

# សេចក្តីសង្ខេបអំពីអត្ថប្រយោជន៍ឆ្នាំ 2025

Kaiser Permanente Dual Complete South P1 (HMO D-SNP) និង  
Kaiser Permanente Dual Complete North P2 (HMO D-SNP)

H8794\_25SB001002KM\_M  
1302784047\_CA0102



**ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ** សូមហៅទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិកតាមរយៈលេខ 1-800-443-0815 (TTY 711) បាន 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់ ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** សូមចូលមើលគេហទំព័រ [kp.org/medicare](http://kp.org/medicare)។


## សេចក្តីផ្តើម

ឯកសារនេះគឺជាការសង្ខេបក្រសួងនៃអត្ថប្រយោជន៍ និងសេវាកម្មដែលរ៉ាប់រងដោយ Kaiser Permanente Dual Complete។ ឯកសារនេះរួមបញ្ចូលទាំងចម្លើយចំពោះសំណួរដែលគេសួរញឹកញាប់ ព័ត៌មានទំនាក់ទំនងសំខាន់ៗ ទិដ្ឋភាពទូទៅនៃអត្ថប្រយោជន៍ និងសេវាកម្មដែលស្នើផ្តល់ជូនឱ្យ និងព័ត៌មានអំពីសិទ្ធិរបស់អ្នកក្នុងនាមជាសមាជិកនៃ Kaiser Permanente Dual Complete។ ពាក្យគន្លឹះ និងនិយមន័យរបស់ពាក្យគន្លឹះទាំងនោះបង្ហាញតាមលំដាប់អក្ខរក្រមនៅក្នុងជំពូកចុងក្រោយនៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*។

## តារាងមាតិកា

- A. សេចក្តីប្រកាសមិនខុសត្រូវ ..... 3
- B. សំណួរដែលគេសួរញឹកញាប់ (FAQ)..... 4
- C. បញ្ជីសេវាកម្មដែលរ៉ាប់រង .....13
- D. អត្ថប្រយោជន៍ដែលមានការធានារ៉ាប់រងនៅក្រៅ Kaiser Permanente Dual Complete.....32
- E. សេវាដែល Kaiser Permanente Dual Complete, Medicare និង Medi-Cal មិនធានារ៉ាប់រង .....34
- F. សិទ្ធិរបស់អ្នកជាសមាជិកនៃគម្រោង.....38
- G. របៀបដាក់ពាក្យប្តឹងតវ៉ា ឬប្តឹងឧទ្ធរណ៍ចំពោះសេវាដែលមានការបដិសេធ ការពន្យារពេល ឬការកែប្រែនោះ.....40
- H. អ្វីដែលត្រូវធ្វើប្រសិនបើអ្នកសង្ស័យថាមានការក្លែងបន្លំ.....48

---

 **ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ** សូមហៅទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិកតាមរយៈលេខ **1-800-443-0815 (TTY 711)** ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់ បាន 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** សូមចូលមើលគេហទំព័រ [kp.org/medicare](http://kp.org/medicare)។

## A. សេចក្តីប្រកាសមិនខុសត្រូវ



នេះគឺជាសេចក្តីសង្ខេបនៃសេវាសុខភាពដែលរ៉ាប់រងដោយ Kaiser Permanente Dual Complete សម្រាប់ឆ្នាំ 2025។  
**សេចក្តីសង្ខេបនៃអត្ថប្រយោជន៍**នេះរួមមានគម្រោងដូចខាងក្រោម៖

- Kaiser Permanente Dual Complete South P1
- Kaiser Permanente Dual Complete North P2

នៅពេលអ្នកចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងមួយក្នុងចំណោមគម្រោងរបស់យើងដែលបានរាយបញ្ជីខាងលើ អ្នកក៏នឹងត្រូវបានចាត់ឱ្យទៅ Kaiser Permanente សម្រាប់ការធានារ៉ាប់រងដែលគ្រប់គ្រងដោយ Medi-Cal របស់អ្នក។

នេះគ្រាន់តែជាសេចក្តីសង្ខេបប៉ុណ្ណោះ។ សូមអាន *សៀវភៅណែនាំសម្រាប់សមាជិកសម្រាប់បញ្ជីអត្ថប្រយោជន៍ពេញលេញ*។ សម្រាប់ព័ត៌មានលម្អិត សូមមើលទៅ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*ដែលមានទីតាំងនៅគេហទំព័ររបស់យើងនៅ [kp.org/eocncal](http://kp.org/eocncal) ឬ [kp.org/eocscal](http://kp.org/eocscal) ឬសុំច្បាប់ចម្លងពីសេវាសមាជិកដោយធ្វើការហៅទៅលេខ **1-800-443-0815 (TTY 711)** បាន 7 ថ្ងៃ ក្នុងមួយសប្តាហ៍ 8 ព្រឹក ដល់ 8 យប់។

- ❖ យើងមានសេវាបកប្រែផ្ទាល់មាត់ដើម្បីឆ្លើយសំណួរណាមួយដែលអ្នកអាចនឹងចង់សួរអំពីគម្រោងថែទាំសុខភាព ឬឱសថរបស់យើង។ ដើម្បីទទួលបានអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ គ្រាន់តែទូរសព្ទមកយើងខ្ញុំតាមលេខ **1-800-464-4000 (TTY 711)** 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។
- ❖ Kaiser Permanente គឺជាគម្រោង HMO D-SNP ដែលមានកិច្ចសន្យា Medicare និងកិច្ចសន្យាជាមួយកម្មវិធី Medi-Cal។ ការចុះឈ្មោះនៅក្នុង Kaiser Permanente អាស្រ័យលើការបន្តកិច្ចសន្យាជាថ្មី។
- ❖ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពី **Medicare** អ្នកអាចអានសៀវភៅណែនាំ *Medicare & You*។ មានសេចក្តីសង្ខេបអំពីអត្ថប្រយោជន៍ សិទ្ធិ និងការការពារ និងចម្លើយចំពោះសំណួរដែលសួរញឹកញាប់បំផុតអំពី Medicare។ អ្នកអាចទទួលបានសេចក្តីសង្ខេបអំពីអត្ថប្រយោជន៍នៅលើគេហទំព័ររបស់ Medicare តាមអាសយដ្ឋាន ([www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)) ឬដោយទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) បាន 24ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃ ក្នុងមួយសប្តាហ៍។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរហៅទូរសព្ទទៅលេខ 1-877-486-2048។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពី **Medi-Cal** អ្នកអាចពិនិត្យមើលគេហទំព័ររបស់ក្រសួងសេវាថែទាំសុខភាពនៃរដ្ឋ កាលីហ្វ័រញ៉ា (California Department of Healthcare Services, DHCS) តាមរយៈអាសយដ្ឋាន ([www.dhcs.ca.gov](http://www.dhcs.ca.gov)) ឬទាក់ទងការិយាល័យ Medi-Cal នៃការិយាល័យមន្ត្រីបណ្តឹងសាធារណៈតាមលេខ 1-888-452-8609 ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ចាប់ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 5:00 ល្ងាច។ អ្នកក៏អាចហៅទូរសព្ទទៅការិយាល័យ មន្ត្រីបណ្តឹងសាធារណៈពិសេសផងដែរ សម្រាប់អ្នកដែលមានទាំង Medicare និង Medi-Cal តាមរយៈលេខ 1-855-501-3077 ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ចន្លោះម៉ោង 9:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 5:00 ល្ងាច។
- ❖ ឯកសារនេះគឺអាចរកបានដោយឥតគិតថ្លៃជាភាសាអង់គ្លេស អេស៉្បាញ ហ្វីលីពីន ហ្វ្រេងស៊ី ម៉ុង កូរ៉េ រុស្ស៊ី អេស្ប៉ាញ តាកាឡុក ឬវៀតណាម។




**ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ** សូមហៅទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិកតាមរយៈលេខ **1-800-443-0815 (TTY 711)** បាន 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់ ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** សូមចូលមើលគេហទំព័រ [kp.org/medicare](http://kp.org/medicare)។

- ❖ អ្នកអាចទទួលបានឯកសារនេះដោយឥតគិតថ្លៃជាទម្រង់ផ្សេងទៀត ដូចជាការបោះពុម្ពធំ អក្សរស្នាបសម្រាប់ជនពិការភ្នែក ឬទម្រង់ជាសំឡេង។ ហៅទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិកតាមលេខ 1-800-443-0815 សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។ (អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរតែទូរសព្ទទៅលេខ 711) ម៉ោងធ្វើការចាប់ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ 8 យប់ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការទូរសព្ទនេះគឺមិនគិតថ្លៃ។
- ❖ ទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាសមាជិក 1-800-443-0815 (TTY 711) ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ 8 យប់ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ ដើម្បីស្នើសុំដូចខាងក្រោម៖
  - ភាសាដែលពេញចិត្តក្រៅពីភាសាអង់គ្លេស និង/ឬទម្រង់ផ្សេង
  - សំណើរងចាំសម្រាប់ការផ្ញើសារ និងទំនាក់ទំនងនាពេលអនាគត និង
  - ផ្លាស់ប្តូរសំណើរងចាំសម្រាប់ភាសាដែលពេញចិត្ត និង/ឬទម្រង់។

**B. សំណួរដែលគេសួរញឹកញាប់ (FAQ)**

តារាងខាងក្រោមរាយសំណួរដែលគេសួរញឹកញាប់។

សំណួរដែលគេសួរញឹកញាប់	ចម្លើយ
<b>តើគម្រោង Medicare-Medi-Cal ជាអ្វី?</b>	<p>គម្រោង Medicare-Medi-Cal គឺជាគម្រោងសុខភាពដែលចុះកិច្ចសន្យាជាមួយទាំង Medicare និង Medi-Cal ដើម្បីផ្តល់អត្ថប្រយោជន៍នៃកម្មវិធីទាំងពីរដល់អ្នកចុះឈ្មោះ។ វាសម្រាប់អ្នកដែលមានអាយុចាប់ពី 21 ឆ្នាំឡើងទៅ ដែលមានទាំង Medicare ផ្នែក A និងផ្នែក B ហើយដែលមានសិទ្ធិទទួលបាន Medi-Cal។ គម្រោង Medicare-Medi-Cal គឺជាអង្គការមួយដែលបង្កើតឡើងដោយវេជ្ជបណ្ឌិត មន្ទីរពេទ្យ ឱសថស្ថាន អ្នកផ្តល់សេវា និងជំនួយរយៈពេលវែង (Long-term Services and Supports, LTSS) និងអ្នកផ្តល់សេវាផ្សេងទៀត។ វាក៏មានអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំដើម្បីជួយអ្នកក្នុងការគ្រប់គ្រងអ្នកផ្តល់សេវា និងសេវាកម្ម និងជំនួយរបស់អ្នក។ ពួកគេទាំងអស់គ្នាធ្វើការរួមគ្នាដើម្បីផ្តល់ការថែទាំដែលអ្នកត្រូវការ។</p>

 **ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ** សូមហៅទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិកតាមលេខ 1-800-443-0815 (TTY 711) បាន 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់ ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** សូមចូលមើលគេហទំព័រ [kp.org/medicare](http://kp.org/medicare)។

សំណួរដែលគេសួរញឹកញាប់	ចម្លើយ
<p><b>តើខ្ញុំនឹងទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ Medicare និង Medi-Cal ដូចគ្នានៅក្នុង Kaiser Permanente Dual Complete ដែលខ្ញុំទទួលបានឥឡូវនេះដែរឬទេ?</b></p>	<p>អ្នកនឹងទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ Medicare និង Medi-Cal ដែលមានការធានារ៉ាប់រងភាគច្រើន ដោយផ្ទាល់ពី Kaiser Permanente Dual Complete។ អ្នកនឹងធ្វើការជាមួយក្រុមអ្នកផ្តល់សេវាដែល នឹងជួយកំណត់ថាតើសេវាកម្មណាមួយនឹងបំពេញតម្រូវការរបស់អ្នកបានល្អបំផុត។ នេះមានន័យថា សេវាកម្មមួយចំនួនដែលអ្នកទទួលបានឥឡូវនេះអាចផ្លាស់ប្តូរដោយផ្អែកលើតម្រូវការរបស់អ្នក និងការវាយតម្លៃរបស់វេជ្ជបណ្ឌិត និងក្រុមថែទាំរបស់អ្នក។ អ្នកក៏អាចទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ផ្សេងទៀតក្រៅពីគម្រោងសុខភាពរបស់អ្នកតាមរបៀបដែលអ្នកទទួលបានឥឡូវនេះ ដោយផ្ទាល់ពីទី ភ្នាក់ងាររដ្ឋ ឬខោនធីដូចជា In-Home Supportive Services (IHSS) សេវាសុខភាពផ្លូវចិត្តឯកទេស និងវិបត្តិផ្លូវចិត្តដោយការប្រើប្រាស់សារធាតុញៀន ឬសេវាមជ្ឈមណ្ឌលក្នុងតំបន់ផងដែរ។</p> <p>នៅពេលដែលអ្នកចុះឈ្មោះក្នុង Kaiser Permanente Dual Complete អ្នក និងក្រុមការងារថែទាំរបស់អ្នកនឹងធ្វើការជាមួយគ្នា ដើម្បីបង្កើតគម្រោងថែទាំក្នុងការដោះស្រាយតម្រូវការសុខភាព និងការគាំទ្ររបស់អ្នក ដោយឆ្លុះបញ្ចាំងពីចំណង់ចំណូលចិត្ត និងគោលដៅផ្ទាល់ខ្លួនរបស់អ្នក។</p> <p>ប្រសិនបើអ្នកកំពុងប្រើឱសថមានវេជ្ជបញ្ជារបស់ Medicare ផ្នែក D ណាមួយដែល Kaiser Permanente Dual Complete ជាធម្មតាមិនធានារ៉ាប់រង នោះអ្នកអាចទទួលបានការផ្គត់ផ្គង់បណ្តោះអាសន្ន ហើយយើងនឹងជួយអ្នកក្នុងការផ្លាស់ប្តូរទៅឱសថផ្សេងទៀត ឬទទួលបានការលើកលែងដើម្បីឱ្យ Kaiser Permanente Dual Complete ធានារ៉ាប់រងលើឱសថរបស់អ្នក ប្រសិនបើមានភាពចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមហៅទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិកតាមរយៈលេខដែលបានរាយនៅផ្នែកខាងក្រោមទំព័រនេះ។</p>

សំណួរដែលគេសួរញឹកញាប់	ចម្លើយ
<p><b>តើខ្ញុំអាចទៅជួបវេជ្ជបណ្ឌិតដែលខ្ញុំបានជួបឡើយនេះបានទេ? (បន្តទៅទំព័របន្ទាប់)</b></p>	<p>ជាញឹកញាប់នោះជាករណី។ ប្រសិនបើអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក (រួមទាំងវេជ្ជបណ្ឌិត មន្ទីរពេទ្យ អ្នកព្យាបាល ឱសថស្ថាន និងអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពផ្សេងៗ) ធ្វើការជាមួយ Kaiser Permanente Dual Complete ហើយមានកិច្ចសន្យាជាមួយយើងខ្ញុំ អ្នកអាចបន្តទៅរកពួកគេបាន។</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• អ្នកផ្តល់សេវាដែលមានកិច្ចព្រមព្រៀងជាមួយយើងគឺ "នៅក្នុងបណ្តាញ"។ អ្នកផ្តល់បណ្តាញចូលរួមនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើង។ នោះមានន័យថាពួកគេទទួលយកសមាជិកនៃគម្រោងរបស់យើង និងផ្តល់សេវាកម្មដែលគម្រោងរបស់យើងរ៉ាប់រងលើ។ <b>អ្នកត្រូវតែប្រើប្រាស់អ្នកផ្តល់សេវានៅក្នុងបណ្តាញរបស់ Kaiser Permanente Dual Complete។</b> ប្រសិនបើអ្នកប្រើអ្នកផ្តល់សេវា ឬឱសថស្ថានដែលមិនមាននៅក្នុងបណ្តាញរបស់យើង គម្រោងនេះប្រហែលជាមិនបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាកម្ម ឬថ្នាំទាំងនេះទេ។</li> <li>• ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការការថែទាំបន្ទាន់ ឬការថែទាំក្នុងគ្រាអាសន្ន ឬសេវាលាងឈាមក្រៅតំបន់ អ្នកអាចប្រើប្រាស់អ្នកផ្តល់សេវាដែលនៅក្រៅគម្រោង Kaiser Permanente Dual Complete បាន។</li> <li>• សម្រាប់សេវា Medi-Cal អ្នកអាចទៅកាន់អ្នកផ្តល់សេវាក្រៅបណ្តាញដោយមិនមានការបញ្ជូន ឬការអនុញ្ញាតជាមុនសម្រាប់សេវាសង្គ្រោះបន្ទាន់ ឬសម្រាប់សេវាថែទាំដែលងាយរងគ្រោះមួយចំនួន។ អ្នកក៏អាចទៅកាន់អ្នកផ្តល់សេវាក្រៅបណ្តាញសម្រាប់ការថែទាំបន្ទាន់នៅក្រៅតំបន់ នៅពេលដែលអ្នកស្ថិតនៅក្នុងតំបន់ដែលយើងមិនដំណើរការ។ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការសេវាសុខភាពផ្លូវចិត្តមិនសម្រាកនៅមន្ទីរពេទ្យ អ្នកអាចទៅកាន់អ្នកផ្តល់សេវាបណ្តាញ ឬអ្នកផ្តល់គម្រោងសុខភាពផ្លូវចិត្តតាមខោនធី ដោយគ្មានការអនុញ្ញាតជាមុន។ អ្នកត្រូវតែមានការបញ្ជូនបន្ត ឬការយល់ព្រមជាមុនសម្រាប់សេវាកម្មក្រៅបណ្តាញផ្សេងទៀតទាំងអស់ បើមិនដូច្នោះទេ ពួកគេនឹងមិនមានការរ៉ាប់រងឡើយ។ ចំណាំ៖ ប្រសិនបើអ្នកជាជនជាតិអាមេរិកាំងឥណ្ឌា អ្នកអាចទទួលបានការថែទាំនៅឯអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពឥណ្ឌានៅខាងក្រៅបណ្តាញអ្នកផ្តល់សេវារបស់យើងដោយមិនមានការបញ្ជូនបន្ត។</li> </ul>

សំណួរដែលគេសួរញឹកញាប់	ចម្លើយ
<p><b>តើខ្ញុំអាចទៅជួបវេជ្ជបណ្ឌិតដដែលដែលខ្ញុំបានជួបឡើយនេះបានទេ? (បន្ត)</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• បច្ចុប្បន្ន ប្រសិនបើអ្នកកំពុងស្ថិតក្រោមការព្យាបាលជាមួយអ្នកផ្តល់សេវាដែលនៅក្រៅបណ្ណាញរបស់ Kaiser Permanente Dual Complete ឬមានទំនាក់ទំនងដែលបានបង្កើតឡើងជាមួយអ្នកផ្តល់សេវាក្រៅបណ្ណាញរបស់ Kaiser Permanente Dual Complete សូមហៅទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិកដើម្បីពិនិត្យអំពីការបន្តភ្ជាប់ទំនាក់ទំនង និងស្នើសុំការបន្តការថែទាំ។ អ្នកប្រហែលជាអាចបន្តទៅកាន់អ្នកផ្តល់សេវាក្រៅបណ្ណាញរបស់អ្នករហូតដល់ 12 ខែ ប្រសិនបើអ្នកបំពេញតាមលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យជាក់លាក់ ហើយប្រសិនបើអ្នកផ្តល់សេវាយល់ព្រមតាមលក្ខខណ្ឌរបស់យើង។ អ្នកត្រូវតែស្នើសុំបន្តការថែទាំក្នុងរយៈពេល 30 ថ្ងៃបន្ទាប់ពីការចុះឈ្មោះរបស់អ្នក។ ទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាសមាជិករបស់យើងសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីការបន្តនៃសេវាកម្មថែទាំ។</li> </ul> <p>ដើម្បីស្វែងយល់ថាតើវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកស្ថិតនៅក្នុងបណ្ណាញរបស់គម្រោងដែរឬទេ សូមហៅទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិកតាមរយៈលេខដែលបានរាយនៅផ្នែកខាងក្រោមទំព័រនេះ ឬអានបញ្ជីរាយឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថានរបស់ Kaiser Permanente Dual Complete នៅលើគេហទំព័ររបស់គម្រោងតាមរយៈអាសយដ្ឋាន <a href="http://kp.org/directory">kp.org/directory</a>។</p> <p>ប្រសិនបើ Kaiser Permanente Dual Complete ឆ្លើសម្រាប់អ្នក យើងនឹងធ្វើការជាមួយអ្នកដើម្បីបង្កើតគម្រោងថែទាំដើម្បីដោះស្រាយតម្រូវការរបស់អ្នក។</p>
<p><b>តើអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់ Kaiser Permanente Dual Complete មានតួនាទីធ្វើអ្វីខ្លះ?</b></p>	<p>អ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់ Kaiser Permanente Dual Complete គឺជាបុគ្គលសំខាន់ម្នាក់សម្រាប់ឱ្យអ្នកធ្វើការទាក់ទង។ បុគ្គលនេះជួយគ្រប់គ្រងអ្នកផ្តល់សេវា និងសេវាកម្មរបស់អ្នកទាំងអស់ ហើយត្រូវប្រាកដថាអ្នកទទួលបានអ្វីដែលអ្នកត្រូវការ។</p>

សំណួរដែលគេសួរញឹកញាប់	ចម្លើយ
<b>តើសេវាកម្ម និងជំនួយរយៈពេលវែង (LTSS) ជាអ្វី?</b>	<p>សេវាកម្ម និងការគាំទ្ររយៈពេលវែង (LTSS) ជាជំនួយសម្រាប់មនុស្សដែលត្រូវការជំនួយក្នុងការធ្វើកិច្ចការប្រចាំថ្ងៃដូចជាការដឹកជញ្ជូន ការប្រើប្រាស់បង្គន់ ការស្លៀកពាក់ ការធ្វើម្ហូប និងការលេបថ្នាំ។ សេវាកម្មទាំងនេះភាគច្រើនត្រូវបានផ្តល់ជូននៅផ្ទះរបស់អ្នក ឬនៅក្នុងសហគមន៍របស់អ្នក ប៉ុន្តែអាចត្រូវបានផ្តល់ជូននៅក្នុងមណ្ឌលថែទាំ ឬមន្ទីរពេទ្យ។ ក្នុងករណីខ្លះ ខោនធី ឬទីភ្នាក់ងារផ្សេងទៀតអាចគ្រប់គ្រងសេវាកម្មទាំងនេះ ហើយអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នក ឬក្រុមថែទាំរបស់អ្នកនឹងធ្វើការជាមួយទីភ្នាក់ងារនោះ។</p>
<b>Multipurpose Senior Services Program (MSSP) គឺជាអ្វី?</b>	<p>MSSP ផ្តល់នូវការសម្របសម្រួលការថែទាំដែលកំពុងបន្តជាមួយអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពលើសពីអ្វីដែលគម្រោងសុខភាពរបស់អ្នកផ្តល់ជូនរួចហើយ និងអាចភ្ជាប់អ្នកទៅកាន់សេវា និងធនធានសហគមន៍ដែលត្រូវការផ្សេងទៀត។ កម្មវិធីនេះជួយអ្នកទទួលបានសេវាកម្មដែលជួយអ្នករស់នៅដោយឯករាជ្យនៅក្នុងផ្ទះរបស់អ្នក។</p>
<b>ប្រសិនបើខ្ញុំត្រូវការសេវាមួយ ប៉ុន្តែគ្មាននរណាម្នាក់នៅក្នុងបណ្តាញរបស់ Kaiser Permanente Dual Complete អាចផ្តល់វាបាន តើមានអ្វីកើតឡើង?</b>	<p>សេវាកម្មភាគច្រើននឹងត្រូវបានផ្តល់ដោយអ្នកផ្តល់បណ្តាញរបស់យើង។ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការសេវាដែលមិនអាចផ្តល់ជូននៅក្នុងបណ្តាញរបស់យើងបានទេ នោះ Kaiser Permanente Dual Complete នឹងទូទាត់ថ្លៃចំណាយឱ្យអ្នកផ្តល់សេវាក្រៅបណ្តាញនោះ។</p>

**?** **ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ** សូមហៅទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិកតាមរយៈលេខ 1-800-443-0815 (TTY 711) បាន 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់ ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** សូមចូលមើលគេហទំព័រ [kp.org/medicare](http://kp.org/medicare)។




សំណួរដែលគេសួរញឹកញាប់	ចម្លើយ
<p><b>តើ Kaiser Permanente Dual Complete មាននៅឯណាខ្លះ? (បន្តទៅទំព័របន្ទាប់)</b></p>	<p>តំបន់សេវាកម្មសម្រាប់គម្រោងទាំងនេះរួមមាន៖</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● សម្រាប់គម្រោង Kaiser Permanente Dual Complete South P1 របស់យើងនៅក្នុងតំបន់កាលីហ្វ័រញ៉ាកាតខាងត្បូងរបស់យើង៖ <ul style="list-style-type: none"> <li>○ ទាំងអស់នៃ <b>ខោនធី Los Angeles</b> លើកលែងតែកោះ Catalina។</li> <li>○ ទាំងអស់នៃ <b>ខោនធី Orange</b>។</li> <li>○ ផ្នែករបស់ <b>ខោនធី Riverside</b> ចំពោះលេខកូដតំបន់ទាំងនេះប៉ុណ្ណោះ៖ 91752, 92201-03, 92210-11, 92220, 92223, 92230, 92234-36, 92240-41, 92247-48, 92253, 92255, 92258, 92260-64, 92270, 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។</li> <li>○ ផ្នែករបស់ <b>ខោនធី San Bernardino</b> ចំពោះលេខកូដតំបន់ទាំងនេះប៉ុណ្ណោះ៖ 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។</li> <li>○ ផ្នែករបស់ <b>ខោនធី San Diego</b> ចំពោះលេខកូដតំបន់ទាំងនេះប៉ុណ្ណោះ៖ 91901-03, 91908-17, 91921, 91931-33, 91935, 91941-46, 91950-51, 91962-63, 91976-80, 91987, 92003, 92007-11, 92013-14, 92018-28, 92029-30, 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,</li> </ul> </li> </ul>




**ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ** សូមហៅទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិកតាមរយៈលេខ 1-800-443-0815 (TTY 711) បាន 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់ ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** សូមចូលមើលគេហទំព័រ [kp.org/medicare](http://kp.org/medicare)។

សំណួរដែលគេសួរញឹកញាប់	ចម្លើយ
តើ Kaiser Permanente Dual Complete មាននៅឯណាខ្លះ? (បន្ត)	<p>92142-43, 92145, 92147, 92149-50, 92152-55, 92158-61, 92163, 92165-79, 92182, 92186-87, 92191-93 និង 92195-99។</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● សម្រាប់គម្រោង Kaiser Permanente Dual Complete North P2 របស់យើងនៅក្នុងតំបន់កាលីហ្វ័រញ៉ាកាតខាងជើងរបស់យើង៖ <ul style="list-style-type: none"> <li>○ នៅទូទាំងខោនធី <b>Sacramento និងខោនធី San Mateo</b>។</li> <li>○ ផ្នែករបស់ <b>ខោនធី Fresno</b> ចំពោះលេខកូដតំបន់ទាំងនេះប៉ុណ្ណោះ៖ 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</li> <li>○ ផ្នែករបស់ <b>ខោនធី Kings</b> ចំពោះលេខកូដតំបន់ទាំងនេះប៉ុណ្ណោះ៖ 93230, 93232, 93242, 93631, 93656</li> <li>○ ផ្នែកខ្លះនៃ <b>ខោនធី Madera</b> នៅក្នុងកូដហ្សឺបទាំងនេះតែប៉ុណ្ណោះ៖ 93601-02, 93604, 93614, 93623, 93626, 93636-39, 93643-45, 93653, 93669, 93720</li> <li>○ ផ្នែករបស់ <b>ខោនធី Santa Clara</b> ចំពោះលេខកូដតំបន់ទាំងនេះប៉ុណ្ណោះ៖ 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។</li> </ul> </li> </ul> <p>អ្នកត្រូវតែរស់នៅក្នុងតំបន់មួយក្នុងចំណោមតំបន់ទាំងនេះ ដើម្បីចូលរួមគម្រោងនេះ។</p>

 **ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ** សូមហៅទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិកតាមរយៈលេខ 1-800-443-0815 (TTY 711) បាន 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់ ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** សូមចូលមើលគេហទំព័រ [kp.org/medicare](http://kp.org/medicare)។

សំណួរដែលគេសួរញឹកញាប់	ចម្លើយ
<p><b>តើការអនុញ្ញាតជាមុនគឺជាអ្វី?</b></p>	<p>ការអនុញ្ញាតជាមុនមានន័យថា ការយល់ព្រមពី Kaiser Permanente Dual Complete ដើម្បីស្វែងរកសេវានៅក្រៅបណ្តាញរបស់យើង ឬដើម្បីទទួលបានសេវាដែលមិនត្រូវបានធានារ៉ាប់រងជាប្រចាំដោយបណ្តាញរបស់យើង <b>មុនពេល</b>អ្នកទទួលបានសេវានោះ។ Kaiser Permanente Dual Complete នឹងមិនធានារ៉ាប់រងលើសេវា នីតិវិធីព្យាបាល ទំនិញ ឬឱសថនោះទេ ប្រសិនបើអ្នកមិនទទួលបានការអនុញ្ញាតជាមុន។</p> <p><b>ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការការថែទាំបន្ទាន់ ឬសង្គ្រោះបន្ទាន់ ឬសេវាលាងលាមក្រៅតំបន់ អ្នកមិនចាំបាច់ទទួលបានការអនុញ្ញាតជាមុនទេ។</b> Kaiser Permanente Dual Complete អាចផ្តល់ឱ្យអ្នក ឬអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកនូវបញ្ជីសេវា ឬនីតិវិធីព្យាបាលដែលតម្រូវឱ្យអ្នកទទួលបានការអនុញ្ញាតជាមុនពី Kaiser Permanente Dual Complete មុនពេលសេវានោះត្រូវផ្តល់ជូន។ ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរថាតើការអនុញ្ញាតជាមុនដែលបានតម្រូវសម្រាប់សេវា នីតិវិធីព្យាបាល ទំនិញ ឬឱសថជាក់លាក់ដែរឬទេ សូមហៅទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិកតាមរយៈលេខដែលបានរាយនៅផ្នែកខាងក្រោមទំព័រនេះសម្រាប់ជំនួយ។</p>
<p><b>តើការបញ្ជូនបន្តគឺជាអ្វី?</b></p>	<p>ការបញ្ជូនបន្តមានន័យថាអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំបឋមរបស់អ្នក (Primary Care Provider, PCP) ត្រូវតែផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវការយល់ព្រមដើម្បីទៅរកនរណាម្នាក់ដែលមិនមែនជា PCP របស់អ្នក។ ការបញ្ជូនគឺខុសពីការអនុញ្ញាតជាមុន។ ប្រសិនបើអ្នកមិនទទួលបានការបញ្ជូនបន្តពីអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញសម្រាប់សេវាដែលតម្រូវឱ្យមានការបញ្ជូនបន្តទេ នោះ Kaiser Permanente Dual Complete អាចនឹងមិនធានារ៉ាប់រងលើសេវាទាំងនោះឡើយ។ Kaiser Permanente Dual Complete អាចផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវបញ្ជីសេវាដែលតម្រូវឱ្យអ្នកទទួលបានការបញ្ជូនបន្ត PCPរបស់អ្នក មុនពេលសេវានោះត្រូវផ្តល់ជូន។</p> <p>សូមមើល <i>សៀវភៅណែនាំសមាជិក</i> ជំពូកទី 3 និងទី 4 ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពីពេលវេលាមួយដែលអ្នកនឹងត្រូវការការបញ្ជូនបន្តពី PCP របស់អ្នក។</p>

 **ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ** សូមហៅទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិកតាមរយៈលេខ 1-800-443-0815 (TTY 711) បាន 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់ ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** សូមចូលមើលគេហទំព័រ [kp.org/medicare](http://kp.org/medicare)។

សំណួរដែលគេសួរញឹកញាប់	ចម្លើយ
តើខ្ញុំត្រូវទូទាត់ប្រាក់ប្រចាំខែ (ត្រូវបានហៅថាថ្លៃធានារ៉ាប់រងផងដែរ) ស្ថិតក្រោម Kaiser Permanente Dual Complete ដែរឬទេ?	ទេ ដោយសារអ្នកមាន Medi-Cal អ្នកនឹងមិនបង់ថ្លៃធានារ៉ាប់រងប្រចាំខែណាមួយ រួមទាំងបុព្វលាភ Medicare ភេទ B របស់អ្នកសម្រាប់ការធានារ៉ាប់រងសុខភាពរបស់អ្នក។
តើខ្ញុំត្រូវទូទាត់ប្រាក់កាត់កងក្នុងនាមជាសមាជិករបស់ Kaiser Permanente Dual Complete ដែរឬទេ?	ទេ។ អ្នកមិនត្រូវទូទាត់ប្រាក់កាត់កងនៅក្នុង Kaiser Permanente Dual Complete នោះទេ។
តើអ្វីជាចំនួនទឹកប្រាក់សម្រាប់ថ្លៃចំណាយចេញពីហោប៉ៅជាអតិបរមាដែលខ្ញុំនឹងត្រូវទូទាត់សម្រាប់សេវាវេជ្ជសាស្ត្រក្នុងនាមជាសមាជិករបស់ Kaiser Permanente Dual Complete?	មិនមានការចែករំលែកថ្លៃចំណាយសម្រាប់សេវាវេជ្ជសាស្ត្រនៅក្នុង Kaiser Permanente Dual Complete នោះទេ ដូច្នេះថ្លៃចំណាយចេញពីហោប៉ៅប្រចាំឆ្នាំរបស់អ្នកនឹងមានទឹកប្រាក់ចំនួន \$0។




**ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ** សូមហៅទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិកតាមរយៈលេខ 1-800-443-0815 (TTY 711) បាន 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់ ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** សូមចូលមើលគេហទំព័រ [kp.org/medicare](http://kp.org/medicare)។


### C. បញ្ជីសេវាកម្មដែលរ៉ាប់រង

តារាងខាងក្រោមគឺជាទិដ្ឋភាពទូទៅរបស់សេវាកម្មអ្វីដែលអ្នកប្រហែលជាត្រូវការ ការចំណាយរបស់អ្នក និងច្បាប់អំពីអត្ថប្រយោជន៍។


តម្រូវការសុខភាព ឬកង្វល់	សេវាដែលអ្នកអាចនឹងត្រូវការ	ការចំណាយរបស់អ្នកសម្រាប់ អ្នកច្បាប់សេវាក្នុងបណ្តាញ	ដែនកំណត់ ការលើកលែង និងព័ត៌មានអំពីអត្ថប្រយោជន៍ (ច្បាប់អំពីអត្ថប្រយោជន៍)
អ្នកត្រូវការការថែទាំនៅ មន្ទីរពេទ្យ	ការស្នាក់នៅមន្ទីរពេទ្យ	\$0	មិនមានដែនកំណត់ចំពោះចំនួនថ្ងៃសម្រាកព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យចាំបាច់នោះទេ។ ការបញ្ជូនបន្តនិងការអនុញ្ញាតជាមុនត្រូវបានទាមទារ។
	ការថែទាំរបស់វេជ្ជបណ្ឌិត ឬគ្រូពេទ្យវះកាត់	\$0	
	សេវាកម្មព្យាបាលមិនសម្រាកនៅមន្ទីរពេទ្យ រួមទាំងការសង្កេត	\$0	
	សេវាកម្មមជ្ឈមណ្ឌលវះកាត់សង្គ្រោះបន្ទាន់ (Ambulatory Surgical Center, ASC)	\$0	
អ្នកចង់បានវេជ្ជបណ្ឌិត (បន្តទៅទំព័របន្ទាប់)	ការទៅជួបដើម្បីព្យាបាលរបួស ឬជំងឺ	\$0	
	ការថែទាំពិសេស	\$0	ការបញ្ជូនបន្តត្រូវបានទាមទារសម្រាប់គ្រូពេទ្យឯកទេសភាគច្រើន។ សូមមើល <i>សៀវភៅណែនាំសមាជិក</i> របស់អ្នកសម្រាប់បញ្ជីសេវាដែលមិនតម្រូវឱ្យមានការបញ្ជូនបន្តនោះ។

 **ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ** សូមហៅទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិកតាមរយៈលេខ 1-800-443-0815 (TTY 711) បាន 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់ ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** សូមចូលមើលគេហទំព័រ [kp.org/medicare](http://kp.org/medicare)។


តម្រូវការសុខភាព ប្រក្សង	សេវាដែលអ្នកអាចនឹងត្រូវការ	ការចំណាយរបស់អ្នកសម្រាប់ អ្នកច្បងសេវាក្នុងបណ្តាញ	ដែនកំណត់ ការលើកលែង និងព័ត៌មានអំពីអត្ថប្រយោជន៍ (ច្បាប់អំពីអត្ថប្រយោជន៍)
អ្នកចង់បានវេជ្ជបណ្ឌិត (បន្ត)	ការជួបពិនិត្យសុខភាពដូចជា កាយសម្បទាជាដើម	\$0	<p>ការពិនិត្យរាងកាយជាប្រចាំត្រូវបានរ៉ាប់រង ប្រសិនបើការពិនិត្យនេះគឺជាការថែទាំបង្ការសមស្រប តាមវេជ្ជសាស្ត្រ ស្របតាមស្តង់ដារវិជ្ជាជីវៈដែលទទួលស្គាល់ជាទូទៅ។</p> <p>ការជួបពិនិត្យសុខភាពប្រចាំឆ្នាំលើកដំបូងរបស់អ្នក មិនអាចធ្វើឡើងក្នុងរយៈពេល 12 ខែបន្ទាប់ពី ការទៅជួបពិនិត្យ "ស្វ័យគមន៍មកកាន់ Medicare" របស់អ្នក។ ទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយ អ្នកមិនចាំ បាច់មានការជួប "ស្វ័យគមន៍មកកាន់ Medicare" ដើម្បីទទួលបានការរ៉ាប់រងសម្រាប់ការពិនិត្យសុខ ភាពប្រចាំឆ្នាំ បន្ទាប់ពីអ្នកទទួលបាន នែក B អស់រយៈពេល 12 ខែ។</p>
	យកចិត្តទុកដាក់ដើម្បីកុំឱ្យអ្នកឈឺ ដូចជាការចាក់ថ្នាំផ្លាសាយ និងការពិនិត្យរកមើលមហារីក	\$0	សេវាថែទាំបង្ការខាងក្រោមតម្រូវឱ្យមានការបញ្ជូន បន្ត៖ ការថតឆ្លុះបញ្ចាំងសរសៃឈាមអ័ទ័រនៅ ក្នុងពោះ ការព្យាបាលដោយអាហារូបត្ថម្ភវេជ្ជសាស្ត្រ និងការថតឆ្លុះស្តង់ពោះរៀនធំតាមប្រាក ការឆ្លុះមើល ផ្នែកខាងក្នុងនៃពោះរៀនធំ ការពិនិត្យមើលដង ស៊ីតេន្ទ្រ និងការធ្វើតេស្តមន្ទីរពិសោធន៍
	"សូមស្វ័យគមន៍មកកាន់ Medicare" (ការជួបពិនិត្យក្នុងការបង្ការជំងឺតែម្តង ប៉ុណ្ណោះ)	\$0	យើងរ៉ាប់រងលើ "សូមស្វ័យគមន៍មកកាន់ Medicare" ការទៅជួបពិនិត្យតែក្នុងអំឡុងពេល 12 ខែដំបូង ដែលអ្នកមាន Medicare នែក B។ នៅពេលអ្នក ធ្វើការណាត់ជួប សូមប្រាប់ការិយាល័យវេជ្ជបណ្ឌិត របស់អ្នកថាអ្នកចង់កំណត់ពេលទៅជួបពិនិត្យ "សូមស្វ័យគមន៍មកកាន់ Medicare" របស់អ្នក។

 **ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ** សូមហៅទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិកតាមរយៈលេខ 1-800-443-0815 (TTY 711) បាន 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់ ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** សូមចូលមើលគេហទំព័រ [kp.org/medicare](http://kp.org/medicare)។

តម្រូវការសុខភាព ប្រកដួល	សេវាដែលអ្នកអាចនឹងត្រូវការ	ការចំណាយរបស់អ្នកសម្រាប់ អ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ	ដែនកំណត់ ការលើកលែង និងព័ត៌មានអំពីអត្ថប្រយោជន៍ (ច្បាប់អំពីអត្ថប្រយោជន៍)
អ្នកត្រូវការការថែទាំបន្ទាន់ (បន្តទៅទំព័រ បន្ទាប់)	សេវាបន្ទប់សង្គ្រោះបន្ទាន់	\$0	<p>ចំណាយទឹកប្រាក់ចំនួន \$0 ប្រសិនបើអ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានជំនួយក្នុងការចែករំលែកថ្លៃចំណាយរបស់ Medicare ស្ថិតក្រោម Medi-Cal។ បើមិនដូច្នោះទេ ត្រូវចំណាយទឹកប្រាក់ចំនួន \$0 ក្នុងការជួបពិនិត្យរបស់ផ្នែកសង្គ្រោះបន្ទាន់ម្តង ប្រសិនបើអ្នកបានចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោង Kaiser Permanente Dual Complete South P1 ឬត្រូវចំណាយទឹកប្រាក់ចំនួន \$110 ក្នុងការជួបពិនិត្យរបស់ផ្នែកសង្គ្រោះបន្ទាន់ម្តង ប្រសិនបើអ្នកបានចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោង Kaiser Permanente Dual Complete North P2។</p> <p>អ្នកមានការរ៉ាប់រងការថែទាំសង្គ្រោះបន្ទាន់ទូទាំងពិភពលោក។ ការអនុញ្ញាតជាមុនមិនត្រូវបានទាមទារទេ។ ប្រសិនបើអ្នកទទួលបានការថែទាំក្នុងក្រាហ្វសន្តនៅមន្ទីរពេទ្យក្រៅបណ្តាញ ហើយត្រូវការការថែទាំអ្នកជំងឺសម្រាកក្នុងមន្ទីរពេទ្យ បន្ទាប់ពីការសង្គ្រោះបន្ទាន់របស់អ្នកមានសិរភាពឡើងវិញ អ្នកត្រូវតែត្រឡប់ទៅមន្ទីរពេទ្យក្នុងបណ្តាញវិញ ដើម្បីឱ្យការថែទាំរបស់អ្នកបន្តទទួលបានការធានារ៉ាប់រង ឬអ្នកត្រូវតែទទួលបានការថែទាំសម្រាប់អ្នកជំងឺសម្រាកក្នុងមន្ទីរពេទ្យរបស់អ្នកនៅមន្ទីរពេទ្យក្រៅបណ្តាញ ដែលអនុញ្ញាតដោយគម្រោងរបស់យើង។</p>


 **ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ** សូមហៅទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិកតាមរយៈលេខ 1-800-443-0815 (TTY 711) បាន 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់ ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** សូមចូលមើលគេហទំព័រ [kp.org/medicare](http://kp.org/medicare)។

តម្រូវការសុខភាព ឬកង្វល់	សេវាដែលអ្នកអាចនឹងត្រូវការ	ការចំណាយរបស់អ្នកសម្រាប់ អ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ	ដែនកំណត់ ការលើកលែង និងព័ត៌មានអំពីអត្ថប្រយោជន៍ (ច្បាប់អំពីអត្ថប្រយោជន៍)
អ្នកត្រូវការការថែទាំបន្ទាន់ (បន្ត)	ការថែទាំបន្ទាន់	\$0	<p>ការអនុញ្ញាតជាមុនមិនត្រូវបានទាមទារទេ។ ការថែទាំជាបន្ទាន់ត្រូវបានធានារ៉ាប់រងនៅក្រៅបណ្តាញដូចខាងក្រោម៖</p> <p><b>នៅក្នុងតំបន់សេវារបស់យើង៖</b> អ្នកត្រូវតែទទួលបានការថែទាំបន្ទាន់ពីបណ្តាញអ្នកផ្តល់សេវា លុះត្រាតែបណ្តាញអ្នកផ្តល់សេវារបស់យើងមិនអាចរកបាន ឬមិនអាចចូលប្រើបានជាបណ្តោះអាសន្ន ដោយសារកាលៈទេសៈខុសប្រក្រតី និងខុសធម្មតា (ឧទាហរណ៍ គ្រោះមហន្តរាយឆ្លងឆ្នាំ)។</p> <p><b>នៅក្រៅតំបន់សេវារបស់យើង៖</b> អ្នកមានការធានារ៉ាប់រងលើការថែទាំបន្ទាន់ទូទាំងពិភពលោកនៅពេលអ្នកធ្វើដំណើរ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការការយកចិត្តទុកដាក់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រភ្លាមៗ ចំពោះជំងឺ ឬរបួសដែលមិនអាចដឹងមុន ហើយអ្នកបានជឿជាក់យ៉ាងសមហេតុផលថា សុខភាពរបស់អ្នកនឹងកាន់តែយ៉ាប់យឺតខ្លាំង ប្រសិនបើអ្នកត្រូវពន្យារពេលព្យាបាលរហូតដល់អ្នកត្រឡប់ទៅកាន់តំបន់សេវារបស់យើងវិញ។</p>
អ្នកត្រូវការការធ្វើតេស្តវេជ្ជសាស្ត្រ (បន្តទៅទំព័រ បន្ទាប់)	សេវាវិទ្យុសកម្មរោគវិនិច្ឆ័យ (ឧទាហរណ៍ ការស៊ីអិច ឬសេវារូបភាពផ្សេងទៀត ដូចជាការស្កែន ការស្កែនស៊ីធី [Computed Axial Tomography, CAT] ឬ ការថតដោយប្រើដែនរលកវិទ្យុ [Magnetic Resonance Imaging, MRI])	\$0	ការបញ្ជូនបន្តគឺត្រូវបានទាមទារ។


 **ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ** សូមហៅទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិកតាមរយៈលេខ 1-800-443-0815 (TTY 711) បាន 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់ ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** សូមចូលមើលគេហទំព័រ [kp.org/medicare](http://kp.org/medicare)។




តម្រូវការសុខភាព ប្រកបដោយ	សេវាដែលអ្នកអាចនឹងត្រូវការ	ការចំណាយរបស់អ្នកសម្រាប់ អ្នកចូលសេវាក្នុងបណ្តាញ	ដែនកំណត់ ការលើកលែង និងព័ត៌មានអំពីអត្ថប្រយោជន៍ (ច្បាប់អំពីអត្ថប្រយោជន៍)
អ្នកត្រូវការការធ្វើតេស្ត ជួសស្រែ (បន្ត)	ការធ្វើតេស្តមន្ទីរពិសោធន៍ និងដំណើរការរោគវិនិច្ឆ័យ ដូចជាការងាររយាម	\$0	ការបញ្ជូនបន្តគឺត្រូវបានទាមទារ។
អ្នកត្រូវការសេវាស្តាប់/សំ ឡេង	ការថតការស្តាប់	\$0	ការបញ្ជូនបន្តគឺត្រូវបានទាមទារ។
	ឧបករណ៍ជំនួយការ	\$0	ការបញ្ជូនបន្តគឺត្រូវបានទាមទារ។ ឧបករណ៍ជំនួយការស្តាប់ត្រូវបានរ៉ាប់រងដោយយោងតាមច្បាប់ធានារ៉ាប់រង Medi-Cal ។
អ្នកត្រូវការការថែទាំ ធ្មេញ (បន្តទៅទំព័រ បន្ទាប់)	ការពិនិត្យធ្មេញ និងការថែទាំបង្ការ	\$0	អត្ថប្រយោជន៍សុខភាពធ្មេញអាចរកបានតាមរយៈ: Medi-Cal Dental Fee-for-Service (FFS) ឬ Dental Managed Care (DMC) អាស្រ័យលើខោនធីរបស់អ្នក។ សម្រាប់ព័ត៌មានអំពីការធានារ៉ាប់រងសុខភាពធ្មេញរបស់ Medi-Cal សូមទាក់ទង៖  Dental FFS: <b>1-800-322-6384</b> (TTY <b>1-800-735-2922</b> ) ឬ <a href="http://smilecalifornia.org">smilecalifornia.org</a> ។  DMC នៅក្នុងខោនធី Los Angeles និងខោនធី Sacramento: <b>1-800-430-4263</b> (TTY <b>1-800-430-7077</b> ) ឬ <a href="http://dental.dhcs.ca.gov">dental.dhcs.ca.gov</a> ។

 **ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ** សូមហៅទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិកតាមរយៈលេខ 1-800-443-0815 (TTY 711) បាន 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់ ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** សូមចូលមើលគេហទំព័រ [kp.org/medicare](http://kp.org/medicare)។

តម្រូវការសុខភាព ឬកង្វល់	សេវាដែលអ្នកអាចនឹងត្រូវការ	ការចំណាយរបស់អ្នកសម្រាប់អ្នកចូលសេវាក្នុងបណ្តាញ	ដែនកំណត់ ការលើកលែង និងព័ត៌មានអំពីអត្ថប្រយោជន៍ (ច្បាប់អំពីអត្ថប្រយោជន៍)
អ្នកត្រូវការការថែទាំធ្មេញ (បន្ត)	ការស្តារ និងថែទាំធ្មេញបន្ទាន់	\$0	<p>អត្ថប្រយោជន៍សុខភាពធ្មេញអាចរកបានតាមរយៈ Medi-Cal Dental Fee-for-Service (FFS) ឬ Dental Managed Care (DMC) អាស្រ័យលើខោនធីរបស់អ្នក។ សម្រាប់ព័ត៌មានអំពីការធានារ៉ាប់រងសុខភាពធ្មេញរបស់ Medi-Cal សូមទាក់ទង៖</p> <p>Dental FFS: <b>1-800-322-6384</b> (TTY <b>1-800-735-2922</b>) ឬ <b>smilecalifornia.org</b>។</p> <p>DMC នៅក្នុងខោនធី Los Angeles និងខោនធី Sacramento: <b>1-800-430-4263</b> (TTY <b>1-800-430-7077</b>) ឬ <b>dental.dhcs.ca.gov/</b>។</p>
អ្នកត្រូវការការថែទាំភ្នែក (បន្តទៅទំព័រ បន្ទាប់)	ការពិនិត្យសុខភាពភ្នែក	\$0	ការបញ្ជូនបន្តគឺត្រូវបានទាមទារសម្រាប់ផ្នែកភ្នែក។
	វ៉ែនតា ឬកញ្ចក់កែវភ្នែក	\$0	<p>វ៉ែនតា ឬកញ្ចក់កែវភ្នែកបន្ទាប់ពីការរក្សាទុកជំងឺភ្នែកឡើងប្រាក់: \$0 រហូតដល់ដែនកំណត់របស់ Medicare ប៉ុន្តែអ្នកចំណាយលើសពីដែនកំណត់នោះ។</p> <p>វ៉ែនតាផ្សេងទៀត (ប្រាក់ឧបត្ថម្ភ \$350 រៀងរាល់ 12 ខែ) តាមរយៈការរ៉ាប់រង Medicare របស់អ្នក៖ ប្រសិនបើវ៉ែនតារបស់អ្នកមានតម្លៃលើសពី <b>\$350 នោះអ្នកបង់ថ្លៃផ្សេងៗ</b>។</p>

 **ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ** សូមហៅទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិកតាមរយៈលេខ 1-800-443-0815 (TTY 711) បាន 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់ ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** សូមចូលមើលគេហទំព័រ [kp.org/medicare](http://kp.org/medicare)។


តម្រូវការសុខភាព ប្រកបដោយ	សេវាដែលអ្នកអាចនឹងត្រូវការ	ការចំណាយរបស់អ្នកសម្រាប់ អ្នកចូលសេវាក្នុងបណ្តាញ	ដែនកំណត់ ការលើកលែង និងព័ត៌មានអំពីអត្ថប្រយោជន៍ (ច្បាប់អំពីអត្ថប្រយោជន៍)
អ្នកត្រូវការការថែទាំភ្នែក (បន្ត)			Medi-Cal ក៏រ៉ាប់រងទៅលើស៊ុមថ្មី ឬស៊ុមជំនួសដែលមានតម្លៃ \$80 ឬតិចជាងនេះរៀងរាល់ 24 ខែ។ កញ្ចក់វ៉ែនតាថ្មី ឬកញ្ចក់វ៉ែនតាសម្រាប់ប្តូរត្រូវបានផ្តល់ដោយអ្នកលក់កញ្ចក់វ៉ែនតារបស់ DHCS។ ប្រសិនបើអ្នកចង់បានវ៉ែនតា កញ្ចក់វ៉ែនតា ឬលក្ខណៈពិសេសដែលមិនត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយ Medi-Cal នោះអ្នកប្រហែលជាត្រូវបង់ប្រាក់បន្ថែមសម្រាប់ការដំឡើងកម្រិតទាំងនោះ។ សាកសួរមន្ត្រីលក់ព្យាបាលអុបទិករបស់គម្រោងសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។
	ការថែទាំសុខភាពភ្នែកផ្សេងទៀត	\$0	ឧបករណ៍ដែលមានចក្ខុវិស័យទាបត្រូវបានគ្របដណ្តប់ដោយអនុលោមតាមច្បាប់កម្មវិធី Medi-Cal ។
អ្នកត្រូវការសេវាសុខភាពផ្លូវចិត្ត (បន្តទៅទំព័រ បន្ទាប់)	សេវាសុខភាពផ្លូវចិត្ត	\$0	សេវាសុខភាពផ្លូវចិត្តសម្រាប់អ្នកជំងឺសម្រាកព្យាបាល និងអ្នកជំងឺមិនសម្រាកព្យាបាលទទួលបានការធានារ៉ាប់រង។  លើសពីនេះទៀត អ្នកមានការធានារ៉ាប់រងលើសេវាអ្នកឯកទេសថែទាំសុខភាពផ្លូវចិត្តបន្ថែមដែលមិនត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare តាមរយៈគម្រោងសុខភាពអាកប្បកិរិយារបស់អ្នកនៅក្នុងខោនធី។
អ្នកត្រូវការសេវាសុខភាពផ្លូវចិត្ត (បន្ត)	ការថែទាំអ្នកជំងឺក្នុង និងក្រៅផ្ទះ និងសេវាសហគមន៍សម្រាប់មនុស្សដែលត្រូវការសេវាសុខភាពផ្លូវចិត្ត	\$0	សេវាសុខភាពផ្លូវចិត្តសម្រាប់អ្នកជំងឺសម្រាកព្យាបាល និងអ្នកជំងឺមិនសម្រាកព្យាបាលទទួលបានការធានារ៉ាប់រង។

 **ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ** សូមហៅទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិកតាមរយៈលេខ 1-800-443-0815 (TTY 711) បាន 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់ ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** សូមចូលមើលគេហទំព័រ [kp.org/medicare](http://kp.org/medicare)។


តម្រូវការសុខភាព ប្រកដួល	សេវាដែលអ្នកអាចនឹងត្រូវការ	ការចំណាយរបស់អ្នកសម្រាប់ អ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ	ដែនកំណត់ ការលើកលែង និងព័ត៌មានអំពីអត្ថប្រយោជន៍ (ច្បាប់អំពីអត្ថប្រយោជន៍)
			<p>អ្នកអាចមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់សេវាតាមសហគមន៍ស្តីតម្រាម Medi-Cal។ សាកសួរអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នកសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។</p> <p>អ្នកមានការធានារ៉ាប់រងលើសេវាអ្នកឯកទេសថែទាំសុខភាពផ្លូវចិត្តបន្ថែម ដែលមិនត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare តាមរយៈគម្រោងសុខភាពអាកប្បកិរិយារបស់អ្នកនៅក្នុងខោនធី។</p>
<p><b>អ្នកត្រូវការសេវាព្យាបាលវិបត្តិផ្លូវចិត្តដោយការប្រើប្រាស់សារធាតុញៀន (បន្តទៅទំព័របន្ទាប់)</b></p> <p><b>អ្នកត្រូវការសេវាព្យាបាលវិបត្តិផ្លូវចិត្តដោយការ</b></p>	<p>សេវាកម្មព្យាបាលការប្រើប្រាស់សារធាតុញៀន</p>	<p>\$0</p>	<p>សេវាខាងក្រោមមានការធានារ៉ាប់រង ហើយប្រហែលជាសេវាផ្សេងទៀតដែលមិនមាននៅក្នុងបញ្ជីឈ្មោះនៅទីនេះ៖</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ការថត និងប្រឹក្សាការប្រើប្រាស់គ្រឿងស្រវឹងមិនត្រឹមត្រូវ។</li> <li>• ការព្យាបាលការប្រើប្រាស់គ្រឿងញៀន។</li> <li>• ការប្រឹក្សាជាក្រុម ឬបុគ្គលដោយគ្រូពេទ្យជំនាញ រួមទាំងអ្នកប្រឹក្សាអាពាហ៍ពិពាហ៍និងគ្រួសារ។</li> <li>• ការបន្សាបជាតិពុលគ្រោះថ្នាក់នៅក្នុងកម្មវិធីបន្សាបគ្រឿងញៀន។</li> <li>• សេវាគ្រឿងស្រវឹង និង/ឬគ្រឿងញៀននៅក្នុងមជ្ឈមណ្ឌលព្យាបាលអ្នកជំងឺមិនសម្រាកនៅមន្ទីរពេទ្យដែលពឹងផ្អែកខ្លាំង។</li> </ul>

**?** **ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ** សូមហៅទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិកតាមរយៈលេខ 1-800-443-0815 (TTY 711) បាន 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់ ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** សូមចូលមើលគេហទំព័រ [kp.org/medicare](http://kp.org/medicare)។

តម្រូវការសុខភាព ឬកង្វល់	សេវាដែលអ្នកអាចនឹងត្រូវការ	ការចំណាយរបស់អ្នកសម្រាប់ អ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ	ដែនកំណត់ ការលើកលែង និងព័ត៌មានអំពីអត្ថប្រយោជន៍ (ច្បាប់អំពីអត្ថប្រយោជន៍)
ប្រើប្រាស់សារធាតុញៀន (បន្ត)			<ul style="list-style-type: none"> <li>ការព្យាបាលបណ្តាញ Naltrexone (vivitrol)។</li> </ul> <p>អ្នកមានការធានារ៉ាប់រងលើសេវាព្យាបាលបណ្តាញប្រើប្រាស់សារធាតុញៀនបន្ថែម ដែលមិនត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare តាមរយៈគម្រោងសុខភាពអាកប្បកិរិយារបស់អ្នកនៅក្នុងខោនធី។</p>
អ្នកត្រូវការកន្លែងរស់នៅជាមួយមនុស្សដែលមានដើម្បីជួយអ្នក។	ការថែទាំដោយគិលានុបដ្ឋាយិកាជំនាញ	\$0	ការបញ្ជូនបន្ត និងការអនុញ្ញាតជាមុនត្រូវបានទាមទារ។
	ការថែទាំតាមផ្ទះថែទាំ	\$0	
	ការថែទាំមនុស្សពេញវ័យ និងការថែទាំមនុស្សពេញវ័យជាក្រុម	\$0	
អ្នកត្រូវការធ្វើចលនាបន្ទាប់ពីការដាច់សរសៃឈាម ឬគ្រោះថ្នាក់	ការព្យាបាលការងារ រាងកាយ ឬការនិយាយ	\$0	ការបញ្ជូនបន្តគឺត្រូវបានទាមទារ។
អ្នកត្រូវការជំនួយក្នុងការទទួលបានសេវាសុខភាព (បន្តទៅទំព័របន្ទាប់)	សេវាវេជ្ជសាស្ត្របង្ក្រាបបន្ទាន់	\$0	ប្រសិនបើអ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានជំនួយថែទាំរំលែកការចំណាយរបស់ Medicare ក្រោម Medi-Cal នោះអ្នកបង់ \$0។ បើមិនដូច្នោះទេ ត្រូវចំណាយទឹកប្រាក់ចំនួន \$50 ក្នុងការធ្វើដំណើរមួយដើង ប្រសិនបើអ្នកបានចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោង Kaiser Permanente Dual Complete South P1 ឬត្រូវចំណាយទឹកប្រាក់ចំនួន \$325 ក្នុងការធ្វើដំណើរមួយដើង ប្រសិនបើអ្នកបានចុះឈ្មោះក្នុង

 **ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ** សូមហៅទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិកតាមរយៈលេខ 1-800-443-0815 (TTY 711) បាន 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់ ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** សូមចូលមើលគេហទំព័រ [kp.org/medicare](http://kp.org/medicare)។

តម្រូវការសុខភាព ប្រកបដោយ	សេវាដែលអ្នកអាចនឹងត្រូវការ	ការចំណាយរបស់អ្នកសម្រាប់ អ្នកចូលសេវាក្នុងបណ្តាញ	ដែនកំណត់ ការលើកលែង និងព័ត៌មានអំពីអត្ថប្រយោជន៍ (ច្បាប់អំពីអត្ថប្រយោជន៍)
អ្នកត្រូវការជំនួយក្នុងការទទួលបានសេវាសុខភាព (បន្ត)			ឯកម្រោង Kaiser Permanente Dual Complete North P2។
	ការដឹកជញ្ជូនសង្គ្រោះបន្ទាន់	\$0	ប្រសិនបើអ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានជំនួយចែករំលែកការចំណាយរបស់ Medicare ក្រោម Medi-Cal នោះអ្នកបង់ \$0។ បើមិនដូច្នោះទេ ត្រូវចំណាយទឹកប្រាក់ចំនួន \$50 ក្នុងការធ្វើដំណើរមួយដើម ប្រសិនបើអ្នកបានចុះឈ្មោះក្នុងម្រោង Kaiser Permanente Dual Complete South P1 ឬត្រូវចំណាយទឹកប្រាក់ចំនួន \$325 ក្នុងការធ្វើដំណើរមួយដើម ប្រសិនបើអ្នកបានចុះឈ្មោះក្នុងម្រោង Kaiser Permanente Dual Complete North P2។
	ការដឹកជញ្ជូនទៅកាន់ការណាត់ជួបនិងសេវាវេជ្ជសាស្ត្រ	\$0	Medi-Cal គ្របដណ្តប់លើការដឹកជញ្ជូនវេជ្ជសាស្ត្រដែលមិនសង្គ្រោះបន្ទាន់ (តម្រូវឱ្យមានការបញ្ជូនបន្ត) និងការដឹកជញ្ជូនមិនមែនវេជ្ជសាស្ត្រ ដើម្បីជួយអ្នកទៅដល់ការណាត់ជួប និងទៅកាន់ឱសថស្ថាន នៅពេលដែលអ្នកមិនមានមធ្យោបាយទៅទីនោះដោយខ្លួនឯង។ អ្នកបង់ថ្លៃថយនូវសង្គ្រោះសម្រាប់សេវាថយនូវសង្គ្រោះបន្ទាន់ដែលមិនមែនជាសង្គ្រោះបន្ទាន់ (សូមមើល "សេវាថយនូវសង្គ្រោះ" ខាងលើ)។

 **ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ** សូមហៅទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិកតាមរយៈលេខ 1-800-443-0815 (TTY 711) បាន 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់ ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** សូមចូលមើលគេហទំព័រ [kp.org/medicare](http://kp.org/medicare)។

តម្រូវការសុខភាព ប្រកួត	សេវាដែលអ្នកអាចនឹងត្រូវការ	ការចំណាយរបស់អ្នកសម្រាប់ អ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ	ដែនកំណត់ ការលើកលែង និងព័ត៌មានអំពីអត្ថប្រយោជន៍ (ច្បាប់អំពីអត្ថប្រយោជន៍)
អ្នកត្រូវការថ្នាំដើម្បីព្យាបាលជំងឺ ឬស្ថានភាពរបស់អ្នក (បន្តនៅទំព័របន្ទាប់)	ថ្នាំតាមវេជ្ជបញ្ជារបស់ Medicare ផ្នែក B	\$0	ឱសថផ្នែក B រួមមានថ្នាំដែលផ្តល់ដោយវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកនៅក្នុងការិយាល័យរបស់ពួកគេ ថ្នាំមហារីកមាត់មួយចំនួន និងថ្នាំមួយចំនួនដែលប្រើជាមួយឧបករណ៍វេជ្ជសាស្ត្រមួយចំនួន។ សូមអាន <i>សៀវភៅណែនាំសម្រាប់សមាជិកសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីថ្នាំទាំងនេះ។</i>
	ឱសថមានវេជ្ជបញ្ជា Medicare ផ្នែក D កម្រិត 1: ឱសថទូទៅដែលចង់បាន កម្រិត 2: ឱសថទូទៅ កម្រិត 3: ឈ្មោះយីហោដែលចង់បាន កម្រិត 4: មិនចង់បាន កម្រិត 5: ឯកទេស	<p><b>កម្រិតទី 1-2:</b> ការបង់ប្រាក់រួមរបស់អ្នកសម្រាប់ការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេលមួយខែ (30 ថ្ងៃ) គឺ <b>\$0-\$ 4.90 ក្នុងមួយវេជ្ជបញ្ជា</b> អាស្រ័យលើកម្រិតនៃ "Extra Help" របស់អ្នក។</p> <p><b>កម្រិតទី 3-5:</b> ការបង់ប្រាក់រួមរបស់អ្នកសម្រាប់ការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេលមួយខែ (30 ថ្ងៃ) គឺ <b>\$0-\$ 12.15 ក្នុងមួយវេជ្ជបញ្ជា</b> អាស្រ័យលើកម្រិតនៃ "Extra Help" របស់អ្នក។</p>	<p>វាអាចមានដែនកំណត់លើប្រភេទថ្នាំដែលត្រូវបានរ៉ាប់រង។ សូមមើល <i>បញ្ជីឱសថដែលមានការធានារ៉ាប់រង</i> របស់ Kaiser Permanente Dual Complete (<i>បញ្ជីឱសថ</i>) សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។</p> <p>នៅពេលដែលអ្នក ឬអ្នកផ្សេងទៀតចំណងឱ្យអ្នកទូទាត់ទឹកប្រាក់ចំនួន \$2,000 អ្នកបានឈានដល់ដំណាក់កាលនៃការធានារ៉ាប់រងលើគ្រោះមហន្តរាយ ហើយអ្នកទូទាត់ប្រាក់ចំនួន \$0 រាល់ឱសថ Medicare ផ្នែក D ទាំងអស់របស់អ្នកសម្រាប់រយៈពេលនៅសល់នៃឆ្នាំតាមប្រតិទិន។ សូមអាន <i>សៀវភៅណែនាំសមាជិកសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីឱសថទាំងនេះ។</i></p> <p>ការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេលវែង (រហូតដល់រយៈពេល 100 ថ្ងៃ ឬបីខែ) អាចរកបានពីឱសថស្ថានលក់រាយ ឬឱសថស្ថានបញ្ជាទិញតាមប្រៃសណីយ៍របស់យើង។ ចំណែកថ្លៃចំណាយសម្រាប់ការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេលវែងគឺដូចគ្នានឹងការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេលមួយខែដែរ។ មិនមែនឱសថទាំងអស់អាចរកបានតាមរយៈការបញ្ជាទិញតាមប្រៃសណីយ៍នោះទេ។</p>

**ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ** សូមហៅទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិកតាមរយៈលេខ 1-800-443-0815 (TTY 711) បាន 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់ ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** សូមចូលមើលគេហទំព័រ [kp.org/medicare](http://kp.org/medicare)។

តម្រូវការសុខភាព ប្រកបដោយ	សេវាដែលអ្នកអាចនឹងត្រូវការ	ការចំណាយរបស់អ្នកសម្រាប់ អ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ	ដែនកំណត់ ការលើកលែង និងព័ត៌មានអំពីអត្ថប្រយោជន៍ (ច្បាប់អំពីអត្ថប្រយោជន៍)
អ្នកត្រូវការថ្នាំដើម្បីព្យាបាលជំងឺ ឬស្ថានភាពរបស់អ្នក (បន្ត)	ឱសថគ្មានវេជ្ជបញ្ជា (Over-the-counter, OTC)	<p>ចំណាយទឹកប្រាក់ចំនួន \$0 សម្រាប់ការព្យាបាលដោយជំនួសជាតិវិទ្យាទិន្នន័យនៅឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញ។</p> <p>ទឹកប្រាក់ចំនួន \$0 សម្រាប់ OTC ផ្សេងទៀតពីកាតាឡូកទំនិញ OTC របស់យើងដោយស្ថិតនៅក្រោមដែនកំណត់អត្ថប្រយោជន៍របស់គម្រោង។</p>	<p>យើងគ្របដណ្តប់ការព្យាបាលជំនួសវិទ្យាទិន្នន័យដែលត្រូវបានអនុម័តដោយ រដ្ឋបាលចំណីអាហារ និងឱសថ (Food and Drug Administration, FDA) ជាក់លាក់សម្រាប់ការប្រើប្រាស់ដោយគ្មានវេជ្ជបញ្ជា។ សម្ភារៈត្រូវតែបញ្ជាទិញដោយអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញម្នាក់ និងទទួលបានពីឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញ។ យើងនឹងផ្តល់ជូនការផ្គត់ផ្គង់រហូតដល់ 100 ថ្ងៃ ចំនួនពីរដងនៅអំឡុងឆ្នាំប្រតិទិន។</p> <p>យើងក៏គ្របដណ្តប់លើធាតុ OTC ដែលបានរាយក្នុងកាតាឡូក OTC របស់យើងផងដែរ សម្រាប់ការចែកចាយដល់ផ្ទះដោយឥតគិតថ្លៃ។ អ្នកអាចបញ្ជាទិញទំនិញ OTC រហូតដល់ដែនកំណត់អត្ថប្រយោជន៍ប្រចាំត្រីមាសសម្រាប់គម្រោងរបស់អ្នក៖</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ទឹកប្រាក់ចំនួន <b>\$200</b> ប្រសិនបើអ្នកចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោង Kaiser Permanente Dual Complete South P1 របស់យើង។</li> <li>• ទឹកប្រាក់ចំនួន <b>\$140</b> ប្រសិនបើអ្នកចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោង Kaiser Permanente Dual Complete North P2 របស់យើង។</li> </ul> <p>ការបញ្ជាទិញនីមួយៗត្រូវមានយ៉ាងហោចណាស់ \$25។ ការបញ្ជាទិញរបស់អ្នកអាចមិនលើសពីដែនកំណត់អត្ថប្រយោជន៍ប្រចាំត្រីមាសរបស់អ្នក។ ផ្នែកដែលមិនបានប្រើនៃដែនកំណត់អត្ថប្រយោជន៍ប្រចាំត្រីមាសមិនដំណើរការទៅត្រីមាសបន្ទាប់ទេ។ (ដែនកំណត់អត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នកត្រូវបាន</p>



**ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ** សូមហៅទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិកតាមរយៈលេខ 1-800-443-0815 (TTY 711) បាន 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់ ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** សូមចូលមើលគេហទំព័រ [kp.org/medicare](http://kp.org/medicare)។




តម្រូវការសុខភាព ប្រកដួល	សេវាដែលអ្នកអាចនឹងត្រូវការ	ការចំណាយរបស់អ្នកសម្រាប់ អ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ	ដែនកំណត់ ការលើកលែង និងព័ត៌មានអំពីអត្ថប្រយោជន៍ (ច្បាប់អំពីអត្ថប្រយោជន៍)
អ្នកត្រូវការថ្នាំដើម្បីព្យាបាលជំងឺ ឬស្ថានភាពរបស់អ្នក (បន្ត)			<p>កំណត់ឡើងវិញនៅថ្ងៃទី 1 ខែមករា, 1 មេសា, 1 កក្កដា និង 1 តុលា)។</p> <p>ដើម្បីមើលកាតាឡុករបស់យើង និងដាក់ការបញ្ជាទិញតាមអ៊ិនធឺណិត សូមចូលទៅកាន់ <a href="http://kp.org/otc/ca">kp.org/otc/ca</a>។ អ្នកអាចធ្វើការបញ្ជាទិញតាមទូរសព្ទ ឬស្នើសុំកាតាឡុកដែលបានបោះពុម្ពដែលបានផ្ញើទៅឱ្យអ្នកដោយការហៅទូរសព្ទទៅលេខ <b>1-833-569-2360 (TTY 711)</b> ពីម៉ោង 7 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 5 ល្ងាច PST ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ។</p> <p>អ្នកអាចមានការធានារ៉ាប់រងបន្ថែមសម្រាប់ធាតុ OTC មួយចំនួនដែលគ្របដណ្តប់ក្រោម Medi-Cal តាមរយៈកម្មវិធី Medi-Cal Rx។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពី Medi-Cal Rx សូមហៅទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជនរបស់ Medi-Cal Rx តាមរយៈលេខ <b>1-800-977-2273</b> បាន 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ អ្នកប្រើ TTY អាចហៅទូរសព្ទទៅលេខ <b>711</b> ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 5 ល្ងាច។ អ្នកក៏អាចចូលមើលគេហទំព័ររបស់ Medi-Cal Rx តាមរយៈអាសយដ្ឋាន <a href="https://www.Medi-CalRx.dhcs.ca.gov/home/">https://www.Medi-CalRx.dhcs.ca.gov/home/</a> បានផងដែរ។</p>



**ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ** សូមហៅទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិកតាមរយៈលេខ 1-800-443-0815 (TTY 711) បាន 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់ ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** សូមចូលមើលគេហទំព័រ [kp.org/medicare](http://kp.org/medicare)។

តម្រូវការសុខភាព ប្រកបដោយ	សេវាដែលអ្នកអាចនឹងត្រូវការ	ការចំណាយរបស់អ្នកសម្រាប់ អ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ	ដែនកំណត់ ការលើកលែង និងព័ត៌មានអំពីអត្ថប្រយោជន៍ (ច្បាប់អំពីអត្ថប្រយោជន៍)
អ្នកត្រូវការជំនួយឱ្យប្រសើរឡើង ឬមានតម្រូវការសុខភាពពិសេស	សេវាស្តារនីតិសម្បទា	\$0	
	ឧបករណ៍វេជ្ជសាស្ត្រសម្រាប់ការថែទាំតាមផ្ទះ	\$0	ប្រសិនបើអ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានជំនួយចែករំលែកការចំណាយរបស់ Medicare ក្រោម Medi-Cal នោះអ្នកបង់ \$0។ បើមិនដូច្នោះទេ អ្នកត្រូវទូទាត់ប្រាក់ធានារ៉ាប់រងរួមចំនួន 0-20% អាស្រ័យលើទំនិញលើកលែងតែឧបករណ៍វាស់កម្លាំងខ្យល់ចេញពីសួត និងឧបករណ៍ព្យាបាលដោយពន្លឺការស្តីអ៊ុលត្រាវីយូឡេដែលអ្នកត្រូវទូទាត់ប្រាក់ចំនួន \$0។ ការអនុញ្ញាតជាមុនត្រូវបានទាមទារ។
	សេវាលាងឈាម	\$0	ប្រសិនបើអ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានជំនួយចែករំលែកការចំណាយរបស់ Medicare ក្រោម Medi-Cal នោះអ្នកបង់ \$0។ បើមិនដូច្នោះទេ អ្នកបង់សហធានារ៉ាប់រង 20% ។
អ្នកត្រូវការការថែទាំជើង	សេវាព្យាបាលជើង	\$0	ការបញ្ជូនបន្តគឺត្រូវបានទាមទារ។
	សេវាអ័រតូទិក	\$0	ការអនុញ្ញាតជាមុនត្រូវបានទាមទារ។


 **ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ** សូមហៅទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិកតាមរយៈលេខ 1-800-443-0815 (TTY 711) បាន 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់ ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** សូមចូលមើលគេហទំព័រ [kp.org/medicare](http://kp.org/medicare)។

តម្រូវការសុខភាព ប្រកបដោយ	សេវាដែលអ្នកអាចនឹងត្រូវការ	ការចំណាយរបស់អ្នកសម្រាប់ អ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ	ដែនកំណត់ ការលើកលែង និងព័ត៌មានអំពីអត្ថប្រយោជន៍ (ច្បាប់អំពីអត្ថប្រយោជន៍)
<b>អ្នកត្រូវការបរិក្ខារវេជ្ជសាស្ត្រជាប់យូរ (Durable Medical Equipment, DME)។</b>  <b>ចំណាំ៖ នេះមិនមែនជាបញ្ជីពេញលេញរបស់ DME ដែលមានការធានារ៉ាប់រងទេ។ សម្រាប់បញ្ជីពេញលេញ សូមទាក់ទងផ្នែកសេវាសមាជិក ឬយោងទៅជំពូកទី 4 នៃ សៀវភៅណែនាំសម្រាប់សមាជិក។</b>	រទេះរុញ ឈើច្រក និងអ្នកដើរ	\$0	ប្រសិនបើអ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានជំនួយចែករំលែកការចំណាយរបស់ Medicare ក្រោម Medi-Cal នោះអ្នកបង់ \$0។ បើមិនដូច្នោះទេ អ្នកបង់ការធានារ៉ាប់រង 20% ។ ការអនុញ្ញាតជាមុនត្រូវបានទាមទារ។
	ឧបករណ៍ដកដង្ហើម	\$0	ប្រសិនបើអ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានជំនួយចែករំលែកការចំណាយរបស់ Medicare ក្រោម Medi-Cal នោះអ្នកបង់ \$0។ បើមិនដូច្នោះទេ អ្នកបង់ការធានារ៉ាប់រង 20% ។ ការអនុញ្ញាតជាមុនត្រូវបានទាមទារ។
	ឧបករណ៍ និងការផ្គត់ផ្គង់អុកស៊ីសែន	\$0	ប្រសិនបើអ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានជំនួយចែករំលែកការចំណាយរបស់ Medicare ក្រោម Medi-Cal នោះអ្នកបង់ \$0។ បើមិនដូច្នោះទេ អ្នកបង់ការធានារ៉ាប់រង 20% ។ ការអនុញ្ញាតជាមុនត្រូវបានទាមទារ។




**ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ** សូមហៅទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិកតាមរយៈលេខ 1-800-443-0815 (TTY 711) បាន 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់ ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** សូមចូលមើលគេហទំព័រ [kp.org/medicare](http://kp.org/medicare)។


តម្រូវការសុខភាព ប្រកបដោយ	សេវាដែលអ្នកអាចនឹងត្រូវការ	ការចំណាយរបស់អ្នកសម្រាប់ អ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ	ដែនកំណត់ ការលើកលែង និងព័ត៌មានអំពីអត្ថប្រយោជន៍ (ច្បាប់អំពីអត្ថប្រយោជន៍)
អ្នកត្រូវការជំនួយក្នុងការរស់នៅក្នុងផ្ទះ (បន្តទៅទំព័របន្ទាប់)	សេវាសុខភាពតាមផ្ទះ	\$0	ការបញ្ជូនបន្តគឺត្រូវបានទាមទារ។
	សេវាតាមផ្ទះ ដូចជាការសម្អាត ឬការថែរក្សាគេហដ្ឋាន ឬការកែប្រែគេហដ្ឋាន ដូចជាជារបារចាប់	\$0	ការគាំទ្រពីសហគមន៍គឺសមស្រប និងមានប្រសិទ្ធភាពក្នុងការចំណាយលើសេវាកម្ម ឬមណ្ឌលព្យាបាលជំនួសទៅនឹងសេវាកម្មឬមណ្ឌលព្យាបាលដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងនៅក្រោម Medi-Cal។ ប្រសិនបើអ្នកមានលក្ខណៈគ្រប់គ្រាន់ ជំនួយសហគមន៍អាចជួយអ្នកឱ្យរស់នៅដោយឯករាជ្យជាងមុន។ សេវាទាំងនេះមិនជំនួសឱ្យអត្ថប្រយោជន៍ដែលអ្នកទទួលបាននៅក្រោម Medi-Cal ទេ។ ពួកវាមិនមាននៅគ្រប់តំបន់ទេ។ មិនមែនសមាជិកទាំងអស់មានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ដើម្បីទទួលបានការគាំទ្រពីសហគមន៍ទេ ដើម្បីមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ អ្នកត្រូវតែបំពេញតាមលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យជាក់លាក់។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីជំនួយសហគមន៍ សូមពិគ្រោះជាមួយ PCP របស់អ្នក ឬទូរសព្ទទៅផ្នែកបម្រើសេវាសមាជិក។
	ការថែទាំសុខភាពមនុស្សពេញវ័យសេវាកម្មមនុស្សពេញវ័យផ្នែកលើសហគមន៍ (Community Based Adult Services, CBAS) ឬសេវាកម្មជំនួយផ្សេងទៀត។	\$0	សេវាកម្មមនុស្សពេញវ័យផ្នែកលើសហគមន៍ (“CBAS”) គឺជាសេវាកម្មដែលអ្នកអាចមានសិទ្ធិទទួលបាន ប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហាសុខភាពដែលធ្វើឱ្យអ្នកពិបាកមើលថែខ្លួនឯង ហើយអ្នកត្រូវការជំនួយបន្ថែម។ សម្រាប់ព័ត៌មានអំពីសេវាកម្ម CBAS សូមសួរអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នក។

 **ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ** សូមហៅទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិកតាមរយៈលេខ 1-800-443-0815 (TTY 711) បាន 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់ ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** សូមចូលមើលគេហទំព័រ [kp.org/medicare](http://kp.org/medicare)។

តម្រូវការសុខភាព ឬកង្វល់	សេវាដែលអ្នកអាចនឹងត្រូវការ	ការចំណាយរបស់អ្នកសម្រាប់ អ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ	ដែនកំណត់ ការលើកលែង និងព័ត៌មានអំពីអត្ថប្រយោជន៍ (ច្បាប់អំពីអត្ថប្រយោជន៍)
អ្នកត្រូវការជំនួយក្នុងការរស់នៅក្នុងផ្ទះ (បន្ត)	សេវាកម្មលំហែកាយពេលថ្ងៃ	\$0	
	សេវាកម្មដើម្បីជួយអ្នករស់នៅដោយខ្លួនឯង (សេវាថែទាំសុខភាពតាមផ្ទះ ឬសេវាអ្នកថែទាំផ្ទាល់ខ្លួន)	\$0	យើងធានារ៉ាប់រងលើសេវាសុខភាពតាមផ្ទះដូចដែលបានពិពណ៌នានៅក្រោមផ្នែក "សេវាសុខភាពតាមផ្ទះ" ខាងលើ។ លើសពីនេះទៀត អ្នកអាចមានសិទ្ធិទទួលបាន In-Home Support Services ឬសេវាបដិសេធមិនទទួលយកតាមផ្ទះ និងតាមសហគមន៍ ដែលស្ថិតក្រោមការធានារ៉ាប់រងរបស់ Medi-Cal របស់អ្នក។ ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែមអំពីសេវាកម្មទាំងនេះ សូមទូរសព្ទទៅអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នក។
សេវាកម្មបន្ថែម (បន្តទៅទំព័របន្ទាប់)	សេវាកម្មព្យាបាលដោយចាប់សរសៃនិងសន្លាក់	\$0	យើងគ្របដណ្តប់ការកែតម្រូវឆ្លងខ្នងដើម្បីកែតម្រូវការតម្រឹម។ សេវាដែលគ្របដណ្តប់ដោយ Medicare ទាំងនេះត្រូវបានផ្តល់ដោយគ្រូពេទ្យជំនាញសន្លាក់ក្នុងបណ្តាញ។ សម្រាប់បញ្ជីគ្រូពេទ្យផ្នែកសន្លាក់ក្នុងបណ្តាញ សូមមើល <b>បញ្ជីរាយឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថាន</b> ។ ការអនុញ្ញាតជាមុនត្រូវបានទាមទារ។ តម្រូវឱ្យមានការបញ្ជូនបន្តសម្រាប់សមាជិករដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ាខាងជើង។  Medi-Cal អាចនឹងរ៉ាប់រងលើសេវាព្យាបាលសន្លាក់នៅពេលទទួលបាននៅមជ្ឈមណ្ឌលសុខភាពមានគុណវុឌ្ឍិសហព័ន្ធ (Federally Qualified Health Center, FQHC) ឬគ្លីនិកសុខភាពជនបទ (Rural Health Clinics, RHC) នៅក្នុងបណ្តាញរបស់ Kaiser Permanente។ FQHC និង RHC អាចតម្រូវឱ្យមានការបញ្ជូនបន្ត ដើម្បីទទួលបានសេវាកម្ម។ ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែម


 **ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ** សូមហៅទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិកតាមរយៈលេខ 1-800-443-0815 (TTY 711) បាន 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់ ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** សូមចូលមើលគេហទំព័រ [kp.org/medicare](http://kp.org/medicare)។

តម្រូវការសុខភាព ប្រកួត	សេវាដែលអ្នកអាចនឹងត្រូវការ	ការចំណាយរបស់អ្នកសម្រាប់ អ្នកចូលសេវាក្នុងបណ្តាញ	ដែនកំណត់ ការលើកលែង និងព័ត៌មានអំពីអត្ថប្រយោជន៍ (ច្បាប់អំពីអត្ថប្រយោជន៍)
សេវាកម្មបន្ថែម (បន្ត)			មអំពីសេវាកម្មដែលមាននៅមណ្ឌល FQHC ឬគ្លីនិក RHC សូមហៅទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិក។
	ការផ្គត់ផ្គង់ និងសេវាកម្មជំងឺទឹកនោមផ្អែម	\$0	
	អត្ថប្រយោជន៍នៃការធ្វើលំហាត់ប្រាណ — One Pass™	\$0	<p>អ្នកមានសិទ្ធិចូលប្រើកម្មវិធី ភាពសមសួនពេញលេញ One Pass សម្រាប់រាងកាយ និងចិត្ត។</p> <p>One Pass រួមមាន៖</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ បណ្តាញកន្លែងហាត់ប្រាណដ៏ធំមួយ និងមានកម្រិតព្រឹកៀយដែលមានមជ្ឈមណ្ឌលលំហាត់ប្រាណថ្នាក់ជាតិ ថ្នាក់មូលដ្ឋាន និងសហគមន៍ និងស្នូឌីយ៉ាល់ហាត់ប្រាណមានច្រើនប្រភេទ។ អ្នកអាចប្រើទីតាំងក្នុងបណ្តាញណាមួយបាន។</li> <li>○ ដោយផ្ទាល់ តាមតម្រូវការ និងកម្មវិធីហាត់ប្រាណឌីជីថលនៅផ្ទះ។</li> <li>○ ក្លឹប និងសកម្មភាពសង្គមអាចរកបាននៅលើគេហទំព័ររបស់សមាជិក One Pass និងកម្មវិធីលើទូរសព្ទ។</li> <li>○ ឧបករណ៍ហាត់ប្រាណតាមផ្ទះមួយជារៀងរាល់ឆ្នាំសម្រាប់ពង្រឹងសាច់ដុំ យូហ្គា ឬរាំ។</li> <li>○ កម្មវិធីបណ្តុះបណ្តាលការយល់ដឹងអំពីសុខភាពខួរក្បាលតាមអនឡាញ។</li> </ul>

 **ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ** សូមហៅទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិកតាមរយៈលេខ 1-800-443-0815 (TTY 711) បាន 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់ ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** សូមចូលមើលគេហទំព័រ [kp.org/medicare](http://kp.org/medicare)។

តម្រូវការសុខភាព ប្រកបដោយ	សេវាដែលអ្នកអាចនឹងត្រូវការ	ការចំណាយរបស់អ្នកសម្រាប់ អ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ	ដែនកំណត់ ការលើកលែង និងព័ត៌មានអំពីអត្ថប្រយោជន៍ (ច្បាប់អំពីអត្ថប្រយោជន៍)
សេវាកម្មបន្ថែម (បន្ត)			សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីកន្លែងហាត់ប្រាណ និងទីតាំងធ្វើលំហាត់ប្រាណ ដែលអត្ថប្រយោជន៍របស់កម្មវិធី ឬដើម្បីបង្កើតគណនីអនឡាញរបស់អ្នក សូមចូលមើលគេហទំព័រ <b>YourOnePass.com</b> ឬហៅទូរសព្ទទៅលេខ <b>1-877-614-0618 (TTY 711)</b> ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 6 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 7 យប់។
	អាហារដឹកញូនដល់ផ្ទះ	\$0	ស្ថិតក្រោម Medi-Cal អ្នកអាចមានលក្ខណសម្បត្តិ គ្រប់គ្រាន់សម្រាប់អាហារដែលមានការដឹកញូនដល់ផ្ទះក្រោមជំនួយសហគមន៍។ ជំនួយសហគមន៍មិនមាននៅគ្រប់ផ្នែកទាំងអស់ទេ ហើយអ្នកត្រូវតែបំពេញតាមលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យជាក់លាក់នៃសិទ្ធិទទួលបាន។ សាកសួរគ្រូពេទ្យរបស់អ្នកសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីជំនួយសហគមន៍ Medi-Cal ។
	សេវាកម្មសិប្បនិម្មិត	\$0	ការអនុញ្ញាតជាមុនត្រូវបានទាមទារ។
	ការព្យាបាលដោយវិទ្យុសកម្ម	\$0	ការបញ្ជូនបន្តគឺត្រូវបានទាមទារ។
	សេវាកម្មដើម្បីជួយគ្រប់គ្រងជំងឺរបស់អ្នក។	\$0	

សេចក្តីសង្ខេបនៃអត្ថប្រយោជន៍ខាងលើត្រូវបានផ្តល់ជូនសម្រាប់គោលបំណងផ្តល់ព័ត៌មានតែប៉ុណ្ណោះ ហើយមិនមែនជាបញ្ជីពេញលេញនៃអត្ថប្រយោជន៍នោះទេ។ សម្រាប់បញ្ជីពេញលេញ និងព័ត៌មានបន្ថែមអំពីអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នក អ្នកអាចអាន *សៀវភៅណែនាំសមាជិក* របស់ Kaiser Permanente DualComplete។


 **ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ** សូមហៅទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិកតាមរយៈលេខ 1-800-443-0815 (TTY 711) បាន 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់ ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** សូមចូលមើលគេហទំព័រ [kp.org/medicare](http://kp.org/medicare)។

ប្រសិនបើអ្នកមិនមាន សៀវភៅណែនាំសមាជិកទេនោះ សូមហៅទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិក Kaiser Permanente Dual Complete តាមរយៈលេខដែលបានរាយនៅផ្នែកខាងក្រោមទំព័រនេះដើម្បីទទួលបានមួយ។ ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ អ្នកក៏អាចហៅទូរសព្ទទៅសេវាបម្រើសមាជិក ឬចូលមើលគេហទំព័រ [kp.org/medicare](http://kp.org/medicare) ផងដែរ។

**D. អត្ថប្រយោជន៍ដែលមានការធានារ៉ាប់រងនៅក្រៅ Kaiser Permanente Dual Complete**

មានសេវាមួយចំនួនដែលអ្នកអាចទទួលបានដែលមិនត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយ Kaiser Permanente Dual Complete ប៉ុន្តែត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare, Medi-Cal ឬទិភ្នាក់ងាររដ្ឋ ឬខោនធី។ នេះមិនមែនជាបញ្ជីពេញលេញទេ។ សូមហៅទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិកតាមរយៈលេខដែលបានរាយនៅផ្នែកខាងក្រោមទំព័រនេះ ដើម្បីស្វែងយល់អំពីសេវាមួយចំនួននេះ។

សេវាផ្សេងៗទៀតដែលមានការធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare, Medi-Cal ឬទិភ្នាក់ងាររដ្ឋ	ការចំណាយរបស់អ្នក
សេវាថែទាំនៅមន្ទីរថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយជាក់លាក់ដែលមានការធានារ៉ាប់រងនៅក្រៅ Kaiser Permanente Dual Complete	\$0
ការស្តារនីតិសម្បទាផ្លូវចិត្ត	\$0
គ្រប់គ្រងករណីតាមគោលដៅ	\$0
សម្រាកបន្ទប់នៅផ្ទះ និងស្នាក់នៅព្យាបាល	\$0
កម្មវិធីឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកជំងឺមិនស្នាក់នៅមន្ទីរពេទ្យ Medi-Cal Rx	\$0

 **ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ** សូមហៅទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិកតាមរយៈលេខ 1-800-443-0815 (TTY 711) បាន 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់ ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** សូមចូលមើលគេហទំព័រ [kp.org/medicare](http://kp.org/medicare)។



សេវាផ្សេងៗទៀតដែលមានការធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare, Medi-Cal ឬទីភ្នាក់ងាររដ្ឋ	ការចំណាយរបស់អ្នក
<p>សេវាសុខភាពធ្មេញជាក់លាក់មួយចំនួន</p> <p>អត្ថប្រយោជន៍សុខភាពធ្មេញអាចរកបានតាមរយៈ Medi-Cal Dental Fee-for-Service (FFS) ឬ Dental Managed Care (DMC) អាស្រ័យលើខោនធីរបស់អ្នក។ សម្រាប់ព័ត៌មានអំពីការធានារ៉ាប់រងសុខភាពធ្មេញរបស់ Medi-Cal សូមទាក់ទង៖</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Dental FFS: <b>1-800-322-6384</b> (TTY <b>1-800-735-2922</b>) ឬ <a href="http://smilecalifornia.org">smilecalifornia.org</a>។</li> <li>○ DMC នៅក្នុងខោនធី Los Angeles និងខោនធី Sacramento: <b>1-800-430-4263</b> (TTY <b>1-800-430-7077</b>) ឬ <a href="http://dental.dhcs.ca.gov/">dental.dhcs.ca.gov/</a>។</li> </ul>	\$0
សេវាព្យាបាលការប្រើប្រាស់សារធាតុញៀន	\$0
សេវាកម្មសុខភាពផ្លូវចិត្តឯកទេស	\$0
In-Home Support Services	\$0
សេវាកម្មជំនួយតាមផ្ទះ និងសហគមន៍	\$0
Multipurpose Senior Services Program	\$0
សេវាមជ្ឈមណ្ឌលក្នុងតំបន់គ្របដណ្តប់ដោយ Medi-Cal	\$0



**ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ** សូមហៅទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិកតាមរយៈលេខ 1-800-443-0815 (TTY 711) បាន 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់ ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** សូមចូលមើលគេហទំព័រ [kp.org/medicare](http://kp.org/medicare)។

**E. សេវាដែល Kaiser Permanente Dual Complete, Medicare និង Medi-Cal មិនធានារ៉ាប់រង**

នេះមិនមែនជាបញ្ជីពេញលេញទេ។ សូមហៅទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិកតាមរយៈលេខដែលបានរាយនៅផ្នែកខាងក្រោមទំព័រនេះ ដើម្បីស្វែងយល់អំពីសេវាដែលមិនរាប់បញ្ចូលផ្សេងទៀត។

សេវាដែល Kaiser Permanente Dual Complete, Medicare និង Medi-Cal មិនធានារ៉ាប់រង	
<p>ការពិនិត្យជំងឺ និងសេវាកម្មជាក់លាក់មួយចំនួនដែលចាំបាច់៖</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ដើម្បីទទួលបាន ឬរក្សាការងារ</li> <li>• ដើម្បីទទួលបានធានារ៉ាប់រង</li> <li>• ដើម្បីទទួលបានអាជ្ញាប័ណ្ណប្រភេទណាមួយ</li> <li>• តាមដីកាបង្កាប់របស់តុលាការ ឬប្រសិនបើសម្រាប់ការដោះលែង ឬការព្យួរទោស</li> </ul>	<p>ការមិនរាប់បញ្ចូលនេះមិនត្រូវបានអនុវត្តទេ ប្រសិនបើវេជ្ជបណ្ឌិតក្នុងបណ្តាញ កឃើញថាសេវានេះមានភាពចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ។</p>
<p>ភាពសុខស្រួល ភាពងាយស្រួល ឬឧបករណ៍ប្រណិត ឬលក្ខណៈពិសេស។ ទាំងនេះរាប់បញ្ចូលទាំងធាតុដែលសម្រាប់តែភាពសុខស្រួល ឬភាពងាយស្រួលរបស់សមាជិក សមាជិកគ្រួសាររបស់សមាជិក ឬអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពរបស់សមាជិក។</p>	<p>ការដកចេញនេះមិនអនុវត្តចំពោះម៉ាស៊ីនបូមទឹកដោះកម្រិតថ្នាក់លក់រាយដែល ត្រូវបានផ្តល់ជូនស្ត្រីបន្ទាប់ពីមានផ្ទៃពោះនោះទេ។ ការដកចេញនេះក៏មិនអនុវត្តចំពោះធាតុដែលត្រូវបានអនុម័តសម្រាប់អ្នកនៅក្រោមជំនួយសហគមន៍ទេ។</p>
<p>សេវាកែសម្រួល។ សេវាកម្មដើម្បីផ្លាស់ប្តូររូបរាងរបស់អ្នក (រួមទាំងការកាត់លើផ្នែកធម្មតានៃរាងកាយរបស់អ្នកដើម្បីផ្លាស់ប្តូរ រូបរាងរបស់អ្នក)។</p>	<p>ការដកចេញនេះមិនអនុវត្តចំពោះឧបករណ៍តសិប្បនិម្មិតដែលត្រូវបានរ៉ាប់រង ទេដូចជា៖</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ស៊ីតជ័រក្នុងពងស្វាសដែលត្រូវបានដាំបង្កប់ជាផ្នែកមួយនៃការកាត់កែលម្អដែលត្រូវបានរ៉ាប់រង</li> <li>• សុដន់សិប្បនិម្មិតដែលត្រូវការបន្ទាប់ពីកាត់សុដន់ ឬដុំពក</li> <li>• គ្រឿងសិប្បនិម្មិតដើម្បីជំនួសទាំងអស់ ឬមួយផ្នែកនៃផ្នែកខាងក្រៅរបស់ផ្ទៃមុខ</li> </ul>

<b>សេវាដែល Kaiser Permanente Dual Complete, Medicare និង Medi-Cal មិនធានារ៉ាប់រង</b>	
សេវាកម្មពិសោធន៍	សេវាកម្មពិសោធន៍គឺជាឱសថ គ្រឿងបរិក្ខារ ដំណើការ ឬសេវាកម្មដែលកំពុងត្រូវបានធ្វើតេស្ត នៅក្នុងមន្ទីរពិសោធន៍ ឬទៅលើសត្វ ប៉ុន្តែពួកគេមិនទាន់រួចរាល់ដើម្បីធ្វើតេស្តទៅលើមនុស្សទេ លើកលែងតែការសិក្សាស្រាវជ្រាវផ្នែកព្យាបាលដែលគ្របដណ្តប់ដែលបានពិពណ៌នានៅក្នុង <i>សៀវភៅណែនាំសម្រាប់សមាជិក</i> ។
សម្ភារៈ និងសេវាកម្មដែលមិនមែនជាសម្ភារៈនិងសេវាកម្មថែទាំសុខភាព	លុះត្រាតែពួកគេត្រូវបានអនុញ្ញាតក្រោមការធានារ៉ាប់រងរបស់ Medi-Cal របស់អ្នកក្រោម In Lieu of Services ឬឧបករណ៍វេជ្ជសាស្ត្រប្រើបានប្តូរ
ធាតុ និងសេវាកម្មសម្រាប់ការផ្សព្វផ្សាយ ការការពារ ឬការព្យាបាលផ្សេងទៀតនៃការជ្រុះសក់ ឬការលូតលាស់សក់។	
សេវាកម្មម៉ាស្សាព្យាបាល។	ការដកចេញនេះមិនអនុវត្តចំពោះសេវាព្យាបាលដែលជាផ្នែកមួយនៃគម្រោងព្យាបាលដោយចលនារាងកាយនោះទេ។
គិលានុបដ្ឋាយិកាកាតព្វកិច្ចឯកជន ឬការថែទាំពេញម៉ោងនៅក្នុងផ្ទះរបស់អ្នក។	
ការថែទាំជើងជាប្រចាំ និងសេវាកម្មដែលមិនត្រូវបានរ៉ាប់រងដោយ Medicare	
សេវាដែលបានចាត់ទុកថាមិន “សមហេតុផល និងចាំបាច់ខាងផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ” ដោយយោងទៅតាមស្តង់ដារ Medicare និង Medi-Cal	លុះត្រាតែយើងរាយបញ្ជីទាំងនេះជាសេវាកម្មដែលរ៉ាប់រង។ លក្ខខណ្ឌមិនរ៉ាប់រងលនេះ មិនអនុវត្តចំពោះសេវាកម្ម ឬចំណុចនានាដែលមិនត្រូវបានរ៉ាប់រងដោយ Medicare ដើម ទេ ប៉ុន្តែ ត្រូវបានរ៉ាប់រងដោយផែនការរបស់យើង។

**សេវាដែល Kaiser Permanente Dual Complete, Medicare និង Medi-Cal មិនធានារ៉ាប់រង**

សេវាកម្មដែលមិនត្រូវបានអនុម័តដោយរដ្ឋបាលចំណីអាហារ និងឱសថ របស់សហព័ន្ធ

យើងមិនរ៉ាប់រងលើឱសថ អាហារបំប៉ន ការធ្វើតេស្ត ការចាក់ថ្នាំបង្ការ ឧបករណ៍ សារធាតុវិទ្យុសកម្ម និងសេវាកម្មផ្សេងទៀតដែលច្បាប់តម្រូវឱ្យមានការឯកភាព របស់រដ្ឋបាលចំណីអាហារ និងឱសថ (Food and Drug Administration, FDA) ដើម្បីយកមកលក់នៅក្នុងសហរដ្ឋអាមេរិក ប៉ុន្តែមិនត្រូវបានឯកភាពដោយ FDA ។ ការដកចេញនេះមិនអនុវត្តចំពោះស្ថានភាពដូចខាងក្រោមនេះទេ៖ សេវាសង្គ្រោះបន្ទាន់ដែលមានការរ៉ាប់រងដែលបានទទួលនៅក្នុងប្រទេសកាណាដា ឬម៉ិកស៊ិក សេវាដែលស្ថិតក្រោមការសាកល្បងព្យាបាល និងសេវាកម្មដែលផ្តល់ជាផ្នែកនៃសេវាកម្មស៊ើបអង្កេតដែលមានការរ៉ាប់រង។

សេវាកម្មផ្តល់ជូនដល់អតីតយុទ្ធជនក្នុងអង្គការកិច្ចការអតីតយុទ្ធជន (Veterans Affairs, VA) ។

ទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយ នៅពេលដែលអតីតយុទ្ធជនទទួលបានសេវាសង្គ្រោះបន្ទាន់នៅមន្ទីរពេទ្យ VA ហើយការចែករំលែកតម្លៃ VA គឺច្រើនជាងការចែករំលែកតម្លៃក្រោមគម្រោងរបស់យើង យើងនឹងសងប្រាក់អតីតយុទ្ធជនសម្រាប់ភាពខុសគ្នានេះ។ អ្នកនៅតែទទួលខុសត្រូវចំពោះចំនួនទឹកប្រាក់ចែករំលែកចំណាយរបស់អ្នក ប្រសិនបើមាន។

នៅពេលដែលសេវាកម្មមួយមិនត្រូវបានគ្របដណ្តប់ សេវាកម្មទាំងអស់ដែលទាក់ទងនឹងសេវាដែលមិនមានការគ្របដណ្តប់ត្រូវបានដកចេញ

ការដកចេញនេះមិនអនុវត្តចំពោះការព្យាបាលផលវិបាកដែលបណ្តាលមកពីសេវាដែលមិនមានការធានារ៉ាប់រងនោះទេ ប្រសិនបើផលវិបាកទាំងនោះនឹងត្រូវបានរ៉ាប់រង។ ឧទាហរណ៍ ប្រសិនបើអ្នកធ្វើការរក្សាកាត់កែសម្បែងដែលមិនមានការរ៉ាប់រង យើងនឹងមិនរ៉ាប់រងលើសេវាកម្មដែលអ្នកទទួលបានដើម្បីរៀបចំសម្រាប់ការរក្សាកាត់ ឬសម្រាប់ការថែទាំតាមក្រោយនោះទេ។ ប្រសិនបើក្រោយមកអ្នកទទួលបានផលវិបាកដែលកំរាមកំហែងដល់អាយុជីវិត ដូចជាការឆ្លងមេរោគ ជួនធ្ងរ ការដកចេញនេះនឹងមិនត្រូវបានអនុវត្តទេ ហើយយើងនឹងរ៉ាប់រងលើសេវាកម្មដែលត្រូវការដើម្បីព្យាបាលផលវិបាក ដរាបណាសេវាកម្មត្រូវបានគ្របដណ្តប់ក្រោម សៀវភៅណែនាំសម្រាប់សមាជិក។

**សេវាដែល Kaiser Permanente Dual Complete, Medicare និង Medi-Cal មិនធានារ៉ាប់រង**

សេវាថែទាំផ្ទាល់ខ្លួនដែលមិនចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ ដូចជាជំនួយក្នុងសកម្មភាពរស់នៅប្រចាំថ្ងៃ (ឧទាហរណ៍៖ ការដើរ ការឡើងលើ និងក្រោកចេញពីគ្រែ ការដូតទឹក ការស្លៀកពាក់ ការញ៉ាំអាហារ ការប្រើប្រាស់បង្គន់ និងការលេបថ្នាំ)។

ការដកចេញនេះមិនអនុវត្តចំពោះជំនួយលើសកម្មភាពរស់នៅប្រចាំថ្ងៃ ដែលត្រូវបានផ្តល់ជាផ្នែកនៃធានារ៉ាប់រងដែលបានពិពណ៌នានៅក្រោមផ្នែកខាង ក្រោម៖

- ការថែទាំមុនស្លាប់ និងការព្យាបាលបន្ថយការឈឺចាប់
- សេវាថែទាំរយៈពេលវែង និងជំនួយ
- ការថែទាំរបស់គិលានុបដ្ឋាយិកាជំនាញ/ការថែទាំសុខភាពកម្រិតមធ្យម/ ការថែទាំសុខភាពកម្រិតធ្ងន់
- ជំនួយសហគមន៍

ការស្រាយចំណងស្បៀន

សេវាបានអនុវត្តដោយលោកអ្នកដែលគ្មានអាជ្ញាប័ណ្ណ ទាំងនេះរួមបញ្ចូលសេវាកម្មដែលត្រូវបានអនុវត្តដោយសុវត្ថិភាព និងមានប្រសិទ្ធភាពដោយបុគ្គលដែលមិនត្រូវបានអនុវត្តអាជ្ញាប័ណ្ណ ឬវិញ្ញាបនបត្រដោយរដ្ឋដើម្បីផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាព និងកន្លែងដែលលក្ខខណ្ឌសមាជិកមិនត្រូវបានផ្តល់សេវាដោយអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពដែលមានអាជ្ញាប័ណ្ណ។


ការដកចេញនេះមិនអនុវត្តទៅលើករណីដូចក្រោម៖

- ជំនួយសហគមន៍ដែលគ្របដណ្តប់បានយល់ព្រមសម្រាប់អ្នក។
- សេវា doula ដែលគ្របដណ្តប់។
- សេវាបុគ្គលិកសុខភាពសហគមន៍ដែលគ្របដណ្តប់។

## F. សិទ្ធិរបស់អ្នកជាសមាជិកនៃគម្រោង

ក្នុងនាមជាសមាជិកម្នាក់របស់ Kaiser Permanente Dual Complete អ្នកមានសិទ្ធិជាក់លាក់មួយចំនួន។ អ្នកអាចប្រើសិទ្ធិទាំងនេះដោយមិនត្រូវបានដាក់ទណ្ឌកម្ម។ អ្នកក៏អាចប្រើសិទ្ធិទាំងនេះដោយមិនបាត់បង់សេវាថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក។ យើងនឹងប្រាប់អ្នកអំពីសិទ្ធិរបស់អ្នកយ៉ាងហោចណាស់ម្តងក្នុងមួយឆ្នាំ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីសិទ្ធិរបស់អ្នក សូមអាន *សៀវភៅណែនាំសម្រាប់សមាជិក*។ សិទ្ធិរបស់អ្នករួមបញ្ចូល ប៉ុន្តែមិនកំណត់ចំពោះ ដូចខាងក្រោម៖

- **អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានការគោរព យុត្តិធម៌ និងសេចក្តីថ្លៃថ្នូរ។** នេះរួមបញ្ចូលទាំងសិទ្ធិក្នុងការ៖
  - ទទួលបានសេវារ៉ាប់រងដោយមិនខ្វល់ពីលក្ខខណ្ឌសុខភាព ស្ថានភាពសុខភាព ការទទួលសេវាសុខភាព បទពិសោធន៍ទាមទារ ប្រវត្តិវេជ្ជសាស្ត្រ ពិការភាព (រួមទាំងការចុះខ្សោយផ្លូវចិត្ត) ស្ថានភាពអាពាហ៍ពិពាហ៍ អាយុ ភេទ (រួមទាំងទម្រង់ភេទ និងអត្តសញ្ញាណយេនឌ័រ) ទំនោរផ្លូវភេទ ដើមកំណើតជាតិ។ ជាតិសាសន៍ ពណ៌សម្បុរ សាសនា ជំនឿ ឬជំនួយសាធារណៈ
  - ទទួលបានព័ត៌មានជាភាសា និងទម្រង់ផ្សេងទៀត (ឧទាហរណ៍ ការបោះពុម្ពធំ អក្សរស្នាប ឬសំឡេង) ដោយមិនគិតថ្លៃ
  - មានសេរីភាពពីទម្រង់នៃការវិភាគខាងរូបកាយ ឬដាច់ដោយឡែក
- **អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានព័ត៌មានអំពីការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក។** រួមបញ្ចូលព័ត៌មានអំពីការព្យាបាល និងជម្រើសនៃការព្យាបាលរបស់អ្នក។ ព័ត៌មាននេះគួរតែជាភាសា និងទម្រង់ដែលអ្នកអាចយល់បាន។ នេះរួមបញ្ចូលទាំងសិទ្ធិទទួលបានព័ត៌មានអំពី៖
  - ការពិពណ៌នាអំពីសេវាកម្មដែលយើងរ៉ាប់រង
  - របៀបទទួលបានសេវាកម្ម
  - តើសេវាកម្មនឹងត្រូវចំណាយអស់ប៉ុន្មាន
  - ឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាព
- **អ្នកមានសិទ្ធិធ្វើការសម្រេចចិត្តអំពីការថែទាំរបស់អ្នក រួមទាំងការបដិសេធការព្យាបាល។** នេះរួមបញ្ចូលទាំងសិទ្ធិក្នុងការ៖
  - ជ្រើសរើសអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំបឋម (PCP) ហើយផ្លាស់ប្តូរ PCP របស់អ្នកនៅពេលណា
  - ប្រើអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពស្រ្តីដោយគ្មានការបញ្ជូនបន្ត
  - ទទួលបានសេវាធានារ៉ាប់រង និងថ្នាំរបស់អ្នកយ៉ាងឆាប់រហ័ស
  - ដឹងអំពីជម្រើសនៃការព្យាបាលទាំងអស់ មិនថាពួកវាចំណាយប្រាក់ប៉ុន្មាន ឬថាតើពួកវាត្រូវបានធានារ៉ាប់រងនោះទេ
  - បដិសេធការព្យាបាល ទោះបីជាអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពរបស់អ្នកណែនាំប្រឆាំងនឹងវាក៏ដោយ

 **ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ** សូមហៅទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិកតាមរយៈលេខ 1-800-443-0815 (TTY 711) បាន 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់ ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** សូមចូលមើលគេហទំព័រ [kp.org/medicare](http://kp.org/medicare)។

- ឈប់ប្រើថ្នាំ ទោះបីជាអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពរបស់អ្នកណែនាំប្រឆាំងនឹងវាក់ដោយ
- សាកសួរមតិទីពីរ។ Kaiser Permanente Dual Complete នឹងទូទាត់ថ្លៃចំណាយសម្រាប់ការជួបពិគ្រោះលើកទីពីររបស់អ្នក
- ធ្វើឱ្យបំណងប្រាថ្នាថែទាំសុខភាពរបស់អ្នកបានដឹងនៅក្នុងការណែនាំជាមុន
- **អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានការថែទាំទាន់ពេលវេលា ដែលមិនមានការប្រាស្រ័យទាក់ទង ឬរារាំងការចូលប្រើប្រាស់រាងកាយ។** នេះរួមបញ្ចូលទាំងសិទ្ធិក្នុងការ៖
  - ទទួលបានការថែទាំវេជ្ជសាស្ត្រទាន់ពេលវេលា
  - ចូល និងចេញពីការិយាល័យអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាព។ នេះមានន័យថាការចូលប្រើប្រាស់ដោយគ្មានឧបសគ្គសម្រាប់ជនពិការស្របតាមច្បាប់ស្តីពីជនពិការរបស់អាមេរិក
  - មានអ្នកបកប្រែដើម្បីជួយក្នុងការទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក និងគម្រោងសុខភាពរបស់អ្នក
- **អ្នកមានសិទ្ធិស្វែងរកការថែទាំភ្លាមៗ និងបន្ទាន់នៅពេលដែលអ្នកត្រូវការវា។** នេះមានន័យថាអ្នកមានសិទ្ធិ៖
  - ទទួលបានសេវាសង្គ្រោះបន្ទាន់ដោយគ្មានការអនុញ្ញាតជាមុនក្នុងក្រាហ្វិកសន្ត
  - ប្រើអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំបន្ទាន់ ឬសង្គ្រោះបន្ទាន់ក្រៅបណ្តាញ នៅពេលចាំបាច់
- **អ្នកមានសិទ្ធិរក្សាការសម្ងាត់ និងឯកជនភាព។** នេះរួមបញ្ចូលទាំងសិទ្ធិក្នុងការ៖
  - សួររក និងទទួលបានច្បាប់ចម្លងនៃកំណត់ត្រាវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នកតាមរបៀបដែលអ្នកអាចយល់ និងសុំឱ្យផ្លាស់ប្តូរ ឬកែកំណត់ត្រារបស់អ្នក
  - រក្សាព័ត៌មានសុខភាពផ្ទាល់ខ្លួនរបស់អ្នកជាឯកជន
- **អ្នកមានសិទ្ធិដាក់ពាក្យបណ្តឹងតវ៉ា ឬប្តឹងឧទ្ធរណ៍ចំពោះសេវាដែលមានការបដិសេធ ការពន្យារពេល ឬការកែប្រែនោះ សូមមើលផ្នែក G ខាងក្រោម។** នេះរួមបញ្ចូលទាំងសិទ្ធិក្នុងការ៖
  - ដាក់ពាក្យបណ្តឹង ឬសារទុក្ខប្រឆាំងនឹងយើង ឬអ្នកផ្តល់សេវារបស់យើង។
  - ប្តឹងឧទ្ធរណ៍ចំពោះសេចក្តីសម្រេចជាក់លាក់ដែលធ្វើឡើងដោយយើងខ្ញុំ ឬអ្នកផ្តល់សេវារបស់យើង។
  - ដាក់ពាក្យប្តឹងតវ៉ាជាមួយក្រសួងថែទាំសុខភាពក្រោមការគ្រប់គ្រងរបស់រដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា (California Department of Managed Health Care, DMHC) តាមរយៈលេខទូរស័ព្ទគតិកថ្លៃ (1-888-466-2219) ឬបណ្តាញ TDD លេខ (1-877-688-9891) សម្រាប់អ្នកដែលមានពិការភាពក្នុងការស្តាប់ និងការនិយាយ។ គេហទំព័ររបស់ក្រសួងថែទាំសុខភាពក្រោមការគ្រប់គ្រងរបស់រដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា (California Department of Managed Health Care, DMHC) ([www.dmhc.ca.gov](http://www.dmhc.ca.gov)) មានទម្រង់បែបបទបណ្តឹងតវ៉ា ទម្រង់បែបបទនៃការត្រួតពិនិត្យផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដោយឯករាជ្យ (Independent Medical Review, IMR) និងការណែនាំដែលអាចរកបានតាមអនឡាញ។

**?** **ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ** សូមហៅទូរស័ព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិកតាមរយៈលេខ 1-800-443-0815 (TTY 711) បាន 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់ ការហៅទូរស័ព្ទនេះគឺគតិកថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** សូមចូលមើលគេហទំព័រ [kp.org/medicare](http://kp.org/medicare)។

- ស្នើសុំក្រសួងថែទាំសុខភាពក្រោមការគ្រប់គ្រងរបស់រដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា (DMHC) នូវទម្រង់បែបបទនៃការត្រួតពិនិត្យផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដោយឯករាជ្យ (IMR) ចំពោះសេវា ឬទំនិញរបស់ Medi-Cal ដែលមានលក្ខណៈវេជ្ជសាស្ត្រ។
- ស្នើសុំសវនាការថ្នាក់រដ្ឋ។
- ទទួលបានហេតុផលលម្អិតអំពីមូលហេតុដែលសេវាកម្មត្រូវបានបដិសេធ ហើយស្នើសុំច្បាប់ចម្លងអំពីព័ត៌មានទាំងអស់ដែលប្រើដើម្បីធ្វើសេចក្តីសម្រេចដោយឥតគិតថ្លៃ។

សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីសិទ្ធិរបស់អ្នក អ្នកអាចអាន *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*។ ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ អ្នកអាចហៅទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិករបស់ Kaiser Permanente Dual Complete តាមរយៈលេខដែលបានរាយនៅផ្នែកខាងក្រោមទំព័រនេះ។

អ្នកក៏អាចហៅទូរសព្ទទៅ Ombudsman ពិសេសផងដែរ សម្រាប់អ្នកដែលមាន Medicare និង Medi-Cal តាមរយៈលេខ 1-855-501-3077 ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ចន្លោះពីម៉ោង 9:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 5:00 ល្ងាច ឬការិយាល័យ Medi-Cal របស់ មន្ត្រីបណ្តឹងសាធារណៈ តាមលេខ 1-888-452-8609 ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ចន្លោះម៉ោង 8:00 ព្រឹក និងម៉ោង 5:00 ល្ងាច។

**G. របៀបដាក់ពាក្យប្តឹងតវ៉ា ឬប្តឹងឧទ្ធរណ៍ចំពោះសេវាដែលមានការបដិសេធ ការពន្យារពេល ឬការកែប្រែនោះ**

ប្រសិនបើអ្នកមានបណ្តឹងតវ៉ា ឬគិតថា Kaiser Permanente Dual Complete បានបដិសេធ បានពន្យារពេល ឬបានកែប្រែសេវាដោយមិនត្រឹមត្រូវ សូមហៅទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិកតាមរយៈលេខដែលបានរាយនៅផ្នែកខាងក្រោមទំព័រនេះ។ អ្នកអាចនឹងប្តឹងឧទ្ធរណ៍ចំពោះសេចក្តីសម្រេចរបស់យើងបាន។

សម្រាប់សំណួរអំពីបណ្តឹងតវ៉ា និងបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ អ្នកអាចអាន**ជំពូកទី 9** របស់ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*បាន។ អ្នកក៏អាចហៅទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិករបស់ Kaiser Permanente Dual Complete តាមរយៈលេខដែលបានរាយនៅខាងក្រោមទំព័រនេះ។

**ការសម្រេចចិត្តលើការធានារ៉ាប់រង ការប្តឹងឧទ្ធរណ៍ និងពាក្យបណ្តឹងអំពីការថែទាំវេជ្ជសាស្ត្រ**

**ការសម្រេចចិត្តលើការធានារ៉ាប់រង**អំពីការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នកគឺជាការសម្រេចចិត្តអំពី៖

- អត្ថប្រយោជន៍ និងសេវាកម្មដែលរ៉ាប់រងរបស់អ្នក ឬ
- ចំនួនទឹកប្រាក់ដែលយើងបង់សម្រាប់សេវាសុខភាពរបស់អ្នក។


**បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍** គឺជាវិធីផ្តល់ការមួយដែលស្នើសុំឱ្យយើងខ្ញុំពិនិត្យឡើងវិញលើសេចក្តីសម្រេចមួយ ដែលយើងបានធ្វើឡើងចំពោះការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នក ហើយស្នើសុំឱ្យយើងខ្ញុំផ្តល់សេចក្តីសម្រេចនេះ ប្រសិនបើអ្នកគិតឃើញថា យើងបានប្រព្រឹត្តកំហុស ឬមិនយល់ស្របជាមួយនឹងសេចក្តីសម្រេចនេះ។

**?** **ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ** សូមហៅទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិកតាមរយៈលេខ 1-800-443-0815 (TTY 711) បាន 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់ ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** សូមចូលមើលគេហទំព័រ [kp.org/medicare](http://kp.org/medicare)។



អ្នកអាចធ្វើ ការតវ៉ា អំពីពួកយើង ឬអ្នកផ្តល់សេវាណាមួយ (រួមទាំងអ្នកផ្តល់សេវាមិនមែនបណ្តាញ ឬបណ្តាញ)។ អ្នកផ្តល់សេវាបណ្តាញគឺជាអ្នកផ្តល់សេវាដែលធ្វើការជាមួយគម្រោងរបស់យើង។ អ្នកក៏អាចដាក់ពាក្យ**បណ្តឹងតវ៉ា**អំពីគុណភាពនៃការថែទាំដែលអ្នកបានទទួលមកកាន់យើងខ្ញុំ ឬទៅកាន់អង្គការលើកកម្ពស់គុណភាពផងដែរ។ អ្នកអាចធ្វើការតវ៉ាអំពីគម្រោងរបស់យើងទៅកាន់ Medicare ។ អ្នកអាចប្រើទម្រង់បែបបទតាមអនឡាញនៅលើគេហទំព័រ [www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx](http://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx)។ ឬអ្នកអាចទូរស័ព្ទទៅ **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)** ដើម្បីសុំជំនួយ។ អ្នកអាចធ្វើការតវ៉ាអំពីផែនការរបស់យើងទៅកាន់កម្មវិធី Ombuds ដោយទូរស័ព្ទទៅលេខ **1-888-452-8609**។ ពីថ្ងៃច័ន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ចាប់ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ 5 ល្ងាច ដោយមិនរាប់បញ្ចូលថ្ងៃឈប់សម្រាករបស់រដ្ឋ។

<p><b>ការហៅទូរស័ព្ទទៅ</b></p>	<p><b>1-800-443-0815</b></p> <p>ការហៅទូរស័ព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ 8 យប់</p> <p>យើងមានសេវាបកប្រែដោយឥតគិតថ្លៃសម្រាប់អ្នកមិនចេះនិយាយភាសាអង់គ្លេស។</p> <p>ប្រសិនបើសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ ឬបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នកមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់សេចក្តីសម្រេចឆាប់រហ័ស ដូចដែលបានពិពណ៌នានៅក្នុង <i>សៀវភៅណែនាំសមាជិក</i> សូមហៅទូរស័ព្ទទៅអង្គការត្រួតពិនិត្យឆាប់រហ័សតាមរយៈលេខ <b>1-888-987-7247</b> ពីម៉ោង 8:30 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 5 ល្ងាច ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសៅរ៍។</p>
<p><b>TTY</b></p>	<p><b>711</b></p> <p>ការទូរស័ព្ទទៅកាន់លេខទូរស័ព្ទនេះ គឺឥតគិតថ្លៃទេ។ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ ម៉ោង 8 ព្រឹកដល់ម៉ោង 8 ល្ងាច។</p>
<p><b>ទូរសារ</b></p>	<p>ប្រសិនបើការសម្រេចចិត្តលើការរ៉ាប់រង ការប្តឹងតវ៉ា ឬពាក្យបណ្តឹងរបស់អ្នកមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ការសម្រេចចិត្តឆាប់រហ័ស សូមទូរសារសំណើរបស់អ្នកទៅកាន់អង្គការត្រួតពិនិត្យឆាប់រហ័សរបស់យើងតាមរយៈលេខ <b>1-888-987-2252</b>។</p>

 **ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ** សូមហៅទូរស័ព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិកតាមរយៈលេខ 1-800-443-0815 (TTY 711) បាន 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់ ការហៅទូរស័ព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** សូមចូលមើលគេហទំព័រ [kp.org/medicare](http://kp.org/medicare)។

<p><b>សរសេរទៅកាន់</b></p>	<p>សម្រាប់សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងស្តង់ដារ ឬបណ្តឹងតវ៉ា សូមសរសេរទៅកាន់ការិយាល័យរបស់ផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិក ក្នុងតំបន់របស់អ្នក (សូមមើល <b>បញ្ជីរាយឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថាន</b> សម្រាប់ទីតាំង)។</p> <p>សម្រាប់ ការប្តឹងឧទ្ធរណ៍ស្តង់ដារ, សូមសរសេរទៅកាន់អាសយដ្ឋានដែលបង្ហាញនៅលើការជូនដំណឹងបដិសេធន៍ ដែលយើងផ្ញើជូនអ្នក។</p> <p>ប្រសិនបើការសម្រេចចិត្តលើការរ៉ាប់រង ការប្តឹងឧទ្ធរណ៍ ឬការប្តឹងតវ៉ារបស់អ្នក មានលក្ខខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ ទទួលបានការសម្រេចចិត្តឆាប់រហ័ស, សូមសរសេរទៅកាន់៖</p> <p>Kaiser Permanente Expedited Review Unit P.O. Box 1809 Pleasanton, CA 94566</p>
<p><b>គេហទំព័រ</b></p>	<p>អ្នកអាចប្រគល់បណ្តឹងណាមួយពាក់ព័ន្ធនឹងផែនការរបស់យើងដោយផ្ទាល់ទៅកាន់ Medicare។ ដើម្បីដាក់បញ្ជូនពាក្យបណ្តឹងតវ៉ាតាមអនឡាញទៅកាន់ Medicare សូមចូលទៅកាន់ <a href="http://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx">www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx</a></p>



**ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ** សូមហៅទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិកតាមរយៈលេខ 1-800-443-0815 (TTY 711) បាន 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់ ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** សូមចូលមើលគេហទំព័រ [kp.org/medicare](http://kp.org/medicare)។

**ការសម្រេចចិត្តលើការរ៉ាប់រងសម្រាប់ឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាផ្នែក D**

ការសម្រេចចិត្តលើការធានារ៉ាប់រងអំពីឱសថ Medicare របស់អ្នកគឺជាការសម្រេចចិត្តអំពី៖

- អត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នក និង Medicare សម្រាប់ការរ៉ាប់រងលើថ្នាំ ឬ
- ចំនួនទឹកប្រាក់ដែលយើងចំណាយសម្រាប់ឱសថ Medicare របស់អ្នក។

<b>ការហៅទូរស័ព្ទទៅ</b>	<b>1-877-645-1282</b> ការទូរស័ព្ទទៅកាន់លេខទូរស័ព្ទនេះ គឺឥតគិតថ្លៃទេ។ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ ម៉ោង 8 ព្រឹកដល់ម៉ោង 8 ល្ងាច។ យើងមានសេវាកម្មប្រយោជន៍ឥតគិតថ្លៃសម្រាប់អ្នកមិនចេះនិយាយភាសាអង់គ្លេស។
<b>TTY</b>	<b>711</b> ការទូរស័ព្ទទៅកាន់លេខទូរស័ព្ទនេះ គឺឥតគិតថ្លៃទេ។ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ ម៉ោង 8 ព្រឹកដល់ម៉ោង 8 ល្ងាច។
<b>ទូរសារ</b>	<b>1-844-403-1028</b>
<b>សរសេរទៅកាន់</b>	OptumRx c/o Prior Authorization P.O. Box 25183 Santa Ana, CA 92799
<b>គេហទំព័រ</b>	<a href="http://kp.org">kp.org</a>



**ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ** សូមហៅទូរស័ព្ទទៅផ្នែកសេវាកម្មប្រើសមាជិកតាមរយៈលេខ 1-800-443-0815 (TTY 711) បាន 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់ ការហៅទូរស័ព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** សូមចូលមើលគេហទំព័រ [kp.org/medicare](http://kp.org/medicare)។

**បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍សម្រាប់ឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាផ្នែក D**

បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍គឺជាវិធីមួយដើម្បីសុំឱ្យយើងផ្លាស់ប្តូរការសម្រេចចិត្តលើការធានារ៉ាប់រង។

<b>ការហៅទូរស័ព្ទទៅ</b>	<b>1-866-206-2973</b> ការហៅទូរស័ព្ទទៅលេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃ បាន 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ ពីម៉ោង 8:30 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 5 ល្ងាច។ យើងមានសេវាកប្រែដោយឥតគិតថ្លៃសម្រាប់អ្នកមិនចេះនិយាយភាសាអង់គ្លេស។
<b>TTY</b>	<b>711</b> ការហៅទូរស័ព្ទទៅលេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃ បាន 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់។
<b>ទូរសារ</b>	<b>1-866-206-2974</b>
<b>សរសេរទៅកាន់</b>	Kaiser Permanente Medicare Part D Unit P.O. Box 1809 Pleasanton, CA 94566
<b>គេហទំព័រ</b>	<a href="http://kp.org">kp.org</a>




**ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ** សូមហៅទូរស័ព្ទទៅផ្នែកសេវាកម្រិតសមាជិកតាមរយៈលេខ 1-800-443-0815 (TTY 711) បាន 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់ ការហៅទូរស័ព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** សូមចូលមើលគេហទំព័រ [kp.org/medicare](http://kp.org/medicare)។

**ការតវ៉ាសម្រាប់ឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាផ្នែក D**

អ្នកអាចធ្វើការតវ៉ាអំពីយើង ឬឱសថស្ថានណាមួយ។ វារួមបញ្ចូលការតវ៉ាអំពីឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជា Medicare របស់អ្នក។

ប្រសិនបើការតវ៉ារបស់អ្នកគឺអំពីការសម្រេចចិត្តលើការរាប់រងអំពីឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជា Medicare របស់អ្នក អ្នកអាចធ្វើការប្តឹងឧទ្ធរណ៍ (សូមមើល "បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍សម្រាប់ឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាផ្នែក D" ខាងលើ)។

<p><b>ការហៅទូរស័ព្ទទៅ</b></p>	<p><b>1-800-443-0815</b></p> <p>ការទូរស័ព្ទទៅកាន់លេខទូរស័ព្ទនេះ គឺឥតគិតថ្លៃទេ។ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ ម៉ោង 8 ព្រឹកដល់ម៉ោង 8 ល្ងាច។</p> <p>ប្រសិនបើបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នកមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់សេចក្តីសម្រេចឆាប់រហ័ស សូមហៅទូរស័ព្ទទៅកាន់អង្គភាពផ្នែក D តាមរយៈលេខ <b>1-866-206-2973</b> ពីម៉ោង 8:30 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 5 ល្ងាច ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ។ មើលជំពូក 9 ដើម្បីស្វែងយល់ថាតើបញ្ហារបស់អ្នកមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ទទួលបានការសម្រេចចិត្តឆាប់រហ័សដែរឬអត់។</p> <p>យើងមានសេវាកម្មប្រយោជន៍ឥតគិតថ្លៃសម្រាប់អ្នកមិនចេះនិយាយភាសាអង់គ្លេស។</p>
<p><b>TTY</b></p>	<p><b>711</b></p> <p>ការទូរស័ព្ទនេះគឺមិនគិតថ្លៃ។ ថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ម៉ោង ៨ ព្រឹក ដល់ ម៉ោង ៥ ល្ងាច</p>
<p><b>ទូរសារ</b></p>	<p>ប្រសិនបើការប្តឹងតវ៉ារបស់អ្នកមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ទទួលបានការសម្រេចចិត្តឆាប់រហ័ស សូមផ្ញើសំណើរបស់អ្នកតាមទូរសារទៅកាន់ អង្គភាពផ្នែក D របស់យើងតាមរយៈលេខ <b>1-866-206-2974</b>។</p>
<p><b>សរសេរទៅកាន់</b></p>	<p>សម្រាប់បណ្តឹងតវ៉ាស្តង់ដារ សូមសរសេរទៅកាន់ការិយាល័យរបស់ផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិកក្នុងតំបន់របស់អ្នក (សូមមើល <b>បញ្ជីរាយឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថាន</b> សម្រាប់ទីតាំង)។</p> <p>ប្រសិនបើការប្តឹងតវ៉ារបស់អ្នក មានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ទទួលបានការសម្រេចចិត្តឆាប់រហ័ស, សូមសរសេរទៅកាន់៖</p> <p>Kaiser Permanente          Medicare Part D Unit          P.O. Box 1809          Pleasanton, CA 94566</p>

 **ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ** សូមហៅទូរស័ព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិកតាមរយៈលេខ 1-800-443-0815 (TTY 711) បាន 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់ ការហៅទូរស័ព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** សូមចូលមើលគេហទំព័រ [kp.org/medicare](http://kp.org/medicare)។

<b>គេហទំព័រ</b>	អ្នកអាចប្រគល់បណ្តឹងណាមួយពាក់ព័ន្ធនឹងផែនការរបស់យើងដោយផ្ទាល់ទៅកាន់ Medicare។ ដើម្បីដាក់បញ្ជូនពាក្យបណ្តឹងតវ៉ាតាមអនឡាញទៅកាន់ Medicare សូមចូលទៅកាន់ <a href="http://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx">www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx</a>
-----------------	---

**ស្ថាប័នលើកកម្ពស់គុណភាព (QIO)**

រដ្ឋរបស់យើងមានស្ថាប័នមួយហៅថា Livanta ។ នេះគឺជាក្រុមអង្គបណ្ឌិត និងអ្នកជំនាញផ្នែកថែទាំសុខភាពផ្សេងទៀត ដែលជួយកែលម្អគុណភាពនៃការថែទាំសម្រាប់អ្នកដែលមាន Medicare ។ Livanta មិនភ្ជាប់ជាមួយគម្រោងរបស់យើងទេ។ ទាក់ទង Livanta សម្រាប់ជំនួយជាមួយ៖

- សំណួរអំពីសិទ្ធិថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក
- អ្នកអាចធ្វើការតវ៉ាអំពីការថែទាំដែលអ្នកទទួលបាន ប្រសិនបើអ្នក៖
  - មានបញ្ហាជាមួយនឹងគុណភាពនៃការថែទាំ
  - គិតថាការស្នាក់នៅមន្ទីរពេទ្យរបស់អ្នកនឹងបញ្ចប់ឆាប់ពេក ឬ
  - គិតថាការថែទាំសុខភាពតាមផ្ទះរបស់អ្នក ការថែទាំនៅកន្លែងថែទាំដែលមានជំនាញ ឬសេវាស្តារនីតិសម្បទាអ្នកជំងឺមិនស្រាកនៅមន្ទីរពេទ្យទូលំទូលាយ (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) កំពុងបញ្ចប់ឆាប់ពេក។

<b>ការហៅទូរស័ព្ទទៅ</b>	<b>1-877-588-1123</b>
<b>TTY</b>	<b>711</b>
<b>សរសេរទៅកាន់</b>	Livanta BFCC-QIO Program 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701-1105
<b>គេហទំព័រ</b>	<a href="http://www.livantaqio.com">www.livantaqio.com</a>

**?** **ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ** សូមហៅទូរស័ព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិកតាមរយៈលេខ 1-800-443-0815 (TTY 711) បាន 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់ ការហៅទូរស័ព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** សូមចូលមើលគេហទំព័រ [kp.org/medicare](http://kp.org/medicare)។

**នាយកដ្ឋានថែទាំសុខភាពដែលគ្រប់គ្រងរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា**

នាយកដ្ឋានថែទាំសុខភាពដែលគ្រប់គ្រងរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា (Department of Managed Health Care, DMHC) ទទួលខុសត្រូវក្នុងការគ្រប់គ្រងគម្រោងសុខភាព។ មជ្ឈមណ្ឌលជំនួយ DMHC អាចជួយអ្នកក្នុងការដាក់ពាក្យបណ្តឹង និងការតវ៉ាអំពីសេវាកម្ម Medi-Cal ។

<b>ការហៅទូរស័ព្ទទៅ</b>	<b>1-888-466-2219</b> អ្នកតំណាង DMHC មាននៅចន្លោះម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ 6:00 ល្ងាច ពីថ្ងៃច័ន្ទដល់ថ្ងៃសុក្រ។
<b>TDD</b>	<b>1-877-688-9891</b> លេខនេះគឺសម្រាប់អ្នកដែលមានបញ្ហាក្នុងការស្តាប់ ឬនិយាយ។ អ្នកត្រូវតែមានឧបករណ៍ទូរស័ព្ទពិសេសដើម្បីហៅវា។
<b>សរសេរទៅកាន់</b>	Help Center California Department of Managed Health Care 980 Ninth Street, Suite 500 Sacramento, CA 95814-2725
<b>ទូរសារ</b>	<b>1-916-255-5241</b>
<b>គេហទំព័រ</b>	<a href="http://www.dmhc.ca.gov">www.dmhc.ca.gov</a>

អ្នកក៏អាចដាក់ទម្រង់បែបបទការត្រួតពិនិត្យផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ/ការតវ៉ាឯករាជ្យជាមួយនាយកដ្ឋានថែទាំសុខភាពដែលគ្រប់គ្រង (DMHC) ដើម្បីឱ្យការសម្រេចចិត្តរបស់យើងត្រូវបានពិនិត្យ ឬស្នើសុំការត្រួតពិនិត្យផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រឯករាជ្យ (“IMR”) ពី DMHC ។ ក្នុងអំឡុងពេលត្រួតពិនិត្យ IMR របស់ក្រសួង DMHC វេជ្ជបណ្ឌិតខាងក្រៅដែលមិនមែនជាផ្នែកមួយរបស់ Kaiser Permanente និងពិនិត្យឡើងវិញនូវករណីរបស់អ្នក។ លេខទូរស័ព្ទគតិកថ្លៃរបស់ DMHC គឺ **(1-888-466-2219)** ហើយបណ្តាញ TTY សម្រាប់អ្នកមានបញ្ហាការស្តាប់ និងការនិយាយគឺ **(1-877-688-9891)**។ អ្នកអាចស្វែងរកទម្រង់បែបបទត្រួតពិនិត្យផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដោយឯករាជ្យ/ពាក្យបណ្តឹងតវ៉ា និងការណែនាំតាមអនឡាញនៅលើគេហទំព័ររបស់ក្រសួង DMHC តាមរយៈ [www.dmhc.ca.gov](http://www.dmhc.ca.gov)។

**?** **ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ** សូមហៅទូរស័ព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិកតាមរយៈលេខ 1-800-443-0815 (TTY 711) បាន 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់ ការហៅទូរស័ព្ទនេះគឺគតិកថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** សូមចូលមើលគេហទំព័រ [kp.org/medicare](http://kp.org/medicare)។

## H. អ្វីដែលត្រូវធ្វើប្រសិនបើអ្នកសង្ស័យថាមានការក្លែងបន្លំ

អ្នកជំនាញថែទាំសុខភាព និងអង្គការដែលផ្តល់សេវាភាគច្រើនមានភាពស្មោះត្រង់។ ជាអកុសល ប្រហែលជាមានអ្នកខ្លះមិនស្មោះត្រង់។

ប្រសិនបើអ្នកគិតថាវេជ្ជបណ្ឌិត មន្ទីរពេទ្យ ឬឱសថស្ថានផ្សេងទៀតកំពុងធ្វើអ្វីខុស សូមទាក់ទងមកយើង។


- សូមហៅទូរសព្ទមកយើងខ្ញុំតាមរយៈផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិករបស់ Kaiser Permanente Dual Complete។ លេខទូរស័ព្ទត្រូវបានរាយនៅខាងក្រោមទំព័រនេះ។
- ឬហៅទូរសព្ទទៅកាន់មជ្ឈមណ្ឌលសេវាបម្រើអតិថិជនរបស់ Medi-Cal តាមរយៈលេខ 1-800-541-5555។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY អាចហៅទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-430-7077។
- ឬទូរស័ព្ទទៅ Medicare តាមលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) ។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY អាចទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-800-497-4648។ អ្នកអាចទូរសព្ទទៅកាន់លេខទូរសព្ទទាំងនេះដោយឥតគិតថ្លៃ 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។



**ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ** សូមហៅទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិកតាមរយៈលេខ 1-800-443-0815 (TTY 711) បាន 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់ ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** សូមចូលមើលគេហទំព័រ [kp.org/medicare](http://kp.org/medicare)។



❖ ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរទូទៅ ឬសំណួរអំពីគម្រោង សេវា តំបន់សេវា ការចេញវិក្កយបត្រ ឬបញ្ហាសម្គាល់សមាជិករបស់យើង សូមហៅទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិករបស់ Kaiser Permanente Dual Complete តាមរយៈលេខ៖  
**1-800-443-0815 (TTY 711)**។  
ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់ បាន 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទទៅកាន់លេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។  
ផ្នែកសេវាសមាជិក ក៏មានផ្តល់ជូនសេវាកម្មបកប្រែភាសាដោយឥតគិតថ្លៃផងដែរ សម្រាប់អ្នកដែលមិនចេះភាសាអង់គ្លេស។

 **ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ** សូមហៅទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិកតាមរយៈលេខ 1-800-443-0815 (TTY 711) បាន 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់ ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** សូមចូលមើលគេហទំព័រ [kp.org/medicare](http://kp.org/medicare)។

## សេចក្តីជូនដំណឹងអំពីការមិនរើសអើង

ការរើសអើងគឺប្រឆាំងនឹងច្បាប់។ Kaiser Permanente<sup>1</sup> គោរពតាមច្បាប់សិទ្ធិរដ្ឋប្បវេណីថ្នាក់រដ្ឋនិងសហព័ន្ធ។

Kaiser Permanente មិនរើសអើងប្រឆាំងនឹងច្បាប់ បដិសេធមនុស្ស ឬប្រព្រឹត្តទៅលើពួកគេខុសគ្នាដោយសារអាយុ ជាតិសាសន៍ អត្តសញ្ញាណក្រុមពូជសាសន៍ ពណ៌សម្បុរ សញ្ជាតិដើម សារភារវប្បធម៌ ពូជពង្ស សាសនា ជេនឌឺរ អត្តសញ្ញាណជេនឌឺរ ការបញ្ជាក់ពីជេនឌឺរ ទំនោរផ្លូវភេទ ស្ថានភាពអាពាហ៍ពិពាហ៍ ពិការភាពរាងកាយ ឬផ្លូវចិត្ត ប្រភពនៃការទូទាត់ប្រាក់ ព័ត៌មានហ្វេស៊ីប៊ីលីតេ សញ្ជាតិ ភាសាចម្បង ឬស្ថានភាពអន្តោប្រវេសន៍ឡើយ។

Kaiser Permanente ផ្តល់សេវាកម្មដូចខាងក្រោម៖

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

ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការសេវាកម្មទាំងនេះ សូមទូរស័ព្ទទៅមជ្ឈមណ្ឌលទំនាក់ទំនងសេវាកម្មសមាជិក24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ (បិទនៅថ្ងៃឈប់សម្រាក)។ ការទូរស័ព្ទនេះគឺមិនគិតថ្លៃ៖

- Medi-Cal: **1-855-839-7613 (TTY 711)**
- ផ្សេងទៀតទាំងអស់: **1-800-464-4000 (TTY 711)**

តាមការស្នើសុំ ឯកសារនេះអាចត្រូវបានផ្តល់ជូនអ្នកក្នុងទម្រង់ជាអក្សរសម្រាប់អ្នកពិការភ្នែក អក្សរធំ ខ្សែអាត់សម្លេង ឬទម្រង់អេឡិចត្រូនិក។ ដើម្បីទទួលបានច្បាប់ចម្លងនៅក្នុងទម្រង់ជំនួសមួយក្នុងចំណោមទម្រង់ទាំងនេះ ឬទម្រង់ផ្សេងទៀត សូមទូរស័ព្ទទៅមជ្ឈមណ្ឌលទំនាក់ទំនងសេវាកម្មសមាជិករបស់យើងហើយសួររកទម្រង់ដែលអ្នកត្រូវការ។

### របៀបដាក់ពាក្យបណ្តឹងសារទុក្ខជាមួយ Kaiser Permanente

<sup>1</sup> Kaiser Permanente គឺរួមបញ្ចូល Kaiser Foundation Health Plan, Inc, Kaiser Foundation Hospitals, The Permanente Medical Group និង Southern California Medical Group

អ្នកអាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងសារទុក្ខអំពីការរើសអើងជាមួយ Kaiser Permanente ប្រសិនបើអ្នកជឿថា យើង បានខកខានក្នុងការផ្តល់សេវាកម្មទាំងនេះ ឬបានរើសអើងដោយខុសច្បាប់តាមរបៀបផ្សេងទៀត។ អ្នកអាចដាក់បណ្តឹងសារទុក្ខតាមទូរស័ព្ទ តាមប្រៃសណីយ៍ ដោយផ្ទាល់ ឬតាមអ៊ិនធឺណិត។ សូមយោងទៅលើ ភស្តុតាងនៃការធានារ៉ាប់រង (Evidence of Coverage) ឬ វិញ្ញាបនបត្រនៃការធានារ៉ាប់រង (Certificate of Insurance) របស់អ្នកសម្រាប់ព័ត៌មានលម្អិត។ អ្នកអាចទូរស័ព្ទទៅសេវាសមាជិកសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីជម្រើសដែលអនុវត្តចំពោះអ្នក ឬសម្រាប់ជំនួយក្នុង ការដាក់ពាក្យបណ្តឹង។ លោកអ្នកអាចដាក់បណ្តឹងសារទុក្ខតាមវិធីដូចខាងក្រោម៖

- **តាមទូរស័ព្ទ:** សមាជិក Medi-Cal អាចទូរស័ព្ទទៅលេខ **1-855-839-7613 (TTY 711)**។ សមាជិកផ្សេងទៀតទាំងអស់អាចទូរស័ព្ទទៅលេខ **1-800-464-4000 (TTY 711)**។ ជំនួយអាចរកបាន 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ (ថ្ងៃឈប់សម្រាកបិទ)
- **តាមសំបុត្រ:** នាញយកទម្រង់បែបបទនៅ **kp.org** ឬហៅទូរស័ព្ទទៅសេវាសមាជិក ហើយសុំឱ្យពួកគេផ្ញើទម្រង់បែបបទដែលអ្នកអាចផ្ញើទៅវិញបាន។
- **ដោយផ្ទាល់:** បំពេញទម្រង់បែបបទបណ្តឹងភរិយា ឬទាមទារសំណង/សំណើសុំអត្ថប្រយោជន៍នៅការិយាល័យសេវាកម្មសមាជិកដែលមានទីតាំងនៅអគារផែនការណាមួយ (ចូលទៅកាន់បញ្ជីរាយនាមអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកនៅ [kp.org/facilities](http://kp.org/facilities) សម្រាប់អាសយដ្ឋាន)
- **តាមអនឡាញ:** ប្រើទម្រង់បែបបទអនឡាញនៅលើ គេហទំព័ររបស់យើងនៅ **kp.org**

អ្នកក៏អាចទាក់ទងមកអ្នកសម្របសម្រួលផ្នែកសិទ្ធិពលរដ្ឋរបស់ Kaiser Permanente ដោយផ្ទាល់តាមអាសយដ្ឋានខាងក្រោម៖

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

**របៀបដាក់ពាក្យបណ្តឹងសារទុក្ខទៅការិយាល័យសិទ្ធិពលរដ្ឋនាយកដ្ឋានសេវាកម្មថែទាំសុខភាពរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា (សម្រាប់តែអ្នកទទួលបានផលពី Medi-Cal ប៉ុណ្ណោះ)**

អ្នកក៏អាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងសិទ្ធិពលរដ្ឋជាមួយការិយាល័យសិទ្ធិពលរដ្ឋនាយកដ្ឋានសេវាកម្មថែទាំសុខភាពរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា ដោយសរសេរតាមទូរស័ព្ទឬតាមអ៊ីមែល៖

- **តាមទូរស័ព្ទ:** ទូរស័ព្ទទៅការិយាល័យសិទ្ធិពលរដ្ឋ នាយកដ្ឋានសេវាកម្មថែទាំសុខភាព (Department of Health Care Services, DHCS) លេខ **916-440-7370 (TTY 711)**
- **តាមសំបុត្រ:** បំពេញបែបបទពាក្យបណ្តឹងឬផ្ញើសំបុត្រទៅ:  
  
Deputy Director, Office of Civil Rights  
Department of Health Care Services

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

ទម្រង់បែបបទពាក្យបណ្តឹងអាចរកបាននៅ៖ [http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language\\_Access.aspx](http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx)

- **អនឡាញ:** ផ្ញើអ៊ីមែលទៅកាន់ [CivilRights@dhcs.ca.gov](mailto:CivilRights@dhcs.ca.gov)

**របៀបដាក់បណ្តឹងសារទុក្ខទៅកាន់ការិយាល័យសិទ្ធិពលរដ្ឋនាយកដ្ឋានសេវាកម្មសុខភាពនិងមនុស្សជាតិអាមេរិក**

អ្នកអាចដាក់បណ្តឹងតវ៉ាអំពីការរើសអើងទៅកាន់ការិយាល័យសិទ្ធិពលរដ្ឋនាយកដ្ឋានសេវាកម្មសុខភាពនិងមនុស្សជាតិអាមេរិក។ អ្នកអាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ តាមទូរស័ព្ទ ឬតាមអនឡាញ៖

- **តាមទូរស័ព្ទ:** ហៅទៅលេខ **1-800-368-1019** (TTY 711 ឬ **1-800-537-7697**)

- **តាមសំបុត្រ:** បំពេញបែបបទពាក្យបណ្តឹងឬផ្ញើលិខិតទៅ៖

U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue, SW  
Room 509F, HHH Building  
Washington, D.C. 20201

ទម្រង់បែបបទពាក្យបណ្តឹងអាចរកបាននៅ៖ <https://www.hhs.gov/ocr/complaints/index.html>

- **អនឡាញ:** ចូលទៅកាន់ទំព័រការិយាល័យពាក្យបណ្តឹងសិទ្ធិពលរដ្ឋនៅ៖ <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>.

# Notice of Availability

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.

## 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.

## 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՝ բրեյլով փաստաթղթեր 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)**。身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。

## HINDI

ध्यान दें: यदि आपको अपनी भाषा में 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 मुफ्त 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: ເອກະສານເປັນຕົວໜັງສືງູນ ແລະ ຕົວໜັງສືໃຫຍ່. ກະລຸນາໂທຫາ **1-800-443-0815 (TTY 711)**. ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ແມ່ນບໍ່ມີຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ.

## MIEN

Tov Doqc Mv Deix Jienv Nyei Waac Tengx Meih Mbuo Oc: Hnaangv meih aqv zuqc longc tengx yiem meih haaih gorngv nyei waac nor, heuc **1-800-443-0815 (TTY 711)**. Meih nyei sin zaangc yaac maaih baengc zoux aaqc bun meih, aeqv meih aqv zuqc longc dieh nyungc ga'naaiv tengx nor heuc **1-800-443-0815 (TTY 711)**. Yie mbuo yaac maaih camv-nyungc tengx nyei jauv nyei. Hnaangv beiv taux meih zing mbuov aqv zuqc longc zing mbuov mienh nyei sou, faai sou maaih nzangc-maac hlo nyei bun mienh duqv buaatc njang deix. Naaiv tengx nyei jauv naaic mv zuqc cuotv nyaanh oc.

## MON-KHMER/CAMBODIAN

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

## PERSIAN/FARSI

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

## 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 ਮੁਫਤ ਹਨ।

## 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 людей 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 no tienen costo.

## **TAGALOG**

PAUNAWA: Kung kinakailangan mo ng tulong sa iyong wika, tumawag sa **1-800-443-0815** (TTY **711**). Available din ang mga tulong at serbisyo para sa mga taong may mga kapansanan, tulad ng mga dokumento sa braille at malaking letra. Tumawag sa **1-800-443-0815** (TTY **711**). Libre ang mga serbisyonang ito

## **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 безкоштовні.

## VIETNAMESE

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