



ឧបសម្ព័ន្ធសៀវភៅណែនាំសម្រាប់សមាជិក ឆ្នាំ 2026
នេះគឺជាព័ត៌មានសំខាន់អំពីការផ្លាស់ប្តូរនៅក្នុងសៀវភៅណែនាំ
សម្រាប់សមាជិក Medi-Cal នៃកម្មវិធី
Kaiser Foundation Health Plan, Inc.
សម្រាប់ឆ្នាំ 2026 របស់អ្នក។

សៀវភៅណែនាំសមាជិករបស់អ្នកត្រូវបានគេហៅផងដែរថា ភស្តុតាងនៃការធានារ៉ាប់រង និងទម្រង់បែបបទបង្ហាញព័ត៌មានរួមបញ្ចូលគ្នា (“Combined Evidence of Coverage and Disclosure Form, EOC/DF”)។ ឧបសម្ព័ន្ធនេះជម្រាបជូនអំពីការផ្លាស់ប្តូរនៅក្នុងសៀវភៅណែនាំសម្រាប់សមាជិកឆ្នាំ 2026 របស់អ្នក ដោយសារតែច្បាប់សហព័ន្ធទីមួយ។ សូមរក្សាឯកសារនេះជាមួយសៀវភៅណែនាំសមាជិកឆ្នាំ 2026 របស់អ្នក។

នៅក្នុងការកែប្រែនៃសៀវភៅណែនាំសមាជិកនេះ គម្រោងថែទាំសុខភាព Kaiser Foundation Health Plan, Inc. ជូនកាលត្រូវបានគេហៅថា “យើង”, “របស់យើង” ឬ “ពួកយើង”។ ជូនកាល សមាជិកត្រូវបានគេហៅថា “អ្នក”។ ពាក្យមួយចំនួនដែលសរសេរជាអក្សរធំនៅក្នុងសៀវភៅណែនាំសមាជិកនេះមានអត្ថន័យពិសេស។ សម្រាប់ពាក្យដែលអ្នកគួរតែដឹង សូមមើលជំពូកទី 8 “លេខ និងពាក្យសំខាន់ៗដែលគួរតែដឹង” នៃសៀវភៅណែនាំសមាជិក។

ការថែទាំដែលបញ្ជាក់អំពីយេនឌ័រជាក់លាក់

ចាប់ផ្តើមថ្ងៃទី 13 ខែតុលា ឆ្នាំ 2026, Medi-Cal មិនអាចប្រើប្រាស់មូលនិធិសហព័ន្ធដើម្បីចំណាយលើសេវាថែទាំបញ្ជាក់អំពីយេនឌ័រជាក់លាក់បានឡើយ នៅពេលដែលសេវានោះត្រូវបានប្រើប្រាស់សម្រាប់ការព្យាបាលវិបល្លាសសញ្ញាយេនឌ័រសម្រាប់សមាជិក Medi-Cal ដែលមានអាយុក្រោម 18 ឆ្នាំ និងសមាជិក CHIP ដែលមានអាយុក្រោម 19 ឆ្នាំ។ ការផ្លាស់ប្តូរនេះគឺដោយសារតែច្បាប់សហព័ន្ធទីមួយ។



ទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិកតាមរយៈលេខ **1-855-839-7613 (TTY 711)**។
ពួកយើងបម្រើសេវា 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ (លើកលែងថ្ងៃឈប់សម្រាកដែលបិទ)។
ការហៅទូរសព្ទគឺឥតគិតថ្លៃ។ តាមរយៈអនឡាញនៅ kp.org ។

សេវាកម្មដែលរងផលប៉ះពាល់៖

- ការរក្សា ដូចជាការរក្សាកាត់សុដន់ ឬការរក្សាពង្រីកសុដន់
- ថ្នាំពន្យារការលូតលាស់ពេញវ័យ
- ការព្យាបាលដោយអរម៉ូន ដូចជាអ៊ីស្ត្រូហ្សែន ឬកេស្តូស្តេរ៉ូន

នេះមិនមែនមានន័យថាអ្នកមិនអាចទទួលបានការថែទាំនោះទេ។ រដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ាកំពុងតែរៀបចំការទទួលបានការថែទាំដែលចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ។ រដ្ឋនឹងប្រើប្រាស់ថវិការដ្ឋដើម្បីចំណាយលើសេវាថែទាំដើម្បីបញ្ជាក់អំពីអត្តសញ្ញាណយេនឌ័រ ដែលចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ សម្រាប់សមាជិកកម្មវិធី Medi-Cal និង CHIP នៅពេលដែលមានភាពសមស្របតាមលក្ខណៈវេជ្ជសាស្ត្រ និងត្រូវបានណែនាំដោយអ្នកផ្តល់សេវាដែលមានសមត្ថភាព។

នាយកដ្ឋាន California Department of Health Care Access and Information (HCAI) នឹងជួយបង់ថ្លៃសម្រាប់សេវាកម្មដែលរងផលប៉ះពាល់។ កម្មវិធីនេះគឺដាច់ដោយឡែកពី Medi-Cal ដែលត្រូវបានគ្រប់គ្រងដោយនាយកដ្ឋានសេវាថែទាំសុខភាព (DHCS)។ ព័ត៌មានលម្អិតបន្ថែមនឹងត្រូវបានបង្ហាញនៅលើគេហទំព័ររបស់ HCAI និង DHCS នៅពេលដែលព័ត៌មានទាំងនោះ។

Medi-Cal

នឹងបន្តបង់ថ្លៃសេវាថែទាំផ្សេងទៀតដែលចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រសម្រាប់ការបញ្ជាក់អំពីអត្តសញ្ញាណយេនឌ័រ ជូនដល់សមាជិក Medi-Cal ដែលមានអាយុក្រោម 18 ឆ្នាំ និងសមាជិក CHIP ដែលមានអាយុក្រោម 19 ឆ្នាំ។ ទាំងនេះរួមមានការទៅជួបគ្រូពេទ្យនៅការិយាល័យ ការធ្វើតេស្តមន្ទីរពិសោធន៍ ការព្យាបាលការនិយាយ និងការព្យាបាលផ្លូវចិត្ត នៅពេលដែលចាំបាច់តាមវេជ្ជសាស្ត្រ។ Medi-Cal ក៏នឹងបន្តរ៉ាប់រងលើសេវាថែទាំដែលចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ រួមទាំងសេវាដែលបានរៀបរាប់ខាងលើផងដែរ នៅពេលសេវាទាំងនោះត្រូវបានប្រើដើម្បីព្យាបាលស្ថានភាពជំងឺផ្សេងទៀត ក្រៅពីវិបល្លាសសញ្ញាយេនឌ័រ ឬនៅពេលព្យាបាលផលវិបាក ការឆ្លងរោគរហូស ជំងឺ ឬវិបល្លាសដែលបង្កឡើង ឬធ្វើឱ្យកាន់តែធ្ងន់ធ្ងរដោយនីតិវិធីព្យាបាលពីមុន។ Medi-Cal នឹងបន្តបង់ថ្លៃសេវាកម្មនានាដែលមានរាយបញ្ជីខាងលើសម្រាប់សមាជិកដែលមានអាយុចាប់ពី 18 ឆ្នាំឡើងទៅ។

ប្រសិនបើបច្ចុប្បន្នអ្នកកំពុងប្រើប្រាស់សេវាកម្មណាមួយក្នុងចំណោមសេវាកម្មដែលរងផលប៉ះពាល់ គម្រោងថែទាំសុខភាព Medi-Cal របស់អ្នកនឹងទាក់ទងមកអ្នក ប្រសិនបើការផ្លាស់ប្តូរនេះមានផលប៉ះពាល់ដល់ការអនុម័តសម្រាប់សេវាកម្មណាមួយនៅថ្ងៃទី 13 ខែតុលា ឆ្នាំ 2026 ឬបន្ទាប់ពីកាលបរិច្ឆេទនោះ។

- ប្រសិនបើគម្រោងរបស់អ្នកបញ្ចប់ ឬកាត់បន្ថយសេវាកម្មដែលត្រូវបានអនុម័តពីមុនមក អ្នកនឹងទទួលបានសេចក្តីជូនដំណឹងជាលាយលក្ខណ៍អក្សរអំពីចំណាត់ការ។ វានឹងពន្យល់ពីហេតុផល និងសិទ្ធិរបស់អ្នកក្នុងការប្តឹងតវ៉ា និងស្នើសុំសវនាការរដ្ឋ។
- អាស្រ័យលើស្ថានភាពរបស់អ្នក អ្នកអាចមានសិទ្ធិបន្តទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍នានាខណៈពេលដែលការប្តឹងឧទ្ធរណ៍ ឬការបើកសវនាការរបស់រដ្ឋកំពុងស្ថិតក្នុងដំណើរការ។

សំណួរ ឬជំនួយ៖

- ទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិកតាមរយៈលេខ **1-855-839-7613 (TTY 711)**។ ពួកយើងនៅទីនេះ 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ (លើកលែងថ្ងៃឈប់សម្រាកដែលបិទ)។ ការហៅទូរសព្ទគឺឥតគិតថ្លៃ។
- អ្នកក៏អាចពិភាក្សាជាមួយអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក អំពីការព្យាបាល និងជម្រើសផ្សេងៗរបស់អ្នកផងដែរ។
- ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីកម្មវិធី HCAI នឹងត្រូវបានផ្សព្វផ្សាយនៅពេលដែលព័ត៌មានទាំងនោះមាន។

សូមរក្សាទុកសេចក្តីជូនដំណឹងនេះជាមួយសៀវភៅណែនាំសម្រាប់សមាជិក/ឯកសារបញ្ជាក់អំពីការធានារ៉ាប់រងឆ្នាំ 2026 របស់អ្នក។ វាធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពផ្នែកស្តីពីសេវាថែទាំគាំទ្រអត្តសញ្ញាណយេនឌ័រ ដោយចាប់ផ្តើមពីថ្ងៃទី 13 ខែតុលា ឆ្នាំ 2026។



ទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិកតាមរយៈលេខ **1-855-839-7613 (TTY 711)**។ ពួកយើងបម្រើសេវា 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ (លើកលែងថ្ងៃឈប់សម្រាកដែលបិទ)។ ការហៅទូរសព្ទគឺឥតគិតថ្លៃ។ តាមរយៈអនឡាញនៅ kp.org ។

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 ឬប្រព្រឹត្តទៅលើពួកគេខុសគ្នាដោយសារ អាយុ ជាតិសាសន៍ អត្តសញ្ញាណក្រុមពូជសាសន៍ ពណ៌សម្បុរ សញ្ជាតិដើម សាវតាររូបធម៌ ពូជពង្ស សាសនា ជនឱរ អត្តសញ្ញាណជនឱរ ការបញ្ជាក់ពីជនឱរ ទំនោរផ្លូវភេទ ស្ថានភាព អាពាហ៍ពិពាហ៍ ភាពពិការ រាងកាយ ឬផ្លូវចិត្ត ប្រភពនៃការទូទាត់ប្រាក់ ព័ត៌មានហ្វេស៊ីប៊ីស ពណ៌សម្បុរ ភាសាចម្បង ឬស្ថានភាពអន្តោប្រវេសន៍ឡើយ។

Kaiser Permanenteផ្តល់ជូននូវសេវាកម្មដូចខាងក្រោមក្នុងលក្ខណៈទាន់ពេលវេលា:

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

ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការសេវាកម្មទាំងនេះ សូមទូរសព្ទទៅនាយកដ្ឋានសេវាកម្មសមាជិកតាមលេខទូរសព្ទខាងក្រោម។ ការទូរសព្ទនេះគឺមិនគិតថ្លៃ។ សេវាកម្មសមាជិកត្រូវបានបិទនៅថ្ងៃយប់សម្រាកសំខាន់ៗ។

- 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 ឯកសារនេះអាចត្រូវបានផ្តល់ជូនអ្នកក្នុងទម្រង់ជាអក្សរស្នាបសម្រាប់អ្នកពិការភ្នែក អក្សរធំៗ សម្លេង ឬទម្រង់អេឡិចត្រូនិក។ ដើម្បីទទួលបានច្បាប់ចម្លងនៅក្នុងទម្រង់ជំនួយក្នុងចំណោមទម្រង់ទាំងនេះ ឬទម្រង់ផ្សេងទៀត សូមទូរសព្ទទៅនាយកដ្ឋានសេវាកម្មសមាជិករបស់យើង ហើយសួររកទម្រង់ដែលអ្នកត្រូវការ។

របៀបដាក់ពាក្យបណ្តឹងសារទុក្ខជាមួយ Kaiser Permanente

អ្នកអាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងសារទុក្ខអំពីការរើសអើងជាមួយពួកយើង ប្រសិនបើអ្នកជឿថាយើងបានខកខានក្នុងការផ្តល់សេវាកម្មទាំងនេះ ឬបានរើសអើងដោយខុសច្បាប់តាមរបៀបផ្សេងទៀត។ អ្នកអាចដាក់បណ្តឹងសារទុក្ខតាមទូរសព្ទ តាមប្រៃសណីយ៍ ដោយផ្ទាល់ ឬតាមអ៊ីនធឺណិត។ សូមយោងលើភស្តុតាងនៃការធានារ៉ាប់រង ឬលិខិតបញ្ជាក់ធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកសម្រាប់ព័ត៌មានលម្អិត។

តាម អ្នកអាចទទួលបានសេវាកម្មសមាជិកសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីជម្រើសដែលអនុវត្តចំពោះអ្នក 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 (សម្រាប់គេអ្នកទទួលបានពី 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** : ផ្ញើអ៊ីមែលទៅកាន់ 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:** ចូលទៅកាន់ទំព័រការិយាល័យពាក្យបណ្តឹងសិទ្ធិពលរដ្ឋនៅ៖
<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf>