Kaiser Permanente Dual Complete (HMO D-SNP) ផ្តល់ជូនដោយ Kaiser Foundation Health Plan, Inc.

សៀវភៅណែនាំសមាជិក

ថ្ងៃទី 1 ខែមករា ឆ្នាំ 2027 – ថ្ងៃទី 31 ខែធ្នូ ឆ្នាំ 2027

ការធានារ៉ាប់រងសុខភាព និងឱសថរបស់អ្នកក្រោម Kaiser Permanente Dual Complete (HMO D-SNP)

សេចក្តីផ្តើមនៃសៀវភៅណែនាំសមាជិក

សៀវភៅណែនាំសមាជិក *នេះ* ឬដែលស្គាល់ម្យ៉ាងទៀតថាជា *ភស្តុតាងនៃការធានារ៉ាប់រង* ប្រាប់អ្នកអំពីការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកក្រោមគម្រោងរបស់យើងរហូតដល់ថ្ងៃទី 31 ខែធ្នូ ឆ្នាំ 2027។ វាពន្យល់ពីសេវាថែទាំសុខភាព សេវាសុខភាពអាកប្បកិរិយា (សុខភាពផ្លូវចិត្ត និងវិបត្តិប្រើប្រាស់សារធាតុញៀន) ការធានារ៉ាប់រងឱសថ និងសេវា និងការគាំទ្រយៈពេលវែង។ ពាក្យគន្លឹះ និងនិយមន័យរបស់វាលេចឡើងតាមលំដាប់អក្ខរក្រម នៅក្នុង**ជំពូកទី 12** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះ។

នេះគឺជា ឯកសារផ្លូវច្បាប់ដ៏សំខាន់មួយ។ សូមរក្សាទុកវានៅកន្លែងដែលមានសុវត្ថិភាព។

នៅពេលដែល *សៀវភៅណែនាំសមាជិក* នេះនិយាយថា “យើងខ្ញុំ” “ពួកយើង” “របស់យើង” ឬ “គម្រោងរបស់យើង” វាមានន័យថា Kaiser Permanente Dual Complete។

ឯកសារនេះគឺអាចទទួលបានដោយឥតគិតថ្លៃ ជាភាសាអារ៉ាប់ អាមេនី ខ្មែរ ចិន ហ្វាស៊ី ម៉ុង កូរ៉េ រុស្សី អេស្ប៉ាញ តាកាឡុក ឬវៀតណាម។

អ្នកអាចទទួលបានឯកសារនេះដោយឥតគិតថ្លៃក្នុងទម្រង់ផ្សេងទៀត ដូចជាអក្សរពុម្ពធំ អក្សរស្ទាប និង/ឬសំឡេង ដោយទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាសមាជិកតាមលេខ 1-800-443-0815 (TTY 711) ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់។ ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។

សូមទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិក ដើម្បីស្នើសុំរឿងដូចខាងក្រោម៖

- ភាសាដែលពេញចិត្តក្រៅពីភាសាអង់គ្លេស និង/ឬ ទម្រង់ផ្សេងទៀត
- ការស្នើសុំអចិន្ត្រៃយ៍សម្រាប់ការផ្ញើសំបុត្រ និងការទំនាក់ទំនងនាពេលអនាគត **និង**
- ផ្លាស់ប្តូរការស្នើសុំអចិន្ត្រៃយ៍សម្រាប់ភាសា និង/ឬ ទម្រង់ដែលពេញចិត្ត។

សេចក្តីជូនដំណឹងអំពីការផ្តល់ជូនសេវាជំនួយផ្នែកភាសា ព្រមទាំងឧបករណ៍ និងសេវាកម្មជំនួយ

ENGLISH

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 أيضًا 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 ដូចជាឯកសារជាអក្សរស្ទាប និងអក្សរធំៗក៏មានផងដែរ។ ហៅទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-443-0815 (TTY 711)។ សេវាកម្មទាំងនេះគឺមិនគិតថ្លៃទេ។

FARSI

توجه: در صورت نیاز به کمک به زبان خود، با شمارهٔ 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.

Other languages

You can get this *Member Handbook* and other plan materials in other languages for free. Kaiser Permanente Dual Complete provides written translations from qualified translators. Call Member Services at 1-800-443-0815 (TTY 711). The call is free. Read this *Member Handbook* to learn more about health care language assistance services such as interpreter and translation services.

Other formats

You can get this information, in a timely manner, in other formats such as braille, 20-point font large print, audio format, and accessible electronic formats (data CD) at no cost to you. Call Member Services at 1-800-443-0815 (TTY 711). The call is free.

Language Access Services

Kaiser Permanente Dual Complete provides oral interpretation services, as well as sign language, from a qualified interpreter, on a 24-hour basis, at no cost to you. You don't have to use a family member or friend as an interpreter. We discourage the use of family or friends, especially minors, as interpreters unless it’s an emergency. Language access services, including interpreter services, are available for free. Interpreter services are available 24 hours a day, 7 days a week. For help in your language, or to get this handbook in a different language, call Member Services at 1-800-443-0815 (TTY 711). The call is free.

តារាងមាតិកា

ជំពូកទី 1៖ ការចាប់ផ្តើមជាសមាជិក **10**

ជំពូកទី 2៖ លេខទូរសព្ទ និងធនធានសំខាន់ៗ **26**

ជំពូកទី 3៖ ការប្រើប្រាស់ការធានារ៉ាប់រងរបស់គម្រោងយើងសម្រាប់ការ ថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក និងសេវាដែលបានធានារ៉ាប់រងផ្សេងទៀត **68**

ជំពូកទី 4៖ តារាងអត្ថប្រយោជន៍ **94**

ជំពូកទី 5៖ ការទទួលយកឱសថសម្រាប់អ្នកជំងឺមិនស្គាក់ព្យាបាលរបស់អ្នក **191**

ជំពូកទី 6៖ អ្វីដែលអ្នកចំណាយសម្រាប់ឱសថ Medicare និង Medi-Cal របស់អ្នក **212**

ជំពូក 7៖ ការស្នើសុំឱ្យយើងបង់ប្រាក់ចំណែកនៃការចំណាយរបស់យើងនៃវិ ក្កយបត្រដែលអ្នកទទួលបានសម្រាប់សេវាដែលបានធានារ៉ាប់រង ឬឱសថដែលបានធានារ៉ាប់រង **224**

ជំពូកទី 8៖ សិទ្ធិ និងទំនួលខុសត្រូវរបស់អ្នក **232**

ជំពូកទី 9។ អ្វីដែលត្រូវធ្វើ ប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហា ឬបណ្តឹងតវ៉ា (សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ បណ្តឹងតវ៉ា) **253**

ជំពូកទី 10៖ ការបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់អ្នកនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើង **303**

ជំពូកទី 11៖ សេចក្តីជូនដំណឹងផ្លូវច្បាប់ **314**

ជំពូកទី 12៖ និយមន័យនៃពាក្យសំខាន់ៗ **326**

សេចក្តីប្រកាសបដិសេធមិនទទួលខុសត្រូវ

- Kaiser Permanente គឺជាគម្រោង HMO D-SNP ដែលមានកិច្ចសន្យាជាមួយ Medicare និងកិច្ចសន្យាជាមួយកម្មវិធី Medi-Cal។ ការចុះឈ្មោះនៅក្នុង Kaiser Permanente គឺអាស្រ័យលើការបន្តកិច្ចសន្យា។
- សេវាថែទាំសុខភាពដែលផ្តល់ដល់សមាជិករបស់ Kaiser Permanente ក្រោម Medi-Cal ត្រូវអនុលោមតាមប្រការ លក្ខខណ្ឌ ដែនកំណត់ និងការលើកលែងនៃកិច្ចសន្យារវាង Kaiser Foundation Health Plan, Inc. និងក្រសួងសេវាថែទាំសុខភាពរដ្ឋ California (California Department of Health Care Services, DHCS) និងដូចដែលបានរាយបញ្ជីនៅក្នុង *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះ និងវិសោធនកម្មណាមួយ។
- **សមាជិកនៅ Southern California ប៉ុណ្ណោះ៖** អត្ថប្រយោជន៍អាហារសុខភាព គឺជាផ្នែកមួយនៃកម្មវិធីបន្ថែមពិសេសសម្រាប់អ្នកជំងឺរ៉ាំរ៉ៃ។ មិនមែនសមាជិកទាំងអស់សុទ្ធតែមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់នោះទេ។ សមាជិកត្រូវតែមានស្ថានភាពជំងឺរ៉ាំរ៉ៃជាក់លាក់ ដូចជាជំងឺទឹកនោមផ្អែម ជំងឺធាត់ រិបត្តិសរសៃឈាមបេះដូង ជំងឺរលាកសន្លាក់ឆ្អឹង ឬជំងឺតម្រងនោមរ៉ាំរ៉ៃ ដើម្បីមានសិទ្ធិទទួលបាន។ មានស្ថានភាពជំងឺផ្សេងទៀតដែលអាចឱ្យអ្នកមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍នេះ។ សិទ្ធិទទួលបានសម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍នេះមិនអាចត្រូវបានធានាដោយផ្អែកលើស្ថានភាពជំងឺរបស់អ្នកតែមួយមុខនោះទេ។ អ្នកចាំបាច់ត្រូវបំពេញតាមលក្ខខណ្ឌតម្រូវនៃលក្ខណសម្បត្តិដែលអាចអនុវត្តបានទាំងអស់មុនពេលអាចទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍។ សម្រាប់ព័ត៌មានលម្អិត សូមទាក់ទងមកយើងខ្ញុំ។
- អ្នកផ្តល់សេវាក្រៅបណ្តាញ/មិនមានកិច្ចសន្យា មិនមានកាតព្វកិច្ចព្យាបាលសមាជិកគម្រោងឡើយ លើកលែងតែក្នុងស្ថានភាពសង្គ្រោះបន្ទាន់។ សូមហៅទូរសព្ទទៅកាន់លេខសេវាបម្រើសមាជិករបស់យើង ឬមើល *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម រួមទាំងចំណែកចូលរួមបង់ប្រាក់ដែលអនុវត្តចំពោះសេវាក្រៅបណ្តាញ។
- អត្ថប្រយោជន៍ និង/ឬការបង់ប្រាក់រួម អាចផ្លាស់ប្តូរនៅថ្ងៃទី 1 ខែមករា ឆ្នាំ 2028។
- ឱសថដែលបានធានារ៉ាប់រង បណ្តាញឱសថស្ថាន និង/ឬបណ្តាញអ្នកផ្តល់សេវារបស់យើងអាចផ្លាស់ប្តូរនៅពេលណាមួយ។ អ្នកនឹងទទួលបានសេចក្តីជូនដំណឹងអំពីការផ្លាស់ប្តូរណាមួយដែលអាចប៉ះពាល់ដល់អ្នកយ៉ាងហោចណាស់ 30 ថ្ងៃជាមុន។

ជំពូកទី 1៖ ការចាប់ផ្តើមជាសមាជិក

សេចក្តីផ្តើម

ជំពូកនេះរួមបញ្ចូលព័ត៌មានអំពី **Kaiser Permanente Dual Complete** ដែលជាគម្រោងសុខភាពដែលធានារ៉ាប់រងរាល់សេវា Medicare របស់អ្នក និងសម្របសម្រួលរាល់សេវា Medicare និង Medi-Cal របស់អ្នក ព្រមទាំងសមាជិកភាពរបស់អ្នកនៅក្នុងនោះ។ វាក៏ប្រាប់អ្នកនូវអ្វីដែលត្រូវរំពឹងទុក និងព័ត៌មានផ្សេងទៀតអ្វីខ្លះដែលអ្នកនឹងទទួលបានពីយើងផងដែរ។ ពាក្យគន្លឹះ និងអត្ថន័យរបស់វាមានបង្ហាញតាមលំដាប់អក្ខរក្រមនៅក្នុងជំពូកចុងក្រោយនៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះ។

តារាងមាតិកាជំពូកទី 1

A. សូមស្វាគមន៍មកកាន់គម្រោងរបស់យើង 12

B. ព័ត៌មានអំពី Medicare និង Medi-Cal 13

B1. Medicare 13

B2. Medi-Cal 14

C. គុណសម្បត្តិនៃគម្រោងរបស់យើង 14

D. តំបន់សេវានៃគម្រោងរបស់យើង 15

E. អ្វីដែលធ្វើឱ្យអ្នកមានសិទ្ធិក្លាយជាសមាជិកគម្រោង 18

F. អ្វីដែលត្រូវរំពឹងទុកនៅពេលអ្នកចូលរួមជាមួយគម្រោងសុខភាពរបស់យើងជាលើកដំបូង 18

G. ក្រុមការងារថែទាំ និងគម្រោងថែទាំរបស់អ្នក 19

G1. ក្រុមការងារថែទាំ 19

G2. គម្រោងថែទាំ 20

H. សេចក្តីសង្ខេបនៃការចំណាយសំខាន់ៗ 20

H1. ចំនួនទឹកប្រាក់ទូទាត់វេជ្ជបញ្ជា Medicare 20

I. *សៀវភៅណែនាំសមាជិកនេះ* 20

J. ព័ត៌មានសំខាន់ៗផ្សេងទៀតដែលអ្នកទទួលបានពីយើងខ្ញុំ 21

J1. បណ្ណ ID សមាជិករបស់អ្នក 21

J2. *សៀវភៅរាយឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថាន* 22

J3. *បញ្ជីឱសថដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រង* 23

J4. *ការពន្យល់ពីអត្ថប្រយោជន៍* 23

K. ការរក្សាកំណត់ត្រាសមាជិកភាពរបស់អ្នកឱ្យមានបច្ចុប្បន្នភាព.....24

K1. ឯកជនភាពនៃព័ត៌មានសុខភាពផ្ទាល់ខ្លួន (PHI).....25

A. សូមស្វាគមន៍មកកាន់គម្រោងរបស់យើង

គម្រោងរបស់យើងផ្តល់សេវា Medicare និង Medi-Cal ដល់បុគ្គលដែលមានសិទ្ធិទទួលបានកម្មវិធីទាំងពីរ។ គម្រោងរបស់យើងរួមមានវេជ្ជបណ្ឌិត មន្ទីរពេទ្យ ឱសថស្ថាន អ្នកផ្តល់សេវា និងជំនួយគាំទ្រយៈពេលវែង អ្នកផ្តល់សេវាសុខភាពអាកប្បកិរិយា និងអ្នកផ្តល់សេវាផ្សេងទៀត។ យើងក៏មានអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំ និងក្រុមការងារថែទាំដើម្បីជួយអ្នកក្នុងការគ្រប់គ្រងអ្នកផ្តល់សេវា និងសេវារបស់អ្នកផងដែរ។ ពួកគេទាំងអស់ធ្វើការរួមគ្នាដើម្បីផ្តល់នូវការថែទាំដែលអ្នកត្រូវការ។

Kaiser Permanente Dual Complete គឺជាគម្រោង Medicare Advantage ឯកទេស (គម្រោងតម្រូវការពិសេស Medicare) ដែលមានន័យថាអត្ថប្រយោជន៍របស់វាត្រូវបានរចនាឡើងសម្រាប់អ្នកដែលមានតម្រូវការថែទាំសុខភាពពិសេស។ Kaiser Permanente Dual Complete ត្រូវបានរចនាឡើងសម្រាប់អ្នកដែលមាន Medicare និងអ្នកដែលមានសិទ្ធិទទួលបានជំនួយពី Medi-Cal ផងដែរ។

Kaiser Permanente ផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពដោយផ្គាល់ដល់សមាជិកតាមរយៈកម្មវិធីថែទាំវេជ្ជសាស្ត្ររួមបញ្ចូលគ្នា។ Health Plan, Plan Hospitals, The Permanente Medical Group និង Southern California Permanente Medical Group (“ក្រុមវេជ្ជសាស្ត្រ”) សហការគ្នាដើម្បីផ្តល់ជូនសមាជិករបស់យើងនូវការថែទាំប្រកបដោយគុណភាព។ កម្មវិធីថែទាំវេជ្ជសាស្ត្ររបស់យើងផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវសិទ្ធិសម្រាប់សេវាដែលបានធានារ៉ាប់រងដែលអ្នកប្រហែលជាត្រូវការ ដូចជាការថែទាំជាប្រចាំ ការថែទាំនៅមន្ទីរពេទ្យ សេវាមន្ទីរពិសោធ ការថែទាំសង្គ្រោះបន្ទាន់ ការថែទាំបន្ទាន់ និងអត្ថប្រយោជន៍ផ្សេងទៀតដែលបានពិពណ៌នានៅក្នុង *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះ។ លើសពីនេះ កម្មវិធីអប់រំសុខភាពរបស់យើងផ្តល់ជូនអ្នកនូវមធ្យោបាយដ៏ល្អដើម្បីការពារ និងកែលម្អសុខភាពរបស់អ្នក។

សៀវភៅណែនាំសមាជិក *នេះ*ពាណ៌នាអំពីគម្រោងដូចខាងក្រោម៖

- Kaiser Permanente Dual Complete South P1 (HMO D-SNP) ដែលត្រូវបានហៅនៅក្នុងឯកសារនេះថាជា “គម្រោង South P1”
- Kaiser Permanente Dual Complete South P6 (HMO D-SNP) ដែលត្រូវបានហៅនៅក្នុងឯកសារនេះថាជា “គម្រោង South P6”
- Kaiser Permanente Dual Complete South P7 (HMO D-SNP) ដែលត្រូវបានហៅនៅក្នុងឯកសារនេះថាជា “គម្រោង South P7”
- Kaiser Permanente Dual Complete South P9 (HMO D-SNP) ដែលត្រូវបានហៅនៅក្នុងឯកសារនេះថាជា “គម្រោង South P9”
- Kaiser Permanente Dual Complete South P10 (HMO D-SNP) ដែលត្រូវបានហៅនៅក្នុងឯកសារនេះថាជា “គម្រោង South P10”
- Kaiser Permanente Dual Complete South P11 (HMO D-SNP) ដែលត្រូវបានហៅនៅក្នុងឯកសារនេះថាជា “គម្រោង South P11”
- Kaiser Permanente Dual Complete North P2 (HMO D-SNP) ដែលត្រូវបានហៅនៅក្នុងឯកសារនេះថាជា “គម្រោង North P2”
- Kaiser Permanente Dual Complete North P16 (HMO D-SNP) ដែលត្រូវបានហៅនៅក្នុងឯកសារនេះថាជា “គម្រោង North P16”

- Kaiser Permanente Dual Complete North P17 (HMO D-SNP) ដែលត្រូវបានហៅនៅក្នុងឯកសារនេះថាជា “គម្រោង North P17”
- Kaiser Permanente Dual Complete North P18 (HMO D-SNP) ដែលត្រូវបានហៅនៅក្នុងឯកសារនេះថាជា “គម្រោង North P18”
- Kaiser Permanente Dual Complete North P19 (HMO D-SNP) ដែលត្រូវបានហៅនៅក្នុងឯកសារនេះថាជា “គម្រោង North P19”
- Kaiser Permanente Dual Complete North P20 (HMO D-SNP) ដែលត្រូវបានហៅនៅក្នុងឯកសារនេះថាជា “គម្រោង North P20”
- Kaiser Permanente Dual Complete North P21 (HMO D-SNP) ដែលត្រូវបានហៅនៅក្នុងឯកសារនេះថាជា “គម្រោង North P21”
- Kaiser Permanente Dual Complete North P22 (HMO D-SNP) ដែលត្រូវបានហៅនៅក្នុងឯកសារនេះថាជា “គម្រោង North P22”
- Kaiser Permanente Dual Complete North P23 (HMO D-SNP) ដែលត្រូវបានហៅនៅក្នុងឯកសារនេះថាជា “គម្រោង North P23”
- Kaiser Permanente Dual Complete North P24 (HMO D-SNP) ដែលត្រូវបានហៅនៅក្នុងឯកសារនេះថាជា “គម្រោង North P24”
- Kaiser Permanente Dual Complete North P25 (HMO D-SNP) ដែលត្រូវបានហៅនៅក្នុងឯកសារនេះថាជា “គម្រោង North P25”

ប្រសិនបើអ្នកមិនច្បាស់ថាអ្នកបានចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងមួយណាទេ សូមទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិកតាមលេខនៅខាងក្រោមទំព័រនេះ ឬយោងទៅលើក្របនៃ *សេចក្តីជូនដំណឹងប្រចាំឆ្នាំស្តីពីការផ្លាស់ប្តូរ*របស់អ្នក (ឬសម្រាប់សមាជិកថ្មី ទម្រង់ចុះឈ្មោះ ឬលិខិតបញ្ជាក់ការចុះឈ្មោះរបស់អ្នក)។

ចំណាំ៖ សូមមើល**ផ្នែក D** នៅក្នុងជំពូកនេះសម្រាប់តំបន់សេវាភូមិសាស្ត្រនៃគម្រោងនីមួយៗដែលរួមបញ្ចូលក្នុង *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះ។ សម្រាប់គោលបំណងនៃចំណែកចូលរួមបង់ប្រាក់ ការចុះឈ្មោះ និងការលុបឈ្មោះ មានគម្រោង Dual Complete ជាច្រើននៅក្នុងតំបន់សេវា Region របស់យើង ដែលត្រូវបានពិពណ៌នានៅក្នុង *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះ។ ប៉ុន្តែ សម្រាប់គោលបំណងនៃការទទួលបានសេវាដែលបានធានារ៉ាប់រង អ្នកទទួលបានការថែទាំពីអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញនៅកន្លែងណាក៏បានក្នុងតំបន់សេវា Region របស់អ្នក។

B. ព័ត៌មានអំពី Medicare និង Medi-Cal

B1. Medicare

Medicare គឺជាកម្មវិធីធានារ៉ាប់រងសុខភាពសហព័ន្ធសម្រាប់៖

- មនុស្សដែលមានអាយុ 65 ឆ្នាំឡើងទៅ
- មនុស្សមួយចំនួនអាយុក្រោម 65 ឆ្នាំដែលមានពិការភាពជាក់លាក់ **និង**
- មនុស្សដែលមានជំងឺខ្សោយតម្រងនោមដំណាក់កាលចុងក្រោយ (ខ្សោយតម្រងនោម)។

B2. Medi-Cal

Medi-Cal គឺជាឈ្មោះកម្មវិធី Medicaid របស់រដ្ឋ California។ Medi-Cal ត្រូវបានគ្រប់គ្រងដោយរដ្ឋ ហើយត្រូវបានបង់ប្រាក់ដោយរដ្ឋ និងរដ្ឋាភិបាលសហព័ន្ធ។ Medi-Cal ជួយមនុស្សដែលមានចំណូល និងធនធានមានកម្រិត ក្នុងការបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវា និងការគាំទ្ររយៈពេលវែង(LTSS) និងថ្លៃព្យាបាល។ វាជានាវ៉ាប់រងសេវាបន្ថែម និងឱសថដែលមិនត្រូវបានជានាវ៉ាប់រងដោយ Medicare។

រដ្ឋនីមួយៗសម្រេចចិត្ត៖

- អ្វីដែលរាប់ថាជាចំណូល និងធនធាន
- អ្នកដែលមានសិទ្ធិទទួលបាន
- សេវាអ្វីខ្លះដែលត្រូវបានជានាវ៉ាប់រង **និង**
- ការចំណាយសម្រាប់សេវា។

រដ្ឋអាចសម្រេចចិត្តពីរបៀបដំណើរការកម្មវិធីរបស់ពួកគេ ដរាបណាពួកគេអនុលោមតាមច្បាប់សហព័ន្ធ។

Medicare និងរដ្ឋ California បានអនុម័តគម្រោងរបស់យើង។ អ្នកអាចទទួលបានសេវា Medicare និង Medi-Cal តាមរយៈគម្រោងរបស់យើងដរាបណា៖

- យើងជ្រើសរើសផ្តល់ជូនគម្រោងនេះ **និង**
- Medicare និងរដ្ឋ California អនុញ្ញាតឱ្យយើងបន្តផ្តល់ជូនគម្រោងនេះ។

ទោះបីជាគម្រោងរបស់យើងឈប់ដំណើរការនាពេលអនាគតក៏ដោយ ក៏សិទ្ធិទទួលបានរបស់អ្នកសម្រាប់សេវា Medicare និង Medi-Cal មិនរងផលប៉ះពាល់ឡើយ។

C. គុណសម្បត្តិនៃគម្រោងរបស់យើង

ឥឡូវនេះ អ្នកនឹងទទួលបានរាល់សេវា Medicare និង Medi-Cal ដែលត្រូវបានជានាវ៉ាប់រងទាំងអស់ពីគម្រោងរបស់យើង រួមទាំងឱសថផងដែរ។
អ្នកមិនបង់ប្រាក់បន្ថែមដើម្បីចូលរួមគម្រោងសុខភាពនេះទេ។

យើងជួយធ្វើឱ្យអត្ថប្រយោជន៍ Medicare និង Medi-Cal របស់អ្នកដំណើរការជាមួយគ្នាកាន់តែប្រសើរសម្រាប់អ្នក។ គុណសម្បត្តិមួយចំនួនរួមមាន៖

- អ្នកអាចធ្វើការជាមួយយើងសម្រាប់**តម្រូវការថែទាំសុខភាព**ភាគច្រើនរបស់អ្នក។
- អ្នកមានក្រុមការងារថែទាំដែលអ្នកជួយរៀបចំ។ ក្រុមការងារថែទាំរបស់អ្នកអាចរួមមានរូបអ្នកផ្ទាល់ អ្នកថែទាំរបស់អ្នក វេជ្ជបណ្ឌិត គិលានុបដ្ឋាយិកា អ្នកប្រឹក្សា ឬអ្នកជំនាញសុខភាពផ្សេងទៀត។
- អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំ។ នេះគឺជាបុគ្គលដែលធ្វើការជាមួយអ្នក ជាមួយគម្រោងរបស់យើង និងជាមួយក្រុមការងារថែទាំរបស់អ្នក ដើម្បីជួយរៀបចំគម្រោងថែទាំ។
- អ្នកអាចដឹកនាំការថែទាំផ្ទាល់ខ្លួនរបស់អ្នកដោយមានជំនួយពីក្រុមការងារថែទាំ និងអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នក។

- ក្រុមការងារថែទាំ និងអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នកធ្វើការជាមួយអ្នក ដើម្បីរៀបចំគម្រោងថែទាំដែលបានរចនាឡើងដើម្បីបំពេញតម្រូវការសុខភាព**របស់អ្នក**។ ក្រុមការងារថែទាំជួយសម្របសម្រួលសេវាដែលអ្នកត្រូវការ។ ជាឧទាហរណ៍ នេះមានន័យថាក្រុមការងារថែទាំរបស់អ្នកជានាថា៖
    - វេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកដឹងអំពីឱសថទាំងអស់ដែលអ្នកលេប ដើម្បីឱ្យពួកគេអាចជានាថាអ្នកកំពុងលេបឱសថបានត្រឹមត្រូវ និងអាចកាត់បន្ថយផលប៉ះពាល់ណាមួយដែលអ្នកអាចមានពីឱសថ។
    - លទ្ធផលតេស្តរបស់អ្នកត្រូវបានចែករំលែកជាមួយវេជ្ជបណ្ឌិតទាំងអស់របស់អ្នក និងអ្នកផ្តល់សេវាផ្សេងទៀត តាមការសមស្រប។

សមាជិកថ្មីនៃ Kaiser Permanente Dual Complete៖ ក្នុងករណីភាគច្រើន អ្នកនឹងត្រូវបានចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោង Kaiser Permanente Dual Complete សម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍ Medicare របស់អ្នកនៅថ្ងៃទី 1 នៃខែបន្ទាប់ពីអ្នកស្នើសុំចុះឈ្មោះក្នុង Kaiser Permanente Dual Complete។ អ្នកនៅតែអាចទទួលបានសេវា Medi-Cal របស់អ្នកពីគម្រោងសុខភាព Medi-Cal មុនរបស់អ្នករយៈពេលមួយខែបន្ថែមទៀត។ បន្ទាប់ពីនោះ អ្នកនឹងទទួលបានសេវា Medi-Cal របស់អ្នកតាមរយៈ Kaiser Permanente Dual Complete ។ នឹងមិនមានគម្លាតក្នុងការរ៉ាប់រង Medi-Cal របស់អ្នកទេ។ សូមទូរសព្ទមកយើងខ្ញុំ តាមលេខ 1-800-443-0815 (TTY 711) ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរណាមួយ។

D. តំបន់សេវានៃគម្រោងរបស់យើង

តំបន់ Southern California របស់យើងរួមមាន គម្រោង South ដូចខាងក្រោម៖

- **គម្រោង Kaiser Permanente Dual Complete South P1** ដែលរួមបញ្ចូលលេខកូដតំបន់**ខោនធី San Diego** ទាំងនេះប៉ុណ្ណោះ៖
    - 91901–03, 91908–17, 91921, 91931–33, 91935, 91941–46, 91950–51, 91962–63, 91976–80, 91987, 92003, 92007–11, 92013–14, 92018–30, 92033, 92037–40, 92046, 92049, 92051–52, 92054–61, 92064–65, 92067–69, 92071–72, 92074–75, 92078–79, 92081–86, 92088, 92091–93, 92096, 92101–24, 92126–32, 92134–40, 92142–43, 92145, 92147, 92149–50, 92152–55, 92158–61, 92163, 92165–79, 92182, 92186–87, 92191–93, និង 92195–99
- **គម្រោង Kaiser Permanente Dual Complete South P6** ដែលរួមបញ្ចូល៖
    - ផ្នែកខ្លះនៃ**ខោនធី Riverside** នៅក្នុងលេខកូដតំបន់ទាំងនេះប៉ុណ្ណោះ៖ 91752, 92028, 92201–03, 92210–11, 92220, 92223, 92230, 92234–36, 92240–41, 92247–48, 92253–55, 92258, 92260–64, 92270, 92274, 92276, 92282, 92320, 92324, 92373, 92399, 92501–09, 92513–14, 92516–19, 92521–22, 92530–32, 92543–46, 92548, 92551–57, 92562–64, 92567, 92570–72, 92581–87, 92589–93, 92595–96, 92599, 92860, 92877–83
    - ផ្នែកខ្លះនៃ**ខោនធី San Bernardino** នៅក្នុងលេខកូដតំបន់ទាំងនេះប៉ុណ្ណោះ៖ 91701, 91708–10, 91729–30, 91737, 91739, 91743, 91758–59, 91761–64, 91766, 91784–86, 92305, 92307–08, 92313–18, 92321–22, 92324–25, 92329, 92331, 92333–37, 92339–41, 92344–46, 92350, 92352, 92354, 92357–59, 92369, 92371–78, 92382, 92385–86, 92391–95, 92397, 92399, 92401–08, 92410–11, 92413, 92415, 92418, 92423, 92427, 92880.

- **Kaiser Permanente Dual Complete South P7 plan** ដែលរួមបញ្ចូលលេខកូដតំបន់**ខោនធី Kern** ទាំងនេះប៉ុណ្ណោះ៖
    - 93203, 93205–06, 93215–16, 93220, 93222, 93224–26, 93238, 93240–41, 93243, 93249–52, 93263, 93268, 93276, 93280, 93285, 93287, 93301–09, 93311–14, 93380, 93383–90, 93501–02, 93504–05, 93518–19, 93531, 93536, 93560–61, និង 93581.
- **Kaiser Permanente Dual Complete South P9 plan** ដែលរួមបញ្ចូល**ខោនធី Los Angeles** ទាំងមូលលើកលែងតែ Catalina Island។
- **Kaiser Permanente Dual Complete South P10 plan**ដែលរួមបញ្ចូល**ខោនធី Orange**ទាំងមូល។
- **គម្រោង Kaiser Permanente Dual Complete South P11**ដែលរួមបញ្ចូលលេខកូដតំបន់**ខោនធី Ventura** ទាំងនេះប៉ុណ្ណោះ៖
    - 90265, 91304, 91307, 91311, 91319–20, 91358–62, 91377, 93001–07, 93009–12, 93015–16, 93020–22, 93030–36, 93040–44, 93060–66, 93094, 93099, និង 93252.

តំបន់ Northern California របស់យើងរួមមានគម្រោង North ដូចខាងក្រោម៖

- **គម្រោង Kaiser Permanente Dual Complete South P2** ដែលរួមបញ្ចូល៖
    - ខោនធី **Sacramento ទាំងមូល**។
    - **ខោនធី Amador** នៅក្នុងលេខកូដតំបន់ទាំងនេះប៉ុណ្ណោះ៖ 95640 និង 95669
    - **ខោនធី El Dorado** នៅក្នុងលេខកូដតំបន់ទាំងនេះប៉ុណ្ណោះ៖ 95613–14, 95619, 95623, 95633–35, 95651, 95664, 95667, 95672, 95682, និង 95762
- **Kaiser Permanente Dual Complete South P16 plan** ដែលរួមបញ្ចូល**ខោនធី Alameda** ទាំងមូល។
- **Kaiser Permanente Dual Complete South P17 plan** ដែលរួមបញ្ចូល**ខោនធី Contra Costa** ទាំងមូល។
- **គម្រោង Kaiser Permanente Dual Complete South P18** ដែលរួមបញ្ចូល៖
    - **ខោនធី Fresno** នៅក្នុងលេខកូដតំបន់ទាំងនេះប៉ុណ្ណោះ៖ 93242, 93602, 93606–07, 93609, 93611–13, 93616, 93618–19, 93624–27, 93630–31, 93646, 93648–52, 93654, 93656–57, 93660, 93662, 93667–68, 93675, 93701–12, 93714–18, 93720–30, 93737, 93740–41, 93744–45, 93747, 93750, 93755, 93760–61, 93764–65, 93771–79, 93786, 93790–94, 93844, 93888.
    - **ខោនធី Kings** នៅក្នុងលេខកូដតំបន់ទាំងនេះប៉ុណ្ណោះ៖ 93230, 93232, 93242, 93631, 93656.
    - **ខោនធី Madera** នៅក្នុងលេខកូដតំបន់ទាំងនេះប៉ុណ្ណោះ៖ 93601–02, 93604, 93614, 93623, 93626, 93636–39, 93643–45, 93653, 93669, 93720.
    - **ខោនធី Mariposa** នៅក្នុងលេខកូដតំបន់ទាំងនេះប៉ុណ្ណោះ៖ 93601, 93623,និង 93653។
    - **ខោនធី Tulare** នៅក្នុងលេខកូដតំបន់ទាំងនេះប៉ុណ្ណោះ៖ 93238, 93261, 93618, 93631, 93646, 93654, 93666, និង 93673.

- **Kaiser Permanente Dual Complete South P19 plan** ដែលរួមបញ្ចូល**ខោនធី San Francisco** ទាំងមូល។
- **Kaiser Permanente Dual Complete North P20 plan** ដែលរួមបញ្ចូល**ខោនធី San Joaquin និង Stanislaus** ទាំងមូល។
- **Kaiser Permanente Dual Complete South P21 plan** ដែលរួមបញ្ចូល**ខោនធី Santa Cruz**ទាំងមូល។
- **Kaiser Permanente Dual Complete South P22 plan** ដែលរួមបញ្ចូល**ខោនធី San Mateo** ទាំងមូល។
- **គម្រោង Kaiser Permanente Dual Complete South P23** ដែលរួមបញ្ចូលលេខកូដតំបន់**ខោនធី Santa Clara** ទាំងនេះប៉ុណ្ណោះ៖
    - 94022–24, 94035, 94039–43, 94085–89, 94301–06, 94309, 94550, 95002, 95008–09, 95011, 95013–15, 95020–21, 95026, 95030–33, 95035–38, 95042, 95044, 95046, 95050–56, 95070–71, 95076, 95101, 95103, 95106, 95108–13, 95115–36, 95138–41, 95148, 95150–61, 95164, 95170, 95172–73, 95190–94, និង 95196។
- **គម្រោង Kaiser Permanente Dual Complete South P24** ដែលរួមបញ្ចូល៖
    - **ខោនធី Placer** នៅក្នុងលេខកូដតំបន់ទាំងនេះប៉ុណ្ណោះ៖ 95602–04, 95610, 95626, 95648, 95650, 95658, 95661, 95663, 95668, 95677–78, 95681, 95703, 95722, 95736, 95746–47, និង 95765។
    - **ខោនធី Yolo** នៅក្នុងលេខកូដតំបន់ទាំងនេះប៉ុណ្ណោះ៖ 95605, 95607, 95612, 95615–18, 95620, 95645, 95691, 95694–95, 95697–98, 95776,និង 95798–99.
    - **ខោនធី Yuba** នៅក្នុងលេខកូដតំបន់ទាំងនេះប៉ុណ្ណោះ៖ 95692, 95903,និង 95961.
- **គម្រោង Kaiser Permanente Dual Complete South P25** ដែលរួមបញ្ចូល៖
    - ខោនធី **Marin, Napa, និង Solano** ទាំងមូល។
    - **ខោនធី Sonoma** នៅក្នុងលេខកូដតំបន់ទាំងនេះប៉ុណ្ណោះ៖ 94515, 94922–23, 94926–28, 94931, 94951–55, 94972, 94975, 94999, 95401–07, 95409, 95416, 95419, 95421, 95425, 95430–31, 95433, 95436, 95439, 95441–42, 95444, 95446, 95448, 95450, 95452, 95462, 95465, 95471–73, 95476, 95486–87, និង 95492។

មានតែអ្នកដែលរស់នៅក្នុងតំបន់សេវារបស់យើងប៉ុណ្ណោះ ទើបចូលរួមក្នុងគម្រោងរបស់យើងបាន។

អ្នកមិនអាចស្ថិតនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើងបានទេ ប្រសិនបើអ្នកផ្លាស់ប្តូរទីលំនៅចេញក្រៅតំបន់សេវារបស់យើង។ សូមមើល**ជំពូកទី 8**នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីផលប៉ះពាល់នៃការផ្លាស់ប្តូរទីលំនៅចេញក្រៅតំបន់សេវារបស់យើង។

E. អ្វីដែលធ្វើឱ្យអ្នកមានសិទ្ធិក្លាយជាសមាជិកគម្រោង

អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានគម្រោងរបស់យើង ដរាបណាអ្នក៖

- រស់នៅក្នុងតំបន់សេវារបស់យើង (បុគ្គលដែលជាប់ឃុំឃាំង មិនត្រូវបានចាត់ទុកថារស់នៅក្នុងតំបន់សេវាទេ ទោះបីជាពួកគេមានវត្តមាននៅក្នុងតំបន់នោះក៏ដោយ) **និង**
- មានអាយុ 21 ឆ្នាំឡើងទៅ នៅពេលចុះឈ្មោះ **និង**
- មានទាំង Medicare Part A និង Medicare Part B និង
- ជាពលរដ្ឋអាមេរិក ឬជនជាតិអាមេរិក ឬជាជនបរទេសដែលមានសិទ្ធិទទួលបាន និង
- បច្ចុប្បន្នមានសិទ្ធិទទួលបាន Medi-Cal។
- ប្រសិនបើអ្នកបាត់បង់សិទ្ធិទទួលបាន Medi-Cal ពេញលេញ ប៉ុន្តែអាចរំពឹងថានឹងទទួលបានសិទ្ធិនោះឡើងវិញក្នុងរយៈពេលបួនខែ យើងនឹងបន្តផ្តល់អត្ថប្រយោជន៍ Medicare ទាំងអស់ដែល Kaiser Permanente Dual Complete ជានារ៉ាប់រង។ នៅពេលដែលការជានារ៉ាប់រង Medi-Cal របស់អ្នកបញ្ចប់ យើងនឹងមិនទូទាត់ប្រាក់សម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍ Medi-Cal របស់អ្នកទេ។ ចំណែកចូលរួមបង់ប្រាក់របស់អ្នកសម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍ដែលត្រូវបានជានារ៉ាប់រងដោយ Kaiser Permanente Dual Complete នឹងផ្លាស់ប្តូរ ដូចដែលបានពណ៌នានៅក្នុងតារាងអត្ថប្រយោជន៍ក្នុង *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះ។ អ្នកក៏អាចបាត់បង់ជំនួយបន្ថែមពី Medicare ដើម្បីជួយបង់ប្រាក់សម្រាប់ឱសថ Medicare Part D របស់អ្នកផងដែរ។

  ប្រសិនបើសិទ្ធិទទួលបាន Medi-Cal ពេញលេញរបស់អ្នកត្រូវបានស្តារឡើងវិញ ខណៈពេលដែលអ្នកនៅតែចុះឈ្មោះជាមួយយើងសម្រាប់ការជានារ៉ាប់រង Medicare របស់អ្នក យើងនឹងបន្តទូទាត់ប្រាក់សម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍ Medi-Cal របស់អ្នក ហើយការចុះឈ្មោះរបស់អ្នកជាមួយយើងនឹងបន្ត។ ប្រសិនបើអ្នកមិនអាចទទួលបាន Medi-Cal ឡើងវិញក្នុងរយៈពេលបួនខែទេ យើងនឹងលុបឈ្មោះអ្នកចេញពី Kaiser Permanente Dual Complete។ ប្រសិនបើអ្នកទទួលបានសិទ្ធិទទួលបាន Medi-Cal ពេញលេញវិញ បន្ទាប់ពីត្រូវបានលុបចោលការចុះឈ្មោះ អ្នកនឹងត្រូវទាក់ទងមកយើងដើម្បីចុះឈ្មោះឡើងវិញក្នុងគម្រោង។

ប្រសិនបើអ្នកបាត់បង់សិទ្ធិទទួលបាន Medi-Cal ពេញលេញ ប៉ុន្តែអាចរំពឹងថានឹងទទួលបានសិទ្ធិវិញក្នុងរយៈពេល 4 ខែ នោះអ្នកនៅតែមានសិទ្ធិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់គម្រោងរបស់យើង។

ទូរសព្ទទៅសេវាបម្រើសមាជិក សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។

F. អ្វីដែលត្រូវរំពឹងទុកនៅពេលអ្នកចូលរួមជាមួយគម្រោងសុខភាពរបស់យើងជាលើកដំបូង

នៅពេលអ្នកចូលរួមគម្រោងរបស់យើងជាលើកដំបូង អ្នកនឹងទទួលបានការវាយតម្លៃហានិភ័យសុខភាព (HRA) ក្នុងរយៈពេល 90 ថ្ងៃមុន ឬក្រោយកាលបរិច្ឆេទចាប់ផ្តើមនៃការចុះឈ្មោះរបស់អ្នក។

យើងត្រូវតែបញ្ចប់ការធ្វើ HRA សម្រាប់អ្នក។ HRA នេះគឺជាមូលដ្ឋានសម្រាប់បង្កើតគម្រោងថែទាំរបស់អ្នក។ HRA រួមមានសំណួរដើម្បីកំណត់តម្រូវការផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ សុខភាពអាកប្បកិរិយា និងមុខងាររាងកាយរបស់អ្នក។

យើងនឹងទាក់ទងទៅអ្នកដើម្បីបំពេញ HRA។ យើងអាចបញ្ចប់ HRA តាមរយៈការចុះជួបផ្ទាល់ ការហៅទូរសព្ទ ឬតាមសំបុត្រ។ យើងនឹងទាក់ទងទៅអ្នកជារៀងរាល់ឆ្នាំដើម្បីមើលថាតើតម្រូវការណាមួយរបស់អ្នកមានការផ្លាស់ប្តូរឬអត់។

យើងនឹងផ្ញើព័ត៌មានបន្ថែមអំពី HRA នេះដល់អ្នក។

ប្រសិនបើគម្រោងរបស់យើងថ្មីសម្រាប់អ្នក អ្នកអាចបន្តប្រើប្រាស់វេជ្ជបណ្ឌិតដែលអ្នកប្រើប្រាស់បច្ចុប្បន្ន សម្រាប់រយៈពេលជាក់លាក់ណាមួយ ទោះបីជាពួកគេមិនស្ថិតនៅក្នុងបណ្តាញរបស់យើងក៏ដោយ។ យើងហៅវាថាការបន្តការថែទាំ។ ប្រសិនបើពួកគេមិនស្ថិតនៅក្នុងបណ្តាញរបស់យើងទេ អ្នកអាចបន្តជាមួយអ្នកផ្តល់សេវា និងការអនុញ្ញាតសេវាបច្ចុប្បន្នរបស់អ្នកនៅពេលអ្នកចុះឈ្មោះបានរហូតដល់ 12 ខែ ប្រសិនបើលក្ខខណ្ឌខាងក្រោមទាំងអស់ត្រូវបានបំពេញ៖

- អ្នក ឬអ្នកតំណាងរបស់អ្នក ឬអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក ស្នើសុំឱ្យយើងអនុញ្ញាតឱ្យអ្នកបន្តប្រើប្រាស់អ្នកផ្តល់សេវាបច្ចុប្បន្នរបស់អ្នក។
- យើងកំណត់ថាអ្នកមានទំនាក់ទំនងដែលមានស្រាប់ជាមួយអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំបឋម ឬឯកទេស ដោយមានការលើកលែងមួយចំនួន។ នៅពេលយើងនិយាយថា “ទំនាក់ទំនងដែលមានស្រាប់” វាមានន័យថាអ្នកបានជួបអ្នកផ្តល់សេវាក្រៅបណ្តាញយ៉ាងហោចណាស់ម្តងសម្រាប់ការមកទទួលសេវាដែលមិនមែនជាការសង្គ្រោះបន្ទាន់ ក្នុងអំឡុងពេល 12 ខែមុនកាលបរិច្ឆេទនៃការចុះឈ្មោះដំបូងរបស់អ្នកនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើង។
    - យើងកំណត់ទំនាក់ទំនងដែលមានស្រាប់ដោយពិនិត្យមើលព័ត៌មានសុខភាពដែលមានរបស់អ្នក ឬព័ត៌មានដែលអ្នកផ្តល់ឱ្យយើង។
    - យើងមានពេល 30 ថ្ងៃដើម្បីឆ្លើយតបចំពោះការស្នើសុំរបស់អ្នក។ អ្នកអាចស្នើសុំឱ្យយើងធ្វើការសម្រេចចិត្តលឿនជាងនេះបាន ហើយយើងត្រូវតែឆ្លើយតបនៅក្នុងរយៈពេល 15 ថ្ងៃ។ អ្នកអាចធ្វើសំណើនេះដោយហៅទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-443-0815 ។ ប្រសិនបើអ្នកប្រឈមនឹងហានិភ័យនៃគ្រោះថ្នាក់ យើងត្រូវតែឆ្លើយតបក្នុងរយៈពេលបីថ្ងៃ។
    - អ្នក ឬអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកត្រូវតែបង្ហាញឯកសារបញ្ជាក់ពីទំនាក់ទំនងដែលមានស្រាប់ និងយល់ព្រមតាមលក្ខខណ្ឌជាក់លាក់នៅពេលអ្នកធ្វើការស្នើសុំ។

ចំណាំ៖ អ្នកអាចធ្វើការស្នើសុំនេះសម្រាប់អ្នកផ្តល់សេវាឧបករណ៍វេជ្ជសាស្ត្រប្រើប្រាស់បានយូរ (DME) សម្រាប់រយៈពេលយ៉ាងហោចណាស់ 90 ថ្ងៃ រហូតដល់យើងអនុញ្ញាតការជួល DME ថ្មី និងមានអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញផ្តល់ជូនការជួលនោះ។ ទោះបីជាអ្នកមិនអាចធ្វើការស្នើសុំនេះសម្រាប់អ្នកផ្តល់សេវាដឹកជញ្ជូន ឬអ្នកផ្តល់សេវាជំនួយផ្សេងទៀតក៏ដោយ អ្នកអាចធ្វើការស្នើសុំសម្រាប់សេវាដឹកជញ្ជូន ឬសេវាជំនួយផ្សេងទៀតដែលមិនរួមបញ្ចូលនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើងបាន។

បន្ទាប់ពីរយៈពេលនៃការបន្តការថែទាំបានបញ្ចប់ អ្នកនឹងត្រូវប្រើប្រាស់វេជ្ជបណ្ឌិត និងអ្នកផ្តល់សេវាផ្សេងទៀតនៅក្នុងបណ្តាញគម្រោង Kaiser Permanente Dual Complete លើកលែងតែយើងធ្វើកិច្ចព្រមព្រៀងជាមួយវេជ្ជបណ្ឌិតក្រៅបណ្តាញរបស់អ្នក។ អ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ គឺជាអ្នកផ្តល់សេវាដែលធ្វើការជាមួយគម្រោងសុខភាព។ សូមមើល**ជំពូកទី 3** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមស្តីពីការទទួលបានការថែទាំ។

G. ក្រុមការងារថែទាំ និងគម្រោងថែទាំរបស់អ្នក

G1. ក្រុមការងារថែទាំ

ក្រុមការងារថែទាំអាចជួយអ្នកឱ្យបន្តទទួលបានការថែទាំដែលអ្នកត្រូវការ។ ក្រុមការងារថែទាំអាចរួមមានវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក អ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំ គ្រូពេទ្យឯកទេសរបស់អ្នក ឬអ្នកជំនាញសុខភាពផ្សេងទៀតដែលអ្នកជ្រើសរើស។

អ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំគឺជាបុគ្គលដែលបានទទួលការបណ្តុះបណ្តាល ដើម្បីជួយអ្នកគ្រប់គ្រងការថែទាំដែលអ្នកត្រូវការ។ អ្នកទទួលបានអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំ នៅពេលអ្នកចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងរបស់យើង។ បុគ្គលនេះក៏ណែនាំអ្នកទៅកាន់ធនធានសហគមន៍ផ្សេងទៀត ដែលគម្រោងរបស់យើងប្រហែលជាមិនផ្តល់ ហើយនឹងធ្វើការជាមួយក្រុមការងារថែទាំរបស់អ្នកដើម្បីជួយសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នក។ សូមទូរស័ព្ទមកយើងខ្ញុំតាមលេខនៅខាងក្រោមទំព័រនេះ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំ និងក្រុមការងារថែទាំរបស់អ្នក។

G2. គម្រោងថែទាំ

ក្រុមការងារថែទាំរបស់អ្នកធ្វើការជាមួយអ្នកដើម្បីរៀបចំគម្រោងថែទាំ។ គម្រោងថែទាំប្រាប់អ្នក និងគ្រូពេទ្យរបស់អ្នកអំពីសេវាដែលអ្នកត្រូវការ និងរបៀបទទួលបានសេវានោះ។ វារួមបញ្ចូលសេវាផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ សុខភាពអាកប្បកិរិយា និង LTSS ឬសេវាផ្សេងទៀតរបស់អ្នក។

គម្រោងថែទាំរបស់អ្នករួមមាន៖

- គោលដៅថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក **និង**
- កាលវិភាគសម្រាប់ការទទួលបានសេវាដែលអ្នកត្រូវការ។

ក្រុមការងារថែទាំរបស់អ្នកជួបជាមួយអ្នកបន្ទាប់ពីអ្នកធ្វើ HRA រួច។ ពួកគេសួរអ្នកអំពីសេវាដែលអ្នកត្រូវការ។ ពួកគេក៏ប្រាប់អ្នកអំពីសេវាដែលអ្នកប្រហែលជាចង់ពិចារណាទទួលបានផងដែរ។ គម្រោងថែទាំរបស់អ្នកត្រូវបានបង្កើតឡើងដោយផ្អែកលើតម្រូវការ និងគោលដៅរបស់អ្នក។ ក្រុមការងារថែទាំរបស់អ្នកធ្វើការជាមួយអ្នកដើម្បីធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពគម្រោងថែទាំរបស់អ្នកយ៉ាងហោចណាស់ជារៀងរាល់ឆ្នាំ។

H. សេចក្តីសង្ខេបនៃការចំណាយសំខាន់ៗ

គម្រោងរបស់យើងមិនមានថ្លៃធានារ៉ាប់រងទេ។

H1. ចំនួនទឹកប្រាក់ទូទាត់វេជ្ជបញ្ជា Medicare

ប្រសិនបើអ្នកកំពុងចូលរួមក្នុងគម្រោង Medicare Prescription Payment Plan អ្នកនឹងទទួលបានវិក្កយបត្រពីគម្រោងរបស់យើងសម្រាប់ឱសថរបស់អ្នក (ជំនួសឱ្យការបង់ប្រាក់នៅឱសថស្ថាន)។ វិក្កយបត្រប្រចាំខែរបស់អ្នកគឺផ្អែកលើអ្វីដែលអ្នកជំពាក់សម្រាប់វេជ្ជបញ្ជាណាមួយដែលអ្នកទទួលបាន បូកនឹងសមតុល្យខែមុនរបស់អ្នក ចែកនឹងចំនួនខែដែលនៅសល់ក្នុងឆ្នាំនោះ។

ជំពូកទី 2 ផ្នែក M3 ប្រាប់បន្ថែមអំពីកម្មវិធីបង់ប្រាក់សម្រាប់ឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជា Medicare។ ប្រសិនបើអ្នកមិនយល់ស្របនឹងចំនួនទឹកប្រាក់ដែលត្រូវបានចេញវិក្កយបត្រជាផ្នែកមួយនៃជម្រើសបង់ប្រាក់នេះ អ្នកអាចអនុវត្តតាមជំហាននៅក្នុង**ជំពូកទី 9** ដើម្បីធ្វើបណ្តឹងតវ៉ា ឬបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍។

I. *សៀវភៅណែនាំសមាជិកនេះ*

សៀវភៅណែនាំសមាជិក *នេះ* គឺជាផ្នែកមួយនៃកិច្ចសន្យារបស់យើងជាមួយអ្នក។ នេះមានន័យថាយើងត្រូវអនុវត្តតាមច្បាប់ទាំងអស់នៅក្នុងឯកសារនេះ។ ប្រសិនបើអ្នកគិតថាយើងបានធ្វើអ្វីមួយដែលផ្ទុយនឹងច្បាប់ទាំងនេះ អ្នកអាចនឹងប្តឹងតវ៉ាចំពោះការសម្រេចចិត្តរបស់យើង។ សម្រាប់ព័ត៌មានអំពីបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ សូមមើល**ជំពូកទី 9** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក* ឬទូរស័ព្ទទៅ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)។

អ្នកអាចស្នើសុំ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក* ដោយហៅទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិកតាមលេខនៅខាងក្រោមទំព័រនេះ។ អ្នកក៏អាចយោងទៅលើ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក* ដែលមាននៅលើគេហទំព័ររបស់យើងតាមអាសយដ្ឋានគេហទំព័រនៅខាងក្រោមទំព័រនេះផងដែរ។

កិច្ចសន្យាមានសុពលភាពសម្រាប់ខែដែលអ្នកបានចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងរបស់យើងនៅចន្លោះថ្ងៃទី 1 ខែមករា ឆ្នាំ 2027 និងថ្ងៃទី 31 ខែធ្នូ ឆ្នាំ 2027។

J. ព័ត៌មានសំខាន់ៗផ្សេងទៀតដែលអ្នកទទួលបានពីយើងខ្ញុំ

ព័ត៌មានសំខាន់ៗផ្សេងទៀតដែលយើងផ្តល់ជូនអ្នករួមមានកាតសម្គាល់សមាជិករបស់អ្នក ព័ត៌មានអំពីរបៀបចូលប្រើប្រាស់សៀវភៅរាយឈ្មោះ *អ្នកផ្តល់សេវា និង ឱសថស្ថាន* និងព័ត៌មានអំពីរបៀបចូលប្រើប្រាស់ *បញ្ជីឱសថដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រង* ដែលស្គាល់ម្យ៉ាងទៀតថាជា *បញ្ជីឱសថ* ឬ *បញ្ជីឈ្មោះឱសថ*។

J1. បណ្ណ ID សមាជិករបស់អ្នក

ក្រោមគម្រោងរបស់យើង អ្នកមានបណ្ណមួយសម្រាប់សេវា Medicare និង Medi-Cal របស់អ្នក រួមទាំងសេវា និងការគាំទ្រយ:ពេលវែង (LTSS) សេវាសុខភាពអាកប្បកិរិយាជាក់លាក់ និងឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជា។ អ្នកបង្ហាញបណ្ណនេះ ពេលអ្នកទទួលបានវេជ្ជបញ្ជា ឬសេវាណាមួយ។ ខាងក្រោមនេះគឺជាគំរូបណ្ណ ID សមាជិកសម្រាប់តំបន់នីមួយៗ៖

ប្រសិនបើបណ្ណ ID សមាជិករបស់អ្នកខូច បាត់បង់ ឬត្រូវចោរលួច សូមហៅទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិកតាមលេខនៅខាងក្រោមទំព័រនេះភ្លាមៗ។ យើងនឹងផ្ញើបណ្ណថ្មីជូនអ្នក។

ដរាបណាអ្នកជាសមាជិកនៃគម្រោងរបស់យើង អ្នកមិនចាំបាច់ប្រើកាត Medicare ពណ៌ក្រហម ស និងខៀវរបស់អ្នក ឬបណ្ណ Medi-Cal របស់អ្នក ដើម្បីទទួលបានសេវាភាគច្រើននោះទេ។ សូមរក្សាបណ្ណទាំងនោះនៅកន្លែងដែលមានសុវត្ថិភាពមួយ នៅក្នុងករណីដែលអ្នកត្រូវការពួកវានៅពេលក្រោយ។

ប្រសិនបើអ្នកបង្ហាញកាត Medicare របស់អ្នកជំនួសឱ្យកាតសមាជិករបស់អ្នក អ្នកផ្តល់សេវាអាចនឹងចេញវិក្កយបត្រ Medicare ជំនួសឱ្យគម្រោងរបស់យើង ហើយអ្នកអាចទទួលបានវិក្កយបត្រ។ អ្នកអាចនឹងត្រូវបានស្នើសុំឱ្យបង្ហាញបណ្ណ Medicare របស់អ្នក ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការសេវាមន្ទីរពេទ្យ សេវាមណ្ឌលថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយ ឬចូលរួមក្នុងការសិក្សាស្រាវជ្រាវព្យាបាលដែលអនុម័តដោយ Medicare (ហៅផងដែរថាការសាកល្បងព្យាបាល)។ សូមមើល**ជំពូកទី 7** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*ដើម្បីស្វែងយល់ពីអ្វីដែលត្រូវធ្វើប្រសិនបើអ្នកទទួលបានវិក្កយបត្រពីអ្នកផ្តល់សេវា។

សូមចងចាំថា អ្នកត្រូវការបណ្ណ Medi-Cal របស់អ្នក ឬបណ្ណអត្តសញ្ញាណអត្ថប្រយោជន៍ (BIC) ដើម្បីទទួលបានសេវាដូចខាងក្រោម៖

- សេវាសុខភាពអាកប្បកិរិយាដែលអ្នកអាចទទួលបានពីគម្រោងសុខភាពផ្លូវចិត្ត (MHP) របស់ខោនធី
- សេវា Medi-Cal Rx
- សេវាផ្តល់ការគាំទ្រនៅតាមផ្ទះ
- សេវាផ្តល់ការលើកលែងតាមផ្ទះ និងសហគមន៍ 1915(c)
- សេវាឆ្នេញ Medi-Cal

J2. *សៀវភៅរាយឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថាន*

សៀវភៅរាយឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថាន រាយបញ្ជីអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថាននៅក្នុងបណ្តាញគម្រោងរបស់យើង។ ក្នុងពេលដែលអ្នកជាសមាជិកនៃគម្រោងរបស់យើង អ្នកត្រូវតែប្រើប្រាស់អ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញដើម្បីទទួលបានសេវាដែលបានធានារ៉ាប់រង។

អ្នកអាចស្នើសុំ *សៀវភៅរាយឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថាន* (តាមប្រព័ន្ធអេឡិចត្រូនិក ឬជាទម្រង់ច្បាប់ចម្លងសន្លឹកក្រដាស) ដោយហៅទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិកតាមលេខនៅខាងក្រោមទំព័រនេះ។ ការស្នើសុំសៀវភៅរាយឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថានជាច្បាប់ចម្លងសន្លឹកក្រដាសនឹងត្រូវបានផ្ញើតាមសំបុត្រទៅអ្នកក្នុងរយៈពេលបីថ្ងៃធ្វើការ។

អ្នកក៏អាចយោងទៅលើ *សៀវភៅរាយឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថាន*តាមរយៈkp.org/directory។

សៀវភៅរាយឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថាន រាយបញ្ជីអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ និងអ្នកផ្គត់ផ្គង់ឧបករណ៍វេជ្ជសាស្ត្រប្រើប្រាស់បានយូររបស់យើង។ អ្នកផ្តល់សេវាបណ្តាញទាំងអស់របស់យើងទទួលយកទាំង Medicare និង Medicaid លើកលែងតែកន្លែងដែលត្រូវបានកត់សម្គាល់ផ្សេងពីនេះ។ ក្នុងករណីដែលអ្នកត្រូវការសេវាដែលមិនត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយគម្រោងរបស់យើង ប៉ុន្តែត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយ Medi-Cal យើងអាចបញ្ជូនអ្នកទៅកាន់ទីភ្នាក់ងារ Medi-Cal របស់រដ្ឋ ដើម្បីស្វែងរកអ្នកផ្តល់សេវាក្រៅបណ្តាញដែលអាចផ្តល់ការថែទាំដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយ Medi-Cal របស់អ្នក។

និយមន័យរបស់អ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ

- អ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញរបស់យើងរួមមាន៖
    - វេជ្ជបណ្ឌិត គិលានុបដ្ឋាយិកា និងអ្នកជំនាញថែទាំសុខភាពផ្សេងទៀតដែលអ្នកអាចប្រើប្រាស់ក្នុងនាមជាសមាជិកនៃគម្រោងរបស់យើង
    - គ្លីនិក មន្ទីរពេទ្យ ក្រឹះស្ថានថែទាំ
      និងកន្លែងផ្សេងទៀតដែលផ្តល់សេវាសុខភាពនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើង **និង**

- LTSS, សេវាសុខភាពអាកប្បកិរិយា, ភ្នាក់ងារថែទាំសុខភាពតាមផ្ទះ, អ្នកផ្គត់ផ្គង់ឧបករណ៍វេជ្ជសាស្ត្រប្រើប្រាស់បានយូរ (DME) និងអ្នកផ្សេងទៀតដែលផ្តល់ទំនិញ និងសេវាដែលអ្នកទទួលបានតាមរយៈ Medicare ឬ Medi-Cal។

អ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញយល់ព្រមទទួលយកការបង់ប្រាក់ពីគម្រោងរបស់យើងសម្រាប់សេវាដែលបានធានារ៉ាប់រងជាការបង់ប្រាក់ពេញលេញ។

និយមន័យនៃឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញ

- ឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញគឺជាឱសថស្ថានដែលយល់ព្រមផ្តល់ឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាសម្រាប់សមាជិកគម្រោងរបស់យើង។ ប្រើ *សៀវភៅរាយឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថាន*ដើម្បីស្វែងរកឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញដែលអ្នកចង់ប្រើប្រាស់។
- លើកលែងតែក្នុងអំឡុងពេលសង្គ្រោះបន្ទាន់ អ្នកត្រូវតែទៅទិញឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកនៅឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញណាមួយរបស់យើង ប្រសិនបើអ្នកចង់ឱ្យគម្រោងរបស់យើងជួយបង់ប្រាក់សម្រាប់ឱសថទាំងនោះ។

សូមហៅទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិកតាមលេខនៅខាងក្រោមទំព័រនេះសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។ ទាំងផ្នែកសេវាសមាជិក និងគេហទំព័ររបស់យើងអាចផ្តល់ជូនអ្នកនូវព័ត៌មានថ្មីៗបំផុតអំពីការផ្លាស់ប្តូរឱសថស្ថាន និងអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញរបស់យើង។

J3. *បញ្ជីឱសថដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រង*

គម្រោងរបស់យើងមាន *បញ្ជីឱសថដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រង*។ យើងហៅវាថា *បញ្ជីឱសថ*សម្រាប់ជាការហៅកាត់។ បញ្ជីនេះប្រាប់អ្នកថាឱសថណាដែលគម្រោងរបស់យើងធានារ៉ាប់រង។ ឱសថក្នុងបញ្ជីឱសថនេះត្រូវបានជ្រើសរើសដោយគម្រោងរបស់យើងដោយមានជំនួយពីវេជ្ជបណ្ឌិត និងឱសថការី។ *បញ្ជីឱសថ*ត្រូវតែបំពេញតាមតម្រូវការរបស់ Medicare។ ឱសថដែលមានតម្លៃដែលបានចរចាក្រោមកម្មវិធីចរចាតម្លៃឱសថរបស់ Medicare នឹងត្រូវបានរួមបញ្ចូលនៅក្នុង *បញ្ជីឱសថ* របស់អ្នក លើកលែងតែឱសថទាំងនោះត្រូវបានដកចេញ និងជំនួសដោយឱសថផ្សេង ដូចដែលបានពិពណ៌នានៅក្នុង**ជំពូកទី 5 ផ្នែក E**។ Medicare បានអនុម័ត *បញ្ជីឱសថ* ***Kaiser Permanente Dual Complete នេះ។***

*បញ្ជីឱសថ*ក៏ប្រាប់អ្នកផងដែរប្រសិនបើមានច្បាប់ ឬការរឹតបន្តឹងណាមួយលើឱសថណាមួយ ដូចជាការកំណត់លើបរិមាណដែលអ្នកអាចទទួលបាន។ សូមមើល**ជំពូកទី 5** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។

ជារៀងរាល់ឆ្នាំ យើងផ្ញើព័ត៌មានដល់អ្នកអំពីរបៀបចូលប្រើប្រាស់ *បញ្ជីឱសថ* ប៉ុន្តែការផ្លាស់ប្តូរមួយចំនួនអាចកើតឡើងក្នុងអំឡុងឆ្នាំគម្រោង។ ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានថ្មីៗបំផុតអំពីឱសថដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រង សូមហៅទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិក ឬចូលទៅកាន់គេហទំព័ររបស់យើងតាមរយៈ kp.org/seniorrx។

J4. *ការពន្យល់ពីអត្ថប្រយោជន៍*

នៅពេលអ្នកប្រើប្រាស់អត្ថប្រយោជន៍ឱសថ Medicare Part D របស់អ្នក យើងផ្ញើសេចក្តីសង្ខេបជូនអ្នកដើម្បីជួយអ្នកឱ្យយល់ និងតាមដានការបង់ប្រាក់សម្រាប់ឱសថ Medicare Part D របស់អ្នក។ សេចក្តីសង្ខេបនេះត្រូវបានហៅថា *ការពន្យល់ពីអត្ថប្រយោជន៍* (EOB)។

EOB ប្រាប់អ្នកពីចំនួនទឹកប្រាក់សរុបដែលអ្នក ឬអ្នកផ្សេងទៀតតំណាងឱ្យអ្នក បានចំណាយលើឱសថ Medicare Part D របស់អ្នក និងចំនួនទឹកប្រាក់សរុបដែលយើងបានបង់សម្រាប់ឱសថ Medicare Part D របស់អ្នកនីមួយៗក្នុងអំឡុងខែនោះ។ EOB នេះមិនមែនជាវិក្កយបត្រទេ។ EOB មានព័ត៌មានបន្ថែមអំពីឱសថដែលអ្នកលេប ដូចជាការឡើងថ្លៃ និងឱសថផ្សេងទៀតដោយមានចំណែកចូលរួមបង់ប្រាក់ទាបជាងដែលអាចមានផ្តល់ជូន។ អ្នកអាចនិយាយជាមួយអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកអំពីជម្រើសតម្លៃទាបទាំងនេះ។ **ជំពូកទី 6** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះផ្តល់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពី EOB និងរបៀបដែលវាជួយអ្នកតាមដានការធានារ៉ាប់រងឱសថរបស់អ្នក។

អ្នកក៏អាចស្នើសុំ EOB ផងដែរ។ ដើម្បីទទួលបានច្បាប់ចម្លង សូមទាក់ទងផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិកតាមលេខនៅខាងក្រោមទំព័រនេះ។

អ្នកក៏អាចជ្រើសរើសមើល **EOB ផ្នែក D** របស់អ្នកតាមអនឡាញ ជំនួសឱ្យការទទួលតាមសំបុត្រផងដែរ។ សូមចូលទៅកាន់ kp.org/goinggreen និងចូលគណនីរបស់អ្នកដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពីការជ្រើសរើសមើល**EOB ផ្នែក D** របស់អ្នកដោយសុវត្ថិភាពតាមអនឡាញ។

K. ការរក្សាកំណត់ត្រាសមាជិកភាពរបស់អ្នកឱ្យមានបច្ចុប្បន្នភាព

អ្នកអាចរក្សាកំណត់ត្រាសមាជិកភាពរបស់អ្នកឱ្យមានបច្ចុប្បន្នភាព ដោយប្រាប់យើងនៅពេលព័ត៌មានរបស់អ្នកផ្លាស់ប្តូរ។

យើងត្រូវការព័ត៌មាននេះដើម្បីប្រាកដថាយើងមានព័ត៌មានត្រឹមត្រូវរបស់អ្នកនៅក្នុងកំណត់ត្រារបស់យើង។ វេជ្ជបណ្ឌិត មន្ទីរពេទ្យ ឱសថការី និងអ្នកផ្តល់សេវាផ្សេងទៀតនៅក្នុងបណ្តាញគម្រោងរបស់យើងប្រើប្រាស់ប្រវត្តិសមាជិកភាពរបស់អ្នក ដើម្បីដឹងថាសេវា និងឱសថណាខ្លះដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រង ចំនួនទឹកប្រាក់នៃចំណែកចូលរួមបង់ប្រាក់របស់អ្នកនឹងធ្លាក់ចុះ។ ដោយសារហេតុនេះហើយ ទើបវាមានសារៈសំខាន់ខ្លាំងណាស់ក្នុងការជួយយើងរក្សាព័ត៌មានរបស់អ្នកឱ្យមានបច្ចុប្បន្នភាព។

សូមប្រាប់យើងភ្លាមៗអំពីបញ្ហាខាងក្រោម៖

- ការផ្លាស់ប្តូរឈ្មោះ អាសយដ្ឋាន ឬលេខទូរសព្ទរបស់អ្នក
- ការផ្លាស់ប្តូរចំពោះការធានារ៉ាប់រងសុខភាពផ្សេងទៀត ដូចជាពីនិយោជករបស់អ្នក និយោជករបស់ប្តីឬប្រពន្ធរបស់អ្នក ឬនិយោជករបស់ដៃគូក្នុងគ្រួសាររបស់អ្នក ឬសំណងកម្មករ
- ការទាមទារសំណងការទទួលខុសត្រូវណាមួយ ដូចជាការទាមទារសំណងពីគ្រោះថ្នាក់រថយន្ត
- ការចូលសម្រាកក្នុងមណ្ឌលថែទាំ ឬមន្ទីរពេទ្យ
- ការថែទាំពីមន្ទីរពេទ្យ ឬបន្ទប់សង្គ្រោះបន្ទាន់
- ការផ្លាស់ប្តូរអ្នកថែទាំរបស់អ្នក (ឬអ្នកទទួលខុសត្រូវចំពោះអ្នក) **និង**
- ប្រសិនបើអ្នកចូលរួមក្នុងការសិក្សាស្រាវជ្រាវគ្លីនិក។ (**ចំណាំ៖** អ្នកមិនត្រូវបានតម្រូវឱ្យប្រាប់យើងអំពីការសិក្សាស្រាវជ្រាវគ្លីនិកដែលអ្នកមានបំណងចង់ចូលរួមនោះទេ ប៉ុន្តែយើងសូមលើកទឹកចិត្តឱ្យអ្នកធ្វើដូច្នេះ។)

ប្រសិនបើព័ត៌មានណាមួយផ្លាស់ប្តូរ សូមហៅទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិកតាមលេខនៅខាងក្រោមទំព័រនេះ។

K1. ឯកជនភាពនៃព័ត៌មានសុខភាពផ្ទាល់ខ្លួន (PHI)

ព័ត៌មាននៅក្នុងប្រវត្តិសមាជិកភាពរបស់អ្នកអាចរួមបញ្ចូលព័ត៌មានសុខភាពផ្ទាល់ខ្លួន (PHI)។ ច្បាប់សហព័ន្ធ និងរដ្ឋតម្រូវឱ្យយើងរក្សា PHI របស់អ្នកជាឯកជន។ យើងការពារ PHI របស់អ្នក។ សម្រាប់ព័ត៌មានលម្អិតបន្ថែមអំពីរបៀបដែលយើងការពារ PHI របស់អ្នក សូមមើល**ជំពូកទី 8** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះ។

ជំពូកទី 2៖ លេខទូរសព្ទ និងធនធានសំខាន់ៗ

សេចក្តីផ្តើម

ជំពូកនេះផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវព័ត៌មានទំនាក់ទំនងសម្រាប់ធនធានសំខាន់ៗដែលអាចជួយអ្នកឆ្លើយសំណួររបស់អ្នកអំពីគម្រោងរបស់យើងខ្ញុំ និងអត្ថប្រយោជន៍ថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក។ អ្នកក៏អាចប្រើជំពូកនេះដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានអំពីរបៀបទាក់ទងអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នក និងអ្នកផ្សេងទៀតដើម្បីតស៊ូមតិជំនួសអ្នក។ ពាក្យគន្លឹះ និងអត្ថន័យរបស់វាមានបង្ហាញតាមលំដាប់អក្ខរក្រមនៅក្នុងជំពូកចុងក្រោយនៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិកនេះ*។

តារាងមាតិកាជំពូកទី 2

A. សេវាបម្រើសមាជិក 28

B. ការសម្របសម្រួលនៃការថែទាំរបស់អ្នក....35

C. កម្មវិធីប្រឹក្សា និងតស៊ូមតិផ្នែកធានារ៉ាប់រងសុខភាព (HICAP) 37

D. ខ្សែទូរសព្ទផ្តល់ប្រឹក្សាពីគិលានុបដ្ឋាយិកា....38

E. អង្គការកែលម្អគុណភាព (QIO) 39

F. Medicare....40

G. Medi-Cal....41

H. ការថែទាំដែលគ្រប់គ្រងដោយ Medi-Cal និងការិយាល័យមន្ត្រីដោះស្រាយបណ្តឹងផ្នែកសុខភាពផ្លូវចិត្ត 42

I. សេវាសង្គមប្រចាំខោនធី....43

J. ភ្នាក់ងារសេវាសុខភាពអាកប្បកិរិយាប្រចាំខោនធី....54

K. ក្រសួងថែទាំសុខភាពក្រោមការគ្រប់គ្រងរដ្ឋ California....61

L. សម្ព័ន្ធអ្នកប្រើប្រាស់សេវាសុខភាព (HCA) 61

M. កម្មវិធីជួយប្រជាជនបង់ថ្លៃឱសថ 61

M1. ជំនួយបន្ថែមពី Medicare....62

M2. កម្មវិធីជំនួយឱសថប្រឆាំងជំងឺ AIDS (ADAP)....63

M3. កម្មវិធីបង់ប្រាក់សម្រាប់ឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជា Medicare 63

N. សន្តិសុខសង្គម 64

O. ក្រុមប្រឹក្សាកម្មការដ្ឋរដែកដែលចូលនិវត្តន៍ (RRB) 65

P. កម្មវិធីមន្ត្រីដោះស្រាយបណ្តឹង Medicare Medi-Cal 66

Q. Medi-Cal Dental 67

A. សេវាបម្រើសមាជិក

ទូរសព្ទ	1-800-443-0815។ ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់ យើងមានសេវាបកប្រែផ្ទាល់មាត់ដោយឥតគិតថ្លៃសម្រាប់អ្នកដែលមិននិយាយភាសាអង់គ្លេស។
TTY	711។ ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់
សរសេរលិខិត	ការិយាល័យសេវាសមាជិកក្នុងមូលដ្ឋានរបស់អ្នក (មើល *សៀវភៅរាយឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថាន*សម្រាប់ទីតាំង)។
គេហទំព័រ	kp.org (ជាភាសាអង់គ្លេស)

ទាក់ទងផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិកដើម្បីទទួលបានជំនួយជាមួយ៖

- សំណួរអំពីគម្រោង
- សំណួរអំពីការទាមទារសំណង ឬវិក្កយបត្រ

សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ និងបណ្តឹងតវ៉ាអំពីការថែទាំវេជ្ជសាស្ត្រ

ទូរសព្ទ	1-800-443-0815។ ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់ យើងមានសេវាបកប្រែផ្ទាល់មាត់ដោយឥតគិតថ្លៃសម្រាប់អ្នកដែលមិននិយាយភាសាអង់គ្លេស។ ប្រសិនបើសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ ឬបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នក មានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ការសម្រេចចិត្តលឿន ដូចដែលបានពិពណ៌នានៅក្នុង**ជំពូកទី 9** សូមទូរសព្ទទៅផ្នែកពិនិត្យឡើងវិញជាបន្ទាន់តាមលេខ 1-888-987-7247 ពីម៉ោង 8:30 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 5 ល្ងាច 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។
TTY	711។ ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់
ទូរសារ	ប្រសិនបើសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ ឬការតវ៉ារបស់អ្នក មានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ការសម្រេចចិត្តរហ័ស សូមផ្ញើសារទូរសារនូវការស្នើសុំរបស់អ្នកទៅកាន់ផ្នែកពិនិត្យឡើងវិញជាបន្ទាន់របស់យើងខ្ញុំតាមលេខ 1-888-987-2252។

សរសេរលិខិត	សម្រាប់សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង ឬបណ្តឹងតវ៉ាស្តង់ដា សូមសរសេរលិខិតទៅកាន់ការិយាល័យសេវាបម្រើសមាជិកក្នុងមូលដ្ឋានរបស់អ្នក (មើល *សៀវភៅរាយឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថាន*សម្រាប់ទីតាំង)។ សម្រាប់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ស្តង់ដា សូមសរសេរលិខិតទៅកាន់អាសយដ្ឋានដែលបានបង្ហាញនៅលើសេចក្តីជូនដំណឹងអំពីការបដិសេធដែលយើងខ្ញុំផ្ញើជូនអ្នក។ ប្រសិនបើសេចក្តីសម្រេចចិត្តលើការធានារ៉ាប់រង ការប្តឹងឧទ្ធរណ៍ ឬការប្តឹងតវ៉ារបស់អ្នកមានលក្ខខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ទទួលបានការសម្រេចចិត្តឆាប់រហ័ស សូមសរសេរទៅកាន់៖ Kaiser Permanente Expedited Review Unit P.O. Box 1809 Pleasanton, CA 94566
គេហទំព័រ	អ្នកអាចដាក់ប្តឹងតវ៉ាអំពីគម្រោងរបស់យើងខ្ញុំដោយផ្ទាល់ទៅកាន់ Medicare បាន។ ដើម្បីដាក់ប្តឹងតវ៉ាតាមអនឡាញទៅកាន់ Medicare សូមចូលទៅកាន់ www.medicare.gov/my/medicare-complaint។

- សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងអំពីការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក
  - សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងអំពីការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក គឺជាសេចក្តីសម្រេចចិត្តអំពី៖
    - អត្ថប្រយោជន៍ និងសេវាដែលបានធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នក **ឬ**
    - ចំនួនទឹកប្រាក់ដែលយើងបង់សម្រាប់សេវាសុខភាពរបស់អ្នក។
  - ទូរសព្ទមកយើងខ្ញុំ ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរអំពីសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងអំពីការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក។
  - ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពីសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង សូមមើល**ជំពូកទី 9** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះ។
- បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍អំពីការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក
  - បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ គឺជាវិធីផ្លូវការក្នុងការស្នើសុំឱ្យយើងខ្ញុំពិនិត្យមើលឡើងវិញនូវសេចក្តីសម្រេចចិត្តដែលយើងខ្ញុំបានធ្វើឡើងអំពីការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នក និងស្នើសុំឱ្យយើងខ្ញុំផ្លាស់ប្តូរវា ប្រសិនបើអ្នកគិតថាយើងខ្ញុំបានធ្វើខុស ឬមិនយល់ស្របនឹងសេចក្តីសម្រេចចិត្តនោះ។
  - ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពីការដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ សូមមើល **ជំពូកទី 9** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះ ឬទាក់ទងផ្នែកសេវាសមាជិក។
- ប្តឹងតវ៉ាអំពីការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក
  - អ្នកអាចដាក់បណ្តឹងតវ៉ាអំពីយើងខ្ញុំ ឬអ្នកផ្តល់សេវាណាមួយ (រួមទាំងអ្នកផ្តល់សេវាក្រៅបណ្តាញ ឬក្នុងបណ្តាញ)។ អ្នកផ្តល់សេវាបណ្តាញគឺជាអ្នកផ្តល់សេវាដែលធ្វើការជាមួយគម្រោងរបស់យើង។ អ្នកអាចដាក់បណ្តឹងតវ៉ាអំពីយើងខ្ញុំ ឬទៅកាន់អង្គការកែលម្អគុណភាព (QIO) អំពីគុណភាពនៃការថែទាំដែលអ្នកបានទទួល (សូមមើល**ផ្នែក E**)។

- អ្នកអាចទូរសព្ទមកយើងខ្ញុំ និងពន្យល់ពីបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នកតាមលេខ 1-800-443-0815 (TTY 711) 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់។
- ប្រសិនបើបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នកនិយាយអំពីសេចក្តីសម្រេចលើការជានាវ៉ាប់រងអំពីការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក អ្នកអាចធ្វើការប្តឹងឧទ្ធរណ៍បាន (សូមមើលផ្នែកខាងលើ)។
- អ្នកអាចផ្ញើបណ្តឹងតវ៉ាអំពីគម្រោងរបស់យើងទៅកាន់ Medicare បាន។ អ្នកអាចប្រើទម្រង់បែបបទតាមអនឡាញតាមរយៈ www.medicare.gov/my/medicare-complaint។
ឬអ្នកអាចទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) ដើម្បីស្នើសុំជំនួយ។
- អ្នកអាចដាក់បណ្តឹងតវ៉ាអំពីគម្រោងរបស់យើងខ្ញុំទៅកាន់កម្មវិធីមន្ត្រីដោះស្រាយបណ្តឹង Medicare Medi-Cal ដោយហៅទូរសព្ទទៅលេខ 1-855-501-3077.
- ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពីការដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ សូមមើល **ជំពូកទី 9** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះ។

សេចក្តីសម្រេចលើការជានាវ៉ាប់រងសម្រាប់ឱសថផ្នែក D

ទូរសព្ទ	គម្រោង South៖ 1-888-791-7213 គម្រោង North៖ 1-877-645-1282 ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់ យើងមានសេវាបកប្រែផ្ទាល់មាត់ដោយឥតគិតថ្លៃសម្រាប់អ្នកដែលមិននិយាយភាសាអង់គ្លេស។
TTY	711 ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់
ទូរសារ	1-844-403-1028
សរសេរលិខិត	OptumRx c/o Prior Authorization P.O. Box 2975 Mission, KS 66201
គេហទំព័រ	kp.org (ជាភាសាអង់គ្លេស)

- សេចក្តីសម្រេចលើការជានាវ៉ាប់រងអំពីឱសថរបស់អ្នក
  - ការសម្រេចចិត្តលើការជានាវ៉ាប់រងអំពីការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នកគឺជាការសម្រេចចិត្តអំពី៖
    - អត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នក និងឱសថដែលបានជានាវ៉ាប់រង **ឬ**
    - ចំនួនទឹកប្រាក់ដែលយើងបង់ប្រាក់សម្រាប់ឱសថរបស់អ្នក។

- ឱសថដែលមិនត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare ដូចជាឱសថអាចទិញបានដោយមិនបាច់មានវេជ្ជបញ្ជា (OTC) និងវីតាមីនមួយចំនួន អាចត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយ Medi-Cal Rx។ សូមចូលមើលគេហទំព័រ Medi-Cal Rx (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov/) សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។ អ្នកក៏អាចទូរសព្ទទៅកាន់មជ្ឈមណ្ឌលបម្រើអតិថិជនរបស់ Medi-Cal Rx តាមរយៈលេខ 1-800-977-2273 បានផងដែរ។
- សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងអំពីឱសថរបស់អ្នក សូមមើល**ជំពូកទី 9** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះ។

បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍សម្រាប់ឱសថផ្នែក D

ទូរសព្ទ	1-866-206-2973។ ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ ពីម៉ោង 8:30 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 5 ល្ងាច។ យើងមានសេវាបកប្រែផ្ទាល់មាត់ដោយឥតគិតថ្លៃសម្រាប់អ្នកដែលមិននិយាយភាសាអង់គ្លេស។
TTY	711។ ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ ពីម៉ោង 8:30 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 5 ល្ងាច។
ទូរសារ	1-866-206-2974។
សរសេរលិខិត	Kaiser Permanente Medicare Part D Unit P.O. Box 1809 Pleasanton, CA 94566
គេហទំព័រ	kp.org (ជាភាសាអង់គ្លេស)

- បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍អំពីឱសថរបស់អ្នក
  - បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍គឺជាវិធីមួយដើម្បីស្នើសុំឱ្យយើងឆ្លុះបញ្ចាំងសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង។
  - សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីការដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ទាក់ទងនឹងឱសថរបស់អ្នក សូមមើល**ជំពូកទី 9** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះ។

បណ្តឹងតវ៉ាសម្រាប់ឱសថផ្នែក D

ទូរសព្ទ	1-800-443-0815។ ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់ ប្រសិនបើបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នកមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ការសម្រេចចិត្តរហ័ស សូមទូរសព្ទទៅ Part D Unit តាមលេខ 1-866-206-2973 ពីម៉ោង 8:30 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 5 ល្ងាច 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ សូមមើល **ជំពូកទី 9** ដើម្បីស្វែងយល់ថាតើបញ្ហារបស់អ្នកមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ការសម្រេចចិត្តរហ័សឬទេ។ យើងមានសេវាបកប្រែផ្ទាល់មាត់ដោយឥតគិតថ្លៃសម្រាប់អ្នកដែលមិននិយាយភាសាអង់គ្លេស។
TTY	711។ ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់
ទូរសារ	ប្រសិនបើបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នកមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ការសម្រេចចិត្តរហ័ស សូមផ្ញើសំណើរបស់អ្នកតាមសារទូរសារទៅកាន់ផ្នែក Part D របស់យើងតាមលេខ 1-866-206-2974។
សរសេរលិខិត	សម្រាប់បណ្តឹងតវ៉ាស្តង់ដា សូមសរសេរលិខិតទៅកាន់ការិយាល័យសេវាបម្រើសមាជិកក្នុងមូលដ្ឋានរបស់អ្នក (សូមមើល *សៀវភៅរាយឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថាន* សម្រាប់ទីតាំង)។ ប្រសិនបើបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នកមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ការសម្រេចចិត្តរហ័ស សូមសរសេរលិខិតទៅកាន់៖ Kaiser Permanente Medicare Part D Unit P.O. Box 1809 Pleasanton, CA 94566
គេហទំព័រ	អ្នកអាចដាក់ប្តឹងតវ៉ាអំពីគម្រោងរបស់យើងខ្ញុំដោយផ្ទាល់ទៅកាន់ Medicare បាន។ ដើម្បីដាក់ប្តឹងតវ៉ាតាមអនឡាញទៅកាន់ Medicare សូមចូលទៅកាន់ www.medicare.gov/my/medicare-complaint។

- បណ្តឹងតវ៉ាអំពីឱសថរបស់អ្នក
  - អ្នកអាចធ្វើការតវ៉ាអំពីយើងខ្ញុំ ឬឱសថស្ថានណាមួយ។ នេះរួមបញ្ចូលទាំងការតវ៉ាអំពីឱសថរបស់អ្នក។
  - ប្រសិនបើបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នកគឺអំពីសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងអំពីឱសថរបស់អ្នក អ្នកអាចធ្វើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍បាន។ (សូមចូលទៅមើលផ្នែកនេះនៅខាងលើ។)

- អ្នកអាចផ្ញើបណ្តឹងតវ៉ាអំពីគម្រោងរបស់យើងទៅកាន់ Medicare បាន។ អ្នកអាចប្រើទម្រង់បែបបទតាមអនឡាញតាមរយៈ www.medicare.gov/my/medicare-complaint។ ឬអ្នកអាចទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) ដើម្បីស្នើសុំជំនួយ។
- សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមស្តីពីការដាក់បណ្តឹងតវ៉ាអំពីឱសថរបស់អ្នក សូមមើលជំពូកទី 9 នៃសៀវភៅណែនាំសមាជិកនេះ។

សំណើសុំការបង់ប្រាក់

ទូរសព្ទ	1-800-443-0815។ ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់ **ចំណាំ៖** ប្រសិនបើអ្នកកំពុងស្នើសុំការបង់ប្រាក់សម្រាប់ឱសថផ្នែក D ដែលត្រូវបានចេញវេជ្ជបញ្ជាដោយអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ និងទទួលបានពីឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញ សូមទូរសព្ទទៅ Part D Unit របស់យើងតាមលេខ 1-866-206-2973។ ពីម៉ោង 8:30 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 5 ល្ងាច 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ យើងមានសេវាបកប្រែផ្ទាល់មាត់ដោយឥតគិតថ្លៃសម្រាប់អ្នកដែលមិននិយាយភាសាអង់គ្លេស។
TTY	711។ ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់
សរសេរលិខិត	សម្រាប់ការថែទាំវេជ្ជសាស្ត្រ សូមសរសេរលិខិតទៅកាន់៖ **គម្រោង South៖** Kaiser Permanente Claims Department P.O. Box 7004 Downey, CA 90242-7004 **គម្រោង North៖** Kaiser Permanente Claims Department P.O. Box 12923 Oakland, CA 94604-2923 **សម្រាប់ឱសថផ្នែក D៖** ប្រសិនបើអ្នកកំពុងស្នើសុំការបង់ប្រាក់សម្រាប់ឱសថផ្នែក D ដែលត្រូវបានចេញវេជ្ជបញ្ជា និងផ្តល់ដោយអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ អ្នកអាចផ្ញើសំណើរបស់អ្នកតាមសារទូរសារទៅលេខ 1-866-206-2974 ឬផ្ញើតាមសំបុត្រទៅកាន់៖ Kaiser Permanente Medicare Part D Unit P.O. Box 1809 Pleasanton, CA 94566
គេហទំព័រ	kp.org (ជាភាសាអង់គ្លេស)

- ការបង់ប្រាក់សម្រាប់ការថែទាំសុខភាព ឬឱសថដែលអ្នកបានបង់រួចហើយ
  - សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីរបៀបស្នើសុំឱ្យយើងខ្ញុំបង់ប្រាក់សងអ្នកវិញ ឬដើម្បីបង់វិក្កយបត្រដែលអ្នកទទួលបាន សូមមើលជំពូកទី 7 នៃសៀវភៅណែនាំសមាជិកនេះ។
  - ប្រសិនបើអ្នកស្នើសុំឱ្យយើងបង់វិក្កយបត្រណាមួយ ហើយយើងបដិសេធផ្នែកណាមួយនៃសំណើរបស់អ្នក អ្នកអាចធ្វើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ចំពោះសេចក្តីសម្រេចរបស់យើងបាន។ សូមមើល**ជំពូកទី 9** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះ។

B. ការសម្របសម្រួលនៃការថែទាំរបស់អ្នក

អ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំគឺជាបុគ្គលដែលបានទទួលការបណ្តុះបណ្តាល ដើម្បីជួយអ្នកគ្រប់គ្រងការថែទាំដែលអ្នកត្រូវការ។ អ្នកទទួលបានអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំ នៅពេលអ្នកចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងរបស់យើង។ ការហៅទូរសព្ទនេះមិនគិតថ្លៃពីអ្នកទេ។ យើងនឹងសម្របសម្រួលជាមួយកម្មវិធីផ្សេងៗដើម្បីធានាថាអ្នកទទួលបានរាល់សេវាដែលចាំបាច់ខាងវេជ្ជសាស្ត្រដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយ Medi-Cal ឬ Medicare ទោះបីជាសេវាទាំងនោះត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយកម្មវិធីផ្សេងទៀត ហើយមិនមែនដោយយើងខ្ញុំក៏ដោយ។ សូមទូរសព្ទមកយើងខ្ញុំតាមលេខខាងក្រោមសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំ និងក្រុមការងារថែទាំរបស់អ្នក ឬដើម្បីផ្លាស់ប្តូរអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នក។

ទូរសព្ទ	1-800-443-0815។ ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់ យើងមានសេវាបកប្រែផ្ទាល់មាត់ដោយឥតគិតថ្លៃសម្រាប់អ្នកដែលមិននិយាយភាសាអង់គ្លេស។
TTY	711។ ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់
សរសេរលិខិត	ការិយាល័យសេវាសមាជិកក្នុងមូលដ្ឋានរបស់អ្នក (មើល *សៀវភៅរាយឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថាន*សម្រាប់ទីតាំង)។
គេហទំព័រ	kp.org (ជាភាសាអង់គ្លេស)

ទាក់ទងអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នកដើម្បីទទួលបានជំនួយទាក់ទងនឹង៖

- សំណួរអំពីការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក
- សំណួរអំពីការទទួលបានសេវាសុខភាពអាកប្បកិរិយា (សុខភាពផ្លូវចិត្ត និងរបៀបប្រើប្រាស់សារធាតុញៀន)
- សំណួរអំពីអត្ថប្រយោជន៍ធ្មេញ
- សំណួរអំពីការធ្វើដំណើរទៅកាន់ការណាត់ជួបផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ
- សំណួរអំពីសេវា និងការគាំទ្ររយៈពេលវែង (LTSS) រួមទាំងសេវាសម្រាប់មនុស្សពេញវ័យតាមសហគមន៍ (CBAS) និងមណ្ឌលថែទាំមនុស្សចាស់ (NF)

អ្នកអាចទទួលបានសេវាទាំងនេះ៖

- សេវាសម្រាប់មនុស្សពេញវ័យតាមសហគមន៍ (CBAS)
- ការថែទាំដោយគិលានុបដ្ឋាយិកាជំនាញ
- ព្យាបាលដោយចលនា
- ការព្យាបាលទាក់ទងនឹងសកម្មភាពប្រចាំថ្ងៃ
- ព្យាបាលការនិយាយ

- សេវាសង្គមផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ
- ការថែទាំសុខភាពតាមផ្ទះ
- សេវាផ្តល់ការគាំទ្រនៅតាមផ្ទះ (IHSS) តាមរយៈភ្នាក់ងារសេវាសង្គមប្រចាំខោនធីរបស់អ្នក
- ពេលខ្លះអ្នកអាចទទួលបានជំនួយអំពីការថែទាំសុខភាពប្រចាំថ្ងៃ និងតម្រូវការរស់នៅរបស់អ្នក

C. កម្មវិធីប្រឹក្សា និងតស៊ូមតិផ្នែកធានារ៉ាប់រងសុខភាព (HICAP)

កម្មវិធីជំនួយធានារ៉ាប់រងសុខភាពរដ្ឋ (SHIP) គឺជាកម្មវិធីរដ្ឋាភិបាលដែលមានអ្នកផ្តល់ការប្រឹក្សាដែលបានទទួលការបណ្តុះបណ្តាលនៅគ្រប់រដ្ឋទាំងអស់ ដែលផ្តល់ជំនួយ ព័ត៌មាន និងចម្លើយដោយឥតគិតថ្លៃចំពោះសំណួរ Medicare របស់អ្នក។ នៅក្នុងរដ្ឋ California កម្មវិធី SHIP ត្រូវបានហៅថាកម្មវិធីប្រឹក្សា និងតស៊ូមតិផ្នែកធានារ៉ាប់រងសុខភាព (HICAP)។ អ្នកប្រឹក្សា HICAP អាចឆ្លើយសំណួររបស់អ្នក និងជួយអ្នកឱ្យយល់ពីអ្វីដែលត្រូវធ្វើ ដើម្បីដោះស្រាយបញ្ហារបស់អ្នក។ HICAP មានអ្នកប្រឹក្សាដែលទទួលការបណ្តុះបណ្តាលនៅគ្រប់ខោនធី ហើយសេវាគឺមិនគិតថ្លៃទេ។

HICAP គឺជាកម្មវិធីរដ្ឋឯករាជ្យមួយ (មិនមានទំនាក់ទំនងជាមួយក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រង ឬគម្រោងសុខភាពណាមួយទេ) ដែលទទួលបានប្រាក់ពីរដ្ឋាភិបាលសហព័ន្ធ ដើម្បីផ្តល់ការប្រឹក្សាអំពីការធានារ៉ាប់រងសុខភាពក្នុងមូលដ្ឋានដោយឥតគិតថ្លៃដល់អ្នកដែលមាន Medicare។

ទូរសព្ទ	1-800-434-0222 ថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 5 ល្ងាច។
TTY	711
សរសេរលិខិត	ការិយាល័យ HICAP សម្រាប់ខោនធីរបស់អ្នក។ ដើម្បីស្វែងរកអាសយដ្ឋានសម្រាប់ខោនធីរបស់អ្នក សូមចុចលើតំណភ្ជាប់ខាងក្រោម ហើយយោងទៅផ្នែក “របៀបស្វែងរកសេវានៅក្នុងតំបន់របស់ខ្ញុំ (How to Find Services In My Area)”។
គេហទំព័រ	https://www.aging.ca.gov/HICAP/

ទាក់ទង HICAP ដើម្បីទទួលបានជំនួយទាក់ទងនឹង៖

- សំណួរអំពី Medicare
- អ្នកផ្តល់ការប្រឹក្សា HICAP អាចឆ្លើយសំណួររបស់អ្នកអំពីការប្តូរទៅគម្រោងថ្មី និងជួយអ្នក៖
  - យល់ពីសិទ្ធិរបស់អ្នក
  - យល់ពីជម្រើសគម្រោងរបស់អ្នក
  - ឆ្លើយសំណួរអំពីការប្តូរគម្រោង
  - ដាក់បណ្តឹងតវ៉ាអំពីការថែទាំសុខភាព ឬការព្យាបាលរបស់អ្នក **និង**
  - ជួយដោះស្រាយបញ្ហាវិក្កយបត្រ ឬការទាមទារសំណង។

D. ខ្សែទូរសព្ទផ្តល់ប្រឹក្សាពីគិលានុបដ្ឋាយិកា

យើងដឹងថា ជួនកាលវាពិបាកក្នុងការដឹងថាតើអ្នកត្រូវការការថែទាំប្រភេទណា។ យើងមានអ្នកជំនាញផ្នែកថែទាំសុខភាពដែលមានអាជ្ញាបណ្ណ ដើម្បីជួយអ្នកតាមទូរសព្ទ 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ អ្នកអាច៖

- ពិភាក្សាជាមួយអ្នកជំនាញថែទាំសុខភាពដែលនឹងឆ្លើយសំណួរផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ ផ្តល់ដំបូន្មានថែទាំ និងជួយអ្នកសម្រេចចិត្តថាតើអ្នកគួរទៅជួបអ្នកផ្តល់សេវាភ្លាមៗដែរឬទេ
- ទទួលបានជំនួយអំពីស្ថានភាពជំងឺ ដូចជាជំងឺទឹកនោមផ្អែម ឬជំងឺហឺត រួមទាំងដំបូន្មានអំពីប្រភេទអ្នកផ្តល់សេវាណាដែលអាចស័ក្តិសមសម្រាប់ស្ថានភាពរបស់អ្នក
- ទទួលបានជំនួយអំពីអ្វីដែលត្រូវធ្វើ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការការថែទាំ ហើយកន្លែងផ្តល់សេវារបស់គម្រោងត្រូវបានបិទ ឬអ្នកនៅក្រៅតំបន់សេវារបស់យើង

នៅពេលអ្នកទូរសព្ទមក បុគ្គលិកគាំទ្រដែលបានទទួលការបណ្តុះបណ្តាលអាចសួរអ្នកនូវសំណួរដើម្បីជួយកំណត់ពីរបៀបបញ្ជូនការហៅទូរសព្ទរបស់អ្នក។ អ្នកអាចទាក់ទងខ្សែទូរសព្ទផ្តល់ប្រឹក្សាពីគិលានុបដ្ឋាយិកាសម្រាប់សំណួរអំពីសុខភាព ឬការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក។

ទូរសព្ទ	1-833-574-2273។ ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ យើងមានសេវាបកប្រែផ្តាល់មាត់ដោយឥតគិតថ្លៃសម្រាប់អ្នកដែលមិននិយាយភាសាអង់គ្លេស។
TTY	711។ ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។

E. អង្គការកែលម្អគុណភាព (QIO)

រដ្ឋរបស់យើងមានអង្គការមួយដែលមានឈ្មោះថា Commence Health។ នេះគឺជាក្រុមវេជ្ជបណ្ឌិត និងអ្នកជំនាញផ្នែកថែទាំសុខភាពផ្សេងទៀត ដែលជួយកែលម្អគុណភាពនៃការថែទាំសម្រាប់អ្នកដែលមាន Medicare។ Commence Healt គឺជាអង្គភាពឯករាជ្យមួយ។ វាមិនជាប់ពាក់ព័ន្ធជាមួយគម្រោងរបស់យើងទេ។

ទូរសព្ទ	1-877-588-1123
TTY	711
សរសេរលិខិត	Commence Health BFCC-QIO Program P.O. Box 2687 Virginia Beach, VA 23450
គេហទំព័រ	www.livantaqio.cms.gov

ទាក់ទង Commence Health ដើម្បីទទួលបានជំនួយទាក់ទងនឹង៖

- សំណួរអំពីសិទ្ធិថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក
- ដាក់បណ្តឹងតវ៉ាអំពីការថែទាំដែលអ្នកទទួលបាន ប្រសិនបើអ្នក៖
  - មានបញ្ហាទាក់ទងនឹងគុណភាពនៃការថែទាំ ដូចជាការទទួលបានឱសថខុស ការធ្វើតេស្ត ឬនីតិវិធីដែលមិនចាំបាច់ ឬការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យខុស
  - គិតថាការស្នាក់នៅមន្ទីរពេទ្យរបស់អ្នកបញ្ចប់លឿនពេក **ឬ**
  - គិតថាការថែទាំសុខភាពតាមផ្ទះរបស់អ្នក ការថែទាំនៅមណ្ឌលថែទាំជំនាញ ឬសេវាមណ្ឌលថែទាំស្តារនីតិសម្បទាគ្រប់ជ្រុងជ្រោយសម្រាប់អ្នកជំងឺក្រៅ (CORF) របស់អ្នកបញ្ចប់លឿនពេក។

F. Medicare

Medicare គឺជាកម្មវិធីជាតិរ៉ាប់រងសុខភាពរបស់សហព័ន្ធសម្រាប់មនុស្សដែលមានអាយុចាប់ពី 65 ឆ្នាំឡើងទៅ មនុស្សមួយចំនួនដែលមានអាយុក្រោម 65 ឆ្នាំដែលមានពិការភាព និងអ្នកដែលមានជំងឺតម្រងនោមដំណាក់កាលចុងក្រោយ (ខ្សោយតម្រងនោមអចិន្ត្រៃយ៍ដែលតម្រូវឱ្យលាងឈាម ឬប្តូរតម្រងនោម)។

ទីភ្នាក់ងារសហព័ន្ធទទួលបន្ទុក Medicare គឺជាមជ្ឈមណ្ឌលសម្រាប់សេវា Medicare និង Medicaid ឬ CMS។ ភ្នាក់ងារនេះចុះកិច្ចសន្យាជាមួយអង្គការ Medicare Advantage រួមទាំងគម្រោងរបស់យើងផងដែរ។

ទូរសព្ទ	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) ការហៅទូរសព្ទទៅកាន់លេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃ 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។
TTY	1-877-486-2048។ ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ លេខនេះគឺសម្រាប់អ្នកដែលមានការលំបាកក្នុងការស្តាប់ ឬនិយាយ។ អ្នកត្រូវតែមានបរិក្ខារទូរសព្ទពិសេសដើម្បីហៅទៅកាន់លេខនេះ។
ជជែកផ្ទាល់	ជជែកផ្ទាល់តាមរយៈ www.Medicare.gov/talk-to-someone
សរសេរលិខិត	សរសេរលិខិតទៅកាន់ Medicare តាមរយៈ P.O. Box 1270, Lawrence, KS 66044
គេហទំព័រ	www.medicare.gov • ទទួលបានព័ត៌មានអំពីគម្រោងសុខភាព និងឱសថ Medicare នៅក្នុងតំបន់របស់អ្នក រួមទាំងតម្លៃដែលត្រូវចំណាយ និងសេវាដែលពួកគេផ្តល់ជូន។ • ស្វែងរកវេជ្ជបណ្ឌិតដែលចូលរួមជាមួយ Medicare ឬអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាព និងអ្នកផ្គត់ផ្គង់ផ្សេងទៀត។ • ស្វែងយល់ពីអ្វីដែល Medicare ជានារ៉ាប់រង រួមទាំងសេវាបង្ការ (ដូចជាការពិនិត្យស្រាវជ្រាវ ការចាក់ថ្នាំ ឬវ៉ាក់សាំង និងការមកទទួលសេវា “សុខុមាលភាព” ប្រចាំឆ្នាំ)។ • ទទួលបានព័ត៌មាន និងទម្រង់បែបបទបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ Medicare។ • ទទួលបានព័ត៌មានអំពីគុណភាពនៃការថែទាំដែលផ្តល់ដោយគម្រោងមូលដ្ឋានថែទាំមនុស្សចាស់ មន្ទីរពេទ្យ វេជ្ជបណ្ឌិត ភ្នាក់ងារថែទាំសុខភាពតាមផ្ទះ កន្លែងលាងឈាម មណ្ឌលថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយ មណ្ឌលស្ថានីតិសម្បទាអ្នកជំងឺសម្រាកព្យាបាលក្នុងមន្ទីរពេទ្យ និងមន្ទីរពេទ្យថែទាំរយៈពេលវែង។ • ស្វែងរកគេហទំព័រ និងលេខទូរសព្ទដែលមានប្រយោជន៍។ ដើម្បីដាក់ពាក្យបណ្តឹងទៅ Medicare សូមចូលទៅកាន់ www.medicare.gov/my/medicare-complaint. Medicare យកចិត្តទុកដាក់ចំពោះបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នក ហើយនឹងប្រើប្រាស់ព័ត៌មាននេះដើម្បីជួយកែលម្អគុណភាពនៃកម្មវិធី Medicare។

G. Medi-Cal

Medi-Cal គឺជាកម្មវិធី Medicaid របស់រដ្ឋ California។ នេះគឺជាកម្មវិធីធានារ៉ាប់រងសុខភាពសាធារណៈដែលផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពចាំបាច់សម្រាប់អ្នកដែលមានចំណូលទាប រួមមានគ្រួសារដែលមានកូន ចាស់ជរា ជនពិការ កុមារនិងយុវជនស្ថិតក្នុងការថែទាំ និងស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ។ Medi-Cal ត្រូវបានផ្តល់ហិរញ្ញប្បទានដោយមូលនិធិរដ្ឋាភិបាលរដ្ឋ និងសហព័ន្ធ។

អត្ថប្រយោជន៍ Medi-Cal រួមមានសេវាវេជ្ជសាស្ត្រ ធ្មេញ សុខភាពអាកប្បកិរិយា និងសេវា និងការគាំទ្រយូរពេលវែង។

អ្នកត្រូវបានចុះឈ្មោះក្នុង Medicare និងក្នុង Medi-Cal។ ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរអំពីអត្ថប្រយោជន៍ Medi-Cal របស់អ្នក សូមទូរសព្ទទៅអ្នកសម្របសម្រួលគម្រោងថែទាំរបស់អ្នក។ ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរអំពីការចុះឈ្មោះចូលគម្រោង Medi-Cal សូមទូរសព្ទទៅ Health Care Options។

ទូរសព្ទ	1-800-430-4263 ថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 6 ល្ងាច។
TTY	1-800-430-7077 លេខនេះគឺសម្រាប់អ្នកដែលមានបញ្ហាក្នុងការស្តាប់ ឬនិយាយ។ អ្នកត្រូវតែមានបរិក្ខារទូរសព្ទពិសេសដើម្បីហៅទៅកាន់លេខនេះ។
សរសេរលិខិត	CA Department of Health Care Services Health Care Options P.O. Box 989009 West Sacramento, CA 95798-9850
គេហទំព័រ	www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov/

H. ការថែទាំដែលគ្រប់គ្រងដោយ Medi-Cal និងការិយាល័យមន្ត្រីដោះស្រាយបណ្តឹងផ្នែកសុខភាពផ្លូវចិត្ត

ការិយាល័យមន្ត្រីដោះស្រាយបណ្តឹងជួយដោះស្រាយបញ្ហាពីជំហរអព្យាក្រឹត ដើម្បីធានាថាសមាជិករបស់យើងទទួលបានរាល់សេវាដែលបានធានារ៉ាប់រងដែលចាំបាច់ខាងវេជ្ជសាស្ត្រទាំងអស់។ ពួកគេនឹងស្តាប់ឆ្លើយសំណួររបស់អ្នក វិភាគស្ថានភាពរបស់អ្នក ពន្យល់ពីគោលការណ៍ និងនីតិវិធី ផ្តល់ព័ត៌មាន ដំបូន្មាន និងជម្រើស និងផ្តល់យោបល់ណែនាំសមស្រប។ វាជាការងាររបស់ពួកគេក្នុងការជួយបង្កើតដំណោះស្រាយដោយយុត្តិធម៌ចំពោះបញ្ហាក្នុងការទទួលបានការថែទាំសុខភាព។ ពួកគេមិនមានទំនាក់ទំនងជាមួយគម្រោងរបស់យើង ឬជាមួយក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រង ឬគម្រោងសុខភាពណាមួយឡើយ។ សេវារបស់ពួកគេគឺឥតគិតថ្លៃ។

ទូរសព្ទ	1-888-452-8609។ ថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 5 ល្ងាច។
TTY	1-800-430-7077 លេខនេះគឺសម្រាប់អ្នកដែលមានបញ្ហាក្នុងការស្តាប់ ឬនិយាយ។ អ្នកត្រូវតែមានបរិក្ខារទូរសព្ទពិសេសដើម្បីហៅទៅកាន់លេខនេះ។
សរសេរលិខិត	CA Department of Health Care Services Health Care Options P.O. Box 989009 West Sacramento, CA 95798-9850
អ៊ីមែល	MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov
គេហទំព័រ	www.dhcs.ca.gov/services/MH/Pages/mh-ombudsman.aspx

I. សេវាសង្គមប្រចាំខោនធី

ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយទាក់ទងនឹងអត្ថប្រយោជន៍បង់ថ្លៃសេវា Medi-Cal របស់អ្នក សូមទាក់ទងភ្នាក់ងារសេវាសង្គមប្រចាំខោនធីក្នុងមូលដ្ឋានរបស់អ្នក។

ទាក់ទងភ្នាក់ងារសេវាសង្គមប្រចាំខោនធីរបស់អ្នកដើម្បីដាក់ពាក្យសុំសេវាគាំទ្រតាមផ្ទះ ដែលនឹងជួយបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាដែលផ្តល់ជូនអ្នក ដើម្បីឱ្យអ្នកអាចស្នាក់នៅក្នុងផ្ទះរបស់អ្នកដោយសុវត្ថិភាព។ ប្រភេទសេវាអាចរួមមានជំនួយក្នុងការរៀបចំអាហារ ការងូតទឹក ការស្លៀកពាក់ ការបោកគក់ ការទិញទំនិញ ឬការធ្វើដំណើរ។

ទាក់ទងភ្នាក់ងារសេវាសង្គមប្រចាំខោនធីរបស់អ្នកសម្រាប់សំណួរណាមួយអំពីសិទ្ធិទទួលបាន Medi-Cal របស់អ្នក។ កំណត់ទីតាំងតារាងសម្រាប់ខោនធីរបស់អ្នកនៅខាងក្រោម ដើម្បីស្វែងរកព័ត៌មានទំនាក់ទំនងសម្រាប់ភ្នាក់ងារសេវាសង្គមប្រចាំខោនធីរបស់អ្នក។

ទីភ្នាក់ងារសេវាសង្គម ខោនធី Alameda

ទូរសព្ទ	1-888-999-4772 ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ ថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 7:30 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 5 ល្ងាច។
TTY	711
សរសេរលិខិត	ដើម្បីស្វែងរកអាសយដ្ឋានផ្ញើសំបុត្រសម្រាប់ទីតាំងការិយាល័យនៅជិតអ្នក សូមចូលទៅកាន់ https://www.alamedacountysocialservices.org/contact-us/Our-Offices
គេហទំព័រ	https://www.alamedacountysocialservices.org/contact-us/Our-Offices

ទីភ្នាក់ងារសេវាសង្គមកិច្ចខោនធី Alameda

ទូរសព្ទ	1-844-835-3685 ថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 5 ល្ងាច។
TTY	711
សរសេរលិខិត	ដើម្បីស្វែងរកអាសយដ្ឋានផ្ញើសំបុត្រសម្រាប់ទីតាំងការិយាល័យនៅជិតអ្នក សូមចូលទៅកាន់ https://www.amadorgov.org/services/social-services
គេហទំព័រ	https://www.amadorgov.org/services/social-services

ទីភ្នាក់ងារសេវាសង្គម ខោនធី Contra Costa

ទូរសព្ទ	1-866-663-3225 ថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 5 ល្ងាច។
TTY	711
សរសេរលិខិត	40 Douglas Drive Martinez, CA 94553
គេហទំព័រ	https://www.contracosta.ca.gov/

ទីភ្នាក់ងារសេវាសង្គមកិច្ចខោនធី AlamedaEl Dorado

ទូរសព្ទ	1-530-642-7300 ថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 5 ល្ងាច។
TTY	711
សរសេរលិខិត	ដើម្បីស្វែងរកអាសយដ្ឋានផ្ញើសំបុត្រសម្រាប់ទីតាំងការិយាល័យនៅជិតអ្នក សូមចូលទៅកាន់ https://www.eldoradocounty.ca.gov/Health-Well-Being/Human-Services
គេហទំព័រ	https://www.eldoradocounty.ca.gov/Home

Fresno County Department of Social Services

ទូរសព្ទ	1-855-832-8082 ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ ថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 7:30 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 4:30 ល្ងាច។
TTY	711
សរសេរលិខិត	Fresno County DSS P.O. Box 1912 Fresno, CA 93718-1912
គេហទំព័រ	https://www.fresnocountyca.gov/Departments/Social-Services

ទីភ្នាក់ងារសេវាសង្គមកិច្ចខោនធី Kern

ទូរសព្ទ	1-877-410-8812 ថ្ងៃចន្ទ ដល់ ថ្ងៃសុក្រ ម៉ោង 7:30 ព្រឹក ដល់ 4 ល្ងាច។
TTY	711
សរសេរលិខិត	ដើម្បីស្វែងរកអាសយដ្ឋានផ្ញើសំបុត្រសម្រាប់ទីតាំងការិយាល័យនៅជិតអ្នក សូមចូលទៅកាន់ https://www.kcdhs.org/about-dhs/about-us/office-hours-and-locations
គេហទំព័រ	https://www.kcdhs.org/

ភ្នាក់ងារសេវាមនុស្សធម៌ខោនធី Kings

ទូរសព្ទ	1-877-410-8813 ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ ថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃព្រហស្បតិ៍ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 5 ល្ងាចថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 12 ថ្ងៃត្រង់។
TTY	711
សរសេរលិខិត	1400 W. Lacey Blvd., Bldg. #8 Hanford, CA 93230
គេហទំព័រ	https://www.countyofkingsca.gov/departments/human-services-agency

នាយកដ្ឋានសេវាសង្គមកិច្ចសាធារណៈខោនធី Los Angeles

ទូរសព្ទ	1-866-613-3777 ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ ថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ម៉ោង 7:30 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 7:30 ល្ងាច។ ថ្ងៃសៅរ៍ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 4:30 រសៀល។ លើកលែងថ្ងៃឈប់សម្រាក
TTY	711
សរសេរលិខិត	ដើម្បីស្វែងរកអាសយដ្ឋានផ្ញើសំបុត្រសម្រាប់ទីតាំងការិយាល័យនៅជិតអ្នក សូមចូលទៅកាន់ https://dpss.lacounty.gov/en/resources/offices.html។
គេហទំព័រ	https://dpss.lacounty.gov

នាយកដ្ឋានសេវាសង្គមកិច្ចសាធារណៈខោនធី Madera

ទូរសព្ទ	1-559-675-7841 ថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 5 ល្ងាច។
TTY	711
សរសេរលិខិត	1626 Sunrise Ave Madera, CA 93638
គេហទំព័រ	https://www.maderacounty.com/government/social-services

ទីភ្នាក់ងារសេវាសង្គមកិច្ចខោនធី Marin

ទូរសព្ទ	1-877-410-8817 ថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 4:30 ល្ងាច។
TTY	711
សរសេរលិខិត	10 N San Pedro Rd, San Rafael, CA 94903
គេហទំព័រ	https://www.marinhhs.org

ទីភ្នាក់ងារសេវាសង្គមកិច្ចខោនធី Mariposa

ទូរសព្ទ	1-800-266-3609 ថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 5 ល្ងាច។
TTY	711
សរសេរលិខិត	P.O. Box 99 Mariposa, CA 95338
គេហទំព័រ	https://www.mariposacounty.org/

ទីភ្នាក់ងារសេវាសង្គមកិច្ចខោនធី Napa

ទូរសព្ទ	1-707-253-4279 ថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 5 ល្ងាច។
TTY	711
សរសេរលិខិត	2751 Napa Valley Corporate Drive Building B Napa, CA 94558
គេហទំព័រ	https://www.countyofnapa.org/156/HHSA

ទីភ្នាក់ងារសេវាសង្គមកិច្ចខោនធី Orange

ទូរសព្ទ	1-800-281-9799 ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍
TTY	711
សរសេរលិខិត	ដើម្បីស្វែងរកអាសយដ្ឋានផ្ញើសំបុត្រសម្រាប់ទីតាំងការិយាល័យនៅជិតអ្នក សូមចូលទៅកាន់ https://ssa.ocgov.com/about-us/office-locations/office-location-list។
គេហទំព័រ	https://ssa.ocgov.com/

ទីភ្នាក់ងារសេវាសង្គមកិច្ចខោនធី Placer

ទូរសព្ទ	1-530-886-1870 ថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 5 ល្ងាច។
TTY	711
សរសេរលិខិត	11434 B Ave Auburn, CA 95603
គេហទំព័រ	https://www.placer.ca.gov/1679/Health-Human-Services

ក្រសួងនៃសេវាសាធារណៈ:សង្គមនៃខោនធី Riverside

ទូរសព្ទ	1-877-410-8827 ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ ថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 5 ល្ងាច។
TTY	711
សរសេរលិខិត	4060 County Cir Dr Riverside, CA 92503
គេហទំព័រ	https://rivcodpss.org/

នាយកដ្ឋានជំនួយមនុស្សធម៌ខោនធី Sacramento

ទូរសព្ទ	1-800-560-0976 ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ ថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 4 ល្ងាច។
TTY	711
សរសេរលិខិត	ដើម្បីស្វែងរកអាសយដ្ឋានផ្ញើសំបុត្រសម្រាប់ទីតាំងការិយាល័យនៅជិតអ្នក សូមចូលទៅកាន់ https://ha.saccounty.gov/benefits/medi-cal/Pages/Medi-Cal.aspx
គេហទំព័រ	https://dcfas.saccounty.net/SAS/Pages/SAS-Home.aspx

សេវាសម្រាប់មនុស្សចាស់ និងមនុស្សពេញវ័យខោនធី San Bernardino

ទូរសព្ទ	1-909-891-3900 ថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 5 ល្ងាច។
TTY	711
សរសេរលិខិត	784 E. Hospitality Lane San Bernardino, CA 92415
គេហទំព័រ	https://hss.sbcounty.gov/daas/

នាយកដ្ឋានទីភ្នាក់ងារសេវាសុខភាព និងមនុស្សធម៌ខោនធី San Diego

ទូរសព្ទ	1-866-262-9881 ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ ថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 7 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 5 ល្ងាច។
TTY	711
សរសេរលិខិត	Health and Human Services Agency County of San Diego 1600 Pacific Highway, Room 206 San Diego, CA 92101
គេហទំព័រ	https://www.sandiegocounty.gov/hhsa/programs/ssp/medi-cal_program/index.html

ទីភ្នាក់ងារសេវាសង្គមកិច្ចខោនធី San Francisco

ទូរសព្ទ	1-415-557-5000 ថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 5 ល្ងាច។
TTY	711
សរសេរលិខិត	ដើម្បីស្វែងរកអាសយដ្ឋានផ្ញើសំបុត្រសម្រាប់ទីតាំងការិយាល័យនៅជិតអ្នក សូមចូលទៅកាន់ https://www.sfhsa.org/contact-us/locations
គេហទំព័រ	https://www.sfhsa.org/

ទីភ្នាក់ងារសេវាមនុស្សធម៌ខោនធី San Joaquin

ទូរសព្ទ	1-209-468-1000 ថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 5 ល្ងាច។
TTY	711
សរសេរលិខិត	ដើម្បីស្វែងរកអាសយដ្ឋានផ្ញើសំបុត្រសម្រាប់ទីតាំងការិយាល័យនៅជិតអ្នក សូមចូលទៅកាន់ https://www.sjchsa.org/About-Us/Contact-Us
គេហទំព័រ	https://www.sjchsa.org/

សេវាសុខភាពខោនធី San Mateo

ទូរសព្ទ	ខ្សែទូរសព្ទផ្តល់ប្រឹក្សា និងសង្គ្រោះបន្ទាន់សម្រាប់មនុស្សចាស់ និងអ្នកវ័យចំណាស់ 1-844-868-0938 ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍
TTY	711
សរសេរលិខិត	San Mateo County Aging and Adult Services 225 W. 37th Avenue San Mateo, CA 94403
គេហទំព័រ	https://www.smchealth.org

ទីភ្នាក់ងារសេវាសង្គមកិច្ចខោនធី Santa Clara

ទូរសព្ទ	1-877-962-3633 ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ ថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 5 ល្ងាច លើកលែងតែថ្ងៃឈប់សម្រាកប្រចាំខោនធី
TTY	711
សរសេរលិខិត	353 West Julian San Jose, CA 95110
គេហទំព័រ	https://socialservices.sccgov.org

ទីភ្នាក់ងារសេវាសង្គមកិច្ចខោនធី Santa Cruz

ទូរសព្ទ	1-888-421-8080 ថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 5 ល្ងាច។
TTY	711
សរសេរលិខិត	ដើម្បីស្វែងរកអាសយដ្ឋានផ្ញើសំបុត្រសម្រាប់ទីតាំងការិយាល័យនៅជិតអ្នក សូមចូលទៅកាន់ https://www.santacruzhumanservices.org/ContactUs
គេហទំព័រ	https://www.santacruzhumanservices.org/

ទីភ្នាក់ងារសេវាសង្គមកិច្ចខោនធី Solano

ទូរសព្ទ	1-707-784-8400 ថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 5 ល្ងាច។
TTY	711
សរសេរលិខិត	275 Beck Avenue Fairfield, CA 94533
គេហទំព័រ	https://www.solanocounty.com/depts/hss/default.asp

ទីភ្នាក់ងារសេវាសង្គមកិច្ចខោនធី Sonoma

ទូរសព្ទ	1-707 565-4700 ថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 5 ល្ងាច។
TTY	711
សរសេរលិខិត	1450 Neotomas Avenue, Suite 200 Santa Rosa, CA 95405
គេហទំព័រ	https://sonomacounty.ca.gov/health-and-human-services

ទីភ្នាក់ងារសេវាសង្គមកិច្ចខោនធី Stanislaus

ទូរសព្ទ	1-877-652-0734 ថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 5 ល្ងាច។
TTY	711
សរសេរលិខិត	P.O. Box 3271 Modesto, CA 95353
គេហទំព័រ	https://www.stancounty.com/

ទីភ្នាក់ងារសេវាសង្គមកិច្ចខោនធី Tulare

ទូរសព្ទ	1-800-540-6880 ថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 7:30 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 5 ល្ងាច។ ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 12 ថ្ងៃត្រង់។
TTY	711
សរសេរលិខិត	5957 South Mooney Blvd. Visalia, California 93277
គេហទំព័រ	https://tchhsa.org/

ទីភ្នាក់ងារសេវាសង្គមកិច្ចខោនធី Ventura

ទូរសព្ទ	1-888-472-4463 ថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 5 ល្ងាច។
TTY	711
សរសេរលិខិត	HSA Administration 855 Partridge Drive, Ventura, CA 93003
គេហទំព័រ	https://www.ventura.org/human-services-agency/

ទីភ្នាក់ងារសេវាសង្គមកិច្ចខោនធី Yolo

ទូរសព្ទ	1-833-744-4472 ថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 5 ល្ងាច។
TTY	711
សរសេរលិខិត	ដើម្បីស្វែងរកអាសយដ្ឋានផ្ញើសំបុត្រសម្រាប់ទីតាំងការិយាល័យនៅជិតអ្នក សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ https://www.yolocounty.gov/government/general-government-departments/health-human-services/contact-us
គេហទំព័រ	https://www.yolocounty.gov/government/general-government-departments/health-human-services

ទីភ្នាក់ងារសេវាសង្គមកិច្ចខោនធី Yuba

ទូរសព្ទ	1-877-652-0739 ថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 5 ល្ងាច។
TTY	711
សរសេរលិខិត	Yuba County Health and Human Services P.O. Box 2320 Marysville, CA 95901
គេហទំព័រ	https://www.yuba.gov/departments/health_and_human_services

J. ភ្នាក់ងារសេវាសុខភាពអាកប្បកិរិយាប្រចាំខោនធី

សេវាសុខភាពផ្លូវចិត្តឯកទេស និងសេវាសម្រាប់ជំងឺដែលបណ្តាលមកពីការប្រើប្រាស់សារធាតុញៀនក្រោម Medi-Cal មានផ្តល់ជូនអ្នកតាមរយៈខោនធី ប្រសិនបើអ្នកបំពេញតាមលក្ខខណ្ឌទទួលបានសេវា។ សូមស្វែងរកតារាងសម្រាប់ខោនធីរបស់អ្នកខាងក្រោម ដើម្បីស្វែងរកព័ត៌មានទំនាក់ទំនងរបស់ភ្នាក់ងារសេវាសុខភាពអាកប្បកិរិយាប្រចាំខោនធីរបស់អ្នក។

សេវាសុខភាពអាកប្បកិរិយា Alameda

ទូរសព្ទ	សុខភាពផ្លូវចិត្ត៖ 1-800-491-9099។ ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ បញ្ហាប្រើប្រាស់សារធាតុញៀន៖ 1-844-682-7215។ ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ យើងមានសេវាបកប្រែផ្ទាល់មាត់ដោយឥតគិតថ្លៃសម្រាប់អ្នកដែលមិននិយាយភាសាអង់គ្លេស។
TTY	1-800-533-5018។ ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ លេខនេះគឺសម្រាប់អ្នកដែលមានបញ្ហាក្នុងការស្តាប់ ឬនិយាយ។ អ្នកត្រូវតែមានបរិក្ខារទូរសព្ទពិសេសដើម្បីហៅទៅកាន់លេខនេះ។

សេវាសុខភាព Amador

ទូរសព្ទ	1-888-310-6555។ ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ យើងមានសេវាបកប្រែផ្ទាល់មាត់ដោយឥតគិតថ្លៃសម្រាប់អ្នកដែលមិននិយាយភាសាអង់គ្លេស។
TTY	711។ ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។

សេវាសុខភាព Contra Costa

ទូរសព្ទ	1-888-678-7277។ ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ យើងមានសេវាបកប្រែផ្ទាល់មាត់ដោយឥតគិតថ្លៃសម្រាប់អ្នកដែលមិននិយាយភាសាអង់គ្លេស។
TTY	711។ ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។

សេវាសុខភាបអាកប្បកិរិយា El Dorado

ទូរសព្ទ	1-800-929-1955។ ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ យើងមានសេវាបកប្រែផ្ទាល់មាត់ដោយឥតគិតថ្លៃសម្រាប់អ្នកដែលមិននិយាយភាសាអង់គ្លេស។
TTY	711។ ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។

នាយកដ្ឋានសុខភាពអាកប្បកិរិយាខោនធី Fresno

ទូរសព្ទ	1-800-654-3937។ ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ យើងមានសេវាបកប្រែផ្ទាល់មាត់ដោយឥតគិតថ្លៃសម្រាប់អ្នកដែលមិននិយាយភាសាអង់គ្លេស។
TTY	711។ ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។

សេវាសុភាពអាកប្បកិរិយា Kern

ទូរសព្ទ	1-800-991-5272។ ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ យើងមានសេវាបកប្រែផ្ទាល់មាត់ដោយឥតគិតថ្លៃសម្រាប់អ្នកដែលមិននិយាយភាសាអង់គ្លេស។
TTY	711។ ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។

សុខភាពអាកប្បកិរិយាខោនធី Kings

ទូរសព្ទ	1-800-655-2553។ ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ យើងមានសេវាបកប្រែផ្ទាល់មាត់ដោយឥតគិតថ្លៃសម្រាប់អ្នកដែលមិននិយាយភាសាអង់គ្លេស។
TTY	711។ ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។

នាយកដ្ឋានសុខភាពផ្លូវចិត្តខោនធី Los Angeles

ទូរសព្ទ	1-800-854-7771។ ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ ការហៅទូរសព្ទទៅកាន់លេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃ 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ យើងមានសេវាបកប្រែផ្ទាល់មាត់ដោយឥតគិតថ្លៃសម្រាប់អ្នកដែលមិននិយាយភាសាអង់គ្លេស។
TTY	711។ ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។

សុខភាពអាកប្បកិរិយាខោនធី Madera

ទូរសព្ទ	1-888-275-9779។ ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ យើងមានសេវាបកប្រែផ្ទាល់មាត់ដោយឥតគិតថ្លៃសម្រាប់អ្នកដែលមិននិយាយភាសាអង់គ្លេស។
TTY	711។ ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។

សេវាសុខភាពអាកប្បកិរិយា Marin

ទូរសព្ទ	1-888-818-1115។ ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ យើងមានសេវាបកប្រែផ្ទាល់មាត់ដោយឥតគិតថ្លៃសម្រាប់អ្នកដែលមិននិយាយភាសាអង់គ្លេស។
TTY	711។ ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។

សេវាសុខភាពអាកប្បកិរិយា Mariposa

ទូរសព្ទ	1-800-549-6741។ ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ យើងមានសេវាបកប្រែផ្ទាល់មាត់ដោយឥតគិតថ្លៃសម្រាប់អ្នកដែលមិននិយាយភាសាអង់គ្លេស។
TTY	711។ ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។

សេវាសុខភាពអាកប្បកិរិយា Napa

ទូរសព្ទ	1-800-648-8650។ ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ យើងមានសេវាបកប្រែផ្ទាល់មាត់ដោយឥតគិតថ្លៃសម្រាប់អ្នកដែលមិននិយាយភាសាអង់គ្លេស។
TTY	711។ ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។

សេវាស្មារនីតិសម្បទា និងសុខភាពផ្លូវចិត្តខោនធ Orange

ទូរសព្ទ	1-855 625-4657។ ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ យើងមានសេវាបកប្រែផ្ទាល់មាត់ដោយឥតគិតថ្លៃសម្រាប់អ្នកដែលមិននិយាយភាសាអង់គ្លេស។
TTY	711។ ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។

សេវាសុខភាព Placer

ទូរសព្ទ	1-888-886-5401។ ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ យើងមានសេវាបកប្រែផ្ទាល់មាត់ដោយឥតគិតថ្លៃសម្រាប់អ្នកដែលមិននិយាយភាសាអង់គ្លេស។
TTY	711។ ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។

នាយកដ្ឋានសុខភាពផ្លូវចិត្តខោនធ Riverside

ទូរសព្ទ	1-800-499-3008។ ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ យើងមានសេវាបកប្រែផ្ទាល់មាត់ដោយឥតគិតថ្លៃសម្រាប់អ្នកដែលមិននិយាយភាសាអង់គ្លេស។
TTY	711។ ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។

សេវាសុខភាពអាកប្បកិរិយាខោនធី Sacramento

ទូរសព្ទ	1-888-881-4881។ ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ យើងមានសេវាបកប្រែផ្ទាល់មាត់ដោយឥតគិតថ្លៃសម្រាប់អ្នកដែលមិននិយាយភាសាអង់គ្លេស។
TTY	711។ ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។

នាយកដ្ឋានសុខភាពអាកប្បកិរិយាខោនធី San Bernardino

ទូរសព្ទ	1-888 743-1478។ ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ យើងមានសេវាបកប្រែផ្ទាល់មាត់ដោយឥតគិតថ្លៃសម្រាប់អ្នកដែលមិននិយាយភាសាអង់គ្លេស។
TTY	711។ ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។

នាយកដ្ឋានសេវាសុខភាពអាកប្បកិរិយាខោនធី San Diego

ទូរសព្ទ	1-888-724-7240។ ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ យើងមានសេវាបកប្រែផ្ទាល់មាត់ដោយឥតគិតថ្លៃសម្រាប់អ្នកដែលមិននិយាយភាសាអង់គ្លេស។
TTY	711។ ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។

សេវាសុខភាពអាកប្បកិរិយាខោនធី San Francisco

ទូរសព្ទ	1-888-246-3333។ ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ យើងមានសេវាបកប្រែផ្ទាល់មាត់ដោយឥតគិតថ្លៃសម្រាប់អ្នកដែលមិននិយាយភាសាអង់គ្លេស។
TTY	711។ ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។

សេវាសុខភាពអាកប្បកិរិយា San Joaquin

ទូរសព្ទ	1-888-468-9370។ ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ យើងមានសេវាបកប្រែផ្ទាល់មាត់ដោយឥតគិតថ្លៃសម្រាប់អ្នកដែលមិននិយាយភាសាអង់គ្លេស។
TTY	711។ ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។

សេវាស្តារនីតិសម្បទា និងសុខភាពអាកប្បកិរិយាខោនធី San Mateo

ទូរសព្ទ	1-800-686-0101។ ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ យើងមានសេវាបកប្រែផ្ទាល់មាត់ដោយឥតគិតថ្លៃសម្រាប់អ្នកដែលមិននិយាយភាសាអង់គ្លេស។
TTY	711។ ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។

សេវាសុខភាពអាកប្បកិរិយា Santa Clara

ទូរសព្ទ	1-800-704-0900។ ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ យើងមានសេវាបកប្រែផ្ទាល់មាត់ដោយឥតគិតថ្លៃសម្រាប់អ្នកដែលមិននិយាយភាសាអង់គ្លេស។
TTY	711។ ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។

សេវាសុខភាពអាកប្បកិរិយា Santa Cruz

ទូរសព្ទ	1-800-952-2335។ ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ យើងមានសេវាបកប្រែផ្ទាល់មាត់ដោយឥតគិតថ្លៃសម្រាប់អ្នកដែលមិននិយាយភាសាអង់គ្លេស។
TTY	711។ ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។

សេវាសុខភាពអាកប្បកិរិយា Solano

ទូរសព្ទ	1-800-547-0495។ ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ យើងមានសេវាបកប្រែផ្ទាល់មាត់ដោយឥតគិតថ្លៃសម្រាប់អ្នកដែលមិននិយាយភាសាអង់គ្លេស។
TTY	711។ ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។

សេវាសុខភាពអាកប្បកិរិយា Sonoma

ទូរសព្ទ	1-800-870-8786។ ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ យើងមានសេវាបកប្រែផ្ទាល់មាត់ដោយឥតគិតថ្លៃសម្រាប់អ្នកដែលមិននិយាយភាសាអង់គ្លេស។
TTY	711។ ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។

សេវាសុខភាពអាកប្បកិរិយា Stanislaus

ទូរសព្ទ	1-888-376-6246។ ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ យើងមានសេវាបកប្រែផ្ទាល់មាត់ដោយឥតគិតថ្លៃសម្រាប់អ្នកដែលមិននិយាយភាសាអង់គ្លេស។
TTY	711។ ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។

សេវាសុខភាពអាកប្បកិរិយា Tulare

ទូរសព្ទ	សុខភាពផ្លូវចិត្ត៖ 1-800-320-1616។ ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ ជំងឺពីការប្រើប្រាស់សារធាតុ៖ 1-866-732-4114។ ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ យើងមានសេវាបកប្រែផ្ទាល់មាត់ដោយឥតគិតថ្លៃសម្រាប់អ្នកដែលមិននិយាយភាសាអង់គ្លេស។
TTY	711។ ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។

សេវាសុខភាពអាកប្បកិរិយា Ventura

ទូរសព្ទ	1-866-998-2243។ ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ យើងមានសេវាបកប្រែផ្ទាល់មាត់ដោយឥតគិតថ្លៃសម្រាប់អ្នកដែលមិននិយាយភាសាអង់គ្លេស។
TTY	711។ ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។

សេវាសុខភាពអាកប្បកិរិយា Yolo

ទូរសព្ទ	1-888-965-6647។ ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ យើងមានសេវាបកប្រែផ្ទាល់មាត់ដោយឥតគិតថ្លៃសម្រាប់អ្នកដែលមិននិយាយភាសាអង់គ្លេស។
TTY	1-800-735-2929។ ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ លេខនេះគឺសម្រាប់អ្នកដែលមានបញ្ហាក្នុងការស្តាប់ ឬនិយាយ។ អ្នកត្រូវតែមានបរិក្ខារទូរសព្ទពិសេសដើម្បីហៅទៅកាន់លេខនេះ។

សេវាសុខភាពអាកប្បកិរិយា Yuba

ទូរសព្ទ	1-888-923-3800។ ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ យើងមានសេវាបកប្រែផ្ទាល់មាត់ដោយឥតគិតថ្លៃសម្រាប់អ្នកដែលមិននិយាយភាសាអង់គ្លេស។
TTY	711។ ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។

សូមទាក់ទងភ្នាក់ងារសេវាសុខភាពអាកប្បកិរិយាប្រចាំខោនធីសម្រាប់ជំនួយទាក់ទងនឹង៖

- សំណួរអំពីសេវាសុខភាពផ្លូវចិត្តឯកទេសដែលផ្តល់ជូនដោយខោនធី
- សំណួរអំពីសេវាសម្រាប់ជំងឺដែលបណ្តាលមកពីការប្រើប្រាស់សារធាតុដែលផ្តល់ជូនដោយខោនធី

K. ក្រសួងថែទាំសុខភាពក្រោមការគ្រប់គ្រងរដ្ឋ California

ក្រសួងថែទាំសុខភាពក្រោមការគ្រប់គ្រងរដ្ឋ California (DMHC) ទទួលខុសត្រូវក្នុងការត្រួតពិនិត្យការអនុវត្តបទប្បញ្ញត្តិលើគម្រោងសុខភាព។ មជ្ឈមណ្ឌលជំនួយ DMHC អាចជួយអ្នកក្នុងការដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ និងបណ្តឹងតវ៉ាអំពីសេវា Medi-Cal។

ទូរសព្ទ	1-888-466-2219 តំណាង DMHC មានផ្តល់សេវានៅចន្លោះម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 6 ល្ងាច ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ។
TDD	1-877-688-9891 លេខនេះគឺសម្រាប់អ្នកដែលមានបញ្ហាក្នុងការស្តាប់ ឬនិយាយ។ អ្នកត្រូវតែមានបរិក្ខារទូរសព្ទពិសេសដើម្បីហៅទៅកាន់លេខនេះ។
សរសេរលិខិត	Help Center California Department of Managed Health Care 980 Ninth Street, Suite 500 Sacramento, CA 95814-2725
ទូរសារ	1-916-255-5241
គេហទំព័រ	www.dmhc.ca.gov

L. សម្ព័ន្ធអ្នកប្រើប្រាស់សេវាសុខភាព (HCA)

Health Consumer Alliance (HCA)
គឺជាភាពជាដៃគូទូទាំងរដ្ឋដែលផ្តល់ជំនួយផ្នែកច្បាប់ដោយឥតគិតថ្លៃតាមអនឡាញ តាមទូរសព្ទ ឬដោយផ្ទាល់ ដើម្បីជួយប្រជាជននៅរដ្ឋ California ដែលជួបការលំបាកក្នុងការទទួលបាន ឬរក្សាការធានារ៉ាប់រងសុខភាព និងដោះស្រាយបញ្ហាជាមួយគម្រោងសុខភាពរបស់ពួកគេ។ ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពី HCA ឬដើម្បីទទួលបានជំនួយដែលអាចមាន សូមទូរសព្ទទៅលេខ 1-888-804-3536 ឬចូលមើល www.healthconsumer.org/

M. កម្មវិធីជួយប្រជាជនបង់ថ្លៃឱសថ

គេហទំព័រ Medicare (www.medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs) ផ្តល់ព័ត៌មានអំពីរបៀបបន្ថយថ្លៃឱសថរបស់អ្នក។ សម្រាប់ប្រជាជនដែលមានប្រាក់ចំណូលមានកំណត់ ក៏មានកម្មវិធីផ្សេងទៀតដើម្បីជួយផងដែរ ដូចដែលបានរៀបរាប់ខាងក្រោម។

M1. ជំនួយបន្ថែមពី Medicare

ដោយសារអ្នកមានសិទ្ធិទទួលបាន Medi-Cal អ្នកមានលក្ខខណ្ឌគ្រប់គ្រាន់ និងកំពុងទទួលបាន “ជំនួយបន្ថែម” ពី Medicare ដើម្បីបង់ថ្លៃគម្រោងឱសថរបស់អ្នក អ្នកមិនចាំបាច់ធ្វើអ្វីនោះទេដើម្បីទទួលបាន “ជំនួយបន្ថែម” នេះ។

ទូរសព្ទ	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) ការហៅទូរសព្ទទៅកាន់លេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃ 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។
TTY	1-877-486-2048 ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ លេខនេះគឺសម្រាប់អ្នកដែលមានការលំបាកក្នុងការស្តាប់ ឬនិយាយ។ អ្នកត្រូវតែមានបរិក្ខារទូរសព្ទពិសេសដើម្បីហៅទៅកាន់លេខនេះ។
គេហទំព័រ	www.medicare.gov

ប្រសិនបើអ្នកគិតថា អ្នកកំពុងបង់ប្រាក់មិនត្រឹមត្រូវសម្រាប់ឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកនៅឱសថស្ថាន នោះគម្រោងរបស់យើងមានដំណើរការដើម្បីជួយទទួលបានភស្តុតាងនៃចំនួនទឹកប្រាក់នៃការបង់ប្រាក់រួមចំណែកត្រឹមត្រូវរបស់អ្នក។ ប្រសិនបើអ្នកមានភស្តុតាងអំពីចំនួនទឹកប្រាក់ត្រឹមត្រូវរួចហើយ យើងអាចជួយអ្នកចែករំលែកភស្តុតាងនេះជាមួយយើងខ្ញុំបាន។

- ប្រសិនបើអ្នកមិនប្រាកដថាត្រូវផ្តល់ភស្តុតាងអ្វីខ្លះដល់យើងខ្ញុំទេ សូមទាក់ទងឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញ ឬផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិក។ ជារឿយៗ ភស្តុតាងនេះគឺជាលិខិតមកពីការិយាល័យ Medi-Cal ឬការិយាល័យផ្នែករបបសន្តិសុខសង្គមដែលបញ្ជាក់ថា អ្នកមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ក្នុងការទទួលបាន “ជំនួយបន្ថែម”។ ភស្តុតាងនេះ ក៏អាចជាសំណុំឯកសារដែលចេញដោយរដ្ឋផងដែរ ជាមួយនឹងព័ត៌មានអំពីសិទ្ធិទទួលបានរបស់អ្នកពាក់ព័ន្ធនឹងសេវាតាមផ្ទះ និងសហគមន៍។
- អ្នក ឬតំណាងដែលបានចាត់តាំងរបស់អ្នក ត្រូវតែផ្តល់ភស្តុតាងទៅឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញ នៅពេលទទួលបានឱសថផ្នែក D ដែលមានការធានារ៉ាប់រង ដើម្បីឱ្យយើងអាចគិតថ្លៃអ្នកតាមចំនួនទឹកប្រាក់នៃចំណែកចូលរួមបង់ប្រាក់ដែលសមស្រប រហូតដល់ មជ្ឈមណ្ឌលសម្រាប់សេវា Medicare និង Medicaid (CMS) ធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពកំណត់ត្រារបស់ខ្លួន ដើម្បីឆ្លុះបញ្ចាំងពីស្ថានភាពបច្ចុប្បន្នរបស់អ្នក។ នៅពេលណា CMS ធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពកំណត់ត្រារបស់ខ្លួន អ្នកនឹងលែងចាំបាច់ត្រូវប្រគល់ភ
- ស្តុតាងទៅកាន់ឱសថស្ថានទៀតហើយ។ សូមផ្តល់ភស្តុតាងរបស់អ្នកតាមវិធីណាមួយដូចខាងក្រោម ដើម្បីឱ្យយើងអាចបញ្ជូនវាបន្តទៅកាន់ CMS សម្រាប់ការធ្វើបច្ចុប្បន្នភាព៖
  - សរសេរទៅកាន់ Kaiser Permanente តាមរយៈ:
    California Service Center Attn:
    Best Available Evidence
    P.O. Box 232400
    San Diego, CA 92193-2400
  - ធ្វើវាតាមទូរសារទៅកាន់លេខ 1-877-528-8579។

- យកវាទៅកាន់ឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញ ឬការិយាល័យផ្តែកសេវាបម្រើសមាជិកតាមមូលដ្ឋានរបស់អ្នក នៅតាមទីកន្លែងក្នុងបណ្តាញណាមួយ។

- នៅពេលយើងទទួលបានភស្តុតាងដែលបង្ហាញពីកម្រិតនៃការបង់ប្រាក់រួមចំណែកត្រឹមត្រូវ យើងនឹងធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពប្រព័ន្ធរបស់យើង ដើម្បីឱ្យអ្នកអាចបង់ចំនួនទឹកប្រាក់បង់រួមចំណែកត្រឹមត្រូវ នៅពេលអ្នកទទួលបានឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាបន្ទាប់របស់អ្នក។ ប្រសិនបើអ្នកទូទាត់លើការបង់ប្រាក់រួមចំណែករបស់អ្នកលើសចំនួន នោះយើងនឹងសងអ្នកវិញទាំងតាមរយៈមូលប្បទានបត្រ ឬតណទាននៃការបង់ប្រាក់រួមចំណែកនាពេលអនាគត។ ប្រសិនបើឱសថស្ថានមិនបានប្រមូលការបង់ប្រាក់រួមចំណែករបស់អ្នកទេ ហើយអ្នកជំពាក់បំណុលនៅឱសថស្ថានទាំងនោះ យើងអាចធ្វើការទូទាត់ប្រាក់ដោយផ្ទាល់ទៅឱសថស្ថានទាំងនោះ។ ប្រសិនបើរដ្ឋបានទូទាត់ប្រាក់ជំនួសអ្នក យើងអាចទូទាត់ប្រាក់ដោយផ្ទាល់ជូនទៅរដ្ឋវិញ។ សូមទូរសព្ទទៅផ្តែកសេវាបម្រើសមាជិកតាមលេខនៅផ្តែកខាងក្រោមនៃទំព័រនេះ ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរណាមួយ។

M2. កម្មវិធីជំនួយឱសថប្រឆាំងជំងឺ AIDS (ADAP)

ADAP ជួយបុគ្គលដែលមានសិទ្ធិទទួលបាន ADAP ដែលរស់នៅដែលមានមេរោគអេដស៍/ជំងឺអេដស៍ ឱ្យមានលទ្ធភាពទទួលបានឱសថ HIV សង្គ្រោះជីវិត។ ឱសថ Medicare Part D ដែលមាននៅក្នុងបញ្ជីឱសថរបស់ ADAP ផងដែរ មានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ទទួលបានជំនួយក្នុងចំណែកចូលរួមបង់ប្រាក់សម្រាប់ឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជា តាមរយៈ កម្មវិធីជំនួយឱសថប្រឆាំងជំងឺ AIDS (ADAP) រដ្ឋ California។ ចំណាំ៖ ដើម្បីមានសិទ្ធិទទួលបាន ADAP នៅក្នុងរដ្ឋរបស់អ្នក បុគ្គលត្រូវតែបំពេញតាមលក្ខខណ្ឌជាក់លាក់មួយចំនួន រួមទាំងមានភស្តុតាងបញ្ជាក់ពីការរស់នៅក្នុងរដ្ឋ និងស្ថានភាព HIV មានប្រាក់ចំណូលទាប (តាមការកំណត់របស់រដ្ឋ) និងស្ថានភាពគ្មានការធានារ៉ាប់រង/មានការធានារ៉ាប់រងមិនគ្រប់គ្រាន់។ ប្រសិនបើអ្នកផ្លាស់ប្តូរគម្រោង សូមជូនដំណឹងដល់បុគ្គលិកចុះឈ្មោះ ADAP ក្នុងតំបន់របស់អ្នក ដើម្បីអ្នកអាចបន្តទទួលបានជំនួយ។ សម្រាប់ព័ត៌មានអំពីលក្ខណៈនិថ្នៃយនៃសិទ្ធិទទួលបាន ឱសថដែលបានធានារ៉ាប់រង ឬរបៀបចុះឈ្មោះក្នុងកម្មវិធី សូមហៅទូរសព្ទទៅកាន់មជ្ឈមណ្ឌលហៅទូរសព្ទរបស់ ADAP តាមរយៈលេខ 1-844-421-7050 ចន្លោះពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 5 ល្ងាច ថ្ងៃចន្ទដល់ថ្ងៃសុក្រ (លើកលែងថ្ងៃឈប់សម្រាក)។

M3. កម្មវិធីបង់ប្រាក់សម្រាប់ឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជា Medicare

The Medicare Prescription Payment Plan
គឺជាជម្រើសទូទាត់ប្រាក់ដែលដំណើរការជាមួយការធានារ៉ាប់រងឱសថបច្ចុប្បន្នរបស់អ្នក ដើម្បីជួយអ្នកគ្រប់គ្រងថ្លៃចំណាយចេញពីហោប៉ៅសម្រាប់ឱសថដែលមានការធានារ៉ាប់រងដោយគម្រោងរបស់យើង ដោយបែងចែកការចំណាយទាំងនោះពេញមួយឆ្នាំតាមប្រតិទិន (ខែមករា-ខែធ្នូ)។ អ្នកដែលមានគម្រោងឱសថ Medicare ឬគម្រោងសុខភាព Medicare ដែលមានការធានារ៉ាប់រងលើឱសថ (ដូចជា Medicare Advantage plan ដែលមានការធានារ៉ាប់រងលើឱសថ) អាចប្រើជម្រើសទូទាត់នេះបាន។ **ជម្រើសទូទាត់នេះអាចជួយអ្នកគ្រប់គ្រងការចំណាយរបស់អ្នក ប៉ុន្តែវាមិនជួយសន្សំប្រាក់ ឬកាត់បន្ថយថ្លៃឱសថរបស់អ្នកនោះទេ។ ប្រសិនបើអ្នកកំពុងចូលរួមក្នុង Medicare Prescription Payment Plan ហើយបន្តនៅក្នុងគម្រោងដដែល អ្នកមិនចាំបាច់ធ្វើអ្វីដើម្បីបន្តជម្រើសនេះទេ។** ទម្រង់បែបបទ “ជំនួយបន្ថែម” របស់ Medicare និងជំនួយពី SPAP និង ADAP របស់អ្នក សម្រាប់អ្នកដែលមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ គឺមានអត្ថប្រយោជន៍ច្រើនជាងការចូលរួមក្នុងជម្រើស ទូទាត់ប្រាក់នេះ ដោយមិនគិតពីកម្រិតប្រាក់ចំណូលរបស់អ្នកឡើយ ហើយគម្រោងដែលមានការរ៉ាប់រងលើឱសថត្រូវតែផ្តល់ជម្រើសទូទាត់ប្រាក់នេះ។ ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពីជម្រើសទូទាត់នេះ សូមទូរសព្ទទៅផ្តែកសេវាបម្រើសមាជិកតាមលេខទូរសព្ទនៅផ្តែកខាងក្រោមនៃទំព័រ ឬចូលមើល www.medicare.gov។

N. សន្តិសុខសង្គម

របបសន្តិសុខសង្គមកំណត់សិទ្ធិទទួលបាន Medicare និងគ្រប់គ្រងការចុះឈ្មោះ Medicare។

ប្រសិនបើអ្នកផ្លាស់ប្តូរទីលំនៅ ឬអាសយដ្ឋានផ្ទៀសំបុត្រ ជាការសំខាន់ដែលអ្នកត្រូវទាក់ទងផ្នែកសន្តិសុខសង្គម ដើម្បីជូនដំណឹងដល់ពួកគេ។

ទូរសព្ទ	1-800-772-1213។ ការហៅទៅលេខទូរសព្ទនេះ គឺឥតគិតថ្លៃ។ អាចទាក់ទងបានចាប់ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ 7 ល្ងាច ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ។ អ្នកអាចប្រើសេវាទូរសព្ទស្វ័យប្រវត្តិរបស់ពួកគេ ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានដែលបានកត់ត្រាទុក និងធ្វើកិច្ចការមួយចំនួនបាន 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ។
TTY	1-800-325-0778 លេខនេះគឺសម្រាប់អ្នកដែលមានការលំបាកក្នុងការស្តាប់ ឬនិយាយ។ អ្នកត្រូវតែមានបរិក្ខារទូរសព្ទពិសេសដើម្បីហៅទៅកាន់លេខនេះ។
គេហទំព័រ	www.ssa.gov

O. ក្រុមប្រឹក្សាកម្មករផ្លូវដែកដែលចូលនិវត្តន៍ (RRB)

RRB គឺជាទីភ្នាក់ងារសហព័ន្ធឯករាជ្យដែលគ្រប់គ្រងកម្មវិធីអត្ថប្រយោជន៍ដ៏ទូលំទូលាយសម្រាប់កម្មករផ្លូវដែកថ្នាក់ជាតិ និងក្រុមគ្រួសាររបស់ពួកគេ។ ប្រសិនបើអ្នកទទួលបាន Medicare តាមរយៈ RRB សូមប្រាប់ពួកគេឱ្យដឹង ប្រសិនបើអ្នកផ្លាស់ទីលំនៅ ឬផ្លាស់ប្តូរអាសយដ្ឋានសំបុត្ររបស់អ្នក។ សម្រាប់សំណួរអំពីអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នកពី RRB សូមទាក់ទងភ្នាក់ងារ។

ទូរសព្ទ	1-877-772-5772។ ការហៅទៅលេខទូរសព្ទនេះ គឺឥតគិតថ្លៃ។ ចុចលេខ “0” ដើម្បីនិយាយជាមួយអ្នកតំណាង RRB ពីម៉ោង 9 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 3:30 រសៀល ថ្ងៃចន្ទ ថ្ងៃអង្គារ ថ្ងៃព្រហស្បតិ៍ និងថ្ងៃសុក្រ និងពីម៉ោង 9 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 12 ថ្ងៃត្រង់ នៅថ្ងៃពុធ។ សូមចុចលេខ "1" ដើម្បីទៅកាន់ខ្សែទូរសព្ទដំនួយ RRB ស្វ័យប្រវត្តិ និងទទួលព័ត៌មានដែលបានកត់ត្រាទុក 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ រួមទាំងថ្ងៃចុងសប្តាហ៍ និងថ្ងៃឈប់សម្រាក។
TTY	1-312-751-4701 លេខនេះគឺសម្រាប់អ្នកដែលមានការលំបាកក្នុងការស្តាប់ ឬនិយាយ។ អ្នកត្រូវតែមានបរិក្ខារទូរសព្ទពិសេសដើម្បីហៅទៅកាន់លេខនេះ។ ការហៅទៅលេខទូរសព្ទនេះមានការគិតថ្លៃ។
គេហទំព័រ	www.rrb.gov

P. កម្មវិធីមន្ត្រីដោះស្រាយបណ្តឹង Medicare Medi-Cal

កម្មវិធីមន្ត្រីដោះស្រាយបណ្តឹង Medicare Medi-Cal ផ្តល់ជំនួយឥតគិតថ្លៃ ដើម្បីជួយអ្នកដែលមានការលំបាកក្នុងការទទួលបាន ឬរក្សាការធានារ៉ាប់រងសុខភាព និងដោះស្រាយបញ្ហាជាមួយគម្រោងសុខភាពរបស់ពួកគេ។

ប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហាជាមួយ៖

- Medi-Cal
- Medicare
- គម្រោងសុខភាពរបស់អ្នក
- ការទទួលបានសេវាវេជ្ជសាស្ត្រ
- ការប្តឹងឧទ្ធរណ៍ចំពោះសេវា ឱសថ ឧបករណ៍វេជ្ជសាស្ត្រប្រើប្រាស់បានយូរ (DME) សេវាសុខភាពផ្លូវចិត្ត ដែលត្រូវបានបដិសេធ ។ល។
- ការចេញវិក្កយបត្រថ្លៃសេវាវេជ្ជសាស្ត្រ
- IHSS (សេវាផ្តល់ការគាំទ្រនៅតាមផ្ទះ)

កម្មវិធីមន្ត្រីដោះស្រាយបណ្តឹង Medicare Medi-Cal ជួយដោះស្រាយបណ្តឹង ការប្តឹងឧទ្ធរណ៍ និងសវនាការ។ លេខទូរសព្ទរបស់កម្មវិធីមន្ត្រីដោះស្រាយបណ្តឹង Medicare Medi-Cal គឺ 1-855-501-3077។

Q. Medi-Cal Dental

សេវាសុខភាពធ្មេញមួយចំនួនត្រូវបានផ្តល់តាមរយៈកម្មវិធី Medi-Cal Dental រួមមានជាអាទិ៍ សេវាដូចជា៖

- ការពិនិត្យដំបូង ការថតកាំរស្មីអ៊ិច ការសម្អាត ការប៉ះធ្មេញ និងការព្យាបាលដោយភ្លួយអរ
- ការជួសជុលធ្មេញ និងការដាក់ស្រោមធ្មេញ
- ការព្យាបាលឫសធ្មេញ និង
- ក្រាសធ្មេញពាក់មួយផ្នែក និងពេញលេញ ការកែតម្រូវ ការជួសជុល និងការប្តូរទ្រនាប់ធ្មេញ

អត្ថប្រយោជន៍សុខភាពធ្មេញមានផ្តល់ជូនតាមរយៈ Medi-Cal Dental Fee-for-Service (FFS) ឬ Dental Managed Care (Dental MC) ដោយផ្អែកលើខោនធីរបស់អ្នក។

Medi-Cal Dental FFS (សម្រាប់ខោនធីផ្សេងទៀត ក្រៅពី Los Angeles និង Sacramento)

ទូរសព្ទ	1-800-322-6384។ ការហៅទូរសព្ទនេះមិនគិតថ្លៃទេ។ អ្នកតំណាងរបស់ Medi-Cal Dental FFS អាចជួយអ្នកបានចាប់ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 5 ល្ងាច ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ។
TTY	1-800-735-2922 លេខនេះគឺសម្រាប់អ្នកដែលមានការលំបាកក្នុងការស្តាប់ ឬនិយាយ។ អ្នកត្រូវតែមានបរិក្ខារទូរសព្ទពិសេសដើម្បីហៅទៅកាន់លេខនេះ។
គេហទំព័រ	www.dental.dhcs.ca.gov/ smilecalifornia.org/

គម្រោង Dental Managed Care សម្រាប់ខោនធី Los Angeles និង Sacramento

ជំនួសឱ្យ Medi-Cal Dental Fee-for-Service អ្នកអាចទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍សុខភាពធ្មេញតាមរយៈគម្រោង Dental Managed Care។ គម្រោង Dental Managed Care មានផ្តល់ជូននៅក្នុងខោនធី Los Angeles និង Sacramento។ ប្រសិនបើអ្នកចង់បានព័ត៌មានបន្ថែមអំពីគម្រោងសុខភាពធ្មេញ ឬចង់ផ្លាស់ប្តូរគម្រោងសុខភាពធ្មេញ សូមទាក់ទង Health Care Options តាមរយៈលេខ 1-800-430-4263 (អ្នកប្រើប្រាស់ TTY សូមហៅទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-430-7077) ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ចាប់ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ 6 ល្ងាច។ ការហៅទូរសព្ទនេះមិនគិតថ្លៃទេ។ ព័ត៌មានទំនាក់ទំនងរបស់គម្រោង Dental Managed Care ក៏មាននៅទីនេះផងដែរ៖ www.dhcs.ca.gov/services/Pages/ManagedCarePlanDirectory.aspx។

ជំពូកទី 3៖ ការប្រើប្រាស់ការធានារ៉ាប់រងរបស់គម្រោងយើងសម្រាប់ការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក និងសេវាដែលបានធានារ៉ាប់រងផ្សេងទៀត

សេចក្តីផ្តើម

ជំពូកនេះមានលក្ខខណ្ឌជាក់លាក់ និងច្បាប់ដែលអ្នកត្រូវដឹង ដើម្បីទទួលបានការថែទាំសុខភាព និងសេវាដែលបានធានារ៉ាប់រងផ្សេងទៀតជាមួយនឹងគម្រោងរបស់យើង។ វាក៏ប្រាប់អ្នកអំពីអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នកផងដែរ របៀបទទួលបានការថែទាំពីអ្នកផ្តល់សេវាប្រភេទផ្សេងៗគ្នា និងក្រោមកាលៈទេស:ពិសេសមួយចំនួន (រួមទាំងអ្នកផ្តល់សេវា ឬឱសថស្ថានក្រៅបណ្តាញ) អ្វីដែលត្រូវធ្វើប្រសិនបើអ្នកទទួលវិក្កយបត្រដោយផ្ទាល់សម្រាប់សេវាដែលយើងធានារ៉ាប់រង និងច្បាប់សម្រាប់ការប្រើប្រាស់ឧបករណ៍វេជ្ជសាស្ត្រប្រើប្រាស់បានយូរ (DME)។ ពាក្យគន្លឹះ និងអត្ថន័យរបស់វាមានបង្ហាញតាមលំដាប់អក្ខរក្រមនៅក្នុងជំពូកចុងក្រោយនៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះ។

តារាងមាតិកាជំពូកទី 3

A. ព័ត៌មានអំពីសេវា និងអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញរបស់យើង 70

B. វិធានសម្រាប់ការទទួលបានសេវាដែលគម្រោងរបស់យើងរ៉ាប់រង 70

C. ការសម្របសម្រួលនៃការថែទាំរបស់អ្នក 72

C1. អ្វីជាអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំ 72

C2. របៀបដែលអ្នកអាចទាក់ទងអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នកបាន 72

C3. របៀបដែលអ្នកអាចផ្លាស់ប្តូរអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នកបាន 72

D. ការថែទាំពីអ្នកផ្តល់សេវា 72

D1. ការថែទាំពីអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំបឋម (PCP) 72

D2. ការថែទាំពីគ្រូពេទ្យឯកទេស និងអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញផ្សេងទៀត 74

D3. នៅពេលអ្នកផ្តល់សេវាចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើង 77

D4. អ្នកផ្តល់សេវាក្រៅបណ្តាញ 78

E. សេវា និងការគាំទ្ររយៈពេលវែង (LTSS) 78

F. សេវាសុខភាពអាកប្បកិរិយា (សុខភាពផ្លូវចិត្ត និងជំងឺដែលបណ្តាលមកពីការប្រើប្រាស់សារធាតុញៀន) 78

F1. សេវាសុខភាពអាកប្បកិរិយា Medi-Cal ដែលផ្តល់ក្រៅគម្រោងរបស់យើង 80

G. សេវាធ្វើដំណើរ 82

G1. ការដឹកជញ្ជូនវេជ្ជសាស្ត្រមិនមែនសង្គ្រោះបន្ទាន់ 82

G2. ការដឹកជញ្ជូនមិនមែនវេជ្ជសាស្ត្រ 83

H. សេវាដែលបានធានារ៉ាប់រងក្នុងពេលសង្គ្រោះបន្ទាន់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រនៅពេលចាំបាច់បន្ទាន់ ឬក្នុងអំឡុងពេលមានគ្រោះមហន្តរាយ 84

H1. ការថែទាំក្នុងករណីសង្គ្រោះបន្ទាន់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ 84

H2. ការថែទាំដែលត្រូវការជាបន្ទាន់ 86

H3. ការថែទាំក្នុងពេលមានគ្រោះមហន្តរាយ 88

I. ប្រសិនបើអ្នកទទួលបានវិក្កយបត្រដោយផ្ទាល់សម្រាប់សេវាដែលបានធានារ៉ាប់រង 88

I1. អ្វីដែលត្រូវធ្វើ ប្រសិនបើគម្រោងរបស់យើងមិនធានារ៉ាប់រងលើសេវា 88

J. ការធានារ៉ាប់រងលើសេវាថែទាំសុខភាពនៅក្នុងការសិក្សាស្រាវជ្រាវគ្លីនិក 89

J1. និយមន័យនៃការសិក្សាស្រាវជ្រាវគ្លីនិក 89

J2. ការទូទាត់ប្រាក់សម្រាប់សេវានៅពេលអ្នកចូលរួមក្នុងការសិក្សាស្រាវជ្រាវគ្លីនិក 89

J3. ស្វែងយល់បន្ថែមអំពីការសិក្សាស្រាវជ្រាវគ្លីនិក 90

K. របៀបដែលសេវាថែទាំសុខភាពរបស់អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងនៅក្នុងស្ថាប័នថែទាំសុខភាពមិនមែនវេជ្ជសាស្ត្រតាមបែបសាសនា 90

K1. និយមន័យនៃស្ថាប័នថែទាំសុខភាពមិនមែនវេជ្ជសាស្ត្រតាមបែបសាសនា 90

K2. ការថែទាំពីស្ថាប័នថែទាំសុខភាពមិនមែនវេជ្ជសាស្ត្រតាមបែបសាសនា 90

L. ឧបករណ៍វេជ្ជសាស្ត្រប្រើប្រាស់បានយូរ (DME) 91

L1. ការទទួលបាន DME ក្នុងនាមជាសមាជិកនៃគម្រោងរបស់យើង 91

L2. ភាពជាម្ចាស់ DME ប្រសិនបើអ្នកប្តូរទៅ Original Medicare 91

L3. អត្ថប្រយោជន៍ឧបករណ៍អុកស៊ីសែនក្នុងនាមជាសមាជិកនៃគម្រោងរបស់យើង 92

L4. ឧបករណ៍អុកស៊ីសែននៅពេលដែលអ្នកប្តូរទៅ Original Medicare ឬគម្រោង Medicare Advantage (MA) ផ្សេងទៀត 92

A. ព័ត៌មានអំពីសេវា និងអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញរបស់យើង

សេវារួមមានការថែទាំសុខភាព សេវា និងការគាំទ្ររយៈពេលវែង (LTSS) សម្ភារៈផ្គត់ផ្គង់ សេវាសុខភាពអាកប្បកិរិយា ឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជា និងឱសថដែលអាចទិញបានដោយគ្មានវេជ្ជបញ្ជា ឧបករណ៍ និងសេវាផ្សេងទៀត។ **សេវាដែលបានធានារ៉ាប់រង** គឺជាសេវាណាមួយក្នុងចំណោមសេវាទាំងនេះដែលគម្រោងរបស់យើងជាអ្នកទូទាត់។ សេវាថែទាំសុខភាព សេវាសុខភាពអាកប្បកិរិយា និង LTSS ដែលបានរ៉ាប់រង មាននៅក្នុង **ជំពូកទី 4** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះ។ សេវាដែលបានធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកសម្រាប់ឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជា និងឱសថដែលអាចទិញបានដោយគ្មានវេជ្ជបញ្ជា មាននៅក្នុង **ជំពូកទី 5** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះ។

អ្នកផ្តល់សេវា គឺជាវេជ្ជបណ្ឌិត គិលានុបដ្ឋាក និងបុគ្គលផ្សេងទៀតដែលផ្តល់សេវា និងការថែទាំដល់អ្នក ហើយមានអាជ្ញាបណ្ណពីរដ្ឋ។ អ្នកផ្តល់សេវាក៏រួមបញ្ចូលទាំងមន្ទីរពេទ្យ ភ្នាក់ងារសុខភាពតាមផ្ទះ គ្លីនិក និងកន្លែងផ្សេងទៀតដែលផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាព សេវាសុខភាពអាកប្បកិរិយា ឧបករណ៍វេជ្ជសាស្ត្រ និង LTSS ជាក់លាក់ផងដែរ។

អ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ គឺជាអ្នកផ្តល់សេវាដែលធ្វើការជាមួយគម្រោងរបស់យើង។ អ្នកផ្តល់សេវាទាំងនេះយល់ព្រមទទួលយកការទូទាត់របស់យើងជាការទូទាត់ពេញលេញ។ អ្នកផ្តល់សេវាបណ្តាញចេញវិក្កយបត្រមកយើងដោយផ្ទាល់សម្រាប់ការថែទាំដែលពួកគេផ្តល់ឱ្យអ្នក។ នៅពេលអ្នកប្រើអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញជាធម្មតា អ្នកមិនចាំបាច់បង់ថ្លៃអ្វីសម្រាប់សេវាដែលបានធានារ៉ាប់រងទេ។

B. វិធានសម្រាប់ការទទួលបានសេវាដែលគម្រោងរបស់យើងរ៉ាប់រង

គម្រោងរបស់យើងរ៉ាប់រងសេវាទាំងអស់ដែល Medicare រ៉ាប់រង និងសេវា Medi-Cal ភាគច្រើន។ នេះរួមបញ្ចូលទាំងសេវាសុខភាពអាកប្បកិរិយា និង LTSS ជាក់លាក់។

ជាទូទៅ គម្រោងរបស់យើងនឹងរ៉ាប់រងសេវាថែទាំសុខភាព សេវាសុខភាពអាកប្បកិរិយា និង LTSS ជាច្រើនដែលអ្នកទទួលបាន នៅពេលអ្នកអនុវត្តតាមវិធានរបស់យើង។ ដើម្បីទទួលបានការរ៉ាប់រងដោយគម្រោងរបស់យើង៖

- ការថែទាំដែលអ្នកទទួលបាន ត្រូវតែរួមបញ្ចូលនៅក្នុងតារាងអត្ថប្រយោជន៍វេជ្ជសាស្ត្ររបស់យើង ក្នុង **ជំពូកទី 4** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះ។
- ការថែទាំត្រូវតែមានភាព**ចាំបាច់ខាងវេជ្ជសាស្ត្រ**។ ពាក្យថាចាំបាច់ខាងវេជ្ជសាស្ត្រ យើងសំដៅដល់សេវាដែលសមហេតុផល និងចាំបាច់ក្នុងការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ និងព្យាបាលស្ថានភាពសុខភាពរបស់អ្នក។ ការថែទាំដែលមានភាពចាំបាច់ខាងវេជ្ជសាស្ត្រ គឺចាំបាច់ដើម្បីការពារបុគ្គលម្នាក់ៗមិនឱ្យធ្លាក់ខ្លួនឈឺធ្ងន់ធ្ងរ ឬក្លាយជាពិការ និងជួយកាត់បន្ថយការឈឺចាប់ធ្ងន់ធ្ងរតាមរយៈការព្យាបាលជំងឺជំងឺផ្សេងៗ ឬរបួស។
- សម្រាប់សេវាវេជ្ជសាស្ត្រ អ្នកត្រូវតែមាន**អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំបឋម (PCP)** ក្នុងបណ្តាញ ដើម្បីផ្តល់ និងត្រួតពិនិត្យការថែទាំរបស់អ្នក។ ក្នុងនាមជាសមាជិកគម្រោង អ្នកត្រូវតែជ្រើសរើសអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញម្នាក់ធ្វើជា PCP របស់អ្នក (សូមមើល**ផ្នែក D1** សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម)។
    - ក្នុងករណីភាគច្រើន PCP របស់អ្នកក្នុងបណ្តាញត្រូវផ្តល់ការយល់ព្រមដល់អ្នក មុនពេលអ្នកអាចប្រើប្រាស់អ្នកផ្តល់សេវាដែលមិនមែនជា PCP របស់អ្នក ឬអ្នកផ្តល់សេវាផ្សេងទៀតក្នុងបណ្តាញរបស់គម្រោងយើង។ នេះហៅថា **ការបញ្ជូនបន្ត**។ ប្រសិនបើអ្នកមិនទទួលបានការយល់ព្រមទេ យើងប្រហែលជាមិនរ៉ាប់រងសេវាទាំងនោះទេ។

- អ្នកមិនត្រូវការលិខិតបញ្ជូនពី PCP របស់អ្នកសម្រាប់ការថែទាំសង្គ្រោះបន្ទាន់ ឬការថែទាំដែលត្រូវការជាបន្ទាន់ ដើម្បីទទួលសេវាពីអ្នកផ្តល់សេវាសុខភាពស្ត្រី ឬសេវាផ្សេងទៀតដែលបានរាយបញ្ជីនៅក្នុង**ផ្នែក D1 ការអនុញ្ញាតជាមុនឡើយ**។

- **អ្នកត្រូវតែទទួលការថែទាំពីអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ** (សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមមើល**ផ្នែក D** នៅក្នុងជំពូកនេះ)។ ជាធម្មតា យើងនឹងមិនធានារ៉ាប់រងការថែទាំពីអ្នកផ្តល់សេវាដែលមិនធ្វើការជាមួយគម្រោងសុខភាពរបស់យើងទេ។ នេះមានន័យថា អ្នកនឹងត្រូវបង់ថ្លៃពេញដល់អ្នកផ្តល់សេវាសម្រាប់សេវាដែលអ្នកបានទទួល។ នេះគឺជាករណីមួយចំនួនដែលវិធាននេះមិនអនុវត្ត៖

  - ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការការថែទាំក្នុងករណីសង្គ្រោះបន្ទាន់ ឬ ការថែទាំដែលត្រូវការជាបន្ទាន់ពីអ្នកផ្តល់សេវាក្រៅបណ្តាញ (សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមមើល**ផ្នែក H**)។

  - ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការការថែទាំដែលគម្រោងរបស់យើងរ៉ាប់រង ហើយអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញរបស់យើងមិនអាចផ្តល់ការថែទាំនេះបាន អ្នកអាចទទួលការថែទាំពីអ្នកផ្តល់សេវាក្រៅបណ្តាញ ប្រសិនបើយើង ឬក្រុមវេជ្ជសាស្ត្ររបស់យើងអនុម័តសេវានោះ មុនពេលអ្នកទទួលការថែទាំ។ ក្នុងស្ថានភាពនេះ យើងធានារ៉ាប់រងការថែទាំ ដូចជាអ្នកទទួលបានការថែទាំពីអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញដែរ។ សម្រាប់ព័ត៌មានអំពីការទទួលបានការអនុម័តដើម្បីប្រើប្រាស់អ្នកផ្តល់សេវាក្រៅបណ្តាញ សូមមើល **ផ្នែក D4**។

  - ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការសេវាលាងឈាមតម្រងនោម នៅពេលអ្នកនៅក្រៅតំបន់សេវារបស់គម្រោងរបស់យើងក្នុងរយៈពេលខ្លី ឬនៅពេលអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកមិនមានជាបណ្តោះអាសន្ន ឬមិនអាចចូលប្រើបាន អ្នកអាចទទួលការថែទាំពីអ្នកផ្តល់សេវាក្រៅបណ្តាញ។ ចំណែកចូលរួមបង់ប្រាក់ដែលអ្នកបង់សម្រាប់ការលាងឈាមមិនអាចលើសពីចំណែកចូលរួមបង់ប្រាក់នៅក្នុង Original Medicare ទេ។ ប្រសិនបើអ្នកនៅក្រៅតំបន់សេវារបស់គម្រោងរបស់យើង និងទទួលការលាងឈាមពីអ្នកផ្តល់សេវាក្រៅបណ្តាញរបស់គម្រោង ចំណែកចូលរួមបង់ប្រាក់របស់អ្នកមិនអាចលើសពីចំណែកចូលរួមបង់ប្រាក់ដែលអ្នកបង់ក្នុងបណ្តាញនោះទេ។ ទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយ ប្រសិនបើអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញធម្មតារបស់អ្នកសម្រាប់ការលាងឈាមតម្រងនោមមិនមានជាបណ្តោះអាសន្ន ហើយអ្នកជ្រើសរើសទទួលសេវានៅខាងក្នុងតំបន់សេវាពីអ្នកផ្តល់សេវាក្រៅបណ្តាញ នោះចំណែកចូលរួមបង់ប្រាក់សម្រាប់ការលាងឈាមតម្រងនោមអាចខ្ពស់ជាងនេះ។ ប្រសិនបើអាចធ្វើបាន សូមទូរស័ព្ទទៅសេវាសមាជិកតាមលេខទូរស័ព្ទនៅផ្នែកខាងក្រោមនៃទំព័រ មុនពេលអ្នកចាកចេញពីតំបន់សេវារបស់យើង ដើម្បីឱ្យយើងអាចជួយរៀបចំឱ្យអ្នកទទួលការលាងឈាមថែទាំនៅពេលអ្នកនៅក្រៅតំបន់សេវា។

  - ប្រសិនបើអ្នកជាសមាជិកថ្មីនៃគម្រោងរបស់យើង អ្នកអាចស្នើសុំបន្តប្រើប្រាស់អ្នកផ្តល់សេវាបច្ចុប្បន្នរបស់អ្នក។ ជាមួយនឹងករណីលើកលែងមួយចំនួន យើងត្រូវយល់ព្រមលើសំណើនេះ ប្រសិនបើយើងអាចកំណត់ថាអ្នកមានទំនាក់ទំនងដែលមានស្រាប់ជាមួយអ្នកផ្តល់សេវា។ សូមមើលជំពូកទី 1 នៃសៀវភៅណែនាំសមាជិកនេះ។ ប្រសិនបើយើងយល់ព្រមលើសំណើរបស់អ្នក អ្នកអាចបន្តប្រើប្រាស់អ្នកផ្តល់សេវាដែលអ្នកប្រើឥឡូវនេះរហូតដល់ 12 ខែសម្រាប់សេវា។ ក្នុងអំឡុងពេលនោះ អ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នកនឹងទាក់ទងអ្នក ដើម្បីជួយអ្នកស្វែងរកអ្នកផ្តល់សេវានៅក្នុងបណ្តាញរបស់យើង។ បន្ទាប់ពីរយៈពេល 12 ខែ យើងនឹងលែងរ៉ាប់រងការថែទាំរបស់អ្នកទៀត ប្រសិនបើអ្នកបន្តប្រើប្រាស់អ្នកផ្តល់សេវាដែលមិនស្ថិតក្នុងបណ្តាញរបស់យើង។

ការរ៉ាប់រងសុខភាពផ្សេងទៀត៖ អ្នកត្រូវតែប្រើប្រាស់ការរ៉ាប់រងសុខភាពផ្សេងទៀតទាំងអស់មុនពេលប្រើប្រាស់ Medi-Cal នៅពេលដែលមានសេវាដូចគ្នាក្រោមការរ៉ាប់រងសុខភាពចម្បងរបស់អ្នក ដោយសារ Medi-Cal គឺជាអ្នកទូទាត់ចុងក្រោយ។ នេះមានន័យថា ក្នុងករណីភាគច្រើន Medi-Cal នឹងជាអ្នកទូទាត់បន្ទាប់បន្សំចំពោះ Medicare ដោយរ៉ាប់រងថ្លៃចំណាយដែលអាចអនុញ្ញាតបាន ដែលមិនបានបង់ដោយ Medicare ឬការរ៉ាប់រងសុខភាពផ្សេងទៀត រហូតដល់អត្រា Medi-Cal។

សមាជិកថ្មីរបស់ Kaiser Permanente Dual Complete៖ ក្នុងករណីភាគច្រើន អ្នកនឹងត្រូវចុះឈ្មោះក្នុង Kaiser Permanente Dual Complete Plan សម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍ Medicare របស់អ្នកនៅថ្ងៃទី 1 នៃខែបន្ទាប់ពីអ្នកស្នើសុំចុះឈ្មោះក្នុង Kaiser Permanente Dual Complete។ អ្នកនៅតែអាចទទួលបានសេវា Medi-Cal របស់អ្នកពីគម្រោងសុខភាព Medi-Cal ពីមុនរបស់អ្នករហូតដល់រយៈពេលពីរខែ។ បន្ទាប់ពីនោះ អ្នកនឹងទទួលបានសេវា Medi-Cal របស់អ្នកតាមរយៈ Kaiser Permanente Dual Complete។ នឹងមិនមានតម្លាតក្នុងការរ៉ាប់រង Medi-Cal របស់អ្នកទេ។ សូមទូរសព្ទទៅលេខទូរសព្ទនៅផ្នែកខាងក្រោមនៃទំព័រនេះ ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរណាមួយ។

C. ការសម្របសម្រួលនៃការថែទាំរបស់អ្នក

C1. អ្វីជាអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំ

អ្នកសម្របសម្រួលកម្មវិធីគម្រោងតម្រូវការពិសេសរបស់អ្នក ទទួលខុសត្រូវក្នុងការសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នក។ ពួកគេនឹងទាក់ទងអ្នកជារៀងរាល់ឆ្នាំដើម្បីការវាយតម្លៃហានិភ័យសុខភាព និងបន្ទាប់ពីការចេញពីមន្ទីរពេទ្យផងដែរ។ (សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីរឿងនេះ សូមមើល**ជំពូកទី 2 ផ្នែក G**។)

C2. របៀបដែលអ្នកអាចទាក់ទងអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នកបាន

សូមមើល**ជំពូកទី 2 ផ្នែកទី G** សម្រាប់ព័ត៌មានអំពីរបៀបដែលអ្នកអាចទាក់ទងអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នក។

C3. របៀបដែលអ្នកអាចផ្លាស់ប្តូរអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នកបាន

ដើម្បីផ្លាស់ប្តូរអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នក សូមទាក់ទងអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នក (សូមមើល **ជំពូកទី 2 ផ្នែក G**សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម)។

D. ការថែទាំពីអ្នកផ្តល់សេវា

D1. ការថែទាំពីអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំបឋម (PCP)

អ្នកត្រូវតែជ្រើសរើសអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំបឋម (PCP) ដើម្បីផ្តល់ និងគ្រប់គ្រងការថែទាំរបស់អ្នក។

និយមន័យនៃ PCP និងអ្វីដែល PCP ធ្វើសម្រាប់អ្នក

អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំបឋមរបស់អ្នក គឺជាគ្រូពេទ្យដែលបំពេញតាមតម្រូវការរបស់រដ្ឋ និងត្រូវបានបណ្តុះបណ្តាលឱ្យផ្តល់ការថែទាំវេជ្ជសាស្ត្របឋមដល់អ្នក។ PCP របស់អ្នកក៏នឹងសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នកផងដែរ។ "ការសម្របសម្រួល" ការថែទាំរបស់អ្នករួមមានការត្រួតពិនិត្យ ឬពិគ្រោះយោបល់ជាមួយអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញផ្សេងទៀតអំពីការថែទាំរបស់អ្នក និងរបៀបដែលការថែនោះដំណើរការ។ ក្នុងករណីខ្លះ PCP របស់អ្នកនឹងត្រូវទទួលបានការអនុញ្ញាតជាមុន (ការអនុម័តជាមុន) ពីយើង (សូមមើល **D2** ក្នុងជំពូកនេះ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម)។

ជម្រើស PCP របស់អ្នក

PCP របស់អ្នកជាទូទៅនឹងប្រកបវិជ្ជាវេជ្ជសាស្ត្រទូទៅ (ហៅផងដែរថា វេជ្ជសាស្ត្រមនុស្សពេញវ័យ ឬវេជ្ជសាស្ត្រផ្ទៃក្នុង និងវេជ្ជសាស្ត្រគ្រួសារ) ហើយជួនកាលអាចប្រកបវិជ្ជារោគស្ត្រី/សម្ភព។ នៅតាមមណ្ឌលក្នុងបណ្តាញមួយចំនួន ប្រសិនបើអ្នកចង់ អ្នកអាចជ្រើសរើសគ្រូពេទ្យគិលានុបដ្ឋាយិកា ឬជំនួយការគ្រូពេទ្យដែលមានដើម្បីធ្វើជាអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំបឋមរបស់អ្នក។ PCP ត្រូវបានរាយក្នុង *សៀវភៅបញ្ជីឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថាន*។

PCP របស់អ្នកផ្តល់ ចេញវេជ្ជបញ្ជា ឬអនុញ្ញាតសេវាដែលបានធានារ៉ាប់រង និងចាំបាច់ខាងវេជ្ជសាស្ត្រ។ PCP របស់អ្នកនឹងផ្តល់ការថែទាំប្រចាំថ្ងៃ ឬការថែទាំជាមូលដ្ឋានភាគច្រើនរបស់អ្នក និងផ្តល់ការបញ្ជូនតាមតម្រូវការដើម្បីមើលអ្នកផ្តល់សេវាបណ្តាញផ្សេងទៀតសម្រាប់ការថែទាំផ្សេងទៀតដែលអ្នកត្រូវការ។ ឧទាហរណ៍ ដើម្បីទៅជួបគ្រូពេទ្យឯកទេស ជាធម្មតាអ្នកត្រូវទទួលបានការយល់ព្រមពី PCP របស់អ្នកជាមុនសិន (នេះហៅថាការទទួលបាន "ការបញ្ជូនបន្ត" ទៅកាន់គ្រូពេទ្យឯកទេស)។ មានសេវាដែលបានធានារ៉ាប់រងមួយចំនួនដែលអ្នកអាចទទួលបានដោយខ្លួនឯង ដោយមិនចាំបាច់ទាក់ទង PCP របស់អ្នកជាមុន (សូមមើល “សេវាដែលអ្នកអាចទទួលបានដោយគ្មានការយល់ព្រមពី PCP របស់អ្នក” ក្នុងជំពូកនេះ)។

សូមមើល *សៀវភៅបញ្ជីឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថាន*របស់អ្នក ឬទាក់ទងសេវាសមាជិក សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីការជ្រើសរើស PCP និងអ្នកផ្តល់សេវាណាខ្លះដែលកំពុងទទួលអ្នកជំងឺថ្មី។

ជម្រើសក្នុងការផ្លាស់ប្តូរ PCP របស់អ្នក

អ្នកអាចផ្លាស់ប្តូរ PCP របស់អ្នកដោយហេតុផលណាមួយ នៅពេលណាក៏បាន។ វាក៏អាចទៅរួចផងដែរដែលថា PCP របស់អ្នកអាចចាកចេញពីបណ្តាញរបស់គម្រោងរបស់យើង។ ប្រសិនបើ PCP របស់អ្នកចាកចេញពីបណ្តាញរបស់យើង យើងអាចជួយអ្នកស្វែងរក PCP ថ្មីក្នុងបណ្តាញរបស់យើងបាន។ ការជ្រើសរើស PCP របស់អ្នកនឹងមានប្រសិទ្ធភាពភ្លាមៗ។

ដើម្បីជ្រើសរើស ឬផ្លាស់ប្តូរ PCP របស់អ្នក សូមទូរសព្ទទៅលេខ**ជ្រើសរើសគ្រូពេទ្យផ្ទាល់ខ្លួនរបស់យើងតាមរយៈ** 1-888-956-1616 (TTY 711) ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 7 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 7 ល្ងាច។ **អ្នកក៏អាចធ្វើការជ្រើសរើសរបស់អ្នកនៅ** kp.org/finddoctors បានផងដែរ។

នៅពេលអ្នកហៅទូរសព្ទ សូមជម្រាបយើងខ្ញុំឱ្យដឹង ប្រសិនបើអ្នកកំពុងជួបគ្រូពេទ្យឯកទេស ឬទទួលសេវាដែលបានធានារ៉ាប់រងផ្សេងទៀតដែលត្រូវការការអនុម័តពី PCP របស់អ្នក (ដូចជា សេវាសុខភាពតាមផ្ទះ និងឧបករណ៍វេជ្ជសាស្ត្រប្រើប្រាស់បានយូរ) ដើម្បីឱ្យយើងអាចប្រាប់អ្នកថា តើអ្នកត្រូវទទួលបានការបញ្ជូនបន្តពី PCP ថ្មីរបស់អ្នក ដើម្បីបន្តទទួលសេវាទាំងនោះឬទេ។ លើសពីនេះ ប្រសិនបើមានគ្រូពេទ្យឯកទេសក្នុងបណ្តាញជាក់លាក់ ឬមន្ទីរពេទ្យណាមួយដែលអ្នកចង់ប្រើប្រាស់ សូមទាក់ទងមកយើងខ្ញុំ ដើម្បីសួរថាតើ PCP របស់អ្នកបញ្ជូនបន្តទៅកាន់គ្រូពេទ្យឯកទេសនោះ ឬបញ្ជូនអ្នកទៅមន្ទីរពេទ្យនោះឬទេ។

សេវាដែលអ្នកអាចទទួលបានដោយគ្មានការយល់ព្រមពី PCP របស់អ្នក

ក្នុងករណីភាគច្រើន អ្នកត្រូវការការយល់ព្រមពី PCP របស់អ្នក មុនពេលប្រើប្រាស់អ្នកផ្តល់សេវាផ្សេងទៀត។ ការយល់ព្រមនេះហៅថា **ការបញ្ជូនបន្ត**។ អ្នកអាចទទួលបានសេវាដូចជាសេវាដែលបានរាយខាងក្រោមដោយមិនចាំបាច់ទទួលបានការយល់ព្រមពី PCP របស់អ្នកជាមុនឡើយ៖

- សេវាសង្គ្រោះបន្ទាន់ពីអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ ឬអ្នកផ្តល់សេវាក្រៅបណ្តាញ
- សេវាដែលបានធានារ៉ាប់រង និងចាំបាច់បន្ទាន់ ដែលតម្រូវឱ្យមានការយកចិត្តទុកដាក់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រភ្លាមៗ (ប៉ុន្តែមិនមែនជាសេវាសង្គ្រោះន្ទាន់) ប្រសិនបើអ្នកស្ថិតនៅក្រៅតំបន់សេវារបស់គម្រោងយើងជាបណ្តោះអាសន្ន ឬប្រសិនបើដោយផ្អែកលើពេលវេលា ទីកន្លែង និងស្ថានភាពរបស់អ្នក វាមិនសមហេតុផលក្នុងការទទួលសេវានេះពីអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ។ ឧទាហរណ៍នៃសេវាចាំបាច់បន្ទាន់គឺជំងឺ និងរបួសដែលមិនបានរំពឹងទុកជាមុន ឬការរើឡើងនៃជំងឺដែលមិននឹកស្មានដល់។ ការជួបអ្នកផ្តល់សេវាជាប្រចាំដែលចាំបាច់ខាងវេជ្ជសាស្ត្រ (ដូចជាការពិនិត្យសុខភាពប្រចាំឆ្នាំ) មិនត្រូវបានចាត់ទុកថាចាំបាច់បន្ទាន់ឡើយ ទោះបីជាអ្នកនៅក្រៅតំបន់សេវារបស់គម្រោងយើង ឬបណ្តាញរបស់យើងមិនអាចប្រើបានជាបណ្តោះអាសន្នក៏ដោយ
- សេវាលាងតឈាមម្រងនោម ដែលអ្នកទទួលបាននៅឯកន្លែងលាងឈាមដែលមានការបញ្ជាក់ពី Medicare នៅពេលអ្នកនៅខាងក្រៅតំបន់សេវារបស់គម្រោងរបស់យើង។ ប្រសិនបើអ្នកទូរសព្ទទៅសេវាសមាជិក មុនពេលអ្នកចាកចេញពីតំបន់សេវា យើងអាចជួយអ្នកឱ្យទទួលការលាងឈាមនៅពេលអ្នកនៅក្រៅតំបន់សេវា។
- ការចាក់វ៉ាក់សាំងបង្ការជំងឺផ្តាសាយធំ និងវ៉ាក់សាំងបង្ការជំងឺ COVID-19 ក៏ដូចជាវ៉ាក់សាំងបង្ការជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B និងវ៉ាក់សាំងបង្ការជំងឺរលាកទងសួត ដរាបណាអ្នកទទួលបានវ៉ាក់សាំងទាំងនោះពីអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ។
- សេវាថែទាំសុខភាពស្ត្រីជាប្រចាំ និងសេវាដែនការគ្រួសារ។ ចំណុចនេះរួមមានការពិនិត្យសុដន់ ការថតម៉ាម៉ូក្រាមសម្រាប់ពិនិត្យរកជំងឺ (ការថតកាំរស្មីអ៊ុចសុដន់) ការធ្វើតេស្ត Pap និងការពិនិត្យអាងត្រគាក ដរាបណាអ្នកទទួលសេវាទាំងនោះពីអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ។
- មតិទីពីរពីអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញម្នាក់ទៀត។
- ការណាត់ជួបនៅក្នុងផ្នែកដូចខាងក្រោម៖ ផ្នែកវាស់ភ្នែក បញ្ហាប្រើប្រាស់សារធាតុញៀន និងផ្នែកវិកលចរិត។
- នៅក្នុងតំបន់ Southern California របស់យើង សេវាថែទាំកែតម្រូវឆ្អឹងខ្នង ដែលរ៉ាប់រងដោយ Medicare ដរាបណាអ្នកទទួលសេវានេះពីអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ។

បន្ថែមពីលើនេះ ប្រសិនបើអ្នកជាសមាជិកជនជាតិដើមអាម៉េរិកអ្នកអាចទទួលបានសេវាដែលបានធានារ៉ាប់រងពីអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពជនជាតិដើមអាម៉េរិកតាមជម្រើសរបស់អ្នក ដោយមិនតម្រូវឱ្យមានការបញ្ជូនបន្តពី PCP ក្នុងបណ្តាញ ឬ ការអនុញ្ញាតជាមុនឡើយ។

D2. ការថែទាំពីគ្រូពេទ្យឯកទេស និងអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញផ្សេងទៀត

គ្រូពេទ្យឯកទេស គឺជាវេជ្ជបណ្ឌិតដែលផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពសម្រាប់ជំងឺជាក់លាក់ណាមួយ ឬផ្នែកណាមួយនៃរាងកាយ។ មានគ្រូពេទ្យឯកទេសជាច្រើនប្រភេទ ដូចជា៖

- អ្នកឯកទេសជំងឺមហារីក ដែលផ្តល់ការថែទាំដល់អ្នកជំងឺមហារីក។
- គ្រូពេទ្យឯកទេសបេះដូង ដែលផ្តល់ការថែទាំដល់អ្នកជំងឺដែលមានបញ្ហាបេះដូង។
- គ្រូពេទ្យឯកទេសឆ្អឹង ដែលផ្តល់ការថែទាំដល់អ្នកជំងឺដែលមានបញ្ហាឆ្អឹង សន្លាក់ ឬសាច់ដុំ។

ការបញ្ជូនបន្តពី PCP របស់អ្នក

ជាធម្មតា អ្នកនឹងជួប PCP របស់អ្នកជាមុនសិន សម្រាប់តម្រូវការថែទាំសុខភាពជាប្រចាំរបស់អ្នកភាគច្រើន។ មានសេវាដែលបានធានារ៉ាប់រងតែពីរបីប្រភេទប៉ុណ្ណោះដែលអ្នកអាចទទួលបានដោយខ្លួនឯង ដោយមិនចាំបាច់ទទួលបានការយល់ព្រមពី PCP របស់អ្នកជាមុន ដែលត្រូវបានពិពណ៌នានៅក្នុង **ផ្នែក D1** ខាងលើ។

ការបញ្ជូនបន្តជាលាយលក្ខណ៍អក្សរអាចសម្រាប់ការទៅជួបមួយលើក ឬអាចជាការបញ្ជូនបន្តដែលមានសុពលភាពសម្រាប់ការទៅជួបច្រើនជាងមួយលើក ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការសេវាបន្តបន្ទាប់។ យើងត្រូវតែផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវការបញ្ជូនបន្តដែលមានសុពលភាពទៅកាន់គ្រូពេទ្យឯកទេសដែលមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់លក្ខខណ្ឌណាមួយក្នុងចំណោមលក្ខខណ្ឌទាំងនេះ៖

- ស្ថានភាពរ៉ាំរ៉ៃ (បន្តបន្ទាប់)
- ជំងឺផ្លូវចិត្ត ឬផ្លូវកាយដែលគំរាមកំហែងដល់ជីវិត
- ជំងឺ ឬពិការភាពដែលរីកចម្រើនកាន់តែធ្ងន់
- ស្ថានភាព ឬជំងឺផ្សេងទៀតដែលធ្ងន់ធ្ងរ ឬស្មុគស្មាញគ្រប់គ្រាន់ដែលតម្រូវឱ្យមានការព្យាបាលដោយគ្រូពេទ្យឯកទេស។

ប្រសិនបើអ្នកមិនទទួលបានការបញ្ជូនបន្តជាលាយលក្ខណ៍អក្សរនៅពេលចាំបាច់ទេ វិក្កយបត្រនោះមិនអាចទូទាត់បានឡើយ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមទូរសព្ទទៅសេវាបម្រើសមាជិកតាមលេខនៅផ្នែកខាងក្រោមនៃទំព័រនេះ។

ការបញ្ជូនបន្តទៅកាន់អ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ

នៅពេល PCP របស់អ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាឱ្យទទួលសេវាថែទាំដែលមិនមានផ្តល់ដោយ PCP (ឧទាហរណ៍ សេវាថែទាំដោយអ្នកឯកទេស) គាត់នឹងផ្តល់ការបញ្ជូនឱ្យអ្នកទៅជួបអ្នកឯកទេសក្នុងបណ្តាញ ឬអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញផ្សេងទៀតតាមការចាំបាច់។ ប្រសិនបើ PCP របស់អ្នកបញ្ជូនអ្នកទៅកាន់គ្រូពេទ្យឯកទេសបណ្តាញនោះការបញ្ជូនបន្តគឺសម្រាប់គម្រោងព្យាបាលជាក់លាក់មួយ។ គម្រោងព្យាបាលរបស់អ្នកអាចរួមបញ្ចូលលិខិតបញ្ជូនប្រចាំការ ប្រសិនបើ ការថែទាំបន្តពីគ្រូពេទ្យឯកទេសត្រូវបានចេញវេជ្ជបញ្ជា។ យើងនឹងផ្ញើជូនអ្នកនូវលិខិតបញ្ជូនបន្តជាលាយលក្ខណ៍អក្សរដើម្បីផ្តល់ការអនុញ្ញាតសម្រាប់ការពិគ្រោះយោបល់ដំបូង ឬចំនួនដងនៃការទៅពិនិត្យដែលបានកំណត់ជាមួយគ្រូពេទ្យឯកទេសក្នុងបណ្តាញ។ បន្ទាប់ពីការពិគ្រោះយោបល់ដំបូងរបស់អ្នកជាមួយគ្រូពេទ្យឯកទេសបណ្តាញនោះ អ្នកត្រូវតែត្រលប់ទៅ PCP របស់អ្នកវិញ លុះត្រាតែយើងបានផ្តល់សិទ្ធិឱ្យមានការចូលជួបបន្ថែមទៀត ដូចដែលបានបញ្ជាក់នៅក្នុងការបញ្ជូនបន្តជាលាយលក្ខណ៍អក្សរដែលយើងបានផ្តល់ឱ្យអ្នក។ មិនត្រូវទៅរកគ្រូពេទ្យឯកទេសក្នុងបណ្តាញទៀតនោះទេ បន្ទាប់ពីការទៅពិគ្រោះយោបល់ដំបូងរបស់អ្នក លុះត្រាតែយើងបានផ្តល់សិទ្ធិឱ្យមានការជួបពិនិត្យបន្ថែមនៅក្នុងការបញ្ជូនបន្តរបស់អ្នក។ បើមិនដូច្នេះទេ សេវាទាំងនោះមិនអាចទទួលបានការរ៉ាប់រងឡើយ។

ការអនុញ្ញាតជាមុន

សម្រាប់សេវា និងសម្ភារៈដែលបានរាយខាងក្រោម អ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញរបស់អ្នកនឹងត្រូវទទួលបានការយល់ព្រមជាមុនពីគម្រោងរបស់យើង ឬក្រុមវេជ្ជសាស្ត្រ (នេះហៅថា “ការអនុញ្ញាតជាមុន”)។ ការសម្រេចចិត្តលើសំណើសុំការអនុញ្ញាត នឹងធ្វើឡើងដោយវេជ្ជបណ្ឌិតដែលមានអាជ្ញាបណ្ណ ឬអ្នកជំនាញផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដែលមានអាជ្ញាបណ្ណសមស្របផ្សេងទៀតតែប៉ុណ្ណោះ។ ប្រសិនបើអ្នកមិនយល់ស្របនឹងការសម្រេចចិត្តអំពីការអនុញ្ញាត អ្នកអាចដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ដូចដែលបានពិពណ៌នានៅក្នុង**ជំពូកទី 9**។

- សេវា និងសម្ភារៈដែលបានកំណត់នៅក្នុង **ជំពូកទី 4** ដោយមានសញ្ញាលេខយោង (†)។
- ប្រសិនបើអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញរបស់អ្នកសម្រេចថា អ្នកត្រូវការសេវាដែលបានធានារ៉ាប់រង ដែលមិនអាចទទួលបានពីអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ គាត់នឹងណែនាំទៅក្រុមវេជ្ជសាស្ត្រឱ្យបញ្ជូនអ្នកទៅកាន់អ្នកផ្តល់សេវាក្រៅបណ្តាញនៅក្នុង ឬក្រៅតំបន់សេវារបស់យើង។ អ្នកតំណាងដែលសមស្របរបស់ក្រុមវេជ្ជសាស្ត្រនឹងយល់ព្រមលើសេវាទាំងនោះ ប្រសិនបើគាត់កំណត់ថា សេវាដែលបានធានារ៉ាប់រងនោះមានភាពចាំបាច់ខាងវេជ្ជសាស្ត្រ និងមិនអាចទទួលបានពីអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ។ ការបញ្ជូនបន្តទៅកាន់អ្នកផ្តល់សេវាក្រៅបណ្តាញនឹងធ្វើឡើងសម្រាប់គម្រោងព្យាបាលជាក់លាក់មួយ ដែលអាចរួមបញ្ចូលការបញ្ជូនបន្តជាប្រចាំ ប្រសិនបើមានការចេញវេជ្ជបញ្ជាឱ្យទទួលការថែទាំបន្ត។ វាបញ្ជាក់ពីរយៈពេលនៃការបញ្ជូនបន្ត ដោយមិនចាំបាច់ស្នើសុំការអនុញ្ញាតបន្ថែមពីយើងឡើយ។ សូមសួរអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញរបស់អ្នកថាតើសេវាអ្វីខ្លះត្រូវបានអនុញ្ញាត ប្រសិនបើអ្នកមិនប្រាកដ។ ប្រសិនបើគ្រូពេទ្យឯកទេសក្រៅបណ្តាញចង់ឱ្យអ្នកត្រឡប់ទៅជួបសម្រាប់ការថែទាំបន្ថែម សូមប្រាកដថាបានពិនិត្យមើលថា តើការបញ្ជូនបន្តនោះរ៉ាប់រងលើការថែទាំបន្ថែមនោះឬទេ។ ប្រសិនបើមិនមានការរ៉ាប់រងទេ សូមទាក់ទងអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញរបស់អ្នក។
- បន្ទាប់ពីយើងកំណត់ថា អ្នកត្រូវការការថែទាំក្រោយពេលមានស្ថិរភាពពីអ្នកផ្តល់សេវាក្រៅបណ្តាញ បន្ទាប់ពីការថែទាំសង្គ្រោះបន្ទាន់ យើងនឹងពិភាក្សាអំពីស្ថានភាពរបស់អ្នកជាមួយអ្នកផ្តល់សេវាក្រៅបណ្តាញ។ ប្រសិនបើយើងសម្រេចថា អ្នកត្រូវការការថែទាំក្រោយពេលមានស្ថិរភាព ហើយការថែទាំនេះនឹងត្រូវបានរ៉ាប់រង ប្រសិនបើអ្នកទទួលបានពីអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ យើងនឹងយល់ព្រមឱ្យអ្នកទទួលការថែទាំពីអ្នកផ្តល់សេវាក្រៅបណ្តាញ លុះត្រាតែយើងមិនអាចរៀបចំឱ្យអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ (ឬអ្នកផ្តល់សេវាដែលបានកំណត់ផ្សេងទៀត) ផ្តល់ការថែទាំនោះបាន។ សូមមើល **ផ្នែក H** នៅក្នុងជំពូកនេះ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។
- ការវះកាត់ប្លាស្ទិក និងនីតិវិធីពាក់ព័ន្ធដែលចាំបាច់ខាងវេជ្ជសាស្ត្រ។
- ការថែទាំពីគ្រឹះស្ថានថែទាំសុខភាពមិនមែនវេជ្ជសាស្ត្រតាមបែបសាសនា ដែលបានពិពណ៌នានៅក្នុង **ផ្នែក K** នៃជំពូកនេះ។
- សម្រាប់តែសមាជិកនៅ Northern California ប៉ុណ្ណោះ៖ ប្រសិនបើអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញរបស់អ្នកធ្វើការបញ្ជូនជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ ឬតាមប្រព័ន្ធអេឡិចត្រូនិកសម្រាប់ការវាយតម្លៃការប្តូរសរីរាង្គ គណៈកម្មាធិការ ឬក្រុមប្រឹក្សាប្រឹក្សាការប្តូរសរីរាង្គប្រចាំតំបន់របស់ក្រុមវេជ្ជសាស្ត្រ ឬសន្និសីទពិភាក្សាករណី (ប្រសិនបើមាន) នឹងយល់ព្រមលើការបញ្ជូន ប្រសិនបើវាកំណត់ថា អ្នកជាបេក្ខជនដែលមានសក្តានុពលសម្រាប់ការប្តូរសរីរាង្គ ហើយសេវានោះត្រូវបានរ៉ាប់រងស្របតាមគោលការណ៍ណែនាំរបស់ Medicare។ ក្នុងករណីដែលមិនមានគណៈកម្មាធិការ ឬក្រុមប្រឹក្សាប្តូរសរីរាង្គទេ ក្រុមវេជ្ជសាស្ត្រនឹងបញ្ជូនអ្នកទៅកាន់គ្រូពេទ្យនៅមជ្ឈមណ្ឌលប្តូរសរីរាង្គ ហើយក្រុមវេជ្ជសាស្ត្រនឹងយល់ព្រមលើសេវាទាំងនោះ ប្រសិនបើគ្រូពេទ្យនៅមជ្ឈមណ្ឌលប្តូរសរីរាង្គកំណត់ថា សេវាទាំងនោះចាំបាច់ខាងវេជ្ជសាស្ត្រ ឬត្រូវបានរ៉ាប់រងស្របតាមគោលការណ៍ណែនាំរបស់ Medicare។ ចំណាំ៖ គ្រូពេទ្យក្នុងបណ្តាញអាចផ្តល់ឬយល់ព្រមលើការប្តូរកញ្ចក់ភ្នែក ដោយមិនចាំបាច់ប្រើនីតិវិធីសុំការអនុញ្ញាតសម្រាប់ការប្តូរសរីរាង្គរបស់ក្រុមវេជ្ជសាស្ត្រនេះឡើយ។

D3. នៅពេលអ្នកផ្តល់សេវាចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើង

អ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញដែលអ្នកប្រើប្រាស់អាចចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើង។ ប្រសិនបើអ្នកផ្តល់សេវាម្នាក់របស់អ្នកចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើង អ្នកមានសិទ្ធិ និងការការពារដូចខាងក្រោម៖

- ទោះបីជាបណ្តាញអ្នកផ្តល់សេវារបស់យើងមានការផ្លាស់ប្តូរក្នុងអំឡុងឆ្នាំគម្រោងក៏ដោយ យើងត្រូវតែធានាថា អ្នកអាចបន្តទទួលបានសេវាពីអ្នកផ្តល់សេវាដែលមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ដោយមិនមានការរំខាន។
- យើងនឹងជូនដំណឹងដល់អ្នកថា អ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកកំពុងចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើង ដើម្បីឱ្យអ្នកមានពេលជ្រើសរើសអ្នកផ្តល់សេវាថ្មី។
    - ប្រសិនបើអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំបឋម ឬអ្នកផ្តល់សេវាសុខភាពផ្លូវចិត្ត និងអាកប្បកិរិយារបស់អ្នកចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើង យើងនឹងជូនដំណឹងដល់អ្នក ប្រសិនបើអ្នកបានទៅជួបអ្នកផ្តល់សេវានោះក្នុងរយៈពេលបីឆ្នាំកន្លងមក។
    - ប្រសិនបើអ្នកផ្តល់សេវាផ្សេងទៀតណាមួយរបស់អ្នកចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើង យើងនឹងជូនដំណឹងដល់អ្នក ប្រសិនបើអ្នកត្រូវបានចាត់តាំងឱ្យទៅអ្នកផ្តល់សេវានោះ បច្ចុប្បន្នកំពុងទទួលការថែទាំពីអ្នកផ្តល់សេវានោះ ឬបានទៅជួបអ្នកផ្តល់សេវានោះក្នុងរយៈពេលបីខែកន្លងមក។
- យើងនឹងជួយអ្នកជ្រើសរើសអ្នកផ្តល់សេវាថ្មីក្នុងបណ្តាញដែលមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ដើម្បីបន្តគ្រប់គ្រងតម្រូវការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក។
- ប្រសិនបើបច្ចុប្បន្នអ្នកកំពុងទទួលការព្យាបាលផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ ឬការព្យាបាលផ្សេងទៀតពីអ្នកផ្តល់សេវាបច្ចុប្បន្នរបស់អ្នក អ្នកមានសិទ្ធិស្នើសុំបន្តទទួលការព្យាបាល ឬការព្យាបាលផ្សេងទៀតដែលចាំបាច់ខាងវេជ្ជសាស្ត្រពីអ្នកផ្តល់សេវាផ្សេងទៀតក្នុងបណ្តាញរបស់យើង។ យើងនឹងធ្វើការជាមួយអ្នកដើម្បីឱ្យអ្នកអាចបន្តទទួលបានការថែទាំ។
- យើងនឹងផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវព័ត៌មានអំពីរយៈពេលចុះឈ្មោះដែលមាន និងជម្រើសដែលអ្នកប្រហែលជាមានសម្រាប់ការផ្លាស់ប្តូរគម្រោង។
- ប្រសិនបើយើងមិនអាចរកបានគ្រូពេទ្យឯកទេសក្នុងបណ្តាញដែលមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ និងអាចឱ្យអ្នកទៅជួបបានទេ យើងត្រូវរៀបចំគ្រូពេទ្យឯកទេសក្រៅបណ្តាញដើម្បីផ្តល់ការថែទាំដល់អ្នក នៅពេលដែលអ្នកផ្តល់សេវា ឬអត្ថប្រយោជន៍ក្នុងបណ្តាញមិនមាន ឬមិនគ្រប់គ្រាន់ដើម្បីបំពេញតម្រូវការវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នក។ អ្នកតំណាងដែលសមស្របរបស់ក្រុមវេជ្ជសាស្ត្រនឹងយល់ព្រមលើសេវាទាំងនោះ ប្រសិនបើគាត់កំណត់ថា សេវាដែលបានធានារ៉ាប់រងនោះមានភាពចាំបាច់ខាងវេជ្ជសាស្ត្រ និងមិនអាចទទួលបានពីអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ។ ការបញ្ជូនបន្តទៅកាន់អ្នកផ្តល់សេវាក្រៅបណ្តាញនឹងធ្វើឡើងសម្រាប់គម្រោងព្យាបាលជាក់លាក់មួយដែលអាចរួមបញ្ចូលការបញ្ជូនបន្តជាប្រចាំ ប្រសិនបើមានការចេញវេជ្ជបញ្ជាឱ្យទទួលការថែទាំបន្ត។ វាបញ្ជាក់ពីរយៈពេលនៃការបញ្ជូនបន្ត ដោយមិនចាំបាច់ស្នើសុំការអនុញ្ញាតបន្ថែមពីយើងឡើយ។ សូមសួរអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញរបស់អ្នកថា តើសេវាណាខ្លះត្រូវបានអនុញ្ញាត ប្រសិនបើអ្នកមិនប្រាកដ។ ប្រសិនបើគ្រូពេទ្យឯកទេសក្រៅបណ្តាញចង់ឱ្យអ្នកត្រឡប់ទៅជួបសម្រាប់ការថែទាំបន្ថែម សូមប្រាកដថាបានពិនិត្យមើលថា តើការបញ្ជូនបន្តនោះរ៉ាប់រងលើការថែទាំបន្ថែមនោះឬទេ។ ប្រសិនបើមិនមានការរ៉ាប់រងទេ សូមទាក់ទងអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញរបស់អ្នក។
- ប្រសិនបើអ្នកដឹងថា អ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកម្នាក់កំពុងចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើង សូមទាក់ទងមកយើង។ យើងអាចជួយអ្នកជ្រើសរើសអ្នកផ្តល់សេវាថ្មីដើម្បីគ្រប់គ្រងការថែទាំរបស់អ្នក។

- ប្រសិនបើអ្នកគិតថា ពួកយើងមិនបានជំនួសអ្នកផ្តល់សេវាមុនរបស់អ្នកជាមួយអ្នកផ្តល់សេវាដែលមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ ឬពួកយើងមិនបានគ្រប់គ្រងការថែទាំរបស់អ្នកបានល្អទេ អ្នកមានសិទ្ធិដាក់បណ្តឹងតវ៉ាអំពីគុណភាពនៃការថែទាំទៅកាន់អង្គការកែលម្អគុណភាព (QIO) បណ្តឹងសាទុក្ខអំពីគុណភាពនៃការថែទាំ ឬទាំងពីរ។ (សូមមើល**ជំពូកទី 9** សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។)

D4. អ្នកផ្តល់សេវាក្រៅបណ្តាញ

ប្រសិនបើអ្នកប្រើអ្នកផ្តល់សេវាក្រៅបណ្តាញ អ្នកផ្តល់សេវានោះត្រូវតែទទួលយក Medicare និង/ឬ Medi-Cal។

- យើងមិនអាចបង់ប្រាក់ឱ្យអ្នកផ្តល់សេវាដែលមិនមានសិទ្ធិចូលរួមក្នុង Medicare និង/ឬ Medi-Cal បានទេ។
- ប្រសិនបើអ្នកប្រើអ្នកផ្តល់សេវាដែលមិនមានសិទ្ធិចូលរួមក្នុង Medicare អ្នកត្រូវតែបង់ថ្លៃពេញលេញនៃសេវាដែលអ្នកបានទទួល។
- អ្នកផ្តល់សេវាត្រូវតែប្រាប់អ្នក ប្រសិនបើពួកគេមិនមានសិទ្ធិចូលរួមក្នុង Medicare។

E. សេវា និងការគាំទ្រយៈពេលវែង (LTSS)

LTSS អាចជួយអ្នកស្នាក់នៅផ្ទះ និងជៀសវាងការស្នាក់នៅមន្ទីរពេទ្យ ឬមណ្ឌលថែទាំជំនាញ។ អ្នកអាចទទួលបាន LTSS មួយចំនួនតាមរយៈគម្រោងរបស់យើង រួមមានការថែទាំនៅមណ្ឌលថែទាំជំនាញ សេវាសម្រាប់មនុស្សពេញវ័យតាមសហគមន៍ (CBAS) និងការគាំទ្រសហគមន៍។ LTSS មួយប្រភេទទៀត គឺកម្មវិធីសេវាផ្តល់ការគាំទ្រនៅតាមផ្ទះ ដែលមានតាមរយៈទីភ្នាក់ងារសេវាសង្គមខោនធីរបស់អ្នក។

អ្នកអាចសួរវេជ្ជបណ្ឌិត ឬអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នកសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពី LTSS រួមទាំង IHSS បាន។ អ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នកអាចជួយអ្នកដាក់ពាក្យស្នើសុំ IHSS ដោយទាក់ទងទីភ្នាក់ងារសេវាសង្គមខោនធីសមស្របដែលមានចែងក្នុង**ជំពូកទី 4 ផ្នែក F4** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះ។

F. សេវាសុខភាពអាកប្បកិរិយា (សុខភាពផ្លូវចិត្ត និងជំងឺដែលបណ្តាលមកពីការប្រើប្រាស់សារធាតុញៀន)

អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានសេវាសុខភាពអាកប្បកិរិយាដែលចាំបាច់ខាងវេជ្ជសាស្ត្រ ដែល Medicare និង Medi-Cal ធានារ៉ាប់រង។ យើងផ្តល់ជូនការទទួលបានសេវាសុខភាពអាកប្បកិរិយា ដែលរ៉ាប់រងដោយ Medicare និងការថែទាំដែលគ្រប់គ្រងដោយ Medi-Cal។ គម្រោងរបស់យើងមិនផ្តល់សេវាសុខភាពផ្លូវចិត្តឯកទេស Medi-Cal ឬសេវាសម្រាប់បញ្ហាប្រើប្រាស់សារធាតុញៀនរបស់ខោនធីទេ ប៉ុន្តែសេវាទាំងនេះមានសម្រាប់អ្នកតាមរយៈទីភ្នាក់ងារសុខភាពអាកប្បកិរិយាខោនធីរបស់អ្នក ដែលមានរាយឈ្មោះខាងក្រោម៖

- Alameda County Department of Mental Health តាមរយៈលេខ 1-800-491-9099 (TTY 1-800-533-5018)
- Alameda County Department of Substance Abuse តាមរយៈលេខ 1-844-682-7215 (TTY 1-800-533-5018)
- Amador County Behavioral Health តាមរយៈលេខ 1-888-310-6555 (TTY 711)
- Contra Costa County Behavioral Health តាមរយៈលេខ 1-888-678-7277 (TTY 711)

- El Dorado County Behavioral Health តាមរយៈលេខ 1-800-929-1955 (TTY 711)
- Fresno County Behavioral Health តាមរយៈលេខ 1-800-654-3937 (TTY 711)
- Kern County Behavioral Health តាមរយៈលេខ 1-800-991-5272 (TTY 711)
- Kings County Behavioral Health តាមរយៈលេខ 1-800-655-2553 (TTY 711)
- Los Angeles County Department of Mental Health តាមរយៈលេខ 1-800-854-7771 (TTY 711)
- Madera County Behavioral Health តាមរយៈលេខ 1-888-275-9779 (TTY 711)
- Marin County Behavioral Health តាមរយៈលេខ 1-888-818-1115 (TTY 711)
- Mariposa County Behavioral Health តាមរយៈលេខ 1-800-549-6741 (TTY 711)
- Napa County Behavioral Health តាមរយៈលេខ 1-800-648-8650 (TTY 711)
- Orange County Mental Health and Recovery Services តាមរយៈលេខ 1-855-625-4657 (TTY 711)
- Placer County Behavioral Health តាមរយៈលេខ 1-888-886-5401 (TTY 711)
- Riverside County Behavioral Health តាមរយៈលេខ 1-800-499-3008 (TTY 711)
- San Bernardino Department of Behavioral Health តាមរយៈលេខ 1-888-743-1478 (TTY 711)
- San Diego County Behavioral Health Services តាមរយៈលេខ 1-888-724-7240 (TTY 711)
- Sacramento County Behavioral Health Services តាមរយៈលេខ 1-888-881-4881 (TTY 711)
- San Mateo County Behavioral Health and Recovery Services តាមរយៈលេខ 1-800-686-0101 (TTY 711)
- San Francisco County Behavioral Health តាមរយៈលេខ 1-888-246-3333 (711)
- San Joaquin County Behavioral Health តាមរយៈលេខ 1-888-468-9370 (711)
- Santa Clara County Behavioral Health Services តាមរយៈលេខ 1-800-704-0900 (TTY 711)
- Santa Cruz County Behavioral Health តាមរយៈលេខ 1-800-952-2335 (711)
- Solano County Behavioral Health តាមរយៈលេខ 1-800-547-0495 (711)
- Sonoma County Behavioral Health តាមរយៈលេខ 1-800-870-8786 (711)
- Stanislaus County Behavioral Health តាមរយៈលេខ 1-888-376-6246 (711)
- Tulare County Department of Mental Health តាមរយៈលេខ 1-800-320-1616 (TTY 711)

- Tulare County Department of Substance Abuse តាមរយៈលេខ 1-866-732-4114 (TTY 711)
- Ventura County Behavioral Health តាមរយៈលេខ 1-866-998-2243 (TTY 711)
- Yolo County Behavioral Health តាមរយៈលេខ 1-888-965-6647 (TTY 1-800-735-2929)
- Yuba County Behavioral Health តាមរយៈលេខ 1-888 923-3800 (TTY 711)

F1. សេវាសុខភាពអាកប្បកិរិយា Medi-Cal ដែលផ្តល់ក្រៅគម្រោងរបស់យើង

សេវាសុខភាពផ្លូវចិត្តឯកទេសរបស់ Medi-Cal មានផ្តល់ជូនអ្នកតាមរយៈគម្រោងសុខភាពផ្លូវចិត្តប្រចាំខោនធី (MHP) ប្រសិនបើអ្នកបំពេញតាមលក្ខខណ្ឌតម្រូវដើម្បីទទួលបានសេវាសុខភាពផ្លូវចិត្តឯកទេស។
សេវាសុខភាពផ្លូវចិត្តឯកទេស Medi-Cal ដែលផ្តល់ដោយទីភ្នាក់ងារសុខភាពអាកប្បកិរិយាខោនធីរបស់អ្នក (ដែលមានរាយក្នុង**ផ្នែក F** នៃជំពូកនេះ) រួមមាន៖

- សេវាសុខភាពផ្លូវចិត្ត
- សេវាគាំទ្រផ្នែកថ្នាំពេទ្យ
- សេវាព្យាបាលជិតដល់ពេលថ្ងៃ
- ការស្តារនីតិសម្បទាពេលថ្ងៃ
- សេវាអន្តរាគមន៍ក្នុងពេលមានវិបត្តិ
- សេវាធ្វើឱ្យមានស្ថិរភាពក្នុងពេលមានវិបត្តិ
- សេវាព្យាបាលនៅកន្លែងស្នាក់នៅសម្រាប់មនុស្សពេញវ័យ
- សេវាព្យាបាលនៅកន្លែងស្នាក់នៅពេលមានវិបត្តិ
- សេវាកន្លែងថែទាំសុខភាពផ្លូវចិត្ត
- សេវាមន្ទីរពេទ្យសម្រាប់អ្នកជំងឺសម្រាកព្យាបាលក្នុងមន្ទីរពេទ្យផ្នែកសុខភាពផ្លូវចិត្ត
- ការគ្រប់គ្រងករណីតាមគោលដៅ
- ការធ្វើសមាហរណកម្មឡើងវិញសម្រាប់អ្នកពាក់ព័ន្ធនឹងប្រព័ន្ធយុត្តិធម៌ នៅកន្លែងដែលមានផ្តល់ជូន
- ការព្យាបាលក្នុងសហគមន៍យ៉ាងសកម្ម (ACT) នៅកន្លែងដែលមានផ្តល់ជូន
- ការព្យាបាលក្នុងសហគមន៍យ៉ាងសកម្មផ្នែកកោសល្យវិច័យ (FACT) នៅកន្លែងដែលមានផ្តល់ជូន
- ការថែទាំឯកទេសដោយមានការសម្របសម្រួល (CSC) សម្រាប់អាការៈវិកលចរិតដំណាក់កាលដំបូង (FEP) នៅកន្លែងដែលមានផ្តល់ជូន
- សេវាក្លឹបគាំទ្រសហគមន៍ នៅកន្លែងដែលមានផ្តល់ជូន
- សេវាបុគ្គលិកសុខាភិបាលសហគមន៍ (CHW) កម្រិតខ្ពស់ នៅកន្លែងដែលមានផ្តល់ជូន
- ការងារដែលមានជំនួយ នៅកន្លែងដែលមានផ្តល់ជូន
- សេវាគាំទ្រពីអ្នកមានបទពិសោធស្រដៀងគ្នា នៅកន្លែងដែលមានផ្តល់ជូន
- សេវាអន្តរាគមន៍ក្នុងពេលមានវិបត្តិចល័តតាមសហគមន៍ នៅកន្លែងដែលមានផ្តល់ជូន

- សេវាព្យាបាលអាកប្បកិរិយា
- ការថែទាំតាមបែបព្យាបាលក្នុងគ្រួសារធម៌

សេវា Drug Medi-Cal (DMC) ដែលខោនធីរបស់អ្នកផ្តល់ជូនរួមមាន៖

- សេវាព្យាបាលអ្នកជំងឺក្រៅយ៉ាងជិតដល់
- ការព្យាបាលបញ្ឈប់ប្រើប្រាស់សារធាតុញៀននៅកន្លែងស្នាក់នៅសម្រាប់ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ និងក្រោយសម្រាល
- សេវាព្យាបាលអ្នកជំងឺក្រៅ
- កម្មវិធីព្យាបាលការញៀនថ្នាំ
- ថ្នាំពេទ្យសម្រាប់ព្យាបាលការញៀន (ដែលហៅផងដែរថា ការព្យាបាលដោយមានជំនួយពីថ្នាំពេទ្យ)
- សេវាគាំទ្រពីអ្នកមានបទពិសោធស្រដៀងគ្នា នៅកន្លែងដែលមានផ្តល់ជូន
- សេវាអន្តរាគមន៍ក្នុងពេលមានវិបត្តិចល័តតាមសហគមន៍ នៅកន្លែងដែលមានផ្តល់ជូន

សេវា Drug Medi-Cal Organized Delivery System (DMC-ODS) មានសម្រាប់អ្នកតាមរយៈទីភ្នាក់ងារសុខភាពអាកប្បកិរិយាខោនធីរបស់អ្នក ប្រសិនបើអ្នកបំពេញតាមលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យដើម្បីទទួលបានសេវាទាំងនេះ។ សេវា DMC-ODS រួមមាន៖

- សេវាព្យាបាលអ្នកជំងឺក្រៅ
- សេវាព្យាបាលអ្នកជំងឺក្រៅយ៉ាងជិតដល់
- សេវាសម្រាកព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យដោយផ្នែក
- ថ្នាំពេទ្យសម្រាប់ព្យាបាលការញៀន (ដែលហៅផងដែរថា ការព្យាបាលដោយមានជំនួយពីថ្នាំពេទ្យ)
- សេវាព្យាបាលនៅកន្លែងស្នាក់នៅ
- សេវាគ្រប់គ្រងការផ្តាច់ការញៀន
- កម្មវិធីព្យាបាលការញៀនថ្នាំ
- សេវាស្តារនីតិសម្បទា
- ការសម្របសម្រួលនៃការថែទាំ
- សេវាគាំទ្រពីអ្នកមានបទពិសោធស្រដៀងគ្នា នៅកន្លែងដែលមានផ្តល់ជូន
- សេវាអន្តរាគមន៍ក្នុងពេលមានវិបត្តិចល័តតាមសហគមន៍ នៅកន្លែងដែលមានផ្តល់ជូន
- សេវាគ្រប់គ្រងកត្តាជំរុញទឹកចិត្ត នៅកន្លែងដែលមានផ្តល់ជូន
- សេវាព្យាបាលអ្នកជំងឺសម្រាកព្យាបាលក្នុងមន្ទីរពេទ្យ

បន្ថែមពីលើសេវាដែលបានរាយខាងលើ អ្នកអាចមានសិទ្ធិទទួលបានសេវាបន្សាបជាតិពុលសម្រាប់អ្នកជំងឺសម្រាកព្យាបាលក្នុងមន្ទីរពេទ្យដោយស្ម័គ្រចិត្ត ប្រសិនបើអ្នកបំពេញតាមលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យ។

G. សេវាធ្វើដំណើរ

G1. ការដឹកជញ្ជូនវេជ្ជសាស្ត្រមិនមែនសង្គ្រោះបន្ទាន់

អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានការដឹកជញ្ជូនផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រមិនមែនការណីសង្គ្រោះបន្ទាន់ (NEMT) ប្រសិនបើអ្នកមានតម្រូវការផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដែលមិនអនុញ្ញាតឱ្យអ្នកប្រើប្រាស់រថយន្ត ឡានក្រុង ឬតាក់ស៊ី ដើម្បីទៅកាន់ការណាត់ជួបរបស់អ្នក។ សេវា NEMT អាចត្រូវបានផ្តល់ជូនសម្រាប់រាល់សេវាដែល Medi-Cal ធានារ៉ាប់រង ដូចជាការណាត់ជួបផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ ផ្នែកឆ្មេញ សុខភាពផ្លូវចិត្ត បញ្ហាប្រើប្រាស់សារធាតុញៀន និងការណាត់ជួបឱសថស្ថាន។ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការសេវា NEMT អ្នកអាចពិភាក្សាជាមួយអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ ពេទ្យឆ្មេញ ឬអ្នកផ្តល់សេវាព្យាបាលបញ្ហាប្រើប្រាស់សារធាតុញៀនរបស់អ្នក ហើយស្នើសុំវា។ អ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកនឹងសម្រេចចិត្តអំពីប្រភេទនៃការដឹកជញ្ជូនត្រឹមត្រូវដែលអ្នកត្រូវការ។ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការសេវា NEMT ពួកគេនឹងចេញវេជ្ជបញ្ជាសម្រាប់សេវានេះដោយបំពេញទម្រង់បែបបទមួយ ហើយដាក់ស្នើទៅ Kaiser Permanente Dual Complete ដើម្បីសុំការយល់ព្រម។ អាស្រ័យលើតម្រូវការផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នក អ្នកអាចទទួលបានការយល់ព្រមរហូតដល់ 12 ខែ។ PCP របស់អ្នកនឹងវាយតម្លៃឡើងវិញអំពីតម្រូវការរបស់អ្នកសម្រាប់សេវា NEMT តាមការចាំបាច់ ឬនៅពេលវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកផុតកំណត់ ហើយអាចយល់ព្រមលើសេវា NEMT ឡើងវិញរហូតដល់ 12 ខែ។

សេវា NEMT គឺជារថយន្តសង្គ្រោះបន្ទាន់ រថយន្តរ៉ែនសម្រាប់អ្នកជំងឺមិនមែនសង្គ្រោះបន្ទាន់ រថយន្តរ៉ែនសម្រាប់អ្នកជំងឺប្រើរទេះរុញ ឬការដឹកជញ្ជូនតាមផ្លូវអាកាស។ Kaiser Permanente Dual Complete អនុញ្ញាតឱ្យប្រើប្រាស់មធ្យោបាយដឹកជញ្ជូនដែលមានការធានារ៉ាប់រង និងមានតម្លៃទាបបំផុត ព្រមទាំងសេវា NEMT ដែលសមស្របបំផុតសម្រាប់តម្រូវការផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នក នៅពេលអ្នកត្រូវការមធ្យោបាយធ្វើដំណើរទៅកាន់ការណាត់ជួបរបស់អ្នក។ ឧទាហរណ៍ ប្រសិនបើអ្នកអាចធ្វើដំណើរដោយរថយន្តរ៉ែនសម្រាប់អ្នកជំងឺប្រើរទេះរុញបាន តាមស្ថានភាពផ្នែករាងកាយ ឬផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នក នោះ Kaiser Permanente Dual Complete នឹងមិនបង់ថ្លៃរថយន្តសង្គ្រោះបន្ទាន់ឱ្យអ្នកទេ។ អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានការដឹកជញ្ជូនតាមផ្លូវអាកាស លុះត្រាតែស្ថានភាពសុខភាពរបស់អ្នកធ្វើឱ្យការធ្វើដំណើរតាមមធ្យោបាយដឹកជញ្ជូនផ្លូវគោកគ្រប់ប្រភេទមិនអាចធ្វើទៅបាន។

សេវា NEMT ត្រូវតែប្រើប្រាស់នៅពេល៖

- អ្នកត្រូវការសេវានេះដោយសារស្ថានភាពផ្នែករាងកាយ ឬផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ ដូចដែលបានកំណត់ដោយការយល់ព្រមជាលាយលក្ខណ៍អក្សរពីអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ ពេទ្យឆ្មេញ ឬអ្នកផ្តល់សេវាព្យាបាលបញ្ហាប្រើប្រាស់សារធាតុញៀន ពីព្រោះអ្នកមិនអាចប្រើប្រាស់ឡានក្រុង តាក់ស៊ី រថយន្ត ឬរថយន្តរ៉ែនដើម្បីទៅកាន់ការណាត់ជួបរបស់អ្នកបាន។
- អ្នកត្រូវការជំនួយពីអ្នកបើកបរ ដើម្បីទៅនិងត្រឡប់ពីលំនៅឋាន យានយន្ត ឬកន្លែងព្យាបាលរបស់អ្នក ដោយសារពិការភាពផ្នែករាងកាយ ឬផ្លូវចិត្ត។

ដើម្បីស្នើសុំការដឹកជញ្ជូនផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដែលវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកបានចេញវេជ្ជបញ្ជាសម្រាប់**ការណាត់ជួបតាមទម្លាប់** ដែលមិនបន្ទាន់ សូមទូរសព្ទទៅ Kaiser Permanente Dual Complete យ៉ាងហោចណាស់បីថ្ងៃធ្វើការ (ថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ) មុនពេលការណាត់ជួបរបស់អ្នក។ សម្រាប់**ការណាត់ជួប** សូមទូរសព្ទឱ្យបានឆាប់តាមដែលអាចធ្វើទៅបាន។ សូមត្រៀមកាតសម្គាល់សមាជិករបស់អ្នកឱ្យរួចជាស្រេចនៅពេលអ្នកទូរសព្ទ។ អ្នកក៏អាចទូរសព្ទបានផងដែរ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការព័ត៌មានបន្ថែម។

ដែនកំណត់នៃការដឹកជញ្ជូនផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ

Kaiser Permanente Dual Complete
ធានារ៉ាប់រងលើការដឹកជញ្ជូនផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដែលមានតម្លៃទាបបំផុតដែលបំពេញតាមតម្រូវការផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នក ពីផ្ទះរបស់អ្នកទៅកាន់អ្នកផ្តល់សេវាដែលនៅជិតបំផុតដែលមានការណាត់ជួប។ ការដឹកជញ្ជូនផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រនឹងមិនត្រូវបានផ្តល់ជូនទេ ប្រសិនបើ Medicare ឬ Medi-Cal មិនធានារ៉ាប់រងលើសេវានោះ។ ប្រសិនបើប្រភេទនៃការណាត់ជួបត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយ Medi-Cal ប៉ុន្តែមិនមែនតាមរយៈគម្រោងសុខភាពទេ Kaiser Permanente Dual Complete នឹងជួយអ្នកកំណត់ពេលមធ្យោបាយធ្វើដំណើរបស់អ្នក។ បញ្ជីសេវាដែលបានធានារ៉ាប់រងមាននៅក្នុង**ជំពូកទី 4** នៃសៀវភៅណែនាំនេះ។ ការដឹកជញ្ជូនមិនត្រូវបានធានារ៉ាប់រងនៅខាងក្រៅបណ្តាញ ឬតំបន់សេវារបស់ Kaiser Permanente Dual Complete ទេ លើកលែងតែមានការអនុញ្ញាតជាមុន។

G2. ការដឹកជញ្ជូនមិនមែនវេជ្ជសាស្ត្រ

អត្ថប្រយោជន៍នៃការដឹកជញ្ជូនមិនមែនផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ (NMT) រួមមានការធ្វើដំណើរទៅ និងមកពីការណាត់ជួបរបស់អ្នក សម្រាប់សេវាដែលអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកបានអនុញ្ញាត។ អ្នកអាចទទួលបានការដឹកជញ្ជូនដោយមិនគិតថ្លៃ នៅពេលដែលអ្នក៖

- ធ្វើដំណើរទៅ និងមកពីការណាត់ជួបសម្រាប់សេវាដែលអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកបានអនុញ្ញាត **ឬ**
- ទៅយកឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជា និងសម្ភារៈផ្គត់ផ្គង់វេជ្ជសាស្ត្រ។

គម្រោង Kaiser Permanente Dual Complete អនុញ្ញាតឱ្យអ្នកប្រើប្រាស់រថយន្ត តាក់ស៊ី ឡានក្រុង ឬមធ្យោបាយធ្វើដំណើរសាធារណៈ ឬឯកជនផ្សេងទៀត ដើម្បីទៅកាន់ការណាត់ជួបរបស់អ្នកសម្រាប់សេវាដែលអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកបានអនុញ្ញាត។ Kaiser Permanente Dual Complete ប្រើប្រាស់អ្នកផ្គត់ផ្គង់ខាងក្រៅដើម្បីរៀបចំសេវា NMT។ យើងធានារ៉ាប់រងលើប្រភេទសេវា NMT ដែលមានតម្លៃទាបបំផុត និងបំពេញតាមតម្រូវការរបស់អ្នក។

ជួនកាល អ្នកអាចទទួលបានប្រាក់សងវិញសម្រាប់ការធ្វើដំណើរតាមយានយន្តឯកជនដែលអ្នកបានរៀបចំ។ គម្រោង Kaiser Permanente Dual Complete ត្រូវតែយល់ព្រមលើការធ្វើដំណើរនេះ**មុនពេល**អ្នកធ្វើដំណើរ ហើយអ្នកត្រូវតែប្រាប់យើងពីមូលហេតុដែលអ្នកមិនអាចទទួលបានការដឹកជញ្ជូនតាមមធ្យោបាយផ្សេងទៀត ដូចជាការជិះឡានក្រុង។ អ្នកអាចប្រាប់យើងតាមរយៈការទូរសព្ទ ឬផ្ញើអ៊ីមែល ឬប្រាប់ដោយផ្ទាល់។ **អ្នកមិនអាចទទួលបានប្រាក់សងវិញសម្រាប់ការបើកបរដោយខ្លួនឯងបានទេ**។

ការសងប្រាក់វិញតាមចម្ងាយផ្លូវគម្រូវឱ្យមានរាល់ចំណុចដូចខាងក្រោម៖

- បណ្ណបើកបររបស់អ្នកបើកបរ។
- បណ្ណចុះបញ្ជីយានយន្តរបស់អ្នកបើកបរ។
- ភស្តុតាងនៃការធានារ៉ាប់រងរថយន្តរបស់អ្នកបើកបរ។

ដើម្បីស្នើសុំការដឹកជញ្ជូនសម្រាប់សេវាដែលបានអនុញ្ញាត
សូមទូរសព្ទមកខ្សែទូរសព្ទសេវាដឹកជញ្ជូនរបស់យើងតាមលេខ 1-844-299-6230 (TTY 711) យ៉ាងហោចណាស់បីថ្ងៃធ្វើការ (ថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ) មុនពេលការណាត់ជួបរបស់អ្នក។ សម្រាប់**ការណាត់ជួបបន្ទាន់** សូមទូរសព្ទឱ្យបានឆាប់តាមដែលអាចធ្វើទៅបាន។ អ្នកក៏អាចទូរសព្ទបានផងដែរ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការព័ត៌មានបន្ថែម។ សូមត្រៀមរាល់ចំណុចដូចខាងក្រោមឱ្យរួចជាស្រេចនៅពេលអ្នកទូរសព្ទ៖

- កាតសម្គាល់ Kaiser Permanente របស់អ្នក។
- កាលបរិច្ឆេទ និងពេលវេលានៃការណាត់ជួបផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នក។
- អាសយដ្ឋានកន្លែងដែលអ្នកត្រូវឱ្យគេមកទទួល និងអាសយដ្ឋានកន្លែងដែលអ្នកត្រូវទៅ។
- ថាតើអ្នកនឹងត្រូវការការធ្វើដំណើរត្រឡប់មកវិញដែរឬទេ។
- ថាតើមាននរណាម្នាក់នឹងធ្វើដំណើរជាមួយអ្នកដែរឬទេ (ឧទាហរណ៍ ឪពុកឬម្តាយ/អាណាព្យាបាលតាមច្បាប់ ឬអ្នកថែទាំ)។

ចំណាំ៖ សមាជិកជនជាតិដើមអាម៉េរិកអាចទាក់ទងគ្លីនិកសុខភាពជនជាតិដើមអាម៉េរិកក្នុងតំបន់របស់ពួកគេ ដើម្បីស្នើសុំការដឹកជញ្ជូនមិនមែនផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ។

ដែនកំណត់នៃការដឹកជញ្ជូនមិនមែនផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ

គម្រោង Kaiser Permanente Dual Complete ផ្តល់សេវា NMT ដែលមានតម្លៃទាបបំផុត និងបំពេញតាមតម្រូវការរបស់អ្នក ពីផ្ទះរបស់អ្នកទៅកាន់អ្នកផ្តល់សេវាដែលនៅជិតបំផុតដែលមានការណាត់ជួប។ **អ្នកមិនអាចបើកបរដោយខ្លួនឯង ឬទទួលបានប្រាក់សងវិញដោយផ្ទាល់ទេ។**

NMT មិនអនុវត្ត ប្រសិនបើ៖

- ត្រូវការរថយន្តសង្គ្រោះបន្ទាន់ រថយន្តរ៉ែនសម្រាប់អ្នកជំងឺមិនមែនសង្គ្រោះបន្ទាន់ រថយន្តរ៉ែនសម្រាប់អ្នកជំងឺប្រើរទេះរុញ ឬទម្រង់ផ្សេងទៀតនៃការដឹកជញ្ជូនផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រមិនមែនករណីសង្គ្រោះបន្ទាន់ដើម្បីទៅទទួលសេវា។
- អ្នកត្រូវការជំនួយពីអ្នកបើកបរ ដើម្បីទៅនិងត្រឡប់ពីលំនៅឋាន យានយន្ត ឬកន្លែងព្យាបាលរបស់អ្នកដោយសារស្ថានភាពផ្នែករាងកាយ ឬផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ។
- អ្នកប្រើរទេះរុញ ហើយមិនអាចចូល ឬចេញពីយានយន្តដោយគ្មានជំនួយពីអ្នកបើកបរបានទេ។
- សេវានេះមិនត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare ឬ Medi-Cal ទេ។

H. សេវាដែលបានធានារ៉ាប់រងក្នុងពេលសង្គ្រោះបន្ទាន់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រនៅពេលចាំបាច់បន្ទាន់ ឬក្នុងអំឡុងពេលមានគ្រោះមហន្តរាយ

H1. ការថែទាំក្នុងករណីសង្គ្រោះបន្ទាន់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ

ការសង្គ្រោះបន្ទាន់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ គឺជាស្ថានភាពវេជ្ជសាស្ត្រដែលមានរោគសញ្ញាដូចជា ជំងឺ ការឈឺចាប់ធ្ងន់ធ្ងរ របួសធ្ងន់ធ្ងរ ឬស្ថានភាពវេជ្ជសាស្ត្រដែលកាន់តែធ្ងន់ធ្ងរឡើងយ៉ាងឆាប់រហ័ស។ ស្ថានភាពនេះមានភាពធ្ងន់ធ្ងរខ្លាំងដែលប្រសិនបើមិនទទួលបានការយកចិត្តទុកដាក់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រភ្លាមៗទេ អ្នក ឬអ្នកណាម្នាក់ដែលមានចំណេះដឹងជាមធ្យមអំពីសុខភាព និងវេជ្ជសាស្ត្រ អាចរំពឹងថាវានឹងបណ្តាលឱ្យមាន៖

- ហានិភ័យធ្ងន់ធ្ងរដល់ជីវិតរបស់អ្នក ឬជីវិតទារកក្នុងផ្ទៃរបស់អ្នក **ឬ**
- ការបាត់បង់ ឬការខូចខាតធ្ងន់ធ្ងរដល់មុខងាររាងកាយ **ឬ**
- ភាពមិនប្រក្រតីធ្ងន់ធ្ងរនៃសរីរាង្គ ឬផ្នែកណាមួយនៃរាងកាយ **ឬ**
- ក្នុងករណីស្ត្រីមានផ្ទៃពោះដែលកំពុងសម្រាលកូន នៅពេលដែល៖
  - មិនមានពេលគ្រប់គ្រាន់ដើម្បីបញ្ជូនអ្នកទៅមន្ទីរពេទ្យផ្សេងទៀតដោយសុវត្ថិភាព មុនពេលសម្រាលកូន។

- ការបញ្ជូនទៅមន្ទីរពេទ្យផ្សេងទៀតអាចបង្កការគំរាមកំហែងដល់សុខភាព ឬសុវត្ថិភាពរបស់អ្នក ឬទារកក្នុងផ្ទៃរបស់អ្នក។

ប្រសិនបើអ្នកមានការសង្គ្រោះបន្ទាន់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ៖

- **ស្វែងរកជំនួយឱ្យបានឆាប់តាមដែលអាចធ្វើទៅបាន។** ទូរសព្ទទៅលេខ 911 ឬទៅកាន់បន្ទប់សង្គ្រោះបន្ទាន់ ឬមន្ទីរពេទ្យដែលនៅជិតបំផុត។ ទូរសព្ទហៅរថយន្តសង្គ្រោះបន្ទាន់ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការ។ អ្នកមិន ត្រូវការការយល់ព្រម ឬការបញ្ជូនបន្តពី PCP របស់អ្នកទេ។ អ្នកមិនចាំបាច់ប្រើអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញទេ។ អ្នកអាចទទួលបានការថែទាំវេជ្ជសាស្ត្រសង្គ្រោះបន្ទាន់ដែលបានធានារ៉ាប់រងគ្រប់ពេលដែលអ្នកត្រូវការ នៅគ្រប់ទីកន្លែងក្នុងសហរដ្ឋអាមេរិក ឬដែនដីរបស់ខ្លួន ឬទូទាំងពិភពលោកពីអ្នកផ្តល់សេវាណាមួយដែលមានអាជ្ញាបណ្ណត្រឹមត្រូវពីរដ្ឋ ទោះបីជាពួកគេមិនមែនជាផ្នែកនៃបណ្តាញរបស់យើងក៏ដោយ។
- **សូមប្រាប់គម្រោងរបស់យើងអំពីការសង្គ្រោះបន្ទាន់របស់អ្នកឱ្យបានឆាប់តាមដែលអាចធ្វើទៅបាន។** យើងនឹងតាមដានបន្តអំពីការថែទាំសង្គ្រោះបន្ទាន់របស់អ្នក។ អ្នក ឬនរណាម្នាក់ផ្សេងទៀតគួរតែទូរសព្ទមកដើម្បីប្រាប់យើងអំពីការថែទាំសង្គ្រោះបន្ទាន់របស់អ្នក ជាទូទៅក្នុងរយៈពេល 48 ម៉ោង។ ទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយ អ្នកនឹងមិនត្រូវបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាសង្គ្រោះបន្ទាន់ទេ ប្រសិនបើអ្នកពន្យារពេលក្នុងការប្រាប់យើង។ លេខដែលត្រូវទូរសព្ទមានរាយបញ្ជីនៅខាងក្រោយកាតសមាជិកគម្រោងរបស់អ្នក។

សេវាដែលបានធានារ៉ាប់រងក្នុងករណីសង្គ្រោះបន្ទាន់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ

គម្រោងរបស់យើងធានារ៉ាប់រងលើសេវារថយន្តសង្គ្រោះបន្ទាន់ក្នុងស្ថានភាពដែលការទៅកាន់បន្ទប់សង្គ្រោះបន្ទាន់តាមមធ្យោបាយផ្សេងទៀតអាចបង្កគ្រោះថ្នាក់ដល់សុខភាពរបស់អ្នក។ យើងក៏ធានារ៉ាប់រងលើសេវាវេជ្ជសាស្ត្រក្នុងអំឡុងពេលមានការសង្គ្រោះបន្ទាន់ផងដែរ។ ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែម សូមមើលតារាងអត្ថប្រយោជន៍នៅក្នុង**ជំពូកទី 4** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះ។

អ្នកផ្តល់សេវាដែលផ្តល់ការថែទាំសង្គ្រោះបន្ទាន់ដល់អ្នក គឺជាអ្នកកំណត់ថាពេលណាស្ថានភាពរបស់អ្នកមានស្ថិរភាព និងពេលណាដែលសង្គ្រោះបន្ទាន់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្របានបញ្ចប់។ ពួកគេនឹងបន្តព្យាបាលអ្នក និងទាក់ទងមកយើងខ្ញុំដើម្បីរៀបចំផែនការ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការការថែទាំបន្តដើម្បីឱ្យជាសះស្បើយ។

គម្រោងរបស់យើងធានារ៉ាប់រងលើការថែទាំបន្តរបស់អ្នក។ ប្រសិនបើអ្នកទទួលបានការថែទាំសង្គ្រោះបន្ទាន់ពីអ្នកផ្តល់សេវាក្រៅបណ្តាញ យើងនឹងព្យាយាមឱ្យអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញមកបន្តការថែទាំអ្នកឱ្យបានឆាប់តាមដែលអាចធ្វើទៅបាន។

យើងនឹងសហការជាមួយវេជ្ជបណ្ឌិតដែលកំពុងផ្តល់ការថែទាំសង្គ្រោះបន្ទាន់ ដើម្បីជួយគ្រប់គ្រង និងតាមដានការថែទាំរបស់អ្នក។ បន្ទាប់ពីការសង្គ្រោះបន្ទាន់បានបញ្ចប់ អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានការថែទាំតាមដាន ដើម្បីជ្រោកដថាស្ថានភាពរបស់អ្នកនៅតែបន្តមានស្ថិរភាព។ វេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកនឹងបន្តព្យាបាលអ្នក រហូតដល់វេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកទាក់ទងមកយើង និងរៀបចំផែនការសម្រាប់ការថែទាំបន្ថែម។ យើងនឹងធានារ៉ាប់រងលើការថែទាំក្រោយពេលមានស្ថិរភាពរបស់អ្នក ស្របតាមច្បាប់ជាធរមាន។ វាមានសារៈសំខាន់ខ្លាំងណាស់ដែលអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកទាក់ទងមកយើងខ្ញុំ ដើម្បីទទួលបានការយល់ព្រមសម្រាប់ការថែទាំក្រោយពេលមានស្ថិរភាព**មុនពេល**អ្នកទទួលបានការថែទាំពីអ្នកផ្តល់សេវាក្រៅបណ្តាញ។ អ្នកផ្តល់សេវាដែលកំពុងព្យាបាលអ្នកត្រូវតែទទួលបានការយល់ព្រមពីយើងខ្ញុំ មុនពេលយើងបង់ប្រាក់សម្រាប់ការថែទាំក្រោយពេលមានស្ថិរភាព។ ក្នុងករណីភាគច្រើន អ្នកនឹងត្រូវទទួលខុសត្រូវផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុចំពោះការចំណាយ លុះត្រាតែអ្នកផ្តល់សេវាក្រៅបណ្តាញ ឬយើងខ្ញុំបានជូនដំណឹងអ្នកអំពីការទទួលខុសត្រូវផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុដែលអាចកើតមានរបស់អ្នក។

ដើម្បីស្នើសុំការយល់ព្រមជាមុនឱ្យអ្នកទទួលបានការថែទាំក្រោយពេលមានស្ថិរភាពពីអ្នកផ្តល់សេវាក្រៅបណ្តាញ អ្នកផ្តល់សេវាត្រូវតែទូរសព្ទមកយើងខ្ញុំតាមលេខ 1-800-225-8883 (TTY 711)។ ពួកគេក៏អាចទូរសព្ទទៅលេខទូរសព្ទដែលមាននៅខាងក្រោយកាតសម្គាល់សមាជិក Kaiser Permanente របស់អ្នកផងដែរ។ អ្នកផ្តល់សេវាត្រូវតែទូរសព្ទមកយើងខ្ញុំមុនពេលអ្នកទទួលបានសេវា។

នៅពេលអ្នកផ្តល់សេវាទូរសព្ទមក យើងនឹងនិយាយជាមួយវេជ្ជបណ្ឌិតដែលកំពុងព្យាបាលអ្នកអំពីបញ្ហាសុខភាពរបស់អ្នក។ ប្រសិនបើយើងកំណត់ថាអ្នកត្រូវការការថែទាំក្រោយពេលមានស្ថិរភាព យើងនឹងយល់ព្រមឱ្យប្រើប្រាស់សេវាដែលបានធានារ៉ាប់រង។ ក្នុងករណីខ្លះ យើងអាចរៀបចំឱ្យអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញផ្តល់ការថែទាំ។

ប្រសិនបើយើងសម្រេចចិត្តឱ្យមន្ទីរពេទ្យក្នុងបណ្តាញ មណ្ឌលថែទាំជំនាញ ឬអ្នកផ្តល់សេវាផ្សេងទៀតផ្តល់ការថែទាំ យើងអាចយល់ព្រមលើសេវាដឹកជញ្ជូនដែលចាំបាច់ខាងវេជ្ជសាស្ត្រ ដើម្បីនាំអ្នកទៅកាន់អ្នកផ្តល់សេវា។ នេះអាចរួមបញ្ចូលសេវាដឹកជញ្ជូនពិសេសដែលជាធម្មតាយើងមិនធានារ៉ាប់រង។

អ្នកគួរតែសួរអ្នកផ្តល់សេវាថា តើការថែទាំណាខ្លះ (រួមទាំងការដឹកជញ្ជូនណាមួយ) ដែលយើងបានយល់ព្រម។ យើងធានារ៉ាប់រងតែសេវា ឬការដឹកជញ្ជូនពាក់ព័ន្ធដែលយើងបានយល់ព្រមប៉ុណ្ណោះ។ ប្រសិនបើអ្នកស្នើសុំ និងទទួលបានសេវាដែលមិនត្រូវបានធានារ៉ាប់រង យើងមិនអាចទូទាត់ប្រាក់ឱ្យអ្នកផ្តល់សេវាសម្រាប់សេវាទាំងនោះបានទេ។

ការថែទាំក្រោយពេលមានស្ថិរភាព ក៏រួមបញ្ចូលផងដែរនូវ ឧបករណ៍វេជ្ជសាស្ត្រប្រើប្រាស់បានយូរ (“DME”) លុះត្រាតែបំពេញបានគ្រប់លក្ខខណ្ឌទាំងអស់ខាងក្រោម៖

- ឧបករណ៍ DME ត្រូវបានធានារ៉ាប់រង ដូចបានចែងនៅក្នុង**ជំពូកទី 4** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះ។
- អ្នកត្រូវការឧបករណ៍ DME ដោយសារចាំបាច់ខាងវេជ្ជសាស្ត្រ បន្ទាប់ពីអ្នកចាកចេញពីមន្ទីរពេទ្យ។
- ឧបករណ៍ DME ទាក់ទងនឹង ការថែទាំសង្គ្រោះបន្ទាន់ ដែលអ្នកបានទទួលនៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យ។

ការទទួលបានការថែទាំសង្គ្រោះបន្ទាន់ នៅពេលដែលវាមិនមែនជាករណីសង្គ្រោះបន្ទាន់

ជួនកាល វាអាចពិបាកដឹងថាតើអ្នកមានករណីសង្គ្រោះបន្ទាន់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ ឬសុខភាពអាកប្បកិរិយាដែរឬទេ។ អ្នកអាចទៅទទួលការថែទាំសង្គ្រោះបន្ទាន់ ហើយវេជ្ជបណ្ឌិតប្រាប់ថា វាមិនមែនជាករណីសង្គ្រោះបន្ទាន់ពិតប្រាកដទេ។ ដរាបណាអ្នកមានហេតុផលសមរម្យក្នុងការគិតថា សុខភាពរបស់អ្នកកំពុងស្ថិតក្នុងគ្រោះថ្នាក់ធ្ងន់ធ្ងរ យើងធានារ៉ាប់រងលើការថែទាំរបស់អ្នក។

ទោះជាយ៉ាងណា បន្ទាប់ពីវេជ្ជបណ្ឌិតប្រាប់ថា វាមិនមែនជាករណីសង្គ្រោះបន្ទាន់ទេ យើងធានារ៉ាប់រងលើការថែទាំបន្តែមរបស់អ្នក លុះត្រាតែ៖

- អ្នកប្រើប្រាស់អ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ ឬ
- ការថែទាំបន្តែមដែលអ្នកទទួលបាន ត្រូវបានចាត់ទុកថាជា “ការថែទាំដែលត្រូវការជាបន្ទាន់” ហើយអ្នកអនុវត្តតាមច្បាប់សម្រាប់ការទទួលបានសេវានេះ។ សូមមើលផ្នែកបន្ទាប់។

H2. ការថែទាំដែលត្រូវការជាបន្ទាន់

ការថែទាំដែលត្រូវការជាបន្ទាន់ គឺជាការថែទាំដែលអ្នកទទួលបានសម្រាប់ស្ថានភាពដែលមិនមែនជាករណីសង្គ្រោះបន្ទាន់ ប៉ុន្តែត្រូវការការថែទាំភ្លាមៗ។ ជាឧទាហរណ៍ អ្នកអាចមានការធ្ងន់ឡើងវិញនៃស្ថានភាពដែលមានស្រាប់ ឬមានជំងឺ ឬរបួសដែលមិនបានរំពឹងទុក។

ការថែទាំដែលត្រូវការជាបន្ទាន់នៅក្នុងតំបន់សេវារបស់គម្រោងយើង

យើងធានារ៉ាប់រងលើការថែទាំដែលត្រូវការជាបន្ទាន់ លុះត្រាតែ៖

- អ្នកទទួលបានការថែទាំនេះពីអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ **និង**
- អ្នកអនុវត្តតាមច្បាប់ដែលបានចែងនៅក្នុងជំពូកនេះ។

ប្រសិនបើមិនអាច ឬមិនសមហេតុផលក្នុងការទៅកាន់អ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ ដោយពិចារណាលើពេលវេលា ទីកន្លែង ឬកាល:ទេស:របស់អ្នក យើងធានារ៉ាប់រងលើការថែទាំដែលត្រូវការជាបន្ទាន់ដែលអ្នកទទួលបានពីអ្នកផ្តល់សេវាក្រៅបណ្តាញ។

យើងដឹងថា ជួនកាលវាពិបាកក្នុងការដឹងថាតើអ្នកត្រូវការការថែទាំប្រភេទណា។ នោះជាមូលហេតុដែលយើងមានគិលានុបដ្ឋាកផ្តល់យោបល់តាមទូរសព្ទ ដើម្បីជួយអ្នក។ គិលានុបដ្ឋាកផ្តល់យោបល់របស់យើង គឺជាគិលានុបដ្ឋាកដែលបានចុះបញ្ជី និងបានទទួលការបណ្តុះបណ្តាលពិសេស ដើម្បីជួយវាយតម្លៃរោគសញ្ញាផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ និងផ្តល់យោបល់តាមទូរសព្ទ នៅពេលដែលសមស្របតាមវេជ្ជសាស្ត្រ។ មិនថាអ្នកទូរសព្ទមកដើម្បីសុំយោបល់ ឬដើម្បីធ្វើការណាត់ជួបក៏ដោយ អ្នកអាចនិយាយជាមួយគិលានុបដ្ឋាកផ្តល់យោបល់បាន។

ពួកគេអាចឆ្លើយសំណួរអំពីបញ្ហាតូចតាច ប្រាប់អ្នកពីអ្វីដែលត្រូវធ្វើ ប្រសិនបើមណ្ឌលក្នុងបណ្តាញបិទ ឬផ្តល់យោបល់អំពីអ្វីដែលត្រូវធ្វើបន្ទាប់ រួមទាំងការធ្វើការណាត់ជួបសម្រាប់ការថែទាំដែលត្រូវការជាបន្ទាន់ក្នុងថ្ងៃតែមួយឱ្យអ្នក ប្រសិនបើវាសមស្របតាមវេជ្ជសាស្ត្រ។ ដើម្បីនិយាយជាមួយគិលានុបដ្ឋាកផ្តល់យោបល់ 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ ឬដើម្បីធ្វើការណាត់ជួប សូមមើល *បញ្ជីឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថាន*របស់អ្នក សម្រាប់លេខទូរសព្ទសម្រាប់ការណាត់ជួប និងការផ្តល់យោបល់។

ការថែទាំដែលត្រូវការជាបន្ទាន់នៅខាងក្រៅតំបន់សេវារបស់គម្រោងយើង

នៅពេលអ្នកនៅខាងក្រៅតំបន់សេវារបស់គម្រោងយើង អ្នកប្រហែលជាមិនអាចទទួលបានការថែទាំពីអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញបានទេ។ ក្នុងករណីនោះ គម្រោងរបស់យើងធានារ៉ាប់រងលើការថែទាំដែលត្រូវការជាបន្ទាន់ដែលអ្នកទទួលបានពីអ្នកផ្តល់សេវាណាមួយ។ ទោះជាយ៉ាងណា ការទៅជួបអ្នកផ្តល់សេវាតាមទម្លាប់ដែលចាំបាច់ខាងវេជ្ជសាស្ត្រ ដូចជាការពិនិត្យសុខភាពប្រចាំឆ្នាំ មិនត្រូវបានចាត់ទុកថាជាការថែទាំដែលត្រូវការជាបន្ទាន់ទេ ទោះបីជាអ្នកនៅខាងក្រៅតំបន់សេវារបស់គម្រោងយើង ឬបណ្តាញរបស់គម្រោងយើងមិនអាចប្រើបានជាបណ្តោះអាសន្នក៏ដោយ។

គម្រោងរបស់យើងធានារ៉ាប់រងលើសេវាថែទាំដែលត្រូវការជាបន្ទាន់ទូទាំងពិភពលោកនៅខាងក្រៅសហរដ្ឋអាមេរិកក្រោមស្ថានភាពដូចខាងក្រោម៖

- អ្នកនៅខាងក្រៅតំបន់សេវារបស់យើងជាបណ្តោះអាសន្ន។
- សេវាទាំងនោះចាំបាច់ដើម្បីព្យាបាលជំងឺ ឬរបួសដែលមិនបានរំពឹងទុក ដើម្បីការពារកុំឱ្យសុខភាពរបស់អ្នកកាន់តែធ្ងន់ធ្ងរ។
- វាមិនសមហេតុផលទេក្នុងការពន្យារពេលការព្យាបាលរហូតដល់អ្នកត្រឡប់មកតំបន់សេវារបស់យើងវិញ។
- សេវាទាំងនោះនឹងត្រូវបានធានារ៉ាប់រង ប្រសិនបើអ្នកបានទទួលសេវាទាំងនោះពីអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ។

H3. ការថែទាំក្នុងពេលមានគ្រោះមហន្តរាយ

ប្រសិនបើអភិបាលរដ្ឋ California រដ្ឋលេខាធិការក្រសួងសុខាភិបាល និងសេវាមនុស្សជាតិរបស់សហរដ្ឋអាម៉េរិក ឬប្រធានាធិបតីសហរដ្ឋអាម៉េរិក ប្រកាសស្ថានភាពគ្រោះមហន្តរាយ ឬការសង្គ្រោះបន្ទាន់នៅក្នុងតំបន់ភូមិសាស្ត្ររបស់អ្នក អ្នកនៅតែមានសិទ្ធិទទួលបានការថែទាំពីគម្រោងរបស់យើង។

សូមចូលមើលគេហទំព័ររបស់យើងសម្រាប់ព័ត៌មានអំពីរបៀបទទួលបានការថែទាំដែលអ្នកត្រូវការក្នុងអំឡុងពេលមានការប្រកាសគ្រោះមហន្តរាយ៖ kp.org។

ក្នុងអំឡុងពេលមានការប្រកាសគ្រោះមហន្តរាយ ប្រសិនបើអ្នកមិនអាចប្រើអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញបានទេ អ្នកអាចទទួលបានការថែទាំពីអ្នកផ្តល់សេវាក្រៅបណ្តាញដោយប្រើអត្រាចំណែកចូលរួមបង់ប្រាក់ក្នុងបណ្តាញ។ ប្រសិនបើអ្នកមិនអាចប្រើឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញបានក្នុងអំឡុងពេលមានការប្រកាសគ្រោះមហន្តរាយ អ្នកអាចបំពេញឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកនៅឱសថស្ថានក្រៅបណ្តាញ។ សូមមើល**ជំពូកទី 5** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។

I. ប្រសិនបើអ្នកទទួលបានវិក្កយបត្រដោយផ្ទាល់សម្រាប់សេវាដែលបានធានារ៉ាប់រង

ប្រសិនបើអ្នកបានបង់ប្រាក់ច្រើនជាងចំណែកចូលរួមបង់ប្រាក់របស់គម្រោងសម្រាប់សេវាដែលបានធានារ៉ាប់រង ឬប្រសិនបើអ្នកទទួលបានវិក្កយបត្រសម្រាប់ថ្លៃចំណាយពេញលេញនៃសេវាវេជ្ជសាស្ត្រដែលបានធានារ៉ាប់រង សូមមើល**ជំពូកទី 7** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះ ដើម្បីស្វែងយល់ថាត្រូវធ្វើអ្វី។

អ្នកមិនគួរបង់វិក្កយបត្រដោយខ្លួនឯងទេ។ ប្រសិនបើអ្នកធ្វើដូច្នេះ យើងប្រហែលជាមិនអាចសងប្រាក់អ្នកវិញបានទេ។

I1. អ្វីដែលត្រូវធ្វើ ប្រសិនបើគម្រោងរបស់យើងមិនធានារ៉ាប់រងលើសេវា

គម្រោងរបស់យើងធានារ៉ាប់រងលើសេវាទាំងអស់ដែល៖

- ត្រូវបានកំណត់ថា ចាំបាច់ខាងវេជ្ជសាស្ត្រ និង
- មានរាយបញ្ជីនៅក្នុងតារាងអត្ថប្រយោជន៍របស់គម្រោងយើង (សូមមើល**ជំពូកទី 4** នៃសៀវភៅណែនាំសមាជិកនេះ) **និង**
- អ្នកទទួលបានដោយអនុវត្តតាមច្បាប់របស់គម្រោង។

ប្រសិនបើអ្នកទទួលបានសេវាដែលគម្រោងរបស់យើងមិនធានារ៉ាប់រង **អ្នកត្រូវបង់ថ្លៃចំណាយពេញលេញដោយខ្លួនឯង** លុះត្រាតែសេវានោះត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយកម្មវិធី Medi-Cal ផ្សេងទៀតនៅខាងក្រៅគម្រោងរបស់យើង។

ប្រសិនបើអ្នកចង់ដឹងថាតើយើងបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវា ឬការថែទាំផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រណាមួយដែរឬទេ អ្នកមានសិទ្ធិសួរយើងខ្ញុំបាន។ អ្នកក៏មានសិទ្ធិស្នើសុំព័ត៌មាននេះជាលាយលក្ខណ៍អក្សរផងដែរ។ ប្រសិនបើយើងនិយាយថា យើងនឹងមិនបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវារបស់អ្នកទេ អ្នកមានសិទ្ធិប្តឹងឧទ្ធរណ៍ចំពោះសេចក្តីសម្រេចរបស់យើង។

ជំពូកទី 9 នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក* នេះពន្យល់អំពីអ្វីដែលត្រូវធ្វើ ប្រសិនបើអ្នកចង់ឱ្យយើងធានារ៉ាប់រងលើសេវា ឬសម្ភារៈផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ។ វាក៏ប្រាប់អ្នកអំពីរបៀបប្តឹងឧទ្ធរណ៍ចំពោះសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងរបស់យើងផងដែរ។ សូមទូរសព្ទទៅសេវាបម្រើសមាជិក ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពីសិទ្ធិប្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក។

យើងបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាមួយចំនួនរហូតដល់ដែនកំណត់ជាក់លាក់មួយ។ ប្រសិនបើអ្នកលើសដែនកំណត់ អ្នកត្រូវបង់ថ្លៃចំណាយពេញលេញ ដើម្បីទទួលបានសេវាប្រភេទនោះបន្តែមទៀត។ សូមមើល**ជំពូកទី 4** សម្រាប់ដែនកំណត់អត្ថប្រយោជន៍ជាក់លាក់។ សូមទូរសព្ទទៅសេវាបម្រើសមាជិក ដើម្បីស្វែងយល់ថាតើដែនកំណត់អត្ថប្រយោជន៍មានអ្វីខ្លះ និងថាតើអ្នកបានប្រើប្រាស់អត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នកអស់ប៉ុន្មានហើយ។

J. ការធានារ៉ាប់រងលើសេវាថែទាំសុខភាពនៅក្នុងការសិក្សាស្រាវជ្រាវគ្លីនិក

J1. និយមន័យនៃការសិក្សាស្រាវជ្រាវគ្លីនិក

ការសិក្សាស្រាវជ្រាវគ្លីនិក (ហៅផងដែរថា ការសាកល្បងគ្លីនិក) គឺជាវិធីមួយដែលវេជ្ជបណ្ឌិតប្រើដើម្បីធ្វើតេស្តប្រភេទថ្មីនៃការថែទាំសុខភាព ឬឱសថ។ ការសិក្សាស្រាវជ្រាវគ្លីនិកដែលត្រូវបានយល់ព្រមដោយ Medicare ជាទូទៅស្នើសុំអ្នកស្ម័គ្រចិត្តឱ្យចូលរួមក្នុងការសិក្សា។ នៅពេលអ្នកចូលរួមក្នុងការសិក្សាស្រាវជ្រាវគ្លីនិក អ្នកអាចបន្តចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងរបស់យើង និងបន្តទទួលបានការថែទាំដែលនៅសល់របស់អ្នក (ការថែទាំដែលមិនទាក់ទងនឹងការសិក្សា) តាមរយៈគម្រោងរបស់យើង។

ប្រសិនបើអ្នកចង់ចូលរួមក្នុងការសិក្សាស្រាវជ្រាវគ្លីនិកណាមួយដែលបានយល់ព្រមដោយ Medicare អ្នក**មិន**ចាំបាច់ត្រូវប្រាប់យើងខ្ញុំ ឬទទួលបានការយល់ព្រមពីយើងខ្ញុំទេ ប៉ុន្តែយើងលើកទឹកចិត្តឱ្យអ្នកប្រាប់យើងខ្ញុំ ឬអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំបឋមរបស់អ្នក។ អ្នកផ្តល់សេវាដែលផ្តល់ការថែទាំឱ្យអ្នកជាផ្នែកនៃការសិក្សា**មិន**ចាំបាច់ត្រូវជាអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញទេ។ ការណ៍នេះមិនអនុវត្តចំពោះអត្ថប្រយោជន៍ដែលបានធានារ៉ាប់រងដែលតម្រូវឱ្យមានការសាកល្បងគ្លីនិក ឬបញ្ជីឈ្មោះ ដើម្បីវាយតម្លៃអត្ថប្រយោជន៍នោះទេ រួមទាំងអត្ថប្រយោជន៍ជាក់លាក់ដែលតម្រូវឱ្យមានការធានារ៉ាប់រងជាមួយនឹងការអភិវឌ្ឍភស្តុតាង (NCDs-CED) និងការសិក្សាអំពីការលើកលែងឧបករណ៍ពិសោធន៍ (IDE)។ អត្ថប្រយោជន៍ទាំងនេះក៏អាចស្ថិតក្រោមការអនុញ្ញាតជាមុន និងច្បាប់ផ្សេងទៀតរបស់គម្រោងផងដែរ។

ប្រសិនបើអ្នកមានគម្រោងចូលរួមក្នុងការសិក្សាស្រាវជ្រាវគ្លីនិកដែល Original Medicare ធានារ៉ាប់រងសម្រាប់អ្នកចុះឈ្មោះ យើងលើកទឹកចិត្តឱ្យអ្នក ឬអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នក ទាក់ទងសេវាបម្រើសមាជិក ដើម្បីប្រាប់យើងខ្ញុំថា អ្នកនឹងចូលរួមក្នុងការសាកល្បងគ្លីនិក។

J2. ការទូទាត់ប្រាក់សម្រាប់សេវានៅពេលអ្នកចូលរួមក្នុងការសិក្សាស្រាវជ្រាវគ្លីនិក

ប្រសិនបើអ្នកស្ម័គ្រចិត្តចូលរួមក្នុងការសិក្សាស្រាវជ្រាវគ្លីនិកដែល Medicare បានយល់ព្រម អ្នកមិនបង់ប្រាក់អ្វីទាំងអស់សម្រាប់សេវាដែលបានធានារ៉ាប់រងក្រោមការសិក្សានោះ។ Medicare បង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាដែលបានធានារ៉ាប់រងក្រោមការសិក្សា ក៏ដូចជាថ្លៃចំណាយជាប្រចាំដែលពាក់ព័ន្ធនឹងការថែទាំរបស់អ្នកផងដែរ។ នៅពេលអ្នកចូលរួមក្នុងការសិក្សាស្រាវជ្រាវគ្លីនិកដែល Medicare បានយល់ព្រម អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងលើសេវា និងសម្ភារៈភាគច្រើនដែលអ្នកទទួលបានជាផ្នែកនៃការសិក្សា។ នេះរួមបញ្ចូល៖

- បន្ទប់ និងអាហារសម្រាប់ការស្នាក់នៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យ ដែល Medicare នឹងបង់ប្រាក់ឱ្យ ទោះបីជាអ្នកមិនបានចូលរួមក្នុងការសិក្សាក៏ដោយ
- ការវះកាត់ ឬនីតិវិធីវេជ្ជសាស្ត្រផ្សេងទៀតដែលជាផ្នែកនៃការសិក្សាស្រាវជ្រាវ
- ការព្យាបាលផលប៉ះពាល់ និងផលវិបាកណាមួយនៃការថែទាំថ្មី

ប្រសិនបើអ្នកចូលរួមក្នុងការសិក្សាដែល Medicare **មិនបាន**យល់ព្រម អ្នកត្រូវបង់ថ្លៃចំណាយទាំងអស់សម្រាប់ការចូលរួមក្នុងការសិក្សានោះ។

J3. ស្វែងយល់បន្ថែមអំពីការសិក្សាស្រាវជ្រាវគ្លីនិក

អ្នកអាចស្វែងយល់បន្ថែមអំពីការចូលរួមក្នុងការសិក្សាស្រាវជ្រាវគ្លីនិក ដោយអាន “Medicare & Clinical Research Studies” នៅលើគេហទំព័រ Medicare (www.medicare.gov/coverage/clinical-research-studies)។ អ្នកក៏អាចទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) បានផងដែរ។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY សូមទូរសព្ទទៅលេខ 1-877-486-2048។

K. របៀបដែលសេវាថែទាំសុខភាពរបស់អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងនៅក្នុងស្ថាប័នថែទាំសុខភាពមិនមែនវេជ្ជសាស្ត្រតាមបែបសាសនា

K1. និយមន័យនៃស្ថាប័នថែទាំសុខភាពមិនមែនវេជ្ជសាស្ត្រតាមបែបសាសនា

ស្ថាប័នថែទាំសុខភាពមិនមែនវេជ្ជសាស្ត្រតាមបែបសាសនា គឺជាកន្លែងដែលផ្តល់ការថែទាំដែលជាធម្មតាអ្នកនឹងទទួលបាននៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យ ឬ មណ្ឌលថែទាំជំនាញ។ ប្រសិនបើការទទួលបានការថែទាំនៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យ ឬ មណ្ឌលថែទាំជំនាញ ជ្អួយនឹងជំនឿសាសនារបស់អ្នក យើងធានារ៉ាប់រងលើការថែទាំនៅក្នុងស្ថាប័នថែទាំសុខភាពមិនមែនវេជ្ជសាស្ត្រតាមបែបសាសនា។

អត្ថប្រយោជន៍នេះគឺសម្រាប់តែសេវាអ្នកជំងឺសម្រាកព្យាបាលក្នុងមន្ទីរពេទ្យរបស់ Medicare ផ្នែក A (សេវាថែទាំសុខភាពមិនមែនវេជ្ជសាស្ត្រ) ប៉ុណ្ណោះ។

K2. ការថែទាំពីស្ថាប័នថែទាំសុខភាពមិនមែនវេជ្ជសាស្ត្រតាមបែបសាសនា

ដើម្បីទទួលបានការថែទាំពីស្ថាប័នថែទាំសុខភាពមិនមែនវេជ្ជសាស្ត្រតាមបែបសាសនា អ្នកត្រូវតែចុះហត្ថលេខាលើឯកសារផ្លូវច្បាប់ដែលបញ្ជាក់ថា អ្នកប្រឆាំងនឹងការទទួលការព្យាបាលវេជ្ជសាស្ត្រ “ដែលមិនត្រូវបានលើកលែង”។

- ការព្យាបាលវេជ្ជសាស្ត្រ “ដែលមិនត្រូវបានលើកលែង” គឺជាការថែទាំ ឬការព្យាបាលណាមួយដែល**ស្ម័គ្រចិត្ត និងមិនត្រូវបានទាមទារ**ដោយច្បាប់សហព័ន្ធ រដ្ឋ ឬមូលដ្ឋានណាមួយ។
- ការព្យាបាលវេជ្ជសាស្ត្រ “ដែលត្រូវបានលើកលែង” គឺជាការថែទាំ ឬការព្យាបាលណាមួយដែលមិនមែនជាការស្ម័គ្រចិត្ត និងត្រូវបានទាមទារ ក្រោមច្បាប់សហព័ន្ធ រដ្ឋ ឬមូលដ្ឋាន។
- ដើម្បីឱ្យការថែទាំដែលអ្នកទទួលបានពីស្ថាប័នថែទាំសុខភាពមិនមែនវេជ្ជសាស្ត្រតាមបែបសាសនា ត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយគម្រោងរបស់យើង ការថែទាំនោះត្រូវតែបំពេញតាមលក្ខខណ្ឌដូចខាងក្រោម៖
- មណ្ឌលដែលផ្តល់ការថែទាំត្រូវតែទទួលបានការបញ្ជាក់ពី Medicare។
- គម្រោងរបស់យើងធានារ៉ាប់រងតែផ្នែកនៃការថែទាំដែលមិនមែនជាសាសនាប៉ុណ្ណោះ។
- ប្រសិនបើអ្នកទទួលបានសេវាពីស្ថាប័ននេះដែលត្រូវបានផ្តល់ជូននៅក្នុងមណ្ឌលមួយ៖
  - អ្នកត្រូវតែមានស្ថានភាពវេជ្ជសាស្ត្រដែលអនុញ្ញាតឱ្យអ្នកទទួលបានសេវាដែលបានធានារ៉ាប់រងសម្រាប់ការថែទាំអ្នកជំងឺក្នុងនៅមន្ទីរពេទ្យ ឬការថែទាំនៅមណ្ឌលថែទាំជំនាញ។
  - អ្នកត្រូវតែទទួលបានការអនុញ្ញាតពីយើងខ្ញុំ មុនពេលអ្នកចូលសម្រាកនៅមណ្ឌលនោះ បើមិនដូច្នោះទេ ការស្នាក់នៅរបស់អ្នក**នឹងមិន**ត្រូវបានធានារ៉ាប់រងទេ។

ចំណាំ៖ សេវាដែលបានធានារ៉ាប់រងត្រូវស្ថិតក្រោមការកំណត់ និងចំណែកចូលរួមបង់ប្រាក់ដូចគ្នាដែលតម្រូវសម្រាប់សេវាដែលផ្តល់ដោយអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ ដូចបានពិពណ៌នានៅក្នុង**ជំពូកទី 4 និងទី 12**។

L. ឧបករណ៍វេជ្ជសាស្ត្រប្រើប្រាស់បានយូរ (DME)

L1. ការទទួលបាន DME ក្នុងនាមជាសមាជិកនៃគម្រោងរបស់យើង

ឧបករណ៍វេជ្ជសាស្ត្រប្រើប្រាស់បានយូរ (“DME”) រួមមានសម្ភារៈដែលបំពេញតាមលក្ខខណ្ឌដូចខាងក្រោម៖

- សម្ភារៈនោះមានបំណងសម្រាប់ប្រើប្រាស់ម្តងហើយម្តងទៀត
- សម្ភារៈនោះត្រូវបានប្រើប្រាស់ជាចម្បង និងជាទូទៅសម្រាប់គោលបំណងវេជ្ជសាស្ត្រ
- សម្ភារៈនោះជាទូទៅមានប្រយោជន៍សម្រាប់តែបុគ្គលដែលមានជំងឺ របួស ការចុះខ្សោយមុខងារ ឬភាពខុសប្រក្រតីពីកំណើតប៉ុណ្ណោះ
- សម្ភារៈនោះសមស្របសម្រាប់ប្រើប្រាស់នៅក្នុង ឬក្រៅលំនៅឋាន
- សម្ភារៈនោះចាំបាច់ដើម្បីជួយអ្នកក្នុងសកម្មភាពនៃការរស់នៅប្រចាំថ្ងៃ (“ADL”)

ឧបករណ៍វេជ្ជសាស្ត្រប្រើប្រាស់បានយូរតម្រូវឱ្យមាន ការអនុញ្ញាតជាមុន។ ការធានារ៉ាប់រងត្រូវបានកំណត់ចំពោះសម្ភារៈដែលមានតម្លៃទាបបំផុត ដែលអាចបំពេញតម្រូវការវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នកបានគ្រប់គ្រាន់។ យើងជ្រើសរើសអ្នកផ្គត់ផ្គង់។ អ្នកត្រូវតែប្រគល់ឧបករណ៍នោះមកយើងខ្ញុំវិញ ឬបង់ប្រាក់ឱ្យយើងខ្ញុំតាមតម្លៃទីផ្សារសមរម្យនៃឧបករណ៍នោះ នៅពេលដែលយើងខ្ញុំលែងធានារ៉ាប់រងលើឧបករណ៍នោះទៀត។

DME រួមមានឧបករណ៍មួយចំនួនដែលចាំបាច់ខាងវេជ្ជសាស្ត្រ និងត្រូវបានបញ្ជាដោយអ្នកផ្តល់សេវា ដូចជា រទេះរុញ ឈើច្រត់ ប្រព័ន្ធពូកប្រើអគ្គិសនី សម្ភារៈផ្គត់ផ្គង់សម្រាប់ជំងឺទឹកនោមផ្អែម ត្រែពេទ្យដែលអ្នកផ្តល់សេវាបញ្ជាឱ្យប្រើនៅផ្ទះ ម៉ាស៊ីនបញ្ចូលទឹកថ្នាំតាមសរសៃឈាម (IV) ឧបករណ៍បង្កើតសំឡេងនិយាយ ឧបករណ៍ និងសម្ភារៈផ្គត់ផ្គង់អុកស៊ីសែន ម៉ាស៊ីនឆ្លង និងឧបករណ៍ជំនួយការដើរ។

អ្នកជាម្ចាស់ឧបករណ៍ DME មួយចំនួន ដូចជា ឧបករណ៍សិប្បនិម្មិត។

DME ប្រភេទផ្សេងទៀត អ្នកត្រូវតែជួល។ ក្នុងនាមជាសមាជិកនៃគម្រោងរបស់យើង អ្នក**នឹងមិន**ក្លាយជាម្ចាស់ DME ដែលបានជួលនោះទេ មិនថាអ្នកជួលវារយៈពេលយូរប៉ុណ្ណាក៏ដោយ។

ទោះបីជាអ្នកធ្លាប់មាន DME រហូតដល់ 12 ខែជាប់ៗគ្នា ក្រោម Medicare មុនពេលអ្នកចូលរួមក្នុងគម្រោងរបស់យើងក៏ដោយ អ្នក**នឹងមិន**ក្លាយជាម្ចាស់បរិក្ខារនោះដែរ។

L2. ភាពជាម្ចាស់ DME ប្រសិនបើអ្នកប្តូរទៅ Original Medicare

នៅក្នុងកម្មវិធី Original Medicare មនុស្សដែលជួល DME ប្រភេទខ្លះ ក្លាយជាម្ចាស់បរិក្ខារនោះបន្ទាប់ពី 13 ខែ។ នៅក្នុងគម្រោង Medicare Advantage (MA) គម្រោងអាចកំណត់ចំនួនខែដែលមនុស្សត្រូវជួល DME ប្រភេទខ្លះ មុនពេលពួកគេក្លាយជាម្ចាស់បរិក្ខារនោះ។

ប្រសិនបើអ្នកលែងមាន Medi-Cal អ្នកនឹងត្រូវធ្វើការបង់ប្រាក់ចំនួន 13 ដងជាប់ៗគ្នាក្រោម Original Medicare ឬអ្នកនឹងត្រូវធ្វើការបង់ប្រាក់ចំនួនដងជាប់ៗគ្នាដែលកំណត់ដោយគម្រោង MA ដើម្បីក្លាយជាម្ចាស់ DME នោះ ប្រសិនបើ៖

- អ្នកមិនបានក្លាយជាម្ចាស់ DME នោះទេ នៅពេលដែលអ្នកស្ថិតនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើង **និង**
- អ្នកចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើង ហើយទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ Medicare របស់អ្នកនៅខាងក្រៅគម្រោងសុខភាពណាមួយនៅក្នុងកម្មវិធី Original Medicare ឬគម្រោង MA។

ប្រសិនបើអ្នកបានធ្វើការបង់ប្រាក់សម្រាប់ DME ក្រោម Original Medicare ឬគម្រោង MA មុនពេលអ្នកចូលរួមក្នុងគម្រោងរបស់យើង **ការបង់ប្រាក់ទាំងនោះក្រោម Original Medicare ឬគម្រោង MA មិនត្រូវបានរាប់បញ្ចូលជាការបង់ប្រាក់ដែលអ្នកត្រូវធ្វើបន្ទាប់ពីចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើងទេ**។

- អ្នកនឹងត្រូវធ្វើការបង់ប្រាក់ថ្មីចំនួន 13 ដងជាប់ៗគ្នា ក្រោម Original Medicare ឬចំនួននៃការបង់ប្រាក់ថ្មីជាប់ៗគ្នាដែលកំណត់ដោយគម្រោង MA ដើម្បីក្លាយជាម្ចាស់ DME នោះ។
- មិនមានការលើកលែងចំពោះច្បាប់នេះទេ នៅពេលដែលអ្នកត្រឡប់ទៅ Original Medicare ឬគម្រោង MA វិញ។

L3. អត្ថប្រយោជន៍ឧបករណ៍អុកស៊ីសែនក្នុងនាមជាសមាជិកនៃគម្រោងរបស់យើង

ប្រសិនបើអ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានឧបករណ៍អុកស៊ីសែនដែលបានធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare យើងធានារ៉ាប់រងលើ៖

- ការជួលឧបករណ៍អុកស៊ីសែន
- ការដឹកជញ្ជូនអុកស៊ីសែន និងសារធាតុអុកស៊ីសែន
- បំពង់ និងគ្រឿងបន្លាស់ដែលពាក់ព័ន្ធសម្រាប់ការដឹកជញ្ជូនអុកស៊ីសែន និងសារធាតុអុកស៊ីសែន
- ការថែទាំ និងការជួសជុលឧបករណ៍អុកស៊ីសែន

ឧបករណ៍អុកស៊ីសែនត្រូវតែប្រគល់មកវិញ នៅពេលដែលវាលែងមានភាពចាំបាច់ខាងវេជ្ជសាស្ត្រសម្រាប់អ្នក ឬប្រសិនបើអ្នកចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើង។

L4. ឧបករណ៍អុកស៊ីសែននៅពេលដែលអ្នកប្តូរទៅ Original Medicare ឬគម្រោង Medicare Advantage (MA) ផ្សេងទៀត

នៅពេលដែលឧបករណ៍អុកស៊ីសែនមានភាព ចាំបាច់ខាងវេជ្ជសាស្ត្រ ហើយ**អ្នកចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើងនិងប្តូរទៅ Original Medicare** អ្នកជួលវាពីអ្នកផ្គត់ផ្គង់រយៈពេល 36 ខែ។ ការបង់ប្រាក់ជួលប្រចាំខែរបស់អ្នកគ្របដណ្តប់លើឧបករណ៍អុកស៊ីសែន និងសម្ភារៈផ្គត់ផ្គង់ និងសេវាដែលមានរាយបញ្ជីខាងលើ។ Medicare និង Medi-Cal ធានារ៉ាប់រងលើការបង់ប្រាក់ទាំងនេះ ប្រសិនបើអ្នកនៅតែចុះឈ្មោះក្នុង Medicare និង Medi-Cal។

ប្រសិនបើឧបករណ៍អុកស៊ីសែនមានភាព ចាំបាច់ខាងវេជ្ជសាស្ត្រ **បន្ទាប់ពីអ្នកជួលវារយៈពេល 36 ខែ** អ្នកផ្គត់ផ្គង់របស់អ្នកត្រូវតែផ្តល់ជូន៖

- ឧបករណ៍អុកស៊ីសែន សម្ភារៈផ្គត់ផ្គង់ និងសេវារយៈពេល 24 ខែទៀត
- ឧបករណ៍អុកស៊ីសែន និងសម្ភារៈផ្គត់ផ្គង់រហូតដល់ប្រាំឆ្នាំ ប្រសិនបើមានភាពចាំបាច់ខាងវេជ្ជសាស្ត្រ

ប្រសិនបើឧបករណ៍អុកស៊ីសែននៅតែមានភាព ចាំបាច់ខាងវេជ្ជសាស្ត្រ **នៅចុងបញ្ចប់នៃរយៈពេលប្រាំឆ្នាំ៖**

- អ្នកផ្គត់ផ្គង់របស់អ្នកលែងមានកាតព្វកិច្ចផ្តល់ឧបករណ៍នោះទៀតហើយ ហើយអ្នកអាចជ្រើសរើសទទួលបានឧបករណ៍ជំនួសពីអ្នកផ្គត់ផ្គង់ណាមួយក៏បាន។
- រយៈពេលប្រាំឆ្នាំថ្មីមួយទៀតចាប់ផ្តើម។
- អ្នកជួលពីអ្នកផ្គត់ផ្គង់រយៈពេល 36 ខែ។
- បន្ទាប់មក អ្នកផ្គត់ផ្គង់របស់អ្នកផ្តល់ឧបករណ៍អុកស៊ីសែន សម្ភារៈផ្គត់ផ្គង់ និងសេវារយៈពេល 24 ខែទៀត។
- វដ្តថ្មីចាប់ផ្តើមរៀងរាល់ប្រាំឆ្នាំម្តង ដរាបណាឧបករណ៍អុកស៊ីសែនមានភាព ចាំបាច់ខាងវេជ្ជសាស្ត្រ។

នៅពេលដែលឧបករណ៍អុកស៊ីសែនមានភាព ចាំបាច់ខាងវេជ្ជសាស្ត្រ ហើយ **អ្នកចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើង និងប្តូរទៅគម្រោង MA ផ្សេងទៀត** គម្រោងនោះនឹងធានារ៉ាប់រងយ៉ាងហោចណាស់នូវអ្វីដែល Original Medicare ធានារ៉ាប់រង។ អ្នកអាចសួរគម្រោង MA ថ្មីរបស់អ្នកថា តើឧបករណ៍អុកស៊ីសែន និងសម្ភារៈផ្គត់ផ្គង់អុកស៊ីសែនណាខ្លះដែលវាធានារ៉ាប់រង និងតើអ្នកត្រូវបង់ថ្លៃចំណាយប៉ុន្មាន។

ជំពូកទី 4៖ តារាងអត្ថប្រយោជន៍

សេចក្តីផ្តើម

ជំពូកនេះប្រាប់អ្នកអំពីសេវាដែលគម្រោងរបស់យើងជានារ៉ាប់រង និងការរឹតត្បិត ឬដែនកំណត់ណាមួយលើសេវាទាំងនោះ និងចំនួនទឹកប្រាក់ដែលអ្នកត្រូវបង់សម្រាប់សេវានីមួយៗ។ វាក៏ប្រាប់អ្នកអំពីអត្ថប្រយោជន៍ដែលមិនត្រូវបានជានារ៉ាប់រងក្រោមគម្រោងរបស់យើងផងដែរ។ ពាក្យគន្លឹះ និងអត្ថន័យរបស់វាមានបង្ហាញតាមលំដាប់អក្ខរក្រមនៅក្នុងជំពូកចុងក្រោយនៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះ។

សមាជិកថ្មីនៃ Kaiser Permanente Dual Complete៖ ក្នុងករណីភាគច្រើន អ្នកនឹងត្រូវចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោង Kaiser Permanente Dual Complete សម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍ Medicare របស់អ្នកនៅថ្ងៃទី 1 នៃខែបន្ទាប់ពីអ្នកស្នើសុំចុះឈ្មោះក្នុង Kaiser Permanente Dual Complete។ អ្នកនៅតែអាចទទួលបានសេវា Medi-Cal របស់អ្នកពីគម្រោងសុខភាព Medi-Cal មុនរបស់អ្នករយៈពេលមួយខែបន្ថែមទៀត។ បន្ទាប់មក អ្នកនឹងទទួលបានសេវា Medi-Cal របស់អ្នកតាមរយៈ Kaiser Permanente Dual Complete។ នឹងមិនមានគម្លាតក្នុងការរ៉ាប់រង Medi-Cal របស់អ្នកទេ។ សូមទូរសព្ទមកយើងខ្ញុំ តាមលេខ 1-800-443-0815 (TTY 711) ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរណាមួយ។ ម៉ោងធ្វើការគឺចាប់ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។

តារាងមាតិកាជំពូកទី 4

A. សេវាដែលបានជានារ៉ាប់រងរបស់អ្នក និងថ្លៃចំណាយចេញពីហោប៉ៅរបស់អ្នក....95

B. វិធានប្រឆាំងនឹងអ្នកផ្តល់សេវាដែលគិតប្រាក់ពីអ្នកសម្រាប់សេវា....95

C. អំពីតារាងអត្ថប្រយោជន៍របស់គម្រោងយើង....95

D. តារាងអត្ថប្រយោជន៍របស់គម្រោងយើង....101

E. ការគាំទ្រសហគមន៍....174

F. អត្ថប្រយោជន៍ដែលត្រូវបានជានារ៉ាប់រងនៅក្រៅគម្រោងរបស់យើង....180

F1. កម្មវិធី California Community Transitions (CCT)....180

F2. Medi-Cal Dental....180

F3. សេវាផ្តល់ការគាំទ្រនៅតាមផ្ទះ (IHSS)....181

F4. កម្មវិធីលើកលែង 1915(c) សម្រាប់សេវាតាមផ្ទះ និងសហគមន៍ (HCBS)....181

F5. សេវាសុខភាពអាកប្បកិរិយាតាមខោនធីដែលផ្តល់ជូនក្រៅគម្រោងរបស់យើង (សេវាសុខភាពផ្លូវចិត្ត និងសេវាបញ្ហាប្រើប្រាស់សារធាតុញៀន)....184

G. អត្ថប្រយោជន៍ដែលមិនត្រូវបានជានារ៉ាប់រងដោយគម្រោងរបស់យើង Medicare ឬ Medi-Cal....186

A. សេវាដែលបានធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នក និងថ្លៃចំណាយចេញពីហោប៉ៅរបស់អ្នក

ជំពូកនេះប្រាប់អ្នកអំពីសេវាដែលគម្រោងរបស់យើងធានារ៉ាប់រង និងចំនួនទឹកប្រាក់ដែលអ្នកត្រូវបង់សម្រាប់សេវានីមួយៗ។ អ្នកក៏អាចស្វែងយល់អំពីសេវាដែលមិនត្រូវបានធានារ៉ាប់រងផងដែរ។ ព័ត៌មានអំពីអត្ថប្រយោជន៍ឱសថមាននៅក្នុង**ជំពូកទី 5** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះ។ ជំពូកនេះក៏ពន្យល់អំពីដែនកំណត់លើសេវាមួយចំនួនផងដែរ។

សម្រាប់សេវាមួយចំនួន អ្នកត្រូវបង់ថ្លៃចំណាយចេញពីហោប៉ៅដែលហៅថា ការបង់ប្រាក់រួម។ នេះគឺជាចំនួនទឹកប្រាក់ថេរ (ឧទាហរណ៍ $5) ដែលអ្នកបង់រាល់ពេលដែលអ្នកទទួលបានសេវានោះ។ អ្នកបង់ការបង់ប្រាក់រួមនៅពេលដែលអ្នកទទួលបានសេវាវេជ្ជសាស្ត្រ។

ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយក្នុងការស្វែងយល់ថាតើសេវាណាខ្លះដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រង សូមទូរសព្ទទៅសេវាបម្រើសមាជិក តាមលេខ 1-800-443-0815 (TTY 711) 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ ចាប់ពីម៉ោង 8 ព្រឹកដល់ម៉ោង 8 យប់។

B. វិធានប្រឆាំងនឹងអ្នកផ្តល់សេវាដែលគិតប្រាក់ពីអ្នកសម្រាប់សេវា

យើងមិនអនុញ្ញាតឱ្យអ្នកផ្តល់សេវារបស់យើងចេញវិក្កយបត្រឱ្យអ្នកសម្រាប់សេវាដែលបានធានារ៉ាប់រងក្នុងបណ្តាញនោះទេ។ យើងបង់ប្រាក់ទៅអ្នកផ្តល់សេវារបស់យើងដោយផ្ទាល់ ហើយយើងការពារអ្នកពីការគិតថ្លៃណាមួយ។ នេះជាការពិត ទោះបីជាយើងបង់ប្រាក់ឱ្យអ្នកផ្តល់សេវាតិចជាងចំនួនទឹកប្រាក់ដែលអ្នកផ្តល់សេវាគិតសម្រាប់សេវានោះក៏ដោយ។

អ្នកមិនគួរទទួលបានវិក្កយបត្រពីអ្នកផ្តល់សេវាសម្រាប់សេវាដែលបានធានារ៉ាប់រងឡើយ។ ប្រសិនបើអ្នកទទួលបាន សូមមើល**ជំពូកទី 7** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះ ឬទូរសព្ទទៅ សេវាបម្រើសមាជិក។

C. អំពីតារាងអត្ថប្រយោជន៍របស់គម្រោងយើង

តារាងអត្ថប្រយោជន៍ប្រាប់អ្នកអំពីសេវាដែលគម្រោងរបស់យើងបង់ប្រាក់ឱ្យ។ (ការធានារ៉ាប់រងលើឱសថមាននៅក្នុង**ជំពូកទី 5**។) វារាយបញ្ជីសេវាដែលបានធានារ៉ាប់រងតាមលំដាប់អក្ខរក្រម និងពន្យល់អំពីសេវាទាំងនោះ។

យើងបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាដែលមានរាយបញ្ជីនៅក្នុងតារាងអត្ថប្រយោជន៍ នៅពេលដែលវិធានខាងក្រោមត្រូវបានបំពេញ។

- យើងផ្តល់សេវាដែលបានធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare និង Medi-Cal ស្របតាមវិធានដែលកំណត់ដោយ Medicare និង Medi-Cal។
- សេវាដែលរួមមានការថែទាំវេជ្ជសាស្ត្រ សុខភាពអាកប្បកិរិយា និងសេវាព្យាបាលបញ្ហាប្រើប្រាស់សារធាតុញៀន សេវា និងការគាំទ្ររយៈពេលវែង សម្ភារៈផ្គត់ផ្គង់ ឧបករណ៍ និងឱសថ ត្រូវតែមានភាពចាំបាច់ខាងវេជ្ជសាស្ត្រ។ ភាពចាំបាច់ខាងវេជ្ជសាស្ត្រ សំដៅលើសេវា សម្ភារៈផ្គត់ផ្គង់ ឬឱសថដែលអ្នកត្រូវការដើម្បីការពារ ធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ ឬព្យាបាលស្ថានភាពវេជ្ជសាស្ត្រ ឬដើម្បីរក្សាស្ថានភាពសុខភាពបច្ចុប្បន្នរបស់អ្នក។ នេះរួមបញ្ចូលទាំងការថែទាំដែលជួយការពារអ្នកមិនឱ្យចូលមន្ទីរពេទ្យ ឬមណ្ឌលថែទាំ។ វាក៏មានន័យថា សេវា សម្ភារៈផ្គត់ផ្គង់ ឬឱសថត្រូវតែបំពេញតាមស្តង់ដាដែលទទួលស្គាល់នៃការអនុវត្តវេជ្ជសាស្ត្រ។
- សម្រាប់សមាជិកថ្មី ក្នុងរយៈពេល 90 ថ្ងៃដំបូង យើងអាចមិនតម្រូវឱ្យអ្នកទទួលបានការអនុញ្ញាតជាមុនសម្រាប់វគ្គព្យាបាលដែលកំពុងដំណើរការណាមួយទេ ទោះបីជាវគ្គព្យាបាលនោះជាសេវាដែលបានចាប់ផ្តើមជាមួយអ្នកផ្តល់សេវាក្រៅបណ្តាញក៏ដោយ។

- អ្នកទទួលការថែទាំរបស់អ្នកពីអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ។ អ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញគឺជាអ្នកផ្តល់សេវាដែលធ្វើការជាមួយយើង។ ក្នុងករណីភាគច្រើន ការថែទាំដែលអ្នកទទួលបានពីអ្នកផ្តល់សេវាក្រៅបណ្តាញនឹងមិនត្រូវបានធានារ៉ាប់រងទេ លុះត្រាតែវាជាការសង្គ្រោះបន្ទាន់ ឬការថែទាំដែលត្រូវការជាបន្ទាន់ ឬលុះត្រាតែគម្រោងរបស់យើង ឬអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញបានផ្តល់ការបញ្ជូនបន្តឱ្យអ្នក។ នេះមានន័យថា អ្នកប្រហែលជាត្រូវបង់ប្រាក់ពេញចំនួនទៅឱ្យអ្នកផ្តល់សេវាសម្រាប់សេវាក្រៅបណ្តាញដែលអ្នកទទួលបាន។ **ជំពូកទី 3** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះមានព័ត៌មានបន្ថែមអំពីការប្រើប្រាស់អ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ និងអ្នកផ្តល់សេវាក្រៅបណ្តាញ

- អ្នកមានអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំបឋម (PCP) ឬក្រុមការងារថែទាំដែលផ្តល់ និងគ្រប់គ្រងការថែទាំរបស់អ្នក។ ក្នុងករណីភាគច្រើន PCP របស់អ្នកត្រូវតែផ្តល់ការអនុញ្ញាតឱ្យអ្នក មុនពេលអ្នកអាចប្រើអ្នកផ្តល់សេវាដែលមិនមែនជា PCP របស់អ្នក ឬប្រើអ្នកផ្តល់សេវាផ្សេងទៀតនៅក្នុងបណ្តាញរបស់គម្រោងយើង។ នេះហៅថា ការបញ្ជូនបន្ត។ **ជំពូកទី 3** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះ មានព័ត៌មានបន្ថែមអំពីការទទួលបានការបញ្ជូនបន្ត និងពេលដែលអ្នកមិនត្រូវការការបញ្ជូនបន្ត។

- យើងធានារ៉ាប់រងសេវាមួយចំនួនដែលមានរាយបញ្ជីនៅក្នុងតារាងអត្ថប្រយោជន៍ លុះត្រាតែវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក ឬអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញផ្សេងទៀតទទួលបានការអនុញ្ញាតពីយើងជាមុនសិន។ នេះហៅថា ការអនុញ្ញាតជាមុន (PA)។ យើងសម្គាល់សេវាដែលបានធានារ៉ាប់រងនៅក្នុងតារាងអត្ថប្រយោជន៍ដែលត្រូវការ PA ដោយប្រើសញ្ញាលេខយោង (†)។ លើសពីនេះ សូមមើល**ជំពូកទី 3** សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពី PA រួមទាំងសេវាផ្សេងទៀតដែលត្រូវការ PA ដែលមិនមានរាយបញ្ជីនៅក្នុងតារាងអត្ថប្រយោជន៍។

- ប្រសិនបើគម្រោងរបស់យើងផ្តល់ការអនុញ្ញាតលើសំណើ PA សម្រាប់វគ្គព្យាបាលណាមួយ ការអនុញ្ញាតនោះត្រូវតែមានសុពលភាពក្នុងរយៈពេលដែលសមហេតុផល និងចាំបាច់ខាងវេជ្ជសាស្ត្រ ដើម្បីជៀសវាងការរំខានដល់ការថែទាំ ដោយផ្អែកលើលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យនៃការធានារ៉ាប់រង ប្រវត្តិវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នក និងការណែនាំរបស់អ្នកផ្តល់សេវាដែលកំពុងព្យាបាលអ្នក។

- ដូចគម្រោងសុខភាព Medicare ទាំងអស់ដែរ យើងធានារ៉ាប់រងអ្វីៗទាំងអស់ដែល Original Medicare ធានារ៉ាប់រង។ (ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពីការធានារ៉ាប់រង និងថ្លៃចំណាយរបស់ Original Medicare សូមមើលសៀវភៅណែនាំ *Medicare & You* ឆ្នាំ 2027 របស់អ្នក។ មើលវាអនឡាញតាមរយៈ www.Medicare.gov ឬស្នើសុំច្បាប់ចម្លងដោយទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY សូមទូរសព្ទទៅលេខ 1-877-486-2048។)

- ប្រសិនបើ Medicare បន្ថែមការធានារ៉ាប់រងសម្រាប់សេវាថ្មីណាមួយក្នុងអំឡុងឆ្នាំ 2027 នោះ Medicare ឬគម្រោងរបស់យើងនឹងធានារ៉ាប់រងសេវាទាំងនោះ។

- ប្រសិនបើអ្នកជាត់បង់ Medi-Cal របស់អ្នកក្នុងរយៈពេល 4 ខែនៃការជាត់ទុកថាមានសិទ្ធិទទួលបានបន្ត យើងនឹងបន្តផ្តល់ជូននូវអត្ថប្រយោជន៍ Medicare ទាំងអស់ដែលធានារ៉ាប់រងដោយគម្រោង Medicare Advantage។ ទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយ ការធានារ៉ាប់រង Medi-Cal របស់អ្នកអាចនឹងបញ្ចប់មុនការធានារ៉ាប់រង Medicare របស់អ្នកជាមួយយើងខ្ញុំ។ នៅពេលដែលការធានារ៉ាប់រង Medi-Cal របស់អ្នកបញ្ចប់ យើងនឹងមិនទូទាត់ប្រាក់សម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍ Medi-Cal របស់អ្នកទេ។ ចំណែកចូលរួមបង់ប្រាក់របស់អ្នកសម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍ដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយ Kaiser Permanente Dual Complete នឹងផ្លាស់ប្តូរ ដូចដែលបានពណ៌នានៅក្នុងតារាងអត្ថប្រយោជន៍ក្នុង *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះ។ អ្នកក៏អាចជាត់បង់ជំនួយបន្ថែមពី Medicare ដើម្បីជួយបង់ប្រាក់សម្រាប់ឱសថ Medicare Part D របស់អ្នកផងដែរ។

យើងនឹងជួយអ្នកដើម្បីទទួលបានសិទ្ធិ Medi-Cal របស់អ្នកមកវិញ។ ប្រសិនបើសិទ្ធិទទួលបាន Medi-Cal របស់អ្នកត្រូវបានស្តារឡើងវិញ ខណៈពេលដែលអ្នកនៅតែចុះឈ្មោះជាមួយយើងសម្រាប់ការធានារ៉ាប់រង Medicare របស់អ្នក យើងនឹងបន្តការបង់ប្រាក់សម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍ Medi-Cal របស់អ្នកឡើងវិញ ហើយការចុះឈ្មោះរបស់អ្នកជាមួយយើងនឹងបន្ត។ ប្រសិនបើអ្នកទទួលបានសិទ្ធិ Medi-Cal មកវិញ បន្ទាប់ពីយើងបានលុបឈ្មោះអ្នកចេញពីការធានារ៉ាប់រង Medicare របស់យើង អ្នកនឹងត្រូវទាក់ទងមកយើងដើម្បីចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងឡើងវិញ។

ព័ត៌មានអត្ថប្រយោជន៍សំខាន់ៗសម្រាប់សមាជិកដែលមានស្ថានភាពរ៉ាំរ៉ៃជាក់លាក់ – សម្រាប់តែសមាជិក Southern California ប៉ុណ្ណោះ

- ប្រសិនបើអ្នកមានស្ថានភាពរ៉ាំរ៉ៃណាមួយដែលមានរាយបញ្ជីខាងក្រោម និងបំពេញតាមលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យជាក់លាក់ អ្នកអាចមានសិទ្ធិទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍បន្ថែមពិសេសសម្រាប់អ្នកដែលមានជំងឺរ៉ាំរ៉ៃ៖
  - បញ្ហាប្រើប្រាស់គ្រឿងស្រវឹងរ៉ាំរ៉ៃ និងបញ្ហាប្រើប្រាស់សារធាតុញៀនផ្សេងទៀត (substance use disorders, SUDs)
  - ជំងឺអូតូអ៊ុយមីន៖
    - ជំងឺ Polyarteritis nodosa
    - ជំងឺ Polymyalgia rheumatica
    - ជំងឺ Polymyositis
    - ជំងឺ Dermatomyositis
    - ជំងឺរលាកសន្លាក់រូម៉ាទិច
    - ជំងឺ Systemic lupus erythematosus
    - ជំងឺ Psoriatic arthritis
    - ជំងឺ Scleroderma
  - ជំងឺមហារីក
  - ជំងឺបេះដូង និងសរសៃឈាម៖
    - ចង្វាក់បេះដូងមិនទៀងទាត់
    - ជំងឺសរសៃឈាមបេះដូង
    - ជំងឺសរសៃឈាមផ្នែកខាងក្រៅ
    - ជំងឺសន្ទះបេះដូង
  - ជំងឺខ្សោយបេះដូងរ៉ាំរ៉ៃ
  - ជំងឺរលាង
  - ជំងឺទឹកនោមផ្អែម
  - ការលើសទម្ងន់ ជំងឺធាត់ និងរោគសញ្ញាមេតាបូលីស
  - ជំងឺក្រពះពោះវៀនរ៉ាំរ៉ៃ៖
    - ជំងឺថ្លើមរ៉ាំរ៉ៃ
    - ជំងឺខ្លាញ់ក្នុងថ្លើមមិនមែនកើតពីគ្រឿងស្រវឹង (NAFLD)
    - រលាកថ្លើមប្រភេទ B
    - រលាកថ្លើមប្រភេទ C
    - រលាកលំពែង
    - រោគសញ្ញាពោះវៀនប្រកាច់ (Irritable bowel syndrome)
    - ជំងឺរលាកពោះវៀន
  - ជំងឺតម្រងនោមរ៉ាំរ៉ៃ (CKD)៖
    - ជំងឺតម្រងនោមរ៉ាំរ៉ៃដែលត្រូវការលាងឈាម/ជំងឺតម្រងនោមដំណាក់កាលចុងក្រោយ (ESRD)
    - CKD ដែលមិនត្រូវការលាងឈាម
  - ជំងឺឈាមធ្ងន់ធ្ងរ៖
    - ភាពស្លេកស្លាំងអ័ប្លាស្ទិក
    - ជំងឺឈាមមិនកក (Hemophilia)

  - ជំងឺ immune thrombocytopenic purpura
  - រោគសញ្ញា myelodysplastic
  - ជំងឺកោសិកាឈាមសរាងកណ្តៀរ (មិនរាប់បញ្ចូលលក្ខណៈកោសិកាឈាមសរាងកណ្តៀរ)
  - ជំងឺកកឈាមក្នុងសរសៃឈាមរ៉ែនរ៉ាំរ៉ៃ
- មេរោគហ៊ីវ/ជំងឺអេដស៍
- ជំងឺសួតរ៉ាំរ៉ៃ៖
  - ជំងឺហឺត ជំងឺរលាកទងសួតរ៉ាំរ៉ៃ
  - ជំងឺ Cystic fibrosis
  - ជំងឺហើមសួត
  - ជំងឺក្រិនសួត
  - ជំងឺសម្ពាធឈាមខ្ពស់ក្នុងសួត
  - ជំងឺស្ទះសួតរ៉ាំរ៉ៃ (COPD)
- ស្ថានភាពសុខភាពផ្លូវចិត្តរ៉ាំរ៉ៃ និងធ្ងន់ធ្ងរ៖
  - ជំងឺបាយប៉ូឡា
  - ជំងឺបាក់ទឹកចិត្តធ្ងន់ធ្ងរ
  - ជំងឺ paranoid
  - ជំងឺវិកលចរិត
  - ជំងឺវិកលចរិតអារម្មណ៍ (Schizoaffective disorder)
  - ជំងឺស្ត្រេសក្រោយការប៉ះទង្គិច (PTSD)
  - ជំងឺនៃការញ៉ាំអាហារ
  - ជំងឺថប់បារម្ភ
- ជំងឺប្រព័ន្ធប្រសាទ៖
  - ជំងឺក្រិនសរសៃប្រសាទដែលបង្កឱ្យសាច់ដុំទន់ខ្សោយ (ALS)
  - ជំងឺប្រកាច់ (Epilepsy)
  - ការខ្វិនទ្រង់ទ្រាយធ្ងន់ (ដូចជា ខ្វិនមួយចំហៀង ខ្វិនដៃជើងទាំងបួន ខ្វិនជើងទាំងពីរ ឬខ្វិនអវយវៈតែមួយ)
  - ជំងឺ Huntington
  - ជំងឺក្រិនច្រើនកន្លែង។
  - ជំងឺ Parkinson
  - ជំងឺសរសៃប្រសាទច្រើន
  - ជំងឺឈឺសាច់ដុំ និងសរសៃប្រសាទ
  - រោគសញ្ញាអស់កម្លាំងរ៉ាំរ៉ៃ
  - ការរងរបួសខួរឆ្អឹងខ្នង
  - ការរួមតូចនៃប្រឡាយឆ្អឹងខ្នង
  - ការចុះខ្សោយមុខងារប្រព័ន្ធប្រសាទដែលបណ្តាលមកពីជំងឺដាច់សរសៃឈាមខួរក្បាល
- ជំងឺដាច់សរសៃឈាមខួរក្បាល
- ការថែទាំក្រោយការវះកាត់ប្តូរសរីរាង្គ
- ជំងឺខ្វះភាពស៊ាំ និងជំងឺប្រព័ន្ធភាពស៊ាំចុះខ្សោយ
- ស្ថានភាពដែលទាក់ទងនឹងការចុះខ្សោយនៃការយល់ដឹង៖
  - ជំងឺ Alzheimer
  - ពិការភាពផ្នែកបញ្ញា និងពិការភាពផ្នែកអភិវឌ្ឍន៍
  - ការរងរបួសខួរក្បាលដោយសារការប៉ះទង្គិច
  - ជំងឺផ្លូវចិត្តដែលបង្កឱ្យមានពិការភាព និងទាក់ទងនឹងការចុះខ្សោយនៃការយល់ដឹង
  - ការចុះខ្សោយការយល់ដឹងកម្រិតស្រាល
- ស្ថានភាពដែលមានបញ្ហាប្រឈមផ្នែកមុខងារ និងត្រូវការសេវាស្រដៀងគ្នា៖
  - ការរងរបួសខួរឆ្អឹងខ្នង
  - ការខ្វិន

  - ការបាត់បង់អវយវៈ
  - ជំងឺដាច់សរសៃឈាមខួរក្បាល
  - ជំងឺរលាកសន្លាក់
- ស្ថានភាពជំងឺរ៉ាំរ៉ៃដែលធ្វើឱ្យខូចគំហើញ ការស្តាប់ (ការថ្លង់) ការដឹងរសជាតិ ការស្មាប និងការដឹងក្លិន
- ស្ថានភាពជំងឺដែលទាមទារសេវាព្យាបាលបន្ត ដើម្បីឱ្យបុគ្គលម្នាក់ៗអាចរក្សា ឬទទួលបានមុខងាររាងកាយឡើងវិញ
- ដើម្បីមានសិទ្ធិទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍បន្ថែមពិសេសសម្រាប់អ្នកជំងឺរ៉ាំរ៉ៃ (SSBCI) អ្នកត្រូវបំពេញតាមលក្ខខណ្ឌ**ទាំងអស់**ដូចខាងក្រោម៖
  - មានស្ថានភាពរ៉ាំរ៉ៃមួយ ឬច្រើនដែលមានជំងឺរួមផ្សំ និងស្ថេកស្ទាញផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដូចបានរាយខាងលើ ដែលបង្កគ្រោះថ្នាក់ដល់អាយុជីវិត ឬកំណត់យ៉ាងខ្លាំងដល់សុខភាព ឬមុខងារទូទៅរបស់អ្នក *និង*
  - មានហានិភ័យខ្ពស់នៃការចូលសម្រាកនៅមន្ទីរពេទ្យ ឬលទ្ធផលសុខភាពមិនល្អសំខាន់ផ្សេងទៀត *និង*
  - ត្រូវការការសម្របសម្រួលការថែទាំយ៉ាងជិតដល់

  សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីគោលនយោបាយ SSBCI និងលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យជាក់ស្តែងរបស់ Kaiser Permanente សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័ររបស់យើងនៅ kp.org/Medicare/SSBCI

- អ្នកមិនចាំបាច់ចាត់វិធានការណាមួយឡើយ។ គម្រោងនឹងកំណត់សិទ្ធិរបស់អ្នកតាមរយៈការពិនិត្យប្រវត្តិការទាមទារផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ និងកំណត់ត្រាសុខភាពរបស់អ្នក ដើម្បីផ្ទៀងផ្ទាត់ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យនៃស្ថានភាពរ៉ាំរ៉ៃដែលមានសិទ្ធិ ហានិភ័យខ្ពស់នៃការចូលសម្រាកនៅមន្ទីរពេទ្យ និងតម្រូវការការសម្របសម្រួលការថែទាំយ៉ាងជិតដល់។
- ក្នុងករណីជាក់លាក់ នៅពេលដែលប្រវត្តិការទាមទារផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ ឬកំណត់ត្រាសុខភាពដែលមានមិនគ្រប់គ្រាន់ដើម្បីកំណត់សិទ្ធិ SSBCI ដូចជានៅពេលដែលអ្នកទើបចុះឈ្មោះជាមួយ Kaiser Permanente អ្នកផ្តល់សេវាអាចបញ្ជាក់ពីលក្ខណសម្បត្តិរបស់អ្នកដោយបំពេញ និងដាក់បញ្ជូនទម្រង់បែបបទបញ្ជាក់របស់អ្នកផ្តល់សេវា។ ទម្រង់បែបបទបញ្ជាក់របស់អ្នកផ្តល់សេវាអាចត្រូវបានប្រើដើម្បីផ្ទៀងផ្ទាត់សិទ្ធិ SSBCI *បាន*សម្រាប់រយៈពេលអត្ថប្រយោជន៍ដំបូងប្រាំមួយខែ។ ការដាក់ស្នើបែបបទនេះមិនធានាថាអ្នកមានសិទ្ធិទទួលបាន SSBCI ឡើយ។ នៅចុងបញ្ចប់នៃរយៈពេលបឋមនេះ សិទ្ធិដែលកំពុងបន្តត្រូវតែផ្ទៀងផ្ទាត់តាមរយៈការពិនិត្យប្រវត្តិការទាមទារផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ និងកំណត់ត្រាសុខភាពរបស់អ្នក។
- សម្រាប់ព័ត៌មានលម្អិតបន្ថែម សូមចូលទៅកាន់ជួរ អត្ថប្រយោជន៍បន្ថែមពិសេសសម្រាប់អ្នកជំងឺរ៉ាំរ៉ៃនៅក្នុងតារាងអត្ថប្រយោជន៍ខាងក្រោម។
- សូមទាក់ទងមកយើងខ្ញុំដើម្បីស្វែងយល់ឱ្យបានច្បាស់ថា អត្ថប្រយោជន៍ណាខ្លះដែលអ្នកអាចមានសិទ្ធិទទួលបាន។

- សេវាបង្ការទាំងអស់គឺឥតគិតថ្លៃ។ រូបផ្លែប៉ោមនេះ 🍎 បង្ហាញពីសេវាបង្ការនៅក្នុងតារាងអត្ថប្រយោជន៍។

តារាងអត្ថប្រយោជន៍ខាងក្រោមពិពណ៌នាអំពីអត្ថប្រយោជន៍វេជ្ជសាស្ត្ររបស់គម្រោង Kaiser Permanente Dual Complete ខាងក្រោមដែលមាននៅក្នុង *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះ៖

- គម្រោង South P1
- គម្រោង South P6
- គម្រោង South P7
- គម្រោង South P9
- គម្រោង South P10
- គម្រោង South P11
- គម្រោង North P2
- គម្រោង North P16
- គម្រោង North P17
- គម្រោង North P18
- គម្រោង North P19
- គម្រោង North P20
- គម្រោង North P21
- គម្រោង North P22
- គម្រោង North P23
- គម្រោង North P24
- គម្រោង North P25

ប្រសិនបើអ្នកមិនប្រាកដថាអ្នកបានចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងណាមួយ សូមទាក់ទង សេវាបម្រើសមាជិក ឬមើលទំព័រគម្របនៃ *សេចក្តីជូនដំណឹងប្រចាំឆ្នាំអំពីការផ្លាស់ប្តូរ*របស់អ្នក (ឬសម្រាប់សមាជិកថ្មី សូមមើលបែបបទចុះឈ្មោះ ឬលិខិតបញ្ជាក់ការចុះឈ្មោះរបស់អ្នក)។

ចំណាំ៖ សូមមើល**ជំពូកទី 1** សម្រាប់តំបន់សេវាភូមិសាស្ត្រនៃគម្រោងនីមួយៗដែលមាននៅក្នុង *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះ។ សម្រាប់គោលបំណងនៃចំណែកចូលរួមបង់ប្រាក់ ការចុះឈ្មោះ និងការលុបឈ្មោះ មានគម្រោង Dual Complete ជាច្រើននៅក្នុងតំបន់សេវា Region របស់យើង ដែលត្រូវបានពិពណ៌នានៅក្នុង *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះ។ ប៉ុន្តែ សម្រាប់គោលបំណងនៃការទទួលបានសេវាដែលបានធានារ៉ាប់រង អ្នកទទួលការថែទាំពី អ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ គ្រប់ទីកន្លែងនៅក្នុងតំបន់សេវារបស់តំបន់របស់អ្នក។

D. តារាងអត្ថប្រយោជន៍របស់គម្រោងយើង

សេវាដែលបានធានារ៉ាប់រង		អ្វីដែលអ្នកត្រូវបង់
	ការពិនិត្យរកមើលការប៉ោងសរសៃឈាមអ័រតាពោះ យើងទូទាត់ប្រាក់សម្រាប់ការពិនិត្យអ៊ុលត្រាសោនម្តងគត់សម្រាប់មនុស្សដែលមានហានិភ័យ។ គម្រោងរបស់យើងធានារ៉ាប់រងការពិនិត្យនេះតែក្នុងករណីដែលអ្នកមានកត្តាហានិភ័យជាក់លាក់ និងទទួលបានការបញ្ជូនបន្តសម្រាប់ការពិនិត្យនេះពីគ្រូពេទ្យជំនួយការវេជ្ជបណ្ឌិត (PA) គ្រូពេទ្យដែលជាគិលានុបដ្ឋាក (NP) ឬគ្រូពេទ្យឯកទេសគិលានុបដ្ឋាកគ្លីនិក (CNS) របស់អ្នក។	$0 ពិគ្រោះជាមួយអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក ហើយទទួលយកការបញ្ជូនបន្ត។
	ការចាក់ម្ជុលវិទ្យាសាស្ត្រ† យើងទូទាត់ប្រាក់សម្រាប់សេវាចាក់ម្ជុលវិទ្យាសាស្ត្រក្រៅមន្ទីរពេទ្យរហូតដល់ពីរដងក្នុងមួយខែប្រតិទិន ឬញឹកញាប់ជាងនេះប្រសិនបើមានភាពចាំបាច់ខាងវេជ្ជសាស្ត្រ។ យើងក៏ទូទាត់ប្រាក់សម្រាប់ការទៅទទួលសេវាចាក់ម្ជុលវិទ្យាសាស្ត្ររហូតដល់ 12 ដងក្នុងរយៈពេល 90 ថ្ងៃ ប្រសិនបើអ្នកមានការឈឺខ្នងផ្នែកខាងក្រោមរ៉ាំរ៉ៃ ដែលកំណត់ថា៖ • មានរយៈពេល 12 សប្តាហ៍ ឬយូរជាងនេះ • មិនជាក់លាក់ (មិនមានមូលហេតុប្រព័ន្ធដែលអាចកំណត់បាន ដូចជាមិនទាក់ទងនឹងជំងឺមហារីករាលដាលជំងឺរលាក ឬជំងឺឆ្លង) • មិនទាក់ទងនឹងការរះកាត់។ • មិនទាក់ទងនឹងការមានផ្ទៃពោះ។ លើសពីនេះ យើងទូទាត់ប្រាក់សម្រាប់ការចាក់ម្ជុលវិទ្យាសាស្ត្របន្ថែមចំនួនប្រាំបីវគ្គសម្រាប់ការឈឺខ្នងផ្នែកខាងក្រោមរ៉ាំរ៉ៃ ប្រសិនបើអ្នកបង្ហាញថាមានភាពប្រសើរឡើង។ អ្នកមិនអាចទទួលការព្យាបាលដោយចាក់ម្ជុលវិទ្យាសាស្ត្រលើសពី 20 ដងសម្រាប់ការឈឺខ្នងផ្នែកខាងក្រោមរ៉ាំរ៉ៃក្នុងមួយឆ្នាំបានទេ។ ការព្យាបាលដោយចាក់ម្ជុលវិទ្យាសាស្ត្រត្រូវតែបញ្ឈប់ ប្រសិនបើអ្នកមិនមានភាពប្រសើរឡើង ឬស្ថានភាពរបស់អ្នកកាន់តែធ្ងន់ធ្ងរ។ តម្រូវការសម្រាប់អ្នកផ្តល់សេវា៖ វេជ្ជបណ្ឌិតអាចផ្តល់សេវាចាក់ម្ជុលវិទ្យាសាស្ត្រស្របតាមតម្រូវការរបស់រដ្ឋដែលអនុវត្តបាន។ **អត្ថប្រយោជន៍នេះត្រូវបានបន្តនៅទំព័របន្ទាប់**	$0

	សេវាដែលបានធានារ៉ាប់រង	អ្វីដែលអ្នកត្រូវបង់
	ការថែក់មួលវិទ្យាសាស្ត្រ† (បន្ត) នួយការវេជ្ជបណ្ឌិត (PA) គ្រូពេទ្យដែលជាគិលានុបដ្ឋាក (NP) ឬគ្រូពេទ្យឯកទេសគិលានុបដ្ឋាកគ្លីនិក (CNS) និងបុគ្គលិកជំនួយ អាចផ្តល់សេវាថែក់មួលវិទ្យាសាស្ត្រ ប្រសិនបើពួកគេបំពេញតាមតម្រូវការរបស់រដ្ឋដែលអនុវត្តបានទាំងអស់ និងមាន៖ • សញ្ញាបត្រកម្រិតបរិញ្ញាបត្រជាន់ខ្ពស់ ឬបណ្ឌិតផ្នែកថែក់មួលវិទ្យាសាស្ត្រ ឬវេជ្ជសាស្ត្របូព៌ា ពីសាលាដែលទទួលស្គាល់ដោយគណៈកម្មការទទួលស្គាល់គុណភាពអប់រំផ្នែកថែក់មួលវិទ្យាសាស្ត្រ និងឱសថរុក្ខជាតិ និង • អាជ្ញាបណ្ណបច្ចុប្បន្ន ពេញលេញ សកម្ម និងស្ថានការរីតត្បិតក្នុងការប្រកបវិជ្ជាជីវៈថែក់មួលវិទ្យាសាស្ត្រនៅក្នុងរដ្ឋដែលអ្នកកំពុងទទួលការថែទាំ។ បុគ្គលិកជំនួយដែលផ្តល់សេវាថែក់មួលវិទ្យាសាស្ត្រ ត្រូវស្ថិតក្រោមការត្រួតពិនិត្យក្នុងកម្រិតសមស្របរបស់គ្រូពេទ្យ PA ឬ NP/CNS តាមដែលតម្រូវដោយបទប្បញ្ញត្តិរបស់យើង។ យើងក៏ធានារ៉ាប់រងសេវាថែក់មួលវិទ្យាសាស្ត្រដែលជាទូទៅមិនត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare ដែលជាទូទៅត្រូវបានផ្តល់ជូនសម្រាប់តែការព្យាបាលការចង្អោរ ឬជាផ្នែកមួយនៃកម្មវិធីគ្រប់គ្រងការឈឺចាប់ដំទូលំទូលាយសម្រាប់ការព្យាបាលការឈឺចាប់រ៉ាំរ៉ៃ។	
	អ្នកក៏អាចទទួលបានសេវាថែក់មួលវិទ្យាសាស្ត្រក្រោមការធានារ៉ាប់រង Medi-Cal របស់អ្នកផងដែរ។ ក្រោម Medi-Cal យើងធានារ៉ាប់រងសេវាថែក់មួលវិទ្យាសាស្ត្រដែលមានភាពចាំបាច់ខាងវេជ្ជសាស្ត្រដើម្បីការពារ កែប្រែ ឬកាត់បន្ថយការយល់ឃើញអំពីការឈឺចាប់រ៉ាំរ៉ៃធ្ងន់ធ្ងរ និងជាប់រហូត ដែលបណ្តាលមកពីស្ថានភាពវេជ្ជសាស្ត្រដែលទទួលស្គាល់ជាទូទៅ សេវាថែក់មួលវិទ្យាសាស្ត្រជាអ្នកជំងឺក្រៅរបស់ Medi-Cal មិនតម្រូវឱ្យមានលិខិតបញ្ជូន ឬការអនុញ្ញាតជាមុនឡើយ។ សេវាថែក់មួលវិទ្យាសាស្ត្រទាំងនេះត្រូវបានធានារ៉ាប់រង នៅពេលទទួលបានតាមរយៈអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញរបស់យើង ឬអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញរបស់ American Specialty Health។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីសេវាថែក់មួលវិទ្យាសាស្ត្រដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយ Medi-Cal សូមទូរសព្ទទៅ American Specialty Health តាមរយៈលេខ 1-800-678-9133 (TTY 711)។	$0

សេវាដែលបានធានារ៉ាប់រង		អ្វីដែលអ្នកត្រូវបង់
	ការពិនិត្យស្រាវជ្រាវ និងការប្រឹក្សាអំពីការប្រើប្រាស់គ្រឿងស្រវឹងខុសកម្រិត យើងបង់ប្រាក់សម្រាប់ការពិនិត្យរកមើលការប្រើប្រាស់គ្រឿងស្រវឹងខុសកម្រិត (ការពិនិត្យរកមើល ការវាយតម្លៃ ការអន្តរាគមន៍រយៈពេលខ្លី និងការបញ្ជូនទៅទទួលការព្យាបាល (SABIRT)) សម្រាប់មនុស្សពេញវ័យដែលប្រើប្រាស់គ្រឿងស្រវឹងខុសកម្រិត ប៉ុន្តែមិនញៀនគ្រឿងស្រវឹង។ នេះរួមបញ្ចូលទាំងស្ត្រីមានផ្ទៃពោះផងដែរ។ ប្រសិនបើអ្នកពិនិត្យស្រាវជ្រាវឃើញវិជ្ជមានចំពោះការប្រើប្រាស់គ្រឿងស្រវឹងខុស អ្នកអាចទទួលបានការប្រឹក្សាទល់មុខគ្នារយៈពេលខ្លីរហូតដល់បួនវគ្គជារៀងរាល់ឆ្នាំ (ប្រសិនបើអ្នកអាច និងមានស្មារតីល្អក្នុងអំឡុងពេលប្រឹក្សា) ជាមួយអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំបឋម (PCP) ឬអ្នកអនុវត្តវេជ្ជសាស្ត្រដែលមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់នៅកន្លែងផ្តល់សេវាថែទាំបឋម។	$0
	សេវារថយន្តសង្គ្រោះបន្ទាន់ សេវារថយន្តសង្គ្រោះបន្ទាន់ដែលបានធានារ៉ាប់រង មិនថាក្នុងស្ថានភាពសង្គ្រោះបន្ទាន់ ឬមិនសង្គ្រោះបន្ទាន់ឡើយ រួមមានផ្លូវគោក និងផ្លូវអាកាស (យន្តហោះ និងឧទ្ធម្ភាគចក្រ)។ រថយន្តសង្គ្រោះបន្ទាន់នឹងនាំអ្នកទៅកាន់កន្លែងដែលនៅជិតបំផុតដែលអាចផ្តល់ការថែទាំដល់អ្នកបាន។ ស្ថានភាពរបស់អ្នកត្រូវតែធ្ងន់ធ្ងររហូតដល់ការទៅកាន់កន្លែងទទួលការថែទាំតាមវិធីផ្សេងទៀតអាចបង្កហានិភ័យដល់សុខភាព ឬអាយុជីវិតរបស់អ្នក។ សេវារថយន្តសង្គ្រោះបន្ទាន់សម្រាប់ករណីផ្សេងទៀត (មិនសង្គ្រោះបន្ទាន់) ត្រូវតែទទួលបានការយល់ព្រមពីយើងខ្ញុំ។ ក្នុងករណីដែលមិនមែនជាការសង្គ្រោះបន្ទាន់ យើងអាចបង់ប្រាក់សម្រាប់រថយន្តសង្គ្រោះបន្ទាន់។ ស្ថានភាពរបស់អ្នកត្រូវតែធ្ងន់ធ្ងររហូតដល់ការទៅកាន់កន្លែងទទួលការថែទាំតាមវិធីផ្សេងទៀតអាចបង្កហានិភ័យដល់អាយុជីវិត ឬសុខភាពរបស់អ្នក។ សូមមើលជំពូកទី 3 សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីការដឹកជញ្ជូនដែលមិនមែនជាការសង្គ្រោះបន្ទាន់។ យើងក៏ធានារ៉ាប់រងលើសេវារថយន្តសង្គ្រោះដែលមានអាជ្ញាបណ្ណនៅគ្រប់ទីកន្លែងលើពិភពលោកដោយមិនចាំបាច់មានការអនុញ្ញាតជាមុន (រួមទាំងការដឹកជញ្ជូនតាមរយៈប្រព័ន្ធឆ្លើយតបសង្គ្រោះបន្ទាន់ 911 នៅកន្លែងដែលមាន) ប្រសិនបើអ្នកជឿជាក់ដោយសមហេតុផលថាអ្នកមានស្ថានភាពវេជ្ជសាស្ត្រសង្គ្រោះបន្ទាន់ និងអ្នកជឿជាក់ដោយសមហេតុផលថាស្ថានភាពរបស់អ្នកតម្រូវឱ្យមានការគាំទ្រផ្នែកគ្លីនិកពីសេវាដឹកជញ្ជូនតាមរថយន្តសង្គ្រោះ។	$0 **ប្រសិនបើអ្នកជាប់បង់ការធានារ៉ាប់រង Medi-Cal ពេញលេញ** អ្នកត្រូវបង់ប្រាក់ដូចខាងក្រោមសម្រាប់ការធ្វើដំណើរមួយជើងៗ អាស្រ័យលើគម្រោងដែលអ្នកបានចុះឈ្មោះ៖ • South P1 – **$620** • South P6 – **$630** • South P7 – **$620** • South P9 – **$290** • South P10 – **$630** • South P11 – **$540** • North P2 – **$620** • North P16 – **$630** • North P17 – **$590** • North P18 – **$610** • North P19 – **$630** • North P20 – **$630** • North P21 – **$620** • North P22 – **$620** • North P23 – **$630** • North P24 – **$450** • North P25 – **$630**

សេវាដែលបានធានារ៉ាប់រង		អ្វីដែលអ្នកត្រូវបង់
	ការចុះជួបពិនិត្យសុខុមាលភាពប្រចាំឆ្នាំ អ្នកអាចទទួលបានការពិនិត្យសុខភាពប្រចាំឆ្នាំ។ នេះគឺដើម្បីបង្កើត ឬធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពគម្រោងបង្ការដោយផ្អែកលើកត្តាហានិភ័យបច្ចុប្បន្នរបស់អ្នក។ យើងបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវានេះម្តងរៀងរាល់ 12 ខែ។ **ចំណាំ៖** ការចុះជួបពិនិត្យសុខុមាលភាពប្រចាំឆ្នាំលើកដំបូងរបស់អ្នកមិនអាចធ្វើឡើងក្នុងរយៈពេល 12 ខែ នៃការពិនិត្យសុខភាព Welcome to Medicare របស់អ្នកឡើយ។ ទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយ អ្នកមិនចាំបាច់ធ្លាប់បានទទួលការពិនិត្យសុខភាព Welcome to Medicare ដើម្បីទទួលបានការចុះជួបពិនិត្យសុខុមាលភាពប្រចាំឆ្នាំនោះទេ បន្ទាប់ពីអ្នកមានផ្នែក B រយៈពេល 12 ខែ។ យើងក៏ធានារ៉ាប់រងផងដែរនូវការពិនិត្យរាងកាយជាប្រចាំឆ្នាំ ជាការថែទាំបង្ការដែលសមស្របតាមវេជ្ជសាស្ត្រ ស្របតាមស្តង់ដារិច្ឆាជីវៈនៃការអនុវត្តដែលត្រូវបានទទួលស្គាល់ជាទូទៅ។	$0
	សេវាបង្ការជំងឺហឺត អ្នកអាចទទួលបានការអប់រំអំពីជំងឺហឺត និងការវាយតម្លៃបរិស្ថានផ្ទះសម្រាប់កត្តាបង្កដែលត្រូវបានរកឃើញជាទូទៅនៅក្នុងផ្ទះសម្រាប់អ្នកដែលមានជំងឺហឺតដែលមិនអាចគ្រប់គ្រងបានល្អ។	$0 ពិគ្រោះជាមួយអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក ហើយទទួលយកការបញ្ជូនបន្ត។
	ការវាស់ស្ទង់ម៉ាសឆ្អឹង យើងទូទាត់ប្រាក់សម្រាប់នីតិវិធីមួយចំនួនសម្រាប់សមាជិកដែលមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ (ជាធម្មតា អ្នកដែលប្រឈមនឹងការបាត់បង់ម៉ាសឆ្អឹង ឬប្រឈមនឹងជំងឺពុកឆ្អឹង)។ នីតិវិធីទាំងនេះកំណត់ម៉ាសឆ្អឹង រកមើលការបាត់បង់ឆ្អឹង ឬកំណត់គុណភាពឆ្អឹង។ យើងទូទាត់ប្រាក់សម្រាប់សេវាទាំងនេះម្តងក្នុងរយៈពេល 24 ខែ ឬញឹកញាប់ជាងនេះ ប្រសិនបើមានភាពចាំបាច់ខាងវេជ្ជសាស្ត្រ។ យើងក៏បង់ប្រាក់ផងដែរសម្រាប់វេជ្ជបណ្ឌិតដើម្បីពិនិត្យ និងផ្តល់យោបល់លើលទ្ធផល។	$0 ពិគ្រោះជាមួយអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក ហើយទទួលយកការបញ្ជូនបន្ត។
	ការពិនិត្យស្រាវជ្រាវរកជំងឺមហារីកសុដន់ (ការថតសុដន់ដោយកាំរស្មីអ៊ិច) យើងបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាដូចខាងក្រោម៖ • ការថតសុដន់ជាមូលដ្ឋានមួយដងនៅចន្លោះអាយុពី 35 ដល់ 39 ឆ្នាំ។ • ការថតសុដន់ពិនិត្យស្រាវជ្រាវម្តងរៀងរាល់ 12 ខែសម្រាប់ស្ត្រីអាយុ 40 ឆ្នាំឡើងទៅ។ **ជំអត្ថប្រយោជន៍នេះត្រូវបានបន្តនៅទំព័របន្ទាប់**	$0

	សេវាដែលបានធានារ៉ាប់រង	អ្វីដែលអ្នកត្រូវបង់
	ការពិនិត្យស្រាវជ្រាវរកជំងឺមហារីកសុដន់ (ការថតសុដន់ដោយកាំរស្មីអ៊ិច) (បន្ត) • ការពិនិត្យសុដន់តាមគ្លីនិកម្តងរៀងរាល់ 24 ខែ។ លើសពីនេះ ស្ត្រីដែលមានប្រវត្តិគ្រួសារមានជំងឺមហារីកសុដន់អាចមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ការវាយតម្លៃហានិភ័យការធ្វើតេស្តហ្សែន និងការប្រឹក្សាផ្នែកហ្សែន។	
	សេវាស្តារនីតិសម្បទាបេះដូង យើងបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាស្តារនីតិសម្បទាបេះដូង ដូចជាការហាត់ប្រាណ ការអប់រំ និងការប្រឹក្សា។ សមាជិកត្រូវតែបំពេញតាមលក្ខខណ្ឌមួយចំនួន និងមានការបញ្ជាពីវេជ្ជបណ្ឌិត។ យើងធានារ៉ាប់រងលើកម្មវិធីគ្រប់ជ្រុងជ្រោយទាំងនេះ ប្រសិនបើអ្នកមានស្ថានភាពជំងឺយ៉ាងហោចណាស់មួយក្នុងចំណោមស្ថានភាពជំងឺទាំងនេះ៖ • តាំងបេះដូងក្នុងរយៈពេល 12 ខែចុងក្រោយនេះ • ការរះកាត់ធ្វើសរសៃឈាមបេះដូងថ្មី • ជំងឺឈឺចុកទ្រូងប្រភេទមានលំនឹង (ការឈឺទ្រូង) • ការជួសជុល ឬការផ្លាស់ប្តូរសន្ទះបេះដូង • ការពង្រីកសរសៃឈាមបេះដូង (នីតិវិធីវេជ្ជសាស្ត្រដែលប្រើដើម្បីបើកសរសៃឈាមដែលស្ទះ) ឬការដាក់រីស៊ែរក្នុងសរសៃឈាមបេះដូង (នីតិវិធីដែលប្រើដើម្បីរក្សាសរសៃឈាមឱ្យនៅបើក) • ការរះកាត់ប្តូរបេះដូង ឬបេះដូង និងសួត • ជំងឺខ្សោយបេះដូងរ៉ាំរ៉ៃប្រភេទមានលំនឹង ការកំណត់នៃការធានារ៉ាប់រង៖ អ្នកអាចទទួលបានវគ្គស្តារនីតិសម្បទាបេះដូងរហូតដល់ 36 វគ្គ។ អ្នកអាចមានពីរវគ្គក្នុងមួយថ្ងៃ (មួយវគ្គមានរយៈពេលមួយម៉ោង) ហើយកម្មវិធីនេះអាចមានរយៈពេលរហូតដល់ 36 សប្តាហ៍។ ប្រសិនបើអ្នកមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ អ្នកអាចនឹងទទួលបាន 36 វគ្គបន្ថែមទៀតដែលអាចបែងចែកក្នុងរយៈពេលកាន់តែយូរ។	$0 ពិគ្រោះជាមួយអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក ហើយទទួលយកការបញ្ជនបន្ត។ **ប្រសិនបើអ្នកជាត់បង់ការធានារ៉ាប់រង Medi-Cal ពេញលេញ** អ្នកត្រូវបង់ប្រាក់ដូចខាងក្រោមសម្រាប់**ការទៅជួបពិនិត្យថែទាំឯកទេសម្តងៗ** អាស្រ័យលើគម្រោងដែលអ្នកបានចុះឈ្មោះ៖ • South P1 – **$0** • South P6 – **$0** • South P7 – **$0** • South P9 – **$0** • South P10 – **$0** • South P11 – **$0** • North P2 – **$0** • North P16 – **$0** • North P17 – **$0** • North P18 – **$0** • North P19 – **$0** • North P20 – **$0** • North P21 – **$0** • North P22 – **$0** • North P23 – **$0** • North P24 – **$5** • North P25 – **$0**

សេវាដែលបានធានារ៉ាប់រង		អ្វីដែលអ្នកត្រូវបង់
	ការចុះជួបដើម្បីកាត់បន្ថយហានិភ័យនៃជំងឺប្រព័ន្ធបេះដូង និងសរសៃឈាម (បេះដូង) (ការព្យាបាលសម្រាប់ជំងឺបេះដូង) យើងបង់ប្រាក់សម្រាប់ការចុះជួបម្តងក្នុងមួយឆ្នាំ ឬច្រើនជាងនេះប្រសិនបើចាំបាច់ខាងវេជ្ជសាស្ត្រ ជាមួយអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំបឋម (PCP) របស់អ្នក ដើម្បីជួយកាត់បន្ថយហានិភ័យរបស់អ្នកចំពោះជំងឺបេះដូង។ ក្នុងអំឡុងពេលចុះជួប វេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកអាច៖ • ពិភាក្សាអំពីការប្រើប្រាស់ថ្នាំ aspirin • ពិនិត្យសម្ពាធឈាមរបស់អ្នក **និង/ឬ** • ផ្តល់គន្លឹះដល់អ្នកដើម្បីប្រាកដថាអ្នកកំពុងញ៉ាំអាហារបានល្អ។	$0
	ការធ្វើតេស្តពិនិត្យស្រាវជ្រាវរកជំងឺប្រព័ន្ធបេះដូង និងសរសៃឈាម យើងបង់ប្រាក់សម្រាប់ការធ្វើតេស្តឈាម ដើម្បីពិនិត្យរកជំងឺប្រព័ន្ធបេះដូង និងសរសៃឈាមម្តងរៀងរាល់ប្រាំឆ្នាំ (60 ខែ)។ ការធ្វើតេស្តឈាមទាំងនេះក៏ពិនិត្យរកមើលភាពមិនប្រក្រតីដោយសារតែហានិភ័យខ្ពស់នៃជំងឺបេះដូងផងដែរ។ យើងក៏បង់ប្រាក់សម្រាប់ការធ្វើតេស្តឈាមដើម្បីពិនិត្យរកជំងឺប្រព័ន្ធបេះដូង និងសរសៃឈាមផងដែរ ប្រសិនបើវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកបញ្ជាឱ្យធ្វើ។	$0 ពិគ្រោះជាមួយអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក ហើយទទួលយកការបញ្ជូនបន្ត។
	ការពិនិត្យស្រាវជ្រាវរកជំងឺមហារីកមាត់ស្បូន និងទ្វារមាស យើងបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាដូចខាងក្រោម៖ • សម្រាប់ស្ត្រីទាំងអស់៖ ការធ្វើតេស្ត Pap និងការពិនិត្យអាងត្រគាកម្តងរៀងរាល់ 24 ខែ។ • សម្រាប់ស្ត្រីដែលប្រឈមនឹងហានិភ័យខ្ពស់នៃជំងឺមហារីកមាត់ស្បូន ឬទ្វារមាស៖ ការធ្វើតេស្ត Pap មួយដងរៀងរាល់ 12 ខែ។ • សម្រាប់ស្ត្រីដែលធ្លាប់មានការធ្វើតេស្ត Pap មិនប្រក្រតីក្នុងរយៈពេលបីឆ្នាំចុងក្រោយនេះ និងស្ថិតក្នុងវ័យដែលអាចមានកូនបាន៖ ការធ្វើតេស្ត Pap មួយដងរៀងរាល់ 12 ខែ។ • សម្រាប់ស្ត្រីអាយុ 30-65 ឆ្នាំ៖ ការធ្វើតេស្តរកវីរុស human papillomavirus (HPV) ឬការធ្វើតេស្ត Pap រួមជាមួយនឹងការធ្វើតេស្ត HPV ម្តងរៀងរាល់ 5 ឆ្នាំ។	$0 ពិគ្រោះជាមួយអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក ហើយទទួលយកការបញ្ជូនបន្ត។

	សេវាដែលបានធានារ៉ាប់រង	អ្វីដែលអ្នកត្រូវបង់
	សេវាកែសម្រួលសន្លាក់ និងឆ្អឹងខ្ចង យើងបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាដូចខាងក្រោម៖ • ការកែសម្រួលឆ្អឹងខ្ចង ដើម្បីកែតម្រង់ឱ្យស្របតាមទីតាំងត្រឹមត្រូវ។ សេវាដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare នេះ ត្រូវបានផ្តល់ដោយអ្នកជំនាញកែសម្រួលឆ្អឹងខ្ចងក្នុងបណ្តាញ ឬ សម្រាប់សមាជិកនៅ †Northern California ដោយអ្នកជំនាញកែសម្រួលឆ្អឹងខ្ចងដែលត្រូវបានអនុញ្ញាតដោយអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ។ សម្រាប់បញ្ជីរាយនាមគ្រូពេទ្យពត់ឆ្អឹងក្នុងបណ្តាញ សូមមើល *បញ្ជីឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថាន*។ • Medi-Cal អាចធានារ៉ាប់រងលើសេវាកែសម្រួលសន្លាក់ និងឆ្អឹងខ្ចង នៅពេលទទួលបាននៅមណ្ឌលសុខភាពដែលមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ថ្នាក់សហព័ន្ធ (FQHC) ឬគ្លីនិកសុខភាពជនបទ (RHC) នៅក្នុងបណ្តាញរបស់ Kaiser Permanente។ FQHC និង RHC អាចតម្រូវឱ្យមានការបញ្ជូនបន្តដើម្បីទទួលបានសេវា។ ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែមអំពីសេវាដែលមាននៅ FQHC ឬ RHC សូមទូរសព្ទទៅសេវាបម្រើសមាជិក។ • Medi-Cal ក៏អាចធានារ៉ាប់រងផងដែរនូវសេវាកែសម្រួលសន្លាក់ និងឆ្អឹងខ្ចងសម្រាប់សមាជិកដែលមានផ្ទៃពោះ រហូតដល់ 60 ថ្ងៃបន្ទាប់ពីការបញ្ចប់ការពពោះ និងសម្រាប់អ្នកស្នាក់នៅក្នុងមណ្ឌលថែទាំជំនាញ មណ្ឌលថែទាំកម្រិតមធ្យម ឬមណ្ឌលថែទាំកម្រិតមធ្យម (subacute)។ យើងធ្វើការជាមួយ American Specialty Health (ASH) ដើម្បីរៀបចំសេវាកែសម្រួលសន្លាក់ និងឆ្អឹងខ្ចងសម្រាប់សមាជិកទាំងនេះ។ ASH អាចទាក់ទងតាមរយៈលេខ 1-800-678-9133 (TTY 711)។	$0
	ការពិនិត្យស្រាវជ្រាវរកជំងឺមហារីកពោះវៀនធំ យើងបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាដូចខាងក្រោម៖ • ការឆ្លុះពោះវៀនធំមិនមានការកំណត់អាយុអប្បបរមា ឬអតិបរមាទេ ហើយត្រូវបានធានារ៉ាប់រងម្តងរៀងរាល់ 120 ខែ (ដប់ឆ្នាំ) សម្រាប់អ្នកជំងឺដែលមិនប្រឈមនឹងហានិភ័យខ្ពស់ ឬ 48 ខែបន្ទាប់ពីការឆ្លុះពិនិត្យពោះវៀនផ្នែកខាងក្រោមលើកមុន សម្រាប់អ្នកជំងឺដែលមិនប្រឈមនឹងហានិភ័យខ្ពស់ចំពោះជំងឺមហារីកពោះវៀនធំ និងម្តងរៀងរាល់ 24 ខែសម្រាប់អ្នកជំងឺដែលប្រឈមនឹងហានិភ័យខ្ពស់ បន្ទាប់ពីការឆ្លុះពោះវៀនធំពិនិត្យស្រាវជ្រាវលើកមុន។ • ការថតកាំរស្មីអ៊ុចពោះវៀនធំសម្រាប់អ្នកជំងឺអាយុ 45 ឆ្នាំឡើងទៅដែលមិនប្រឈមនឹងហានិភ័យខ្ពស់នៃជំងឺមហារីកពោះវៀនធំ ត្រូវបានធានារ៉ាប់រងនៅពេលដែលយ៉ាងហោចណាស់ 59 ខែបានកន្លងផុតទៅបន្ទាប់ពីខែដែលការថតកាំរស្មីអ៊ុចពោះវៀនធំពិនិត្យស្រាវជ្រាវចុងក្រោយត្រូវបានធ្វើឡើង ឬនៅពេលដែល 47 ខែបានកន្លងផុតទៅបន្ទាប់ពីខែដែ **ជំអត្ថប្រយោជន៍នេះត្រូវបានបន្តនៅទំព័របន្ទាប់**	$0 ពិគ្រោះជាមួយអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក ហើយទទួលយកការបញ្ជូនបន្ត។

	សេវាដែលបានធានារ៉ាប់រង	អ្វីដែលអ្នកត្រូវបង់
	ការពិនិត្យស្រាវជ្រាវរកជំងឺមហារីកពោះវៀនធំ (បន្ត) លការឆ្លុះពិនិត្យពោះវៀនផ្នែកខាងក្រោមពិនិត្យស្រាវជ្រាវ ឬការឆ្លុះពោះវៀនធំពិនិត្យស្រាវជ្រាវចុងក្រោយត្រូវបានធ្វើឡើង។ សម្រាប់អ្នកជំងឺដែលប្រឈមនឹងហានិភ័យខ្ពស់ចំពោះជំងឺមហារីកពោះវៀនធំ ការបង់ប្រាក់អាចធ្វើឡើងសម្រាប់ការថតកាំរស្មីអ៊ុចពោះវៀនធំពិនិត្យស្រាវជ្រាវ ដែលធ្វើឡើងបន្ទាប់ពីយ៉ាងហោចណាស់ 23 ខែបានកន្លងផុតទៅ បន្ទាប់ពីខែដែលការថតកាំរស្មីអ៊ុចពោះវៀនធំពិនិត្យស្រាវជ្រាវចុងក្រោយ ឬការឆ្លុះពោះវៀនធំពិនិត្យស្រាវជ្រាវចុងក្រោយត្រូវបានធ្វើឡើង។ • ការឆ្លុះពិនិត្យពោះវៀនផ្នែកខាងក្រោមសម្រាប់អ្នកជំងឺអាយុ 45 ឆ្នាំឡើងទៅ។ ម្តងរៀងរាល់ 120 ខែ សម្រាប់អ្នកជំងឺដែលមិនមានហានិភ័យខ្ពស់ បន្ទាប់ពីការឆ្លុះពោះវៀនធំពិនិត្យស្រាវជ្រាវលើកមុន។ ម្តងរៀងរាល់ 48 ខែសម្រាប់អ្នកជំងឺប្រឈមនឹងហានិភ័យខ្ពស់ គិតពីការឆ្លុះពិនិត្យពោះវៀនផ្នែកខាងក្រោមចុងក្រោយ ឬការថតកាំរស្មីអ៊ុចពោះវៀនធំ ការថតកាំរស្មីអ៊ុចពោះវៀនធំ។ • ការធ្វើតេស្តពិនិត្យស្រាវជ្រាវរកឈាមលាក់ក្នុងលាមកសម្រាប់អ្នកជំងឺអាយុ 45 ឆ្នាំឡើងទៅ។ ម្តងរៀងរាល់ 12 ខែ។ • ការធ្វើតេស្ត DNA លាមកពហុគោលដៅសម្រាប់អ្នកជំងឺអាយុពី 45 ដល់ 85 ឆ្នាំ ដែលមិនបំពេញតាមលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យហានិភ័យខ្ពស់។ ម្តងរៀងរាល់បីឆ្នាំ។ • ការធ្វើតេស្តសញ្ញាសម្គាល់ជីវសាស្ត្រផ្នែកលើឈាមសម្រាប់អ្នកជំងឺអាយុ 45 ដល់ 85 ឆ្នាំ និងមិនបំពេញតាមលក្ខខណ្ឌវិនិច្ឆ័យហានិភ័យខ្ពស់។ ម្តងរៀងរាល់បីឆ្នាំ។ • ការធ្វើតេស្តពិនិត្យស្រាវជ្រាវរកជំងឺមហារីកពោះវៀនធំ រួមមានការឆ្លុះពោះវៀនធំពិនិត្យស្រាវជ្រាវបន្ត បន្ទាប់ពីការធ្វើតេស្តពិនិត្យស្រាវជ្រាវរកជំងឺមហារីកពោះវៀនធំផ្នែកលើលាមកដែលមិនមានការចាក់ទម្លុះសាច់ ដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare បង្ហាញលទ្ធផលវិជ្ជមាន។ • ការធ្វើតេស្តពិនិត្យស្រាវជ្រាវរកជំងឺមហារីកពោះវៀនធំ រួមមានការឆ្លុះពិនិត្យពោះវៀនផ្នែកខាងក្រោមពិនិត្យស្រាវជ្រាវតាមការគ្រោងទុក ឬការឆ្លុះពោះវៀនធំពិនិត្យស្រាវជ្រាវដែលពាក់ព័ន្ធនឹងការកាត់ចេញនូវដាលិកា ឬសារធាតុផ្សេងទៀត ឬនីតិវិធីផ្សេងទៀតដែលបានផ្តល់ឱ្យដោយភ្ជាប់ជាមួយ ជាលទ្ធផលនៃ និងក្នុងអំឡុងពេលជួបតាមគ្លីនិកដូចគ្នាជាមួយនឹងការធ្វើតេស្តពិនិត្យស្រាវជ្រាវ។ • នីតិវិធីដែលបានធ្វើឡើងក្នុងអំឡុងពេលឆ្លុះពោះវៀនធំដើម្បីពិនិត្យស្រាវជ្រាវ (ឧទាហរណ៍ ការយកដុំសាច់តូចៗចេញ)។ • ការឆ្លុះពោះវៀនធំ បន្ទាប់ពីទទួលបានលទ្ធផលវិជ្ជមានពីការធ្វើតេស្ត gFOBT ឬ FIT ឬការឆ្លុះពិនិត្យពោះវៀនផ្នែកខាងក្រោមដើម្បីពិនិត្យស្រាវជ្រាវ។	

	សេវាដែលបានធានារ៉ាប់រង	អ្វីដែលអ្នកត្រូវបង់
	សេវាធ្មេញ† យើងបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាធ្មេញជាក់លាក់ ដូចដែលបានបង្ហាញខាងក្រោម។ អ្វីដែលយើងមិនធានារ៉ាប់រង គឺមានផ្តល់ជូនតាមរយៈ Medi-Cal Dental ដែលមានពិពណ៌នានៅក្នុង**ផ្នែក F2** ខាងក្រោម។ យើងបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាធ្មេញមួយចំនួន នៅពេលដែលសេវានោះគឺជាផ្នែកមួយមិនអាចខ្វះបាននៃការព្យាបាលជាក់លាក់នៃស្ថានភាពវេជ្ជសាស្ត្រចម្បងរបស់បុគ្គលណាម្នាក់។ ការសាងសង់ថ្គាមឡើងវិញបន្ទាប់ពីការបាក់ ឬរបួស ការដកធ្មេញដែលធ្វើឡើងដើម្បីត្រៀមសម្រាប់ការព្យាបាលដោយកាំរស្មីសម្រាប់ជំងឺមហារីកដែលពាក់ព័ន្ធនឹងថ្គាម ឬការពិនិត្យមាត់ធ្មេញមុនពេលប្តូរសរីរាង្គ។	$0 ពិគ្រោះជាមួយអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក ហើយទទួលយកការបញ្ជូនបន្ត។ **ប្រសិនបើអ្នកជាប់បង់ការធានារ៉ាប់រង Medi-Cal ពេញលេញ** អ្នកត្រូវបង់ប្រាក់ដូចខាងក្រោមសម្រាប់**ការទៅជួបពិនិត្យថែទាំឯកទេសម្តងៗ** អាស្រ័យលើកម្រិតដែលអ្នកបានចុះឈ្មោះ៖ • South P1 – **$0** • South P6 – **$0** • South P7 – **$0** • South P9 – **$0** • South P10 – **$0** • South P11 – **$0** • North P2 – **$0** • North P16 – **$0** • North P17 – **$0** • North P18 – **$0** • North P19 – **$0** • North P20 – **$0** • North P21 – **$0** • North P22 – **$0** • North P23 – **$0** • North P24 – **$5** • North P25 – **$0**
🍎	**ការពិនិត្យស្រាវជ្រាវរកជំងឺបាក់ទឹកចិត្ត** យើងបង់ប្រាក់សម្រាប់ការពិនិត្យស្រាវជ្រាវរកជំងឺបាក់ទឹកចិត្តមួយដងជារៀងរាល់ឆ្នាំ។ ការពិនិត្យស្រាវជ្រាវត្រូវតែធ្វើឡើងនៅកន្លែងផ្តល់សេវាថែទាំបឋមដែលអាចផ្តល់ការព្យាបាលបន្ត និង/ឬការបញ្ជូនបន្ត។	$0

សេវាដែលបានធានារ៉ាប់រង		អ្វីដែលអ្នកត្រូវបង់
	ការពិនិត្យស្រាវជ្រាវរកជំងឺទឹកនោមផ្អែម យើងបង់ប្រាក់សម្រាប់ការពិនិត្យស្រាវជ្រាវនេះ (រួមទាំងការធ្វើតេស្តជាតិស្ករក្នុងឈាមពេលអត់អាហារ) ប្រសិនបើអ្នកមានកត្តាហានិភ័យណាមួយដូចខាងក្រោម៖ • សម្ពាធឈាមខ្ពស់ (ជំងឺលើសឈាម) • ប្រវត្តិនៃកម្រិតកូឡេស្តេរ៉ុល និងទ្រីគ្លីសេរីតមិនប្រក្រតី (dyslipidemia) • ជំងឺធាត់ • ប្រវត្តិមានជាតិស្ករ (គ្លុយកូស) ក្នុងឈាមខ្ពស់ ការធ្វើតេស្តអាចត្រូវបានធានារ៉ាប់រងក្នុងករណីខ្លះទៀត ដូចជាប្រសិនបើអ្នកលើសទម្ងន់ និងមានប្រវត្តិគ្រួសារមានជំងឺទឹកនោមផ្អែម។ អ្នកអាចមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ការពិនិត្យស្រាវជ្រាវរកជំងឺទឹកនោមផ្អែមរហូតដល់ពីរដងរៀងរាល់ 12 ខែ បន្ទាប់ពីកាលបរិច្ឆេទនៃការធ្វើតេស្តពិនិត្យស្រាវជ្រាវរកជំងឺទឹកនោមផ្អែមចុងក្រោយបំផុតរបស់អ្នក។	$0 ពិគ្រោះជាមួយអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក ហើយទទួលយកការបញ្ជូនបន្ត។
	ការបណ្តុះបណ្តាល សេវា និងសម្ភារៈផ្គត់ផ្គង់ៗសម្រាប់ការគ្រប់គ្រងជំងឺទឹកនោមផ្អែមដោយខ្លួនឯង យើងបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាខាងក្រោមនេះសម្រាប់អ្នកទាំងអស់ដែលមានជំងឺទឹកនោមផ្អែម (មិនថាពួកគេប្រើអាំងស៊ុយលីនឬអត់ទេ)៖ • សម្ភារៈផ្គត់ផ្គង់ដើម្បីតាមដានជាតិស្ករក្នុងឈាមរបស់អ្នក រួមមានដូចខាងក្រោម៖ ○ ម៉ាស៊ីនវាស់ជាតិស្ករក្នុងឈាម ○ បន្ទះតេស្តជាតិស្ករក្នុងឈាម ○ ឧបករណ៍ចាក់យកឈាម និងម្ជុលចាក់យកឈាម ○ សូលុយស្យុងគ្រប់គ្រងជាតិស្ករសម្រាប់ការត្រួតពិនិត្យភាពត្រឹមត្រូវនៃបន្ទះតេស្ត និងម៉ាស៊ីនតាមដាន។	$0
	• សម្រាប់អ្នកមានជំងឺទឹកនោមផ្អែមដែលមានជំងឺជើងដោយសារទឹកនោមផ្អែមធ្ងន់ធ្ងរ យើងបង់ប្រាក់សម្រាប់ដូចខាងក្រោម៖ ○ ស្បែកជើងកាត់តម្រូវតាមទម្រង់ជើងសម្រាប់ការព្យាបាលចំនួនមួយគូ (រួមទាំងទ្រនាប់ខាងក្នុង) រួមទាំងការវាស់តម្រូវទំហំជើង និងទ្រនាប់ខាងក្នុងបន្ថែមចំនួនពីរគូក្នុងមួយឆ្នាំប្រតិទិន ឬស្បែកជើងមានបាតជ្រៅចំនួនមួយគូ រួមទាំងការវាស់តម្រូវ **អត្ថប្រយោជន៍នេះត្រូវបានបន្តនៅទំព័របន្ទាប់**	$0 **ប្រសិនបើអ្នកបាត់បង់ការធានារ៉ាប់រង Medi-Cal ពេញលេញ** អ្នកត្រូវបង់**ប្រាក់ធានារ៉ាប់រងរួម** ដូចខាងក្រោម អាស្រ័យលើកម្រិតដែលអ្នកបានចុះឈ្មោះ៖ • South P1 – **20%** • South P6 – **20%**

សេវាដែលបានធានារ៉ាប់រង		អ្វីដែលអ្នកត្រូវបង់
	ការបណ្តុះបណ្តាល សេវា និងសម្ភារៈផ្គត់ផ្គង់†សម្រាប់ការគ្រប់គ្រងជំងឺទឹកនោមផ្អែមដោយខ្លួនឯង (បន្ត) ទំហំជើង និងទ្រនាប់ខាងក្នុងចំនួនបីគូជារៀងរាល់ឆ្នាំ (មិនរាប់បញ្ចូលទ្រនាប់ដែលអាចដោះចេញបានដែលមិនមែនជាការកាត់តម្រូវផ្ទាល់ខ្លួនដែលផ្តល់ជូនមកជាមួយស្បែកជើងទាំងនោះទេ)។	• South P7 – **20%** • South P9 – **0%** • South P10 – **20%** • South P11 – **20%** • North P2 – **20%** • North P16 – **20%** • North P17 – **20%** • North P18 – **20%** • North P19 – **20%** • North P20 – **20%** • North P21 – **20%** • North P22 – **20%** • North P23 – **20%** • North P24 – **20%** • North P25 – **20%**
	• ក្នុងករណីខ្លះ យើងបង់ប្រាក់សម្រាប់ការបណ្តុះបណ្តាលដើម្បីជួយអ្នកគ្រប់គ្រងជំងឺទឹកនោមផ្អែមរបស់អ្នក។ ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែម សូមទាក់ទងសេវាបម្រើសមាជិក។ **ចំណាំ៖** អ្នកអាចជ្រើសរើសទទួលយកការបណ្តុះបណ្តាលអំពីការគ្រប់គ្រងជំងឺទឹកនោមផ្អែមដោយខ្លួនឯងពីកម្មវិធីនៅក្រៅគម្រោងរបស់យើងដែលត្រូវបានទទួលស្គាល់ដោយ American Diabetes Association និងត្រូវបានយល់ព្រមដោយ Medicare។	$0
	សេវាជំនួយការសម្រាលកូន សម្រាប់បុគ្គលដែលមានផ្ទៃពោះ យើងបង់ប្រាក់សម្រាប់ការជួបជាមួយជំនួយការសម្រាលកូនចំនួនប្រាំបួនដងក្នុងអំឡុងពេលមុនសម្រាល និងក្រោយសម្រាល ព្រមទាំងការគាំទ្រក្នុងអំឡុងពេលឈឺពោះ និងការសម្រាលកូន។ ការមកទទួលសេវាក្រោយសម្រាលកូនបន្ថែមរហូតដល់ប្រាំបួនដង ក៏អាចត្រូវបានផ្តល់ជូនផងដែរ ដោយមានការណែនាំជាលាយលក្ខណ៍អក្សរបន្ថែមពីវេជ្ជបណ្ឌិត ឬអ្នកប្រកបវិជ្ជាជីវៈដែលមានអាជ្ញាបណ្ណផ្សេងទៀត។	$0
	ឧបករណ៍វេជ្ជសាស្ត្រប្រើប្រាស់បានយូរ (DME) និងសម្ភារៈផ្គត់ផ្គង់ពាក់ព័ន្ធ† សូមមើល**ជំពូកទី 12** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះ សម្រាប់និយមន័យនៃ “ឧបករណ៍វេជ្ជសាស្ត្រប្រើប្រាស់បានយូរ (DME)” យើងធានារ៉ាប់រងលើសម្ភារៈដូចខាងក្រោម៖ **អត្ថប្រយោជន៍នេះត្រូវបានបន្តនៅទំព័របន្ទាប់**	$0។ **ប្រសិនបើអ្នកជាប់បង់ការធានារ៉ាប់រង Medi-Cal ពេញលេញ** អ្នកត្រូវបង់**ប្រាក់ធានារ៉ាប់រងរួម** ដូចខាងក្រោម អាស្រ័យលើគម្រោងដែលអ្នកបានចុះឈ្មោះលើកលែងតែអ្នកត្រូវបង់ $0 សម្រាប់ឧបករណ៍វាស់ហ្គ្លុយកូស

សេវាដែលបានធានារ៉ាប់រង		អ្វីដែលអ្នកត្រូវបង់
	ឧបករណ៍វេជ្ជសាស្ត្រប្រើប្រាស់បានយូរ (DME) និងសម្ភារៈផ្គត់ផ្គង់ពាក់ព័ន្ធ† (បន្ត) • រទេះរុញ រួមទាំងរទេះរុញអគ្គិសនី • ឈើច្រត់ • ប្រព័ន្ធពូកប្រើអគ្គិសនី • ទ្រនាប់ពូកកាត់បន្ថយសម្ពាធ • សម្ភារៈផ្គត់ផ្គង់សម្រាប់អ្នកជំងឺទឹកនោមផ្អែម • គ្រែពេទ្យដែលត្រូវបានបញ្ជាដោយអ្នកផ្តល់សេវាសម្រាប់ការប្រើប្រាស់នៅផ្ទះ • ម៉ាស៊ីនបញ្ចូលទឹកថ្នាំ (IV) តាមសរសៃឈាម និងបង្គោលព្យួរ • ឧបករណ៍បង្កើតសំឡេងនិយាយ • ឧបករណ៍ និងសម្ភារៈផ្គត់ផ្គង់អុកស៊ីសែន • ម៉ាស៊ីនឆ្លង • ឧបករណ៍ជំនួយការដើរ • ឈើច្រត់មានដៃកាន់កោងស្តង់ដា ឬឈើច្រត់ជើងបួន និងសម្ភារៈផ្គត់ផ្គង់ជំនួស • ឧបករណ៍ទាញសន្ធឹងឆ្អឹងក (ព្យួរនៅលើទ្វារ) • ឧបករណ៍ក្បាច់ឆ្អឹង • ឧបករណ៍សម្រាប់ការថែទាំដោយការលាងឈាម សម្ភារៈផ្សេងទៀតអាចត្រូវបានធានារ៉ាប់រង។ យើងបង់ប្រាក់សម្រាប់ DME ដែលចាំបាច់ខាងវេជ្ជសាស្ត្រទាំងអស់ ដែលជាទូទៅត្រូវបានបង់ដោយ Medicare និង Medi-Cal។ ប្រសិនបើអ្នកផ្គត់ផ្គង់របស់យើងនៅក្នុងតំបន់របស់អ្នកមិនមានម៉ាក ឬអ្នកផលិតជាក់លាក់ណាមួយទេ អ្នកអាចសួរពួកគេថាតើពួកគេអាចបញ្ជាទិញពិសេសសម្រាប់អ្នកបានឬអត់។ បញ្ជីអ្នកផ្គត់ផ្គង់ថ្មីបំផុតមាននៅលើគេហទំព័ររបស់យើង តាមរយៈ kp.org/directory។ យើងក៏ធានារ៉ាប់រងផងដែរនូវ DME ខាងក្រោមនេះ ដែលមិនត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare នៅពេលដែលចាំបាច់ខាងវេជ្ជសាស្ត្រ៖ • គ្រឿងបន្លែមសម្រាប់គ្រែពេទ្យ នៅពេលដែលត្រូវការពង្រីកគ្រែ • ឧបករណ៍ការពារកែងជើង ឬកែងដៃ ដើម្បីការពារ ឬកាត់បន្ថយការប្រើប្រាស់ឧបករណ៍បន្ថយសម្ពាធកម្រិតខ្ពស់ **អត្ថប្រយោជន៍នេះត្រូវបានបន្តនៅទំព័របន្ទាប់**	ដើម និងឧបករណ៍ព្យាបាលដោយពន្លឺអ៊ុលត្រាវីយូឡេ៖ • South P1 – **20%** • South P6 – **20%** • South P7 – **20%** • South P9 – **0%** • South P10 – **20%** • South P11 – **20%** • North P2 – **20%** • North P16 – **20%** • North P17 – **20%** • North P18 – **20%** • North P19 – **20%** • North P20 – **20%** • North P21 – **20%** • North P22 – **20%** • North P23 – **20%** • North P24 – **20%** • North P25 – **20%** **ឧបករណ៍អុកស៊ីសែន** **ប្រសិនបើអ្នកជាប់បង់ការធានារ៉ាប់រង Medi-Cal ពេញលេញ** ចំណែកចូលរួមបង់ប្រាក់របស់អ្នកសម្រាប់ការធានារ៉ាប់រងឧបករណ៍អុកស៊ីសែនរបស់ Medicare គឺស្មើនឹងចំនួនទឹកប្រាក់ដែលបានរាយខាងលើ រាល់ពេលដែលអ្នកទទួលបានឧបករណ៍។ ចំណែកចូលរួមបង់ប្រាក់របស់អ្នកនឹងមិនផ្លាស់ប្តូរទេ បន្ទាប់ពីអ្នកបានចុះឈ្មោះរយៈពេល 36 ខែ។

សេវាដែលបានធានារ៉ាប់រង		អ្វីដែលអ្នកត្រូវបង់
	ឧបករណ៍វេជ្ជសាស្ត្រប្រើប្រាស់បានយូរ (DME) និងសម្ភារៈផ្គត់ផ្គង់ពាក់ព័ន្ធ† (បន្ត) • ឧបករណ៍ iontophoresis សម្រាប់ព្យាបាលជំងឺបែកញើសខ្លាំងនៅពេលដែលថ្នាំទប់ញើសត្រូវបានហាមប្រាមមិនឱ្យប្រើ ហើយជំងឺបែកញើសខ្លាំងនេះបានបង្កឱ្យមានផលវិបាកផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ (ជាឧទាហរណ៍ ការបង្កភោគលើស្បែក) ឬកំពុងរារាំងដល់សកម្មភាពនៃការរស់នៅប្រចាំថ្ងៃ • ថង់សង្គ្រោះដង្ហើម ប្រសិនបើអ្នកជំងឺដែលមានការរះកាត់ចោះបំពង់ខ្យល់ត្រង់ក មានបញ្ហាធ្ងន់ធ្ងរក្នុងការគ្រប់គ្រងសារធាតុរំអិល ដែលត្រូវការបង្ហែកទេសលាងសម្អាត និងបូមយកចេញ ដោយមានជំនួយពីការដកដង្ហើមជ្រៅៗតាមរយៈថង់សង្គ្រោះដង្ហើម • ឧបករណ៍ព្យាបាលដោយពន្លឺអ៊ុលត្រាវីយូឡេ សម្រាប់ស្ថានភាពផ្សេងក្រៅពីជំងឺស្បែករបកក្រហម តាមភាពចាំបាច់ខាងវេជ្ជសាស្ត្រ រួមទាំងឧបករណ៍ព្យាបាលដោយពន្លឺអ៊ុលត្រាវីយូឡេសម្រាប់ការប្រើប្រាស់នៅផ្ទះ ប្រសិនបើ (1) ឧបករណ៍នោះត្រូវបានអនុម័តសម្រាប់អ្នកតាមរយៈដំណើរការការអនុញ្ញាតជាមុនរបស់គម្រោងរបស់យើង ដូចដែលបានពិពណ៌នានៅក្នុង**ជំពូកទី 3** និង (2) ឧបករណ៍នោះត្រូវបានផ្តល់ជូននៅក្នុងតំបន់សេវារបស់យើង។ ការធានារ៉ាប់រងសម្រាប់ឧបករណ៍ព្យាបាលដោយពន្លឺអ៊ុលត្រាវីយូឡេ ត្រូវបានកំណត់ចំពោះឧបករណ៍ស្តង់ដាដែលបំពេញតម្រូវការផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នកបានគ្រប់គ្រាន់។ យើងសម្រេចចិត្តថាតើត្រូវជួល ឬទិញឧបករណ៍នេះ ហើយយើងជ្រើសរើសអ្នកផ្គត់ផ្គង់។ អ្នកត្រូវតែប្រគល់ឧបករណ៍នោះមកយើងវិញ ឬបង់ថ្លៃទីផ្សារសមរម្យនៃឧបករណ៍នោះមកយើង នៅពេលដែលយើងលែងធានារ៉ាប់រងលើវាទៀតហើយ។)	
	ការថែទាំសង្គ្រោះបន្ទាន់ ការថែទាំសង្គ្រោះបន្ទាន់មានន័យថាជាសេវាដែលៈ • ផ្តល់ដោយអ្នកផ្តល់សេវាដែលបានទទួលការបណ្តុះបណ្តាលដើម្បីផ្តល់សេវាសង្គ្រោះបន្ទាន់ • ត្រូវការដើម្បីវាយតម្លៃ ឬព្យាបាលការសង្គ្រោះបន្ទាន់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ។ ការសង្គ្រោះបន្ទាន់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ គឺជាជំងឺ របួស ការឈឺចាប់ធ្ងន់ធ្ងរ ឬស្ថានភាពវេជ្ជសាស្ត្រដែលកំពុងប្រែជាអាក្រក់ទៅៗយ៉ាងឆាប់រហ័ស។ ស្ថានភាពនេះធ្ងន់ធ្ងរខ្លាំងណាស់ ដែលប្រសិនបើវាមិនទទួលបានការយកចិត្តទុកដាក់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រភ្លាមៗទេ នរណាម្នាក់ដែលមានចំណេះដឹងជាមធ្យមផ្នែកសុខភាព និងវេជ្ជសាស្ត្រអាចរំពឹងថាវានឹងបណ្តាលឱ្យៈ **អត្ថប្រយោជន៍នេះត្រូវបានបន្តនៅទំព័របន្ទាប់**	$0 **ប្រសិនបើអ្នកបាត់បង់ការធានារ៉ាប់រង Medi-Cal ពេញលេញរបស់អ្នក** អ្នកត្រូវបង់ប្រាក់ដូចខាងក្រោមសម្រាប់ការមកទទួលសេវានៅផ្នែកសង្គ្រោះបន្ទាន់ម្តងៗ អាស្រ័យ លើគម្រោងដែលអ្នកបានចុះឈ្មោះ៖ • South P1 – **$115** • South P6 – **$115** • South P7 – **$115** • South P9 – **$0** • South P10 – **$115**

	សេវាដែលបានធានារ៉ាប់រង	អ្វីដែលអ្នកត្រូវបង់
	ការថែទាំសង្គ្រោះបន្ទាន់ (បន្ត) • ហានិភ័យធ្ងន់ធ្ងរដល់សុខភាពរបស់អ្នក ឬក្នុងក្តងផ្ទៃរបស់អ្នក**ឬ** • គ្រោះថ្នាក់ធ្ងន់ធ្ងរដល់មុខងាររាងកាយ **ឬ** • ពិការភាពធ្ងន់ធ្ងរនៃសរីរាង្គរាងកាយណាមួយ **ឬ** • ការបាត់បង់អវយវៈ ឬការបាត់បង់មុខងារនៃអវយវៈ។ • ក្នុងករណីស្ត្រីមានផ្ទៃពោះដែលកំពុងសម្រាលកូន នៅពេលដែល៖ ○ មិនមានពេលគ្រប់គ្រាន់ដើម្បីបញ្ជូនអ្នកទៅកាន់មន្ទីរពេទ្យមួយផ្សេងទៀតដោយសុវត្ថិភាពមុនពេលសម្រាលឡើយ។ ○ ការបញ្ជូនទៅមន្ទីរពេទ្យផ្សេងទៀតអាចបង្កការគំរាមកំហែងដល់សុខភាព ឬសុវត្ថិភាពរបស់អ្នក ឬទារកក្នុងផ្ទៃរបស់អ្នក។ **អ្នកមានការធានារ៉ាប់រងការថែទាំសង្គ្រោះបន្ទាន់ទូទាំងពិភពលោក។**	• South P11 – **$115** • North P2 – **$115** • North P16 – **$115** • North P17 – **$115** • North P18 – **$115** • North P19 – **$115** • North P20 – **$115** • North P21 – **$115** • North P22 – **$115** • North P23 – **$115** • North P24 – **$115** • North P25 – **$115** ចំណែកចូលរួមបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាសង្គ្រោះបន្ទាន់ចាំបាច់ដែលផ្តល់ជូនក្រៅបណ្តាញគឺដូចគ្នាទៅនឹងសេវាបែបនេះដែលផ្តល់ជូនក្នុងបណ្តាញ។ †ប្រសិនបើអ្នកទទួលបានការថែទាំសង្គ្រោះបន្ទាន់នៅមន្ទីរពេទ្យក្រៅបណ្តាញ ហើយត្រូវការការថែទាំអ្នកជំងឺសម្រាកព្យាបាលក្នុងមន្ទីរពេទ្យបន្ទាប់ពីការសង្គ្រោះបន្ទាន់របស់អ្នកមានស្ថិរភាព អ្នកត្រូវតែត្រឡប់ទៅមន្ទីរពេទ្យក្នុងបណ្តាញវិញ ដើម្បីឱ្យការថែទាំរបស់អ្នកបន្តត្រូវបានធានារ៉ាប់រង ឬអ្នកត្រូវតែឱ្យការអ្នកជំងឺសម្រាកព្យាបាលក្នុងមន្ទីរពេទ្យរបស់អ្នកនៅឯមន្ទីរពេទ្យក្រៅបណ្តាញត្រូវបានអនុញ្ញាតដោយគម្រោងរបស់យើង ហើយការចំណាយរបស់អ្នកគឺជាចំណែកចូលរួមបង់ប្រាក់ដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់នៅមន្ទីរពេទ្យក្នុងបណ្តាញ។
	សេវាផែនការគ្រួសារ ច្បាប់អនុញ្ញាតឱ្យអ្នកជ្រើសរើសអ្នកផ្តល់សេវាណាមួយ – មិនថាអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ ឬអ្នកផ្តល់សេវាក្រៅបណ្តាញ Medi-Cal ទេ – សម្រាប់សេវាផែនការគ្រួសារជាក់លាក់។ នេះមានន័យថាវេជ្ជបណ្ឌិត គ្លីនិក មន្ទីរពេទ្យ ឱសថស្ថាន ឬការិយាល័យផែនការគ្រួសារណាមួយ។ **អត្ថប្រយោជន៍នេះត្រូវបានបន្តនៅទំព័របន្ទាប់**	$0

	សេវាដែលបានធានារ៉ាប់រង	អ្វីដែលអ្នកត្រូវបង់
	សេវាផែនការគ្រួសារ (បន្ត) យើងបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាដូចខាងក្រោម៖ • ការពិនិត្យផែនការគ្រួសារ និងការព្យាបាលតាមវេជ្ជសាស្ត្រ • ការធ្វើតេស្តមន្ទីរពិសោធន៍ និងតេស្តរោគវិនិច្ឆ័យផែនការគ្រួសារ • វិធីសាស្ត្រផែនការគ្រួសារ (IUC/IUD ថ្នាំបញ្ឆេលក្រោមស្បែក ថ្នាំចាក់ ថ្នាំគ្រាប់ពន្យារកំណើត បន្ទះបិទ ឬកងដាក់ក្នុងទ្វារមាស) • សម្ភារៈផ្គត់ផ្គង់ផែនការគ្រួសារដែលមានវេជ្ជបញ្ជា (ស្រោមអនាម័យ អេប៉ុង ហ្វូម បន្ទះហ្វីល របាំងទ្វារមាស មួកពន្យារកំណើត) • សេវាបង្កកំណើតមានកំណត់ ដូចជាការប្រឹក្សា និងការអប់រំអំពីបច្ចេកទេសយល់ដឹងពីការបង្កកំណើត និង/ឬការប្រឹក្សាសុខភាពមុនពេលមានផ្ទៃពោះ ការធ្វើតេស្ត និងការព្យាបាលការឆ្លងជំងឺកាមរោគ (STI)។ • ការប្រឹក្សា និងការធ្វើតេស្តសម្រាប់មេរោគ HIV និងជំងឺ AIDS និងស្ថានភាពដែលពាក់ព័ន្ធនឹងមេរោគ HIV ផ្សេងទៀត • ការពន្យារកំណើតជាអចិន្ត្រៃយ៍ (អ្នកត្រូវតែមានអាយុ 21 ឆ្នាំឡើងទៅ ដើម្បីជ្រើសរើសវិធីសាស្ត្រនៃផែនការគ្រួសារនេះ។ អ្នកត្រូវតែចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់បែបបទយល់ព្រមធ្វើការក្រៀវថ្នាក់សហព័ន្ធយ៉ាងហោចណាស់ 30 ថ្ងៃ ប៉ុន្តែមិនលើសពី 180 ថ្ងៃមុនកាលបរិច្ឆេទនៃការរះកាត់) • ការប្រឹក្សាផ្នែកហ្សែន យើងក៏បង់ប្រាក់ផងដែរសម្រាប់សេវាផែនការគ្រួសារផ្សេងទៀតមួយចំនួន។ ទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយ អ្នកត្រូវតែប្រើប្រាស់អ្នកផ្តល់សេវានៅក្នុងបណ្តាញអ្នកផ្តល់សេវារបស់យើងសម្រាប់សេវាខាងក្រោមនេះ៖ • ការព្យាបាលសម្រាប់ស្ថានភាពវេជ្ជសាស្ត្រនៃភាពគ្មានកូន (សេវានេះមិនរួមបញ ្ចូលមធ្យោបាយសិប្បនិម្មិតដើម្បីមានផ្ទៃពោះទេ) • ការព្យាបាលសម្រាប់ជំងឺ AIDS និងស្ថានភាពដែលពាក់ព័ន្ធនឹងមេរោគ HIV ផ្សេងទៀត • ការធ្វើតេស្តហ្សែន	

សេវាដែលបានធានារ៉ាប់រង		អ្វីដែលអ្នកត្រូវបង់
	អត្ថប្រយោជន៍កាយសម្បទា (One Pass®) អត្ថប្រយោជន៍កាយសម្បទាត្រូវបានផ្តល់ជូនតាមរយៈកម្មវិធី One Pass ដើម្បីជួយសមាជិកគ្រប់គ្រងសុខភាពរបស់ពួកគេ និងមានអារម្មណ៍ថាល្អបំផុត។ កម្មវិធី One Pass រួមមាន៖ • កន្លែងហាត់ប្រាណ និងទីតាំងហាត់កាយសម្បទា៖ អ្នកទទួលបានសមាជិកភាពជាមួយនឹងការចូលប្រើប្រាស់កន្លែងហាត់ប្រាណក្នុងបណ្តាញយ៉ាងច្រើនតាមរយៈបណ្តាញស្មូល និងកម្រិតខ្ពស់។ ទីតាំងហាត់កាយសម្បទារួមមានមជ្ឈមណ្ឌលហាត់កាយសម្បទាថ្នាក់ជាតិ ថ្នាក់មូលដ្ឋាន និងថ្នាក់សហគមន៍ ព្រមទាំងស្តូឌីយ៉ូហាត់ប្រាណខ្នាតតូច។ អ្នកអាចប្រើប្រាស់ទីតាំងក្នុងបណ្តាញណាមួយ ហើយអ្នកអាចប្រើប្រាស់ទីតាំងហាត់កាយសម្បទាដែលចូលរួមច្រើនទីតាំងក្នុងអំឡុងខែតែមួយ។ កន្លែងហាត់ប្រាណ និងមជ្ឈមណ្ឌលហាត់កាយសម្បទាដែលចូលរួមអាចប្រែប្រួលតាមទីតាំង ហើយអាចនឹងមានការផ្លាស់ប្តូរ។ • ការហាត់កាយសម្បទាតាមអនឡាញ៖ អ្នកមានសិទ្ធិចូលប្រើប្រាស់ថ្នាក់ហាត់កាយសម្បទាតាមប្រព័ន្ធឌីជីថលផ្តល់ និងការហាត់ប្រាណតាមតម្រូវការតាមរយៈគេហទំព័រសមាជិក One Pass ឬកម្មវិធីទូរសព្ទ។ • សកម្មភាពហាត់កាយសម្បទា និងសង្គម៖ អ្នកក៏មានសិទ្ធិចូលរួមក្រុម ក្លឹប និងព្រឹត្តិការណ៍សង្គមតាមរយៈគេហទំព័រសមាជិក One Pass ផងដែរ។ • កញ្ចប់សម្ភារៈហាត់កាយសម្បទានៅផ្ទះ៖ ប្រសិនបើអ្នកចង់ហាត់ប្រាណនៅផ្ទះ អ្នកក៏អាចជ្រើសរើសកញ្ចប់សម្ភារៈហាត់កាយសម្បទានៅផ្ទះមួយក្នុងមួយឆ្នាំប្រតិទិនសម្រាប់ការហ្វឹកហាត់កម្លាំង យូហ្គា ឬរាំ។ កញ្ចប់អាចមានការផ្លាស់ប្តូរ ហើយនៅពេលដែលបានជ្រើសរើស មិនអាចប្តូរបានទេ។ • សុខភាពខួរក្បាល៖ សិទ្ធិចូលប្រើប្រាស់កម្មវិធីហ្វឹកហាត់ការយល់ដឹងសម្រាប់សុខភាពខួរក្បាលតាមអនឡាញ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីកន្លែងហាត់ប្រាណ និងទីតាំងហាត់កាយសម្បទាដែលចូលរួម អត្ថប្រយោជន៍របស់កម្មវិធី ឬដើម្បីបង្កើតគណនីអនឡាញរបស់អ្នក សូមចូលទៅកាន់ www.YourOnePass.com ឬហៅទូរសព្ទទៅលេខ 1-877-614-0618 (TTY 711) ថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 6 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 7 យប់។ ចំណុចខាងក្រោមនេះមិនត្រូវបានធានារ៉ាប់រងទេ៖ សេវាបន្ថែម (ដូចជាការបណ្តុះបណ្តាលផ្ទាល់ខ្លួន ថ្នាក់ហាត់កាយសម្បទាជាក្រុមដែលត្រូវបង់ថ្លៃ ម៉ោងចូលប្រើប្រាស់បន្ថែម ឬថ្នាក់បន្ថែមក្រៅពីការផ្តល់ជូនសមាជិកភាពស្តង់ដា)។ **អត្ថប្រយោជន៍នេះត្រូវបានបន្តនៅទំព័របន្ទាប់**	$0

	សេវាដែលបានធានារ៉ាប់រង	អ្វីដែលអ្នកត្រូវបង់
	អត្ថប្រយោជន៍កាយសម្បទា (One Pass®) (បន្ត) One Pass® គឺជាពាណិជ្ជសញ្ញាដែលបានចុះបញ្ជីរបស់ One Pass Solutions, Inc. នៅសហរដ្ឋអាម៉េរិក និងយុត្តាធិការផ្សេងទៀត ហើយជាកម្មវិធីស្ម័គ្រចិត្ត។ កម្មវិធី និងបរិក្ខាររបស់ One Pass ប្រែប្រួលតាមគម្រោង តំបន់ និងទីតាំង។ ព័ត៌មានដែលបានផ្តល់ជូនក្រោមកម្មវិធីនេះគឺសម្រាប់គោលបំណងផ្តល់ព័ត៌មានទូទៅតែប៉ុណ្ណោះ ហើយមិនមានបំណងធ្វើជា ឬមិនគួរត្រូវបានបកស្រាយថាជាដំបូន្មានវេជ្ជសាស្ត្រឡើយ។ One Pass មិនទទួលខុសត្រូវចំពោះសេវា ឬព័ត៌មានដែលផ្តល់ដោយភាគីទីបីឡើយ។ បុគ្គលម្នាក់ៗគួរតែពិគ្រោះជាមួយអ្នកជំនាញថែទាំសុខភាពដែលសមស្រប មុនពេលចាប់ផ្តើមកម្មវិធីហាត់ប្រាណណាមួយ និង/ឬដើម្បីកំណត់ថាតើអ្វីអាចសមស្របសម្រាប់ពួកគេ។	
	កម្មវិធីអប់រំសុខភាព និងសុខុមាលភាព យើងផ្តល់ជូនកម្មវិធីជាច្រើនដែលផ្តោតលើស្ថានភាពសុខភាពជាក់លាក់ណាមួយ។ ទាំងនេះរួមមាន៖ • ថ្នាក់អប់រំសុខភាព • ថ្នាក់អប់រំអាហារូបត្ថម្ភ • ការបញ្ឈប់ការជក់ជាវី និងការប្រើប្រាស់ថ្នាំជក់ **និង** • ខ្សែទូរសព្ទគិលានុបដ្ឋាក ជាផ្នែកមួយនៃកម្មវិធីរបៀបរស់នៅដែលមានសុខភាពល្អរបស់យើង គម្រោងរបស់យើងជានាវ៉ាប់រងលើថ្នាក់អប់រំសុខភាពជាក្រុមមួយចំនួន រួមមាន៖ បេះដូងដែលមានសុខភាពល្អ ការរស់នៅជាមួយស្ថានភាពជំងឺរ៉ាំរ៉ៃ និងជំងឺជាក់ទឹកចិត្ត។ កម្មវិធីរបៀបរស់នៅដែលមានសុខភាពល្អ ត្រូវបានផ្តល់ដោយអ្នកអប់រំសុខភាពដែលទទួលបានវិញ្ញាបនបត្រ ឬអ្នកជំនាញសុខភាពដែលមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ផ្សេងទៀត។ យើងជានាវ៉ាប់រងលើការប្រឹក្សាអប់រំសុខភាព កម្មវិធី និងសម្ភារៈជាច្រើនប្រភេទ ដើម្បីជួយអ្នកឱ្យចូលរួមយ៉ាងសកម្មក្នុងការការពារ និងកែលម្អសុខភាពរបស់អ្នក រួមទាំងកម្មវិធីសម្រាប់ស្ថានភាពជំងឺរ៉ាំរ៉ៃ (ដូចជាជំងឺទឹកនោមផ្អែម និងជំងឺហឺត)។ អ្នកក៏អាចចូលរួមក្នុងកម្មវិធីដែលយើងមិនជានាវ៉ាប់រងផងដែរ ដែលអាចតម្រូវឱ្យអ្នកបង់ថ្លៃសេវា។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីការប្រឹក្សាអប់រំសុខភាព កម្មវិធី និងសម្ភារៈរបស់យើង សូមទាក់ទងនាយកដ្ឋានអប់រំសុខភាពក្នុងមូលដ្ឋានរបស់អ្នក ហៅទូរសព្ទទៅសេវាបម្រើសមាជិក ឬចូលទៅកាន់គេហទំព័ររបស់យើងតាមរយៈ kp.org/classes។	$0

	សេវាដែលបានធានារ៉ាប់រង	អ្វីដែលអ្នកត្រូវបង់
	សេវាស្តាប់ (រួមទាំងឧបករណ៍ជំនួយការស្តាប់) យើងបង់ប្រាក់សម្រាប់ការធ្វើតេស្តការស្តាប់ និងតុល្យភាព ដែលធ្វើឡើងដោយអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក។ ការធ្វើតេស្តទាំងនេះប្រាប់អ្នកថាតើអ្នកត្រូវការការព្យាបាលវេជ្ជសាស្ត្រឬអត់។ ការធ្វើតេស្តទាំងនោះត្រូវបានធានារ៉ាប់រងជាការថែទាំអ្នកជំងឺក្រៅ នៅពេលដែលអ្នកទទួលបានវាពីវេជ្ជបណ្ឌិត អ្នកជំនាញថែទាំសោតវិទ្យា ឬអ្នកផ្តល់សេវាដែលមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ផ្សេងទៀត។	$0 **ប្រសិនបើអ្នកបាត់បង់ការធានារ៉ាប់រង Medi-Cal ពេញលេញ** អ្នកត្រូវបង់ប្រាក់ដូចខាងក្រោមសម្រាប់**ការទៅជួបពិនិត្យថែទាំឯកទេសម្តងៗ** អាស្រ័យលើគម្រោងដែលអ្នកបានចុះឈ្មោះ៖ • South P1 – **$0** • South P6 – **$0** • South P7 – **$0** • South P9 – **$0** • South P10 – **$0** • South P11 – **$0** • North P2 – **$0** • North P16 – **$0** • North P17 – **$0** • North P18 – **$0** • North P19 – **$0** • North P20 – **$0** • North P21 – **$0** • North P22 – **$0** • North P23 – **$0** • North P24 – **$5** • North P25 – **$0**
	យើងក៏បង់ប្រាក់សម្រាប់ឧបករណ៍ជំនួយការស្តាប់ផងដែរ ប្រសិនបើ៖ • អ្នកត្រូវបានធ្វើតេស្តរកការបាត់បង់ការស្តាប់។ • ឧបករណ៍ជំនួយការស្តាប់គឺចាំបាច់ខាងវេជ្ជសាស្ត្រ។ • អ្នកទទួលបានវេជ្ជបញ្ជាពីវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក ឬអ្នកផ្តល់សេវាដែលមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ផ្សេងទៀត។ ការធានារ៉ាប់រងត្រូវបានកំណត់ត្រឹមឧបករណ៍ជំនួយដែលមានតម្លៃទាបបំផុតដែលបំពេញតម្រូវការវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នក។ យើងនឹងជ្រើសរើសអ្នកដែលនឹងផ្គត់ផ្គង់ឧបករណ៍ជំនួយការស្តាប់។ យើងធានារ៉ាប់រងឧបករណ៍ជំនួយការស្តាប់មួយ លើកលែងតែឧបករណ៍ជំនួយសម្រាប់ត្រចៀកនីមួយៗត្រូវបានទាមទារ ដើម្បីទទួលបានលទ្ធផលល្អប្រសើរជាងយ៉ាងខ្លាំង ជាងអ្វីដែលអ្នកអាចទទួលបានជាមួយនឹងឧបករណ៍ជំនួយការស្តាប់តែមួយ។ **អត្ថប្រយោជន៍នេះត្រូវបានបន្តនៅទំព័របន្ទាប់**	$0

	សេវាដែលបានធានារ៉ាប់រង	អ្វីដែលអ្នកត្រូវបង់
	សេវាស្តាប់ (រួមទាំងឧបករណ៍ជំនួយការស្តាប់) (បន្ត) យើងធានារ៉ាប់រងលើចំណុចខាងក្រោម៖ • ពុម្ព សម្ភារៈផ្គត់ផ្គង់ និងឧបករណ៍បញ្ចូល • ការជួសជុល • សំណុំថ្មដំបូង • ការចុះជួបជ្រាំមួយដងសម្រាប់ការបណ្តុះបណ្តាល ការកែតម្រូវ និងការបំពាក់ជាមួយអ្នកផ្គត់ផ្គង់ដដែល បន្ទាប់ពីអ្នកទទួលបានឧបករណ៍ជំនួយការស្តាប់ • ការជួលឧបករណ៍ជំនួយការស្តាប់ក្នុងអំឡុងពេលសាកល្បង • ឧបករណ៍ជំនួយការស្តាប់សំឡេងបំពេញបន្ថែម (assistive listening devices) ឧបករណ៍ជំនួយការស្តាប់តាមរយៈឆ្នឹងដែលពាក់លើផ្ទៃស្បែក • សេវាសោតវិទ្យាដែលពាក់ព័ន្ធនឹងឧបករណ៍ជំនួយការស្តាប់ និងសេវារាយតម្លៃក្រោយពេលបំពាក់ យើងនឹងធានារ៉ាប់រងឧបករណ៍ជំនួយការស្តាប់ជំនួស ប្រសិនបើ៖ • ការបាត់បង់ការស្តាប់របស់អ្នកគឺស្ថិតក្នុងកម្រិតមួយ ដែលឧបករណ៍ជំនួយការស្តាប់បច្ចុប្បន្នរបស់អ្នកមិនអាចកែតម្រូវវាបាន។ • ឧបករណ៍ជំនួយការស្តាប់របស់អ្នកត្រូវបាត់បង់ ត្រូវចោរលួច ឬខូច (ហើយមិនអាចជួសជុលបាន) ហើយវាមិនមែនជាកំហុសរបស់អ្នកទេ។ អ្នកត្រូវតែផ្តល់កំណត់ចំណាំមួយមកយើងដែលប្រាប់យើងអំពីរបៀបដែលរឿងនេះបានកើតឡើង។ ការធានារ៉ាប់រងមិនរួមបញ្ចូលថ្មឧបករណ៍ជំនួយការស្តាប់សម្រាប់ជំនួសឡើយ។	
	ការពិនិត្យស្រាវជ្រាវរកមេរោគ HIV យើងបង់ប្រាក់សម្រាប់ការពិនិត្យស្រាវជ្រាវរកមេរោគ HIV មួយដងរៀងរាល់ 12 ខែម្តងសម្រាប់អ្នកដែលៈ • ស្នើសុំការធ្វើតេស្តពិនិត្យស្រាវជ្រាវរកមេរោគ HIV **ឬ** • ប្រឈមនឹងហានិភ័យខ្ពស់នៃការឆ្លងមេរោគ HIV។ ប្រសិនបើអ្នកមានផ្ទៃពោះ យើងបង់ប្រាក់សម្រាប់ការធ្វើតេស្តពិនិត្យស្រាវជ្រាវរកមេរោគ HIV រហូតដល់បីដងក្នុងអំឡុងពេលពពោះ។ យើងក៏បង់ប្រាក់សម្រាប់ការពិនិត្យស្រាវជ្រាវរកមេរោគ HIV បន្ថែមផងដែរ នៅពេលត្រូវបានណែនាំដោយអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក។	$0 ពិគ្រោះជាមួយអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក ហើយទទួលយកការបញ្ជូនបន្ត។

សេវាដែលបានធានារ៉ាប់រង		អ្វីដែលអ្នកត្រូវបង់
	ការថែទាំដោយភ្នាក់ងារថែទាំសុខភាពតាមផ្ទះ មុនពេលអ្នកអាចទទួលបានសេវាថែទាំសុខភាពតាមផ្ទះ វេជ្ជបណ្ឌិតត្រូវតែប្រាប់យើងថាអ្នកត្រូវការសេវាទាំងនោះ ហើយពួកវាត្រូវតែផ្តល់ដោយភ្នាក់ងារថែទាំសុខភាពតាមផ្ទះ។ អ្នកត្រូវតែមិនអាចចេញពីផ្ទះបាន ដែលមានន័យថាការចាកចេញពីផ្ទះគឺជាការប្រឹងប្រែងដ៏ធំមួយ។ យើងបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាខាងក្រោម និងអាចមានសេវាផ្សេងទៀតដែលមិនមានរាយនាមនៅទីនេះ៖ • សេវាថែទាំដោយគិលានុបដ្ឋាកជំនាញ និងជំនួយការថែទាំសុខភាពតាមផ្ទះក្រៅម៉ោង ឬមិនជាប់គ្នា (ដើម្បីត្រូវបានធានារ៉ាប់រងក្រោមអត្ថប្រយោជន៍ថែទាំសុខភាពតាមផ្ទះ សេវាថែទាំដោយគិលានុបដ្ឋាកជំនាញ និងជំនួយការថែទាំសុខភាពតាមផ្ទះរបស់អ្នកបញ្ជូលគ្នា ត្រូវតែមានចំនួនសរុបតិចជាងប្រាំបីម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ និង 35 ម៉ោងក្នុងមួយសប្តាហ៍។) • ការព្យាបាលដោយចលនា ការព្យាបាលទាក់ទងនឹងសកម្មភាពប្រចាំថ្ងៃ និងការព្យាបាលការនិយាយ • សេវាវេជ្ជសាស្ត្រ និងសង្គម • ឧបករណ៍ និងសម្ភារៈផ្គត់ផ្គង់វេជ្ជសាស្ត្រ	$0 ពិគ្រោះជាមួយអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក ហើយទទួលយកការបញ្ជូនបន្ត។ **ចំណាំ៖** មិនមានចំណែកចូលរួមបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាថែទាំសុខភាពតាមផ្ទះ និងមុខទំនិញដែលផ្តល់ជូនស្របតាមគោលការណ៍ណែនាំរបស់ Medicare ឡើយ។ ទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយ ចំណែកចូលរួមបង់ប្រាក់ដែលអាចអនុវត្តបានដែលមានរាយនាមនៅកន្លែងផ្សេងទៀតក្នុងតារាងអត្ថប្រយោជន៍នេះនឹងអនុវត្ត ប្រសិនបើមុខទំនិញនោះត្រូវបានធានារ៉ាប់រងក្រោមអត្ថប្រយោជន៍ផ្សេងគ្នា ឧទាហរណ៍ ឧបករណ៍វេជ្ជសាស្ត្រប្រើប្រាស់បានយូរ ដែលមិនផ្តល់ដោយភ្នាក់ងារថែទាំសុខភាពតាមផ្ទះ។
	ការព្យាបាលដោយការបញ្ជូលថ្នាំតាមសរសៃវ៉ែននៅផ្ទះ† គម្រោងរបស់យើងបង់ប្រាក់សម្រាប់ការព្យាបាលដោយបញ្ជូលតាមសរសៃវ៉ែននៅផ្ទះ ដែលត្រូវបានកំណត់ថាជាឱសថ ឬសារធាតុជីវសាស្ត្រ ដែលផ្តល់តាមរយៈសរសៃវ៉ែន ឬចាក់បញ្ចូលក្រោមស្បែក និងផ្តល់ជូនអ្នកនៅផ្ទះ។ ចំណុចខាងក្រោមនេះគឺត្រូវការថាំជាច់ដើម្បីអនុវត្តការបញ្ជូលតាមសរសៃវ៉ែននៅផ្ទះ៖ • ឱសថ ឬសារធាតុជីវសាស្ត្រ ដូចជាថ្នាំប្រឆាំងវីរុស ឬ immune globulin • ឧបករណ៍ ដូចជាម៉ាស៊ីនបូម **និង** • សម្ភារៈផ្គត់ផ្គង់ ដូចជាបំពង់ ឬបំពង់បូម។ គម្រោងរបស់យើងធានារ៉ាប់រងលើសេវាបញ្ជូលតាមសរសៃវ៉ែននៅផ្ទះ ដែលរួមមានជាអាទិ៍៖ • សេវាវិជ្ជាជីវៈ រួមទាំងសេវាថែទាំដោយគិលានុបដ្ឋាកដែលផ្តល់ជូនស្របតាមគម្រោងថែទាំរបស់អ្នក • ការបណ្តុះបណ្តាល និងការអប់រំសមាជិកដែលមិនត្រូវបានបញ្ជូលក្នុងអត្ថប្រយោជន៍ DME រួចហើយ	$0 សម្រាប់សេវាវិជ្ជាជីវៈ៖ ការបណ្តុះបណ្តាល និងការតាមដាន។ **ចំណាំ៖** សមាសធាតុ (ដូចជាឱសថ Medicare Part B DME និងសម្ភារៈផ្គត់ផ្គង់វេជ្ជសាស្ត្រ) ដែលត្រូវការដើម្បីអនុវត្តការបញ្ជូលតាមសរសៃវ៉ែននៅផ្ទះ អាចនឹងត្រូវជាប់ចំណែកចូលរួមបង់ប្រាក់ដែលអាចអនុវត្តបានដែលមានរាយនាមនៅកន្លែងផ្សេងទៀតក្នុងតារាងអត្ថប្រយោជន៍នេះ អាស្រ័យលើមុខទំនិញនោះ។
	អត្ថប្រយោជន៍នេះត្រូវបានបន្តនៅទំព័របន្ទាប់	

	សេវាដែលបានធានារ៉ាប់រង	អ្វីដែលអ្នកត្រូវបង់
	ការព្យាបាលដោយចាក់បញ្ចូលថ្នាំតាមសរសៃឈាមនៅផ្ទះ† (បន្ត) • ការតាមដានពីចម្ងាយ **និង** • សេវាតាមដានសម្រាប់ការផ្តល់ការព្យាបាលដោយបញ្ចូលតាមសរសៃវ៉ែននៅផ្ទះ និងឱសថបញ្ចូលតាមសរសៃវ៉ែននៅផ្ទះដែលផ្តល់ដោយអ្នកផ្គត់ផ្គង់ការព្យាបាលដោយបញ្ចូលតាមសរសៃវ៉ែននៅផ្ទះដែលមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់	
	យើងធានារ៉ាប់រងលើសម្ភារៈផ្គត់ផ្គង់ និងឱសថបញ្ចូលតាមសរសៃវ៉ែននៅផ្ទះ ប្រសិនបើចំណុចខាងក្រោមទាំងអស់ពិតប្រាកដ៖ • ឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកមាននៅលើបញ្ជីឱសថ Medicare Part D របស់យើង • យើងបានយល់ព្រមលើឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកសម្រាប់ការព្យាបាលដោយបញ្ចូលតាមសរសៃវ៉ែននៅផ្ទះ និង • វេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកត្រូវបានសរសេរដោយអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ និងបើកនៅឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញសម្រាប់ផ្តល់ថ្នាំបញ្ចូលតាមសរសៃវ៉ែននៅផ្ទះ។	$0 **ចំណាំ៖** ប្រសិនបើការផ្គត់ផ្គង់ឬឱសថបញ្ចូលតាមសរសៃវ៉ែននៅផ្ទះដែលបានធានារ៉ាប់រងមិនត្រូវបានបើកនៅឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញសម្រាប់ផ្តល់ថ្នាំបញ្ចូលតាមសរសៃវ៉ែននៅផ្ទះទេ ការផ្គត់ផ្គង់ ឬឱសថនោះអាចនឹងត្រូវជាប់ចំណែកចូលរួមបង់ប្រាក់ដែលអាចអនុវត្តបានដែលមានរាយនាមនៅកន្លែងផ្សេងទៀតក្នុងឯកសារនេះ អាស្រ័យលើសេវានោះ។
	ការថែទាំវេជ្ជសាស្ត្រតាមផ្ទះដែលមិនត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare សម្រាប់សមាជិកគម្រោង North P16, P17, P19 និង P23 (ការថែទាំកម្រិតខ្ពស់នៅផ្ទះ) យើងធានារ៉ាប់រងការថែទាំវេជ្ជសាស្ត្រនៅក្នុងផ្ទះរបស់អ្នកដែលមិនត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare ក្នុងករណីផ្សេងនៅពេលដែលវេជ្ជបណ្ឌិតយល់ឃើញថាសមស្របតាមលក្ខណៈវេជ្ជសាស្ត្រដោយផ្អែកលើស្ថានភាពសុខភាពរបស់អ្នក ដើម្បីផ្តល់ជូនអ្នកនូវជម្រើសផ្សេងជំនួសឱ្យការទទួលការថែទាំដ៏ស្មុគស្មាញនៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យ និងសេវាថែទាំក្រោយដំណាក់កាលដ៏ស្មុគស្មាញនៅតាមផ្ទះ ដើម្បីគាំទ្រដល់ការជាសះស្បើយរបស់អ្នក។ សេវានៅផ្ទះត្រូវតែ៖ • ចេញវេជ្ជបញ្ជាដោយវេជ្ជបណ្ឌិតព្យាបាលទូទៅប្រចាំមន្ទីរពេទ្យក្នុងបណ្តាញ ដែលបានកំណត់ថា ដោយផ្អែកលើស្ថានភាពសុខភាព គម្រោងថែទាំ និងបរិស្ថានផ្ទះរបស់អ្នក អ្នកអាចទទួលការព្យាបាលប្រកបដោយសុវត្ថិភាព និងប្រសិទ្ធភាពនៅផ្ទះ។ • ជ្រើសរើសដោយអ្នក ពីព្រោះអ្នកចង់ទទួលបានការថែទាំដែលបានពិពណ៌នានៅក្នុងគម្រោងថែទាំរបស់អ្នកនៅផ្ទះរបស់អ្នក។ អ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញរបស់យើងនឹងផ្តល់សេវា និងមុខទំនិញដូចខាងក្រោមនៅក្នុងផ្ទះរបស់អ្នកស្របតាមគម្រោងថែទាំរបស់អ្នក ដរាបណាពួកវាត្រូវបានចេញវេជ្ជបញ្ជាដោយវេជ្ជបណ្ឌិតព្យាបាលទូទៅប្រចាំមន្ទីរពេទ្យក្នុងបណ្តាញ៖ **អត្ថប្រយោជន៍នេះត្រូវបានបន្តនៅទំព័របន្ទាប់**	ពិគ្រោះជាមួយអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក ហើយទទួលយកការបញ្ជូនបន្ត។ **North P16, P17, P19 និង P23:** $0 **មិនត្រូវបានធានារ៉ាប់រងសម្រាប់សមាជិកផ្សេងទៀតទាំងអស់ឡើយ។**

	សេវាដែលបានធានារ៉ាប់រង	អ្វីដែលអ្នកត្រូវបង់
	ការថែទាំវេជ្ជសាស្ត្រតាមផ្ទះដែលមិនត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare សម្រាប់សមាជិកគម្រោង North P16, P17, P19 និង P23 (ការថែទាំកម្រិតខ្ពស់នៅផ្ទះ) (បន្ត) • ការចុះជួបនៅផ្ទះដោយ RNs អ្នកព្យាបាលដោយចលនា អ្នកព្យាបាលដោយមុខរបរ អ្នកព្យាបាលការនិយាយ អ្នកព្យាបាលផ្លូវដង្ហើម អ្នកជំនាញអាហារូបត្ថម្ភ ជំនួយការថែទាំសុខភាពតាមផ្ទះ និងអ្នកជំនាញថែទាំសុខភាពផ្សេងទៀតស្របតាមគម្រោងថែទាំនៅផ្ទះ និងវិសាលភាពនៃការអនុវត្ត និងអាជ្ញាបណ្ណរបស់អ្នកផ្តល់សេវា។ • ឧបករណ៍ទំនាក់ទំនងដើម្បីអនុញ្ញាតឱ្យអ្នកទាក់ទងមជ្ឈមណ្ឌលបញ្ជានៃការថែទាំកម្រិតខ្ពស់នៅផ្ទះបាន 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ នេះរួមបញ្ចូលទាំងបច្ចេកវិទ្យាទំនាក់ទំនងដែលចាំបាច់ដើម្បីគាំទ្រការទំនាក់ទំនងដែលអាចទុកចិត្តបាន និងឧបករណ៍ជូនដំណឹង PERS ដើម្បីទាក់ទងមជ្ឈមណ្ឌលបញ្ជា ប្រសិនបើអ្នកមិនអាចទៅដល់ទូរសព្ទបាន។ • ឧបករណ៍ខាងក្រោមចាំបាច់ដើម្បីធានាថាអ្នកត្រូវបានតាមដានយ៉ាងសមស្របនៅក្នុងផ្ទះរបស់អ្នក៖ ឧបករណ៍វាស់សម្ពាធឈាម/ម៉ាស៊ីនតាមដាន ឧបករណ៍វាស់អុកស៊ីសែនក្នុងឈាមជញ្ជីង និងទែម៉ូម៉ែត្រ។ • ការថតរូបភាព និងការធ្វើតេស្តចល័ត ដូចជាការថតកាំរស្មីអ៊ិច ការធ្វើតេស្តមន្ទីរពិសោធន៍ និង EKG។ • មុខទំនិញសុវត្ថិភាពខាងក្រោម៖ កៅអីងូតទឹក កៅអីបង្គន់លើកខ្ពស់ ប្រដាប់ចាប់ទាញ ស្លាបព្រាពាក់ស្បែកជើងដងវែង និងឧបករណ៍ជំនួយពាក់ស្រោមជើង។ • អាហាររហូតដល់ 21 ពេលក្នុងមួយសប្តាហ៍ ខណៈពេលដែលអ្នកកំពុងទទួលការថែទាំស្នេចស្រៈនៅផ្ទះ។	
	លើសពីនេះ សម្រាប់សេវាដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare និងមុខទំនិញដែលមានរាយនាមខាងក្រោមចំណែកចូលរួមបង់ប្រាក់ដែលបានបង្ហាញនៅកន្លែងផ្សេងទៀតក្នុងតារាងអត្ថប្រយោជន៍វេជ្ជសាស្ត្រនេះមិនត្រូវបានអនុវត្តទេនៅពេលដែលសេវា និងមុខទំនិញទាំងនោះត្រូវបានចេញវេជ្ជបញ្ជាជាផ្នែកនៃគម្រោងថែទាំនៅផ្ទះរបស់អ្នក៖ • ឧបករណ៍វេជ្ជសាស្ត្រប្រើប្រាស់បានយូរ។ • សម្ភារៈផ្គត់ផ្គង់វេជ្ជសាស្ត្រ។ • ការដឹកជញ្ជូនតាមរថយន្តសង្គ្រោះបន្ទាន់ដែលមិនមែនការណីសង្គ្រោះបន្ទាន់ទៅ និងមកពីមណ្ឌលក្នុងបណ្តាញ នៅពេលដែលការដឹកជញ្ជូនតាមរថយន្តសង្គ្រោះបន្ទាន់ដែលបានគ្រោងទុកគឺចាំបាច់ខាងវេជ្ជសាស្ត្រ។ • ការចុះជួបនៅផ្ទះ ឬការចុះជួបនៅការិយាល័យរបស់ជំនួយការវេជ្ជបណ្ឌិត និងគ្រូពេទ្យដែលជាគិលានុបដ្ឋាក។ **អត្ថប្រយោជន៍នេះត្រូវបានបន្តនៅទំព័របន្ទាប់**	**North P16, P17, P19 និង P23:** $0 **មិនត្រូវបានធានារ៉ាប់រងសម្រាប់សមាជិកផ្សេងទៀតទាំងអស់ឡើយ។**

	សេវាដែលបានធានារ៉ាប់រង	អ្វីដែលអ្នកត្រូវបង់
	ការថែទាំវេជ្ជសាស្ត្រតាមផ្ទះដែលមិនត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare សម្រាប់សមាជិកគម្រោង North P16, P17, P19 និង P23 (ការថែទាំកម្រិតខ្ពស់នៅផ្ទះ) (បន្ត) • សេវាខាងក្រោមនៅមូលដ្ឋានក្នុងបណ្តាញ ប្រសិនបើសេវាទាំងនោះជាផ្នែកនៃគម្រោងថែទាំនៅផ្ទះរបស់អ្នក៖ ○ ការចុះជួបនៅផ្នែកសង្គ្រោះបន្ទាន់ក្នុងបណ្តាញ ដែលពាក់ព័ន្ធនឹងអត្ថប្រយោជន៍នេះ។ ○ ការចុះជួបនៅការិយាល័យការព្យាបាលដោយចលនា ការនិយាយ ឬការព្យាបាលទាក់ទងនឹងសកម្មភាពប្រចាំថ្ងៃ។ ○ ការថតកាំរស្មីអ៊ុច ការធ្វើតេស្តមន្ទីរពិសោធន៍ ការថតអេកូ និង EKG។ ចំណែកចូលរួមបង់ប្រាក់ដែលបានបង្ហាញនៅកន្លែងផ្សេងទៀតនៅក្នុងតារាងអត្ថប្រយោជន៍វេជ្ជសាស្ត្រនេះ នឹងអនុវត្តចំពោះរាល់សេវា និងមុខទំនិញផ្សេងទៀតទាំងអស់ ដែលមិនមែនជាផ្នែកនៃគម្រោងថែទាំនៅផ្ទះរបស់អ្នក (ឧទាហរណ៍ DME ដែលមិនពាក់ព័ន្ធនឹងគម្រោងថែទាំនៅផ្ទះរបស់អ្នក) ឬជាផ្នែកនៃគម្រោងថែទាំនៅផ្ទះរបស់អ្នក ប៉ុន្តែមិនត្រូវបានផ្តល់ជូននៅក្នុងផ្ទះរបស់អ្នកឡើយ លើកលែងតែមានរាយនាមខាងលើ។ **ចំណាំ៖** សម្រាប់ព័ត៌មានអំពីចំណែកចូលរួមបង់ប្រាក់ឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជា សូមមើលផ្នែកឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជា Medicare Part B នៅក្នុងតារាងនេះ និងជំពូកទី 6 សម្រាប់ឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជា Medicare Part D។	
	ការថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយ អ្នកមានសិទ្ធិជ្រើសរើសការថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយ ប្រសិនបើអ្នកផ្តល់សេវា និងនាយកវេជ្ជសាស្ត្រផ្នែកថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយរបស់អ្នកកំណត់ថាអ្នកមានការព្យាករណ៍រោគដំណាក់កាលចុងក្រោយ។ នេះមានន័យថាអ្នកមានជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយ ហើយត្រូវបានរំពឹងថានឹងមានអាយុសង្ឃឹមរស់ត្រឹមប្រាំមួយខែ ឬតិចជាងនេះ។ អ្នកអាចទទួលបានការថែទាំពីកម្មវិធីថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយណាមួយដែលទទួលបានវិញ្ញាបនបត្រពី Medicare។ គម្រោងរបស់យើងត្រូវតែជួយអ្នកស្វែងរកកម្មវិធីថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយដែលត្រូវបានបញ្ជាក់ដោយ Medicare នៅក្នុងតំបន់សេវារបស់គម្រោង រួមទាំងកម្មវិធីដែលយើងជាម្ចាស់ គ្រប់គ្រង ឬមានផលប្រយោជន៍ហិរញ្ញវត្ថុជាដែរ។ វេជ្ជបណ្ឌិតថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយរបស់អ្នកអាចជាអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ ឬអ្នកផ្តល់សេវាក្រៅបណ្តាញ។ សេវាដែលបានធានារ៉ាប់រងរួមមាន៖ • ឱសថដើម្បីព្យាបាលរោគសញ្ញា និងការឈឺចាប់ • ការថែទាំសម្រាកបន្ទូរអារម្មណ៍រយៈពេលខ្លី • ការថែទាំតាមផ្ទះ **អត្ថប្រយោជន៍នេះត្រូវបានបន្តនៅទំព័របន្ទាប់**	$0

សេវាដែលបានធានារ៉ាប់រង	អ្វីដែលអ្នកត្រូវបង់
ការថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយ (បន្ត) នៅពេលដែលអ្នកចូលសម្រាកនៅមណ្ឌលថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយ អ្នកមានសិទ្ធិបន្តនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើង។ **សម្រាប់សេវាថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយ និងសេវាដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare Part A ឬ Medicare Part B ដែលពាក់ព័ន្ធនឹងការព្យាករណ៍រោគដំណាក់កាលចុងក្រោយរបស់អ្នក គឺត្រូវបានចេញវិក្កយបត្រទៅ Medicare៖** • Original Medicare (ជាជាងគម្រោងរបស់យើង) នឹងបង់ប្រាក់ឱ្យអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយរបស់អ្នកសម្រាប់សេវាថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយរបស់អ្នក និង សេវា Part A ឬ B ណាមួយដែលទាក់ទងនឹងជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយរបស់អ្នក។ • ខណៈពេលដែលអ្នកស្ថិតក្នុងកម្មវិធីថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយ អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយរបស់អ្នកនឹងចេញវិក្កយបត្រទៅ Original Medicare សម្រាប់សេវាដែល Original Medicare បង់ប្រាក់ឱ្យ **សម្រាប់សេវាដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយគម្រោងរបស់យើង ប៉ុន្តែមិនត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare Part A ឬ Medicare Part B ទេ៖** • គម្រោងរបស់យើងធានារ៉ាប់រងលើសេវាដែលមិនត្រូវបានធានារ៉ាប់រងក្រោម Medicare Part A ឬ Medicare Part B។ យើងធានារ៉ាប់រងលើសេវាទាំងនោះ ទោះបីជាសេវាទាំងនោះពាក់ព័ន្ធ ឬមិនពាក់ព័ន្ធនឹងការព្យាករណ៍រោគដំណាក់កាលចុងក្រោយរបស់អ្នកក៏ដោយ។ អ្នកបង់ចំនួនទឹកប្រាក់នៃចំណែកចូលរួមបង់ប្រាក់របស់គម្រោងរបស់យើងសម្រាប់សេវាទាំងនេះ សម្រាប់ឱសថដែលអាចត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយអត្ថប្រយោជន៍ Medicare Part D **នៃគម្រោងរបស់យើង៖** • ឱសថមិនដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយទាំងការថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយ និងគម្រោងរបស់យើងក្នុងពេលតែមួយទេ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមមើល**ជំពូកទី 5** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះ។	

អត្ថប្រយោជន៍នេះត្រូវបានបន្តនៅទំព័របន្ទាប់

	សេវាដែលបានធានារ៉ាប់រង	អ្វីដែលអ្នកត្រូវបង់
	ការថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយ (បន្ត) **ចំណាំ៖** ប្រសិនបើអ្នកមានជំងឺធ្ងន់ធ្ងរ អ្នកអាចមានសិទ្ធិទទួលបានការថែទាំសម្រាលទុក្ខវេទនា ដែលផ្តល់ការថែទាំផ្អែកលើក្រុមការងារដែលផ្តោតលើអ្នកជំងឺ និងក្រុមគ្រួសារ ដើម្បីកែលម្អគុណភាពជីវិតរបស់អ្នក។ អ្នកអាចទទួលបានការថែទាំសម្រាលទុក្ខវេទនាក្នុងពេលតែមួយជាមួយនឹងការថែទាំព្យាបាល/ជាប្រចាំ។ សូមមើលផ្នែកការថែទាំសម្រាលទុក្ខវេទនាខាងក្រោម ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែម **ចំណាំ៖** ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការការថែទាំដែលមិនមែនជាការថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយ សូមទូរសព្ទទៅអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំ និង/ឬសេវាបម្រើសមាជិករបស់អ្នកដើម្បីរៀបចំសេវា។ ការថែទាំដែលមិនមែនជាការថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយ គឺជាការថែទាំដែលមិនពាក់ព័ន្ធនឹងការព្យាករណ៍រោគដំណាក់កាលចុងក្រោយរបស់អ្នក។ គម្រោងរបស់យើងធានារ៉ាប់រងសេវាពិគ្រោះយោបល់អំពីការថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយ (តែម្តងគត់) សម្រាប់សមាជិកដែលមានជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយដែលមិនបានជ្រើសរើសអត្ថប្រយោជន៍នៃការថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយ។	
	ការចាក់ថ្នាំបង្ការរោគ យើងបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាដូចខាងក្រោម៖ • វ៉ាក់សាំងជំងឺរលាកសួត • ការចាក់ថ្នាំបង្ការជំងឺគ្រុនផ្តាសាយ/ផ្តាសាយធំ ម្តងរៀងរាល់រដូវគ្រុនផ្តាសាយ/ផ្តាសាយធំនៅក្នុងរដូវស្លឹកឈើជ្រុះ និងរដូវរងា ដោយមានការចាក់ថ្នាំបង្ការជំងឺគ្រុនផ្តាសាយ/ផ្តាសាយធំបន្ថែមទៀត ប្រសិនបើមានភាពចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ • វ៉ាក់សាំងជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B ប្រសិនបើអ្នកមិនដែលបានទទួលការចាក់ត្រាប់តាមគ្រោះពេញលេញ អ្នកមិនដឹងអំពីប្រវត្តិនៃការចាក់វ៉ាក់សាំងរបស់អ្នក ឬអ្នកមានស្ថានភាពជំងឺផ្សេងទៀតដែលធ្វើឱ្យអ្នកប្រឈមនឹងហានិភ័យខ្ពស់ឬមធ្យមនៃការកើតជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B • វ៉ាក់សាំង COVID-19 • វ៉ាក់សាំងការពារវីរុស human papillomavirus (HPV) • វ៉ាក់សាំងផ្សេងទៀត ប្រសិនបើអ្នកប្រឈមនឹងហានិភ័យ ហើយវ៉ាក់សាំងទាំងនោះស្របតាមច្បាប់នៃការធានារ៉ាប់រង Medicare Part B។ យើងបង់ប្រាក់សម្រាប់វ៉ាក់សាំងផ្សេងទៀតដែលស្របតាមច្បាប់នៃការធានារ៉ាប់រង Medicare Part D។ សូមមើល**ជំពូកទី 6** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះ ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែម។	$0

សេវាដែលបានធានារ៉ាប់រង	អ្វីដែលអ្នកត្រូវបង់
ការបន្សាបជាតិពុលសម្រាប់អ្នកជំងឺសម្រាកក្នុងមន្ទីរពេទ្យ យើងបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាខាងក្រោម និងសេវាដែលចាំបាច់ខាងវេជ្ជសាស្ត្រផ្សេងទៀតដែលមិនមានរាយនាមនៅទីនេះ៖ • បន្ទប់ពាក់កណ្តាលឯកជន (ឬបន្ទប់ឯកជនប្រសិនបើចាំបាច់ខាងវេជ្ជសាស្ត្រ) • អាហារ រួមទាំងរបបអាហារពិសេស • សេវាថែទាំដោយគិលានុបដ្ឋាកជាប្រចាំ • ថ្លៃចំណាយលើផ្នែកថែទាំពិសេស ដូចជាផ្នែកថែទាំដែលពឹងផ្នែកខ្លាំង (ICU) ឬផ្នែកថែទាំជំងឺសរសៃឈាមបេះដូង • ឱសថ និងថ្នាំ • ការធ្វើតេស្តមន្ទីរពិសោធន៍ • កាំរស្មីអ៊ិច និងសេវាវិទ្យុសាស្ត្រផ្សេងទៀត • សម្ភារៈផ្គត់ផ្គង់វះកាត់ និងវេជ្ជសាស្ត្រដែលចាំបាច់ • ឧបករណ៍ ដូចជារទេះរុញ • សេវាបន្ទប់វះកាត់ និងបន្ទប់សង្គ្រោះក្រោយវះកាត់ • ការព្យាបាលដោយចលនា សកម្មភាពការងារ និងការនិយាយ • សេវាអ្នកជំងឺសម្រាកព្យាបាលក្នុងមន្ទីរពេទ្យសម្រាប់រំបត្តិប្រើប្រាស់សារធាតុញៀន • (†សមាជិកនៅ Northern California) ក្នុងករណីខ្លះ ប្រភេទនៃការវះកាត់ប្លាស្ទិកដូចខាងក្រោម៖ កញ្ចក់ភ្នែក តម្រងនោម តម្រងនោម/លំពែង បេះដូង ថ្លើម សួត បេះដូង/សួត ខួរឆ្អឹង កោសិកាដើម និង ពោះវៀន/សរីរាង្គច្រើនក្នុងពោះវៀន។ សមាជិកគម្រោង Northern California ត្រូវតែទទួលបានការយល់ព្រមពីគម្រោងរបស់យើងដើម្បីទទួលបានសេវាទាំងនេះ • ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការវះកាត់ប្លាស្ទិកសរីរាង្គ មជ្ឈមណ្ឌលប្លាស្ទិកសរីរាង្គដែលត្រូវបានយល់ព្រមដោយ Medicare នឹងពិនិត្យករណីរបស់អ្នក ហើយសម្រេចថាតើអ្នកជាបេក្ខជនសក្តិសមសម្រាប់ការប្លាស្ទិកសរីរាង្គដែរឬទេ។ អ្នកផ្តល់សេវាប្លាស្ទិកសរីរាង្គអាចនៅក្នុងមូលដ្ឋាន ឬក្រៅតំបន់សេវា។ ប្រសិនបើអ្នកផ្តល់សេវាប្លាស្ទិកសរីរាង្គមានឆន្ទៈក្នុងការទទួលយកអត្រាតម្លៃរបស់ Medicare នោះអ្នកអាចទទួលបានសេវាប្លាស្ទិកសរីរាង្គរបស់អ្នកក្នុងស្រុក ឬនៅខាងក្រៅលំនាំនៃការថែទាំសម្រាប់សហគមន៍របស់អ្នក។	$0 ពិគ្រោះជាមួយអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក ហើយទទួលយកការបញ្ជូនបន្ត។ **ប្រសិនបើអ្នកជាប់បង់ការធានារ៉ាប់រង Medi-Cal ពេញលេញ** អ្នកបង់ប្រាក់ដូចខាងក្រោមក្នុងមួយថ្ងៃ សម្រាប់ថ្ងៃទី 1–5 នៃការស្នាក់នៅមន្ទីរពេទ្យ (ចំណែកចូលរួមបង់ប្រាក់ត្រូវបានគិតថ្លៃសម្រាប់ការស្នាក់នៅរបស់អ្នកជំងឺសម្រាកព្យាបាលក្នុងមន្ទីរពេទ្យនីមួយៗ) អាស្រ័យលើគម្រោងដែលអ្នកបានចុះឈ្មោះ៖ • South P1 – **$400** • South P6 – **$420** • South P7 – **$440** • South P9 – **$0** • South P10 – **$490** • South P11 – **$120** • North P2 – **$470** • North P16 – **$480** • North P17 – **$400** • North P18 – **$400** • North P19 – **$490** • North P20 – **$450** • North P21 – **$480** • North P22 – **$490** • North P23 – **$480** • North P24 – **$455** • North P25 – **$460** បន្ទាប់ពីនោះ អ្នកបង់ $0 សម្រាប់ការស្នាក់នៅមន្ទីរពេទ្យដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដែលនៅសល់របស់អ្នក។ ដូចគ្នាដែរ អ្នកមិនបង់ប្រាក់រួមចំណែកដែលបានរាយខាងលើសម្រាប់ថ្ងៃដែលអ្នកត្រូវបានអនុញ្ញាតឱ្យចេញពីមន្ទីរពេទ្យឡើយ លុះត្រាតែអ្នកត្រូវបានអនុញ្ញាតឱ្យចូលនិងចេញក្នុងថ្ងៃតែមួយ។
អត្ថប្រយោជន៍នេះត្រូវបានបន្តនៅទំព័របន្ទាប់	

	សេវាដែលបានធានារ៉ាប់រង	អ្វីដែលអ្នកត្រូវបង់
	ការថែទាំមន្ទីរពេទ្យសម្រាប់អ្នកជំងឺសម្រាកព្យាបាលក្នុងមន្ទីរពេទ្យ (បន្ត) • ប្រសិនបើគម្រោងរបស់យើងផ្តល់សេវាប្តូរសរីរាង្គក្រៅលំនាំនៃការថែទាំសម្រាប់សហគមន៍របស់យើងហើយអ្នកជ្រើសរើសទទួលបានការប្តូរសរីរាង្គនៅទីនោះ យើងរៀបចំ ឬបង់ថ្លៃការស្នាក់នៅ និងថ្លៃធ្វើដំណើរសម្រាប់អ្នក និងមនុស្សម្នាក់ទៀត ស្របតាមគោលការណ៍ណែនាំស្តីពីការធ្វើដំណើរ និងការស្នាក់នៅរបស់យើង ដែលមានផ្តល់ជូនពីសេវាបម្រើសមាជិក • ឈាម រួមទាំងការរក្សាទុក និងការផ្តល់បញ្ចូលឈាម។ • សេវាគ្រូពេទ្យ **ចំណាំ៖** ដើម្បីក្លាយជាអ្នកជំងឺក្នុង អ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកត្រូវតែសរសេរការបញ្ជាឱ្យអនុញ្ញាតឱ្យអ្នកចូលជាអ្នកជំងឺក្នុងនៃមន្ទីរពេទ្យជាផ្លូវការ។ ទោះបីជាអ្នកស្នាក់នៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យមួយយប់ក៏ដោយ ក៏អ្នកប្រហែលជានៅតែត្រូវបានចាត់ទុកថាជា “អ្នកជំងឺក្រៅ” ដដែល។ ប្រសិនបើអ្នកមិនប្រាកដថាអ្នកជាអ្នកជំងឺសម្រាកព្យាបាលក្នុងមន្ទីរពេទ្យ ឬអ្នកជំងឺមិនសម្រាកព្យាបាលទេ អ្នកគួរតែសួរទៅកាន់បុគ្គលិកមន្ទីរពេទ្យ។ អ្នកក៏អាចស្វែងរកព័ត៌មានបន្ថែមនៅក្នុងសន្លឹកព័ត៌មានរបស់ Medicare ដែលមានចំណងជើងថា “Are you a Hospital Inpatient or Outpatient? If You Have Medicare – Ask!”។ សន្លឹកព័ត៌មាននេះមាននៅ es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf ឬដោយការហៅទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY សូមទូរសព្ទទៅលេខ 1-877-486-2048។ អ្នកអាចទូរសព្ទទៅលេខទាំងនេះដោយឥតគិតថ្លៃ 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។	†ប្រសិនបើអ្នកទទួលបានការថែទាំអ្នកជំងឺសម្រាកព្យាបាលក្នុងមន្ទីរពេទ្យដែលបានអនុញ្ញាតនៅឯមន្ទីរពេទ្យក្រៅបណ្តាញ បន្ទាប់ពីស្ថានភាពសង្គ្រោះបន្ទាន់របស់អ្នកមានស្ថិរភាព ការចំណាយរបស់អ្នកគឺជាចំណែកចូលរួមបង់ប្រាក់ដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់នៅមន្ទីរពេទ្យក្នុងបណ្តាញ។ **ចំណាំ៖** ប្រសិនបើអ្នកត្រូវបានអនុញ្ញាតឱ្យចូលមន្ទីរពេទ្យក្នុងឆ្នាំ 2027 ហើយមិនទាន់ត្រូវបានអនុញ្ញាតឱ្យចេញរហូតដល់ពេលណាមួយក្នុងឆ្នាំ 2028 ចំណែកចូលរួមបង់ប្រាក់ឆ្នាំ 2027 នឹងអនុវត្តចំពោះការអនុញ្ញាតនោះរហូតដល់អ្នកត្រូវបានអនុញ្ញាតឱ្យចេញពីមន្ទីរពេទ្យ ឬត្រូវបានបញ្ជូនទៅមណ្ឌលថែទាំជំនាញ។
	សេវាអ្នកជំងឺសម្រាកព្យាបាលក្នុងមន្ទីរពេទ្យវិកលចរិត យើងបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាថែទាំសុខភាពផ្លូវចិត្តដែលតម្រូវឱ្យមានការស្នាក់នៅមន្ទីរពេទ្យ។ • ប្រសិនបើអ្នកមានអាយុ 65 ឆ្នាំ ឬចាស់ជាងនេះ យើងបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាដែលអ្នកទទួលបាននៅក្នុងវិទ្យាស្ថានសម្រាប់ជំងឺផ្លូវចិត្ត (IMD)។ **អត្ថប្រយោជន៍នេះត្រូវបានបន្តនៅទំព័របន្ទាប់**	$0 ពិគ្រោះជាមួយអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក ហើយទទួលយកការបញ្ជូនបន្ត។ **ប្រសិនបើអ្នកជាត់បង់ការធានារ៉ាប់រង Medi-Cal ពេញលេញ** អ្នកបង់ប្រាក់ដូចខាងក្រោមក្នុងមួយថ្ងៃ សម្រាប់ថ្ងៃទី 1–5 នៃការស្នាក់នៅមន្ទីរពេទ្យ (ចំណែកចូលរួមបង់ប្រាក់ត្រូវបានគិតថ្លៃសម្រាប់ការស្នាក់នៅរបស់អ្នកជំងឺសម្រាកព្យាបាលក្នុងមន្ទីរពេទ្យនីមួយៗ) អាស្រ័យលើគម្រោងដែលអ្នកបានចុះឈ្មោះ៖ • South P1 – **$400** • South P6 – **$400**

	សេវាដែលបានធានារ៉ាប់រង	អ្វីដែលអ្នកត្រូវបង់
	សេវាសម្រាកអ្នកជំងឺព្យាបាលនៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យវិកលចរិត (បន្ត)	• South P7 – **$400** • South P9 – **$0** • South P10 – **$400** • South P11 – **$120** • North P2 – **$400** • North P16 – **$400** • North P17 – **$400** • North P18 – **$400** • North P19 – **$400** • North P20 – **$400** • North P21 – **$400** • North P22 – **$400** • North P23 – **$400** • North P24 – **$400** • North P25 – **$400** បន្ទាប់ពីនោះ អ្នកបង់ **$0** សម្រាប់ការស្នាក់នៅមន្ទីរពេទ្យដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដែលនៅសល់របស់អ្នក។ ដូចគ្នាផងដែរ អ្នកមិនបង់ប្រាក់រួមចំណែកដែលបានរាយខាងលើសម្រាប់ថ្ងៃដែលអ្នកត្រូវបានអនុញ្ញាតឱ្យចេញពីមន្ទីរពេទ្យឡើយ លុះត្រាតែអ្នកត្រូវបានអនុញ្ញាតឱ្យចូល និងចេញក្នុងថ្ងៃតែមួយ។ **ចំណាំ៖** ប្រសិនបើអ្នកត្រូវបានអនុញ្ញាតឱ្យចូលមន្ទីរពេទ្យក្នុងឆ្នាំ 2027 ហើយមិនទាន់ត្រូវបានអនុញ្ញាតឱ្យចេញរហូតដល់ពេលណាមួយក្នុងឆ្នាំ 2028 ចំណែកចូលរួមបង់ប្រាក់ឆ្នាំ 2027 នឹងអនុវត្តចំពោះការអនុញ្ញាតនោះរហូតដល់អ្នកត្រូវបានអនុញ្ញាតឱ្យចេញពីមន្ទីរពេទ្យ ឬត្រូវបានបញ្ជូនទៅមណ្ឌលថែទាំជំនាញ។
	ការស្នាក់នៅរបស់អ្នកជំងឺសម្រាកព្យាបាលក្នុងមន្ទីរពេទ្យ៖ សេវាដែលបានធានារ៉ាប់រងនៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យ ឬមណ្ឌលថែទាំជំនាញ (SNF) ក្នុងអំឡុងពេលស្នាក់នៅរបស់អ្នកជំងឺសម្រាកព្យាបាលក្នុងមន្ទីរពេទ្យដែលមិនត្រូវបានធានារ៉ាប់រង† យើងមិនបង់ប្រាក់សម្រាប់ការស្នាក់នៅរបស់អ្នកជំងឺសម្រាកព្យាបាលក្នុងមន្ទីរពេទ្យទេ ប្រសិនបើការស្នាក់នៅនោះមិនសមហេតុផល និងមិនចាំបាច់ខាងវេជ្ជសាស្ត្រ។ **អត្ថប្រយោជន៍នេះត្រូវបានបន្តនៅទំព័របន្ទាប់**	ពិគ្រោះជាមួយអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក ហើយទទួលយកការបញ្ជូនបន្ត។ ប្រសិនបើការស្នាក់នៅរបស់អ្នកជាអ្នកជំងឺសម្រាកព្យាបាលក្នុងមន្ទីរពេទ្យ ឬនៅ SNF លែងត្រូវបានធានារ៉ាប់រងទៀតហើយ យើងនឹងបន្តធានារ៉ាប់រងលើសេវា Medicare Part B តាមចំណែ

	សេវាដែលបានធានារ៉ាប់រង	អ្វីដែលអ្នកត្រូវបង់
	ការស្នាក់នៅរបស់អ្នកជំងឺសម្រាកព្យាបាលក្នុងមន្ទីរពេទ្យ៖ សេវាដែលបានធានារ៉ាប់រងនៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យ ឬមណ្ឌលថែទាំជំនាញ (SNF) ក្នុងអំឡុងពេលស្នាក់នៅរបស់អ្នកជំងឺសម្រាកព្យាបាលក្នុងមន្ទីរពេទ្យដែលមិនត្រូវបានធានារ៉ាប់រង† (បន្ត) ទោះយ៉ាងណាក៏ដោយ ក្នុងស្ថានភាពខ្លះដែលការថែទាំអ្នកជំងឺសម្រាកព្យាបាលក្នុងមន្ទីរពេទ្យមិនត្រូវបានធានារ៉ាប់រង យើងអាចបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាដែលអ្នកទទួលបានខណៈពេលដែលអ្នកនៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យ ឬមណ្ឌលថែទាំ។ ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែម សូមទាក់ទងសេវាបម្រើសមាជិក។ យើងបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាខាងក្រោម និងអាចមានសេវាផ្សេងទៀតដែលមិនមានរាយនាមនៅទីនេះ៖ • សេវាវេជ្ជបណ្ឌិត • ការធ្វើតេស្តរោគវិនិច្ឆ័យ ដូចជាការធ្វើតេស្តមន្ទីរពិសោធន៍ • ការព្យាបាលដោយកាំរស្មីអ៊ិច រ៉ាដ្យូម និងអ៊ីសូតូប រួមទាំងសម្ភារៈ និងសេវារបស់អ្នកបច្ចេកទេស • បង់រុំមុខរបួស • ការអប ការបិតម្ខាងសិលា និងឧបករណ៍ផ្សេងទៀតដែលប្រើសម្រាប់ការជាក់ឆ្អឹង និងការភ្លាត់ឆ្អឹង • ឧបករណ៍សិប្បនិម្មិត និងឧបករណ៍ទប់អវយវៈ ក្រៅពីឧបករណ៍សម្រាប់ធ្មេញ រួមទាំងការជំនួស ឬការជួសជុលឧបករណ៍ទាំងនេះ។ ទាំងនេះគឺជាឧបករណ៍ដែលជំនួសទាំងអស់ ឬមួយផ្នែកនៃ៖ ○ សរីរាង្គខាងក្នុងរាងកាយ (រួមទាំងជាលិកាជាប់គ្នា) **ឬ** ○ មុខងារនៃសរីរាង្គខាងក្នុងដែលមិនដំណើរការ ឬដំណើរការខុសប្រក្រតី • ឧបករណ៍អបជើង ដៃ ខ្នង និងក ប្រដាប់ទប់ក្តួន និងជើង ដៃ និងភ្នែកសិប្បនិម្មិត។ នេះរួមបញ្ចូលទាំងការកែតម្រូវ ការជួសជុល និងការផ្លាស់ប្តូរដែលចាំបាច់ដោយសារការបាក់បែក ការសឹក ការជាក់បង់ ឬការផ្លាស់ប្តូរស្ថានភាពរបស់អ្នក • សេវាស្តារនីតិសម្បទាផ្នែករាងកាយ ការនិយាយ និងការព្យាបាលទាក់ទងនឹងសកម្មភាពប្រចាំថ្ងៃ	កចូលរួមបង់ប្រាក់ដែលអាចអនុវត្តបានដែលមានរាយនៅកន្លែងផ្សេងទៀតក្នុងតារាងអត្ថប្រយោជន៍នេះ នៅពេលផ្តល់ដោយអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ។

	សេវាដែលបានធានារ៉ាប់រង	អ្វីដែលអ្នកត្រូវបង់
	សេវា និងសម្ភារៈផ្គត់ផ្គង់សម្រាប់ជំងឺតម្រងនោម យើងបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាដូចខាងក្រោម៖ • សេវាអប់រំអំពីជំងឺតម្រងនោម ដើម្បីបង្រៀនអំពីការថែទាំតម្រងនោម និងជួយអ្នកធ្វើការសម្រេចចិត្តបានល្អអំពីការថែទាំរបស់អ្នក។ • ការបណ្តុះបណ្តាលលាងឈាមដោយខ្លួនឯង រួមទាំងការបណ្តុះបណ្តាលសម្រាប់អ្នក និងអ្នកណាម្នាក់ដែលជួយអ្នកជាមួយការព្យាបាលដោយលាងឈាមនៅផ្ទះរបស់អ្នក។ • សេវាគាំទ្រនៅផ្ទះមួយចំនួន ដូចជាការចុះជួបថាំបាច់ដោយបុគ្គលិកលាងឈាមដែលបានទទួលការបណ្តុះបណ្តាល ដើម្បីត្រួតពិនិត្យការលាងឈាមនៅផ្ទះរបស់អ្នក ដើម្បីជួយក្នុងគ្រាអាសន្ន និងដើម្បីត្រួតពិនិត្យឧបករណ៍លាងឈាម និងការផ្គត់ផ្គង់ទឹករបស់អ្នក។ • ឧបករណ៍ និងសម្ភារៈផ្គត់ផ្គង់សម្រាប់ការលាងឈាមនៅផ្ទះ។	$0
	សេវា និងសម្ភារៈផ្គត់ផ្គង់សម្រាប់ជំងឺតម្រងនោម (បន្ត) • ការព្យាបាលដោយលាងឈាមសម្រាប់អ្នកជំងឺក្រៅ រួមទាំងការព្យាបាលដោយលាងឈាមនៅពេលនៅក្រៅតំបន់សេវាជាបណ្តោះអាសន្ន ដូចដែលបានពន្យល់នៅក្នុង**ជំពូកទី 3** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*ឬនៅពេលអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកសម្រាប់សេវានេះមិនមានជាបណ្តោះអាសន្ន ឬមិនអាចទាក់ទងបាន។	$0 ពិគ្រោះជាមួយអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក ហើយទទួលយកការបញ្ជូនបន្ត។ **ប្រសិនបើអ្នកជាត់បង់ការធានារ៉ាប់រង Medi-Cal ពេញលេញ** អ្នកបង់ **20% នៃការធានារ៉ាប់រងរួម**។
	• ការព្យាបាលដោយលាងឈាមសម្រាប់អ្នកជំងឺសម្រាកព្យាបាលក្នុងមន្ទីរពេទ្យ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវបានអនុញ្ញាតឱ្យចូលជាអ្នកជំងឺសម្រាកព្យាបាលក្នុងមន្ទីរពេទ្យទៅមន្ទីរពេទ្យសម្រាប់ការថែទាំពិសេស។	មិនមានការគិតថ្លៃបន្ថែមសម្រាប់សេវាដែលទទួលបានក្នុងអំឡុងពេលស្នាក់នៅមន្ទីរពេទ្យទេ។ សូមមើលផ្នែក “ការថែទាំមន្ទីរពេទ្យសម្រាប់អ្នកជំងឺសម្រាកព្យាបាលក្នុងមន្ទីរពេទ្យ” នៃតារាងអត្ថប្រយោជន៍នេះសម្រាប់ចំណែកចូលរួមបង់ប្រាក់ដែលអនុវត្តចំពោះការស្នាក់នៅរបស់អ្នកជំងឺសម្រាកព្យាបាលក្នុងមន្ទីរពេទ្យ។
	Medicare Part B បង់ថ្លៃឱសថមួយចំនួនសម្រាប់ការលាងឈាម។ សម្រាប់ព័ត៌មាន សូមមើល “ឱសថ Medicare Part B drugs” នៅក្នុងតារាងនេះ។	

សេវាដែលបានធានារ៉ាប់រង		អ្វីដែលអ្នកត្រូវបង់
	ការពិនិត្យស្រាវជ្រាវរកជំងឺមហារីកសួតដោយប្រើការថតកាំរស្មីអ៊ុចកម្រិតទាប (LDCT) គម្រោងរបស់យើងបង់ប្រាក់សម្រាប់ការពិនិត្យស្រាវជ្រាវរកជំងឺមហារីកសួតរៀងរាល់ 12 ខែម្តង ប្រសិនបើអ្នក៖ • មានអាយុ 50-80 ឆ្នាំ **និង** • មានការជួបពិគ្រោះដើម្បីប្រឹក្សា និងធ្វើការសម្រេចចិត្តរួមគ្នាជាមួយវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក ឬអ្នកផ្តល់សេវាដែលមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ផ្សេងទៀត **និង** • ធ្លាប់ជក់បារីយ៉ាងហោចណាស់មួយកញ្ចប់ក្នុងមួយថ្ងៃរយៈពេល 20 ឆ្នាំ ដោយមិនមានសញ្ញា ឬរោគសញ្ញានៃជំងឺមហារីកសួតបច្ចុប្បន្នកំពុងជក់បារី ឬបានឈប់ក្នុងរយៈពេល 15 ឆ្នាំចុងក្រោយនេះ។ បន្ទាប់ពីការពិនិត្យស្រាវជ្រាវលើកដំបូង គម្រោងរបស់យើងបង់ប្រាក់សម្រាប់ការពិនិត្យស្រាវជ្រាវមួយផ្សេងទៀតជារៀងរាល់ឆ្នាំ ជាមួយនឹងការបញ្ជាជាលាយលក្ខណ៍អក្សរពីវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក ឬអ្នកផ្តល់សេវាដែលមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ផ្សេងទៀត។ ប្រសិនបើអ្នកផ្តល់សេវាជ្រើសរើសផ្តល់ការជួបពិគ្រោះដើម្បីប្រឹក្សា និងធ្វើការសម្រេចចិត្តរួមគ្នាសម្រាប់ការពិនិត្យស្រាវជ្រាវរកជំងឺមហារីកសួត ការជួបពិគ្រោះនោះត្រូវតែបំពេញតាមលក្ខខណ្ឌវិនិច្ឆ័យរបស់ Medicare សម្រាប់ការជួបពិគ្រោះបែបនេះ។	$0
	ការព្យាបាលអាហារូបត្ថម្ភផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ អត្ថប្រយោជន៍នេះគឺសម្រាប់អ្នកដែលមានជំងឺទឹកនោមផ្អែម ឬជំងឺតម្រងនោមដែលមិនទទួលការលាងឈាម។ វាក៏សម្រាប់ក្រោយពេលប្តូរតម្រងនោមផងដែរ នៅពេលដែលវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកបញ្ជា។ យើងបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាប្រឹក្សាមួយទល់នឹងមួយរយៈពេលបីម៉ោងក្នុងអំឡុងពេលឆ្នាំដំបូងដែលអ្នកទទួលបានសេវាព្យាបាលអាហារូបត្ថម្ភផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រក្រោម Medicare។ យើងអាចយល់ព្រមលើសេវាបន្ថែម ប្រសិនបើចាំបាច់ខាងវេជ្ជសាស្ត្រ។ យើងបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាប្រឹក្សាមួយទល់នឹងមួយរយៈពេលពីរម៉ោងជារៀងរាល់ឆ្នាំបន្ទាប់ពីនោះ។ ប្រសិនបើស្ថានភាព ការព្យាបាល ឬរោគវិនិច្ឆ័យរបស់អ្នកផ្លាស់ប្តូរ អ្នកអាចនឹងទទួលបានការព្យាបាលច្រើនម៉ោងថែមទៀត ដោយមានការបញ្ជាពីវេជ្ជបណ្ឌិត។ វេជ្ជបណ្ឌិតត្រូវតែចេញវេជ្ជបញ្ជាសម្រាប់សេវាទាំងនេះ ហើយបន្តការបង្គាប់បញ្ជារៀងរាល់ឆ្នាំ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការការព្យាបាលនៅឆ្នាំប្រតិទិនក្រោយ។ យើងអាចយល់ព្រមលើសេវាបន្ថែម ប្រសិនបើចាំបាច់ខាងវេជ្ជសាស្ត្រ។ យើងក៏ធានារ៉ាប់រងផងដែរលើការប្រឹក្សាអាហារូបត្ថម្ភ/របបអាហារដែលមិនពាក់ព័ន្ធនឹងជំងឺទឹកនោមផ្អែម ឬជំងឺតម្រងនោមដោយមិនលាងឈាម ជាមួយអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ។	$0 ពិគ្រោះជាមួយអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក ហើយទទួលយកការបញ្ជាបន្ត។

សេវាដែលបានធានារ៉ាប់រង		អ្វីដែលអ្នកត្រូវបង់
	កម្មវិធីបង្ការជំងឺទឹកនោមផ្អែមរបស់ Medicare (MDPP) គម្រោងរបស់យើងបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវា MDPP សម្រាប់អ្នកដែលមានសិទ្ធិទទួលបាន។ MDPP ត្រូវបានរចនាឡើងដើម្បីជួយអ្នកបង្កើនឥរិយាបថដែលមានសុខភាពល្អ។ វាផ្តល់នូវការបណ្តុះបណ្តាលជាក់ស្តែងលើ៖ • ការផ្លាស់ប្តូរបបអាហារ**និង** • ការបង្កើនសកម្មភាពរាងកាយ **និង** • វិធីដើម្បីរក្សាការសម្រកទម្ងន់ និងរបៀបរស់នៅដែលមានសុខភាពល្អ។	$0
	ឱសថ Medicare Part B† ឱសថទាំងនេះត្រូវបានធានារ៉ាប់រងក្រោម Part B នៃ Medicare។ គម្រោងរបស់យើងបង់ប្រាក់សម្រាប់ឱសថខាងក្រោមនេះ៖ • ឱសថដែលអ្នកជាធម្មតាមិនប្រើដោយខ្លួនឯង ហើយត្រូវបានចាក់ ឬបញ្ចូល ខណៈពេលដែលអ្នកទទួលបានសេវាវេជ្ជបណ្ឌិត សេវាអ្នកជំងឺក្រៅនៅមន្ទីរពេទ្យ ឬសេវាមជ្ឈមណ្ឌលវះកាត់អ្នកជំងឺក្រៅ • អាំងស៊ុយលីនដែលផ្តល់តាមរយៈសម្ភារៈឧបករណ៍វេជ្ជសាស្ត្រប្រើប្រាស់បានយូរ (ដូចជាម៉ាស៊ីនបូមអាំងស៊ុយលីនដែលចាំបាច់ខាងវេជ្ជសាស្ត្រ) • ឱសថផ្សេងទៀតដែលអ្នកប្រើដោយប្រើប្រាស់ឧបករណ៍វេជ្ជសាស្ត្រប្រើប្រាស់បានយូរ (ដូចជាម៉ាស៊ីនឆ្លង) ដែលគម្រោងរបស់យើងបានអនុញ្ញាត • ឱសថសម្រាប់ជំងឺ Alzheimer's, Leqembi® (generic lecanemab) ដែលត្រូវបានផ្តល់តាមសរសៃវ៉ែន (IV)។ បន្ថែមពីលើថ្លៃឱសថ អ្នកអាចត្រូវការការស្កែន និងការធ្វើតេស្តបន្ថែមមុនពេល និង/ឬក្នុងអំឡុងពេលព្យាបាល។ ពិភាក្សាជាមួយវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកអំពីការស្កែន និងការធ្វើតេស្តអ្វីខ្លះដែលអ្នកប្រហែលជាត្រូវការជាផ្នែកនៃការព្យាបាលរបស់អ្នក។ • កត្តាធ្វើឱ្យឈាមកកដែលអ្នកចាក់ដោយខ្លួនឯង ប្រសិនបើអ្នកមានជំងឺឈាមមិនកក (hemophilia) • ឱសថសម្រាប់ប្តូរសរីរាង្គ/ឱសថទប់ស្កាត់ប្រព័ន្ធភាពស៊ាំ៖ Medicare ធានារ៉ាប់រងលើការព្យាបាលដោយឱសថសម្រាប់ការប្តូរសរីរាង្គ ប្រសិនបើ Medicare បង់ថ្លៃសម្រាប់ការប្តូរសរីរាង្គរបស់អ្នក។ អ្នកត្រូវតែមាន Part A នៅពេលធ្វើការប្តូរសរីរាង្គដែលបានធានារ៉ាប់រង ហើយអ្នកត្រូវតែមាន Part B **អត្ថប្រយោជន៍នេះត្រូវបានបន្តនៅទំព័របន្ទាប់**	$0 **ឱសថ Part B ដែលត្រូវបានផ្តល់ឱ្យ** **ប្រសិនបើអ្នកបាត់បង់ការធានារ៉ាប់រង Medi-Cal ពេញលេញ** សម្រាប់ឱសថ Medicare Part B នៅពេលដែលតម្រូវឱ្យមានការផ្តល់ឱ្យ ឬការសង្កេតដោយបុគ្គលិកពេទ្យ ហើយឱសថត្រូវបានផ្តល់ជូនអ្នកដោយអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ អ្នកបង់**ការធានារ៉ាប់រងរួម** ដូចខាងក្រោម អាស្រ័យលើគម្រោងដែលអ្នកបានចុះឈ្មោះ៖ • South P1 – **0%-20%** • South P6 – **0%-20%** • South P7 – **0%-20%** • South P9 – **0%** • South P10 – **0%-20%** • South P11 – **0%** • North P2 – **0%-20%** • North P16 – **0%-20%** • North P17 – **0%-20%** • North P18 – **0%-20%** • North P19 – **0%-20%** • North P20 – **0%-20%** • North P21 – **0%-20%** • North P22 – **0%-20%** • North P23 – **0%-20%** • North P24 – **0%-20%** • North P25 – **0%-20%**

សេវាដែលបានធានារ៉ាប់រង		អ្វីដែលអ្នកត្រូវបង់
	ឱសថ Medicare Part B† (បន្ត) នៅពេលអ្នកទទួលបានថ្នាំទប់ស្កាត់ប្រព័ន្ធភាពស៊ាំ។ Medicare Part D ធានារ៉ាប់រងលើថ្នាំទប់ស្កាត់ប្រព័ន្ធភាពស៊ាំ ប្រសិនបើ Part B មិនធានារ៉ាប់រងលើវា • ឱសថព្យាបាលជំងឺពុកឆ្អឹងដែលត្រូវបានចាក់។ យើងបង់ប្រាក់សម្រាប់ឱសថទាំងនេះ ប្រសិនបើអ្នកមិនអាចចេញពីផ្ទះបាន មានការបាក់ឆ្អឹងដែលវេជ្ជបណ្ឌិតបញ្ជាក់ថាទាក់ទងនឹងជំងឺពុកឆ្អឹងក្រោយអស់រដូវ ហើយអ្នកមិនអាចចាក់ឱសថដោយខ្លួនឯងបាន • អង់ទីហ្សែនមួយចំនួន៖ Medicare ធានារ៉ាប់រងលើអង់ទីហ្សែន ប្រសិនបើវេជ្ជបណ្ឌិតរៀបចំវា ហើយបុគ្គលដែលបានទទួលការណែនាំត្រឹមត្រូវ (ដែលអាចជារូបអ្នក ជាអ្នកជំងឺ) ផ្តល់វាឱ្យក្រោមការត្រួតពិនិត្យសមស្រប • ឱសថប្រឆាំងជំងឺមហារីកតាមមាត់មួយចំនួន៖ Medicare ធានារ៉ាប់រងលើឱសថមហារីកតាមមាត់មួយចំនួនដែលអ្នកលេបតាមមាត់ ប្រសិនបើឱសថដូចគ្នានេះមានក្នុងទម្រង់ជាថ្នាំចាក់ ឬឱសថនោះគឺជាឱសថប្រភេទ prodrug (ទម្រង់ឱសថតាមមាត់ដែលនៅពេលលេបចូលទៅនឹងបំបែកទៅជាសារធាតុសកម្មដូចគ្នាដែលមាននៅក្នុងឱសថចាក់)។ នៅពេលដែលមានឱសថមហារីកតាមមាត់ថ្មីៗ Part B អាចនឹងធានារ៉ាប់រងលើឱសថទាំងនោះ។ ប្រសិនបើ Part B មិនធានារ៉ាប់រងលើវាទេ Part D នឹងធានារ៉ាប់រង • ឱសថប្រឆាំងអាការចង្អោរតាមមាត់៖ Medicare ធានារ៉ាប់រងលើឱសថប្រឆាំងអាការចង្អោរតាមមាត់ដែលអ្នកប្រើជាផ្នែកមួយនៃការព្យាបាលដោយគីមីប្រឆាំងជំងឺមហារីក ប្រសិនបើវាត្រូវបានផ្តល់មុន ក្នុងអំឡុងពេល ឬក្នុងរយៈពេល 48 ម៉ោងនៃការព្យាបាលដោយគីមី ឬត្រូវបានប្រើជាការព្យាបាលជំនួសទាំងស្រុងសម្រាប់ឱសថប្រឆាំងអាការចង្អោរតាមសរសៃវ៉ែន • ឱសថព្យាបាលជំងឺតម្រងនោមដំណាក់កាលចុងក្រោយ (ESRD) តាមមាត់មួយចំនួនដែលបានធានារ៉ាប់រងក្រោម Medicare Part B • ឱសថប្រភេទ calcimimetic និងឱសថផ្សារភ្ជាប់ជាតិជូស្វ័រក្រោមប្រព័ន្ធបង់ប្រាក់ ESRD រួមទាំងឱសថចាក់តាមសរសៃវ៉ែន Parsabiv® និងឱសថតាមមាត់ Sensipar • ឱសថជាក់លាក់សម្រាប់ការលាងឈាមនៅផ្ទះ រួមទាំងឱសថ heparin ថ្នាំបន្សាបសម្រាប់ heparin (នៅពេលដែលចាំបាច់ខាងវេជ្ជសាស្ត្រ) និងថ្នាំស្ពឹកសម្រាប់លាបខាងក្រៅ **អត្ថប្រយោជន៍នេះត្រូវបានបន្តនៅទំព័របន្ទាប់**	សូមទូរសព្ទទៅសេវាបម្រើសមាជិកដើម្បីស្វែងយល់ថាតើឱសថណាខ្លះត្រូវបានផ្តល់ជូនដោយមាន **20%** នៃការធានារ៉ាប់រងរួម។ ឱសថមួយចំនួនអាចមានតិចជាង **20%** ប្រសិនបើឱសថទាំងនោះត្រូវបានកំណត់ថាលើសពីចំនួនអតិផរណា។ **ឱសថ Part B ពីឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញ** អ្នកបង់ប្រាក់ដូចខាងក្រោមសម្រាប់ឱសថ Part B នៅលើបញ្ជីឱសថរបស់យើង នៅពេលទទួលបានពីឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញ៖ • **$0** សម្រាប់ឱសថបញ្ចូលតាមសរសៃវ៉ែននៅផ្ទះ (រហូតដល់ការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេល 100 ថ្ងៃ) និង Epogen សម្រាប់ការលាងឈាមនៅផ្ទះ (រហូតដល់ការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេល 30 ថ្ងៃ)។ • **$0** សម្រាប់ឱសថទូទៅ និងឱសថដែលមានម៉ាកយីហោផ្សេងទៀតទាំងអស់ (រហូតដល់ការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេល 30 ថ្ងៃ)។

	សេវាដែលបានធានារ៉ាប់រង	អ្វីដែលអ្នកត្រូវបង់
	ឱសថ Medicare Part B† (បន្ត) • ភ្នាក់ងារជំរុញការបង្កើតកោសិកាឈាមក្រហម៖ Medicare ធានារ៉ាប់រងលើ erythropoietin តាមការចាក់ ប្រសិនបើអ្នកមាន ESRD ឬអ្នកត្រូវការឱសថនេះដើម្បីព្យាបាលជំងឺស្លេកស្លាំងដែលទាក់ទងនឹងលក្ខខណ្ឌមួយចំនួនផ្សេងទៀត (ដូចជា Epogen®, Procrit®, Retacrit®, Epoetin Alfa, Aranesp®, Darbepoetin Alfa, Mircera® ឬ Methoxy polyethylene glycol-epoetin beta) • immune globulin តាមសរសៃវ៉ែន សម្រាប់ការព្យាបាលនៅផ្ទះនៃជំងឺភាពស៊ាំខ្សោយបឋម • អាហារូបត្ថម្ភតាមសរសៃឈាម និងតាមបំពង់ (តាមសរសៃវ៉ែន និងការបញ្ចូលអាហារតាមបំពង់) យើងក៏ធានារ៉ាប់រងផងដែរនូវវ៉ាក់សាំងមួយចំនួនក្រោមអត្ថប្រយោជន៍ឱសថ Medicare Part B របស់យើង និងវ៉ាក់សាំងសម្រាប់មនុស្សពេញវ័យភាគច្រើនក្រោមអត្ថប្រយោជន៍ឱសថ Medicare Part D របស់យើង។ **ជំពូកទី 5** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក* នេះពន្យល់អំពីអត្ថប្រយោជន៍ឱសថរបស់យើង។ វាពន្យល់អំពីច្បាប់ដែលអ្នកត្រូវតែអនុវត្តតាម ដើម្បីឱ្យវេជ្ជបញ្ជាត្រូវបានធានារ៉ាប់រង។ **ជំពូកទី 6** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះពន្យល់ពីអ្វីដែលអ្នកបង់សម្រាប់ឱសថរបស់អ្នកតាមរយៈគម្រោងរបស់យើង។	
	ការថែទាំនៅមណ្ឌលថែទាំ មណ្ឌលថែទាំ (NF) គឺជាកន្លែងដែលផ្តល់ការថែទាំដល់អ្នកដែលមិនអាចទទួលបានការថែទាំនៅផ្ទះ ប៉ុន្តែមិនចាំបាច់ស្នាក់នៅមន្ទីរពេទ្យ។ សេវាដែលយើងបង់ប្រាក់ឱ្យ រួមមានជាអាទិ៍សេវាខាងក្រោមនេះ៖ • បន្ទប់ពាក់កណ្តាលឯកជន (ឬបន្ទប់ឯកជន ប្រសិនបើចាំបាច់ខាងវេជ្ជសាស្ត្រ) • អាហារ រួមទាំងរបបអាហារពិសេស • សេវាថែទាំដោយគិលានុបដ្ឋាក • ការព្យាបាលដោយចលនា ការព្យាបាលទាក់ទងនឹងសកម្មភាពប្រចាំថ្ងៃ និងការព្យាបាលការនិយាយ • ការព្យាបាលផ្លូវដង្ហើម	$0 ពិគ្រោះជាមួយអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក ហើយទទួលយកការបញ្ជូនបន្ត។

អត្ថប្រយោជន៍នេះត្រូវបានបន្តនៅទំព័របន្ទាប់

	សេវាដែលបានធានារ៉ាប់រង	អ្វីដែលអ្នកត្រូវបង់
	ការថែទាំនៅមណ្ឌលថែទាំ (បន្ត) • ឱសថដែលផ្តល់ឱ្យអ្នកជាផ្នែកមួយនៃគម្រោងថែទាំរបស់អ្នក។ (នេះរួមបញ្ចូលសារធាតុដែលមានដោយធម្មជាតិនៅក្នុងរាងកាយ ដូចជាកត្តាធ្វើឱ្យឈាមកក។) • ឈាម រួមទាំងការក្សាទុក និងការផ្តល់បញ្ចូលឈាម • សម្ភារៈផ្គត់ផ្គង់វេជ្ជសាស្ត្រ និងការរុះកាត់ដែលជាធម្មតាផ្តល់ដោយមណ្ឌលថែទាំ • ការធ្វើតេស្តមន្ទីរពិសោធន៍ដែលជាធម្មតាផ្តល់ដោយមណ្ឌលថែទាំ • កាំរស្មីអ៊ិច និងសេវាវិទ្យុសាស្ត្រផ្សេងទៀតដែលជាធម្មតាផ្តល់ដោយមណ្ឌលថែទាំ • ការប្រើប្រាស់ឧបករណ៍ ដូចជារទេះរុញ ដែលជាធម្មតាផ្តល់ដោយមណ្ឌលថែទាំ • សេវាគ្រូពេទ្យ/គ្រូពេទ្យព្យាបាល • ឧបករណ៍វេជ្ជសាស្ត្រប្រើប្រាស់បានយូរ • សេវាធ្មេញ រួមទាំងធ្មេញសិប្បនិម្មិត • អត្ថប្រយោជន៍ភ្នែក • ការពិនិត្យការស្តាប់ • ការថែទាំដោយការកែសម្រួលសន្លាក់ និងឆ្អឹងខ្នង • សេវាព្យាបាលជើង ជាធម្មតា អ្នកទទួលបានការថែទាំពីមូលដ្ឋានក្នុងបណ្តាញ។ ទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយ អ្នកអាចទទួលបានការថែទាំពីមូលដ្ឋានដែលមិនស្ថិតក្នុងបណ្តាញរបស់យើង។ អ្នកអាចទទួលបានការថែទាំពីកន្លែងខាងក្រោម ប្រសិនបើពួកគេទទួលយកចំនួនទឹកប្រាក់បង់ប្រាក់នៃគម្រោងរបស់យើង៖ • មណ្ឌលថែទាំ ឬសហគមន៍ថែទាំបន្តសម្រាប់ការចូលនិវត្តន៍ដែលអ្នករស់នៅមុនពេលអ្នកទៅមន្ទីរពេទ្យ (ដរាបណាវាផ្តល់ការថែទាំនៅមណ្ឌលថែទាំ) • មណ្ឌលថែទាំដែលប្តីប្រពន្ធ ឬដៃគូក្នុងគ្រួសាររបស់អ្នករស់នៅពេលដែលអ្នកចេញពីមន្ទីរពេទ្យ	

	សេវាដែលបានធានារ៉ាប់រង	អ្វីដែលអ្នកត្រូវបង់
	ការពិនិត្យស្រាវជ្រាវ និងការព្យាបាលជំងឺធាត់ដើម្បីរក្សាទម្ងន់ឱ្យនៅថេរ ប្រសិនបើអ្នកមានសន្ទស្សន៍ម៉ាសរាងកាយចាប់ពី 30 ឡើងទៅ យើងបង់ប្រាក់សម្រាប់ការប្រឹក្សាដើម្បីជួយអ្នកក្នុងការសម្រកទម្ងន់។ អ្នកត្រូវតែទទួលបានការប្រឹក្សានៅកន្លែងផ្តល់សេវាថែទាំបឋម។ តាមរបៀបនេះ វាអាចត្រូវបានគ្រប់គ្រងជាមួយនឹងគម្រោងបង្ការពេញលេញរបស់អ្នក។ ពិភាក្សាជាមួយអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំបឋមរបស់អ្នក ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែម។	$0
	សេវាកម្មវិធីព្យាបាលដោយសារធាតុអូផ្សអ៊ីត (OTP) គម្រោងរបស់យើងទូទាត់ប្រាក់សម្រាប់សេវាខាងក្រោមដើម្បីព្យាបាលរបិតប្រើប្រាស់សារធាតុអូផ្សអ៊ីត (OUD) តាមរយៈកម្មវិធីព្យាបាលដោយសារធាតុអូផ្សអ៊ីត (OTP) ដែលរួមមានសេវាដូចខាងក្រោម៖ • ឱសថដែលត្រូវបានយល់ព្រមដោយ FDA ហើយប្រសិនបើអាចអនុវត្តបាន ការគ្រប់គ្រង និងការផ្តល់ឱសថទាំងនេះដល់អ្នក • ការប្រឹក្សាអំពីបញ្ហាប្រើប្រាស់សារធាតុញៀន • ការព្យាបាលជាបុគ្គល និងជាក្រុម • ការធ្វើតេស្តរកឱសថ ឬសារធាតុគីមីនៅក្នុងរាងកាយរបស់អ្នក (ការធ្វើតេស្តជាតិពុល) • សកម្មភាពទទួលអ្នកជំងឺ • ការវាយតម្លៃតាមកាលកំណត់ **អត្ថប្រយោជន៍នេះត្រូវបានបន្តនៅទំព័របន្ទាប់**	$0 ពិគ្រោះជាមួយអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក ហើយទទួលយកការបញ្ជូនបន្ត។ **ប្រសិនបើអ្នកជាត់បង់ការធានារ៉ាប់រង Medi-Cal ពេញលេញ** សម្រាប់ឱសថ Medicare Part B ដែលផ្តល់ជូនតាមគ្លីនិក នៅពេលផ្តល់ដោយកម្មវិធីព្យាបាលដោយសារធាតុអូព្យអ៊ីត អ្នកបង់ថ្លៃ**ធានារ៉ាប់រងរួម**ដូចខាងក្រោម អាស្រ័យលើគម្រោងដែលអ្នកបានចុះឈ្មោះ៖ • South P1 – **0%-20%** • South P6 – **0%-20%** • South P7 – **0%-20%** • South P9 – **0%** • South P10 – **0%-20%** • South P11 – **0%** • North P2 – **0%-20%** • North P16 – **0%-20%** • North P17 – **0%-20%** • North P18 – **0%-20%** • North P19 – **0%-20%** • North P20 – **0%-20%** • North P21 – **0%-20%** • North P22 – **0%-20%** • North P23 – **0%-20%** • North P24 – **0%-20%** • North P25 – **0%-20%**

សេវាដែលបានធានារ៉ាប់រង		អ្វីដែលអ្នកត្រូវបង់
	សេវាកម្មវិធីព្យាបាលដោយសារធាតុអូផ្យូអ៊ីត (OTP) (បន្ត)	ឱសថមួយចំនួនអាចមានតិចជាង **20%** ប្រសិនបើឱសថទាំងនោះត្រូវបានកំណត់ថាលើសពីចំនួនអតិបរណា។
	ការធ្វើតេស្តរោគវិនិច្ឆ័យសម្រាប់អ្នកជំងឺក្រៅ និងសេវា និងសម្ភារៈផ្គត់ផ្គង់ការព្យាបាល យើងបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាខាងក្រោម និងសេវាដែលចាំបាច់ខាងវេជ្ជសាស្ត្រផ្សេងទៀតដែលមិនមានរាយនាមនៅទីនេះ៖ • ការស្ទង់អ៊ុច • ការថតអេកូ	$0 ពិគ្រោះជាមួយអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក ហើយទទួលយកការបញ្ជូនបន្ត។ **ប្រសិនបើអ្នកជាប់បង់ការធានារ៉ាប់រង Medi-Cal ពេញលេញ** អ្នកបង់ប្រាក់ដូចខាងក្រោមសម្រាប់ការទទួលសេវានីមួយៗ អាស្រ័យលើតម្រាងដែលអ្នកបានចុះឈ្មោះ៖ • South P1 – **$0** • South P6 – **$0** • South P7 – **$0** • South P9 – **$0** • South P10 – **$0** • South P11 – **$0** • North P2 – **$0** • North P16 – **$0** • North P17 – **$0** • North P18 – **$0** • North P19 – **$0** • North P20 – **$0** • North P21 – **$0** • North P22 – **$0** • North P23 – **$0** • North P24 – **$50** • North P25 – **$0**
	• ការធ្វើតេស្តមន្ទីរពិសោធន៍ • ឈាម រួមទាំងការក្សាទុក និងការផ្តល់បញ្ជូលឈាម • ការព្យាបាលដោយកាំរស្មី (រ៉ាដ្យូម និងអ៊ីសូតូប) រួមទាំងសម្ភារៈ និងសម្ភារៈផ្គត់ផ្គង់របស់អ្នកបច្ចេកទេស **អត្ថប្រយោជន៍នេះត្រូវបានបន្តនៅទំព័របន្ទាប់**	$0 ពិគ្រោះជាមួយអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក ហើយទទួលយកការបញ្ជូនបន្ត។

សេវាដែលបានធានារ៉ាប់រង		អ្វីដែលអ្នកត្រូវបង់
	ការធ្វើតេស្តរោគវិនិច្ឆ័យសម្រាប់អ្នកជំងឺក្រៅ និងសេវា និងសម្ភារៈផ្តល់ផ្តង់ការព្យាបាល (បន្ត) • †សម្ភារៈផ្តល់ផ្តង់រុះកាត់ ដូចជាបង់រុំមុខរបួស • †បន្ទះអប បង់រុំរឹង និងឧបករណ៍ផ្សេងទៀតដែលប្រើសម្រាប់ការបាក់ឆ្អឹង និងការភ្លាត់សន្លាក់	
	• ការធ្វើតេស្តរោគវិនិច្ឆ័យដែលមិនមែនតាមរយៈមន្ទីរពិសោធន៍ ដូចជាការស្កែន CT, MRI, EKG និងស្កែន PET នៅពេលវេជ្ជបណ្ឌិត ឬអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពផ្សេងទៀតរបស់អ្នកបញ្ជាឱ្យធ្វើតេស្តទាំងនោះ ដើម្បីព្យាបាលស្ថានភាពវេជ្ជសាស្ត្រ **អត្ថប្រយោជន៍នេះត្រូវបានបន្តនៅទំព័របន្ទាប់**	$0 ពិគ្រោះជាមួយអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក ហើយទទួលយកការបញ្ជូនបន្ត។ **ប្រសិនបើអ្នកជាប់បង់ការធានារ៉ាប់រង Medi-Cal ពេញលេញ** អ្នកត្រូវបង់ប្រាក់ដូចខាងក្រោមសម្រាប់ការធ្វើនីតិវិធីម្តងៗលើការថតរូបភាពដោយម៉ាញេទិក (MRI) ការថតស្កែនដោយកុំព្យូទ័រ (CT) និងការថតរូបភាពដោយបញ្ចេញជូស៊ីត្រុង (PET) អាស្រ័យលើគម្រោងដែលអ្នកបានចុះឈ្មោះ៖ • South P1 – **$375** • South P6 – **$375** • South P7 – **$375** • South P9 – **$50** • South P10 – **$375** • South P11 – **$375** • North P2 – **$375** • North P16 – **$375** • North P17 – **$375** • North P18 – **$375** • North P19 – **$375** • North P20 – **$375** • North P21 – **$375** • North P22 – **$375** • North P23 – **$375** • North P24 – **$365** • North P25 – **$375**

	សេវាដែលបានធានារ៉ាប់រង	អ្វីដែលអ្នកត្រូវបង់
	ការធ្វើតេស្តរោគវិនិច្ឆ័យសម្រាប់អ្នកជំងឺក្រៅ និងសេវា និងសម្ភារៈផ្គត់ផ្គង់ការព្យាបាល (បន្ត) • រាល់ការធ្វើតេស្តរោគវិនិច្ឆ័យ ឬនីតិវិធីពិសេសដែលត្រូវបានផ្តល់នៅក្នុងផ្នែកអ្នកជំងឺក្រៅនៃមន្ទីរពេទ្យ ឬមជ្ឈមណ្ឌលវះកាត់អ្នកជំងឺក្រៅ ឬនៅក្នុងបន្ទប់វះកាត់មន្ទីរពេទ្យ ឬប្រសិនបើវាត្រូវបានផ្តល់នៅកន្លែងណាមួយ ហើយបុគ្គលិកដែលមានអាជ្ញាបណ្ណត្រួតពិនិត្យសញ្ញាជីវិតរបស់អ្នកនៅពេលអ្នកចាប់ផ្តើមដឹងខ្លួនឡើងវិញ បន្ទាប់ពីទទួលបានឱសថដើម្បីបន្ថយអារម្មណ៍ដឹង ឬកាត់បន្ថយភាពមិនស្រួល	$0 ពិគ្រោះជាមួយអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក ហើយទទួលយកការបញ្ជូនបន្ត។ **ប្រសិនបើអ្នកជាត់បង់ការធានារ៉ាប់រង Medi-Cal ពេញលេញ** អ្នកបង់ប្រាក់ដូចខាងក្រោមក្នុងមួយនីតិវិធី អាស្រ័យលើគម្រោងដែលអ្នកបានចុះឈ្មោះ៖ • South P1 – **$400** • South P6 – **$420** • South P7 – **$440** • South P9 – **$0** • South P10 – **$490** • South P11 – **$0** • North P2 – **$470** • North P16 – **$480** • North P17 – **$400** • North P18 – **$400** • North P19 – **$490** • North P20 – **$450** • North P21 – **$480** • North P22 – **$490** • North P23 – **$480** • North P24 – **$455** • North P25 – **$460**
	• ការធ្វើតេស្តរោគវិនិច្ឆ័យសម្រាប់អ្នកជំងឺក្រៅផ្សេងទៀត	$0 ពិគ្រោះជាមួយអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក ហើយទទួលយកការបញ្ជូនបន្ត។
	ការសង្កេតអ្នកជំងឺក្រៅនៅមន្ទីរពេទ្យ យើងបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាសង្កេតអ្នកជំងឺក្រៅនៅមន្ទីរពេទ្យ ដើម្បីកំណត់ថាតើអ្នកត្រូវអនុញ្ញាតឱ្យចូលជាអ្នកជំងឺសម្រាកព្យាបាលក្នុងមន្ទីរពេទ្យ ឬអាចអនុញ្ញាតឱ្យចេញបាន។ **អត្ថប្រយោជន៍នេះត្រូវបានបន្តនៅទំព័របន្ទាប់**	$0 **ប្រសិនបើអ្នកជាត់បង់ការធានារ៉ាប់រង Medi-Cal ពេញលេញ** អ្នកត្រូវបង់ប្រាក់ដូចខាងក្រោមសម្រាប់ការស្នាក់នៅម្តងៗ នៅពេលចូលសម្រាកដោយផ្ទាល់

	សេវាដែលបានធានារ៉ាប់រង	អ្វីដែលអ្នកត្រូវបង់
	ការតាមដានអ្នកជំងឺក្រៅនៅមន្ទីរពេទ្យ (បន្ត) សេវាត្រូវតែស្របតាមលក្ខខណ្ឌវិនិច្ឆ័យរបស់ Medicare ហើយត្រូវបានចាត់ទុកថាសមហេតុផល និងចាំបាច់។ សេវាសង្កេតត្រូវបានធានារ៉ាប់រងលុះត្រាតែមានការបញ្ជាពីវេជ្ជបណ្ឌិត ឬបុគ្គលផ្សេងទៀតដែលទទួលបានការអនុញ្ញាតដោយច្បាប់រដ្ឋ និងបានបញ្ចាផ្ទៃក្នុងរបស់បុគ្គលិកមន្ទីរពេទ្យ ដើម្បីអនុញ្ញាតឱ្យអ្នកជំងឺចូលមន្ទីរពេទ្យ ឬបញ្ជាការធ្វើតេស្តអ្នកជំងឺក្រៅ។ **ចំណាំ៖** លុះត្រាតែអ្នកផ្តល់សេវាសរសេរការបញ្ជាឱ្យអនុញ្ញាតឱ្យអ្នកចូលមន្ទីរពេទ្យជាអ្នកជំងឺសម្រាកព្យាបាលក្នុងមន្ទីរពេទ្យ បើមិនដូច្នេះទេអ្នកគឺជាអ្នកជំងឺក្រៅ ហើយបង់ចំនួនទឹកប្រាក់នៃចំណែកចូលរួមបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាមន្ទីរពេទ្យអ្នកជំងឺមិនសម្រាកព្យាបាល។ ទោះបីជាអ្នកស្នាក់នៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យមួយយប់ក៏ដោយ ក៏អ្នកប្រហែលជានៅតែត្រូវបានចាត់ទុកថាជាអ្នកជំងឺក្រៅដដែល។ ប្រសិនបើអ្នកមិនប្រាកដថាអ្នកជាអ្នកជំងឺក្រៅទេ សូមសួរទៅកាន់បុគ្គលិកមន្ទីរពេទ្យ។ ទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែមពីសន្លឹកព័ត៌មានរបស់ *Medicare Hospital Benefits* ដែលមាននៅ Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf	នៅមន្ទីរពេទ្យសម្រាប់ការតាមដានជាអ្នកជំងឺក្រៅ អាស្រ័យលើគម្រោងដែលអ្នកបានចុះឈ្មោះ៖ • South P1 – **$115** • South P6 – **$115** • South P7 – **$115** • South P9 – **$0** • South P10 – **$115** • South P11 – **$115** • North P2 – **$115** • North P16 – **$115** • North P17 – **$115** • North P18 – **$115** • North P19 – **$115** • North P20 – **$115** • North P21 – **$115** • North P22 – **$115** • North P23 – **$115** • North P24 – **$115** • North P25 – **$115** **ចំណាំ៖** មិនមានការគិតថ្លៃបន្ថែមសម្រាប់ការស្នាក់នៅសង្កេតអ្នកជំងឺក្រៅទេ នៅពេលបញ្ជូនបន្តសម្រាប់ការសង្កេតពីផ្នែកសង្គ្រោះបន្ទាន់ ឬបន្ទាប់ពីការវះកាត់អ្នកជំងឺក្រៅ។
	សេវាមន្ទីរពេទ្យអ្នកជំងឺក្រៅ យើងបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាដែលចាំបាច់ខាងវេជ្ជសាស្ត្រដែលអ្នកទទួលបាននៅក្នុងផ្នែកអ្នកជំងឺក្រៅនៃមន្ទីរពេទ្យ សម្រាប់ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ ឬការព្យាបាលជំងឺ ឬរបួស ដូចជា៖ • សេវានៅក្នុងផ្នែកសង្គ្រោះបន្ទាន់ ឬគ្លីនិកអ្នកជំងឺក្រៅ ដូចជាការវះកាត់អ្នកជំងឺក្រៅ ឬសេវាសង្កេត **អត្ថប្រយោជន៍នេះត្រូវបានបន្តនៅទំព័របន្ទាប់**	**ផ្នែកសង្គ្រោះបន្ទាន់** $0 **ប្រសិនបើអ្នកបាត់បង់ការធានារ៉ាប់រង Medi-Cal ពេញលេញ** អ្នកបង់ប្រាក់ដូចខាងក្រោមក្នុងមួយការជួបពិនិត្យម្តងអាស្រ័យលើគម្រោងដែលអ្នកបានចុះឈ្មោះ៖ • South P1 – **$115** • South P6 – **$115** • South P7 – **$115** • South P9 – **$0**

	សេវាដែលបានធានារ៉ាប់រង	អ្វីដែលអ្នកត្រូវបង់
	សេវាមន្ទីរពេទ្យអ្នកជំងឺក្រៅ (បន្ត)	• South P10 – **$115** • South P11 – **$115** • North P2 – **$115** • North P16 – **$115** • North P17 – **$115** • North P18 – **$115** • North P19 – **$115** • North P20 – **$115** • North P21 – **$115** • North P22 – **$115** • North P23 – **$115** • North P24 – **$115** • North P25 – **$115** **ការវះកាត់អ្នកជំងឺក្រៅ** $0 **ប្រសិនបើអ្នកជាប់បង់ការធានារ៉ាប់រង Medi-Cal** ពេញលេញ អ្នកបង់ប្រាក់ដូចខាងក្រោមក្នុងមួយនីតិវិធី អាស្រ័យលើគម្រោងដែលអ្នកបានចុះឈ្មោះ៖ • South P1 – **$400** • South P6 – **$420** • South P7 – **$440** • South P9 – **$0** • South P10 – **$490** • South P11 – **$0** • North P2 – **$470** • North P16 – **$480** • North P17 – **$400** • North P18 – **$400** • North P19 – **$490** • North P20 – **$450** • North P21 – **$480** • North P22 – **$490** • North P23 – **$480** • North P24 – **$455** • North P25 – **$460**
	អត្ថប្រយោជន៍នេះត្រូវបានបន្តនៅទំព័របន្ទាប់	

	សេវាដែលបានធានារ៉ាប់រង	អ្វីដែលអ្នកត្រូវបង់
	សេវាមន្ទីរពេទ្យអ្នកជំងឺក្រៅ (បន្ត) • ការធ្វើតេស្តមន្ទីរពិសោធន៍ និងការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យដែលចេញវិក្កយបត្រដោយមន្ទីរពេទ្យ • ការថែទាំសុខភាពផ្លូវចិត្ត រួមទាំងការថែទាំនៅក្នុងកម្មវិធីសម្រាកព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យមួយផ្នែក ប្រសិនបើវេជ្ជបណ្ឌិតបញ្ជាក់ថា បើគ្មានសេវានេះទេ អ្នកនឹងត្រូវការការព្យាបាលជាអ្នកជំងឺសម្រាកព្យាបាលក្នុងមន្ទីរពេទ្យ • †សម្ភារៈផ្គត់ផ្គង់វេជ្ជសាស្ត្រ ដូចជា រណបឆ្អឹង និងស៊ីម៉ង់ត៍អបឆ្អឹង	ពិគ្រោះជាមួយអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក ហើយទទួលយកការបញ្ជូនបន្ត។ $0
	• ឱសថ និងផលិតផលជីវសាស្ត្រមួយចំនួន ដែលអ្នកមិនអាចផ្តល់ឱ្យខ្លួនឯងបាន **អត្ថប្រយោជន៍នេះត្រូវបានបន្តនៅទំព័របន្ទាប់**	$0 **ប្រសិនបើអ្នកជាត់បង់ការធានារ៉ាប់រង Medi-Cal ពេញលេញ** សម្រាប់ឱសថ Medicare Part B នៅពេលដែលតម្រូវឱ្យមានការផ្តល់ឱ្យ ឬការសង្កេតដោយបុគ្គលិកពេទ្យ ហើយឱសថត្រូវបានផ្តល់ជូនអ្នកដោយអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ អ្នកបង់**ការធានារ៉ាប់រងរួម**ដូចខាងក្រោម អាស្រ័យលើគម្រោងដែលអ្នកបានចុះឈ្មោះ៖ • South P1 – **0%-20%** • South P6 – **0%-20%** • South P7 – **0%-20%** • South P9 – **0%** • South P10 – **0%-20%** • South P11 – **0%** • North P2 – **0%-20%** • North P16 – **0%-20%** • North P17 – **0%-20%** • North P18 – **0%-20%** • North P19 – **0%-20%** • North P20 – **0%-20%** • North P21 – **0%-20%** • North P22 – **0%-20%** • North P23 – **0%-20%** • North P24 – **0%-20%** • North P25 – **0%-20%**

សេវាដែលបានធានារ៉ាប់រង		អ្វីដែលអ្នកត្រូវបង់
	សេវាមន្ទីរពេទ្យអ្នកជំងឺក្រៅ (បន្ត)	សូមទូរសព្ទទៅសេវាបម្រើសមាជិកដើម្បីស្វែងយល់ថាតើឱសថណាខ្លះត្រូវបានផ្តល់ជូនដោយមាន **20%** នៃការធានារ៉ាប់រងរួម។ ឱសថមួយចំនួនអាចមានតិចជាង **20%** ប្រសិនបើឱសថទាំងនោះត្រូវបានកំណត់ថាលើសពីចំនួនអតិផរណា។
	• ការស្ទីអ៊ុច និងសេវាវិទ្យុសាស្ត្រផ្សេងទៀតដែលចេញវិក្កយបត្រដោយមន្ទីរពេទ្យ **អត្ថប្រយោជន៍នេះត្រូវបានបន្តនៅទំព័របន្ទាប់**	ពិគ្រោះជាមួយអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក ហើយទទួលយកការបញ្ជូនបន្ត។ **ការថតការស្ទីអ៊ុច និងការថតអេកូ** $0 **ប្រសិនបើអ្នកបាត់បង់ការធានារ៉ាប់រង Medi-Cal ពេញលេញ** អ្នកនឹងត្រូវបង់ប្រាក់តាមចំនួនខាងក្រោមសម្រាប់ការទទួលសេវានីមួយៗ អាស្រ័យលើគម្រោងសុខភាពដែលអ្នកបានចុះឈ្មោះ៖ • South P1 – **$0** • South P6 – **$0** • South P7 – **$0** • South P9 – **$0** • South P10 – **$0** • South P11 – **$0** • North P2 – **$0** • North P16 – **$0** • North P17 – **$0** • North P18 – **$0** • North P19 – **$0** • North P20 – **$0** • North P21 – **$0** • North P22 – **$0** • North P23 – **$0** • North P24 – **$50** • North P25 – **$0**

	សេវាដែលបានធានារ៉ាប់រង	អ្វីដែលអ្នកត្រូវបង់
	សេវាមន្ទីរពេទ្យអ្នកជំងឺក្រៅ (បន្ត)	**ការថតរូបភាពដោយអនុភាពម៉ាញេទិក (MRI) ការថតដោយកុំព្យូទ័រ (CT) និងការថតរូបភាពដោយការបញ្ចេញប៉ូស៊ីត្រុង (PET)** $0 **ប្រសិនបើអ្នកជាប់បង់ការធានារ៉ាប់រង Medi-Cal ពេញលេញ** អ្នកបង់ប្រាក់ដូចខាងក្រោមក្នុងមួយនីតិវិធី អាស្រ័យលើតម្រៅដែលអ្នកបានចុះឈ្មោះ៖ • South P1 – **$375** • South P6 – **$375** • South P7 – **$375** • South P9 – **$50** • South P10 – **$375** • South P11 – **$375** • North P2 – **$375** • North P16 – **$375** • North P17 – **$375** • North P18 – **$375** • North P19 – **$375** • North P20 – **$375** • North P21 – **$375** • North P22 – **$375** • North P23 – **$375** • North P24 – **$365** • North P25 – **$375**
	• †សម្រាប់នីតិវិធីសុខភាពធ្មេញនៅមូលដ្ឋានផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ យើងផ្តល់ការប្រើថ្នាំសន្លប់ និងសេវារបស់មូលដ្ឋានដែលពាក់ព័ន្ធនឹងការប្រើថ្នាំសន្លប់ ប្រសិនបើលក្ខខណ្ឌខាងក្រោមទាំងអស់ត្រូវបានបំពេញ៖ ○ អ្នកមានពិការភាពផ្នែកអភិវឌ្ឍន៍ ឬសុខភាពរបស់អ្នកមានការថយចុះ ○ ស្ថានភាពគ្លីនិក ឬស្ថានភាពវេជ្ជសាស្ត្រជាមូលដ្ឋានរបស់អ្នកទាមទារឱ្យនីតិវិធីធ្មេញត្រូវបានផ្តល់នៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យ ឬមជ្ឈមណ្ឌលវះកាត់អ្នកជំងឺក្រៅ ○ ជាធម្មតា នីតិវិធីធ្មេញនឹងមិនត្រូវការការប្រើថ្នាំសន្លប់ទេ **អត្ថប្រយោជន៍នេះត្រូវបានបន្តនៅទំព័របន្ទាប់**	$0 **ប្រសិនបើអ្នកជាប់បង់ការធានារ៉ាប់រង Medi-Cal ពេញលេញ** សូមមើល “ការរះកាត់អ្នកជំងឺក្រៅ” ដែលមានរាយនៅដើមផ្នែកនេះសម្រាប់ចំណែកចូលរួមបង់ប្រាក់ដែលអនុវត្តចំពោះការគិតថ្លៃរបស់មូលដ្ឋានមន្ទីរពេទ្យអ្នកជំងឺក្រៅ។

	សេវាដែលបានធានារ៉ាប់រង	អ្វីដែលអ្នកត្រូវបង់
	សេវាមន្ទីរពេទ្យអ្នកជំងឺក្រៅ (បន្ត) យើងមិនធានារ៉ាប់រងលើសេវាផ្សេងទៀតដែលពាក់ព័ន្ធនឹងនីតិវិធីធ្មេញ ដូចជាសេវារបស់ពេទ្យធ្មេញឡើយ លុះត្រាតែសេវានោះត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយ Medi-Cal Dental (សូមមើល “សេវាធ្មេញ” នៅក្នុងតារាងអត្ថប្រយោជន៍នេះ)។	
	ការថែទាំសុខភាពផ្លូវចិត្តសម្រាប់អ្នកជំងឺក្រៅ យើងបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាសុខភាពផ្លូវចិត្តដែលផ្តល់ដោយ៖ • វិកលចរិតវិទូ ឬវេជ្ជបណ្ឌិតដែលមានអាជ្ញាបណ្ណពីរដ្ឋ • អ្នកចិត្តសាស្ត្រគ្លីនិក • បុគ្គលិកសង្គមកិច្ចគ្លីនិក (CSW) • គ្រូពេទ្យឯកទេសគិលានុបដ្ឋាកគ្លីនិក (CNS) • អ្នកប្រឹក្សាវិជ្ជាជីវៈដែលមានអាជ្ញាបណ្ណ (LPC) • អ្នកព្យាបាលបញ្ហាអាពាហ៍ពិពាហ៍ និងគ្រួសារដែលមានអាជ្ញាបណ្ណ (LMFT) • គិលានុបដ្ឋាកជំនាញ (NP) • ជំនួយការគ្រូពេទ្យ (PA) • អ្នកជំនាញថែទាំសុខភាពផ្លូវចិត្តដែលមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់តាម Medicare ផ្សេងទៀត ដូចដែលបានអនុញ្ញាតក្រោមច្បាប់រដ្ឋដែលអាចអនុវត្តបាន។ យើងបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាខាងក្រោម និងអាចមានសេវាផ្សេងទៀតដែលមិនមានរាយនាមនៅទីនេះ៖ • សេវាគ្លីនិក • ការព្យាបាលប្រចាំថ្ងៃ • សេវាស្តារនីតិសម្បទាផ្នែកចិត្តសាស្ត្រសង្គម • ការសម្រាកព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យមួយផ្នែក ឬកម្មវិធីអ្នកជំងឺក្រៅយ៉ាងសកម្ម • ការវាយតម្លៃ និងការព្យាបាលសុខភាពផ្លូវចិត្តជាបុគ្គល និងជាក្រុម • ការធ្វើតេស្តចិត្តសាស្ត្រ នៅពេលមានការណែនាំតាមគ្លីនិក ដើម្បីវាយតម្លៃលទ្ធផលសុខភាពផ្លូវចិត្ត • សេវាអ្នកជំងឺក្រៅសម្រាប់គោលបំណងតាមដានការព្យាបាលដោយឱសថ • ការធ្វើតេស្តមន្ទីរពិសោធន៍ ឱសថ សម្ភារៈផ្គត់ផ្គង់ និងអាហារប៉ប៉ន់សម្រាប់អ្នកជំងឺក្រៅ • ការពិគ្រោះយោបល់ផ្នែកវិកលចរិតវិទ្យា	$0

សេវាដែលបានធានារ៉ាប់រង		អ្វីដែលអ្នកត្រូវបង់
	សេវាស្តារនីតិសម្បទាអ្នកជំងឺក្រៅ† យើងបង់ប្រាក់សម្រាប់ការព្យាបាលដោយចលនា ការព្យាបាលទាក់ទងនឹងសកម្មភាពប្រចាំថ្ងៃ និងការព្យាបាលការនិយាយ។ អ្នកអាចទទួលបានសេវាស្តារនីតិសម្បទាអ្នកជំងឺក្រៅពីផ្នែកអ្នកជំងឺក្រៅនៃមន្ទីរពេទ្យ ការិយាល័យអ្នកព្យាបាលឯករាជ្យ មណ្ឌលថែទាំស្តារនីតិសម្បទាគ្រប់ជ្រុងជ្រោយសម្រាប់អ្នកជំងឺក្រៅ (CORF) និងមូលដ្ឋានផ្សេងទៀត។ យើងក៏ធានារ៉ាប់រងផងដែរនូវ៖ • សេវាស្តារនីតិសម្បទាផ្នែករាងកាយដើម្បីការពារការដួលសម្រាប់មនុស្សពេញវ័យដែលប្រឈមនឹងការដួល នៅពេលវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកបញ្ជា។	$0 **ប្រសិនបើអ្នកជាប់បង់ការធានារ៉ាប់រង Medi-Cal ពេញលេញ** អ្នកបង់ប្រាក់ដូចខាងក្រោមក្នុងមួយការជួបពិនិត្យម្តងអាស្រ័យលើកម្រិតដែលអ្នកបានចុះឈ្មោះ៖ **ការពិនិត្យព្យាបាលជាលក្ខណៈបុគ្គល** • South P1 – **$0** • South P6 – **$0** • South P7 – **$20** • South P9 – **$0** • South P10 – **$20** • South P11 – **$0** • North P2 – **$0** • North P16 – **$0** • North P17 – **$0** • North P18 – **$0** • North P19 – **$0** • North P20 – **$0** • North P21 – **$0** • North P22 – **$0** • North P23 – **$0** • North P24 – **35%** • North P25 – **$0** **ការពិនិត្យព្យាបាលជាក្រុម** • South P1 – **$0** • South P6 – **$0** • South P7 – **$10** • South P9 – **$0** • South P10 – **$10** • South P11 – **$0** • North P2 – **$0** • North P16 – **$0** • North P17 – **$0** • North P18 – **$0** • North P19 – **$0** • North P20 – **$0**
	អត្ថប្រយោជន៍នេះត្រូវបានបន្តនៅទំព័របន្ទាប់	

	សេវាដែលបានធានារ៉ាប់រង	អ្វីដែលអ្នកត្រូវបង់
	សេវាស្ពារនីតិសម្បទាអ្នកជំងឺក្រៅ† (បន្ត)	• North P21 – **$0** • North P22 – **$0** • North P23 – **$0** • North P24 – **$17** • North P25 – **$0**
	• ការព្យាបាលដោយចលនា សកម្មភាពការងារ និងការនិយាយដែលផ្តល់ជូននៅក្នុងកម្មវិធីព្យាបាលប្រចាំថ្ងៃស្ពារនីតិសម្បទាពហុជំនាញដែលមានការរៀបចំត្រឹមត្រូវ។	$0 **ប្រសិនបើអ្នកជាត់បង់ការធានារ៉ាប់រង Medi-Cal ពេញលេញ** អ្នកបង់ប្រាក់ដូចខាងក្រោមក្នុងមួយនីតិវិធីអាស្រ័យលើគម្រោងដែលអ្នកបានចុះឈ្មោះ៖ • South P1 – **$0** • South P6 – **$0** • South P7 – **$20** • South P9 – **$0** • South P10 – **$20** • South P11 – **$0** • North P2 – **$0** • North P16 – **$0** • North P17 – **$0** • North P18 – **$0** • North P19 – **$0** • North P20 – **$0** • North P21 – **$0** • North P22 – **$0** • North P23 – **$0** • North P24 – **35%** • North P25 – **$0**
	សេវាព្យាបាលបញ្ហាប្រើប្រាស់សារធាតុញៀនសម្រាប់អ្នកជំងឺក្រៅ យើងបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាខាងក្រោម និងអាចមានសេវាផ្សេងទៀតដែលមិនមានរាយនាមនៅទីនេះ៖ • ការពិនិត្យស្រាវជ្រាវ និងការប្រឹក្សាអំពីការប្រើប្រាស់គ្រឿងស្រវឹងខុសកម្រិត • ការព្យាបាលការបំពានឱសថ/គ្រឿងញៀន • ការប្រឹក្សាជាក្រុម ឬជាបុគ្គលដោយគ្រូពេទ្យគ្លីនិកដែលមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ **អត្ថប្រយោជន៍នេះត្រូវបានបន្តនៅទំព័របន្ទាប់**	$0

	សេវាដែលបានធានារ៉ាប់រង	អ្វីដែលអ្នកត្រូវបង់
	សេវាព្យាបាលបញ្ហាប្រើប្រាស់សារធាតុញៀនសម្រាប់អ្នកជំងឺក្រៅ (បន្ត) • ការបន្សាបជាតិពុលកម្រិតមធ្យម (subacute) ក្នុងកម្មវិធីព្យាបាលការញៀននៅកន្លែងស្នាក់នៅ • សេវាគ្រឿងស្រវឹង និង/ឬគ្រឿងញៀននៅក្នុងមជ្ឈមណ្ឌលព្យាបាលអ្នកជំងឺក្រៅយ៉ាងសកម្ម • ការព្យាបាល Naltrexone (vivitrol) បញ្ចេញយឺត	
	ការវះកាត់អ្នកជំងឺក្រៅ យើងបង់ប្រាក់សម្រាប់ការវះកាត់ និងសេវាអ្នកជំងឺក្រៅនៅមូលដ្ឋានអ្នកជំងឺក្រៅនៃមន្ទីរពេទ្យ និងមជ្ឈមណ្ឌលវះកាត់អ្នកជំងឺក្រៅ។ **ចំណាំ៖**ប្រសិនបើអ្នកកំពុងទទួលការវះកាត់នៅមូលដ្ឋានមន្ទីរពេទ្យ អ្នកគួរតែពិនិត្យជាមួយអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកអំពីថាតើអ្នកនឹងក្លាយជាអ្នកជំងឺសម្រាកព្យាបាលក្នុងមន្ទីរពេទ្យ ឬអ្នកជំងឺមិនសម្រាកព្យាបាល។ លុះត្រាតែអ្នកផ្តល់សេវាសរសេរការបញ្ជាឱ្យអនុញ្ញាតឱ្យអ្នកចូលមន្ទីរពេទ្យជាអ្នកជំងឺសម្រាកព្យាបាលក្នុងមន្ទីរពេទ្យ បើមិនដូច្នេះទេអ្នកគឺជាអ្នកជំងឺក្រៅ។ ទោះបីជាអ្នកស្នាក់នៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យមួយយប់ក៏ដោយ ក៏អ្នកប្រហែលជានៅតែត្រូវបានចាត់ទុកថាជាអ្នកជំងឺក្រៅដដែល។ **អត្ថប្រយោជន៍នេះត្រូវបានបន្តនៅទំព័របន្ទាប់**	**ការទៅជួបនៅការិយាល័យអ្នកផ្តល់សេវា** $0 **ប្រសិនបើអ្នកជាប់បង់ការធានារ៉ាប់រង Medi-Cal ពេញលេញ** អ្នកបង់ប្រាក់ដូចខាងក្រោមក្នុងមួយ**ការពិនិត្យថែទាំពិសេស** អាស្រ័យលើគម្រោងដែលអ្នកបានចុះឈ្មោះ៖ • South P1 – **$0** • South P6 – **$0** • South P7 – **$0** • South P9 – **$0** • South P10 – **$0** • South P11 – **$0** • North P2 – **$0** • North P16 – **$0** • North P17 – **$0** • North P18 – **$0** • North P19 – **$0** • North P20 – **$0** • North P21 – **$0** • North P22 – **$0** • North P23 – **$0** • North P24 – **$5** • North P25 – **$0** **ការវះកាត់អ្នកជំងឺមិនស្នាក់ព្យាបាល និងនីតិវិធីផ្សេងៗទៀត** $0

	សេវាដែលបានធានារ៉ាប់រង	អ្វីដែលអ្នកត្រូវបង់
	ការវះកាត់សម្រាប់អ្នកជំងឺក្រៅ (បន្ត)	**ប្រសិនបើអ្នកបាត់បង់ការធានារ៉ាប់រង Medi-Cal ពេញលេញ** អ្នកបង់ប្រាក់ដូចខាងក្រោមក្នុងមួយនីតិវិធី អាស្រ័យលើតម្រៅដែលអ្នកបានចុះឈ្មោះនៅពេលវាត្រូវបានផ្តល់នៅក្នុងមណ្ឌលអ្នកជំងឺក្រៅ ឬមជ្ឈមណ្ឌលវះកាត់អ្នកជំងឺក្រៅ ឬក្នុងបន្ទប់វះកាត់មន្ទីរពេទ្យ ឬនៅក្នុងកន្លែងណាមួយ ហើយបុគ្គលិកដែលមានអាជ្ញាបណ្ណត្រួតពិនិត្យសញ្ញាជីវិតរបស់អ្នក នៅពេលអ្នកចាប់ផ្តើមមានអារម្មណ៍ឡើងវិញបន្ទាប់ពីទទួលបានឱសថដើម្បីបន្ថយអារម្មណ៍ ឬកាត់បន្ថយភាពមិនស្រួល៖ • South P1 – **$400** • South P6 – **$420** • South P7 – **$440** • South P9 – **$0** • South P10 – **$490** • South P11 – **$0** • North P2 – **$470** • North P16 – **$480** • North P17 – **$400** • North P18 – **$400** • North P19 – **$490** • North P20 – **$450** • North P21 – **$480** • North P22 – **$490** • North P23 – **$480** • North P24 – **$455** • North P25 – **$460**
	មុខទំនិញអាចទិញបានដោយមិនបាច់មានវេជ្ជបញ្ជា (OTC) អ្នកនឹងទទួលបានបណ្ណ healthy extras ដែលបានបញ្ចូលប្រាក់ទុកជាមុន ជាមួយនឹងដែនកំណត់អត្ថប្រយោជន៍ប្រចាំត្រីមាសដែលមានរាយនៅខាងស្តាំ ដើម្បីទិញមុខទំនិញអាចទិញបានដោយមិនបាច់មានវេជ្ជបញ្ជា ដែលមានសិទ្ធិ តាមអនឡាញ និងនៅតាមហាងលក់រាយដែលចូលរួម រួមទាំងនៅឱសថស្ថានលក់រាយរបស់ Kaiser Permanente ផងដែរ។ កាតរបស់អ្នក **អត្ថប្រយោជន៍នេះត្រូវបានបន្តនៅទំព័របន្ទាប់**	អ្នកបង់ $0 រហូតដល់ប្រាក់ឧបត្ថម្ភប្រចាំត្រីមាសសម្រាប់គម្រោងរបស់អ្នក៖ • South P1 – **$75** • South P6 – **$100** • South P7 – **$150** • South P9 – **$170** • South P10 – **$125**

សេវាដែលបានធានារ៉ាប់រង		អ្វីដែលអ្នកត្រូវបង់
	មុខទំនិញអាចទិញបានដោយមិនបាច់មានវេជ្ជបញ្ជា (OTC) (បន្ត) នឹងត្រូវបានបញ្ចូលប្រាក់ឡើងវិញនៅថ្ងៃទី 1 ខែមករា ថ្ងៃទី 1 ខែមេសា ថ្ងៃទី 1 ខែកក្កដា និងថ្ងៃទី 1 ខែតុលា។ ចំនួនប្រាក់ឧបត្ថម្ភប្រចាំត្រីមាសណាមួយដែលមិនបានប្រើប្រាស់ នឹងមិនត្រូវបានបូកបញ្ចូលទៅត្រីមាសបន្ទាប់ឡើយ។ ថ្លៃទំនិញ OTC ដែលមានសិទ្ធិទទួលបាន នឹងត្រូវបានរ៉ាប់រងរហូតដល់ចំនួនទឹកប្រាក់ដែលនៅសល់ក្នុងកាតរបស់អ្នក។ ប្រសិនបើមានចំនួនទឹកប្រាក់ដែលនៅសល់ដែលត្រូវបង អ្នកត្រូវតែប្រើទម្រង់បង់ប្រាក់ផ្សេងទៀត។ ថ្លៃសេវា និងតម្រូវការបញ្ជាទិញអប្បបរមាប្រែប្រួលអាស្រ័យលើអ្នកលក់រាយ។ សូមពិនិត្យមើលព័ត៌មានលម្អិតអំពីកម្រៃសេវានៅលើទំព័រទូទាត់ប្រាក់ មុនពេលធ្វើការបញ្ជាទិញតាមអនឡាញ។ អ្នកនឹងត្រូវបានស្នើសុំឱ្យបញ្ចូលទម្រង់នៃការបង់ប្រាក់មួយផ្សេងទៀតសម្រាប់ប្រាក់ទឹកតែ ឬថ្លៃសេវាណាមួយ។ ដើម្បីដំណើរការបណ្ណ healthy extras របស់អ្នក សូមទូរសព្ទទៅលេខ 1-833-524-7035 (TTY 711) ចាប់ពីម៉ោង 5 ព្រឹក ដល់ 5 ល្ងាច ម៉ោង PST និងផ្តល់លេខបណ្ណ និងលេខសម្គាល់សមាជិកភាពរបស់អ្នក។ ប្រសិនបើអ្នកមានកាត healthy extras រួចហើយ អ្នកនឹងមិនទទួលបានកាតថ្មីនោះទេ។ សូមរក្សាកាតរបស់អ្នក ហើយអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នកនឹងមាននៅលើកាតបច្ចុប្បន្នរបស់អ្នក។ ដើម្បីបង្កើតគណនីអនឡាញរបស់អ្នក មើលបញ្ជីមុខទំនិញ OTC ដែលមានសិទ្ធិទទួលបាន ស្វែងរកហាងដែលចូលរួម ស្នើសុំការសងប្រាក់វិញ ពិនិត្យមើលសមតុល្យ និងប្រវត្តិប្រតិបត្តិការរបស់អ្នក ទិញទំនិញតាមអនឡាញ ឬជំនួសបណ្ណដែលបាត់ ឬត្រូវបានគេលួច សូមចូលទៅកាន់ mybenefitscenter.com ឬទូរសព្ទទៅលេខ 1-833-524-7035 (TTY 711) ពីម៉ោង 5 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 5 ល្ងាច ម៉ោង PST។ អ្នកក៏អាចចូលទៅកាន់ mybenefitscenter.com និងទាញយកកម្មវិធីទូរសព្ទ OTC Network ដើម្បីស្វែងរកអ្នកលក់រាយដែលចូលរួម ស្វែងរកមុខទំនិញដែលមានសិទ្ធិទទួលបាន ពិនិត្យមើលប្រវត្តិប្រតិបត្តិការរបស់អ្នក និងពិនិត្យសមតុល្យបណ្ណរបស់អ្នក។ អ្នកក៏អាចប្រើប្រាស់កម្មវិធីទូរសព្ទ OTC នៅតាមហាង ដើម្បីស្វែងរកផលិតផលសម្រាប់សិទ្ធិទទួលបាន ក្នុងអំឡុងពេលទិញទំនិញ និងមើលសមតុល្យរបស់អ្នកមុនពេលអ្នកគិតប្រាក់ផងដែរ។ សមាជិកអាចទាញយកកម្មវិធីទូរសព្ទចល័ត OTC Network ដោយផ្ទាល់ពី iTunes App Store ឬ GooglePlay។ ស្វែងរក “OTC Network” ដើម្បីទាញយក។ ចំណាំ៖ ចំនួនទឹកប្រាក់ដែលមិនបានប្រើប្រាស់ណាមួយ នឹងត្រូវបាត់បង់នៅពេលលុបឈ្មោះចេញពីគម្រោងរបស់យើង។ **អត្ថប្រយោជន៍នេះត្រូវបានបន្តនៅទំព័របន្ទាប់**	• South P11 – **$150** • North P2 – **$50** • North P16 – **$75** • North P17 – **$75** • North P18 – **$75** • North P19 – **$75** • North P20 – **$75** • North P21 – **$75** • North P22 – **$75** • North P23 – **$75** • North P24 – **$75** • North P25 – **$75** **សមាជិកនៅ Southern California ប៉ុណ្ណោះ៖** ប្រសិនបើអ្នកមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍ SSBCI ដែលបានពិពណ៌នានៅក្នុងជួរ Special Supplemental Benefits for the Chronically Ill នៅក្នុងតារាងអត្ថប្រយោជន៍នេះ អ្នកអាចប្រើប្រាស់ប្រាក់ឧបត្ថម្ភ OTC ប្រចាំត្រីមាសរបស់អ្នកដើម្បីទិញអាហារសុខភាពផងដែរ។

	សេវាដែលបានធានារ៉ាប់រង	អ្វីដែលអ្នកត្រូវបង់
	មុខទំនិញអាចទិញបានដោយមិនបាច់មានវេជ្ជបញ្ជា (OTC) (បន្ត) អ្នកអាចមានការរ៉ាប់រងបន្ថែមសម្រាប់មុខទំនិញ OTC មួយចំនួនដែលមានការរ៉ាប់រងក្រោម Medi-Cal តាមរយៈកម្មវិធី Medi-Cal Rx។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមស្តីពី Medi-Cal Rx សូមទូរសព្ទទៅសេវាអតិថិជន Medi-Cal Rx តាមលេខ 1-800-977-2273, 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY អាចទូរសព្ទទៅលេខ 711 ថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 5 ល្ងាច។ អ្នកក៏អាចចូលទៅកាន់គេហទំព័រ https://www.Medi-CalRx.dhcs.ca.gov/home/។	$0
	មុខទំនិញអាចទិញបានដោយមិនបាច់មានវេជ្ជបញ្ជា (OTC) សម្រាប់ការជំនួសជាតិនីកូទីន យើងធានារ៉ាប់រងលើការព្យាបាលជំនួសជាតិនីកូទីនជាក់លាក់ដែលត្រូវបានយល់ព្រមដោយ FDA សម្រាប់ការប្រើប្រាស់ដែលអាចទិញបានដោយមិនបាច់មានវេជ្ជបញ្ជា។ ផលិតផលទាំងនោះត្រូវតែបញ្ជាទិញដោយអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ និងទទួលបានពីឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញ។ យើងនឹងផ្តល់ការផ្គត់ផ្គង់រហូតដល់ 100 ថ្ងៃចំនួនពីរដងក្នុងអំឡុងឆ្នាំប្រតិទិន។	$0
	ការថែទាំសម្រាលទុក្ខវេទនា ការថែទាំសម្រាលទុក្ខវេទនាត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយគម្រោងរបស់យើង។ ការថែទាំសម្រាលទុក្ខវេទនាគឺសម្រាប់អ្នកដែលមានជំងឺធ្ងន់ធ្ងរ។ វាផ្តល់នូវការថែទាំដែលផ្តោតលើអ្នកជំងឺ និងគ្រួសារដែលកែលម្អគុណភាពជីវិតដោយការគិតទុកជាមុន ការការពារ និងការព្យាបាលភាពឈឺចាប់។ ការថែទាំសម្រាលទុក្ខវេទនាមិនមែនជាការថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយទេ ដូច្នេះអ្នកមិនចាំបាច់មានការព្យាករណ៍អាយុសង្ឃឹមរស់ត្រឹមប្រាំមួយខែឬតិចជាងនេះ ដើម្បីមានសិទ្ធិទទួលបានការថែទាំសម្រាលទុក្ខវេទនានោះទេ។ ការថែទាំសម្រាលទុក្ខវេទនាត្រូវបានផ្តល់ជូនក្នុងពេលតែមួយជាមួយនឹងការថែទាំព្យាបាល/ទៀងទាត់។ ការថែទាំសម្រាលទុក្ខវេទនារួមមានដូចខាងក្រោម៖ • ការរៀបចំគម្រោងថែទាំទុកជាមុន • ការវាយតម្លៃ និងការពិគ្រោះយោបល់អំពីការថែទាំសម្រាលទុក្ខវេទនា • គម្រោងថែទាំ រួមទាំងការថែទាំសម្រាលទុក្ខវេទនា និងការព្យាបាលដែលបានអនុញ្ញាតទាំងអស់ រួមទាំងសេវាសុខភាពផ្លូវចិត្ត និងសេវាសង្គមផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រផងដែរ • សេវាពីក្រុមការងារថែទាំដែលបានកំណត់របស់អ្នក • ការសម្របសម្រួលនៃការថែទាំ **អត្ថប្រយោជន៍នេះត្រូវបានបន្តនៅទំព័របន្ទាប់**	$0 ពិគ្រោះជាមួយអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក ហើយទទួលយកការបញ្ជូនបន្ត។

សេវាដែលបានធានារ៉ាប់រង		អ្វីដែលអ្នកត្រូវបង់
	ការថែទាំសម្រាលទុក្ខវេទនា (បន្ត) • ការគ្រប់គ្រងការឈឺចាប់ និងរោគសញ្ញា អ្នកមិនអាចទទួលបានការថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយ និងការថែទាំសម្រាលទុក្ខវេទនាក្នុងពេលតែមួយបានទេ។ ប្រសិនបើអ្នកកំពុងទទួលបានការថែទាំសម្រាលទុក្ខវេទនា និងបំពេញតាមលក្ខខណ្ឌក្នុងការមានសិទ្ធិទទួលបានការថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយ អ្នកអាចស្នើសុំប្តូរទៅការថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយនៅពេលណាក៏បាន។	
	ការសម្រាកព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យមួយផ្នែក និងសេវាអ្នកជំងឺក្រៅយ៉ាងសកម្ម ការសម្រាកព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យមួយផ្នែក គឺជាកម្មវិធីដែលមានរចនាសម្ព័ន្ធនៃការព្យាបាលផ្នែកវិកលចរិកវិទ្យាយ៉ាងសកម្ម។ វាត្រូវបានផ្តល់ជូនជាសេវាអ្នកជំងឺក្រៅនៅមន្ទីរពេទ្យ ឬដោយមជ្ឈមណ្ឌលសុខភាពផ្លូវចិត្តក្នុងសហគមន៍ ដែលមានលក្ខណៈសកម្មជាងការថែទាំដែលអ្នកទទួលបាននៅក្នុងការិយាល័យវេជ្ជបណ្ឌិត អ្នកព្យាបាល អ្នកព្យាបាលបញ្ហាអាពាហ៍ពិពាហ៍ និងគ្រួសារដែលមានអាជ្ញាបណ្ណ (LMFT) ឬអ្នកប្រឹក្សាប្រកបដោយវិជ្ជាជីវៈដែលមានអាជ្ញាបណ្ណ។ វាអាចជួយឱ្យអ្នកមិនចាំបាច់ស្នាក់នៅមន្ទីរពេទ្យ។ សេវាអ្នកជំងឺក្រៅយ៉ាងសកម្ម គឺជាកម្មវិធីដែលមានរចនាសម្ព័ន្ធនៃការព្យាបាលសុខភាពអាកប្បកិរិយា (ផ្លូវចិត្ត) សកម្មដែលផ្តល់ជាសេវាអ្នកជំងឺក្រៅនៅមន្ទីរពេទ្យ មជ្ឈមណ្ឌលសុខភាពផ្លូវចិត្តសហគមន៍ មណ្ឌលសុខភាពដែលមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ថ្នាក់សហព័ន្ធ ឬគ្លីនិកសុខភាពជនបទ ដែលមានលក្ខណៈសកម្មជាងការថែទាំដែលអ្នកទទួលបាននៅក្នុងការិយាល័យវេជ្ជបណ្ឌិត អ្នកព្យាបាល LMFT ឬអ្នកប្រឹក្សាវិជ្ជាជីវៈដែលមានអាជ្ញាបណ្ណរបស់អ្នក ប៉ុន្តែមិនសូវសកម្មជាងការសម្រាកព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យមួយផ្នែក។	$0 ពិគ្រោះជាមួយអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក ហើយទទួលយកការបញ្ជូនបន្ត។
	សេវារបស់គ្រូពេទ្យ/អ្នកផ្តល់សេវា រួមទាំងការទៅជួបវេជ្ជបណ្ឌិតនៅការិយាល័យ យើងបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាដូចខាងក្រោម៖ • ការថែទាំសុខភាពដែលចាំបាច់ខាងវេជ្ជសាស្ត្រ ឬសេវារះកាត់ដែលផ្តល់នៅក្នុងកន្លែងដូចជា៖ ○ ការិយាល័យគ្រូពេទ្យ ○ មជ្ឈមណ្ឌលវះកាត់អ្នកជំងឺក្រៅដែលទទួលបានវិញ្ញាបនបត្រ ○ ផ្នែកអ្នកជំងឺក្រៅនៃមន្ទីរពេទ្យ **អត្ថប្រយោជន៍នេះត្រូវបានបន្តនៅទំព័របន្ទាប់**	ពិគ្រោះជាមួយអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក ហើយទទួលយកការបញ្ជូនបន្តសម្រាប់ការថែទាំឯកទេស។ **ការជួបពិគ្រោះសុខភាពតាមអ៊ីនធឺណិត** $0 **ការទៅជួបនៅការិយាល័យអ្នកផ្តល់សេវា** $0

សេវាដែលបានធានារ៉ាប់រង		អ្វីដែលអ្នកត្រូវបង់
	សេវារបស់គ្រូពេទ្យ/អ្នកផ្តល់សេវា រួមទាំងការទៅជួបវេជ្ជបណ្ឌិតនៅការិយាល័យ (បន្ត) ○ នៅទីតាំងផ្សេងណាមួយ • ការពិគ្រោះយោបល់ ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ និងការព្យាបាលដោយគ្រូពេទ្យឯកទេស • ការពិនិត្យការស្តាប់ និងតុល្យភាពជាមូលដ្ឋានដែលផ្តល់ដោយអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំបឋមរបស់អ្នក ប្រសិនបើវេជ្ជបណ្ឌិតបញ្ជាឱ្យអ្នកពិនិត្យដើម្បីរកមើលថាតើអ្នកត្រូវការការព្យាបាលឬអត់	**ប្រសិនបើអ្នកជាត់បង់ការធានារ៉ាប់រង Medi-Cal ពេញលេញ** អ្នកបង់ប្រាក់ដូចខាងក្រោមក្នុងមួយ**ការពិនិត្យថែទាំពិសេស** អាស្រ័យលើតម្រោងដែលអ្នកបានចុះឈ្មោះ៖ • South P1 – **$0** • South P6 – **$0** • South P7 – **$0** • South P9 – **$0** • South P10 – **$0** • South P11 – **$0** • North P2 – **$0** • North P16 – **$0** • North P17 – **$0** • North P18 – **$0** • North P19 – **$0** • North P20 – **$0** • North P21 – **$0** • North P22 – **$0** • North P23 – **$0** • North P24 – **$5** • North P25 – **$0** **ការវះកាត់អ្នកជំងឺមិនស្នាក់ព្យាបាល និងនីតិវិធីផ្សេងៗទៀត**
	• សេវាសុខភាពពីចម្ងាយជាក់លាក់ រួមទាំងការថែទាំបឋម និងការថែទាំដោយគ្រូពេទ្យឯកទេស ដែលរួមមានសេវាមន្ទីរពេទ្យសម្រាប់អ្នកជំងឺសម្រាកព្យាបាលក្នុងមន្ទីរពេទ្យ សេវាថែទាំនៅមណ្ឌលថែទាំជំនាញ សេវាស្តារនីតិសម្បទាបេះដូង សេវាស្តារនីតិសម្បទាសួត សេវាសង្គ្រោះបន្ទាន់ សេវាដែលត្រូវការជាបន្ទាន់ ការសម្រាកព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យមួយផ្នែក សេវាថែទាំសុខភាពតាមផ្ទះ ការព្យាបាលទាក់ទងនឹងសកម្មភាពប្រចាំថ្ងៃ សុខភាពផ្លូវចិត្ត សេវាព្យាបាលជំងឺជើង សេវាចិត្តសាស្ត្រ សេវាព្យាបាលដោយចលនា និងសេវាព្យាបាលបញ្ហាការនិយាយ និងភាសា សេវាកម្មវិធីព្យាបាលដោយសារធាតុអូជ្សអ៊ីត សេវាថតកាំរស្មីអ៊ុចសម្រាប់អ្នកជំងឺក្រៅ សេវាមន្ទីរពេទ្យសម្រាប់អ្នកជំងឺក្រៅ សេវាសង្កេត សេវាព្យាបាលការប្រើប្រាស់សារធាតុញៀនសម្រាប់អ្នកជំងឺក្រៅ សេវាលាងឈាម សេវាអាហារូបត្ថម្ភ/របបអាហារ ការអប់រំសុខភាព សេវាអប់រំអំពីជំងឺតម្រងនោម ការបណ្តុះបណ្តាលការ **អត្ថប្រយោជន៍នេះត្រូវបានបន្តនៅទំព័របន្ទាប់**	$0 **ប្រសិនបើអ្នកជាត់បង់ការធានារ៉ាប់រង Medi-Cal ពេញលេញ** អ្នកបង់ប្រាក់ដូចខាងក្រោមក្នុងមួយនីតិវិធី អាស្រ័យលើតម្រោងដែលអ្នកបានចុះឈ្មោះ នៅពេលវាត្រូវបានផ្តល់នៅក្នុងមណ្ឌលអ្នកជំងឺក្រៅ ឬមជ្ឈមណ្ឌលវះកាត់អ្នកជំងឺក្រៅ ឬក្នុងបន្ទប់វះកាត់មន្ទីរពេទ្យ ឬនៅក្នុងកន្លែងណាមួយ ហើយបុគ្គលិកដែលមានអាជ្ញាបណ្ណត្រួតពិនិត្យសញ្ញាជីវិតរបស់អ្នក នៅពេលអ្នកចាប់ផ្តើមមានអារម្មណ៍ឡើងវិញ បន្ទាប់ពីទទួលបានឱសថដើម្បីបន្តយអារ

សេវាដែលបានធានារ៉ាប់រង		អ្វីដែលអ្នកត្រូវបង់
	សេវារបស់គ្រូពេទ្យ/អ្នកផ្តល់សេវា រួមទាំងការទៅជួបវេជ្ជបណ្ឌិតនៅការិយាល័យ (បន្ត) គ្រប់គ្រងជំងឺទឹកនោមផ្អែមដោយខ្លួនឯង និងការពិនិត្យការស្តាប់ ការរៀបចំសម្រាប់ការវះកាត់ ឬការស្នាក់នៅមន្ទីរពេទ្យ និងការចុះជួបតាមដានបន្ទាប់ពីការស្នាក់នៅមន្ទីរពេទ្យ ការវះកាត់ ឬការចុះជួបនៅផ្នែកសង្គ្រោះបន្ទាន់។ សេវានឹងត្រូវបានផ្តល់ជូនតាមរយៈសេវាសុខភាពពីចម្ងាយ លុះត្រាតែអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញដែលផ្តល់សេវានេះចាត់ទុកថាសមស្របតាមគ្លីនិកប៉ុណ្ណោះ។ ○ អ្នកមានជម្រើសក្នុងការទទួលបានសេវាទាំងនេះតាមរយៈការចុះជួបដោយផ្ទាល់ ឬតាមរយៈសេវាសុខភាពពីចម្ងាយ។ ប្រសិនបើអ្នកជ្រើសរើសទទួលបានសេវាមួយក្នុងចំណោមសេវាទាំងនេះតាមរយៈសេវាសុខភាពពីចម្ងាយ អ្នកត្រូវតែប្រើអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញដែលផ្តល់សេវានោះតាមរយៈសេវាសុខភាពពីចម្ងាយ។ យើងផ្តល់ជូននូវមធ្យោបាយនៃសេវាសុខភាពពីចម្ងាយខាងក្រោមនេះ៖ ○ ការចុះជួបតាមវីដេអូរអន្តរកម្មសម្រាប់សេវាវិជ្ជាជីវៈនៅពេលការថែទាំអាចផ្តល់ជូនតាមទម្រង់នេះ ដូចដែលបានកំណត់ដោយអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ ○ ការចុះជួបតាមការណាត់ជួបតាមទូរសព្ទតាមកាលវិភាគសម្រាប់សេវាវិជ្ជាជីវៈ នៅពេលការថែទាំអាចផ្តល់ជូនតាមទម្រង់នេះ ដូចដែលបានកំណត់ដោយអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ • សេវាសុខភាពពីចម្ងាយសម្រាប់ការចុះជួបពាក់ព័ន្ធនឹងជំងឺតម្រងនោមដំណាក់កាលចុងក្រោយ (ESRD) ប្រចាំខែសម្រាប់សមាជិកដែលលាងឈាមនៅផ្ទះនៅក្នុងមជ្ឈមណ្ឌលលាងឈាមនៅមន្ទីរពេទ្យ ឬមន្ទីរពេទ្យដែលមានសិទ្ធិទទួលបានការថែទាំសំខាន់ មូលដ្ឋានលាងឈាម ឬនៅផ្ទះ។ • សេវាសុខភាពពីចម្ងាយដើម្បីធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ វាយតម្លៃ ឬព្យាបាលរោគសញ្ញានៃជំងឺដាច់សរសៃឈាមខួរក្បាល។ • សេវាសុខភាពពីចម្ងាយសម្រាប់សមាជិកដែលមានបញ្ហាប្រើប្រាស់សារធាតុញៀន ឬរបិតិសុខភាពផ្លូវចិត្តដែលកើតឡើងស្របគ្នា ដោយមិនគិតពីទីតាំងរបស់អ្នកឡើយ • សេវាសុខភាពពីចម្ងាយសម្រាប់ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ ការវាយតម្លៃ និងការព្យាបាលរបិតិសុខភាពផ្លូវចិត្ត • សេវាសុខភាពពីចម្ងាយសម្រាប់ការចុះជួបផ្នែកសុខភាពផ្លូវចិត្តដែលផ្តល់ដោយគ្លីនិកសុខភាពជនបទ និងមណ្ឌលសុខភាពដែលមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ថ្នាក់សហព័ន្ធ។ **អត្ថប្រយោជន៍នេះត្រូវបានបន្តនៅទំព័របន្ទាប់**	ម្តង ឬកាត់បន្ថយភាពមិនស្រួល៖ • South P1 – **$400** • South P6 – **$420** • South P7 – **$440** • South P9 – **$0** • South P10 – **$490** • South P11 – **$0** • North P2 – **$470** • North P16 – **$480** • North P17 – **$400** • North P18 – **$400** • North P19 – **$490** • North P20 – **$450** • North P21 – **$480** • North P22 – **$490** • North P23 – **$480** • North P24 – **$455** • North P25 – **$460**

សេវាដែលបានធានារ៉ាប់រង		អ្វីដែលអ្នកត្រូវបង់
	សេវារបស់គ្រូពេទ្យ/អ្នកផ្តល់សេវា រួមទាំងការទៅជួបវេជ្ជបណ្ឌិតនៅការិយាល័យ (បន្ត) • ការពិនិត្យតាមប្រព័ន្ធនិម្មិត (ឧទាហរណ៍ តាមទូរសព្ទ ឬការជជែកជាវីដេអូ) ជាមួយវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នករយៈពេលជ្រាំទៅដប់នាទី **ប្រសិនបើ** ○ អ្នកមិនមែនជាអ្នកជំងឺថ្មីទេ **និង** ○ ការពិនិត្យតាមប្រព័ន្ធនិម្មិតនេះមិនពាក់ព័ន្ធនឹងការទៅជួបនៅការិយាល័យក្នុងរយៈពេលជ្រាំពីរថ្ងៃកន្លងមកទេ **និង** ○ ការពិនិត្យតាមប្រព័ន្ធនិម្មិតនេះមិននាំឱ្យមានការចុះជួបនៅការិយាល័យក្នុងរយៈពេល 24 ម៉ោង ឬការណាត់ជួបដែលមានក្នុងពេលឆាប់បំផុតនោះទេ។ • ការវាយតម្លៃលើវីដេអូ និង/ឬរូបភាពដែលអ្នកផ្ញើទៅកាន់វេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក និងការបកស្រាយ ព្រមទាំងការតាមដានដោយវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកក្នុងរយៈពេល 24 ម៉ោង **ប្រសិនបើ** ○ អ្នកមិនមែនជាអ្នកជំងឺថ្មីទេ **និង** ○ ការវាយតម្លៃនេះមិនពាក់ព័ន្ធនឹងការទៅជួបនៅការិយាល័យក្នុងរយៈពេលជ្រាំពីរថ្ងៃកន្លងមកទេ **និង** ○ ការវាយតម្លៃនេះមិននាំឱ្យមានការទៅជួបនៅការិយាល័យក្នុងរយៈពេល 24 ម៉ោង ឬការណាត់ជួបដែលមានលឿនបំផុតនោះទេ • ការពិគ្រោះជាមួយវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកអាចធ្វើបានជាមួយវេជ្ជបណ្ឌិតផ្សេងទៀតតាមទូរសព្ទ អ៊ីនធឺណិត ឬកំណត់ត្រាសុខភាពអេឡិចត្រូនិក ប្រសិនបើអ្នកមិនមែនជាអ្នកជំងឺថ្មី។ • មតិទីពីរពីអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញម្នាក់ទៀតមុនពេលវះកាត់ • ការចុះពិនិត្យតាមផ្ទះដោយគ្រូពេទ្យក្នុងបណ្តាញ (ឬអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញដែលជាគិលានុបដ្ឋាកចុះបញ្ជី) នៅក្នុងតំបន់សេវារបស់យើង នៅពេលការថែទាំអាចផ្តល់ជូនសមស្របបំផុតនៅក្នុងផ្ទះ ដូចបានកំណត់ដោយអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញណាម្នាក់។ • ការព្យាបាលដោយពន្លឺអ៊ុលត្រាវីយូឡេ **សុខភាពពីចម្ងាយក្រោមការធានារ៉ាប់រង Medi-Cal របស់អ្នក៖** សុខភាពពីចម្ងាយគឺជាមធ្យោបាយទទួលបានសេវាដោយមិនចាំបាច់ស្ថិតនៅទីតាំងផ្គាល់តែមួយជាមួយអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកឡើយ។ សុខភាពពីចម្ងាយអាចពាក់ព័ន្ធនឹងការសន្ទនាផ្គាល់ជាមួយអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក។ ឬសុខភាពពីចម្ងាយអាចពាក់ព័ន្ធ **អត្ថប្រយោជន៍នេះត្រូវបានបន្តនៅទំព័របន្ទាប់**	

	សេវាដែលបានធានារ៉ាប់រង	អ្វីដែលអ្នកត្រូវបង់
	សេវារបស់គ្រូពេទ្យ/អ្នកផ្តល់សេវា រួមទាំងការទៅជួបវេជ្ជបណ្ឌិតនៅការិយាល័យ (បន្ត) នីងការចែករំលែកព័ត៌មានជាមួយអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកដោយគ្មានការសន្មនាផ្តាល់។ អ្នកអាចទទួលបានសេវាជាច្រើនតាមរយៈសុខភាពពីចម្ងាយ។ ទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយ សុខភាពពីចម្ងាយប្រហែលជាមិនមានសម្រាប់សេវាដែលបានធានារ៉ាប់រងទាំងអស់នោះទេ។ អ្នកអាចទាក់ទងអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកដើម្បីស្វែងយល់ថាតើប្រភេទសេវាណាមួយអាចមានតាមរយៈសុខភាពពីចម្ងាយ។ វាជារឿងសំខាន់ដែលទាំងអ្នក និងអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកយល់ព្រមថាការប្រើប្រាស់សុខភាពពីចម្ងាយសម្រាប់សេវាជាក់លាក់ណាមួយគឺសមរម្យសម្រាប់អ្នក។ អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានសេវាដោយផ្ទាល់ ហើយមិនត្រូវបានតម្រូវឱ្យប្រើប្រាស់សេវាសុខភាពពីចម្ងាយទេ ទោះបីជាអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកយល់ព្រមថាវាស័ក្តិសមសម្រាប់អ្នកក៏ដោយ។	
	សេវាព្យាបាលជើង យើងបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាដូចខាងក្រោម៖ • ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ និងការព្យាបាលតាមបែបវេជ្ជសាស្ត្រ ឬការវះកាត់ចំពោះរបួស និងជំងឺនៃប្រអប់ជើង (ដូចជាការខូចទ្រង់ទ្រាយម្រាមជើង ឬដុះឆ្អឹងកែងជើង)។ • ការថែទាំប្រអប់ជើងជាប្រចាំសម្រាប់សមាជិកដែលមានជំងឺប៉ះពាល់ដល់ជើង ដូចជាជំងឺទឹកនោមផ្អែម។ ក្រោមការធានារ៉ាប់រង Medi-Cal របស់អ្នក យើងខ្ចាំធានារ៉ាប់រងលើសេវាព្យាបាលជើងតាមភាពចាំបាច់ខាងវេជ្ជសាស្ត្រសម្រាប់ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ និងការព្យាបាលតាមបែបវេជ្ជសាស្ត្រ ការវះកាត់មេកានិច ការតម្រង់ និងអគ្គិសនីនៃប្រអប់ជើងមនុស្ស។ នេះរួមបញ្ចូលទាំងកជើង និងសរសៃពួរដែលតភ្ជាប់ទៅក្នុងប្រអប់ជើង និងការព្យាបាលដោយមិនបាច់វះកាត់លើសាច់ដុំ និងសរសៃពួរនៃជើងដែលគ្រប់គ្រងមុខងារនៃប្រអប់ជើង។ **អត្ថប្រយោជន៍នេះត្រូវបានបន្តនៅទំព័របន្ទាប់**	ពិគ្រោះជាមួយអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក ហើយទទួលយកការបញ្ជូនបន្ត។ **ការទៅជួបនៅការិយាល័យអ្នកផ្តល់សេវា** $0 **ប្រសិនបើអ្នកជាក់បង់ការធានារ៉ាប់រង Medi-Cal ពេញលេញ** អ្នកបង់ប្រាក់ដូចខាងក្រោមក្នុងមួយ**ការពិនិត្យថែទាំពិសេស** អាស្រ័យលើតម្រោងដែលអ្នកបានចុះឈ្មោះ៖ • South P1 – **$0** • South P6 – **$0** • South P7 – **$0** • South P9 – **$0** • South P10 – **$0** • South P11 – **$0** • North P2 – **$0** • North P16 – **$0** • North P17 – **$0** • North P18 – **$0** • North P19 – **$0** • North P20 – **$0** • North P21 – **$0** • North P22 – **$0**

សេវាដែលបានធានារ៉ាប់រង		អ្វីដែលអ្នកត្រូវបង់
	សេវាព្យាបាលជើង (បន្ត)	• North P23 – **$0** • North P24 – **$5** • North P25 – **$0** **ការវះកាត់អ្នកជំងឺមិនស្នាក់ព្យាបាល និងនីតិវិធីផ្សេងៗទៀត** $0 **ប្រសិនបើអ្នកបាត់បង់ការធានារ៉ាប់រង Medi-Cal ពេញលេញ** អ្នកបង់ប្រាក់ដូចខាងក្រោមក្នុងមួយនីតិវិធី អាស្រ័យលើគម្រោងដែលអ្នកបានចុះឈ្មោះ នៅពេលវាត្រូវបានផ្តល់នៅក្នុងមណ្ឌលអ្នកជំងឺក្រៅ ឬមជ្ឈមណ្ឌលវះកាត់អ្នកជំងឺក្រៅ ឬក្នុងបន្ទប់វះកាត់មន្ទីរពេទ្យ ឬនៅក្នុងកន្លែងណាមួយ ហើយបុគ្គលិកដែលមានអាជ្ញាបណ្ណត្រួតពិនិត្យសញ្ញាជីវិតរបស់អ្នក នៅពេលអ្នកចាប់ផ្តើមមានអារម្មណ៍ឡើងវិញ បន្ទាប់ពីទទួលបានឱសថដើម្បីបន្ថយអារម្មណ៍ ឬកាត់បន្ថយភាពមិនស្រួល៖ • South P1 – **$400** • South P6 – **$420** • South P7 – **$440** • South P9 – **$0** • South P10 – **$490** • South P11 – **$0** • North P2 – **$470** • North P16 – **$480** • North P17 – **$400** • North P18 – **$400** • North P19 – **$490** • North P20 – **$450** • North P21 – **$480** • North P22 – **$490** • North P23 – **$480** • North P24 – **$455** • North P25 – **$460**

សេវាដែលបានធានារ៉ាប់រង		អ្វីដែលអ្នកត្រូវបង់
	ការបង្ការមុនពេលប៉ះពាល់ (PrEP) សម្រាប់ការបង្ការ HIV ប្រសិនបើអ្នកមិនមាន HIV ទេ ប៉ុន្តែវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក ឬអ្នកជំនាញថែទាំសុខភាពផ្សេងទៀតកំណត់ថា អ្នកមានហានិភ័យខ្ពស់ចំពោះ HIV យើងខ្ញុំធានារ៉ាប់រងលើថ្នាំបង្ការមុនពេលប៉ះពាល់ (PrEP) និងសេវាដែលពាក់ព័ន្ធ។ ប្រសិនបើអ្នកមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ សេវាដែលបានធានារ៉ាប់រងរួមមាន៖ • ថ្នាំ PrEP តាមមាត់ ឬថ្នាំចាក់ដែលទទួលស្គាល់ដោយ FDA រួមទាំងការមើលសេវាសម្រាប់ចាក់ឱសថនេះ ប្រសិនបើមានសមស្រប។ • ការប្រឹក្សាយោបល់ផ្ទាល់ខ្លួនរហូតដល់ជ្រុំបីលើក (រួមទាំងការវាយតម្លៃហានិភ័យចំពោះ HIV ការកាត់បន្ថយហានិភ័យចំពោះ HIV និងការប្រកាន់ខ្ជាប់តាមការប្រើថ្នាំ) រៀងរាល់ 12 ខែ។ • ការពិនិត្យរក HIV រហូតដល់ជ្រុំបីលើករៀងរាល់ 12 ខែ។ • ការឆ្លុះពិនិត្យរកវីរុសរលាកថ្លើម B តែមួយលើក	$0
	ការឆ្លុះពិនិត្យរកជំងឺមហារីកប្រូស្តាត សម្រាប់បុរសដែលមានអាយុចាប់ពី 50 ឆ្នាំឡើងទៅ យើងខ្ញុំបង់ជ្រាក់សម្រាប់សេវាដូចខាងក្រោមម្តងរៀងរាល់ 12 ខែ • ការពិនិត្យជាតខាងក្នុងដោយម្រាមដៃ • ការតេស្តរកអង់ទីហ្សែនជាក់លាក់ប្រូស្តាត (prostate specific antigen, PSA)	$0
	ឧបករណ៍សិប្បនិម្មិត និងឧបករណ៍អ័រថូទីក និងការផ្គត់ផ្គង់ដែលទាក់ទង† ឧបករណ៍សិប្បនិម្មិតជំនួសផ្នែកខ្លះ ឬទាំងមូលនៃផ្នែករាងកាយ ឬមុខងារ។ ឧបករណ៍រាងអរយវៈជួយទ្រទ្រង់ ឬកែតម្រូវមុខងាររបស់ផ្នែកណាមួយនៃរាងកាយ។ ទាំងនេះរួមមានជាអាទិ៍៖ • ការតេស្ត ការបំពាក់ ឬការបណ្តុះបណ្តាលក្នុងការប្រើប្រាស់ឧបករណ៍សិប្បនិម្មិត និងតម្រង់ផ្នឹងជើង • ថង់ផ្ទុកលាមក និងការផ្គត់ផ្គង់ដែលទាក់ទងនឹងការថែទាំសម្រាប់ការរះកាត់បង្កើតផ្លូវលាមកថ្មី • អាហារូបត្ថម្ភតាមបំពង់អាហារ និងតាមសរសៃឈាម រួមទាំងឈុតផ្គត់ផ្គង់ការបញ្ចូនអាហារ ស្នប់ចាក់បញ្ចូលទុយោ និងអាដាប់ទ័រ សូលុយស្យុង និងការផ្គត់ផ្គង់សម្រាប់ការចាក់ថ្នាដោយខ្លួនឯង **អត្ថប្រយោជន៍នេះត្រូវបានបន្តនៅទំព័របន្ទាប់**	$0 **ប្រសិនបើអ្នកជាប់បង់ការធានារ៉ាប់រង Medi-Cal ពោលគឺ**សម្រាប់ឧបករណ៍សិប្បនិម្មិត ឬឧបករណ៍តម្រង់ផ្នឹងជើងខាងក្រៅ និងការផ្គត់ផ្គង់ (រួមទាំងការផ្គត់ផ្គង់ថែទាំរបួស) និងស្បែកជើងរះកាត់ នៅពេលផ្តល់ជូនក្នុងអំឡុងពេលការទៅជួបពិនិត្យជំងឺមិនស្នាក់ព្យាបាល អ្នកត្រូវបង់**ការធានារ៉ាប់រងរួម**ខាងក្រោមអាស្រ័យលើគម្រោងដែលអ្នកបានចុះឈ្មោះ។ • South P1 – **20%** • South P6 – **20%**

សេវាដែលបានធានារ៉ាប់រង		អ្វីដែលអ្នកត្រូវបង់
	ឧបករណ៍សិប្បនិម្មិត និងឧបករណ៍តម្រង់ឆ្អឹងជើង និងការផ្គត់ផ្គង់ដែលទាក់ទង† (បន្ត) • ម៉ាស៊ីនជំនួយចង្វាក់បេះដូង • ឧបករណ៍ពត់ • ស្បែកជើងសិប្បនិម្មិត • ដៃ និងជើងសិប្បនិម្មិត • សុដន់សិប្បនិម្មិត (រួមទាំងអារម្រាប់រះកាត់បន្ទាប់ពីការកាត់សុដន់ចេញ) • ឧបករណ៍សិប្បនិម្មិតដើម្បីជំនួសដោយផ្នែក ឬទាំងស្រុងនៃផ្នែកផ្ទៃមុខខាងក្រៅ ដែលត្រូវបានកាត់ចេញ ឬខូចខាតដោយសារជំងឺ របួស ឬការខូចពីកំណើត • ក្រែមលាបជំងឺបន្ទោរបង់មិនដឹងខ្លួន និងខោទឹកនោម យើងបង់ប្រាក់សម្រាប់សម្ភារផ្គត់ផ្គង់មួយចំនួនដែលទាក់ទងនឹងឧបករណ៍សិប្បនិម្មិត និងឧបករណ៍តម្រង់ឆ្អឹងជើង។ យើងក៏បង់ប្រាក់សម្រាប់ការជួសជុល ឬផ្លាស់ប្តូរឧបករណ៍សិប្បនិម្មិត និងឧបករណ៍តម្រង់ឆ្អឹងជើងផងដែរ។ យើងផ្តល់ការធានារ៉ាប់រងមួយចំនួនបន្ទាប់ពីការកាត់ភ្នែកឡើងជាយ ឬការរះកាត់ភ្នែកឡើងជាយ។ សូមមើល “ការថែទាំភ្នែក” នៅផ្នែកខាងក្រោយនៃតារាងនេះសម្រាប់ព័ត៌មានលម្អិត។ យើងក៏ធានារ៉ាប់រងលើមុខទំនិញទាំងនេះ ដែលមិនត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare ផងដែរ៖ • ស្បែកជើងរះកាត់ជាក់លាក់មួយចំនួនបន្ទាប់ពីការរះកាត់ នៅពេលផ្តល់ជូនក្នុងអំឡុងពេលការទៅជួបពិនិត្យជំងឺមិនស្គាក់ព្យាបាល • ឧបករណ៍បូមពង្រីកលិង្គសម្រាប់បញ្ហាលិង្គមិនឡើងរឹង • ថ្នាំការពារស្បែក ថ្នាំការពារ ថ្នាំផ្តល់សំណើម ថ្នាំលាបស្បែកជាក់លាក់មួយចំនួន ដែលមានភាពចាំបាច់ខាងវេជ្ជសាស្ត្រសម្រាប់ការថែទាំរបួស ក្រោមការធានារ៉ាប់រង Medi-Cal របស់អ្នក យើងខ្ញុំធានារ៉ាប់រងលើឧបករណ៍សិប្បនិម្មិត និងឧបករណ៍តម្រង់ឆ្អឹងជើង ប្រសិនបើលក្ខខណ្ឌទាំងអស់ខាងក្រោមត្រូវបានបំពេញ៖ • ទំនិញគឺមានភាពចាំបាច់ខាងវេជ្ជសាស្ត្រដើម្បីស្តារមុខងារនៃផ្នែករាងកាយឡើងវិញ (សម្រាប់តែឧបករណ៍សិប្បនិម្មិតប៉ុណ្ណោះ) • ទំនិញត្រូវបានបញ្ជាឱ្យប្រើសម្រាប់អ្នក **អត្ថប្រយោជន៍នេះត្រូវបានបន្តនៅទំព័របន្ទាប់**	• South P7 – **20%** • South P9 – **0%** • South P10 – **20%** • South P11 – **20%** • North P2 – **20%** • North P16 – **20%** • North P17 – **20%** • North P18 – **20%** • North P19 – **20%** • North P20 – **20%** • North P21 – **20%** • North P22 – **20%** • North P23 – **20%** • North P24 – **20%** • North P25 – **20%** **$0** សម្រាប់ឧបករណ៍ខាងក្នុងដែលបានដាក់បញ្ចូលក្នុងរាងកាយដោយការរះកាត់។

សេវាដែលបានធានារ៉ាប់រង		អ្វីដែលអ្នកត្រូវបង់
	ឧបករណ៍សិប្បនិម្មិត និងឧបករណ៍តម្រង់ឆ្អឹងជើង និងការផ្គត់ផ្គង់ដែលទាក់ទង† (បន្ត) • ទំនិញមានភាពចាំបាច់ខាងវេជ្ជសាស្ត្រដើម្បីទ្រទ្រង់ផ្នែករាងកាយ (សម្រាប់តែឧបករណ៍តម្រង់ឆ្អឹងជើងប៉ុណ្ណោះ) • ទំនិញមានភាពចាំបាច់ខាងវេជ្ជសាស្ត្រសម្រាប់អ្នកក្នុងការអនុវត្តសកម្មភាពនៃការរស់នៅប្រចាំថ្ងៃ • ទំនិញសមស្របសម្រាប់ស្ថានភាពវេជ្ជសាស្ត្រសរុបរបស់អ្នក • ទំនិញត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយ Medi-Cal • ទំនិញត្រូវតែទទួលបានការអនុម័តជាមុនសម្រាប់អ្នក។ នេះរួមបញ្ចូលទាំងឧបករណ៍ជំនួយការស្តាប់ដែលបង្កប់ក្នុងរាងកាយ សុដន់សិប្បនិម្មិត/អាវទ្រនាប់បន្ទាប់ពីការកាត់សុដន់ចេញ សម្លៀកបំពាក់រុំកាត់បន្ថយការរលាក និងឧបករណ៍សិប្បនិម្មិតដើម្បីស្តារមុខងារ ឬជំនួសផ្នែករាងកាយ ឬដើម្បីទ្រទ្រង់ផ្នែករាងកាយដែលខ្សោយ ឬខូចទ្រង់ទ្រាយ។ ការធានារ៉ាប់រងត្រូវបានកម្រិតត្រឹមឧបករណ៍ដែលមានតម្លៃទាបបំផុត ដែលឆ្លើយតបយ៉ាងគ្រប់គ្រាន់ទៅនឹងតម្រូវការវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នក។ យើងជ្រើសរើសអ្នកផ្គត់ផ្គង់។	
	សេវាស្តារនីតិសម្បទាសួត យើងខ្ចប់ង់ប្រាក់សម្រាប់កម្មវិធីស្តារនីតិសម្បទាសួត សម្រាប់សមាជិកដែលមានជំងឺផ្លូវដង្ហើមស្ទះរ៉ាំរ៉ៃ (chronic obstructive pulmonary disease, COPD) កម្រិតមធ្យម ទៅធ្ងន់ធ្ងរខ្លាំង។ អ្នកត្រូវតែមានបញ្ជាឱ្យស្តារនីតិសម្បទាសួតពីវេជ្ជបណ្ឌិត ឬអ្នកផ្តល់សេវាដែលព្យាបាលជំងឺ COPD។	$0 ពិគ្រោះជាមួយអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក ហើយទទួលយកការបញ្ជូនបន្ត។
	ការឆ្លុះពិនិត្យរកការឆ្លងវីរុសរលាកថ្លើម C យើងធានារ៉ាប់រងលើការពិនិត្យឆ្លុះរកជំងឺរលាកថ្លើម C មួយលើកប្រសិនបើវេជ្ជបណ្ឌិតថែទាំបឋមរបស់អ្នក ឬអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពដែលមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ផ្សេងទៀតបញ្ជាឱ្យធ្វើ ហើយអ្នកបំពេញតាមលក្ខខណ្ឌមួយក្នុងចំណោមលក្ខខណ្ឌទាំងនេះ៖ • អ្នកមានហានិភ័យខ្ពស់ ដោយសារអ្នកប្រើប្រាស់ ឬធ្លាប់បានប្រើប្រាស់ថ្នាំញៀនចាក់ខុសច្បាប់។ • អ្នកធ្លាប់ទទួលបានការបញ្ជូនឈាមមុនឆ្នាំ 1992។ • អ្នកបានកើតចន្លោះឆ្នាំ 1945-1965។ ប្រសិនបើអ្នកបានកើតចន្លោះឆ្នាំ 1945-1965 ហើយមិនត្រូវបានចាត់ទុកថាមានហានិភ័យខ្ពស់ទេ យើងខ្ចប់ង់ប្រាក់សម្រាប់ការឆ្លុះពិនិត្យម្តង។ ប្រសិនបើអ្នកមានហានិភ័យខ្ពស់ (ឧទាហរណ៍ អ្នកបានបន្តប្រើប្រាស់ថ្នាំញៀនចាក់ខុសច្បាប់ ចាប់តាំងពីការធ្វើតេស្តឆ្លុះរកជំងឺរលាកថ្លើម C អវិជ្ជមានលើកមុនរបស់អ្នក) យើងធានារ៉ាប់រងលើការឆ្លុះពិនិត្យប្រចាំឆ្នាំ។	$0

	សេវាដែលបានធានារ៉ាប់រង	អ្វីដែលអ្នកត្រូវបង់
	សេវាសម្ងាត់ បន្ថែមលើសេវាដែលបានពិពណ៌នានៅក្នុង “សេវារៀបចំគ្រួសារ" និង "ការឆ្លុះពិនិត្យ និងការប្រឹក្សាយោបល់អំពីជំងឺកាមរោគ (Sexually transmitted infections, STIs)” នៅក្នុងតារាងអត្ថប្រយោជន៍នេះ យើងក៏ធានារ៉ាប់រងលើសេវាសម្ងាត់ ដូចជាការថែទាំការរំលោភបំពានផ្លូវភេទ ការតេស្ត និងការប្រឹក្សាយោបល់អំពីផ្ទៃពោះ និងសេវារំលូតកូនសម្រាប់អ្នកជំងឺមិនស្គាក់ព្យាបាលផងដែរ។ សម្រាប់ការតេស្តផ្ទៃពោះ សេវារៀបចំគ្រួសារ សេវាពន្យារកំណើត ឬសេវាសម្រាប់ជំងឺឆ្លងតាមការរួមភេទ វេជ្ជបណ្ឌិត ឬគ្លីនិកមិនចាំបាច់ត្រូវតែជាផ្នែកនៃបណ្តាញ Kaiser Permanente នោះទេ។ អ្នកអាចជ្រើសរើសអ្នកផ្តល់សេវា Medi-Cal ណាមួយ ហើយទៅកាន់ពួកគេដោយមិនមានការបញ្ជូនបន្ត ឬការអនុញ្ញាតជាមុន។ សម្រាប់ជំនួយក្នុងការស្វែងរកអ្នកផ្តល់សេវា Medi-Cal ដែលនៅក្រៅបណ្តាញ Kaiser Permanente សូមទូរសព្ទទៅសេវាបម្រើសមាជិក។ សេវាពីអ្នកផ្តល់សេវាក្រៅបណ្តាញ ដែលមិនទាក់ទងនឹងសេវាសម្ងាត់អាចនឹងមិនត្រូវបានធានារ៉ាប់រងនោះទេ។ សម្រាប់ជំនួយក្នុងការស្វែងរកវេជ្ជបណ្ឌិត ឬគ្លីនិកដែលផ្តល់សេវាទាំងនេះ ឬសម្រាប់ជំនួយក្នុងការដឹកជញ្ជូនទៅកាន់សេវាទាំងនេះ អ្នកអាចទូរសព្ទទៅសេវាបម្រើសមាជិក។ អ្នកក៏អាចទូរសព្ទទៅខ្សែទូរសព្ទណាត់ជួប និងប្រឹក្សាយោបល់ ហើយនិយាយជាមួយអ្នកជំនាញថែទាំសុខភាពដែលមានអាជ្ញាបណ្ណ 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។	$0
	ការឆ្លុះពិនិត្យ និងការប្រឹក្សាយោបល់អំពីជំងឺកាមរោគ (STIs) យើងបង់ប្រាក់សម្រាប់ការពិនិត្យស្ទើនរកជំងឺប្រមេះទឹកថ្លា ជំងឺប្រមេះទឹកបាយ ជំងឺស្វាយ និងជំងឺរលាកថ្លើម B។ ការឆ្លុះពិនិត្យទាំងនេះត្រូវបានធានារ៉ាប់រងសម្រាប់ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ និងសម្រាប់មនុស្សមួយចំនួនដែលមានហានិភ័យកើនឡើងនៃជំងឺ STI។ អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំបឋមត្រូវតែចេញបង្គាប់បញ្ជាឱ្យធ្វើតេស្ត។ យើងធានារ៉ាប់រងលើតេស្តទាំងនេះម្តងរៀងរាល់ 12 ខែ ឬនៅពេលជាក់លាក់ណាមួយក្នុងអំឡុងពេលមានផ្ទៃពោះ។ យើងខ្ញុំក៏បង់ប្រាក់សម្រាប់វគ្គប្រឹក្សាយោបល់អំពីកាយវិការអាកប្បកិរិយាកម្រិតខ្ពស់ដោយផ្ទាល់មុខរហូតដល់ពីរលើកក្នុងមួយឆ្នាំ សម្រាប់មនុស្សពេញវ័យដែលមានសកម្មភាពផ្លូវភេទ និងមានហានិភ័យកើនឡើងនៃជំងឺ STI។ វគ្គនីមួយៗអាចមានរយៈពេលពី 20 ទៅ 30 នាទី។ យើងបង់ថ្លៃសម្រាប់វគ្គប្រឹក្សាយោបល់ទាំងនេះជាសេវាបង្ការ លុះត្រាតែផ្តល់ដោយអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំបឋម។ វគ្គទាំងនេះត្រូវតែធ្វើឡើងនៅក្នុងបរិបទថែទាំបឋម ដូចជាការិយាល័យរបស់វេជ្ជបណ្ឌិតជាដើម។	$0

សេវាដែលបានធានារ៉ាប់រង		អ្វីដែលអ្នកត្រូវបង់
	ការថែទាំនៅមណ្ឌលថែទាំជំនាញ (Skilled nursing facility, SNF) សម្រាប់និយមន័យនៃការថែទាំនៅមណ្ឌលថែទាំជំនាញ សូមចូលទៅកាន់**ជំពូកទី 12**។ យើងខ្ចុំបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាដូចខាងក្រោម ហើយប្រហែលជាសេវាផ្សេងទៀតដែលមិនមានរាយបញ្ជីនៅទីនេះទេ (មិនតម្រូវឱ្យមានការសម្រាកនៅមន្ទីរពេទ្យពីមុនមកទេ)៖ • បន្ទប់ពាក់កណ្តាលឯកជន ឬបន្ទប់ឯកជន ប្រសិនបើមានភាពចាំបាច់ខាងវេជ្ជសាស្ត្រ • អាហារ រួមទាំងរបបអាហារពិសេស • សេវាថែទាំដោយគិលានុបដ្ឋាកជំនាញ • ការព្យាបាលដោយចលនា ការព្យាបាលទាក់ទងនឹងសកម្មភាពប្រចាំថ្ងៃ និងការព្យាបាលការនិយាយ • ឱសថដែលអ្នកទទួលបានជាផ្នែកនៃផែនការថែទាំរបស់អ្នក រួមទាំងសារធាតុដែលមាននៅក្នុងរាងកាយដោយធម្មជាតិ ដូចជាកត្តាកកឈាមជាដើម • ឈាម រួមទាំងការក្សាទុក និងការផ្តល់បញ្ចូលឈាម • ការផ្គត់ផ្គង់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ និងការវះកាត់ដែលផ្តល់ដោយ SNF ទាំងឡាយ • ការតេស្តមន្ទីរពិសោធន៍ដែលផ្តល់ដោយ SNF ទាំងឡាយ • ការថតកាំរស្មីអ៊ុច និងសេវាវិទ្យុសកម្មផ្សេងទៀតដែលផ្តល់ដោយកន្លែងថែទាំ • ឧបករណ៍ ដូចជារទេះរុញ ដែលជាទូទៅផ្តល់ដោយកន្លែងថែទាំ • សេវារបស់គ្រូពេទ្យ/អ្នកផ្តល់សេវា ជាទូទៅ អ្នកទទួលបានការថែទាំ SNF ពីមណ្ឌលនៅក្នុងបណ្តាញ។ ក្រោមលក្ខខណ្ឌជាក់លាក់មួយចំនួន អ្នកប្រហែលជាអាចទទួលបានការថែទាំរបស់អ្នកពីមណ្ឌលដែលមិនស្ថិតក្នុងបណ្តាញរបស់យើងបាន។ អ្នកអាចទទួលបានការថែទាំពីកន្លែងខាងក្រោម ប្រសិនបើពួកគេទទួលយកចំនួនទឹកប្រាក់បង់ប្រាក់នៃគម្រោងរបស់យើង៖ • មណ្ឌលថែទាំដោយគិលានុបដ្ឋាយិកា ឬសហគមន៍ចូលនិវត្តន៍សម្រាប់ការថែទាំបន្ត ដែលអ្នកបានរស់នៅមុនពេលអ្នកទៅមន្ទីរពេទ្យ (ដរាបណាកន្លែងនោះមានផ្តល់ការថែទាំដោយគិលានុបដ្ឋាយិកា)។ • មណ្ឌលថែទាំដោយគិលានុបដ្ឋាយិកាដែលប្តីឬប្រពន្ធឬដៃគូរស់នៅជាមួយគ្នារបស់អ្នករស់នៅ នៅពេលអ្នកចេញពីមន្ទីរពេទ្យ។	$0 ពិគ្រោះជាមួយអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក ហើយទទួលយកការបញ្ជូនបន្ត។ យើងធានារ៉ាប់រងរហូតដល់ 100 ថ្ងៃក្នុងរយៈពេលអត្ថប្រយោជន៍។ **ប្រសិនបើអ្នកបាត់បង់ការធានារ៉ាប់រង Medi-Cal ពេញលេញ** អ្នកត្រូវបង់ដូចខាងក្រោមក្នុងមួយរយៈពេលអត្ថប្រយោជន៍៖ • **$0** សម្រាប់ថ្ងៃទី 1–20។ • **$221** សម្រាប់ថ្ងៃទី 21 ដល់ថ្ងៃទី 100។ រយៈពេលអត្ថប្រយោជន៍ចាប់ផ្តើមនៅថ្ងៃដំបូងដែលអ្នកទៅកាន់មណ្ឌលថែទាំជំនាញ (SNF) ដែលធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare។ រយៈពេលអត្ថប្រយោជន៍បញ្ចប់នៅពេលអ្នកមិនបានក្លាយជាអ្នកជំងឺសម្រាកព្យាបាលក្នុងមន្ទីរពេទ្យនៅមណ្ឌល SNF ណាមួយក្នុងរយៈពេល 60 ថ្ងៃប្រតិទិនជាប់គ្នា។

សេវាដែលបានធានារ៉ាប់រង		អ្វីដែលអ្នកត្រូវបង់
	ការបញ្ឈប់ការជក់ជាវ និងការប្រើប្រាស់ថ្នាំជក់ ការប្រឹក្សាយោបល់អំពីការបញ្ឈប់ការជក់ជាវ និងការប្រើប្រាស់ថ្នាំជក់ត្រូវបានធានារ៉ាប់រងសម្រាប់អ្នកជំងឺមិនស្គាក់ព្យាបាល និងអ្នកជំងឺសម្រាកព្យាបាលដែលបំពេញតាមលក្ខខណ្ឌនិថ្នៃយទាំងនេះ៖ • ប្រើប្រាស់ថ្នាំជក់ ដោយមិនគិតថាតើពួកគេបង្ហាញសញ្ញា ឬរោគសញ្ញានៃជំងឺទាក់ទងនឹងថ្នាំជក់នោះទេ • មានសមត្ថភាព និងស្មារតីល្អក្នុងអំឡុងពេលប្រឹក្សាយោបល់ • អ្នកក្រូពេទ្យព្យាបាលដែលមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ ឬអ្នកក្រូពេទ្យផ្សេងទៀតដែលទទួលស្គាល់ដោយ Medicare ផ្តល់ការប្រឹក្សា យើងធានារ៉ាប់រងការប៉ុនប៉ងបញ្ឈប់ចំនួនពីរដងក្នុងមួយឆ្នាំ (ការប៉ុនប៉ងនីមួយៗអាចរួមបញ្ចូលវគ្គមធ្យម ឬវគ្គខ្លាំងជាអតិបរមាចំនួនបួនវគ្គ ដោយមានរហូតដល់ប្រាំបីវគ្គក្នុងមួយឆ្នាំ)។	$0
	អត្ថប្រយោជន៍បន្ថែមពិសេសសម្រាប់ជំងឺរ៉ាំរ៉ៃ – សម្រាប់តែសមាជិកនៅ Southern California ប៉ុណ្ណោះ** អត្ថប្រយោជន៍អាហារសុខភាព គឺជាអត្ថប្រយោជន៍បន្ថែមពិសេសសម្រាប់អ្នកមានជំងឺរ៉ាំរ៉ៃ ដែលមានសម្រាប់សមាជិកទាំងអស់នៅរដ្ឋ California ភាគខាងត្បូងដែលបំពេញតាមលក្ខខណ្ឌនិថ្នៃយ។ សមាជិកដែលមានសិទ្ធិ ដែលមានជំងឺរ៉ាំរ៉ៃមួយចំនួន និងបំពេញតាមលក្ខខណ្ឌនិថ្នៃយជាក់លាក់ នឹងអាចប្រើប្រាស់ប្រាក់ឧបត្ថម្ភ OTC ប្រចាំត្រីមាសដើម្បីទិញអាហារដែលបានអនុម័តដូចជាកសិផល តាមអនឡាញ និងនៅតាមហាងលក់រាយដែលចូលរួម។ បញ្ជីអាហារដែលបានអនុម័តអាចមានការផ្លាស់ប្តូរ។ ភាគរបស់អ្នកនឹងត្រូវបានបញ្ចូលប្រាក់ឡើងវិញនៅថ្ងៃទី 1 ខែមករា ថ្ងៃទី 1 ខែមេសា ថ្ងៃទី 1 ខែកក្កដា និងថ្ងៃទី 1 ខែតុលា។ ចំនួនប្រាក់ឧបត្ថម្ភប្រចាំត្រីមាសណាមួយដែលមិនបានប្រើប្រាស់នឹងមិនត្រូវបានបូកបញ្ចូលទៅត្រីមាសបន្ទាប់ឡើយ។ តម្លៃនៃមុខទំនិញអាហារដែលមានសិទ្ធិទទួលបាននឹងត្រូវបានធានារ៉ាប់រងរហូតដល់សមតុល្យដែលមាននៅលើភាគរបស់អ្នក។ ប្រសិនបើមានចំនួនទឹកប្រាក់ដែលនៅសល់ដែលត្រូវបង អ្នកត្រូវតែប្រើទម្រង់បង់ប្រាក់ផ្សេងទៀត។ ថ្លៃសេវា និងតម្រូវការបញ្ចាទិញអប្បបរមាប្រែប្រួលអាស្រ័យលើអ្នកលក់រាយ។ សូមពិនិត្យមើលព័ត៌មានលម្អិតអំពីកម្រៃសេវានៅលើទំព័រទូទាត់ប្រាក់ មុនពេលធ្វើការបញ្ជាទិញតាមអនឡាញ។ អ្នកនឹងត្រូវបានស្នើឱ្យបញ្ចូលមធ្យោបាយបង់ប្រាក់ផ្សេងទៀត សម្រាប់ប្រាក់ជើប កម្រៃសេវា ឬមុខទំនិញដែលមិនបានធានារ៉ាប់រងណាមួយ។ **អត្ថប្រយោជន៍នេះត្រូវបានបន្តនៅទំព័របន្ទាប់**	**សមាជិកនៅរដ្ឋ California ភាគខាងត្បូង៖** ប្រសិនបើអ្នកមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ SSBCI អ្នកអាចប្រើប្រាស់ប្រាក់ឧបត្ថម្ភ OTC ប្រចាំត្រីមាសរបស់អ្នកដែលបានពិពណ៌នានៅក្នុងជួរ “ឱសថទិញដោយមិនបាច់មានវេជ្ជបញ្ជា (OTC)” នៅក្នុងតារាងអត្ថប្រយោជន៍នេះ ដើម្បីទិញអាហារសុខភាពផងដែរ។ អ្នកអាចសម្រេចចិត្តថាតើត្រូវប្រើប្រាស់ប្រាក់ឧបត្ថម្ភរបស់អ្នកនៅលើភាគ healthy extras របស់អ្នកយ៉ាងដូចម្តេចរវាងមុខទំនិញ OTC និងអាហារសុខភាព។ **មិនមានការធានារ៉ាប់រងសម្រាប់សមាជិកនៅរដ្ឋ California ភាគខាងជើងទេ។**

សេវាដែលបានធានារ៉ាប់រង		អ្វីដែលអ្នកត្រូវបង់
	អត្ថប្រយោជន៍បន្ថែមពិសេសសម្រាប់ជំងឺរ៉ាំរ៉ៃ – សម្រាប់តែសមាជិកនៅ Southern California ប៉ុណ្ណោះ (បន្ត) អត្ថប្រយោជន៍នេះនឹងមានសម្រាប់តែសមាជិកនៅរដ្ឋ California ភាគខាងត្បូងដែលគម្រោងបានកំណត់ និងបំពេញតាមលក្ខខណ្ឌរិនិច្ឆ័យនៃសិទ្ធិទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ដោយមានស្ថានភាពជំងឺដូចខាងក្រោម៖ • បញ្ហាប្រើប្រាស់គ្រឿងស្រវឹងរ៉ាំរ៉ៃ និងបញ្ហាប្រើប្រាស់សារធាតុញៀនផ្សេងទៀត (substance use disorders, SUDs) • ជំងឺវាយប្រហារដោយប្រព័ន្ធភាពស៊ាំ • ជំងឺមហារីក • ជំងឺប្រព័ន្ធបេះដូង និងសរសៃឈាម • ជំងឺខ្សោយបេះដូងរ៉ាំរ៉ៃ • ជំងឺរលេង • ជំងឺទឹកនោមផ្អែម • ការលើសទម្ងន់ ជំងឺធាត់ និងរោគសញ្ញាមេតាបូលីស • ជំងឺក្រពះពោះវៀនរ៉ាំរ៉ៃ • ជំងឺតម្រងនោមរ៉ាំរ៉ៃ (Chronic kidney disease, CKD) • ជំងឺឈាមធ្ងន់ធ្ងរ • មេរោគហ៊ីវ/ជំងឺអេដស៍ • ជំងឺសួតរ៉ាំរ៉ៃ • ស្ថានភាពសុខភាពផ្លូវចិត្តរ៉ាំរ៉ៃ និងពិការភាព • ជំងឺប្រព័ន្ធសរសៃប្រសាទ • ជំងឺដាច់សរសៃឈាមខួរក្បាល • ការថែទាំក្រោយការវះកាត់ប្តូរសរីរាង្គ • ជំងឺខ្វះភាពស៊ាំ និងជំងឺប្រព័ន្ធភាពស៊ាំចុះខ្សោយ • ស្ថានភាពជំងឺដែលទាក់ទងនឹងការចុះខ្សោយនៃការយល់ដឹង • ស្ថានភាពជំងឺដែលមានបញ្ហាប្រឈមផ្នែកមុខងាររាងកាយ និងទាមទារសេវាស្រដៀងគ្នា • ស្ថានភាពជំងឺរ៉ាំរ៉ៃដែលធ្វើឱ្យខូចគំហើញ ការស្តាប់ (ការថ្លង់) ការដឹងរសជាតិ ការស្មាប និងការដឹងក្លិន • ស្ថានភាពជំងឺដែលទាមទារសេវាព្យាបាលបន្ត ដើម្បីឱ្យបុគ្គលម្នាក់ៗអាចរក្សា ឬទទួលបានមុខងាររាងកាយឡើងវិញ **អត្ថប្រយោជន៍នេះត្រូវបានបន្តនៅទំព័របន្ទាប់**	

សេវាដែលបានធានារ៉ាប់រង		អ្វីដែលអ្នកត្រូវបង់
	អត្ថប្រយោជន៍បន្ថែមពិសេសសម្រាប់ជំងឺរ៉ាំរ៉ៃ – សម្រាប់តែសមាជិកនៅ Southern California ប៉ុណ្ណោះ (បន្ត) **របៀបប្រើប្រាស់កាត healthy extras របស់អ្នក** ដើម្បីដំណើរការកាតរបស់អ្នក សូមទូរសព្ទទៅលេខ 1-833-524-7035 (TTY 711) 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ ចាប់ពីម៉ោង 5 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 5 ល្ងាច ម៉ោង PST ហើយផ្តល់លេខកាតរបស់អ្នក និងលេខ ID សមាជិកភាព។ នៅពេលអ្នកដំណើរការកាតរបស់អ្នក អ្នកអាចចាប់ផ្តើមប្រើប្រាស់កាតរបស់អ្នកដើម្បីទទួលបានប្រាក់ឧបត្ថម្ភរបស់អ្នក ដើម្បីទិញមុខទំនិញដែលបានអនុម័តនៅតាមហាងលក់រាយដែលចូលរួម និងហាងអនឡាញ។ ប្រសិនបើអ្នកមានកាត healthy extras រួចហើយ អ្នកនឹងមិនទទួលបានកាតថ្មីនោះទេ។ សូមរក្សាកាតរបស់អ្នក ហើយអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នកនឹងមាននៅលើកាតបច្ចុប្បន្នរបស់អ្នក។ ដើម្បីរៀបចំគណនីតាមអនឡាញរបស់អ្នក ស្នើសុំកាតាឡុកមើលបញ្ជីមុខទំនិញដែលមានសិទ្ធិទទួលបាន ស្វែងរកហាងដែលចូលរួម ស្នើសុំការសងប្រាក់វិញ ពិនិត្យមើលសមតុល្យ និងប្រវត្តិប្រតិបត្តិការរបស់អ្នក ទិញទំនិញតាមអនឡាញ ដាក់ស្នើសំណើសុំការសងប្រាក់វិញ ឬជំនួសកាតដែលបាត់ ឬត្រូវចោរលួច សូមចូលទៅកាន់ mybenefitscenter.com ឬទូរសព្ទទៅលេខ 1-833-524-7035 (TTY 711) 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ ពីម៉ោង 5 ព្រឹក ដល់ 5 ល្ងាច PST។ ប្រសិនបើអ្នកជួបប្រទះបញ្ហាក្នុងការប្រើប្រាស់កាតដើម្បីទិញមុខទំនិញដែលមានសិទ្ធិទទួលបាននៅតាមអ្នកលក់រាយដែលចូលរួម អ្នកអាចបញ្ចប់ប្រតិបត្តិការជាមួយនឹងមធ្យោបាយបង់ប្រាក់ផ្សេងទៀត ហើយដាក់ស្នើសំណើសុំការសងប្រាក់វិញដែលនឹងតម្រូវឱ្យមានច្បាប់ចម្លងនៃបង្កាន់ដៃរាយមុខទំនិញរបស់អ្នក។ សំណើសុំការសងប្រាក់វិញ គឺត្រូវឆ្លងកាត់ដំណើរការកំណត់ និងត្រូវតែដាក់ស្នើក្នុងរយៈពេល 90 ថ្ងៃ ចាប់ពីកាលបរិច្ឆេទនៃការទិញនៅលើកស្ពាតងនៃការបង់ប្រាក់ ឬបង្កាន់ដៃរបស់អ្នក។ អ្នកក៏អាចចូលទៅកាន់ mybenefitscenter.com និងទាញយកកម្មវិធីទូរសព្ទ OTC Network ដើម្បីស្វែងរកកន្លែងលក់អាហារសុខភាពដែលចូលរួម និងអ្នកលក់រាយ OTC ស្វែងរកមុខទំនិញដែលមានសិទ្ធិទទួលបាន ពិនិត្យមើលប្រវត្តិប្រតិបត្តិការរបស់អ្នក និងពិនិត្យមើលសមតុល្យកាតរបស់អ្នក។ អ្នកក៏អាចប្រើប្រាស់កម្មវិធីទូរសព្ទ OTC នៅតាមហាង ដើម្បីស្កែនផលិតផលសម្រាប់សិទ្ធិទទួលបាន ក្នុងអំឡុងពេលទិញទំនិញ និងមើលសមតុល្យរបស់អ្នកមុនពេលអ្នកគិតប្រាក់ផងដែរ។ សមាជិកអាចទាញយកកម្មវិធីទូរសព្ទចល័ត OTC Network ដោយផ្ទាល់ពី iTunes App Store ឬ GooglePlay។ ស្វែងរក “OTC Network” ដើម្បីទាញយក។ ចំណាំ៖ ចំនួនទឹកប្រាក់ដែលមិនបានប្រើប្រាស់ណាមួយនឹងត្រូវបាត់បង់នៅពេលលុបឈ្មោះចេញពីគម្រោងរបស់យើង។ **អត្ថប្រយោជន៍នេះត្រូវបានបន្តនៅទំព័របន្ទាប់**	

	សេវាដែលបានធានារ៉ាប់រង	អ្វីដែលអ្នកត្រូវបង់
	អត្ថប្រយោជន៍បន្ថែមពិសេសសម្រាប់ជំងឺរ៉ាំរ៉ៃ – សម្រាប់តែសមាជិកនៅ Southern California ប៉ុណ្ណោះ (បន្ត) **អត្ថប្រយោជន៍អាហារសុខភាពគឺជាផ្នែកមួយនៃកម្មវិធីបន្ថែមពិសេសសម្រាប់អ្នកមានជំងឺរ៉ាំរ៉ៃមិនមែនសមាជិកទាំងអស់សុទ្ធតែមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់នោះទេ។ សមាជិកត្រូវតែមានស្ថានភាពជំងឺរ៉ាំរ៉ៃជាក់លាក់ ដូចជាជំងឺទឹកនោមផ្អែម ជំងឺជាត់វិបត្តិសរសៃឈាមបេះដូង ជំងឺរលាកសន្លាក់ឆ្អឹង ឬជំងឺតម្រងនោមរ៉ាំរ៉ៃ ដើម្បីមានសិទ្ធិទទួលបាន។ មានស្ថានភាពជំងឺផ្សេងទៀតដែលអាចឱ្យអ្នកមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍នេះ។ សិទ្ធិទទួលបានសម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍នេះមិនអាចត្រូវបានធានាដោយផ្អែកលើស្ថានភាពជំងឺរបស់អ្នកតែមួយមុខនោះទេ។ អ្នកចាំបាច់ត្រូវបំពេញតាមលក្ខខណ្ឌតម្រូវនៃលក្ខណសម្បត្តិដែលអាចអនុវត្តបានទាំងអស់ មុនពេលអាចទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍។ សម្រាប់ព័ត៌មានលម្អិត សូមទាក់ទងមកយើងខ្ញុំ។	
	ការព្យាបាលដោយការហាត់ប្រាណក្រោមការត្រួតពិនិត្យ (Supervised exercise therapy, SET) យើងខ្ញុំបង់ប្រាក់សម្រាប់ SET សម្រាប់សមាជិកដែលមានជំងឺសរសៃឈាមអាក់ទែរខាងក្រៅ (peripheral artery disease, PAD) ដែលបង្ហាញរោគសញ្ញា ដែលមានការបញ្ជូនបន្តសម្រាប់ PAD ពីវេជ្ជបណ្ឌិតដែលទទួលខុសត្រូវចំពោះការព្យាបាល PAD។ គម្រោងរបស់យើងបង់ប្រាក់សម្រាប់៖ • រហូតដល់ 36 វគ្គ ក្នុងអំឡុងពេល 12 សប្តាហ៍ ប្រសិនបើតម្រូវការ SET ទាំងអស់ត្រូវបានបំពេញ • បន្ថែម 36 វគ្គទៀតឃ្យរៗម្តង ប្រសិនបើចាត់ទុកថាមានភាពចាំបាច់ខាងវេជ្ជសាស្ត្រដោយអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាព កម្មវិធី SET ត្រូវតែ៖ • វគ្គសិក្សាពី 30 ទៅ 60 នាទីនៃកម្មវិធីហ្វឹកហាត់លំហាត់ប្រាណបែបព្យាបាលសម្រាប់ PAD នៅក្នុងសមាជិកដែលមានការរមួលក្រពើដោយសារតែលំហូរឈាមមិនល្អ (ការឈឺចាប់សាច់ដុំបណ្តាលមកពីការហាត់ប្រាណ) • នៅក្នុងមជ្ឈមណ្ឌលអ្នកជំងឺមិនស្នាក់ក្នុងមន្ទីរពេទ្យ ឬនៅក្នុងការិយាល័យរបស់វេជ្ជបណ្ឌិត • ផ្តល់ដោយបុគ្គលិកដែលមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ដែលធានាថាអត្ថប្រយោជន៍មានច្រើនជាងផលប៉ះពាល់ ហើយដែលទទួលបានការបណ្តុះបណ្តាលក្នុងការព្យាបាលដោយលំហាត់ប្រាណសម្រាប់ PAD **អត្ថប្រយោជន៍នេះត្រូវបានបន្តនៅទំព័របន្ទាប់**	$0 ពិគ្រោះជាមួយអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក ហើយទទួលយកការបញ្ជូនបន្ត។

សេវាដែលបានធានារ៉ាប់រង		អ្វីដែលអ្នកត្រូវបង់
	ការព្យាបាលដោយការហាត់ប្រាណក្រោមការត្រួតពិនិត្យ (Supervised exercise therapy, SET) (បន្ត) • ក្រោមការត្រួតពិនិត្យដោយផ្ទាល់ពីគ្រូពេទ្យ ជំនួយការគ្រូពេទ្យ (physician assistant, PA) ឬគិលានុបដ្ឋាយិកា (nurse practitioner, NP)/គ្រូពេទ្យឯកទេសគិលានុបដ្ឋាយិកាគ្លីនិក (clinical nurse specialist, CNS) ដែលបានទទួលការបណ្តុះបណ្តាលទាំងបច្ចេកទេសទ្រទ្រង់ជីវិតជាមូលដ្ឋាន និងកម្រិតខ្ពស់	
	មធ្យោបាយដឹកជញ្ជូន៖ មធ្យោបាយដឹកជញ្ជូនផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រមិនមែនករណីសង្គ្រោះបន្ទាន់ **ការធានារ៉ាប់រង Medicare**៖ នៅពេលបានបញ្ជាឱ្យធ្វើដោយអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ យើងខ្ញុំធានារ៉ាប់រងមធ្យោបាយដឹកជញ្ជូនមិនមែនសង្គ្រោះបន្ទាន់ដែលមានភាពចាំបាច់ខាងវេជ្ជសាស្ត្រនៅក្នុងរថយន្តសង្គ្រោះដែលមានគ្រែ/គ្រែរុញ ឬរថយន្តរទេះរុញដែលមានអាថ្មបំណ្ល ទៅកាន់ផ្ទះ (ត្រូវតែស្ថិតក្នុងចម្ងាយ 100 ម៉ាយល៍) មណ្ឌលថែទាំជំនាញ ឬការផ្ទេរទៅកម្រិតថែទាំខ្ពស់ជាងផ្សេងទៀត ភ្លាមៗបន្ទាប់ពី៖ • ការសម្រាកនៅមន្ទីរពេទ្យជាអ្នកជំងឺសម្រាកព្យាបាលក្នុងមន្ទីរពេទ្យ ឬ • ការទទួលសេវាសង្គ្រោះបន្ទាន់ ការថែទាំបន្ទាន់ ឬការជួបអ្នកជំងឺមិនស្គាក់ព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យជាក់លាក់មួយចំនួន។ **ការធានារ៉ាប់រង Medi-Cal**៖ អត្ថប្រយោជន៍នេះអនុញ្ញាតឱ្យមានមធ្យោបាយធ្វើដំណើរផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រសម្រាប់សេវាដែលធានារ៉ាប់រងដោយគម្រោងរបស់អ្នក និង Medicare។ រថយន្តសង្គ្រោះបន្ទាន់ឡានដឹកអ្នកជំងឺក្នុងស្ថានភាពមិនសង្គ្រោះបន្ទាន់ សេវាមធ្យោបាយដឹកជញ្ជូនផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រតាមរថយន្តដាក់រទេះរុញ និងសម្របសម្រួលជាមួយសេវាធ្វើដំណើរសាធារណៈ។ ទម្រង់នៃមធ្យោបាយដឹកជញ្ជូនត្រូវបានអនុញ្ញាតនៅពេល៖ • អ្នកផ្តល់សេវាវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នកកំណត់ថាស្ថានភាពវេជ្ជសាស្ត្រ និង/ឬស្ថានភាពរាងកាយរបស់អ្នកមិនអនុញ្ញាតឱ្យអ្នកធ្វើដំណើរតាមឡានក្រុងរថយន្តអ្នកដំណើរ តាក់ស៊ី ឬទម្រង់នៃការដឹកជញ្ជូនសាធារណៈ ឬឯកជនផ្សេងទៀត **និង** • តម្រូវឱ្យមានការអនុញ្ញាតជាមុន ហើយអ្នកនឹងត្រូវទូរស័ព្ទទៅគម្រោងរបស់អ្នកដើម្បីរៀបចំការធ្វើដំណើរ សម្រាប់ព័ត៌មានអំពីរបៀបស្នើសុំមធ្យោបាយដឹកជញ្ជូនផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រមិនមែនសង្គ្រោះបន្ទាន់ សូមមើល**ជំពូកទី 3**។	$0 សូមពិគ្រោះជាមួយអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក ហើយទទួលយកការបញ្ជូនបន្តសម្រាប់សេវាដឹកជញ្ជូនផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដែលធានារ៉ាប់រងដោយ Medi-Cal។

	សេវាដែលបានធានារ៉ាប់រង	អ្វីដែលអ្នកត្រូវបង់
	មធ្យោបាយដឹកជញ្ជូន៖ មធ្យោបាយដឹកជញ្ជូនមិនមែនផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ† អត្ថប្រយោជន៍នេះអនុញ្ញាតឱ្យមានការដឹកជញ្ជូនទៅកាន់សេវាវេជ្ជសាស្ត្រតាមរយៈរថយន្តអ្នកដំណើរ តាក់ស៊ី ឬទម្រង់នៃការដឹកជញ្ជូនសាធារណៈ/ឯកជនផ្សេងទៀត។ មធ្យោបាយដឹកជញ្ជូនត្រូវបានតម្រូវឱ្យមាន ក្នុងគោលបំណងដើម្បីទទួលបានការថែទាំវេជ្ជសាស្ត្រដែលចាំបាច់ ដែលធានារ៉ាប់រងដោយ Medi-Cal រួមទាំងការធ្វើដំណើរទៅកាន់ការណាត់ជួបពេទ្យធ្មេញ និងទៅបើកឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជា។ មធ្យោបាយដឹកជញ្ជូនសម្រាប់សេវាដែលធានារ៉ាប់រងទ្វេដងដោយ Medi-Cal និង Medicare ត្រូវបានធានារ៉ាប់រង។ សម្រាប់ព័ត៌មានអំពីរបៀបស្នើសុំមធ្យោបាយដឹកជញ្ជូនដែលមិនមែនសម្រាប់គោលបំណងវេជ្ជសាស្ត្រ សូមមើល**ជំពូកទី 3**។	$0 ពិគ្រោះជាមួយអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក ហើយទទួលយកការបញ្ជូនបន្ត។
	ការថែទាំដែលត្រូវការជាបន្ទាន់ ការថែទាំដែលត្រូវការជាបន្ទាន់ គឺជាការថែទាំដែលផ្តល់ជូនដើម្បីព្យាបាល៖ • ស្ថានភាពមិនមែនសង្គ្រោះបន្ទាន់ ដែលតម្រូវឱ្យមានការថែទាំវេជ្ជសាស្ត្រភ្លាមៗ **ឬ** • ជំងឺដែលមិនអាចមើលឃើញមុន **ឬ** • របួស **ឬ** • ស្ថានភាពជំងឺដែលត្រូវការការថែទាំភ្លាមៗ។ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការការថែទាំដែលត្រូវការជាបន្ទាន់ ជាដំបូងអ្នកគួរតែព្យាយាមទទួលបានវាពីអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ។ ទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយ អ្នកអាចប្រើប្រាស់អ្នកផ្តល់សេវាក្រៅបណ្តាញ នៅពេលអ្នកមិនអាចទៅជួបអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ ដោយសារពេលវេលា ទីកន្លែង ឬកាលៈទេសៈរបស់អ្នកវាមិនអាចទៅរួចទេ ឬមិនសមហេតុផល ក្នុងការទទួលបានសេវានេះពីអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ (ឧទាហរណ៍ នៅពេលអ្នកនៅក្រៅតំបន់សេវារបស់គម្រោង ហើយអ្នកត្រូវការសេវាភ្លាមៗដែលចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រសម្រាប់ស្ថានភាពជំងឺដែលមិនអាចមើលឃើញមុន ប៉ុន្តែវាមិនមែនជាការសង្គ្រោះបន្ទាន់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រទេ)។ អ្នកមានការធានារ៉ាប់រងការថែទាំបន្ទាន់ទូទាំងពិភពលោកនៅពេលអ្នកធ្វើដំណើរ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការការព្យាបាលជាបន្ទាន់សម្រាប់ជំងឺ ឬរបួសដែលមិនបានមើលឃើញទុកជាមុន ហើយអ្នកជឿជាក់យ៉ាងសមហេតុផលថាសុខភាពរបស់អ្នកនឹងកាន់តែយ៉ាប់យ៉ឺនយ៉ាងខ្លាំង ប្រសិនបើអ្នកពន្យារពេលការព្យាបាលរហូតដល់អ្នកត្រឡប់ទៅតំបន់សេវារបស់យើងវិញ។ **អត្ថប្រយោជន៍នេះត្រូវបានបន្តនៅទំព័របន្ទាប់**	**ការជួបពិគ្រោះនៅការិយាល័យ** $0 **ការជួបពិគ្រោះផ្នែកសង្គ្រោះបន្ទាន់** $0 **ប្រសិនបើអ្នកបាត់បង់ការធានារ៉ាប់រង Medi-Cal ពេញលេញ** អ្នកបង់ប្រាក់ដូចខាងក្រោមក្នុងមួយការជួបពិនិត្យម្តងអាស្រ័យលើគម្រោងដែលអ្នកបានចុះឈ្មោះ៖ • South P1 – **$115** • South P6 – **$115** • South P7 – **$115** • South P9 – **$0** • South P10 – **$115** • South P11 – **$115** • North P2 – **$115** • North P16 – **$115** • North P17 – **$115** • North P18 – **$115** • North P19 – **$115** • North P20 – **$115** • North P21 – **$115**

	សេវាដែលបានធានារ៉ាប់រង	អ្វីដែលអ្នកត្រូវបង់
	ការថែទាំដែលត្រូវការជាបន្ទាន់ (បន្ត)	• North P22 – **$115** • North P23 – **$115** • North P24 – **$115** • North P25 – **$115**
	ការថែទាំភ្នែក យើងបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាដូចខាងក្រោម៖ • ការពិនិត្យភ្នែកជាប្រចាំមួយលើករៀងរាល់ឆ្នាំ	$0 ពិគ្រោះជាមួយអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក ហើយទទួលយកការបញ្ជូនបន្តសម្រាប់វេជ្ជបណ្ឌិតព្យាបាលរោគភ្នែក។
	យើងខ្ចប់ងប់ប្រាក់សម្រាប់សេវាវេជ្ជបណ្ឌិតជំងឺមិនស្នាក់ព្យាបាលសម្រាប់ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ និងការព្យាបាលជំងឺ និងរបួសនៃភ្នែក។ ឧទាហរណ៍ ការព្យាបាលជំងឺខូចចំណុចកណ្តាលនៃរេទីនភ្នែកដោយសារវ័យ។ **អត្ថប្រយោជន៍នេះត្រូវបានបន្តនៅទំព័របន្ទាប់**	$0 ពិគ្រោះជាមួយអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក ហើយទទួលយកការបញ្ជូនបន្តសម្រាប់វេជ្ជបណ្ឌិតព្យាបាលរោគភ្នែក។ **ប្រសិនបើអ្នកជាប់បង់ការធានារ៉ាប់រង Medi-Cal ពេញលេញ** អ្នកត្រូវបង់ប្រាក់ដូចខាងក្រោម **សម្រាប់ការមកទទួលសេវាពីគ្រូពេទ្យចក្ខុរោគក្នុងមួយលើក** អាស្រ័យលើកម្រិតដែលអ្នកបានចុះឈ្មោះ៖ • South P1 – **$0** • South P6 – **$0** • South P7 – **$0** • South P9 – **$0** • South P10 – **$0** • South P11 – **$0** • North P2 – **$0** • North P16 – **$0** • North P17 – **$0** • North P18 – **$0** • North P19 – **$0** • North P20 – **$0** • North P21 – **$0** • North P22 – **$0** • North P23 – **$0** • North P24 – **$5** • North P25 – **$0**

សេវាដែលបានធានារ៉ាប់រង		អ្វីដែលអ្នកត្រូវបង់
	ការថែទាំភ្នែក (បន្ត) សម្រាប់អ្នកដែលមានហានិភ័យខ្ពស់នៃជំងឺទឹកដក់ក្នុងភ្នែក យើងខ្ញុំបង់ប្រាក់សម្រាប់ការពិនិត្យស្ទ្រីនជំងឺទឹកដក់ក្នុងភ្នែកមួយលើករៀងរាល់ឆ្នាំ។ អ្នកដែលមានហានិភ័យខ្ពស់នៃជំងឺទឹកដក់ក្នុងភ្នែករួមមាន៖ • អ្នកដែលមានប្រវត្តិគ្រួសារមានជំងឺទឹកដក់ក្នុងភ្នែក • អ្នកដែលមានជំងឺទឹកនោមផ្អែម • ជនជាតិអាម៉េរិកដើមកំណើតអាហ្វ្រិកដែលមានអាយុចាប់ពី 50 ឆ្នាំឡើងទៅ • ជនជាតិអាមេរិកដើមកំណើតអេស្ប៉ាញដែលមានអាយុចាប់ពី 65 ឆ្នាំឡើងទៅ សម្រាប់អ្នកដែលមានជំងឺទឹកនោមផ្អែម យើងខ្ញុំបង់ប្រាក់សម្រាប់ការពិនិត្យស្ទ្រីនជំងឺរេទីនភ្នែកដោយសារទឹកនោមផ្អែមម្តងក្នុងមួយឆ្នាំ។	$0 សមាជិកនៅរដ្ឋ California ភាគខាងត្បូង សូមពិភាក្សាជាមួយអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក និងទទួលបានការបញ្ជូនបន្ត។
	ឧបករណ៍ពាក់លើភ្នែកបន្ទាប់ពីការវះកាត់ជាយភ្នែក៖ យើងខ្ញុំបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាដូចខាងក្រោម៖ • យើងបង់ប្រាក់ទូទាត់សម្រាប់វ៉ែនតាមួយគូរ ឬកែវភ្នែកបន្ទាប់ពីមានការវះកាត់ភ្នែកឡើងជាយរួច នៅពេលគ្រូពេទ្យដាក់បញ្ចូលកែវសិប្បនិម្មិតដាក់ភ្នែក។ • ប្រសិនបើអ្នកធ្វើការវះកាត់ជាយភ្នែកដាច់ដោយឡែកពីគ្នាចំនួនពីរលើក អ្នកត្រូវតែទទួលបានវ៉ែនតាមួយគូបន្ទាប់ពីការវះកាត់នីមួយៗ។ អ្នកមិនអាចទទួលបានវ៉ែនតាពីរគូបន្ទាប់ពីការវះកាត់លើកទីពីរនោះទេ បើទោះបីជាអ្នកមិនបានទទួលវ៉ែនតាបន្ទាប់ពីការវះកាត់លើកទីមួយក៏ដោយ។ • កែវ/ដងវ៉ែនតា (និងការផ្លាស់ប្តូរ) ដែលចាំបាច់បន្ទាប់ពីការកាត់ជោសជាយភ្នែកដោយមិនមានការដាក់បញ្ចូលកែវ	$0 ពិគ្រោះជាមួយអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក ហើយទទួលយកការបញ្ជូនបន្ត។ **ចំណាំ៖** ប្រសិនបើវ៉ែនតាដែលអ្នកទិញមានតម្លៃថ្លៃជាងអ្វីដែល Medicare ធានារ៉ាប់រង អ្នកត្រូវបង់ប្រាក់ខុសគ្នា។
	វ៉ែនតា និងកែវដាក់ផ្ទាល់នឹងភ្នែក៖ម្តងរៀងរាល់ 12 ខែ យើងខ្ញុំផ្តល់ប្រាក់ឧបត្ថម្ភសម្រាប់អ្នកដើម្បីប្រើប្រាស់ក្នុងការទិញវ៉ែនតាពីកន្លែងថែទាំភ្នែករបស់គម្រោង នៅពេលវេជ្ជបណ្ឌិត ឬអ្នកឯកទេសភ្នែកចេញវេជ្ជបញ្ជាឱ្យប្រើវ៉ែនតា ឬកែវដាក់ផ្ទាល់នឹងភ្នែកដើម្បីកែតម្រូវគំហើញ។ ប្រាក់ឧបត្ថម្ភអាចយកមកប្រើប្រាស់សម្រាប់ចំណាយលើធាតុដូចខាងក្រោម៖ • កែវវ៉ែនតា នៅពេលអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញដាក់កែវទៅក្នុងដងវ៉ែនតា **អត្ថប្រយោជន៍នេះត្រូវបានបន្តនៅទំព័របន្ទាប់**	ពិគ្រោះជាមួយអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក ហើយទទួលយកការបញ្ជូនបន្ត។ អ្នកបង់ប្រាក់ $0 រហូតដល់ចំនួនប្រាក់ឧបត្ថម្ភសម្រាប់គម្រោងរបស់អ្នក៖ • South P1 – **$350** • South P6 – **$400** • South P7 – **$500** • South P9 – **$500** • South P10 – **$500**

	សេវាដែលបានធានារ៉ាប់រង	អ្វីដែលអ្នកត្រូវបង់
	ការថែទាំភ្នែក (បន្ត) • ដងវែនតា នៅពេលអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញដាក់កែវពីរ (យ៉ាងហោចណាស់មួយត្រូវតែមានតម្លៃចំណាំងបែរ) ទៅក្នុងដងវែនតា • កែវដាក់ផ្តាល់នឹងភ្នែក ការបំពាក់ និងការផ្តល់ជូន យើងខ្ញុំនឹងមិនផ្តល់ប្រាក់ឧបត្ថម្ភទេ ប្រសិនបើយើងខ្ញុំបានផ្តល់ប្រាក់ឧបត្ថម្ភសម្រាប់ (ឬបានធានារ៉ាប់រង) កែវ ឬដងវែនតាក្នុងរយៈពេល 12 ខែកន្លងមក។ ប្រាក់ឧបត្ថម្ភអាចត្រូវបានប្រើប្រាស់តែនៅពេលទិញដំបូងប៉ុណ្ណោះ។ ប្រសិនបើអ្នកមិនបានប្រើប្រាស់ប្រាក់ឧបត្ថម្ភរបស់អ្នកទាំងអស់នៅពេលទិញដំបូងទេ អ្នកមិនអាចប្រើប្រាស់វានៅពេលក្រោយបានឡើយ។	• South P11 – **$500** • North P2 – **$350** • North P16 – **$350** • North P17 – **$350** • North P18 – **$350** • North P19 – **$350** • North P20 – **$350** • North P21 – **$350** • North P22 – **$350** • North P23 – **$350** • North P24 – **$350** • North P25 – **$350** ប្រសិនបើវែនតាដែលអ្នកទិញមានតម្លៃថ្លៃជាងប្រាក់ឧបត្ថម្ភសម្រាប់គម្រោងរបស់អ្នក **អ្នកត្រូវបង់ប្រាក់ខុសគ្នា។**
	ការផ្លាស់ប្តូរកែវវែនតា៖ ប្រសិនបើអ្នកមានការផ្លាស់ប្តូរវេជ្ជបញ្ជាយ៉ាងហោចណាស់ .50 ឌីអុបទ័រ នៅក្នុងភ្នែកម្ខាង ឬទាំងសងខាងក្នុងរយៈពេល 12 ខែនៃការទិញដំបូងនៃកែវវែនតា ឬកែវដាក់ផ្តាល់នឹងភ្នែក ដែលយើងខ្ញុំបានផ្តល់ប្រាក់ឧបត្ថម្ភសម្រាប់ (ឬបានធានារ៉ាប់រង) យើងខ្ញុំនឹងផ្តល់ប្រាក់ឧបត្ថម្ភសម្រាប់តម្លៃទិញនៃមុខទំនិញផ្លាស់ប្តូរប្រភេទដូចគ្នា (កែវវែនតា ឬកែវដាក់ផ្តាល់នឹងភ្នែក ការបំពាក់ និងការផ្តល់ជូន) សម្រាប់ភ្នែកដែលមានការផ្លាស់ប្តូរ .50 ឌីអុបទ័រ។ ប្រាក់ឧបត្ថម្ភសម្រាប់កែវវែនតាផ្លាស់ប្តូរណាមួយទាំងនេះគឺ **$30** សម្រាប់កែវវែនតាគំហើញតែមួយ ឬសម្រាប់កែវដាក់ផ្តាល់នឹងភ្នែក (រួមទាំងការបំពាក់ និងការផ្តល់ជូន) **$45** សម្រាប់កញ្ចក់វែនតាពហុចម្ងាយ ឬកញ្ចក់វែនតាមីញ៉ូបកម្រិតខ្ពស់ខ្លាំង។	ពិគ្រោះជាមួយអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក ហើយទទួលយកការបញ្ជូនបន្ត។ ប្រសិនបើកែវដែលអ្នកទិញមានតម្លៃថ្លៃជាងប្រាក់ឧបត្ថម្ភ **$30** សម្រាប់កែវគំហើញតែមួយ ឬ **$45** សម្រាប់កែវវែនតាពហុចម្ងាយ ឬកែវវែនតាឡិនទីគុយឡា **អ្នកត្រូវបង់ចំនួនទឹកប្រាក់ដែលលើសពីប្រាក់ឧបត្ថម្ភរបស់អ្នក។**
	កែវដាក់ផ្តាល់នឹងភ្នែកពិសេស៖ យើងខ្ញុំធានារ៉ាប់រងលើកែវដាក់ផ្តាល់នឹងភ្នែកពិសេសដូចខាងក្រោម នៅពេលចេញវេជ្ជបញ្ជាដោយគ្រូពេទ្យក្នុងបណ្តាញ ឬអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញដែលជាអ្នកឯកទេសភ្នែក៖ • រហូតដល់កែវដាក់ផ្តាល់នឹងភ្នែកដែលចាំបាច់ខាងវេជ្ជសាស្ត្រចំនួនពីរ ការបំពាក់ និងការផ្តល់ជូនសម្រាប់ភ្នែកម្ខាងៗ រៀងរាល់ 12 ខែម្តង ដើម្បីព្យាបាលភាពគ្មានប្រស្រិតភ្នែក (ជាត់ប្រស្រិតភ្នែក) **អត្ថប្រយោជន៍នេះត្រូវបានបន្តនៅទំព័របន្ទាប់**	$0 ពិគ្រោះជាមួយអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក ហើយទទួលយកការបញ្ជូនបន្ត។

	សេវាដែលបានធានារ៉ាប់រង	អ្វីដែលអ្នកត្រូវបង់
	ការថែទាំភ្នែក (បន្ត) • ប្រសិនបើកែវដាក់ផ្គាល់នឹងភ្នែក (ក្រៅពីកែវដាក់ផ្គាល់នឹងភ្នែកសម្រាប់ប្រស្រីភ្នែកខ្ចៅមិនគ្រប់គ្រាន់) នឹងផ្តល់នូវភាពប្រសើរឡើងតិចតួចឱ្យក្រត់សម្គាល់ចំពោះគំហើញរបស់អ្នក ដែលកញ្ចក់វ៉ែនតាមិនអាចផ្តល់បានទេ យើងខ្ចីធានារ៉ាប់រងលើកែវដាក់ផ្គាល់នឹងភ្នែកមួយគូ (រួមទាំងការបំពាក់ និងការផ្តល់ជូន) ឬការផ្តត់ផ្គង់ដំបូងនៃកែវដាក់ផ្គាល់នឹងភ្នែកប្រើរួចចោល (រួមទាំងការបំពាក់ និងការផ្តល់ជូន) មិនលើសពីម្តងរៀងរាល់ 12 ខែ។ • ទោះយ៉ាងណាក៏ដោយ យើងនឹងមិនរ៉ាប់រងលើកញ្ចក់លេនពាក់ភ្នែកណាមួយឡើយ ប្រសិនបើយើងបានផ្តល់ប្រាក់ឧបត្ថម្ភ (ឬបានរ៉ាប់រងផ្សេងទៀត) លើកញ្ចក់លេនពាក់ភ្នែកក្នុងរយៈពេល 12 ខែ ប៉ុន្តែមិនបានរាប់បញ្ចូលកញ្ចក់លេនពាក់ភ្នែកដែលបានរ៉ាប់រងសម្រាប់ប្រស្រីភ្នែកខ្ចៅមិនគ្រប់គ្រាន់នោះទេ។	
	វ៉ែនតាក្រោមការធានារ៉ាប់រង Medi-Cal របស់អ្នក៖ វ៉ែនតាពេញលេញ (ដង និងកែវ)៖ Medi-Cal ធានារ៉ាប់រងលើវ៉ែនតាពេញលេញមួយគូ រៀងរាល់ 24 ខែ ជាមួយនឹងវេជ្ជបញ្ជាដែលមានសុពលភាពយ៉ាងហោចណាស់ 0.75 ឌីអុបទ័រ។ **កញ្ចក់វ៉ែនតា៖** យើងខ្ចីនឹងបញ្ជាទិញវ៉ែនតាថ្មី ឬវ៉ែនតាផ្លាស់ប្តូរសម្រាប់អ្នកពីអ្នកផ្គត់ផ្គង់កញ្ចក់វ៉ែនតារបស់ DHCS។ ប្រសិនបើអ្នកផ្គត់ផ្គង់របស់ DHCS មិនអាចផ្តល់កញ្ចក់ដែលអ្នកត្រូវការបានទេ យើងខ្ចីនឹងរៀបចំឱ្យកញ្ចក់របស់អ្នកត្រូវបានធ្វើឡើងនៅមន្ទីរពិសោធន៍អុបទិកផ្សេងទៀត។ អ្នកនឹងមិនចាំបាច់បង់ប្រាក់បន្ថែមទេ ប្រសិនបើយើងខ្ចីធ្វើការរៀបចំ ដោយសារអ្នកផ្គត់ផ្គង់របស់ DHCS មិនអាចធ្វើកញ្ចក់វ៉ែនតារបស់អ្នកបាន។ ប្រសិនបើអ្នកចង់បានកែវវ៉ែនតា ឬលក្ខណៈពិសេសដែលមិនត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយ Medi-Cal នោះ អ្នកប្រហែលជាត្រូវបង់ប្រាក់បន្ថែមសម្រាប់ការបង្កើនកម្រិតទាំងនោះ។ **ដងវ៉ែនតា៖** យើងធានារ៉ាប់រងលើដងវ៉ែនតាថ្មី ឬដងផ្លាស់ប្តូរដែលមានតម្លៃ **$80** ឬទាបជាងនេះ។ ប្រសិនបើអ្នកជ្រើសរើសដងវ៉ែនតាដែលមានតម្លៃថ្លៃជាង **$80** អ្នកត្រូវបង់ប្រាក់ខុសគ្នារវាងតម្លៃនៃដងវ៉ែនតា និង **$80**។	$0 ពិគ្រោះជាមួយអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក ហើយទទួលយកការបញ្ជូនបន្ត។ ប្រសិនបើអ្នកចង់បានកែវវ៉ែនតា ឬលក្ខណៈពិសេសដែលមិនត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយ Medi-Cal នោះ **អ្នកប្រហែលជាត្រូវបង់ប្រាក់បន្ថែមសម្រាប់ការបង្កើនកម្រិតទាំងនោះ។**

អត្ថប្រយោជន៍នេះត្រូវបានបន្តនៅទំព័របន្ទាប់

	សេវាដែលបានធានារ៉ាប់រង	អ្វីដែលអ្នកត្រូវបង់
	ការថែទាំភ្នែក (បន្ត) **ការផ្លាស់ប្តូរលើវ៉ែនតាក្នុងរយៈពេល 24 ខែ៖** ប្រសិនបើអ្នកមានការផ្លាស់ប្តូរវេជ្ជបញ្ជាយ៉ាងហោចណាស់ 0.50 កម្រិតកែវភ្នែក ឬវ៉ែនតារបស់អ្នកត្រូវបានបាត់បង់ ត្រូវបានលួច ឬខូច (ហើយមិនអាចជួសជុលបាន) ហើយវា មិនមែនជាកំហុសរបស់អ្នកទេ។ អ្នកត្រូវតែផ្តល់ឱ្យយើងនូវកំណត់ចំណាំដែលប្រាប់យើងពីរបៀបដែលវ៉ែនតារបស់អ្នកត្រូវបានបាត់បង់ ត្រូវបានលួច ឬខូច។ ដងវ៉ែនតាផ្លាស់ប្តូរនឹងមានម៉ូដដូចគ្នានឹងដងចាស់របស់អ្នក (រហូតដល់ **$80**) ប្រសិនបើវាមិនដល់ 24 ខែផងចាប់តាំងពីអ្នកទទួលបានវ៉ែនតារបស់អ្នក។	
	ឧបករណ៍ជំនួយគំហើញខ្សោយ៖ យើងក៏ធានារ៉ាប់រងលើឧបករណ៍ជំនួយគំហើញខ្សោយក្រោម Medi-Cal ផងដែរ នៅពេលដែលលក្ខខណ្ឌខាងក្រោមត្រូវបានបំពេញ៖ • កម្រិតគំហើញដែលបានកែតម្រូវល្អបំផុតគឺ 20/60 ឬអាក្រក់ជាងនេះនៅក្នុងភ្នែកដែលមើលឃើញច្បាស់ជាង ឬមានការកម្រិតដែនគំហើញនៃភ្នែកណាមួយត្រឹម 10 ដឺក្រេ ឬតិចជាងនេះពីចំណុចសម្លឹងមើល • ស្ថានភាពដ៏ធ្ងន់ធ្ងរដែលបណ្តាលឱ្យមានគំហើញមិនប្រក្រតីគឺរ៉ាំរ៉ៃ ហើយមិនអាចធូរស្រាលបានតាមរយៈមធ្យោបាយវេជ្ជសាស្ត្រ ឬការវះកាត់ទេ • ស្ថានភាពផ្លូវកាយ និងផ្លូវចិត្តរបស់អ្នកទទួលសេវាគឺស្ថិតក្នុងស្ថានភាពមួយ ដែលមានការពឹងទុកសមហេតុផលថាឧបករណ៍ជំនួយនឹងត្រូវបានប្រើប្រាស់ ដើម្បីពង្រឹងមុខងារប្រចាំថ្ងៃរបស់អ្នកទទួលសេវា ការធានារ៉ាប់រងត្រូវបានកម្រិតត្រឹមឧបករណ៍ដែលមានតម្លៃទាបបំផុត ដែលឆ្លើយតបទៅនឹងតម្រូវការរបស់សមាជិក។ ការធានារ៉ាប់រងរបស់ Medi-Cal មិនរួមបញ្ចូលឧបករណ៍ពង្រីកអេឡិចត្រូនិច និងឧបករណ៍ដែលមិនរួមបញ្ចូលកញ្ចក់សម្រាប់ប្រើប្រាស់ជាមួយភ្នែកនោះទេ។	$0 ពិគ្រោះជាមួយអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក ហើយទទួលយកការបញ្ជូនបន្ត។

	សេវាដែលបានធានារ៉ាប់រង	អ្វីដែលអ្នកត្រូវបង់
	ការទៅជួបពិនិត្យជំងឺបង្ការ “Welcome to Medicare” យើងធានារ៉ាប់រងលើការទៅជួបពិនិត្យជំងឺបង្ការ “Welcome to Medicare” តែមួយលើកគត់។ ការទៅជួបពិនិត្យនេះរួមមាន៖ • ការពិនិត្យមើលសុខភាពរបស់អ្នក • ការអប់រំ និងការប្រឹក្សាយោបល់អំពីសេវាបង្ការដែលអ្នកត្រូវការ (រួមទាំងការឆ្លុះពិនិត្យ និងការចាក់ថ្នាំ (ឬវ៉ាក់សាំង)) **និង** • ការបញ្ជូនបន្តសម្រាប់ការថែទាំផ្សេងទៀត ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការ។ **ចំណាំ៖** យើងខ្ញុំធានារ៉ាប់រងលើការទៅជួបពិនិត្យជំងឺបង្ការ "Welcome to Medicare" តែក្នុងអំឡុងពេល 12 ខែដំបូងដែលអ្នកមាន Medicare Part B ប៉ុណ្ណោះ។នៅពេលអ្នកធ្វើការណាត់ជួប សូមប្រាប់ការិយាល័យវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកថាអ្នកចង់កំណត់ពេលសម្រាប់ការទៅជួបពិនិត្យជំងឺបង្ការ “Welcome to Medicare” របស់អ្នក។	$0

E. ការគាំទ្រសហគមន៍

អ្នកអាចទទួលបានការគាំទ្រក្រោមគម្រោងថែទាំតាមលក្ខណៈបុគ្គលរបស់អ្នក។ ការគាំទ្រសហគមន៍ គឺជាសេវា ឬទីកន្លែងជំនួសដែលមានលក្ខណៈសមស្របខាងវេជ្ជសាស្ត្រ និងសន្សំសំចៃថ្លៃចំណាយ ជំនួសឱ្យសេវាដែលបានរ៉ាប់រងក្រោមគម្រោងរដ្ឋ Medi-Cal។ សេវាទាំងនេះមានលក្ខណៈមិនតម្រូវសម្រាប់សមាជិក។ ប្រសិនបើអ្នកមានលក្ខណៈគ្រប់គ្រាន់ សេវាទាំងនេះអាចជួយអ្នកឱ្យរស់នៅដោយឯករាជ្យជាងមុន។ សេវាទាំងនេះមិនជំនួសអត្ថប្រយោជន៍ ដែលអ្នកកំពុងទទួលបានរួចហើយក្រោម Medi-Cal នោះទេ។

ខាងក្រោមនេះគឺជាឧទាហរណ៍នៃសេវាការគាំទ្រសហគមន៍។ សេវាទាំងនេះមិនមានផ្តល់ជូននៅគ្រប់តំបន់ទាំងអស់ទេ។ មិនមែនសមាជិកទាំងអស់សុទ្ធតែមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ដើម្បីទទួលបានការគាំទ្រសហគមន៍នោះទេ។ ដើម្បីមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ អ្នកត្រូវតែបំពេញតាមលក្ខខណ្ឌនិថ្នៃយជាក់លាក់។

ជំនួយសហគមន៍	ការពិពណ៌នា	អ្នកដែលអាចមានសិទ្ធិទទួលបាន
ការផ្លាស់ប្តូរទៅកាន់មណ្ឌលរស់នៅដោយមានជំនួយ (ALF)	សេវាទាំងនេះជួយដល់បុគ្គលម្នាក់ៗឱ្យអាចរស់នៅក្នុងសហគមន៍ និង/ឬជៀសវាងការចូលស្នាក់នៅក្នុងស្ថាប័នថែទាំ។ គោលបំណងនៃសេវាកម្មនេះគឺដើម្បីជួយសម្រួលដល់ការផ្លាស់ប្តូរពីមណ្ឌលថែទាំអ្នកជំងឺសម្រាកព្យាបាលត្រឡប់ទៅកាន់បរិយាកាសដូចផ្ទះ និងសហគមន៍វិញ និង/ឬការពារការចូលសម្រាកព្យាបាលក្នុងមណ្ឌលថែទាំជំនាញ សម្រាប់សមាជិកដែលមានតម្រូវការបន្ទាន់ចំពោះកម្រិតនៃការថែទាំក្នុងមណ្ឌលថែទាំ។	សមាជិកដែល៖ • បានរស់នៅក្នុងមណ្ឌលថែទាំអ្នកជំងឺសម្រាកព្យាបាលរយៈពេល 60+ ថ្ងៃ ហើយចង់ផ្លាស់ទីទៅកាន់កន្លែងថែទាំដែលមានជំនួយ (assisted living facility, ALF) និងអាចរស់នៅដោយមានសុវត្ថិភាពក្នុង ALF **ឬ**

ជំនួយសហគមន៍	ការពិពណ៌នា	អ្នកដែលអាចមានសិទ្ធិទទួលបាន
		• កំពុងរស់នៅក្នុងសហគមន៍ ចង់បន្តរស់នៅក្នុងសហគមន៍ អាចរស់នៅដោយមានសុវត្ថិភាពក្នុងកន្លែងថែទាំដែលមានជំនួយ (ALF) និងត្រូវការកម្រិតនៃការថែទាំក្នុងមណ្ឌលថែទាំ ប៉ុន្តែជ្រើសរើសទទួលសេវាទាំងនោះនៅក្នុង ALF ជំនួសឱ្យការផ្លាស់ទៅរស់នៅក្នុងមណ្ឌលថែទាំ។
ការព្យាបាលជំងឺហឺត	នេះរួមមានការកែប្រែផ្នែករាងកាយនៅក្នុងបរិយាកាសផ្ទះ ដែលចាំបាច់ដើម្បីធានាដល់សុខភាព សុខុមាលភាព និងសុវត្ថិភាពរបស់បុគ្គលនោះ ឬដើម្បីជួយឱ្យបុគ្គលនោះអាចធ្វើសកម្មភាពផ្សេងៗនៅក្នុងផ្ទះបានដោយកាត់បន្ថយលទ្ធភាពកើតមានអាការៈហឺតស្នូចស្រាវ។	សមាជិកដែលបានបញ្ចប់ការវាយតម្លៃកត្តាបរិស្ថានដែលអាចបង្កឱ្យកើតជំងឺហឺតនៅក្នុងផ្ទះ ក្នុងរយៈពេល 12 ខែចុងក្រោយ តាមរយៈអត្ថប្រយោជន៍សេវាបង្ការជំងឺហឺត (Asthma Preventive Services, APS) ដូចដែលបានពិពណ៌នានៅក្នុងតារាងអត្ថប្រយោជន៍
សេវាផ្លាស់ប្តូរទៅរស់នៅក្នុងសហគមន៍ ឬនៅផ្ទះ	នេះរួមបញ្ចូលទាំងការចំណាយលើការរៀបចំដែលមិនកើតឡើងម្តងទៀត សម្រាប់បុគ្គលដែលកំពុងផ្លាស់ប្តូរពីកន្លែងដែលមានអាជ្ញាប័ណ្ណ ទៅការរៀបចំការរស់នៅក្នុងលំនៅឋានឯកជនដែលបុគ្គលនោះទទួលខុសត្រូវដោយផ្ទាល់ចំពោះការចំណាយលើការរស់នៅរបស់គាត់។	សមាជិកដែល៖ • កំពុងទទួលការថែទាំនៅមណ្ឌលថែទាំដែលចាំបាច់តាមវេជ្ជសាស្ត្រ និងមានកម្រិតតម្រូវការការថែទាំស្មើនឹងកម្រិតការថែទាំនៅមណ្ឌលថែទាំអ្នកជំងឺ ហើយជ្រើសរើសផ្លាស់ទៅរស់នៅផ្ទះ និងបន្តទទួលការថែទាំ**និង** • បានស្នាក់នៅក្នុងមណ្ឌលថែទាំអ្នកជំងឺ និង/ឬកន្លែងផ្តល់ការថែទាំស្តារនីតិសម្បទា រយៈពេលលើសពី 60 **និង** • មានចំណាប់អារម្មណ៍ចង់ផ្លាស់ទៅរស់នៅក្នុងសហគមន៍វិញ**និង** • អាចរស់នៅក្នុងសហគមន៍ដោយសុវត្ថិភាព ដោយមានការគាំទ្រ និងសេវាកម្មដែលសមស្រប និងមានថ្លៃចំណាយប្រកបដោយប្រសិទ្ធភាព។

ជំនួយសហគមន៍	ការពិពណ៌នា	អ្នកដែលអាចមានសិទ្ធិទទួលបាន
ការស្នាក់អាសន្នប្រចាំថ្ងៃ	សេវាទាំងនេះត្រូវបានផ្តល់ជូននៅផ្ទះរបស់បុគ្គល ឬនៅក្រៅផ្ទះ ដែលមិនមែនជាកន្លែងថែទាំ។ កម្មវិធីបណ្តុះបណ្តាលសមត្ថភាពសម្រាប់ការរស់នៅប្រចាំថ្ងៃ ត្រូវបានរៀបចំឡើងដើម្បីជួយបុគ្គលម្នាក់ៗឱ្យទទួលបានរក្សាទុក និងកែលម្អជំនាញជួយខ្លួនឯង ជំនាញទំនាក់ទំនងសង្គម និងជំនាញសម្របខ្លួន ដែលចាំបាច់សម្រាប់ការរស់នៅក្នុងបរិយាកាសធម្មតារបស់បុគ្គលនោះដោយជោគជ័យ។	សមាជិកដែល៖ • កំពុងជួបប្រទះភាពគ្មានផ្ទះសម្បែង **ឬ** • បានរួចផុតពីភាពគ្មានផ្ទះសម្បែង និងបានចូលស្នាក់នៅក្នុងផ្ទះក្នុងរយៈពេល 24 **ឬ** • មានហានិភ័យនៃភាពគ្មានផ្ទះសម្បែង ឬការដាក់ឱ្យស្នាក់នៅតាមស្ថាប័នដែលស្ថិរភាពលំនៅឋានរបស់ពួកគេអាចត្រូវបានកែលម្អតាមរយៈការចូលរួមក្នុងកម្មវិធីបណ្តុះបណ្តាលមុខងារប្រចាំថ្ងៃ
ការសម្របខ្លួនតាមលទ្ធភាពបរិស្ថាន (ការកែលម្អលំនៅឋាន)	សេវាទាំងនេះរួមបញ្ចូលទាំងការកែច្នៃរូបវន្តចំពោះផ្ទះ ដែលមានភាពចាំបាច់ដើម្បីធានានូវសុខភាព សុខុមាលភាព និងសុវត្ថិភាពរបស់បុគ្គល ឬអនុញ្ញាតឱ្យបុគ្គលនោះដំណើរការមុខងារឯកាយដោយឯករាជ្យភាពកាន់តែច្រើននៅក្នុងផ្ទះ ហើយបើគ្មានការកែច្នៃនេះទេ អ្នកចូលរួមនឹងទាមទារការដាក់ឱ្យស្នាក់នៅតាមស្ថាប័ន។	សមាជិកដែលមានហានិភ័យនៃការដាក់ឱ្យស្នាក់នៅតាមស្ថាប័ននៅក្នុងកន្លែងថែទាំ។
ជ្រាក់កក់សម្រាប់លំនៅឋាន	សេវាទាំងនេះជួយក្នុងការកំណត់អត្តសញ្ញាណ សម្របសម្រួល រៀបចំទទួលបាន ឬផ្តល់ថវិកាសម្រាប់សេវា និងការកែប្រែមួយដង ដែលចាំបាច់ដើម្បីជួយឱ្យបុគ្គលម្នាក់អាចរៀបចំគ្រួសារ និងបង្កើតលំនៅឋានមូលដ្ឋានបាន ហើយសេវា និងការកែប្រែទាំងនេះមិនរាប់បញ្ចូលថ្លៃបន្ទប់ស្នាក់នៅ និងអាហារឡើយ។	សមាជិកដែល៖ • បំពេញតាមនិយមន័យរបស់ក្រសួងអភិវឌ្ឍន៍លំនៅឋាន និងទីក្រុងរបស់សហរដ្ឋអាមេរិក (“Housing and Urban Development, HUD”) នៃជនគ្មានទីលំនៅ ឬអ្នកដែលមានហានិភ័យនៃការគ្មានទីលំនៅ និងមានកត្តាហានិភ័យគ្លីនិកមួយ ឬច្រើនដូចនេះ **ឬ** • ត្រូវបានកំណត់ថាមានសិទ្ធិទទួលសេវាជំនួយថ្លៃជួលក្នុងអំឡុងពេលផ្លាស់ប្តូរ **ឬ** • បុគ្គលដែលទទួលបានលំនៅឋាន ឬធនធានជំនួយថ្លៃជួលតាមរយៈប្រព័ន្ធសម្របសម្រួលការទទួលសេវាសម្រាប់អ្នកគ្មានផ្ទះសម្បែងនៅក្នុងតំបន់ ឬប្រព័ន្ធស្រដៀងគ្នាក៏មានសិទ្ធិទទួលសេវានេះផងដែរ

ជំនួយសហគមន៍	ការពិពណ៌នា	អ្នកដែលអាចមានសិទ្ធិទទួលបាន
សេវាជួលផ្ទះ និងនិរន្តរភាព	សេវាទាំងនេះផ្តល់សេវាជួលលំនៅហាន និងសេវាគាំទ្រការរក្សាលំនៅហាន ដោយមានគោលដៅរក្សាការជួលលំនៅហាន ឱ្យមានសុវត្ថិភាព និងមានស្ថិរភាព បន្ទាប់ពីទទួលបានលំនៅហាន។	សមាជិកដែល៖ • បំពេញតាមនិយមន័យរបស់ក្រសួងអភិវឌ្ឍន៍លំនៅហាន និងទីក្រុងរបស់សហរដ្ឋអាមេរិក (‘Housing and Urban Development, HUD”) នៃជនគ្មានទីលំនៅ ឬអ្នកដែលមានហានិភ័យនៃការគ្មានទីលំនៅ និងមានកត្តាហានិភ័យគ្លីនិកមួយ ឬច្រើនដូចនេះ **ឬ** • ត្រូវបានកំណត់ថាមានសិទ្ធិទទួលសេវាជំនួយថ្លៃជួលក្នុងអំឡុងពេលផ្លាស់ប្តូរ **ឬ** • បុគ្គលដែលទទួលបានលំនៅហាន ឬជនជាតិជំនួយថ្លៃជួលតាមរយៈប្រព័ន្ធសម្របសម្រួលការទទួលសេវាសម្រាប់អ្នកគ្មានផ្ទះសម្បែង នៅក្នុងតំបន់ ឬប្រព័ន្ធស្រដៀងគ្នា
សេវាអន្តរកាលលំនៅដ្ឋាន/សេវាណែនាំ	សេវាទាំងនេះជួយសមាជិកក្នុងការទទួលបានលំនៅហាន ហើយរួមមានការត្រួតពិនិត្យអ្នកជួល និងការវាយតម្លៃតម្រូវការលំនៅហាន ការរៀបចំផែនការគាំទ្រផ្ទៃកលំនៅហានដែលសមស្របតាមតម្រូវការរបស់បុគ្គល និងការជួយរៀបចំឱ្យទទួលបានលំនៅហាន។	សមាជិកដែល៖ • បំពេញតាមនិយមន័យរបស់ក្រសួងអភិវឌ្ឍន៍លំនៅហាន និងទីក្រុងរបស់សហរដ្ឋអាមេរិក (‘Housing and Urban Development, HUD”) នៃជនគ្មានទីលំនៅ ឬអ្នកដែលមានហានិភ័យនៃការគ្មានទីលំនៅ និងមានកត្តាហានិភ័យគ្លីនិកមួយ ឬច្រើនដូចនេះ **ឬ** • ត្រូវបានកំណត់ថាមានសិទ្ធិទទួលសេវាជំនួយថ្លៃជួលក្នុងអំឡុងពេលផ្លាស់ប្តូរ **ឬ** • បុគ្គលដែលទទួលបានលំនៅហាន ឬជនជាតិជំនួយថ្លៃជួលតាមរយៈប្រព័ន្ធសម្របសម្រួលការទទួលសេវាសម្រាប់អ្នកគ្មានផ្ទះសម្បែង នៅក្នុងតំបន់ ឬប្រព័ន្ធស្រដៀងគ្នា ក៏មានសិទ្ធិទទួលសេវានេះផងដែរ

ជំនួយសហគមន៍	ការពិពណ៌នា	អ្នកដែលអាចមានសិទ្ធិទទួលបាន
អាហារដែលរៀបចំតាមតម្រូវការវេជ្ជសាស្ត្រ / អាហារដែលជួយគាំទ្រដល់ការព្យាបាល	សេវាទាំងនេះរួមមាន 1) អាហារកែច្នៃតាមបែបវេជ្ជសាស្ត្រដែលផ្តល់ដល់សមាជិកនៅផ្ទះដែលបំពេញតាមតម្រូវការរបបអាហារពិសេសរបស់អ្នកដែលមានជំងឺរ៉ាំរ៉ៃ ដែលកែច្នៃដោយអ្នកជំនាញអាហារូបត្ថម្ភដែលបានបញ្ជាក់ និង/ឬ 2) សេវាអាហារ និងអាហារូបត្ថម្ភដែលគាំទ្រផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ។	សមាជិកដែលមានស្ថានភាពសុខភាពធ្ងន់ធ្ងរ ឬរ៉ាំរ៉ៃ ដែលអាចទទួលឥទ្ធិពលពីអាហារូបត្ថម្ភ។
សេវាថែទាំផ្ទាល់ខ្លួន និងមេផ្ទះ	សេវាទាំងនេះផ្តល់ជំនួយលើសកម្មភាពនៃការរស់នៅប្រចាំថ្ងៃ ("ADLs") និងជំនួយលើសកម្មភាពនៃការរស់នៅប្រចាំថ្ងៃដែលប្រើប្រាស់ឧបករណ៍ ("IADLs")។	សមាជិកដែល៖ • មានហានិភ័យសម្រាប់ការសម្រាកនៅមន្ទីរពេទ្យ ឬការដាក់ឱ្យស្នាក់នៅតាមស្ថាប័ននៅក្នុងមណ្ឌលថែទាំ **ឬ** • មានភាពខ្វះខាតផ្នែកមុខងាររាងកាយ និងគ្មានប្រព័ន្ធគាំទ្រគ្រប់គ្រាន់ផ្សេងទៀត **ឬ** • ត្រូវបានអនុម័តសម្រាប់សេវាផ្តល់ការគាំទ្រនៅតាមផ្ទះ។
ការថែទាំស្តារសុខភាព (ការសម្រាកព្យាបាលវេជ្ជសាស្ត្រ)	សេវាទាំងនេះរួមបញ្ចូលទាំងការថែទាំនៅកន្លែងស្នាក់នៅរយៈពេលខ្លីសម្រាប់បុគ្គលដែលលែងត្រូវការការសម្រាកនៅមន្ទីរពេទ្យ ប៉ុន្តែនៅតែត្រូវការព្យាបាលឱ្យជាសះស្បើយពីរបួស ឬជំងឺ ហើយស្ថានភាពរបស់ពួកគេនឹងកាន់តែអាក្រក់ទៅៗដោយសារបរិយាកាសរស់នៅមិនមានស្ថិរភាព។	សមាជិកដែល៖ • ត្រូវការរយៈពេលស្តារឡើងវិញដើម្បីជាសះស្បើយពីការរងរបួស ឬជំងឺ **និង** • បំពេញតាមនិយមន័យនៃភាពគ្មានផ្ទះសម្បែង ឬហានិភ័យនៃភាពគ្មានផ្ទះសម្បែងរបស់ HUD
សេវាថែទាំរយៈពេលខ្លី	សេវាទាំងនេះត្រូវបានផ្តល់ជូនក្នុងរយៈពេលខ្លី ដោយសារការអវត្តមាន ឬតម្រូវការការសម្រាករបស់អ្នកដែលជាទូទៅថែទាំ និង/ឬត្រួតពិនិត្យពួកគេ ហើយសេវានេះមិនមែនជាសេវាវេជ្ជសាស្ត្រតាមធម្មជាតិឡើយ។ សេវានេះគឺខុសប្លែកពីការសម្រាកព្យាបាលវេជ្ជសាស្ត្រ/ការថែទាំស្តារសុខភាព ហើយនេះគឺជាការសម្រាកសម្រាប់តែអ្នកថែទាំប៉ុណ្ណោះ។	សមាជិកដែលរស់នៅក្នុងសហគមន៍ ហើយមានការថយចុះសមត្ថភាពក្នុងការធ្វើសកម្មភាពប្រចាំថ្ងៃ (“Activities of Daily Living, ADLs”) និងពឹងផ្អែកលើអ្នកថែទាំដែលមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ ដើម្បីផ្តល់ការគាំទ្រ ហើយអ្នកថែទាំនោះត្រូវការពេលសម្រាកពីការថែទាំ ដើម្បីជួយកុំឱ្យសមាជិកត្រូវចូលស្នាក់នៅក្នុងស្ថាប័នថែទាំ។

ជំនួយសហគមន៍	ការពិពណ៌នា	អ្នកដែលអាចមានសិទ្ធិទទួលបាន
មជ្ឈមណ្ឌលបន្សាបជាតិស្រវឹង	កន្លែងទាំងនេះដើរតួជាគោលដៅជំនួសសម្រាប់បុគ្គលដែលត្រូវបានគេប្រទះឃើញស្រវឹងជាសាធារណៈ ហើយបើមិនដូច្នោះទេនឹងត្រូវបានដឹកជញ្ជូនទៅកាន់ផ្នែកសង្គ្រោះបន្ទាន់ ឬពន្ធនាគារ។ មជ្ឈមណ្ឌលបន្សាបជាតិស្រវឹងផ្តល់ជូនបុគ្គលទាំងនេះ ជាពិសេសអ្នកដែលគ្មានផ្ទះសម្បែង ឬអ្នកដែលមានស្ថានភាពរស់នៅមិនមានស្ថិរភាព នូវបរិយាកាសគាំទ្រប្រកបដោយសុវត្ថិភាព ដើម្បីឱ្យស្វាងពីជាតិស្រវឹង។	សមាជិកដែល៖ • មានអាយុ 18 ឆ្នាំឡើងទៅ **និង** • ស្ថិតក្នុងស្ថានភាពស្រវឹង ប៉ុន្តែនៅដឹងខ្លួន សហការបាន អាចដើរបាន មិនមានអំពើហិង្សា និងមិនមានសញ្ញានៃបញ្ហាសុខភាពធ្ងន់ធ្ងរ (រួមទាំងរោគសញ្ញាដកសារជាតុដែលអាចគំរាមកំហែងដល់ជីវិត ឬរោគសញ្ញាមូលដ្ឋានដែលអាចមើលឃើញ) **និង** • បើមិនដូច្នោះទេ នឹងត្រូវបានដឹកជញ្ជូនទៅកាន់ផ្នែកសង្គ្រោះបន្ទាន់ ឬពន្ធនាគារ **ឬ** • បានទៅដល់ផ្នែកសង្គ្រោះបន្ទាន់នៃមន្ទីរពេទ្យ និងស័ក្តិសមក្នុងការបញ្ជូនទៅកាន់មណ្ឌលផ្តាច់គ្រឿងស្រវឹង។
ជំនួយថ្លៃឈ្នួលផ្ទះក្នុងពេលផ្លាស់ប្តូរទីលំនៅ	ជំនួយប្រាក់ឈ្នួលផ្ទះរហូតដល់ 6 ខែនៅក្នុងទីតាំងបណ្តោះអាសន្ន ឬអចិន្ត្រៃយ៍។	សមាជិកដែល៖ • មានកត្តាហានិភ័យគ្លីនិកដែលមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់មួយឬច្រើន **និង** • បំពេញតាមនិយមន័យនៃភាពគ្មានផ្ទះសម្បែង ឬហានិភ័យនៃភាពគ្មានផ្ទះសម្បែងរបស់ HUD **និង** • កំពុងផ្លាស់ប្តូរចេញពីកន្លែងដែលមានសិទ្ធិទាំងពីរ៖ ○ កំពុងផ្លាស់ចេញពីស្ថាប័ន ឬកន្លែងស្នាក់នៅរួម ○ កំពុងចាកចេញពីកន្លែងឃុំឃាំង

ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយ ឬចង់ស្វែងយល់ថាតើមានជំនួយគាំទ្រតាមសហគមន៍ណាខ្លះសម្រាប់អ្នក សូមហៅទូរសព្ទទៅសេវាបម្រើសមាជិកតាមលេខ 1-800-443-0815 (TTY 711) ឬពិគ្រោះជាមួយអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នក។

F. អត្ថប្រយោជន៍ដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងនៅក្រៅគម្រោងរបស់យើង

យើងមិនធានារ៉ាប់រងលើសេវាដូចខាងក្រោមនេះទេ ប៉ុន្តែសេវាទាំងនោះមានផ្តល់ជូនតាមរយៈ Medi-Cal បង់ថ្លៃតាមសេវា។

F1. កម្មវិធី California Community Transitions (CCT)

កម្មវិធី California Community Transitions (CCT) ប្រើប្រាស់អង្គការដឹកនាំក្នុងតំបន់ ដើម្បីជួយអ្នកទទួលអត្ថប្រយោជន៍ Medi-Cal ដែលមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ ហើយដែលបានរស់នៅក្នុងមូលដ្ឋានអ្នកជំងឺសម្រាកព្យាបាលក្នុងមន្ទីរពេទ្យយ៉ាងហោចណាស់ 60 ថ្ងៃជាប់គ្នា ឱ្យផ្លាស់ប្តូរត្រឡប់មកវិញ និងរស់នៅដោយសុវត្ថិភាពនៅក្នុងទីតាំងសហគមន៍។ កម្មវិធី CCT ផ្តល់មូលនិធិដល់សេវាសម្របសម្រួលការផ្លាស់ប្តូរទីតាំងក្នុងអំឡុងពេលមុនការផ្លាស់ប្តូរ និងសម្រាប់រយៈពេល 365 ថ្ងៃក្រោយការផ្លាស់ប្តូរ ដើម្បីជួយអ្នកទទួលអត្ថប្រយោជន៍ក្នុងការផ្លាស់ប្តូរត្រឡប់ទៅរស់នៅទីតាំងសហគមន៍វិញ។

អ្នកអាចទទួលបានសេវាសម្របសម្រួលការផ្លាស់ប្តូរទីតាំងពីអង្គការដឹកនាំ CCT ណាមួយដែលបម្រើសេវានៅក្នុងខោនធីដែលអ្នករស់នៅ។ អ្នកអាចស្វែងរកបញ្ជីអង្គការដឹកនាំ CCT និងស្រុកដែលពួកគេបម្រើសេវានៅលើគេហទំព័ររបស់ក្រសួងសេវាថែទាំសុខភាព តាមរយៈ៖ www.dhcs.ca.gov/services/ltc/Pages/CCT.

សម្រាប់សេវាសម្របសម្រួលការផ្លាស់ប្តូរទីតាំង CCT

Medi-Cal បង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាសម្របសម្រួលការផ្លាស់ប្តូរទីតាំង។ អ្នកមិនបង់ប្រាក់អ្វីទាំងអស់សម្រាប់សេវាទាំងនេះ។

សម្រាប់សេវាដែលមិនពាក់ព័ន្ធនឹងការផ្លាស់ប្តូរទីតាំង CCT របស់អ្នក

អ្នកផ្តល់សេវាចេញវិក្កយបត្រមកយើងសម្រាប់សេវារបស់អ្នក។ គម្រោងរបស់យើងបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាដែលបានផ្តល់ជូនបន្ទាប់ពីការផ្លាស់ប្តូរទីតាំងរបស់អ្នក។ អ្នកមិនបង់ប្រាក់អ្វីទាំងអស់សម្រាប់សេវាទាំងនេះ។

ខណៈពេលដែលអ្នកទទួលបានសេវាសម្របសម្រួលការផ្លាស់ប្តូរទីតាំង CCT យើងនឹងបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាដែលមានរាយនាមក្នុងតារាងអត្ថប្រយោជន៍នៅក្នុង**ផ្នែក D**។

គ្មានការផ្លាស់ប្តូរចំពោះអត្ថប្រយោជន៍នៃការធានារ៉ាប់រងឱសថឡើយ

កម្មវិធី CCT មិនធានារ៉ាប់រងលើឱសថទេ។ អ្នកបន្តទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ឱសថធម្មតារបស់អ្នកតាមរយៈគម្រោងរបស់យើង។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមមើល **ជំពូកទី 5** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*។

ចំណាំ៖ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការការថែទាំក្នុងពេលផ្លាស់ប្តូរទីតាំងដែលមិនមែនជា CCT សូមហៅទូរសព្ទទៅអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នក ដើម្បីរៀបចំសេវាទាំងនេះ។ ការថែទាំក្នុងពេលផ្លាស់ប្តូរទីតាំងដែលមិនមែនជា CCT គឺជាការថែទាំដែល**មិន** ពាក់ព័ន្ធនឹងការផ្លាស់ប្តូររបស់អ្នកចេញពីស្ថាប័ន ឬមូលដ្ឋានណាមួយនោះទេ។

F2. Medi-Cal Dental

សេវាធ្មេញជាក់លាក់មួយចំនួនមានផ្តល់ជូនតាមរយៈ Medi-Cal Dental។ ព័ត៌មានបន្ថែមមាននៅលើគេហទំព័រ smilecalifornia.org។ Medi-Cal Dental រួមមានជាអាទិ៍សេវាដូចជា៖

- ការពិនិត្យដំបូង ការថតកាំរស្មីអ៊ិច ការសម្អាត ការប៉ះធ្មេញ និងការព្យាបាលដោយភ្លួយអរ
- ការប៉ះធ្មេញ និងការដាក់ស្រោមធ្មេញ

- ការព្យាបាលរន្ធឫសធ្មេញ
- ក្រាសធ្មេញពាក់មួយផ្នែក និងពេញលេញ ការកែតម្រូវ ការជួសជុល និងការប្តូរទ្រនាប់ធ្មេញ

សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមទាក់ទងនឹងអត្ថប្រយោជន៍ធ្មេញដែលមាននៅក្នុង Medi-Cal Dental ឬប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយក្នុងការស្វែងរកពេទ្យធ្មេញដែលទទួលយក Medi-Cal សូមទាក់ទងខ្សែទូរសព្ទសេវាបម្រើអតិថិជនតាមលេខ 1-800-322-6384 (អ្នកប្រើប្រាស់ TTY ហៅទៅលេខ 1-800-735-2922)។ ការហៅទូរសព្ទនេះមិនគិតថ្លៃទេ។ តំណាងរបស់ Medi-Cal Dental អាចជួយអ្នកចាប់ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ 5 ល្ងាច ថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ។ អ្នកក៏អាចចូលមើលគេហទំព័រ smilecalifornia.org សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមផងដែរ។

នៅក្នុងខោនធី Sacramento និង Los Angeles អ្នកអាចទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ធ្មេញ Medi-Cal តាមរយៈការថែទាំធ្មេញដែលមានការគ្រប់គ្រង (Dental MC)។ ប្រសិនបើអ្នកចង់បានព័ត៌មានបន្ថែមអំពីគម្រោងធ្មេញ Medi-Cal ឬចង់ធ្វើការផ្លាស់ប្តូរ សូមទាក់ទង Health Care Options តាមរយៈលេខ 1-800-430-4263 (អ្នកប្រើប្រាស់ TTY ហៅទៅលេខ 1-800-430-7077) ថ្ងៃចន្ទ ដល់ ថ្ងៃសុក្រ ម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ 6 ល្ងាច។ការហៅទូរសព្ទនេះមិនគិតថ្លៃទេ។ ព័ត៌មានទំនាក់ទំនងDental MC Dental MC ក៏អាចរកបាននៅទីនេះផងដែរ៖ www.dhcs.ca.gov/services/Pages/ManagedCarePlanDirectory.aspx។

F3. សេវាផ្តល់ការគាំទ្រនៅតាមផ្ទះ (IHSS)

- កម្មវិធី IHSS នឹងជួយទូទាត់ថ្លៃសេវាដល់អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំដែលបានចុះឈ្មោះ សម្រាប់សេវាដែលពួកគេផ្តល់ជូនអ្នក ដើម្បីឱ្យអ្នកអាចស្នាក់នៅក្នុងផ្ទះរបស់អ្នកដោយសុវត្ថិភាព។ IHSS ត្រូវបានចាត់ទុកថាជាជម្រើសជំនួសសម្រាប់ការថែទាំក្រៅផ្ទះ ដូចជាផ្ទះថែទាំមនុស្សចាស់ ឬកន្លែងស្នាក់នៅ និងកន្លែងផ្តល់ការថែទាំ។

- ដើម្បីទទួលបានសេវា ការវាយតម្លៃមួយត្រូវបានធ្វើឡើងដើម្បីកំណត់ថាតើសេវាប្រភេទណាដែលអាចត្រូវបានអនុញ្ញាតសម្រាប់អ្នកចូលរួមម្នាក់ៗដោយផ្អែកលើតម្រូវការរបស់ពួកគេ។ ប្រភេទសេវាដែលអាចត្រូវបានអនុញ្ញាតតាមរយៈ IHSS គឺការសម្អាតផ្ទះ ការរៀបចំអាហារ ការបោកគក់ ការទិញគ្រឿងទេស សេវាថែទាំផ្ទាល់ខ្លួន (ដូចជាការថែទាំពោះវៀននិងប្លោកនោម ការងូតទឹក ការតុបតែងខ្លួន និងសេវាជំនួយវេជ្ជសាស្ត្រ) ការអមដំណើរទៅកាន់ការណាត់ជួបផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ និងការត្រួតពិនិត្យការពារសម្រាប់អ្នកដែលមានពិការភាពផ្នែកបញ្ញាស្មារតី។

- អ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នកអាចជួយអ្នកដាក់ពាក្យស្នើសុំ IHSS ជាមួយភ្នាក់ងារសេវាសង្គមក្នុងខោនធីរបស់អ្នក។ ព័ត៌មានទំនាក់ទំនងសម្រាប់ខោនធីរបស់អ្នក អាចរកបាននៅក្នុង**ជំពូកទី 2 ផ្នែក I** ឬនៅ https://www.cdss.ca.gov/inforesources/county-ihss-offices

F4. កម្មវិធីលើកលែង 1915(c) សម្រាប់សេវាតាមផ្ទះ និងសហគមន៍ (HCBS)

កម្មវិធីលើកលែងការថែទាំដែលមានជំនួយ (Assisted Living Waiver, ALW គឺដើម្បីសម្រួលដល់ការផ្លាស់ប្តូរពីកន្លែងថែទាំ ត្រឡប់ទៅការរស់នៅដូចផ្ទះ និងកន្លែងសហគមន៍វិញ)

- Assisted Living Waiver (ALW) ផ្តល់ជូនអ្នកទទួលផលដែលមានសិទ្ធិ Medi-Cal នូវជម្រើសនៃការស្នាក់នៅក្នុងកន្លែងរស់នៅដែលមានជំនួយ ជាជម្រើសមួយសម្រាប់ការដាក់ឱ្យ:ពេលយូរនៅក្នុងមណ្ឌលថែទាំ។ គោលដៅរបស់ ALW គឺដើម្បីសម្រួលដល់ការផ្លាស់ប្តូរពីកន្លែងថែទាំ ត្រឡប់ទៅការរស់នៅដូចផ្ទះ និងកន្លែងសហគមន៍វិញ ឬទប់ស្កាត់ការចូលសម្រាកនៅមណ្ឌលថែទាំជំនាញសម្រាប់អ្នកទទួលអត្ថប្រយោជន៍ដែលត្រូវការជាបន្ទាន់នូវកន្លែងថែទាំ។

- សមាជិកដែលបានចុះឈ្មោះក្នុង ALW អាចបន្តចុះឈ្មោះក្នុង ALW ស្របពេលដែលទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ដែលផ្តល់ដោយគម្រោងរបស់យើងផងដែរ។ គម្រោងរបស់យើងធ្វើការជាមួយទីភ្នាក់ងារសម្របសម្រួលការថែទាំ ALW របស់អ្នក ដើម្បីសម្របសម្រួលសេវាដែលអ្នកទទួលបាន។

- បច្ចុប្បន្ន ALW មានផ្តល់ជូនតែនៅក្នុងខោនធីដូចខាងក្រោមប៉ុណ្ណោះ៖ Alameda, Contra Costa, Fresno, Kern, Los Angeles, Orange, Riverside, Sacramento, San Bernardino, San Diego, San Francisco, San Joaquin, San Mateo, Santa Clara និង Sonoma។

- អ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នកអាចជួយអ្នកក្នុងការដាក់ពាក្យសុំ ALW។ បញ្ជីទីភ្នាក់ងារសម្របសម្រួលការថែទាំ ALW អាចរកបាននៅលើគេហទំព័រខាងក្រោម៖ https://www.dhcs.ca.gov/services/long-term-care-alternatives-home-and-community-based-service-options/participating-care-coordination-agencies/

កម្មវិធីលើកលែងសេវាថែទាំសុខភាពតាមផ្ទះ និងសហគមន៍សម្រាប់ជនជាតិ Californians ដែលមានពិការភាពផ្នែកការអភិវឌ្ឍ (HCBS Waiver for Californians with Developmental Disabilities, HCBS-DD)

California Self-Determination Program (SDP) ការលើកលែងសម្រាប់បុគ្គលដែលមានពិការភាពផ្នែកអភិវឌ្ឍន៍

- មានការលើកលែង 1915(c) ចំនួនពីរ គឺ HCBS-DD Waiver និង SDP Waiver ដែលផ្តល់សេវាដល់អ្នកដែលត្រូវបានធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យថាមានពិការភាពផ្នែកអភិវឌ្ឍន៍ ដែលចាប់ផ្តើមមុនពេលបុគ្គលនោះមានអាយុ 18 ឆ្នាំ ហើយត្រូវបានរំពឹងថានឹងបន្តដោយគ្មានពេលកំណត់។ ការលើកលែងទាំងពីរនេះគឺជាវិធីផ្តល់មូលនិធិដល់សេវាជាក់លាក់មួយចំនួន ដែលអនុញ្ញាតឱ្យជនមានពិការភាពផ្នែកអភិវឌ្ឍន៍អាចរស់នៅឯផ្ទះ ឬនៅក្នុងសហគមន៍ ជាជាងការស្នាក់នៅក្នុងកន្លែងថែទាំសុខភាពដែលមានអាជ្ញាបណ្ណ។ ការចំណាយសម្រាប់សេវាទាំងនេះត្រូវបានផ្តល់មូលនិធិរួមគ្នាដោយកម្មវិធី Medicaid របស់រដ្ឋាភិបាលសហព័ន្ធ និងរដ្ឋ California។ អ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នកអាចជួយភ្ជាប់អ្នកទៅនឹងសេវា DD Waiver។

កម្មវិធីលើកលែងជម្រើសថែទាំតាមផ្ទះ និងសហគមន៍ (Home and Community-Based Alternative, HCBA)

- HCBA Waiver ផ្តល់សេវាគ្រប់គ្រងការថែទាំដល់បុគ្គលដែលមានហានិភ័យក្នុងការត្រូវដាក់ឱ្យស្នាក់នៅផ្ទះថែទាំ ឬស្ថាប័នថែទាំ។ សេវាគ្រប់គ្រងការថែទាំត្រូវបានផ្តល់ដោយក្រុមគ្រប់គ្រងការថែទាំពហុជំនាញ ដែលរួមមានគិលានុបដ្ឋាយិកា និងបុគ្គលិកសង្គមកិច្ច។ ក្រុមការងារសម្របសម្រួលសេវាលើកលែង និងផែនការរដ្ឋ (ដូចជាផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ សុខភាពអាកប្បកិរិយា សេវាផ្តល់ការគាំទ្រនៅតាមផ្ទះ។ល។) ហើយរៀបចំឱ្យមានសេវា និងការគាំទ្រយ:ពេលវែងផ្សេងទៀតដែលមាននៅក្នុងសហគមន៍មូលដ្ឋាន។ សេវាគ្រប់គ្រងការថែទាំ និង Waiver ត្រូវបានផ្តល់ជូននៅកន្លែងស្នាក់នៅផ្អែកលើសហគមន៍របស់អ្នកចូលរួម។ កន្លែងស្នាក់នៅនេះអាចជាកម្មសិទ្ធិឯកជន ដែលទទួលបានតាមរយ:ការរៀបចំជួលពីអ្នកជួល ឬជាកន្លែងស្នាក់នៅរបស់សមាជិកគ្រួសាររបស់អ្នកចូលរួម។

- សមាជិកដែលបានចុះឈ្មោះក្នុង HCBA Waiver អាចបន្តចុះឈ្មោះក្នុង HCBA Waiver ស្របពេលដែលទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ដែលផ្តល់ដោយគម្រោងរបស់យើងផងដែរ។ គម្រោងរបស់យើងធ្វើការជាមួយទីភ្នាក់ងារ HCBA Waiver របស់អ្នក ដើម្បីសម្របសម្រួលសេវាដែលអ្នកទទួលបាន។

- អ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នកអាចជួយអ្នកក្នុងការដាក់ពាក្យសុំ HCBA។ បញ្ជីទីភ្នាក់ងារ HCBA Waiver អាចរកបាននៅលើគេហទំព័រខាងក្រោម៖ Home and Community-Based Alternatives Waiver | DHCS

កម្មវិធីលើកលែង Medi-Cal (Medi-Cal Waiver Program, MCWP)

- Medi-Cal Waiver Program (MCWP) ផ្តល់សេវាគ្រប់គ្រងករណីគ្រប់ជ្រុងជ្រោយ និងសេវាថែទាំផ្ទាល់ដល់អ្នករស់នៅជាមួយ HIV ជាជម្រើសជំនួសការថែទាំនៅកន្លែងថែទាំ ឬការចូលសម្រាកនៅមន្ទីរពេទ្យ។ ការគ្រប់គ្រងករណីគឺជាវិធីសាស្ត្រជាក្រុមដែលផ្តោតលើអ្នកចូលរួម ដែលរួមមានគិលានុបដ្ឋាយិកាចុះបញ្ជី និងអ្នកគ្រប់គ្រងករណីផ្នែកសង្គមកិច្ច។ អ្នកគ្រប់គ្រងករណីធ្វើការជាមួយអ្នកចូលរួម និងអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំបឋម គ្រួសារ អ្នកថែទាំ និងអ្នកផ្តល់សេវាផ្សេងទៀត ដើម្បីវាយតម្លៃតម្រូវការថែទាំ ក្នុងការរក្សាអ្នកចូលរួមឱ្យរស់នៅក្នុងផ្ទះ និងសហគមន៍របស់ពួកគេ។

- គោលដៅរបស់ MCWP គឺដើម្បី៖ (1) ផ្តល់សេវាផ្នែកលើផ្ទះ និងសហគមន៍សម្រាប់អ្នកផ្ទុក HIV ដែលបើមិនដូច្នេះទេ ពួកគេអាចនឹងត្រូវការសេវានៅស្ថាប័នថែទាំ (2) ជួយអ្នកចូលរួមក្នុងការគ្រប់គ្រងសុខភាពពី HIV (3) កែលម្អការទទួលបានការគាំទ្រផ្នែកសង្គម និងសុខភាពអាកប្បកិរិយា និង (4) សម្របសម្រួលអ្នកផ្តល់សេវា និងលុបបំបាត់ការផ្តល់សេវាជាន់គ្នា។

- សមាជិកដែលបានចុះឈ្មោះក្នុង MCWP Waiver អាចបន្តចុះឈ្មោះក្នុង MCWP Waiver ស្របពេលដែលទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ដែលផ្តល់ដោយគម្រោងរបស់យើងផងដែរ។ គម្រោងរបស់យើងធ្វើការជាមួយទីភ្នាក់ងារ MCWP Waiver របស់អ្នក ដើម្បីសម្របសម្រួលសេវាដែលអ្នកទទួលបាន។

- អ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នកអាចជួយអ្នកក្នុងការដាក់ពាក្យសុំ MCWP។ បញ្ជីទីភ្នាក់ងារ MCWP Waiver អាចរកបាននៅលើគេហទំព័រខាងក្រោម៖ https://www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/Pages/OA_MCWP_Provider_List.aspx

កម្មវិធីសេវាជនចាស់ជរាពហុគោលបំណង (Multipurpose Senior Services Program, MSSP)

- Multipurpose Senior Services Program (MSSP) ផ្តល់សេវាគ្រប់គ្រងការថែទាំទាំងផ្នែកសង្គម និងសុខភាព ដើម្បីជួយបុគ្គលម្នាក់ៗឱ្យបន្តរស់នៅក្នុងផ្ទះ និងសហគមន៍របស់ពួកគេ។

- ខណៈពេលដែលអ្នកចូលរួមកម្មវិធីភាគច្រើនក៏ទទួលបានសេវាផ្តល់ការគាំទ្រនៅតាមផ្ទះផងដែរនោះ MSSP ផ្តល់នូវការសម្របសម្រួលការថែទាំបន្ត ភ្ជាប់អ្នកចូលរួមទៅនឹងសេវា និងធនធានសហគមន៍ដែលចាំបាច់ផ្សេងទៀត សម្របសម្រួលជាមួយអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាព និងទិញសេវាចាំបាច់មួយចំនួនដែលមិនមាន ដើម្បីទប់ស្កាត់ ឬពន្យារពេលការដាក់ឱ្យស្នាក់នៅស្ថាប័នថែទាំ។ ការចំណាយសរុបប្រចាំឆ្នាំនៃការគ្រប់គ្រងការថែទាំ និងសេវាផ្សេងៗទៀតរួមបញ្ចូលគ្នា ត្រូវតែទាបជាងតម្លៃនៃការទទួលបានការថែទាំនៅក្នុង មណ្ឌលថែទាំជំនាញ។

- ក្រុមអ្នកជំនាញផ្នែកសុខភាព និងសេវាសង្គម ផ្តល់ជូនអ្នកចូលរួម MSSP ម្នាក់ៗនូវការវាយតម្លៃសុខភាព និងចិត្តសង្គមពេញលេញ ដើម្បីកំណត់សេវាដែលត្រូវការ។ បន្ទាប់មក ក្រុមនេះធ្វើការជាមួយអ្នកចូលរួម MSSP ក្រុមគ្រួសាររបស់ពួកគេ និងអ្នកផ្សេងទៀត ដើម្បីរៀបចំគម្រោងថែទាំតាមលក្ខណៈបុគ្គល។ សេវារួមមាន៖

  - ការគ្រប់គ្រងការថែទាំ
  - ការថែទាំពេលថ្ងៃសម្រាប់មនុស្សពេញវ័យ
  - ការជួសជុល/ការថែទាំផ្ទះតិចតួច
  - សេវាការងារផ្ទះបន្ថែម ការថែទាំផ្ទាល់ខ្លួន និងសេវាត្រួតពិនិត្យការពារ
  - សេវាថែទាំរយៈពេលខ្លី

- សេវាធ្វើដំណើរ
- សេវាប្រឹក្សាយោបល់ និងការព្យាបាល
- សេវាអាហារ
- សេវាទំនាក់ទំនង

- សមាជិកដែលបានចុះឈ្មោះក្នុង MSSP Waiver អាចបន្តចុះឈ្មោះក្នុង MSSP Waiver ស្របពេលដែលទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ដែលផ្តល់ដោយគម្រោងរបស់យើងផងដែរ។ គម្រោងរបស់យើងធ្វើការជាមួយអ្នកផ្តល់សេវា MSSP របស់អ្នក ដើម្បីសម្របសម្រួលសេវាដែលអ្នកទទួលបាន

- អ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នកអាចជួយអ្នកក្នុងការដាក់ពាក្យសុំ MSSP។ បញ្ជីទីភ្នាក់ងារអ្នកផ្តល់សេវា MSSP អាចរកបាននៅលើគេហទំព័រខាងក្រោម៖ aging.ca.gov/Providers_and_Partners/Multipurpose_Senior_Services_Program/Service_Area_Map/

F5. សេវាសុខភាពអាកប្បកិរិយាតាមខោនធីដែលផ្តល់ជូនក្រៅគម្រោងរបស់យើង (សេវាសុខភាពផ្លូវចិត្ត និងសេវាបញ្ឈប់ប្រើប្រាស់សារធាតុញៀន)

អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានសេវាសុខភាពអាកប្បកិរិយាដែលចាំបាច់ខាងវេជ្ជសាស្ត្រ ដែលរ៉ាប់រងដោយ Medicare និង Medi-Cal។ យើងផ្តល់ជូនការទទួលបានសេវាសុខភាពអាកប្បកិរិយា ដែលរ៉ាប់រងដោយ Medicare និងការថែទាំដែលគ្រប់គ្រងដោយ Medi-Cal។ គម្រោងរបស់យើងមិនផ្តល់សេវាសុខភាពផ្លូវចិត្តឯកទេសរបស់ Medi-Cal ឬសេវាជំងឺប្រើប្រាស់សារធាតុញៀនតាមខោនធីទេ ប៉ុន្តែសេវាទាំងនេះមានផ្តល់ជូនអ្នកតាមរយៈទីភ្នាក់ងារសុខភាពអាកប្បកិរិយាប្រចាំខោនធី។

សេវាសុខភាពផ្លូវចិត្តឯកទេសរបស់ Medi-Cal មានផ្តល់ជូនអ្នកតាមរយៈគម្រោងសុខភាពផ្លូវចិត្តប្រចាំខោនធី (MHP) ប្រសិនបើអ្នកបំពេញតាមលក្ខខណ្ឌតម្រូវដើម្បីទទួលបានសេវាសុខភាពផ្លូវចិត្តឯកទេស។ សេវាសុខភាពផ្លូវចិត្តឯកទេសរបស់ Medi-Cal ដែលផ្តល់ដោយ MHP ប្រចាំខោនធីរបស់អ្នករួមមាន៖

- សេវាសុខភាពផ្លូវចិត្ត
- សេវាគាំទ្រផ្នែកថ្នាំពេទ្យ
- សេវាព្យាបាលជិតដល់ពេលថ្ងៃ
- ការស្តារនីតិសម្បទាពេលថ្ងៃ
- សេវាអន្តរាគមន៍ក្នុងពេលមានវិបត្តិ
- សេវាធ្វើឱ្យមានស្ថិរភាពក្នុងពេលមានវិបត្តិ
- សេវាព្យាបាលនៅកន្លែងស្នាក់នៅសម្រាប់មនុស្សពេញវ័យ
- សេវាព្យាបាលនៅកន្លែងស្នាក់នៅពេលមានវិបត្តិ
- សេវាកន្លែងថែទាំសុខភាពផ្លូវចិត្ត
- សេវាមន្ទីរពេទ្យសម្រាប់អ្នកជំងឺសម្រាកព្យាបាលក្នុងមន្ទីរពេទ្យផ្នែកសុខភាពផ្លូវចិត្ត
- ការគ្រប់គ្រងករណីតាមគោលដៅ
- សេវាគាំទ្រពីអ្នកមានបទពិសោធស្រដៀងគ្នា នៅកន្លែងដែលមានផ្តល់ជូន
- សេវាអន្តរាគមន៍ក្នុងពេលមានវិបត្តិចល័តតាមសហគមន៍ នៅកន្លែងដែលមានផ្តល់ជូន

- សេវាព្យាបាលអាកប្បកិរិយា
- ការថែទាំតាមបែបព្យាបាលក្នុងគ្រួសារធម៌
- ការធ្វើសមាហរណកម្មឡើងវិញសម្រាប់អ្នកពាក់ព័ន្ធនឹងប្រព័ន្ធយុត្តិធម៌ នៅកន្លែងដែលមានផ្តល់ជូន
- ការព្យាបាលក្នុងសហគមន៍យ៉ាងសកម្ម (ACT)
- ការព្យាបាលក្នុងសហគមន៍យ៉ាងសកម្មផ្នែកកោសល្យវិច័យ (FACT) នៅកន្លែងដែលមានផ្តល់ជូន
- ការថែទាំឯកទេសដោយមានការសម្របសម្រួល (CSC) សម្រាប់អាការៈវិកលចរិតដំណាក់កាលដំបូង (FEP) នៅកន្លែងដែលមានផ្តល់ជូន
- សេវាក្លឹបគាំទ្រសហគមន៍ នៅកន្លែងដែលមានផ្តល់ជូន
- សេវាបុគ្គលិកសុខាភិបាលសហគមន៍ (CHW) កម្រិតខ្ពស់ នៅកន្លែងដែលមានផ្តល់ជូន

សេវា Drug Medi-Cal (DMC) មានផ្តល់ជូនអ្នកតាមរយៈទីភ្នាក់ងារសុខភាពអាកប្បកិរិយាប្រចាំខោនធីរបស់អ្នក ប្រសិនបើអ្នកបំពេញតាមលក្ខខណ្ឌតម្រូវដើម្បីទទួលបានសេវាទាំងនេះ។

- សេវាព្យាបាលអ្នកជំងឺក្រៅយ៉ាងជិតដល់
- ការព្យាបាលបញ្ឈប់ប្រើប្រាស់សារធាតុញៀននៅកន្លែងស្នាក់នៅសម្រាប់ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ និងក្រោយសម្រាល
- សេវាព្យាបាលអ្នកជំងឺក្រៅ
- កម្មវិធីព្យាបាលការញៀនថ្នាំ
- ថ្នាំពេទ្យសម្រាប់ព្យាបាលការញៀន (ដែលហៅផងដែរថា ការព្យាបាលដោយមានជំនួយពីថ្នាំពេទ្យ)
- សេវាគាំទ្រពីអ្នកមានបទពិសោធស្រដៀងគ្នា នៅកន្លែងដែលមានផ្តល់ជូន
- សេវាអន្តរាគមន៍ក្នុងពេលមានវិបត្តិចល័តតាមសហគមន៍ នៅកន្លែងដែលមានផ្តល់ជូន

សេវា Drug Medi-Cal Organized Delivery System (DMC-ODS) រួមមាន៖

- សេវាព្យាបាលអ្នកជំងឺក្រៅ
- សេវាព្យាបាលអ្នកជំងឺក្រៅយ៉ាងជិតដល់
- សេវាសម្រាកព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យដោយផ្នែក
- ថ្នាំពេទ្យសម្រាប់ព្យាបាលការញៀន (ដែលហៅផងដែរថា ការព្យាបាលដោយមានជំនួយពីថ្នាំពេទ្យ)
- សេវាព្យាបាលនៅកន្លែងស្នាក់នៅ
- សេវាគ្រប់គ្រងការដាច់ការញៀន
- កម្មវិធីព្យាបាលការញៀនថ្នាំ
- សេវាស្តារនីតិសម្បទា
- ការសម្របសម្រួលនៃការថែទាំ
- សេវាគាំទ្រពីអ្នកមានបទពិសោធស្រដៀងគ្នា នៅកន្លែងដែលមានផ្តល់ជូន
- សេវាអន្តរាគមន៍ក្នុងពេលមានវិបត្តិចល័តតាមសហគមន៍ នៅកន្លែងដែលមានផ្តល់ជូន
- សេវាគ្រប់គ្រងកត្តាជំរុញទឹកចិត្ត នៅកន្លែងដែលមានផ្តល់ជូន
- សេវាព្យាបាលអ្នកជំងឺសម្រាកព្យាបាលក្នុងមន្ទីរពេទ្យ

បន្ថែមពីលើសេវាដែលបានរាយនាមខាងលើ អ្នកអាចមានសិទ្ធិទទួលបានសេវាបន្សាបជាតិពុលសម្រាប់អ្នកជំងឺសម្រាកព្យាបាលក្នុងមន្ទីរពេទ្យដោយស្ម័គ្រចិត្ត ប្រសិនបើអ្នកបំពេញតាមលក្ខខណ្ឌតម្រូវ។

G. អត្ថប្រយោជន៍ដែលមិនត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយគម្រោងរបស់យើង Medicare ឬ Medi-Cal

ផ្នែកនេះប្រាប់អ្នកអំពីអត្ថប្រយោជន៍ដែលត្រូវបានដកចេញដោយគម្រោងរបស់យើង។ "បានដកចេញ" មានន័យថាយើងមិនបង់ប្រាក់សម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍ទាំងនេះទេ។ Medicare និង Medi-Cal ក៏មិនបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាទាំងនោះដែរ។

បញ្ជីខាងក្រោមពិពណ៌នាអំពីសេវា និងទំនិញមួយចំនួនដែលមិនត្រូវបានរ៉ាប់រងដោយយើងក្នុងកាលៈទេស:ណាមួយឡើយ និងមួយចំនួនទៀតត្រូវបានដកចេញដោយយើងតែក្នុងករណីខ្លះប៉ុណ្ណោះ។

យើងមិនបង់ប្រាក់សម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍វេជ្ជសាស្ត្រដែលត្រូវបានដកចេញ ដែលមានរាយនាមនៅក្នុងផ្នែកនេះ (ឬនៅកន្លែងផ្សេងទៀតនៅក្នុង *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះ) នោះទេ លើកលែងតែស្ថិតក្រោមលក្ខខណ្ឌជាក់លាក់ដែលបានរាយនាម។ ទោះបីជាអ្នកទទួលបានសេវានៅឯមន្ទីរថែទាំសង្គ្រោះបន្ទាន់ក៏ដោយ គម្រោងនឹងមិនបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវានោះទេ។ ប្រសិនបើអ្នកគិតថាគម្រោងរបស់យើងគួរតែបង់ថ្លៃសេវាដែលមិនមានការធានារ៉ាប់រង អ្នកអាចស្នើសុំបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍បាន។ សម្រាប់ព័ត៌មានអំពីការប្តឹងឧទ្ធរណ៍ សូមមើលទៅ**ជំពូកទី 9**នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*។

បន្ថែមពីលើការដកចេញ ឬការរឹតបន្តឹងណាមួយដែលបានពិពណ៌នានៅក្នុងតារាងអត្ថប្រយោជន៍ គម្រោងរបស់យើងមិនរ៉ាប់រងលើទំនិញ និងសេវាដូចខាងក្រោមនេះទេ៖

- សេវាកម្មដែលត្រូវបានចាត់ទុកថាមិនមែនជា “សមហេតុផល និងចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ” យោងតាម Medicare និង Medi-Cal លើកលែងតែមានរាយបញ្ជីថាជាសេវាកម្មដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រង។ ការដកចេញនេះមិនអនុវត្តចំពោះសេវា ឬទំនិញដែលមិនត្រូវបានរ៉ាប់រងដោយ Original Medicare នោះទេ ប៉ុន្តែត្រូវបានរ៉ាប់រងដោយគម្រោងរបស់យើង។
- នីតិវិធីវេជ្ជសាស្ត្រ និងការវះកាត់ដែលជាការពិសោធ ឧបករណ៍ និងថ្នាំដែលជាការពិសោធ។ នីតិវិធី និងសម្ភារៈពិសោធន៍ គឺជាសម្ភារៈ និងនីតិវិធីទាំងឡាយដែលត្រូវបានកំណត់ដោយ Original Medicare ថាមិនមានការទទួលស្គាល់ជាទូទៅដោយសហគមន៍វេជ្ជសាស្ត្រនោះទេ។ អាចនឹងត្រូវបានរ៉ាប់រងដោយ Original Medicare ក្រោមការសិក្សាស្រាវជ្រាវព្យាបាលដែលទទួលបានការឯកភាពដោយ Medicare។ (សូមមើល**ជំពូកទី 3** សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីការសិក្សាស្រាវជ្រាវព្យាបាល។)
- បន្ទប់ឯកជននៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យ លើកលែងតែក្នុងករណីដែលចាំបាច់តាមវេជ្ជសាស្ត្រ។
- គិលានុបដ្ឋាកបំពេញភារកិច្ចឯកជន។
- ទំនិញផ្ទាល់ខ្លួននៅក្នុងបន្ទប់របស់អ្នកនៅឯមន្ទីរពេទ្យ ឬមណ្ឌលថែទាំ។
- ការថែទាំដោយគិលានុបដ្ឋាយិកាពេញម៉ោងនៅផ្ទះរបស់អ្នក។
- ថ្លៃសេវាដែលគិតប្រាក់ដោយសាច់ញាតិជិតស្និទ្ធរបស់អ្នក ឬសមាជិកក្នុងគ្រួសាររបស់អ្នក។
- នីតិវិធី ឬសេវាកម្មកែលម្អតាមការជ្រើសរើស ឬតាមការស្ម័គ្រចិត្ត (រួមមាន ការសម្រកទម្ងន់ ការកាត់បន្ថយការជ្រុះសក់ ឬជំរុញការលូតលាស់សក់ ការកែលម្អសមត្ថភាពផ្លូវភេទ ការកែលម្អសមត្ថភាពកីឡា គោលបំណងកែសម្ផស្ស ការប្រឆាំងភាពចាស់ និងការកែលម្អសមត្ថភាពផ្លូវចិត្ត) លើកលែងតែក្នុងករណីដែលចាំបាច់តាមវេជ្ជសាស្ត្រ។

- ការថែទាំចាប់សរសៃ និងសន្លាក់ ក្រៅពីការចាប់សរសៃរ្នឹងខ្នងដោយដៃដែលស្របតាមការណែនាំនៃការជានារ៉ាប់រង។
- ការថែទាំជើងតាមទម្លាប់ លើកលែងតែដូចដែលបានពិពណ៌នានៅក្នុង "សេវាព្យាបាលជើង" នៅក្នុងតារាងអត្ថប្រយោជន៍ក្នុង **ផ្នែក D**។
- ស្បែកជើងជំនួយមុខងារជើង លុះត្រាតែស្បែកជើងនេះជាផ្នែកមួយនៃឧបករណ៍ជំនួយជើង ហើយត្រូវបានបញ្ចូលទៅក្នុងថ្លៃដើមនៃឧបករណ៍ជំនួយនោះ ឬស្បែកជើងនោះសម្រាប់អ្នកដែលមានជំងឺជើងបណ្តាលមកពីជំងឺទឹកនោមផ្អែម។
- ការរះកាត់កែតម្រូវកំហឹញ (ឧទាហរណ៍ ការរះកាត់ LASIK)។
- នីតិវិធីព្យាបាលលើការក្រៀវ
- សេវាកម្មព្យាបាលរោគតាមរបៀបធម្មជាតិ (ការប្រើប្រាស់ការព្យាបាលតាមបែបធម្មជាតិ ឬរបៀបព្យាបាលតាមជម្រើសផ្សេង)។
- សេវាកម្មដែលផ្តល់ឱ្យអតីតយុទ្ធជននៅឯមន្ទីរកិច្ចការអតីតយុទ្ធជន (Veterans Affairs, VA)។ ទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយ នៅពេលដែលអតីតយុទ្ធជនទទួលបានសេវាសង្គ្រោះបន្ទាន់នៅមន្ទីរពេទ្យ VA ហើយចំណែកចូលរួមបង់ប្រាក់របស់ VA មានចំនួនច្រើនជាងការចូលរួមចំណាយក្រោមគម្រោងរបស់យើង យើងនឹងសងប្រាក់ត្រឡប់ទៅអតីតយុទ្ធជនវិញសម្រាប់ចំនួនទឹកប្រាក់ដែលខុសគ្នានោះ។ អ្នកនៅតែទទួលខុសត្រូវចំពោះចំនួនទឹកប្រាក់នៃចំណែកចូលរួមបង់ប្រាក់របស់អ្នក។
- ការពិនិត្យ និងសេវាជាក់លាក់៖
  - ដើម្បីទទួលបាន ឬរក្សាការងារ
  - ដើម្បីទទួលបានការជានារ៉ាប់រង
  - ដើម្បីទទួលបានអាជ្ញាបណ្ណណាមួយ
  - តាមដីការបស់តុលាការ ឬសម្រាប់ការពារទោស ឬការសាកល្បង
  - ការដកចេញនេះមិនអនុវត្តទេ ប្រសិនបើវេជ្ជបណ្ឌិតក្នុងបណ្តាញរកឃើញថាសេវាទាំងនោះមានភាពចាំបាច់ខាងវេជ្ជសាស្ត្រ។
- ទំនិញផ្តល់ជាសុកភាព ឬភាពងាយស្រួល។ ការរ៉ាប់រងរបស់ Medi-Cal មិនរួមបញ្ចូលសម្ភារៈ ឬលក្ខណៈពិសេសដែលផ្តល់ជាសុកភាព ភាពងាយស្រួល ឬប្រណីតភាពឡើយ។ ទាំងនេះរួមបញ្ចូលទំនិញដែលមានគោលបំណងត្រឹមតែសម្រាប់ផ្តល់ជាសុកភាព ឬភាពងាយស្រួលដល់សមាជិក សមាជិកគ្រួសាររបស់សមាជិក ឬអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពរបស់សមាជិកប៉ុណ្ណោះ។ ការដកចេញនេះមិនអនុវត្តចំពោះម៉ាស៊ីនបូមទឹកដោះកម្រិតលក់រាយ ដែលផ្តល់ជូនស្ត្រីក្រោយពេលមានផ្ទៃពោះនោះទេ។ ការដកចេញនេះក៏មិនអនុវត្តផងដែរចំពោះទំនិញដែលបានយល់ព្រមសម្រាប់អ្នកក្រោមការគាំទ្រសហគមន៍។
- សេវាកម្ម ឬនីតិវិធីកែសម្ផស្ស។ ការដកចេញនេះមិនអនុវត្តចំពោះករណីដូចខាងក្រោមទេ៖
  - ការដាក់បញ្ចូលពងស្វាសសប្បនិម្មិត ដែលជាផ្នែកមួយនៃការរះកាត់កែតម្រូវដែលត្រូវបានរ៉ាប់រង។
  - សុដន់សប្បនិម្មិតដែលត្រូវការបន្ទាប់ពីការរះកាត់កាត់សុដន់ចោល ឬការរះកាត់យកដុំសាច់នៅសុដន់ចេញ។
  - សរីរាង្គសប្បនិម្មិត ដើម្បីជំនួសផ្នែកទាំងអស់ ឬមួយផ្នែកនៃទម្រង់ផ្នែកមុខខាងក្រៅ។

- សម្ភារៈផ្គត់ផ្គង់ដែលប្រើប្រាស់បានតែម្តងហើយចោះចោល។ ការរ៉ាប់រងរបស់ Medi-Cal មិនរួមបញ្ចូលសម្ភារៈប្រើប្រាស់បានតែម្តងសម្រាប់ការប្រើប្រាស់នៅផ្ទះដូចខាងក្រោមទេ៖ បង់រុំរបួស ស្បៀរុំរបួស បង់ស្អិតថ្នាំសម្លាប់មេរោគ សម្ភារៈរុំរបួស និងបង់រុំប្រភេទ Ace។ ការដកចេញនេះមិនអនុវត្តចំពោះសម្ភារៈប្រើប្រាស់បានតែម្តងដែលត្រូវបានផ្តល់ជាផ្នែកមួយនៃអត្ថប្រយោជន៍ដូចខាងក្រោម ដែលបានពិពណ៌នានៅក្នុងតារាងអត្ថប្រយោជន៍នោះទេ៖
  - ការព្យាបាលដោយលាងឈាម/ការលាងឈាមតាមម៉ាស៊ីន។
  - ឧបករណ៍វេជ្ជសាស្ត្រប្រើប្រាស់បានយូរ។
  - ការថែទាំសុខភាពតាមផ្ទះ។
  - ការថែទាំនៅមណ្ឌលថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយ និងការថែទាំសម្រាលការឈឺចាប់
  - សម្ភារៈផ្គត់ផ្គង់ ឧបករណ៍ និងគ្រឿងបរិក្ខារវេជ្ជសាស្ត្រ។
  - ឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជា
  - ឧបករណ៍សិប្បនិម្មិត និងសម្ភារៈផ្គត់ផ្គង់ពាក់ព័ន្ធ
- សេវាជំនួយការមានកូន៖
  - ការរ៉ាប់រងរបស់ Medi-Cal មិនរួមបញ្ចូលសេវាដើម្បីជួយនរណាម្នាក់ឱ្យមានផ្ទៃពោះនោះទេ រួមទាំងសេវាព្យាបាលភាពអារ ការចាក់បញ្ចូលទឹកកាមសិប្បនិម្មិត និងសេវាបច្ចេកវិទ្យាជំនួយការពពោះ។ សេវារក្សាលទ្ធភាពឱ្យមានកូនមិនត្រូវបានរ៉ាប់រងដោយ Medi-Cal ទេ។
  - Medicare មិនរ៉ាប់រងលើការបង្កកំណើតដោយមធ្យោបាយសិប្បនិម្មិតនោះទេ ដូចជាការបង្កកំណើតក្នុងកែវ ការផ្ទេរស៊ុីហ្លូតទៅក្នុងបំពង់ដៃស្បូន ការប្តូរស៊ុត និងការផ្ទេរកាម៉ែតទៅក្នុងបំពង់ដៃស្បូន (លើកលែងតែការចាក់បញ្ចូលទឹកកាមសិប្បនិម្មិត និងសេវាពាក់ព័ន្ធ)។
- ទំនិញ និងសេវាកម្មដែលមិនមែនជាទំនិញ និងសេវាកម្មថែទាំសុខភាព លើកលែងតែទំនិញ និងសេវាកម្មទាំងនោះត្រូវបានអនុម័តក្រោមការរ៉ាប់រង Medi-Cal របស់អ្នក តាមរយៈផ្នែកជំនួយសហគមន៍ ឬឧបករណ៍វេជ្ជសាស្ត្រប្រើប្រាស់បានយូរ។ ជាឧទាហរណ៍ យើងមិនរ៉ាប់រងលើ៖
  - ការបង្រៀនអំពីសុជីវធម៌ និងក្បួនខ្នាតសង្គម។
  - សេវាបង្រៀន និងសេវាគាំទ្រដើម្បីអភិវឌ្ឍជំនាញរៀបចំផែនការ ដូចជាការរៀបចំផែនការសកម្មភាពប្រចាំថ្ងៃ និងការរៀបចំផែនការគម្រោង ឬការងារ។
  - ទំនិញ និងសេវាសម្រាប់គោលបំណងបង្កើនចំណេះដឹង ឬជំនាញផ្នែកសិក្សាធិការ។
  - សេវាបង្រៀន និងសេវាគាំទ្រដើម្បីបង្កើនភាពស្លាតវែ។
  - ការបង្ហាត់បង្រៀន ឬការបង្រៀនគួរផ្នែកសិក្សាធិការសម្រាប់ជំនាញដូចជា វេយ្យាករណ៍ គណិតវិទ្យា និងការគ្រប់គ្រងពេលវេលា។
  - ការបង្រៀនអ្នកពីរបៀបអាន ទោះបីជាអ្នកមាន ឬគ្មានជំងឺពិបាកអានក៏ដោយ។
  - ការធ្វើតេស្តផ្នែកអប់រំ។
  - ការបង្រៀនសិល្បៈ ការរាំ ការជិះសេះ តន្ត្រី ការលេង ឬការហែលទឹក លើកលែងតែការដកចេញសម្រាប់ “ការបង្រៀនការលេង” នេះមិនអនុវត្តចំពោះសេវាដែលជាផ្នែកមួយនៃផែនការព្យាបាលសុខភាពអាកប្បកិរិយា និងត្រូវបានរ៉ាប់រងនៅក្នុងជំពូកនេះ។
  - ការបង្រៀនជំនាញសម្រាប់គោលបំណងការងារ ឬវិជ្ជាជីវៈ។

- ការបណ្តុះបណ្តាលវិជ្ជាជីវៈ ឬការបង្រៀនជំនាញវិជ្ជាជីវៈ។
- វគ្គសិក្សាអភិវឌ្ឍជំនាញវិជ្ជាជីវៈ។
- ការបណ្តុះបណ្តាលសម្រាប់ការងារជាក់លាក់ ឬការប្រឹក្សាយោបល់ការងារ។
- ការកែច្នៃផ្ទះ ឬរថយន្តរបស់អ្នក លើកលែងតែវាជាការផ្លាស់ប្តូរបណ្តោះអាសន្នដែលត្រូវបានកំណត់ថាមានភាពចាំបាច់ខាងវេជ្ជសាស្ត្រ ឬត្រូវបានអនុម័តសម្រាប់អ្នកក្រោមការគាំទ្រសហគមន៍។

- ការព្យាបាលដោយលំហាត់ក្នុងទឹក និងការព្យាបាលដោយទឹកផ្សេងទៀត ការដកចេញសម្រាប់ការព្យាបាលក្នុងទឹក និងការព្យាបាលដោយទឹកផ្សេងទៀតនេះ មិនអនុវត្តចំពោះសេវាព្យាបាលដែលជាផ្នែកមួយនៃគម្រោងការព្យាបាលដោយចលនា និងត្រូវបានរាប់រងជាផ្នែកនៃអត្ថប្រយោជន៍ដូចខាងក្រោមទេ៖
  - ការថែទាំសុខភាពតាមផ្ទះ។
  - ការថែទាំនៅមណ្ឌលថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយ និងការថែទាំសម្រាលការឈឺចាប់
  - សេវាស្តារនីតិសម្បទា និងសេវាបណ្តុះបណ្តាលមុខងារឡើងវិញ។
  - សេវាមណ្ឌលថែទាំជំនាញ។
- ការព្យាបាលដោយការម៉ាស្សា។ ការដកចេញនេះមិនអនុវត្តចំពោះសេវាព្យាបាលដែលជាផ្នែកមួយនៃផែនការព្យាបាលដោយចលនា និងត្រូវបានរាប់រងជាផ្នែកនៃអត្ថប្រយោជន៍ដូចខាងក្រោមទេ៖
  - ការថែទាំសុខភាពតាមផ្ទះ។
  - ការថែទាំនៅមណ្ឌលថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយ និងការថែទាំសម្រាលការឈឺចាប់
  - សេវាស្តារនីតិសម្បទា និងសេវាបណ្តុះបណ្តាលមុខងារឡើងវិញ។
  - សេវាមណ្ឌលថែទាំជំនាញ។
- សេវាថែទាំផ្ទាល់ខ្លួន (ការថែទាំជួយក្នុងសកម្មភាពប្រចាំថ្ងៃ) ដូចជា ការជួយក្នុងការធ្វើសកម្មភាពប្រចាំថ្ងៃ (ឧទាហរណ៍៖ ការដើរ ការឡើងចូល និងចុះចេញពីគ្រែ ការងូតទឹក ការស្លៀកពាក់ ការទទួលទានអាហារ ការប្រើបង្គន់ និងការលេបថ្នាំ)។ ការដកចេញនេះមិនអនុវត្តចំពោះការជួយក្នុងសកម្មភាពនៃការរស់នៅប្រចាំថ្ងៃ ដែលត្រូវបានផ្តល់ជាផ្នែកមួយនៃការរាប់រងដែលបានពិពណ៌នាក្រោមអត្ថប្រយោជន៍ដូចខាងក្រោមទេ៖
  - ការថែទាំនៅមណ្ឌលថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយ និងការថែទាំសម្រាលការឈឺចាប់
  - សេវា និងការគាំទ្រថែទាំរយៈពេលយូរ។
  - ការថែទាំនៅមណ្ឌលថែទាំជំនាញ/កម្រិតមធ្យម/កម្រិតស្រាល។
  - ការគាំទ្រសហគមន៍។
- សេវាកម្មដែលមិនត្រូវបានអនុម័តដោយរដ្ឋបាលចំណីអាហារ និងឱសថសហព័ន្ធ។ យើងមិនរាប់រងលើថ្នាំពេទ្យ អាហារបំប៉ន ការធ្វើតេស្ត វ៉ាក់សាំង ឧបករណ៍ សារធាតុវិទ្យុសកម្ម និងសេវាផ្សេងទៀត ដែលតាមច្បាប់តម្រូវឱ្យមានការយល់ព្រមពីរដ្ឋបាលចំណីអាហារ និងឱសថសហព័ន្ធ (“FDA”) ដើម្បីអាចលក់នៅក្នុងសហរដ្ឋអាមេរិក ប៉ុន្តែមិនត្រូវបានយល់ព្រមដោយ FDA ទេ។ ការដកចេញនេះមិនអនុវត្តចំពោះស្ថានភាពដូចខាងក្រោមទេ៖
  - សេវាដែលត្រូវបានរាប់រងក្រោមការសាកល្បងព្យាបាល
  - សេវាដែលត្រូវបានផ្តល់ជាផ្នែកមួយនៃសេវាស្ថិតក្នុងការសាកល្បងដែលត្រូវបានរាប់រង។

- សេវាដែលអនុវត្តដោយបុគ្គលគ្មានអាជ្ញាបណ្ណ។ ការរ៉ាប់រងជាទូទៅមិនរួមបញ្ចូលសេវាដែលត្រូវបានអនុវត្តដោយសុវត្ថិភាព និងមានប្រសិទ្ធភាពដោយបុគ្គលដែលមិនតម្រូវឱ្យមានអាជ្ញាបណ្ណ ឬវិញ្ញាបនបត្រពីរដ្ឋដើម្បីផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាព និងក្នុងករណីដែលស្ថានភាពរបស់សមាជិកមិនតម្រូវឱ្យផ្តល់សេវាដោយអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពដែលមានអាជ្ញាបណ្ណនោះទេ។ ការដកចេញនេះមិនអនុវត្តចំពោះសេវាដែលបានធានារ៉ាប់រងដូចខាងក្រោមទេ៖
  - ការគាំទ្រសហគមន៍ដែលបានយល់ព្រមសម្រាប់អ្នក។
  - សេវាអ្នកប្រឹក្សាសម្រាប់ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ។
  - សេវាបុគ្គលិកសុខាភិបាលសហគមន៍
- សេវាដែលពាក់ព័ន្ធនឹងសេវាដែលមិនត្រូវបានធានារ៉ាប់រង។ នៅពេលដែលសេវាមួយមិនត្រូវបានរ៉ាប់រង សេវាទាំងអស់ដែលពាក់ព័ន្ធនឹងសេវាដែលមិនត្រូវបានរ៉ាប់រងនោះត្រូវបានដកចេញ។ ការដកចេញនេះមិនអនុវត្តចំពោះការព្យាបាលផលវិបាកដែលបណ្តាលមកពីសេវាដែលមិនត្រូវបានរ៉ាប់រងនោះទេ ប្រសិនបើផលវិបាកទាំងនោះត្រូវបានរ៉ាប់រង។ ជាឧទាហរណ៍ ប្រសិនបើអ្នកធ្វើការវះកាត់កែសម្ផស្សដែលមិនត្រូវបានរ៉ាប់រង យើងនឹងមិនរ៉ាប់រងលើសេវាដែលអ្នកទទួលបានដើម្បីរៀបចំសម្រាប់ការវះកាត់ ឬសម្រាប់ការថែទាំតាមដាននោះទេ។ ប្រសិនបើពេលក្រោយមកអ្នករងនូវផលវិបាកដែលគំរាមកំហែងដល់អាយុជីវិត ដូចជាការឆ្លងមេរោគធ្ងន់ធ្ងរ ការដកចេញនេះនឹងមិនត្រូវបានអនុវត្តទេ ហើយយើងនឹងរ៉ាប់រងលើសេវាដែលចាំបាច់ដើម្បីព្យាបាលផលវិបាកនោះ ដរាបណាសេវាទាំងនោះត្រូវបានរ៉ាប់រងក្រោម *សៀវភៅណែនាំសមាជិក នេះ*។

