-855-687-7860 (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 1-855-687-7860 (TTY: 711). Libre ang mga serbisyong ito.

ภาษาไทย (Thai)
โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข 1-855-687-7860 (711) นอกจากนี้ ยังพร้อมให้ความช่วยเหลือและบริการต่าง ๆ สำหรับบุคคลที่มีความพิการ เช่น เอกสารต่าง ๆ ที่เป็นอักษรเบรลล์และเอกสารที่พิมพ์ด้วยตัวอักษรขนาดใหญ่ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข 1-855-687-7860 (711) ไม่มีค่าใช้จ่ายสำหรับบริการเหล่านี้

Українська (Ukrainian)
УВАГА! Якщо вам потрібна допомога вашою рідною мовою, телефонуйте на номер 1-855-687-7860 (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 1-855-687-7860 (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 1-855-687-7860 (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 1-855-687-7860 (TTY: 711). Các dịch vụ này đều miễn phí.

សេចក្តីជូនដំណឹងអំពីការអនុវត្តឯកជនភាព

សេចក្តីជូនដំណឹងនេះពិពណ៌នាអំពីរបៀបដែលព័ត៌មានវេជ្ជសាស្ត្រអំពីអ្នកអាចត្រូវបានប្រើប្រាស់ និងបង្ហាញ ព្រមទាំងរបៀបដែលអ្នកអាចចូលប្រើព័ត៌មាននេះបាន។ សូមពិនិត្យឡើងវិញដោយយកចិត្តទុកដាក់។

សេចក្តីជូនដំណឹងនេះពណ៌នាអំពីការអនុវត្តឯកជនភាពរបស់គម្រោងសុខភាពដែលពាក់ព័ន្ធរបស់ Molina Healthcare (នៅទីនេះអាចហៅថា "**Molina**" "**យើង**" ឬ "**របស់យើង**")។ យើងប្រើប្រាស់ និងចែករំលែកព័ត៌មានសុខភាពដែលមានការការពារ ("**PHI**") អំពីអ្នក ដើម្បីផ្តល់អត្ថប្រយោជន៍សុខភាពរបស់អ្នកក្នុងនាមជាសមាជិក Molina។ យើងប្រើប្រាស់ និងចែករំលែកព័ត៌មានសុខភាពដែលបានការពារ (PHI) របស់អ្នកដើម្បីអនុវត្តការព្យាបាល ការទូទាត់ និងប្រតិបត្តិការថែទាំសុខភាព។ យើងក៏ប្រើ និងចែករំលែកព័ត៌មាន PHI របស់អ្នកផងដែរសម្រាប់មូលហេតុផ្សេងទៀតតាមការតម្រូវ និងអនុញ្ញាតដោយច្បាប់។ យើងខ្ញុំមានភារកិច្ចដើម្បីរក្សាព័ត៌មានសុខភាពលោកអ្នកជាឯកជន និងធ្វើតាមលក្ខខណ្ឌចែងក្នុងសេចក្តីជូនដំណឹងនេះ។ កាលបរិច្ឆេទចូលជាធរមានចំពោះសេចក្តីជូនដំណឹងនេះគឺថ្ងៃទី 1 ខែមករា ឆ្នាំ 2026។
PHI គឺជាព័ត៌មានសុខភាពដែលរួមបញ្ចូលឈ្មោះរបស់អ្នក លេខសមាជិក ឬឯកសារបញ្ជាក់អត្តសញ្ញាណផ្សេងទៀត ហើយត្រូវបានប្រើប្រាស់ ឬចែករំលែកដោយយើងខ្ញុំ។ PHI រួមបញ្ចូលទាំងព័ត៌មានសុខភាពអំពីវិបត្តិផ្លូវចិត្តដោយការប្រើប្រាស់សារធាតុញៀន និងព័ត៌មានជីវមាត្រ (ដូចជាគំរូសំឡេង)។

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

សម្រាប់ការព្យាបាល
យើងអាចប្រើ ឬចែករំលែក PHI របស់អ្នកដើម្បីផ្តល់ ឬរៀបចំសម្រាប់ការថែទាំ

តាមវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នក។ ការព្យាបាលនេះ ក៏រួមបញ្ចូលផងដែរនូវការបញ្ជូនអ្នកជំងឺរវាងគ្រូពេទ្យលោកអ្នក ឬអ្នកថែទាំសុខភាពដទៃទៀត។ ឧទាហរណ៍ យើងអាចចែករំលែកព័ត៌មានអំពីស្ថានភាពសុខភាពរបស់អ្នកជាមួយគ្រូពេទ្យឯកទេស។ ត្រង់នេះជួយឱ្យគ្រូពេទ្យឯកទេសអាចពិភាក្សាអំពីការព្យាបាលរបស់លោកអ្នក ជាមួយនឹងគ្រូពេទ្យលោកអ្នក។

សម្រាប់ការបង់ប្រាក់

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

សម្រាប់ប្រតិបត្តិការថែទាំសុខភាព

យើងអាចប្រើ ឬចែករំលែក PHI អំពីអ្នកដើម្បីដំណើរការគម្រោងថែទាំសុខភាពយើង។ ឧទាហរណ៍ យើងខ្ញុំអាចប្រើព័ត៌មានពីការទាមទារសំណងរបស់អ្នក ដើម្បីប្រាប់ឱ្យលោកអ្នកបានដឹងអំពីកម្មវិធីសុខភាពដែលអាចជួយលោកអ្នកបាន។ យើងក៏អាចប្រើប្រាស់ ឬចែករំលែក PHI របស់អ្នកផងដែរ ដើម្បីដោះស្រាយបញ្ហារបស់អ្នក។ PHI របស់អ្នកក៏អាចប្រើប្រាស់ផងដែរសម្រាប់មើលថាតើការទាមទារសំណងនោះត្រូវបង់ប្រាក់ជូនភ្លាមៗដែរឬទេ។

ប្រតិបត្តិការថែទាំសុខភាពពាក់ព័ន្ធជាមួយនឹងតម្រូវការសកម្មភាពប្រចាំថ្ងៃ។ វារួមមានជាអាទិ៍នូវចំណុចដូចខាងក្រោម៖

- ការបង្កើនគុណភាព
- សកម្មភាពក្នុងកម្មវិធីសុខភាព ដើម្បីជួយសមាជិកដែលមានស្ថានភាព

សុខភាពជាក់លាក់ (ដូចជាជំងឺហឺត)

- ការធ្វើ ឬការរៀបចំសម្រាប់ការពិនិត្យវេជ្ជសាស្ត្រឡើងវិញ
- សេវាកម្មផ្លូវច្បាប់ រួមទាំងកម្មវិធីការស្វែងរកការឆបោក និងការប្រព្រឹត្តិល្មើស ព្រមទាំងការកាត់ទោស
- សកម្មភាពដើម្បីជួយយើងខ្ញុំអនុវត្តតាមច្បាប់
- ដោះស្រាយតម្រូវការរបស់សមាជិក រួមទាំងការដោះស្រាយបណ្ដឹងតវ៉ា និងបណ្ដឹងសាទុក្ខ។

យើងនឹងចែករំលែក PHI របស់អ្នកជាមួយក្រុមហ៊ុនផ្សេងទៀត (“**ដៃគូអាជីវកម្ម**”) ដែលអនុវត្តសកម្មភាពប្រភេទផ្សេងៗគ្នាសម្រាប់គម្រោងសុខភាពរបស់យើង។ យើងខ្ញុំក៏អាចប្រើ PHI របស់អ្នកផងដែរ ដើម្បីរំឭកអ្នកអំពីការណាត់ជួបរបស់អ្នក។ យើងអាចនឹងប្រើ PHI របស់អ្នកដើម្បីផ្ដល់ព័ត៌មានអំពីការព្យាបាលផ្សេងទៀត 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 ឬចែករំលែកជាមួយនឹងទីភ្នាក់ងាររដ្ឋាភិបាល។ ទីភ្នាក់ងាររដ្ឋាភិបាលទាំងនោះអាចត្រូវការ PHI របស់អ្នកដើម្បីធ្វើសវនកម្ម។

ការសិក្សាស្រាវជ្រាវ
PHI របស់អ្នកអាចត្រូវបានប្រើ ឬចែករំលែកសម្រាប់ការស្រាវជ្រាវនៅក្នុងករណីជាក់លាក់មួយចំនួនដូចជានៅពេលត្រូវបានអនុម័តដោយក្រុមប្រឹក្សាឬស្ថាប័នត្រួតពិនិត្យឯកជនភាព។

ដំណើរការផ្លូវច្បាប់ ឬដំណើរការរដ្ឋបាល
PHI អាចត្រូវបានប្រើ ឬចែករំលែកសម្រាប់ដំណើរការផ្លូវច្បាប់ ដូចជា ក្នុងការឆ្លើយតបចំពោះការបញ្ជារបស់តុលាការ។

