H8794_27A009KM_M
4422927541_S001_009_KM
PBP #: 009

គម្រោង **Kaiser Permanente Dual Complete South P9 (HMO D-SNP)** ដែលផ្តល់ជូនដោយ
ក្រុមហ៊ុន **Kaiser Foundation Health Plan, Inc.** តំបន់ភាគខាងត្បូងនៃរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា

សេចក្តីជូនដំណឹងប្រចាំឆ្នាំអំពីការផ្លាស់ប្តូរ សម្រាប់ឆ្នាំ 2027

សេចក្តីផ្តើម

បច្ចុប្បន្ន អ្នកបានចុះឈ្មោះជាសមាជិកនៃគម្រោងរបស់យើង។ នៅឆ្នាំក្រោយ នឹងមានការផ្លាស់ប្តូរមួយចំនួន ចំពោះអត្ថប្រយោជន៍ ការធានារ៉ាប់រង វិធាន និងថ្លៃចំណាយរបស់យើង។ *សេចក្តីជូនដំណឹងប្រចាំឆ្នាំអំពីការផ្លាស់ប្តូរ* នេះប្រាប់អ្នកអំពីការផ្លាស់ប្តូរ និងកន្លែងដើម្បីស្វែងរកព័ត៌មានបន្ថែមអំពីការផ្លាស់ប្តូរទាំងនោះ។ ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែមអំពីថ្លៃចំណាយ អត្ថប្រយោជន៍ ឬវិធាននានា សូមពិនិត្យមើល *សៀវភៅណែនាំសមាជិក (Member Handbook)* ដែលមាននៅលើគេហទំព័ររបស់យើងតាមរយៈ kp.org/eocscal (ជាភាសាអង់គ្លេស)។ សូមហៅទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិកតាមរយៈលេខនៅផ្នែកខាងក្រោមនៃទំព័រនេះ ដើម្បីទទួលបានសៀវភៅណែនាំមួយច្បាប់តាមប្រៃសណីយ៍។ ពាក្យគន្លឹះ និងនិយមន័យរបស់ពួកវា មានលេចឡើងនៅតាមលំដាប់អក្ខរក្រមនៅជំពូកចុងក្រោយនៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក (Member Handbook)* របស់អ្នក។

ធនធានបន្ថែម

- ឯកសារនេះអាចរកបានដោយឥតគិតថ្លៃជាភាសាអារ៉ាប់ អាមេនី ខ្មែរ ចិន ហ្វាសុី កូរ៉េ រុស្ស៊ី អេស្ប៉ាញ តាហ្គាឡុក និងវៀតណាម។
- អ្នកអាចទទួលបាន សេចក្តីជូនដំណឹងប្រចាំឆ្នាំអំពីការផ្លាស់ប្តូរ នេះដោយឥតគិតថ្លៃក្នុងទម្រង់ផ្សេងទៀត ដូចជា អក្សរពុម្ពធំៗ អក្សរស្មាប ឯកសារអូឌីយ៉ូ ឬឯកសារទិន្នន័យ។ សូមហៅទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-443-0815 (TTY 711)។
- សូមហៅទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-443-0815 (TTY 711) ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ 8 ល្ងាច 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ ដើម្បីស្នើសុំដូចខាងក្រោម៖
  - ភាសាដែលពេញចិត្តក្រៅពីភាសាអង់គ្លេស និង/ឬទម្រង់ជំនួស។
  - ការស្នើសុំជាអចិន្ត្រៃយ៍សម្រាប់បញ្ជីនិងទំនាក់ទំនងនាពេលអនាគត និង
  - ការផ្លាស់ប្តូរសំណើជាអចិន្ត្រៃយសម្រាប់ភាសានិង/ឬទម្រង់ដែលពេញចិត្ត។

OMB Approval 0938-1444 (Expires 05/31/2029)

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមហៅទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិកតាមរយៈលេខ 1-800-443-0815 (TTY 711) បាន 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ 8 ល្ងាច។ ការហៅទូរសព្ទនេះគឺមិនគិតថ្លៃទេ។
សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលទៅមើលវេបសាយ kp.org/medicare (ជាភាសាអង់គ្លេស)។

- ភាសាដែលពេញចិត្តក្រៅពីភាសាអង់គ្លេស និង/ឬទម្រង់ជំនួស។
- ការស្នើសុំជាអចិន្ត្រៃយ៍សម្រាប់បញ្ជីនិងទំនាក់ទំនងនាពេលអនាគត និង
- ការផ្លាស់ប្តូរសំណើជាអចិន្ត្រៃយសម្រាប់ភាសានិង/ឬទម្រង់ដែលពេញចិត្ត។

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

ATTENTION: If you need help in your language, call 1-800-443-0815 (TTY 711). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call 1-800-443-0815 (TTY 711). These services are free of charge.

ARABIC

تنبيه: إذا كنت بحاجة إلى المساعدة بلغتك، فاتصل على الرقم 1-800-443-0815 (TTY 711). وتتوفر لدينا أيضا مساعدات وخدمات للأشخاص الذين يعانون إعاقات، مثل مستندات بلغة برايل والطباعة بخط كبير. اتصل بالرقم 1-800-443-0815 (TTY 711). هذه الخدمات مجانية بدون تكلفة.

ARMENIAN

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ. եթե ձեր լեզվով օգնության կարիք ունեք, զանգահարեք 1-800-443-0815 (TTY 711): Հասանելի են նաև աջակցություն և ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար, ինչպես օրինակ՝ փաստաթղթեր բրայլով կամ մեծ տառատեսակով: Զանգահարեք 1-800-443-0815 (TTY 711): Այս ծառայություններն անվճար են:

CHINESE

請注意：如果您需要語言協助，請致電 1-800-443-0815 (TTY 711)。殘障人士亦有提供協助和服務，例如點字和大字體的文件。請致電 1-800-443-0815 (TTY 711)。以上服務為免費提供。

PUNJABI

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ 1-800-443-0815 (TTY 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਵਿਕਲਾਂਗ ਵਿਅਕਤੀਆਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾਵਾਂ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬ੍ਰੇਲ ਅਤੇ ਵੱਡੇ ਪ੍ਰਿੰਟ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। 1-800-443-0815 (TTY 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫ਼ਤ ਹਨ।

HINDI

ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा संबंधी कोई सहायता चाहिए, तो 1-800-443-0815 (TTY 711) पर कॉल करें। विकलांग व्यक्तियों के लिए सहायताएँ और सेवाएँ, जैसे कि ब्रेल और बड़े प्रिंट में दस्तावेज़, भी उपलब्ध हैं। 1-800-443-0815 (TTY 711) पर कॉल करें। ये सेवाएँ मुफ़्त दी जाती हैं।

HMONG

CEEB TOOM: Yog koj xav tau kev pab ua koj yam lus, hu rau 1-800-443-0815 (TTY 711). Kuj muaj cov kev pab cuam rau cov neeg uas muaj kev xiam oob qhab, xws li cov ntawv xuas rau cov dig muag thiab cov ntawv luam loj. Hu 1-800-443-0815 (TTY 711). Cov kev pab cuam no yog muab pab dawb.

JAPANESE

注意：言語でのサポートをご希望の場合は、1-800-443-0815 (TTY 711) までご連絡ください。点字を用いた資料や大きな文字で書かれた資料など、障害を持つお客様向けの支援とサービスをご利用いただけます。1-800-443-0815 (TTY 711) までご連絡ください。これらのサービスは、無料でご利用いただけます。

KOREAN

주의: 귀하의 언어로 도움이 필요하시면 1-800-443-0815 (TTY 711) 번으로 전화하십시오. 점자 및 큰 활자로 된 문서 등 장애인을 위한 지원 및 서비스도 제공됩니다. 1-800-443-0815 (TTY 711) 번으로 전화하십시오. 이러한 서비스는 무료입니다.

LAOTIAN

ໝາຍເຫດ: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອເປັນພາສາຂອງທ່ານ, ກະລຸນາໂທຫາ 1-800-443-0815 (TTY 711). ການຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ການບໍລິການແມ່ນມີໃຫ້ສຳລັບຄົນທີ່ມີຄວາມພິການນຳ ເຊັ່ນ: ເອກະສານເປັນຕົວໜັງສືນູນ ແລະ ຕົວໜັງສືໃຫຍ່. ໂທຫາ 1-800-443-0815 (TTY 711). ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ບໍ່ໄດ້ເສຍຄ່າ.

MIEN

CAU FIM JANGX OC: Beiv hnangv meih qiemx zuqc longc mienh faan benx meih nyei waac bun muangx, mborqv finx lorz 1-800-443-0815 (TTY 711). Maaih jaa-sic tengx aengx caux tengx nzie weih bun wuaaic fangx mienh, liepc duqv maaih nzangc-pokc bun hluo aengx caux aamx cuotv domh zeiv daan bun longc. mborqv finx lorz 1-800-443-0815 (TTY 711). Wangv henh tengx naaiv deix gong mv zuqc ndortv nyaanh cingv oc.

CAMBODIAN

យកចិត្តទុកដាក់៖ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយជាភាសារបស់អ្នក សូមហៅទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-443-0815 (TTY 711)។ ជំនួយ និងសេវាកម្មសម្រាប់ជនពិការ ដូចជាឯកសារជាអក្សរស្នាប និងអក្សរធំៗក៏មានផងដែរ។ ហៅទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-443-0815 (TTY 711)។ សេវាកម្មទាំងនេះគឺមិនគិតថ្លៃទេ។

FARSI

توجه: در صورت نیاز به کمک به زبان خود، با شماره 1-800-443-0815 (TTY 711) تماس بگیرید. کمک‌ها و خدمات برای افراد دچار معلولیت، مانند اسناد با خط بریل و چاپ بزرگ نیز در دسترس است. با شماره 1-800-443-0815 (TTY 711) تماس بگیرید. این خدمات رایگان است.

RUSSIAN

ВНИМАНИЕ! Если вам нужна помощь на вашем языке, позвоните на номер 1-800-443-0815 (TTY 711). Также доступны вспомогательные средства и услуги для лиц с инвалидностью, такие как документы, напечатанные шрифтом Брайля и крупным шрифтом. Звоните на номер 1-800-443-0815 (TTY 711). Эти услуги бесплатны.

SPANISH

ATENCIÓN: Si necesita ayuda en su idioma, llame al 1-800-443-0815 (TTY 711). Se encuentran disponibles ayudas y servicios para personas con discapacidad, como documentos en braille y letra grande. Llame al 1-800-443-0815 (TTY 711). Estos servicios son gratuitos.

TAGALOG

PAUNAWA: Kung kailangan ninyo ng tulong na nasa inyong wika, tumawag sa 1-800-443-0815 (TTY 711). Ang mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, tulad ng mga dokumento na nasa braille at malalaking letra, ay available rin. Tumawag sa 1-800-443-0815 (TTY 711). Ang mga serbisyong ito ay walang bayad.

THAI

โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ กรุณาติดต่อที่หมายเลข 1-800-443-0815 (TTY 711) นอกจากนี้ ยังมีการให้ความช่วยเหลือและบริการแก่คนพิการ เช่น เอกสารอักษรเบรลล์และตัวพิมพ์ขนาดใหญ่อีกด้วย ติดต่อที่หมายเลข 1-800-443-0815 (TTY 711) บริการเหล่านี้ไม่มีค่าใช้จ่าย

UKRAINIAN

УВАГА! Якщо вам потрібна допомога вашою мовою, телефонуйте за номером 1-800-443-0815 (TTY 711). Також доступні допоміжні засоби й послуги для людей з інвалідністю, наприклад документи, надруковані шрифтом Брайля чи великим шрифтом. Телефонуйте за номером 1-800-443-0815 (TTY 711). Ці послуги є безкоштовними.

VIETNAMESE

CHÚ Ý: Nếu quý vị cần được trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình, hãy gọi 1-800-443-0815 (TTY 711). Trợ giúp và dịch vụ dành cho người khuyết tật như bản in chữ nổi Braille và chữ cỡ lớn cũng được cung cấp. Xin gọi 1-800-443-0815 (TTY 711). Những dịch vụ này được cung cấp miễn phí.

តារាងមាតិកា

A. សេចក្តីប្រកាសមិនទទួលខុសត្រូវ 10

B. ការពិនិត្យឡើងវិញនូវការធានារ៉ាប់រងនៃកម្មវិធី Medicare និងកម្មវិធី Medi-Cal របស់អ្នកសម្រាប់ឆ្នាំក្រោយ 10

B1. ព័ត៌មានអំពីគម្រោងរបស់យើង 11

B2. រឿងសំខាន់ៗដែលត្រូវធ្វើ 12

C. ការផ្លាស់ប្តូរឈ្មោះគម្រោងរបស់អ្នក 14

D. ការផ្លាស់ប្តូរចំពោះបណ្តាញអ្នកផ្តល់សេវានិងឱសថស្ថានរបស់យើង 14

E. ការផ្លាស់ប្តូរចំពោះអត្ថប្រយោជន៍ និងថ្លៃចំណាយសម្រាប់ឆ្នាំក្រោយ 14

E1. ការផ្លាស់ប្តូរចំពោះអត្ថប្រយោជន៍និងថ្លៃចំណាយសម្រាប់សេវាវេជ្ជសាស្ត្រ 14

E2. ការផ្លាស់ប្តូរការធានារ៉ាប់រងលើថ្នាំពេទ្យ 22

E3. ដំណាក់កាលទី 1៖ “ដំណាក់កាលធានារ៉ាប់រងដំបូង” 24

E4. ដំណាក់កាលទី 2៖ “ដំណាក់កាលធានារ៉ាប់រងមហន្តរាយ” 27

F. ការផ្លាស់ប្តូរផ្នែករដ្ឋបាល 27

G. ការជ្រើសរើសគម្រោង 27

G1. ការបន្តប្រើគម្រោងរបស់យើង 27

G2. ការផ្លាស់ប្តូរគម្រោង 27

H. ការទទួលជំនួយ 33

H1. គម្រោងរបស់យើង 33

H2. កម្មវិធីប្រឹក្សាយោបល់និងតស៊ូមតិផ្នែកធានារ៉ាប់រងសុខភាព (HICAP) 33

H3. កម្មវិធីដោះស្រាយបណ្តឹង 34

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមហៅទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិកតាមរយៈលេខ 1-800-443-0815 (TTY 711) បាន 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ 8 ល្ងាច។ ការហៅទូរសព្ទនេះគឺមិនគិតថ្លៃទេ។
សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលទៅមើលវេបសាយ kp.org/medicare (ជាភាសាអង់គ្លេស)។

