

នេះគឺជាលិខិតលក្ខណៈអប់រំដែលបានផ្ញើទៅកាន់សមាជិកគម្រោងសុខភាព Kaiser Permanente Medicare ទាំងអស់។ លិខិតនេះមិនលក្ខណៈជាក់លាក់ចំពោះស្ថានភាពថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក ឬការព្យាបាលដែលអ្នកអាចទទួលបាននោះទេ។

ជូនចំពោះសមាជិកជាទីរាប់អាន៖

ព័ត៌មាននេះគឺកំពុងត្រូវបានផ្តល់ជូនដល់គ្រប់សមាជិករបស់គម្រោងសុខភាព Medicare របស់ Kaiser Permanente សម្រាប់គោលបំណងអប់រំ តែលើឱសថព្យាបាលការឈឺចាប់ដែលមានជាតិអាភៀន ប៉ុណ្ណោះ។ ឱសថព្យាបាលការឈឺចាប់ដែលមានជាតិអាភៀនដូចជា អុកស៊ីខូរីដោន (Oxycodone) (Percocet®), ហាយដ្រូខូរីដោន (Hydrocodone) (Norco®), ហ្វេនតេនីល (Fentanyl) និង ម៉ូហ្វីន (Morphine) ជាឱសថខ្លាំង។ ពួកវាមានហានិភ័យខ្ពស់នៃការញៀន និងការប្រើប្រាស់កំណត់ថ្នាំដែលបានអនុញ្ញាត។ ក្នុងនាម ជាអ្នកផ្តល់សេវារបស់គម្រោងសុខភាព យើងចង់ឱ្យអ្នកទទួលបានព័ត៌មានស្តីពីហានិភ័យដែលអាចកើតមានលើការប្រើប្រាស់ជាតិអាភៀន។

តើឱសថព្យាបាលការឈឺចាប់ដោយប្រើជាតិអាភៀនមានអ្វីខ្លះ?

ឱសថមានជាតិអាភៀនអាចត្រូវបានប្រើដើម្បីជួយព្យាបាលការឈឺចាប់ ពីមធ្យមទៅធ្ងន់ធ្ងរ នៅពេលជម្រើសផ្សេងទៀតមិនបានផល។ ពួកវាប្រហែលជាមិនអាចធ្វើឱ្យប្រសើរឡើងនូវការឈឺចាប់របស់អ្នកនោះទេ ហើយបន្តិចម្តងៗ ជាតិអាភៀនក៏អាចផ្លាស់ប្តូរបៀប ដែលខ្លួនរក្សាលរបស់អ្នកដោះស្រាយ ជាមួយនឹងសញ្ញានៃការឈឺចាប់ផងដែរ។ ការនេះអាចនាំទៅការឈឺចាប់ថែមទៀត និង/ឬ រោគសញ្ញាសុខភាពផ្សេងទៀតដូចជា ការផ្លាស់ប្តូរលើអារម្មណ៍ ឬដំណេក និងសមត្ថភាពកាន់តែចុះ ថយក្នុងការបំពេញសកម្មភាពប្រចាំថ្ងៃផ្សេងៗ។ សម្រាប់ហេតុផលទាំងនេះ ការប្រើប្រាស់រយៈពេល វែងនៃជាតិអាភៀន គួរត្រូវបានពិនិត្យតាមដាន ឱ្យបានដិតដល់ដោយគ្រូពេទ្យ។

តើមានផលរំខាន និងហានិភ័យរយៈពេលយូរអ្វីខ្លះនៃការប្រើប្រាស់ជាតិអាភៀន?

- **ការធន់នឹងជាតិថ្នាំ** - បន្តិចម្តងៗ ជាតិអាភៀននឹងលែងសូវមានប្រសិទ្ធភាព ដោយមនុស្សនឹងត្រូវការកម្រិតថ្នាំកាន់តែខ្ពស់ ដើម្បីទទួលបានកម្រិតដូចគ្នានៃការបន្ថយការឈឺចាប់។
- **រោគសញ្ញាលើរាងកាយពេលឈប់ប្រើឱសថប្រភេទនេះ** - រោគសញ្ញាពេលបញ្ចប់ការប្រើប្រាស់ខ្ពស់ថ្នាំប្រភេទនេះ អាចកើតឡើង នៅពេលបញ្ចប់ការប្រើប្រាស់ឱសថនេះភ្លាមៗ ឬបន្ថយកម្រិតឱសថដែលត្រូវប្រើប្រាស់ ក្នុងចំនួនច្រើន។
- **ការញៀន** - អ្នកប្រហែលជាមិនអាចគ្រប់គ្រងការប្រើប្រាស់ជាតិអាភៀនរបស់អ្នកបានទេ។
- **ផលរំខានលើរាងកាយ** - ជាតិអាភៀនអាចបង្កឱ្យការអារម្មណ៍ចងក្អង ការក្អក និងទល់លាមក។
- **ការងងុយគេង** - ជាតិអាភៀនអាចប៉ះពាល់ដល់ការធ្វើការវិនិច្ឆ័យ និងសម្រេចចិត្ត។ ផលរំខានទាំងនេះអាចបង្កឱ្យមានដួល និងគ្រោះថ្នាក់ចរាចរណ៍ ដោយមានរបួសធ្ងន់ធ្ងរ។
- **បញ្ហានៅក្នុងការគិតឱ្យបានច្បាស់លាស់ ថាមពលចុះខ្សោយ និងជំងឺបាក់ទឹកចិត្ត** - ផលរំខានទាំងនេះអាចប៉ះពាល់ដល់សមត្ថភាពរបស់បុគ្គល នៅក្នុងការធ្វើការ និងបំពេញសកម្មភាពប្រចាំថ្ងៃផ្សេងៗ។
- **ការស្ទុះដង្ហើមពេលគេង ឬការដកដង្ហើមមានបញ្ហា ខណៈពេលគេ** - ជាតិអាភៀនអាចបង្កឱ្យមានបញ្ហាដំណេក ដែលអាចបង្កឱ្យមានការអស់កម្លាំងនៅពេលថ្ងៃ បង្កបញ្ហាដល់ការគិត និងនៅក្នុងករណីខ្លះ ពន្លឺត ឬថែមបញ្ចប់ការដកដង្ហើមរបស់អ្នក ប្រសិនបើមានការប្រើប្រាស់មិនត្រឹមត្រូវ។
- **កម្រិតអ័រម៉ូនទាប** - ការប្រើប្រាស់ជាតិអាភៀនរយៈពេលយូរ អាចនាំទៅដល់ចំណង់ផ្លូវភេទទាប ថាមពលខ្សោយ បាក់ទឹកចិត្ត ការជាសះស្បើយយឺតពីការប្តូរសាច់ដុំ និងធ្វើឱ្យឆ្អឹងស្តើង។
- **ការស្លាប់ និងការប្រើប្រាស់កម្រិតដោយចៃដន្យ** - ហានិភ័យទាំងនេះកើនឡើង នៅពេលបុគ្គលម្នាក់ប្រើប្រាស់ជាតិអាភៀនកាន់តែយូរ។

តើខ្ញុំប្រើប្រាស់ឱសថមានជាតិអាភៀនប្រកបដោយសុវត្ថិភាពដោយរបៀបណា?

- **សម្រេចតាមការណែនាំដោយប្រុងប្រយ័ត្ន** ត្រូវធ្វើតាមការណែនាំរបស់គ្រូពេទ្យរបស់អ្នកជានិច្ច និងកុំចែករំលែកឱសថរបស់អ្នកជាមួយនឹងអ្នកដទៃ។

- សូមប្រុងប្រយ័ត្នកុំប្រើឱសថរបស់អ្នកញឹកញាប់ជាងនៅក្នុងវេជ្ជបញ្ជានិយាយទៅកាន់គ្រូពេទ្យ ឬឱសថការីរបស់អ្នក នៅមុនពេលអ្នកប្រើកម្រិតឱសថបន្ថែមណាមួយ។
- នៅឲ្យឆ្ងាយពីអន្តរប្រតិកម្មថ្នាំដ៏គ្រោះថ្នាក់។និយាយទៅកាន់គ្រូពេទ្យ ឬឱសថការីរបស់អ្នកអំពីគ្រប់ ឱសថដែលប្រើ។ការលាយជាតិអាភៀន ជាមួយនឹងណាមួយដូចតទៅនេះ អាចបន្ថែមហានិភ័យ ខ្លាំងនៃការប្រើឱសថហួសកម្រិត៖ជាតិស្រវឹង, ថ្នាំដង្កាយគេង (ដូចជា zolpidem [Ambien®] ឬ zaleplon [Sonata®]), ថ្នាំបំបាត់ជំងឺចប់អារម្មណ៍ (ដូចជា diazepam [Valium®], alprazolam [Xanax®] និង lorazepam [Ativan®]) និង ថ្នាំបន្ថយភាពតានតឹងសាច់ដុំ (ដូចជាថ្នាំ carisoprodol [Soma®], baclofen [Lioresal®] និងថ្នាំផ្សេងទៀត)។
- និយាយទៅកាន់គ្រូពេទ្យរបស់អ្នកស្តីពីឱសថបន្ថយការឈឺចាប់ជំនួសផ្សេងៗប្រសិនបើការឈឺចាប់របស់អ្នកស្ថិតនៅក្រោមការគ្រប់គ្រងបាន សូមសួរគ្រូពេទ្យរបស់អ្នកថា តើ អ្នកគួរតែបន្ថយភាពញឹកញាប់នៃការប្រើប្រាស់ពួកវា ឬផ្លាស់ប្តូរទៅកាន់ជម្រើសឱសថបន្ថយការឈឺចាប់ផ្សេងទៀតឬយ៉ាងណា។
- Naloxone: សួរគ្រូពេទ្យ ឬឱសថការីរបស់អ្នកស្តីពីឈ្មោះឱសថប្រកបដោយសុវត្ថិភាព៖ Naloxone ជាតិអាភៀនពេលខ្លះអាចពន្លឺត ឬថែមទាំងបញ្ឈប់ការដកដង្ហើមរបស់អ្នកបាន។Naloxone គឺជាឱសថមួយប្រភេទដែលអាចបញ្ឈប់ផលប៉ះពាល់នៃជាតិអាភៀន នៅក្នុងរាងកាយរបស់អ្នកបាន។Naloxone មានសុវត្ថិភាព និងអាចជួយសង្គ្រោះជីវិតរបស់អ្នកបាន។និយាយទៅកាន់គ្រូពេទ្យ ឬឱសថការីរបស់អ្នក ដើម្បីពិនិត្យមើលថា តើ វាគួរតែត្រូវបានចេញវេជ្ជបញ្ជាជូនដល់អ្នកឬយ៉ាងណា។ការមានថ្នាំ naloxone ទុកប្រើត្រូវបានណែនាំសម្រាប់គ្រប់អ្នកជំងឺ ដែលប្រើប្រាស់ឱសថមានជាតិអាភៀនជាប្រចាំ។
- ការរក្សាទុកជាតិអាភៀនប្រកបដោយសុវត្ថិភាព។រក្សាឱសថដែលមានជាតិអាភៀនរបស់អ្នកនៅក្នុងកញ្ចប់ដើមរបស់ពួកវា និងនៅជាមួយនឹងស្លាកសម្គាល់ដើមទាំងនេះ។រក្សាទុកពួកវានៅក្នុងកន្លែងដែលក្មេងមិនអាចឈោងដល់ និងមិនអាចត្រូវបានចូលទៅប្រើបានងាយស្រួលដោយអ្នកដទៃ (ឧ. ទូដាក់ថ្នាំដែលចាក់សោ)។
- សូមធ្វើតាមនីតិវិធីបោះចោលប្រកបដោយសុវត្ថិភាព។សម្រាប់ហេតុផលសុវត្ថិភាព ឱសថដែលមិនបានប្រើត្រូវបានបោះចោលក្លាមៗ ដោយការដាក់ឱសថទាំងនោះចូលទៅក្នុងតូបសម្រាប់ប្រមូលឱសថមិនប្រើមួយ ដែលមាននៅតាមឱសថស្ថានរបស់ Kaiser Permanente ជាច្រើន ដោយប្រើប្រាស់ស្រោមសំបុត្រសម្រាប់ធ្វើចេញដែលត្រូវបានយល់ព្រម ឬនៅព្រឹត្តិការណ៍ "ទិវាប្រមូលឱសថមករិញ"។ស្រោមឱសថសម្រាប់ធ្វើចេញអាចរកបានសម្រាប់សមាជិក នៅតាមឱសថស្ថាន Kaiser Permanente ដែលបានជ្រើសរើស។

តើជម្រើសគ្រប់គ្រងការឈឺចាប់ជំនួសអ្វីខ្លះដែលខ្ញុំគួរពិចារណា?

និយាយទៅកាន់គ្រូពេទ្យរបស់អ្នកស្តីពីរបៀបគ្រប់គ្រងការឈឺចាប់របស់អ្នក ដែលមិនពាក់ព័ន្ធនឹងការប្រើជាតិអាភៀន និងអ្វីដែលស្ថិតិសមសម្រាប់អ្នកជាងគេ។ជម្រើសខ្លះទាំងនេះអាចបានផលល្អជាង និងមានហានិភ័យ និងផលរំខានតិចជាង។ដោយផ្អែកលើប្រភេទនៃការឈឺចាប់ ដែលអ្នកកំពុងទទួលរងជម្រើសផ្សេងៗអាចរួមមាន៖

- ឱសថមិនត្រូវការវេជ្ជបញ្ជាដូចជា ibuprofen (Motrin®), acetaminophen (Tylenol®), naproxen (Aleve®) ឬឱសថសម្រាប់លាបរាងកាយដូចជា capsaicin, diclofenac gel (Voltaren®) ឬ trolamine salicylate (Aspercreme®)។
- Prescription-strength anti-inflammatory ឱសថខ្លាំងប្រឆាំងការលាកតាមវេជ្ជបញ្ជាដូចជា meloxicam (Mobic®), diclofenac (Voltaren®) និង etodolac (Lodine®)។ការប្រើប្រាស់យូរអង្វែងមិនត្រូវបានណែនាំសម្រាប់មនុស្សចាស់នោះទេ ដោយសារតែហានិភ័យនៃផលរំខាន។
- ឱសថគ្មានជាតិអាភៀនតាមវេជ្ជបញ្ជាខ្លះ ដែលសម្រាប់លើសវែសប្រសាទបង្កើតការឈឺចាប់ដូចជា gabapentin (Neurontin®) និង pregabalin (Lyrica®)។
- សេវាព្យាបាលជំងឺដោយការចាប់សរសៃ និងសន្លាក់ និងការព្យាបាលផ្សេងទៀត សំពត់ថ្នាំក្តៅ ឬក្រដាក់សម្រាប់សង្កត់ស្បែក លំហាត់ប្រាណ ការចាក់ម្ជុលវិទ្យាសាស្ត្រ និងការព្យាបាល គីរិយាបថយល់ដឹង។

គ្រូពេទ្យរបស់អ្នកអាចណែនាំជម្រើសព្យាបាល ដែលគម្រោងរបស់អ្នកមិនមានធានារ៉ាប់រង។ប្រសិនបើបញ្ហានេះកើតឡើង សូមទាក់ទងផ្នែកសេវាសមាជិកតាមលេខទូរស័ព្ទ ដែលស្ថិតនៅខាងក្រោយប័ណ្ណសម្គាល់អត្តសញ្ញាណរបស់អ្នក ឬចូលទៅមើលគេហទំព័រមជ្ឈមណ្ឌលសម្រាប់សេវាកម្ម Medicare & Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) ដែលរៀបរាប់ពីការធានារ៉ាប់រង នៅក្រោម Medicare ផ្នែក A និង B ដើម្បីស្វែងយល់ពីជម្រើសរបស់អ្នក (<https://www.medicare.gov/coverage/pain-management>)។

តើមានសេវាព្យាបាលជាតិអាកៀនអ្វីខ្លះ?

Medicare នៅក្រោម ផ្នែក B (ការធានារ៉ាប់រងវេជ្ជសាស្ត្រ) ធានារ៉ាប់រងលើកម្មវិធីព្យាបាលជាតិអាកៀន (OTP) សម្រាប់ការព្យាបាលជំងឺប្រើប្រាស់ជាតិអាកៀន (OUD)។ សម្រាប់ព័ត៌មានស្តីពី អត្ថប្រយោជន៍របស់គម្រោង របស់អ្នកដែលទាក់ទងនឹងការព្យាបាលការប្រើប្រាស់សារធាតុញៀនមិនត្រឹមត្រូវ ដែលរួមមានការព្យាបាលដោយមានជំនួយពីថ្នាំ សុខភាពផ្លូវចិត្ត និងសេវាកម្មពិគ្រោះយោបល់ សូមមើល **កត្តាតាំងនៃការធានារ៉ាប់រង** របស់អ្នក ឬហៅទូរសព្ទទៅកាន់ផ្នែកសេវាសមាជិក តាមលេខទូរសព្ទ ដែលនៅផ្នែកខាងក្រោយនៃប័ណ្ណសម្គាល់អត្តសញ្ញាណរបស់អ្នក។

យើងនៅទីនេះសម្រាប់អ្នក

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរណាមួយទាក់ទងនឹងព័ត៌មាន ដែលបានផ្តល់ជូននៅក្នុងសន្លឹកព័ត៌មាន បន្ថែមនេះ ឬអ្នកចង់ស្វែងយល់បន្ថែមអំពីរបៀប គ្រប់គ្រងការឈឺចាប់ សូមហៅទូរសព្ទទៅកាន់ផ្នែកសេវាសមាជិក តាមលេខទូរសព្ទដែលស្ថិតនៅខាងក្រោយនៃប័ណ្ណសម្គាល់អត្តសញ្ញាណរបស់អ្នក។

ដោយការគោរពរាប់អានយ៉ាងស្មោះស្ម័គ្រពី
Kaiser Permanente

គម្រោង Senior Advantage Medicare Medi-Cal South P1 (HMO D-SNP) ផ្តល់ជូនដោយ
Kaiser Foundation Health Plan, Inc., តំបន់កាលីហ្វ័រញ៉ាខាងត្បូង

ការជូនដំណឹងប្រចាំឆ្នាំសម្រាប់ការផ្លាស់ប្តូរ សម្រាប់ឆ្នាំ 2024

សេចក្តីផ្តើម

បច្ចុប្បន្ន អ្នកបានចុះឈ្មោះជាសមាជិកនៃគម្រោងរបស់យើង។ នៅឆ្នាំក្រោយនឹងមានការផ្លាស់ប្តូរ មួយចំនួនចំពោះ អត្ថប្រយោជន៍ ការធានារ៉ាប់រង ច្បាប់ និងការចំណាយរបស់យើង។ ការជូនដំណឹង ប្រចាំឆ្នាំអំពីការផ្លាស់ប្តូរប្រាប់អ្នកអំពីការផ្លាស់ប្តូរ និងកន្លែងដែលត្រូវស្វែងរកព័ត៌មានបន្ថែមអំពីពួកគេ។ ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែមអំពីការចំណាយ អត្ថប្រយោជន៍ ឬវិធាននានា សូមពិនិត្យមើល *សៀវភៅណែនាំសមាជិក* ដែល ស្ថិតនៅលើគេហទំព័ររបស់យើងនៅ kp.org/eocscal។ ពាក្យគន្លឹះ និងនិយមន័យរបស់ពួកវាមានលេចឡើងនៅតាមលំដាប់អក្ខរក្រមនៅជំពូកចុងក្រោយនៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក* របស់អ្នក។

ធនធានបន្ថែម

- ឯកសារនេះត្រូវបានផ្តល់ជូនដោយឥតគិតថ្លៃជាភាសាអារ៉ាប់ អាមេនី ខ្មែរ ចិន ហ្វីលីពីន កូរ៉េ រុស្ស៊ី អេស្ប៉ាញ តាហ្គាឡុក ឬវៀតណាម។
- អ្នកអាចទទួលបាន *សេចក្តីជូនដំណឹងប្រចាំឆ្នាំអំពីការផ្លាស់ប្តូរ*នេះ ដោយឥតគិតថ្លៃ ក្នុងទម្រង់ផ្សេងទៀត ដូចជាការបោះពុម្ព អក្សរស្នាប ឬសម្លេង។ ហៅទូរសព្ទទៅ **1-800-443-0815 (TTY 711)** ម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ 8 យប់ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទគឺឥតគិតថ្លៃ។
- ហៅទូរសព្ទទៅ **1-800-443-0815 (TTY 711)** ម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ 8 យប់ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ ដើម្បីស្នើសុំដូចខាងក្រោម៖
 - ភាសាដែលចង់បានក្រៅពីភាសាអង់គ្លេស និង/ឬទម្រង់ជំនួស
 - ការស្នើសុំជាអចិន្ត្រៃយ៍សម្រាប់សំបុត្រនិងទំនាក់ទំនងនាពេលអនាគត **និង**
 - ការផ្លាស់ប្តូរសំណើជាអចិន្ត្រៃយ៍សម្រាប់ភាសា និង/ឬទម្រង់ដែលពេញចិត្ត។
- We have free interpreter services to answer any questions that you may have about our health or drug plan. To get an interpreter just call us at **1-800-464-4000 (TTY 711)**, 24 hours a day, 7 days a week. Someone that speaks *English* can help you. This is a free service.

- تتوفر لدينا خدمات ترجمة مجانية للإجابة على أي أسئلة قد تكون لديك بشأن خطتنا الصحية أو الدوائية. للحصول على مترجم ما عليك سوى الاتصال بنا على الرقم **1-800-464-4000** (الهاتف النصي (TTY) 711)، على مدار الساعة طوال أيام الأسبوع. يستطيع شخص يتحدث *Arabic* مساعدتك. هذه خدمة مجانية.



ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមហៅទូរសព្ទទៅសេវាសមាជិក Kaiser Permanente តាមរយៈលេខ **1-800-443-0815 (TTY 711)** 8 ព្រឹក ដល់ 8 យប់, 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទគឺឥតគិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម, សូមចូលទៅកាន់ kp.org/medicare។

- Peb muaj cov kev pab txhais lus pub dawb los teb cov lus nug uas tej zaum koj yuav muaj ntsig txog peb qhov phiaj xwm kho mob los sis tshuaj. Yog xav tau tus neeg pab txhais lus tsuas yog hu rau peb ntawm tus xov tooj **1-800-464-4000 (TTY 711)**, hu tau 24 xuaj moos hauv ib hnuv, 7 hnuv hauv ib lub lim tiam. Ib tus neeg uas hais *Hmong* yuav pab tau koj. Qhov no yog ib qho kev pab dawb xwb.
- Abbiamo un servizio di interpretariato gratuito per rispondere ad ogni eventuale domanda riguardante il nostro piano sanitario o farmaceutico. Per avere un interprete chiamare il **1-800-464-4000 (TTY 711)**, 24 ore su 24, 7 giorni su 7. Quacuno che parla *Italian* potrà aiutarvi. È un servizio gratuito.
- Wir bieten kostenlose Dolmetscherdienste, mit denen wir alle Fragen beantworten können, die bei Ihnen möglicherweise bezüglich unserer Gesundheits- oder Arzneimittelpläne aufkommen. Um die Dienste eines Dolmetschers in Anspruch zu nehmen, rufen Sie uns einfach unter **1-800-464-4000 (TTY 711)** an. Jemand, der *German* spricht, steht rund um die Uhr zur Verfügung, um Ihnen zu helfen. Dieser Dienst ist kostenlos.
- 当社では、健康プランや薬のプランに関するご質問にお答えする無料の通訳サービスをご用意しております。通訳をご依頼頂くには、**1-800-464-4000 (TTY 711)** までお電話ください。24 時間年中無休で対応いたします。*Japanese* を話す担当者がお手伝いいたします。これは無料のサービスです。
- 저희는 건강 또는 약품 플랜에 관한 어떠한 질문에도 답변해 드리는 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역사를 구하려면 **1-800-464-4000(TTY 711)** 번으로 주 7일, 하루 24 시간 언제든지 전화해 주십시오. *Korean* 를 구사하는 사람이 여러분을 도와드릴 수 있습니다. 서비스는 무료로 제공됩니다.
- ພວກເຮົາມີການບໍລິການນາຍແປພາສາຟຣີ ເພື່ອຕອບຄໍາຖາມທີ່ທ່ານອາດຈະມີກ່ຽວກັບແຜນການສຸຂະພາບ ຫຼື ຢາຂອງພວກເຮົາ. ເພື່ອຮັບນາຍແປພາສາ ພຽງແຕ່ໂທຫາພວກເຮົາທີ່ເບີ **1-800-464-4000 (TTY 711)**, 24 ຊົ່ວໂມງຕໍ່ມື້, 7 ມື້ຕໍ່ອາທິດ. ບາງຄົນທີ່ເວົ້າ *Laotian* ສາມາດຊ່ວຍທ່ານໄດ້. ນີ້ແມ່ນການບໍລິການຟຣີ.
- Yie mbuo mbenc maaih faan waac mienh wang-henh tengx nzie dau waac bun muangx dongh meih maaih waac qiex zuqc naaic gorngv taux yie mbuo goux heng-wangc a'fai ndie-daan wuov. Liouh lorx faan waac mienh, korh waac lorx taux yie mbuo yiem njiec naaiv **1-800-464-4000 (TTY 711)**, yietc hnoi koi benx 24 norm ziangh hoc, yietc norm liv baaiz bouc dauh koi longc 7 hnoi. Maaih mienh haih gornv mienh waac tengx faan waac bun meih oc. Naaiv se wangv henh tengx faan waac bun muangx hnavg.



- Oferujemy bezpłatne usługi tłumacza ustnego, który odpowie na wszelkie pytania dotyczące naszego planu zdrowotnego lub farmaceutycznego. Aby skorzystać z usług tłumacza, wystarczy zadzwonić do nas pod numer **1-800-464-4000** (TTY 711), 24 godziny na dobę, 7 dni w tygodniu. Pomoże Ci osoba mówiąca w języku: *Polish*. Usługa jest bezpłatna.
- Oferecemos serviços gratuitos de interpretação para responder suas dúvidas sobre nosso plano de saúde ou de medicamentos. Para ter acesso ao serviço, ligue para **1-800-464-4000** (TTY 711). O serviço está disponível todos os dias da semana, 24 horas por dia. Alguém que fala *Portuguese brazil* pode ajudar você. Esse serviço é gratuito.
- ਸਾਡੀ ਸਿਹਤ ਜਾਂ ਡਰੱਗ ਪਲਾਨ ਬਾਰੇ ਤੁਹਾਡੇ ਕਿਸੇ ਵੀ ਸਵਾਲਾਂ ਦਾ ਜਵਾਬ ਦੇਣ ਲਈ ਸਾਡੇ ਕੋਲ ਮੁਫਤ ਦੁਬਾਸ਼ੀਆ ਸੇਵਾਵਾਂ ਹਨ। ਦੁਬਾਸ਼ੀਏ ਨੂੰ ਪੁੱਛ ਕਰਨ ਲਈ ਬੱਸ ਸਾਨੂੰ **1-800-464-4000** (TTY 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ, ਦਿਨ ਦੇ 24 ਘੰਟੇ, ਹਫ਼ਤੇ ਦੇ 7 ਦਿਨ। ਕੋਈ ਵਿਅਕਤੀ ਜੋ *Punjabi* ਬੋਲਦਾ ਹੈ, ਤੁਹਾਡੀ ਮਦਦ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਇੱਕ ਮੁਫਤ ਸੇਵਾ ਹੈ।
- У нас имеется бесплатный сервис устного перевода, чтобы отвечать на любые вопросы, которые могут возникнуть у вас о медицинском или лекарственном плане. Чтобы получить переводчика, просто позвоните нам по телефону **1-800-464-4000** (TTY 711), который доступен 24 часа в сутки 7 дней в неделю. Переводчик, который говорит на *Russian*, сможет помочь вам. Этот сервис бесплатный.
- Contamos con servicios de interpretación gratuitos para responder a las preguntas que tenga sobre nuestro plan de salud o de medicamentos. Para obtener un servicio de intérprete, simplemente llámenos al **1-800-464-4000** (TTY 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Alguien que hable *Spanish US* puede ayudarle. El servicio es gratuito.
- Mayroon kaming mga libreng serbisyo ng interpreter para masagot ang anumang tanong na posibleng mayroon kayo tungkol sa aming plano sa kalusugan o gamot. Para makakuha ng interpreter, tawagan lang kami sa **1-800-464-4000** (TTY 711), 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo. Matutulungan kayo ng isang taong nagsasalita ng *Tagalog*. Isa itong libreng serbisyo.
- เรามีบริการล่ามแปลภาษาเพื่อตอบคำถามที่คุณสงสัยเกี่ยวกับแผนสุขภาพหรือยาของเรา หากต้องการใช้บริการล่าม โปรดโทรหาเราที่ **1-800-464-4000** (TTY 711) ได้ตลอด 24 ชั่วโมงทุกวัน เจ้าหน้าที่ที่สามารถพูด *Thai* พร้อมช่วยเหลือคุณ โดยไม่มีค่าใช้จ่ายเพิ่มเติม



- Для того, щоб відповісти на будь-які ваші запитання щодо нашого плану охорони здоров'я чи ліків, у нас є перекладач, який надає безкоштовні послуги. Щоб скористатися послугами перекладача, просто зателефонуйте нам за номером **1-800-464-4000 (TTY 711)** (цілодобово, 7 днів на тиждень). Хтось, хто володіє *Ukrainian*, може вам допомогти. Це безкоштовна послуга.
- Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời bất kỳ câu hỏi nào của quý vị về chương trình bảo hiểm sức khỏe hoặc thuốc của chúng tôi. Để được thông dịch viên trợ giúp, quý vị chỉ cần gọi cho chúng tôi theo số **1-800-464-4000 (TTY 711)**, 24 giờ một ngày, 7 ngày trong tuần. Ai đó nói tiếng *Vietnamese* có thể giúp quý vị. Đây là một dịch vụ miễn phí.

Language Assistance Services

English: Language assistance is available at no cost to you, 24 hours a day, 7 days a week. You can request interpreter services, materials translated into your language, or in alternative formats. You can also request auxiliary aids and devices at our facilities. Just call us at **1-800-464-4000**, 24 hours a day, 7 days a week (closed holidays). TTY users call **711**.

Arabic: خدمات الترجمة الفورية متوفرة لك مجاناً على مدار الساعة كافة أيام الأسبوع. بإمكانك طلب خدمة الترجمة الفورية أو ترجمة وثائق للغةك أو لصيغ أخرى. يمكنك أيضاً طلب مساعدات إضافية وأجهزة في مرافقنا. ما عليك سوى الاتصال بنا على الرقم **1-800-464-4000** على مدار الساعة كافة أيام الأسبوع (مغلق أيام العطلات). لمستخدمي خدمة الهاتف النصي يرجى الاتصال على الرقم (711).

Armenian: Զեզ կարող է անվճար օգնություն տրամադրվել լեզվի հարցում՝ օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր: Դուք կարող եք պահանջել բանավոր թարգմանչի ծառայություններ, Ձեր լեզվով թարգմանված կամ այլընտրանքային ձևաչափով պատրաստված նյութեր: Դուք նաև կարող եք խնդրել օժանդակ օգնություններ և սարքեր մեր հաստատություններում: Պարզապես զանգահարեք մեզ **1-800-464-4000** հեռախոսահամարով՝ օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր (տոն օրերին փակ է): TTY-ից օգտվողները պետք է զանգահարեն **711**:

Chinese: 您每週 7 天，每天 24 小時均可獲得免費語言協助。您可以申請口譯服務、要求將資料翻譯成您所用語言或轉換為其他格式。您還可以在我們的場所內申請使用輔助工具和設備。我們每週 7 天，每天 24 小時均歡迎您打電話 **1-800-757-7585** 前來聯絡（節假日休息）。聽障及語障專線 (TTY) 使用者請撥 **711**。

Farsi: خدمات زبانی در 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته بدون اخذ هزینه در اختیار شما است. شما می توانید برای خدمات مترجم شفاهی، ترجمه مدارک به زبان شما و یا به صورت های دیگر درخواست کنید. شما همچنین می توانید کمک های جانبی و وسایل .کمکی برای محل اقامت خود درخواست کنید کفایت در 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته (به استثنای روز های تعطیل) با ما به شماره **1-800-464-4000** تماس بگیرید. کاربران ناشنوا (TTY) با شماره **711** تماس بگیرند.

Hindi: बिना किसी लागत के दुभाषिया सेवाएँ, दिन के 24 घंटे, सप्ताह के सातों दिन उपलब्ध हैं। आप एक दुभाषिये की सेवाओं के लिए, बिना किसी लागत के सामग्रियों को अपनी भाषा में अनुवाद करवाने के लिए, या वैकल्पिक प्रारूपों के लिए अनुरोध कर सकते हैं। आप हमारे सुविधा-स्थलों में सहायक साधनों और उपकरणों के लिए भी अनुरोध कर सकते हैं। बस केवल हमें **1-800-464-4000** पर, दिन के 24 घंटे, सप्ताह के सातों दिन (छुट्टियों वाले दिन बंद रहता है) कॉल करें। TTY उपयोगकर्ता **711** पर कॉल करें।

Hmong: Muaj kev pab txhais lus pub dawb rau koj, 24 teev ib hnuv twg, 7 hnuv ib lim tiam twg. Koj thov tau cov kev pab txhais lus, muab cov ntau ntawv txhais ua koj hom lus, los yog ua lwm hom. Koj kuj thov tau lwm yam kev pab thiab khoom siv hauv peb tej tsev hauj lwm. Tsuas hu rau **1-800-464-4000**, 24 teev ib hnuv twg, 7 hnuv ib lim tiam twg (cov hnuv caiv kaw). Cov neeg siv TTY hu **711**.

Japanese: 当院では、言語支援を無料で、年中無休、終日ご利用いただけます。通訳サービス、日本語に翻訳された資料、あるいは資料を別の書式でも依頼できます。補助サービスや当施設の機器についてもご相談いただけます。お気軽に **1-800-464-4000** までお電話ください（祭日を除き年中無休）。TTY ユーザーは **711** にお電話ください。



Khmer: ជំនួយភាសា គឺឥតគិតថ្លៃថ្លៃដល់អ្នកឡើយ
24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។
អ្នកអាចស្នើសុំសេវាអ្នកបកប្រែឯកសារដែលបានបក
ប្រែទៅជាភាសាខ្មែរ ឬជាទំរង់ជំនួសផ្សេងៗទៀត។
អ្នកក៏អាចស្នើសុំឧបករណ៍និងបរិក្ខារជំនួយទំនាក់ទំនង
សម្រាប់អ្នកពិការនៅទីតាំងរបស់យើងផងដែរ។
គ្រាន់តែទូរស័ព្ទមកយើង តាមលេខ **1-800-464-4000**
បាន 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍
(បិទថ្ងៃបុណ្យ)។ អ្នកប្រើ TTY ហៅលេខ 711។

Korean: 요일 및 시간에 관계없이 언어지원
서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 귀하는
통역 서비스, 귀하의 언어로 번역된 자료 또는 대체
형식의 자료를 요청할 수 있습니다. 또한 저희
시설에서 보조기구 및 기기를 요청하실 수
있습니다. 요일 및 시간에 관계없이
1-800-464-4000 번으로 전화하십시오 (공휴일 휴무).
TTY 사용자번호 **711**.

Laotian: ການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາມີໃຫ້ໄດ້ຍប់ເຮັງຄ່າ
ແກ່ທ່ານ, ຕະຫຼອດ 24 ຊົ່ວໂມງ, 7 ວັນຕໍ່ອາທິດ. ທ່ານ
ສາມາດຮ້ອງຂໍຮັບບໍລິການນາຍພາສາ, ໃຫ້ແປເອກະ
ສານເປັນພາສາຂອງທ່ານ, ຫຼື ໃບຮູບແບບອື່ນ.
ທ່ານສາມາດຂໍຊຸບະກອນຊ່ວຍເສີມ ແລະ ຊຸບະກອນ
ຕ່າງໆໃນສະຖານບໍລິການຂອງພວກເຮົາໄດ້. ພຽງແຕ່ໂທ
ຫາພວກເຮົາທີ່ **1-800-464-4000**, ຕະຫຼອດ 24 ຊົ່ວໂມງ, 7
ວັນຕໍ່ອາທິດ (ປິດວັນພັກຕ່າງໆ). ຜູ້ໃຊ້ສາຍ TTY ໂທ
711.

Mien: Mbenc nzoih liouh wang-henh tengx nzie faan
waac bun muangx maiv zuqc cuotv zinh nyaanh meih,
yietc hnoi mbenc maaih 24 norm ziangh hoc, yietc
norm liv baaiz mbenc maaih 7 hnoi. Meih se haih tov
heuc tengx lorx faan waac mienh tengx faan waac bun
muangx, dorh nyungc horngh jaa-sic mingh faan benx
meih nyei waac, a'fai liouh ginv longc benx haaix hoc
sou-guv daan yaac duqv. Meih corc haih tov longc
benx wuotc ginc jaa-dorngh tengx aengx caux jaa-sic
nzie bun yiem njiec zorc goux baengc zingh gorn
zangc. Kungx douc waac mingh lorx taux yie mbuo
yiem njiec naaiv **1-800-464-4000**, yietc hnoi mbenc
maaih 24 norm ziangh hoc, yietc norm liv baaiz mbenc
maaih 7 hnoi. (hnoi-gec se guon gorn zangc oc).
TTY nyei mienh nor douc waac lorx **711**.

Navajo: Doo bik'é asiníłáágóó saad bee ata' hane' bee
áká e'elyeed nich'í'í' áą'át'é, t'áá áłahjí' jiiigo dóó
t'ée'go áádóó tsosts'íjí áą'át'é. Ata' hane' yidíikił,
naaltsoos t'áá Diné bizaad bee bik'i' ashchíigo, éi
doodago hane' bee didííts'ííłgíí yidíikił. Hane' bee
bik'i' di'díítííłgíí dóó bee hane' didííts'ííłgíí
bína'ídíłkígo yidíikił. Kojí hodiilnih **1-800-464-4000**,
t'áá áłahjí', jiiigo dóó t'ée'go áádóó tsosts'íjí áą'át'é.
(Dahodíłzingóne' doo nida'anish dago éi da'deelkaal).
TTY chodayoo'íniłgíí kojí dahalne' **711**.

Punjabi: ਬਿਨਾਂ ਕਿਸੀ ਲਾਗਤ ਦੇ, ਦਿਨ ਦੇ 24 ਘੰਟੇ, ਹਫ਼ਤੇ ਦੇ
7 ਦਿਨ, ਦੁਭਾਸ਼ੀਆ ਸੇਵਾਵਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। ਤੁਸੀਂ ਇੱਕ
ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ ਦੀ ਮਦਦ ਲਈ, ਸਮੱਗਰੀਆਂ ਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ
ਅਨੁਵਾਦ ਕਰਵਾਉਣ ਲਈ, ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਵੱਖ ਫਾਰਮੈਟ ਵਿੱਚ ਪ੍ਰਾਪਤ
ਕਰਨ ਲਈ ਬੇਨਤੀ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਤੁਸੀਂ ਸਾਡੀਆਂ ਸੁਵਿਧਾਵਾਂ ਵਿੱਚ
ਵੀ ਸਹਾਇਕ ਸਾਧਨਾਂ ਅਤੇ ਉਪਕਰਣਾਂ ਲਈ ਬੇਨਤੀ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਾਂ।
ਬਸ ਸਿਰਫ਼ ਸਾਨੂੰ **1-800-464-4000** ਤੇ, ਦਿਨ ਦੇ 24 ਘੰਟੇ, ਹਫ਼ਤੇ
ਦੇ 7 ਦਿਨ (ਛੁੱਟੀਆਂ ਵਾਲੇ ਦਿਨ ਬੰਦ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ) ਫ਼ੋਨ ਕਰੋ। TTY
ਦਾ ਉਪਯੋਗ ਕਰਨ ਵਾਲੇ **711** 'ਤੇ ਫ਼ੋਨ ਕਰਨ।

Russian: Мы бесплатно обеспечиваем Вас услугами
перевода 24 часа в сутки, 7 дней в неделю. Вы можете
воспользоваться помощью устного переводчика,
запросить перевод материалов на свой язык или
запросить их в одном из альтернативных форматов.
Мы также можем помочь вам с вспомогательными
средствами и альтернативными форматами. Просто
позвоните нам по телефону **1-800-464-4000**, который
доступен 24 часа в сутки, 7 дней в неделю (кроме
праздничных дней). Пользователи линии TTY могут
звонить по номеру **711**.

Spanish: Tenemos disponible asistencia en su idioma
sin ningún costo para usted 24 horas al día, 7 días a la
semana. Puede solicitar los servicios de un intérprete,
que los materiales se traduzcan a su idioma o en
formatos alternativos. También puede solicitar recursos
para discapacidades en nuestros centros de atención.
Solo llame al **1-800-788-0616**, 24 horas al día, 7 días a
la semana (excepto los días festivos). Los usuarios de
TTY, deben llamar al **711**.

Tagalog: May magagamit na tulong sa wika nang wala
kang babayaran, 24 na oras bawat araw, 7 araw bawat
linggo. Maaari kang humingi ng mga serbisyo ng
tagasalin sa wika, mga babasahin na isinalin sa iyong
wika o sa mga alternatibong format. Maaari ka ring
humiling ng mga karagdagang tulong at device sa
aming mga pasilidad. Tawagan lamang kami sa
1-800-464-4000, 24 na oras bawat araw, 7 araw bawat
linggo (sarado sa mga pista opisyal). Ang mga
gumagamit ng TTY ay maaaring tumawag sa **711**.



Thai: មិបរិការធានាសេវាភាសាអង់គ្លេស 24 ម៉ោង
7 ថ្ងៃទប់ស្កាត់ អ្នកអាច ខ្ចីប្រើប្រាស់
ប្រតិបត្តិការជាភាសាអង់គ្លេស ឬ ប្រើប្រាស់
អ្នកអាចប្រើប្រាស់ប្រព័ន្ធគ្រប់គ្រង និងប្រើប្រាស់
ផ្តល់ការជួយសេវា ដោយសេរី តាមលេខ **1-800-464-4000**
24 ម៉ោង 7 ថ្ងៃទប់ស្កាត់ (មិនរាប់បញ្ចូលថ្ងៃឈប់រាយ)
ប្រើប្រាស់ TTY លេខ **711**

Ukrainian: Послуги перекладача надаються
безкоштовно, цілодобово, 7 днів на тиждень. Ви
можете зробити запит на послуги усного
перекладача, отримання матеріалів у перекладі
мовою, якою володієте, або в альтернативних
форматах. Також ви можете зробити запит на
отримання допоміжних засобів і пристроїв у
закладах нашої мережі компаній. Просто
зателефонуйте нам за номером **1-800-464-4000**.
Ми працюємо цілодобово, 7 днів на тиждень
(крім святкових днів). Номер для користувачів
телетайпа: **711**.

Vietnamese: Dịch vụ thông dịch được cung cấp miễn
phí cho quý vị 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày trong tuần. Quý
vị có thể yêu cầu dịch vụ thông dịch, tài liệu phiên dịch
ra ngôn ngữ của quý vị hoặc tài liệu bằng nhiều hình
thức khác. Quý vị cũng có thể yêu cầu các phương tiện
trợ giúp và thiết bị hỗ trợ tại các cơ sở của chúng tôi.
Quý vị chỉ cần gọi cho chúng tôi tại số **1-800-464-4000**,
24 giờ mỗi ngày, 7 ngày trong tuần (trừ các ngày lễ).
Người dùng TTY xin gọi **711**.

តារាងមាតិកា

A. សេចក្តីប្រកាសមិនទទួលខុសត្រូវ..... 10

B. ពិនិត្យមើលការធានារ៉ាប់រង Medicare និង Medi-Cal របស់អ្នកសម្រាប់ឆ្នាំ ក្រោយ..... 10

 B1. ព័ត៌មានអំពីគម្រោងរបស់យើង 11

 B2. រឿងសំខាន់ដែលត្រូវធ្វើ 11

C. ការផ្លាស់ប្តូរឈ្មោះគម្រោងរបស់យើង..... 13

D. ការផ្លាស់ប្តូរចំពោះបណ្តាញអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថានរបស់យើង..... 13

E. ការផ្លាស់ប្តូរអត្ថប្រយោជន៍ និងការចំណាយ សម្រាប់ឆ្នាំក្រោយ 13

 E1. ការផ្លាស់ប្តូរអត្ថប្រយោជន៍ និងការចំណាយសម្រាប់សេវាវេជ្ជសាស្ត្រ 13

 E2. ការផ្លាស់ប្តូរចំពោះការធានារ៉ាប់រងឱសថតាម វេជ្ជបញ្ជា 16

 E3. ដំណាក់កាលទី 1: “ដំណាក់កាលធានារ៉ាប់រងដំបូង” 17

 E4. ដំណាក់កាលទី 2: “ដំណាក់កាលរ៉ាប់រងពេលមានគ្រោះមហន្តរាយ” 18

F. ការផ្លាស់ប្តូររដ្ឋបាល..... 19

G. ការជ្រើសរើសគម្រោង 19

 G1. ស្ថិតនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើង 19

 G2. ការផ្លាស់ប្តូរគម្រោង 19

H. ទទួលជំនួយ 24

 H1. គម្រោងរបស់យើង..... 24

 H2. កម្មវិធីប្រឹក្សា និងតស៊ូមតិអំពីការធានារ៉ាប់រងសុខភាព (HICAP)..... 24

 H3. កម្មវិធី Ombuds..... 25

 H4. Medicare..... 25

 H5. នាយកដ្ឋានថែទាំសុខភាពដែលគ្រប់គ្រងដោយរដ្ឋ California..... 26



A. សេចក្តីប្រកាសមិនទទួលខុសត្រូវ

- ❖ គម្រោង Kaiser Permanente គឺជាគម្រោង HMO D-SNP ដែលមានកិច្ចសន្យា Medicare និងកិច្ចសន្យាជាមួយកម្មវិធី Medi-Cal។ ការចុះឈ្មោះក្នុង Kaiser Permanente ពឹងផ្អែកលើការបន្តនៃកិច្ចសន្យា។

B. ពិនិត្យមើលការធានារ៉ាប់រង Medicare និង Medi-Cal របស់អ្នកសម្រាប់ឆ្នាំក្រោយ

វាមានសារៈសំខាន់ណាស់ក្នុងការត្រួតពិនិត្យការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកឥឡូវនេះ ដើម្បីប្រាកដថាវានឹងនៅតែបំពេញតម្រូវការរបស់អ្នកនៅឆ្នាំក្រោយ។ ប្រសិនបើវាមិនបំពេញតាមតម្រូវការរបស់អ្នកទេ អ្នកប្រហែលជាអាចចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើង។ សូមមើលផ្នែក E ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែមអំពីការផ្លាស់ប្តូរចំពោះអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នកសម្រាប់ឆ្នាំបន្ទាប់។

ប្រសិនបើអ្នកជ្រើសរើសចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើង សមាជិកភាពរបស់អ្នកនឹងបញ្ចប់នៅថ្ងៃចុងក្រោយនៃខែ ដែលសំណើរបស់អ្នកត្រូវបានធ្វើឡើង។ អ្នកនឹងនៅតែស្ថិតក្នុងកម្មវិធី Medicare និង Medi-Cal ដរាបណាអ្នកមានសិទ្ធិទទួលបាន។

ប្រសិនបើអ្នកចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើង អ្នកអាចទទួលបានព័ត៌មានអំពីរបស់អ្នក៖

- ជម្រើស Medicare នៅក្នុងតារាងក្នុងផ្នែក G2។
- ជម្រើស និងសេវាកម្ម Medi-Cal នៅក្នុងផ្នែក G2។



B1. ព័ត៌មានអំពីគម្រោងរបស់យើង

- Kaiser Permanente គឺជាគម្រោងសុខភាពដែលចុះកិច្ចសន្យាជាមួយទាំង Medicare និង Medi-Cal ដើម្បីផ្តល់អត្ថប្រយោជន៍នៃកម្មវិធីទាំងពីរដល់សមាជិក។
- ការធានារ៉ាប់រងក្រោមគម្រោង Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medi-Cal គឺជាការធានារ៉ាប់រងសុខភាពដែលមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ហៅថា "ការធានារ៉ាប់រងចាំបាច់អប្បបរមា"។ ការធានារ៉ាប់រងនេះបំពេញនូវតម្រូវការទទួលខុសត្រូវរួមរបស់បុគ្គលម្នាក់ៗនៃការការពារអ្នកជំងឺ និងតម្លៃសមរម្យ (ACA)។ ចូលទៅកាន់គេហទំព័រសេវាកម្មចំណូលផ្ទៃក្នុង (IRS) តាមអាសយដ្ឋានគេហទំព័រ www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមស្តីពីលក្ខខណ្ឌនាមទារការទទួលខុសត្រូវរួមគ្នាសម្រាប់បុគ្គល។
- នៅពេលសេចក្តីជូនដំណឹងប្រចាំឆ្នាំអំពីការផ្លាស់ប្តូរនេះនិយាយថា "យើង" "ពួកយើង" "របស់យើង" ឬ "គម្រោងរបស់យើង" វាមានន័យថាគម្រោង Medicare Medi-Cal។

B2. រឿងសំខាន់ដែលត្រូវធ្វើ

- ពិនិត្យមើលថាតើមានការផ្លាស់ប្តូរណាមួយចំពោះអត្ថប្រយោជន៍របស់យើង និងការចំណាយដែលអាចប៉ះពាល់ដល់អ្នកឬអត់។
 - តើមានការផ្លាស់ប្តូរណាមួយដែលប៉ះពាល់ដល់សេវាកម្មដែលអ្នកប្រើប្រាស់ទេ?
 - ធ្វើការវាយតម្លៃអត្ថប្រយោជន៍ និងចំណាយ ការផ្លាស់ប្តូរដើម្បីធ្វើឱ្យប្រាកដថា ពួកគេនឹងធ្វើការឱ្យអ្នកនៅឆ្នាំក្រោយ។
 - សូមមើលផ្នែក E1 ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានអំពីអត្ថប្រយោជន៍ និងការចំណាយដែលផ្លាស់ប្តូរសម្រាប់គម្រោងរបស់យើង។
- ពិនិត្យមើលថាតើមានការផ្លាស់ប្តូរលើការធានារ៉ាប់រងឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជារបស់យើង ដែលអាចប៉ះពាល់ដល់អ្នកដែរឬទេ។
 - តើឱសថរបស់អ្នកនឹងត្រូវបានរ៉ាប់រងឬទេ? តើគម្រោងទាំងនោះស្ថិតក្នុងកម្រិតចែករំលែកតម្លៃផ្សេងគ្នាដែរទេ? តើអ្នកអាចប្រើប្រាស់ឱសថស្ថានដូចគ្នាបានឬទេ?
 - ធ្វើការវាយតម្លៃការផ្លាស់ប្តូរ ដើម្បីប្រាកដថាការធានារ៉ាប់រងឱសថរបស់យើងនឹងដំណើរការសម្រាប់អ្នកនៅឆ្នាំក្រោយ។
 - យោងទៅ ផ្នែក E2 សម្រាប់ព័ត៌មានអំពីការផ្លាស់ប្តូរការធានារ៉ាប់រងឱសថរបស់យើង។



- តម្លៃថ្នាំរបស់អ្នកអាចកើនឡើងតាំងពីឆ្នាំមុន។
 - ពិភាក្សាជាមួយវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកអំពីជម្រើសជំនួសតម្លៃទាបដែលអ្នកអាចប្រើបាន ការធ្វើបែបនេះអាចជួយសន្សំសំចៃអ្នកក្នុងការចំណាយក្រៅហោប៉ៅប្រចាំឆ្នាំពេញមួយឆ្នាំ។
 - សូមចងចាំថា គម្រោងអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នកកំណត់យ៉ាងច្បាស់ថា តម្លៃថ្នាំផ្ទាល់ខ្លួនរបស់អ្នកអាចផ្លាស់ប្តូរបានប៉ុន្មាន។
- **ពិនិត្យមើលថា តើអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថានរបស់អ្នកនឹងនៅក្នុងបណ្តាញរបស់យើងនៅឆ្នាំក្រោយដែរឬទេ?**
 - តើវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក រួមទាំងអ្នកឯកទេសរបស់អ្នកនៅក្នុងបណ្តាញរបស់យើងដែរឬទេ? ចុះឱសថស្ថានរបស់អ្នកវិញ? ចុះមន្ទីរពេទ្យ ឬអ្នកផ្តល់សេវាផ្សេងទៀតដែលអ្នកប្រើប្រាស់?
 - យោងទៅ **ផ្នែក D** សម្រាប់ព័ត៌មានអំពី *បញ្ជីឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថាន*របស់យើង។
- **គិតអំពីការចំណាយសរុបរបស់អ្នកនៅក្នុងគម្រោង។**
 - តើអ្នកនឹងចំណាយអស់ប៉ុន្មានក្នុងហោប៉ៅសម្រាប់សេវាកម្ម និងឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាដែលអ្នកប្រើជាប្រចាំ?
 - តើការចំណាយសរុបប្រៀបធៀបទៅនឹងជម្រើសនៃការធានារ៉ាប់រងផ្សេងទៀតយ៉ាងដូចម្តេច?
- **គិតថា តើអ្នកសប្បាយចិត្តនឹងគម្រោងរបស់យើងឬអត់?**

ប្រសិនបើអ្នកសម្រេចចិត្តបន្តប្រើគម្រោង Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medi-Cal:

ប្រសិនបើអ្នកចង់នៅជាមួយយើងនៅឆ្នាំក្រោយ វាងាយស្រួល – អ្នកមិនចាំបាច់ធ្វើអ្វីនោះទេ។ ប្រសិនបើអ្នកមិនធ្វើការផ្លាស់ប្តូរទេ អ្នកបន្តចុះឈ្មោះដោយស្វ័យប្រវត្តិនៅក្នុងគម្រោង Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medi-Cal។

ប្រសិនបើអ្នកសម្រេចចិត្តផ្លាស់ប្តូរគម្រោង:

ប្រសិនបើអ្នកសម្រេចចិត្តថាការធានារ៉ាប់រងផ្សេងទៀតនឹងបំពេញតាមតម្រូវការរបស់អ្នកបាន ប្រសើរជាងមុន អ្នកប្រហែលជាអាចប្តូរគម្រោងបាន (យោងទៅ**ផ្នែក G2** សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម)។ ប្រសិនបើអ្នកចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងថ្មី ឬផ្លាស់ប្តូរទៅ Original Medicare ការធានារ៉ាប់រងថ្មីរបស់អ្នកនឹងចាប់ផ្តើមនៅថ្ងៃដំបូងនៃខែបន្ទាប់។



C. ការផ្លាស់ប្តូរឈ្មោះគម្រោងរបស់យើង

នៅថ្ងៃទី 1 ខែមករា ឆ្នាំ 2024 ឈ្មោះគម្រោងរបស់យើងនឹងផ្លាស់ប្តូរពីគម្រោង Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medi-Cal Los Angeles ទៅជាគម្រោង Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medi-Cal South P1។

អ្នកនឹងទទួលបានកាតអត្តសញ្ញាណថ្មីត្រឹម ខែមករា ឆ្នាំ 2024។

D. ការផ្លាស់ប្តូរចំពោះបណ្តាញអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថានរបស់យើង

អ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថានរបស់យើង បណ្តាញបានផ្លាស់ប្តូរសម្រាប់ឆ្នាំ 2024។

សូមពិនិត្យបញ្ជីឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថានឆ្នាំ 2024 ដើម្បីស្វែងយល់ថាតើអ្នកផ្តល់សេវា ឬឱសថស្ថានរបស់អ្នកស្ថិតនៅក្នុងបណ្តាញរបស់យើង។ បច្ចុប្បន្នភាព **បញ្ជីឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថាន** ស្ថិតនៅលើគេហទំព័ររបស់យើងនៅ kp.org/directory។ អ្នកក៏អាចហៅទូរសព្ទទៅសេវាសមាជិកតាមរយៈលេខដែលស្ថិតនៅផ្នែកខាងក្រោមទំព័រ ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានអំពីអ្នកផ្តល់សេវាដែលបានធ្វើបច្ចុប្បន្នភាព ឬស្នើឱ្យយើងផ្ញើ **បញ្ជីឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថាន**តាមរយៈអ៊ីមែលជូនអ្នកបានផងដែរ។

វាជារឿងសំខាន់ដែលអ្នកដឹងថាយើងក៏អាចធ្វើការផ្លាស់ប្តូរបណ្តាញរបស់យើងក្នុងកំឡុងឆ្នាំផងដែរ។ ប្រសិនបើអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើង អ្នកមានសិទ្ធិ និងការការពារជាក់លាក់។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម យោងទៅ **ជំពូកទី 3** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*។

E. ការផ្លាស់ប្តូរអត្ថប្រយោជន៍ និងការចំណាយ សម្រាប់ឆ្នាំក្រោយ

E1. ការផ្លាស់ប្តូរអត្ថប្រយោជន៍ និងការចំណាយសម្រាប់សេវាវេជ្ជសាស្ត្រ

យើងកំពុងផ្លាស់ប្តូរការរ៉ាប់រងរបស់យើងសម្រាប់សេវាវេជ្ជសាស្ត្រមួយចំនួន និងអ្វីដែលអ្នកបង់សម្រាប់សេវាវេជ្ជសាស្ត្រដែលរ៉ាប់រងទាំងនេះនៅឆ្នាំក្រោយ។ តារាងខាងក្រោមពណ៌នាអំពីការផ្លាស់ប្តូរទាំងនេះ។

	2023 (ឆ្នាំនេះ)	2024 (ឆ្នាំក្រោយ)
សេវាកម្មរថយន្តសង្គ្រោះបន្ទាន់	\$0 ប្រសិនបើអ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានជំនួយចែករំលែកការចំណាយរបស់ Medicare ក្រោម Medicaid។ បើមិនដូច្នោះទេ អ្នកបង់ប្រាក់ \$200 ក្នុងការធ្វើដំណើរមួយដើម។	\$0 ប្រសិនបើអ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានជំនួយចែករំលែកការចំណាយរបស់ Medicare ក្រោម Medicaid។ បើមិនដូច្នោះទេ អ្នកបង់ប្រាក់ \$150 ក្នុងការធ្វើដំណើរមួយដើម។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមហៅទូរសព្ទទៅសេវាសមាជិក Kaiser Permanente តាមរយៈលេខ **1-800-443-0815 (TTY 711)** 8 ព្រឹក ដល់ 8 យប់, 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទគឺឥតគិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម, សូមចូលទៅកាន់ kp.org/medicare។



	2023 (ឆ្នាំនេះ)	2024 (ឆ្នាំក្រោយ)
<p>ការផ្តល់អាហារដល់គេហដ្ឋាន ក្រោមការធានារ៉ាប់រង Medicare របស់អ្នក អាហារត្រូវបានបញ្ជូនទៅគេហដ្ឋានរបស់អ្នកភ្លាមៗ បន្ទាប់ពីចេញពីមន្ទីរពេទ្យ បណ្តាញ ក្នុងនាមជាអ្នកជំងឺក្នុងមន្ទីរពេទ្យ ដោយសារជំងឺខ្សោយ បេះដូង។</p> <p>កំណត់សម្គាល់៖ ការផ្លាស់ប្តូរនេះមិនអនុវត្តចំពោះការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកដែលស្ថិតក្រោមគម្រោង Medi-Cal ទេ។</p>	<p>ទទួលបានអាហារពីរដងក្នុងមួយថ្ងៃក្នុងរយៈពេលបួនសប្តាហ៍ ជាប់គ្នា ម្តងក្នុងមួយឆ្នាំ ប្រតិទិន។ តម្រូវឱ្យមានការ អ្នកណែនាំ។</p>	<p>មិនមានធានារ៉ាប់រង។</p>
<p>ការថែទាំសុខភាពផ្លូវចិត្ត របស់អ្នកជំងឺសម្រាកក្នុងមន្ទីរពេទ្យ</p>	<ul style="list-style-type: none"> • យើងរ៉ាប់រងរហូតដល់ 190 ថ្ងៃពេញមួយជីវិតសម្រាប់ការសម្រាករបស់អ្នកជំងឺក្នុងមន្ទីរពេទ្យដែលស្ថិតក្នុងព្យាបាលជំងឺផ្លូវចិត្តដែលមានការបញ្ជាក់ដោយ Medicare។ • ដែនកំណត់រយៈពេល 190 ថ្ងៃមិនអនុវត្តចំពោះសេវាសុខភាពផ្លូវចិត្តរបស់អ្នកជំងឺសម្រាកក្នុងមន្ទីរពេទ្យដែលស្ថិតក្នុងផ្នែកព្យាបាលជំងឺផ្លូវចិត្តនៅមន្ទីរពេទ្យទូទៅឡើយ។ វាក៏មិនអនុវត្តចំពោះការស្នាក់នៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យផ្លូវចិត្តដែលទាក់ទងនឹងលក្ខខណ្ឌមួយចំនួនផងដែរ។ 	<p>យើងរ៉ាប់រងការស្នាក់នៅគ្មានដែនកំណត់។</p>



ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមហៅទូរសព្ទទៅសេវាសមាជិក Kaiser Permanente តាមរយៈលេខ **1-800-443-0815 (TTY 711)** 8 ព្រឹក ដល់ 8 យប់, 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទគឺឥតគិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម, សូមចូលទៅកាន់ kp.org/medicare។

	2023 (ឆ្នាំនេះ)	2024 (ឆ្នាំក្រោយ)
<p>សុខភាព និងសុខុមាលភាពមិនតាម វេជ្ជបញ្ជា (OTC) យើងធានារ៉ាប់រងលើទំនិញ OTC ដែលបានរាយក្នុងកាតាឡក OTC របស់យើងសម្រាប់ការចែកចាយដល់ផ្ទះដោយឥតគិតថ្លៃ។ ការបញ្ជាទិញនីមួយៗត្រូវតែមានយ៉ាងហោចណាស់ \$25។ ការបញ្ជាទិញរបស់អ្នកអាចមិនលើសពីដែនកំណត់អត្ថប្រយោជន៍ប្រចាំត្រីមាសរបស់អ្នកទេ។</p> <p>ផ្នែកដែលមិនបានប្រើនៃដែនកំណត់អត្ថប្រយោជន៍ប្រចាំត្រីមាសមិនបន្តទៅត្រីមាសបន្ទាប់ទេ។ (ដែនកំណត់អត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នកត្រូវបានកំណត់ឡើងវិញនៅថ្ងៃទី 1 ខែមករា 1 មេសា 1 កក្កដា និង 1 តុលា)។</p> <p>ដើម្បីមើលកាតាឡករបស់យើង និងធ្វើការបញ្ជាទិញតាមអ៊ិនធឺណិត សូមចូលទៅកាន់ kp.org/otc/ca។ អ្នកអាចធ្វើការបញ្ជាទិញតាមទូរសព្ទឬស្នើសុំឱ្យផ្ញើកាតាឡកជាក្រដាសតាមប្រៃសណីយ៍ទៅអ្នកដោយការហៅទូរសព្ទទៅលេខ 1-833-569-2360 (TTY 711), ម៉ោង 7 ត្រីកដល់ ម៉ោង 6 ល្ងាច PST, ពីថ្ងៃចន្ទដល់ថ្ងៃសុក្រ។</p>	<p>អ្នកអាចបញ្ជាទិញទំនិញ OTC រហូតដល់ \$100 ដែនកំណត់អត្ថប្រយោជន៍ប្រចាំត្រីមាស។</p>	<p>អ្នកអាចបញ្ជាទិញទំនិញ OTC រហូតដល់ \$250 ដែនកំណត់អត្ថប្រយោជន៍ប្រចាំត្រីមាស។</p>



ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមហៅទូរសព្ទទៅសេវាសមាជិក Kaiser Permanente តាមរយៈលេខ **1-800-443-0815 (TTY 711)** 8 ត្រីក ដល់ 8 យប់, 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទគឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម**, សូមចូលទៅកាន់ kp.org/medicare។

E2. ការផ្លាស់ប្តូរចំពោះការធានារ៉ាប់រងឱសថតាម វេជ្ជបញ្ជា

ការផ្លាស់ប្តូរក្នុងបញ្ជីឱសថរបស់យើង

បានធ្វើបច្ចុប្បន្នភាព បញ្ជីឱសថដែលធានារ៉ាប់រង ស្ថិតនៅលើគេហទំព័ររបស់យើងនៅ kp.org/seniorrx។ អ្នកក៏អាចហៅទូរសព្ទទៅសេវាសមាជិកតាមលេខនៅផ្នែកខាងក្រោមនៃទំព័រសម្រាប់ព័ត៌មានឱសថដែលបានធ្វើបច្ចុប្បន្នភាព ឬសុំឱ្យយើងអ៊ីមែលទៅអ្នក **បញ្ជីឱសថដែលធានារ៉ាប់រង**។

យើងបានធ្វើការផ្លាស់ប្តូរទៅក្នុងបញ្ជីឱសថរបស់យើង រួមទាំងការផ្លាស់ប្តូរចំពោះឱសថដែលយើងធានារ៉ាប់រង និងការផ្លាស់ប្តូរចំពោះការរឹតបន្តឹងដែលអនុវត្តចំពោះការធានារ៉ាប់រងរបស់យើងចំពោះឱសថមួយចំនួន។

ធ្វើការវាយតម្លៃបញ្ជីឱសថទៅ **ត្រូវប្រាកដថាឱសថរបស់អ្នកនឹងត្រូវបានរ៉ាប់រងនៅឆ្នាំក្រោយ** និងដើម្បីដឹងថាតើមានការដាក់កម្រិតណាមួយ។

ប្រសិនបើអ្នករងផលប៉ះពាល់ដោយការផ្លាស់ប្តូរការធានារ៉ាប់រងឱសថ យើងលើកទឹកចិត្តអ្នកឱ្យ៖

- ធ្វើការជាមួយវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក (ឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាផ្សេងទៀត) ដើម្បីស្វែងរកឱសថផ្សេងដែលយើងរ៉ាប់រង។
 - អ្នកអាចហៅទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាសមាជិកតាមលេខនៅខាងក្រោមនៃទំព័រដើម្បីសួររកបញ្ជីឱសថដែលមានការរ៉ាប់រងដែលព្យាបាលស្ថានភាពដូចគ្នា។
 - បញ្ជីនេះអាចជួយអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នករកមើលឱសថមានការរ៉ាប់រង ដែលអាចនឹងមានប្រសិទ្ធភាពសម្រាប់អ្នក។
- សុំឱ្យយើងរ៉ាប់រងការផ្គត់ផ្គង់ឱសថបណ្តោះអាសន្ន។
 - ក្នុងស្ថានភាពខ្លះ យើងរ៉ាប់រង **បណ្តោះអាសន្ន** ការផ្គត់ផ្គង់ឱសថក្នុងអំឡុងពេល 90 ថ្ងៃដំបូងនៃឆ្នាំប្រតិទិន។
 - ការផ្គត់ផ្គង់បណ្តោះអាសន្ននេះគឺមានរយៈពេលរហូតដល់ 30 ថ្ងៃ។ (ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពីពេលដែលអ្នកអាចទទួលបានការផ្គត់ផ្គង់បណ្តោះអាសន្ន និងរបៀបស្នើសុំមួយ យោងទៅ **ជំពូក 5 នៃ សៀវភៅណែនាំសមាជិករបស់អ្នក**)
 - នៅពេលដែលអ្នកទទួលបានការផ្គត់ផ្គង់បណ្តោះអាសន្ន សូមពិភាក្សាជាមួយវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកអំពីអ្វីដែលត្រូវធ្វើនៅពេលដែលការផ្គត់ផ្គង់បណ្តោះអាសន្នរបស់អ្នកអស់។ អ្នកអាចប្តូរទៅឱសថផ្សេងដែលរ៉ាប់រងដោយគម្រោងរបស់យើង ឬស្នើសុំឱ្យយើងធ្វើការលើកលែងសម្រាប់អ្នក និងរ៉ាប់រងឱសថបច្ចុប្បន្នរបស់អ្នកក៏បាន។
 - ករណីលើកលែងរូបមន្តដែលបានអនុម័តបច្ចុប្បន្នទាំងអស់ផុតកំណត់នៅចុងឆ្នាំប្រតិទិននីមួយៗ ហើយត្រូវតែបញ្ជូនឡើងវិញដើម្បីអនុម័តនៅដើមឆ្នាំថ្មីនេះ ។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមហៅទូរសព្ទទៅសេវាសមាជិក Kaiser Permanente តាមរយៈលេខ **1-800-443-0815 (TTY 711)** 8 ព្រឹក ដល់ 8 យប់, 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទគឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម**, សូមចូលទៅកាន់ kp.org/medicare។



ការផ្លាស់ប្តូរតម្លៃថ្នាំតាមវេជ្ជបញ្ជា

មានដំណាក់កាលបង់ប្រាក់ចំនួនពីរសម្រាប់ការធានារ៉ាប់រងឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជារបស់ Medicare ផ្នែក D របស់អ្នកក្រោមគម្រោងរបស់យើង។ តើអ្នកត្រូវបង់ប៉ុន្មានអាស្រ័យលើដំណាក់កាលណាដែលអ្នកស្ថិតនៅ ពេលដែលអ្នកទទួលបានវេជ្ជបញ្ជាដែលបានបំពេញ ឬបំពេញបន្ថែម។ ទាំងនេះគឺជាដំណាក់កាលពីរគឺ៖

<p align="center">ដំណាក់កាលទី 1 ដំណាក់កាលរ៉ាប់រងដំបូង</p>	<p align="center">ដំណាក់កាលទី 2 ដំណាក់កាលរ៉ាប់រងពេលមានគ្រោះមហន្តរាយ</p>
<p>ក្នុងដំណាក់កាលនេះ គម្រោងរបស់យើងបង់ថ្លៃកម្មវិធីថ្នាំរបស់អ្នក ហើយអ្នកបង់ចំណែករបស់អ្នក។ ចំណែករបស់អ្នកត្រូវបានគេហៅថាការបង់រួម។</p> <p>អ្នកចាប់ផ្តើមនៅដំណាក់កាលនេះ នៅពេលអ្នកទទួលបានឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាដំបូងនៃឆ្នាំនេះ។</p>	<p>ក្នុងដំណាក់កាលនេះ គម្រោងនេះបង់ថ្លៃថ្នាំរបស់អ្នកទាំងអស់រហូតដល់ថ្ងៃទី 31 ខែធ្នូ ឆ្នាំ 2024។</p> <p>អ្នកចាប់ផ្តើមដំណាក់កាលនេះ បន្ទាប់ពីអ្នកបង់ចំនួនជាក់លាក់នៃការចំណាយក្រៅហោប៉ៅ។</p>

ដំណាក់កាលនៃការធានារ៉ាប់រងដំបូងនឹងបញ្ចប់នៅពេលដែលការចំណាយសរុបចេញពីហោប៉ៅរបស់អ្នកសម្រាប់ថ្នាំតាមវេជ្ជបញ្ជាឈានដល់ **\$8,000**។ នៅពេលនោះ ដំណាក់ធានារ៉ាប់រងមហន្តរាយចាប់ផ្តើម។ គម្រោងរបស់យើងធានារ៉ាប់រងលើថ្លៃឱសថរបស់អ្នកទាំងអស់ចាប់ពីពេលនោះរហូតដល់ដំណាច់ឆ្នាំ។ យោងទៅ **ជំពូកទី 6** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិករបស់អ្នក* សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីចំនួនដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់សម្រាប់ថ្នាំតាមវេជ្ជបញ្ជា។

E3. ដំណាក់កាលទី 1: “ដំណាក់កាលធានារ៉ាប់រងដំបូង”

ក្នុងអំឡុងពេលដំណាក់កាលនៃការធានារ៉ាប់រងដំបូង គម្រោងរបស់យើងបង់ចំណែកនៃថ្លៃថ្នាំតាមវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកដែលរ៉ាប់រង ហើយអ្នកបង់ចំណែករបស់អ្នក។ ចំណែករបស់អ្នកត្រូវបានគេហៅថាការបង់រួម។ ការបង់រួមគឺអាស្រ័យលើកម្រិតនៃចំណែកតម្លៃថ្នាំដែលស្ថិតនៅ និងកន្លែងដែលអ្នកទទួលបាន។ អ្នកបង់រួមរាល់ពេលដែលអ្នកបំពេញតាមវេជ្ជបញ្ជា។ ប្រសិនបើថ្នាំដែលរ៉ាប់រងរបស់អ្នកមានតម្លៃតិចជាងប្រាក់ចំណាយ នោះអ្នកបង់តម្លៃទាបជាងនេះ។

យើងបានផ្លាស់ប្តូរឱសថមួយចំនួននៅក្នុងបញ្ជីឱសថរបស់យើងទៅកម្រិតឱសថទាបជាង ឬខ្ពស់ជាងនេះ។ ប្រសិនបើថ្នាំរបស់អ្នកផ្លាស់ទីពីកម្រិតមួយទៅថ្នាក់មួយ វាអាចប៉ះពាល់ដល់ការបង់ប្រាក់រួមរបស់អ្នក។ ដើម្បីរកមើលថាថ្នាំរបស់អ្នកស្ថិតក្នុងកម្រិតផ្សេងឬអត់ សូមរកមើលនៅក្នុងបញ្ជីឱសថរបស់យើង។

តារាងខាងក្រោមបង្ហាញពីការចំណាយរបស់អ្នកសម្រាប់ឱសថក្នុងកម្រិតឱសថនីមួយៗរបស់យើង។ ចំនួនទឹកប្រាក់ទាំងនេះត្រូវបានអនុវត្ត តែ ប៉ុណ្ណោះក្នុងអំឡុងពេលដែលអ្នកស្ថិតនៅក្នុងដំណាក់កាលនៃការធានារ៉ាប់រងដំបូង។

	2023 (ឆ្នាំនេះ)	2024 (ឆ្នាំក្រោយ)
<p>ឱសថក្នុងកម្រិត 1-2 (រួមទាំងថ្នាំទូទៅ)</p> <p>តម្លៃសម្រាប់ការផ្គត់ផ្គង់ឱសថ រយៈពេលមួយខែក្នុងកម្រិត 1 និងកម្រិត 2 ដែលត្រូវបានបំពេញនៅឱសថស្ថានបណ្តាញ</p>	<p>ការចំណាយរួមរបស់អ្នកសម្រាប់ រយៈពេលមួយខែ (ការផ្គត់ផ្គង់ 30 ថ្ងៃ) គឺ \$0-\$4.15 ក្នុងមួយវេជ្ជបញ្ជា អាស្រ័យលើកម្រិតនៃ "ជំនួយបន្ថែម" របស់អ្នក។</p>	<p>ការចំណាយរួមរបស់អ្នកសម្រាប់ រយៈពេលមួយខែ (ការផ្គត់ផ្គង់ 30 ថ្ងៃ) គឺ \$0-\$4.50 ក្នុងមួយវេជ្ជបញ្ជា អាស្រ័យលើកម្រិតនៃ "ជំនួយបន្ថែម" របស់អ្នក។</p>
<p>ឱសថក្នុងកម្រិត 3-5 (រួមទាំងឱសថមានម៉ាកយីហោ និងឱសថពិសេស)</p> <p>តម្លៃសម្រាប់ការផ្គត់ផ្គង់ឱសថ រយៈពេលមួយខែក្នុងកម្រិត 3 ដល់កម្រិត 5 ដែលត្រូវបានបំពេញនៅឱសថស្ថានបណ្តាញ</p>	<p>ការចំណាយរួមរបស់អ្នកសម្រាប់ រយៈពេលមួយខែ (ការផ្គត់ផ្គង់ 30 ថ្ងៃ) គឺ \$0-\$10.35 ក្នុងមួយវេជ្ជបញ្ជា អាស្រ័យលើកម្រិតនៃ "ជំនួយបន្ថែម" របស់អ្នក។</p>	<p>ការចំណាយរួមរបស់អ្នកសម្រាប់ រយៈពេលមួយខែ (ការផ្គត់ផ្គង់ 30 ថ្ងៃ) គឺ \$0-\$11.20 ក្នុងមួយវេជ្ជបញ្ជា អាស្រ័យលើកម្រិតនៃ "ជំនួយបន្ថែម" របស់អ្នក។</p>

ដំណាក់កាលធានារ៉ាប់រងដំបូងបញ្ចប់នៅពេលដែលការចំណាយចេញពីហោប៉ៅសរុបរបស់អ្នកឈានដល់ **\$8,000**។ នៅពេលនោះ ដំណាក់ធានារ៉ាប់រងមហន្តរាយចាប់ផ្តើម។ គម្រោងធានារ៉ាប់រងលើថ្លៃឱសថរបស់អ្នកទាំងអស់ចាប់ពីពេលនោះរហូតដល់ដំណាច់ឆ្នាំ។ សូមមើលជំពូកទី 6 នៃ *សៀវភៅណែនាំអំពីសមាជិក*របស់អ្នកដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែមអំពីចំនួនដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់ប្រាក់សម្រាប់ឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជា។

E4. ដំណាក់កាលទី 2: “ដំណាក់កាលរ៉ាប់រងពេលមានគ្រោះមហន្តរាយ”

នៅពេលអ្នកឈានដល់ដែនកំណត់ក្រៅហោប៉ៅ **\$8,000** សម្រាប់ឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក ដំណាក់កាលរ៉ាប់រងពេលមានគ្រោះមហន្តរាយចាប់ផ្តើម។ អ្នកស្ថិតនៅក្នុងដំណាក់កាលរ៉ាប់រងពេលមានគ្រោះមហន្តរាយរហូតដល់ចុងឆ្នាំប្រតិទិន។

- ដើម្បីកំណត់ទីតាំងព័ត៌មានបន្ថែមអំពីវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកដែល Medicare និង Medi-Cal គ្របដណ្តប់ សូមមើល *បញ្ជីឱសថដែលរ៉ាប់រង*។



F. ការផ្លាស់ប្តូររដ្ឋបាល

	2023 (ឆ្នាំនេះ)	2024 (ឆ្នាំក្រោយ)
លេខកិច្ចសន្យា និងគម្រោងអត្ថប្រយោជន៍កញ្ចប់ (PBP)	គម្រោងបច្ចុប្បន្នរបស់អ្នកដែលជាគម្រោង Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medi-Cal Los Angeles ក៏ត្រូវបានគេស្គាល់ថាជាកិច្ចសន្យា H0524, PBP #070 ផងដែរ។	គម្រោងថ្មីរបស់អ្នកដែលជាគម្រោង Senior Advantage Medicare Medi-Cal South P1 ក៏ត្រូវបានគេស្គាល់ថាជាកិច្ចសន្យា H8794, PBP #001 ផងដែរ។

G. ការជ្រើសរើសគម្រោង

G1. ស្ថិតនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើង

យើងសង្ឃឹមថានឹងរក្សាអ្នកជាសមាជិកគម្រោង។ អ្នកមិនចាំបាច់ធ្វើអ្វីដើម្បីនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើងទេ។ ប្រសិនបើអ្នកធ្វើទេ ផ្លាស់ប្តូរទៅគម្រោង Medicare ផ្សេងទៀត ឬផ្លាស់ប្តូរទៅ Original Medicare អ្នកបន្តចុះឈ្មោះជាសមាជិកនៃគម្រោងរបស់យើងសម្រាប់ឆ្នាំ 2024 ដោយស្វ័យប្រវត្តិ។

G2. ការផ្លាស់ប្តូរគម្រោង

មនុស្សភាគច្រើនដែលមាន Medicare អាចបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់ពួកគេក្នុងអំឡុងពេលជាក់លាក់នៃឆ្នាំ។ ដោយសារតែអ្នកមាន Medi-Cal អ្នកប្រហែលជាអាចបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់អ្នកនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើង ឬប្តូរទៅគម្រោងផ្សេងមួយពេលក្នុងអំឡុងពេលនីមួយៗខាងក្រោម
រយៈពេលចុះឈ្មោះពិសេស:

- ខែមករាដល់ខែមីនា
- ខែមេសាដល់ខែមិថុនា
- ខែកក្កដាដល់ខែកញ្ញា

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមហៅទូរសព្ទទៅសេវាសមាជិក Kaiser Permanente តាមរយៈលេខ **1-800-443-0815 (TTY 711)** 8 ព្រឹក ដល់ 8 យប់, 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទគឺឥតគិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម, សូមចូលទៅកាន់ **kp.org/medicare**។



បន្ថែមពីលើរយៈពេលចុះឈ្មោះពិសេសទាំងបីនេះ អ្នកអាចបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់អ្នកនៅក្នុង
គម្រោងរបស់យើងក្នុងអំឡុងពេលដូចខាងក្រោម៖

- អំឡុងពេលចុះឈ្មោះចូលរៀនប្រចាំឆ្នាំ **កំឡុងពេលចុះឈ្មោះចូលរៀនប្រចាំឆ្នាំ** ដែលមាន
រយៈពេលចាប់ពីថ្ងៃទី 15 ខែតុលា រហូតដល់ថ្ងៃទី 7 ខែធ្នូ។ ប្រសិនបើអ្នកជ្រើសរើស
គម្រោងថ្មីក្នុងអំឡុងពេលនេះ សមាជិកភាពរបស់អ្នកនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើងនឹង
បញ្ចប់នៅថ្ងៃទី 31 ខែធ្នូ ហើយសមាជិកភាពរបស់អ្នកនៅក្នុងគម្រោងថ្មីនឹងចាប់ផ្តើម
នៅថ្ងៃទី 1 ខែមករា។
- រយៈពេលបើកឱ្យចុះឈ្មោះគម្រោង **Medicare Advantage (MA)** ដែលមានរយៈពេល
ចាប់ពីថ្ងៃទី 1 ខែមករា រហូតដល់ថ្ងៃទី 31 ខែមីនា។ ប្រសិនបើអ្នកជ្រើសរើសគម្រោងថ្មី
ក្នុងអំឡុងពេលនេះ សមាជិកភាពរបស់អ្នកនៅក្នុងគម្រោងថ្មីនឹងចាប់ផ្តើមនៅថ្ងៃ
ដំបូងនៃខែបន្ទាប់។

វាអាចមានស្ថានភាពផ្សេងទៀតនៅពេលដែលអ្នកមានសិទ្ធិធ្វើការផ្លាស់ប្តូរចំពោះការចុះឈ្មោះរបស់អ្នក។
ឧទាហរណ៍នៅពេល៖

- ប្រសិនបើអ្នកផ្លាស់ទីចេញពីតំបន់សេវាកម្មរបស់យើង
- សិទ្ធិទទួលបាន Medi-Cal ឬជំនួយបន្ថែមរបស់អ្នកត្រូវបានផ្លាស់ប្តូរ ឬ
- ប្រសិនបើអ្នកទើបតែបានផ្លាស់ទៅ បច្ចុប្បន្នកំពុងទទួលការថែទាំ ឬទើបតែផ្លាស់ចេញ
ពីមណ្ឌលថែទាំ ឬមន្ទីរពេទ្យថែទាំរយៈពេលវែង។

សេវាកម្ម Medicare របស់អ្នក

អ្នកមានជម្រើសបីសម្រាប់ការទទួលបានសេវា Medicare របស់អ្នក។ ដោយជ្រើសរើសជម្រើសមួយក្នុងចំណោមជម្រើសទាំងនេះ អ្នកបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់អ្នកដោយស្វ័យប្រវត្តិនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើង។

<p>1. អ្នកអាចផ្លាស់ប្តូរទៅជា៖</p> <p>គម្រោងសុខភាព Medicare មួយផ្សេងទៀត រួមទាំងគម្រោង Medicare Medi-Cal ផ្សេងទៀត</p>	<p>នេះជាអ្វីដែលត្រូវធ្វើ៖</p> <p>ហៅទូរសព្ទទៅកាន់ Medicare តាមលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) ដែលបម្រើការ 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរហៅទូរសព្ទទៅកាន់លេខ 1-877-486-2048។</p> <p>សម្រាប់ការសាកសួរអំពីកម្មវិធីថែទាំមនុស្ស ចាស់ (PACE) ដែលរួមបញ្ចូលទាំងអស់ សូមហៅទូរសព្ទទៅលេខ 1-855-921-PACE (7223)។</p> <p>ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយ ឬព័ត៌មានបន្ថែម៖</p> <ul style="list-style-type: none"> • ការហៅទូរសព្ទទៅកម្មវិធីប្រឹក្សា និងគន្លឹះលើការធានារ៉ាប់រងសុខភាព រដ្ឋ California (HICAP) តាមរយៈលេខ 1-800-434-0222 ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ចាប់ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ 5:00 ល្ងាច។ (TTY 711)។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម ឬស្វែងរកការិយាល័យ HICAP ក្នុងតំបន់របស់អ្នក សូមចូលទៅកាន់ www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/ <p>ឬ</p> <p>ចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោង Medicare ថ្មី។</p> <p>អ្នកនឹងត្រូវបានដកឈ្មោះដោយស្វ័យប្រវត្តិពី គម្រោង Medicare របស់យើង នៅពេលដែល ការរ៉ាប់រងរបស់គម្រោងថ្មីរបស់អ្នកចាប់ផ្តើម។ គម្រោង Medi-Cal របស់អ្នកអាចផ្លាស់ប្តូរ។</p>
---	---

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមហៅទូរសព្ទទៅសេវាសមាជិក Kaiser Permanente តាមរយៈលេខ
1-800-443-0815 (TTY 711) 8 ព្រឹក ដល់ 8 យប់, 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទគឺឥតគិតថ្លៃ។
សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម, សូមចូលទៅកាន់ **kp.org/medicare**។



<p>2. អ្នកអាចផ្លាស់ប្តូរទៅជា៖</p> <p>Original Medicare ដោយមានគម្រោងដោយឡែកសម្រាប់ឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជារបស់ Medicare</p>	<p>នេះជាអ្វីដែលត្រូវធ្វើ៖</p> <p>ហៅទូរសព្ទទៅ Medicare តាមលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរតែហៅទូរសព្ទទៅលេខ 1-877-486-2048។</p> <p>ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយ ឬព័ត៌មានបន្ថែម៖</p> <ul style="list-style-type: none"> • ការហៅទូរសព្ទទៅកម្មវិធីប្រឹក្សា និងគម្លឹមតិលើការធានារ៉ាប់រងសុខភាពរដ្ឋ California (HICAP) តាមរយៈលេខ 1-800-434-0222 ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ចាប់ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ 5:00 ល្ងាច (TTY 711)។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម ឬស្វែងរកការិយាល័យ HICAP ក្នុងតំបន់របស់អ្នក សូមចូលទៅកាន់ www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/។ <p>ឬ</p> <p>ចុះឈ្មោះនៅក្នុងគម្រោងឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជារបស់ Medicare ថ្មីទៀត។</p> <p>អ្នកនឹងត្រូវបានដកឈ្មោះដោយស្វ័យប្រវត្តិពីផែនការយើង ពេលដែលការរ៉ាប់រងរបស់ Original Medicare របស់អ្នក បានចាប់ផ្តើម។ គម្រោង Medi-Cal របស់អ្នកនឹងមិនផ្លាស់ប្តូរទេ។</p>
---	--



<p>3. អ្នកអាចផ្លាស់ប្តូរទៅជា៖</p> <p>Original Medicare ដោយមានគម្រោងដោយឡែកសម្រាប់ឱសថ តាមវេជ្ជបញ្ជារបស់ Medicare។</p> <p>ចំណាំ៖ ប្រសិនបើអ្នកប្តូរទៅ Original Medicare ហើយមិនចុះឈ្មោះក្នុង គម្រោងឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជារបស់ Medicare ដាច់ដោយឡែកទេ Medicare អាចនឹងចុះ ឈ្មោះអ្នកក្នុងគម្រោងឱសថ លុះត្រាតែ អ្នកប្រាប់ Medicare ថាអ្នកមិនចង់ចូលរួម។</p> <p>អ្នកត្រូវតែទម្លាក់ការរ៉ាប់រងឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជា ប្រសិនបើអ្នកមានការរ៉ាប់រងឱសថពីប្រភព ផ្សេងទៀត ដូចជានិយោជក ឬសហជីពជា ដើម។ ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរអ្វីពីថាតើ អ្នកត្រូវការការធានារ៉ាប់រងឱសថឬអត់ សូមហៅទូរសព្ទទៅកាន់កម្មវិធីតស៊ូមតិ និងពិគ្រោះយោបល់ធានារ៉ាប់រងសុខភាព (HICAP) រដ្ឋ កាលីហ្វ័រញ៉ា តាមលេខ 1-800-434-0222 នៅរៀងរាល់ថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 5:00 ល្ងាច។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម ឬស្វែងរកការិយាល័យ HICAP ក្នុងតំបន់របស់អ្នក សូមចូលទៅកាន់ www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/។</p>	<p>នេះជាអ្វីដែលត្រូវធ្វើ៖</p> <p>ហៅទូរសព្ទទៅ Medicare តាមលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY ត្រូវហៅទូរសព្ទទៅលេខ 1-877-486-2048។</p> <p>ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយ ឬព័ត៌មានបន្ថែម៖</p> <ul style="list-style-type: none"> ការហៅទូរសព្ទទៅកម្មវិធីប្រឹក្សា និងតស៊ូមតិលើការធានារ៉ាប់រងសុខភាព រដ្ឋ California (HICAP) តាមរយៈលេខ 1-800-434-0222 ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ចាប់ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ 5:00 ល្ងាច។ (TTY 711)។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម ឬស្វែងរកការិយាល័យ HICAP ក្នុងតំបន់របស់អ្នក សូមចូលទៅកាន់ www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/។ <p>អ្នកនឹងត្រូវបានដកឈ្មោះដោយស្វ័យប្រវត្តិពី ផែនការយើង ពេលដែលការរ៉ាប់រងរបស់ Original Medicare របស់អ្នក បានចាប់ផ្តើម។ គម្រោង Medi-Cal របស់អ្នកនឹងមិនផ្លាស់ ប្តូរទេ។</p>
--	--

សេវា Medi-Cal របស់អ្នក

សម្រាប់សំណួរអំពីរបៀបជ្រើសរើសគម្រោង Medi-Cal របស់អ្នក ឬទទួលបានសេវាកម្ម Medi-Cal
បន្ទាប់ពីអ្នកចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើង សូមទាក់ទង Health Care Options តាមរយៈលេខ
1-800-430-4263 ថ្ងៃចន្ទដល់ថ្ងៃសុក្រចាប់ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 6:00 ល្ងាច។ អ្នកប្រើប្រាស់
TTY ត្រូវហៅទូរសព្ទទៅកាន់លេខ **1-800-430-7077**។ សួរថាតើការចូលរួមគម្រោងផ្សេងទៀត
ឬការត្រលប់ទៅ Original Medicare ប៉ះពាល់ដល់របៀបដែលអ្នកទទួលបានធានារ៉ាប់រង Medi-Cal ។

H. ទទួលជំនួយ

H1. គម្រោងរបស់យើង

យើងនៅទីនេះដើម្បីជួយប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរណាមួយ។ ទូរសព្ទទៅសេវាសមាជិកតាមលេខនៅខាងក្រោមទំព័រ ក្នុងអំឡុងពេលថ្ងៃ និងម៉ោងនៃប្រតិបត្តិការដែលបានរាយបញ្ជី។ ការហៅទូរសព្ទទាំងនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។

អាន សៀវភៅណែនាំសមាជិករបស់អ្នក

សៀវភៅណែនាំសមាជិករបស់អ្នកគឺជាការពិពណ៌នាលម្អិតផ្នែកច្បាប់នៃអត្ថប្រយោជន៍នៃគម្រោងរបស់យើង។ វាមានព័ត៌មានលម្អិតអំពីអត្ថប្រយោជន៍និងការចំណាយសម្រាប់ឆ្នាំ 2024។ វាពន្យល់អំពីសិទ្ធិរបស់អ្នក និងច្បាប់ដែលត្រូវអនុវត្តតាម ដើម្បីទទួលបានសេវាកម្ម និងឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាដែលយើងរ៉ាប់រង។

សៀវភៅណែនាំសមាជិកសម្រាប់ឆ្នាំ 2024 នឹងមាននៅក្រុមថ្ងៃទី 15 ខែតុលា។ ច្បាប់ចម្លងថ្មីនៃសៀវភៅណែនាំសមាជិកមាននៅលើគេហទំព័ររបស់យើងនៅ kp.org/eocscal។ អ្នកក៏អាចទូរសព្ទទៅសេវាសមាជិកតាមលេខនៅខាងក្រោមទំព័រ ដើម្បីសុំឱ្យយើងផ្ញើសៀវភៅណែនាំសមាជិកសម្រាប់ឆ្នាំ 2024។

គេហទំព័ររបស់យើង

អ្នកអាចចូលមើលគេហទំព័ររបស់យើងនៅ kp.org/medicare។ ជាការរំលឹក គេហទំព័ររបស់យើងមានព័ត៌មានចុងក្រោយបំផុតអំពីបណ្តាញអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថានរបស់យើង (បញ្ជីឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថាន) និងបញ្ជីឱសថរបស់យើង (បញ្ជីឱសថដែលរ៉ាប់រង)។

H2. កម្មវិធីប្រឹក្សា និងតស៊ូមតិអំពីការធានារ៉ាប់រងសុខភាព (HICAP)

អ្នកអាចទូរសព្ទទៅកម្មវិធីជំនួយលើការធានារ៉ាប់រងសុខភាពរបស់រដ្ឋ (SHIP)។ នៅក្នុងរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ាកម្មវិធី SHIP ត្រូវបានហៅថាកម្មវិធីប្រឹក្សា និងតស៊ូមតិលើការធានារ៉ាប់រងសុខភាព (HICAP)។ អ្នកពិគ្រោះយោបល់ HICAP ក៏អាចជួយអ្នកក្នុងការយល់ដឹងអំពីជម្រើស គម្រោង Medicare របស់អ្នក និងឆ្លើយសំណួរស្តីអំពីការផ្លាស់ប្តូរផែនការ។ HICAP មានឯករាជ្យភាព មិនជាប់ពាក់ព័ន្ធនឹងក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រង ឬគម្រោងសុខភាពណាមួយឡើយ។ HICAP បានបណ្តុះបណ្តាលអ្នកប្រឹក្សានៅគ្រប់ខេត្តហើយសេវាកម្មគឺមិនគិតថ្លៃទេ។ លេខទូរសព្ទរបស់ HICAP គឺ **1-800-434-0222**។ (TTY 711) សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម ឬស្វែងរកការិយាល័យ HICAP ក្នុងតំបន់របស់អ្នក សូមចូលទៅកាន់ www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/។



H3. កម្មវិធី Ombuds

កម្មវិធី Medicare Medi-Cal Ombuds អាចជួយអ្នក ប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហាពាក់ព័ន្ធនឹង
គម្រោងរបស់យើង។ សេវាកម្មរបស់ ombudsman គឺមិនគិតថ្លៃ និងមានគ្រប់ភាសា។ កម្មវិធី
Medicare Medi-Cal Ombuds៖

- ធ្វើការជាអ្នកតស៊ូមតិជំនួសអ្នក។ ពួកគេអាចឆ្លើយសំណួរ ប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហា
ឬពាក្យបណ្តឹង និងអាចជួយអ្នកឱ្យយល់ពីអ្វីដែលត្រូវធ្វើ។
- ត្រូវប្រាកដថាអ្នកមានព័ត៌មានទាក់ទងនឹងសិទ្ធិ និងការការពាររបស់អ្នក
និងរបៀបដែលអ្នកអាចដោះស្រាយក្តីកង្វល់របស់អ្នក។
- មិនជាប់ពាក់ព័ន្ធនឹងក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រង ឬគម្រោងសុខភាពណាមួយឡើយ។
លេខទូរសព្ទសម្រាប់កម្មវិធី Medicare Medi-Cal Ombuds គឺ **1-888-804-3536**។

H4. Medicare

ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានដោយផ្ទាល់ពី Medicare សូមហៅទូរសព្ទទៅលេខ **1-800-MEDICARE
(1-800-633-4227)** 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរតែហៅទូរសព្ទ
ទៅលេខ **1-877-486-2048**។

គេហទំព័រ Medicare

អ្នកអាចចូលទៅកាន់គេហទំព័រ Medicare (www.medicare.gov)។ ប្រសិនបើអ្នកជ្រើសរើសដកឈ្មោះ
ចេញពីគម្រោងរបស់យើង ហើយចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោង Medicare មួយផ្សេងទៀត គេហទំព័រ Medicare
មានព័ត៌មានអំពីការចំណាយ ការធានារ៉ាប់រង និងការវាយតម្លៃគុណភាព ដើម្បីជួយអ្នកប្រៀបធៀប
គម្រោង។

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពី គម្រោង Medicare ដែលមាននៅក្នុងតំបន់របស់អ្នកដោយប្រើ
Medicare Plan Finder នៅលើគេហទំព័ររបស់ Medicare។ (សម្រាប់ព័ត៌មានអំពីផែនការ សូមមើល
www.medicare.gov ហើយចុចលើ “Find plans (ស្វែងរកផែនការ)”)។

Medicare & You 2024

អ្នកអាចអាន Medicare & You 2024 សៀវភៅណែនាំ។ ជារៀងរាល់ឆ្នាំនៅរដូវស្លឹកឈើជ្រុះ
កូនសៀវភៅនេះត្រូវបានផ្ញើទៅអ្នកដែលមាន Medicare។ វាមានសេចក្តីសង្ខេបនៃអត្ថប្រយោជន៍
Medicare សិទ្ធិ និងការការពារ និងចម្លើយចំពោះសំណួរដែលសួរញឹកញាប់បំផុតអំពី Medicare។
សៀវភៅណែនាំនេះក៏មានជាភាសាអេស្ប៉ាញ ចិន និងវៀតណាមផងដែរ។

ប្រសិនបើអ្នកមិនមានច្បាប់ចម្លងនៃកូនសៀវភៅនេះទេ អ្នកអាចទទួលបានវានៅលើគេហទំព័រ
Medicare (www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf) ឬដោយហៅ
ទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។
អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរហៅទៅលេខ **1-877-486-2048**។



H5. នាយកដ្ឋានថែទាំសុខភាពដែលគ្រប់គ្រងដោយរដ្ឋ California

នាយកដ្ឋានគ្រប់គ្រងការថែទាំសុខភាពរដ្ឋ California (DMHC) ទទួលខុសត្រូវចំពោះការរៀបចំ និយាមនៃគម្រោងសេវាថែទាំសុខភាព។ មជ្ឈមណ្ឌលជំនួយ DMHC អាចជួយអ្នកក្នុងការប្តឹងតវ៉ា និងការតវ៉ាអំពីសេវាកម្ម Medi-Cal។ ប្រសិនបើអ្នកមានបណ្តឹងសារទុក្ខប្រឆាំងនឹងគម្រោង សុខភាពរបស់អ្នក ដំបូងអ្នកគួរតែទូរសព្ទទៅគម្រោងសុខភាពរបស់អ្នកតាមរយៈលេខ **1-800-443-0815** ហើយប្រើដំណើរការបណ្តឹងសារទុក្ខរបស់គម្រោងសុខភាពរបស់អ្នកមុននឹងទាក់ ទងទៅក្រសួង។ ការប្រើប្រាស់នីតិវិធីស្តីពីដំណើរការសារទុក្ខនេះ មិនហាមឃាត់នូវសក្តានុពលសិទ្ធិ ស្របច្បាប់ ឬសំណងណាមួយដែលអាចមានសម្រាប់អ្នកទេ។ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយក្នុងបណ្តឹង សារទុក្ខដែលទាក់ទងនឹងភាពអាសន្ន បណ្តឹងសារទុក្ខដែលមិនត្រូវបានដោះស្រាយជាទីពេញចិត្តដោយ គម្រោងសុខភាពរបស់អ្នក ឬបណ្តឹងសារទុក្ខដែលនៅមិនទាន់បានដោះស្រាយអស់រយៈពេលលើសពី 30 ថ្ងៃ អ្នកអាចទូរសព្ទទៅក្រសួងសម្រាប់ជំនួយ។ អ្នកក៏អាចមានសិទ្ធិទទួលបានការពិនិត្យឡើង វិញដោយក្រុមវេជ្ជសាស្ត្រឯករាជ្យ (Independent Medical Review, IMR) ផងដែរ។ ប្រសិនបើអ្នកមាន លក្ខណសម្បត្តិទទួល IMR ដំណើរការ IMR នឹងផ្តល់ការពិនិត្យឡើងវិញដោយមិនលំអៀងលើការស ម្រេចចិត្តវេជ្ជសាស្ត្រដែលធ្វើឡើងដោយ គម្រោងសុខភាពទាក់ទងនឹងភាពចាំបាច់ខាងវេជ្ជសាស្ត្រ នៃសេវា ឬការព្យាបាលដែលបានស្នើឡើង ការសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងសម្រាប់ការព្យាបាលដែលមានល ក្ខណៈជាការពិសោធន៍ ឬស្រាវជ្រាវ និងការវិវាទនៃការទូទាត់ប្រាក់សម្រាប់សង្គ្រោះបន្ទាន់ ឬសេវាវេជ្ជ សាស្ត្របន្ទាន់។ **(1-888-466-2219)** និងខ្សែ TDD **(1-877-688-9891)** និយាយ។ គេហទំព័រអ៊ីនធឺណិត របស់ក្រសួង **www.dmhc.ca.gov** មានទម្រង់បែបបទបណ្តឹង ពាក្យស្នើសុំ IMR និងការណែនាំតា មអ៊ីនធឺណិត។



ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមហៅទូរសព្ទទៅសេវាសមាជិក Kaiser Permanente តាមរយៈលេខ **1-800-443-0815 (TTY 711)** 8 ព្រឹក ដល់ 8 យប់, 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទគឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម**, សូមចូលទៅកាន់ **kp.org/medicare**។

សេចក្តីជូនដំណឹងអំពីការមិនរើសអើង

Kaiser Permanente អនុលោមតាមច្បាប់សិទ្ធិស៊ីវិលរបស់សហព័ន្ធជាធរមាន និងមិនរើសអើងលើមូលដ្ឋាននៃជាតិសាសន៍ ពណ៌សម្បុរ សញ្ជាតិដើម អាយុ ពិការភាព ឬភេទឡើយ។ Kaiser Permanente មិនរាប់បញ្ចូលមនុស្ស ឬចាត់ទុកពួកគេខុសគ្នាដោយសារពូជសាសន៍ ពណ៌សម្បុរ ដើមកំណើត អាយុ ពិការភាព ឬភេទ ឡើយ។ យើងក៏៖

- ផ្តល់ជំនួយ និងសេវាកម្មគ្រប់ដំណាក់កាលជូនដល់ជនពិការ ដើម្បីទំនាក់ទំនងប្រកបដោយប្រសិទ្ធភាពជាមួយយើង ដូចជា៖
 - អ្នកបកប្រែភាសាសញ្ជាដែលមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់។
 - ព័ត៌មានសរសេរជាទម្រង់ផ្សេងទៀតដូចជាអក្សរធំៗ ជាសម្លេង និងទម្រង់អេឡិចត្រូនិចដែលអាចចូលប្រើបាន។
- ផ្តល់សេវាភាសាដោយមិនគិតថ្លៃដល់អ្នកដែលភាសាចម្បងមិនមែនជាភាសាអង់គ្លេស ដូចជា៖
 - អ្នកបកប្រែដែលមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់។
 - ព័ត៌មានដែលសរសេរជាភាសាផ្សេង។

ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការសេវាកម្មទាំងនេះ សូមទូរស័ព្ទទៅផ្នែកសេវាសមាជិកតាមលេខ **1-800-443-0815 (TTY 711)** ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ 8 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។

ប្រសិនបើអ្នកជឿថា Kaiser Permanente បានបរាជ័យក្នុងការផ្តល់សេវាកម្មទាំងនេះ ឬមានការរើសអើងក្នុងវិធីមួយផ្សេងទៀតដោយផ្អែកលើពូជសាសន៍ ពណ៌សម្បុរ សញ្ជាតិដើម អាយុ ពិការភាព ឬភេទ អ្នកអាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងទៅកាន់អ្នកសម្របសម្រួលសិទ្ធិស៊ីវិលរបស់យើង ដោយសរសេរទៅកាន់ One Kaiser Plaza, 12th Floor, Suite 1223, Oakland, CA 94612 ឬទូរស័ព្ទទៅផ្នែកសេវាសមាជិកតាមលេខដែលបានរាយខាងលើ។ អ្នកអាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងតាមអ៊ីមែល ឬទូរស័ព្ទ។ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយក្នុងការដាក់ពាក្យបណ្តឹង អ្នកសម្របសម្រួលសិទ្ធិស៊ីវិលរបស់យើងអាចរកបានដើម្បីជួយអ្នក។ អ្នកក៏អាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងសិទ្ធិស៊ីវិលជាមួយក្រសួងសុខាភិបាលនិងសេវាកម្មមនុស្សជាតិរបស់សហរដ្ឋអាមេរិក ការិយាល័យសិទ្ធិស៊ីវិល តាម ប្រព័ន្ធអេឡិចត្រូនិក តាមរយៈការិយាល័យសម្រាប់ ទំព័របណ្តឹងសិទ្ធិស៊ីវិល ដែលមាននៅ

<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> ឬតាមប្រអប់សំបុត្រ ឬទូរសព្ទមកកាន់៖ U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, **1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD)** ។ ទម្រង់ពាក្យបណ្តឹងមាននៅ **<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>**.



សេចក្តីជូនដំណឹងអំពីការមិនរើសអើង

ការរើសអើងគឺប្រឆាំងនឹងច្បាប់។ Kaiser Permanente គោរពតាមច្បាប់សិទ្ធិរដ្ឋប្បវេណីថ្នាក់រដ្ឋនិងសហព័ន្ធ។

Kaiser Permanente មិនរើសអើងប្រឆាំងនឹងច្បាប់ បដិសេធមនុស្ស ឬប្រព្រឹត្តទៅលើពួកគេខុសៗគ្នាដោយសារអាយុ ជាតិសាសន៍ អត្តសញ្ញាណក្រុមពូជសាសន៍ ពណ៌សម្បុរ សញ្ជាតិដើម សាវតារវប្បធម៌ ពូជពង្ស សាសនា ជេនឌឺរ អត្តសញ្ញាណជេនឌឺរ ការបញ្ជាក់ពីជេនឌឺរ ទំនោរផ្លូវភេទ ស្ថានភាពអាពាហ៍ពិពាហ៍ ពិការភាពរាងកាយ ឬផ្លូវចិត្ត ប្រភពនៃការទូទាត់ប្រាក់ ព័ត៌មានហ្វេសប៊ីស៊ីតេ សញ្ជាតិ ភាសាចម្បង ឬស្ថានភាពអន្តោប្រវេសន៍ឡើយ។

Kaiser Permanente ផ្តល់សេវាកម្មដូចខាងក្រោម៖

- ជំនួយនិងសេវាកម្មដោយមិនគិតថ្លៃដល់ជនពិការដើម្បីជួយពួកគេទំនាក់ទំនងបានប្រសើរជាងមុនជាមួយពួកយើង ដូចជា៖
 - ◆ អ្នកបកប្រែភាសាសញ្ញាដែលមានសមត្ថភាព
 - ◆ ព័ត៌មានជាលាយលក្ខណ៍អក្សរក្នុងទម្រង់ផ្សេងទៀត (អក្សរសម្រាប់អ្នកពិការភ្នែក អក្សរធំ សំឡេង ទម្រង់អេឡិចត្រូនិចដែលអាចចូលប្រើប្រាស់បាន និងទម្រង់ផ្សេងៗទៀត)
- សេវាកម្មភាសាដោយមិនគិតថ្លៃដល់មនុស្សដែលភាសាចម្បងរបស់ពួកគេមិនមែនជាភាសាអង់គ្លេស ដូចជា៖
 - ◆ អ្នកបកប្រែដែលមានសមត្ថភាព
 - ◆ ព័ត៌មានសរសេរជាភាសាផ្សេងៗទៀត

ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការសេវាកម្មទាំងនេះ សូមទូរស័ព្ទទៅមជ្ឈមណ្ឌលទំនាក់ទំនងសេវាកម្មសមាជិកលេខ **1-800-464-4000 (TTY 711) 24** ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ (លើកលែងថ្ងៃឈប់សម្រាកដែលបិទ)។ ប្រសិនបើអ្នកមិនអាចស្តាប់ឮឬនិយាយបានល្អ សូមទូរស័ព្ទទៅ **711** ។

តាមការស្នើសុំ ឯកសារនេះអាចត្រូវបានផ្តល់ជូនអ្នកក្នុងទម្រង់ជាអក្សរសម្រាប់អ្នកពិការភ្នែក អក្សរធំ ខ្សែអាត់សំឡេង ឬទម្រង់អេឡិចត្រូនិក។ ដើម្បីទទួលបានច្បាប់ចម្លងនៅក្នុងទម្រង់ជំនួសមួយក្នុងចំណោមទម្រង់ទាំងនេះ ឬទម្រង់ផ្សេងទៀត សូមទូរស័ព្ទទៅមជ្ឈមណ្ឌលទំនាក់ទំនងសេវាកម្មសមាជិករបស់យើងហើយសួររកទម្រង់ដែលអ្នកត្រូវការ។

របៀបដាក់ពាក្យបណ្តឹងសារទុក្ខជាមួយ Kaiser Permanente

អ្នកអាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងសារទុក្ខអំពីការរើសអើងជាមួយ Kaiser Permanente ប្រសិនបើអ្នកជឿថាយើង បានខកខានក្នុងការផ្តល់សេវាកម្មទាំងនេះ ឬបានរើសអើងដោយខុសច្បាប់តាមរបៀបផ្សេងទៀត។ សូមយោងទៅលើ ភស្តុតាងនៃការធានារ៉ាប់រង)Evidence of Coverage(ឬ វិញ្ញាបនប័ត្រនៃការធានារ៉ាប់រង (Certificate of Insurance) របស់អ្នកសម្រាប់ព័ត៌មានលម្អិត។ អ្នកក៏អាចនិយាយជាមួយអ្នកគំណាងសេវាកម្មសមាជិកអំពីជម្រើសនានាដែលអនុវត្តចំពោះអ្នក។ សូមទូរស័ព្ទមកសេវាកម្មសមាជិកប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយដាក់ពាក្យបណ្តឹងសារទុក្ខ។

លោកអ្នកអាចដាក់បណ្តឹងសារទុក្ខតាមវិធីដូចខាងក្រោម៖

- **តាមទូរស័ព្ទ:** ទូរស័ព្ទទៅសេវាកម្មសមាជិកលេខ **1 800-464-4000 (TTY 711) 24** ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ (លើកលែងថ្ងៃឈប់សម្រាកដែលបិទ)
- **តាមសំបុត្រ:** ទូរស័ព្ទមកយើងនៅលេខ **1 800-464-4000 (TTY 711)** ហើយស្នើសុំឱ្យផ្ញើទម្រង់បែបបទទៅអ្នក។
- **ដោយផ្ទាល់:** បំពេញទម្រង់បែបបទបណ្តឹងតវ៉ា ឬទម្រង់សំណង/សំណើសុំអត្ថប្រយោជន៍នៅការិយាល័យសេវាកម្មសមាជិកដែលមានទីតាំងនៅអគារផែនការណាមួយ (ចូលទៅកាន់បញ្ជីរាយនាមអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកនៅ kp.org/facilities សម្រាប់អាសយដ្ឋាន)
- **តាមអនឡាញ:** ប្រើទម្រង់បែបបទអនឡាញនៅលើ គេហទំព័ររបស់យើងនៅ kp.org

អ្នកក៏អាចទាក់ទងមកអ្នកសម្របសម្រួលផ្នែកសិទ្ធិពលរដ្ឋរបស់ Kaiser Permanente ដោយផ្ទាល់តាមអាសយដ្ឋានខាងក្រោម៖

Attn: Kaiser Permanente Civil Rights Coordinator
Member Relations Grievance Operations
P.O. Box 939001
San Diego CA 92193

របៀបដាក់ពាក្យបណ្តឹងសារទុក្ខទៅការិយាល័យសិទ្ធិពលរដ្ឋនាយកដ្ឋានសេវាកម្មថែទាំសុខភាពរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា
(សម្រាប់តែអ្នកទទួលបានសេវា Medi-Cal ប៉ុណ្ណោះ)

អ្នកក៏អាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងសិទ្ធិពលរដ្ឋជាមួយការិយាល័យសិទ្ធិពលរដ្ឋនាយកដ្ឋានសេវាកម្មថែទាំសុខភាពរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា ដោយសរសេរតាមទូរស័ព្ទឬតាមអ៊ីមែល៖

- **តាមទូរស័ព្ទ:** ទូរស័ព្ទទៅការិយាល័យសិទ្ធិពលរដ្ឋ នាយកដ្ឋានសេវាកម្មថែទាំសុខភាព (Department of Health Care Services, DHCS) លេខ **916-440-7370 (TTY 711)**
- **តាមសំបុត្រ:** បំពេញបែបបទពាក្យបណ្តឹងឬផ្ញើសំបុត្រទៅ:
Deputy Director, Office of Civil Rights
Department of Health Care Services
Office of Civil Rights
P.O. Box 997413, MS 0009
Sacramento, CA 95899-7413
ទម្រង់បែបបទពាក្យបណ្តឹងអាចរកបាននៅ៖
http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx
- **អនឡាញ:** ផ្ញើអ៊ីមែលទៅកាន់ CivilRights@dhcs.ca.gov

របៀបដាក់បណ្តឹងសារទុក្ខទៅកាន់ការិយាល័យសិទ្ធិពលរដ្ឋនាយកដ្ឋានសេវាកម្មសុខភាពនិងមនុស្សជាតិអាមេរិក

អ្នកអាចដាក់បណ្តឹងតវ៉ាអំពីការរើសអើងទៅកាន់ការិយាល័យសិទ្ធិពលរដ្ឋនាយកដ្ឋានសេវាកម្មសុខភាពនិងមនុស្សជាតិអាមេរិក។ អ្នកអាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ តាមទូរស័ព្ទ ឬតាមអនឡាញ៖

- **តាមទូរស័ព្ទ:** ហៅទៅលេខ **1-800-368-1019 (TTY 711 ឬ 1-800-537-7697)**
- **តាមសំបុត្រ:** បំពេញបែបបទពាក្យបណ្តឹងឬផ្ញើលិខិតទៅ៖
U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
ទម្រង់បែបបទពាក្យបណ្តឹងអាចរកបាននៅ៖
<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>
- **អនឡាញ:** ចូលទៅកាន់ទំព័រការិយាល័យពាក្យបណ្តឹងសិទ្ធិពលរដ្ឋនៅ៖
<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>

Multi-Language Insert

Multi-language Interpreter Services

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at **1-800-443-0815** (TTY **711**). Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

Spanish: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al **1-800-443-0815** (TTY **711**). Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin: 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 **1-800-443-0815** (TTY **711**)。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chinese Cantonese: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 **1-800-443-0815** (TTY **711**)。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa **1-800-443-0815** (TTY **711**). Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au **1-800-443-0815** (TTY **711**). Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi **1-800-443-0815** (TTY **711**) sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter **1-800-443-0815** (TTY **711**). Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 **1-800-443-0815 (TTY 711)** 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**. Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على **1-800-443-0815 (TTY 711)**. سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं. एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें **1-800-443-0815 (TTY 711)** पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त सेवा है.

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero **1-800-443-0815 (TTY 711)**. Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portuguese: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número **1-800-443-0815 (TTY 711)**. Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan **1-800-443-0815 (TTY 711)**. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer **1-800-443-0815 (TTY 711)**. Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese: 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、**1-800-443-0815 (TTY 711)** にお電話ください。日本語を話す人 者が支援いたします。これは無料のサービスです。

ព័ត៌មានអំពីផែនការ

ក្នុងនាមជាសមាជិកនៃផែនការនេះ យើងអាចទាក់ទងអ្នកម្តងម្កាល ដើម្បីជូនដំណឹងអ្នកអំពីផែនការឬផលិតផល Kaiser Permanente ផ្សេងទៀត ដែលអាចមានសម្រាប់អ្នក។ បើអ្នកចង់ដកខ្លួនចេញពីការហៅទូរសព្ទបែបនេះ សូមទាក់ទងផ្នែកសេវាសមាជិកតាមលេខនៅខាងខ្នងនៃបណ្ណសមាជិករបស់អ្នក។

បញ្ជីឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា

បើអ្នកត្រូវការជំនួយស្វែងរកអ្នកផ្តល់សេវាបណ្តាញឬឱសថស្ថាន សូមចូលទៅ kp.org/directory ដើម្បីស្វែងរកបញ្ជីឈ្មោះរបស់យើងនៅលើអនឡាញ (សម្គាល់: បញ្ជីឈ្មោះ 2024 មាននៅលើអនឡាញចាប់ពី 10/15/2023 យោងតាមតម្រូវការរបស់ Medicare)។

ដើម្បីទទួល បញ្ជីឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា, បញ្ជីឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវាផ្ទេរ ឬ បញ្ជីឈ្មោះឱសថស្ថាន (បើមាន) ដែលបានធ្វើតាមប្រែសណីយ៍ជូនអ្នក អ្នកអាចហៅ Kaiser Permanente តាម **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 7 ថ្ងៃ ក្នុងមួយសប្តាហ៍, 8 a.m. ដល់ 8 p.m.។

រូបមន្តថ្នាំមានវេជ្ជបញ្ជារបស់ Medicare ផ្នែក D

បញ្ជីរូបមន្តរបស់យើងរាយថ្នាំ Medicare ផ្នែក D ដែលយើងរ៉ាប់រង។ រូបមន្តអាចផ្លាស់ប្តូរនៅគ្រប់ពេល។ អ្នកនឹងទទួលដំណឹង ពេលចាំបាច់។ បើអ្នកមានសំណួរអំពីថ្នាំដែលបានរ៉ាប់រង សូមមើលរូបមន្តរបស់យើងនៅលើអនឡាញនៅ kp.org/seniorrx (សម្គាល់: រូបមន្តឆ្នាំ 2024 មានលើអនឡាញចាប់ពី 10/15/2023 យោងតាមតម្រូវការរបស់ Medicare)។

ដើម្បីទទួលរូបមន្តដែលបានធ្វើតាមប្រែសណីយ៍ជូនអ្នក អ្នកអាចហៅ Kaiser Permanente តាម **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍, 8 a.m. ដល់ 8 p.m.។

ភ័ស្តុតាងនៃការរ៉ាប់រង (EOC)

EOC របស់អ្នកពន្យល់ពីរបៀបទទួលបានការថែទាំវេជ្ជសាស្ត្រ និងថ្នាំមានវេជ្ជបញ្ជាដែលបានរ៉ាប់រងតាមផែនការរបស់អ្នក។ វាពន្យល់ពីសិទ្ធិនិងការទទួលខុសត្រូវរបស់អ្នក, អ្វីត្រូវបានរ៉ាប់រង និងអ្វីដែលអ្នកបង់ក្នុងនាមជាសមាជិក Kaiser Permanente។ បើអ្នកមានសំណួរមួយអំពីការរ៉ាប់រងរបស់អ្នក សូមចូលទៅ kp.org/eocscal ដើម្បីមើល EOC នៅលើអនឡាញ (សម្គាល់: EOC 2024 សម្រាប់រដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ាកាតខាងត្បូងមាននៅលើអនឡាញ ចាប់ពី 10/15/2023 យោងតាមតម្រូវការរបស់ Medicare)។

ដើម្បីទទួល EOC ដែលបានធ្វើតាមប្រែសណីយ៍ជូនអ្នក អ្នកអាចហៅ Kaiser Permanente តាម **1-800-443-0815 (TTY 711)**, 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍, 8 a.m. ដល់ 8 p.m.។