ជំពូកទី 5៖ ការទទួលយកឱសថសម្រាប់អ្នកជំងឺមិនស្នាក់ព្យាបាលរបស់អ្នក

សេចក្តីផ្តើម

ជំពូកនេះពន្យល់ពីវិធានការសម្រាប់ការទទួលយកឱសថសម្រាប់អ្នកជំងឺមិនស្នាក់ព្យាបាលរបស់អ្នក។ ទាំងនេះគឺជាឱសថដែលអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកបញ្ជាទិញសម្រាប់អ្នក ដែលអ្នកទទួលបានពីឱសថស្ថាន ឬតាមរយៈការបញ្ជាទិញតាមប្រៃសណីយ៍។ ឱសថទាំងនោះរួមមានឱសថដែលរ៉ាប់រងក្រោម Medicare Part D និង Medi-Cal។ **ជំពូកទី 6**នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក* នេះប្រាប់អ្នកអំពីអ្វីដែលអ្នកត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថទាំងនេះ។ ពាក្យគន្លឹះ និងអត្ថន័យរបស់វាមានបង្ហាញតាមលំដាប់អក្ខរក្រមនៅក្នុងជំពូកចុងក្រោយនៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះ។

យើងក៏រ៉ាប់រងលើឱសថដូចខាងក្រោមផងដែរ ទោះបីជាវាមិនត្រូវបានពិភាក្សានៅក្នុងជំពូកនេះក៏ដោយ៖

- **ឱសថដែលរ៉ាប់រងដោយ Medicare Part A។** ជាទូទៅ ឱសថទាំងនេះរួមមានថ្នាំពេទ្យដែលផ្តល់ឱ្យអ្នកខណៈពេលដែលអ្នក'កំពុងស្ថិតនៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យ ឬកន្លែងថែទាំ។
- **ឱសថដែលរ៉ាប់រងដោយ Medicare Part B។** ទាំងនេះរួមមានថ្នាំគីមីព្យាបាលមួយចំនួន ថ្នាំចាក់មួយចំនួនដែលផ្តល់ឱ្យអ្នកក្នុងអំឡុងពេលទៅជួបពិគ្រោះជាមួយវេជ្ជបណ្ឌិត ឬអ្នកផ្តល់សេវាផ្សេងទៀត និងឱសថដែលអ្នកទទួលបាននៅគ្លីនិកលាងឈាម។ ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពីឱសថ Medicare Part B ដែលត្រូវបានរ៉ាប់រង សូមមើលទៅកាន់តារាងអត្ថប្រយោជន៍នៅក្នុង**ជំពូកទី 4** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះ។
- បន្ថែមពីលើការធានារ៉ាប់រងលើអត្ថប្រយោជន៍ Medicare Part D និងអត្ថប្រយោជន៍ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្ររបស់គម្រោង ឱសថរបស់អ្នកអាចត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយ Original Medicare ប្រសិនបើអ្នកស្ថិតនៅក្នុងមណ្ឌលថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយរបស់ Medicare។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមមើល **ជំពូកទី 5 ផ្នែក F3** "នៅក្នុងកម្មវិធីមណ្ឌលថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយដែលទទួលស្គាល់ដោយ Medicare។"

វិធានការសម្រាប់ការរ៉ាប់រងឱសថសម្រាប់អ្នកជំងឺមិនស្នាក់ព្យាបាលរបស់គម្រោងយើង

ជាទូទៅ យើងរ៉ាប់រងលើឱសថរបស់អ្នក ដរាបណាអ្នកអនុវត្តតាមវិធានការនៅក្នុងផ្នែកនេះ។

អ្នកត្រូវតែមានអ្នកផ្តល់សេវា (វេជ្ជបណ្ឌិត ពេទ្យធ្មេញ ឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាផ្សេងទៀត) សរសេរវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក ដែលវាត្រូវតែមានសុពលភាពក្រោមច្បាប់រដ្ឋដែលអាចអនុវត្តបាន។ ជារឿយៗបុគ្គលនេះជាអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំបបមរបស់អ្នក (PCP)។ វាក៏អាចជាអ្នកផ្តល់សេវាផ្សេងទៀតផងដែរ ប្រសិនបើ PCP របស់អ្នកបានបញ្ជូនអ្នកឱ្យទៅទទួលការថែទាំ។

អ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក **មិន**ត្រូវស្ថិតនៅក្នុងបញ្ជីដកចេញ ឬរារាំងរបស់ Medicare ឬបញ្ជី Medi-Cal ស្រដៀងគ្នាណាមួយឡើយ។

ជាទូទៅ អ្នកត្រូវតែប្រើប្រាស់ឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញដើម្បីបើកឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក។ (សូមមើលទៅកាន់ **ផ្នែក A1** សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។) ឬអ្នកអាចបើកឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកតាមរយៈសេវាបញ្ជាទិញតាមប្រៃសណីយ៍របស់គម្រោង។

ឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកត្រូវតែមាននៅក្នុង *បញ្ជីឱសថដែលត្រូវបានរាប់រង* របស់គម្រោងរបស់យើង។ យើងហៅវាថា "*បញ្ជីឱសថ*" សម្រាប់ជាការហៅកាត់។ (សូមមើលទៅកាន់**ផ្នែក B** នៃជំពូកនេះ។)

- ប្រសិនបើវាមិនមាននៅក្នុង *បញ្ជីឱសថ* នោះទេ យើងអាចនឹងរាប់រងវាបានតាមរយៈការផ្តល់ការលើកលែងដល់អ្នក។
- សូមមើលទៅកាន់**ជំពូកទី 9**ដើម្បីស្វែងយល់ពីការស្នើសុំការលើកលែង។
- សូមកត់សម្គាល់ផងដែរថា សំណើសុំឱ្យមានការរាប់រងលើឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកនឹងត្រូវបានវាយតម្លៃទាំងក្រោមស្តង់ដារបស់ Medicare និង Medi-Cal។

ឱសថរបស់អ្នកត្រូវតែប្រើប្រាស់សម្រាប់ការចង្អុលបង្ហាញដែលទទួលស្គាល់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ។ បែបនេះមានន័យថាការប្រើប្រាស់ឱសថត្រូវបានអនុញ្ញាតដោយរដ្ឋបាលចំណីអាហារ និងឱសថ (FDA) ឬគាំទ្រដោយឯកសារយោងវេជ្ជសាស្ត្រមួយចំនួន។ អ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកអាចជួយកំណត់អត្តសញ្ញាណឯកសារយោងវេជ្ជសាស្ត្រ ដើម្បីគាំទ្រដល់ការស្នើសុំប្រើប្រាស់ឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជានោះ។

ឱសថរបស់អ្នកអាចតម្រូវឱ្យមានការយល់ព្រមពីគម្រោងរបស់យើងដោយផ្អែកលើលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យជាក់លាក់មុនពេលយើងនឹងរាប់រងវា។ (សូមមើលទៅ**ផ្នែក C** នៅក្នុងជំពូកនេះ។)

មាតិកាជំពូកទី 5

A. ការបើកឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក 194

A1. ការបើកឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកនៅឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញ 194

A2. ការប្រើប្រាស់កាតសម្គាល់សមាជិករបស់អ្នកនៅពេលអ្នកបើកឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជា 194

A3. អ្វីដែលត្រូវធ្វើ ប្រសិនបើអ្នកផ្លាស់ប្តូរឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញរបស់អ្នក 194

A4. អ្វីដែលត្រូវធ្វើ ប្រសិនបើឱសថស្ថានរបស់អ្នកចាកចេញពីបណ្តាញ 194

A5. ការប្រើប្រាស់ឱសថស្ថានឯកទេស 195

A6. ការប្រើប្រាស់សេវាបញ្ជាទិញតាមប្រៃសណីយ៍ដើម្បីទទួលបានឱសថរបស់អ្នក 195

A7. ការទទួលបានការផ្គត់ផ្គង់ឱសថរយៈពេលវែង 198

A8. ការប្រើប្រាស់ឱសថស្ថានដែលមិនស្ថិតក្នុងបណ្តាញរបស់គម្រោងយើង 198

A9. ការសងប្រាក់ត្រឡប់ទៅអ្នកវិញសម្រាប់ឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជា 199

B. *បញ្ជីឱសថ*របស់គម្រោងយើង 199

B1. ឱសថដែលមាននៅក្នុង *បញ្ជីឱសថ*របស់យើង 199

B2. របៀបស្វែងរកឱសថនៅក្នុង *បញ្ជីឱសថ*របស់យើង 200

B3. ឱសថដែលមិនមាននៅក្នុង *បញ្ជីឱសថ*របស់យើង 200

B4. *បញ្ជីឱសថ* កម្រិតនៃចំណែកចូលរួមបង់ប្រាក់ 201

C. ដែនកំណត់លើឱសថមួយចំនួន 202

D. មូលហេតុដែលឱសថរបស់អ្នកប្រហែលជាមិនត្រូវបានធានារ៉ាប់រង 203

D1. ការទទួលបានការផ្តត់ផ្តង់បណ្តោះអាសន្ន 204

D2. ការស្នើសុំការផ្តត់ផ្តង់បណ្តោះអាសន្ន 205

D3. ការស្នើសុំការលើកលែង 205

E. ការផ្លាស់ប្តូរការធានារ៉ាប់រងសម្រាប់ឱសថរបស់អ្នក 206

F. ការធានារ៉ាប់រងលើឱសថក្នុងករណីពិសេស 208

F1. នៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យ ឬមណ្ឌលថែទាំជំនាញសម្រាប់ការស្នាក់នៅដែលគម្រោងរបស់យើងធានារ៉ាប់រង 208

F2. នៅក្នុងមណ្ឌលថែទាំរយៈពេលវែង 208

F3. នៅក្នុងកម្មវិធីមណ្ឌលថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយដែលទទួលស្គាល់ដោយ Medicare 208

G. កម្មវិធីស្តីពីសុវត្ថិភាពឱសថ និងការគ្រប់គ្រងឱសថ 209

G1. កម្មវិធីដើម្បីជួយអ្នកប្រើប្រាស់ឱសថដោយសុវត្ថិភាព 209

G2. កម្មវិធីដើម្បីជួយអ្នកគ្រប់គ្រងឱសថរបស់អ្នក 209

G3. កម្មវិធីគ្រប់គ្រងឱសថ (DMP) ដើម្បីជួយសមាជិកប្រើប្រាស់ថ្នាំប្រភេទអូផ្សៀអ៊ីតដោយសុវត្ថិភាព 210

A. ការបើកឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក

A1. ការបើកឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកនៅឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញ

ក្នុងករណីភាគច្រើន យើងបង់ប្រាក់សម្រាប់ឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាតែនៅពេលដែលបានបើកនៅតាមឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញណាមួយរបស់យើងប៉ុណ្ណោះ។ ឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញគឺជាកន្លែងលក់ឱសថដែលយល់ព្រមបើកឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាសម្រាប់សមាជិកគម្រោងរបស់យើង។ អ្នកអាចប្រើប្រាស់ឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញណាមួយរបស់យើងក៏បាន។ (សូមមើលទៅ**ផ្នែក A8** សម្រាប់ព័ត៌មានអំពីពេលដែលយើងរាប់រងលើឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាដែលបើកនៅឱសថស្ថានក្រៅបណ្តាញ។)

ដើម្បីស្វែងរកឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញ សូមមើល *បញ្ជីឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថាន* ចូលមើលគេហទំព័ររបស់យើង ឬទាក់ទងទៅសេវាបម្រើសមាជិក។

A2. ការប្រើប្រាស់កាតសម្គាល់សមាជិករបស់អ្នកនៅពេលអ្នកបើកឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជា

ដើម្បីបើកឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក **សូមបង្ហាញកាតសម្គាល់សមាជិក**របស់អ្នក នៅឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញរបស់អ្នក។ ឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញចេញវិក្កយបត្រឱ្យយើងសម្រាប់ការចូលរួមចំណាយរបស់យើងលើឱសថដែលត្រូវបានរាប់រងរបស់អ្នក ។ អ្នកប្រហែលជាត្រូវបង់ប្រាក់រួមទៅឱសថស្ថាន នៅពេលអ្នកទៅយកឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក។

សូមចងចាំថា អ្នកត្រូវការកាត Medi-Cal ឬកាតសម្គាល់អត្ថប្រយោជន៍ (Benefits Identification Card, BIC) របស់អ្នកដើម្បីទទួលបានឱសថដែលបានរាប់រងដោយ Medi-Cal Rx។

ប្រសិនបើអ្នកមិនមានកាតសម្គាល់សមាជិក ឬកាត BIC របស់អ្នកនៅជាមួយនៅពេលអ្នកបើកឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាទេ សូមប្រាប់ឱសថស្ថានឱ្យទូរស័ព្ទមកយើងដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានចាំបាច់ ឬអ្នកអាចសុំឱ្យឱសថស្ថានស្វែងរកព័ត៌មានអំពីការចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងរបស់អ្នក។

ប្រសិនបើឱសថស្ថានមិនអាចទទួលបានព័ត៌មានចាំបាច់ទេ អ្នកប្រហែលជាត្រូវបង់ថ្លៃឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាពេញលេញនៅពេលអ្នកទៅយកវា។បន្ទាប់មក អ្នកអាចស្នើសុំឱ្យយើងសងប្រាក់ត្រឡប់ទៅអ្នកវិញ សម្រាប់ចំណែកដែលយើងត្រូវចេញ។ **ប្រសិនបើអ្នកមិនអាចបង់ថ្លៃឱសថនោះទេ សូមទាក់ទងទៅសេវាបម្រើសមាជិកភ្លាមៗ។** យើងនឹងធ្វើគ្រប់យ៉ាងតាមដែលអាចធ្វើទៅបានដើម្បីជួយ។

- ដើម្បីស្នើសុំឱ្យយើងសងប្រាក់ត្រឡប់ទៅអ្នកវិញ សូមមើលទៅ**ជំពូកទី 7** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះ។
- ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយក្នុងការបើកឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជា សូមទាក់ទងទៅសេវាបម្រើសមាជិក។

A3. អ្វីដែលត្រូវធ្វើ ប្រសិនបើអ្នកផ្លាស់ប្តូរឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញរបស់អ្នក

ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយក្នុងការផ្លាស់ប្តូរឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញរបស់អ្នក សូមទាក់ទងទៅសេវាបម្រើសមាជិក។

A4. អ្វីដែលត្រូវធ្វើ ប្រសិនបើឱសថស្ថានរបស់អ្នកចាកចេញពីបណ្តាញ

ប្រសិនបើឱសថស្ថានដែលអ្នកប្រើប្រាស់ចាកចេញពីបណ្តាញរបស់គម្រោងយើង អ្នកត្រូវស្វែងរកឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញថ្មីមួយទៀត។

ដើម្បីស្វែងរកឱសថស្ថានថ្មីក្នុងបណ្តាញ សូមមើល *បញ្ជីឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថាន* ចូលមើលគេហទំព័ររបស់យើង ឬទាក់ទងទៅសេវាបម្រើសមាជិក។

A5. ការប្រើប្រាស់ឱសថស្ថានឯកទេស

ជួនកាល ឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាត្រូវតែបើកនៅឱសថស្ថានឯកទេស។ ឱសថស្ថានឯកទេសរួមមាន៖

- ឱសថស្ថានដែលផ្គត់ផ្គង់ឱសថសម្រាប់ការព្យាបាលដោយបញ្ចូលសេរ៉ូមតាមសរសៃឈាមនៅផ្ទះ។
- ឱសថស្ថានដែលផ្គត់ផ្គង់ឱសថសម្រាប់អ្នកស្នាក់នៅក្នុងមណ្ឌលថែទាំរយៈពេលវែង ដូចជាកន្លែងថែទាំជាដើម។
  - ជាធម្មតា មណ្ឌលថែទាំរយៈពេលវែងមានឱសថស្ថានផ្ទាល់ខ្លួន។ ប្រសិនបើអ្នកជាអ្នកស្នាក់នៅក្នុងមណ្ឌលថែទាំរយៈពេលវែង យើងជានាថាអ្នកអាចទទួលបានឱសថដែលអ្នកត្រូវការនៅឱសថស្ថានរបស់កន្លែងថែទាំនោះ។
  - ប្រសិនបើឱសថស្ថាននៃមណ្ឌលថែទាំរយៈពេលវែងរបស់អ្នកមិនស្ថិតនៅក្នុងបណ្តាញរបស់យើងទេ ឬអ្នកជួបការលំបាកក្នុងការទទួលបានឱសថរបស់អ្នកនៅក្នុងមណ្ឌលថែទាំរយៈពេលវែង សូមទាក់ទងទៅសេវាបម្រើសមាជិក។
- ឱសថស្ថាននៃអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពដើមអាម៉េរិក (Indian Health Care Provider, IHCP)។ សមាជិកជនជាតិដើមអាម៉េរិក និងជនជាតិដើមអាឡាស្កា អាចទទួលបានសេវាពីឱសថស្ថាននៅឯអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពដើមអាម៉េរិក (IHCP) ក្នុងកម្រិតដែលពួកគេមានឱសថស្ថានលក់រាយដែលបានចុះឈ្មោះ។ ប្រសិនបើអ្នកមិនមែនជាជនជាតិដើមអាមេរិកាំង ឬអាឡាស្កា អ្នកនៅតែអាចទទួលបានសេវាពីឱសថស្ថានលក់រាយនៅ IHCP ប្រសិនបើអ្នកត្រូវបានចាត់តាំងឱ្យទៅគ្លីនិក ឬសម្រាប់ការសង្គ្រោះបន្ទាន់។
- ឱសថស្ថានដែលចែកចាយឱសថដែលត្រូវបានរឹតបន្តឹងដោយ FDA សម្រាប់តែទីតាំងជាក់លាក់ ឬដែលតម្រូវឱ្យមានការចាត់ចែងពិសេស ការសម្របសម្រួលជាមួយអ្នកផ្តល់សេវា ឬការអប់រំអំពីការប្រើប្រាស់របស់វា។ (ចំណាំ៖ ករណីនេះកម្រនឹងកើតមានណាស់។)
- ដើម្បីស្វែងរកឱសថស្ថានឯកទេស សូមមើល *បញ្ជីឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថាន* ចូលមើលគេហទំព័ររបស់យើង ឬទាក់ទងទៅសេវាបម្រើសមាជិក។

A6. ការប្រើប្រាស់សេវាបញ្ជាទិញតាមប្រៃសណីយ៍ដើម្បីទទួលបានឱសថរបស់អ្នក

សម្រាប់ប្រភេទឱសថមួយចំនួន អ្នកអាចប្រើប្រាស់សេវាបញ្ជាទិញតាមប្រៃសណីយ៍ក្នុងបណ្តាញនៃគម្រោងរបស់យើងបាន។ ជាទូទៅ ឱសថដែលមានតាមរយៈការបញ្ជាទិញតាមប្រៃសណីយ៍ គឺជាឱសថដែលអ្នកប្រើប្រាស់ជាប្រចាំសម្រាប់ស្ថានភាពវេជ្ជសាស្ត្ររ៉ាំរ៉ៃ ឬរយៈពេលយូរ។ ឱសថដែលមានតាមរយៈសេវាបញ្ជាទិញតាមប្រៃសណីយ៍របស់គម្រោងយើង ត្រូវបានកត់សម្គាល់ជាឱសថបញ្ជាទិញតាមប្រៃសណីយ៍នៅក្នុង *បញ្ជីឱសថ*របស់យើង។

សេវាបញ្ជាទិញតាមប្រៃសណីយ៍របស់គម្រោងយើងអនុញ្ញាតឱ្យអ្នកបញ្ជាទិញការផ្គត់ផ្គង់រហូតដល់ 100 ថ្ងៃ។ ការផ្គត់ផ្គង់សម្រាប់រយៈពេល 100 ថ្ងៃ មានការបង់ប្រាក់រួមដូចគ្នាទៅនឹងការផ្គត់ផ្គង់សម្រាប់រយៈពេលមួយខែដែរ។

ការបើកឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាតាមប្រៃសណីយ៍

Tដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានអំពីការបើកឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកតាមប្រៃសណីយ៍ សូមទៅកាន់ឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញក្នុងតំបន់របស់អ្នក ឬចូលមើលគេហទំព័ររបស់យើងនៅ kp.org/refill។ អ្នកអាចបញ្ជាទិញឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកបន្ថែមបានយ៉ាងងាយស្រួល តាមមធ្យោបាយដូចខាងក្រោម៖

- ចុះឈ្មោះ និងបញ្ជាទិញតាមអនឡាញដោយសុវត្ថិភាពនៅ kp.org/refill។
- ទូរសព្ទទៅកាន់លេខដែលមានចុះនៅលើគម្រោងឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក ហើយធ្វើតាមការណែនាំបញ្ជា (ត្រូវប្រាកដថាបានជ្រើសរើសជម្រើសការដឹកជញ្ជូនតាមប្រៃសណីយ៍ នៅពេលមានសារណែនាំសួរ)។
- ទូរសព្ទទៅលេខខាងក្រោមដែលអាចអនុវត្តចំពោះគម្រោងរបស់អ្នក៖

  គម្រោង South៖ 1-866-206-2983 (TTY 711) ថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ម៉ោង 7 ព្រឹក ដល់ 7 យប់

  គម្រោង North៖ 1-888-218-6245 (TTY 711) ថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់ ថ្ងៃសៅរ៍ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 6 ល្ងាច និងថ្ងៃអាទិត្យ ពីម៉ោង 9 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 6 ល្ងាច

- ធ្វើឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជា ឬសំណើសុំបើកឱសថបន្ថែមរបស់អ្នកតាមប្រៃសណីយ៍ នៅលើទម្រង់បែបបទបញ្ជាទិញតាមប្រៃសណីយ៍ ដែលមាននៅគ្រប់ឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញរបស់ Kaiser Permanente។

នៅពេលអ្នកបញ្ជាទិញការបើកឱសថបន្ថែមសម្រាប់ការដឹកជញ្ជូនដល់ផ្ទះតាមអ៊ីនធឺណិត តាមទូរសព្ទ ឬជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ អ្នកត្រូវតែបង់ប្រាក់សម្រាប់ចំណែកចូលរួមបង់ប្រាក់របស់អ្នកនៅពេលអ្នកធ្វើការបញ្ជាទិញ (មិនមានការគិតថ្លៃដឹកជញ្ជូនសម្រាប់ការដឹកជញ្ជូនតាមប្រៃសណីយ៍ USPS ធម្មតាទេ)។ ប្រសិនបើអ្នកពេញចិត្ត អ្នកអាចកំណត់ឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញណាមួយដែលអ្នកចង់ទៅយក និងបង់ប្រាក់សម្រាប់ឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកបាន។ សូមទាក់ទងទៅឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញ ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរអំពីថាតើឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកអាចធ្វើតាមប្រៃសណីយ៍បានដែរឬទេ ឬមើល *បញ្ជីឱសថ* របស់យើង សម្រាប់ព័ត៌មានអំពីឱសថដែលអាចធ្វើតាមប្រៃសណីយ៍បាន។

ជាធម្មតា ឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាដែលបញ្ជាទិញតាមប្រៃសណីយ៍នឹងមកដល់ក្នុងរយៈពេល **5** ថ្ងៃ។ ប្រសិនបើឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាដែលបញ្ជាទិញតាមប្រៃសណីយ៍របស់អ្នកមានការយឺតយ៉ាវ សូមទូរសព្ទទៅលេខដែលមានចុះនៅខាងលើ ឬនៅលើស្លាកសញ្ញាដបឱសថរបស់អ្នកដើម្បីទទួលបានជំនួយ។ លើសពីនេះ ប្រសិនបើអ្នកមិនអាចរង់ចាំឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកមកដល់ពីឱសថស្ថានបញ្ជាទិញតាមប្រៃសណីយ៍របស់យើងទេ អ្នកអាចទទួលបានការផ្គត់ផ្គង់បន្ទាន់ដោយទូរសព្ទទៅឱសថស្ថានលក់រាយក្នុងបណ្តាញក្នុងតំបន់របស់អ្នក ដែលមានរាយនាមនៅក្នុង *បញ្ជីឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថាន*របស់អ្នក ឬនៅ kp.org/directory។ សូមជ្រាបថា អ្នកអាចនឹងបង់ប្រាក់ច្រើនជាងមុន ប្រសិនបើអ្នកទទួលបានការផ្គត់ផ្គង់សម្រាប់រយៈពេល 100 ថ្ងៃពីឱសថស្ថានលក់រាយក្នុងបណ្តាញ ជំនួសឱ្យឱសថស្ថានបញ្ជាទិញតាមប្រៃសណីយ៍របស់យើង។

ដំណើរការនៃការបញ្ជាទិញតាមប្រៃសណីយ៍

សេវាបញ្ជាទិញតាមប្រៃសណីយ៍មាននីតិវិធីផ្សេងៗគ្នាសម្រាប់ឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាថ្មីដែលទទួលបានពីអ្នកឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាថ្មីដែលទទួលបានដោយផ្ទាល់ពីការិយាល័យអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក និងការបើកឱសថបន្ថែមសម្រាប់ឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាដែលបញ្ជាទិញតាមប្រៃសណីយ៍របស់អ្នក។

1. ឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាថ្មីដែលឱសថស្ថានទទួលបានពីការិយាល័យអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក

បន្ទាប់ពីឱសថស្ថានទទួលបានវេជ្ជបញ្ជាពីអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាព ពួកគេនឹងទាក់ទងទៅអ្នកដើម្បីស្វែងយល់ថាតើអ្នកចង់បើកឱសថនោះភ្លាមៗ ឬនៅពេលក្រោយ។

- នេះផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវឱកាសដើម្បីជានាថាឱសថស្ថានកំពុងដឹកជញ្ជូនឱសថបានត្រឹមត្រូវ (រួមទាំងកម្រិតសកម្មភាព បរិមាណ និងទម្រង់) ហើយប្រសិនបើចាំបាច់ វាអនុញ្ញាតឱ្យអ្នកបញ្ឈប់ ឬពន្យារពេលការបញ្ជូនទិញ មុនពេលអ្នកត្រូវបានចេញវិក្កយបត្រហើយវាត្រូវបានដឹកជញ្ជូន។
- សូមឆ្លើយតបរាល់ពេលដែលឱសថស្ថានទាក់ទងទៅអ្នក ដើម្បីប្រាប់ពួកគេឱ្យដឹងពីអ្វីដែលត្រូវធ្វើជាមួយឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាថ្មី និងដើម្បីទប់ស្កាត់ការយឺតយ៉ាវណាមួយក្នុងការដឹកជញ្ជូន។

2. ការបើកឱសថបន្ថែមសម្រាប់ឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាដែលបញ្ជាទិញតាមប្រៃសណីយ៍

សម្រាប់ការបើកឱសថបន្ថែម សូមទាក់ទងទៅឱសថស្ថានរបស់អ្នកយ៉ាងហោចណាស់ 5 ថ្ងៃមុនពេលឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាបច្ចុប្បន្នរបស់អ្នកនឹងអស់ ដើម្បីជានាថាការបញ្ជាទិញបន្ទាប់របស់អ្នកត្រូវបានដឹកជញ្ជូនមកអ្នកទាន់ពេលវេលា។

អ្នកក៏មានជម្រើសក្នុងការចុះឈ្មោះសម្រាប់កម្មវិធីបើកឱសថបន្ថែមដោយស្វ័យប្រវត្តិផងដែរ។ ក្រោមកម្មវិធីនេះ យើងចាប់ផ្តើមដំណើរការការបើកឱសថបន្ថែមបន្ទាប់របស់អ្នកដោយស្វ័យប្រវត្តិ នៅពេលដែលកំណត់ត្រារបស់យើងបង្ហាញថាអ្នកជិតអស់ឱសថរបស់អ្នកហើយ។ ឱសថស្ថាននឹងទាក់ទងទៅអ្នកមុនពេលដឹកជញ្ជូនការបើកឱសថបន្ថែមនីមួយៗ ដើម្បីជានាថាអ្នកត្រូវការឱសថបន្ថែម ហើយអ្នកអាចលុបចោលការបើកឱសថបន្ថែមដែលបានកំណត់ពេល ប្រសិនបើអ្នកមានឱសថគ្រប់គ្រាន់ ឬឱសថរបស់អ្នកត្រូវបានផ្លាស់ប្តូរ។

ប្រសិនបើអ្នកជ្រើសរើសមិនប្រើប្រាស់កម្មវិធីបើកឱសថបន្ថែមដោយស្វ័យប្រវត្តិរបស់យើង ប៉ុន្តែនៅតែចង់ឱ្យឱសថស្ថានបញ្ជាទិញតាមប្រៃសណីយ៍ផ្ទើឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាឱ្យអ្នកសូមទាក់ទងទៅឱសថស្ថានរបស់អ្នកចំនួន 5 ថ្ងៃមុនពេលឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាបច្ចុប្បន្នរបស់អ្នកនឹងអស់។ នេះនឹងជានាថាការបញ្ជាទិញរបស់អ្នកត្រូវបានដឹកជញ្ជូនមកអ្នកទាន់ពេលវេលា។

ដើម្បីដកខ្លួនចេញពីកម្មវិធីរបស់យើងដែលរៀបចំការបើកឱសថបន្ថែមតាមប្រៃសណីយ៍ដោយស្វ័យប្រវត្តិ សូមទាក់ទងមកយើងតាមរយៈ៖

- ការទូរសព្ទទៅលេខខាងក្រោមដែលអាចអនុវត្តចំពោះគម្រោងរបស់អ្នក៖

  គម្រោង South៖ 1-866-206-2983 (TTY 711) ថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ម៉ោង 7 ព្រឹក ដល់ 7 យប់

  គម្រោង North៖ 1-888-218-6245 (TTY 711) ថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់ ថ្ងៃសៅរ៍ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 6 ល្ងាច និងថ្ងៃអាទិត្យ ពីម៉ោង 9 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 6 ល្ងាច

- ការចូលមើលគេហទំព័ររបស់យើងនៅ kp.org/refill រួចអនុវត្តតាមជំហានទាំងនេះ៖

View Pharmacy (មើលឱសថស្ថាន) → Auto Refill (ការបើកឱសថបន្ថែមដោយស្វ័យប្រវត្តិ) → Manage Auto Refill (គ្រប់គ្រងការបើកឱសថបន្ថែមដោយស្វ័យប្រវត្តិ) → Remove this medication from Auto Refill (ដកឱសថនេះចេញពីការបើកឱសថបន្ថែមដោយស្វ័យប្រវត្តិ)

ប្រសិនបើអ្នកទទួលបានការបើកឱសថបន្ថែមដោយស្វ័យប្រវត្តិតាមប្រៃសណីយ៍ដែលអ្នកមិនចង់បាន អ្នកអាចមានសិទ្ធិទទួលបានការសងប្រាក់ត្រឡប់មកវិញ។

A7. ការទទួលបានការផ្គត់ផ្គង់ឱសថរយៈពេលវែង

អ្នកអាចទទួលបានការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេលវែងនូវឱសថថែទាំ ដែលមាននៅក្នុង *បញ្ជីឱសថ*របស់គម្រោងយើង។ ឱសថថែទាំ គឺជាឱសថដែលអ្នកប្រើប្រាស់ជាប្រចាំ សម្រាប់ស្ថានភាពវេជ្ជសាស្ត្ររ៉ាំរ៉ៃ ឬរយៈពេលយូរ។

ឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញមួយចំនួនអនុញ្ញាតឱ្យអ្នកទទួលបានការផ្គត់ផ្គង់ឱសថថែទាំសម្រាប់រយៈពេលវែង។ ការផ្គត់ផ្គង់សម្រាប់រយៈពេល 100 ថ្ងៃ មានការបង់ប្រាក់រួមដូចគ្នាទៅនឹងការផ្គត់ផ្គង់សម្រាប់រយៈពេលមួយខែដែរ។ *បញ្ជីឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថាន*ប្រាប់អ្នកអំពីឱសថស្ថានណាខ្លះដែលអាចផ្តល់ឱ្យអ្នកទូរការផ្គត់ផ្គង់ឱសថថែទាំសម្រាប់រយៈពេលវែងបាន។ អ្នកក៏អាចទូរសព្ទទៅសេវាបម្រើសមាជិកសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមផងដែរ។

សម្រាប់ប្រភេទឱសថមួយចំនួន អ្នកអាចប្រើប្រាស់សេវាបញ្ជាទិញតាមប្រៃសណីយ៍ក្នុងបណ្តាញនៃគម្រោងរបស់យើង ដើម្បីទទួលបានការផ្គត់ផ្គង់ឱសថថែទាំសម្រាប់រយៈពេលវែងបាន។ សូមមើលទៅ**ផ្នែក A6** ដើម្បីស្វែងយល់អំពីសេវាបញ្ជាទិញតាមប្រៃសណីយ៍។

A8. ការប្រើប្រាស់ឱសថស្ថានដែលមិនស្ថិតក្នុងបណ្តាញរបស់គម្រោងយើង

ជាទូទៅ យើងបង់ប្រាក់សម្រាប់ឱសថដែលបើកនៅឱសថស្ថានក្រៅបណ្តាញ តែនៅពេលដែលអ្នកមិនអាចប្រើប្រាស់ឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញបានប៉ុណ្ណោះ។ ក្នុងករណីទាំងនេះ សូមសាកសួរជាមួយសេវាបម្រើសមាជិកជាមុនសិន ដើម្បីស្វែងយល់ថាតើមានឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញនៅក្បែរនោះឬយ៉ាងណា។

យើងបង់ប្រាក់សម្រាប់ឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាដែលបើកនៅឱសថស្ថានក្រៅបណ្តាញក្នុងករណីដូចខាងក្រោម៖

- ប្រសិនបើអ្នកកំពុងធ្វើដំណើរក្នុងសហរដ្ឋអាមេរិក និងដែនដីរបស់សហរដ្ឋអាមេរិក ប៉ុន្តែនៅក្រៅតំបន់សេវា ហើយអ្នកមានជំងឺ ឬអស់ឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាផ្នែក D ដែលត្រូវបានរ៉ាប់រងរបស់អ្នក យើងនឹងរ៉ាប់រងលើឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាដែលបានបើកនៅឱសថស្ថានក្រៅបណ្តាញ ក្នុងកាលៈទេសៈដែលមានកម្រិត និងមិនមែនជាទម្លាប់ យោងទៅតាមគោលការណ៍ណែនាំបញ្ជីឈ្មោះឱសថ Medicare Part D របស់យើង។

- ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជា Medicare Part D ទន្ទឹមគ្នានឹងការថែទាំសង្គ្រោះបន្ទាន់ក្រៅបណ្តាញដែលត្រូវបានរ៉ាប់រង ឬការថែទាំបន្ទាន់ក្រៅតំបន់ យើងនឹងរ៉ាប់រងការផ្គត់ផ្គង់រហូតដល់ 30 ថ្ងៃ ពីឱសថស្ថានក្រៅបណ្តាញ។ ចំណាំ៖ ឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាដែលត្រូវបានចេញវេជ្ជបញ្ជា និងផ្តល់ជូននៅក្រៅសហរដ្ឋអាមេរិក និងដែនដីរបស់សហរដ្ឋអាមេរិក ជាផ្នែកនៃការថែទាំសង្គ្រោះបន្ទាន់ ឬការថែទាំបន្ទាន់ដែលត្រូវបានរ៉ាប់រង គឺត្រូវបានរ៉ាប់រងរហូតដល់ការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេល 30 ថ្ងៃ ក្នុងរយៈពេល 30 ថ្ងៃ។ ឱសថទាំងនេះមិនត្រូវបានរ៉ាប់រងក្រោម Medicare Part D ទេ ដូច្នេះ ការបង់ប្រាក់សម្រាប់ឱសថទាំងនេះមិនរាប់បញ្ចូលទៅក្នុងការឈានដល់ដំណាក់កាលជានារ៉ាប់រងគ្រោះមហន្តរាយនោះទេ។

- ប្រសិនបើអ្នកមិនអាចទទួលបានឱសថដែលត្រូវបានរ៉ាប់រងក្នុងទាន់ពេលវេលានៅក្នុងតំបន់សេវារបស់យើង ដោយសារតែគ្មានឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញក្នុងចម្ងាយបើកបរគួរសមដែលផ្តល់សេវា 24 ម៉ោង។ យើងប្រហែលជាមិនរ៉ាប់រងលើឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកទេ ប្រសិនបើមនុស្សសមហេតុផលម្នាក់អាចទិញឱសថនោះនៅឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញក្នុងអំឡុងពេលម៉ោងធ្វើការធម្មតាបាន។

- ប្រសិនបើអ្នកកំពុងព្យាយាមបើកឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាសម្រាប់ឱសថដែលមិនមានស្តុកទុកជាទៀងទាត់នៅឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញដែលអាចចូលទៅបាន ឬមិនមានតាមរយៈឱសថស្ថានបញ្ជាទិញតាមប្រៃសណីយ៍របស់យើង (រួមទាំងឱសថដែលមានតម្លៃថ្លៃ)។

- ប្រសិនបើអ្នកមិនអាចទទួលបានឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកពីឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញក្នុងអំឡុងពេលគ្រោះមហន្តរាយ។

A9. ការសងប្រាក់ត្រឡប់ទៅអ្នកវិញសម្រាប់ឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជា

ប្រសិនបើអ្នកត្រូវតែប្រើប្រាស់ឱសថស្ថានក្រៅបណ្តាញ ជាទូទៅអ្នកត្រូវតែបង់ថ្លៃពេញលេញ ជំនួសឱ្យការបង់ប្រាក់រួមនៅពេលអ្នកទទួលបានឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក។ អ្នកអាចស្នើសុំឱ្យយើងសងប្រាក់ត្រឡប់ទៅអ្នកវិញសម្រាប់ចំណែកនៃការចំណាយរបស់យើង។

ប្រសិនបើអ្នកបង់ថ្លៃពេញលេញសម្រាប់ឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក ដែលអាចត្រូវបានរ៉ាប់រងដោយ Medi-Cal Rx អ្នកអាចទទួលបានការសងប្រាក់ត្រឡប់មកវិញពីឱសថស្ថាន នៅពេលដែល Medi-Cal Rx បង់ប្រាក់សម្រាប់ឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជានោះ។ ឬមួយវិញទៀត អ្នកអាចស្នើសុំឱ្យ Medi-Cal Rx សងប្រាក់ត្រឡប់ទៅអ្នកវិញ ដោយដាក់ពាក្យបណ្តឹងទាមទារ “ការសងប្រាក់ចំណាយផ្ទាល់ខ្លួនរបស់ Medi-Cal (Conlan)”។ ព័ត៌មានបន្ថែមអាចស្វែងរកបាននៅលើគេហទំព័ររបស់ Medi-Cal Rx៖ medi-calrx.dhcs.ca.gov/home/។

ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពីករណីនេះ សូមមើលទៅ**ជំពូកទី 7**នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះ។

B. *បញ្ជីឱសថ*របស់គម្រោងយើង

យើងមាន *បញ្ជីឱសថដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រង*។ យើងហៅវាថា “*បញ្ជីឱសថ*” សម្រាប់ជាការហៅកាត់។

យើងជ្រើសរើសឱសថនៅក្នុង *បញ្ជីឱសថ*ដោយមានជំនួយពីក្រុមវេជ្ជបណ្ឌិត និងឱសថការី។ *បញ្ជីឱសថ*ក៏ប្រាប់អ្នកអំពីវិធានការដែលអ្នកត្រូវអនុវត្តតាមដើម្បីទទួលបានឱសថរបស់អ្នកផងដែរ។

ជាទូទៅ យើងរ៉ាប់រងលើឱសថនៅក្នុង *បញ្ជីឱសថ*របស់គម្រោងយើង នៅពេលអ្នកអនុវត្តតាមវិធានការដែលយើងបានពន្យល់នៅក្នុងជំពូកនេះ។

B1. ឱសថដែលមាននៅក្នុង *បញ្ជីឱសថ*របស់យើង

*បញ្ជីឱសថ*របស់យើង រួមបញ្ចូលឱសថដែលត្រូវបានរ៉ាប់រងក្រោម Medicare Part D។

ឱសថភាគច្រើនដែលអ្នកទទួលបានពីឱសថស្ថាន គឺត្រូវបានរ៉ាប់រងដោយគម្រោងរបស់យើង។ ឱសថផ្សេងទៀត ដូចជាថ្នាំគ្មានវេជ្ជបញ្ជា (OTC) មួយចំនួន និងវីតាមីនជាក់លាក់ អាចត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយ Medi-Cal Rx។ សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ Medi-Cal Rx (medi-calrx.dhcs.ca.gov) សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។ អ្នកក៏អាចទូរសព្ទទៅមជ្ឈមណ្ឌលសេវាបម្រើអតិថិជនរបស់ Medi-Cal Rx តាមរយៈលេខ 800-977-2273 ផងដែរ។ សូមយកកាតសម្គាល់អ្នកទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ Medi-Cal (BIC) របស់អ្នកមកជាមួយ នៅពេលទទួលបានឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកតាមរយៈ Medi-Cal Rx។

បញ្ជីឱសថ របស់យើងរួមបញ្ចូលឱសថដែលមានម៉ាកយីហោ ឱសថទូទៅ និងផលិតផលជីវសាស្ត្រ (ដែលអាចរួមមានផលិតផលជីវសាស្ត្រស្រដៀងគ្នា)។

ឱសថដែលមានម៉ាកយីហោគឺជាឱសថដែលត្រូវលក់ក្រោមឈ្មោះពាណិជ្ជសញ្ញាគ្រប់គ្រងដោយក្រុមហ៊ុនផលិតឱសថ។ ផលិតផលជីវសាស្ត្រគឺជាឱសថដែលមានភាពស្មុគស្មាញជាងឱសថធម្មតា។ នៅក្នុង *បញ្ជីឱសថ*របស់យើង នៅពេលយើងសំដៅលើ “ឱសថ” ពាក្យនេះអាចមានន័យថា ឱសថ ឬផលិតផលជីវសាស្ត្រ។

ឱសថទូទៅមានសារធាតុសកម្មដូចគ្នានឹងឱសថដែលមានម៉ាកយីហោដែរ។ ផលិតផលជីវសាស្ត្រមានជម្រើសដែលត្រូវបានគេហៅថាផលិតផលជីវសាស្ត្រស្រដៀងគ្នា។ ជាទូទៅ ឱសថទូទៅ និងផលិតផលជីវសាស្ត្រស្រដៀងគ្នាមានប្រសិទ្ធភាពដូចគ្នាទៅនឹងឱសថដែលមានម៉ាកយីហោ ឬផលិតផលជីវសាស្ត្រដើម ហើយជាធម្មតាមានតម្លៃទាបជាង។ មានឱសថទូទៅដែលអាចប្រើជំនួសបានសម្រាប់ឱសថដែលមានម៉ាកយីហោជាច្រើន និងមានផលិតផលជីវសាស្ត្រស្រដៀងគ្នាជាជម្រើសសម្រាប់ផលិតផលជីវសាស្ត្រដើមមួយចំនួន។ ផលិតផលជីវសាស្ត្រស្រដៀងគ្នាមួយចំនួនគឺជាឱសថជីវសាស្ត្រស្រដៀងគ្នាដែលអាចផ្លាស់ប្តូរគ្នាបាន ហើយដោយផ្អែកលើច្បាប់រដ្ឋ

អាចត្រូវបានជំនួសឱ្យផលិតផលជីវសាស្ត្រដើមនៅឱសថស្ថានដោយមិនចាំបាច់មានវេជ្ជបញ្ជាថ្មីឡើយ ដូចគ្នានឹងឱសថទូទៅអាចត្រូវបានជំនួសឱ្យឱសថដែលមានម៉ាកយីហោបានដែរ។

សូមមើលទៅ**ជំពូកទី 12**សម្រាប់និយមន័យនៃប្រភេទឱសថដែលអាចមាននៅក្នុង *បញ្ជីឱសថ*។

B2. របៀបស្វែងរកឱសថនៅក្នុង *បញ្ជីឱសថ*របស់យើង

ដើម្បីស្វែងយល់ថាតើឱសថដែលអ្នកប្រើប្រាស់មាននៅក្នុង *បញ្ជីឱសថ*របស់យើងឬយ៉ាងណា អ្នកអាច៖

- ចូលមើលគេហទំព័ររបស់គម្រោងយើងនៅ kp.org/seniorrx។ *បញ្ជីឱសថ*នៅលើគេហទំព័ររបស់យើងគឺតែងតែជាបញ្ជីបច្ចុប្បន្នបំផុត។
- ទូរសព្ទទៅសេវាបម្រើសមាជិក ដើម្បីស្វែងយល់ថាតើឱសថមាននៅក្នុង *បញ្ជីឱសថ*របស់យើងឬដើម្បីស្នើសុំច្បាប់ចម្លងនៃបញ្ជីនេះ។
- ឱសថដែលមិនត្រូវបានរ៉ាប់រងដោយ Part D អាចត្រូវបានរ៉ាប់រងដោយ Medi-Cal Rx។ សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ Medi-Cal Rx (medi-calrx.dhcs.ca.gov/) សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។
- សូមប្រើប្រាស់ “ឧបករណ៍អត្ថប្រយោជន៍តាមពេលវេលាជាក់ស្តែង” របស់យើងនៅ kp.org/seniorrx ដើម្បីស្វែងរកឱសថដែលមាននៅក្នុង *បញ្ជីឱសថ*ដើម្បីទទួលបានការជំនាន់ស្មានអំពីចំនួនប្រាក់ដែលអ្នកត្រូវបង់ និងដើម្បីដឹងថាតើមានឱសថជំនួសផ្សេងទៀតនៅក្នុង *បញ្ជីឱសថ*ដែលអាចព្យាបាលស្ថានភាពជំងឺដូចគ្នាដែរឬទេ។ អ្នកក៏អាចទូរសព្ទទៅសេវាបម្រើសមាជិកបានផងដែរ។

B3. ឱសថដែលមិនមាននៅក្នុង *បញ្ជីឱសថ*របស់យើង

យើងមិនរ៉ាប់រងលើឱសថទាំងអស់នោះទេ។

- ឱសថមួយចំនួនមិនមាននៅក្នុង *បញ្ជីឱសថ*របស់យើងទេ ដោយសារតែច្បាប់មិនអនុញ្ញាតឱ្យយើងរ៉ាប់រងលើឱសថទាំងនោះ។
- នៅក្នុងករណីផ្សេងទៀត យើងបានសម្រេចចិត្តមិនបញ្ចូលឱសថណាមួយទៅក្នុង *បញ្ជីឱសថ*របស់យើងឡើយ។
- ក្នុងករណីខ្លះ អ្នកអាចទទួលបានឱសថដែលមិនមាននៅក្នុង *បញ្ជីឱសថ*របស់យើង។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមមើលទៅ**ជំពូកទី 9**។

គម្រោងរបស់យើងមិនបង់ប្រាក់សម្រាប់ប្រភេទឱសថដែលបានពិពណ៌នានៅក្នុងផ្នែកនេះទេ។ ឱសថទាំងនេះត្រូវបានហៅថា**ឱសថដែលត្រូវបានដកចេញ**។ ប្រសិនបើអ្នកទទួលយកវេជ្ជបញ្ជាសម្រាប់ឱសថដែលត្រូវបានដកចេញ អ្នកអាចចេញថ្លៃឱសថទាំងនេះដោយខ្លួនឯង។ ប្រសិនបើអ្នកគិតថាយើងគួរតែបង់ថ្លៃឱសថដែលត្រូវបានដកចេញដោយសារតែករណីរបស់អ្នក អ្នកអាចដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍បាន។ សូមមើល**ជំពូកទី 9** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីការប្តឹងឧទ្ធរណ៍។

ខាងក្រោមនេះគឺជាវិធានការទូទៅចំនួនបីសម្រាប់ឱសថដែលត្រូវបានដកចេញ៖

1. ការរ៉ាប់រងឱសថសម្រាប់អ្នកជំងឺមិនស្នាក់ព្យាបាលរបស់គម្រោងយើង (ដែលរួមបញ្ចូលទាំង Medicare Part D) មិនអាចបង់ប្រាក់សម្រាប់ឱសថដែល Medicare Part A ឬ Medicare Part B បានរ៉ាប់រងរួចហើយនោះទេ។ គម្រោងរបស់យើងរ៉ាប់រងលើឱសថដែលត្រូវបានរ៉ាប់រងក្រោម Medicare Part A ឬ Medicare Part B ដោយឥតគិតថ្លៃ ប៉ុន្តែឱសថទាំងនេះមិនត្រូវបានចាត់ទុកថាជាផ្នែកនៃអត្ថប្រយោជន៍ឱសថសម្រាប់អ្នកជំងឺមិនស្នាក់ព្យាបាលរបស់អ្នកនោះទេ។

2. គម្រោងរបស់យើងមិនអាចរ៉ាប់រងលើឱសថដែលបានទិញនៅក្រៅសហរដ្ឋអាមេរិក និងដែនដីរបស់សហរដ្ឋអាមេរិកបានទេ។

3. ការប្រើប្រាស់ឱសថនេះត្រូវតែមានការយល់ព្រមពី FDA ឬមានការគាំទ្រដោយឯកសារយោងវេជ្ជសាស្ត្រជាក់លាក់ថាជាការព្យាបាលសម្រាប់ស្ថានភាពរបស់អ្នក។ វេជ្ជបណ្ឌិត ឬអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកអាចចេញវេជ្ជបញ្ជាថ្នាំជាក់លាក់មួយ ដើម្បីព្យាបាលស្ថានភាពជំងឺរបស់អ្នក ទោះបីជាវាមិនត្រូវបានអនុញ្ញាតឱ្យព្យាបាលស្ថានភាពជំងឺនោះក៏ដោយ។ នេះត្រូវបានហៅថា “ការប្រើខុសពីការណែនាំលើផលិតផល” គម្រោងរបស់យើងជាទូទៅមិនរ៉ាប់រងលើឱសថដែលចេញវេជ្ជបញ្ជាសម្រាប់ការប្រើប្រាស់ក្រៅការចង្អុលបង្ហាញនោះទេ។

លើសពីនេះ តាមច្បាប់ Medicare ឬ Medi-Cal មិនអាចរ៉ាប់រងលើប្រភេទឱសថដែលមានរាយនាមដូចខាងក្រោមបានទេ៖

- ឱសថដែលប្រើប្រាស់ដើម្បីជំរុញការមានកូន
- ឱសថដែលប្រើប្រាស់សម្រាប់ការបំបាត់រោគសញ្ញាអួតក្អក ឬផ្តាសាយ*
- ឱសថដែលប្រើប្រាស់សម្រាប់គោលបំណងតែសម្ផស្ស ឬដើម្បីជំរុញការដុះសក់
- វីតាមីន និងផលិតផលរ៉ែខនិជតាមវេជ្ជបញ្ជា លើកលែងតែវីតាមីនសម្រាប់ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ និងផលិតផលដែលមានផ្ទុកហ្វ្លុយរីត*
- ឱសថដែលប្រើប្រាស់សម្រាប់ការព្យាបាលបញ្ហាមុខងារផ្លូវភេទ ឬបញ្ហាលិង្គមិនឡើងរឹង
- ឱសថដែលប្រើប្រាស់សម្រាប់ការព្យាបាលជំងឺខ្លាចការឡើងទម្ងន់ ការសម្រកទម្ងន់ ឬការឡើងទម្ងន់*
- ឱសថសម្រាប់អ្នកជំងឺមិនស្គាល់ព្យាបាល ដែលផលិតដោយក្រុមហ៊ុនដែលតម្រូវឱ្យអ្នកត្រូវតែធ្វើតេស្ត ឬទទួលសេវាពីពួកគេតែមួយគត់

*ផលិតផលដែលបានជ្រើសរើសមួយចំនួនអាចត្រូវបានរ៉ាប់រងដោយ Medi-Cal។ សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ Medi-Cal Rx (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov) សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។

B4. *បញ្ជីឱសថ*កម្រិតនៃចំណែកចូលរួមបង់ប្រាក់

ឱសថនីមួយៗនៅលើ*បញ្ជីឱសថ*របស់យើងគឺស្ថិតនៅក្នុងថ្នាក់ណាមួយនៃកម្រិតទាំងប្រាំមួយ។ កម្រិតគឺជាក្រុមឱសថដែលជាទូទៅមានប្រភេទដូចគ្នា (ជាឧទាហរណ៍ ឱសថមានឈ្មោះពាណិជ្ជកម្ម ឱសថទូទៅ ឬឱសថ OTC)។ ជាទូទៅ កម្រិតនៃចំណែកចូលរួមបង់ប្រាក់កាន់តែខ្ពស់ ការចំណាយរបស់អ្នកសម្រាប់ឱសថនោះកាន់តែច្រើន។

- កម្រិត 1 សម្រាប់ឱសថទូទៅដែលចង់បាន (ថ្នាក់នេះរួមបញ្ចូលឱសថមានឈ្មោះពាណិជ្ជកម្មមួយចំនួន)។
- កម្រិត 2 សម្រាប់ឱសថទូទៅ (ថ្នាក់នេះរួមបញ្ចូលឱសថដែលមានម៉ាកយីហោមួយចំនួន)។
- កម្រិត 3 សម្រាប់ឱសថដែលមានម៉ាកយីហោដែលចង់បាន។
- កម្រិត 4 សម្រាប់ឱសថដែលមិនចង់បាន (កម្រិតនេះរួមបញ្ចូលទាំងឱសថទូទៅ និងឱសថដែលមានម៉ាកយីហោ)។
- កម្រិត 5 សម្រាប់ឱសថកម្រិតឯកទេស (ថ្នាក់នេះរួមបញ្ចូលទាំងឱសថទូទៅ និងឱសថដែលមានម៉ាកយីហោ)។

- កម្រិត 6 សម្រាប់វ៉ាក់សាំងផ្នែក D (ថ្នាក់នេះរួមបញ្ចូលតែឱសថដែលមានម៉ាកយីហោប៉ុណ្ណោះ)។

ដើម្បីស្វែងយល់ថាតើឱសថរបស់អ្នកស្ថិតនៅក្នុងកម្រិតនៃចំណែកចូលរួមបង់ប្រាក់ណាមួយ សូមស្វែងរកឱសថនោះនៅលើ*បញ្ជីឱសថ*របស់យើង។

ជំពូកទី 6 នៃ*សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះប្រាប់អំពីចំនួនទឹកប្រាក់ដែលអ្នកត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថនៅក្នុងកម្រិតនីមួយៗ។

C. ដែនកំណត់លើឱសថមួយចំនួន

សម្រាប់ឱសថជាក់លាក់ណាមួយ វិធានការពិសេសកំណត់ពីរបៀប និងពេលដែលគម្រោងរបស់យើងវ៉ាប់រងលើឱសថទាំងនោះ។ ជាទូទៅ វិធានការរបស់យើងលើកទឹកចិត្តឱ្យអ្នកទទួលបានឱសថដែលដំណើរការល្អសម្រាប់ស្ថានភាពវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នក ព្រមទាំងមានសុវត្ថិភាព និងប្រសិទ្ធភាព។ នៅពេលដែលឱសថដែលមានតម្លៃទាប និងមានសុវត្ថិភាព អាចដំណើរការបានល្អដូចគ្នានឹងឱសថដែលមានតម្លៃខ្ពស់នោះ យើងរំពឹងថាអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកនឹងចេញវេជ្ជបញ្ជាឱសថដែលមានតម្លៃទាបនោះ។

សូមកត់សម្គាល់ថា ជួនកាលឱសថអាចបង្ហាញច្រើនជាងម្តងនៅលើ*បញ្ជីឱសថ*របស់យើង។ នេះដោយសារតែឱសថដូចគ្នា អាចមានភាពខុសគ្នាដោយផ្អែកលើកម្រិតសកម្មភាព បរិមាណ ឬទម្រង់នៃឱសថដែលបានចេញវេជ្ជបញ្ជាដោយអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក ហើយការរឹតបន្តឹងផ្សេងៗគ្នាអាចនឹងត្រូវអនុវត្តចំពោះកំណែផ្សេងៗគ្នានៃឱសថទាំងនោះ (ឧទាហរណ៍ 10 mg ធៀបនឹង 100 mg មួយគ្រាប់ក្នុងមួយថ្ងៃ ធៀបនឹង ពីរគ្រាប់ក្នុងមួយថ្ងៃ ថ្នាំគ្រាប់ ធៀបនឹង ថ្នាំទឹក។)

ប្រសិនបើមានវិធានការពិសេសសម្រាប់ឱសថរបស់អ្នក ជាធម្មតាវាមានន័យថាអ្នក ឬអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកត្រូវតែអនុវត្តជំហានបន្ថែម ដើម្បីឱ្យយើងវ៉ាប់រងលើឱសថនោះ។ ជាឧទាហរណ៍ អ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកប្រហែលជាត្រូវប្រាប់យើងពីរោគវិនិច្ឆ័យរបស់អ្នក ឬផ្តល់លទ្ធផលនៃការធ្វើតេស្តឈាមជាមុនសិន។ ប្រសិនបើអ្នក ឬអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកគិតថាវិធានការរបស់យើងមិនគួរត្រូវបានអនុវត្តចំពោះស្ថានភាពរបស់អ្នកទេ សូមស្នើសុំឱ្យយើងប្រើប្រាស់ដំណើរការសម្រេចចិត្តលើការវ៉ាប់រងដើម្បីធ្វើការលើកលែង។ យើងអាចនឹងយល់ព្រម ឬមិនយល់ព្រមអនុញ្ញាតឱ្យអ្នកប្រើប្រាស់ឱសថនោះដោយមិនចាំបាច់អនុវត្តជំហានបន្ថែមទេ។

ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពីការស្នើសុំការលើកលែង សូមមើល**ជំពូកទី 9** នៃ*សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះ។

1. ការកំណត់ការប្រើប្រាស់ឱសថដែលមានម៉ាកយីហោ ឬផលិតផលជីវសាស្ត្រដើម នៅពេលដែលមានកំណែឱសថទូទៅ ផលិតផលជីវសាស្ត្រស្រដៀងគ្នាដែលអាចផ្លាស់ប្តូរគ្នាបានរៀងៗខ្លួន។

ជាទូទៅ ឱសថទូទៅ ផលិតផលជីវសាស្ត្រស្រដៀងគ្នាដែលអាចផ្លាស់ប្តូរគ្នាបាន មានប្រសិទ្ធភាពដូចគ្នានឹងឱសថដែលមានម៉ាកយីហោ ឬផលិតផលជីវសាស្ត្រដើម ហើយជាធម្មតាមានតម្លៃទាបជាង។ ប្រសិនបើមានកំណែឱសថទូទៅ ផលិតផលជីវសាស្ត្រស្រដៀងគ្នាដែលអាចផ្លាស់ប្តូរគ្នាបាននៃឱសថដែលមានម៉ាកយីហោ ឬផលិតផលជីវសាស្ត្រដើម ឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញរបស់យើងនឹងផ្តល់ជូនអ្នកនូវកំណែឱសថទូទៅ ផលិតផលជីវសាស្ត្រស្រដៀងគ្នាដែលអាចផ្លាស់ប្តូរគ្នាបាននោះ។

- ជាធម្មតា យើងមិនបង់ប្រាក់សម្រាប់ឱសថដែលមានម៉ាកយីហោ ឬផលិតផលជីវសាស្ត្រដើមទេ នៅពេលដែលមានកំណែឱសថទូទៅ។
- ទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយ ប្រសិនបើអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកបានប្រាប់យើងអំពីមូលហេតុវេជ្ជសាស្ត្រថាឱសថទូទៅ ផលិតផលជីវសាស្ត្រស្រដៀងគ្នាដែលអាចផ្លាស់ប្តូរគ្នាបាន ឬឱសថដែលបានធានារ៉ាប់រងផ្សេងទៀតសម្រាប់ព្យាបាលស្ថានភាពដូចគ្នា មិនមានប្រសិទ្ធភាពសម្រាប់អ្នកទេ នោះយើងនឹងធានារ៉ាប់រងលើឱសថដែលមានម៉ាកយីហោនោះ។

- ការបង់ប្រាក់រួមរបស់អ្នកសម្រាប់ឱសថដែលមានម៉ាកយីហោ ឬផលិតផលជីវសាស្ត្រដើម អាចខ្ពស់ជាងសម្រាប់ឱសថទូទៅ ផលិតផលជីវសាស្ត្រដើម ផលិតផលជីវសាស្ត្រស្រដៀងគ្នាដែលអាចផ្លាស់ប្តូរគ្នាបាន។

2. ការទទួលបានការយល់ព្រមពីគម្រោងជាមុន

សម្រាប់ឱសថមួយចំនួន អ្នក ឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកត្រូវតែទទួលបានការយល់ព្រមពីគម្រោងរបស់យើង មុនពេលអ្នកបើកឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក។ នេះត្រូវបានហៅថាការអនុញ្ញាតជាមុន។ វិធានការនេះត្រូវបានដាក់ចេញដើម្បីជានាសុវត្ថិភាពឱសថ និងជួយណែនាំអំពីការប្រើប្រាស់ឱសថជាក់លាក់ឱ្យបានសមស្រប។ ប្រសិនបើអ្នកមិនទទួលបានការយល់ព្រមទេ យើងប្រហែលជាមិនរាប់រងលើឱសថនោះឡើយ។ ទូរសព្ទទៅសេវាបម្រើសមាជិកតាមលេខដែលមាននៅខាងក្រោមទំព័រ ឬនៅលើគេហទំព័ររបស់យើងនៅ kp.org/seniorrx។

3. ការកំណត់បរិមាណ

សម្រាប់ឱសថមួយចំនួន យើងកំណត់បរិមាណឱសថដែលអ្នកអាចទទួលបាន។ នេះត្រូវបានគេហៅថាដែនកំណត់បរិមាណ។ ជាឧទាហរណ៍ ប្រសិនបើជាធម្មតាវាត្រូវបានចាត់ទុកថាមានសុវត្ថិភាពក្នុងការលេបថ្នាំត្រឹមតែមួយគ្រាប់ក្នុងមួយថ្ងៃសម្រាប់ឱសថជាក់លាក់ណាមួយ យើងអាចនឹងកំណត់បរិមាណឱសថដែលអ្នកអាចទទួលបាននៅពេលនីមួយៗដែលអ្នកបើកឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក។

ដើម្បីស្វែងយល់ថាតើវិធានការខាងលើណាមួយអនុវត្តចំពោះឱសថដែលអ្នកប្រើប្រាស់ ឬចង់ប្រើប្រាស់ដែរឬទេ សូមពិនិត្យមើល *បញ្ជីឱសថ*របស់យើង។ សម្រាប់ព័ត៌មានបច្ចុប្បន្នបំផុត សូមទូរសព្ទទៅសេវាបម្រើសមាជិក ឬពិនិត្យមើលគេហទំព័ររបស់យើងនៅ kp.org/seniorrx។ ប្រសិនបើអ្នកមិនយល់ស្របនឹងការសម្រេចចិត្តលើការរាប់រងរបស់យើងដោយផ្អែកលើមូលហេតុណាមួយខាងលើទេ អ្នកអាចស្នើសុំបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍បាន។ សូមមើលទៅ **ជំពូកទី 9** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក* នេះ។

D. មូលហេតុដែលឱសថរបស់អ្នកប្រហែលជាមិនត្រូវបានធានារ៉ាប់រង

យើងព្យាយាមធ្វើឱ្យការរាប់រងឱសថរបស់អ្នកមានដំណើរការល្អសម្រាប់អ្នក ប៉ុន្តែជួនកាលឱសថអាចនឹងមិនត្រូវបានរាប់រងតាមរបៀបដែលអ្នកចង់បាននោះទេ។ ឧទាហរណ៍៖

- គម្រោងរបស់យើងមិនរាប់រងលើឱសថដែលអ្នកចង់ប្រើប្រាស់ឡើយ។ ឱសថនោះប្រហែលជាមិនមាននៅក្នុង *បញ្ជីឱសថ*របស់យើងទេ។ យើងអាចនឹងរាប់រងលើកំណែឱសថទូទៅ ប៉ុន្តែមិនរាប់រងលើកំណែឱសថដែលមានម៉ាកយីហោដែលអ្នកចង់ប្រើប្រាស់នោះទេ។ ឱសថអាចជារបស់ថ្មី ហើយយើងមិនទាន់បានពិនិត្យមើលវាឡើងវិញអំពីសុវត្ថិភាព និងប្រសិទ្ធភាពនៅឡើយទេ។

- គម្រោងរបស់យើងរាប់រងលើឱសថនោះ ប៉ុន្តែមានវិធានការ ឬដែនកំណត់ពិសេសលើការរាប់រង។ ដូចដែលបានពន្យល់នៅក្នុងផ្នែកខាងលើ ឱសថមួយចំនួនដែលគម្រោងរបស់យើងរាប់រងមានវិធានការដែលកម្រិតការប្រើប្រាស់របស់វា។ ក្នុងករណីខ្លះ អ្នក ឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកអាចនឹងចង់ស្នើសុំការលើកលែងពីយើង។

- ឱសថនេះត្រូវបានរាប់រង ប៉ុន្តែស្ថិតនៅក្នុងកម្រិតនៃចំណែកចូលរួមបង់ប្រាក់ដែលធ្វើឱ្យការចំណាយរបស់អ្នកថ្លៃជាងអ្វីដែលអ្នកគិតថាគួរតែចំណាយ។

មានប្រការមួយចំនួនដែលអ្នកអាចធ្វើបាន ប្រសិនបើយើងមិនរាប់រងលើឱសថតាមរបៀបដែលអ្នកចង់ឱ្យយើងរាប់រងនោះទេ។

D1. ការទទួលបានការផ្គត់ផ្គង់បណ្តោះអាសន្ន

ក្នុងករណីខ្លះ យើងអាចផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវការផ្គត់ផ្គង់ឱសថបណ្តោះអាសន្នបាន នៅពេលដែលឱសថមិនមាននៅក្នុង *បញ្ជីឱសថ*របស់យើង ឬត្រូវបានកម្រិតតាមមធ្យោបាយណាមួយ។ នេះផ្តល់ពេលវេលាឱ្យអ្នកក្នុងការពិភាក្សាជាមួយអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកអំពីការទទួលបានឱសថផ្សេង ឬស្នើសុំឱ្យយើងរ៉ាប់រងលើឱសថនោះ។

ដើម្បីទទួលបានការផ្គត់ផ្គង់ឱសថបណ្តោះអាសន្ន អ្នកត្រូវតែបំពេញតាមវិធានការទាំងពីរខាងក្រោម៖

1. ឱសថដែលអ្នកបានប្រើប្រាស់៖
   - លែងមាននៅក្នុង *បញ្ជីឱសថ*របស់យើងតទៅទៀត **ឬ**
   - មិនដែលធ្លាប់មាននៅក្នុង *បញ្ជីឱសថ*របស់យើង **ឬ**
   - ឥឡូវនេះត្រូវបានកម្រិតតាមមធ្យោបាយណាមួយ។
2. អ្នកត្រូវតែស្ថិតនៅក្នុងស្ថានភាពណាមួយដូចខាងក្រោម៖

- អ្នកបានស្ថិតនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើងកាលពីឆ្នាំមុន។
  - យើងរ៉ាប់រងលើការផ្គត់ផ្គង់ឱសថបណ្តោះអាសន្នរបស់អ្នក**ក្នុងអំឡុងពេល 90 ថ្ងៃដំបូងនៃឆ្នាំប្រតិទិន។**
  - ការផ្គត់ផ្គង់បណ្តោះអាសន្ននេះគឺរហូតដល់ **30 ថ្ងៃ**។
  - ប្រសិនបើវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកត្រូវបានសរសេរសម្រាប់ចំនួនថ្ងៃតិចជាងនេះ យើងអនុញ្ញាតឱ្យមានការបើកឱសថបន្ថែមច្រើនលើក ដើម្បីផ្តល់ជូនរហូតដល់អតិបរមា 30 ថ្ងៃនៃឱសថ។ អ្នកត្រូវតែបើកឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជានៅឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញ។
  - ឱសថស្ថាននៃមណ្ឌលថែទាំរយៈពេលវែងអាចផ្តល់ឱសថរបស់អ្នកក្នុងបរិមាណតិចតួចក្នុងពេលតែមួយ ដើម្បីការពារការខ្ជះខ្ជាយ។
- អ្នកជាសមាជិកថ្មីនៃគម្រោងរបស់យើង។
  - យើងរ៉ាប់រងលើការផ្គត់ផ្គង់ឱសថបណ្តោះអាសន្នរបស់អ្នក**ក្នុងអំឡុងពេល 90 ថ្ងៃដំបូងនៃសមាជិកភាពរបស់អ្នកនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើង។**
  - ការផ្គត់ផ្គង់បណ្តោះអាសន្ននេះគឺរហូតដល់ 30 ថ្ងៃ។
  - ប្រសិនបើវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកត្រូវបានសរសេរសម្រាប់ចំនួនថ្ងៃតិចជាងនេះ យើងអនុញ្ញាតឱ្យមានការបើកឱសថបន្ថែមច្រើនលើក ដើម្បីផ្តល់ជូនរហូតដល់អតិបរមា 30 ថ្ងៃនៃឱសថ។ អ្នកត្រូវតែបើកឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជានៅឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញ។
  - ឱសថស្ថាននៃមណ្ឌលថែទាំរយៈពេលវែងអាចផ្តល់ឱសថរបស់អ្នកក្នុងបរិមាណតិចតួចក្នុងពេលតែមួយ ដើម្បីការពារការខ្ជះខ្ជាយ។
- អ្នកបានស្ថិតនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើងលើសពី 30 ថ្ងៃ រស់នៅក្នុងមណ្ឌលថែទាំរយៈពេលវែង ហើយត្រូវការការផ្គត់ផ្គង់ភ្លាមៗ។

- យើងរ៉ាប់រងលើការផ្គត់ផ្គង់សម្រាប់រយៈពេល 31 ថ្ងៃចំនួនមួយដង ឬតិចជាងនេះ ប្រសិនបើវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកត្រូវបានសរសេរសម្រាប់ចំនួនថ្ងៃតិចជាងនេះ។ នេះគឺបន្ថែមពីលើការផ្គត់ផ្គង់បណ្តោះអាសន្នខាងលើ។

- ប្រសិនបើអ្នកចូលសម្រាក ឬត្រូវបានអនុញ្ញាតឱ្យចេញពីមន្ទីរពេទ្យ មណ្ឌលថែទាំជំនាញ ឬមណ្ឌលថែទាំរយៈពេលវែង ទៅកាន់កន្លែងទទួលការថែទាំផ្សេង ឬទៅផ្ទះ នេះគឺជាអ្វីដែលត្រូវបានគេហៅថាការផ្លាស់ប្តូរកម្រិតនៃការថែទាំ។ នៅពេលដែលកម្រិតនៃការថែទាំរបស់អ្នកផ្លាស់ប្តូរ អ្នកអាចនឹងត្រូវការបើកឱសថរបស់អ្នកបន្ថែម។ ជាទូទៅ យើងនឹងរ៉ាប់រងលើការផ្គត់ផ្គង់រហូតដល់មួយខែសម្រាប់ឱសថផ្នែក D របស់អ្នក ក្នុងអំឡុងពេលនៃការផ្លាស់ប្តូរកម្រិតនៃការថែទាំនេះ ទោះបីជាឱសថនោះមិនមាននៅក្នុង*បញ្ជីឱសថ*របស់យើងក៏ដោយ។

D2. ការស្នើសុំការផ្គត់ផ្គង់បណ្តោះអាសន្ន

ដើម្បីស្នើសុំការផ្គត់ផ្គង់ឱសថបណ្តោះអាសន្ន សូមទូរសព្ទទៅសេវាបម្រើសមាជិក។

នៅពេលអ្នកទទួលបានការផ្គត់ផ្គង់ឱសថបណ្តោះអាសន្ន សូមពិភាក្សាជាមួយអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកឱ្យបានឆាប់តាមដែលអាចធ្វើទៅបាន ដើម្បីសម្រេចចិត្តថាត្រូវធ្វើយ៉ាងណា នៅពេលដែលការផ្គត់ផ្គង់របស់អ្នកអស់។ ខាងក្រោមនេះគឺជាជម្រើសរបស់អ្នក៖

- ការផ្លាស់ប្តូរទៅឱសថផ្សេង។
  គម្រោងរបស់យើងអាចរ៉ាប់រងលើឱសថផ្សេងដែលដំណើរការល្អសម្រាប់អ្នក។ សូមទូរសព្ទទៅសេវាបម្រើសមាជិក ដើម្បីស្នើសុំបញ្ជីឱសថដែលយើងរ៉ាប់រង ដែលព្យាបាលស្ថានភាពវេជ្ជសាស្ត្រដូចគ្នា។ បញ្ជីនេះអាចជួយអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកក្នុងការស្វែងរកឱសថដែលត្រូវបានរ៉ាប់រង ដែលអាចដំណើរការល្អសម្រាប់អ្នក។

  ឬ

- ការស្នើសុំការលើកលែង។
  អ្នក និងអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកអាចស្នើសុំឱ្យយើងធ្វើការលើកលែងបាន។ ជាឧទាហរណ៍ អ្នកអាចស្នើសុំឱ្យយើងរ៉ាប់រងលើឱសថដែលមិនមាននៅក្នុង*បញ្ជីឱសថ*របស់យើង ឬស្នើសុំឱ្យយើងរ៉ាប់រងលើឱសថនោះដោយគ្មានដែនកំណត់។ ប្រសិនបើអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកមានប្រសាសន៍ថា អ្នកមានមូលហេតុវេជ្ជសាស្ត្រក្រឹមត្រូវសម្រាប់ការលើកលែង ពួកគេអាចជួយអ្នកក្នុងការស្នើសុំការលើកលែងនេះបាន។

D3. ការស្នើសុំការលើកលែង

ប្រសិនបើឱសថដែលអ្នកប្រើប្រាស់ នឹងត្រូវដកចេញពី*បញ្ជីឱសថ*របស់យើង ឬត្រូវបានកម្រិតតាមមធ្យោបាយណាមួយនៅឆ្នាំក្រោយ យើងអនុញ្ញាតឱ្យអ្នកស្នើសុំការលើកលែងមុនឆ្នាំក្រោយចូលមកដល់។

- យើងប្រាប់អ្នកអំពីការផ្លាស់ប្តូរណាមួយចំពោះការរ៉ាប់រងសម្រាប់ឱសថរបស់អ្នកសម្រាប់ឆ្នាំក្រោយ។ សូមស្នើសុំឱ្យយើងធ្វើការលើកលែង និងរ៉ាប់រងលើឱសថសម្រាប់ឆ្នាំក្រោយតាមរបៀបដែលអ្នកចង់បាន។

- យើងឆ្លើយតបទៅនឹងសំណើសុំសម្រាប់ការលើកលែងរបស់អ្នក ក្នុងរយៈពេល 72 ម៉ោង បន្ទាប់ពីយើងទទួលបានសំណើសុំរបស់អ្នក (ឬសេចក្តីថ្លែងការណ៍គាំទ្រពីអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក)។

- ប្រសិនបើយើងយល់ព្រមសំណើសុំរបស់អ្នក យើងនឹងអនុញ្ញាតឱ្យមានការរ៉ាប់រងសម្រាប់ឱសថនោះមុនពេលការផ្លាស់ប្តូរចូលជាធរមាន។

ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពីការស្នើសុំការលើកលែង សូមមើលទៅ**ជំពូកទី 9** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះ។

ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយក្នុងការស្នើសុំការលើកលែង សូមទាក់ទងទៅសេវាបម្រើសមាជិក។

E. ការផ្លាស់ប្តូរការធានារ៉ាប់រងសម្រាប់ឱសថរបស់អ្នក

ការផ្លាស់ប្តូរភាគច្រើនក្នុងការរ៉ាប់រងឱសថកើតឡើងនៅថ្ងៃទី 1 ខែមករា ប៉ុន្តែយើងអាចបន្ថែម ឬដកឱសថចេញពី *បញ្ជីឱសថ*របស់យើងក្នុងអំឡុងឆ្នាំគម្រោង។ យើងក៏អាចផ្លាស់ប្តូរវិធានការរបស់យើងអំពីឱសថផងដែរ។ ជាឧទាហរណ៍ យើងអាច៖

- សម្រេចចិត្តតម្រូវ ឬមិនតម្រូវឱ្យមានការអនុញ្ញាតជាមុនសម្រាប់ឱសថណាមួយ (ការអនុញ្ញាតពីយើងមុនពេលអ្នកអាចទទួលបានឱសថ)។
- បន្ថែម ឬផ្លាស់ប្តូរបរិមាណឱសថដែលអ្នកអាចទទួលបាន (ការកំណត់បរិមាណ)។
- ជំនួសផលិតផលជីវសាស្ត្រដើមដោយកំណែផលិតផលជីវសាស្ត្រស្រដៀងគ្នាដែលអាចផ្លាស់ប្តូរគ្នាបាននៃផលិតផលជីវសាស្ត្រនោះ។

យើងត្រូវតែអនុវត្តតាមតម្រូវការរបស់ Medicare មុនពេលយើងផ្លាស់ប្តូរ *បញ្ជីឱសថ*របស់គម្រោងយើង។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីវិធានការឱសថទាំងនេះ សូមមើលទៅ**ផ្នែក C**។

ប្រសិនបើអ្នកប្រើប្រាស់ឱសថដែលយើងបានរ៉ាប់រងនៅ**ដើមឆ្នាំ** ជាទូទៅយើងនឹងមិនដកចេញ ឬផ្លាស់ប្តូរការរ៉ាប់រងនៃឱសថនោះ**ក្នុងអំឡុងពេលដែលនៅសល់នៃឆ្នាំនោះទេ** លុះត្រាតែ៖

- មានឱសថថ្មី និងមានតម្លៃថោកជាង ចេញលក់នៅលើទីផ្សារ ដែលដំណើរការល្អដូចគ្នានឹងឱសថដែលមាននៅលើ *បញ្ជីឱសថ*របស់យើងបច្ចុប្បន្ន **ឬ**
- យើងដឹងថាឱសថណាមួយមិនមានសុវត្ថិភាព **ឬ**
- ឱសថណាមួយត្រូវបានដកចេញពីទីផ្សារ។

តើមានអ្វីកើតឡើង ប្រសិនបើការរ៉ាប់រងផ្លាស់ប្តូរសម្រាប់ឱសថដែលអ្នកកំពុងប្រើប្រាស់?

ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែមអំពីអ្វីដែលកើតឡើងនៅពេលដែល *បញ្ជីឱសថ* របស់យើងផ្លាស់ប្តូរ អ្នកតែងតែអាច៖

- ពិនិត្យមើល *បញ្ជីឱសថ*បច្ចុប្បន្នរបស់យើង តាមអនឡាញតាមរយៈ kp.org/seniorrx **ឬ**
- ទូរសព្ទទៅកាន់សេវាបម្រើសមាជិកតាមរយៈលេខនៅផ្នែកខាងក្រោមនៃទំព័រ ដើម្បីពិនិត្យមើល *បញ្ជីឱសថ*បច្ចុប្បន្នរបស់យើង។

ការផ្លាស់ប្តូរដែលយើងអាចធ្វើចំពោះ *បញ្ជីឱសថ*ដែលប៉ះពាល់ដល់អ្នកក្នុងអំឡុងឆ្នាំគម្រោងបច្ចុប្បន្ន

ការផ្លាស់ប្តូរមួយចំនួនចំពោះ *បញ្ជីឱសថ*នឹងកើតឡើង **ភ្លាមៗ**។ ឧទាហរណ៍៖

ឱសថទូទៅថ្មីមួយមានផ្តល់ជូន។ ជួនកាល ឱសថទូទៅថ្មី ឬផលិតផលជីវសាស្ត្រស្រដៀងគ្នាថ្មីមួយចូលមកក្នុងទីផ្សារ ដែលមានប្រសិទ្ធភាពដូចគ្នានឹងឱសថដែលមានម៉ាកយីហោ ឬផលិតផលជីវសាស្ត្រដើមដែលមាននៅក្នុង *បញ្ជីឱសថ*នាពេលបច្ចុប្បន្ន។ នៅពេលរឿងនោះកើតឡើង យើងអាចដកឱសថដែលមានម៉ាកយីហោនោះចេញ ហើយបញ្ចូលឱសថទូទៅថ្មីនោះជំនួសវិញ ប៉ុន្តែការចំណាយរបស់អ្នកសម្រាប់ឱសថថ្មីនឹងនៅដដែល ឬទាបជាងមុន។ នៅពេលយើងបញ្ចូលឱសថទូទៅថ្មី យើងក៏អាចសម្រេចចិត្តរក្សាឱសថដែលមានម៉ាកយីហោទុកក្នុងបញ្ជីផងដែរ ប៉ុន្តែផ្លាស់ប្តូរថ្លៃ ឬការកំណត់នៃការធានារ៉ាប់រងរបស់វា។

- យើងអាចនឹងមិនប្រាប់អ្នកមុនពេលយើងធ្វើការផ្លាស់ប្តូរនេះទេ ប៉ុន្តែយើងនឹងផ្ញើព័ត៌មានជូនអ្នកអំពីការផ្លាស់ប្តូរជាក់លាក់ដែលយើងបានធ្វើនៅពេលវាបានកើតឡើង។
- អ្នក ឬអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកអាចស្នើសុំ “ការលើកលែង” ពីការផ្លាស់ប្តូរទាំងនេះ។ យើងនឹងផ្ញើសេចក្តីជូនដំណឹងមួយជូនអ្នកដោយមានបញ្ជាក់ពីជំហានដែលអ្នកអាចអនុវត្តដើម្បីស្នើសុំការលើកលែងបាន។ សូមមើល **ជំពូកទី 9** នៃសៀវភៅណែនាំនេះសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមស្តីពីការលើកលែង។

ការដកចេញនូវឱសថដែលមិនមានសុវត្ថិភាព និងឱសថផ្សេងទៀតដែលលែងមានលក់នៅលើទីផ្សារ។ ជួនកាលឱសថមួយអាចត្រូវបានរកឃើញថាមិនមានសុវត្ថិភាព ឬត្រូវបានដកចេញពីទីផ្សារដោយសារមូលហេតុផ្សេងទៀត។ ប្រសិនបើរឿងនេះកើតឡើង យើងអាចដកវាចេញពី *បញ្ជីឱសថ*របស់យើងភ្លាមៗ។ ប្រសិនបើអ្នកកំពុងប្រើប្រាស់ឱសថនេះ យើងនឹងផ្ញើសេចក្តីជូនដំណឹងមួយជូនអ្នក បន្ទាប់ពីយើងធ្វើការផ្លាស់ប្តូរ។ អ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកក៏នឹងដឹងអំពីការផ្លាស់ប្តូរនេះផងដែរ ហើយអាចធ្វើការជាមួយអ្នកដើម្បីស្វែងរកឱសថមួយផ្សេងទៀតសម្រាប់ស្ថានភាពជំងឺរបស់អ្នក។

យើងអាចធ្វើការផ្លាស់ប្តូរផ្សេងទៀតដែលប៉ះពាល់ដល់ឱសថដែលអ្នកប្រើប្រាស់។ យើងប្រាប់អ្នកជាមុនអំពីការផ្លាស់ប្តូរផ្សេងទៀតទាំងនេះចំពោះ *បញ្ជីឱសថ*របស់យើង។ ការផ្លាស់ប្តូរទាំងនេះអាចកើតឡើងប្រសិនបើ៖

- រដ្ឋបាលចំណីអាហារ និងឱសថ (FDA) ផ្តល់ការណែនាំថ្មី ឬមានគោលការណ៍ណែនាំគ្លីនិកថ្មីៗអំពីឱសថណាមួយ។

នៅពេលដែលការផ្លាស់ប្តូរទាំងនេះបានកើតឡើង យើងនឹង៖

- ប្រាប់អ្នកយ៉ាងហោចណាស់ 30 ថ្ងៃ មុនពេលយើងធ្វើការផ្លាស់ប្តូរចំពោះ *បញ្ជីឱសថ*របស់យើង **ឬ**
- អនុញ្ញាតឱ្យអ្នកដឹង និងផ្តល់ជូនអ្នកនូវឱសថសម្រាប់ការប្រើប្រាស់រយៈពេល 30 ថ្ងៃ បន្ទាប់ពីអ្នកស្នើសុំការបើកឱសថបន្ថែម។

នេះផ្តល់ពេលឱ្យអ្នកដើម្បីពិភាក្សាជាមួយវេជ្ជបណ្ឌិត ឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាផ្សេងទៀតរបស់អ្នក។ ពួកគេអាចជួយអ្នកសម្រេចចិត្ត៖

- ថាតើមានឱសថស្រដៀងគ្នានៅក្នុង *បញ្ជីឱសថ* របស់យើង ដែលអ្នកអាចប្រើជំនួសបានដែរឬទេ **ឬ**
- ថាតើអ្នកគួរស្នើសុំការលើកលែងពីការផ្លាស់ប្តូរទាំងនេះ ដើម្បីបន្តការធានារ៉ាប់រងលើឱសថ ឬប្រភេទនៃឱសថដែលអ្នកកំពុងប្រើប្រាស់ដែរឬទេ។ ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពីការស្នើសុំការលើកលែង សូមមើល **ជំពូកទី 9** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះ។

ការផ្លាស់ប្តូរចំពោះ *បញ្ជីឱសថ*ដែលមិនប៉ះពាល់ដល់អ្នកក្នុងអំឡុងឆ្នាំគម្រោងនេះ

យើងអាចធ្វើការផ្លាស់ប្តូរចំពោះឱសថដែលអ្នកប្រើប្រាស់ ដែលមិនត្រូវបានរៀបរាប់ខាងលើ ហើយក៏មិនប៉ះពាល់ដល់អ្នកនៅពេលនេះដែរ។ សម្រាប់ការផ្លាស់ប្តូរបែបនេះ ប្រសិនបើអ្នកកំពុងប្រើប្រាស់ឱសថដែលយើងបានធានារ៉ាប់រងកាលពី**ដើម**ឆ្នាំ ជាទូទៅយើងមិនដកចេញ ឬផ្លាស់ប្តូរការធានារ៉ាប់រងនៃឱសថនោះទេ **ក្នុងអំឡុងពេលដែលនៅសល់នៃឆ្នាំ**។

ជាឧទាហរណ៍ ប្រសិនបើយើងដកចេញនូវឱសថដែលអ្នកកំពុងប្រើប្រាស់ ឬកំណត់ការប្រើប្រាស់របស់វា នោះការផ្លាស់ប្តូរនេះនឹងមិនប៉ះពាល់ដល់ការប្រើប្រាស់ឱសថរបស់អ្នកទេសម្រាប់រយៈពេលដែលនៅសល់នៃឆ្នាំ។ ប្រសិនបើការផ្លាស់ប្តូរណាមួយក្នុងចំណោមការផ្លាស់ប្តូរទាំងនេះកើតឡើងចំពោះឱសថដែលអ្នកកំពុងប្រើប្រាស់ (លើកលែងតែការផ្លាស់ប្តូរដែលបានកត់សម្គាល់នៅក្នុងផ្នែកខាងលើ) ការផ្លាស់ប្តូរនឹងមិនប៉ះពាល់ដល់ការប្រើប្រាស់របស់អ្នកទេ រហូតដល់ថ្ងៃទី 1 ខែមករា នៃឆ្នាំបន្ទាប់។

យើងនឹងមិនប្រាប់អ្នកអំពីការផ្លាស់ប្តូរប្រភេទទាំងនេះដោយផ្ទាល់ទេក្នុងអំឡុងឆ្នាំបច្ចុប្បន្ន។ អ្នកនឹងត្រូវពិនិត្យមើល *បញ្ជីឱសថ* សម្រាប់ឆ្នាំគម្រោងបន្ទាប់ (នៅពេលដែលបញ្ជីនេះមានផ្តល់ជូនក្នុងអំឡុងពេលចុះឈ្មោះចូលជាសមាជិកបើកចំហ) ដើម្បីមើលថាតើមានការផ្លាស់ប្តូរណាមួយដែលនឹងប៉ះពាល់ដល់អ្នកក្នុងអំឡុងឆ្នាំគម្រោងបន្ទាប់ដែរឬទេ។

F. ការធានារ៉ាប់រងលើឱសថក្នុងករណីពិសេស

F1. នៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យ ឬមណ្ឌលថែទាំជំនាញសម្រាប់ការស្នាក់នៅដែលគម្រោងរបស់យើងធានារ៉ាប់រង

ប្រសិនបើអ្នកត្រូវបានសម្រាកព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យ ឬមណ្ឌលថែទាំជំនាញសម្រាប់ការស្នាក់នៅដែលគម្រោងរបស់យើងធានារ៉ាប់រង ជាទូទៅយើងធានារ៉ាប់រងលើថ្លៃឱសថរបស់អ្នកក្នុងអំឡុងពេលស្នាក់នៅរបស់អ្នក។ អ្នកនឹងមិនបង់ការបង់ប្រាក់រួមទេ។ នៅពេលអ្នកចាកចេញពីមន្ទីរពេទ្យ ឬមណ្ឌលថែទាំជំនាញ យើងធានារ៉ាប់រងលើឱសថរបស់អ្នកដរាបណាឱសថទាំងនោះបំពេញតាមច្បាប់នៃការធានារ៉ាប់រងរបស់យើងទាំងអស់។

ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពីការធានារ៉ាប់រងលើឱសថរបស់អ្នក និងអ្វីដែលអ្នកបង់ សូមមើល**ជំពូកទី 6** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះ។

F2. នៅក្នុងមណ្ឌលថែទាំរយៈពេលវែង

ជាធម្មតា មណ្ឌលថែទាំរយៈពេលវែង ដូចជាមណ្ឌលថែទាំជាដើម មានឱសថស្ថានផ្ទាល់ខ្លួន ឬឱសថស្ថានដែលផ្គត់ផ្គង់ឱសថសម្រាប់អ្នកស្នាក់នៅទាំងអស់។ ប្រសិនបើអ្នករស់នៅក្នុងមណ្ឌលថែទាំរយៈពេលវែង អ្នកអាចទទួលបានឱសថរបស់អ្នកតាមរយៈឱសថស្ថានរបស់មណ្ឌល ប្រសិនបើវាជាផ្នែកមួយនៃបណ្តាញរបស់យើង។

ពិនិត្យមើល *សៀវភៅបញ្ជីឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថាន* របស់អ្នក ដើម្បីស្វែងយល់ថាតើឱសថស្ថានរបស់មណ្ឌលថែទាំរយៈពេលវែងរបស់អ្នកគឺជាផ្នែកមួយនៃបណ្តាញរបស់យើងដែរឬទេ។ ប្រសិនបើមន្ទីរនោះមិនមែនជាផ្នែកនៃបណ្តាញរបស់យើងទេ ឬប្រសិនបើអ្នកត្រូវការព័ត៌មានបន្ថែម សូមទាក់ទងសេវាបម្រើសមាជិក។

F3. នៅក្នុងកម្មវិធីមណ្ឌលថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយដែលទទួលស្គាល់ដោយ Medicare

ឱសថមិនដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយទាំងការថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយ និងគម្រោងរបស់យើងក្នុងពេលតែមួយទេ។

- អ្នកអាចចុះឈ្មោះចូលរួមក្នុងមណ្ឌលថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយរបស់ Medicare ហើយត្រូវការឱសថជាក់លាក់ (ឧទាហរណ៍ ឱសថបំបាត់ការឈឺចាប់ ឱសថប្រឆាំងការចង់ក្អួត ឱសថបញ្ចុះលាមក ឬឱសថប្រឆាំងការថប់បារម្ភ) ដែលមណ្ឌលថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយរបស់អ្នកមិនធានារ៉ាប់រង ពីព្រោះឱសថទាំងនោះមិនទាក់ទងនឹងការព្យាករណ៍អំពីជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយ និងស្ថានភាពរបស់អ្នក។ ក្នុងករណីនោះ គម្រោងរបស់យើងត្រូវតែទទួលបានការជូនដំណឹងពីអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជា ឬអ្នកផ្តល់សេវាមណ្ឌលថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយរបស់អ្នកថាឱសថនោះមិនពាក់ព័ន្ធ មុនពេលយើងអាចធានារ៉ាប់រងលើឱសថនោះ។

- ដើម្បីការពារការពន្យារពេលក្នុងការទទួលបានឱសថមិនពាក់ព័ន្ធណាមួយដែលគម្រោងរបស់យើងគួរតែធានារ៉ាប់រង អ្នកអាចសួរអ្នកផ្តល់សេវាមណ្ឌលថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយ ឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក ដើម្បីធានាថាយើងមានការជូនដំណឹងថាឱសថនោះមិនពាក់ព័ន្ធ មុនពេលអ្នកស្នើសុំឱសថស្ថានបើកឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក។

ប្រសិនបើអ្នកចាកចេញពីមណ្ឌលថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយ គម្រោងរបស់យើងធានារ៉ាប់រងលើឱសថទាំងអស់របស់អ្នក។ ដើម្បីការពារការពន្យារពេលណាមួយនៅឱសថស្ថាន នៅពេលដែលអត្ថប្រយោជន៍មណ្ឌលថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយរបស់ Medicare របស់អ្នកបញ្ចប់ សូមយកឯកសារទៅឱសថស្ថានដើម្បីផ្ទៀងផ្ទាត់ថាអ្នកបានចាកចេញពីមណ្ឌលថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយ។

សូមមើលផ្នែកមុនៗនៃជំពូកនេះដែលនិយាយអំពីឱសថដែលគម្រោងរបស់យើងធានារ៉ាប់រង។ សូមមើល **ជំពូកទី 4** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក* សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីអត្ថប្រយោជន៍មណ្ឌលថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយ។

G. កម្មវិធីស្តីពីសុវត្ថិភាពឱសថ និងការគ្រប់គ្រងឱសថ

G1. កម្មវិធីដើម្បីជួយអ្នកប្រើប្រាស់ឱសថដោយសុវត្ថិភាព

រាល់ពេលដែលអ្នកទទួលឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជា យើងស្វែងរកបញ្ហាដែលអាចកើតមាន ដូចជាកំហុសឆ្គងឱសថ ឬឱសថដែលៈ

- អាចមិនចាំបាច់ ពីព្រោះអ្នកប្រើឱសថស្រដៀងគ្នាផ្សេងទៀតដែលមានមុខងារដូចគ្នា
- អាចមិនមានសុវត្ថិភាពសម្រាប់អាយុ ឬយេនឌ័ររបស់អ្នក
- អាចបង្កគ្រោះថ្នាក់ដល់អ្នក ប្រសិនបើអ្នកប្រើប្រាស់ឱសថទាំងនោះក្នុងពេលតែមួយ
- មានសារធាតុផ្សំដែលអ្នកមាន ឬអាចមានប្រតិកម្មអាឡែស៊ី
- អាចជាកំហុសឆ្គងលើបរិមាណ (កម្រិតជួស)
- មានបរិមាណឱសថបំបាត់ការឈឺចាប់ប្រភេទអូផ្សអ៊ីត ដែលមិនមានសុវត្ថិភាព

ប្រសិនបើយើងរកឃើញបញ្ហាដែលអាចកើតមានក្នុងការប្រើប្រាស់ឱសថរបស់អ្នក យើងធ្វើការជាមួយអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកដើម្បីកែតម្រូវបញ្ហានោះ។

G2. កម្មវិធីដើម្បីជួយអ្នកគ្រប់គ្រងឱសថរបស់អ្នក

គម្រោងរបស់យើងមានកម្មវិធីដើម្បីជួយសមាជិកដែលមានតម្រូវការសុខភាពស្មុគស្មាញ។ ក្នុងករណីបែបនេះ អ្នកអាចមានសិទ្ធិទទួលបានសេវាដោយមិនគិតថ្លៃសម្រាប់អ្នក តាមរយៈកម្មវិធីនៃការគ្រប់គ្រងការព្យាបាលដោយប្រើឱសថ (MTM)។ កម្មវិធីនេះគឺស្ម័គ្រចិត្ត និងឥតគិតថ្លៃ។ កម្មវិធីនេះជួយអ្នក និងអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកឱ្យប្រាកដថាថ្នាំរបស់អ្នកកំពុងដំណើរការដើម្បីកែលម្អសុខភាពរបស់អ្នក។ ប្រសិនបើអ្នកមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់កម្មវិធីនេះ ឱសថការី ឬអ្នកជំនាញសុខភាពផ្សេងទៀតនឹងផ្តល់ជូនអ្នកនូវការពិនិត្យឡើងវិញគ្រប់ជ្រុងជ្រោយនូវរាល់ឱសថរបស់អ្នក ហើយពិភាក្សាជាមួយអ្នកអំពីៈ

- របៀបទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ច្រើនបំផុតពីឱសថដែលអ្នកប្រើ
- ក្តីបារម្ភណាមួយដែលអ្នកមាន ដូចជាថ្លៃឱសថ និងប្រតិកម្មឱសថជាដើម
- វិធីល្អបំផុតក្នុងការប្រើឱសថរបស់អ្នក

- សំណួរឬបញ្ហាណាមួយដែលអ្នកមានអំពីវេជ្ជបញ្ជា និង-ថ្នាំមិនតម្រូវឱ្យមាន-វេជ្ជបញ្ជា

បន្ទាប់មក ពួកគេនឹងផ្តល់ជូនអ្នកនូវ៖

- សេចក្តីសង្ខេបជាលាយលក្ខណ៍អក្សរនៃការពិភាក្សានេះ។ សេចក្តីសង្ខេបនេះមានគម្រោងសកម្មភាពឱសថដែលផ្តល់អនុសាសន៍អំពីអ្វីដែលអ្នកអាចធ្វើបាន ដើម្បីការប្រើប្រាស់ឱសថរបស់អ្នកឱ្យបានល្អបំផុត។
- បញ្ជីថ្នាំផ្ទាល់ខ្លួនដែលរួមមានរាល់ឱសថដែលអ្នកប្រើប្រាស់ បរិមាណដែលអ្នកប្រើ និងពេលវេលាព្រមទាំងមូលហេតុដែលអ្នកប្រើប្រាស់ពួកវា។
- ព័ត៌មានអំពីការចោះចោលដោយសុវត្ថិភាពនូវឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាដែលជាសារធាតុស្ថិតក្រោមការគ្រប់គ្រង។

វាជាគំនិតល្អក្នុងការនិយាយជាមួយអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក អំពីគម្រោងសកម្មភាព និងបញ្ជីថ្នាំរបស់អ្នក។

- យកគម្រោងសកម្មភាព និងបញ្ជីឱសថរបស់អ្នកទៅកាន់ការណាត់ជួបរបស់អ្នក ឬនៅពេលណាក៏បានដែលអ្នកនិយាយជាមួយវេជ្ជបណ្ឌិត ឱសថការី និងអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពផ្សេងទៀតរបស់អ្នក
- យកបញ្ជីថ្នាំរបស់អ្នកទៅជាមួយ ប្រសិនបើអ្នកទៅមន្ទីរពេទ្យ ឬបន្ទប់សង្គ្រោះបន្ទាន់

កម្មវិធី MTM គឺដោយស្ម័គ្រចិត្ត និងឥតគិតថ្លៃសម្រាប់សមាជិកដែលមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់។ ប្រសិនបើយើងមានកម្មវិធីដែលស័ក្តិសមនឹងតម្រូវការរបស់អ្នក យើងនឹងចុះឈ្មោះអ្នកក្នុងកម្មវិធីនេះ ហើយផ្ញើព័ត៌មានជូនអ្នក។ ប្រសិនបើអ្នកមិនចង់ស្ថិតនៅក្នុងកម្មវិធីនេះទេ សូមប្រាប់យើងឱ្យដឹង ហើយយើងនឹងដកអ្នកចេញពីវា។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរអំពីកម្មវិធីទាំងនេះ សូមទាក់ទងសេវាបម្រើសមាជិក។

G3. កម្មវិធីគ្រប់គ្រងឱសថ (DMP) ដើម្បីជួយសមាជិកប្រើប្រាស់ថ្នាំប្រភេទអូផ្យូអ៊ីតដោយសុវត្ថិភាព

យើងមានកម្មវិធីដែលជួយធានាថាសមាជិកប្រើប្រាស់សារធាតុអូផ្យូអ៊ីតតាមវេជ្ជបញ្ជា និងថ្នាំដែលតែងតែត្រូវបានប្រើប្រាស់ខុសគោលដៅផ្សេងទៀតដោយសុវត្ថិភាព។ កម្មវិធីនេះត្រូវបានគេហៅថា កម្មវិធីគ្រប់គ្រងឱសថ (DMP)។

ប្រសិនបើអ្នកប្រើប្រាស់ថ្នាំអូផ្យូអ៊ីតដែលអ្នកទទួលបានពីអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជា ឬឱសថស្ថានជាច្រើន ឬប្រសិនបើអ្នកទើបតែប្រើប្រាស់សារធាតុអូផ្យូអ៊ីតលើសកម្រិត យើងអាចនិយាយជាមួយអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកដើម្បីធ្វើឱ្យប្រាកដថាការប្រើប្រាស់ថ្នាំមានសារធាតុអូផ្យូអ៊ីតរបស់អ្នកគឺសមរម្យ និងចាំបាច់ខាងវេជ្ជសាស្ត្រ។ តាមរយៈការធ្វើការជាមួយអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក ប្រសិនបើយើងសម្រេចថាការប្រើប្រាស់សារធាតុអូផ្យូអ៊ីត ឬថ្នាំ benzodiazepine តាមវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកអាចនឹងមិនមានសុវត្ថិភាព យើងអាចកំណត់របៀបដែលអ្នកអាចទទួលបានថ្នាំទាំងនោះ។ ប្រសិនបើយើងដាក់អ្នកនៅក្នុងកម្មវិធី DMP របស់យើង ការកំណត់អាចរួមមាន៖

- តម្រូវឱ្យអ្នកទទួលបានរាល់វេជ្ជបញ្ជាសម្រាប់ឱសថទាំងនោះពីឱសថស្ថានជាក់លាក់ណាមួយ (ឬច្រើន)
- តម្រូវឱ្យអ្នកទទួលបានរាល់វេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកសម្រាប់ថ្នាំមានសារធាតុអូផ្យូអ៊ីត ឬ benzodiazepine ពីអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាជាក់លាក់ណាមួយ
- កំណត់បរិមាណថ្នាំមានសារធាតុអូផ្យូអ៊ីត ឬ benzodiazepine ដែលយើងជានាវ៉ាប់រងសម្រាប់អ្នក

ប្រសិនបើយើងមានគម្រោងកំណត់របៀបដែលអ្នកទទួលបានថ្នាំទាំងនេះ ឬបរិមាណដែលអ្នកអាចទទួលបាន យើងនឹងផ្ញើលិខិតជូនអ្នកជាមុន។ លិខិតនេះនឹងប្រាប់អ្នកថាតើយើងនឹងកំណត់ការធានារ៉ាប់រងលើឱសថទាំងនេះសម្រាប់អ្នក ឬប្រសិនបើអ្នកនឹងត្រូវបានតម្រូវឱ្យទទួលបានវេជ្ជបញ្ជាសម្រាប់ឱសថទាំងនេះតែពីអ្នកផ្តល់សេវា ឬឱសថស្ថានជាក់លាក់ណាមួយប៉ុណ្ណោះ។

អ្នកនឹងមានឱកាសប្រាប់យើងពីអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជា ឬឱសថស្ថានណាដែលអ្នកចង់ប្រើប្រាស់ និងព័ត៌មានណាមួយដែលអ្នកគិតថាសំខាន់សម្រាប់ឱ្យយើងបានដឹង។ បន្ទាប់ពីអ្នកមានឱកាសឆ្លើយតប ប្រសិនបើយើងសម្រេចចិត្តកំណត់ការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកសម្រាប់ថ្នាំទាំងនេះ យើងនឹងផ្ញើលិខិតមួយច្បាប់ទៀតជូនអ្នកដែលបញ្ជាក់ពីការកំណត់ទាំងនោះ។

ប្រសិនបើអ្នកគិតថាយើងមានកំហុសឆ្គង អ្នកមិនយល់ព្រមចំពោះសេចក្តីសម្រេច ឬការកំណត់របស់យើងទេ អ្នក និងអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកអាចធ្វើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍បាន។ ប្រសិនបើអ្នកដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ យើងនឹងពិនិត្យមើលករណីរបស់អ្នកឡើងវិញ ហើយផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវសេចក្តីសម្រេចថ្មីមួយ។ ប្រសិនបើយើងបន្តបដិសេធផ្នែកណាមួយនៃបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នកដែលទាក់ទងនឹងការកំណត់ដែលអនុវត្តចំពោះការទទួលបានថ្នាំរបស់អ្នក យើងនឹងបញ្ជូនករណីរបស់អ្នកទៅកាន់អង្គការត្រួតពិនិត្យឯករាជ្យ (Independent Review Organization, IRO) ដោយស្វ័យប្រវត្តិ។ (ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពីបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ និង IRO សូមមើល**ជំពូកទី 9** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*។)

កម្មវិធី DMP អាចនឹងមិនអនុវត្តចំពោះអ្នកទេ ប្រសិនបើអ្នក៖

- មានស្ថានភាពវេជ្ជសាស្ត្រជាក់លាក់ ដូចជាជំងឺមហារីក ឬជំងឺកោសិកាឈាមក្រហមរាងកណ្តៀរ
- កំពុងទទួលបានការថែទាំនៅមណ្ឌលថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយ ការថែទាំបំបាត់ការឈឺចាប់ ឬការថែទាំចុងបញ្ចប់នៃជីវិត**ឬ**
- រស់នៅក្នុងមណ្ឌលថែទាំរយៈពេលវែង។

ជំពូកទី 6៖ អ្វីដែលអ្នកចំណាយសម្រាប់ឱសថ Medicare និង Medi-Cal របស់អ្នក

សេចក្តីផ្តើម

ជំពូកនេះប្រាប់ពីអ្វីដែលអ្នកបង់សម្រាប់ឱសថអ្នកមិនស្នាក់ព្យាបាលរបស់អ្នក។ តាមរយៈពាក្យ “ឱសថ” យើងមានន័យថា៖

- ឱសថ Medicare Part D **និង**
- ឱសថ និងទំនិញដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងក្រោម Medi-Cal Rx**និង**
- ឱសថ និងទំនិញដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយគម្រោងរបស់យើងជាអត្ថប្រយោជន៍បន្ថែម។

ដោយសារតែអ្នកមានសិទ្ធិទទួលបាន Medi-Cal អ្នកទទួលបានជំនួយបន្ថែមពី Medicare ដើម្បីជួយបង់ថ្លៃឱសថ Medicare Part D របស់អ្នក។ យើងនឹងផ្ញើជូនអ្នកនូវឯកសារបញ្ជូលដាច់ដោយឡែកមួយ ដែលហៅថា “ឧបសម្ព័ន្ធនៃភស្តុតាងបញ្ជាក់ការធានារ៉ាប់រងសម្រាប់អ្នកដែលទទួលបានជំនួយបន្ថែមក្នុងការបង់ថ្លៃឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជា” (ក៏ត្រូវបានគេស្គាល់ផងដែរថាជា “ឧបសម្ព័ន្ធនៃប្រាក់ឧបត្ថម្ភសម្រាប់អ្នកមានចំណូលទាប” ឬ “ឧបសម្ព័ន្ធ LIS”) ដែលប្រាប់អ្នកអំពីការធានារ៉ាប់រងលើឱសថរបស់អ្នក។ ប្រសិនបើអ្នកមិនមានឯកសារបញ្ជូលនេះទេ សូមទូរសព្ទកាន់សេវាបម្រើសមាជិក ហើយស្នើសុំ “ឧបសម្ព័ន្ធ LIS”។

> **ជំនួយបន្ថែម** គឺជាកម្មវិធី Medicare ដែលជួយមនុស្សដែលមានចំណូល និងធនធានមានកម្រិត កាត់បន្ថយថ្លៃចំណាយលើឱសថ Medicare Part D ដូចជាថ្លៃធានារ៉ាប់រង ប្រាក់កាត់កង និងការបង់ប្រាក់រួម។ ជំនួយបន្ថែមក៏ត្រូវបានហៅផងដែរថាជា “ប្រាក់ឧបត្ថម្ភសម្រាប់អ្នកមានចំណូលទាប” ឬ “LIS”។

ពាក្យគន្លឹះផ្សេងទៀត និងអត្ថន័យរបស់វាមានបង្ហាញតាមលំដាប់អក្ខរក្រមនៅក្នុងជំពូកចុងក្រោយនៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះ។

ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពីឱសថ អ្នកអាចមើលនៅកន្លែងទាំងនេះ៖

- បញ្ជីឱសថដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងរបស់យើង។
  - យើងហៅវាថា “*បញ្ជីឱសថ*” វាប្រាប់អ្នកអំពី៖
    - ឱសថណាខ្លះដែលយើងបង់ប្រាក់ជូន
    - ថាតើឱសថនីមួយៗស្ថិតនៅក្នុងកម្រិតណា ក្នុងចំណោមកម្រិតឱសថទាំង 6
    - ថាតើមានការកំណត់ណាមួយលើឱសថដែរឬទេ

- ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការច្បាប់ចម្លងនៃ *បញ្ជីឱសថ*របស់យើង សូមទូរសព្ទទៅកាន់សេវាបម្រើសមាជិក។ អ្នកក៏អាចស្វែងរកច្បាប់ចម្លងថ្មីបំផុតនៃ *បញ្ជីឱសថ* របស់យើងនៅលើគេហទំព័ររបស់យើងតាមរយៈ kp.org/seniorrx។

- ឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាភាគច្រើនដែលអ្នកទទួលបានពីឱសថស្ថានត្រូវបានរាប់រងដោយគម្រោង Kaiser Permanente Dual Complete។ ឱសថផ្សេងទៀត ដូចជាថ្នាំគ្មានវេជ្ជបញ្ជា (OTC) មួយចំនួន និងវីតាមីនជាក់លាក់ អាចត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយ Medi-Cal Rx។ សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ Medi-Cal Rx (medi-calrx.dhcs.ca.gov/) សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។ អ្នកក៏អាចទូរសព្ទទៅកាន់មជ្ឈមណ្ឌលបម្រើអតិថិជនរបស់ Medi-Cal Rx តាមរយៈលេខ 1-800-977-2273 បានផងដែរ។ សូមយកកាតសម្គាល់អ្នកទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ Medi-Cal (BIC) របស់អ្នកមកជាមួយ នៅពេលទទួលបានឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាតាមរយៈ Medi-Cal Rx។

- **ជំពូកទី 5** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក***នេះ**៖
  - ពន្យល់ពីរបៀបទទួលបានឱសថអ្នកជំងឺមិនស្នាក់ព្យាបាលរបស់អ្នកតាមរយៈគម្រោងរបស់យើង។
  - វារួមបញ្ចូលទាំងច្បាប់ដែលអ្នកត្រូវអនុវត្តតាម។ វាក៏ប្រាប់ផងដែរពីប្រភេទឱសថដែលគម្រោងរបស់យើងមិនធានារ៉ាប់រង។
  - នៅពេលអ្នកប្រើប្រាស់ “ឧបករណ៍អត្ថប្រយោជន៍តាមពេលវេលាជាក់ស្តែង” របស់គម្រោង ដើម្បីស្វែងរកការធានារ៉ាប់រងលើឱសថ (សូមមើល **ជំពូកទី 5 ផ្នែក B2**) ការចំណាយដែលបានបង្ហាញគឺជាការប៉ាន់ស្មាននៃថ្លៃចំណាយចេញពីហោប៉ៅដែលអ្នករំពឹងថានឹងត្រូវបង់។ អ្នកអាចទូរសព្ទទៅកាន់សេវាបម្រើសមាជិក សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។

- *សៀវភៅបញ្ជីឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថាន*របស់យើង។
  - ក្នុងករណី **ភាគច្រើន** អ្នកត្រូវតែប្រើប្រាស់ឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញ ដើម្បីទទួលបានឱសថដែលបានធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នក។ ឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញគឺជាឱសថស្ថានដែលយល់ព្រមធ្វើការជាមួយយើង។
  - **សៀវភៅបញ្ជីឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា** *និងឱសថស្ថាន* រាយឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញរបស់យើង។ សូមមើល **ជំពូក 5** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក* នេះ ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពីឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញ។

មាតិកាជំពូកទី 6

A. *ការពន្យល់ពីអត្ថប្រយោជន៍* (Explanation of Benefits, EOB) 215

B. របៀបតាមដានថ្លៃចំណាយលើឱសថរបស់អ្នក 216

B1. ចុះប្រសិនបើអ្នករកឃើញកំហុសនៅលើសេចក្តីសង្ខេបនេះ? 217

B2. ចុះសម្រាប់ការក្លែងបន្លំដែលអាចកើតមាន? 217

C. ដំណាក់កាលបង់ប្រាក់ថ្លៃឱសថសម្រាប់ឱសថ Medicare Part D 217

D. ដំណាក់កាលទី 1៖ ដំណាក់កាលធានារ៉ាប់រងដំបូង 218

D1. ជម្រើសឱសថស្ថានរបស់អ្នក 219

D2. ការទទួលបានការផ្គត់ផ្គង់ឱសថរយៈពេលវែង 219

D3. ចំនួនទឹកប្រាក់ដែលអ្នកបង់ 219

D4. ចុងបញ្ចប់នៃដំណាក់កាលធានារ៉ាប់រងដំបូង 220

E. ដំណាក់កាលទី 2៖ ដំណាក់កាលធានារ៉ាប់រងគ្រោះមហន្តរាយ 221

F. ថ្លៃឱសថរបស់អ្នក ប្រសិនបើវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាសម្រាប់ការផ្គត់ផ្គង់តិចជាងមួយខែពេញ 221

G. ចំនួនទឹកប្រាក់ដែលអ្នកបង់សម្រាប់វ៉ាក់សាំងផ្នែក D 222

G1. អ្វីដែលអ្នកត្រូវដឹង មុនពេលអ្នកទទួលបានវ៉ាក់សាំង 222

G2. ចំនួនទឹកប្រាក់ដែលអ្នកបង់សម្រាប់វ៉ាក់សាំងដែលមានការធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare Part D 222

A. *ការពន្យល់ពីអត្ថប្រយោជន៍* (Explanation of Benefits, EOB)

គម្រោងសុខភាពរបស់យើងតាមដានថ្លៃឱសថរបស់អ្នក និងការបង់ប្រាក់ដែលអ្នកធ្វើនៅពេលអ្នកបើកឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជានៅឱសថស្ថាន។ យើងតាមដានការចំណាយពីរប្រភេទ៖

- ថ្លៃចំណាយចេញពីហោប៉ៅ***របស់អ្នក***។ នេះគឺជាចំនួនទឹកប្រាក់ដែលអ្នក ឬអ្នកផ្សេងទៀតតំណាងឱ្យអ្នកបង់សម្រាប់ឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក។ ចំណុចនេះរាប់បញ្ចូលទាំងអ្វីដែលអ្នកបានបង់ នៅពេលអ្នកទទួលបានឱសថផ្នែក D ដែលទទួលបានការជានាវ៉ាប់រង ការបង់ប្រាក់ទាំងឡាយលើឱសថរបស់អ្នកដែលធ្វើឡើងដោយក្រុមគ្រួសារ ឬមិត្តភក្តិ ការបង់ប្រាក់ទាំងឡាយដែលធ្វើឡើងសម្រាប់ឱសថរបស់អ្នកដោយជំនួយបន្ថែមពី Medicare គម្រោងសុខភាពនិយោជក ឬសហជីព សេវាសុខាភិបាលជនជាតិដើមអាម៉េរិក កម្មវិធីជំនួយឱសថប្រឆាំងជំងឺ AIDS អង្គការសប្បុរសធម៌ និងកម្មវិធីជំនួយឱសថរបស់រដ្ឋ (State Pharmaceutical Assistance Programs, SPAP) ភាគច្រើន។
- ថ្លៃឱសថសរុប ***របស់អ្នក***។ នេះគឺជាចំនួនសរុបនៃការបង់ប្រាក់ទាំងអស់ដែលបានធ្វើឡើងសម្រាប់ឱសថផ្នែក D ដែលបានជានាវ៉ាប់រងរបស់អ្នក។ វារួមបញ្ចូលទាំងអ្វីដែលគម្រោងសុខភាពរបស់យើងបានបង់ និងអ្វីដែលកម្មវិធី ឬអង្គការផ្សេងទៀតបានបង់សម្រាប់ឱសថផ្នែក D ដែលបានជានាវ៉ាប់រងរបស់អ្នក។

នៅពេលអ្នកទទួលបានឱសថតាមរយៈគម្រោងរបស់យើង យើងផ្ញើសេចក្តីសង្ខេបមួយទៅអ្នកហៅថា *ការពន្យល់ពីអត្ថប្រយោជន៍ (EOB)*។ យើងហៅវាថា EOB សម្រាប់ជាការហៅកាត់។ EOB មិនមែនជាវិក្កយបត្រទេ។ EOB មានព័ត៌មានបន្ថែមអំពីឱសថដែលអ្នកប្រើប្រាស់។ EOB រួមមាន៖

- **ព័ត៌មានសម្រាប់ខែ**។ សេចក្តីសង្ខេបប្រាប់ពីឱសថដែលអ្នកទទួលបានសម្រាប់ខែមុន។ វាបង្ហាញពីថ្លៃឱសថសរុប អ្វីដែលយើងបានបង់ និងអ្វីដែលអ្នក និងអ្នកដទៃបានបង់សម្រាប់អ្នក។
- **ចំនួនសរុបប្រចាំឆ្នាំគិតចាប់ពីថ្ងៃទី 1 ខែមករា** ។ នេះបង្ហាញពីថ្លៃឱសថសរុប និងការបង់ប្រាក់សរុបសម្រាប់ឱសថរបស់អ្នកគិតចាប់តាំងពីដើមឆ្នាំមក។
- **ព័ត៌មានអំពីតម្លៃឱសថ**។ នេះគឺជាតម្លៃសរុបនៃឱសថ និងការផ្លាស់ប្តូរតម្លៃឱសថចាប់តាំងពីការបើកលើកដំបូងសម្រាប់សំណើទាមទារសំណងឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជានីមួយៗដែលមានបរិមាណដូចគ្នា។
- **ជម្រើសផ្សេងទៀតដែលមានតម្លៃទាបជាង**។ នៅពេលអាចអនុវត្តបាន ព័ត៌មានអំពីឱសថផ្សេងទៀតដែលមាន ដែលមានចំណែកចូលរួមបង់ប្រាក់ទាបជាងសម្រាប់វេជ្ជបញ្ជានីមួយៗ។

យើងផ្តល់ការជានាវ៉ាប់រងលើឱសថដែលមិនមានការជានាវ៉ាប់រងក្រោម Medicare។

- ការបង់ប្រាក់ដែលធ្វើឡើងសម្រាប់ឱសថទាំងនេះមិនរាប់បញ្ចូលទៅក្នុងថ្លៃចំណាយចេញពីហោប៉ៅសរុបរបស់អ្នកទេ។
- ឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាភាគច្រើនដែលអ្នកទទួលបានពីឱសថស្ថានត្រូវបានជានាវ៉ាប់រងដោយគម្រោង។ ឱសថផ្សេងទៀត ដូចជាថ្នាំគ្មានវេជ្ជបញ្ជា (OTC) មួយចំនួន និងវីតាមីនជាក់លាក់ អាចត្រូវបានជានាវ៉ាប់រងដោយ Medi-Cal Rx។ សូមចូលមើលគេហទំព័រ Medi-Cal Rx (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov/) សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។ អ្នកក៏អាចទូរសព្ទទៅមជ្ឈមណ្ឌលសេវាបម្រើអតិថិជន Medi-Cal តាមរយៈលេខ 1-800-977-2273។ សូមយកកាតសម្គាល់អ្នកទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ Medi-Cal (BIC) របស់អ្នកមកជាមួយ នៅពេលទទួលបានឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាតាមរយៈ Medi-Cal Rx។
- ដើម្បីស្វែងយល់ថាតើគម្រោងរបស់យើងជានាវ៉ាប់រងលើឱសថណាខ្លះ សូមមើល *បញ្ជីឱសថ*របស់យើង។

B. របៀបតាមដានថ្លៃចំណាយលើឱសថរបស់អ្នក

ដើម្បីតាមដានថ្លៃឱសថរបស់អ្នក និងការបង់ប្រាក់ដែលអ្នកធ្វើ យើងប្រើប្រាស់កំណត់ត្រាដែលយើងទទួលបានពីអ្នក និងពីឱសថស្ថានរបស់អ្នក។ នេះជារបៀបដែលអ្នកអាចជួយយើង៖

1. ប្រើប្រាស់កាតសម្គាល់សមាជិករបស់អ្នក។

បង្ហាញកាតសម្គាល់សមាជិករបស់អ្នករាល់ពេលដែលអ្នកបើកឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជា។ នេះជួយយើងឱ្យដឹងថាអ្នកបើកឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាអ្វីខ្លះ និងចំនួនទឹកប្រាក់ដែលអ្នកបង់។

2. ត្រូវប្រាកដថាយើងមានព័ត៌មានដែលយើងត្រូវការ។

អ្នកអាចស្នើសុំឱ្យយើងសងប្រាក់ទៅអ្នកវិញសម្រាប់ចំណែកនៃការចំណាយរបស់យើងនៃថ្លៃឱសថ។ ដើម្បីស្នើសុំការទូទាត់ប្រាក់សម្រាប់ឱសថផ្នែក D ដែលអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញបានចេញវេជ្ជបញ្ជា និងទទួលបានពីឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញ សូមសរសេរទៅកាន់៖

Kaiser Permanente
Medicare Part D Unit
P.O. Box 1809
Pleasanton, CA 94566

ខាងក្រោមនេះគឺជាឧទាហរណ៍នៃពេលដែលអ្នកគួរតែផ្តល់ច្បាប់ចម្លងបង្កាន់ដៃរបស់អ្នកមកយើង៖

- នៅពេលអ្នកទិញឱសថដែលបានធានារ៉ាប់រងនៅឯឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញក្នុងតម្លៃពិសេស ឬប្រើប្រាស់កាតបញ្ចុះតម្លៃដែលមិនមែនជាផ្នែកនៃអត្ថប្រយោជន៍នៃគម្រោងរបស់យើង
- នៅពេលអ្នកបង់ការបង់ប្រាក់រួមសម្រាប់ឱសថដែលអ្នកទទួលបានក្រោមកម្មវិធីជំនួយអ្នកជំងឺរបស់អ្នកផលិតឱសថ
- នៅពេលអ្នកទិញឱសថដែលបានធានារ៉ាប់រងនៅឱសថស្ថានក្រៅបណ្តាញ
- នៅពេលអ្នកបង់ថ្លៃពេញសម្រាប់ឱសថដែលបានធានារ៉ាប់រងក្រោមកាល:ទេស:ពិសេស

សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីការស្នើសុំឱ្យយើងសងប្រាក់ទៅអ្នកវិញសម្រាប់ចំណែកនៃការចំណាយ *របស់យើង* នៃថ្លៃឱសថ សូមមើល **ជំពូកទី 7** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះ។

3. ផ្ញើព័ត៌មានមកយើងអំពីការបង់ប្រាក់ដែលអ្នកផ្សេងធ្វើសម្រាប់អ្នក។

ការបង់ប្រាក់ដែលធ្វើឡើងដោយមនុស្ស និងអង្គការមួយចំនួនផ្សេងទៀត ក៏រាប់បញ្ចូលទៅក្នុងថ្លៃចំណាយចេញពីហោប៉ៅរបស់អ្នកផងដែរ។ ឧទាហរណ៍ ការបង់ប្រាក់ដែលធ្វើឡើងដោយកម្មវិធីជំនួយឱសថប្រឆាំងជំងឺ AIDS (ADAP) សេវាសុខភាពជនជាតិដើមអាម៉េរិក និងអង្គការសប្បុរសធម៌ភាគច្រើនរាប់បញ្ចូលទៅក្នុងថ្លៃចំណាយចេញពីហោប៉ៅរបស់អ្នក។ នេះអាចជួយអ្នកឱ្យមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ការធានារ៉ាប់រងគ្រោះមហន្តរាយ។ នៅពេលអ្នកឈានដល់ដំណាក់កាលធានារ៉ាប់រងគ្រោះមហន្តរាយ គម្រោងរបស់យើងបង់រាល់ការចំណាយទាំងអស់នៃឱសថ Medicare Part D របស់អ្នកសម្រាប់រយៈពេលដែលនៅសល់ក្នុងឆ្នាំនោះ។

4. ពិនិត្យមើល EOB ដែលយើងផ្ញើទៅអ្នក។

នៅពេលអ្នកទទួលបាន EOB តាមប្រៃសណីយ៍ សូមប្រាកដថាវាពេញលេញ និងត្រឹមត្រូវ។

- **តើអ្នកស្គាល់ឈ្មោះឱសថស្ថាននីមួយៗទេ?** ពិនិត្យកាលបរិច្ឆេទ។ តើអ្នកទទួលបានឱសថនៅថ្ងៃនោះទេ?
- **តើអ្នកទទួលបានឱសថដែលបានរាយនាមទេ?** តើវាស៊ីគ្នានឹងអ្វីដែលបានរាយនៅលើបង្កាន់ដៃរបស់អ្នកទេ? តើឱសថស៊ីគ្នានឹងអ្វីដែលវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកបានចេញវេជ្ជបញ្ជាទេ?

B1. ចុះប្រសិនបើអ្នករកឃើញកំហុសនៅលើសេចក្តីសង្ខេបនេះ?

ប្រសិនបើមានអ្វីដែលគួរឱ្យសង្ស័យ ឬមើលទៅមិនត្រឹមត្រូវនៅលើ EOB នេះ សូមទូរសព្ទមកយើងតាមរយៈសេវាបម្រើសមាជិកនៃ Kaiser Permanente Dual Complete។

B2. ចុះសម្រាប់ការក្លែងបន្លំដែលអាចកើតមាន?

ប្រសិនបើសេចក្តីសង្ខេបនេះបង្ហាញពីឱសថដែលអ្នកមិនកំពុងប្រើប្រាស់ ឬអ្វីផ្សេងទៀតដែលមើលទៅគួរឱ្យសង្ស័យសម្រាប់អ្នក សូមទាក់ទងមកយើង។

- ទូរសព្ទទៅសេវាបម្រើសមាជិក។
- ឬទូរសព្ទទៅ Medicare តាមលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរតែទូរសព្ទទៅលេខ 1-877-486-2048។ អ្នកអាចទូរសព្ទទៅលេខទាំងនេះដោយឥតគិតថ្លៃ។
- ប្រសិនបើអ្នកសង្ស័យថាអ្នកផ្តល់សេវាដែលទទួលបាន Medi-Cal បានប្រព្រឹត្តការក្លែងបន្លំ ការខ្ជះខ្ជាយ ឬការរំលោភបំពាន វាជាសិទ្ធិរបស់អ្នកក្នុងការរាយការណ៍អំពីរឿងនេះ ដោយទូរសព្ទទៅលេខឥតគិតថ្លៃជាសម្ងាត់ 1-800-822-6222។ វិធីសាស្ត្រផ្សេងទៀតនៃការរាយការណ៍ពីការក្លែងបន្លំ Medi-Cal អាចរកបាននៅ៖ www.dhcs.ca.gov/individuals/Pages/StopMedi-CalFraud.aspx។

ប្រសិនបើអ្នកគិតថាមានអ្វីខុស ឬបាត់បង់ ឬប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរណាមួយ សូមទូរសព្ទទៅសេវាបម្រើសមាជិក។ អ្នកក៏អាចជ្រើសរើសមើល **EOB** របស់អ្នកតាមអនឡាញផងដែរ ជំនួសឱ្យតាមប្រៃសណីយ៍។ សូមចូលទៅកាន់ kp.org/goinggreen និងចូលគណនីរបស់អ្នកដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពីការជ្រើសរើសមើល **EOB** របស់អ្នកដោយសុវត្ថិភាពតាមអនឡាញ។ រក្សា EOB ទាំងនេះ។ ទាំងនេះគឺជាកំណត់ត្រាសំខាន់នៃការចំណាយលើឱសថរបស់អ្នក។

C. ដំណាក់កាលបង់ប្រាក់ថ្លៃឱសថសម្រាប់ឱសថ Medicare Part D

មានដំណាក់កាលបង់ប្រាក់ចំនួនពីរសម្រាប់ការធានារ៉ាប់រងលើឱសថ Medicare Part D របស់អ្នកក្រោមគម្រោងរបស់យើង។ ចំនួនទឹកប្រាក់ដែលអ្នកបង់សម្រាប់ឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជានីមួយៗគឺអាស្រ័យលើកម្រិតនៃជំនួយបន្ថែមរបស់អ្នក និងដំណាក់កាលដែលអ្នកកំពុងស្ថិតនៅ នៅពេលអ្នកបើក ឬបើកឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាបន្ថែម។

មានពីរដំណាក់កាល៖

ដំណាក់កាលទី 1៖ ដំណាក់កាលធានារ៉ាប់រងដំបូង	ដំណាក់កាលទី 2៖ ដំណាក់កាលធានារ៉ាប់រងគ្រោះមហន្តរាយ
ក្នុងអំឡុងដំណាក់កាលនេះ យើងបង់ថ្លៃដើមមួយផ្នែកនៃឱសថរបស់អ្នក ហើយអ្នកបង់ចំណែករបស់អ្នក។ ចំណែករបស់អ្នកត្រូវបានគេហៅថាការបង់ប្រាក់រួម។ អ្នកចាប់ផ្តើមនៅដំណាក់កាលនេះ នៅពេលអ្នកបើកឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាដំបូងរបស់អ្នកក្នុងឆ្នាំ។	ក្នុងដំណាក់កាលនេះ យើងបង់ថ្លៃឱសថរបស់អ្នកទាំងអស់រហូតដល់ថ្ងៃទី 31 ខែធ្នូ ឆ្នាំ 2026។ អ្នកចាប់ផ្តើមដំណាក់កាលនេះ បន្ទាប់ពីអ្នកបង់ចំនួនទឹកប្រាក់ជាក់លាក់នៃថ្លៃចំណាយចេញពីហោប៉ៅ។

D. ដំណាក់កាលទី 1៖ ដំណាក់កាលធានារ៉ាប់រងដំបូង

ក្នុងអំឡុងពេលដំណាក់កាលធានារ៉ាប់រងដំបូង យើងបង់ចំណែកនៃថ្លៃឱសថដែលបានធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នក ហើយអ្នកបង់ចំណែករបស់អ្នក។ ចំណែករបស់អ្នកត្រូវបានគេហៅថាការបង់ប្រាក់រួម។ ការបង់ប្រាក់រួមគឺអាស្រ័យលើកម្រិតនៃចំណែកចូលរួមបង់ប្រាក់ដែលឱសថស្ថិតនៅ និងកន្លែងដែលអ្នកទទួលបានវា។

កម្រិតនៃចំណែកចូលរួមបង់ប្រាក់ គឺជាក្រុមឱសថដែលមានការបង់ប្រាក់រួមដូចគ្នា។ រាល់ឱសថនៅក្នុង *បញ្ជីឱសថ*របស់យើងស្ថិតនៅក្នុងកម្រិតមួយក្នុងចំណោមកម្រិតចំណែកចូលរួមបង់ប្រាក់ទាំងប្រាំមួយ។ ជាទូទៅ លេខកម្រិតកាន់តែខ្ពស់ ការបង់ប្រាក់រួមគឺកាន់តែខ្ពស់។ ដើម្បីស្វែងរកកម្រិតនៃចំណែកចូលរួមបង់ប្រាក់សម្រាប់ឱសថរបស់អ្នក សូមមើល *បញ្ជីឱសថ*របស់យើង។

- ចំណែកចូលរួមបង់ប្រាក់ **កម្រិត 1** សម្រាប់ឱសថទូទៅដែលចង់បាន (កម្រិតនេះរួមបញ្ចូលទាំងឱសថដែលមានម៉ាកយីហោមួយចំនួន)។
- ចំណែកចូលរួមបង់ប្រាក់ **កម្រិត 2** សម្រាប់ឱសថទូទៅ (កម្រិតនេះរួមបញ្ចូលទាំងឱសថដែលមានម៉ាកយីហោមួយចំនួន)។
- ចំណែកចូលរួមបង់ប្រាក់ **កម្រិត 3** សម្រាប់ឱសថដែលមានម៉ាកយីហោដែលចង់បាន។
- ចំណែកចូលរួមបង់ប្រាក់ **កម្រិត 4** សម្រាប់ឱសថដែលមិនចង់បាន (កម្រិតនេះរួមបញ្ចូលទាំងឱសថទូទៅ និងឱសថដែលមានម៉ាកយីហោ)។
- ចំណែកចូលរួមបង់ប្រាក់ **កម្រិត 5** សម្រាប់ឱសថកម្រិតឯកទេស (កម្រិតនេះរួមបញ្ចូលទាំងឱសថទូទៅ និងឱសថដែលមានម៉ាកយីហោ)។
- ចំណែកចូលរួមបង់ប្រាក់ **កម្រិត 6** សម្រាប់វ៉ាក់សាំងផ្នែក D (កម្រិតនេះរួមបញ្ចូលតែឱសថដែលមានម៉ាកយីហោប៉ុណ្ណោះ)។

D1. ជម្រើសឱសថស្ថានរបស់អ្នក

ចំនួនទឹកប្រាក់ដែលអ្នកបង់សម្រាប់ឱសថមួយ គឺអាស្រ័យលើកន្លែងដែលអ្នកទទួលបានឱសថនោះ៖

- ឱសថស្ថានលក់រាយក្នុងបណ្តាញ **ឬ**
- ឱសថស្ថានលក់រាយក្រៅបណ្តាញ។ ក្នុងករណីមានកំណត់ យើងធានារ៉ាប់រងលើឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាដែលបានបើកនៅឱសថស្ថានក្រៅបណ្តាញ។ សូមមើល **ជំពូកទី 5** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក* នេះ ដើម្បីស្វែងយល់ថាតើពេលណាយើងអនុវត្តដូច្នេះ។
- ឱសថស្ថានបញ្ជាទិញតាមសំបុត្រនៃគម្រោងរបស់យើង។

ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពីជម្រើសទាំងនេះ សូមមើល **ជំពូកទី 5** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិកនេះ* និង *សៀវភៅបញ្ជីឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថាន*របស់យើង។

D2. ការទទួលបានការផ្គត់ផ្គង់ឱសថរយៈពេលវែង

សម្រាប់ឱសថមួយចំនួន អ្នកអាចទទួលបានការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេលវែង (ដែលហៅថា “ការផ្គត់ផ្គង់បន្ថែម” ផងដែរ) នៅពេលអ្នកបើកឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក។ ការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេលវែងគឺជាការផ្គត់ផ្គង់ដែលមានរយៈពេលរហូតដល់ 100 ថ្ងៃ។ អ្នកបង់ថ្លៃចំណាយដូចគ្នានឹងការផ្គត់ផ្គង់មួយខែដែរ។

សម្រាប់ព័ត៌មានលម្អិតអំពីទីកន្លែង និងរបៀបទទួលបានការផ្គត់ផ្គង់ឱសថរយៈពេលវែង សូមមើល **ជំពូកទី 5** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក* នេះ ឬ *សៀវភៅបញ្ជីឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថាននៃគម្រោងសុខភាពរបស់យើង*។

D3. ចំនួនទឹកប្រាក់ដែលអ្នកបង់

ក្នុងអំឡុងពេលដំណាក់កាលធានារ៉ាប់រងដំបូង អ្នកអាចបង់ការបង់ប្រាក់រួមរាល់ពេលដែលអ្នកបើកឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជា។ ប្រសិនបើឱសថដែលបានធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកមានតម្លៃទាបជាងការបង់ប្រាក់រួម អ្នកបង់តាមតម្លៃដែលទាបជាងនោះ។

សូមទាក់ទងសេវាបម្រើសមាជិកដើម្បីស្វែងយល់ថា តើការបង់ប្រាក់រួមរបស់អ្នកមានចំនួនប៉ុន្មានសម្រាប់ឱសថដែលបានធានារ៉ាប់រងណាមួយ។

ចំណែកនៃថ្លៃចំណាយរបស់អ្នកនៅពេលអ្នកទទួលបានការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេលមួយខែ ឬរយៈពេលវែងនៃឱសថដែលបានធានារ៉ាប់រងពីរ៖

	ឱសថស្ថានលក់រាយក្នុងបណ្តាញ ឬសេវាបញ្ជាទិញតាមសំបុត្រនៃគម្រោងរបស់យើង	**ឱសថស្ថានថែទាំរយៈពេលវែងក្នុងបណ្តាញ**	**ឱសថស្ថានក្រៅបណ្តាញ** ការធានារ៉ាប់រងមានកម្រិតត្រឹមតែករណីមួយចំនួនប៉ុណ្ណោះ។ សូមមើល **ជំពូកទី 5** សម្រាប់ព័ត៌មានលម្អិត។
	ការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេលមួយខែ ឬរហូតដល់ 100 ថ្ងៃ	រហូតដល់ការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេល 31 ថ្ងៃ	រហូតដល់ការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេល 30 ថ្ងៃ។
ចំណែកចូលរួមបង់ប្រាក់**កម្រិត 1** សម្រាប់ឱសថទូទៅដែលចង់បាន	**$0-$5.80** អាស្រ័យលើកម្រិតនៃជំនួយបន្ថែមរបស់អ្នក		

	ឱសថស្ថានលក់រាយក្នុងបណ្តាញ ឬសេវាបញ្ជាទិញតាមសំបុត្រនៃគម្រោងរបស់យើង	**ឱសថស្ថានថែទាំរយៈពេលវែងក្នុងបណ្តាញ**	**ឱសថស្ថានក្រៅបណ្តាញ** ការធានារ៉ាប់រងមានកម្រិតត្រឹមតែករណីមួយចំនួនប៉ុណ្ណោះ។ សូមមើល **ជំពូកទី 5** សម្រាប់ព័ត៌មានលម្អិត។
	ការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេលមួយខែ ឬរហូតដល់ 100 ថ្ងៃ	រហូតដល់ការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេល 31 ថ្ងៃ	រហូតដល់ការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេល 30 ថ្ងៃ។
ចំណែកចូលរួមបង់ប្រាក់ **កម្រិត 2** សម្រាប់ឱសថទូទៅ	**$0-$5.80** អាស្រ័យលើកម្រិតនៃជំនួយបន្ថែមរបស់អ្នក		
ចំណែកចូលរួមបង់ប្រាក់ **កម្រិត 3** សម្រាប់ឱសថដែលមានម៉ាកយីហោដែលចង់បាន	**$0-$14.40** អាស្រ័យលើកម្រិតនៃជំនួយបន្ថែមរបស់អ្នក		
ចំណែកចូលរួមបង់ប្រាក់ **កម្រិត 4** សម្រាប់ឱសថដែលមិនចង់បាន	**$0-$14.40** អាស្រ័យលើកម្រិតនៃជំនួយបន្ថែមរបស់អ្នក		
ចំណែកចូលរួមបង់ប្រាក់ **កម្រិត 5** សម្រាប់ឱសថកម្រិតឯកទេស	**$0-$14.40** អាស្រ័យលើកម្រិតនៃជំនួយបន្ថែមរបស់អ្នក		
ចំណែកចូលរួមបង់ប្រាក់ **កម្រិត 6** សម្រាប់វ៉ាក់សាំងផ្នែក D	**$0** (ការបញ្ជាទិញតាមសំបុត្រមិនមានសម្រាប់ឱសថក្នុងកម្រិត 6 ទេ)		

សម្រាប់ព័ត៌មានអំពីឱសថស្ថានណាដែលអាចផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេលវែង សូមមើល *សៀវភៅបញ្ជីឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថានរបស់យើង*។

D4. ចុងបញ្ចប់នៃដំណាក់កាលធានារ៉ាប់រងដំបូង

ដំណាក់កាលធានារ៉ាប់រងដំបូងបញ្ចប់នៅពេលដែលថ្លៃចំណាយចេញពីហោប៉ៅសរុបរបស់អ្នកឡើងដល់ **$2,400**។ នៅពេលនោះ ដំណាក់កាលធានារ៉ាប់រងគ្រោះមហន្តរាយចាប់ផ្តើម។ យើងធានារ៉ាប់រងលើថ្លៃចំណាយនៃឱសថទាំងអស់របស់អ្នក ចាប់ពីពេលនោះរហូតដល់ដំណាច់ឆ្នាំ។

EOB របស់អ្នកជួយអ្នកបន្តតាមដានថា តើអ្នកបានបង់ប្រាក់ប៉ុន្មានសម្រាប់ឱសថរបស់អ្នកក្នុងអំឡុងឆ្នាំគម្រោង។ យើងប្រាប់ឱ្យអ្នកដឹង ប្រសិនបើអ្នកឈានដល់ដែនកំណត់ **$2,400**។ មនុស្សជាច្រើនមិនឈានដល់ដែនកំណត់នេះទេក្នុងមួយឆ្នាំ។

E. ដំណាក់កាលទី 2៖ ដំណាក់កាលធានារ៉ាប់រងគ្រោះមហន្តរាយ

នៅពេលអ្នកឈានដល់ដែនកំណត់នៃថ្លៃចំណាយចេញពីហោប៉ៅចំនួន **$2,400** សម្រាប់ឱសថរបស់អ្នក ដំណាក់កាលធានារ៉ាប់រងគ្រោះមហន្តរាយចាប់ផ្តើម។ អ្នកស្ថិតនៅក្នុងដំណាក់កាលធានារ៉ាប់រងគ្រោះមហន្តរាយរហូតដល់ចុងឆ្នាំតាមប្រតិទិន។ ក្នុងអំឡុងពេលដំណាក់កាលនេះ អ្នកមិនបង់ប្រាក់អ្វីទាំងអស់សម្រាប់ឱសថដែលបានធានារ៉ាប់រងផ្នែក D របស់អ្នក។

F. ថ្លៃឱសថរបស់អ្នក ប្រសិនបើវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាសម្រាប់ការផ្គត់ផ្គង់តិចជាងមួយខែពេញ

ជាទូទៅ អ្នកបង់ការបង់ប្រាក់រួមដើម្បីរ៉ាប់រងការផ្គត់ផ្គង់ពេញមួយខែនៃឱសថដែលបានធានារ៉ាប់រង។ ទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយ វេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកអាចចេញវេជ្ជបញ្ជាសម្រាប់ការផ្គត់ផ្គង់ឱសថតិចជាងមួយខែ។

- អាចមានពេលខ្លះដែលអ្នកចង់សួរវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកអំពីការចេញវេជ្ជបញ្ជាសម្រាប់ការផ្គត់ផ្គង់ឱសថតិចជាងមួយខែ (ឧទាហរណ៍ នៅពេលអ្នកសាកល្បងប្រើឱសថជាលើកដំបូង)។
- ប្រសិនបើវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកយល់ព្រម អ្នកមិនបង់ប្រាក់សម្រាប់ការផ្គត់ផ្គង់ពេញមួយខែសម្រាប់ឱសថមួយចំនួនទេ។

នៅពេលអ្នកទទួលបានការផ្គត់ផ្គង់ឱសថតិចជាងមួយខែ ចំនួនទឹកប្រាក់ដែលអ្នកបង់គឺផ្អែកលើចំនួនថ្ងៃនៃឱសថដែលអ្នកទទួលបាន។ យើងគណនាចំនួនទឹកប្រាក់ដែលអ្នកបង់ក្នុងមួយថ្ងៃសម្រាប់ឱសថរបស់អ្នក (“អត្រាចំណែកចូលរួមបង់ប្រាក់ប្រចាំថ្ងៃ”) ហើយគុណវាជាមួយនឹងចំនួនថ្ងៃនៃឱសថដែលអ្នកទទួលបាន។

- នេះគឺជាឧទាហរណ៍មួយ៖ ឧបមាថាការបង់ប្រាក់រួមសម្រាប់ឱសថរបស់អ្នកសម្រាប់ការផ្គត់ផ្គង់ពេញមួយខែ (ការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេល 30 ថ្ងៃ) គឺ $1.35។ នេះមានន័យថា ចំនួនទឹកប្រាក់ដែលអ្នកបង់សម្រាប់ឱសថរបស់អ្នកគឺតិចជាង $0.05 ក្នុងមួយថ្ងៃ។ ប្រសិនបើអ្នកទទួលបានការផ្គត់ផ្គង់ឱសថរយៈពេលប្រាំពីរថ្ងៃ ការបង់ប្រាក់របស់អ្នកគឺតិចជាង $.05 ក្នុងមួយថ្ងៃ គុណនឹងប្រាំពីរថ្ងៃ ដែលការបង់ប្រាក់សរុបគឺតិចជាង $0.35។
- ចំណែកចូលរួមបង់ប្រាក់ប្រចាំថ្ងៃអនុញ្ញាតឱ្យអ្នកធ្វើឱ្យប្រាកដថាឱសថមានប្រសិទ្ធភាពសម្រាប់អ្នកមុនពេលអ្នកបង់ប្រាក់សម្រាប់ការផ្គត់ផ្គង់ពេញមួយខែ។
- អ្នកក៏អាចស្នើសុំអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកឱ្យចេញវេជ្ជបញ្ជាសម្រាប់ការផ្គត់ផ្គង់ឱសថតិចជាងមួយខែពេញផងដែរ ដើម្បីជួយអ្នក៖
    - រៀបចំផែនការកាន់តែប្រសើរអំពីពេលដែលត្រូវបើកឱសថរបស់អ្នកបន្ថែម
    - សម្របសម្រួលការបើកឱសថបន្ថែមជាមួយឱសថផ្សេងទៀត ដើម្បីឱ្យអ្នកអាចកាត់បន្ថយការធ្វើដំណើរទៅកាន់ឱសថស្ថាន

G. ចំនួនទឹកប្រាក់ដែលអ្នកបង់សម្រាប់វ៉ាក់សាំងផ្នែក D

សារសំខាន់អំពីចំនួនទឹកប្រាក់ដែលអ្នកបង់សម្រាប់វ៉ាក់សាំង៖ វ៉ាក់សាំងមួយចំនួនចាត់ទុកជាអត្ថប្រយោជន៍ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ ហើយមានការជានាវ៉ាប់រងក្រោម Medicare Part B។វ៉ាក់សាំងផ្សេងទៀតចាត់ទុកជាឱសថ Medicare Part D។ អ្នកអាចស្វែងរកវ៉ាក់សាំងទាំងនេះដែលមានរាយនៅក្នុង *បញ្ជីឱសថរបស់យើង* គម្រោងសុខភាពរបស់យើងជានាវ៉ាប់រងវ៉ាក់សាំង Medicare Part D សម្រាប់មនុស្សពេញវ័យភាគច្រើនដោយមិនគិតថ្លៃពីអ្នក។ សូមមើល *បញ្ជីឱសថ*នៃគម្រោងរបស់យើង ឬទាក់ទងសេវាបម្រើសមាជិកសម្រាប់ព័ត៌មានលម្អិតអំពីការជានាវ៉ាប់រង និងចំណែកចូលរួមបង់ប្រាក់អំពីវ៉ាក់សាំងជាក់លាក់។

មានពីរផ្នែកចំពោះការជានាវ៉ាប់រងរបស់យើងលើវ៉ាក់សាំង Medicare Part D៖

1. ផ្នែកទីមួយគឺសម្រាប់ថ្លៃ **វ៉ាក់សាំងថ្នាល់**។
2. ផ្នែកទីពីរគឺសម្រាប់ថ្លៃនៃ **ការចាក់វ៉ាក់សាំងឱ្យអ្នក**។ ឧទាហរណ៍ ពេលខ្លះអ្នកអាចទទួលបានវ៉ាក់សាំងជាការចាក់ថ្នាំដែលវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកចាក់ឱ្យ។

G1. អ្វីដែលអ្នកត្រូវដឹង មុនពេលអ្នកទទួលបានវ៉ាក់សាំង

យើងណែនាំឱ្យអ្នកទូរសព្ទទៅសេវាបម្រើសមាជិក ប្រសិនបើអ្នកមានគម្រោងទទួលការចាក់វ៉ាក់សាំង។

- យើងអាចប្រាប់អ្នកអំពីរបៀបដែលគម្រោងរបស់យើងជានាវ៉ាប់រងលើវ៉ាក់សាំងរបស់អ្នក។
- យើងអាចប្រាប់អ្នកពីរបៀបរក្សាការចំណាយរបស់អ្នកឱ្យនៅទាប ដោយប្រើប្រាស់ឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញ និងអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ។
- ប្រសិនបើអ្នកមិនអាចប្រើប្រាស់អ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ និងឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញបានទេ យើងអាចប្រាប់អ្នកពីអ្វីដែលអ្នកត្រូវធ្វើ ដើម្បីស្នើសុំឱ្យយើងសងប្រាក់ទៅអ្នកវិញសម្រាប់ចំណែកនៃការចំណាយរបស់យើង។

G2. ចំនួនទឹកប្រាក់ដែលអ្នកបង់សម្រាប់វ៉ាក់សាំងដែលមានការជានាវ៉ាប់រងដោយ Medicare Part D

ចំនួនទឹកប្រាក់ដែលអ្នកបង់សម្រាប់វ៉ាក់សាំង គឺអាស្រ័យលើប្រភេទនៃវ៉ាក់សាំង (អ្វីដែលអ្នកកំពុងទទួលការចាក់វ៉ាក់សាំងការពារ)។

- វ៉ាក់សាំងមួយចំនួនចាត់ទុកជាអត្ថប្រយោជន៍សុខភាព ជាជាងឱសថ។ វ៉ាក់សាំងទាំងនេះត្រូវបានជានាវ៉ាប់រងដោយមិនគិតថ្លៃសម្រាប់អ្នក។ ដើម្បីស្វែងយល់អំពីការជានាវ៉ាប់រងលើវ៉ាក់សាំងទាំងនេះ សូមមើលតារាងអត្ថប្រយោជន៍នៅក្នុង **ជំពូក 4** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះ។
- វ៉ាក់សាំងផ្សេងទៀតចាត់ទុកជាឱសថ Medicare Part D។ អ្នកអាចស្វែងរកវ៉ាក់សាំងទាំងនេះនៅក្នុង *បញ្ជីឱសថ*នៃគម្រោងសុខភាពរបស់យើង។ អ្នកប្រហែលជាត្រូវបង់ការបង់ប្រាក់រួមសម្រាប់វ៉ាក់សាំង Medicare Part D។ ប្រសិនបើអង្គការមួយហៅថា **គណៈកម្មាធិការប្រឹក្សាលើការអនុវត្តការផ្តល់ថ្នាំបង្ការ (ACIP)** ណែនាំវ៉ាក់សាំងនេះសម្រាប់មនុស្សពេញវ័យ នោះវ៉ាក់សាំងនេះនឹងមិនគិតថ្លៃពីអ្នកឡើយ។

ខាងក្រោមនេះគឺជាវិធីទូទៅចំនួនបីដែលអ្នកអាចទទួលបានវ៉ាក់សាំង Medicare Part D។

1. អ្នកទទួលបានវ៉ាក់សាំង Medicare Part D និងការចាក់ថ្នាំរបស់អ្នកនៅឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញ។

- សម្រាប់វ៉ាក់សាំងផ្នែក D សម្រាប់មនុស្សពេញវ័យភាគច្រើន អ្នកនឹងមិនបង់ប្រាក់អ្វីទាំងអស់។
- សម្រាប់វ៉ាក់សាំងផ្នែក D ផ្សេងទៀត អ្នកបង់ការបង់ប្រាក់រួមសម្រាប់វ៉ាក់សាំងនោះ។

2. អ្នកទទួលបានវ៉ាក់សាំង Medicare Part D នៅការិយាល័យវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក ហើយវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក ចាក់ថ្នាំឱ្យអ្នក។

- អ្នកបង់ការបង់ប្រាក់រួមទៅឱ្យវេជ្ជបណ្ឌិតសម្រាប់វ៉ាក់សាំងនោះ។
- គម្រោងសុខភាពរបស់យើងបង់ប្រាក់សម្រាប់ថ្លៃចាក់ថ្នាំឱ្យអ្នក។
- ការិយាល័យវេជ្ជបណ្ឌិតគួរតែទូរសព្ទមកគម្រោងសុខភាពរបស់យើងក្នុងស្ថានភាពនេះ ដើម្បីឱ្យយើងអាចធានាថាពួកគេដឹងថាអ្នកគ្រាន់តែត្រូវបង់ការបង់ប្រាក់រួមសម្រាប់វ៉ាក់សាំងនោះប៉ុណ្ណោះ។

3. អ្នកទទួលបានថ្នាំវ៉ាក់សាំង Medicare Part D នៅឱសថស្ថាន ហើយអ្នកយកវាទៅការិយាល័យវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកដើម្បីចាក់ថ្នាំ។

- សម្រាប់វ៉ាក់សាំងផ្នែក D សម្រាប់មនុស្សពេញវ័យភាគច្រើន អ្នកនឹងមិនបង់ប្រាក់អ្វីទាំងអស់សម្រាប់វ៉ាក់សាំងផ្តាល់។
- សម្រាប់វ៉ាក់សាំងផ្នែក D ផ្សេងទៀត អ្នកបង់ការបង់ប្រាក់រួមសម្រាប់វ៉ាក់សាំងនោះ។
- គម្រោងសុខភាពរបស់យើងបង់ប្រាក់សម្រាប់ថ្លៃចាក់ថ្នាំឱ្យអ្នក។

ជំពូក 7៖ ការស្នើសុំឱ្យយើងបង់ប្រាក់ចំណែកនៃការចំណាយរបស់យើងនៃវិក្កយបត្រដែលអ្នកទទួលបានសម្រាប់សេវាដែលបានធានារ៉ាប់រង ឬឱសថដែលបានធានារ៉ាប់រង

សេចក្តីផ្តើម

ជំពូកនេះប្រាប់អ្នកពីរបៀប និងពេលដែលត្រូវផ្ញើវិក្កយបត្រមកយើងដើម្បីស្នើសុំការទូទាត់ប្រាក់។ វាក៏ប្រាប់អ្នកពីរបៀបដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ផងដែរ ប្រសិនបើអ្នកមិនយល់ព្រមនឹងការសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង។ ពាក្យគន្លឹះ និងអត្ថន័យរបស់វាមានបង្ហាញតាមលំដាប់អក្ខរក្រមនៅក្នុងជំពូកចុងក្រោយនៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះ។

មាតិកាជំពូកទី 7

A. ស្នើសុំឱ្យយើងខ្ចប់ងសម្រាប់សេវា និងឱសថ 225

B. ការផ្ញើសំណើសុំការទូទាត់ប្រាក់មកយើងខ្ញុំ 229

C. សេចក្តីសម្រេចចិត្តលើការធានារ៉ាប់រង 230

D. បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ 231

A. ស្នើសុំឱ្យយើងខ្ចប់បង់សម្រាប់សេវា និងឱសថ

អ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញរបស់យើងត្រូវតែចេញវិក្កយបត្រទៅគម្រោងសុខភាពសម្រាប់សេវាដែលបានធានារ៉ាប់រង និងឱសថដែលបានធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកបន្ទាប់ពីអ្នកទទួលបានពួកវា។ អ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ គឺជាអ្នកផ្តល់សេវាដែលធ្វើការជាមួយគម្រោងសុខភាព។

យើងមិនអនុញ្ញាតឱ្យអ្នកផ្តល់សេវា Kaiser Permanente ចេញវិក្កយបត្រដល់អ្នកសម្រាប់សេវា ឬឱសថទាំងនេះទេ។ យើងបង់ប្រាក់ទៅអ្នកផ្តល់សេវារបស់យើងដោយផ្ទាល់ ហើយយើងការពារអ្នកពីការគិតថ្លៃណាមួយ។

ប្រសិនបើអ្នកទទួលបានវិក្កយបត្រសម្រាប់ថ្លៃថែទាំសុខភាព ឬឱសថពេញលេញ សូមកុំបង់ប្រាក់តាមវិក្កយបត្រនោះ ហើយផ្ញើវិក្កយបត្រនោះមកយើង។ ដើម្បីផ្ញើវិក្កយបត្រមកយើង សូមមើល **ផ្នែក B**។

- ប្រសិនបើយើងធានារ៉ាប់រងលើសេវា ឬឱសថទាំងនោះ យើងនឹងបង់ប្រាក់ទៅអ្នកផ្តល់សេវាដោយផ្ទាល់។
- ប្រសិនបើយើងធានារ៉ាប់រងលើសេវា ឬឱសថទាំងនោះ ហើយអ្នកបានបង់ប្រាក់ច្រើនជាងចំណែកនៃការចំណាយរបស់អ្នករួចហើយ វាជាសិទ្ធិរបស់អ្នកក្នុងការទទួលបានការសងប្រាក់វិញ។
    - ប្រសិនបើអ្នកបានបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាដែលបានធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare យើងនឹងសងប្រាក់ទៅអ្នកវិញ។
- ប្រសិនបើអ្នកបានបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវា Medi-Cal ដែលអ្នកទទួលបានរួចហើយ អ្នកអាចមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ដើម្បីទទួលបានសំណង (ការសងប្រាក់វិញ) ប្រសិនបើអ្នកបំពេញតាមលក្ខខណ្ឌទាំងអស់ខាងក្រោមនេះ៖
    - សេវាដែលអ្នកទទួលបានគឺជាសេវាដែលបានធានារ៉ាប់រងដោយ Medi-Cal ដែលយើងទទួលខុសត្រូវក្នុងការបង់ប្រាក់។ យើងនឹងមិនសងប្រាក់ទៅអ្នកវិញទេសម្រាប់សេវាដែលមិនមានការធានារ៉ាប់រងពីគម្រោង Kaiser Permanente Dual Complete។
    - អ្នកទទួលបានសេវាដែលបានធានារ៉ាប់រង បន្ទាប់ពីអ្នកក្លាយជាសមាជិក Kaiser Permanente Dual Complete ដែលមានសិទ្ធិ។
    - អ្នកស្នើសុំការសងប្រាក់វិញក្នុងរយៈពេលមួយឆ្នាំគិតចាប់ពីកាលបរិច្ឆេទដែលអ្នកទទួលបានសេវាដែលបានធានារ៉ាប់រង។
    - អ្នកផ្តល់ភស្តុតាងដែលបញ្ជាក់ថាអ្នកបានបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាដែលបានធានារ៉ាប់រងជាបង្គាន់ដែលមិនពីអ្នកផ្តល់សេវា។
    - អ្នកទទួលបានសេវាដែលបានធានារ៉ាប់រងពីអ្នកផ្តល់សេវាដែលបានចុះឈ្មោះជាមួយ Medi-Cal នៅក្នុងបណ្តាញរបស់ Kaiser Permanente Dual Complete។ អ្នកមិនចាំបាច់បំពេញតាមលក្ខខណ្ឌនេះទេ ប្រសិនបើអ្នកទទួលបានការថែទាំសង្គ្រោះបន្ទាន់ សេវារៀបចំផែនការគ្រួសារ ឬសេវាផ្សេងទៀតដែល Medi-Cal អនុញ្ញាតឱ្យអ្នកផ្តល់សេវាក្រៅបណ្តាញអនុវត្តដោយមិនចាំបាច់មានការយល់ព្រមជាមុន (ការអនុញ្ញាតជាមុន)។
- ប្រសិនបើសេវាដែលបានធានារ៉ាប់រងជាធម្មតាតម្រូវឱ្យមានការយល់ព្រមជាមុន (ការអនុញ្ញាតជាមុន) អ្នកត្រូវផ្តល់ភស្តុតាងពីអ្នកផ្តល់សេវាដែលបង្ហាញពីតម្រូវការផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រសម្រាប់សេវាដែលបានធានារ៉ាប់រងនោះ។
- Kaiser Permanente Dual Complete នឹងប្រាប់អ្នកថាតើពួកគេនឹងសងប្រាក់ទៅអ្នកវិញឬអត់តាមរយៈលិខិតមួយដែលមានឈ្មោះថា សេចក្តីជូនដំណឹងអំពីចំណាត់ការ។ ប្រសិនបើអ្នកបំពេញតាមលក្ខខណ្ឌខាងលើទាំងអស់ អ្នកផ្តល់សេវាដែលបានចុះឈ្មោះជាមួយ Medi-Cal គួរសងប្រាក់ទៅអ្នកវិញពេញលេញតាមចំនួនដែលអ្នកបានបង់។ ប្រសិនបើអ្នកផ្តល់សេវាបដិសេធមិនសងប្រាក់ទៅអ្នកវិញ

គម្រោង Kaiser Permanente Dual Complete នឹងសងប្រាក់ទៅអ្នកវិញពេញលេញតាមចំនួនដែលអ្នកបានបង់។ យើងនឹងសងប្រាក់ទៅអ្នកវិញក្នុងរយៈពេល 45 ថ្ងៃធ្វើការ បន្ទាប់ពីទទួលបានសំណើទាមទារសំណង។ ប្រសិនបើអ្នកផ្តល់សេវាបានចុះឈ្មោះជាមួយ Medi-Cal ប៉ុន្តែមិនស្ថិតនៅក្នុងបណ្តាញរបស់យើង ហើយបដិសេធមិនសងប្រាក់ទៅអ្នកវិញ គម្រោង Kaiser Permanente Dual Complete នឹងសងប្រាក់ទៅអ្នកវិញ ប៉ុន្តែត្រឹមតែចំនួនដែល FFS Medi-Cal នឹងបង់ប៉ុណ្ណោះ។
Kaiser Permanente Dual Complete នឹងសងប្រាក់ទៅអ្នកវិញពេញលេញនូវចំនួនទឹកប្រាក់ដែលបានចំណាយចេញពីហោប៉ៅ សម្រាប់សេវាសង្គ្រោះបន្ទាន់ សេវារៀបចំផែនការគ្រួសារ ឬសេវាផ្សេងទៀតដែល Medi-Cal អនុញ្ញាតឱ្យអ្នកផ្តល់សេវាក្រៅបណ្តាញផ្តល់ជូនដោយមិនចាំបាច់មានការយល់ព្រមជាមុន។ ប្រសិនបើអ្នកមិនបំពេញតាមលក្ខខណ្ឌណាមួយខាងលើទេ យើងនឹងមិនសងប្រាក់ទៅអ្នកវិញឡើយ។

- យើងនឹងមិនសងប្រាក់ទៅអ្នកវិញទេ ប្រសិនបើ៖
  - អ្នកបានស្នើសុំ និងទទួលបានសេវាដែលមិនមានការធានារ៉ាប់រងដោយ Medi-Cal ដូចជាសេវាកែសម្ផស្សជាដើម។
  - សេវានោះមិនមែនជាសេវាដែលបានធានារ៉ាប់រងសម្រាប់ Kaiser Permanente Dual Complete ទេ។
  - អ្នកបានទៅជួបវេជ្ជបណ្ឌិតដែលមិនទទួលយក Medi-Cal ហើយអ្នកបានចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់បែបបទដែលបញ្ជាក់ថា អ្នកនៅតែចង់ទទួលការពិនិត្យ ហើយអ្នកនឹងបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវានោះដោយខ្លួនឯង។
- ប្រសិនបើយើងមិនធានារ៉ាប់រងសេវា ឬឱសថ យើងនឹងប្រាប់អ្នក។

ទាក់ទងសេវាបម្រើសមាជិក ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរណាមួយ។ ប្រសិនបើអ្នកមិនដឹងពីចំនួនប្រាក់ដែលអ្នកគួរតែបង់ ឬប្រសិនបើអ្នកទទួលបានវិក្កយបត្រ ហើយអ្នកមិនដឹងថាត្រូវធ្វើដូចម្តេចចំពោះវា យើងអាចជួយបាន។ អ្នកក៏អាចទូរសព្ទមកបានផងដែរ ប្រសិនបើអ្នកចង់ប្រាប់យើងពីព័ត៌មានអំពីសំណើសុំការទូទាត់ប្រាក់ដែលអ្នកបានផ្ញើមកយើងរួចហើយ។

ឧទាហរណ៍នៃពេលដែលអ្នកប្រហែលជាត្រូវស្នើសុំឱ្យយើងសងប្រាក់ទៅអ្នកវិញ ឬបង់វិក្កយបត្រដែលអ្នកទទួលបាន រួមមាន៖

1. នៅពេលអ្នកទទួលបានការថែទាំសង្គ្រោះបន្ទាន់ ឬការថែទាំសុខភាពដែលត្រូវការជាបន្ទាន់ពីអ្នកផ្តល់សេវាក្រៅបណ្តាញ

សូមស្នើសុំឱ្យអ្នកផ្តល់សេវាចេញវិក្កយបត្រមកយើង។

- ប្រសិនបើអ្នកបង់ប្រាក់ពេញលេញនៅពេលអ្នកទទួលបានការថែទាំ សូមស្នើសុំឱ្យយើងសងប្រាក់ទៅអ្នកវិញសម្រាប់ចំណែកនៃការចំណាយរបស់យើង។ ផ្ញើវិក្កយបត្រ និងភស្តុតាងនៃការបង់ប្រាក់ណាមួយដែលអ្នកបានផ្ញើមកយើង។
- អ្នកអាចទទួលបានវិក្កយបត្រពីអ្នកផ្តល់សេវាដែលទាមទារការបង់ប្រាក់ ដែលអ្នកគិតថាអ្នកមិនជំពាក់។ ផ្ញើវិក្កយបត្រ និងភស្តុតាងនៃការបង់ប្រាក់ណាមួយដែលអ្នកបានផ្ញើមកយើង។
  - ប្រសិនបើអ្នកផ្តល់សេវាគួរតែទទួលបានប្រាក់ យើងនឹងបង់ប្រាក់ទៅអ្នកផ្តល់សេវាដោយផ្ទាល់។

- ប្រសិនបើអ្នកបានបង់ប្រាក់ច្រើនជាងចំណែកនៃការចំណាយរបស់អ្នកសម្រាប់សេវា Medicare រួចហើយ យើងនឹងគណនាចំនួនប្រាក់ដែលអ្នកគួរតែបង់ ហើយសងប្រាក់ទៅអ្នកវិញសម្រាប់ចំណែកនៃការចំណាយរបស់យើង។

2. នៅពេលដែលអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញចេញវិក្កយបត្រមកអ្នក

អ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញត្រូវតែចេញវិក្កយបត្រមកយើងជានិច្ច។ វាជារឿងសំខាន់ក្នុងការបង្ហាញកាតសម្គាល់សមាជិករបស់អ្នក នៅពេលអ្នកទទួលបានសេវា ឬឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាណាមួយ ប៉ុន្តែពេលខ្លះ អ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញធ្វើខុស ហើយទាមទារឱ្យអ្នកបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវារបស់អ្នក ឬបង់ប្រាក់ច្រើនជាងចំណែកនៃការចំណាយរបស់អ្នក។ **សូមទូរសព្ទទៅសេវាបម្រើសមាជិក** តាមលេខនៅខាងក្រោមទំព័រនេះ **ប្រសិនបើអ្នកទទួលបានវិក្កយបត្រណាមួយ។**

- ក្នុងនាមជាសមាជិកគម្រោង អ្នកគ្រាន់តែបង់ការបង់ប្រាក់រួមប៉ុណ្ណោះ នៅពេលអ្នកទទួលបានសេវាដែលយើងធានារ៉ាប់រង។ យើងមិនអនុញ្ញាតឱ្យអ្នកផ្តល់សេវាចេញវិក្កយបត្រទាមទារប្រាក់ពីអ្នកលើសពីចំនួននេះទេ។ នេះគឺពិតទោះបីជាយើងបង់ប្រាក់ឱ្យអ្នកផ្តល់សេវាទាបជាងចំនួនដែលអ្នកផ្តល់សេវាបានគិតថ្លៃសម្រាប់សេវាក៏ដោយ។ ទោះបីជាយើងសម្រេចចិត្តមិនបង់ប្រាក់សម្រាប់ការគិតថ្លៃខ្លះក៏ដោយ ក៏អ្នកនៅតែមិនបង់ប្រាក់ទាំងនោះដែរ។

- រាល់ពេលដែលអ្នកទទួលបានវិក្កយបត្រពីអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញដែលអ្នកគិតថាអ្នកត្រូវបង់ប្រាក់ច្រើនជាងចំនួនដែលអ្នកគួរតែបង់ សូមផ្ញើវិក្កយបត្រនោះមកយើង។ យើងនឹងទាក់ទងទៅអ្នកផ្តល់សេវាដោយផ្ទាល់ ហើយដោះស្រាយបញ្ហានេះ។

- ប្រសិនបើអ្នកបានបង់ប្រាក់លើវិក្កយបត្រពីអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញរួចហើយសម្រាប់សេវាដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare ប៉ុន្តែមានអារម្មណ៍ថាអ្នកបានបង់ប្រាក់ច្រើនពេក សូមផ្ញើវិក្កយបត្រ និងភស្តុតាងនៃការបង់ប្រាក់ណាមួយដែលអ្នកបានធ្វើមកយើង។ យើងនឹងសងប្រាក់ទៅអ្នកវិញសម្រាប់ចំនួនទឹកប្រាក់ខុសគ្នារវាងចំនួនដែលអ្នកបានបង់ និងចំនួនដែលអ្នកជំពាក់ក្រោមគម្រោងរបស់យើង។

3. ប្រសិនបើអ្នកត្រូវបានចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងរបស់យើងដោយមានប្រសិទ្ធភាពត្រឡប់ក្រោយ

ពេលខ្លះការចុះឈ្មោះរបស់អ្នកនៅក្នុងគម្រោងអាចមានប្រសិទ្ធភាពត្រឡប់ក្រោយ។ (នេះមានន័យថាថ្ងៃដំបូងនៃការចុះឈ្មោះរបស់អ្នកបានកន្លងផុតទៅហើយ។ វាអាចជាឆ្នាំមុនផងដែរ។)

- ប្រសិនបើអ្នកត្រូវបានចុះឈ្មោះដោយមានប្រសិទ្ធភាពត្រឡប់ក្រោយ ហើយអ្នកបានបង់ប្រាក់លើវិក្កយបត្របន្ទាប់ពីកាលបរិច្ឆេទចុះឈ្មោះ អ្នកអាចស្នើសុំឱ្យយើងសងប្រាក់ទៅអ្នកវិញ។

- ផ្ញើវិក្កយបត្រ និងភស្តុតាងនៃការបង់ប្រាក់ណាមួយដែលអ្នកបានធ្វើមកយើង។

4. នៅពេលអ្នកប្រើឱសថស្ថានក្រៅបណ្តាញ ដើម្បីបើកឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជា

ប្រសិនបើអ្នកប្រើប្រាស់ឱសថស្ថានក្រៅបណ្តាញ អ្នកត្រូវបង់ថ្លៃពេញលេញនៃឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក។

- ក្នុងករណីកិចតួចប៉ុណ្ណោះ ដែលយើងនឹងធានារ៉ាប់រងលើឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាដែលបានបើកនៅឱសថស្ថានក្រៅបណ្តាញ។ ផ្ញើច្បាប់ចម្លងបង្កាន់ដៃរបស់អ្នកមកយើង នៅពេលអ្នកស្នើសុំឱ្យយើងសងប្រាក់ទៅអ្នកវិញសម្រាប់ចំណែកនៃការចំណាយរបស់យើង។

- សូមមើល**ជំពូក 5** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះ ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពីឱសថស្ថានក្រៅបណ្តាញ។

- យើងប្រហែលជាមិនសងប្រាក់ទៅអ្នកវិញទេនូវចំនួនទឹកប្រាក់ខុសគ្នារវាងចំនួនដែលអ្នកបានបង់ថ្លៃឱសថនៅឱសថស្ថានក្រៅបណ្តាញ និងចំនួនដែលយើងនឹងបង់នៅឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញ។

5. នៅពេលអ្នកបង់ថ្លៃថ្នាំតាមវេជ្ជបញ្ជា Medicare Part D ពេញលេញ ពីព្រោះអ្នកមិនមានកាតសម្គាល់សមាជិកជាប់នឹងខ្លួន

ប្រសិនបើអ្នកមិនមានកាតសម្គាល់សមាជិកជាប់នឹងខ្លួនទេ អ្នកអាចស្នើសុំឱ្យឱសថស្ថានទូរសព្ទមកយើង ឬស្វែងរកព័ត៌មាននៃការចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងរបស់អ្នក។

- ប្រសិនបើឱសថស្ថានមិនអាចទទួលបានព័ត៌មានភ្លាមៗទេ អ្នកប្រហែលជាត្រូវបង់ថ្លៃឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាពេញលេញដោយខ្លួនឯង ឬត្រឡប់ទៅឱសថស្ថានវិញជាមួយកាតសម្គាល់សមាជិករបស់អ្នក។
- ផ្ញើច្បាប់ចម្លងបង្កាន់ដៃរបស់អ្នកមកយើង នៅពេលអ្នកស្នើសុំឱ្យយើងសងប្រាក់ទៅអ្នកវិញសម្រាប់ចំណែកនៃការចំណាយរបស់យើង។
- យើងប្រហែលជាមិនសងប្រាក់ទៅអ្នកវិញពេញលេញតាមចំនួនដែលអ្នកបានបង់ទេ ប្រសិនបើតម្លៃសាច់ប្រាក់ដែលអ្នកបានបង់ខ្ពស់ជាងតម្លៃដែលយើងបានចរចាសម្រាប់ថ្នាំតាមវេជ្ជបញ្ជានោះ។

6. នៅពេលអ្នកបង់ថ្លៃថ្នាំតាមវេជ្ជបញ្ជា Medicare Part D ពេញលេញសម្រាប់ឱសថដែលមិនមានការធានារ៉ាប់រង

អ្នកអាចបង់ថ្លៃឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាពេញលេញ ពីព្រោះឱសថនេះមិនមានការធានារ៉ាប់រង។

- ឱសថនេះអាចមិននៅក្នុង *បញ្ជីឱសថដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រង* (*បញ្ជីឱសថ*) របស់យើងនៅលើគេហទំព័ររបស់យើងទេ ឬវាអាចមានតម្រូវការ ឬការរឹតបន្តឹងដែលអ្នកមិនដឹង ឬមិនគិតថាអនុវត្តចំពោះអ្នក។ ប្រសិនបើអ្នកសម្រេចចិត្តទិញឱសថនេះ អ្នកប្រហែលជាត្រូវបង់ថ្លៃពេញលេញ។
    - ប្រសិនបើអ្នកមិនបង់ប្រាក់ថ្លៃឱសថ ប៉ុន្តែគិតថាយើងគួរតែធានារ៉ាប់រងលើឱសថនេះ អ្នកអាចស្នើសុំសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង (សូមមើល **ជំពូក 9** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះ)។
    - ប្រសិនបើអ្នក និងវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក ឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាផ្សេងទៀតគិតថាអ្នកត្រូវការឱសថនេះភ្លាមៗ (ក្នុងរយៈពេល 24 ម៉ោង) អ្នកអាចស្នើសុំសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង (សូមមើល **ជំពូក 9** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះ)។
- សូមផ្ញើច្បាប់ចម្លងបង្កាន់ដៃរបស់អ្នកមកយើង នៅពេលអ្នកស្នើសុំឱ្យយើងសងប្រាក់ទៅអ្នកវិញ។ ក្នុងករណីខ្លះ យើងប្រហែលជាត្រូវការព័ត៌មានបន្ថែមពីវេជ្ជបណ្ឌិត ឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាផ្សេងទៀតរបស់អ្នក ដើម្បីសងប្រាក់ទៅអ្នកវិញសម្រាប់ចំណែករបស់យើងនៃថ្លៃចំណាយលើឱសថ។ យើងប្រហែលជាមិនសងប្រាក់ទៅអ្នកវិញពេញលេញតាមចំនួនដែលអ្នកបានបង់ទេ ប្រសិនបើតម្លៃដែលអ្នកបានបង់ខ្ពស់ជាងតម្លៃដែលយើងបានចរចាសម្រាប់ឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជានោះ។

នៅពេលអ្នកផ្ញើសំណើសុំការទូទាត់ប្រាក់មកយើង យើងពិនិត្យមើលវា ហើយសម្រេចចិត្តថាតើសេវា ឬឱសថនោះគួរតែមានការធានារ៉ាប់រងដែរឬទេ។ នេះហៅថាការធ្វើ “សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង”។ ប្រសិនបើយើងសម្រេចចិត្តថាសេវា ឬឱសថគួរតែមានការធានារ៉ាប់រង យើងបង់ប្រាក់សម្រាប់ចំណែករបស់យើងនៃថ្លៃចំណាយលើសេវា ឬឱសថនោះ។

ប្រសិនបើយើងបដិសេធសំណើសុំការទូទាត់ប្រាក់របស់អ្នក អ្នកអាចដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ចំពោះការសម្រេចចិត្តរបស់យើង។ ដើម្បីស្វែងយល់ពីរបៀបដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ សូមមើល**ជំពូកទី 9** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះ។

B. ការផ្ញើសំណើសុំការទូទាត់ប្រាក់មកយើងខ្ញុំ

អ្នកអាចស្នើសុំឱ្យយើងសងប្រាក់ទៅអ្នកវិញ ដោយផ្ញើសំណើជាលាយលក្ខណ៍អក្សរមកយើង។ ប្រសិនបើអ្នកផ្ញើសំណើជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ សូមផ្ញើវិក្កយបត្រ និងឯកសារបញ្ជាក់ពីការបង់ប្រាក់ណាមួយដែលអ្នកបានធ្វើសម្រាប់សេវា Medicare។ ជាការល្អដែលអ្នកគួរបង្កើតច្បាប់ចម្លងនៃវិក្កយបត្រ និងបង្ហាន់ដៃរបស់អ្នកទុកជាកំណត់ត្រារបស់អ្នក។ **អ្នកត្រូវតែដាក់បញ្ជូនសំណើទាមទារសំណងរបស់អ្នកមកយើងក្នុងរយៈពេល 12 ខែ (សម្រាប់សំណើទាមទារសំណងផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រផ្នែក C) និងក្នុងរយៈពេល 36 ខែ (សម្រាប់សំណើទាមទារសំណងឱសថផ្នែក D) គិតចាប់ពីកាលបរិច្ឆេទដែលអ្នកទទួលបានសេវា។**

ដើម្បីជានាថាអ្នកកំពុងផ្តល់ឱ្យយើងនូវព័ត៌មានទាំងអស់ដែលយើងត្រូវការដើម្បីធ្វើការសម្រេចចិត្ត អ្នកអាចបំពេញទម្រង់បែបបទសំណើទាមទារសំណងរបស់យើងដើម្បីធ្វើការស្នើសុំការទូទាត់ប្រាក់របស់អ្នក។ អ្នកមិនចាំបាច់ប្រើទម្រង់បែបបទនេះទេ ប៉ុន្តែវានឹងជួយយើងក្នុងការដំណើរការព័ត៌មានបានលឿនជាងមុន។ អ្នកអាចដាក់សំណើទាមទារសំណងដើម្បីស្នើសុំការទូទាត់ប្រាក់ដោយ៖

- បំពេញ និងដាក់ស្នើទម្រង់បែបបទអេឡិចត្រូនិករបស់យើងតាមរយៈ kp.org និងបង្ហោះឯកសារគាំទ្រ។
- ទាញយកច្បាប់ចម្លងនៃទម្រង់បែបបទពីគេហទំព័ររបស់យើង (kp.org) ឬទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិក តាមលេខទូរសព្ទនៅខាងក្រោមទំព័រនេះ ហើយស្នើសុំឱ្យពួកគេផ្ញើទម្រង់បែបបទមកអ្នក។ ផ្ញើទម្រង់បែបបទដែលបានបំពេញរួចតាមប្រៃសណីយ៍ទៅកាន់អាសយដ្ឋានផ្នែកទាមទារសំណងរបស់យើង ដែលមានរាយខាងក្រោម។
- ប្រសិនបើអ្នកមិនអាចទទួលបានទម្រង់បែបបទនេះទេ អ្នកអាចដាក់សំណើសុំការទូទាត់ប្រាក់របស់អ្នក ដោយផ្ញើព័ត៌មានខាងក្រោមមកកាន់អាសយដ្ឋានផ្នែកទាមទារសំណងរបស់យើង ដែលមានរាយខាងក្រោម៖
  - សេចក្តីថ្លែងការណ៍ដែលមានព័ត៌មានខាងក្រោម៖
  - ឈ្មោះរបស់អ្នក (ឈ្មោះសមាជិក/អ្នកជំងឺ) និងលេខកំណត់ត្រាវេជ្ជសាស្ត្រ/សុខភាព។
  - កាលបរិច្ឆេទដែលអ្នកទទួលបានសេវា។
  - ទីកន្លែងដែលអ្នកទទួលបានសេវា។
  - អ្នកដែលបានផ្តល់សេវា។
  - មូលហេតុដែលអ្នកគិតថាយើងគួរតែបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាទាំងនោះ។
  - ហត្ថលេខារបស់អ្នក និងកាលបរិច្ឆេទចុះហត្ថលេខា។ (ប្រសិនបើអ្នកចង់ឱ្យនរណាម្នាក់ក្រៅពីខ្លួនអ្នកជាអ្នកធ្វើការស្នើសុំ យើងក៏នឹងត្រូវការទម្រង់បែបបទ "ការតែងតាំងអ្នកតំណាង" (Appointment of representative) ដែលបានបំពេញរួចផងដែរ ដែលមានតាមរយៈ kp.org។)
  - ច្បាប់ចម្លងនៃវិក្កយបត្រ កំណត់ត្រាវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នកសម្រាប់សេវាទាំងនេះ និងបង្ហាន់ដៃរបស់អ្នក ប្រសិនបើអ្នកបានបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាទាំងនេះ។

ផ្ញើសំណើសុំការទូទាត់ប្រាក់របស់អ្នករួមជាមួយវិក្កយបត្រ ឬបង្កាន់ដៃណាមួយ តាមប្រៃសណីយ៍ទៅកាន់អាសយដ្ឋាននេះ៖

គម្រោង South៖
Kaiser Permanente
Claims Department
P.O. Box 7004
Downey, CA 90242-7004

គម្រោង North៖
Kaiser Permanente
Claims Department
P.O. Box 12923
Oakland, CA 94604-2923

ដើម្បីស្នើសុំការទូទាត់ប្រាក់សម្រាប់ឱសថ D ដែលអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញបានចេញវេជ្ជបញ្ជា និងដែលអ្នកទទួលបានពីឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញ សូមសរសេរលិខិតទៅកាន់អាសយដ្ឋានខាងក្រោម។ សម្រាប់សំណើផ្នែក D ផ្សេងទៀតទាំងអស់ សូមផ្ញើសំណើរបស់អ្នកទៅកាន់អាសយដ្ឋានខាងលើ។

Kaiser Permanente
Medicare Part D Unit
P.O. Box 1809
Pleasanton, CA 94566

ទាក់ទងសេវាបម្រើសមាជិក ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរណាមួយ។ ប្រសិនបើអ្នកមិនដឹងពីចំនួនទឹកប្រាក់ដែលអ្នកគួរតែបង់ ឬអ្នកទទួលបានវិក្កយបត្រ ហើយអ្នកមិនដឹងថាត្រូវធ្វើដូចម្តេចចំពោះវិក្កយបត្រទាំងនោះទេ យើងអាចជួយបាន។ អ្នកក៏អាចទូរសព្ទមកបានផងដែរ ប្រសិនបើអ្នកចង់ផ្តល់ព័ត៌មានបន្ថែមមកយើងអំពីសំណើសុំការទូទាត់ប្រាក់ដែលអ្នកបានផ្ញើមកយើងរួចហើយ។

C. សេចក្តីសម្រេចចិត្តលើការធានារ៉ាប់រង

នៅពេលយើងទទួលបានសំណើសុំការទូទាត់ប្រាក់របស់អ្នក យើងធ្វើសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង។ នេះមានន័យថាយើងសម្រេចចិត្តថា តើគម្រោងរបស់យើងមានការធានារ៉ាប់រងលើសេវា ទំនិញ ឬឱសថរបស់អ្នកដែរឬទេ។ យើងក៏សម្រេចចិត្តលើចំនួនទឹកប្រាក់ដែលអ្នកត្រូវតែបង់ផងដែរ ប្រសិនបើមាន។

- យើងនឹងប្រាប់ឱ្យអ្នកដឹង ប្រសិនបើយើងត្រូវការព័ត៌មានបន្ថែមពីអ្នក។
- ប្រសិនបើយើងសម្រេចចិត្តថាគម្រោងរបស់យើងធានារ៉ាប់រងលើសេវា ទំនិញ ឬឱសថ ហើយអ្នកបានអនុវត្តតាមវិធានទាំងអស់ដើម្បីទទួលបានវា យើងនឹងបង់ចំណែករបស់យើងនៃថ្លៃចំណាយសម្រាប់វា។ ប្រសិនបើអ្នកបានបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវា ឬឱសថរួចហើយ យើងនឹងផ្ញើមូលប្បទានប័ត្រតាមប្រៃសណីយ៍សម្រាប់ ចំណែករបស់យើងនៃថ្លៃចំណាយ។ ប្រសិនបើអ្នកបានបង់ថ្លៃឱសថពេញលេញ អ្នកប្រហែលជាមិនទទួលបានការសងប្រាក់វិញពេញលេញតាមចំនួនដែលអ្នកបានបង់នោះទេ (ឧទាហរណ៍ ប្រសិនបើអ្នកទទួលបានឱសថនៅឱសថស្ថានក្រៅបណ្តាញ ឬប្រសិនបើតម្លៃសាច់ប្រាក់ដែលអ្នកបានបង់ខ្ពស់ជាងតម្លៃដែលយើងបានចរចា)។ ប្រសិនបើអ្នកមិនទាន់បានបង់ប្រាក់ទេ យើងនឹងបង់ប្រាក់ទៅអ្នកផ្តល់សេវាដោយផ្ទាល់។

ជំពូក 3 នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះពន្យល់ពីវិធានសម្រាប់ការទទួលបានការធានារ៉ាប់រងលើសេវារបស់អ្នក។ **ជំពូក 5** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះពន្យល់ពីវិធានសម្រាប់ការទទួលបានការធានារ៉ាប់រងលើឱសថ Medicare Part D របស់អ្នក។

- ប្រសិនបើយើងសម្រេចចិត្តមិនបង់ប្រាក់សម្រាប់ចំណែករបស់យើងនៃថ្លៃចំណាយលើសេវា ឬឱសថនោះទេ យើងនឹងផ្ញើលិខិតដែលមានបញ្ហាក់ពីមូលហេតុទៅកាន់អ្នក។ លិខិតនោះក៏ពន្យល់ផងដែរអំពីសិទ្ធិរបស់អ្នកក្នុងការដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍។
- ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពីការសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង សូមមើល **ជំពូកទី 9**។

D. បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍

ប្រសិនបើអ្នកគិតថាយើងធ្វើខុសក្នុងការបដិសេធសំណើរបស់អ្នកសម្រាប់ការទូទាត់ អ្នកអាចស្នើសុំឱ្យយើងផ្លាស់ប្តូរការសម្រេចចិត្តរបស់យើង។ នេះហៅថា “ការដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍។” អ្នកក៏អាចដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍បានផងដែរ ប្រសិនបើអ្នកមិនយល់ព្រមនឹងចំនួនទឹកប្រាក់ដែលយើងបង់។

ដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ជាផ្លូវការមាននីតិវិធី និងកាលបរិច្ឆេទកំណត់លម្អិត។ ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពីបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ សូមមើល **ជំពូកទី 9** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះ៖

- ដើម្បីដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍អំពីការទទួលបានការសងប្រាក់វិញសម្រាប់សេវាថែទាំសុខភាព សូមមើល **ផ្នែក F**។
- ដើម្បីដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍អំពីការទទួលបានការសងប្រាក់វិញសម្រាប់ឱសថ សូមមើល**ផ្នែក G**។

ជំពូកទី 8៖ សិទ្ធិ និងទំនួលខុសត្រូវរបស់អ្នក

សេចក្តីផ្តើម

ជំពូកនេះរួមបញ្ចូលសិទ្ធិ និងទំនួលខុសត្រូវរបស់អ្នកក្នុងនាមជាសមាជិកនៃគម្រោងរបស់យើង។ យើងត្រូវតែគោរពសិទ្ធិរបស់អ្នក។ ពាក្យគន្លឹះ និងអត្ថន័យរបស់វាមានបង្ហាញតាមលំដាប់អក្ខរក្រមនៅក្នុងជំពូកចុងក្រោយនៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះ។

មាតិកាជំពូកទី 8

A. សិទ្ធិរបស់អ្នកក្នុងការទទួលបានសេវាកម្ម និងព័ត៌មានតាមរបៀបដែលបំពេញទៅតាមតម្រូវការរបស់អ្នក 235

B. ទំនួលខុសត្រូវរបស់យើងចំពោះការទទួលបានឱសថ និងសេវាដែលបានជានាំរ៉ាប់រងរបស់អ្នកក្នុងពេលវេលាសមស្រប 244

C. ការទទួលខុសត្រូវរបស់យើងក្នុងការការពារព័ត៌មានសុខភាពផ្ទាល់ខ្លួន (PHI) របស់អ្នក 245

C1. របៀបដែលយើងការពារ PHI របស់អ្នក 245

C2. សិទ្ធិរបស់អ្នកក្នុងការមើលកំណត់ត្រាវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នក 246

D. ការទទួលខុសត្រូវរបស់យើងក្នុងការផ្តល់ព័ត៌មានដល់អ្នក 246

E. អសមត្ថភាពរបស់អ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញក្នុងការចេញវិក្កយបត្រដល់អ្ន កដោយផ្ទាល់ 247

F. សិទ្ធិរបស់អ្នកក្នុងការចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើង 247

G. សិទ្ធិរបស់អ្នកក្នុងការធ្វើការសម្រេចចិត្តអំពីការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក....248

G1. សិទ្ធិរបស់អ្នកក្នុងការដឹងពីជម្រើសនៃការព្យាបាលរបស់អ្នក និងធ្វើការសម្រេចចិត្ត 248

G2. សិទ្ធិរបស់អ្នកក្នុងការបញ្ឈប់ពីអ្វីដែលអ្នកចង់ឱ្យកើតឡើង ប្រសិនបើអ្នកមិនអាចធ្វើការសម្រេចចិត្តអំពីការថែទាំសុខភាពដោយខ្លួនឯងបាន 248

G3. អ្វីដែលត្រូវធ្វើ ប្រសិនបើការណែនាំរបស់អ្នកមិនត្រូវបានអនុវត្តតាម 250

H. សិទ្ធិរបស់អ្នកក្នុងការដាក់ពាក្យបណ្តឹង និងស្នើសុំឱ្យយើងខ្ចាំពិចារណាឡើងវិញលើការសម្រេចចិត្តរបស់យើង 250

H1. អ្វីដែលត្រូវធ្វើចំពោះការប្រព្រឹត្តដោយអយុត្តិធម៌ ឬដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែមអំពីសិទ្ធិរបស់អ្នក....250

I. ការទទួលខុសត្រូវរបស់អ្នកក្នុងនាមជាសមាជិកគម្រោង 251

A. Your right to get services and information in a way that meets your needs

We must ensure **all** services, both clinical and non-clinical, are provided to you in a culturally competent and accessible manner including for those with limited English proficiency, limited reading skills, hearing incapacity, or those with diverse cultural and ethnic backgrounds. We must also tell you about our plan's benefits and your rights in a way that you can understand. We must tell you about your rights each year that you're in our plan.

- To get information in a way that you can understand, call Member Services. Our plan has free interpreter services available to answer questions in different languages.
- Our plan can also give you materials in languages other than English and in formats such as large print, braille, audio file, or data CD. To get materials in one of these alternative formats, please call or write to Member Services (refer to **Chapter 2**). Contact Member services to do the following:
    - Request a preferred language other than English and/or alternate format,
    - Keep your information as a standing request for future mailings and communications, and
    - Change a standing request for preferred language and/or format.

If you have trouble getting information from our plan because of language problems or a disability and you want to file a complaint, call:

- Medicare At 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). TTY users should call 1-877-486-2048.
- Medi-Cal Office of Civil Rights at 916-440-7370. TTY users should call 711.
- U.S Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights at 1-800-368-1019. TTY users should call 1-800-537-7697.

أ. حقك في الحصول على الخدمات والمعلومات بالطريقة التي تلبي احتياجاتك

يجب أن نتأكد من تقديم **كل** الخدمات، سواء السريرية أو غير السريرية، لك بطريقة مؤهلة ثقافيًا ويسهل الوصول إليها بما في ذلك الأفراد أصحاب الكفاءة المحدودة في اللغة الإنجليزية، أو مهارات القراءة المحدودة، أو ضعف السمع، أو أولئك الذين لديهم خلفيات ثقافية وعرقية متنوعة. ويجب أن نخبرك أيضًا عن مزايا خطتنا وحقوقك بطريقة يمكنك فهمها. ويجب أن نخبرك بحقوقك كل عام كونك في خطتنا.

- للحصول على معلومات بطريقة يمكنك فهمها، اتصل بخدمات الأعضاء. تحتوي خطتنا على خدمات ترجمة مجانية متاحة للإجابة عن الأسئلة بلغات مختلفة.
- يمكن أن توفر لك خطتنا أيضًا مواد بلغات أخرى غير الإنجليزية وبتنسيقات مثل الطباعة الكبيرة أو طريقة برايل أو ملف صوتي أو قرص مضغوط للبيانات. للحصول على مواد بأحد هذه التنسيقات البديلة، يُرجى الاتصال أو الكتابة إلى خدمات الأعضاء (راجع **الفصل 2**). اتصل بخدمات الأعضاء للقيام بما يلي:
    - طلب لغة مفضلة بخلاف اللغة الإنجليزية و/أو تنسيق بديل، و

- الاحتفاظ بمعلوماتك كطلب دائم للرسائل البريدية والاتصالات المستقبلية، و
- تغيير طلب قائم للغة المفضلة و/أو التنسيق.

إذا كنت تواجه مشكلة في الحصول على معلومات من خطتنا بسبب مشكلات لغوية أو إعاقة وترغب في تقديم شكوى، فاتصل بـ:

- Medicare على الرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). يجب على مستخدمي الهاتف النصي (TTY) الاتصال على الرقم 1-877-486-2048.
- مكتب Medi-Cal للحقوق المدنية على الرقم 916-440-7370. يجب على مستخدمي الهاتف النصي (TTY) الاتصال على الرقم 711.
- وزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية، مكتب الحقوق المدنية على الرقم 1-800-368-1019. يجب على مستخدمي الهاتف النصي (TTY) الاتصال على الرقم 1-800-537-7697.

Ա. Ձեր կարիքներին համապատասխանող եղանակով ծառայություններ և տեղեկություններ ստանալու ձեր իրավունքը

Մենք պետք է համոզվենք, որ **բոլոր** ծառայությունները՝ թե՛ կլինիկական, և թե՛ ոչ կլինիկական, տրամադրվում են ձեզ մշակութային առումով գրագետ և մատչելի ձևով, այդ թվում՝ անգլերենի սահմանափակ իմացություն, կարդալու սահմանափակ հմտություններ, լսողության խանգարում ունեցող կամ բազմազան մշակութային և էթնիկ ծագում ունեցող անձանց համար: Մենք պետք է նաև տեղեկացնենք ձեզ մեր պլանի արտոնությունների և ձեր իրավունքների մասին այնպիսի եղանակով, որը հասկանալի է ձեզ: Մենք պարտավոր ենք ձեզ տեղեկացնել ձեր իրավունքների մասին ամեն տարի, երբ դուք բաժանորդագրվում եք մեր պլանին:

- Ձեզ հասկանալի ձևով տեղեկություններ ստանալու համար զանգահարեք Անդամների սպասարկման կենտրոն: Մեր պլանը տրամադրում է անվճար թարգմանչական ծառայություններ, որոնք հասանելի են՝ տարբեր լեզուներով հարցերին պատասխանելու համար:
- Մեր պլանը կարող է նաև ձեզ նյութեր տրամադրել անգլերենից բացի այլ լեզուներով և ձևաչափերով՝ խոշոր տառաչափով, Բրայլի գրատիպով կամ CD-ROM-ով: Այս այլընտրանքային ձևաչափերից մեկով նյութեր ստանալու համար խնդրում ենք զանգահարել կամ գրել Անդամների սպասարկման կոնտրոն (այցելեք **2-րդ Գլուխ**): Դիմեք Անդամների սպասարկման կենտրոն հետևյալ հարցերի դեպքում՝
  - Անգլերենից բացի այլ նախընտրելի լեզու և (կամ) այլ ձևաչափ պահանջելու համար
  - Հետագայում նամակագրություններ և հաղորդակցություններ ստանալու հարցումների համար, և
  - Նախընտրած լեզուն և (կամ) ձևաչափը փոխելու համար:

ចំពោះ ប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហាក្នុងការទទួលបានព័ត៌មានពីគម្រោងរបស់យើង ដោយសារបញ្ហាភាសា ឬពិការភាព ហើយអ្នកចង់ដាក់ពាក្យបណ្តឹង សូមទូរស័ព្ទទៅ៖

- Medicare តាមរយៈលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរតែហៅទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-877-486-2048។

ប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហាក្នុងការទទួលបានព័ត៌មានតាមរយៈសេវាកម្ម ឬការចូលប្រើប្រាស់ ហើយអ្នកចង់ដាក់ពាក្យបណ្តឹង សូមទូរស័ព្ទទៅ៖

- Medicare 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) ចំពោះអ្នកប្រើប្រាស់ TTY៖ 1-877-486-2048
- Medi-Cal ការិយាល័យសិទ្ធិពលរដ្ឋ 916-440-7370 ចំពោះអ្នកប្រើប្រាស់ TTY៖ 711
- ក្រសួងសុខាភិបាល និងសេវាមនុស្សធម៌សហរដ្ឋអាមេរិក ការិយាល័យសិទ្ធិពលរដ្ឋ 1-800-368-1019 ចំពោះអ្នកប្រើប្រាស់ TTY៖ 1-800-537-7697

A. សិទ្ធិរបស់អ្នកក្នុងការទទួលបានសេវាកម្ម និងព័ត៌មានតាមរបៀបដែលបំពេញទៅតាមតម្រូវការរបស់អ្នក

យើងត្រូវតែធានាថា សេវាកម្ម **ទាំងអស់** ទាំងគ្លីនិក និងមិនមែនគ្លីនិក ត្រូវបានផ្តល់ជូនអ្នកដោយមានសមត្ថភាពផ្នែករបួឆម៍ និងអាចចូលប្រើបាន រួមទាំងសម្រាប់អ្នកដែលមានកម្រិតជំនាញភាសាអង់គ្លេសកម្រិតទាប ជំនាញអានកម្រិតទាប អសមត្ថភាពក្នុងការស្តាប់ ឬអ្នកដែលមានប្រវត្តិរបួឆម៍ និងជនជាតិចម្រុះ។ យើងក៏ត្រូវតែប្រាប់អ្នកអំពីអត្ថប្រយោជន៍នៃគម្រោងរបស់យើង និងសិទ្ធិរបស់អ្នកតាមរបៀបដែលអ្នកអាចយល់បានផងដែរ។ យើងត្រូវតែប្រាប់អ្នកអំពីសិទ្ធិរបស់អ្នកជារៀងរាល់ឆ្នាំ ដែលអ្នកស្ថិតនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើង។

- ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានតាមរបៀបដែលអ្នកអាចយល់បាន សូមទូរស័ព្ទទៅសេវាសមាជិក។ គម្រោងរបស់យើងមានសេវាអ្នកបកប្រែផ្តាល់មាត់ដោយឥតគិតថ្លៃដែលអាចឆ្លើយសំណួរជាភាសាផ្សេងៗ។

- គម្រោងរបស់យើងក៏អាចផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវឯកសារជាភាសាផ្សេងក្រៅពីភាសាអង់គ្លេសផងដែរ និងក្នុងទម្រង់ដូចជាការពុម្ពអក្សរធំ អក្សរស្ទាប ឬអូឌីយ៉ូ។ ដើម្បីទទួលបានឯកសារជាទម្រង់ជំនួសណាមួយទាំងនេះ សូមទូរស័ព្ទ ឬសរសេរទៅកាន់សេវាសមាជិក (សូមមើល**ជំពូកទី 2**)។ ទាក់ទងសេវាកម្មសមាជិកដើម្បីធ្វើដូចខាងក្រោម៖

  - ស្នើសុំភាសាដែលចង់បានក្រៅពីភាសាអង់គ្លេស និង/ឬទម្រង់ជំនួស

  - រក្សាព័ត៌មានរបស់អ្នកជាសំណើជាអចិន្ត្រៃយ៍សម្រាប់ការផ្ញើសំបុត្រ និងទំនាក់ទំនងនាពេលអនាគត និង

  - ការផ្លាស់ប្តូរសំណើជាអចិន្ត្រៃយសម្រាប់ភាសា និង/ឬទម្រង់ដែលពេញចិត្ត។

- ការិយាល័យសិទ្ធិស៊ីវិលរបស់ Medi-Cal តាមលេខ 916-440-7370។ សម្រាប់អ្នកប្រើប្រាស់ TTY សូមទូរសព្ទទៅលេខ 711។
- ក្រសួងសុខាភិបាល និងសេវាមនុស្សជាតិសហរដ្ឋអាមេរិក ការិយាល័យសិទ្ធិស៊ីវិលតាមលេខ 1-800-368-1019។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរហៅទូរសព្ទទៅកាន់លេខ 1-800-537-7697 ។

A. 您有權以符合您需求的方式取得服務和資訊

我們必須確保**所有**服務（臨床和非臨床），都以符合文化要求並可供取得的方式提供給您，包括英語水準或閱讀能力有限、聽力喪失，或具有不同文化和族裔背景的人。我們還必須以您能理解的方式告知您本計劃的理賠福利和您的權利。我們每年都必須告訴您有關您在本計劃中的權利。

- 若要以您可以理解的方式獲取資訊，請致電會員服務。本計劃提供免費口譯服務，可以用不同語言回覆問題。
- 本計劃還會以英語以外的其他語言和大字版、點字版、音訊檔案或資料 CD 的格式提供您資訊。若要取得這些其他格式的資訊，請致電或寫信給會員服務（請參閱**第 2 章**）。請致電會員服務以進行下列行動：
    - 要求使用英文以外的慣用語言和/或其他格式，
    - 保留您的資訊作為未來郵寄和溝通時的常規要求，以及
    - 變更慣用語言和/或格式的常規要求。

如果您因為語言問題或身心障礙而無法取得本計劃的資訊，而且您想提出投訴，請致電：

- Medicare 的電話為 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。聽障及語障電話專線使用者，請撥打 1-877-486-2048。
- Medi-Cal 民權辦公室的電話為 916-440-7370。聽障及語障電話專線使用者，請撥打 711。
- 美國衛生與民眾服務部民權辦公室的電話為 1-800-368-1019。聽障及語障電話專線使用者，請撥打 1-800-537-7697。

A.حق شما برای دریافت خدمات و اطلاعات به روشی که نیازهای شما را برآورده کند

ما باید اطمینان حاصل کنیم که تمام خدمات، چه بالینی و چه غیربالینی، از لحاظ فرهنگی، به شیوه ای شایسته و قابل دسترس ارائه می شوند ازجمله برای کسانی که مهارت های محدودی در زبان انگلیسی، مهارت های خواندن محدود، ناتوانی شنوایی، یا پیشینه های فرهنگی و قومی متنوع دارند. ما همچنین باید مزایای طرحمان و حقوقتان را به صورتی که برای شما قابل درک باشد به شما اطلاع دهیم. باید هر سالی که در طرح ما هستید، حقوقتان را به شما اطلاع دهیم.

- برای دریافت اطلاعات به صورتی که برایتان قابل درک باشد، با "خدمات اعضا" تماس بگیرید. طرح ما دارای خدمات مترجم شفاهی رایگان برای پاسخ به سؤالات به زبان های متفاوت است.

- طرح ما همچنین می تواند مطالبی به سایر زبان ها غیر از انگلیسی و در قالب هایی از جمله چاپ درشت، خط بریل، فایل صوتی یا سی دی به شما ارائه دهد. برای دریافت مطالب به یکی از این فرمت های جایگزین، لطفاً با "خدمات اعضا" تماس بگیرید یا مکاتبه کنید. (به فصل 2 مراجعه کنید). برای انجام کارهای زیر با "خدمات اعضا" تماس بگیرید:
  - درخواست زبان ترجیحی غیر از انگلیسی و/یا فرمت جایگزین،
  - حفظ اطلاعاتتان جهت درخواست دائمی برای نامه ها و مکاتبات آینده، و
  - تغییر درخواست قبلی برای زبان و/یا فرمت ترجیحی.

اگر به دلیل مشکلات زبانی یا معلولیت برای دریافت اطلاعات از طرحمان دچار مشکل هستید، و قصد طرح شکایت دارید، با این شماره تماس بگیرید:

- Medicare از طریق شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.
- دفتر حقوق مدنی Medi-Cal شماره 916-440-7370. کاربران TTY باید با شماره 711 تماس بگیرند.
- با اداره سلامت و خدمات انسانی، دفتر حقوق مدنی به شماره 1-800-368-1019 تماس بگیرید. کاربران TTYباید با شماره 1-800-537-7697 تماس بگیرند.

A. Koj muaj cai tau txais tej kev saib xyuas thiab cov ntaub ntawv uas koj xav tau ntawd

Peb yuav tsum saib xyuas **tag nrho** cov kev saib xyuas, tsis hais kho mob thiab tsis yog kho mob, uas tau muab saib xyuas rau koj ntawd kom haum raws li kab lis kev cai thiab mus cuag tau suav nrog cov neeg uas tsis paub lus Askiv zoo, nyeem ntawv tsis tau zoo, hnov lus tsis zoo, los sis cov uas muaj kab lis kev cais thiab kev ntseeg sib txawv tib si. Peb kuj yuav tsum qhia rau koj txog peb qhov kev npaj kho mob cov txiaj ntsig thiab koj cov cai kom koj nkag siab tau. Peb yuav tsum qhia koj txog koj cov cai hauv txhua xyoo uas koj koom rau hauv peb qhov kev npaj kho mob.

- Yuav tau txais cov ntaub ntawv uas koj nkag siab tau, ces hu rau Lub Chaw Pab Tswv Cuab. Peb qhov kev npaj kho mob yeej muaj cov kws txhais lus pub dawb uas khoom los teb cov lus nug ua ntau hom lus rau sawv daws.

- Peb qhov kev npaj kho mob kuj yuav muab cov ntaub ntawv sau ua lwm hom lus uas tsis yog lus Askiv thiab muab luam tawm kom loj, sau ua ntawv rau neeg dig muag xua, tso ua suab lus, los sis tso rau hauv CD rau koj thiab. Yuav tau txais cov ntaub ntawv sau ua ib hom ntawm cov no, thov hu los sis sau ntawv mus rau Lub Chaw Pab Tswv Cuab (saib **Tshooj ntawv 2**). Hu Rau Lub Chaw Pab Tswv Cuab los mus ua raws li nram qab no:

    - Thov ib hom lus uas koj nyiam uas tsis yog lus Askiv thiab/los sis lwm hom ntawv,

    - Khaws koj cov ntaub ntawv tseg cia siv rau kev thov rau kev xa ntawv thiab kev sib txuas lus yav tom ntej, thiab

    - Kev hloov pauv ib qho kev thov rau hom lus uas nyiam thiab/los sis lwm hom ntawv.

Yog tias koj tau txais cov ntaub ntawv los ntawm peb qhov kev npaj kho ob tau nyuaj vim yog qhov tsis paub lus los sis qhov tsis taus thiab koj xav hais ib qho kev tsis txaus siab, ces hu rau:

- Medicare rau ntawm tus xov toooj 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Cov neeg siv TTY yuav tsum hu rau1-877-486-2048.

- Medi-Cal Lub Chaw Lis Hauj Lwm txog Pej Xeem Cov Cai rau ntawm 916-440-7370. Cov neeg siv TTY yuav tsum hu rau 711.

- Tsoom Fwv Meskas Lub Chaw Ua Hauj Lwm ntsig txog Kev Noj Qab Haus Huv thiab Kev Pab Cuam Tib Neeg, Lub Chaw Ua Hauj Lwm rau Pej Xeem Cov Cai ntawm 1-800-368-1019. Cov neeg siv TTY yuav tsum hu rau 1-800-537-7697.

A. 가입자의 요구에 부합하는 방식으로 서비스와 정보를 제공받을 권리

저희는 영어 유창성, 읽기 능력, 듣기 능력이 부족한 사람들이나 문화적, 인종적 배경이 다른 사람들을 포함하여 가입자가 문화적으로 적합하고 이용하기 쉬운 방식으로 임상 및 비임상이 포함된 **모든** 서비스를 제공해야 합니다. 저희는 또한 저희 플랜의 혜택과 가입자의 권리에 대해 가입자가 이해할 수 있는 방식으로 알려야 합니다. 저희는 저희 플랜 가입자의 권리에 대해 매년 가입자에게 알려야 합니다.

- 가입자가 이해할 수 있는 방식으로 정보를 얻으려면 가입자 서비스부로 전화하십시오. 저희 플랜은 다양한 언어로 질문에 답변할 수 있는 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다.
- 저희 플랜은 영어 이외의 언어로 된 자료와 큰 활자, 점자 또는 오디오 파일이나 데이터 CD 등의 형식으로 된 자료도 제공할 수 있습니다. 이와 같은 대체 형식 중 하나로 된 자료를 얻으려면 가입자 서비스부로 전화하거나 서신을 보내주시기 바랍니다(**제2장** 참조). 다음과 관련하여 도움을 받으려면 가입자 서비스에 문의하십시오.
    - 영어 이외 선호하는 언어로 번역된 통지서 및/또는 대체 형태로 된 통지서 요청
    - 정보를 향후 서신 및 통신문에 대한 상시 요청으로 보관
    - 선호하는 언어 및/또는 형태에 대한 상시 요청 변경.

언어 문제 또는 장애로 인해 저희 플랜에서 정보를 얻는 데 문제가 있어 불만 사항을 접수하려면 다음 연락처로 전화하시기 바랍니다.

- Medicare 전화번호 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227). TTY 사용자께서는 1-877-486-2048번으로 전화해 주십시오.
- Medi-Cal 민권사무소 전화번호 916-440-7370. TTY 사용자께서는 711번으로 전화해 주십시오.
- 미 보건복지부 민권사무소 전화번호 1-800-368-1019번으로 전화하시기 바랍니다. TTY 사용자께서는 1-800-537-7697번으로 전화해 주십시오.

A. Ваше право на получение услуг и информации таким способом, который отвечает вашим потребностям

Мы должны гарантировать, что **все** услуги, как клинические, так и неклинические, предоставляются с соблюдением принципов культурной компетентности и в такой форме, которая доступна, в том числе, людям с ограниченным знанием английского языка, ограниченными навыками чтения, нарушениями слуха или людям с различным культурным и этническим происхождением. Мы должны также рассказать вам о льготах плана и ваших правах таким образом, чтобы вы могли их понять. Мы должны рассказывать вам о правах каждый год, когда вы принимаете участие в нашем плане.

- Чтобы получить информацию таким образом, чтобы вы ее понимали, позвоните в отдел обслуживания участников. Наш план предусматривает услуги устного перевода, в рамках которых вы получите ответы на разных языках.

- В рамках нашего плана мы также можем предоставить материалы на разных языках, кроме английского, и в таких форматах, как крупный шрифт, шрифт Брайля, аудиофайл или компакт-диск с данными. Чтобы получить материалы в одном из этих альтернативных форматов, позвоните в отдел обслуживания участников или напишите его сотрудникам (см. **главу 2**). Обратитесь в отдел обслуживания участников, чтобы выполнить следующее:

    - отправить запрос на предпочтительный язык, кроме английского, и (или) альтернативный формат;

    - сохранить вашу информацию в качестве долгосрочного запроса для будущих рассылок и сообщений; а также

    - изменить долгосрочный запрос относительно предпочтительного языка и (или) формата.

Если у вас возникли трудности при получении информации из нашего плана из-за проблем с языком или нетрудоспособности и вы хотите подать жалобу, звоните на указанные ниже телефоны.

- Программа Medicare, телефон: 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Пользователям линии TTY следует звонить по телефону 1-877-486-2048.

- Управление по гражданским правам программы Medi-Cal, телефон: 916-440-7370. Пользователям линии TTY следует звонить по телефону 711.

- Министерство здравоохранения и социального обеспечения США, Управление по гражданским правам, телефон: 1-800-368-1019. Пользователям линии TTY следует звонить по телефону 1-800-537-7697.

A. Su derecho a obtener servicios e información de una manera que satisfaga sus necesidades

Debemos garantizar que **todos** los servicios, clínicos y no clínicos, se le brinden de manera culturalmente competente y sean accesibles, incluidos aquellos con habilidades de lectura y dominio del inglés limitadas, discapacidad auditiva o a los miembros de diversos orígenes étnicos y culturales. También debemos informarle, de manera que pueda entender, sobre los beneficios de nuestro plan y sus derechos. Debemos informarle sobre sus derechos cada año que esté en nuestro plan.

- Para obtener información de una manera que pueda entender, llame a Servicio a los Miembros. Nuestro plan tiene servicios de interpretación gratuitos disponibles para responder preguntas en diferentes idiomas.

- Además, nuestro plan puede entregarle materiales en otros idiomas y en formatos como letra grande, braille, archivo de audio o CD de datos. Para obtener materiales en alguno de estos formatos alternativos, llame o escriba a Servicio a los Miembros (consulte el **Capítulo 2**). Comuníquese con Servicio a los Miembros para:

    - pedir el idioma que prefiere además de inglés u otro formato;

    - mantener su información como una solicitud abierta, para que sea considerada en las futuras listas de correo y comunicaciones, y

    - cambiar una solicitud abierta por un idioma preferido o formato.

Si tiene problemas para obtener información sobre nuestro plan debido al idioma o a una discapacidad y desea presentar una queja, llame al:

- Medicare Al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de la línea TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

- Oficina de Derechos Civiles de Medi-Cal al 916-440-7370. Los usuarios de la línea TTY deben llamar al 711.

- Llame al Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019. Los usuarios de la línea TTY deben llamar al 1-800-537-7697.

A. Ang iyong karapatang makakuha ng mga serbisyo at impormasyon sa paraang nakakatugon sa iyong mga pangangailangan

Dapat naming tiyakin na ang **lahat** ng serbisyo, klinikal at hindi klinikal, ay ibinibigay sa iyo sa paraang suportado ng kaalaman sa kultura at naa-access kabilang ang para sa mga taong may limitadong kasanayan sa Ingles, limitadong kasanayan sa pagbabasa, may problema sa pandinig, o mayroong iba't ibang kultura at etnikong pinagmulan. Dapat din naming sabihin sa iyo ang tungkol sa mga benepisyo ng aming plano at iyong mga karapatan sa paraang nauunawaan mo. Dapat naming sabihin sa iyo ang tungkol sa iyong mga karapatan sa bawat taong kabilang ka sa aming plano.

- Upang makakuha ng impormasyon sa paraang nauunawaan mo, tumawag sa Mga Serbisyo sa Miyembro. Ang aming plano ay mayroong mga libreng serbisyo ng interpreter na available upang sagutin ang mga tanong sa iba't ibang wika.

- Maaari ka ring bigyan ng aming plano ng mga materyal na nasa mga wikang bukod sa Ingles at nasa mga format na gaya ng malaking titik, braille, audio file, o data CD. Para kumuha ng mga materyal na nasa isa sa mga alternatibong format na ito, mangyaring tumawag o sumulat sa Mga Serbisyo sa Miyembro (sumangguni sa **Kabanata 2**). Makipag-ugnayan sa mga serbisyo sa Miyembro upang gawin ang mga sumusunod:

    - Humiling ng gustong wika maliban sa English at/o alternatibong format,

    - Panatilihin ang iyong impormasyon bilang patuloy na kahilingan para sa mga sulat at komunikasyon sa hinaharap, at

    - Baguhin ang isang patuloy na kahilingan para sa mas gustong wika at/o format.

Kung nagkakaproblema ka sa pagkuha ng impormasyon mula sa aming plano dahil sa mga problema sa wika o kapansanan at gusto mong maghain ng reklamo, tumawag sa:

- Medicare sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-877-486-2048.

- Medi-Cal Office of Civil Rights sa 916-440-7370. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 711.

- U.S Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights sa 1-800-368-1019. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-800-537-7697.

A. Quyền nhận được các dịch vụ và thông tin theo cách đáp ứng nhu cầu của quý vị

Chúng tôi phải đảm bảo **tất cả** dịch vụ, cả lâm sàng và phi lâm sàng, được cung cấp cho quý vị theo cách phù hợp với văn hóa và có thể tiếp cận được bao gồm cả những người có trình độ tiếng Anh hạn chế, kỹ năng đọc hạn chế, khiếm thính hoặc những người có nền tảng văn hóa và nguồn gốc dân tộc đa dạng. Chúng tôi cũng có nghĩa vụ phải thông báo cho quý vị biết về các quyền lợi thuộc chương trình của chúng tôi cùng các quyền của quý vị theo cách mà quý vị có thể hiểu được. Chúng tôi cũng sẽ cho quý vị biết về các quyền của quý vị mỗi năm trong trường hợp quý vị vẫn tham gia chương trình của chúng tôi.

- Để nhận thông tin theo cách mà quý vị có thể hiểu được, hãy gọi cho Dịch Vụ Hội Viên. Chương trình của chúng tôi có sẵn dịch vụ thông dịch viên miễn phí để trả lời nhiều câu hỏi bằng các ngôn ngữ khác nhau.

- Chương trình của chúng tôi cũng có thể cung cấp cho quý vị tài liệu bằng các ngôn ngữ khác ngoài tiếng Anh và ở các định dạng như chữ in lớn, chữ nổi braille, tệp âm thanh hoặc CD dữ liệu. Để nhận tài liệu có tuỳ chọn định dạng thay thế này, vui lòng gọi hoặc làm đơn gửi đến Dịch Vụ Hội Viên (tham khảo **Chương 2**). Hãy liên hệ với Dịch Vụ Hội Viên để thực hiện những việc sau:

    - Yêu cầu ngôn ngữ ưu tiên khác với tiếng Anh và/hoặc định dạng thay thế,

    - Lưu thông tin thường xuyên sử dụng của quý vị để phục vụ cho việc gửi thư tín hay liên lạc trong tương lai và

    - Thay đổi yêu cầu về ngôn ngữ và/hoặc định dạng ưa thích mà quý vị thường xuyên sử dụng.

Nếu quý vị gặp khó khăn trong việc nhận thông tin từ chương trình của chúng tôi vì vấn đề ngôn ngữ hoặc tình trạng khuyết tật và muốn nộp đơn than phiền, hãy gọi:

- Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY hãy gọi số 1-877-486-2048.

- Văn Phòng Dân Quyền Medi-Cal theo số 916-440-7370. Người dùng TTY hãy gọi số 711.

- Văn Phòng Dân Quyền của Bộ Y Tế và Dịch Vụ Nhân Sinh Hoa Kỳ theo số 1-800-368-1019. Người dùng TTY hãy gọi số 1-800-537-7697.

B. ទំនួលខុសត្រូវរបស់យើងចំពោះការទទួលបានឱសថ និងសេវាដែលបានធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកក្នុងពេលវេលាសមស្រប

អ្នកមានសិទ្ធិក្នុងនាមជាសមាជិកនៃគម្រោងរបស់យើង។

- អ្នកមានសិទ្ធិជ្រើសរើសអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំបឋម (PCP) នៅក្នុងបណ្តាញរបស់យើង។ អ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញគឺជាអ្នកផ្តល់សេវាដែលធ្វើការជាមួយយើង។ អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានបន្ថែមអំពីប្រភេទអ្នកផ្តល់សេវាដែលអាចធ្វើជា PCP និងរបៀបជ្រើសរើស PCP នៅក្នុង **ជំពូក 3** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះ។

    - សូមទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិក ឬចូលទៅកាន់ *សៀវភៅបញ្ជីឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថាន* ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពីអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ និងរើសបណ្តិតណាខ្លះដែលកំពុងទទួលយកអ្នកជំងឺថ្មី។

- អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានក្រូពេទ្យឯកទេសសុខភាពស្ត្រីដោយមិនចាំបាច់មានការបញ្ជូនបន្ត ព្រមទាំងអ្នកផ្តល់សេវាផ្សេងទៀតដែលមានរៀបរាប់នៅក្នុង **ជំពូក 3** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះ។ ការបញ្ជូនបន្តគឺជាការយល់ព្រមពី PCP របស់អ្នកដើម្បីប្រើអ្នកផ្តល់សេវាដែលមិនមែនជា PCP របស់អ្នក។

- អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានសេវាដែលបានធានារ៉ាប់រងពីអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញក្នុងរយៈពេលដ៏សមរម្យមួយ។

    - នេះរួមបញ្ចូលទាំងសិទ្ធិទទួលបានសេវាទាន់ពេលវេលាពីអ្នកឯកទេស។

    - ប្រសិនបើអ្នកមិនអាចទទួលបានសេវាក្នុងរយៈពេលដ៏សមរម្យមួយ យើងត្រូវបង់ប្រាក់សម្រាប់ការថែទាំក្រៅបណ្តាញ។

- អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានសេវាសង្គ្រោះបន្ទាន់ ឬការថែទាំដែលត្រូវការជាបន្ទាន់ដោយមិនចាំបាច់មានការអនុញ្ញាតជាមុន (PA)។

- អ្នកមានសិទ្ធិបើកឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកនៅឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញណាមួយរបស់យើងដោយមិនមានការពន្យារពេលយូរ។

- អ្នកមានសិទ្ធិដឹងពីពេលដែលអ្នកអាចប្រើអ្នកផ្តល់សេវាក្រៅបណ្តាញ។ ដើម្បីស្វែងយល់អំពីអ្នកផ្តល់សេវាក្រៅបណ្តាញ សូមមើល **ជំពូក 3** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះ។

- នៅពេលអ្នកចូលរួមក្នុងគម្រោងរបស់យើងជាលើកដំបូង អ្នកមានសិទ្ធិរក្សាទុកអ្នកផ្តល់សេវា និងការអនុញ្ញាតសេវាបច្ចុប្បន្នរបស់អ្នករហូតដល់ 12 ខែ ប្រសិនបើស្របតាមលក្ខខណ្ឌជាក់លាក់។ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពីការរក្សាអ្នកផ្តល់សេវា និងការអនុញ្ញាតសេវារបស់អ្នក សូមមើល **ជំពូក 1**នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះ។

- អ្នកមានសិទ្ធិធ្វើការសម្រេចចិត្តលើការថែទាំសុខភាពដោយខ្លួនឯង ដោយមានជំនួយពីក្រុមការងារថែទាំ និងអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នក។

ជំពូកទី 9 នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះប្រាប់អំពីអ្វីដែលអ្នកអាចធ្វើបាន ប្រសិនបើអ្នកគិតថាអ្នកមិនទទួលបានសេវា ឬឱសថរបស់អ្នកក្នុងរយៈពេលដ៏សមរម្យមួយ។ វាក៏ប្រាប់ផងដែរនូវអ្វីដែលអ្នកអាចធ្វើបាន ប្រសិនបើយើងបដិសេធការធានារ៉ាប់រងសម្រាប់សេវា ឬឱសថរបស់អ្នក ហើយអ្នកមិនយល់ព្រមជាមួយការសម្រេចចិត្តរបស់យើង។

C. ការទទួលខុសត្រូវរបស់យើងក្នុងការការពារព័ត៌មានសុខភាពផ្ទាល់ខ្លួន (PHI) របស់អ្នក

យើងការពារ PHI របស់អ្នកស្របតាមតម្រូវការនៃច្បាប់សហព័ន្ធ និងរដ្ឋ។

PHI របស់អ្នករួមបញ្ចូលព័ត៌មានដែលអ្នកផ្តល់ឱ្យយើង នៅពេលអ្នកចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងរបស់យើង។ វាក៏រួមបញ្ចូលកំណត់ត្រាវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នក និងព័ត៌មានវេជ្ជសាស្ត្រ និងសុខភាពផ្សេងទៀតផងដែរ។

អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានព័ត៌មានរបស់អ្នក និងគ្រប់គ្រងពីរបៀបដែល PHI របស់អ្នកត្រូវបានប្រើប្រាស់។ យើងផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវការជូនដំណឹងជាលាយលក្ខណ៍អក្សរដែលប្រាប់អំពីសិទ្ធិទាំងនេះ និងពន្យល់ពីរបៀបដែលយើងការពារភាពឯកជននៃ PHI របស់អ្នក។ ការជូនដំណឹងនេះត្រូវបានគេហៅថា “សេចក្តីជូនដំណឹងស្តីពីការអនុវត្តឯកជនភាព។”

សមាជិកដែលអាចយល់ព្រមទទួលសេវាសម្ងាត់មិនតម្រូវឱ្យមានការអនុញ្ញាតពីសមាជិកផ្សេងទៀតដើម្បីទទួលសេវាសម្ងាត់ ឬដើម្បីដាក់ស្នើសំណើទាមទារសំណងសម្រាប់សេវាសម្ងាត់នោះទេ។ Kaiser Permanente នឹងដឹកនាំការប្រាស្រ័យទាក់ទងដែលទាក់ទងនឹងសេវាសម្ងាត់ទៅកាន់អាសយដ្ឋានផ្ទើសំបុត្រ អាសយដ្ឋានអ៊ីមែល ឬលេខទូរសព្ទជំនួសដែលសមាជិកបានកំណត់ ឬ ក្នុងករណីគ្មានការកំណត់ទេ គឺផ្ទើទៅកាន់ឈ្មោះរបស់សមាជិកតាមអាសយដ្ឋាន ឬលេខទូរសព្ទដែលមានក្នុងឯកសារ។ Kaiser Permanente នឹងមិនបង្ហាញព័ត៌មានវេជ្ជសាស្ត្រទាក់ទងនឹងសេវាសម្ងាត់ដល់សមាជិកផ្សេងទៀតដោយគ្មានការអនុញ្ញាតជាលាយលក្ខណ៍អក្សរពីសមាជិកដែលទទួលការថែទាំនោះទេ។ Kaiser Permanente នឹងសម្របសម្រួលសំណើសម្រាប់ការទំនាក់ទំនងជាសម្ងាត់ក្នុងទម្រង់ និងទម្រង់បែបបទដែលបានស្នើសុំ ប្រសិនបើវាអាចផលិតបានភ្លាមៗក្នុងទម្រង់ និងទម្រង់បែបបទដែលបានស្នើសុំ ឬនៅទីតាំងជំនួសផ្សេងទៀត។ សំណើរបស់សមាជិកសម្រាប់ការប្រាស្រ័យទាក់ទងសម្ងាត់ទាក់ទងនឹងសេវាសម្ងាត់នឹងមានសុពលភាពរហូតដល់សមាជិកដកហូតសំណើ ឬដាក់សំណើថ្មីសម្រាប់ការប្រាស្រ័យទាក់ទងសម្ងាត់។

សមាជិកអាចស្នើសុំការប្រាស្រ័យទាក់ទងជាសម្ងាត់ដោយបំពេញទម្រង់បែបបទសំណើសុំការប្រាស្រ័យទាក់ទងជាសម្ងាត់ ដែលមាននៅលើ kp.org ក្រោមផ្នែក “Request for confidential communications forms។

C1. របៀបដែលយើងការពារ PHI របស់អ្នក

យើងធ្វើឱ្យប្រាកដថា មានមនុស្សដែលមានការអនុញ្ញាតមើល ឬផ្លាស់ប្តូរកំណត់ត្រារបស់អ្នកទេ។

លើកលែងតែករណីដែលបានកត់សម្គាល់ខាងក្រោម យើងមិនផ្តល់ PHI របស់អ្នកទៅនរណាម្នាក់ដែលមិនផ្តល់ការថែទាំរបស់អ្នក ឬបង់ប្រាក់សម្រាប់ការថែទាំរបស់អ្នកទេ។ ប្រសិនបើយើងធ្វើបែបនោះ យើងត្រូវទទួលបានការអនុញ្ញាតជាលាយលក្ខណ៍អក្សរពីអ្នកជាមុនសិន។ អ្នក ឬនរណាម្នាក់ដែលមានសិទ្ធិស្របច្បាប់ក្នុងការធ្វើការសម្រេចចិត្តសម្រាប់អ្នក អាចផ្តល់ការអនុញ្ញាតជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ។

ពេលខ្លះ យើងមិនចាំបាច់ទទួលបានការអនុញ្ញាតជាលាយលក្ខណ៍អក្សររបស់អ្នកជាមុនសិននោះទេ។ ការលើកលែងទាំងនេះត្រូវបានអនុញ្ញាត ឬតម្រូវដោយច្បាប់៖

- យើងត្រូវតែបញ្ចេញ PHI ដល់ទីភ្នាក់ងាររដ្ឋាភិបាលដែលត្រួតពិនិត្យលើគុណភាពនៃការថែទាំនៃគម្រោងរបស់យើង។

- យើងអាចបញ្ចេញ PHI ប្រសិនបើត្រូវបានបង្គាប់បញ្ជាដោយតុលាការ ប៉ុន្តែលុះត្រាតែវាត្រូវបានអនុញ្ញាតដោយច្បាប់កាលីហ្វ័រញ៉ា។
- យើងត្រូវតែផ្តល់ឱ្យ Medicare នូវ PHI របស់អ្នក រួមទាំងព័ត៌មានអំពីឱសថ Medicare Part D របស់អ្នក។ ប្រសិនបើ Medicare បញ្ចេញ PHI របស់អ្នកសម្រាប់ការស្រាវជ្រាវ ឬការប្រើប្រាស់ផ្សេងទៀត ពួកគេធ្វើវាដោយស្របតាមច្បាប់សហព័ន្ធ។

C2. សិទ្ធិរបស់អ្នកក្នុងការមើលកំណត់ត្រាវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នក

- អ្នកមានសិទ្ធិមើលកំណត់ត្រាវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នក និងទទួលច្បាប់ចម្លងកំណត់ត្រាវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នក។ យើងអាចគិតថ្លៃសេវាលើការថតចម្លងកំណត់ត្រាវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នក។
- អ្នកមានសិទ្ធិស្នើសុំឱ្យយើងធ្វើបច្ចុប្បន្នភាព ឬកែតម្រូវកំណត់ត្រាវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នក។ ប្រសិនបើអ្នកស្នើសុំឱ្យយើងធ្វើបែបនេះ យើងនឹងធ្វើការជាមួយអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក ដើម្បីសម្រេចថាតើគួរតែមានការផ្លាស់ប្តូរដែរឬទេ។
- អ្នកមានសិទ្ធិដឹងថា តើយើងចែករំលែក PHI របស់អ្នកជាមួយអ្នកដទៃក្នុងគោលបំណងណាមួយ ក្រៅពីការអនុវត្តតាមទម្លាប់ដែរឬទេ និងដោយរបៀបណា។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ ឬកង្វល់អំពីភាពឯកជននៃ PHI របស់អ្នក សូមទូរសព្ទទៅសេវាបម្រើសមាជិក។

D. ការទទួលខុសត្រូវរបស់យើងក្នុងការផ្តល់ព័ត៌មានដល់អ្នក

ក្នុងនាមជាសមាជិកនៃគម្រោងរបស់យើង អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានព័ត៌មានពីយើងអំពីគម្រោងរបស់យើង អ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញរបស់យើង និងសេវាដែលបានធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នក។

ប្រសិនបើអ្នកមិនចេះនិយាយភាសាអង់គ្លេសទេ យើងមានសេវាបកប្រែផ្តាល់មាត់ដើម្បីឆ្លើយសំណួរដែលអ្នកមានអំពីគម្រោងរបស់យើង។ ដើម្បីទទួលបានអ្នកបកប្រែផ្តាល់មាត់ សូមទូរសព្ទទៅសេវាបម្រើសមាជិក។ នេះគឺជាសេវាឥតគិតថ្លៃសម្រាប់អ្នក។ ឯកសារនេះអាចរកបានជាភាសាអារ៉ាប់ អាមេនី ខ្មែរ ចិន ហ្វាស៊ី ហ្គង កូរ៉េ រុស្សី អេស្ប៉ាញ តាហ្គាឡុក និងវៀតណាម ដោយទូរសព្ទទៅសេវាបម្រើសមាជិក។ យើងក៏អាចផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវព័ត៌មានជាអក្សរពុម្ពធំ អក្សរស្ទាបសម្រាប់ជនពិការភ្នែក ឯកសារសំឡេង ឬឯកសារទិន្នន័យផងដែរ។

ប្រសិនបើអ្នកចង់បានព័ត៌មានអំពីចំណុចណាមួយខាងក្រោម សូមទូរសព្ទទៅសេវាបម្រើសមាជិក៖

- របៀបជ្រើសរើស ឬផ្លាស់ប្តូរគម្រោង
- គម្រោងរបស់យើង រួមទាំង៖
  - ព័ត៌មានហិរញ្ញវត្ថុ
  - របៀបដែលសមាជិកគម្រោងបានវាយតម្លៃយើង
  - ចំនួនបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ដែលបានដាក់ដោយសមាជិក
  - របៀបចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើង

- អ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ និងឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញរបស់យើង រួមទាំង៖
  - របៀបជ្រើសរើស ឬផ្លាស់ប្តូរអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំបឋម
  - គុណវុឌ្ឍិរបស់អ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ និងឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញរបស់យើង
  - របៀបដែលយើងបង់ប្រាក់ទៅអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញរបស់យើង
- ឱសថ និងសេវាដែលបានធានារ៉ាប់រង រួមមាន៖
  - សេវា (សូមមើល **ជំពូកទី 3 និង 4** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិកនេះ*) និងឱសថ (សូមមើល **ជំពូកទី 5 និង 6** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិកនេះ*) ដែលធានារ៉ាប់រងដោយគម្រោងរបស់យើង
  - ដែនកំណត់ចំពោះការធានារ៉ាប់រង និងឱសថរបស់អ្នក
  - វិធានដែលអ្នកត្រូវអនុវត្តតាមដើម្បីទទួលបានឱសថ និងសេវាដែលបានធានារ៉ាប់រង
- ហេតុអ្វីបានជាមានអ្វីមួយដែលមិនបានធានារ៉ាប់រង ហើយអ្វីដែលអ្នកអាចធ្វើ (សូមមើល **ជំពូកទី 9** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*) រួមទាំងស្នើសុំឱ្យយើង៖
  - សរសេរជាលាយលក្ខណ៍អក្សរពីមូលហេតុដែលអ្វីមួយមិនមានការធានារ៉ាប់រង
  - ផ្លាស់ប្តូរការសម្រេចចិត្តដែលយើងបានធ្វើ
  - បង់ប្រាក់សម្រាប់វិក្កយបត្រដែលអ្នកទទួលបាន

E. អសមត្ថភាពរបស់អ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញក្នុងការចេញវិក្កយបត្រដល់អ្នកដោយផ្ទាល់

វេជ្ជបណ្ឌិត មន្ទីរពេទ្យ និងអ្នកផ្តល់សេវាផ្សេងទៀតនៅក្នុងបណ្តាញរបស់យើងមិនអាចធ្វើឱ្យអ្នកបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាដែលបានធានារ៉ាប់រងនោះទេ។ ពួកគេក៏មិនអាចទាមទារប្រាក់បន្ថែម ឬគិតថ្លៃសេវាដែរ ប្រសិនបើយើងបង់តិចជាងចំនួនទឹកប្រាក់ដែលអ្នកផ្តល់សេវាបានគិតថ្លៃ។ ដើម្បីស្វែងយល់ពីអ្វីដែលត្រូវធ្វើ ប្រសិនបើអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញព្យាយាមគិតកម្រៃពីអ្នកសម្រាប់សេវាដែលបានធានារ៉ាប់រង សូមមើល**ជំពូកទី 7** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិកនេះ*។

F. សិទ្ធិរបស់អ្នកក្នុងការចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើង

គ្មាននរណាម្នាក់អាចបង្ខំអ្នកឱ្យបន្តនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើងបានទេ ប្រសិនបើអ្នកមិនចង់។

- អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានសេវាថែទាំសុខភាពច្រើនបំផុតរបស់អ្នកតាមរយៈ Original Medicare ឬគម្រោង Medicare Advantage (MA) ផ្សេងទៀត។
- អ្នកអាចទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ឱសថ Medicare Part D របស់អ្នកពីគម្រោងឱសថ ឬពីគម្រោង MA ផ្សេងទៀត។
- សូមមើល **ជំពូកទី 10** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិកនេះ*

- សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីពេលដែលអ្នកអាចចូលរួមជាមួយគម្រោង MA ថ្មី ឬគម្រោងអត្ថប្រយោជន៍ឱសថ។
- សម្រាប់ព័ត៌មានអំពីរបៀបដែលអ្នកនឹងទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ Medi-Cal របស់អ្នក ប្រសិនបើអ្នកចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើង។

G. សិទ្ធិរបស់អ្នកក្នុងការធ្វើការសម្រេចចិត្តអំពីការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក

អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានព័ត៌មានពេញលេញពីវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក និងអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពផ្សេងទៀត ដើម្បីជួយអ្នកធ្វើការសម្រេចចិត្តអំពីការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក។

G1. សិទ្ធិរបស់អ្នកក្នុងការដឹងពីជម្រើសនៃការព្យាបាលរបស់អ្នក និងធ្វើការសម្រេចចិត្ត

អ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកត្រូវតែពន្យល់ពីស្ថានភាពរបស់អ្នក និងជម្រើសនៃការព្យាបាលរបស់អ្នកតាមរបៀបដែលអ្នកអាចយល់បាន។ អ្នកមានសិទ្ធិក្នុងការ៖

- **ដឹងអំពីជម្រើសរបស់អ្នក។** អ្នកមានសិទ្ធិក្នុងការដឹងអំពីជម្រើសនៃការព្យាបាលទាំងអស់។
- **ដឹងអំពីហានិភ័យ។** អ្នកមានសិទ្ធិក្នុងការដឹងអំពីហានិភ័យណាមួយដែលពាក់ព័ន្ធ។ យើងត្រូវតែប្រាប់អ្នកជាមុន ប្រសិនបើសេវា ឬការព្យាបាលណាមួយជាផ្នែកមួយនៃការពិសោធស្រាវជ្រាវ។ អ្នកមានសិទ្ធិបដិសេធការព្យាបាលដែលជាការពិសោធ។
- **ទទួលបានមតិយោបល់ទីពីរ។** អ្នកមានសិទ្ធិប្រើប្រាស់វេជ្ជបណ្ឌិតផ្សេងទៀត មុនពេលសម្រេចចិត្តលើការព្យាបាល។
- **បដិសេធ។** អ្នកមានសិទ្ធិបដិសេធការព្យាបាលណាមួយ។ នេះរួមបញ្ចូលទាំងសិទ្ធិក្នុងការចាកចេញពីមន្ទីរពេទ្យ ឬមណ្ឌលសុខាភិបាលផ្សេងទៀត ទោះបីជាវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកណែនាំមិនឱ្យធ្វើដូច្នេះក៏ដោយ។ អ្នកមានសិទ្ធិបញ្ឈប់ការប្រើថ្នាំតាមវេជ្ជបញ្ជា។ ប្រសិនបើអ្នកបដិសេធការព្យាបាល ឬឈប់ប្រើប្រាស់ឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជា យើងនឹងមិនដកអ្នកចេញពីគម្រោងរបស់យើងឡើយ។ ទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយ ប្រសិនបើអ្នកបដិសេធការព្យាបាល ឬឈប់ប្រើប្រាស់ឱសថ អ្នកទទួលខុសត្រូវទាំងស្រុងចំពោះអ្វីដែលកើតឡើងចំពោះអ្នក។
- **ស្នើសុំឱ្យយើងពន្យល់ពីមូលហេតុដែលអ្នកផ្តល់សេវាបដិសេធការថែទាំ។** អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានការពន្យល់ពីយើង ប្រសិនបើអ្នកផ្តល់សេវាបដិសេធការថែទាំដែលអ្នកគិតថាអ្នកគួរតែទទួលបាន។
- **ស្នើសុំឱ្យយើងផ្តល់ការជានាវ៉ាប់រងលើសេវា ឬឱសថដែលយើងបានបដិសេធ ឬជាទូទៅមិនជានាវ៉ាប់រង។** នេះហៅថាសេចក្តីសម្រេចលើការជានាវ៉ាប់រង។ **ជំពូកទី 9** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក* នេះប្រាប់ពីរបៀបស្នើសុំយើងនូវសេចក្តីសម្រេចលើការជានាវ៉ាប់រង។

G2. សិទ្ធិរបស់អ្នកក្នុងការបញ្ឈប់ពីអ្វីដែលអ្នកចង់ឱ្យកើតឡើង ប្រសិនបើអ្នកមិនអាចធ្វើការសម្រេចចិត្តអំពីការថែទាំសុខភាពដោយខ្លួនឯងបាន

ពេលខ្លះ មនុស្សមិនអាចធ្វើការសម្រេចចិត្តលើការថែទាំសុខភាពដោយខ្លួនឯងទេ។ មុនពេលវាកើតឡើងចំពោះអ្នក អ្នកអាច៖

- បំពេញទម្រង់បែបបទជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ **ដែលអនុញ្ញាតឱ្យអ្នកណាម្នាក់មានសិទ្ធិធ្វើការសម្រេចចិត្តលើការថែទាំសុខភាពសម្រាប់អ្នក** ប្រសិនបើអ្នកមិនអាចធ្វើការសម្រេចចិត្តដោយខ្លួនឯងទាល់តែសោះ។

- សូមផ្តល់**ការណែនាំជាលាយលក្ខណ៍អក្សរដល់វេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក**អំពីរបៀបចាត់ចែងការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក ប្រសិនបើអ្នកមិនអាចធ្វើការសម្រេចចិត្តដោយខ្លួនឯងបាន រួមទាំងការថែទាំដែលអ្នកមិនចង់បានផងដែរ។

ឯកសារផ្លូវច្បាប់ដែលអ្នកប្រើប្រាស់ដើម្បីផ្តល់ការណែនាំរបស់អ្នក ត្រូវបានហៅថា “សេចក្តីបង្គាប់ទុកជាមុន”។ មានសេចក្តីបង្គាប់ទុកជាមុនប្រភេទផ្សេងៗគ្នា និងមានឈ្មោះផ្សេងៗគ្នាសម្រាប់ឯកសារទាំងនោះ។ ឧទាហរណ៍មានដូចជា លិខិតបណ្តាំអំពីការព្យាបាល និងលិខិតប្រគល់សិទ្ធិអំណាចផ្នែកថែទាំសុខភាព។

អ្នកមិនតម្រូវឱ្យមានសេចក្តីបង្គាប់ទុកជាមុនទេ ប៉ុន្តែអ្នកអាចមានវាបាន។ ខាងក្រោមនេះ គឺជាអ្វីដែលអ្នកត្រូវធ្វើ ប្រសិនបើអ្នកចង់ប្រើប្រាស់សេចក្តីបង្គាប់ទុកជាមុន៖

- **ទទួលបានទម្រង់បែបបទ។** អ្នកអាចទទួលបានទម្រង់បែបបទនេះពីវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក មេធាវី បុគ្គលិកសង្គមកិច្ច ឬហាងលក់សម្ភារៈការិយាល័យមួយចំនួន។ ឱសថស្ថាន និងការិយាល័យអ្នកផ្តល់សេវា ច្រើនតែមានទម្រង់បែបបទទាំងនេះ។ អ្នកអាចស្វែងរកទម្រង់បែបបទឥតគិតថ្លៃតាមអនឡាញ ហើយទាញយកវាបាន។ អ្នកក៏អាចទាក់ទងទៅសេវាបម្រើសមាជិក ដើម្បីស្នើសុំទម្រង់បែបបទនេះបានផងដែរ។

- **បំពេញទម្រង់បែបបទ រួចចុះហត្ថលេខាលើវា។** ទម្រង់បែបបទនេះគឺជាឯកសារផ្លូវច្បាប់។ សូមពិចារណារកមេធាវី ឬនរណាម្នាក់ផ្សេងទៀតដែលអ្នកទុកចិត្ត ដូចជាសមាជិកគ្រួសារ ឬ PCP របស់អ្នក ជួយអ្នកក្នុងការបំពេញវា។

- **ផ្តល់ច្បាប់ចម្លងនៃទម្រង់បែបបទនេះទៅកាន់អ្នកដែលចាំបាច់ត្រូវដឹង។** ផ្តល់ច្បាប់ចម្លងនៃទម្រង់បែបបទនេះមួយច្បាប់ដល់វេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក។ អ្នកក៏គួរតែផ្តល់ច្បាប់ចម្លងមួយច្បាប់ទៅកាន់បុគ្គលដែលអ្នកបានចាត់តាំងឱ្យធ្វើការសម្រេចចិត្តជំនួសអ្នក ប្រសិនបើអ្នកមិនអាចធ្វើបាន។ អ្នកប្រហែលជាចង់ផ្តល់ច្បាប់ចម្លងទៅកាន់មិត្តភក្តិជិតស្និទ្ធ ឬសមាជិកគ្រួសារ។ រក្សាទុកច្បាប់ចម្លងមួយច្បាប់នៅផ្ទះ។

- ប្រសិនបើអ្នកកំពុងសម្រាកព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យ ហើយអ្នកមានសេចក្តីបង្គាប់ទុកជាមុនដែលបានចុះហត្ថលេខារួច **សូមយកច្បាប់ចម្លងរបស់វាទៅមន្ទីរពេទ្យផងដែរ**។

  - មន្ទីរពេទ្យនឹងសួរថាតើអ្នកមានទម្រង់បែបបទសេចក្តីបង្គាប់ទុកជាមុនដែលបានចុះហត្ថលេខារួចឬទេ ហើយថាតើអ្នកមានវានៅជាប់នឹងខ្លួនឬអត់។

  - ប្រសិនបើអ្នកមិនមានទម្រង់បែបបទសេចក្តីបង្គាប់ទុកជាមុនដែលបានចុះហត្ថលេខាទេ មន្ទីរពេទ្យមានទម្រង់បែបបទទាំងនេះ ហើយនឹងសួរថាតើអ្នកចង់ចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់មួយដែរឬទេ។

អ្នកមានសិទ្ធិក្នុងការ៖

- ដាក់សេចក្តីបង្គាប់ទុកជាមុនរបស់អ្នកនៅក្នុងកំណត់ត្រាវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នក។

- ផ្លាស់ប្តូរ ឬលុបចោលសេចក្តីបង្គាប់ទុកជាមុនរបស់អ្នកនៅពេលណាក៏បាន។

- ស្វែងយល់អំពីការផ្លាស់ប្តូរចំពោះច្បាប់ស្តីពីសេចក្តីបង្គាប់ទុកជាមុន។ Kaiser Permanente Dual Complete នឹងប្រាប់អ្នកអំពីការផ្លាស់ប្តូរចំពោះច្បាប់រដ្ឋ យ៉ាងយូរមិនឱ្យលើសពី 90 ថ្ងៃបន្ទាប់ពីមានការផ្លាស់ប្តូរនោះ។

យោងតាមច្បាប់ គ្មាននរណាម្នាក់អាចបដិសេធមិនផ្តល់ការថែទាំដល់អ្នក ឬរើសអើងអ្នកដោយផ្អែកលើថាតើអ្នកបានចុះហត្ថលេខាលើសេចក្តីបង្គាប់ទុកជាមុនឬក៏អត់នោះទេ។ ទូរសព្ទទៅសេវាបម្រើសមាជិក សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។

G3. អ្វីដែលត្រូវធ្វើ ប្រសិនបើការណែនាំរបស់អ្នកមិនត្រូវបានអនុវត្តតាម

ប្រសិនបើអ្នកបានចុះហត្ថលេខាលើសេចក្តីបង្គាប់ទុកជាមុន ហើយអ្នកគិតថាវេជ្ជបណ្ឌិត ឬមន្ទីរពេទ្យមិនបានអនុវត្តតាមការណែនាំដែលមាននៅក្នុងនោះទេ អ្នកអាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងទៅកាន់អង្គការកែលម្អគុណភាពដែលមានរាយនាមនៅក្នុង**ជំពូកទី 2 ផ្នែក F** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*

H. សិទ្ធិរបស់អ្នកក្នុងការដាក់ពាក្យបណ្តឹង និងស្នើសុំឱ្យយើងខ្ញុំពិចារណាឡើងវិញលើការសម្រេចចិត្តរបស់យើង

ជំពូកទី 9 នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះ ប្រាប់អ្នកអំពីអ្វីដែលអ្នកអាចធ្វើបាន ប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហា ឬការព្រួយបារម្ភណាមួយអំពីសេវាកម្មដែលត្រូវបានជានាវ៉ាប់រង ឬការថែទាំរបស់អ្នក។ ជាឧទាហរណ៍ អ្នកអាចស្នើសុំឱ្យយើងធ្វើសេចក្តីសម្រេចចិត្តលើការជានាវ៉ាប់រង ធ្វើការប្តឹងតវ៉ាដើម្បីផ្លាស់ប្តូរសេចក្តីសម្រេចចិត្តលើការជានាវ៉ាប់រង ឬដាក់ពាក្យបណ្តឹង។

អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានព័ត៌មានអំពីការប្តឹងតវ៉ា និងបណ្តឹងដែលសមាជិកគម្រោងផ្សេងទៀតបានដាក់ប្តឹងមកលើយើង។ ទូរសព្ទទៅសេវាបម្រើសមាជិក ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មាននេះ។

H1. អ្វីដែលត្រូវធ្វើចំពោះការប្រព្រឹត្តដោយអយុត្តិធម៌ ឬដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែមអំពីសិទ្ធិរបស់អ្នក

ប្រសិនបើអ្នកគិតថាយើងបានប្រព្រឹត្តចំពោះអ្នកដោយអយុត្តិធម៌ – ហើយវា**មិនមែន**ជាការរើសអើងដោយសារមូលហេតុដែលមានរាយនាមនៅក្នុង**ជំពូកទី 11** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះទេ – ឬអ្នកចង់បានព័ត៌មានបន្ថែមអំពីសិទ្ធិរបស់អ្នក អ្នកអាចទូរសព្ទទៅកាន់៖

- សេវាបម្រើសមាជិក។
- កម្មវិធីប្រឹក្សា និងតស៊ូមតិផ្នែកជានាវ៉ាប់រងសុខភាព (HICAP) តាមរយៈលេខ 1-800-434-0222។ សម្រាប់ព័ត៌មានលម្អិតបន្ថែមអំពី HICAP សូមមើលទៅ **ជំពូកទី 2 ផ្នែក E** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះ។
- Medi-Cal Ombudsman តាមរយៈលេខ 1-888-452-8609។ សម្រាប់ព័ត៌មានលម្អិតបន្ថែមអំពីកម្មវិធីនេះ សូមមើលទៅ**ជំពូកទី 2** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះ។
- Medicare តាមរយៈលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរតែទូរសព្ទទៅលេខ 1-877-486-2048។ (អ្នកក៏អាចអាន ឬទាញយក “សិទ្ធិ និងការការពាររបស់ Medicare” ដែលមាននៅលើគេហទំព័រ Medicare នៅ www.medicare.gov/publications/11534-medicare-rights-and-protections.pdf។)

I. ការទទួលខុសត្រូវរបស់អ្នកក្នុងនាមជាសមាជិកគម្រោង

ក្នុងនាមជាសមាជិកគម្រោង អ្នកមានការទទួលខុសត្រូវក្នុងការធ្វើប្រការដែលមានរាយនាមដូចខាងក្រោម។ ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរណាមួយ សូមទូរសព្ទទៅសេវាបម្រើសមាជិក។

- **សូមអាន *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*** នេះដើម្បីស្វែងយល់អំពីអ្វីដែលគម្រោងរបស់យើងរ៉ាប់រង និងវិធានការដែលត្រូវអនុវត្តតាម ដើម្បីទទួលបានសេវា និងឱសថដែលបានធានារ៉ាប់រង។ សម្រាប់ព័ត៌មានលម្អិតអំពី៖

  - សេវាកម្មដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នក សូមមើលទៅ**ជំពូកទី 3 និងទី 4** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះ។ ជំពូកទាំងនោះប្រាប់អ្នកអំពីអ្វីដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រង អ្វីដែលមិនត្រូវបានធានារ៉ាប់រង វិធានការអ្វីខ្លះដែលអ្នកត្រូវអនុវត្តតាម និងចំនួនទឹកប្រាក់ដែលអ្នកត្រូវបង់។

  - ឱសថដែលបានធានារ៉ាប់រង សូមមើលទៅ**ជំពូកទី 5 និងទី 6** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះ។

- **ប្រាប់យើងអំពីការធានារ៉ាប់រងសុខភាព ឬឱសថផ្សេងទៀតដែល**អ្នកមាន។ យើងត្រូវជានាថាអ្នកប្រើប្រាស់ជម្រើសនៃការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកទាំងអស់ នៅពេលអ្នកទទួលបានការថែទាំសុខភាព។ សូមទូរសព្ទទៅសេវាបម្រើសមាជិក ប្រសិនបើអ្នកមានការធានារ៉ាប់រងផ្សេងទៀត។

- **ប្រាប់វេជ្ជបណ្ឌិត និងអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពផ្សេងទៀតរបស់អ្នក** ថា អ្នកគឺជាសមាជិកនៃគម្រោងរបស់យើង។ បង្ហាញបណ្ណ ID សមាជិករបស់អ្នក នៅពេលអ្នកទទួលបានសេវា ឬឱសថ។

- **ជួយវេជ្ជបណ្ឌិត**និងអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពផ្សេងទៀតរបស់អ្នក ក្នុងការផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវការថែទាំដ៏ល្អបំផុត។

  - ផ្តល់ឱ្យពួកគេនូវព័ត៌មានដែលពួកគេត្រូវការអំពីអ្នក និងសុខភាពរបស់អ្នក។ ស្វែងយល់ឱ្យបានច្រើនតាមដែលអ្នកអាចធ្វើបានអំពីបញ្ហាសុខភាពរបស់អ្នក។ អនុវត្តតាមផែនការព្យាបាល និងការណែនាំដែលអ្នក និងអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកយល់ព្រម។

  - ត្រូវប្រាកដថាវេជ្ជបណ្ឌិត និងអ្នកផ្តល់សេវាផ្សេងទៀតរបស់អ្នកដឹងអំពីឱសថទាំងអស់ដែលអ្នកប្រើប្រាស់។ នេះរួមបញ្ចូលទាំងឱសថ ឱសថមិនតម្រូវឱ្យមានវេជ្ជបញ្ជា វីតាមីន និងអាហារបំប៉ន។

  - សួរសំណួរដែលអ្នកមាន។ វេជ្ជបណ្ឌិត និងអ្នកផ្តល់សេវាផ្សេងទៀតរបស់អ្នកត្រូវតែពន្យល់រឿងរ៉ាវនានាក្នុងរបៀបមួយដែលអ្នកអាចយល់បាន។ ប្រសិនបើអ្នកសួរសំណួរ ហើយអ្នកមិនយល់ពីចម្លើយ សូមសួរម្តងទៀត។

- **សហការជាមួយអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នក**រួមទាំងការបំពេញការវាយតម្លៃហានិភ័យសុខភាពប្រចាំឆ្នាំផងដែរ។

- **មានការគិតគូរ។** យើងរំពឹងថាសមាជិកគម្រោងទាំងអស់គោរពសិទ្ធិរបស់អ្នកផងទែ។ យើងក៏រំពឹងថាអ្នកនឹងប្រព្រឹត្តដោយការគោរពនៅក្នុងការិយាល័យវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក មន្ទីរពេទ្យ និងការិយាល័យអ្នកផ្តល់សេវាផ្សេងទៀតផងដែរ។

- **បង់ប្រាក់ដែលអ្នកជំពាក់។** ក្នុងនាមជាសមាជិកគម្រោង អ្នកទទួលខុសត្រូវចំពោះការបង់ប្រាក់ទាំងនេះ៖

  - ថ្លៃធានារ៉ាប់រង Medicare Part A និង Medicare Part B។ សម្រាប់សមាជិក Kaiser Permanente Dual Complete ភាគច្រើន Medi-Cal បង់ប្រាក់សម្រាប់ថ្លៃធានារ៉ាប់រង Medicare Part A របស់អ្នក និងសម្រាប់ថ្លៃធានារ៉ាប់រង Medicare Part B របស់អ្នក។

  - សម្រាប់សេវា និងការគាំទ្រយៈពេលវែងមួយចំនួនរបស់អ្នក ឬឱសថដែលបានធានារ៉ាប់រងដោយគម្រោងរបស់យើង អ្នកត្រូវតែបង់ប្រាក់ចំណែកនៃការចំណាយរបស់អ្នក នៅពេលអ្នកទទួលបានសេវាកម្ម ឬឱសថ។ **ជំពូកទី 6** ប្រាប់អំពីអ្វីដែលអ្នកត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថរបស់អ្នក។

  - ប្រសិនបើ**អ្នកទទួលបានសេវា ឬឱសថណាមួយដែលមិនត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយគម្រោងរបស់យើងទេ អ្នកត្រូវតែបង់ថ្លៃចំណាយពោញលេញ។** (**ចំណាំ៖**ប្រសិនបើអ្នកមិនយល់ស្របនឹងការសម្រេចចិត្តរបស់យើងក្នុងការមិនរ៉ាប់រងសេវា ឬឱសថទេ អ្នកអាចធ្វើការប្តឹងតវ៉ាបាន។ សូមមើលទៅ**ជំពូកទី 9** ដើម្បីស្វែងយល់អំពីរបៀបធ្វើការប្តឹងឧទ្ធរណ៍។)

- **ប្រាប់យើង ប្រសិនបើអ្នកផ្លាស់ប្តូរទីលំនៅ។** ប្រសិនបើអ្នកមានគម្រោងផ្លាស់ប្តូរទីលំនៅ សូមប្រាប់យើងភ្លាមៗ។ ទូរសព្ទទៅសេវាបម្រើសមាជិក។

  - **ប្រសិនបើអ្នកផ្លាស់ប្តូរទីលំនៅទៅក្រៅតំបន់សេវារបស់យើង អ្នកមិនអាចបន្តនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើងបានទេ។** មានតែអ្នកដែលរស់នៅក្នុងតំបន់សេវារបស់យើងប៉ុណ្ណោះ ទើបអាចធ្វើជាសមាជិកនៃគម្រោងនេះបាន។ **ជំពូកទី 1** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះផ្តល់ប្រឹក្សាដល់អ្នកអំពីតំបន់សេវាកម្មរបស់យើង។

  - យើងអាចជួយអ្នកក្នុងការស្វែងយល់ ប្រសិនបើអ្នកកំពុងផ្លាស់ប្តូរទីលំនៅទៅក្រៅតំបន់សេវារបស់យើង។ ក្នុងរយៈពេលចុះឈ្មោះចូលជាសមាជិកពិសេស អ្នកអាចប្តូរទៅ Original Medicare ឬចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងសុខភាព ឬឱសថ Medicare នៅទីតាំងថ្មីរបស់អ្នកបាន។ យើងអាចប្រាប់អ្នកបាន ប្រសិនបើយើងមានគម្រោងនៅតំបន់ថ្មីរបស់អ្នក។

  - ប្រាប់ Medicare និង Medi-Cal អំពីអាសយដ្ឋានថ្មីរបស់អ្នក នៅពេលអ្នកផ្លាស់ប្តូរទីលំនៅ។ សូមមើលទៅ**ជំពូកទី 2** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក* សម្រាប់លេខទូរសព្ទរបស់ Medicare និង Medi-Cal។

  - **ប្រសិនបើអ្នកផ្លាស់ប្តូរទីលំនៅ ប៉ុន្តែនៅតែស្ថិតក្នុងតំបន់សេវារបស់យើង យើងនៅតែចាំបាច់ត្រូវដឹងដដែល។** យើងចាំបាច់ត្រូវធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពកំណត់ត្រាសមាជិកភាពរបស់អ្នក និងដឹងពីរបៀបទាក់ទងអ្នក។

  - **ប្រសិនបើអ្នកផ្លាស់ប្តូរទីលំនៅ សូមប្រាប់ សន្តិសុខសង្គម (ឬក្រុមប្រឹក្សាកម្មករផ្លូវដែកដែលចូលនិវត្តន៍)។**

- **ប្រាប់យើង ប្រសិនបើអ្នកមានលេខទូរសព្ទថ្មី** ឬមធ្យោបាយដ៏ល្អជាងនេះដើម្បីទាក់ទងអ្នក។

- **ទូរសព្ទទៅសេវាបម្រើសមាជិកសម្រាប់ជំនួយ ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ ឬការព្រួយបារម្ភ។**

ជំពូកទី 9។ អ្វីដែលត្រូវធ្វើ ប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហា ឬបណ្តឹងតវ៉ា (សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ បណ្តឹងតវ៉ា)

សេចក្តីផ្តើម

ជំពូកនេះមានព័ត៌មានអំពីសិទ្ធិរបស់អ្នក។ សូមអានជំពូកនេះ ដើម្បីស្វែងយល់ពីអ្វីដែលត្រូវធ្វើ ប្រសិនបើ៖

- អ្នកមានបញ្ហា ឬបណ្តឹងតវ៉ាអំពីគម្រោងរបស់យើង។
- អ្នកត្រូវការសេវា សម្ភារៈ ឬឱសថដែលគម្រោងរបស់យើងបាននិយាយថានឹងមិនបង់ប្រាក់ឱ្យ។
- អ្នកមិនយល់ស្របនឹងការសម្រេចចិត្តដែលគម្រោងរបស់យើងបានធ្វើឡើងអំពីការថែទាំរបស់អ្នក។
- អ្នកគិតថាសេវាកម្មដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកកំពុងបញ្ចប់ឆាប់ពេក។
- អ្នកមានបញ្ហា ឬបណ្តឹងជាមួយនឹងសេវា និងការគាំទ្រយៈពេលវែងរបស់អ្នក ដែលរួមមានសេវាសម្រាប់មនុស្សពេញវ័យតាមសហគមន៍ (CBAS) និងសេវាកន្លែងថែទាំ (NF)។

ជំពូកនេះត្រូវបានបែងចែកជាផ្នែកផ្សេងៗគ្នា ដើម្បីជួយអ្នកស្វែងរកអ្វីដែលអ្នកកំពុងស្វែងរកបានយ៉ាងងាយស្រួល។ **ប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហា ឬការព្រួយបារម្ភ សូមអានផ្នែកនៃជំពូកនេះដែលអនុវត្តចំពោះស្ថានភាពរបស់អ្នក។**

អ្នកគួរតែទទួលបានការថែទាំសុខភាព ឱសថ និងសេវា និងការគាំទ្រយៈពេលវែង ដែលវេជ្ជបណ្ឌិត និងអ្នកផ្តល់សេវាផ្សេងទៀតរបស់អ្នកកំណត់ថាមានភាពចាំបាច់សម្រាប់ការថែទាំរបស់អ្នក ជាផ្នែកនៃផែនការថែទាំរបស់អ្នក។ **ប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហាជាមួយនឹងការថែទាំរបស់អ្នក អ្នកអាចទូរសព្ទទៅកម្មវិធី Medicare Medi-Cal Ombudsman Program តាមរយៈលេខ 1-855-501-3077 សម្រាប់ជំនួយ**។ ជំពូកនេះពន្យល់ពីជម្រើសផ្សេងៗដែលអ្នកមានសម្រាប់បញ្ហា និងបណ្តឹងផ្សេងៗ ប៉ុន្តែអ្នកតែងតែអាចទូរសព្ទទៅកាន់កម្មវិធី Ombudsman Program ដើម្បីជួយណែនាំអ្នកអំពីបញ្ហារបស់អ្នកបាន។ សម្រាប់ធនធានបន្ថែមដើម្បីដោះស្រាយការព្រួយបារម្ភរបស់អ្នក និងមធ្យោបាយទាក់ទងធនធានទាំងនោះ សូមមើលទៅ **ជំពូកទី 2** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះ។

តារាងមាតិកាជំពូកទី 9

A. អ្វីដែលត្រូវធ្វើ ប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហា ឬការព្រួយបារម្ភ 256

A1. អំពីពាក្យច្បាប់ 256

B. កន្លែងដែលត្រូវស្វែងរកជំនួយ 256

B1. សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម និងជំនួយ 256

c. ការយល់ដឹងអំពីបណ្តឹងតវ៉ា និងបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់ Medicare និង Medi-Cal នៅក្នុងគម្រោងរបស់យើង 258

D. បញ្ហាជាមួយនឹងអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នក 258

E. សេចក្តីសម្រេចចិត្តលើការធានារ៉ាប់រង និងបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ 259
E1. សេចក្តីសម្រេចចិត្តលើការធានារ៉ាប់រង 259
E2. បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ 259
E3. ជំនួយលើសេចក្តីសម្រេចចិត្តលើការធានារ៉ាប់រង និងបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ 260
E4. តើផ្នែកមួយណានៃជំពូកនេះដែលអាចជួយអ្នកបាន 261
F. ការថែទាំវេជ្ជសាស្ត្រ 261
F1. ការប្រើប្រាស់ផ្នែកនេះ 261
F2. ការស្នើសុំសេចក្តីសម្រេចចិត្តលើការធានារ៉ាប់រង 262
F3. ការធ្វើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 1 265
F4. ការធ្វើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 269
F5. បញ្ហាការបង់ប្រាក់ 275
G. ឱសថ Medicare Part D 277
G1. សេចក្តីសម្រេចចិត្តលើការធានារ៉ាប់រង និងបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ Medicare Part D 277
G2. ការលើកលែង Medicare Part D 278
G3. ប្រការសំខាន់ៗដែលត្រូវដឹងអំពីការស្នើសុំការលើកលែង 280
G4. ការស្នើសុំសេចក្តីសម្រេចចិត្តលើការធានារ៉ាប់រង រួមទាំងការលើកលែង 280
G5. ការធ្វើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 1 283
G6. ការធ្វើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 285
H. ការស្នើសុំឱ្យយើងរ៉ាប់រងលើការស្នាក់នៅមន្ទីរពេទ្យយូរជាងមុន 287
H1. ការស្វែងយល់អំពីសិទ្ធិ Medicare របស់អ្នក 288
H2. ការធ្វើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 1 289
H3. ការធ្វើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 291
I. ការស្នើសុំឱ្យយើងបន្តរ៉ាប់រងលើសេវាវេជ្ជសាស្ត្រជាក់លាក់ 291
I1. ការជូនដំណឹងជាមុន មុនពេលការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកបញ្ចប់ 292
I2. ការធ្វើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 1 292
I3. ការធ្វើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 294

J. ការបន្តបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នកលើសពីកម្រិត 2 295

J1. ជំហានបន្ទាប់សម្រាប់សេវា និងទំនិញរបស់ Medicare 295

J2. បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ Medi-Cal បន្ថែម 296

J3. បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិតទី 3, ទី 4 និងទី 5 សម្រាប់សំណើសុំឱសថ Medicare Part D 296

K. របៀបដាក់ពាក្យបណ្តឹងតវ៉ា 298

K1. តើបញ្ហាប្រភេទណាខ្លះដែលគួរតែជាបណ្តឹងតវ៉ា 298

K2. បណ្តឹងតវ៉ាផ្ទៃក្នុង 299

K3. បណ្តឹងតវ៉ាខាងក្រៅ 300

A. អ្វីដែលត្រូវធ្វើ ប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហា ឬការព្រួយបារម្ភ

ជំពូកនេះពន្យល់អំពីរបៀបដោះស្រាយបញ្ហា និងការព្រួយបារម្ភនានា។ ដំណើរការដែលអ្នកប្រើប្រាស់ គឺអាស្រ័យទៅលើប្រភេទនៃបញ្ហាដែលអ្នកមាន។ ប្រើប្រាស់ដំណើរការមួយសម្រាប់**សេចក្តីសម្រេចចិត្តលើការធានារ៉ាប់រង និងបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍**និងដំណើរការមួយផ្សេងទៀតសម្រាប់**ការដាក់ពាក្យបណ្តឹងតវ៉ា** (ត្រូវបានហៅថាបណ្តឹងសាទុក្ខផងដែរ)។

ដើម្បីធានាបាននូវភាពយុត្តិធម៌ និងភាពឆាប់រហ័ស ដំណើរការនីមួយៗមានសំណុំវិធានការ នីតិវិធី និងកាលបរិច្ឆេទកំណត់ដែលយើង និងអ្នកត្រូវតែអនុវត្តតាម។

A1. អំពីពាក្យច្បាប់

មានពាក្យច្បាប់នៅក្នុងជំពូកនេះ សម្រាប់វិធានការ និងកាលបរិច្ឆេទកំណត់មួយចំនួន។ ពាក្យជាច្រើនក្នុងចំណោមទាំងនេះ អាចពិបាកយល់ ដូច្នេះយើងប្រើប្រាស់ពាក្យសាមញ្ញជាងនេះជំនួសពាក្យច្បាប់ជាក់លាក់នៅពេលយើងអាចធ្វើបាន។ យើងប្រើប្រាស់ពាក្យសង្ខេបឱ្យតិចបំផុតតាមដែលអាចធ្វើទៅបាន។

ជាឧទាហរណ៍ យើងនិយាយថា៖

- “ការដាក់ពាក្យបណ្តឹងតវ៉ា” ជំនួសឱ្យ “បណ្តឹងសាទុក្ខ”
- “សេចក្តីសម្រេចចិត្តលើការធានារ៉ាប់រង” ជំនួសឱ្យ “ការសម្រេចចិត្តរបស់អង្គការ” “ការកំណត់អត្ថប្រយោជន៍” “ការកំណត់ហានិភ័យ” ឬ “ការកំណត់ការធានារ៉ាប់រង”
- “ការសម្រេចចិត្តលើការធានារ៉ាប់រងឆាប់រហ័ស” ជំនួសឱ្យ “ការកំណត់ដែលត្រូវបានពន្លឿន”
- “អង្គការត្រួតពិនិត្យឯករាជ្យ” (IRO) ជំនួសឱ្យ “អង្គភាពត្រួតពិនិត្យឯករាជ្យ” (IRE)

ការដឹងអំពីពាក្យច្បាប់ដែលត្រឹមត្រូវ អាចជួយឱ្យអ្នកប្រាស្រ័យទាក់ទងបានកាន់តែច្បាស់លាស់ ដូច្នេះយើងក៏ផ្តល់ជូនវាផងដែរ។

B. កន្លែងដែលត្រូវស្វែងរកជំនួយ

B1. សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម និងជំនួយ

ជួនកាលវាមានភាពស្មុគស្មាញក្នុងការចាប់ផ្តើម ឬអនុវត្តតាមដំណើរការសម្រាប់ដោះស្រាយបញ្ហា។ នេះអាចជាការពិតជាពិសេស ប្រសិនបើអ្នកមានអារម្មណ៍ថាមិនស្រួលខ្លួន ឬមានថាមពលមានកម្រិត។ ពេលខ្លះទៀត អ្នកប្រហែលជាមិនមានព័ត៌មានដែលអ្នកត្រូវការដើម្បីអនុវត្តជំហានបន្ទាប់នោះទេ។

ជំនួយពីតំរោងរបស់យើង

អ្នកអាចទូរសព្ទមកតំរោងរបស់យើងតាមរយៈលេខ 1-800-443-0815 (TTY 711) ដើម្បីជួយដោះស្រាយបញ្ហា ឬឆ្លើយសំណួរនានា។

ជំនួយពីកម្មវិធីប្រឹក្សា និងតស៊ូមតិផ្នែកធានារ៉ាប់រងសុខភាព

អ្នកអាចទូរសព្ទទៅកម្មវិធីប្រឹក្សា និងតស៊ូមតិផ្នែកធានារ៉ាប់រងសុខភាព (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP) 1-800-434-0222។ អ្នកក៏អាចពិនិត្យមើលគេហទំព័ររបស់ពួកគេនៅ https://www.aging.ca.gov/HICAP/ បានផងដែរ។ អ្នកប្រឹក្សារបស់ HICAP អាចឆ្លើយសំណួររបស់អ្នក និងជួយឱ្យអ្នកយល់អំពីអ្វីដែលត្រូវធ្វើចំពោះបញ្ហារបស់អ្នក។ HICAP មិនមានទំនាក់ទំនងជាមួយយើង ឬជាមួយក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រង ឬគម្រោងសុខភាពណាមួយឡើយ។ HICAP មានអ្នកប្រឹក្សាដែលទទួលការបណ្តុះបណ្តាលនៅគ្រប់ខោនធី ហើយសេវាគឺមិនគិតថ្លៃទេ។

ជំនួយពី Medicare Medi-Cal Ombudsman Program

អ្នកអាចទូរសព្ទទៅ Medicare Medi-Cal Ombudsman Program ហើយពិភាក្សាជាមួយអ្នកតស៊ូមតិអំពីសំណួរទាក់ទងនឹងការធានារ៉ាប់រងសុខភាពរបស់អ្នក។ ពួកគេអាចនឹងផ្តល់ជូននូវជំនួយផ្នែកច្បាប់ដោយឥតគិតថ្លៃ។ Ombudsman Program មិនមានទំនាក់ទំនងជាមួយយើង ឬជាមួយក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រង ឬគម្រោងសុខភាពណាមួយឡើយ។ លេខទូរសព្ទរបស់ពួកគេគឺ 1-855-501-3077 ហើយគេហទំព័ររបស់ពួកគេគឺ www.healthconsumer.org។

ជំនួយ និងព័ត៌មានពី Medicare

សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម និងជំនួយ អ្នកអាចទាក់ទងទៅ Medicare។ ខាងក្រោមនេះគឺជាមធ្យោបាយពីរយ៉ាងដើម្បីទទួលបានជំនួយពី Medicare៖

- ទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY សូមទូរសព្ទទៅលេខ 1-877-486-2048។
- ចូលមើលគេហទំព័រ Medicare (www.medicare.gov)។

ជំនួយពីក្រសួងសេវាថែទាំសុខភាពរដ្ឋ California

Ombudsman ផ្នែកថែទាំដែលគ្រប់គ្រងដោយ Medi-Cal នៃក្រសួងសេវាថែទាំសុខភាពរដ្ឋ California (DHCS) អាចជួយបាន។ ពួកគេអាចជួយបាន ប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហាក្នុងការចូលរួម ផ្លាស់ប្តូរ ឬចាកចេញពីគម្រោងសុខភាពណាមួយ។ ពួកគេក៏អាចជួយបានដែរ ប្រសិនបើអ្នកផ្លាស់ប្តូរទីលំនៅនិងមានការលំបាកក្នុងការទទួលបាន Medi-Cal របស់អ្នកដែលបានផ្ទេរទៅខោនធីថ្មីរបស់អ្នក។ អ្នកអាចទូរសព្ទទៅ Ombudsman ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ចន្លោះម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ 5 ល្ងាច តាមរយៈលេខ 1-888-452-8609។

ជំនួយពីក្រសួងថែទាំសុខភាពក្រោមការគ្រប់គ្រងរដ្ឋ California

ទាក់ទងក្រសួងថែទាំសុខភាពក្រោមការគ្រប់គ្រងរដ្ឋ California (DMHC) សម្រាប់ជំនួយដោយឥតគិតថ្លៃ។ DMHC ទទួលខុសត្រូវក្នុងការត្រួតពិនិត្យគម្រោងសុខភាព។ DMHC ជួយអ្នកលើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ស្តីពីសេវា Medi-Cal ឬបញ្ហាលើការចេញវិក្កយបត្រ។ លេខទូរសព្ទគឺ **1-888-466-2219**។ បុគ្គលដែលថ្លង់ ពិបាកស្តាប់ ឬការចុះខ្សោយក្នុងការនិយាយ អាចប្រើប្រាស់**លេខ TDD** ដោយឥតគិតថ្លៃ **1-877-688-9891**។ អ្នកក៏អាចចូលមើលគេហទំព័ររបស់ DMHC នៅ **www.dmhc.ca.gov**។

ក្រសួងថែទាំសុខភាពក្រោមការគ្រប់គ្រងរដ្ឋ California ទទួលខុសត្រូវក្នុងការគ្រប់គ្រងគម្រោងសេវាថែទាំសុខភាព។ ប្រសិនបើអ្នកមានបណ្តឹងសាទុក្ខប្រឆាំងនឹងគម្រោងសុខភាពរបស់អ្នក ជាដំបូងអ្នកគួរតែទូរសព្ទទៅកាន់គម្រោងសុខភាពរបស់អ្នកតាមរយៈលេខ **1-800-443-0815 (TTY 711)** និងប្រើប្រាស់ដំណើរការបណ្តឹងសាទុក្ខរបស់គម្រោងសុខភាពអ្នក មុនពេលទាក់ទងទៅក្រសួង។ ការប្រើប្រាស់នីតិវិធីបណ្តឹងសាទុក្ខនេះ មិនហាមឃាត់រាល់សិទ្ធិផ្លូវច្បាប់ ឬមធ្យោបាយដោះស្រាយតាមផ្លូវច្បាប់ជាសក្តានុពលណាមួយ ដែលអ្នកអាចមាននោះទេ។ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយទាក់ទងនឹងបណ្តឹងសាទុ

ក្នុងដែលពាក់ព័ន្ធនឹងការសង្គ្រោះបន្ទាន់ បណ្តឹងសាទុក្ខដែលមិនត្រូវបានដោះស្រាយបានពេញចិត្ត ដោយគម្រោងសុខភាពរបស់អ្នក ឬបណ្តឹងសាទុក្ខដែលនៅមិនទាន់បានដោះស្រាយរយៈពេលលើសពី 30 ថ្ងៃ អ្នកអាចទូរសព្ទទៅក្រសួងដើម្បីទទួលបានជំនួយ។ អ្នកក៏អាចមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ក្នុងការទទួលបានការត្រួតពិនិត្យវេជ្ជសាស្ត្រឯករាជ្យ (Independent Medical Review, IMR) មួយបានផងដែរ។ ប្រសិនបើអ្នកមានសិទ្ធិទទួលបាន IMR នោះដំណើរការ IMR នឹងផ្តល់ការពិនិត្យឡើងវិញដោយមិនលំអៀងលើការសម្រេចចិត្តផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ ដែលធ្វើឡើងដោយគម្រោងសុខភាពដែលទាក់ទងនឹងភាពចាំបាច់ខាងវេជ្ជសាស្ត្រនៃសេវាកម្ម ឬការព្យាបាលដែលបានស្នើឡើង សេចក្តីសម្រេចចិត្តលើការធានារ៉ាប់រងសម្រាប់ការព្យាបាលដែលមានលក្ខណៈជាការពិសោធ ឬជាការស៊ើបអង្កេត និងវិធានលើការទូទាត់សម្រាប់សេវាកម្មសង្គ្រោះបន្ទាន់ ឬសេវាកម្មវេជ្ជសាស្ត្របន្ទាន់។ ក្រសួងក៏មាន **លេខទូរសព្ទឥតគិតថ្លៃ** (**1-888-466-2219**) និង**ខ្សែទូរសព្ទ TDD** (**1-877-688-9891**)សម្រាប់អ្នកមានការចុះខ្សោយក្នុងការស្តាប់ និងការនិយាយផងដែរ។ គេហទំព័ររបស់ក្រសួង **www.dmhc.ca.gov** មានទម្រង់បែបបទបណ្តឹងតវ៉ា ទម្រង់បែបបទពាក្យសុំ IMR និងការណែនាំតាមអនឡាញ។

C. ការយល់ដឹងអំពីបណ្តឹងតវ៉ា និងបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់ Medicare និង Medi-Cal នៅក្នុងគម្រោងរបស់យើង

អ្នកមាន Medicare និង Medi-Cal។ ព័ត៌មាននៅក្នុងជំពូកនេះអនុវត្តចំពោះអត្ថប្រយោជន៍ Medicare និងអត្ថប្រយោជន៍នៃការថែទាំក្រោមការគ្រប់គ្រងរបស់ Medi-Cal របស់អ្នកទាំងអស់។ ជួនកាលវាត្រូវបានហៅថា “ដំណើរការចម្រុះ” ពីព្រោះវាបញ្ចូល ឬរួមបញ្ចូលដំណើរការរបស់ Medicare និង Medi-Cal បញ្ចូលគ្នា។

ជួនកាលដំណើរការរបស់ Medicare និង Medi-Cal មិនអាចបញ្ចូលគ្នាបានទេ។ ក្នុងស្ថានភាពទាំងនោះ អ្នកប្រើប្រាស់ដំណើរការមួយសម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍ Medicare
និងដំណើរការមួយផ្សេងទៀតសម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍ Medi-Cal។ **ផ្នែក F4** ពន្យល់អំពីស្ថានភាពទាំងនេះ។

D. បញ្ហាជាមួយនឹងអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នក

ប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហា ឬការព្រួយបារម្ភ សូមអានផ្នែកនៃជំពូកនេះដែលអនុវត្តចំពោះស្ថានភាពរបស់អ្នក។ តារាងខាងក្រោមជួយអ្នកក្នុងការស្វែងរកផ្នែកដែលត្រឹមត្រូវនៃជំពូកនេះ សម្រាប់បញ្ហា ឬបណ្តឹងតវ៉ានានា។

តើបញ្ហា ឬការព្រួយបារម្ភរបស់អ្នកគឺទាក់ទងនឹងអត្ថប្រយោជន៍ ឬការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកមែនទេ? នេះរួមបញ្ចូលទាំងបញ្ហាអំពីថាតើការថែទាំវេជ្ជសាស្ត្រជាក់លាក់ (ទំនិញវេជ្ជសាស្ត្រ សេវាកម្ម និង/ឬឱសថផ្នែក B) ត្រូវបានធានារ៉ាប់រងឬអត់ របៀបដែលពួកវាត្រូវបានធានារ៉ាប់រង និងបញ្ហាអំពីការបង់ប្រាក់សម្រាប់ការថែទាំវេជ្ជសាស្ត្រ។	
យល់ព្រម។ បញ្ហារបស់ខ្ញុំគឺអំពីអត្ថប្រយោជន៍ ឬការធានារ៉ាប់រង។ សូមមើលទៅ**ផ្នែក E** “សេចក្តីសម្រេចចិត្តលើការធានារ៉ាប់រង និងបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍។”	**ទេ.** បញ្ហារបស់ខ្ញុំមិនទាក់ទងនឹងអត្ថប្រយោជន៍ ឬការធានារ៉ាប់រងទេ។ សូមមើលទៅ**ផ្នែក K** “របៀបធ្វើបណ្តឹងតវ៉ា។”

E. សេចក្តីសម្រេចចិត្តលើការធានារ៉ាប់រង និងបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍

ដំណើរការសម្រាប់ការស្នើសុំសេចក្តីសម្រេចចិត្តលើការធានារ៉ាប់រង និងការធ្វើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ ដោះស្រាយបញ្ហា ដែលទាក់ទងនឹងអត្ថប្រយោជន៍ និងការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកសម្រាប់ការថែទាំវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នក (សេវាកម្ម ទំនិញ និងឱសថផ្នែក B រួមទាំងការបង់ប្រាក់)។ ដើម្បីឱ្យមានភាពងាយស្រួល ជាទូទៅយើងហៅទំនិញវេជ្ជសាស្ត្រ សេវាកម្ម និងឱសថផ្នែក B ថាជាការថែទាំវេជ្ជសាស្ត្រ។ អ្នកប្រើប្រាស់ដំណើរការនៃសេចក្តីសម្រេចចិត្តលើការធានារ៉ាប់រង និងបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍សម្រាប់បញ្ហានានា ដូចជាថាតើអ្វីមួយត្រូវបានធានារ៉ាប់រងឬអត់ និងរបៀបដែលអ្វីមួយត្រូវបានធានារ៉ាប់រង។

E1. សេចក្តីសម្រេចចិត្តលើការធានារ៉ាប់រង

សេចក្តីសម្រេចចិត្តលើការធានារ៉ាប់រង គឺជាការសម្រេចចិត្តដែលយើងធ្វើឡើងអំពីអត្ថប្រយោជន៍ និងការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នក ឬអំពីចំនួនទឹកប្រាក់ដែលយើងបង់សម្រាប់សេវាកម្មវេជ្ជសាស្ត្រ ឬឱសថរបស់អ្នក។ អ្នក ឬវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកក៏អាចទាក់ទងមកយើង និងស្នើសុំសេចក្តីសម្រេចចិត្តលើការធានារ៉ាប់រងបានផងដែរ។ អ្នក ឬវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកប្រហែលជាមិនប្រាកដថា តើយើងរ៉ាប់រងសេវាកម្មវេជ្ជសាស្ត្រជាក់លាក់ណាមួយឬអត់ ឬថាតើយើងអាចបដិសេធក្នុងការផ្តល់ការថែទាំវេជ្ជសាស្ត្រដែលអ្នកគិតថាអ្នកត្រូវការឬអត់។
ប្រសិនបើអ្នកចង់ដឹងថាតើយើងនឹងរ៉ាប់រងលើសេវាកម្មវេជ្ជសាស្ត្រ មុនពេលអ្នកទទួលបានវាឬអត់ អ្នកអាចស្នើសុំឱ្យយើងធ្វើសេចក្តីសម្រេចចិត្តលើការធានារ៉ាប់រងសម្រាប់អ្នកបាន។

យើងធ្វើសេចក្តីសម្រេចចិត្តលើការធានារ៉ាប់រង នៅពេលយើងពិនិត្យមើលសំណើសុំសេវាកម្ម ឬការទាមទារសំណង។ ក្នុងករណីខ្លះ យើងអាចសម្រេចថាសេវាកម្ម ឬឱសថណាមួយមិនត្រូវបានធានារ៉ាប់រង ឬមិនត្រូវបានធានារ៉ាប់រងសម្រាប់អ្នកទៀតទេដោយ Medicare ឬ Medi-Cal។ ប្រសិនបើអ្នកមិនយល់ស្របនឹងសេចក្តីសម្រេចចិត្តលើការធានារ៉ាប់រងនេះទេ អ្នកអាចធ្វើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍បាន។

E2. បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍

ប្រសិនបើយើងធ្វើសេចក្តីសម្រេចចិត្តលើការធានារ៉ាប់រង ហើយអ្នកមិនពេញចិត្តនឹងការសម្រេចចិត្តនេះ អ្នកអាច “ប្តឹងឧទ្ធរណ៍” ចំពោះការសម្រេចចិត្តនេះបាន។ បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍គឺជាមធ្យោបាយផ្លូវការមួយក្នុងការស្នើសុំឱ្យយើងពិនិត្យមើលឡើងវិញ និងផ្លាស់ប្តូរសេចក្តីសម្រេចចិត្តលើការធានារ៉ាប់រងដែលយើងបានធ្វើឡើង។

នៅពេលអ្នកប្តឹងឧទ្ធរណ៍ចំពោះការសម្រេចចិត្តជាលើកដំបូង វាត្រូវបានហៅថាបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 1។ នៅក្នុងបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍នេះ យើងពិនិត្យមើលឡើងវិញនូវសេចក្តីសម្រេចចិត្តលើការធានារ៉ាប់រងដែលយើងបានធ្វើឡើង ដើម្បីពិនិត្យមើលថាតើយើងបានអនុវត្តតាមវិធានការទាំងអស់យ៉ាងត្រឹមត្រូវឬអត់។ អ្នកពិនិត្យមើលផ្សេងទៀត ដែលមិនមែនជាអ្នកធ្វើការសម្រេចចិត្តដែលមិនអំណោយផលដើមឡើយ ជាអ្នកដោះស្រាយបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក។

ក្នុងករណីភាគច្រើន អ្នកត្រូវតែចាប់ផ្តើមបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នកនៅកម្រិត 1។ ប្រសិនបើបញ្ហាសុខភាពរបស់អ្នកមានសភាពបន្ទាន់ ឬពាក់ព័ន្ធនឹងការគំរាមកំហែងភ្លាមៗ និងធ្ងន់ធ្ងរដល់សុខភាពរបស់អ្នក ឬប្រសិនបើអ្នកមានការឈឺចាប់ខ្លាំង ហើយត្រូវការការសម្រេចចិត្តលឿនជាងមុន អ្នកអាចស្នើសុំការពិនិត្យឡើងវិញផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ IMR ពីក្រសួងថែទាំសុខភាពក្រោមការគ្រប់គ្រងនៅ www.dmhc.ca.gov។
សូមមើលទៅ**ផ្នែក F4** សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។

នៅពេលដែលយើងបញ្ចប់ការពិនិត្យមើល យើងនឹងផ្តល់ការសម្រេចចិត្តរបស់យើងដល់អ្នក។ ក្រោមកាល:ទេស:ជាក់លាក់មួយចំនួន ដែលបានពន្យល់នៅពេលក្រោយក្នុងជំពូកនេះ អ្នកអាចស្នើសុំការពន្លឿន ឬ “សេចក្តីសម្រេចចិត្តលើការធានារ៉ាប់រងឆាប់រហ័ស” ឬ “បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ឆាប់រហ័ស” នៃសេចក្តីសម្រេចចិត្តលើការធានារ៉ាប់រងបាន។

ប្រសិនបើយើងនិយាយថា **ទេ**ចំពោះផ្នែកណាមួយ ឬទាំងអស់នៃអ្វីដែលអ្នកបានស្នើសុំ យើងនឹងផ្ញើលិខិតមួយជូនអ្នក។ ប្រសិនបើបញ្ហារបស់អ្នកទាក់ទងនឹងការធានារ៉ាប់រងលើសេវាថែទាំវេជ្ជសាស្ត្រ Medicare លិខិតនោះប្រាប់អ្នកថា យើងបានបញ្ជូនករណីរបស់អ្នកទៅអង្គការត្រួតពិនិត្យឯករាជ្យ (IRO) សម្រាប់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2។ ប្រសិនបើបញ្ហារបស់អ្នកគឺអំពីការធានារ៉ាប់រងលើសេវាកម្ម ឬទំនិញរបស់ Medicare Part D ឬ Medicaid លិខិតនោះនឹងប្រាប់អ្នកពីរបៀបដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 ដោយខ្លួនឯង។ សូមមើលទៅ **ផ្នែក F4** សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2។

ប្រសិនបើអ្នកមិនពេញចិត្តនឹងការសម្រេចចិត្តនៃបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 ទេ អ្នកអាចបន្តទៅកម្រិតនៃបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍បន្ថែមទៀតបាន។

E3. ជំនួយលើសេចក្តីសម្រេចចិត្តលើការធានារ៉ាប់រង និងបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍

អ្នកអាចស្នើសុំជំនួយពីបុគ្គល ឬស្ថាប័នណាមួយដូចខាងក្រោម៖

- **សេវាបម្រើសមាជិក**តាមរយៈលេខដែលមាននៅផ្នែកខាងក្រោមនៃទំព័រ។
- **Medicare Medi-Cal Ombudsman Program តាមរយៈលេខ 1-855-501-3077។**
- **កម្មវិធីប្រឹក្សា និងតស៊ូមតិផ្នែកធានារ៉ាប់រងសុខភាព (HICAP)** តាមរយៈលេខ 1-800-434-0222។
- **មជ្ឈមណ្ឌលជំនួយនៅក្រសួងថែទាំសុខភាពក្រោមការគ្រប់គ្រង** (DMHC) សម្រាប់ជំនួយដោយឥតគិតថ្លៃ។ DMHC ជួយអ្នកលើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ស្តីពីសេវាកម្ម Medi-Cal ឬបញ្ហាលើការចេញវិក្កយបត្រ។ លេខទូរសព្ទគឺ 1-888-466-2219។ បុគ្គលដែលថ្លង់ ពិបាកស្តាប់ ឬការចុះខ្សោយក្នុងការនិយាយអាចប្រើប្រាស់លេខ TDD ដោយឥតគិតថ្លៃ 1-877-688-9891។ អ្នកក៏អាចចូលមើលគេហទំព័ររបស់ DMHC នៅ www.dmhc.ca.gov។ ខណៈពេលដែល DMHC អាចជួយប្រជាជននៅក្នុងគម្រោង Managed Medi-Cal វាមិនអាចជួយប្រជាជនដែលមានតែគម្រោង Medicare និងនៅក្នុងប្រព័ន្ធសុខភាពដែលរៀបចំដោយខោនធី (COHS) ដូចខាងក្រោមបានទេ៖ Partnership Health Plan, Gold Coast Health Plan, CenCal Health, Central California Alliance for Health និង CalOptima។ រដ្ឋាភិបាលសហព័ន្ធគ្រប់គ្រងគម្រោង Medicare ហើយក្រសួងសេវាថែទាំសុខភាពគ្រប់គ្រងគម្រោង COHS។
- **វេជ្ជបណ្ឌិត ឬអ្នកផ្តល់សេវាផ្សេងទៀតរបស់អ្នក**។ វេជ្ជបណ្ឌិត ឬអ្នកផ្តល់សេវាផ្សេងទៀតរបស់អ្នកអាចស្នើសុំសេចក្តីសម្រេចចិត្តលើការធានារ៉ាប់រង ឬបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ក្នុងនាមអ្នកបាន។
- **មិត្តភក្តិ ឬសមាជិកគ្រួសារ**។ អ្នកអាចចាត់តាំងបុគ្គលផ្សេងទៀតឱ្យធ្វើជា “អ្នកតំណាង” របស់អ្នក និងស្នើសុំសេចក្តីសម្រេចចិត្តលើការធានារ៉ាប់រង ឬធ្វើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍។
- **មេធាវី**។ អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានមេធាវី ប៉ុន្តែ**អ្នកមិនតម្រូវឱ្យមានមេធាវីទេ**ដើម្បីស្នើសុំសេចក្តីសម្រេចចិត្តលើការធានារ៉ាប់រង ឬធ្វើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍។
    - ទូរសព្ទទៅមេធាវីផ្ទាល់ខ្លួនរបស់អ្នក ឬសុំឈ្មោះមេធាវីពីគណៈមេធាវីក្នុងតំបន់ ឬសេវាកម្មបញ្ជូនបន្តផ្សេងទៀត។ ក្រុមច្បាប់មួយចំនួននឹងផ្តល់ជូនអ្នកនូវសេវាកម្មផ្លូវច្បាប់ដោយឥតគិតថ្លៃ ប្រសិនបើអ្នកមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់។
    - ស្នើសុំមេធាវីផ្តល់ជំនួយផ្នែកច្បាប់ពី Medicare Medi-Cal Ombudsperson Program តាមរយៈលេខ 1-855-501-3077។

បំពេញទម្រង់បែបបទការចាត់តាំងអ្នកតំណាង ប្រសិនបើអ្នកចង់ឱ្យមេធាវី ឬនរណាម្នាក់ផ្សេងទៀតធ្វើជាអ្នកតំណាងរបស់អ្នក។ ទម្រង់បែបបទនេះផ្តល់ការអនុញ្ញាតឱ្យនរណាម្នាក់ធ្វើសកម្មភាពជំនួសអ្នក។

ទូរសព្ទទៅសេវាបម្រើសមាជិកតាមរយៈលេខដែលមាននៅផ្នែកខាងក្រោមនៃទំព័រ ហើយស្នើសុំទម្រង់បែបបទ “ការចាត់តាំងអ្នកតំណាង”។ អ្នកក៏អាចទទួលបានទម្រង់បែបបទនេះដោយចូលមើល www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf **អ្នកត្រូវតែផ្តល់ឱ្យយើងនូវច្បាប់ចម្លងនៃទម្រង់បែបបទដែលបានចុះហត្ថលេខារួច។**

E4. តើផ្នែកមួយណានៃជំពូកនេះដែលអាចជួយអ្នកបាន

មានស្ថានភាពចំនួនបួន ដែលពាក់ព័ន្ធនឹងសេចក្តីសម្រេចចិត្តលើការធានារ៉ាប់រង និងបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍។ ស្ថានភាពនីមួយៗមានវិធានការ និងកាលបរិច្ឆេទកំណត់ខុសៗគ្នា។ យើងផ្តល់ព័ត៌មានលម្អិតសម្រាប់ស្ថានភាពនីមួយៗនៅក្នុងផ្នែកដាច់ដោយឡែកនៃជំពូកនេះ។ សូមមើលទៅផ្នែកដែលអនុវត្ត៖

- **ផ្នែក F** “ការថែទាំវេជ្ជសាស្ត្រ”
- **ផ្នែក G** “ឱសថ Medicare Part D”
- **ផ្នែក H** “សុំឱ្យយើងរ៉ាប់រងការស្នាក់នៅមន្ទីរពេទ្យយូរជាងមុន”
- **ផ្នែក I** “ការស្នើសុំឱ្យយើងបន្តរ៉ាប់រងលើសេវាវេជ្ជសាស្ត្រជាក់លាក់ (ផ្នែកនេះអនុវត្តចំពោះតែសេវាកម្មទាំងនេះ៖ ការថែទាំសុខភាពនៅផ្ទះ ការថែទាំនៅមណ្ឌលថែទាំជំនាញ និងសេវាកម្មមណ្ឌលថែទាំស្តារនីតិសម្បទាក្រៅជ្រុងជ្រោយសម្រាប់អ្នកជំងឺក្រៅ (CORF)។)

ប្រសិនបើអ្នកមិនប្រាកដថាត្រូវប្រើផ្នែកណាមួយទេ សូមហៅទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិកតាមលេខនៅខាងក្រោមទំព័រ។ អ្នកក៏អាចទទួលបានជំនួយ ឬព័ត៌មានពីអង្គការរដ្ឋាភិបាលដូចជា កម្មវិធីប្រឹក្សា និងតស៊ូមតិផ្នែកធានារ៉ាប់រងសុខភាពរបស់អ្នក (**ជំពូកទី 2 ផ្នែក C** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក* នេះមានលេខទូរសព្ទសម្រាប់កម្មវិធីនេះ)។

F. ការថែទាំវេជ្ជសាស្ត្រ

ផ្នែកនេះពន្យល់ពីអ្វីដែលត្រូវធ្វើ ប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហាក្នុងការទទួលបានការធានារ៉ាប់រងសម្រាប់ការថែទាំសុខភាព ឬប្រសិនបើអ្នកចង់ឱ្យយើងសងអ្នកវិញសម្រាប់ចំណែករបស់យើងនៃការចំណាយលើការថែទាំរបស់អ្នក។ សម្រាប់ព័ត៌មានអំពីការស្នើសុំការស្នាក់នៅមន្ទីរពេទ្យយូរជាងនេះ សូមមើល **ផ្នែក H**។

ផ្នែកនេះនិយាយអំពីអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នកសម្រាប់ការថែទាំសុខភាពដែលត្រូវបានពិពណ៌នានៅក្នុង **ជំពូក 4** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក* នេះនៅក្នុងតារាងអត្ថប្រយោជន៍។ ក្នុងករណីមួយចំនួន ច្បាប់ផ្សេងៗអាចអនុវត្តចំពោះឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជា Medicare Part B។ នៅពេលដែលពួកគេធ្វើ យើងពន្យល់ពីរបៀបដែលច្បាប់សម្រាប់ឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជារបស់ Medicare Part B ខុសគ្នាពីច្បាប់សម្រាប់សេវា និងធាតុនានា។

F1. ការប្រើប្រាស់ផ្នែកនេះ

ផ្នែកនេះពន្យល់អំពីអ្វីដែលអ្នកអាចធ្វើបានក្នុងស្ថានភាពណាមួយដូចខាងក្រោម៖

1. អ្នកគិតថាយើងធានារ៉ាប់រងលើការថែទាំវេជ្ជសាស្ត្រដែលអ្នកត្រូវការ ប៉ុន្តែមិនទទួលបាន។

   អ្វីដែលអ្នកអាចធ្វើបាន៖ អ្នកអាចស្នើសុំឱ្យយើងធ្វើសេចក្តីសម្រេចចិត្តលើការធានារ៉ាប់រង។ សូមមើលទៅ **ផ្នែក F2**។

2. យើងមិនបានអនុម័តលើការថែទាំវេជ្ជសាស្ត្រដែលគ្រូពេទ្យ ឬអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពផ្សេងទៀតរបស់អ្នកចង់ផ្តល់ឱ្យអ្នកទេ ហើយអ្នកគិតថាយើងគួរតែផ្តល់ឱ្យអ្នក។

   អ្វីដែលអ្នកអាចធ្វើបាន៖ អ្នកអាចប្តឹងឧទ្ធរណ៍ប្រឆាំងនឹងការសម្រេចចិត្តរបស់យើងបាន។ សូមមើលទៅ **ផ្នែក F3**។

3. អ្នកទទួលបានការថែទាំសុខភាពដែលអ្នកគិតថាយើងធានារ៉ាប់រង ប៉ុន្តែយើងនឹងមិនបង់ប្រាក់ទេ។

   អ្វីដែលអ្នកអាចធ្វើបាន៖ អ្នកអាចប្តឹងឧទ្ធរណ៍ប្រឆាំងនឹងការសម្រេចចិត្តថាមិនបង់ប្រាក់របស់យើងបាន។ សូមមើលទៅ **ផ្នែក F5**។

4. អ្នកបានទទួល និងបានបង់ប្រាក់សម្រាប់ការថែទាំវេជ្ជសាស្ត្រដែលអ្នកគិតថាយើងធានារ៉ាប់រង ហើយអ្នកចង់ឱ្យយើងសងប្រាក់អ្នកវិញ។

   អ្វីដែលអ្នកអាចធ្វើបាន៖ អ្នកអាចស្នើសុំឱ្យយើងសងប្រាក់អ្នកវិញ។ សូមមើលទៅ **ផ្នែក F5**។

5. យើងបានកាត់បន្ថយ ឬបញ្ឈប់ការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកសម្រាប់ការថែទាំវេជ្ជសាស្ត្រមួយចំនួន ហើយអ្នកគិតថាការសម្រេចចិត្តរបស់យើងអាចប៉ះពាល់ដល់សុខភាពរបស់អ្នក។

   អ្វីដែលអ្នកអាចធ្វើបាន៖ អ្នកអាចប្តឹងឧទ្ធរណ៍ប្រឆាំងនឹងការសម្រេចចិត្តថាកាត់បន្ថយឬបញ្ឈប់ការថែទាំវេជ្ជសាស្ត្ររបស់យើងបាន។ សូមមើលទៅ **ផ្នែក F4។**

   - ប្រសិនបើការធានារ៉ាប់រងគឺសម្រាប់ការថែទាំមន្ទីរពេទ្យ ការថែទាំសុខភាពតាមផ្ទះ ការថែទាំនៅមណ្ឌលថែទាំជំនាញ ឬសេវា CORF ច្បាប់ពិសេសត្រូវបានអនុវត្ត។ សូមមើលទៅ **ផ្នែក H** ឬ **ផ្នែក I** ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែម។
   - សម្រាប់ស្ថានភាពផ្សេងទៀតទាំងអស់ដែលពាក់ព័ន្ធនឹងការកាត់បន្ថយ ឬបញ្ឈប់ការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកសម្រាប់ការថែទាំវេជ្ជសាស្ត្រមួយចំនួន សូមប្រើប្រាស់ផ្នែកនេះ (**ផ្នែក F**) ជាមគ្គុទ្ទេសក៍របស់អ្នក។

6. អ្នកកំពុងជួបប្រទះការពន្យារពេលក្នុងការថែទាំ ឬអ្នកមិនអាចរកវេជ្ជបណ្ឌិតបាន។

   អ្វីដែលអ្នកអាចធ្វើបាន៖ អ្នកអាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងបាន។ សូមមើលទៅ **ផ្នែក K2**។

F2. ការស្នើសុំសេចក្តីសម្រេចចិត្តលើការធានារ៉ាប់រង

> នៅពេលដែលសេចក្តីសម្រេចចិត្តលើការធានារ៉ាប់រងពាក់ព័ន្ធនឹងការថែទាំវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នក វាត្រូវបានហៅថា **ការសម្រេចចិត្តរបស់អង្គការដែលបានរួមបញ្ចូលគ្នា**។

អ្នក វេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក ឬតំណាងរបស់អ្នកអាចស្នើសុំឱ្យយើងធ្វើសេចក្តីសម្រេចចិត្តលើការធានារ៉ាប់រងដោយ៖

- ការហៅទូរសព្ទទៅលេខ៖ 1-800-443-0815 (TTY 711) 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ ចាប់ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ 8 យប់។ ប្រសិនបើសេចក្តីសម្រេចចិត្តលើការធានារ៉ាប់រង បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ ឬពាក្យបណ្តឹងរបស់អ្នកមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ការសម្រេចចិត្តរហ័ស សូមទូរសព្ទទៅអង្គភាពពិនិត្យឡើងវិញរហ័សតាមលេខ 1-888-987-7247 ចាប់ពីម៉ោង 8:30 ព្រឹក ដល់ 5 ល្ងាច 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។

- ទូរសារ៖ 1-888-987-2252។
- ជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ៖

  - សម្រាប់សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង ឬបណ្តឹងតវ៉ាស្តង់ដា សូមសរសេរលិខិតទៅកាន់ការិយាល័យសេវាបម្រើសមាជិកក្នុងមូលដ្ឋានរបស់អ្នក (មើល *សៀវភៅរាយឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថាន*សម្រាប់ទីតាំង)។

  - សម្រាប់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ស្តង់ដា សូមសរសេរលិខិតទៅកាន់អាសយដ្ឋានដែលបានបង្ហាញនៅលើសេចក្តីជូនដំណឹងអំពីការបដិសេធដែលយើងខ្ញុំផ្ញើជូនអ្នក។ ប្រសិនបើសេចក្តីសម្រេចចិត្តលើការធានារ៉ាប់រង ការប្តឹងឧទ្ធរណ៍ ឬការប្តឹងតវ៉ារបស់អ្នក មានលក្ខខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ទទួលបានការសម្រេចចិត្តឆាប់រហ័ស សូមសរសេរទៅកាន់៖

    Kaiser Permanente
    Expedited Review Unit
    P.O. Box 1809
    Pleasanton, CA 94566

សេចក្តីសម្រេចចិត្តលើការធានារ៉ាប់រងតាមស្តង់ដា

នៅពេលដែលយើងផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវការសម្រេចចិត្តរបស់យើង យើងនឹងប្រើកាលបរិច្ឆេទកំណត់តាម “ស្តង់ដា” លើកលែងតែយើងបានយល់ព្រមប្រើប្រាស់កាលបរិច្ឆេទកំណត់ “ឆាប់រហ័ស”។ សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងស្តង់ដាមានន័យថា យើងផ្តល់ជូនចម្លើយដល់អ្នកនៅក្នុងរយៈពេល៖

- **5 ថ្ងៃធ្វើការ** បន្ទាប់ពីយើងទទួលបានសំណើរបស់អ្នកសម្រាប់សេវា ឬវត្ថុវេជ្ជសាស្ត្រដែលស្ថិតនៅក្រោមច្បាប់អនុញ្ញាតជាមុនរបស់យើង។
- **5 ថ្ងៃធ្វើការ** និងមិនយូរជាង **14 ថ្ងៃតាមប្រតិទិន** បន្ទាប់ពីយើងបានទទួលសំណើរបស់អ្នក **សម្រាប់ សេវា ឬសម្ភារៈវេជ្ជសាស្ត្រផ្សេងទៀត**។
- **72 ម៉ោង** បន្ទាប់ពីយើងទទួលបានសំណើរបស់អ្នកសម្រាប់ **ឱសថ Medicare Part B**។

សម្រាប់ទំនិញ ឬសេវាវេជ្ជសាស្ត្រ យើងអាចចំណាយពេលរហូតដល់ 14 ថ្ងៃតាមប្រតិទិនបន្ថែមទៀត
ប្រសិនបើយើងស្នើសុំពេលវេលាបន្ថែម ឬប្រសិនបើយើងត្រូវការព័ត៌មានបន្ថែមដែលអាចផ្តល់អត្ថប្រយោជន៍ដល់អ្នក (ដូចជាកំណត់ត្រាវេជ្ជសាស្ត្រពីអ្នកផ្តល់សេវាក្រៅបណ្តាញ)។ ប្រសិនបើយើងត្រូវការពេលប៉ុន្មានថ្ងៃបន្ថែមទៀត ដើម្បីធ្វើការសម្រេចចិត្ត យើងនឹងជម្រាបអ្នកជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ។ **យើងមិនអាចចំណាយពេលប៉ុន្មានថ្ងៃបន្ថែមទៀត ប្រសិនបើអ្នកស្នើសុំសម្រាប់ឱសថ Medicare Part B**។

ប្រសិនបើអ្នកគិតថាយើង**មិនគួរ** ចំណាយពេលប៉ុន្មានថ្ងៃបន្ថែមនោះទេ អ្នកអាចធ្វើការ “បណ្តឹងតវ៉ារហ័ស” អំពីការសម្រេចចិត្តរបស់យើងក្នុងការចំណាយពេលប៉ុន្មានថ្ងៃបន្ថែមទៀត។ នៅពេលអ្នកដាក់ពាក្យបណ្តឹងតវ៉ារហ័ស យើងនឹងផ្តល់ចម្លើយចំពោះពាក្យបណ្តឹងរបស់អ្នកក្នុងរយៈពេល 24 ម៉ោង។ ដំណើរការសម្រាប់ការដាក់ពាក្យបណ្តឹងគឺខុសពីដំណើរការសម្រាប់សេចក្តីសម្រេចចិត្តលើការធានារ៉ាប់រង និងបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីការដាក់ពាក្យបណ្តឹង រួមទាំងពាក្យបណ្តឹងរហ័ស សូមមើល**ផ្នែក K**។

សេចក្តីសម្រេចចិត្តលើការធានារ៉ាប់រងឆាប់រហ័ស

ពាក្យផ្លូវច្បាប់ សម្រាប់សេចក្តីសម្រេចចិត្តលើការធានារ៉ាប់រងឆាប់រហ័សគឺ **ការកំណត់ដែលត្រូវបានពន្លឿន។**

នៅពេលអ្នកស្នើសុំឱ្យយើងធ្វើសេចក្តីសម្រេចចិត្តលើការធានារ៉ាប់រងអំពីការថែទាំវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នកដែលតម្រូវឱ្យមានការឆ្លើយតបរហ័ស សូមស្នើសុំឱ្យយើងធ្វើ "សេចក្តីសម្រេចចិត្តលើការធានារ៉ាប់រងរហ័ស"។ សេចក្តីសម្រេចចិត្តលើការធានារ៉ាប់រងរហ័សមានន័យថាយើងនឹងផ្តល់ចម្លើយដល់អ្នកក្នុងរយៈពេល៖

- **72 ម៉ោង** បន្ទាប់ពីយើងទទួលបានសំណើររបស់អ្នក**សម្រាប់សេវាកម្ម ឬទំនិញវេជ្ជសាស្ត្រ**។
- **24 ម៉ោង** បន្ទាប់ពីយើងទទួលបានសំណើរបស់អ្នកសម្រាប់ **ឱសថ Medicare Part B**។

សម្រាប់ទំនិញ ឬសេវាវេជ្ជសាស្ត្រ យើងអាចចំណាយពេលរហូតដល់ 14 ថ្ងៃតាមប្រតិទិនបន្ថែមទៀត ប្រសិនបើយើងរកឃើញថាខ្វះព័ត៌មានដែលអាចផ្តល់ប្រយោជន៍ដល់អ្នក (ដូចជាកំណត់ត្រាវេជ្ជសាស្ត្រពីអ្នកផ្តល់សេវាក្រៅបណ្តាញ) ឬប្រសិនបើអ្នកត្រូវការពេលវេលាដើម្បីផ្តល់ព័ត៌មានឱ្យយើងសម្រាប់ការពិនិត្យ។ ប្រសិនបើយើងត្រូវការពេលប៉ុន្មានថ្ងៃបន្ថែមទៀត ដើម្បីធ្វើការសម្រេចចិត្ត យើងនឹងជម្រាបអ្នកជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ។ **យើងមិនអាចចំណាយពេលប៉ុន្មានបន្ថែមទៀត ប្រសិនបើអ្នកស្នើសុំសម្រាប់ឱសថ Medicare Part B។**

ប្រសិនបើអ្នកគិតថាយើង**មិនគួរ**ចំណាយពេលប៉ុន្មានថ្ងៃបន្ថែមដើម្បីធ្វើសេចក្តីសម្រេចចិត្តលើការធានារ៉ាប់រងទេនោះ អ្នកអាចធ្វើការ “បណ្តឹងតវ៉ារហ័ស” អំពីការសម្រេចចិត្តរបស់យើងក្នុងការចំណាយពេលប៉ុន្មានថ្ងៃបន្ថែមទៀត។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីការដាក់ពាក្យបណ្តឹង រួមទាំងពាក្យបណ្តឹងរហ័ស សូមមើល**ផ្នែក K**។ យើងនឹងទូរសព្ទទៅអ្នកភ្លាមៗនៅពេលដែលយើងធ្វើការសម្រេចចិត្ត។

ដើម្បីទទួលបានសេចក្តីសម្រេចចិត្តលើការធានារ៉ាប់រងរហ័ស អ្នកត្រូវតែបំពេញតាមតម្រូវការពីរ៖

- អ្នកកំពុងស្នើសុំការធានារ៉ាប់រងសម្រាប់ទំនិញវេជ្ជសាស្ត្រ និង/ឬសេវាកម្មដែលអ្នក **មិនបានទទួល។** អ្នកមិនអាចស្នើសុំសេចក្តីសម្រេចចិត្តលើការធានារ៉ាប់រងរហ័សអំពីការទូទាត់សម្រាប់ទំនិញ ឬសេវាកម្មវេជ្ជសាស្ត្រដែលអ្នកទទួលបានរួចហើយនោះទេ។
- ការប្រើប្រាស់កាលបរិច្ឆេទកំណត់ស្តង់ដា **អាចបង្កគ្រោះថ្នាក់ធ្ងន់ធ្ងរដល់សុខភាពរបស់អ្នក** ឬធ្វើឱ្យប៉ះពាល់ដល់សមត្ថភាពរបស់អ្នកក្នុងការដំណើរការមុខងាររាងកាយ។

យើងនឹងផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវការសម្រេចចិត្តលើការធានារ៉ាប់រងឆាប់រហ័សដោយស្ម័យប្រវត្តិ ប្រសិនបើវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកប្រាប់យើងថាសុខភាពរបស់អ្នកតម្រូវឱ្យធ្វើដូច្នេះ។ ប្រសិនបើអ្នកសួរដោយគ្មានដំនួយពីវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក យើងសម្រេចចិត្តថាតើអ្នកទទួលបានសេចក្តីសម្រេចចិត្តលើការធានារ៉ាប់រងឆាប់រហ័សដែរឬទេ។

- ប្រសិនបើយើងសម្រេចថាសុខភាពរបស់អ្នកមិនបំពេញតាមតម្រូវការសម្រាប់សេចក្តីសម្រេចចិត្តលើការធានារ៉ាប់រងឆាប់រហ័សទេ យើងនឹងផ្ញើលិខិតមួយទៅកាន់អ្នកដែលបញ្ជាក់រឿងនេះ ហើយយើងនឹងប្រើប្រាស់កាលបរិច្ឆេទកំណត់តាមស្តង់ដាជំនួសវិញ។ លិខិតនោះនឹងប្រាប់អ្នកថា៖
- យើងផ្តល់ជូនសេចក្តីសម្រេចចិត្តលើការធានារ៉ាប់រងឆាប់រហ័សដល់អ្នកដោយស្ម័យប្រវត្តិ ប្រសិនបើវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកស្នើសុំ។

- ពីរបៀបដែលអ្នកអាចដាក់ “បណ្តឹងតវ៉ានាប់រហ័ស” អំពីការសម្រេចចិត្តរបស់យើងក្នុងការផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវសេចក្តីសម្រេចចិត្តលើការធានារ៉ាប់រងស្តង់ដា ជំនួសឱ្យសេចក្តីសម្រេចចិត្តលើការធានារ៉ាប់រងរហ័ស។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីការដាក់ពាក្យបណ្តឹង រួមទាំងពាក្យបណ្តឹងរហ័ស សូមមើល**ផ្នែក K**។

ប្រសិនបើយើងឆ្លើយថា ទេ ចំពោះសំណើរបស់អ្នកមួយផ្នែក ឬទាំងអស់ យើងនឹងផ្ញើលិខិតមួយច្បាប់បញ្ជាក់ពីហេតុផលទៅអ្នក។

- ប្រសិនបើយើងឆ្លើយថា **ទេ** អ្នកមានសិទ្ធិដាក់ពាក្យបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍។ ប្រសិនបើអ្នកគិតថាយើងធ្វើខុស ការប្តឹងតវ៉ាគឺជាវិធីដ្លរកការមួយក្នុងការស្នើសុំឱ្យយើងពិនិត្យមើលការសម្រេចចិត្តរបស់យើង ហើយផ្លាស់ប្តូរវា។
- ប្រសិនបើអ្នកសម្រេចចិត្តធ្វើការប្តឹងឧទ្ធរណ៍ អ្នកនឹងបន្តទៅកម្រិតទី 1 នៃដំណើរការប្តឹងឧទ្ធរណ៍ (សូមមើល **ផ្នែក F3**)។

ក្នុងកាល:ទេស:មានកំណត់ យើងអាចច្រានចោលសំណើរបស់អ្នកសម្រាប់សេចក្តីសម្រេចចិត្តលើការធានារ៉ាប់រង ដែលមានន័យថាយើងនឹងមិនពិនិត្យមើលសំណើនោះទេ។ ឧទាហរណ៍នៃពេលដែលសំណើនឹងត្រូវបានច្រានចោលរួមមាន៖

- ប្រសិនបើសំណើមិនពេញលេញ
- ប្រសិនបើនរណាម្នាក់ធ្វើការស្នើសុំជំនួសអ្នក ប៉ុន្តែមិនត្រូវបានអនុញ្ញាតដោយស្របច្បាប់ឱ្យធ្វើសកម្មភាពនោះទេ **ឬ**
- ប្រសិនបើអ្នកស្នើសុំឱ្យដកសំណើរបស់អ្នកចេញ។

ប្រសិនបើយើងច្រានចោលសំណើសុំសេចក្តីសម្រេចចិត្តលើការធានារ៉ាប់រង យើងនឹងផ្ញើជូនអ្នកនូវការជូនដំណឹងដែលពន្យល់ពីមូលហេតុដែលសំណើនេះត្រូវបានច្រានចោល និងរបៀបស្នើសុំឱ្យមានការពិនិត្យឡើងវិញអំពីការច្រានចោល។ ការពិនិត្យឡើងវិញនេះត្រូវបានគេហៅថាបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍។ បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ត្រូវបានពិភាក្សានៅក្នុងផ្នែកបន្ទាប់។

F3. ការធ្វើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 1

ដើម្បីដាក់ពាក្យបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ ទាក់ទងនឹងសេវាកម្ម ឬទំនិញដែលត្រូវបានបដិសេធ ឬដើម្បីបន្តសេវាកម្ម ឬទំនិញដែលអ្នកកំពុងទទួលរួចហើយ អ្នក វេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក ឬតំណាងដែលមានសិទ្ធិរបស់អ្នកត្រូវតែទាក់ទងមកយើងខ្ញុំ។ សូមទូរសព្ទទៅសេវាបម្រើសមាជិកតាមរយៈលេខ 1-800-443-0815 (TTY 711)។

ស្នើសុំបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ស្តង់ដារ ឬបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍រហ័ស ជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ ឬដោយទូរសព្ទមកយើងតាមរយៈ 1-800-443-0815 (TTY 711)។

- ប្រសិនបើវេជ្ជបណ្ឌិត ឬអ្នកផ្តល់សេវាផ្សេងទៀតរបស់អ្នកស្នើសុំបន្តសេវាកម្ម ឬវត្ថុដែលអ្នកកំពុងទទួលបានរួចហើយក្នុងអំឡុងពេលប្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក អ្នកប្រហែលជាត្រូវតែងតាំងពួកគេជាអ្នកតំណាងរបស់អ្នកដើម្បីធ្វើសកម្មភាពក្នុងនាមអ្នក។
- ប្រសិនបើនរណាម្នាក់ក្រៅពីក្រុមគ្រូពេទ្យរបស់អ្នកធ្វើការប្តឹងឧទ្ធរណ៍សម្រាប់អ្នក សូមបញ្ចូលទម្រង់បែបបទតែងតាំងអ្នកតំណាងដែលអនុញ្ញាតឱ្យបុគ្គលនេះធ្វើជាតំណាងអ្នក។ អ្នកអាចទទួលបានទម្រង់បែបបទដោយចូលទៅកាន់ www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf ឬនៅលើគេហទំព័ររបស់យើងនៅ kp.org។

- យើងអាចទទួលយកសំណើសុំបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ដោយមិនមានទម្រង់បែបបទ ប៉ុន្តែយើងមិនអាចចាប់ផ្តើម ឬបញ្ចប់ការពិនិត្យមើលរបស់យើងបានទេ រហូតទាល់តែយើងទទួលបានវា។ ប្រសិនបើយើងមិនទទួលបានទម្រង់បែបបទនេះ មុនពេលកាលបរិច្ឆេទកំណត់របស់យើងក្នុងការធ្វើការសម្រេចចិត្តលើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នកទេ៖
    - យើងនឹងច្រានចោលសំណើសុំរបស់អ្នក ហើយ
    - យើងនឹងផ្ញើសេចក្តីជូនដំណឹងជាលាយលក្ខណ៍អក្សរដល់អ្នក ដោយពន្យល់ពីសិទ្ធិរបស់អ្នកក្នុងការស្នើសុំឱ្យ IRO ពិនិត្យមើលការសម្រេចចិត្តរបស់យើងក្នុងការច្រានចោលបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក។
- អ្នកត្រូវតែស្នើសុំដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ក្នុងរយៈពេល 65 ថ្ងៃប្រតិទិនចាប់ពីកាលបរិច្ឆេទនៅលើលិខិតដែលយើងបានផ្ញើប្រាប់អ្នកអំពីសេចក្តីសម្រេចរបស់យើង។
- ប្រសិនបើអ្នកហួសកាលបរិច្ឆេទកំណត់ ហើយមានហេតុផលសមរម្យចំពោះការហួសពេលនេះ យើងអាចផ្តល់ពេលបន្ថែមឱ្យអ្នក ដើម្បីធ្វើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក។ ឧទាហរណ៍នៃហេតុផលសមរម្យមានដូចជាអ្នកមានជំងឺធ្ងន់ធ្ងរ ឬយើងបានផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវព័ត៌មានមិនត្រឹមត្រូវអំពីកាលបរិច្ឆេទកំណត់។ សូមពន្យល់ពីមូលហេតុដែលបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នកយឺតយ៉ាវ នៅពេលអ្នកធ្វើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក។
- អ្នកមានសិទ្ធិស្នើសុំពីយើងនូវច្បាប់ចម្លងនៃព័ត៌មានអំពីបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នកដោយឥតគិតថ្លៃ។ អ្នក និងវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកក៏អាចផ្តល់ឱ្យយើងនូវព័ត៌មានបន្ថែម ដើម្បីគាំទ្រដល់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នកផងដែរ។

ប្រសិនបើសុខភាពរបស់អ្នកតម្រូវឱ្យធ្វើដូច្នេះ សូមស្នើសុំបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ឆាប់រហ័ស។

លក្ខខណ្ឌផ្លូវច្បាប់សម្រាប់ “បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ឆាប់រហ័ស” គឺ **“ការពិចារណាឡើងវិញដែលត្រូវបានពន្លឿន។”**

- ប្រសិនបើអ្នកប្តឹងឧទ្ធរណ៍ចំពោះការសម្រេចចិត្តដែលយើងបានធ្វើឡើងអំពីការធានារ៉ាប់រងសម្រាប់ការថែទាំ អ្នក និង/ឬវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកអាចស្នើសុំបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ឆាប់រហ័សបាន។

យើងនឹងផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ឆាប់រហ័សដោយស្វ័យប្រវត្តិ ប្រសិនបើវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកប្រាប់យើងថាសុខភាពរបស់អ្នកតម្រូវឱ្យធ្វើដូច្នេះ។ ប្រសិនបើអ្នកស្នើសុំដោយគ្មានការគាំទ្រពីវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកទេ យើងនឹងសម្រេចថា តើអ្នកទទួលបានបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ឆាប់រហ័សឬអត់។

- ប្រសិនបើយើងសម្រេចថាសុខភាពរបស់អ្នកមិនបំពេញតាមតម្រូវការសម្រាប់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ឆាប់រហ័សទេ យើងនឹងផ្ញើលិខិតមួយទៅកាន់អ្នកដែលបញ្ជាក់បែបនេះ ហើយយើងនឹងប្រើប្រាស់កាលបរិច្ឆេទកំណត់តាមស្តង់ដាជំនួសវិញ។ លិខិតនោះនឹងប្រាប់អ្នកថា៖
- យើងនឹងផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ឆាប់រហ័សដោយស្វ័យប្រវត្តិ ប្រសិនបើវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកស្នើសុំវា។
- ពីរបៀបដែលអ្នកអាចដាក់ “បណ្តឹងតវ៉ាឆាប់រហ័ស” អំពីការសម្រេចចិត្តរបស់យើងក្នុងការផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍តាមស្តង់ដា ជំនួសឱ្យបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ឆាប់រហ័ស។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីការដាក់ពាក្យបណ្តឹង រួមទាំងពាក្យបណ្តឹងរហ័ស សូមមើល**ផ្នែក K**។

ប្រសិនបើយើងប្រាប់អ្នកថាយើងកំពុងបញ្ឈប់ ឬកាត់បន្ថយសេវា ឬទំនិញដែលអ្នកទទួលបានរួចហើយនោះ អ្នកអាចនឹងអាចបន្តសេវា ឬទំនិញទាំងនោះក្នុងអំឡុងពេលបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នកបាន។

- ប្រសិនបើយើងសម្រេចចិត្តផ្លាស់ប្តូរ ឬបញ្ឈប់ការធានារ៉ាប់រងសម្រាប់សេវា ឬទំនិញដែលអ្នកទទួលបាន យើងនឹងផ្ញើសេចក្តីជូនដំណឹងដល់អ្នក មុនពេលយើងចាត់វិធានការ។
- ប្រសិនបើអ្នកមិនយល់ស្របនឹងការសម្រេចចិត្តរបស់យើងទេ អ្នកអាចធ្វើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 1 បាន។
- យើងបន្តរ៉ាប់រងសេវា ឬទំនិញ ប្រសិនបើអ្នកស្នើសុំបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 1 ក្នុងរយៈពេលដប់ថ្ងៃតាមប្រតិទិន គិតចាប់ពីកាលបរិច្ឆេទនៅលើលិខិតរបស់យើង ឬត្រឹមកាលបរិច្ឆេទចូលជាធរមានដែលបានគ្រោងទុកនៃវិធានការ ដោយយកមួយណាយឺតជាង។
- ប្រសិនបើអ្នកទាន់កាលបរិច្ឆេទកំណត់នេះ អ្នកនឹងទទួលបានសេវា ឬទំនិញដោយគ្មានការផ្លាស់ប្តូរ ខណៈពេលដែលបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 1 របស់អ្នកកំពុងរង់ចាំការដោះស្រាយ។
- អ្នកក៏នឹងទទួលបានសេវា ឬទំនិញផ្សេងទៀតទាំងអស់ (ដែលមិនមែនជាប្រធានបទនៃបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក) ដោយគ្មានការផ្លាស់ប្តូរផងដែរ។
- ប្រសិនបើអ្នកមិនប្តឹងឧទ្ធរណ៍មុនកាលបរិច្ឆេទទាំងនេះទេ នោះសេវា ឬទំនិញរបស់អ្នកនឹងមិនត្រូវបានបន្តទេ ខណៈពេលដែលអ្នករង់ចាំការសម្រេចចិត្តលើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក។

យើងនឹងពិចារណាលើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក ហើយផ្តល់ចម្លើយដល់អ្នក។

- នៅពេលយើងពិនិត្យមើលបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក យើងនឹងពិនិត្យមើលយ៉ាងយកចិត្តទុកដាក់ម្តងទៀតនូវព័ត៌មានទាំងអស់អំពីសំណើសុំការធានារ៉ាប់រងលើការថែទាំវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នក។
- យើងពិនិត្យមើលថាតើយើងបានអនុវត្តតាមវិធានការទាំងអស់ឬអត់ នៅពេលយើងនិយាយថា**ទេ**ចំពោះសំណើសុំរបស់អ្នក។
- យើងនឹងប្រមូលព័ត៌មានបន្ថែម ប្រសិនបើយើងត្រូវការវា។ យើងអាចទាក់ទងអ្នក ឬវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែម។

មានកាលបរិច្ឆេទកំណត់សម្រាប់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ឆាប់រហ័ស។

- នៅពេលយើងប្រើប្រាស់កាលបរិច្ឆេទកំណត់ឆាប់រហ័ស យើងត្រូវតែផ្តល់ចម្លើយដល់អ្នក**ក្នុងរយៈពេល 72 ម៉ោងបន្ទាប់ពីយើងទទួលបានបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក ឬលឿនជាងនេះ ប្រសិនបើសុខភាពរបស់អ្នកតម្រូវឱ្យមានការឆ្លើយតបលឿនជាងនេះ។** ប្រសិនបើយើងបដិសេធបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ឆាប់រហ័ស យើងនឹងផ្តល់ការបញ្ជាក់ដោយផ្ទាល់មាត់អំពីការបដិសេធនេះដល់អ្នក វេជ្ជបណ្ឌិត អ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជា ឬអ្នកតំណាងរបស់អ្នក។
- ប្រសិនបើយើងមិនផ្តល់ចម្លើយដល់អ្នកក្នុងរយៈពេល 72 ម៉ោងទេ យើងត្រូវតែបញ្ជូនសំណើសុំរបស់អ្នកទៅកាន់កម្រិត 2 នៃដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍។ បន្ទាប់មក IRO នឹងពិនិត្យមើលវា។ IRO នឹងជូនដំណឹងដល់អ្នកជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ នៅពេលវាទទួលបានបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក។ នៅពេលក្រោយក្នុងជំពូកនេះ យើងនឹងប្រាប់អ្នកអំពីអង្គការនេះ ហើយពន្យល់ពីដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2។ ប្រសិនបើបញ្ហារបស់អ្នកគឺអំពីសេវា ឬទំនិញដែល Medi-Cal តែងតែរ៉ាប់រង អ្នកអាចធ្វើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 ដោយខ្លួនឯងបាន។ យើងមានរួមបញ្ចូលព័ត៌មានបន្ថែមនៅពេលក្រោយក្នុងជំពូកនេះ។ យើងមិនធ្វើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិតទី 2 ជំនួសអ្នកដោយស្វ័យប្រវត្តិ សម្រាប់សេវា ឬទំនិញរបស់ Medi-Cal នោះទេ។

- **ប្រសិនបើយើងនិយាយថាយល់ព្រមចំពោះផ្នែកណាមួយ ឬទាំងអស់នៃសំណើសុំរបស់អ្នក** យើងត្រូវតែអនុញ្ញាត ឬផ្តល់ការធានារ៉ាប់រងដែលយើងបានយល់ព្រមផ្តល់ជូនក្នុងរយៈពេល 72 ម៉ោងបន្ទាប់ពីយើងទទួលបានបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក ឬលឿនជាងនេះ ប្រសិនបើសុខភាពរបស់អ្នកតម្រូវឱ្យធ្វើដូច្នេះ។
- **ប្រសិនបើយើងនិយាយថា ទេ ចំពោះផ្នែកណាមួយ ឬទាំងអស់នៃសំណើសុំរបស់អ្នក** យើងនឹងបញ្ជូនបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នកទៅកាន់ IRO សម្រាប់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2។

មានកាលបរិច្ឆេទកំណត់សម្រាប់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍តាមស្តង់ដា។

- នៅពេលយើងប្រើប្រាស់កាលបរិច្ឆេទកំណត់តាមស្តង់ដា យើងត្រូវតែផ្តល់ចម្លើយដល់អ្នក**ក្នុងរយៈពេល 30 ថ្ងៃតាមប្រតិទិន**បន្ទាប់ពីយើងទទួលបានបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នកសម្រាប់ការធានារ៉ាប់រងលើសេវាដែលអ្នកមិនទទួលបាន។
- ប្រសិនបើសំណើសុំរបស់អ្នកគឺសម្រាប់ឱសថ Medicare Part B ដែលអ្នកមិនទទួលបាន យើងនឹងផ្តល់ចម្លើយរបស់យើងដល់អ្នក**ក្នុងរយៈពេលប្រាំពីរថ្ងៃតាមប្រតិទិន**បន្ទាប់ពីយើងទទួលបានបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក ឬលឿនជាងនេះ ប្រសិនបើសុខភាពរបស់អ្នកតម្រូវឱ្យធ្វើដូច្នេះ។
    - ប្រសិនបើយើងមិនផ្តល់ចម្លើយដល់អ្នកត្រឹមកាលបរិច្ឆេទកំណត់ទេ យើងត្រូវតែបញ្ជូនសំណើសុំរបស់អ្នកទៅកាន់កម្រិត 2 នៃដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍។ បន្ទាប់មក IRO នឹងពិនិត្យមើលវា។ នៅពេលក្រោយក្នុងដំពូកនេះ យើងនឹងប្រាប់អ្នកអំពីអង្គការនេះ ហើយពន្យល់ពីដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2។ ប្រសិនបើបញ្ហារបស់អ្នកគឺអំពីសេវា ឬទំនិញដែល Medi-Cal តែងតែរ៉ាប់រង អ្នកអាចធ្វើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 ដោយខ្លួនឯងបាន។ យើងមានរួមបញ្ចូលព័ត៌មានបន្ថែមនៅពេលក្រោយក្នុងដំពូកនេះ។ យើងមិនធ្វើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិតទី 2 ជំនួសអ្នកដោយស្វ័យប្រវត្តិសម្រាប់សេវា ឬទំនិញរបស់ Medi-Cal នោះទេ។

ប្រសិនបើយើងនិយាយថាយល់ព្រមចំពោះផ្នែកណាមួយ ឬទាំងអស់នៃសំណើសុំរបស់អ្នក យើងត្រូវតែអនុញ្ញាត ឬផ្តល់ការធានារ៉ាប់រងដែលយើងបានយល់ព្រមផ្តល់ជូនក្នុងរយៈពេល 30 ថ្ងៃតាមប្រតិទិន គិតចាប់ពីកាលបរិច្ឆេទដែលយើងទទួលបានសំណើសុំបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក ឬឱ្យបានលឿនតាមដែលស្ថានភាពសុខភាពរបស់អ្នកតម្រូវ ហើយក្នុងរយៈពេល 72 ម៉ោង គិតចាប់ពីកាលបរិច្ឆេទដែលយើងផ្លាស់ប្តូរការសម្រេចចិត្តរបស់យើង ឬក្នុងរយៈពេលប្រាំពីរថ្ងៃតាមប្រតិទិន គិតចាប់ពីកាលបរិច្ឆេទដែលយើងទទួលបានបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក ប្រសិនបើសំណើសុំរបស់អ្នកគឺសម្រាប់ឱសថ Medicare Part B។

ប្រសិនបើយើងនិយាយថា**ទេ**ចំពោះផ្នែកណាមួយ ឬទាំងអស់នៃសំណើសុំរបស់អ្នក**អ្នកមានសិទ្ធិប្តឹងឧទ្ធរណ៍បន្ថែម៖**

- ប្រសិនបើយើងនិយាយថា**ទេ**ចំពោះផ្នែកណាមួយ ឬទាំងអស់នៃអ្វីដែលអ្នកបានស្នើសុំ យើងនឹងផ្ញើលិខិតមួយជូនអ្នក។
- ប្រសិនបើបញ្ហារបស់អ្នកគឺអំពីការធានារ៉ាប់រងលើសេវា ឬទំនិញរបស់ Medicare លិខិតនោះនឹងប្រាប់អ្នកថាយើងបានបញ្ជូនករណីរបស់អ្នកទៅកាន់ IRO សម្រាប់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2។
- ប្រសិនបើបញ្ហារបស់អ្នកគឺអំពីការធានារ៉ាប់រងលើសេវា ឬទំនិញរបស់ Medi-Cal លិខិតនោះនឹងប្រាប់អ្នកពីរបៀបធ្វើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 ដោយខ្លួនឯង។

F4. ការធ្វើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2

ប្រសិនបើយើងនិយាយថា**ទេ**ចំពោះផ្នែកណាមួយ ឬទាំងអស់នៃបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 1 របស់អ្នក យើងនឹងផ្ញើលិខិតមួយជូនអ្នក។ លិខិតនេះប្រាប់អ្នកថាតើ Medicare, Medi-Cal ឬកម្មវិធីទាំងពីរតែងតែរ៉ាប់រងសេវា ឬទំនិញនេះឬអត់។

- ប្រសិនបើបញ្ហារបស់អ្នកគឺអំពីសេវា ឬទំនិញដែល **Medicare** តែងតែរ៉ាប់រង យើងនឹងបញ្ជូនករណីរបស់អ្នកទៅកាន់កម្រិត 2 នៃដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ដោយស្វ័យប្រវត្តិ ភ្លាមៗនៅពេលដែលបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 1 ត្រូវបានបញ្ចប់។
- ប្រសិនបើបញ្ហារបស់អ្នកគឺអំពីសេវា ឬទំនិញដែល **Medi-Cal** តែងតែរ៉ាប់រង អ្នកអាចធ្វើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 ដោយខ្លួនឯងបាន។ លិខិតនោះនឹងប្រាប់អ្នកពីរបៀបធ្វើវា។ យើងក៏មានរួមបញ្ចូលព័ត៌មានបន្ថែមនៅពេលក្រោយក្នុងជំពូកនេះផងដែរ។
- ប្រសិនបើបញ្ហារបស់អ្នកគឺអំពីសេវា ឬទំនិញដែល **Medicare និង Medi-Cal** ទាំងពីរអាចរ៉ាប់រង អ្នកទទួលបានបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 ជាមួយ IRO ដោយស្វ័យប្រវត្តិ។ បន្ថែមពីលើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 ដោយស្វ័យប្រវត្តិ អ្នកក៏អាចស្នើសុំសវនាការរដ្ឋ និងការត្រួតពិនិត្យផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រឯករាជ្យជាមួយរដ្ឋផងដែរ។ ទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយ ការត្រួតពិនិត្យផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រឯករាជ្យមិនអាចធ្វើទៅបានទេ ប្រសិនបើអ្នកបានបង្ហាញភស្តុតាងនៅក្នុងសវនាការរដ្ឋរួចហើយ។

ប្រសិនបើអ្នកមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ការបន្តអត្ថប្រយោជន៍ នៅពេលអ្នកបានដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 1 អត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នកសម្រាប់សេវា ទំនិញ ឬឱសថដែលស្ថិតក្រោមបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ក៏អាចបន្តក្នុងអំឡុងពេលកម្រិត 2 ផងដែរ។ សូមមើលទៅ**ផ្នែក F3** សម្រាប់ព័ត៌មានអំពីការបន្តអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នកក្នុងអំឡុងពេលបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 1។

- ប្រសិនបើបញ្ហារបស់អ្នកគឺអំពីសេវាដែលតែងតែរ៉ាប់រងដោយ Medicare តែប៉ុណ្ណោះ អត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នកសម្រាប់សេវានោះនឹងមិនបន្តទេ ក្នុងអំឡុងពេលដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 ជាមួយ IRO។
- ប្រសិនបើបញ្ហារបស់អ្នកគឺអំពីសេវាដែលតែងតែរ៉ាប់រងដោយ Medi-Cal តែប៉ុណ្ណោះ អត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នកសម្រាប់សេវានោះនឹងបន្ត ប្រសិនបើអ្នកដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 ក្នុងរយៈពេលដប់ថ្ងៃតាមប្រតិទិន បន្ទាប់ពីទទួលបានលិខិតសម្រេចរបស់យើង។

នៅពេលបញ្ហារបស់អ្នកគឺអំពីសេវា ឬទំនិញដែល Medicare តែងតែរ៉ាប់រង

IRO នឹងពិនិត្យមើលបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក។ វាគឺជាអង្គការឯករាជ្យមួយ ដែលជួលដោយ Medicare។

> ឈ្មោះជាផ្លូវការសម្រាប់អង្គការត្រួតពិនិត្យឯករាជ្យ (IRO) គឺ **អង្គភាពត្រួតពិនិត្យឯករាជ្យ** ជួនកាលត្រូវបានហៅថា **IRE**។

- អង្គការនេះមិនមានទំនាក់ទំនងជាមួយយើងទេ ហើយក៏មិនមែនជាទីភ្នាក់ងាររដ្ឋាភិបាលដែរ។ Medicare បានជ្រើសរើសក្រុមហ៊ុននេះឱ្យធ្វើជា IRO ហើយ Medicare ជាអ្នកត្រួតពិនិត្យការងាររបស់ពួកគេ។
- យើងបញ្ជូនព័ត៌មានអំពីបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក (“សំណុំរឿង” របស់អ្នក) ទៅកាន់អង្គការនេះ។ អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានច្បាប់ចម្លងឯកសារសំណុំរឿងរបស់អ្នកដោយមិនគិតថ្លៃ។
- អ្នកមានសិទ្ធិផ្តល់ព័ត៌មានបន្ថែមដល់ IRO ដើម្បីគាំទ្របណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក។

- អ្នកពិនិត្យនៅ IRO នឹងពិនិត្យមើលយ៉ាងយកចិត្តទុកដាក់នូវព័ត៌មានទាំងអស់ដែលទាក់ទងនឹងបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក។

ប្រសិនបើអ្នកមានបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ឆាប់រហ័សនៅកម្រិត 1 អ្នកក៏មានបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ឆាប់រហ័សនៅកម្រិត 2 ផងដែរ។

- ប្រសិនបើអ្នកមានបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ឆាប់រហ័សមកកាន់យើងនៅកម្រិត 1 អ្នកទទួលបានបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ឆាប់រហ័សនៅកម្រិត 2 ដោយស្វ័យប្រវត្តិ។ IRO ត្រូវតែផ្តល់ចម្លើយដល់អ្នកចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 របស់អ្នក **ក្នុងរយៈពេល 72 ម៉ោង**បន្ទាប់ពីទទួលបានបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក។

ប្រសិនបើអ្នកមានបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍តាមស្តង់ដានៅកម្រិត 1 អ្នកក៏មានបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍តាមស្តង់ដានៅកម្រិត 2 ផងដែរ។

- ប្រសិនបើអ្នកមានបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍តាមស្តង់ដាមកកាន់យើងនៅកម្រិត 1 អ្នកទទួលបានបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍តាមស្តង់ដានៅកម្រិត 2 ដោយស្វ័យប្រវត្តិ។
- ប្រសិនបើសំណើសុំរបស់អ្នកគឺសម្រាប់ទំនិញ ឬសេវាវេជ្ជសាស្ត្រ IRO ត្រូវតែផ្តល់ចម្លើយដល់អ្នកចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 របស់អ្នក**ក្នុងរយៈពេល 30 ថ្ងៃតាមប្រតិទិន**បន្ទាប់ពីទទួលបានបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក។
- ប្រសិនបើសំណើសុំរបស់អ្នកគឺសម្រាប់ឱសថ Medicare Part B នោះ IRO ត្រូវតែផ្តល់ចម្លើយដល់អ្នកចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 របស់អ្នក**ក្នុងរយៈពេលជ្រាំពីរថ្ងៃតាមប្រតិទិន** បន្ទាប់ពីទទួលបានបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក។

ប្រសិនបើ IRO ផ្តល់ចម្លើយរបស់ពួកគេដល់អ្នកជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ ហើយពន្យល់ពីហេតុផល។

- **ប្រសិនបើ IRO និយាយថាយល់ព្រមចំពោះផ្នែកណាមួយ ឬទាំងអស់នៃសំណើសុំសម្រាប់ទំនិញ ឬសេវាវេជ្ជសាស្ត្រ** យើងត្រូវតែអនុវត្តការសម្រេចចិត្តនេះជាបន្ទាន់៖
  - អនុញ្ញាតការជានាវ៉ាប់រងលើការថែទាំវេជ្ជសាស្ត្រ **ក្នុងរយៈពេល 72 ម៉ោង ឬ**
  - ផ្តល់សេវាក្នុងរយៈពេល **14 ថ្ងៃធ្វើការ**បន្ទាប់ពីយើងទទួលបានការសម្រេចចិត្តរបស់ IRO សម្រាប់**សំណើសុំតាមស្តង់ដា ឬ**
  - ផ្តល់សេវា**ក្នុងរយៈពេល 72 ម៉ោង**គិតចាប់ពីកាលបរិច្ឆេទដែលយើងទទួលបានការសម្រេចចិត្តរបស់ IRO សម្រាប់**សំណើសុំដែលត្រូវបានពន្លឿន។**
- **ប្រសិនបើ IRO និយាយថាយល់ព្រមចំពោះផ្នែកណាមួយ ឬទាំងអស់នៃសំណើសុំសម្រាប់ឱសថ Medicare Part B យើងត្រូវតែអនុញ្ញាត ឬផ្តល់ឱសថ Medicare Part B ដែលកំពុងមានវិវាទ៖**
  - **ក្នុងរយៈពេល 72 ម៉ោង**បន្ទាប់ពីយើងទទួលបានការសម្រេចចិត្តរបស់ IRO សម្រាប់**សំណើសុំតាមស្តង់ដា ឬ**
  - **ក្នុងរយៈពេល 24 ម៉ោង**គិតចាប់ពីកាលបរិច្ឆេទដែលយើងទទួលបានការសម្រេចចិត្តរបស់ IRO សម្រាប់**សំណើសុំដែលត្រូវបានពន្លឿន។**

- **ប្រសិនបើ IRO និយាយថា ទេ ចំពោះផ្នែកណាមួយ ឬទាំងអស់នៃបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក** វាមានន័យថាពួកគេយល់ស្របថាយើងមិនគួរអនុម័តសំណើសុំរបស់អ្នក (ឬផ្នែកណាមួយនៃសំណើសុំរបស់អ្នក) សម្រាប់ការធានារ៉ាប់រងលើការថែទាំវេជ្ជសាស្ត្រនោះទេ។ នេះត្រូវបានហៅថា “ការរក្សាទុកការសម្រេចចិត្ត” ឬ “ការច្រានចោលបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក។”
- ប្រសិនបើករណីរបស់អ្នកបំពេញតាមតម្រូវការ អ្នកជ្រើសរើសថាតើអ្នកចង់បន្តបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នកទៅមុខទៀតឬអត់។
- មានបីកម្រិតបន្ថែមទៀតនៅក្នុងដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍បន្ទាប់ពីកម្រិត 2 សម្រាប់ចំនួនសរុបប្រាំកម្រិត។
- ប្រសិនបើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 របស់អ្នកត្រូវបានច្រានចោល ហើយអ្នកបំពេញតាមតម្រូវការដើម្បីបន្តដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ អ្នកត្រូវតែសម្រេចចិត្តថាតើត្រូវបន្តទៅកម្រិត 3 និងធ្វើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ទីបីឬអត់។ ព័ត៌មានលម្អិតអំពីរបៀបធ្វើវា មាននៅក្នុងសេចក្តីជូនដំណឹងជាលាយលក្ខណ៍អក្សរដែលអ្នកទទួលបានបន្ទាប់ពីបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 របស់អ្នក។
- ចៅក្រមច្បាប់រដ្ឋបាល (ALJ) ឬមេធាវីជាអ្នកកាត់ក្តី នឹងដោះស្រាយបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 3។ សូមមើលទៅ **ផ្នែក J** សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 3 4 និង 5។

នៅពេលបញ្ហារបស់អ្នកគឺអំពីសេវា ឬទំនិញដែល Medi-Cal តែងតែរ៉ាប់រង

មានមធ្យោបាយពីរយ៉ាងក្នុងការធ្វើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិតទី 2 សម្រាប់សេវា និងទំនិញរបស់ Medi-Cal៖ (1) ការដាក់បណ្តឹងតវ៉ា ឬការត្រួតពិនិត្យផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រឯករាជ្យ ឬ (2) សវនាការរដ្ឋ។

(1) ក្រសួងថែទាំសុខភាពក្រោមការគ្រប់គ្រង (DMHC)

អ្នកអាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងតវ៉ាជាមួយ ឬដាក់ពាក្យស្នើសុំការត្រួតពិនិត្យផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រឯករាជ្យ (IMR) ពីមជ្ឈមណ្ឌលជំនួយនៅ DMHC ។ តាមរយៈការដាក់ពាក្យបណ្តឹងតវ៉ា DMHC នឹងពិនិត្យមើលការសម្រេចចិត្តរបស់យើង។ DMHC នឹងធ្វើការស៊ើបអង្កេតផ្ទាល់ខ្លួនរបស់ពួកគេលើបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នក ឬសម្រេចថាតើករណីនេះមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ IMR ដែរឬទេ។ IMR អាចមានសម្រាប់សេវា ឬទំនិញដែលរ៉ាប់រងដោយ Medi-Cal ណាមួយដែលមានលក្ខណៈជាវេជ្ជសាស្ត្រ។ IMR គឺជាការពិនិត្យមើលករណីរបស់អ្នកដោយអ្នកជំនាញ ដែលមិនមែនជាផ្នែកមួយនៃគម្រោងរបស់យើង ឬជាផ្នែកមួយនៃ DMHC នោះទេ។ ប្រសិនបើ IMR ត្រូវបានសម្រេចដោយផ្តល់អំណោយផលដល់អ្នក យើងត្រូវតែផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវសេវា ឬទំនិញដែលអ្នកបានស្នើសុំ។ អ្នកមិនបង់ថ្លៃចំណាយណាមួយទេសម្រាប់ IMR។

អ្នកអាចដាក់បណ្តឹងតវ៉ា ឬដាក់ពាក្យស្នើសុំ IMR ប្រសិនបើគម្រោងរបស់យើង៖

- បដិសេធ ផ្លាស់ប្តូរ ឬពន្យារពេលសេវា ឬការព្យាបាលរបស់ Medi-Cal ដោយសារតែគម្រោងរបស់យើងកំណត់ថាវាមិនមានភាពចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ។
- នឹងមិនរ៉ាប់រងការព្យាបាលរបស់ Medi-Cal ដែលមានលក្ខណៈពិសោធ ឬការស៊ើបអង្កេតសម្រាប់ស្ថានភាពវេជ្ជសាស្ត្រធ្ងន់ធ្ងរ។
- មានវិវាទថាតើសេវាកម្ម ឬនីតិវិធីវះកាត់ មានលក្ខណៈកែសម្ផស្ស ឬការកែទម្រង់ឡើងវិញ។
- នឹងមិនបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាកម្ម Medi-Cal សង្គ្រោះបន្ទាន់ ឬបន្ទាន់ ដែលអ្នកទទួលបានរួចហើយ។

- មិនបានដោះស្រាយបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិតទី 1 របស់អ្នកលើសេវាកម្ម Medi-Cal ក្នុងរយៈពេល 30 ថ្ងៃតាមប្រតិទិនសម្រាប់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍តាមស្តង់ដា ឬ 72 ម៉ោង ឬលឿនជាងនេះ ប្រសិនបើសុខភាពរបស់អ្នកតម្រូវឱ្យធ្វើដូច្នេះ សម្រាប់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ឆាប់រហ័ស។

ក្នុងករណីភាគច្រើន អ្នកត្រូវតែដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ជាមួយយើង មុនពេលស្នើសុំ IMR។ សូមមើលទៅ**ផ្នែក G5** សម្រាប់ព័ត៌មានអំពីដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 1 របស់យើង។ ប្រសិនបើអ្នកមិនយល់ស្របនឹងការសម្រេចចិត្តរបស់យើងទេ អ្នកអាចបញ្ជូនទម្រង់បែបបទពាក្យសុំ IMR/បណ្តឹងតវ៉ាទៅកាន់ DMHC បាន។

ចំណាំ៖ ប្រសិនបើអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកបានដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍សម្រាប់អ្នក ប៉ុន្តែយើងមិនទទួលបានទម្រង់បែបបទការចាត់តាំងអ្នកតំណាងរបស់អ្នកទេ អ្នកនឹងត្រូវដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នកឡើងវិញជាមួយយើង មុនពេលអ្នកអាចដាក់ពាក្យស្នើសុំ IMR កម្រិត 2 ជាមួយ DMHC លុះត្រាតែបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នកពាក់ព័ន្ធនឹងការគំរាមកំហែងភ្លាមៗ និងធ្ងន់ធ្ងរដល់សុខភាពរបស់អ្នក រួមទាំងប៉ុន្តែមិនកំណត់ចំពោះការឈឺចាប់ខ្លាំង ការអាចបាត់បង់ជីវិត អវយវៈ ឬមុខងាររាងកាយសំខាន់ៗ។

អ្នកអាចស្នើសុំ IMR និងសវនាការរដ្ឋបាល ប៉ុន្តែអ្នកមិនត្រូវបានអនុញ្ញាតឱ្យបន្តទៅ IMR ទេ ប្រសិនបើអ្នកបានបង្ហាញភស្តុតាងនៅក្នុងសវនាការរដ្ឋរួចហើយ ឬមានសវនាការរដ្ឋលើបញ្ហាដដែលនេះ។

ប្រសិនបើការព្យាបាលរបស់អ្នកត្រូវបានបដិសេធ ដោយសារវាមានលក្ខណៈពិសោធ ឬការស៊ើបអង្កេត អ្នកមិនចាំបាច់ចូលរួមក្នុងដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់យើងទេ មុនពេលអ្នកដាក់ពាក្យស្នើសុំ IMR។

ប្រសិនបើបញ្ហារបស់អ្នកមានសភាពបន្ទាន់ ឬពាក់ព័ន្ធនឹងការគំរាមកំហែងភ្លាមៗ និងធ្ងន់ធ្ងរដល់សុខភាពរបស់អ្នក ឬប្រសិនបើអ្នកមានការឈឺចាប់ខ្លាំង អ្នកអាចនាំយកវាទៅកាន់ការយកចិត្តទុកដាក់របស់ DMHC ភ្លាមៗ ដោយមិនចាំបាច់ឆ្លងកាត់ដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់យើងជាមុនសិន។

អ្នកត្រូវតែ**ដាក់ពាក្យស្នើសុំ IMR ក្នុងរយៈពេលប្រាំមួយខែ**បន្ទាប់ពីយើងធ្វើសេចក្តីសម្រេចជាលាយលក្ខណ៍អក្សរអំពីបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក។ DMHC អាចទទួលយកពាក្យសុំរបស់អ្នកបន្ទាប់ពីប្រាំមួយខែដោយមានហេតុផលសមរម្យ ដូចជាអ្នកមានស្ថានភាពវេជ្ជសាស្ត្រដែលរារាំងអ្នកមិនឱ្យស្នើសុំ IMR ក្នុងរយៈពេលប្រាំមួយខែ ឬអ្នកមិនទទួលបានសេចក្តីជូនដំណឹងគ្រប់គ្រាន់ពីយើងអំពីដំណើរការ IMR នេះ។

ដើម្បីដាក់បណ្តឹងតវ៉ា ឬស្នើសុំ IMR៖

- បំពេញទម្រង់បែបបទ IMR/បណ្តឹងតវ៉ា ដែលមាននៅ៖ www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForms.aspx ឬទូរសព្ទទៅមជ្ឈមណ្ឌលជំនួយ DMHC តាមរយៈលេខ 1-888-466-2219។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរតែទូរសព្ទទៅលេខ 1-877-688-9891។
- ប្រសិនបើអ្នកមានវា សូមភ្ជាប់មកជាមួយនូវច្បាប់ចម្លងលិខិត ឬឯកសារផ្សេងទៀតអំពីសេវាកម្ម ឬទំនិញដែលយើងបានបដិសេធ។ នេះអាចបង្កើនល្បឿនដំណើរការ IMR។ ផ្ញើច្បាប់ចម្លងឯកសារមិនមែនឯកសារដើម។ មជ្ឈមណ្ឌលជំនួយមិនអាចប្រគល់ឯកសារណាមួយត្រឡប់មកវិញបានទេ។
- បំពេញទម្រង់បែបបទជំនួយការដែលទទួលបានការអនុញ្ញាត ប្រសិនបើមាននរណាម្នាក់កំពុងជួយអ្នកជាមួយ IMR របស់អ្នក។ អ្នកអាចទទួលបានទម្រង់បែបបទនេះនៅ www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForms.aspx ឬទូរសព្ទទៅមជ្ឈមណ្ឌលជំនួយរបស់ក្រសួងតាមរយៈលេខ 1-888-466-2219។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរតែទូរសព្ទទៅលេខ 1-877-688-9891។
- បញ្ជូនទម្រង់បែបបទ IMR/បណ្តឹងតវ៉ា និងឯកសារភ្ជាប់ណាមួយទៅកាន់ DMHC តាមអនឡាញនៅ៖ www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint

- បញ្ជូនតាមប្រៃសណីយ៍ ឬទូរសារ៖

  មណ្ឌលជំនួយ
  ក្រសួងថែទាំសុខភាពក្រោមការគ្រប់គ្រងរដ្ឋ California
  980 Ninth Street, Suite 500
  Sacramento, CA 95814-2725
  ទូរសារ៖ 1-916-255-5241

ក្នុងរយៈពេលប្រាំពីរថ្ងៃ DMHC នឹងពិនិត្យមើលពាក្យសុំរបស់អ្នក ហើយផ្ញើលិខិតបញ្ជាក់ការទទួលបានមួយជូនអ្នក។ ប្រសិនបើ DMHC កំណត់ថាករណីនេះមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ IMR នោះការសម្រេចចិត្តរបស់ IMR នឹងត្រូវបានធ្វើឡើងក្នុងរយៈពេល 45 ថ្ងៃ បន្ទាប់ពីទទួលបានឯកសារដែលចាំបាច់ទាំងអស់។

ប្រសិនបើករណីរបស់អ្នកមានសភាពបន្ទាន់ ហើយអ្នកមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ IMR ជាទូទៅការសម្រេចចិត្តរបស់ IMR នឹងត្រូវបានធ្វើឡើងក្នុងរយៈពេលប្រាំពីរថ្ងៃ បន្ទាប់ពីទទួលបានឯកសារដែលចាំបាច់ទាំងអស់។

ប្រសិនបើអ្នកមិនពេញចិត្តនឹងលទ្ធផលនៃ IMR ទេ អ្នកនៅតែអាចស្នើសុំសវនាការរដ្ឋបាន

IMR អាចចំណាយពេលយូរជាងនេះ ប្រសិនបើ DMHC មិនទទួលបានកំណត់ត្រាវេជ្ជសាស្ត្រទាំងអស់ដែលចាំបាច់ពីអ្នក ឬវេជ្ជបណ្ឌិតដែលព្យាបាលអ្នក។ ប្រសិនបើអ្នកកំពុងប្រើប្រាស់វេជ្ជបណ្ឌិតដែលមិនស្ថិតនៅក្នុងបណ្តាញគម្រោងសុខភាពរបស់អ្នក វាមានសារៈសំខាន់ណាស់ដែលអ្នកត្រូវស្វែងរក និងផ្ញើកំណត់ត្រាវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នកពីវេជ្ជបណ្ឌិតនោះមកឱ្យយើង។ គម្រោងសុខភាពរបស់អ្នកតម្រូវឱ្យទទួលបានថ្លៃបច្ចប្បន្នភាពចម្លងនៃកំណត់ត្រាវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នកពីវេជ្ជបណ្ឌិតដែលស្ថិតនៅក្នុងបណ្តាញ។

ប្រសិនបើ DMHC សម្រេចថាករណីរបស់អ្នកមិនមានសិទ្ធិទទួលបាន IMR ទេ DMHC នឹងពិនិត្យមើលករណីរបស់អ្នកតាមរយៈដំណើរការបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នកប្រើប្រាស់ជាប្រចាំរបស់ខ្លួន។ បណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នកតួរតែត្រូវបានដោះស្រាយក្នុងរយៈពេល 30 ថ្ងៃតាមប្រតិទិន បន្ទាប់ពីការដាក់ស្នើពាក្យសុំដែលបានបំពេញរួចរាល់។ ប្រសិនបើបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នកមានសភាពបន្ទាន់ វានឹងត្រូវបានដោះស្រាយលឿនជាងនេះ។

(2) *សវនាការរដ្ឋ*

អ្នកអាចស្នើសុំសវនាការរដ្ឋសម្រាប់សេវាកម្ម និងទំនិញដែលរ៉ាប់រងដោយ Medi-Cal បាន។ ប្រសិនបើវេជ្ជបណ្ឌិត ឬអ្នកផ្តល់សេវាផ្សេងទៀតរបស់អ្នក ស្នើសុំសេវាកម្ម ឬទំនិញដែលយើងមិនអនុម័ត ឬយើងនឹងមិនបន្តបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាកម្ម ឬទំនិញដែលអ្នកទទួលបានរួចហើយ ហើយយើងបាននិយាយថាទេចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិតទី 1 របស់អ្នក អ្នកមានសិទ្ធិស្នើសុំសវនាការរដ្ឋ។

ក្នុងករណីភាគច្រើន **អ្នកមានពេល 120 ថ្ងៃ ដើម្បីស្នើសុំសវនាការរដ្ឋ** បន្ទាប់ពីសេចក្តីជូនដំណឹង “លិខិតសម្រេចលើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍” ត្រូវបានផ្ញើតាមប្រៃសណីយ៍ទៅកាន់អ្នក។

ចំណាំ៖ ប្រសិនបើអ្នកស្នើសុំសវនាការរដ្ឋ ដោយសារយើងបានប្រាប់អ្នកថាសេវាកម្មដែលអ្នកទទួលបានបច្ចុប្បន្ននឹងត្រូវបានផ្លាស់ប្តូរ ឬបញ្ឈប់ **អ្នកមានពេលតិចថ្ងៃជាងមុនក្នុងការដាក់ស្នើសុំរបស់អ្នក** ប្រសិនបើអ្នកចង់បន្តទទួលបានសេវាកម្មនោះ ខណៈពេលដែលសវនាការរដ្ឋរបស់អ្នកកំពុងរង់ចាំការដោះស្រាយ។ សូមមើលទៅ **ផ្នែក F4** សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីថាតើអត្ថប្រយោជន៍បន្តឬអត់ក្នុងអំឡុងពេលបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2។

អ្នកអាចស្នើសុំសវនាការរដ្ឋតាមរបៀបដូចតទៅនេះបាន៖

- តាមអនឡាញនៅ www.cdss.ca.gov។
- តាមទូរសព្ទ៖ ទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-743-8525។ លេខនេះអាចជាប់រវល់ខ្លាំងណាស់។ អ្នកអាចទទួលសារមួយដើម្បីហៅទូរសព្ទមកអ្នកវិញនៅពេលក្រោយ។ ប្រសិនបើអ្នកមិនអាចនិយាយ ឬស្តាប់បានច្បាស់ទេ សូមទូរសព្ទទៅលេខ TTY/TDD 1-800-952-8349។
- ជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ៖ បំពេញទម្រង់បែបបទសវនាការរដ្ឋ ឬសរសេរលិខិត។ ផ្ញើវាតាមប្រៃសណីយ៍ ឬតាមទូរសារទៅកាន់៖
- សំបុត្រប្រៃសណីយ៍៖ California Department of Social Services State Hearings Division P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-433 Sacramento, CA 94244-2430
- ទូរសារ៖ (916) 309-3487 ឬលេខឥតគិតថ្លៃនៅ 1-833-281-0903
- អ្នកអាចបំពេញ “សំណើសុំសវនាការរដ្ឋ” នៅផ្នែកខាងខ្នងនៃសេចក្តីជូនដំណឹងអំពីចំណាត់ការ។ សូមប្រាកដថាបានរួមបញ្ចូល ឈ្មោះ អាសយដ្ឋាន លេខទូរសព្ទ លេខសន្តិសុខសង្គម និង/ឬលេខ CIN របស់អ្នក និងមូលហេតុដែលអ្នកចង់បានសវនាការរដ្ឋ។ បើមាននរណាម្នាក់ដែលកំពុងជួយអ្នកស្នើសុំឱ្យមានសវនាការរដ្ឋ សូមបន្ថែមឈ្មោះ អាសយដ្ឋាន និងលេខទូរសព្ទរបស់ពួកគេទៅក្នុងទម្រង់បែបបទស្នើសុំ ឬលិខិតនេះ។ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ សូមប្រាប់ផ្នែកសវនាការរដ្ឋអំពីភាសាដែលអ្នកនិយាយ។ អ្នកនឹងមិនចាំបាច់បង់ថ្លៃសេវាឱ្យអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ទេ។ ផ្នែកសវនាការរដ្ឋនឹងរកអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ម្នាក់ជូនអ្នក។ ប្រសិនបើអ្នកមានពិការភាព ផ្នែកសវនាការរដ្ឋអាចផ្តល់ជូនអ្នកនូវការសម្របតាមតម្រូវការពិសេសមួយដោយឥតគិតថ្លៃដើម្បីជួយឱ្យអ្នកចូលរួមក្នុងសវនាការនេះបាន។ សូមរួមបញ្ចូលព័ត៌មានស្តីពីពិការភាព និងការសម្របតាមតម្រូវការដែលអ្នកត្រូវការ។

អ្នកនឹងមិនចាំបាច់បង់ប្រាក់សម្រាប់សវនាការរដ្ឋ ឬ IMR នោះទេ។

អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានទាំងសវនាការរដ្ឋ និង IMR។ ប៉ុន្តែប្រសិនបើអ្នកស្នើសុំសវនាការរដ្ឋជាមុន ហើយសវនាការនោះបានកើតឡើងរួចហើយ អ្នកមិនអាចស្នើសុំ IMR បានទេ។ ក្នុងករណីនេះ សវនាការរដ្ឋធ្វើការវិនិច្ឆ័យសម្រេចចុងក្រោយ។ ការសម្រេចចិត្តលើអត្ថប្រយោជន៍ឱសថស្ថាន Medi-Cal Rx មិនស្ថិតក្រោមដំណើរការ IMR នោះទេ។

ផ្នែកខាងក្រោមនឹងផ្តល់ជូនអ្នកនូវព័ត៌មានបន្ថែមអំពីរបៀបស្នើសុំសវនាការរដ្ឋ ឬ IMR។

បណ្តឹងតវ៉ា និងបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ដែលទាក់ទងនឹងអត្ថប្រយោជន៍ឱសថស្ថាន Medi-Cal Rx មិនត្រូវបានដោះស្រាយដោយ Kaiser Permanente ទេ។ អ្នកអាចដាក់បណ្តឹងតវ៉ា និងបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍អំពីអត្ថប្រយោជន៍ឱសថស្ថាន Medi-Cal Rx ដោយទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-977-2273 (TTY 1-800-977-2273 ហើយចុចលេខ 5 ឬ 711)។ ទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយ បណ្តឹងតវ៉ា និងបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ដែលទាក់ទងនឹងអត្ថប្រយោជន៍ឱសថស្ថានដែលមិនស្ថិតក្រោម Medi-Cal Rx អាចមានសិទ្ធិទទួលបានសម្រាប់ការត្រួតពិនិត្យផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រឯករាជ្យ។ ប្រសិនបើអ្នកមិនយល់ស្របនឹងការសម្រេចចិត្តដែលទាក់ទងនឹងអត្ថប្រយោជន៍ឱសថស្ថាន Medi-Cal Rx របស់អ្នកទេ អ្នកអាចស្នើសុំសវនាការរដ្ឋបាន។

ចំណាំ៖ ទំនិញ និងសេវាកម្មដែលអ្នកទទួលបានក្រោមកម្មវិធីគាំទ្រសហគមន៍ មិនមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ IMR ទេ។

ផ្នែកសវនាការរដ្ឋផ្តល់ការសម្រេចចិត្តរបស់ពួកគេដល់អ្នកជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ ហើយពន្យល់ពីហេតុផល។

- ប្រសិនបើផ្នែកសវនាការរដ្ឋនិយាយថា **យល់ព្រម**ចំពោះផ្នែកណាមួយ ឬទាំងអស់នៃសំណើសុំសម្រាប់ទំនិញ ឬសេវាកម្មវេជ្ជសាស្ត្រ យើងត្រូវតែអនុញ្ញាត ឬផ្តល់សេវាកម្ម ឬទំនិញនោះ**ក្នុងរយៈពេល 72 ម៉ោង** បន្ទាប់ពីយើងទទួលបានការសម្រេចចិត្តរបស់ពួកគេ។
- ប្រសិនបើផ្នែកសវនាការរដ្ឋនិយាយថា **ទេ**ចំពោះផ្នែកណាមួយ ឬទាំងអស់នៃបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក វាមានន័យថាពួកគេយល់ស្របថាយើងមិនគួរអនុម័តសំណើសុំរបស់អ្នក (ឬផ្នែកណាមួយនៃសំណើសុំរបស់អ្នក) សម្រាប់ការធានារ៉ាប់រងលើការថែទាំវេជ្ជសាស្ត្រនោះទេ។ នេះត្រូវបានហៅថា “ការរក្សាទុកការសម្រេចចិត្ត” ឬ “ការច្រានចោលបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក។”

ប្រសិនបើការសម្រេចចិត្តរបស់ IRO ឬសវនាការរដ្ឋគឺ **ទេ**សម្រាប់ផ្នែកណាមួយ ឬទាំងអស់នៃសំណើសុំរបស់អ្នក អ្នកមានសិទ្ធិប្តឹងឧទ្ធរណ៍បន្តែម។

ប្រសិនបើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 របស់អ្នកបានទៅដល់ **IRO** អ្នកអាចប្តឹងឧទ្ធរណ៍ម្តងទៀតបាន លុះត្រាតែតម្លៃជាប្រាក់នៃសេវាកម្ម ឬទំនិញដែលអ្នកចង់បានបំពេញតាមចំនួនអប្បបរមាជាក់លាក់មួយ។ ALJ ឬមេធាវីជាអ្នកកាត់ក្តីដោះស្រាយបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 3។ **លិខិតដែលអ្នកទទួលបានពី IRO ពន្យល់ពីសិទ្ធិប្តឹងឧទ្ធរណ៍បន្តែមដែលអ្នកអាចមាន។**

លិខិតដែលអ្នកទទួលបានពីផ្នែកសវនាការរដ្ឋពិពណ៌នាអំពីជម្រើសនៃបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍បន្ទាប់។

សូមមើលទៅ**ផ្នែក J** សម្រាប់ព័ត៌មានបន្តែមអំពីសិទ្ធិបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នកបន្ទាប់ពីកម្រិត 2។

F5. បញ្ហាការបង់ប្រាក់

យើងមិនអនុញ្ញាតឱ្យអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញរបស់យើងចេញវិក្កយបត្រឱ្យអ្នកសម្រាប់សេវាកម្ម និងទំនិញដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងនោះទេ។ នេះគឺជាការពិត សូម្បីតែក្នុងករណីដែលយើងបង់ប្រាក់ឱ្យអ្នកផ្តល់សេវាតិចជាងតម្លៃដែលអ្នកផ្តល់សេវាគិតថ្លៃសម្រាប់សេវាកម្ម ឬទំនិញដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងក៏ដោយ។ អ្នកមិនតម្រូវឱ្យបង់ប្រាក់ដែលនៅសល់នៃវិក្កយបត្រណាមួយឡើយ។ ចំនួនទឹកប្រាក់តែមួយគត់ដែលអ្នកតួរតែត្រូវបានស្នើសុំឱ្យបង់ គឺជាការចែករំលែកការចំណាយដែលបានពិពណ៌នានៅក្នុងតារាងអត្ថប្រយោជន៍នៅក្នុង**ជំពូកទី 4** (ប្រសិនបើអ្នកបាត់បង់ Medi-Cal ពេញលេញ) ឬនៅក្នុង**ជំពូកទី 6** (សម្រាប់ឱសថរបស់អ្នក)។

ប្រសិនបើអ្នកទទួលបានវិក្កយបត្រដែលមានចំនួនទឹកប្រាក់ច្រើនជាងការបង់ប្រាក់រួមរបស់អ្នកសម្រាប់សេវាកម្ម និងទំនិញដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រង សូមផ្ញើវិក្កយបត្រនោះមកយើង។ កុំបង់វិក្កយបត្រនោះដោយខ្លួនឯង។ យើងនឹងទាក់ទងទៅអ្នកផ្តល់សេវាដោយផ្ទាល់ ហើយដោះស្រាយបញ្ហានេះ។ ប្រសិនបើអ្នកបានបង់វិក្កយបត្រនេះ អ្នកអាចទទួលបានប្រាក់បង្វិលសងពីគម្រោងរបស់យើង ប្រសិនបើអ្នកបានអនុវត្តតាមវិធានការសម្រាប់ការទទួលបានសេវាកម្ម ឬទំនិញ។

សម្រាប់ព័ត៌មានបន្តែម សូមមើលទៅ**ជំពូកទី 7** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះ។ វាពិពណ៌នាអំពីស្ថានភាពនៅពេលដែលអ្នកអាចនឹងត្រូវស្នើសុំឱ្យយើងសងប្រាក់ត្រឡប់ទៅអ្នកវិញ ឬបង់វិក្កយបត្រដែលអ្នកទទួលបានពីអ្នកផ្តល់សេវា។ វាក៏ប្រាប់ពីរបៀបផ្ញើឯកសារមកយើង ដើម្បីស្នើសុំការបង់ប្រាក់ពីយើងផងដែរ។

ប្រសិនបើអ្នកស្នើសុំឱ្យសងប្រាក់ត្រឡប់មកវិញ មានន័យថាអ្នកកំពុងស្នើសុំសេចក្តីសម្រេចចិត្តលើការធានារ៉ាប់រង។ យើងនឹងពិនិត្យមើលថាតើសេវាកម្ម ឬទំនិញដែលអ្នកបានបង់ប្រាក់ត្រូវបានធានារ៉ាប់រងឬអត់ ហើយថាតើអ្នកបានអនុវត្តតាមវិធានការទាំងអស់សម្រាប់ការប្រើប្រាស់ការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកឬអត់។

- ប្រសិនបើសេវាកម្ម ឬទំនិញដែលអ្នកបានបង់ប្រាក់ត្រូវបានធានារ៉ាប់រង ហើយអ្នកបានអនុវត្តតាមវិធានទាំងអស់ យើងនឹងផ្ញើប្រាក់ចំណែកនៃការចំណាយរបស់យើងសម្រាប់សេវាកម្ម ឬទំនិញនោះជូនអ្នកជាទូទៅក្នុងរយៈពេល 30 ថ្ងៃតាមប្រតិទិន ប៉ុន្តែមិនឱ្យលើសពី 60 ថ្ងៃតាមប្រតិទិន បន្ទាប់ពីយើងទទួលបានសំណើសុំរបស់អ្នក។

- ប្រសិនបើអ្នកមិនទាន់បានបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាកម្ម ឬទំនិញនោះទេ យើងនឹងផ្ញើប្រាក់បង់នោះដោយផ្ទាល់ទៅអ្នកផ្តល់សេវា។ នៅពេលយើងផ្ញើប្រាក់បង់ វាមានន័យដូចគ្នាទៅនឹងការនិយាយថា **យល់ព្រម**ចំពោះសំណើសុំរបស់អ្នកសម្រាប់សេចក្តីសម្រេចចិត្តលើការធានារ៉ាប់រងដែរ។

- ប្រសិនបើសេវាកម្ម ឬទំនិញមិនត្រូវបានធានារ៉ាប់រង ឬអ្នកមិនបានអនុវត្តតាមវិធានការទាំងអស់ទេ យើងនឹងផ្ញើលិខិតមួយជូនអ្នកដោយប្រាប់អ្នកថាយើងនឹងមិនបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាកម្ម ឬទំនិញនោះទេ ព្រមទាំងពន្យល់ពីមូលហេតុ។

ប្រសិនបើអ្នកមិនយល់ស្របនឹងការសម្រេចចិត្តរបស់យើងក្នុងការមិនបង់ប្រាក់ទេ **អ្នកអាចធ្វើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍បាន។** អនុវត្តតាមដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ដែលបានពិពណ៌នានៅក្នុង**ផ្នែក F3**។ នៅពេលអ្នកអនុវត្តតាមការណែនាំទាំងនេះ សូមចំណាំ៖

- ប្រសិនបើអ្នកធ្វើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ដើម្បីឱ្យយើងសងប្រាក់ត្រឡប់ទៅអ្នកវិញ យើងត្រូវតែផ្តល់ចម្លើយដល់អ្នកក្នុងរយៈពេល 30 ថ្ងៃតាមប្រតិទិន បន្ទាប់ពីយើងទទួលបានបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក។

ប្រសិនបើចម្លើយរបស់យើងចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នកគឺ**ទេ** ហើយ **Medicare** ជារឿយៗតែងធានារ៉ាប់រងសេវាកម្ម ឬទំនិញនេះ យើងនឹងបញ្ជូនករណីរបស់អ្នកទៅកាន់ IRO។ យើងនឹងផ្ញើលិខិតមួយជូនអ្នកប្រសិនបើករណីនេះកើតឡើង។

- ប្រសិនបើ IRO បញ្ជាសការសម្រេចចិត្តរបស់យើង ហើយនិយាយថាយើងគួរតែបង់ប្រាក់ឱ្យអ្នក យើងត្រូវតែផ្ញើប្រាក់បង់នោះទៅអ្នក ឬទៅអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងរយៈពេល 30 ថ្ងៃតាមប្រតិទិន។ ប្រសិនបើចម្លើយចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នកគឺ**យល់ព្រម**នៅដំណាក់កាលណាមួយនៃដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍បន្ទាប់ពីកម្រិត 2 យើងត្រូវតែផ្ញើប្រាក់បង់នោះទៅអ្នក ឬទៅអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពក្នុងរយៈពេល 60 ថ្ងៃតាមប្រតិទិន។

- ប្រសិនបើ IRO និយាយថា**ទេ** ចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក វាមានន័យថាពួកគេយល់ស្របថាយើងមិនគួរអនុម័តសំណើសុំរបស់អ្នកនោះទេ។ នេះត្រូវបានហៅថា “ការរក្សាទុកការសម្រេចចិត្ត” ឬ “ការច្រានចោលបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក។” អ្នកនឹងទទួលបានលិខិតមួយដែលពន្យល់អំពីសិទ្ធិប្តឹងឧទ្ធរណ៍បន្ថែមដែលអ្នកអាចមាន។ សូមមើលទៅ**ផ្នែក J** សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីកម្រិតបន្ថែមទៀតនៃបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍។

ប្រសិនបើចម្លើយរបស់យើងចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នកគឺ**ទេ** ហើយ Medi-Cal តែងតែរ៉ាប់រងសេវាកម្ម ឬទំនិញនេះ អ្នកអាចធ្វើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 ដោយខ្លួនឯងបាន។ សូមមើលទៅ**ផ្នែក F4** សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។

G. ឱសថ Medicare Part D

អត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នកក្នុងនាមជាសមាជិកនៃគម្រោងរបស់យើង រួមមានការធានារ៉ាប់រងសម្រាប់ឱសថជាច្រើនមុខ។ ភាគច្រើននៃឱសថទាំងនេះ គឺជាឱសថ Medicare Part D។ មានឱសថមួយចំនួនដែល Medicare Part D មិនរ៉ាប់រង ប៉ុន្តែ Medi-Cal អាចរ៉ាប់រង។ **ផ្នែកនេះអនុវត្តតែចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ឱសថ Medicare Part D ប៉ុណ្ណោះ។** យើងនឹងហៅថា “ឱសថ” នៅក្នុងផ្នែកដែលនៅសល់នេះ ជំនួសឱ្យការហៅថា “ឱសថ Medicare Part D” រាល់ពេល។

ដើម្បីត្រូវបានធានារ៉ាប់រង ឱសថនោះត្រូវតែត្រូវបានប្រើប្រាស់សម្រាប់ការចង្អុលបង្ហាញដែលត្រូវបានទទួលយកផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ។ នោះមានន័យថាឱសថនេះត្រូវបានយល់ព្រមដោយរដ្ឋបាលចំណីអាហារ និងឱសថ (FDA) ឬគាំទ្រដោយឯកសារយោងផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រជាក់លាក់។ សូមមើលទៅ**ជំពូកទី 5** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក* នេះ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីការចង្អុលបង្ហាញដែលត្រូវបានទទួលយកផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ។

G1. សេចក្តីសម្រេចចិត្តលើការធានារ៉ាប់រង និងបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ Medicare Part D

ខាងក្រោមនេះគឺជាឧទាហរណ៍នៃសេចក្តីសម្រេចចិត្តលើការធានារ៉ាប់រងដែលអ្នកស្នើសុំឱ្យយើងធ្វើឡើងអំពីឱសថ Medicare Part D របស់អ្នក៖

- អ្នកស្នើសុំឱ្យយើងធ្វើការលើកលែង រួមទាំងការស្នើសុំឱ្យយើង៖
  - រ៉ាប់រងឱសថ Medicare Part D ដែលមិនមាននៅលើ *បញ្ជីឱសថ* របស់គម្រោងយើង ឬ
  - លុបចោលការរឹតបន្តឹងលើការធានារ៉ាប់រងរបស់យើងសម្រាប់ឱសថណាមួយ (ដូចជាការកំណត់លើបរិមាណដែលអ្នកអាចទទួលបាន)
- អ្នកសួរយើងថាតើឱសថត្រូវបានធានារ៉ាប់រងសម្រាប់អ្នកឬអត់ (ដូចជានៅពេលដែលឱសថរបស់អ្នកមាននៅលើ *បញ្ជីឱសថ* របស់គម្រោងយើង ប៉ុន្តែយើងត្រូវតែអនុម័តវាសម្រាប់អ្នក មុនពេលយើងរ៉ាប់រងវា)

ចំណាំ៖ ប្រសិនបើឱសថស្ថានរបស់អ្នកប្រាប់អ្នកថាវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកមិនអាចបើកឱសថតាមការសរសេរបានទេ ឱសថស្ថាននឹងផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវសេចក្តីជូនដំណឹងជាលាយលក្ខណ៍អក្សរដែលពន្យល់ពីរបៀបទាក់ទងមកយើង ដើម្បីស្នើសុំសេចក្តីសម្រេចចិត្តលើការធានារ៉ាប់រង។

> សេចក្តីសម្រេចចិត្តលើការធានារ៉ាប់រងដំបូងអំពីឱសថ Medicare Part D របស់អ្នក ត្រូវបានហៅថា **“ការកំណត់ការធានារ៉ាប់រង។”**

- អ្នកស្នើសុំឱ្យយើងបង់ប្រាក់សម្រាប់ឱសថដែលអ្នកបានទិញរួចហើយ។ នេះគឺជាការស្នើសុំសេចក្តីសម្រេចចិត្តលើការធានារ៉ាប់រងអំពីការបង់ប្រាក់។

ប្រសិនបើអ្នកមិនយល់ស្របនឹងសេចក្តីសម្រេចចិត្តលើការធានារ៉ាប់រងដែលយើងបានធ្វើឡើងទេ អ្នកអាចប្តឹងឧទ្ធរណ៍ចំពោះការសម្រេចចិត្តរបស់យើងបាន។ ផ្នែកនេះប្រាប់អ្នកទាំងពីរបៀបស្នើសុំសេចក្តីសម្រេចចិត្តលើការធានារ៉ាប់រង និងរបៀបធ្វើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍។ ប្រើប្រាស់តារាងខាងក្រោមដើម្បីជួយអ្នក។

តើអ្នកស្ថិតក្នុងស្ថានភាពមួយណា?

អ្នកត្រូវការឱសថដែលមិនមាននៅលើបញ្ជីឱសថរបស់យើង ឬត្រូវការឱ្យយើងលុបចោលវិធានការឬការរឹតបន្តឹងលើឱសថដែលយើងរ៉ាប់រង។	អ្នកចង់ឱ្យយើងរ៉ាប់រងឱសថដែលមាននៅលើបញ្ជីឱសថរបស់យើង ហើយអ្នកគិតថាអ្នកបំពេញតាមវិធានការឬការរឹតបន្តឹងរបស់គម្រោង (ដូចជាការទទួលបានការអនុម័តជាមុន) សម្រាប់ឱសថដែលអ្នកត្រូវការ។	អ្នកចង់ស្នើសុំឱ្យយើងសងប្រាក់ត្រឡប់ទៅអ្នកវិញ សម្រាប់ឱសថដែលអ្នកទទួលបាន និងបានបង់ប្រាក់រួចហើយ។	យើងបានប្រាប់អ្នកថាយើងនឹងមិនរ៉ាប់រង ឬបង់ប្រាក់សម្រាប់ឱសថតាមរបៀបដែលអ្នកចង់បាននោះទេ។
អ្នកអាចស្នើសុំឱ្យយើងធ្វើការលើកលែងបាន។ (នេះគឺជាប្រភេទនៃសេចក្តីសម្រេចចិត្តលើការធានារ៉ាប់រង។)	**អ្នកអាចស្នើសុំសេចក្តីសម្រេចចិត្តលើការធានារ៉ាប់រងពីយើងបាន។**	**អ្នកអាចស្នើសុំឱ្យយើងសងប្រាក់ត្រឡប់ទៅអ្នកវិញបាន។** (នេះគឺជាប្រភេទនៃសេចក្តីសម្រេចចិត្តលើការធានារ៉ាប់រង។)	**អ្នកអាចធ្វើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍បាន។** (នេះមានន័យថាអ្នកស្នើសុំឱ្យយើងពិចារណាឡើងវិញ។)
ចាប់ផ្តើមជាមួយ**ផ្នែក G2** បន្ទាប់មកសូមមើលទៅ**ផ្នែក G3 និង G4**។	សូមមើលទៅ**ផ្នែក G4**។	សូមមើលទៅ**ផ្នែក G4**។	សូមមើលទៅ**ផ្នែក G5**។

G2. ការលើកលែង Medicare Part D

ប្រសិនបើយើងមិនរ៉ាប់រងឱសថតាមរបៀបដែលអ្នកចង់បានទេ អ្នកអាចស្នើសុំឱ្យយើងធ្វើ “ការលើកលែង” បាន។ ប្រសិនបើយើងច្រានចោលសំណើសុំរបស់អ្នកសម្រាប់ការលើកលែង អ្នកអាចប្តឹងឧទ្ធរណ៍ចំពោះការសម្រេចចិត្តរបស់យើងបាន។

នៅពេលអ្នកស្នើសុំការលើកលែង វេជ្ជបណ្ឌិត ឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាផ្សេងទៀតរបស់អ្នកត្រូវពន្យល់ពីហេតុផលវេជ្ជសាស្ត្រដែលអ្នកត្រូវការការលើកលែងនេះ។

ការស្នើសុំការធានារ៉ាប់រងឱសថដែលមិនមាននៅលើ *បញ្ជីឱសថ*របស់យើងឬការលុបចោលការរឹតបន្តឹងលើឱសថ ជួនកាលត្រូវបានហៅថា ការស្នើសុំ **“ការលើកលែងបញ្ជីឈ្មោះឱសថ។”**

ការស្នើសុំបង់តម្លៃទាបជាងមុន សម្រាប់ឱសថដែលបានធានារ៉ាប់រង ប៉ុន្តែមិនមែនជាឱសថដែលត្រូវបានផ្តល់អាទិភាព ជួនកាលត្រូវបានហៅថាការស្នើសុំ**ការលើកលែងកម្រិត**។

ខាងក្រោមនេះគឺជាឧទាហរណ៍មួយចំនួននៃការលើកលែងដែលអ្នក ឬវេជ្ជបណ្ឌិត ឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាផ្សេងទៀតរបស់អ្នកអាចស្នើសុំឱ្យយើងធ្វើ៖

1. ការធានារ៉ាប់រងឱសថដែលមិនមាននៅលើ *បញ្ជីឱសថ*របស់យើង

- ប្រសិនបើយើងយល់ព្រមធ្វើការលើកលែង និងរ៉ាប់រងឱសថដែលមិនមាននៅលើ *បញ្ជីឱសថ*របស់យើង អ្នកនឹងទូទាត់ការបង់ប្រាក់រួមដែលអនុវត្តចំពោះឱសថទាំងអស់របស់យើង។
- អ្នកមិនអាចទទួលបានការលើកលែងចំពោះចំនួនការបង់ប្រាក់រួមដែលបានតម្រូវសម្រាប់ឱសថនេះទេ។

2. ការលុបចោលការរឹតបន្តឹងសម្រាប់ឱសថដែលបានធានារ៉ាប់រង

- វិធានការ ឬការរឹតបន្តឹងបន្ថែម អនុវត្តចំពោះឱសថជាក់លាក់នៅលើ *បញ្ជីឱសថ*របស់យើង (សូមមើលទៅ**ជំពូកទី 5** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម)។
- វិធានការ និងការរឹតបន្តឹងបន្ថែមសម្រាប់ឱសថជាក់លាក់រួមមាន៖
  - ការតម្រូវឱ្យប្រើប្រាស់ឱសថទូទៅជំនួសឱ្យឱសថដែលមានម៉ាកយីហោ។
  - ការទទួលបានការអនុម័តរបស់យើងជាមុន មុនពេលយើងយល់ព្រមរ៉ាប់រងឱសថសម្រាប់អ្នក។ នេះជួនកាលត្រូវបានហៅថា “ការអនុញ្ញាតជាមុន (PA)”។
  - ការកំណត់បរិមាណ។ សម្រាប់ឱសថមួយចំនួន មានការរឹតបន្តឹងលើបរិមាណឱសថដែលអ្នកអាចទទួលបាន។
- ប្រសិនបើយើងយល់ព្រមលើការលើកលែងសម្រាប់អ្នក និងលុបចោលការរឹតបន្តឹង អ្នកអាចស្នើសុំការលើកលែងចំពោះចំនួនការបង់ប្រាក់រួមដែលអ្នកត្រូវតម្រូវឱ្យបង់។

3. ការផ្លាស់ប្តូរការធានារ៉ាប់រងនៃឱសថទៅកាន់កម្រិតចំណែកចូលរួមបង់ប្រាក់ដែលទាបជាងមុន។
រាល់ឱសថទាំងអស់នៅលើ *បញ្ជីឱសថ*របស់យើង ស្ថិតនៅក្នុងកម្រិតចំណែកចូលរួមបង់ប្រាក់មួយក្នុងចំណោមប្រាំមួយកម្រិត។ ជាទូទៅ លេខកម្រិតចំណែកចូលរួមបង់ប្រាក់កាន់តែទាប ចំនួនការបង់ប្រាក់រួមដែលបានតម្រូវរបស់អ្នកកាន់តែតិច។

- ជាញឹកញាប់ *បញ្ជីឱសថ* របស់យើងរួមមានឱសថលើសពីមួយសម្រាប់ការព្យាបាលស្ថានភាពជំងឺជាក់លាក់ណាមួយ។ ទាំងនេះត្រូវបានហៅថាឱសថ “ជម្រើសផ្សេង”។
- ប្រសិនបើឱសថជំនួសសម្រាប់ស្ថានភាពវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នកស្ថិតនៅក្នុងកម្រិតចំណែកចូលរួមបង់ប្រាក់ទាបជាងឱសថដែលអ្នកកំពុងប្រើប្រាស់ អ្នកអាចស្នើសុំឱ្យយើងធានារ៉ាប់រងវានៅក្នុងចំនួននៃចំណែកចូលរួមបង់ប្រាក់សម្រាប់ឱសថជំនួសនោះ។ នេះនឹងកាត់បន្ថយចំនួនការបង់ប្រាក់រួមរបស់អ្នកសម្រាប់ឱសថនេះ។
  - ប្រសិនបើឱសថដែលអ្នកកំពុងប្រើប្រាស់គឺជាផលិតផលជីវសាស្ត្រ អ្នកអាចស្នើសុំឱ្យយើងធានារ៉ាប់រងវានៅក្នុងចំនួននៃចំណែកចូលរួមបង់ប្រាក់សម្រាប់កម្រិតទាបបំផុតសម្រាប់ផលិតផលជីវសាស្ត្រជំនួស សម្រាប់ស្ថានភាពរបស់អ្នក។
  - ប្រសិនបើឱសថដែលអ្នកកំពុងប្រើប្រាស់គឺជាឱសថដែលមានម៉ាកយីហោ អ្នកអាចស្នើសុំឱ្យយើងរ៉ាប់រងវានៅក្នុងចំនួននៃចំណែកចូលរួមបង់ប្រាក់សម្រាប់កម្រិតទាបបំផុតសម្រាប់ឱសថជំនួសដែលមានម៉ាកយីហោ សម្រាប់ស្ថានភាពរបស់អ្នក។

- ប្រសិនបើឱសថដែលអ្នកប្រើប្រាស់ជាឱសថទូទៅ អ្នកអាចស្នើសុំយើងឱ្យធានារ៉ាប់រងឱសថនោះ ក្នុងចំនួនទឹកប្រាក់ចំណែកចូលរួមបង់ប្រាក់សម្រាប់កម្រិតទាបបំផុត សម្រាប់ឱសថជម្រើសដែលមានម៉ាកយីហោ ឬឱសថទូទៅសម្រាប់ស្ថានភាពជំងឺរបស់អ្នក។

- អ្នកមិនអាចស្នើសុំយើងខ្ចីឱ្យផ្លាស់ប្តូរកម្រិតនៃចំណែកចូលរួមបង់ប្រាក់សម្រាប់ឱសថណាមួយនៅក្នុងកម្រិត 5 (ឱសថកម្រិតឯកទេស) នោះទេ។

- ប្រសិនបើយើងខ្ចីអនុម័តសំណើសុំការលើកលែងកម្រិតរបស់អ្នក ហើយមានកម្រិតនៃចំណែកចូលរួមបង់ប្រាក់ទាបជាងមួយដែលមានឱសថជម្រើសផ្សេងដែលអ្នកមិនអាចប្រើបាន នោះជាទូទៅ អ្នកត្រូវបង់ប្រាក់ក្នុងចំនួនទាបបំផុត។

G3. ប្រការសំខាន់ៗដែលត្រូវដឹងអំពីការស្នើសុំការលើកលែង

វេជ្ជបណ្ឌិត ឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាផ្សេងទៀតរបស់អ្នក ត្រូវតែប្រាប់យើងអំពីហេតុផលវេជ្ជសាស្ត្រ។

វេជ្ជបណ្ឌិត ឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាផ្សេងទៀតរបស់អ្នក ត្រូវតែផ្តល់ឱ្យយើងខ្ចីនូវសេចក្តីថ្លែងការណ៍ពន្យល់ពីហេតុផលវេជ្ជសាស្ត្រសម្រាប់ការស្នើសុំការលើកលែង។ សម្រាប់សេចក្តីសម្រេចកាន់តែរហ័ស សូមបញ្ចូលព័ត៌មានវេជ្ជសាស្ត្រនេះពីវេជ្ជបណ្ឌិត ឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាផ្សេងទៀតរបស់អ្នក នៅពេលអ្នកស្នើសុំការលើកលែង។

ជាញឹកញាប់ *បញ្ជីឱសថ* របស់យើងរួមមានឱសថលើសពីមួយសម្រាប់ការព្យាបាលស្ថានភាពជំងឺជាក់លាក់ណាមួយ។ ទាំងនេះត្រូវបានហៅថាឱសថ “ជម្រើសផ្សេង”។ ប្រសិនបើឱសថជម្រើសផ្សេងមានប្រសិទ្ធភាពដូចគ្នានឹងឱសថដែលអ្នកស្នើសុំ ហើយនឹងមិនបង្កឱ្យមានផលប៉ះពាល់ ឬបញ្ហាសុខភាពផ្សេងទៀតទេ ជាទូទៅ យើង**មិន**អនុម័តសំណើសុំការលើកលែងរបស់អ្នកឡើយ។ ប្រសិនបើអ្នកស្នើសុំយើងខ្ចីសម្រាប់ការលើកលែងកម្រិត ជាទូទៅ យើងខ្ចី**មិន**អនុម័តសំណើសុំការលើកលែងរបស់អ្នកឡើយ លើកលែងតែឱសថជម្រើសផ្សេងទាំងអស់នៅក្នុងកម្រិតនៃចំណែកចូលរួមបង់ប្រាក់ដែលទាបជាង នឹងមិនមានប្រសិទ្ធភាពសម្រាប់អ្នក ឬមានហានិភ័យបង្កឱ្យមានប្រតិកម្មអវិជ្ជមាន ឬផលប៉ះពាល់ផ្សេងទៀត។

យើងអាចឆ្លើយថាយល់ព្រម ឬទេចំពោះសំណើរបស់អ្នក។

- ប្រសិនបើយើងឆ្លើយថា**យល់ព្រម** ចំពោះសំណើសុំការលើកលែងរបស់អ្នក ជាទូទៅ ការលើកលែងនេះមានសុពលភាពរហូតដល់ដំណាច់ឆ្នាំប្រតិទិន។ នេះជាការពិត ដរាបណាវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកនៅតែបន្តចេញវេជ្ជបញ្ជាឱសថសម្រាប់អ្នក ហើយឱសថនោះនៅតែមានសុវត្ថិភាព និងមានប្រសិទ្ធភាពក្នុងការព្យាបាលស្ថានភាពជំងឺរបស់អ្នក។

- ប្រសិនបើយើងឆ្លើយថា**ទេ** ចំពោះសំណើសុំការលើកលែងរបស់អ្នក អ្នកអាចដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍បាន។ សូមមើល**ផ្នែក G5** សម្រាប់ព័ត៌មានស្តីពីការដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ ប្រសិនបើយើងឆ្លើយថា **ទេ។**

ផ្នែកបន្ទាប់ប្រាប់អ្នកពីរបៀបស្នើសុំសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង រួមទាំងការលើកលែង។

G4. ការស្នើសុំសេចក្តីសម្រេចចិត្តលើការធានារ៉ាប់រង រួមទាំងការលើកលែង

- សូមស្នើសុំប្រភេទសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងដែលអ្នកចង់បានដោយទូរសព្ទទៅសេវាបម្រើសមាជិកតាមរយៈលេខ 1-800-443-0815 (TTY 711) សរសេរលិខិត ឬផ្ញើទូរសារមកកាន់យើង។ អ្នកតំណាងរបស់អ្នក ឬវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក (ឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាផ្សេងទៀត) អាចធ្វើដូច្នេះបាន។ សូមបញ្ចូលឈ្មោះរបស់អ្នក ព័ត៌មានទំនាក់ទំនង និងព័ត៌មានអំពីការទាមទារ។

- អ្នក ឬវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក (ឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាផ្សេងទៀត) ឬអ្នកផ្សេងទៀតដែលធ្វើសកម្មភាពក្នុងនាមអ្នក អាចស្នើសុំសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងបាន។ អ្នកក៏អាចមានមេធាវីធ្វើសកម្មភាពក្នុងនាមអ្នកផងដែរ។

- សូមមើល**ផ្នែក E3** ដើម្បីស្វែងយល់ពីរបៀបចាត់តាំងនរណាម្នាក់ជាតំណាងរបស់អ្នក។

- អ្នកមិនចាំបាច់ផ្តល់ការអនុញ្ញាតជាលាយលក្ខណ៍អក្សរទៅកាន់វេជ្ជបណ្ឌិត ឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាផ្សេងទៀតរបស់អ្នក ដើម្បីស្នើសុំសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងក្នុងនាមអ្នកនោះទេ។

- ប្រសិនបើអ្នកចង់ស្នើសុំឱ្យយើងសងប្រាក់អ្នកវិញសម្រាប់ឱសថ សូមមើល**ជំពូកទី 7** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិកនេះ*។

- ប្រសិនបើអ្នកស្នើសុំការលើកលែង សូមផ្តល់ឱ្យយើងខ្ញុំនូវ “សេចក្តីថ្លែងការណ៍គាំទ្រ”។ សេចក្តីថ្លែងការណ៍គាំទ្ររួមមានហេតុផលវេជ្ជសាស្ត្ររបស់វេជ្ជបណ្ឌិត ឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាផ្សេងទៀតរបស់អ្នក សម្រាប់សំណើសុំការលើកលែង។

- វេជ្ជបណ្ឌិត ឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាផ្សេងទៀតរបស់អ្នកអាចផ្ញើទូរសារ ឬផ្ញើតាមសំបុត្រមកកាន់យើងខ្ញុំនូវសេចក្តីថ្លែងការណ៍គាំទ្រនោះ។ ពួកគេក៏អាចប្រាប់យើងខ្ញុំតាមទូរសព្ទ ហើយបន្ទាប់មកផ្ញើទូរសារ ឬផ្ញើតាមសំបុត្រនូវសេចក្តីថ្លែងការណ៍នោះបានផងដែរ។

ប្រសិនបើសុខភាពរបស់អ្នកទាមទារឱ្យធ្វើដូច្នេះ សូមស្នើសុំយើងខ្ញុំសម្រាប់ “សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងរហ័ស”។

យើងខ្ញុំប្រើប្រាស់ “ពេលវេលាកំណត់ស្តង់ដា” លុះត្រាតែយើងខ្ញុំយល់ព្រមប្រើប្រាស់ “ពេលវេលាកំណត់រហ័ស”។

- **សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងស្តង់ដា**មានន័យថាយើងផ្តល់ចម្លើយឱ្យអ្នកក្នុងរយៈពេល 72 ម៉ោង បន្ទាប់ពីយើងទទួលបានសេចក្តីថ្លែងការណ៍របស់វេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក។

- **សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងរហ័ស**មានន័យថាយើងផ្តល់ចម្លើយឱ្យអ្នកក្នុងរយៈពេល 24 ម៉ោង បន្ទាប់ពីយើងទទួលបានសេចក្តីថ្លែងការណ៍របស់វេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក។

> “សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងរហ័ស” ត្រូវបានហៅថា **“ការកំណត់ការធានារ៉ាប់រងរហ័ស”។**

អ្នកអាចទទួលបានសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងរហ័ស ប្រសិនបើ៖

- វាសម្រាប់ឱសថដែលអ្នកមិនទទួលបាន។ អ្នកមិនអាចទទួលបានសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងរហ័សទេ ប្រសិនបើអ្នកកំពុងស្នើសុំយើងខ្ញុំឱ្យសងប្រាក់អ្នកវិញសម្រាប់ឱសថដែលអ្នកបានទិញរួចហើយ។

- សុខភាព ឬសមត្ថភាពមុខងាររាងកាយរបស់អ្នកនឹងរងផលប៉ះពាល់យ៉ាងធ្ងន់ធ្ងរ ប្រសិនបើយើងខ្ញុំប្រើប្រាស់ពេលវេលាកំណត់ស្តង់ដា។

ប្រសិនបើវេជ្ជបណ្ឌិត ឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាផ្សេងទៀតរបស់អ្នកប្រាប់យើងខ្ញុំថា សុខភាពរបស់អ្នកទាមទារសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងរហ័ស យើងខ្ញុំនឹងពិនិត្យមើលសំណើរបស់អ្នកតាមកាលវិភាគសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងរហ័ស។ យើងខ្ញុំនឹងផ្ញើលិខិតមួយច្បាប់ដែលមានព័ត៌មាននេះទៅអ្នក។

- ប្រសិនបើអ្នកស្នើសុំសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងរហ័សដោយគ្មានការគាំទ្រពីវេជ្ជបណ្ឌិត ឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាផ្សេងទៀតរបស់អ្នក យើងខ្ញុំនឹងសម្រេចថាតើអ្នកទទួលបានសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងរហ័សដែរឬទេ។

- ប្រសិនបើយើងខ្ញុំសម្រេចថាស្ថានភាពវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នកមិនបំពេញតាមតម្រូវការសម្រាប់សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងរហ័សទេ នោះយើងខ្ញុំនឹងប្រើប្រាស់ពេលវេលាកំណត់ស្តង់ដាជំនួសវិញ។

    - យើងខ្ញុំនឹងផ្ញើលិខិតមួយច្បាប់ដែលប្រាប់អ្នកថាយើងខ្ញុំនឹងប្រើប្រាស់ពេលវេលាកំណត់ស្តង់ដា។ លិខិតនោះក៏ប្រាប់អ្នកពីរបៀបដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍អំពីសេចក្តីសម្រេចរបស់យើងខ្ញុំផងដែរ។

    - អ្នកអាចដាក់បណ្តឹងតវ៉ារហ័ស ហើយទទួលបានការឆ្លើយតបក្នុងរយៈពេល 24 ម៉ោង។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីការដាក់បណ្តឹងតវ៉ា រួមទាំងបណ្តឹងតវ៉ារហ័ស **សូមមើលផ្នែក K**។

ពេលវេលាកំណត់សម្រាប់សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងរហ័ស

- ប្រសិនបើយើងខ្ញុំប្រើប្រាស់ពេលវេលាកំណត់រហ័ស យើងខ្ញុំត្រូវតែផ្តល់ចម្លើយឱ្យអ្នកក្នុងរយៈពេល 24 ម៉ោង បន្ទាប់ពីយើងខ្ញុំទទួលបានសំណើរបស់អ្នក។ ប្រសិនបើអ្នកស្នើសុំការលើកលែង យើងខ្ញុំផ្តល់ចម្លើយឱ្យអ្នកក្នុងរយៈពេល 24 ម៉ោង បន្ទាប់ពីយើងខ្ញុំទទួលបានសេចក្តីថ្លែងការណ៍គាំទ្រពីវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក។ យើងផ្តល់ចម្លើយឱ្យអ្នកកាន់តែឆាប់ ប្រសិនបើសុខភាពរបស់អ្នកទាមទារឱ្យធ្វើដូច្នេះ។

- ប្រសិនបើយើងមិនគោរពតាមពេលវេលាកំណត់នេះទេ យើងនឹងបញ្ជូនសំណើរបស់អ្នកទៅកាន់កម្រិត 2 នៃដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ សម្រាប់ការត្រួតពិនិត្យដោយ IRO។ សូមមើល**ផ្នែក G6** សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2។

- ប្រសិនបើយើងខ្ញុំឆ្លើយថា**យល់ព្រម**ចំពោះសំណើរបស់អ្នកមួយផ្នែក ឬទាំងអស់ យើងខ្ញុំផ្តល់ការធានារ៉ាប់រងឱ្យអ្នកក្នុងរយៈពេល 24 ម៉ោង បន្ទាប់ពីយើងខ្ញុំទទួលបានសំណើរបស់អ្នក ឬសេចក្តីថ្លែងការណ៍គាំទ្រពីវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក។

- ប្រសិនបើយើងឆ្លើយថា**ទេ**ចំពោះសំណើរបស់អ្នកមួយផ្នែក ឬទាំងអស់ យើងនឹងផ្ញើលិខិតមួយច្បាប់បញ្ជាក់ពីហេតុផលទៅអ្នក។ លិខិតនោះក៏ប្រាប់អ្នកពីរបៀបដែលអ្នកអាចដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ផងដែរ។

ពេលវេលាកំណត់សម្រាប់សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងស្តង់ដាអំពីឱសថដែលអ្នកមិនទទួលបាន

- ប្រសិនបើយើងប្រើប្រាស់ពេលវេលាកំណត់ស្តង់ដា យើងត្រូវតែផ្តល់ចម្លើយឱ្យអ្នកក្នុងរយៈពេល 72 ម៉ោង បន្ទាប់ពីយើងទទួលបានសំណើរបស់អ្នក។ ប្រសិនបើអ្នកស្នើសុំការលើកលែង យើងផ្តល់ចម្លើយឱ្យអ្នកក្នុងរយៈពេល 72 ម៉ោង បន្ទាប់ពីយើងទទួលបានសេចក្តីថ្លែងការណ៍គាំទ្រពីវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក។ យើងផ្តល់ចម្លើយឱ្យអ្នកកាន់តែឆាប់ ប្រសិនបើសុខភាពរបស់អ្នកទាមទារឱ្យធ្វើដូច្នេះ។

- ប្រសិនបើយើងមិនគោរពតាមពេលវេលាកំណត់នេះទេ យើងនឹងបញ្ជូនសំណើរបស់អ្នកទៅកាន់កម្រិត 2 នៃដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ សម្រាប់ការត្រួតពិនិត្យដោយ IRO។

- ប្រសិនបើយើងខ្ញុំឆ្លើយថា**យល់ព្រម**ចំពោះសំណើរបស់អ្នកមួយផ្នែក ឬទាំងអស់ យើងនឹងផ្តល់ការធានារ៉ាប់រងដល់អ្នកក្នុងរយៈពេល 72 ម៉ោង បន្ទាប់ពីយើងទទួលបានសំណើរបស់អ្នក ឬសេចក្តីថ្លែងការណ៍គាំទ្ររបស់វេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកសម្រាប់ការលើកលែង។

- ប្រសិនបើយើងឆ្លើយថា**ទេ**ចំពោះសំណើរបស់អ្នកមួយផ្នែក ឬទាំងអស់ យើងនឹងផ្ញើលិខិតមួយច្បាប់បញ្ជាក់ពីហេតុផលទៅអ្នក។ លិខិតនោះក៏ប្រាប់អ្នកពីរបៀបដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ផងដែរ។

ពេលវេលាកំណត់សម្រាប់សេចក្តីសម្រេចលើការជានាវ៉ាប់រងស្តង់ដាអំពីឱសថដែលអ្នកបានទិញរួចហើយ

- យើងត្រូវតែផ្តល់ចម្លើយឱ្យអ្នកភ្លាមរយៈពេល 14 ថ្ងៃប្រតិទិន បន្ទាប់ពីយើងទទួលបានសំណើរបស់អ្នក។
- ប្រសិនបើយើងមិនគោរពតាមពេលវេលាកំណត់នេះទេ យើងនឹងបញ្ជូនសំណើរបស់អ្នកទៅកាន់កម្រិត 2 នៃដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ សម្រាប់ការត្រួតពិនិត្យដោយ IRO។
- ប្រសិនបើយើងឆ្លើយថា**យល់ព្រម**ចំពោះសំណើរបស់អ្នកមួយផ្នែកឬទាំងអស់ យើងនឹងសងប្រាក់អ្នកវិញភ្លាមរយៈពេល 14 ថ្ងៃប្រតិទិន។
- ប្រសិនបើយើងឆ្លើយថា**ទេ**ចំពោះសំណើរបស់អ្នកមួយផ្នែក ឬទាំងអស់ យើងនឹងផ្ញើលិខិតមួយច្បាប់បញ្ជាក់ពីហេតុផលទៅអ្នក។ លិខិតនោះក៏ប្រាប់អ្នកពីរបៀបដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ផងដែរ។

G5. ការធ្វើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 1

បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ទៅកាន់គម្រោងរបស់យើងអំពីសេចក្តីសម្រេចលើការជានាវ៉ាប់រងឱសថ Medicare Part D ត្រូវបានហៅថា **"ការកំណត់ឡើងវិញ"** របស់គម្រោង។

- ចាប់ផ្តើម**បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ស្តង់ដា ឬរហ័ស**របស់អ្នកដោយទូរសព្ទទៅលេខ 1-866-206-2973 សរសេរលិខិត ឬផ្ញើទូរសារមកកាន់យើងខ្ញុំ។ អ្នក តំណាងរបស់អ្នក ឬវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក (ឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាផ្សេងទៀត) អាចធ្វើដូច្នេះបាន។ សូមបញ្ជូលឈ្មោះ ព័ត៌មានទំនាក់ទំនងរបស់អ្នក និងព័ត៌មានទាក់ទងនឹងបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក។
- អ្នកត្រូវតែស្នើសុំដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍**ក្នុងរយៈពេល 65 ថ្ងៃប្រតិទិន**ចាប់ពីកាលបរិច្ឆេទនៅលើលិខិតដែលយើងបានផ្ញើប្រាប់អ្នកអំពីសេចក្តីសម្រេចរបស់យើង។
- ប្រសិនបើអ្នកហួសកាលបរិច្ឆេទកំណត់ ហើយមានហេតុផលសមរម្យចំពោះការហួសពេលនេះ យើងអាចផ្តល់ពេលបន្ថែមឱ្យអ្នក ដើម្បីធ្វើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក។ ឧទាហរណ៍នៃហេតុផលសមរម្យមានដូចជាអ្នកមានជំងឺធ្ងន់ធ្ងរ ឬយើងបានផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវព័ត៌មានមិនត្រឹមត្រូវអំពីកាលបរិច្ឆេទកំណត់។ សូមពន្យល់ពីមូលហេតុដែលបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នកយឺតយ៉ាវ នៅពេលអ្នកធ្វើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក។
- អ្នកមានសិទ្ធិស្នើសុំពីយើងនូវច្បាប់ចម្លងនៃព័ត៌មានអំពីបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នកដោយឥតគិតថ្លៃ។ អ្នក និងវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកក៏អាចផ្តល់ឱ្យយើងនូវព័ត៌មានបន្ថែម ដើម្បីគាំទ្រដល់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នកផងដែរ។

ប្រសិនបើសុខភាពរបស់អ្នកតម្រូវឱ្យធ្វើដូច្នេះ សូមស្នើសុំបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍នាប់រហ័ស។

បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍រហ័សក៏ត្រូវបានហៅថា **"ការកំណត់ឡើងវិញរហ័ស"** ផងដែរ។

- ប្រសិនបើអ្នកប្តឹងឧទ្ធរណ៍លើសេចក្តីសម្រេចដែលយើងបានធ្វើអំពីឱសថដែលអ្នកមិនទទួលបាន អ្នក និងវេជ្ជបណ្ឌិត ឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាផ្សេងទៀតរបស់អ្នក សម្រេចថាតើអ្នកត្រូវការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍រហ័សដែរឬទេ។

- តម្រូវការសម្រាប់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍រហ័សគឺដូចគ្នាទៅនឹងតម្រូវការសម្រាប់សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងរហ័សដែរ។ សូមមើលទៅកាន់**ផ្នែក G4** សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។

យើងនឹងពិចារណាលើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក ហើយផ្តល់ចម្លើយដល់អ្នក។

- យើងពិនិត្យមើលបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក ហើយពិនិត្យមើលដោយប្រុងប្រយ័ត្នម្តងទៀតនូវរាល់ព័ត៌មានអំពីសំណើសុំការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នក។
- យើងពិនិត្យមើលថាតើយើងបានអនុវត្តតាមវិធានឬទេ នៅពេលយើងឆ្លើយថា **ទេ** ចំពោះសំណើរបស់អ្នក។
- យើងអាចទាក់ទងអ្នក ឬវេជ្ជបណ្ឌិត ឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាផ្សេងទៀតរបស់អ្នក ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែម។

ពេលវេលាកំណត់សម្រាប់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍រហ័សនៅកម្រិត 1

- ប្រសិនបើយើងប្រើប្រាស់ពេលវេលាកំណត់រហ័ស យើងត្រូវតែផ្តល់ចម្លើយឱ្យអ្នក **ក្នុងរយៈពេល 72 ម៉ោង** បន្ទាប់ពីយើងទទួលបានបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក។
    - យើងផ្តល់ចម្លើយឱ្យអ្នកកាន់តែឆាប់ ប្រសិនបើសុខភាពរបស់អ្នកទាមទារឱ្យធ្វើដូច្នេះ។
    - ប្រសិនបើយើងមិនផ្តល់ចម្លើយដល់អ្នកក្នុងរយៈពេល 72 ម៉ោងទេ យើងត្រូវតែបញ្ជូនសំណើសុំរបស់អ្នកទៅកាន់កម្រិត 2 នៃដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍។ បន្ទាប់មក IRO នឹងពិនិត្យមើលវា។ សូមមើល**ផ្នែក G6** សម្រាប់ព័ត៌មានអំពីអង្គការត្រួតពិនិត្យ និងដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2។
- ប្រសិនបើយើងឆ្លើយថា **យល់ព្រម** ចំពោះសំណើរបស់អ្នកមួយផ្នែក ឬទាំងអស់ យើងត្រូវតែផ្តល់ការធានារ៉ាប់រងដែលយើងបានយល់ព្រមផ្តល់ជូនក្នុងរយៈពេល 72 ម៉ោង បន្ទាប់ពីយើងទទួលបានបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក។
- ប្រសិនបើយើងឆ្លើយថា**ទេ**ចំពោះសំណើរបស់អ្នកមួយផ្នែក ឬទាំងអស់ យើងនឹងផ្ញើលិខិតមួយច្បាប់ដែលពន្យល់ពីហេតុផល និងប្រាប់អ្នកពីរបៀបដែលអ្នកអាចដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍។

ពេលវេលាកំណត់សម្រាប់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ស្តង់ដានៅកម្រិត 1

- ប្រសិនបើយើងប្រើប្រាស់ពេលវេលាកំណត់ស្តង់ដា យើងត្រូវតែផ្តល់ចម្លើយឱ្យអ្នក **ក្នុងរយៈពេលប្រាំពីរថ្ងៃប្រតិទិន**បន្ទាប់ពីយើងទទួលបានបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នកសម្រាប់ឱសថដែលអ្នកមិនទទួលបាន។
- យើងផ្តល់សេចក្តីសម្រេចឱ្យអ្នកកាន់តែឆាប់ ប្រសិនបើអ្នកមិនទទួលបានឱសថ ហើយស្ថានភាពសុខភាពរបស់អ្នកទាមទារឱ្យធ្វើដូច្នេះ។ ប្រសិនបើអ្នកជឿជាក់ថាសុខភាពរបស់អ្នកទាមទារឱ្យធ្វើដូច្នេះ សូមស្នើសុំបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍រហ័ស។
    - ប្រសិនបើយើងមិនផ្តល់សេចក្តីសម្រេចឱ្យអ្នកក្នុងរយៈពេលប្រាំពីរថ្ងៃប្រតិទិនទេ យើងត្រូវតែបញ្ជូនសំណើរបស់អ្នកទៅកាន់កម្រិត 2 នៃដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍។ បន្ទាប់មក IRO នឹងពិនិត្យមើលវា។ សូមមើល**ផ្នែក G6** សម្រាប់ព័ត៌មានអំពីអង្គការត្រួតពិនិត្យ និងដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2។

ប្រសិនបើយើងឆ្លើយថា**យល់ព្រម**ចំពោះសំណើរបស់អ្នកមួយផ្នែក ឬទាំងអស់៖

- យើងត្រូវតែ**ផ្តល់ការធានារ៉ាប់រង**យើងបានយល់ព្រមផ្តល់ជូនឱ្យបានឆាប់តាមដែលសុខភាពរបស់អ្នកទាមទារ ប៉ុន្តែ**មិនឱ្យហួសពីប្រាំពីរថ្ងៃប្រតិទិន** បន្ទាប់ពីយើងទទួលបានបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នកឡើយ។
- យើងត្រូវតែ**ផ្ញើប្រាក់ទូទាត់ទៅអ្នក**សម្រាប់ឱសថដែលអ្នកបានទិញ **ក្នុងរយៈពេល 30 ថ្ងៃប្រតិទិន** បន្ទាប់ពីយើងទទួលបានបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក

ប្រសិនបើយើងឆ្លើយថា **ទេ**ចំពោះសំណើរបស់អ្នកមួយផ្នែក ឬទាំងអស់៖

- យើងផ្ញើលិខិតមួយច្បាប់ដែលពន្យល់ពីហេតុផល និងប្រាប់អ្នកពីរបៀបដែលអ្នកអាចដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍។
- យើងត្រូវតែផ្តល់ចម្លើយឱ្យអ្នកអំពីការសងប្រាក់អ្នកវិញសម្រាប់ឱសថដែលអ្នកបានទិញ **ក្នុងរយៈពេល 14 ថ្ងៃប្រតិទិន** បន្ទាប់ពីយើងទទួលបានបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក។
    - ប្រសិនបើយើងមិនផ្តល់សេចក្តីសម្រេចឱ្យអ្នកក្នុងរយៈពេល 14 ថ្ងៃប្រតិទិនទេ យើងត្រូវតែបញ្ជូនសំណើរបស់អ្នកទៅកាន់កម្រិត 2 នៃដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍។ បន្ទាប់មក IRO នឹងពិនិត្យមើលវា។ សូមមើល**ផ្នែក G6** សម្រាប់ព័ត៌មានអំពីអង្គការត្រួតពិនិត្យ និងដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2។
- ប្រសិនបើយើងឆ្លើយថា**យល់ព្រម**ចំពោះសំណើរបស់អ្នកមួយផ្នែក ឬទាំងអស់ យើងត្រូវតែបង់ប្រាក់ឱ្យអ្នកក្នុងរយៈពេល 30 ថ្ងៃប្រតិទិន បន្ទាប់ពីយើងទទួលបានសំណើរបស់អ្នក។
- ប្រសិនបើយើងឆ្លើយថា**ទេ**ចំពោះសំណើរបស់អ្នកមួយផ្នែក ឬទាំងអស់ យើងនឹងផ្ញើលិខិតមួយច្បាប់ដែលពន្យល់ពីហេតុផល និងប្រាប់អ្នកពីរបៀបដែលអ្នកអាចដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍។

G6. ការធ្វើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2

ប្រសិនបើយើងឆ្លើយថា **ទេ** ចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 1 របស់អ្នក អ្នកអាចទទួលយកសេចក្តីសម្រេចរបស់យើង ឬដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ផ្សេងទៀត។ ប្រសិនបើអ្នកសម្រេចចិត្តដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ផ្សេងទៀត អ្នកប្រើប្រាស់ដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2។ **IRO** ពិនិត្យមើលសេចក្តីសម្រេចរបស់យើងនៅពេលដែលយើងឆ្លើយថា**ទេ**ចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍លើកទីមួយរបស់អ្នក។ អង្គការនេះសម្រេចថាតើយើងគួរផ្លាស់ប្តូរសេចក្តីសម្រេចរបស់យើងដែរឬទេ។

> ឈ្មោះផ្លូវការសម្រាប់ “អង្គការត្រួតពិនិត្យឯករាជ្យ” (IRO) គឺ **“ស្ថាប័នត្រួតពិនិត្យឯករាជ្យ”** ដែលជួនកាលហៅថា **“IRE”**។

ដើម្បីដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 អ្នក តំណាងរបស់អ្នក ឬក្រុមេទ្យ ឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាផ្សេងទៀតរបស់អ្នកត្រូវតែទាក់ទង IRO **ជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ**ហើយស្នើសុំការត្រួតពិនិត្យសំណុំរឿងរបស់អ្នក។

- ប្រសិនបើយើងឆ្លើយថា**ទេ**ចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 1 របស់អ្នក លិខិតដែលយើងផ្ញើទៅអ្នករួមមាន**ការណែនាំអំពីរបៀបដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 ជាមួយ IRO**។ សេចក្តីណែនាំប្រាប់ពីអ្នកដែលអាចដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 តើពេលវេលាកំណត់អ្វីខ្លះដែលអ្នកត្រូវអនុវត្តតាម និងរបៀបទាក់ទងទៅអង្គការ។

- នៅពេលអ្នកដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ទៅកាន់ IRO យើងផ្ញើព័ត៌មានដែលយើងមានអំពីបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នកទៅកាន់អង្គការ។ ព័ត៌មាននេះត្រូវបានហៅថា “ឯកសារសំណុំរឿង” របស់អ្នក។ **អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានច្បាប់ចម្លងឯកសារសំណុំរឿងរបស់អ្នកដោយមិនគិតថ្លៃ។** ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយក្នុងការស្នើសុំច្បាប់ចម្លងឯកសារសំណុំរឿងរបស់អ្នកដោយមិនគិតថ្លៃ សូមទូរសព្ទទៅសេវាបម្រើសមាជិកតាមរយៈលេខ 1-800-443-0815។
- អ្នកមានសិទ្ធិផ្តល់ព័ត៌មានបន្ថែមដល់ IRO ដើម្បីគាំទ្របណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក។

IRO ពិនិត្យមើលបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 របស់ឱសថ Medicare Part D របស់អ្នក ហើយផ្តល់ចម្លើយឱ្យអ្នកជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ។ សូមមើល**ផ្នែក F4** សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពី IRO។

ពេលវេលាកំណត់សម្រាប់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍រហ័សនៅកម្រិត 2

ប្រសិនបើសុខភាពរបស់អ្នកទាមទារឱ្យធ្វើដូច្នេះ សូមស្នើសុំបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍រហ័សពី IRO។

- ប្រសិនបើពួកគេយល់ព្រមចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍រហ័ស ពួកគេត្រូវតែផ្តល់ចម្លើយ**ក្នុងរយៈពេល 72 ម៉ោង** បន្ទាប់ពីទទួលបានសំណើសុំបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក។
- ប្រសិនបើពួកគេឆ្លើយថា**យល់ព្រម** ចំពោះសំណើរបស់អ្នកមួយផ្នែក ឬទាំងអស់ យើងត្រូវតែផ្តល់ការធានារ៉ាប់រងឱសថដែលបានអនុម័ត**ក្នុងរយៈពេល 24 ម៉ោង**បន្ទាប់ពីទទួលបានសេចក្តីសម្រេចរបស់ IRO។

ពេលវេលាកំណត់សម្រាប់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ស្តង់ដានៅកម្រិត 2

ប្រសិនបើអ្នកមានបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ស្តង់ដានៅកម្រិត 2 នោះ IRO ត្រូវតែផ្តល់ចម្លើយឱ្យអ្នក៖

- **ក្នុងរយៈពេលប្រាំពីរថ្ងៃប្រតិទិន** បន្ទាប់ពីពួកគេទទួលបានបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នកសម្រាប់ឱសថដែលអ្នកមិនទទួលបាន។
- **ក្នុងរយៈពេល 14 ថ្ងៃប្រតិទិន** បន្ទាប់ពីទទួលបានបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នកសម្រាប់ការសងប្រាក់វិញសម្រាប់ឱសថដែលអ្នកបានទិញ។

ប្រសិនបើ IRO ឆ្លើយថា**យល់ព្រម**ចំពោះសំណើរបស់អ្នកមួយផ្នែក ឬទាំងអស់៖

- យើងត្រូវតែផ្តល់ការធានារ៉ាប់រងឱសថដែលបានអនុម័ត**ក្នុងរយៈពេល 72 ម៉ោង** បន្ទាប់ពីយើងទទួលបានសេចក្តីសម្រេចរបស់ IRO។
- យើងត្រូវតែសងប្រាក់អ្នកវិញសម្រាប់ឱសថដែលអ្នកបានទិញក្នុងរយៈពេល 30 ថ្ងៃប្រតិទិន បន្ទាប់ពីយើងទទួលបានសេចក្តីសម្រេចរបស់ IRO។
- ប្រសិនបើ IRO **បដិសេធ**បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក វាមានន័យថាពួកគេយល់ស្របនឹងសេចក្តីសម្រេចរបស់យើងក្នុងការមិនអនុម័តសំណើរបស់អ្នក។ នេះត្រូវបានហៅថា “ការរក្សាទុកការសម្រេចចិត្ត” ឬ “ការច្រានចោលបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក។”

ប្រសិនបើ IRO ឆ្លើយថា **ទេ**ចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 របស់អ្នក អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 3 ប្រសិនបើតម្លៃជាទឹកប្រាក់នៃការធានារ៉ាប់រងឱសថដែលអ្នកស្នើសុំ បំពេញតាមតម្លៃជាទឹកប្រាក់អប្បបរមា។ ប្រសិនបើតម្លៃជាទឹកប្រាក់នៃការធានារ៉ាប់រងឱសថដែលអ្នកស្នើសុំគិតជាឯកតាចំនួនអប្បបរមាដែលតម្រូវ អ្នកមិនអាចដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ផ្សេងទៀតបានទេ។ ក្នុងករណីនោះ សេចក្តីសម្រេចនៃបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 គឺជាស្ថាពរ។ IRO ផ្ញើលិខិតមួយច្បាប់ទៅអ្នកដែលប្រាប់អ្នកអំពីតម្លៃជាទឹកប្រាក់អប្បបរមាដែលត្រូវការ ដើម្បីបន្តបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 3។

ប្រសិនបើតម្លៃជាទឹកប្រាក់នៃសំណើរបស់អ្នកបំពេញតាមតម្រូវការ អ្នកអាចជ្រើសរើសថាតើអ្នកចង់បន្តបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នកឬអត់។

- មានកម្រិតបន្ថែមចំនួនបីនៅក្នុងដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍បន្ទាប់ពីកម្រិត 2។
- ប្រសិនបើ IRO ឆ្លើយថា**ទេ**ចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 របស់អ្នក ហើយអ្នកបំពេញតាមតម្រូវការដើម្បីបន្តដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ អ្នក៖
  - សម្រេចចិត្តថាតើអ្នកចង់ដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 3 ដែរឬទេ។
  - សូមមើលលិខិតដែល IRO បានផ្ញើទៅអ្នកបន្ទាប់ពីបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 របស់អ្នក សម្រាប់ព័ត៌មានលម្អិតអំពីរបៀបដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 3។
- ALJ ឬអ្នកកាត់ក្តីជាមេធាវី ជាអ្នកទទួលបន្តកលើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 3។ សូមមើល**ផ្នែក J** សម្រាប់ព័ត៌មានអំពីបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 3 4 និង 5។

H. ការស្នើសុំឱ្យយើងរ៉ាប់រងលើការស្នាក់នៅមន្ទីរពេទ្យយូរជាងមុន

នៅពេលដែលអ្នកត្រូវបានអនុញ្ញាតឱ្យសម្រាកនៅមន្ទីរពេទ្យ អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានសេវាមន្ទីរពេទ្យទាំងអស់ដែលយើងធានារ៉ាប់រង ដែលមានភាពចាំបាច់ក្នុងការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ និងព្យាបាលជំងឺ ឬរបួសរបស់អ្នក។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីការធានារ៉ាប់រងមន្ទីរពេទ្យរបស់គម្រោងយើង សូមមើល**ជំពូកទី 4** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះ។

ក្នុងអំឡុងពេលដែលអ្នកសម្រាកនៅមន្ទីរពេទ្យដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រង វេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក និងបុគ្គលិកមន្ទីរពេទ្យនឹងធ្វើការជាមួយអ្នកដើម្បីរៀបចំសម្រាប់ថ្ងៃដែលអ្នកចាកចេញពីមន្ទីរពេទ្យ។ ពួកគេក៏ជួយរៀបចំការថែទាំដែលអ្នកអាចត្រូវការបន្ទាប់ពីអ្នកចាកចេញផងដែរ។

- ថ្ងៃដែលអ្នកចាកចេញពីមន្ទីរពេទ្យត្រូវបានហៅថា “កាលបរិច្ឆេទចាកចេញពីមន្ទីរពេទ្យ” របស់អ្នក។
- វេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក ឬបុគ្គលិកមន្ទីរពេទ្យនឹងប្រាប់អ្នកថាតើកាលបរិច្ឆេទចាកចេញពីមន្ទីរពេទ្យរបស់អ្នកគឺជាពេលណា។

ប្រសិនបើអ្នកគិតថាអ្នកត្រូវបានស្នើសុំឱ្យចាកចេញពីមន្ទីរពេទ្យឆាប់ពេក ឬអ្នកព្រួយបារម្ភអំពីការថែទាំរបស់អ្នកបន្ទាប់ពីអ្នកចាកចេញពីមន្ទីរពេទ្យ អ្នកអាចស្នើសុំការសម្រាកនៅមន្ទីរពេទ្យឱ្យបានយូរជាងនេះ។ ផ្នែកនេះប្រាប់អ្នកពីរបៀបស្នើសុំ។

ទោះបីជាមានបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ដែលបានពិភាក្សានៅក្នុង**ផ្នែក H**នេះក៏ដោយ អ្នកក៏អាចដាក់បណ្តឹងតវ៉ាទៅកាន់ និងស្នើសុំ DMHC សម្រាប់ការត្រួតពិនិត្យផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រឯករាជ្យ ដើម្បីបន្តការសម្រាកនៅមន្ទីរពេទ្យរបស់អ្នកផងដែរ។ សូមមើល**ផ្នែក F4** ដើម្បីស្វែងយល់ពីរបៀបដាក់បណ្តឹងតវ៉ាទៅកាន់ និងស្នើសុំ DMHC សម្រាប់ការត្រួតពិនិត្យផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រឯករាជ្យ។ អ្នកអាចស្នើសុំការត្រួតពិនិត្យផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រឯករាជ្យបន្ថែមលើឬជំនួសឱ្យបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 3។

H1. ការស្វែងយល់អំពីសិទ្ធិ Medicare របស់អ្នក

ក្នុងរយៈពេលពីរថ្ងៃបន្ទាប់ពីអ្នកត្រូវបានបញ្ជូនឱ្យចូលសម្រាកនៅមន្ទីរពេទ្យ នរណាម្នាក់នៅឯមន្ទីរពេទ្យ ដូចជាគិលានុបដ្ឋាក ឬបុគ្គលិកសង្គមកិច្ច នឹងផ្តល់លិខិតជូនដំណឹងជាលាយលក្ខណ៍អក្សរមួយច្បាប់ហៅថា “សារសំខាន់ពី Medicare អំពីសិទ្ធិរបស់អ្នក” ដល់អ្នក។ មនុស្សគ្រប់រូបដែលមាន Medicare ទទួលបានច្បាប់ចម្លងនៃលិខិតជូនដំណឹងនេះ នៅពេលណាដែលពួកគេត្រូវបានបញ្ជូនឱ្យចូលសម្រាកនៅមន្ទីរពេទ្យ។

ប្រសិនបើអ្នកមិនទទួលបានលិខិតជូនដំណឹងទេ សូមសួររកវាពីបុគ្គលិកមន្ទីរពេទ្យណាម្នាក់។
ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយ សូមទូរសព្ទទៅសេវាបម្រើសមាជិកតាមលេខនៅខាងក្រោមទំព័រនេះ។
អ្នកក៏អាចទូរសព្ទទៅ Medicare តាមរយៈលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរតែទូរសព្ទទៅលេខ 1-877-486-2048។

- **សូមអានលិខិតជូនដំណឹង**ដោយប្រុងប្រយ័ត្ន ហើយសួរសំណួរ ប្រសិនបើអ្នកមិនយល់។ លិខិតជូនដំណឹងប្រាប់អ្នកអំពីសិទ្ធិរបស់អ្នកក្នុងនាមជាអ្នកជំងឺនៅមន្ទីរពេទ្យ រួមទាំងសិទ្ធិរបស់អ្នកក្នុងការ៖
    - ទទួលបានសេវាដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare ក្នុងអំឡុងពេល និងបន្ទាប់ពីការសម្រាកនៅមន្ទីរពេទ្យរបស់អ្នក។ អ្នកមានសិទ្ធិដឹងថាតើសេវាទាំងនេះមានអ្វីខ្លះ នរណានឹងចេញប្រាក់សម្រាប់សេវាទាំងនោះ និងកន្លែងដែលអ្នកអាចទទួលបានសេវាទាំងនោះ។
    - ចូលរួមក្នុងសេចក្តីសម្រេចណាមួយអំពីរយៈពេលនៃការសម្រាកនៅមន្ទីរពេទ្យរបស់អ្នក។
    - ដឹងពីកន្លែងដែលត្រូវរាយការណ៍ពីក្តីបារម្ភណាមួយដែលអ្នកមានអំពីគុណភាពនៃការថែទាំនៅមន្ទីរពេទ្យរបស់អ្នក។
    - ប្តឹងឧទ្ធរណ៍ ប្រសិនបើអ្នកគិតថាអ្នកកំពុងត្រូវបានឱ្យចាកចេញពីមន្ទីរពេទ្យឆាប់ពេក។
- **ចុះហត្ថលេខាលើលិខិតជូនដំណឹង** ដើម្បីបង្ហាញថាអ្នកបានទទួលវា និងយល់ពីសិទ្ធិរបស់អ្នក។
    - អ្នក ឬអ្នកដែលធ្វើសកម្មភាពក្នុងនាមអ្នកអាចចុះហត្ថលេខាលើលិខិតជូនដំណឹងនេះ។
    - ការចុះហត្ថលេខាលើលិខិតជូនដំណឹង**គ្រាន់តែ** បង្ហាញថាអ្នកបានទទួលព័ត៌មានអំពីសិទ្ធិរបស់អ្នកប៉ុណ្ណោះ។ ការចុះហត្ថលេខា**មិនមាន**ន័យថាអ្នកយល់ព្រមចំពោះកាលបរិច្ឆេទចាកចេញពីមន្ទីរពេទ្យ ដែលវេជ្ជបណ្ឌិត ឬបុគ្គលិកមន្ទីរពេទ្យអាចបានប្រាប់អ្នកនោះទេ។
- **សូមរក្សាទុកច្បាប់ចម្លង**នៃលិខិតជូនដំណឹងដែលបានចុះហត្ថលេខារបស់អ្នក ដើម្បីឱ្យអ្នកមានព័ត៌មានប្រសិនបើអ្នកត្រូវការវា។

ប្រសិនបើអ្នកចុះហត្ថលេខាលើលិខិតជូនដំណឹងនេះលើសពីពីរថ្ងៃ មុនថ្ងៃដែលអ្នកចាកចេញពីមន្ទីរពេទ្យ អ្នកនឹងទទួលបានច្បាប់ចម្លងមួយច្បាប់ទៀត មុនពេលអ្នកចាកចេញពីមន្ទីរពេទ្យ។

អ្នកអាចមើលច្បាប់ចម្លងនៃលិខិតជូនដំណឹងជាមុន ប្រសិនបើអ្នក៖

- ទូរសព្ទទៅសេវាបម្រើសមាជិកតាមលេខនៅខាងក្រោមទំព័រនេះ
- ទូរសព្ទទៅ Medicare តាមរយៈលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរតែទូរសព្ទទៅលេខ 1-877-486-2048។
- ចូលទៅកាន់ www.cms.gov/medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im។

H2. ការធ្វើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 1

ដើម្បីស្នើសុំឱ្យយើងធានារ៉ាប់រងសេវាមន្ទីរពេទ្យអ្នកជំងឺសម្រាកព្យាបាលក្នុងមន្ទីរពេទ្យរបស់អ្នកក្នុងរយៈពេលយូរជាងនេះ សូមដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍។ អង្គការកែលម្អគុណភាព (QIO) ពិនិត្យមើលបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 1 ដើម្បីស្វែងយល់ថាតើកាលបរិច្ឆេទចាកចេញពីមន្ទីរពេទ្យតាមការគ្រោងទុករបស់អ្នក សមស្របផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រសម្រាប់អ្នកឬអត់។

QIO គឺជាក្រុមវេជ្ជបណ្ឌិត និងអ្នកជំនាញថែទាំសុខភាពផ្សេងទៀត ដែលទទួលបានប្រាក់ខែពីរដ្ឋាភិបាលសហព័ន្ធ។ អ្នកជំនាញទាំងនេះត្រួតពិនិត្យ និងជួយកែលម្អគុណភាពសម្រាប់អ្នកដែលមាន Medicare។ ពួកគេមិនមែនជាផ្នែកនៃគម្រោងរបស់យើងទេ។

នៅរដ្ឋ California នោះ QIO គឺ Commence Health។ សូមទូរសព្ទទៅពួកគេតាមរយៈលេខ 1-877-588-1123។ ព័ត៌មានទំនាក់ទំនងក៏មាននៅក្នុងលិខិតជូនដំណឹង “សារសំខាន់ពី Medicare អំពីសិទ្ធិរបស់អ្នក” និងនៅក្នុង**ជំពូកទី 2** ផងដែរ។

ទូរសព្ទទៅ QIO មុនពេលអ្នកចាកចេញពីមន្ទីរពេទ្យ និងមិនឱ្យហួសកាលបរិច្ឆេទចាកចេញពីមន្ទីរពេទ្យតាមការគ្រោងទុករបស់អ្នក។

- **ប្រសិនបើអ្នកទូរសព្ទមុនពេលអ្នកចាកចេញ** អ្នកអាចស្នាក់នៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យបន្ទាប់ពីកាលបរិច្ឆេទចាកចេញពីមន្ទីរពេទ្យតាមការគ្រោងទុករបស់អ្នក ដោយមិនចាំបាច់បង់ប្រាក់ ក្នុងពេលអ្នករង់ចាំសេចក្តីសម្រេចរបស់ QIO អំពីបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក។
- **ប្រសិនបើអ្នកមិនទូរសព្ទដើម្បីប្តឹងឧទ្ធរណ៍ទេ** ហើយអ្នកសម្រេចចិត្តស្នាក់នៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យបន្ទាប់ពីកាលបរិច្ឆេទចាកចេញពីមន្ទីរពេទ្យតាមការគ្រោងទុករបស់អ្នក អ្នកប្រហែលជាត្រូវបង់រាល់ការចំណាយសម្រាប់ការថែទាំនៅមន្ទីរពេទ្យដែលអ្នកទទួលបានបន្ទាប់ពីកាលបរិច្ឆេទចាកចេញពីមន្ទីរពេទ្យតាមការគ្រោងទុករបស់អ្នក។
- ដោយសារការសម្រាកនៅមន្ទីរពេទ្យត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយទាំង Medicare និង Medi-Cal ប្រសិនបើអង្គការកែលម្អគុណភាពមិនទទួលយកសំណើរបស់អ្នកដើម្បីបន្តការសម្រាកនៅមន្ទីរពេទ្យរបស់អ្នកទេ ឬអ្នកជឿជាក់ថាស្ថានភាពរបស់អ្នកគឺបន្ទាន់ មានការពាក់ព័ន្ធនឹងការគំរាមកំហែងដល់សុខភាពរបស់អ្នកភ្លាមៗ និងធ្ងន់ធ្ងរ ឬអ្នកមានការឈឺចាប់ខ្លាំង អ្នកក៏អាចដាក់បណ្តឹងតវ៉ាទៅកាន់ ឬស្នើសុំក្រសួងថែទាំសុខភាពក្រោមការគ្រប់គ្រង (DMHC) នៃរដ្ឋ California សម្រាប់ការត្រួតពិនិត្យផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រឯករាជ្យផងដែរ។ សូមមើល**ផ្នែក F4** ដើម្បីស្វែងយល់ពីរបៀបដាក់បណ្តឹងតវ៉ា និងស្នើសុំ DMHC សម្រាប់ការត្រួតពិនិត្យផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រឯករាជ្យ។

ស្នើសុំជំនួយបើអ្នកត្រូវការវា។ ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ ឬត្រូវការជំនួយនៅពេលណាមួយ៖

- សូមទូរសព្ទទៅសេវាបម្រើសមាជិកតាមលេខនៅខាងក្រោមទំព័រនេះ។
- ទូរសព្ទទៅកម្មវិធីប្រឹក្សា និងតស៊ូមតិផ្នែកធានារ៉ាប់រងសុខភាព (HICAP) តាមរយៈលេខ 1-800-434-0222។

ស្នើសុំការត្រួតពិនិត្យរហ័ស។ ធ្វើសកម្មភាពឱ្យបានរហ័ស និងទាក់ទងទៅ QIO ដើម្បីស្នើសុំការត្រួតពិនិត្យរហ័សនៃការចាកចេញពីមន្ទីរពេទ្យរបស់អ្នក។

ពាក្យផ្លូវច្បាប់សម្រាប់ **“ការត្រួតពិនិត្យរហ័ស”** គឺ **“ការត្រួតពិនិត្យភ្លាមៗ”** ឬ **“ការត្រួតពិនិត្យរហ័ស”**។

អ្វីដែលកើតឡើងក្នុងអំឡុងពេលការត្រួតពិនិត្យរហ័ស

- អ្នកត្រួតពិនិត្យនៅ QIO នឹងសួរអ្នក ឬតំណាងរបស់អ្នកពីមូលហេតុដែលអ្នកគិតថាការធានារ៉ាប់រងគួរតែបន្តបន្ទាប់ពីកាលបរិច្ឆេទចាកចេញពីមន្ទីរពេទ្យតាមការគ្រោងទុក។ អ្នកមិនត្រូវបានតម្រូវឱ្យសរសេរសេចក្តីថ្លែងការណ៍ទេ ប៉ុន្តែអ្នកអាចធ្វើបាន។
- អ្នកត្រួតពិនិត្យនឹងមើលព័ត៌មានវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នក ពិគ្រោះជាមួយវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក និងពិនិត្យមើលព័ត៌មានដែលមន្ទីរពេទ្យ និងគម្រោងរបស់យើងផ្តល់ឱ្យពួកគេ។
- ត្រឹមម៉ោងដប់ពីរថ្ងៃត្រង់ នៃថ្ងៃបន្ទាប់ពីអ្នកត្រួតពិនិត្យប្រាប់គម្រោងរបស់យើងអំពីបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក អ្នកនឹងទទួលបានលិខិតមួយដែលមានបញ្ជាក់ពីកាលបរិច្ឆេទចាកចេញពីមន្ទីរពេទ្យតាមការគ្រោងទុករបស់អ្នក។ លិខិតនោះក៏បញ្ជាក់ពីហេតុផលដែលវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក មន្ទីរពេទ្យ និងយើងគិតថាកាលបរិច្ឆេទចាកចេញពីមន្ទីរពេទ្យនោះគឺជាកាលបរិច្ឆេទត្រឹមត្រូវ និងសមស្របផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រសម្រាប់អ្នកផងដែរ។

> ពាក្យផ្លូវច្បាប់សម្រាប់ការពន្យល់ជាលាយលក្ខណ៍អក្សរនេះគឺ **“លិខិតជូនដំណឹងលម្អិតអំពីការចាកចេញពីមន្ទីរពេទ្យ”។** អ្នកអាចទទួលបានច្បាប់ចម្លងគំរូដោយទូរសព្ទទៅសេវាបម្រើសមាជិកតាមលេខនៅខាងក្រោមទំព័រនេះ ឬ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)។ (អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរតែទូរសព្ទទៅលេខ 1-877-486-2048។) អ្នកក៏អាចមើលលិខិតជូនដំណឹងគំរូតាមអនឡាញតាមរយៈ www.cms.gov/medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im ផងដែរ។

ក្នុងរយៈពេលមួយថ្ងៃពេញ បន្ទាប់ពីទទួលបានព័ត៌មានទាំងអស់ដែលពួកគេត្រូវការ QIO នឹងផ្តល់ចម្លើយរបស់ពួកគេចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក។

ប្រសិនបើ QIO ឆ្លើយថា**យល់ព្រម**ចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក៖

- យើងនឹងផ្តល់ការធានារ៉ាប់រងសម្រាប់សេវាមន្ទីរពេទ្យអ្នកជំងឺសម្រាកព្យាបាលក្នុងមន្ទីរពេទ្យរបស់អ្នកដែលបានធានារ៉ាប់រង ដរាបណាសេវាទាំងនោះមានភាពចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ។

ប្រសិនបើ QIO ឆ្លើយថា**ទេ**ចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក៖

- ពួកគេជឿជាក់ថាកាលបរិច្ឆេទចាកចេញពីមន្ទីរពេទ្យតាមការគ្រោងទុករបស់អ្នកគឺសមស្របផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ។
- ការធានារ៉ាប់រងរបស់យើងសម្រាប់សេវាមន្ទីរពេទ្យអ្នកជំងឺសម្រាកព្យាបាលក្នុងមន្ទីរពេទ្យរបស់អ្នកនឹងបញ្ចប់នៅថ្ងៃត្រង់នៃថ្ងៃបន្ទាប់ពី QIO ផ្តល់ចម្លើយរបស់ពួកគេចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក។
- អ្នកប្រហែលជាត្រូវបង់ថ្លៃដើមពេញលេញនៃការថែទាំនៅមន្ទីរពេទ្យដែលអ្នកទទួលបានបន្ទាប់ពីថ្ងៃត្រង់នៃថ្ងៃបន្ទាប់ពី QIO ផ្តល់ចម្លើយរបស់ពួកគេចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក។
- អ្នកអាចដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 ប្រសិនបើ QIO បដិសេធបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 1 របស់អ្នក **ហើយ** អ្នកស្នាក់នៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យបន្ទាប់ពីកាលបរិច្ឆេទចាកចេញពីមន្ទីរពេទ្យតាមការគ្រោងទុករបស់អ្នក។

H3. ការធ្វើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2

សម្រាប់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 អ្នកត្រូវស្នើសុំឱ្យ QIO ពិនិត្យមើលម្តងទៀតនូវសេចក្តីសម្រេចដែលពួកគេបានធ្វើលើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 1 របស់អ្នក។ សូមទូរសព្ទទៅពួកគេតាមរយៈលេខ 1-877-588-1123។

អ្នកត្រូវតែស្នើសុំការត្រួតពិនិត្យនេះ**ក្នុងរយៈពេល 60 ថ្ងៃប្រតិទិន**បន្ទាប់ពីថ្ងៃដែល QIO បានឆ្លើយថា**ទេ**ចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 1 របស់អ្នក។ អ្នកអាចស្នើសុំការត្រួតពិនិត្យនេះតែក្នុងករណីដែលអ្នកស្នាក់នៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យបន្ទាប់ពីកាលបរិច្ឆេទដែលការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកសម្រាប់ការថែទាំបានបញ្ចប់**ប៉ុណ្ណោះ។**

អ្នកត្រួតពិនិត្យ QIO នឹង៖

- ពិនិត្យមើលដោយប្រុងប្រយ័ត្នម្តងទៀតនូវរាល់ព័ត៌មានទាក់ទងនឹងបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក។
- ប្រាប់អ្នកពីសេចក្តីសម្រេចរបស់ពួកគេអំពីបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 របស់អ្នក ក្នុងរយៈពេល 14 ថ្ងៃប្រតិទិនគិតចាប់ពីថ្ងៃទទួលបានសំណើសុំការត្រួតពិនិត្យលើកទីពីររបស់អ្នក។

ប្រសិនបើ QIO ឆ្លើយថា**យល់ព្រម**ចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក៖

- យើងត្រូវតែសងប្រាក់អ្នកវិញសម្រាប់ចំណែករបស់យើងនៃការចំណាយលើការថែទាំនៅមន្ទីរពេទ្យចាប់តាំងពីថ្ងៃត្រង់នៃថ្ងៃបន្ទាប់ពីកាលបរិច្ឆេទដែល QIO បានបដិសេធបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 1 របស់អ្នក។
- យើងនឹងផ្តល់ការធានារ៉ាប់រងសម្រាប់សេវាមន្ទីរពេទ្យអ្នកជំងឺសម្រាកព្យាបាលក្នុងមន្ទីរពេទ្យរបស់អ្នកដែលបានធានារ៉ាប់រង ដរាបណាសេវាទាំងនោះមានភាពចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ។

ប្រសិនបើ QIO ឆ្លើយថា**ទេ**ចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក៖

- ពួកគេយល់ស្របនឹងសេចក្តីសម្រេចរបស់ពួកគេអំពីបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 1 របស់អ្នក ហើយនឹងមិនផ្លាស់ប្តូរវាទេ។
- ពួកគេផ្តល់លិខិតមួយច្បាប់ទៅអ្នកដែលប្រាប់អ្នកពីអ្វីដែលអ្នកអាចធ្វើបាន ប្រសិនបើអ្នកចង់បន្តដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ និងដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 3។
- អ្នកក៏អាចដាក់បណ្តឹងតវ៉ាទៅកាន់ ឬស្នើសុំ DMHC សម្រាប់ការត្រួតពិនិត្យផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រឯករាជ្យដើម្បីបន្តការសម្រាកនៅមន្ទីរពេទ្យរបស់អ្នកផងដែរ។ សូមមើល**ផ្នែក E4** ដើម្បីស្វែងយល់ពីរបៀបដាក់បណ្តឹងតវ៉ា និងស្នើសុំ DMHC សម្រាប់ការត្រួតពិនិត្យផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រឯករាជ្យ។

ALJ ឬអ្នកកាត់ក្តីជាមេធាវី ជាអ្នកទទួលបន្តកលើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 3។ សូមមើល**ផ្នែក J** សម្រាប់ព័ត៌មានអំពីបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 3 4 និង 5។

I. ការស្នើសុំឱ្យយើងបន្តរ៉ាប់រងលើសេវាវេជ្ជសាស្ត្រជាក់លាក់

ផ្នែកនេះនិយាយតែអំពីសេវាបីប្រភេទដែលអ្នកអាចកំពុងទទួលបានប៉ុណ្ណោះ៖

- សេវាថែទាំសុខភាពតាមផ្ទះ
- ការថែទាំដោយគិលានុបដ្ឋាកជំនាញនៅមណ្ឌលថែទាំជំនាញ **និង**

- ការថែទាំស្ពារនីតិសម្បទាជាអ្នកជំងឺក្រៅ នៅមណ្ឌល CORF ដែលបានអនុម័តដោយ Medicare។ នេះជាទូទៅមានន័យថា អ្នកកំពុងទទួលបានការព្យាបាលសម្រាប់ជំងឺ ឬគ្រោះថ្នាក់ ឬអ្នកកំពុងជាសះស្បើយពីការវះកាត់ធំ។

ជាមួយនឹងសេវាណាមួយក្នុងចំណោមប្រភេទសេវាទាំងបីនេះ អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានសេវាដែលបានធានារ៉ាប់រង ដរាបណាវេជ្ជបណ្ឌិតប្រាប់ថាអ្នកត្រូវការសេវាទាំងនោះ។

នៅពេលយើងសម្រេចចិត្តបញ្ឈប់ការធានារ៉ាប់រងលើសេវាណាមួយក្នុងចំណោមសេវាទាំងនេះ យើងត្រូវតែប្រាប់អ្នក **មុនពេល**សេវារបស់អ្នកបញ្ចប់។ នៅពេលការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកសម្រាប់សេវានោះបញ្ចប់ យើងនឹងបញ្ឈប់ការបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវានោះ។

ប្រសិនបើអ្នកគិតថាយើងកំពុងបញ្ចប់ការធានារ៉ាប់រងលើការថែទាំរបស់អ្នកឆាប់ពេក **អ្នកអាចប្តឹងឧទ្ធរណ៍លើសេចក្តីសម្រេចរបស់យើងបាន។** ផ្នែកនេះប្រាប់អ្នកពីរបៀបស្នើសុំដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍។

I1. ការជូនដំណឹងជាមុន មុនពេលការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកបញ្ចប់

យើងផ្ញើលិខិតជូនដំណឹងជាលាយលក្ខណ៍អក្សរទៅអ្នក ដែលអ្នកនឹងទទួលបានយ៉ាងហោចណាស់ពីរថ្ងៃមុនពេលយើងបញ្ឈប់ការបង់ប្រាក់សម្រាប់ការថែទាំរបស់អ្នក។ នេះត្រូវបានហៅថា “លិខិតជូនដំណឹងពីការមិនធានារ៉ាប់រងរបស់ Medicare”។ លិខិតជូនដំណឹងប្រាប់អ្នកអំពីកាលបរិច្ឆេទដែលយើងនឹងបញ្ឈប់ការធានារ៉ាប់រងលើការថែទាំរបស់អ្នក និងរបៀបប្តឹងឧទ្ធរណ៍លើសេចក្តីសម្រេចរបស់យើង។

អ្នក ឬតំណាងរបស់អ្នកគួរតែចុះហត្ថលេខាលើលិខិតជូនដំណឹង ដើម្បីបង្ហាញថាអ្នកបានទទួលវា។ ការចុះហត្ថលេខាលើលិខិតជូនដំណឹងនេះ គ្រាន់តែបង្ហាញថាអ្នកបានទទួលព័ត៌មាន**ប៉ុណ្ណោះ។** ការចុះហត្ថលេខា**មិន**មានន័យថាអ្នកយល់ស្របនឹងសេចក្តីសម្រេចរបស់យើងទេ។

I2. ការធ្វើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 1

ប្រសិនបើអ្នកគិតថាយើងកំពុងបញ្ចប់ការធានារ៉ាប់រងលើការថែទាំរបស់អ្នកឆាប់ពេក អ្នកអាចប្តឹងឧទ្ធរណ៍លើសេចក្តីសម្រេចរបស់យើងបាន។ ផ្នែកនេះប្រាប់អ្នកអំពីដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 1 និងអ្វីដែលត្រូវធ្វើ។

- **គោរពតាមពេលវេលាកំណត់។** ពេលវេលាកំណត់គឺសារៈសំខាន់។ ស្វែងយល់ និងអនុវត្តតាមពេលវេលាកំណត់ដែលអនុវត្តចំពោះអ្វីដែលអ្នកត្រូវតែធ្វើ។ គម្រោងរបស់យើងក៏ត្រូវអនុវត្តតាមពេលវេលាកំណត់ផងដែរ។ ប្រសិនបើអ្នកគិតថាយើងមិនគោរពតាមពេលវេលាកំណត់របស់យើងទេ អ្នកអាចដាក់បណ្តឹងតវ៉ាបាន។ សូមមើល**ផ្នែក K** សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីបណ្តឹងតវ៉ា។
- **ស្នើសុំជំនួយបើអ្នកត្រូវការវា។** ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ ឬត្រូវការជំនួយនៅពេលណាមួយ៖
  - សូមទូរសព្ទទៅសេវាបម្រើសមាជិកតាមលេខនៅខាងក្រោមទំព័រនេះ។
  - ទូរសព្ទទៅ HICAP តាមរយៈលេខ 1-800-434-0222។
- **ទាក់ទង QIO។**
  - សូមមើល **ផ្នែក H2** ឬមើល**ជំពូកទី 2** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពី QIO និងរបៀបទាក់ទងពួកគេ។
  - សូមស្នើសុំឱ្យពួកគេពិនិត្យមើលបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក និងសម្រេចចិត្តថាតើត្រូវផ្លាស់ប្តូរសេចក្តីសម្រេចរបស់គម្រោងយើងដែរឬទេ។

- **ធ្វើសកម្មភាពឱ្យបានរហ័ស និងស្នើសុំ "បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍តាមផ្លូវរហ័ស"។** សួរទៅ QIO ថាតើវាសមស្របផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រឬអត់ សម្រាប់ការបញ្ចប់ការធានារ៉ាប់រងលើយើងនូវសេវាវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នក។

ពេលវេលាកំណត់របស់អ្នកក្នុងការទាក់ទងទៅកាន់អង្គការនេះ

- អ្នកត្រូវតែទាក់ទងទៅ QIO ដើម្បីចាប់ផ្តើមបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក ត្រឹមថ្ងៃត្រង់ នៃថ្ងៃមុនកាលបរិច្ឆេទមានប្រសិទ្ធភាពនៅលើ "លិខិតជូនដំណឹងពីការមិនធានារ៉ាប់រងរបស់ Medicare" ដែលយើងបានផ្ញើជូនអ្នក។
- ប្រសិនបើអង្គការកែលម្អគុណភាពមិនទទួលយកសំណើរបស់អ្នក ដើម្បីបន្តការធានារ៉ាប់រងលើសេវាថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក ឬអ្នកជឿជាក់ថាស្ថានភាពរបស់អ្នកគឺបន្ទាន់ ឬមានការពាក់ព័ន្ធនឹងការគំរាមកំហែងដល់សុខភាពរបស់អ្នកភ្លាមៗ និងធ្ងន់ធ្ងរ ឬប្រសិនបើអ្នកមានការឈឺចាប់ខ្លាំង អ្នកអាចដាក់បណ្តឹងតវ៉ាទៅកាន់ និងស្នើសុំក្រសួងថែទាំសុខភាពក្រោមការគ្រប់គ្រង (DMHC) នៃរដ្ឋ California សម្រាប់ការត្រួតពិនិត្យផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រឯករាជ្យ។ សូមមើល**ផ្នែក F4** ដើម្បីស្វែងយល់ពីរបៀបដាក់បណ្តឹងតវ៉ាទៅកាន់ និងស្នើសុំ DMHC សម្រាប់ការត្រួតពិនិត្យផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រឯករាជ្យ។

ពាក្យផ្លូវច្បាប់សម្រាប់លិខិតជូនដំណឹងជាលាយលក្ខណ៍អក្សរគឺ **"លិខិតជូនដំណឹងស្តីពីការមិនធានារ៉ាប់រងរបស់ Medicare"។** ដើម្បីទទួលបានច្បាប់ចម្លងគំរូ សូមទូរសព្ទទៅសេវាបម្រើសមាជិកតាមលេខនៅខាងក្រោមទំព័រនេះ ឬទូរសព្ទទៅ Medicare តាមរយៈលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរតែទូរសព្ទទៅលេខ 1-877-486-2048។ ឬទទួលយកច្បាប់ចម្លងតាមអនឡាញតាមរយៈ www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/FFS-Expedited-Determination-Notices។

អ្វីដែលកើតឡើងក្នុងអំឡុងពេលបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍តាមផ្លូវរហ័ស

- អ្នកត្រួតពិនិត្យនៅ QIO នឹងសួរអ្នក ឬតំណាងរបស់អ្នកពីមូលហេតុដែលអ្នកគិតថាការធានារ៉ាប់រងគួរតែបន្ត។ អ្នកមិនត្រូវបានតម្រូវឱ្យសរសេរសេចក្តីថ្លែងការណ៍ទេ ប៉ុន្តែអ្នកអាចធ្វើបាន។
- អ្នកត្រួតពិនិត្យនឹងមើលព័ត៌មានវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នក ពិគ្រោះជាមួយវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក និងពិនិត្យមើលព័ត៌មានដែលគម្រោងរបស់យើងផ្តល់ឱ្យពួកគេ។
- គម្រោងយើងក៏នឹងផ្ញើលិខិតជូនដំណឹងជាលាយលក្ខណ៍អក្សរទៅអ្នកផងដែរ ដែលពន្យល់ពីហេតុផលរបស់យើងសម្រាប់ការបញ្ចប់ការធានារ៉ាប់រងលើសេវារបស់អ្នក។ អ្នកទទួលបានលិខិតជូនដំណឹងនោះត្រឹមដំណាច់ថ្ងៃ ដែលអ្នកត្រួតពិនិត្យប្រាប់យើងអំពីបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក។

ពាក្យផ្លូវច្បាប់សម្រាប់ការពន្យល់អំពីលិខិតជូនដំណឹងគឺ **"ការពន្យល់លម្អិតអំពីការមិនធានារ៉ាប់រង"។**

- អ្នកត្រួតពិនិត្យនឹងផ្តល់សេចក្តីសម្រេចរបស់ពួកគេក្នុងរយៈពេលមួយថ្ងៃពេញ បន្ទាប់ពីទទួលបានព័ត៌មានទាំងអស់ដែលពួកគេត្រូវការ។

ប្រសិនបើ QIO ឆ្លើយថា**យល់ព្រម**ចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក៖

- យើងនឹងផ្តល់សេវារបស់អ្នកដែលបានធានារ៉ាប់រង ដរាបណាសេវាទាំងនោះមានភាពចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ។

ប្រសិនបើ QIO ឆ្លើយថា**ទេ**ចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក៖

- ការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកបញ្ចប់នៅកាលបរិច្ឆេទដែលយើងបានប្រាប់អ្នក។
- យើងនឹងបញ្ឈប់ការបង់ប្រាក់សម្រាប់ចំណែករបស់យើងនៃការចំណាយលើការថែទាំនេះ នៅកាលបរិច្ឆេទក្នុងលិខិតជូនដំណឹងនោះ។
- អ្នកនឹងបង់ថ្លៃដើមពេញលេញនៃការថែទាំនេះដោយខ្លួនឯង ប្រសិនបើអ្នកសម្រេចចិត្តបន្តការថែទាំសុខភាពតាមផ្ទះ ការថែទាំនៅមណ្ឌលថែទាំជំនាញ ឬសេវា CORF បន្ទាប់ពីកាលបរិច្ឆេទដែលការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកបញ្ចប់
- អ្នកសម្រេចចិត្តថាតើអ្នកចង់បន្តសេវាទាំងនេះ និងដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 ដែរឬទេ។

I3. ការធ្វើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2

សម្រាប់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 អ្នកត្រូវស្នើសុំឱ្យ QIO ពិនិត្យមើលម្តងទៀតនូវសេចក្តីសម្រេចដែលពួកគេបានធ្វើលើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 1 របស់អ្នក។ សូមទូរសព្ទទៅពួកគេតាមរយៈលេខ 1-877-588-1123។

អ្នកត្រូវតែស្នើសុំការត្រួតពិនិត្យនេះ**ក្នុងរយៈពេល 60 ថ្ងៃប្រតិទិន**បន្ទាប់ពីថ្ងៃដែល QIO បានឆ្លើយថាទេចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 1 របស់អ្នក។ អ្នកអាចស្នើសុំការត្រួតពិនិត្យនេះ **តែក្នុងករណីដែលអ្នកបន្តការថែទាំបន្ទាប់ពីកាលបរិច្ឆេទដែលការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកសម្រាប់ការថែទាំបានបញ្ចប់**ប៉ុណ្ណោះ។

អ្នកត្រួតពិនិត្យ QIO នឹង៖

- ពិនិត្យមើលដោយប្រុងប្រយ័ត្នម្តងទៀតនូវរាល់ព័ត៌មានទាក់ទងនឹងបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក។
- ប្រាប់អ្នកពីសេចក្តីសម្រេចរបស់ពួកគេអំពីបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 របស់អ្នក ក្នុងរយៈពេល 14 ថ្ងៃប្រតិទិន គិតចាប់ពីថ្ងៃទទួលបានសំណើសុំការត្រួតពិនិត្យលើកទីពីររបស់អ្នក។

ប្រសិនបើ QIO ឆ្លើយថា**យល់ព្រម**ចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក៖

- យើងសងប្រាក់អ្នកវិញ សម្រាប់ចំណែករបស់យើងនៃការចំណាយលើការថែទាំដែលអ្នកទទួលបាន ចាប់តាំងពីកាលបរិច្ឆេទដែលយើងបានប្រាប់ថាការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកនឹងបញ្ចប់។
- យើងនឹងផ្តល់ការធានារ៉ាប់រងសម្រាប់ការថែទាំ ដរាបណាវាមានភាពចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ។

ប្រសិនបើ QIO ឆ្លើយថា**ទេ**ចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក៖

- ពួកគេយល់ស្របនឹងសេចក្តីសម្រេចរបស់យើងក្នុងការបញ្ចប់ការថែទាំរបស់អ្នក ហើយនឹងមិនផ្លាស់ប្តូរវាទេ។
- ពួកគេផ្តល់លិខិតមួយច្បាប់ទៅអ្នកដែលប្រាប់អ្នកពីអ្វីដែលអ្នកអាចធ្វើបាន ប្រសិនបើអ្នកចង់បន្តដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ និងដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 3។
- អ្នកអាចដាក់បណ្តឹងតវ៉ាទៅកាន់ និងស្នើសុំ DMHC សម្រាប់ការត្រួតពិនិត្យផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រឯករាជ្យ ដើម្បីបន្តការធានារ៉ាប់រងលើសេវាថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក។ សូមមើល**ផ្នែក F4** ដើម្បីស្វែងយល់ពីរបៀបស្នើសុំ DMHC សម្រាប់ការត្រួតពិនិត្យផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រឯករាជ្យ។ អ្នកអាចដាក់បណ្តឹងតវ៉ាទៅកាន់ និងស្នើសុំ DMHC សម្រាប់ការត្រួតពិនិត្យផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រឯករាជ្យ បន្ថែមលើ ឬជំនួសឱ្យបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 3។

ALJ ឬអ្នកកាត់ក្តីជាមេធាវី ជាអ្នកទទួលបន្ទុកលើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 3។ សូមមើល**ផ្នែក J** សម្រាប់ព័ត៌មានអំពីបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 3 4 និង 5។

J. ការបន្តបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នកលើសពីកម្រិត 2

J1. ជំហានបន្ទាប់សម្រាប់សេវា និងទំនិញរបស់ Medicare

ប្រសិនបើអ្នកបានដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 1 និងបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 សម្រាប់សេវា ឬទំនិញ Medicare ហើយបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ទាំងពីររបស់អ្នកត្រូវបានបដិសេធ អ្នកអាចមានសិទ្ធិទទួលបានកម្រិតបន្ថែមនៃបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍។

ប្រសិនបើតម្លៃជាទឹកប្រាក់នៃសេវា ឬទំនិញ Medicare ដែលអ្នកបានប្តឹងឧទ្ធរណ៍ មិនបំពេញតាមចំនួនទឹកប្រាក់អប្បបរមាជាក់លាក់ណាមួយទេ អ្នកមិនអាចប្តឹងឧទ្ធរណ៍បន្ថែមទៀតបានទេ។ ប្រសិនបើតម្លៃជាទឹកប្រាក់គឺខ្ពស់គ្រប់គ្រាន់ អ្នកអាចបន្តដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍បាន។ លិខិតដែលអ្នកទទួលបានពី IRO សម្រាប់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 របស់អ្នក ពន្យល់ពីអ្នកដែលត្រូវទាក់ទង និងអ្វីដែលត្រូវធ្វើ ដើម្បីស្នើសុំបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 3។

បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 3

កម្រិត 3 នៃដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍គឺជាសវនាការរបស់ ALJ។ អ្នកដែលធ្វើសេចក្តីសម្រេច គឺជា ALJ ឬអ្នកកាត់ក្តីជាមេធាវីដែលធ្វើការឱ្យរដ្ឋាភិបាលសហព័ន្ធ។

ប្រសិនបើ ALJ ឬអ្នកកាត់ក្តីជាមេធាវីឆ្លើយថា**យល់ព្រម**ចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក យើងមានសិទ្ធិប្តឹងឧទ្ធរណ៍លើសេចក្តីសម្រេចកម្រិត 3 ដែលផ្តល់ផលប្រយោជន៍ដល់អ្នក។

- ប្រសិនបើយើងសម្រេចចិត្ត**ប្តឹងឧទ្ធរណ៍**លើសេចក្តីសម្រេចនេះ យើងនឹងផ្ញើច្បាប់ចម្លងនៃសំណើសុំបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 4 ជាមួយឯកសារភ្ជាប់ណាមួយទៅអ្នក។ យើងអាចរង់ចាំសេចក្តីសម្រេចនៃបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 4 មុនពេលអនុញ្ញាត ឬផ្តល់សេវាដែលកំពុងមានវិវាទនោះ។
- ប្រសិនបើយើងសម្រេចចិត្ត**មិនប្តឹងឧទ្ធរណ៍**លើសេចក្តីសម្រេចនេះទេ យើងត្រូវតែអនុញ្ញាត ឬផ្តល់សេវាដល់អ្នកក្នុងរយៈពេល 60 ថ្ងៃប្រតិទិន បន្ទាប់ពីទទួលបានសេចក្តីសម្រេចរបស់ចៅក្រមច្បាប់រដ្ឋបាល ឬអ្នកកាត់ក្តីជាមេធាវី។
- ប្រសិនបើ ALJ ឬអ្នកកាត់ក្តីជាមេធាវីឆ្លើយថា **ទេ** ចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក ដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍អាចនឹងមិនទាន់បញ្ចប់នៅឡើយទេ។
- ប្រសិនបើអ្នកសម្រេចចិត្ត**ទទួលយក**សេចក្តីសម្រេចនេះ ដែលបដិសេធបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក ដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ត្រូវបានបញ្ចប់។
- ប្រសិនបើអ្នកសម្រេចចិត្ត**មិនទទួលយក**សេចក្តីសម្រេចនេះ ដែលបដិសេធបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នកទេ អ្នកអាចបន្តទៅកាន់កម្រិតបន្ទាប់នៃដំណើរការត្រួតពិនិត្យ។ លិខិតជូនដំណឹងដែលអ្នកទទួលបាននឹងប្រាប់អ្នកពីអ្វីដែលត្រូវធ្វើសម្រាប់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 4។

បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 4

ក្រុមប្រឹក្សាបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ Medicare (ក្រុមប្រឹក្សា) ពិនិត្យមើលបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក ហើយផ្តល់ចម្លើយឱ្យអ្នក។ ក្រុមប្រឹក្សាគឺជាផ្នែកមួយនៃរដ្ឋាភិបាលសហព័ន្ធ។

ប្រសិនបើក្រុមប្រឹក្សាឆ្លើយថា**យល់ព្រម**ចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 4 របស់អ្នក ឬបដិសេធសំណើរបស់យើងក្នុងការត្រួតពិនិត្យសេចក្តីសម្រេចបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 3 ដែលផ្តល់ផលប្រយោជន៍ដល់អ្នក យើងមានសិទ្ធិប្តឹងឧទ្ធរណ៍ទៅកម្រិត 5។

- ប្រសិនបើយើងសម្រេចចិត្ត**ប្តឹងឧទ្ធរណ៍**លើសេចក្តីសម្រេចនេះ យើងនឹងប្រាប់អ្នកជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ។
- ប្រសិនបើយើងសម្រេចចិត្ត **មិនប្តឹងឧទ្ធរណ៍**លើសេចក្តីសម្រេចនេះទេ យើងត្រូវតែអនុញ្ញាត ឬផ្តល់សេវាដល់អ្នកក្នុងរយៈពេល 60 ថ្ងៃប្រតិទិន បន្ទាប់ពីទទួលបានសេចក្តីសម្រេចរបស់ក្រុមប្រឹក្សា។

ប្រសិនបើក្រុមប្រឹក្សាឆ្លើយថា**ទេ** ឬបដិសេធសំណើសុំការត្រួតពិនិត្យរបស់យើង ដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍អាចនឹងមិនទាន់បញ្ចប់នៅឡើយទេ។

- ប្រសិនបើអ្នកសម្រេចចិត្ត**ទទួលយក**សេចក្តីសម្រេចនេះ ដែលបដិសេធបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក ដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ត្រូវបានបញ្ចប់។
- ប្រសិនបើអ្នកសម្រេចចិត្ត**មិនទទួលយក**សេចក្តីសម្រេចនេះ ដែលបដិសេធបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នកទេ អ្នកអាចនឹងអាចបន្តទៅកាន់កម្រិតបន្ទាប់នៃដំណើរការត្រួតពិនិត្យ។ លិខិតជូនដំណឹងដែលអ្នកទទួលបាននឹងប្រាប់អ្នកថាតើអ្នកអាចបន្តទៅកាន់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 5 បានឬអត់ និងប្រាប់ពីអ្វីដែលត្រូវធ្វើ។

បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 5

- ចៅក្រមតុលាការស្រុកសហព័ន្ធនឹងពិនិត្យមើលបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក និងព័ត៌មានទាំងអស់ ហើយសម្រេច**យល់ព្រម ឬបដិសេធ។** នេះជាសេចក្តីសម្រេចចុងក្រោយ។ មិនមានកម្រិតបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ផ្សេងទៀតលើសពីតុលាការស្រុកសហព័ន្ធនោះទេ។

J2. បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ Medi-Cal បន្ថែម

អ្នកក៏មានសិទ្ធិប្តឹងឧទ្ធរណ៍ផ្សេងទៀតផងដែរ ប្រសិនបើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នកនិយាយអំពីសេវា ឬទំនិញដែល Medi-Cal ជាទូទៅធានារ៉ាប់រង។ លិខិតដែលអ្នកទទួលបានពីផ្នែកសវនាការរដ្ឋ នឹងប្រាប់អ្នកពីអ្វីដែលត្រូវធ្វើប្រសិនបើអ្នកចង់បន្តដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍។

J3. បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិតទី 3, ទី 4 និងទី 5 សម្រាប់សំណើសុំឱសថ Medicare Part D

ផ្នែកនេះអាចស័ក្តិសមសម្រាប់អ្នក ប្រសិនបើអ្នកបានដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 1 និងបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 ហើយបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ទាំងពីររបស់អ្នកត្រូវបានបដិសេធ។

ប្រសិនបើតម្លៃនៃឱសថដែលអ្នកបានប្តឹងឧទ្ធរណ៍ បំពេញតាមចំនួនទឹកប្រាក់ជាក់លាក់ណាមួយ អ្នកអាចនឹងអាចបន្តទៅកាន់កម្រិតបន្ថែមនៃបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍។ ការឆ្លើយតបជាលាយលក្ខណ៍អក្សរដែលអ្នកទទួលបានចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 របស់អ្នក ពន្យល់ពីអ្នកដែលត្រូវទាក់ទង និងអ្វីដែលត្រូវធ្វើដើម្បីស្នើសុំបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 3។

បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 3

កម្រិត 3 នៃដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍គឺជាសវនាការរបស់ ALJ។ អ្នកដែលធ្វើសេចក្តីសម្រេច គឺជា ALJ ឬអ្នកកាត់ក្តីជាមេធាវីដែលធ្វើការឱ្យរដ្ឋាភិបាលសហព័ន្ធ។

ប្រសិនបើ ALJ ឬអ្នកកាត់ក្តីជាមេធាវីឆ្លើយថា**យល់ព្រម**ចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក៖

- ដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ត្រូវបានបញ្ចប់។
- យើងត្រូវតែអនុញ្ញាត ឬផ្តល់ការធានារ៉ាប់រងឱសថដែលបានអនុម័ត ក្នុងរយៈពេល 72 ម៉ោង (ឬ 24 ម៉ោងសម្រាប់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍រហ័ស) ឬធ្វើការបង់ប្រាក់មិនឱ្យហួសពី 30 ថ្ងៃប្រតិទិន បន្ទាប់ពីយើងទទួលបានសេចក្តីសម្រេចនោះ។

ប្រសិនបើ ALJ ឬអ្នកកាត់ក្តីជាមេធាវីឆ្លើយថា **ទេ** ចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក ដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍អាចនឹងមិនទាន់បញ្ចប់នៅឡើយទេ។

- ប្រសិនបើអ្នកសម្រេចចិត្ត**ទទួលយក**សេចក្តីសម្រេចនេះ ដែលបដិសេធបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក ដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ត្រូវបានបញ្ចប់។
- ប្រសិនបើអ្នកសម្រេចចិត្ត**មិនទទួលយក**សេចក្តីសម្រេចនេះ ដែលបដិសេធបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នកទេ អ្នកអាចបន្តទៅកាន់កម្រិតបន្ទាប់នៃដំណើរការត្រួតពិនិត្យ។ លិខិតជូនដំណឹងដែលអ្នកទទួលបាននឹងប្រាប់អ្នកពីអ្វីដែលត្រូវធ្វើសម្រាប់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 4។

បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 4

ក្រុមប្រឹក្សាពិនិត្យមើលបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក ហើយផ្តល់ចម្លើយឱ្យអ្នក។ ក្រុមប្រឹក្សាគឺជាផ្នែកមួយនៃរដ្ឋាភិបាលសហព័ន្ធ។

ប្រសិនបើក្រុមប្រឹក្សាឆ្លើយថា**យល់ព្រម** ចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក៖

- ដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ត្រូវបានបញ្ចប់។
- យើងត្រូវតែអនុញ្ញាត ឬផ្តល់ការធានារ៉ាប់រងឱសថដែលបានអនុម័ត ក្នុងរយៈពេល 72 ម៉ោង (ឬ 24 ម៉ោងសម្រាប់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍រហ័ស) ឬធ្វើការបង់ប្រាក់មិនឱ្យហួសពី 30 ថ្ងៃប្រតិទិន បន្ទាប់ពីយើងទទួលបានសេចក្តីសម្រេចនោះ។

ប្រសិនបើក្រុមប្រឹក្សាឆ្លើយថា**ទេ** ចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក ឬប្រសិនបើក្រុមប្រឹក្សាបដិសេធសំណើសុំការត្រួតពិនិត្យ ដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍អាចនឹងមិនទាន់បញ្ចប់នៅឡើយទេ។

- ប្រសិនបើអ្នកសម្រេចចិត្ត**ទទួលយក**សេចក្តីសម្រេចដែលបដិសេធបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក ដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ត្រូវបានបញ្ចប់។
- ប្រសិនបើអ្នកសម្រេចចិត្ត**មិនទទួលយក**សេចក្តីសម្រេចនេះ ដែលបដិសេធបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នកទេ អ្នកអាចនឹងអាចបន្តទៅកាន់កម្រិតបន្ទាប់នៃដំណើរការត្រួតពិនិត្យ។ លិខិតជូនដំណឹងដែលអ្នកទទួលបាននឹងប្រាប់អ្នកថាតើអ្នកអាចបន្តទៅកាន់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 5 បានឬអត់ និងប្រាប់ពីអ្វីដែលត្រូវធ្វើ។

បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 5

ចៅក្រមតុលាការស្រុកសហព័ន្ធនឹងពិនិត្យមើលបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក និងព័ត៌មានទាំងអស់ ហើយសម្រេច**យល់ព្រម** ឬ**បដិសេធ**។ នេះជាសេចក្តីសម្រេចចុងក្រោយ។ មិនមានកម្រិតបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ផ្សេងទៀតលើសពីតុលាការស្រុកសហព័ន្ធនោះទេ។

K. របៀបដាក់ពាក្យបណ្តឹងតវ៉ា

K1. តើបញ្ហាប្រភេទណាខ្លះដែលគួរតែជាបណ្តឹងតវ៉ា

ដំណើរការបណ្តឹងតវ៉ាត្រូវបានប្រើប្រាស់សម្រាប់តែបញ្ហាប្រភេទជាក់លាក់មួយចំនួនប៉ុណ្ណោះ ដូចជាបញ្ហាអំពីគុណភាពនៃការថែទាំ ពេលវេលារង់ចាំ ការសម្របសម្រួលការថែទាំ និងសេវាអតិថិជន។ នេះគឺជាឧទាហរណ៍នៃប្រភេទបញ្ហាដែលត្រូវបានដោះស្រាយដោយដំណើរការបណ្តឹងតវ៉ា។

បណ្តឹងតវ៉ា	ឧទាហរណ៍
គុណភាពនៃការថែទាំវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នក	• អ្នកមិនសប្បាយចិត្តនឹងគុណភាពនៃការថែទាំ ដូចជាការថែទាំដែលអ្នកទទួលបាននៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យ។
ការគោរពភាពឯកជនរបស់អ្នក	• អ្នកគិតថាមាននរណាម្នាក់មិនគោរពសិទ្ធិឯកជនរបស់អ្នក ឬបានចែករំលែកព័ត៌មានសម្ងាត់អំពីអ្នក។
ការមិនគោរព សេវាបម្រើអតិថិជនមិនល្អ ឬអាកប្បកិរិយាអវិជ្ជមានផ្សេងទៀត	• អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាព ឬបុគ្គលិកមិនសមរម្យ ឬមិនគោរពអ្នក។ • បុគ្គលិករបស់យើងបានប្រព្រឹត្តមិនល្អចំពោះអ្នក។ • អ្នកគិតថាអ្នកកំពុងត្រូវបានរុញច្រានចេញពីគម្រោងរបស់យើង។
លទ្ធភាពទទួលបានសេវា និងជំនួយភាសា	• អ្នកមិនអាចចូលទៅប្រើប្រាស់សេវា និងមូលដ្ឋានថែទាំសុខភាពនៅក្នុងការិយាល័យរបស់វេជ្ជបណ្ឌិត ឬអ្នកផ្តល់សេវាដោយផ្ទាល់បានទេ។ • វេជ្ជបណ្ឌិត ឬអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកមិនផ្តល់អ្នកបកប្រែសម្រាប់ភាសាដែលមិនមែនជាភាសាអង់គ្លេសដែលអ្នកនិយាយទេ (ដូចជាភាសាសញ្ញាអាមេរិក ឬភាសាអេស្ប៉ាញ)។ • អ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកមិនផ្តល់ការសម្របសម្រួលសមស្របផ្សេងទៀតដែលអ្នកត្រូវការ និងស្នើសុំនោះទេ។
ពេលវេលារង់ចាំ	• អ្នកមានបញ្ហាក្នុងការទទួលបានការណាត់ជួប ឬរង់ចាំយូរពេកដើម្បីទទួលបានការណាត់ជួប។ • វេជ្ជបណ្ឌិត ឱសថការី ឬអ្នកជំនាញសុខភាពផ្សេងទៀត សេវាបម្រើសមាជិក ឬបុគ្គលិកគម្រោងផ្សេងទៀត ទុកឱ្យអ្នករង់ចាំយូរពេក។

បណ្តឹងតវ៉ា	ឧទាហរណ៍
អនាម័យ	• អ្នកគិតថាគ្លីនិក មន្ទីរពេទ្យ ឬការិយាល័យវេជ្ជបណ្ឌិតមិនស្អាត។
ព័ត៌មានដែលអ្នកទទួលបានពីយើង	• អ្នកគិតថាយើងមិនបានផ្តល់លិខិតជូនដំណឹង ឬលិខិតដែលអ្នកគួរទទួលបាននោះទេ។ • អ្នកគិតថាព័ត៌មានជាលាយលក្ខណ៍អក្សរដែលយើងបានផ្ញើទៅអ្នក ពិបាកយល់ពេក។
ភាពទាន់ពេលវេលាទាក់ទងនឹងសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង ឬបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍	• អ្នកគិតថាយើងមិនបានគោរពតាមពេលវេលាកំណត់របស់យើង ក្នុងការធ្វើសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង ឬក្នុងការឆ្លើយតបចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នកនោះទេ។ • អ្នកគិតថា បន្ទាប់ពីទទួលបានសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង ឬបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ដែលផ្តល់អត្ថប្រយោជន៍ដល់អ្នក យើងមិនបានគោរពតាមពេលវេលាកំណត់សម្រាប់ការអនុម័ត ឬការផ្តល់សេវាដល់អ្នក ឬការសងប្រាក់អ្នកវិញសម្រាប់សេវាវេជ្ជសាស្ត្រជាក់លាក់នោះទេ។ • អ្នកគិតថាយើងមិនបានបញ្ជូនសំណុំរឿងរបស់អ្នកទៅ IRO ទាន់ពេលវេលាទេ។

មានបណ្តឹងតវ៉ាប្រភេទផ្សេងៗគ្នា។ អ្នកអាចដាក់បណ្តឹងតវ៉ាផ្ទៃក្នុង និង/ឬបណ្តឹងតវ៉ាខាងក្រៅបាន។ ពាក្យបណ្តឹងផ្ទៃក្នុងត្រូវបានដាក់ និងពិនិត្យដោយគម្រោងរបស់យើង។ បណ្តឹងតវ៉ាខាងក្រៅត្រូវបានដាក់ និងត្រួតពិនិត្យដោយអង្គការដែលមិនជាប់ពាក់ព័ន្ធនឹងគម្រោងរបស់យើង។ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយក្នុងការដាក់បណ្តឹងតវ៉ាផ្ទៃក្នុង និង/ឬបណ្តឹងតវ៉ាខាងក្រៅ អ្នកអាចទូរសព្ទទៅសេវាបម្រើសមាជិកតាមរយៈលេខ 1-800-443-0815 (TTY 711) 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ ចាប់ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់។

> ពាក្យផ្លូវច្បាប់សម្រាប់ “ការដាក់បណ្តឹងតវ៉ា” គឺ**“ការដាក់ពាក្យបណ្តឹងសាទុក្ខ”**។
>
> ពាក្យផ្លូវច្បាប់សម្រាប់ “ការដាក់បណ្តឹងតវ៉ា” គឺ **“ការដាក់បណ្តឹងសាទុក្ខ។”**

K2. បណ្តឹងតវ៉ាផ្ទៃក្នុង

ដើម្បីដាក់បណ្តឹងតវ៉ាផ្ទៃក្នុង សូមទូរសព្ទទៅសេវាបម្រើសមាជិកតាមរយៈលេខ 1-800-443-0815 (TTY 711)។ អ្នកអាចដាក់បណ្តឹងតវ៉ានៅពេលណាក៏បាន លុះត្រាតែវាជាបណ្តឹងតវ៉ាអំពីឱសថ Medicare Part D។ ប្រសិនបើបណ្តឹងតវ៉ាគឺអំពីឱសថ Medicare Part D អ្នកត្រូវតែដាក់បណ្តឹងតវ៉ា **ក្នុងរយៈពេល 60 ថ្ងៃប្រតិទិន** បន្ទាប់ពីអ្នកមានបញ្ហាដែលអ្នកចង់តវ៉ា។

- ប្រសិនបើមានអ្វីផ្សេងទៀតដែលអ្នកត្រូវធ្វើ សេវាបម្រើសមាជិកនឹងប្រាប់អ្នក។
- អ្នកក៏អាចសរសេរបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នក និងផ្ញើវាមកកាន់យើងផងដែរ។ ប្រសិនបើអ្នកដាក់បណ្តឹងតវ៉ាជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ យើងនឹងឆ្លើយតបចំពោះបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នកជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ។

យើងត្រូវតែដោះស្រាយបណ្តឹងសាទុក្ខរបស់អ្នកឱ្យបានឆាប់ តាមដែលសុខភាពរបស់អ្នកទាមទារ ប៉ុន្តែមិនឱ្យហួសពី 30 ថ្ងៃប្រតិទិន បន្ទាប់ពីទទួលបានបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នក។

ពាក្យផ្លូវច្បាប់សម្រាប់ “បណ្តឹងតវ៉ារហ័ស” គឺ **“បណ្តឹងសាទុក្ខដែលត្រូវបានពន្លឿន។”**

ប្រសិនបើអាចធ្វើទៅបាន យើងនឹងឆ្លើយតបអ្នកភ្លាមៗ។ ប្រសិនបើអ្នកទូរសព្ទមកយើងដើម្បីដាក់បណ្តឹងតវ៉ា យើងអាចផ្តល់ចម្លើយឱ្យអ្នកនៅក្នុងការហៅទូរសព្ទនោះតែម្តង។ ប្រសិនបើស្ថានភាពសុខភាពរបស់អ្នកទាមទារឱ្យយើងឆ្លើយតបយ៉ាងរហ័ស យើងនឹងធ្វើដូច្នោះ។

- យើងឆ្លើយតបបណ្តឹងតវ៉ាភាគច្រើនក្នុងរយៈពេល 30 ថ្ងៃប្រតិទិន។ ប្រសិនបើយើងមិនធ្វើសេចក្តីសម្រេចក្នុងរយៈពេល 30 ថ្ងៃប្រតិទិន ដោយសារយើងត្រូវការព័ត៌មានបន្ថែម យើងនឹងជូនដំណឹងដល់អ្នកជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ។ យើងក៏ផ្តល់បច្ចុប្បន្នភាពនៃស្ថានភាព និងពេលវេលាចាំន់ស្មាន ដើម្បីឱ្យអ្នកទទួលបានចម្លើយឆាប់ដែរ។
- ប្រសិនបើអ្នកដាក់បណ្តឹងតវ៉ា ដោយសារយើងបានបដិសេធសំណើរបស់អ្នកសម្រាប់ “សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងរហ័ស” ឬ “បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍រហ័ស” យើងនឹងផ្តល់ “បណ្តឹងតវ៉ារហ័ស” ឱ្យអ្នកដោយស្វ័យប្រវត្តិ ហើយឆ្លើយតបចំពោះបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នកក្នុងរយៈពេល 24 ម៉ោង។
- ប្រសិនបើអ្នកដាក់បណ្តឹងតវ៉ា ដោយសារយើងបានចំណាយពេលបន្ថែមក្នុងការធ្វើសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង ឬបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ យើងនឹងផ្តល់ "បណ្តឹងតវ៉ារហ័ស" ឱ្យអ្នកដោយស្វ័យប្រវត្តិ ហើយឆ្លើយតបចំពោះបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នកក្នុងរយៈពេល 24 ម៉ោង។

ប្រសិនបើយើងមិនយល់ស្របនឹងបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នកមួយផ្នែក ឬទាំងអស់ យើងនឹងប្រាប់អ្នក និងផ្តល់ហេតុផលរបស់យើងឱ្យអ្នក។ យើងឆ្លើយតប ទោះបីជាយើងយល់ស្របនឹងបណ្តឹងតវ៉ានោះ ឬមិនយល់ស្របក៏ដោយ។

K3. បណ្តឹងតវ៉ាខាងក្រៅ

Medicare

អ្នកអាចប្រាប់ Medicare អំពីបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នក ឬផ្ញើវាទៅ Medicare។ ទម្រង់ពាក្យបណ្តឹងតវ៉ារបស់ Medicare អាចរកបាននៅ៖ www.medicare.gov/my/medicare-complaint។ អ្នកមិនចាំបាច់ដាក់បណ្តឹងតវ៉ាទៅ Kaiser Permanente Dual Complete មុនពេលដាក់បណ្តឹងតវ៉ាទៅ Medicare នោះទេ។

Medicare យកចិត្តទុកដាក់ចំពោះបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នក ហើយប្រើប្រាស់ព័ត៌មាននេះ ដើម្បីជួយកែលម្អគុណភាពនៃកម្មវិធី Medicare។

ប្រសិនបើអ្នកមានមតិកែលម្អ ឬក្តីបារម្ភផ្សេងទៀត ឬប្រសិនបើអ្នកមានអារម្មណ៍ថាគម្រោងសុខភាពមិនបានដោះស្រាយបញ្ហារបស់អ្នក អ្នកក៏អាចទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) ផងដែរ។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY ទូរសព្ទទៅលេខ 1-877-486-2048។ ការហៅទូរសព្ទនេះមិនគិតថ្លៃទេ។

Medi-Cal

អ្នកអាចដាក់បណ្តឹងតវ៉ាទៅកាន់ Ombudsman ផ្នែកថែទាំក្រោមការគ្រប់គ្រងរបស់ Medi-Calនៃក្រសួងសេវាថែទាំសុខភាព (DHCS) រដ្ឋ California ដោយទូរសព្ទទៅលេខ 1-888-452-8609។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY អាចទូរសព្ទទៅលេខ 711។ ទូរសព្ទពីថ្ងៃចន្ទដល់ថ្ងៃសុក្រ ចន្លោះម៉ោង 8 ព្រឹក និង 5 ល្ងាច។

អ្នកអាចដាក់បណ្តឹងតវ៉ាទៅកាន់ក្រសួងថែទាំសុខភាពក្រោមការគ្រប់គ្រង (DMHC) នៃរដ្ឋ California បាន។ DMHC ទទួលខុសត្រូវត្រួតពិនិត្យការគ្រប់គ្រងគម្រោងសុខភាព។ អ្នកអាចទូរសព្ទទៅមជ្ឈមណ្ឌលជំនួយ DMHC សម្រាប់ជំនួយទាក់ទងនឹងបណ្តឹងតវ៉ាអំពីសេវា Medi-Cal។ សម្រាប់បញ្ហាមិនបន្ទាន់ អ្នកអាចដាក់បណ្តឹងតវ៉ាទៅកាន់ DMHC ប្រសិនបើអ្នកមិនយល់ស្របនឹងសេចក្តីសម្រេចនៅក្នុងបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 1 របស់អ្នក ឬប្រសិនបើគម្រោងមិនបានដោះស្រាយបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នកបន្ទាប់ពី 30 ថ្ងៃប្រតិទិន។ ទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយ អ្នកអាចទាក់ទងទៅ DMHC ដោយមិនចាំបាច់ដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 1 ទេ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយទាក់ទងនឹងបណ្តឹងតវ៉ាដែលពាក់ព័ន្ធនឹងបញ្ហាបន្ទាន់ ឬបញ្ហាដែលពាក់ព័ន្ធនឹងការគំរាមកំហែងដល់សុខភាពរបស់អ្នកភ្លាមៗ និងធ្ងន់ធ្ងរ ប្រសិនបើអ្នកមានការឈឺចាប់ខ្លាំង ប្រសិនបើអ្នកមិនយល់ស្របនឹងសេចក្តីសម្រេចរបស់គម្រោងយើងអំពីបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នក ឬប្រសិនបើគម្រោងយើងមិនបានដោះស្រាយបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នកបន្ទាប់ពី 30 ថ្ងៃប្រតិទិន។

នេះគឺជាវិធីពីរយ៉ាងដើម្បីទទួលបានជំនួយពីមជ្ឈមណ្ឌលជំនួយ៖

- ទូរសព្ទទៅលេខ 1-888-466-2219។ បុគ្គលដែលថ្លង់ ពិបាកស្តាប់ ឬមានពិការភាពផ្នែកការនិយាយ អាចប្រើប្រាស់លេខ TTY ឥតគិតថ្លៃគឺ 1-877-688-9891។ ការហៅទូរសព្ទនេះមិនគិតថ្លៃទេ។
- ចូលទៅកាន់គេហទំព័ររបស់ក្រសួងថែទាំសុខភាពក្រោមការគ្រប់គ្រង (www.dmhc.ca.gov)។

ការិយាល័យសិទ្ធិស៊ីវិល (OCR)

អ្នកអាចដាក់បណ្តឹងតវ៉ាទៅកាន់ OCR នៃក្រសួងសុខាភិបាល និងសេវាមនុស្ស (HHS) ប្រសិនបើអ្នកគិតថាអ្នកមិនត្រូវបានគេប្រព្រឹត្តដោយយុត្តិធម៌។ ឧទាហរណ៍ អ្នកអាចដាក់បណ្តឹងតវ៉ាអំពីលទ្ធភាពទទួលបានសេវាសម្រាប់ជនពិការ ឬជំនួយភាសា។ លេខទូរសព្ទសម្រាប់ OCR គឺ 1-800-368-1019។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរតែទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-537-7697។ អ្នកអាចចូលមើលគេហទំព័រ www.hhs.gov/ocr សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។

អ្នកក៏អាចទាក់ទងការិយាល័យ OCR ក្នុងតំបន់នៅ៖

Office for Civil Rights
U.S. Department of Health and Human Services
90 7th Street, Suite 4-100
San Francisco, CA 94103

មជ្ឈមណ្ឌលឆ្លើយតបអតិថិជន៖ 1-800-368-1019
ទូរសារ៖ 1-202-619-3818
TDD៖ 1-800-537-7697
អ៊ីមែល៖ ocrmail@hhs.gov

អ្នកក៏អាចមានសិទ្ធិក្រោមច្បាប់ជនជាតិអាមេរិកមានពិការភាព (ADA) ផងដែរ។

QIO

នៅពេលបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នកគឺអំពីគុណភាពនៃការថែទាំ អ្នកមានជម្រើសពីរ៖

- អ្នកអាចដាក់បណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នកអំពីគុណភាពនៃការថែទាំដោយផ្ទាល់ទៅកាន់ QIO បាន។
- អ្នកអាចដាក់បណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នកទៅកាន់ QIO និងទៅកាន់គម្រោងរបស់យើង។ ប្រសិនបើអ្នកដាក់បណ្តឹងតវ៉ាទៅកាន់ QIO យើងធ្វើការជាមួយពួកគេដើម្បីដោះស្រាយបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នក។

QIO គឺជាក្រុមវេជ្ជបណ្ឌិតកំពុងអនុវត្តការងារ និងអ្នកជំនាញថែទាំសុខភាពផ្សេងទៀត ដែលទទួលបានប្រាក់ខែពីរដ្ឋាភិបាលសហព័ន្ធ ដើម្បីត្រួតពិនិត្យ និងកែលម្អការថែទាំដែលផ្តល់ជូនដល់អ្នកជំងឺ Medicare។ ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពី QIO សូមមើល**ផ្នែកទី H2** ឬមើល**ជំពូកទី 2** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះ។

នៅរដ្ឋ California នោះ QIO ត្រូវបានហៅថា Commence Health។ លេខទូរស័ព្ទសម្រាប់ Commence Health គឺ 1-877-588-1123។

ជំពូកទី 10៖ ការបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់អ្នកនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើង

សេចក្តីផ្តើម

ជំពូកនេះពន្យល់ពីរបៀបដែលអ្នកអាចបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់អ្នកនៅក្នុងគម្រោងយើងខ្ញុំ និងជម្រើសនៃការជានាវ៉ាប់រងសុខភាពរបស់អ្នក បន្ទាប់ពីអ្នកចាកចេញពីគម្រោងយើងខ្ញុំ។ ប្រសិនបើអ្នកចាកចេញពីគម្រោងយើងខ្ញុំ អ្នកនឹងនៅតែស្ថិតក្នុងកម្មវិធី Medicare និង Medi-Cal ដរាបណាអ្នកមានសិទ្ធិទទួលបាន។ ពាក្យគន្លឹះ និងអត្ថន័យរបស់វាមានបង្ហាញតាមលំដាប់អក្ខរក្រមនៅក្នុងជំពូកចុងក្រោយនៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិកនេះ*។

មាតិកាជំពូកទី 10

A. ពេលដែលអ្នកអាចបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់អ្នកនៅក្នុងគម្រោងយើង....304

B. របៀបបញ្ចប់សមាជិកភាពនៅក្នុងគម្រោងយើង....305

c. របៀបទទួលបានសេវា Medicare និង Medi-Cal ដោយឡែកពីគ្នា....305

C1. សេវា Medicare របស់អ្នក....306

C2. សេវា Medi-Cal របស់អ្នក....311

D. ទំនិញ សេវាកម្ម និងឱសថវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នក រហូតដល់សមាជិកភាពរបស់អ្នកនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើងបញ្ចប់....311

E. ស្ថានភាពផ្សេងទៀតនៅពេលដែលសមាជិកភាពរបស់អ្នកនៅក្នុងគម្រោងយើងត្រូវបញ្ចប់....311

F. ច្បាប់ប្រឆាំងនឹងការស្នើសុំឱ្យអ្នកចាកចេញពីគម្រោងយើងខ្ញុំសម្រាប់ហេតុផលទាក់ទងនឹងសុខភាពណាមួយ....313

G. សិទ្ធិរបស់អ្នកក្នុងការដាក់បណ្តឹងតវ៉ា ប្រសិនបើយើងបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់អ្នកនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើង....313

H. របៀបទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែមអំពីការបញ្ចប់សមាជិកភាពគម្រោងរបស់អ្នក....313

A. ពេលដែលអ្នកអាចបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់អ្នកនៅក្នុងគម្រោងយើង

មនុស្សភាគច្រើនដែលមាន Medicare អាចបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់ពួកគេក្នុងអំឡុងពេលជាក់លាក់ណាមួយនៃឆ្នាំ។ ដោយសារអ្នកមាន Medi-Cal អ្នកមានជម្រើសមួយចំនួនក្នុងការបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់អ្នកនៅក្នុងគម្រោងយើង រួមទាំងនៅខែណាមួយនៃឆ្នាំ។

លើសពីនេះ អ្នកអាចបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់អ្នកនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើង ក្នុងអំឡុងពេលដូចខាងក្រោមជារៀងរាល់ឆ្នាំ៖

- **រយៈពេលចុះឈ្មោះបើកចំហ** ដែលចាប់ផ្តើមពីថ្ងៃទី 15 ខែតុលា ដល់ថ្ងៃទី 7 ខែធ្នូ។ ប្រសិនបើអ្នកជ្រើសរើសគម្រោងថ្មីក្នុងអំឡុងពេលនេះ សមាជិកភាពរបស់អ្នកនៅក្នុងគម្រោងយើងបញ្ចប់នៅថ្ងៃទី 31 ខែធ្នូ ហើយសមាជិកភាពរបស់អ្នកនៅក្នុងគម្រោងថ្មីចាប់ផ្តើមនៅថ្ងៃទី 1 ខែមករា។
- **រយៈពេលចុះឈ្មោះបើកចំហ Medicare Advantage (MA)** ដែលចាប់ផ្តើមពីថ្ងៃទី 1 ខែមករា ដល់ថ្ងៃទី 31 ខែមីនា និងសម្រាប់អ្នកទទួលផល Medicare ថ្មីដែលបានចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងមួយ ចាប់ពីខែដែលមានសិទ្ធិទទួលបានផ្នែក A និងផ្នែក B រហូតដល់ថ្ងៃចុងក្រោយនៃខែទី 3 នៃសិទ្ធិទទួលបាន។ ប្រសិនបើអ្នកជ្រើសរើសគម្រោងថ្មីក្នុងអំឡុងពេលនេះ សមាជិកភាពរបស់អ្នកនៅក្នុងគម្រោងថ្មីចាប់ផ្តើមនៅថ្ងៃដំបូងនៃខែបន្ទាប់។

អាចមានស្ថានភាពផ្សេងទៀតនៅពេលដែលអ្នកមានសិទ្ធិធ្វើការផ្លាស់ប្តូរការចុះឈ្មោះរបស់អ្នក។ ឧទាហរណ៍នៅពេល៖

- អ្នកផ្លាស់ទីចេញពីតំបន់សេវារបស់យើង
- សិទ្ធិទទួលបានរបស់អ្នកសម្រាប់ Medi-Cal ឬ ជំនួយបន្ថែមបានផ្លាស់ប្តូរ **ឬ**
- ប្រសិនបើអ្នកទើបតែផ្លាស់ទីចូល បច្ចុប្បន្នកំពុងទទួលបានការថែទាំនៅ ឬទើបតែផ្លាស់ទីចេញពីមូលដ្ឋានថែទាំ ឬមន្ទីរពេទ្យថែទាំរយៈពេលវែង។

សមាជិកភាពរបស់អ្នកបញ្ចប់នៅថ្ងៃចុងក្រោយនៃខែ ដែលយើងទទួលបានសំណើរបស់អ្នកក្នុងការចាកចេញពីគម្រោងយើង។ ឧទាហរណ៍ ប្រសិនបើយើងទទួលបានសំណើរបស់អ្នកនៅថ្ងៃទី 18 ខែមករា ការជានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកជាមួយគម្រោងរបស់យើងនឹងបញ្ចប់នៅថ្ងៃទី 31 ខែមករា។ ប្រសិនបើអ្នកចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងផ្សេង ការជានារ៉ាប់រងថ្មីរបស់អ្នកនឹងចាប់ផ្តើមនៅថ្ងៃដំបូងនៃខែបន្ទាប់ (ថ្ងៃទី 1 ខែកុម្ភៈក្នុងឧទាហរណ៍នេះ)។

ប្រសិនបើអ្នកចាកចេញពីគម្រោងយើង អ្នកអាចទទួលបានព័ត៌មានអំពី៖

- ជម្រើស Medicare នៅក្នុងតារាងក្នុង**ផ្នែក C1**។
- ជម្រើស និងសេវា Medi-Cal នៅក្នុង**ផ្នែក C2**។

អ្នកអាចទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែមអំពីរបៀបដែលអ្នកអាចបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់អ្នក ដោយទូរសព្ទទៅ៖

- សេវាបម្រើសមាជិកតាមលេខនៅខាងក្រោមទំព័រនេះ។ លេខសម្រាប់អ្នកប្រើប្រាស់ TTY ក៏មានរាយបញ្ជាក់ផងដែរ។
- Medicare តាមរយៈលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរតែទូរសព្ទទៅលេខ 1-877-486-2048។

- កម្មវិធីប្រឹក្សា និងតស៊ូមតិផ្នែកជានារ៉ាប់រងសុខភាព (HICAP) រដ្ឋCalifornia តាមរយៈលេខ 1-800-434-0222 ពីថ្ងៃចន្ទដល់ថ្ងៃសុក្រ ចាប់ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 5 ល្ងាច អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរតែទូរសព្ទទៅលេខ 711។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម ឬដើម្បីស្វែងរកការិយាល័យ HICAP ក្នុងតំបន់របស់អ្នក សូមចូលមើល https://www.aging.ca.gov/HICAP។
- Health Care Options តាមរយៈលេខ 1-800-430-4263 ពីថ្ងៃចន្ទដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ 6 ល្ងាច។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរតែទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-430-7077។
- Ombudsman ផ្នែកថែទាំក្រោមការគ្រប់គ្រងរបស់ Medi-Cal តាមរយៈលេខ 1-888-452-8609 ពីថ្ងៃចន្ទដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ 5 ល្ងាច ឬផ្ញើអ៊ីមែលទៅ MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov។

ចំណាំ៖ ប្រសិនបើអ្នកស្ថិតក្នុងកម្មវិធីគ្រប់គ្រងឱសថ (DMP) អ្នកអាចនឹងមិនអាចផ្លាស់ប្តូរគម្រោងបានទេ។ សូមមើល**ជំពូកទី 5** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះ សម្រាប់ព័ត៌មានអំពីកម្មវិធីគ្រប់គ្រងឱសថ។

B. របៀបបញ្ចប់សមាជិកភាពនៅក្នុងគម្រោងយើង

ប្រសិនបើអ្នកសម្រេចចិត្តបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់អ្នក អ្នកអាចធ្វើដូច្នេះបានដោយចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោង Medicare ផ្សេងទៀត ឬប្តូរទៅកាន់ Original Medicare។ ទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយ ប្រសិនបើអ្នកចង់ប្តូរពីគម្រោងយើងទៅកាន់ Original Medicare ប៉ុន្តែអ្នកមិនទាន់បានជ្រើសរើសគម្រោងឱសថ Medicare ដាច់ដោយឡែកទេ អ្នកត្រូវតែស្នើសុំលុបឈ្មោះចេញពីគម្រោងយើង។ មានវិធីពីរយ៉ាងដែលអ្នកអាចស្នើសុំលុបឈ្មោះបាន៖

- អ្នកអាចធ្វើការស្នើសុំជាលាយលក្ខណ៍អក្សរមកកាន់យើង។ សូមទាក់ទងទៅសេវាបម្រើសមាជិកតាមលេខនៅខាងក្រោមទំព័រនេះ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការព័ត៌មានបន្ថែមអំពីរបៀបធ្វើរឿងនេះ។
- ទូរសព្ទទៅ Medicare តាមរយៈលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY (អ្នកដែលមានការលំបាកក្នុងការស្តាប់ ឬការនិយាយ) គួរតែទូរសព្ទទៅលេខ 1-877-486-2048។ នៅពេលអ្នកទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-MEDICARE អ្នកក៏អាចចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងសុខភាព ឬគម្រោងឱសថ Medicare ផ្សេងទៀតផងដែរ។ ព័ត៌មានបន្ថែមស្តីពីការទទួលបានសេវា Medicare របស់អ្នកនៅពេលអ្នកចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើង មាននៅក្នុងតារាង**ផ្នែក C1**។
- ទូរសព្ទទៅ Health Care Options តាមរយៈលេខ 1-800-430-4263 ពីថ្ងៃចន្ទដល់ថ្ងៃសុក្រ ចាប់ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 6 ល្ងាច។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរតែទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-430-7077។
- **ផ្នែក C**ខាងក្រោមរួមមានជំហានដែលអ្នកអាចអនុវត្ត ដើម្បីចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងផ្សេងដែលវានឹងបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់អ្នកនៅក្នុងគម្រោងយើងផងដែរ។

C. របៀបទទួលបានសេវា Medicare និង Medi-Cal ដោយឡែកពីគ្នា

អ្នកមានជម្រើសអំពីការទទួលបានសេវា Medicare និង Medi-Cal របស់អ្នក ប្រសិនបើអ្នកជ្រើសរើសចាកចេញពីគម្រោងយើង។

C1. សេវា Medicare របស់អ្នក

អ្នកមានជម្រើសចំនួនបីសម្រាប់ការទទួលបានសេវា Medicare របស់អ្នក ដែលមានរាយនៅខាងក្រោមក្នុងខែណាមួយនៃឆ្នាំ។ អ្នកមានជម្រើសបន្ថែមដែលមានរាយនៅខាងក្រោមក្នុងអំឡុងពេលជាក់លាក់នៃឆ្នាំ រួមទាំង**រយៈពេលចុះឈ្មោះបើកចំហ** និង**រយៈពេលចុះឈ្មោះបើកចំហ Medicare Advantage** ឬស្ថានភាពផ្សេងទៀតដែលបានពិពណ៌នានៅក្នុង **ផ្នែក A**។ តាមរយៈការជ្រើសរើសជម្រើសមួយក្នុងចំណោមជម្រើសទាំងនេះ អ្នកបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់អ្នកនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើងដោយស្ម័យប្រវត្តិ។

1. អ្នកអាចប្តូរទៅកាន់៖ **គម្រោង Medicare Medi-Cal (គម្រោង Medi-Medi) គឺជាប្រភេទនៃគម្រោង Medicare Advantage។ វាសម្រាប់អ្នកដែលមានទាំង Medicare និង Medi-Cal ហើយរួមបញ្ចូលទាំងអត្ថប្រយោជន៍ Medicare និង Medi-Cal នៅក្នុងគម្រោងតែមួយ។ គម្រោង Medi-Medi សម្របសម្រួលអត្ថប្រយោជន៍ និងសេវាទាំងអស់នៅទូទាំងកម្មវិធីទាំងពីរ រួមទាំងសេវាដែលបានធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare និង Medi-Cal ទាំងអស់ ឬគម្រោងនៃកម្មវិធីថែទាំគ្រប់ជ្រុងជ្រោយសម្រាប់មនុស្សចាស់ (PACE) ប្រសិនបើអ្នកមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់។** **ចំណាំ៖** ពាក្យគម្រោង Medi-Medi គឺជាឈ្មោះសម្រាប់គម្រោងតម្រូវការពិសេសដែលមានសិទ្ធិទទួលបានទាំងពីរកម្មវិធីរួមបញ្ចូលគ្នា (D-SNPs) បែបសមាហរណកម្ម នៅក្នុងរដ្ឋ California	**នេះជាអ្វីដែលត្រូវធ្វើ៖** ទូរសព្ទទៅ Medicare តាមរយៈលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរតែទូរសព្ទទៅលេខ 1-877-486-2048។ សម្រាប់ការសាកសួរអំពីកម្មវិធីថែទាំគ្រប់ជ្រុងជ្រោយសម្រាប់មនុស្សចាស់ (PACE) សូមទូរសព្ទទៅលេខ 1-855-921-PACE (7223)។ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយ ឬព័ត៌មានបន្ថែម៖ • ទូរសព្ទទៅកម្មវិធីប្រឹក្សា និងតស៊ូមតិផ្នែកធានារ៉ាប់រងសុខភាព (HICAP) រដ្ឋ California តាមរយៈលេខ 1-800-434-0222 ពីថ្ងៃចន្ទដល់ថ្ងៃសុក្រ ចាប់ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 5 ល្ងាច អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរតែទូរសព្ទទៅលេខ 711។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម ឬដើម្បីស្វែងរកការិយាល័យ HICAP ក្នុងតំបន់របស់អ្នក សូមចូលមើល https://www.aging.ca.gov/HICAP/។ **ឬ** ចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោង Medi-Medi ថ្មី។ អ្នកនឹងត្រូវបានលុបឈ្មោះចេញពីគម្រោង Medicare របស់យើងដោយស្វ័យប្រវត្តិ នៅពេលការធានារ៉ាប់រងរបស់គម្រោងថ្មីរបស់អ្នកចាប់ផ្តើម។ គម្រោង Medi-Cal របស់អ្នកនឹងផ្លាស់ប្តូរ ដើម្បីឱ្យស្របទៅនឹងគម្រោង Medi-Medi របស់អ្នក។

2. អ្នកអាចប្តូរទៅកាន់៖ **Original Medicare ដែលមានគម្រោងឱសថ Medicare ដាច់ដោយឡែក និងគម្រោង Medi-Cal មួយ។**	**នេះជាអ្វីដែលត្រូវធ្វើ៖** ទូរសព្ទទៅ Medicare តាមរយៈលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរតែទូរសព្ទទៅលេខ 1-877-486-2048។ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយ ឬព័ត៌មានបន្ថែម៖ • ទូរសព្ទទៅកម្មវិធីប្រឹក្សា និងតស៊ូមតិផ្នែកធានារ៉ាប់រងសុខភាព (HICAP) រដ្ឋ California តាមរយៈលេខ 1-800-434-0222 ពីថ្ងៃចន្ទដល់ថ្ងៃសុក្រ ចាប់ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 5 ល្ងាច អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរតែទូរសព្ទទៅលេខ 711។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម ឬដើម្បីស្វែងរកការិយាល័យ HICAP ក្នុងតំបន់របស់អ្នក សូមចូលមើល www.aging.ca.gov/HICAP/។ **ឬ** ចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងឱសថ Medicare ថ្មី។ អ្នកនឹងត្រូវបានលុបឈ្មោះចេញពីគម្រោងយើងដោយស្វ័យប្រវត្តិ នៅពេលការធានារ៉ាប់រង Original Medicare របស់អ្នកចាប់ផ្តើម។ អ្នកនឹងនៅតែចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោង Medi-Cal របស់អ្នក លុះត្រាតែអ្នកជ្រើសរើសគម្រោងផ្សេង។

3. អ្នកអាចប្តូរទៅកាន់៖

Original Medicare ដោយគ្មានគម្រោងឱសថ Medicare ដាច់ដោយឡែក ប្រសិនបើអ្នកមានហេតុផលលុបឈ្មោះត្រឹមត្រូវ

ចំណាំ៖ ប្រសិនបើអ្នកប្តូរទៅកាន់ Original Medicare ហើយមិនចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងឱសថ Medicare ដាច់ដោយឡែកទេនោះ Medicare អាចចុះឈ្មោះអ្នកនៅក្នុងគម្រោងឱសថ លុះត្រាតែអ្នកប្រាប់ Medicare ថាអ្នកមិនចង់ចូលរួម។

អ្នកគួរតែបោះបង់ការធានារ៉ាប់រងឱសថ តែក្នុងករណីដែលអ្នកមានការធានារ៉ាប់រងឱសថពីប្រភពផ្សេងទៀត ដូចជានិយោជក ឬសហជីពប៉ុណ្ណោះ។ ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរអំពីថាតើអ្នកត្រូវការការធានារ៉ាប់រងឱសថដែរឬទេ សូមទូរសព្ទទៅកម្មវិធីប្រឹក្សា និងតស៊ូមតិផ្នែកធានារ៉ាប់រងសុខភាព (HICAP) រដ្ឋ California តាមរយៈលេខ 1-800-434-0222 ពីថ្ងៃចន្ទដល់ថ្ងៃសុក្រ ចាប់ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 5 ល្ងាច។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម ឬដើម្បីស្វែងរកការិយាល័យ HICAP ក្នុងតំបន់របស់អ្នក សូមចូលទៅកាន់ www.aging.ca.gov/HICAP/។

នេះជាអ្វីដែលត្រូវធ្វើ៖

ទូរសព្ទទៅ Medicare តាមរយៈលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរតែទូរសព្ទទៅលេខ 1-877-486-2048។

ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយ ឬព័ត៌មានបន្ថែម៖

- ទូរសព្ទទៅកម្មវិធីប្រឹក្សា និងតស៊ូមតិផ្នែកធានារ៉ាប់រងសុខភាព (HICAP) រដ្ឋ California តាមរយៈលេខ 1-800-434-0222 ពីថ្ងៃចន្ទដល់ថ្ងៃសុក្រ ចាប់ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 5 ល្ងាច។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរតែទូរសព្ទទៅលេខ 711។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម ឬដើម្បីស្វែងរកការិយាល័យ HICAP ក្នុងតំបន់របស់អ្នក សូមចូលមើល www.aging.ca.gov/HICAP/។

អ្នកនឹងត្រូវបានលុបឈ្មោះចេញពីគម្រោងយើងដោយស្វ័យប្រវត្តិ នៅពេលការធានារ៉ាប់រង Original Medicare របស់អ្នកចាប់ផ្តើម។

អ្នកនឹងនៅតែចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោង Medi-Cal របស់អ្នក លុះត្រាតែអ្នកជ្រើសរើសគម្រោងផ្សេង។

4. អ្នកអាចប្តូរទៅកាន់៖ **គម្រោងសុខភាព Medicare ណាមួយ** ក្នុងអំឡុងពេលជាក់លាក់នៃឆ្នាំ រួមទាំង **រយៈពេលចុះឈ្មោះបើកចំហ** និង**រយៈពេលចុះឈ្មោះបើកចំហ Medicare Advantage** ឬស្ថានភាពផ្សេងទៀតដែលបានពិពណ៌នានៅក្នុង**ផ្នែក A**។	**នេះជាអ្វីដែលត្រូវធ្វើ៖** ទូរសព្ទទៅ Medicare តាមរយៈលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរតែទូរសព្ទទៅលេខ 1-877-486-2048។ សម្រាប់ការសាកសួរអំពីកម្មវិធីថែទាំគ្រប់ជ្រុងជ្រោយសម្រាប់មនុស្សចាស់ (PACE) សូមទូរសព្ទទៅលេខ 1-855-921-PACE (7223)។ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយ ឬព័ត៌មានបន្ថែម៖ • ទូរសព្ទទៅកម្មវិធីប្រឹក្សា និងតស៊ូមតិផ្នែកជានារ៉ាប់រងសុខភាព (HICAP) រដ្ឋ California តាមរយៈលេខ 1-800-434-0222 ពីថ្ងៃចន្ទដល់ថ្ងៃសុក្រ ចាប់ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 5 ល្ងាច។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរតែទូរសព្ទទៅលេខ 711។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម ឬដើម្បីស្វែងរកការិយាល័យ HICAP ក្នុងតំបន់របស់អ្នក សូមចូលមើល www.aging.ca.gov/HICAP/។ **ឬ** ចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោង Medicare ថ្មី។ អ្នកនឹងត្រូវបានលុបឈ្មោះចេញពីគម្រោងយើងដោយស្វ័យប្រវត្តិ នៅពេលការជានារ៉ាប់រងរបស់គម្រោងថ្មីរបស់អ្នកចាប់ផ្តើម។ គម្រោង Medi-Cal របស់អ្នកអាចនឹងផ្លាស់ប្តូរ។

C2. សេវា Medi-Cal របស់អ្នក

សម្រាប់សំណួរអំពីរបៀបទទួលបានសេវា Medi-Cal របស់អ្នក បន្ទាប់ពីអ្នកចាកចេញពីគម្រោងយើង សូមទាក់ទងទៅ Health Care Options តាមរយៈលេខ 1-800-430-4263 ពីថ្ងៃចន្ទដល់ថ្ងៃសុក្រ ចាប់ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 6 ល្ងាច។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរតែទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-430-7077។ ឬចូលទៅកាន់ www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov/en។ សួរអំពីរបៀបដែលការចូលរួមក្នុងគម្រោងផ្សេង ឬការត្រឡប់ទៅកាន់ Original Medicare វិញ ប៉ះពាល់ដល់របៀបដែលអ្នកទទួលបានការជានាវ៉ាប់រង Medi-Cal របស់អ្នក។

D. ទំនិញ សេវាកម្ម និងឱសថវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នក រហូតដល់សមាជិកភាពរបស់អ្នកនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើងបញ្ចប់

ប្រសិនបើអ្នកចាកចេញពីគម្រោងយើង វាអាចចំណាយពេលមួយរយៈ មុនពេលសមាជិកភាពរបស់អ្នកបញ្ចប់ ហើយការជានាវ៉ាប់រង Medicare និង Medi-Cal ថ្មីរបស់អ្នកចាប់ផ្តើម។ ក្នុងអំឡុងពេលនេះ អ្នកបន្តទទួលបានឱសថ និងការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នកតាមរយៈគម្រោងយើង រហូតដល់គម្រោងថ្មីរបស់អ្នកចាប់ផ្តើម។

- ប្រើប្រាស់អ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញរបស់យើង ដើម្បីទទួលបានការថែទាំវេជ្ជសាស្ត្រ។
- ប្រើប្រាស់ឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញរបស់យើង រួមទាំងតាមរយៈសេវាឱសថស្ថានបញ្ជាទិញតាមសំបុត្ររបស់យើង ដើម្បីបើកឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក។
- ប្រសិនបើអ្នកត្រូវសម្រាកនៅមន្ទីរពេទ្យនៅថ្ងៃដែលសមាជិកភាពរបស់អ្នកក្នុង Kaiser Permanente Dual Complete បញ្ចប់ គម្រោងយើងនឹងជានាវ៉ាប់រងការសម្រាកនៅមន្ទីរពេទ្យរបស់អ្នក រហូតដល់អ្នកត្រូវបានអនុញ្ញាតឱ្យចាកចេញពីមន្ទីរពេទ្យ។ នេះនឹងកើតឡើង សូម្បីតែការជានាវ៉ាប់រងសុខភាពថ្មីរបស់អ្នកចាប់ផ្តើម មុនពេលអ្នកត្រូវបានអនុញ្ញាតឱ្យចាកចេញពីមន្ទីរពេទ្យក៏ដោយ។

E. ស្ថានភាពផ្សេងទៀតនៅពេលដែលសមាជិកភាពរបស់អ្នកនៅក្នុងគម្រោងយើងត្រូវបញ្ចប់

ទាំងនេះគឺជាករណីដែលយើងត្រូវតែបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់អ្នកនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើង៖

- ប្រសិនបើមានការដាច់ចន្លោះនៅក្នុងការជានាវ៉ាប់រង Medicare Part A និង Medicare Part B របស់អ្នក។
- ប្រសិនបើអ្នកលែងមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ Medi-Cal ពេញលេញទៀតហើយ។ គម្រោងយើងគឺសម្រាប់អ្នកដែលមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ទទួលបានទាំង Medicare និង Medi-Cal ពេញលេញ។ ចំណាំ៖ ប្រសិនបើអ្នកលែងមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ Medi-Calពេញលេញ អ្នកអាចបន្តនៅក្នុងគម្រោងយើងជាបណ្តោះអាសន្ន ជាមួយនឹងអត្ថប្រយោជន៍ Medicare សូមមើលព័ត៌មានខាងក្រោមអំពីរយៈពេលអនុគ្រោះ។ ប្រសិនបើអ្នកលែងមានសិទ្ធិទទួលបាន Medi-Cal ពេញលេញ យើងនឹងប្រាប់អ្នកជាលាយលក្ខណ៍អក្សរថា អ្នកមានរយៈពេលអនុគ្រោះបួនខែ ដើម្បីទទួលបានសិទ្ធិ Medi-Cal ពេញលេញឡើងវិញ មុនពេលអ្នកត្រូវបានតម្រូវឱ្យចាកចេញពីគម្រោង Kaiser Permanente Dual Complete។ មុនពេលការបញ្ចប់គម្រោង Kaiser Permanente Dual Complete របស់អ្នក យើងនឹងទាក់ទងអ្នកដើម្បីផ្តល់ឱកាសឱ្យអ្នកចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោង Medicare Advantage ផ្សេងទៀតណាមួយរបស់យើង។ អត្ថប្រយោជន៍ និងថ្លៃចំណាយចេញពីហោប៉ៅនៅក្នុងគម្រោងទាំងនេះ អាចខុសពីគម្រោង Kaiser Permanente Dual Complete។
- ប្រសិនបើអ្នកផ្លាស់ទីចេញពីតំបន់សេវារបស់យើង។

- ប្រសិនបើអ្នកនៅឆ្ងាយពីតំបន់សេវារបស់យើងលើសពីប្រាំមួយខែ។
    - ប្រសិនបើអ្នកផ្លាស់ប្តូរទីលំនៅ ឬធ្វើដំណើរកម្សាន្តរយៈពេលវែង សូមទូរសព្ទទៅសេវាបម្រើសមាជិក ដើម្បីស្វែងយល់ថាតើកន្លែងដែលអ្នកកំពុងផ្លាស់ប្តូរទីលំនៅ ឬធ្វើដំណើរទៅនោះ ស្ថិតនៅក្នុងតំបន់សេវារបស់គម្រោងយើងដែរឬទេ។
- ប្រសិនបើអ្នកជាប់គុក ឬពន្ធនាគារដោយសារបទល្មើសព្រហ្មទណ្ឌ។
- ប្រសិនបើអ្នកកុហក ឬលាក់បាំងព័ត៌មានអំពីការធានារ៉ាប់រងផ្សេងទៀតដែលអ្នកមានសម្រាប់ឱសថ។
- ប្រសិនបើអ្នកមិនមែនជាពលរដ្ឋអាម៉េរិក ឬជនជាតិអាមេរិក ឬអ្នកមិនមែនជាពលរដ្ឋដែលមានសិទ្ធិទទួលបាន។
    - អ្នកត្រូវតែជាពលរដ្ឋអាមេរិក ឬជនជាតិអាមេរិក ឬអ្នកមិនមែនជាពលរដ្ឋដែលមានសិទ្ធិទទួលបាន ដើម្បីក្លាយជាសមាជិកនៃគម្រោងយើង។
    - មជ្ឈមណ្ឌលសម្រាប់សេវា Medicare និង Medicaid (CMS) នឹងជូនដំណឹងដល់យើង ប្រសិនបើអ្នកមិនមានសិទ្ធិបន្តជាសមាជិកដោយផ្អែកលើមូលដ្ឋាននេះទេ។
    - យើងត្រូវតែលុបឈ្មោះអ្នក ប្រសិនបើអ្នកមិនបំពេញតាមតម្រូវការនេះ។

ប្រសិនបើអ្នកបាត់បង់សិទ្ធិទទួលបាន Medi-Cal របស់អ្នក ប៉ុន្តែអាចត្រូវបានរំពឹងថានឹងទទួលបានវាឡើងវិញក្នុងរយៈពេលបួនខែ យើងនឹងបន្តផ្តល់អត្ថប្រយោជន៍ Medicare ទាំងអស់ដែលធានារ៉ាប់រងដោយ Kaiser Permanente Dual Complete។ នៅពេលដែលការធានារ៉ាប់រង Medi-Cal របស់អ្នកបញ្ចប់ យើងនឹងមិនទូទាត់ប្រាក់សម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍ Medi-Cal របស់អ្នកទេ។ ណែកចូលរួមបង់ប្រាក់របស់អ្នកសម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍ដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយ Kaiser Permanente Dual Complete នឹងផ្លាស់ប្តូរ ដូចដែលបានពណ៌នានៅក្នុងតារាងអត្ថប្រយោជន៍ក្នុង *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះ។ អ្នកក៏អាចបាត់បង់ជំនួយបន្ថែមពី Medicare ដើម្បីជួយបង់ប្រាក់សម្រាប់ឱសថ Medicare Part D របស់អ្នកផងដែរ។

ប្រសិនបើសិទ្ធិទទួលបាន Medi-Cal របស់អ្នកត្រូវបានស្តារឡើងវិញ ខណៈពេលដែលអ្នកនៅតែចុះឈ្មោះជាមួយយើងសម្រាប់ការធានារ៉ាប់រង Medicare របស់អ្នក យើងនឹងបន្តការបង់ប្រាក់សម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍ Medi-Cal របស់អ្នកឡើងវិញ ហើយការចុះឈ្មោះរបស់អ្នកជាមួយយើងនឹងបន្ត។ ប្រសិនបើអ្នកមិនអាចទទួលបាន Medi-Cal ឡើងវិញក្នុងរយៈពេលបួនខែទេ យើងនឹងលុបឈ្មោះអ្នកចេញពី Kaiser Permanente Dual Complete។ ប្រសិនបើអ្នកទទួលបានសិទ្ធិទទួលបាន Medi-Cal ឡើងវិញបន្ទាប់ពីត្រូវបានលុបឈ្មោះ អ្នកនឹងត្រូវទាក់ទងមកយើងដើម្បីចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងឡើងវិញ។

យើងអាចតម្រូវឱ្យអ្នកចាកចេញពីគម្រោងយើងសម្រាប់ហេតុផលដូចខាងក្រោម តែក្នុងករណីដែលយើងទទួលបានការអនុញ្ញាតពី Medicare និង Medi-Cal ជាមុនសិនប៉ុណ្ណោះ៖

- ប្រសិនបើអ្នកមានចេតនាផ្តល់ព័ត៌មានមិនត្រឹមត្រូវមកយើង នៅពេលអ្នកកំពុងចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងយើង ហើយព័ត៌មាននោះប៉ះពាល់ដល់សិទ្ធិទទួលបានរបស់អ្នកសម្រាប់គម្រោងយើង។
- ប្រសិនបើអ្នកបន្តមានអាកប្បកិរិយាក្នុងទម្រង់រំខាន ហើយធ្វើឱ្យយើងជួបការលំបាកក្នុងការផ្តល់ការថែទាំវេជ្ជសាស្ត្រដល់អ្នក និងសមាជិកផ្សេងទៀតនៃគម្រោងយើង។
- ប្រសិនបើអ្នកអនុញ្ញាតឱ្យនរណាម្នាក់ផ្សេងទៀតប្រើប្រាស់បណ្ណ ID សមាជិករបស់អ្នក ដើម្បីទទួលបានការថែទាំវេជ្ជសាស្ត្រ។ (Medicare អាចស្នើសុំឱ្យអគ្គាធិការដ្ឋានស៊ើបអង្កេតករណីរបស់អ្នក ប្រសិនបើយើងបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់អ្នកដោយសារហេតុផលនេះ។)

F. ច្បាប់ប្រឆាំងនឹងការស្នើសុំឱ្យអ្នកចាកចេញពីគម្រោងយើងខ្ញុំសម្រាប់ហេតុផលទាក់ទងនឹងសុខភាពណាមួយ

យើងមិនអាចស្នើសុំឱ្យអ្នកចាកចេញពីគម្រោងយើង សម្រាប់ហេតុផលណាមួយដែលទាក់ទងនឹងសុខភាពរបស់អ្នកឡើយ។ ប្រសិនបើអ្នកគិតថាយើងកំពុងស្នើសុំឱ្យអ្នកចាកចេញពីគម្រោងយើងសម្រាប់ហេតុផលទាក់ទងនឹងសុខភាព **សូមទូរសព្ទទៅ Medicare** តាមរយៈលេខ 1 800-MEDICARE (1-800-633-4227)។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរតែទូរសព្ទទៅលេខ 1-877-486-2048។

G. សិទ្ធិរបស់អ្នកក្នុងការដាក់បណ្តឹងតវ៉ា ប្រសិនបើយើងបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់អ្នកនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើង

ប្រសិនបើយើងបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់អ្នកនៅក្នុងគម្រោងយើង យើងត្រូវតែប្រាប់អ្នកពីហេតុផលរបស់យើងជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ សម្រាប់ការបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់អ្នក។ យើងក៏ត្រូវតែពន្យល់ពីរបៀបដែលអ្នកអាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងសាទុក្ខ ឬដាក់បណ្តឹងតវ៉ាអំពីសេចក្តីសម្រេចរបស់យើងក្នុងការបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់អ្នកផងដែរ។ អ្នកក៏អាចមើល **ជំពូកទី 9** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិកនេះ* សម្រាប់ព័ត៌មានអំពីរបៀបដាក់បណ្តឹងតវ៉ាផងដែរ។

H. របៀបទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែមអំពីការបញ្ចប់សមាជិកភាពគម្រោងរបស់អ្នក

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ ឬចង់បានព័ត៌មានបន្ថែមអំពីការបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់អ្នក អ្នកអាចទូរសព្ទទៅសេវាបម្រើសមាជិកតាមលេខនៅខាងក្រោមទំព័រនេះ។

ជំពូកទី 11៖ សេចក្តីជូនដំណឹងផ្លូវច្បាប់

សេចក្តីផ្តើម

ជំពូកនេះរួមបញ្ចូលទាំងសេចក្តីជូនដំណឹងផ្លូវច្បាប់ដែលអនុវត្តចំពោះសមាជិកភាពរបស់អ្នកនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើង។ ពាក្យគន្លឹះ និងអត្ថន័យរបស់វាមានបង្ហាញតាមលំដាប់អក្ខរក្រមនៅក្នុងជំពូកចុងក្រោយនៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះ។

មាតិកាជំពូកទី 11

A. សេចក្តីជូនដំណឹងអំពីច្បាប់ 315
B. សេចក្តីជូនដំណឹងសហព័ន្ធស្តីពីការមិនរើសអើង 315
c. សេចក្តីជូនដំណឹងស្តីពីការមិនរើសអើងសម្រាប់ Medi-Cal 315
D. សេចក្តីជូនដំណឹងអំពី Medicare ជាអ្នកបង់ប្រាក់ទីពីរ និង Medi-Cal ជាអ្នកបង់ប្រាក់ចុងក្រោយ 316
E. សេចក្តីជូនដំណឹងអំពីការទាមទារយកទ្រព្យសម្បត្តិមកវិញរបស់ Medi-Cal 317
F. ការគ្រប់គ្រង *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះ 317
G. ពាក្យសុំ និងសេចក្តីថ្លែងការណ៍ 317
H. ការផ្ទេរសិទ្ធ 317
I. កម្រៃសេវា និងការចំណាយលើមេធាវី និងអ្នកតស៊ូមតិ 317
J. ការសម្របសម្រួលអត្ថប្រយោជន៍ 318
K. ការទទួលខុសត្រូវរបស់និយោជក 318
L. *សៀវភៅណែនាំសមាជិក* ដែលមានកាតព្វកិច្ចអនុវត្តតាមលើសមាជិក 318
M. ការទទួលខុសត្រូវរបស់ទីភ្នាក់ងាររដ្ឋាភិបាល 318
N. ភាពមិនទទួលខុសត្រូវរបស់សមាជិក 318
O. គ្មានការបោះបង់សិទ្ធិ 319
P. សេចក្តីជូនដំណឹង 319
Q. ការទាមទារយកប្រាក់បង់លើសមកវិញ 319
R. ការទទួលខុសត្រូវនៃភាគីទីបី 319
S. ក្រសួង កិច្ចការអតីតយុទ្ធជនសហរដ្ឋអាមេរិក 320
T. អត្ថប្រយោជន៍សំណងកម្មករ ឬទំនួលខុសត្រូវរបស់និយោជក 321
U. ការពពោះជំនួស 321
V. មជ្ឈត្តកម្មដែលមានកាតព្វកិច្ចអនុវត្តតាម 321

A. សេចក្តីជូនដំណឹងអំពីច្បាប់

ច្បាប់ជាច្រើនអនុវត្តចំពោះ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះ។ ច្បាប់ទាំងនេះអាចប៉ះពាល់ដល់សិទ្ធិ និងទំនួលខុសត្រូវរបស់អ្នក សូម្បីតែច្បាប់ទាំងនោះមិនត្រូវបានរួមបញ្ចូល ឬពន្យល់នៅក្នុង *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះក៏ដោយ។ ច្បាប់ចម្បងដែលអនុវត្ត គឺជាច្បាប់សហព័ន្ធ និងរដ្ឋ អំពីកម្មវិធី Medicare និង Medi-Cal។ ច្បាប់សហព័ន្ធ និងរដ្ឋផ្សេងទៀតក៏អាចអនុវត្តផងដែរ។

B. សេចក្តីជូនដំណឹងសហព័ន្ធស្តីពីការមិនរើសអើង

យើងមិនរើសអើងដោយផ្អែកលើពូជសាសន៍ ជនជាតិ ដើមកំណើតជាតិ ពណ៌សម្បុរ សាសនា ភេទ អាយុ ពិការភាពផ្លូវចិត្ត ឬផ្លូវកាយ ស្ថានភាពសុខភាព បទពិសោធទាមទារសំណង ប្រវត្តិវេជ្ជសាស្ត្រ ព័ត៌មានហ្សែន ភស្តុតាងនៃលទ្ធភាពទទួលបានធានារ៉ាប់រង ឬទីតាំងភូមិសាស្ត្រនៅក្នុងតំបន់សេវានោះទេ។ អង្គការទាំងអស់ដែលផ្តល់គម្រោង Medicare Advantage ដូចជាគម្រោងរបស់យើង ត្រូវតែគោរពតាមច្បាប់សហព័ន្ធប្រឆាំងនឹងការរើសអើង រួមទាំងចំណងជើងទី VI នៃច្បាប់សិទ្ធិស៊ីវិលឆ្នាំ 1964 ច្បាប់ស្តារនីតិសម្បទាឆ្នាំ 1973 ច្បាប់ប្រឆាំងការរើសអើងអាយុឆ្នាំ 1975 ច្បាប់ជនជាតិអាមេរិកមានពិការភាព ផ្នែក 1557 នៃច្បាប់ស្តីពីការថែទាំក្នុងតម្លៃសមរម្យ ច្បាប់ផ្សេងទៀតទាំងអស់ដែលអនុវត្តចំពោះអង្គការដែលទទួលបានមូលនិធិសហព័ន្ធ ព្រមទាំងច្បាប់ និងវិធានផ្សេងទៀតដែលអនុវត្តសម្រាប់ហេតុផលផ្សេងទៀត។

ប្រសិនបើអ្នកចង់បានព័ត៌មានបន្ថែម ឬមានក្តីបារម្ភអំពីការរើសអើង ឬការប្រព្រឹត្តដោយអយុត្តិធម៌៖

- ហៅទូរសព្ទទៅការិយាល័យសិទ្ធិស៊ីវិលនៃក្រសួងសុខាភិបាល និងសេវាមនុស្សជាតិតាមរយៈលេខ 1-800-368-1019។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY អាចទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-537-7697។ អ្នកអាចចូលមើលគេហទំព័រ hhs.gov/ocr/index.html សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។

c. សេចក្តីជូនដំណឹងស្តីពីការមិនរើសអើងសម្រាប់ Medi-Cal

យើងមិនរើសអើង ឬប្រព្រឹត្តចំពោះអ្នកខុសពីគេ ដោយសារជនជាតិ ជាតិពន្ធ ដើមកំណើតសញ្ជាតិ ពណ៌សម្បុរ សាសនា ភេទ អាយុ ពិការភាពផ្លូវចិត្ត ឬរាងកាយ ស្ថានភាពសុខភាព បទពិសោធទាមទារសំណង ប្រវត្តិវេជ្ជសាស្ត្រ ព័ត៌មានអំពីហ្សែន ភស្តុតាងធានារ៉ាប់រង ឬទីតាំងភូមិសាស្ត្រនៅក្នុងតំបន់សេវាកម្ម។ លើសពីនេះ យើងមិនរើសអើងដោយខុសច្បាប់ មិនរាប់បញ្ចូលមនុស្ស ឬប្រព្រឹត្តចំពោះពួកគេខុសគ្នាដោយសារពូជពង្ស អត្តសញ្ញាណក្រុមជនជាតិ អត្តសញ្ញាណយេនឌ័រ ស្ថានភាពអាពាហ៍ពិពាហ៍ ឬលក្ខខណ្ឌវេជ្ជសាស្ត្រនោះទេ។

ប្រសិនបើអ្នកចង់បានព័ត៌មានបន្ថែម ឬមានក្តីបារម្ភអំពីការរើសអើង ឬការប្រព្រឹត្តដោយអយុត្តិធម៌៖

- ទូរសព្ទទៅការិយាល័យសិទ្ធិស៊ីវិល នៃក្រសួងសេវាថែទាំសុខភាព តាមរយៈលេខ 916-440-7370។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY អាចហៅទូរសព្ទទៅលេខ 711 (សេវាបញ្ជូនបន្តទូរគមនាគមន៍)។ ប្រសិនបើអ្នកជឿថាអ្នកត្រូវបានគេរើសអើង ហើយចង់ដាក់ពាក្យបណ្តឹងអំពីការរើសអើង សូមទាក់ទង៖
- តាមទូរសព្ទ៖ ហៅទូរសព្ទទៅសេវាបម្រើសមាជិក 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ និង 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ (លើកលែងថ្ងៃបុណ្យ)។
- តាមប្រៃសណីយ៍៖ សូមទូរសព្ទទៅសេវាបម្រើសមាជិក ហើយស្នើសុំឱ្យគេផ្ញើទម្រង់បែបបទមួយទៅអ្នក។
- ទៅផ្ទាល់៖ បំពេញទម្រង់បែបបទបណ្តឹងតវ៉ា ឬបណ្តឹងទាមទារ/សំណើសុំអត្ថប្រយោជន៍នៅការិយាល័យសេវាបម្រើសមាជិកដែលមានទីតាំងនៅអគារគម្រោងណាមួយ (ចូលទៅកាន់ *សៀវភៅរាយឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថាន*របស់អ្នកតាមរយៈ kp.org/facilities សម្រាប់អាសយដ្ឋាន)។
- តាមអនឡាញ៖ ប្រើប្រាស់ទម្រង់បែបបទអនឡាញនៅលើគេហទំព័ររបស់យើងតាមរយៈ kp.org។

- អ្នកក៏អាចទាក់ទងមកអ្នកសម្របសម្រួលផ្នែកសិទ្ធិស៊ីវិលរបស់ Kaiser Permanente ដោយផ្ញើរតាមអាសយដ្ឋានខាងក្រោម៖

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

ប្រសិនបើបណ្តឹងសាទុក្ខរបស់អ្នកគឺអំពីការរើសអើងនៅក្នុងកម្មវិធី Medi-Cal អ្នកក៏អាចដាក់បណ្តឹងតវ៉ាទៅកាន់ការិយាល័យសិទ្ធិស៊ីវិលនៃក្រសួងសេវាថែទាំសុខភាព តាមទូរសព្ទ ជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ ឬតាមប្រព័ន្ធអេឡិចត្រូនិកបានផងដែរ៖

- តាមទូរសព្ទ៖ ហៅទូរសព្ទទៅលេខ 916-440-7370។ ប្រសិនបើអ្នកមិនអាចនិយាយ ឬស្តាប់បានល្អទេនោះ សូមហៅទូរសព្ទទៅកាន់លេខ 711 (សេវាកម្មបញ្ជូនបន្តទូរគមនាគមន៍)។
- ជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ៖ សូមបំពេញទម្រង់បែបបទពាក្យបណ្តឹង ឬផ្ញើលិខិតមួយទៅកាន់៖

  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 dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx។

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

ប្រសិនបើអ្នកមានពិការភាព ហើយត្រូវការជំនួយក្នុងការចូលប្រើសេវាថែទាំសុខភាព ឬអ្នកផ្តល់សេវា សូមទូរសព្ទទៅសេវាបម្រើសមាជិក។ ប្រសិនបើអ្នកមានបណ្តឹងតវ៉ា ដូចជាបញ្ហាទាក់ទងនឹងលទ្ធភាពប្រើរទេះរុញ សេវាបម្រើសមាជិកអាចជួយបាន។

D. សេចក្តីជូនដំណឹងអំពី Medicare ជាអ្នកបង់ប្រាក់ទីពីរ និង Medi-Cal ជាអ្នកបង់ប្រាក់ចុងក្រោយ

ពេលខ្លះ អ្នកផ្សេងត្រូវតែបង់ប្រាក់ជាមុនសិនសម្រាប់សេវាកម្មដែលយើងផ្តល់ជូនអ្នក។ ឧទាហរណ៍ ប្រសិនបើអ្នកស្ថិតក្នុងគ្រោះថ្នាក់ចរាចរណ៍ ឬប្រសិនបើអ្នករងរបួសនៅកន្លែងធ្វើការ ការធានារ៉ាប់រង ឬសំណងកម្ម ការត្រូវបង់ប្រាក់ជាមុនសិន។

យើងមានសិទ្ធិ និងកាតព្វកិច្ចក្នុងការប្រមូលប្រាក់សម្រាប់សេវាកម្ម Medicare ដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រង ដែល Medicare មិនមែនជាអ្នកបង់ប្រាក់ដំបូង។

យើងអនុវត្តតាមច្បាប់ និងបទប្បញ្ញត្តិរបស់សហព័ន្ធ និងរដ្ឋ ដែលទាក់ទងនឹងការទទួលខុសត្រូវផ្លូវច្បាប់របស់ភាគីទីបីសម្រាប់សេវាថែទាំសុខភាពដល់សមាជិក។ យើងចាត់វិធានការសមហេតុផលទាំងអស់ ដើម្បីជានាថា Medi-Cal គឺជាអ្នកបង់ប្រាក់តាមមធ្យោបាយចុងក្រោយ។

សមាជិក Medi-Cal ត្រូវតែប្រើប្រាស់ការធានារ៉ាប់រងសុខភាព (OHC) ផ្សេងទៀតទាំងអស់មុនពេល Medi-Cal នៅពេលដែលសេវាកម្មដូចគ្នានេះមាននៅក្រោមការធានារ៉ាប់រងសុខភាពរបស់អ្នក ព្រោះ Medi-Cal គឺជាអ្នកបង់ប្រាក់ជម្រើសចុងក្រោយ។ នេះមានន័យថាក្នុងករណីភាគច្រើន Medi-Cal នឹងក្លាយជាអ្នកបង់ប្រាក់ទីពីរដល់ Medicare OHC ដោយគ្របដណ្តប់លើការចំណាយដែលអាចអនុញ្ញាតបាន ដែលមិនត្រូវបានបង់ដោយគម្រោងរបស់យើង ឬ OHC ផ្សេងទៀតរហូតដល់អត្រា Medi-Cal។

E. សេចក្តីជូនដំណឹងអំពីការទាមទារយកទ្រព្យសម្បត្តិមកវិញរបស់ Medi-Cal

កម្មវិធី Medi-Cal ត្រូវតែស្វែងរកការសងត្រលប់ពីទ្រព្យសម្បត្តិបន្សល់ទុកដែលបានឆ្លងកាត់នីតិវិធីតុលាការរបស់សមាជិកមួយចំនួនដែលបានទទួលមរណភាពសម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍ Medi-Cal ដែលទទួលបាននៅឬក្រោយអាយុ 55 ឆ្នាំ របស់ពួកគេ។ ការទូទាត់សងរួមមានថ្លៃសេវា និងថ្លៃធានារ៉ាប់រង/ការបង់ថ្លៃថែទាំដែលត្រូវបានគ្រប់គ្រងសម្រាប់សេវាមណ្ឌលថែទាំ សេវាតាមផ្ទះ និងសហគមន៍ និងសេវាមន្ទីរពេទ្យពាក់ព័ន្ធ និងឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាដែលបានទទួលនៅពេលដែលសមាជិកជាអ្នកជំងឺសម្រាកព្យាបាលក្នុងមណ្ឌលថែទាំ ឬកំពុងទទួលសេវាតាមផ្ទះ និងសហគមន៍។ ការទូទាត់សងមិនអាចលើសពីតម្លៃនៃទ្រព្យសម្បត្តិបន្សល់ទុករបស់សមាជិកនោះទេ។

ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែម សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រសង្គ្រោះអចលនទ្រព្យរបស់ក្រសួងសេវាថែទាំសុខភាពតាមគេហទំព័រ dhcs.ca.gov ឬហៅទូរសព្ទទៅលេខ 916-650-0590។

F. ការគ្រប់គ្រង *សៀវភៅណែនាំសមាជិកនេះ*

យើងអាចអនុម័តគោលនយោបាយ នីតិវិធី និងការបកស្រាយសមហេតុផល ដើម្បីលើកកម្ពស់ការគ្រប់គ្រងប្រកបដោយសណ្តាប់ធ្នាប់ និងប្រសិទ្ធភាពនៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះ។

G. ពាក្យសុំ និងសេចក្តីថ្លែងការណ៍

អ្នកត្រូវតែបំពេញពាក្យសុំស្នើសុំ ទម្រង់បែបបទ ឬសេចក្តីថ្លែងការណ៍ណាមួយដែលយើងស្នើសុំក្នុងដំណើរការអាជីវកម្មធម្មតារបស់យើង ឬដូចដែលបានបញ្ជាក់នៅក្នុង *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះ។

H. ការផ្ទេរសិទ្ធ

អ្នកមិនអាចផ្ទេរ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក* នេះ ឬសិទ្ធិ ផលប្រយោជន៍ ការទាមទារប្រាក់ដែលត្រូវបង់ អត្ថប្រយោជន៍ ឬកាតព្វកិច្ចណាមួយនៅក្រោមកិច្ចព្រមព្រៀងនេះដោយគ្មានការយល់ព្រមជាលាយលក្ខណ៍អក្សរជាមុនពីយើង។

I. កម្រៃសេវា និងការចំណាយលើមេធាវី និងអ្នកតស៊ូមតិ

នៅក្នុងជម្លោះណាមួយរវាងសមាជិក និង Health Plan, Medical Group ឬមន្ទីរពេទ្យ Kaiser Foundation Hospital ភាគីនីមួយៗនឹងទទួលបន្ទុកថ្លៃសេវា និងការចំណាយផ្ទាល់ខ្លួន រួមទាំងថ្លៃសេវាមេធាវី ថ្លៃសេវាអ្នកតស៊ូមតិ និងការចំណាយផ្សេងៗទៀត លើកលែងតែមានការកំណត់ផ្សេងពីនេះដោយច្បាប់។

J. ការសម្របសម្រួលអត្ថប្រយោជន៍

ប្រសិនបើអ្នកមានការធានារ៉ាប់រងផ្សេងទៀត អ្នកត្រូវបានតម្រូវឱ្យប្រើប្រាស់ការធានារ៉ាប់រងផ្សេងទៀតរបស់អ្នករួមផ្សំជាមួយនឹងការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកជាសមាជិកគម្រោង Kaiser Permanente Dual Complete Plan ដើម្បីបង់ថ្លៃថែទាំដែលអ្នកទទួលបាន។ នេះត្រូវបានហៅថា “ការសម្របសម្រួលអត្ថប្រយោជន៍” ពីព្រោះវាពាក់ព័ន្ធនឹងការសម្របសម្រួលអត្ថប្រយោជន៍សុខភាពទាំងអស់ដែលមានសម្រាប់អ្នក។ អ្នកនឹងទទួលបានការថែទាំដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដូចធម្មតាពីអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ ហើយការធានារ៉ាប់រងផ្សេងទៀតដែលអ្នកមាននឹងជួយបង់ថ្លៃថែទាំដែលអ្នកទទួលបាន។

ប្រសិនបើការធានារ៉ាប់រងផ្សេងទៀតរបស់អ្នកគឺជាអ្នកបង់ប្រាក់ចម្បង ជារឿយៗវានឹងទូទាត់ចំណែកនៃការទូទាត់របស់ខ្លួនដោយផ្ទាល់ជាមួយយើង ហើយអ្នកនឹងមិនចាំបាច់ចូលរួមនោះទេ។ ទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយ ប្រសិនបើការទូទាត់ដែលជំពាក់យើងដោយអ្នកបង់ប្រាក់ចម្បងត្រូវបានផ្ញើដោយផ្ទាល់ទៅអ្នក ច្បាប់ Medicare តម្រូវឱ្យអ្នកផ្តល់ការទូទាត់ចម្បងនេះមកយើង។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីការទូទាត់បឋមក្នុងស្ថានភាពការទទួលខុសត្រូវរបស់ភាគីទីបី សូមមើល **ផ្នែក S** នៅក្នុងជំពូកនេះ និងសម្រាប់ការទូទាត់ចម្បងនៅក្នុងករណីសំណងរបស់កម្មករ សូមមើល **ផ្នែក U** នៅក្នុងជំពូកនេះ។

អ្នកត្រូវតែប្រាប់យើង ប្រសិនបើអ្នកមានការធានារ៉ាប់រងសុខភាពផ្សេងទៀត ហើយសូមប្រាប់យើងឱ្យដឹងនៅពេលណាដែលមានការផ្លាស់ប្តូរណាមួយនៅក្នុងការធានារ៉ាប់រងបន្ថែមរបស់អ្នក។

K. ការទទួលខុសត្រូវរបស់និយោជក

ចំពោះសេវាកម្មណាមួយដែលច្បាប់តម្រូវឱ្យនិយោជកផ្តល់ យើងនឹងមិនបង់ប្រាក់ឱ្យនិយោជកទេ ហើយនៅពេលដែលយើងធានារ៉ាប់រងលើសេវាកម្មទាំងនោះ យើងអាចទាមទារយកតម្លៃសេវាកម្មពីនិយោជកវិញ។

L. *សៀវភៅណែនាំសមាជិក* ដែលមានកាតព្វកិច្ចអនុវត្តតាមលើសមាជិក

ដោយជ្រើសរើសការធានារ៉ាប់រង ឬការទទួលយកអត្ថប្រយោជន៍ក្រោម *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះ សមាជិកទាំងអស់ដែលមានសមត្ថភាពធ្វើកិច្ចសន្យាដោយស្របច្បាប់ ហើយតំណាងស្របច្បាប់នៃសមាជិកទាំងអស់ដែលមិនមានលទ្ធភាពធ្វើកិច្ចសន្យា យល់ព្រមចំពោះបទប្បញ្ញត្តិទាំងអស់ក្នុង *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*។

M. ការទទួលខុសត្រូវរបស់ទីភ្នាក់ងាររដ្ឋាភិបាល

ចំពោះសេវាកម្មណាមួយដែលច្បាប់តម្រូវឱ្យផ្តល់ដោយ ឬទទួលបានតែពីទីភ្នាក់ងាររដ្ឋាភិបាលប៉ុណ្ណោះ យើងនឹងមិនបង់ប្រាក់ឱ្យទីភ្នាក់ងាររដ្ឋាភិបាលទេ ហើយនៅពេលដែលយើងធានារ៉ាប់រងលើសេវាកម្មបែបនេះ យើងអាចទាមទារយកតម្លៃនៃសេវាកម្មពីទីភ្នាក់ងាររដ្ឋាភិបាលវិញ។

N. ភាពមិនទទួលខុសត្រូវរបស់សមាជិក

កិច្ចសន្យារបស់យើងជាមួយអ្នកផ្តល់សេវាបណ្តាញចែងថាអ្នកមិនទទួលខុសត្រូវចំពោះចំនួនទឹកប្រាក់ណាមួយដែលយើងជំពាក់នោះទេ។ ទោះយ៉ាងណាក៏ដោយ អ្នកទទួលខុសត្រូវចំពោះថ្លៃសេវាដែលមិនត្រូវបានគ្របដណ្តប់ដែលអ្នកទទួលបានពីអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ ឬអ្នកផ្តល់សេវាក្រៅបណ្តាញ។

O. គ្មានការបោះបង់សិទ្ធិ

ការខកខានរបស់យើងក្នុងការអនុវត្តបទប្បញ្ញត្តិណាមួយនៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក* នឹងមិនមានន័យថាជាបោះបង់សិទ្ធិនោះ ឬបទប្បញ្ញត្តិផ្សេងទៀត ឬធ្វើឱ្យបាត់បង់សិទ្ធិរបស់យើងបន្ទាប់ពីនោះ ក្នុងការទាមទារឱ្យអ្នកអនុវត្តបទប្បញ្ញត្តិណាមួយយ៉ាងតឹងរ៉ឹងនោះទេ។

P. សេចក្តីជូនដំណឹង

លិខិតជូនដំណឹងរបស់យើងទៅកាន់អ្នកនឹងត្រូវបានផ្ញើទៅកាន់អាសយដ្ឋានថ្មីបំផុតដែលយើងមាន។ អ្នកទទួលខុសត្រូវក្នុងការជូនដំណឹងមកយើងអំពីការផ្លាស់ប្តូរណាមួយនៅក្នុងអាសយដ្ឋានរបស់អ្នក។ ប្រសិនបើអ្នកផ្លាស់ទីលំនៅ សូមទូរសព្ទទៅសេវាបម្រើសមាជិក (លេខទូរស័ព្ទមាននៅខាងក្រោយសៀវភៅតូចនេះ) និងសន្តិសុខសង្គមតាមលេខ 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778) ឱ្យបានឆាប់តាមដែលអាចធ្វើទៅបាន ដើម្បីរាយការណ៍ពីការផ្លាស់ប្តូរអាសយដ្ឋានរបស់អ្នក។

Q. ការទាមទារយកប្រាក់បង់លើសមកវិញ

យើងអាចទាមទារប្រាក់ដែលបានបង់លើសណាមួយដែលយើងបានបង់សម្រាប់សេវា ពីបុគ្គលណាមួយដែលទទួលបានប្រាក់ដែលបានបង់លើសនោះ ឬពីបុគ្គល ឬអង្គការណាមួយដែលមានកាតព្វកិច្ចបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវានោះ។

R. ការទទួលខុសត្រូវនៃភាគីទីបី

ភាគីទីបីដែលបង្កឱ្យអ្នករងរបួស ឬឈឺ (និង/ឬក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងរបស់ពួកគេ) ជាធម្មតាត្រូវបង់ប្រាក់មុន Medicare ឬគម្រោងរបស់យើង។ ដូច្នេះ យើងមានសិទ្ធិទាមទារការទូទាត់សំខាន់ៗទាំងនេះ។ ប្រសិនបើអ្នកទទួលបានសាលក្រម ឬការព្រមព្រៀងទូទាត់សំណងពីភាគីទីបី (ឬក្នុងនាមភាគីទីបី) ដែលត្រូវបានចោទប្រកាន់ថាជាអ្នកបង្កឱ្យមានរបួស ឬជំងឺដែលអ្នកបានទទួលសេវាកម្មដោយការធានារ៉ាប់រងនោះ អ្នកត្រូវធានាថាយើងទទួលបានការសងត្រឡប់វិញសម្រាប់សេវាកម្មទាំងនោះ។

ចំណាំ៖ ផ្នែក “ការទទួលខុសត្រូវនៃភាគីទីបី” នេះ មិនប៉ះពាល់ដល់កាតព្វកិច្ចរបស់អ្នកក្នុងការបង់ប្រាក់ចំណែកនៃការចំណាយសម្រាប់សេវាកម្មទាំងនេះឡើយ។

ក្នុងវិសាលភាពដែលច្បាប់អនុញ្ញាត ឬតម្រូវ យើងនឹងទទួលបានសិទ្ធិបន្ត លើរាល់ការទាមទារ សិទ្ធិប្តឹងតវ៉ា និងសិទ្ធិផ្សេងទៀតដែលអ្នកមានប្រឆាំងនឹងភាគីទីបី ឬក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រង កម្មវិធីរបស់រដ្ឋាភិបាល ឬប្រភពផ្សេងទៀតនៃការធានារ៉ាប់រង សម្រាប់ការទូទាត់ជាប្រាក់ ការសងជំងឺចិត្ត ឬការផ្តល់សំណង ចំពោះការរងរបួស ឬការឈឺថ្កាត់ដែលត្រូវបានចោទប្រកាន់ថាបង្កឡើងដោយភាគីទីបីនោះ។ យើងនឹងទទួលបានសិទ្ធិបន្ត ចាប់ពីពេលដែលយើងបានផ្ញើតាមប្រៃសណីយ៍ ឬប្រគល់ជូនអ្នក ឬមេធាវីរបស់អ្នក នូវសេចក្តីជូនដំណឹងជាលាយលក្ខណ៍អក្សរអំពីការប្រើប្រាស់សិទ្ធិជ្រើសរើសនេះរបស់យើង។

ដើម្បីជានាសិទ្ធិរបស់យើង យើងនឹងមានសិទ្ធិទាមទារសំណង និងសិទ្ធិទទួលបានការសងត្រឡប់វិញនៃទឹកប្រាក់ដែលទទួលបានតាមរយៈសាលក្រម ឬការព្រមព្រៀងដោះស្រាយវិវាទណាមួយ ដែលអ្នក ឬយើងទទួលបានពីភាគីទីបី ឬពីប្រភេទនៃការជានាវ៉ាប់រងផ្សេងទៀត រួមមាន (ប៉ុន្តែមិនកំណត់ត្រឹមតែ)៖ ការជានាវ៉ាប់រងលើការទទួលខុសត្រូវ ការជានាវ៉ាប់រងករណីអ្នកបើកបរគ្មានការជានាវ៉ាប់រង ឬមានការជានាវ៉ាប់រងមិនគ្រប់គ្រាន់ ការជានាវ៉ាប់រងបន្ថែម ការជានាវ៉ាប់រងសំណងសម្រាប់កម្មករ ការជានាវ៉ាប់រងលើការរងរបួសផ្ទាល់ខ្លួន ការជានាវ៉ាប់រងលើការចំណាយផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ និងប្រភេទជានាវ៉ាប់រងផ្សេងទៀតទាំងអស់ដែលផ្តល់ជូនដល់អ្នកកាន់ប័ណ្ណជានាវ៉ាប់រងផ្ទាល់។ ប្រាក់ដែលទទួលបានពីសាលក្រម ឬការព្រមព្រៀងដោះស្រាយវិវាទណាមួយ ដែលអ្នក ឬយើងទទួលបាន ត្រូវយកទៅទូទាត់សិទ្ធិទាមទាររបស់យើងជាមុនសិន ដោយមិនគិតថាអ្នកទទួលបានសំណងគ្រប់គ្រាន់ ឬមិនគ្រប់គ្រាន់នោះទេ ហើយក៏មិនគិតថាចំនួនទឹកប្រាក់សរុបនោះតិចជាងការខាតបង់ និងការខូចខាតជាក់ស្តែងដែលអ្នកបានជួបប្រទះនោះដែរ។ យើងមិនត្រូវបានតម្រូវឱ្យបង់ថ្លៃសេវា ឬចំណាយនានាដល់មេធាវីណាមួយដែលអ្នកបានជួលដើម្បីទាមទារសំណងការខូចខាតរបស់អ្នកនោះទេ។ ប្រសិនបើអ្នកសងប្រាក់មកយើងវិញដោយមិនចាំបាច់មានវិធានការផ្លូវច្បាប់ យើងនឹងផ្តល់ការបញ្ចុះតម្លៃលើថ្លៃលទ្ធកម្ម។ ប្រសិនបើយើងត្រូវចាត់វិធានការផ្លូវច្បាប់ដើម្បីការពារផលប្រយោជន៍របស់ខ្លួន នោះនឹងមិនមានការបញ្ចុះតម្លៃលើការលទ្ធកម្មឡើយ។ ក្នុងរយៈពេល 30 ថ្ងៃបន្ទាប់ពីបានដាក់ពាក្យទាមទារ ឬប្តឹងតវ៉ាប្រឆាំងនឹងភាគីទីបី អ្នកត្រូវតែផ្ញើការជូនដំណឹងជាលាយលក្ខណ៍អក្សរអំពីការទាមទារ ឬបណ្តឹងនោះទៅកាន់៖

The Rawlings Company
One Eden Parkway
P.O. Box 2000
LaGrange, KY 40031-2000
ទូរសារ: 1-502-753-7064

ដើម្បីឱ្យយើងអាចកំណត់បាននូវសិទ្ធិណាមួយដែលយើងមាន និងដើម្បីអនុវត្តសិទ្ធិទាំងនោះឱ្យបានពេញលេញ អ្នកត្រូវបំពេញ និងផ្ញើមកកាន់យើងនូវរាល់ឯកសារយល់ព្រម ឯកសារលះបង់សិទ្ធិ ឯកសារផ្តល់សិទ្ធិអំណាច ឯកសារផ្ទេរសិទ្ធិ និងឯកសារផ្សេងៗទៀត រួមទាំងទម្រង់បែបបទស្តីពីសិទ្ធិទាមទារប្រាក់ ដែលតម្រូវឱ្យមេធាវីរបស់អ្នក ភាគីទីបី និងក្រុមហ៊ុនជានាវ៉ាប់រងលើការទទួលខុសត្រូវរបស់ភាគីទីបីនោះ បង់ប្រាក់មកឱ្យយើងដោយផ្ទាល់។ អ្នកមិនអាចយល់ព្រមលះបង់ បញ្ឈប់ ឬកាត់បន្ថយសិទ្ធិរបស់យើងនៅក្រោមខចែងនេះ ដោយគ្មានការយល់ព្រមជាលាយលក្ខណ៍អក្សរជាមុនពីយើងឡើយ។

ប្រសិនបើសន្តតិកម្ម (ទ្រព្យសម្បត្តិមរតក) ឪពុកម្តាយ អាណាព្យាបាល ឬអ្នកគ្រប់គ្រងទ្រព្យសម្បត្តិរបស់អ្នក ធ្វើការទាមទារសិទ្ធិប្រឆាំងនឹងតតិយជន (ភាគីទីបី) ដោយផ្អែកលើរបួស ឬជំងឺរបស់អ្នក សន្តតិកម្ម ឪពុកម្តាយ អាណាព្យាបាល ឬអ្នកគ្រប់គ្រងទ្រព្យសម្បត្តិនោះ ព្រមទាំងការទូទាត់សម្រុះសម្រួល ឬសាលក្រម/សាលដីកាណាមួយដែលទទួលបានមកវិញដោយសន្តតិកម្ម ឪពុកម្តាយ អាណាព្យាបាល ឬអ្នកគ្រប់គ្រងទ្រព្យសម្បត្តិនោះ ត្រូវស្ថិតនៅក្រោមសិទ្ធិឃាត់ទុក និងសិទ្ធិផ្សេងទៀតរបស់យើង ក្នុងកម្រិតដូចគ្នាទៅនឹងករណីដែលអ្នកបានធ្វើការទាមទារសិទ្ធិប្រឆាំងនឹងតតិយជននោះដោយផ្ទាល់ខ្លួនឯងដែរ។ យើងអាចផ្ទេរសិទ្ធិរបស់យើង ដើម្បីអនុវត្តសិទ្ធិឃាត់ទុក និងសិទ្ធិផ្សេងទៀតរបស់យើង។

S. ក្រសួង កិច្ចការអតីតយុទ្ធជនសហរដ្ឋអាម៉េរិក

សម្រាប់សេវាណាមួយសម្រាប់ស្ថានភាពជំងឺដែលកើតចេញពីការបម្រើយោធា ដែលច្បាប់តម្រូវឱ្យក្រសួងកិច្ចការអតីតយុទ្ធជនផ្តល់ជូន យើងនឹងមិនបង់ប្រាក់ជូនក្រសួងកិច្ចការអតីតយុទ្ធជនទេ ហើយនៅពេលយើងជានាវ៉ាប់រងសេវាណាមួយនោះ យើងអាចទាមទារតម្លៃនៃសេវានោះពីក្រសួងកិច្ចការអតីតយុទ្ធជនមកវិញបាន។

T. អត្ថប្រយោជន៍សំណងកម្មករ ឬទំនួលខុសត្រូវរបស់និយោជក

សំណងគ្រោះថ្នាក់ការងារជាធម្មតាត្រូវតែបង់មុន Medicare ឬគម្រោងរបស់យើង។ ដូច្នេះ យើងមានសិទ្ធិស្វែងរកការបង់ប្រាក់បឋមក្រោមច្បាប់សំណងគ្រោះថ្នាក់ការងារ ឬការទទួលខុសត្រូវរបស់និយោជក។ អ្នកអាចមានសិទ្ធិទទួលបានការបង់ប្រាក់ ឬអត្ថប្រយោជន៍ផ្សេងទៀត រួមទាំងចំនួនទឹកប្រាក់ដែលទទួលបានជាការដោះស្រាយ (ហៅជារួមថា “អត្ថប្រយោជន៍ហិរញ្ញវត្ថុ”) ក្រោមច្បាប់សំណងគ្រោះថ្នាក់ការងារ ឬការទទួលខុសត្រូវរបស់និយោជក។ យើងនឹងផ្តល់ជូនសេវាដែលបានធានារ៉ាប់រង ទោះបីជាវាមិនច្បាស់លាស់ថាអ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ហិរញ្ញវត្ថុក៏ដោយ ប៉ុន្តែយើងអាចទាមទារតម្លៃនៃសេវាដែលបានធានារ៉ាប់រងណាមួយមកវិញពីប្រភពដូចខាងក្រោម៖

- ពីប្រភពណាមួយដែលផ្តល់អត្ថប្រយោជន៍ហិរញ្ញវត្ថុ ឬពីបុគ្គលដែលត្រូវផ្តល់អត្ថប្រយោជន៍ហិរញ្ញវត្ថុនោះ។
- ពីអ្នក ក្នុងកម្រិតដែលអត្ថប្រយោជន៍ហិរញ្ញវត្ថុត្រូវបានផ្តល់ជូន ឬត្រូវបង់ ឬនឹងត្រូវបានតម្រូវឱ្យផ្តល់ជូន ឬត្រូវបង់ ប្រសិនបើអ្នកបានស្វែងរកយ៉ាងយកចិត្តទុកដាក់ដើម្បីបង្កើតសិទ្ធិរបស់អ្នកក្នុងការទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ហិរញ្ញវត្ថុ ក្រោមច្បាប់សំណងគ្រោះថ្នាក់ការងារ ឬច្បាប់ស្តីពីការទទួលខុសត្រូវរបស់និយោជកណាមួយ។

U. ការពាពោះជំនួស

ក្នុងស្ថានភាពដែលសមាជិកម្នាក់ទទួលបានសំណងជាប្រាក់ដើម្បីធ្វើជាអ្នកពាពោះជំនួស គម្រោងរបស់យើងនឹងស្វែងរកសំណងសម្រាប់រាល់ការគិតថ្លៃរបស់គម្រោងសម្រាប់សេវាដែលបានធានារ៉ាប់រងដែលសមាជិកទទួលបាន ដែលទាក់ទងនឹងការបង្កកំណើត ការមានផ្ទៃពោះ និង/ឬការសម្រាលកូន។ ការរៀបចំការពាពោះជំនួសគឺជាការរៀបចំមួយដែលស្ត្រីម្នាក់យល់ព្រមមានផ្ទៃពោះ ហើយប្រគល់ទារកនោះទៅឱ្យបុគ្គលម្នាក់ ឬច្រើននាក់ផ្សេងទៀតដែលមានបំណងចិញ្ចឹមបីបាច់កុមារនោះ។

V. មជ្ឈត្តកម្មដែលមានកាតព្វកិច្ចអនុវត្តតាម

ការពិពណ៌នាអំពីមជ្ឈត្តកម្មដែលមានកាតព្វកិច្ចអនុវត្តតាមខាងក្រោមនេះ អនុវត្តចំពោះសមាជិកដូចខាងក្រោម៖

- រាល់សមាជិកទាំងអស់ដែលបានចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោង Kaiser Permanente Medicare Advantage Individual Plan ដែលមានកាលបរិច្ឆេទចូលជាធរមានមុនថ្ងៃទី 1 ខែមករា ឆ្នាំ 2008 និង
- រាល់សមាជិកទាំងអស់ដែលបានចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោង Kaiser Permanente Medicare Advantage Individual Plan ដែលមានកាលបរិច្ឆេទចូលជាធរមានចាប់ពីថ្ងៃទី 1 ខែមករា ឆ្នាំ 2008 ឬក្រោយនោះ ដែលមិនបានប្រកាសដកខ្លួនចេញយ៉ាងច្បាស់លាស់ពីដំណើរការមជ្ឈត្តកម្មដែលមានកាតព្វកិច្ចអនុវត្តតាម ក្នុងរយៈពេល 60 ថ្ងៃតាមប្រតិទិននៃកាលបរិច្ឆេទចូលជាធរមាននៃការចុះឈ្មោះ។

សម្រាប់រាល់ការទាមទារទាំងអស់ដែលស្ថិតនៅក្រោមផ្នែក “មជ្ឈត្តកម្មដែលមានកាតព្វកិច្ចអនុវត្តតាម” នេះ ទាំងដើមបណ្តឹង និងចុងចោទបោះបង់សិទ្ធិក្នុងការកាត់ក្តីដោយគណៈវិនិច្ឆ័យ ឬតុលាការ ហើយទទួលយកការប្រើប្រាស់មជ្ឈត្តកម្មដែលមានកាតព្វកិច្ចអនុវត្តតាម។ ដរាបណាផ្នែក “មជ្ឈត្តកម្មដែលមានកាតព្វកិច្ចអនុវត្តតាម” នេះអនុវត្តចំពោះការទាមទារដែលធ្វើឡើងដោយភាគី Kaiser Permanente វានឹងត្រូវអនុវត្តប្រតិសកម្មចំពោះរាល់ការទាមទារដែលមិនទាន់បានដោះស្រាយទាំងអស់ ដែលបានកើតឡើងមុនកាលបរិច្ឆេទចូលជាធរមាននៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក***នេះ។** ការអនុវត្តប្រតិសកម្មបែបនេះនឹងមានកាតព្វកិច្ចអនុវត្តតាមតែលើភាគី Kaiser Permanente ប៉ុណ្ណោះ។

វិសាលភាពនៃមជ្ឈត្តកម្ម

វិវាទណាមួយត្រូវតែដាក់ស្នើទៅមជ្ឈត្តកម្មដែលមានកាតព្វកិច្ចអនុវត្តតាម ប្រសិនបើតម្រូវការទាំងអស់ខាងក្រោមត្រូវបានបំពេញ៖

- ការទាមទារកើតឡើងពី ឬទាក់ទងនឹងការចោទប្រកាន់ពីការបំពានកាតព្វកិច្ចណាមួយដែលជាហេតុការណ៍ ឬកើតចេញពី ឬទាក់ទងនឹង *សៀវភៅណែនាំសមាជិក* នេះ ឬទំនាក់ទំនងរបស់ភាគីសមាជិកជាមួយ Kaiser Foundation Health Plan, Inc. រួមទាំងការទាមទារណាមួយចំពោះការអនុវត្តខុសវិជ្ជាជីវៈផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ ឬមន្ទីរពេទ្យ (ការទាមទារថាសេវា ឬទំនិញវេជ្ជសាស្ត្រគឺមិនចាំបាច់ ឬមិនបានអនុញ្ញាត ឬត្រូវបានផ្តល់ឱ្យដោយមិនត្រឹមត្រូវ ដោយការឆ្វេសប្រហែស ឬដោយគ្មានសមត្ថភាព) ចំពោះការទទួលខុសត្រូវលើទីតាំង ឬទាក់ទងនឹងការជានាវ៉ាប់រងសម្រាប់ ឬការផ្តល់សេវា ឬទំនិញដោយមិនគិតពីទ្រឹស្តីច្បាប់ដែលការទាមទារនោះត្រូវបានធ្វើឡើងដោយផ្អែកទៅលើនោះទេ។
- ការទាមទារត្រូវបានធ្វើឡើងដោយភាគីសមាជិកមួយ ឬច្រើនប្រឆាំងនឹងភាគី Kaiser Permanente មួយ ឬច្រើន ឬដោយភាគី Kaiser Permanente មួយ ឬច្រើនប្រឆាំងនឹងភាគីសមាជិកមួយ ឬច្រើន។
- ច្បាប់គ្រប់គ្រងមិនហាមឃាត់ការប្រើប្រាស់មជ្ឈត្តកម្មដែលមានកាតព្វកិច្ចអនុវត្តតាមដើម្បីដោះស្រាយការទាមទារនោះទេ។

ដូច្នេះ សមាជិកដែលបានចុះឈ្មោះក្រោម *សៀវភៅណែនាំសមាជិក* នេះ បោះបង់សិទ្ធិរបស់ពួកគេក្នុងការកាត់ក្តីដោយតុលាការ ឬគណៈវិនិច្ឆ័យ ហើយទទួលយកការប្រើប្រាស់មជ្ឈត្តកម្មដែលមានកាតព្វកិច្ចអនុវត្តតាមជំនួសវិញ លើកលែងតែប្រភេទនៃការទាមទារដូចខាងក្រោមនេះដែលមិនស្ថិតនៅក្រោមមជ្ឈត្តកម្មដែលមានកាតព្វកិច្ចអនុវត្តតាម៖

- ការទាមទារដែលស្ថិតក្នុងយុត្តាធិការនៃតុលាការសម្រាប់បណ្តឹងទាមទារសំណងតូចតាច។
- ការទាមទារដែលស្ថិតនៅក្រោមនីតិវិធីនៃបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ Medicare ដូចដែលអាចអនុវត្តបានចំពោះសមាជិកគម្រោង Kaiser Permanente Dual Complete (សូមមើល**ជំពូកទី 9** សម្រាប់ព័ត៌មានអំពីបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ Medicare)។
- ការទាមទារដែលមិនអាចស្ថិតនៅក្រោមមជ្ឈត្តកម្មដែលមានកាតព្វកិច្ចអនុវត្តតាមក្រោមច្បាប់គ្រប់គ្រង។

ដូចដែលបានយោងនៅក្នុងផ្នែក “មជ្ឈត្តកម្មដែលមានកាតព្វកិច្ចអនុវត្តតាម” នេះ “ភាគីសមាជិក” រួមមាន៖

- សមាជិកម្នាក់។
- អ្នកស្នងមរតក សាច់ញាតិ ឬតំណាងផ្តាល់ខ្លួនរបស់សមាជិក។
- ជនណាមួយដែលទាមទារថាកាតព្វកិច្ចចំពោះគាត់កើតចេញពីទំនាក់ទំនងរបស់សមាជិកជាមួយភាគី Kaiser Permanente មួយ ឬច្រើន។

“ភាគី Kaiser Permanente” រួមមាន៖

- Kaiser Foundation Health Plan, Inc
- Kaiser Foundation Hospitals។
- The Permanente Medical Group, Inc.

- Southern California Permanente Medical Group។
- The Permanente Federation, LLC។
- The Permanente Company, LLC។
- ក្រុមប្រឹក្សានៃ Southern California Permanente Medical Group ឬ The Permanente Medical Group ណាមួយ។
- បុគ្គល ឬអង្គការណាមួយដែលកិច្ចសន្យារបស់ខ្លួនជាមួយអង្គការណាមួយដែលបានកំណត់ខាងលើ តម្រូវឱ្យមានការធ្វើមជ្ឈត្តកម្មលើការទាមទារដែលនាំមកដោយភាគីសមាជិកមួយ ឬច្រើន។
- និយោជិក ឬភ្នាក់ងារណាមួយនៃអ្នកដែលបានរៀបរាប់ខាងលើ។

“ដើមបណ្តឹង” សំដៅលើភាគីសមាជិក ឬភាគី Kaiser Permanente ដែលធ្វើការទាមទារដូចដែលបានរៀបរាប់ខាងលើ។ “ចុងចោទ” សំដៅលើភាគីសមាជិក ឬភាគី Kaiser Permanente ដែលត្រូវបានគេធ្វើការទាមទារប្រឆាំង។

វិធាននៃនីតិវិធី

មជ្ឈត្តកម្មត្រូវតែធ្វើឡើងស្របតាម **វិធានសម្រាប់មជ្ឈត្តកម្មសមាជិក Kaiser Permanente ដែលត្រួតពិនិត្យដោយការិយាល័យអ្នកគ្រប់គ្រងឯករាជ្យ** (“វិធាននៃនីតិវិធី”) ដែលត្រូវបានបង្កើតឡើងដោយការិយាល័យអ្នកគ្រប់គ្រងឯករាជ្យ ដោយមានការពិគ្រោះយោបល់ជាមួយ Kaiser Permanente និងក្រុមប្រឹក្សាត្រួតពិនិត្យមជ្ឈត្តកម្ម។ ច្បាប់ចម្លងនៃវិធាននៃនីតិវិធីអាចទទួលបានពីសេវាបម្រើសមាជិក។

ការចាប់ផ្តើមមជ្ឈត្តកម្ម

ដើមបណ្តឹងត្រូវតែចាប់ផ្តើមមជ្ឈត្តកម្មដោយការផ្តល់ជូននូវ ការទាមទារសុំធ្វើមជ្ឈត្តកម្ម។ ការទាមទារសុំធ្វើមជ្ឈត្តកម្មត្រូវរួមបញ្ចូលមូលដ្ឋាននៃការទាមទារប្រឆាំងនឹងចុងចោទ ចំនួនទឹកប្រាក់នៃការខូចខាតដែលដើមបណ្តឹងស្វែងរកនៅក្នុងមជ្ឈត្តកម្ម ឈ្មោះ អាសយដ្ឋាន និងលេខទូរសព្ទរបស់ដើមបណ្តឹង និងមេធាវីរបស់ពួកគេ ប្រសិនបើមាន និងឈ្មោះរបស់ចុងចោទទាំងអស់។ ដើមបណ្តឹងត្រូវរួមបញ្ចូលក្នុងការទាមទារសុំធ្វើមជ្ឈត្តកម្មនូវរាល់ការទាមទារទាំងអស់ប្រឆាំងនឹងចុងចោទ ដែលផ្អែកលើហេតុការណ៍ ប្រតិបត្តិការ ឬកាល:ទេស:ពាក់ព័ន្ធដូចគ្នា។

ការផ្តល់ជូនការទាមទារសុំធ្វើមជ្ឈត្តកម្ម

Kaiser Foundation Health Plan, Inc., មន្ទីរពេទ្យ Kaiser Foundation Hospitals, KP Cal, LLC, The Permanente Medical Group, Inc., Southern California Permanente Medical Group, The Permanente Federation, LLC, និង The Permanente Company, LLC ត្រូវតែទទួលបានការទាមទារសុំធ្វើមជ្ឈត្តកម្ម ដោយការផ្ញើការទាមទារសុំធ្វើមជ្ឈត្តកម្មតាមប្រៃសណីយ៍ទៅកាន់ចុងចោទនោះតាមរយៈ៖

- **South Plans៖** Kaiser Foundation Health Plan, Inc.
  Legal Department, Professional & Public Liability
  373 E. Walnut Street
  Pasadena, CA 91188

- **North Plans៖** Kaiser Foundation Health Plan, Inc.
  Legal Department, Professional & Public Liability
  1 Kaiser Plaza, 19th Floor
  Oakland, CA 94612

ការផ្តល់ជូនចុងចោទនោះត្រូវចាត់ទុកថាបានបញ្ចប់នៅពេលដែលទទួលបាន។ ចុងចោទផ្សេងទៀតទាំងអស់ រួមទាំងបុគ្គល ត្រូវតែត្រូវបានផ្តល់ជូនដូចដែលបានតម្រូវដោយក្រមនីតិវិធីរដ្ឋប្បវេណីនៃរដ្ឋ California សម្រាប់បណ្តឹងរដ្ឋប្បវេណី។

ថ្លៃសេវាដាក់ពាក្យបណ្តឹង

ដើមបណ្តឹងត្រូវបង់កម្រៃសេវាដាក់ពាក្យបណ្តឹងតែមួយលើក ដែលមិនអាចបង្វិលសងវិញបាន ចំនួន $150 ក្នុងមួយមជ្ឈត្តកម្ម ដែលត្រូវបង់ទៅ “គណនីមជ្ឈត្តកម្ម” ដោយមិនគិតពីចំនួននៃការទាមទារដែលបានធ្វើឡើងនៅក្នុងការទាមទារសុំធ្វើមជ្ឈត្តកម្ម ឬចំនួនដើមបណ្តឹង ឬចុងចោទដែលមានឈ្មោះនៅក្នុងការទាមទារសុំធ្វើមជ្ឈត្តកម្មនោះទេ។

ដើមបណ្តឹងណាមួយដែលអះអាងពីការលំបាកខ្លាំង អាចស្នើសុំឱ្យការិយាល័យអ្នកគ្រប់គ្រងឯករាជ្យលើកលែងកម្រៃសេវាដាក់ពាក្យបណ្តឹង ព្រមទាំងកម្រៃ និងការចំណាយនានារបស់មជ្ឈត្តករអព្យាក្រឹត។ ដើមបណ្តឹងដែលស្វែងរកការលើកលែងបែបនេះ ត្រូវតែបំពេញទម្រង់បែបបទលើកលែងថ្លៃសេវា ហើយដាក់ស្នើវាទៅការិយាល័យអ្នកគ្រប់គ្រងឯករាជ្យ ព្រមទាំងផ្តល់ជូនវាទៅចុងចោទក្នុងពេលដំណាលគ្នា។ ទម្រង់បែបបទលើកលែងកម្រៃសេវាកំណត់នូវលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យសម្រាប់ការលើកលែងថ្លៃសេវា ហើយមានផ្តល់ជូនដោយការទូរសព្ទទៅកាន់សេវាបម្រើសមាជិក។

ចំនួនមជ្ឈត្តករ

ចំនួនមជ្ឈត្តករអាចប៉ះពាល់ដល់ការទទួលខុសត្រូវរបស់ដើមបណ្តឹងក្នុងការបង់កម្រៃ និងការចំណាយនានារបស់មជ្ឈត្តករអព្យាក្រឹត (សូមមើលវិធាននៃនីតិវិធី)។

ប្រសិនបើការទាមទារសុំធ្វើមជ្ឈត្តកម្មស្វែងរកការខូចខាតសរុបចំនួន $200,000 ឬតិចជាងនេះ វិាទត្រូវតែត្រូវបានស្តាប់ និងសម្រេចដោយមជ្ឈត្តករអព្យាក្រឹតម្នាក់ លុះត្រាតែភាគីយល់ព្រមជាលាយលក្ខណ៍អក្សរផ្សេងពីនេះ បន្ទាប់ពីវិាទបានកើតឡើង ហើយសំណើសុំមជ្ឈត្តកម្មដែលមានភាពកិច្ចអនុវត្តតាមត្រូវបានដាក់ស្នើ ថាមជ្ឈត្តកម្មត្រូវតែត្រូវបានស្តាប់ដោយមជ្ឈត្តករភាគីពីរនាក់ និងមជ្ឈត្តករអព្យាក្រឹតម្នាក់។ មជ្ឈត្តករអព្យាក្រឹតមិនមានសិទ្ធិអំណាចក្នុងការផ្តល់សំណងការខូចខាតជាទឹកប្រាក់ដែលធំជាង $200,000 នោះទេ។

ប្រសិនបើការទាមទារសុំធ្វើមជ្ឈត្តកម្មស្វែងរកការខូចខាតសរុបច្រើនជាង $200,000 វិាទត្រូវតែត្រូវបានស្តាប់ និងសម្រេចដោយមជ្ឈត្តករអព្យាក្រឹតម្នាក់ និងមជ្ឈត្តករភាគីពីរនាក់ ដែលម្នាក់ត្រូវបានតែងតាំងរួមគ្នាដោយដើមបណ្តឹងទាំងអស់ និងម្នាក់ទៀតត្រូវបានតែងតាំងរួមគ្នាដោយចុងចោទទាំងអស់។ ភាគីដែលមានសិទ្ធិជ្រើសរើសមជ្ឈត្តករភាគី អាចយល់ព្រមបោះបង់សិទ្ធិនេះ។ ប្រសិនបើភាគីទាំងអស់យល់ព្រមមជ្ឈត្តកម្មទាំងនេះនឹងត្រូវបានស្តាប់ដោយមជ្ឈត្តករអព្យាក្រឹតតែម្នាក់គត់។

ការបង់ថ្លៃសេវា និងការចំណាយនានារបស់មជ្ឈត្តករ

Kaiser Foundation Health Plan, Inc. នឹងបង់ថ្លៃសេវា និងការចំណាយនានារបស់មជ្ឈត្តករអព្យាក្រឹតក្រោមលក្ខខណ្ឌជាក់លាក់ ដូចដែលបានកំណត់នៅក្នុងវិធាននៃនីតិវិធី។ នៅក្នុងមជ្ឈត្តកម្មផ្សេងទៀតទាំងអស់ ថ្លៃសេវា និងការចំណាយនានារបស់មជ្ឈត្តករអព្យាក្រឹត ត្រូវបង់ពាក់កណ្តាលដោយដើមបណ្តឹង និងពាក់កណ្តាលទៀតដោយចុងចោទ។

ប្រសិនបើភាគីជ្រើសរើសមជ្ឈត្តករភាគី ដើមបណ្តឹងត្រូវទទួលខុសត្រូវក្នុងការបង់ថ្លៃសេវា និងការចំណាយ នានារបស់មជ្ឈត្តករភាគីរបស់ពួកគេ ហើយចុងចោទត្រូវទទួលខុសត្រូវក្នុងការបង់ថ្លៃសេវា និងការចំណាយរបស់មជ្ឈត្តករភាគីរបស់ពួកគេ។

ថ្លៃចំណាយ

លើកលែងតែថ្លៃសេវា និងថ្លៃចំណាយរបស់មជ្ឈត្តករអព្យាក្រឹតដែលបានរៀបរាប់ខាងលើ និងលើកលែងតែមានការកំណត់ផ្សេងពីនេះដោយច្បាប់ដែលអនុវត្តចំពោះមជ្ឈត្តកម្មក្រោមផ្នែក “មជ្ឈត្តកម្មដែលមានកាតព្វកិច្ចអនុវត្តតាម” នេះ ភាគីនីមួយៗត្រូវទទួលបន្ទុកលើកម្រៃមេធាវី ថ្លៃសេវាសាក្សី និងការចំណាយផ្សេងទៀតរបស់ខ្លួនដែលកើតឡើងក្នុងការប្តឹងទាមទារ ឬការការពារប្រឆាំងនឹងការទាមទារ ដោយមិនគិតពីធម្មជាតិនៃការទាមទារ ឬលទ្ធផលនៃមជ្ឈត្តកម្មឡើយ។

បទប្បញ្ញត្តិទូទៅ

ការទាមទារនឹងត្រូវបានបោះបង់ និងហាមឃាត់ជារៀងរហូត ប្រសិនបើ (1) នៅកាលបរិច្ឆេទដែលការទាមទារសុំធ្វើមជ្ឈត្តកម្មនៃការទាមទារនោះត្រូវបានផ្តល់ជូន ការទាមទារនោះ ប្រសិនបើបានធ្វើឡើងនៅក្នុងបណ្តឹងរដ្ឋប្បវេណី នឹងត្រូវបានហាមឃាត់ចំពោះចុងចោទដែលត្រូវបានផ្តល់ជូន ដោយលក្ខន្តិក:នៃដែនកំណត់ដែលអាចអនុវត្តបាន (2) ដើមបណ្តឹងបរាជ័យក្នុងការបន្តការទាមទារមជ្ឈត្តកម្មស្របតាមវិធាននៃនីតិវិធីដោយភាពឧស្សាហ៍ព្យាយាមសមហេតុផល ឬ (3) សវនាការមជ្ឈត្តកម្មមិនត្រូវបានចាប់ផ្តើមក្នុងរយ:ពេលប្រាំឆ្នាំបន្ទាប់ពីកាលបរិច្ឆេទណាមួយដែលមុនគេ រវាង (a) កាលបរិច្ឆេទដែលការទាមទារសុំធ្វើមជ្ឈត្តកម្មត្រូវបានផ្តល់ជូនស្របតាមនីតិវិធីដែលបានកំណត់នៅទីនេះ ឬ (b) កាលបរិច្ឆេទនៃការដាក់បណ្តឹងរដ្ឋប្បវេណីដោយផ្អែកលើហេតុការណ៍ ប្រតិបត្តិការ ឬកាល:ទេស:ពាក់ព័ន្ធដូចគ្នាដែលពាក់ព័ន្ធនឹងការទាមទារនេះ។ ការទាមទារអាចត្រូវបានច្រានចោលដោយផ្អែកលើហេតុផលផ្សេងទៀតដោយមជ្ឈត្តករអព្យាក្រឹត ដោយផ្អែកលើការបង្ហាញពីមូលហេតុសមស្រប។ ប្រសិនបើភាគីណាមួយខកខានមិនបានចូលរួមសវនាការមជ្ឈត្តកម្ម បន្ទាប់ពីទទួលបានការជូនដំណឹងត្រឹមត្រូវអំពីសវនាការនោះ មជ្ឈត្តករអព្យាក្រឹតអាចបន្តការសម្រេចលើវិវាទដោយគ្មានវត្តមានភាគីនោះបាន។

ច្បាប់កំណែទម្រង់សំណងរបួសផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រនៃរដ្ឋ California ឆ្នាំ 1975 (រួមទាំងវិសោធនកម្មណាមួយចំពោះច្បាប់នេះ) រួមទាំងផ្នែកដែលបង្កើតសិទ្ធិក្នុងការណែនាំភស្តុតាងនៃការបង់ប្រាក់អត្ថប្រយោជន៍ជានារ៉ាប់រងឬពិការភាពណាមួយដល់អ្នកជំងឺ ការកំណត់លើការទទួលបានសំណងសម្រាប់ការខូចខាតដែលមិនមែនជាសេដ្ឋកិច្ច និងសិទ្ធិក្នុងការទទួលបានសំណងសម្រាប់ការខូចខាតនាពេលអនាគតស្របតាមការបង់ប្រាក់តាមកាលកំណត់ ត្រូវអនុវត្តចំពោះការទាមទារណាមួយសម្រាប់ការធ្វេសប្រហែសផ្នែកវិជ្ជាជីវៈ ឬការទាមទារផ្សេងទៀតតាមដែលបានអនុញ្ញាត ឬតម្រូវដោយច្បាប់។

មជ្ឈត្តកម្មត្រូវគ្រប់គ្រងដោយផ្នែក “មជ្ឈត្តកម្មដែលមានកាតព្វកិច្ចអនុវត្តតាម” នេះ **ផ្នែកទី 2** នៃច្បាប់មជ្ឈត្តកម្មសហព័ន្ធ និងបទប្បញ្ញត្តិនៃក្រមនីតិវិធីរដ្ឋប្បវេណីនៃរដ្ឋ California ទាក់ទងនឹងមជ្ឈត្តកម្មដែលមានជាធរមាននៅពេលដែលលក្ខន្តិក:ត្រូវបានអនុវត្ត រួមជាមួយនឹងវិធាននៃនីតិវិធី ក្នុងកម្រិតដែលមិនផ្ទុយពីផ្នែក “មជ្ឈត្តកម្មដែលមានកាតព្វកិច្ចអនុវត្តតាម” នេះ។ ស្របតាមវិធានដែលអនុវត្តក្រោម **ផ្នែកទី 3** និងទី **4** នៃច្បាប់មជ្ឈត្តកម្មសហព័ន្ធ សិទ្ធិក្នុងការធ្វើមជ្ឈត្តកម្មក្រោមផ្នែក “មជ្ឈត្តកម្មដែលមានកាតព្វកិច្ចអនុវត្តតាម” នេះមិនត្រូវបានបដិសេធ ផ្អាក ឬរារាំងដោយប្រការណាមួយឡើយ ដោយសារតែវិវាទរវាងភាគីសមាជិក និងភាគី Kaiser Permanente ពាក់ព័ន្ធនឹងការទាមទារដែលអាចធ្វើមជ្ឈត្តកម្មបាន និងមិនអាចធ្វើមជ្ឈត្តកម្មបានឬដោយសារតែភាគីមួយ ឬច្រើននៅក្នុងមជ្ឈត្តកម្មក៏ជាភាគីនៅក្នុងបណ្តឹងតុលាការដែលកំពុងរង់ចាំការដោះស្រាយជាមួយភាគីទីបី ដែលកើតចេញពីប្រតិបត្តិការដូចគ្នា ឬពាក់ព័ន្ធ ហើយបង្ហាញពីលទ្ធភាពនៃការសម្រេចក្តី ឬការរកឃើញដែលផ្ទុយគ្នា។

ជំពូកទី 12៖ និយមន័យនៃពាក្យសំខាន់ៗ

សេចក្តីផ្តើម

ជំពូកនេះរួមបញ្ចូលពាក្យគន្លឹះដែលត្រូវបានប្រើប្រាស់នៅទូទាំង *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះ ជាមួយនឹងនិយមន័យរបស់វា។ ពាក្យត្រូវបានរាយក្នុងលំដាប់អក្ខរក្រម។ ប្រសិនបើអ្នកមិនអាចស្វែងរកពាក្យដែលអ្នកកំពុងស្វែងរក ឬប្រសិនបើអ្នកត្រូវការព័ត៌មានបន្ថែមលើសពីអ្វីដែលមានក្នុងនិយមន័យ សូមទាក់ទងសេវាបម្រើសមាជិក។

សកម្មភាពនៃការរស់នៅប្រចាំថ្ងៃ (ADL)៖ វត្តនានាដែលមនុស្សធ្វើនៅថ្ងៃធម្មតា ដូចជាការញ៉ាំអាហារ ការប្រើប្រាស់បន្ទប់ទឹក ការស្លៀកពាក់ ការងូតទឹក ឬការដុសធ្មេញ។

ចៅក្រមច្បាប់រដ្ឋបាល៖ ចៅក្រមច្បាប់រដ្ឋបាល (ALJ) គឺជាចៅក្រមដែលស្តាប់ និងសម្រេចលើករណីដែលពាក់ព័ន្ធនឹងទីភ្នាក់ងាររដ្ឋាភិបាល។ ចៅក្រមដែលពិនិត្យបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 3។

កម្មវិធីជំនួយឱសថប្រឆាំងជំងឺ AIDS (ADAP)៖ កម្មវិធីដែលជួយបុគ្គលដែលមានសិទ្ធិទទួលបាន ដែលរស់នៅជាមួយ HIV/AIDS ឱ្យទទួលបានឱសថមេរោគអេដស៍ដែលអាចសង្គ្រោះជីវិតបាន។

ប្រាក់ឧបត្ថម្ភ៖ ចំនួនទឹកប្រាក់តណាទានជាក់លាក់មួយ ដែលអ្នកអាចប្រើប្រាស់សម្រាប់ថ្លៃចំណាយលើទំនិញ ឬសេវាណាមួយ។ ប្រសិនបើថ្លៃចំណាយលើទំនិញ ឬសេវាដែលអ្នកជ្រើសរើសលើសពីប្រាក់ឧបត្ថម្ភ អ្នកនឹងត្រូវបង់ចំនួនទឹកប្រាក់ដែលលើសពីប្រាក់ឧបត្ថម្ភនោះ ដែលមិនត្រូវបានគិតបញ្ចូលទៅក្នុងចំនួនទឹកប្រាក់អតិបរមានៃថ្លៃចំណាយចេញពីហោប៉ៅឡើយ។

មជ្ឈមណ្ឌលវះកាត់អ្នកជំងឺក្រៅ៖ មណ្ឌលដែលផ្តល់ការវះកាត់អ្នកជំងឺក្រៅដល់អ្នកជំងឺដែលមិនត្រូវការការថែទាំនៅមន្ទីរពេទ្យ ហើយមិនត្រូវបានរំពឹងថានឹងត្រូវការការថែទាំលើសពី 24 ម៉ោងនោះទេ។

បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍៖ មធ្យោបាយសម្រាប់អ្នកក្នុងការការពារនឹងសកម្មភាពរបស់យើង ប្រសិនបើអ្នកគិតថាយើងមានកំហុសឆ្គង។ អ្នកអាចស្នើសុំឱ្យយើងផ្លាស់ប្តូរសេចក្តីសម្រេចលើការជានាវ៉ាប់រង ដោយការដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍។ **ជំពូកទី 9** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក* នេះ ពន្យល់អំពីបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ រួមទាំងរបៀបធ្វើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ផងដែរ។

ការចេញវិក្កយបត្រសមតុល្យ៖ ការអនុវត្តដែលអ្នកផ្តល់សេវាចេញវិក្កយបត្រឱ្យអ្នកជំងឺ សម្រាប់ប្រាក់ឧបត្ថម្ភរ៉ាងការគិតថ្លៃតាមវិក្កយបត្រពេញលេញរបស់អ្នកផ្តល់សេវា និងចំនួនទឹកប្រាក់ដែលបានបង់ដោយគម្រោងសុខភាពរបស់អ្នកជំងឺ។

សុខភាពអាកប្បកិរិយា៖ សំដៅលើសុខុមាលភាពផ្លូវអារម្មណ៍ ចិត្តសាស្ត្រ និងសង្គមរបស់យើង។ និយាយឱ្យងាយយល់៖ វាគឺអំពីរបៀបដែលយើងគិត មានអារម្មណ៍ និងប្រាស្រ័យទាក់ទងជាមួយអ្នកដទៃ។ វាគឺជាពាក្យដែលគ្របដណ្តប់ទាំងអស់ ដែលសំដៅលើសេវាសុខភាពផ្លូវចិត្ត និងជំងឺនៃការប្រើប្រាស់សារធាតុញៀន។

រយៈពេលអត្ថប្រយោជន៍៖ របៀបដែលគម្រោងរបស់យើង និង Original Medicare វាស់វែងការប្រើប្រាស់សេវាមណ្ឌលថែទាំជំនាញ (SNF) របស់អ្នក។ រយៈពេលអត្ថប្រយោជន៍ចាប់ផ្តើមនៅថ្ងៃដែលអ្នកចូលទៅក្នុងមណ្ឌលថែទាំជំនាញ។ រយៈពេលអត្ថប្រយោជន៍បញ្ចប់នៅពេលដែលអ្នកមិនទទួលបានការថែទាំជំនាញណាមួយនៅក្នុង SNF សម្រាប់រយៈពេល 60 ថ្ងៃជាប់ៗគ្នា។ ប្រសិនបើអ្នកចូលទៅក្នុងមណ្ឌលថែទាំជំនាញបន្ទាប់ពីរយៈពេលអត្ថប្រយោជន៍មួយបានបញ្ចប់ នោះរយៈពេលអត្ថប្រយោជន៍ថ្មីមួយនឹងចាប់ផ្តើម។ មិនមានការកំណត់ចំពោះចំនួនរយៈពេលអត្ថប្រយោជន៍នោះទេ។

ផលិតផលជីវសាស្ត្រ៖ ឱសថដែលផលិតចេញពីប្រភពធម្មជាតិ និងមានជីវិត ដូចជាកោសិកាសត្វ កោសិការុក្ខជាតិ បាក់តេរី ឬមេដំបែ។ ផលិតផលជីវសាស្ត្រមានភាពស្មុគស្មាញជាងឱសថផ្សេងទៀត ហើយមិនអាចចម្លងតាមបានយ៉ាងជាក់លាក់នោះទេ ដូច្នេះទម្រង់ជំនួសត្រូវបានគេហៅថា ផលិតផលជីវសាស្ត្រស្រដៀងគ្នា។ (សូមមើលផងដែរ “ផលិតផលជីវសាស្ត្រដើម” និង “ផលិតផលជីវសាស្ត្រស្រដៀងគ្នា”)។

ផលិតផលជីវសាស្ត្រស្រដៀងគ្នា៖ ឱសថជីវសាស្ត្រដែលមានលក្ខណៈស្រដៀងគ្នាខ្លាំង ប៉ុន្តែមិនដូចគ្នាទាំងស្រុងទៅនឹងផលិតផលជីវសាស្ត្រដើម។ ផលិតផលជីវសាស្ត្រស្រដៀងគ្នាមានសុវត្ថិភាព និងប្រសិទ្ធភាពដូចគ្នាទៅនឹងផលិតផលជីវសាស្ត្រដើមដែរ។ ផលិតផលជីវសាស្ត្រស្រដៀងគ្នាមួយចំនួនអាចត្រូវបានផ្លាស់ប្តូរជំនួសឱ្យផលិតផលជីវសាស្ត្រដើមនៅឱសថស្ថាន ដោយមិនចាំបាច់មានវេជ្ជបញ្ជាថ្មីនោះទេ។ (ចូលទៅកាន់ “ឱសថជីវសាស្ត្រស្រដៀងគ្នាដែលអាចផ្លាស់ប្តូរគ្នាបាន”)។

ឱសថដែលមានម៉ាកយីហោ៖ ឱសថដែលត្រូវបានផលិត និងលក់ដោយក្រុមហ៊ុនដែលផលិតឱសថនោះដំបូង។ ឱសថដែលមានម៉ាកយីហោមានសារធាតុផ្សំដូចគ្នាទៅនឹងកំណែទូទៅនៃឱសថនោះ។ ឱសថទូទៅជាធម្មតាត្រូវបានផលិត និងលក់ដោយក្រុមហ៊ុនឱសថផ្សេងទៀត ហើយជាទូទៅមិនមានផ្តល់ជូនទេ រហូតទាល់តែបាត់បង់លើឱសថដែលមានម៉ាកយីហោបានផុតកំណត់។

អ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំ៖ បុគ្គលសំខាន់ម្នាក់ដែលធ្វើការជាមួយអ្នក ជាមួយគម្រោងសុខភាព និងជាមួយអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំរបស់អ្នក ដើម្បីធានាថាអ្នកទទួលបានការថែទាំដែលអ្នកត្រូវការ។

គម្រោងថែទាំ៖ សូមមើល “គម្រោងថែទាំតាមលក្ខណៈបុគ្គល”។

ក្រុមការងារថែទាំ៖ សូមមើល “ក្រុមថែទាំពហុជំនាញ”។

ដំណាក់កាលធានារ៉ាប់រងគ្រោះមហន្តរាយ៖ ដំណាក់កាលនៅក្នុងអត្ថប្រយោជន៍ឱសថ Medicare Part D ដែលគម្រោងរបស់យើងបង់រាល់ថ្លៃចំណាយទាំងអស់នៃឱសថរបស់អ្នករហូតដល់ចុងឆ្នាំ។ អ្នកចាប់ផ្តើមដំណាក់កាលនេះនៅពេលដែលអ្នក (ឬភាគីដែលមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ផ្សេងទៀតជំនួសអ្នក) បានចំណាយ $2,400 សម្រាប់ឱសថដែលបានធានារ៉ាប់រងដោយ Part D ក្នុងអំឡុងឆ្នាំគម្រោង។

មជ្ឈមណ្ឌលសម្រាប់សេវា Medicare និង Medicaid (CMS)៖ ទីភ្នាក់ងារសហព័ន្ធដែលទទួលបន្ទុកលើ Medicare។ ជំពូកទី 2 នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក* ពន្យល់ពីរបៀបទាក់ទងទៅ CMS។

សេវាសម្រាប់មនុស្សពេញវ័យតាមសហគមន៍ (CBAS)៖ កម្មវិធីសេវាផ្អែកលើមូលដ្ឋានសម្រាប់អ្នកជំងឺក្រៅដែលផ្តល់ការថែទាំគិលានុបដ្ឋាកជំនាញ សេវាសង្គម ការព្យាបាលដោយការបញ្ចេញពលកម្ម និងការនិយាយការថែទាំផ្ទាល់ខ្លួន ការបណ្តុះបណ្តាលនិងការគាំទ្រដល់ក្រួសារ/អ្នកថែទាំ សេវាអាហារូបត្ថម្ភ ការដឹកជញ្ជូន និងសេវាផ្សេងទៀតដល់សមាជិកដែលមានសិទ្ធិទទួលបាន ដែលបំពេញតាមលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យសិទ្ធិទទួលបានដែលអាចអនុវត្តបាន។

បណ្តឹងតវ៉ា៖ សេចក្តីថ្លែងការណ៍ជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ ឬដោយផ្ទាល់មាត់ដែលនិយាយថាអ្នកមានបញ្ហា ឬក្តីបារម្ភអំពីសេវាដែលបានធានារ៉ាប់រង ឬការថែទាំរបស់អ្នក។ នេះរួមបញ្ចូលទាំងក្តីបារម្ភណាមួយអំពីគុណភាពនៃសេវា គុណភាពនៃការថែទាំរបស់អ្នក អ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញរបស់យើង ឬឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញរបស់យើង។ ឈ្មោះផ្លូវការសម្រាប់ “ការធ្វើបណ្តឹងតវ៉ា” គឺ “ការដាក់បណ្តឹងសាទុក្ខ”។

មណ្ឌលថែទាំស្តារនីតិសម្បទាគ្រប់ជ្រុងជ្រោយសម្រាប់អ្នកជំងឺក្រៅ (CORF)៖ មណ្ឌលដែលផ្តល់សេវាស្តារនីតិសម្បទាជាចម្បង បន្ទាប់ពីមានជំងឺ គ្រោះថ្នាក់ ឬការរះកាត់ធំៗ។ វាផ្តល់នូវសេវាជាច្រើន រួមទាំងការព្យាបាលដោយចលនា សេវាសង្គម ឬសេវាចិត្តសាស្ត្រ ការព្យាបាលផ្លូវដង្ហើម ការព្យាបាលទាក់ទងនឹងសកម្មភាពប្រចាំថ្ងៃ ការព្យាបាលការនិយាយស្តី និងសេវាវាយតម្លៃបរិស្ថានក្នុងផ្ទះ។

ការបង់ប្រាក់រួម៖ ចំនួនទឹកប្រាក់ថេរដែលអ្នកបង់ជាចំណែកនៃការចំណាយរបស់អ្នក រាល់ពេលដែលអ្នកទទួលបានសេវា ឬឱសថជាក់លាក់។ ជាឧទាហរណ៍ អ្នកអាចនឹងបង់ប្រាក់ $2 ឬ $5 សម្រាប់សេវា ឬឱសថណាមួយ។

ចំណែកចូលរួមបង់ប្រាក់៖ ចំណែកចូលរួមបង់ប្រាក់សំដៅលើចំនួនទឹកប្រាក់ដែលសមាជិកត្រូវបង់នៅពេលដែលទទួលបានសេវា ឬឱសថ។ (នេះគឺជាការបន្ថែមទៅលើថ្លៃធានារ៉ាប់រងប្រចាំខែរបស់គម្រោងយើង។) ចំណែកចូលរួមបង់ប្រាក់រួមបញ្ចូលការរួមបញ្ចូលគ្នាណាមួយនៃប្រភេទនៃការបង់ប្រាក់ទាំង 3 ដូចខាងក្រោម៖ 1) ចំនួនប្រាក់កាក់កង ណាមួយដែលគម្រោងអាចតម្រូវឱ្យបង់មុនពេលសេវា ឬឱសថត្រូវបានធានារ៉ាប់រង 2) ចំនួននៃការបង់ប្រាក់រួមចំណែកថេរណាមួយដែលគម្រោងតម្រូវនៅពេលទទួលបានសេវា ឬឱសថជាក់លាក់ ឬ 3) ចំនួននៃការធានារ៉ាប់រងរួម ណាមួយ ដែលជាភាគរយនៃចំនួនទឹកប្រាក់សរុបដែលបានបង់សម្រាប់សេវា ឬឱសថ ដែលគម្រោងតម្រូវនៅពេលទទួលបានសេវា ឬឱសថជាក់លាក់។ **ចំណាំ៖** ក្នុងករណីខ្លះ អ្នកអាចនឹងមិនបង់ចំណែកចូលរួមបង់ប្រាក់ដែលអាចអនុវត្តបានទាំងអស់នោះទេ នៅពេលអ្នកទទួលបានសេវា ហើយយើងនឹងផ្ញើវិក្កយបត្រជូនអ្នកនៅពេលក្រោយសម្រាប់ចំណែកចូលរួមបង់ប្រាក់នោះ។ ជាឧទាហរណ៍ ប្រសិនបើអ្នកទទួលបានការថែទាំដែលមិនមែនជាការបង្ការ ក្នុងអំឡុងពេលនៃការណាត់ជួបថែទាំបង្ការដែលបានគ្រោងទុក យើងអាចចេញវិក្កយបត្រឱ្យអ្នកនៅពេលក្រោយសម្រាប់ចំណែកចូលរួមបង់ប្រាក់ដែលអាចអនុវត្តចំពោះការថែទាំដែលមិនមែនជាការបង្ការនោះ។ សម្រាប់ទំនិញដែលបានបញ្ជាទិញជាមុន អ្នកបង់ចំណែកចូលរួមបង់ប្រាក់ដែលមានសុពលភាពនៅកាលបរិច្ឆេទបញ្ជាទិញ (ទោះបីជាយើងនឹងមិនធានារ៉ាប់រងលើទំនិញនោះទេ លុះត្រាតែអ្នកនៅតែមានការធានារ៉ាប់រងសម្រាប់វានៅកាលបរិច្ឆេទដែលអ្នកទទួលបានវា) ហើយអ្នកអាចនឹងត្រូវបានតម្រូវឱ្យបង់ចំណែកចូលរួមបង់ប្រាក់នៅពេលដែលទំនិញត្រូវបានបញ្ជាទិញ។ សម្រាប់ឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាសម្រាប់អ្នកជំងឺក្រៅ កាលបរិច្ឆេទបញ្ជាទិញគឺជាកាលបរិច្ឆេទដែលឱសថស្ថានដំណើរការការបញ្ជាទិញ បន្ទាប់ពីទទួលបានព័ត៌មានទាំងអស់ដែលពួកគេត្រូវការដើម្បីបើកឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជា។

កម្រិតចំណែកចូលរួមបង់ប្រាក់៖ ក្រុមឱសថដែលមានការបង់ប្រាក់រួមដូចគ្នា។ រាល់ឱសថទាំងអស់នៅលើបញ្ជីឱសថដែលបានធានារ៉ាប់រង (ក៏ត្រូវបានគេស្គាល់ផងដែរថាជា *បញ្ជីឱសថ*) គឺស្ថិតនៅក្នុងកម្រិតចំណែកចូលរួមបង់ប្រាក់មួយ ក្នុងចំណោមកម្រិតទាំងប្រាំមួយ។ ជាទូទៅ កម្រិតនៃចំណែកចូលរួមបង់ប្រាក់កាន់តែខ្ពស់ ការចំណាយរបស់អ្នកសម្រាប់ឱសថនោះកាន់តែច្រើន។

សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង៖ សេចក្តីសម្រេចអំពីអត្ថប្រយោជន៍អ្វីដែលយើងធានារ៉ាប់រង។ នេះរួមបញ្ចូលទាំងសេចក្តីសម្រេចអំពីឱសថ និងសេវាដែលបានធានារ៉ាប់រង ឬចំនួនទឹកប្រាក់ដែលយើងបង់សម្រាប់សេវាសុខភាពរបស់អ្នក។ ជំពូកទី 9 នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក* នេះប្រាប់ពីរបៀបស្នើសុំយើងនូវសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង។

ឱសថដែលបានធានារ៉ាប់រង៖ ពាក្យដែលយើងប្រើដើម្បីសំដៅលើរាល់ឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជា និងឱសថអាចទិញបានដោយមិនបាច់មានវេជ្ជបញ្ជា (OTC) ទាំងអស់ ដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយគម្រោងរបស់យើង។

សេវាដែលបានធានារ៉ាប់រង៖ ពាក្យទូទៅដែលយើងប្រើដើម្បីសំដៅលើរាល់ការថែទាំសុខភាព សេវា និងការគាំទ្រយ:ពេលវែង សម្ភារ: ឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជា និងឱសថអាចទិញបានដោយមិនបាច់មានវេជ្ជបញ្ជា ឧបករណ៍ និងសេវាផ្សេងទៀតដែលគម្រោងរបស់យើងធានារ៉ាប់រង។

ការធានារ៉ាប់រងលើឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាដែលអាចទទួលស្គាល់បាន៖ ការធានារ៉ាប់រងលើឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជា (ជាឧទាហរណ៍ ពីនិយោជក ឬសហជីព) ដែលត្រូវបានរំពឹងថានឹងបង់ជាមធ្យម យ៉ាងហោចណាស់ស្មើនឹងការធានារ៉ាប់រងលើឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាស្តង់ដារបស់ Medicare។ អ្នកដែលមានការធានារ៉ាប់រងប្រភេទនេះនៅពេលពួកគេមានសិទ្ធិទទួលបាន Medicare ជាទូទៅអាចរក្សាការធានារ៉ាប់រងនោះដោយមិនចាំបាច់បង់ប្រាក់ពិន័យទេ ប្រសិនបើពួកគេសម្រេចចិត្តចុះឈ្មោះក្នុងការធានារ៉ាប់រងលើឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជារបស់ Medicare នៅពេលក្រោយ។

ការថែទាំជួយក្នុងសកម្មភាពប្រចាំថ្ងៃ៖ ការថែទាំកិច្ចការប្រចាំថ្ងៃ គឺជាការថែទាំផ្ទាល់ខ្លួនដែលផ្តល់ជូននៅក្នុងមណ្ឌលថែទាំមនុស្សចាស់ មណ្ឌលថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយ ឬកន្លែងមូលដ្ឋានផ្សេងទៀតនៅពេលដែលអ្នកមិនត្រូវការការថែទាំវេជ្ជសាស្ត្រជំនាញ ឬការថែទាំគិលានុបដ្ឋាកជំនាញ។ ការថែទាំកិច្ចការប្រចាំថ្ងៃដែលផ្តល់ដោយអ្នកដែលមិនមានជំនាញវិជ្ជាជីវៈ ឬការបណ្តុះបណ្តាល រួមមានជំនួយក្នុងការធ្វើសកម្មភាពនៃការរស់នៅប្រចាំថ្ងៃ ដូចជាការងូតទឹក ការស្លៀកពាក់ ការញ៉ាំអាហារ ការឡើង ឬចេញពីគ្រែ ឬកៅអី ការដើរចុះឡើង និងការប្រើប្រាស់បន្ទប់ទឹក។ វាក៏អាចរួមបញ្ចូលផងដែរនូវប្រភេទនៃការថែទាំទាក់ទងនឹងសុខភាពដែលមនុស្សភាគច្រើនធ្វើដោយខ្លួនឯង ដូចជាការប្រើប្រាស់ថ្នាំបន្តក់ភ្នែក។ Medicare មិនបង់ប្រាក់សម្រាប់ការថែទាំកិច្ចការប្រចាំថ្ងៃទេ។

ការបណ្តុះបណ្តាលសមត្ថភាពផ្នែកវប្បធម៌៖ ការបណ្តុះបណ្តាលដែលផ្តល់ការណែនាំបន្ថែមសម្រាប់អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពរបស់យើង ដែលជួយពួកគេឱ្យយល់កាន់តែច្បាស់អំពីប្រវត្តិ តម្លៃ និងជំនឿរបស់អ្នក ដើម្បីសម្របសេវាឱ្យបំពេញតាមតម្រូវការសង្គម វប្បធម៌ និងភាសារបស់អ្នក។

ក្រសួងសេវាថែទាំសុខភាព (DHCS)៖ ក្រសួងរដ្ឋនៅក្នុងរដ្ឋ California ដែលគ្រប់គ្រងកម្មវិធី Medicaid (ត្រូវបានគេស្គាល់ថាជា Medi-Cal)។

ក្រសួងថែទាំសុខភាពក្រោមការគ្រប់គ្រង (DMHC)៖ ក្រសួងរដ្ឋនៅក្នុងរដ្ឋ California ដែលទទួលខុសត្រូវក្នុងការសម្រួលដល់គម្រោងសុខភាពភាគច្រើន។ DMHC ជួយប្រជាជនទាក់ទងនឹងបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ និងបណ្តឹងតវ៉ាអំពីសេវា Medi-Cal។ DMHC ក៏ធ្វើការត្រួតពិនិត្យផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រឯករាជ្យ (IMR) ផងដែរ។

ការលុបឈ្មោះ៖ ដំណើរការនៃការបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់អ្នកនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើង។ ការលុបឈ្មោះអាចធ្វើឡើងដោយស្ម័គ្រចិត្ត (ជម្រើសរបស់អ្នកផ្ទាល់) ឬដោយអចេតនា (មិនមែនជាជម្រើសរបស់អ្នក)។

កម្មវិធីគ្រប់គ្រងឱសថ (DMP)៖ កម្មវិធីដែលជួយធានាថាសមាជិកប្រើប្រាស់ឱសថអូប្យូអ៊ីតតាមវេជ្ជបញ្ជា និងឱសថដែលតែងតែត្រូវបានប្រើប្រាស់ខុសគោលដៅផ្សេងទៀតដោយសុវត្ថិភាព។

កម្រិតឱសថ៖ ក្រុមឱសថនៅក្នុងបញ្ជីឱសថរបស់យើង។ ឱសថទូទៅ ឱសថដែលមានម៉ាកយីហោ ឬឱសថកម្រិតឯកទេស គឺជាឧទាហរណ៍នៃកម្រិតឱសថ។ ឱសថនីមួយៗនៅលើបញ្ជីឱសថរបស់យើងគឺស្ថិតនៅក្នុងកម្រិតណាមួយនៃកម្រិតទាំងប្រាំមួយ។

គម្រោងតម្រូវការពិសេសដែលមានសិទ្ធិទទួលបានទាំងពីរកម្មវិធីរួមបញ្ចូលគ្នា (D-SNP)៖ គម្រោងសុខភាពដែលបម្រើដល់បុគ្គលដែលមានសិទ្ធិទទួលបានសម្រាប់ទាំងកម្មវិធី Medicare និង Medicaid។ គម្រោងរបស់យើងគឺ D-SNP។

ឧបករណ៍វេជ្ជសាស្ត្រប្រើប្រាស់បានយូរ (DME)៖ ទំនិញជាក់លាក់ដែលវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកបញ្ជាទិញសម្រាប់ប្រើប្រាស់នៅក្នុងផ្ទះរបស់អ្នក។ ឧទាហរណ៍នៃទំនិញទាំងនេះមានដូចជា រទេះរុញ ឈើច្រត់ ប្រព័ន្ធពូកប្រើអគ្គិសនី សម្ភារៈសម្រាប់ជំងឺទឹកនោមផ្អែម ត្រែមន្ទីរពេទ្យដែលបញ្ជាទិញដោយអ្នកផ្តល់សេវាសម្រាប់ប្រើប្រាស់នៅក្នុងផ្ទះ ម៉ាស៊ីនបូមបញ្ចូលថ្នាំតាមសរសៃឈាម ឧបករណ៍បង្កើតសំឡេងនិយាយ ឧបករណ៍និងសម្ភារៈអុកស៊ីសែន ម៉ាស៊ីនឆ្លង និងឧបករណ៍ជំនួយការដើរ។

ការសង្គ្រោះបន្ទាន់៖ ការសង្គ្រោះបន្ទាន់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ នៅពេលដែលអ្នក ឬជនណាម្នាក់ផ្សេងទៀតដែលមានចំណេះដឹងជាមធ្យមផ្នែកសុខភាព និងវេជ្ជសាស្ត្រ ជឿថាអ្នកមានរោគសញ្ញាវេជ្ជសាស្ត្រដែលត្រូវការការយកចិត្តទុកដាក់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រជាបន្ទាន់ ដើម្បីបង្ការការស្លាប់ ការបាត់បង់ផ្នែកណាមួយនៃរាងកាយ ឬការបាត់បង់ ឬការចុះខ្សោយធ្ងន់ធ្ងរដល់មុខងាររាងកាយ (ហើយប្រសិនបើអ្នកជាស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ គឺការបាត់បង់កូនដែលមិនទាន់កើត)។ រោគសញ្ញាវេជ្ជសាស្ត្រ អាចជាជំងឺ របួស ការឈឺចាប់ធ្ងន់ធ្ងរ ឬស្ថានភាពវេជ្ជសាស្ត្រដែលមានសភាពកាន់តែធ្ងន់ធ្ងរឡើងយ៉ាងឆាប់រហ័ស។

ការថែទាំសង្គ្រោះបន្ទាន់៖ សេវាដែលបានធានារ៉ាប់រង ដែលផ្តល់ដោយអ្នកផ្តល់សេវាដែលបានទទួលការបណ្តុះបណ្តាលដើម្បីផ្តល់សេវាសង្គ្រោះបន្ទាន់ និងចាំបាច់ដើម្បីព្យាបាលការសង្គ្រោះបន្ទាន់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ ឬសុខភាពអាកប្បកិរិយា។

លក្ខខណ្ឌវេជ្ជសាស្ត្រក្នុងការសង្គ្រោះបន្ទាន់៖ លក្ខខណ្ឌសុខភាពវេជ្ជសាស្ត្រ ឬផ្លូវចិត្ត ដែលស្តែងចេញជារោគសញ្ញាស្រួចស្រាវនៃភាពធ្ងន់ធ្ងរគ្រប់គ្រាន់ (រួមទាំងការឈឺចាប់ខ្លាំង) ដែលធ្វើឱ្យជនសាមញ្ញដែលមានការប្រុងប្រយ័ត្ន ដែលមានចំណេះដឹងជាមធ្យមផ្នែកសុខភាព និងវេជ្ជសាស្ត្រ អាចរំពឹងទុកដោយសមហេតុផលថាការមិនមានការយកចិត្តទុកដាក់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រភ្លាមៗអាចបណ្តាលឱ្យមាន៖

- គ្រោះថ្នាក់ធ្ងន់ធ្ងរដល់សុខភាពរបស់បុគ្គល ឬក្នុងករណីស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ គឺសុខភាពរបស់ស្ត្រី ឬកូនដែលមិនទាន់កើតរបស់គាត់
- ការចុះខ្សោយធ្ងន់ធ្ងរដល់មុខងាររាងកាយ ឬ
- ភាពមិនប្រក្រតីធ្ងន់ធ្ងរនៃសរីរាង្គ ឬផ្នែកណាមួយនៃរាងកាយ។

ការលើកលែង៖ ការអនុញ្ញាតឱ្យទទួលបានការធានារ៉ាប់រងសម្រាប់ឱសថដែលជាធម្មតាមិនត្រូវបានធានារ៉ាប់រង ឬប្រើប្រាស់ឱសថនោះដោយមិនមានច្បាប់ និងការរឹតបន្តឹងជាក់លាក់។

ឱសថដែលត្រូវបានដកចេញ៖ ឱសថដែលមិនមែនជាឱសថដែលបានធានារ៉ាប់រងដោយ Part D ដូចដែលបានកំណត់នៅក្រោម 42 U.S.C. ផ្នែក 1395w-102(e)។

សេវាដែលត្រូវបានដកចេញ៖ សេវាដែលមិនត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយគម្រោងសុខភាពនេះ។

ជំនួយបន្ថែម៖ កម្មវិធី Medicare ដែលជួយអ្នកដែលមានចំណូល និងធនធានមានកម្រិត កាត់បន្ថយថ្លៃចំណាយលើឱសថ Medicare Part D ដូចជាថ្លៃធានារ៉ាប់រង ប្រាក់កាត់កង និងការបង់ប្រាក់រួម។ ជំនួយបន្ថែមក៏ត្រូវបានហៅផងដែរថាជា “ប្រាក់ឧបត្ថម្ភសម្រាប់អ្នកមានចំណូលទាប” ឬ “LIS”។

ឱសថទូទៅ៖ ឱសថដែលត្រូវបានអនុម័តដោយ FDA សម្រាប់ប្រើប្រាស់ជំនួសឱ្យឱសថដែលមានម៉ាកយីហោ។ ឱសថទូទៅមានសារធាតុផ្សំដូចគ្នាទៅនឹងឱសថដែលមានម៉ាកយីហោ។ ជាធម្មតាវាមានតម្លៃថោកជាង ហើយមានប្រសិទ្ធភាពដូចគ្នាទៅនឹងឱសថដែលមានម៉ាកយីហោ។

បណ្តឹងសាទុក្ខ៖ បណ្តឹងតវ៉ាដែលអ្នកធ្វើឡើងអំពីយើង ឬអ្នកផ្តល់សេវា ឬឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញរបស់យើងណាមួយ។ នេះរួមបញ្ចូលទាំងបណ្តឹងតវ៉ាអំពីគុណភាពនៃការថែទាំរបស់អ្នក ឬគុណភាពនៃសេវាដែលផ្តល់ដោយគម្រោងសុខភាពរបស់អ្នក។

កម្មវិធីប្រឹក្សា និងតស៊ូមតិផ្នែកធានារ៉ាប់រងសុខភាព (HICAP)៖ កម្មវិធីដែលផ្តល់ព័ត៌មាន និងការប្រឹក្សាយោបល់ដោយឥតគិតថ្លៃ និងមិនលម្អៀងអំពី Medicare។ **ជំពូកទី 2** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក* ពន្យល់ពីរបៀបទាក់ទងទៅ HICAP។

គម្រោងសុខភាព៖ អង្គការមួយដែលផ្សំឡើងដោយវេជ្ជបណ្ឌិត មន្ទីរពេទ្យ ឱសថស្ថាន អ្នកផ្តល់សេវាយៈពេលវែង និងអ្នកផ្តល់សេវាផ្សេងទៀត។ វាក៏មានអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំដើម្បីជួយអ្នកគ្រប់គ្រងអ្នកផ្តល់សេវា និងសេវាទាំងអស់របស់អ្នកផងដែរ។ ពួកគេទាំងអស់គ្នាធ្វើការរួមគ្នាដើម្បីផ្តល់ការថែទាំដែលអ្នកត្រូវការ។

ការវាយតម្លៃហានិភ័យសុខភាព (HRA)៖ ការពិនិត្យមើលឡើងវិញនូវប្រវត្តិវេជ្ជសាស្ត្រ និងស្ថានភាពបច្ចុប្បន្នរបស់អ្នក។ វាត្រូវបានប្រើប្រាស់ដើម្បីស្វែងយល់អំពីសុខភាពរបស់អ្នក និងរបៀបដែលវាអាចនឹងផ្លាស់ប្តូរនាពេលអនាគត។

ជំនួយការថែទាំសុខភាពតាមផ្ទះ៖ បុគ្គលដែលផ្តល់សេវាដែលមិនត្រូវការជំនាញរបស់គិលានុបដ្ឋាយិកាដែលមានអាជ្ញាបណ្ណ ឬអ្នកព្យាបាល ដូចជាជំនួយក្នុងការថែទាំផ្ទាល់ខ្លួន (ដូចជាការងូតទឹក ការប្រើប្រាស់បង្គន់ ការស្លៀកពាក់ ឬការធ្វើលំហាត់ប្រាណដែលបានចេញវេជ្ជបញ្ជា)។ ជំនួយការថែទាំសុខភាពតាមផ្ទះមិនមានអាជ្ញាប័ណ្ណគិលានុបដ្ឋាក ឬផ្តល់ការព្យាបាលនោះទេ។

មណ្ឌលថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយ៖ កម្មវិធីនៃការថែទាំ និងការគាំទ្រដើម្បីជួយអ្នកដែលមានរោគវិនិច្ឆ័យថាមានជំងឺដល់ដំណាក់កាលចុងក្រោយ អាចរស់នៅបានយ៉ាងសុខស្រួល។ រោគវិនិច្ឆ័យថាមានជំងឺដល់ដំណាក់កាលចុងក្រោយមានន័យថាបុគ្គលម្នាក់ត្រូវបានបញ្ជាក់តាមផ្លូវវេជ្ជសាស្ត្រថាមានជំងឺដល់ដំណាក់កាលចុងក្រោយ ដែលមានន័យថាមានអាយុកាលរំពឹងទុកជ្រាំមួយខែ ឬតិចជាងនេះ។

- អ្នកចុះឈ្មោះដែលមានរោគវិនិច្ឆ័យថាមានជំងឺដល់ដំណាក់កាលចុងក្រោយមានសិទ្ធិជ្រើសរើសមណ្ឌលថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយ។
- ក្រុមអ្នកជំនាញ និងអ្នកថែទាំដែលបានទទួលការបណ្តុះបណ្តាលពិសេស ផ្តល់ការថែទាំសម្រាប់បុគ្គលទាំងមូល រួមទាំងតម្រូវការផ្នែករាងកាយ ផ្លូវចិត្ត សង្គម និងស្មារតី។
- យើងតម្រូវឱ្យផ្តល់ជូនអ្នកនូវបញ្ជីឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវាមណ្ឌលថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយនៅក្នុងតំបន់ភូមិសាស្ត្ររបស់អ្នក។

ការចេញវិក្កយបត្រមិនត្រឹមត្រូវ/មិនសមរម្យ៖ ស្ថានភាពនៅពេលដែលអ្នកផ្តល់សេវា (ដូចជាវេជ្ជបណ្ឌិត ឬមន្ទីរពេទ្យ) ចេញវិក្កយបត្រឱ្យអ្នកច្រើនជាងចំនួនទឹកប្រាក់នៃចំណែកចូលរួមបង់ប្រាក់របស់យើងសម្រាប់សេវា។ ទូរសព្ទទៅកាន់សេវាបម្រើសមាជិក ប្រសិនបើអ្នកទទួលបានវិក្កយបត្រណាមួយដែលអ្នកមិនយល់។

ក្នុងនាមជាសមាជិកគម្រោង អ្នកបង់ត្រឹមតែចំនួនទឹកប្រាក់នៃចំណែកចូលរួមបង់ប្រាក់របស់គម្រោងយើងប៉ុណ្ណោះ នៅពេលអ្នកទទួលបានសេវាដែលយើងជានាវ៉ាប់រង។ យើង**មិន**អនុញ្ញាតឱ្យអ្នកផ្តល់សេវាចេញវិក្កយបត្រទាមទារប្រាក់ពីអ្នកលើសពីចំនួននេះទេ។

សេវាផ្តល់ការគាំទ្រនៅតាមផ្ទះ (IHSS)៖ កម្មវិធី IHSS នឹងជួយបង់ប្រាក់ដល់អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំដែលបានចុះឈ្មោះ សម្រាប់សេវាដែលផ្តល់ជូនអ្នក ដើម្បីឱ្យអ្នកអាចបន្តស្នាក់នៅក្នុងផ្ទះរបស់អ្នកផ្ទាល់ដោយសុវត្ថិភាព។ IHSS គឺជាជម្រើសមួយផ្សេងទៀតជំនួសឱ្យការថែទាំនៅក្រៅផ្ទះ ដូចជាមណ្ឌលថែទាំមនុស្សចាស់ ឬមូលដ្ឋានផ្តល់កន្លែងស្នាក់នៅនិងការថែទាំ។ ដើម្បីទទួលបានសេវា ការវាយតម្លៃមួយត្រូវបានធ្វើឡើងដើម្បីកំណត់ថាតើសេវាប្រភេទណាដែលអាចត្រូវបានអនុញ្ញាតសម្រាប់អ្នកចូលរួមម្នាក់ៗដោយផ្អែកលើតម្រូវការរបស់ពួកគេ។ ប្រភេទសេវាដែលអាចត្រូវបានអនុញ្ញាតតាមរយៈ IHSS គឺការសម្អាតផ្ទះ ការរៀបចំអាហារ ការបោកគក់ ការទិញគ្រឿងទេស សេវាថែទាំផ្ទាល់ខ្លួន (ដូចជាការថែទាំពោះវៀននិងប្លោកនោម ការងូតទឹក ការតុបតែងខ្លួន និងសេវាជំនួយវេជ្ជសាស្ត្រ) ការអមដំណើរទៅកាន់ការណាត់ជួបផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ និងការត្រួតពិនិត្យការពារសម្រាប់អ្នកដែលមានពិការភាពផ្នែកបញ្ញាស្មារតី។ ទីភ្នាក់ងារសេវាសង្គមប្រចាំខោនធីគ្រប់គ្រងកម្មវិធី IHSS។

ការត្រួតពិនិត្យផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រឯករាជ្យ (IMR)៖ ប្រសិនបើយើងបដិសេធសំណើរបស់អ្នកសម្រាប់សេវាវេជ្ជសាស្ត្រ ឬការព្យាបាល អ្នកអាចធ្វើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍បាន។ ប្រសិនបើអ្នកមិនយល់ព្រមជាមួយសេចក្តីសម្រេចរបស់យើង ហើយបញ្ហារបស់អ្នកគឺអំពីសេវា Medi-Cal រួមទាំងសម្ភារៈ DME និងឱសថ អ្នកអាចស្នើសុំ IMR ពីក្រសួងថែទាំសុខភាពក្រោមការគ្រប់គ្រងនៃរដ្ឋ California បាន។ IMR គឺជាការពិនិត្យមើលករណីរបស់អ្នកឡើងវិញដោយអ្នកជំនាញដែលមិនមែនជាផ្នែកនៃគម្រោងរបស់យើង។ ប្រសិនបើសេចក្តីសម្រេចរបស់ IMR ផ្តល់អត្ថប្រយោជន៍ដល់អ្នក យើងត្រូវតែផ្តល់ជូនអ្នកនូវសេវា ឬការព្យាបាលដែលអ្នកបានស្នើសុំ។ អ្នកមិនបង់ថ្លៃចំណាយណាមួយទេសម្រាប់ IMR។

អង្គការត្រួតពិនិត្យឯករាជ្យ (IRO)៖ អង្គការឯករាជ្យមួយដែលត្រូវបានជួលដោយ Medicare ដែលពិនិត្យមើលបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2។ វាមិនមានទំនាក់ទំនងជាមួយយើងទេ ហើយក៏មិនមែនជាទីភ្នាក់ងាររដ្ឋាភិបាលដែរ។ អង្គការនេះសម្រេចថាតើសេចក្តីសម្រេចដែលយើងបានធ្វើត្រឹមត្រូវ ឬថាតើវាគួរត្រូវបានផ្លាស់ប្តូរដែរឬទេ។ Medicare ត្រួតពិនិត្យការងាររបស់ស្ថាប័ននេះ។ ឈ្មោះផ្លូវការគឺ **អង្គភាពត្រួតពិនិត្យឯករាជ្យ**។

គម្រោងថែទាំតាមលក្ខណៈបុគ្គល (ICP ឬគម្រោងថែទាំ)៖ គម្រោងសម្រាប់សេវាអ្វីដែលអ្នកនឹងទទួលបាន និងរបៀបដែលអ្នកនឹងទទួលបានសេវាទាំងនោះ។ គម្រោងរបស់អ្នកអាចរួមបញ្ចូលសេវាវេជ្ជសាស្ត្រ សេវាសុខភាពអាកប្បកិរិយា និងសេវា និងការគាំទ្ររយៈពេលវែង។

ដំណាក់កាលធានារ៉ាប់រងដំបូង៖ ដំណាក់កាលមុនពេលការចំណាយសរុបលើឱសថ Medicare Part D របស់អ្នកឡើងដល់ **$2,400**។ នេះរួមបញ្ចូលទាំងចំនួនទឹកប្រាក់ដែលអ្នកបានបង់ អ្វីដែលគម្រោងរបស់យើងបានបង់ជំនួសអ្នក និងប្រាក់ឧបត្ថម្ភសម្រាប់អ្នកមានចំណូលទាប។ **អ្នកចាប់ផ្តើមនៅដំណាក់កាលនេះនៅពេលអ្នកបើកឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាដំបូងរបស់អ្នកក្នុងឆ្នាំ។** ក្នុងអំឡុងដំណាក់កាលនេះ យើងបង់ផ្នែកដើមមួយផ្នែកនៃឱសថរបស់អ្នក ហើយអ្នកបង់ចំណែករបស់អ្នក។

អ្នកជំងឺសម្រាកព្យាបាលក្នុងមន្ទីរពេទ្យ៖ ពាក្យដែលប្រើនៅពេលដែលអ្នកត្រូវបានអនុញ្ញាតឱ្យចូលសម្រាកនៅមន្ទីរពេទ្យជាផ្លូវការ សម្រាប់សេវាវេជ្ជសាស្ត្រជំនាញ។ ប្រសិនបើអ្នកមិនត្រូវបានអនុញ្ញាតឱ្យចូលសម្រាកជាផ្លូវការទេ អ្នកនៅតែអាចត្រូវបានចាត់ទុកថាជាអ្នកជំងឺក្រៅ ជំនួសឱ្យអ្នកជំងឺសម្រាកព្យាបាលក្នុងមន្ទីរពេទ្យ ទោះបីជាអ្នកស្នាក់នៅមួយយប់ក៏ដោយ។

គម្រោង D-SNP បែបរួមបញ្ចូលគ្នា៖ គម្រោងតម្រូវការពិសេសដែលមានសិទ្ធិទទួលបានទាំងពីរកម្មវិធីរួមបញ្ចូលគ្នា ដែលធានារ៉ាប់រង Medicare និងភាគច្រើន ឬសេវា Medicaid ទាំងអស់នៅក្រោមគម្រោងសុខភាពតែមួយ ឬគម្រោងសុខភាពដែលជាប់ពាក់ព័ន្ធ សម្រាប់ក្រុមបុគ្គលជាក់លាក់ដែលមានសិទ្ធិទទួលបានទាំង Medicare និង Medicaid។ បុគ្គលទាំងនេះត្រូវបានស្គាល់ថាជាបុគ្គលដែលមានសិទ្ធិទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ពេញលេញពីកម្មវិធីទាំងពីរ។

ឱសថជីវសាស្ត្រស្រដៀងគ្នាដែលអាចផ្លាស់ប្តូរគ្នាបាន៖ ផលិតផលជីវសាស្ត្រស្រដៀងគ្នាដែលអាចត្រូវបានផ្លាស់ប្តូរជំនួសនៅឱសថស្ថានដោយមិនចាំបាច់មានវេជ្ជបញ្ជាថ្មីទេ ពីព្រោះវាបំពេញតាមតម្រូវការបន្ថែមអំពីសក្តានុពលសម្រាប់ការផ្លាស់ប្តូរជំនួសដោយស្វ័យប្រវត្តិ។ ការផ្លាស់ប្តូរជំនួសដោយស្វ័យប្រវត្តិនៅឱសថស្ថានគឺស្ថិតក្រោមច្បាប់រដ្ឋ។

ក្រុមថែទាំពហុជំនាញ (ICT ឬក្រុមការងារថែទាំ)៖ ក្រុមការងារថែទាំអាចរួមមាន វេជ្ជបណ្ឌិត គិលានុបដ្ឋាយិកា អ្នកប្រឹក្សាយោបល់ ឬអ្នកជំនាញសុខភាពផ្សេងទៀត ដែលនៅទីនោះដើម្បីជួយអ្នកឱ្យទទួលបានការថែទាំដែលអ្នកត្រូវការ។ ក្រុមការងារថែទាំរបស់អ្នកក៏ជួយអ្នកបង្កើតគម្រោងថែទាំផងដែរ។

គម្រោង Kaiser Foundation Health Plan (Health Plan)៖ គម្រោង Kaiser Foundation Health Plan, Inc. សម្រាប់តំបន់កាលីហ្វ័រញ៉ាភាគខាងជើង និងភាគខាងត្បូង គឺជាសាជីវកម្មមិនរកប្រាក់ចំណេញ និងជាអង្គការ Medicare Advantage។ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះ ជួនកាលសំដៅលើ Health Plan ថា “យើង” ឬ “យើងខ្ញុំ”។

មន្ទីរពេទ្យ Kaiser Foundation Hospital៖ មន្ទីរពេទ្យក្នុងបណ្តាញដែលកាន់កាប់ និងប្រតិបត្តិការដោយ Kaiser Foundation Hospitals។

Kaiser Permanente៖ Health Plan ក្រុមវេជ្ជសាស្ត្រ និងមន្ទីរពេទ្យ Kaiser Foundation Hospitals។

តំបន់ Kaiser Permanente (តំបន់)៖ អង្គការគម្រោង Kaiser Foundation Health Plan ដែលអនុវត្តកម្មវិធីថែទាំសុខភាពផ្តល់សេវាដោយផ្ទាល់។ នៅពេលអ្នកនៅក្រៅតំបន់សេវារបស់យើង អ្នកអាចទទួលបានការថែទាំសុខភាពដែលចាំបាច់ខាងវេជ្ជសាស្ត្រ និងការថែទាំជាបន្តបន្ទាប់សម្រាប់ស្ថានភាពជំងឺរ៉ាំរ៉ៃពីអ្នកផ្តល់សេវាដែលបានកំណត់នៅក្នុងតំបន់សេវានៃតំបន់ Kaiser Permanente ផ្សេងទៀត។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមមើល **ជំពូកទី 3 ផ្នែក D4**។

បញ្ជីឱសថដែលបានធានារ៉ាប់រង (*បញ្ជីឱសថ*)៖ បញ្ជីនៃឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជា និងឱសថអាចទិញបានដោយមិនចាំបាច់មានវេជ្ជបញ្ជា (OTC) ដែលយើងធានារ៉ាប់រង។ យើងជ្រើសរើសឱសថនៅក្នុងបញ្ជីនេះដោយមានជំនួយពីវេជ្ជបណ្ឌិត និងឱសថការី។ *បញ្ជីឱសថ*ប្រាប់អ្នកថាតើមានច្បាប់ណាមួយដែលអ្នកត្រូវអនុវត្តតាមដើម្បីទទួលបានឱសថរបស់អ្នកដែរឬទេ។ *បញ្ជីឱសថ*ជួនកាលត្រូវបានហៅថា “បញ្ជីឈ្មោះឱសថ។”

សេវា និងការគាំទ្ររយៈពេលវែង (LTSS)៖ សេវា និងការគាំទ្ររយៈពេលវែង ជួយកែលម្អស្ថានភាពវេជ្ជសាស្ត្ររយៈពេលវែង។ សេវាភាគច្រើនទាំងនេះជួយអ្នកឱ្យស្នាក់នៅក្នុងផ្ទះរបស់អ្នក ដូច្នេះអ្នកមិនចាំបាច់ទៅមណ្ឌលថែទាំមនុស្សចាស់ ឬមន្ទីរពេទ្យទេ។ LTSS ដែលធានារ៉ាប់រងដោយគម្រោងរបស់យើងរួមមាន សេវាសម្រាប់មនុស្សពេញវ័យតាមសហគមន៍ (CBAS) ដែលត្រូវបានគេស្គាល់ផងដែរថាជាការថែទាំសុខភាពមនុស្សពេញវ័យពេលថ្ងៃ មណ្ឌលថែទាំមនុស្សចាស់ (NF) និងការគាំទ្រតាមសហគមន៍។ កម្មវិធី IHSS និងកម្មវិធីលើកលែង 1915(c) គឺជាសេវា LTSS របស់ Medi-Cal ដែលផ្តល់ជូននៅក្រៅគម្រោងរបស់យើង។

ប្រាក់ឧបត្ថម្ភសម្រាប់អ្នកមានចំណូលទាប (LIS)៖ សូមមើល “ជំនួយបន្ថែម”។

កម្មវិធីការបញ្ជាទិញតាមសំបុត្រ៖ គម្រោងខ្លះអាចផ្តល់ជូននូវកម្មវិធីការបញ្ជាទិញតាមសំបុត្រ ដែលអនុញ្ញាតឱ្យអ្នកទទួលបានឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាដែលបានធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកសម្រាប់ការប្រើប្រាស់រហូតដល់បីខែដែលផ្ញើទៅកាន់ផ្ទះរបស់អ្នកដោយផ្ទាល់។ នេះអាចជាមធ្យោបាយដ៏មានប្រសិទ្ធភាព និងងាយស្រួលក្នុងការទទួលបានឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាដែលអ្នកប្រើប្រាស់ជាប្រចាំ។

Medicaid (ឬជំនួយវេជ្ជសាស្ត្រ)៖ កម្មវិធីដែលដំណើរការដោយរដ្ឋាភិបាលសហព័ន្ធ និងរដ្ឋ ដែលជួយអ្នកដែលមានចំណូល និងធនធានមានកម្រិត ក្នុងការបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវា និងការគាំទ្ររយៈពេលវែង និងថ្លៃព្យាបាល។ Medi-Cal គឺជាកម្មវិធី Medicaid សម្រាប់រដ្ឋ California។

ក្រុមវេជ្ជសាស្ត្រ៖ វាគឺជាបណ្តាញរបស់អ្នកផ្តល់សេវាក្នុងគម្រោង ដែលគម្រោងរបស់យើងធ្វើកិច្ចសន្យាជាមួយដើម្បីផ្តល់សេវាដែលបានធានារ៉ាប់រងដល់អ្នក។ ឈ្មោះក្រុមវេជ្ជសាស្ត្ររបស់យើងគឺ The Permanente Medical Group, Inc. ដែលជាសាជីវកម្មវិជ្ជាជីវៈរកប្រាក់ចំណេញ និង Southern California Permanente Medical Group ដែលជាភាពជាដៃគូវិជ្ជាជីវៈរកប្រាក់ចំណេញ។

Medi-Cal: គឺជាឈ្មោះកម្មវិធី Medicaid របស់រដ្ឋ California។ Medi-Cal ត្រូវបានគ្រប់គ្រងដោយរដ្ឋ និងត្រូវបានបង់ប្រាក់ដោយរដ្ឋ និងរដ្ឋាភិបាលសហព័ន្ធ។

- វាជួយអ្នកដែលមានចំណូល និងធនធានមានកម្រិត ក្នុងការបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវា និងការគាំទ្ររយៈពេលវែង ព្រមទាំងថ្លៃព្យាបាល។
- វាធានារ៉ាប់រងលើសេវាបន្ថែម និងឱសថមួយចំនួនដែលមិនត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare។
- Medicaid ប្រែប្រួលពីរដ្ឋមួយទៅរដ្ឋមួយ ប៉ុន្តែថ្លៃថែទាំសុខភាពភាគច្រើនត្រូវបានធានារ៉ាប់រង ប្រសិនបើអ្នកមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ទាំង Medicare និង Medi-Cal។

គម្រោង Medi-Cal៖ គម្រោងដែលធានារ៉ាប់រងតែអត្ថប្រយោជន៍ Medi-Cal ដូចជាសេវា និងការគាំទ្ររយៈពេលវែង ឧបករណ៍វេជ្ជសាស្ត្រ និងការដឹកជញ្ជូន។ អត្ថប្រយោជន៍ Medicare គឺដាច់ដោយឡែកពីគ្នា។

ចាំបាច់ខាងវេជ្ជសាស្ត្រ៖ នេះពិពណ៌នាអំពីសេវា សម្ភារៈ ឬឱសថដែលអ្នកត្រូវការដើម្បីការពារ ធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ ឬព្យាបាលស្ថានភាពវេជ្ជសាស្ត្រ ឬដើម្បីរក្សាស្ថានភាពសុខភាពបច្ចុប្បន្នរបស់អ្នក។ នេះរួមបញ្ចូលទាំងការថែទាំដែលជួយការពារអ្នកមិនឱ្យចូលមន្ទីរពេទ្យ ឬមណ្ឌលថែទាំ។ វាក៏មានន័យថា សេវា សម្ភារៈផ្គត់ផ្គង់ ឬឱសថត្រូវតែបំពេញតាមស្តង់ដាដែលទទួលស្គាល់នៃការអនុវត្តវេជ្ជសាស្ត្រ។

Medicare៖ កម្មវិធីជានាវ៉ាប់រងសុខភាពសហព័ន្ធសម្រាប់មនុស្សដែលមានអាយុ 65 ឆ្នាំ ឬចាស់ជាងនេះ មនុស្សមួយចំនួនអាយុក្រោម 65 ឆ្នាំដែលមានពិការភាពជាក់លាក់ និងអ្នកដែលមានជំងឺខ្សោយតម្រងនោមដំណាក់កាលចុងក្រោយ (ជាទូទៅអ្នកដែលមានជំងឺខ្សោយតម្រងនោមអចិន្ត្រៃយ៍ ដែលត្រូវការការលាងឈាម ឬការប្តូរតម្រងនោម)។ អ្នកដែលមាន Medicare អាចទទួលបានការជានាវ៉ាប់រងសុខភាព Medicare របស់ពួកគេតាមរយៈ Original Medicare ឬគម្រោងថែទាំក្រោមការគ្រប់គ្រង (សូមមើល “គម្រោងសុខភាព”)។

Medicare Advantage៖ កម្មវិធី Medicare ដែលត្រូវបានគេស្គាល់ផងដែរថាជា “Medicare Part C” ឬ “MA” ដែលផ្តល់ជូនគម្រោង MA តាមរយៈក្រុមហ៊ុនឯកជន។ Medicare បង់ប្រាក់ឱ្យក្រុមហ៊ុនទាំងនេះដើម្បីជានាវ៉ាប់រងអត្ថប្រយោជន៍ Medicare របស់អ្នក។

ក្រុមប្រឹក្សាបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ Medicare (ក្រុមប្រឹក្សា)៖ ក្រុមប្រឹក្សាដែលពិនិត្យមើលបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិតទី 4។ ក្រុមប្រឹក្សាគឺជាផ្នែកមួយនៃរដ្ឋាភិបាលសហព័ន្ធ។

សេវាដែលត្រូវបានជានាវ៉ាប់រងដោយ Medicare៖ សេវាដែលត្រូវបានជានាវ៉ាប់រងដោយ Medicare Part A និង Medicare Part B។ រាល់គម្រោងសុខភាព Medicare ទាំងអស់ រួមទាំងគម្រោងរបស់យើងផងដែរ ត្រូវតែជានាវ៉ាប់រងលើរាល់សេវាដែលត្រូវបានជានាវ៉ាប់រងដោយ Medicare Part A និង Medicare Part B។

កម្មវិធីបង្ការជំងឺទឹកនោមផ្អែមរបស់ Medicare (MDPP)៖ កម្មវិធីផ្លាស់ប្តូរអាកប្បកិរិយាសុខភាពដែលមានរចនាសម្ព័ន្ធត្រឹមត្រូវ ដែលផ្តល់ការបណ្តុះបណ្តាលក្នុងការផ្លាស់ប្តូរបបអាហារ រយៈពេលវែង ការបង្កើនសកម្មភាពរាងកាយ និងយុទ្ធសាស្ត្រសម្រាប់ការយកឈ្នះលើបញ្ហាប្រឈមនានា ដើម្បីរក្សាការសម្រកទម្ងន់ និងរបៀបរស់នៅដែលមានសុខភាពល្អ។

អ្នកចុះឈ្មោះ Medicare-Medi-Cal៖ បុគ្គលដែលមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ការជានាវ៉ាប់រង Medicare និង Medicaid។ អ្នកចុះឈ្មោះ Medicare-Medicaid ក៏ត្រូវបានហៅផងដែរថាជា “បុគ្គលដែលមានសិទ្ធិទទួលបានពីកម្មវិធីទាំងពីរ”។

Medicare Part A៖ កម្មវិធី Medicare ដែលជានាវ៉ាប់រងលើការថែទាំនៅមន្ទីរពេទ្យ មណ្ឌលថែទាំជំនាញ សុខភាពតាមផ្ទះ និងមណ្ឌលថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយ ដែលចាំបាច់ខាងវេជ្ជសាស្ត្រភាគច្រើន។

Medicare Part B៖ កម្មវិធី Medicare ដែលជានាវ៉ាប់រងលើសេវា (ដូចជាការធ្វើតេស្តមន្ទីរពិសោធន៍ ការរុះកាត់ និងការទៅជួបវេជ្ជបណ្ឌិត) និងសម្ភារៈ (ដូចជារទេះរុញ និងឧបករណ៍ជំនួយការដើរ) ដែលចាំបាច់ខាងវេជ្ជសាស្ត្រដើម្បីព្យាបាលជំងឺ ឬស្ថានភាពណាមួយ។ Medicare Part B ក៏ជានាវ៉ាប់រងផងដែរលើសេវាបង្ការ និងការពិនិត្យស្រាវជ្រាវរកជំងឺជាច្រើន។

Medicare Part C៖ កម្មវិធី Medicare ដែលត្រូវបានគេស្គាល់ផងដែរថាជា “Medicare Advantage” ឬ “MA” ដែលអនុញ្ញាតឱ្យក្រុមហ៊ុនជានាវ៉ាប់រងសុខភាពឯកជនផ្តល់អត្ថប្រយោជន៍ Medicare តាមរយៈគម្រោង MA។

Medicare Part D៖ កម្មវិធីអត្ថប្រយោជន៍ឱសថរបស់ Medicare។ យើងហៅកម្មវិធីនេះថា “ផ្នែក D” ដោយខ្លី។ Medicare Part D ជានាវ៉ាប់រងលើឱសថអ្នកជំងឺក្រៅ វ៉ាក់សាំង និងសម្ភារៈមួយចំនួនដែលមិនត្រូវបានជានាវ៉ាប់រងដោយ Medicare Part A ឬ Medicare Part B ឬ Medicaid។ គម្រោងរបស់យើងរួមបញ្ចូល Medicare Part D។

ឱសថ Medicare Part D៖ ឱសថដែលបានធានារ៉ាប់រងក្រោម Medicare Part D។ សភាបានដកចេញជាពិសេសនូវប្រភេទឱសថជាក់លាក់ពីការធានារ៉ាប់រងក្រោម Medicare Part D។ Medicaid អាចធានារ៉ាប់រងឱសថមួយចំនួនក្នុងចំណោមឱសថទាំងនេះ។

ការគ្រប់គ្រងការព្យាបាលដោយប្រើឱសថ (MTM)៖ កម្មវិធី Medicare Part D សម្រាប់តម្រូវការសុខភាពស្មុគស្មាញ ដែលត្រូវបានផ្តល់ជូនដល់អ្នកដែលបំពេញតាមតម្រូវការជាក់លាក់ ឬស្ថិតនៅក្នុង Drug Management Program។ សេវា MTM ជាធម្មតារួមបញ្ចូលការពិភាក្សាជាមួយឱសថការី ឬអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាព ដើម្បីពិនិត្យមើលឱសថឡើងវិញ។ សូមមើល**ជំពូកទី 5** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។

គម្រោង Medi-Medi៖ Medi-Medi Plan គឺជាប្រភេទនៃគម្រោង Medicare Advantage។ វាសម្រាប់អ្នកដែលមានទាំង Medicare និង Medi-Cal ហើយរួមបញ្ចូលអត្ថប្រយោជន៍ Medicare និង Medi-Cal ទៅជាគម្រោងតែមួយ។ គម្រោង Medi-Medi សម្របសម្រួលអត្ថប្រយោជន៍ និងសេវាទាំងអស់នៅទូទាំងកម្មវិធីទាំងពីរ រួមទាំងរាល់សេវាដែលបានធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare និង Medi-Cal។

សមាជិក (សមាជិកនៃគម្រោងរបស់យើង ឬសមាជិកគម្រោង)៖ បុគ្គលដែលមាន Medicare និង Medi-Cal ដែលមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ដើម្បីទទួលបានសេវាដែលបានធានារ៉ាប់រង ដែលបានចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងរបស់យើង និងដែលមានការចុះឈ្មោះត្រូវបានបញ្ជាក់ដោយមជ្ឈមណ្ឌលសម្រាប់សេវា Medicare និង Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) និងរដ្ឋ។

***សៀវភៅណែនាំសមាជិក* និងព័ត៌មាននៃការលាតត្រដាង៖** ឯកសារនេះ រួមជាមួយនឹងទម្រង់ចុះឈ្មោះរបស់អ្នក និងឯកសារភ្ជាប់ផ្សេងទៀត ដែលពន្យល់អំពីការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នក អ្វីដែលយើងត្រូវធ្វើ សិទ្ធិរបស់អ្នក និងអ្វីដែលអ្នកត្រូវធ្វើក្នុងនាមជាសមាជិកនៃគម្រោងរបស់យើង។

សេវាបម្រើសមាជិក៖ ផ្នែកមួយនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើងដែលមានការកិច្ចឆ្លើយសំណួររបស់អ្នកអំពីសមាជិកភាព អត្ថប្រយោជន៍ បណ្តឹងសាទុក្ខ និងបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍។ សូមមើល **ជំពូកទី 2** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក* នេះ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីសេវាបម្រើសមាជិក។

ឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញ៖ គឺជាឱសថស្ថាន (ហាងលក់ឱសថ) ដែលយល់ព្រមបើកឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាសម្រាប់សមាជិកគម្រោងរបស់យើង។ យើងហៅពួកវាថា “ឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញ” ពីព្រោះពួកគេបានយល់ព្រមធ្វើការជាមួយគម្រោងរបស់យើង។ ក្នុងករណីភាគច្រើន យើងធានារ៉ាប់រងលើឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកលុះត្រាតែត្រូវបានបើកនៅឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញរបស់យើងណាមួយប៉ុណ្ណោះ។

ក្រូពេទ្យក្នុងបណ្តាញ៖ ក្រូពេទ្យណាមួយដែលមានអាជ្ញាបណ្ណ ដែលជាដៃគូ ឬបុគ្គលិកនៃក្រុមវេជ្ជសាស្ត្រ ឬក្រូពេទ្យដែលមានអាជ្ញាបណ្ណណាមួយដែលធ្វើកិច្ចសន្យាដើម្បីផ្តល់សេវាដល់សមាជិករបស់យើង (ប៉ុន្តែមិនរួមបញ្ចូលក្រូពេទ្យដែលធ្វើកិច្ចសន្យាតែដើម្បីផ្តល់សេវាបញ្ជូនបន្តនោះទេ)។

អ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ៖ គឺជាអ្នកផ្តល់សេវាដែលធ្វើការជាមួយគម្រោងរបស់យើង។ អ្នកផ្តល់សេវាទាំងនេះយល់ព្រមទទួលយកការទូទាត់របស់យើងជាការទូទាត់ពេញលេញ។ “អ្នកផ្តល់សេវា” គឺជាពាក្យទូទៅដែលយើងប្រើសម្រាប់វេជ្ជបណ្ឌិត គិលានុបដ្ឋាក និងបុគ្គលផ្សេងទៀតដែលផ្តល់សេវា និងការថែទាំដល់អ្នក។ ពាក្យនេះក៏រួមបញ្ចូលផងដែរនូវមន្ទីរពេទ្យ ភ្នាក់ងារថែទាំសុខភាពតាមផ្ទះ គ្លីនិក និងទីកន្លែងផ្សេងទៀតដែលផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវសេវាថែទាំសុខភាព ឧបករណ៍វេជ្ជសាស្ត្រ និងសេវា និងការគាំទ្ររយៈពេលវែង។

- ពួកគេមានអាជ្ញាបណ្ណ ឬត្រូវបានបញ្ជាក់ដោយ Medicare និងដោយរដ្ឋ ដើម្បីផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាព។
- យើងហៅពួកគេថា “អ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ” នៅពេលដែលពួកគេយល់ព្រមធ្វើការជាមួយគម្រោងសុខភាពរបស់យើង ទទួលយកការបង់ប្រាក់របស់យើង និងមិនគិតប្រាក់បន្ថែមពីសមាជិកឡើយ។

- ក្នុងពេលដែលអ្នកជាសមាជិកនៃគម្រោងរបស់យើង អ្នកត្រូវតែប្រើប្រាស់អ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ ដើម្បីទទួលបានសេវាដែលបានធានារ៉ាប់រង។ អ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញក៏ត្រូវបានគេហៅផងដែរថាជា “អ្នកផ្តល់សេវាគម្រោង”។

មណ្ឌល ឬមូលដ្ឋានថែទាំមនុស្សចាស់៖ មណ្ឌលដែលផ្តល់ការថែទាំសម្រាប់អ្នកដែលមិនអាចទទួលការថែទាំនៅផ្ទះបាន ប៉ុន្តែមិនចាំបាច់សម្រាកព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យឡើយ។

មន្ត្រីបណ្តឹងសាធារណៈ៖ ការិយាល័យមួយនៅក្នុងរដ្ឋរបស់អ្នកដែលធ្វើការជាអ្នកគាំពារជំនួសអ្នក។ ពួកគេអាចឆ្លើយសំណួរប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហា ឬបណ្តឹងតវ៉ា ហើយអាចជួយអ្នកឱ្យយល់ពីអ្វីដែលត្រូវធ្វើ។ សេវារបស់មន្ត្រីបណ្តឹងសាធារណៈគឺមិនគិតថ្លៃទេ។ អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានបន្ថែមនៅក្នុង **ជំពូកទី 2 និងទី 9** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះ។

ការសម្រេចចិត្តរបស់អង្គការ៖ គម្រោងរបស់យើងធ្វើការសម្រេចចិត្តរបស់អង្គការ នៅពេលដែលយើង ឬអ្នកផ្តល់សេវាណាមួយរបស់យើង សម្រេចចិត្តថាតើសេវាត្រូវបានធានារ៉ាប់រង ឬថាតើអ្នកត្រូវបង់ប្រាក់ប៉ុន្មានសម្រាប់សេវាដែលបានធានារ៉ាប់រង។ ការសម្រេចចិត្តរបស់អង្គការត្រូវបានគេហៅថា “សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង” **ជំពូកទី 9** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក* នេះពន្យល់ពីសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង។

ផលិតផលជីវសាស្ត្រដើម៖ ផលិតផលជីវសាស្ត្រដែលត្រូវបានអនុម័តដោយ FDA និងបម្រើជាការប្រៀបធៀបសម្រាប់ក្រុមហ៊ុនផលិតដែលបង្កើតកំណែផលិតផលជីវសាស្ត្រស្រដៀងគ្នា។ វាក៏ត្រូវបានគេហៅផងដែរថាជា ផលិតផលយោង។

Original Medicare (Medicare បែបប្រពៃណី ឬ Medicare បង់ថ្លៃតាមសេវា)៖ រដ្ឋាភិបាលផ្តល់ជូន Original Medicare។ នៅក្រោម Original Medicare សេវា Medicare ត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយការបង់ប្រាក់ជូនវេជ្ជបណ្ឌិត មន្ទីរពេទ្យ និងចំនួនទឹកប្រាក់ទូទាត់ចំពោះអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពផ្សេងទៀតដែលត្រូវបានកំណត់ដោយសភា។

- អ្នកអាចប្រើប្រាស់វេជ្ជបណ្ឌិត មន្ទីរពេទ្យ ឬអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពផ្សេងទៀតដែលទទួលយក Medicare។ Original Medicare មានពីរផ្នែក៖ Medicare Part A (ការធានារ៉ាប់រងមន្ទីរពេទ្យ) និង Medicare Part B (ការធានារ៉ាប់រងវេជ្ជសាស្ត្រ)។
- Original Medicare មានផ្តល់ជូននៅគ្រប់ទីកន្លែងក្នុងសហរដ្ឋអាមេរិក។
- ប្រសិនបើអ្នកមិនចង់ស្ថិតនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើងទេ អ្នកអាចជ្រើសរើស Original Medicare បាន។

ឱសថស្ថានក្រៅបណ្តាញ៖ ឱសថស្ថានដែលមិនបានយល់ព្រមធ្វើការជាមួយគម្រោងរបស់យើងដើម្បីសម្របសម្រួល ឬផ្តល់ឱសថដែលបានធានារ៉ាប់រងដល់សមាជិកនៃគម្រោងរបស់យើង។ គម្រោងរបស់យើងមិនធានារ៉ាប់រងលើឱសថភាគច្រើនដែលអ្នកទទួលបានពីឱសថស្ថានក្រៅបណ្តាញទេ លុះត្រាតែក្នុងខណ្ឌជាក់លាក់ត្រូវបានអនុវត្ត។

អ្នកផ្តល់សេវាក្រៅបណ្តាញ ឬមន្ទីរថែទាំក្រៅបណ្តាញ៖អ្នកផ្តល់សេវា ឬមូលដ្ឋានដែលមិនត្រូវបានជួលកាន់កាប់ ឬដំណើរការដោយគម្រោងរបស់យើង ហើយមិនស្ថិតក្រោមកិច្ចសន្យាដើម្បីផ្តល់សេវាដែលបានធានារ៉ាប់រងដល់សមាជិកនៃគម្រោងរបស់យើងទេ។ **ជំពូកទី 3** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក* នេះពន្យល់ពីអ្នកផ្តល់សេវា ឬមន្ទីរថែទាំក្រៅបណ្តាញ។

ថ្លៃចំណាយចេញពីហោប៉ៅ៖ តម្រូវការចំណែកចូលរួមបង់ប្រាក់សម្រាប់សមាជិកដើម្បីបង់ថ្លៃសម្រាប់ផ្នែកខ្លះនៃសេវា ឬឱសថដែលពួកគេទទួលបាន ក៏ត្រូវបានគេហៅថាជាតម្រូវការចំណាយ “ចេញពីហោប៉ៅ” ផងដែរ។ សូមមើលនិយមន័យសម្រាប់ “ចំណែកចូលរួមបង់ប្រាក់” ខាងលើ។

ឱសថអាចទិញបានដោយមិនបាច់មានវេជ្ជបញ្ជា (OTC)៖ ឱសថអាចទិញបានដោយមិនបាច់មានវេជ្ជបញ្ជា គឺជាឱសថ ឬថ្នាំដែលបុគ្គលម្នាក់អាចទិញបានដោយមិនមានវេជ្ជបញ្ជាពីអ្នកជំនាញថែទាំសុខភាព។

ផ្នែក A៖ សូមមើល “Medicare Part A។”

ផ្នែក B៖ សូមមើល “Medicare Part B។”

ផ្នែក C៖ សូមមើល “Medicare Part C។”

ផ្នែក D៖ សូមមើល “Medicare Part D។”

ឱសថផ្នែក D៖ សូមមើល “ឱសថ Medicare Part D។”

ព័ត៌មានសុខភាពផ្ទាល់ខ្លួន (ក៏ត្រូវបានហៅថាជា ព័ត៌មានសុខភាពដែលត្រូវបានការពារ ផងដែរ) (PHI)៖ ព័ត៌មានអំពីអ្នក និងសុខភាពរបស់អ្នក ដូចជាឈ្មោះ អាសយដ្ឋាន លេខសន្តិសុខសង្គម ការទៅជួបពិនិត្យជាមួយគ្រូពេទ្យ និងប្រវត្តិវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នក។ សូមមើលសេចក្តីជូនដំណឹងស្តីពីការអនុវត្តឯកជនភាពរបស់យើង សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីរបៀបដែលយើងការពារ ប្រើប្រាស់ និងលាតត្រដាង PHI របស់អ្នក ក៍ដូចជាសិទ្ធិរបស់អ្នកទាក់ទងនឹង PHI របស់អ្នក។

ការគិតថ្លៃរបស់គម្រោង៖ ការគិតថ្លៃរបស់គម្រោង មានន័យដូចខាងក្រោម៖

- សម្រាប់សេវាដែលផ្តល់ដោយក្រុមវេជ្ជសាស្ត្រ ឬមន្ទីរពេទ្យ Kaiser Foundation Hospital ការគិតថ្លៃដែលមានក្នុងតារាងគិតថ្លៃរបស់គម្រោងសុខភាពសម្រាប់ក្រុមវេជ្ជសាស្ត្រ និងមន្ទីរពេទ្យ Kaiser Foundation Hospital សម្រាប់សេវាដែលផ្តល់ជូនសមាជិក។
- សម្រាប់សេវាដែលអ្នកផ្តល់សេវា (ក្រៅពីក្រុមវេជ្ជសាស្ត្រ ឬមន្ទីរពេទ្យ Kaiser Foundation Hospital) ត្រូវបានផ្តល់សំណងដោយផ្អែកលើចំនួនសមាជិក ការគិតថ្លៃនៅក្នុងតារាងនៃការគិតថ្លៃដែល Kaiser Permanente ចរចាជាមួយអ្នកផ្តល់សេវាដែលបានទទួលសំណងតាមចំនួនសមាជិកនោះ។
- សម្រាប់ទំនិញដែលទទួលបាននៅឱសថស្ថានដែលកាន់កាប់ និងប្រតិបត្តិការដោយ Kaiser Permanente ចំនួនទឹកប្រាក់ដែលឱសថស្ថាននឹងគិតថ្លៃពីសមាជិកសម្រាប់ទំនិញនោះ ប្រសិនបើគម្រោងអត្ថប្រយោជន៍របស់សមាជិកមិនបានជានាវ៉ាប់រងលើទំនិញនោះ (ចំនួនទឹកប្រាក់នេះគឺជាការប៉ាន់ស្មាននៃ ថ្លៃចំណាយក្នុងការទទួលបាន រក្សាទុក និងផ្តល់ឱសថ ថ្លៃចំណាយផ្ទាល់ និងប្រយោលក្នុងការផ្តល់សេវាឱសថស្ថាន Kaiser Permanente ដល់សមាជិក និងការចូលរួមចំណែករបស់កម្មវិធីឱសថស្ថានចំពោះតម្រូវការចំណូលសុទ្ធរបស់ Health Plan)។
- សម្រាប់សេវាផ្សេងទៀតទាំងអស់ ការបង់ប្រាក់ដែល Kaiser Permanente ធ្វើឡើងសម្រាប់សេវាទាំងនោះ ឬប្រសិនបើ Kaiser Permanente ដកចំណែកចូលរួមបង់ប្រាក់ចេញពីការបង់ប្រាក់របស់ខ្លួន នោះគឺជាចំនួនទឹកប្រាក់ដែល Kaiser Permanente នឹងត្រូវបង់ ប្រសិនបើខ្លួនមិនបានដកចំណែកចូលរួមបង់ប្រាក់ចេញទេ។

ការថែទាំក្រោយពេលមានស្ថិរភាព៖ សេវាចាំបាច់ខាងវេជ្ជសាស្ត្រដែលទាក់ទងនឹងលក្ខខណ្ឌវេជ្ជសាស្ត្រក្នុងការសង្គ្រោះបន្ទាន់របស់អ្នក ដែលអ្នកទទួលបានបន្ទាប់ពីគ្រូពេទ្យព្យាបាលរបស់អ្នកកំណត់ថាលក្ខខណ្ឌនេះមានស្ថិរភាពតាមបែបគ្លីនិក។ អ្នកត្រូវបានចាត់ទុកថាមានស្ថិរភាពតាមបែបគ្លីនិក នៅពេលដែលគ្រូពេទ្យព្យាបាលរបស់អ្នកជឿជាក់ ក្នុងកម្រិតភាគរយតាមវេជ្ជសាស្ត្រសមស្រប និងស្របតាមស្តង់ដាវេជ្ជសាស្ត្រដែលត្រូវបានទទួលស្គាល់ ថាអ្នកមានសុវត្ថិភាពសម្រាប់ការអនុញ្ញាតឱ្យចេញពីមន្ទីរពេទ្យ ឬការបញ្ជូនទៅកន្លែងផ្សេង ហើយស្ថានភាពរបស់អ្នកមិនត្រូវបានរំពឹងថានឹងកាន់តែអាក្រក់ទៅៗក្នុងអំឡុងពេល ឬជាលទ្ធផលនៃការអនុញ្ញាតឱ្យចេញ ឬការបញ្ជូននោះទេ។

សេវាបង្ការ៖ ការថែទាំសុខភាពដើម្បីការពារជំងឺ ឬរកឃើញជំងឺនៅដំណាក់កាលដំបូង នៅពេលដែលការព្យាបាលទំនងជាមានប្រសិទ្ធភាពបំផុត (ឧទាហរណ៍ សេវាបង្ការរួមមាន ការធ្វើតេស្ត Pap ការចាក់វ៉ាក់សាំងការពារជំងឺផ្តាសាយ និងការថតពិនិត្យសុដន់)។

អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំបឋម (PCP)៖ វេជ្ជបណ្ឌិត ឬអ្នកផ្តល់សេវាផ្សេងទៀតដែលអ្នកប្រើប្រាស់មុនគេសម្រាប់បញ្ហាសុខភាពភាគច្រើន។ ពួកគេជានាថាអ្នកទទួលបានការថែទាំដែលអ្នកត្រូវការ ដើម្បីរក្សាសុខភាពល្អ។

- ពួកគេក៏អាចពិភាក្សាជាមួយវេជ្ជបណ្ឌិត និងអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពផ្សេងទៀតអំពីការថែទាំរបស់អ្នក និងបញ្ជូនបន្តអ្នកទៅកាន់ពួកគេផងដែរ។
- នៅក្នុងគម្រោងសុខភាព Medicare ជាច្រើន អ្នកត្រូវតែប្រើប្រាស់អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំបឋមរបស់អ្នកមុនពេលអ្នកប្រើប្រាស់អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពផ្សេងទៀត។
- សូមមើល **ជំពូកទី 3** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក* នេះ សម្រាប់ព័ត៌មានអំពីការទទួលបានការថែទាំពីអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំបឋម។

ការអនុញ្ញាតជាមុន (PA)៖ការយល់ព្រមដែលអ្នកត្រូវតែទទួលបានពីយើង មុនពេលអ្នកអាចទទួលបានសេវា ឬឱសថជាក់លាក់ណាមួយ ឬប្រើប្រាស់អ្នកផ្តល់សេវាក្រៅបណ្តាញ។ គម្រោងរបស់យើងអាចនឹងមិនធានារ៉ាប់រងលើសេវា ឬឱសថនោះទេ ប្រសិនបើអ្នកមិនទទួលបានការយល់ព្រមជាមុន។

គម្រោងរបស់យើងធានារ៉ាប់រងលើសេវាវេជ្ជសាស្ត្រក្នុងបណ្តាញមួយចំនួន លុះត្រាតែវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក ឬអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញផ្សេងទៀតទទួលបាន PA ពីយើង។

- សេវាដែលបានធានារ៉ាប់រងដែលត្រូវការ PA របស់គម្រោងយើង ត្រូវបានកត់សម្គាល់នៅក្នុង **ជំពូកទី 4** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះ។

គម្រោងរបស់យើងធានារ៉ាប់រងលើឱសថមួយចំនួន លុះត្រាតែអ្នកទទួលបាន PA ពីយើង។

- ឱសថដែលបានធានារ៉ាប់រងដែលត្រូវការ PA របស់គម្រោងយើង ត្រូវបានកត់សម្គាល់នៅក្នុង *បញ្ជីឱសថដែលបានធានារ៉ាប់រង* ហើយវិធានត្រូវបានបង្ហោះនៅលើគេហទំព័ររបស់យើង។

កម្មវិធីថែទាំគ្រប់ជ្រុងជ្រោយសម្រាប់មនុស្សចាស់ (PACE)៖ កម្មវិធីដែលធានារ៉ាប់រងអត្ថប្រយោជន៍ Medicare និង Medicaid រួមគ្នាសម្រាប់មនុស្សអាយុ 55 ឆ្នាំឡើងទៅ ដែលត្រូវការកម្រិតនៃការថែទាំខ្ពស់ជាងមុនដើម្បីរស់នៅតាមផ្ទះ។

ឧបករណ៍អវយវៈសិប្បនិម្មិត និងឧបករណ៍រាងកាយអវយវៈ៖ ឧបករណ៍វេជ្ជសាស្ត្រដែលត្រូវបានបញ្ជាទិញដោយវេជ្ជបណ្ឌិត ឬអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពផ្សេងទៀតរបស់អ្នក ដែលរួមមានជាអាទិ៍ ឧបករណ៍ទប់ដៃ ខ្នង និងក អវយវៈសិប្បនិម្មិត ភ្នែកសិប្បនិម្មិត និងឧបករណ៍ដែលចាំបាច់ដើម្បីជំនួសផ្នែក ឬមុខងារខាងក្នុងរាងកាយ រួមទាំងសម្ភារៈសម្រាប់អ្នកវះកាត់បញ្ចេញចុងពោះវៀនធំ និងការព្យាបាលដោយផ្តល់អាហារូបត្ថម្ភតាមបំពង់ និងតាមសរសៃឈាម។

អ្នកផ្តល់សេវា៖ គឺជាវេជ្ជបណ្ឌិត គិលានុបដ្ឋាក និងបុគ្គលផ្សេងទៀតដែលផ្តល់សេវា និងការថែទាំដល់អ្នក ហើយមានអាជ្ញាបណ្ណពីរដ្ឋ។ អ្នកផ្តល់សេវាក៏រួមបញ្ចូលទាំងមន្ទីរពេទ្យ ភ្នាក់ងារសុខភាពតាមផ្ទះ គ្លីនិក និងកន្លែងផ្សេងទៀតដែលផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាព សេវាសុខភាពអាកប្បកិរិយា ឧបករណ៍វេជ្ជសាស្ត្រ និង LTSS ជាក់លាក់ផងដែរ។

អង្គការកែលម្អគុណភាព (QIO)៖ ក្រុមវេជ្ជបណ្ឌិត និងអ្នកជំនាញថែទាំសុខភាពផ្សេងទៀតដែលជួយកែលម្អគុណភាពនៃការថែទាំសម្រាប់អ្នកដែលមាន Medicare។ រដ្ឋាភិបាលសហព័ន្ធបង់ប្រាក់ឱ្យ QIO ដើម្បីពិនិត្យ និងកែលម្អការថែទាំដែលផ្តល់ដល់អ្នកជំងឺ។ សូមមើល **ជំពូកទី 2** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពី QIO។

ការកំណត់បរិមាណ៖ ការកំណត់លើបរិមាណឱសថដែលអ្នកអាចមាន។ យើងអាចកំណត់ចំនួនថ្នាំដែលយើងធានារ៉ាប់រងក្នុងមួយវេជ្ជបញ្ជា។

ឧបករណ៍អត្ថប្រយោជន៍ក្នុងពេលវេលាជាក់ស្តែង៖ ផតថល ឬកម្មវិធីកុំព្យូទ័រដែលអ្នកចុះឈ្មោះអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីអត្ថប្រយោជន៍ និងឱសថដែលបានធានារ៉ាប់រងជាក់លាក់សម្រាប់អ្នកចុះឈ្មោះដែលពេញលេញ ត្រឹមត្រូវ ទាន់ពេលវេលា និងសមស្របតាមបែបគ្លីនិក។ នេះរួមបញ្ចូលទាំងចំនួនទឹកប្រាក់នៃចំណែកចូលរួមបង់ប្រាក់ ឱសថជំនួសដែលអាចប្រើបានសម្រាប់ស្ថានភាពសុខភាពដូចគ្នាទៅនឹងឱសថណាមួយដែលបានផ្តល់ឱ្យ និងការរឹតបន្តឹងការធានារ៉ាប់រង (ការអនុញ្ញាតជាមុន ការព្យាបាលតាមជំហាន ការកំណត់បរិមាណ) ដែលអនុវត្តចំពោះឱសថជំនួស។

ការបញ្ជូនបន្ត៖ ការបញ្ជូនបន្តគឺជាការយល់ព្រមរបស់អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំបឋម (PCP) របស់អ្នក ឬការយល់ព្រមរបស់យើង ក្នុងការប្រើប្រាស់អ្នកផ្តល់សេវាក្រៅពី PCP របស់អ្នក។ ប្រសិនបើអ្នកមិនទទួលបានការយល់ព្រមជាមុនទេ យើងអាចនឹងមិនធានារ៉ាប់រងលើសេវាទាំងនោះឡើយ។ អ្នកមិនត្រូវការការបញ្ជូនបន្តដើម្បីប្រើប្រាស់សេវាពីគ្រូពេទ្យឯកទេសមួយចំនួន ដូចជាគ្រូពេទ្យឯកទេសសុខភាពស្ត្រីនោះទេ។ អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានបន្ថែមអំពីការបញ្ជូនបន្តនៅក្នុង **ជំពូកទី 3 និងទី 4** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះ។

សេវាស្តារនីតិសម្បទា៖ ការព្យាបាលដែលអ្នកទទួលបានដើម្បីជួយអ្នកឱ្យជាសះស្បើយពីជំងឺ គ្រោះថ្នាក់ ឬការរះកាត់ធំៗ។ សេវាទាំងនេះរួមមាន ការព្យាបាលដោយលាងឈាមសម្រាប់អ្នកជំងឺសម្រាកព្យាបាលក្នុងមន្ទីរពេទ្យ ការព្យាបាលដោយចលនា (អ្នកជំងឺក្រៅ) ការព្យាបាលការនិយាយស្តី និងភាសា និងការការព្យាបាលទាក់ទងនឹងសកម្មភាពប្រចាំថ្ងៃ។ សូមមើល **ជំពូកទី 4** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក* នេះដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពីសេវាស្តារនីតិសម្បទា។

សេវាសម្ងាត់៖ សេវាដែលទាក់ទងនឹងសុខភាពផ្លូវចិត្ត ឬសុខភាពអាកប្បកិរិយា សុខភាពផ្លូវភេទ និងបន្តពូជ ការពន្យារកំណើត ជំងឺឆ្លងតាមការរួមភេទ (STI) HIV/AIDS ការរំលោភបំពានផ្លូវភេទ និងការរំលូតកូន ជំងឺនៃការប្រើប្រាស់សារធាតុញៀន ការថែទាំបញ្ហាក់យេនឌ័រ និងអំពើហិង្សាពីដៃគូស្និទ្ធស្នាល។

តំបន់សេវា៖ តំបន់ភូមិសាស្ត្រដែលគម្រោងសុខភាពទទួលយកសមាជិក ប្រសិនបើគម្រោងនោះកំណត់សមាជិកភាពដោយផ្អែកលើទីកន្លែងដែលប្រជាជនរស់នៅ។ សម្រាប់គម្រោងដែលកំណត់ថាតើវេជ្ជបណ្ឌិត និងមន្ទីរពេទ្យណាដែលអ្នកអាចប្រើប្រាស់បាន ជាទូទៅវាគឺជាតំបន់ដែលអ្នកអាចទទួលបានសេវាតាមទម្លាប់ (មិនមែនការសង្គ្រោះបន្ទាន់)។ មានតែអ្នកដែលរស់នៅក្នុងតំបន់សេវារបស់យើងប៉ុណ្ណោះ ទើបអាចចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងរបស់យើងបាន។

តំបន់សេវាត្រូវបានរៀបរាប់នៅក្នុង **ជំពូកទី 1** សម្រាប់គោលបំណងនៃចំណែកចូលរួមបង់ប្រាក់ ការចុះឈ្មោះ និងការលុបឈ្មោះ។ សម្រាប់គោលបំណងនៃការទទួលបានសេវាដែលបានធានារ៉ាប់រង អ្នកទទួលបានការថែទាំពីអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញនៅទីកន្លែងណាមួយនៅក្នុងតំបន់សេវាប្រចាំតំបន់របស់អ្នក (សូមមើល *សៀវភៅរាយឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថាន*របស់យើង)។

សេវា៖ សេវាថែទាំសុខភាព សម្ភារៈ ឬទំនិញ។

ចំណែកនៃការចំណាយ៖ ចំណែកនៃថ្លៃថែទាំសុខភាពរបស់អ្នកដែលអ្នកប្រហែលជាត្រូវបង់ជារៀងរាល់ខែមុនពេលអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នកមានប្រសិទ្ធភាព។ ចំនួនទឹកប្រាក់នៃចំណែកនៃការចំណាយរបស់អ្នកប្រែប្រួលអាស្រ័យលើចំណូល និងធនធានរបស់អ្នក។

មណ្ឌលថែទាំជំនាញ (SNF)៖ មណ្ឌលថែទាំមនុស្សចាស់ដែលមានបុគ្គលិក និងឧបករណ៍ដើម្បីផ្តល់ការថែទាំគិលានុបដ្ឋាកជំនាញ និងក្នុងករណីភាគច្រើន សេវាស្តារនីតិសម្បទាជំនាញ និងសេវាសុខភាពពាក់ព័ន្ធផ្សេងទៀត។

ការថែទាំនៅមណ្ឌលថែទាំជំនាញ (SNF)៖ ការថែទាំគិលានុបដ្ឋាកជំនាញ និងសេវាស្តារនីតិសម្បទាដែលត្រូវបានផ្តល់ជូនជាបន្តបន្ទាប់ និងជាប្រចាំថ្ងៃ នៅក្នុងមណ្ឌលថែទាំជំនាញ។ ឧទាហរណ៍នៃការថែទាំនៅមណ្ឌលថែទាំជំនាញ រួមមានការព្យាបាលដោយចលនា ឬការចាក់ថ្នាំតាមសរសៃឈាម (IV) ដែលគិលានុបដ្ឋាយិកាដែលបានចុះបញ្ជី ឬវេជ្ជបណ្ឌិតអាចផ្តល់ជូន។

រយៈពេលចុះឈ្មោះពិសេស៖ ពេលវេលាដែលបានកំណត់នៅពេលដែលសមាជិកអាចផ្លាស់ប្តូរគម្រោងសុខភាព ឬឱសថរបស់ពួកគេ ឬត្រឡប់ទៅប្រើប្រាស់ Original Medicare វិញ។ ស្ថានភាពដែលអ្នកអាចមានសិទ្ធិទទួលបានរយៈពេលចុះឈ្មោះពិសេសរួមមាន៖ ប្រសិនបើអ្នកផ្លាស់ទីលំនៅចេញក្រៅតំបន់សេវា ប្រសិនបើអ្នកកំពុងទទួលបានជំនួយបន្ថែមសម្រាប់ថ្លៃឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក ប្រសិនបើអ្នកផ្លាស់ប្តូរទីលំនៅទៅមណ្ឌលថែទាំមនុស្សចាស់ ឬប្រសិនបើយើងបំពានកិច្ចសន្យារបស់យើងជាមួយអ្នក។

គ្រូពេទ្យឯកទេស៖ វេជ្ជបណ្ឌិតដែលព្យាបាលបញ្ហាថែទាំសុខភាពប្រភេទជាក់លាក់ណាមួយ។ ជាឧទាហរណ៍ គ្រូពេទ្យរះកាត់ឆ្អឹងព្យាបាលការបាក់ឆ្អឹង គ្រូពេទ្យឯកទេសអាឡែហ្ស៊ីព្យាបាលជំងឺអាឡែស៊ី និងគ្រូពេទ្យឯកទេសបេះដូងព្យាបាលបញ្ហាបេះដូង។ ក្នុងករណីភាគច្រើន សមាជិកម្នាក់នឹងត្រូវការការបញ្ជូនបន្តពី PCP របស់ពួកគេ ដើម្បីទៅជួបគ្រូពេទ្យឯកទេស។

ឱសថស្ថានឯកទេស៖ សូមមើល **ជំពូកទី 5** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក* នេះ ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពីឱសថស្ថានឯកទេស។

ឱសថកម្រិតឯកទេស៖ ឱសថដែលមានតម្លៃថ្លៃខ្លាំងបំផុតដែលត្រូវបានអនុម័តដោយរដ្ឋបាលចំណីអាហារ និងឱសថ (FDA) ដែលមាននៅក្នុងបញ្ជីឈ្មោះឱសថរបស់យើង។

សវនាការរដ្ឋ៖ ប្រសិនបើវេជ្ជបណ្ឌិត ឬអ្នកផ្តល់សេវាផ្សេងទៀតរបស់អ្នកស្នើសុំសេវា Medi-Cal ដែលយើងមិនអនុម័ត ឬយើងនឹងមិនបន្តបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវា Medi-Cal ដែលអ្នកមានរួចហើយ អ្នកអាចស្នើសុំសវនាការរដ្ឋបាន។ ប្រសិនបើសវនាការរដ្ឋសម្រេចផ្តល់អត្ថប្រយោជន៍ដល់អ្នក យើងត្រូវតែផ្តល់ជូនអ្នកនូវសេវាដែលអ្នកបានស្នើសុំ។

ប្រាក់ចំណូលសន្តិសុខបន្ថែម (SSI)៖ អត្ថប្រយោជន៍ប្រចាំខែដែលសន្តិសុខសង្គម បង់ជូនអ្នកដែលមានចំណូល និងធនធានមានកម្រិត ដែលជាជនមានពិការភាព ពិការភ្នែក ឬមានអាយុ 65 ឆ្នាំឡើងទៅ។ អត្ថប្រយោជន៍ SSI មិនដូចគ្នាទៅនឹងអត្ថប្រយោជន៍សន្តិសុខសង្គមនោះទេ។

ការថែទាំដែលត្រូវការជាបន្ទាន់៖ ការថែទាំដែលអ្នកទទួលបានសម្រាប់ជំងឺ របួស ឬស្ថានភាពដែលមិនបានរំពឹងទុក ដែលមិនមែនជាការសង្គ្រោះបន្ទាន់ ប៉ុន្តែត្រូវការការថែទាំភ្លាមៗ។ អ្នកអាចទទួលបានការថែទាំដែលត្រូវការជាបន្ទាន់ពីអ្នកផ្តល់សេវាក្រៅបណ្តាញ នៅពេលដែលអ្នកមិនអាចទៅជួបពួកគេបាន ពីព្រោះដោយសារតែពេលវេលា ទីកន្លែង ឬកាល:ទេស:របស់អ្នក វាមិនអាចទៅរួចទេ ឬវាមិនសមហេតុផលក្នុងការទទួលបានសេវាពីអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ (ជាឧទាហរណ៍ នៅពេលអ្នកនៅក្រៅតំបន់សេវារបស់គម្រោងយើង ហើយអ្នកត្រូវឱ្យមានសេវាភ្លាមៗដែលចាំបាច់ខាងវេជ្ជសាស្ត្រសម្រាប់ស្ថានភាពដែលមិនបានរំពឹងទុក ប៉ុន្តែវាមិនមែនជាការសង្គ្រោះបន្ទាន់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ)។

សេវាបម្រើសមាជិក Kaiser Permanente Dual Complete

ទូរសព្ទ	1-800-443-0815 ការហៅទៅលេខទូរសព្ទនេះ គឺឥតគិតថ្លៃ។ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់ សេវាបម្រើសមាជិកក៏មានសេវាអ្នកបកប្រែភាសាដោយមិនគិតថ្លៃសម្រាប់អ្នកដែលមិននិយាយភាសាអង់គ្លេសផងដែរ។
TTY	711 ការហៅទៅលេខទូរសព្ទនេះ គឺឥតគិតថ្លៃ។ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់
សរសេរលិខិត	ការិយាល័យសេវាសមាជិកក្នុងមូលដ្ឋានរបស់អ្នក (មើល *សៀវភៅរាយឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថាន*សម្រាប់ទីតាំង)។
គេហទំព័រ	kp.org (ជាភាសាអង់គ្លេស)

សេចក្តីថ្លែងការណ៍អំពីការបញ្ចេញព័ត៌មាននៃច្បាប់កាត់បន្ថយក្រដាសស្នាម (Paperwork Reduction Act, PRA) *យោងតាមច្បាប់កាត់បន្ថយក្រដាស់ស្នាមឆ្នាំ 1995 គ្មានមនុស្សណាម្នាក់ត្រូវបានតម្រូវឱ្យឆ្លើយតបទៅនឹងការប្រមូលព័ត៌មានទេ លុះត្រាតែវាបង្ហាញលេខត្រួតពិនិត្យរបស់ការិយាល័យថាត់ម៉រីកានឹងគ្រប់គ្រង (Office of Management and Budget, OMB) ត្រឹមត្រូវ។ លេខត្រួតពិនិត្យ OMB ដែលត្រឹមត្រូវសម្រាប់ការប្រមូលព័ត៌មាននេះគឺ 0938-1444។ ប្រសិនបើអ្នកមានមតិយោបល់ ឬសំណូមពរសម្រាប់កែលម្អទម្រង់បែបបទនេះ សូមសរសេរទៅកាន់៖ CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850។*

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**