H4. Medicare 34

H5. នាយកដ្ឋានគ្រប់គ្រងសេវាថែទាំសុខភាពនៃរដ្ឋ California 35

H6. គម្រោងបង់រំលស់ថ្លៃថ្នាំតាមវេជ្ជបញ្ជានៃកម្មវិធី Medicare 36

A. សេចក្តីប្រកាសមិនទទួលខុសត្រូវ

- គម្រោង Kaiser Permanente គឺជាគម្រោង
  គម្រោងតម្រូវការពិសេសដែលមានសិទ្ធិក្រោមកម្មវិធីពីរនៃអង្គការថែទាំសុខភាព (Health Maintenance Organization Dual Eligible Special Needs Plan, HMO-D SNP) ដែលមានកិច្ចសន្យាជាមួយកម្មវិធី Medicare និងមានកិច្ចសន្យាជាមួយ កម្មវិធី Medi-Cal។ ការចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោង Kaiser Permanente អាស្រ័យលើការបន្តកិច្ចសន្យាជាថ្មី។

- អត្ថប្រយោជន៍អាហារសុខភាព គឺជាផ្នែកមួយនៃកម្មវិធីបន្ថែមពិសេសមួយសម្រាប់អ្នកមានជំងឺរ៉ាំរ៉ៃ។
  មិនមែនគ្រប់សមាជិកទាំងអស់សុទ្ធតែមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់នោះទេ។
  សមាជិកទាំងឡាយត្រូវតែមានជំងឺរ៉ាំរ៉ៃជាក់លាក់ ដូចជា ជំងឺទឹកនោមផ្អែម ជំងឺធាត់ ជំងឺសរសៃឈាមបេះដូង ជំងឺរលាកសន្លាក់ឆ្អឹង
  ឬជំងឺតម្រងនោមរ៉ាំរ៉ៃ ដើម្បីមានសិទ្ធិទទួលបាន។
  អ្នកក៏អាចមានសិទ្ធិទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍នេះជាមួយលក្ខខណ្ឌផ្សេងទៀតផងដែរ។
  ស្ថានភាពរបស់អ្នកតែមួយមុខមិនអាចធានានូវសិទ្ធិទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍នេះនោះទេ។
  អ្នកត្រូវតែបំពេញលក្ខខណ្ឌតម្រូវទាំងអស់នៃសិទ្ធិទទួលបានមុនពេលទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍នេះ។
  សម្រាប់ព័ត៌មានលម្អិត សូមទាក់ទងមកយើងខ្ញុំ។

B. ការពិនិត្យឡើងវិញនូវការធានារ៉ាប់រងនៃកម្មវិធី Medicare និងកម្មវិធី Medi-Cal របស់អ្នកសម្រាប់ឆ្នាំក្រោយ

វាជារឿងសំខាន់ក្នុងការពិនិត្យឡើងវិញនូវការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកនៅពេលឥឡូវនេះ ដើម្បីធ្វើឱ្យប្រាកដថាវានឹងនៅតែបំពេញតាមតម្រូវការរបស់អ្នកនៅឆ្នាំបន្ទាប់។ ប្រសិនបើវាមិនបំពេញតាមតម្រូវការរបស់អ្នកទេ អ្នកប្រហែលជាអាចចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើងបាន។ សូមមើល **ផ្នែក E**
សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីការផ្លាស់ប្តូរចំពោះអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នកសម្រាប់ឆ្នាំក្រោយ។

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

ប្រសិនបើអ្នកចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើង អ្នកអាចទទួលបានព័ត៌មានដូចខាងក្រោម៖

- ជម្រើសនានានៃកម្មវិធី Medicare នៅក្នុងតារាងនៅក្នុង **ផ្នែក G2**។
- ជម្រើស និងសេវាកម្មនានានៃកម្មវិធី Medi-Cal នៅក្នុង **ផ្នែក G2**។

B1. ព័ត៌មានអំពីគម្រោងរបស់យើង

- គម្រោង Kaiser Permanente Dual Complete South P9
  គឺជាគម្រោងសុខភាពដែលចុះកិច្ចសន្យាជាមួយទាំងកម្មវិធី Medicare និងកម្មវិធី Medi-Cal
  ដើម្បីផ្តល់អត្ថប្រយោជន៍នៃកម្មវិធីទាំងពីរដល់សមាជិក។
- នៅពេល *សេចក្តីជូនដំណឹងប្រចាំឆ្នាំអំពីការផ្លាស់ប្តូរ* នេះនិយាយថា "យើង" "ពួកយើង"
  "របស់យើង" ឬ "គម្រោងរបស់យើង" នោះវាសំដៅលើគម្រោងក្រោមកម្មវិធី
  Medicare Medi-Cal។

B2. រឿងសំខាន់ៗដែលត្រូវធ្វើ

- **ពិនិត្យមើលថាតើមានការផ្លាស់ប្តូរណាមួយចំពោះអត្ថប្រយោជន៍និងថ្លៃចំណាយរបស់យើងដែលអាចប៉ះពាល់ដល់អ្នកដែរឬទេ។**
  - តើមានការផ្លាស់ប្តូរណាមួយដែលប៉ះពាល់ដល់សេវាដែលអ្នកប្រើប្រាស់ឬទេ?
  - សូមពិនិត្យឡើងវិញនូវការផ្លាស់ប្តូរចំពោះអត្ថប្រយោជន៍ និងថ្លៃចំណាយ ដើម្បីធ្វើឱ្យប្រាកដថា ពួកវានឹងដំណើរការសម្រាប់អ្នកនៅឆ្នាំក្រោយ។
  - សូមមើល **ផ្នែក E1** សម្រាប់ព័ត៌មានអំពីការផ្លាស់ប្តូរចំពោះអត្ថប្រយោជន៍ និងថ្លៃចំណាយសម្រាប់គម្រោងរបស់យើង។
- **សូមពិនិត្យមើលថាតើមានការផ្លាស់ប្តូរចំពោះការធានារ៉ាប់រងលើថ្នាំពេទ្យរបស់យើងណាដែលអាចនឹងប៉ះពាល់ដល់អ្នកដែរឬទេ។**
  - តើថ្នាំរបស់អ្នកនឹងត្រូវបានធានារ៉ាប់រងឬទេ? តើពួកវាស្ថិតក្នុងកម្រិតចែករំលែកថ្លៃចំណាយផ្សេងគ្នាដែរឬទេ?
    តើអ្នកអាចប្រើប្រាស់ឱសថស្ថានដូចគ្នាបានដែរឬទេ? តើនឹងមានការផ្លាស់ប្តូរណាមួយដូចជាការអនុញ្ញាតជាមុនដែរឬទេ?
  - សូមពិនិត្យឡើងវិញនូវការផ្លាស់ប្តូរនានា ដើម្បីធានាថាការធានារ៉ាប់រងលើថ្នាំពេទ្យរបស់យើងនឹងដំណើរការសម្រាប់អ្នកនៅឆ្នាំក្រោយ។
  - សូមមើល **ផ្នែក E2** សម្រាប់ព័ត៌មានអំពីការផ្លាស់ប្តូរចំពោះការធានារ៉ាប់រងថ្លៃថ្នាំរបស់យើង។
  - ថ្លៃថ្នាំរបស់អ្នកអាចនឹងកើនឡើងតាំងពីឆ្នាំមុន។
    - សូមពិភាក្សាជាមួយវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកអំពីជម្រើសថ្លៃទាបជាងនេះដែលអាចមានផ្តល់ជូនសម្រាប់អ្នក។ នេះអាចជួយអ្នកសន្សំសំចៃចំណាយចេញពីហោប៉ៅប្រចាំឆ្នាំបានពេញមួយឆ្នាំ។
    - សូមចងចាំថា អត្ថប្រយោជន៍នៃគម្រោងរបស់អ្នកកំណត់ថាតើចំណាយថ្លៃថ្នាំរបស់អ្នកផ្ទាល់អាចប្រែប្រួលកម្រិតណា។

- **សូមពិនិត្យមើលថាតើអ្នកផ្តល់សេវានិងឱសថស្ថានរបស់អ្នកនឹងបន្តស្ថិតនៅក្នុងបណ្តាញរបស់យើងនៅឆ្នាំក្រោយដែរឬទេ។**
  - តើវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក រួមទាំងអ្នកឯកទេសរបស់អ្នក នៅក្នុងបណ្តាញរបស់យើងដែរឬទេ? ចុះឱសថស្ថានរបស់អ្នកវិញ? ចុះមន្ទីរពេទ្យ ឬអ្នកផ្តល់សេវាផ្សេងទៀតដែលអ្នកប្រើប្រាស់?
  - សូមមើល **ផ្នែក D** សម្រាប់ព័ត៌មានអំពី *បញ្ជីរាយនាមអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថាន (Provider and Pharmacy Directory)* របស់យើង។
- **សូមគិតអំពីថ្លៃចំណាយសរុបរបស់អ្នកនៅក្នុងគម្រោង។**
  - តើអ្នកនឹងចាយប្រាក់ចេញពីហោប៉ៅអស់ចំនួនប៉ុន្មានសម្រាប់សេវានិងថ្នាំដែលអ្នកប្រើជាប្រចាំ?
  - តើថ្លៃចំណាយសរុបប្រៀបធៀបទៅនឹងជម្រើសធានារ៉ាប់រងផ្សេងទៀតយ៉ាងដូចម្តេច?
- **សូមគិតថាតើអ្នកសប្បាយចិត្តនឹងគម្រោងរបស់យើងឬអត់។**

ប្រសិនបើអ្នកសម្រេចចិត្តបន្តប្រើគម្រោង Kaiser Permanente Dual Complete South P9៖	**ប្រសិនបើអ្នកសម្រេចចិត្តផ្លាស់ប្តូរគម្រោង៖**
ប្រសិនបើអ្នកចង់នៅជាមួយយើងនៅឆ្នាំក្រោយ វាងាយស្រួលនោះទេ – អ្នកមិនចាំបាច់ធ្វើអ្វីឡើយ។ ប្រសិនបើអ្នកមិនធ្វើការផ្លាស់ប្តូរទេ អ្នកនឹងបន្តចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោង Kaiser Permanente Dual Complete South P9 ដោយស្វ័យប្រវត្តិ។	ប្រសិនបើអ្នកសម្រេចចិត្តថា ការធានារ៉ាប់រងផ្សេងទៀតនឹងបំពេញតាមតម្រូវការរបស់អ្នកបានប្រសើរជាង អ្នកប្រហែលជាអាចប្តូរគម្រោងបាន (សូមមើល **ផ្នែក G2** សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម)។ ប្រសិនបើអ្នកចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងថ្មី ឬផ្លាស់ប្តូរទៅកម្មវិធី Original Medicare ការធានារ៉ាប់រងថ្មីរបស់អ្នកនឹងចាប់ផ្តើមនៅថ្ងៃដំបូងនៃខែបន្ទាប់។

C. ការផ្លាស់ប្តូរឈ្មោះគម្រោងរបស់អ្នក

នៅថ្ងៃទី 1 ខែមករា ឆ្នាំ 2027 ឈ្មោះគម្រោងរបស់អ្នកនឹងផ្លាស់ប្តូរពី Kaiser Permanente Dual Complete South P1 ទៅជា Kaiser Permanente Dual Complete South P9។ សូមកុំភ្លេចមើលឈ្មោះគម្រោងថ្មីរបស់អ្នក នៅពេលពិនិត្យឡើងវិញនូវព័ត៌មានគម្រោងសមាជិក។

អ្នកនឹងទទួលបានកាតសម្គាល់ថ្មីត្រឹមខែមករា ឆ្នាំ 2027។

D. ការផ្លាស់ប្តូរចំពោះបណ្តាញអ្នកផ្តល់សេវានិងឱសថស្ថានរបស់យើង

ចំនួនទឹកប្រាក់ដែលអ្នកបង់លើថ្លៃថ្នាំរបស់អ្នកអាស្រ័យលើឱសថស្ថានដែលអ្នកប្រើ។ គម្រោងរបស់យើងមានបណ្តាញឱសថស្ថាននានា។ ក្នុងករណីភាគច្រើន វេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង លុះត្រាតែពួកវាត្រូវបានចេញដោយឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញណាមួយរបស់យើង។

បណ្តាញអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថានរបស់យើងបានផ្លាស់ប្តូរសម្រាប់ឆ្នាំ 2027។

សូមពិនិត្យមើល បញ្ជីរាយនាមអ្នកផ្តល់សេវានិងឱសថស្ថាន ឆ្នាំ 2027 ដើម្បីរកមើលថាតើអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក (អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំបឋម អ្នកឯកទេស មន្ទីរពេទ្យ ជាដើម) ឬឱសថស្ថាននៅក្នុងបណ្តាញរបស់យើងឬអត់។ បញ្ជីរាយនាមអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថាន ដែលបានធ្វើបច្ចុប្បន្នភាព គឺមាននៅលើគេហទំព័ររបស់យើង តាមរយៈ kp.org/directory (ជាភាសាអង់គ្លេស)។ អ្នកក៏អាចហៅទូរសព្ទទៅសេវាសមាជិកតាមរយៈលេខនៅផ្នែកខាងក្រោមនៃទំព័រនេះ សម្រាប់ព័ត៌មានអ្នកផ្តល់សេវាដែលបានធ្វើបច្ចុប្បន្នភាព ឬសុំឱ្យយើងផ្ញើបញ្ជីរាយនាមអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថាន ទៅអ្នក។

វាជារឿងសំខាន់ដែលអ្នកត្រូវដឹងថា យើងក៏អាចធ្វើការផ្លាស់ប្តូរចំពោះបណ្តាញរបស់យើងក្នុងអំឡុងឆ្នាំនេះផងដែរ។ ប្រសិនបើអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើង អ្នកមានសិទ្ធិនិងការការពារជាក់លាក់មួយចំនួន។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមមើល **ជំពូកទី 3** នៃ សៀវភៅណែនាំសមាជិក របស់អ្នក ឬហៅទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិកតាមរយៈលេខនៅខាងក្រោមទំព័រសម្រាប់ជំនួយ។

E. ការផ្លាស់ប្តូរចំពោះអត្ថប្រយោជន៍ និងថ្លៃចំណាយសម្រាប់ឆ្នាំក្រោយ

E1. ការផ្លាស់ប្តូរចំពោះអត្ថប្រយោជន៍និងថ្លៃចំណាយសម្រាប់សេវាវេជ្ជសាស្ត្រ

យើងកំពុងផ្លាស់ប្តូរចំពោះការធានារ៉ាប់រងរបស់យើងសម្រាប់សេវាវេជ្ជសាស្ត្រមួយចំនួន និងអ្វីដែលអ្នកបង់សម្រាប់សេវាវេជ្ជសាស្ត្រដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងទាំងនេះនៅឆ្នាំក្រោយ។ តារាងខាងក្រោមពណ៌នាអំពីការផ្លាស់ប្តូរទាំងនេះ។

	2026 (ឆ្នាំនេះ)	2027 (ឆ្នាំក្រោយ)
សេវារថយន្តសង្គ្រោះបន្ទាន់	អ្នកត្រូវបង់ **$0**។ ប្រសិនបើអ្នកបាត់បង់ ការធានារ៉ាប់រងទាំងស្រុងពីកម្មវិធី Medi-Cal នោះអ្នកត្រូវបង់ **$400** ក្នុងការធ្វើដំណើរមួយជើង។	អ្នកត្រូវបង់ **$0**។ ប្រសិនបើអ្នកបាត់បង់ ការធានារ៉ាប់រងទាំងស្រុងពីកម្មវិធី Medi-Cal នោះអ្នកត្រូវបង់ **$290** ក្នុងការធ្វើដំណើរមួយជើង។
ស្បែកជើងព្យាបាលជំងឺទឹកនោមផ្អែម និងបាតស្បែកជើង	អ្នកត្រូវបង់ **$0**។ ប្រសិនបើអ្នកបាត់បង់ ការធានារ៉ាប់រងទាំងស្រុងពីកម្មវិធី Medi-Cal នោះអ្នកត្រូវបង់ថ្លៃធានារ៉ាប់រងរួមគ្នាចំនួន**20%**។	អ្នកត្រូវបង់ **$0**។
បរិក្ខារវេជ្ជសាស្ត្រប្រើជាប់បានយូរ (Durable Medical Equipment, DME) សូមមើល ជំពូកទី **12** នៅក្នុងសៀវភៅណែនាំសមាជិក សម្រាប់និយមន័យនៃពាក្យ “បរិក្ខារវេជ្ជសាស្ត្រប្រើជាប់បានយូរ (DME)”។	អ្នកត្រូវបង់ **$0**។ ប្រសិនបើអ្នកបាត់បង់ការធានារ៉ាប់រងទាំងស្រុងពីកម្មវិធី Medi-Cal នោះអ្នកត្រូវបង់ថ្លៃធានារ៉ាប់រងរួមគ្នាចំនួន **0%** ឬ **20%** អាស្រ័យលើអ្វីដែលត្រូវធានា។	អ្នកត្រូវបង់ **$0**។
ផ្នែកសង្គ្រោះបន្ទាន់	អ្នកត្រូវបង់ **$0**។ ប្រសិនបើអ្នកបាត់បង់ ការធានារ៉ាប់រងទាំងស្រុងពីកម្មវិធី Medi-Cal នោះអ្នកត្រូវបង់ **$115** ក្នុងការអញ្ជើញទៅម្តង។	អ្នកត្រូវបង់ **$0**។

	2026 (ឆ្នាំនេះ)	**2027 (ឆ្នាំក្រោយ)**
ប្រាក់ឧបត្ថម្ភសម្រាប់រ៉ែនតា	អ្នកទទួលបានប្រាក់ឧបត្ថម្ភចំនួន **$350** រៀងរាល់ 12 ខែម្តង។ ប្រសិនបើរ៉ែនតាដែលអ្នកទិញមានតម្លៃលើសពីប្រាក់ឧបត្ថម្ភរបស់អ្នក អ្នកត្រូវបង់ថ្លៃដែលលើសនោះ។	អ្នកទទួលបានប្រាក់ឧបត្ថម្ភចំនួន **$500** រៀងរាល់ 12 ខែម្តង។ ប្រសិនបើរ៉ែនតាដែលអ្នកទិញមានតម្លៃលើសពីប្រាក់ឧបត្ថម្ភរបស់អ្នក អ្នកត្រូវបង់ថ្លៃដែលលើសនោះ។
ការថែទាំអ្នកជំងឺសម្រាកពេទ្យធ្ងន់ធ្ងរ	អ្នកត្រូវបង់ **$0**។ ប្រសិនបើអ្នកបាត់បង់ ការធានារ៉ាប់រងទាំងស្រុងពីកម្មវិធី Medi-Cal នោះអ្នកត្រូវបង់ **$475** ក្នុងមួយថ្ងៃ សម្រាប់ថ្ងៃទី **1-5** (**$0** សម្រាប់ការស្នាក់នៅរបស់អ្នកនៅថ្ងៃបន្តបន្ទាប់) ក្នុងការចូលស្នាក់ព្យាបាលម្តង។	អ្នកត្រូវបង់ **$0**។
ការថែទាំសុខភាពផ្លូវចិត្តរបស់អ្នកជំងឺស្នាក់ព្យាបាល	អ្នកត្រូវបង់ **$0**។ ប្រសិនបើអ្នកបាត់បង់ ការធានារ៉ាប់រងទាំងស្រុងពីកម្មវិធី Medi-Cal នោះអ្នកត្រូវបង់ **$405** ក្នុងមួយថ្ងៃ សម្រាប់ថ្ងៃទី **1-5** (**$0** សម្រាប់ការស្នាក់នៅរបស់អ្នកនៅថ្ងៃបន្តបន្ទាប់) ក្នុងការចូលស្នាក់ព្យាបាលម្តង។	អ្នកត្រូវបង់ **$0**។

	2026 (ឆ្នាំនេះ)	2027 (ឆ្នាំក្រោយ)
សម្ភារៈផ្គត់ផ្គង់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ	អ្នកត្រូវបង់ **$0**។ ប្រសិនបើអ្នកបាត់បង់ ការធានារ៉ាប់រងទាំងស្រុងពីកម្មវិធី Medi-Cal នោះអ្នកត្រូវបង់ថ្លៃធានារ៉ាប់រងរួមគ្នាចំនួន **0%** ឬ **20%** អាស្រ័យលើអ្វីដែលត្រូវធានា។	អ្នកត្រូវបង់ **$0**។
ការស្កែនដោយការថតរូបភាពដោយកម្មរម៉ាញេទិក (**Magnetic Resonance Imaging, MRI**), ការថតតូម៉ូក្រាបដោយកុំព្យូទ័រ (**Computed Tomography, CT**) និងការថតតូម៉ូក្រាបដោយការបញ្ចេញសារធាតុប៉ូស៊ីត្រុង (**Positron Emission Tomography, PET**)	អ្នកត្រូវបង់ **$0**។ ប្រសិនបើអ្នកបាត់បង់ ការធានារ៉ាប់រងទាំងស្រុងពីកម្មវិធី Medi-Cal នោះអ្នកត្រូវបង់ **$500** ក្នុងមួយនីតិវិធី។	អ្នកត្រូវបង់ **$0**។ ប្រសិនបើអ្នកបាត់បង់ ការធានារ៉ាប់រងទាំងស្រុងពីកម្មវិធី Medi-Cal នោះអ្នកត្រូវបង់ **$50** ក្នុងមួយនីតិវិធី។
សេវាសង្កេត	អ្នកត្រូវបង់ **$0**។ ប្រសិនបើអ្នកបាត់បង់ ការធានារ៉ាប់រងទាំងស្រុងពីកម្មវិធី Medi-Cal នោះអ្នកត្រូវបង់ **$0** នៅពេលផ្ទេរសម្រាប់ការសង្កេតពីផ្នែកសង្គ្រោះបន្ទាន់ ឬក្រោយពីការវះកាត់ដោយមិនស្នាក់ព្យាបាល ឬ **$115** ក្នុងមួយការស្នាក់នៅនៅពេលត្រូវបានអនុញ្ញាតឱ្យចូលស្នាក់ព្យាបាលដោយផ្ទាល់នៅមន្ទីរពេទ្យសម្រាប់ការសង្កេតក្នុងនាមជាអ្នកជំងឺក្រៅ។	អ្នកត្រូវបង់ **$0**។

	2026 (ឆ្នាំនេះ)	2027 (ឆ្នាំក្រោយ)
សេវាអ្នកជំងឺមិនស្នាក់ព្យាបាលក្នុងមន្ទីរពេទ្យ	អ្នកត្រូវបង់ **$0**។ ប្រសិនបើអ្នកបាត់បង់ ការធានារ៉ាប់រងទាំងស្រុងពីកម្មវិធី Medi-Cal នោះអ្នកត្រូវបង់ **$0–$475** ក្នុងការអញ្ជើញទៅម្តងអាស្រ័យលើសេវានោះ។	អ្នកត្រូវបង់ **$0**។
ការរះកាត់របស់អ្នកជំងឺមិនស្នាក់ព្យាបាលនៅក្នុងមជ្ឈមណ្ឌលរះកាត់មិនស្នាក់ព្យាបាល	អ្នកត្រូវបង់ **$0**។ ប្រសិនបើអ្នកបាត់បង់ការធានារ៉ាប់រងទាំងស្រុងពីកម្មវិធី Medi-Cal នោះអ្នកត្រូវបង់ **$475** ក្នុងមួយនីតិវិធី។	អ្នកត្រូវបង់ **$0**។
ថ្នាំគ្មានវេជ្ជបញ្ជា (Over the Counter, OTC)	អ្នកទទួលបានប្រាក់ឧបត្ថម្ភប្រចាំត្រីមាសចំនួន **$100** លើកាត **Healthy Extras** ដែលបានបញ្ចូលប្រាក់ជាមុន ដើម្បីទិញទំនិញ OTC ដែលមានសិទ្ធិ ទាំងតាមអនឡាញ និងនៅតាមហាងលក់រាយដែលចូលរួម រួមទាំងនៅឱសថស្ថានលក់រាយ Kaiser Permanente ផងដែរ។	អ្នកទទួលបានប្រាក់ឧបត្ថម្ភប្រចាំត្រីមាសចំនួន **$170** លើកាត **Healthy Extras** ដែលបានបញ្ចូលប្រាក់ជាមុន ដើម្បីទិញទំនិញ OTC ដែលមានសិទ្ធិ ទាំងតាមអនឡាញ និងនៅតាមហាងលក់រាយដែលចូលរួម រួមទាំងនៅឱសថស្ថានលក់រាយ Kaiser Permanente ផងដែរ។ **ប្រសិនបើអ្នកមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍បន្ថែមពិសេសសម្រាប់អ្នកជំងឺរ៉ាំរ៉ៃ (Special Supplemental Benefits for the Chronically Ill, SSBCI)** (សូមមើលជួរ "អត្ថប្រយោជន៍បន្ថែមពិសេសសម្រាប់អ្នកជំងឺរ៉ាំរ៉ៃ") អ្នកក៏អាចប្រើប្រាស់ប្រាក់ឧបត្ថម្ភរបស់អ្នកដើម្បីទិញអាហារសុខភាពបានផងដែរ។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមហៅទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិកតាមរយៈលេខ 1-800-443-0815 (TTY 711) បាន 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ 8 ល្ងាច។ ការហៅទូរសព្ទនេះគឺមិនគិតថ្លៃទេ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលទៅមើលវេបសាយ kp.org/medicare (ជាភាសាអង់គ្លេស)។

	2026 (ឆ្នាំនេះ)	2027 (ឆ្នាំក្រោយ)
		កាតរបស់អ្នកនឹងត្រូវបានបញ្ចូលប្រាក់ឡើងវិញនៅថ្ងៃទី 1 ខែមករា, ថ្ងៃទី 1 ខែមេសា, ថ្ងៃទី 1 ខែកក្កដា និងថ្ងៃទី 1 ខែតុលា។ វាល់ផ្នែកដែលមិនបានប្រើនៃប្រាក់ឧបត្ថម្ភប្រចាំត្រីមាសនឹងមិនត្រូវបានផ្ទេរទៅត្រីមាសបន្ទាប់ទេ។ ចំណាំ៖ ប្រាក់ឧបត្ថម្ភនេះមិនអាចប្រើសម្រាប់ជាប្រាក់ទឹកតែឬថ្លៃសេវាផ្សេងៗ (ដូចជា ថ្លៃបញ្ជូន ឬថ្លៃដឹកជញ្ជូន) បានទេ។
ឧបករណ៍សិប្បនិម្មិត	អ្នកត្រូវបង់ **$0**។ ប្រសិនបើអ្នកបាត់បង់ ការធានារ៉ាប់រងទាំងស្រុងពីកម្មវិធី Medi-Cal នោះអ្នកត្រូវបង់ថ្លៃធានារ៉ាប់រងរួមគ្នាចំនួន **20%**។	អ្នកត្រូវបង់ **$0**។
ការព្យាបាលជំងឺញៀនថ្នាំតាមលំនៅឋាន និងការព្យាបាលសុខភាពផ្លូវចិត្ត	ត្រូវបានធានារ៉ាប់រងជាអត្ថប្រយោជន៍ **Medicare** ក្រោមគម្រោង **Dual Complete** របស់អ្នក។ អ្នកត្រូវបង់ **$0**។ ប្រសិនបើអ្នកបាត់បង់ការធានារ៉ាប់រងទាំងស្រុងពីកម្មវិធី Medi-Cal នោះអ្នកត្រូវបង់ **$100** ក្នុងការចូលស្នាក់ព្យាបាលម្តង។	**មិនត្រូវបានធានារ៉ាប់រងជាអត្ថប្រយោជន៍ Medicare ក្រោមគម្រោង Dual Complete របស់អ្នកទេ។** **ការព្យាបាលជំងឺញៀនថ្នាំតាមលំនៅឋាន និងសុខភាពផ្លូវចិត្ត ត្រូវបានធានារ៉ាប់រងក្រោមគម្រោង Dual Complete របស់អ្នក ជាអត្ថប្រយោជន៍ Medi-Cal** ដែលផ្តល់ដោយទីភ្នាក់ងារសុខភាពផ្លូវចិត្តនៃខោនធីរបស់អ្នក។

