សេចក្តីសង្ខេបនៃអត្ថប្រយោជន៍ឆ្នាំ 2027

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

Kaiser Permanente Dual Complete South P6 (HMO D-SNP)

Kaiser Permanente Dual Complete South P7 (HMO D-SNP)

Kaiser Permanente Dual Complete South P9 (HMO D-SNP)

Kaiser Permanente Dual Complete South P10 (HMO D-SNP)

Kaiser Permanente Dual Complete South P11 (HMO D-SNP)

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

Kaiser Permanente Dual Complete North P16 (HMO D-SNP)

Kaiser Permanente Dual Complete North P17 (HMO D-SNP)

Kaiser Permanente Dual Complete North P18 (HMO D-SNP)

Kaiser Permanente Dual Complete North P19 (HMO D-SNP)

Kaiser Permanente Dual Complete North P20 (HMO D-SNP)

Kaiser Permanente Dual Complete North P21 (HMO D-SNP)

Kaiser Permanente Dual Complete North P22 (HMO D-SNP)

Kaiser Permanente Dual Complete North P23 (HMO D-SNP)

Kaiser Permanente Dual Complete North P24 (HMO D-SNP)

Kaiser Permanente Dual Complete North P25 (HMO D-SNP)

H8794_27SBSNPKM_M
4383476027_CA-SNP_KM

KAISER PERMANENTE®

សេចក្តីផ្តើម

ឯកសារនេះគឺជាការសង្ខេបត្រួសៗនៃអត្ថប្រយោជន៍ និងសេវាកម្មដែលវ៉ាប់រងដោយ Kaiser Permanente Dual Complete។ ឯកសារនេះរួមបញ្ចូលទាំងចម្លើយចំពោះសំណួរដែលគេសួរញឹកញាប់ ព័ត៌មានទំនាក់ទំនងសំខាន់ៗ ទិដ្ឋភាពទូទៅនៃអត្ថប្រយោជន៍ និងសេវាកម្មដែលស្នើផ្តល់ជូនឱ្យ និងព័ត៌មានអំពីសិទ្ធិរបស់អ្នកក្នុងនាមជាសមាជិកនៃ Kaiser Permanente Dual Complete។ ពាក្យគន្លឹះ និងនិយមន័យនៃពាក្យគន្លឹះទាំងនេះបង្ហាញទៅតាមលំដាប់អក្សរក្រមនៅក្នុងជំពូកចុងក្រោយនៃសៀវភៅណែនាំសម្រាប់សមាជិក *(Member Handbook)*

តារាងមាតិកា

A. សេចក្តីប្រកាសមិនទទួលខុសត្រូវ 3

B. សំណួរដែលគេសួរញឹកញាប់ (FAQ) 10

C. បញ្ជីសេវាកម្មដែលត្រូវវ៉ាប់រង 18

D. អត្ថប្រយោជន៍ដែលមានការធានាវ៉ាប់រងនៅក្រៅគម្រោង Kaiser Permanente Dual Complete 38

E. សេវាដែលគម្រោង Kaiser Permanente Dual Complete, Medicare និង Medi-Cal មិនធានាវ៉ាប់រង 39

F. សិទ្ធិរបស់អ្នកជាសមាជិកនៃគម្រោង 43

G. របៀបដាក់ពាក្យប្តឹងតវ៉ា ឬប្តឹងឧទ្ធរណ៍ចំពោះសេវាដែលមានការបដិសេធ ការពន្យារពេល ឬការកែប្រែនោះ 46

H. អ្វីដែលត្រូវធ្វើប្រសិនបើអ្នកសង្ស័យថាមានការក្លែងបន្លំ 52

A. សេចក្តីប្រកាសមិនទទួលខុសត្រូវ

នេះគឺជាសេចក្តីសង្ខេបនៃសេវាសុខភាពដែលរ៉ាប់រងដោយ Kaiser Permanente Dual Complete សម្រាប់ឆ្នាំ 2027។
សេចក្តីសង្ខេបនៃអត្ថប្រយោជន៍នេះរួមមានគម្រោងដូចខាងក្រោម៖

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

នៅពេលអ្នកចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងមួយក្នុងចំណោមគម្រោងរបស់យើងដែលបានរាយបញ្ជីខាងលើ អ្នកក៏នឹងត្រូវបានចាត់ឱ្យទៅ Kaiser Permanente សម្រាប់ការធានារ៉ាប់រងដែលគ្រប់គ្រងដោយ Medi-Cal របស់អ្នក។

នេះគ្រាន់តែជាសេចក្តីសង្ខេបប៉ុណ្ណោះ។ សូមអាន *សៀវភៅណែនាំសម្រាប់សមាជិក* ដើម្បីទទួលបានបញ្ជីអត្ថប្រយោជន៍ពេញលេញ។ សម្រាប់ព័ត៌មានលម្អិត សូមមើល *សៀវភៅណែនាំសម្រាប់សមាជិក* ដែលស្ថិតនៅលើគេហទំព័ររបស់យើងតាមរយៈអាសយដ្ឋាន kp.org/eocncal ឬ kp.org/eocncal ឬសុំច្បាប់ចម្លងពីសេវាសមាជិកដោយធ្វើការហៅទូរសព្ទទៅលេខ **1-800-443-0815** (TTY **711**) បាន 7 ថ្ងៃ ក្នុងមួយសប្តាហ៍ ពីមោង 8 ព្រឹក ដល់មោង 8 យប់។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមហៅទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិកតាមរយៈលេខ 1-800-443-0815 (TTY 711) បាន 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ ពីមោង 8 ព្រឹក ដល់មោង 8 ល្ងាច។ ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃទេ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** សូមចូលទៅ kp.org/medicare។

- **សម្រាប់សមាជិកនៅតំបន់រដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ាខាងត្បូងប៉ុណ្ណោះ៖** អត្ថប្រយោជន៍អាហារដែលធ្វើឱ្យមានសុខភាពល្អ គឺជាផ្នែកមួយនៃកម្មវិធីបន្ថែម ពិសេសសម្រាប់សមាជិកដែលមានជំងឺរ៉ាំរ៉ៃ។ មិនមែនសមាជិកគ្រប់រូបសុទ្ធតែមានសិទ្ធិទទួលបានឡើយ។ សមាជិកត្រូវមានស្ថានភាពជំងឺរ៉ាំរ៉ៃជាក់លាក់ ដូចជា ជំងឺទឹកនោមផ្អែម ជំងឺធាត់ ជំងឺសរសៃឈាមបេះដូង ជំងឺរលាកសន្លាក់ឆ្អឹង ឬជំងឺតម្រងនោមរ៉ាំរ៉ៃ ទើបអាចមានសិទ្ធិទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍នេះ។ ក៏មានជំងឺ ឬស្ថានភាពសុខភាពផ្សេងទៀតដែលអាចធ្វើឱ្យអ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍នេះផងដែរ។ ភាពមានសិទ្ធិទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍នេះ មិនអាចធានាបានដោយផ្អែកតែលើស្ថានភាពជំងឺរបស់អ្នកប៉ុណ្ណោះទេ។ រាល់លក្ខខណ្ឌតម្រូវនៃភាពមានសិទ្ធិទទួលបានដែលអាចអនុវត្តបានទាំងអស់ ត្រូវតែបំពេញជាមុនសិន ទើបអត្ថប្រយោជន៍នេះអាចត្រូវបានផ្តល់ជូន។ សម្រាប់ព័ត៌មានលម្អិត សូមទាក់ទងមកយើង។
- អ្នកផ្តល់សេវាដែលមិនស្ថិតនៅក្នុងបណ្តាញ/មិនមានកិច្ចសន្យា មិនមានកាតព្វកិច្ចផ្តល់ការព្យាបាលដល់សមាជិករបស់គម្រោងនេះទេ លើកលែងតែក្នុងស្ថានភាពបន្ទាន់។ សូមហៅទូរសព្ទទៅកាន់លេខសេវាសមាជិករបស់យើង ឬមើល *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*របស់អ្នក ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែម ដែលរួមមានការជួយចេញថ្លៃសេវាដែលត្រូវបង់សម្រាប់សេវាដែលទទួលបានពីអ្នកផ្តល់សេវាដែលមិនស្ថិតនៅក្នុងបណ្តាញ។
- យើងមានសេវាបកប្រែផ្ទាល់មាត់ឥតគិតថ្លៃ ដើម្បីឆ្លើយសំណួរណាមួយដែលអ្នកអាចនឹងចង់សួរអំពីគម្រោងថែទាំសុខភាព ឬឱសថរបស់យើង។ ដើម្បីទទួលបានអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ គ្រាន់តែទូរសព្ទមកយើងតាមលេខ **1-800-464-4000** (TTY **711**) 24 មោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។
- Kaiser Permanente គឺជាគម្រោង HMO D-SNP ដែលមានកិច្ចសន្យា Medicare និងកិច្ចសន្យាជាមួយកម្មវិធី Medi-Cal។ ការចុះឈ្មោះនៅក្នុងគម្រោង Kaiser Permanente អាស្រ័យលើការបន្តកិច្ចសន្យាជាថ្មី។
- សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពី **Medicare** អ្នកអាចអានសៀវភៅណែនាំ *Medicare* និងអ្នក បាន។ មានសេចក្តីសង្ខេបអំពីអត្ថប្រយោជន៍ សិទ្ធិ និងការការពារ និងចម្លើយចំពោះសំណួរដែលសួរញឹកញាប់បំផុតអំពី Medicare។ អ្នកអាចយកវាបាននៅលើគេហទំព័ររបស់ Medicare (https://www.medicare.gov/) ឬដោយទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) បាន 24 មោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរហៅទូរសព្ទទៅលេខ 1-877-486-2048។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពី **Medi-Cal** អ្នកអាចពិនិត្យមើលគេហទំព័ររបស់ក្រសួងសេវាថែទាំសុខភាពរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា (California Department of Healthcare Services, DHCS) (https://www.dhcs.ca.gov/) ឬទាក់ទងការិយាល័យមន្ត្រីសម្របសម្រួល Medi-Cal តាមរយៈលេខ 1-888-452-8609 ចាប់ពីថ្ងៃចន្ទដល់ថ្ងៃសុក្រ ចន្លោះពី មោង 8 ព្រឹក និងមោង 5 ល្ងាច។ អ្នកក៏អាចទូរសព្ទទៅមន្ត្រីសម្របសម្រួលពិសេសសម្រាប់អ្នកដែលមានទាំង Medicare និង Medi-Cal តាមរយៈលេខ 1-855-501-3077 ចាប់ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ចន្លោះពីមោង 9 ព្រឹក ដល់មោង 5 ល្ងាច។
- ឯកសារនេះគឺអាចរកបានដោយឥតគិតថ្លៃជាភាសាអារ៉ាប់ អាមេនី ខ្មែរ ចិន ហ្វាស៊ី ម៉ុង កូរ៉េ រុស្ស៊ី អេស្បាញ តាកាឡុក ឬវៀតណាម។

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

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

ARABIC

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

ARMENIAN

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

CHINESE

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

PUNJABI

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

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

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

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

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

LAOTIAN

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

MIEN

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

CAMBODIAN

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

FARSI

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

RUSSIAN

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

SPANISH

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

TAGALOG

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

THAI

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

UKRAINIAN

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

VIETNAMESE

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

❖ អ្នកអាចទទួលបានឯកសារនេះដោយឥតគិតថ្លៃជាទម្រង់ផ្សេងៗទៀត ដូចជា អក្សរពុម្ពធំៗ អក្សរស្ទាបសម្រាប់មនុស្សពិការភ្នែក ឯកសារជាសំឡេង ឬឯកសារទិន្នន័យ។ ហៅទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិកតាមរយៈលេខ 1-800-443-0815 សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។ (អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរហៅទូរសព្ទទៅលេខ 711។) មោងបម្រើការចាប់ពី 8 ព្រឹក ដល់ 8 យប់ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃទេ។

❖ ទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាសមាជិក 1-800-443-0815 (TTY 711) ពីមោង 8 ព្រឹក ដល់ 8 យប់ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ ដើម្បីស្នើសុំដូចខាងក្រោម៖

- ភាសាដែលចង់បានក្រៅពីភាសាអង់គ្លេស និង/ឬទម្រង់ជំនួស
- ការស្នើសុំជាអចិន្ត្រៃយ៍សម្រាប់សំបុត្រនិងទំនាក់ទំនងនាពេលអនាគត និង
- ការផ្លាស់ប្តូរសំណើជាអចិន្ត្រៃយ៍សម្រាប់ភាសា និង/ឬទម្រង់ដែលពេញចិត្ត។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមហៅទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិកតាមរយៈលេខ 1-800-443-0815 (TTY 711) បាន 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ ពីមោង 8 ព្រឹក ដល់មោង 8 ល្ងាច។ ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃទេ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** សូមចូលទៅ kp.org/medicare។

B. សំណួរដែលគេសួរញឹកញាប់ (FAQ)

តារាងខាងក្រោមរាយសំណួរដែលគេសួរញឹកញាប់។

សំណួរដែលគេសួរញឹកញាប់	ចម្លើយ
តើគម្រោង Medi-Medi ជាអ្វី?	គម្រោង Medi-Medi គឺជាគម្រោងសុខភាពដែលចុះកិច្ចសន្យាជាមួយទាំង Medicare និង Medi-Cal ដើម្បីផ្តល់អត្ថប្រយោជន៍នៃកម្មវិធីទាំងពីរដល់អ្នកចុះឈ្មោះ។ វាគឺសម្រាប់មនុស្សដែលមានអាយុ 21 ឆ្នាំឡើងទៅ។ គម្រោង Medi-Medi គឺជាអង្គភាពមួយដែលបង្កើតឡើងដោយវេជ្ជបណ្ឌិត មន្ទីរពេទ្យ ឱសថស្ថាន អ្នកផ្តល់សេវា និងជំនួយរយៈពេលវែង (Long-term Services and Supports, LTSS) និងអ្នកផ្តល់សេវាផ្សេងទៀត។ វាក៏មានអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំដើម្បីជួយអ្នកក្នុងការគ្រប់គ្រងអ្នកផ្តល់សេវា និងសេវាកម្ម និងជំនួយរបស់អ្នក។ ពួកគេទាំងអស់គ្នាធ្វើការរួមគ្នាដើម្បីផ្តល់ការថែទាំដែលអ្នកត្រូវការ។
តើខ្ញុំនឹងទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ Medicare និង Medi-Cal ដូចគ្នានៅក្នុងគម្រោង Kaiser Permanente Dual Complete ដែលខ្ញុំទទួលបានឥឡូវនេះដែរឬទេ?	អ្នកនឹងទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ Medicare និង Medi-Cal ដែលមានការធានារ៉ាប់រងភាគច្រើនដោយផ្ទាល់ពីគម្រោង Kaiser Permanente Dual Complete។ អ្នកនឹងធ្វើការជាមួយក្រុមអ្នកផ្តល់សេវាដែលនឹងជួយកំណត់ថាតើសេវាកម្មណាមួយនឹងបំពេញតម្រូវការរបស់អ្នកបានល្អបំផុត។ នេះមានន័យថាសេវាកម្មមួយចំនួនដែលអ្នកទទួលបានឥឡូវនេះអាចផ្លាស់ប្តូរដោយផ្អែកលើតម្រូវការរបស់អ្នក និងការវាយតម្លៃរបស់វេជ្ជបណ្ឌិត និងក្រុមថែទាំរបស់អ្នក។ អ្នកក៏អាចទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ផ្សេងទៀតក្រៅពីគម្រោងសុខភាពរបស់អ្នកតាមរបៀបដែលអ្នកទទួលបានឥឡូវនេះ ដោយផ្ទាល់ពីទីភ្នាក់ងាររដ្ឋ ឬខោនធីដូចជា សេវាផ្តល់ការគាំទ្រនៅតាមផ្ទះ (In-Home Supportive Services, IHSS) សេវាសុខភាពផ្លូវចិត្តឯកទេស និងសេវាកម្មជំងឺវិបត្តិប្រើប្រាស់សារធាតុញៀន ឬសេវាមជ្ឈមណ្ឌលក្នុងតំបន់ផងដែរ។ នៅពេលដែលអ្នកចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោង Kaiser Permanente Dual Complete អ្នក និងក្រុមការងារថែទាំរបស់អ្នកនឹងធ្វើការជាមួយគ្នា ដើម្បីបង្កើតគម្រោងថែទាំក្នុងការដោះស្រាយតម្រូវការសុខភាព និងការគាំទ្ររបស់អ្នក ដោយឆ្លុះបញ្ចាំងពីចំណាប់ចំណូលចិត្ត និងគោលដៅផ្ទាល់ខ្លួនរបស់អ្នក។ ប្រសិនបើអ្នកកំពុងប្រើឱសថរបស់ Medicare ផ្នែក D ណាមួយដែលគម្រោង Kaiser Permanente Dual Complete ជាធម្មតាមិនធានារ៉ាប់រង នោះអ្នកអាចទទួលបានការផ្តត់ផ្តង់បណ្តោះអាសន្ន ហើយយើងនឹងជួយអ្នកក្នុង ការផ្លាស់ប្តូរទៅឱសថផ្សេងទៀត ឬទទួលបានការលើកលែងដើម្បីឱ្យគម្រោង Kaiser Permanente Dual Complete ធានារ៉ាប់រងលើឱសថរបស់អ្នក ប្រសិនបើមានភាពចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមហៅទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិកតាមរយៈលេខដែលបានរាយនៅផ្នែកខាងក្រោ មទំព័រនេះ។

សំណួរដែលគេសួរញឹកញាប់	ចម្លើយ
តើខ្ញុំអាចប្រើវេជ្ជបណ្ឌិតដដែលដែលខ្ញុំកំពុងប្រើឥឡូវនេះបានទេ? (បន្តនៅទំព័របន្ទាប់)	ជាញឹកញាប់វាកើតមានដូច្នោះ។ ប្រសិនបើអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក (រួមទាំងវេជ្ជបណ្ឌិត មន្ទីរពេទ្យ អ្នកព្យាបាល ឱសថស្ថាន និងអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពផ្សេងៗ) ធ្វើការជាមួយគម្រោង Kaiser Permanente Dual Complete ហើយមានកិច្ចសន្យាជាមួយយើង អ្នកអាចបន្តទៅរកពួកគេបាន។ • អ្នកផ្តល់សេវាដែលមានកិច្ចព្រមព្រៀងជាមួយយើងគឺ "នៅក្នុងបណ្តាញ" ។ អ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញចូលរួមនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើង។ នោះមានន័យថាពួកគេទទួលយកសមាជិកនៃគម្រោងរបស់យើង និងផ្តល់សេវាកម្មដែលគម្រោងរបស់យើងគ្របដណ្តប់។ **អ្នកត្រូវតែប្រើប្រាស់អ្នកផ្តល់សេវានៅក្នុងបណ្តាញរបស់គម្រោង Kaiser Permanente Dual Complete។** ប្រសិនបើអ្នកប្រើអ្នកផ្តល់សេវាឬឱសថស្ថានដែលមិនមាននៅក្នុងបណ្តាញរបស់យើង គម្រោងនេះប្រហែលជាមិនបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាកម្ម ឬឱសថទាំងនេះទេ។ • ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការការថែទាំបន្ទាន់ ឬការថែទាំក្នុងគ្រាអាសន្ន ឬសេវាលាងឈាមក្រៅតំបន់ អ្នកអាចប្រើប្រាស់អ្នកផ្តល់សេវាដែលនៅក្រៅគម្រោង Kaiser Permanente Dual Complete បាន។ • សម្រាប់សេវា Medi-Cal អ្នកអាចទៅកាន់អ្នកផ្តល់សេវាក្រៅបណ្តាញដោយមិនមានការបញ្ជូន ឬការអនុញ្ញាតជាមុនសម្រាប់សេវាសង្គ្រោះបន្ទាន់ ឬសម្រាប់សេវាថែទាំរសើបមួយចំនួន។ អ្នកក៏អាចទៅកាន់អ្នកផ្តល់សេ វាក្រៅបណ្តាញសម្រាប់ការថែទាំបន្ទាន់នៅក្រៅតំបន់ នៅពេលដែលអ្នកស្ថិតនៅក្នុងតំបន់ដែលយើងមិនធ្វើ ប្រតិបត្តិការ។ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការសេវាសុខភាពផ្លូវចិត្តសម្រាប់អ្នកជំងឺក្រៅ អ្នកអាចទៅកាន់អ្នកផ្តល់សេវាបណ្តាញ ឬអ្នកផ្តល់សេវានៃគម្រោងសុខភាពផ្លូវចិត្តតាមខោនធី ដោយគ្មានការអនុញ្ញាតជាមុនបាន។ អ្នកត្រូវតែមានការបញ្ជូន ឬការយល់ព្រមជាមុនសម្រាប់សេវាកម្មក្រៅបណ្តាញផ្សេងទៀតទាំងអស់ បើមិនដូច្នោះទេ សេវាទាំងនោះនឹងមិនមាន ការធានារ៉ាប់រងឡើយ។ សូមចំណាំ៖ ប្រសិនបើអ្នកជាជនជាតិឥណ្ឌាសញ្ជាតិអាមេរិក អ្នកអាចទទួលបានការថែទាំ ដោយអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពឥណ្ឌានៅខាងក្រៅបណ្តាញអ្នកផ្តល់សេវារបស់យើងដោយមិនមានការបញ្ជូនបន្តទេ។ • បច្ចុប្បន្ន ប្រសិនបើអ្នកកំពុងស្ថិតក្រោមការព្យាបាលជាមួយអ្នកផ្តល់សេវាដែលនៅក្រៅបណ្តាញរបស់គម្រោង Kaiser Permanente Dual Complete ឬមានទំនាក់ទំនងដែលបានបង្កើតឡើងជាមួយអ្នកផ្តល់សេវាក្រៅបណ្តាញរបស់គម្រោង Kaiser Permanente Dual Complete សូមហៅទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិក ដើម្បីពិនិត្យអំពីការបន្តភ្ជាប់ទំនាក់ទំនង និងស្នើសុំការបន្តការថែទាំ។ អ្នកប្រហែលជាអាចបន្តទៅកាន់អ្នកផ្តល់សេវាក្រៅបណ្តាញរបស់អ្នករហូតដល់ 12 ខែ ប្រសិនបើអ្នកបំពេញតាមលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យជាក់លាក់ ហើយប្រសិនបើអ្នកផ្តល់សេវាយល់ព្រមតាមលក្ខខណ្ឌរបស់ យើង។ អ្នកត្រូវតែស្នើសុំបន្តការថែទាំក្នុងរយៈពេល 30 ថ្ងៃបន្ទាប់ពីការចុះឈ្មោះរបស់អ្នក។ ទូរសព្ទទៅផ្នែក សេវាសមាជិករបស់យើងសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីការបន្តនៃសេវាកម្មថែទាំ។

សំណួរដែលគេសួរញឹកញាប់	ចម្លើយ
តើខ្ញុំអាចប្រើវេជ្ជបណ្ឌិតដដែលដែលខ្ញុំកំពុងប្រើឥឡូវនេះបានទេ? (បន្តពីទំព័រមុន)	ដើម្បីស្វែងយល់ថាតើវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកស្ថិតនៅក្នុងបណ្តាញរបស់គម្រោងដែរឬទេ សូមហៅទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិកតាមរយៈលេខដែលបានរាយនៅផ្នែកខាងក្រោមទំព័រនេះ ឬអានបញ្ជីរាយនាមអ្នកផ្តល់សេវានិងឱសថស្ថានរបស់ Kaiser Permanente Dual Complete នៅលើគេហទំព័ររបស់គម្រោងតាមរយៈអាសយដ្ឋាន "https://www.kp.org/directory"។ ប្រសិនបើគម្រោង Kaiser Permanente Dual Complete ថ្មីសម្រាប់អ្នក យើងនឹងធ្វើការជាមួយអ្នកដើម្បីបង្កើតគម្រោងថែទាំដើម្បីដោះស្រាយតម្រូវការរបស់អ្នក។
តើអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់គម្រោង Kaiser Permanente Dual Complete មានតួនាទីធ្វើអ្វីខ្លះ?	អ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់គម្រោង Kaiser Permanente Dual Complete គឺជាបុគ្គលសំខាន់ម្នាក់សម្រាប់ឱ្យអ្នកធ្វើការទាក់ទង។ បុគ្គលនេះជួយគ្រប់គ្រងអ្នកផ្តល់សេវា និងសេវាកម្មរបស់អ្នកទាំងអស់ ហើយត្រូវប្រាកដថាអ្នកទទួលបានអ្វីដែលអ្នកត្រូវការ។
តើសេវាកម្មនិងជំនួយរយៈពេលវែង (LTSS) ជាអ្វី?	សេវាកម្មនិងជំនួយរយៈពេលវែង (LTSS) ជាជំនួយសម្រាប់មនុស្សដែលត្រូវការជំនួយក្នុងការធ្វើកិច្ចការប្រចាំថ្ងៃដូចជាការងូតទឹក ការប្រើប្រាស់បង្គន់ ការស្លៀកពាក់ ការធ្វើម្ហូប និងការលេបឱសថ។ សេវាកម្មទាំងនេះភាគច្រើនត្រូវបានផ្តល់ជូននៅផ្ទះរបស់អ្នក ឬនៅក្នុងសហគមន៍របស់អ្នក ប៉ុន្តែអាចត្រូវបានផ្តល់ជូននៅក្នុងមណ្ឌលថែទាំ ឬមន្ទីរពេទ្យ។ ក្នុងករណីខ្លះ ខោនធីឬទីភ្នាក់ងារផ្សេងទៀតអាចគ្រប់គ្រងសេវាកម្មទាំងនេះ ហើយអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នក ឬក្រុមថែទាំរបស់អ្នកនឹងធ្វើការជាមួយទីភ្នាក់ងារនោះ។
តើកម្មវិធីសេវាកម្មសម្រាប់មនុស្សចាស់ពហុគោលបំណង (MSSP) គឺជាអ្វី?	កម្មវិធីសេវាកម្មពហុគោលបំណងសម្រាប់មនុស្សចាស់ (Multipurpose Senior Services Program, MSSP) ផ្តល់នូវការសម្របសម្រួលការថែទាំដែលកំពុងបន្តជាមួយអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពលើសពីអ្វីដែលគម្រោងសុខភាពរបស់អ្នកផ្តល់ជូនរួចហើយ និងអាចភ្ជាប់អ្នកទៅកាន់សេវា និងធនធានសហគមន៍ដែលត្រូវការផ្សេងទៀត។ កម្មវិធីនេះជួយអ្នកទទួលបានសេវាកម្មដែលជួយអ្នករស់នៅដោយឯករាជ្យនៅក្នុងផ្ទះរបស់អ្នក។
ប្រសិនបើខ្ញុំត្រូវការសេវាមួយប៉ុន្តែគ្មាននរណាម្នាក់នៅក្នុងបណ្តាញរបស់គម្រោង Kaiser Permanente Dual Complete អាចផ្តល់វាបាន តើមានអ្វីកើតឡើង?	សេវាកម្មភាគច្រើននឹងត្រូវបានផ្តល់ដោយអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញរបស់យើង។ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការសេវាដែលមិនអាចផ្តល់ជូននៅក្នុងបណ្តាញរបស់យើងបានទេ នោះគម្រោង Kaiser Permanente Dual Complete នឹងទូទាត់ថ្លៃចំណាយឱ្យអ្នកផ្តល់សេវាក្រៅបណ្តាញនោះ។

សំណួរដែលគេសួរញឹកញាប់	ចម្លើយ
តើគម្រោង Kaiser Permanente Dual Complete មាននៅទីណា? (បន្តនៅទំព័របន្ទាប់)	តំបន់សេវាកម្មសម្រាប់គម្រោងទាំងនេះរួមមាន៖ **តំបន់ Southern California របស់យើងរួមមានគម្រោង South ខាងក្រោម៖** • **គម្រោង Kaiser Permanente Dual Complete South P1** ដែលរួមបញ្ចូលតែផ្នែកនៃ**ខោនធី San Diego** នៅក្នុងលេខកូដតំបន់ទាំងនេះប៉ុណ្ណោះ៖ ○ 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, 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៖ ○ ផ្នែកនៃ**ខោនធី Riverside** នៅក្នុងលេខកូដតំបន់ទាំងនេះតែប៉ុណ្ណោះ៖ 91752, 92028, 92201–03, 92210–11, 92220, 92223, 92230, 92234–36, 92240–41, 92247–48, 92253–92255, 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។ ○ ផ្នែកនៃ**ខោនធី San Bernardino** នៅក្នុងលេខកូដតំបន់ទាំងនេះតែប៉ុណ្ណោះ៖ 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។

សំណួរដែលគេសួរញឹកញាប់	ចម្លើយ
តើគម្រោង Kaiser Permanente Dual Complete មាននៅទីណា? (បន្តនៅទំព័របន្ទាប់)	• **គម្រោង Kaiser Permanente Dual Complete South P7** ដែលរួមបញ្ចូលតែផ្នែកនៃ**ខោនធី Kern** នៅក្នុងលេខកូដតំបន់ទាំងនេះប៉ុណ្ណោះ៖ ○ 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។ • **គម្រោង Kaiser Permanente Dual Complete South P9** ដែលរួមបញ្ចូលផ្នែកទាំងអស់នៃ**ខោនធី Los Angeles** លើកលែងតែកោះ Catalina។ • **គម្រោង Kaiser Permanente Dual Complete South P10** ដែលរួមបញ្ចូលផ្នែកទាំងអស់នៃ**ខោនធី Orange**។ • **គម្រោង Kaiser Permanente Dual Complete South P11** ដែលរួមបញ្ចូលតែផ្នែកនៃ**ខោនធី Ventura** នៅក្នុងលេខកូដតំបន់ទាំងនេះប៉ុណ្ណោះ៖ ○ 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 របស់យើងរួមបញ្ចូលគម្រោង North ខាងក្រោម៖** • **គម្រោង Kaiser Permanente Dual Complete North P2** ដែលរួមបញ្ចូលខោនធីទាំងនេះ៖ ○ ផ្នែកទាំងអស់នៃ**ខោនធី Sacramento**។ ○ **ខោនធី Amador** នៅក្នុងលេខកូដតំបន់ទាំងនេះប៉ុណ្ណោះ៖ 95640 និង 95669។ ○ **ខោនធី El Dorado** នៅក្នុងលេខកូដតំបន់ទាំងនេះប៉ុណ្ណោះ៖ 95613–14, 95619, 95623, 95633–35, 95651, 95664, 95667, 95672, 95682 និង 95762។ • **គម្រោង Kaiser Permanente Dual Complete North P16** ដែលរួមបញ្ចូលផ្នែកទាំងអស់នៃ**ខោនធី Alameda**។

សំណួរដែលគេសួរញឹកញាប់	ចម្លើយ
តើគម្រោង Kaiser Permanente Dual Complete មាននៅទីណា? (បន្តនៅទំព័របន្ទាប់)	• **គម្រោង Kaiser Permanente Dual Complete North P17** ដែលរួមបញ្ចូលផ្នែកទាំងអស់នៃ**ខោនធី Contra Costa**។ • **គម្រោង Kaiser Permanente Dual Complete North P18** ដែលរួមបញ្ចូលខោនធីទាំងនេះ៖ ○ **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។ • **គម្រោង Kaiser Permanente Dual Complete North P19** ដែលរួមបញ្ចូលផ្នែកទាំងអស់នៃ**ខោនធី San Francisco**។ • **គម្រោង Kaiser Permanente Dual Complete North P20** ដែលរួមបញ្ចូលផ្នែកទាំងអស់នៃ**ខោនធី San Joaquin** និង**ខោនធី Stanislaus**។ • **គម្រោង Kaiser Permanente Dual Complete North P21** ដែលរួមបញ្ចូលផ្នែកទាំងអស់នៃ**ខោនធី Santa Cruz**។ • **គម្រោង Kaiser Permanente Dual Complete North P22** ដែលរួមបញ្ចូលផ្នែកទាំងអស់នៃ**ខោនធី San Mateo**។

សំណួរដែលគេសួរញឹកញាប់	ចម្លើយ
តើគម្រោង Kaiser Permanente Dual Complete មាននៅទីណា? (បន្តពីទំព័រមុន)	• **គម្រោង Kaiser Permanente Dual Complete North P23** ដែលរួមបញ្ចូលតែផ្នែក**ខោនធី Santa Clara** ដែលមានលេខកូដតំបន់ទាំងនេះប៉ុណ្ណោះ៖ ○ 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 North P24** ដែលរួមមានខោនធីទាំងនេះ៖ ○ **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 North P25** ដែលរួមមានខោនធីទាំងនេះ៖ ○ ផ្នែកទាំងអស់នៃខោនធី **Marin, Napa និង Solano**។ ○ **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។ អ្នកត្រូវតែរស់នៅក្នុងតំបន់មួយក្នុងចំណោមតំបន់ទាំងនេះ ដើម្បីចូលរួមគម្រោងនេះ។

សំណួរដែលគេសួរញឹកញាប់	ចម្លើយ
តើការអនុញ្ញាតជាមុនគឺជាអ្វី?	ការអនុញ្ញាតជាមុនមានន័យថា ការយល់ព្រមពីគម្រោង Kaiser Permanente Dual Complete ដើម្បីស្វែងរកសេវានៅក្រៅបណ្តាញរបស់យើង ឬដើម្បីទទួលបានសេវាដែលមិនត្រូវបានធានារ៉ាប់រងជាប្រចាំដោយបណ្តាញរបស់យើង **មុន**ពេលអ្នកទទួលបានសេវានោះ។ គម្រោង Kaiser Permanente Dual Complete នឹងមិនធានារ៉ាប់រងលើសេវា នីតិវិធីព្យាបាល ទំនិញ ឬឱសថនោះទេ ប្រសិនបើអ្នកមិនទទួលបានការអនុញ្ញាតជាមុន។ **ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការការថែទាំបន្ទាន់ ឬសង្គ្រោះបន្ទាន់ ឬសេវាលាងឈាមក្រៅតំបន់ អ្នកមិនចាំបាច់ទទួលបានការអនុញ្ញាតជាមុនទេ។** គម្រោង Kaiser Permanente Dual Complete អាចផ្តល់ឱ្យអ្នក ឬអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកនូវបញ្ជីសេវា ឬនីតិវិធីព្យាបាលដែលតម្រូវឱ្យអ្នកទទួលបានការអនុញ្ញាតជាមុនពីគម្រោង Kaiser Permanente Dual Complete មុនពេលសេវានោះត្រូវផ្តល់ជូន។ ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរថាតើការអនុញ្ញាតជាមុនដែលបានតម្រូវសម្រាប់សេវា នីតិវិធីព្យាបាល ទំនិញ ឬឱសថជាក់លាក់ដែរឬទេ សូមហៅទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិកតាមរយៈលេខដែលបានរាយនៅផ្នែកខាងក្រោមទំព័រនេះសម្រាប់ជំនួយ។
តើការបញ្ជូនបន្តគឺជាអ្វី?	ការបញ្ជូនបន្តមានន័យថាអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំបឋមរបស់អ្នក (Primary Care Provider, PCP) ត្រូវតែផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវ ការយល់ព្រមដើម្បីទៅរកនរណាម្នាក់ដែលមិនមែនជា PCP របស់អ្នក។ ការបញ្ជូនគឺខុសពីការអនុញ្ញាតជាមុន។ ប្រសិនបើអ្នកមិនទទួលបានការបញ្ជូនបន្តពី PCP របស់អ្នកទេ គម្រោង Kaiser Permanente Dual Complete ប្រហែលជាមិនរ៉ាប់រងលើសេវាកម្មនោះទេ។ គម្រោង Kaiser Permanente Dual Complete អាចផ្តល់ឱ្យ អ្នកនូវបញ្ជីសេវាដែលតម្រូវឱ្យអ្នកទទួលបានការបញ្ជូនបន្តពី PCP របស់អ្នក មុនពេលសេវានោះត្រូវផ្តល់ជូន។ សូមមើលជំពូកទី 3 និងទី 4 នៃ *សៀវភៅណែនាំសម្រាប់សមាជិក* ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពីពេលណាមួយដែលអ្នកនឹងត្រូវការការបញ្ជូនបន្តពី PCP របស់អ្នក។
តើខ្ញុំត្រូវទូទាត់ប្រាក់ប្រចាំខែ (ត្រូវបានហៅថាថ្លៃធានារ៉ាប់រងផងដែរ) ស្ថិតក្រោមគម្រោង Kaiser Permanente Dual Complete ដែរឬទេ?	ទេ ដោយសារអ្នកមាន Medi-Cal អ្នកនឹងមិនបង់ថ្លៃធានារ៉ាប់រងប្រចាំខែណាមួយ រួមទាំងថ្លៃធានារ៉ាប់រង Medicare ផ្នែក B របស់អ្នកសម្រាប់ការធានារ៉ាប់រងសុខភាពរបស់អ្នក។
តើខ្ញុំត្រូវទូទាត់ប្រាក់កាត់កងក្នុងនាមជាសមាជិករបស់គម្រោង Kaiser Permanente Dual Complete ដែរឬទេ?	ទេ។ អ្នកមិនត្រូវទូទាត់ប្រាក់កាត់កងនៅក្នុងគម្រោង Kaiser Permanente Dual Complete នោះទេ។

សំណួរដែលគេសួរញឹកញាប់	ចម្លើយ
តើអ្វីជាចំនួនទឹកប្រាក់សម្រាប់ថ្លៃចំណាយចេញពីហោប៉ៅជាអតិបរមាដែលខ្ញុំនឹងត្រូវទូទាត់សម្រាប់សេវាវេជ្ជសាស្ត្រក្នុងនាមជាសមាជិករបស់ Kaiser Permanente Dual Complete?	មិនមានការចែករំលែកថ្លៃចំណាយសម្រាប់សេវាវេជ្ជសាស្ត្រនៅក្នុងគម្រោង Kaiser Permanente Dual Complete នោះទេ ដូច្នេះថ្លៃចំណាយចេញពីហោប៉ៅប្រចាំឆ្នាំរបស់អ្នកនឹងមានទឹកប្រាក់ចំនួន $0។
តើមានអ្វីកើតឡើងប្រសិនបើខ្ញុំបាត់បង់ការធានារ៉ាប់រង Medi-Cal ពេញលេញរបស់ខ្ញុំ?	ប្រសិនបើអ្នកស្ថិតនៅក្នុងរយៈពេលសន្ទតបន្តសិទ្ធិប្រើប្រាស់ 4 ខែនៃគម្រោងរបស់យើង យើងនឹងបន្តផ្តល់អត្ថប្រយោជន៍ទាំងអស់ដែលរ៉ាប់រងដោយគម្រោង Medicare Advantage ហើយចំណែកចំណាយរបស់អ្នកនឹងផ្លាស់ប្តូរដូចដែលបានពណ៌នានៅក្នុង *សៀវភៅណែនាំសម្រាប់សមាជិក*។ ក្នុងអំឡុងពេលនេះ អត្ថប្រយោជន៍ Medi-Cal របស់អ្នកអាចនឹងមិនត្រូវបានគ្របដណ្តប់ទេ។

C. បញ្ជីសេវាកម្មដែលត្រូវរ៉ាប់រង

តារាងខាងក្រោមគឺជាទិដ្ឋភាពទូទៅរហ័សនៃសេវាកម្មអ្វីដែលអ្នកប្រហែលជាត្រូវការ ចំណាយរបស់អ្នក និងវិធានអំពីអត្ថប្រយោជន៍។

តម្រូវការសុខភាពឬកង្វល់	សេវាកម្មដែលអ្នកអាចនឹងត្រូវការ	ចំណាយរបស់អ្នកសម្រាប់អ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ	ដែនកំណត់ ករណីលើកលែង និងព័ត៌មានអំពីអត្ថប្រយោជន៍ (វិធានអំពីអត្ថប្រយោជន៍)
អ្នកត្រូវការការថែទាំនៅមន្ទីរពេទ្យ	ការស្នាក់នៅមន្ទីរពេទ្យ	$0	ការបញ្ជូនបន្តគឺត្រូវបានទាមទារ។ ការអនុញ្ញាតជាមុនគឺត្រូវបានទាមទារសម្រាប់ការវះកាត់ប្តូរសរីរាង្គសម្រាប់សមាជិក Northern California។ មិនមានដែនកំណត់ចំពោះចំនួនថ្ងៃសម្រាកព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យចាំបាច់នោះទេ។
	ការថែទាំរបស់វេជ្ជបណ្ឌិត ឬគ្រូពេទ្យវះកាត់	$0	
	សេវាកម្មព្យាបាលមិនសម្រាកនៅមន្ទីរពេទ្យ រួមទាំងការសង្កេត	$0	
	សេវាកម្មមជ្ឈមណ្ឌលវះកាត់ដោយមិនសម្រាកពេទ្យ (Ambulatory Surgical Center, ASC)	$0	

តម្រូវការសុខភាព ឬកង្វល់	សេវាកម្មដែលអ្នកអាចនឹងត្រូវការ	ចំណាយរបស់អ្នកសម្រាប់អ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ	ដែនកំណត់ ករណីលើកលែង និងព័ត៌មានអំពីអត្ថប្រយោជន៍ (វិធានអំពីអត្ថប្រយោជន៍)
អ្នកចង់បានវេជ្ជបណ្ឌិត	ការទៅជួបដើម្បីព្យាបាលរបួស ឬជំងឺ	$0	
	ការថែទាំដោយគ្រូពេទ្យឯកទេស	$0	ការបញ្ជូនបន្តត្រូវបានទាមទារសម្រាប់គ្រូពេទ្យឯកទេសភាគច្រើន។ សូមមើល *សៀវភៅណែនាំសម្រាប់សមាជិក* របស់អ្នកសម្រាប់បញ្ជីសេវាដែលមិនតម្រូវឱ្យមានការបញ្ជូនបន្តនោះ។
	ការជួបពិនិត្យសុខភាព ដូចជា ការពិនិត្យរាងកាយ ជាដើម	$0	ការពិនិត្យរាងកាយជាប្រចាំត្រូវបានគ្របដណ្តប់ ប្រសិនបើការពិនិត្យនេះគឺជាការថែទាំបង្ការសមស្របតាមវេជ្ជសាស្ត្រ ស្របតាមស្តង់ដារវិជ្ជាជីវៈដែលទទួលស្គាល់ជាទូទៅ។ ការជួបពិនិត្យសុខភាពប្រចាំឆ្នាំលើកដំបូងរបស់អ្នកមិនអាចធ្វើឡើងក្នុងរយៈពេល 12 ខែបន្ទាប់ពីការទៅជួបពិនិត្យបង្ការ "ស្វាគមន៍មកកាន់ Medicare" របស់អ្នក។ ទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយ អ្នកមិនចាំបាច់មានការជួប "ស្វាគមន៍មកកាន់ Medicare" ដើម្បីទទួលបានការរ៉ាប់រងសម្រាប់ការពិនិត្យសុខភាពប្រចាំឆ្នាំ បន្ទាប់ពីអ្នកទទួលបានផ្នែក B អស់រយៈពេល 12 ខែ។
	ការថែទាំដើម្បីកុំឱ្យអ្នកឈឺ ដូចជា ការចាក់វ៉ាក់សាំងផ្តាសាយ និងការពិនិត្យរកមើលមហារីក	$0	សេវាថែទាំបង្ការខាងក្រោមតម្រូវឱ្យមានការបញ្ជូនបន្ត៖ ការថតឆ្អឹងបញ្ហោចោងសរសៃឈាមអ័ទ័រនៅក្នុងពោះ ការព្យាបាលដោយអាហារូបត្ថម្ភវេជ្ជសាស្ត្រ និងការថតឆ្អឹងសុងពោះវៀនធំតាមបាត ការពិនិត្យពោះវៀនធំ ការពិនិត្យមើលដង់ស៊ីតេឆ្អឹង និងការធ្វើតេស្តមន្ទីរពិសោធន៍
	“សូមស្វាគមន៍មកកាន់ Medicare” (ការទៅជួបពិនិត្យក្នុងការបង្ការជំងឺតែម្តងប៉ុណ្ណោះ)	$0	យើងរ៉ាប់រងលើ "សូមស្វាគមន៍មកកាន់ Medicare" ការទៅជួបពិនិត្យតែក្នុងអំឡុងពេល 12 ខែដំបូងដែលអ្នកមាន Medicare ផ្នែក B ។ នៅពេលអ្នកធ្វើការណាត់ជួប សូមប្រាប់ការិយាល័យវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកថាអ្នកចង់កំណត់ពេលទៅជួបពិនិត្យបង្ការ "សូមស្វាគមន៍មកកាន់ Medicare" របស់អ្នក។

តម្រូវការសុខភាព ឬកង្វល់	សេវាកម្មដែលអ្នកអាចនឹងត្រូវការ	ចំណាយរបស់អ្នកសម្រាប់អ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ	ដែនកំណត់ ករណីលើកលែង និងព័ត៌មានអំពីអត្ថប្រយោជន៍ (វិធានអំពីអត្ថប្រយោជន៍)
អ្នកត្រូវការការថែទាំបន្ទាន់	សេវាបន្ទប់សង្គ្រោះបន្ទាន់	$0	អ្នកមានការរ៉ាប់រងការថែទាំសង្គ្រោះបន្ទាន់ទូទាំងពិភពលោក។ ការអនុញ្ញាតជាមុនមិនត្រូវបានទាមទារទេ។ ប្រសិនបើអ្នកទទួលបានការថែទាំក្នុងគ្រាអាសន្ននៅមន្ទីរពេទ្យក្រៅបណ្តាញ ហើយត្រូវការការថែទាំអ្នកជំងឺសម្រាកក្នុងមន្ទីរ ពេទ្យ បន្ទាប់ពីការសង្គ្រោះបន្ទាន់របស់អ្នកមានស្ថិរភាពឡើងវិញ អ្នកត្រូវតែត្រឡប់ទៅមន្ទីរពេទ្យក្នុងបណ្តាញវិញ ដើម្បីឱ្យការថែទាំរបស់អ្នកបន្តទទួលបានការធានារ៉ាប់រង ឬអ្នកត្រូវតែទទួលការថែទាំសម្រាប់អ្នកជំងឺសម្រាកក្នុងមន្ទីរពេទ្យរបស់អ្នកនៅមន្ទីរពេទ្យក្រៅបណ្តាញ ដែលអនុញ្ញាតដោយគម្រោងរបស់យើង។
	ការថែទាំជាបន្ទាន់	$0	ការអនុញ្ញាតជាមុនមិនត្រូវបានទាមទារទេ។ ការថែទាំជាបន្ទាន់ត្រូវបានធានារ៉ាប់រងនៅក្រៅបណ្តាញដូចខាងក្រោម៖ **នៅក្នុងតំបន់សេវារបស់យើង** - អ្នកត្រូវតែទទួលបានការថែទាំបន្ទាន់ពីបណ្តាញអ្នកផ្តល់សេវា លុះត្រាតែបណ្តាញអ្នកផ្តល់សេវារបស់យើងមិនអាចរកបានឬមិនអាចចូលប្រើបានជាបណ្តោះអាសន្ន ដោយសារកាលៈទេសៈខុសប្រក្រតី និងខុសធម្មតា (ឧទាហរណ៍ គ្រោះមហន្ត រាយ ធ្ងន់ធ្ងរ)។ **នៅក្រៅតំបន់សេវារបស់យើង** - អ្នកមានការធានារ៉ាប់រងលើការថែទាំបន្ទាន់ទូទាំងពិភពលោកនៅពេលអ្នកធ្វើដំណើរ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការការយកចិត្តទុកដាក់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រភ្លាមៗចំពោះជំងឺ ឬរបួសដែលមិនអាចដឹងមុន ហើយអ្នកបានជឿជាក់យ៉ាងសមហេតុផលថា សុខភាពរបស់អ្នកនឹងកាន់តែយ៉ាប់យ៉ឺនខ្លាំង ប្រសិនបើអ្នកត្រូវពន្យារពេលព្យាបាលរហូតដល់អ្នកត្រឡប់ទៅកាន់តំបន់សេវារបស់យើងវិញ។

តម្រូវការសុខភាព ឬកង្វល់	សេវាកម្មដែលអ្នកអាចនឹងត្រូវការ	ចំណាយរបស់អ្នកសម្រាប់អ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ	ដែនកំណត់ ករណីលើកលែង និងព័ត៌មានអំពីអត្ថប្រយោជន៍ (វិធានអំពីអត្ថប្រយោជន៍)
អ្នកត្រូវការការធ្វើតេស្តសុខភាព	សេវាវិទ្យសកម្មរោគវិនិច្ឆ័យ (ឧទាហរណ៍ កាំរស្មីអ៊ុច ឬសេវារូបភាពផ្សេងទៀត ដូចជាការស្កែនស៊ីធី [Computed Axial Tomography, CAT] ឬការថត ដោយប្រើដែនរលកវិទ្យុ [Magnetic Resonance Imaging, MRI])	$0	ការបញ្ជូនបន្តគឺត្រូវបានទាមទារ។
	ការធ្វើតេស្តមន្ទីរពិសោធន៍ និងដំណើរការរោគវិនិច្ឆ័យ ដូចជាការងាររឈាម	$0	ការបញ្ជូនបន្តគឺត្រូវបានទាមទារ។
អ្នកត្រូវការសេវាស្តាប់/ការស្តាប់	ការពិនិត្យការស្តាប់	$0	
	ឧបករណ៍ជំនួយការស្តាប់	$0	ឧបករណ៍ជំនួយការស្តាប់ត្រូវបានគ្របដណ្តប់ដោយយោងតាមច្បាប់ធានារ៉ាប់រង Medi-Cal ។
អ្នកត្រូវការការថែទាំទន្តសាស្ត្រ (បន្តនៅទំព័របន្ទាប់)	ការពិនិត្យធ្មេញ និងការថែទាំបង្ការ	$0	អត្ថប្រយោជន៍សុខភាពមាត់ធ្មេញមានផ្តល់ជូនតាមរយៈ ម៉ូដែលគិតថ្លៃចំណាយតាមសេវា (Fee-for-Service, FFS) ផ្នែកថែទាំព្យាបាលមាត់ធ្មេញនៃកម្មវិធី Medi-Cal ឬម៉ូដែលថែទាំស្ថិតក្រោមការគ្រប់គ្រងនៃសុខភាពធ្មេញ(Dental Managed Care, Dental MC) អាស្រ័យលើខោនធីរបស់អ្នក។ សម្រាប់ព័ត៌មានអំពីការធានារ៉ាប់រងសុខភាពធ្មេញរបស់ Medi-Cal សូមទាក់ទង៖ ម៉ូដែល FFS ផ្នែកថែទាំព្យាបាលមាត់ធ្មេញ៖ **1-800-322-6384** (TTY **1-800-735-2922**) ឬ **"https://www.smilecalifornia.org/"**។ ម៉ូដែល Dental MC នៅក្នុងខោនធី Los Angeles និង Sacramento៖ **1-800-430-4263** (TTY **1-800-430-7077**) ឬ **www.dental.dhcs.ca.gov/**។

តម្រូវការសុខភាព ឬកង្វល់	សេវាកម្មដែលអ្នកអាចនឹងត្រូវការ	ចំណាយរបស់អ្នកសម្រាប់អ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ	ដែនកំណត់ ករណីលើកលែង និងព័ត៌មានអំពីអត្ថប្រយោជន៍ (វិធានអំពីអត្ថប្រយោជន៍)
អ្នកត្រូវការការថែទាំទន្តសាស្ត្រ (បន្តពីទំព័រមុន)	ការជួសជុលនិងថែទាំធ្មេញបន្ទាន់	$0	អត្ថប្រយោជន៍សុខភាពមាត់ធ្មេញមានផ្តល់ជូនតាមរយៈ ម៉ូដែលគិតថ្លៃចំណាយតាមសេវា (FFS) ផ្នែកថែទាំព្យាបាល មាត់ធ្មេញ នៃកម្មវិធី Medi-Cal ឬម៉ូដែលថែទាំស្ថិតក្រោមការ គ្រប់គ្រងនៃសុខភាពធ្មេញ (Dental MC) អាស្រ័យលើខោនធី របស់អ្នក។ សម្រាប់ព័ត៌មានអំពីការធានារ៉ាប់រងសុខភាពធ្មេញ របស់ Medi-Cal សូមទាក់ទង៖ ម៉ូដែល Dental FFS៖ **1-800-322-6384** (TTY **1-800-735-2922**) ឬ **https://www.smilecalifornia.org/**"។ ម៉ូដែល Dental MC នៅក្នុងខោនធី Los Angeles និង Sacramento៖ **1-800-430-4263** (TTY **1-800-430-7077**) ឬ **www.dental.dhcs.ca.gov/**។
អ្នកត្រូវការការថែទាំភ្នែក	ការពិនិត្យសុខភាពភ្នែក	$0	ការបញ្ជូនបន្តគឺត្រូវបានទាមទារសម្រាប់ផ្នែកភ្នែក។
	វ៉ែនតា ឬកញ្ចក់កែវភ្នែក	$0	ការបញ្ជូនបន្តគឺត្រូវបានទាមទារ។ វ៉ែនតា ឬកញ្ចក់កែវភ្នែក បន្ទាប់ពីការវះកាត់ជំងឺភ្នែកឡើងបាយ៖ $0 រហូតដល់ដែន កំណត់របស់ Medicare ប៉ុន្តែអ្នកបង់ចំនួនទឹកប្រាក់ណាមួយ លើសពីដែន កំណត់នោះ។ នៅរៀងរាល់ 12 ខែម្តង យើងផ្តល់ប្រាក់ឧបត្ថម្ភតាមរយៈធានារ៉ាប់រង Medicare របស់អ្នក។ ប្រសិនបើវ៉ែនតារបស់អ្នកមានតម្លៃលើសពីប្រាក់ ឧបត្ថម្ភសម្រាប់គម្រោងរបស់អ្នក **អ្នកបង់ថ្លៃនៅសល់**៖ • South P1 និង North P2, P16, P17, P18, P19, P20, P21, P22, P23, P24, P25 – **$350**

តម្រូវការសុខភាព ឬកង្វល់	សេវាកម្មដែលអ្នកអាចនឹងត្រូវការ	ចំណាយរបស់អ្នកសម្រាប់អ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ	ដែនកំណត់ ករណីលើកលែង និងព័ត៌មានអំពីអត្ថប្រយោជន៍ (វិធានអំពីអត្ថប្រយោជន៍)
អ្នកត្រូវការការថែទាំភ្នែក (បន្តពីទំព័រមុន)			• South P6 – **$400** • South P7, P9, P10, P11 – **$500** Medi-Cal ក៏រ៉ាប់រងផងដែរទៅលើដងវែនតាថ្មី ឬផ្លាស់ប្តូរដែលមានតម្លៃ **$80** ឬតិចជាងនេះរៀងរាល់ 24 ខែ។ កញ្ចក់វែនតាថ្មី ឬផ្លាស់ប្តូរត្រូវបានផ្តល់ដោយអ្នកលក់កញ្ចក់វែនតារបស់ក្រសួងសេវាថែទាំសុខភាព (DHCS)។ ប្រសិនបើអ្នកចង់បានវែនតាកញ្ចក់កែវភ្នែក ឬលក្ខណៈពិសេសដែលមិនត្រូវបានគ្របដណ្តប់ដោយ Medi-Cal បន្ទាប់មក**អ្នកប្រហែលជាត្រូវបង់ប្រាក់បន្ថែមសម្រាប់ការកែលម្អទាំងនោះ**។ សាកសួរមណ្ឌលព្យាបាលអុបទិករបស់គម្រោងសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។
	ការថែទាំសុខភាពភ្នែកផ្សេងទៀត	$0	ការបញ្ជូនបន្តគឺត្រូវបានទាមទារ។ ឧបករណ៍ដែលមានចក្ខុវិស័យទាបត្រូវបានគ្របដណ្តប់ដោយអនុលោមតាមច្បាប់កម្មវិធី Medi-Cal ។
អ្នកត្រូវការសេវាសុខភាពផ្លូវចិត្ត (បន្តនៅទំព័របន្ទាប់)	សេវាសុខភាពផ្លូវចិត្ត	$0	សេវាសុខភាពផ្លូវចិត្តសម្រាប់អ្នកជំងឺសម្រាកព្យាបាល និងអ្នកជំងឺមិនសម្រាកព្យាបាលទទួលបានការធានារ៉ាប់រង។ លើសពីនេះទៀត អ្នកមានការធានារ៉ាប់រងលើសេវាអ្នកឯកទេសថែទាំសុខភាពផ្លូវចិត្តបន្ថែម ដែលមិនត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare តាមរយៈគម្រោងសុខភាពអាកប្បកិរិយារបស់អ្នកនៅក្នុងខោនធី។
	ការថែទាំអ្នកជំងឺសម្រាកព្យាបាល និងអ្នកជំងឺមិនសម្រាកព្យាបាល និងសេវាសហគមន៍សម្រាប់មនុស្សដែលត្រូវការសេវាសុខភាពផ្លូវចិត្ត	$0	សេវាសុខភាពផ្លូវចិត្តសម្រាប់អ្នកជំងឺសម្រាកព្យាបាល និងអ្នកជំងឺមិនសម្រាកព្យាបាលទទួលបានការធានារ៉ាប់រង។

តម្រូវការសុខភាព ឬកង្វល់	សេវាកម្មដែលអ្នកអាចនឹងត្រូវការ	ចំណាយរបស់អ្នកសម្រាប់អ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ	ដែនកំណត់ ករណីលើកលែង និងព័ត៌មានអំពីអត្ថប្រយោជន៍ (វិធានអំពីអត្ថប្រយោជន៍)
អ្នកត្រូវការសេវាសុខភាពផ្លូវចិត្ត (បន្តនៅទំព័របន្ទាប់)			អ្នកអាចមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់សេវាតាមសហគមន៍ស្ថិតក្រោម Medi-Cal។ សាកសួរអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នកសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។ អ្នកមានការធានារ៉ាប់រងលើសេវាអ្នកឯកទេសថែទាំសុខភាពផ្លូវចិត្តបន្ថែម ដែលមិនត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare តាមរយៈគម្រោងសុខភាពអាកប្បកិរិយារបស់អ្នកនៅក្នុងខោនធី។
អ្នកត្រូវការសេវាកម្មជំងឺវិបត្តិប្រើប្រាស់សារធាតុញៀន	សេវាកម្មជំងឺវិបត្តិប្រើប្រាស់សារធាតុញៀន	$0	សេវាខាងក្រោមមានការធានារ៉ាប់រង ហើយប្រហែលជាសេវាផ្សេងៗទៀតដែលមិនមាននៅក្នុងបញ្ជីឈ្មោះនៅទីនេះ៖ • ការថត និងប្រឹក្សាការប្រើប្រាស់គ្រឿងស្រវឹងមិនត្រឹមត្រូវ។ • ការព្យាបាលការប្រើប្រាស់គ្រឿងញៀន។ • ការប្រឹក្សាជាក្រុមឬបុគ្គលដោយគ្រូពេទ្យជំនាញ រួមទាំងអ្នកព្យាបាលខាងអាពាហ៍ពិពាហ៍និងគ្រួសារ។ • សេវាគ្រឿងស្រវឹង និង/ឬគ្រឿងញៀននៅក្នុងមជ្ឈមណ្ឌលព្យាបាលអ្នកជំងឺមិនសម្រាកនៅមន្ទីរពេទ្យដែលពឹងផ្អែកខ្លាំង។ • ការព្យាបាលបណ្តោញ Naltrexone (vivitrol) ។ អ្នកមានការធានារ៉ាប់រងលើសេវាកម្មជំងឺវិបត្តិប្រើប្រាស់សារធាតុញៀនបន្ថែម ដែលមិនត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare តាមរយៈគម្រោងសុខភាពអាកប្បកិរិយារបស់អ្នកនៅក្នុងខោនធី។
អ្នកត្រូវការកន្លែងរស់នៅជាមួយមនុស្សដែលមានដើម្បីជួយអ្នក។	ការថែទាំដោយគិលានុបដ្ឋាយិកាជំនាញ	$0	ការបញ្ជូនបន្តគឺត្រូវបានទាមទារ។
	ការថែទាំនៅផ្ទះថែទាំ	$0	
	ការថែទាំមនុស្សពេញវ័យ និងការថែទាំមនុស្សពេញវ័យជាក្រុម	$0	

តម្រូវការសុខភាព ឬកង្វល់	សេវាកម្មដែលអ្នកអាចនឹងត្រូវការ	ចំណាយរបស់អ្នកសម្រាប់អ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ	ដែនកំណត់ ករណីលើកលែង និងព័ត៌មានអំពីអត្ថប្រយោជន៍ (វិធានអំពីអត្ថប្រយោជន៍)
អ្នកត្រូវការព្យាបាលបន្ទាប់ពីការដាច់សរសៃឈាមឬគ្រោះថ្នាក់	ការព្យាបាលការងារ រាងកាយ ឬការនិយាយ	$0	ការអនុញ្ញាតជាមុនត្រូវបានទាមទារ។
អ្នកត្រូវការជំនួយក្នុងការទទួលបានសេវាសុខភាព	សេវាកម្មរថយន្តសង្គ្រោះបន្ទាន់	$0	
	ការដឹកជញ្ជូនសង្គ្រោះបន្ទាន់	$0	
	ការដឹកជញ្ជូនទៅកាន់ការណាត់ជួប និងសេវាវេជ្ជសាស្ត្រ	$0	ការអនុញ្ញាតជាមុននិងការបញ្ជូនបន្តត្រូវបានទាមទារ។ Medi-Cal រ៉ាប់រងលើការដឹកជញ្ជូនវេជ្ជសាស្ត្រដែលមិនសង្គ្រោះបន្ទាន់និងការដឹកជញ្ជូនមិនមែនវេជ្ជសាស្ត្រ ដើម្បីជួយអ្នកទៅដល់ការណាត់ជួប និងទៅកាន់ឱសថស្ថាន នៅពេលដែលអ្នកមិនមានមធ្យោបាយ ទៅទីនោះដោយខ្លួនឯង។
អ្នកត្រូវការឱសថដើម្បីព្យាបាលជំងឺឬស្ថានភាពរបស់អ្នក (បន្តនៅទំព័របន្ទាប់)	ឱសថ Medicare ផ្នែក B	$0	ឱសថផ្នែក B រួមមានឱសថដែលផ្តល់ដោយវេជ្ជបណ្ឌិត របស់អ្នកនៅក្នុងការិយាល័យរបស់ពួកគេ ឱសថមហារីក មាត់មួយចំនួន និងឱសថមួយចំនួនដែលប្រើជាមួយឧបករណ៍ វេជ្ជសាស្ត្រមួយចំនួន។ សូមអាន *សៀវភៅណែនាំសម្រាប់ សមាជិក* ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែមអំពីឱសថទាំងនេះ។
	ឱសថ Medicare ផ្នែក D ថ្នាក់ទី 1៖ សាមញ្ញទូទៅដែលចង់បាន ថ្នាក់ទី 2៖ សាមញ្ញទូទៅ ថ្នាក់ទី 3៖ ឈ្មោះយីហោដែលចង់បាន ថ្នាក់ទី 4៖ មិនចង់បាន ថ្នាក់ទី 5៖ ឯកទេស ថ្នាក់ទី 6៖ រ៉ាក់សាំង	**ថ្នាក់ទី 1–2៖** ថ្លៃរួមបង់របស់អ្នកសម្រាប់ការផ្គត់ផ្គង់រហូតដល់មួយខែ (30 ថ្ងៃ) គឺ **$0–$5.80 ក្នុងមួយវេជ្ជបញ្ជា**។	វាអាចមានដែនកំណត់លើប្រភេទឱសថដែលត្រូវបានគ្របដណ្តប់។ សូមមើល *បញ្ជីឱសថដែលមានការធានារ៉ាប់រង (បញ្ជីឱសថ)* របស់គម្រោង Kaiser Permanente Dual Complete សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។

តម្រូវការសុខភាព ឬកង្វល់	សេវាកម្មដែលអ្នកអាចនឹងត្រូវការ	ចំណាយរបស់អ្នកសម្រាប់អ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ	ដែនកំណត់ ករណីលើកលែង និងព័ត៌មានអំពីអត្ថប្រយោជន៍ (វិធានអំពីអត្ថប្រយោជន៍)
អ្នកត្រូវការឱសថដើម្បីព្យាបាលជំងឺឬស្ថានភាពរបស់អ្នក (បន្តនៅទំព័របន្ទាប់)		**ថ្នាក់ទី 3–5៖** ថ្លៃរួមបង់របស់អ្នកសម្រាប់ការផ្តត់ផ្តង់រហូតដល់មួយខែ (30 ថ្ងៃ) គឺ **$0–$14.40 ក្នុងមួយវេជ្ជបញ្ជា**។ **ថ្នាក់ទី 6៖** $0 ការបង់ប្រាក់រួមសម្រាប់ឱសថអាចប្រែប្រួលអាស្រ័យលើកម្រិតនៃកម្មវិធីជំនួយបន្ថែម (Extra Help) ដែលអ្នកទទួលបាន។ សូម ទាក់ទងគម្រោងសម្រាប់ព័ត៌មានលម្អិតនានា។	នៅពេលដែលអ្នក ឬអ្នកផ្សេងទៀតទូទាត់ប្រាក់ជំនួសអ្នកចំនួន $2,400 អ្នកបានឈានដល់ដំណាក់កាលនៃការធានារ៉ាប់រងគ្រោះ មហន្តរាយ ហើយអ្នកទូទាត់ប្រាក់ចំនួន $0 សម្រាប់ រាល់ឱសថ Medicare ផ្នែក D ទាំងអស់របស់អ្នកសម្រាប់រយៈ ពេលនៅសល់នៃឆ្នាំតាមប្រតិទិន។ សូមអាន *សៀវភៅណែនាំ សម្រាប់សមាជិក* ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែមអំពីដំណាក់ កាលនេះ។ ការផ្តត់ផ្តង់រយៈពេលវែង (100 ថ្ងៃ) អាចនឹងមានផ្តល់ជូនពីឱសថស្ថានលក់រាយឬឱសថស្ថានបញ្ជាទិញតាមប្រៃសណីយ៍របស់យើង។ ចំណែកថ្លៃចំណាយសម្រាប់ការផ្តត់ផ្តង់រយៈពេលវែងគឺដូចគ្នានឹងការផ្តត់ផ្តង់រយៈពេលមួយខែដែរ។ មិនមែនឱសថទាំងអស់អាចរកបានតាមរយៈការបញ្ជាទិញតាមសំបុត្រទេ។
	ឱសថគ្មានវេជ្ជបញ្ជា (Over-the-counter, OTC)	ចំណាយទឹកប្រាក់ចំនួន $0 សម្រាប់ការព្យាបាលដោយជំនួសជាតិនីកូទីននៅឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញ។	យើងគ្របដណ្តប់ការព្យាបាលជំនួសនីកូទីនដែលត្រូវបានអនុម័តដោយរដ្ឋបាលចំណីអាហារ និងឱសថ (Food and Drug Administration, FDA) ជាក់លាក់សម្រាប់ការប្រើប្រាស់ ដោយគ្មានវេជ្ជបញ្ជា។ មុខទំនិញត្រូវតែបញ្ជាទិញដោយអ្នក ផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញម្នាក់ និងទទួលបានពីឱសថស្ថាន ក្នុង បណ្តាញ។ យើងនឹងផ្តល់ជូនការផ្តត់ផ្តង់រហូតដល់ 100 ថ្ងៃ ចំនួនពីរដងនៅអំឡុងឆ្នាំតាមប្រតិទិន។ វាអាចមានដែនកំណត់លើប្រភេទឱសថដែលត្រូវបានគ្របដណ្តប់។ សូមមើល *បញ្ជីឱសថដែលមានការធានារ៉ាប់រង (បញ្ជីឱសថ)* របស់គម្រោង Kaiser Permanente Dual Complete សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។

តម្រូវការសុខភាព ឬកង្វល់	សេវាកម្មដែលអ្នកអាចនឹងត្រូវការ	ចំណាយរបស់អ្នកសម្រាប់អ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ	ដែនកំណត់ ករណីលើកលែង និងព័ត៌មានអំពីអត្ថប្រយោជន៍ (វិធានអំពីអត្ថប្រយោជន៍)
អ្នកត្រូវការឱសថដើម្បីព្យាបាលជំងឺឬស្ថានភាពរបស់អ្នក (បៃតសៅទំព័របន្ទាប់)		$0 សម្រាប់ទំនិញ OTC ដែលមានសិទ្ធិផ្សេងទៀត សម្រាប់ការទិញតាមអនឡាញ និងតាមហាងលក់រាយដែលចូលរួម រួមទាំងនៅឱសថស្ថានលក់រាយ Kaiser Permanente ផងដែរ។ អ្នកនឹងទទួលបានកាត Healthy Extras ដែលបានបញ្ចូលប្រាក់ជាមុនជាមួយនឹងប្រាក់ឧបត្ថម្ភប្រចាំត្រីមាសសម្រាប់គម្រោងរបស់អ្នក។	អ្នកអាចទិញទំនិញ OTC ជាមួយនឹងកាត Healthy Extras របស់អ្នក ដោយប្រើប្រាស់**ប្រាក់ឧបត្ថម្ភប្រចាំត្រីមាស**ដែលបានពិពណ៌នាខាងក្រោមសម្រាប់គម្រោងរបស់អ្នក៖ • North P2 – **$50** • North P16, P17, P18, P19, P20, P21, P22, P23, P24, P25 – **$75** • South P1 – **$75** • South P6 – **$100** • South P7, P11 – **$150** • South P9 – **$170** • South P10 – **$125** កាតរបស់អ្នកនឹងត្រូវបានផ្ទុកឡើងវិញនៅថ្ងៃទី 1 ខែមករា ថ្ងៃទី 1 ខែមេសា ថ្ងៃទី 1 ខែកក្កដា និងថ្ងៃទី 1 ខែតុលា។ រាល់ចំណែកមិនបានប្រើនៃប្រាក់ឧបត្ថម្ភប្រចាំត្រីមាសនឹងមិនត្រូវបានផ្ទេរទៅត្រីមាសបន្ទាប់ទេ។ សូមចំណាំ៖ កាត Healthy Extras មិនអាចប្រើសម្រាប់ប្រាក់ទឹកតែឬកម្រៃផ្សេងៗ (ដូចជា កម្រៃបញ្ជើ ឬកម្រៃដឹកជញ្ជូន) បានទេ។ សម្រាប់តែសមាជិក **Southern California** ប៉ុណ្ណោះ៖ ប្រសិនបើអ្នកមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ដើម្បីទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ អត្ថប្រយោជន៍បន្ថែមពិសេសសម្រាប់អ្នកជំងឺរ៉ាំរ៉ៃ (Special Supplemental Benefits for the Chronically Ill, SSBCI) ដែលបានពណ៌នានៅក្នុងជួរ “អត្ថប្រយោជន៍បន្ថែមពិសេសសម្រាប់អ្នកជំងឺរ៉ាំរ៉ៃ” នោះអ្នកក៏អាចប្រើប្រាស់ប្រាក់ឧបត្ថម្ភ OTC ប្រចាំត្រីមាសរបស់អ្នក ដើម្បីទិញអាហារសុខភាពបានផងដែរ។ អ្នកអាចសម្រេចចិត្តលើរបៀបប្រើប្រាស់

តម្រូវការសុខភាព ឬកង្វល់	សេវាកម្មដែលអ្នកអាចនឹងត្រូវការ	ចំណាយរបស់អ្នកសម្រាប់អ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ	ដែនកំណត់ ករណីលើកលែង និងព័ត៌មានអំពីអត្ថប្រយោជន៍ (វិធានអំពីអត្ថប្រយោជន៍)
អ្នកត្រូវការឱសថដើម្បីព្យាបាលជំងឺឬស្ថានភាពរបស់អ្នក (បន្តពីទំព័រមុន)			ប្រាក់ឧបត្ថម្ភរបស់អ្នកនៅលើកាត Healthy Extras របស់អ្នកអាចទិញ OTC និងអាហារសុខភាពបាន។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមមើល *សៀវភៅណែនាំសម្រាប់សមាជិក* ចូលទៅកាន់វេបសាយ https://www.mybenefitscenter.com/ ឬហៅទូរសព្ទទៅលេខ 1-833-524-7035 (TTY 711) ពីម៉ោង 5 ព្រឹក ដល់មោង 5 ល្ងាច PST សម្រាប់ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ អ្នកអាចមានការធានារ៉ាប់រងបន្ថែមសម្រាប់ធាតុ OTC មួយចំនួនដែលគ្របដណ្តប់ក្រោម Medi-Cal តាមរយៈកម្មវិធី Medi-Cal Rx ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពី Medi-Cal Rx សូមហៅទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជនរបស់ Medi-Cal Rx តាមរយៈលេខ **1-800-977-2273** បាន 24 មោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY អាចទូរសព្ទទៅលេខ **711** ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ មោង 8 ព្រឹក ដល់ 5 ល្ងាច។ អ្នកក៏ អាចចូលមើលគេហទំព័ររបស់ Medi-Cal Rx តាមរយៈ អាសយដ្ឋាន https://www.Medi-CalRx.dhcs.ca.gov/home/។
អ្នកត្រូវការជំនួយឱ្យប្រសើរឡើង ឬមានតម្រូវការសុខភាពពិសេស	សេវាស្តារនីតិសម្បទា	$0	ការបញ្ជូនបន្តគឺត្រូវបានទាមទារសម្រាប់សេវាមួយចំនួន។
	ឧបករណ៍វេជ្ជសាស្ត្រសម្រាប់ការថែទាំតាមផ្ទះ	$0	ការអនុញ្ញាតជាមុនត្រូវបានទាមទារ។
	សេវាលាងឈាម	$0	ការបញ្ជូនបន្តគឺត្រូវបានទាមទារ។

តម្រូវការសុខភាព ឬកង្វល់	សេវាកម្មដែលអ្នកអាចនឹងត្រូវការ	ចំណាយរបស់អ្នកសម្រាប់អ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ	ដែនកំណត់ ករណីលើកលែង និងព័ត៌មានអំពីអត្ថប្រយោជន៍ (វិធានអំពីអត្ថប្រយោជន៍)
អ្នកត្រូវការការថែទាំជើង	សេវាព្យាបាលជើង	$0	ការបញ្ជូនបន្តគឺត្រូវបានទាមទារ។
	សេវាអ័រតូទិក	$0	ការអនុញ្ញាតជាមុនត្រូវបានទាមទារ។
អ្នកត្រូវការបរិក្ខារវេជ្ជសាស្ត្រជាប់យូរ (DME) **សូមចំណាំ៖ នេះមិនមែនជាបញ្ជីពេញលេញរបស់ DME ដែលមានការធានារ៉ាប់រងទេ។ សម្រាប់បញ្ជីពេញលេញ សូមទាក់ទងផ្នែកសេវាសមាជិក ឬយោងទៅជំពូកទី 4 នៃ *សៀវភៅណែនាំសម្រាប់សមាជិក*។**	រទេះរុញ ឈើច្រត់ និងឧបករណ៍ជំនួយការដើរ	$0	ការអនុញ្ញាតជាមុនត្រូវបានទាមទារ។
	ឧបករណ៍ដកដង្ហើម	$0	ការអនុញ្ញាតជាមុនត្រូវបានទាមទារ។
	ឧបករណ៍ និងការផ្គត់ផ្គង់អុកស៊ីសែន	$0	ការអនុញ្ញាតជាមុនត្រូវបានទាមទារ។

តម្រូវការសុខភាព ឬកង្វល់	សេវាកម្មដែលអ្នកអាចនឹងត្រូវការ	ចំណាយរបស់អ្នកសម្រាប់អ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ	ដែនកំណត់ ករណីលើកលែង និងព័ត៌មានអំពីអត្ថប្រយោជន៍ (វិធានអំពីអត្ថប្រយោជន៍)
អ្នកត្រូវការជំនួយក្នុងការរស់នៅក្នុងផ្ទះ (បន្តនៅទំព័របន្ទាប់)	សេវាកម្មថែទាំសុខភាពតាមផ្ទះ	$0	ការបញ្ជូនបន្តគឺត្រូវបានទាមទារ។ អ្នកត្រូវតែជាបុគ្គលដែលមិនអាចចេញពីផ្ទះបានងាយ ដែលមានន័យថា ការចាកចេញពីផ្ទះតម្រូវឱ្យមានការខិតខំប្រឹងប្រែងយ៉ាងខ្លាំង។ យើងរ៉ាប់រងសេវាខាងក្រោម និងអាចរ៉ាប់រងសេវាផ្សេងទៀតដែលមិនបានរាយបញ្ជីនៅទីនេះ៖ • សេវាគិលានុបដ្ឋាកជំនាញ និងសេវាជំនួយការថែទាំសុខភាពតាមផ្ទះក្រៅម៉ោង ឬមិនជាប់លាប់ (ដើម្បីឱ្យស្ថិតក្រោមអត្ថប្រយោជន៍សេវាថែទាំសុខភាពតាមផ្ទះ សេវាគិលានុបដ្ឋាកជំនាញ និងសេវាជំនួយការថែទាំសុខភាពនៅផ្ទះរបស់អ្នកនៅពេលបូកបញ្ចូលគ្នា ត្រូវមានរយៈពេលតិចជាង 8 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ និង 35 ម៉ោងក្នុងមួយសប្តាហ៍។) • ការព្យាបាលដោយចលនា ការព្យាបាលដោយសកម្មភាព និងការព្យាបាលការនិយាយ • សេវាវេជ្ជសាស្ត្រ និងសេវាសង្គម • ឧបករណ៍ និងសម្ភារៈវេជ្ជសាស្ត្រ

តម្រូវការសុខភាព ឬកង្វល់	សេវាកម្មដែលអ្នកអាចនឹងត្រូវការ	ចំណាយរបស់អ្នកសម្រាប់ អ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ	ដែនកំណត់ ករណីលើកលែង និងព័ត៌មានអំពីអត្ថប្រយោជន៍ (វិធានអំពីអត្ថប្រយោជន៍)
អ្នកត្រូវការជំនួយក្នុងការរស់នៅក្នុងផ្ទះ (បន្តពីទំព័រមុន)	សេវាតាមផ្ទះ ដូចជាការសម្អាត ឬការថែរក្សាគេហដ្ឋាន ឬការកែប្រែគេហដ្ឋាន ដូចជារបារចាប់តោង	$0	ជំនួយសហគមន៍គឺសមស្របនិងមានប្រសិទ្ធភាពក្នុងចំណាយលើសេវាកម្មឬមណ្ឌលព្យាបាលជំនួសទៅនឹងសេវាកម្មឬមណ្ឌលព្យាបាលដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងនៅក្រោម Medi-Cal។ ប្រសិនបើអ្នកមានលក្ខណៈគ្រប់គ្រាន់ ជំនួយសហគមន៍អាចជួយ អ្នកឱ្យរស់នៅដោយឯករាជ្យជាងមុន។ សេវាទាំងនេះមិនជំនួស ឱ្យអត្ថប្រយោជន៍ដែលអ្នកទទួលបាននៅក្រោម Medi-Cal ទេ។ ពួកវាមិនមាននៅគ្រប់តំបន់ទេ។ មិនមែនសមាជិកទាំងអស់មាន លក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ក្នុងការទទួលបានជំនួយសហគមន៍។ ដើម្បីមានលក្ខណៈគ្រប់គ្រាន់ អ្នកត្រូវតែបំពេញតាមលក្ខណៈវិនិច្ឆ័ យជាក់លាក់។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីជំនួយសហគមន៍ សូម ពិគ្រោះជាមួយ PCP របស់អ្នក ឬទូរសព្ទទៅផ្នែកបម្រើសេវាស មាជិក។
	ការថែទាំសុខភាពមនុស្សពេញវ័យ សេវាកម្មមនុស្សពេញវ័យផ្អែកលើសហគមន៍ (Community Based Adult Services, CBAS) ឬសេវាកម្មជំនួយផ្សេងទៀត	$0	សេវាកម្មមនុស្សពេញវ័យផ្អែកលើសហគមន៍ (“CBAS”) គឺជាសេវាកម្មដែលអ្នកអាចមានសិទ្ធិទទួលបាន ប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហាសុខភាពដែលធ្វើឱ្យអ្នកពិបាកមើលថែខ្លួនឯង ហើយអ្នកត្រូវការជំនួយបន្ថែម។ សម្រាប់ព័ត៌មានអំពីសេវាកម្ម CBAS សូមសួរអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នក។
	សេវាកម្មអភិវឌ្ឍសមត្ថភាពពេលថ្ងៃ	$0	
	សេវាកម្មដើម្បីជួយអ្នករស់នៅដោយខ្លួនឯង (សេវាថែទាំសុខភាពតាមផ្ទះ ឬសេវាអ្នកថែទាំផ្ទាល់ខ្លួន)	$0	យើងធានារ៉ាប់រងលើសេវាកម្មថែទាំសុខភាពតាមផ្ទះដូចដែលបានពិពណ៌នានៅក្រោមផ្នែក “សេវាកម្មថែទាំសុខភាពតាមផ្ទះ” ខាងលើ។ លើសពីនេះទៀត អ្នកអាចមានសិទ្ធិទទួលបាន សេវាគាំទ្រក្នុងផ្ទះ ឬសេវលើកលែងការអនុម័តតាមផ្ទះនិងតាមសហគមន៍ដែលស្ថិតក្រោមការធានារ៉ាប់រងរបស់ Medi-Cal របស់អ្នក។ ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែមអំពីសេវាកម្មទាំងនេះ សូមទូរសព្ទទៅអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នក។

តម្រូវការសុខភាព ឬកង្វល់	សេវាកម្មដែលអ្នកអាចនឹងត្រូវការ	ចំណាយរបស់អ្នកសម្រាប់អ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ	ដែនកំណត់ ករណីលើកលែង និងព័ត៌មានអំពីអត្ថប្រយោជន៍ (វិធានអំពីអត្ថប្រយោជន៍)
សេវាកម្មបន្ថែម (បន្តនៅទំព័របន្ទាប់)	ការគ្រប់គ្រងការថែទាំរួមបញ្ចូលគ្នានៃរដ្ឋ California (California Integrated Care Management, CICM)	$0	គម្រោងរបស់យើងកំណត់អត្តសញ្ញាណសមាជិកដែលមានសិទ្ធិទទួលបានសេវាកម្មសម្របសម្រួលការថែទាំបន្ថែមដែលបានស្គាល់ថាជា CICM ។ សមាជិកដែលមានសិទ្ធិទទួលបានរួមមាន មួយចំនួន៖ • មនុស្សពេញវ័យជួបប្រទះភាពគ្មានផ្ទះសម្បែង • មនុស្សពេញវ័យដែលមានហានិភ័យសម្រាប់ការប្រើប្រាស់មន្ទីរពេទ្យ ឬនាយកដ្ឋានសង្គ្រោះបន្ទាន់ដែលអាចជៀសបាន • មនុស្សពេញវ័យដែលមានតម្រូវការសុខភាពផ្លូវចិត្តធ្ងន់ធ្ងរ និង/ឬជំងឺវិបត្តិប្រើប្រាស់សារធាតុញៀន (Substance Use Disorder, SUD) • មនុស្សពេញវ័យផ្លាស់ប្តូរពីការជាប់ឃុំឃាំង • មនុស្សពេញវ័យដែលរស់នៅក្នុងសហគមន៍ និងស្ថិតក្នុងហានិភ័យការស្នាក់នៅស្ថាប័នថែទាំរយៈពេលវែង (Long-Term Care, LTC) • អ្នកស្នាក់នៅមណ្ឌលថែទាំគិលានុបដ្ឋាកមនុស្សពេញវ័យផ្លាស់ប្តូរចូលទៅក្នុងសហគមន៍ • មនុស្សពេញវ័យដែលមានផ្ទៃពោះ ឬក្រោយសម្រាល និងទទួលរងនូវវិសមភាពពូជសាសន៍និងជាតិសាសន៍ • មនុស្សពេញវ័យដែលមានតម្រូវការជំងឺរង្វេងដែលបានកត់ត្រា
	សេវាកម្មព្យាបាលដោយចាប់សរសៃ និងសន្លាក់	$0	យើងគ្របដណ្តប់ការកែតម្រូវឆ្អឹងខ្នងដើម្បីកែតម្រូវការតម្រឹម។ សេវាកម្មដែលធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare ទាំងនេះត្រូវបានផ្តល់ដោយគ្រូពេទ្យព្យាបាលសន្លាក់ក្នុងបណ្តាញ។ សម្រាប់បញ្ជីគ្រូពេទ្យផ្នែកសន្លាក់ក្នុងបណ្តាញ សូមមើល *បញ្ជីរាយនាមអ្នកផ្តល់សេវានិងឱសថស្ថាន (Provider and Pharmacy Directory)* ។

តម្រូវការសុខភាព ឬកង្វល់	សេវាកម្មដែលអ្នកអាចនឹងត្រូវការ	ចំណាយរបស់អ្នកសម្រាប់អ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ	ដែនកំណត់ ករណីលើកលែង និងព័ត៌មានអំពីអត្ថប្រយោជន៍ (វិធានអំពីអត្ថប្រយោជន៍)
សេវាកម្មបន្ថែម (បន្តនៅទំព័របន្ទាប់)			ការអនុញ្ញាតជាមុនគឺត្រូវបានទាមទារ សម្រាប់សមាជិក Northern California។ Medi-Cal អាចនឹងរ៉ាប់រងលើសេវាព្យាបាលសន្លាក់នៅពេលទទួលបាននៅមជ្ឈមណ្ឌលសុខភាពមានគុណវុឌ្ឍិសហព័ន្ធ (Federally Qualified Health Center, FQHC) ឬគ្លីនិកសុខភាពជនបទ (Rural Health Clinics, RHC) នៅក្នុងបណ្តាញរបស់ Kaiser Permanente។ ការអនុញ្ញាតជាមុនគឺត្រូវបានទាមទារ សម្រាប់សមាជិក Northern California។ FQHC និង RHC អាចតម្រូវឱ្យមានការបញ្ជូនបន្ត ដើម្បីទទួលបានសេវាកម្ម។ ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែមអំពីសេវាកម្មដែលអាចប្រើបាននៅ FQHC ឬ RHC សូមទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិក។
	ការផ្គត់ផ្គង់ និងសេវាកម្មជំងឺទឹកនោមផ្អែម	$0	ការអនុញ្ញាតជាមុនត្រូវបានទាមទារ។
	អត្ថប្រយោជន៍កាយសម្បទា — One Pass ®	$0	អ្នកមានសិទ្ធិចូលប្រើកម្មវិធីលំហាត់ប្រាណពេញលេញរបស់ One Pass សម្រាប់រាងកាយ និងចិត្ត។ One Pass រួមមាន៖ • បណ្តាញកន្លែងហាត់ប្រាណដ៏ធំមួយ និងមានកម្រិតព្រីមៀម ដែលមានមជ្ឈមណ្ឌលលំហាត់ប្រាណថ្នាក់ជាតិ ថ្នាក់មូលដ្ឋាន និងសហគមន៍ និងស្ទូឌីយោលំហាត់ ប្រាណមានច្រើនប្រភេទ។ អ្នកអាចប្រើទីតាំងក្នុងបណ្តា ញណាមួយបាន។ • ដោយផ្ទាល់ តាមតម្រូវការ និងកម្មវិធីហាត់ប្រាណឌីជីថលនៅផ្ទះ។ • ក្លឹប និងសកម្មភាពសង្គមអាចរកបាននៅលើគេហទំព័ររបស់សមាជិក One Pass និងកម្មវិធីលើទូរសព្ទ។ • ឧបករណ៍ហាត់ប្រាណតាមផ្ទះមួយជារៀងរាល់ឆ្នាំសម្រាប់ពង្រឹងសាច់ដុំ យូហ្គា ឬរាំ។

តម្រូវការសុខភាព ឬកង្វល់	សេវាកម្មដែលអ្នកអាចនឹងត្រូវការ	ចំណាយរបស់អ្នកសម្រាប់អ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ	ដែនកំណត់ ករណីលើកលែង និងព័ត៌មានអំពីអត្ថប្រយោជន៍ (វិធានអំពីអត្ថប្រយោជន៍)
សេវាកម្មបន្ថែម (បន្តនៅទំព័របន្ទាប់)			• កម្មវិធីបណ្តុះបណ្តាលការយល់ដឹងអំពីសុខភាពខួរក្បាលតាមអនឡាញ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីកន្លែងហាត់ប្រាណនិងទីតាំងធ្វើលំហាត់ប្រាណ អត្ថប្រយោជន៍របស់កម្មវិធី ឬដើម្បីបង្កើតគណនីអនឡាញរបស់អ្នក សូមចូលមើលគេហទំព័រ **YourOnePass.com** ឬហៅទូរសព្ទទៅលេខ **1-877-614-0618** (TTY **711**) ពីថ្ងៃចន្ទដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីមោង 6 ព្រឹក ដល់មោង 7 យប់។
	អាហារដឹកជញ្ជូនដល់ផ្ទះ	$0	ស្ថិតក្រោម Medi-Cal អ្នកអាចមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់អាហារដឹកជញ្ជូនដល់ផ្ទះក្រោមជំនួយសហគមន៍។ ការគាំទ្រសហគមន៍មិនមាននៅគ្រប់ផ្នែកទាំងអស់ទេ ហើយអ្នកត្រូវតែបំពេញតាមលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យជាក់លាក់នៃសិទ្ធិចូលរួម។ សូរវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីការគាំទ្រសហគមន៍ Medi-Cal ។
	សេវាថែទាំវេជ្ជសាស្ត្រតាមផ្ទះដែលមិនត្រូវបានរ៉ាប់រងដោយ Medicare (ការថែទាំកម្រិតខ្ពស់នៅផ្ទះ) **សម្រាប់សមាជិក North P16, P17, P19 និង P23** ចំណាំ៖ អត្ថប្រយោជន៍នេះមិនមានសម្រាប់សមាជិកផ្សេងទៀតទាំងអស់ឡើយ។	$0 ប្រសិនបើត្រូវបានចេញវេជ្ជបញ្ជាជាផ្នែកមួយនៃផែនការព្យាបាលនៅផ្ទះរបស់អ្នក។ បើមិនដូច្នោះទេ អ្នកត្រូវបង់ការជួយចេញថ្លៃសេវាដែលអាចអនុវត្តបាន។	ការបញ្ជូនបន្តគឺត្រូវបានទាមទារ។ យើងរ៉ាប់រងការថែទាំវេជ្ជសាស្ត្រនៅផ្ទះរបស់អ្នក ដែលមិនត្រូវបានរ៉ាប់រងដោយ Medicare តាមវិធីផ្សេងទៀត នៅពេលដែលគ្រូពេទ្យវាយតម្លៃថា ការថែទាំនេះសមស្របតាមវេជ្ជសាស្ត្រដោយផ្អែកលើស្ថានភាពសុខភាពរបស់អ្នក ដើម្បីផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវជម្រើសមួយជំនួសឱ្យការទទួលការថែទាំកម្រិតស្រួចស្រាវនៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យ និងសេវាថែទាំក្រោយការព្យាបាលកម្រិតស្រួចស្រាវនៅផ្ទះ ដើម្បីជួយដល់ការជាសះស្បើយរបស់អ្នក។ សូមមើល*សៀវភៅណែនាំសមាជិក*សម្រាប់ព័ត៌មានលម្អិត។

តម្រូវការសុខភាព ឬកង្វល់	សេវាកម្មដែលអ្នកអាចនឹងត្រូវការ	ចំណាយរបស់អ្នកសម្រាប់អ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ	ដែនកំណត់ ករណីលើកលែង និងព័ត៌មានអំពីអត្ថប្រយោជន៍ (វិធានអំពីអត្ថប្រយោជន៍)
សេវាកម្មបន្ថែម (បន្តនៅទំព័របន្ទាប់)	ការដឹកជញ្ជូនវេជ្ជសាស្ត្រមិនមែនសង្គ្រោះបន្ទាន់ (មិនប្រចាំ)	$0	យើងខ្ញុំរ៉ាប់រងលើការដឹកជញ្ជូនវេជ្ជសាស្ត្រមិនបន្ទាន់និងមិនចាំបាច់ខាងវេជ្ជសាស្ត្រទៅផ្ទះ (ក្នុងចម្ងាយ 100 មាយ) ទៅមណ្ឌលថែទាំជំនាញ (skilled nursing facility, SNF) ឬទៅមូលដ្ឋានថែទាំកម្រិតខ្ពស់ផ្សេងទៀត ភ្លាមៗក្រោយពីសម្រាកព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យ ឬក្រោយពីជំនួប ក្នុងគ្រាអាសន្ន ជំនួយថែទាំបន្ទាន់ ឬជំនួបនៅមន្ទីរពេទ្យសម្រាប់ សេវាព្យាបាលក្រៅមន្ទីរពេទ្យ **នៅពេលត្រូវបានបង្គាប់ដោយ អ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ**។ សូមមើល **សៀវភៅណែនាំ សម្រាប់សមាជិក** សម្រាប់ព័ត៌មានលម្អិតបន្ថែម។
	សេវាកម្មសិប្បនិម្មិត	$0	ការអនុញ្ញាតជាមុនត្រូវបានទាមទារ។
	ការព្យាបាលដោយវិទ្យុសកម្ម	$0	ការបញ្ជូនបន្តគឺត្រូវបានទាមទារ។
	សេវាកម្មដើម្បីជួយគ្រប់គ្រងជំងឺរបស់អ្នក	$0	
	អត្ថប្រយោជន៍បន្ថែមពិសេសសម្រាប់អ្នកជំងឺរ៉ាំរ៉ៃ - អាហារសុខភាព **(សម្រាប់តែ សមាជិក Southern California ប៉ុណ្ណោះ)**** សូមចំណាំ៖ អត្ថប្រយោជន៍នេះមិនមានសម្រាប់ សមាជិក Northern California ទេ។ **អត្ថប្រយោជន៍អាហារសុខភាព គឺជាផ្នែកមួយនៃកម្មវិធីបន្ថែមពិសេសសម្រាប់អ្នកជំងឺរ៉ាំរ៉ៃ។ មិនមែនសមាជិកទាំងអស់សុទ្ធតែមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់នោះទេ។ សមាជិកត្រូវតែមានជំងឺរ៉ាំរ៉ៃជាក់លាក់ ដូចជា	$0 សម្រាប់អាហារសុខភាពដែលត្រូវបានអនុម័តដែលបានទិញទាំងតាមអនឡាញ និងតាមហាងលក់រាយដែលចូលរួម។ អ្នកនឹងទទួលបានកាត Healthy Extras ដែលបានបញ្ចូលប្រាក់ជាមុនជាមួយនឹងប្រាក់ឧបត្ថម្ភប្រចាំត្រីមាសសម្រាប់គម្រោងរប	ប្រសិនបើអ្នកមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ដើម្បីចូលរួមកម្មវិធី SSBCI អ្នកអាចប្រើប្រាស់ប្រាក់ឧបត្ថម្ភ OTC ប្រចាំត្រីមាសរបស់អ្នក ដើម្បីទិញអាហារសុខភាពបានផងដែរ។ អ្នកអាចសម្រេចចិត្តលើរបៀបប្រើប្រាស់ប្រាក់ឧបត្ថម្ភរបស់អ្នកនៅលើកាត Healthy Extras របស់អ្នក រវាងទំនិញ OTC និងអាហារសុខភាពបាន។ អ្នកត្រូវតែបំពេញតាមលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យទាំងអស់ រួមទាំងលក្ខខណ្ឌសិទ្ធិចូលរួមកម្មវិធី SSBCI មួយឬច្រើនដែលបានរាយខាងក្រោម៖ • ជំងឺដោយសារការប្រើប្រាស់គ្រឿងស្រវឹងរ៉ាំរ៉ៃ និងជំងឺវិបត្តិប្រើប្រាស់សារធាតុញៀនផ្សេងទៀត (ជំងឺ SUD) • ជំងឺប្រព័ន្ធភាពស៊ាំប្រឆាំងនឹងខ្លួនឯង

តម្រូវការសុខភាព ឬកង្វល់	សេវាកម្មដែលអ្នកអាចនឹងត្រូវការ	ចំណាយរបស់អ្នកសម្រាប់អ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ	ដែនកំណត់ ករណីលើកលែង និងព័ត៌មានអំពីអត្ថប្រយោជន៍ (វិធានអំពីអត្ថប្រយោជន៍)
សេវាកម្មបន្ថែម (បៃតសៅទំព័របន្ទាប់)	ជំងឺទឹកនោមផ្អែម ជំងឺធាត់ ជំងឺសរសៃឈាមបេះដូង ជំងឺរលាកសន្លាក់ឆ្អឹង ឬជំងឺតម្រងនោមរ៉ាំរ៉ៃ ដើម្បីមានសិទ្ធិទទួលបាន។ មានលក្ខខណ្ឌផ្សេងៗទៀតដែលអាចនឹងធ្វើឱ្យអ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍នេះ។ សិទ្ធិទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍នេះមិនអាចធានាបានដោយផ្អែកលើស្ថានភាពរបស់អ្នកតែមួយមុខនោះទេ។ លក្ខខណ្ឌសិទ្ធិទទួលបានពាក់ព័ន្ធទាំងអស់ត្រូវតែបំពេញជាមុនទើបអត្ថប្រយោជន៍ត្រូវបានផ្តល់ជូន។ សម្រាប់ព័ត៌មានលម្អិត សូមទាក់ទងមកយើង។	ស់អ្នកដែលបានពិពណ៌នានៅក្នុងជួរ "ឱសថមិនត្រូវការវេជ្ជបញ្ជា (OTC)"។	• ជំងឺមហារីក • ជំងឺសរសៃឈាមបេះដូង • ជំងឺខ្សោយបេះដូងរ៉ាំរ៉ៃ • ជំងឺរលួងវង្វាន់ • ជំងឺទឹកនោមផ្អែម • លើសទម្ងន់ ធាត់ជ្រុល និងរោគសញ្ញាមេតាបូលីស • ជំងឺក្រពះពោះវៀនរ៉ាំរ៉ៃ • ជំងឺតម្រងនោមរ៉ាំរ៉ៃ (Chronic kidney disease, CKD) • ជំងឺឈាមធ្ងន់ធ្ងរ • មេរោគហ៊ីវ/ជំងឺអេដស៍ • ជំងឺសួតរ៉ាំរ៉ៃ • ស្ថានភាពរ៉ាំរ៉ៃនិងពិការនៃសុខភាពផ្លូវចិត្ត • ជំងឺសរសៃប្រសាទ • ជំងឺដាច់សរសៃឈាមខួរក្បាល • ការថែទាំក្រោយប្តូរសរីរាង្គ • ជំងឺប្រព័ន្ធភាពស៊ាំចុះខ្សោយ និងជំងឺបង្កាក់ប្រព័ន្ធភាពស៊ាំ • ស្ថានភាពទាក់ទងនឹងការចុះខ្សោយខាងបញ្ញាស្មារតី • ស្ថានភាពដែលមានបញ្ហាប្រឈមខាងមុខងារ និងតម្រូវឱ្យមានសេវាស្រដៀងគ្នា • ស្ថានភាពរ៉ាំរ៉ៃដែលធ្វើឱ្យខូចដល់ការមើល ការស្តាប់ (ថ្លង់) ការភ្លក់រសជាតិ ការប៉ះ និងការហិតក្លិន • ស្ថានភាពដែលតម្រូវឱ្យមានការព្យាបាលជាបន្តបន្ទាប់ដើម្បីឱ្យបុគ្គលអាចរក្សាឬបន្តមុខងារបាន កាតរបស់អ្នកនឹងត្រូវបានផ្ទុកឡើងវិញនៅថ្ងៃទី 1 ខែមករា ថ្ងៃទី 1 ខែមេសា ថ្ងៃទី 1 ខែកក្កដា និងថ្ងៃទី 1 ខែតុលា។ រាល់ចំណែក

តម្រូវការសុខភាព ឬកង្វល់	សេវាកម្មដែលអ្នកអាចនឹងត្រូវការ	ចំណាយរបស់អ្នកសម្រាប់អ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ	ដែនកំណត់ ករណីលើកលែង និងព័ត៌មានអំពីអត្ថប្រយោជន៍ (វិធានអំពីអត្ថប្រយោជន៍)
សេវាកម្មបន្ថែម (បន្តពីទំព័រមុន)			មិនបានប្រើនៃប្រាក់ឧបត្ថម្ភប្រចាំត្រីមាសនឹងមិនត្រូវបានផ្ទេរទៅត្រីមាសបន្ទាប់ទេ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមមើល *សៀវភៅណែនាំសម្រាប់សមាជិក* ចូលទៅកាន់គេហទំព័រ https://mybenefitscenter.com/ ឬហៅទូរសព្ទទៅលេខ **1-833-524-7035** (TTY **711**) ចាប់ពី មោង 5 ព្រឹក ដល់មោង 5 ល្ងាច PST សម្រាប់ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។

សេចក្តីសង្ខេបនៃអត្ថប្រយោជន៍ខាងលើត្រូវបានផ្តល់ជូនសម្រាប់គោលបំណងផ្តល់ព័ត៌មានតែប៉ុណ្ណោះ ហើយមិនមែនជាបញ្ជីពេញលេញនៃអត្ថប្រយោជន៍នោះទេ។ សម្រាប់បញ្ជីពេញលេញ និងព័ត៌មានបន្ថែមអំពីអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នក អ្នកអាចអាន *សៀវភៅណែនាំសម្រាប់សមាជិក* របស់ Kaiser Permanente Dual Complete។ ប្រសិនបើអ្នកមិនមាន *សៀវភៅណែនាំសម្រាប់សមាជិក* ទេនោះ សូមហៅទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិក Kaiser Permanente Dual Complete តាមរយៈលេខដែលបានរាយនៅផ្នែកខាងក្រោមទំព័រនេះដើម្បីទទួលបានមួយ។ ប្រសិនបើអ្នកមានចម្ងល់ អ្នកក៏អាចទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាសមាជិក ឬចូលទៅកាន់ "https://kp.org/medicare" ។

D. អត្ថប្រយោជន៍ដែលមានការធានារ៉ាប់រងនៅក្រៅគម្រោង Kaiser Permanente Dual Complete

មានសេវាមួយចំនួនដែលអ្នកអាចទទួលបានដែលមិនត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយគម្រោង Kaiser Permanente Dual Complete ប៉ុន្តែត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare, Medi-Cal ឬទីភ្នាក់ងាររដ្ឋ ឬខោនធី។ នេះមិនមែនជាបញ្ជីពេញលេញទេ។ សូមហៅទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិកតាមរយៈលេខដែលបានរាយនៅផ្នែកខាងក្រោមទំព័រនេះ ដើម្បីស្វែងយល់អំពីសេវាកម្មទាំងនេះ។

សេវាផ្សេងទៀតដែលគ្របដណ្តប់ដោយ Medicare, Medi-Cal ឬទីភ្នាក់ងាររដ្ឋ	**ចំណាយរបស់អ្នក**
សេវាថែទាំនៅមន្ទីរថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយជាក់លាក់ដែលមានការធានារ៉ាប់រងនៅក្រៅ Kaiser Permanente Dual Complete	$0
ការស្តារនីតិសម្បទាផ្លូវចិត្ត	$0
គ្រប់គ្រងករណីតាមគោលដៅ	$0
កម្មវិធីឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកជំងឺមិនស្នាក់នៅមន្ទីរពេទ្យ Medi-Cal Rx (Medi-Cal Rx Outpatient Prescription Drug Program)	$0
សេវាសុខភាពធ្មេញជាក់លាក់មួយចំនួន អត្ថប្រយោជន៍សុខភាពមាត់ធ្មេញមានផ្តល់ជូនតាមរយៈម៉ូដែលគិតថ្លៃចំណាយតាមសេវា (FFS) ផ្នែកថែទាំព្យាបាលមាត់ធ្មេញនៃកម្មវិធី Medi-Cal ឬម៉ូដែលថែទាំស្ថិតក្រោមការគ្រប់គ្រងនៃសុខភាពធ្មេញ (Dental MC) អាស្រ័យលើខោនធីរបស់អ្នក។ សម្រាប់ព័ត៌មានអំពីការធានារ៉ាប់រងសុខភាពធ្មេញរបស់ Medi-Cal សូមទាក់ទង៖ ○ ម៉ូដែល Dental FFS៖ **1-800-322-6384** (TTY **1-800-735-2922**) ឬ **"https://www.smilecalifornia.org/"**។ ○ ម៉ូដែល Dental MC នៅក្នុងខោនធី Los Angeles និង Sacramento៖ **1-800-430-4263** (TTY **1-800-430-7077**) ឬ **www.dental.dhcs.ca.gov/**។	$0
សេវាព្យាបាលជំងឺវិបត្តិប្រើប្រាស់សារធាតុញៀន	$0
សេវាកម្មសុខភាពផ្លូវចិត្តឯកទេស	$0
សេវាកម្មជំនួយក្នុងផ្ទះ	$0

សេវាផ្សេងទៀតដែលគ្របដណ្តប់ដោយ Medicare, Medi-Cal ឬទីភ្នាក់ងាររដ្ឋ	ចំណាយរបស់អ្នក
សេវាកម្មជំនួយតាមផ្ទះនិងសហគមន៍	$0
កម្មវិធីសេវាកម្មជនចាស់ជរាពហុគោលបំណង (Multipurpose Senior Services Program)	$0
សេវាមជ្ឈមណ្ឌលក្នុងតំបន់គ្របដណ្តប់ដោយ Medi-Cal	$0
បន្ទប់និងអាហារនៅផ្ទះសម្រាក	$0

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

នេះមិនមែនជាបញ្ជីពេញលេញទេ។ សូមហៅទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិកតាមរយៈលេខដែលបានរាយនៅផ្នែកខាងក្រោមទំព័រនេះ ដើម្បីស្វែងយល់អំពីសេវាដែលមិនរាប់បញ្ចូលផ្សេងទៀត។

សេវាដែល Kaiser Permanente Dual Complete, Medicare និង Medi-Cal មិនធានារ៉ាប់រង	
ការពិនិត្យជំងឺ និងសេវាកម្មជាក់លាក់មួយចំនួនដែលចាំបាច់៖ • ដើម្បីទទួលបាន ឬរក្សាការងារ • ដើម្បីទទួលបានធានារ៉ាប់រង • ដើម្បីទទួលបានអាជ្ញាបណ្ណប្រភេទណាមួយ • តាមដីកាបង្គាប់របស់តុលាការ ឬប្រសិនបើសម្រាប់ការដោះលែង ឬការព្យួរទោស	ការមិនរាប់បញ្ចូលនេះមិនត្រូវបានអនុវត្តទេ ប្រសិនបើវេជ្ជបណ្ឌិតក្នុងបណ្តាញរកឃើញថាសេវានេះមានភាពចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ។
ភាពសុខស្រួល ភាពងាយស្រួល ឬឧបករណ៍ប្រណីត ឬលក្ខណៈពិសេស។ ទាំងនេះរាប់បញ្ចូលទាំងធាតុដែលសម្រាប់តែភាពសុខស្រួលឬភាពងាយស្រួលរបស់សមាជិក សមាជិកគ្រួសាររបស់សមាជិក ឬអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពរបស់សមាជិក។	ការដកចេញនេះមិនអនុវត្តចំពោះមាសុីនបូមទឹកដោះកម្រិតថ្នាក់លក់រាយដែលត្រូវបានផ្តល់ជូនស្ត្រីបន្ទាប់ពីមានផ្ទៃពោះនោះទេ។ ការដកចេញនេះក៏មិនអនុវត្តចំពោះធាតុដែលត្រូវបានអនុម័តសម្រាប់អ្នកនៅក្រោមជំនួយសហគមន៍ទេ។

សេវាដែល Kaiser Permanente Dual Complete, Medicare និង Medi-Cal មិនធានារ៉ាប់រង	
សេវាកែសម្ផស្ស។ សេវាកម្មដើម្បីផ្លាស់ប្តូររូបរាងរបស់អ្នក (រួមទាំងការវះកាត់លើផ្នែកធម្មតានៃរាងកាយរបស់អ្នកដើម្បីផ្លាស់ប្តូររូបរាងរបស់អ្នក)។	ការដកចេញនេះមិនអនុវត្តចំពោះឧបករណ៍សិប្បនិម្មិតដែលត្រូវបានគ្របដណ្តប់ទេ៖ • ស៊ុតជ័រក្នុងពងស្វាសដែលត្រូវបានដាំបង្កប់ជាផ្នែកមួយនៃការវះកាត់កែលម្អដែលត្រូវបានគ្របដណ្តប់ • សុដន់សិប្បនិម្មិតដែលត្រូវការបន្ទាប់ពីវះកាត់សុដន់ ឬដុំពក • គ្រឿងសិប្បនិម្មិតដើម្បីជំនួសទាំងអស់ ឬមួយផ្នែកនៃផ្នែកខាងក្រៅរបស់ផ្ទៃមុខ
សេវាកម្មពិសោធន៍	សេវាកម្មពិសោធន៍គឺជាឱសថ គ្រឿងបរិក្ខារ ដំណើការ ឬសេវាកម្មដែលកំពុងត្រូវបានធ្វើតេស្ត នៅក្នុងមន្ទីរពិសោធន៍ ឬទៅលើសត្វ ប៉ុន្តែពួកគេមិនទាន់រួចរាល់ដើម្បីធ្វើតេស្តទៅលើមនុស្សទេ លើកលែងតែការសិក្សាស្រាវជ្រាវផ្នែកព្យាបាលដែលគ្របដណ្តប់ដែលបានពិពណ៌នានៅក្នុង *សៀវភៅណែនាំសម្រាប់សមាជិក*។
សម្ភារៈ និងសេវាកម្មដែលមិនមែនជាសម្ភារៈនិងសេវាកម្មថែទាំសុខភាព	លុះត្រាតែពួកគេត្រូវបានអនុញ្ញាតក្រោមការធានារ៉ាប់រងរបស់ Medi-Cal របស់អ្នកក្រោមកម្មវិធី សេវាជំនួស (In Lieu of Services) ឬឧបករណ៍វេជ្ជសាស្ត្រប្រើបានយូរ។
ធាតុ និងសេវាកម្មសម្រាប់ការផ្សព្វផ្សាយ ការការពារ ឬការព្យាបាលផ្សេងទៀតនៃការជ្រុះសក់ ឬការលូតលាស់សក់។	
សេវាកម្មមាស្សាព្យាបាល។	ការដកចេញនេះមិនអនុវត្តចំពោះសេវាព្យាបាលដែលជាផ្នែកមួយនៃគម្រោងព្យាបាលដោយចលនារាងកាយនោះទេ។
គិលានុបដ្ឋាយិកាកាតព្វកិច្ចឯកជន ឬការថែទាំពេញមោងនៅក្នុងផ្ទះរបស់អ្នក។	
ការថែទាំជើងជាប្រចាំ និងសេវាកម្មដែលមិនត្រូវបានគ្របដណ្តប់ដោយ Medicare	
សេវាកម្មត្រូវបានចាត់ទុកថាមិន “សមហេតុផល និងចាំបាច់ខាងវេជ្ជសាស្ត្រ” បើយោងតាមស្តង់ដា Medicare និង Medi-Cal	លុះត្រាតែយើងរាយបញ្ជីទាំងនេះជាសេវាកម្មដែលរ៉ាប់រង។ លក្ខខណ្ឌមិនរ៉ាប់បញ្ចូលនេះមិនអនុវត្តចំពោះសេវាកម្ម ឬចំណុចនានាដែលមិនត្រូវបានគ្របដណ្តប់ដោយ Medicare ដើមទេ ប៉ុន្តែ ត្រូវបានគ្របដណ្តប់ដោយគម្រោងរបស់យើង។

សេវាដែល Kaiser Permanente Dual Complete, Medicare និង Medi-Cal មិនធានារ៉ាប់រង	
សេវាកម្មដែលមិនត្រូវបានអនុម័តដោយរដ្ឋបាលចំណីអាហារ និងឱសថរបស់សហព័ន្ធ	យើងមិនរ៉ាប់រងលើឱសថ អាហារបំប៉ន ការធ្វើតេស្ត ការចាក់វ៉ាក់សាំង ឧបករណ៍ សារធាតុវិទ្យុសកម្ម និងសេវាកម្មផ្សេងទៀតដែលច្បាប់តម្រូវឱ្យមានការ ឯកភាពរបស់រដ្ឋបាលចំណីអាហារ និងឱសថ (FDA) ដើម្បីយកមកលក់នៅ ក្នុងសហរដ្ឋអាមេរិក ប៉ុន្តែមិនត្រូវបានឯកភាពដោយ FDA ។ ការដកចេញនេះមិនអនុវត្តចំពោះស្ថានភាពដូចខាងក្រោមនេះទេ៖ សេវាសង្គ្រោះបន្ទាន់ដែលមានការរ៉ាប់រងដែលបានទទួលនៅក្នុងប្រទេសកាណាដា ឬម៉ិកស៊ិក សេវាដែលស្ថិតក្រោមការសាកល្បងព្យាបាល និងសេវាកម្មដែលផ្តល់ជាផ្នែកនៃសេវាកម្មស៊ើបអង្កេតដែលមានការរ៉ាប់រង។
សេវាកម្មផ្តល់ជូនដល់អតីតយុទ្ធជនក្នុងអង្គភាពកិច្ចការអតីតយុទ្ធជន (Veterans Affairs, VA) ។	ទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយ នៅពេលដែលអតីតយុទ្ធជនទទួលបានសេវាសង្គ្រោះបន្ទាន់នៅមន្ទីរពេទ្យ VA ហើយការចែករំលែកថ្លៃចំណាយ VA គឺច្រើនជាងការចែករំលែកថ្លៃចំណាយក្រោមគម្រោងរបស់យើង យើងនឹងសងប្រាក់ដល់អតីតយុទ្ធជនសម្រាប់តម្លៃដែលខុសគ្នានេះ។ អ្នកនៅតែទទួលខុសត្រូវចំពោះចំនួនទឹកប្រាក់ចែករំលែកចំណាយរបស់អ្នក ប្រសិនបើមាន។
នៅពេលដែលសេវាកម្មមួយមិនត្រូវបានគ្របដណ្តប់ សេវាកម្មទាំងអស់ដែលទាក់ទងនឹងសេវាដែលមិនមានការគ្របដណ្តប់ត្រូវបានដកចេញ	ការដកចេញនេះមិនអនុវត្តចំពោះការព្យាបាលផលវិបាកដែលបណ្តាលមកពីសេវាដែលមិនមានការធានារ៉ាប់រងនោះទេ ប្រសិនបើផលវិបាកទាំងនោះនឹងត្រូវបានធានារ៉ាប់រង។ ឧទាហរណ៍ ប្រសិនបើអ្នកធ្វើការវះកាត់កែសម្ផស្សដែលមិនមានការធានារ៉ាប់រង យើងនឹងមិនរ៉ាប់រងលើសេវាកម្មដែលអ្នកទទួលបានដើម្បីរៀបចំសម្រាប់ការវះកាត់ ឬសម្រាប់ការថែទាំជាបន្តបន្ទាប់នោះទេ។ ប្រសិនបើក្រោយមកអ្នកទទួលរងនូវផលវិបាកដែលគំរាមកំហែងដល់អាយុជីវិត ដូចជាការឆ្លងមេរោគធ្ងន់ធ្ងរ ការដកចេញនេះនឹងមិនត្រូវបានអនុវត្តទេ ហើយយើងនឹងរ៉ាប់រងលើសេវាកម្មដែលត្រូវការដើម្បីព្យាបាលផលវិបាក ដរាបណាសេវាកម្មត្រូវបានគ្របដណ្តប់ក្រោម *សៀវភៅណែនាំសម្រាប់សមាជិក*។

សេវាដែល Kaiser Permanente Dual Complete, Medicare និង Medi-Cal មិនធានារ៉ាប់រង	
សេវាថែទាំផ្ទាល់ខ្លួនដែលមិនចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ ដូចជាជំនួយក្នុងសកម្មភាពរស់នៅប្រចាំថ្ងៃ (ឧទាហរណ៍៖ ការដើរ ការឡើងលើ និងក្រោកចេញពីគ្រែ ការងូតទឹក ការស្លៀកពាក់ ការញ៉ាំអាហារ ការប្រើប្រាស់បង្គន់ និងការលេបឱសថ)។	ការដកចេញនេះមិនអនុវត្តចំពោះជំនួយលើសកម្មភាពរស់នៅប្រចាំថ្ងៃ ដែលត្រូវបានផ្តល់ជាផ្នែកនៃធានារ៉ាប់រងដែលបានពិពណ៌នានៅក្រោមផ្នែកខាងក្រោម៖ • ការថែទាំមុនស្លាប់ និងការព្យាបាលបន្ថយការឈឺចាប់ • សេវាថែទាំរយៈពេលវែង និងជំនួយ • ការថែទាំរបស់គិលានុបដ្ឋាយិកាជំនាញ/ការថែទាំសុខភាពកម្រិតមធ្យម/ការថែទាំសុខភាពកម្រិតធ្ងន់មធ្យម • ជំនួយសហគមន៍
ការបញ្ជ្រាស់និបួលកម្ម	
សេវាកម្មដោយអ្នកគ្មានអាជ្ញាបណ្ណ ទាំងនេះរួមបញ្ចូលសេវាកម្មដែលត្រូវបានអនុវត្តដោយសុវត្ថិភាព និងមានប្រសិទ្ធភាពដោយបុគ្គលដែលមិនតម្រូវឱ្យមានអាជ្ញាបណ្ណ ឬវិញ្ញាបនបត្រដោយរដ្ឋដើម្បីផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាព និងកន្លែងដែលលក្ខខណ្ឌសមាជិកមិនតម្រូវឱ្យផ្តល់សេវាដោយអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពដែលមានអាជ្ញាបណ្ណ។	ការដកចេញនេះមិនអនុវត្តចំពោះចំណុចខាងក្រោមទេ៖ • ការគាំទ្រសហគមន៍ដែលមានការធានារ៉ាប់រងដែលត្រូវបានអនុម័តសម្រាប់អ្នក។ • សេវាជំនួយដោយសម្រាលដែលមានការធានារ៉ាប់រង។ • សេវាបុគ្គលិកសុខភាពសហគមន៍ដែលគ្របដណ្តប់។

F. សិទ្ធិរបស់អ្នកជាសមាជិកនៃគម្រោង

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

- **អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានការគោរព យុត្តិធម៌ និងសេចក្តីថ្លៃថ្នូរ។** នេះរួមបញ្ចូលទាំងសិទ្ធិក្នុងការ៖
  - ទទួលបានសេវារ៉ាប់រងដោយមិនខ្វល់ពីលក្ខខណ្ឌសុខភាព ស្ថានភាពសុខភាព ការទទួលសេវាសុខភាព បទពិសោធន៍ទាមទារ ប្រវត្តិវេជ្ជសាស្ត្រ ពិការភាព (រួមទាំងការចុះខ្សោយផ្លូវចិត្ត) ស្ថានភាពអាពាហ៍ពិពាហ៍ អាយុ ភេទ ទំនោរផ្លូវភេទ ដើមកំណើតជាតិ ជាតិសាសន៍ ពណ៌សម្បុរ សាសនា ជំនឿ ឬជំនួយសាធារណៈ
  - ទទួលបានព័ត៌មានជាភាសា និងទម្រង់ផ្សេងទៀត (ឧទាហរណ៍ ការបោះពុម្ពធំ អក្សរស្ទាប ឬសំឡេង) ដោយឥតគិតថ្លៃ
  - មានសេរីភាពពីទម្រង់នៃការរឹតត្បិតខាងរូបកាយ ឬដាច់ដោយឡែក
- **អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានព័ត៌មានអំពីការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក។** នេះរួមបញ្ចូលព័ត៌មានអំពីការព្យាបាល និងជម្រើសនៃការព្យាបាលរបស់អ្នក។ ព័ត៌មាននេះគួរតែជាភាសា និងទម្រង់ដែលអ្នកអាចយល់បាន។ នេះរួមបញ្ចូលទាំងសិទ្ធិទទួលបានព័ត៌មានអំពី៖
  - ការពិពណ៌នាអំពីសេវាកម្មដែលយើងរ៉ាប់រង
  - របៀបទទួលបានសេវាកម្ម
  - តើសេវាកម្មនឹងត្រូវចំណាយអស់ប៉ុន្មាន
  - ឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាព
- **អ្នកមានសិទ្ធិធ្វើការសម្រេចចិត្តអំពីការថែទាំរបស់អ្នក រួមទាំងការបដិសេធការព្យាបាល។** នេះរួមបញ្ចូលទាំងសិទ្ធិក្នុងការ៖
  - ជ្រើសរើសអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំបឋម (PCP) ហើយផ្លាស់ប្តូរ PCP របស់អ្នកនៅអំឡុងពេលណាមួយនៃឆ្នាំ
  - ប្រើអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពស្ត្រីដោយគ្មានការបញ្ជូនបន្ត
  - ទទួលបានសេវាកម្មនិងឱសថដែលបានធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកយ៉ាងឆាប់រហ័ស
  - ដឹងអំពីជម្រើសនៃការព្យាបាលទាំងអស់ មិនថាពួកគេចំណាយប្រាក់ប៉ុន្មាន ឬថាតើពួកគេត្រូវបានធានារ៉ាប់រងឬអត់នោះទេ

- បដិសេធការព្យាបាល ទោះបីជាអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពរបស់អ្នកណែនាំប្រឆាំងនឹងវាក៏ដោយ
- ឈប់ប្រើឱសថ ទោះបីជាអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពរបស់អ្នកណែនាំប្រឆាំងនឹងវាក៏ដោយ
- សាកសួរមតិទីពីរ។ គម្រោង Kaiser Permanente Dual Complete នឹងទូទាត់ថ្លៃចំណាយសម្រាប់ការជួបពិគ្រោះសម្រាប់មតិទីពីររបស់អ្នក
- ធ្វើឱ្យបំណងប្រាថ្នាថែទាំសុខភាពរបស់អ្នកបានដឹងនៅក្នុងសេចក្តីបង្គាប់ជាមុន

- **អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានការថែទាំទាន់ពេលវេលា ដែលមិនមានការប្រាស្រ័យទាក់ទង ឬរារាំងការចូលប្រើប្រាស់រាងកាយ។** នេះរួមបញ្ចូលទាំងសិទ្ធិក្នុងការ៖
  - ទទួលបានការថែទាំវេជ្ជសាស្ត្រទាន់ពេលវេលា
  - ចូល និងចេញពីការិយាល័យអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាព។ នេះមានន័យថាការចូលប្រើប្រាស់ដោយគ្មានឧបសគ្គសម្រាប់ជនពិការ ស្របតាមច្បាប់ស្តីពីជនពិការរបស់អាមេរិក
  - មានអ្នកបកប្រែដើម្បីជួយក្នុងការទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក និងគម្រោងសុខភាពរបស់អ្នក

- **អ្នកមានសិទ្ធិស្វែងរកការថែទាំភ្លាមៗ និងបន្ទាន់នៅពេលដែលអ្នកត្រូវការវា។** នេះមានន័យថាអ្នកមានសិទ្ធិ៖
  - ទទួលបានសេវាសង្គ្រោះបន្ទាន់ដោយគ្មានការអនុញ្ញាតជាមុនក្នុងគ្រាអាសន្ន
  - ប្រើអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំបន្ទាន់ ឬសង្គ្រោះបន្ទាន់ក្រៅបណ្តាញ នៅពេលចាំបាច់

- **អ្នកមានសិទ្ធិរក្សាការសម្ងាត់ និងឯកជនភាព។** នេះរួមបញ្ចូលទាំងសិទ្ធិក្នុងការ៖
  - សួររក និងទទួលបានច្បាប់ចម្លងនៃកំណត់ត្រាវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នកតាមរបៀបដែលអ្នកអាចយល់ និងសុំឱ្យផ្លាស់ប្តូរ ឬកែកំណត់ត្រារបស់អ្នក
  - រក្សាព័ត៌មានសុខភាពផ្ទាល់ខ្លួនរបស់អ្នកជាឯកជន

- **អ្នកមានសិទ្ធិដាក់ពាក្យបណ្តឹងតវ៉ា ឬប្តឹងឧទ្ធរណ៍ចំពោះសេវាដែលមានការបដិសេធ ការពន្យារពេល ឬការកែប្រែនោះ។ សូមមើលផ្នែក G ខាងក្រោម។** នេះរួមបញ្ចូលទាំងសិទ្ធិក្នុងការ៖
  - ដាក់ពាក្យបណ្តឹងតវ៉ា ឬបណ្តឹងសាទុក្ខប្រឆាំងនឹងយើង ឬអ្នកផ្តល់សេវារបស់យើង
  - ប្តឹងឧទ្ធរណ៍ចំពោះសេចក្តីសម្រេចជាក់លាក់ដែលធ្វើឡើងដោយយើង ឬអ្នកផ្តល់សេវារបស់យើង

- ដាក់ពាក្យបណ្តឹងតវ៉ាជាមួយក្រសួងថែទាំសុខភាពក្រោមការគ្រប់គ្រងរបស់រដ្ឋ California (California Department of Managed Health Care, DMHC) តាមរយៈលេខទូរសព្ទឥតគិតថ្លៃ (1-888-466-2219) ឬបណ្តាញ TDD លេខ (1-877-688-9891) សម្រាប់អ្នកដែលមានពិការភាពក្នុងការស្តាប់ និងការនិយាយ។ គេហទំព័ររបស់ DMHC (www.dmhc.ca.gov/) មានទម្រង់បែបបទបណ្តឹងតវ៉ា ទម្រង់បែបបទនៃការត្រួតពិនិត្យផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដោយឯករាជ្យ (Independent Medical Review, IMR) និងការណែនាំដែលអាចរកបានតាមអនឡាញ។
- ស្នើសុំ DMHC នូវ IMR ចំពោះសេវា ឬទំនិញរបស់ Medi-Cal ដែលមានលក្ខណៈវេជ្ជសាស្ត្រ
- ស្នើសុំសវនាការថ្នាក់រដ្ឋ
- ទទួលបានហេតុផលលម្អិតអំពីមូលហេតុដែលសេវាកម្មត្រូវបានបដិសេធ ហើយស្នើសុំច្បាប់ចម្លងអំពីព័ត៌មានទាំងអស់ដែលប្រើដើម្បីធ្វើសេចក្តីសម្រេចដោយឥតគិតថ្លៃ

សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីសិទ្ធិរបស់អ្នក អ្នកអាចអាន *សៀវភៅណែនាំសម្រាប់សមាជិក*។ ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ អ្នកអាចហៅទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិករបស់គម្រោង Kaiser Permanente Dual Complete តាមរយៈលេខដែលបានរាយនៅផ្នែកខាងក្រោមទំព័រនេះ។

អ្នកក៏អាចហៅទូរសព្ទទៅមន្ត្រីបណ្តឹងសាធារណៈពិសេសផងដែរ សម្រាប់អ្នកដែលមាន Medicare និង Medi-Cal តាមរយៈលេខ 1-855-501-3077 ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ចន្លោះពីមោង 9 ព្រឹក ដល់មោង 5 ល្ងាច ឬការិយាល័យ Medi-Cal របស់មន្ត្រីបណ្តឹងសាធារណៈតាមរយៈលេខ 1-888-452-8609 ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ចន្លោះពីមោង 8 ព្រឹក ដល់មោង 5 ល្ងាច។

G. របៀបដាក់ពាក្យប្តឹងតវ៉ា ឬប្តឹងឧទ្ធរណ៍ចំពោះសេវាដែលមានការបដិសេធ ការពន្យារពេល ឬការកែប្រែនោះ

ប្រសិនបើអ្នកមានបណ្តឹងតវ៉ា ឬគិតថាគម្រោង Kaiser Permanente Dual Complete បានបដិសេធ បានពន្យារពេល ឬបានកែប្រែសេវាដោយមិនត្រឹមត្រូវ សូមហៅទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិកតាមរយៈលេខដែលបានរាយនៅផ្នែកខាងក្រោមទំព័រនេះ។ អ្នកក៏អាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងជាលាយលក្ខណ៍អក្សរទៅកាន់អាសយដ្ឋានដែលមានរាយខាងក្រោមបានផងដែរ។ អ្នកអាចនឹងប្តឹងឧទ្ធរណ៍ចំពោះសេចក្តីសម្រេចរបស់យើងបាន។

សម្រាប់សំណួរអំពីបណ្តឹងតវ៉ា និងបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ អ្នកអាចអាន **ជំពូកទី 9** នៃ *សៀវភៅណែនាំសម្រាប់សមាជិក* បាន។ អ្នកក៏អាចហៅទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិករបស់ Kaiser Permanente Dual Complete តាមរយៈលេខដែលបានរាយនៅខាងក្រោមទំព័រនេះ។

សេចក្តីសម្រេចលើធានារ៉ាប់រង បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ និងពាក្យបណ្តឹងអំពីការថែទាំសុខភាព

ការសម្រេចចិត្តលើការធានារ៉ាប់រងអំពីការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នកគឺជាការសម្រេចចិត្តអំពី៖

- អត្ថប្រយោជន៍ និងសេវាកម្មដែលមានធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នក **ឬ**
- ចំនួនទឹកប្រាក់ដែលយើងបង់សម្រាប់សេវាសុខភាពរបស់អ្នក។

បណ្តឹងតវ៉ា គឺជាវិធីផ្លូវការមួយក្នុងការស្នើសុំឱ្យយើងពិនិត្យមើលការសម្រេចចិត្តដែលយើងបានធ្វើអំពីការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នក ហើយសុំឱ្យយើងផ្លាស់ប្តូរប្រសិនបើអ្នកគិតថាយើងធ្វើខុស ឬមិនយល់ស្របនឹងការសម្រេចចិត្តនោះ។

អ្នកអាចធ្វើការតវ៉ាអំពីពួកយើង ឬអ្នកផ្តល់សេវាណាមួយ (រួមទាំងអ្នកផ្តល់សេវាមិនមែនបណ្តាញ ឬបណ្តាញ)។ អ្នកផ្តល់សេវាបណ្តាញគឺជាអ្នកផ្តល់សេវាដែលធ្វើការជាមួយគម្រោងរបស់យើង។ អ្នកក៏អាចដាក់ពាក្យ**បណ្តឹងតវ៉ា**អំពីគុណភាពនៃការថែទាំដែលអ្នកបានទទួលមកកាន់យើង ឬទៅកាន់អង្គភាពលើកកម្ពស់គុណភាពផងដែរ។ អ្នកអាចធ្វើពាក្យបណ្តឹងអំពីគម្រោងរបស់យើងទៅកាន់ Medicare។ អ្នកអាចប្រើទម្រង់បែបបទតាមអនឡាញនៅលើគេហទំព័រ **www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx។** ឬអ្នកអាចទូរសព្ទទៅលេខ **1-800-MEDICARE** (**1-800-633-4227**) ដើម្បីសុំជំនួយ។ អ្នកអាចធ្វើការតវ៉ាអំពីគម្រោងរបស់យើងទៅកម្មវិធីដោះស្រាយបណ្តឹងដោយទូរសព្ទទៅលេខ **1-888-452-8609**។ ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ចាប់ពីមោង 8 ព្រឹក ដល់ 5 ល្ងាច ដោយមិនរាប់បញ្ចូលថ្ងៃឈប់សម្រាករបស់រដ្ឋ។

ទូរសព្ទទៅ	**1-800-443-0815** ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃទេ។ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ ពីមោង 8 ព្រឹក ដល់ 8 យប់។ យើងមានសេវាបកប្រែផ្ទាល់មាត់ដោយឥតគិតថ្លៃសម្រាប់អ្នកមិនចេះនិយាយភាសាអង់គ្លេស។ ប្រសិនបើសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ ឬបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នកមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់សេចក្តីសម្រេចឆាប់រហ័ស ដូចដែលបានពិពណ៌នានៅក្នុង *សៀវភៅណែនាំសម្រាប់សមាជិក* សូមហៅទូរសព្ទទៅអង្គភាពត្រួតពិនិត្យឆាប់រហ័សតាមរយៈលេខ **1-888-987-7247** ពីមោង 8:30 ព្រឹក ដល់មោង 5 ល្ងាច ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសៅរ៍។
TTY	**711** ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃទេ។ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ ពីមោង 8 ព្រឹក ដល់ 8 យប់។
ទូរសារ	ប្រសិនបើការសម្រេចចិត្តលើការរ៉ាប់រង ការប្តឹងតវ៉ា ឬពាក្យបណ្តឹងរបស់អ្នកមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ការសម្រេចចិត្តឆាប់រហ័ស សូមទូរសារសំណើរបស់អ្នកទៅកាន់អង្គភាពត្រួតពិនិត្យរហ័សរបស់យើងតាមរយៈលេខ **1-888-987-2252**។
សរសេរ	សម្រាប់សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងស្តង់ដា ឬបណ្តឹងតវ៉ា សូមសរសេរទៅកាន់ការិយាល័យរបស់ផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិកក្នុងតំបន់របស់អ្នក (សូមមើល *បញ្ជីរាយនាមអ្នកផ្តល់សេវានិងឱសថស្ថាន* សម្រាប់ទីតាំង)។ សម្រាប់ការប្តឹងឧទ្ធរណ៍ស្តង់ដា សូមសរសេរទៅកាន់អាសយដ្ឋានដែលបង្ហាញនៅលើការជូនដំណឹងបដិសេធន៍ដែលយើងផ្ញើជូនអ្នក។ ប្រសិនបើការសម្រេចចិត្តលើការរ៉ាប់រង ការប្តឹងឧទ្ធរណ៍ ឬការប្តឹងតវ៉ារបស់អ្នក មានលក្ខខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ទទួលបានការសម្រេចចិត្តឆាប់រហ័ស, សូមសរសេរទៅកាន់៖ Kaiser Permanente Expedited Review Unit P.O. Box 1809 Pleasanton, CA 94566
គេហទំព័រ	អ្នកអាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងតវ៉ាណាមួយអំពីគម្រោងរបស់យើងទៅកាន់ Medicare ដោយផ្ទាល់បាន។ ដើម្បីដាក់ពាក្យបណ្តឹងតវ៉ាតាមអនឡាញទៅកាន់ Medicare សូមចូលទៅកាន់ **www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx**

ការសម្រេចចិត្តលើការរ៉ាប់រងសម្រាប់ឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាផ្នែក D

ការសម្រេចចិត្តលើការធានារ៉ាប់រងអំពីឱសថ Medicare របស់អ្នកគឺជាការសម្រេចចិត្តអំពី៖

- អត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នក និងឱសថដែល Medicare រ៉ាប់រង ឬ
- ចំនួនទឹកប្រាក់ដែលយើងចំណាយសម្រាប់ឱសថ Medicare របស់អ្នក។

ទូរសព្ទទៅ	**1-877-645-1282** ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃទេ។ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ ពីមោង 8 ព្រឹក ដល់ 8 យប់។ យើងមានសេវាបកប្រែផ្ទាល់មាត់ដោយឥតគិតថ្លៃសម្រាប់អ្នកមិនចេះនិយាយភាសាអង់គ្លេស។
TTY	**711** ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃទេ។ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ ពីមោង 8 ព្រឹក ដល់ 8 យប់។
ទូរសារ	**1-844-403-1028**
សរសេរ	OptumRx c/o Prior Authorization P.O. Box 25183 Santa Ana, CA 92799
គេហទំព័រ	**kp.org**

បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍សម្រាប់ឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាផ្នែក D

បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍គឺជាវិធីមួយដើម្បីសុំឱ្យយើងផ្លាស់ប្តូរការសម្រេចចិត្តលើការធានារ៉ាប់រង។

ទូរសព្ទទៅ	**1-866-206-2973** ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃទេ។ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ ពីមោង 8:30 ព្រឹក ដល់មោង 5 ល្ងាច។ យើងមានសេវាបកប្រែផ្ទាល់មាត់ដោយឥតគិតថ្លៃសម្រាប់អ្នកមិនចេះនិយាយភាសាអង់គ្លេស។
TTY	**711** ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃទេ។ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ ពីមោង 8 ព្រឹកដល់ 8 យប់។
ទូរសារ	**1-866-206-2974**
សរសេរ	Kaiser Permanente Medicare Part D Unit P.O. Box 1809 Pleasanton, CA 94566
គេហទំព័រ	**kp.org**

ការតវ៉ាសម្រាប់ឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាផ្នែក D

អ្នកអាចធ្វើការតវ៉ាអំពីយើង ឬឱសថស្ថានណាមួយ។ វារួមបញ្ចូលការតវ៉ាអំពីឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជា Medicare របស់អ្នក។

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

ទូរសព្ទទៅ	**1-800-443-0815** ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃទេ។ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ ពីមោង 8 ព្រឹក ដល់ 8 យប់។ ប្រសិនបើការប្តឹងតវ៉ារបស់អ្នក មានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ទទួលបានការសម្រេចចិត្តឆាប់រហ័ស សូមទូរសព្ទទៅកាន់ អង្គភាពផ្នែក D តាមរយៈលេខ **1-866-206-2973** ពីមោង 8:30 ព្រឹក ដល់មោង 5 ល្ងាច ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ។ មើល **ជំពូកទី 9** ដើម្បីស្វែងយល់ថាតើបញ្ហារបស់អ្នកមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ទទួលបានការសម្រេចចិត្តឆាប់រហ័សដែរឬអត់។ យើងមានសេវាបកប្រែផ្ទាល់មាត់ដោយឥតគិតថ្លៃសម្រាប់អ្នកមិនចេះនិយាយភាសាអង់គ្លេស។
TTY	**711** ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃទេ។ ចន្ទ ដល់ សុក្រ ពីមោង 8 ព្រឹក ដល់ 8 យប់។
ទូរសារ	ប្រសិនបើការប្តឹងតវ៉ារបស់អ្នកមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ទទួលបានការសម្រេចចិត្តឆាប់រហ័ស សូមផ្ញើសំណើរបស់អ្នកតាមទូរសារទៅកាន់ អង្គភាពផ្នែក D របស់យើងតាមរយៈលេខ **1-866-206-2974**។
សរសេរ	សម្រាប់ពាក្យបណ្តឹងស្តង់ដា សូមសរសេរទៅកាន់ការិយាល័យផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិកក្នុងតំបន់របស់អ្នក (សូមមើល *សៀវភៅរាយនាមអ្នកផ្តល់សេវានិងឱសថស្ថាន* សម្រាប់ទីតាំង)។ ប្រសិនបើការប្តឹងតវ៉ារបស់អ្នកមានលក្ខខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ទទួលបានការសម្រេចចិត្តឆាប់រហ័ស សូមសរសេរទៅកាន់៖ Kaiser Permanente Medicare Part D Unit P.O. Box 1809 Pleasanton, CA 94566
គេហទំព័រ	អ្នកអាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងតវ៉ាណាមួយអំពីគម្រោងរបស់យើងទៅកាន់ Medicare ដោយផ្ទាល់បាន។ ដើម្បីដាក់ពាក្យបណ្តឹងតវ៉ាតាមអនឡាញទៅកាន់ Medicare សូមចូលទៅកាន់ **www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx**

ស្ថាប័នលើកកម្ពស់គុណភាព (QIO)

រដ្ឋរបស់យើងមានអង្គភាពមួយឈ្មោះថា Commence Health។ នេះគឺជាក្រុមវេជ្ជបណ្ឌិត និងអ្នកជំនាញផ្នែកថែទាំសុខភាពផ្សេងទៀត ដែលជួយកែលម្អគុណភាពនៃការថែទាំសម្រាប់អ្នកដែលមាន Medicare។ Commence Health មិនជាប់ពាក់ព័ន្ធជាមួយគម្រោងរបស់យើងទេ។ សូមទាក់ទង Commence Health សម្រាប់ជំនួយជាមួយនឹង៖

- សំណួរអំពីសិទ្ធិថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក
- អ្នកអាចធ្វើការតវ៉ាអំពីការថែទាំដែលអ្នកទទួលបាន ប្រសិនបើអ្នក៖
    - មានបញ្ហាជាមួយនឹងគុណភាពនៃការថែទាំ
    - គិតថាការស្នាក់នៅមន្ទីរពេទ្យរបស់អ្នកត្រូវបញ្ចប់ឆាប់ពេក ឬ
    - គិតថាការថែទាំសុខភាពតាមផ្ទះរបស់អ្នក ការថែទាំនៅកន្លែងថែទាំដែលមានជំនាញ ឬសេវាស្ថានស្តារនីតិសម្បទាអ្នកជំងឺក្រៅគ្រប់ជ្រុងជ្រោយ (comprehensive outpatient rehabilitation facility, CORF) នឹងបញ្ចប់ឆាប់ពេក។

ទូរសព្ទទៅ	**1-877-588-1123** ការហៅទូរសព្ទទៅលេខទូរសព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ ថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ មោង 9 ព្រឹក ដល់មោង 5 ល្ងាច ចុងសប្តាហ៍ និងថ្ងៃឈប់សម្រាក មោង 10 ព្រឹត ដល់ 4 រសៀល។
TTY	**711**
សរសេរ	Commence Health BFCC-QIO Program P.O. Box 2687 Virginia Beach, VA 23450
គេហទំព័រ	**www.livantaqio.cms.gov**

ជំនួយពីនាយកដ្ឋានសេវាថែទាំសុខភាពមានការគ្រប់គ្រងរដ្ឋ California

នាយកដ្ឋានសេវាថែទាំសុខភាពមានការគ្រប់គ្រងរដ្ឋ California ទទួលខុសត្រូវក្នុងការកំណត់ច្បាប់គម្រោងសេវាថែទាំសុខភាព។ ប្រសិនបើអ្នកមានបណ្តឹងសារទុក្ខប្រឆាំងនឹងគម្រោងសុខភាពរបស់អ្នក ដំបូងអ្នកគួរតែទូរសព្ទទៅគម្រោងសុខភាពរបស់អ្នកតាមរយៈលេខ **1-800-443-0815** ហើយប្រើដំណើរការបណ្តឹងសារទុក្ខរបស់គម្រោងសុខភាពរបស់អ្នកមុននឹងទាក់ទងទៅក្រសួង។ ការប្រើប្រាស់នីតិវិធីបណ្តឹងសារទុក្ខនេះមិនហាមឃាត់សិទ្ធិស្របច្បាប់ ឬដំណោះស្រាយណាមួយដែលអាចមានសម្រាប់អ្នកទេ។ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយក្នុងបណ្តឹងសារទុក្ខដែលទាក់ទងនឹងភាពអាសន្ន បណ្តឹងសារទុក្ខដែលមិនត្រូវបានដោះស្រាយជាទីពេញចិត្តដោយគម្រោងសុខភាពរបស់អ្នក ឬបណ្តឹងសារទុក្ខដែលនៅមិនទាន់បានដោះស្រាយអស់រយៈពេលលើសពី 30 ថ្ងៃ អ្នកអាចទូរសព្ទទៅក្រសួងសម្រាប់ជំនួយ។ អ្នកក៏អាចនឹងមានសិទ្ធិទទួលការពិនិត្យឡើងវិញនូវពេទ្យឯករាជ្យ (IMR) ដែរ។ ប្រសិនបើអ្នកមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ទទួលបាន IMR នោះដំណើរការ IMR នឹងផ្តល់ការពិនិត្យឡើងវិញដោយមិនលំអៀងលើការសម្រេចចិត្តផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ ដែលធ្វើឡើងដោយគម្រោងសុខភាពទាក់ទងនឹងភាពចាំបាច់ខាងវេជ្ជសាស្ត្រនៃសេវា ឬការព្យាបាលដែលបានស្នើសុំ ការសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងសម្រាប់ការព្យាបាលដែលមានលក្ខណៈពិសោធន៍ ឬស្រាវជ្រាវ និងវិវាទលើការទូទាត់ប្រាក់សម្រាប់ការសង្គ្រោះបន្ទាន់ឬសេវាវេជ្ជសាស្ត្របន្ទាន់។ នាយកដ្ឋានក៏មានខ្សែទូរសព្ទឥតគិតថ្លៃលេខ **1-888-466-2219** និងខ្សែទូរសព្ទ TDD លេខ **1-877-688-9891** សម្រាប់អ្នកមានបញ្ហាការស្តាប់និងការនិយាយ។ គេហទំព័រអ៊ីនធឺណិតរបស់នាយកដ្ឋាន **www.dmhc.ca.gov** មានទម្រង់បែបបទបណ្តឹង ពាក្យស្នើសុំ IMR និងការណែនាំតាមអ៊ីនធឺណិត។

H. អ្វីដែលត្រូវធ្វើប្រសិនបើអ្នកសង្ស័យថាមានការក្លែងបន្លំ

អ្នកជំនាញថែទាំសុខភាព និងអង្គភាពដែលផ្តល់សេវាភាគច្រើនមានភាពស្មោះត្រង់។ ជាអកុសល ប្រហែលជាមានអ្នកខ្លះមិនស្មោះត្រង់។
ប្រសិនបើអ្នកគិតថាវេជ្ជបណ្ឌិត មន្ទីរពេទ្យ ឬឱសថស្ថានផ្សេងទៀតកំពុងធ្វើអ្វីខុស សូមទាក់ទងមកយើង។

- សូមហៅទូរសព្ទមកយើងតាមរយៈផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិករបស់គម្រោង Kaiser Permanente Dual Complete។ លេខទូរសព្ទត្រូវបានរាយនៅខាងក្រោមទំព័រនេះ។
- ឬហៅទូរសព្ទទៅកាន់មជ្ឈមណ្ឌលសេវាបម្រើអតិថិជនរបស់ Medi-Cal តាមរយៈលេខ 1-800-541-5555។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY អាចហៅទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-430-7077។
- ឬទូរសព្ទទៅ Medicare តាមលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY អាចទូរសព្ទទៅលេខ 1-877-486-2048។
  អ្នកអាចទូរសព្ទទៅលេខទាំងនេះដោយឥតគិតថ្លៃ។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរទូទៅ ឬសំណួរអំពីគម្រោង សេវា តំបន់សេវា ការចេញវិក្កយបត្រ ឬបណ្ណសម្គាល់សមាជិករបស់យើង សូមហៅទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិករបស់ Kaiser Permanente Dual Complete៖

- **1-800-443-0815** (TTY **711**)។
- ការហៅទូរសព្ទទៅលេខទូរសព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ មោង 8 ព្រឹក ដល់មោង 8 ល្ងាច 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។
- ផ្នែកសេវាសមាជិក ក៏មានផ្តល់ជូនសេវាកម្មបកប្រែភាសាដោយឥតគិតថ្លៃផងដែរ សម្រាប់អ្នកដែលមិនចេះភាសាអង់គ្លេស។

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 ព័ត៌មានហ៊ុន សញ្ជាតិ ភាសាចម្បង ឬស្ថានភាពអន្តោប្រវេសន៍ឡើយ។

Kaiser Permanenteផ្តល់ជូននូវសេវាកម្មដូចខាងក្រោមក្នុងលក្ខណៈទាន់ពេលវេលា:

- ជំនួយនិងសេវាកម្មដោយមិនគិតថ្លៃដល់ជនពិការដើម្បីជួយពួកគេទំនាក់ទំនងបាន ប្រសើរជាងមុនជាមួយពួកយើង 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 ឯកសារនេះអាចត្រូវបានផ្តល់ជូនអ្នកក្នុងទម្រង់ជាអក្សរស្ទាបសម្រាប់អ្នកពិការភ្នែក អក្សរធំៗ សម្លេង ឬទម្រង់អេឡិចត្រូនិក។ ដើម្បីទទួលបានច្បាប់ចម្លងនៅក្នុងទម្រង់ជំនួសមួយក្នុងចំណោមទម្រង់ទាំងនេះ ឬទម្រង់ផ្សេងទៀត សូមទូរសព្ទទៅនាយកដ្ឋានសេវាកម្មសមាជិករបស់យើងហើយសួររកទម្រង់ដែលអ្នកត្រូវការ។

របៀបដាក់ពាក្យបណ្តឹងសារទុក្ខជាមួយ Kaiser Permanente

អ្នកអាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងសារទុក្ខអំពីការរើសអើងជាមួយពួកយើង ប្រសិនបើអ្នកជឿថាយើង បានខកខានក្នុងការផ្តល់សេវាកម្មទាំងនេះ ឬបានរើសអើងដោយខុសច្បាប់តាមរបៀបផ្សេងទៀត។ អ្នកអាចដាក់បណ្តឹងសារទុក្ខតាមទូរសព្ទ តាមប្រៃសណីយ៍ ដោយផ្ទាល់ ឬតាមអ៊ីនធឺណិត។ សូមយោងលើ*ភស្តុតាងនៃការធានារ៉ាប់រង ឬលិខិតបញ្ជាក់ធានារ៉ាប់រង*របស់អ្នកសម្រាប់ព័ត៌មានលម្អិត។ 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

របៀបដាក់បណ្តឹងសារទុក្ខទៅកាន់ការិយាល័យសិទ្ធិពលរដ្ឋនាយកដ្ឋានសេវាកម្មសុខភាពនិង មនុស្សជាតិអាមេរិក

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

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

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