ការអនុវត្តច្បាប់
PHI របស់អ្នកអាចត្រូវបានប្រើ ឬចែកចាយជាមួយប៉ូលិសសម្រាប់គោលបំណងអនុវត្តច្បាប់ដូចជាដើម្បីជួយស្វែងរកជនសង្ស័យ សាក្សី ឬមនុស្សបាត់ខ្លួន។

សុខភាព និងសុវត្ថិភាព
PHI របស់អ្នកអាចត្រូវបានចែករំលែកដើម្បីការពារការគំរាមកំហែងធ្ងន់ធ្ងរ និងជិតមកដល់ចំពោះសុខភាព ឬសុវត្ថិភាពរបស់បុគ្គល ឬសាធារណៈជន។

មុខងាររដ្ឋាភិបាល
ព័ត៌មាន PHI របស់អ្នកអាចត្រូវបានចែករំលែកជាមួយរដ្ឋាភិបាលសម្រាប់មុខងារពិសេស។ ឧទាហរណ៍មួយគឺអាចជាការពារប្រធានាធិបតី។

ជនរងគ្រោះពីការប្រព្រឹត្តិរំលោភ មិនយកចិត្តទុកដាក់ ឬអំពើហិង្សាក្នុងគ្រួសារ

PHI របស់អ្នកអាចត្រូវបានចែករំលែកជាមួយនឹងអាជ្ញាធរផ្លូវច្បាប់ បើយើងខ្ញុំមានការជឿជាក់ថា បុគ្គលនោះគឺជាជនរងគ្រោះពីការប្រព្រឹត្តិរំលោភ ឬការមិនយកចិត្តទុកដាក់។

សំណងកម្មករ

PHI របស់អ្នកអាចត្រូវបានប្រើ ឬចែករំលែកដើម្បីធ្វើតាមច្បាប់សំណងកម្មករ។

ការបញ្ចេញព័ត៌មានផ្សេងទៀត

PHI របស់អ្នកអាចត្រូវបានចែករំលែកជាមួយអ្នកគ្រប់គ្រងពិធីបុណ្យសព ឬអ្នកធ្វើកោសល្យវិច័យ ដើម្បីជួយពួកគេក្នុងការបំពេញការងាររបស់ពួកគេ។

ការរឹតបន្តឹងបន្ថែមលើការប្រើប្រាស់ និងការបញ្ចេញព័ត៌មាន។

ច្បាប់សហព័ន្ធ និងរដ្ឋមួយចំនួនអាចតម្រូវឱ្យមានការការពារឯកជនភាពពិសេសដែលរឹតត្បិតការប្រើប្រាស់ និងការបង្ហាញព័ត៌មានសុខភាពប្រភេទជាក់លាក់។ ច្បាប់បែបនេះអាចការពារប្រភេទព័ត៌មានខាងក្រោម៖ ការប្រើប្រាស់គ្រឿងស្រវឹង និងសារធាតុញៀន ពត៌មានជីវមាត្រ ការរំលោភបំពានលើកុមារ ឬមនុស្សពេញវ័យ ឬការមិនអើពើ រួមទាំងការរំលោភផ្លូវភេទ ជំងឺឆ្លង ព័ត៌មានហ្សែន មេរោគ HIV/ជំងឺ AIDS សុខភាពផ្លូវចិត្ត ព័ត៌មានរបស់អនីតិជន វេជ្ជបញ្ជាសុខភាពបន្តពូជ និងជំងឺកាមរោគ។ យើងនឹងអនុវត្តតាមច្បាប់ដ៏តឹងរ៉ឹងជាងនេះដែលវាអនុវត្តចំពោះយើង។

ព័ត៌មានអំពីវិបត្តិការប្រើប្រាស់សារធាតុញៀន (SUD)។

ទោះបីជាយើងមិនមែនជាកម្មវិធី Substance Use Disorder Treatment Program ក្រោមច្បាប់សហព័ន្ធ (“កម្មវិធី SUD”) ក៏យើងអាចទទួលបានព័ត៌មានពីកម្មវិធី SUD អំពីអ្នកបានដែរ។ យើងមិនអាចបង្ហាញព័ត៌មាន SUD សម្រាប់ប្រើប្រាស់ក្នុងនីតិវិធីរដ្ឋប្បវេណី ឧក្រិដ្ឋ រដ្ឋបាល ឬនីតិវិធីច្បាប់ទល់នឹងអ្នកបានទេ លុះត្រាតែយើងមាន (i) ការយល់ព្រមជាលាយលក្ខណ៍អក្សររបស់អ្នក ឬ (ii) ដីកាបង្គាប់របស់តុលាការដែលអមដោយដីកាកោះហៅ ឬលក្ខខណ្ឌ

តម្រូវផ្លូវច្បាប់ផ្សេងទៀតដែលបង្ខំឱ្យមានការបង្ហាញចេញបន្ទាប់ពីយើង និង អ្នកទទួលបានការជូនដំណឹង និងឱកាសដើម្បីបញ្ចេញមតិយោបល់។

តើនៅពេលណាដែលយើងត្រូវការការអនុញ្ញាតជាលាយលក្ខណ៍អក្សររបស់អ្នក (ការយល់ព្រម) ដើម្បីប្រើប្រាស់ ឬចែករំលែក PHI របស់អ្នក?

យើងត្រូវការការយល់ព្រមរបស់អ្នកជាលាយលក្ខណ៍អក្សរដើម្បីប្រើ ឬ ចែករំលែក PHI របស់អ្នក សម្រាប់គោលបំណងដទៃទៀត ក្រៅពីអ្វីដែលបាន ចែងក្នុងសេចក្ដីជូនដំណឹងនេះ។ យើងត្រូវការការយល់ព្រមពីអ្នកមុនពេលយើង បង្ហាញ PHI របស់អ្នកសម្រាប់គោលបំណងដូចខាងក្រោម៖ (1) ការប្រើប្រាស់ និងការបង្ហាញភាគច្រើននៃកំណត់ត្រាចិត្តវិជ្ជា (2) ការប្រើប្រាស់ និងការបង្ហាញ សម្រាប់គោលបំណងទីផ្សារ និង (3) ការប្រើប្រាស់ និងការបង្ហាញដែលពាក់ព័ន្ធ នឹងការលក់នៃ PHI ។ អ្នកអាចលុបចោលនូវការយល់ព្រមជាលាយលក្ខណ៍ អក្សរដែលអ្នកបានផ្ដល់ឱ្យយើងខ្ញុំរួចហើយនោះបានដែរ។ ការបោះបង់របស់ អ្នកនឹងមិនអាចអនុវត្តបានចំពោះចំណាត់ការនានាដែលបានចាត់ដោយយើងខ្ញុំ ឡើយ ដោយសារតែការយល់ព្រមដែលអ្នកបានផ្តល់ឱ្យយើងខ្ញុំរួចហើយនោះ។

តើអ្វីជាសិទ្ធិព័ត៌មានសុខភាពរបស់អ្នក?

អ្នកមានសិទ្ធិដើម្បី៖

- **ការស្នើសុំឲ្យមានការរឹតត្បិតលើការប្រើប្រាស់ ឬការបង្ហាញ PHI (ការចែករំលែក PHI របស់អ្នក)**
  អ្នកអាចស្នើសុំយើងខ្ញុំមិនឱ្យចែករំលែក PHI របស់លោកអ្នក ដើម្បីអនុវត្ត ប្រតិបត្តិការព្យាបាល ការបង់ប្រាក់ ឬការថែទាំសុខភាព។ អ្នកក៏អាចស្នើសុំ យើងខ្ញុំផងដែរមិនឱ្យចែករំលែក PHI របស់អ្នកជាមួយនឹងគ្រួសារ មិត្ត ឬ អ្នកដទៃដែលអ្នកដាក់ឈ្មោះថាពាក់ព័ន្ធនឹងការថែទាំសុខភាពលោកអ្នក។ ទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយ ច្បាប់មិនបានតម្រូវឱ្យយើងត្រូវតែធ្វើតាមសំណើ ណើរសុំរបស់លោកអ្នកឡើយ។ អ្នកត្រូវដាក់សំណើសំណើជាលាយលក្ខណ៍ អក្ស។ អ្នកអាចប្រើទម្រង់បែបបទរបស់យើងដើម្បី បង្កើតសំណើរបស់អ្នក បាន។

- **ការស្នើសុំសម្រាប់ការទំនាក់ទំនងដោយសម្ងាត់អំពី PHI**
  អ្នកអាចស្នើសុំ Molina ផ្តល់ឱ្យលោកអ្នកនូវ PHI របស់អ្នកតាមវិធី ឬនៅឯកន្លែងជាក់លាក់ណាមួយ ដើម្បីរក្សា PHI របស់លោកអ្នកជាលក្ខណៈឯកជន។ យើងខ្ញុំនឹងធ្វើតាមសំណើដែលសមហេតុផល ប្រសិនបើអ្នកប្រាប់យើងខ្ញុំពីរបៀបដែលការចែករំលែកទាំងអស់ ឬមួយផ្នែកនៃ PHI នោះអាចធ្វើឱ្យអាយុជីវិតរបស់អ្នកមានគ្រោះថ្នាក់។ អ្នកត្រូវដាក់សំណើជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ។ អ្នកអាចប្រើទម្រង់បែបបទរបស់យើងដើម្បី បង្កើតសំណើរបស់អ្នកបាន។

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

- **ការកែតម្រូវ PHI រស់លោកអ្នក**
  អ្នកអាចស្នើសុំឱ្យយើងខ្ញុំកែតម្រូវ (ប្តូរ) PHI របស់អ្នកបាន។ វាពាក់ព័ន្ធនឹងកំណត់ត្រាទាំងឡាយដែលបានរក្សាទុកដោយពួកយើងអំពីអ្នកក្នុងនាមជាសមាជិកតែប៉ុណ្ណោះ។ អ្នកត្រូវដាក់សំណើរសំណើជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ។ អ្នកអាចប្រើទម្រង់បែបបទរបស់យើងដើម្បី បង្កើតសំណើរបស់អ្នកបាន។ អ្នកអាចសរសេរលិខិតប្តឹងមិនយល់ស្របជាមួយយើងខ្ញុំ បើយើងខ្ញុំបដិសេធសំណើសុំរបស់អ្នក។

- **ការទទួលបានបញ្ជីនៃការលាតត្រដាង PHI (ការចែករំលែក PHI លោកអ្នក)**
  លោកអ្នកអាចស្នើឲ្យយើងខ្ញុំផ្តល់ឲ្យលោកអ្នកនូវបញ្ជីភាគីណាមួយដែលយើងខ្ញុំបានចែករំលែក PHI របស់លោកអ្នក ក្នុងអំឡុងពេលប្រាំមួយឆ្នាំ មុនកាលបរិច្ឆេទស្នើសុំរបស់លោកអ្នក។ 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។ អ្នកត្រូវដាក់សំណើជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ។ អ្នកអាចប្រើទម្រង់បែបបទរបស់យើងដើម្បី បង្កើតសំណើរបស់អ្នកបាន។

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

តើអ្នកអាចធ្វើអ្វីខ្លះ ប្រសិនបើសិទ្ធិរបស់អ្នកមិនបានទទួលការការពារទេនោះ? អ្នកអាចដាក់បណ្ដឹងតវ៉ាមកយើងខ្ញុំ និងទៅកាន់ Department of Health and Human Services ប្រសិនបើអ្នកជឿជាក់ថាសិទ្ធិឯកជនភាពអ្នកត្រូវបានរងការរំលោភបំពាន។ យើងនឹងមិនធ្វើអ្វីដែលប្រឆាំងនឹងអ្នកឡើយនៅពេលអ្នកដាក់បណ្ដឹងតវ៉ាឡើយ។ ការថែទាំ និងអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នកនឹងមិនផ្លាស់ប្ដូរដោយវិធីណាមួយឡើយ។

អ្នកអាចប្ដឹងបណ្ដឹងតវ៉ាមកកាន់យើងខ្ញុំតាមរយៈ៖

សូមទូរសព្ទទៅសេវាបម្រើសមាជិកតាមរយៈលេខឥតគិតថ្លៃនៅខាងក្រោយបណ្ណសម្គាល់សមាជិករបស់អ្នកបាន 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្ដាហ៍ 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

អ្នកអាចដាក់បណ្ដឹងតវ៉ាមកកាន់រដ្ឋលេខាធិការនៃ 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 ដូចជាពុម្ពអក្សរធំ អក្សរស្ទាបសម្រាប់មនុស្សពិការភ្នែក ឬជាសំឡេង។ សូមទូរសព្ទទៅលេខ (855) 882-3901, TTY/TDD: 711, 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្ដាហ៍ ចាប់ពីម៉ោង 8 a.m. ដល់ម៉ោង 8 p.m. ម៉ោងក្នុងស្រុក។ ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។

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

ព័ត៌មានសំខាន់របស់ Molina Healthcare

MOLINA® HEALTHCARE

CAACKM26L01317