	2026 (ឆ្នាំនេះ)	2027 (ឆ្នាំក្រោយ)
មណ្ឌលថែទាំដោយគិលានុបដ្ឋាយិកាជំនាញ (Skilled Nursing Facility, SNF)	អ្នកត្រូវបង់ **$0**។ ប្រសិនបើអ្នកបាត់បង់ ការធានារ៉ាប់រងទាំងស្រុងពីកម្មវិធី Medi-Cal នោះអ្នកត្រូវបង់ **$0** សម្រាប់ថ្ងៃទី **1–20** **$214** ក្នុងមួយថ្ងៃសម្រាប់ថ្ងៃទី **21-100** ក្នុងមួយរយៈពេលនៃអត្ថប្រយោជន៍។	អ្នកត្រូវបង់ **$0**។ ប្រសិនបើអ្នកបាត់បង់ ការធានារ៉ាប់រងទាំងស្រុងពីកម្មវិធី Medi-Cal នោះអ្នកត្រូវបង់ **$0** សម្រាប់ថ្ងៃទី **1–20** **$221** ក្នុងមួយថ្ងៃសម្រាប់ថ្ងៃទី **21-100** ក្នុងមួយរយៈពេលនៃអត្ថប្រយោជន៍។
អត្ថប្រយោជន៍បន្ថែមពិសេសសម្រាប់អ្នកជំងឺរ៉ាំរ៉ៃ (SSBCI) - អាហារសុខភាព អត្ថប្រយោជន៍អាហារសុខភាពគឺជាផ្នែកមួយនៃកម្មវិធីបន្ថែមពិសេសមួយសម្រាប់អ្នកមានជំងឺរ៉ាំរ៉ៃ។ មិនមែនគ្រប់សមាជិកទាំងអស់សុទ្ធតែមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់នោះទេ។ សមាជិកទាំងឡាយត្រូវតែមានជំងឺរ៉ាំរ៉ៃជាក់លាក់ ដូចជា ជំងឺទឹកនោមផ្អែម ជំងឺធាត់ ជំងឺសរសៃឈាមបេះដូង ជំងឺរលាកសន្លាក់ឆ្អឹង ឬជំងឺតម្រងនោមរ៉ាំរ៉ៃ ដើម្បីមានសិទ្ធិទទួលបាន។ អ្នកក៏អាចមានសិទ្ធិទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍នេះជាមួយលក្ខខណ្ឌផ្សេងទៀតផងដែរ។ ស្ថានភាពរបស់អ្នកតែមួយមុខមិនអាចធានានូវសិទ្ធិទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍នេះនោះទេ។ អ្នកត្រូវតែបំពេញលក្ខខណ្ឌតម្រូវទាំងអស់នៃសិទ្ធិទទួលបានមុនពេលទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍នេះ។	មិនត្រូវបានធានារ៉ាប់រងទេ។	**ត្រូវបានធានារ៉ាប់រង ប្រសិនបើអ្នកមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍ SSBCI**។ សមាជិកដែលបានកំណត់អត្តសញ្ញាណដោយគម្រោង ដែលបំពេញតាមលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យសម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍នេះ អាចប្រើប្រាស់កាត **Healthy Extras ដែលបានបញ្ចូលប្រាក់ជាមុន** ដែលបានពណ៌នានៅក្នុងជួរ OTC ដើម្បីទិញអាហារសុខភាព ដូចជាផលិតផល បន្ថែមពីលើទំនិញ OTC ទាំងតាមអនឡាញ និងនៅតាមហាងលក់រាយដែលចូលរួម។ កាតរបស់អ្នកនឹងត្រូវបានបញ្ចូលប្រាក់ឡើងវិញនៅថ្ងៃទី 1 ខែមករា, ថ្ងៃទី 1 ខែមេសា, ថ្ងៃទី 1 ខែកក្កដា និងថ្ងៃទី 1 ខែតុលា។ រាល់ផ្នែកដែលមិនបានប្រើនៃប្រាក់ឧបត្ថម្ភប្រចាំត្រីមាសនឹងមិនត្រូវបានផ្ទេរទៅត្រីមាសបន្ទាប់ទេ។ ចំណាំ៖ ប្រាក់ឧបត្ថម្ភនេះមិនអាចប្រើសម្រាប់ជាប្រាក់ទឹកតែឬថ្លៃសេវាផ្សេ

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមហៅទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិកតាមរយៈលេខ 1-800-443-0815 (TTY 711) បាន 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ 8 ល្ងាច។ ការហៅទូរសព្ទនេះគឺមិនគិតថ្លៃទេ។
សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលទៅមើលវេបសាយ kp.org/medicare (ជាភាសាអង់គ្លេស)។

	2026 (ឆ្នាំនេះ)	2027 (ឆ្នាំក្រោយ)
សម្រាប់ព័ត៌មានលម្អិត សូមទាក់ទងមកយើងខ្ញុំ។		ងៗ (ដូចជា ថ្លៃបញ្ជូន ឬថ្លៃដឹកជញ្ជូន) បានទេ។ *សូមមើល សៀវភៅណែនាំសមាជិក* របស់អ្នកសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។
សេវាដឹកជញ្ជូន - ការដឹកជញ្ជូនវេជ្ជសាស្ត្រមិនមែនសង្គ្រោះបន្ទាន់ដែលមិនត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare នៅពេលបញ្ជាទិញដោយអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ យើងធានារ៉ាប់រងលើការដឹកជញ្ជូនដែលចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រមិនមែនសង្គ្រោះបន្ទាន់នៅក្នុងឡានមានប្រង់កា/គ្រែរុញឬឡានមានរទេះរុញដែលមានអាជ្ញាបណ្ណទៅគេហដ្ឋាន (ក្នុងចម្ងាយ 100 ម៉ាយ) មណ្ឌលថែទាំដោយគិលានុបដ្ឋាយិកាជំនាញ (SNF) ឬការថែទាំកម្រិតខ្ពស់ជាងនេះផ្សេងទៀតភ្លាមៗក្រោយពីការស្នាក់ព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យ ឬការសង្គ្រោះបន្ទាន់ ការថែទាំបន្ទាន់ ឬការជួបជាមួយអ្នកជំងឺក្រៅជាក់លាក់មួយចំនួន។	មិនត្រូវបានធានារ៉ាប់រងទេ។	ត្រូវបានធានារ៉ាប់រង។ អ្នកត្រូវបង់ **$0**។

E2. ការផ្លាស់ប្តូរការធានារ៉ាប់រងលើថ្នាំពេទ្យ

ការផ្លាស់ប្តូរចំពោះ *បញ្ជីថ្នាំ* របស់យើង

បញ្ជីថ្នាំដែលមានធានារ៉ាប់រងរបស់យើងក៏ត្រូវបានហៅផងដែរថា បញ្ជីឱសថ ឬបញ្ជីថ្នាំ។
មួយច្បាប់នៃបញ្ជីថ្នាំរបស់យើងត្រូវបានបង្ហោះតាមអនឡាញនៅ kp.org/seniorrx (ជាភាសាអង់គ្លេស)។
យើងបានធ្វើការផ្លាស់ប្តូរចំពោះ *បញ្ជីថ្នាំ* របស់យើង ដែលអាចរួមបញ្ចូលការដកចេញឬការបញ្ចូលថ្នាំ
ការផ្លាស់ប្តូរថ្នាំដែលយើងធានារ៉ាប់រង
និងការផ្លាស់ប្តូរចំពោះការរឹតត្បិតដែលអនុវត្តចំពោះការធានារ៉ាប់រងរបស់យើងចំពោះថ្នាំមួយចំនួន
ឬការផ្លាស់ទីវាទៅកម្រិតចំណែកចូលរួមបង់ប្រាក់ផ្សេងទៀត។

សូមពិនិត្យឡើងវិញនូវ *បញ្ជីថ្នាំ* ដើម្បីធ្វើឱ្យប្រាកដថា **ថ្នាំរបស់អ្នកនឹងត្រូវបានធានារ៉ាប់រងនៅឆ្នាំបន្ទាប់**
និងដើម្បីដឹងថាតើមានការរឹតត្បិតណាមួយ
ឬថាតើថ្នាំរបស់អ្នកត្រូវបានផ្លាស់ទីទៅកម្រិតចំណែកចូលរួមបង់ប្រាក់ផ្សេងទៀតដែរឬទេ។

ការផ្លាស់ប្តូរភាគច្រើននៅក្នុង *បញ្ជីថ្នាំ* គឺមានថ្មីសម្រាប់ដើមឆ្នាំនីមួយៗ។ ទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយ
យើងអាចធ្វើការផ្លាស់ប្តូរផ្សេងទៀតដែលត្រូវបានអនុញ្ញាតដោយកម្មវិធី Medicare និង/ឬដោយរដ្ឋ
ដែលនឹងប៉ះពាល់ដល់អ្នក ក្នុងអំឡុងឆ្នាំប្រតិទិននេះ។ យើងធ្វើបច្ចុប្បន្នភាព *បញ្ជីថ្នាំ*
អនឡាញរបស់យើងយ៉ាងហោចណាស់មួយខែម្តង ដើម្បីផ្តល់បញ្ជីថ្នាំថ្មីៗបំផុត។
ប្រសិនបើយើងធ្វើការផ្លាស់ប្តូរដែលនឹងប៉ះពាល់ដល់ថ្នាំដែលអ្នកកំពុងប្រើ
យើងនឹងផ្ញើសេចក្តីជូនដំណឹងអំពីការផ្លាស់ប្តូរនោះជូនអ្នក។

ប្រសិនបើអ្នករងផលប៉ះពាល់ដោយការផ្លាស់ប្តូរនៅក្នុងការធានារ៉ាប់រងលើថ្នាំពេទ្យ យើងលើកទឹកចិត្តអ្នកឱ្យ៖

- ធ្វើការជាមួយវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក (ឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាផ្សេងទៀត)
  ដើម្បីស្វែងរកថ្នាំផ្សេងដែលយើងធានារ៉ាប់រង។
  - អ្នកអាចហៅទូរសព្ទទៅផ្នែកបម្រើសេវាសមាជិកតាមរយៈលេខនៅផ្នែកខាងក្រោមនៃទំព័រ
    សម្រាប់ស្នើសុំ *បញ្ជីថ្នាំដែលមានការធានារ៉ាប់រង* ដែលព្យាបាលស្ថានភាពជំងឺដូចគ្នា។
  - បញ្ជីនេះអាចជួយអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នករកមើលថ្នាំមានការធានារ៉ាប់រងដែលអាចនឹង
    មានប្រសិទ្ធភាពសម្រាប់អ្នក។
- សុំឱ្យយើងធានារ៉ាប់រងលើការផ្តត់ផ្គង់ថ្នាំបណ្តោះអាសន្ន។
  - ក្នុងស្ថានភាពខ្លះ យើងធានារ៉ាប់រងលើការផ្តត់ផ្គង់ថ្នាំជា**បណ្តោះអាសន្ន** ក្នុងអំឡុងពេល 90
    ថ្ងៃដំបូងនៃឆ្នាំប្រតិទិន។

- ការផ្តត់ផ្តង់បណ្តោះអាសន្ននេះគឺមានរយៈពេលរហូតដល់ 30 ថ្ងៃ។
  (ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពីពេលដែលអ្នកអាចទទួលបានការផ្តត់ផ្តង់បណ្តោះអាសន្ន និងរបៀបស្នើសុំ សូមមើល **ជំពូកទី 5** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក* របស់អ្នក។)

- នៅពេលអ្នកទទួលបានការផ្តត់ផ្តង់ថ្នាំបណ្តោះអាសន្ន
  សូមពិភាក្សាជាមួយវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកអំពីអ្វីដែលត្រូវធ្វើនៅពេលថ្នាំផ្តត់ផ្តង់បណ្តោះអាសន្នរបស់អ្នកអស់ទៅ។ អ្នកអាចប្តូរទៅថ្នាំផ្សេងដែលធានារ៉ាប់រងដោយគម្រោងរបស់យើង ឬស្នើសុំឲ្យយើងធ្វើការលើកលែងសម្រាប់អ្នក និងធានារ៉ាប់រងថ្នាំបច្ចុប្បន្នរបស់អ្នកក៏បាន។

- ករណីលើកលែងលើបញ្ជីឱសថដែលបានអនុម័តបច្ចុប្បន្នទាំងអស់ផុតកំណត់នៅចុងឆ្នាំប្រតិទិននីមួយៗ ហើយត្រូវតែបញ្ជូនឡើងវិញដើម្បីអនុម័តនៅដើមឆ្នាំថ្មីនេះ។

ការផ្លាស់ប្តូរចំពោះថ្លៃថ្នាំ

ដោយសារតែអ្នកមានសិទ្ធិទទួលបាន Medi-Cal អ្នកនឹងទទួលបាន Extra Help ពី Medicare ដើម្បីជួយបង់ថ្លៃថ្នាំនៃផ្នែក D នៃកម្មវិធី Medicare របស់អ្នក។
យើងនឹងផ្ញើឱ្យអ្នកនូវឯកសារភ្ជាប់បន្ថែមដាច់ដោយឡែកមួយ ដែលហៅថា “ឧបសម្ព័ន្ធភស្តុតាងនៃការធានារ៉ាប់រងសម្រាប់បុគ្គលដែលទទួលបានជំនួយបន្ថែមក្នុងការបង់ថ្លៃឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជា” (ហៅម្យ៉ាងទៀតថា “ឧបសម្ព័ន្ធស្តីពីការឧបត្ថម្ភសម្រាប់អ្នកដែលមានប្រាក់ចំណូលទាប” [Low Income Subsidy Rider] ឬ “ឧបសម្ព័ន្ធ LIS”) ដែលប្រាប់អ្នកអំពីការធានារ៉ាប់រងលើថ្នាំពេទ្យរបស់អ្នក។
ប្រសិនបើអ្នកមិនមានឯកសារនេះទេ សូមហៅទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាសមាជិក ហើយសួររក "ឧបសម្ព័ន្ធ LIS"។

មានដំណាក់កាលបង់ប្រាក់ចំនួនពីរសម្រាប់ការធានារ៉ាប់រងលើថ្នាំពេទ្យនៃផ្នែក D នៃកម្មវិធី Medicare របស់អ្នកក្រោមគម្រោងរបស់យើង។ ចំនួនទឹកប្រាក់ដែលអ្នកត្រូវបង់អាស្រ័យលើកម្រិតនៃជំនួយបន្ថែម (Extra Help) របស់អ្នក និងដំណាក់កាលរបស់អ្នក នៅពេលអ្នកទទួលបានចេញជូនឬចេញជូនជាថ្មីនូវវេជ្ជបញ្ជា។ ទាំងនេះជាដំណាក់កាលទាំងពីរ៖

ដំណាក់កាលទី 1 **ដំណាក់កាលធានារ៉ាប់រងដំបូង**	**ដំណាក់កាលទី 2** **ដំណាក់កាលធានារ៉ាប់រងមហន្តរាយ**
ក្នុងអំឡុងដំណាក់កាលនេះ គម្រោងរបស់យើងបង់ថ្លៃថ្នាំរបស់អ្នកមួយចំណែក ហើយអ្នកបង់ចំណែករបស់អ្នក។ ចំណែករបស់អ្នកត្រូវបានគេហៅថា ប្រាក់រួមចំណែក។ អ្នកចាប់ផ្តើមនៅដំណាក់កាលនេះ នៅពេលអ្នកទទួលយកថ្នាំតាមវេជ្ជបញ្ជាដំបូងនៃឆ្នាំនេះ។	ក្នុងដំណាក់កាលនេះ គម្រោងនេះបង់ថ្លៃថ្នាំរបស់អ្នកទាំងអស់រហូតដល់ថ្ងៃទី 31 ខែធ្នូ ឆ្នាំ 2027។ អ្នកចាប់ផ្តើមដំណាក់កាលនេះ ក្រោយពីអ្នកបង់ចំនួនជាក់លាក់នៃថ្លៃចំណាយក្រៅហោប៉ៅ។

ដំណាក់កាលធានារ៉ាប់រងដំបូងបញ្ចប់នៅពេលថ្លៃចំណាយចេញពីហោប៉ៅសរុបរបស់អ្នកលើថ្លៃថ្នាំឈានដល់ **$2,400**។ ដំណាក់ធានារ៉ាប់រងមហន្តរាយចាប់ផ្តើមនៅពេលនោះ។
គម្រោងរបស់យើងធានារ៉ាប់រងលើថ្លៃថ្នាំរបស់អ្នកទាំងអស់ចាប់ពីពេលនោះរហូតដល់ដំណាច់ឆ្នាំ។ សូមមើល **ជំពូកទី 6** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក* របស់អ្នក
សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីចំនួនទឹកប្រាក់ដែលអ្នកនឹងបង់លើថ្លៃថ្នាំ។

E3. ដំណាក់កាលទី 1៖ "ដំណាក់កាលធានារ៉ាប់រងដំបូង"

ក្នុងអំឡុងដំណាក់កាលធានារ៉ាប់រងដំបូង
គម្រោងរបស់យើងបង់មួយចំណែកនៃថ្លៃថ្នាំដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នក
ហើយអ្នកបង់ចំណែករបស់អ្នក។ ចំណែករបស់អ្នកត្រូវបានគេហៅថា ប្រាក់រួមចំណែក។
ប្រាក់រួមចំណែកអាស្រ័យលើកម្រិតនៃចំណែកតម្លៃថ្នាំដែលស្ថិតនៅ និងកន្លែងដែលអ្នកទទួលបានវា។
អ្នកបង់ប្រាក់រួមចំណែករាល់ពេលអ្នកបើកថ្នាំតាមវេជ្ជបញ្ជា។
ប្រសិនបើថ្នាំដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកមានតម្លៃតិចជាងប្រាក់រួមចំណែក
នោះអ្នកបង់តម្លៃទាបជាងនេះ។

យើងបានផ្លាស់ប្តូរថ្នាំមួយចំនួននៅក្នុង *បញ្ជីថ្នាំ* របស់យើងទៅកម្រិតថ្នាំទាបជាងឬខ្ពស់ជាងនេះ។
ប្រសិនបើថ្នាំរបស់អ្នកផ្លាស់ទីពីកម្រិតមួយទៅកម្រិតមួយ វាអាចប៉ះពាល់ដល់ប្រាក់រួមចំណែករបស់អ្នក។
ដើម្បីដឹងថាតើថ្នាំរបស់អ្នកស្ថិតក្នុងកម្រិតផ្សេងឬអត់ សូមរកមើលនៅក្នុង *បញ្ជីថ្នាំ* របស់យើង។

តារាងខាងក្រោមបង្ហាញពីថ្លៃចំណាយរបស់អ្នកសម្រាប់ការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេលមួយខែដែលបើកនៅឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញជាមួយនឹងប្រាក់រួមចំណែកស្តង់ដាក្នុងកម្រិតថ្នាំទាំងប្រាំមួយរបស់យើង។
ចំនួនទឹកប្រាក់ទាំងនេះអនុវត្តក្នុងអំឡុងពេលដែលអ្នកស្ថិតក្នុងដំណាក់កាលធានារ៉ាប់រងដំបូង**តែប៉ុណ្ណោះ**។

វ៉ាក់សាំងផ្នែក D សម្រាប់មនុស្សពេញវ័យភាគច្រើនត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយឥតគិតថ្លៃពីអ្នកឡើយ។
សម្រាប់ព័ត៌មានអំពីថ្លៃចំណាយសម្រាប់ការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេលវែង សូមចូលទៅកាន់ **ជំពូកទី 6 ផ្នែក D** នៃ សៀវភៅណែនាំសមាជិក របស់អ្នក។

	2026 (ឆ្នាំនេះ)	**2027** (ឆ្នាំក្រោយ)
ថ្នាំក្នុងកម្រិត 1–2 (រួមទាំងថ្នាំទូទៅ) ថ្លៃចំណាយសម្រាប់ការផ្គត់ផ្គង់ថ្នាំរយៈពេលមួយខែក្នុងកម្រិត 1 និងកម្រិត 2 ដែលបានបើកនៅឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញ ឬបញ្ជាទិញតាមប្រៃសណីយ៍	ប្រាក់រួមចំណែករបស់អ្នកសម្រាប់រយៈពេលមួយខែ (30 ថ្ងៃ) គឺ **$0–$5.10 ក្នុងមួយវេជ្ជបញ្ជា** អាស្រ័យលើកម្រិតនៃ "Extra Help" របស់អ្នក។ ប្រាក់រួមចំណែករបស់អ្នកសម្រាប់រយៈពេលមួយខែ (30 ថ្ងៃ) នៃផលិតផលអាំងស៊ុយលីនដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងនីមួយៗ គឺ **$0–$5.10 ក្នុងមួយវេជ្ជបញ្ជា** អាស្រ័យលើកម្រិតនៃ "Extra Help" របស់អ្នក។ ប្រាក់រួមចំណែករបស់អ្នកសម្រាប់រយៈពេលមួយខែ (30 ថ្ងៃ) នៃថ្នាំមានវេជ្ជបញ្ជាដែលបញ្ជាទិញតាមប្រៃសណីយ៍ គឺ **$0–$5.10 ក្នុងមួយវេជ្ជបញ្ជា** អាស្រ័យលើកម្រិតនៃ "Extra Help" របស់អ្នក។	ប្រាក់រួមចំណែករបស់អ្នកសម្រាប់រយៈពេលមួយខែ (30 ថ្ងៃ) គឺ **$0–$5.80 ក្នុងមួយវេជ្ជបញ្ជា** អាស្រ័យលើកម្រិតនៃ "Extra Help" របស់អ្នក។ ប្រាក់រួមចំណែករបស់អ្នកសម្រាប់រយៈពេលមួយខែ (30 ថ្ងៃ) នៃផលិតផលអាំងស៊ុយលីនដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងនីមួយៗ គឺ **$0–$5.80 ក្នុងមួយវេជ្ជបញ្ជា** អាស្រ័យលើកម្រិតនៃ "Extra Help" របស់អ្នក។ ប្រាក់រួមចំណែករបស់អ្នកសម្រាប់រយៈពេលមួយខែ (30 ថ្ងៃ) នៃថ្នាំមានវេជ្ជបញ្ជាដែលបញ្ជាទិញតាមប្រៃសណីយ៍ គឺ **$0–$5.80 ក្នុងមួយវេជ្ជបញ្ជា** អាស្រ័យលើកម្រិតនៃ "Extra Help" របស់អ្នក។

	2026 (ឆ្នាំនេះ)	**2027** (ឆ្នាំក្រោយ)
ថ្នាំក្នុងកម្រិត 3–5 (រួមមានម៉ាកយីហោ និងថ្នាំឯកទេស) ថ្លៃចំណាយសម្រាប់ការផ្គត់ផ្គង់ថ្នាំរយៈពេលមួយខែក្នុងកម្រិត 3 ដល់ 5 ដែលបើកនៅឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញ ឬបញ្ជាទិញតាមប្រៃសណីយ៍	ប្រាក់រួមចំណែករបស់អ្នកសម្រាប់រយៈពេលមួយខែ (30 ថ្ងៃ) គឺ **$0–$12.65 ក្នុងមួយវេជ្ជបញ្ជា** អាស្រ័យលើកម្រិតនៃ "Extra Help" របស់អ្នក។ ប្រាក់រួមចំណែករបស់អ្នកសម្រាប់រយៈពេលមួយខែ (30 ថ្ងៃ) នៃផលិតផលអាំងស៊ុយលីនដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងនីមួយៗ គឺ **$0–$12.65 ក្នុងមួយវេជ្ជបញ្ជា** អាស្រ័យលើកម្រិតនៃ "Extra Help" របស់អ្នក។ ប្រាក់រួមចំណែករបស់អ្នកសម្រាប់រយៈពេលមួយខែ (30 ថ្ងៃ) នៃថ្នាំមានវេជ្ជបញ្ជាដែលបញ្ជាទិញតាមប្រៃសណីយ៍ គឺ **$0–$12.65 ក្នុងមួយវេជ្ជបញ្ជា** អាស្រ័យលើកម្រិតនៃ "Extra Help" របស់អ្នក។	ប្រាក់រួមចំណែករបស់អ្នកសម្រាប់រយៈពេលមួយខែ (30 ថ្ងៃ) គឺ **$0–$14.40 ក្នុងមួយវេជ្ជបញ្ជា** អាស្រ័យលើកម្រិតនៃ "Extra Help" របស់អ្នក។ ប្រាក់រួមចំណែករបស់អ្នកសម្រាប់រយៈពេលមួយខែ (30 ថ្ងៃ) នៃផលិតផលអាំងស៊ុយលីនដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងនីមួយៗ គឺ **$0–$14.40 ក្នុងមួយវេជ្ជបញ្ជា** អាស្រ័យលើកម្រិតនៃ "Extra Help" របស់អ្នក។ ប្រាក់រួមចំណែករបស់អ្នកសម្រាប់រយៈពេលមួយខែ (30 ថ្ងៃ) នៃថ្នាំមានវេជ្ជបញ្ជាដែលបញ្ជាទិញតាមប្រៃសណីយ៍ គឺ **$0–$14.40 ក្នុងមួយវេជ្ជបញ្ជា** អាស្រ័យលើកម្រិតនៃ "Extra Help" របស់អ្នក។
ថ្នាំក្នុងកម្រិត 6 (រួមទាំងវ៉ាក់សាំងផ្នែក D)	អ្នកត្រូវបង់ **$0**។	អ្នកត្រូវបង់ **$0**។

ដំណាក់កាលធានារ៉ាប់រងដំបូងបញ្ចប់នៅពេលថ្លៃចំណាយក្រៅហោប៉ៅសរុបរបស់អ្នកឈានដល់ **$2,400**។ ដំណាក់ធានារ៉ាប់រងមហន្តរាយចាប់ផ្តើមនៅពេលនោះ។ គម្រោងនេះធានារ៉ាប់រងលើថ្លៃថ្នាំរបស់អ្នកទាំងអស់ចាប់ពីពេលនោះរហូតដល់ដំណាច់ឆ្នាំ។ សូមមើល **ជំពូកទី 6** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក* របស់អ្នក សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីចំនួនទឹកប្រាក់ដែលអ្នកបង់លើថ្លៃថ្នាំ។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមហៅទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិកតាមរយៈលេខ 1-800-443-0815 (TTY 711) បាន 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ 8 ល្ងាច។ ការហៅទូរសព្ទនេះគឺមិនគិតថ្លៃទេ។
សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលទៅមើលវេបសាយ kp.org/medicare (ជាភាសាអង់គ្លេស)។

E4. ដំណាក់កាលទី 2៖ "ដំណាក់កាលធានារ៉ាប់រងមហន្តរាយ"

នៅពេលអ្នកឈានដល់ដែនកំណត់ប្រាក់ចេញពីហោប៉ៅរបស់អ្នកចំនួន **$2,400** លើថ្លៃថ្នាំរបស់អ្នក
ដំណាក់កាលការការពារថ្លៃចំណាយខ្ពស់បំផុតចាប់ផ្តើម
ហើយអ្នកមិនបង់ប្រាក់អ្វីលើថ្លៃថ្នាំដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកទេ។
អ្នកស្ថិតនៅក្នុងដំណាក់កាលធានារ៉ាប់រងមហន្តរាយរហូតដល់ដំណាច់ឆ្នាំប្រតិទិន។

សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីថ្លៃចំណាយរបស់អ្នកនៅក្នុងដំណាក់កាលធានារ៉ាប់រងមហន្តរាយ សូមមើល **ជំពូកទី 6 ផ្នែក E** នៃ សៀវភៅណែនាំសមាជិក របស់អ្នក។

F. ការផ្លាស់ប្តូរផ្នែករដ្ឋបាល

លើសពីនេះ មានការផ្លាស់ប្តូរផ្នែករដ្ឋបាលនៅឆ្នាំក្រោយ។ តារាងខាងក្រោមពណ៌នាអំពីការផ្លាស់ប្តូរនេះ។

	2026 (ឆ្នាំនេះ)	**2027 (ឆ្នាំក្រោយ)**
លេខកញ្ចប់អត្ថប្រយោជន៍នៃគម្រោង (Plan Benefit Package, PBP)	គម្រោងបច្ចុប្បន្នរបស់អ្នក គឺគម្រោង Kaiser Permanente Dual Complete South P1 (HMO D-SNP) ត្រូវបានគេស្គាល់ផងដែរថាជា PBP #001។	គម្រោងថ្មីរបស់អ្នក គឺគម្រោង Kaiser Permanente Dual Complete South P9 (HMO D-SNP) ត្រូវបានគេស្គាល់ផងដែរថាជា PBP #009។

G. ការជ្រើសរើសគម្រោង

G1. ការបន្តប្រើគម្រោងរបស់យើង

យើងសង្ឃឹមថានឹងបានរក្សាអ្នកជាសមាជិកគម្រោង។ អ្នកមិនចាំបាច់ធ្វើអ្វីដើម្បីបន្តប្រើគម្រោងរបស់យើងទេ។
លុះត្រាតែអ្នកចុះឈ្មោះសម្រាប់គម្រោងក្រោមកម្មវិធី Medicare ផ្សេង ឬផ្លាស់ប្តូរទៅកម្មវិធី Original Medicare
នោះអ្នកនឹងបន្តចុះឈ្មោះជាសមាជិកនៃគម្រោងរបស់យើងសម្រាប់ឆ្នាំ 2027 ដោយស្វ័យប្រវត្តិ។

G2. ការផ្លាស់ប្តូរគម្រោង

មនុស្សភាគច្រើនដែលមាន Medicare
អាចបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់ពួកគេក្នុងអំឡុងពេលជាក់លាក់នៃឆ្នាំនេះបាន។

លើសពីនេះទៀត អ្នកអាចបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់អ្នកនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើងក្នុងអំឡុងពេលដូច
ខាងក្រោម៖

- **រយៈពេលបើកឱ្យចុះឈ្មោះ** ដែលគិតចាប់ពីថ្ងៃទី 15 ខែតុលា ដល់ថ្ងៃទី 7 ខែធ្នូ។ ប្រសិនបើអ្នកជ្រើសរើសគម្រោងថ្មីក្នុងអំឡុងពេលនេះ សមាជិកភាពរបស់អ្នកនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើងនឹងបញ្ចប់នៅថ្ងៃទី 31 ខែធ្នូ ហើយសមាជិកភាពរបស់អ្នកនៅក្នុងគម្រោងថ្មីនឹងចាប់ផ្តើមនៅថ្ងៃទី 1 ខែមករា។
- **រយៈពេលបើកឱ្យចុះឈ្មោះសម្រាប់គម្រោង Medicare Advantage (MA)** ដែលគិតចាប់ពីថ្ងៃទី 1 ខែមករា ដល់ថ្ងៃទី 31 ខែមីនា។ ប្រសិនបើអ្នកជ្រើសរើសគម្រោងថ្មីក្នុងអំឡុងពេលនេះ សមាជិកភាពរបស់អ្នកនៅក្នុងគម្រោងថ្មីនឹងចាប់ផ្តើមនៅថ្ងៃដំបូងនៃខែបន្ទាប់។
- ដោយសារតែអ្នកមាន Medi-Cal នោះអ្នកមានជម្រើសមួយចំនួនដើម្បីបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់អ្នកនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើង រួមទាំងខែណាមួយនៃឆ្នាំនេះផងដែរ។

វាអាចមានស្ថានភាពផ្សេងទៀត នៅពេលអ្នកមានសិទ្ធិធ្វើការផ្លាស់ប្តូរចំពោះការចុះឈ្មោះរបស់អ្នក។ ឧទាហរណ៍ នៅពេល៖

- អ្នកបានផ្លាស់ចេញពីតំបន់សេវារបស់យើង
- សិទ្ធិទទួលបាន Medi-Cal ឬ Extra Help របស់អ្នកបានផ្លាស់ប្តូរ ឬ
- ថ្មីៗនេះ អ្នកបានផ្លាស់ទៅ ឬបច្ចុប្បន្នកំពុងទទួលបានការថែទាំនៅក្នុងមណ្ឌលព្យាបាលណាមួយ (ដូចជា មណ្ឌលថែទាំដោយគិលានុបដ្ឋាយិកាជំនាញ ឬមន្ទីរពេទ្យថែទាំរយៈពេលវែង)។ ប្រសិនបើអ្នកទើបតែបានផ្លាស់ប្តូរចេញពីមណ្ឌលព្យាបាលមួយ អ្នកអាចផ្លាស់ប្តូរគម្រោង ឬផ្លាស់ប្តូរទៅកម្មវិធី Original Medicare សម្រាប់រយៈពេលពីរខែពេញ ក្រោយខែដែលអ្នកចាកចេញ។

សេវាកម្មនានានៃកម្មវិធី Medicare របស់អ្នក

អ្នកមានជម្រើសបីសម្រាប់ការទទួលបានសេវាកម្មនានានៃកម្មវិធី Medicare របស់អ្នកដែលបានរាយខាងក្រោមនៅខែណាមួយនៃឆ្នាំនេះ។ អ្នកមានជម្រើសបន្ថែមដែលបានរាយខាងក្រោមក្នុងអំឡុងពេលជាក់លាក់នៃឆ្នាំនេះ រួមទាំង**រយៈពេលបើកឱ្យចុះឈ្មោះ** និង**រយៈពេលបើកឱ្យចុះឈ្មោះសម្រាប់គម្រោង Medicare Advantage** ឬស្ថានភាពផ្សេងទៀតដែលបានពណ៌នានៅក្នុង **ផ្នែក G2**។ ដោយជ្រើសរើសជម្រើសមួយក្នុងចំណោមជម្រើសទាំងនេះ នោះអ្នកនឹងបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់អ្នកនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើងដោយស្វ័យប្រវត្តិ។

1. អ្នកអាចផ្លាស់ប្តូរទៅជា៖ គម្រោងក្រោមកម្មវិធី **Medi-Medi** គឺជាគម្រោង **Medicare Advantage** មួយប្រភេទ។ គម្រោងនេះគឺសម្រាប់អ្នកដែលមានទាំង **Medicare** និង **Medi-Cal** ហើយផ្សំបញ្ចូលអត្ថប្រយោជន៍ **Medicare** និង **Medi-Cal** ទៅក្នុងគម្រោងតែមួយ។ គម្រោងក្រោមកម្មវិធី **Medi-Medi** សម្របសម្រួលអត្ថប្រយោជន៍និងសេវាទាំងអស់នៅទូទាំងកម្មវិធីទាំងពីរ រួមទាំងសេវាដែលធានារ៉ាប់រងដោយ **Medicare** និង **Medi-Cal** ទាំងអស់ ឬកម្មវិធីថែទាំរួមបញ្ចូលទាំងអស់សម្រាប់មនុស្សចាស់ **(Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE)** ប្រសិនបើអ្នកមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់។ចំណាំ៖ ពាក្យថា “គម្រោងក្រោមកម្មវិធី Medi-Medi” គឺជាឈ្មោះសម្រាប់គម្រោងតម្រូវការពិសេសដែលមានសិទ្ធិពីរួមបញ្ចូលគ្នា (D-SNP) នៅរដ្ឋ California។	**នេះជាអ្វីដែលត្រូវធ្វើ៖** ហៅទូរសព្ទទៅកម្មវិធី Medicare តាមរយៈលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)។ អ្នកប្រើ TTY គួរហៅទូរសព្ទទៅលេខ 1-877-486-2048។ សម្រាប់សំណួរអំពីកម្មវិធីថែទាំរួមបញ្ចូលទាំងអស់សម្រាប់មនុស្សចាស់ (PACE) សូមហៅទូរសព្ទទៅលេខ 1-855-921-PACE (7223)។ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយ ឬព័ត៌មានបន្ថែម៖ • សូមហៅទូរសព្ទទៅកម្មវិធីប្រឹក្សាយោបល់និងតស៊ូមតិផ្នែកធានារ៉ាប់រងសុខភាព (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP) នៃរដ្ឋ California តាមរយៈលេខ 1-800-434-0222 ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ 5 ល្ងាច (TTY 711)។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម ឬដើម្បីស្វែងរកការិយាល័យ HICAP ក្នុងតំបន់របស់អ្នក សូមចូលមើល www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/។ ឬ ចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងថ្មីនៃកម្មវិធី Medi-Medi។ អ្នកនឹងត្រូវបានលុបឈ្មោះចេញពីគម្រោងរបស់យើងដោយស្វ័យប្រវត្តិ នៅពេលការធានារ៉ាប់រងនៃគម្រោងថ្មីរបស់អ្នកចាប់ផ្តើម។ គម្រោងក្រោមកម្មវិធី Medi-Cal របស់អ្នកនឹងផ្លាស់ប្តូរដើម្បីតម្រូវតាមគម្រោងក្រោមកម្មវិធី Medi-Medi របស់អ្នក។

2. អ្នកអាចផ្លាស់ប្តូរទៅជា៖ **កម្មវិធី Original Medicare** **ដែលមានគម្រោងថ្នាំដាច់ដោយឡែកនៃកម្មវិធី Medicare**	**នេះជាអ្វីដែលត្រូវធ្វើ៖** ហៅទូរសព្ទទៅកម្មវិធី Medicare តាមរយៈលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)។ អ្នកប្រើ TTY គួរហៅទូរសព្ទទៅលេខ 1-877-486-2048។ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយ ឬព័ត៌មានបន្ថែម៖ • សូមហៅទូរសព្ទទៅកម្មវិធីប្រឹក្សាយោបល់និងតស៊ូមតិផ្នែកធានារ៉ាប់រងសុខភាព (HICAP) នៃរដ្ឋ California តាមរយៈលេខ 1-800-434-0222 ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ 5 ល្ងាច (TTY 711)។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម ឬដើម្បីស្វែងរកការិយាល័យ HICAP ក្នុងតំបន់របស់អ្នក សូមចូលមើល www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/។ ឬ ចុះឈ្មោះនៅក្នុងគម្រោងថ្នាំមានវេជ្ជបញ្ជាថ្មីនៃកម្មវិធី Medicare។ អ្នកនឹងត្រូវបានលុបឈ្មោះចេញពីគម្រោងរបស់យើងដោយស្វ័យប្រវត្តិ នៅពេលការធានារ៉ាប់រងនៃកម្មវិធី Original Medicare របស់អ្នកចាប់ផ្តើម។ គម្រោងក្រោមកម្មវិធី Medi-Cal របស់អ្នកនឹងមិនផ្លាស់ប្តូរទេ លុះត្រាតែអ្នកស្នើសុំការផ្លាស់ប្តូរ។

3. អ្នកអាចផ្លាស់ប្តូរទៅជា៖ **កម្មវិធី Original Medicare** **ដោយគ្មានគម្រោងថ្នាំដាច់ដោយឡែកនៃកម្មវិធី Medicare** **ប្រសិនបើអ្នកមានហេតុផលដកឈ្មោះចេញសមស្រប** ចំណាំ៖ ប្រសិនបើអ្នកប្តូរទៅកម្មវិធី Original Medicare ហើយមិនចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងថ្នាំដាច់ដោយឡែកនៃកម្មវិធី Medicare ទេ នោះកម្មវិធី Medicare អាចនឹងចុះឈ្មោះអ្នកក្នុងគម្រោងថ្នាំមួយ លុះត្រាតែអ្នកប្រាប់កម្មវិធី Medicare ថាអ្នកមិនចង់ចូលរួមទេ។ អ្នកគួរទម្លាក់តែការធានារ៉ាប់រងលើថ្នាំពេទ្យប៉ុណ្ណោះ ប្រសិនបើអ្នកមានការធានារ៉ាប់រងលើថ្នាំពេទ្យពីប្រភពផ្សេងទៀត ដូចជា និយោជក ឬសហជីព។ ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរអំពីថាតើអ្នកត្រូវការការធានារ៉ាប់រងលើថ្នាំពេទ្យឬអត់ សូមហៅទូរសព្ទទៅកាន់កម្មវិធីប្រឹក្សាយោបល់និងតស៊ូមតិផ្នែកធានារ៉ាប់រងសុខភាព (HICAP) នៃរដ្ឋ California តាមរយៈលេខ 1-800-434-0222 នៅរៀងរាល់ថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ 5 ល្ងាច។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម ឬដើម្បីស្វែងរកការិយាល័យ HICAP ក្នុងតំបន់របស់អ្នក សូមចូលមើល www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/។	**នេះជាអ្វីដែលត្រូវធ្វើ៖** ហៅទូរសព្ទទៅកម្មវិធី Medicare តាមរយៈលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)។ អ្នកប្រើ TTY គួរហៅទូរសព្ទទៅលេខ 1-877-486-2048។ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយ ឬព័ត៌មានបន្ថែម៖ • សូមហៅទូរសព្ទទៅកម្មវិធីប្រឹក្សាយោបល់និងតស៊ូមតិផ្នែកធានារ៉ាប់រងសុខភាព (HICAP) នៃរដ្ឋ California តាមរយៈលេខ 1-800-434-0222 ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ 5 ល្ងាច (TTY 711)។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម ឬដើម្បីស្វែងរកការិយាល័យ HICAP ក្នុងតំបន់របស់អ្នក សូមចូលមើល www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/។ អ្នកនឹងត្រូវបានលុបឈ្មោះចេញពីគម្រោងរបស់យើងដោយស្វ័យប្រវត្តិ នៅពេលការធានារ៉ាប់រងនៃកម្មវិធី Original Medicare របស់អ្នកចាប់ផ្តើម។ គម្រោងក្រោមកម្មវិធី Medi-Cal របស់អ្នកនឹងមិនផ្លាស់ប្តូរទេ លុះត្រាតែអ្នកស្នើសុំការផ្លាស់ប្តូរ។

4. អ្នកអាចផ្លាស់ប្តូរទៅជា៖ **គម្រោងសុខភាពណាមួយនៃកម្មវិធី Medicare** ក្នុងអំឡុងពេលជាក់លាក់នៃឆ្នាំនេះ **រួមទាំងរយៈពេលបើកឱ្យចុះឈ្មោះ** **និងរយៈពេលបើកឱ្យចុះឈ្មោះសម្រាប់គម្រោង Medicare Advantage** ឬស្ថានភាពផ្សេងទៀត ដូចបានពណ៌នានៅក្នុង **ផ្នែក G**។	**នេះជាអ្វីដែលត្រូវធ្វើ៖** ហៅទូរសព្ទទៅកម្មវិធី Medicare តាមរយៈលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)។ អ្នកប្រើ TTY គួរហៅទូរសព្ទទៅលេខ 1-877-486-2048។ សម្រាប់សំណួរអំពីកម្មវិធីថែទាំរួមបញ្ចូលទាំងអស់សម្រាប់មនុស្សចាស់ (PACE) សូមហៅទូរសព្ទទៅលេខ 1-855-921-PACE (7223)។ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយ ឬព័ត៌មានបន្ថែម៖ • សូមហៅទូរសព្ទទៅកម្មវិធីប្រឹក្សាយោបល់និងតស៊ូមតិផ្នែកធានារ៉ាប់រងសុខភាព (HICAP) នៃរដ្ឋ California តាមរយៈលេខ 1-800-434-0222 ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ 5 ល្ងាច (TTY 711)។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម ឬដើម្បីស្វែងរកការិយាល័យ HICAP ក្នុងតំបន់របស់អ្នក សូមចូលមើល www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/។ ឬ ចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងថ្មីនៃកម្មវិធី Medicare។ អ្នកត្រូវបានលុបឈ្មោះចេញពីគម្រោងក្រោមកម្មវិធី Medicare របស់យើងដោយស្វ័យប្រវត្តិ នៅពេលការធានារ៉ាប់រងនៃគម្រោងថ្មីរបស់អ្នកចាប់ផ្តើម។ គម្រោងក្រោមកម្មវិធី Medi-Cal របស់អ្នកអាចនឹងប្រែប្រួល។

សេវាកម្មនានានៃកម្មវិធី Medi-Cal របស់អ្នក

សម្រាប់សំណួរអំពីរបៀបជ្រើសរើសគម្រោងក្រោមកម្មវិធី Medi-Cal ឬទទួលបានសេវាកម្មនានានៃគម្រោងក្រោមកម្មវិធី Medi-Cal របស់អ្នក ក្រោយពីអ្នកចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើង សូមទាក់ទង កម្មវិធីជម្រើសថែទាំសុខភាព (Health Care Options) តាមរយៈលេខ 1-800-430-4263 ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ 6 ល្ងាច។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរហៅទូរសព្ទទៅកាន់លេខ 1-800-430-7077។ សូមសួរថាតើការចូលរួមគម្រោងមួយទៀត ឬការត្រឡប់ទៅកម្មវិធី Original Medicare វិញ ប៉ះពាល់ដល់របៀបដែលអ្នកទទួលបានធានារ៉ាប់រង Medi-Cal ឬទេ។

H. ការទទួលជំនួយ

H1. គម្រោងរបស់យើង

យើងនៅទីនេះចាំជួយអ្នក ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរណាមួយ។ សូមហៅទូរសព្ទទៅសេវាសមាជិកតាមរយៈលេខនៅខាងក្រោមទំព័រ ក្នុងអំឡុងថ្ងៃនិងម៉ោងប្រតិបត្តិការដែលបានរាយ។ ការហៅទូរសព្ទទាំងនេះគឺឥតគិតថ្លៃទេ។

សូមអាន *សៀវភៅណែនាំសមាជិក* របស់អ្នក

សៀវភៅណែនាំសមាជិក របស់អ្នកគឺជាសេចក្តីពណ៌នាលម្អិតផ្នែកច្បាប់នៃអត្ថប្រយោជន៍នៃគម្រោងរបស់យើង។ វាមានព័ត៌មានលម្អិតអំពីអត្ថប្រយោជន៍ និងថ្លៃចំណាយសម្រាប់ឆ្នាំ 2027។ វាពន្យល់អំពីសិទ្ធិរបស់អ្នក និងវិធានដែលត្រូវអនុវត្តតាម ដើម្បីទទួលបានសេវាកម្ម និងថ្នាំតាមវេជ្ជបញ្ជាដែលយើងធានារ៉ាប់រង។

សៀវភៅណែនាំសមាជិក សម្រាប់ឆ្នាំ 2027 នឹងមាននៅថ្ងៃទី 15 ខែតុលា។ ច្បាប់ធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពរួចនៃសៀវភៅណែនាំសមាជិក មាននៅលើគេហទំព័ររបស់យើងតាមរយៈ kp.org/eocscal។
អ្នកក៏អាចហៅទូរសព្ទទៅផ្នែកបម្រើសេវាសមាជិកតាមរយៈលេខនៅផ្នែកខាងក្រោមនៃទំព័រនេះ ដើម្បីស្នើសុំឱ្យយើងផ្ញើ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក* សម្រាប់ឆ្នាំ 2027 ទៅឱ្យអ្នក។

គេហទំព័ររបស់យើង

អ្នកអាចចូលមើលគេហទំព័ររបស់យើងតាមរយៈ kp.org (ជាភាសាអង់គ្លេស)។ ជាការរំលឹក គេហទំព័ររបស់យើងមានព័ត៌មានថ្មីៗបំផុតអំពីអ្នកផ្តល់សេវានិងឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញរបស់យើង (បញ្ជីរាយនាមអ្នកផ្តល់សេវានិងឱសថស្ថាន) និង បញ្ជីថ្នាំ (បញ្ជីថ្នាំដែលមានការធានារ៉ាប់រង) របស់យើង។

H2. កម្មវិធីប្រឹក្សាយោបល់និងតស៊ូមតិផ្នែកធានារ៉ាប់រងសុខភាព (HICAP)

អ្នកអាចហៅទូរសព្ទទៅកម្មវិធីជំនួយផ្នែកធានារ៉ាប់រងសុខភាពរដ្ឋ (State Health Insurance Assistance Program, SHIP)។ នៅរដ្ឋ California កម្មវិធី SHIP
ត្រូវបានហៅថាកម្មវិធីប្រឹក្សាយោបល់និងតស៊ូមតិផ្នែកធានារ៉ាប់រងសុខភាព (HICAP)។ អ្នកប្រឹក្សាយោបល់នៃកម្មវិធី HICAP ក៏អាចជួយអ្នកក្នុងការយល់ដឹងអំពីជម្រើសគម្រោងរបស់អ្នក និងឆ្លើយសំណួរស្តីអំពីការផ្លាស់ប្តូរគម្រោងផងដែរ។ កម្មវិធី HICAP មិនមានទំនាក់ទំនងជាមួយយើង ឬជាមួយក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រង ឬ

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមហៅទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិកតាមរយៈលេខ 1-800-443-0815 (TTY 711) បាន 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ 8 ល្ងាច។ ការហៅទូរសព្ទនេះគឺមិនគិតថ្លៃទេ។
សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលទៅមើលវេបសាយ kp.org/medicare (ជាភាសាអង់គ្លេស)។

គម្រោងសុខភាពណាមួយឡើយ។ កម្មវិធី HICAP បានបណ្តុះបណ្តាលអ្នកប្រឹក្សាយោបល់នៅគ្រប់ខោនធី ហើយសេវាគឺមិនគិតថ្លៃទេ។ លេខទូរសព្ទរបស់កម្មវិធី HICAP គឺ 1-800-434-0222។ (TTY 711)។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម ឬដើម្បីស្វែងរកការិយាល័យ HICAP ក្នុងតំបន់របស់អ្នក សូមចូលមើល www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/។

H3. Ombudsman Program

Ombudsman Program នៃកម្មវិធី Medicare Medi-Cal អាចជួយអ្នកបាន ប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហាពាក់ព័ន្ធនឹងគម្រោងរបស់យើង។ សេវាដោះស្រាយបណ្តឹងគឺមិនគិតថ្លៃទេ និងមានគ្រប់ភាសា។ Ombudsman Program នៃកម្មវិធី Medicare Medi-Cal ៖

- អាចឆ្លើយសំណួរនានាបាន ប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហាឬបណ្តឹង និងអាចជួយអ្នកឱ្យយល់ពីអ្វីដែលត្រូវធ្វើ។
- ធានាថា អ្នកមានព័ត៌មានទាក់ទងនឹងសិទ្ធិ និងការការពាររបស់អ្នក និងរបៀបដែលអ្នកអាចដោះស្រាយក្តីកង្វល់របស់អ្នក។
- មិនមានទំនាក់ទំនងជាមួយយើង ឬជាមួយក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រង ឬគម្រោងសុខភាពណាមួយឡើយ។ លេខទូរសព្ទសម្រាប់ Ombudsman Program នៃកម្មវិធី Medicare Medi-Cal គឺ 1-855-501-3077។

H4. Medicare

ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានដោយផ្ទាល់ពីកម្មវិធី Medicare

- សូមហៅទូរសព្ទទៅកាន់លេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) ដែលបម្រើការ 24 ម៉ោង ក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ អ្នកប្រើ TTY គួរហៅទូរសព្ទទៅលេខ 1-877-486-2048។
- ជជែកផ្ទាល់តាមរយៈ www.Medicare.gov/talk-to-someone
- ផ្ញើសំបុត្រទៅកាន់កម្មវិធី Medicare តាមរយៈ PO Box 1270, Lawrence, KS 66044។

គេហទំព័រនៃកម្មវិធី Medicare

អ្នកអាចចូលមើលគេហទំព័រនៃកម្មវិធី Medicare (www.medicare.gov) បាន។ ប្រសិនបើអ្នកជ្រើសរើសដកឈ្មោះចេញពីគម្រោងរបស់យើង ហើយចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងមួយទៀតនៃកម្មវិធី Medicare នោះគេហទំព័រនៃកម្មវិធី Medicare មានព័ត៌មានអំពីថ្លៃចំណាយ ការធានារ៉ាប់រង និងរង្វាយតម្លៃគុណភាព ដើម្បីជួយអ្នកប្រៀបធៀបគម្រោងនានា។

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីគម្រោងនានានៃកម្មវិធី Medicare ដែលមាននៅក្នុងតំបន់របស់អ្នកដោយប្រើមុខងារ Medicare Plan Finder នៅលើគេហទំព័រនៃកម្មវិធី Medicare។ (សម្រាប់ព័ត៌មានអំពីគម្រោង សូមមើល www.medicare.gov ហើយចុចលើពាក្យ “Find plans (ស្វែងរកគម្រោង)”។)

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមហៅទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិកតាមរយៈលេខ 1-800-443-0815 (TTY 711) បាន 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ 8 ល្ងាច។ ការហៅទូរសព្ទនេះគឺមិនគិតថ្លៃទេ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** សូមចូលទៅមើលវេបសាយ kp.org/medicare (ជាភាសាអង់គ្លេស)។

Medicare និងអ្នក ឆ្នាំ 2027

អ្នកអាចអានសៀវភៅណែនាំ *Medicare និងអ្នក ឆ្នាំ 2027 (Medicare & You 2027)* បាន។
សៀវភៅនេះត្រូវបានផ្ញើទៅអ្នកប្រើប្រាស់កម្មវិធី Medicare ជារៀងរាល់ឆ្នាំនៅរដូវស្លឹកឈើជ្រុះ។
វាមានសេចក្តីសង្ខេបអំពីអត្ថប្រយោជន៍ សិទ្ធិ និងការការពារនានានៃកម្មវិធី Medicare
និងចម្លើយចំពោះសំណួរសួរញឹកញាប់បំផុតអំពីកម្មវិធី Medicare។
សៀវភៅណែនាំនេះក៏មានជាភាសាអេស្ប៉ាញ ចិន និងវៀតណាមផងដែរ។

ប្រសិនបើអ្នកមិនមានសៀវភៅនេះទេ អ្នកអាចទទួលវាមួយច្បាប់បាននៅលើគេហទំព័រនៃកម្មវិធី Medicare (www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf) ឬដោយហៅទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)។ អ្នកប្រើ TTY គួរហៅទូរសព្ទទៅលេខ 1-877-486-2048។

H5. នាយកដ្ឋានគ្រប់គ្រងសេវាថែទាំសុខភាពនៃរដ្ឋ California

នាយកដ្ឋានគ្រប់គ្រងសេវាថែទាំសុខភាពនៃរដ្ឋ California ទទួលខុសត្រូវក្នុងការធ្វើនិយ័តកម្មលើគម្រោងសេវាថែទាំសុខភាពនានា។ ប្រសិនបើអ្នកមានបណ្តឹងសារទុក្ខប្រឆាំងនឹងគម្រោងសុខភាពរបស់អ្នក ដំបូងអ្នកគួរតែហៅទូរសព្ទទៅគម្រោងសុខភាពរបស់អ្នកតាមរយៈលេខ **1-800-443-0815** ហើយប្រើដំណើរការបណ្តឹងសារទុក្ខរបស់គម្រោងសុខភាពរបស់អ្នក មុននឹងទាក់ទងទៅនាយកដ្ឋាននេះ។ ការប្រើប្រាស់នីតិវិធីបណ្តឹងសារទុក្ខនេះមិនហាមឃាត់សិទ្ធិឬឧបាស្រ័យស្របច្បាប់ណាមួយដែលអាចមានសម្រាប់អ្នកទេ។ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយក្នុងបណ្តឹងសារទុក្ខដែលទាក់ទងនឹងភាពអាសន្ន បណ្តឹងសារទុក្ខដែលមិនត្រូវបានដោះស្រាយជាទីពេញចិត្តដោយគម្រោងសុខភាពរបស់អ្នក ឬបណ្តឹងសារទុក្ខដែលនៅមិនទាន់បានដោះស្រាយអស់រយៈពេលលើសពី 30 ថ្ងៃ អ្នកអាចហៅទូរសព្ទទៅនាយកដ្ឋាននេះដើម្បីសុំជំនួយបាន។ អ្នកក៏អាចនឹងមានសិទ្ធិទទួលការការត្រួតពិនិត្យដោយពេទ្យឯករាជ្យ (Independent Medical Review, IMR) ដែរ។ ប្រសិនបើអ្នកមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ទទួលបាន IMR នោះដំណើរការ IMR នឹងផ្តល់ការពិនិត្យឡើងវិញដោយមិនលំអៀងលើការសម្រេចចិត្តផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដែលធ្វើឡើងដោយគម្រោងសុខភាពទាក់ទងនឹងភាពចាំបាច់ខាងវេជ្ជសាស្ត្រនៃសេវាឬការព្យាបាលដែលបានស្នើសុំ ការសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងសម្រាប់ការព្យាបាលលក្ខណៈពិសោធន៍ឬស៊ើបអង្កេត និងទំនាស់លើការទូទាត់ប្រាក់សម្រាប់សេវាសង្គ្រោះបន្ទាន់ឬសេវាវេជ្ជសាស្ត្របន្ទាន់។ នាយកដ្ឋានក៏មានលេខទូរសព្ទឥតគិតថ្លៃ (**1-888-466-2219**) និងខ្សែទូរសព្ទ TDD (**1-877-688-9891**) សម្រាប់អ្នកមានបញ្ហាការស្តាប់និងការនិយាយ។
គេហទំព័រអ៊ីនធឺណិតរបស់នាយកដ្ឋាន **www.dmhc.ca.gov** មានទម្រង់បែបបទបណ្តឹង ពាក្យស្នើសុំ IMR និងសេចក្តីណែនាំតាមអនឡាញ។

សូមមើល **ជំពូកទី 9 ផ្នែក F4** នៃ សៀវភៅណែនាំសមាជិក របស់អ្នក សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមហៅទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិកតាមរយៈលេខ 1-800-443-0815 (TTY 711) បាន 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ 8 ល្ងាច។ ការហៅទូរសព្ទនេះគឺមិនគិតថ្លៃទេ។
សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលទៅមើលវេបសាយ kp.org/medicare (ជាភាសាអង់គ្លេស)។

H6. គម្រោងបង់រំលស់ថ្លៃថ្នាំតាមវេជ្ជបញ្ជានៃកម្មវិធី Medicare

គម្រោងបង់រំលស់ថ្លៃថ្នាំតាមវេជ្ជបញ្ជានៃកម្មវិធី Medicare គឺជាជម្រើសបង់ប្រាក់មួយដែលអាចជួយអ្នកក្នុងការគ្រប់គ្រងថ្លៃចំណាយក្រៅហោប៉ៅរបស់អ្នកលើថ្លៃថ្នាំដែលធានារ៉ាប់រងដោយគម្រោងរបស់យើង ដោយពង្រាយវាពេញមួយឆ្នាំប្រតិទិន (មករា-ធ្នូ) ជាការបង់ប្រចាំខែ។ អ្នកណាម្នាក់ដែលមានគម្រោងថ្នាំ Medicare ឬគម្រោងសុខភាព Medicare ដែលមានការធានារ៉ាប់រងលើថ្នាំពេទ្យ (ដូចជា គម្រោង Medicare Advantage ដែលមានការធានារ៉ាប់រងលើថ្នាំពេទ្យ) អាចប្រើជម្រើសបង់ប្រាក់នេះបាន។ ប្រសិនបើអ្នកកំពុងចូលរួមក្នុងគម្រោងបង់រំលស់ថ្លៃថ្នាំតាមវេជ្ជបញ្ជានៃកម្មវិធី Medicare ហើយបន្តប្រើគម្រោងនៃផ្នែក D ដដែល អ្នកមិនចាំបាច់ធ្វើអ្វីដើម្បីបន្តចូលរួមក្នុងឆ្នាំ 2027 នោះទេ។ ជម្រើសបង់ប្រាក់នេះអាចជួយអ្នកក្នុងការគ្រប់គ្រងចំណាយរបស់អ្នកបាន ប៉ុន្តែវាមិនបានជួយអ្នកសន្សំប្រាក់ឬបន្ថយចំណាយសរុបលើថ្លៃថ្នាំដែលអ្នកត្រូវចាយចេញពីហោប៉ៅនោះទេ។

"Extra Help" ពីកម្មវិធី Medicare និងជំនួយពីកម្មវិធីជំនួយផ្នែកឱសថ (state pharmaceutical assistance program, SPAP) របស់រដ្ឋអ្នក និងកម្មវិធីជំនួយផ្នែកឱសថជំងឺអេដស៍ (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) សម្រាប់អ្នកដែលមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ គឺមានអត្ថប្រយោជន៍ច្រើនជាងការចូលរួមក្នុងគម្រោងបង់រំលស់ថ្លៃថ្នាំតាមវេជ្ជបញ្ជានៃកម្មវិធី Medicare។ ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពីកម្មវិធីនេះ សូមទាក់ទងមកយើងខ្ញុំតាមរយៈលេខដែលមាននៅផ្នែកខាងក្រោមនៃទំព័រនេះ ឬចូលមើល www.medicare.gov។

__សេចក្តីបញ្ជាក់អំពីការមិនបញ្ចេញព័ត៌មាន ច្បាប់កាត់បន្ថយការងារឯកសារ (Paperwork Reduction Act, PRA)__ យោងតាមច្បាប់ស្តីពីការកាត់បន្ថយលិខិតស្នាម ឆ្នាំ 1995 គ្មានជនណាម្នាក់ត្រូវបានតម្រូវឲ្យឆ្លើយតបទៅនឹងការប្រមូលព័ត៌មានណាមួយនោះទេ លុះត្រាតែវាបង្ហាញលេខគ្រប់គ្រងនៃការិយាល័យគ្រប់គ្រងនិងថវិកា (Office of Management and Budget, OMB) ដែលមានសុពលភាព។ លេខគ្រប់គ្រង OMB ដែលមានសុពលភាពសម្រាប់ការប្រមូលព័ត៌មានគឺ 0938-1444។ ប្រសិនបើអ្នកមានមតិយោបល់ឬសំណូមពរសម្រាប់កែលម្អទម្រង់បែបបទនេះ សូមផ្ញើសំបុត្រទៅកាន់៖ CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850

ព័ត៌មានអំពីគម្រោង

ក្នុងនាមជាសមាជិកនៃគម្រោងនេះ យើងអាចទាក់ទងអ្នកម្តងម្កាល ដើម្បីជូនដំណឹងអ្នកពីគម្រោង ឬផលិតផល Kaiser Permanente ផ្សេងទៀត ដែលអាចមានសម្រាប់អ្នក។ បើអ្នកចង់ដកខ្លួនចេញពីការហៅទូរសព្ទបែបនេះ សូមទាក់ទងផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិកតាមរយៈលេខនៅខាងក្នុងនៃបណ្ណសមាជិករបស់អ្នក។

*បច្ចុប្បន្ន Kaiser Permanente ផ្តល់ជូននូវវិធីថ្មីៗ ម្បីចែករំលែកព័ត៌មានសុខភាពរបស់អ្នកប្រកបដោយសុវត្ថិភាព។ សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ **kp.org/datasharing** ដើម្បីស្វែងយល់អំពី Payer-to-Payer Application Programming Interface (API) និង Provider Access API រួមទាំងរបៀបដែលវាដំណើរការ និងវិធីចុះឈ្មោះចូលរួម។*

សៀវភៅរាយឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវារបស់ Kaiser Permanente

ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយក្នុងការស្វែងរកអ្នកផ្តល់សេវា ឬឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញ សូមមើលនៅគេហទំព័រ **kp.org/directory** ដើម្បីស្វែងរកសៀវភៅរាយឈ្មោះលើអនឡាញរបស់យើង (ចំណាំ៖ សៀវភៅរាយឈ្មោះឆ្នាំ 2027 អាចរកបានលើអនឡាញចាប់ពីថ្ងៃទី 15 ខែតុលា ឆ្នាំ 2026 ស្របតាមការតម្រូវរបស់ Medicare)។

ដើម្បីទទួលបានសៀវភៅនេះតាមប្រៃសណីយ៍ អ្នកអាចទូរសព្ទមកយើងខ្ញុំតាមរយៈលេខ **1-800-443-0815** (TTY **711**) 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់។

បញ្ជីឈ្មោះឱសថគ្របដណ្តប់ពេញលេញនៃកម្មវិធី Medicare ផ្នែក D របស់ Kaiser Permanente (បញ្ជីឱសថដែលត្រូវបានរ៉ាប់រង)

បញ្ជីឈ្មោះឱសថរបស់យើងរាយឈ្មោះឱសថ Medicare ផ្នែក D ដែលយើងធានារ៉ាប់រង។ បញ្ជីឈ្មោះឱសថអាចផ្លាស់ប្តូរនៅគ្រប់ពេល។
អ្នកនឹងទទួលបានការជូនដំណឹង នៅពេលចាំបាច់។ ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរអំពីឱសថដែលមានការរ៉ាប់រង សូមមើលបញ្ជីឈ្មោះឱសថតាមអនឡាញរបស់យើងតាមរយៈ **kp.org/seniorrx** (ចំណាំ៖ បញ្ជីឈ្មោះឱសថឆ្នាំ 2027 មាននៅលើអនឡាញចាប់ពីថ្ងៃទី 15 ខែតុលា ឆ្នាំ 2026 ស្របតាមលក្ខខណ្ឌរបស់ Medicare)។

ដើម្បីទទួលបានបញ្ជីឈ្មោះឱសថតាមប្រៃសណីយ៍ អ្នកអាចទូរសព្ទមកយើងខ្ញុំតាមរយៈលេខ **1-800-443-0815** (TTY **711**) 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់។

ភស្តុតាងបញ្ជា**ក់**ការធានារ៉ាប់រង (EOC) របស់ Kaiser Permanente

ភស្តុតាងបញ្ជាក់ការធានារ៉ាប់រង (Evidence of Coverage, EOC)

របស់អ្នកពន្យល់ពីរបៀបទទួលបានការរ៉ាប់រងលើសេវាសុខភាពរដ្ឋសាស្ត្រ និងឱសថតាមរយៈគម្រោងរបស់យើង។
វាពន្យល់អំពីសិទ្ធិ និងការទទួលខុសត្រូវរបស់អ្នក អ្វីដែលត្រូវបានរ៉ាប់រង
និងទឹកប្រាក់ដែលអ្នកត្រូវបង់ក្នុងនាមជាសមាជិកម្នាក់នៃគម្រោង Kaiser Permanente។
ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរអំពីធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នក សូមចូលទៅកាន់ **kp.org/eocncal** ឬ **kp.org/eocscal**
ដើម្បីមើល **EOC** តាមអនឡាញរបស់អ្នក (ចំណាំ៖ **EOC** ឆ្នាំ 2027 អាចរកបាននៅលើអនឡាញចាប់ពីថ្ងៃទី 15 ខែតុលា ឆ្នាំ 2026 ស្របតាមលក្ខខណ្ឌរបស់ Medicare)។

ដើម្បីទទួលបាន **EOC** តាមប្រៃសណីយ៍ អ្នកអាចទូរសព្ទមកយើងខ្ញុំតាមរយៈលេខ **1-800-443-0815** (TTY **711**) 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់។

H0524_H8794_00044581KM_C
4383715500_CA_KM
July 2026

KAISER PERMANENTE®

សេចក្តីជូនដំណឹងអំពីការមិនរើសអើង

នៅក្នុងឯកសារនេះ "យើង","ពួកយើង" ឬ "របស់យើង" មានន័យថា Kaiser Permanente (Kaiser Foundation Health Plan, Inc., Kaiser Foundation Hospitals, The Permanente Medical Group, Inc., and the Southern California Medical Group)។ សេចក្តីជូនដំណឹងនេះមាននៅលើគេហទំព័ររបស់យើងនៅ **kp.org**។

ការរើសអើងគឺប្រឆាំងនឹងច្បាប់។ យើងគោរពតាមច្បាប់សិទ្ធិរដ្ឋប្បវេណីថ្នាក់រដ្ឋនិងសហព័ន្ធ។

យើងមិនរើសអើង បដិសេធមនុស្ស ឬប្រព្រឹត្តទៅលើពួកគេខុសៗគ្នាដោយសារ អាយុ ជាតិសាសន៍ អត្តសញ្ញាណក្រុមពូជសាសន៍ ពណ៌សម្បុរ សញ្ជាតិដើម សាវតារប្បធម៌ ពូជពង្ស សាសនា ជេនឌ័រ អត្តសញ្ញាណជេនឌ័រ ការបញ្ជាក់ពីជេនឌ័រ ទំនោរផ្លូវភេទ ស្ថានភាព អាពាហ៍ពិពាហ៍ ភាពពិការរាងកាយ ឬផ្លូវចិត្ត ប្រភពនៃការទូទាត់ប្រាក់ ព័ត៌មានហ៊ីរ៉ូន សញ្ជាតិ ភាសាចម្បង ឬស្ថានភាពអន្តោប្រវេសន៍ឡើយ។

Kaiser Permanenteផ្តល់ជូននូវសេវាកម្មដូចខាងក្រោមក្នុងលក្ខណៈទាន់ពេលវេលា:

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

ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការសេវាកម្មទាំងនេះ សូមទូរសព្ទទៅនាយកដ្ឋានសេវាកម្មសមាជិកតាមលេខទូរសព្ទខាងក្រោម។ ការទូរសព្ទនេះគឺមិនគិតថ្លៃ។ សេវាកម្មសមាជិកត្រូវបានបិទនៅថ្ងៃឈប់សម្រាកសំខាន់ៗ។

- Medicare, រួមទាំង D-SNP: **1-800-443-0815** (TTY **711**) ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ 8 យប់ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។
- Medi-Cal: **1-855-839-7613** (TTY **711**) 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។
- ផ្សេងទៀតទាំងអស់៖ **1-800-464-4000** (TTY **711**) 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍

តាមការស្នើសុំ ឯកសារនេះអាចត្រូវបានផ្តល់ជូនអ្នកក្នុងទម្រង់ជាអក្សរស្តាបសម្រាប់អ្នកពិការភ្នែក អក្សរធំៗ សម្លេង ឬទម្រង់អេឡិចត្រូនិក។ ដើម្បីទទួលបានច្បាប់ចម្លងនៅក្នុងទម្រង់ជំនួសមួយក្នុងចំណោមទម្រង់ទាំងនេះ ឬទម្រង់ផ្សេងទៀត សូមទូរសព្ទទៅនាយកដ្ឋានសេវាកម្មសមាជិករបស់យើង ហើយសួរកទម្រង់ដែលអ្នកត្រូវការ។

របៀបដាក់ពាក្យបណ្តឹងសារទុក្ខជាមួយ Kaiser Permanente

អ្នកអាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងសារទុក្ខអំពីការរើសអើងជាមួយពួកយើង ប្រសិនបើអ្នកជឿថាយើងបានខកខានក្នុងការផ្តល់សេវាកម្មទាំងនេះ ឬបានរើសអើងដោយខុសច្បាប់តាមរបៀបផ្សេងទៀត។ អ្នកអាចដាក់បណ្តឹងសារទុក្ខតាមទូរសព្ទ តាមប្រៃសណីយ៍ ដោយផ្ទាល់ ឬតាមអ៊ីនធឺណិត។ សូមយោងលើ*ភស្តុតាងនៃការធានារ៉ាប់រង ឬលិខិតបញ្ជាក់ធានារ៉ាប់រង*របស់អ្នកសម្រាប់ព័ត៌មានលម្អិ

ត។ អ្នកអាចទូរសព្ទមកសេវាកម្មសមាជិកសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីជម្រើសដែលអនុវត្តចំពោះអ្នក ឬសម្រាប់ជំនួយក្នុងការដាក់ពាក្យបណ្តឹងសារទុក្ខ។ លោកអ្នកអាចដាក់បណ្តឹងសារទុក្ខតាមវិធីដូចខាងក្រោម៖

- **តាមទូរសព្ទ** : ទូរសព្ទទៅនាយកដ្ឋានសេវាកម្មសមាជិក។ លេខទូរសព្ទត្រូវបានចុះនៅខាងលើ។
- **តាមសំបុត្រ**: ទាញយកទម្រង់បែបបទនៅ **kp.org** ឬទូរសព្ទទៅសេវាកម្មសមាជិកហើយសុំឱ្យពួកគេផ្ញើទម្រង់បែបបទដែលអ្នកអាចផ្ញើត្រឡប់មកវិញ។
- **ដោយផ្ទាល់**: បំពេញពាក្យបណ្តឹងឬទម្រង់ស្នើសុំ/ទាមទារអត្ថប្រយោជន៍នៅការិយាល័យសេវាកម្មសមាជិកដែលមានទីតាំងនៅទីកន្លែងរបស់គម្រោង (ចូលទៅកាន់បញ្ជីឈ្មោះនិងអាសយដ្ឋានអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកនៅ **kp.org/facilities** សម្រាប់អាសយដ្ឋាន)
- **អនឡាញ**: ប្រើទម្រង់តាមអនឡាញនៅលើគេហទំព័ររបស់យើងនៅ**kp.org**

អ្នកក៏អាចទាក់ទងអ្នកសម្របសម្រួលសិទ្ធិពលរដ្ឋ Kaiser Permanente ដោយផ្ទាល់នៅអាសយដ្ឋានខាងក្រោម:

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

របៀបដាក់ពាក្យបណ្តឹងសារទុក្ខទៅការិយាល័យនាយកដ្ឋានសេវាកម្មថែទាំសុខភាពរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ាសម្រាប់ សិទ្ធិពលរដ្ឋ *(សម្រាប់តែអ្នកទទួលផលពី Medi-Cal ប៉ុណ្ណោះ)*

អ្នកក៏អាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងសិទ្ធិពលរដ្ឋជាមួយការិយាល័យនាយកដ្ឋានសេវាកម្មថែទាំសុខភាពរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ាសម្រាប់សិទ្ធិពលរដ្ឋដោយការសរសេរសំបុត្រ ទូរសព្ទ ឬអ៊ីមែល៖

- **តាមទូរសព្ទ**: ទូរសព្ទទៅការិយាល័យសិទ្ធិពលរដ្ឋ នាយកដ្ឋានសេវាកម្មថែទាំសុខភាព (Department of Health Care Services, DHCS) លេខ **916-440-7370** (TTY **711**)
- **តាមសំបុត្រ**: បំពេញបែបបទពាក្យបណ្តឹងឬផ្ញើលិខិតទៅ៖

  Office of Civil Rights
  Department of Health Care Services
  P.O. Box 997413, MS 0009
  Sacramento, CA 95899-7413

  ទម្រង់ពាក្យបណ្តឹងរបស់ការិយាល័យនាយកដ្ឋានសេវាកម្មថែទាំសុខភាពរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ាសម្រាប់សិទ្ធិពលរដ្ឋអាចរកបាននៅ: http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx

- **អនឡាញ**: ផ្ញើអ៊ីម៉ែលទៅកាន់ CivilRights@dhcs.ca.gov

របៀបដាក់បណ្តឹងសារទុក្ខទៅកាន់ការិយាល័យសិទ្ធិពលរដ្ឋនាយកដ្ឋានសេវាកម្មសុខភាពនិងមនុស្សជាតិអាមេរិក

អ្នកអាចដាក់បណ្តឹងតវ៉ាអំពីការរើសអើងទៅកាន់ការិយាល័យសិទ្ធិពលរដ្ឋនាយកដ្ឋានសេវាកម្ម សុខភាពនិងមនុស្សជាតិអាមេរិក។ អ្នកអាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ តាមទូរសព្ទ ឬតាមអនឡាញ៖

- **តាមទូរសព្ទ**: 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

  ទម្រង់ពាក្យបណ្តឹងរបស់ការិយាល័យនាយកដ្ឋានសេវាកម្មសុខភាពនិងមនុស្សជាតិអាមេរិក សម្រាប់សិទ្ធិពលរដ្ឋអាចរកបាននៅ: https://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html

- **អនឡាញ**: ចូលទៅកាន់**ទំព័រការិយាល័យពាក្យបណ្តឹងសិទ្ធិពលរដ្ឋនៅ៖ https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf**