



ភស្តុតាងនៃការធានា រ៉ាប់រង

អត្ថប្រយោជន៍សុខភាព Medicare និងការរ៉ាប់រងលើសេវាកម្ម
និងឱសថមានវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកក្នុងនាមជាសមាជិករបស់ Blue
Shield TotalDual Plan (HMO D-SNP)

ខោនធី Los Angeles និង San Diego

ថ្ងៃទី 1 ខែមករា ឆ្នាំ 2026 – ថ្ងៃទី 31 ខែធ្នូ ឆ្នាំ 2026

សៀវភៅណែនាំសមាជិក បេស៊ីត្រម្រោង Blue Shield TotalDual Plan (HMO D-SNP) ដែលជាគម្រោង Medicare Medi-Cal Plan

H2819_26_364A_001_C_KH Approved 08262025

លេខអនុញ្ញាតរបស់ OMB 0938-1444 (ផុតកំណត់៖ ថ្ងៃទី 30 ខែមិថុនា 2026)

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan តាមរយៈលេខ 1-800-452-4413 (TTY: 711) ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ ម៉ោង PT ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទ គឺឥតគិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ blueshieldca.com/medicare។



ថ្ងៃទី 1 ខែមករា ឆ្នាំ 2026 – ថ្ងៃទី 31 ខែធ្នូ ឆ្នាំ 2026

ការធានារ៉ាប់រងសុខភាព និងឱសថរបស់អ្នក នៅក្រោមគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan (HMO D-SNP) ដែលជាគម្រោង Medicare Medi-Cal Plan

ការណែនាំស្តីពីសៀវភៅណែនាំសមាជិក

សៀវភៅណែនាំសមាជិកនេះ គេហៅផងដែរថា ឯកសារភស្តុតាងបញ្ជាក់ការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកអំពីការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកនៅក្រោមគម្រោងរបស់យើងរហូតដល់ថ្ងៃទី 31 ខែធ្នូ ឆ្នាំ 2026។ សៀវភៅនេះ ពន្យល់អំពីសេវាថែទាំសុខភាព សេវាសុខភាពអាកប្បកិរិយា (សុខភាពផ្លូវចិត្ត និងបញ្ហាប្រើប្រាស់សារធាតុញៀន) ការធានារ៉ាប់រងលើឱសថ និងសេវា និងជំនួយទ្រទ្រង់រយៈពេលវែង។ ពាក្យគន្លឹះ និងនិយមន័យរបស់ពាក្យគន្លឹះបង្ហាញតាមលំដាប់អក្ខរក្រមនៅក្នុងជំពូកទី 12 នៃសៀវភៅណែនាំសមាជិកនេះ។

នេះគឺជាឯកសារផ្លូវច្បាប់ដ៏សំខាន់។ សូមរក្សាទុកឯកសារនេះ នៅកន្លែងដែលមានសុវត្ថិភាព។

នៅពេលដែល សៀវភៅណែនាំសមាជិកនេះនិយាយថា “យើង” “យើងខ្ញុំ” “របស់យើង” ឬ “គម្រោងរបស់យើង” វាមានន័យថា ជាគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan។

ឯកសារនេះ មានផ្តល់ជូនដោយឥតគិតថ្លៃជាភាសាអង់គ្លេស អាមេនី ខ្មែរ ចិន-ប្រពៃណី ចិន-សាមញ្ញ ហ្វីលីពីន កូរ៉េ រុស្ស៊ី អេស្ប៉ាញ ឬអេស្ប៉ាញក្រអូល តាកាឡុក និងភាសាវៀតណាម។

អ្នកអាចទទួលបានឯកសារនេះ ដោយឥតគិតថ្លៃជាទម្រង់ផ្សេងទៀត ដូចជាអក្សរពុម្ពធំ អក្សរស្នាបសម្រាប់ជនពិការភ្នែក និង/ឬជាសំឡេង ដោយហៅទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជន តាមរយៈលេខ 1-800-452-4413 (TTY: 711) ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ម៉ោង PT ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទ គឺឥតគិតថ្លៃ។

- អ្នកអាចធ្វើការស្នើសុំឯកសារនេះ ជាភាសាផ្សេងក្រៅពីភាសាអង់គ្លេស ឬជាទម្រង់ជំនួសសម្រាប់ពេលបច្ចុប្បន្ន និងពេលអនាគត។ ដើម្បីធ្វើការស្នើសុំ សូមទាក់ទងមកកាន់ផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជនរបស់គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan។ ភាសា និងទម្រង់ដែលអ្នកពេញចិត្តនឹងត្រូវរក្សាទុកក្នុងឯកសារសម្រាប់ទំនាក់ទំនងនាពេលអនាគត។ ដើម្បីធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពណាមួយលើចំណូលចិត្តរបស់អ្នក សូមទាក់ទងមកកាន់ផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជនរបស់គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan។

សេចក្តីជូនដំណឹងស្តីពីលទ្ធភាពទទួលបានសេវាជំនួយភាសា និងជំនួយឧបត្ថម្ភ ព្រមទាំងសេវាផ្សេងៗ

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan តាមរយៈលេខ 1-800-452-4413 (TTY: 711) ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ម៉ោង PT ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទ គឺឥត

គិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ blueshieldca.com/medicare។



ATTENTION: If you need help in your language, call 1-800-452-4413 (TTY: 711). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call 1-800-452-4413 (TTY: 711). These services are free of charge.

الشعار بالعربية (Arabic)

يُرجى الانتباه: إذا احتجت إلى المساعدة بلغتك، فاتصل بـ 1-800-452-4413 (TTY: 711). تتوفر أيضًا المساعدات والخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل المستندات المكتوبة بطريقة بريـل والخط الكبير. اتصل بـ 1-800-452-4413 (TTY: 711). هذه الخدمات مجانية.

Հայերեն պիտակ (Armenian)

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ: Եթե Ձեզ օգնություն է հարկավոր Ձեր լեզվով, զանգահարեք 1-800-452-4413 (TTY: 711): Կան նաև օժանդակ միջոցներ ու ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար, օրինակ՝ Բրայլի գրատիպով ու խոշորատառ տպագրված նյութեր: Զանգահարեք 1-800-452-4413 (TTY: 711): Այդ ծառայություններն անվճար են:

简体中文标语 (Chinese)

请注意：如果您需要以您的母语提供帮助，请致电 1-800-452-4413 (TTY: 711)。另外还提供针对残疾人士的帮助和服务，例如盲文和需要较大字体阅读，也是方便取用的。请致电 1-800-452-4413 (TTY: 711)。这些服务都是免费的。

ਪੰਜਾਬੀ ਟੈਗਲਾਈਨ (Punjabi)

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਤਾਂ ਕਾਲ ਕਰੋ 1-800-452-4413 (TTY: 711). ਅਪਾਹਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬੋਲ ਅਤੇ ਮੋਟੀ ਛਪਾਈ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਕਾਲ ਕਰੋ 1-800-452-4413 (TTY: 711). ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫਤ ਹਨ।

हिंदी टैगलाइन (Hindi)

ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा में सहायता की आवश्यकता है तो 1-800-452-4413 (TTY: 711) पर कॉल करें। अशक्तता वाले लोगों के लिए सहायता और सेवाएं, जैसे ब्रेल और बड़े प्रिंट में भी दस्तावेज़ उपलब्ध हैं। 1-800-452-4413 (TTY: 711) पर कॉल करें। ये सेवाएं नि: शुल्क हैं।

Nqe Lus Hmoob Cob (Hmong)

CEEB TOOM: Yog koj xav tau kev pab txhais koj hom lus hu rau 1-800-452-4413 (TTY: 711). Muaj cov kev pab txhawb thiab kev pab cuam rau cov neeg xiam oob qhab, xws li puav leej muaj ua cov ntawv su thiab luam tawm ua tus ntawv loj. Hu rau 1-800-452-4413 (TTY: 711). Cov kev pab cuam no yog pab dawb xwb.

日本語表記 (Japanese)

注意日本語での対応が必要な場合は 1-800-452-4413 (TTY: 711)へお電話ください。点字の資料や文字の拡大表示など、障がいをお持ちの方のためのサービスも用意しています。1-800-452-4413 (TTY: 711)へお電話ください。これらのサービスは無料で提供しています。

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan តាមរយៈលេខ 1-800-452-4413 (TTY: 711) ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ម៉ោង PT ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទ គឺឥតគិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ blueshieldca.com/medicare។



한국어 태그라인 (Korean)

유의사항: 귀하의 언어로 도움을 받고 싶으시면

1-800-452-4413 (TTY: 711) 번으로 문의하십시오. 점자나 큰 활자로 된 문서와 같이 장애가 있는 분들을 위한 도움과 서비스도 이용 가능합니다. 1-800-452-4413 (TTY: 711) 번으로 문의하십시오. 이러한 서비스는 무료로 제공됩니다.

ແທກໄລພາສາລາວ (Laotian)

ປະກາດ: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານໃຫ້ໂທຫາເບີ

1-800-452-4413 (TTY: 711). ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອແລະການບໍລິການສໍາລັບຄົນພິການ ເຊັ່ນເອກະສານທີ່ເປັນອັກສອນນູນແລະມີໂຕພິມໃຫຍ່ ໃຫ້ໂທຫາເບີ 1-800-452-4413 (TTY: 711).

ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ບໍ່ຕ້ອງເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆ.

Mien Tagline (Mien)

LONGC HNYOUV JANGX LONGX OC: Bei taux meih qiex longc mienh tengx faan benx meih nyei waac nor douc waac daaih lorx taux 1-800-452-4413 (TTY: 711). Liouh lorx jauv-louc tengx aengx caux nzie gong bun taux ninh mbuo wuaaic fangx mienh, beiv taux longc benx nzangc-pokc bun hluo mbiutc aengx caux aamz mborqv benx domh sou se mbenc nzoih bun longc. Douc waac daaih lorx 1-800-452-4413 (TTY: 711). Naaiv deix nzie weih gong-bou jauv-louc se benx wang-henh tengx mv zuqc cuotv nyaanh oc.

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan តាមរយៈលេខ 1-800-452-4413

(TTY: 711) ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ម៉ោង PT ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទ គឺឥត

គិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ blueshieldca.com/medicare។



ឃ្លាសម្គាល់ជាភាសាខ្មែរ (Mon-Khmer, Cambodian)

ចំណាំ៖ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយជាភាសាបស្ចិមស្ទើរតែស្រប សូមហៅទូរសព្ទទៅកាន់លេខ 1-800-452-4413 (TTY: 711)។ មានជំនួយនិងសេវាសម្រាប់ជនពិការ ដូចជាឯកសារជាអក្សរស្នាបសម្រាប់ជនពិការភ្នែក និងព្រីនជាអក្សរធំក៏មានផងដែរ។ សូមហៅទូរសព្ទទៅកាន់លេខ 1-800-452-4413 (TTY: 711)។ សេវាទាំងនេះ គឺឥតគិតថ្លៃ។

مطلب به زبان فارسی (Persian (Farsi))

توجه: اگر می‌خواهید به زبان خود کمک دریافت کنید، تماس بگیرید. کمک‌ها و خدمات (TTY: 711) 1-800-452-4413 با مخصوص افراد دارای معلولیت، مانند نسخه‌های خط بریل و چاپ با حروف تماس (TTY: 711) 1-800-452-4413 بزرگ، نیز موجود است. با بگیرید. این خدمات رایگان ارائه می‌شوند.

Русский слоган (Russian)

ВНИМАНИЕ! Если вам нужна помощь на вашем родном языке, звоните по номеру 1-800-452-4413 (линия TTY: 711). Также предоставляются средства и услуги для людей с ограниченными возможностями, например документы крупным шрифтом или шрифтом Брайля. Звоните по номеру 1-800-452-4413 (линия TTY: 711). Такие услуги предоставляются бесплатно.

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan តាមរយៈលេខ 1-800-452-4413 (TTY: 711) ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ម៉ោង PT ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទ គឺឥតគិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ blueshieldca.com/medicare។



Mensaje en español (Spanish)

ATENCIÓN: si necesita ayuda en su idioma, llame al 1-800-452-4413 (TTY: 711). También ofrecemos asistencia y servicios para personas con discapacidades, como documentos en braille y con letras grandes. Llame al 1-800-452-4413 (TTY: 711). Estos servicios son gratuitos.

Tagalog Tagline (Tagalog)

ATENSIYON: Kung kailangan mo ng tulong sa iyong wika, tumawag sa 1-800-452-4413 (TTY: 711). Mayroon ding mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, tulad ng mga dokumento sa braille at malaking print. Tumawag sa 1-800-452-4413 (TTY: 711). Libre ang mga serbisyonang ito.

แท็กไลน์ภาษาไทย (Thai)

โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข 1-800-452-4413 (TTY: 711) นอกจากนี้ ยังพร้อมให้ความช่วยเหลือและบริการต่าง ๆ สำหรับบุคคลที่มีความพิการ เช่น เอกสารต่าง ๆ ที่เป็นอักษรเบรลล์และเอกสารที่พิมพ์ด้วยตัวอักษรขนาดใหญ่ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข 1-800-452-4413 (TTY: 711) ไม่มีค่าใช้จ่ายสำหรับบริการเหล่านี้

Примітка українською (Ukrainian)

УВАГА! Якщо вам потрібна допомога вашою рідною мовою, телефонуйте на номер 1-800-452-4413 (TTY: 711). Люди з обмеженими можливостями також можуть скористатися допоміжними засобами та послугами, наприклад, отримати документи,

надруковані шрифтом Брайля та великим шрифтом.
Телефонуйте на номер 1-800-452-4413 (TTY: 711).
Ці послуги безкоштовні.

Khẩu hiệu tiếng Việt (Vietnamese)

CHÚ Ý: Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình, vui lòng gọi số 1-800-452-4413 (TTY: 711). Chúng tôi cũng hỗ trợ và cung cấp các dịch vụ dành cho người khuyết tật, như tài liệu bằng chữ nổi Braille và chữ khổ lớn (chữ hoa). Vui lòng gọi số 1-800-452-4413 (TTY: 711). Các dịch vụ này đều miễn phí.

ភាសាផ្សេងៗ

អ្នកអាចទទួលបានសៀវភៅណែនាំសមាជិកនេះ និងសម្ភារផ្សេងទៀតរបស់គម្រោងជាភាសាផ្សេងៗ ដោយឥតគិតថ្លៃដល់អ្នក។ គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan ផ្តល់ជូនការបកប្រែជាលាយលក្ខណ៍អក្សរពីអ្នកបកប្រែ ដែលមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់។ ទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-452-4413 (TTY 711)។ ការហៅទូរសព្ទ គឺឥតគិតថ្លៃ។ សូមអានសៀវភៅណែនាំសមាជិកនេះ ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពីសេវាជំនួយផ្នែកភាសាថែទាំសុខភាពដូចជាសេវាអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ និងបកប្រែឯកសារ។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan តាមរយៈលេខ 1-800-452-4413 (TTY: 711) ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ម៉ោង PT ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទ គឺឥតគិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ [blueshieldca.com/medicare](https://www.blueshieldca.com/medicare)។



ទម្រង់ផ្សេងៗ

អ្នកអាចទទួលបានព័ត៌មាននេះ ឱ្យបានទាន់ពេលវេលាជាទម្រង់ផ្សេងៗ ដូចជា អក្សរស្នាបសម្រាប់ជនពិការភ្នែក ជាពុម្ពអក្សរធំទំហំ 20 ជាសំឡេង និងជាទម្រង់អេឡិចត្រូនិកដែលអាចចូលប្រើ (ទិន្នន័យ CD) បានដោយឥតគិតថ្លៃសម្រាប់អ្នក។ ទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-452-4413 (TTY 711)។ ការហៅទូរសព្ទ គឺឥតគិតថ្លៃ។

សេវាអ្នកបកប្រែ

គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan ផ្តល់សេវាបកប្រែផ្ទាល់មាត់ក៏ដូចជាភាសាសញ្ញាពីអ្នកបកប្រែដែលមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់រយៈពេល 24 ម៉ោង ដោយឥតគិតថ្លៃសម្រាប់អ្នក។ អ្នកពុំចាំបាច់ប្រើសមាជិកគ្រួសារ ឬមិត្តភក្តិធ្វើជាអ្នកបកប្រែឡើយ។ យើងមិនលើកទឹកចិត្តឱ្យប្រើប្រាស់អតិថិជនជាអ្នកបកប្រែទេ លុះត្រាតែវាស្ថិតនៅក្នុងភាពអាសន្ន។ មានផ្តល់ជូនសេវាបកប្រែផ្ទាល់មាត់ ភាសា និងសេវាវប្បធម៌ដោយមិនគិតថ្លៃ។ ជំនួយមាន 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ សម្រាប់ជំនួយភាសា ឬដើម្បីទទួលបានសៀវភៅណែនាំនេះជាភាសាផ្សេងទៀត សូមទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-452-4413 (TTY 711)។ ការហៅទូរសព្ទ គឺឥតគិតថ្លៃ។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan តាមរយៈលេខ 1-800-452-4413 (TTY: 711) ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ម៉ោង PT ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទ គឺឥតគិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ [blueshieldca.com/medicare](https://www.blueshieldca.com/medicare)។



សេចក្តីប្រកាសមិនទទួលខុសត្រូវ

- ❖ អត្ថប្រយោជន៍ និង/ឬការបង់ប្រាក់រួមផ្ទាល់ខ្លួនអាចនឹងផ្លាស់ប្តូរ នៅថ្ងៃទី 1 ខែមករា ឆ្នាំ 2027។
- ❖ អត្ថប្រយោជន៍អាហារ និងផលិតផលដែលបានលើកឡើង គឺជាអត្ថប្រយោជន៍បន្ថែមពិសេសសម្រាប់អ្នកមានជំងឺរ៉ាំរ៉ៃ (SSBCI)។ មិនមែនគ្រប់សមាជិកគម្រោងទាំងអស់សុទ្ធតែមានលក្ខខណ្ឌគ្រប់គ្រាន់នោះទេ។ សិទ្ធិទទួលបាន គឺផ្អែកលើការបំពេញតាមលក្ខខណ្ឌនិយមន័យ “អ្នកចុះឈ្មោះដែលមានជំងឺរ៉ាំរ៉ៃ”។ ឧទាហរណ៍ជំងឺរ៉ាំរ៉ៃ ដែលមានសិទ្ធិទទួលបាន រួមមានជាអាទិ៍៖ ជំងឺសរសៃឈាមបេះដូង ជំងឺខ្សោយបេះដូងរ៉ាំរ៉ៃ ជំងឺទឹកនោមផ្អែម ជំងឺលើសទម្ងន់ ជំងឺធាត់ជ្រុល និងរោគសញ្ញាជំងឺប្រព័ន្ធរំលាយអាហារ និងជំងឺស្មាញ់។ សូមមើល *សៀវភៅណែនាំសមាជិក* របស់គម្រោងសម្រាប់បញ្ជីពេញលេញស្តីពីលក្ខខណ្ឌជំងឺរ៉ាំរ៉ៃដែលមានសិទ្ធិទទួលបាន និងលក្ខខណ្ឌតម្រូវនានា។
- ❖ ឱសថដែលរ៉ាប់រង បណ្តាញឱសថស្ថាន និង/ឬបណ្តាញអ្នកផ្តល់សេវាអាចផ្លាស់ប្តូរគ្រប់ពេលវេលា។ អ្នកនឹងទទួលបានសេចក្តីជូនដំណឹងអំពីការផ្លាស់ប្តូរណាមួយ ដែលអាចប៉ះពាល់ដល់អ្នកយ៉ាងហោចណាស់ 30 ថ្ងៃជាមុន។
- ❖ គម្រោងរបស់យើងមានការកិច្ចសម្របសម្រួលអត្ថប្រយោជន៍ Medi-Cal (Medicaid) សម្រាប់អ្នក។
- ❖ គម្រោង Blue Shield of California គឺជាគម្រោង HMO D-SNP ដែលមានកិច្ចសន្យាជាមួយ Medicare និងកិច្ចសន្យាជាមួយកម្មវិធី Medicaid Program របស់រដ្ឋ California។ ការចូលជាសមាជិកនៃ Blue Shield of California គឺអាស្រ័យទៅនឹងការបន្តសុពលភាពនៃកិច្ចសន្យា។
- ❖ ការធានារ៉ាប់រងនៅក្រោមគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan គឺជាការធានារ៉ាប់រងដែលមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ដែលហៅថា “ការធានារ៉ាប់រងចាំបាច់កម្រិតអប្បបរមា”។ គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan ឆ្លើយតបទៅនឹងលក្ខខណ្ឌតម្រូវរបស់ច្បាប់ ACA ដែលតម្រូវឱ្យបុគ្គលម្នាក់ៗមានការធានារ៉ាប់រងលើការថែទាំសុខភាព។ សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័ររបស់នាយកដ្ឋានពន្ធដារ (Internal Revenue Service, IRS) តាមរយៈ www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមស្តីអំពីលក្ខខណ្ឌតម្រូវនៃទំនួលខុសត្រូវរួមរបស់បុគ្គលម្នាក់ៗ។
- ❖ Amazon Pharmacy គឺជាក្រុមហ៊ុនដាច់ដោយឡែកពី Blue Shield of California ប៉ុន្តែបានចុះកិច្ចសន្យាក្នុងការផ្តល់សេវាដឹកជញ្ជូនឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាដល់ផ្ទះជូនសមាជិករបស់ Blue Shield។



ជំពូកទី 1 ៖ ការចាប់ផ្តើមក្នុងនាមជាសមាជិកមួយរូប

សេចក្តីផ្តើម

ជំពូកនេះ រួមបញ្ចូលទាំងព័ត៌មានអំពីគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan ដែលជាគម្រោងធានារ៉ាប់រង ថែទាំសុខភាពលើសវា Medicare ទាំងអស់របស់អ្នក ព្រមទាំងសម្របសម្រួលសេវាកម្ម Medicare និង Medi-Cal ទាំងអស់របស់អ្នក រួមទាំងព័ត៌មានអំពីសមាជិកភាពរបស់អ្នកផងដែរ។ ការជូនដំណឹងនេះ ក៏ប្រាប់អ្នកពីអ្វីដែលត្រូវរំពឹង និងព័ត៌មានផ្សេងទៀតដែលអ្នកនឹងទទួលបានពីយើងខ្ញុំ។ ពាក្យគន្លឹះ និងនិយមន័យរបស់វា មានរៀបចំតាមលំដាប់អក្ខរក្រម នៅក្នុងជំពូកចុងក្រោយនៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក* នេះ។

តារាងមាតិកា

A. សូមស្វាគមន៍មកកាន់គម្រោងរបស់យើង	13
B. ព័ត៌មានអំពី Medicare និង Medi-Cal	13
B1. Medicare	13
B2. Medi-Cal	13
C. គុណសម្បត្តិគម្រោងរបស់យើង.....	14
D. តំបន់ផ្តល់សេវាគម្រោងរបស់យើង	15
E. មានលក្ខខណ្ឌអ្វីខ្លះធ្វើឲ្យអ្នកអាចក្លាយជាសមាជិកគម្រោង	15
F. អ្វីដែលរំពឹងទុកនៅពេលដែលអ្នកចូលរួមនៅក្នុងគម្រោងថែទាំសុខភាពជាលើកដំបូង	16
G. ក្រុមការងារថែទាំសុខភាព និងគម្រោងថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក.....	17
G1. ក្រុមការងារថែទាំសុខភាព	17
G2. គម្រោងថែទាំសុខភាព.....	18
H. សេចក្តីសង្ខេបនៃការចំណាយសំខាន់ៗ.....	18

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan តាមរយៈលេខ 1-800-452-4413 (TTY: 711) ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ម៉ោង PT ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទ គឺឥតគិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ [blueshieldca.com/medicare](https://www.blueshieldca.com/medicare)។



H1. ថ្លៃធានារ៉ាប់រងគម្រោង.....	19
H2. ចំនួនទឹកប្រាក់នៃគម្រោង Medicare Prescription Payment.....	19
I. សៀវភៅណែនាំសមាជិកនេះ.....	19
J. ព័ត៌មានសំខាន់ៗផ្សេងទៀតដែលអ្នកទទួលបានពីយើងខ្ញុំ.....	20
J1. បណ្ណសម្គាល់សមាជិករបស់អ្នក	20
J2. បញ្ជីឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថាន.....	21
J3. បញ្ជីឱសថដែលមានការធានារ៉ាប់រង	23
J4. ការពន្យល់ពីអត្ថប្រយោជន៍.....	24
K. ការរក្សាកំណត់ត្រាសមាជិកភាពរបស់អ្នកឱ្យទាន់សម័យ.....	24
K1. ឯកជនភាពនៃព័ត៌មានសុខភាពផ្ទាល់ខ្លួន (PHI).....	25



A. សូមស្វាគមន៍មកកាន់គម្រោងរបស់យើង

គម្រោងរបស់យើងផ្តល់សេវា Medicare និង Medi-Cal ដល់បុគ្គលដែលមានសិទ្ធិទទួលបានកម្មវិធីទាំងពីរ។ គម្រោងរបស់យើងរួមបញ្ចូលទាំងគ្រូពេទ្យ មន្ទីរពេទ្យ ឱសថស្ថាន អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំនិងជំនួយគាំទ្ររយៈពេលវែង អ្នកផ្តល់សេវាសុខភាពផ្លូវចិត្ត និងអ្នកផ្តល់សេវាផ្សេងៗទៀត។ យើងក៏មានអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំ និងក្រុមការងារថែទាំ ដើម្បីជួយអ្នកគ្រប់គ្រងអ្នកផ្តល់សេវា និងសេវាកម្មរបស់អ្នក។ ពួកគាត់ទាំងអស់ធ្វើការសហការគ្នា ដើម្បីផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពដែលអ្នកត្រូវការ។

B. ព័ត៌មានអំពី Medicare និង Medi-Cal

B1. Medicare

Medicare ជាកម្មវិធីធានារ៉ាប់រងសុខភាពរបស់រដ្ឋាភិបាលសហព័ន្ធសម្រាប់៖

- មនុស្សដែលមានអាយុ 65 ឆ្នាំ ឬច្រើនជាងនេះ
- មនុស្សមួយចំនួនមានអាយុក្រោម 65 ឆ្នាំ ដែលមានពិការភាពពិតប្រាកដ និង
- មនុស្សដែលមានជំងឺតម្រងនោមដំណាក់កាលចុងក្រោយ (ខូចតម្រងនោម)។

B2. Medi-Cal

Medi-Cal គឺជាឈ្មោះរបស់កម្មវិធី Medicaid ក្នុងរដ្ឋ California។ Medi-Cal ជួយអ្នកដែលមានប្រាក់ចំណូលនិងធនធានមានកម្រិត ក្នុងការបង់ថ្លៃសេវាថែទាំ និងជំនួយគាំទ្ររយៈពេលវែង (long-term services and supports, LTSS) និងថ្លៃចំណាយវេជ្ជសាស្ត្រ។ Medi-Cal ជួយអ្នកដែលមានប្រាក់ចំណូលនិងធនធានមានកម្រិត ក្នុងការបង់ថ្លៃសម្រាប់សេវាថែទាំ និងជំនួយគាំទ្ររយៈពេលវែង (LTSS) និងថ្លៃចំណាយវេជ្ជសាស្ត្រ។ វាជួយចំណាយលើសេវាកម្ម និងឱសថមួយចំនួន ដែល Medicare មិនបានបង់ឱ្យ។

រដ្ឋនីមួយៗ ជាអ្នកកំណត់៖

- អ្វីដែលរាប់ថា ជាប្រាក់ចំណូល និងធនធាន
- អ្វីដែលរាប់ថា ជាប្រាក់ចំណូល និងធនធាន
- តើកម្មវិធីនេះ រ៉ាប់រងលើសេវាអ្វីខ្លះ និង
- ចំណាយសម្រាប់ការប្រើប្រាស់សេវា។

រដ្ឋនីមួយៗ អាចសម្រេចពីរបៀបគ្រប់គ្រងកម្មវិធីរបស់ខ្លួនបាន ដរាបណាពួកគេគោរពតាមច្បាប់សហព័ន្ធ។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan តាមរយៈលេខ 1-800-452-4413 (TTY: 711) ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ម៉ោង PT ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទ គឺឥតគិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ [blueshieldca.com/medicare](https://www.blueshieldca.com/medicare)។



Medicare និងរដ្ឋ California បានអនុម័តគម្រោងរបស់យើង។ អ្នកអាចទទួលបានសេវា Medicare និង Medi-Cal តាមរយៈគម្រោងរបស់យើង ដរាបណា៖

- យើងជ្រើសរើសផ្តល់ជូនគម្រោងនេះ និង
- Medicare និងរដ្ឋ California បានផ្តល់សិទ្ធិឱ្យយើងបន្តដំណើរការគម្រោងនេះ។

ទោះបីជាគម្រោងរបស់យើង ឈប់ដំណើរការ នៅពេលអនាគតក៏ដោយ សិទ្ធិទទួលបានសេវា Medicare និង Medi-Cal របស់អ្នក មិនមានការប៉ះពាល់ឡើយ។

C. គុណសម្បត្តិគម្រោងរបស់យើង

ឥឡូវនេះ អ្នកនឹងទទួលបានសេវា Medicare និង Medi-Cal ដែលបានរ៉ាប់រងទាំងអស់ ពីគម្រោងរបស់យើង រួមទាំងឱសថផងដែរ។ អ្នកមិនចាំបាច់បង់ប្រាក់បន្ថែម ដើម្បីចូលរួមក្នុងគម្រោងសុខភាពនេះទេ។

យើងជួយឱ្យសេវា Medicare និង Medi-Cal របស់អ្នកអាចប្រើប្រាស់រួមគ្នាកាន់តែងាយស្រួល។ អត្ថប្រយោជន៍មួយចំនួន រួមមាន៖

- អ្នកអាចធ្វើការជាមួយយើងសម្រាប់តម្រូវការនៃការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នកភាគច្រើន។
- អ្នកនឹងមានក្រុមការងារថែទាំសុខភាព ដែលអ្នកអាចចូលរួមជ្រើសរើសបាន។ ក្រុមការងារថែទាំសុខភាពរបស់អ្នកអាចមានខ្លួនអ្នកផ្ទាល់ អ្នកមើលថែ គ្រូពេទ្យ គិលានុបដ្ឋាយិកា អ្នកប្រឹក្សាយោបល់ ឬអ្នកជំនាញសុខភាពដទៃទៀត។
- អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានជំនួយពីអ្នកសម្របសម្រួលនៃការថែទាំ។ បុគ្គលិកនេះគឺជាអ្នកដែលធ្វើការជាមួយអ្នក ជាមួយគម្រោងរបស់យើង និងជាមួយក្រុមថែទាំរបស់អ្នក ដើម្បីជួយរៀបចំគម្រោងថែទាំសុខភាព។
- អ្នកអាចគ្រប់គ្រងការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក ដោយមានការជួយពីក្រុមថែទាំ និងអ្នកសម្របសម្រួល។
- ក្រុមការងារថែទាំ និងអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំ ធ្វើការជាមួយអ្នក ដើម្បីបង្កើតផែនការថែទាំ ដែលរៀបចំឡើងដើម្បីបំពេញតម្រូវការសុខភាពរបស់អ្នក។ ក្រុមការងារថែទាំជួយសម្របសម្រួលសេវាដែលអ្នកត្រូវការ។ ជាឧទាហរណ៍ នេះមានន័យថា ក្រុមការងារថែទាំរបស់អ្នកធានាថា៖
 - វិជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកដឹងរាល់ឱសថដែលអ្នកប្រើ ដើម្បីឱ្យគាត់ដឹងច្បាស់ថា អ្នកប្រើឱសថបានត្រឹមត្រូវ ហើយអាចជួយកាត់បន្ថយផលប៉ះពាល់អាក្រក់ពីឱសថ។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan តាមរយៈលេខ 1-800-452-4413

(TTY: 711) ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ម៉ោង PT ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទ គឺឥត

គិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ blueshieldca.com/medicare។



- លទ្ធផលតេស្តរបស់អ្នកនឹងត្រូវចែករំលែកជាមួយវេជ្ជបណ្ឌិត និងអ្នកផ្តល់សេវាផ្សេងទៀត របស់អ្នកទាំងអស់តាមភាពសមស្រប។

សមាជិកថ្មីនៃគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan៖ ក្នុងករណីភាគច្រើន អ្នកនឹងត្រូវចុះឈ្មោះចូលជាសមាជិក Blue Shield TotalDual Plan សម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍ Medicare របស់អ្នក នៅថ្ងៃទី 1 នៃខែបន្ទាប់ពីអ្នកស្នើសុំចុះឈ្មោះចូលជាសមាជិក Blue Shield TotalDual Plan។ អ្នកនៅតែអាចទទួលបានសេវា Medi-Cal ពីគម្រោងថែទាំសុខភាព Medi-Cal ពីមុនរបស់អ្នក សម្រាប់រយៈពេលមួយខែបន្ថែមទៀត។ បន្ទាប់ពីនោះ អ្នកនឹងទទួលបានសេវា Medi-Cal របស់អ្នក តាមរយៈគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan។ អ្នកនឹងនៅតែអាចប្រើប្រាស់សេវា Medi-Cal បានជាប់រហូត។ ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមហៅទូរសព្ទមកយើងខ្ញុំតាមរយៈលេខ ដែលមាននៅខាងក្រោមទំព័រ។

D. តំបន់ផ្តល់សេវាគម្រោងរបស់យើង

តំបន់ផ្តល់សេវារបស់យើង រួមបញ្ចូលទាំងខោនធីទាំងនេះក្នុងរដ្ឋ California៖ តំបន់ Los Angeles និង San Diego។ មានតែអ្នកដែលរស់នៅក្នុងតំបន់ផ្តល់សេវារបស់យើងប៉ុណ្ណោះដែលអាចចូលរួមគម្រោងរបស់យើងបាន។

អ្នកមិនអាចបន្តនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើង ប្រសិនបើអ្នកផ្លាស់ទៅរស់នៅក្រៅតំបន់ផ្តល់សេវារបស់យើង។ បើចង់ដឹងព័ត៌មានបន្ថែមពីផលប៉ះពាល់នៃការផ្ទេរចេញពីតំបន់ផ្តល់សេវារបស់យើង សូមអាន ជំពូក 8 ក្នុង សៀវភៅណែនាំសមាជិក នេះ។

E. មានលក្ខខណ្ឌអ្វីខ្លះធ្វើឲ្យអ្នកអាចក្លាយជាសមាជិកគម្រោង

អ្នកមានសិទ្ធិចូលរួមក្នុងគម្រោងរបស់យើង ដរាបណា៖

- រស់នៅក្នុងតំបន់ផ្តល់សេវារបស់យើង (បុគ្គលដែលជាប់ឃុំឃាំង មិនត្រូវបានចាត់ទុកថា រស់នៅក្នុងតំបន់ផ្តល់សេវាទេ ទោះបីជាពួកគេមានវត្តមាននៅទីនោះក៏ដោយ) និង
- មានអាយុចាប់ពី 21 ឆ្នាំឡើងទៅ នៅពេលចុះឈ្មោះ និង
- មានទាំង Medicare ផ្នែក A និង Medicare ផ្នែក B និង
- ជាពលរដ្ឋសហរដ្ឋអាមេរិក ឬកំពុងស្នាក់នៅសហរដ្ឋអាមេរិកដោយស្របច្បាប់ និង
- បច្ចុប្បន្នមានសិទ្ធិទទួលបាន Medi-Cal។

ប្រសិនបើអ្នកបាត់បង់សិទ្ធិទទួលបាន Medi-Cal ប៉ុន្តែអាចរំពឹងថា នឹងមានសិទ្ធិទទួលបានវិញក្នុងរយៈពេលប្រាំមួយខែ នោះអ្នកនៅតែមានសិទ្ធិសម្រាប់គម្រោងរបស់យើងដដែល។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan តាមរយៈលេខ 1-800-452-4413 (TTY: 711) ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ម៉ោង PT ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទ គឺឥតគិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ [blueshieldca.com/medicare](https://www.blueshieldca.com/medicare)។



សូមហៅទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជនសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។

F. អ្វីដែលរំពឹងទុក នៅពេលដែលអ្នកចូលរួមនៅក្នុងគម្រោងថែទាំសុខភាពជាលើកដំបូង

នៅពេលអ្នកចូលរួមគម្រោងរបស់យើងដំបូង អ្នកនឹងទទួលបានការវាយតម្លៃហានិភ័យសុខភាព (HRA) ក្នុងរយៈពេល 90 ថ្ងៃ មុន ឬក្រោយថ្ងៃចូលជាសមាជិកផ្លូវការ។

យើងត្រូវតែបំពេញ HRA មួយសម្រាប់អ្នក។ ឯកសារ HRA នេះគឺជាមូលដ្ឋានសម្រាប់បង្កើតគម្រោងថែទាំរបស់អ្នក។ ការវាយតម្លៃ HRA រួមបញ្ចូលសំណួរដើម្បីកំណត់អត្តសញ្ញាណតម្រូវការផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ សុខភាពផ្លូវចិត្ត និងតម្រូវការមុខងាររបស់អ្នក។

យើងនឹងទាក់ទងទៅអ្នក ដើម្បីបំពេញការវាយតម្លៃ HRA នេះ។ យើងអាចបំពេញការវាយតម្លៃ HRA តាមរយៈការណាត់ជួបផ្ទាល់ ការហៅទូរសព្ទ ឬតាមប្រៃសណីយ៍។

យើងនឹងផ្ញើជូនព័ត៌មានបន្ថែមអំពី HRA នេះ ទៅកាន់អ្នក។

ប្រសិនបើគម្រោងរបស់យើង ជាគម្រោងថ្មីសម្រាប់អ្នក អ្នកអាចបន្តប្រើវេជ្ជបណ្ឌិត ដែលអ្នកប្រើ ឥឡូវនេះសម្រាប់រយៈពេលជាក់លាក់ណាមួយ ទោះបីជាពួកគេមិនស្ថិតនៅក្នុងបណ្តាញរបស់យើងក៏ដោយ។ យើងហៅវាថា ការថែទាំបន្ត។ ប្រសិនបើពួកគេមិនស្ថិតនៅក្នុងបណ្តាញរបស់យើងទេ អ្នកអាចរក្សាអ្នកផ្តល់សេវាបច្ចុប្បន្ន និងការអនុញ្ញាតលើសេវារបស់អ្នក នៅពេលអ្នកចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងរហូតដល់ 12 ខែ ប្រសិនបើបំពេញតាមលក្ខខណ្ឌទាំងអស់ ដូចខាងក្រោម៖

- អ្នក តំណាងរបស់អ្នក ឬអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកស្នើសុំឱ្យយើងអនុញ្ញាតឱ្យអ្នកបន្តប្រើប្រាស់អ្នកដែលផ្តល់សេវាបច្ចុប្បន្នរបស់អ្នក។
- យើងតម្រូវឱ្យមានការបញ្ជាក់ថា អ្នកមានទំនាក់ទំនងព្យាបាលជាមួយគ្រូពេទ្យថែទាំបឋម ឬគ្រូពេទ្យឯកទេសរួចហើយ ដោយមានករណីលើកលែងមួយចំនួន។ នៅពេលយើងនិយាយថា «ទំនាក់ទំនងដែលមានស្រាប់» វាមានន័យថា អ្នកបានទៅជួបអ្នកផ្តល់សេវានៅក្រៅបណ្តាញរបស់យើងយ៉ាងហោចណាស់ម្តង សម្រាប់ការណាត់ជួប ដែលមិនមែនជាករណីបន្ទាន់ ក្នុងអំឡុងពេល 12 ខែ មុនកាលបរិច្ឆេទចុះឈ្មោះដំបូងក្នុងគម្រោងរបស់យើង។
 - យើងនឹងកំណត់ទំនាក់ទំនងដែលមានស្រាប់ដោយការពិនិត្យមើលព័ត៌មានសុខភាពរបស់អ្នកឡើងវិញដែលយើងមាន ឬព័ត៌មានដែលអ្នកផ្តល់ឱ្យមកយើង។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan តាមរយៈលេខ 1-800-452-4413

(TTY: 711) ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ម៉ោង PT ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទ គឺឥត

គិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ blueshieldca.com/medicare។



- យើងមានរយៈពេល 30 ថ្ងៃ ដើម្បីឆ្លើយតបសំណើរបស់អ្នក។ អ្នកអាចស្នើសុំឱ្យយើងសម្រេចចិត្តលឿនជាងមុន ហើយយើងត្រូវឆ្លើយតបក្នុងរយៈពេល 15 ថ្ងៃ។ អ្នកអាចធ្វើសំណើនេះដោយហៅទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-452-4413 (TTY: 711)។ ប្រសិនបើអ្នកប្រឈមមុខនឹងគ្រោះថ្នាក់ យើងត្រូវតែឆ្លើយតបក្នុងរយៈពេល 3 ថ្ងៃ។
- អ្នក ឬអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក ត្រូវតែបង្ហាញឯកសារទំនាក់ទំនងដែលមានស្រាប់ និងព្រមព្រៀងនឹងលក្ខខណ្ឌជាក់លាក់មួយចំនួន នៅពេលដែលអ្នកធ្វើការស្នើសុំ។

ចំណាំ៖ អ្នកអាចធ្វើសំណើនេះ សម្រាប់អ្នកផ្តល់បរិក្ខារពេទ្យប្រើប្រាស់បានយូរអង្វែង (DME) សម្រាប់រយៈពេលយ៉ាងតិច 90 ថ្ងៃ រហូតទាល់តែយើងអនុញ្ញាតឱ្យជួលបរិក្ខារ DME ថ្មី និងមានអ្នកផ្តល់សេវានៅក្នុងបណ្តាញរបស់យើងយកមកប្រគល់ជូន។ ទោះបីជាអ្នកមិនអាចធ្វើសំណើនេះសម្រាប់អ្នកផ្តល់សេវាដឹកជញ្ជូន ឬអ្នកផ្តល់សេវាជំនួយផ្សេងទៀតបានក៏ដោយ ក៏អ្នកអាចស្នើសុំសម្រាប់សេវាដឹកជញ្ជូន ឬសេវាជំនួយផ្សេងទៀត ដែលមិនបានរួមបញ្ចូលនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើងបាន។

បន្ទាប់ពីរយៈពេលបន្តការថែទាំបានបញ្ចប់ អ្នកនឹងតម្រូវឱ្យប្រើប្រាស់គ្រូពេទ្យ និងអ្នកផ្តល់សេវាផ្សេងទៀតនៅក្នុងបណ្តាញ Blue Shield TotalDual Plan ដែលជាប់ពាក់ព័ន្ធជាមួយក្រុមគ្រូពេទ្យថែទាំបឋមរបស់អ្នក លុះត្រាតែយើងធ្វើកិច្ចព្រមព្រៀងជាមួយគ្រូពេទ្យដែលនៅក្រៅបណ្តាញរបស់អ្នក។ អ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ គឺជាអ្នកផ្តល់សេវាដែលធ្វើការជាមួយគម្រោងសុខភាព។ ក្រុមវេជ្ជសាស្ត្រ ឬសមាគមន៍គ្រូពេទ្យឯករាជ្យ (independent physician association, IPA) គឺជាអង្គការដែលបានបង្កើតឡើងក្រោមច្បាប់រដ្ឋ California ដែលចុះកិច្ចសន្យាជាមួយគម្រោងសុខភាព ដើម្បីផ្តល់ ឬរៀបចំការផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពជូនដល់សមាជិកគម្រោង។ ក្រុមវេជ្ជសាស្ត្រ ឬ IPA គឺជាសមាគមគ្រូពេទ្យថែទាំបឋម និងគ្រូពេទ្យឯកទេសដែលបង្កើតឡើងដើម្បីផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពសម្របសម្រួលជូនអ្នក។ សូមមើលទៅលើ **ជំពូកទី 3 នៃសៀវភៅណែនាំសមាជិក** នេះ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីការទទួលបានការថែទាំ។

G. ក្រុមការងារថែទាំសុខភាព និងគម្រោងថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក

G1. ក្រុមការងារថែទាំសុខភាព

ក្រុមការងារថែទាំអាចជួយអ្នកឱ្យបន្តទទួលបានការថែទាំដែលអ្នកត្រូវការ។ ក្រុមការងារថែទាំសុខភាពអាចរួមបញ្ចូលវេជ្ជបណ្ឌិត អ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំ ឬអ្នកជំនាញសុខភាពផ្សេងទៀត ដែលអ្នកជ្រើសរើស។

អ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំ គឺជាអ្នកដែលទទួលបានការបណ្តុះបណ្តាល ដើម្បីជួយអ្នកគ្រប់គ្រងការថែទាំ ដែលអ្នកត្រូវការ។ អ្នកទទួលបានអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំនៅពេលអ្នកចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងរបស់យើង។ បុគ្គល

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan តាមរយៈលេខ 1-800-452-4413 (TTY: 711) ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ម៉ោង PT ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទ គឺឥតគិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ [blueshieldca.com/medicare](https://www.blueshieldca.com/medicare)។



នេះ ក៏ណែនាំអ្នកទៅកាន់កន្លែងផ្សេងៗក្នុងសហគមន៍ដែលគម្រោងយើងមិនមានផ្តល់ជូន ហើយនឹងសហការជាមួយក្រុមការងារថែទាំសុខភាពរបស់អ្នកដើម្បីជួយរៀបចំការព្យាបាលរបស់អ្នក។ សូមហៅទូរសព្ទមកយើងខ្ញុំតាមរយៈលេខនៅខាងក្រោមទំព័រសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំ និងក្រុមការងារថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក។

G2. គម្រោងថែទាំសុខភាព

ក្រុមការងារថែទាំសុខភាពរបស់អ្នកធ្វើការជាមួយអ្នក ដើម្បីបង្កើតគម្រោងថែទាំសុខភាព។ គម្រោងថែទាំសុខភាពប្រាប់អ្នក និងវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកចំពោះសេវាណា ដែលអ្នកត្រូវការ និងរបៀបដែលទទួលបានសេវាទាំងនោះ។ គម្រោងថែទាំសុខភាពនេះ រួមមានផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ កម្មវិធីថែទាំសុខភាពផ្លូវចិត្ត និង LTSS ឬសេវាផ្សេងទៀតរបស់អ្នក។

គម្រោងថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក រួមមាន៖

- គោលបំណងថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក និង
- កាលកំណត់សម្រាប់ការទទួលបានសេវាដែលអ្នកត្រូវការ។

ក្រុមការងារថែទាំសុខភាពរបស់អ្នកនឹងជួបជាមួយអ្នក បន្ទាប់ពីអ្នកបំពេញការវាយតម្លៃ HRA រួច។ ពួកគេសួរអ្នកអំពីសេវាដែលអ្នកត្រូវការ។ ពួកគេក៏នឹងប្រាប់អ្នកអំពីសេវា ដែលអ្នកគួរពិចារណា ដើម្បីទទួលបានដែរ។ គម្រោងថែទាំសុខភាពរបស់អ្នកបានបង្កើតឡើងដោយផ្អែកលើតម្រូវការ និងគោលបំណងរបស់អ្នក។ ក្រុមការងារថែទាំសុខភាពរបស់អ្នកនឹងធ្វើការជាមួយអ្នក ដើម្បីកែសម្រួលគម្រោងថែទាំសុខភាពរបស់អ្នកយ៉ាងហោចណាស់ជារៀងរាល់ឆ្នាំ។

H. សេចក្តីសង្ខេបនៃការចំណាយសំខាន់ៗ

ថ្លៃចំណាយរបស់អ្នកអាចរួមមានដូចខាងក្រោម៖

- ថ្លៃធានារ៉ាប់រងគម្រោង (ផ្នែក H1)
- ចំនួនទឹកប្រាក់នៃគម្រោង Medicare Prescription Payment Plan (ផ្នែក H2)

ក្នុងស្ថានភាពមួយចំនួន ថ្លៃធានារ៉ាប់រងគម្រោងរបស់អ្នកអាចតិចជាង។



H1. ថ្លៃធានារ៉ាប់រងគម្រោង

ក្នុងនាមជាសមាជិកនៃគម្រោងរបស់អ្នក អ្នកត្រូវបង់ថ្លៃធានារ៉ាប់រងគម្រោងប្រចាំខែ។ សម្រាប់ឆ្នាំ 2026 ថ្លៃធានារ៉ាប់រងប្រចាំខែសម្រាប់គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan គឺ \$7។ ទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយ អ្នកបង់ប្រាក់ \$0 ក្នុងមួយខែ ដរាបណាអ្នកមានប្រាក់ឧបត្ថម្ភសម្រាប់អ្នកមានប្រាក់ចំណូលទាប ផ្នែក D ដែលគេហៅថា “Extra Help” (ជំនួយបន្ថែម) និងការធានារ៉ាប់រង Medi-Cal ពេញលេញ។

H2. ចំនួនទូទាត់ប្រាក់សម្រាប់ថ្លៃឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជា Medicare

ប្រសិនបើអ្នកកំពុងចូលរួមក្នុងគម្រោងទូទាត់ប្រាក់សម្រាប់ថ្លៃឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជា Medicare (Medicare Prescription Payment Plan) អ្នកនឹងទទួលបានវិក្កយបត្រថ្លៃឱសថរបស់អ្នក (ជំនួសឱ្យការបង់ប្រាក់នៅឱសថស្ថាន)។ វិក្កយបត្រប្រចាំខែរបស់អ្នកត្រូវបានគណនាដោយផ្អែកលើថ្លៃឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាដែលអ្នកជំពាក់បូកនឹងសមតុល្យនៅសល់ពីខែមុន រួចចែកនឹងចំនួនខែដែលនៅសល់ក្នុងឆ្នាំ។

ជំពូកទី 2 ផ្នែក M3 ប្រាប់បន្ថែមអំពីគម្រោង Medicare Prescription Payment Plan។ ប្រសិនបើអ្នកមិនយល់ស្របនឹងចំនួនទឹកប្រាក់ ដែលបានចេញវិក្កយបត្រជាផ្នែកនៃជម្រើសបង់ប្រាក់នេះ អ្នកអាចអនុវត្តតាមជំហាននៅក្នុង**ជំពូកទី 9** ដើម្បីដាក់បណ្តឹងតវ៉ា ឬបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍បាន។

I. សៀវភៅណែនាំសមាជិកនេះ

សៀវភៅណែនាំសមាជិកនេះ គឺជាផ្នែកនៃកិច្ចសន្យារបស់យើងជាមួយអ្នក។ នេះមានន័យថា យើងត្រូវអនុវត្តតាមបទបញ្ជាទាំងអស់នៅក្នុងឯកសារនេះ។ ប្រសិនបើអ្នកគិតថា យើងបានធ្វើអ្វីមួយដែលផ្ទុយពីបទបញ្ជាទាំងនេះ អ្នកអាចប្តឹងឧទ្ធរណ៍ចំពោះសេចក្តីសម្រេចរបស់យើងបាន។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ សូមមើល**ជំពូកទី 9** នៃសៀវភៅណែនាំសមាជិកនេះ ឬទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)។

អ្នកអាចស្នើសុំ សៀវភៅណែនាំសមាជិកដោយហៅទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជនតាមរយៈលេខនៅផ្នែកខាងក្រោមនៃទំព័រនេះ។ អ្នកក៏អាចមើល សៀវភៅណែនាំសមាជិកដែលមាននៅលើគេហទំព័ររបស់យើងតាមអាសយដ្ឋានរបស់គេហទំព័រដែលនៅខាងក្រោមទំព័របានផងដែរ។

កិច្ចសន្យានេះមានប្រសិទ្ធភាពសម្រាប់ខែដែលអ្នកបានចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងរបស់យើងចាប់ពីថ្ងៃទី 1 ខែមករា ឆ្នាំ 2026 ដល់ថ្ងៃទី 31 ខែធ្នូ ឆ្នាំ 2026។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan តាមរយៈលេខ 1-800-452-4413 (TTY: 711) ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ម៉ោង PT ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទ គឺឥតគិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ blueshieldca.com/medicare។



J. ព័ត៌មានសំខាន់ៗផ្សេងទៀតដែលអ្នកទទួលបានពីយើងខ្ញុំ

ព័ត៌មានសំខាន់ៗផ្សេងទៀត ដែលយើងផ្តល់ជូនអ្នក រួមមានបណ្ណសម្គាល់សមាជិករបស់អ្នក ព័ត៌មានអំពីរបៀបចូលប្រើ បញ្ជីឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថាន បញ្ជីឈ្មោះឱសថដែលស្ថិតក្នុងគម្រោង ដែលគេហៅថា បញ្ជីឱសថ ឬ បញ្ជីឱសថដែលមានក្នុងគម្រោង។

J1. បណ្ណសម្គាល់សមាជិករបស់អ្នក

ស្ថិតក្រោមគម្រោងរបស់យើង អ្នកនឹងទទួលបានបណ្ណមួយសន្លឹកសម្រាប់សេវាពី Medicare និង Medi-Cal របស់អ្នករួមមានសេវាថែទាំ និងជំនួយគាំទ្ររយៈពេលវែង (long-term services and supports, LTSS) លើសេវាថែទាំសុខភាពផ្លូវចិត្ត និងវេជ្ជបញ្ជាជាក់លាក់។ អ្នកត្រូវតែបង្ហាញបណ្ណនេះនៅពេលអ្នកទទួលបានសេវា ឬ វេជ្ជបញ្ជាណាមួយ។ នេះគឺជាបណ្ណសម្គាល់សមាជិកគំរូ៖

 Member Name: [Member Name] Member ID: [Member ID] Care Coordinator Phone: (888) 548-5765 PCP: [PCP Name] PCP Ph: [PCP Phone] [IPA Name]	MedicareRx Prescription Drug Coverage X RxBIN: 026696 RxPCN: 77993322 MEMBER CANNOT BE CHARGED PCP/SPC/ER \$0/\$0/\$0 H2819-001	blueshieldca.com/medicare Customer Service (800) 452-4413 (TTY: 711) Pharmacy Help Desk (800) 375-7924 Transportation (855) 200-7544 NurseHelp 24/7 (877) 304-0504 Send Medical Claims To: Blue Shield of California P.O. Box 272640, Chico, CA 95927-2640 Send Rx Claims To: Claims Processing 1606 Ave. Ponce De Leon San Juan, PR 00909-4830 Providers: Please file all claims with your local BCBS licensee in whose service areas the member received services.

ប្រសិនបើបណ្ណសម្គាល់សមាជិករបស់អ្នកខូច បាត់ ឬត្រូវបានគេលួច សូមហៅទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជនតាមរយៈលេខ ដែលនៅខាងក្រោមទំព័រក្លាយៗ។ យើងនឹងផ្ញើជូនអ្នកនូវបណ្ណថ្មីមួយ។

ដរាបណាអ្នក នៅជាសមាជិកនៃគម្រោងរបស់យើង អ្នកមិនចាំបាច់ប្រើបណ្ណ Medicare ពណ៌ក្រហម ពណ៌ស និងពណ៌ខៀវ ឬប្រើបណ្ណ Medi-Cal របស់អ្នក ដើម្បីទទួលបានសេវាភាគច្រើននោះទេ។ សូមរក្សាទុកបណ្ណទាំងនោះក្នុងកន្លែងមួយដែលមានសុវត្ថិភាព ក្នុងករណីអ្នកត្រូវការបណ្ណនេះ នៅពេលក្រោយ។ ប្រសិនបើអ្នកបង្ហាញបណ្ណ Medicare របស់អ្នកជំនួសឱ្យបណ្ណសម្គាល់សមាជិករបស់អ្នក អ្នកផ្តល់សេវាអាចនឹងចេញវិក្កយបត្រទៅ Medicare ជំនួសឱ្យគម្រោងរបស់យើង ហើយអ្នកអាចទទួលបានវិក្កយបត្រនោះ។ អ្នកអាចនឹងត្រូវបានគេសុំឱ្យបង្ហាញបណ្ណ Medicare របស់អ្នក ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការសេវានៅមន្ទីរពេទ្យសេវាថែទាំអ្នកជំងឺធ្ងន់ធ្ងរ ឬចូលរួមក្នុងការសិក្សាស្រាវជ្រាវវេជ្ជសាស្ត្រដែលត្រូវបានអនុម័តដោយ Medicare (ហៅថា clinical trials)។ សូមមើល **ជំពូកទី 7** នៃសៀវភៅណែនាំសមាជិក ដើម្បីស្វែងយល់ថាតើត្រូវធ្វើអ្វីប្រសិនបើអ្នកទទួលបានវិក្កយបត្រពីអ្នកផ្តល់សេវា។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan តាមរយៈលេខ 1-800-452-4413 (TTY: 711) ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ម៉ោង PT ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទ គឺឥតគិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ blueshieldca.com/medicare។



សូមចងចាំថា អ្នកត្រូវការបណ្ណ Medi-Cal ឬបណ្ណសម្គាល់អត្តប្រយោជន៍ (BIC) របស់អ្នកដើម្បីចូលប្រើសេវាដូចខាងក្រោម៖

- វេជ្ជបញ្ជាដែលមានការធានារ៉ាប់រងគឺតាមរយៈ Medi-Cal Rx តែប៉ុណ្ណោះ
- សេវាសុខភាពមាត់ធ្មេញត្រូវបានធានារ៉ាប់រងតាមរយៈកម្មវិធី Medi-Cal Dental តែប៉ុណ្ណោះ
- សេវាផ្តល់ជំនួយដល់គេហឋាន (In-Home Supportive Service, IHSS)
- កម្មវិធីសេវាពហុគោលបំណងសម្រាប់មនុស្សចាស់ ((Multipurpose Senior Services Programs, MSSP)
- សេវាសុខភាពផ្លូវចិត្តប្រចាំខេត្ត

J2. បញ្ជីឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថាន

បញ្ជីឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថាន រាយឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថាននៅក្នុងបណ្តាញនៃគម្រោងរបស់យើង។ ខណៈដែលអ្នកជាសមាជិករបស់គម្រោងរបស់យើងខ្ញុំ អ្នកត្រូវតែប្រើប្រាស់អ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ ដើម្បីទទួលបានសេវាមានធានារ៉ាប់រង។

អ្នកអាចស្នើសុំ បញ្ជីឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថាន (ជាទម្រង់អេឡិចត្រូនិក ឬច្បាប់ចម្លងដែលបោះពុម្ពចេញ) ដោយហៅទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជនតាមរយៈលេខនៅខាងក្រោមទំព័រ។ សំណើសុំសៀវភៅបញ្ជីឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថាន នឹងត្រូវផ្ញើជូនអ្នកតាមប្រៃសណីយ៍ក្នុងរយៈពេលបីថ្ងៃនៃថ្ងៃធ្វើការ។

អ្នកក៏អាចមើល បញ្ជីឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថាន តាមរយៈអាសយដ្ឋានរបស់គេហទំព័រដែលនៅខាងក្រោមទំព័របានផងដែរ។

បញ្ជីឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថាន រាយឈ្មោះអ្នកមានវិជ្ជាជីវៈក្នុងការថែទាំសុខភាព (ដូចជាវេជ្ជបណ្ឌិត គិលានុបដ្ឋាយិកាដែលមានជំនាញឯកទេស និងអ្នកចិត្តសាស្ត្រ) ទីកន្លែងព្យាបាល (ដូចជា មន្ទីរពេទ្យ ឬគ្លីនិក) និង អ្នកផ្តល់សេវាជំនួយ (ដូចជាអ្នកផ្តល់សេវាសុខភាពពេលថ្ងៃសម្រាប់មនុស្សពេញវ័យ និងអ្នកផ្តល់សេវាសុខភាពតាមផ្ទះ) ដែលអ្នកអាច អាចទៅរកបានក្នុងនាមជាសមាជិកគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan។ បញ្ជីនេះរាយឈ្មោះឱសថស្ថានដែលអ្នកអាចប្រើ ដើម្បីយកឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក។ បញ្ជីនេះ ក៏ផ្តល់ព័ត៌មានមួយចំនួនលើចំណុចដូចខាងក្រោមនេះផងដែរ៖

- នៅពេលត្រូវការលិខិតបញ្ជូនដើម្បីទៅជួបអ្នកផ្តល់សេវា អគ្គពេទ្យឯកទេស ឬមជ្ឈមណ្ឌលថែទាំផ្សេងទៀត និង



- របៀបជ្រើសរើសវេជ្ជបណ្ឌិត និង
- របៀបផ្លាស់ប្តូរវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក និង
- របៀបស្វែងរកវេជ្ជបណ្ឌិត អ្នកឯកទេស ឱសថស្ថាន ឬមជ្ឈមណ្ឌលថែទាំនៅក្នុងតំបន់របស់អ្នក និង/ឬក្រុមវេជ្ជសាស្ត្រ ក្រុម/IPA និង
- សេវាថែទាំ និងជំនួយគាំទ្ររយៈពេលវែង (long-term services and supports, LTSS) សេវាផ្តល់ជំនួយដល់គេហឋាន (IHSS) ឬកម្មវិធីសេវាពេទ្យបំណងសម្រាប់មនុស្សចាស់ (MSSP) និង
- ព័ត៌មានអំពីរបៀបប្រើប្រាស់ឱសថស្ថានផ្តល់សេវាដឹកជញ្ជូនដល់ផ្ទះ ការព្យាបាលនៅផ្ទះ ឬឱសថស្ថានថែទាំរយៈពេលវែង។

និយមន័យនៃអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ

- អ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញរបស់យើង រួមមាន៖
 - ក្រុមវេជ្ជបណ្ឌិត គិលានុបដ្ឋាយិកា និងអ្នកមានវិជ្ជាជីវៈផ្នែកថែទាំសុខភាពផ្សេងទៀត ដែលអ្នកអាចប្រើប្រាស់ក្នុងនាមជាសមាជិកនៃគម្រោងរបស់យើង
 - គ្លីនិក មន្ទីរពេទ្យ មជ្ឈមណ្ឌលថែទាំសុខភាព និងកន្លែងដទៃទៀតដែលផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើង និង
 - សេវា LTSS សេវាថែទាំសុខភាពផ្លូវចិត្ត ភ្នាក់ងារសុខភាពនៅគេហឋាន ក្រុមហ៊ុនផ្គត់ផ្គង់បរិក្ខារវេជ្ជសាស្ត្រដែលប្រើជាប់បានយូរ (durable medical equipment, DME) និងអង្គភាពផ្សេងទៀត ដែលផ្តល់មុខទំនិញ និងសេវា ដែលអ្នកទទួលបានតាមរយៈ Medicare ឬ Medi-Cal។

អ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញដែលយល់ព្រមទទួលយកការទូទាត់ពីគម្រោងរបស់យើងសម្រាប់សេវាដែលមានការធានារ៉ាប់រង ជាការទូទាត់ប្រាក់ពេញតែម្តង។



និយមន័យនៃឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញ

- ឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញ គឺជាឱសថស្ថានដែលយល់ព្រមបើកឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាសម្រាប់សមាជិកគម្រោងរបស់យើង។ សូមប្រើ *បញ្ជីឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថាន* ដើម្បីស្វែងរកឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញដែលអ្នកចង់ប្រើប្រាស់។
- លើកលែងតែក្នុងករណីបន្ទាន់ អ្នកត្រូវតែយកវេជ្ជបញ្ជាទៅកាន់ឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញរបស់យើង ប្រសិនបើអ្នកចង់ឱ្យគម្រោងរបស់យើងជួយបង់ថ្លៃឱ្យ។

សូមហៅទូរសព្ទទៅកាន់ផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជនតាមរយៈលេខនៅខាងក្រោមទំព័រដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែម។ ទាំងសេវាកម្មអតិថិជន និងគេហទំព័ររបស់យើង អាចផ្តល់ព័ត៌មានថ្មីបំផុតដល់អ្នកអំពីការផ្លាស់ប្តូរនៅក្នុងបណ្តាញឱសថស្ថាន និងអ្នកផ្តល់សេវារបស់យើង។

១៣. បញ្ជីឱសថដែលមានការធានារ៉ាប់រង

គម្រោងរបស់យើងមាន *បញ្ជីនៃឱសថក្នុងការធានារ៉ាប់រង*។ យើងហៅបញ្ជីនេះ ដោយខ្លីថា *បញ្ជីឱសថ*។ បញ្ជីឱសថនេះ ប្រាប់អ្នកថា តើឱសថមួយណា ដែលស្ថិតក្រោមការធានារ៉ាប់រងពីគម្រោងរបស់យើង។ ឱសថក្នុងបញ្ជីនេះបានជ្រើសរើសដោយគម្រោងរបស់យើង ដោយមានជំនួយពីខាងវេជ្ជបណ្ឌិត និងឱសថការី។ *បញ្ជីឱសថ*ត្រូវតែបំពេញតាមលក្ខខណ្ឌតម្រូវរបស់ Medicare។ ឱសថដែលមានតម្លៃថ្លៃច្រើនប្រាកដប្រាកដកម្មវិធីចរចាតម្លៃឱសថរបស់ Medicare នឹងត្រូវបានបញ្ចូលក្នុង *បញ្ជីឱសថ*របស់អ្នក លុះត្រាតែវាត្រូវបានដកចេញ និងជំនួសដូចដែលបានរៀបរាប់ក្នុង **ជំពូក 5 ផ្នែក E**។ Medicare បានអនុម័តលើ *បញ្ជីឱសថ*របស់គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan រួចហើយ។

បញ្ជីឱសថ ក៏នឹងប្រាប់អ្នកផងដែរ ប្រសិនបើមានច្បាប់ ឬការដាក់កំហិតទៅលើឱសថណាមួយ ដូចជាការកំណត់ចំនួនដែលអ្នកអាចទទួលបាន។ សូមមើល**ជំពូកទី 5** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក* នេះ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។

រៀងរាល់ឆ្នាំ យើងធ្វើជូនព័ត៌មានអំពីរបៀបទទួលបាន *បញ្ជីឱសថ* ដល់អ្នក ប៉ុន្តែការផ្លាស់ប្តូរមួយចំនួនអាចកើតឡើងក្នុងអំឡុងឆ្នាំនីមួយៗ។ ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានថ្មីៗបំផុតអំពីឱសថណាខ្លះដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រង សូមហៅទូរសព្ទទៅកាន់ផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជន ឬចូលទៅកាន់គេហទំព័ររបស់យើង តាមរយៈអាសយដ្ឋាននៅផ្នែកខាងក្រោមនៃទំព័រនេះ។



J4. ការពន្យល់ពីអត្ថប្រយោជន៍

នៅពេលអ្នកប្រើអត្ថប្រយោជន៍នៃឱសថ Medicare ផ្នែក D យើងនឹងធ្វើរបាយការណ៍សង្ខេបជូនអ្នក ដើម្បីជួយអ្នកឲ្យយល់ និងតាមដានការបង់ប្រាក់សម្រាប់ឱសថ Medicare ផ្នែក D របស់អ្នក។ សេចក្តីសង្ខេបនេះ ហៅថា **ការពន្យល់អំពីអត្ថប្រយោជន៍ (EOB)**។

ក្នុង EOB មួយនេះ គឺបង្ហាញអ្នកពីចំនួនសរុបដែលអ្នក ឬអ្នកដទៃទៀតដែលតំណាងឱ្យអ្នក បានចំណាយប្រាក់លើឱសថ Medicare ផ្នែក D របស់អ្នក និងចំនួនទឹកប្រាក់សរុបដែលយើងបានទូទាត់ សម្រាប់ឱសថនីមួយៗនៃ Medicare ផ្នែក D របស់អ្នកនៅក្នុងអំឡុងខែនោះ។ EOB នេះ មិនមែនជាវិក្កយបត្រសម្រាប់ឲ្យបង់ប្រាក់នោះទេ។ EOB គឺមានព័ត៌មានលម្អិតបន្ថែមទាក់ទងនឹងឱសថដែលអ្នកបានលេប។ **ជំពូកទី 6 នៃសៀវភៅណែនាំសមាជិក**នេះ ផ្តល់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពី EOB និងរបៀបដែលវាអាចជួយអ្នកពិនិត្យមើលការទូទាត់សម្រាប់ឱសថរបស់អ្នក។

អ្នកក៏អាចស្នើសុំ EOB បានផងដែរ។ ដើម្បីទទួលបានច្បាប់ចម្លង សូមទាក់ទងផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជនតាមរយៈលេខនៅផ្នែកខាងក្រោមនៃទំព័រ។

K. ការរក្សាកំណត់ត្រាសមាជិកភាពរបស់អ្នកឱ្យទាន់សម័យ

អ្នកអាចរក្សាកំណត់ត្រាសមាជិកភាពរបស់អ្នកឱ្យទាន់សម័យបាន ដោយប្រាប់យើងនៅពេលដែលព័ត៌មានរបស់អ្នកផ្លាស់ប្តូរ។

យើងត្រូវការព័ត៌មាននេះ ដើម្បីធានាថា យើងមានព័ត៌មានត្រឹមត្រូវរបស់អ្នកនៅក្នុងកំណត់ត្រារបស់យើង។ វេជ្ជបណ្ឌិត មន្ទីរពេទ្យ ឱសថការី និងអ្នកផ្តល់សេវាផ្សេងទៀតនៅក្នុងបណ្តាញនៃគម្រោងរបស់យើង ប្រើប្រាស់ព័ត៌មានសមាជិករបស់អ្នកដើម្បីពិនិត្យមើលថាតើសេវា និងឱសថប្រភេទណាខ្លះ ទទួលបានការធានារ៉ាប់រង និងចំនួនទឹកប្រាក់ដែលអ្នកត្រូវចំណាយ។ ដោយសារហេតុផលនេះ វាមានសារៈសំខាន់ណាស់ក្នុងការជួយយើងខ្ញុំរក្សាទុកព័ត៌មានរបស់អ្នករហូតដល់កាលបរិច្ឆេទនោះ។

អ្នកត្រូវតែប្រាប់យើងឲ្យបានលឿនបំផុត នៅពេលមានការផ្លាស់ប្តូរដូចខាងក្រោម៖

- ការផ្លាស់ប្តូរឈ្មោះរបស់អ្នក អាសយដ្ឋានរបស់អ្នក ឬលេខទូរសព្ទរបស់អ្នក។



- ការផ្លាស់ប្តូរចំពោះការធានារ៉ាប់រងសុខភាពផ្សេងទៀតដែលអ្នកមាន ឧទាហរណ៍ដូចជាពីកន្លែងធ្វើការរបស់អ្នក កន្លែងធ្វើការរបស់ប្តី/ប្រពន្ធរបស់អ្នក កន្លែងធ្វើការរបស់គូស្នេហ៍របស់អ្នក ឬសំណងពីបេឡាសន្តិសុខសង្គម នៅពេលមានគ្រោះថ្នាក់ការងារ។
- បណ្តឹងទាមទារសំណងណាមួយ ដូចជាបណ្តឹងដែលបណ្តាលមកពីគ្រោះថ្នាក់ចរាចរណ៍រថយន្ត។
- ការចូលសម្រាកនៅមណ្ឌលថែទាំ ឬមន្ទីរពេទ្យ។
- ការថែទាំពីមន្ទីរពេទ្យ ឬបន្ទប់សង្គ្រោះបន្ទាន់។
- ការផ្លាស់ប្តូរអ្នកថែទាំរបស់អ្នក (ឬនរណាម្នាក់ដែលទទួលខុសត្រូវចំពោះអ្នក) និង
- ប្រសិនបើអ្នកចូលរួមនៅក្នុងការសិក្សាស្រាវជ្រាវវេជ្ជសាស្ត្រ។ (ចំណាំ៖ អ្នកមិនចាំបាច់ប្រាប់យើងអំពីការសិក្សាស្រាវជ្រាវវេជ្ជសាស្ត្រ ដែលអ្នកមានគម្រោងចូលរួមទេ ប៉ុន្តែយើងសូមណែនាំឲ្យអ្នកធ្វើដូច្នេះ។

ប្រសិនបើមានការផ្លាស់ប្តូរព័ត៌មានណាមួយ សូមហៅទូរសព្ទទៅកាន់ផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជនតាមរយៈលេខនៅខាងក្រោមទំព័រ។

K1. ឯកជនភាពនៃព័ត៌មានសុខភាពផ្ទាល់ខ្លួន (PHI)

ព័ត៌មានក្នុងកំណត់ត្រាសមាជិកភាពរបស់អ្នក អាចនឹងមានព័ត៌មានសុខភាពផ្ទាល់ខ្លួន (PHI)។ ច្បាប់សហព័ន្ធ និងច្បាប់រដ្ឋតម្រូវឲ្យយើងរក្សាព័ត៌មាន PHI របស់អ្នកជាលក្ខណៈឯកជន។ យើងការពារ PHI របស់អ្នក។ សម្រាប់ព័ត៌មានលម្អិតអំពីរបៀបដែលយើងការពារ PHI របស់អ្នក សូមមើលជំពូកទី 8 នៃសៀវភៅណែនាំសមាជិកនេះ។



ជំពូកទី 2៖ លេខទូរសព្ទ និងធនធានសំខាន់ៗ

សេចក្តីផ្តើម

ជំពូកនេះ ផ្តល់ព័ត៌មានទំនាក់ទំនងជូនអ្នកសម្រាប់ធនធានសំខាន់ៗ ដែលអាចជួយអ្នកឆ្លើយសំណួររបស់អ្នកអំពី គម្រោងរបស់យើង និងអត្ថប្រយោជន៍ថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក។ អ្នកក៏អាចប្រើជំពូកនេះ ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មាន អំពីរបៀបទាក់ទងអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នក និងអ្នកផ្សេងទៀត ដើម្បីស្វែងរកជំនួយសម្រាប់អ្នកបាន។ ពាក្យ គន្លឹះ និងនិយមន័យរបស់វា មានរៀបចំតាមលំដាប់អក្ខរក្រម នៅក្នុងជំពូកចុងក្រោយនៃ *សៀវភៅណែនាំ សមាជិក* នេះ។

តារាងមាតិកា

A. សេវាបម្រើអតិថិជន	28
B. អ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នក.....	32
C. កម្មវិធីគាំពារ និងផ្តល់ប្រឹក្សាយោបល់អំពីការធានារ៉ាប់រងសុខភាព (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP).....	35
D. បណ្តាញទូរសព្ទផ្តល់ប្រឹក្សាពីគិលានុបដ្ឋាយិកា.....	36
E. បណ្តាញទូរសព្ទសម្រាប់វិបត្តិសុខភាពអាកប្បកិរិយា.....	37
F. អង្គភាពលើកកម្ពស់គុណភាព (QIO).....	38
G. Medicare.....	39
H. Medi-Cal.....	40
I. ការិយាល័យអំប៊ុយលង់ទទួលបន្ទុកសុខភាពផ្លូវចិត្ត និងការថែទាំសុខភាពក្រោមការគ្រប់គ្រងរបស់ Medi-Cal.....	42
J. សេវាសង្គមកិច្ចប្រចាំខោនធី.....	43
K. ទីភ្នាក់ងារផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពអាកប្បកិរិយាប្រចាំខោនធី.....	45
L. ក្រសួងថែទាំសុខភាពក្រោមការគ្រប់គ្រងរបស់រដ្ឋ California.....	46
M. កម្មវិធីដើម្បីជួយដល់មនុស្សក្នុងការបង់ថ្លៃឱសថ	47
M1. ជំនួយបន្ថែមពី Medicare.....	47

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan តាមរយៈលេខ 1-800-452-4413 (TTY: 711) ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ម៉ោង PT ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទ គឺឥត គិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ [blueshieldca.com/medicare](https://www.blueshieldca.com/medicare)។



M2. កម្មវិធីជំនួយឱសថសម្រាប់ជំងឺអេដស៍ (ADAP).....	48
M3. គម្រោងការទូទាត់ប្រាក់តាមវេជ្ជបញ្ជា Medicare (Medicare Prescription Payment Plan)	49
N. របបសន្តិសុខសង្គម.....	50
O. ក្រុមប្រឹក្សាកម្មកររដ្ឋវិជ្ជាការចូលនិវត្តន៍ (RRB).....	51
P. ធនធានដទៃទៀត.....	52
Q. Medi-Cal Dental.....	53



A. សេវាបម្រើអតិថិជន

ទូរសព្ទទៅលេខ	1-800-452-4413។ ការហៅទូរសព្ទនេះ គឺមិនគិតថ្លៃទេ។ ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ម៉ោង PT ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ យើងផ្តល់សេវាបកប្រែភាសាដោយមិនគិតថ្លៃ សម្រាប់អតិថិជនដែលមិនចេះនិយាយភាសាអង់គ្លេស។
TTY	711។ ការហៅទូរសព្ទនេះ គឺមិនគិតថ្លៃទេ។ លេខទូរសព្ទនេះ សម្រាប់អ្នកដែលមានបញ្ហាក្នុងការស្តាប់ ឬការនិយាយ។ អ្នកត្រូវតែមានឧបករណ៍ទូរសព្ទពិសេស ដើម្បីហៅមកលេខនេះបាន។ ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ម៉ោង PT ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។
សរសេរ	Blue Shield TotalDual Plan P.O. Box 927 Woodland Hills, CA 91365-9856
គេហទំព័រ	blueshieldca.com/medicare

ទាក់ទងផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជន ដើម្បីទទួលបានជំនួយជាមួយ៖

- សំណួរអំពីគម្រោង
- សំណួរនានាអំពីការទាមទារសំណង ឬការចេញវិក្កយបត្រ
- សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងអំពីការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក
 - សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងអំពីការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក គឺជាសេចក្តីសម្រេចអំពី៖
 - អត្ថប្រយោជន៍ និងសេវាដែលមានធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នក ឬ
 - ចំនួនទឹកប្រាក់ដែលយើងបង់សម្រាប់សេវាសុខភាពរបស់អ្នក។
 - សូមហៅទូរសព្ទមកយើងខ្ញុំ ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរអំពីសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងអំពីការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក។
 - ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពីសេចក្តីសម្រេចពីការធានារ៉ាប់រង សូមមើលជំពូកទី 9 នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក* នេះ។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan តាមរយៈលេខ 1-800-452-4413 (TTY: 711) ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ម៉ោង PT ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទ គឺឥតគិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ blueshieldca.com/medicare។



- បណ្តឹងតវ៉ាអំពីការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក
 - បណ្តឹងតវ៉ា គឺជាមធ្យោបាយផ្លូវការមួយ ដើម្បីសុំឱ្យយើងពិនិត្យមើលឡើងវិញនូវការសម្រេចចិត្ត ដែលយើងបានធ្វើទាក់ទងនឹងការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នក ហើយសុំឱ្យយើងផ្លាស់ប្តូរវា ប្រសិនបើអ្នកគិតថា យើងបានធ្វើខុស ឬអ្នកមិនយល់ស្របនឹងការសម្រេចចិត្តនោះ។
 - ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពីការប្តឹងតវ៉ា សូមមើលជំពូកទី 9 នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះ ឬទាក់ទងផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជន។
- បណ្តឹងតវ៉ាអំពីការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក
 - អ្នកអាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងតវ៉ាអំពីយើងខ្ញុំ ឬអ្នកផ្តល់សេវាណាមួយ (រួមមានអ្នកផ្តល់សេវាមិននៅក្នុងបណ្តាញ ឬនៅក្នុងបណ្តាញ)។ អ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញគឺជាអ្នកផ្តល់សេវាដែលធ្វើការជាមួយគម្រោងរបស់យើង។ អ្នកក៏អាចដាក់បណ្តឹងមកយើងខ្ញុំ ឬទៅអង្គភាពកែលម្អគុណភាព (Quality Improvement Organization, QIO) បានផងដែរអំពីគុណភាពនៃការថែទាំដែលអ្នកបានទទួល (សូមមើល ផ្នែក F)។
 - អ្នកអាចទូរសព្ទមកយើងខ្ញុំ និងពន្យល់អំពីពាក្យបណ្តឹងរបស់អ្នកតាមលេខ 1-800-452-4413 (TTY: 711)។
 - ប្រសិនបើបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នកទាក់ទងនឹងសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងអំពីការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក អ្នកអាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍មួយបាន (សូមមើលផ្នែកខាងលើ)។
 - អ្នកអាចធ្វើបណ្តឹងតវ៉ាអំពីគម្រោងរបស់យើងទៅកាន់ Medicare។ អ្នកអាចប្រើទម្រង់បែបបទលើអនឡាញតាមរយៈគេហទំព័រ www.medicare.gov/my/medicare-complaint។ ឬអ្នកអាចហៅទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) ដើម្បីស្នើសុំជំនួយ។
 - អ្នកអាចដាក់បណ្តឹងតវ៉ាអំពីគម្រោងរបស់យើងទៅកាន់កម្មវិធី Medicare Medi-Cal Ombuds តាមរយៈការទូរសព្ទ ទៅលេខ 1-855-501-3077។
 - ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពីការដាក់បណ្តឹងតវ៉ាលើការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក សូមមើលជំពូកទី 9 នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះ។
- សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងអំពីឱសថរបស់អ្នក



- សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងអំពីឱសថរបស់អ្នក គឺជាសេចក្តីសម្រេចអំពី៖
 - អត្ថប្រយោជន៍ និងឱសថដែលមានធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នក ឬ
 - ចំនួនទឹកប្រាក់ដែលយើងបង់សម្រាប់ឱសថរបស់អ្នក។
- ឱសថដែលមិនមានធានារ៉ាប់រងពី Medicare ដូចជាឱសថគ្មានវេជ្ជបញ្ជា (OTC) និងវិតាមីនមួយចំនួនអាចមានធានារ៉ាប់រងពី Medi-Cal Rx។ សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ Medi-Cal Rx (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov) សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។ អ្នកក៏អាចហៅទូរសព្ទទៅកាន់មជ្ឈមណ្ឌលសេវាបម្រើអតិថិជន Medi-Cal Rx តាមរយៈលេខ 800-977-2273។
- សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីសេចក្តីសម្រេចពីការធានារ៉ាប់រងចំពោះឱសថរបស់អ្នក សូមមើល **ជំពូកទី 9** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក* នេះ។
- **បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍អំពីឱសថរបស់អ្នក**
 - បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ គឺជាវិធីមួយក្នុងការស្នើឱ្យយើងខ្ញុំផ្លាស់ប្តូរសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងមួយ។
 - សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីការដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍អំពីឱសថរបស់អ្នក សូមមើល**ជំពូកទី 9** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក* នេះ។
- **ពាក្យបណ្តឹងតវ៉ាអំពីឱសថរបស់អ្នក**
 - អ្នកអាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងតវ៉ាអំពីយើងខ្ញុំ ឬឱសថស្ថានណាមួយ។ នេះរួមបញ្ចូលទាំងបណ្តឹងតវ៉ាអំពីឱសថរបស់អ្នក។
 - ប្រសិនបើបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នកទាក់ទងនឹងសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងអំពីឱសថរបស់អ្នក អ្នកអាចដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍បាន។ (សូមមើលផ្នែកខាងលើ)។
 - អ្នកអាចធ្វើបណ្តឹងតវ៉ាអំពីគម្រោងរបស់យើងទៅកាន់ Medicare។ អ្នកអាចប្រើទម្រង់បែបបទលើអនឡាញតាមរយៈគេហទំព័រ www.medicare.gov/my/medicare-complaint។ ឬអ្នកអាចហៅទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) ដើម្បីស្នើសុំជំនួយ។



- សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីការដាក់បណ្តឹងតវ៉ាអំពីឱសថរបស់អ្នក សូមមើលជំពូកទី 9 នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*។
- ការបង់ប្រាក់សម្រាប់ការថែទាំសុខភាព ឬឱសថដែលអ្នកបានទូទាត់រួចរាល់ហើយ
 - សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីរបៀបស្នើសុំឱ្យយើងខ្ញុំបង់ប្រាក់សងទៅអ្នកវិញ ឬបង់ថ្លៃវិក្កយបត្រដែលអ្នកបានទទួល សូមមើលជំពូកទី 7 នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*។
 - ប្រសិនបើអ្នកស្នើសុំឱ្យយើងបង់វិក្កយបត្រ ហើយយើងបដិសេធផ្នែកណាមួយនៃសំណើរបស់អ្នក អ្នកអាចប្តឹងឧទ្ធរណ៍លើសេចក្តីសម្រេចរបស់យើងបាន។ សូមមើលជំពូកទី 9 នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*។



B. អ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នក

អ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំ គឺជាបុគ្គលដែលទទួលបានការបណ្តុះបណ្តាលជាពិសេស ដើម្បីជួយអ្នកទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ និងសេវា Medicare និង Medi-Cal របស់អ្នក។ អ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នកនឹងក្លាយជាផ្នែកមួយនៃក្រុមការងារថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក ហើយគាត់នឹងបម្រើជាអ្នកទំនាក់ទំនងចម្បងសម្រាប់អ្នក។ បន្ទាប់ពីការចុះឈ្មោះរួច អ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំនឹងហៅទូរសព្ទទៅអ្នកដើម្បីបំពេញការវាយតម្លៃហានិភ័យសុខភាព និងផែនការថែទាំផ្ទាល់ខ្លួនរបស់អ្នក។ អ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នកនឹងប្រើប្រាស់ឧបករណ៍ទាំងនេះ ដើម្បីជួយកំណត់អត្តសញ្ញាណ និងរៀបចំផែនការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នកឱ្យសមស្របតាមតម្រូវការផ្ទាល់ខ្លួនរបស់អ្នក។ អ្នកអាចទាក់ទងអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នកដោយទូរសព្ទទៅលេខខាងក្រោម។

ទូរសព្ទទៅលេខ	1-888-548-5765។ ការហៅទូរសព្ទនេះ គឺមិនគិតថ្លៃទេ។ ចាប់ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 6:00 ល្ងាច ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ។ យើងផ្តល់សេវាបកប្រែភាសាដោយមិនគិតថ្លៃ សម្រាប់អតិថិជនដែលមិនចេះនិយាយភាសាអង់គ្លេស។
TTY	711។ ការហៅទូរសព្ទនេះ គឺមិនគិតថ្លៃទេ។ លេខទូរសព្ទនេះសម្រាប់អ្នកដែលមានបញ្ហាក្នុងការស្តាប់ ឬការនិយាយ។ អ្នកត្រូវតែមានឧបករណ៍ទូរសព្ទពិសេស ដើម្បីហៅមកលេខនេះបាន។ ចាប់ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 6:00 ល្ងាច ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ។
សរសេរ	Blue Shield of California ATTN: ក្រុមការងារវាយតម្លៃហានិភ័យសុខភាពរបស់គម្រោងតម្រូវការពិសេសពីរ (Dual Special Needs Plan, DSNP) 3840 Kilroy Airport Way Long Beach, CA 90806

សូមទាក់ទងអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នកដើម្បីទទួលបានជំនួយជាមួយ៖

- សំណួរនានាអំពីការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan តាមរយៈលេខ 1-800-452-4413 (TTY: 711) ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ម៉ោង PT ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទ គឺឥតគិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ blueshieldca.com/medicare។



- សំណួរនានាអំពីការទទួលបានសេវាសុខភាពអាកប្បកិរិយា(សុខភាពផ្លូវចិត្ត និងបញ្ហានៃការប្រើប្រាស់សារធាតុញៀន)
- សំណួរអំពីអត្ថប្រយោជន៍សុខភាពមាត់ធ្មេញ
- សំណួរអំពីមធ្យោបាយដឹកជញ្ជូនទៅការណាត់ជួបផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ
- សំណួរអំពីសេវា និងជំនួយគាំទ្ររយៈពេលវែង (LTSS) រួមមានសេវាសម្រាប់សេវាមនុស្សពេញវ័យតាមសហគមន៍ (Community-Based Adult Services, CBAS) និងមណ្ឌលថែទាំអ្នកជំងឺ (Nursing Facilities, NF)

អ្នកអាចនឹងទទួលបានសេវាទាំងនេះ៖

- សេវាសម្រាប់មនុស្សពេញវ័យតាមសហគមន៍ (CBAS)
- ការថែទាំដោយគិលានុបដ្ឋាយិកាជំនាញ
- ការព្យាបាលដោយចលនា
- ការព្យាបាលដោយសកម្មភាពប្រចាំថ្ងៃ
- ការព្យាបាលការនិយាយស្តី
- សេវាសង្គមកិច្ចផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ
- ការថែទាំសុខភាពតាមផ្ទះ
- សេវាជំនួយតាមផ្ទះ (IHSS) តាមរយៈទីភ្នាក់ងារសេវាសង្គមកិច្ចប្រចាំខោនធីរបស់អ្នក
- ពេលខ្លះអ្នកអាចទទួលបានជំនួយក្នុងការថែទាំសុខភាពប្រចាំថ្ងៃ និងតម្រូវការរស់នៅរបស់អ្នក។

អាស្រ័យលើខោនធីដែលអ្នករស់នៅ និងសិទ្ធិទទួលបានពីគម្រោងរបស់អ្នក អ្នកក៏អាចទទួលបានជំនួយសហគមន៍បន្ថែមតាមរយៈគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan របស់អ្នកផងដែរ។ អ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកអាចបញ្ជូនអ្នកបន្ត ប្រសិនបើពួកគេគិតថាអ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានជំនួយសហគមន៍ ឬអ្នកអាចទាក់ទងទៅកាន់ផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជន ឬអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នកដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែម។ អ្នកអាចនឹងទទួលបានសេវាទាំងនេះ៖

- ការសម្របសម្រួលលទ្ធភាពទទួលបានបរិស្ថានជុំវិញ (ការកែប្រែផ្ទះ)
- សេវាជំនួយស្វែងរកការផ្លាស់ប្តូរទីលំនៅ
- ប្រាក់កក់សម្រាប់ទិញផ្ទះ

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan តាមរយៈលេខ 1-800-452-4413 (TTY: 711) ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ម៉ោង PT ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទ គឺឥតគិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ [blueshieldca.com/medicare](https://www.blueshieldca.com/medicare)។



- សេវាផ្តល់ស្ថិរភាព ឬការជួលផ្ទះ
- អាហារជំនួយ ឬអាហារដែលតម្រូវតាមផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ
- សេវាថែទាំបុគ្គល និងសេវាមេផ្ទះ
- ការថែទាំឱ្យជាសះស្បើយឡើងវិញ (ការសម្រាកព្យាបាល)
- ការស្នាក់នៅរយៈពេលខ្លីសម្រាប់អ្នកថែទាំ
- កន្លែងស្នាក់នៅក្រោយចេញពីមន្ទីរពេទ្យក្នុងរយៈពេលខ្លី ឬ
- មជ្ឈមណ្ឌលស្តារនីតិសម្បទា

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan តាមរយៈលេខ 1-800-452-4413 (TTY: 711) ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ម៉ោង PT ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទ គឺឥតគិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ [blueshieldca.com/medicare](https://www.blueshieldca.com/medicare)។



C. កម្មវិធីគាំពារ និងផ្តល់ប្រឹក្សាយោបល់អំពីការធានារ៉ាប់រងសុខភាព (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP)

កម្មវិធីជំនួយការធានារ៉ាប់រងសុខភាពរដ្ឋ (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) គឺជា កម្មវិធីរបស់រដ្ឋាភិបាលមួយដែលមានអ្នកប្រឹក្សាយោបល់ដែលទទួលបានការបណ្តុះបណ្តាលនៅក្នុងរដ្ឋនីមួយៗ ដែលផ្តល់ជំនួយ ព័ត៌មាន និងចម្លើយឥតគិតថ្លៃចំពោះសំណួរទាក់ទងនឹង Medicare របស់អ្នក។ នៅរដ្ឋ California កម្មវិធី SHIP មានឈ្មោះថា កម្មវិធីប្រឹក្សាយោបល់ និងការតស៊ូមតិផ្នែកធានារ៉ាប់រងសុខភាព (HICAP)។ អ្នកប្រឹក្សារបស់ HICAP អាចឆ្លើយសំណួររបស់អ្នក និងជួយពន្យល់អ្នកអំពីអ្វីៗត្រូវធ្វើ ដើម្បីដោះស្រាយបញ្ហារបស់អ្នក។ HICAP មានអ្នកប្រឹក្សាដែលទទួលបានហ្វឹកហ្វឺននៅគ្រប់ខោនធី ហើយសេវាគឺឥតគិតថ្លៃឡើយ។

HICAP គឺជាកម្មវិធីរដ្ឋឯករាជ្យ (មិនទាក់ទងនឹងក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រង ឬគម្រោងសុខភាពណាមួយ) ដែលទទួលបានប្រាក់ពីរដ្ឋាភិបាលសហព័ន្ធ ដើម្បីផ្តល់ការប្រឹក្សាយោបល់អំពីការធានារ៉ាប់រងសុខភាពក្នុងតំបន់ ដោយឥតគិតថ្លៃ ដល់អ្នកដែលមាន Medicare។

ទូរសព្ទទៅលេខ	(800) 434-0222 ចាប់ពីម៉ោង 9:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 4:00 ល្ងាច ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ
TTY	711 លេខទូរសព្ទនេះសម្រាប់អ្នកដែលមានបញ្ហាក្នុងការស្តាប់ ឬការនិយាយ។ អ្នកត្រូវតែមានឧបករណ៍ទូរសព្ទពិសេស ដើម្បីហៅមកលេខនេះបាន។
សរសេរ	California Department of Aging 1300 National Drive Suite 200 Sacramento, CA 95834 1992
គេហទំព័រ	https://www.aging.ca.gov//Programs_and_Services/Medicare_Counseling/

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan តាមរយៈលេខ 1-800-452-4413 (TTY: 711) ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ម៉ោង PT ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទ គឺឥតគិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ [blueshieldca.com/medicare](https://www.blueshieldca.com/medicare)។



សូមទាក់ទងមកកាន់ HICAP សម្រាប់ជំនួយលើ៖

- សំណួរអំពី Medicare
- អ្នកប្រឹក្សាយោបល់របស់ HICAP អាចឆ្លើយសំណួររបស់អ្នកអំពីការផ្លាស់ទៅប្តូរគម្រោងថ្មី និងជួយអ្នកឱ្យ៖
 - យល់អំពីសិទ្ធិរបស់អ្នក
 - យល់អំពីជម្រើសនៃគម្រោងរបស់អ្នក
 - ឆ្លើយសំណួរអំពីការប្តូរគម្រោង
 - ដាក់បណ្តឹងតវ៉ាអំពីការថែទាំសុខភាព ឬការព្យាបាលរបស់អ្នក និង
 - ជួយជាមួយនឹងបញ្ហាវិក្កយបត្រ ឬការទាមទារសំណង។

D. បណ្តាញទូរសព្ទផ្តល់ប្រឹក្សាពីគិលានុបដ្ឋាយិកា

ខ្សែទូរសព្ទប្រឹក្សាយោបល់ផ្នែកថែទាំសុខភាពរបស់គម្រោង Blue Shield of California ផ្តល់ជូនការជួយដោយមានគិលានុបដ្ឋាយិកាដែលបានចុះឈ្មោះត្រឹមត្រូវ ដើម្បីឆ្លើយសំណួរ 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ គិលានុបដ្ឋាយិកានៅរង់ចាំតាមទូរសព្ទ ដើម្បីឆ្លើយតបនឹងសំណួរអំពីសុខភាពទូទៅ និងផ្តល់ការតម្រង់ទិសទៅកាន់ធនធានបន្ថែមសម្រាប់ព័ត៌មានច្រើនទៀត។ ជាមួយបណ្តាញទូរសព្ទផ្តល់ប្រឹក្សាពីគិលានុបដ្ឋាយិកា សមាជិកអាចទទួលបានសេចក្តីសង្ខេបនៃការសន្ទនាដែលធ្វើទៅពួកគេតាមរយៈអ៊ីមែល ដែលរួមមានព័ត៌មានទាំងអស់ និងតំណដើម្បីងាយស្រួលរក។ អ្នកអាចទាក់ទងទៅកាន់ខ្សែទូរសព្ទប្រឹក្សាយោបល់ផ្នែកថែទាំសុខភាព ដោយមានសំណួរអំពីសុខភាព ឬការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក។

ទូរសព្ទទៅលេខ	(877) 304-0504 ការហៅទូរសព្ទនេះ គឺមិនគិតថ្លៃទេ។ 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ យើងផ្តល់សេវាបកប្រែភាសាដោយមិនគិតថ្លៃ សម្រាប់អតិថិជនដែលមិនចេះនិយាយភាសាអង់គ្លេស។
TTY	711 ការហៅទូរសព្ទនេះ គឺមិនគិតថ្លៃទេ។ លេខនេះ គឺសម្រាប់អ្នកដែលមានបញ្ហាខាងការស្តាប់ ឬការនិយាយ។ អ្នកត្រូវតែមានឧបករណ៍ទូរសព្ទពិសេស ដើម្បីហៅមកលេខនេះបាន។ 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan តាមរយៈលេខ 1-800-452-4413

(TTY: 711) ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ម៉ោង PT ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទ គឺឥត

គិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ [blueshieldca.com/medicare](https://www.blueshieldca.com/medicare)។



E. បណ្តាញទូរសព្ទសម្រាប់វិបត្តិសុខភាពអាកប្បកិរិយា

ទូរសព្ទទៅលេខ	បណ្តាញទូរសព្ទសម្រាប់សម្រាប់វិបត្តិ និងការចូលប្រើសេវាប្រចាំខោនធី Los Angeles 1-800-854-7771 ការហៅទូរសព្ទនេះ គឺមិនគិតថ្លៃទេ។ 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ យើងមានសេវាអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ដោយឥតគិតថ្លៃសម្រាប់អ្នកដែលមិនចេះនិយាយភាសាអង់គ្លេស។ បណ្តាញទូរសព្ទសម្រាប់វិបត្តិ និងការចូលប្រើសេវាប្រចាំខោនធី San Diego 1-888-724-7240 ការហៅទូរសព្ទនេះ គឺមិនគិតថ្លៃទេ។ 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ យើងផ្តល់សេវាបកប្រែភាសាដោយមិនគិតថ្លៃ សម្រាប់អតិថិជនដែលមិនចេះនិយាយភាសាអង់គ្លេស។
TTY	711 ការហៅទូរសព្ទនេះ គឺមិនគិតថ្លៃទេ។ លេខនេះ គឺសម្រាប់អ្នកដែលមានបញ្ហាខាងការស្តាប់ ឬការនិយាយ។ អ្នកត្រូវតែមានឧបករណ៍ទូរសព្ទពិសេស ដើម្បីហៅមកលេខនេះបាន។ 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍

ទំនាក់ទំនងទៅកាន់ខ្សែទូរសព្ទសម្រាប់សុខភាពអាកប្បកិរិយា ដើម្បីទទួលបានជំនួយជាមួយ៖

- សំណួរនានាអំពីសុខភាពអាកប្បកិរិយា និងសេវាទាក់ទងនឹងការប្រើប្រាស់សារធាតុញៀនខុសច្បាប់

សម្រាប់សំណួរទាក់ទងនឹងឯកទេសសេវាសុខភាពផ្លូវចិត្តក្នុងខោនធីរបស់អ្នក សូមមើល ផ្នែក K។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan តាមរយៈលេខ 1-800-452-4413

(TTY: 711) ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ម៉ោង PT ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទ គឺឥត

គិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ [blueshieldca.com/medicare](https://www.blueshieldca.com/medicare)។



F. អង្គភាពលើកកម្ពស់គុណភាព (QIO)

រដ្ឋរបស់យើងមានអង្គភាពមួយឈ្មោះថា Commence Health។ នេះ គឺជាក្រុមវេជ្ជបណ្ឌិត និងអ្នកមានវិជ្ជាជីវៈ ថែទាំសុខភាពផ្សេងទៀត ដែលជួយលើកកម្ពស់គុណភាពនៃការថែទាំសម្រាប់អ្នកដែលមាន Medicare។

Commence Health គឺជាអង្គការឯករាជ្យមួយ។ អង្គការនេះ មិនមានទំនាក់ទំនងជាមួយគម្រោងរបស់យើងទេ។

ទូរសព្ទទៅលេខ	1-877-588-1123 ចាប់ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 5:00 ល្ងាច ចន្ទ ដល់ សុក្រ ចាប់ពីម៉ោង 11:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 3:00 រសៀល និងថ្ងៃសៅរ៍ និង អាទិត្យ និងចាប់ពីម៉ោង 7:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 3:30 រសៀល នៅថ្ងៃឈប់សម្រាក។
TTY	1-855-887-6668 លេខទូរសព្ទនេះសម្រាប់អ្នកដែលមានបញ្ហាក្នុងការស្តាប់ ឬការនិយាយ។ អ្នកត្រូវតែមានឧបករណ៍ទូរសព្ទពិសេស ដើម្បីហៅមកលេខនេះបាន។
សរសេរ	Commence Health BFCC-QIO Program 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701
គេហទំព័រ	https://livantagio.com/en/states/california

ទាក់ទង Commence Health សម្រាប់ជំនួយជាមួយ៖

- សំណួរនានាអំពីសិទ្ធិក្នុងការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក
- ការដាក់បណ្តឹងតវ៉ាអំពីការថែទាំដែលអ្នកបានទទួល ប្រសិនបើអ្នក៖
 - មានបញ្ហាជាមួយនឹងគុណភាពនៃការថែទាំដូចជាការទទួលបានថ្នាំខុស ការធ្វើតេស្ត ឬនីតិវិធីដែលមិនចាំបាច់ ឬការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យមិនត្រឹមត្រូវ
 - គិតថា ការស្នាក់នៅមន្ទីរពេទ្យរបស់អ្នកនឹងត្រូវបញ្ចប់ឆាប់រហ័សពេក ឬ
 - គិតថា ការថែទាំសុខភាពតាមផ្ទះ ការថែទាំនៅមជ្ឈមណ្ឌលថែទាំសុខភាពមានជំនាញ ឬមន្ទីរស្តារ នីតិសម្បទាពេញលេញសម្រាប់អ្នកជំងឺឥតដេកពេទ្យ (CORF) នឹងត្រូវបញ្ចប់ឆាប់រហ័សពេក។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan តាមរយៈលេខ 1-800-452-4413

(TTY: 711) ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ម៉ោង PT ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទ គឺឥត

គិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ blueshieldca.com/medicare។



G. Medicare

Medicare គឺជាកម្មវិធីធានារ៉ាប់រងសុខភាពសហព័ន្ធសម្រាប់ប្រជាពលរដ្ឋ ដែលមានអាយុចាប់ពី 65 ឆ្នាំឡើងទៅ មនុស្សពិការមួយចំនួន ដែលមានអាយុក្រោម 65 ឆ្នាំ និងប្រជាពលរដ្ឋ ដែលមានជំងឺតម្រង់នោមដំណាក់កាលចុងក្រោយ (ជំងឺខូចតម្រង់នោមជាអចិន្ត្រៃយ៍ ដែលទាមទារឱ្យមានការលាងឈាម ឬប្តូរតម្រង់នោម)។

ទីភ្នាក់ងារសហព័ន្ធដែលទទួលបន្ទុកកម្មវិធី Medicare គឺជាមជ្ឈមណ្ឌលបម្រើសេវានៃកម្មវិធី Medicare & Medicaid ឬ CMS។ ទីភ្នាក់ងារនេះ ចុះកិច្ចសន្យាជាមួយអង្គភាព Medicare Advantage រួមទាំងគម្រោងរបស់យើងផងដែរ។

ទូរសព្ទទៅលេខ	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) ការហៅមកលេខនេះ គឺឥតគិតថ្លៃឡើយ បាន 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។
TTY	1-877-486-2048។ ការហៅទូរសព្ទនេះ គឺមិនគិតថ្លៃទេ។ លេខទូរសព្ទនេះសម្រាប់អ្នកដែលមានបញ្ហាក្នុងការស្តាប់ ឬការនិយាយ។ អ្នកត្រូវតែមានឧបករណ៍ទូរសព្ទពិសេស ដើម្បីហៅមកលេខនេះបាន។
ជំនួយបន្តផ្ទាល់	ជំនួយផ្ទាល់តាមរយៈ www.Medicare.gov/talk-to-someone
សរសេរ	សរសេរសំបុត្រទៅកាន់ Medicare តាមរយៈ PO Box 1270, Lawrence, KS 66044

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan តាមរយៈលេខ 1-800-452-4413 (TTY: 711) ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ម៉ោង PT ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទ គឺឥតគិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ blueshieldca.com/medicare។



គេហទំព័រ

www.medicare.gov

- ទទួលបានព័ត៌មានអំពីគម្រោងសុខភាព និងឱសថរបស់ Medicare នៅក្នុងតំបន់របស់អ្នក រួមទាំងតម្លៃរបស់ពួកគេ និងសេវាអ្វី ដែលពួកគេផ្តល់។
- ស្វែងរកវេជ្ជបណ្ឌិត ដែលចូលរួមក្នុង Medicare ឬអ្នកផ្តល់ការថែទាំសុខភាព និងអ្នកផ្គត់ផ្គង់ផ្សេងទៀត។
- ស្វែងយល់ថាតើ Medicare ធានារ៉ាប់រងអ្វីខ្លះ រួមទាំងសេវាបែបបង្ការ (ដូចជាការពិនិត្យ ការចាក់ថ្នាំបង្ការ ឬការចាក់វ៉ាក់សាំង និងការជួបពិគ្រោះផ្នែក “សុខុមាលភាព” ប្រចាំឆ្នាំ)។
- ទទួលបានព័ត៌មាន និងទម្រង់បែបបទបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់ Medicare។
- ទទួលបានព័ត៌មានអំពីគុណភាពនៃការថែទាំដែលផ្តល់ដោយគម្រោង មណ្ឌលថែទាំមនុស្សចាស់ មន្ទីរពេទ្យ វេជ្ជបណ្ឌិត ភ្នាក់ងារសុខភាពតាមផ្ទះ មណ្ឌលលាងឈាម មន្ទីរថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយដំណាក់កាលចុងក្រោយ មណ្ឌលស្តារនីតិសម្បទាអ្នកជំងឺ ដែលសម្រាកព្យាបាល និងមន្ទីរពេទ្យថែទាំយូរអង្វែង។
- រកមើលគេហទំព័រ និងលេខទូរសព្ទដែលមានប្រយោជន៍។

ដើម្បីដាក់បញ្ចូលបណ្តឹងតវ៉ាទៅកាន់ Medicare សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ www.medicare.gov/my/medicare-complaint។ Medicare យកចិត្តទុកដាក់អំពីបណ្តឹងរបស់អ្នកខ្លាំងណាស់ ហើយនឹងប្រើព័ត៌មាននេះ ដើម្បីជួយលើកស្ទួយគុណភាពនៃកម្មវិធី Medicare។

H. Medi-Cal

Medi-Cal គឺជាកម្មវិធី Medicaid របស់រដ្ឋ California។ នេះគឺជាកម្មវិធីធានារ៉ាប់រងសុខភាពសាធារណៈ ដែលផ្តល់ សេវាថែទាំសុខភាព ចាំបាច់សម្រាប់បុគ្គលដែលមានប្រាក់ចំណូលទាប រួមមានគ្រួសារដែលមានកូនមនុស្សចាស់ ជនពិការ កុមារ និងយុវជនក្នុងការថែទាំ និងស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ។ Medi-Cal ត្រូវបានផ្តល់ហិរញ្ញវត្ថុដោយមូលនិធិរដ្ឋ និងរដ្ឋាភិបាលសហព័ន្ធ។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan តាមរយៈលេខ 1-800-452-4413 (TTY: 711) ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ម៉ោង PT ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទ គឺឥតគិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ blueshieldca.com/medicare។



Medi-Cal ផ្តល់អត្ថប្រយោជន៍ជាច្រើន រួមមានការព្យាបាលជំងឺ ការថែទាំធ្មេញ ការថែទាំសុខភាពអាកប្បកិរិយា និងការជួយគាំទ្ររយៈពេលវែង

អ្នកត្រូវចុះឈ្មោះក្នុង Medicare និង Medi-Cal។ ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរអំពីអត្ថប្រយោជន៍ Medi-Cal របស់អ្នក ចូរទូរសព្ទទៅកាន់អ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំគម្រោងរបស់អ្នក។ ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរអំពីការចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោង Medi-Cal ចូរទូរសព្ទទៅ Health Care Options។

ទូរសព្ទទៅលេខ	1-800-430-4263 ចាប់ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 6 ល្ងាច។
TTY	1-800-430-7077 លេខនេះ គឺសម្រាប់អ្នកដែលមានបញ្ហាខាងការស្តាប់ ឬការនិយាយ។ អ្នកត្រូវតែមានឧបករណ៍ទូរសព្ទពិសេស ដើម្បីហៅមកលេខនេះបាន។
សរសេរ	CA Department of Health Care Services Health Care Options P.O. Box 989009 West Sacramento, CA 95798-9850
គេហទំព័រ	www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov/

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan តាមរយៈលេខ 1-800-452-4413 (TTY: 711) ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ម៉ោង PT ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទ គឺឥតគិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ blueshieldca.com/medicare។



I. ការិយាល័យអំប៊ុយ៉ង់ទទួលបន្ទុកសុខភាពផ្លូវចិត្ត និងការថែទាំសុខភាពក្រោម ការគ្រប់គ្រងរបស់ Medi-Cal

ការិយាល័យអំប៊ុយ៉ង់ ជួយដោះស្រាយបញ្ហាពីទស្សនៈអព្យាក្រឹត ដើម្បីធានាថា សមាជិករបស់យើងទទួលបានសេវា ដែលមានការធានារ៉ាប់រងចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រទាំងអស់។ ពួកគេនឹងស្តាប់ ឆ្លើយសំណួររបស់អ្នក វិភាគស្ថានភាពរបស់អ្នក ពន្យល់ពីគោលការណ៍ និងនីតិវិធី ផ្តល់ព័ត៌មាន ដំបូន្មាន និងជម្រើស និងស្នើការបញ្ជូនបន្តសមស្រប។ នេះជាការងាររបស់ពួកគេក្នុងការជួយបង្កើតដំណោះស្រាយដោយយុត្តិធម៌ចំពោះបញ្ហាក្នុងការទទួលបានការថែទាំសុខភាព។ ពួកគាត់មិនជាប់ព័ន្ធជាមួយនឹងគម្រោងរបស់យើង ឬជាមួយនឹងក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រង ឬគម្រោងសុខភាពណាមួយឡើយ។ សេវារបស់ពួកគេ គឺឥតគិតថ្លៃ។

ទូរសព្ទទៅលេខ	1-888-452-8609 ចាប់ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 5 ល្ងាច។
TTY	1-800-430-7077 លេខនេះ គឺសម្រាប់អ្នកដែលមានបញ្ហាខាងការស្តាប់ ឬការនិយាយ។ អ្នកត្រូវតែមានឧបករណ៍ទូរសព្ទពិសេស ដើម្បីហៅមកលេខនេះបាន។
សរសេរ	CA Department of Health Care Services Health Care Options P.O. Box 989009 West Sacramento, CA 95798-9850
អ៊ីមែល	MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov
គេហទំព័រ	www.dhcs.ca.gov/services/MH/Pages/mh-ombudsman.aspx

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan តាមរយៈលេខ 1-800-452-4413 (TTY: 711) ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ម៉ោង PT ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទ គឺឥតគិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ blueshieldca.com/medicare។



J. សេវាសង្គមកិច្ចប្រចាំខោនធី

ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយជាមួយសេវាជំនួយតាមផ្ទះ (In-Home Supportive Services, IHSS) របស់អ្នក ការធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពព័ត៌មាន Medi-Cal របស់អ្នក ឬអត្ថប្រយោជន៍នៃសិទ្ធិទទួលបាន និងបន្តអត្ថប្រយោជន៍ Medi-Cal សូមទាក់ទងទីភ្នាក់ងារសេវាសង្គមកិច្ចប្រចាំខោនធី Los Angeles ឬ San Diego ក្នុងតំបន់របស់អ្នក។

សូមទាក់ទងទីភ្នាក់ងារសេវាសង្គមកិច្ចប្រចាំខោនធីរបស់អ្នក ដើម្បីដាក់ពាក្យសុំសេវាជំនួយតាមផ្ទះ ដែលនឹងជួយ បង់ថ្លៃសេវាដែលបានផ្តល់ជូនអ្នក ដូច្នេះអ្នកអាចស្នាក់នៅដោយសុវត្ថិភាពនៅក្នុងផ្ទះរបស់អ្នកផ្ទាល់។ ប្រភេទនៃ សេវាអាចរួមមានទាំងជំនួយក្នុងការរៀបចំម្ហូបអាហារ ការងូតទឹក ការស្លៀកពាក់ ការទិញទំនិញបោកគក់ ឬការ ដឹកជញ្ជូន។

សូមទាក់ទងទីភ្នាក់ងារសេវាសង្គមកិច្ចប្រចាំខោនធីរបស់អ្នកសម្រាប់រាល់សំណួរណាមួយអំពីសិទ្ធិទទួលបាន Medi-Cal របស់អ្នក។

ទូរសព្ទទៅលេខ	1-866-613-3777 ការហៅទូរសព្ទនេះ គឺមិនគិតថ្លៃទេ។ ក្រសួងសេវាសង្គមកិច្ចសាធារណៈនៃខោនធី Los Angeles មានមជ្ឈមណ្ឌលសេវា បម្រើអតិថិជន (CSC) តែមួយគត់ ដែលផ្តល់សេវាដល់ការិយាល័យមណ្ឌល ចំនួន 33។ ម៉ោងធ្វើការ គឺចាប់ពីថ្ងៃចន្ទដល់ថ្ងៃសុក្រ លើកលែងតែថ្ងៃឈប់សម្រាក ចាប់ពីម៉ោង 7:30 ព្រឹក ដល់ 6:30 ល្ងាច។
TTY	1-877-735-2929 លេខនេះ គឺសម្រាប់អ្នកដែលមានបញ្ហាខាងការស្តាប់ ឬការនិយាយ។ អ្នកត្រូវតែមាន ឧបករណ៍ទូរសព្ទពិសេស ដើម្បីហៅមកលេខនេះបាន។
សរសេរ	Los Angeles County Department of Public Social Services 2855 E. Olympic Blvd. Los Angeles, CA 90023
គេហទំព័រ	https://dpss.lacounty.gov

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan តាមរយៈលេខ 1-800-452-4413 (TTY: 711) ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ម៉ោង PT ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទ គឺឥត គិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ blueshieldca.com/medicare។



ទូរសព្ទទៅលេខ	1-866-262-9881 ការហៅទូរសព្ទនេះ គឺមិនគិតថ្លៃទេ។ អ្នកតំណាងរបស់សេវាសុខភាព និងមនុស្សជាតិប្រចាំខោនធី San Diego អាចទាក់ទងបាននៅចន្លោះម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 5:00 ល្ងាច ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ។ អាចចូលប្រើបណ្តាញទូរសព្ទបម្រើសេវាខ្លួនឯងបាន 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ អ្នកហៅទូរសព្ទត្រូវតែបញ្ចូលលេខសន្តិសុខសង្គម (SSN) របស់ពួកគេ ដើម្បីប្រើប្រាស់
TTY	1-619-589-4459 លេខនេះ គឺសម្រាប់អ្នកដែលមានបញ្ហាខាងការស្តាប់ ឬការនិយាយ។ អ្នកត្រូវតែមានឧបករណ៍ទូរសព្ទពិសេស ដើម្បីហៅមកលេខនេះបាន។
សរសេរ	ទីភ្នាក់ងារសុខាភិបាល និងសេវាមនុស្សនៃខោនធី San Diego (County of San Diego Health and Human Services Agency) P.O. Box 85027 San Diego, CA 92186
គេហទំព័រ	https://www.sandiegocounty.gov/content/sdc/hhsa.html

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan តាមរយៈលេខ 1-800-452-4413 (TTY: 711) ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ម៉ោង PT ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទ គឺឥតគិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ [blueshieldca.com/medicare](https://www.blueshieldca.com/medicare)។



K. ទីភ្នាក់ងារផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពអាកប្បកិរិយាប្រចាំខោនធី

សេវាព្យាបាលពីអ្នកជំនាញឯកទេសសុខភាពផ្លូវចិត្ត និងសេវាព្យាបាលការប្រើប្រាស់សារធាតុញៀន តាមរយៈ Medi-Cal អាចប្រើប្រាស់បានសម្រាប់អ្នកតាមរយៈខោនធី ប្រសិនបើអ្នកបំពេញតាមលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យនៃសិទ្ធិចូលប្រើប្រាស់នៃការទទួលបានសេវា។

ទូរសព្ទទៅលេខ	ខោនធី Los Angeles 1-800-854-7771 ការហៅទូរសព្ទនេះ គឺមិនគិតថ្លៃទេ។ 24 ម៉ោងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃមួយសប្តាហ៍។ យើងផ្តល់សេវាបកប្រែភាសាដោយមិនគិតថ្លៃ សម្រាប់អតិថិជនដែលមិនចេះនិយាយភាសាអង់គ្លេស។ ខោនធី San Diego 1-888-724-7240 ការហៅទូរសព្ទនេះ គឺមិនគិតថ្លៃទេ។ 24 ម៉ោងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃមួយសប្តាហ៍។ យើងមានសេវាអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ដោយឥតគិតថ្លៃសម្រាប់អ្នកដែលមិនចេះនិយាយភាសាអង់គ្លេស។
TTY	711 ការហៅទូរសព្ទនេះ គឺមិនគិតថ្លៃទេ។ លេខនេះ គឺសម្រាប់អ្នកដែលមានបញ្ហាខាងការស្តាប់ ឬការនិយាយ។ អ្នកត្រូវតែមានឧបករណ៍ទូរសព្ទពិសេស ដើម្បីហៅមកលេខនេះបាន។ 24 ម៉ោងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃមួយសប្តាហ៍។

សូមទាក់ទងទៅទីភ្នាក់ងារថែទាំសុខភាពអាកប្បកិរិយាប្រចាំខោនធីសម្រាប់ជំនួយជាមួយ៖

- សំណួរអំពីសេវាសុខភាពផ្លូវចិត្តឯកទេសដែលផ្តល់ដោយខោនធី
- សំណួរអំពីសេវាព្យាបាលវិបត្តិផ្លូវចិត្តដោយការប្រើប្រាស់សារធាតុញៀនដែលផ្តល់ដោយខោនធី
- សេវាសុខភាពផ្លូវចិត្តឯកទេស ដែលរួមមានជាអាទិ៍៖
 - សេវាសុខភាពផ្លូវចិត្តសម្រាប់អ្នកជំងឺឥតដេកពេទ្យ

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan តាមរយៈលេខ 1-800-452-4413

(TTY: 711) ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ម៉ោង PT ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទ គឺឥត

គិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ [blueshieldca.com/medicare](https://www.blueshieldca.com/medicare)។



- ការព្យាបាលនៅពេលថ្ងៃ
- ការអន្តរាគមន៍វិបត្តិ និងការធ្វើឱ្យមានស្ថេរភាព
- ការគ្រប់គ្រងករណីគោលដៅ
- ការព្យាបាលមនុស្សពេញវ័យនៅកន្លែងស្នាក់នៅ
- ការព្យាបាលវិបត្តិផ្លូវចិត្តនៅកន្លែងស្នាក់នៅ

L. ក្រសួងថែទាំសុខភាពក្រោមការគ្រប់គ្រងរបស់រដ្ឋ California

ក្រសួងថែទាំសុខភាពក្រោមការគ្រប់គ្រងរបស់រដ្ឋ California (DMHC) ទទួលខុសត្រូវលើការដាក់បញ្ញត្តិលើគម្រោងថែទាំសុខភាពនានា។ មជ្ឈមណ្ឌលជំនួយរបស់ DMHC អាចជួយអ្នកជាមួយនឹងបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ និងបណ្តឹងតវ៉ានានាអំពីសេវារបស់ Medi-Cal។

ទូរសព្ទទៅលេខ	1-888-466-2219 អ្នកតំណាង DMHC អាចទាក់ទងទៅបាននៅចន្លោះម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 6:00 ល្ងាច ចាប់ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ។
TDD	1-877-688-9891 លេខនេះ គឺសម្រាប់អ្នកដែលមានបញ្ហាខាងការស្តាប់ ឬការនិយាយ។ អ្នកត្រូវតែមានឧបករណ៍ទូរសព្ទពិសេស ដើម្បីហៅមកលេខនេះបាន។
សរសេរ	មជ្ឈមណ្ឌលជំនួយ ក្រសួងថែទាំសុខភាពក្រោមការគ្រប់គ្រងរបស់រដ្ឋ California 980 Ninth Street, Suite 500 Sacramento, CA 95814-2725
ទូរសារ	1-916-255-5241
គេហទំព័រ	www.dmhca.gov

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan តាមរយៈលេខ 1-800-452-4413 (TTY: 711) ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ម៉ោង PT ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទ គឺឥតគិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ blueshieldca.com/medicare។



M. កម្មវិធីដើម្បីជួយដល់មនុស្សក្នុងការបង់ថ្លៃឱសថ

គេហទំព័ររបស់ Medicare (www.medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs) ផ្តល់ជូនព័ត៌មានអំពីវិធីកាត់បន្ថយថ្លៃចំណាយឱសថរបស់អ្នក។ សម្រាប់អ្នកដែលមានប្រាក់ចំណូលមានកម្រិត ក៏មានកម្មវិធីផ្សេងទៀតដែលអាចជួយបាន ដូចជារៀបរាប់ខាងក្រោមនេះផងដែរ។

M1. ជំនួយបន្ថែមពី Medicare

ដោយសារអ្នកមានសិទ្ធិទទួលបាន Medi-Cal អ្នកមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ និងកំពុងទទួលបាន “Extra Help” ពី Medicare ដើម្បីបង់ថ្លៃចំណាយលើគម្រោងឱសថរបស់អ្នក។ អ្នកមិនចាំបាច់ធ្វើអ្វីទាំងអស់ដើម្បីទទួលបាន “Extra Help” នេះទេ។

ទូរសព្ទទៅលេខ	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) ការហៅមកលេខនេះ គឺឥតគិតថ្លៃឡើយ បាន 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។
TTY	1-877-486-2048 ការហៅទូរសព្ទនេះ គឺមិនគិតថ្លៃទេ។ លេខទូរសព្ទនេះសម្រាប់អ្នកដែលមានបញ្ហាក្នុងការស្តាប់ ឬការនិយាយ។ អ្នកត្រូវតែមានឧបករណ៍ទូរសព្ទពិសេស ដើម្បីហៅមកលេខនេះបាន។
គេហទំព័រ	www.medicare.gov

ប្រសិនបើអ្នកគិតថា អ្នកកំពុងបង់ទៅលើចំនួនទឹកប្រាក់ ដែលមិនត្រឹមត្រូវសម្រាប់វេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកនៅឯឱសថស្ថានមួយ នោះគម្រោងរបស់យើងនឹងមានដំណើរការ ដើម្បីជួយឱ្យទទួលបានភស្តុតាងបញ្ជាក់ពីចំនួនទឹកប្រាក់សម្រាប់ការបង់ប្រាក់រួមផ្ទាល់ខ្លួន ដែលត្រឹមត្រូវរបស់អ្នក។ ប្រសិនបើអ្នកមានភស្តុតាងអំពីចំនួនទឹកប្រាក់ដែលត្រឹមត្រូវរួចហើយ នោះយើងអាចជួយអ្នកចែករំលែកភស្តុតាងនេះជាមួយយើងខ្ញុំ។

- អ្នកអាចទូរសព្ទទៅផ្នែកបម្រើសេវាអតិថិជន អនុញ្ញាតឱ្យពួកគេដឹងថា អ្នកគិតថាអ្នកកំពុងបង់ប្រាក់លើសចំនួនសម្រាប់ឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជា ហើយធ្វើការផ្តល់ព័ត៌មាន Medi-Cal របស់អ្នក។ លទ្ធភាពដែលអ្នកមានសិទ្ធិទទួលបាន Medi-Cal របស់អ្នក នឹងត្រូវបានចាត់ទុកជាភស្តុតាងដ៏ល្អបំផុតដែលមានស្រាប់ ដើម្បីធ្វើបច្ចុប្បន្នភាព Extra Help របស់អ្នក និងកាត់បន្ថយថ្លៃបង់រំលោះថ្នាំតាមវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក ប្រសិនបើអាចធ្វើទៅបាន។ ការបន្ថយការបង់ប្រាក់រួមផ្ទាល់ខ្លួនសម្រាប់ឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជា គឺមិនត្រូវបានធានានោះទេ។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan តាមរយៈលេខ 1-800-452-4413 (TTY: 711) ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ម៉ោង PT ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទ គឺឥតគិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ blueshieldca.com/medicare។



- នៅពេលយើងទទួលបានភស្តុតាងដែលបង្ហាញពីកម្រិតការបង់ប្រាក់រួមផ្ទាល់ខ្លួនត្រឹមត្រូវ យើងនឹងធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពប្រព័ន្ធរបស់យើង ដើម្បីឱ្យអ្នកអាចបង់ចំនួនទឹកប្រាក់ការបង់ប្រាក់រួមផ្ទាល់ខ្លួនបានត្រឹមត្រូវ នៅពេលអ្នកទៅយកថ្នាំតាមវេជ្ជបញ្ជាលើកក្រោយ។ ប្រសិនបើអ្នកបង់ប្រាក់សម្រាប់ការបង់ប្រាក់រួមផ្ទាល់ខ្លួនលើស យើងនឹងសងប្រាក់អ្នកវិញ តាមរយៈមូលប្បទានបត្រ ឬទុកជាឥណទានសម្រាប់កាត់លើការបង់ប្រាក់រួមផ្ទាល់ខ្លួននាពេលអនាគត។ ប្រសិនបើឱសថស្ថានមិនបានយកប្រាក់សម្រាប់ការបង់ប្រាក់រួមផ្ទាល់ខ្លួនរបស់អ្នក ហើយអ្នកជំពាក់បំណុលពួកគេ យើងអាចបង់ប្រាក់ដោយផ្ទាល់ទៅឱសថស្ថាននោះ។ ប្រសិនបើអ្នកបានបង់ប្រាក់ជំនួសឱ្យអ្នក យើងអាចធ្វើការទូទាត់ប្រាក់ដោយផ្ទាល់ទៅរដ្ឋបាន។ ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅផ្នែកបម្រើសេវាអតិថិជន តាមរយៈលេខទូរសព្ទ នៅខាងក្រោមទំព័រនេះ។

M2. កម្មវិធីជំនួយឱសថសម្រាប់ជំងឺអេដស៍ (ADAP)

កម្មវិធីជំនួយឱសថសម្រាប់ជំងឺអេដស៍ (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ជួយដល់អ្នកដែលមានផ្ទុកមេរោគអេដស៍/ជំងឺអេដស៍ ដែលមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់តាមកម្មវិធី ADAP ឱ្យទទួលបានថ្នាំប្រឆាំងមេរោគអេដស៍សង្គ្រោះជីវិត។ ឱសថ Medicare ផ្នែក D ដែលមានក្នុងបញ្ជីឱសថរបស់កម្មវិធី ADAP ផងដែរ មានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ ដើម្បីទទួលបានជំនួយសម្រាប់ការចែករំលែកថ្លៃចំណាយតាមវេជ្ជបញ្ជា តាមរយៈកម្មវិធី California ADAP។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមទាក់ទងផ្នែកច្បាប់ស្តីពីជនពិការអាមេរិក (Americans with Disabilities Act, ADAP) រដ្ឋ California តាមរយៈលេខ (844) 421-7050 ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 5 ល្ងាច ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ឬចូលមើលគេហទំព័ររបស់ពួកគេតាមរយៈ

https://www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/Pages/OA_adap_eligibility.aspx ចំណាំ៖ ដើម្បីមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់កម្មវិធី ADAP នៅក្នុងរដ្ឋរបស់អ្នក ប្រជាជនត្រូវបំពេញតាមលក្ខខណ្ឌមួយចំនួន រួមទាំងមានភស្តុតាងបញ្ជាក់ទីលំនៅរដ្ឋ និងស្ថានភាពមេរោគអេដស៍ ប្រាក់ចំណូលទាប (ដូចជាកំណត់ដោយរដ្ឋ) និងមិនមាន/មានការធានារ៉ាប់រងតិចតួច។ ប្រសិនបើអ្នកផ្លាស់ប្តូរគម្រោង សូមជូនដំណឹងដល់បុគ្គលិកចុះឈ្មោះចូលកម្មវិធី ADAP នៅទីតាំងរបស់អ្នក ដើម្បីអាចបន្តទទួលបានជំនួយ។ សម្រាប់ព័ត៌មានស្តីពីលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យនៃសិទ្ធិទទួលបាន ឱសថដែលមានការធានារ៉ាប់រង ឬរបៀបចុះឈ្មោះចូលក្នុងកម្មវិធី សូមហៅទូរសព្ទទៅកាន់កម្មវិធី California ADAP តាមរយៈលេខ (844) 421-7050 ចាប់ពីម៉ោង 8 ព្រឹកដល់ម៉ោង 5 ល្ងាច ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ឬចូលទៅកាន់គេហទំព័ររបស់ពួកគេ។

https://www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/Pages/OA_adap_eligibility.aspx

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan តាមរយៈលេខ 1-800-452-4413 (TTY: 711) ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ម៉ោង PT ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទ គឺឥតគិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ blueshieldca.com/medicare។



M3. គម្រោងការទូទាត់ប្រាក់តាមវេជ្ជបញ្ជា Medicare (Medicare Prescription Payment Plan)

គម្រោង Medicare Prescription Payment Plan គឺជាជម្រើសបង់ប្រាក់ ដែលធ្វើការជាមួយការធានារ៉ាប់រងឱសថបច្ចុប្បន្នរបស់អ្នក ដែលអាចជួយអ្នកគ្រប់គ្រងការចំណាយផ្ទាល់ខ្លួនរបស់អ្នកសម្រាប់ឱសថ ដែលបានធានារ៉ាប់រងពីគម្រោងរបស់យើងតាមរយៈការបែងចែកការទូទាត់ពេញមួយឆ្នាំ (ខែមករាដល់ខែធ្នូ)។ នរណាម្នាក់ដែលមានគម្រោងថ្នាំ Medicare ឬគម្រោងថែទាំសុខភាព Medicare ដែលមានការធានារ៉ាប់រងលើឱសថ (ដូចជាគម្រោង Medicare Advantage ដែលមានការធានារ៉ាប់រងលើឱសថ) អាចប្រើជម្រើសទូទាត់ប្រាក់នេះបាន។

ជម្រើសនៃការទូទាត់ប្រាក់នេះ អាចជួយអ្នកគ្រប់គ្រងការចំណាយរបស់អ្នក ប៉ុន្តែវាមិនសន្សំប្រាក់ឱ្យអ្នក ឬកាត់បន្ថយថ្លៃចំណាយលើឱសថរបស់អ្នកនោះទេ។ ប្រសិនបើអ្នកកំពុងចូលរួមក្នុងគម្រោង Medicare Prescription Payment Plan ហើយស្ថិតនៅក្នុងគម្រោងតែមួយ អ្នកមិនចាំបាច់ធ្វើអ្វីទេ ដើម្បីបន្តជម្រើសនេះទេ។ "Extra Help" ពី Medicare និងជំនួយពកម្មវិធីជំនួយឱសថរបស់រដ្ឋ (State Pharmaceutical Assistance Programs, SPAP) និង ADAP របស់អ្នក សម្រាប់អ្នកដែលមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ មានអត្ថប្រយោជន៍ច្រើនជាងការចូលរួមក្នុងជម្រើសនៃការទូទាត់នេះ ដោយមិនគិតពីកម្រិតប្រាក់ចំណូលរបស់អ្នក ហើយគម្រោងដែលមានការធានារ៉ាប់រងលើឱសថត្រូវតែផ្តល់ជម្រើសនៃការបង់ប្រាក់នេះ។ ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពីជម្រើសនៃការបង់ប្រាក់នេះ សូមទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជនតាមលេខទូរសព្ទ ដែលមាននៅផ្នែកខាងក្រោមនៃទំព័រ ឬចូលមើលគេហទំព័រ www.medicare.gov។



N. របបសន្តិសុខសង្គម

របបសន្តិសុខសង្គមកំណត់សិទ្ធិទទួលបាន Medicare និងគ្រប់គ្រងការចុះឈ្មោះ Medicare។

ប្រសិនបើអ្នកប្តូរទីលំនៅ ឬផ្លាស់ប្តូរអាសយដ្ឋានប្រែសម្រួលរបស់អ្នក វាមានសារៈសំខាន់ណាស់ ដែលអ្នកត្រូវទាក់ទងរបបសន្តិសុខសង្គម ដើម្បីឱ្យពួកគេបានដឹង។

ទូរសព្ទទៅលេខ	1-800-772-1213 ការហៅទូរសព្ទទៅកាន់លេខនេះ គឺមិនគិតថ្លៃទេ។ អាចរកបានពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 7:00 ល្ងាច ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ។ អ្នកអាចប្រើសេវាទូរសព្ទស្វ័យប្រវត្តិរបស់ពួកគេ ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានដែលបានកត់ត្រាទុក និងធ្វើអាជីវកម្មមួយចំនួនរយៈពេល 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ។
TTY	1-800-325-0778 លេខទូរសព្ទនេះសម្រាប់អ្នកដែលមានបញ្ហាក្នុងការស្តាប់ ឬការនិយាយ។ អ្នកត្រូវតែមានឧបករណ៍ទូរសព្ទពិសេស ដើម្បីហៅមកលេខនេះបាន។
គេហទំព័រ	www.ssa.gov

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan តាមរយៈលេខ 1-800-452-4413

(TTY: 711) ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ម៉ោង PT ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទ គឺឥត

គិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ blueshieldca.com/medicare។



O. ក្រុមប្រឹក្សាកម្មករផ្លូវដែកចូលនិវត្តន៍ (RRB)

RRB គឺជាទីភ្នាក់ងារសហព័ន្ធដែលផ្តល់ជូនសេវាប្រយោជន៍យ៉ាងទូលំទូលាយដល់កម្មករផ្លូវដែករបស់ជាតិ និងក្រុមគ្រួសាររបស់ពួកគេ។ ប្រសិនបើអ្នកទទួលបាន Medicare តាមរយៈ RRB សូមប្រាប់ពួកគេឱ្យបានដឹង ប្រសិនបើអ្នកប្តូរលំនៅឋាន ឬផ្លាស់ប្តូរអាសយដ្ឋានប្រៃសណីយ៍របស់អ្នក។ សម្រាប់សំណួរអំពីអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នកពី RRB សូមទាក់ទងទីភ្នាក់ងារ។

ទូរសព្ទទៅលេខ	1-877-772-5772 ការហៅទូរសព្ទទៅកាន់លេខនេះ គឺមិនគិតថ្លៃទេ។ ចុច "0" ដើម្បីនិយាយជាមួយអ្នកតំណាង RRB ពីម៉ោង 9 ព្រឹក ដល់ 3:30 រសៀល នៅថ្ងៃចន្ទ អង្គារ ព្រហស្បតិ៍ និងសុក្រ ហើយចាប់ពីម៉ោង 9 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 12 ថ្ងៃត្រង់នៅថ្ងៃពុធ។ ចុចលេខ "1" ដើម្បីចូលទៅកាន់បណ្តាញទូរសព្ទជំនួយ RRB ដោយស្វ័យប្រវត្តិ និងទទួលបានព័ត៌មានដែលបានកត់ត្រា 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ រួមទាំងចុងសប្តាហ៍ និងថ្ងៃឈប់សម្រាក។
TTY	1-312-751-4701 លេខទូរសព្ទនេះសម្រាប់អ្នកដែលមានបញ្ហាក្នុងការស្តាប់ ឬការនិយាយ។ អ្នកត្រូវតែមានឧបករណ៍ទូរសព្ទពិសេស ដើម្បីហៅមកលេខនេះបាន។ ការហៅទូរសព្ទទៅកាន់លេខនេះ គឺមិនគិតថ្លៃទេ។
គេហទំព័រ	www.rrb.gov

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan តាមរយៈលេខ 1-800-452-4413 (TTY: 711) ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ម៉ោង PT ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទ គឺឥតគិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ blueshieldca.com/medicare។



P. ធនធានដទៃទៀត

កម្មវិធី Medicare Medi-Cal Ombudsman ផ្តល់ជំនួយដោយឥតគិតថ្លៃ ដើម្បីជួយមនុស្សដែលកំពុងជួបការលំបាក ក្នុងការទទួលបាន ឬរក្សាការធានារ៉ាប់រងសុខភាព និងដោះស្រាយបញ្ហាជាមួយគម្រោងសុខភាពរបស់ពួកគេ។

ប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហាជាមួយ៖

- Medi-Cal
- Medicare
- គម្រោងថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក
- ការចូលប្រើសេវាវេជ្ជសាស្ត្រ
- ការប្តឹងឧទ្ធរណ៍ចំពោះសេវាដែលបានបដិសេធ បរិក្ខារវេជ្ជសាស្ត្រជាប់បានយូរ (DME) សេវាសុខភាពផ្លូវចិត្តជាដើម។
- វិក្កយបត្រវេជ្ជសាស្ត្រ
- IHSS (សេវាជំនួយតាមផ្ទះ)

កម្មវិធី Medicare Medi-Cal Ombudsman ជួយក្នុងការដាក់បណ្តឹងតវ៉ា បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ និងសវនាការ។ លេខទូរសព្ទសម្រាប់កម្មវិធី Ombudsman គឺ 1-855-501-3077។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan តាមរយៈលេខ 1-800-452-4413 (TTY: 711) ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ម៉ោង PT ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទ គឺឥតគិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ [blueshieldca.com/medicare](https://www.blueshieldca.com/medicare)។



Q. Medi-Cal Dental

សេវាសុខភាពធ្មេញជាក់លាក់មួយចំនួនអាចរកបានតាមរយៈ Medi-Cal Dental រួមមានជាអាទិ៍ សេវាដូចជា៖

- ការពិនិត្យដំបូង ការថតកាំរស្មីអ៊ិច ការសម្អាត និងការព្យាបាលដោយសារធាតុក្លរូយអ័រ
- ការប៉ះ និងស្រោបធ្មេញ
- ការព្យាបាលរន្ធឬសធ្មេញ
- ធ្មេញពាក់ដោយផ្នែក និងធ្មេញពាក់ពេញលេញ ការកែតម្រូវ ការព្យាបាល និងការពត់ធ្មេញ

អត្ថប្រយោជន៍សុខភាពមាត់ធ្មេញអាចរកបានតាមរយៈ Medi-Cal Dental ដែលជាសេវាការគិតថ្លៃតាមសេវា (Fee-for-Service, FFS) និងកម្មវិធីការថែទាំធ្មេញក្រោមការគ្រប់គ្រង (Dental Managed Care, DMC)។

ទូរសព្ទទៅលេខ	1-800-322-6384 ការហៅទូរសព្ទ គឺឥតគិតថ្លៃ។ អ្នកតំណាង Medi-Cal Dental ដែលជា FFS អាចជួយអ្នកបាន ចាប់ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 5:00 ល្ងាច ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ។
TTY	1-800-735-2922 លេខទូរសព្ទនេះសម្រាប់អ្នកដែលមានបញ្ហាក្នុងការស្តាប់ ឬការនិយាយ។ អ្នកត្រូវតែមានឧបករណ៍ទូរសព្ទពិសេស ដើម្បីហៅមកលេខនេះបាន។
គេហទំព័រ	www.dental.dhcs.ca.gov smilecalifornia.org

ជំនួយឱ្យការគិតថ្លៃតាមសេវារបស់ Medi-Cal Dental អ្នកអាចទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍សុខភាពធ្មេញតាមរយៈគម្រោងថែទាំសុខភាពធ្មេញក្រោមការគ្រប់គ្រង។ គម្រោងថែទាំសុខភាពមាត់ធ្មេញក្រោមការគ្រប់គ្រងមានក្នុងខោនធី Los Angeles។ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការព័ត៌មានបន្ថែមអំពីគម្រោងថែទាំសុខភាពមាត់ធ្មេញ ឬចង់ផ្លាស់ប្តូរគម្រោងថែទាំសុខភាពមាត់ធ្មេញរបស់អ្នក ទាក់ទងទៅកាន់ Health Care Options តាមរយៈលេខ 1-800-430-4263 (អ្នកប្រើប្រាស់ TTY ទូរសព្ទទៅកាន់លេខ 1-800-430-7077) ចាប់ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 6:00 ល្ងាច។ ការហៅទូរសព្ទ គឺឥតគិតថ្លៃទេ។ ព័ត៌មានទំនាក់ទំនងសម្រាប់គម្រោងថែទាំគ្រប់គ្រងផ្នែកធ្មេញ ក៏មាននៅទីនេះផងដែរ៖
www.dhcs.ca.gov/services/Pages/ManagedCarePlanDirectory.aspx.

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan តាមរយៈលេខ 1-800-452-4413 (TTY: 711) ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ម៉ោង PT ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទ គឺឥតគិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ blueshieldca.com/medicare។



ជំពូកទី 3៖ ការប្រើប្រាស់ការធានារ៉ាប់រងពីគម្រោងរបស់យើងសម្រាប់ការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក និងសេវាដែលមានធានារ៉ាប់រងផ្សេងទៀត

សេចក្តីផ្តើម

ជំពូកនេះ មានលក្ខខណ្ឌ និងបទបញ្ជាជាក់លាក់មួយដែលអ្នកត្រូវដឹង ដើម្បីទទួលបានការថែទាំសុខភាព និងសេវាផ្សេងទៀត ដែលមានធានារ៉ាប់រង។ ជំពូកនេះ ក៏ប្រាប់អ្នកអំពីអ្នកសម្របសម្រួលផ្នែកថែទាំរបស់អ្នក របៀបទទួលបានការថែទាំពីអ្នកផ្តល់សេវាប្រភេទផ្សេងៗ និងក្រោមលក្ខខណ្ឌពិសេសមួយចំនួន (រួមទាំងពីអ្នកផ្តល់សេវា ឬឱសថស្ថានក្រៅបណ្តាញ) អ្វីដែលត្រូវធ្វើ ប្រសិនបើអ្នកទទួលបានវិក្កយបត្រដោយផ្ទាល់សម្រាប់សេវា ដែលយើងធានារ៉ាប់រង និងច្បាប់សម្រាប់កាន់កាប់បរិក្ខារពេទ្យប្រើប្រាស់បានយូរ (Durable Medical Equipment, DME)។ ពាក្យគន្លឹះ និងនិយមន័យរបស់វា មានរៀបចំតាមលំដាប់អក្ខរក្រម នៅក្នុងជំពូកចុងក្រោយនៃ សៀវភៅណែនាំសមាជិក នេះ។

តារាងមាតិកា

A. ព័ត៌មានអំពីសេវា និងអ្នកផ្តល់សេវា	57
B. បទបញ្ជាសម្រាប់ការទទួលបានសេវាដែលគម្រោងរបស់យើងធានារ៉ាប់រងទៅលើ	57
C. អ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នក.....	61
C1. អ្វីទៅជាអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំ.....	61
C2. របៀបដែលអ្នកអាចទាក់ទងទៅកាន់អ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នក.....	61
C3. របៀបដែលអ្នកអាចផ្លាស់ប្តូរអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នក.....	61
D. ការថែទាំពីអ្នកផ្តល់សេវា	61
D1. ការថែទាំពីអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំបឋម (Primary Care Provider, PCP)	61
D2. ការថែទាំពីគ្រូពេទ្យឯកទេស និងអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញផ្សេងទៀត.....	65
D3. នៅពេលដែលអ្នកផ្តល់សេវាចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើង.....	67

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan តាមរយៈលេខ 1-800-452-4413 (TTY: 711) ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ម៉ោង PT ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទ គឺឥតគិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ [blueshieldca.com/medicare](https://www.blueshieldca.com/medicare)។



D4. អ្នកផ្តល់សេវានៅក្រៅបណ្តាញ.....	68
E. សេវា និងជំនួយគាំទ្រយៈពេលវែង (Long-term services and supports, LTSS)	69
F. សេវាសុខភាពអាកប្បកិរិយា (សុខភាពផ្លូវចិត្ត និងការប្រើប្រាស់សារធាតុញៀន).....	70
F1. សេវាសុខភាពអាកប្បកិរិយារបស់ Medi-Cal ត្រូវបានផ្តល់ជូននៅខាងក្រៅគម្រោងរបស់យើង	71
G. សេវាមធ្យោបាយធ្វើដំណើរ	75
G1. មធ្យោបាយធ្វើដំណើរផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដែលមិនមែនជាជំងឺសង្គ្រោះបន្ទាន់	75
G2. មធ្យោបាយធ្វើដំណើរដែលមិនមែនជាផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ	77
H. សេវាដែលមានធានារ៉ាប់រងនៅក្នុងការសង្គ្រោះបន្ទាន់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ នៅពេលដែលត្រូវការជាបន្ទាន់ ឬក្នុងអំឡុងពេលមានគ្រោះមហន្តរាយ.....	79
H1. ការថែទាំក្នុងការសង្គ្រោះបន្ទាន់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ	79
H2. ការថែទាំដែលត្រូវការជាបន្ទាន់	81
H3. ការថែទាំក្នុងពេលមានគ្រោះមហន្តរាយ	82
I. ចុះប្រសិនបើអ្នកត្រូវបង់ប្រាក់ដោយផ្ទាល់សម្រាប់សេវាដែលបានធានារ៉ាប់រងវិញ?	83
I1. អ្វីដែលត្រូវធ្វើ ប្រសិនបើគម្រោងរបស់យើងមិនធានារ៉ាប់រងលើសេវា.....	83
J. ការធានារ៉ាប់រងលើសេវាថែទាំសុខភាពនៅពេលដែលអ្នកកំពុងស្ថិតនៅក្នុងការស្រាវជ្រាវលើការព្យាបាល	84
J1. និយមន័យនៃការសិក្សាស្រាវជ្រាវលើការព្យាបាល	84
J2. ការបង់ថ្លៃសេវា នៅពេលអ្នកចូលរួមនៅក្នុងវេជ្ជសាស្ត្រសិក្សាស្រាវជ្រាវ.....	85
J3. ការស្វែងយល់បន្ថែម អំពីការសិក្សាស្រាវជ្រាវលើការព្យាបាល.....	85
K. របៀបដែលសេវាថែទាំសុខភាពរបស់អ្នកទទួលបានការរ៉ាប់រងនៅពេលដែលអ្នកចូលរួមក្នុងមជ្ឈមណ្ឌលថែទាំ សុខភាពតាមបែបសាសនាដែលគ្មានលក្ខណៈវេជ្ជសាស្ត្រ	86



K1. និយមន័យនៃមជ្ឈមណ្ឌលថែទាំសុខភាពតាមបែបសាសនាដែលគ្មានលក្ខណៈវេជ្ជសាស្ត្រ	86
K2. ការទទួលបានការថែទាំពីមជ្ឈមណ្ឌលថែទាំសុខភាពតាមបែបសាសនាដែលគ្មានលក្ខណៈវេជ្ជសាស្ត្រ	86
L. បរិក្ខារវេជ្ជសាស្ត្រដែលប្រើជាប់បានយូរ (Durable medical equipment, DME).....	87
L1. DME ជាសមាជិកនៃគម្រោងរបស់យើង	87
L2. ភាពជាម្ចាស់របស់ DME ប្រសិនបើអ្នកប្តូរទៅ Original Medicare	88
L3. អត្ថប្រយោជន៍ឧបករណ៍អ្នកស៊ីសែនក្នុងនាមជាសមាជិកនៃគម្រោងរបស់យើង	89
L4. ឧបករណ៍ផ្តល់អ្នកស៊ីសែននៅពេលអ្នកប្តូរទៅគម្រោង Original Medicare ឬ Medicare Advantage (MA) ផ្សេងទៀត.....	89



A. ព័ត៌មានអំពីសេវា និងអ្នកផ្តល់សេវា

សេវា គឺការថែទាំសុខភាព សេវា និងជំនួយគាំទ្ររយៈពេលវែង (LTSS) ការផ្គត់ផ្គង់ សេវាសុខភាពផ្លូវចិត្ត ឱសថ មានវេជ្ជបញ្ជា និងឱសថមិនតម្រូវឱ្យមានវេជ្ជបញ្ជា ឧបករណ៍ និងសេវាផ្សេងៗ។ **សេវាដែលមានធានារ៉ាប់រង** គឺជា សេវាណាមួយក្នុងចំណោមសេវាទាំងនេះ ដែលគម្រោងរបស់យើងជាអ្នកបង់ប្រាក់។ ការថែទាំសុខភាព សុខភាព ផ្លូវចិត្ត និង LTSS ដែលមានធានារ៉ាប់រងមាននៅក្នុងជំពូកទី 4 នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*របស់អ្នក។ សេវាធានារ៉ាប់រងសម្រាប់ឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជា និងឱសថគ្មានវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក មាននៅក្នុងជំពូកទី 5 នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*របស់អ្នក។

អ្នកផ្តល់សេវា គឺជាវេជ្ជបណ្ឌិត គិលានុបដ្ឋាយិកា និងបុគ្គលផ្សេងទៀត ដែលផ្តល់សេវា និងសេវាថែទាំដល់អ្នក ហើយមានអាជ្ញាបណ្ណពីរដ្ឋ។ អ្នកផ្តល់សេវាក៏រួមមានមន្ទីរពេទ្យ ភ្នាក់ងារថែទាំសុខភាពតាមផ្ទះ គ្លីនិក និងកន្លែង ផ្សេងទៀត ដែលផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាព សេវាសុខភាពផ្លូវចិត្ត បរិក្ខារពេទ្យ និងសេវា LTSS មួយចំនួនដល់អ្នក។

អ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ គឺជាអ្នកផ្តល់សេវា ដែលធ្វើការនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើង។ អ្នកផ្តល់សេវាទាំងនេះ យល់ព្រមទទួលយកការទូទាត់ប្រាក់របស់យើងជាការទូទាត់ប្រាក់ដាច់ស្រេច។ បណ្តាញអ្នកផ្តល់ចេញវិក្កយបត្រ មកយើងផ្ទាល់ សម្រាប់ការថែទាំ ដែលគេផ្តល់ឲ្យអ្នក។ នៅពេលអ្នកប្រើប្រាស់អ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ ជា ធម្មតាអ្នកមិនបង់អ្វីទាំងអស់សម្រាប់សេវាដែលមានធានារ៉ាប់រង។

B. បទបញ្ជាសម្រាប់ការទទួលបានសេវាដែលគម្រោងរបស់យើងធានារ៉ាប់រងទៅលើ

គម្រោងរបស់យើងធានារ៉ាប់រងលើសេវាទាំងអស់ដែលធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare និងភាគច្រើននៃសេវារបស់ Medi-Cal។ សេវាទាំងនេះ រួមមានសេវាថែទាំសុខភាពផ្លូវចិត្ត និងសេវា LTSS មួយចំនួន។

ជាទូទៅ គម្រោងរបស់យើងនឹងចំណាយសម្រាប់សេវាថែទាំសុខភាព សេវាថែទាំសុខភាពផ្លូវចិត្ត និងសេវាជា ច្រើនទាក់ទងនឹងសេវា LTSS ដែលអ្នកទទួលបាន នៅពេលអ្នកគោរពតាមច្បាប់ និងគោលការណ៍ណែនាំរបស់ យើង។ ដើម្បីទទួលបានការធានារ៉ាប់រងពីគម្រោងរបស់យើង៖

- សេវាថែទាំដែលអ្នកទទួលបានត្រូវតែបញ្ចូលក្នុងតារាងអត្ថប្រយោជន៍ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្ររបស់យើង នៅក្នុង ជំពូកទី 4 នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះ។
- ការថែទាំត្រូវតែមានភាពចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ។ តាមភាពចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ យើងមាន ន័យថា ជាសេវាសមហេតុផល និងចាំបាច់ ដើម្បីធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ និងព្យាបាលស្ថានភាពសុខភាព



របស់អ្នក។ សេវាថែទាំមានភាពចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រត្រូវឱ្យជួយបុគ្គលម្នាក់ៗមិនឱ្យធ្លាក់ខ្លួន
ឈឺធ្ងន់ធ្ងរ ឬក្លាយជាជនពិការ និងកាត់បន្ថយការឈឺចាប់ធ្ងន់ធ្ងរ ដោយការព្យាបាលជំងឺ រោគ
ឬរបួស។

- សម្រាប់សេវាវេជ្ជសាស្ត្រ អ្នកត្រូវតែមានអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំបឋម (PCP) ដែលផ្តល់ជូន និង
មើលខុសត្រូវការថែទាំរបស់អ្នក។ ក្នុងនាមជាសមាជិកគម្រោង អ្នកត្រូវតែជ្រើសរើសអ្នកផ្តល់
សេវាក្នុងបណ្តាញ ដើម្បីធ្វើជា PCP របស់អ្នក (សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមមើលផ្នែក D1 នៃ
ជំពូកនេះ)។
 - ក្នុងករណីភាគច្រើនគម្រោងរបស់យើងត្រូវផ្តល់ការយល់ព្រមដល់អ្នក មុនពេលអ្នក
អាចប្រើប្រាស់អ្នកផ្តល់សេវាម្នាក់ដែលមិនមែនជា PCP របស់អ្នក ឬប្រើអ្នកផ្តល់សេវា
ផ្សេងទៀត នៅក្នុងបណ្តាញរបស់គម្រោងនេះ។ ការយល់ព្រមនេះ ហៅថា
ការបញ្ជូនបន្ត។ ប្រសិនបើអ្នកមិនបានទទួលបានការអនុញ្ញាតទេ យើងប្រហែលជា
មិនមានធានារ៉ាប់រងលើសេវានោះទេ។
 - PCP នៃគម្រោងរបស់យើងជាប់ជាសាខាជាមួយនឹងក្រុមវេជ្ជសាស្ត្រទាំងនេះ។ នៅ
ពេលអ្នកជ្រើសរើស PCP របស់អ្នក អ្នកក៏កំពុងជ្រើសរើសក្រុមវេជ្ជសាស្ត្រដែលមាន
ទំនាក់ទំនងជាមួយគ្នាផងដែរ។ នេះមានន័យថា PCP របស់អ្នកនឹងធ្វើការបញ្ជូនអ្នក
ទៅកាន់អ្នកឯកទេស និងសេវាធានា ដែលជាប់ជាសាខាជាមួយនឹងក្រុមវេជ្ជសាស្ត្រ
របស់ពួកគេផងដែរ។ ក្រុមវេជ្ជសាស្ត្រ គឺជាសមាគមនៃគ្រូពេទ្យថែទាំបឋម និង
អ្នកឯកទេសដែលត្រូវបានបង្កើតឡើង ដើម្បីជួយសម្របសម្រួលដល់ការផ្តល់សេវា
ថែទាំសុខភាពដល់អ្នក។
 - អ្នកមិនចាំបាច់ត្រូវការមានការបញ្ជូនបន្តពី PCP របស់អ្នកសម្រាប់ការថែទាំគ្រោះអាសន្ន
ឬការថែទាំចាំបាច់បន្ទាន់ ដើម្បីប្រើប្រាស់អ្នកផ្តល់សេវាផ្នែកសុខភាពស្ត្រី ឬសម្រាប់
សេវាផ្សេងទៀត ដែលមានរាយក្នុងផ្នែក D1 នៃជំពូកនេះទេ។
- អ្នកត្រូវតែទទួលបានការថែទាំរបស់អ្នកពីអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ (សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម
សូមមើលផ្នែក D ក្នុងជំពូកនេះ)។ ជាធម្មតា យើងនឹងមិនធានារ៉ាប់រងលើការថែទាំពីអ្នកផ្តល់
សេវា ដែលមិនធ្វើការជាមួយគម្រោងសុខភាពរបស់យើងនោះទេ។ នេះមានន័យថា អ្នកនឹងត្រូវ



បង់ប្រាក់ពេញលេញដល់អ្នកផ្តល់សេវាសម្រាប់សេវា ដែលអ្នកទទួលបាន។ នេះគឺជាករណីមួយ
ចំនួន ដែលច្បាប់នេះមិនអនុវត្ត៖

- យើងធានារ៉ាប់រងលើការថែទាំគ្រោះភ័យ ឬការថែទាំចាំបាច់បន្ទាន់ពីអ្នកផ្តល់សេវាក្រៅ
បណ្តាញ (សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីបញ្ហានេះ សូមមើលផ្នែក H ក្នុងជំពូកនេះ)។
- ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការការថែទាំដែលគម្រោងរបស់យើងធានារ៉ាប់រង ហើយអ្នកផ្តល់
សេវាក្នុងបណ្តាញរបស់យើងមិនអាចផ្តល់វាបានទេ អ្នកអាចទទួលបានការថែទាំពីអ្នក
ផ្តល់សេវាក្រៅបណ្តាញ។ ការអនុញ្ញាត គឺចាំបាច់ត្រូវតែមាន ហើយគួរតែទទួលបាន
ការយល់ព្រមពីគម្រោងមុននឹងស្វែងរកការថែទាំ។ ក្នុងស្ថានភាពនេះ យើងធានារ៉ាប់រង
លើការថែទាំ ដូចជាប្រសិនបើអ្នកទទួលបានវាពីអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ ឬដោយ
ឥតគិតថ្លៃសម្រាប់អ្នក។ សម្រាប់ព័ត៌មានអំពីការទទួលបានការយល់ព្រម ដើម្បី
ប្រើប្រាស់អ្នកផ្តល់សេវាក្រៅបណ្តាញ សូមមើលផ្នែក D4 នៅក្នុងជំពូកនេះ។
- យើងធានារ៉ាប់រងលើសេវាលាងឈាមតាមតម្រងនោម នៅពេលអ្នកនៅខាងក្រៅតំបន់
ផ្តល់សេវានៃគម្រោងរបស់យើងក្នុងរយៈពេលខ្លី ឬនៅពេលដែលអ្នកផ្តល់សេវារបស់
អ្នកជាបណ្តោះអាសន្នមិនមាន ឬមិនអាចប្រើប្រាស់សេវានោះបាន។
- នៅពេលដែលអ្នកចូលរួមក្នុងគម្រោងជាលើកដំបូង អ្នកអាចស្នើសុំបន្តប្រើប្រាស់អ្នកផ្តល់សេវា
បច្ចុប្បន្នរបស់អ្នកបាន។ ជាមួយនឹងករណីលើកលែងមួយចំនួន យើងត្រូវយល់ព្រមលើសំណើនេះ
ប្រសិនបើយើងអាចកំណត់ថា អ្នកមានទំនាក់ទំនងដែលមានស្រាប់ជាមួយអ្នកផ្តល់សេវា។ សូម
មើលទៅ ជំពូកទី 1 នៃសៀវភៅណែនាំសមាជិកនេះ។ ប្រសិនបើយើងយល់ព្រមលើសំណើរបស់
អ្នក អ្នកអាចបន្តប្រើប្រាស់អ្នកផ្តល់សេវាដែលអ្នកកំពុងប្រើក្នុងពេលបច្ចុប្បន្ននេះដល់ទៅ 12 ខែ
សម្រាប់សេវាទាំងនោះ។ ក្នុងអំឡុងពេលនោះ អ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នកនឹងទាក់ទង
ទៅអ្នក ដើម្បីជួយអ្នកក្នុងការស្វែងរកអ្នកផ្តល់សេវានៅក្នុងបណ្តាញរបស់យើង ដែលជាប់ជាសាខា
ជាមួយនឹងក្រុមវេជ្ជសាស្ត្ររបស់ PCP របស់អ្នក។ បន្ទាប់ពីរបស់ 12 ខែមក យើងលែងធានារ៉ាប់រង
លើការថែទាំរបស់អ្នកតទៅទៀតហើយ ប្រសិនបើអ្នកបន្តប្រើអ្នកផ្តល់សេវាដែលមិនស្ថិតនៅក្នុង
បណ្តាញរបស់យើង ហើយមិនមានទំនាក់ទំនងជាមួយនឹងក្រុមវេជ្ជសាស្ត្ររបស់ PCP របស់អ្នក។

ការធានារ៉ាប់រងសុខភាពផ្សេងទៀត៖ សមាជិក Medi-Cal ត្រូវតែប្រើប្រាស់ការរ៉ាប់រងសុខភាព (Other Health
Coverage, OHC) ផ្សេងទៀតទាំងអស់ មុន Medi-Cal នៅពេលដែលសេវាដូចគ្នាអាចរកបានក្រោមការរ៉ាប់រង

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan តាមរយៈលេខ 1-800-452-4413
(TTY: 711) ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ម៉ោង PT ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទ គឺឥត
គិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ [blueshieldca.com/medicare](https://www.blueshieldca.com/medicare)។



សុខភាពរបស់អ្នក ដោយសារ Medi-Cal គឺជាអ្នកបង់ប្រាក់សម្រាប់ជម្រើសចុងក្រោយ។ នេះមានន័យថា ក្នុង ករណីភាគច្រើន Medi-Cal នឹងក្លាយជាអ្នកបង់ប្រាក់បន្ទាប់បន្សំពី Medicare OHC ដែលរ៉ាប់រងលើការចំណាយ ដែលអាចអនុញ្ញាតបាន ដែលមិនត្រូវបានបង់ដោយគម្រោងរបស់យើង ឬ OHC ផ្សេងទៀត រហូតដល់អត្រា របស់ Medi-Cal។

សមាជិកថ្មីនៃគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan៖ ក្នុងករណីភាគច្រើន អ្នកនឹងត្រូវបានចុះឈ្មោះចូលជា សមាជិក Blue Shield TotalDual Plan សម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍ Medicare របស់អ្នកនៅថ្ងៃទី 1 នៃខែបន្ទាប់ពី អ្នកស្នើសុំចុះឈ្មោះចូលជាសមាជិក Blue Shield TotalDual Plan។ អ្នកនៅតែអាចទទួលបានសេវា Medi-Cal ពីគម្រោងសុខភាព Medi-Cal ពីមុនរបស់អ្នក សម្រាប់រយៈពេលមួយខែបន្ថែមទៀត។ បន្ទាប់ពីនោះ អ្នកនឹងទទួលបានសេវា Medi-Cal របស់អ្នក តាមរយៈគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan។ អ្នកនឹងនៅតែ អាចប្រើប្រាស់សេវា Medi-Cal បានជាប់រហូត។ សូមហៅទូរសព្ទមកយើងខ្ញុំ តាមរយៈលេខ 1-800-452-4413 (TTY: 711) ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរណាមួយ។



C. អ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នក

C1. អ្វីទៅជាអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំ

អ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំ គឺជាបុគ្គលដែលទទួលបានការបណ្តុះបណ្តាលជាពិសេស ដើម្បីជួយអ្នកទទួលបាន អត្ថប្រយោជន៍ និងសេវា Medicare និង Medi-Cal របស់អ្នក។ អ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នកនឹងក្លាយជា ផ្នែកមួយនៃក្រុមការងារថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក ហើយគាត់នឹងបម្រើជាអ្នកទំនាក់ទំនងចម្បង និងប្រភពព័ត៌មាន សម្រាប់អ្នក។ បន្ទាប់ពីចុះឈ្មោះរួច អ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំនឹងទូរសព្ទទៅអ្នក ដើម្បីណែនាំខ្លួនគាត់ និងជួយ អ្នកក្នុងការបំពេញការវាយតម្លៃហានិភ័យសុខភាពរបស់អ្នក ដើម្បីកំណត់តម្រូវការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក។

C2. របៀបដែលអ្នកអាចទាក់ទងទៅកាន់អ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នក

អ្នកអាចទាក់ទងទៅកាន់អ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នក ដោយទូរសព្ទទៅលេខ 1-888-548-5765 ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 6:00 ល្ងាច ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ។ នៅពេលអ្នកចាប់ផ្តើមធ្វើការជាមួយអ្នកសម្របសម្រួល ការថែទាំ អ្នកក៏អាចទាក់ទងគាត់ដោយទូរសព្ទទៅខ្សែទូរសព្ទផ្ទាល់របស់ពួកគេ។

C3. របៀបដែលអ្នកអាចផ្លាស់ប្តូរអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នក

ដើម្បីស្នើសុំផ្លាស់ប្តូរអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នក អ្នកអាចទូរសព្ទទៅលេខ 1-888-548-5765 ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 6:00 ល្ងាច ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ។

D. ការថែទាំពីអ្នកផ្តល់សេវា

D1. ការថែទាំពីអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំបឋម (Primary Care Provider, PCP)

អ្នកត្រូវជ្រើសរើស PCP ដើម្បីផ្តល់ និងគ្រប់គ្រងការថែទាំរបស់អ្នក។ PCP នៃគម្រោងរបស់យើងជាប់ជាសាខា ជាមួយនឹងក្រុមវេជ្ជសាស្ត្រទាំងនេះ។ នៅពេលអ្នកជ្រើសរើស PCP របស់អ្នក អ្នកក៏កំពុងជ្រើសរើសក្រុម វេជ្ជសាស្ត្រដែលមានទំនាក់ទំនងជាមួយគ្នាផងដែរ។

និយមន័យនៃ PCP និងអ្វីដែល PCP ធ្វើសម្រាប់អ្នក

PCP របស់អ្នក គឺជាវេជ្ជបណ្ឌិតម្នាក់ ដែលបំពេញតាមលក្ខខណ្ឌតម្រូវរបស់រដ្ឋ និងបានហ្វឹកហ្វឺនដើម្បីផ្តល់ឲ្យអ្នក នូវការថែទាំសុខភាពជាមូលដ្ឋាន។ PCP អាចជាគ្រូពេទ្យជំនាញខាងគ្រួសារ គ្រូពេទ្យទូទៅ គ្រូពេទ្យជំនាញខាង វេជ្ជសាស្ត្រផ្ទៃក្នុង គ្រូពេទ្យជំនាញកម្រិតសម្ព័ន្ធ និងរោគស្ត្រី (OB-GYN) ឬអាចជាគ្រូពេទ្យជំនាញជំនាញកម្រិតដទៃ

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan តាមរយៈលេខ 1-800-452-4413 (TTY: 711) ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ម៉ោង PT ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទ គឺឥត គិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ [blueshieldca.com/medicare](https://www.blueshieldca.com/medicare)។



ទៀតតាមការស្នើសុំ។ អ្នកក៏អាចជ្រើសរើសគ្រូពេទ្យឯកទេសជា PCP របស់អ្នក បើសិនគ្រូពេទ្យឯកទេសយល់
ព្រមផ្តល់សេវាទាំងអស់ដែល PCP បានផ្តល់ជូនតាមធម្មតា។ ដើម្បីស្នើសុំឱ្យគ្រូពេទ្យជំនាញឯកទេសរបស់អ្នក
ធ្វើជា PCP សូមទាក់ទងសេវាបម្រើអតិថិជនរបស់ Blue Shield TotalDual Plan (លេខទូរសព្ទ និងម៉ោងធ្វើ
ការមានបោះពុម្ពនៅផ្នែកខាងក្រោមទំព័រនេះ)។ គ្លីនិក ដូចជា មជ្ឈមណ្ឌលសុខភាពសហព័ន្ធមានសមត្ថភាព
(Federally Qualified Health Centers, FQHC) អាចនឹងជា PCP របស់អ្នកដែរ។ អ្នកនឹងទទួលបានការថែទាំ
ជាប្រចាំ ឬជាមូលដ្ឋានពី PCP របស់អ្នក។ PCP របស់អ្នកក៏អាចជួយសំរេចសំណួរអ្វីៗទៀតនៃសេវាដែលរ៉ាប់រង
ដែលអ្នកត្រូវការផងដែរ។ សេវាដែលរ៉ាប់រង រួមមាន៖

- ការថតកាំរស្មីអ៊ីច
- ការធ្វើតេស្តនៅមន្ទីរពិសោធន៍
- ការព្យាបាល
- ការថែទាំពីវេជ្ជបណ្ឌិតដែលជាគ្រូពេទ្យឯកទេស
- ការចូលសម្រាកព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យ
- ការតាមដានលើការថែទាំបន្តបន្ទាប់

PCP នៃគម្រោងរបស់យើងជាប់ជាសាខាជាមួយនឹងក្រុមវេជ្ជសាស្ត្រពិសេស។ ក្រុមវេជ្ជសាស្ត្រ ឬសមាគមន៍
គ្រូពេទ្យឯករាជ្យ (independent physician association, IPA) គឺជាអង្គភាពដែលបានបង្កើតឡើង ដោយស្ថិត
នៅក្រោមច្បាប់រដ្ឋកាលីហ្វ័រនីញ៉ា ដែលមានកិច្ចសន្យាជាមួយគម្រោងថែទាំសុខភាព ដើម្បីផ្តល់ ឬរៀបចំសម្រាប់
ការផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពដល់អ្នកចុះឈ្មោះនៅក្នុងគម្រោងថែទាំសុខភាព។ នៅពេលអ្នកជ្រើសរើស
PCP របស់អ្នក អ្នកក៏អាចជ្រើសរើសក្រុមវេជ្ជសាស្ត្រ ដែលជាប់ជាសាខាផងដែរ។ នេះមានន័យថា PCP របស់
អ្នកនឹងបញ្ជូនអ្នកឱ្យទៅជួបគ្រូពេទ្យឯកទេស និងសេវាដែលមានជាប់ជាសាខាជាមួយនឹងក្រុមវេជ្ជសាស្ត្ររបស់
ពួកគាត់ផងដែរ។

នៅក្នុងករណីភាគច្រើន អ្នកត្រូវតែទៅជួប PCP របស់អ្នកដើម្បីទទួលបានការបញ្ជូនបន្ត មុននឹងអ្នកអាចទៅជួប
អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពដទៃទៀត ឬគ្រូពេទ្យឯកទេសណាម្នាក់។ នៅពេលការបញ្ជូនបន្តនេះ ត្រូវយល់ព្រមពី
ក្រុមវេជ្ជសាស្ត្រនៃ PCP របស់អ្នក នោះអ្នកអាចធ្វើការណាត់ជួបជាមួយគ្រូពេទ្យឯកទេស ឬអ្នកផ្តល់សេវាផ្សេង
ទៀត ដើម្បីទទួលបានការព្យាបាល ដែលអ្នកត្រូវការ។ គ្រូពេទ្យឯកទេសនឹងជូនដំណឹងទៅដល់ PCP របស់អ្នក
នៅពេលបញ្ចប់ការព្យាបាល ឬសេវារបស់អ្នក ដើម្បីឱ្យ PCP របស់អ្នកអាចបន្តគ្រប់គ្រងការថែទាំសុខភាពរបស់
អ្នកបានបន្តទៀត។



ដើម្បីអាចឱ្យអ្នកទទួលបានសេវាជាក់លាក់មួយចំនួន PCP របស់អ្នកនឹងចាំបាច់ត្រូវទទួលបានការយល់ព្រម
ជាមុនពីគម្រោង ឬក្នុងករណីខ្លះ ពីក្រុមវេជ្ជសាស្ត្រដែលមានជាប់ជាសាខាជាមួយគ្នារបស់ PCP របស់អ្នក។
ការយល់ព្រមជាមុននេះ ហៅថា “ការអនុញ្ញាតជាមុន”។

ជម្រើស PCP របស់អ្នក

នៅពេលអ្នកក្លាយជាសមាជិកនៃគម្រោងរបស់យើង អ្នកត្រូវតែជ្រើសរើសអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងគម្រោងធ្វើជា PCP
របស់អ្នក។

ដើម្បីជ្រើសរើស PCP អ្នកអាច៖

- ប្រើបញ្ជីឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថាន របស់អ្នក។ មើលក្នុងលិខិតក្រមនៃ “ត្រូវពេទ្យថែទាំ
បឋម” ដែលមានទីតាំងនៅផ្នែកខាងក្រោយនៃសៀវភៅបញ្ជីឈ្មោះ ដើម្បីស្វែងរកវេជ្ជបណ្ឌិត
ដែលអ្នកចង់បាន។ (លិខិតក្រម គឺតាមលំដាប់អក្ខរក្រមតាមនាមត្រកូលរបស់វេជ្ជបណ្ឌិត។) ឬ
- ចូលទៅកាន់គេហទំព័ររបស់យើងតាម blueshieldca.com/find-a-doctor ហើយស្វែងរក
PCP ដែលអ្នកចង់បាន ឬ
- ទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជនរបស់គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan ដើម្បីទទួល
បានជំនួយ (លេខទូរសព្ទ និងម៉ោងធ្វើការបានបោះពុម្ពនៅខាងក្រោមទំព័រនេះ)។

ដើម្បីដឹងថា តើអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាព ដែលអ្នកចង់បាននៅទំនេរ ឬទទួលអ្នកជំងឺថ្មីឬអត់ សូមចូលមើល
បញ្ជីអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថាន ដែលមាននៅលើគេហទំព័ររបស់យើង ឬទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជន
(លេខទូរសព្ទ និងម៉ោងធ្វើការមាននៅផ្នែកខាងក្រោមនៃទំព័រនេះ)។ បើមានអ្នកឯកទេស ឬមន្ទីរពេទ្យជាក់លាក់
ណាមួយ ដែលអ្នកចង់ប្រើ ត្រូវមើលថាតើពួកគេមានទំនាក់ទំនងជាមួយក្រុមវេជ្ជសាស្ត្រ PCP របស់អ្នកដែរឬ
ទេ។ អ្នកអាចរកមើលនៅក្នុងបញ្ជីវាយឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថាន ឬស្នើសុំផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជន
ដើម្បីរកមើលថាតើ PCP ដែលអ្នកចង់បញ្ជូនបន្តទៅកាន់អ្នកឯកទេសនោះ ឬប្រើមន្ទីរពេទ្យនោះដែរឬទេ។



ជម្រើសក្នុងការផ្លាស់ប្តូរ PCP របស់អ្នក

អ្នកអាចប្តូរ PCP របស់អ្នកសម្រាប់ហេតុផលណាមួយ បានគ្រប់ពេលវេលា។ វាក៏អាចជា PCP របស់អ្នក អាច
នឹងចាកចេញពីបណ្តាញនៃគម្រោងរបស់យើង។ ប្រសិនបើ PCP របស់អ្នកចាកចេញពីបណ្តាញរបស់យើង នោះ
យើងអាចជួយអ្នកស្វែងរក PCP ថ្មីនៅក្នុងបណ្តាញរបស់យើង។

អ្នកអាចអនុវត្តតាមជំហាននៅក្នុងផ្នែក “ជម្រើស PCP របស់អ្នក” ខាងលើ ដើម្បីផ្លាស់ប្តូរ PCP របស់អ្នក។ សូម
ប្រាកដថា អ្នកបានហៅទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជន ដើម្បីឱ្យពួកគេបានដឹងថា អ្នកកំពុងផ្លាស់ប្តូរ PCP
របស់អ្នក (លេខទូរសព្ទ និងម៉ោងប្រតិបត្តិការ គឺមាននៅក្រោមទំព័រនេះ)។

នៅពេលការស្នើសុំផ្លាស់ប្តូររបស់អ្នក ត្រូវបានស្នើសុំ នោះការចាត់តាំងទៅកាន់ PCP ថ្មី និងក្រុមវេជ្ជសាស្ត្រ ដែល
ពាក់ព័ន្ធរបស់គាត់ ឬនាង នឹងកើតឡើង នៅថ្ងៃដំបូងនៃខែបន្ទាប់ពីការស្នើសុំប្តូរ PCP របស់អ្នក។

ឈ្មោះ និងលេខទូរសព្ទការិយាល័យរបស់ PCP បានបោះពុម្ពនៅលើបណ្តុំសមាជិកភាពរបស់អ្នក។ បើសិនអ្នក
ផ្លាស់ប្តូរ PCP របស់អ្នក អ្នកនឹងទទួលបានបណ្តុំសមាជិកភាពថ្មី។

PCP នៃគម្រោងរបស់យើងជាប់ជាសាខាជាមួយនឹងក្រុមវេជ្ជសាស្ត្រទាំងនេះ។ បើសិនអ្នកផ្លាស់ប្តូរ PCP របស់
អ្នក នោះអ្នកក៏អាចផ្លាស់ប្តូរក្រុមវេជ្ជសាស្ត្របានផងដែរ។ នៅពេលដែលអ្នកស្នើសុំការផ្លាស់ប្តូរ សូមប្រាប់មកកាន់
ផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជន ប្រសិនបើអ្នកប្រើគ្រូពេទ្យឯកទេស ឬទទួលបានសេវា ដែលមានធានារ៉ាប់រងផ្សេងទៀត
ដែលត្រូវតែមានការយល់ព្រមពី PCP។ ផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជនជួយអ្នក ដើម្បីបន្តទទួលបានការថែទាំឯកទេស
និងសេវាផ្សេងទៀតរបស់អ្នកនៅពេលអ្នកផ្លាស់ប្តូរ PCP របស់អ្នក។

សេវាដែលអ្នកអាចទទួលបានដោយគ្មានការយល់ព្រមពី PCP របស់អ្នក

ក្នុងករណីភាគច្រើនបំផុត អ្នកចាំបាច់ត្រូវការយល់ព្រមពី PCP ជាមុនសិន មុនពេលប្រើប្រាស់អ្នកផ្តល់សេវា
ផ្សេងទៀត។ ការអនុញ្ញាតនេះ ហៅថា **ការបញ្ជូនបន្ត**។ អ្នកអាចទទួលបាននូវសេវាដូចដែលមានរាយនៅ
ខាងក្រោម ដោយមិនចាំបាច់មានការទទួលបានការយល់ព្រមជាមុនពី PCP៖

- សេវាសង្គ្រោះបន្ទាន់ពីក្រុមអ្នកផ្តល់សេវានៅក្នុងបណ្តាញ ឬក្រៅបណ្តាញ
- សេវាដែលមានធានារ៉ាប់រង ដែលត្រូវការជាបន្ទាន់ ដែលតម្រូវឱ្យមានការយកចិត្តទុកដាក់
ខាងវេជ្ជសាស្ត្រភ្លាមៗ (ប៉ុន្តែមិនមែនក្នុងគ្រាអាសន្ន) ប្រសិនបើអ្នកស្ថិតនៅក្រៅតំបន់សេវារបស់
គម្រោងជាបណ្តោះអាសន្ន ឬប្រសិនបើវាមិនសមហេតុផល ដោយផ្តល់ពេលវេលា ទឹកនៃង និង



កាលៈទេសៈរបស់អ្នក ដើម្បីទទួលបានសេវានេះពីអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ។ ឧទាហរណ៍ សម្រាប់សេវាដែលត្រូវការជាបន្ទាន់ គឺជំងឺ និងរបួសដែលមិនបានមើលឃើញទុកជាមុន ឬការ កើតមានឡើងវិញនូវស្ថានភាពជំងឺ ដែលមានស្រាប់ ដោយមិនបានរំពឹងទុក។ ការណាត់ជួបជា ប្រចាំជាមួយអ្នកផ្តល់សេវាដែលមានភាពចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ (ដូចជាការពិនិត្យសុខភាព ប្រចាំឆ្នាំ) មិនបានចាត់ទុកថាជាសេវាដែលត្រូវការជាបន្ទាន់ទេ ទោះបីជាអ្នកនៅក្រៅតំបន់ផ្តល់ សេវារបស់គម្រោងយើង ឬបណ្តាញរបស់យើង មិនអាចប្រើបានជាបណ្តោះអាសន្នក៏ដោយ។

- សេវាលាងលាមកតាមតម្រងនោម ដែលអ្នកទទួលបានពីមជ្ឈមណ្ឌលលាងលាមកដែលទទួល ស្គាល់ដោយ Medicare នៅពេលដែលអ្នកស្ថិតនៅក្រៅតំបន់ផ្តល់សេវានៃគម្រោងរបស់យើង។ ប្រសិនបើអ្នកទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជន មុនពេលដែលអ្នកចាកចេញពីតំបន់ផ្តល់សេវា យើងអាចជួយអ្នកឱ្យទទួលបានសេវាលាងលាមក ខណៈពេលដែលអ្នកនៅឆ្ងាយ។
- ការចាក់វ៉ាក់សាំងការពារជំងឺផ្តាសាយ និងវ៉ាក់សាំង COVID-19 ក៏ដូចជាវ៉ាក់សាំងការពារជំងឺ រលាកថ្លើមប្រភេទ B និងវ៉ាក់សាំងការពារជំងឺរលាកសួត គឺជាបណ្តាញអ្នកទទួលបានពីអ្នកផ្តល់ សេវាក្នុងបណ្តាញ។
- សេវាថែទាំសុខភាពស្ត្រី និងការពន្យារកំណើតជាប្រចាំ។ នេះរួមមាន សេវាពិនិត្យសុដន់ ការថត ម៉ាម៉ូក្រាម (ពិនិត្យសុដន់ដោយការថតកាំរស្មីអ៊ិច) ការធ្វើតេស្តពិនិត្យកោសិកាមហារីកមាត់ស្បូន និងការពិនិត្យសរីរាង្គបន្តពូជស្ត្រី ដោយអ្នកអាចទទួលបានសេវាទាំងនេះ លុះត្រាតែអ្នកទៅពិនិត្យ នៅតាមអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ។

លើសពីនេះទៀត ប្រសិនបើអ្នកជាសមាជិកជនជាតិដើមអាមេរិក អ្នកអាចទទួលបានសេវាដែលត្រូវបាន ធានារ៉ាប់រងពីអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពជនជាតិដើមអាមេរិក ដែលអ្នកជ្រើសរើស ដោយមិនតម្រូវឱ្យ មានការបញ្ជូនបន្តពី PCP ក្នុងបណ្តាញ ឬការអនុញ្ញាតជាមុនទេ។

D2. ការថែទាំពីគ្រូពេទ្យឯកទេស និងអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញផ្សេងទៀត

គ្រូពេទ្យឯកទេស គឺជាវេជ្ជបណ្ឌិតដែលផ្តល់ការថែទាំសុខភាពសម្រាប់ជំងឺមួយចំនួន ឬផ្នែកមួយចំនួននៃ រាងកាយ។ គ្រូពេទ្យឯកទេសមានច្រើនប្រភេទ ដូចជា៖

- គ្រូពេទ្យផ្នែកមហារីកសម្រាប់ការថែទាំអ្នកជំងឺមហារីក។
- វេជ្ជបណ្ឌិតផ្នែកបេះដូងដែលថែទាំអ្នកជំងឺមានបញ្ហាបេះដូង។
- គ្រូពេទ្យឆ្អឹងដែលថែទាំអ្នកជំងឺដែលមានបញ្ហាឆ្អឹង សន្លាក់ ឬសាច់ដុំ។



នៅពេលអ្នកត្រូវការការថែទាំសុខភាពពីគ្រូពេទ្យឯកទេស ឬសេវាបន្ថែមដែល PCP របស់អ្នកមិនអាចផ្តល់ជូនបាន គាត់នឹងផ្តល់ការបញ្ជូនបន្តដល់អ្នក។ នៅពេលការបញ្ជូនបន្តនេះ ត្រូវយល់ព្រមពីក្រុមវេជ្ជសាស្ត្រនៃ PCP របស់អ្នក នោះអ្នកអាចធ្វើការណាត់ជួបជាមួយគ្រូពេទ្យឯកទេស ឬអ្នកផ្តល់សេវាផ្សេងទៀត ដើម្បីទទួលបានការព្យាបាល ដែលអ្នកត្រូវការ។ គ្រូពេទ្យឯកទេសនឹងជូនដំណឹងទៅដល់ PCP របស់អ្នក នៅពេលបញ្ចប់ការព្យាបាល ឬសេវារបស់អ្នក ដើម្បីឱ្យ PCP របស់អ្នកអាចបន្តគ្រប់គ្រងការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នកបានបន្តទៀត។

PCP ចាំបាច់ត្រូវទទួលបានការយល់ព្រមជាមុនពីគម្រោងសម្រាប់អ្នក ដើម្បីទទួលបានសេវាមួយចំនួន។ ការយល់ព្រមជាមុននេះ ហៅថា “ការអនុញ្ញាតជាមុន”។ ឧទាហរណ៍ ការអនុញ្ញាតជាមុន គឺត្រូវសម្រាប់អ្នកជំងឺសម្រាកក្នុងមន្ទីរពេទ្យទាំងអស់ដែលមិនមែនជាករណីសង្គ្រោះបន្ទាន់។ នៅក្នុងករណីខ្លះ ក្រុមវេជ្ជសាស្ត្រដែលជាប់ជាសាខាជាមួយនឹង PCP របស់អ្នកជំនួសឱ្យគម្រោងរបស់យើង ប្រហែលជាអាចផ្តល់ការអនុញ្ញាតដល់សេវារបស់អ្នកបាន។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរណាមួយអំពីអ្នកដែលទទួលខុសត្រូវក្នុងការដាក់ស្នើ និងការយល់ព្រមលើការអនុញ្ញាតជាមុនសម្រាប់សេវា សូមទាក់ទងទៅកាន់ក្រុមវេជ្ជសាស្ត្រដែលជាប់ជាសាខាជាមួយនឹង PCP របស់អ្នក។ អ្នកក៏អាចហៅទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជនផងដែរ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីសេវាណាមួយដែលត្រូវឱ្យមានការអនុញ្ញាតជាមុន សូមមើលតារាងអត្ថប្រយោជន៍នៅក្នុងជំពូកទី 4 ផ្នែក D។

ការបញ្ជូនបន្តជាលាយលក្ខណ៍អក្សរអាចសម្រាប់ការជួបពិគ្រោះមួយដង ឬអាចជាការបញ្ជូនបន្តសម្រាប់ការជួបពិគ្រោះច្រើនជាងមួយដង ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការសេវាដែលកំពុងបន្ត។ យើងត្រូវតែផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវការបញ្ជូនបន្តជាអចិន្ត្រៃយ៍ទៅកាន់គ្រូពេទ្យឯកទេសដែលមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ជំងឺណាមួយក្នុងចំណោមជំងឺទាំងនេះ៖

- ជំងឺរ៉ាំរ៉ៃ (ជំងឺបន្ត)
- ជំងឺផ្លូវចិត្ត ឬជំងឺផ្លូវកាយដែលគំរាមកំហែងដល់អាយុជីវិត
- ជំងឺជនចាស់ជរា ឬពិការភាព
- អាការៈ ឬជំងឺផ្សេងទៀត ដែលធ្ងន់ធ្ងរ ឬសំប្បាប់គ្រប់គ្រាន់ ដើម្បីតម្រូវឱ្យមានការព្យាបាលដោយគ្រូពេទ្យឯកទេស។

ប្រសិនបើអ្នកមិនទទួលបានការបញ្ជូនបន្តជាលាយលក្ខណ៍អក្សរនៅពេលចាំបាច់ទេ វិក័យបត្រអាចជាមិនត្រូវបានបង់ប្រាក់ទេ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមហៅទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជនតាមលេខនៅផ្នែកខាងក្រោមទំព័រនេះ។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan តាមរយៈលេខ 1-800-452-4413

(TTY: 711) ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ម៉ោង PT ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទ គឺឥត

គិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ [blueshieldca.com/medicare](https://www.blueshieldca.com/medicare)។



D3. នៅពេលដែលអ្នកផ្តល់សេវាចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើង

អ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញដែលអ្នកប្រើប្រាស់អាចចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើង។ ប្រសិនបើអ្នកផ្តល់សេវា
របស់អ្នកចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើង អ្នកមានសិទ្ធិ និងការការពារដែលត្រូវបានសង្ខេបដូចខាងក្រោម៖

- ទោះបីជាបណ្តាញអ្នកផ្តល់សេវារបស់យើងផ្លាស់ប្តូរក្នុងអំឡុងពេលក៏ដោយ យើងត្រូវតែផ្តល់ឱ្យអ្នក
នូវសិទ្ធិទទួលបានអ្នកផ្តល់សេវាដែលមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ដោយគ្មានការរារាំង។
- យើងនឹងជូនដំណឹងដល់អ្នកថា អ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកកំពុងចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើង
ដូច្នេះអ្នកមានពេលវេលាដើម្បីជ្រើសរើសអ្នកផ្តល់សេវាថ្មី។
 - ប្រសិនបើអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពបឋម ឬអ្នកផ្តល់សេវាសុខភាពអាកប្បកិរិយា
របស់អ្នកចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើង យើងនឹងជូនដំណឹងដល់អ្នក ប្រសិនបើអ្នក
បានទៅជួបអ្នកផ្តល់សេវានោះក្នុងរយៈពេលបីឆ្នាំកន្លងមកនេះ។
 - ប្រសិនបើអ្នកផ្តល់សេវាផ្សេងទៀតរបស់អ្នកចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើង យើងនឹង
ជូនដំណឹងដល់អ្នក ប្រសិនបើអ្នកត្រូវបានចាត់តាំងឱ្យទៅអ្នកផ្តល់សេវានោះ បច្ចុប្បន្ន
នេះទទួលបានការថែទាំពីពួកគេ ឬបានទៅជួបពួកគេក្នុងរយៈពេលបីខែកន្លងមកនេះ។
- យើងនឹងជួយអ្នកជ្រើសរើសអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញថ្មីដែលមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់
ដើម្បីបន្តគ្រប់គ្រងតម្រូវការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក។
- ប្រសិនបើអ្នកកំពុងតែទទួលការព្យាបាលវេជ្ជសាស្ត្រ ឬវិធីសាស្ត្រព្យាបាលជាមួយអ្នកផ្តល់សេវា
បច្ចុប្បន្នរបស់អ្នក អ្នកមានសិទ្ធិស្នើសុំបន្តការព្យាបាល ឬវិធីសាស្ត្រព្យាបាលដែលចាំបាច់ផ្នែក
វេជ្ជសាស្ត្រ។ យើងនឹងធ្វើការជាមួយអ្នក ដូច្នេះអ្នកអាចបន្តទទួលបានការថែទាំ។
- យើងនឹងផ្តល់ព័ត៌មានអំពីរយៈពេលចុះឈ្មោះដែលមាន និងជម្រើសដែលអ្នកអាចមានសម្រាប់
ការផ្លាស់ប្តូរគម្រោង។
- ប្រសិនបើយើងមិនអាចស្វែងរកគ្រូពេទ្យឯកទេសក្នុងបណ្តាញដែលមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់
គ្រាន់ដែលមានសម្រាប់អ្នកទេ យើងត្រូវតែរៀបចំគ្រូពេទ្យឯកទេសក្រៅបណ្តាញដើម្បីផ្តល់ការ
ថែទាំរបស់អ្នក នៅពេលដែលអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ ឬអត្ថប្រយោជន៍មិនមាន ឬមិនគ្រប់
គ្រាន់ ដើម្បីបំពេញតាមតម្រូវការវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នក។



- ប្រសិនបើអ្នករកឃើញថា អ្នកផ្តល់សេវាណាមួយរបស់អ្នកកំពុងចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើង សូមទាក់ទងមកយើងខ្ញុំ។ យើងអាចជួយអ្នកជ្រើសរើសអ្នកផ្តល់សេវាថ្មីដើម្បីគ្រប់គ្រងការថែទាំរបស់អ្នក។
- ប្រសិនបើអ្នកគិតថា យើងមិនបានជំនួសអ្នកផ្តល់សេវាមុនរបស់អ្នកជាមួយអ្នកផ្តល់សេវាដែលមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ ឬថាយើងមិនគ្រប់គ្រងការថែទាំរបស់អ្នកបានល្អទេ នោះអ្នកមានសិទ្ធិក្នុងការដាក់ពាក្យបណ្តឹងតវ៉ាអំពីគុណភាពនៃការថែទាំទៅអង្គភាពលើកកម្ពស់គុណភាព (QIO) បណ្តឹងសាទុក្ខអំពីគុណភាពនៃការថែទាំ ឬការដាក់ពាក្យបណ្តឹងទាំងពីរ។ (សូមមើល **ជំពូកទី 9** សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។)

D4. អ្នកផ្តល់សេវានៅក្រៅបណ្តាញ

ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការការថែទាំផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដែល Medicare និង/ឬ Medi-Cal ដែលតម្រូវឱ្យគម្រោងរបស់យើងធានារ៉ាប់រង ហើយអ្នកផ្តល់សេវានៅក្នុងបណ្តាញរបស់យើងមិនអាចផ្តល់ការថែទាំនេះបានទេ អ្នកអាចទទួលបានការថែទាំនេះពីអ្នកផ្តល់សេវានៅក្រៅបណ្តាញបាន។ PCP របស់អ្នកមានទំនួលខុសត្រូវក្នុងការស្នើសុំសំណើសម្រាប់ការអនុញ្ញាតជាមុនសម្រាប់សេវាកម្មក្រៅបណ្តាញ។ អ្នកត្រូវតែទទួលបានការអនុញ្ញាតពីគម្រោងឬក្រុមវេជ្ជសាស្ត្រដែលជាប់ជាសាខាជាមួយនឹង PCP របស់អ្នក មុនពេលស្វែងរកការថែទាំពីអ្នកផ្តល់សេវាក្រៅបណ្តាញ លុះត្រាតែអ្នកកំពុងទទួលបានការសង្គ្រោះបន្ទាន់ ឬសេវាដែលត្រូវការជាបន្ទាន់។ បន្ថែមពីនេះ គម្រោងត្រូវតែរ៉ាប់រងលើសេវាលាងឈាមសម្រាប់សមាជិកដែលមានជំងឺខ្សោយតម្រងនោមដំណាក់កាលចុងក្រោយ (End-Stage Renal Disease, ESRD) ដែលបានធ្វើដំណើរនៅក្រៅតំបន់ផ្តល់សេវារបស់គម្រោង ឬនៅពេលដែលអ្នកផ្តល់សេវាមិនមានជាបណ្តោះអាសន្ន ឬមិនអាចប្រើប្រាស់ ហើយមិនអាចទាក់ទងអ្នកផ្តល់សេវា ESRD ដែលចុះកិច្ចសន្យាបាន។ នៅក្នុងស្ថានភាពនេះ អ្នកនឹងបង់ប្រាក់ដូចដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់ប្រសិនបើអ្នកទទួលបានការថែទាំពីអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ។

ប្រសិនបើអ្នកប្រើប្រាស់អ្នកផ្តល់សេវាក្រៅបណ្តាញ អ្នកផ្តល់សេវាត្រូវតែទទួលយក Medicare និង/ឬ Medi-Cal។

- យើងមិនអាចបង់ប្រាក់ឱ្យអ្នកផ្តល់សេវាដែលមិនមានសិទ្ធិចូលរួមក្នុង Medicare និង/ឬ Medi-Cal បានទេ។
- ប្រសិនបើអ្នកប្រើអ្នកផ្តល់សេវាដែលមិនមានសិទ្ធិចូលរួមក្នុង Medicare នោះអ្នកត្រូវតែបង់ថ្លៃសេវាកម្មដែលអ្នកទទួលបានទាំងស្រុង។
- អ្នកផ្តល់សេវាត្រូវប្រាប់អ្នក ប្រសិនបើពួកគេមិនមានសិទ្ធិចូលរួមក្នុង Medicare។



E. សេវា និងជំនួយគាំទ្ររយៈពេលវែង (Long-term services and supports, LTSS)

សេវា LTSS អាចជួយអ្នកឱ្យស្នាក់នៅផ្ទះ និងចៀសវាងពីការស្នាក់នៅមន្ទីរពេទ្យ ឬមជ្ឈមណ្ឌលថែទាំជំនាញបាន។ អ្នកមានសិទ្ធិចូលប្រើសេវា LTSS មួយចំនួនតាមរយៈគម្រោងរបស់យើង រួមមានមជ្ឈមណ្ឌលថែទាំសុខភាពជំនាញ សេវាសម្រាប់មនុស្សពេញវ័យតាមសហគមន៍ (Community Based Adult Services, CBAS) និងការជួយទ្រទ្រង់ពីសហគមន៍។ កម្មវិធីសេវាជំនួយគាំទ្រនៅផ្ទះ ដែលជាប្រភេទសេវា LTSS មួយផ្សេងទៀត គឺមានតាមរយៈទីភ្នាក់ងារសេវាសង្គមកិច្ចប្រចាំស្រុករបស់អ្នក។ សេវា LTSS គឺសម្រាប់សមាជិកដែលត្រូវការជំនួយ ដើម្បីអនុវត្តសកម្មភាពប្រចាំថ្ងៃដូចជាការងូតទឹក ការស្លៀកពាក់ ការរៀបចំអាហារ និងការផ្តល់ជូនឱសថ។ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយដើម្បីបន្តរស់នៅដោយឯករាជ្យ សូមហៅទូរសព្ទទៅអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំ ឬផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជនរបស់អ្នកសម្រាប់ការបញ្ជូនបន្ត។

សេវា LTSS រួមមាន សេវាមនុស្សពេញវ័យមានមូលដ្ឋានក្នុងសហគមន៍ (CBAS) សេវាជំនួយតាមផ្ទះ (In-Home Supportive Services, IHSS) កម្មវិធីសេវាពហុគោលបំណងសម្រាប់មនុស្សចាស់ (Multipurpose Senior Services Program, MSSP) និងការថែទាំរយៈពេលវែង/ការថែទាំក្នុងបន្ទុក។

ពេលខ្លះអ្នកអាចទទួលបានជំនួយក្នុងការថែទាំសុខភាពប្រចាំថ្ងៃ និងតម្រូវការរស់នៅរបស់អ្នក។

អ្នកអាចនឹងទទួលបានសេវាទាំងនេះ៖

- សេវាសម្រាប់មនុស្សពេញវ័យតាមសហគមន៍ (CBAS)
- ការថែទាំដោយគិលានុបដ្ឋាយិកាជំនាញ
- ការព្យាបាលដោយចលនា
- ការព្យាបាលដោយសកម្មភាពប្រចាំថ្ងៃ
- ការព្យាបាលការនិយាយស្តី
- សេវាសង្គមកិច្ចផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ
- ការថែទាំសុខភាពតាមផ្ទះ

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan តាមរយៈលេខ 1-800-452-4413 (TTY: 711) ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ម៉ោង PT ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទ គឺឥតគិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ [blueshieldca.com/medicare](https://www.blueshieldca.com/medicare)។



អាស្រ័យលើខោនធីដែលអ្នករស់នៅ និងសិទ្ធិទទួលបានរបស់អ្នក អ្នកក៏អាចទទួលបានជំនួយសហគមន៍បន្ថែម តាមរយៈគម្រោង Blue Shield Promise Medi-Cal Plan របស់អ្នកផងដែរ។ អ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកអាចបញ្ជូន អ្នកបន្ត ប្រសិនបើពួកគេគិតថាអ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានជំនួយសហគមន៍ ឬអ្នកអាចទាក់ទងទៅកាន់ផ្នែកសេវា បម្រើអតិថិជន ឬអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នកដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែម។ អ្នកអាចនឹងទទួលបានសេវា ទាំងនេះ៖

- ការសម្របសម្រួលលទ្ធភាពទទួលបានបរិស្ថានជុំវិញ (ការកែប្រែផ្ទះ)
- សេវាជំនួយស្វែងរកការផ្លាស់ប្តូរទីលំនៅ
- ប្រាក់កក់សម្រាប់ទិញផ្ទះ
- សេវាផ្តល់ស្ថិរភាព ឬការជួលផ្ទះ
- អាហារជំនួយ ឬអាហារដែលតម្រូវតាមផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ
- សេវាថែទាំបុគ្គល និងសេវាមេផ្ទះ
- ការថែទាំឱ្យជាសះស្បើយឡើងវិញ (ការសម្រាកព្យាបាល)
- ការស្នាក់នៅរយៈពេលខ្លីសម្រាប់អ្នកថែទាំ
- កន្លែងស្នាក់នៅក្រោយចេញពីមន្ទីរពេទ្យក្នុងរយៈពេលខ្លី
- មជ្ឈមណ្ឌលស្តារនីតិសម្បទា

F. សេវាសុខភាពអាកប្បកិរិយា (សុខភាពផ្លូវចិត្ត និងការប្រើប្រាស់សារធាតុញៀន)

អ្នកមានសិទ្ធិប្រើប្រាស់សេវាសុខភាពផ្លូវចិត្តដែលចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រក្នុងការទទួលបានការធានារ៉ាប់រងពី Medicare និង Medi-Cal។ យើងផ្តល់សិទ្ធិទទួលបានសេវាសុខភាពផ្លូវចិត្តដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រង ដោយ ការថែទាំដែលគ្រប់គ្រងដោយ Medicare និង Medi-Cal។ គម្រោងរបស់យើងមិនផ្តល់សេវាសុខភាពផ្លូវចិត្ត ឯកទេសរបស់ Medi-Cal ឬសេវាព្យាបាលការប្រើប្រាស់សារធាតុញៀនក្នុងខោនធីទេ ប៉ុន្តែសេវាទាំងនេះអាចរក បានសម្រាប់អ្នកតាមរយៈក្រសួងសុខភាពអារម្មណ៍ខោនធី Los Angeles (Los Angeles County Department of Mental Health, LACDMH) និងក្រសួងសុខភាពសាធារណៈខោនធី Los Angeles (Los Angeles County Department of Public Health, LACDPH) និងសេវាសុខភាពអាកប្បកិរិយាខោធី San Diego។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan តាមរយៈលេខ 1-800-452-4413 (TTY: 711) ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ម៉ោង PT ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទ គឺឥត គិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ blueshieldca.com/medicare។



F1. សេវាសុខភាពអាកប្បកិរិយារបស់ Medi-Cal ត្រូវបានផ្តល់ជូននៅខាងក្រៅគម្រោងរបស់យើង

សេវាសុខភាពផ្លូវចិត្តសេសរបស់ Medi-Cal មានសម្រាប់អ្នកតាមរយៈគម្រោងថែទាំសុខភាពផ្លូវចិត្ត (MHP) ប្រចាំខោនធី ប្រសិនបើអ្នកបំពេញបានតាមលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យ ដើម្បីទទួលបានសិទ្ធិទទួលបានសេវាសុខភាពផ្លូវចិត្តសេស។ សេវាសុខភាពផ្លូវចិត្តឯកទេសរបស់ Medi-Cal ដែលផ្តល់ដោយក្រសួងសុខភាពផ្លូវចិត្តប្រចាំខោនធី Los Angeles (LACDMH) និងក្រសួងសុខភាពសាធារណៈប្រចាំខោនធី Los Angeles (LACDPH) និងសេវាសុខភាពអាកប្បកិរិយាប្រចាំខោនធី San Diego រួមមាន៖

- សេវាសុខភាពផ្លូវចិត្ត
- សេវាយថែទាំឱសថ
- សេវាព្យាបាលពេលថ្ងៃយប់
- ការស្តារនីតិសម្បទានៅពេលថ្ងៃ
- សេវាជួយសង្គ្រោះក្នុងគ្រាមានអាសន្ន
- សេវាធ្វើឲ្យស្ថានភាពរ៉ាប់រងមានស្ថិរភាព
- សេវាព្យាបាលនៅផ្ទះសម្រាប់មនុស្សពេញវ័យ
- សេវាព្យាបាលនៅផ្ទះសម្រាប់ដោះស្រាយវិបត្តិផ្លូវចិត្ត
- សេវាផ្តល់កន្លែងថែទាំព្យាបាលសុខភាពខួរក្បាល
- សេវាព្យាបាលអ្នកជំងឺរីកលចរិតក្នុងមន្ទីរពេទ្យ
- ការគ្រប់គ្រងករណីគោលដៅ
- ដំណើរការត្រឡប់ចូលជាថ្មីដែលពាក់ព័ន្ធនឹងយុត្តិធម៌
- ការព្យាបាលតាមសហគមន៍ដោយអះអាង (Assertive Community Treatment, ACT)
- ការព្យាបាលសហគមន៍ដែលអះអាងខាងកោសល្យវិច្ឆ័យ (Forensic Assertive Community Treatment, FACT)

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan តាមរយៈលេខ 1-800-452-4413 (TTY: 711) ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ម៉ោង PT ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទ គឺឥតគិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ [blueshieldca.com/medicare](https://www.blueshieldca.com/medicare)។



- ការថែទាំឯកទេសសម្របសម្រួល (coordinated specialty care. CSC) សម្រាប់ជំងឺរីកលចរិក
ដំណាក់កាលដំបូង (First Episode Psychosis, FEP)
- សេវាក្លឹបហៅស៍
- សេវាបុគ្គលិកសុខភាពតាមសហគមន៍ (Community Health Worker, CHW) ដែលត្រូវបាន
កែលម្អ
- ការងារដែលត្រូវបានគាំទ្រ
- សេវាព្យាបាលអាកប្បកិរិយា
- ការសម្របសម្រួលការថែទាំហ្មត់ចត់
- សេវាព្យាបាលជំងឺតាមផ្ទះហ្មត់ចត់

សេវាឱសថរបស់ Medi-Cal ដែលផ្តល់ដោយក្រសួងសុខាភិបាលផ្លូវចិត្តប្រចាំខោនធី Los Angeles (LACDMH)
និងក្រសួងសុខាភិបាលសាធារណៈប្រចាំខោនធី Los Angeles (LACDPH) និងសេវាសុខភាពអាកប្បកិរិយាប្រចាំ
San Diego រួមមាន៖

- សេវាព្យាបាលអ្នកជំងឺតកដេកពេទ្យធ្ងន់ធ្ងរ
- ការព្យាបាលសម្រាប់ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ និងស្ត្រីទើបសម្រាលកូន ដែលមានបញ្ហាញៀនសារធាតុ
ដែលរស់នៅក្នុងមណ្ឌលថែទាំ
- សេវាព្យាបាលដែលមិនចាំបាច់សម្រាកនៅមន្ទីរពេទ្យ
- កម្មវិធីព្យាបាលការញៀនថ្នាំញៀនដោយប្រើប្រាស់ថ្នាំ
- ឱសថសម្រាប់ព្យាបាលការញៀន (ក៏ហៅថា ការព្យាបាលដែលបានជួយដោយការប្រើឱសថ)
- សេវាការគាំទ្រពីអ្នកដែលមានបទពិសោធន៍ដូចគ្នា

សេវា ប្រព័ន្ធដឹកជញ្ជូនដែលរៀបចំដោយ Drug Medi-Cal (Drug Medi-Cal Organized Delivery System,
DMC-ODS) មានសម្រាប់អ្នកតាមរយៈក្រសួងសុខាភិបាលអារម្មណ៍ខោនធី Los Angeles (LACDMH) និងក្រសួង



សុខភាពសាធារណៈខោនធី Los Angeles (LACDPH) និងសេវាសុខភាពអាកប្បកិរិយាខោនធី San Diego ប្រសិនបើអ្នកបំពេញតាមលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យ ដើម្បីទទួលបានសេវាទាំងនេះ។ សេវា DMC-ODS រួមមាន៖

- សេវាព្យាបាលដែលមិនចាំបាច់សម្រាកនៅមន្ទីរពេទ្យ
- សេវាព្យាបាលអ្នកជំងឺឥតដេកពេទ្យធ្ងន់ធ្ងរ
- ឱសថសម្រាប់ព្យាបាលការញៀន (ក៏ហៅថា ការព្យាបាលដែលបានជួយដោយការប្រើឱសថ)
- សេវាព្យាបាលនៅផ្ទះ
- សេវាគ្រប់គ្រងរោគសញ្ញាបណ្តាលមកពីការឈប់ប្រើប្រាស់សារធាតុញៀន
- កម្មវិធីព្យាបាលការញៀនថ្នាំញៀនដោយប្រើប្រាស់ថ្នាំ
- សេវាសម្រាប់ការជាសះស្បើយ
- ការសម្របសម្រួលការថែទាំ
- សេវាព្យាបាលអ្នកជំងឺស្លាក់ព្យាបាល

បន្ថែមពីលើសេវាដែលបានរាយខាងលើ អ្នកអាចមានសិទ្ធិទទួលបានសេវាបន្ថែមជាតិពុលសម្រាប់អ្នកជំងឺសម្រាកក្នុងមន្ទីរពេទ្យដោយស្ម័គ្រចិត្ត ប្រសិនបើអ្នកបំពេញតាមលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យ។

ភាពអាចរកបាននៃសេវាសុខភាពផ្លូវចិត្ត

អ្នកមានសេវាដ៏ទូលំទូលាយយ៉ាងច្រើន ដែលមានសម្រាប់អ្នក។ អ្នកអាចបញ្ជូនបន្តដោយខ្លួនឯងទៅកាន់អ្នកផ្តល់សេវាដែលចុះកិច្ចសន្យា ហើយក៏អាចបញ្ជូនបន្តដោយ PCP សមាជិកគ្រួសាររបស់អ្នកជាដើម។ មិនថា អ្នកទាក់ទងតាមរយៈ "ផ្លូវណាក៏ដោយ" អ្នកនឹងត្រូវបានណែនាំទៅកាន់សេវាដែលសមស្របសម្រាប់អ្នក។ អ្នកអាចទាក់ទងតាមផ្នែកខាងក្រោមសម្រាប់ជំនួយដើម្បីទទួលបានសេវា៖

- ខ្សែទូរសព្ទបញ្ជូនបន្ត និងផ្នែកវិបត្តិនៃខោនធី (សូមមើលជំពូកទី 2 ផ្នែក K នៅក្នុងសៀវភៅណែនាំសមាជិកនេះសម្រាប់លេខទូរសព្ទ និងម៉ោងធ្វើការ)
- ការិយាល័យបង្ការ និងគ្រប់គ្រងការប្រើប្រាស់សារធាតុញៀននៃក្រសួងសុខាភិបាល សាធារណៈ ខោនធី Los Angeles (សូមទូរសព្ទទៅលេខ 888-742-7900 (TTY: 711) 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។
- សុខភាពអាកប្បកិរិយាប្រចាំ San Diego – សេវាបញ្ឈប់ការប្រើប្រាស់សារធាតុញៀន (សូមទូរសព្ទទៅលេខ 888-724-7240 (TTY: 711) 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan តាមរយៈលេខ 1-800-452-4413 (TTY: 711) ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ម៉ោង PT ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទ គឺឥតគិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ [blueshieldca.com/medicare](https://www.blueshieldca.com/medicare)។



- ខ្សែទូរសព្ទផ្នែកសេវាសុខភាពអាកប្បកិរិយារបស់គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan (សូមមើលជំពូកទី 2 ផ្នែក D នៃសៀវភៅណែនាំសមាជិកនេះសម្រាប់លេខទូរសព្ទ និងម៉ោងធ្វើការ)
- សេវាបម្រើអតិថិជន Blue Shield TotalDual Plan (លេខទូរសព្ទ និងម៉ោងប្រតិបត្តិការត្រូវបានបោះពុម្ពនៅខាងក្រោមទំព័រនេះ)

ដំណើរការដើម្បីកំណត់សេវាដែលចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ

ភាពចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រត្រូវបានកំណត់ដោយអ្នកផ្តល់សេវាដែលមានអាជ្ញាបណ្ណត្រឹមត្រូវ។ លក្ខណៈវិនិច្ឆ័យចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រត្រូវបានប្រើប្រាស់ដោយ Blue Shield TotalDual Plan និងខោនធី ត្រូវបានបង្កើតឡើងដោយអ្នកជំនាញផ្នែកសុខភាពផ្លូវចិត្ត និងអ្នកពាក់ព័ន្ធផ្សេងទៀត ហើយត្រូវគ្នាទៅនឹងលក្ខខណ្ឌតម្រូវនៃបទប្បញ្ញត្តិ។

ដំណើរការបញ្ជូនបន្តរវាងគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan និងខោនធី

ប្រសិនបើអ្នកកំពុងទទួលបានសេវាពីគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan ឬខោនធី អ្នកអាចត្រូវបានបញ្ជូនទៅអង្គភាពផ្សេងទៀតដែលស្របតាមតម្រូវការរបស់អ្នក។ គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan ឬខោនធីអាចបញ្ជូនអ្នកដោយទូរសព្ទទៅអង្គភាពដែលការបញ្ជូនបន្តកំពុងត្រូវបានធ្វើឡើង។ ទម្រង់បែបបទនៃការបញ្ជូនបន្តត្រូវបំពេញដោយអ្នកផ្តល់សេវាដែលធ្វើការបញ្ជូន ហើយវាត្រូវផ្ញើទៅកាន់អង្គភាពដែលអ្នកកំពុងត្រូវបានគម្រោងបញ្ជូនទៅ។

ដំណើរការក្នុងការដោះស្រាយបញ្ហា

ប្រសិនបើមានជម្លោះរវាងអ្នក និងខោនធី ឬគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan អ្នកនឹងបន្តទទួលបានការថែទាំសុខភាពផ្លូវចិត្តដែលចាំបាច់ រួមឱ្យបានជាមួយវេជ្ជបញ្ជា រហូតដល់ជម្លោះត្រូវបានដោះស្រាយ។ គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan បានធ្វើការជាមួយខោនធី ដើម្បីបង្កើតដំណើរការក្នុងការដំណោះស្រាយដែលទាន់ពេលវេលា ហើយមិនប៉ះពាល់អវិជ្ជមានដល់សេវាដែលអ្នកកំពុងត្រូវការទទួលបាន។ អ្នកក៏អាចប្រើដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan ឬខោនធី អាស្រ័យលើអង្គភាពដែលអ្នកកំពុងមានជម្លោះជាមួយ។ សម្រាប់ព័ត៌មានអំពីដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ សូមមើល **ជំពូកទី 9** នៃសៀវភៅណែនាំសមាជិករបស់អ្នក។



G. សេវាមធ្យោបាយធ្វើដំណើរ

G1. មធ្យោបាយធ្វើដំណើរផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដែលមិនមែនជាជំងឺសង្គ្រោះបន្ទាន់

អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានមធ្យោបាយធ្វើដំណើរផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រសម្រាប់ករណីមិនអាសន្ន ប្រសិនបើអ្នកមានតម្រូវការផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដែលមិនអនុញ្ញាតឱ្យអ្នកប្រើរថយន្ត រថយន្តក្រុង ឬតាក់ស៊ីទៅតាមការណាត់ជួបរបស់អ្នក។ មធ្យោបាយធ្វើដំណើរផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដែលមិនមែនជាជំងឺសង្គ្រោះបន្ទាន់អាចត្រូវបានផ្តល់ជូនសម្រាប់សេវាដែលធានារ៉ាប់រងលើការណាត់ជួបដូចជា ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ សុខភាពមាត់ធ្មេញ សុខភាពផ្លូវចិត្ត ការប្រើប្រាស់សារធាតុញៀន និងឱសថស្ថាន។ ប្រសិនបើអ្នកនៅតែត្រូវការមធ្យោបាយធ្វើដំណើរផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រសម្រាប់ករណីមិនអាសន្ន បន្ទាប់ពីអ្នកបានប្រើប្រាស់ការធ្វើដំណើរមួយដើម្បីចំនួន 48 លើកដែលយើងផ្តល់ជូនអ្នករួចនោះ អ្នកអាចនិយាយជាមួយអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក ហើយស្នើសុំការធ្វើដំណើរបន្ថែម។ អ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក ឬអ្នកលក់ផ្នែកមធ្យោបាយធ្វើដំណើររបស់យើង Call The Car នឹងសម្រេចចិត្តអំពីប្រភេទនៃមធ្យោបាយធ្វើដំណើរដែលល្អបំផុតដើម្បីបំពេញតម្រូវការរបស់អ្នក។ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការមធ្យោបាយធ្វើដំណើរផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រសម្រាប់ករណីមិនអាសន្ន ពួកគេនឹងចេញវេជ្ជបញ្ជាដោយបំពេញទម្រង់បែបបទ ហើយបញ្ជូនវាទៅ Blue Shield TotalDual Plan ដើម្បីទទួលបានការអនុញ្ញាត។ អាស្រ័យលើតម្រូវការផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នក ការយល់ព្រម គឺមានប្រសិទ្ធភាពសម្រាប់រយៈពេលមួយឆ្នាំ។ អ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកនឹងវាយតម្លៃឡើងវិញចំពោះតម្រូវការរបស់អ្នកសម្រាប់មធ្យោបាយធ្វើដំណើរផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រសម្រាប់ករណីមិនមែនសង្គ្រោះបន្ទាន់ចំពោះការអនុញ្ញាតឡើងវិញរៀងរាល់ 12 ខែម្តង។

មធ្យោបាយធ្វើដំណើរផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដែលមិនមែនជាជំងឺសង្គ្រោះបន្ទាន់ គឺជាមធ្យោបាយធ្វើដំណើរដោយរថយន្តសង្គ្រោះបន្ទាន់ រថយន្តវែងទេសចរណ៍បំពាក់ដោយគ្រែសងអ្នកជំងឺ រថយន្តវែងដែលមានរទេះរុញ ឬការដឹកជញ្ជូនតាមផ្លូវអាកាស។ គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan អនុញ្ញាតឱ្យមានមធ្យោបាយធ្វើដំណើរ ដែលបានធានារ៉ាប់រងក្នុងតម្លៃទាបបំផុត និងមធ្យោបាយធ្វើដំណើរផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ ដែលមិនមែនជាជំងឺសង្គ្រោះបន្ទាន់សមស្របបំផុតសម្រាប់តម្រូវការផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នក នៅពេលដែលអ្នកត្រូវការជិះទៅកាន់ការណាត់ជួបរបស់អ្នក។ ឧទាហរណ៍ ប្រសិនបើស្ថានភាពរាងកាយ ឬផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នកឱ្យអ្នកធ្វើដំណើរតាមរថយន្តវែងសម្រាប់អ្នកជំងឺប្រើរទេះរុញបាន នោះគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan នឹងមិនបង់ថ្លៃសម្រាប់រថយន្តសង្គ្រោះបន្ទាន់ឡើយ។ អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានការដឹកជញ្ជូនតាមផ្លូវអាកាស លុះត្រាតែស្ថានភាពសុខភាពរបស់អ្នកមិនអាចឱ្យធ្វើដំណើរតាមមធ្យោបាយផ្លូវគោកបាន។



មធ្យោបាយធ្វើដំណើរផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដែលមិនមែនជាជំងឺសង្គ្រោះបន្ទាន់ត្រូវតែប្រើនៅពេល៖

- អ្នកត្រូវការវាងកាយ ឬវេជ្ជសាស្ត្រ ដូចដែលបានកំណត់ដោយលិខិតអនុញ្ញាតជា
លាយលក្ខណ៍អក្សរពីអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក ដោយសារអ្នកមិនអាចប្រើឡានក្រុង តាក់ស៊ី
រថយន្ត ឬរថយន្តវ៉ាន ដើម្បីទៅជួបតាមការណាត់របស់អ្នក។
- អ្នកត្រូវការជំនួយពីអ្នកបើកបរទៅ និងមកពីលំនៅឋាន យានជំនិះ ឬកន្លែងព្យាបាល ដោយសារ
ពិការភាពខាងផ្លូវកាយ ឬផ្លូវចិត្ត។

ដើម្បីស្នើសុំមធ្យោបាយធ្វើដំណើរផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ ដែលផ្តល់ឱកាសរបស់អ្នកបានចេញវេជ្ជបញ្ជាសម្រាប់ការណាត់
ជួបជាប្រចាំ ដែលមិនបន្ទាន់ ទូរសព្ទទៅ Call the Car តាមរយៈលេខ 1-877-433-2178 (TTY: 711) 24 ម៉ោង
ក្នុងមួយថ្ងៃ និង 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ កម្មវិធីទូរសព្ទចល័ត CTC Go អាចប្រើសម្រាប់ការកក់ កែសម្រួល តាម
ដាន និងលុបចោលការកក់រទេះរុញរបស់អ្នកបានយ៉ាងងាយស្រួល។ កម្មវិធីទូរសព្ទ CTC Go មិនអាចប្រើ
សម្រាប់សេវាជីកជញ្ជូនទេះរុញបានទេ ហើយអ្នកត្រូវតែទូរសព្ទទៅ ដើម្បីធ្វើការកក់ទុកជាមុនសិន។ ការកក់
សម្រាប់ការណាត់ជួបទៀងទាត់ ដែលមិនមែនជារឿងបន្ទាន់ ត្រូវតែធ្វើឡើង 24 ម៉ោងមុនពេលការណាត់ជួប
របស់អ្នកជាមុន។ សម្រាប់ការណាត់ជួបបន្ទាន់ សូមហៅទូរសព្ទឱ្យបានឆាប់តាមដែលអាចធ្វើទៅបាន។ រៀបចំ
បណ្ណសម្គាល់សមាជិករបស់អ្នក នៅពេលអ្នកហៅទូរសព្ទ។ អ្នកក៏អាចទូរសព្ទផងដែរ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការ
ព័ត៌មានបន្ថែម។

មធ្យោបាយធ្វើដំណើរផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រមានដែនកំណត់

គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan ធានារ៉ាប់រងលើមធ្យោបាយធ្វើដំណើរផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដែលមានតម្លៃ
ទាបបំផុត ដែលបំពេញតាមតម្រូវការផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នកពីផ្ទះរបស់អ្នកទៅកាន់អ្នកផ្តល់សេវាដែលនៅ
ជិតបំផុតតាមការណាត់ជួបដែលមាន។ ការដឹកជញ្ជូនផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រនឹងមិនបានផ្តល់ជូនឡើយ ប្រសិនបើ
Medicare ឬ Medi-Cal មិនធានារ៉ាប់រងលើសេវានោះ។ ប្រសិនបើប្រភេទនៃការណាត់ជួប ត្រូវបានធានា
រ៉ាប់រងពី Medi-Cal ប៉ុន្តែមិនមែនតាមរយៈគម្រោងថែទាំសុខភាពទេ គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan
នឹងជួយអ្នកកំណត់ពេលវេលាសម្រាប់មធ្យោបាយធ្វើដំណើររបស់អ្នក។ បញ្ជីសេវាដែលមានធានារ៉ាប់រងមាន
នៅក្នុងជំពូកទី 4 នៃសៀវភៅណែនាំនេះ។ មធ្យោបាយធ្វើដំណើរមិនមានធានារ៉ាប់រងនៅខាងក្រៅបណ្តាញ ឬ
តំបន់ផ្តល់សេវារបស់គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan ទេ លុះត្រាតែមានការអនុញ្ញាតជាមុន។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan តាមរយៈលេខ 1-800-452-4413
(TTY: 711) ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ម៉ោង PT ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទ គឺឥត
គិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ [blueshieldca.com/medicare](https://www.blueshieldca.com/medicare)។



G2. មធ្យោបាយធ្វើដំណើរដែលមិនមែនជាផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ

អត្ថប្រយោជន៍នៃមធ្យោបាយធ្វើដំណើរដែលមិនមែនជាផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រមានការធ្វើដំណើរទៅ និងមកពីការណាត់ជួបរបស់អ្នកសម្រាប់សេវាដែលអនុញ្ញាតដោយអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក។ អ្នកអាចទទួលបានការធ្វើដំណើរដោយឥតគិតថ្លៃ នៅពេល ដែលអ្នក៖

- ធ្វើដំណើរទៅ និងមកពីការណាត់ជួបសម្រាប់សេវា ដែលអនុញ្ញាតដោយអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក ឬ
- ទៅយកថ្នាំតាមវេជ្ជបញ្ជា និងបរិក្ខារផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ។

គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan អនុញ្ញាតឱ្យអ្នកប្រើប្រាស់រថយន្ត តាក់ស៊ី ឡានក្រុង ឬមធ្យោបាយសាធារណៈ/ឯកជនផ្សេងទៀត ដើម្បីទៅកាន់ការណាត់ជួបរបស់អ្នកសម្រាប់សេវា ដែលទទួលបានការអនុញ្ញាតពីអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក។ គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan ប្រើ Call The Car ដើម្បីរៀបចំមធ្យោបាយធ្វើដំណើរដែលមិនមែនជាផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ។ យើងធានារ៉ាប់រងលើប្រភេទមធ្យោបាយធ្វើដំណើរដែលមិនមែនជាផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដែលមានតម្លៃទាបបំផុតដែលបំពេញតាមតម្រូវការរបស់អ្នក។

ពេលខ្លះ អ្នកអាចទទួលបានសំណងសម្រាប់ការធ្វើដំណើរក្នុងយានជំនិះឯកជនដែលអ្នករៀបចំ។ គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan ត្រូវតែយល់ព្រមលើរឿងនេះមុនពេលអ្នកទទួលបានការធ្វើដំណើរ ហើយអ្នកត្រូវតែប្រាប់យើងពីមូលហេតុដែលអ្នកមិនអាចទទួលបានការធ្វើដំណើរតាមវិធីផ្សេងទៀត ដូចជាការជិះរថយន្តក្រុងជាដើម។ អ្នកអាចប្រាប់យើងខ្ញុំតាមការហៅទូរសព្ទ ឬតាមអ៊ីមែល ឬដោយផ្ទាល់បាន។ អ្នកមិនអាចទទួលបានសំណងសម្រាប់ការបើកបរដោយខ្លួនឯងបានទេ។

ការផ្តល់សំណងគិតជាម៉ាយល៍តម្រូវឱ្យមានដូចខាងក្រោម៖

- បណ្តុំបើកបររបស់អ្នកបើកបរ។
- ការចុះបញ្ជីយានយន្តរបស់អ្នកបើកបរ។
- ភស្តុតាងនៃការធានារ៉ាប់រងរថយន្តសម្រាប់អ្នកបើកបរ។

ដើម្បីស្នើសុំការធ្វើដំណើរសម្រាប់សេវាដែលបានអនុញ្ញាត ទូរសព្ទទៅ Call The Car តាមរយៈលេខ 1-877-433-2178 (TTY: 711) យ៉ាងហោចណាស់ម្ភៃបួន (24) ម៉ោង មុនពេលការណាត់ជួបរបស់អ្នក។ កម្មវិធីទូរសព្ទចល័ត CTC Go អាចប្រើបាន ដើម្បីកំណត់កាលវិភាគ កែប្រែ តាមដាន និងលុបចោលការកក់។ សម្រាប់



ការណាត់ជួបបន្ទាន់ សូមហៅទូរសព្ទឱ្យបានឆាប់តាមដែលអាចធ្វើទៅបាន។ រៀបចំបណ្ណសម្គាល់សមាជិករបស់អ្នក នៅពេលអ្នកហៅទូរសព្ទ។ អ្នកក៏អាចទូរសព្ទផងដែរ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការព័ត៌មានបន្ថែម។

ចំណាំ៖ ជនជាតិដើមអាមេរិកអាចទាក់ទងគ្នានិកសុខភាពជនជាតិដើមក្នុងតំបន់របស់ពួកគេ ដើម្បីស្នើសុំមធ្យោបាយធ្វើដំណើរ ដែលមិនមែនជាផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ។

មធ្យោបាយធ្វើដំណើរដែលមិនមែនជាផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រមានចំនួនកំណត់

គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan ផ្តល់នូវមធ្យោបាយធ្វើដំណើរដែលមិនមែនជាផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រក្នុងតម្លៃទាបបំផុត ដែលបំពេញតាមតម្រូវការរបស់អ្នកពីផ្ទះរបស់អ្នកទៅកាន់អ្នកផ្តល់សេវា ដែលនៅជិតបំផុតតាមការណាត់ជួបដែលមាន។ អ្នកមិនអាចបើកបរដោយខ្លួនឯង ឬទទួលបានសំណងមកវិញដោយផ្ទាល់ទេ។

មធ្យោបាយធ្វើដំណើរមិនមែនផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ មិនអនុវត្តទេ ប្រសិនបើ៖

- រថយន្តសង្គ្រោះ រថយន្តវែងបំពាក់ដោយឧបករណ៍លើកអ្នកជំងឺ រថយន្តវែងដែលមានរទេះរុញ ឬមធ្យោបាយធ្វើដំណើរផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដែលមិនមែនជាជំងឺសង្គ្រោះបន្ទាន់ ផ្សេងទៀត គឺចាំបាច់ដើម្បីទទួលបានសេវា។
- អ្នកត្រូវការជំនួយពីអ្នកបើកបរដើម្បីនាំទៅ និងនាំមកពីទីលំនៅឋាន ពីយានយន្ត ឬពីទីកន្លែងព្យាបាលដោយសារតែស្ថានភាពរាងកាយ ឬផ្លូវចិត្ត។
- អ្នកស្ថិតក្នុងរទេះរុញ ហើយមិនអាចផ្លាស់ទីចូល និងចេញពីយានយន្តបាន ដោយគ្មានជំនួយពីអ្នកបើកបរ។
- សេវានេះមិនត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare ឬ Medi-Cal នោះទេ។



H. សេវាដែលមានធានារ៉ាប់រងនៅក្នុងការសង្គ្រោះបន្ទាន់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ នៅពេលដែល ត្រូវការជាបន្ទាន់ ឬក្នុងអំឡុងពេលមានគ្រោះមហន្តរាយ

H1. ការថែទាំក្នុងការសង្គ្រោះបន្ទាន់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ

គ្រាអាសន្នផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ គឺជាស្ថានភាពសុខភាពដែលមានរោគសញ្ញាដូចជាជំងឺ ការឈឺចាប់ធ្ងន់ធ្ងរ របួសធ្ងន់ធ្ងរ ឬស្ថានភាពសុខភាពដែលកាន់តែអាក្រក់ទៅៗយ៉ាងឆាប់រហ័ស។ ស្ថានភាពនេះគឺធ្ងន់ធ្ងរ ដូច្នេះហើយ ប្រសិនបើ អ្នកមិនទទួលបានការព្យាបាលភ្លាមៗទេ អ្នក ឬអ្នកដែលមានចំណេះដឹងជាមធ្យមអំពីសុខភាព និងថ្នាំអាចរំពឹងថា វានឹងបណ្តាលឱ្យមានលទ្ធផលដូចខាងក្រោម៖

- ហានិភ័យធ្ងន់ធ្ងរចំពោះអាយុជីវិតរបស់អ្នក ឬចំពោះកូននៅក្នុងផ្ទៃរបស់អ្នក ឬ
- ការបាត់បង់ ឬការខូចខាតធ្ងន់ធ្ងរចំពោះមុខងាររាងកាយ ឬ
- មុខងារនៃសរីរាង្គ ឬផ្នែកណាមួយនៃរាងកាយដំណើរការខុសប្រក្រតីធ្ងន់ធ្ងរ ឬ
- ក្នុងករណីស្ត្រីមានផ្ទៃពោះកំពុងឈឺពោះសម្រាល នៅពេល៖
 - មិនមានពេលវេលាគ្រប់គ្រាន់ដើម្បីបញ្ជូនអ្នកទៅមន្ទីរពេទ្យមួយផ្សេងទៀតដោយ សុវត្ថិភាពមុនពេលសម្រាលនោះទេ។
 - ការផ្ទេរទៅមន្ទីរពេទ្យផ្សេងទៀតអាចបង្កឱ្យមានការគំរាមកំហែងដល់សុខភាព ឬសុវត្ថិភាពរបស់អ្នក ឬដល់កូនក្នុងផ្ទៃរបស់អ្នក។

ប្រសិនបើអ្នកមានការសង្គ្រោះបន្ទាន់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ៖

- ស្វែងរកជំនួយឱ្យបានលឿនតាមដែលអាចធ្វើទៅបាន។ សូមហៅទូរសព្ទទៅលេខ 911 ឬប្រើ ប្រាស់បន្ទប់សង្គ្រោះបន្ទាន់ ឬមន្ទីរពេទ្យដែលនៅជិតបំផុត។ ទូរសព្ទហៅរថយន្តសង្គ្រោះបន្ទាន់ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការវា។ អ្នកមិនត្រូវការការយល់ព្រម ឬការបញ្ជូនបន្តពី PCP របស់អ្នកទេ។ អ្នកមិនចាំបាច់ប្រើអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញទេ។ អ្នកអាចទទួលបានសេវាថែទាំវេជ្ជសាស្ត្រក្នុង គ្រាអាសន្នដែលមានធានារ៉ាប់រង នៅពេលណាដែលអ្នកត្រូវការ គ្រប់ទីកន្លែងនៅ សហរដ្ឋអាមេរិក ដែនដីរបស់ខ្លួន ឬនៅទូទាំងពិភពលោក ពីអ្នកផ្តល់សេវាណាមួយដែលមាន អាជ្ញាបណ្ណពីរដ្ឋត្រឹមត្រូវ ទោះបីជាពួកគេមិនស្ថិតក្នុងបណ្តាញរបស់យើងក៏ដោយ។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan តាមរយៈលេខ 1-800-452-4413 (TTY: 711) ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ម៉ោង PT ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទ គឺឥត គិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ [blueshieldca.com/medicare](https://www.blueshieldca.com/medicare)។



- **ប្រាប់គម្រោងរបស់យើងឱ្យបានឆាប់តាមដែលអាចធ្វើទៅបានអំពីការសង្គ្រោះបន្ទាន់របស់អ្នក។**
យើងតាមដានការថែទាំសម្រាប់ការសង្គ្រោះបន្ទាន់របស់អ្នក។ អ្នក ឬនរណាម្នាក់ទៀតគួរតែ
ទូរសព្ទមកប្រាប់យើងខ្ញុំ អំពីការថែទាំសម្រាប់ការសង្គ្រោះបន្ទាន់របស់អ្នក ដែលតាមធម្មតា គឺ
ក្នុងរយៈពេល 48 ម៉ោង។ ទោះបីយ៉ាងណាក៏ដោយ អ្នកនឹងមិនបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាសង្គ្រោះបន្ទាន់ ប្រសិនបើអ្នកប្រាប់យើងខ្ញុំបានឆាប់រហ័ស។ សូមហៅទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើ
អតិថិជនរបស់គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan តាមលេខ 1-800-452-4413
(TTY: 711) ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ម៉ោង PT ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។
លេខទូរសព្ទផ្នែកបម្រើអតិថិជនរបស់យើងក៏មាននៅលើបណ្តុំសមាជិកភាពរបស់អ្នកផងដែរ។

សេវាដែលមានធានារ៉ាប់រងសម្រាប់ការសង្គ្រោះបន្ទាន់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ

គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan ផ្តល់ធានារ៉ាប់រងលើសេវាថែទាំសុខភាពបន្ទាន់ និងសេវាថែទាំជាបន្ទាន់
ទូទាំងពិភពលោក នៅក្រៅសហរដ្ឋអាមេរិក និងដែនដីរបស់ខ្លួន ក្រោមលក្ខខណ្ឌជាក់លាក់ ដោយមិនកំណត់ពី
ចំនួនទឹកប្រាក់សរុបប្រចាំឆ្នាំ។ សូមមើលតារាងអត្ថប្រយោជន៍ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រនៅក្នុងជំពូកទី 4 ផ្នែក D នៃឯក
សារនេះសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។

គម្រោងរបស់យើងគ្របដណ្តប់លើសេវាថែទាំសង្គ្រោះបន្ទាន់ក្នុងស្ថានភាពដែលការទៅបន្ទប់សង្គ្រោះបន្ទាន់
តាមវិធីផ្សេងទៀតអាចបង្កគ្រោះថ្នាក់ដល់សុខភាពរបស់អ្នក។ យើងក៏ធានារ៉ាប់រងលើសេវាវេជ្ជសាស្ត្រក្នុងអំឡុង
ពេលមានករណីសង្គ្រោះបន្ទាន់ផងដែរ។ ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែម សូមអានតារាងអត្ថប្រយោជន៍នៅក្នុង **ជំពូកទី 4**
នៃសៀវភៅណែនាំសមាជិកនេះ។

អ្នកផ្តល់សេវាដែលផ្តល់ការថែទាំសង្គ្រោះបន្ទាន់ដល់អ្នក គឺជាអ្នកសម្រេចថាពេលណាដែលស្ថានភាពរបស់អ្នក
មានស្ថិរភាព ហើយគ្រាអាសន្នផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្របានបញ្ចប់។ ពួកគេនឹងបន្តព្យាបាលអ្នក ហើយនឹងទាក់ទងមក
យើងដើម្បីរៀបចំផែនការ ក្នុងករណីអ្នកត្រូវការការថែទាំតាមដានដើម្បីឱ្យធូរស្បើយឡើងវិញ។

គម្រោងរបស់យើងធានារ៉ាប់រងលើការថែទាំតាមដានរបស់អ្នក។ ប្រសិនបើអ្នកទទួលបានការថែទាំក្នុងគ្រាអាសន្ន
ពីអ្នកផ្តល់សេវានៅក្រៅបណ្តាញ យើងនឹងព្យាយាមឱ្យអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញមកទទួលបានការថែទាំរបស់
អ្នកឱ្យបានឆាប់តាមដែលអាចធ្វើទៅបាន។

ទទួលបានការថែទាំក្នុងគ្រាអាសន្ន ប្រសិនបើមានមិនជាករណីក្នុងគ្រាអាសន្ន

ជូនកាល វាអាចនឹងពិបាកក្នុងការដឹងបានថា តើអ្នកមានតម្រូវការបន្ទាន់សម្រាប់ការព្យាបាលសុខភាពផ្នែក
វេជ្ជសាស្ត្រ ឬផ្នែកសុខភាពអាកប្បកិរិយានោះ។ អ្នកអាចនឹងចូលទៅរកការថែទាំក្នុងស្ថានភាពអាសន្ន ហើយមាន
វេជ្ជបណ្ឌិតនិយាយថាស្ថានភាពអ្នកមិនមែននៅក្នុងគ្រាអាសន្នក្នុងនោះទេ។ ដរាបណាអ្នកគិតថាសុខភាពរបស់
អ្នកស្ថិតក្នុងគ្រោះថ្នាក់ធ្ងន់ធ្ងរ យើងរ៉ាប់រងការថែទាំរបស់អ្នក។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan តាមរយៈលេខ 1-800-452-4413

(TTY: 711) ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ម៉ោង PT ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទ គឺឥត

គិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ [blueshieldca.com/medicare](https://www.blueshieldca.com/medicare)។



ទោះជាយ៉ាងណា បន្ទាប់ពីវេជ្ជបណ្ឌិតបញ្ជាក់ថា វាមិនមែនជាករណីគ្រោះអាសន្នទេ យើងធានារ៉ាប់រងលើការថែទាំ
បន្ថែមរបស់អ្នក លុះត្រាតែ៖

- អ្នកប្រើអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ ឬ
- ការថែទាំបន្ថែមដែលអ្នកទទួលបាន គេចាត់ទុកថា ជា “ការព្យាបាលដែលត្រូវការជាបន្ទាន់”
ហើយអ្នកអនុវត្តតាមបទបញ្ជាដើម្បីទទួលបានការថែទាំនេះ។ សូមមើលផ្នែកបន្ទាប់។

H2. ការថែទាំដែលត្រូវការជាបន្ទាន់

ការថែទាំដែលត្រូវការជាបន្ទាន់ គឺជាការថែទាំដែលអ្នកទទួលបានសម្រាប់ស្ថានភាពដែលមិនមែនក្នុងគ្រោះអាសន្ន
ប៉ុន្តែត្រូវការការថែទាំភ្លាមៗ។ ជាឧទាហរណ៍ អ្នកប្រហែលជាមានការឡើងនៃស្ថានភាព ដែលមានកន្លងមក
ឬជំងឺ ឬរបួសដែលមិនបានរំពឹងទុក។

ការព្យាបាលដែលត្រូវការជាបន្ទាន់នៅក្នុងតំបន់ផ្តល់សេវានៃគម្រោងរបស់យើង

យើងធានារ៉ាប់រងលើការថែទាំបន្ទាន់ដែលត្រូវការជាចាំបាច់ លុះត្រាតែ៖

- អ្នកទទួលបានការព្យាបាលនេះ ពីអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំក្នុងបណ្តាញ និង
- អ្នកអនុវត្តតាមបទបញ្ជាដែលបានរៀបរាប់នៅក្នុងជំពូកនេះ។

ប្រសិនបើវាមិនអាចធ្វើទៅបាន ឬមិនសមហេតុផលក្នុងការទៅរកអ្នកផ្តល់សេវានៅក្នុងបណ្តាញ ផ្អែកលើពេល
វេលា ទីកន្លែង ឬកាលៈទេសៈរបស់អ្នក យើងធានារ៉ាប់រងលើការថែទាំបន្ទាន់ ដែលអ្នកទទួលបានពីអ្នកផ្តល់សេវា
ក្រៅបណ្តាញ។

សម្រាប់បញ្ជីរូបវន្តបុគ្គលនៃមជ្ឈមណ្ឌលថែទាំបន្ទាន់ ដែលមានសម្ព័ន្ធភាពជាមួយក្រុមវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក
សូមទាក់ទងទៅ PCP របស់អ្នក។ អ្នកក៏អាចស្វែងរកមជ្ឈមណ្ឌលថែទាំបន្ទាន់នៅក្នុងតំបន់របស់អ្នក ដោយចូល
ទៅកាន់គេហទំព័រ blueshieldca.com/find-a-doctor ។

ការព្យាបាលដែលត្រូវការជាបន្ទាន់នៅក្រៅតំបន់ផ្តល់សេវានៃគម្រោងរបស់យើង

នៅពេលដែលអ្នកស្ថិតនៅក្រៅតំបន់ផ្តល់សេវារបស់គម្រោងរបស់អ្នកយើង អ្នកប្រហែលជាមិនអាចទទួលបាន
ការព្យាបាលពីអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញឡើយ។ ក្នុងករណីនោះ គម្រោងរបស់យើងនឹងរ៉ាប់រងលើការព្យាបាល
ដែលត្រូវការជាបន្ទាន់ដែលអ្នកទទួលបានពីអ្នកផ្តល់សេវាណាមួយ។ ទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយ ការទៅពិគ្រោះ
ជាមួយអ្នកផ្តល់សេវាជាប្រចាំ ដែលចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ ដូចជាការពិនិត្យសុខភាពប្រចាំឆ្នាំ មិនបានចាត់ទុកថា

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan តាមរយៈលេខ 1-800-452-4413

(TTY: 711) ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ម៉ោង PT ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទ គឺឥត

គិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ blueshieldca.com/medicare។



ជាសេវាបន្ទាន់នោះទេ ទោះបីជាអ្នកនៅក្រៅតំបន់សេវា ឬបណ្តាញនៃគម្រោងរបស់យើង មិនអាចប្រើប្រាស់បាន
ជាបណ្តោះអាសន្នក៏ដោយ។

គម្រោងរបស់យើងរ៉ាប់រងលើ សេវាព្យាបាលក្នុងគ្រាអាសន្ន និងការព្យាបាលដែលត្រូវការជាបន្ទាន់ទូទាំង
ពិភពលោកនៅក្រៅសហរដ្ឋអាមេរិក និងដែនដីរបស់ខ្លួនក្រោមកាលៈទេសៈដូចខាងក្រោមដោយគ្មានការកំណត់
ប្រចាំឆ្នាំរួមគ្នា។ ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែម សូមមើល *ការព្យាបាលក្នុងគ្រាអាសន្ន* និង *ការព្យាបាលដែលត្រូវការជា
បន្ទាន់នៅក្នុងតារាងអត្ថប្រយោជន៍ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រនៅក្នុងជំពូកទី 4 ផ្នែក D*។

ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការព្យាបាលដែលត្រូវការជាបន្ទាន់ខណៈពេលដែលនៅក្រៅសហរដ្ឋអាមេរិក និងដែនដីរបស់
ខ្លួន សូមហៅទូរសព្ទទៅមជ្ឈមណ្ឌល Blue Shield Global Core Services Center ដោយឥតគិតថ្លៃតាមរយៈ
លេខ (800) 810-2583 ឬហៅទូរសព្ទទៅប្រមូលតាមលេខ (804) 673-1177 បាន 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ ប្រាំពីរ
ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ នៅពេលគ្រាមានអាសន្ន សូមទៅកាន់មន្ទីរពេទ្យដែលនៅជិតបំផុត។ អ្នកក៏គួរតែហៅ
ទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជននៅផ្នែកខាងក្រោយនៃបណ្តាញសមាជិករបស់អ្នកផងដែរ។ ជាផ្នែកមួយ
នៃសេវានេះ សម្រាប់ការព្យាបាលអ្នកជំងឺក្នុងមន្ទីរពេទ្យ អ្នកអាចទាក់ទងមជ្ឈមណ្ឌលសេវាស្នូលជាសកលរបស់
Blue Shield ដើម្បីរៀបចំការចូលប្រើសេវាដោយ មិនបាច់ប្រើសាច់ប្រាក់បង់។ ប្រសិនបើអ្នករៀបចំសម្រាប់
ការទទួលបានសេវា ដោយមិនបាច់ប្រើសាច់ប្រាក់ អ្នកនៅតែទទួលខុសត្រូវលើការចំណាយធម្មតាដែលចេញពី
ហោប៉ៅផ្ទាល់ខ្លួន ដូចជាថ្លៃសេវា ដែលមិនរ៉ាប់រង និងការបង់ប្រាក់រួមផ្ទាល់ខ្លួនជាដើម។ ប្រសិនបើអ្នកមិនរៀបចំ
ការចូលប្រើសេវាដោយមិនបាច់ប្រើសាច់ប្រាក់បង់នោះ អ្នកនឹងត្រូវបង់ថ្លៃវិក្កយបត្រទាំងមូលសម្រាប់ការថែទាំ
សុខភាពរបស់អ្នក ហើយដាក់សំណើសម្រាប់ការសងប្រាក់វិញ។

H3. ការថែទាំក្នុងពេលមានគ្រោះមហន្តរាយ

ប្រសិនបើអភិបាលរដ្ឋ California រដ្ឋមន្ត្រីសុខាភិបាល និងសេវាមនុស្សជាតិរបស់សហរដ្ឋអាមេរិក ឬ
ប្រធានាធិបតីសហរដ្ឋអាមេរិកប្រកាសពីស្ថានភាពនៃគ្រោះមហន្តរាយ ឬភាពអាសន្ននៅក្នុងតំបន់ភូមិសាស្ត្រ
របស់អ្នក អ្នកនៅតែមានសិទ្ធិទទួលបានការថែទាំគម្រោងរបស់យើង។

ចូលមើលគេហទំព័ររបស់យើងសម្រាប់ព័ត៌មានអំពីរបៀបទទួលបានការថែទាំដែលអ្នកត្រូវការក្នុងអំឡុងពេល
គ្រោះមហន្តរាយដែលបានប្រកាស៖ blueshieldca.com/emergencypolicy ។

ក្នុងអំឡុងពេលគ្រោះមហន្តរាយដែលបានប្រកាស ប្រសិនបើអ្នកមិនអាចប្រើអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញបានទេ
អ្នកអាចទទួលបានការថែទាំពីអ្នកផ្តល់សេវានៅក្រៅបណ្តាញក្នុងអត្រាចំណែកនៃថ្លៃចូលរួមការចំណាយក្នុងប
ណ្តាញ។ ប្រសិនបើអ្នកមិនអាចប្រើឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញក្នុងអំឡុងពេលគ្រោះមហន្តរាយដែលបានប្រកាស
បានទេនោះ អ្នកអាចបំពេញឱសថរបស់អ្នកនៅឯឱសថស្ថានក្រៅបណ្តាញបាន។ សូមមើលជំពូកទី 5 នៃ
សៀវភៅណែនាំសមាជិក នេះ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan តាមរយៈលេខ 1-800-452-4413

(TTY: 711) ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ម៉ោង PT ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទ គឺឥត

គិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ blueshieldca.com/medicare។



I. ចុះប្រសិនបើអ្នកត្រូវបង់ប្រាក់ដោយផ្ទាល់សម្រាប់សេវាដែលបានធានារ៉ាប់រងវិញ?

ប្រសិនបើអ្នកបានបង់ប្រាក់ច្រើនជាងការចែករំលែកថ្លៃចំណាយរបស់គម្រោងសម្រាប់សេវាដែលមានការធានារ៉ាប់រង ឬប្រសិនបើអ្នកបានទទួលវិក្កយបត្រសម្រាប់តម្លៃពេញនៃសេវាវេជ្ជសាស្ត្រដែលបានធានារ៉ាប់រង សូមមើល ជំពូកទី 7 នៃ សៀវភៅណែនាំសមាជិក នេះ ដើម្បីស្វែងយល់ពីអ្វីដែលត្រូវធ្វើ។

អ្នកមិនគួរបង់ថ្លៃវិក្កយបត្រដោយខ្លួនឯងទេ។ បើអ្នកបង់ប្រាក់ដោយខ្លួនឯង នោះគម្រោងប្រហែលជាមិនចេញថ្លៃសងឱ្យអ្នកវិញឡើយ។

1.1. អ្វីដែលត្រូវធ្វើ ប្រសិនបើគម្រោងរបស់យើងមិនធានារ៉ាប់រងលើសេវា

គម្រោងរបស់យើងរ៉ាប់រងលើសេវាទាំងអស់៖

- ដែលត្រូវបានកំណត់ថា មានភាពចាំបាច់ខាងផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ និង
- ដែលមានចុះក្នុងតារាងអត្ថប្រយោជន៍របស់គម្រោងយើង (សូមមើល ជំពូកទី 4 នៃ សៀវភៅណែនាំសមាជិក នេះ) និង
- ដែលអ្នកទទួលបានដោយការអនុវត្តតាមបទបញ្ជានៃគម្រោង។

ប្រសិនបើអ្នកទទួលបានសេវាដែលគម្រោងរបស់យើងមិនធានារ៉ាប់រង អ្នកនឹងបង់ថ្លៃចំណាយពេញដោយខ្លួនឯង លុះត្រាតែវាមានធានារ៉ាប់រងពីកម្មវិធី Medi-Cal ផ្សេងទៀតនៅក្រៅគម្រោងរបស់យើង។

ប្រសិនបើអ្នកចង់ដឹងថាតើយើងបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាវេជ្ជសាស្ត្រ ឬការថែទាំព្យាបាលណាមួយនោះ អ្នកមានសិទ្ធិសាកសួរយើងខ្ញុំបាន។ អ្នកក៏មានសិទ្ធិដើម្បីស្នើសុំវាជាលាយលក្ខណ៍អក្សរផងដែរ។ ប្រសិនបើយើងនិយាយថា យើងនឹងមិនបង់ថ្លៃសម្រាប់សេវារបស់អ្នកទេ អ្នកមានសិទ្ធិប្តឹងឧទ្ធរណ៍ចំពោះសេចក្តីសម្រេចរបស់យើងបាន។

ជំពូកទី 9 នៃ សៀវភៅណែនាំសមាជិក នេះពន្យល់អំពីអ្វីដែលត្រូវធ្វើ ប្រសិនបើអ្នកចង់ឱ្យយើងខ្ញុំធានារ៉ាប់រងលើទំនិញ ឬសេវាវេជ្ជសាស្ត្រ ។ ជំពូកនេះក៏ប្រាប់អ្នកអំពីរបៀបដែលត្រូវប្តឹងឧទ្ធរណ៍ចំពោះសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងរបស់យើងផងដែរ។ សូមហៅទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជន ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពីសិទ្ធិប្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក។

យើងខ្ញុំនឹងបង់ប្រាក់ទូទាត់ឱ្យថ្លៃសេវាមួយចំនួនរហូតដល់ត្រឹមការកំណត់ជាក់លាក់មួយ។ ប្រសិនបើអ្នកចំណាយហួសពីការកំណត់នេះ អ្នកនឹងបង់ថ្លៃចំណាយពេញ ដើម្បីទទួលបានប្រភេទសេវាច្រើនជាងនេះទៀត។ សូមមើល



ជំពូកទី 4 សម្រាប់ដែនកំណត់អត្ថប្រយោជន៍ជាក់លាក់។ សូមហៅទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជន ដើម្បី
ស្វែងយល់ថាតើអ្វីជាដែនកំណត់អត្ថប្រយោជន៍ និងចំនួនអត្ថប្រយោជន៍ដែលអ្នកបានប្រើប្រាស់។

J. ការធានារ៉ាប់រងលើសេវាថែទាំសុខភាពនៅពេលដែលអ្នកកំពុងស្ថិតនៅក្នុងការ ស្រាវជ្រាវលើការព្យាបាល

J1. និយមន័យនៃការសិក្សាស្រាវជ្រាវលើការព្យាបាល

ការសិក្សាស្រាវជ្រាវលើការព្យាបាល (ត្រូវបានហៅផងដែរថា ជាការសាកល្បងព្យាបាល) គឺជាមធ្យោបាយមួយ
ដែលវេជ្ជបណ្ឌិតធ្វើតេស្តប្រភេទថ្មីៗនៃការថែទាំសុខភាព ឬឱសថ។ ការសិក្សាស្រាវជ្រាវលើការព្យាបាលដែល
យល់ព្រមដោយ Medicare ជាធម្មតាត្រូវឱ្យអ្នកស្ម័គ្រចិត្តចូលរួមក្នុងការសិក្សានេះ។ នៅពេលអ្នកស្ថិតនៅក្នុង
ការសិក្សាស្រាវជ្រាវព្យាបាល អ្នកអាចបន្តចុះឈ្មោះនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើង ហើយបន្តទទួលបានការថែទាំ
ដែលនៅសល់របស់អ្នក (ការថែទាំដែលមិនទាក់ទងនឹងការសិក្សា) តាមរយៈគម្រោងរបស់យើង។

ប្រសិនបើអ្នកចង់ចូលរួមក្នុងការសិក្សាស្រាវជ្រាវព្យាបាលដែលយល់ព្រមដោយ Medicare ណាមួយ អ្នកមិន
ចាំបាច់ប្រាប់យើងខ្ញុំ ឬទទួលបានការយល់ព្រមពីយើងខ្ញុំ ឬពីអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំបឋមរបស់អ្នកនោះទេ។ អ្នកផ្តល់
សេវាដែលផ្តល់ការថែទាំដល់អ្នក ដែលជាផ្នែកមួយនៃការសិក្សានេះ មិនចាំបាច់ជាអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញនោះ
ទេ។ នេះមិនអនុវត្តចំពោះអត្ថប្រយោជន៍ដែលបានធានារ៉ាប់រងដែលត្រូវឱ្យមានការសាកល្បងព្យាបាល ឬការ
ចុះបញ្ជីដើម្បីវាយតម្លៃអត្ថប្រយោជន៍នោះទេ រួមទាំងអត្ថប្រយោជន៍ជាក់លាក់មួយចំនួនដែលត្រូវឱ្យមានការ
ធានារ៉ាប់រងជាមួយនឹងការអភិវឌ្ឍភស្តុតាង (NCDs-CED) និងការសិក្សាអំពីការលើកលែងឧបករណ៍អង្កេត
(Investigational Device Exemption, IDE)។ អត្ថប្រយោជន៍ទាំងនេះ ក៏អាចអាស្រ័យលើការអនុញ្ញាតជាមុន
និងច្បាប់របស់គម្រោងផ្សេងទៀតផងដែរ។

យើងលើកទឹកចិត្តអ្នកឱ្យប្រាប់យើងខ្ញុំមុនពេលអ្នកចូលរួមក្នុងការសិក្សាស្រាវជ្រាវលើការព្យាបាល។

ប្រសិនបើអ្នកមានគម្រោងស្ថិតនៅក្នុងការសិក្សាស្រាវជ្រាវព្យាបាលដែលមានធានារ៉ាប់រងសម្រាប់អ្នកចុះឈ្មោះ
ដោយ Original Medicare យើងលើកទឹកចិត្តអ្នក ឬអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នកឱ្យទាក់ទងមកកាន់
ផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជន ដើម្បីឱ្យយើងដឹងថាអ្នកនឹងចូលរួមក្នុងការសាកល្បងព្យាបាល។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan តាមរយៈលេខ 1-800-452-4413
(TTY: 711) ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ម៉ោង PT ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទ គឺឥត
គិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ [blueshieldca.com/medicare](https://www.blueshieldca.com/medicare)។



J2. ការបង់ថ្លៃសេវា នៅពេលអ្នកចូលរួមនៅក្នុងវេជ្ជសាស្ត្រសិក្សាស្រាវជ្រាវ

ប្រសិនបើអ្នកស្ម័គ្រចិត្តសម្រាប់ការសិក្សាស្រាវជ្រាវព្យាបាលដែល Medicare យល់ព្រម អ្នកនឹងមិនត្រូវបង់ប្រាក់ លើអ្វីទាំងអស់សម្រាប់សេវាដែលមានធានារ៉ាប់រងក្រោមការសិក្សា។ Medicare នឹងបង់ថ្លៃសេវាដែលមានធានារ៉ាប់រងក្រោមការសិក្សាព្រមទាំងថ្លៃចំណាយប្រចាំថ្ងៃដែលពាក់ព័ន្ធជាមួយនឹងការថែទាំរបស់អ្នកផងដែរ។ នៅពេលដែលអ្នកចូលរួមក្នុងការសិក្សាស្រាវជ្រាវលើការព្យាបាលដែលយល់ព្រមដោយកម្មវិធី Medicare នោះអ្នកនឹងទទួលបានការរ៉ាប់រងសម្រាប់សេវាទំនិញដែលអ្នកទទួលបានក្នុងមានជាអ្នកចូលរួមក្នុងការសិក្សាស្រាវជ្រាវនេះ។ នេះរួមបញ្ចូលទាំង៖

- បន្ទប់ និងរបបអាហារសម្រាប់ការស្នាក់នៅមន្ទីរពេទ្យ ដែល Medicare នឹងបង់ឱ្យ សូម្បីតែក្នុងករណីដែលអ្នកមិនបានស្ថិតក្នុងការសិក្សាក៏ដោយ
- ការវះកាត់ ឬទម្រង់ការវេជ្ជសាស្ត្រដទៃទៀតដែលជាផ្នែកមួយនៃការសិក្សាស្រាវជ្រាវ។
- ការព្យាបាលលើផលរំខានបន្ទាប់បន្សំ និងបញ្ហាស្មុគស្មាញនៃការថែទាំថ្មី

ប្រសិនបើអ្នកជាផ្នែកមួយនៃការសិក្សាមួយដែល Medicare មិនបានយល់ព្រម អ្នកនឹងបង់ថ្លៃណាមួយសម្រាប់ការចូលរួមក្នុងការសិក្សានេះ។

J3. ការស្វែងយល់បន្ថែម អំពីការសិក្សាស្រាវជ្រាវលើការព្យាបាល

អ្នកអាចស្វែងយល់បន្ថែមអំពីការចូលរួមក្នុងការសិក្សាស្រាវជ្រាវព្យាបាលដោយអាន “Medicare និងការសិក្សាស្រាវជ្រាវព្យាបាល” នៅលើគេហទំព័រ Medicare៖

(www.medicare.gov/sites/default/files/2019-09/02226-medicare-and-clinical-research-studies.pdf)

។ អ្នកក៏អាចទូរសព្ទទៅកាន់លេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) ផងដែរ។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY ទូរសព្ទទៅលេខ 1-877-486-2048។



K. របៀបដែលសេវាថែទាំសុខភាពរបស់អ្នកទទួលបានការរ៉ាប់រងនៅពេលដែលអ្នកចូលរួមក្នុងមជ្ឈមណ្ឌលថែទាំសុខភាពតាមបែបសាសនាដែលគ្មានលក្ខណៈវេជ្ជសាស្ត្រ

K1. និយមន័យនៃមជ្ឈមណ្ឌលថែទាំសុខភាពតាមបែបសាសនាដែលគ្មានលក្ខណៈវេជ្ជសាស្ត្រ

មជ្ឈមណ្ឌលថែទាំសុខភាពតាមបែបសាសនាដែលគ្មានលក្ខណៈវេជ្ជសាស្ត្រគឺជាកន្លែងដែលផ្តល់ការថែទាំដែលអ្នកនឹងទទួលបាននៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យ ឬកន្លែងថែទាំសុខភាពដែលមានជំនាញ។ ប្រសិនបើអ្នកទទួលបានសេវាថែទាំព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យ ឬមជ្ឈមណ្ឌលថែទាំសុខភាពជំនាញមានប្រឆាំងនឹងជំនឿសាសនារបស់អ្នក យើងខ្ញុំនឹងរ៉ាប់រងលើការថែទាំព្យាបាលនៅមជ្ឈមណ្ឌលថែទាំសុខភាពតាមបែបសាសនាដែលគ្មានលក្ខណៈវេជ្ជសាស្ត្រ។

អត្ថប្រយោជន៍នេះគឺសម្រាប់តែសេវាអ្នកជំងឺដែលសម្រាកព្យាបាលនៅពេទ្យ ដោយយោងតាម Medicare ផ្នែក A (សេវាថែទាំសុខភាពមិនមែនបែបវេជ្ជសាស្ត្រ) ប៉ុណ្ណោះ។

K2. ការទទួលបានការថែទាំពីមជ្ឈមណ្ឌលថែទាំសុខភាពតាមបែបសាសនាដែលគ្មានលក្ខណៈវេជ្ជសាស្ត្រ

ដើម្បីទទួលបានការថែទាំព្យាបាលពីគ្រឹះស្ថានថែទាំសុខភាពតាមបែបសាសនាដែលមិនមែនជាស្ថាប័នថែទាំសុខភាពតាមបែបវេជ្ជសាស្ត្រ អ្នកត្រូវតែចុះហត្ថលេខាលើឯកសារផ្លូវច្បាប់ដែលនិយាយថា អ្នកប្រឆាំងនឹងការព្យាបាលតាមបែបវេជ្ជសាស្ត្រដែល “មិនមានការលើកលែង”។

- ការព្យាបាលតាមផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ “មិនមានការលើកលែង” គឺជាការថែទាំ ឬការព្យាបាលណាមួយ ដែលស្ម័គ្រចិត្ត ហើយមិនតម្រូវដោយច្បាប់សហព័ន្ធ រដ្ឋ ឬមូលដ្ឋានណាមួយទេ។
- ការព្យាបាលតាមផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ “ត្រូវបានលើកលែង” គឺជាការថែទាំ ឬការព្យាបាលណាមួយ ដែលមិនស្ម័គ្រចិត្ត ហើយត្រូវបានតម្រូវក្រោមច្បាប់សហព័ន្ធ រដ្ឋ ឬមូលដ្ឋាន។

ដើម្បីទទួលបានការរ៉ាប់រងពីគម្រោងយើងខ្ញុំ ការថែទាំព្យាបាលដែលអ្នកទទួលបានពីមជ្ឈមណ្ឌលថែទាំសុខភាពតាមបែបសាសនាដែលគ្មានលក្ខណៈវេជ្ជសាស្ត្រ ត្រូវតែឆ្លើយតបទៅនឹងលក្ខខណ្ឌដូចខាងក្រោម៖

- មជ្ឈមណ្ឌលថែទាំការថែទាំត្រូវតែត្រូវបានបញ្ជាក់ដោយកម្មវិធី Medicare ។
- គម្រោងរបស់យើងធានារ៉ាប់រងតែទិដ្ឋភាពនៃការថែទាំដែលមិនមែនបែបសាសនាតែប៉ុណ្ណោះ។
- ប្រសិនបើអ្នកទទួលបានសេវាកម្មពីសំណាក់គ្រឹះស្ថាននេះដែលមានការផ្តល់ជូនដល់អ្នកនៅក្នុងមណ្ឌលថែទាំសុខភាព៖

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan តាមរយៈលេខ 1-800-452-4413

(TTY: 711) ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ម៉ោង PT ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទ គឺឥត

គិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ blueshieldca.com/medicare។



- អ្នកត្រូវតែមានលក្ខខណ្ឌផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដែលនឹងអនុញ្ញាតឱ្យអ្នកទទួលបានសេវាដែល
ទទួលបានការរ៉ាប់រងសម្រាប់ការថែទាំដែលសម្រាកព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យ ឬការថែទាំ
ព្យាបាលនៅមជ្ឈមណ្ឌលថែទាំសុខភាពជំនាញ។
- អ្នកត្រូវតែទទួលបានការអនុញ្ញាតពីយើងខ្ញុំ មុនពេលអ្នកត្រូវបានអនុញ្ញាតឱ្យចូលក្នុង
មជ្ឈមណ្ឌល បើមិនដូច្នោះទេ ការស្នាក់នៅរបស់អ្នកនឹង មិន ត្រូវបានធានារ៉ាប់រងទេ។

មិនមានការកំណត់ទៅលើចំនួនថ្ងៃត្រូវរ៉ាប់រងសម្រាប់ការស្នាក់នៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យនីមួយៗទេ។ ដើម្បីស្វែងយល់
បន្ថែម សូមមើលតារាងអត្ថប្រយោជន៍នៅក្នុងជំពូកទី 4 ផ្នែក D។

L. បរិក្ខារវេជ្ជសាស្ត្រដែលប្រើជាប់បានយូរ (Durable medical equipment, DME)

L1. DME ជាសមាជិកនៃគម្រោងរបស់យើង

DME រួមមានសម្ភារចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រជាក់លាក់មួយចំនួនដែលបានបញ្ជាទិញដោយអ្នកផ្តល់សេវាដូចជា
រទេះរុញ ឈើច្រត់ ប្រព័ន្ធពូកដើរដោយថាមពល សម្ភារផ្គត់ផ្គង់សម្រាប់ជំងឺទឹកនោមផ្អែម គ្រែមន្ទីរពេទ្យដែលបាន
បញ្ជាទិញដោយអ្នកផ្តល់សេវាសម្រាប់ប្រើប្រាស់ក្នុងផ្ទះ ថ្នាំចាក់បញ្ចូលតាមសរសៃឈាម (IV) ឧបករណ៍បញ្ចេញ
សំឡេង ឧបករណ៍ផ្គត់ផ្គង់អុកស៊ីសែន ឧបករណ៍ជំនួយក្នុងការដកដង្ហើម និងឧបករណ៍ជំនួយក្នុងការដើរ។

Medi-Cal ធានារ៉ាប់រងលើការប្រើប្រាស់នៅខាងក្នុង និងខាងក្រៅផ្ទះ (ឧ. ឧបករណ៍ចល័តដែលធានារ៉ាប់រង
ក្រោម Medi-Cal សម្រាប់ប្រើប្រាស់ក្នុងសហគមន៍)។ Medicare ដែលជាអ្នកបង់ប្រាក់ចម្បងសម្រាប់បុគ្គល
ដែលមានសិទ្ធិទទួលបានទ្វេកំណត់ការធានារ៉ាប់រង DME ចំពោះឧបករណ៍ដែលត្រូវការសម្រាប់ប្រើប្រាស់ក្នុង
ផ្ទះ។ Medi-Cal ធានារ៉ាប់រងលើ DME មួយចំនួនដែលចាំបាច់សម្រាប់ប្រើប្រាស់ទាំងនៅក្នុងផ្ទះ និងនៅក្នុង
សហគមន៍។ ក្នុងនាមជាសមាជិកនៃ DSNP នេះ សមាជិកមានសិទ្ធិទទួលបានការធានារ៉ាប់រង DME ពេញ
លេញក្រោមទាំងលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យរបស់ Medicare និង Medi-Cal។

អ្នកមានទំនិញ DME មួយចំនួនដូចជាអវយវៈសិប្បនិម្មិត។

ប្រភេទ DME ផ្សេងទៀត ដែលអ្នកត្រូវតែធ្វើការជួល។ ក្នុងនាមជាសមាជិកនៃគម្រោងរបស់យើង ជាធម្មតាអ្នក
នឹងមិនជាម្ចាស់កម្មសិទ្ធិលើឧបករណ៍ DME ដែលបានជួលនោះទេ មិនថាអ្នកជួលវារយៈពេលយូរប៉ុណ្ណាទេ។

នៅក្នុងស្ថានភាពដែលបានកំណត់មួយចំនួន យើងនឹងផ្ទេរកម្មសិទ្ធិនៃឧបករណ៍ DME ទៅអ្នក។ ទូរសព្ទទៅផ្នែក
សេវាបម្រើអតិថិជនតាមលេខទូរសព្ទនៅផ្នែកខាងក្រោមនៃទំព័រសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan តាមរយៈលេខ 1-800-452-4413

(TTY: 711) ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ម៉ោង PT ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទ គឺឥត

គិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ [blueshieldca.com/medicare](https://www.blueshieldca.com/medicare)។



ទោះបីជាអ្នកមាន DME រហូតដល់ទៅ 12 ខែជាប់ៗគ្នានៅក្រោម Medicare មុនពេលអ្នកចូលរួមក្នុងគម្រោង
របស់យើងក៏ដោយ អ្នកនឹង មិនមែន ជាម្ចាស់ឧបករណ៍នោះទេ។

L2. ភាពជាម្ចាស់របស់ DME ប្រសិនបើអ្នកប្តូរទៅ Original Medicare

នៅក្នុងកម្មវិធី Original Medicare បន្ទាប់ពី 13 ខែ សមាជិកដែលជួលប្រភេទ DME ជាក់លាក់មួយចំនួននឹង
អាចមានកម្មសិទ្ធិលើវា។ នៅក្នុងគម្រោង Medicare Advantage (MA) គម្រោងនេះអាចកំណត់ចំនួនខែដែល
សមាជិកត្រូវជួលប្រភេទជាក់លាក់មួយចំនួននៃ DME មុនពេលពួកគេមានកម្មសិទ្ធិលើវា។

ក្នុងនាមជាសមាជិករបស់គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan អ្នកនឹងមិនចាំបាច់បង់ប្រាក់សម្រាប់បរិក្ខារ
ពេទ្យ DME ដែលមានធានារ៉ាប់រងទេ ដរាបណាវាជាតម្រូវការចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ និងទទួលបានការយល់
ព្រមពីវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក។ ជាទូទៅ អ្នកនឹងមិនទទួលបានកម្មសិទ្ធិលើបរិក្ខារពេទ្យ DME ដែលបានជួលនោះ
ទេ ទោះបីជាអ្នកបានបង់ប្រាក់សម្រាប់ឧបករណ៍នេះប៉ុន្មានដងក៏ដោយ ក្នុងនាមជាសមាជិករបស់គម្រោងរបស់
យើង ទោះបីជាអ្នកបានបង់ប្រាក់រហូតដល់ 12 ដងជាប់ៗគ្នាសម្រាប់បរិក្ខារពេទ្យ DME នេះ នៅក្រោមកម្មវិធី
Original Medicare មុន ពេលអ្នកចូលរួមក្នុងគម្រោងរបស់យើងក៏ដោយ។ នៅក្រោមលក្ខខណ្ឌមានកម្រិតជាក់
លាក់ យើងនឹងផ្ទេរកម្មសិទ្ធិនៃបរិក្ខារពេទ្យ DME នេះទៅឱ្យអ្នក។ សូមហៅទូរសព្ទទៅកាន់ផ្នែកសេវាបម្រើ
អតិថិជនសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។

ចំណាំ៖ អ្នកអាចរកនិយមន័យអំពីគម្រោង Original Medicare និងគម្រោង MA នៅក្នុងជំពូកទី 12។ អ្នកក៏អាច
រកព័ត៌មានបន្ថែមអំពីគម្រោងទាំងនេះនៅក្នុងសៀវភៅណែនាំ *Medicare & You* ឆ្នាំ 2026 បានផងដែរ។
ប្រសិនបើអ្នកមិនមានច្បាប់ចម្លងនៃកូនសៀវភៅនេះទេនោះ អ្នកអាចទទួលបានវាតាមរយៈគេហទំព័រ Medicare
(www.medicare.gov/medicare-and-you) ឬតាមរយៈការហៅទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-MEDICARE
(1-800-633-4227) 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរទូរសព្ទទៅកាន់លេខ
1-877-486-2048។

ប្រសិនបើអ្នកលែងមាន Medi-Cal ទៀតនោះ អ្នកនឹងត្រូវធ្វើការបង់ប្រាក់ចំនួន 13 ដងជាប់ៗគ្នានៅក្រោម
Original Medicare ឬអ្នកនឹងត្រូវធ្វើការបង់ប្រាក់ចំនួនដងជាប់ៗគ្នាដែលកំណត់ដោយគម្រោង MA ដើម្បីក្លាយ
ជាម្ចាស់ឧបករណ៍ DME ប្រសិនបើ៖

- អ្នកមិនបានក្លាយជាម្ចាស់នៃឧបករណ៍ DME ខណៈពេលដែលអ្នកស្ថិតនៅក្នុងគម្រោងរបស់
យើង និង

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan តាមរយៈលេខ 1-800-452-4413
(TTY: 711) ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ម៉ោង PT ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទ គឺឥត
គិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ blueshieldca.com/medicare។



- អ្នកចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើង ហើយទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ពី Medicare ក្រៅគម្រោង ថែទាំសុខភាពដែលមានក្នុងកម្មវិធី Original Medicare ឬ គម្រោង MA។

ប្រសិនបើអ្នកបានធ្វើការបង់ប្រាក់សម្រាប់ឧបករណ៍ DME នៅក្រោម Original Medicare ឬគម្រោង MA មុនពេលអ្នកចូលរួមក្នុងគម្រោងរបស់យើង ការទូទាត់របស់ Original Medicare ឬគម្រោង MA មិនរាប់បញ្ចូល ការបង់ប្រាក់ដែលអ្នកត្រូវបង់នោះទេ បន្ទាប់ពីចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើង។

- អ្នកនឹងត្រូវធ្វើការបង់ប្រាក់ថ្មីចំនួន 13 ដងជាប់ៗគ្នានៅក្រោម Original Medicare ឬការបង់ប្រាក់ ថ្មីចំនួនដងជាប់ៗគ្នាដែលកំណត់ដោយគម្រោង MA ដើម្បីក្លាយជាម្ចាស់ឧបករណ៍ DME។
- មិនមានករណីលើកលែងចំពោះករណីនេះទេ នៅពេលអ្នកត្រលប់ទៅកាន់ គម្រោង Original Medicare ឬ MA វិញ។

L3. អត្ថប្រយោជន៍ឧបករណ៍អ្នកស៊ីសែនក្នុងនាមជាសមាជិកនៃគម្រោងរបស់យើង

ប្រសិនបើអ្នកមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ឧបករណ៍អ្នកស៊ីសែន ដែលធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare យើងធានារ៉ាប់រង៖

- ការជួលឧបករណ៍ផ្តល់អ្នកស៊ីសែន
- ការផ្តល់ជូនអ្នកស៊ីសែន និងបរិមាណចំណុះអ្នកស៊ីសែន
- ទុយោ និងគ្រឿងបន្លាស់ដែលពាក់ព័ន្ធសម្រាប់ការផ្តល់អ្នកស៊ីសែន និងបរិមាណចំណុះអ្នកស៊ីសែន
- ការថែទាំ និងជួសជុលឧបករណ៍ផ្តល់អ្នកស៊ីសែន

ឧបករណ៍ផ្តល់អ្នកស៊ីសែនត្រូវតែបញ្ជូនត្រលប់មកវិញ នៅពេលដែលវាលែងមានភាពចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ សម្រាប់អ្នក ឬប្រសិនបើអ្នកចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើង។

L4. ឧបករណ៍ផ្តល់អ្នកស៊ីសែននៅពេលអ្នកប្តូរទៅគម្រោង Original Medicare ឬ Medicare Advantage (MA) ផ្សេងទៀត

នៅពេលដែលឧបករណ៍អ្នកស៊ីសែនមានភាពចាំបាច់ខាងវេជ្ជសាស្ត្រ ហើយអ្នកចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើង ហើយប្តូរទៅជា Original Medicare អ្នកនឹងជួលវាពីអ្នកផ្គត់ផ្គង់ក្នុងរយៈពេល 36 ខែ។ ការទូទាត់លើថ្លៃជួល ប្រចាំខែរបស់អ្នករ៉ាប់រងលើឧបករណ៍ផ្តល់អ្នកស៊ីសែន និងបរិក្ខារព្រមទាំងសេវា ដែលមានចុះនៅខាងលើ។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan តាមរយៈលេខ 1-800-452-4413

(TTY: 711) ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ម៉ោង PT ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទ គឺឥត

គិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ [blueshieldca.com/medicare](https://www.blueshieldca.com/medicare)។



Medicare និង Medi-Cal ធានារ៉ាប់រងលើការបង់ប្រាក់ទាំងនេះ ប្រសិនបើអ្នកនៅតែបានចុះឈ្មោះក្នុង
Medicare និង Medi-Cal។

ប្រសិនបើឧបករណ៍អ្នកស៊ីសែនមានភាពចាំបាច់ខាងវេជ្ជសាស្ត្រ បន្ទាប់ពីអ្នកជួលវារយៈពេល 36 ខែ អ្នកផ្គត់ផ្គង់
របស់អ្នកត្រូវតែផ្តល់៖

- ឧបករណ៍ផ្តល់អ្នកស៊ីសែន ការផ្គត់ផ្គង់ និងសេវាសម្រាប់រយៈពេល 24 ខែផ្សេងទៀត
- ការផ្គត់ផ្គង់ និងឧបករណ៍ផ្តល់អ្នកស៊ីសែនរហូតដល់ទៅ 5 ឆ្នាំ ប្រសិនបើមានភាពចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ

ប្រសិនបើឧបករណ៍អ្នកស៊ីសែននៅតែចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រនៅចុងបញ្ចប់នៃរយៈពេល 5 ឆ្នាំ៖

- អ្នកផ្គត់ផ្គង់របស់អ្នកមិនចាំបាច់ផ្តល់វាទៀតទេ ហើយអ្នកអាចជ្រើសរើសឧបករណ៍ជំនួសពីអ្នក
ផ្គត់ផ្គង់ណាមួយក៏បាន។
- រយៈពេល 5 ឆ្នាំថ្មីចាប់ផ្តើម។
- អ្នកនឹងជួលពីអ្នកផ្គត់ផ្គង់សម្រាប់រយៈពេល 36 ខែ។
- អ្នកផ្គត់ផ្គង់របស់អ្នកត្រូវតែផ្តល់ឧបករណ៍ ការផ្គត់ផ្គង់ និងសេវាជំនួយអ្នកស៊ីសែនរយៈពេល 24
ខែទៀត។
- រយៈពេលវិលជុំថ្មីមួយទៀតចាប់ផ្តើមរៀងរាល់ 5 ឆ្នាំ លុះត្រាតែឧបករណ៍ផ្តល់អ្នកស៊ីសែនមាន
ភាពចាំបាច់សម្រាប់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ។

នៅពេលឧបករណ៍ផ្តល់អ្នកស៊ីសែនមានភាពចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ ហើយអ្នកចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើង
និងប្តូរទៅគម្រោង **MA មួយផ្សេងទៀត** គម្រោងនោះនឹងធានារ៉ាប់រងយ៉ាងហោចណាស់នូវអ្វីដែល Original
Medicare ធានារ៉ាប់រង។ អ្នកអាចសាកសួរទៅគម្រោង MA ថ្មីរបស់អ្នកដើម្បីដឹងថាការផ្គត់ផ្គង់ និងឧបករណ៍
ផ្តល់អ្នកស៊ីសែនប្រភេទណា ដែលគម្រោងធានារ៉ាប់រងទៅលើ ហើយតើអ្នកនឹងត្រូវចំណាយលើអ្វីខ្លះ។



ជំពូកទី 4៖ តារាងអត្ថប្រយោជន៍

សេចក្តីផ្តើម

ជំពូកនេះប្រាប់អ្នកអំពីសេវាគម្រោងដែលយើងធានារ៉ាប់រង និងការដាក់កំហិត ឬការដាក់កំណត់លើសេវាទាំងនោះ និងចំនួនទឹកប្រាក់ដែលអ្នកត្រូវបង់សម្រាប់សេវានីមួយៗ។ ជំពូកនេះក៏ប្រាប់អ្នកពីអត្ថប្រយោជន៍ដែលមិនមានក្នុងគម្រោងរបស់យើងផងដែរ។ ពាក្យគន្លឹះ និងនិយមន័យរបស់វា មានរៀបចំតាមលំដាប់អក្ខរក្រម នៅក្នុងជំពូកចុងក្រោយនៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក* នេះ។

សមាជិកថ្មីនៃគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan៖ ក្នុងករណីភាគច្រើន អ្នកនឹងត្រូវបានចុះឈ្មោះចូលជាសមាជិក Blue Shield TotalDual Plan សម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍ Medicare របស់អ្នកនៅថ្ងៃទី 1 នៃខែបន្ទាប់ពីអ្នកស្នើសុំចុះឈ្មោះចូលជាសមាជិក Blue Shield TotalDual Plan។ អ្នកនៅតែអាចទទួលបានសេវា Medi-Cal ពីគម្រោងសុខភាព Medi-Cal ពីមុនរបស់អ្នក សម្រាប់រយៈពេលមួយខែបន្ថែមទៀត។ បន្ទាប់ពីនោះ អ្នកនឹងទទួលបានសេវា Medi-Cal របស់អ្នក តាមរយៈគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan។ អ្នកនឹងនៅតែអាចប្រើប្រាស់សេវា Medi-Cal បានជាប់រហូត។ សូមហៅទូរសព្ទមកយើងខ្ញុំ តាមរយៈលេខ 1-800-452-4413 (TTY: 711) ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរណាមួយ

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan តាមរយៈលេខ 1-800-452-4413 (TTY: 711) ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ម៉ោង PT ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទ គឺឥតគិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ [blueshieldca.com/medicare](https://www.blueshieldca.com/medicare)។



តារាងមាតិកា

A. សេវាដែលមានធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នក និងការចំណាយផ្ទាល់ខ្លួនរបស់អ្នក	93
B. បទបញ្ជាប្រឆាំងនឹងអ្នកផ្តល់សេវាដែលគិតថ្លៃសេវាពីអ្នក	93
C. អំពីតារាងអត្ថប្រយោជន៍នៃគម្រោងរបស់យើង	93
D. តារាងអត្ថប្រយោជន៍នៃគម្រោងរបស់យើង	100
E. តារាងអំពីនីតិវិធីអត្ថប្រយោជន៍សុខភាពធ្មេញជាប្រចាំ	187
F. ជំនួយសហគមន៍	199
G. អត្ថប្រយោជន៍ដែលទទួលបានការធានារ៉ាប់រងនៅខាងក្រៅគម្រោងរបស់យើង	202
G1. កម្មវិធីផ្លាស់ប្តូររបស់សហគមន៍នៃរដ្ឋ California (CCT)	177
G2. Medi-Cal Dental	203
G3. សេវាផ្តល់ការគាំទ្រនៅតាមផ្ទះ (In-Home Supportive Services, IHSS)	204
G4. កម្មវិធីអនុគ្រោះលើសេវាតាមផ្ទះ និងសហគមន៍ (Home and Community Based Services, HCBS) ផ្នែក 1915(c)	205
G5. សេវាថែទាំសុខភាពផ្លូវចិត្តប្រចាំខោនធីដែលបានផ្តល់ជូននៅខាងក្រៅគម្រោងរបស់យើង (សេវាថែទាំសុខភាពផ្លូវចិត្ត និងសេវាព្យាបាលលើបញ្ហាប្រើប្រាស់សារធាតុញៀន)	208
H. អត្ថប្រយោជន៍ដែលមិនត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយ គម្រោងរបស់យើង Medicare ឬ Medi-Cal	212

A. សេវាដែលមានធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នក និងការចំណាយផ្ទាល់ខ្លួនរបស់អ្នក

ជំពូកនេះប្រាប់អ្នកអំពីសេវាដែលគម្រោងរបស់យើងធានារ៉ាប់រង និងចំនួនដែលអ្នកចំណាយសម្រាប់សេវា នីមួយៗ។ អ្នកក៏អាចស្វែងយល់អំពីសេវាដែលមិនត្រូវបានធានារ៉ាប់រងផងដែរ។ ព័ត៌មានអំពីអត្ថប្រយោជន៍ ឱសថមាននៅក្នុង ជំពូកទី 5 នៃ សៀវភៅណែនាំសមាជិកនេះ។ ជំពូកនេះក៏ពន្យល់អំពីការកំណត់លើ សេវាមួយចំនួនផងដែរ។

សម្រាប់សេវាកម្មមួយចំនួន អ្នកត្រូវបានគិតថ្លៃចេញពីហោប៉ៅដែលហៅថាប្រាក់បង់រួម។ នេះគឺជាចំនួនទឹកប្រាក់ ថេរ (ឧទាហរណ៍ \$5) ដែលអ្នកត្រូវបង់រាល់ពេលដែលអ្នកទទួលសេវានោះ។ អ្នកបង់ប្រាក់បង់រួមនៅពេលដែល អ្នកទទួលបានសេវាផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ។

ដោយសារអ្នកទទួលបានជំនួយពី Medi-Cal អ្នកមិនបង់ប្រាក់អ្វីសម្រាប់សេវាដែលមានធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នក ទេ ដរាបណាអ្នកអនុវត្តតាមច្បាប់របស់គម្រោងរបស់យើង។ សូមមើល ជំពូកទី 3 នៃ សៀវភៅណែនាំសមាជិក នេះ សម្រាប់ព័ត៌មានលម្អិតអំពីច្បាប់របស់យើង។

ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយក្នុងការស្វែងយល់ពីសេវាដែលមានធានារ៉ាប់រង សូមហៅទូរសព្ទទៅអ្នកសម្រប សម្រួលការថែទាំ និង/ ឬផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជនរបស់អ្នកតាមរយៈលេខ 1-800-452-4413 (TTY: 711)។

B. បទបញ្ជាប្រឆាំងនឹងអ្នកផ្តល់សេវាដែលគិតថ្លៃសេវាពីអ្នក

យើងមិនអនុញ្ញាតឱ្យអ្នកផ្តល់សេវារបស់យើងចេញវិក្កយបត្រទៅអ្នកសម្រាប់សេវាដែលមានធានារ៉ាប់រងនៅក្នុង បណ្តាញនោះទេ។ យើងខ្ញុំបង់ប្រាក់ជូនកម្មករផ្តល់សេវាដោយផ្ទាល់ ហើយយើងខ្ញុំការពារអ្នកពីការគិតថ្លៃផ្សេងៗ។ នេះគឺពិតមែន សូម្បីតែបើយើងបង់ប្រាក់ឱ្យអ្នកផ្តល់សេវាតិចជាងអ្នកផ្តល់សេវាទារថ្លៃសម្រាប់សេវាក៏ដោយ។

អ្នកនឹងមិនទទួលបានវិក្កយបត្រពីអ្នកផ្តល់សេវាសម្រាប់សេវាដែលមានធានារ៉ាប់រងនោះឡើយ។ ប្រសិនបើអ្នកធ្វើ ដូច្នេះ សូមមើល ជំពូកទី 7 នៃ សៀវភៅណែនាំសមាជិក របស់អ្នក ឬទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជន។

C. អំពីតារាងអត្ថប្រយោជន៍នៃគម្រោងរបស់យើង

គំនូសតារាងអត្ថប្រយោជន៍ប្រាប់អ្នកអំពីសេវាដែលគម្រោងរបស់យើងបង់ថ្លៃជូន។ តារាងនេះរាយបញ្ជីសេវាធានា រ៉ាប់រងតាមលំដាប់អក្ខរក្រម និងពន្យល់ពីពួកវា។

យើងនឹងបង់ប្រាក់លើសេវាណាដែលបានរាយនៅក្នុងតារាងអត្ថប្រយោជន៍ នៅពេលដែលបទបញ្ជាខាងក្រោម ត្រូវបានបំពេញតាម។ អ្នកមិនចាំបាច់បង់ប្រាក់អ្វីទាំងអស់សម្រាប់សេវាកម្មដែលបានរាយនៅក្នុងតារាង អត្ថប្រយោជន៍ ដរាបណាអ្នកបំពេញតាមលក្ខខណ្ឌតម្រូវដូចបានណែនាំខាងក្រោម។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan តាមរយៈលេខ 1-800-452-4413 (TTY: 711) ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ម៉ោង PT ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទ គឺឥត គិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ [blueshieldca.com/medicare](https://www.blueshieldca.com/medicare)។



- យើងផ្តល់សេវាដែលមានធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare និង Medi-Cal ដោយយោងតាមបទបញ្ជាដែលបានកំណត់ដោយ Medicare និង Medi-Cal។
- សេវា រួមមានការថែទាំផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ សេវាសុខភាពអាកប្បកិរិយា និងសេវាព្យាបាលការប្រើប្រាស់សារធាតុញៀន និងសេវា និងការជួយទ្រទ្រង់រយៈពេលវែង សម្ភារផ្គត់ផ្គង់ ឧបករណ៍ និងឱសថ ត្រូវតែមាន “ភាពចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ”។ ភាពចាំបាច់ខាងផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ វាពណ៌នាអំពីសេវា ការផ្គត់ផ្គង់ ឬឱសថដែលអ្នកត្រូវការដើម្បីបង្ការ ធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ ឬព្យាបាលស្ថានភាពវេជ្ជសាស្ត្រ ឬរក្សាស្ថានភាពសុខភាពបច្ចុប្បន្នរបស់អ្នក។ ផ្នែកនេះរួមមានការថែទាំសុខភាពដែលជួយឱ្យអ្នកមិនចាំបាច់ទៅសម្រាកព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យ ឬមជ្ឈមណ្ឌលថែទាំសុខភាពនោះទេ។ វាក៏មានន័យផងដែរថា សេវា សម្ភារៈផ្គត់ផ្គង់ ឬឱសថ គឺស្របតាមស្តង់ដារ ដែលបានទទួលយកក្នុងការអនុវត្តផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ។ សេវាមួយមានសារៈសំខាន់ខាងវេជ្ជសាស្ត្រនៅពេលវាសមហេតុផល និងចាំបាច់ក្នុងការការពារជីវិតដើម្បីបង្ការជំងឺធ្ងន់ធ្ងរ ឬពិការភាពធ្ងន់ធ្ងរ ឬដើម្បីកាត់បន្ថយការឈឺចាប់ធ្ងន់ធ្ងរ។
- សម្រាប់អ្នកចុះឈ្មោះថ្មី សម្រាប់រយៈពេល 90 ថ្ងៃដំបូង យើងប្រហែលជាមិនតម្រូវឱ្យអ្នកទទួលបានការយល់ព្រមជាមុនសម្រាប់វគ្គព្យាបាលសកម្មណាមួយឡើយ ទោះបីជាវគ្គព្យាបាល គឺសម្រាប់សេវា ដែលបានចាប់ផ្តើមជាមួយអ្នកផ្តល់សេវាក្រៅបណ្តាញក៏ដោយ។
- អ្នកទទួលបានសេវាថែទាំពីក្រុមអ្នកផ្តល់សេវានៅក្នុងបណ្តាញ។ អ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ គឺជាអ្នកផ្តល់សេវាដែលធ្វើការជាមួយយើង។ ក្នុងករណីភាគច្រើន ការថែទាំដែលអ្នកទទួលបានពីអ្នកផ្តល់សេវាក្រៅបណ្តាញនឹងមិនត្រូវបានធានារ៉ាប់រងទេ លុះត្រាតែវាជាការថែទាំក្នុងគ្រាអាសន្ន ឬការថែទាំដែលត្រូវការជាបន្ទាន់ ឬលុះត្រាតែគម្រោង ឬអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញរបស់អ្នកបានផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវការបញ្ជូនបន្ត។ **ជំពូកទី 3 នៃ សៀវភៅណែនាំសមាជិក** របស់អ្នកមានព័ត៌មានបន្ថែមអំពីការប្រើប្រាស់អ្នកផ្តល់សេវានៅក្រៅបណ្តាញ និងក្រៅបណ្តាញ ។
- អ្នកមានអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំបឋម (PCP) ឬក្រុមការងារថែទាំសុខភាពដែលកំពុងផ្តល់ជូន និងគ្រប់គ្រងការថែទាំរបស់អ្នក។ ក្នុងករណីភាគច្រើន PCP របស់យើងត្រូវផ្តល់ការយល់ព្រមដល់អ្នក មុនពេលអ្នកអាចប្រើប្រាស់អ្នកផ្តល់សេវាម្នាក់ដែលមិនមែនជា PCP របស់អ្នក ឬប្រើអ្នកផ្តល់សេវាផ្សេងទៀតនៅក្នុងបណ្តាញរបស់គម្រោងនេះ។ ការយល់ព្រមនេះ ហៅថា ការបញ្ជូនបន្ត។ **ជំពូកទី 3 នៃ សៀវភៅណែនាំសមាជិក** របស់អ្នកមានព័ត៌មានបន្ថែមអំពីការទទួលបានការបញ្ជូនបន្ត និងនៅពេលដែលអ្នកមិនត្រូវការការបញ្ជូនបន្តទេ។
- យើងធានារ៉ាប់រងលើសេវាមួយចំនួនដែលបានរាយក្នុងតារាងអត្ថប្រយោជន៍លុះត្រាតែវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក ឬអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញផ្សេងទៀតទទួលបានការយល់ព្រមពីយើងជាមុនសិន។



នេះត្រូវបានហៅថា ការអនុញ្ញាតជាមុន (PA)។ យើងសម្គាល់សេវាដែលមានធានារ៉ាប់រងនៅក្នុង តារាងអត្ថប្រយោជន៍ដែលត្រូវការ PA ប្រភេទអក្សរទ្រេត។

- ប្រសិនបើគម្រោងរបស់អ្នកផ្តល់ការយល់ព្រមសម្រាប់សំណើ PA សម្រាប់វគ្គនៃការព្យាបាល ណាមួយ ការយល់ព្រមនោះត្រូវតែមានសុពលភាពរយៈពេលដែលសមហេតុផល និងចាំបាច់ ខាងវេជ្ជសាស្ត្រ ដើម្បីជៀសវាងការរំខានក្នុងការថែទាំ ដោយផ្អែកលើលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យនៃការ ធានារ៉ាប់រង ប្រវត្តិវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នក និងអនុសាសន៍របស់អ្នកផ្តល់ការព្យាបាល។
- ប្រសិនបើអ្នកបាត់បង់អត្ថប្រយោជន៍ Medi-Cal របស់អ្នក ក្នុងរយៈពេល 6 ខែដែលចាត់ទុកថា មានសិទ្ធិបន្ត នោះអត្ថប្រយោជន៍ Medicare របស់អ្នកនៅក្នុងគម្រោងនេះនឹងបន្ត។ ទោះជាយ៉ាង ណាក៏ដោយ សេវា Medi-Cal របស់អ្នកប្រហែលជាមិនត្រូវបានធានារ៉ាប់រងនោះទេ។ សូមទាក់ទង ការិយាល័យទទួលបន្ទុកសិទ្ធិទទួលបានគម្រោងប្រចាំខោនធីរបស់អ្នក ឬជម្រើសថែទាំសុខភាព សម្រាប់ព័ត៌មានអំពីសិទ្ធិទទួលបាន Medi-Cal របស់អ្នក។ អ្នកអាចរក្សានូវអត្ថប្រយោជន៍ Medicare របស់អ្នក ប៉ុន្តែមិនអាចរក្សានូវអត្ថប្រយោជន៍ Medi-Cal របស់អ្នកនោះទេ។

ព័ត៌មានអំពីអត្ថប្រយោជន៍សំខាន់ៗសម្រាប់សមាជិកដែលមានស្ថានភាពរ៉ាំរ៉ៃជាក់លាក់។

- ប្រសិនបើអ្នកមានស្ថានភាពជំងឺរ៉ាំរ៉ៃណាមួយដែលបានរាយនៅខាងក្រោម និងបំពេញតាម លក្ខណវិនិច្ឆ័យវេជ្ជសាស្ត្រជាក់លាក់ នោះអ្នកអាចមានសិទ្ធិទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍អាហារ និងផលិតផល។ អត្ថប្រយោជន៍អាហារ និងផលិតផលកសិកម្មគឺជាអត្ថប្រយោជន៍បន្ថែម ពិសេសសម្រាប់ជំងឺរ៉ាំរ៉ៃ (“SSBCI”)។ មិនមែនគ្រប់សមាជិកគម្រោងទាំងអស់សុទ្ធតែមាន លក្ខខណ្ឌគ្រប់គ្រាន់នោះទេ។ សិទ្ធិទទួលបានគឺអាស្រ័យលើការបំពេញតាមនិយមន័យ “អ្នកចុះ ឈ្មោះដែលមានជំងឺរ៉ាំរ៉ៃ” និងយ៉ាងហោចណាស់លក្ខខណ្ឌជំងឺរ៉ាំរ៉ៃដែលមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់ គ្រាន់របស់គម្រោងខាងក្រោម៖
- ជំងឺប្រើប្រាស់គ្រឿងស្រវឹងរ៉ាំរ៉ៃ និងជំងឺប្រើប្រាស់សារធាតុញៀនផ្សេងទៀត (Substance Use Disorders, SUDs)
- ជំងឺស្វ័យភាពស្មោះ
○ ជំងឺរលាកសរសៃឈាមច្រើនកន្លែង
○ ជំងឺឈឺសាច់ដុំនិងរលាកសន្លាក់
○ ជំងឺរលាកសន្លាក់
○ ជំងឺរលាកសាច់ដុំ និងស្បែក
○ ជំងឺចុកចាប់សន្លាក់ឆ្អឹង



- ជំងឺប្រព័ន្ធភាពស៊ាំលូប៉ូស
- ជំងឺរលាកសន្លាក់រួមគ្នាជាមួយជំងឺស្បែករ៉ាំរ៉ៃ
- ជំងឺរីងស្បែក
- ជំងឺមហារីក
- ជំងឺសរសៃឈាមបេះដូង៖
 - ជំងឺចង្វាក់បេះដូងខុសប្រក្រតី
 - ជំងឺកកខ្លាញ់ក្នុងសរសៃឈាមបេះដូង
 - ជំងឺសរសៃឈាមនៅតាមអវៈយវៈ
 - ជំងឺសន្ទះបេះដូង
- ជំងឺខ្សោយបេះដូងរ៉ាំរ៉ៃ
- ជំងឺភ្លេចភ្លាំង
- ជំងឺទឹកនោមផ្អែមដោយសារបញ្ហាអាំងស៊ុយលីន
- ជំងឺលើសទម្ងន់ ជំងឺធាតុជ្រុល និងជំងឺមេតាប៉ូលីស
- ជំងឺក្រពះពោះវៀនរ៉ាំរ៉ៃ៖
 - ជំងឺថ្លើមរ៉ាំរ៉ៃ
 - ជំងឺខ្លាញ់រុំថ្លើមចំពោះអ្នកដែលមិនទទួលបានជាតិអាត់កុល (Non-alcoholic Fatty Liver Disease, NAFLD)
 - ជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B
 - ជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ C
 - ជំងឺរលាកលំពែង
 - រោគសញ្ញាពោះវៀនខុសប្រក្រតី
 - ជំងឺរលាកពោះវៀនធំ
- ជំងឺតម្រងនោមរ៉ាំរ៉ៃ (Chronic Kidney Disease, CKD)៖
 - CKD ដែលតម្រូវឱ្យមានការលាងឈាម/ជំងឺតម្រងនោមដំណាក់កាលចុងក្រោយ (End-stage Renal Disease, ESRD)



- CKD មិនតម្រូវឱ្យមានការលាងឈាម
- ជំងឺឈាមធ្ងន់ធ្ងរ៖
 - ជំងឺគោលិកាក្រហមរាងកណ្តៀវ
 - ជំងឺឈាមក្រកក
 - ជំងឺមានកន្ទួលរមាស់ដោយសារកំណកឈាមមិនគ្រប់គ្រាន់
 - ជំងឺរលាកខួរក្បាលខ្នង
 - ជំងឺគោលិកាក្រហម (ដោយមិនរាប់បញ្ចូលលក្ខណគោលិកាក្រហមទេ)
 - ជំងឺស្ទះសរសៃឈាមវ៉ែនកាំវ៉ែ
- ជំងឺ HIV/AIDS
- ជំងឺសួតកាំវ៉ែ៖
 - ជំងឺហឺត ជំងឺរលាកទងសួតកាំវ៉ែ
 - ជំងឺក្រពេញខ្សោះជាតិសរសៃ
 - ជំងឺរលាកសួតកាំវ៉ែ
 - ជំងឺក្រិនសួត
 - ជំងឺសម្ពាធឈាមខ្ពស់នៅសរសៃឈាមក្នុងសួត
 - ជំងឺស្ទះសួតកាំវ៉ែ (Chronic Obstructive Pulmonary Disease, COPD)
- ស្ថានភាពសុខភាពផ្លូវចិត្តកាំវ៉ែ និងពិការភាព៖
 - ជំងឺប្រែប្រួលអារម្មណ៍ខ្លាំង
 - ជំងឺធ្លាក់ទឹកចិត្តខ្លាំង
 - ជំងឺវង្វេងស្មារតី
 - ជំងឺរីកលចរិក
 - ជំងឺខូចទាំងសម្បជញ្ញៈនិងប្រាជ្ញា
 - ជំងឺស្រុសក្រោយការប៉ះទង្គិចផ្លូវចិត្ត (Post-traumatic Stress Disorder, PTSD)
 - ជំងឺទទួលបានអាហារមិនប្រក្រតី
 - ជំងឺចប់បារម្ភ



- ជំងឺសរសៃប្រសាទ៖
 - ជំងឺក្រិននៃប្រព័ន្ធប្រសាទដែលគ្រប់គ្រងចលនាសាច់ដុំ (Amyotrophic lateral sclerosis, ALS)
 - ជំងឺឆ្លុតជ្រូក
 - ពិការភាពធ្ងន់ធ្ងរ (ពិការភាពមួយចំហៀងខ្លួន ពិការភាពលើអវៈយវៈទាំងបួន ពិការភាពមួយខ្លួន ពាក់កណ្តាលខាងក្រោម ពិការភាពលើអវៈយវៈមួយ)
 - ជំងឺដាច់សរសៃប្រសាទរ៉ាំរ៉ៃ
 - ជំងឺស្បែកក្រិនឡើងបន្ទះៗ
 - ជំងឺជាកយិនសុន
 - ជំងឺសរសៃប្រសាទចម្រុះ
 - ជំងឺឈឺសាច់ដុំរ៉ាំរ៉ៃ
 - ជំងឺអស់កម្លាំងរ៉ាំរ៉ៃ
 - រលូសឆ្អឹងខ្នង
 - ជំងឺរលាកស្រោមខួរឆ្អឹងខ្នង
 - ជំងឺខ្វះចលនាសរសៃប្រសាទទាក់ទងនឹងជំងឺដាច់សរសៃឈាមខួរក្បាល
- ជំងឺដាច់សរសៃឈាមខួរក្បាល
- ការថែទាំក្រោយការប្តូរសរីរាង្គ
- ជំងឺចុះខ្សោយប្រព័ន្ធភាពសុំ និងជំងឺកាត់បន្ថយប្រព័ន្ធភាពសុំ
- ស្ថានភាពជំងឺដែលទាក់ទងនឹងការចុះខ្សោយនៃការចងចាំ៖
 - ជំងឺវង្វេងវង្វាន់
 - ពិការភាពបញ្ញា និងពិការភាពការលូតលាស់
 - រលូសខួរក្បាល
 - ពិការភាពជំងឺផ្លូវចិត្តដែលពាក់ព័ន្ធនឹងការចុះខ្សោយនៃការយល់ដឹង
 - ការចុះខ្សោយនៃការយល់ដឹងតិចតួច
- លក្ខខណ្ឌដែលទាក់ទងនឹងបញ្ហាប្រឈមមុខងារ និងតម្រូវឱ្យមានសេវាកម្មស្រដៀងគ្នា រួមមានដូចខាងក្រោម៖
 - រលូសឆ្អឹងខ្នង
 - ខ្វិន



- ការបាត់បង់អវយវៈ
- ជំងឺដាច់សរសៃឈាមខួរក្បាល
- ជំងឺសន្លាក់ឆ្អឹង
- ស្ថានភាពរ៉ាំរ៉ៃដែលធ្វើឱ្យប៉ះពាល់ដល់ការមើលឃើញ ការស្តាប់ឮ (ថ្លង់) រសជាតិ ការប៉ះ និងភ្លិន
- លក្ខខណ្ឌដែលតម្រូវឱ្យបន្តសេវាព្យាបាល ដើម្បីឱ្យបុគ្គលម្នាក់ៗរក្សា ឬរក្សាមុខងារ
 - គម្រោងនឹងស្វែងយល់ថា តើអ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍អាហារ និងផលិតផលកសិកម្មដែរឬទេ ដោយប្រើព័ត៌មានពីវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក ឬដោយទាក់ទងវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក ដើម្បីស្វែងរកថ្លៃថ្នាំដែលមានចុះហត្ថលេខាអំពីលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់នៃលក្ខណរ៉ាំរ៉ៃរបស់អ្នក។
 - Healthy Benefits+ គឺជាកាតចំណាយដែលមានប្រាក់ឧបត្ថម្ភអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នកបានបញ្ចូលទុកជាមុននៅលើកាត ដើម្បីជួយក្នុងការទូទាត់សម្រាប់មុខទំនិញ និងសេវាដែលមានធានារ៉ាប់រង។ នៅពេលដែលអ្នកត្រូវបានចាត់ទុកថាមានសិទ្ធិទទួលបាន អ្នកនឹងទទួលបានលិខិតមួយច្បាប់ពីអ្នកគ្រប់គ្រងអត្ថប្រយោជន៍ដែលមានបណ្ណអត្ថប្រយោជន៍ផ្ទាល់ខ្លួនរបស់អ្នក។ លិខិតនេះនឹងប្រាប់អ្នកថា កាតរបស់អ្នកបានបញ្ចូលប្រាក់ឧបត្ថម្ភរួចរាល់ហើយ។ វាក៏នឹងផ្តល់ព័ត៌មានពីរបៀបទទួលបានព័ត៌មានលម្អិតបន្ថែមអំពីអត្ថប្រយោជន៍តាមរយៈទូរសព្ទ គេហទំព័រ ឬកម្មវិធីទូរសព្ទ។
 - សម្រាប់សំណួរនានាអំពីអត្ថប្រយោជន៍នេះ អ្នកអាចទូរសព្ទទៅអ្នកគ្រប់គ្រងអត្ថប្រយោជន៍តាមរយៈលេខ (855) 572-6341 [TTY: 771] ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់ ម៉ោង PT ពីថ្ងៃអាទិត្យ ដល់ថ្ងៃសៅរ៍ ពីថ្ងៃទី 1 ខែតុលា ដល់ថ្ងៃទី 31 ខែមីនា និងថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីថ្ងៃទី 1 ខែមេសា ដល់ថ្ងៃទី 30 ខែកញ្ញា។ អ្នកក៏អាចចូលទៅកាន់គេហទំព័រ HealthyBenefitsPlus.com/BlueShieldCA សម្រាប់ព័ត៌មានលម្អិតបន្ថែម។
- សូមមើលផ្លូវ “ជំនួយចំពោះលក្ខខណ្ឌជំងឺរ៉ាំរ៉ៃមួយចំនួន” នៅក្នុងតារាងអត្ថប្រយោជន៍សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។
- សូមទាក់ទងមកយើងខ្ញុំសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។

រាល់សេវាថែទាំលក្ខណៈបង្ការទាំងអស់គឺឥតគិតថ្លៃ។ ផ្លែប៉ោមនេះ  បង្ហាញពីសេវាបង្ការនៅក្នុងតារាងអត្ថប្រយោជន៍។



D. តារាងអត្ថប្រយោជន៍នៃគម្រោងរបស់យើង

សេវាមានការធានារ៉ាប់រង	អ្នកត្រូវតែបង់ប៉ុន្មាន
 កម្មវិធីអប់រំសុខភាព និងសុខុមាលភាព យើងផ្តល់កម្មវិធីជាច្រើន ដែលផ្តោតទៅលើលក្ខណៈសុខភាពជាក់លាក់។ ទាំងនេះ រួមមាន៖ • ថ្នាក់អប់រំអំពីសុខភាព • ថ្នាក់អប់រំអំពីអាហារូបត្ថម្ភ • ការផ្តាច់បារី និងការផ្តាច់ការប្រើប្រាស់ថ្នាំជក់ និង • បណ្តាញទូរសព្ទសម្រាប់ការពិគ្រោះការព្យាបាល កម្មវិធីជួយអ្នកឱ្យមានសុខភាពល្អ។ សេវាដែលមានធានារ៉ាប់រង រួមមាន៖ • សរសេរពីសុខភាពជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ រួមមានព្រឹត្តិបត្រព័ត៌មាន • កម្មវិធីអប់រំ កម្មវិធីអប់រំដែលផ្តោតលើបញ្ហាសុខភាពដូចជា៖ • ជំងឺលើសឈាម • កូលេស្តេរ៉ូល • ជំងឺហឺត • របបអាហារពិសេស កម្មវិធីអប់រំបង្កើតឡើងដើម្បីបង្កើនសុខភាព និងរបៀបរស់នៅ រួមមាន៖ • ការគ្រប់គ្រងទម្ងន់ • លំហាត់ប្រាណ • ការគ្រប់គ្រងភាពតានតឹង ជំនួយរបស់គិលានុបដ្ឋាយិកា 24/7 មានការសន្ទនាតាមអនឡាញមួយទល់នឹងមួយដោយសម្ងាត់ជាមួយនឹងគិលានុបដ្ឋាយិកាដែលបានចុះបញ្ជី 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ។ នៅពេលដែលអ្នកមានការព្រួយបារម្ភផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ ការហៅទូរសព្ទម្តងទៅកាន់លេខទូរសព្ទប្រចាំការដោយឥតគិតថ្លៃរបស់យើងនឹងតភ្ជាប់អ្នកទៅកាន់គិលានុបដ្ឋាយិកាដែលបានចុះបញ្ជីមួយរូប ដែលនឹងស្តាប់ការព្រួយបារម្ភរបស់អ្នក ហើយជួយអ្នកឆ្ពោះទៅរកដំណោះស្រាយ។ អត្ថប្រយោជន៍នេះមានបន្តនៅទំព័របន្ទាប់	\$0

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan តាមរយៈលេខ 1-800-452-4413

(TTY: 711) ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ម៉ោង PT ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទ គឺឥត

គិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ [blueshieldca.com/medicare](https://www.blueshieldca.com/medicare)។



សេវាមានការធានារ៉ាប់រង	អ្នកត្រូវតែបង់ប៉ុន្មាន
កម្មវិធីអប់រំពីសុខភាព និងសុខុមាលភាព* (បន្ត) ការហាត់ប្រាណជាមួយ SilverSneakers® ទូរសព្ទទៅលេខ 1-877-304-0504 (TTY: 711) 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ អ្នកទទួលបានធានារ៉ាប់រងសម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍ហាត់ប្រាណតាមរយៈ SilverSneakers រួមមាន៖ • បណ្តាញទូទាំងប្រទេសនៃកន្លែងហាត់ប្រាណ និងសហគមន៍ដែលចូលរួមជាមួយថ្នាក់ហាត់ប្រាណជាក្រុម និងគ្រឿងបរិក្ខារនៅទីតាំងដែលបានជ្រើសរើស - ចុះឈ្មោះក្នុងទីតាំងជាច្រើនតាមដែលអ្នកចង់បាន • ថ្នាក់រៀន និងសិក្ខាសាលាតាមអនឡាញផ្សាយផ្ទាល់តាមរយៈ SilverSneakers ផ្សាយផ្ទាល់™ 7 ថ្ងៃ/សប្តាហ៍ ពេលព្រឹក ពេលរសៀល និងពេលល្ងាច • វីដេអូកម្មវិធីហាត់ប្រាណ សុខភាព និងលំហាត់ប្រាណតាមអនឡាញតាមតម្រូវការតាមរយៈ SilverSneakers On Demand™ បាន 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ • បានចូលប្រើកម្មវិធីទូរសព្ទទៅកម្មវិធីហាត់ប្រាណ ការតាមដានសកម្មភាព និងលេខសម្គាល់សមាជិកតាមរយៈ SilverSneakers GO™ បាន 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ • ការតភ្ជាប់សហគមន៍ និងការគាំទ្រសុខុមាលភាពដោយផ្ទាល់ និងជាក់ស្តែងតាមរយៈសហគមន៍ SilverSneakers និង Burnalong® ដើម្បីចាប់ផ្តើមប្រើប្រាស់អត្ថប្រយោជន៍ សូមស្វែងរកលេខសម្គាល់ SilverSneakers ទីតាំងហាត់ប្រាណ និងថ្នាក់រៀន silversneakers.com ។ បើអ្នកមានសំណួរបន្ថែមពីអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នក សូមទូរសព្ទទៅលេខ 1-888-423-4632 [TTY: 711] ចាប់ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់ ម៉ោងភាគខាងកើត។ អត្ថប្រយោជន៍នេះមានបន្តនៅទំព័របន្ទាប់	



សេវាមានការធានារ៉ាប់រង	អ្នកត្រូវតែបង់ប៉ុន្មាន
កម្មវិធីអប់រំពីសុខភាព និងសុខុមាលភាព* (បន្ត) នៅពេលអ្នកទៅកន្លែងហាត់ប្រាណ ដែលចូលរួមតាមជម្រើសរបស់អ្នក បុគ្គលិកនឹងចុះឈ្មោះអ្នក នៅក្នុងប្រព័ន្ធរបស់ពួកគេដោយប្រើលេខសម្គាល់ SilverSneakers របស់អ្នក។ អ្នកក៏អាចស្នើសុំការដើរមើលជុំវិញទីតាំង ដើម្បីមើលគ្រឿងបរិក្ខារទាំងអស់ និងកន្លែងដែលថ្នាក់រៀនស្ថិតនៅទីតាំងណា។ ឧបករណ៍នៅផ្ទះត្រូវបានផ្តល់ជូនសម្រាប់សមាជិកដែលចង់ចាប់ផ្តើមធ្វើការនៅផ្ទះ ឬសម្រាប់អ្នកដែលមិនអាចទទួលបានកន្លែងហាត់ប្រាណដោយសារតែការរងរបួស ជំងឺ ឬការចាកចេញពីផ្ទះ។ សូមពិភាក្សាជាមួយវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកជានិច្ច មុនពេលចាប់ផ្តើមកម្មវិធីហាត់ប្រាណ។ *សេវាមិនអនុវត្តចំពោះការកំណត់អតិបរមានៃការចំណាយចេញពីហោប៉ៅរបស់គម្រោងទេ។	
 កម្មវិធីបង្ការជំងឺទឹកនោមផ្អែមរបស់កម្មវិធី Medicare (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP) គម្រោងយើងបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវា MDPP សម្រាប់មនុស្សដែលមានសិទ្ធិទទួលបាន។ MDPP ត្រូវបានបង្កើតឡើងដើម្បីជួយអ្នកបង្កើនអាកប្បកិរិយាប្រកបដោយសុខភាពល្អ។ វាផ្តល់ជូននូវការបណ្តុះបណ្តាជាក់ស្តែងនៅក្នុង៖ • ការផ្លាស់ប្តូររបបអាហាររយៈពេលវែង និង • បង្កើនសកម្មភាពរាងកាយ និង • វិធីដើម្បីរក្សាការសម្រាកទម្ងន់ និងរបៀបរស់នៅមានសុខភាពល្អ។	\$0



សេវាមានការធានារ៉ាប់រង	អ្នកត្រូវតែបង់ប៉ុន្មាន
 ការពិនិត្យរកមើលការប៉ោងសរសៃឈាមក្រហមក្នុងពោះ យើងខ្ញុំនឹងបង់ចំណាយសម្រាប់ការត្រួតពិនិត្យអ៊ុលត្រាសោនម្តងសម្រាប់អ្នកដែលមានការប្រឈម។ គម្រោងរបស់ពួកយើងបានធានារ៉ាប់រងតែការពិនិត្យរកមើលជំងឺនេះប៉ុណ្ណោះ ប្រសិនបើអ្នកមានកត្តាហានិភ័យជាក់លាក់ និងប្រសិនបើអ្នកទទួលបានការបញ្ជូនបន្តសម្រាប់វាពីគ្រូពេទ្យរបស់អ្នក ជំនួយការគ្រូពេទ្យ គ្រូពេទ្យដែលជាគិលានុបដ្ឋាយិកា ឬអ្នកឯកទេសគិលានុបដ្ឋាយិកាខាងព្យាបាលអ្នកជំងឺ។	\$0

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan តាមរយៈលេខ 1-800-452-4413 (TTY: 711) ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ម៉ោង PT ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទ គឺឥតគិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ [blueshieldca.com/medicare](https://www.blueshieldca.com/medicare)។



សេវាមានការធានារ៉ាប់រង	អ្នកត្រូវតែបង់ប៉ុន្មាន
ការចាក់មូលវិទ្យាសាស្ត្រ យើងនឹងបង់ថ្លៃចំណាយសម្រាប់សេវាព្យាបាលដោយចាក់មូលវិទ្យាសាស្ត្រសម្រាប់អ្នកជំងឺដែលមិនសម្រាកនៅមន្ទីរពេទ្យរហូតដល់ទៅពីរលើកនៅក្នុងខែនៃប្រក្រតីទិន្នន័យ ឬញឹកញាប់ជាងនេះ ប្រសិនបើការព្យាបាលបែបនេះចាំបាច់ខាងផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ។ យើងនឹងធ្វើការបង់ថ្លៃចំណាយជូនរហូតដល់ 12 ខែផងដែរ ទៅលើការព្យាបាលដោយចាក់មូលវិទ្យាសាស្ត្រក្នុងរយៈពេល 90 ថ្ងៃ ប្រសិនបើអ្នកមានការឈឺចាប់ខ្លាំងផ្នែកខាងក្រោមធ្ងន់ធ្ងរ ដែលត្រូវបានកំណត់ថា៖ • បន្តមានអស់រយៈពេល 12 សប្តាហ៍ ឬយូរជាងនេះ • ដែលមិនជាក់លាក់ (មិនមានមូលហេតុជាប្រព័ន្ធដែលអាចធ្វើការកំណត់អត្តសញ្ញាណបាន ដូចជាមិនមានពាក់ព័ន្ធនឹងជំងឺកោសិកាមហារីក ជំងឺរលាក ឬជំងឺឆ្លង) • មិនពាក់ព័ន្ធនឹងការវះកាត់ និង • មិនទាក់ទងនឹងការមានផ្ទៃពោះ។ លើសពីនេះទៀត យើងនឹងបង់ប្រាក់សម្រាប់ការព្យាបាលដោយការចាក់មូលវិទ្យាសាស្ត្រចំនួនប្រាំបីដងបន្ថែមទៀត សម្រាប់ការឈឺចាប់ខ្លាំងផ្នែកខាងក្រោមធ្ងន់ធ្ងរ ប្រសិនបើអ្នកបង្ហាញនូវភាពធ្ងន់ធ្ងរស្បើយពីជំងឺ។ អ្នកមិនអាចទទួលបានការព្យាបាលដោយការចាក់មូលវិទ្យាសាស្ត្រលើសពី 20 ដងបានទេក្នុងមួយឆ្នាំសម្រាប់ការឈឺចាប់ខ្លាំងផ្នែកខាងក្រោមធ្ងន់ធ្ងរ។ ការព្យាបាលដោយការចាក់មូលវិទ្យាសាស្ត្រត្រូវតែបញ្ឈប់ ប្រសិនបើអ្នកមិនមានភាពធ្ងន់ធ្ងរស្បើយទេនោះ ឬអ្នកកាន់តែមានសភាពធ្ងន់ធ្ងរថែមទៀត។ លក្ខខណ្ឌតម្រូវរបស់អ្នកផ្តល់សេវា៖ អត្ថប្រយោជន៍នេះមានបន្តនៅទំព័របន្ទាប់	\$0



សេវាមានការធានារ៉ាប់រង	អ្នកត្រូវតែបង់ប៉ុន្មាន
ការចាក់ម្ជុលវិទ្យាសាស្ត្រ (បន្ត) គ្រូពេទ្យ (ដូចដែលបានកំណត់ក្នុង 1861(r)(1) នៃច្បាប់សន្តិសុខសង្គម (ច្បាប់)) អាចផ្តល់ការចាក់ម្ជុលវិទ្យាសាស្ត្រដោយអនុលោមតាមលក្ខខណ្ឌតម្រូវរបស់រដ្ឋជាធរមាន។ ជំនួយការគ្រូពេទ្យ (Physician Assistants, PA) គិលានុបដ្ឋាយិកា (Nurse Practitioners, NP)/អ្នកឯកទេសគិលានុបដ្ឋាយិកាគ្លីនិក (Clinical Nurse Specialists, CNS) (ដូចដែលបានកំណត់នៅក្នុង 1861 (aa) (5) នៃច្បាប់) និងបុគ្គលិកជំនួយអាចផ្តល់ការចាក់ម្ជុលវិទ្យាសាស្ត្រ ប្រសិនបើពួកគេបំពេញតាមតាមលក្ខខណ្ឌតម្រូវរបស់រដ្ឋជាធរមានទាំងអស់ ហើយមាន៖ • សញ្ញាបត្រអនុបណ្ឌិត ឬថ្នាក់បណ្ឌិតផ្នែកចាក់ម្ជុលវិទ្យាសាស្ត្រ ឬវេជ្ជសាស្ត្រខាងកើតពីសាលាមួយដែលទទួលស្គាល់ដោយគណៈកម្មាធិការទទួលស្គាល់ការចាក់ម្ជុលវិទ្យាសាស្ត្រ និងវេជ្ជសាស្ត្របុរាណចិន (Accreditation Commission on Acupuncture and Oriental Medicine, ACAOM) និង • អាជ្ញាបណ្ណបច្ចុប្បន្ន ពេញលេញ សកម្ម និងគ្មានការរឹតបន្តឹងដើម្បីអនុវត្តការចាក់ម្ជុលវិទ្យាសាស្ត្រនៅក្នុងរដ្ឋ ដែនដី ឬ Commonwealth (ឧទាហរណ៍ Puerto Rico) នៃសហរដ្ឋអាមេរិក ឬ District of Columbia។ អត្ថប្រយោជន៍នេះមានបន្តនៅទំព័របន្ទាប់	



សេវាមានការធានារ៉ាប់រង	អ្នកត្រូវតែបង់ប៉ុន្មាន
ការចាក់ម្ជុលវិទ្យាសាស្ត្រ (បន្ត) អាជ្ញាបណ្ណបច្ចុប្បន្ន ពេញលេញ សកម្ម និងគ្មានការរឹតបន្តឹងដើម្បីអនុវត្តការចាក់ម្ជុលវិទ្យាសាស្ត្រនៅក្នុងរដ្ឋ ដែនដី ឬ Commonwealth (ឧទាហរណ៍ Puerto Rico) នៃសហរដ្ឋអាមេរិក ឬ District of Columbia។ បុគ្គលិកជំនួយដែលផ្តល់ការចាក់ម្ជុលវិទ្យាសាស្ត្រត្រូវតែស្ថិតនៅក្រោមការត្រួតពិនិត្យរបស់គ្រូពេទ្យ PA ឬ NP/CNS ដែលត្រូវដោយបទប្បញ្ញត្តិរបស់យើងនៅ 42 CFR § §410.26 និង 410.27។ សេវាកដែលមានការធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare ត្រូវបានផ្តល់ជូនតាមរយៈអ្នកផ្តល់សេវាដែលចូលរួមជាមួយ American Specialty Health Plans of California, Inc. (ASH Plans)។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម ឬដើម្បីកំណត់ទីតាំងនៃអ្នកផ្តល់សេវាដែលចូលរួមក្នុងគម្រោង ASH Plans អ្នកអាចទូរសព្ទមកគម្រោង ASH Plans តាមរយៈលេខ (800) 678-9133 [TTY: 711] ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 5 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់ម៉ោង PT ពីថ្ងៃទី 1 ខែមេសាដល់ថ្ងៃទី 30 ខែកញ្ញា និងពីថ្ងៃអាទិត្យ ដល់ថ្ងៃសៅរ៍ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់ម៉ោង PT ពីថ្ងៃទី 1 ខែតុលា ដល់ថ្ងៃទី 31 ខែមីនា។ ក្រៅពីនេះ អ្នកក៏អាចហៅទូរសព្ទទៅកាន់ផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជនរបស់គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan ឬចូលមើលគេហទំព័រ blueshieldca.com/find-a-doctor ដើម្បីរកអ្នកផ្តល់សេវា ដែលជាដៃគូរបស់គម្រោង ASH Plans។	

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan តាមរយៈលេខ 1-800-452-4413 (TTY: 711) ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ម៉ោង PT ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទ គឺឥតគិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ blueshieldca.com/medicare។



សេវាមានការធានារ៉ាប់រង	អ្នកត្រូវតែបង់ប៉ុន្មាន
 ការពិនិត្យ និងការប្រឹក្សាយោបល់អំពីការប្រើគ្រឿងស្រវឹងមិនត្រឹមត្រូវ យើងបង់ប្រាក់ទូទាត់សម្រាប់ការត្រួតពិនិត្យលើការប្រើប្រាស់គ្រឿងស្រវឹងមិនត្រឹមត្រូវម្តង (SABIRT) សម្រាប់មនុស្សពេញវ័យដែលប្រើប្រាស់គ្រឿងស្រវឹងមិនត្រឹមត្រូវ ក៏ប៉ុន្តែមិនមែនញៀនគ្រឿងស្រវឹងសុរាទេ។ នេះរួមមានស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ។ ប្រសិនបើការពិនិត្យរកឃើញលទ្ធផលវិជ្ជមានចំពោះការប្រើប្រាស់គ្រឿងស្រវឹងមិនត្រឹមត្រូវ អ្នកអាចទទួលបានការប្រឹក្សាយោបល់ខ្លីៗទល់មុខគ្នា ចំនួនបួនវគ្គជារៀងរាល់ឆ្នាំ (ប្រសិនបើអ្នកអាច និងមានការប្រុងប្រយ័ត្នក្នុងពេលប្រឹក្សាយោបល់) ជាមួយអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំបឋមដែលមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ (PCP) ឬគ្រូពេទ្យព្យាបាលនៅក្នុងកន្លែងថែទាំបឋម។	\$0
ការពិនិត្យរាងកាយប្រចាំឆ្នាំ អ្នកទទួលបានការរ៉ាប់រងសម្រាប់ការពិនិត្យសុខភាពរាងកាយជាប្រចាំរៀងរាល់ 12 ខែម្តង ថែមពីលើការទៅពិនិត្យសុខុមាលភាពរបស់អ្នក។ ការមកពិនិត្យនេះរួមមាន ការពិនិត្យឡើងវិញយ៉ាងទូលំទូលាយនៃប្រវត្តិគ្រួសារ និងសុខភាពរបស់អ្នក ការវាយតម្លៃលម្អិតពីក្បាលដល់ចុងជើង និងសេវាផ្សេងទៀត ការបញ្ជូនបន្ត និងការណែនាំដែលអាចមានភាពសមរម្យ។	\$0



សេវាមានការធានារ៉ាប់រង	អ្នកត្រូវតែបង់ប៉ុន្មាន
 ការមកជួបពេទ្យដើម្បីសុខុមាលភាពប្រចាំឆ្នាំ អ្នកអាចទទួលបានការពិនិត្យសុខភាពទូទៅប្រចាំឆ្នាំ។ សេវានេះមានគោលបំណងបង្កើតគម្រោង ឬធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពគម្រោងការពារ ដោយផ្អែកលើកត្តាហានិភ័យបច្ចុប្បន្នរបស់អ្នក។ យើងនឹងបង់ប្រាក់ទូទាត់សម្រាប់សេវានេះរៀងរាល់ 12 ខែម្តង។ ចំណាំ៖ ការជួបពិនិត្យសុខុមាលភាពប្រចាំឆ្នាំជាលើកដំបូងរបស់អ្នកមិនអាចធ្វើឡើងក្នុងរយៈពេល 12 ខែបន្ទាប់ពីការជួបពិនិត្យ សូមស្វាគមន៍មកកាន់ Medicare របស់អ្នកទេ។ ទោះបីជាយ៉ាងណាក៏ដោយ អ្នកមិនចាំបាច់មានការជួបពិនិត្យ សូមស្វាគមន៍មកកាន់ Medicare ដើម្បីទទួលបានការពិនិត្យសុខុមាលភាពប្រចាំឆ្នាំបន្ទាប់ពីអ្នកបានទទួលបានផ្នែក B អស់រយៈពេល 12 ខែ។	\$0
 ការវាស់ដងស៊ីតេ និងម៉ាសឆ្អឹង យើងនឹងបង់ប្រាក់ទូទាត់សម្រាប់នីតិវិធីច្បាស់លាស់សម្រាប់សមាជិកដែលមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ (ជាធម្មតា អ្នកដែលប្រឈមនឹងហានិភ័យបាត់បង់ដុំឆ្អឹង ឬហានិភ័យឆ្អឹងពុក)។ នីតិវិធីទាំងនេះកំណត់ដុំឆ្អឹង រកមើលករណីបាត់បង់ឆ្អឹង ឬរកមើលគុណភាពឆ្អឹង។ យើងនឹងបង់ប្រាក់ទូទាត់សម្រាប់សេវាទាំងនេះរៀងរាល់ 24 ខែម្តង ឬញឹកញាប់ជាងនេះអាស្រ័យទៅលើភាពចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រសម្រាប់សេវាទាំងនោះ។ យើងក៏នឹងបង់ប្រាក់ទូទាត់សម្រាប់វេជ្ជបណ្ឌិត ដើម្បីពិនិត្យ និងផ្តល់យោបល់អំពីលទ្ធផល។	\$0



សេវាមានការធានារ៉ាប់រង	អ្នកត្រូវតែបង់ប៉ុន្មាន
 ការពិនិត្យរកមហារីកសុដន់ (ការចតឆ្លុះមើលសុដន់) យើងបង់ថ្លៃសម្រាប់សេវាខាងក្រោម៖ • ការចតឆ្លុះមើលសុដន់កម្រិតមូលដ្ឋានម្តងសម្រាប់ស្ត្រី ដែលមានអាយុក្នុងចន្លោះពី 35 ឆ្នាំ ដល់ 39 ឆ្នាំ • ការចតឆ្លុះមើលសុដន់រៀងរាល់ 12 ខែម្តងសម្រាប់ស្ត្រី ដែលមានអាយុចាប់ពី 40 ឆ្នាំឡើងទៅ • ពិនិត្យសុដន់សម្រាប់ការព្យាបាលរៀងរាល់ 24 ខែម្តង	\$0
 ការជួបពេទ្យដើម្បីកាត់បន្ថយហានិភ័យជំងឺសរសៃឈាមបេះដូង (ព្យាបាលចលនាសម្រាប់ជំងឺបេះដូង) យើងបង់ប្រាក់សម្រាប់ការជួបពិគ្រោះម្តងក្នុងមួយឆ្នាំ ឬច្រើនជាងនេះ បើសិនជាចាំបាច់ខាងផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ ជាមួយអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំបឋម (PCP) របស់អ្នកដើម្បីជួយកាត់បន្ថយហានិភ័យរបស់អ្នកពីជំងឺបេះដូង។ ក្នុងពេលមកជួបពេទ្យ វេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកអាច៖ • ពិភាក្សាអំពីការប្រើប្រាស់ថ្នាំអាស៊ីរីន • ពិនិត្យមើលសម្ពាធឈាមរបស់អ្នក និង/ឬ • ផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវគន្លឹះ ដើម្បីធ្វើឱ្យប្រាកដថា អ្នកកំពុងបរិភោគបានល្អ។	\$0
 ការធ្វើតេស្តជំងឺពិនិត្យរកជំងឺសរសៃឈាមបេះដូង យើងបង់ប្រាក់ទូទាត់សម្រាប់ការធ្វើតេស្តឈាម ដើម្បីពិនិត្យរកជំងឺសរសៃឈាមបេះដូងរៀងរាល់ប្រាំឆ្នាំ (60 ខែ) ម្តង។ ការធ្វើតេស្តឈាមក៏ពិនិត្យរកបញ្ហាដែលកើតឡើងដោយសារហានិភ័យជំងឺបេះដូងផងដែរ។	\$0



សេវាមានការធានារ៉ាប់រង	អ្នកត្រូវតែបង់ប៉ុន្មាន
 ការពិនិត្យមើលមហារីកមាត់ស្បូន និងមហារីកស្បូន យើងបង់ថ្លៃសម្រាប់សេវាខាងក្រោម៖ • សម្រាប់ស្ត្រីទាំងអស់៖ ការធ្វើតេស្តលើកោសិកាមាត់ស្បូន និងការពិនិត្យមើលអាងត្រជាក់រៀងរាល់ 24 ខែម្តង • ចំពោះស្ត្រីដែលមានហានិភ័យខ្ពស់នៃជំងឺមហារីកមាត់ស្បូន ឬមហារីកស្បូន៖ ការធ្វើតេស្តលើកោសិកាមាត់ស្បូនម្តងរៀងរាល់ 12 ខែម្តង • សម្រាប់ស្ត្រីដែលបានធ្វើតេស្តលើកោសិកាមាត់ស្បូនដែលខុសប្រក្រតីក្នុងរយៈពេលបីឆ្នាំចុងក្រោយ និងស្ថិតក្នុងពេលកំពុងសម្រាលកូន៖ ការធ្វើតេស្តលើកោសិកាមាត់ស្បូន៖ ការធ្វើតេស្តលើកោសិកាមាត់ស្បូនម្តងរៀងរាល់ 12 ខែម្តង • សម្រាប់ស្ត្រីដែលមានអាយុចន្លោះពី 30-65 ឆ្នាំ៖ ការធ្វើតេស្តរកមេរោគវិរុសសាច់ដុះនៅក្នុងមនុស្ស (Human Papillomavirus, HPV) ឬការធ្វើតេស្ត Pap រកជំងឺមហារីកមាត់ស្បូន រួមជាមួយការធ្វើតេស្តរកមេរោគ HPV រៀងរាល់ 5 ឆ្នាំម្តង	\$0



សេវាមានការធានារ៉ាប់រង	អ្នកត្រូវតែបង់ប៉ុន្មាន
 ការត្រួតពិនិត្យជំងឺមហារីកចុងពោះវៀនធំ យើងបង់ថ្លៃសម្រាប់សេវាខាងក្រោម៖ - ការឆ្លុះពោះវៀនធំមិនមានការកំណត់អាយុអប្បបរមា ឬអតិបរមាទេ ហើយត្រូវបានធានារ៉ាប់រងម្តងរៀងរាល់ 120 ខែ (10 ឆ្នាំ) សម្រាប់អ្នកជំងឺដែលមិនមានហានិភ័យខ្ពស់ ឬ 48 ខែ បន្ទាប់ពីការឆ្លុះពិនិត្យពោះវៀនធំដែលអាចបត់បែនបានពីមុនសម្រាប់អ្នកជំងឺ ដែលមិនមានហានិភ័យខ្ពស់ចំពោះជំងឺមហារីកពោះវៀនធំ និងរៀងរាល់ 24 ខែម្តងសម្រាប់អ្នកជំងឺដែលមានហានិភ័យខ្ពស់បន្ទាប់ពីការចតស្កេនពោះវៀនធំពីមុន។ - ការចតស្កេនពោះវៀនធំដោយការចតស្កេន CT សម្រាប់អ្នកជំងឺដែលមានអាយុចាប់ពី 45 ឆ្នាំឡើងទៅ ដែលមិនមានហានិភ័យខ្ពស់នៃជំងឺមហារីកពោះវៀនធំ ត្រូវបានធានារ៉ាប់រង នៅពេលដែលយ៉ាងហោចណាស់ 59 ខែបានកន្លងផុតទៅ បន្ទាប់ពីខែដែល ការចតស្កេនពោះវៀនធំដោយការចតស្កេន CT ចុងក្រោយ ឬនៅពេលដែល 47 ខែបានកន្លងផុតបន្ទាប់ពីខែ ដែលការឆ្លុះពិនិត្យពោះវៀនធំតាមបាត ដែលអាចបត់បែនបានចុងក្រោយ ឬការឆ្លុះពិនិត្យផ្ទៃខាងក្នុងពោះវៀនធំត្រូវបានធ្វើឡើង។ ចំពោះអ្នកជំងឺដែលមានហានិភ័យខ្ពស់នៃជំងឺមហារីកពោះវៀនធំ ការចំណាយលើការចតពិនិត្យមើលពោះវៀនធំដោយការចតស្កេន CT អាចនឹងត្រូវរ៉ាប់រង។ ការពិនិត្យនេះ ត្រូវធ្វើឡើងនៅបន្ទាប់ពីយ៉ាងតិច 23 ខែបានកន្លងផុតពីខែដែលបានពិនិត្យដោយការឆ្លុះពោះវៀនធំ ឬការចតស្កេន CT ចុងក្រោយ។ - ការពិនិត្យពោះវៀនធំដោយប្រើឧបករណ៍ពិសេសសម្រាប់អ្នកជំងឺអាយុ 45 ឆ្នាំឡើងទៅ។ រៀងរាល់ 120 ខែម្តងសម្រាប់អ្នកជំងឺមិនមានហានិភ័យខ្ពស់ បន្ទាប់ពីអ្នកជំងឺបានទទួលការឆ្លុះពិនិត្យផ្ទៃខាងក្នុងពោះវៀនធំ។ រៀងរាល់ 48 ខែម្តងសម្រាប់អ្នកជំងឺដែលមានហានិភ័យខ្ពស់ពីការពិនិត្យពោះវៀនធំដោយប្រើឧបករណ៍ពិសេស ដែលអាចបត់បែនបានចុងក្រោយ ឬការឆ្លុះពោះវៀនធំដោយការចតស្កេន CT ចុងក្រោយ។ អត្ថប្រយោជន៍នេះមានបន្តនៅទំព័របន្ទាប់	\$0

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan តាមរយៈលេខ 1-800-452-4413

(TTY: 711) ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ម៉ោង PT ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទ គឺឥត

គិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ [blueshieldca.com/medicare](https://www.blueshieldca.com/medicare)។



សេវាមានការធានារ៉ាប់រង	អ្នកត្រូវតែបង់ប៉ុន្មាន
ការត្រួតពិនិត្យជំងឺមហារីកចុងពោះវៀនធំ (បន្ត) - ការពិនិត្យមើលឈាមក្នុងលាមកសម្រាប់អ្នកជំងឺដែលមានអាយុចាប់ពី 45 ឆ្នាំឡើងទៅ។ រៀងរាល់ 12 ខែម្តង។ - ការធ្វើតេស្ត DNA លាមករកជំងឺមហារីកនៅលើពោះវៀនធំ ធ្វើឡើងសម្រាប់អ្នកជំងឺដែលមានអាយុពី 45 ទៅ 85 ឆ្នាំ និងមិនបំពេញតាមលក្ខណវិនិច្ឆ័យនៃហានិភ័យខ្ពស់នោះទេ។ រៀងរាល់ 3 ឆ្នាំម្តង។ - ការធ្វើតេស្តឈាមរកប្រូតេអ៊ីនជំងឺមហារីកសម្រាប់អ្នកជំងឺ ដែលមានអាយុពី 45 ទៅ 85 ឆ្នាំ ហើយមិនបំពេញតាមលក្ខណវិនិច្ឆ័យលើហានិភ័យខ្ពស់នោះទេ។ រៀងរាល់ 3 ឆ្នាំម្តង។ - ការធ្វើតេស្តពិនិត្យរកជំងឺមហារីកពោះវៀនធំ រួមមានការចតឆ្លុះពោះវៀនធំ បន្ទាប់ពីការធ្វើតេស្តពិនិត្យរកជំងឺមហារីកពោះវៀនធំដែលមិនឆ្លងតាមលាមកក្រោមការធានារ៉ាប់រងរបស់ Medicare ចេញលទ្ធផលវិជ្ជមាន។ ការធ្វើតេស្តពិនិត្យរកជំងឺមហារីកពោះវៀនធំរួមបញ្ចូលទាំងការឆ្លុះពិនិត្យពោះវៀនធំតាមបាតដែលអាចបត់បែនបាន ឬការឆ្លុះពិនិត្យផ្ទៃខាងក្នុងពោះវៀនធំ ដែលពាក់ព័ន្ធនឹងការយកចេញជាលិកា ឬបញ្ចេញផ្សេងទៀត ឬនីតិវិធីផ្សេងទៀតដែលផ្តល់ជូនទាក់ទងនឹង ជាលទ្ធផល និងនៅក្នុងការជួបប្រទះគ្នានៃការដូចគ្នានឹងការធ្វើតេស្តពិនិត្យ។	
 ការពិនិត្យមើលជំងឺបាក់ទឹកចិត្ត យើងនឹងបង់ប្រាក់ទូទាត់សម្រាប់ការពិនិត្យមើលជំងឺបាក់ទឹកចិត្តជារៀងរាល់ឆ្នាំ។ ការពិនិត្យនេះ ត្រូវធ្វើឡើងនៅក្នុងមជ្ឈមណ្ឌលថែទាំបឋមដែលអាចផ្តល់ជូនការព្យាបាលតាមដាន និងការបញ្ជូនបន្ត។	\$0



សេវាមានការធានារ៉ាប់រង	អ្នកត្រូវតែបង់ប៉ុន្មាន
 ការពិនិត្យមើលជំងឺទឹកនោមផ្អែម យើងនឹងបង់ប្រាក់ទូទាត់សម្រាប់ការពិនិត្យនេះ (រួមមានការធ្វើតេស្តជាតិ គ្រួសារសរសៃឈាមផងដែរ) បើអ្នកមានកត្តាហានិភ័យណាមួយក្នុងចំណោម កត្តាខាងក្រោម៖ • សម្ពាឈាមខ្ពស់ (ជំងឺលើសឈាម) • ប្រវត្តិនៃកម្រិតកូឡេស្តេរ៉ូល និងទ្រីត្រីសេរីខុសប្រក្រតី (វិបត្តិជាតិ ខ្លាញ់) • ការបាត់លើសទម្ងន់ខ្លាំង • ប្រវត្តិមានជាតិស្ករក្នុងឈាមខ្ពស់ (គ្រួសារ) ការធ្វើតេស្តអាចត្រូវបានធានារ៉ាប់រងក្នុងករណីមួយចំនួនផ្សេងទៀត ដូចជា ប្រសិនបើអ្នកលើសទម្ងន់ និងមានប្រវត្តិត្រូវការមានអ្នកកើតជំងឺទឹកនោមផ្អែម។ អ្នកអាចនឹងមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ការពិនិត្យរកជំងឺទឹកនោមផ្អែមរហូតដល់ពីរលើកនៅរៀងរាល់ 12 ខែម្តង បន្ទាប់ពីកាលបរិច្ឆេទនៃការពិនិត្យរកជំងឺទឹកនោមផ្អែមចុងក្រោយបំផុតរបស់អ្នក។	\$0



សេវាមានការធានារ៉ាប់រង	អ្នកត្រូវតែបង់ប៉ុន្មាន
ការបណ្តុះបណ្តាលការគ្រប់គ្រងជំងឺទឹកនោមផ្អែមដោយខ្លួនឯង សេវា និងការផ្គត់ផ្គង់ យើងនឹងបង់ប្រាក់ទូទាត់សម្រាប់សេវាខាងក្រោមចំពោះសមាជិកទាំងឡាយណាដែលមានជំងឺទឹកនោមផ្អែម (មិនថាពួកគេប្រើប្រាស់អាវស៊ីយលីន ឬអត់នោះទេ)៖ - ការផ្គត់ផ្គង់ដើម្បីត្រួតពិនិត្យជាតិស្ករក្នុងឈាមអ្នក រួមមានការផ្គត់ផ្គង់ដូចខាងក្រោម៖ - ឧបករណ៍ត្រួតពិនិត្យជាតិស្ករក្នុងឈាម - បន្ទះធ្វើតេស្តជាតិស្ករក្នុងឈាម - ឧបករណ៍ជួសឈាម និងម្ជុលជួសឈាម - ដំណោះស្រាយសម្រាប់គ្រប់គ្រងជាតិស្ករ ដើម្បីពិនិត្យភាពសុក្រិតនៃបន្ទះពិនិត្យ និងឧបករណ៍តេស្ត - សម្រាប់អ្នកដែលកើតជំងឺទឹកនោមផ្អែម ដែលមានជំងឺជើងរាំ វ៉ៃ យើងនឹងបង់ថ្លៃដូចខាងក្រោម៖ អត្ថប្រយោជន៍នេះមានបន្តនៅទំព័របន្ទាប់	\$0



សេវាមានការធានារ៉ាប់រង	អ្នកត្រូវតែបង់ប៉ុន្មាន
 ការបណ្តុះបណ្តាលការគ្រប់គ្រងជំងឺទឹកនោមផ្អែមដោយខ្លួនឯង សេវាកម្ម និងការផ្គត់ផ្គង់ (បន្ត) ○ ស្បែកជើងព្យាបាលដែលចាក់ពុម្ពតម្រូវតាមបុគ្គលម្នាក់ៗចំនួនមួយគូ (រួមមានទ្រនាប់ស្បែកជើង) រួមទាំងការលេតត្រូវឱ្យត្រូវល្មម និងទ្រនាប់ស្បែកជើងបន្ថែមពីរគូទៀតក្នុងមួយឆ្នាំនីមួយៗ ឬ ○ ស្បែកជើងកវែងមួយគូ រួមមានការលេតត្រូវឱ្យត្រូវល្មម និងទ្រនាប់ស្បែកជើងបីគូ (មិនរាប់បញ្ចូលទ្រនាប់ស្បែកជើងអាចដកចេញបានដោយមិនអាចតម្រូវតាមជើងដែលបានផ្តល់ឱ្យជាមួយស្បែកជើងបែបនេះទេ) • ក្នុងករណីមួយចំនួន យើងបង់ថ្លៃសម្រាប់វគ្គបណ្តុះបណ្តាល ដើម្បីជួយអ្នកគ្រប់គ្រងជំងឺទឹកនោមផ្អែមរបស់អ្នក។ ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែម សូមទាក់ទងមកកាន់ផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជន។ សម្រាប់បន្ទះពិសោធន៍ និងប្រដាប់ពិនិត្យគ្រួសក្នុងឈាម ក្រុមហ៊ុនផលិតដែលយើងចង់បានគឺក្រុមហ៊ុន Abbott។ បន្ទះពិសោធន៍ និងប្រដាប់ពិនិត្យគ្រួសក្នុងឈាមម៉ាក FreeStyle® (បង្កើតដោយ Abbott) នឹងមិនតម្រូវឱ្យវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកទទួលការយល់ព្រមជាមុន (ពេលខ្លះគេហៅថា “ការអនុញ្ញាតជាមុន”) ពីគម្រោងនោះទេ។ បន្ទះពិសោធន៍ និងប្រដាប់ពិនិត្យគ្រួសក្នុងឈាមពីក្រុមហ៊ុនផលិតផ្សេងទៀតទាំងអស់នឹងតម្រូវឱ្យវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកសុំការយល់ព្រមជាមុន (ពេលខ្លះ គេហៅថា “ការអនុញ្ញាតជាមុន”) ពីគម្រោង។ ឧបករណ៍ចាប់សញ្ញា/ឧបករណ៍ទទួលពីឧបករណ៍តាមដានគ្រួសជាបន្តបន្ទាប់នឹងតម្រូវឱ្យមានការអនុញ្ញាតជាមុន។ <i>អាចតម្រូវឱ្យមានការអនុញ្ញាតជាមុន ហើយវាជាទំនួលខុសត្រូវរបស់អ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក។</i>	



សេវាមានការធានារ៉ាប់រង	អ្នកត្រូវតែបង់ប៉ុន្មាន
ការថែទាំសង្គ្រោះបន្ទាន់ ការថែទាំក្នុងគ្រាអាសន្នមានន័យថា ជាសេវាទាំងឡាយណាដែល៖ - ផ្តល់ជូនដោយអ្នកផ្តល់សេវាដែលទទួលបានការបណ្តុះបណ្តាល ដើម្បីផ្តល់សេវាសង្គ្រោះបន្ទាន់ និង - ដែលចាំបាច់ដើម្បីវាយតម្លៃ ឬព្យាបាលក្នុងគ្រាអាសន្នផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ។ ភាពអាសន្នផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រគឺជាជំងឺ របួស ការឈឺចាប់ធ្ងន់ធ្ងរ ឬស្ថានភាព សុខភាពកាន់តែធ្ងន់ធ្ងរឆាប់រហ័ស។ ស្ថានភាពនេះ គឺធ្ងន់ធ្ងរខ្លាំងណាស់ បើ អ្នកមិនទទួលបានការព្យាបាលភ្លាមៗទេ នោះអ្នកដែលមានចំណេះដឹងជា មធ្យមផ្នែកសុខភាព និងវេជ្ជសាស្ត្រអាចរំពឹងថា វានឹងបណ្តាលឲ្យ៖ - ហានិភ័យធ្ងន់ធ្ងរចំពោះសុខភាពអ្នក ឬចំពោះកូនក្នុងផ្ទៃអ្នក ឬ - ការខូចខាតធ្ងន់ធ្ងរចំពោះមុខងាររាងកាយ ឬ - ដំណើរការខុសប្រក្រតីធ្ងន់ធ្ងរនៃសរីរាង្គណាមួយ ឬ - ការបាត់បង់អវយវៈ ឬការបាត់បង់មុខងារនៃអវយវៈ។ - ក្នុងករណីស្ត្រីមានផ្ទៃពោះកំពុងឈឺពោះសម្រាល នៅពេល៖ - មិនមានពេលវេលាគ្រប់គ្រាន់ដើម្បីបញ្ជូនអ្នកទៅមន្ទីរពេទ្យមួយ ផ្សេងទៀតដោយសុវត្ថិភាពមុនពេលសម្រាលនោះទេ។ - ការផ្ទេរទៅមន្ទីរពេទ្យផ្សេងទៀតអាចបង្កឱ្យមានការគំរាមកំហែង ដល់សុខភាព ឬសុវត្ថិភាពរបស់អ្នក ឬដល់កូនក្នុងផ្ទៃរបស់អ្នក។ *ការធានារ៉ាប់រងទូទាំងពិភពលោក អ្នកមិនមានដាក់កំណត់ប្រចាំឆ្នាំបញ្ចូលគ្នាសម្រាប់ការថែទាំក្នុងគ្រាអាសន្ន ឬសេវាដែលត្រូវការជាបន្ទាន់នៅខាងក្រៅសហរដ្ឋអាមេរិក និងតំបន់ ផ្សេងៗនៅក្នុងសហរដ្ឋអាមេរិកទេ។ *សេវានៅក្រៅសហរដ្ឋអាមេរិក និងដែនដីរបស់សហរដ្ឋអាមេរិកមិនអនុវត្ត ចំពោះការកំណត់អតិបរមានៃការចំណាយផ្ទាល់ខ្លួនរបស់គម្រោងទេ។	\$0 បើអ្នកទទួលបានការថែទាំ ក្នុងគ្រាអាសន្ននៅមន្ទីរពេទ្យ ក្រៅបណ្តាញ ហើយត្រូវការ ការថែទាំសម្រាប់អ្នកជំងឺ ស្នាក់ព្យាបាលបន្ទាប់ពី សង្គ្រោះបន្ទាន់របស់អ្នកនឹង នរហើយ នោះអ្នកត្រូវតែ ផ្លាស់ទៅមន្ទីរពេទ្យនៅក្នុង បណ្តាញវិញសម្រាប់ការ ថែទាំដើម្បីបន្តទទួលបាន ការបង់ប្រាក់។ អ្នកអាច សម្រាកនៅមន្ទីរពេទ្យក្រៅ បណ្តាញបានសម្រាប់តែការ ថែទាំអ្នកជំងឺដេកពេទ្យតែ ប៉ុណ្ណោះ បើគម្រោងរបស់ យើងអនុញ្ញាតឱ្យអ្នកសម្រាក នៅមន្ទីរពេទ្យនោះ។ ការធានារ៉ាប់រងរួម 20% សម្រាប់ការធានារ៉ាប់រង លើភាពអាសន្នទូទាំង ពិភពលោក (លើកលែង ប្រសិនបើបានបញ្ជូនទៅ មន្ទីរពេទ្យក្នុងរយៈពេល មួយថ្ងៃសម្រាប់ស្ថានភាព ដូចគ្នា)

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan តាមរយៈលេខ 1-800-452-4413

(TTY: 711) ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ម៉ោង PT ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទ គឺឥត

គិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ [blueshieldca.com/medicare](https://www.blueshieldca.com/medicare)។



សេវាមានការធានារ៉ាប់រង	អ្នកត្រូវតែបង់ប៉ុន្មាន
 ការពិនិត្យរកវីរុស HIV យើងបង់ថ្លៃសម្រាប់ការត្រួតពិនិត្យរកវីរុស HIV មួយដងរៀងរាល់ 12 ខែ សម្រាប់មនុស្សដែល៖ • ស្នើសុំធ្វើតេស្តពិនិត្យរកវីរុស HIV ឬ • ស្ថិតក្នុងស្ថានភាពប្រឈមក្នុងការឆ្លងវីរុស HIV កាន់តែខ្ពស់។ ប្រសិនបើអ្នកមានផ្ទៃពោះ យើងបង់ប្រាក់សម្រាប់ការពិនិត្យរកមេរោគ HIV រហូតដល់បីដងក្នុងអំឡុងពេលមានផ្ទៃពោះ។ យើងក៏បង់ថ្លៃសម្រាប់ការពិនិត្យរកវីរុស HIV បន្ថែម នៅពេលដែលមានការណែនាំពីអ្នកផ្តល់សេវា។	\$0



សេវាមានការធានារ៉ាប់រង	អ្នកត្រូវតែបង់ប៉ុន្មាន
ការថែទាំដោយទីភ្នាក់ងារសុខភាពតាមផ្ទះ មុននឹងអ្នកអាចទទួលសេវាថែទាំសុខភាពតាមផ្ទះបាន វេជ្ជបណ្ឌិតត្រូវតែប្រាប់យើង ថាអ្នកត្រូវការវា ហើយវាត្រូវតែបានផ្តល់ដោយភ្នាក់ងារសុខភាព តាមផ្ទះ។ អ្នកប្រាកដជាពិបាកក្នុងការចាកចេញពីផ្ទះ មានន័យថាការចាកចេញពីផ្ទះគឺជាការខិតខំព្យាយាមដ៏លំបាកមួយ។ យើងបង់ថ្លៃសម្រាប់សេវាខាងក្រោម ហើយប្រហែលជាសេវាផ្សេងៗទៀតដែលមិនមាននៅក្នុងបញ្ជីឈ្មោះនៅទីនេះ៖ • សេវាផ្តល់ជំនួយសុខភាពតាមផ្ទះ និងការថែទាំដោយគិលានុបដ្ឋា យិកាជំនាញមួយរយៈពេល ឬក្រៅម៉ោង (ដើម្បីទទួលបានការធានារ៉ាប់រងដែលស្ថិតក្រោមអត្ថប្រយោជន៍ថែទាំសុខភាពតាមផ្ទះ ការថែទាំដោយគិលានុបដ្ឋា យិកាជំនាញ និងសេវាជំនួយសុខភាពតាមផ្ទះរបស់អ្នករួមគ្នា ត្រូវតែសរុបឱ្យបានតិចជាង 8 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ និង 35 ម៉ោងក្នុងមួយសប្តាហ៍។) • ការព្យាបាលដោយចលនា ការព្យាបាលដោយសកម្មភាពប្រចាំថ្ងៃ និងការព្យាបាលការនិយាយស្តី • សេវាវេជ្ជសាស្ត្រ និងសង្គមកិច្ច • ឧបករណ៍ និងសម្ភារវេជ្ជសាស្ត្រ អាចតម្រូវឱ្យមានការអនុញ្ញាតជាមុន ហើយវាជាទំនួលខុសត្រូវរបស់អ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក។	\$0 សម្រាប់ការជួបពិនិត្យសុខភាពតាមផ្ទះដែលមានធានារ៉ាប់រងនីមួយៗ



សេវាមានការធានារ៉ាប់រង	អ្នកត្រូវតែបង់ប៉ុន្មាន
ការព្យាបាលតាមការព្យាបាលសេរីនៅផ្ទះ៖ គម្រោងរបស់យើងបង់ថ្លៃសម្រាប់ការព្យាបាលតាមការព្យាបាលសេរីនៅផ្ទះដែលត្រូវបានឱ្យនិយមន័យថា ជាការដាក់បញ្ចូលសារធាតុជីវសាស្ត្រ ឬឱសថក្នុងសរសៃឈាម ឬដាក់នៅក្រោមស្បែក ហើយផ្តល់ជូនអ្នកនៅផ្ទះ។ ធាតុខាងក្រោមត្រូវការចាំបាច់សម្រាប់ការព្យាបាលតាមការព្យាបាលសេរីនៅផ្ទះ៖ • សារធាតុជីវសាស្ត្រ ឬឱសថ ដូចជាថ្នាំលេបប្រឆាំងមេរោគ ឬប្រូតេអ៊ីន immune globulin • សម្ភារៈ ដូចជាឧបករណ៍ព្យាបាលសេរី និង • សម្ភារផ្គត់ផ្គង់ ដូចជាទុយោ ឬបំពង់កាតេទែ។ គម្រោងរបស់យើងធានារ៉ាប់រងលើសេវាព្យាបាលសេរីតាមផ្ទះ ដែលរួមមានជាអាទិ៍៖ • សេវាប្រកបដោយវិជ្ជាជីវៈ រួមមានសេវាមើលថែទាំ ដែលផ្តល់ស្របទៅតាមគម្រោងថែទាំរបស់អ្នក។ • ការបណ្តុះបណ្តាល និងការអប់រំដល់សមាជិក ដែលមិនទាន់បានរាប់បញ្ចូលនៅក្នុងអត្ថប្រយោជន៍ DME។ • ការតាមដានពីចម្ងាយ និង • សេវាតាមដានសម្រាប់ការផ្តល់ជូននូវការព្យាបាលតាមការព្យាបាលសេរីនៅតាមផ្ទះ និងឱសថសម្រាប់ការព្យាបាលសេរីតាមផ្ទះដែលត្រូវបានផ្តល់ដោយអ្នកផ្គត់ផ្គង់ការព្យាបាលតាមការព្យាបាលសេរីតាមផ្ទះដែលមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់។ <i>អាចតម្រូវឱ្យមានការអនុញ្ញាតជាមុន ហើយវាជាទំនួលខុសត្រូវរបស់អ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក។</i>	ការបង់ប្រាក់រួមចំនួន \$0 សម្រាប់ការជួបព្យាបាលដោយការព្យាបាលសេរីតាមផ្ទះដែលមានការធានារ៉ាប់រងនីមួយៗ



សេវាមានការធានារ៉ាប់រង	អ្នកត្រូវតែបង់ប៉ុន្មាន
ការផ្តល់ជូនមូលដ្ឋានតាមផ្ទះ* នៅពេលចេញពីមន្ទីរពេទ្យសម្រាប់អ្នកជំងឺស្នាក់ព្យាបាល ឬមណ្ឌលថែទាំជំនាញ យើងធានារ៉ាប់រងលើ៖ • អាហារចំនួន 22 ពេល និងអាហារសម្រន់ចំនួន 10 ពេលក្នុងពេលចេញពីមន្ទីរពេទ្យម្តង • អាហារចម្បង និងអាហារសម្រន់នឹងត្រូវបានបែងចែកជាពីរចែកចាយដាច់ដោយឡែកពីគ្នាតាមតម្រូវការ • ការធានារ៉ាប់រងគឺត្រូវបានកម្រិតត្រឹមការចាកចេញពីមន្ទីរពេទ្យចំនួនពីរដងក្នុងមួយឆ្នាំ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមទូរសព្ទមកកាន់ផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជនរបស់គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan (លេខទូរសព្ទត្រូវបានបោះពុម្ពនៅលើក្របខាងក្រោយរបស់ឯកសារនេះ)។ *សេវានេះមិនរាប់បញ្ចូលទៅក្នុងការកំណត់ការចំណាយផ្ទាល់ខ្លួនអតិបរមារបស់គម្រោងនោះទេ	\$0 សម្រាប់ការផ្តល់ជូនអាហារតាមផ្ទះដែលមានធានារ៉ាប់រងនីមួយៗ



សេវាមានការធានារ៉ាប់រង	អ្នកត្រូវតែបង់ប៉ុន្មាន
ការថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយ អ្នកមានសិទ្ធិជ្រើសរើសមន្ទីរពេទ្យថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយ ប្រសិនបើអ្នកផ្តល់សេវា ឬប្រធានគ្រប់គ្រងវេជ្ជសាស្ត្រនៅមន្ទីរពេទ្យថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយកំណត់ថា អ្នកត្រូវតែទទួលបានការថែទាំសម្រាប់ដំណាក់កាលចុងក្រោយ។ នេះមានន័យថា អ្នកមានជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយ និងរំពឹងថា អាចរស់បានត្រឹមប្រាំមួយខែ ឬតិចជាងនេះ។ អ្នកអាចទទួលបានការថែទាំពីកម្មវិធីរបស់មន្ទីរពេទ្យថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយត្រូវបានបញ្ជាក់ពី Medicare។ គម្រោងរបស់យើងត្រូវតែជួយអ្នកស្វែងរកកម្មវិធីមន្ទីរពេទ្យថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយ ដែលមានការបញ្ជាក់ពី Medicare នៅក្នុងតំបន់ផ្តល់សេវារបស់គម្រោងរួមមានកម្មវិធីដែលយើងកាន់កាប់ គ្រប់គ្រង ឬមានចំណាប់អារម្មណ៍ផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុ។ វេជ្ជបណ្ឌិតនៅមន្ទីរពេទ្យថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយរបស់អ្នកអាចជាអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ ឬក្រៅបណ្តាញ។ សេវាដែលមានធានារ៉ាប់រង រួមមាន៖ • ឱសថព្យាបាលរោគសញ្ញា និងការឈឺចាប់ • ការថែទាំបណ្តោះអាសន្នរយៈពេលខ្លី • ការថែទាំតាមផ្ទះ សម្រាប់សេវារបស់មន្ទីរពេទ្យថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយ និងសេវាដែលមានការធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare ផ្នែក A ឬ Medicare ផ្នែក B ដែលទាក់ទងទៅនឹងព្យាបាលជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយរបស់អ្នកត្រូវបានចេញវិក្កយបត្រទៅ Medicare៖ • Original Medicare (ជាជាងគម្រោងរបស់យើង) នឹងបង់ប្រាក់ឱ្យអ្នកផ្តល់សេវានៅមន្ទីរពេទ្យថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយរបស់អ្នកសម្រាប់សេវាកម្មនៃមន្ទីរពេទ្យថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយរបស់អ្នក និងសេវាកម្មផ្នែក A ឬ ផ្នែក B ណាមួយដែលទាក់ទងនឹងជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយរបស់អ្នក។ អត្ថប្រយោជន៍នេះមានបន្តនៅទំព័របន្ទាប់	នៅពេលដែលអ្នកចុះឈ្មោះចូលក្នុងកម្មវិធីថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយ ដែលមានការបញ្ជាក់ពី Medicare សេវាថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយរបស់អ្នកនិងសេវាផ្នែក A និងផ្នែក B របស់អ្នកដែលទាក់ទងនឹងការព្យាបាលជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយរបស់អ្នក នឹងត្រូវបង់ថ្លៃដោយកម្មវិធី Original Medicare មិនមែនគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan ជាអ្នកបង់នោះទេ។ \$0 សម្រាប់សេវាប្រឹក្សាយោបល់នៅមន្ទីរពេទ្យថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយ (តែម្តងប៉ុណ្ណោះ)



សេវាមានការធានារ៉ាប់រង	អ្នកត្រូវតែបង់ប៉ុន្មាន
ការថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយ (បន្ត) ខណៈពេលដែលអ្នកស្ថិតនៅក្នុងកម្មវិធីមន្ទីរពេទ្យថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយ អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយរបស់អ្នកនឹងចេញវិក្កយបត្រ Original Medicare សម្រាប់សេវាកម្មដែល Original Medicare បង់ប្រាក់។ សម្រាប់សេវាដែលមានធានារ៉ាប់រងដោយគម្រោងរបស់យើង ប៉ុន្តែមិនត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare ផ្នែក A ឬ Medicare ផ្នែក B៖ • គម្រោងរបស់យើងធានារ៉ាប់រងលើសេវាដែលមិនត្រូវបានធានារ៉ាប់រងក្រោម Medicare ផ្នែក A ឬ Medicare ផ្នែក B។ យើងធានារ៉ាប់រងលើសេវាមិនចាំបាច់ទាក់ទងនឹងការព្យាករណ៍ដំណាក់កាលចុងក្រោយរបស់អ្នកឬអត់។ អ្នកមិនចាំបាច់បង់ប្រាក់ សម្រាប់សេវាទាំងនេះទេ។ សម្រាប់ឱសថដែលមិនមានការធានារ៉ាប់រងដោយអត្ថប្រយោជន៍ Medicare ផ្នែក D ក្នុងគម្រោងរបស់យើង៖ • ឱសថមិនត្រូវបានធានារ៉ាប់រងទាំងនៅមន្ទីរពេទ្យថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយ និងគម្រោងរបស់យើងក្នុងពេលតែមួយបានទេ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមមើលទៅលើ ជំពូកទី 5 នៃសៀវភៅណែនាំសមាជិកនេះ។ ចំណាំ៖ ប្រសិនបើអ្នកមានជំងឺធ្ងន់ធ្ងរ អ្នកអាចមានសិទ្ធិទទួលបានការថែទាំបំបាត់ការឈឺចាប់ ដែលផ្តល់ការថែទាំផ្ដោតលើអ្នកជំងឺ និងគ្រួសារជាក្រុមដើម្បីលើកកម្ពស់គុណភាពជីវិតរបស់អ្នក។ អ្នកអាចទទួលបានការថែទាំបំបាត់ការឈឺចាប់ក្នុងពេលតែមួយជាមួយនឹងការថែទាំឱ្យជាសះស្បើយ/ជាប្រចាំ។ សូមមើលផ្នែកថែទាំបំបាត់ការឈឺចាប់ខាងក្រោមសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។ អត្ថប្រយោជន៍នេះមានបន្តនៅទំព័របន្ទាប់	



សេវាមានការធានារ៉ាប់រង	អ្នកត្រូវតែបង់ប៉ុន្មាន
ការថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយ (បន្ត) ចំណាំ៖ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការការថែទាំមិនស្ថិតក្នុងមន្ទីរពេទ្យថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយ សូមទូរសព្ទទៅអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំ និង/ឬសេវាបម្រើសមាជិករបស់អ្នកដើម្បីរៀបចំសេវា។ ការថែទាំដែលមិនស្ថិតនៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយ គឺជាការថែទាំដែលមិនទាក់ទងនឹងជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយរបស់អ្នកនោះទេ។ គម្រោងរបស់យើងធានារ៉ាប់រងលើសេវាប្រឹក្សាយោបល់នៅមន្ទីរពេទ្យថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយ (តែម្តងគត់) សម្រាប់សមាជិកដែលមានជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយដែលមិនបានជ្រើសរើសអត្ថប្រយោជន៍នៅមន្ទីរពេទ្យថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយ ។ <i>ការអនុញ្ញាតជាមុនអាចត្រូវបានទាមទារ ហើយជាទំនួលខុសត្រូវរបស់អ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក។</i>	



សេវាមានការធានារ៉ាប់រង	អ្នកត្រូវតែបង់ប៉ុន្មាន
 ការចាក់ថ្នាំបង្ការ យើងបង់ថ្លៃសម្រាប់សេវាខាងក្រោម៖ • វ៉ាក់សាំងបង្ការជំងឺហើមសួត • ការចាក់វ៉ាក់សាំងបង្ការជំងឺផ្តាសាយធំ/គ្រុនក្តៅ នៅពេលរដូវជំងឺផ្តាសាយធំ/គ្រុនក្តៅនីមួយៗនៅក្នុងរដូវឆ្នាំខ្យល់ និងរដូវរងារ ដោយមានការចាក់វ៉ាក់សាំងបង្ការជំងឺផ្តាសាយធំ/គ្រុនក្តៅបន្ថែមប្រសិនបើមានការចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ • វ៉ាក់សាំងបង្ការជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B ប្រសិនបើអ្នកស្ថិតក្នុងហានិភ័យកម្រិតខ្ពស់ឬកម្រិតមធ្យមពីជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B • វ៉ាក់សាំង COVID-19 • វ៉ាក់សាំងសម្រាប់មេរោគវីរុសសាច់ដុះនៅក្នុងមនុស្ស (HPV) • វ៉ាក់សាំងផ្សេងៗទៀត ប្រសិនបើអ្នកស្ថិតក្នុងស្ថានភាពប្រឈមសុខភាព ហើយវ៉ាក់សាំងទាំងនោះសមស្របតាមច្បាប់ធានារ៉ាប់រង Medicare ផ្នែក B យើងបង់ថ្លៃសម្រាប់វ៉ាក់សាំងបង្ការផ្សេងៗទៀតដែលបំពេញតាមបទបញ្ជាធានារ៉ាប់រងរបស់ Medicare ផ្នែក D។ សូមអាន ជំពូកទី 6 នៃ <i>សៀវភៅណែនាំសមាជិក</i>នេះ ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែម។ យើងក៏បង់ថ្លៃលើវ៉ាក់សាំងទាំងអស់សម្រាប់មនុស្សពេញវ័យតាមការណែនាំរបស់គណៈកម្មការប្រឹក្សាយោបល់ស្តីពីការអនុវត្តលើការចាក់ថ្នាំបង្ការរោគ (ACIP)។	\$0



សេវាមានការធានារ៉ាប់រង	អ្នកត្រូវតែបង់ប៉ុន្មាន
ការថែទាំក្នុងមន្ទីរពេទ្យសម្រាប់អ្នកជំងឺដេកពេទ្យ យើងបង់ថ្លៃសម្រាប់សេវាខាងក្រោម និងសេវាចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រផ្សេងទៀតដែលមិនមាននៅក្នុងបញ្ជីឈ្មោះនៅទីនេះ៖ • បន្ទប់លក្ខណៈពាក់កណ្តាលឯកជន (ឬបន្ទប់ឯកជន ប្រសិនបើចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ) • អាហារ រួមមានរបបអាហារពិសេស • សេវាមើលថែទាំជាប្រចាំ • ថ្លៃចំណាយសម្រាប់អង្គភាពថែទាំពិសេស ដូចជាអង្គភាពថែទាំបន្ទាន់ ឬអង្គភាពថែទាំជំងឺបេះដូង • ឱសថ និងការប្រើប្រាស់ • ការធ្វើតេស្តនៅមន្ទីរពិសោធន៍ • សេវាថែទាំស្មើគ្នា និងវិទ្យុសកម្មផ្សេងៗទៀត • សម្ភារផ្គត់ផ្គង់ការវះកាត់ និងវេជ្ជសាស្ត្រដែលចាំបាច់ត្រូវមាន • ឧបករណ៍ប្រើប្រាស់ ដូចជា រទេះរុញ • សេវាវះកាត់ និងបន្ទប់ថែទាំក្រោយការវះកាត់ • ការព្យាបាលដោយចលនា ការព្យាបាលដោយឱ្យអ្នកជំងឺធ្វើសកម្មភាពផ្សេងៗ និងការព្យាបាលអ្នកមានបញ្ហាក្នុងការនិយាយ • សេវាព្យាបាលអ្នកជំងឺដេកពេទ្យដើម្បីផ្តាច់សារធាតុញៀន • ក្នុងករណីមួយចំនួន ប្រភេទនៃការប្តូរសរីរាង្គខាងក្រោម៖ កែវភ្នែក តម្រងនោម/លំពែង បេះដូង ថ្លើម សួត បេះដូង/សួត ឆ្អឹង ខួរឆ្អឹង កោសិកាមេ និងពោះវៀន/ការវះកាត់ប្តូរសរីរាង្គនៅក្នុងពោះ។ អត្ថប្រយោជន៍នេះមានបន្តនៅទំព័របន្ទាប់	\$0 អ្នកត្រូវតែទទួលបានការយល់ព្រមពីគម្រោងរបស់យើងដើម្បីទទួលបានការថែទាំអ្នកជំងឺដេកពេទ្យនៅមន្ទីរពេទ្យក្រៅបណ្តាញ បន្ទាប់ពីការសង្គ្រោះបន្ទាន់របស់អ្នកមានស្ថេរភាពវិញ។



សេវាមានការធានារ៉ាប់រង	អ្នកត្រូវតែបង់ប៉ុន្មាន
ការថែទាំក្នុងមន្ទីរពេទ្យសម្រាប់អ្នកជំងឺដេកពេទ្យ (ត) ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការប្តូរសេវា មជ្ឈមណ្ឌលប្តូរសេវាដែលទទួលស្គាល់ដោយ Medicare នឹងពិនិត្យករណីរបស់អ្នកឡើងវិញ ហើយសម្រេចប្រសិនបើអ្នកគឺជាបេក្ខជនសម្រាប់ប្តូរសេវាដែលបានរៀបចំ។ អ្នកផ្តល់ការផ្សារសេវា អាចនឹងជានៅក្នុងមូលដ្ឋាន ឬនៅក្រៅតំបន់ សេវា។ ប្រសិនបើអ្នកផ្តល់សេវាប្តូរសេវាក្នុងតំបន់មានឆន្ទៈក្នុងការទទួលយកតម្លៃរបស់ Medicare នោះអ្នកអាចទទួលបានសេវាប្តូរសេវារបស់អ្នកនៅក្នុងតំបន់ ឬក្រៅទម្រង់នៃការថែទាំសម្រាប់សហគមន៍របស់អ្នក។ ប្រសិនបើគម្រោងរបស់យើងផ្តល់សេវាប្តូរសេវាខាងក្រៅពីគំរូនៃការថែទាំសម្រាប់សហគមន៍របស់យើង ហើយអ្នកជ្រើសរើសយកការប្តូរសេវារបស់អ្នកនៅទីនោះ យើងនឹងរៀបចំ ឬបង់ប្រាក់លើការស្នាក់នៅ និងថ្លៃធ្វើដំណើរសម្រាប់អ្នក និងមនុស្សម្នាក់ផ្សេងទៀត។ • ឈាម រួមទាំងការរក្សាទុក និងការផ្តល់ជូន • សេវាគ្រូពេទ្យ ចំណាំ៖ ដើម្បីក្លាយជាអ្នកជំងឺដេកពេទ្យ អ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកត្រូវតែចេញវេជ្ជបញ្ជាដើម្បីទទួលស្គាល់អ្នកជាអ្នកក្នុងនាមជាអ្នកជំងឺដេកពេទ្យនៅមន្ទីរពេទ្យ។ ទោះបីជា អ្នកស្នាក់នៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យពេញមួយយប់ក៏ដោយក៏អ្នកនៅតែអាចចាត់ទុកជា “អ្នកជំងឺតែដេកពេទ្យ”។ ប្រសិនបើអ្នកមិនប្រាកដថាអ្នកជាអ្នកជំងឺស្នាក់នៅពេញមួយយប់នៅមន្ទីរពេទ្យ ឬជាអ្នកជំងឺតែដេកពេទ្យ សូមសាកសួរទៅកាន់បុគ្គលិកនៅមន្ទីរពេទ្យ។ ទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែមនៅក្នុងសន្លឹកព័ត៌មាន Medicare សម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍មន្ទីរពេទ្យ Medicare។ សន្លឹកព័ត៌មាននេះមាននៅលើគេហទំព័រ Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf ឬដោយទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY ទូរសព្ទទៅលេខ 1-877-486-2048។ <i>អាចតម្រូវឱ្យមានការអនុញ្ញាតជាមុន ហើយវាជាទំនួលខុសត្រូវរបស់អ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក។</i>	



ការស្នាក់នៅសម្រាប់អ្នកជំងឺដេកពេទ្យ៖ សេវាដែលមានធានារ៉ាប់រងក្នុងមន្ទីរពេទ្យ ឬមន្ទីរថែទាំសុខភាពជំនាញ (SNF) ក្នុងអំឡុងពេលស្នាក់នៅមន្ទីរពេទ្យដោយមិនមានការធានារ៉ាប់រង យើងមិនបង់ប្រាក់សម្រាប់អ្នកជំងឺស្នាក់ព្យាបាលរបស់អ្នកទេ ប្រសិនបើអ្នកបានប្រើប្រាស់អត្ថប្រយោជន៍អ្នកជំងឺស្នាក់ព្យាបាលទាំងអស់របស់អ្នក ឬប្រសិនបើការស្នាក់នៅមិនសមហេតុផល និងចាំបាច់ខាងវេជ្ជសាស្ត្រ។ ទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយ នៅក្នុងស្ថានភាពជាក់លាក់ដែលការថែទាំអ្នកជំងឺស្នាក់ព្យាបាលមិនត្រូវបានធានារ៉ាប់រង យើងអាចនឹងបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវា ដែលអ្នកទទួលបាននៅពេលអ្នកស្ថិតនៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យ ឬមណ្ឌលថែទាំអ្នកជំងឺ។ ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែម សូមទាក់ទងមកកាន់ផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជន។ យើងបង់ថ្លៃសម្រាប់សេវាខាងក្រោម ហើយប្រហែលជាសេវាផ្សេងៗទៀតដែលមិនមាននៅក្នុងបញ្ជីឈ្មោះនៅទីនេះ៖ • សេវាវេជ្ជបណ្ឌិត • ការធ្វើតេស្តរោគវិនិច្ឆ័យ ដូចជាធ្វើតេស្តនៅមន្ទីរពិសោធន៍ • ការព្យាបាលដោយការថតកម្មរស្មីអ៊ីច រ៉ាដ្យូម និងអ៊ីសូតូប រួមទាំងសេវា និងសម្ភាររបស់អ្នកបច្ចេកទេស • ស្បែករុំបួស • ប្រដាប់ទ្រងើងដៃបាក់ និងសម្ភារផ្សេងៗទៀតដែលត្រូវបានប្រើប្រាស់សម្រាប់ផ្នែកបាក់ និងភ្លាត់ • អវយវៈសិប្បនិម្មិត និងឧបករណ៍តម្រង់ឆ្អឹងជើង ក្រៅពីសុខភាពមាត់ធ្មេញ រួមមានការប្តូរ ឬការជួសជុលឧបករណ៍ទាំងនេះ។ ទាំងនេះគឺជាឧបករណ៍ដែលជំនួសផ្នែកទាំងអស់ ឬផ្នែកមួយនៃ៖ ○ សរីរាង្គក្នុងរាងកាយ (រួមទាំងជាលិកាដែលនៅជាប់គ្នា) ឬ ○ មុខងារនៃសរីរាង្គខាងក្នុងដែលមិនអាចដំណើរការ ឬដំណើរការខុសប្រក្រតី។	\$0



សេវាមានការធានារ៉ាប់រង	អ្នកត្រូវតែបង់ប៉ុន្មាន
• ជើង ដៃ ខ្នង និងប្រដាប់ទប់ក ប្រដាប់ទ្រ និងជើងដៃសិប្បនិម្មិត ព្រមទាំងភ្នែក។ វារួមមានការកែតម្រូវ ការជួសជុល និងការប្តូរដែលចាំបាច់ ដោយសារតែការបែកបាក់ ការសឹក ការបាត់បង់ ឬការផ្លាស់ប្តូរស្ថានភាពរបស់អ្នក • ការព្យាបាលដោយចលនា ការព្យាបាលការនិយាយស្តី និងការព្យាបាលដោយសកម្មភាពប្រចាំថ្ងៃ អាចតម្រូវឱ្យមានការអនុញ្ញាតជាមុន ហើយវាជាទំនួលខុសត្រូវរបស់អ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក។	



សេវាមានការធានារ៉ាប់រង	អ្នកត្រូវតែបង់ប៉ុន្មាន
 ការពិនិត្យរកជំងឺមហារីកសួតដោយមានការប្រើប្រាស់ការចតស្កេនរាងកាយដោយប្រើវិទ្យុសកម្មទាប (LDCT) គម្រោងរបស់យើងបង់ថ្លៃសម្រាប់ការពិនិត្យរកជំងឺមហារីកសួតរៀងរាល់ 12 ខែ ប្រសិនបើអ្នក៖ • មានអាយុពី 50-77 ឆ្នាំ និង • មានការផ្តល់ប្រឹក្សា និងការជួបពិគ្រោះដើម្បីធ្វើសេចក្តីសម្រេចរួមគ្នាជាមួយវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក ឬអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំដែលមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ដទៃទៀត និង • បានជក់បារីយ៉ាងតិចណាស់ 1 កញ្ចប់ក្នុងមួយថ្ងៃ អស់រយៈពេល 20 ឆ្នាំដោយគ្មានសញ្ញា ឬរោគសញ្ញានៃជំងឺមហារីកសួត ឬនៅជក់បារី ឬបានឈប់នៅក្នុងរយៈពេល 15 ឆ្នាំចុងក្រោយ បន្ទាប់ពីការពិនិត្យលើកដំបូង គម្រោងរបស់យើងបង់ថ្លៃលើការពិនិត្យមួយផ្សេងទៀតជារៀងរាល់ឆ្នាំ ដោយមានការណែនាំជាលាយលក្ខណ៍អក្សរពីវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក ឬអ្នកផ្តល់សេវាដែលមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ផ្សេងទៀត។ ប្រសិនបើអ្នកផ្តល់សេវាជ្រើសរើសផ្តល់ការប្រឹក្សាយោបល់លើការពិនិត្យរកជំងឺមហារីកសួត និងការជួបពិគ្រោះធ្វើសេចក្តីសម្រេចរួមគ្នាសម្រាប់ការពិនិត្យរកជំងឺមហារីកសួត ការជួបពិគ្រោះនេះត្រូវតែបំពេញតាមលក្ខណវិនិច្ឆ័យរបស់ Medicare សម្រាប់ការជួបពិគ្រោះបែបនេះ។	\$0



សេវាមានការធានារ៉ាប់រង	អ្នកត្រូវតែបង់ប៉ុន្មាន
ការព្យាបាលដោយប្រើអាហារូបត្ថម្ភវេជ្ជសាស្ត្រ អត្ថប្រយោជន៍នេះ គឺសម្រាប់អ្នកជំងឺទឹកនោមផ្អែម ឬជំងឺតម្រងនោម ដែលមិនទាន់លាងឈាម។ វាក៏សម្រាប់អ្នកក្រោយប្តូរតម្រងនោមរួច ហើយផងដែរ នៅពេលដែលគ្រូពេទ្យបានបញ្ជូនពួកគេ។ យើងបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាកម្មពិគ្រោះយោបល់មួយទល់នឹងមួយរយៈពេលបីម៉ោងក្នុងឆ្នាំដំបូងដែលអ្នកទទួលបានសេវាការព្យាបាលដោយប្រើអាហារូបត្ថម្ភវេជ្ជសាស្ត្រក្រោមកម្មវិធី Medicare។ យើងអាចយល់ព្រមលើសេវាបន្ថែម ប្រសិនបើជាចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ។ យើងបង់ថ្លៃសេវាការប្រឹក្សាមួយទល់មួយ ចំនួនពីរម៉ោង រាល់ឆ្នាំបន្ទាប់ពីនោះមក។ ប្រសិនបើស្ថានភាព ការព្យាបាល ឬការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យរបស់អ្នកផ្លាស់ប្តូរ អ្នកអាចទទួលបានចំនួនម៉ោងព្យាបាលបន្ថែមទៀត ដោយមាន ការបញ្ជូនបន្តពីវេជ្ជបណ្ឌិត។ វេជ្ជបណ្ឌិតត្រូវតែចេញវេជ្ជបញ្ជាអំពីសេវាទាំងនេះ និងបន្ត ការបញ្ជូនបន្តជាថ្មីរៀងរាល់ឆ្នាំ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការការព្យាបាលក្នុងឆ្នាំតាមប្រតិទិនបន្ទាប់។ យើងអាចយល់ព្រមលើសេវាបន្ថែម ប្រសិនបើជាចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ។	\$0



សេវាមានការធានារ៉ាប់រង	អ្នកត្រូវតែបង់ប៉ុន្មាន
ការថែទាំក្នុងមន្ទីរថែទាំសុខភាព មន្ទីរថែទាំសុខភាព (NF) ជាមន្ទីរមួយដែលផ្តល់ការថែទាំចំពោះមនុស្សដែលមិនអាចទទួលបានការថែទាំតាមផ្ទះបាន ប៉ុន្តែមិនចាំបាច់ស្នាក់នៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យ។ សេវាដែលយើងបង់ប្រាក់ឱ្យរួមមានជាអាទិ៍ដូចខាងក្រោម៖ • បន្ទប់ពាក់កណ្តាលឯកជន (ឬបន្ទប់ឯកជន បើមានភាពចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ) • អាហារ រួមមានរបបអាហារពិសេស • សេវាថែទាំអ្នកជំងឺ • ការព្យាបាលដោយចលនា ការព្យាបាលដោយសកម្មភាពប្រចាំថ្ងៃ និងការព្យាបាលការនិយាយស្តី • ការព្យាបាលជំងឺផ្លូវដង្ហើម • ឱសថដែលត្រូវផ្តល់ឱ្យអ្នកក្នុងផ្នែកមួយនៃគម្រោងថែទាំរបស់អ្នក។ (នេះរួមមានសារធាតុដែលមានជាធម្មជាតិនៅក្នុងខ្លួន ដូចជាកត្តាបង្កកឈាម)។ • ឈាម រួមទាំងការរក្សាទុក និងការផ្តល់ជូន • ឧបករណ៍ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ និងវះកាត់ជាធម្មតាត្រូវបានផ្តល់ឱ្យដោយមជ្ឈមណ្ឌលថែទាំសុខភាព • ការធ្វើតេស្តដោយបន្ទប់ពិសោធន៍ ដែលផ្តល់ជូនដោយមជ្ឈមណ្ឌលថែទាំសុខភាព • សេវាថែទាំស្មើគ្នា និងវិទ្យាសកម្មផ្សេងៗទៀតជាធម្មតាដែលបានផ្តល់ជូនដោយមជ្ឈមណ្ឌលថែទាំសុខភាព • ការប្រើប្រាស់របស់របរ ដូចជា រទេះរុញ ជាធម្មតាត្រូវបានផ្តល់ជូនដោយមជ្ឈមណ្ឌលថែទាំសុខភាព អត្ថប្រយោជន៍នេះមានបន្តនៅទំព័របន្ទាប់	\$0



សេវាមានការធានារ៉ាប់រង	អ្នកត្រូវតែបង់ប៉ុន្មាន
ការថែទាំក្នុងមន្ទីរថែទាំសុខភាព (ត) • សេវាអ្នកឯកទេស/គ្រូពេទ្យ • បរិក្ខារវេជ្ជសាស្ត្រដែលប្រើជាប់បានយូរ • សេវាសុខភាពមាត់ធ្មេញ រួមមានសេវាដាក់ធ្មេញជាដើម • អត្ថប្រយោជន៍សុខភាពភ្នែក • ការពិនិត្យត្រចៀក • ការថែទាំដោយការចាប់សរសៃ • សេវាព្យាបាលសុខភាពជើង ជាធម្មតា អ្នកទទួលបានការថែទាំពីមជ្ឈមណ្ឌលថែទាំក្នុងបណ្តាញ។ តែជាយ៉ាងណាមិញ អ្នកអាចនឹងទទួលបានការថែទាំរបស់អ្នក ពីមន្ទីរដែលមិននៅក្នុងបណ្តាញរបស់យើង។ អ្នកអាចទទួលបានការថែទាំពីកន្លែងខាងក្រោម ប្រសិនបើពួកគេទទួលយកចំនួនទឹកប្រាក់នៃគម្រោងរបស់យើងសម្រាប់ការទូទាត់៖ • មជ្ឈមណ្ឌលថែទាំសុខភាព ឬសហគមន៍ថែទាំអ្នកចូលនិវត្តន៍បន្តដែលអ្នករស់នៅ មុនពេលអ្នកទៅមន្ទីរពេទ្យ (ដរាបណាវាផ្តល់ជូនការថែទាំនៅមជ្ឈមណ្ឌលថែទាំសុខភាព)។ • មជ្ឈមណ្ឌលថែទាំសុខភាពដែលជាកន្លែងប្តីឬប្រពន្ធ ឬដៃគូរស់នៅជាមួយគ្នារបស់អ្នកកំពុងរស់នៅខណៈពេលដែលអ្នកចេញពីមន្ទីរពេទ្យ។	



សេវាមានការធានារ៉ាប់រង	អ្នកត្រូវតែបង់ប៉ុន្មាន
 ការពិនិត្យ និងការព្យាបាលការធាត់ដើម្បីកាត់បន្ថយទម្ងន់ ប្រសិនបើអ្នកមានសន្ទស្សន៍ម៉ាសរាងកាយ 30 ឬច្រើនជាងនេះ យើងបង់ថ្លៃសម្រាប់ការប្រឹក្សាយោបល់ដើម្បីជួយអ្នកសម្រកទម្ងន់។ អ្នកត្រូវតែទទួលការប្រឹក្សានៅកន្លែងថែទាំជាបឋម។ យ៉ាងនោះ វាអាចបានចាត់ចែងជាមួយនឹងគម្រោងការពារពេញលេញរបស់អ្នក។ សូមពិភាក្សាជាមួយអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំបឋមរបស់អ្នកដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែម។	\$0



សេវាមានការធានារ៉ាប់រង	អ្នកត្រូវតែបង់ប៉ុន្មាន
ការធ្វើតេស្តរោគវិនិច្ឆ័យអ្នកជំងឺឥតដេកពេទ្យ និងសេវាព្យាបាល និងការផ្គត់ផ្គង់ យើងបង់ថ្លៃសម្រាប់សេវាខាងក្រោម និងសេវាចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រផ្សេងទៀតដែលមិនមាននៅក្នុងបញ្ជីឈ្មោះនៅទីនេះ៖ • ការថតកាំរស្មីអ៊ិច • ការព្យាបាលដោយប្រើវិទ្យុសកម្ម (រ៉ាំរ៉ៃ និងអ៊ីសូតូប) រួមទាំងឧបករណ៍ និងសម្ភាររបស់អ្នកបច្ចេកទេស • ឧបករណ៍វះកាត់ ដូចជាប៉ង់ស៊ីម៉ង់ជាដើម • ប្រដាប់ទ្រងើងដៃបាក់ និងសម្ភារផ្សេងៗទៀតដែលត្រូវបានប្រើប្រាស់សម្រាប់ផ្នែកបាក់ និងភ្លាត់ • ការធ្វើតេស្តនៅមន្ទីរពិសោធន៍ • ឈាម រួមទាំងការរក្សាទុក និងការផ្តល់ជូន • ការធ្វើតេស្តរោគវិនិច្ឆ័យក្រោមមន្ទីរពិសោធន៍ដូចជាការថតស្កេន CT, MRIs, EKGs, និងការថតស្កេន PET នៅពេលដែលវេជ្ជបណ្ឌិតឬអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពផ្សេងទៀតរបស់អ្នកបញ្ជាឱ្យការធ្វើតេស្តនោះព្យាបាលស្ថានភាពសុខភាព • ការធ្វើតេស្តរោគវិនិច្ឆ័យសម្រាប់អ្នកជំងឺឥតដេកពេទ្យផ្សេងៗទៀត <i>អាចតម្រូវឱ្យមានការអនុញ្ញាតជាមុន ការបញ្ជូនបន្ត ហើយវាជាទំនួលខុសត្រូវរបស់អ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក។</i>	\$0



សេវាមានការធានារ៉ាប់រង	អ្នកត្រូវតែបង់ប៉ុន្មាន
ការអង្កេតរបស់មន្ទីរពេទ្យសម្រាប់អ្នកជំងឺឥតដេកពេទ្យ យើងបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាអង្កេតអ្នកជំងឺឥតដេកពេទ្យក្នុងមន្ទីរពេទ្យ ដើម្បីកំណត់ថាតើអ្នកត្រូវការអនុញ្ញាតឱ្យចូលជាអ្នកជំងឺស្នាក់ព្យាបាល ឬ អាចត្រូវបានឱ្យចាកចេញ។ សេវាកម្មត្រូវតែបំពេញតាមលក្ខណវិនិច្ឆ័យរបស់ Medicare ហើយត្រូវបានចាត់ទុកថាសមហេតុផល និងចាំបាច់។ សេវាសង្កេតការណ៍មានការធានារ៉ាប់រង លុះត្រាតែផ្តល់ដោយការណែនាំរបស់គ្រូពេទ្យ ឬបុគ្គលផ្សេងទៀតដែលមានការអនុញ្ញាតដោយច្បាប់រដ្ឋ និងបទបញ្ជាផ្ទៃក្នុងរបស់បុគ្គលិកមន្ទីរពេទ្យ ដើម្បីអនុញ្ញាតឱ្យអ្នកជំងឺចូលមន្ទីរពេទ្យ ឬបញ្ជាឱ្យធ្វើតេស្តសម្រាប់អ្នកជំងឺក្រៅ។ ចំណាំ៖ លុះត្រាតែអ្នកផ្តល់សេវាបានសរសេរលាយលក្ខណ៍អក្សរនូវវេជ្ជបញ្ជា ដើម្បីទទួលយកអ្នកជាអ្នកជំងឺស្នាក់ព្យាបាល នោះអ្នកនៅតែជាអ្នកជំងឺឥតដេកពេទ្យ។ ទោះបីជាអ្នកស្នាក់នៅមន្ទីរពេទ្យពេញមួយយប់ក៏ដោយ អ្នកនៅតែអាចត្រូវបានចាត់ទុកថា ជាអ្នកជំងឺឥតដេកពេទ្យ។ ប្រសិនបើអ្នកមិនប្រាកដថា អ្នកជាអ្នកជំងឺឥតដេកពេទ្យឬអត់នោះ សូមសាកសួរបុគ្គលិកនៅមន្ទីរពេទ្យ។ ទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែមនៅក្នុងសន្លឹកព័ត៌មាន Medicare សម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍មន្ទីរពេទ្យ Medicare ។ សន្លឹកព័ត៌មាននេះមាននៅលើគេហទំព័រ Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf	\$0



ការថែទាំសុខភាពផ្លូវចិត្តសម្រាប់អ្នកជំងឺឥតដេកពេទ្យ យើងបង់ថ្លៃសម្រាប់សេវាសុខភាពផ្លូវចិត្តដែលត្រូវបានផ្តល់ជូនដោយ៖ • វេជ្ជបណ្ឌិត ឬគ្រូពេទ្យផ្នែកវិកលចរិតដែលមានអាជ្ញាបណ្ណពីរដ្ឋ • គ្រូពេទ្យឯកទេសផ្នែកចិត្តសាស្ត្រនៅតាមគ្លីនិក • បុគ្គលិកកិច្ចការសង្គមនៅតាមគ្លីនិក • គិលានុបដ្ឋាយិកាឯកទេសនៅតាមគ្លីនិក • អ្នកប្រឹក្សាជំនាញដែលមានអាជ្ញាបណ្ណ (LPC) • អ្នកជំនាញផ្នែកសុខភាពផ្លូវចិត្តសម្រាប់បញ្ហាអាពាហ៍ពិពាហ៍ និងគ្រួសារដែលមានអាជ្ញាបណ្ណ (LMFT) • គ្រូពេទ្យផ្នែកថែទាំអ្នកជំងឺ (NP) • ជំនួយការគ្រូពេទ្យ (PA) • អ្នកមានវិជ្ជាជីវៈផ្នែកថែទាំសុខភាពផ្សេងទៀតដែលមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់របស់ Medicare ដូចដែលបានអនុញ្ញាតក្រោមច្បាប់ចូលជាធរមានរបស់រដ្ឋ យើងបង់ថ្លៃសម្រាប់សេវាខាងក្រោម ហើយប្រហែលជាសេវាផ្សេងៗទៀតដែលមិនមាននៅក្នុងបញ្ជីឈ្មោះនៅទីនេះ៖ • សេវានៅគ្លីនិក • ការព្យាបាលនៅពេលថ្ងៃ • សេវាស្តារសមត្ថភាពផ្លូវចិត្ត និងសង្គម • កម្មវិធីស្នាក់នៅមន្ទីរពេទ្យដោយផ្នែក ឬកម្មវិធីសម្រាប់អ្នកជំងឺឥតដេកពេទ្យធ្ងន់ធ្ងរ • ការវាយតម្លៃ និងការព្យាបាលសុខភាពផ្លូវចិត្តជាបុគ្គល និងជាក្រុម • ការធ្វើតេស្តចិត្ត និងសង្គម នៅពេលការពិនិត្យព្យាបាលបានបញ្ជាក់ដើម្បីវាយតម្លៃលទ្ធផលសុខភាពផ្លូវចិត្ត • សេវាអ្នកជំងឺឥតដេកពេទ្យសម្រាប់គោលបំណងនៃការសង្កេតមើលវិធីព្យាបាលតាមរយៈឱសថ • មន្ទីរពិសោធន៍ន៍ ឱសថ សម្ភារផ្គត់ផ្គង់ និងអាហារបំប៉នសម្រាប់អ្នកជំងឺឥតដេកពេទ្យ	\$0

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan តាមរយៈលេខ 1-800-452-4413

(TTY: 711) ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ម៉ោង PT ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទ គឺឥត

គិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ [blueshieldca.com/medicare](https://www.blueshieldca.com/medicare)។



សេវាមានការធានារ៉ាប់រង	អ្នកត្រូវតែបង់ប៉ុន្មាន
• ការប្រើក្បាលខាងផ្នែកចិត្តវិទ្យា <i>អាចតម្រូវឱ្យមានការអនុញ្ញាតជាមុន ហើយវាជាទំនួលខុសត្រូវរបស់អ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក។</i>	
ការវះកាត់អ្នកជំងឺឥតដេកពេទ្យ យើងបង់ថ្លៃសម្រាប់សេវាវះកាត់អ្នកជំងឺឥតដេកពេទ្យ និងសេវានៅមជ្ឈមណ្ឌលថែទាំអ្នកជំងឺឥតដេកពេទ្យ និងមជ្ឈមណ្ឌលវះកាត់ចល័ត។ ចំណាំ៖ ប្រសិនបើអ្នកកំពុងធ្វើការវះកាត់នៅមន្ទីរពេទ្យ អ្នកគួរតែពិនិត្យជាមួយអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកថា តើអ្នកនឹងជាអ្នកជំងឺស្នាក់ព្យាបាល ឬអ្នកជំងឺឥតដេកពេទ្យដែរឬទេ។ លុះត្រាតែអ្នកផ្តល់សេវាសរសេរលាយលក្ខណ៍អក្សរនូវវេជ្ជបញ្ជាដើម្បីទទួលយកអ្នកជាអ្នកជំងឺស្នាក់ព្យាបាល នោះអ្នកនៅតែជាអ្នកជំងឺឥតដេកពេទ្យ។ ទោះបីជាអ្នកស្នាក់នៅមន្ទីរពេទ្យពេញមួយយប់ក៏ដោយ អ្នកនៅតែអាចត្រូវបានចាត់ទុកថាជាអ្នកជំងឺឥតដេកពេទ្យ។ <i>អាចតម្រូវឱ្យមានការអនុញ្ញាតជាមុន ហើយវាជាទំនួលខុសត្រូវរបស់អ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក។</i>	\$0 សម្រាប់ការជួបពិនិត្យនីមួយៗនៅក្នុងមជ្ឈមណ្ឌលវះកាត់ចល័ត ឬមជ្ឈមណ្ឌលថែទាំក្នុងមន្ទីរពេទ្យសម្រាប់អ្នកជំងឺឥតដេកពេទ្យ។



ការថែទាំបំបាត់ការឈឺចាប់បណ្តោះអាសន្ន ការថែទាំបំបាត់ការឈឺចាប់បណ្តោះអាសន្ន មានការធានារ៉ាប់រងពីគម្រោងរបស់យើង។ ការថែទាំបំបាត់ការឈឺចាប់បណ្តោះអាសន្ន គឺសម្រាប់មនុស្សដែលមានជំងឺធ្ងន់ធ្ងរ។ វាផ្តល់ការថែទាំផ្ដោតលើអ្នកជំងឺនិងគ្រួសារជាក្រុម ដែលលើកកម្ពស់គុណភាពជីវិត ដោយការរំពឹងទុកការបង្ការ និងការព្យាបាលការរងទុក្ខ។ ការថែទាំបំបាត់ការឈឺចាប់ មិនមែន ជាមន្ទីរពេទ្យថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយទេ ដូច្នេះអ្នកមិនចាំបាច់មានអាយុកាលរំពឹងទុករយៈពេលប្រាំមួយខែ ឬតិចជាងនេះ ដើម្បីមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ការថែទាំបំបាត់ការឈឺចាប់នោះទេ។ ការថែទាំបំបាត់ការឈឺចាប់ត្រូវបានផ្តល់ជូនក្នុងពេលតែមួយជាមួយនឹងការថែទាំឱ្យជាសះស្បើយ/ជាទៀងទាត់។ ការថែទាំបំបាត់ការឈឺចាប់បណ្តោះអាសន្ន រួមមានដូចខាងក្រោម៖ • គម្រោងថែទាំជាមុន • ការវាយតម្លៃ និងការប្រឹក្សាលើការថែទាំបំបាត់ការឈឺចាប់បណ្តោះអាសន្ន • គម្រោងថែទាំ រួមមានការថែទាំបំបាត់ការឈឺចាប់ និងជាសះស្បើយដែលមានការអនុញ្ញាតទាំងអស់ រួមទាំងសុខភាពផ្លូវចិត្ត និងសេវាសង្គមកិច្ចផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ • សេវាពីក្រុមការងារថែទាំសុខភាពដែលបានចាត់តាំងរបស់អ្នក • ការសម្របសម្រួលការថែទាំ • ការគ្រប់គ្រងការឈឺចាប់ និងអាការ អ្នកប្រហែលជាមិនទទួលបានការថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយនិងការថែទាំបំបាត់ការឈឺចាប់ក្នុងពេលតែមួយទេ ប្រសិនបើអ្នកមានអាយុលើសពី 21 ឆ្នាំ។ ប្រសិនបើអ្នកកំពុងទទួលបានការថែទាំបំបាត់ការឈឺចាប់ និងបំពេញតាមសិទ្ធិទទួលបានការថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយ អ្នកអាចស្នើសុំឱ្យផ្លាស់ប្តូរទៅការថែទាំនៅមន្ទីរពេទ្យអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយបានគ្រប់ពេលវេលា។	\$0



សេវាមានការធានារ៉ាប់រង	អ្នកត្រូវតែបង់ប៉ុន្មាន
 ការធ្វើតេស្តរកមើលមហារីកក្រពេញប្រូស្តាត សម្រាប់បុរសដែលមានវ័យចាប់ពី 50 ឆ្នាំឡើងទៅ យើងបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាកម្មខាងក្រោមម្តងរៀងរាល់ 12 ខែ៖ • ការពិនិត្យពោះវៀនដោយប្រព័ន្ធខ្ទីរជីវិត • ការធ្វើតេស្តអង់ទីហ្សែនជាក់លាក់របស់ក្រពេញប្រូស្តាត (PSA)	\$0
 ការពិនិត្យរកការឆ្លងមេរោគរលាកថ្លើមប្រភេទ C យើងធានារ៉ាប់រងលើការពិនិត្យរកជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ C មួយប្រសិនបើវេជ្ជបណ្ឌិតថែទាំបម្រើរបស់អ្នក ឬអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពដែលមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ផ្សេងទៀតផ្តល់សេចក្តីបង្គាប់មួយហើយអ្នកបំពេញតាមលក្ខខណ្ឌមួយក្នុងចំណោមលក្ខខណ្ឌទាំងនេះ៖ • អ្នកមានហានិភ័យខ្ពស់ដោយសារតែអ្នកប្រើ ឬបានប្រើថ្នាំចាក់ឧសច្ចាប័ក • អ្នកបានទទួលការបញ្ចូលឈាមមុនឆ្នាំ 1992។ • អ្នកកើតចន្លោះឆ្នាំ 1945-1965។ ប្រសិនបើអ្នកកើតចន្លោះឆ្នាំ 1945-1965 ហើយមិនត្រូវបានចាត់ទុកថាជាអ្នកដែលមានហានិភ័យខ្ពស់នោះ យើងនឹងបង់ប្រាក់សម្រាប់ការពិនិត្យរកជំងឺម្តង។ ប្រសិនបើអ្នកមានហានិភ័យខ្ពស់ (ឧទាហរណ៍ អ្នកបានបន្តប្រើថ្នាំចាក់ឧសច្ចាប័កចាប់តាំងពីការធ្វើតេស្តរកជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ C របស់អ្នកពីមុនមក) យើងធានារ៉ាប់រងលើការពិនិត្យប្រចាំឆ្នាំ។	\$0

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan តាមរយៈលេខ 1-800-452-4413

(TTY: 711) ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ម៉ោង PT ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទ គឺឥត

គិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ [blueshieldca.com/medicare](https://www.blueshieldca.com/medicare)។



សេវាមានការធានារ៉ាប់រង	អ្នកត្រូវតែបង់ប៉ុន្មាន
 ការពិនិត្យ និងការប្រឹក្សាយោបល់ចំពោះជំងឺឆ្លងតាមការរួមភេទ (STI) យើងបង់ថ្លៃសម្រាប់ការពិនិត្យរកមេរោគប្រមូលទឹកថ្លា រោគប្រមូល រោគស្វាយ និងជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B។ ការពិនិត្យទាំងនេះត្រូវបានធានារ៉ាប់រង សម្រាប់ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ និង សម្រាប់មនុស្សមួយចំនួនដែលស្ថិតនៅក្នុងហានិភ័យកើនឡើងសម្រាប់ STI។ អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំបឋមត្រូវតែចេញបទបញ្ជាអំពីការធ្វើតេស្ត។ យើងធានារ៉ាប់រងលើការធ្វើតេស្តទាំងនេះម្តងរៀងរាល់ 12 ខែ ឬនៅពេលជាក់លាក់ក្នុងអំឡុងពេលមានផ្ទៃពោះ។ យើងក៏បង់ថ្លៃចំពោះការជួបទល់មុខគ្នាចំនួនពីរដង វគ្គប្រឹក្សាអំពីអាកប្បកិរិយាយ៉ាងល្អិតល្អន់ខ្លាំងជាងរៀងរាល់ឆ្នាំសម្រាប់មនុស្សពេញវ័យដែលមានសកម្មភាពផ្លូវភេទដែលមានហានិភ័យកើនឡើងនៃជំងឺ STI។ វគ្គនីមួយៗអាចមានរយៈពេលពី 20 ទៅ 30 នាទី។ យើងបង់ថ្លៃសម្រាប់វគ្គប្រឹក្សាយោបល់ទាំងនេះដែលជាសេវាបង្ការជំងឺតែប៉ុណ្ណោះ ប្រសិនបើវគ្គទាំងនោះត្រូវបានផ្តល់ឱ្យដោយអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំបឋម។ វគ្គទាំងនេះត្រូវតែធ្វើឡើងនៅទីតាំងតំបែទាំសុខភាពបឋម ដូចជានៅការិយាល័យវេជ្ជបណ្ឌិតជាដើម។	\$0



សេវាមានការធានារ៉ាប់រង	អ្នកត្រូវតែបង់ប៉ុន្មាន
ការថែទាំក្នុងមន្ទីរថែទាំសុខភាពជំនាញ (Skilled nursing facility, SNF) សម្រាប់និយមន័យនៃការថែទាំក្នុងមណ្ឌលថែទាំសុខភាពដែលមានជំនាញ សូមមើលជំពូកទី 12។ យើងបង់ថ្លៃសម្រាប់សេវាខាងក្រោម ហើយប្រហែលជាសេវាផ្សេងៗទៀតដែលមិនមាននៅក្នុងបញ្ជីឈ្មោះនៅទីនេះ៖ • បន្ទប់ឯកជនពាក់កណ្តាល ឬបន្ទប់ឯកជន បើមានភាពចាំបាច់ខាងវេជ្ជសាស្ត្រ • អាហារ រួមមានរបបអាហារពិសេស • សេវាថែទាំជំនាញ • ការព្យាបាលដោយចលនា ការព្យាបាលដោយសកម្មភាពប្រចាំថ្ងៃ និងការព្យាបាលការនិយាយស្តី • ឱសថដែលអ្នកទទួលបានជាផ្នែកមួយនៃគម្រោងថែទាំរបស់អ្នក រួមមានសារធាតុដែលមានជាធម្មតានៅក្នុងខ្លួនប្រាណ ដូចជាកត្តាកំណកឈាមជាដើម អត្ថប្រយោជន៍នេះមានបន្តនៅទំព័របន្ទាប់	\$0



សេវាមានការធានារ៉ាប់រង	អ្នកត្រូវតែបង់ប៉ុន្មាន
ការថែទាំក្នុងមន្ទីរថែទាំសុខភាពជំនាញ (Skilled nursing facility, SNF) (បន្ត) • ឈាម រួមទាំងការរក្សាទុក និងការផ្តល់ជូន • សម្ភារផ្គត់ផ្គង់វេជ្ជសាស្ត្រ និងការវះកាត់ដែលផ្តល់ដោយ SNF • ការធ្វើតេស្តនៅមន្ទីរពិសោធន៍ដែលផ្តល់ដោយ SNF • សេវាថែទាំស្មើគ្នា និងវិទ្យុសកម្មផ្សេងៗទៀតដែលផ្តល់ជូនដោយមជ្ឈមណ្ឌលថែទាំសុខភាព • ឧបករណ៍ប្រើប្រាស់ ដូចជា រទេះរុញដែលជាធម្មតាផ្តល់ជូនដោយមជ្ឈមណ្ឌលថែទាំសុខភាព • សេវាគ្រូពេទ្យ/អ្នកផ្តល់សេវា ជាធម្មតា អ្នកទទួលបានការថែទាំ SNF ពីមជ្ឈមណ្ឌលថែទាំក្នុងបណ្តាញ។ នៅក្រោមលក្ខខណ្ឌជាក់លាក់មួយចំនួន អ្នកអាចទទួលបានការថែទាំរបស់អ្នកពីមន្ទីរថែទាំនៅក្រៅបណ្តាញផងដែរ។ អ្នកអាចទទួលបានការថែទាំពីកន្លែងខាងក្រោម ប្រសិនបើពួកគេទទួលយកចំនួនទឹកប្រាក់នៃគម្រោងរបស់យើងសម្រាប់ការទូទាត់៖ • មជ្ឈមណ្ឌលថែទាំសុខភាព ឬសហគមន៍ថែទាំអ្នកចូលនិវត្តន៍បន្តដែលអ្នករស់នៅ មុនពេលអ្នកទៅមន្ទីរពេទ្យ (ដរាបណាវាផ្តល់សេវាមជ្ឈមណ្ឌលថែទាំសុខភាព) • មជ្ឈមណ្ឌលថែទាំសុខភាពដែលជាកន្លែងប្តីឬប្រពន្ធ ឬដៃគូរស់នៅជាមួយគ្នារបស់អ្នក កំពុងរស់នៅខណៈពេលដែលអ្នកចេញពីមន្ទីរពេទ្យ <i>អាចតម្រូវឱ្យមានការអនុញ្ញាតជាមុន ហើយវាជាទំនួលខុសត្រូវរបស់អ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក។</i>	



សេវាមានការធានារ៉ាប់រង	អ្នកត្រូវតែបង់ប៉ុន្មាន
 ការផ្តាច់បារី និងការផ្តាច់ការប្រើប្រាស់ថ្នាំជក់ ការប្រឹក្សាយោបល់អំពីការផ្តាច់បារី និងការប្រើថ្នាំជក់ត្រូវបានធានារ៉ាប់រងសម្រាប់អ្នកជំងឺឥតជេកពេទ្យ និងអ្នកជំងឺសម្រាកព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យដែលបំពេញតាមលក្ខណវិនិច្ឆ័យទាំងនេះ៖ • ប្រើថ្នាំជក់ដោយមិនគិតពីថាតើវាបង្ហាញសញ្ញា ឬរោគសញ្ញានៃជំងឺពាក់ព័ន្ធនឹងថ្នាំជក់ • មានសមត្ថភាព និងដាស់តឿនក្នុងអំឡុងពេលផ្តល់ប្រឹក្សា • គ្រូពេទ្យដែលមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ ឬគ្រូពេទ្យដែលទទួលស្គាល់ដោយ Medicare ផ្សេងទៀតផ្តល់ការប្រឹក្សាយោបល់ យើងធានារ៉ាប់រងលើការព្យាយាមការផ្តាច់ពីរដងក្នុងមួយឆ្នាំ (ការព្យាយាមនីមួយៗអាចរួមបញ្ចូលវគ្គកម្រិតមធ្យម ឬកម្រិតខ្លាំងបំផុតចំនួនបួនវគ្គរហូតដល់ប្រាំបីវគ្គក្នុងមួយឆ្នាំ)។	\$0



សេវាមានការធានារ៉ាប់រង	អ្នកត្រូវតែបង់ប៉ុន្មាន
ការព្យាបាលដោយការធ្វើលំហាត់ប្រាណក្រោមការត្រួតពិនិត្យ (SET) យើងបង់ថ្លៃលើ SET សម្រាប់សមាជិកដែលមានធានារ៉ាប់រងសម្រាប់សេវាសម្រាប់សមាជិក (PAD) ដែលមានការបញ្ជូនបន្តទៅកាន់ PAD សម្រាប់គ្រូពេទ្យដែលទទួលខុសត្រូវលើការព្យាបាល PAD។ គម្រោងរបស់យើងបង់ថ្លៃសម្រាប់៖ • រហូតដល់ 36 វគ្គក្នុងអំឡុងពេល 12 សប្តាហ៍ ប្រសិនបើតម្រូវការ SET ទាំងអស់ត្រូវបានបំពេញតាមលក្ខខណ្ឌតម្រូវ • 36 វគ្គបន្ថែមទៀត ប្រសិនបើត្រូវបានកំណត់ថា មានភាពចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដោយអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាព កម្មវិធី SET ត្រូវតែមាន៖ • វគ្គដែលមានរយៈពេល 30 ទៅ 60 នាទីនៃកម្មវិធីបណ្តុះបណ្តាលលំហាត់ប្រាណព្យាបាលសម្រាប់ PAD សម្រាប់សមាជិកដែលមានការមូលក្រពើ ដោយសារឈាមរត់មិនល្អ (ក្តាមកាច់ជើង) • នៅក្នុងកន្លែងរបស់អ្នកជំងឺតែងតែដាក់ពេទ្យក្នុងមន្ទីរពេទ្យ ឬនៅក្នុងការិយាល័យរបស់គ្រូពេទ្យ • ផ្តល់ដោយបុគ្គលិកដែលមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ ដែលធានាថា អត្ថប្រយោជន៍លើសពីគ្រោះថ្នាក់ និងដែលត្រូវបានបណ្តុះបណ្តាលក្នុងការព្យាបាលដោយការធ្វើលំហាត់ប្រាណសម្រាប់ PAD • ស្ថិតនៅក្រោមការគ្រប់គ្រងដោយផ្ទាល់របស់គ្រូពេទ្យ ជំនួយការគ្រូពេទ្យ ឬគ្រូពេទ្យដែលជាគិលានុបដ្ឋាយិកា/អ្នកឯកទេសគិលានុបដ្ឋាយិកាតាមគ្លីនិក ដែលបានទទួលការបណ្តុះបណ្តាលទាំងតិចនិកគាំទ្រជីវិតមូលដ្ឋាន និងកម្រិតខ្ពស់ <i>អាចតម្រូវឱ្យមានការអនុញ្ញាតជាមុន ហើយវាជាទំនួលខុសត្រូវរបស់អ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក។</i>	\$0



សេវាមានការធានារ៉ាប់រង	អ្នកត្រូវតែបង់ប៉ុន្មាន
ការថែទាំដែលត្រូវការជាបន្ទាន់ ការថែទាំដែលត្រូវការជាបន្ទាន់ត្រូវបានផ្តល់ឱ្យដើម្បីព្យាបាល៖ • ករណីមិនមែនសង្គ្រោះបន្ទាន់ដែលតម្រូវឱ្យមើលការថែទាំផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រភ្លាមៗ ឬ • ជំងឺដែលមិនបានរំពឹងទុក ឬ • របួសស្នាម ឬ • ស្ថានភាពដែលត្រូវការសេវាថែទាំភ្លាមៗ។ ប្រសិនបើអ្នកតម្រូវឱ្យមានការថែទាំដែលត្រូវការជាបន្ទាន់ ជាដំបូងអ្នកគួរព្យាយាមរកអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញជាមុនសិន។ ទោះបីយ៉ាងណាក៏ដោយ អ្នកអាចប្រើអ្នកផ្តល់សេវានៅក្រៅបណ្តាញ នៅពេលដែលអ្នកមិនអាចទទួលបានអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញបាន ដោយសារបានផ្តល់ពេលវេលា ទីកន្លែង កាលៈទេសៈរបស់អ្នក វាមិនអាចទៅរួច ឬមិនសមហេតុផលក្នុងការទទួលបានសេវាកម្មពីអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ (ឧទាហរណ៍ នៅពេលអ្នកនៅក្រៅតំបន់ផ្តល់សេវារបស់គម្រោង ហើយអ្នកត្រូវការសេវាភ្លាមៗដែលចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រសម្រាប់ស្ថានភាពដែលមើលមិនឃើញ ឬប៉ុន្តែវាមិនមែនជាភាពអាសន្នផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រទេ)។ *ការធានារ៉ាប់រងទូទាំងពិភពលោក អ្នកមិនមានការកំណត់អតិបរមារួមប្រចាំឆ្នាំសម្រាប់សេវាថែទាំសង្គ្រោះបន្ទាន់ ឬសេវាចាំបាច់បន្ទាន់នៅក្រៅសហរដ្ឋអាមេរិក និងដែនដីរបស់វាឡើយ ហើយការចំណាយទាំងនោះ ក៏មិនរាប់បញ្ចូលក្នុងចំនួនកំណត់នៃការចំណាយផ្ទាល់ខ្លួនអតិបរមារបស់គម្រោងដែរ។ *សេវាមិនអនុវត្តចំពោះការកំណត់អតិបរមានៃការចំណាយចេញពីហោប៉ៅរបស់គម្រោងទេ។	\$0 ការធានារ៉ាប់រងរួម 20% សម្រាប់ការធានារ៉ាប់រងបន្ទាន់ទូទាំងពិភពលោក (ការធានារ៉ាប់រងរួមត្រូវបានលើកលែងប្រសិនបើចូលសម្រាកនៅមន្ទីរពេទ្យក្នុងរយៈពេលមួយថ្ងៃសម្រាប់ស្ថានភាពដូចគ្នា)។



សេវាមានការធានារ៉ាប់រង	អ្នកត្រូវតែបង់ប៉ុន្មាន
 ការថែទាំសុខភាពភ្នែក (ធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare) យើងបង់ថ្លៃសម្រាប់សេវាខាងក្រោម៖ យើងបង់ថ្លៃសម្រាប់សេវាវេជ្ជបណ្ឌិតសម្រាប់អ្នកជំងឺឥតដេកពេទ្យចំពោះការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ និងការព្យាបាលជំងឺ និងរូសនៅផ្នែកភ្នែក។ ឧទាហរណ៍ ការព្យាបាលសម្រាប់សមត្ថភាពភ្នែកចុះខ្សោយដែលទាក់ទងនឹងអាយុ។ សម្រាប់អ្នកដែលមានហានិភ័យខ្ពស់នៃជំងឺទឹកដក់ក្នុងភ្នែក យើងបង់ថ្លៃសម្រាប់ការចត្តាៈទឹកដក់ក្នុងភ្នែកម្តងក្នុងឆ្នាំនីមួយៗ។ អ្នកដែលមានហានិភ័យខ្ពស់នៃជំងឺទឹកដក់ក្នុងភ្នែក រួមមាន៖ • អ្នកដែលមានគ្រួសារមានប្រវត្តិកើតជំងឺទឹកដក់ក្នុងភ្នែក • អ្នកដែលមានជំងឺទឹកនោមផ្អែម • ជនជាតិអាមេរិកដើមកំណើតអាហ្វ្រិក ដែលមានអាយុលើសពី 50 ឆ្នាំឡើងទៅ • ជនជាតិអាមេរិកដើមកំណើតអេស្ប៉ាញ ដែលមានអាយុចាប់ពី 65 ឆ្នាំឡើងទៅ សម្រាប់អ្នកដែលមានជំងឺទឹកនោមផ្អែម យើងបង់ប្រាក់សម្រាប់ការពិនិត្យរកជំងឺរទិនបណ្តាលមកពីជំងឺទឹកនោមផ្អែមម្តងក្នុងមួយឆ្នាំ។ យើងបង់ថ្លៃសម្រាប់វ៉ែនតាមួយគូ ឬកែវដាក់លើគ្រាប់ភ្នែក បន្ទាប់ពីការវះកាត់បាយភ្នែករួច នៅពេលវេជ្ជបណ្ឌិតដាក់បញ្ចូននូវកញ្ចប់ក្នុងកែវភ្នែក។ ប្រសិនបើអ្នកមានការវះកាត់បាយភ្នែកពីរដងដោយឡែកពីគ្នា អ្នកត្រូវតែទទួលបានវ៉ែនតាមួយគូក្រោយពេលវះកាត់រួច។ អ្នកមិនអាចទទួលបានវ៉ែនតាពីរគូនោះទេ បន្ទាប់ពីការវះកាត់លើកទីពីរនោះ បើទោះបីជាអ្នកមិនបានទទួលវ៉ែនតាបន្ទាប់ពីការវះកាត់លើកទីមួយក៏ដោយ។ <i>អាចតម្រូវឱ្យមានការអនុញ្ញាតជាមុន ហើយវាជាទំនួលខុសត្រូវរបស់អ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក។</i>	\$0



ការថែទាំសុខភាពភ្នែកមិនបានធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare ទេ (ទទួលបានពីអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ)* សេវាដែលមានធានារ៉ាប់រងរួមមាន៖ - ការពិនិត្យភ្នែកជាប្រចាំ រួមមានការឆ្លុះមើលភ្នែក និងវេជ្ជបញ្ជាសម្រាប់កញ្ចក់វ៉ែនតា។ ប្រសិនបើអ្នកផ្តល់សេវាណែនាំនីតិវិធីបន្ថែម អ្នកនឹងទទួលខុសត្រូវក្នុងការបង់ថ្លៃចំណាយបន្ថែមដោយខ្លួនឯង។ តម្រូវឱ្យមានថ្លៃសេវាបន្ថែមសម្រាប់ការពិនិត្យកែវដាក់លើគ្រាប់ភ្នែក។ អ្នកទទួលខុសត្រូវក្នុងការបង់ថ្លៃចំណាយបន្ថែម។ - ដងវ៉ែនតា។ - កញ្ចក់វ៉ែនតា ឬកែវពាក់ក្នុងភ្នែក។ ប្រសិនបើអ្នកជ្រើសរើសកញ្ចក់វ៉ែនតា អ្នកអាចជ្រើសរើសកញ្ចក់ដែលមានតំបន់តំបន់កំហើញមួយ មានតំបន់តំបន់កំហើញពីរ មានតំបន់តំបន់កំហើញបី និងកែវកម្លាំងពិសេស។ ប្រសិនបើអ្នកជ្រើសរើសកែវពាក់លើគ្រាប់ភ្នែកផ្សេងទៀតដែលមិនមានក្នុងបញ្ជី ឬការព្យាបាលបន្ថែម អ្នកនឹងទទួលខុសត្រូវក្នុងការបង់ថ្លៃបន្ថែម ទោះបីជាថ្លៃសរុបនៅតែស្ថិតនៅក្នុងប្រាក់ឧបត្ថម្ភក៏ដោយ។ ការអនុញ្ញាតជាមុន (ការយល់ព្រមជាមុន) មិនត្រូវបានទាមទារទេ។ ប្រើបញ្ជីឈ្មោះសុខភាពភ្នែក ឬចូលទៅកាន់គេហទំព័រ blueshieldca.com/find-a-doctor ដើម្បីកំណត់ទីតាំងអ្នកផ្តល់សេវាដែលចូលរួមក្នុងបណ្តាញគម្រោង Vision Service Plan (VSP) (អ្នកគ្រង់គ្រង់គម្រោង Blue Shield Vision Plan)។	\$0 សម្រាប់ការពិនិត្យម្តងរៀងរាល់ឆ្នាំ នៅពេលអ្នកប្រើអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ។ \$0 សម្រាប់ដងវ៉ែនតា (តម្លៃលក់រាយធម្មតារហូតដល់ \$365) រៀងរាល់ឆ្នាំ នៅពេលអ្នកប្រើអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ។ ប្រសិនបើអ្នកជ្រើសរើសស៊ុមវ៉ែនតាដែលមានតម្លៃលើសពី \$365 អ្នកទទួលខុសត្រូវចំពោះការបង់ចំណាយដែលលើនោះ។ \$0 សម្រាប់ខ្នងកញ្ចក់វ៉ែនតាមួយគូតាមវេជ្ជបញ្ជា (ដោយមិនគិតពីទំហំ ឬឌីក្រេភ្នែក) ឬក៏សម្រាប់កែវដាក់ក្នុងភ្នែក (មានតម្លៃរហូតដល់ \$365 សម្រាប់សេវា និងវត្ថុធាតុដើមនៃកែវដាក់ក្នុងភ្នែក) រៀងរាល់ឆ្នាំ នៅពេលអ្នកប្រើប្រាស់អ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ។ ប្រសិនបើសេវា និងសម្ភារៈ

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan តាមរយៈលេខ 1-800-452-4413

(TTY: 711) ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ម៉ោង PT ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទ គឺឥត

គិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ blueshieldca.com/medicare។



សេវាមានការធានារ៉ាប់រង	អ្នកត្រូវតែបង់ប៉ុន្មាន
* សេវាមិនអនុវត្តចំពោះការកំណត់អតិបរមានៃការចំណាយចេញពីហោប៉ៅរបស់គម្រោងទេ។	មានតម្លៃលើសពី \$365 អ្នកត្រូវទទួលខុសត្រូវចំពោះចំនួនខុសគ្នា។
ការថែទាំសុខភាពភ្នែកមិនបានធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare ទេ (ទទួលបានពីអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ)* - ការពិនិត្យភ្នែកជាប្រចាំ ការឆ្លុះមើលភ្នែក និងវេជ្ជបញ្ជាសម្រាប់កញ្ចក់វ៉ែនតា។ - ស៊ុមវ៉ែនតា និងកញ្ចក់វ៉ែនតា (រួមទាំងកញ្ចក់កែវភ្នែកទោល កញ្ចក់មើលជិតក៏បានឆ្លាយក៏បានតាមបន្ទាត់ កញ្ចក់ដែលមានប្រសព្វបីតាមបន្ទាត់ និង កញ្ចក់ឡង់ទី) ឬកែវដាក់លើគ្រាប់ភ្នែក ប្រសិនបើអ្នកជ្រើសរើស អ្នកអាចទៅជួបគ្រូពេទ្យភ្នែក ឬអ្នកឯកទេសខាងអុបទិកដែលមិនមែនជាអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញរបស់គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan បាន។ ទោះបីយ៉ាងណាក៏ដោយ អ្នកអាចមិនទទួលបានសេវាដូចគ្នាពីអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ និងក្រៅបណ្តាញនោះទេ។ ប្រសិនបើអ្នកជ្រើសរើសអ្នកផ្តល់សេវាក្រៅបណ្តាញ អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានសំណងដោយផ្អែកសម្រាប់សេវាដែលបានផ្តល់ជូន លុះត្រាតែអ្នកបានឈានដល់ដែនកំណត់អត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នកសម្រាប់សេវាភ្នែកដែលអ្នកកំពុងស្វែងរក។ ទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជនដើម្បីស្នើសុំទម្រង់បែបបទសំណង និងសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមស្តីពីការស្នើសុំសំណង។ មិនតម្រូវឱ្យមានការអនុញ្ញាតជាមុនឡើយ។ * សេវាមិនអនុវត្តចំពោះការកំណត់អតិបរមានៃការចំណាយចេញពីហោប៉ៅរបស់គម្រោងទេ។	អ្នកទទួលបានសំណងរហូតដល់ \$30 សម្រាប់ការពិនិត្យម្តងជារៀងរាល់ឆ្នាំ។ អ្នកទទួលបានសំណងរហូតដល់ \$35 សម្រាប់ដងវ៉ែនតាមួយគូជារៀងរាល់ឆ្នាំ។ អ្នកទទួលបានសំណងរហូតដល់ \$35 សម្រាប់ទាំងកញ្ចក់វ៉ែនតាមួយគូ (ដោយមិនគិតពីទំហំឬកម្លាំង) ឬសម្រាប់កែវពាក់ក្នុងភ្នែកជារៀងរាល់ឆ្នាំ។



សេវាមានការធានារ៉ាប់រង	អ្នកត្រូវតែបង់ប៉ុន្មាន
 ការជួបពិនិត្យក្នុងការបង្ការជំងឺដែលជា “ស្វាគមន៍មកកាន់ Medicare” យើងធានារ៉ាប់រងលើការជួបពិនិត្យក្នុងការបង្ការជំងឺដែលជា “ការស្វាគមន៍មកកាន់ Medicare” ចំនួនមួយដង។ ការជួបពិនិត្យរួមបញ្ចូល៖ • ការពិនិត្យសុខភាពរបស់អ្នកឡើងវិញ • ការអប់រំ និងការប្រឹក្សាយោបល់ អំពីសេវាបង្ការជំងឺ ដែលអ្នកត្រូវការ (រួមទាំងការពិនិត្យរកជំងឺ និងការចាក់ថ្នាំ) និង • ការបញ្ជូនបន្តសម្រាប់ការថែទាំដទៃទៀត ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការ។ ចំណាំ៖ យើងធានារ៉ាប់រងលើការជួបពិនិត្យក្នុងការបង្ការជំងឺ ដែលជា “ការស្វាគមន៍របស់គម្រោង Medicare” តែក្នុងអំឡុងពេល 12 ខែដំបូង ដែលអ្នកមានអត្ថប្រយោជន៍ Medicare ផ្នែក B ប៉ុណ្ណោះ។ នៅពេលអ្នកធ្វើការណាត់ជួប ប្រាប់ការិយាល័យវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកថា អ្នកចង់កំណត់ពេលជួបពិនិត្យក្នុងការបង្ការជំងឺដែលជា “ការស្វាគមន៍មកកាន់ Medicare”។	\$0



	ជំនួយជាមួយលក្ខខណ្ឌជំងឺរ៉ាំរ៉ៃមួយចំនួន អាហារ និងផលិតផល* គម្រោងនេះ រួមបញ្ចូលអត្ថប្រយោជន៍អាហារ និងផលិតផលសម្រាប់សមាជិកដែលមានស្ថានភាពជំងឺរ៉ាំរ៉ៃជាក់លាក់។ វាគឺជា៖ - ប្រាក់ឧបត្ថម្ភប្រចាំខែ \$60 សម្រាប់ការទិញអាហារ និងផលិតផលដែលមានសុខភាពល្អ និងជីវជាតិ។ មុខទំនិញដែលបានយល់ព្រមអាចទិញបាននៅតាមហាងលក់រាយក្នុងស្រុកដែលបានយល់ព្រម ដើម្បីជួយសមាជិករក្សារបបអាហារ ដែលមានសុខភាពល្អសម្រាប់បំពេញតម្រូវការអាហារូបត្ថម្ភរបស់ពួកគេ។ - ប្រាក់ឧបត្ថម្ភនេះ មិនអាចលើកទៅប្រើនៅខែបន្ទាប់បានទេ។ ដើម្បីមានសិទ្ធិទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍នេះ (មិនមែនសមាជិកទាំងអស់មានលក្ខខណ្ឌគ្រប់គ្រាន់ទេ) អ្នកត្រូវតែមានជំងឺរ៉ាំរ៉ៃយ៉ាងតិចមួយក្នុងចំណោមលក្ខខណ្ឌខាងក្រោម៖ - ជំងឺប្រើប្រាស់គ្រឿងស្រវឹងរ៉ាំរ៉ៃ និងជំងឺប្រើប្រាស់សារធាតុញៀនផ្សេងទៀត (Substance Use Disorders, SUDs) - ជំងឺស្វ័យភាពស្មោះ - ជំងឺរលាកសរសៃឈាមច្រើនកន្លែង - ជំងឺឈឺសាច់ដុំនិងរលាកសន្លាក់ - ជំងឺរលាកសន្លាក់ - ជំងឺរលាកសាច់ដុំ និងស្បែក - ជំងឺចុកចាប់សន្លាក់ឆ្អឹង - ជំងឺប្រព័ន្ធភាពស៊ាំលូប៊ូស - ជំងឺរលាកសន្លាក់រួមគ្នាជាមួយជំងឺស្បែករ៉ាំរ៉ៃ - ជំងឺរីងស្បែក - ជំងឺមហារីក អត្ថប្រយោជន៍នេះមានបន្តនៅទំព័របន្ទាប់	



ជំនួយជាមួយលក្ខខណ្ឌជំងឺរ៉ាំរ៉ៃមួយចំនួន (ត) • ជំងឺសរសៃឈាមបេះដូង៖ ○ ជំងឺចង្វាក់បេះដូងខុសប្រក្រតី ○ ជំងឺកកខ្លាញ់ក្នុងសរសៃឈាមបេះដូង ○ ជំងឺសរសៃឈាមនៅតាមអវៈយវៈ ○ ជំងឺសន្ទះបេះដូង • ជំងឺខ្សោយបេះដូងរ៉ាំរ៉ៃ • ជំងឺភ្លេចភ្លាំង • ជំងឺទឹកនោមផ្អែមដោយសារបញ្ហាអាំងស៊ុយលីន • ជំងឺលើសទម្ងន់ ជំងឺធាត់ជ្រុល និងជំងឺមេតាប៉ូលីស • ជំងឺក្រពះពោះវៀនរ៉ាំរ៉ៃ៖ ○ ជំងឺថ្លើមរ៉ាំរ៉ៃ ○ ជំងឺខ្លាញ់ថ្លើមចំពោះអ្នកដែលមិនទទួលទាន់ជាតិអាត់កុល (Non-alcoholic Fatty Liver Disease, NAFLD) ○ ជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B ○ ជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ C ○ ជំងឺរលាកលំពែង ○ រោគសញ្ញាពោះវៀនខុសប្រក្រតី ○ ជំងឺរលាកពោះវៀនធំ • ជំងឺតម្រងនោមរ៉ាំរ៉ៃ (Chronic Kidney Disease, CKD)៖ ○ CKD ដែលតម្រូវឱ្យមានការលាងឈាម/ជំងឺតម្រងនោមដំណាក់កាលចុងក្រោយ (ESRD) ○ CKD មិនតម្រូវឱ្យមានការលាងឈាម • ជំងឺឈាមធ្ងន់ធ្ងរ៖ ○ ជំងឺគោលិកាក្រហមរាងកណ្តៀវ ○ ជំងឺឈាមក្រកក ○ ជំងឺមានកន្ទួលរមាស់ដោយសារកំណកឈាមមិនគ្រប់គ្រាន់ ○ ជំងឺរលាកខួរក្បាល អត្ថប្រយោជន៍នេះមានបន្តនៅទំព័របន្ទាប់	



ជំនួយជាមួយលក្ខខណ្ឌជំងឺរ៉ាំរ៉ៃមួយចំនួន (ត) ○ ជំងឺគោលិកាក្រហម (ដោយមិនរាប់បញ្ចូលលក្ខណៈគោលិកាក្រហមទេ) ○ ជំងឺស្ទះសរសៃឈាមវ៉ែនត្រាំវ៉ែ ○ ជំងឺ HIV/AIDS ○ ជំងឺស្លូតត្រាំវ៉ែ ○ ជំងឺហឺត ជំងឺរលាកទងស្លូតត្រាំវ៉ែ ○ ជំងឺក្រពេញខ្សោះជាតិសរសៃ ○ ជំងឺរលាកស្លូតត្រាំវ៉ែ ○ ជំងឺក្រិនស្លូត ○ ជំងឺសម្ពាធឈាមខ្ពស់នៅសរសៃឈាមក្នុងស្លូត ○ ជំងឺស្ទះស្លូតត្រាំវ៉ែ (Chronic Obstructive Pulmonary Disease, COPD) ○ ស្ថានភាពសុខភាពផ្លូវចិត្តរ៉ាំរ៉ៃ និងពិការភាព៖ ○ ជំងឺប្រែប្រួលអារម្មណ៍ខ្លាំង ○ ជំងឺធ្លាក់ទឹកចិត្តខ្លាំង ○ ជំងឺរង្វេងស្មារតី ○ ជំងឺវិកលចរិត ○ ជំងឺខូចទាំងសម្បជញ្ញៈនិងប្រាជ្ញា ○ ជំងឺស្រ្តសក្រោយការប៉ះទង្គិចផ្លូវចិត្ត (Post-traumatic Stress Disorder, PTSD) ○ ជំងឺទទួលបានអាហារមិនប្រក្រតី ○ ជំងឺចប់បារម្ភ ○ ជំងឺសរសៃប្រសាទ៖ ○ ជំងឺក្រិននៃប្រព័ន្ធប្រសាទដែលគ្រប់គ្រងចលនាសាច់ដុំ (Amyotrophic lateral sclerosis, ALS) ○ ជំងឺឆ្លុះជ្រូក ○ ពិការភាពធ្ងន់ធ្ងរ (ពិការភាពមួយចំហៀងខ្លួន ពិការភាពលើអវៈយវៈទាំងបួន ពិការភាពពាក់កណ្តាលខ្លួនខាងក្រោម ពិការភាពអវៈយវៈមួយ) អត្ថប្រយោជន៍នេះមានបន្តនៅទំព័របន្ទាប់	

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan តាមរយៈលេខ 1-800-452-4413

(TTY: 711) ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ម៉ោង PT ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទ គឺឥត

គិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ [blueshieldca.com/medicare](https://www.blueshieldca.com/medicare)។

សេវាមានការធានារ៉ាប់រង	អ្នកត្រូវតែបង់ប៉ុន្មាន
ជំនួយជាមួយលក្ខខណ្ឌជំងឺរ៉ាំរ៉ៃមួយចំនួន (ត) ○ ជំងឺដាច់សរសៃប្រសាទរ៉ាំរ៉ៃ ○ ជំងឺស្បែកក្រិនឡើងបន្ទះៗ ○ ជំងឺជាកយិនសុន ○ ជំងឺសរសៃប្រសាទចម្រុះ ○ ជំងឺឈឺសាច់ដុំរ៉ាំរ៉ៃ ○ ជំងឺអស់កម្លាំងរ៉ាំរ៉ៃ ○ រលូសឆ្អឹងខ្នង ○ ជំងឺរលាកស្រោមខួរឆ្អឹងខ្នង ○ ជំងឺខ្វះចលនាសរសៃប្រសាទទាក់ទងនឹងជំងឺដាច់សរសៃឈាមខួរក្បាល ○ ជំងឺដាច់សរសៃឈាមខួរក្បាល ○ ការថែទាំក្រោយការប្តូរសរីរាង្គ ○ ជំងឺចុះខ្សោយប្រព័ន្ធភាពស៊ាំ និងជំងឺកាត់បន្ថយប្រព័ន្ធភាពស៊ាំស្ថានភាពជំងឺដែលទាក់ទងនឹងការចុះខ្សោយនៃការចងចាំ៖ អត្ថប្រយោជន៍នេះមានបន្តនៅទំព័របន្ទាប់	



សេវាមានការធានារ៉ាប់រង	អ្នកត្រូវតែបង់ប៉ុន្មាន
ជំនួយជាមួយលក្ខខណ្ឌជំងឺរ៉ាំរ៉ៃមួយចំនួន (ត) - ជំងឺរង្វេងវង្វាន់ - ពិការភាពបញ្ញា និងពិការភាពការលូតលាស់ - រលូសខួរក្បាល - ពិការភាពជំងឺផ្លូវចិត្តដែលពាក់ព័ន្ធនឹងការចុះខ្សោយនៃការយល់ដឹង - ការចុះខ្សោយនៃការយល់ដឹងតិចតួច - លក្ខខណ្ឌដែលទាក់ទងនឹងបញ្ហាប្រឈមមុខងារ និងតម្រូវឱ្យមានសេវាកម្មស្រដៀងគ្នា រួមមានដូចខាងក្រោម៖ - រលូសឆ្អឹងខ្នង - ខ្វិន - ការបាត់បង់អវយវៈ - ជំងឺដាច់សរសៃឈាមខួរក្បាល - ជំងឺសន្លាក់ឆ្អឹង - ស្ថានភាពរ៉ាំរ៉ៃដែលធ្វើឱ្យប៉ះពាល់ដល់ការមើលឃើញ ការស្តាប់ឮ (ច្រៀង) រសជាតិ ការប៉ះ និងក្លិន - លក្ខខណ្ឌដែលតម្រូវឱ្យបន្តសេវាព្យាបាល ដើម្បីឱ្យបុគ្គលម្នាក់ៗរក្សាឬរក្សាមុខងារ គម្រោងនេះនឹងកំណត់ថា តើអ្នកមានលក្ខខណ្ឌគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍អាហារ និងផលិតផលឬយ៉ាងណា ដោយប្រើព័ត៌មានពីវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក ឬដោយការទាក់ទងទៅវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកដើម្បីទទួលបានលិខិតបញ្ជាក់ចុះហត្ថលេខាស្តីពីស្ថានភាពជំងឺរ៉ាំរ៉ៃរបស់អ្នក។ អត្ថប្រយោជន៍នេះមានបន្តនៅទំព័របន្ទាប់	

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan តាមរយៈលេខ 1-800-452-4413

(TTY: 711) ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ម៉ោង PT ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទ គឺឥត

គិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ [blueshieldca.com/medicare](https://www.blueshieldca.com/medicare)។



សេវាមានការធានារ៉ាប់រង	អ្នកត្រូវតែបង់ប៉ុន្មាន
ជំនួយជាមួយលក្ខខណ្ឌជំងឺរ៉ាំរ៉ៃមួយចំនួន (ត) ប្រាក់ឧបត្ថម្ភសម្រាប់សេវាស្តាប់ដែលមិនបានធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare ព្រមទាំងអាហារ និងផលិតផលមិនអាចបញ្ចូលគ្នាបានទេ។ អត្ថប្រយោជន៍នីមួយៗមានប្រាក់ឧបត្ថម្ភដាច់ដោយឡែកពីគ្នា។ Healthy Benefits+ គឺជាកាតចំណាយដែលមានប្រាក់ឧបត្ថម្ភអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នកបានបញ្ចូលទុកជាមុននៅលើកាត ដើម្បីជួយក្នុងការទូទាត់សម្រាប់មុខទំនិញ និងសេវាដែលមានធានារ៉ាប់រង។ នៅពេលដែលអ្នកចាត់ទុកថា មានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ អ្នកនឹងទទួលបានលិខិតពីអ្នកគ្រប់គ្រងអត្ថប្រយោជន៍ រួមជាមួយកាតអត្ថប្រយោជន៍ផ្ទាល់ខ្លួនរបស់អ្នក។ លិខិតនេះនឹងប្រាប់អ្នកថា កាតរបស់អ្នកបានបញ្ចូលប្រាក់ឧបត្ថម្ភរួចរាល់ហើយ។ វាក៏នឹងផ្តល់ព័ត៌មានពីរបៀបទទួលបានព័ត៌មានលម្អិតបន្ថែមអំពីអត្ថប្រយោជន៍តាមរយៈទូរសព្ទ គេហទំព័រ ឬកម្មវិធីទូរសព្ទ។ សម្រាប់សំណួរនានាអំពីអត្ថប្រយោជន៍នេះ អ្នកអាចទូរសព្ទទៅអ្នកគ្រប់គ្រងអត្ថប្រយោជន៍តាមរយៈលេខ (855) 572-6341 [TTY: 711] ចាប់ពីម៉ោង 8 ព្រឹកដល់ម៉ោង 8 យប់ ម៉ោងក្នុងស្រុក ចាប់ពីថ្ងៃអាទិត្យដល់ថ្ងៃសៅរ៍ ពីថ្ងៃទី 1 ខែតុលា ដល់ថ្ងៃទី 31 ខែមីនា និងពីថ្ងៃច័ន្ទដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីថ្ងៃទី 1 ខែមេសា ដល់ថ្ងៃទី 30 ខែកញ្ញា។ អ្នកក៏អាចចូលទៅកាន់គេហទំព័រ HealthyBenefitsPlus.com/BlueShieldCA សម្រាប់ព័ត៌មានលម្អិតបន្ថែម។ * សេវាមិនត្រូវបានរាប់បញ្ចូលក្នុងការកំណត់ការចំណាយផ្ទាល់ខ្លួនអតិបរមារបស់គម្រោងនោះទេ។	



សេវាមានការធានារ៉ាប់រង	អ្នកត្រូវតែបង់ប៉ុន្មាន
 ថ្នាំបង្ការមុនការប៉ះពាល់ (Pre-exposure Prophylaxis, PrEP) សម្រាប់ការបង្ការមេរោគ HIV ប្រសិនបើអ្នកមិនមានមេរោគ HIV ទេ ប៉ុន្តែវេជ្ជបណ្ឌិត ឬគ្រូពេទ្យថែទាំ សុខភាពផ្សេងទៀតកំណត់ថាអ្នកមានហានិភ័យខ្ពស់ចំពោះមេរោគ HIV នោះយើងរ៉ាប់រងលើថ្នាំបង្ការមុនការប៉ះពាល់ (PrEP) និងសេវាកម្មដែលពាក់ព័ន្ធ។ ប្រសិនបើអ្នកមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ សេវាដែលមានការធានារ៉ាប់រងរួមមាន៖ • ថ្នាំ PrEP ដែលលេបតាមមាត់ ឬចាក់ត្រូវបានអនុម័តដោយ FDA។ ប្រសិនបើអ្នកកំពុងទទួលបានថ្នាំចាក់ យើងក៏ធានារ៉ាប់រងលើថ្លៃសេវាសម្រាប់ការចាក់ថ្នាំផងដែរ។ • ការប្រឹក្សាយោបល់ជាលក្ខណបុគ្គលរហូតដល់ 8 ដង (រួមទាំងការវាយតម្លៃហានិភ័យនៃមេរោគ HIV ការកាត់បន្ថយហានិភ័យនៃមេរោគ HIV និងការប្រកាន់ខ្ជាប់នូវថ្នាំ) រៀងរាល់ 12 ខែម្តង។ • រហូតដល់ 8 លើកចំពោះការពិនិត្យរកមេរោគ HIV រៀងរាល់ 12 ខែម្តង។ • ការពិនិត្យរកមើលមេរោគរលាកធ្វើមប្រភេទ B ត្រឹមមួយដង។	\$0



សេវាមានការធានារ៉ាប់រង	អ្នកត្រូវតែបង់ប៉ុន្មាន
ទំនិញគ្មានវេជ្ជបញ្ជា (OTC) * អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានប្រាក់ឧបត្ថម្ភប្រចាំត្រីមាសចំនួន \$120 សម្រាប់ឱសថ និងសម្ភារៈផ្គត់ផ្គង់ OTC ដែលមានរាយក្នុងកាតាឡុកនៃទំនិញ OTC ។ ទំនិញដូចជា អាស៊ីរីន វីតាមីន ថ្នាំផ្តាសាយ និងថ្នាំក្អក និងបង់រុំបូសត្រូវបានធានារ៉ាប់រងក្រោមអត្ថប្រយោជន៍នេះ។ សម្ភារដូចជាគ្រឿងសម្អាង និងអាហារបំប៉នមិនត្រូវបានធានារ៉ាប់រងក្រោមអត្ថប្រយោជន៍នេះទេ។ កាតាឡុកមុខទំនិញប្រភេទមិនតម្រូវឱ្យមានវេជ្ជបញ្ជា និងការណែនាំអំពីការបញ្ជាទិញអាចរកបានតាមអនឡាញនៅគេហទំព័រ blueshieldca.com/medicareOTC ។ អ្នកអាចបញ្ជាទិញទំនិញដោយទូរសព្ទតាមរយៈលេខ (888) 628-2770 [TTY: 711] ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ម៉ោង 9:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ ម៉ោង PST ឬតាមអនឡាញនៅគេហទំព័រ blueshieldca.com/medicareOTC។ សម្ភារដែលបានទិញនឹងត្រូវបានដឹកជញ្ជូនទៅដល់អ្នកដោយមិនមានការគិតថ្លៃបន្ថែមទេ។ សូមការអនុញ្ញាតប្រហែល 7 ថ្ងៃនៃថ្ងៃធ្វើការសម្រាប់ការដឹកជញ្ជូន។ អត្ថប្រយោជន៍នេះ មានប្រសិទ្ធភាពនៅថ្ងៃដំបូងនៃត្រីមាសនីមួយៗ។ អ្នកអាចធ្វើការបញ្ជាទិញពីលើកក្នុងមួយត្រីមាស ហើយមិនអាចលើកប្រាក់ឧបត្ថម្ភដែលមិនបានប្រើរបស់អ្នកបន្តទៅក្នុងត្រីមាសបន្ទាប់បានទេ។ ដែនកំណត់មួយចំនួនត្រូវបានអនុវត្ត។ សូមមើលកាតាឡុកទំនិញ OTC សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។ *សេវាទាំងនេះ មិនរាប់បញ្ចូលទៅក្នុងចំនួនទឹកប្រាក់ដែលត្រូវបង់ច្រើនបំផុតរបស់គម្រោងនោះទេ	\$0



សេវាមានការធានារ៉ាប់រង	អ្នកត្រូវតែបង់ប៉ុន្មាន
បរិក្ខារវេជ្ជសាស្ត្រដែលប្រើជាប់បានយូរ (DME) និងគ្រឿងផ្គត់ផ្គង់ដែលពាក់ព័ន្ធ សូមមើល ជំពូកទី 12 នៃ <i>សៀវភៅណែនាំសមាជិក</i> របស់អ្នកសម្រាប់និយមន័យនៃពាក្យ “បរិក្ខារវេជ្ជសាស្ត្រដែលប្រើជាប់បានយូរ (DME)”។ យើងធានារ៉ាប់រងលើសម្ភារដូចខាងក្រោម៖ • រទេះរុញ រួមមានរទេះរុញអគ្គិសនី • ឈើច្រត់ • ប្រព័ន្ធពូកដើរដោយថាមពល • បន្ទះសម្អាតស្នូតសម្រាប់ពូក • សម្ភារផ្គត់ផ្គង់សម្រាប់ជំងឺទឹកនោមផ្អែម • គ្រែមន្ទីរពេទ្យដែលបញ្ជាទិញដោយអ្នកផ្តល់សេវាសម្រាប់ប្រើនៅផ្ទះ • ឧបករណ៍ដាក់សេរ៉ូម និងដើងព្យួរសេរ៉ូម (IV) • ឧបករណ៍ជំនួយក្នុងការនិយាយ • សម្ភារ និងឧបករណ៍អុកស៊ីសែន • ម៉ាស៊ីនឆ្លងដង្ហើម • ឧបករណ៍ជំនួយក្នុងការដើរ • ដៃកោងស្តង់ដារ ឬដៃក្រចកជើងបួន និងឧបករណ៍ជំនួស • ខ្សែទាញតម្រង់ក (នៅលើទ្វារ) • ឧបករណ៍រំញោចឆ្អឹង • ឧបករណ៍ថែទាំការលាងឈាម សម្ភារផ្សេងទៀតអាចនឹងមានការធានារ៉ាប់រង។ យើងបង់ថ្លៃសម្រាប់ DME បាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រទាំងអស់ដែល Medicare និង Medi-Cal បង់ថ្លៃឱ្យតាមធម្មតា។ បើអ្នកផ្គត់ផ្គង់របស់យើងនៅក្នុងតំបន់របស់អ្នកមិនមានម៉ាក ឬក្រុមហ៊ុនផលិតជាក់លាក់ណាមួយ អ្នកអាចសួរពួកគេថា ពួកគេអាចបញ្ជាទិញវាជាពិសេសសម្រាប់អ្នកបានដែរឬទេ ។ <i>ការអនុញ្ញាតជាមុនអាចត្រូវបានទាមទារ ហើយជាទំនួលខុសត្រូវរបស់អ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក</i>	\$0



មធ្យោបាយធ្វើដំណើរ៖ មធ្យោបាយធ្វើដំណើរផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រសម្រាប់ករណីមិនមែនស្ថិតក្នុងគ្រាអាសន្ន* អត្ថប្រយោជន៍នេះ អនុញ្ញាតឱ្យមានមធ្យោបាយធ្វើដំណើរផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រសម្រាប់សេវាដែលរ៉ាប់រងដោយគម្រោងរបស់អ្នក និង Medicare។ នេះអាចរួមបញ្ចូល៖ រថយន្តសង្គ្រោះបន្ទាន់ រថយន្តតូច សេវាដឹកអ្នកជំងឺសង្គ្រោះបន្ទាន់មានរទេះសម្រាប់ជនពិការ និងសេវាសម្របសម្រួលការធ្វើដំណើរ។ អ្នកមានដែនកំណត់បញ្ចូលគ្នាការធ្វើដំណើរតែមួយជើងចំនួន 48 ដងទៅកាន់ទីតាំងដែលទាក់ទងនឹងសុខភាព ដែលបានយល់ព្រមដោយគម្រោងក្នុងមួយឆ្នាំសម្រាប់មធ្យោបាយធ្វើដំណើរផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រសម្រាប់ករណីមិនមែនស្ថិតក្នុងគ្រាអាសន្ន និងមធ្យោបាយធ្វើដំណើរដែលមិនមែនជាការសង្គ្រោះបន្ទាន់។ ការធ្វើដំណើរនីមួយៗ អាចមិនលើសពី 70 ម៉ាយល៍ទេ។ បន្ទាប់ពីអ្នកបានប្រើប្រាស់ការធ្វើដំណើរតែមួយជើងចំនួន 48 ដងរួចហើយ Medi-Cal នឹងធានារ៉ាប់រងលើការធ្វើដំណើរទៅកាន់ទីកន្លែងដែលបានយល់ព្រមដោយគ្មានចំនួនកំណត់។ ទម្រង់នៃមធ្យោបាយធ្វើដំណើរដែលត្រូវបានអនុញ្ញាតនៅពេល៖ • អ្នកផ្តល់សេវាវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នកកំណត់ថា ស្ថានភាពសុខភាព និង/ឬ រាងកាយអ្នកមិនអនុញ្ញាតឱ្យអ្នកធ្វើដំណើរតាមរថយន្តក្រុង រថយន្តដឹកអ្នកជំងឺ រថយន្តតាក់ស៊ី ឬទម្រង់ផ្សេងទៀតនៃមធ្យោបាយធ្វើដំណើរសាធារណៈ ឬឯកជន និង • អាចតម្រូវឱ្យមានការអនុញ្ញាតជាមុន ដោយអាស្រ័យទៅលើសេវា។ ការរៀបចំមធ្យោបាយធ្វើដំណើរត្រូវបានគ្រប់គ្រងដោយ Call The Car។ សមាជិកត្រូវតែទាក់ទងមកកាន់ Call The Car តាម (855) 200-7544 [TTY: 711] 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ កម្មវិធីទូរសព្ទចល័ត CTC Go អាចប្រើបានដើម្បីកំណត់កាលវិភាគ កែប្រែ តាមដាន និងលុបចោលការកក់រទេះរុញ ការជូនដល់ទីកន្លែង និងការជូនដល់មុខផ្ទះ។ កម្មវិធីទូរសព្ទ CTC Go មិនអាចប្រើសម្រាប់សេវាដឹកជញ្ជូនរទេះរុញបានទេ ហើយអ្នកត្រូវតែទូរសព្ទទៅ ដើម្បីធ្វើការកក់ទុកជាមុនសិន។ ការរៀបចំមធ្យោបាយធ្វើដំណើរត្រូវតែធ្វើឡើងយ៉ាងហោចណាស់ 24 ម៉ោងជាមុន។ *សេវាមិនអនុវត្តចំពោះការកំណត់អតិបរមានៃការចំណាយចេញពីហោប៉ៅរបស់គម្រោងទេ។ អាចតម្រូវឱ្យមានការអនុញ្ញាតជាមុន ហើយវាជាទំនួលខុសត្រូវរបស់អ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក។	\$0



មធ្យោបាយធ្វើដំណើរ៖ មធ្យោបាយធ្វើដំណើរមិនមែនផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ* អត្ថប្រយោជន៍នេះអនុញ្ញាតឱ្យមានមធ្យោបាយធ្វើដំណើរទៅកាន់កន្លែងផ្តល់សេវាវេជ្ជសាស្ត្រ ដោយរថយន្តដឹកអ្នកដំណើរ តាក់ស៊ី ឬទម្រង់នៃមធ្យោបាយធ្វើដំណើរសាធារណៈ និងឯកជនដទៃទៀត។ មធ្យោបាយធ្វើដំណើរទាមទារសម្រាប់គោលបំណងនៃការទទួលបានការថែទាំវេជ្ជសាស្ត្រដែលចាំបាច់ ដែលធានារ៉ាប់រងដោយ Medi-Cal រួមទាំងការធ្វើដំណើរទៅកាន់ការណាត់ជួបជាមួយពេទ្យធ្មេញ និងដើម្បីទទួលយកថ្នាំ។ មធ្យោបាយធ្វើដំណើរសម្រាប់សេវា ដែលរ៉ាប់រងដោយ Medi-Cal និង Medicare ត្រូវបានធានារ៉ាប់រង។ អ្នកមានដែនកំណត់បញ្ចូលគ្នានៃការធ្វើដំណើរតែមួយជើងចំនួន 48 ដងទៅកាន់ទីតាំងដែលទាក់ទងនឹងសុខភាព ដែលបានយល់ព្រមដោយគម្រោងក្នុងមួយឆ្នាំសម្រាប់មធ្យោបាយធ្វើដំណើរសង្គ្រោះបន្ទាន់សម្រាប់ករណីមិនមែនស្ថិតក្នុងគ្រាអាសន្ន និងមធ្យោបាយធ្វើដំណើរដែលមិនមែនសង្គ្រោះបន្ទាន់។ ការធ្វើដំណើរនីមួយៗ អាចមិនលើសពី 70 ម៉ាយល៍ទេ។ បន្ទាប់ពីអ្នកបានប្រើប្រាស់ការធ្វើដំណើរតែមួយជើងចំនួន 48 ដងរួចហើយ Medi-Cal នឹងធានារ៉ាប់រងការធ្វើដំណើរទៅកាន់ទីកន្លែងដែលបានយល់ព្រមដោយគ្មានចំនួនកំណត់។ ការរៀបចំមធ្យោបាយធ្វើដំណើរគ្រប់គ្រងដោយ Call The Car។ សមាជិកត្រូវតែទាក់ទងមកកាន់ Call The Car លេខ (855) 200-7544 [TTY: 711] 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការរៀបចំមធ្យោបាយធ្វើដំណើរត្រូវតែធ្វើឡើងយ៉ាងហោចណាស់ 24 ម៉ោងជាមុន។ Call The Car ផ្តល់ជូនកម្មវិធីទូរសព្ទចល័ត (CTC-Go) ដែលអាចត្រូវបានប្រើដោយសមាជិករបស់គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan ដើម្បីសម្របសម្រួលនូវមធ្យោបាយធ្វើដំណើរក្នុងការថែទាំសុខភាព។ CTC-Go អនុញ្ញាតឱ្យអ្នកពិនិត្យមើលការកក់នាពេលខាងមុខ ឬកន្លងមក វាយតម្លៃការធ្វើដំណើររបស់អ្នក តាមដានអ្នកបើកបររបស់អ្នក លុបចោលការកក់ដែលមានស្រាប់ និងកំណត់កាលវិភាគកក់ថ្មី។ CTC-Go អាចប្រើបាន នៅលើប្រព័ន្ធប្រតិបត្តិការ iOS និង Android។ ស្វែងរកក្នុងកម្មវិធី app store របស់អ្នកសម្រាប់ “CTC-Go” ហើយទាញយកកម្មវិធីនោះ។ *សេវាមិនអនុវត្តចំពោះការកំណត់អតិបរមានៃការចំណាយចេញពីហោប៉ៅរបស់គម្រោងទេ។ <i>អាចតម្រូវឱ្យមានការអនុញ្ញាតជាមុន ហើយវាជាទំនួលខុសត្រូវរបស់អ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក។</i>	\$0



សេវាមានការធានារ៉ាប់រង	អ្នកត្រូវតែបង់ប៉ុន្មាន
សេវាពិគ្រោះសុខភាពពីចម្ងាយបន្ថែម* Teladoc Health ផ្តល់ជូនការប្រឹក្សាគ្រូពេទ្យតាមទូរសព្ទ ឬវីដេអូ 24/7/365។ ក្រុមគ្រូពេទ្យសុខភាព Teladoc អាចធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ និង ព្យាបាលស្ថានភាពសុខភាពជាមូលដ្ឋាន ហើយក៏អាចចេញវេជ្ជបញ្ជា ឱសថជាក់លាក់មួយចំនួនផងដែរ។ Teladoc Health គឺជាសេវាកម្ម បន្ថែមដែលមិនមានបំណងជំនួសការថែទាំពីអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំបឋម របស់អ្នក។ សូមចូលទៅកាន់ blueshieldca.com/teladochealth ឬកម្មវិធី Blue Shield of California app ដើម្បីស្នើសុំការចូលមើល។ ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ អ្នកអាចទាក់ទង Teladoc Health តាមរយៈ ទូរសព្ទលេខ (1-800-835-2362) [TTY: 711], 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ 365 ថ្ងៃក្នុងមួយឆ្នាំ។ *សេវាមិនអនុវត្តចំពោះការកំណត់អតិបរមានៃការចំណាយចេញពី ហោប៉ៅរបស់គម្រោងទេ។	\$0

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan តាមរយៈលេខ 1-800-452-4413 (TTY: 711) ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ម៉ោង PT ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទ គឺឥត គិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ blueshieldca.com/medicare។



សេវាមានការធានារ៉ាប់រង	អ្នកត្រូវតែបង់ប៉ុន្មាន
សេវាវេជ្ជសាស្ត្រ៖ សេវាវេជ្ជសាស្ត្របន្ទាន់ដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រង មិនថាសម្រាប់ស្ថានភាពអាសន្ន ឬមិនអាសន្ននោះឡើយ ដោយរួមមានផ្លូវគោក និងផ្លូវអាកាស (យន្តហោះ និងឧទ្ធរម្ភាគចក្រ)។ វេជ្ជសាស្ត្របន្ទាន់នឹងនាំអ្នកទៅកាន់កន្លែងដែលជិតបំផុតដែលអាចផ្តល់សេវាថែទាំជូនអ្នកបាន។ ស្ថានភាពរបស់អ្នកត្រូវតែធ្ងន់ធ្ងរដែលការប្រើមធ្យោបាយដ៏ទៃទៀត ដើម្បីទៅកន្លែងព្យាបាលអាចបង្កគ្រោះថ្នាក់ដល់សុខភាព ឬជីវិតរបស់អ្នក។ សេវាវេជ្ជសាស្ត្រសម្រាប់ករណីផ្សេងៗទៀត (មិនអាសន្ន) ត្រូវតែមានការយល់ព្រមពីយើងខ្ញុំសិន។ ក្នុងករណីដែលមិនមែនក្នុងគ្រាអាសន្នយើងអាចបង់ប្រាក់សម្រាប់វេជ្ជសាស្ត្របន្ទាន់។ ស្ថានភាពរបស់អ្នកត្រូវតែធ្ងន់ធ្ងរដែលការប្រើមធ្យោបាយដ៏ទៃទៀតដើម្បីទៅកន្លែងថែទាំអាចបង្កគ្រោះថ្នាក់ដល់ជីវិត ឬសុខភាពរបស់អ្នក។ <i>អាចតម្រូវឱ្យមានការអនុញ្ញាតជាមុន ហើយវាជាទំនួលខុសត្រូវរបស់អ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក។</i>	\$0
សេវាបង្ការជំងឺហ៊ីត អ្នកអាចទទួលបានការអប់រំអំពីជំងឺហ៊ីត និងការវាយតម្លៃបរិយាកាសក្នុងផ្ទះសម្រាប់កត្តាដែលកើតមានជាទូទៅនៅក្នុងផ្ទះសម្រាប់អ្នកដែលមានជំងឺហ៊ីតដែលគ្រប់គ្រងមិនបានល្អ។	\$0



សេវាមានការធានារ៉ាប់រង	អ្នកត្រូវតែបង់ប៉ុន្មាន
សេវាស្តារនីតិសម្បទាបេះដូង យើងនឹងបង់ប្រាក់ទូទាត់សម្រាប់សេវាស្តារនីតិសម្បទាបេះដូង ដូចជា ការធ្វើលំហាត់ប្រាណ ការសិក្សាអប់រំ និងការពិគ្រោះយោបល់ជាដើម។ សមាជិកត្រូវតែបំពេញគ្រប់លក្ខខណ្ឌ ហើយមានការបញ្ជូនបន្តរបស់វេជ្ជបណ្ឌិត។ យើងក៏ធានារ៉ាប់រងលើកម្មវិធីស្តារនីតិសម្បទាបេះដូង ដែលខ្លាំងក្លាជាងកម្មវិធីស្តារនីតិសម្បទាបេះដូង។ <i>អាចតម្រូវឱ្យមានការអនុញ្ញាតជាមុន ហើយវាជាទំនួលខុសត្រូវរបស់អ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក។</i>	\$0



សេវាមានការធានារ៉ាប់រង	អ្នកត្រូវតែបង់ប៉ុន្មាន
សេវាចាប់សរសៃ (ធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare) យើងបង់ថ្លៃសម្រាប់សេវាខាងក្រោម៖ • ការកែសំរួលនៃឆ្អឹងខ្នង ដើម្បីកែតម្រូវ សេវាចាប់សរសៃ (មិនមានការធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare)* សេវាដែលមានធានារ៉ាប់រងរួមមាន៖ • ការពិនិត្យបឋម និងបន្តបន្ទាប់ • ការកែតម្រូវរាងកាយដោយការចាប់សរសៃ • ការព្យាបាលបន្ទាប់បន្សំ • ការថតកាំរស្មីអ៊ីច (សម្រាប់តែការចាប់សរសៃប៉ុណ្ណោះ) សេវាដែលមិនស្ថិតក្រោមការធានារ៉ាប់រងរបស់ Medicare បានផ្តល់ជូនតាមរយៈអ្នកផ្តល់សេវា ដែលចូលរួមរបស់ក្រុមហ៊ុន American Specialty Health Plans of California, Inc. (ASH Plans)។ សេវាកម្មដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងត្រូវមានការសម្រេចថាចាំបាច់ខាងវេជ្ជសាស្ត្រដោយគម្រោង ASH។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម ឬដើម្បីកំណត់ទីតាំងនៃអ្នកផ្តល់សេវាដែលចូលរួមក្នុងគម្រោង ASH Plans អ្នកអាចទូរសព្ទមកគម្រោង ASH Plans តាមរយៈលេខ (800) 678-9133 [TTY: 711] ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 5 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់ម៉ោង PT ពីថ្ងៃទី 1 ខែមេសាដល់ថ្ងៃទី 30 ខែកញ្ញា និងពីថ្ងៃអាទិត្យ ដល់ថ្ងៃសៅរ៍ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់ម៉ោង PT ពីថ្ងៃទី 1 ខែតុលា ដល់ថ្ងៃទី 31 ខែមីនា។ ក្រៅពីនេះ អ្នកក៏អាចហៅទូរសព្ទទៅកាន់ផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជនរបស់គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan ឬចូលមើលគេហទំព័រ blueshieldca.com/find-a-doctor ដើម្បីរកអ្នកផ្តល់សេវា ដែលជាដៃគូរបស់គម្រោង ASH Plans។ *សេវាមិនអនុវត្តចំពោះការកំណត់អតិបរមានៃការចំណាយចេញពីហោប៉ៅរបស់គម្រោងទេ។	\$0 (ការធានារ៉ាប់រងត្រូវបានកំណត់ត្រឹម 12 ដងក្នុងមួយឆ្នាំសម្រាប់សេវាដែលមិនបានធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare)។



សេវាមានការធានារ៉ាប់រង	អ្នកត្រូវតែបង់ប៉ុន្មាន
សេវាគ្រប់គ្រង និងព្យាបាលការឈឺចាប់រ៉ាំរ៉ៃ សេវាប្រចាំខែដែលមានធានារ៉ាប់រងសម្រាប់អ្នកមានការឈឺចាប់រ៉ាំរ៉ៃ (ការឈឺចាប់ជាប់លាប់ ឬកើតឡើងដដែលៗមានរយៈពេលលើសពី 3 ខែ)។ សេវាអាចរួមបញ្ចូលការវាយតម្លៃការឈឺចាប់ ការគ្រប់គ្រងឱសថ និងការសម្របសម្រួលការថែទាំ ព្រមទាំងការធ្វើផែនការ។	ការចែករំលែកថ្លៃចំណាយសម្រាប់សេវានេះនឹងប្រែប្រួលអាស្រ័យលើសេវានីមួយៗដែលផ្តល់ជូនក្នុងអំឡុងពេលព្យាបាល។ \$0
សេវាមនុស្សពេញវ័យតាមសហគមន៍ (CBAS) CBAS គឺជាកម្មវិធីផ្តល់សេវាលម្អិតដល់អ្នកជំងឺមិនសម្រាកនៅមន្ទីរពេទ្យដែលមនុស្សចូលរួមយោងទៅតាមកាលវិភាគ។ សេវានេះផ្តល់នូវការថែទាំដោយមន្ទីរជំនាញ សេវាសង្គមកិច្ច ការព្យាបាលដោយចលនា (រួមទាំងការព្យាបាលចលនាអវយវៈ រាងកាយ និងពិការភាពការនិយាយ) ការថែទាំផ្ទាល់ខ្លួន ការបណ្តុះបណ្តាល និងជ្រោមជ្រែងដល់គ្រួសារ/អ្នកថែទាំអ្នកជំងឺសេវាចំណីអាហារ ការធ្វើដំណើរ និងសេវាដទៃទៀត។ យើងបង់ប្រាក់ទូទាត់សម្រាប់សេវា CBAS បើអ្នកបំពេញតាមលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យសិទ្ធិទទួលបានសេវា។ ចំណាំ៖ ប្រសិនបើបើកន្លែង CBAS មិនមានសេវាផ្តល់ឱ្យទេ យើងនឹងផ្តល់សេវាដែលមិនមានទាំងនេះដាច់ដោយឡែកពីគ្នា។	\$0



សេវាមានការធានារ៉ាប់រង	អ្នកត្រូវតែបង់ប៉ុន្មាន
សេវាសុខភាពធ្មេញ យើងបង់ប្រាក់ទូទាត់សម្រាប់សេវាសុខភាពធ្មេញជាក់លាក់មួយចំនួន រួមមានជាអាទិ៍ ការសម្អាត ការប៉ះធ្មេញ និងក្រាស់ធ្មេញពាក់ៗ អ្វីដែលយើងមិនធានារ៉ាប់រងគឺអាចរកបានតាមរយៈ Medi-Cal Dental ដែលបានពិពណ៌នានៅក្នុងផ្នែក G2 ខាងក្រោម។ យើងបង់ថ្លៃសេវាសុខភាពធ្មេញមួយចំនួន នៅពេលដែលសេវានោះជាផ្នែកសំខាន់មួយនៃការព្យាបាលជាក់លាក់សម្រាប់ស្ថានភាពជំងឺបឋមរបស់បុគ្គលម្នាក់ៗ ឧទាហរណ៍រួមមានការដាក់ថ្នាំមឡើងវិញបន្ទាប់ពីការបាក់ធ្មេញ ឬរបួស ការដកធ្មេញដែលធ្វើឡើងក្នុងការរៀបចំសម្រាប់ការព្យាបាលដោយការស្និសម្រាប់ជំងឺមហារីកដែលពាក់ព័ន្ធនឹងថ្នាំ ឬការពិនិត្យមាត់ធ្មេញមុនពេលប្តូរសរីរាង្គ។ លើសពីនេះ យើងធានារ៉ាប់រងលើសេវាថែទាំធ្មេញទូលំទូលាយមួយចំនួន*។ តារាងនីតិវិធីអត្ថប្រយោជន៍សុខភាពធ្មេញ (មានទីតាំងក្នុងជំពូកនេះ បន្ទាប់ពីតារាងអត្ថប្រយោជន៍) បង្ហាញពីនីតិវិធីសុខភាពធ្មេញជាក់លាក់ដែលមានការធានារ៉ាប់រងដោយអត្ថប្រយោជន៍នេះ។ សេវានីតិវិធីព្យាបាលដែលបានចុះបញ្ជីត្រូវបានធានារ៉ាប់រងលើអត្ថប្រយោជន៍ នៅពេលដែលបានផ្តល់ដោយពេទ្យធ្មេញដែលមានអាជ្ញាបណ្ណក្នុងបណ្តាញ ហើយនៅពេលចាំបាច់ និងជាទម្លាប់ដូចបានកំណត់តាមស្តង់ដារអនុវត្តថែទាំសុខភាពធ្មេញដែលបានទទួលយកជាទូទៅ។ ការណែនាំអំពីរបៀបទទួលបានសេវាថែទាំមាត់ធ្មេញដែលមានធានារ៉ាប់រង អាចរកបាននៅផ្នែកបន្ទាប់ពី តារាងនីតិវិធីអត្ថប្រយោជន៍សុខភាពមាត់ធ្មេញ។ មិនមែនសេវារ៉ាប់រងទាំងអស់អាចសមស្របសម្រាប់មនុស្សគ្រប់គ្នាទេ។ អ្នកគួរតែពិនិត្យលើពេទ្យធ្មេញក្នុងបណ្តាញរបស់អ្នក ដើម្បីកំណត់ការថែទាំសមស្របសម្រាប់អ្នក។ ដែនកំណត់អត្ថប្រយោជន៍ ការអនុញ្ញាតជាមុន និង/ឬការបញ្ជូនបន្តអាចអនុវត្តចំពោះសេវាសុខភាពធ្មេញជាក់លាក់មួយចំនួន។ អត្ថប្រយោជន៍នេះមានបន្តនៅទំព័របន្ទាប់	\$ 0 សម្រាប់សេវាសុខភាពធ្មេញដែលធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare



សេវាមានការធានារ៉ាប់រង	អ្នកត្រូវតែបង់ប៉ុន្មាន
សេវាសុខភាពធ្មេញ (ត) * សេវាមិនអនុវត្តចំពោះការកំណត់អតិបរមានៃការចំណាយធ្មេញពីហោប៉ៅរបស់គម្រោងទេ។ សេវាថែទាំសុខភាពមាត់ធ្មេញជាក់លាក់មួយចំនួនអាចទទួលបានតាមរយៈ Medi-Cal Dental។ ព័ត៌មានបន្ថែមនៅលើគេហទំព័រ SmileCalifornia.org។ Medi-Cal Dental រួមមានជាអាទិ៍ សេវាដូចជា៖ • ការពិនិត្យដំបូង ការចតកាំរស្មីអ៊ិច ការសម្អាត និងការព្យាបាលដោយសារធាតុក្លុយអ័រ • ការប៉ះ និងស្រោបធ្មេញ • ការព្យាបាលរន្ធឫសធ្មេញ • ធ្មេញពាក់ដោយផ្នែក និងធ្មេញពាក់ពេញលេញ ការកែតម្រូវ ការព្យាបាល និងការពត់ធ្មេញ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមទាក់ទងនឹងអត្ថប្រយោជន៍សុខភាពមាត់ធ្មេញដែលមាននៅក្នុងកម្មវិធី Medi-Cal Dental ឬប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយក្នុងការស្វែងរកពេទ្យធ្មេញដែលទទួលយកកម្មវិធី Medi-Cal សូមទាក់ទងមកកាន់ខ្សែទូរសព្ទរបស់ផ្នែកបម្រើសេវាអតិថិជនតាមរយៈលេខ 1-800-322-6384 (អ្នកប្រើ TTY ទូរសព្ទតាមរយៈលេខ 1-800-735-2922)។ ការហៅទូរសព្ទ គឺឥតគិតថ្លៃ។ អ្នកតំណាងរបស់កម្មវិធី Medi-Cal Dental អាចទំនេរដើម្បីជួយអ្នកចាប់ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក រហូតដល់ម៉ោង 5:00 ល្ងាច ចាប់ពីថ្ងៃចន្ទ រហូតដល់ថ្ងៃសុក្រ។ អ្នកក៏អាចចូលមើលគេហទំព័រផងដែរ តាមរយៈគេហទំព័រ smilecalifornia.org/ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។	



សេវាមានការធានារ៉ាប់រង	អ្នកត្រូវតែបង់ប៉ុន្មាន
សេវាសម្រាប់ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ សម្រាប់បុគ្គលដែលមានផ្ទៃពោះ យើងបង់ថ្លៃសម្រាប់ការជួបពិនិត្យចំនួនប្រាំបួនជាមួយសេវាសម្រាប់ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ ក្នុងអំឡុងពេលមុនសម្រាលកូន និងក្រោយពេលសម្រាលកូន ក៏ដូចជាការគាំទ្រក្នុងអំឡុងពេលមុនសម្រាលកូន និងពេលសម្រាលកូន។ អាចផ្តល់ជូនការពិនិត្យក្រោយសម្រាលចំនួនប្រាំបួនបន្ថែមទៀតបន្ទាប់ពីការសម្រាល។	\$0



សេវាមានការធានារ៉ាប់រង	អ្នកត្រូវតែបង់ប៉ុន្មាន
សេវារៀបចំផែនការសុខភាពគ្រួសារ ច្បាប់អនុញ្ញាតឱ្យអ្នកជ្រើសរើសអ្នកផ្តល់សេវាណាមួយ – មិនថាអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ ឬអ្នកផ្តល់សេវាក្រៅបណ្តាញ – សម្រាប់សេវារៀបចំផែនការក្នុងគ្រួសារជាក់លាក់មួយចំនួន។ នេះមានន័យថា វេជ្ជបណ្ឌិត គ្លីនិក មន្ទីរពេទ្យ ឱសថស្ថាន ឬការិយាល័យ រៀបចំគម្រោងគ្រួសារណាមួយ។ យើងបង់ថ្លៃសម្រាប់សេវាខាងក្រោម៖ • ការពិនិត្យរៀបចំផែនការគ្រួសារ និងការព្យាបាលតាមបែបវេជ្ជសាស្ត្រ • ពិសោធអំពីការពន្យារកំណើត និងការតេស្តធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ • វិធីសាស្ត្រក្នុងការពន្យារកំណើត (IUC/IUD ដាក់កងក្រោមដើមដៃ ការចាក់ថ្នាំ ថ្នាំគ្រាប់ពន្យារកំណើត កៅអៀកពន្យារកំណើត ឬដាក់កង) • ឧបករណ៍ពន្យារកំណើតដោយមានវេជ្ជបញ្ជា (ស្រោមអនាម័យ អេប៊ុង ហ្វូម ហ្វីល ស្រោមអនាម័យស្រ្តី មួក) • សេវាព្យាបាលបញ្ហាគ្មានកូនមានកំណត់ ដូចជាការប្រើក្បាយោបល់ និងការបណ្តុះបណ្តាលពីបច្ចេកទេសយល់ដឹងអំពីភាពមានកូន និង/ឬការប្រើក្បាសុខភាព ការធ្វើតេស្ត និងការព្យាបាលមុនពេលមានផ្ទៃពោះសម្រាប់ជំងឺកាមរោគ (STI)។ • ការប្រើក្បាយោបល់ និងការធ្វើតេស្តរកមេរោគ HIV និងអេដស៍ និងស្ថានភាពទាក់ទងនឹងមេរោគ HIV ផ្សេងៗ • ការការពារមានកូនជាអចិន្ត្រៃយ៍ (អ្នកត្រូវតែមានអាយុ 21 ឆ្នាំឡើងទៅ ដើម្បីជ្រើសរើសវិធីក្នុងការរៀបចំផែនការគ្រួសារ។ អ្នកត្រូវតែចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់យល់ព្រមលើការបញ្ឈប់ការយកកូនរបស់សហព័ន្ធយ៉ាងតិច 30 ថ្ងៃ ប៉ុន្តែមិនលើសពី 180 ថ្ងៃមុនថ្ងៃរះកាត់ទេ។) • ការប្រើក្បាអំពីបញ្ហាហ្សេន យើងនឹងបង់ថ្លៃសម្រាប់សេវារៀបចំផែនការគ្រួសារផ្សេងមួយចំនួនទៀត។ ប៉ុន្តែអ្នកត្រូវតែប្រើអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញសម្រាប់សេវាខាងក្រោម៖ • ការព្យាបាលសម្រាប់ស្ថានភាពសុខភាពនៃភាពគ្មានកូន (សេវានេះមិនរាប់បញ្ចូលវិធីសិប្បនិម្មិត ដើម្បីមានផ្ទៃពោះទេ។) • ការព្យាបាលជំងឺអេដស៍ និងស្ថានភាពផ្សេងៗទាក់ទងនឹងមេរោគ HIV • ការធ្វើតេស្តហ្សេន	\$0



សេវាមានការធានារ៉ាប់រង	អ្នកត្រូវតែបង់ប៉ុន្មាន
សេវាសុខភាពត្រចៀក យើងបង់ថ្លៃការធ្វើតេស្តខាងការស្តាប់ និងការឆ្លើងឆ្លងដែលបានធ្វើឡើងដោយអ្នកផ្តល់របស់អ្នក។ ការធ្វើតេស្តទាំងនេះ ប្រាប់អ្នកថា អ្នកត្រូវការព្យាបាលផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រឬអត់។ ពួកគេត្រូវបានធានារ៉ាប់រងជាការថែទាំសម្រាប់អ្នកជំងឺតំបន់ពេទ្យនៅពេលដែលអ្នកទទួលបានពីគ្រូពេទ្យ ពេទ្យត្រចៀក ឬអ្នកផ្តល់សេវា ដែលមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ផ្សេងទៀត។ - ការវាយតម្លៃអំពីត្រចៀកដោយការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ និងតុល្យភាពដែលធ្វើឡើងដោយ PCP របស់អ្នក ដើម្បីកំណត់ថាតើអ្នកត្រូវការការព្យាបាលផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រឬអត់ ដែលមានធានារ៉ាប់រងជាការថែទាំអ្នកជំងឺតំបន់ពេទ្យនៅពេលបានផ្តល់ដោយគ្រូពេទ្យ គ្រូពេទ្យជំនាញផ្នែកសោតទស្សន៍ ឬអ្នកផ្តល់សេវា ដែលមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ផ្សេងទៀត។ - សេវាសុខភាពត្រចៀកដែលអ្នកទទួលបានបន្ថែមលើអ្វី ដែលបានធានារ៉ាប់រងពី Medicare និង Medi-Cal (មិនមានធានារ៉ាប់រងពី Medicare)* អ្នកមានប្រាក់ឧបត្ថម្ភប្រចាំឆ្នាំចំនួន \$1,500 សម្រាប់៖ - ការពិនិត្យសវនាការទៀងទាត់ (ដែលមិនធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare) - ឧបករណ៍ជំនួយការស្តាប់រហូតដល់ចំនួនពីរ និងការពាក់ឧបករណ៍ជំនួយការស្តាប់ចំនួនពីរ និងការវាយតម្លៃ (ពាក់នៅត្រចៀកទាំងសងខាងរួមបញ្ចូលគ្នា)។ - អ្នកអាចទទួលបានសេវាទាំងនេះពីអ្នកផ្តល់សេវាឧបករណ៍ជំនួយការស្តាប់ដែលអ្នកជ្រើសរើស។ - ប្រាក់ឧបត្ថម្ភនេះ មិនអាចដាក់បញ្ចូលពីមួយឆ្នាំទៅមួយឆ្នាំទេ។ ប្រាក់ឧបត្ថម្ភសម្រាប់សេវាស្តាប់ដែលមិនបានធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare ព្រមទាំងអាហារ និងផលិតផលមិនអាចបញ្ចូលគ្នាបានទេ។ អត្ថប្រយោជន៍នីមួយៗ មានប្រាក់ឧបត្ថម្ភដាច់ដោយឡែកពីគ្នា។ អត្ថប្រយោជន៍នេះមានបន្តនៅទំព័របន្ទាប់	\$0

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan តាមរយៈលេខ 1-800-452-4413

(TTY: 711) ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ម៉ោង PT ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទ គឺឥត

គិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ [blueshieldca.com/medicare](https://www.blueshieldca.com/medicare)។



សេវាសុខភាពត្រចៀក (ត) អ្នកនឹងទទួលបានលិខិតមួយច្បាប់ពីអ្នកគ្រប់គ្រងអត្ថប្រយោជន៍ដែលមានបណ្តាញអត្ថប្រយោជន៍ផ្ទាល់ខ្លួនរបស់អ្នក។ លិខិតនេះនឹងប្រាប់អ្នកថា កាតរបស់អ្នកបានបញ្ចូលប្រាក់ឧបត្ថម្ភចរាចរណ៍ហើយ។ វាក៏នឹងផ្តល់ព័ត៌មានពីរបៀបទទួលបានព័ត៌មានលម្អិតបន្ថែមអំពីអត្ថប្រយោជន៍តាមរយៈទូរសព្ទគេហទំព័រ ឬកម្មវិធីទូរសព្ទ។ Healthy Benefits+ គឺជាកាតចំណាយដែលមានប្រាក់ឧបត្ថម្ភអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នកបានបញ្ចូលទុកជាមុននៅលើកាត ដើម្បីជួយក្នុងការទូទាត់សម្រាប់មុខទំនិញ និងសេវាដែលមានធានារ៉ាប់រង។ សម្រាប់សំណួរនានាអំពីអត្ថប្រយោជន៍នេះ អ្នកអាចទូរសព្ទទៅអ្នកគ្រប់គ្រងអត្ថប្រយោជន៍តាមរយៈលេខ (855) 572-6341 [TTY: 711] ចាប់ពីម៉ោង 8 ព្រឹកដល់ម៉ោង 8 យប់ ម៉ោងក្នុងបន្ទប់ ចាប់ពីថ្ងៃអាទិត្យដល់ថ្ងៃសៅរ៍ ពីថ្ងៃទី 1 ខែតុលា ដល់ថ្ងៃទី 31 ខែមីនា និងពីថ្ងៃចន្ទដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីថ្ងៃទី 1 ខែមេសា ដល់ថ្ងៃទី 30 ខែកញ្ញា។ អ្នកក៏អាចចូលទៅកាន់គេហទំព័រ HealthyBenefitsPlus.com/BlueShieldCA សម្រាប់ព័ត៌មានលម្អិតបន្ថែម។ *សេវាទាំងនេះ មិនរាប់បញ្ចូលក្នុងដែនកំណត់នៃការចំណាយផ្ទាល់ខ្លួនអតិបរមារបស់គម្រោងនោះទេ។ បន្ថែមលើសេវាសុខភាពត្រចៀកដែលមិនមានធានារ៉ាប់រងពី Medicare ដែលបានពណ៌នានៅក្នុងផ្នែកនេះ យើងក៏បង់ថ្លៃសម្រាប់ឧបករណ៍ជំនួយការស្តាប់នៅពេលដែលវាត្រូវបានចេញវេជ្ជបញ្ជាដោយគ្រូពេទ្យ ឬអ្នកផ្តល់សេវាដែលមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ រួមទាំង៖ • ឧបករណ៍ជំនួយការស្តាប់ សម្ភារផ្គត់ផ្គង់ និងឧបករណ៍សិកបញ្ចូល • ការជួសជុល • ថ្មថាមពលមួយឈុតដំបូង • ការជួបពិនិត្យចំនួនប្រាំមួយដងសម្រាប់ការបណ្តុះបណ្តាល ការសម្របសម្រួល និងការលេតម្រូវឱ្យត្រូវល្មមជាមួយអ្នកលក់ដូចគ្នាបន្ទាប់ពីអ្នកទទួលបានឈុតឧបករណ៍ជំនួយការស្តាប់ • ការជួលឈុតឧបករណ៍ជំនួយការស្តាប់សម្រាប់ពេលសាកល្បង	

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan តាមរយៈលេខ 1-800-452-4413

(TTY: 711) ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ម៉ោង PT ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទ គឺឥត

គិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ blueshieldca.com/medicare។



សេវាមានការធានារ៉ាប់រង	អ្នកត្រូវតែបង់ប៉ុន្មាន
ឧបករណ៍ជំនួយការស្តាប់ ឧបករណ៍ជំនួយការដែលបញ្ជូនរំញ័រសំឡេងតាមរយៈឆ្អឹងនៅពីក្រោយត្រចៀក សេវាសិក្សាការស្តាប់ និងក្រោយការវាយតម្លៃទាក់ទងនឹងជំនួយការស្តាប់	
សេវាអ្នកជំងឺដេកពេទ្យក្នុងមន្ទីរពេទ្យវិកលចរិត យើងបង់ថ្លៃសម្រាប់សេវាថែទាំសុខភាពផ្លូវចិត្តដែលតម្រូវឱ្យស្នាក់នៅមន្ទីរពេទ្យ។ - ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការសេវាសម្រាប់អ្នកជំងឺដេកពេទ្យក្នុងមន្ទីរពេទ្យវិកលចរិតជាចំណែកនោះ យើងបង់ថ្លៃសម្រាប់រយៈពេល 190 ថ្ងៃដំបូង។ បន្ទាប់ពីនោះ ទីភ្នាក់ងារសុខភាពផ្លូវចិត្តរបស់ខោនធីប្រចាំតំបន់បង់ថ្លៃសម្រាប់សេវាព្យាបាលអ្នកជំងឺវិកលចរិតដែលចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ។ ការអនុញ្ញាតសម្រាប់ការថែទាំលើសពី 190 ថ្ងៃត្រូវបានសម្របសម្រួលជាមួយទីភ្នាក់ងារសុខភាពផ្លូវចិត្តរបស់ខោនធីប្រចាំតំបន់។ - ការកំណត់រយៈពេល 190 ថ្ងៃមិនអនុវត្តចំពោះសេវាសុខភាពផ្លូវចិត្តសម្រាប់អ្នកជំងឺស្នាក់ព្យាបាល ដែលត្រូវផ្តល់ឱ្យនៅអង្គភាពវិកលចរិតនៃមន្ទីរពេទ្យទូទៅនោះទេ។ - ប្រសិនបើអ្នកមានអាយុ 65 ឆ្នាំ ឬចាស់ជាងនេះ យើងបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវា ដែលអ្នកទទួលបាននៅក្នុងវិទ្យាស្ថាន Institute for Mental Diseases (IMD)។ <i>អាចតម្រូវឱ្យមានការអនុញ្ញាតជាមុន ហើយវាជាទំនួលខុសត្រូវរបស់អ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក។</i>	\$0



សេវាមានការធានារ៉ាប់រង	អ្នកត្រូវតែបង់ប៉ុន្មាន
សេវា និងការផ្គត់ផ្គង់សម្រាប់ជំងឺតម្រោងនោម យើងបង់ថ្លៃសម្រាប់សេវាខាងក្រោម៖ • សេវាអប់រំអំពីជំងឺតម្រោងនោម ដើម្បីបង្រៀនពីការថែទាំតម្រោងនោម និងជួយអ្នកឱ្យធ្វើសេចក្តីសម្រេចបានល្អអំពីការថែទាំរបស់អ្នក។ អ្នកត្រូវតែមានជំងឺតម្រោងនោមក្នុងដំណាក់កាល IV ហើយវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកត្រូវតែបញ្ជាក់អំពីអ្នក។ យើងធានារ៉ាប់រងរហូតដល់ប្រាំមួយវគ្គនៃសេវាអប់រំអំពីជំងឺតម្រោងនោម។ • ការព្យាបាលដោយការលាងឈាមរបស់អ្នកជំងឺតម្រោងនោម រួមទាំងការព្យាបាលដោយការលាងឈាមនៅពេល ដែលស្ថិតនៅក្រៅតំបន់ផ្តល់សេវាជាបណ្តោះអាសន្ន ដូចដែលបានពន្យល់ក្នុង ជំពូកទី 3 នៃ <i>សៀវភៅណែនាំសមាជិក</i> របស់អ្នក ឬនៅពេលដែលអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកមិនមាន ឬមិនអាចចូលប្រើបានសម្រាប់សេវានេះ ជាបណ្តោះអាសន្ន។ • ការព្យាបាលដោយការលាងឈាមរបស់អ្នកជំងឺតម្រោងនោម ប្រសិនបើអ្នកត្រូវបានទទួលស្គាល់ថា ជាអ្នកជំងឺតម្រោងនោមសម្រាប់ការថែទាំពិសេស • វគ្គបណ្តុះបណ្តាលអំពីវិធីលាងឈាមដោយខ្លួនឯង រួមមានការបណ្តុះបណ្តាលសម្រាប់អ្នក និងអ្នកដែលជួយអ្នកជាមួយការព្យាបាលដោយវិធីលាងឈាមនៅផ្ទះរបស់អ្នក • បរិក្ខារ និងសម្ភារលាងឈាមនៅផ្ទះ • សេវាជួយទ្រទ្រង់ខ្លះនៅផ្ទះ ដូចជាការជួបពិគ្រោះចាំបាច់ដោយបុគ្គលិក លាងឈាមដែលបានហ្វឹកហ្វឺន ដើម្បីឆែកមើលការលាងឈាមនៅផ្ទះរបស់អ្នក ដើម្បីជួយក្នុងគ្រាអាសន្ន និងដើម្បីពិនិត្យមើលបរិក្ខារលាងឈាម និងការផ្គត់ផ្គង់ទឹក។ Medicare ផ្នែក B បង់ប្រាក់លើឱសថមួយចំនួនសម្រាប់ការលាងឈាម។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមមើល “ឱសថ Medicare ផ្នែក B” នៅក្នុងតារាងនេះ។ <i>អាចតម្រូវឱ្យមានការអនុញ្ញាតជាមុន ហើយវាជាទំនួលខុសត្រូវរបស់អ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក។</i>	\$0



សេវាមានការធានារ៉ាប់រង	អ្នកត្រូវតែបង់ប៉ុន្មាន
សេវាក្នុងមន្ទីរពេទ្យសម្រាប់អ្នកជំងឺឥតដេកពេទ្យ យើងបង់ថ្លៃសម្រាប់សេវាចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដែលអ្នកទទួលបាននៅផ្នែកអ្នកជំងឺឥតដេកពេទ្យរបស់មន្ទីរពេទ្យសម្រាប់ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ ឬការព្យាបាលជំងឺ ឬរូបស ដូចជា៖ • សេវានៅផ្នែកសង្គ្រោះបន្ទាន់ ឬគ្លីនិកសម្រាប់អ្នកជំងឺឥតដេកពេទ្យដូចជា សេវាពិនិត្យ ឬវះកាត់អ្នកជំងឺឥតដេកពេទ្យ ○ សេវាពិនិត្យជួយវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកឱ្យដឹងថា តើអ្នកត្រូវការសម្រាកនៅមន្ទីរពេទ្យជា “អ្នកជំងឺដេកពេទ្យ” ដែរឬអត់។ ○ ពេលខ្លះ អ្នកអាចស្នាក់នៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យពេញមួយយប់ ហើយនៅតែជា “អ្នកជំងឺឥតដេកពេទ្យ”។ ○ អ្នកអាចទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែមអំពីការក្លាយជាអ្នកជំងឺស្នាក់ព្យាបាល ឬអ្នកជំងឺឥតដេកពេទ្យនៅក្នុងសន្លឹកព័ត៌មាននេះ៖ es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf។ • មន្ទីរពិសោធន៍ និងការធ្វើតេស្តរោគវិនិច្ឆ័យដែលបានចេញវិក្កយបត្រដោយមន្ទីរពេទ្យ • សេវាថែទាំសុខភាពផ្លូវចិត្ត រួមទាំងការថែទាំនៅក្នុងកម្មវិធីសម្រាកនៅមន្ទីរពេទ្យមិនពេញលេញ ប្រសិនបើវេជ្ជបណ្ឌិតបញ្ជាក់ថាចាំបាច់ត្រូវតែមានការព្យាបាលអ្នកជំងឺដេកពេទ្យប្រសិនបើគ្មានវានោះ • សេវាថតកាំរស្មីអិច និងវិទ្យុសកម្មផ្សេងៗទៀត ដែលបានចេញវិក្កយបត្រដោយមន្ទីរពេទ្យ • សម្ភារពេទ្យ ដូចជា រណបត្តិ និងសំរោបអបត្តិ • ការពិនិត្យ និងសេវាបង្ការជំងឺដែលមានរាយនៅក្នុងតារាងអត្ថប្រយោជន៍ • ឱសថមួយចំនួន ដែលអ្នកមិនអាចផ្តល់ឱ្យខ្លួនឯងបាន <i>អាចតម្រូវឱ្យមានការអនុញ្ញាតជាមុន ហើយវាជាទំនួលខុសត្រូវរបស់អ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក។</i>	\$0



សេវាមានការធានារ៉ាប់រង	អ្នកត្រូវតែបង់ប៉ុន្មាន
សេវាស្តារនីតិសម្បទាសម្រាប់អ្នកជំងឺឥតដេកពេទ្យ យើងបង់ថ្លៃសម្រាប់ការព្យាបាលដោយចលនា ការព្យាបាលដោយសកម្មភាពប្រចាំថ្ងៃ និងការព្យាបាលការនិយាយស្តី។ អ្នកអាចទទួលបានសេវាស្តារនីតិសម្បទាសម្រាប់អ្នកជំងឺឥតដេកពេទ្យពីផ្នែកអ្នកជំងឺឥតដេកពេទ្យក្នុងមន្ទីរពេទ្យ ការិយាល័យអ្នកព្យាបាលឯករាជ្យ មន្ទីរស្តារនីតិសម្បទាពេញលេញសម្រាប់អ្នកជំងឺឥតដេកពេទ្យ (CORF) និងមជ្ឈមណ្ឌលផ្សេងទៀត។ <i>អាចតម្រូវឱ្យមានការអនុញ្ញាតជាមុន ហើយវាជាទំនួលខុសត្រូវរបស់អ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក។</i>	\$0
សេវាព្យាបាលវិបត្តិផ្លូវចិត្តដោយការប្រើប្រាស់សារធាតុញៀនសម្រាប់អ្នកជំងឺឥតដេកពេទ្យ យើងបង់ថ្លៃសម្រាប់សេវាខាងក្រោម ហើយប្រហែលជាសេវាផ្សេងៗទៀតដែលមិនមាននៅក្នុងបញ្ជីឈ្មោះនៅទីនេះ៖ • ការពិនិត្យ និងការប្រឹក្សាយោបល់ពីការប្រើគ្រឿងស្រវឹងមិនត្រឹមត្រូវ • ការព្យាបាលការប្រើប្រាស់សារធាតុញៀនខុសច្បាប់ • សេវាប្រឹក្សាជាក្រុម និងលក្ខណៈបុគ្គល ផ្តល់ជូនដោយអ្នកព្យាបាលដែលមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ • សេវាបញ្ចេញសារធាតុពុលខ្លាំង នៅក្នុងកម្មវិធីបន្ទាបសារធាតុញៀនតាមលំនៅឋាន • សេវាបន្ទាបជាតិស្រវឹង និង/ឬសារធាតុញៀននៅក្នុងមជ្ឈមណ្ឌលព្យាបាលអ្នកជំងឺឥតដេកពេទ្យធ្ងន់ធ្ងរ • ការព្យាបាលដោយប្រើថ្នាំ Naltrexone ដែលមានប្រសិទ្ធភាពយូរ (Vivitrol) <i>អាចតម្រូវឱ្យមានការអនុញ្ញាតជាមុន ហើយវាជាទំនួលខុសត្រូវរបស់អ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក។</i>	\$0 សម្រាប់ការជួបពិនិត្យជាលក្ខណៈបុគ្គល ឬជាក្រុមនីមួយៗ



សេវាមានការធានារ៉ាប់រង	អ្នកត្រូវតែបង់ប៉ុន្មាន
សេវាសម្រាកព្យាបាលក្នុងមន្ទីរពេទ្យមួយផ្នែក និងសេវាព្យាបាលអ្នកជំងឺមិនដេកពេទ្យដែលមានការយកចិត្តទុកដាក់ខ្ពស់ កម្មវិធីសម្រាកព្យាបាលក្នុងមន្ទីរពេទ្យមិនពេញលេញ គឺជាកម្មវិធីដែលមានរចនាសម្ព័ន្ធព្យាបាលជំងឺរីកលចំណីកម្រិតធ្ងន់។ វាត្រូវបានផ្តល់ជូនជាសេវាកម្មពិគ្រោះជំងឺសម្រាប់អ្នកជំងឺឥតដេកពេទ្យ ឬដោយមជ្ឈមណ្ឌលសុខភាពផ្លូវចិត្តក្នុងសហគមន៍ ដែលមានលក្ខណៈធ្ងន់ធ្ងរជាងការថែទាំ ដែលអ្នកទទួលបាននៅក្នុងការិយាល័យវេជ្ជបណ្ឌិត អ្នកព្យាបាល អ្នកផ្តល់សេវាអាពាហ៍ពិពាហ៍ និងគ្រួសារដែលមានអាជ្ញាបណ្ណ (LMFT) ឬការិយាល័យអ្នកប្រឹក្សាប្រកបដោយវិជ្ជាជីវៈដែលមានអាជ្ញាបណ្ណ។ វាអាចជួយអ្នកកុំឲ្យទៅស្នាក់នៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យ។ សេវាអ្នកជំងឺឥតដេកពេទ្យធ្ងន់ធ្ងរ គឺជាកម្មវិធីដែលមានរចនាសម្ព័ន្ធសម្រាប់ការព្យាបាលសុខភាពអាកប្បកិរិយា (ផ្លូវចិត្ត) សកម្ម ដែលត្រូវបានផ្តល់ជូនជាសេវាសម្រាប់អ្នកជំងឺឥតដេកពេទ្យនៅមន្ទីរពេទ្យ មណ្ឌលសុខភាពផ្លូវចិត្តក្នុងសហគមន៍ មណ្ឌលសុខភាពដែលមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់កម្រិតសហព័ន្ធ ឬគ្លីនិកសុខភាពជនបទ ដែលមានសភាពធ្ងន់ធ្ងរជាងការថែទាំដែលអ្នកទទួលបាននៅក្នុងការិយាល័យវេជ្ជបណ្ឌិត អ្នកព្យាបាល ឬ LMFT ឬការិយាល័យរបស់អ្នកប្រឹក្សាជំនាញដែលមានអាជ្ញាបណ្ណ របស់អ្នក ប៉ុន្តែធ្ងន់ធ្ងរតិចជាងការស្នាក់នៅមន្ទីរពេទ្យមិនពេញលេញ។ ចំណាំ៖ ដោយសារតែមិនមានមជ្ឈមណ្ឌលសុខភាពផ្លូវចិត្តនៅតាមសហគមន៍ក្នុងបណ្តាញរបស់យើង យើងធានារ៉ាប់រងលើការសម្រាកព្យាបាលក្នុងមន្ទីរពេទ្យមិនពេញលេញដែលជាសេវាសម្រាប់អ្នកជំងឺឥតដេកពេទ្យរបស់មន្ទីរពេទ្យតែប៉ុណ្ណោះ។ <i>អាចតម្រូវឱ្យមានការអនុញ្ញាតជាមុន ហើយវាជាទំនួលខុសត្រូវរបស់អ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក។</i>	\$0

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan តាមរយៈលេខ 1-800-452-4413

(TTY: 711) ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ម៉ោង PT ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទ គឺឥត

គិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ [blueshieldca.com/medicare](https://www.blueshieldca.com/medicare)។



សេវាគ្រូពេទ្យ/អ្នកផ្តល់សេវា រួមទាំងការមកជួបពិនិត្យនៅការិយាល័យរបស់វេជ្ជបណ្ឌិត យើងបង់ថ្លៃសម្រាប់សេវាខាងក្រោម៖ • ការថែទាំសុខភាពដែលមានភាពចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ ឬសេវាវះកាត់ដែលផ្តល់ជូននៅកន្លែងនានា មានដូចជា៖ • ការិយាល័យគ្រូពេទ្យ • មជ្ឈមណ្ឌលវះកាត់ចល័តដែលមានវិញ្ញាបនបត្រ • ផ្នែកសម្រាប់អ្នកជំងឺតង់តែកពេទ្យរបស់មន្ទីរពេទ្យ • ការប្រឹក្សាយោបល់ ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ និងការព្យាបាលដោយអ្នកឯកទេស • ការពិនិត្យត្រចៀក និងតុល្យភាពមូលដ្ឋានដែលត្រូវបានផ្តល់ជូនដោយ អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំបឋមរបស់អ្នក ប្រសិនបើវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជា ដើម្បីមើលថាតើអ្នកត្រូវការការព្យាបាលដែរឬទេ • សេវាសុខភាពពីចម្ងាយជាក់លាក់ រួមមាន សេវារបស់គ្រូពេទ្យ ដើម្បីព្យាបាលស្ថានភាពដែលមិនមានភាពអាសន្នដូចជារោគសញ្ញាគ្រុនផ្តាសាយ និងផ្តាសាយធំ អាឡែហ្ស៊ី រលាកទងសួត ការឆ្លងមេរោគផ្លូវដង្ហើម បញ្ហាមេរោគឆ្លងចូលប្រហោងឆ្អឹង កន្ទួលរមាស់ ជំងឺភ្នែកឈឺក្បាលប្រកាំង និងច្រើនផ្សេងទៀត។ ○ អ្នកមានជម្រើសក្នុងការទទួលបានសេវាទាំងនេះតាមរយៈការជួបពិនិត្យផ្ទាល់ ឬតាមរយៈសេវាសុខភាពពីចម្ងាយ។ ប្រសិនបើអ្នកជ្រើសរើសសេវាសុខភាពពីចម្ងាយមួយក្នុងចំណោមសេវាទាំងនេះ អ្នកត្រូវតែប្រើប្រាស់អ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញដែលផ្តល់សេវាតាមរយៈសេវាសុខភាពពីចម្ងាយ។ ○ សូមមើលផ្នែក “សេវាសុខភាពពីចម្ងាយបន្ថែម” នៅក្នុងតារាងអត្ថប្រយោជន៍សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។ • សេវាសុខភាពពីចម្ងាយសម្រាប់ជំងឺតម្រងនោមដំណាក់កាលចុងក្រោយ (ESRD) ប្រចាំខែដែលពាក់ព័ន្ធនឹងការជួបពិនិត្យសម្រាប់សមាជិកលាងឈាមតាមផ្ទះនៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យ ឬមជ្ឈមណ្ឌលព្យាបាលជំងឺតម្រងនោមនៅមន្ទីរពេទ្យកម្រិតធ្ងន់នៅមជ្ឈមណ្ឌលពិនិត្យលាងឈាមតម្រងនោម ឬនៅផ្ទះ អត្ថប្រយោជន៍នេះមានបន្តនៅទំព័របន្ទាប់	\$0



	សេវាត្រួតពិនិត្យ/អ្នកផ្តល់សេវា រួមមានការមកជួបពិនិត្យនៅការិយាល័យរបស់វេជ្ជបណ្ឌិត (ត) • សេវាផ្តល់ព័ត៌មានសុខភាពតាមប្រព័ន្ធអេឡិចត្រូនិក ដើម្បីធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ វាយតម្លៃ ឬព្យាបាលរោគសញ្ញានៃជំងឺដាច់សរសៃឈាមក្នុងក្បាល • សេវាសុខភាពពីចម្ងាយសម្រាប់សមាជិកដែលជួបប្រទះទៅនឹងវិបត្តិនៃការប្រើប្រាស់សារធាតុញៀន ឬវិបត្តិសុខភាពផ្លូវចិត្តដែលកើតឡើងដំណាលគ្នា • សេវាសុខភាពពីចម្ងាយសម្រាប់ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ ការវាយតម្លៃ និងការព្យាបាលវិបត្តិសុខភាពផ្លូវចិត្ត ប្រសិនបើ៖ ○ អ្នកមានការជួបពិនិត្យដោយផ្ទាល់ក្នុងរយៈពេល 6 ខែ មុនពេលជួបពិនិត្យតាមរយៈសេវាសុខភាពពីចម្ងាយជាលើកដំបូងរបស់អ្នក ○ អ្នកមានការជួបពិនិត្យសុខភាពដោយផ្ទាល់ជារៀងរាល់ 12 ខែ ខណៈពេលដែលអ្នកទទួលបានសេវាផ្តល់ព័ត៌មានសុខភាពតាមប្រព័ន្ធអេឡិចត្រូនិកទាំងនេះ ○ ករណីលើកលែងអាចត្រូវបានធ្វើឡើងចំពោះលក្ខខណ្ឌខាងលើសម្រាប់កាលៈទេសៈជាក់លាក់ • សេវាផ្តល់ព័ត៌មានសុខភាពតាមប្រព័ន្ធអេឡិចត្រូនិកសម្រាប់ការជួបពិនិត្យសុខភាពផ្លូវចិត្តដែលផ្តល់ដោយគ្លីនិកសុខភាពជនបទ និងមជ្ឈមណ្ឌលសុខភាពដែលមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់កម្រិតសហព័ន្ធ។ • ការចុះឈ្មោះចូលបែបនិម្មិត (ឧទាហរណ៍តាមរយៈទូរសព្ទ ឬជជែកតាមវីដេអូ) ជាមួយវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក ក្នុងរយៈពេល 5-10 នាទី ប្រសិនបើ ○ អ្នកមិនមែនជាអ្នកជំងឺថ្មីទេ និង ○ ការចុះឈ្មោះនេះមិនទាក់ទងទៅនឹងការជួបពិនិត្យនៅការិយាល័យកាលពី 7 ថ្ងៃកន្លងមកនោះទេ និង ○ ការចុះឈ្មោះមិនអាចនាំទៅរកការទៅជួបពិនិត្យនៅការិយាល័យក្នុងរយៈពេល 24 ម៉ោង ឬការណាត់ជួបដែលមានក្នុងពេលឆាប់ៗនេះទេ អត្ថប្រយោជន៍នេះមានបន្តនៅទំព័របន្ទាប់	



សេវាមានការធានារ៉ាប់រង	អ្នកត្រូវតែបង់ប៉ុន្មាន
សេវាគ្រូពេទ្យ/អ្នកផ្តល់សេវា រួមមានការមកជួបពិនិត្យនៅការិយាល័យរបស់វេជ្ជបណ្ឌិត (ត) - ការវាយតម្លៃរបស់វីដេអូ និង/ឬរូបភាពដែលអ្នកធ្វើទៅឱ្យវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក និងការបកស្រាយពន្យល់ ព្រមទាំងតាមដានដោយវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកក្នុងរយៈពេល 24 ម៉ោង ប្រសិនបើ៖ - អ្នកមិនមែនជាអ្នកជំងឺថ្មីទេ និង - ការវាយតម្លៃមិនទាក់ទងទៅនឹងការជួបពិនិត្យនៅការិយាល័យកាលពី 7 ថ្ងៃកន្លងមកនោះទេ និង - ការវាយតម្លៃមិនអាចនាំទៅរកការទៅជួបពិនិត្យនៅការិយាល័យក្នុងរយៈពេល 24 ម៉ោង ឬការណាត់ជួបដែលមានក្នុងពេលឆាប់ៗនេះទេ - ការពិគ្រោះយោបល់ដែលវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកមានជាមួយវេជ្ជបណ្ឌិតដទៃទៀតតាមរយៈទូរសព្ទ បណ្តាញអ៊ីនធឺណិត ឬកំណត់ត្រាសុខភាពអេឡិចត្រូនិក ប្រសិនបើអ្នកមិនមែនជាអ្នកជំងឺថ្មីទេ - មតិយោបល់ទីពីរ ដោយអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញផ្សេងទៀត មុនពេលរក្សាកាត់ - ការថែទាំធ្វើឱ្យមានប្រក្រតី។ សេវាមានការធានារ៉ាប់រងត្រូវបានដាក់កំណត់លើ៖ - សេវាវះកាត់ថ្នាម ឬគ្រោងឆ្អឹងដែលពាក់ព័ន្ធ - កំណត់ចំណុចបាក់នៃថ្នាម ឬឆ្អឹងមុខ - ដកធ្មេញមុនពេលមុនការព្យាបាលដោយវិទ្យុសកម្មនៃការវះកាត់មហារីក - សេវាដែលនឹងទទួលបានការធានារ៉ាប់រងនៅពេលដែលបានផ្តល់សេវាដោយគ្រូពេទ្យ <i>អាចតម្រូវឱ្យមានការអនុញ្ញាតជាមុន ហើយវាជាទំនួលខុសត្រូវរបស់អ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក។</i>	



សេវាមានការធានារ៉ាប់រង	អ្នកត្រូវតែបង់ប៉ុន្មាន
សេវាព្យាបាលសុខភាពជើង យើងបង់ថ្លៃសម្រាប់សេវាខាងក្រោម៖ • ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ និងការព្យាបាលរបួស និងជំងឺនានានៅត្រង់ជើង (ដូចជាផ្លែម្រាមជើង ឬកែងជើងឡើងវិញ) ដោយវេជ្ជសាស្ត្រ និងដោយការកាត់ • ការថែទាំជើងជាប្រចាំសម្រាប់សមាជិកដែលមានស្ថានភាពប៉ះពាល់ដល់ជើង ដូចជាជំងឺទឹកនោមផ្អែមជាដើម • ការថែទាំជើងជាប្រចាំ (មិនបានធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare) ធានារ៉ាប់រង៖ ○ ការកាត់ ឬយកផ្លែម្រាមជើង និងស្បែកក្រិនចេញ ○ ការតម្រឹម ការកាត់ ការចៀរ ឬការយកក្រចកដែលខូចចេញ *សេវាមិនអនុវត្តចំពោះការកំណត់អតិបរមានៃការចំណាយចេញពីហោប៉ៅរបស់គម្រោងទេ។	\$0



សេវាមានការធានារ៉ាប់រង	អ្នកត្រូវតែបង់ប៉ុន្មាន
សេវាក្នុងកម្មវិធីព្យាបាលសារជាតិអូផ្យូអ៊ីត (Opioid Treatment Program, OTP) គម្រោងរបស់យើងបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាខាងក្រោមដើម្បីព្យាបាលបញ្ហាប្រើប្រាស់អូផ្យូអ៊ីត (Opioid Use Disorder, OUD) តាមរយៈ OTP ដែលរួមមានសេវាខាងក្រោម៖ • សកម្មភាពនៃដំណើរការប្រមូលព័ត៌មាន • ការវាយតម្លៃតាមកាលកំណត់ • ការប្រើឱសថដែលបានយល់ព្រមដោយ FDA និងបើសិនអនុវត្តបាន ធ្វើការគ្រប់គ្រង និងផ្តល់ឱសថទាំងនេះដល់អ្នក • ការប្រឹក្សាអំពីការប្រើប្រាស់សារធាតុញៀន • ការព្យាបាលជាលក្ខណបុគ្គល និងជាក្រុម • ការធ្វើតេស្តរកសារធាតុញៀន ឬសារធាតុគីមីនៅក្នុងរាងកាយរបស់អ្នក (ការធ្វើតេស្តជាតិពុល)	\$0
សេវាស្តារស្ថានភាពសួត យើងបង់ថ្លៃសម្រាប់កម្មវិធីស្តារស្ថានភាពសួតសម្រាប់សមាជិកដែលមានជំងឺសួតរ៉ាំរ៉ៃ (COPD) ពីកម្រិតមធ្យមទៅកម្រិតធ្ងន់។ អ្នកត្រូវតែមានការបញ្ជូនបន្តសម្រាប់ការស្តារសមត្ថភាពសួត ពីវេជ្ជបណ្ឌិត ឬអ្នកផ្តល់ការព្យាបាល COPD។ <i>អាចតម្រូវឱ្យមានការអនុញ្ញាតជាមុន ហើយវាជាទំនួលខុសត្រូវរបស់អ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក។</i>	\$0



ឧបករណ៍អវយវៈសិប្បនិម្មិត និងឧបករណ៍តម្រង់ឆ្អឹងជើង និងសម្ភារផ្គត់ផ្គង់ពាក់ព័ន្ធ ឧបករណ៍សិប្បនិម្មិតជំនួសទាំងអស់ ឬដោយផ្នែកនៃ ផ្នែក ឬមុខងាររបស់រាងកាយ។ ទាំងនេះ រួមមានជាអាទិ៍៖ • ការធ្វើតេស្ត ការលេតម្រូវឱ្យត្រូវល្មម ឬការបណ្តុះបណ្តាលក្នុងការប្រើប្រាស់ឧបករណ៍អវយវៈសិប្បនិម្មិត និងឧបករណ៍តម្រង់ឆ្អឹង • ចង់សម្រាប់បង្ហូរលាមកពីពោះវៀន និងសម្ភារផ្គត់ផ្គង់ដែលពាក់ព័ន្ធសម្រាប់ការថែទាំពោះវៀនធំ • សារធាតុបំប៉នដែលសម្រាប់លេបចូលតាមពោះវៀន និងសម្រាប់ចាក់តាមសរសៃ ដូចជាឧបករណ៍ផ្គត់ផ្គង់អាហារ ឧបករណ៍ល្អិតស្រូមទុយោ និងអាដាប់ទ័រ សូលុយស្យុង និងសម្ភារផ្គត់ផ្គង់សម្រាប់ការចាក់ដែលធ្វើឡើងដោយខ្លួនឯង • ថ្មបេះដូង • ខ្សែពត់ធ្មេញ • ស្បែកជើងសិប្បនិម្មិត • ដៃ និងជើងសិប្បនិម្មិត • សុដន់សិប្បនិម្មិត (រួមមានអាវុធនាប័នសម្រាប់ពាក់ក្រោយការវះកាត់សុដន់) • ផ្នែកសិប្បនិម្មិតដើម្បីជំនួសផ្នែកទាំងអស់នៃផ្នែករាងកាយមុខខាងក្រៅ ត្រូវបានដកចេញ ឬអន់ខ្សោយដោយសារជំងឺ ការងារបួស ឬការខូចពីកំណើត • ក្រែមទប់ការហូរលាមក និងកន្ទួបលាមក យើងក៏នឹងបង់ប្រាក់សម្រាប់សម្ភារផ្គត់ផ្គង់មួយចំនួនដែលមានការពាក់ព័ន្ធនឹងឧបករណ៍អវយវៈសិប្បនិម្មិត និងឧបករណ៍តម្រង់ឆ្អឹងជើង។	\$0



សេវាមានការធានារ៉ាប់រង	អ្នកត្រូវតែបង់ប៉ុន្មាន
យើងក៏នឹងបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាកម្មជួសជុល ឬផ្លាស់ប្តូរឧបករណ៍អវយវៈសិប្បនិម្មិត និងឧបករណ៍តម្រង់ឆ្អឹងជើងផងដែរ។ យើងផ្តល់ជូនការរ៉ាប់រងខ្លះ បន្ទាប់ពីការយកជំងឺបាយភ្នែក ឬការវះកាត់ជំងឺ បាយភ្នែក។ សូមមើល “សេវាសុខភាពភ្នែក” នៅពេលក្រោយក្នុងតារាងនេះសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។ <i>អាចតម្រូវឱ្យមានការអនុញ្ញាតជាមុន ហើយវាជាទំនួលខុសត្រូវរបស់អ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក។</i>	



សេវាមានការធានារ៉ាប់រង	អ្នកត្រូវតែបង់ប៉ុន្មាន
ឱសថ Medicare ផ្នែក B ឱសថទាំងនេះត្រូវបានធានារ៉ាប់រងក្រោម Medicare ផ្នែក B។ គម្រោងរបស់យើងបង់ថ្លៃសម្រាប់ឱសថដូចខាងក្រោម៖ • ជាធម្មតា ឱសថដែលអ្នកមិនផ្តល់ឱ្យខ្លួនឯង ហើយត្រូវបានចាក់ ឬបញ្ចូលនៅពេលអ្នកទៅជួបវេជ្ជបណ្ឌិត អ្នកជំងឺឥតដេកពេទ្យក្នុងមន្ទីរពេទ្យ ឬសេវាមជ្ឈមណ្ឌលវះកាត់សង្គ្រោះបន្ទាន់ • ថ្នាំអ៊ិនស៊ុលីនដែលផ្តល់តាមរយៈបរិក្ខារវេជ្ជសាស្ត្រដែលប្រើជាប់បានយូរ (ដូចជាបំពង់អ៊ិនស៊ុលីនដែលចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ) • ឱសថផ្សេងទៀតដែលអ្នកប្រើបរិក្ខារវេជ្ជសាស្ត្រដែលប្រើជាប់បានយូរ (ដូចជាម៉ាស៊ីនឆ្កុងដង្ហើម) ដែលគម្រោងរបស់យើងបានអនុញ្ញាត • ឱសថសម្រាប់ជំងឺរង្វង់វង្វាន់ ឱសថ Leqembi® (ឱសថ lecanemab ទូទៅ) ដែលត្រូវចាក់តាមសរសៃឈាម (IV) • កត្តាកំណកឈាមដែលអ្នកផ្តល់ឱ្យខ្លួនឯងតាមរយៈការចាក់ថ្នាំ នៅពេលអ្នកមានជំងឺឈាមក្រកក • ឱសថប្តូរសរីរាង្គ/ប្រព័ន្ធភាពស៊ាំ៖ Medicare ធានារ៉ាប់រងលើការព្យាបាលដោយឱសថប្តូរសរីរាង្គ ប្រសិនបើ Medicare បានបង់ប្រាក់សម្រាប់ការប្តូរសរីរាង្គរបស់អ្នក។ អ្នកត្រូវតែមានផ្នែក A នៅពេលមានការប្តូរសរីរាង្គដែលមានការធានារ៉ាប់រង ហើយអ្នកត្រូវតែមាន ផ្នែក B នៅពេលអ្នកទទួលបានឱសថសម្រាប់ប្រព័ន្ធភាពស៊ាំ។ Medicare Part D ធានារ៉ាប់រងលើឱសថសម្រាប់ប្រព័ន្ធភាពស៊ាំប្រសិនបើផ្នែក B មិនធានារ៉ាប់រងលើឱសថទាំងនោះទេ • ឱសថជំនួយឆ្អឹងដែលបានចាក់បញ្ចូល។ យើងបង់ប្រាក់សម្រាប់ឱសថទាំងនេះ បើអ្នកពិបាកចេញពីផ្ទះ មានរបួសឆ្អឹងដែលវេជ្ជបណ្ឌិតបញ្ជាក់ថា ទាក់ទងទៅនឹងឥរិយាបថក្រោយពេលអស់រដូវ ហើយមិនអាចចាក់ថ្នាំខ្លួនឯងបាន អត្ថប្រយោជន៍នេះមានបន្តនៅទំព័របន្ទាប់	\$0



ឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជារបស់ Medicare ផ្នែក B (ត) • អង់ទីប៊ីយ៉ូទិកមួយចំនួន៖ Medicare ធានារ៉ាប់រងលើអង់ទីប៊ីយ៉ូទិក បើវេជ្ជបណ្ឌិតរៀបចំអង់ទីប៊ីយ៉ូទិកទាំងនោះ ហើយអ្នកមានការណែនាំត្រឹមត្រូវ (អាចជាអ្នក អ្នកជំងឺ) ផ្តល់ជូនអង់ទីប៊ីយ៉ូទិកទាំងនោះក្រោមការត្រួតពិនិត្យសមស្រប • ឱសថប្រឆាំងជំងឺមហារីកដែលត្រូវលេបជាក់លាក់៖ Medicare ធានារ៉ាប់រងលើឱសថជំងឺមហារីកដែលត្រូវលេបមួយចំនួន ដែលអ្នកលេបតាមមាត់ ប្រសិនបើឱសថដូចគ្នាអាចប្រើបានក្នុងទម្រង់ដែលអាចចាក់ឬឱសថនោះគឺជាឱសថ ដែលមានសារធាតុសកម្មខ្សោយ (ទម្រង់ឱសថលេបតាមមាត់ដែលនៅពេលលេបចូល វាបំបែកទៅជាធាតុផ្សំសកម្មដូចគ្នាដែលមាននៅក្នុងឱសថចាក់ដែរ)។ នៅពេលដែលឱសថថ្មីសម្រាប់ជំងឺមហារីកដែលត្រូវលេបអាចរកបាន ផ្នែក B អាចធានារ៉ាប់រងលើឱសថទាំងនោះបាន។ ប្រសិនបើផ្នែក B មិនធានារ៉ាប់រងលើពួកវាទេនោះ ផ្នែក D ធានារ៉ាប់រង • ឱសថប្រឆាំងនឹងការរមួលពោះដែលត្រូវលេប៖ Medicare ធានារ៉ាប់រងលើឱសថប្រឆាំងនឹងការរមួលពោះដែលត្រូវលេបដែលអ្នកប្រើជាផ្នែកមួយនៃរបបព្យាបាលដោយប្រើឱសថ anchemotherapeutic ប្រឆាំងនឹងជំងឺមហារីក ប្រសិនបើឱសថនោះត្រូវបានផ្តល់ឱ្យមុន នៅពេល ឬក្នុងរយៈពេល 48 ម៉ោងនៃការព្យាបាលដោយប្រើជាតិគីមី ឬត្រូវបានប្រើជាការជំនួសការព្យាបាលពេញលេញសម្រាប់ឱសថប្រឆាំងនឹងរមួលពោះដោយចាក់តាមសរសៃឈាម។ • ឱសថសម្រាប់ជំងឺតម្រងនោមដំណាក់កាលចុងក្រោយ (ESRD) ជាក់លាក់ដែលបានធានារ៉ាប់រងក្រោម Medicare ផ្នែក B • ការប្រើប្រាស់ឱសថប្រភេទ Calcimimetic ស្ថិតក្រោមប្រព័ន្ធបង់ប្រាក់របស់ ESRD រួមទាំងថ្នាំចាក់តាមសរសៃឈាមដែលមានម៉ាកយីហោ Parsabiv® និងថ្នាំលេបម៉ាក Sensipar អត្ថប្រយោជន៍នេះមានបន្តនៅទំព័របន្ទាប់	



ឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជារបស់ Medicare ផ្នែក B (ត) • ឱសថមួយចំនួនសម្រាប់ការលាងឈាមតាមផ្ទះ រួមទាំងថ្នាំ heparin ថ្នាំបន្លាបសម្រាប់ថ្នាំ heparin (នៅពេលចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ) និងថ្នាំស្តីកលើស្បែក។ • សារធាតុរំញោច erythropoiesis៖ Medicare ធានារ៉ាប់រង erythropoietin ដោយការចាក់ថ្នាំ ប្រសិនបើអ្នកមាន ESRD ឬអ្នកត្រូវការឱសថនេះ ដើម្បីព្យាបាលកង្វះឈាមក្រហមទាក់ទងនឹងលក្ខខណ្ឌផ្សេងទៀតជាក់លាក់ (ដូចជា Epogen®, Procrit®, Epoetin Alfa, Aranesp®, Darbepoetin Alfa®, Mircera® ឬ Methoxy polyethylene glycol-epotin beta) • ថ្នាំចាក់តាមសរសៃភាពស៊ាំគួប្រើលើសម្រាប់ការព្យាបាលនៅផ្ទះនៃរោគខ្វះភាពស៊ាំរោគជាបឋម • ចំណីអាហារដោយបញ្ចូលតាមពោះវៀន និងតាមផ្លូវក្រៅបំពង់រំលាយអាហារ (ការផ្តល់អាហារតាមសរសៃឈាម IV និងបំពង់) យើងក៏ធានារ៉ាប់រងលើវ៉ាក់សាំងមួយចំនួន ដែលស្ថិតនៅក្រោម Medicare ផ្នែក B របស់យើង និងវ៉ាក់សាំងសម្រាប់មនុស្សពេញវ័យភាគច្រើនដែលស្ថិតនៅក្រោមអត្ថប្រយោជន៍ឱសថ Medicare ផ្នែក D របស់យើងផងដែរ។ ជំពូកទី 5 នៃ សៀវភៅណែនាំសមាជិក នេះពន្យល់ពីអត្ថប្រយោជន៍ឱសថរបស់យើង។ វាពន្យល់អំពីបទបញ្ជាដែលអ្នកត្រូវតែអនុវត្តតាមដើម្បីឱ្យឱសថមានវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកទទួលបានការធានារ៉ាប់រង។ ជំពូកទី 6 នៃ សៀវភៅណែនាំសមាជិក នេះពន្យល់ពីអ្វីដែលអ្នកត្រូវបង់ប្រាក់សម្រាប់ឱសថរបស់អ្នកតាមរយៈគម្រោងរបស់យើង។ <i>អាចតម្រូវឱ្យមានការអនុញ្ញាតជាមុន ហើយវាជាទំនួលខុសត្រូវរបស់អ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក។</i>	



E. តារាងអំពីនីតិវិធីអត្ថប្រយោជន៍សុខភាពធ្មេញជាប្រចាំ

តារាងបញ្ជីនីតិវិធីនៃអត្ថប្រយោជន៍សុខភាពមាត់ធ្មេញ

គ្រប់សមាជិកទាំងអស់នៅក្នុងគម្រោងនេះ ទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ថែទាំសុខភាពមាត់ធ្មេញ ដែលរួមបញ្ចូលការធានារ៉ាប់រងសម្រាប់នីតិវិធីធ្មេញមួយចំនួន។

តារាងបញ្ជីនីតិវិធីនៃអត្ថប្រយោជន៍សុខភាពមាត់ធ្មេញ ខាងក្រោមបង្ហាញអំពីនីតិវិធីសុខភាពមាត់ធ្មេញជាក់លាក់ដែលមានការធានារ៉ាប់រងដោយគម្រោងដោយឥតគិតថ្លៃសម្រាប់អ្នក។ សេវាដែលបានចុះបញ្ជីត្រូវបានធានារ៉ាប់រងលើអត្ថប្រយោជន៍ នៅពេលដែលបានផ្តល់ដោយពេទ្យធ្មេញដែលមានអាជ្ញាបណ្ណក្នុងបណ្តាញ ហើយនៅពេលដែលចាំបាច់ និងជាទម្លាប់ដូចដែលបានកំណត់ដោយស្តង់ដារនៃការអនុវត្តថែទាំសុខភាពមាត់ធ្មេញដែលបានទទួលយកជាទូទៅ។

ចំណុចសំខាន់៖ សូមចំណាំថា នីតិវិធីដែលមិនបានរាយបញ្ជីមិនត្រូវបានធានារ៉ាប់រងទេ។

ចំណុចសំខាន់៖ សេវាសុខភាពមាត់ធ្មេញមួយចំនួនមិនត្រូវបានធានារ៉ាប់រងនៅក្រោមលក្ខខណ្ឌណាមួយឡើយ (ត្រូវបានគេស្គាល់ផងដែរថាជា ការមិនរាប់បញ្ចូល) និងសេវាសុខភាពមាត់ធ្មេញមួយចំនួនត្រូវបានធានារ៉ាប់រងតែនៅក្រោមលក្ខខណ្ឌជាក់លាក់ប៉ុណ្ណោះ (ក៏ ត្រូវបានគេស្គាល់ផងដែរថា ការកំណត់)។ សូមមើលជួរឈរ “ការកំណត់ទូទៅ” នៅក្នុង **តារាងនីតិវិធីអត្ថប្រយោជន៍សុខភាពមាត់ធ្មេញ** ខាងក្រោម និង “ការមិនរាប់បញ្ចូលទូទៅ” ដែលមានរាយក្នុងបញ្ជីបន្ទាប់ពី **តារាងនីតិវិធីអត្ថប្រយោជន៍សុខភាពមាត់ធ្មេញ** សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។

ចំណុចសំខាន់៖ ដែនកំណត់នៃភាពញឹកញាប់មានរាយក្នុងជួរឈរ “ការកំណត់ទូទៅ” នៃ **តារាងនីតិវិធីអត្ថប្រយោជន៍សុខភាពមាត់ធ្មេញ** ខាងក្រោមដែលមិនបញ្ជាក់ក្នុងមួយឆ្នាំនៃគម្រោង ឬមួយជីវិតផ្អែកលើកាលបរិច្ឆេទនៃសេវាកម្មចុងក្រោយ។ ឧទាហរណ៍ ចំនួនកំណត់ចំនួន 1 រៀងរាល់ 6 ខែម្តង មានន័យថា អ្នកអាចទទួលបានសេវាដែលមានរយៈពេលរៀងរាល់ប្រាំមួយខែ ចាប់ពីកាលបរិច្ឆេទដែលអ្នកបានទទួលសេវាដូចគ្នានោះចុងក្រោយ។ ដូច្នេះ ប្រសិនបើអ្នកទទួលបានសេវាដំបូងរបស់អ្នកនៅថ្ងៃទី 1 ខែមករា អ្នកនឹងមានសិទ្ធិទទួលបានសេវាដូចគ្នានោះម្តងទៀតនៅថ្ងៃទី 1 ខែកក្កដា។ ប្រសិនបើអ្នកទទួលបានសេវាដំបូងរបស់អ្នកនៅថ្ងៃទី 1 ខែកក្កដាអ្នកនឹងមិនមានសិទ្ធិទទួលបានសេវានោះ រហូតដល់ថ្ងៃទី 1 ខែមករា នៃឆ្នាំគម្រោងបន្ទាប់។ សេវាដែលមិនមានកំណត់ចំនួនដងនៃការប្រើប្រាស់ អាចប្រើប្រាស់បានដោយគ្មានការកំណត់ លុះត្រាតែវាចាំបាច់ និងស្របតាមការអនុវត្តនៃការថែទាំសុខភាពមាត់ធ្មេញដែលទទួលស្គាល់ជាទូទៅ។

សេវាដែលត្រូវបានរាយបញ្ជីជាមួយនឹងកូដដំណើរការរបស់សមាគមសុខភាពមាត់ធ្មេញអាមេរិក (ADA) ដោយផ្អែកលើពាក្យសព្ទបច្ចេកទេសធ្មេញបច្ចុប្បន្ន។ ច្បាប់សហព័ន្ធតម្រូវឱ្យប្រើកូដរបស់ ADA ដើម្បីរាយការណ៍អំពី



ដំណើរការសុខភាពមាត់ធ្មេញ។ កូដដំណើរការអាចត្រូវបានកែសម្រួលពីមួយដងទៅមួយដងដោយ ADA។ ដូច្នេះ គម្រោងអាចកែប្រែបញ្ជីកូដនេះឡើងវិញតាមការតម្រូវដោយច្បាប់។ អ្នកអាចទទួលបានបញ្ជីកូដ ADA ដែលបានធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពដោយទាក់ទងទៅកាន់ផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជនរបស់ផ្នែកគ្រប់គ្រងគម្រោងថែទាំសុខភាពមាត់ធ្មេញ (Dental Plan Administrator, DPA) តាមរយៈលេខ (866) 247-2486 [TTY: 711] ចាប់ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ (លើកលែងតែថ្ងៃឈប់សម្រាក) ចាប់ពីថ្ងៃទី 1 ខែតុលា ដល់ថ្ងៃទី 31 ខែមីនា និងថ្ងៃធ្វើការចាប់ពីថ្ងៃទី 1 ខែមេសា ដល់ថ្ងៃទី 30 ខែកញ្ញា។

លេខកូដ ADA	ការពណ៌នាអំពីសេវានៃ ADA ដែលត្រូវបានរ៉ាប់រងសម្រាប់អ្នក	អ្វីដែលអ្នកត្រូវបង់ប្រាក់	ការកំណត់ទូទៅ
សេវាធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ			
D0140	ការវាយតម្លៃសុខភាពមាត់ធ្មេញមានកំណត់ – ផ្តោតលើបញ្ហា	\$0	1 ក្នុងមួយឆ្នាំតាមប្រតិទិន
D0190	ការពិនិត្យមើលអ្នកជំងឺ	\$0	1 (D0190 ឬ D0191) ក្នុងមួយឆ្នាំតាមប្រតិទិន
D0191	ការវាយតម្លៃអ្នកជំងឺ	\$0	1 (D0190 ឬ D0191) ក្នុងមួយឆ្នាំតាមប្រតិទិន
សេវាស្តារមុខងារធ្មេញ			
D2720	ស្រោបធ្មេញ - ដែលធ្វើពីជ័រលាយជាមួយលោហៈមានតម្លៃខ្ពស់	\$0	2 ក្នុងមួយឆ្នាំតាមប្រតិទិន
D2722	ស្រោបធ្មេញ - ដែលធ្វើពីជ័រលាយជាមួយលោហៈមានតម្លៃ	\$0	2 ក្នុងមួយឆ្នាំតាមប្រតិទិន
D2750	ស្រោបធ្មេញ - ដែលធ្វើពីសារធាតុប៉ូស៊ីឡែនរំលាយបញ្ចូលជាមួយលោហៈមានតម្លៃខ្ពស់	\$0	2 ក្នុងមួយឆ្នាំតាមប្រតិទិន

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan តាមរយៈលេខ 1-800-452-4413 (TTY: 711) ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ម៉ោង PT ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទ គឺឥតគិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ [blueshieldca.com/medicare](https://www.blueshieldca.com/medicare)។



លេខកូដ ADA	ការពណ៌នាអំពីសេវានៃ ADA ដែលត្រូវបានរ៉ាប់រងសម្រាប់អ្នក	អ្វីដែលអ្នកត្រូវបង់ប្រាក់	ការកំណត់ទូទៅ
D2752	ស្រោបធ្មេញ - ដែលធ្វើពីសារធាតុប័សឡែនរំលាយបញ្ចូលជាមួយលោហៈមានតម្លៃ	\$0	2 ក្នុងមួយឆ្នាំតាមប្រតិទិន
D2790	ស្រោបធ្មេញ - ដែលស្រោបពេញដោយលោហៈមានតម្លៃខ្ពស់	\$0	2 ក្នុងមួយឆ្នាំតាមប្រតិទិន
D2792	ស្រោបធ្មេញ - ដែលស្រោបពេញដោយលោហៈមានតម្លៃ	\$0	2 ក្នុងមួយឆ្នាំតាមប្រតិទិន
ពេទ្យធ្មេញឯកទេសព្យាបាលរោគអញ្ចាញធ្មេញ			
D4240	ដំណើរការព្យាបាលចម្រៀកអញ្ចាញធ្មេញ រួមមានការដាំឫសធ្មេញ - ធ្មេញបួន ឬច្រើនជាប់គ្នា ឬចន្លោះគម្លាតនៃធ្មេញក្នុងមួយចតុកោត	\$0	មួយ (D4240 ឬ D4241) ក្នុងមួយចតុកោតរៀងរាល់រយៈពេល 3 ឆ្នាំតាមប្រតិទិន
D4241	ដំណើរការព្យាបាលចម្រៀកអញ្ចាញធ្មេញ - រួមមានការដាំឫសធ្មេញ - ធ្មេញមួយទៅបីជាប់គ្នា ឬចន្លោះគម្លាតនៃធ្មេញក្នុងមួយចតុកោត	\$0	មួយ (D4240 ឬ D4241) ក្នុងមួយចតុកោតរៀងរាល់រយៈពេល 3 ឆ្នាំតាមប្រតិទិន
D4266	ការបង្កើតជាលិកាឡើងវិញតាមការណែនាំ ធ្មេញធម្មជាតិ របាំងបណ្តុះឆ្អឹង ក្នុងមួយកន្លែង	\$0	មួយ (D4266 ឬ D4267) ក្នុងមួយធ្មេញរៀងរាល់រយៈពេល 3 ឆ្នាំតាមប្រតិទិន
D4267	ការបង្កើតជាលិកាឡើងវិញតាមការណែនាំ ធ្មេញធម្មជាតិ មិនមានរបាំងបណ្តុះឆ្អឹង ក្នុងមួយកន្លែង	\$0	មួយ (D4266 ឬ D4267) ក្នុងមួយធ្មេញរៀងរាល់រយៈពេល 3 ឆ្នាំតាមប្រតិទិន
ធ្មេញសិប្បនិម្មិត (អាចដោះចេញបាន)			

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan តាមរយៈលេខ 1-800-452-4413

(TTY: 711) ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ម៉ោង PT ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទ គឺឥត

គិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ [blueshieldca.com/medicare](https://www.blueshieldca.com/medicare)។



លេខកូដ ADA	ការពណ៌នាអំពីសេវានៃ ADA ដែលត្រូវបានរ៉ាប់រង សម្រាប់អ្នក	អ្វីដែលអ្នកត្រូវ បង់ប្រាក់	ការកំណត់ទូទៅ
D5221	ក្រាស់ឆ្នេញជំនួសដោយផ្នែកនៃថ្នាំលើភ្លាមៗ - បាត ជ័រ (រួមទាំងសម្ភារៈទ្រនាប់/តង្កៀប ទម្រ និងឆ្នេញ)	\$0	ការដាក់ឆ្នេញថ្នាំលើដោយផ្នែក មួយ (D5221, D5223, D5225 ឬ D5227) រៀងរាល់ 5 ឆ្នាំតាម ប្រតិទិន
D5222	ក្រាស់ឆ្នេញជំនួសដោយផ្នែកនៃថ្នាំក្រោមភ្លា មៗ - បាតជ័រ (រួមទាំងសម្ភារៈទ្រនាប់/តង្កៀប ទម្រ និង ឆ្នេញ)	\$0	ការដាក់ឆ្នេញថ្នាំក្រោមមួយផ្នែក (D5222, D5224, D5226 ឬ D5228) រៀងរាល់ 5 ឆ្នាំតាម ប្រតិទិន
D5223	ក្រាស់ឆ្នេញជំនួសដោយផ្នែកនៃថ្នាំលើភ្លាមៗ - គ្រោងដែកស្រោបដោយបាតឆ្នេញជ័រ (រួមទាំង សម្ភារៈទ្រនាប់/តង្កៀប ទម្រ និងឆ្នេញ)	\$0	ការដាក់ឆ្នេញថ្នាំលើដោយផ្នែក មួយ (D5221, D5223, D5225 ឬ D5227) រៀងរាល់ 5 ឆ្នាំតាម ប្រតិទិន
D5224	ក្រាស់ឆ្នេញជំនួសដោយផ្នែកនៃថ្នាំក្រោមភ្លាមៗ - គ្រោងដែកស្រោបដោយបាតឆ្នេញជ័រ (រួមទាំង សម្ភារៈទ្រនាប់/តង្កៀប ទម្រ និងឆ្នេញ)	\$0	ការដាក់ឆ្នេញថ្នាំក្រោមមួយផ្នែក (D5222, D5224, D5226 ឬ D5228) រៀងរាល់ 5 ឆ្នាំតាម ប្រតិទិន
D5225	ក្រាស់ឆ្នេញពាក់ដោយផ្នែកនៃឆ្នេញថ្នាំលើ - ផ្នែក ដែលអាចបត់បែនបាន (រួមបញ្ចូលសម្ភារ ជក់ទឹក/តង្កៀប ទម្រ និងឆ្នេញ)	\$0	ការដាក់ឆ្នេញថ្នាំលើដោយផ្នែក មួយ (D5221, D5223, D5225 ឬ D5227) រៀងរាល់ 5 ឆ្នាំតាម ប្រតិទិន
D5226	ក្រាស់ឆ្នេញពាក់ដោយផ្នែកនៃឆ្នេញថ្នាំក្រោម - ផ្នែក ដែលអាចបត់បែនបាន (រួមបញ្ចូលសម្ភារ ជក់ទឹក/តង្កៀប ទម្រ និងឆ្នេញ)	\$0	ការដាក់ឆ្នេញថ្នាំក្រោមមួយផ្នែក (D5222, D5224, D5226 ឬ D5228) រៀងរាល់ 5 ឆ្នាំតាម ប្រតិទិន

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan តាមរយៈលេខ 1-800-452-4413

(TTY: 711) ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ម៉ោង PT ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទ គឺឥត

គិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ [blueshieldca.com/medicare](https://www.blueshieldca.com/medicare)។



លេខកូដ ADA	ការពណ៌នាអំពីសេវានៃ ADA ដែលត្រូវបានរ៉ាប់រង សម្រាប់អ្នក	អ្វីដែលអ្នកត្រូវ បង់ប្រាក់	ការកំណត់ទូទៅ
D5227	ក្រាសធូញពាក់ដោយផ្នែកនៃថ្នាមលើភ្លាមៗ - គ្រឹះ ដែលអាចបត់បែនបាន (រួមបញ្ចូលសម្ភារដង្ហើប ទម្រ និងធូញ)	\$0	ការដាក់ធូញថ្នាមលើដោយផ្នែក មួយ (D5221, D5223, D5225 ឬ D5227) រៀងរាល់ 5 ឆ្នាំតាម ប្រតិទិន
D5228	ក្រាសធូញពាក់ដោយផ្នែកនៃថ្នាមក្រោមភ្លាមៗ - គ្រឹះ ដែលអាចបត់បែនបាន (រួមបញ្ចូលសម្ភារដង្ហើប ទម្រ និងធូញ)	\$0	ការដាក់ធូញថ្នាមក្រោមមួយផ្នែក (D5222, D5224, D5226 ឬ D5228) រៀងរាល់ 5 ឆ្នាំតាម ប្រតិទិន
D5670	ប្តូរធូញថ្មី និងជំរកាត្រីលីកទាំងអស់នៅលើគ្រោង ស្រោបលោហៈ (ថ្នាមលើ)	\$0	1 ដងក្នុងរៀងរាល់ 6 ខែម្តង
D5671	ប្តូរធូញថ្មី និងជំរកាត្រីលីកទាំងអស់នៅលើគ្រោង ស្រោបលោហៈ (ថ្នាមក្រោម)	\$0	1 ដងក្នុងរៀងរាល់ 6 ខែម្តង
D5710	ការកែតម្រូវក្រាសធូញពេញលេញនៃឆ្អឹងថ្នាមលើ ឡើងវិញ	\$0	1 ក្នុងមួយឆ្នាំតាមប្រតិទិន (មិន ធានារ៉ាប់រងក្នុងរយៈពេល 6 ខែក្នុង ការដាក់ដំបូង)
D5711	ការកែតម្រូវក្រាសធូញពាក់នៃឆ្អឹងថ្នាមក្រោមឡើង វិញ	\$0	1 ក្នុងមួយឆ្នាំតាមប្រតិទិន (មិន ធានារ៉ាប់រងក្នុងរយៈពេល 6 ខែក្នុង ការដាក់ដំបូង)
D5720	ការកែតម្រូវក្រាសធូញពាក់ដោយផ្នែកនៃឆ្អឹងថ្នាមលើ ឡើងវិញ	\$0	1 ក្នុងមួយឆ្នាំតាមប្រតិទិន (មិន ធានារ៉ាប់រងក្នុងរយៈពេល 6 ខែក្នុង ការដាក់ដំបូង)

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan តាមរយៈលេខ 1-800-452-4413

(TTY: 711) ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ម៉ោង PT ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទ គឺឥត

គិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ [blueshieldca.com/medicare](https://www.blueshieldca.com/medicare)។



លេខកូដ ADA	ការពណ៌នាអំពីសេវានៃ ADA ដែលត្រូវបានរ៉ាប់រងសម្រាប់អ្នក	អ្វីដែលអ្នកត្រូវបង់ប្រាក់	ការកំណត់ទូទៅ
D5721	ការកែតម្រូវក្រាសឆ្នេញពាក់ដោយផ្នែកនៃឆ្អឹងថ្គាមក្រោម	\$0	1 ក្នុងមួយឆ្នាំតាមប្រតិទិន (មិនធានារ៉ាប់រងក្នុងរយៈពេល 6 ខែក្នុងការដាក់ដំបូង)
ឆ្នេញសិប្បនិម្មិត (ដែលដាក់ភ្ជាប់)			
D6240	ឆ្នេញពាក់ - ដែលធ្វើពីសារធាតុប៉ូស៊ីឡែនរំលាយជាមួយលោហៈពិសេស	\$0	1 ក្នុងមួយឆ្នាំក្នុងរយៈពេល 5 ឆ្នាំ
D6242	ឆ្នេញពាក់ - ដែលធ្វើពីសារធាតុប៉ូស៊ីឡែនរំលាយជាមួយលោហៈពិសេស	\$0	1 ក្នុងមួយឆ្នាំក្នុងរយៈពេល 5 ឆ្នាំ
D6250	ឆ្នេញពាក់ - ដែលធ្វើពីជ័រជាមួយលោហៈពិសេស	\$0	1 ក្នុងមួយឆ្នាំក្នុងរយៈពេល 5 ឆ្នាំ
D6252	ឆ្នេញពាក់ - ដែលធ្វើពីជ័រជាមួយលោហៈពិសេស	\$0	1 ក្នុងមួយឆ្នាំក្នុងរយៈពេល 5 ឆ្នាំ
D6750	ឆ្នេញស្រោបដៃកតម្រង់ឆ្នេញ - ដែលធ្វើពីសារធាតុប៉ូស៊ីឡែនរំលាយបញ្ចូលជាមួយលោហៈពិសេស	\$0	1 ក្នុងមួយឆ្នាំក្នុងរយៈពេល 5 ឆ្នាំ
D6752	ឆ្នេញស្រោបដៃកតម្រង់ឆ្នេញ - ដែលធ្វើពីសារធាតុប៉ូស៊ីឡែនរំលាយបញ្ចូលជាមួយលោហៈពិសេស	\$0	1 ក្នុងមួយឆ្នាំក្នុងរយៈពេល 5 ឆ្នាំ

ចំណាំ៖ ចំនួនទឹកប្រាក់នៃការចែករំលែកថ្លៃចំណាយរបស់សមាជិកដែលមានរាយក្នុងបញ្ជីត្រូវបានអនុវត្តតែនៅពេលដែលអ្នកទទួលបានសេវាថែទាំសុខភាពមាត់ឆ្នេញពីពេទ្យឆ្នេញក្នុងបណ្តាញប៉ុណ្ណោះ។

ចំណាំ៖ ចាប់តាំងពី Blue Shield ចុះកិច្ចសន្យាជាមួយ Medicare ជារៀងរាល់ឆ្នាំ អត្ថប្រយោជន៍នៃការថែទាំសុខភាពមាត់ឆ្នេញទាំងនេះ ប្រហែលជាមិនមាននៅឡើយទេ។



ការទទួលបានការថែទាំសុខភាពមាត់ធ្មេញ

សេចក្តីផ្តើម

គម្រោងសុខភាពមាត់ធ្មេញរបស់ Blue Shield of California ត្រូវបានគ្រប់គ្រងដោយអ្នកគ្រប់គ្រងគម្រោងសុខភាពមាត់ធ្មេញដែលបានចុះកិច្ចសន្យា (DPA) ដែលជាអង្គភាពដែលចុះកិច្ចសន្យាជាមួយ Blue Shield of California ដើម្បីគ្រប់គ្រងការផ្តល់ជូនសេវាសុខភាពមាត់ធ្មេញ សេវាតាមរយៈបណ្តាញនៃពេទ្យធ្មេញដែលបានចុះកិច្ចសន្យា។ ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរអំពី ព័ត៌មាននៅក្នុងផ្នែកទទួលស្គាល់នេះ ត្រូវការជំនួយ ឬមានបញ្ហាណាមួយ អ្នកអាច ទាក់ទងផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជនរបស់ DPA តាមរយៈលេខ (866) 247-2486 [TTY: 711] ចាប់ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ (លើកលែងតែថ្ងៃឈប់សម្រាក) ចាប់ពីថ្ងៃទី 1 ខែតុលា ដល់ថ្ងៃទី 31 ខែមីនា និងថ្ងៃធ្វើការចាប់ពីថ្ងៃទី 1 ខែមេសា ដល់ថ្ងៃទី 30 ខែកញ្ញា។

មុនពេលទទួលបានសេវាសុខភាពមាត់ធ្មេញ

អ្នកទទួលខុសត្រូវក្នុងការធានាថា ពេទ្យធ្មេញដែលអ្នកជ្រើសរើស គឺជាពេទ្យធ្មេញក្នុងបណ្តាញ។

គម្រោងថែទាំសុខភាពមាត់ធ្មេញតែក្នុងបណ្តាញនេះមិនផ្តល់អត្ថប្រយោជន៍ដល់ពេទ្យធ្មេញក្រៅបណ្តាញទេ។ សេវាកម្មដែលបានទទួលពីពេទ្យធ្មេញក្រៅបណ្តាញនឹងមិនមានការធានារ៉ាប់រងទេ។ នៅពេលអ្នកទទួលបានសេវាពីពេទ្យធ្មេញក្រៅបណ្តាញ អ្នកនឹងទទួលខុសត្រូវក្នុងការបង់ប្រាក់ឱ្យពេទ្យធ្មេញដោយផ្ទាល់សម្រាប់ចំនួនសរុបដែលចេញវិក្កយបត្រដោយពេទ្យធ្មេញនោះ។

ចំណាំ៖ ស្ថានភាពរបស់ពេទ្យធ្មេញក្នុងបណ្តាញដែលអាចផ្លាស់ប្តូរបាន។ វាជាកាតព្វកិច្ចរបស់អ្នកក្នុងការផ្ទៀងផ្ទាត់ថាពេទ្យធ្មេញរបស់អ្នកនាពេលបច្ចុប្បន្នជាពេទ្យធ្មេញក្នុងបណ្តាញ ហើយក្នុងករណីមានការផ្លាស់ប្តូរណាមួយចំពោះបញ្ជីពេទ្យធ្មេញដែលបានចុះកិច្ចសន្យា។ បញ្ជីនៃពេទ្យធ្មេញក្នុងបណ្តាញដែលមានទីតាំងនៅក្នុងតំបន់របស់អ្នកអាចទទួលបានដោយទាក់ទងទៅផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជនរបស់ DPA តាមរយៈលេខ (866) 247-2486 [TTY: 711] ចាប់ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ (លើកលែងតែថ្ងៃឈប់សម្រាក) ចាប់ពីថ្ងៃទី 1 ខែតុលា ដល់ថ្ងៃទី 31 ខែមីនា និងថ្ងៃធ្វើការចាប់ពីថ្ងៃទី 1 ខែមេសា ដល់ថ្ងៃទី 30 ខែកញ្ញា។

ការទៅជួបពេទ្យធ្មេញរបស់អ្នក

បន្ទាប់ពីការចុះឈ្មោះហើយភ្លាមនោះ អ្នកនឹងទទួលបានកញ្ចប់សមាជិកភាពពី DPA ដែលប្រាប់អ្នកអំពីកាលបរិច្ឆេទមានប្រសិទ្ធភាពនៃអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នក និងអាសយដ្ឋាន និងលេខទូរសព្ទរបស់ពេទ្យធ្មេញក្នុងបណ្តាញរបស់អ្នក ឬពេទ្យធ្មេញថែទាំបឋម (PCD)។ បន្ទាប់ពីកាលបរិច្ឆេទចូលជាធរមាននៅក្នុងកញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់អ្នក អ្នកនឹងអាចទទួលបានសេវាថែទាំសុខភាពមាត់ធ្មេញដែលមានការរ៉ាប់រង។ ដើម្បីធ្វើការណាត់ជួបអ្នកគ្រាន់តែទូរសព្ទទៅមជ្ឈមណ្ឌលរបស់ PCD របស់អ្នក ហើយបញ្ជាក់ពីអត្តសញ្ញាណខ្លួនអ្នកថាជាសមាជិក

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan តាមរយៈលេខ 1-800-452-4413 (TTY: 711) ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ម៉ោង PT ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទ គឺឥតគិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ [blueshieldca.com/medicare](https://www.blueshieldca.com/medicare)។



របស់គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan។ ការណាត់ជួបដំបូងគួរតែត្រូវបានរៀបចំក្នុងរយៈពេលបួនសប្តាហ៍ លុះត្រាតែមានពេលវេលាជាក់លាក់ណាមួយត្រូវបានស្នើសុំ។ ការសាកសួរទាក់ទងនឹងការការណាត់ជួបដែលអាចមាន និងលទ្ធភាពទទួលបានពេទ្យឆ្នេញគួរតែត្រូវបានទាក់ទងដោយផ្ទាល់ទៅផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជនរបស់ DPA តាមរយៈលេខ (866) 247-2486 [TTY: 711] ចាប់ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ (លើកលែងតែថ្ងៃឈប់សម្រាក) ចាប់ពីថ្ងៃទី 1 ខែតុលា ដល់ថ្ងៃទី 31 ខែមីនា និងថ្ងៃធ្វើការចាប់ពីថ្ងៃទី 1 ខែមេសា ដល់ថ្ងៃទី 30 ខែកញ្ញា។

ចំណាំ៖ សមាជិកម្នាក់ៗត្រូវតែទៅកាន់ PCD ដែលបានចាត់តាំងរបស់គាត់ ដើម្បីទទួលបានសេវា ដែលមានការធានារ៉ាប់រង លើកលែងតែសេវាកម្មដែលផ្តល់ដោយអ្នកឯកទេសដែលមានការអនុញ្ញាតជាមុន ហើយជាលាយលក្ខណ៍អក្សរដោយ DPA។ ការព្យាបាលផ្សេងទៀតមិនត្រូវបានធានារ៉ាប់រងនៅក្រោម

គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan នោះទេ។

អ្នកត្រូវតែទាក់ទងទៅកាន់ PCD របស់អ្នកសម្រាប់តម្រូវការថែទាំសុខភាពមាត់ធ្មេញទាំងអស់ រួមទាំងការពិគ្រោះយោបល់ជាមួយអ្នកឯកទេសរបស់គម្រោង។ PCD មានទំនួលខុសត្រូវក្នុងការផ្តល់សេវាថែទាំមាត់ធ្មេញទូទៅ និងសម្របសម្រួល ឬរៀបចំការបញ្ជូនបន្តទៅកាន់គ្រូពេទ្យឯកទេសរបស់គម្រោងដែលចាំបាច់ផ្សេងទៀត។ គម្រោងត្រូវតែអនុញ្ញាតឱ្យមានការបញ្ជូនបន្តបែបនេះ។

ការបង់ប្រាក់រួមផ្ទាល់ខ្លួនរបស់សមាជិក

មុនពេលចាប់ផ្តើមការព្យាបាល ពេទ្យឆ្នេញរបស់អ្នកនឹងរៀបចំគម្រោងព្យាបាល ដើម្បីបំពេញតម្រូវការនីមួយៗរបស់អ្នក។ វាជាការល្អបំផុតក្នុងការពិភាក្សាអំពីគម្រោងព្យាបាល និងទំនួលខុសត្រូវផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុរបស់អ្នកជាមួយពេទ្យឆ្នេញរបស់អ្នក មុនពេលចាប់ផ្តើមការព្យាបាល។

សេវាសុខភាពមាត់ធ្មេញដែលមានការធានារ៉ាប់រងផ្តល់ជូនអ្នកដោយឥតគិតថ្លៃពីពេទ្យឆ្នេញក្នុងបណ្តាញ។ ប្រសិនបើអ្នកជ្រើសរើសទៅពេទ្យឆ្នេញក្រៅបណ្តាញ អ្នកនឹងមិនទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ទេ ហើយអ្នកនឹងទទួលខុសត្រូវក្នុងការបង់ប្រាក់ឱ្យពេទ្យឆ្នេញដោយផ្ទាល់សម្រាប់ចំនួនទឹកប្រាក់សរុបដែលពេទ្យឆ្នេញនោះបានចេញវិក្កយបត្រជូន។

ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយបន្ថែមក្នុងការទទួលបានព័ត៌មានអំពីគម្រោងព្យាបាលរបស់អ្នក អ្នកអាចទាក់ទងទៅផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជនរបស់ DPA តាមរយៈលេខ (866) 247-2486 [TTY: 711] ចាប់ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ (លើកលែងតែថ្ងៃឈប់សម្រាក) ចាប់ពីថ្ងៃទី 1 ខែតុលា ដល់ថ្ងៃទី 31 ខែមីនា និងថ្ងៃធ្វើការចាប់ពីថ្ងៃទី 1 ខែមេសា ដល់ថ្ងៃទី 30 ខែកញ្ញា។



ជម្រើសនៃពេទ្យធ្មេញថែទាំបឋម

នៅពេលចុះឈ្មោះ អ្នកត្រូវតែជ្រើសរើសពេទ្យធ្មេញក្នុងបណ្តាញ ដើម្បីធ្វើជា PCD របស់អ្នក។ ប្រសិនបើអ្នកខកខានក្នុងការជ្រើសរើសពេទ្យធ្មេញក្នុងបណ្តាញ ឬពេទ្យធ្មេញក្នុងបណ្តាញដែលបានជ្រើសរើសរួចមិនទំនេរវិញនោះ DPA នឹងស្នើសុំការជ្រើសរើសពេទ្យធ្មេញក្នុងបណ្តាញផ្សេងទៀត ឬចាត់តាំងឱ្យអ្នកទៅកាន់ពេទ្យធ្មេញក្នុងបណ្តាញផ្សេងទៀត។ អ្នកអាចផ្លាស់ប្តូរពេទ្យធ្មេញក្នុងបណ្តាញដែលបានចាត់តាំងរួចរបស់អ្នកដោយទាក់ទងទៅកាន់ផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជនរបស់ DPA តាមរយៈលេខ (866) 247-2486 [TTY: 711] ចាប់ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ (លើកលែងតែថ្ងៃឈប់សម្រាក) ចាប់ពីថ្ងៃទី 1 ខែតុលា ដល់ថ្ងៃទី 31 ខែមីនា និងថ្ងៃធ្វើការចាប់ពីថ្ងៃទី 1 ខែមេសា ដល់ថ្ងៃទី 30 ខែកញ្ញា។ ដើម្បីធានាថាពេទ្យធ្មេញក្នុងបណ្តាញរបស់អ្នកទទួលបានការជូនដំណឹង ហើយបញ្ជីសិទ្ធិទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍របស់ DPA មានភាពត្រឹមត្រូវនោះ ការផ្លាស់ប្តូរពេទ្យធ្មេញក្នុងបណ្តាញត្រូវតែស្នើសុំមុនថ្ងៃទី 21 នៃខែ ដើម្បីឱ្យការផ្លាស់ប្តូរមានប្រសិទ្ធភាពនៅថ្ងៃទីមួយនៃខែបន្ទាប់។

ប្រសិនបើពេទ្យធ្មេញរបស់អ្នកលែងចុះកិច្ចសន្យាជាមួយនឹង DPA របស់គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan

បើពេទ្យធ្មេញក្នុងបណ្តាញដែលបានជ្រើសរើសរបស់អ្នកមិនអាចបន្តក្រោមកិច្ចសន្យាជាមួយ DPA បានទេ ព្រោះគាត់ ឬនាងមិនអាចអនុវត្ត ឬរំលោភកិច្ចសន្យា ឬប្រើសិន DPA បានបញ្ចប់កិច្ចសន្យា DPA នឹងជូនដំណឹងដល់អ្នកយ៉ាងហោចណាស់ 30 ថ្ងៃតាមប្រតិទិនមុនកាលបរិច្ឆេទបញ្ចប់ដែលមាប្រសិទ្ធភាពរបស់ពេទ្យធ្មេញ ដូច្នេះអ្នកអាចជ្រើសរើសពេទ្យធ្មេញផ្សេងទៀត។

ប្រសិនបើអ្នកត្រូវបានជូនដំណឹងដោយ DPA អំពីតម្រូវការក្នុងការជ្រើសរើសពេទ្យធ្មេញម្នាក់ផ្សេងទៀតសម្រាប់ហេតុផលនេះ ថ្លៃសេវាសម្រាប់ការចម្លង និងការផ្ទេរការចតកាំរស្មីអ៊ីច ឬកំណត់ត្រាផ្សេងទៀតត្រូវបានលើកលែង។ ដូចគ្នានេះផងដែរ ការបញ្ចប់ពេទ្យធ្មេញក្នុងបណ្តាញនឹងបំពេញ (a) ក្រាសឆ្នេញពាក់ទាំងស្រុង ឬដោយផ្នែកសម្រាប់ពុម្ពឆ្នេញចុងក្រោយដែលពេទ្យធ្មេញបានធ្វើដាក់ និង (b) ការងារទាំងអស់ លើឆ្នេញនីមួយៗនៅពេលការងារបានចាប់ផ្តើម (ដូចជាការផ្តល់ការស្រាបជេញនៅពេលដែលឆ្នេញត្រូវបានរៀបចំ)។

ការថែទាំសុខភាពធ្មេញក្នុងគ្រាអាសន្ន

គម្រោងនេះមិនបង់ថ្លៃអត្ថប្រយោជន៍សម្រាប់សេវាថែទាំសុខភាពធ្មេញក្នុងគ្រាអាសន្នទេ។

ការទទួលបានមតិយោបល់ទីពីរសម្រាប់ការថែទាំសុខភាពមាត់ធ្មេញ



អ្នកអាចស្នើសុំមតិទីពីរ ប្រសិនបើអ្នកមិនយល់ស្រប ឬសួរសំណួរអំពីការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ និង/ឬ សេចក្តីសម្រេចលើគម្រោងព្យាបាលដែលធ្វើឡើងដោយពេទ្យធ្មេញក្នុងបណ្តាញរបស់អ្នក។ DPA ក៏អាចស្នើសុំឱ្យអ្នកទទួលបានមតិទីពីរ ដើម្បីផ្ទៀងផ្ទាត់ភាពចាំបាច់ និងភាពសមស្របនៃការព្យាបាលធ្មេញ ឬការអនុវត្តអត្ថប្រយោជន៍។

មតិយោបល់ទីពីរនឹងត្រូវបានផ្តល់ដោយពេទ្យធ្មេញដែលមានអាជ្ញាបណ្ណក្នុងលក្ខណៈទាន់ពេលវេលា សមស្របនឹង ការស្នើសុំពាក់ព័ន្ធនឹងករណីនៃការគំរាមកំហែងដល់សុខភាពដែលនឹងកើតឡើង និងធ្ងន់ធ្ងរនឹងត្រូវពន្លឿន (ការអនុញ្ញាតត្រូវអនុម័ត ឬបដិសេធក្នុងរយៈពេល 72 ម៉ោងបន្ទាប់ពីទទួលបានសំណើ នៅពេលណាដែលអាចធ្វើទៅបាន)។ សម្រាប់ជំនួយ ឬព័ត៌មានបន្ថែមទាក់ទងនឹងនីតិវិធី និងពេលវេលាសម្រាប់ការអនុញ្ញាតមតិទីពីរ សូមទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជនរបស់ DPA តាមរយៈលេខ **866-247-2486 [TTY: 711]** ចាប់ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់ បានប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ (លើកលែងតែថ្ងៃឈប់សម្រាក) ចាប់ពីថ្ងៃទី 1 ខែតុលា ដល់ថ្ងៃទី 31 ខែមីនា និងថ្ងៃធ្វើការចាប់ពីថ្ងៃទី 1 ខែមេសា ដល់ថ្ងៃទី 30 ខែកញ្ញា ឬសរសេរទៅកាន់ DPA។

មតិទីពីរនឹងត្រូវផ្តល់ជូននៅការិយាល័យពេទ្យធ្មេញក្នុងបណ្តាញផ្សេងទៀត លុះត្រាតែមានការអនុញ្ញាតផ្សេងទៀតពី DPA។ DPA នឹងអនុញ្ញាតឱ្យមានមតិទីពីរពីអ្នកផ្តល់សេវាក្រៅបណ្តាញ ប្រសិនបើពេទ្យធ្មេញក្នុងបណ្តាញដែលមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សមស្របមិនមាន។ DPA នឹងបង់ប្រាក់តែសម្រាប់មតិទីពីរដែល DPA បានអនុម័ត ឬអនុញ្ញាតប៉ុណ្ណោះ។ អ្នកនឹងទទួលបានការជូនដំណឹងជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ ប្រសិនបើ DPA សម្រេចចិត្តថា មិនអនុញ្ញាតមតិទីពីរទេនោះ។ ប្រសិនបើអ្នកមិនយល់ស្របនឹងការកំណត់នេះទេ អ្នកអាចដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ជាមួយគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan។ សូមមើលផ្នែក *ដំណើរការបណ្តឹងសាទុក្ខ និងបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍* ខាងក្រោមសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។

ការសម្របសម្រួលអត្ថប្រយោជន៍

គម្រោងនេះផ្តល់អត្ថប្រយោជន៍ដោយមិនគិតពីការធានារ៉ាប់រងដោយគោលការណ៍ការធានារ៉ាប់រងជាក្រុមផ្សេងទៀតទេ ឬកម្មវិធីអត្ថប្រយោជន៍សុខភាពក្រុមផ្សេងទៀត ប្រសិនបើគោលការណ៍ ឬកម្មវិធីផ្សេងទៀតធានារ៉ាប់រងសេវា ឬការចំណាយបន្ថែមលើការថែទាំសុខភាពមាត់ធ្មេញ។ បើមិនដូច្នោះទេ អត្ថប្រយោជន៍ដែលបានផ្តល់ជូននៅក្រោមគម្រោងនេះ ដោយអ្នកឯកទេស ឬពេទ្យធ្មេញក្រៅបណ្តាញត្រូវបានសម្របសម្រួលជាមួយក្រុមផ្សេងទៀត គោលការណ៍ធានារ៉ាប់រងសុខភាពមាត់ធ្មេញ ឬកម្មវិធីអត្ថប្រយោជន៍សុខភាពមាត់ធ្មេញជាក្រុមណាមួយ។ សេចក្តីសម្រេច ដែលគោលការណ៍ ឬកម្មវិធីជាគោលសំខាន់នឹងត្រូវបានគ្រប់គ្រងដោយបទបញ្ជាដែលមានចែងនៅក្នុងកិច្ចសន្យា។

ប្រសិនបើគម្រោងនេះជាផ្នែកបន្ទាប់បន្សំ វានឹងបង់ថ្លៃតិចជាងនេះនៃ៖

- ចំនួនទឹកប្រាក់ដែលវានឹងត្រូវបានបង់ក្នុងកង្វះការធានារ៉ាប់រងអត្ថប្រយោជន៍សុខភាពមាត់ធ្មេញផ្សេង

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan តាមរយៈលេខ 1-800-452-4413

(TTY: 711) ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ម៉ោង PT ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទ គឺឥត

គិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ [blueshieldca.com/medicare](https://www.blueshieldca.com/medicare)។



ទៀតណាមួយ ឬ

- ថ្លៃចំណាយចេញពីហោប៉ៅសរុបរបស់សមាជិកដែលត្រូវបង់ក្រោមគម្រោងអត្ថប្រយោជន៍សុខភាព មាត់ធ្មេញបឋមព្រមទាំង អត្ថប្រយោជន៍ត្រូវបានធានារ៉ាប់រងក្រោមគម្រោងនេះ។

សមាជិកត្រូវតែផ្តល់ឱ្យ DPA ហើយ DPA អាចបញ្ចេញឱ្យដឹងទៅ ឬទទួលបានពី ក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងណាមួយ ឬអង្គភាពផ្សេងទៀត ព័ត៌មានណាមួយអំពីសមាជិកដែល ចាំបាច់ត្រូវគ្រប់គ្រងការសម្របសម្រួលអត្ថប្រយោជន៍។ DPA នឹងកំណត់ការសម្រេចតែម្ខាង មិនថាសំណងណាមួយដល់ក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រង ឬអង្គការផ្សេងទៀតគឺ បានធានានៅក្រោមការសម្របសម្រួលនៃវិធានអត្ថប្រយោជន៍ដែលបានពណ៌នានៅទីនេះ និងសំណងបែបនេះណាមួយដែលបានបង់ប្រាក់ត្រូវចាត់ទុកថា ជាអត្ថប្រយោជន៍ក្រោមកិច្ចសន្យានេះ។ DPA នឹងមានសិទ្ធិទទួលបានមកវិញពីពេទ្យធ្មេញ សមាជិក ក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រង ឬអង្គភាពផ្សេងទៀត ដូចដែល DPA ជ្រើសរើស ចំនួនទឹកប្រាក់នៃអត្ថប្រយោជន៍ណាមួយដែល DPA បានបង់លើសពីកាតព្វកិច្ចរបស់ខ្លួនក្រោមការសម្របសម្រួលនៃវិធានអត្ថប្រយោជន៍ដែលបានពណ៌នានៅទីនេះ។

ដំណើរការបណ្តឹងសាទុក្ខ និងបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍

ការប្តេជ្ញាចិត្តរបស់យើងចំពោះអ្នក គឺត្រូវធានាមិនត្រឹមតែគុណភាពថែទាំប៉ុណ្ណោះទេ ប៉ុន្តែក៏ធានាលើគុណភាពក្នុងដំណើរការ ព្យាបាលផងដែរ។ គុណភាពព្យាបាលនេះ បន្តពីសេវាមានវិជ្ជាជីវៈដែលផ្តល់ដោយពេទ្យធ្មេញក្នុងបណ្តាញចំពោះការគួរសមបានបន្តពីអ្នកដោយអ្នកតំណាងតាមទូរសព្ទរបស់យើង។ ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ ឬបណ្តឹងតវ៉ាដែលទាក់ទងនឹងសិទ្ធិទទួលបានសេវា ការបដិសេធលើសេវាសុខភាពមាត់ធ្មេញ ឬការទាមទារសំណង គោលការណ៍ នីតិវិធី ឬប្រតិបត្តិការរបស់ DPA ឬគុណភាពនៃសេវាសុខភាពមាត់ធ្មេញដែលធ្វើឡើងដោយពេទ្យធ្មេញក្នុងបណ្តាញ អ្នកមានសិទ្ធិដាក់បណ្តឹងសាទុក្ខ ឬបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ជាមួយ

គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan។ សូមចូលមើល **ជំពូកទី 9 (អ្វីដែលត្រូវធ្វើ ប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហា ឬបណ្តឹងតវ៉ា (សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ បណ្តឹងតវ៉ា))** សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីរបៀបដាក់បណ្តឹងសាទុក្ខ ឬបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍។ ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅ DPA តាមរយៈលេខ **(866) 247-2486 [TTY: 711]** ចាប់ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ (លើកលែងតែថ្ងៃឈប់សម្រាក) ចាប់ពីថ្ងៃទី 1 ខែតុលា ដល់ថ្ងៃទី 31 ខែមីនា និងថ្ងៃធ្វើការចាប់ពីថ្ងៃទី 1 ខែមេសា ដល់ថ្ងៃទី 30 ខែកញ្ញា។ អ្នកក៏អាចទាក់ទងទៅកាន់ផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជនរបស់គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan (លេខទូរសព្ទត្រូវបានបោះពុម្ពនៅលើគម្របខាងក្រោយនៃឯកសារនេះ) ផងដែរ។



ការមិនរាប់បញ្ចូលទូទៅសម្រាប់គម្រោង HMO Plan អំពីសុខភាពមាត់ធ្មេញ

1. នីតិវិធីណាមួយដែលមិនបានរាយក្នុងបញ្ជីជាក់លាក់នៅក្នុង *តារាងនីតិវិធីអត្ថប្រយោជន៍សុខភាពមាត់ធ្មេញ*។
2. នីតិវិធីណាមួយដែលនៅក្នុងមតិយោបល់របស់ពេទ្យធ្មេញក្នុងបណ្តាញដែលមានវិជ្ជាជីវៈ៖
 - a. មានការព្យាករណ៍មិនល្អសម្រាប់លទ្ធផលជោគជ័យ និងអាយុកាលសមហេតុផល ដោយផ្អែកលើស្ថានភាពធ្មេញ និង/ឬរចនាសម្ព័ន្ធជុំវិញ ឬ
 - b. មិនស្របគ្នាជាមួយនឹងស្តង់ដារ ដែលបានទទួលយកជាទូទៅសម្រាប់ទន្តសាស្ត្រ។
3. សេវាកម្មសម្រាប់តែគោលបំណងកែសម្ផស្ស ឬសម្រាប់លក្ខខណ្ឌដែលបណ្តាលមកពីតំណពូជ ឬពិការភាពផ្នែកលូតលាស់ ដូចជាបុរមាត់ឆែបពីកំណើត ការខូចទ្រង់ទ្រាយនៃថ្នាមខាងលើ និងខាងក្រោម ធ្មេញដែលបាត់ពីកំណើត និងធ្មេញដែលប្រែប្រួល ឬការខ្វះនៃការចារធ្មេញ។
4. ឧបករណ៍ប្រើប្រាស់ដែលបាត់ ឬត្រូវគេលួច ដូចជាក្រាស់ធ្មេញពាក់ទាំងស្រុង ឬដោយផ្នែក និងធ្មេញស្រោប។
5. នីតិវិធី ឧបករណ៍ប្រើប្រាស់ ឬការស្តារឡើងវិញ បើគោលបំណងគឺដើម្បីផ្លាស់ប្តូរទំហំបញ្ឈរ ឬដើម្បីធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ ឬព្យាបាលស្ថានភាពមិនប្រក្រតីនៃមុខងារសន្លាក់នៅចន្លោះថ្នាម និងសៀតផ្តា (TMJ)។
6. លោហៈមានតម្លៃសម្រាប់ឧបករណ៍ប្រើប្រាស់ដែលអាចដោះចេញបាន ផ្នែកទន់នៃលោហៈធាតុស្រោបពីលើ ឬជាអចិន្ត្រៃយ៍សម្រាប់ក្រាស់ធ្មេញពាក់ ពេញលេញ ធ្មេញនៃក្រាស់ធ្មេញពាក់ប័សឡែនជន្ទល់ភាពជាក់លាក់សម្រាប់ក្រាស់ធ្មេញពាក់ដោយផ្នែកដែលអាចដកចេញបាន ឬផ្នែកដែលដាក់ភ្ជាប់ ក្រាស់ធ្មេញពាក់ (ការប៉ះផ្ទៃធំ ការដាំបង្គោល និងឧបករណ៍ប្រើប្រាស់ដែលភ្ជាប់ជាមួយ) និងការកំណត់ផ្ទាល់ខ្លួន និងការកំណត់លក្ខណៈនៃក្រាស់ធ្មេញពាក់ពេញលេញ និងដោយផ្នែក។
7. ឧបករណ៍ប្រើប្រាស់ និងគ្រឿងភ្ជាប់ធ្មេញដែលគាំទ្រដល់ការដាំបង្គោល ការដាក់ដាំបង្គោល ការថែទាំ ការដកចេញ និងសេវាកម្មផ្សេងទៀតទាំងអស់ដែលពាក់ព័ន្ធនឹងការដាំបង្គោលធ្មេញ។
8. ការពិគ្រោះយោបល់សម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍ដែលមិនត្រូវបានធានារ៉ាប់រង។



9. សេវាសុខភាពមាត់ធ្មេញដែលទទួលបានពីការិយាល័យធ្មេញណាមួយក្រៅពីពេទ្យធ្មេញក្នុងបណ្តាញដែលបានចាត់តាំង ឬអ្នកឯកទេសធ្មេញដែលមានការអនុញ្ញាតជាមុន។
10. ថ្លៃសេវាដែលពាក់ព័ន្ធទាំងអស់សម្រាប់ការចូលសម្រាក ការប្រើប្រាស់ ឬស្នាក់នៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យមជ្ឈមណ្ឌលវះកាត់អ្នកជំងឺក្រៅមន្ទីរពេទ្យមជ្ឈមណ្ឌលថែទាំបន្ថែម ឬមជ្ឈមណ្ឌលថែទាំស្រដៀងគ្នាផ្សេងទៀត។
11. ឱសថមានវេជ្ជបញ្ជា។
12. ការចំណាយលើសុខភាពមាត់ធ្មេញដែលបានកើតឡើងទាក់ទងនឹងនីតិវិធីព្យាបាលធ្មេញដែលបានចាប់ផ្តើម មុនពេលសមាជិកមានសិទ្ធិទទួលបានគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan។
ឧទាហរណ៍រួមមាន៖ ធ្មេញដែលរៀបចំសម្រាប់ការស្រាបធ្មេញ និងក្រាស់ធ្មេញពាក់ពេញលេញ ឬដោយផ្នែកដែលបានធ្វើពុម្ពធ្មេញឡើង។
13. ឧបរកណ៍ប្រើប្រាស់ព្យាបាលលើមុខងារមាត់ធ្មេញ និងមុខងារដែលមិនប្រក្រតី និង/ឬការព្យាបាល

F. ជំនួយសហគមន៍

អ្នកអាចទទួលបានការគាំទ្រនៅក្រោមគម្រោងថែទាំជាលក្ខណៈបុគ្គលរបស់អ្នក។ ជំនួយសហគមន៍គឺសមស្របតាមវេជ្ជសាស្ត្រ និងមានតម្លៃសមរម្យសម្រាប់មជ្ឈដ្ឋាន និងសេវាឯទៀតព្រោះអ្នកដែលបានធានារ៉ាប់រងក្រោមគម្រោងរបស់រដ្ឋ Medi-Cal។ សេវានេះគឺជាជម្រើសសម្រាប់សមាជិកក្នុងការទទួល។ បើសិនអ្នកមានសិទ្ធិទទួលសេវាទាំងនេះអាចនឹងជួយអ្នក រស់នៅដោយឯករាជ្យខ្លាំងឡើង។ ទាំងនោះមិនជំនួសអត្ថប្រយោជន៍ ដែលអ្នកទទួលបានរួចហើយក្រោម Medi-Cal ទេ។

ឧទាហរណ៍ ជំនួយពីសហគមន៍ដែលយើងផ្តល់ជូនរួមមាន ម្ហូប និងអាហារដែលជួយដល់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ ឬអាហារដែលរៀបចំតាមផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ ជំនួយសម្រាប់អ្នក ឬអ្នកថែទាំរបស់អ្នក ឬដៃករពារតោងនៅកន្លែងងូតទឹក និងផ្លូវជម្រាលសម្រាប់ឡើងចុះ។ ជំនួយពីសហគមន៍ គឺជាសេវាកម្មជាជម្រើស (មិនមែនអត្ថប្រយោជន៍) ដែលគម្រោង Blue Shield Promise Health Plan ផ្តល់ជូនសមាជិក Medi-Cal ដែលមានសិទ្ធិទទួលបានគម្រោងនោះទេ។ សេវាទាំងនេះជួយទ្រទ្រង់ដល់សមាជិកខាងលើ និងលើសពីសេវានិងជំនួយគាំទ្ររយៈពេលវែង (Long Term Care Support Services, LTSS) ដើម្បីលើកកម្ពស់ និងគាំទ្រការថែទាំរបស់សមាជិក។ សេវាទាំងនេះនឹងប្រែប្រួលដោយផ្អែកលើតម្រូវការរបស់សមាជិក និងលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យសិទ្ធិទទួលបានរបស់គម្រោង Blue Shield Promise Health Plan។ ការអនុញ្ញាតជា

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan តាមរយៈលេខ 1-800-452-4413 (TTY: 711) ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ម៉ោង PT ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទ គឺឥតគិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ [blueshieldca.com/medicare](https://www.blueshieldca.com/medicare)។



មុនគឺតម្រូវឱ្យមាន។ គម្រោង Blue Shield Promise Health Plan ផ្តល់ជូនជំនួយគាំទ្រពីសហគមន៍ ដល់សមាជិកដែលមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់នៅក្នុងខោនធី Los Angeles និង San Diego៖

ការកាត់បន្ថយគ្រោះថ្នាក់ជំងឺហឺត	ការផ្លាស់ប្តូរនៃរូបរាងកាយចំពោះបរិស្ថានផ្ទះរបស់បុគ្គលដែលធានាបាននូវសុខភាព សុខុមាលភាព និងសុវត្ថិភាព ឬបើកដំណើរការនៅផ្ទះប្រសិនបើជំងឺហឺតស្រួចស្រាវអាចបណ្តាលឱ្យចូលមន្ទីរពេទ្យ ឬស្វែងរកសេវាសង្គ្រោះបន្ទាន់។
សេវាផ្លាស់ប្តូរក្នុងសហគមន៍/ការផ្លាស់ប្តូរពីមជ្ឈមណ្ឌលថែទាំទៅកាន់គេហឋាន	នេះជួយសមាជិកឱ្យរស់នៅក្នុងសហគមន៍ និងជៀសវាងការចូលក្នុងកន្លែងថែទាំបន្ថែមទៀត ។
កម្មវិធីស្តារនីតិសម្បទាពេលថ្ងៃ	នេះជួយសមាជិក Medi-Cal នៅក្នុងការកំណត់មិនមែនកន្លែងផ្តល់សេវាដើម្បីអភិវឌ្ឍការជួយខ្លួនឯងការធ្វើសង្គម និងជំនាញសម្របខ្លួនដែលចាំបាច់ដើម្បីទទួលបានជោគជ័យនៅក្នុងបរិយាកាសផ្ទះរបស់ពួកគេ។
ការសម្របសម្រួលលទ្ធភាពទទួលបានបរិស្ថានជុំវិញ (ការកែប្រែផ្ទះ)	ការសម្របរាងកាយទៅនឹងផ្ទះ ដើម្បីធានាបាននូវសុខភាព សុខុមាលភាព និងសុវត្ថិភាពរបស់បុគ្គលម្នាក់ៗ និងអនុញ្ញាតឱ្យសមាជិកដែលតម្រូវឱ្យស្ថាប័នមានសិទ្ធិស្នាក់នៅក្នុងផ្ទះរបស់ពួកគេ។
ប្រាក់កក់សម្រាប់ទិញផ្ទះ	សមាជិកទទួលបានជំនួយក្នុងការស្វែងរក ការសម្របសម្រួល ការធានា ឬការផ្តល់មូលនិធិដល់សេវាម្តងម្កាលដែលត្រូវការដើម្បីបង្កើតគ្រួសារមូលដ្ឋាន។
សេវាជំនួយស្វែងរកការផ្លាស់ប្តូរទីលំនៅ	សមាជិកទទួលបានជំនួយក្នុងការទទួលបានលំនៅឋាន។
សេវាផ្តល់ស្ថិរភាព ឬការជួលផ្ទះ	សមាជិកទទួលបានជំនួយក្នុងការរក្សាការជួលប្រកបដោយសុវត្ថិភាព និងស្ថេរភាព បន្ទាប់ពីស្វែងរកលំនៅឋាន។



អាហារតាមតម្រូវការផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ/អាហារជួយទ្រទ្រង់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ	ការគាំទ្រអាហារបុគ្គលសម្រាប់សមាជិក ជាពិសេសអ្នកដែលមានជំងឺរ៉ាំរ៉ៃនៅពេលបំពេញតាមគោលដៅអាហារបុគ្គលមានសារៈសំខាន់ណាស់ក្នុងការទទួលបានសុខភាពល្អ និងរក្សាសុខភាពល្អ ។
ការផ្លាស់ប្តូរមជ្ឈមណ្ឌលថែទាំ/ការផ្លាស់ប្តូរទៅមជ្ឈមណ្ឌលជំនួយក្នុងការរស់នៅ	នេះជួយសមាជិកឱ្យរស់នៅក្នុងសហគមន៍ ឬជៀសវាងការការព្យាបាលក្នុងកន្លែងថែទាំនៅពេលដែលអាចធ្វើទៅបាន។
សេវាថែទាំបុគ្គល និងសេវាមេផ្ទះ	សមាជិកទទួលបានជំនួយជាមួយនឹងសកម្មភាពនៃការរស់នៅប្រចាំថ្ងៃ (ADLs) ដូចជាការដូតទឹក ការស្លៀកពាក់ ការបន្ទោរបង់ ការដើរចុះឡើង ឬការផ្តល់អាហារបុគ្គល និងសេវាថែទាំបុគ្គល ដូចជាការរៀបចំអាហារ ការទិញគ្រឿងទេស និងការគ្រប់គ្រងប្រាក់សម្រាប់សមាជិកដែលមិនអាចស្នាក់នៅក្នុងផ្ទះរបស់ពួកគេដោយគ្មានការគាំទ្រទាំងនេះ។
ការថែទាំឱ្យជាសះស្បើយឡើងវិញ (ការសម្រាកព្យាបាល)	ការថែទាំស្នាក់នៅរយៈពេលខ្លីសម្រាប់អ្នកដែលមិនត្រូវការសម្រាកព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យទៀតនោះ ប៉ុន្តែនៅតែត្រូវការព្យាបាលពីការរងរបួស ឬជំងឺ រួមទាំងស្ថានភាពសុខភាពផ្លូវចិត្តដែលអាចកាន់តែអាក្រក់នៅក្នុងបរិយាកាសរស់នៅមិនស្ថិតស្ថេរ។
សេវាថែទាំបណ្តោះអាសន្នសម្រាប់អ្នកថែទាំនៃសមាជិក Medi-Cal	ការផ្ទេរសេវាមិនមែនវេជ្ជសាស្ត្រពីកាតព្វកិច្ចថែទាំរយៈពេលខ្លីសម្រាប់អ្នកដែលមើលថែសមាជិក Medi-Cal ដែលត្រូវការការត្រួតពិនិត្យបណ្តោះអាសន្ន។
កន្លែងស្នាក់នៅក្រោយចេញពីមន្ទីរពេទ្យក្នុងរយៈពេលខ្លី	កន្លែងសម្រាប់សមាជិកដែលមានតម្រូវការវេជ្ជសាស្ត្រឬអាកប្បកិរិយាខ្ពស់ដែលមិនមានលំនៅឋានដើម្បីបន្តជាសម្រាកឱ្យជាសះស្បើយភ្លាមៗបន្ទាប់ពីចាកចេញពីមន្ទីរពេទ្យ ឬកន្លែងស្នាក់នៅ ។
មជ្ឈមណ្ឌលស្តារនីតិសម្បទា	កន្លែងដែលមានសុវត្ថិភាព និងជួយទ្រទ្រង់សម្រាប់បុគ្គលម្នាក់ៗឱ្យក្លាយជាមានស្ថានភាពល្អវិញ បន្ទាប់ពីត្រូវបានគេរកឃើញថា មានជាតិស្រវឹងជាសាធារណៈដោយសារតែគ្រឿងស្រវឹង ឬគ្រឿងញៀន និងជំនួយសម្រាប់បុគ្គលដែលជួបប្រទះភាពគ្មានផ្ទះសម្បែង ឬស្ថានភាពរស់នៅមិន



	ស្ថិតស្ថេរ ដែលបើមិនដូច្នេះទេនឹងត្រូវបានបញ្ជូនទៅផ្នែកសម្រាប់គ្រាមាន អាសន្ន ឬពន្ធនាគារ។

ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយ ឬចង់ដឹងថាតើការគាំទ្រពីសហគមន៍ណាមួយអាចរកបានសម្រាប់អ្នក សូមទូរសព្ទ
ទៅលេខ 1-800-452-4413 (TTY 711) ឬទូរសព្ទទៅអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក។

ព័ត៌មានសម្រាប់សមាជិក

- សូមហៅទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជនរបស់គម្រោង Blue Shield Promise Health Plan នៅក្នុងតំបន់របស់អ្នកនៅថ្ងៃធ្វើការចាប់ពីម៉ោង 8 ព្រឹកដល់ម៉ោង 6 ល្ងាច៖
Los Angeles៖ (800) 605-2556 / San Diego៖ (855) 699-5557
- ទូរសព្ទទៅកាន់ Health Care Options (HCO) តាមរយៈ (800) 430-4263 (TTY (800) 430-7077)
- សូមចូលទៅកាន់ Department of Health Care Services សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម៖
<https://www.dhcs.ca.gov/Pages/ECMandILOS.aspx>

G. អត្ថប្រយោជន៍ដែលទទួលបានការធានារ៉ាប់រងនៅខាងក្រៅគម្រោងរបស់យើង

យើងមិនធានារ៉ាប់រងលើសេវាកម្មខាងក្រោមទេ ប៉ុន្តែសេវាទាំងនេះ អាចរកបានតាមរយៈការគិតថ្លៃតាមសេវារបស់ Medi-Cal។

G1. កម្មវិធីផ្លាស់ប្តូររបស់សហគមន៍នៃរដ្ឋ California (CCT)

កម្មវិធីអន្តរកាលសហគមន៍រដ្ឋ California (California Community Transitions, CCT) ប្រើប្រាស់អង្គភាព
នាំមុខក្នុងតំបន់ដើម្បីជួយអ្នកទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ Medi-Cal ដែលមានសិទ្ធិទទួលបាន ដែលបានរស់នៅក្នុង
មណ្ឌលអ្នកជំងឺស្នាក់ព្យាបាលយ៉ាងហោចណាស់ 60 ថ្ងៃជាប់ៗគ្នា ផ្ទេរត្រឡប់ទៅ និងស្នាក់នៅប្រកបដោយ
សុវត្ថិភាពនៅក្នុងមជ្ឈដ្ឋានសហគមន៍។ កម្មវិធី CCT ផ្តល់មូលនិធិសម្រាប់សេវាសម្របសម្រួលការផ្លាស់ប្តូរក្នុង
អំឡុងមុនពេលផ្លាស់ប្តូរ និងសម្រាប់រយៈពេល 365 ថ្ងៃក្រោយការផ្លាស់ប្តូរ ដើម្បីជួយដល់អ្នកទទួលបានផលដែល
បានផ្លាស់ប្តូរទៅកន្លែងសហគមន៍វិញ។

អ្នកអាចទទួលបានសេវាសម្របសម្រួលការផ្លាស់ប្តូរពីអង្គការ Lead Organization របស់ CCT ណាមួយដែល
បម្រើដល់ខោនធីដែលអ្នករស់នៅ។ អ្នកអាចស្វែងរកបញ្ជីនៃ Lead Organizations របស់ CCT និងខោនធី

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan តាមរយៈលេខ 1-800-452-4413
(TTY: 711) ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ម៉ោង PT ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទ គឺឥត



គិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ [blueshieldca.com/medicare](https://www.blueshieldca.com/medicare)។

ដែលពួកគេបម្រើនៅលើគេហទំព័ររបស់ក្រសួងសេវាថែទាំសុខភាពនៅ៖

www.dhcs.ca.gov/services/ltc/Pages/CCT។

សម្រាប់សេវាសម្របសម្រួលក្នុងការផ្លាស់ប្តូររបស់ CCT

Medi-Cal នឹងបង់ថ្លៃសម្រាប់សេវាសម្របសម្រួលការផ្លាស់ប្តូរនេះ។ អ្នកមិនចាំបាច់បង់ប្រាក់ សម្រាប់សេវាទាំងនេះទេ។

សម្រាប់សេវាដែលមិនទាក់ទងទៅនឹងការផ្លាស់ប្តូរនៃ CCT របស់អ្នក

អ្នកផ្តល់សេវាចេញវិក្កយបត្រឱ្យយើងខ្ញុំសម្រាប់សេវារបស់អ្នក។ គម្រោងរបស់យើងបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាដែលបានផ្តល់ជូនក្រោយពីការផ្លាស់ប្តូររបស់អ្នក។ អ្នកមិនចាំបាច់បង់ប្រាក់ សម្រាប់សេវាទាំងនេះទេ។

ខណៈពេលដែលអ្នកទទួលបានសេវាសម្របសម្រួលការផ្លាស់ប្តូរ CCT យើងបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាដែលបានរាយក្នុងតារាងអត្ថប្រយោជន៍នៅក្នុងផ្នែក D។

មិនមានការផ្លាស់ប្តូរនៅក្នុងអត្ថប្រយោជន៍អំពីការធានារ៉ាប់រងឱសថ

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

ចំណាំ៖ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការការថែទាំសម្រាប់ការផ្លាស់ប្តូរដែលមិនមែនជា CCT ទូរសព្ទទៅអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នកដើម្បីរៀបចំសេវានេះ។ ការថែទាំសម្រាប់ការផ្លាស់ប្តូរដែលមិនមែនជា CCT គឺជាថែទាំមិនទាក់ទងទៅនឹងការផ្លាស់ប្តូររបស់អ្នកពីស្ថាប័ន/មជ្ឈមណ្ឌលទេ។

G2. Medi-Cal Dental

សេវាថែទាំសុខភាពមាត់ធ្មេញជាក់លាក់មួយចំនួនអាចទទួលបានតាមរយៈ Medi-Cal Dental។ ព័ត៌មានបន្ថែមនៅលើគេហទំព័រ SmileCalifornia.org។ Medi-Cal Dental រួមមានជាអាទិ៍ សេវាដូចជា៖

- ការពិនិត្យដំបូង ការថតកាំរស្មីអ៊ិច ការសម្អាត និងការព្យាបាលដោយសារធាតុគ្រុយអ័រ
- ការប៉ះ និងស្រោបធ្មេញ
- ការព្យាបាលរន្ធឬសធ្មេញ
- ធ្មេញពាក់ដោយផ្នែក និងធ្មេញពាក់ពេញលេញ ការកែតម្រូវ ការព្យាបាល និងការពត់ធ្មេញ

សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមទាក់ទងនឹងអត្ថប្រយោជន៍សុខភាពមាត់ធ្មេញដែលមាននៅក្នុងកម្មវិធី Medi-Cal Dental ឬប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយក្នុងការស្វែងរកពេទ្យធ្មេញដែលទទួលយកកម្មវិធី Medi-Cal សូមទាក់ទងមកកាន់ខ្សែទូរសព្ទរបស់ផ្នែកបម្រើសេវាអតិថិជនតាមរយៈលេខ 1-800-322-6384 (អ្នកប្រើ TTY ទូរសព្ទតាមរយៈលេខ

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan តាមរយៈលេខ 1-800-452-4413

(TTY: 711) ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ម៉ោង PT ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទ គឺឥត

គិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ blueshieldca.com/medicare។



1-800-735-2922)។ ការហៅទូរសព្ទ គឺឥតគិតថ្លៃ។ អ្នកតំណាងរបស់កម្មវិធី Medi-Cal Dental អាចទំនេរដើម្បីជួយអ្នកចាប់ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក រហូតដល់ម៉ោង 5:00 ល្ងាច ចាប់ពីថ្ងៃចន្ទ រហូតដល់ថ្ងៃសុក្រ។ អ្នកក៏អាចចូលមើលគេហទំព័រផងដែរ តាមរយៈគេហទំព័រ smilecalifornia.org/ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។

នៅក្នុងខោនធី Los Angeles អ្នកអាចទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍សុខភាពមាត់ធ្មេញរបស់ Medi-Cal តាមរយៈគម្រោង Dental Managed Care (DMC)។ ប្រសិនបើអ្នកចង់បានព័ត៌មានបន្ថែមអំពីគម្រោងសុខភាពមាត់ធ្មេញ Medi-Cal ឬចង់ធ្វើការផ្លាស់ប្តូរ សូមទាក់ទងទៅកាន់ Health Care Options តាមរយៈលេខ 1-800-430-4263 (អ្នកប្រើ TTY ទូរសព្ទទៅកាន់លេខ 1-800-430-7077) ចាប់ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 6:00 ល្ងាច ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ អ្នកទំនាក់ទំនងរបស់ DMC អាចប្រើប្រាស់បាននៅទីនេះផងដែរ៖ www.dhcs.ca.gov/services/Pages/ManagedCarePlanDirectory.aspx, www.hpsm.org/dental

ចំណាំ៖ គម្រោងរបស់យើងផ្តល់ជូននូវសេវាសុខភាពមាត់ធ្មេញបន្ថែម។ សូមមើលតារាងអត្ថប្រយោជន៍នៅក្នុងផ្នែក D សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។

G3. សេវាផ្តល់ការគាំទ្រនៅតាមផ្ទះ (In-Home Supportive Services, IHSS)

- កម្មវិធី IHSS Program នឹងជួយបង់ថ្លៃអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំ ដែលបានចុះឈ្មោះសម្រាប់សេវាដែលផ្តល់ជូនអ្នក ដើម្បីឱ្យអ្នកអាចស្នាក់នៅប្រកបដោយសុវត្ថិភាពនៅក្នុងផ្ទះរបស់អ្នក។ IHSS គឺត្រូវបានចាត់ទុកថាជាជម្រើសបែបផ្សេងចំពោះការថែទាំនៅក្រៅផ្ទះ ដូចជា មជ្ឈមណ្ឌលថែទាំអ្នកជំងឺ ឬមជ្ឈមណ្ឌលផ្តល់អាហារ និងថែទាំ។
- ដើម្បីទទួលបានសេវា ការវាយតម្លៃត្រូវបានធ្វើឡើងដើម្បីកំណត់ថា តើសេវាប្រភេទណាដែលអាចត្រូវបានអនុញ្ញាតសម្រាប់អ្នកចូលរួមម្នាក់ៗដោយផ្អែកលើតម្រូវការរបស់ពួកគេ។ ប្រភេទសេវាដែលអាចទទួលបានការអនុញ្ញាតតាមរយៈ IHSS គឺការសម្អាតផ្ទះសម្បែង ការរៀបចំអាហារ ការបោកអ៊ុត ការទិញគ្រឿងទេស សេវាថែទាំបុគ្គល (ដូចជាការថែទាំពេលបត់ជើង តូច និងបត់ជើងធំ ការងូតទឹក ការស្លៀកពាក់ និងសេវាអមវេជ្ជសាស្ត្រ) ការអមដំណើរទៅកាន់ការណាត់ជួបវេជ្ជសាស្ត្រ និងការគ្រប់គ្រងដើម្បីផ្តល់ការការពារសម្រាប់អ្នកដែលមានពិការភាពផ្លូវចិត្ត។
- អ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នកអាចជួយអ្នកដាក់ពាក្យសុំ IHSS ជាមួយទីភ្នាក់ងារសេវាសង្គមកិច្ចប្រចាំខោនធីរបស់អ្នក។ អ្នកក៏អាចទាក់ទងការិយាល័យ IHSS នៅខោនធី Los Angeles តាមរយៈលេខ (888) 944-4477 និងការិយាល័យ IHSS នៅខោនធី San Diego តាមរយៈលេខ (800) 339-4661 ដើម្បីដាក់ពាក្យ។



G4. កម្មវិធីអនុគ្រោះលើសេវាតាមផ្ទះ និងសហគមន៍ (Home and Community Based Services, HCBS) ផ្នែក 1915(c)

កម្មវិធីអនុគ្រោះសម្រាប់ការរស់នៅមានជំនួយ (ALW)

- កម្មវិធីអនុគ្រោះសម្រាប់ការរស់នៅមានជំនួយ (ALW) ផ្តល់ឱ្យអ្នកទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ដែលមានសិទ្ធិទទួលបាន Medi-Cal នូវជម្រើសនៃការស្នាក់នៅក្នុងកន្លែងរស់នៅដែលមានជំនួយ ជាជម្រើសមួយសម្រាប់ការដាក់ឱ្យនៅមជ្ឈមណ្ឌលថែទាំសុខភាពរយៈពេលវែង។ គោលបំណងរបស់ ALW គឺដើម្បីជួយសម្រួលដល់ការផ្លាស់ប្តូរមជ្ឈមណ្ឌលថែទាំសុខភាពដែលត្រូវចេញទៅផ្ទះ និងមជ្ឈមណ្ឌលសហគមន៍វិញ ឬរារាំងការទទួលបានមជ្ឈមណ្ឌលថែទាំសុខភាពជំនាញសម្រាប់អ្នកទទួលបាន ជាមួយនឹងតម្រូវការដែលជិតមកដល់សម្រាប់ការចូលមជ្ឈមណ្ឌលថែទាំសុខភាពនោះ។
- សមាជិកដែលបានចុះឈ្មោះក្នុង ALW អាចបន្តចុះឈ្មោះក្នុង ALW ខណៈពេលដែលទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ដែលផ្តល់ដោយគម្រោងរបស់យើងផងដែរ។ គម្រោងរបស់យើងធ្វើការជាមួយទីភ្នាក់ងារសម្របសម្រួលការថែទាំ ALW របស់អ្នកដើម្បីសម្របសម្រួលសេវាដែលអ្នកទទួលបាន។
- បច្ចុប្បន្ន ALW មានតែនៅក្នុងខោនធីខាងក្រោមប៉ុណ្ណោះ៖ Alameda, Contra Costa, Fresno, Kern, Los Angeles, Orange, Riverside, Sacramento, San Bernardino, San Diego, San Francisco, San Joaquin, San Mateo, Santa Clara និងខោនធី Sonoma។
- អ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នកអាចជួយអ្នកដាក់ពាក្យសុំ ALW បាន។ អ្នកអាចស្វែងរកទីភ្នាក់ងារក្នុងមូលដ្ឋាន ដែលអាចសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នកសម្រាប់កម្មវិធី ALW បាននៅទីនេះ៖ dhcs.ca.gov/services/ltc/Documents/Care-Coordination-Agencies.pdf។

កម្មវិធីអនុគ្រោះលើ HCBS រដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ាសម្រាប់ជនពិការផ្នែកលូតលាស់

កម្មវិធីអនុគ្រោះលើការសម្រេចដោយខ្លួនឯង (SDP) រដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ាសម្រាប់បុគ្គលដែលជាជនពិការផ្នែកលូតលាស់

- មានកម្មវិធីលើកលែង 1915(c) ចំនួនពីរ គឺកម្មវិធីលើកលែង HCBS-DD និងកម្មវិធីលើកលែង SDP ដែលផ្តល់សេវាដល់អ្នកដែលត្រូវបានធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យថាមានពិការភាពផ្នែកអភិវឌ្ឍន៍ ដែលចាប់ផ្តើមមុនថ្ងៃខួបកំណើត 18 ឆ្នាំរបស់បុគ្គលម្នាក់ៗ ហើយត្រូវបានរំពឹងថានឹងបន្តគ្មានកំណត់។ កម្មវិធីលើកលែងទាំងពីរនេះ គឺជាមធ្យោបាយមួយ ដើម្បីផ្តល់មូលនិធិដល់សេវាលាក់មួយចំនួន ដែលអនុញ្ញាតឱ្យជនមានពិការភាពផ្នែកលូតលាស់អាចបន្តរស់នៅក្នុងផ្ទះ ឬនៅក្នុងសហគមន៍ ជាជាងរស់នៅក្នុងមជ្ឈមណ្ឌលសុខភាពដែលមានអាជ្ញាបណ្ណ។ ថ្លៃចំណាយសម្រាប់សេវានេះត្រូវបានផ្តល់មូលនិធិរួមគ្នាដោយកម្មវិធី Medicaid

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan តាមរយៈលេខ 1-800-452-4413

(TTY: 711) ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ម៉ោង PT ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទ គឺឥត

គិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ blueshieldca.com/medicare។



របស់រដ្ឋាភិបាលសហព័ន្ធ និងរដ្ឋ California។ អ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នកអាច
ជួយភ្ជាប់អ្នកទៅសេវាការអនុគ្រោះ DD។

កម្មវិធីលើកលែងជម្រើសនៅផ្ទះ និងសហគមន៍ (HCBA)

- កម្មវិធីលើកលែង HCBA ផ្តល់សេវាគ្រប់គ្រងការថែទាំដល់បុគ្គលដែលមានហានិភ័យសម្រាប់ការ
ថែទាំនៅមជ្ឈមណ្ឌលថែទាំមនុស្សចាស់ ឬការដាក់នៅស្ថាប័ន។ សេវាគ្រប់គ្រងការថែទាំត្រូវបាន
ផ្តល់ជូនដោយក្រុមការងារផ្នែកគ្រប់គ្រងការថែទាំពហុជំនាញរបស់គិលានុបដ្ឋាយិកា និងបុគ្គលិក
សង្គមកិច្ច។ ក្រុមការងារសម្របសម្រួលសេវាលើការពោះបង់ និងគម្រោងរដ្ឋ (ដូចជាវេជ្ជសាស្ត្រ
សុខភាពខាងអាកប្បកិរិយា សេវាជំនួយតាមផ្ទះ ។ល។) និងរៀបចំសម្រាប់សេវាជួយទ្រទ្រង់រយៈ
ពេលវែងផ្សេងទៀតដែលមាននៅក្នុងសហគមន៍មូលដ្ឋាន។ ការគ្រប់គ្រងការថែទាំ និងសេវាការ
អនុគ្រោះត្រូវបានផ្តល់ជូននៅក្នុងលំនៅឋានសហគមន៍របស់អ្នកចូលរួម។ លំនៅឋាននេះអាចជា
កម្មសិទ្ធិឯកជនដែលធានាបានតាមរយៈការរៀបចំកិច្ចសន្យាជួលរបស់អ្នកជួល ឬលំនៅឋានរបស់
សមាជិកគ្រួសាររបស់អ្នកចូលរួម។
- សមាជិកដែលបានចុះឈ្មោះក្នុង HCBA Waiver អាចបន្តចុះឈ្មោះក្នុង HCBA Waiver
ខណៈពេលដែលទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ដែលផ្តល់ដោយគម្រោងរបស់យើងផងដែរ។
គម្រោងរបស់យើងធ្វើការជាមួយទីភ្នាក់ងារការអនុគ្រោះ HCBA របស់អ្នកដើម្បីសម្រប
សម្រួលសេវា ដែលអ្នកទទួលបាន។
- អ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នកអាចជួយអ្នកដាក់ពាក្យសុំ MCWP។
 - អាស្រ័យលើលេខកូដតំបន់របស់អ្នកនៅក្នុងខោនធី Los Angeles ទាំង Partners in
Care ឬ Access TLC គឺជាទីភ្នាក់ងារ HCBA ក្នុងតំបន់របស់អ្នក។ ដើម្បីស្វែងយល់
ថាតើទីភ្នាក់ងារមួយណាដែលជួយតាមលេខកូដតំបន់ដែលអ្នករស់នៅ សូមចូលមើល៖
[https://www.dhcs.ca.gov/services/ltc/Pages/Home-and-Community-Based-\(HCB\)-Alternatives-Waiver.aspx](https://www.dhcs.ca.gov/services/ltc/Pages/Home-and-Community-Based-(HCB)-Alternatives-Waiver.aspx)
 - សូមទូរសព្ទទៅ Partners in Care តាមរយៈលេខ (800) 251-6764
 - សូមទូរសព្ទទៅ Access TLC តាមរយៈលេខ (800) 852-9887
 - San Ysidro Health គឺជាទីភ្នាក់ងារ HCBA ប្រចាំតំបន់របស់ខោនធី San Diego។ សូម
ទូរសព្ទទៅ San Ysidro Health តាមរយៈលេខ (833) 503-5910 ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក
ដល់ម៉ោង 5:00 ល្ងាច ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ។



កម្មវិធីអនុគ្រោះ Medi-Cal (MCWP)

- កម្មវិធីអនុគ្រោះ Medi-Cal (MCWP) ផ្តល់ការគ្រប់គ្រងករណីយ៉ាងទូលំទូលាយ និងសេវាថែទាំដោយផ្ទាល់ដល់បុគ្គល ដែលកំពុងរស់នៅមានផ្ទុកមេរោគ HIV ដោយផ្តល់ជាជម្រើសជំនួយសុខភាពថែទាំនៅមជ្ឈមណ្ឌលថែទាំសុខភាព ឬការសម្រាកព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យ។ ការគ្រប់គ្រងករណី គឺជាវិធីសាស្ត្រជាក្រុមផ្តោតលើអ្នកចូលរួមដែលមានគុណប្រយោជន៍យ៉ាងខ្ពស់ដែលបានចុះឈ្មោះ និងអ្នកគ្រប់គ្រងករណីការងារសង្គម។ អ្នកគ្រប់គ្រងករណីនឹងធ្វើការជាមួយអ្នកចូលរួម និងអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំបឋម គ្រួសារ អ្នកថែទាំ និងអ្នកផ្តល់សេវាផ្សេងទៀត ដើម្បីវាយតម្លៃតម្រូវការ ថែទាំដើម្បីរក្សាអ្នកចូលរួមនៅក្នុងផ្ទះ និងសហគមន៍របស់ពួកគេ។
- គោលបំណងរបស់ MCWP គឺ៖ (1) ផ្តល់សេវាតាមផ្ទះ និងសហគមន៍សម្រាប់អ្នកផ្ទុកមេរោគ HIV ដែលអាចត្រូវការសេវាពីស្ថាប័ន។ (2) ជួយអ្នកចូលរួមដែលមានផ្ទុកមេរោគ HIV ក្នុងការគ្រប់គ្រងសុខភាព។ (3) បង្កើនលទ្ធភាព ទទួលបានការគាំទ្រសុខភាពសង្គម និងអាកប្បកិរិយា និង (4) សម្របសម្រួលអ្នកផ្តល់សេវា និងលុបសេវាដែលមានជាន់គ្នាចេញមួយ។
- សមាជិកដែលបានចុះឈ្មោះក្នុង MCWP Waiver អាចបន្តចុះឈ្មោះក្នុង MCWP Waiver ខណៈពេលដែលទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ដែលផ្តល់ដោយគម្រោងរបស់យើងផងដែរ។ គម្រោងរបស់យើងធ្វើការជាមួយទីភ្នាក់ងារការអនុគ្រោះ MCWP របស់អ្នកដើម្បីសម្របសម្រួលសេវាដែលអ្នកទទួលបាន។
- អ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នកអាចជួយអ្នកដាក់ពាក្យសុំ MCWP។ ប្រព័ន្ធព័ត៌មានជំងឺអេដស៍ និងវាយតម្លៃនៅមូលដ្ឋាន (ARIES) បើកពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ចាប់ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 5:00 ល្ងាច (ម៉ោងនៅប៉ាស៊ីហ្វិក)។ ដើម្បីទាក់ទងទៅផ្នែកជំនួយ៖
 - ទូរសព្ទទៅលេខ 1-866-411-ARIES (2743) ឬ
 - ដាក់បញ្ជូនសំណើទៅផ្នែកជំនួយ ARIES ដោយផ្ញើអ៊ីមែលទៅកាន់ aries@cdph.ca.gov ហើយរួមបញ្ចូលឈ្មោះ ទីភ្នាក់ងារ លេខទូរសព្ទ សំណួរ/បញ្ហារបស់អ្នក។ កុំបញ្ចូលព័ត៌មានអតិថិជនណាមួយ។

កម្មវិធីសេវាពហុគោលបំណងសម្រាប់មនុស្សចាស់ (Multipurpose Senior Services Programs, MSSP)

- កម្មវិធីសេវាពហុគោលបំណងសម្រាប់មនុស្សចាស់ (MSSP) ផ្តល់ទាំងសេវាថែទាំសុខភាព និងសង្គមដើម្បីជួយដល់បុគ្គលម្នាក់ៗបន្តរស់នៅក្នុងផ្ទះ និងសហគមន៍របស់ពួកគេ។
- ខណៈដែលអ្នកចូលរួមក្នុងកម្មវិធីភាគច្រើនក៏ទទួលបានសេវាគាំទ្រនៅតាមគេហឋានផងដែរ MSSP ផ្តល់នូវការសម្របសម្រួលការថែទាំដែលកំពុងបន្ត ភ្ជាប់អ្នកចូលរួមទៅនឹងសេវា និងធនធានសហគមន៍ដែលត្រូវការផ្សេងទៀត សម្របសម្រួលជាមួយអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាព និងទិញសេវាដែលត្រូវការមួយចំនួនដែលមិនមានបើមិនដូច្នោះទេ ដើម្បីបង្ការ ឬពន្យារពេលការបង្កើត



ស្ថាប័ន។ ថ្លៃចំណាយរួមប្រចាំឆ្នាំសរុបនៃការគ្រប់គ្រងការថែទាំ និងសេវាផ្សេងទៀតត្រូវតែទាបជាងថ្លៃចំណាយក្នុងការទទួលបានការថែទាំនៅក្នុងមជ្ឈមណ្ឌលថែទាំជំនាញ។

- ក្រុមអ្នកមានវិជ្ជាជីវៈផ្នែកសុខភាព និងសេវាសង្គមកិច្ចផ្តល់ឱ្យអ្នកចូលរួម MSSP ម្នាក់ៗនូវការវាយតម្លៃសុខភាព និងសង្គមផ្លូវចិត្តពេញលេញ ដើម្បីកំណត់សេវាដែលត្រូវការ។ បន្ទាប់មក ក្រុមការងារនេះ ធ្វើការជាមួយអ្នកចូលរួម MSSP គ្រូពេទ្យ ក្រុមគ្រួសាររបស់ពួកគេ និងអ្នកដទៃទៀត ដើម្បីបង្កើតគម្រោងថែទាំជាលក្ខណៈបុគ្គល។ សេវារួមមាន៖
 - ការគ្រប់គ្រងការថែទាំ
 - កម្មវិធីថែទាំពេលថ្ងៃសម្រាប់មនុស្សពេញវ័យ
 - ការជួសជុល/ថែទាំផ្ទះតិចតួច
 - ការងារបន្ថែមនៅតាមផ្ទះ ការថែទាំផ្ទាល់ខ្លួន និងសេវាត្រួតពិនិត្យការការពារ
 - សេវាថែទាំបណ្តោះអាសន្ន
 - សេវាមធ្យោបាយធ្វើដំណើរ
 - ការប្រឹក្សាយោបល់ និងសេវាព្យាបាល
 - សេវាអាហារ
 - សេវាការប្រាស្រ័យទាក់ទង
- សមាជិកដែលបានចុះឈ្មោះក្នុង MSSP Waiver អាចបន្តចុះឈ្មោះក្នុង MSSP Waiver ខណៈពេលដែលទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ដែលផ្តល់ដោយគម្រោងរបស់យើងផងដែរ។ គម្រោងរបស់យើងធ្វើការជាមួយអ្នកផ្តល់សេវា MSSP របស់អ្នកដើម្បីសម្របសម្រួលសេវាដែលអ្នកទទួលបាន។
- អ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នកអាចជួយអ្នកដាក់ពាក្យសុំ MSSP។ អ្នកអាចស្វែងរកអ្នកផ្តល់សេវា MSSP នៅក្នុងតំបន់របស់អ្នកដោយទូរសព្ទទៅនាយកដ្ឋានសេវាមនុស្សចាស់នៃរដ្ឋ California តាមលេខ 1-800-510-2020 ឬដោយជ្រើសរើសខោនធីរបស់អ្នកនៅលើទំព័រ ស្វែងរកសេវានៅក្នុងខោនធីរបស់ខ្ញុំ នៅគេហទំព័ររបស់នាយកដ្ឋានសេវាមនុស្សចាស់នៃរដ្ឋ California៖
https://aging.ca.gov/Find_Services_in_My_County/#tblServicesInMyCounty។

G5. សេវាថែទាំសុខភាពផ្លូវចិត្តប្រចាំខោនធីដែលបានផ្តល់ជូននៅខាងក្រៅគម្រោងរបស់យើង (សេវាថែទាំសុខភាពផ្លូវចិត្ត និងសេវាព្យាបាលលើបញ្ហាប្រើប្រាស់សារធាតុញៀន)

អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានសេវាសុខភាពផ្លូវចិត្តដែលចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដែល Medicare និង Medi-Cal ធានារ៉ាប់រង។ យើងផ្តល់សិទ្ធិទទួលបានសេវាសុខភាពផ្លូវចិត្តដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រង ដោយការថែទាំដែល



គ្រប់គ្រងដោយ Medicare និង Medi-Cal។ គម្រោងរបស់យើងមិនផ្តល់សេវាសុខភាពផ្លូវចិត្តឯកទេសរបស់ Medi-Cal ឬសេវាព្យាបាលវិបត្តិផ្លូវចិត្តដោយការប្រើប្រាស់សារធាតុញៀនក្នុងខោនធីទេ ប៉ុន្តែសេវាកម្មទាំងនេះ មានសម្រាប់អ្នកតាមរយៈទីភ្នាក់ងារសុខភាពអាកប្បកិរិយាប្រចាំខោនធី។

សេវាសុខភាពផ្លូវចិត្តពិសេសរបស់ Medi-Cal មានសម្រាប់អ្នកតាមរយៈគម្រោងថែទាំសុខភាពផ្លូវចិត្ត (MHP) ប្រចាំខោនធី ប្រសិនបើអ្នកបំពេញបានតាមលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យ ដើម្បីទទួលបានសិទ្ធិទទួលបានសេវាសុខភាពផ្លូវចិត្តពិសេស។ សេវាព្យាបាលពីអ្នកជំនាញឯកទេសសុខភាពផ្លូវចិត្តតាមរយៈ Medi-Cal ដែលផ្តល់ជូនដោយ MHP ប្រចាំខោនធីរបស់អ្នក រួមមាន៖

- សេវាសុខភាពផ្លូវចិត្ត
- សេវាយថ្នែកឱសថ
- សេវាព្យាបាលពេលថ្ងៃហ្មត់ចត់
- ការស្តារនីតិសម្បទានៅពេលថ្ងៃ
- សេវាជួយសង្គ្រោះក្នុងគ្រាមានអាសន្ន
- សេវាធ្វើឲ្យស្ថានភាពរស់នៅមានស្ថិរភាព
- សេវាព្យាបាលនៅផ្ទះសម្រាប់មនុស្សពេញវ័យ
- សេវាព្យាបាលនៅផ្ទះសម្រាប់ដោះស្រាយវិបត្តិផ្លូវចិត្ត
- សេវាផ្តល់កន្លែងថែទាំព្យាបាលសុខភាពខួរក្បាល
- សេវាព្យាបាលអ្នកជំងឺរីកលចរិតក្នុងមន្ទីរពេទ្យ
- ការគ្រប់គ្រងករណីគោលដៅ
- សេវាព្យាបាលអាកប្បកិរិយា
- ការសម្របសម្រួលការថែទាំហ្មត់ចត់
- សេវាព្យាបាលជំងឺតាមផ្ទះហ្មត់ចត់
- ដំណើរការត្រឡប់ចូលជាថ្មីដែលពាក់ព័ន្ធនឹងយុត្តិធម៌
- ការព្យាបាលតាមសហគមន៍ដោយអះអាង (Assertive Community Treatment, ACT)
- ការព្យាបាលសហគមន៍ដែលអះអាងខាងកោសល្យវិច្ឆ័យ (Forensic Assertive Community Treatment, FACT)



- ការថែទាំឯកទេសសម្របសម្រួល (coordinated specialty care. CSC) សម្រាប់ជំងឺរីកលចរិកដំណាក់កាលដំបូង (First Episode Psychosis, FEP)
- សេវាក្លីបហៅស៍
- សេវាបុគ្គលិកសុខភាពតាមសហគមន៍ (CHW) ដែលត្រូវបានកែលម្អ

សេវាប្រព័ន្ធដឹកជញ្ជូនដែលរៀបចំដោយ Drug Medi-Cal មានសម្រាប់អ្នកតាមរយៈទីភ្នាក់ងារសុខភាពអាកប្បកិរិយាប្រចាំខោនធីរបស់អ្នក ប្រសិនបើអ្នកបំពេញតាមលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យដើម្បីទទួលបានសេវាទាំងនេះ។ សេវាសម្រាប់អ្នកជំងឺឥតដេកពេទ្យធ្ងន់ធ្ងរ

- ការព្យាបាលសម្រាប់ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ និងស្ត្រីទើបសម្រាលកូន ដែលមានបញ្ហាញៀនសារធាតុដែលរស់នៅក្នុងមណ្ឌលថែទាំ
- សេវាព្យាបាលដែលមិនចាំបាច់សម្រាកនៅមន្ទីរពេទ្យ
- កម្មវិធីព្យាបាលការញៀនថ្នាំញៀនដោយប្រើប្រាស់ថ្នាំ
- ឱសថសម្រាប់ព្យាបាលការញៀន (ក៏ហៅថា ការព្យាបាលដែលបានជួយដោយការប្រើឱសថ)

សេវាប្រព័ន្ធដឹកជញ្ជូនថ្នាំដែលរៀបចំដោយ Medi-Cal រួមមាន៖

- សេវាព្យាបាលដែលមិនចាំបាច់សម្រាកនៅមន្ទីរពេទ្យ
- សេវាព្យាបាលអ្នកជំងឺឥតដេកពេទ្យធ្ងន់ធ្ងរ
- ឱសថសម្រាប់ព្យាបាលការញៀន (ក៏ហៅថា ការព្យាបាលដែលបានជួយដោយការប្រើឱសថ)
- សេវាព្យាបាលនៅផ្ទះ
- សេវាគ្រប់គ្រងរោគសញ្ញាបណ្តាលមកពីការឈប់ប្រើប្រាស់សារធាតុញៀន
- កម្មវិធីព្យាបាលការញៀនថ្នាំញៀនដោយប្រើប្រាស់ថ្នាំ
- សេវាសម្រាប់ការជាសះស្បើយ
- ការសម្របសម្រួលការថែទាំ
- សេវាព្យាបាលអ្នកជំងឺស្នាក់ព្យាបាល

បន្ថែមពីលើសេវាដែលបានរាយខាងលើ អ្នកអាចមានសិទ្ធិទទួលបានសេវាបន្ស៊ាបជាតិពុលសម្រាប់អ្នកជំងឺសម្រាកក្នុងមន្ទីរពេទ្យដោយស្ម័គ្រចិត្ត ប្រសិនបើអ្នកបំពេញតាមលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យ។



ភាពអាចរកបាននៃសេវាសុខភាពផ្លូវចិត្ត

អ្នកមានសេវាដ៏ទូលំទូលាយយ៉ាងច្រើន ដែលមានសម្រាប់អ្នក។ អ្នកអាចបញ្ជូនបន្តដោយខ្លួនឯងទៅកាន់អ្នកផ្តល់សេវាដែលចុះកិច្ចសន្យា ហើយក៏អាចបញ្ជូនបន្តដោយ PCP សមាជិកគ្រួសាររបស់អ្នកជាដើម។ មិនថាអ្នកទាក់ទងតាមរយៈ "ផ្លូវណាក៏ដោយ" អ្នកនឹងត្រូវបានណែនាំទៅកាន់សេវាដែលសមស្របសម្រាប់អ្នក។ អ្នកអាចទាក់ទងតាមផ្នែកខាងក្រោមសម្រាប់ជំនួយដើម្បីទទួលបានសេវា៖

- ខ្សែទូរសព្ទសម្រាប់ការបញ្ជូនបន្ត និងវិបត្តិប្រចាំខោនធី (សូមមើល **ជំពូកទី 2 ផ្នែក K** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិកនេះ* សម្រាប់លេខទូរសព្ទ និងម៉ោងធ្វើការ)
- ការិយាល័យបង្ការ និងគ្រប់គ្រងការប្រើប្រាស់សារធាតុញៀននៃក្រសួងសុខាភិបាល សាធារណៈ ខោនធី Los Angeles (សូមទូរសព្ទទៅលេខ 888-742-7900 (TTY: 711) 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។
- សុខភាពអាកប្បកិរិយាប្រចាំ San Diego – សេវាបញ្ឈប់ការប្រើប្រាស់សារធាតុញៀន (សូមទូរសព្ទទៅលេខ 888-724-7240 (TTY: 711) 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។
- ខ្សែទូរសព្ទផ្នែកសេវាសុខភាពផ្លូវចិត្តរបស់គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan (សូមមើល**ជំពូកទី 2 ផ្នែក D** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិកនេះ*សម្រាប់លេខទូរសព្ទ និងម៉ោងធ្វើការ)
- សេវាបម្រើអតិថិជន Blue Shield TotalDual Plan (លេខទូរសព្ទ និងម៉ោងប្រតិបត្តិការត្រូវបានបោះពុម្ពនៅខាងក្រោមទំព័រនេះ)

ដំណើរការដើម្បីកំណត់សេវាដែលចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ

ភាពចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្របានកំណត់ដោយអ្នកផ្តល់សេវាដែលមានអាជ្ញាបណ្ណត្រឹមត្រូវ។ លក្ខណៈវិនិច្ឆ័យចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រត្រូវបានប្រើប្រាស់ដោយ Blue Shield TotalDual Plan និងខោនធី ត្រូវបានបង្កើតឡើងដោយអ្នកជំនាញផ្នែកសុខភាពផ្លូវចិត្ត និងអ្នកពាក់ព័ន្ធផ្សេងទៀត ហើយត្រូវគ្នាទៅនឹងលក្ខខណ្ឌតម្រូវនៃបទប្បញ្ញត្តិ។

ដំណើរការបញ្ជូនបន្តរវាងគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan និងខោនធី

ប្រសិនបើអ្នកកំពុងទទួលបានសេវាពីគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan ឬខោនធី អ្នកអាចត្រូវបានបញ្ជូនទៅអង្គភាពផ្សេងទៀតដែលស្របតាមតម្រូវការរបស់អ្នក។ គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan ឬខោនធីអាចបញ្ជូនអ្នកដោយទូរសព្ទទៅអង្គភាពដែលការបញ្ជូនបន្តកំពុងត្រូវបានធ្វើឡើង។ ទម្រង់បែបបទនៃការបញ្ជូនបន្តក៏ត្រូវបំពេញដោយអ្នកផ្តល់សេវាដែលធ្វើការបញ្ជូន ហើយវាត្រូវធ្វើទៅកាន់អង្គភាពដែលអ្នកកំពុងត្រូវបានគម្រោងបញ្ជូនទៅ។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan តាមរយៈលេខ 1-800-452-4413 (TTY: 711) ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ម៉ោង PT ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទ គឺឥតគិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ [blueshieldca.com/medicare](https://www.blueshieldca.com/medicare)។



ដំណើរការក្នុងការដោះស្រាយបញ្ហា

ប្រសិនបើមានជម្លោះរវាងអ្នក និងខោនធី ឬគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan អ្នកនឹងបន្តទទួលបានការថែទាំសុខភាពផ្លូវចិត្តដែលចាំបាច់ រួមទាំងសេវាផ្សេងៗទៀត រហូតដល់ជម្លោះត្រូវបានដោះស្រាយ។ គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan បានធ្វើការជាមួយខោនធី ដើម្បីបង្កើតដំណើរការក្នុងការដំណោះស្រាយដែលទាន់ពេលវេលា ហើយមិនប៉ះពាល់អវិជ្ជមានដល់សេវាដែលអ្នកកំពុងត្រូវការទទួលបាន។ អ្នកក៏អាចប្រើដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan ឬខោនធី អាស្រ័យលើអង្គភាពដែលអ្នកកំពុងមានជម្លោះជាមួយ។ សម្រាប់ព័ត៌មានអំពីដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ សូមមើលជំពូកទី 9 នៃសៀវភៅណែនាំសមាជិករបស់អ្នក។

H. អត្ថប្រយោជន៍ដែលមិនត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយ គម្រោងរបស់យើង Medicare ឬ Medi-Cal

ផ្នែកនេះនឹងបង្ហាញអ្នកអំពីអត្ថប្រយោជន៍ណាខ្លះមិនរួមបញ្ចូលក្នុងគម្រោងរបស់យើង។ “មិនរាប់បញ្ចូល” មានន័យថា យើងមិនបង់ប្រាក់សម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍ទាំងនេះទេ។ Medicare និង Medi-Cal ក៏មិនបង់ប្រាក់សម្រាប់ពួកគេដែរ។

បញ្ជីខាងក្រោមពិពណ៌នាអំពីសេវាករណីមួយចំនួនដែលយើងខ្ញុំមិនធានារ៉ាប់រង ក្រោមលក្ខខណ្ឌគ្រប់យ៉ាង និងសេវាមួយចំនួនដែលយើងខ្ញុំមិនរួមបញ្ចូលតែក្នុងករណីមួយចំនួនប៉ុណ្ណោះ។

យើងមិនបង់ប្រាក់សម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍វេជ្ជសាស្ត្រដែលមិនរាប់បញ្ចូលដែលបានរាយក្នុងផ្នែកនេះទេ (ឬកន្លែងផ្សេងទៀតនៅក្នុង *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*) លើកលែងតែនៅក្រោមលក្ខខណ្ឌជាក់លាក់ដែលបានរាយក្នុងបញ្ជី។ ទោះបីជាអ្នកទទួលបានសេវាកម្មនៅកន្លែងសង្គ្រោះបន្ទាន់ក៏ដោយ គម្រោងនឹងមិនបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាកម្មនោះទេ។ ប្រសិនបើអ្នកគិតថាគម្រោងរបស់យើងគួរតែបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាកម្មដែលមិនត្រូវបានធានារ៉ាប់រង អ្នកអាចស្នើសុំបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍បាន។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ សូមមើល **ជំពូកទី 9** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*។

បន្ថែមពីលើការមិនរាប់បញ្ចូល ឬការកំណត់ណាមួយដែលបានពិពណ៌នានៅក្នុងតារាងអត្ថប្រយោជន៍ គម្រោងរបស់យើងមិនធានារ៉ាប់រងលើទំនិញ និងសេវាកម្មដូចខាងក្រោម៖

- សេវាដែលបានចាត់ទុកថាមិន “សមហេតុផល និងចាំបាច់ខាងផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ” ដោយយោងទៅតាម Medicare និង Medi-Cal លុះត្រាតែយើងបានរាយបញ្ជីជាសេវាដែលមានការធានារ៉ាប់រង
- ការព្យាបាលផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ និងការវះកាត់ពិសោធន៍ សម្ភារ និងឱសថ លុះត្រាតែ Medicare ការសិក្សាស្រាវជ្រាវអំពីការព្យាបាលដែលទទួលបានការអនុញ្ញាតពី Medicare ឬគម្រោងរបស់

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan តាមរយៈលេខ 1-800-452-4413 (TTY: 711) ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ម៉ោង PT ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទ គឺឥតគិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ [blueshieldca.com/medicare](https://www.blueshieldca.com/medicare)។



យើងធានារ៉ាប់រងទៅលើសេវាទាំងនោះ។ សូមមើលទៅលើ ជំពូកទី 3 នៃ សៀវភៅណែនាំសមាជិកនេះសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីការសិក្សាស្រាវជ្រាវព្យាបាល។ ការព្យាបាល និងវត្ថុពិសោធន៍គឺជាបស់ដែលមិនត្រូវបានទទួលយកជាទូទៅដោយសហគមន៍វេជ្ជសាស្ត្រ។

- ការព្យាបាលដោយវះកាត់សម្រាប់ជំងឺធាត់ លើកលែងតែនៅពេលសេវានេះមានភាពចាំបាច់ខាងផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ ហើយ Medicare បង់ថ្លៃសេវានេះ
- បន្ទប់ឯកជននៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យ លើកលែងនៅពេលមានភាពចាំបាច់ខាងផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ
- គិលានុបដ្ឋាយិកាកូនាទីឯកជន
- សម្ភារផ្ទាល់ខ្លួននៅក្នុងបន្ទប់របស់អ្នកនៅមន្ទីរពេទ្យ ឬនៅមជ្ឈមណ្ឌលថែទាំសុខភាព ដូចជាទូរសព្ទ ឬទូរទស្សន៍ជាដើម
- សេវាថែទាំអ្នកជំងឺពេញម៉ោងនៅក្នុងលំនៅឋានរបស់អ្នក
- ថ្លៃសេវាដែលត្រូវគិតថ្លៃដោយសាច់ញាតិជិត ឬសមាជិកគ្រួសាររបស់អ្នក
- នីតិវិធី ឬសេវាសម្រាំង ឬដោយស្ម័គ្រចិត្ត (រួមមានការសម្រកទម្ងន់ ការបណ្តុះសក់ សមត្ថភាពផ្លូវភេទ សមត្ថភាពអត្តពលកម្ម គោលបំណងកែសម្ផស្ស ការពារភាពចាស់មុនអាយុ និងសមត្ថភាពផ្លូវចិត្ត) លើកលែងតែនៅពេលចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ
- ការវះកាត់កែសម្ផស្ស ឬការងារកែសម្ផស្សផ្សេងទៀត លុះត្រាតែវាមិនចាំបាច់ដោយសាររបួសដោយចៃដន្យ ឬដើម្បីកែលម្អផ្នែកនៃរាងកាយដែលមិនមានរូបរាងត្រឹមត្រូវ។ ទោះបីជាយ៉ាងណា យើងនឹងបង់ប្រាក់ទូទាត់សម្រាប់សេវាបង្កើនទំហំសុដន់ឡើងវិញក្រោយពេលវះកាត់សុដន់រួច និងសម្រាប់ការព្យាបាលជំងឺសុដន់ផ្សេងៗទៀត។
- ការថែទាំជើងជាប្រចាំ លើកលែងតែមានការពណ៌នានៅក្នុងសេវាផ្នែកជើងនៅក្នុងតារាងអត្ថប្រយោជន៍ក្នុងផ្នែក D។
- ស្បែកជើងទម្រង់រាងកាយ លើកលែងតែស្បែកជើងនោះជាផ្នែកមួយនៃឧបករណ៍អបជើង និងត្រូវបានដាក់បញ្ចូលក្នុងថ្លៃចំណាយលើដៃកម្រិត ឬស្បែកជើងសម្រាប់អ្នកជំងឺជើងរាំរ៉ៃ
- ឧបករណ៍ទ្រទ្រង់ប្រអប់ជើង លើកលែងតែស្បែកជើងទម្រង់រាងកាយ ឬស្បែកជើងសប្បុរសភាពសម្រាប់អ្នកជំងឺជើងរាំរ៉ៃ។
- សេវា Radial keratotomy សេវាវះកាត់ LASIK និងឧបករណ៍ជំនួយចក្ខុខ្សោយផ្សេងៗទៀត។



- ការផ្លាស់ប្តូរនីតិវិធីសម្អាតមេរោគ
- សេវាព្យាបាលរោគតាមរបៀបធម្មជាតិ (ការប្រើប្រាស់ថ្នាំព្យាបាលធម្មជាតិ ឬរបៀបព្យាបាលតាមជម្រើសផ្សេង)
- សេវាដែលត្រូវបានផ្តល់ឱ្យយុទ្ធជនក្នុងមជ្ឈមណ្ឌលកិច្ចការយុទ្ធជន (VA)។ ទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយ នៅពេលដែលអតីតយុទ្ធជនទទួលបានសេវាសង្គ្រោះបន្ទាន់នៅមន្ទីរពេទ្យ VA ហើយការចែករំលែកថ្លៃចំណាយរបស់ VA គឺច្រើនជាងការចែករំលែកថ្លៃចំណាយក្រោមគម្រោងរបស់យើង យើងនឹងផ្តល់សំណងដល់អតីតយុទ្ធជនសម្រាប់ភាពខុសគ្នា។ អ្នកនៅតែទទួលខុសត្រូវចំពោះចំនួនទឹកប្រាក់នៃការចែករំលែកថ្លៃចំណាយរបស់អ្នក។



ជំពូកទី 5៖ ការទទួលបានឱសថសម្រាប់ការមិនសម្រាកព្យាបាលរបស់អ្នក

សេចក្តីផ្តើម

ជំពូកនេះពន្យល់អំពីវិធានសម្រាប់ការទទួលបានឱសថសម្រាប់អ្នកជំងឺដែលមិនស្នាក់ព្យាបាលរបស់អ្នក។ ឱសថទាំងនេះ គឺជាឱសថដែលអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំរបស់អ្នកធ្វើការបញ្ជាទិញជូនអ្នក ដែលអ្នកទទួលបានពីឱសថស្ថាន ឬដោយការបញ្ជាទិញតាមប្រៃសណីយ៍។ ឱសថទាំងនោះរួមមានទាំងឱសថដែលមានធានារ៉ាប់រងក្រោម Medicare ផ្នែក D និង Medi-Cal។ **ជំពូកទី 6** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក* នេះប្រាប់អ្នកពីអ្វីដែលអ្នកត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថទាំងនេះ។ ពាក្យគន្លឹះ និងនិយមន័យរបស់វា មានរៀបចំតាមលំដាប់អក្ខរក្រម នៅក្នុងជំពូកចុងក្រោយនៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក* នេះ។

យើងក៏ធានារ៉ាប់រងលើឱសថដូចខាងក្រោម ទោះបីជាវាមិនត្រូវបានពិភាក្សានៅក្នុងជំពូកនេះក៏ដោយ៖

- ឱសថដែលមានការធានារ៉ាប់រងដោយ **Medicare ផ្នែក A**។ ជាទូទៅ ឱសថទាំងនេះរួមបញ្ចូលទាំងឱសថដែលផ្តល់ឱ្យអ្នកនៅពេលអ្នកនៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យ ឬមណ្ឌលថែទាំអ្នកជំងឺ។
- ឱសថដែលមានការធានារ៉ាប់រងដោយ **Medicare ផ្នែក B**។ ឱសថទាំងនេះរួមបញ្ចូលទាំងឱសថសម្រាប់ការព្យាបាលដោយប្រើគីមីមួយចំនួន ឱសថសម្រាប់ចាក់មួយចំនួន ដែលបានផ្តល់ជូនអ្នកក្នុងអំឡុងពេលដែលអ្នកទៅជួបពិនិត្យនៅការិយាល័យជាមួយវេជ្ជបណ្ឌិត ឬអ្នកផ្តល់សេវា ព្រមទាំងឱសថដែលបានផ្តល់ជូនអ្នកនៅឯគ្លីនិកលាងឈាម។ ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពីអ្វីដែលឱសថ Medicare ផ្នែក B ត្រូវបានធានារ៉ាប់រង សូមមើលតារាងអត្ថប្រយោជន៍នៅក្នុង **ជំពូកទី 4** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក* នេះ។
- បន្ថែមពីលើការធានារ៉ាប់រង Medicare ផ្នែក D របស់គម្រោង និងការធានារ៉ាប់រងអត្ថប្រយោជន៍ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ ឱសថរបស់អ្នកអាចត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយ Original Medicare ប្រសិនបើអ្នកស្ថិតនៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយរបស់ Medicare។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមសូមមើល **ជំពូកទី 5 ផ្នែក D** “ប្រសិនបើអ្នកស្ថិតនៅក្នុងកម្មវិធីសម្រាប់មន្ទីរពេទ្យថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយដែលមានការបញ្ជាក់ពី Medicare”។

បទបញ្ជាសម្រាប់ការធានារ៉ាប់រងឱសថសម្រាប់អ្នកជំងឺឥតដេកពេទ្យរបស់គម្រោងយើង

ជាធម្មតា យើងធានារ៉ាប់រងឱសថរបស់អ្នក លុះត្រាតែអ្នកអនុវត្តតាមបទបញ្ជានៅក្នុងផ្នែកនេះ។

អ្នកត្រូវតែមានអ្នកផ្តល់សេវា (វេជ្ជបណ្ឌិត ពេទ្យឆ្មេញ ឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាផ្សេងទៀត) សរសេរវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ ដែលត្រូវតែមានសុពលភាពស្ថិតក្រោមច្បាប់រដ្ឋជាធរមាន។ មនុស្សម្នាក់នេះជាញឹកញាប់



គឺជាអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំបឋមរបស់អ្នក (PCP)។ ក៏អាចជាអ្នកផ្តល់សេវាផ្សេងមួយទៀតផងដែរ ប្រសិនបើ PCP របស់អ្នកបានបញ្ជូនបន្តអ្នកឱ្យទទួលបានការថែទាំនេះ។

អ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក មិន ត្រូវស្ថិតនៅក្នុងបញ្ជីមិនរាប់បញ្ចូល ឬបដិសេធរបស់ Medicare ឬបញ្ជីរបស់ Medi-Cal ស្រដៀងគ្នាណាមួយឡើយ។

អ្នកត្រូវប្រើឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញដើម្បីបំពេញវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក។ (សូមមើល ផ្នែក A1 សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម)។ ឬអ្នកអាចបើកឱសថមានវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកតាមរយៈសេវាដឹកជញ្ជូនដល់ផ្ទះរបស់គម្រោង។

ឱសថត្រូវការវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកត្រូវតែស្ថិតក្នុង *បញ្ជីឱសថធានារ៉ាប់រងរបស់គម្រោង*។ យើងហៅបញ្ជីនេះដោយខ្លីថា “*បញ្ជីឱសថ*”។ (សូមមើល ផ្នែក B នៃជំពូកនេះ។)

- ប្រសិនបើឱសថនេះមិនស្ថិតក្នុង *បញ្ជីឱសថ* នោះយើងអាចនឹងធានារ៉ាប់រងលើឱសថនោះដោយផ្តល់ឱ្យអ្នកសម្រាប់ការលើកលែង។
- សូមមើលជំពូកទី 9 ដើម្បីស្វែងយល់អំពីការស្នើសុំករណីលើកលែង។
- សូមកត់សម្គាល់ផងដែរថាសំណើសុំធានារ៉ាប់រងលើឱសថមានវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកនឹងត្រូវបានវាយតម្លៃនៅក្រោមទាំងស្តង់ដាររបស់ Medicare និង Medi-Cal។

ឱសថរបស់អ្នក ត្រូវបានប្រើសម្រាប់ការបង្ហាញជាពេទ្យសាស្ត្រអាចទទួលស្គាល់បាន។ ចំណុចនេះមានន័យថាការប្រើប្រាស់ឱសថត្រូវមានការយល់ព្រមពីការិយាល័យរដ្ឋបាលចំណីអាហារ និងឱសថ (FDA) ឬក៏មានការគាំទ្រពីអំណះអំណាងវេជ្ជសាស្ត្រជាក់លាក់។ វេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកប្រហែលជាអាចជួយកំណត់អត្តសញ្ញាណឯកសារយោងវេជ្ជសាស្ត្រដើម្បីគាំទ្រដល់ការប្រើប្រាស់ឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាដែលបានស្នើសុំ។ ឱសថត្រូវបានប្រើដើម្បីព្យាបាលអាការៈជំងឺមិនត្រូវបានគាំទ្រដោយរដ្ឋបាលចំណីអាហារ និងឱសថ (FDA) ទេ ឬសៀវភៅជាឯកសារយោងត្រូវបានបោះពុម្ពថា ការបង្ហាញ “ការប្រើក្រៅផ្លូវការ”។ ឱសថដែលបានប្រើសម្រាប់ការបង្ហាញ “ការប្រើក្រៅផ្លូវការ” គឺមិនមែនជាសញ្ញាណនៃការទទួលយកផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រទេ ដូច្នេះមិនមែនជាអត្ថប្រយោជន៍ដែលមានការធានារ៉ាប់រងឡើយ លុះត្រាតែការប្រើប្រាស់ “ការប្រើក្រៅផ្លូវការ” នេះត្រូវបានលើកឡើងនៅក្នុងសៀវភៅយោងដែលបានអនុម័តដោយ CMS។

ឱសថរបស់អ្នកអាចតម្រូវឱ្យមានការយល់ព្រមពីគម្រោងរបស់យើងដោយផ្អែកលើលក្ខណវិនិច្ឆ័យជាក់លាក់ មុនពេលដែលយើងនឹងធានារ៉ាប់រងលើឱសថនោះ។ (សូមមើល ផ្នែក C នៅក្នុងជំពូកនេះ)។



តារាងមាតិកា

A. ការបើកឱសថមានវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក.....	219
A1. ការបើកឱសថមានវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកនៅតាមឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញ	219
A2. ការប្រើបណ្ណសម្គាល់សមាជិករបស់អ្នកនៅពេលដែលអ្នកបំពេញវេជ្ជបញ្ជា	219
A3. អ្វីដែលត្រូវធ្វើ ប្រសិនបើអ្នកផ្លាស់ប្តូរឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញរបស់អ្នក.....	220
A4. តើត្រូវធ្វើយ៉ាងណា ប្រសិនបើឱសថស្ថានដែលអ្នកប្រើប្រាស់ចាកចេញពីបណ្តាញ	220
A5. ការប្រើឱសថស្ថានឯកទេស	220
A6. ដោយប្រើសេវាកម្មដឹកជញ្ជូនដល់ផ្ទះ ដើម្បីទទួលបានឱសថរបស់អ្នក	221
A7. ការទទួលបានការផ្គត់ផ្គង់ឱសថរយៈពេលវែង	223
A8. ការប្រើឱសថស្ថានដែលមិនមាននៅក្នុងបណ្តាញគម្រោងរបស់យើង.....	223
A9. ការទូទាត់សងប្រាក់អ្នកវិញ្ញាសម្រាប់ថ្លៃឱសថមានវេជ្ជបញ្ជា	224
B. បញ្ជីឱសថគម្រោងរបស់យើង.....	224
B1. ឱសថនៅក្នុងបញ្ជីឱសថរបស់យើង.....	225
B2. របៀបស្វែងរកឱសថនៅក្នុងបញ្ជីឱសថរបស់យើង.....	225
B3. ឱសថមិនមាននៅក្នុង បញ្ជីឱសថរបស់យើង	226
B4. កម្រិតថ្នាក់នៃចំណែកនៃថ្លៃចូលរួមការចំណាយរបស់ បញ្ជីឱសថ.....	228
C. ការកំណត់លើឱសថមួយចំនួន.....	229
D. មូលហេតុដែលឱសថរបស់អ្នកមិនត្រូវបានធានារ៉ាប់រង	231
D1. ការទទួលបានការផ្គត់ផ្គង់បណ្តោះអាសន្ន	231
D2. ការស្នើសុំការផ្គត់ផ្គង់បណ្តោះអាសន្ន.....	232
D3. ការស្នើសុំករណីលើកលែង.....	233



E. ការផ្លាស់ប្តូរការធានារ៉ាប់រងលើឱសថរបស់អ្នក	234
F. ការធានារ៉ាប់រងលើឱសថក្នុងករណីពិសេស	236
F1. នៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យ ឬមជ្ឈមណ្ឌលថែទាំជំនាញសម្រាប់ការស្នាក់នៅដែលគម្រោងរបស់យើងធានារ៉ាប់រង ...	236
F2. នៅក្នុងមជ្ឈមណ្ឌលថែទាំរយៈពេលវែង	237
F3. នៅក្នុងកម្មវិធីថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយដែលមានការបញ្ជាក់ពី Medicare	237
G. កម្មវិធីស្តីពីសុវត្ថិភាពឱសថ និងការគ្រប់គ្រងឱសថ	238
G1. កម្មវិធីដើម្បីជួយអ្នកក្នុងការប្រើប្រាស់ឱសថប្រកបដោយសុវត្ថិភាព	238
G2. កម្មវិធីដើម្បីជួយអ្នកគ្រប់គ្រងឱសថ របស់អ្នក.....	238
G3. កម្មវិធីគ្រប់គ្រងឱសថ (Drug Management Program, DMP) ដើម្បីជួយសមាជិកឱ្យប្រើប្រាស់ការឱ្យថ្នាំផ្ទុកសារធាតុអ្វីៗអ៊ីតប្រកបដោយសុវត្ថិភាព	239



A. ការបើកឱសថមានវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក

A1. ការបើកឱសថមានវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកនៅតាមឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញ

ក្នុងករណីភាគច្រើនបំផុត យើងបង់ថ្លៃឱសថមានវេជ្ជបញ្ជា នៅពេលដែលអ្នកបំពេញវានៅឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញណាមួយរបស់យើងប៉ុណ្ណោះ។ ឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញ គឺជាហាងលក់ឱសថដែលព្រមព្រៀងបំពេញឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាសម្រាប់សមាជិកគម្រោងរបស់យើង។ អ្នកអាចប្រើប្រាស់ឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញរបស់យើងណាមួយក៏បាន។ (សូមមើលផ្នែក A8 សម្រាប់ព័ត៌មានអំពីពេលណាដែលយើងធានារ៉ាប់រងលើវេជ្ជបញ្ជាដែលបានបើកនៅឱសថស្ថានក្រៅបណ្តាញ។)

ដើម្បីស្វែងរកឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញថ្មី សូមមើលនៅក្នុង *បញ្ជីឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថាន* ចូលមើលគេហទំព័ររបស់យើង ឬទាក់ទងទៅកាន់ផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជន។

A2. ការប្រើបណ្ណសម្គាល់សមាជិករបស់អ្នកនៅពេលដែលអ្នកបំពេញវេជ្ជបញ្ជា

ដើម្បីបំពេញឱសថមានវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក សូមបង្ហាញបណ្ណសម្គាល់សមាជិករបស់អ្នក នៅឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញរបស់អ្នក។ ឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញចេញវិក្កយបត្រឱ្យយើងខ្ញុំសម្រាប់ការចែករំលែកថ្លៃចំណាយរបស់យើងនៃឱសថដែលមានការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នក។ អ្នកចាំបាច់ត្រូវបង់ទៅឱសថស្ថាន នូវការបង់ប្រាក់រួមនៅពេលអ្នកមកយកឱសថមានវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក។

សូមចងចាំថា អ្នកត្រូវការបណ្ណសម្គាល់សមាជិក Medi-Cal ឬអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណអត្ថប្រយោជន៍ (BIC) របស់អ្នកដើម្បីចូលប្រើឱសថដែលមានធានារ៉ាប់រងដោយ Medi-Cal Rx។

ប្រសិនបើអ្នកមិនមានបណ្ណសម្គាល់សមាជិកជាប់ជាមួយអ្នកទេ នៅពេលអ្នកទៅបើកឱសថមានវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក សូមស្នើសុំឱ្យឱសថស្ថានទូរសព្ទមកកាន់យើងខ្ញុំ ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានចាំបាច់ ឬអ្នកអាចស្នើសុំឱ្យឱសថស្ថានរកមើលព័ត៌មានចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងរបស់អ្នក។

ប្រសិនបើឱសថស្ថានមិនអាចទទួលបានព័ត៌មានចាំបាច់ទេនោះអ្នកអាចនឹងត្រូវបង់ថ្លៃទាំងស្រុងសម្រាប់ឱសថមានវេជ្ជបញ្ជានៅពេលដែលអ្នកមកយកវា។ បន្ទាប់មក អ្នកអាចស្នើសុំយើងខ្ញុំឱ្យបង់ថ្លៃសងអ្នកវិញ សម្រាប់ចំណែករបស់យើងខ្ញុំ។ ប្រសិនបើអ្នកមិនអាចបង់ថ្លៃឱសថបានទេ សូមទាក់ទងផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជនភ្លាមៗ យើងនឹងខិតខំឱ្យអស់ពីលទ្ធភាពដើម្បីជួយ។

- ដើម្បីស្នើសុំឱ្យយើងខ្ញុំទូទាត់សងអ្នកវិញ សូមអានជំពូកទី 7 នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក* របស់អ្នក។
- ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយក្នុងការទទួលបានការបំពេញវេជ្ជបញ្ជា សូមទាក់ទងផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជន ឬអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នក។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan តាមរយៈលេខ 1-800-452-4413

(TTY: 711) ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ម៉ោង PT ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទ គឺឥត

គិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ [blueshieldca.com/medicare](https://www.blueshieldca.com/medicare)។



A3. អ្វីដែលត្រូវធ្វើ ប្រសិនបើអ្នកផ្លាស់ប្តូរឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញរបស់អ្នក

ប្រសិនបើអ្នកផ្លាស់ប្តូរឱសថស្ថាន ហើយត្រូវការបើកឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាជាថ្មី អ្នកអាច ស្នើសុំការចេញវេជ្ជបញ្ជាថ្មី ដោយអ្នកផ្តល់សេវាណាម្នាក់ ឬ ស្នើឱ្យឱសថស្ថានរបស់អ្នកផ្ទេរវេជ្ជបញ្ជាទៅកាន់ឱសថស្ថានថ្មីក៏បាន ប្រសិនបើ មានការបើកឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាណាមួយមិនទាន់បានធ្វើនៅឡើយទេនោះ។

ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយក្នុងការផ្លាស់ប្តូរឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញរបស់អ្នក សូមទាក់ទងផ្នែកបម្រើសេវាអតិថិជន។

A4. តើត្រូវធ្វើយ៉ាងណា ប្រសិនបើឱសថស្ថានដែលអ្នកប្រើប្រាស់ចាកចេញពីបណ្តាញ

បើឱសថស្ថានដែលអ្នកប្រើប្រាស់ចាកចេញពីបណ្តាញរបស់គម្រោងយើង អ្នកត្រូវស្វែងរកឱសថស្ថានថ្មីមួយ។

ដើម្បីស្វែងរកឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញថ្មី សូមអាន *បញ្ជីឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា និង ឱសថស្ថាន* ចូលមើលគេហទំព័រ របស់យើង ឬទាក់ទងផ្នែកបម្រើសេវាអតិថិជន។

A5. ការប្រើឱសថស្ថានឯកទេស

ជូនកាល អ្នកត្រូវការបើកឱសថមានវេជ្ជបញ្ជានៅឱសថស្ថានឯកទេស។ ឱសថស្ថានឯកទេសរួមមាន៖

- ឱសថស្ថានដែលផ្គត់ផ្គង់ឱសថសម្រាប់ការព្យាបាលតាមការព្យាបាលស្បែកនៅផ្ទះ។
- ឱសថស្ថានដែលផ្គត់ផ្គង់ឱសថសម្រាប់ប្រជាជនដែលសម្រាកនៅមជ្ឈមណ្ឌលថែទាំជំងឺរយៈពេលវែង ដូចជាមជ្ឈមណ្ឌលថែទាំសុខភាពជាដើម។
 - តាមធម្មតា មជ្ឈមណ្ឌលថែទាំរយៈពេលវែងមានឱសថស្ថានរបស់គេ។ ប្រសិនបើអ្នកស្នាក់ នៅមជ្ឈមណ្ឌលថែទាំរយៈពេលវែង យើងខ្ញុំត្រូវតែប្រាកដថា អ្នកទទួលបានឱសថដែលត្រូវ ការនៅឱសថស្ថានក្នុងមន្ទីរថែទាំ។
 - ប្រសិនបើឱសថស្ថានរបស់មន្ទីរថែទាំរយៈពេលវែងរបស់អ្នកមិនស្ថិតនៅក្នុងបណ្តាញរបស់ យើង ឬអ្នកមានការលំបាកក្នុងការទទួលបានឱសថរបស់អ្នកនៅក្នុងមន្ទីរថែទាំរយៈពេល វែង សូមទាក់ទងផ្នែកបម្រើសេវាអតិថិជន។
- ឱសថស្ថានអ្នកផ្តល់ការថែទាំសុខភាពជនជាតិដើមអាមេរិក (Indian Health Care Provider, IHCP)។ សមាជិកជនជាតិដើមអាមេរិកាំង និងជនជាតិដើមអាឡាស្កា មានសិទ្ធិចូលប្រើឱសថស្ថានរបស់អ្នកផ្តល់ ការថែទាំសុខភាពជនជាតិដើមអាមេរិក (IHCP) តាមវិសាលភាពដែលពួកគេមាននៅក្នុងឱសថស្ថានលក់ រាយដែលបានចុះឈ្មោះ។ ប្រសិនបើអ្នកមិនមែនជាជនជាតិដើមអាមេរិកាំង ឬជនជាតិដើមអាឡាស្កាទេ នោះអ្នកនៅតែអាចទទួលបានសេវាកម្មពីឱសថស្ថានលក់រាយនៅ IHCP ប្រសិនបើអ្នកត្រូវបានចាត់តាំង ទៅគ្លីនិក ឬសម្រាប់ភាពអាសន្ននោះ។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan តាមរយៈលេខ 1-800-452-4413

(TTY: 711) ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ម៉ោង PT ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទ គឺឥត

គិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ [blueshieldca.com/medicare](https://www.blueshieldca.com/medicare)។



- ឱសថស្ថានណាដែលបញ្ជូនឱសថដែលត្រូវបានរឹតបន្តឹងដោយ FDA ទៅកាន់ទីតាំងជាក់លាក់ ឬដែលតម្រូវឱ្យមានការគ្រប់គ្រងពិសេស មានការសម្របសម្រួលអ្នកផ្តល់សេវា ឬការអប់រំអំពីការប្រើប្រាស់ឱសថនោះ។ (ចំណាំ៖ សេណារីយ៉ូនេះគួរតែកើតឡើងកម្រណាស់។)

ដើម្បីស្វែងរកឱសថស្ថានឯកទេស សូមអាន *បញ្ជីឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា និង ឱសថស្ថាន* ចូលទៅកាន់គេហទំព័ររបស់យើង ឬទាក់ទងផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជន។

A6. ដោយប្រើសេវាកម្មដឹកជញ្ជូនដល់ផ្ទះ ដើម្បីទទួលបានឱសថរបស់អ្នក

សម្រាប់ប្រភេទឱសថមួយចំនួន អ្នកអាចប្រើប្រាស់សេវាដឹកជញ្ជូនដល់ផ្ទះក្នុងបណ្តាញរបស់គម្រោងយើង។ ជាទូទៅ ឱសថអាចរកបានតាមរយៈសេវាដឹកជញ្ជូនដល់ផ្ទះគឺជាឱសថដែលអ្នកត្រូវប្រើប្រាស់យ៉ាងទៀងទាត់ជាប្រចាំសម្រាប់ស្ថានភាពវេជ្ជសាស្ត្ររយៈពេលវែង ឬរ៉ាំរ៉ៃ។ ឱសថដែលមិនអាចរកបានតាមរយៈសេវាដឹកជញ្ជូនដល់ផ្ទះរបស់គម្រោងយើងត្រូវបានសម្គាល់ដោយនិមិត្តសញ្ញា NDS នៅក្នុង *បញ្ជីឱសថ* របស់យើង។

សេវាដឹកជញ្ជូនដល់ផ្ទះរបស់គម្រោងយើងអនុញ្ញាតឱ្យអ្នកបញ្ជាទិញរហូតដល់ការផ្គត់ផ្គង់ឱសថដែលមានការធានារ៉ាប់រងរយៈពេល 100 ថ្ងៃចំពោះកម្រិត 1 ដល់កម្រិត 4។ ការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេល 100 ថ្ងៃមានការបង់ប្រាក់រួមដូចគ្នាទៅនឹងការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេលមួយខែ។

ការបើកឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាតាមប្រែសណ៍

ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានអំពីការបើកឱសថមានវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកតាមរយៈសេវាដឹកជញ្ជូនដល់ផ្ទះ សូមទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជនតាមរយៈលេខនៅលើក្របខាងក្រោយរបស់កូនសៀវភៅនេះ។ ប្រសិនបើអ្នកប្រើឱសថស្ថានដឹកជញ្ជូនដល់ផ្ទះដែលមិនមាននៅក្នុងបណ្តាញរបស់គម្រោងនោះ ឱសថមានវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកនឹងមិនត្រូវបានធានារ៉ាប់រងទេ។

ជាធម្មតា ឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាដែលដឹកជញ្ជូនដល់ផ្ទះនឹងមកដល់ក្នុងរយៈពេល 5 ថ្ងៃ។ អ្នកនឹងទទួលបានការជូនដំណឹង ប្រសិនបើមានការពន្យារពេលក្នុងការបញ្ជាទិញឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាដែលដឹកជញ្ជូនដល់ផ្ទះរបស់អ្នក។ ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរអំពីបញ្ហានេះ សូមទាក់ទងឱសថស្ថាន Amazon តាមរយៈលេខ (856) 208-4665 បាន 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ/7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY ហៅ 711។ ប្រសិនបើចាំបាច់ សេវាបម្រើអតិថិជនរបស់គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan អាចជួយអ្នកក្នុងការទទួលបានការផ្គត់ផ្គង់ឱសថគ្រប់គ្រាន់ពីឱសថស្ថានលក់រាយក្នុងបណ្តាញប្រចាំតំបន់ ដូច្នេះអ្នកនឹងមិនអស់ឱសថនោះទេរហូតដល់ឱសថដែលដឹកជញ្ជូនដល់ផ្ទះរបស់អ្នកមកដល់។ វាអាចតម្រូវឱ្យទាក់ទងគ្រូពេទ្យរបស់អ្នក ដើម្បីឱ្យគាត់ទូរសព្ទ ឬទូរសារវេជ្ជបញ្ជាថ្មីទៅឱសថស្ថានលក់រាយក្នុងបណ្តាញសម្រាប់បរិមាណឱសថដែលត្រូវការរហូតដល់អ្នកទទួលបានឱសថដែលដឹកជញ្ជូនដល់ផ្ទះរបស់អ្នក។



ប្រសិនបើការពន្យារពេលមានរយៈពេលលើសពី 5 ថ្ងៃគិតចាប់ពីថ្ងៃដែលវេជ្ជបញ្ជាត្រូវបានបញ្ជាទិញ ពីអ្នកផ្តល់សេវាដឹកជញ្ជូនដល់ផ្ទះ ហើយដោយសារតែការបាត់ឱសថនៅក្នុងប្រព័ន្ធប្រៃសណីយ៍ នោះ សេវាបម្រើអតិថិជនឱសថស្ថាន Amazon អាចសម្របសម្រួលការបញ្ជាទិញជំនួសវិញ។

ដំណើរការដឹកជញ្ជូនដល់ផ្ទះ

សេវាដឹកជញ្ជូនដល់ផ្ទះមានដំណើរការខុសៗគ្នាសម្រាប់វេជ្ជបញ្ជាថ្មីៗដែលទទួលបានពីអ្នក វេជ្ជបញ្ជាថ្មីៗ ដែលទទួលបានដោយផ្ទាល់ពីការិយាល័យអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក និងបើកឱសថជាថ្មីចំពោះឱសថមាន វេជ្ជបញ្ជាដែលដឹកជញ្ជូនដល់ផ្ទះរបស់អ្នក៖

1. វេជ្ជបញ្ជាថ្មីដែលឱសថស្ថានទទួលបានពីអ្នក

ឱសថស្ថានបើកឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាថ្មីដោយស្វ័យប្រវត្តិ និងផ្ញើចេញទៅឱ្យអ្នក។

2. វេជ្ជបញ្ជាថ្មីដែលឱសថស្ថាននេះទទួលបានពីការិយាល័យរបស់អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំរបស់អ្នក

ក្រោយពីឱសថស្ថានទទួលបានវេជ្ជបញ្ជាមួយពីអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាព ឱសថស្ថាននោះទំនាក់ ទំនងអ្នកដើម្បីដឹងថា តើអ្នកចង់បើកឱសថភ្លាមៗ ឬនៅពេលក្រោយ។

- នេះផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវឱកាសដើម្បីប្រាកដថាឱសថស្ថានកំពុងចែកចាយឱសថត្រឹមត្រូវ (រួមទាំងកម្លាំងឱសថ បរិមាណ និងទម្រង់) ហើយប្រសិនបើចាំបាច់ អនុញ្ញាតឱ្យអ្នកបញ្ឈប់ ឬពន្យារពេលការបញ្ជាទិញមុន ពេលអ្នកត្រូវបានចេញវិក្កយបត្រ ហើយឱសថត្រូវបានដឹកជញ្ជូន។
- ឆ្លើយតបរាល់ពេលដែលឱសថស្ថានទាក់ទងមកកាន់អ្នក ដើម្បីឱ្យពួកគេដឹងថាពួកគេត្រូវធ្វើអ្វីជាមួយនឹង វេជ្ជបញ្ជាថ្មី និងដើម្បីបង្ការការពន្យារពេលក្នុងការដឹកជញ្ជូន។

3. បើកឱសថជាថ្មីចំពោះឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាដែលដឹកជញ្ជូនដល់ផ្ទះ

ដើម្បីបើកឱសថរបស់អ្នកជាថ្មី អ្នកមានជម្រើស ដើម្បីចុះឈ្មោះសម្រាប់កម្មវិធីបើកបន្ថែមដោយ ស្វ័យប្រវត្តិ។ នៅក្រោមកម្មវិធីនេះ យើងនឹងចាប់ផ្តើមដំណើរការបើកថ្នាំឡើងវិញបន្ទាប់របស់អ្នក ដោយស្វ័យប្រវត្តិ នៅពេលដែលកំណត់ត្រារបស់យើងបង្ហាញថា អ្នកជិតអស់ថ្នាំហើយ។

- ឱសថស្ថានទាក់ទងទៅអ្នក មុនពេលដឹកជញ្ជូនការបំពេញឡើងវិញនីមួយៗ ដើម្បីប្រាកដថា អ្នក ត្រូវការការផ្តល់ឱសថបន្ថែម ហើយអ្នកអាចលុបចោលការបំពេញឡើងវិញតាមកាលវិភាគ ប្រសិនបើអ្នកមានការផ្តល់ឱសថគ្រប់គ្រាន់ ឬប្រសិនបើការផ្តល់ឱសថបានផ្លាស់ប្តូរ។
- ប្រសិនបើអ្នកជ្រើសរើសមិនប្រើកម្មវិធីបើកឱសថជាថ្មីដោយស្វ័យប្រវត្តិរបស់យើងទេ សូមទាក់ទង ទៅឱសថស្ថានរបស់អ្នកឱ្យបាន 14 ថ្ងៃមុនវេជ្ជបញ្ជាបច្ចុប្បន្នរបស់អ្នកនឹងត្រូវអស់ ដើម្បីប្រាកដថា ការបញ្ជាទិញបន្ទាប់របស់អ្នកត្រូវដឹកជញ្ជូនទៅអ្នកទាន់ពេលវេលា។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan តាមរយៈលេខ 1-800-452-4413

(TTY: 711) ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ម៉ោង PT ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទ គឺឥត

គិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ [blueshieldca.com/medicare](https://www.blueshieldca.com/medicare)។



ដើម្បីជ្រើសរើសចេញពីកម្មវិធីរបស់យើង ដែលរៀបចំការដឹកជញ្ជូនការបំពេញឱសថឡើងវិញដល់
ផ្ទះដោយស្វ័យប្រវត្តិ សូមទាក់ទងមកយើងខ្ញុំដោយ ទូរសព្ទទៅឱសថស្ថាន Amazon តាមរយៈលេខ
(856) 208-4665 បាន 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY ហៅ 711។

អនុញ្ញាតឱ្យឱសថស្ថានដឹងពីវិធីបំប៉នដើម្បីទាក់ទងអ្នកដូច្នេះពួកគេអាចទាក់ទងអ្នកដើម្បីបញ្ជាក់ការ
បញ្ជាទិញរបស់អ្នកមុនពេលដឹកជញ្ជូន។ សូមប្រាកដថាព័ត៌មានទំនាក់ទំនងរបស់អ្នកនៅក្នុងគម្រោង
Blue Shield TotalDual Plan ត្រូវបានធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពជានិច្ច។ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការធ្វើបច្ចុប្បន្នភាព
លេខទូរសព្ទ ឬអាសយដ្ឋានរបស់អ្នក សូមទាក់ទងមកកាន់ផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជនរបស់គម្រោង
Blue Shield TotalDual Plan (លេខទូរសព្ទមាននៅលើផ្នែកខាងក្រោមនៃទំព័រនេះ)។

A7. ការទទួលបានការផ្គត់ផ្គង់ឱសថរយៈពេលវែង

អ្នកអាចទទួលបានសេវាផ្គត់ផ្គង់រយៈពេលវែងនូវឱសថថែទាំដែលមាននៅក្នុងបញ្ជីឱសថរបស់គម្រោង។
ឱសថថែទាំ គឺជាឱសថដែលអ្នកប្រើជាទៀងទាត់សម្រាប់អាការៈជំងឺរ៉ាំរ៉ៃឬយូរអង្វែង។

បណ្តាញឱសថស្ថានមួយចំនួនអនុញ្ញាតឱ្យអ្នកទទួលបានការផ្គត់ផ្គង់ឱសថថែទាំសុខភាពរយៈពេលវែង។ ការផ្គត់
ផ្គង់រយៈពេល 100 ថ្ងៃមានការបង់ប្រាក់រួមដូចគ្នាទៅនឹងការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេលមួយខែ។ *បញ្ជីឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា
និង ឱសថស្ថាន* ប្រាប់អ្នកអំពីការផ្គត់ផ្គង់ឱសថថែទាំសុខភាពរយៈពេលវែង។ អ្នកក៏អាចទូរសព្ទទៅអ្នកសម្រប
សម្រួលការថែទាំ ឬផ្នែកបម្រើសេវាអតិថិជនរបស់អ្នក ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែម។

សម្រាប់ប្រភេទឱសថជាក់លាក់ អ្នកអាចប្រើសេវាដឹកជញ្ជូនដល់ផ្ទះក្នុងបណ្តាញរបស់គម្រោងយើង ដើម្បីទទួល
បានការផ្គត់ផ្គង់ឱសថថែទាំរយៈពេលវែង។ សូមមើលផ្នែក **A6** ដើម្បីស្វែងយល់អំពីសេវាដឹកជញ្ជូនដល់ផ្ទះ។

A8. ការប្រើឱសថស្ថានដែលមិនមាននៅក្នុងបណ្តាញគម្រោងរបស់យើង

ជាទូទៅ យើងបង់ថ្លៃឱសថដែលត្រូវបានបើកនៅឱសថស្ថានក្រៅបណ្តាញតែក្នុងករណីដែលអ្នកមិនអាចប្រើ
ឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញប៉ុណ្ណោះ។ យើងខ្ញុំមានឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញ ស្ថិតនៅក្រៅតំបន់សេវា ដែលអ្នកអាច
បំពេញឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជា ក្នុងនាមជាសមាជិកគម្រោងរបស់យើង។ ក្នុងករណីទាំងនេះ សូមពិនិត្យមើលជាមួយ
អ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំ ឬ ផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជនរបស់អ្នកជាមុនសិន ដើម្បីស្វែងយល់ថាមានឱសថ
ស្ថានក្នុងបណ្តាញដែលនៅជិតនោះដែរឬទេ។

យើងបង់ប្រាក់សម្រាប់វេជ្ជបញ្ជាដែលបានបើកនៅឱសថស្ថានក្រៅបណ្តាញ ក្នុងករណីដូចខាងក្រោម៖

- ប្រសិនបើអ្នកមិនអាចទទួលបានឱសថដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងទាន់ពេលវេលានៅក្នុងតំបន់សេវារបស់
យើង ដោយសារតែមិនមានឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញក្នុងចម្ងាយបើកបរសមហេតុផលដែលផ្តល់សេវា 24
ម៉ោងទេនោះ។
- ប្រសិនបើអ្នកកំពុងព្យាយាមបើកឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រង ដែលមិនមាន
ស្តុកទុកជាប្រចាំនៅឱសថស្ថានលក់រាយ ឬឱសថស្ថានផ្តល់សេវាធ្វើឱសថតាមប្រៃសណីយ៍ក្នុង

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan តាមរយៈលេខ 1-800-452-4413

(TTY: 711) ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ម៉ោង PT ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទ គឺឥត

គិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ [blueshieldca.com/medicare](https://www.blueshieldca.com/medicare)។



បណ្តាញដែលមានសិទ្ធិទទួលបាន (ឱសថទាំងនេះរួមមានឱសថសម្រាប់ព្យាបាលជំងឺកម្រ ឱសថដែលមានតម្លៃខ្ពស់ និងតែមួយគត់ ឬឱសថពិសេសផ្សេងទៀត)។

- វ៉ាក់សាំងមួយចំនួនដែលបានផ្តល់នៅក្នុងការិយាល័យត្រូវបានរៀបចំឱ្យអ្នកដែលមិនត្រូវបានធានារ៉ាប់រងនៅក្រោម Medicare ផ្នែក B ហើយមិនអាចទទួលបានដោយសមហេតុផលនៅឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញអាចត្រូវបានធានារ៉ាប់រងនៅក្រោមការចូលប្រើក្រៅបណ្តាញរបស់យើង។
- វេជ្ជបញ្ជាដែលបានបើកនៅឱសថស្ថានក្រៅបណ្តាញត្រូវបានកំណត់ចំពោះការផ្គត់ផ្គង់ឱសថដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងរយៈពេល 30 ថ្ងៃ។

A9. ការទូទាត់សងប្រាក់អ្នកវិញសម្រាប់ថ្លៃឱសថមានវេជ្ជបញ្ជា

ប្រសិនបើអ្នកចាំបាច់ត្រូវប្រើឱសថស្ថាននៅក្រៅបណ្តាញ ជាទូទៅអ្នកនឹងត្រូវបង់ថ្លៃចំណាយពេញ ជំនួសឱ្យការបង់ប្រាក់រួមនៅពេលដែលអ្នកទទួលបានវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក។ អ្នកស្នើសុំឱ្យយើងសងប្រាក់អ្នកវិញ សម្រាប់ចំណែកការចំណាយរបស់យើង។

ប្រសិនបើអ្នកបង់ថ្លៃចំណាយសម្រាប់វេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកពេញដែលអាចត្រូវបានធានារ៉ាប់រងពី Medi-Cal Rx អ្នកប្រហែលជាអាចទទួលបានប្រាក់សំណងពីឱសថស្ថាននៅពេលដែល Medi-Cal Rx បង់ប្រាក់សម្រាប់វេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក។ ម្យ៉ាងវិញទៀត អ្នកអាចស្នើសុំឱ្យ Medi-Cal Rx សងប្រាក់អ្នកវិញដោយការដាក់ពាក្យបណ្តឹងសំណង “សំណងចំណាយចេញពីហោប៉ៅរបស់ Medi-Cal (Conlan)”។ ព័ត៌មានបន្ថែមអាចរកបាននៅលើគេហទំព័រ Medi-Cal Rx៖ medi-calrx.dhcs.ca.gov/home/។

ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពីចំណុចនេះ សូមអានជំពូកទី 7 នៃ សៀវភៅណែនាំសមាជិក នេះ។

B. បញ្ជីឱសថ ពីគម្រោងរបស់យើង

យើងមាន បញ្ជីឱសថដែលមានធានារ៉ាប់រង។ យើងហៅបញ្ជីនេះដោយខ្លីថា “បញ្ជីឱសថ”។

យើងជ្រើសរើសឱសថនៅក្នុងបញ្ជីឱសថ ដោយមានជំនួយពីក្រុមវេជ្ជបណ្ឌិត និងឱសថការី។ បញ្ជីឱសថក៏បង្ហាញអ្នកអំពីគោលការណ៍ដែលអ្នកត្រូវអនុវត្តតាមដើម្បីទទួលបានឱសថរបស់អ្នកផងដែរ។

ជាទូទៅ យើងធានារ៉ាប់រងលើឱសថនៅក្នុងបញ្ជីឱសថនៃគម្រោងរបស់យើង នៅពេលអ្នកធ្វើតាមគោលការណ៍ដែលយើងពន្យល់នៅក្នុងជំពូកនេះ។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan តាមរយៈលេខ 1-800-452-4413 (TTY: 711) ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ម៉ោង PT ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទ គឺឥតគិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ blueshieldca.com/medicare។



B1. ឱសថនៅក្នុងបញ្ជីឱសថរបស់យើង

បញ្ជីឱសថរបស់យើងរួមមានឱសថមានធានារ៉ាប់រងក្រោម Medicare ផ្នែក D។

ឱសថភាគច្រើនដែលអ្នកទទួលបានពីឱសថស្ថានត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយគម្រោងរបស់អ្នក។ ឱសថផ្សេងទៀត ដូចជាឱសថគ្មានវេជ្ជបញ្ជា (OTC) មួយចំនួន និងវិភាគមិនមួយចំនួនអាចត្រូវបានធានារ៉ាប់រងពី Medi-Cal Rx។ សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ Medi-Cal Rx (medi-calrx.dhcs.ca.gov) សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។ អ្នកក៏អាចហៅទូរសព្ទទៅកាន់មជ្ឈមណ្ឌលសេវាបម្រើអតិថិជន Medi-Cal Rx តាមរយៈលេខ 800-977-2273។ សូមយកប័ណ្ណសម្គាល់អ្នកទទួលបាន (BIC) ពីកម្មវិធី Medi-Cal របស់អ្នកពេលមកបើកឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាតាមរយៈ Medi-Cal Rx របស់អ្នក។

បញ្ជីឱសថរបស់យើងរួមមានឱសថមានម៉ាកឱសថទូទៅ និងផលិតផលជីវសាស្ត្រ (ដែលអាចរួមមានឱសថជីវសាស្ត្រស្រដៀង)។

ឱសថម៉ាកឈ្មោះ គឺជាឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាដែលបានលក់ក្រោមឈ្មោះម៉ាក ដែលគ្រប់គ្រងដោយផលិតករឱសថ។ ផលិតផលជីវសាស្ត្រ គឺជាឱសថដែលមានភាពស្មុគស្មាញជាងឱសថធម្មតា។ នៅក្នុងបញ្ជីឱសថរបស់យើង នៅពេលដែលយើងសំដៅទៅលើ “ឱសថ” នេះអាចមានន័យថាជាឱសថ ឬផលិតផលជីវសាស្ត្រ។

ឱសថទូទៅមានធាតុផ្សំសកម្មដូចគ្នាទៅនឹងឱសថមានម៉ាកផងដែរ។ ផលិតផលជីវសាស្ត្រមានជម្រើសផ្សេងទៀតហៅថា ឱសថជីវសាស្ត្រស្រដៀងគ្នា។ ជាទូទៅ ឱសថទូទៅ និងផលិតផលជីវសាស្ត្រស្រដៀងគ្នាមានប្រសិទ្ធភាពដូចគ្នាទៅនឹងឱសថមានម៉ាក ឬផលិតផលជីវសាស្ត្រ ហើយជាធម្មតាមានតម្លៃទាបជាង។ មានឱសថទូទៅដែលអាចជំនួសឱសថមានម៉ាកជាច្រើន និងជម្រើសឱសថជីវសាស្ត្រស្រដៀងគ្នាដែលអាចរកបានសម្រាប់ផលិតផលជីវសាស្ត្រដើមមួយចំនួន។ ជីវសាស្ត្រស្រដៀងគ្នាមួយចំនួន គឺជាប្រភេទដែលអាចផ្លាស់ប្តូរគ្នាបាន។ អាស្រ័យលើច្បាប់នៃរដ្ឋនីមួយៗ ឱសថការីអាចជំនួសផលិតផលជីវសាស្ត្រដើមដោយជីវសាស្ត្រស្រដៀងគ្នានេះដោយមិនចាំបាច់មានវេជ្ជបញ្ជាថ្មីពីគ្រូពេទ្យនោះទេ។ ការជំនួសនេះ គឺដូចគ្នាទៅនឹងការជំនួសថ្នាំម៉ាកដោយថ្នាំទូទៅនៅតាមឱសថស្ថានដែរ។

សូមមើលជំពូកទី 12 សម្រាប់និយមន័យអំពីប្រភេទឱសថដែលអាចមាននៅក្នុង បញ្ជីឱសថ។

B2. របៀបស្វែងរកឱសថនៅក្នុងបញ្ជីឱសថរបស់យើង

ដើម្បីស្វែងយល់ថា តើឱសថដែលអ្នកប្រើមាននៅក្នុងបញ្ជីឱសថ របស់យើងដែរឬអត់ អ្នកអាច៖

- សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័ររបស់គម្រោងរបស់យើងតាមរយៈ blueshieldca.com/medformulary2026។ បញ្ជីឱសថនៅលើគេហទំព័ររបស់យើង គឺតែងតែមានព័ត៌មានថ្មីបំផុតជានិច្ច។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan តាមរយៈលេខ 1-800-452-4413 (TTY: 711) ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ម៉ោង PT ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទ គឺឥតគិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ blueshieldca.com/medicare។



- សូមហៅទូរសព្ទមកផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជន ដើម្បីឱ្យដឹងថា តើឱសថមាន ឬក៏មិនមាននៅក្នុង *បញ្ជីឱសថ*របស់គម្រោង ឬក៏ស្នើសុំច្បាប់ថតចម្លងនៃបញ្ជីនោះ។
- ឱសថដែលមិនត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយផ្នែក D អាចមានធានារ៉ាប់រងពី Medi-Cal Rx។ សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ Medi-Cal Rx ([medi-calrx.dhcs.ca.gov/](https://www.medi-calrx.dhcs.ca.gov/)) សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។
- ប្រើ “ឧបករណ៍អត្ថប្រយោជន៍ពេលវេលាពិតប្រាកដ (Real Time Benefit Tool)” របស់យើងតាមរយៈ blueshieldca.com/medicare ដើម្បីស្វែងរកឱសថនៅក្នុង *បញ្ជីឱសថ* ដើម្បីទទួលបានការប៉ាន់ស្មានអំពីចំនួនដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់ ហើយថាតើមានឱសថជំនួសនៅក្នុង *បញ្ជីឱសថ* ដែលអាចព្យាបាលស្ថានភាពជំងឺដូចគ្នាបានដែរ ឬទេ។ អ្នកក៏អាចទូរសព្ទទៅអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំ ឬផ្នែកបម្រើសេវាអតិថិជនរបស់អ្នក ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែម។ ជាមួយនឹងឧបករណ៍នេះ អ្នកអាចស្វែងរកឱសថនៅក្នុងបញ្ជីឱសថ ដើម្បីទទួលបានការប៉ាន់ស្មានអំពីអ្វីដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់ និងថាតើមានឱសថជំនួសនៅក្នុងបញ្ជីឱសថ ដែលអាចព្យាបាលស្ថានភាពដូចគ្នាដែរឬទេ។
- របៀបចូលប្រើឧបករណ៍ពិនិត្យតម្លៃ Rx៖
 - បង្កើត ឬចូលទៅកាន់គណនីសមាជិកអនឡាញរបស់អ្នក។
 - ចូលទៅកាន់ [myblueshield](https://myblueshield.com) បន្ទាប់មកចុចឱសថស្ថាននៅក្រោម “Benefits (អត្ថប្រយោជន៍)”។
 - នៅក្រោម “Price check my Rx, ចុច “ពិនិត្យមើលវេជ្ជបញ្ជាបច្ចុប្បន្ន (Check current prescriptions)”។

B3. ឱសថមិនមាននៅក្នុង *បញ្ជីឱសថ* របស់យើង

យើងមិនធានារ៉ាប់រងលើឱសថទាំងអស់ទេ។

- ឱសថមួយចំនួនមិនមាននៅក្នុងបញ្ជីឱសថរបស់យើងទេ ពីព្រោះច្បាប់មិនអនុញ្ញាតឱ្យយើងធានារ៉ាប់រងឱសថទាំងនោះឡើយ។
- ក្នុងករណីផ្សេងៗទៀត យើងខ្ញុំសម្រេចមិនដាក់បញ្ចូលឱសថណាមួយទៅក្នុងបញ្ជីឱសថរបស់យើងឡើយ។
- ក្នុងករណីមួយចំនួន អ្នកប្រហែលជាអាចទទួលបានឱសថដែលមិនមាននៅក្នុង *បញ្ជីឱសថ* របស់យើង។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមអាន **ជំពូកទី 9**។

គម្រោងរបស់យើងមិនបង់ប្រាក់សម្រាប់ប្រភេទឱសថ ដែលបានពណ៌នានៅក្នុងផ្នែកនេះទេ។ ឱសថទាំងនេះហៅថា **ឱសថមិនរាប់បញ្ចូល**។ បើអ្នកទទួលបានវេជ្ជបញ្ជាឱ្យប្រើប្រាស់ឱសថមិនរាប់បញ្ចូល អ្នកអាចត្រូវបង់ប្រាក់សម្រាប់ឱសថនោះដោយខ្លួនឯង។ បើអ្នកគិតថា យើងខ្ញុំគួរតែបង់ប្រាក់សម្រាប់ឱសថមិនរាប់បញ្ចូលណា



មួយ ដោយសារករណីរបស់អ្នក អ្នកអាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងបាន។ សូមអាន **ជំពូកទី 9** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក* នេះសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍។

ខាងក្រោមនេះគឺជាបទបញ្ជាទូទៅចំនួនបីសម្រាប់អនុវត្តន៍ចំពោះឱសថមិនរាប់បញ្ចូល៖

4. ការធានារ៉ាប់រងលើឱសថសម្រាប់អ្នកជំងឺឥតដេកពេទ្យក្នុងគម្រោងរបស់យើង (ដែលរួមទាំង Medicare ផ្នែក D) មិនអាចបង់ថ្លៃឱសថដែល Medicare ផ្នែក A ឬ Medicare ផ្នែក B ធានារ៉ាប់រងរួចហើយនោះទេ។ គម្រោងរបស់យើងធានារ៉ាប់រងលើឱសថ ដែលធានារ៉ាប់រងក្រោម Medicare ផ្នែក A ឬ Medicare ផ្នែក B ដោយឥតគិតថ្លៃ ប៉ុន្តែឱសថទាំងនេះ មិនបានចាត់ទុកថា ជាថ្នែកមួយនៃអត្ថប្រយោជន៍ឱសថសម្រាប់អ្នកជំងឺឥតដេកពេទ្យរបស់អ្នកទេ ។
5. គម្រោងរបស់យើងមិនអាចរ៉ាប់រងលើឱសថដែលបានទិញនៅក្រៅសហរដ្ឋអាមេរិក និងដែនដីរបស់ប្រទេសនេះទេ។
6. ការប្រើប្រាស់ឱសថត្រូវតែត្រូវបានអនុញ្ញាតដោយ FDA ឬគាំទ្រដោយឯកសារយោងវេជ្ជសាស្ត្រជាក់លាក់ជាការព្យាបាលសម្រាប់ស្ថានភាពជំងឺរបស់អ្នក។ វេជ្ជបណ្ឌិត ឬអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកផ្សេងទៀតអាចចេញវេជ្ជបញ្ជាសម្រាប់ឱសថជាក់លាក់ណាមួយដើម្បីព្យាបាលស្ថានភាពជំងឺរបស់អ្នក ទោះបីជាឱសថនេះមិនមានការអនុម័តឱ្យប្រើប្រាស់ក្នុងការព្យាបាលស្ថានភាពនេះក៏ដោយ។ នេះត្រូវបានហៅថា “ការប្រើក្រៅផ្លូវការ”។ ជាធម្មតា គម្រោងរបស់យើងមិនធានារ៉ាប់រងលើឱសថដែលបានចេញវេជ្ជបញ្ជាសម្រាប់ការប្រើក្រៅផ្លូវការទេ។

ដូចគ្នានេះផងដែរ តាមច្បាប់ Medicare ឬ Medi-Cal មិនអាចធានារ៉ាប់រងលើប្រភេទឱសថដែលបានរាយខាងក្រោមបានទេ។

- ឱសថបានប្រើដើម្បីលើកកម្ពស់ភាពមានកូន
- ឱសថដែលប្រើសម្រាប់បំបាត់រោគសញ្ញាក្អក ឬផ្តាសាយ*
- ឱសថបានប្រើសម្រាប់គោលបំណងកែសម្ផស្ស ឬដើម្បីជំរុញការដុះសក់
- វីតាមីនតាមវេជ្ជបញ្ជា និងផលិតផលមានសារធាតុរ៉ែ លើកលែងតែវីតាមីនមុនពេលសម្រាល និងក្លៀបបំប្លែង * ការរៀបចំ
- ឱសថដែលប្រើសម្រាប់ការព្យាបាលជំងឺផ្លូវភេទ ឬជំងឺងាប់លិង្គ
- ឱសថដែលប្រើសម្រាប់ព្យាបាលជំងឺស្រកទម្ងន់ ឬការឡើងទម្ងន់*
- ឱសថសម្រាប់អ្នកជំងឺមិនស្នាក់នៅព្យាបាលដែលផលិតដោយក្រុមហ៊ុនដែលនិយាយថាអ្នកត្រូវតែធ្វើតេស្ត ឬប្រើប្រាស់ស្បែកដោយពួកគេតែប៉ុណ្ណោះ



*ផលិតផលដែលបានជ្រើសរើសអាចត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយ Medi-Cal។ សូមចូលមើល
គេហទំព័ររបស់ Medi-Cal Rx (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov) សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។

B4. កម្រិតថ្នាក់នៃចំណែកនៃថ្លៃចូលរួមការចំណាយរបស់បញ្ជីឱសថ

គ្រប់ឱសថទាំងអស់ក្នុងបញ្ជីឱសថរបស់យើងគឺស្ថិតក្នុងកម្រិតមួយក្នុងចំណោមកម្រិតទាំងប្រាំ។ កម្រិតគឺជា
ប្រភេទក្រុមឱសថដែលមានប្រភេទដូចគ្នា (ឧទាហរណ៍ម៉ាក ឈ្មោះ ប្រភេទទូទៅ ឬឱសថមិនតម្រូវការវេជ្ជបញ្ជា
(OTC)) ។ ជាទូទៅ កាលណាកម្រិតថ្នាក់នៃចំណែកនៃថ្លៃចូលរួមការចំណាយខ្ពស់ជាងតម្លៃសម្រាប់ឱសថរបស់
អ្នកក៏ខ្ពស់ជាងដែរ។

- កម្រិតថ្នាក់នៃចំណែកនៃថ្លៃចូលរួមការចំណាយ ទី 1៖ ឱសថទូទៅដែលពេញចិត្ត (កម្រិតនៃការ
ចែករំលែកថ្លៃចំណាយទាបបំផុត) - រួមមានឱសថទូទៅដែលពេញចិត្ត។
- កម្រិតថ្នាក់នៃចំណែកនៃថ្លៃចូលរួមការចំណាយ ទី 2៖ ឱសថទូទៅ – រួមទាំងឱសថទូទៅ និងឱសថ
សីលវិសាស្ត្រស្រដៀងគ្នា។
- កម្រិតថ្នាក់នៃចំណែកនៃថ្លៃចូលរួមការចំណាយ ទី 3៖ ឱសថមានម៉ាកដែលពេញនិយម – រាប់
បញ្ចូលទាំងឱសថម៉ាកល្បីដែលពេញនិយម ឱសថសីលវិសាស្ត្រស្រដៀងគ្នា និងឱសថទូទៅមួយចំនួន។
- កម្រិតថ្នាក់នៃចំណែកនៃថ្លៃចូលរួមការចំណាយ ទី 4៖ ឱសថមិនពេញនិយម – រាប់បញ្ចូលទាំង
ឱសថម៉ាកល្បី ដែលមិនពេញនិយម ឱសថសីលវិសាស្ត្រស្រដៀងគ្នា និងឱសថទូទៅមួយចំនួន។
- កម្រិតថ្នាក់នៃចំណែកនៃថ្លៃចូលរួមការចំណាយ ទី 5៖ ឱសថកម្រិតឯកទេស (ថ្នាក់ចំណែកតម្លៃ
ខ្ពស់បំផុត) – រួមបញ្ចូលឱសថម៉ាកល្បីដែលមានតម្លៃខ្ពស់ ឱសថសីលវិសាស្ត្រស្រដៀងគ្នា និង
ឱសថទូទៅដែលអាចទាមទារការគ្រប់គ្រងពិសេស និង/ឬ ការត្រួតពិនិត្យយ៉ាងដិតដល់។

ដើម្បីស្វែងយល់ថា តើឱសថរបស់អ្នកស្ថិតនៅក្នុងកម្រិតនៃការរួមចំណែកលើថ្លៃចំណាយមួយណា សូមរកមើល
ឱសថនៅក្នុងបញ្ជីឱសថរបស់យើង។

ជំពូកទី 6 នៃ សៀវភៅណែនាំសមាជិក នេះប្រាប់ពីចំនួនទឹកប្រាក់ដែលអ្នកត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថក្នុង
កម្រិតនីមួយៗ។



C. ការកំណត់លើឱសថមួយចំនួន

សម្រាប់ឱសថជាក់លាក់មួយចំនួន ច្បាប់ពិសេសដាក់កំណត់លើរបៀប និងពេលវេលាដែលគម្រោងរបស់យើង នឹងរ៉ាប់រងលើឱសថទាំងនោះ។ ជាទូទៅ បទបញ្ជារបស់យើងខ្ញុំជំរុញឱ្យអ្នកទទួលបានឱសថដែលមានប្រសិទ្ធភាពសម្រាប់ស្ថានភាពជំងឺរបស់អ្នក ហើយមានសុវត្ថិភាព និងប្រសិទ្ធភាព។ នៅពេលឱសថមានសុវត្ថិភាព មានតម្លៃទាប និងមានប្រសិទ្ធភាពខ្ពស់ដូចឱសថដែលមានតម្លៃខ្ពស់ យើងរំពឹងថា អ្នកផ្តល់សេវាអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាឱសថដែលមានតម្លៃទាប។

សូមចំណាំថា ពេលខ្លះឱសថអាចលេចឡើងលើសពីម្តងនៅក្នុង *បញ្ជីឱសថ* របស់យើង។ នេះគឺដោយសារឱសថ ដូចគ្នាអាចខុសគ្នាអាស្រ័យលើកម្លាំង បរិមាណ ឬទម្រង់នៃឱសថ ដែលបានចេញវេជ្ជបញ្ជាដោយអ្នកផ្តល់សេវា ហើយការដាក់កំហិត ផ្សេងៗគ្នាអាចអនុវត្តចំពោះកំណែផ្សេងគ្នានៃឱសថ (ឧទាហរណ៍ 10 mg ទល់នឹង 100 mg មួយក្នុងមួយថ្ងៃ ទល់នឹងពីរក្នុងមួយថ្ងៃ ថ្នាំគ្រាប់ ទល់នឹងថ្នាំទឹក)។

ប្រសិនបើមានច្បាប់ពិសេសសម្រាប់ឱសថរបស់អ្នក ជាធម្មតា គឺមានន័យថា អ្នក ឬអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក ត្រូវតែ ចាត់វិធានការបន្ថែមសម្រាប់ឱ្យយើងខ្ញុំធានារ៉ាប់រងលើឱសថនោះ។ ឧទាហរណ៍ អ្នកផ្តល់របស់អ្នក អាចនឹងត្រូវ ប្រាប់យើងអំពីរោគវិនិច្ឆ័យរបស់អ្នក ឬផ្តល់លទ្ធផលនៃការធ្វើតេស្តឈាមជាមុនសិន។ ប្រសិនបើអ្នក ឬអ្នកផ្តល់ សេវារបស់អ្នកគិតថា វិធានរបស់យើងមិនគួរអនុវត្តចំពោះស្ថានភាពរបស់អ្នកទេ សូមស្នើសុំឱ្យយើងខ្ញុំប្រើដំណើរ ការនៃការសម្រេចពីការរ៉ាប់រង ដើម្បីធ្វើការលើកលែង។ យើងខ្ញុំប្រហែលជាឯកភាព ឬមិនឯកភាពឱ្យអ្នកប្រើ ប្រាស់ឱសថដោយមិនមានចំណាត់ការបន្ថែម។

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

1. ការកំណត់កម្រិតលើការប្រើប្រាស់ចំពោះឱសថមានម៉ាក ឬផលិតផលជីវសាស្ត្រដើម នៅពេលមាន កំណែឱសថជីវសាស្ត្រស្រដៀងគ្នា ដែលផ្លាស់ប្តូរគ្នាបាន ឬទូទៅដែលអាចរកបាន

ជាទូទៅ ឱសថទូទៅ ឬឱសថជីវសាស្ត្រស្រដៀងគ្នាដែលអាចផ្លាស់ប្តូរគ្នាបានមានប្រសិទ្ធភាពដូចគ្នា នឹងឱសថមានម៉ាក ឬផលិតផលជីវសាស្ត្រដើម ហើយជាធម្មតាមានតម្លៃទាបជាង។ ក្នុងករណីភាគ ច្រើន ប្រសិនបើមានកំណែឱសថទូទៅ ឬឱសថជីវសាស្ត្រស្រដៀងគ្នា ដែលអាចផ្លាស់ប្តូរគ្នាបាននៃ ឱសថមានម៉ាកល្បី ឬផលិតផលជីវសាស្ត្រដើម ដែលអាចរកបាន ឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញរបស់ យើងនឹងផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវកំណែឱសថទូទៅ ឬឱសថជីវសាស្ត្រស្រដៀងគ្នាដែលអាចផ្លាស់ប្តូរគ្នាបាន។

- ជាធម្មតា យើងមិនទូទាត់ប្រាក់សម្រាប់ឱសថមានម៉ាកល្បី ឬផលិតផលជីវសាស្ត្រដើមទេ នៅពេល កំណែឱសថទូទៅអាចរកបាន។
- យ៉ាងនេះក្តី ប្រសិនបើអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក ប្រាប់យើងខ្ញុំពីហេតុផលវេជ្ជសាស្ត្រដែលថាឱសថគ្មាន ម៉ាកនឹងគ្មានប្រសិទ្ធភាពសម្រាប់អ្នក នោះយើងខ្ញុំនឹងធានារ៉ាប់រងលើឱសថមានម៉ាក។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan តាមរយៈលេខ 1-800-452-4413

(TTY: 711) ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ម៉ោង PT ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទ គឺឥត

គិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ [blueshieldca.com/medicare](https://www.blueshieldca.com/medicare)។



- ប្រាក់បង់រួមរបស់អ្នកអាចធំជាងសម្រាប់ឱសថមានម៉ាកល្បី ឬផលិតផលជីវសាស្ត្រដើមជាងសម្រាប់ឱសថទូទៅ ឬ ឱសថជីវសាស្ត្រស្រដៀងគ្នាដែលអាចផ្លាស់ប្តូរគ្នាបាន។

2. ការទទួលបានការយល់ព្រមពីគម្រោងជាមុន

សម្រាប់ឱសថមួយចំនួន អ្នកឬគ្រូពេទ្យរបស់អ្នកត្រូវតែទទួលបានការយល់ព្រមពីគម្រោងរបស់យើង មុននឹងអ្នកអាចបើកឱសថមានវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកបាន។ នេះហៅថា ការអនុញ្ញាតជាមុន។ នេះត្រូវបានដាក់ឱ្យដំណើរការដើម្បីធានាសុវត្ថិភាពការឱ្យថ្នាំ និងជួយណែនាំការប្រើប្រាស់ឱសថមួយចំនួនឱ្យបានត្រឹមត្រូវ។ បើអ្នកមិនទទួលបានការយល់ព្រម នោះយើងមិនអាចធានារ៉ាប់រងលើឱសថប្រភេទនោះបានទេ។ ទូរសព្ទទៅផ្នែកបម្រើសេវាអតិថិជនតាមលេខនៅផ្នែកខាងក្រោមនៃទំព័រ ឬនៅលើគេហទំព័ររបស់យើងតាមរយៈ blueshieldca.com/medformulary2026 សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីការអនុញ្ញាតជាមុន។

3. សាកល្បងប្រើឱសថផ្សេងទៀតជាមុនសិន

ជាទូទៅ យើងខ្ញុំចង់សាកល្បងឱសថមានតម្លៃទាប ដែលជាទូទៅមានប្រសិទ្ធភាពដូចគ្នា មុនពេលយើងខ្ញុំរ៉ាប់រងលើឱសថដែលមានតម្លៃខ្ពស់ជាង។ ឧទាហរណ៍ បើឱសថ A និងឱសថ B មានប្រសិទ្ធភាពចំពោះលក្ខខណ្ឌជំងឺដូចគ្នា ប៉ុន្តែ ឱសថ A មានតម្លៃទាបជាងឱសថ B យើងខ្ញុំប្រហែលជាតម្រូវឱ្យអ្នកសាកល្បងប្រើប្រាស់ឱសថ A ជាមុនសិន។

ប្រសិនបើឱសថ A មិនមានប្រសិទ្ធភាពសម្រាប់អ្នកទេ នោះយើងធានារ៉ាប់រងលើឱសថ B ។ នេះត្រូវបានហៅជំហានវិធីព្យាបាល។ ទូរសព្ទទៅផ្នែកបម្រើសេវាអតិថិជនតាមលេខនៅផ្នែកខាងក្រោមនៃទំព័រ ឬនៅលើគេហទំព័ររបស់យើងតាមរយៈ blueshieldca.com/medformulary2026 សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីជំហានវិធីព្យាបាល។

4. ការកំណត់បរិមាណ

សម្រាប់ឱសថមួយចំនួន យើងដាក់កំណត់ចំនួននៃឱសថដែលអ្នកអាចមាន។ នេះហៅថា ការកំណត់បរិមាណ។ ឧទាហរណ៍ ប្រសិនបើវាជាធម្មតាត្រូវបានគេចាត់ទុកថា មានសុវត្ថិភាពក្នុងការលេបថ្នាំតែមួយគ្រាប់ក្នុងមួយថ្ងៃ យើងអាចដាក់កំហិតបរិមាណថ្នាំ ដែលអ្នកអាចទទួលបាននៅរៀងរាល់ពេល ដែលអ្នកទៅយកថ្នាំតាមវេជ្ជបញ្ជា។

ដើម្បីឱ្យដឹងថា តើបទបញ្ជាណាមួយក្នុងចំណោមគោលការណ៍ខាងលើត្រូវបានអនុវត្តចំពោះឱសថដែលអ្នកប្រើឬក៏ចង់ប្រើ សូមពិនិត្យមើលបញ្ជីឱសថរបស់យើង។ សម្រាប់ព័ត៌មានចុងក្រោយបំផុត សូមទូរសព្ទទៅកាន់ផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជន ឬចូលទៅកាន់គេហទំព័រយើងតាមរយៈ blueshieldca.com/medformulary2026។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan តាមរយៈលេខ 1-800-452-4413

(TTY: 711) ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ម៉ោង PT ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទ គឺឥត

គិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ blueshieldca.com/medicare។



ប្រសិនបើអ្នកមិនយល់ស្របនឹងសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងរបស់យើងដោយផ្អែកលើហេតុផលណាមួយ ខាងលើ អ្នកអាចស្នើសុំបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍បាន។ សូមអាន ជំពូកទី 9 នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក* នេះ។

D. មូលហេតុដែលឱសថរបស់អ្នកមិនត្រូវបានធានារ៉ាប់រង

យើងខ្ញុំព្យាយាមធ្វើឱ្យសេវាសថរបស់អ្នកធ្វើការឱ្យមានប្រសិទ្ធភាពសម្រាប់អ្នក ប៉ុន្តែមានពេលខ្លះឱសថមួយ ប្រហែលជាមិនត្រូវបានធានារ៉ាប់រងតាមរបៀបដែលអ្នកចង់បានទេ។ ឧទាហរណ៍៖

- គម្រោងរបស់យើងមិនធានារ៉ាប់រងលើឱសថដែលអ្នកចង់ប្រើទេ។ ឱសថនេះប្រហែលជាមិនមាននៅក្នុង បញ្ជីឱសថរបស់យើងទេ។ យើងអាចនឹងធានារ៉ាប់រងលើឱសថទូទៅ ប៉ុន្តែមិនមែនជាឱសថមានម៉ាក ដែលអ្នកចង់ប្រើទេ។ ឱសថអាចជាឱសថថ្មី ហើយយើងមិនទាន់បានពិនិត្យមើលសុវត្ថិភាព និងប្រសិទ្ធភាពនៅឡើយទេ។
- គម្រោងរបស់យើងធានារ៉ាប់រងលើឱសថ ប៉ុន្តែមានបទបញ្ជា ឬការដាក់កំណត់ពិសេសលើការធានារ៉ាប់រងនោះឡើង។ ដូចដែលបានពន្យល់នៅក្នុងផ្នែកខាងលើ ឱសថមួយចំនួនដែលគម្រោងរបស់យើង ធានារ៉ាប់រងមានបទបញ្ជាដែលកំណត់ការប្រើប្រាស់របស់ពួកវា។ ក្នុងករណីមួយចំនួន អ្នកនឹងអ្នកចេញ វេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកប្រហែលជាចង់ស្នើសុំករណីលើកលែងណាមួយពីយើងខ្ញុំ។

មានកិច្ចការច្រើនដែលអ្នកអាចធ្វើបាន ប្រសិនបើយើងមិនធានារ៉ាប់រងឱសថតាមវិធីដែលអ្នកចង់ឱ្យយើងធានារ៉ាប់រងឱសថនោះទេ។

D1. ការទទួលបានការផ្គត់ផ្គង់បណ្តោះអាសន្ន

ក្នុងករណីមួយចំនួន យើងអាចផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវការផ្គត់ផ្គង់បណ្តោះអាសន្ន នៅពេលឱសថនោះមិនមាននៅក្នុង *បញ្ជីឱសថ* របស់យើង ឬត្រូវបានកំណត់តាមរបៀបណាមួយ។ យ៉ាងនេះវាឱ្យពេលដល់អ្នក ដើម្បីនិយាយទៅ កាន់អ្នកផ្តល់របស់អ្នក អំពីការទទួលបានឱសថផ្សេងទៀត ឬសូមឱ្យយើងរ៉ាប់រងឱសថនោះ។

ដើម្បីទទួលបានការផ្គត់ផ្គង់ឱសថជាបណ្តោះអាសន្ន អ្នកត្រូវធ្វើតាមបទបញ្ជាការពីយ៉ាងខាងក្រោម៖

1. ឱសថដែលអ្នកបានប្រើប្រាស់៖
 - លែងស្ថិតក្នុងបញ្ជីឱសថរបស់យើងទៀតហើយ ឬ
 - មិនដែលមាននៅក្នុងបញ្ជីឱសថរបស់យើង ឬ
 - បច្ចុប្បន្នមានកំណត់តាមលក្ខខណ្ឌណាមួយ។
2. អ្នកត្រូវតែស្ថិតក្នុងស្ថានភាពមួយក្នុងចំណោមស្ថានភាពខាងក្រោម៖

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan តាមរយៈលេខ 1-800-452-4413 (TTY: 711) ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ម៉ោង PT ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទ គឺឥត គិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ [blueshieldca.com/medicare](https://www.blueshieldca.com/medicare)។



- អ្នកចូលរួមនៅក្នុងគម្រោងកាលពីឆ្នាំមុន។
 - យើងធានារ៉ាប់រងការផ្គត់ផ្គង់បណ្តោះអាសន្ន ត្រឹមរយៈពេល 90 ថ្ងៃដំបូងតាមឆ្នាំតាមប្រតិទិន។
 - ការផ្គត់ផ្គង់បណ្តោះអាសន្ននេះគឺសម្រាប់រហូតទៅដល់ 30 ថ្ងៃ។
 - ប្រសិនបើវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកទាមទារឱ្យប្រើឱសថតិចជាងរយៈពេលនេះពីបីថ្ងៃ យើងអនុញ្ញាតឱ្យអ្នកបើកឱសថឡើងវិញបានច្រើនលើកដើម្បីផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវរយៈពេលផ្គត់ផ្គង់ឱសថជាអតិបរមារហូតដល់ 30 ថ្ងៃ។ អ្នកត្រូវតែបំពេញឱសថវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកនៅបណ្តាញឱសថស្ថាន។
 - ឱសថស្ថានថែទាំយូរអង្វែងអាចផ្តល់ឱសថរបស់អ្នកក្នុងបរិមាណតិចតួចក្នុងមួយពេលដើម្បីបង្ការភាពខ្វះខាត។
- អ្នកជាសមាជិកថ្មីក្នុងគម្រោងរបស់យើង។
 - យើងនឹងធានារ៉ាប់រងលើការផ្គត់ផ្គង់ជាបណ្តោះអាសន្ននូវឱសថរបស់អ្នក ក្នុងអំឡុងពេល 90 ថ្ងៃដំបូងនៃសមាជិកភាពរបស់អ្នកនៅក្នុងគម្រោងយើង។
 - ការផ្គត់ផ្គង់បណ្តោះអាសន្ននេះគឺសម្រាប់រហូតទៅដល់ 30 ថ្ងៃ។
 - ប្រសិនបើវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកទាមទារឱ្យប្រើឱសថតិចជាងរយៈពេលនេះពីបីថ្ងៃ យើងអនុញ្ញាតឱ្យអ្នកបើកឱសថឡើងវិញបានច្រើនលើកដើម្បីផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវរយៈពេលផ្គត់ផ្គង់ឱសថជាអតិបរមារហូតដល់ 30 ថ្ងៃ។ អ្នកត្រូវតែបំពេញឱសថវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកនៅបណ្តាញឱសថស្ថាន។
 - ឱសថស្ថានថែទាំយូរអង្វែងអាចផ្តល់ឱសថរបស់អ្នកក្នុងបរិមាណតិចតួចក្នុងមួយពេលដើម្បីបង្ការភាពខ្វះខាត។
- អ្នកបានចូលជាសមាជិកគម្រោងពួកយើងអស់រយៈពេលយូរជាង 90 ថ្ងៃ ស្នាក់នៅក្នុងមន្ទីរថែទាំរយៈពេលវែង និងត្រូវការសេវាផ្គត់ផ្គង់ភ្លាមៗ។
 - យើងធានារ៉ាប់រងការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេល 31 ថ្ងៃ ឬតិចជាងនេះ ប្រសិនបើវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកត្រូវបានសរសេរសម្រាប់រយៈពេលតិចជាងនេះ។ នេះគឺជាការបន្ថែមទៅលើការផ្គត់ផ្គង់បណ្តោះអាសន្នខាងលើ។

D2. ការស្នើសុំការផ្គត់ផ្គង់បណ្តោះអាសន្ន

ដើម្បីស្នើសុំការផ្គត់ផ្គង់ឱសថបណ្តោះអាសន្ន សូមទូរសព្ទមកផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជន។



នៅពេលអ្នកទទួលបានការផ្គត់ផ្គង់ឱសថបណ្តោះអាសន្ន ចូរពិភាក្សាជាមួយអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកឱ្យបានឆាប់
តាមដែលអាចធ្វើទៅបាន ដើម្បីសម្រេចចាំតើនឹងត្រូវធ្វើអ្វីខ្លះ នៅពេលដែលការផ្គត់ផ្គង់អស់។ ខាងក្រោមនេះគឺជា
ការជ្រើសរើសរបស់អ្នក៖

- អ្នកអាចប្តូរទៅឱសថមួយទៀតបាន។

គម្រោងរបស់យើងអាចធានារ៉ាប់រងលើឱសថផ្សេងដែលមានប្រសិទ្ធភាពសម្រាប់អ្នក។ សូមទូរសព្ទ
ទៅផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជនដើម្បីស្នើសុំបញ្ជីឱសថដែលយើងធានារ៉ាប់រង ដែលព្យាបាលស្ថានភាព
សុខភាពដូចគ្នា។ បញ្ជីនេះអាចជួយអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក ក្នុងការស្វែងរកឱសថដែលមានធានា
រ៉ាប់រងសម្រាប់ផ្តល់លទ្ធភាពធ្វើប្រតិបត្តិការសម្រាប់អ្នក។

ឬ

- ស្នើសុំករណីលើកលែង។

អ្នក និងអ្នកផ្តល់សេវា អាចស្នើសុំយើងខ្ញុំឱ្យធ្វើការលើកលែង។ ឧទាហរណ៍ អ្នកអាចស្នើសុំឱ្យយើង
ធានារ៉ាប់រងលើថ្នាំដែលមិនមាននៅក្នុង *បញ្ជីឱសថ* របស់យើង ឬស្នើសុំឱ្យយើងធានារ៉ាប់រងលើថ្នាំ
ដោយគ្មានការដាក់កំហិតណាមួយ។ ប្រសិនបើអ្នកផ្តល់សេវានិយាយថា អ្នកមានមូលហេតុល្អខាង
វេជ្ជសាស្ត្រ សម្រាប់ករណីលើកលែង ពួកគេអាចជួយអ្នកស្នើសុំករណីលើកលែងផងដែរ។

D3. ការស្នើសុំករណីលើកលែង

បើឱសថដែលអ្នកកំពុងប្រើ នឹងត្រូវលុបចេញពីបញ្ជីឱសថរបស់យើង ឬដាក់កំណត់លើចំនួនប្រើប្រាស់ដោយ
ប្រការណាមួយសម្រាប់ឆ្នាំក្រោយ យើងនឹងអនុញ្ញាតឱ្យអ្នកអាចស្នើសុំករណីលើកលែង មុនពេលឆ្នាំក្រោយ។

- យើងផ្តល់ដំណឹងជូនអ្នកអំពីការប្រែប្រួលណាមួយនៅក្នុងការធានារ៉ាប់រងលើឱសថរបស់អ្នកសម្រាប់
ឆ្នាំបន្ទាប់។ ស្នើសុំយើងខ្ញុំឱ្យធ្វើករណីលើកលែង និងផ្តល់ការធានារ៉ាប់រងថ្លៃឱសថដែលអ្នកចង់បាន
សម្រាប់ឆ្នាំក្រោយ។
- យើងខ្ញុំឆ្លើយតបសំណើរអ្នកចំពោះការសុំលើកលែងក្នុងរវាង 72 ម៉ោង បន្ទាប់ពីយើងខ្ញុំទទួលបាន
សំណើរបស់អ្នក (ឬបន្ទាប់ពីទទួលបានលិខិតគាំទ្ររបស់អ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជា)។
- ប្រសិនបើយើងយល់ព្រមលើសំណើរបស់អ្នក យើងនឹងអនុញ្ញាតឱ្យមានការរ៉ាប់រងមុនពេលការផ្លាស់ប្តូរ
មានប្រសិទ្ធភាព។

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

ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយក្នុងការស្នើសុំករណីលើកលែង សូមទាក់ទងផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជន។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan តាមរយៈលេខ 1-800-452-4413

(TTY: 711) ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ម៉ោង PT ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទ គឺឥត

គិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ [blueshieldca.com/medicare](https://www.blueshieldca.com/medicare)។



E. ការផ្លាស់ប្តូរការធានារ៉ាប់រងលើឱសថរបស់អ្នក

ការផ្លាស់ប្តូរការរ៉ាប់រងលើឱសថភាគច្រើនកើតឡើងនៅថ្ងៃទី 1 ខែមករា ប៉ុន្តែយើងអាចបន្ថែម ឬដកឱសថចេញពីបញ្ជីឱសថរបស់យើងក្នុងអំឡុងពេលនៃឆ្នាំ។ យើងក៏អាចនឹងផ្លាស់ប្តូរបទបញ្ជារបស់យើងអំពីឱសថដែរ។ ឧទាហរណ៍ យើងអាច៖

- សម្រេចចិត្តថា តើត្រូវការ ឬមិនត្រូវការឱ្យមានការយល់ព្រម (PA) សម្រាប់ឱសថជាមុន (ការអនុញ្ញាតពីយើងមុនពេលអ្នកអាចទទួលបានឱសថ)។
- បន្ថែម ឬកែប្រែបរិមាណឱសថដែលអ្នកអាចទទួលបាន (ហៅថាការដាក់កំណត់បរិមាណ)។
- បន្ថែម ឬផ្លាស់ប្តូរការព្យាបាលជាជំហាន (មានន័យថាអ្នកត្រូវតែសាកល្បងឱសថមួយមុនពេលយើងនឹងរ៉ាប់រងលើឱសថផ្សេងទៀត)។

យើងត្រូវអនុវត្តតាមលក្ខខណ្ឌតម្រូវរបស់ Medicare មុននឹងផ្លាស់ប្តូរ *បញ្ជីឱសថ* របស់គម្រោង។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីបទបញ្ជាលើឱសថទាំងនេះ សូមមើល **ផ្នែក C**។

ប្រសិនបើអ្នកលេបឱសថដែលយើងបានធានារ៉ាប់រងនៅ ដើមឆ្នាំ ជាទូទៅយើងនឹងមិនដកចេញ ឬផ្លាស់ប្តូរការរ៉ាប់រងចំពោះឱសថ ក្នុងអំឡុងពេលដែលនៅសេសសល់នៃឆ្នាំនោះទេ លើកលែងតែ៖

- ឱសថថ្មីមានតម្លៃទាបជាងដែលមាននៅលើទីផ្សារមានប្រសិទ្ធភាពដូចឱសថនៅក្នុង *បញ្ជីឱសថ* របស់យើងបច្ចុប្បន្ននេះ ឬ
- យើងបានដឹងថា ឱសថនោះមិនមានសុវត្ថិភាព ឬ
- ឱសថត្រូវបានដកចេញពីទីផ្សារ។

ប្រសិនបើការរ៉ាប់រងផ្លាស់ប្តូរសម្រាប់ឱសថដែលអ្នកកំពុងលេបនោះ តើមានអ្វីកើតឡើង?

ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែមអំពីអ្វីដែលកើតឡើងនៅពេលបញ្ជីឱសថរបស់យើងផ្លាស់ប្តូរ ជានិច្ចកាលអ្នកអាច៖

- សូមពិនិត្យមើល *បញ្ជីឱសថ* បច្ចុប្បន្នរបស់យើងតាមអនឡាញលើគេហទំព័រ blueshieldca.com/medformulary2026 ឬ
- សូមទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជនមរយៈលេខនៅខាងក្រោមទំព័រនេះ ដើម្បីពិនិត្យមើលបញ្ជីឱសថបច្ចុប្បន្នរបស់យើង។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan តាមរយៈលេខ 1-800-452-4413 (TTY: 711) ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ម៉ោង PT ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទ គឺឥតគិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ blueshieldca.com/medicare។



ការផ្លាស់ប្តូរដែលយើងអាចនឹងធ្វើចំពោះ *បញ្ជីឱសថ* ដែលប៉ះពាល់ដល់អ្នកក្នុងអំឡុងឆ្នាំនៃគម្រោងបច្ចុប្បន្ន

ការផ្លាស់ប្តូរចំពោះ *បញ្ជីឱសថ* មួយចំនួននឹងកើតឡើងភ្លាមៗ។ ឧទាហរណ៍៖

ឱសថទូទៅថ្មីអាចរកបានហើយ។ ពេលខ្លះ ឱសថទូទៅថ្មី ឬឱសថជីវសាស្ត្រស្រដៀងគ្នាមាននៅលើទីផ្សារដែលមានប្រសិទ្ធភាពដូចគ្នាទៅនឹងឱសថមានម៉ាក ឬផលិតផលជីវសាស្ត្រដើមនៅក្នុងបញ្ជីឱសថបច្ចុប្បន្ននេះ។ នៅពេលដែលការណ៍នោះកើតឡើង យើងអាចនឹងយកឱសថម៉ាកល្បីចេញ និងថែមឱសថម៉ាកធម្មតា ប៉ុន្តែតម្លៃរបស់អ្នកសម្រាប់ឱសថថ្មី នឹងនៅជាដដែល ឬនឹងទាបជាង។ នៅពេលដែលយើងថែមឱសថម៉ាកធម្មតាថ្មី យើងក៏អាចនឹងសម្រេចរក្សាឱសថម៉ាកល្បីនៅក្នុងបញ្ជីដែរ ប៉ុន្តែផ្លាស់ប្តូរបទបញ្ជានៃការធានារ៉ាប់រង ឬដាក់កំណត់វា។

- យើងប្រហែលជាមិនបានប្រាប់អ្នកមុនពេលយើងធ្វើការផ្លាស់ប្តូរនេះទេ ប៉ុន្តែយើងនឹងធ្វើជូនអ្នកនូវព័ត៌មានអំពីការផ្លាស់ប្តូរជាក់លាក់ដែលយើងបានធ្វើនៅពេលដែលវាកើតឡើង។
- អ្នក ឬអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក អាចស្នើសុំ “ករណីលើកលែង” ពីការផ្លាស់ប្តូរទាំងនេះ។ យើងនឹងធ្វើការជូនដំណឹងជាមួយនឹងជំហានដែលអ្នកអាចអនុវត្តដើម្បីយកទៅស្នើសុំការលើកលែង។ សូមមើល ជំពូកទី 9 នៃសៀវភៅណែនាំនេះសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីករណីលើកលែង។

ការដកឱសថមិនមានសុវត្ថិភាព និងឱសថផ្សេងទៀតដែលនៅក្រៅទីផ្សារ។ ពេលខ្លះឱសថមួយអាចត្រូវបានរកឃើញថាមិនមានសុវត្ថិភាព ឬត្រូវបានដកចេញពីទីផ្សារដោយហេតុផលមួយផ្សេងទៀត។ ប្រសិនបើរឿងនេះកើតឡើង យើងអាចដកវាចេញពី *បញ្ជីឱសថ* របស់យើងភ្លាមៗ។ ប្រសិនបើអ្នកកំពុងប្រើឱសថនោះ យើងនឹងផ្ញើសេចក្តីជូនដំណឹងជូនអ្នកបន្ទាប់ពីយើងធ្វើការផ្លាស់ប្តូររួច។ អ្នកចេញបញ្ជារបស់អ្នកក៏នឹងដឹងអំពីការផ្លាស់ប្តូរនេះផងដែរ និងអាចធ្វើការជាមួយអ្នកដើម្បីស្វែងរកឱសថផ្សេងទៀតសម្រាប់ស្ថានភាពជំងឺរបស់អ្នក។

យើងអាចនឹងធ្វើការផ្លាស់ប្តូរផ្សេងទៀតដែលប៉ះពាល់ដល់ឱសថដែលអ្នកប្រើ។ យើងនឹងប្រាប់អ្នកជាមុនអំពីការផ្លាស់ប្តូរផ្សេងទៀតទាំងនេះចំពោះបញ្ជីឱសថរបស់យើង។ ការផ្លាស់ប្តូរទាំងនេះអាចនឹងកើតឡើង បើសិន៖

- FDA ផ្តល់ការណែនាំថ្មី ឬមានគោលការណ៍ពិនិត្យព្យាបាលថ្មីអំពីឱសថ។

នៅពេលដែលមានការផ្លាស់ប្តូរទាំងនេះកើតឡើង យើងនឹង៖

- ប្រាប់ដល់អ្នកយ៉ាងតិចបំផុតរយៈពេល 30 ថ្ងៃ មុននឹងយើងផ្លាស់ប្តូរ *បញ្ជីឱសថ* របស់យើង ឬ
- ជូនដំណឹងដល់អ្នក និងឧបត្ថម្ភឱសថឲ្យអ្នក 30 ថ្ងៃ បន្ទាប់ពីអ្នកស្នើសុំបើកឱសថសាថ្មី។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan តាមរយៈលេខ 1-800-452-4413 (TTY: 711) ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ម៉ោង PT ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទ គឺឥតគិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ [blueshieldca.com/medicare](https://www.blueshieldca.com/medicare)។



ការជូនដំណឹងនេះនឹងផ្តល់ពេលវេលាដល់អ្នកក្នុងការពិគ្រោះជាមួយវេជ្ជបណ្ឌិត ឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាផ្សេងទៀត របស់អ្នក។ ពួកគេអាចជួយអ្នកសម្រេចចិត្ត៖

- ប្រសិនបើមានឱសថស្រដៀងគ្នានៅលើ *បញ្ជីឱសថ* របស់យើង អ្នកអាចលេបឱសថនោះជំនួស ឬ
- ថាតើអ្នកគួរស្នើសុំការលើកលែងពីការផ្លាស់ប្តូរទាំងនេះ ដើម្បីបន្តការរ៉ាប់រងលើឱសថ ឬកំណែឱសថដែលអ្នកកំពុងលេបដែរ ឬទេ។ ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពីការស្នើសុំការលើកលែង សូមអាន ជំពូកទី 9 នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក* នេះ។

ការផ្លាស់ប្តូរចំពោះ បញ្ជីឱសថដែលមិនប៉ះពាល់ដល់អ្នកក្នុងអំឡុងពេលនៃគម្រោងនេះ

យើងអាចនឹងធ្វើការផ្លាស់ប្តូរចំពោះឱសថដែលអ្នកលេប ដែលមិនមានពណ៌នាខាងលើ ហើយមិនប៉ះពាល់អ្នកក្នុងពេលបច្ចុប្បន្ន។ ចំពោះការផ្លាស់ប្តូរបែបនេះ ប្រសិនបើអ្នកកំពុងលេបឱសថដែលយើងបានរ៉ាប់រងចាប់ពីដើម ឆ្នាំមកជាទូទៅយើងមិនដកចេញ ឬផ្លាស់ប្តូរការរ៉ាប់រងរបស់ឱសថនោះ ក្នុងអំឡុងពេលនៅសេសសល់នៃឆ្នាំ នោះទេ។

ឧទាហរណ៍ ប្រសិនបើយើងដកឱសថដែលអ្នកកំពុងលេបចេញ ឬដាក់កម្រិតលើការប្រើរបស់ឱសថ នោះការផ្លាស់ប្តូរមិនប៉ះពាល់ដល់ការប្រើឱសថ របស់អ្នកពេញមួយឆ្នាំដែលនៅសល់ឡើយ។

ប្រសិនបើការផ្លាស់ប្តូរណាមួយកើតឡើងចំពោះឱសថដែលអ្នកកំពុងលេប (លើកលែងតែការផ្លាស់ប្តូរដែលបានកត់សម្គាល់នៅក្នុងផ្នែកខាងលើ) ការផ្លាស់ប្តូរនឹងមិនប៉ះពាល់ដល់ការប្រើប្រាស់របស់អ្នករហូតដល់ថ្ងៃទី 1 ខែមករានៅឆ្នាំក្រោយទេ។

យើងនឹងមិនប្រាប់អ្នកនៅខាងលើអំពីប្រភេទនៃការផ្លាស់ប្តូរទាំងនេះដោយផ្ទាល់ក្នុងអំឡុងពេលបច្ចុប្បន្ននេះទេ។ អ្នកនឹងត្រូវពិនិត្យមើល *បញ្ជីឱសថ* សម្រាប់ឆ្នាំគម្រោងបន្ទាប់ (នៅពេលដែលមានបញ្ជីក្នុងអំឡុងរយៈពេលបើកចុះឈ្មោះ) ដើម្បីមើលថាតើមានការផ្លាស់ប្តូរណាមួយដែលនឹងប៉ះពាល់ដល់អ្នកក្នុងឆ្នាំគម្រោងបន្ទាប់ដែរឬទេ។

F. ការធានារ៉ាប់រងលើឱសថក្នុងករណីពិសេស

F1. នៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យ ឬមជ្ឈមណ្ឌលថែទាំជំនាញសម្រាប់ការស្នាក់នៅដែលគម្រោងរបស់យើងរ៉ាប់រង

ជាទូទៅ យើងរ៉ាប់រងលើថ្លៃចំណាយនៃឱសថរបស់អ្នកក្នុងអំឡុងពេលស្នាក់នៅរបស់អ្នក ប្រសិនបើអ្នកត្រូវបានចូលសម្រាកនៅមន្ទីរពេទ្យ ឬមជ្ឈមណ្ឌលថែទាំសុខភាពជំនាញសម្រាប់ការស្នាក់នៅដែលគម្រោងរបស់យើងរ៉ាប់រង។ អ្នកនឹងមិនបង់ប្រាក់រួមនោះទេ។ នៅពេលដែលអ្នកចេញពីមន្ទីរពេទ្យ ឬមជ្ឈមណ្ឌលថែទាំជំនាញ យើងនឹងធានារ៉ាប់រងលើឱសថរបស់អ្នក លុះត្រាតែឱសថនោះបំពេញតាមបទបញ្ជាទាំងអស់របស់យើងសម្រាប់ការរ៉ាប់រង។

ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពីការរ៉ាប់រងឱសថ និងអ្វីដែលអ្នកត្រូវបង់ សូមអាន ជំពូកទី 6 នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក* នេះ។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan តាមរយៈលេខ 1-800-452-4413 (TTY: 711) ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ម៉ោង PT ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទ គឺឥតគិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ [blueshieldca.com/medicare](https://www.blueshieldca.com/medicare)។



F2. នៅក្នុងមជ្ឈមណ្ឌលថែទាំរយៈពេលវែង

ជាធម្មតា មជ្ឈមណ្ឌលថែទាំរយៈពេលវែង ដូចជាមជ្ឈមណ្ឌលថែទាំសុខភាព មានឱសថស្ថានផ្ទាល់ខ្លួន ឬឱសថស្ថានដែលផ្គត់ផ្គង់ឱសថដល់អ្នករស់នៅទីនោះទាំងអស់របស់ពួកគេ។ ប្រសិនបើអ្នករស់នៅក្នុង មន្ទីរថែទាំរយៈពេលវែង អ្នកអាចទទួលបានឱសថមានរបស់អ្នកតាមរយៈឱសថស្ថានរបស់មន្ទីរ ប្រសិនបើវាជាផ្នែកមួយនៃបណ្តាញរបស់យើង។

សូមពិនិត្យមើល *បញ្ជីឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថាន* ដើម្បីដឹងថា តើឱសថស្ថានរបស់មន្ទីរថែទាំ រយៈពេលវែងស្ថិតនៅក្នុងបណ្តាញរបស់យើងឬអត់។ ប្រសិនបើឱសថស្ថានមិនមែនជាផ្នែកនៃបណ្តាញ ឬ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការព័ត៌មានបន្ថែម សូមទាក់ទងផ្នែកបម្រើសេវាអតិថិជន។

F3. នៅក្នុងកម្មវិធីថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយដែលមានការបញ្ជាក់ពី Medicare

ឱសថមិនត្រូវបានធានារ៉ាប់រងទាំងនៅមន្ទីរពេទ្យថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយ និងគម្រោង របស់យើងក្នុងពេលតែមួយបានទេ។

- អ្នកអាចចុះឈ្មោះក្នុងមន្ទីរពេទ្យថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយរបស់ Medicare ហើយត្រូវ ការឱសថមួយចំនួន (ដូចជា ថ្នាំបំបាត់ការឈឺចាប់ ថ្នាំបំបាត់ការចង្អោរ ថ្នាំបញ្ចុះលាមក ឬថ្នាំបំបាត់ ការចប់បារម្ភ) ដែលមន្ទីរថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយរបស់អ្នកមិនរ៉ាប់រង ដោយសារវាមិន ទាក់ទងទៅនឹងការព្យាករណ៍ និងលក្ខខណ្ឌជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយរបស់អ្នកទេ។ ក្នុងករណី នោះ គម្រោងរបស់យើងត្រូវតែទទួលបានការជូនដំណឹងពីអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជា ឬអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំ អ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយរបស់អ្នកថា ឱសថនេះមិនពាក់ព័ន្ធមុនពេលយើងអាចរ៉ាប់រងលើ ឱសថនេះបាន។
- ដើម្បីបង្ការការពន្យារពេលក្នុងការទទួលបានឱសថដែលមិនពាក់ព័ន្ធណាមួយដែលគម្រោងរបស់ យើងគួរតែធានារ៉ាប់រង អ្នកអាចស្នើសុំឱ្យអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយ ឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកឱ្យប្រាកដថា យើងបានជូនដំណឹងថាឱសថនោះមិនពាក់ព័ន្ធ មុន ពេលអ្នកស្នើសុំឱ្យឱសថស្ថានបើកឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាជូនអ្នក។

ប្រសិនបើអ្នកចាកចេញពីមន្ទីរពេទ្យថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយ គម្រោងរបស់យើងធានារ៉ាប់រងលើ ឱសថទាំងអស់របស់អ្នក។ ដើម្បីបង្ការការពន្យារពេលណាមួយនៅឱសថស្ថាននៅពេលអត្ថប្រយោជន៍មន្ទីរពេទ្យ ថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយរបស់ Medicare របស់អ្នកបញ្ចប់ សូមយកឯកសារទៅឱសថស្ថាន ដើម្បី ផ្ទៀងផ្ទាត់ថា អ្នកបានចាកចេញពីមន្ទីរពេទ្យថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយ។

សូមមើលផ្នែកមុននៃជំពូកនេះដែលប្រាប់អំពីឱសថដែលគម្រោងរបស់យើងរ៉ាប់រង។ សូមអាន **ជំពូកទី 4** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក* របស់អ្នក សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីអត្ថប្រយោជន៍របស់មន្ទីរថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់ កាលចុងក្រោយ។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan តាមរយៈលេខ 1-800-452-4413

(TTY: 711) ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ម៉ោង PT ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទ គឺឥត

គិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ [blueshieldca.com/medicare](https://www.blueshieldca.com/medicare)។



G. កម្មវិធីស្តីពីសុវត្ថិភាពឱសថ និងការគ្រប់គ្រងឱសថ

G1. កម្មវិធីដើម្បីជួយអ្នកក្នុងការប្រើប្រាស់ឱសថប្រកបដោយសុវត្ថិភាព

រៀងរាល់ពេលអ្នកប្រើឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាម្តងៗ យើងរកមើលបញ្ហាដែលអាចកើតមានឡើង ដូចជាកំហុសឱសថ ឬឱសថដែល៖

- អាចមិនត្រូវការ ពីព្រោះអ្នកកំពុងប្រើឱសថផ្សេងទៀតដែលមានប្រសិទ្ធភាពដូចគ្នា
- អាចមិនមានសុវត្ថិភាពសម្រាប់អាយុ ឬភេទរបស់អ្នក
- អាចនឹងផ្តល់ទុក្ខទោសដល់អ្នកប្រសិនបើអ្នកប្រើវានៅពេលដំណាលគ្នា
- មានគ្រឿងផ្សំដែលអ្នកមាន ឬអាចមានអាឡែហ្ស៊ីជាមួយ
- អាចជាកំហុសក្នុងបរិមាណ (កម្រិតដូស)
- មានបរិមាណឱសថបំបាត់ការឈឺចាប់អ្វីៗដែលមិនមានសុវត្ថិភាព

ប្រសិនបើយើងឃើញថាមានបញ្ហាណាមួយកើតឡើងក្នុងការប្រើប្រាស់ឱសថរបស់អ្នក យើងនឹងធ្វើការជាមួយអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកដើម្បីកែតម្រូវបញ្ហានេះ។

G2. កម្មវិធីដើម្បីជួយអ្នកគ្រប់គ្រងឱសថរបស់អ្នក

គម្រោងរបស់យើងមានកម្មវិធីដើម្បីជួយសមាជិកដែលមានតម្រូវការសុខភាពស្មុគស្មាញ។ ក្នុងករណីបែបនេះ អ្នកអាចមានសិទ្ធិទទួលបានសេវា ដោយឥតគិតថ្លៃតាមរយៈកម្មវិធីគ្រប់គ្រងការព្យាបាលដោយឱសថ (MTM)។ កម្មវិធីនេះគឺជាការស្ម័គ្រចិត្ត និងឥតគិតថ្លៃ។ កម្មវិធីនេះជួយអ្នក និងអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកឱ្យប្រាកដថាឱសថរបស់អ្នកមានប្រសិទ្ធភាពក្នុងការកែលម្អសុខភាពរបស់អ្នក។ ប្រសិនបើអ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានកម្មវិធីនេះ ឱសថការី ឬអ្នកមានវិជ្ជាជីវៈផ្នែកសុខភាពផ្សេងទៀតនឹងផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវការពិនិត្យឡើងវិញដ៏ទូលំទូលាយលើឱសថទាំងអស់របស់អ្នក ហើយពិគ្រោះជាមួយអ្នកអំពី៖

- របៀបទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ច្រើនបំផុតពីឱសថដែលអ្នកប្រើ
- ក្តីបារម្ភណាមួយដែលអ្នកមាន ដូចជាថ្លៃចំណាយលើឱសថ និងប្រតិកម្មឱសថ
- វិធីល្អបំផុតក្នុងការប្រើឱសថរបស់អ្នក
- រាល់សំណួរ ឬបញ្ហាដែលអ្នកមានអំពីវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក និងឱសថមិនតម្រូវឱ្យមានវេជ្ជបញ្ជា

បន្ទាប់មក ពួកគេនឹងផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវ៖



- សេចក្តីសង្ខេបជាលាយលក្ខណ៍អក្សរអំពីការពិភាក្សានេះ។ សេចក្តីសង្ខេបមានផែនការសកម្មភាព ឱសថដែលណែនាំពីអ្វីដែលអ្នកអាចធ្វើបានសម្រាប់ការប្រើប្រាស់ឱសថរបស់អ្នកឱ្យបានល្អបំផុត។
- បញ្ជីឱសថផ្ទាល់ខ្លួនដែលរួមបញ្ចូលឱសថទាំងអស់ដែលអ្នកលេប បរិមាណដែលអ្នកលេប និងពេល និងមូលហេតុដែលអ្នកលេបថ្នាំទាំងនោះ។
- ព័ត៌មានអំពីការចោលថ្នាំតាមវេជ្ជបញ្ជាដែលជាសារធាតុដែលត្រូវបានគ្រប់គ្រងដោយសុវត្ថិភាព។

នេះជាគំនិតល្អក្នុងការពិភាក្សាជាមួយអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកអំពីផែនការសកម្មភាព និងបញ្ជីឱសថរបស់អ្នក។

- យកផែនការសកម្មភាព និងបញ្ជីឱសថរបស់អ្នកទៅជួបអ្នក ដែលអ្នកជួប ឬនៅពេលណាដែលអ្នក និយាយជាមួយវេជ្ជបណ្ឌិត ឱសថការី និងអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពផ្សេងទៀតរបស់អ្នក។
- យកបញ្ជីឱសថរបស់អ្នកទៅជាមួយអ្នក ប្រសិនបើអ្នកទៅមន្ទីរពេទ្យ ឬបន្ទប់សង្គ្រោះបន្ទាន់។

កម្មវិធី MTM គឺជាការស្ម័គ្រចិត្ត និងឥតគិតថ្លៃសម្រាប់សមាជិកដែលមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់។ បើយើង មានកម្មវិធីដែលសមនឹងសេចក្តីត្រូវការរបស់អ្នក យើងនឹងចុះឈ្មោះអ្នកក្នុងកម្មវិធី និងធ្វើព័ត៌មានទៅឱ្យអ្នក។ ប្រសិនបើអ្នកមិនចង់ចូលរួមក្នុងកម្មវិធីទេ សូមប្រាប់យើងឱ្យដឹង ហើយយើងនឹងដកអ្នកចេញពីកម្មវិធីនោះ។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរអំពីកម្មវិធីទាំងនេះ សូមទាក់ទងផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជន។

G3. កម្មវិធីគ្រប់គ្រងឱសថ (Drug Management Program, DMP) ដើម្បីជួយសមាជិកឱ្យ ប្រើប្រាស់ការឱ្យថ្នាំផ្ទុកសារធាតុអ្វីៗអ៊ីតប្រកបដោយសុវត្ថិភាព

យើងមានកម្មវិធីមួយដែលជួយធ្វើឱ្យប្រាកដថា សមាជិកប្រើប្រាស់ឱសថមានផ្ទុកសារធាតុអ៊ីដ្យូអ៊ីតតាមវេជ្ជបញ្ជា យ៉ាងមានសុវត្ថិភាព និងឱសថដែលបានប្រើដោយរំលោភបំពានជាញឹកញាប់ផ្សេងទៀត។ កម្មវិធីនេះត្រូវបានគេ ហៅថា កម្មវិធីគ្រប់គ្រងឱសថ (DMP)។

ប្រសិនបើអ្នកប្រើឱសថអ្វីៗអ៊ីតដែលអ្នកទទួលបានពីវេជ្ជបណ្ឌិត ឬឱសថស្ថានជាច្រើន ឬប្រសិនបើអ្នកបានប្រើ ឱសថអ្វីៗអ៊ីតលើសកម្រិតនាពេលថ្មីៗនេះ យើងអាចពិភាក្សាជាមួយវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកដើម្បីប្រាកដថា ការប្រើ ឱសថអ្វីៗអ៊ីតរបស់អ្នកគឺសមស្រប និងចាំបាច់ខាងវេជ្ជសាស្ត្រ។ ដោយធ្វើការជាមួយអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក ប្រសិនបើយើងខ្ញុំសម្រេចថាការប្រើឱសថមានផ្ទុកសារធាតុអ៊ីដ្យូអ៊ីតតាមវេជ្ជបញ្ជា ឬថ្នាំរំងាប់អារម្មណ៍ តាមវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកមិនមានសុវត្ថិភាព យើងអាចកំណត់លើរបៀបដែលអ្នកអាចទទួលបានឱសថទាំងនោះ។ ប្រសិនបើយើងដាក់អ្នកនៅក្នុង DMP របស់យើង ដែនកំណត់អាចរួមបញ្ចូល៖

- តម្រូវឱ្យអ្នកទទួលបានវេជ្ជបញ្ជាទាំងអស់សម្រាប់ការឱ្យថ្នាំទាំងនោះពីឱសថស្ថានជាក់លាក់
- តម្រូវឱ្យអ្នកទទួលបានវេជ្ជបញ្ជាទាំងអស់របស់អ្នកសម្រាប់ឱសថមានផ្ទុកសារធាតុអ៊ីដ្យូអ៊ីត ឬឱសថ រំងាប់អារម្មណ៍ពីអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាជាក់លាក់



- ការដាក់ដែនកំណត់លើបរិមាណឱសថមានផ្ទុកសារធាតុអ៊ីដ្រូកូរីត ឬឱសថរំងាប់អារម្មណ៍ដែលយើងនឹងធានារ៉ាប់រងសម្រាប់អ្នក

ប្រសិនបើយើងមានគម្រោងដាក់ដែនកំណត់លើរបៀបដែលអ្នកអាចទទួលបានថ្នាំទាំងនេះ ឬបរិមាណដែលអ្នកអាចទទួលបាន យើងនឹងធ្វើលិខិតជូនអ្នកជាមុន។ លិខិតនោះនឹងប្រាប់អ្នកថាតើយើងនឹងកំណត់ការធានារ៉ាប់រងលើឱសថទាំងនេះសម្រាប់អ្នកដែរ ឬអត់ ឬប្រសិនបើអ្នកនឹងតម្រូវឱ្យទទួលបានវេជ្ជបញ្ជាសម្រាប់ឱសថទាំងនេះពីអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជា ឬឱសថស្ថានជាក់លាក់តែប៉ុណ្ណោះ។

អ្នកនឹងមានឱកាសដើម្បីប្រាប់យើងខ្ញុំថា តើអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជា ឬឱសថស្ថានដែលអ្នកចង់ទៅរក ហើយព័ត៌មានណាមួយដែលអ្នកគិតថាសំខាន់សម្រាប់ឱ្យយើងខ្ញុំត្រូវដឹង។ បន្ទាប់ពីអ្នកមានឱកាសក្នុងការឆ្លើយតប ប្រសិនបើយើងសម្រេចចិត្តកំណត់ការរ៉ាប់រងរបស់អ្នកសម្រាប់ការប្រើថ្នាំទាំងនេះ យើងនឹងធ្វើជូនអ្នកនូវលិខិតមួយទៀតដែលបញ្ជាក់អំពីការកំណត់។

ប្រសិនបើអ្នកគិតថាយើងមានកំហុស អ្នកមិនយល់ស្របនឹងសេចក្តីសម្រេច ឬការកំណត់របស់យើង នោះអ្នកនិងអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកអាចប្តឹងឧទ្ធរណ៍បាន។ ប្រសិនបើអ្នកដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ យើងនឹងពិនិត្យករណីរបស់អ្នកឡើងវិញ ហើយផ្តល់សេចក្តីសម្រេចថ្មីមួយដល់អ្នក។ ប្រសិនបើយើងបន្តបដិសេធផ្នែកណាមួយនៃបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នកដែលទាក់ទងទៅនឹងការកំណត់ដែលអនុវត្តចំពោះការចូលប្រើថ្នាំរបស់អ្នក យើងនឹងបញ្ជូនករណីរបស់អ្នកដោយស្វ័យប្រវត្តិទៅអង្គការត្រួតពិនិត្យឯករាជ្យ (Independent Review Organization, IRO)។ (ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពីបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ និង IRO សូមសំអាងទៅលើ **ជំពូកទី 9** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*របស់អ្នក។)

DMP អាចនឹងមិនអនុវត្តចំពោះអ្នកទេ ប្រសិនបើអ្នក៖

- មានស្ថានភាពសុខភាពជាក់លាក់មួយចំនួន ដូចជាជំងឺមហារីក ឬជំងឺកោសិកាឈាមក្រហម
- កំពុងទទួលបានការថែទាំនៅមន្ទីរពេទ្យថែទាំអ្នកជំងឺដ៏ធំណាមួយក្នុងក្រោយ ថ្នាំបំបាត់ការឈឺចាប់ ឬការថែទាំនៅក្នុងបញ្ចប់នៃជីវិត ឬ
- រស់នៅក្នុងមជ្ឈមណ្ឌលថែទាំរយៈពេលវែង។



ជំពូកទី 6: អ្វីដែលអ្នកត្រូវបង់ថ្លៃសម្រាប់ឱសថ Medicare និង Medi-Cal របស់អ្នក

សេចក្តីផ្តើម

ជំពូកនេះប្រាប់ពីអ្វីដែលអ្នកបង់ប្រាក់សម្រាប់ឱសថសម្រាប់អ្នកជំងឺដែលមិនសម្រាកព្យាបាលរបស់អ្នក។ តាមរយៈពាក្យ "ឱសថ" យើងមានន័យសំដៅ៖

- ឱសថ Medicare ផ្នែក D និង
- ឱសថ និងសម្ភារដែលបានធានារ៉ាប់រងក្រោម Medi-Cal Rx។

ដោយសារអ្នកមានសិទ្ធិទទួលបាន Medi-Cal អ្នកនឹងទទួលបាន Extra Help ពី Medicare ដើម្បីជួយបង់ថ្លៃឱសថ Medicare ផ្នែក D របស់អ្នក។ យើងបានធ្វើជូនអ្នក នូវការបញ្ចូលដាច់ដោយឡែកមួយ ដែលហៅថា “ឧបសម្ព័ន្ធនៃកស្តាងនៃការធានារ៉ាប់រងសម្រាប់មនុស្សដែលទទួលបាន Extra Help ក្នុងការបង់ថ្លៃឱសថមានវេជ្ជបញ្ជា” (ត្រូវបានគេស្គាល់ផងដែរថាជា “ឧបសម្ព័ន្ធខបត្ថម្ភធនសម្រាប់អ្នកដែលមានប្រាក់ចំណូលទាប” ឬ ឧបសម្ព័ន្ធ LIS”) ដែលប្រាប់អ្នកអំពីការធានារ៉ាប់រងលើឱសថរបស់អ្នក។ ប្រសិនបើអ្នកមិនមានធាតុបញ្ចូលនេះទេ សូមហៅទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជន ហើយស្នើសុំ “ឧបសម្ព័ន្ធ LIS”។

Extra Help (ជំនួយបន្ថែម) គឺជាកម្មវិធី Medicare ដែលជួយដល់មនុស្សដែលមានប្រាក់ចំណូល និងធនធានមានកំណត់ កាត់បន្ថយថ្លៃចំណាយឱសថរបស់ Medicare ផ្នែក D ដូចជាថ្លៃបង់ធានារ៉ាប់រង ប្រាក់កាត់កង និងការបង់ប្រាក់រួម។ Extra Help ហៅថា “កម្មវិធីប្រាក់ឧបត្ថម្ភអ្នកមានប្រាក់ចំណូលតិច” ឬ “LIS”។

ពាក្យគន្លឹះ និងនិយមន័យផ្សេងទៀត មានតាមលំដាប់អក្ខរក្រមក្នុងជំពូកចុងក្រោយនៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក* នេះ។ ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពីឱសថ អ្នកអាចរកមើលនៅកន្លែងទាំងនេះ៖

- បញ្ជីឱសថដែលមានធានារ៉ាប់រង របស់យើង។
 - យើងហៅវាដោយខ្លីថា “បញ្ជីឱសថ”។ វាប្រាប់អ្នកអំពី៖
 - ឱសថណាមួយយើងបង់ឲ្យ
 - តើឱសថនីមួយៗស្ថិតក្នុងកម្រិតថ្នាក់ណាមួយក្នុងចំណោមកម្រិតថ្នាក់ទាំងប្រាំ

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan តាមរយៈលេខ 1-800-452-4413 (TTY: 711) ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ម៉ោង PT ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទ គឺឥតគិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ blueshieldca.com/medicare។



– ថា តើមានការដាក់កំណត់លើឱសថឬអត់

- ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការច្បាប់ចម្លងនៃបញ្ជីឱសថរបស់យើង សូមហៅទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជន។ អ្នកក៏អាចស្វែងរកច្បាប់ចម្លងថ្មីបំផុតនៃបញ្ជីឱសថរបស់យើងនៅលើគេហទំព័ររបស់យើងតាមរយៈ blueshieldca.com/medformulary2026។
- ឱសថភាគច្រើនដែលអ្នកទទួលបានពីឱសថស្ថានរ៉ាប់រងដោយគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan។ ឱសថផ្សេងទៀត ដូចជាឱសថគ្មានវេជ្ជបញ្ជា (OTC) មួយចំនួន និងវីតាមីនមួយចំនួនអាចត្រូវបានធានារ៉ាប់រងពី Medi-Cal Rx។ សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ Medi-Cal Rx (medi-calrx.dhcs.ca.gov/) សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។ អ្នកក៏អាចហៅទូរសព្ទទៅកាន់មជ្ឈមណ្ឌលសេវាបម្រើអតិថិជន Medi-Cal Rx តាមរយៈលេខ 800-977-2273។ សូមយកបណ្ណសម្គាល់អ្នកទទួលបានពី Medi-Cal (BIC) នៅពេលដែលទទួលបានវេជ្ជបញ្ជាតាមរយៈ Medi-Cal Rx។

• ជំពូក 5 នៃ សៀវភៅណែនាំសមាជិកនេះ។

- ពន្យល់អំពីវិធីដែលទទួលបានឱសថសម្រាប់អ្នកជំងឺដែលមិនសម្រាកព្យាបាលតាមរយៈគម្រោងរបស់យើង។
- វាមានបញ្ចូលនូវវិន័យដែលអ្នកត្រូវធ្វើតាម។ វាក៏ប្រាប់ផងដែរថា តើប្រភេទឱសថណាដែលគម្រោងរបស់យើងមិនធានារ៉ាប់រង។
- នៅពេលអ្នកប្រើ “ឧបករណ៍អត្ថប្រយោជន៍នៅពេលវេលាជាក់ស្តែង (Real Time Benefit Tool)” របស់គម្រោងដើម្បីរកមើលការរ៉ាប់រងលើឱសថ (សូមសំអាងទៅលើជំពូកទី 5 ផ្នែក B2) ថ្លៃចំណាយដែលបានបង្ហាញគឺជាការប៉ាន់ស្មានលើតម្លៃចេញពីហោប៉ៅ ដែលរំពឹងថាអ្នកនឹងត្រូវបង់។ អ្នកអាចទូរសព្ទទៅអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នក ឬផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជនសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។

បញ្ជីឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថាន របស់យើង។

- នៅក្នុងករណីភាគច្រើន អ្នកត្រូវតែប្រើបណ្តាញឱសថស្ថានមួយ ដើម្បីទទួលបានឱសថរបស់អ្នកដែលបានរ៉ាប់រង។ ឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញ គឺជាឱសថស្ថានដែលបានព្រមព្រៀងធ្វើការជាមួយយើងខ្ញុំ។
- បញ្ជីរាយឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថាន រាយឈ្មោះឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញរបស់យើង។ សូមសំអាងទៅលើ ជំពូកទី 5 នៃ សៀវភៅណែនាំសមាជិក នេះសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញ។

តារាងមាតិកា

A. ការពន្យល់អំពីអត្ថប្រយោជន៍ (EOB).....	244
B. របៀបតាមដានថ្លៃចំណាយលើឱសថរបស់អ្នក	245
C. ដំណាក់កាលនៃការបង់ថ្លៃឱសថសម្រាប់ឱសថ Medicare ផ្នែក D	247
D. ដំណាក់កាលទី 1៖ ដំណាក់កាលធានារ៉ាប់រងដំបូង.....	247
D1. ការជ្រើសរើសឱសថស្ថានរបស់អ្នក	248
D2. ការទទួលបានការផ្គត់ផ្គង់ឱសថរយៈពេលវែង	248
D3. អ្នកត្រូវតែបង់ប៉ុន្មាន	249
D4. ចុងបញ្ចប់នៃដំណាក់កាលនៃការធានារ៉ាប់រងដំបូង.....	253
E. ដំណាក់កាលទី 2៖ ដំណាក់កាលនៃការធានារ៉ាប់រងលើគ្រោះមហន្តរាយ.....	253
F. ថ្លៃចំណាយលើឱសថរបស់អ្នក ប្រសិនបើវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក ចេញវេជ្ជបញ្ជាឱ្យផ្គត់ផ្គង់តិចជាងរយៈពេលពេញមួយខែ.....	254
G. អ្វីដែលអ្នកត្រូវបង់សម្រាប់ថ្នាំបង្ការរោគផ្នែក D	255
G1. អ្វីដែលអ្នកត្រូវដឹងមុនពេលអ្នកទទួលបានថ្នាំបង្ការរោគ	255
G2. អ្វីដែលអ្នកត្រូវបង់សម្រាប់ថ្នាំបង្ការរោគដែលរ៉ាប់រងដោយ Medicare ផ្នែក D	255

A. ការពន្យល់អំពីអត្ថប្រយោជន៍ (EOB)

គម្រោងរបស់យើងតាមដានថ្លៃចំណាយលើឱសថរបស់អ្នក និងការបង់ប្រាក់ដែលអ្នកធ្វើនៅពេលអ្នកទទួលបាន វេជ្ជបញ្ជានៅឱសថស្ថាន។ យើងតាមដានថ្លៃចំណាយពីរបៀបទៀត៖

- ថ្លៃចំណាយចេញពីហោប៉ៅរបស់អ្នក។ នេះគឺជាចំនួនទឹកប្រាក់ដែលអ្នក ឬអ្នកផ្សេងទៀតបង់ប្រាក់ តំណាងឱ្យអ្នក បង់សម្រាប់វេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក។ នេះរួមបញ្ចូលទាំងអ្វីដែលអ្នកបានបង់នៅពេលដែលអ្នក ទទួលបានឱសថផ្នែក D ដែលបានរ៉ាប់រង ការបង់ប្រាក់ណាមួយសម្រាប់ឱសថរបស់អ្នកដែលធ្វើឡើង ដោយក្រុមគ្រួសារ ឬមិត្តភក្តិ ការបង់ប្រាក់ណាមួយដែលធ្វើឡើងសម្រាប់ឱសថរបស់អ្នកដោយ ជំនួយ បន្ថែម ពី Medicare និយោជក ឬគម្រោងសុខភាពសហជីព សេវាសុខភាពជនជាតិដើមអាមេរិក កម្មវិធី ជំនួយឱសថសម្រាប់ AIDS អង្គការសប្បុរសធម៌ និងកម្មវិធីជំនួយឱសថរបស់រដ្ឋ (State Pharmaceutical Assistance Programs, SPAP) ភាគច្រើន។
- ថ្លៃចំណាយលើឱសថសរុបរបស់អ្នក។ នេះជាចំនួនសរុបនៃថ្លៃចំណាយទាំងអស់ដែលបានបង់សម្រាប់ ឱសថផ្នែក D ដែលមានការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នក។ វារួមបញ្ចូលនូវអ្វីដែលគម្រោងបានបង់ និងអ្វីដែល កម្មវិធី ឬអង្គការផ្សេងទៀតបានបង់សម្រាប់ឱសថផ្នែក D ដែលមានការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នក។

នៅពេលអ្នកទទួលបានឱសថតាមរយៈគម្រោងរបស់យើង យើងនឹងផ្ញើឱ្យអ្នកនូវសេចក្តីសង្ខេបដែលហៅថា ការពន្យល់អំពីអត្ថប្រយោជន៍ (EOB)។ យើងហៅវាដោយសង្ខេបថា EOB។ EOB មិនមែនជាវិក្កយបត្រទេ។ EOB មានព័ត៌មានបន្ថែមអំពីឱសថដែលអ្នកប្រើដូចជា ការកើនឡើងតម្លៃ និងឱសថដទៃទៀតដែលមានការ ចែកចាយថ្លៃចំណាយទាបជាងដែលអាចរកបាន។ អ្នកអាចពិភាក្សាជាមួយអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកពី ជម្រើសនៃថ្លៃចំណាយទាបទាំងនេះ។ EOB រួមមាន៖

- ព័ត៌មានប្រចាំខែ។ សេចក្តីសង្ខេបនោះប្រាប់អំពីឱសថដែលអ្នកទទួលបានសម្រាប់ខែមុន។ វាបង្ហាញអំពី ថ្លៃឱសថសរុប អ្វីដែលយើងបានបង់ និងអ្វីដែលអ្នក និងអ្នកដទៃជួយបង់ឱ្យអ្នក។
- សរុបសម្រាប់មួយឆ្នាំចាប់តាំងពីថ្ងៃទី 1 ខែមករា។ វាបង្ហាញពីថ្លៃចំណាយលើឱសថសរុប និងការបង់ ប្រាក់សរុបសម្រាប់ឱសថរបស់អ្នកចាប់តាំងពីដើមឆ្នាំ។
- ព័ត៌មានអំពីតម្លៃឱសថ។ នេះជាតម្លៃសរុបរបស់ឱសថ និងការផ្លាស់ប្តូរតម្លៃឱសថចាប់តាំងពីការបំពេញ ឱសថដំបូងសម្រាប់ការទាមទារវេជ្ជបញ្ជានីមួយៗនៃបរិមាណដូចគ្នា។
- ជម្រើសដែលមានតម្លៃទាបជាង។ នៅអាចអនុវត្ត ព័ត៌មានអំពីឱសថដែលមានផ្សេងទៀតជាមួយនឹង ចំណែកតម្លៃទាបជាងសម្រាប់វេជ្ជបញ្ជានីមួយៗ។

យើងផ្តល់ជូនការធានារ៉ាប់រងឱសថដែលមិនរ៉ាប់រងនៅក្រោម Medicare។

- ការបង់ប្រាក់ដែលបានធ្វើឡើងសម្រាប់ឱសថទាំងនេះមិនរាប់បញ្ចូលក្នុងតម្លៃចេញពីហោប៉ៅសរុបរបស់ អ្នកទេ។



- ឱសថភាគច្រើនដែលអ្នកទទួលបានពីឱសថស្ថានត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយគម្រោងរបស់អ្នក។ ឱសថផ្សេងទៀត ដូចជាឱសថគ្មានវេជ្ជបញ្ជា (OTC) មួយចំនួន និងវិធានមួយចំនួនអាចត្រូវបានធានារ៉ាប់រងពី Medi-Cal Rx។ សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ Medi-Cal Rx (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov) សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។ អ្នកក៏អាចទូរសព្ទទៅកាន់មជ្ឈមណ្ឌលសេវាបម្រើអតិថិជនរបស់ Medi-Cal តាមរយៈលេខ 800-977-2273។ សូមយកប័ណ្ណសម្គាល់អ្នកទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ (BIC) នៃ Medi-Cal របស់អ្នកមកជាមួយ នៅពេលដែលទទួលបានវេជ្ជបញ្ជាតាមរយៈ Medi-Cal Rx។
- ដើម្បីដឹងថាឱសថណាមួយដែលគម្រោងរបស់យើងរ៉ាប់រង សូមមើលបញ្ជីឱសថរបស់យើង។

B. របៀបតាមដានថ្លៃចំណាយលើឱសថរបស់អ្នក

ដើម្បីរក្សាតាមដានថ្លៃឱសថរបស់អ្នក និងការបង់ប្រាក់ដែលអ្នកបង់ យើងក៏ប្រើកំណត់ត្រាដែលយើងទទួលពីអ្នក និងឱសថស្ថានរបស់អ្នក។ នេះគឺជារបៀបអ្នកអាចជួយយើង៖

1. ប្រើប្រាស់ប័ណ្ណសម្គាល់សមាជិករបស់អ្នក។

បង្ហាញប័ណ្ណសម្គាល់សមាជិករបស់អ្នករៀងរាល់ពេលអ្នកបើកឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាជាថ្មី។ ធ្វើដូច្នេះជួយយើងខ្ញុំឱ្យដឹងថា អ្នកបើកវេជ្ជបញ្ជាអ្វី និងអ្នកបង់ប៉ុន្មាន។

3. ត្រូវប្រាកដថា យើងមានព័ត៌មានដែលយើងត្រូវការ។

អ្នកអាចស្នើសុំឱ្យយើងខ្ញុំបង់ប្រាក់ជូនអ្នកវិញ សម្រាប់ចំណែកនៃថ្លៃចូលរួមការចំណាយរបស់យើងលើឱសថ។ ផ្តល់មកយើងខ្ញុំនូវច្បាប់ចម្លងនៃបង្កាន់ដៃបង់ប្រាក់សម្រាប់ឱសថដែលរ៉ាប់រងដែលអ្នកបានបង់។ នេះជាឧទាហរណ៍ខ្លះៗថាពេលណាដែលអ្នកគួរផ្តល់ឱ្យយើងខ្ញុំនូវច្បាប់ចម្លងនៃបង្កាន់ដៃរបស់អ្នក៖

- នៅពេលអ្នកទិញឱសថដែលរ៉ាប់រងនៅឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញក្នុងតម្លៃពិសេស ឬដោយប្រើប័ណ្ណបញ្ចុះតម្លៃ ដែលមិនមែនជាផ្នែកនៃអត្ថប្រយោជន៍របស់គម្រោងយើង
- នៅពេលអ្នកទូទាត់ថ្លៃបង់ប្រាក់រួមសម្រាប់ឱសថដែលអ្នកទទួលបាននៅក្រោមកម្មវិធីជំនួយអ្នកជំងឺនៃអ្នកផលិតឱសថ។
- នៅពេលដែលអ្នកទិញឱសថមានធានារ៉ាប់រងនៅឱសថស្ថាននៅក្រៅបណ្តាញ
- នៅពេលអ្នកបង់ថ្លៃពេញសម្រាប់ឱសថដែលរ៉ាប់រងក្នុងកាលៈទេសៈពិសេស

សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីការស្នើសុំឱ្យយើងខ្ញុំទូទាត់សងអ្នកវិញសម្រាប់ចំណែកនៃថ្លៃឱសថរបស់យើងខ្ញុំ សូមសំអាងលើ ជំពូកទី 7 នៃ សៀវភៅណែនាំសមាជិក នេះ។

4. សូមផ្ញើមកយើងខ្ញុំនូវព័ត៌មានអំពីការបង់ប្រាក់ដែលអ្នកដទៃទៀតបង់ឱ្យអ្នក។

ការបង់ប្រាក់ដែលបានបង់ដោយបុគ្គល និងអង្គការផ្សេងទៀតខ្លះៗក៏រាប់ជាតម្លៃថ្លៃចំណាយចេញពីហោប៉ៅរបស់អ្នកផងដែរ។ ឧទាហរណ៍ ការបង់ប្រាក់ដែលធ្វើឡើងដោយកម្មវិធីជំនួយឱសថសម្រាប់ជំងឺអេដស៍ (ADAP) សេវាថែទាំសុខភាពជនជាតិពណ៌ស និងសប្បុរសធម៌ភាគច្រើនរាប់បញ្ចូលទៅក្នុងថ្លៃចំណាយចេញពីហោប៉ៅរបស់អ្នក។ យ៉ាងនេះអាចជួយអ្នកឱ្យមានសិទ្ធិទទួលបានការរ៉ាប់រងគ្រោះមហន្តរាយ។ នៅពេលអ្នក

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan តាមរយៈលេខ 1-800-452-4413

(TTY: 711) ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ម៉ោង PT ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទ គឺឥតគិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ blueshieldca.com/medicare។



ឈានដល់ដំណាក់កាលការរ៉ាប់រងគ្រោះមហន្តរាយ គម្រោងរបស់យើងបង់ថ្លៃចំណាយទាំងអស់នៃឱសថ
Medicare ផ្នែក D របស់អ្នកសម្រាប់រយៈពេលដែលនៅសល់នៃឆ្នាំ។

5. ពិនិត្យមើល EOB ដែលយើងផ្ញើជូនអ្នក។

ពេលដែលអ្នកទទួលបាន EOB នៅក្នុងប្រៃសណីយ៍ សូមប្រាកដថាវាពេញលេញ និងត្រឹមត្រូវ។

- តើអ្នកស្គាល់ឈ្មោះឱសថស្ថាននីមួយៗទេ? ពិនិត្យកាលបរិច្ឆេទ។ តើអ្នកបានទទួលឱសថនៅថ្ងៃនោះឬទេ?
- តើអ្នកបានទទួលឱសថដែលបានរាយបញ្ជីឈ្មោះដែរឬទេ? តើឱសថទាំងនោះត្រូវគ្នានឹងឱសថដែល
បានរាយក្នុងវិក្កយបត្ររបស់អ្នកដែរឬទេ? តើឱសថទាំងនោះត្រូវនឹងអ្វីដែលវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកបាន
ចេញវេជ្ជបញ្ជាដែរឬទេ?

ចុះប្រសិនបើអ្នករកឃើញកំហុសនៅក្នុងសេចក្តីសង្ខេបនេះ?

ប្រសិនបើមានអ្វីមួយមិនច្បាស់លាស់ ឬហាក់ដូចជាមិនត្រឹមត្រូវនៅក្នុង EOB នេះ សូមហៅទូរសព្ទមកផ្នែកសេវា
បម្រើអតិថិជនរបស់គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan។ អ្នកក៏អាចស្វែងរកចម្លើយចំពោះសំណួរជាច្រើន
នៅលើគេហទំព័ររបស់យើងបានផងដែរ៖ blueshieldca.com/medicare ។

ចុះប្រសិនបើមានការក្លែងបន្លំដែលអាចកើតឡើង?

ប្រសិនបើសេចក្តីសង្ខេបនេះបង្ហាញពីឱសថដែលអ្នកមិនបានប្រើ ឬអ្វីផ្សេងទៀតដែលមើលទៅគួរឱ្យសង្ស័យ
ចំពោះអ្នក សូមទាក់ទងមកយើងខ្ញុំ។

- សូមហៅទូរសព្ទមកយើងខ្ញុំតាមរយៈផ្នែកថែទាំអតិថិជនរបស់គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan។
- ឬហៅទូរសព្ទទៅ Medicare តាមរយៈលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)។ អ្នកប្រើ
ប្រាស់ TTY គួរទូរសព្ទទៅកាន់លេខ 1-877-486-2048។ អ្នកអាចទូរសព្ទទៅលេខទាំងនេះដោយឥត
គិតថ្លៃ។
- ប្រសិនបើអ្នកសង្ស័យថា អ្នកផ្តល់សេវាដែលទទួលបាន Medi-Cal មានជាប់ពាក់ព័ន្ធនឹងអំពើឆោត
ការខ្វះខាត ឬការរំលោភបំពាន អ្នកមានសិទ្ធិរាយការណ៍ដោយទូរសព្ទទៅកាន់លេខឥតគិតថ្លៃសម្ងាត់
តាមរយៈលេខ 1-800-822-6222។ វិធីសាស្ត្រផ្សេងទៀតនៃការរាយការណ៍អំពីការក្លែងបន្លំ Medi-Cal
អាចត្រូវបានរកឃើញនៅ៖ www.dhcs.ca.gov/individuals/Pages/StopMedi-CalFraud.aspx ។

ប្រសិនបើអ្នកគិតថាមានអ្វីមួយខុស ឬខ្វះចន្លោះ ឬប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរណាមួយ សូមហៅទូរសព្ទទៅកាន់
ផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជន។ រក្សា EOB ទាំងនេះ។ វាគឺជាកំណត់ត្រាព័ត៌មានសំខាន់អំពីការចំណាយថ្លៃឱសថ
របស់អ្នក។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan តាមរយៈលេខ 1-800-452-4413
(TTY: 711) ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ម៉ោង PT ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទ គឺឥតគិត
ថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ blueshieldca.com/medicare ។



C. ដំណាក់កាលនៃការបង់ថ្លៃឱសថសម្រាប់ឱសថ Medicare ផ្នែក D

មានដំណាក់កាលបង់ប្រាក់ពីរសម្រាប់ការធានារ៉ាប់រងឱសថ Medicare ផ្នែក D របស់អ្នកនៅក្រោមគម្រោងរបស់យើង។ តើអ្នកបង់ប៉ុន្មានអាស្រ័យលើដំណាក់កាលដែលអ្នកកំពុងស្ថិតនៅ ពេលដែលអ្នកពិពេញឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជា ឬបើកបំពេញឱសថឡើងវិញ។ ខាងក្រោមនេះ មានពីរដំណាក់កាល៖

ដំណាក់កាលទី 1៖ ដំណាក់កាលធានារ៉ាប់រងដំបូង	ដំណាក់កាលទី 2៖ ដំណាក់កាលធានារ៉ាប់រងគ្រោះមហន្តរាយ
នៅក្នុងដំណាក់កាលនេះ យើងបង់ថ្លៃនៃថ្លៃចំណាយលើឱសថរបស់អ្នក ហើយអ្នកបង់ចំណែករបស់អ្នក។ ចំណែករបស់អ្នក ហៅថាការបង់ប្រាក់រួម។ អ្នកចាប់ផ្តើមក្នុងដំណាក់កាលនេះ នៅពេលដែលអ្នកបើកឱសថមានវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកលើកដំបូងនៃឆ្នាំ។	នៅក្នុងដំណាក់កាលនេះ យើងបង់ថ្លៃចំណាយទាំងអស់លើឱសថរបស់អ្នករហូតដល់ថ្ងៃទី 31 ខែធ្នូ ឆ្នាំ 2026។ អ្នកចាប់ផ្តើមដំណាក់កាលនេះនៅពេលដែលអ្នកបានបង់ចំនួនជាក់លាក់នៃតម្លៃចេញពីហោប៉ៅ។

D. ដំណាក់កាលទី 1៖ ដំណាក់កាលធានារ៉ាប់រងដំបូង

ក្នុងអំឡុងដំណាក់កាលធានារ៉ាប់រងដំបូង យើងបង់ចំណែកថ្លៃចំណាយនៃឱសថដែលមារ៉ាប់រងរបស់អ្នក ហើយអ្នកបង់ចំណែករបស់អ្នក។ ចំណែករបស់អ្នក ហៅថាការបង់ប្រាក់រួម។ ការប្រាក់បង់រួមអាស្រ័យលើកម្រិតថ្នាក់នៃចំណែកនៃថ្លៃចូលរួមការចំណាយដែលឱសថស្ថិតនៅ និងកន្លែងដែលអ្នកទទួលបានវា។

កម្រិតថ្នាក់នៃចំណែកនៃថ្លៃចូលរួមការចំណាយ គឺជាក្រុមនៃឱសថដែលមានការបង់ប្រាក់រួមដូចគ្នា។ រាល់ឱសថនៅក្នុង *បញ្ជីឱសថ* នៃគម្រោងរបស់យើង គឺស្ថិតក្នុងកម្រិតថ្នាក់មួយក្នុងចំណោមកម្រិតថ្នាក់នៃចំណែកនៃថ្លៃចូលរួមការចំណាយទាំងប្រាំ។ ជាទូទៅ លេខកម្រិតថ្នាក់នៃថ្លៃចំណាយចូលរួមចំណែកកាន់តែខ្ពស់ ការបង់ប្រាក់រួមក៏កាន់តែខ្ពស់ដែរ។ ដើម្បីស្វែងរកកម្រិតថ្នាក់នៃចំណែកនៃថ្លៃចូលរួមការចំណាយសម្រាប់ឱសថរបស់អ្នក សូមមើល *បញ្ជីឱសថ* របស់យើង។

- កម្រិតថ្នាក់នៃចំណែកនៃថ្លៃចូលរួមការចំណាយ ទី 1៖ ឱសថទូទៅដែលពេញចិត្ត (កម្រិតនៃការចែករំលែកថ្លៃចំណាយទាបបំផុត) - រួមមានឱសថទូទៅដែលពេញចិត្ត។ ប្រាក់បង់រួម គឺ \$0។



- កម្រិតថ្នាក់នៃចំណែកនៃថ្លៃចូលរួមការចំណាយ ទី 2៖ ឱសថទូទៅ – រួមទាំងឱសថទូទៅ និងឱសថជីវសាស្ត្រស្រដៀងគ្នា។ ប្រាក់បង់រួម គឺ \$0។
- កម្រិតថ្នាក់នៃចំណែកនៃថ្លៃចូលរួមការចំណាយ ទី 3៖ ឱសថមានម៉ាកដែលពេញនិយម – រាប់បញ្ចូលទាំងឱសថម៉ាកល្បីដែលពេញនិយម ឱសថជីវសាស្ត្រស្រដៀងគ្នា និងឱសថទូទៅមួយចំនួន។ ប្រាក់បង់រួមគឺចាប់ពី \$0 ដល់ \$12.65 អាស្រ័យលើប្រាក់ចំណូលរបស់អ្នក។
- កម្រិតថ្នាក់នៃចំណែកនៃថ្លៃចូលរួមការចំណាយ ទី 4៖ ឱសថមិនពេញនិយម – រាប់បញ្ចូលទាំងឱសថម៉ាកល្បីដែលមិនពេញនិយម ឱសថជីវសាស្ត្រស្រដៀងគ្នា និងឱសថទូទៅមួយចំនួន។ ប្រាក់បង់រួមគឺចាប់ពី \$0 ដល់ \$12.65 អាស្រ័យលើប្រាក់ចំណូលរបស់អ្នក។
- កម្រិតថ្នាក់នៃចំណែកនៃថ្លៃចូលរួមការចំណាយ ទី 5៖ ឱសថកម្រិតឯកទេស (ថ្នាក់ចំណែកតម្លៃខ្ពស់បំផុត) – រួមបញ្ចូលឱសថម៉ាកល្បីដែលមានតម្លៃខ្ពស់ ឱសថជីវសាស្ត្រស្រដៀងគ្នា និងឱសថទូទៅដែលអាចទាមទារការគ្រប់គ្រងពិសេស និង/ឬ ការត្រួតពិនិត្យយ៉ាងដិតដល់។ ប្រាក់បង់រួមគឺចាប់ពី \$0 ដល់ \$12.65 អាស្រ័យលើប្រាក់ចំណូលរបស់អ្នក។

D1. ការជ្រើសរើសឱសថស្ថានរបស់អ្នក

ចំនួនទឹកប្រាក់ដែលអ្នកត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថអាស្រ័យលើថា តើអ្នកទទួលបានឱសថពី៖

- ឱសថស្ថានលក់រាយក្នុងបណ្តាញ ឬ
- ឱសថស្ថាននៅក្រៅបណ្តាញ។ នៅក្នុងករណីមានកំរិត យើងថាវាជាប់រងឱសថវេជ្ជបញ្ជាបានបើកនៅឱសថស្ថាននៅក្រៅបណ្តាញ។ សូមអាន **ជំពូកទី 5 នៃ សៀវភៅណែនាំសមាជិក** នេះ ដើម្បីស្វែងយល់ថាតើពេលណាដែលយើងធ្វើដូច្នេះ។
- សេវាដឹកជញ្ជូនដល់ផ្ទះរបស់គម្រោងយើង។

ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពីជម្រើសទាំងនេះ សូមអាន **ជំពូកទី 5 នៃ សៀវភៅណែនាំសមាជិក** របស់អ្នក និង **បញ្ជីឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថាន**របស់យើង។

D2. ការទទួលបានការផ្គត់ផ្គង់ឱសថរយៈពេលវែង

សម្រាប់ឱសថមួយចំនួន អ្នកអាចទទួលបានការផ្គត់ផ្គង់យូរអង្វែង (ក៏ហៅថា "ការផ្គត់ផ្គង់ពន្យារ" ដែរ) នៅពេលអ្នកបំពេញឱសថវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក។ ការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេលវែងរហូតដល់រយៈពេល 100 ថ្ងៃ។ វាមានតម្លៃសម្រាប់អ្នកដូចគ្នានឹងការផ្គត់ផ្គង់មួយខែ។

សម្រាប់ព័ត៌មានលម្អិតអំពីទឹកនៃ និងរបៀបដើម្បីទទួលបានការផ្គត់ផ្គង់ឱសថរយៈពេលវែង សូមអាន ជំពូកទី 5 នៃ សៀវភៅណែនាំសមាជិកនេះ ឬ បញ្ជីឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថាន របស់យើង។

D3. អ្នកត្រូវតែបង់ប៉ុន្មាន

នៅក្នុងអំឡុងពេលដំណាក់កាលនៃការធានារ៉ាប់រងដំបូង អ្នកអាចនឹងទទួលបានការបង់ប្រាក់រួមរៀងរាល់ពេលអ្នកបើកឱសថវេជ្ជបញ្ជា។ ប្រសិនបើឱសថដែលមានធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នក មានតម្លៃតិចជាងការបង់ប្រាក់រួម អ្នកនឹងបង់តម្លៃទាបនោះ។

សូមទាក់ទងផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជន ដើម្បីស្វែងយល់ថា តើការបង់ប្រាក់រួមរបស់អ្នកមានចំនួនប៉ុន្មានសម្រាប់ឱសថដែលមានការរ៉ាប់រង។

ចំណែកថ្លៃចំណាយរបស់អ្នកនៅពេលអ្នកទទួលបានការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេលមួយខែនូវឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងពី៖

	ឱសថស្ថាននៅក្នុងបណ្តាញ	សេវាដឹកជញ្ជូនដល់ផ្ទះរបស់គម្រោងយើង	ឱសថស្ថានថែទាំរយៈពេលវែងក្នុងបណ្តាញ	ឱសថស្ថានក្រៅបណ្តាញ
	ការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេលមួយខែ ឬរហូតដល់រយៈពេល 30 ថ្ងៃ	ការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេលមួយខែ ឬរហូតដល់រយៈពេល 30 ថ្ងៃ	ផ្គត់ផ្គង់ដល់ទៅ 31 ថ្ងៃ	ផ្គត់ផ្គង់រហូតដល់រយៈពេល 30 ថ្ងៃ។ ការធានារ៉ាប់រងដែលមានកំណត់ចំពោះករណីខ្លះៗ សូមអាន ជំពូកទី 5 នៃ សៀវភៅណែនាំសមាជិកនេះសម្រាប់ព័ត៌មានលម្អិត។
ចំណែកនៃថ្លៃចូលរួមការចំណាយកម្រិតថ្នាក់ ទី 1 (ឱសថទូទៅដែលពេញចិត្ត)	\$0 សម្រាប់ការបង់ប្រាក់រួម	សេវាដឹកជញ្ជូនដល់ផ្ទះមិនមានសម្រាប់ឱសថក្នុងកម្រិតទី 1 ទេ។	\$0 សម្រាប់ការបង់ប្រាក់រួម	\$0 សម្រាប់ការបង់ប្រាក់រួម

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan តាមរយៈលេខ 1-800-452-4413 (TTY: 711) ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ម៉ោង PT ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទ គឺឥតគិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ blueshieldca.com/medicare។



	ឱសថស្ថាននៅ ក្នុងបណ្តាញ	សេវាដឹកជញ្ជូន ដល់ផ្ទះរបស់ គម្រោងយើង	ឱសថស្ថាន ថែទាំរយៈពេល វែងក្នុងបណ្តាញ	ឱសថស្ថានក្រៅ បណ្តាញ
	ការផ្គត់ផ្គង់រយៈ ពេលមួយខែ ឬ រហូតដល់រយៈ ពេល 30 ថ្ងៃ	ការផ្គត់ផ្គង់រយៈ ពេលមួយខែ ឬ រហូតដល់រយៈ ពេល 30 ថ្ងៃ	ផ្គត់ផ្គង់ដល់ទៅ 31 ថ្ងៃ	ផ្គត់ផ្គង់រហូតដល់ រយៈពេល 30 ថ្ងៃ។ ការធានារ៉ាប់រងដែល មានកំណត់ចំពោះ ករណីខ្លះៗ សូមអាន ជំពូកទី 5 នៃ <i>សៀវភៅណែនាំ</i> <i>សមាជិក</i> នេះសម្រាប់ ព័ត៌មានលម្អិត។
ចំណែកនៃថ្លៃ ចូលរួមការ ចំណាយ កម្រិតថ្នាក់ ទី 2 (ឱសថទូទៅ)	\$0 សម្រាប់ ការបង់ប្រាក់ រួម	សេវាដឹកជញ្ជូន ដល់ផ្ទះមិនមាន សម្រាប់ឱសថក្នុង កម្រិតទី 2 ទេ។	\$0 សម្រាប់ ការបង់ប្រាក់ រួម	\$0 សម្រាប់ ការបង់ប្រាក់ រួម
ចំណែកនៃថ្លៃ ចូលរួមការ ចំណាយ កម្រិតថ្នាក់ ទី 3 (ឱសថមានម៉ាក ដែលពេញចិត្ត)	ការបង់ប្រាក់រួម \$0, \$5.10 ឬ \$12.65 ដោយ ផ្អែកលើកម្រិត Extra Help ដែល សមាជិកទទួល បាន។	សេវាដឹក ជញ្ជូនដល់ផ្ទះ មិនមាន សម្រាប់ឱសថ ក្នុងកម្រិតទី 3 ទេ។	ការបង់ប្រាក់រួម \$0, \$5.10 ឬ \$12.65 ដោយ ផ្អែកលើកម្រិត Extra Help ដែល សមាជិកទទួល បាន។	ការបង់ប្រាក់រួម \$0, \$5.10 ឬ \$12.65 ដោយ ផ្អែកលើកម្រិត Extra Help ដែលសមាជិក ទទួលបាន។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan តាមរយៈលេខ 1-800-452-4413
(TTY: 711) ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ម៉ោង PT ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទ គឺឥតគិត
ថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ blueshieldca.com/medicare។



	ឱសថស្ថាននៅ ក្នុងបណ្តាញ	សេវាដឹកជញ្ជូន ដល់ផ្ទះរបស់ គម្រោងយើង	ឱសថស្ថាន ថែទាំរយៈពេល វែងក្នុងបណ្តាញ	ឱសថស្ថានក្រៅ បណ្តាញ
	ការផ្គត់ផ្គង់រយៈ ពេលមួយខែ ឬ រហូតដល់រយៈ ពេល 30 ថ្ងៃ	ការផ្គត់ផ្គង់រយៈ ពេលមួយខែ ឬ រហូតដល់រយៈ ពេល 30 ថ្ងៃ	ផ្គត់ផ្គង់ដល់ទៅ 31 ថ្ងៃ	ផ្គត់ផ្គង់រហូតដល់ រយៈពេល 30 ថ្ងៃ។ ការធានារ៉ាប់រងដែល មានកំណត់ចំពោះ ករណីខ្លះ។ សូមអាន ជំពូកទី 5 នៃ សៀវភៅណែនាំ សមាជិក នេះសម្រាប់ ព័ត៌មានលម្អិត។
ចំណែកនៃថ្លៃ ចូលរួមការ ចំណាយ កម្រិតថ្នាក់ ទី 4 (ឱសថទូទៅ ដែលមានតម្លៃ ថ្លៃ)	ការបង់ប្រាក់ រួម \$0, \$5.10 ឬ \$12.65 ដោយផ្អែកលើ កម្រិត Extra Help ដែល សមាជិក ទទួលបាន។	សេវាដឹក ជញ្ជូនដល់ផ្ទះ មិនមាន សម្រាប់ឱសថ ក្នុងកម្រិតទី 4 ទេ។	ការបង់ប្រាក់ រួម \$0, \$5.10 ឬ \$12.65 ដោយផ្អែកលើ កម្រិត Extra Help ដែល សមាជិក ទទួលបាន។	ការបង់ប្រាក់ រួម \$0, \$5.10 ឬ \$12.65 ដោយផ្អែកលើ កម្រិត Extra Help ដែល សមាជិក ទទួលបាន។
ចំណែកនៃថ្លៃ ចូលរួមការ ចំណាយ កម្រិតថ្នាក់ ទី 5 (ឱសថកម្រិត ថ្នាក់ឯកទេស)	ការបង់ប្រាក់ រួម \$0, \$5.10 ឬ \$12.65 ដោយផ្អែកលើ កម្រិត Extra Help ដែល សមាជិក ទទួលបាន។	ការបង់ប្រាក់ រួម \$0, \$5.10 ឬ \$12.65 ដោយផ្អែកលើ កម្រិត Extra Help ដែល សមាជិក ទទួលបាន។	ការបង់ប្រាក់ រួម \$0, \$5.10 ឬ \$12.65 ដោយផ្អែកលើ កម្រិត Extra Help ដែល សមាជិក ទទួលបាន។	ការបង់ប្រាក់ រួម \$0, \$5.10 ឬ \$12.65 ដោយផ្អែកលើ កម្រិត Extra Help ដែល សមាជិក ទទួលបាន។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan តាមរយៈលេខ 1-800-452-4413 (TTY: 711) ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ម៉ោង PT ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទ គឺឥតគិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ blueshieldca.com/medicare។



ចំណែកថ្លៃចំណាយរបស់អ្នកនៅពេលអ្នកទទួលបានការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេលវែង នូវឱសថដែលត្រូវបានរ៉ាប់រងពី៖

	ឱសថស្ថាននៅក្នុងបណ្តាញ ការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេលវែង ឬរហូត ដល់រយៈពេល 100 ថ្ងៃ	សេវាដឹកជញ្ជូនដល់ផ្ទះរបស់គម្រោង យើង ការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេលវែង ឬរហូតដល់ រយៈពេល 100 ថ្ងៃ
ចំណែកនៃថ្លៃចូលរួម ការចំណាយ កម្រិតថ្នាក់ ទី 1 (ឱសថទូទៅដែល ពេញចិត្ត)	\$0 សម្រាប់ការបង់ប្រាក់រួម	\$0 សម្រាប់ការបង់ប្រាក់រួម
ចំណែកនៃថ្លៃចូលរួម ការចំណាយ កម្រិតថ្នាក់ ទី 2 (ឱសថទូទៅ)	\$0 សម្រាប់ការបង់ប្រាក់រួម	\$0 សម្រាប់ការបង់ប្រាក់រួម
ចំណែកនៃថ្លៃចូលរួម ការចំណាយ កម្រិតថ្នាក់ ទី 3 (ឱសថមានម៉ាកដែល ពេញចិត្ត)	ការបង់ប្រាក់រួម \$0, \$5.10 ឬ \$12.65 ដោយផ្អែកលើកម្រិត Extra Help ដែលសមាជិក ទទួលបាន។	ការបង់ប្រាក់រួម \$0, \$5.10 ឬ \$12.65 ដោយផ្អែកលើកម្រិត Extra Help ដែលសមាជិកទទួលបាន។
ចំណែកនៃថ្លៃចូលរួម ការចំណាយ កម្រិតថ្នាក់ ទី 4 (ឱសថទូទៅដែលមាន តម្លៃថ្លៃ)	ការបង់ប្រាក់រួម \$0, \$5.10 ឬ \$12.65 ដោយផ្អែកលើកម្រិត Extra Help ដែលសមាជិក ទទួលបាន។	ការបង់ប្រាក់រួម \$0, \$5.10 ឬ \$12.65 ដោយផ្អែកលើកម្រិត Extra Help ដែលសមាជិកទទួលបាន។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan តាមរយៈលេខ 1-800-452-4413
(TTY: 711) ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ម៉ោង PT ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទ គឺឥតគិត
ថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ blueshieldca.com/medicare។



	ឱសថស្ថាននៅក្នុងបណ្តាញ	សេវាដឹកជញ្ជូនដល់ផ្ទះរបស់គម្រោងយើង
	ការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេលវែង ឬរហូតដល់រយៈពេល 100 ថ្ងៃ	ការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេលវែង ឬរហូតដល់រយៈពេល 100 ថ្ងៃ
ចំណែកនៃថ្លៃចូលរួម ការចំណាយ កម្រិតថ្នាក់ ទី 5 (ឱសថកម្រិតថ្នាក់ឯកទេស)	ការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេលវែងមិនមានសម្រាប់ឱសថក្នុងកម្រិតទី 5 ទេ។	ការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេលវែងមិនមានសម្រាប់ឱសថក្នុងកម្រិតទី 5 ទេ។

សម្រាប់ព័ត៌មានអំពីឱសថស្ថានណាមួយអាចផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវសម្ភារផ្គត់ផ្គង់រយៈពេលវែង សូមមើល *បញ្ជីឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថាន* របស់យើង។

D4. ចុងបញ្ចប់នៃដំណាក់កាលនៃការធានារ៉ាប់រងដំបូង

ដំណាក់កាលរ៉ាប់រងដំបូងបញ្ចប់នៅពេលថ្ងៃចំណាយចេញពីហោប៉ៅសរុបរបស់អ្នកឈានដល់ \$2,100។ ត្រង់ចំណុចនេះ ដំណាក់កាលធានារ៉ាប់រងនៃការកើតមានគ្រោះមហន្តរាយចាប់ផ្តើម។ យើងរ៉ាប់រងតម្លៃឱសថទាំងអស់របស់អ្នក ចាប់តាំងពីពេលនោះមក រហូតដល់ចុងឆ្នាំ។

EOB របស់អ្នកជួយអ្នកបន្តតាមដានថា តើអ្នកបានបង់ប្រាក់ប៉ុន្មានសម្រាប់ឱសថរបស់អ្នកក្នុងអំឡុងឆ្នាំនោះ។ យើងនឹងប្រាប់អ្នកឱ្យដឹង ប្រសិនបើអ្នកឈានដល់ការកំណត់ \$2,100។ មនុស្សជាច្រើនមិនអាចសម្រេចបានក្នុងមួយឆ្នាំនោះទេ។

E. ដំណាក់កាលទី 2៖ ដំណាក់កាលនៃការធានារ៉ាប់រងលើគ្រោះមហន្តរាយ

នៅពេលអ្នកឈានដល់ការកំណត់នៃថ្លៃចំណាយចេញពីហោប៉ៅចំនួន \$2,100 សម្រាប់ឱសថ ដំណាក់កាលការរ៉ាប់រងគ្រោះមហន្តរាយចាប់ផ្តើម។ អ្នកនឹងស្ថិតក្នុងដំណាក់កាលការធានារ៉ាប់រងគ្រោះមហន្តរាយរហូតដល់ដំណាច់ឆ្នាំតាមប្រតិទិន។ ក្នុងដំណាក់កាលនេះ អ្នកមិនត្រូវបង់ថ្លៃអ្វីទាំងអស់សម្រាប់ឱសថដែលមានការរ៉ាប់រងផ្នែក D របស់អ្នក។

F. ថ្លៃចំណាយលើឱសថរបស់អ្នក ប្រសិនបើវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក ចេញវេជ្ជបញ្ជាឱ្យផ្គត់ផ្គង់តិចជាងរយៈពេលពេញមួយខែ

ក្នុងករណីមួយចំនួន អ្នកទូទាត់ការបង់ប្រាក់រួម ដើម្បីរ៉ាប់រងការផ្គត់ផ្គង់ឱសថដែលមានធានារ៉ាប់រងពេញមួយខែ។ តែជាយ៉ាងណាមិញ វេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកអាចចេញវេជ្ជបញ្ជាឱ្យផ្គត់ផ្គង់ឱសថតិចជាងមួយខែ។

- វាអាចមានពេលដែលអ្នកចង់សួរវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកអំពីការចេញវេជ្ជបញ្ជាតិចជាងការផ្គត់ផ្គង់ឱសថសម្រាប់រយៈពេលមួយខែ (ឧទាហរណ៍ នៅពេលអ្នកកំពុងសាកល្បងប្រើឱសថជាលើកដំបូង)។
- ប្រសិនបើវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកយល់ព្រម អ្នកនឹងមិនបង់ប្រាក់សម្រាប់ការផ្គត់ផ្គង់ពេញមួយខែសម្រាប់ឱសថមួយចំនួន។

នៅពេលអ្នកទទួលបានការផ្គត់ផ្គង់ឱសថតិចជាងមួយខែ ចំនួនដែលអ្នកត្រូវបង់ គឺអាស្រ័យលើចំនួនថ្ងៃនៃឱសថដែលអ្នកទទួលបាន។ យើងគណនាចំនួនទឹកប្រាក់ដែលអ្នកត្រូវបង់ក្នុងមួយថ្ងៃសម្រាប់ឱសថរបស់អ្នក (“អត្រាចំណែកនៃថ្លៃចូលរួមការចំណាយប្រចាំថ្ងៃ”) ហើយគុណវាជាមួយនឹងចំនួនថ្ងៃនៃឱសថដែលអ្នកទទួលបាន។

- ខាងក្រោមនេះគឺឧទាហរណ៍៖ ឧបមាថា ការបង់ប្រាក់រួមសម្រាប់ឱសថរបស់អ្នកសម្រាប់ការផ្គត់ផ្គង់ពេញមួយខែ (ការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេល 30 ថ្ងៃ) គឺ \$1.35។ នេះមានន័យថា ចំនួនទឹកប្រាក់ដែលអ្នកត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថរបស់អ្នក គឺតិចជាង \$0.05 ក្នុងមួយថ្ងៃ។ ប្រសិនបើអ្នកទទួលបានការផ្គត់ផ្គង់ឱសថរយៈពេល 7 ថ្ងៃ ការបង់ប្រាក់របស់អ្នក គឺតិចជាង \$.05 ក្នុងមួយថ្ងៃ គុណនឹង 7 ថ្ងៃ សម្រាប់ការបង់ប្រាក់សរុបតិចជាង \$0.35។
- ចំណែកនៃថ្លៃចូលរួមការចំណាយប្រចាំថ្ងៃធ្វើឱ្យអ្នកដឹងប្រាកដថា ឱសថមានប្រសិទ្ធភាពសម្រាប់អ្នក មុនពេលអ្នកបង់ថ្លៃផ្គត់ផ្គង់ពេញមួយខែ។
- អ្នកក៏អាចស្នើសុំឱ្យអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាតិចជាងការផ្គត់ផ្គង់ឱសថពេញមួយខែ ដើម្បីជួយអ្នក៖
 - រៀបចំផែនការឱ្យកាន់តែប្រសើរនៅពេលបើកឱសថរបស់អ្នកសាជាថ្មី
 - សម្របសម្រួលការបើកឱសថសាជាថ្មីដែលអ្នកប្រើ និង
 - ចំណាយពេលតិចជាងការធ្វើដំណើរទៅកាន់ឱសថស្ថាន។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan តាមរយៈលេខ 1-800-452-4413 (TTY: 711) ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ម៉ោង PT ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទ គឺឥតគិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ blueshieldca.com/medicare។



G. អ្វីដែលអ្នកត្រូវបង់សម្រាប់ថ្នាំបង្ការរោគផ្នែក D

សារៈសំខាន់ៗអំពីអ្វីដែលអ្នកត្រូវបង់ថ្លៃទៅលើការចាក់ថ្នាំវ៉ាក់សាំង៖ វ៉ាក់សាំងមួយចំនួនត្រូវបានចាត់ទុកថា ជាអត្ថប្រយោជន៍ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ ហើយមានការធានារ៉ាប់រងក្រោមកម្មវិធី Medicare ផ្នែក B។ វ៉ាក់សាំងផ្សេងទៀតត្រូវបានចាត់ទុកថាជាឱសថក្នុងកម្មវិធី Medicare ផ្នែក D។ អ្នកអាចរកឃើញថ្នាំបង្ការរោគទាំងនេះដែលបានរាយឈ្មោះនៅក្នុង *បញ្ជីឱសថ* របស់យើង។ គម្រោងរបស់យើងធានារ៉ាប់រងលើវ៉ាក់សាំង Medicare ផ្នែក D ភាគច្រើនបំផុត ដោយមិនគិតថ្លៃចំពោះអ្នកទេ។ សូមអាន *បញ្ជីឱសថ* នៃគម្រោងរបស់អ្នក ឬទាក់ទងផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជនសម្រាប់ព័ត៌មានលម្អិតអំពីការរ៉ាប់រង និងចំណែកតម្លៃអំពីថ្នាំបង្ការរោគជាក់លាក់។

មានផ្នែកពីរចំពោះការរ៉ាប់រងរបស់យើងលើថ្នាំបង្ការរោគ Medicare ផ្នែក D៖

1. ផ្នែកទីមួយគឺសម្រាប់ថ្លៃចំណាយនៃ **ថ្នាំបង្ការរោគផ្ទាល់**។
2. ផ្នែកទីពីរគឺសម្រាប់ថ្លៃចំណាយក្នុង **ការផ្តល់ថ្នាំបង្ការរោគដល់អ្នក**។ ឧទាហរណ៍ ពេលខ្លះអ្នកអាចទទួលបានថ្នាំវ៉ាក់សាំងដែលវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកជាអ្នកចាក់ឱ្យអ្នក។

G1. អ្វីដែលអ្នកត្រូវដឹងមុនពេលអ្នកទទួលថ្នាំបង្ការរោគ

យើងណែនាំអ្នកឱ្យទូរសព្ទទៅកាន់ផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជន ប្រសិនបើអ្នកមានគម្រោងទៅទទួលយកថ្នាំបង្ការរោគ។

- យើងអាចប្រាប់អ្នកអំពីរបៀបដែលគម្រោងរបស់យើងរ៉ាប់រងលើថ្នាំបង្ការរោគរបស់អ្នក និងពន្យល់ពីចំណែកថ្លៃចំណាយរបស់អ្នក។
- យើងអាចប្រាប់អ្នកពីរបៀបរក្សាថ្លៃចំណាយរបស់អ្នកឱ្យនៅទាប គឺតាមរយៈការប្រើប្រាស់ឱសថស្ថាន និងអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ។ ឱសថស្ថាន និងអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញយល់ព្រមធ្វើការជាមួយគម្រោងរបស់យើង។ អ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញធ្វើការជាមួយយើងខ្ញុំដើម្បីធានាថា អ្នកមិនមានការចំណាយជាមុនសម្រាប់ថ្នាំវ៉ាក់សាំងរបស់ Medicare ផ្នែក D ទេ។

G2. អ្វីដែលអ្នកត្រូវបង់សម្រាប់ថ្នាំបង្ការរោគដែលរ៉ាប់រងដោយ Medicare ផ្នែក D

អ្វីដែលអ្នកត្រូវបង់សម្រាប់ថ្នាំបង្ការរោគអាស្រ័យលើប្រភេទថ្នាំបង្ការរោគ (តើអ្នកត្រូវចាក់ថ្នាំបង្ការរោគអ្វី)។

- ថ្នាំចាក់បង្ការរោគមួយចំនួន ត្រូវបានចាត់ទុកជាអត្ថប្រយោជន៍សុខភាព ជាជាងឱសថ។ ថ្នាំវ៉ាក់សាំងទាំងនេះត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយឥតគិតថ្លៃសម្រាប់អ្នក។ ដើម្បីស្វែងយល់អំពីការរ៉ាប់រងនៃថ្នាំបង្ការរោគទាំងនេះ សូមអានតារាងអត្ថប្រយោជន៍នៅក្នុង **ជំពូកទី 4** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក* នេះ។
- ថ្នាំវ៉ាក់សាំងផ្សេងទៀត ចាត់ទុកជាឱសថ Medicare ផ្នែក D។ អ្នកអាចស្វែងរកវ៉ាក់សាំងទាំងនេះ នៅក្នុង *បញ្ជីឱសថ* នៃគម្រោងរបស់យើង។ អ្នកប្រហែលជាបង់ប្រាក់រួមសម្រាប់វ៉ាក់សាំង Medicare ផ្នែក D។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan តាមរយៈលេខ 1-800-452-4413 (TTY: 711) ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ម៉ោង PT ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទ គឺឥតគិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ blueshieldca.com/medicare។



**ប្រសិនបើវ៉ាក់សាំងនេះត្រូវបានណែនាំសម្រាប់មនុស្សពេញវ័យ ដោយអង្គការមួយ ហៅថា គណៈកម្មាធិការ
ទីប្រឹក្សាស្តីពីការអនុវត្តការចាក់ថ្នាំការពាររោគ (Advisory Committee on Immunization
Practices, ACIP) នោះថ្នាំបង្ការរោគនឹងមិនគិតថ្លៃអ្វីពីអ្នកទេ។**

នេះគឺជាវិធីទូទៅចំនួនបីដែលអ្នកអាចទទួលបានថ្នាំបង្ការរោគ Medicare ផ្នែក D។

1. អ្នកទទួលបានថ្នាំវ៉ាក់សាំង Medicare ផ្នែក D និងការចាក់វ៉ាក់សាំងរបស់អ្នកនៅឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញ។
 - សម្រាប់ថ្នាំបង្ការរោគផ្នែក D សម្រាប់មនុស្សពេញវ័យភាគច្រើន អ្នកនឹងមិនបង់ប្រាក់អ្វីឡើយ។
 - សម្រាប់ថ្នាំវ៉ាក់សាំងផ្នែក D ផ្សេងទៀត អ្នកបង់ប្រាក់លើ ការបង់ប្រាក់រួមសម្រាប់ថ្នាំវ៉ាក់សាំងនេះ។
2. អ្នកទទួលបានថ្នាំវ៉ាក់សាំង Medicare ផ្នែក D នៅការិយាល័យវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក ហើយវេជ្ជ
បណ្ឌិតរបស់អ្នកចាក់ថ្នាំចាក់វ៉ាក់សាំងឱ្យអ្នក។
 - អ្នកបង់ប្រាក់លើការបង់ប្រាក់រួម ទៅវេជ្ជបណ្ឌិតសម្រាប់ការចាក់ថ្នាំវ៉ាក់សាំងនោះ។
 - យើងនឹងបង់ថ្លៃចំណាយសម្រាប់ការចាក់ថ្នាំឱ្យអ្នក។
 - ការិយាល័យវេជ្ជបណ្ឌិតគួរតែទូរសព្ទទៅគម្រោងរបស់យើងក្នុងស្ថានភាពនេះ ដូច្នេះយើងអាចធ្វើឱ្យប្រាកដ
ថា ពួកគេដឹងថាអ្នកត្រូវតែបង់ប្រាក់លើ ការបង់ប្រាក់រួម សម្រាប់តែការចាក់ថ្នាំវ៉ាក់សាំងប៉ុណ្ណោះ។
3. អ្នកទទួលបានថ្នាំវ៉ាក់សាំង Medicare ផ្នែក D នៅឱសថស្ថាន ហើយអ្នកយកថ្នាំនោះទៅកាន់
ការិយាល័យវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក ដើម្បីចាក់ថ្នាំ។
 - សម្រាប់ថ្នាំបង្ការរោគផ្នែក D សម្រាប់មនុស្សពេញវ័យភាគច្រើន អ្នកនឹងមិនបង់ប្រាក់អ្វីសម្រាប់ថ្នាំបង្ការ
រោគនោះទេ។
 - សម្រាប់ថ្នាំវ៉ាក់សាំងផ្នែក D ផ្សេងទៀត អ្នកបង់ប្រាក់លើ ការបង់ប្រាក់រួមសម្រាប់ថ្នាំវ៉ាក់សាំងនេះ។
 - យើងនឹងបង់ថ្លៃចំណាយសម្រាប់ការចាក់ថ្នាំឱ្យអ្នក។



ជំពូកទី 7៖ ការស្នើសុំឱ្យយើងខ្ញុំបង់ប្រាក់ចំណែករបស់យើងលើវិក្កយបត្រ ដែលអ្នកបានទទួលសម្រាប់សេវា ឬឱសថដែលរ៉ាប់រង

សេចក្តីផ្តើម

ជំពូកនេះប្រាប់អ្នកពីរបៀប និងពេលណាត្រូវធ្វើវិក្កយបត្រមកយើងខ្ញុំដើម្បីស្នើសុំការទូទាត់ប្រាក់។ វាក៏ប្រាប់អ្នកពីរបៀបដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ ប្រសិនបើអ្នកមិនយល់ស្របជាមួយនឹងការសម្រេចពីការរ៉ាប់រង។ ពាក្យគន្លឹះ និងនិយមន័យរបស់វា មានរៀបចំតាមលំដាប់អក្ខរក្រម នៅក្នុងជំពូកចុងក្រោយនៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក* នេះ។

តារាងមាតិកា

A. ការស្នើសុំឱ្យយើងខ្ញុំបង់ថ្លៃសេវា ឬឱសថរបស់អ្នក.....	258
B. ការផ្ញើមកយើងខ្ញុំនូវសំណើសម្រាប់ការបង់ប្រាក់.....	263
C. សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង.....	264
D. បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍.....	264

A. ការស្នើសុំឱ្យយើងខ្ញុំបង់ថ្លៃសេវា ឬឱសថរបស់អ្នក

អ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញរបស់យើងត្រូវតែចេញវិក្កយបត្រទៅគម្រោងសម្រាប់សេវា និងឱសថដែលមានធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកបន្ទាប់ពីអ្នកទទួលបានសេវា និងឱសថទាំងនោះ។ អ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ គឺជាអ្នកផ្តល់សេវាដែលធ្វើការជាមួយគម្រោងសុខភាព។

យើងមិនអនុញ្ញាតឱ្យអ្នកផ្តល់សេវាគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan ធ្វើវិក្កយបត្រទៅអ្នកសម្រាប់សេវា ឬឱសថទាំងនេះទេ។ យើងខ្ញុំបង់ប្រាក់ជូនអ្នកផ្តល់សេវាដោយផ្ទាល់ ហើយយើងខ្ញុំការពារអ្នកពីការគិតថ្លៃផ្សេងៗ។

ប្រសិនបើអ្នកទទួលបានវិក្កយបត្រសម្រាប់ តម្លៃពេញនៃ ការថែទាំសុខភាព ឬឱសថ សូមកុំបង់ថ្លៃវិក្កយបត្រនោះ ហើយធ្វើវិក្កយបត្រនោះមកយើងខ្ញុំ។ ដើម្បីធ្វើវិក្កយបត្រឱ្យយើងខ្ញុំ សូមមើល ជំពូកទី 7 ផ្នែក B។

- ប្រសិនបើយើងរ៉ាប់រងលើសេវាកម្ម ឬឱសថ យើងនឹងបង់ប្រាក់ឱ្យអ្នកផ្តល់សេវាដោយផ្ទាល់។
- ប្រសិនបើយើងរ៉ាប់រងលើសេវាកម្ម ឬឱសថ ហើយអ្នកបានបង់ប្រាក់ លើសពីចំណែកថ្លៃចំណាយរបស់អ្នករួចហើយ នោះវាជាសិទ្ធិរបស់អ្នកក្នុងការទទួលបានប្រាក់សងត្រឡប់មកវិញ។
 - ប្រសិនបើអ្នកបានបង់ថ្លៃសេវាដែលរ៉ាប់រងដោយ Medicare យើងនឹងបង់សងទៅអ្នកវិញ។
- ប្រសិនបើអ្នកបានបង់ថ្លៃសេវា Medi-Cal ដែលអ្នកទទួលបានរួចហើយ អ្នកអាចមានសិទ្ធិទទួលបានសំណង (សងវិញ) ប្រសិនបើអ្នកបំពេញតាមលក្ខខណ្ឌទាំងអស់ខាងក្រោម៖
 - សេវាដែលអ្នកទទួលបានគឺជាសេវាដែលមានការរ៉ាប់រងពី Medi-Cal ដែលយើងទទួលខុសត្រូវក្នុងការបង់ថ្លៃ។ យើងនឹងមិនសងអ្នកវិញសម្រាប់សេវាកម្មដែលមិនត្រូវបានរ៉ាប់រងដោយគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan នោះទេ។
 - អ្នកទទួលបានសេវាដែលមានធានារ៉ាប់រង បន្ទាប់ពីអ្នកបានក្លាយជាសមាជិកដែលមានសិទ្ធិទទួលបានគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan។
 - អ្នកស្នើសុំដើម្បីទទួលបានប្រាក់របស់អ្នកត្រឡប់មកវិញក្នុងរយៈពេលមួយឆ្នាំចាប់ពីពេលដែលអ្នកទទួលបានសេវាដែលមានធានារ៉ាប់រងនោះ។
 - អ្នកផ្តល់ភស្តុតាង ថាអ្នកបានបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាដែលរ៉ាប់រង ដូចជាមានបង្កាន់ដៃល្អិតល្អន់ មកពីអ្នកផ្តល់សេវា។
 - អ្នកទទួលបានសេវាដែលមានការរ៉ាប់រងពីអ្នកផ្តល់សេវាដែលបានចុះឈ្មោះរបស់ Medi-Cal ក្នុងបណ្តាញរបស់គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan។ អ្នកមិនចាំបាច់បំពេញតាមលក្ខខណ្ឌនេះទេ ប្រសិនបើអ្នកទទួលបានការថែទាំគ្រោះអាសន្ន សេវារៀបចំគម្រោងគ្រួសារ ឬសេវាផ្សេងទៀត ដែល Medi-Cal អនុញ្ញាតឱ្យអ្នកផ្តល់សេវានៅក្រៅបណ្តាញអនុវត្ត ដោយគ្មានការយល់ព្រមជាមុន (ការអនុញ្ញាតជាមុន)។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan តាមរយៈលេខ 1-800-452-4413 (TTY: 711) ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ម៉ោង PT ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទ គឺឥតគិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ blueshieldca.com/medicare។



- ប្រសិនបើសេវាដែលបានធានារ៉ាប់រងជាធម្មតាត្រូវការការយល់ព្រមជាមុន (ការអនុញ្ញាតជាមុន) អ្នកត្រូវផ្តល់ភស្តុតាងពីអ្នកផ្តល់សេវាដែលបង្ហាញពីតម្រូវការវេជ្ជសាស្ត្រសម្រាប់សេវាដែលបានធានារ៉ាប់រង។
- គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan នឹងប្រាប់អ្នក ប្រសិនបើពួកគេនឹងសងអ្នកវិញនៅក្នុងលិខិតមួយដែលហៅថា សេចក្តីជូនដំណឹងនៃចំណាត់ការ។ បើសិនអ្នក ស្របតាមលក្ខខណ្ឌទាំងអស់ខាងលើ អ្នកផ្តល់សេវា Medi-Cal បានចុះឈ្មោះ គួរតែសងអ្នកពេញតាមចំនួនដែលអ្នកបានបង់។ ប្រសិនបើអ្នកផ្តល់សេវាបដិសេធមិនបង់ប្រាក់ឱ្យអ្នកវិញ គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan នឹងបង់ប្រាក់ឱ្យអ្នកវិញសម្រាប់ចំនួនទឹកប្រាក់ពេញដែលអ្នកបានបង់។ យើងនឹងសងអ្នកវិញក្នុងរយៈពេល 45 ថ្ងៃនៃថ្ងៃធ្វើការបន្ទាប់ពីទទួលបានការទាមទារ។ ប្រសិនបើអ្នកផ្តល់សេវាត្រូវបានចុះឈ្មោះក្នុង Medi-Cal ប៉ុន្តែមិនមាននៅក្នុងបណ្តាញរបស់យើង ហើយបដិសេធមិនបង់ប្រាក់ឱ្យអ្នកវិញ គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan នឹងបង់ប្រាក់ឱ្យអ្នកវិញ ប៉ុន្តែបានរហូតដល់ចំនួនទឹកប្រាក់ដែល FFS Medi-Cal នឹងបង់តែប៉ុណ្ណោះ។ គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan នឹងបង់ប្រាក់ជូនអ្នកវិញសម្រាប់ចំនួនទឹកប្រាក់ចេញពីហោប៉ៅពេញសម្រាប់សេវាសង្គ្រោះបន្ទាន់ សេវារៀបចំផែនការគ្រួសារ ឬសេវាផ្សេងទៀតដែល Medi-Cal អនុញ្ញាតឱ្យផ្តល់ជូនពីអ្នកផ្តល់សេវានៅក្រៅបណ្តាញ ដោយគ្មានការយល់ព្រមជាមុន។ ប្រសិនបើអ្នកមិនបំពេញតាមលក្ខខណ្ឌណាមួយខាងលើទេ យើងនឹងមិនសងប្រាក់អ្នកវិញទេ។
- យើងនឹងមិនសងអ្នកវិញ ប្រសិនបើ៖
 - អ្នកបានស្នើសុំ និងទទួលសេវាដែល Medi-Cal មិនមានធានារ៉ាប់រង ដូចជាសេវាកែសម្រួលជាដើម។
 - សេវានេះ មិនមែនជាសេវាដែលមានការធានារ៉ាប់រងសម្រាប់គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan ទេ។
 - អ្នកបានទៅជួបវេជ្ជបណ្ឌិតដែលមិនទទួល Medi-Cal ហើយអ្នកបានចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់បែបបទដែលនិយាយថា អ្នកចង់ឱ្យគេទទួលពិនិត្យ ហើយអ្នកនឹងបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាដោយខ្លួនឯង។
- ប្រសិនបើយើងមិនរ៉ាប់រងលើសេវាឬឱសថនោះទេ យើងនឹងប្រាប់អ្នក។

ទាក់ទងផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជន ឬអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នក ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរណាមួយ។ ប្រសិនបើអ្នកមិនដឹងថាតើអ្នកគួរបង់ប៉ុន្មាន ឬប្រសិនបើអ្នកទទួលបានវិក្កយបត្រ ហើយអ្នកមិនដឹងថា ត្រូវធ្វើអ្វីចំពោះវាទេ យើងអាចជួយបាន។ អ្នកក៏អាចហៅទូរសព្ទមកបានដែរ បើសិនអ្នកចង់ប្រាប់ព័ត៌មានមកយើងអំពីសំណើសម្រាប់ការបង់ប្រាក់ដែលអ្នកបានធ្វើមកយើងរួចហើយ។

ឧទាហរណ៍ពេលវេលាដែលអ្នកប្រហែលជាត្រូវសុំឱ្យយើងសងប្រាក់អ្នកវិញ ឬបង់វិក្កយបត្រដែលអ្នកបានទទួលរួមមាន៖

1. នៅពេលអ្នកទទួលបានការថែទាំសុខភាពក្នុងគ្រាអាសន្ន ឬចាំបាច់បន្ទាន់ពីអ្នកផ្តល់នៅក្រៅបណ្តាញ

សុំឱ្យអ្នកផ្តល់សេវាចេញវិក្កយបត្រមកយើងខ្ញុំ។

- បើអ្នកបង់ពេញចំនួន នៅពេលអ្នកទទួលបានការថែទាំ ចូរស្នើសុំឱ្យយើងបង់ប្រាក់សងអ្នកវិញសម្រាប់ចំណែកនៃថ្លៃចូលរួមការចំណាយរបស់យើង។ ធ្វើវិក្កយបត្រមកយើងខ្ញុំ ព្រមទាំងភស្តុតាងនៃការបង់ប្រាក់ដែលអ្នកបានបង់។
- អ្នកអាចនឹងទទួលបានវិក្កយបត្រពីអ្នកផ្តល់សេវាសុំឱ្យបង់ប្រាក់ដែលអ្នកគិតថាអ្នកមិនជំពាក់។ ធ្វើវិក្កយបត្រមកយើងខ្ញុំ ព្រមទាំងភស្តុតាងនៃការបង់ប្រាក់ដែលអ្នកបានបង់។
 - ប្រសិនបើត្រូវបង់អ្នកផ្តល់សេវា យើងនឹងបង់ប្រាក់ដោយផ្ទាល់ទៅអ្នកផ្តល់សេវា។
 - ប្រសិនបើអ្នកបានបង់លើសពីការចែករំលែកថ្លៃចំណាយរបស់អ្នកសម្រាប់សេវា Medicare យើងនឹងគណនាចំនួនប្រាក់ដែលអ្នកជំពាក់ ហើយសងប្រាក់ចំណែករបស់យើងវិញ។

2. នៅពេលអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញធ្វើវិក្កយបត្រទៅអ្នក

បណ្តាញអ្នកផ្តល់ ត្រូវតែចេញវិក្កយបត្រមកយើងជានិច្ច។ វាសំខាន់ណាស់ក្នុងការបង្ហាញបណ្តសម្គាល់សមាជិករបស់អ្នក នៅពេលដែលអ្នកទទួលបានសេវាកម្ម ឬវេជ្ជបញ្ជាណាមួយ។ ប៉ុន្តែ ពេលខ្លះអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញបង្កើតកំហុស ហើយស្នើសុំឱ្យអ្នកបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាកម្មរបស់អ្នក ឬច្រើនជាងចំណែកនៃថ្លៃចំណាយរបស់អ្នក។ សូមទូរសព្ទទៅផ្នែកបម្រើសេវាអតិថិជន ឬអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នក តាមរយៈលេខនៅផ្នែកខាងក្រោមនៃទំព័រនេះ ប្រសិនបើអ្នកទទួលបានវិក្កយបត្រណាមួយ។

- ក្នុងនាមជាសមាជិកគម្រោង អ្នកទូទាត់ការបង់ប្រាក់រួមតែនៅពេលអ្នកទទួលបានសេវាដែលយើងគ្របដណ្តប់ប៉ុណ្ណោះ។ យើងមិនអនុញ្ញាតឱ្យអ្នកផ្តល់សេវាចេញវិក្កយបត្រឱ្យអ្នកលើសពីចំនួននេះទេ។ នេះគឺពិតមែន សូម្បីតែបើយើងបង់ប្រាក់ឱ្យអ្នកផ្តល់តិចជាងអ្នកផ្តល់ទារថ្លៃសម្រាប់សេវាក៏ដោយ។ ទោះបីជាយើងសម្រេចចិត្តមិនបង់ប្រាក់សម្រាប់ការគិតថ្លៃមួយចំនួនក៏ដោយ ក៏អ្នកនៅតែមិនបង់ប្រាក់ឱ្យពួកគេដែរ។
- នៅពេលណាអ្នកទទួលបានវិក្កយបត្រពីអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ ដែលអ្នកគិតថាវាច្រើនជាងចំនួនអ្នកគួរតែបង់ សូមធ្វើវិក្កយបត្រមកយើងខ្ញុំ។ យើងនឹងទាក់ទងអ្នកផ្តល់សេវាដោយផ្ទាល់ ហើយដោះស្រាយបញ្ហាទាំងនោះ។
- ប្រសិនបើអ្នកបានបង់ប្រាក់រួចហើយនូវវិក្កយបត្រពីអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញសម្រាប់សេវាដែលធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare ប៉ុន្តែមានអារម្មណ៍ថា អ្នកបានបង់ច្រើនពេក សូមធ្វើវិក្កយបត្រមកយើង រួមជាមួយភស្តុតាងនៃការបង់ប្រាក់ដែលអ្នកបានធ្វើ។ យើងនឹងសងប្រាក់



ទៅអ្នកវិញសម្រាប់ភាពខុសគ្នារវាងចំនួនទឹកប្រាក់ដែលអ្នកបានបង់ និងចំនួនទឹកប្រាក់ដែលអ្នក
ជំពាក់នៅក្រោមគម្រោងរបស់យើង។

3. ប្រសិនបើអ្នកបានចុះឈ្មោះឡើងវិញនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើង

ពេលខ្លះការចុះឈ្មោះចូលក្នុងគម្រោងរបស់អ្នកអាចមានសកម្មភាពឡើងវិញ។ (នេះមានន័យថា ថ្ងៃដំបូងនៃ
ការចុះឈ្មោះរបស់អ្នកបានកន្លងផុតទៅ។ វាអាចជាឆ្នាំមុន។)

- ប្រសិនបើអ្នកបានចុះឈ្មោះដោយប្រតិសកម្ម ហើយអ្នកបានបង់វិក្កយបត្របន្ទាប់ពីកាលបរិច្ឆេទ
ចុះឈ្មោះ អ្នកអាចស្នើសុំឱ្យយើងខ្ញុំបង់ប្រាក់សងអ្នកវិញ។
- ធ្វើវិក្កយបត្រមកយើងខ្ញុំ ព្រមទាំងភស្តុតាងនៃការបង់ប្រាក់ដែលអ្នកបានបង់។

4. ពេលអ្នកប្រើឱសថស្ថានក្រៅបណ្តាញ ដើម្បីបំពេញវេជ្ជបញ្ជា

ប្រសិនបើអ្នកប្រើឱសថស្ថាននៅក្រៅបណ្តាញ អ្នកត្រូវបង់ថ្លៃចំណាយពេញលើវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក។

- នៅក្នុងករណីមួយចំនួនតែប៉ុណ្ណោះ យើងនឹងរ៉ាប់រងលើវេជ្ជបញ្ជាដែលបានបំពេញនៅឱសថស្ថានក្រៅ
បណ្តាញ។ ធ្វើមកយើងនូវច្បាប់ចម្លងបង្កាន់ដៃរបស់អ្នក នៅពេលអ្នកសូមឱ្យយើងសងប្រាក់អ្នកវិញ
សម្រាប់ចំណែកតម្លៃរបស់យើង។
- សូមអាន ជំពូកទី 5 នៃ សៀវភៅណែនាំសមាជិករបស់អ្នក ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពីឱសថស្ថានក្រៅ
បណ្តាញ។
- យើងអាចនឹងមិនបង់ប្រាក់ឱ្យអ្នកវិញនូវចំនួនតម្លៃខុសគ្នារវាងអ្វីដែលអ្នកបានបង់ប្រាក់សម្រាប់ឱសថនៅ
ឱសថស្ថានក្រៅបណ្តាញ និងចំនួនទឹកប្រាក់ដែលយើងនឹងបង់នៅឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញ។

5. នៅពេលអ្នកបង់ពេញថ្លៃឱសថមានវេជ្ជបញ្ជារបស់ Medicare ផ្នែក D ដោយសារអ្នកមិនមានបណ្ណ សម្គាល់សមាជិករបស់អ្នកនៅជាមួយអ្នក

ប្រសិនបើអ្នកមិនមានបណ្ណសម្គាល់សមាជិករបស់អ្នកនៅជាមួយអ្នកទេ អ្នកអាចស្នើសុំឱ្យឱសថស្ថានទូរសព្ទ
មកយើងខ្ញុំ ឬរកមើលព័ត៌មានចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងរបស់អ្នក។

- ប្រសិនបើឱសថស្ថានមិនអាចទទួលបានព័ត៌មានភ្លាមៗទេ អ្នកប្រហែលជាត្រូវបង់ថ្លៃឱសថមានវេជ្ជបញ្ជា
ពេញដោយខ្លួនឯង ឬត្រលប់ទៅឱសថស្ថានវិញជាមួយនឹងបណ្ណសម្គាល់សមាជិករបស់អ្នក។
- ធ្វើមកយើងនូវច្បាប់ចម្លងបង្កាន់ដៃរបស់អ្នក នៅពេលអ្នកសូមឱ្យយើងសងប្រាក់អ្នកវិញ
សម្រាប់ចំណែកតម្លៃរបស់យើង។



- យើងមិនអាចបង់ប្រាក់ឱ្យអ្នកវិញនូវតម្លៃពេញដែលអ្នកបានបង់នោះទេ ប្រសិនបើតម្លៃសាច់ប្រាក់ដែលអ្នកបានបង់ គឺខ្ពស់ជាងតម្លៃដែលបានចរចាគ្នារបស់យើងសម្រាប់ឱសថមានវេជ្ជបញ្ជានោះ។

6. នៅពេលអ្នកបង់ថ្លៃឱសថមានវេជ្ជបញ្ជារបស់ Medicare ផ្នែក D ពេញសម្រាប់ឱសថដែលមិនមានការធានារ៉ាប់រងនោះ:

អ្នកអាចបង់ថ្លៃឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាពេញលេញ ពីព្រោះឱសថមិនមានធានារ៉ាប់រងទេ។

- ឱសថនេះប្រហែលជាមិនមាននៅក្នុងបញ្ជីឱសថដែលមានធានារ៉ាប់រង (បញ្ជីឱសថ) របស់យើងនៅលើគេហទំព័ររបស់យើងទេ ឬវាអាចមានតម្រូវការ ឬការដាក់កំហិតដែលអ្នកមិនដឹង ឬមិនគិតថា អនុវត្តចំពោះអ្នក។ ប្រសិនបើអ្នកសម្រេចចិត្តទទួលយកឱសថនោះ អ្នកប្រហែលជាត្រូវបង់ថ្លៃពេញ។
 - ប្រសិនបើអ្នកមិនបង់ប្រាក់សម្រាប់ឱសថទេ ប៉ុន្តែគិតថាយើងគួររ៉ាប់រងលើឱសថនោះ អ្នកអាចស្នើសុំការសម្រេចពីការរ៉ាប់រងបាន (សូមសម្ភាសលើ **ជំពូកទី 9** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*របស់អ្នក) ។
 - ប្រសិនបើអ្នក និងវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក ឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាផ្សេងទៀតគិតថាអ្នកត្រូវការឱសថភ្លាមៗ (ក្នុងរយៈពេល 24 ម៉ោង) អ្នកអាចស្នើសុំការសម្រេចពីការរ៉ាប់រងរហ័ស (សូមអាន **ជំពូកទី 9** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*របស់អ្នក)។
- សូមធ្វើបង្កាន់ដៃច្បាប់ចម្លងរបស់អ្នកមកយើងខ្ញុំ នៅពេលដែលអ្នកសូមឱ្យយើងសងប្រាក់អ្នកវិញ។ ក្នុងករណីខ្លះ យើងប្រហែលជាត្រូវទទួលព័ត៌មានបន្ថែមពីវេជ្ជបណ្ឌិត ឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាផ្សេងទៀតរបស់អ្នកដើម្បីបង់ប្រាក់ឱ្យអ្នកវិញសម្រាប់ ចំណែកនៃថ្លៃចូលរួមការចំណាយរបស់យើងលើឱសថ។ យើងមិនអាចបង់ប្រាក់ឱ្យអ្នកវិញនូវតម្លៃពេញដែលអ្នកបានបង់នោះទេ ប្រសិនបើតម្លៃដែលអ្នកបានបង់ខ្ពស់ជាងតម្លៃដែលបានចរចាគ្នារបស់យើងសម្រាប់ឱសថមានវេជ្ជបញ្ជានោះ។

នៅពេលអ្នកផ្ញើមកយើងខ្ញុំនូវសំណើសម្រាប់ការបង់ប្រាក់ យើងពិនិត្យវាឡើងវិញ ហើយសម្រេចថាតើសេវា ឬឱសថនោះគួរតែត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដែរឬទេ។ នេះគឺហៅថាធ្វើ "សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង"។ ប្រសិនបើយើងសម្រេចថាសេវា ឬឱសថគួរតែត្រូវបានរ៉ាប់រង យើងនឹងបង់ប្រាក់សម្រាប់ ចំណែកនៃថ្លៃចូលរួមការចំណាយរបស់យើងលើវា។

បើយើងបដិសេធសំណើរបស់អ្នកសម្រាប់ការបង់ប្រាក់ អ្នកអាចតវ៉ាលើសេចក្តីសម្រេចរបស់យើង។ ដើម្បីស្វែងយល់ពីរបៀបដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ សូមអាន **ជំពូកទី 9** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*របស់អ្នក។



B. ការផ្ញើមកយើងខ្ញុំនូវសំណើសម្រាប់ការបង់ប្រាក់

ផ្ញើមកយើងខ្ញុំនូវវិក្កយបត្ររបស់អ្នក និងភស្តុតាងនៃការបង់ប្រាក់ណាមួយដែលអ្នកបានធ្វើសម្រាប់សេវា Medicare ឬទូរសព្ទមកយើងខ្ញុំ។ ភស្តុតាងនៃការបង់ប្រាក់អាចជាច្បាប់ចម្លងនៃសែក ដែលអ្នកបានសរសេរ ឬបង្កាន់ដៃមកពីអ្នកផ្តល់។ វាជាគំនិតល្អក្នុងការចម្លងវិក្កយបត្រ និងបង្កាន់ដៃទទួលប្រាក់សម្រាប់កំណត់ត្រារបស់អ្នក។ អ្នកអាចសុំជំនួយពីអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នកបាន។ អ្នកត្រូវតែធ្វើព័ត៌មានទាមទារសំណងផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នកមកយើងខ្ញុំក្នុងរយៈពេលមួយឆ្នាំគិតចាប់ពីថ្ងៃដែលអ្នកបានទទួលសេវាកម្ម សម្ភារៈ ឬឱសថ។ អ្នកត្រូវតែដាក់បញ្ចូលពាក្យបណ្តឹងទាមទារឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាផ្នែក D របស់អ្នកមកយើងខ្ញុំក្នុងរយៈពេលបីឆ្នាំ គិតចាប់ពីថ្ងៃដែលអ្នកបានទទួលសេវាការ ឬឱសថ។

ដើម្បីធានាថាអ្នកផ្តល់ព័ត៌មានទាំងអស់ដែលយើងត្រូវការមកយើងខ្ញុំ ដើម្បីសម្រេចចិត្ត អ្នកអាចបំពេញទម្រង់បែបបទទាមទាររបស់យើងដើម្បីសុំការបង់ប្រាក់។

- អ្នកមិនតម្រូវឱ្យប្រើទម្រង់បែបបទនោះទេ ប៉ុន្តែវាជួយឱ្យយើងខ្ញុំដំណើរការព័ត៌មានបានលឿនជាងមុន។
- អ្នកអាចទទួលបានទម្រង់បែបបទនៅលើគេហទំព័ររបស់យើង (blueshieldca.com) ឬអ្នកអាចទូរសព្ទទៅផ្នែកបម្រើសេវាអតិថិជន ហើយស្នើសុំទម្រង់បែបបទនេះ។

ផ្ញើសំណើរបស់អ្នកសម្រាប់ការទូទាត់តាមប្រៃសណីយ៍រួមជាមួយនឹងវិក្កយបត្រ ឬបង្កាន់ដៃទទួលប្រាក់ណាមួយទៅកាន់អាសយដ្ឋាននេះ៖

ការទាមទារផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ៖

Blue Shield TotalDual Plan
ផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជនរបស់ Medicare
P.O. Box 272640
Chico, CA 95727-2640

ការទាមទារឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាផ្នែក D៖

ការដំណើរការទាមទារសំណង
1606 Ave. Ponce de Leon
San Juan, PR 00909-4830

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan តាមរយៈលេខ 1-800-452-4413 (TTY: 711) ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ម៉ោង PT ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទ គឺឥតគិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ blueshieldca.com/medicare។



C. សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង

នៅពេលយើងទទួលបានសំណើរបស់អ្នកសម្រាប់ការបង់ប្រាក់ យើងធ្វើសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង។ នេះ មានន័យថា យើងសម្រេចថាតើគម្រោងរបស់យើងរ៉ាប់រងលើសេវា សម្ភារៈ ឬឱសថរបស់អ្នកដែរឬទេ។ យើងក៏ សម្រេចថាតើអ្នកត្រូវបង់ប្រាក់ប៉ុន្មានដែរ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវបង់។

- យើងនឹងឱ្យអ្នកដឹង ប្រសិនបើយើងត្រូវការព័ត៌មានបន្ថែមពីអ្នក។
- ប្រសិនបើយើងសម្រេចថា គម្រោងរបស់យើងរ៉ាប់រងលើសេវា សម្ភារៈ ឬឱសថ ហើយអ្នកបាន អនុវត្តតាមវិធានទាំងអស់សម្រាប់ការទទួលបានវា យើងនឹងបង់ចំណែកថ្លៃចំណាយរបស់យើង សម្រាប់សេវា ឬសម្ភារៈនោះ។ ប្រសិនបើអ្នកបានបង់ថ្លៃសេវា ឬឱសថរួចហើយ យើងនឹងផ្ញើ មូលប្បទានបត្រមួយជូនអ្នកសម្រាប់ចំណែកថ្លៃចំណាយរបស់យើង។ ប្រសិនបើអ្នកបានបង់ថ្លៃ ចំណាយទាំងស្រុងលើឱសថ នោះអ្នកប្រហែលជាមិនត្រូវបានសងសំណងវិញនូវចំនួនទឹកប្រាក់ ពេញលេញដែលអ្នកបានបង់ថ្លៃនោះទេ (ឧទាហរណ៍ ប្រសិនបើអ្នកបានទទួលឱសថនៅឱសថ ស្ថានក្រៅបណ្តាញ ឬប្រសិនបើតម្លៃសាច់ប្រាក់ដែលអ្នកបានបង់ខ្ពស់ជាងតម្លៃដែលបានចរចា គ្នារបស់យើង)។ ប្រសិនបើអ្នកមិនទាន់បានបង់ប្រាក់ទេ យើងនឹងបង់ប្រាក់ឱ្យអ្នកផ្តល់សេវា ដោយផ្ទាល់។

ជំពូកទី 3 នៃ សៀវភៅណែនាំសមាជិក នេះពន្យល់អំពីវិធានសម្រាប់ការទទួលបានការរ៉ាប់រងលើសេវារបស់អ្នក។

ជំពូកទី 5 នៃ សៀវភៅណែនាំសមាជិក នេះពន្យល់អំពីវិធានសម្រាប់ការទទួលបានការរ៉ាប់រងលើឱសថ Medicare ផ្នែក D របស់អ្នក។

- ប្រសិនបើយើងសម្រេចចិត្តមិនបង់ចំណែកថ្លៃចំណាយរបស់យើងនៃថ្លៃសេវា ឬឱសថ យើងនឹង ផ្ញើលិខិតមួយច្បាប់ជាមួយនឹងហេតុផលជូនអ្នក។ លិខិតនោះក៏ពន្យល់អំពីសិទ្ធិរបស់អ្នកក្នុង បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ផងដែរ។
- ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពីសេចក្តីសម្រេចចិត្តលើការធានារ៉ាប់រង សូមមើលជំពូកទី 9។

D. បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍

បើសិនអ្នកគិតថា យើងបានធ្វើដោយកាន់ត្រង់ ក្នុងការបដិសេធសំណើរបស់អ្នកសម្រាប់ការបង់ប្រាក់ អ្នកអាច សូមឱ្យយើង ផ្លាស់ប្តូរការសម្រេចរបស់យើង។ នេះត្រូវបានគេហៅថា “បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍”។ អ្នកក៏អាចប្តឹងឧទ្ធរណ៍ បានដែរ ប្រសិនបើអ្នកមិនយល់ស្របជាមួយនឹងចំនួនដែលយើងបង់។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan តាមរយៈលេខ 1-800-452-4413 (TTY: 711) ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ម៉ោង PT ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទ គឺឥតគិត ថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ blueshieldca.com/medicare។



ដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ផ្លូវការមាននីតិវិធីលម្អិត និងកាលបរិច្ឆេទកំណត់។ ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពីបណ្តឹង
ឧទ្ធរណ៍ សូមអាន ជំពូកទី 9 នៃ សៀវភៅណែនាំសមាជិកនេះ៖

- ដើម្បីដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍អំពីការទទួលបានប្រាក់សំណងវិញ្ញាសម្រាប់សេវាថែទាំសុខភាព សូម
មើល ផ្នែក F។
- ដើម្បីដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍អំពីការទទួលបានប្រាក់សំណងសម្រាប់ឱសថ សូមមើល ផ្នែក G។

ជំពូកទី ៨៖ សិទ្ធិ និងការទទួលខុសត្រូវរបស់អ្នក

សេចក្តីផ្តើម

ជំពូកនេះរួមមានសិទ្ធិ និងការទទួលខុសត្រូវរបស់អ្នកក្នុងនាមជាសមាជិកនៃគម្រោងរបស់យើង។ យើងត្រូវតែគោរពសិទ្ធិរបស់អ្នក។ ពាក្យគន្លឹះ និងនិយមន័យរបស់វា មានរៀបចំតាមលំដាប់អក្ខរក្រម នៅក្នុងជំពូកចុងក្រោយនៃ សៀវភៅណែនាំសមាជិក នេះ។

តារាងមាតិកា

A. សិទ្ធិរបស់អ្នកក្នុងការទទួលបានសេវា និងព័ត៌មានតាមរបៀបដែលបំពេញតាមតម្រូវការរបស់អ្នក	267
B. ទំនួលខុសត្រូវរបស់យើងសម្រាប់លទ្ធភាពទទួលបានសេវា និងឱសថដែលមានការរ៉ាប់រងទាន់ពេលវេលារបស់អ្នក.....	268
C. ទំនួលខុសត្រូវរបស់យើងក្នុងការការពារព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួន និងព័ត៌មានសុខភាពរបស់អ្នក.....	269
C1. របៀបយើងការពារ PHI របស់អ្នក	270
C2. សិទ្ធិរបស់អ្នកក្នុងការមើលកំណត់ត្រាវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នក.....	270
D. ទំនួលខុសត្រូវរបស់យើងក្នុងការផ្តល់ព័ត៌មានដល់អ្នក.....	271
E. ការខ្វះសមត្ថភាពរបស់អ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញដើម្បីចេញវិក្កយបត្រអ្នកដោយផ្ទាល់.....	272
F. សិទ្ធិរបស់អ្នកក្នុងការចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើង	272
G. សិទ្ធិរបស់អ្នកក្នុងការសម្រេចចិត្តលើការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក	273
G1. អ្នកមានសិទ្ធិដើម្បីដឹងអំពីជម្រើសនៃការព្យាបាលរបស់អ្នក និងការសម្រេចចិត្ត	273
G2. សិទ្ធិរបស់អ្នកក្នុងការនិយាយនូវអ្វីដែលអ្នកចង់ឱ្យកើតឡើង ប្រសិនបើអ្នកមិនអាចធ្វើការសម្រេចចិត្តអំពីការថែទាំសុខភាពដោយខ្លួនឯង.....	274
G3. អ្វីដែលត្រូវធ្វើ ប្រសិនបើការណែនាំរបស់អ្នកមិនត្រូវបានអនុវត្ត	275
H. សិទ្ធិរបស់អ្នកក្នុងការប្តឹងតវ៉ា និងស្នើសុំឱ្យយើងខ្ញុំពិចារណាឡើងវិញនូវសេចក្តីសម្រេចរបស់យើង.....	275
H1. អ្វីដែលត្រូវធ្វើអំពីការប្រព្រឹត្តដាក់ដោយមិនយុត្តិធម៌ ឬដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែមអំពីសិទ្ធិរបស់អ្នក...275	
I. ទំនួលខុសត្រូវរបស់អ្នកក្នុងនាមជាសមាជិកគម្រោង	276

A. សិទ្ធិរបស់អ្នកក្នុងការទទួលបានសេវា និងព័ត៌មានតាមរបៀបដែលបំពេញតាមតម្រូវការរបស់អ្នក

យើងត្រូវតែធានាថា សេវាទាំងអស់ ទាំងផ្នែកគ្លីនិក និងមិនមែនផ្នែកគ្លីនិក ត្រូវបានផ្តល់ជូនអ្នកក្នុងលក្ខណៈដែលមានសមត្ថភាពខាងផ្នែកវប្បធម៌ និងងាយស្រួលប្រើប្រាស់ រួមទាំងសម្រាប់អ្នកដែលមានជំនាញភាសាអង់គ្លេសមានកម្រិត ជំនាញអានមានកម្រិត អសមត្ថភាពក្នុងការស្តាប់ ឬអ្នកដែលមានប្រវត្តិវប្បធម៌ និងជាតិសាសន៍ចម្រុះ។ យើងក៏ត្រូវតែប្រាប់អ្នកអំពីអត្ថប្រយោជន៍នៃគម្រោងរបស់យើង និងសិទ្ធិរបស់អ្នកតាមរបៀបដែលអ្នកអាចយល់បានផងដែរ។ យើងត្រូវប្រាប់អ្នកឱ្យបានដឹងពីសិទ្ធិនានានៅក្នុងឆ្នាំនីមួយៗដែលអ្នកស្ថិតនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើង។

- ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានតាមរបៀបដែលអ្នកអាចយល់បាន សូមទូរសព្ទទៅអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នក ឬផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជន។ គម្រោងរបស់យើងមានសេវាអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ឥតគិតថ្លៃដើម្បីឆ្លើយសំណួរជាភាសាផ្សេងៗ។
- គម្រោងរបស់យើងក៏អាចផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវឯកសារជាភាសាផ្សេងក្រៅពីភាសាអង់គ្លេស រួមមាន ភាសាអារ៉ាប់ អាមេនី ខ្មែរ ចិនបុរាណ ចិនសាមញ្ញ ហ្វាស៊ី កូរ៉េ រុស្ស៊ី អេស៉្បាញ ឬអេស៉្បាញក្រេអូល តាហ្គាឡុក និងវៀតណាម និងជាទម្រង់ដូចជាអក្សរពុម្ពធំៗ អក្សរសម្រាប់ជនពិការភ្នែក ឬជាសំឡេង។ ដើម្បីទទួលបានឯកសារក្នុងទម្រង់ជំនួសណាមួយក្នុងចំណោមទម្រង់ទាំងនេះ សូមហៅទូរសព្ទទៅផ្នែកបម្រើសេវាអតិថិជន ឬសរសេរទៅកាន់គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan, P.O. Box 927, Woodland Hills, CA 91365-9856។
 - អ្នកអាចធ្វើការស្នើសុំឯកសារនេះ ជាភាសាផ្សេងក្រៅពីភាសាអង់គ្លេស ឬជាទម្រង់ជំនួសសម្រាប់ពេលបច្ចុប្បន្ន និងពេលអនាគត។ ដើម្បីធ្វើការស្នើសុំ សូមទាក់ទងមកកាន់ផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជនរបស់គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan។
 - សេវាបម្រើអតិថិជនរបស់ Blue Shield TotalDual នឹងរក្សាទុកភាសា និងទម្រង់ដែលអ្នកពេញចិត្តនៅលើឯកសារសម្រាប់ការប្រាស្រ័យទាក់ទងនាពេលអនាគត។ ដើម្បីធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពណាមួយលើចំណូលចិត្តរបស់អ្នក សូមទាក់ទងមកកាន់គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan។

ប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហាក្នុងការទទួលបានព័ត៌មានពីគម្រោងរបស់យើងដោយសារតែបញ្ហាភាសា ឬពិការភាពហើយអ្នកចង់ដាក់ពាក្យបណ្តឹង សូមហៅទូរសព្ទទៅ៖

- Medicare at 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរទូរសព្ទទៅកាន់លេខ 1-877-486-2048។
- ការិយាល័យសម្រាប់សិទ្ធិពលរដ្ឋរបស់ Medi-Cal តាមរយៈលេខ 916-440-7370។ អ្នកប្រើ TTY គួរតែហៅលេខ 711។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan តាមរយៈលេខ 1-800-452-4413 (TTY: 711) ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ម៉ោង PT ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទ គឺឥតគិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ blueshieldca.com/medicare។



- ការិយាល័យសម្រាប់សិទ្ធិពលរដ្ឋនៃក្រសួងសុខាភិបាល និងសេវាមនុស្សជាតិអាមេរិក តាមរយៈលេខ 1-800-368-1019។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-537-7697។

B. ទំនួលខុសត្រូវរបស់យើងសម្រាប់លទ្ធភាពទទួលបានសេវា និងឱសថដែលមានការរ៉ាប់រងទាន់ពេលវេលារបស់អ្នក

អ្នកមានសិទ្ធិជាសមាជិកនៃគម្រោងរបស់យើង។

- អ្នកមានសិទ្ធិជ្រើសរើសអ្នកផ្តល់ការថែទាំជាបឋម (PCP) ម្នាក់នៅក្នុងបណ្តាញរបស់យើង។ អ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ គឺជាអ្នកផ្តល់សេវាដែលធ្វើការជាមួយយើង។ អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានបន្ថែមអំពីប្រភេទអ្នកផ្តល់សេវា ដែលអាចដើរតួជា PCP និងរបៀបជ្រើសរើស PCP នៅក្នុង **ជំពូកទី 3 នៃ សៀវភៅណែនាំសមាជិក** នេះ។
 - ហៅទៅអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំ ឬសេវាបម្រើអតិថិជនរបស់អ្នក ឬទៅកាន់ **បញ្ជីឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថាន** ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពីអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ និងវេជ្ជបណ្ឌិតណា ដែលកំពុងទទួលយកអ្នកជំងឺថ្មី។
- អ្នកមានសិទ្ធិសម្រាប់អ្នកឯកទេសសុខភាពស្ត្រីដោយមិនទទួលបានការបញ្ជូនបន្ត។ ការបញ្ជូនបន្តគឺជាការយល់ព្រមពី PCP របស់អ្នកដើម្បីប្រើអ្នកផ្តល់សេវាដែលមិនមែនជា PCP របស់អ្នក។
- អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានសេវាដែលមានធានារ៉ាប់រងពីបណ្តាញអ្នកផ្តល់ ក្នុងចំនួនពេលវេលាដោយសមស្រប។
 - នេះរួមមានសិទ្ធិទទួលបានសេវាដោយរួសរាន់ពីអ្នកឯកទេស។
 - ប្រសិនបើអ្នកមិនអាចទទួលបានសេវាក្នុងរយៈពេលសមហេតុផលទេនោះ យើងត្រូវតែបង់ប្រាក់សម្រាប់ការថែទាំនៅក្រៅបណ្តាញ។
- អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានសេវាជាអាសន្ន ឬការថែទាំដែលត្រូវការបន្ទាន់ដោយគ្មានការយល់ព្រមជាមុន (PA)។
- អ្នកមានសិទ្ធិបើកឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកនៅបណ្តាញឱសថស្ថានណាមួយដោយគ្មានការពន្យារពេលយូរ។
- អ្នកមានសិទ្ធិក្នុងការដឹងថា នៅពេលណាអ្នកអាចជួបជាមួយអ្នកផ្តល់សេវាក្រៅបណ្តាញបាន។ ដើម្បីស្វែងយល់អំពីអ្នកផ្តល់សេវានៅក្រៅបណ្តាញ សូមអាន **ជំពូកទី 3 នៃ សៀវភៅណែនាំសមាជិក** នេះ។
- នៅពេលអ្នកចូលរួមក្នុងគម្រោងរបស់យើងជាដំបូង អ្នកមានសិទ្ធិរក្សាអ្នកផ្តល់សេវាបច្ចុប្បន្នរបស់អ្នក និងការអនុញ្ញាតលើសេវាហូតដល់ចំនួន 12 ខែ ប្រសិនបើលក្ខខណ្ឌជាក់លាក់មួយចំនួនត្រូវបានបំពេញ។ ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពីការរក្សាអ្នកផ្តល់សេវា និងការអនុញ្ញាតលើសេវារបស់អ្នក សូមអាន **ជំពូកទី 1 នៃ សៀវភៅណែនាំសមាជិក** នេះ។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan តាមរយៈលេខ 1-800-452-4413 (TTY: 711) ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ម៉ោង PT ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទ គឺឥតគិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ blueshieldca.com/medicare។



- អ្នកមានសិទ្ធិសេចក្តីសម្រេចលើការថែទាំសុខភាពផ្ទាល់ខ្លួនរបស់អ្នកដោយមានជំនួយពីក្រុមការងារថែទាំសុខភាព និងអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នក។

ជំពូកទី ៩ នៃ សៀវភៅណែនាំសមាជិក នេះ ប្រាប់ពីអ្វីដែលអ្នកអាចធ្វើបាន ប្រសិនបើអ្នកគិតថា អ្នកមិនទទួលបានសេវា ឬឱសថរបស់អ្នកក្នុងរយៈពេលដ៏សមរម្យមួយ។ វាក៏ប្រាប់ពីអ្វីដែលអ្នកអាចធ្វើបាន ប្រសិនបើយើងបដិសេធការធានារ៉ាប់រងសម្រាប់សេវា ឬឱសថរបស់អ្នក ហើយអ្នកមិនយល់ស្របនឹងសេចក្តីសម្រេចរបស់យើង។

C. ទំនួលខុសត្រូវរបស់យើងក្នុងការការពារព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួន និងព័ត៌មានសុខភាពរបស់អ្នក

យើងការពារព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួន និងព័ត៌មានសុខភាពរបស់អ្នក ដូចដែលតម្រូវដោយច្បាប់សហព័ន្ធ និងរដ្ឋ។

ព័ត៌មានសុខភាពត្រូវបានការពារ (PHI) របស់អ្នករួមមានព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួនដែលអ្នកបានផ្តល់ឱ្យយើងខ្ញុំនៅពេលអ្នកបានចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងរបស់យើង។ វាក៏រួមមាននូវកំណត់ត្រាសុខភាពរបស់អ្នក និងព័ត៌មានពេទ្យ និងសុខភាពផ្សេងៗទៀតដែរ។

អ្នកមានសិទ្ធិនៅពេលនិយាយអំពីព័ត៌មានរបស់អ្នក និងការគ្រប់គ្រងពីរបៀបដែល PHI របស់អ្នកត្រូវបានប្រើប្រាស់។ យើងផ្តល់នូវសេចក្តីជូនដំណឹងជាលាយលក្ខណ៍អក្សរដែលផ្តល់ដំបូន្មានដល់អ្នកអំពីសិទ្ធិទាំងនេះ ហើយនឹងពន្យល់អំពីរបៀបដែលយើងការពារឯកជនភាពអំពីព័ត៌មាន PHI របស់អ្នក។ ការជូនដំណឹងនេះត្រូវបានគេហៅថា “សេចក្តីជូនដំណឹងនៃការអនុវត្តភាពឯកជន។”

សមាជិកដែលអាចយល់ព្រមដើម្បីទទួលសេវាងាយអន់ចិត្ត គឺមិនតម្រូវឱ្យទទួលបានការអនុញ្ញាតពីសមាជិកផ្សេងទៀតក្នុងការទទួលសេវាងាយអន់ចិត្ត ឬដាក់ពាក្យបណ្តឹងទាមទារសេវាងាយអន់ចិត្តនោះឡើយ។ គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan នឹងធ្វើការប្រាស្រ័យទាក់ទងដោយផ្ទាល់ទាក់ទងនឹងសេវាសម្ងាត់ ទៅកាន់អាសយដ្ឋានប្រៃសណីយ៍ អាសយដ្ឋានអ៊ីមែល ឬលេខទូរសព្ទដែលបានកំណត់ជំនួសរបស់សមាជិក ឬក្នុងករណីដែលគ្មានការចាត់តាំងក្នុងនាមសមាជិកនៅអាសយដ្ឋាន ឬលេខទូរសព្ទនៅលើឯកសារ។ គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan នឹងមិនបង្ហាញព័ត៌មានវេជ្ជសាស្ត្រដែលទាក់ទងនឹងសេវាងាយអន់ចិត្តដល់សមាជិកផ្សេងទៀតដោយគ្មានការអនុញ្ញាតជាលាយលក្ខណ៍អក្សរពីសមាជិកដែលទទួលបានការថែទាំនោះទេ។ គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan នឹងទទួលយកសំណើសម្រាប់ការប្រាស្រ័យទាក់ទងដោយសម្ងាត់ក្នុងទម្រង់បែបបទ និងទម្រង់ដែលបានស្នើសុំ ប្រសិនបើទម្រង់បែបបទនិងទម្រង់ដែលបានស្នើសុំងាយស្រួលផលិត ឬនៅទីតាំងផ្សេងទៀត។ សំណើរបស់សមាជិកសម្រាប់ការទំនាក់ទំនងសម្ងាត់ទាក់ទងនឹងសេវាសម្ងាត់នឹងមានសុពលភាពរហូតដល់សមាជិកលុបចោលសំណើ ឬដាក់សំណើថ្មីសម្រាប់ការទំនាក់ទំនងសម្ងាត់។ ដើម្បីស្នើសុំច្បាប់ចម្លងនៃសេចក្តីជូនដំណឹងនៃការអនុវត្តភាពឯកជនរបស់យើង ឬស្នើសុំការទំនាក់ទំនងសម្ងាត់ត្រូវបានដាក់នៅលើឯកសាររបស់អ្នក អ្នកអាច៖



- អ្នកមានសិទ្ធិក្នុងការដឹងថា តើយើងចែករំលែក និងរបៀបយើងចែករំលែក PHI របស់អ្នកជាមួយអ្នកដទៃសម្រាប់គោលបំណងណាមួយ ដែលមិនមែនជាប្រចាំ។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ ឬកង្វល់អំពីឯកជនភាពនៃ PHI របស់អ្នក សូមទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជន។

D. ទំនួលខុសត្រូវរបស់យើងក្នុងការផ្តល់ព័ត៌មានដល់អ្នក

ក្នុងនាមជាសមាជិកនៃគម្រោងរបស់យើង អ្នកមានសិទ្ធិក្នុងការទទួលបានព័ត៌មានពីយើងខ្ញុំអំពីគម្រោងរបស់យើង អ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញរបស់យើង និងសេវាដែលមានធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នក។

ប្រសិនបើអ្នកមិននិយាយភាសាអង់គ្លេសទេ យើងមានសេវាបកប្រែដើម្បីឆ្លើយសំណួរដែលអ្នកមានអំពីគម្រោងរបស់យើង។ ដើម្បីទទួលបានអ្នកបកប្រែ ទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជន។ សេវានេះមិនគិតថ្លៃទេ។ សៀវភៅណែនាំសមាជិក និងឯកសារសំខាន់ៗផ្សេងទៀត ដែលមានជាភាសាផ្សេងក្រៅពីភាសាអង់គ្លេស។ ឯកសារក៏អាចមានជាភាសាអារ៉ាប់ អាមេនី ខ្មែរ ចិនសាមញ្ញ ចិនបុរាណ ហ្វាស៊ី ហិណ្ឌូ ម៉ុង ជប៉ុន កូរ៉េ ឡាវ ម៉ុង ពុទ្ធបាប៊ី រុស្ស៊ី អេស្ប៉ាញ តាកាឡុក ថៃ អ៊ុយក្រែន និងភាសាវៀតណាមផងដែរ។ យើងក៏អាចផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវព័ត៌មានជាអក្សរពុម្ពធំ អក្សរសម្រាប់ជនពិការភ្នែក ឬជាសំឡេងផងដែរ។ យើងត្រូវបានតម្រូវឱ្យផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវព័ត៌មានអំពីអត្ថប្រយោជន៍នៃគម្រោងក្នុងទម្រង់ដែលអាចចូលប្រើបាន និងសមស្របសម្រាប់អ្នក។ ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានពីយើងខ្ញុំតាមរបៀបដែលដំណើរការសម្រាប់អ្នក សូមទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជន។

ប្រសិនបើអ្នកចង់បានព័ត៌មានអំពីចំណុចណាមួយខាងក្រោម ទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជន៖

- ព័ត៌មានអំពីរបៀបជ្រើសរើស ឬផ្លាស់ប្តូរគម្រោង
- គម្រោងរបស់យើង រួមមាន៖
 - ព័ត៌មានហិរញ្ញវត្ថុ
 - របៀបដែលសមាជិកគម្រោងបានវាយតម្លៃពីយើងខ្ញុំ
 - ចំនួនបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ដែលបានធ្វើឡើងដោយសមាជិក
 - របៀបចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើង
- ព័ត៌មានអំពីអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញរបស់យើង និងឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញរបស់យើង រួមមាន៖
 - របៀបជ្រើសរើស ឬផ្លាស់ប្តូរអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំបឋម
 - គុណសម្បត្តិនៃអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញរបស់យើង

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan តាមរយៈលេខ 1-800-452-4413 (TTY: 711) ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ម៉ោង PT ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទ គឺឥតគិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ blueshieldca.com/medicare។



- របៀបដែលយើងបង់ប្រាក់ឱ្យអ្នកផ្តល់សេវានៅក្នុងបណ្តាញរបស់យើង
- សេវា និងឱសថដែលមានធានារ៉ាប់រង រួមមាន៖
 - សេវា (សូមអាន ជំពូកទី ៣ និងទី ៤ នៃ សៀវភៅណែនាំសមាជិកនេះ) និងឱសថផ្សេងៗ (សូមអាន ជំពូកទី ៥ និងទី ៦ នៃ សៀវភៅណែនាំសមាជិកនេះ) ដែលបានរ៉ាប់រងពីគម្រោងរបស់យើង
 - ការដាក់កំណត់ចំពោះការរ៉ាប់រង និងឱសថរបស់អ្នក
 - បទបញ្ជាដែលអ្នកត្រូវតែធ្វើតាមដើម្បីទទួលបានសេវា និងឱសថដែលមានធានារ៉ាប់រង
- ហេតុអ្វីបានជាអ្វីមួយមិនត្រូវបានរ៉ាប់រង និងតើអ្នកអាចធ្វើអ្វីបានខ្លះអំពីបញ្ហានេះ (សូមអាន ជំពូកទី ៩ នៃ សៀវភៅណែនាំសមាជិកនេះ) រួមទាំងការស្នើសុំឱ្យយើងខ្ញុំ៖
 - សរសេរជាលាយលក្ខណ៍អក្សរពីមូលហេតុដែលសេវា និងឱសថមិនត្រូវបានរ៉ាប់រង
 - ផ្លាស់ប្តូរសេចក្តីសម្រេចដែលយើងបានធ្វើ
 - បង់ប្រាក់លើវិក្កយបត្រដែលអ្នកទទួលបាន

E. ការខ្វះសមត្ថភាពរបស់អ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញដើម្បីចេញវិក្កយបត្រអ្នកដោយផ្ទាល់

វេជ្ជបណ្ឌិត មន្ទីរពេទ្យ និងអ្នកផ្តល់សេវាផ្សេងទៀតនៅក្នុងបណ្តាញរបស់យើងមិនអាចធ្វើឱ្យអ្នកបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាដែលមានការរ៉ាប់រងបានទេ។ ពួកគេក៏មិនអាចធ្វើវិក្កយបត្រសមតុល្យ ឬគិតប្រាក់ពីអ្នកបានទេ ប្រសិនបើយើងបង់តិចជាងចំនួនដែលអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំបានគិតប្រាក់។ ដើម្បីស្វែងយល់ពីអ្វីដែលត្រូវធ្វើ ប្រសិនបើអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញព្យាយាមគិតប្រាក់ពីអ្នកសម្រាប់សេវាដែលបានរ៉ាប់រង សូមអាន ជំពូកទី ៧ នៃ សៀវភៅណែនាំសមាជិកនេះ។

F. សិទ្ធិរបស់អ្នកក្នុងការចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើង

មិនមាននរណាម្នាក់អាចធ្វើឱ្យអ្នកបន្តនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើងបានទេ ប្រសិនបើអ្នកមិនចង់។

- អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានសេវាថែទាំសុខភាពភាគច្រើនរបស់អ្នកតាមរយៈ Original Medicare ឬគម្រោង Medicare Advantage (MA) ផ្សេងទៀត។
- អ្នកអាចទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ឱសថ Medicare ផ្នែក D របស់អ្នកពីគម្រោងឱសថណាមួយ ឬពីគម្រោង MA ផ្សេងទៀត។
- សូមអាន ជំពូកទី ១០ នៃ សៀវភៅណែនាំសមាជិកនេះ៖

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan តាមរយៈលេខ 1-800-452-4413 (TTY: 711) ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ម៉ោង PT ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទ គឺឥតគិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ blueshieldca.com/medicare។



- សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីពេលវេលាដែលអ្នកអាចចូលរួមក្នុងគម្រោងប្រយោជន៍ MA ឬឱសថថ្មី។
- សម្រាប់ព័ត៌មានអំពីរបៀបដែលអ្នកនឹងទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ពី Medi-Cal របស់អ្នក ប្រសិនបើអ្នកចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើង។

G. សិទ្ធិរបស់អ្នកក្នុងការសម្រេចចិត្តលើការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក

អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានព័ត៌មានពេញពីវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក និងអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពផ្សេងទៀត ដើម្បីជួយអ្នកធ្វើការសម្រេចចិត្តអំពីការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក។

G1. អ្នកមានសិទ្ធិដើម្បីដឹងអំពីជម្រើសនៃការព្យាបាលរបស់អ្នក និងការសម្រេចចិត្ត

អ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកត្រូវតែពន្យល់អំពីស្ថានភាពជំងឺរបស់អ្នក និងជម្រើសក្នុងការព្យាបាលរបស់អ្នក ក្នុងរបៀបដែលអ្នកអាចយល់បាន។ អ្នកមានសិទ្ធិដើម្បី៖

- ដឹងការជ្រើសរើសរបស់អ្នក។ អ្នកមានសិទ្ធិត្រូវបានគេប្រាប់អំពីជម្រើសនៃការព្យាបាលទាំងអស់។
- ដឹងពីហានិភ័យ។ អ្នកមានសិទ្ធិត្រូវបានប្រាប់ អំពីភាពគ្រោះថ្នាក់អ្វីមួយដែលជាប់ទាក់ទង។ យើងត្រូវតែប្រាប់អ្នកជាមុន ប្រសិនបើសេវា ឬការព្យាបាលណាមួយដែលជាផ្នែកមួយនៃការពិសោធស្រាវជ្រាវ។ អ្នកមានសិទ្ធិបដិសេធការពិសោធន៍ព្យាបាល។
- ដើម្បីទទួលបានមតិយោបល់ទីពីរ។ អ្នកមានសិទ្ធិទៅជួបវេជ្ជបណ្ឌិតផ្សេងទៀតមុននឹងការសម្រេចចិត្តលើការព្យាបាល។
- និយាយថា ទេ។ អ្នកមានសិទ្ធិបដិសេធការព្យាបាលណាមួយ។ នេះរួមមានសិទ្ធិដើម្បីចេញពីមន្ទីរពេទ្យ ឬមន្ទីរពេទ្យផ្សេងទៀត ទោះបីវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកប្រាប់អ្នកមិនឲ្យចេញក៏ដោយ។ អ្នកមានសិទ្ធិបញ្ឈប់ការប្រើឱសថមានវេជ្ជបញ្ជា។ ប្រសិនបើអ្នកបដិសេធការព្យាបាល ឬឈប់ប្រើឱសថមានវេជ្ជបញ្ជា យើងនឹងមិនលុបអ្នកចេញពីគម្រោងរបស់យើងនោះទេ។ តែជាយ៉ាងណាមិញ បើសិនអ្នកបដិសេធការព្យាបាល ឬឈប់លេបឱសថមានវេជ្ជបញ្ជា អ្នកនឹងទទួលខុសត្រូវពេញទី សម្រាប់អ្វីៗកើតឡើងដល់អ្នក។
- ស្នើសុំឱ្យយើងខ្ញុំពន្យល់ពីមូលហេតុដែលអ្នកផ្តល់សេវាបដិសេធការថែទាំ។ អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានការពន្យល់ពីយើងខ្ញុំ ប្រសិនបើអ្នកផ្តល់សេវាបដិសេធការថែទាំដែលអ្នកគិតថាអ្នកគួរទទួលបាន។
- ស្នើសុំឱ្យយើងធានារ៉ាប់រងលើសេវា ឬឱសថដែលយើងបដិសេធ ឬជាធម្មតាមិនត្រូវបានធានារ៉ាប់រងទេ។ នេះគឺហៅថាសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង។ ជំពូកទី 9 នៃ សៀវភៅណែនាំសមាជិក នេះប្រាប់អំពីរបៀបស្នើសុំយើងខ្ញុំនូវការសម្រេចពីការរ៉ាប់រង។



G2. សិទ្ធិរបស់អ្នកក្នុងការនិយាយអ្វីដែលអ្នកចង់ឱ្យកើតឡើង ប្រសិនបើអ្នកមិនអាចសម្រេចចិត្តលើការថែទាំសុខភាពខ្លួនឯង

ជួនកាល មនុស្សមិនអាចធ្វើការសម្រេចចិត្តលើការថែទាំសុខភាពដោយខ្លួនឯងបានទេ។ មុននឹងពេលនោះកើតឡើងដល់អ្នក អ្នកអាច៖

- បំពេញទម្រង់បែបបទជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ ដើម្បីផ្តល់សិទ្ធិឱ្យនរណាម្នាក់ក្នុងការសម្រេចចិត្តលើការថែទាំសុខភាពសម្រាប់អ្នក ប្រសិនបើអ្នកមិនអាចសម្រេចចិត្តដោយខ្លួនឯងបានទេនោះទេ។
- ផ្តល់ការណែនាំជាលាយលក្ខណ៍អក្សរដល់វេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក អំពីរបៀបដោះស្រាយការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក ប្រសិនបើអ្នកមិនអាចធ្វើការសម្រេចចិត្តដោយខ្លួនឯងបានរួមទាំងការថែទាំដែលអ្នកមិនចង់បាន។

ឯកសារផ្លូវច្បាប់ដែលអ្នកអាចប្រើដើម្បីផ្តល់ការណែនាំរបស់អ្នកត្រូវបានគេហៅថាជា “សេចក្តីបង្គាប់ជាមុន”។ សេចក្តីបង្គាប់ជាមុន មានប្រភេទខុសៗគ្នា និងមានឈ្មោះខុសៗគ្នាសម្រាប់វា។ ជាឧទាហរណ៍គឺ លិខិតបណ្តាំពេលនៅរស់ និងលិខិតផ្ទេរសិទ្ធិអំណាចសម្រាប់ការថែទាំសុខភាព។

អ្នកមិនត្រូវឱ្យមានសេចក្តីបង្គាប់ជាមុនទេ ប៉ុន្តែអ្នកអាចមានវា។ នេះគឺជាអ្វីដែលត្រូវធ្វើប្រសិនបើអ្នកចង់ប្រើសេចក្តីបង្គាប់ជាមុន៖

- **ទទួលយកទម្រង់បែបបទ។** អ្នកអាចទទួលបានទម្រង់បែបបទពីវេជ្ជបណ្ឌិត មេធាវី អ្នកធ្វើការខាងសង្គម ឬហាងផ្គត់ផ្គង់សម្ភារៈការិយាល័យមួយចំនួនរបស់អ្នក។ ឱសថស្ថាន និងការិយាល័យអ្នកផ្តល់សេវាជារឿយៗមានទម្រង់បែបបទ។ អ្នកអាចស្វែងរកទម្រង់បែបបទអនឡាញដោយឥតគិតថ្លៃ ហើយទាញយកវា។ អ្នកក៏អាចទាក់ទងផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជន ដើម្បីស្នើសុំទម្រង់បែបបទនេះផងដែរ។
- **បំពេញលើទម្រង់បែបបទ ហើយចុះហត្ថលេខា។** ក្រដាសបំពេញនេះគឺជាឯកសារស្របច្បាប់។ អ្នកគួរតែពិចារណាក្នុងការមានមេធាវី ឬអ្នកផ្សេងទៀតដែលអ្នកទុកចិត្ត ដូចជាសមាជិកគ្រួសារ ឬ PCP របស់អ្នក ដើម្បីជួយអ្នកក្នុងការបំពេញវា។
- **ផ្តល់ច្បាប់ចម្លងនៃទម្រង់បែបបទដល់មនុស្សដែលត្រូវដឹង។** អ្នកគួរតែផ្តល់ច្បាប់ចម្លងនៃទម្រង់បែបបទទៅវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក។ អ្នកគួរតែផ្តល់នូវច្បាប់ចម្លងមួយឱ្យបុគ្គលដែលអ្នកបានឱ្យធ្វើសេចក្តីសម្រេចសម្រាប់អ្នក ប្រសិនបើអ្នកមិនអាចធ្វើការសម្រេចចិត្ត។ អ្នកប្រហែលជាចង់ផ្តល់នូវច្បាប់ចម្លងដល់មិត្តភក្តិជិតស្និទ្ធ ឬសមាជិកគ្រួសារ។ រក្សាច្បាប់ចម្លងទុកនៅផ្ទះ។
- **ប្រសិនបើអ្នកកំពុងសម្រាកព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យ ហើយអ្នកមានសេចក្តីបង្គាប់ជាមុនដែលបានចុះហត្ថលេខាហើយនោះ សូមយកច្បាប់ចម្លងទៅមន្ទីរពេទ្យ។**
 - មន្ទីរពេទ្យនឹងសួរថា តើអ្នកមានទម្រង់បែបបទសម្រាប់សេចក្តីបង្គាប់ជាមុនដែលបានចុះហត្ថលេខាដែរឬទេ ហើយតើអ្នកបានភ្ជាប់វាមកជាមួយទេ។



- បើសិនអ្នកមិនទាន់ចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់បែបបទសម្រាប់សេចក្តីបង្គាប់ជាមុនទេ មន្ទីរពេទ្យក៏មានទម្រង់បែបបទនេះដែរ ហើយគេនឹងសួរថាតើអ្នកចង់ចុះហត្ថលេខាដែរឬទេ។

អ្នកមានសិទ្ធិ ដើម្បី៖

- មានសេចក្តីបង្គាប់ជាមុនរបស់អ្នកដាក់ក្នុងកំណត់ត្រាវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នក។
- ផ្លាស់ប្តូរ ឬលុបចោលសេចក្តីបង្គាប់ជាមុនរបស់អ្នកនៅពេលណាក៏បាន។
- ស្វែងយល់អំពីការផ្លាស់ប្តូរចំពោះច្បាប់នៃសេចក្តីបង្គាប់ជាមុន។ គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan នឹងប្រាប់អ្នកអំពីការផ្លាស់ប្តូរចំពោះច្បាប់រដ្ឋមិនលើសពីរយៈពេល 90 ថ្ងៃ បន្ទាប់ពីការផ្លាស់ប្តូរ។

តាមច្បាប់ គ្មាននរណាម្នាក់អាចបដិសេធការចែទាំរបស់អ្នក ឬរើសអើងអ្នកដោយផ្អែកលើភាពជាអ្នកមានឬមិនមាន។ ចុះហត្ថលេខាសេចក្តីបង្គាប់ជាមុន ឬអត់នោះទេ។ សូមហៅទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជនសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។

G3. អ្វីដែលត្រូវធ្វើ ប្រសិនបើការណែនាំរបស់អ្នកមិនត្រូវបានអនុវត្ត

ប្រសិនបើអ្នកបានចុះហត្ថលេខាលើសេចក្តីបង្គាប់ជាមុន ហើយអ្នកគិតថាវេជ្ជបណ្ឌិត ឬមន្ទីរពេទ្យមិនបានធ្វើតាមការណែនាំនៅក្នុងនោះ អ្នកអាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងជាមួយ Commence Health (អង្គភាពលើកគុណភាពនៃរដ្ឋ California) តាមលេខ (877) 588-1123 (TTY: 711) ឬផ្ញើលិខិតទៅកាន់៖ Commence Health BFCC-QIO Program, 10820 Guilford Rd, Ste. 202, Annapolis Junction, MD 20701។

H. សិទ្ធិរបស់អ្នកក្នុងការប្តឹងតវ៉ា និងស្នើសុំឱ្យយើងខ្ញុំពិចារណាឡើងវិញនូវសេចក្តីសម្រេចរបស់យើង

ជំពូកទី 9 នៃ សៀវភៅណែនាំសមាជិក នេះប្រាប់អ្នកពីអ្វីដែលអ្នកអាចធ្វើបាន ប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហា ឬកង្វល់ណាមួយអំពីសេវា ឬការចែទាំដែលត្រូវបានបំពេញរបស់អ្នក។ ឧទាហរណ៍ អ្នកអាចស្នើសុំឱ្យយើងខ្ញុំធ្វើសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង ធ្វើការដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ដើម្បីផ្លាស់ប្តូរសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង ឬធ្វើការប្តឹងតវ៉ា។

អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានព័ត៌មានអំពីបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ និងបណ្តឹងតវ៉ាដែលសមាជិកផ្សេងទៀតបានប្តឹងប្រឆាំងនឹងគម្រោងបស់យើង។ ទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជន ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មាននេះ។

H1. អ្វីដែលត្រូវធ្វើអំពីការប្រព្រឹត្តទុក្ខដាក់ដោយមិនយុត្តិធម៌ ឬដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែមអំពីសិទ្ធិរបស់អ្នក

ប្រសិនបើអ្នកគិតថា យើងបានប្រព្រឹត្តចំពោះអ្នកដោយអយុត្តិធម៌ – ហើយវា មិនមែន ពាក់ព័ន្ធនឹងការរើសអើងសម្រាប់ហេតុផលដែលបានរាយក្នុង ជំពូកទី 11 នៃ សៀវភៅណែនាំសមាជិកនេះ – ឬអ្នកចង់បានព័ត៌មានបន្ថែមអំពីសិទ្ធិរបស់អ្នក អ្នកអាចទូរសព្ទទៅកាន់៖

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan តាមរយៈលេខ 1-800-452-4413 (TTY: 711) ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ម៉ោង PT ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទ គឺឥតគិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ blueshieldca.com/medicare។



- ផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជន។
- កម្មវិធីប្រឹក្សាយោបល់ និងការតស៊ូមតិផ្នែកធានារ៉ាប់រងសុខភាព (HICAP) តាមរយៈលេខ 1-800-434-0222 (TTY: 711)។ សម្រាប់ព័ត៌មានលម្អិតអំពី HICAP មើលជំពូកទី 2 ផ្នែក E។
- អំបាដូរម៉ានរបស់ Medi-Cal តាមរយៈលេខ 1-888-452-8609។ សម្រាប់ព័ត៌មានលម្អិតអំពីកម្មវិធីនេះ សូមអាន ជំពូកទី 2 នៃ សៀវភៅណែនាំសមាជិករបស់អ្នក។
- Medicare at 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរទូរសព្ទទៅកាន់លេខ 1-877-486-2048។ (អ្នកក៏អាចអាន ឬទាញយកផងដែរ “សិទ្ធិ និងការការពាររបស់ Medicare” ដែលមាននៅលើគេហទំព័រ Medicare តាមរយៈ www.medicare.gov/publications/11534-medicare-rights-and-protections.pdf ។)

I. ទំនួលខុសត្រូវរបស់អ្នកក្នុងនាមជាសមាជិកគម្រោង

ក្នុងនាមជាសមាជិកគម្រោង អ្នកមានទំនួលខុសត្រូវក្នុងការធ្វើកិច្ចការដែលមានរាយខាងក្រោម។ ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរណាមួយ ទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជន។

- សូមអាន សៀវភៅណែនាំសមាជិក នេះ ដើម្បីស្វែងយល់អំពីអ្វីដែលគម្រោងរបស់យើងរ៉ាប់រង និងវិធានដែលត្រូវអនុវត្តតាម ដើម្បីទទួលបានសេវា និងឱសថដែលត្រូវបានរ៉ាប់រង។ សម្រាប់ព័ត៌មានលម្អិតអំពីអ្នក៖
 - សេវាដែលរ៉ាប់រង សូមអាន ជំពូកទី 3 និងទី 4 នៃ សៀវភៅណែនាំសមាជិកនេះ។ ជំពូកទាំងនោះប្រាប់អ្នកពីអ្វីដែលត្រូវបានរ៉ាប់រង អ្វីដែលមិនត្រូវបានរ៉ាប់រង វិធានអ្វីដែលអ្នកត្រូវធ្វើតាម និងអ្វីដែលអ្នកត្រូវបង់។
 - ឱសថដែលរ៉ាប់រង សូមអាន ជំពូកទី 5 និងទី 6 នៃ សៀវភៅណែនាំសមាជិកនេះ។
- ប្រាប់យើងខ្ញុំអំពីការរ៉ាប់រងលើឱសថ ឬសុខភាពណាមួយផ្សេងទៀតដែលអ្នកមាន។ យើងត្រូវតែប្រាកដថា អ្នកបានប្រើជម្រើសនៃការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកទាំងអស់ នៅពេលអ្នកទទួលបានការថែទាំសុខភាព។ ទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជន ប្រសិនបើអ្នកមានការធានារ៉ាប់រងផ្សេងទៀត។
- ប្រាប់វេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក និងអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពផ្សេងទៀត ថាអ្នកជាសមាជិកនៃគម្រោងរបស់យើង។ បង្ហាញប័ណ្ណសមាជិករបស់អ្នក នៅពេលអ្នកទទួលបានសេវា ឬឱសថ។
- ជួយវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក និងអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពផ្សេងទៀត ឱ្យផ្តល់ការថែទាំល្អបំផុតដល់អ្នក។
 - ផ្តល់ឱ្យពួកគេនូវព័ត៌មានដែលពួកគេត្រូវការអំពីអ្នក និងសុខភាពរបស់អ្នក។ ស្វែងយល់ឲ្យបានច្រើនបំផុតតាមអ្នកអាចធ្វើបានអំពីបញ្ហាសុខភាពរបស់អ្នក។ ធ្វើតាមគម្រោងការព្យាបាល និងសេចក្តីណែនាំ ដែលអ្នក និងអ្នកផ្តល់របស់អ្នកបានព្រមព្រៀងគ្នា។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan តាមរយៈលេខ 1-800-452-4413 (TTY: 711) ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ម៉ោង PT ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទ គឺឥតគិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ blueshieldca.com/medicare។



- ត្រូវប្រាកដថា វេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក និងអ្នកផ្តល់សេវាផ្សេងទៀតដឹងពីឱសថទាំងអស់ដែលអ្នកប្រើ។ នេះរួមបញ្ចូលទាំងឱសថ ឱសថគ្មានវេជ្ជបញ្ជា ថ្នាំរ៉ាំរ៉ៃ និងអាហារបំប៉ន។
- សួរសំណួរណាមួយដែលអ្នកមាន។ វេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក និងអ្នកផ្តល់សេវាផ្សេងទៀត ត្រូវតែពន្យល់អ្វីៗក្នុងរបៀបដែលអ្នកអាចយល់បាន។ ប្រសិនបើអ្នកសួរសំណួរ ហើយអ្នកមិនយល់អំពីចម្លើយទេ ត្រូវសួរម្តងទៀត។
- **ធ្វើការជាមួយអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នក** រួមមានការបំពេញការវាយតម្លៃហានិភ័យសុខភាពប្រចាំឆ្នាំ។
- **ត្រូវចេះពិចារណា។** យើងរំពឹងថាសមាជិកទាំងអស់របស់យើង គោរពសិទ្ធិរបស់អ្នកជំងឺផ្សេងៗទៀត។ យើងក៏រំពឹងថាអ្នកនឹងធ្វើសកម្មភាពដោយការគោរពនៅក្នុងការិយាល័យវេជ្ជបណ្ឌិត មន្ទីរពេទ្យ និងការិយាល័យអ្នកផ្តល់សេវាផ្សេងទៀត។
- **បង់ប្រាក់ដែលអ្នកជំពាក់។** ក្នុងនាមជាសមាជិកគម្រោង អ្នកត្រូវទទួលខុសត្រូវចំពោះការបង់ប្រាក់ទាំងនេះ៖
 - ថ្លៃបង់ធានារ៉ាប់រង Medicare ផ្នែក A និង Medicare ផ្នែក B។ សម្រាប់សមាជិកនៃគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan ភាគច្រើន Medi-Cal បង់ថ្លៃបុព្វលាភ Medicare ផ្នែក A របស់អ្នក និងសម្រាប់បុព្វលាភ Medicare ផ្នែក B របស់អ្នក។
 - សម្រាប់ឱសថមួយចំនួនរបស់អ្នកដែលមានការរ៉ាប់រងដោយគម្រោងរបស់យើង អ្នកត្រូវតែបង់ប្រាក់ចំណែកថ្លៃចំណាយរបស់អ្នកនៅពេលអ្នកទទួលបានឱសថ។ នេះនឹងជាការបង់ប្រាក់រួម (ចំនួនថេរ)។ **ជំពូកទី 6** ប្រាប់ពីអ្វីដែលអ្នកត្រូវបង់ប្រាក់សម្រាប់ឱសថរបស់អ្នក។
 - ប្រសិនបើអ្នកទទួលបានសេវា ឬឱសថណាមួយដែលមិនត្រូវបានរ៉ាប់រងដោយគម្រោងរបស់យើង អ្នកត្រូវតែបង់ពេញថ្លៃ។ (ចំណាំ៖ បើអ្នកមិនយល់ស្របជាមួយការសម្រេចរបស់យើង ដើម្បីរ៉ាប់រងសេវា ឬឱសថ អ្នកអាចធ្វើការតវ៉ាបាន។ សូមមើលជំពូកទី 9 ដើម្បីស្វែងយល់ពីរបៀបដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍។)
- **ប្រាប់យើងខ្ញុំ ប្រសិនបើអ្នកផ្លាស់លំនៅទីនៅ។** ប្រសិនបើអ្នកមានគម្រោងផ្លាស់ទីលំនៅ ប្រាប់យើងខ្ញុំភ្លាមៗ។ ហៅទូរសព្ទទៅអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នក ឬផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជន។
 - ប្រសិនបើអ្នកចាកចេញទៅនៅក្រៅតំបន់សេវារបស់យើង នោះអ្នកនឹងមិនអាចបន្តនៅក្នុងគម្រោងនេះទៀតបានឡើយ។ មានតែអ្នកដែលរស់នៅក្នុងតំបន់សេវារបស់យើងតែប៉ុណ្ណោះដែលអាចជាសមាជិកនៃគម្រោងនេះ។ **ជំពូកទី 1** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក* នេះ នឹងណែនាំអ្នកអំពីតំបន់សេវារបស់យើង។



- យើងអាចជួយអ្នកឱ្យដឹងថាតើអ្នកកំពុងផ្លាស់ទីលំនៅនៅក្រៅតំបន់សេវារបស់យើងដែរ ឬទេ។ ក្នុងអំឡុងរយៈពេលការចុះឈ្មោះពិសេស អ្នកអាចប្តូរទៅ Original Medicare ឬចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងសុខភាព ឬឱសថ Medicare នៅក្នុងទីតាំងថ្មីរបស់អ្នក។ យើងអាចប្រាប់អ្នកថាតើយើងមានគម្រោងក្នុងតំបន់ថ្មីរបស់អ្នកឬអត់។
- ប្រាប់អាសយដ្ឋានថ្មីរបស់អ្នកទៅកាន់ Medicare និង Medi-Cal នៅពេលអ្នកផ្លាស់ទីលំនៅ។ សូមអាន ជំពូកទី 2 នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក* នេះសម្រាប់លេខទូរសព្ទរបស់ Medicare និង Medi-Cal។
- ប្រសិនបើអ្នកផ្លាស់ទីលំនៅ និងស្នាក់នៅក្នុងតំបន់សេវារបស់យើង យើងនៅតែត្រូវដឹង។ យើងត្រូវរក្សាកំណត់ត្រាសមាជិកភាពរបស់អ្នកឲ្យទាន់បច្ចុប្បន្នកាល និងដឹងរបៀបទាក់ទងអ្នក។
- ប្រសិនបើអ្នកប្តូរទីលំនៅ សូមជូនដំណឹងរបបសន្តិសុខសង្គម (ក្រុមប្រឹក្សាភិបាលកម្មករផ្លូវដែកដែលចូលនិវត្តន៍)។
- ប្រាប់យើងខ្ញុំ ប្រសិនបើអ្នកមានលេខទូរសព្ទថ្មី ឬវិធីណាដែលល្អជាងនេះដើម្បីទាក់ទងទៅកាន់អ្នក។
- ទូរសព្ទទៅអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំ ឬ ផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជនរបស់អ្នកសម្រាប់ជំនួយ ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ ឬការព្រួយបារម្ភណាមួយ។



ជំពូកទី ១ តើអ្នកត្រូវធ្វើយ៉ាងណា ប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហា ឬបណ្តឹងតវ៉ា (សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ បណ្តឹងតវ៉ា)

សេចក្តីផ្តើម

ជំពូកនេះមានព័ត៌មានអំពីសិទ្ធិរបស់អ្នក។ ត្រូវអានជំពូកនេះ ដើម្បីឲ្យដឹងត្រូវធ្វើអ្វីខ្លះ បើសិន៖

- អ្នកមានបញ្ហា ឬមានការក្លៀវក្លា (បណ្តឹង) អំពីគម្រោងរបស់អ្នក។
- អ្នកត្រូវការសេវា ទំនិញ ឬថ្នាំដែលគម្រោងរបស់អ្នកបាននិយាយថា វានឹងមិនបានចំណាយនោះទេ។
- អ្នកមិនយល់ស្របនឹងការសម្រេចចិត្តដែលគម្រោងរបស់អ្នកបានធ្វើឡើងអំពីការថែទាំរបស់អ្នក។
- អ្នកគិតថា សេវាដែលមានធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នក ឆាប់ចប់ពេក។
- អ្នកមានបញ្ហា ឬបណ្តឹងតវ៉ាជាមួយសេវា និងជំនួយគាំទ្ររយៈពេលវែងរបស់អ្នក ដែលរួមមានសេវាសម្រាប់មនុស្សពេញវ័យតាមសហគមន៍ (CBAS) និងសេវាមជ្ឈមណ្ឌលថែទាំសុខភាព (NF)។

ជំពូកនេះស្ថិតនៅក្នុងផ្នែកផ្សេងៗដើម្បីជួយអ្នកងាយស្រួលស្វែងរកអ្វីដែលអ្នកកំពុងស្វែងរក។ **បើអ្នកមានបញ្ហា ឬមានកង្វល់ អ្នកត្រូវអានផ្នែកនៃជំពូកនេះ ដែលអនុវត្តចំពោះស្ថានភាពរបស់អ្នក។**

អ្នកគួរតែទទួលការថែទាំសុខភាព ឱសថ ឬសេវា និងការជួយគាំទ្ររយៈពេលវែង ដែលវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក និងអ្នកផ្តល់សេវាផ្សេងទៀតសម្រេចថាជាការចាំបាច់ សម្រាប់ការថែទាំដែលជាផ្នែកមួយនៃគម្រោងការថែទាំអ្នក។ **ប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហាជាមួយនឹងការថែទាំរបស់អ្នក អ្នកអាចទូរសព្ទទៅកាន់កម្មវិធី Medicare Medi-Cal Ombudsman Program តាមលេខ 1-855-501-3077 ដើម្បីសុំជំនួយ។** ជំពូកនេះពន្យល់ពីជម្រើសផ្សេងៗដែលអ្នកមានសម្រាប់បញ្ហា និងបណ្តឹងផ្សេងៗគ្នា ប៉ុន្តែអ្នកអាចទូរសព្ទទៅកម្មវិធីអំប៊ុយង់ដានជំនួយ ដើម្បីជួយណែនាំអ្នកឆ្លងកាត់បញ្ហារបស់អ្នក។ សម្រាប់ធនធានបន្ថែមដើម្បីដោះស្រាយទៅលើការព្រួយបារម្ភរបស់អ្នក និងវិធីទាក់ទងទៅកាន់ពួកគេ មើលជំពូកទី 2 នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*របស់អ្នក។

តារាងមាតិកា

A. អ្វីដែលត្រូវធ្វើ ប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហា ឬកង្វល់	282
A1. អំពីពាក្យផ្លូវច្បាប់	282
B. កន្លែងដែលត្រូវទទួលបានជំនួយ	282
B1. សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម និងជំនួយ	282
C. ការយល់ដឹងអំពីបណ្តឹងតវ៉ា និងបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់ Medicare និង Medi-Cal នៅក្នុងគម្រោងរបស់យើង ..	285
D. បញ្ហាជាមួយនឹងអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នក	285
E. សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង និងបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍.....	286
E1. សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង	286
E2. បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍	286
E3. ជួយក្នុងសេចក្តីសម្រេចលើការរ៉ាប់រង និងបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍	287
E4. តើផ្នែកណាមួយនៃជំពូកនេះនឹងជួយអ្នកបាន	289
F. ការថែទាំផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ	289
F1. ការប្រើប្រាស់ផ្នែកនេះ.....	289
F2. ការស្នើសុំសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង.....	291
F3. ការដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 1.....	294
F4. ការដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2.....	298
F5. បញ្ហាការទូទាត់ប្រាក់	306
G. ឱសថ Medicare ផ្នែក D	308
G1. សេចក្តីសម្រេចលើការរ៉ាប់រង និងបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ នៃផ្នែក D នៃកម្មវិធី Medicare	308
G2. ករណីលើកលែងរបស់ Medicare ផ្នែក D.....	309



G3. រឿងសំខាន់ៗដែលត្រូវដឹងអំពីការស្នើសុំករណីលើកលែង.....	311
G4. ការស្នើសុំសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង រួមបញ្ចូលទាំងករណីលើកលែង.....	312
G5. ការដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 1	316
G6. ការដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2	318
H. ការស្នើសុំយើងខ្ញុំឱ្យធានារ៉ាប់រងការស្នាក់នៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យបានយូរ.....	321
H1. ការស្វែងយល់អំពីសិទ្ធិ Medicare របស់អ្នក	321
H2. ការដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 1	323
H3. ការដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2	325
I. ការស្នើសុំយើងខ្ញុំឱ្យបន្តធានារ៉ាប់រងលើសេវាវេជ្ជសាស្ត្រជាក់លាក់មួយចំនួន.....	327
I1. ការជូនដំណឹងជាមុន មុនពេលការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកបញ្ចប់	327
I2. ការដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 1	328
I3. ការដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2	330
J. ការទទួលយកបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍លើសពីកម្រិត 2.....	331
J1. ជំហានបន្ទាប់ទៀតសម្រាប់សេវា និងទំនិញរបស់ Medicare	331
J2. បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់ Medi-Cal បន្ថែម.....	332
J3. បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 3, 4 និង 5 សម្រាប់ការស្នើសុំឱសថ Medicare ផ្នែក D	333
K. របៀបដាក់បណ្តឹងតវ៉ា	335
K1. តើប្រភេទនៃបញ្ហាអ្វីខ្លះ គួរតែដាក់បណ្តឹងតវ៉ា	335
K2. បណ្តឹងតវ៉ាផ្ទៃក្នុង	337
K3. បណ្តឹងតវ៉ាខាងក្រៅ	340



A. អ្វីដែលត្រូវធ្វើប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហា ឬកង្វល់

ជំពូកនេះ ពន្យល់ពីរបៀបក្នុងការដោះស្រាយបញ្ហា និងការព្រួយបារម្ភ។ ដំណើរការដែលអ្នកប្រើអាស្រ័យទៅលើប្រភេទនៃបញ្ហាដែលអ្នកមាន។ ប្រើដំណើរការមួយសម្រាប់សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង និងបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ និងធ្វើការប្តឹងតវ៉ាមួយផ្សេងទៀត (ដែលគេហៅថាបណ្តឹងសាទុក្ខផងដែរ)។

ដើម្បីធានាបាននូវភាពយុត្តិធម៌ និងភាពឆាប់រហ័ស ដំណើរការនីមួយៗមានសំណុំនៃច្បាប់ នីតិវិធី និងពេលវេលាកំណត់ដែលយើង និងអ្នកត្រូវតែអនុវត្តតាម។

A1. អំពីពាក្យផ្លូវច្បាប់

មានពាក្យច្បាប់នៅក្នុងជំពូកនេះសម្រាប់ច្បាប់ និងពេលវេលាកំណត់មួយចំនួន។ ពាក្យគន្លឹះទាំងនេះជាច្រើនអាចពិបាកយល់ ដូច្នេះយើងប្រើពាក្យសាមញ្ញជាងនេះជំនួសឱ្យពាក្យច្បាប់មួយចំនួននៅពេលដែលយើងអាចធ្វើបាន។ យើងប្រើពាក្យបំប្លែងយ៉ាងតិចជាទីបំផុត។

ឧទាហរណ៍ យើងនិយាយថា៖

- “ការប្តឹងតវ៉ា” ជំនួសឱ្យ “ការដាក់បណ្តឹងសាទុក្ខ”
- “សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង” ជំនួសឱ្យ “ការកំណត់របស់អង្គភាព” “ការកំណត់អត្ថប្រយោជន៍” “ការកំណត់ហានិភ័យ” ឬ “សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង”
- “សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងរហ័ស” ជំនួសឱ្យ “ការកំណត់ពន្លឿន”
- “អង្គការត្រួតពិនិត្យឯករាជ្យ” (IRO) ជំនួសឱ្យ “អង្គភាពត្រួតពិនិត្យឯករាជ្យ” (IRE)

ការស្គាល់ពាក្យច្បាប់ត្រឹមត្រូវ អាចនឹងជួយអ្នកឱ្យធ្វើការប្រាស្រ័យទាក់ទងបានកាន់តែច្បាស់លាស់ ដូច្នេះយើងក៏ផ្តល់ពាក្យទាំងអស់នោះដែរ។

B. កន្លែងដែលត្រូវទទួលបានជំនួយ

B1. សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម និងជំនួយ

ពេលខ្លះ វាមានការភ័ន្តច្រឡំក្នុងការចាប់ផ្តើម ឬធ្វើតាមដំណើរការដើម្បីដោះស្រាយបញ្ហា។ នេះអាចជាការពិតជាពិសេស ប្រសិនបើអ្នកមានអារម្មណ៍មិនល្អ ឬមានថាមពលមានតិចតួច។ ពេលខ្លះ អ្នកប្រហែលជាមិនមានព័ត៌មាន ដែលអ្នកត្រូវការ ដើម្បីអនុវត្តជំហានបន្ទាប់ទៅ។

ជំនួយពីកម្មវិធីប្រឹក្សាយោបល់ និងការតស៊ូមតិផ្នែកធានារ៉ាប់រងសុខភាព

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅតម្រោង Blue Shield TotalDual Plan តាមរយៈលេខ 1-800-452-4413 (TTY: 711) ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ម៉ោង PT ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទ គឺឥតគិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ blueshieldca.com/medicare។



អ្នកក៏អាចហៅទូរសព្ទទៅកាន់កម្មវិធីប្រឹក្សាយោបល់ និងការតស៊ូមតិផ្នែកធានារ៉ាប់រងសុខភាព (HICAP)។ អ្នកប្រឹក្សារបស់ HICAP អាចឆ្លើយសំណួររបស់អ្នក និងជួយពន្យល់អ្នកអំពីអ្វីដែលត្រូវធ្វើ ដើម្បីដោះស្រាយបញ្ហារបស់អ្នក។ HICAP មិនមានទំនាក់ទំនងអ្វីជាមួយយើងខ្ញុំ ឬជាមួយនឹងក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងសុខភាព ឬគម្រោងថែទាំសុខភាពណាមួយឡើយ។ HICAP មានអ្នកប្រឹក្សាដែលទទួលបានហ្វឹកហ្វឺននៅគ្រប់ខោនធី ហើយសេវាគឺឥតគិតថ្លៃឡើយ។ លេខទូរសព្ទរបស់ HICAP គឺ 1-800-434-0222។

ជំនួយពីកម្មវិធី Medicare Medi-Cal Ombudsman Program

អ្នកអាចទូរសព្ទទៅកម្មវិធី Medicare Medi-Cal Ombudsman Program ហើយនិយាយជាមួយអ្នកគាំពារអំពីសំណួររបស់អ្នកអំពីការរ៉ាប់រងសុខភាព។ ពួកគេប្រហែលជាអាចផ្តល់ជំនួយខាងច្បាប់ដោយឥតគិតថ្លៃ។ កម្មវិធីអំបាដូម៉ានមិនមានទំនាក់ទំនងអ្វីជាមួយយើងខ្ញុំ ឬជាមួយនឹងក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងសុខភាព ឬគម្រោងសុខភាពណាមួយឡើយ។ លេខទូរសព្ទរបស់ពួកគេគឺ 1-855-501-3077 ហើយគេហទំព័ររបស់ពួកគេគឺ www.healthconsumer.org ។

ជំនួយ និងព័ត៌មានពី Medicare

សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម និងជំនួយ អ្នកអាចទាក់ទងទៅកាន់ Medicare។ ខាងក្រោមនេះគឺជារបៀបពីរយ៉ាងដើម្បីទទួលបានជំនួយពី Medicare៖

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

ជំនួយពីក្រសួងថែទាំសុខភាពរបស់រដ្ឋ California

មន្ត្រីបណ្តឹងសាធារណៈផ្នែកថែទាំសុខភាពក្រោមការគ្រប់គ្រងរបស់ Medi-Cal នៃក្រសួងថែទាំសុខភាពក្រោមការគ្រប់គ្រងរបស់រដ្ឋ California អាចជួយបាន។ គេអាចជួយអ្នកបាន បើសិនអ្នកមានបញ្ហានៃការចូលរួម ការផ្លាស់ប្តូរ ឬការចាកចេញពីគម្រោងថែទាំសុខភាពមួយ។ គេក៏អាចជួយអ្នកបានដែរ បើសិនអ្នកបានផ្លាស់លំនៅ នឹងកំពុងតែមានបញ្ហាក្នុងការឲ្យបានប្តូរ Medi-Cal របស់អ្នកទៅខោនធីថ្មីរបស់អ្នក។ អ្នកអាចហៅអំបាដូម៉ាន ពីថ្ងៃច័ន្ទ រហូតថ្ងៃសុក្រ ចន្លោះម៉ោង 8:00 ព្រឹក និង 5:00 ល្ងាច លេខ 1-888-452-8609។

ជំនួយពីក្រសួងថែទាំសុខភាពក្រោមការគ្រប់គ្រងរបស់រដ្ឋ California

ទាក់ទងទៅកាន់ ក្រសួងថែទាំសុខភាពក្រោមការគ្រប់គ្រងរបស់រដ្ឋ California (DMHC) ដើម្បីទទួលបានជំនួយ ដោយឥតគិតថ្លៃ។ DMHC ទទួលខុសត្រូវចំពោះការត្រួតពិនិត្យគម្រោងសុខភាព។ DMHC ជួយមនុស្សដែល មានបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍អំពីសេវា ឬបញ្ហាការចេញវិក្កយបត្ររបស់ Medi-Cal។ លេខទូរសព្ទគឺ 1-888-466-2219។ បុគ្គលដែលថ្លង់ ពិបាកក្នុងការស្តាប់ ឬមានពិការភាពក្នុងនិយាយអាចប្រើលេខទូរសព្ទ TDD ដោយឥតគិតថ្លៃតាម រយៈលេខ 1-877-688-9891។ អ្នកក៏អាចចូលទៅកាន់គេហទំព័ររបស់ DMHC តាមរយៈ www.dmhc.ca.gov ផងដែរ។

ក្រសួងថែទាំសុខភាពក្រោមការគ្រប់គ្រងរបស់រដ្ឋ California គឺមានភារៈកិច្ចសម្រាប់ដាក់ច្បាប់ដល់គម្រោង សេវាថែទាំសុខភាព។ ប្រសិនបើអ្នកមានបណ្តឹងសាទុក្ខប្រឆាំងនឹងគម្រោងសុខភាពរបស់អ្នក ដំបូងអ្នកគួរតែ ហៅទូរសព្ទទៅគម្រោងសុខភាពរបស់អ្នកតាមរយៈលេខ **1-800-452-4413 (TTY: 711)** ហើយប្រើដំណើរ ការបណ្តឹងសាទុក្ខរបស់គម្រោងសុខភាពរបស់អ្នក មុនពេលទាក់ទងទៅខាងក្រសួង។ ការប្រើប្រាស់នីតិវិធីប ណ្តឹងសាទុក្ខនេះ គឺមិនហាមឃាត់សិទ្ធិស្របច្បាប់អ្វីមួយដែលអាចយកមកប្រើ ឬដំណោះស្រាយអ្វីៗ ដែលអាច មានសម្រាប់អ្នកឡើយ។ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយឲ្យដោះស្រាយបណ្តឹងសាទុក្ខដែលទាក់ទងនឹងភាពអាស ន្ន ឬបណ្តឹងសាទុក្ខអ្វីមួយដែលគម្រោងថែទាំសុខភាពរបស់អ្នកមិនទាន់បានដោះស្រាយឲ្យគាប់ចិត្តនៅឡើយ ឬក៏បណ្តឹងសាទុក្ខដែលនៅតែមិនទាន់ដោះស្រាយរួចលើសពីចំនួន 30 ថ្ងៃ អ្នកអាចហៅទូរសព្ទទៅកាន់ក្រសួង សម្រាប់ស្នើសុំជំនួយ។ អ្នកក៏អាចនឹងមានសិទ្ធិទទួលបានការត្រួតពិនិត្យដោយការត្រួតពិនិត្យផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ ឯករាជ្យ (IMR) ផងដែរ។ ប្រសិនបើអ្នកមានសិទ្ធិទទួលបាន IMR នោះវិធី IMR នឹងផ្តល់ការពិនិត្យឃ្លាត់ចត់ ដោយមិនលំអៀងទៅលើសេចក្តីសម្រេចលើការព្យាបាលសុខភាព ដែលបានធ្វើដោយគម្រោងសុខភាព ទាក់ទងនឹងពេទ្យសាស្ត្រចាំបាច់នូវសំណើសេវា ឬការព្យាបាល សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងសម្រាប់ ការព្យាបាល ដែលជាលក្ខណៈនៃការពិសោធន៍ ឬជាការស៊ើបអង្កេត និងទំនាស់ការបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាសុខ ភាពអាសន្ន ឬបន្ទាន់។ ក្រសួងក៏មានលេខទូរសព្ទដោយឥតគិតថ្លៃមួយខ្សែផងដែរ គឺលេខ

(1-888-466-2219) និងបណ្តាញទូរសព្ទ TDD **(1-877-688-9891)** សម្រាប់អ្នកដែលមានបញ្ហាខ្សោយ ក្នុងការស្តាប់ និងការនិយាយស្តី។ គេហទំព័រអ៊ីនធឺណិតរបស់ក្រសួង www.dmhc.ca.gov មានទម្រង់បែបបទ សម្រាប់បណ្តឹងតវ៉ា ទម្រង់ពាក្យសុំ IMR និងការណែនាំតាមអនឡាញ។



ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan តាមរយៈលេខ 1-800-452-4413 (TTY: 711) ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ម៉ោង PT ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទ គឺឥតគិត ថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ blueshieldca.com/medicare។

C. ការយល់ដឹងអំពីបណ្តឹងតវ៉ា និងបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់ Medicare និង Medi-Cal នៅក្នុង គម្រោងរបស់យើង

អ្នកមាន Medicare និង Medi-Cal។ ព័ត៌មាននៅក្នុងជំពូកនេះអនុវត្តចំពោះអត្ថប្រយោជន៍នៃការថែទាំ សុខភាពក្រោមការគ្រប់គ្រងដោយ Medicare និង Medi-Cal របស់អ្នកទាំងអស់។ ពេលខ្លះវាត្រូវបាន គេហៅថា “ដំណើរការរួមបញ្ចូលគ្នា” ពីព្រោះវាបញ្ចូលគ្នា ឬរួមបញ្ចូលគ្នារវាងដំណើរការ Medicare និង Medi-Cal។

ពេលខ្លះ ដំណើរការរបស់ Medicare និង Medi-Cal មិនអាចបញ្ចូលគ្នាបានទេ។ នៅក្នុងស្ថានភាពទាំង នោះ អ្នកប្រើដំណើរការមួយសម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍ Medicare និងដំណើរការមួយទៀតសម្រាប់ អត្ថប្រយោជន៍ Medi-Cal។ ផ្នែក F4 ពន្យល់ពីស្ថានភាពទាំងនេះ។

D. បញ្ហាជាមួយនឹងអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នក

ប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហា ឬការព្រួយបារម្ភ អានផ្នែកនៃជំពូកនេះ ដែលអនុវត្តចំពោះស្ថានភាពរបស់អ្នក។ តារាងខាងក្រោមជួយអ្នកស្វែងរកផ្នែកត្រឹមត្រូវនៃជំពូកនេះសម្រាប់បញ្ហា ឬបណ្តឹងតវ៉ា។

តើបញ្ហា ឬកង្វល់របស់អ្នកអំពីអត្ថប្រយោជន៍ ឬការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកមែនឬទេ?	
នេះរួមបញ្ចូលទាំងបញ្ហាថា តើការថែទាំផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រជាក់លាក់ (សម្ភារៈ សេវាវេជ្ជសាស្ត្រ និង/ឬ ឱសថផ្នែក B) ត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដែរ ឬអត់ របៀបដែលឱសថទាំងនេះ ត្រូវបានធានារ៉ាប់រង និង បញ្ហាទាក់ទងនឹងការទូទាត់ប្រាក់សម្រាប់ការថែទាំផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ។	
យល់ព្រម បញ្ហារបស់ខ្ញុំ គឺអំពី អត្ថប្រយោជន៍ ឬការធានារ៉ាប់រង។ មើលផ្នែក E “សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង និងបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍។”	បដិសេធ បញ្ហារបស់ខ្ញុំមិនមែនអំពី អត្ថប្រយោជន៍ ឬការធានារ៉ាប់រង។ មើលផ្នែក K “របៀបដាក់បណ្តឹងតវ៉ា។”



E. សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង និងបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍

ដំណើរការសម្រាប់ការស្នើសុំសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង និងដាក់ពាក្យបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ ដើម្បីដោះស្រាយបញ្ហាដែលទាក់ទងនឹងអត្ថប្រយោជន៍ និងការរ៉ាប់រងរបស់អ្នកចំពោះការថែទាំផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នក (សេវាកម្មសម្ភារៈ និងឱសថផ្នែក B រួមទាំងការទូទាត់ប្រាក់)។ ដើម្បីរក្សាអ្វីៗឱ្យសាមញ្ញ ជាទូទៅយើងហៅសម្ភារៈ សេវាវេជ្ជសាស្ត្រ និងឱសថផ្នែក B ជាការថែទាំផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ។

E1. សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង

សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង គឺជាសេចក្តីសម្រេចដែលយើងធ្វើសម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍ និងការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នក ឬអំពីចំនួនទឹកប្រាក់ដែលយើងចំណាយសម្រាប់សេវាវេជ្ជសាស្ត្រ ឬឱសថរបស់អ្នក។ អ្នក ឬវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកក៏អាចទាក់ទងមកយើងខ្ញុំ ហើយស្នើសុំសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងផងដែរ។ អ្នក ឬវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកប្រហែលជាមិនប្រាកដទេថា តើយើងធានារ៉ាប់រងលើសេវាផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រជាក់លាក់ ឬប្រសិនបើយើងអាចបដិសេធមិនផ្តល់ការថែទាំសុខភាពដែលអ្នកគិតថាអ្នកត្រូវការ។ ប្រសិនបើអ្នកចង់ដឹងថា តើយើងនឹងរ៉ាប់រងលើសេវាវេជ្ជសាស្ត្រមុនពេលអ្នកទទួលបាន ឬអត់ អ្នកអាចស្នើសុំឱ្យយើងខ្ញុំធ្វើសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងសម្រាប់អ្នក។

យើងធ្វើសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងនៅពេលយើងពិនិត្យឡើងវិញនូវសំណើសម្រាប់សេវា ឬការទាមទារសំណង។ ក្នុងករណីខ្លះ យើងអាចសម្រេចថាសេវា ឬឱសថមិនត្រូវបានរ៉ាប់រង ឬលែងត្រូវបានរ៉ាប់រងសម្រាប់អ្នកដោយ Medicare ឬ Medi-Cal ទៀតហើយ។ ប្រសិនបើអ្នកមិនយល់ស្របនឹងសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងនេះទេ អ្នកអាចដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍បាន។

E2. បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍

ប្រសិនបើយើងធ្វើការសម្រេចពីការរ៉ាប់រង ហើយអ្នកមិនពេញចិត្តនឹងការសម្រេចចិត្តនេះ អ្នកអាចដាក់ “បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍” លើការសម្រេចចិត្តនេះ។ បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ គឺជាវិធីផ្លូវការមួយក្នុងការស្នើសុំឱ្យយើងពិនិត្យមើលឡើងវិញ និងផ្លាស់ប្តូរសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងដែលយើងបានធ្វើ។

នៅពេលអ្នកប្តឹងឧទ្ធរណ៍លើសេចក្តីសម្រេចជាលើកដំបូង នេះត្រូវបានគេហៅថាបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 1។ នៅក្នុងបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍នេះ យើងពិនិត្យឡើងវិញនូវការសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងដែលយើងបានធ្វើដើម្បីពិនិត្យមើលថាតើយើងបានអនុវត្តតាមច្បាប់ទាំងអស់ត្រឹមត្រូវដែរឬទេ។ អ្នកត្រូវពិនិត្យខុសពីអ្នកដែលបានការធ្វើសេចក្តីសម្រេចដើមដែលមិនមានអំណោយផល ដើម្បីដោះស្រាយបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក។

នៅក្នុងករណីភាគច្រើន អ្នកត្រូវតែចាប់ផ្តើមការតវ៉ារបស់អ្នក នៅកម្រិតទី 1។ ប្រសិនបើបញ្ហាសុខភាពរបស់អ្នក ស្ថិតក្នុងករណីបន្ទាន់ ឬជាប់ពាក់ព័ន្ធនឹងការគំរាមកំហែងភ្លាមៗ និងធ្ងន់ធ្ងរដល់សុខភាពរបស់អ្នក ឬប្រសិនបើអ្នក មានការឈឺចាប់ធ្ងន់ធ្ងរ ហើយចាំបាច់ត្រូវធ្វើការសម្រេចចិត្តភ្លាមៗ អ្នកអាចស្នើសុំការពិនិត្យសុខភាពវេជ្ជសាស្ត្រ IMR ពីក្រសួងថែទាំសុខភាពក្រោមការគ្រប់គ្រង តាមរយៈគេហទំព័រ www.dmhc.ca.gov។ សូមអាន ផ្នែក F4 សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។

នៅពេលយើងបញ្ចប់ការពិនិត្យឡើងវិញ យើងផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវការសម្រេចចិត្តរបស់យើង។ នៅក្រោមកាលៈទេសៈ ជាក់លាក់មួយចំនួនដែលបានពន្យល់នៅពេលក្រោយនៅក្នុងជំពូកនេះ នៅក្នុងផ្នែក F2 អ្នកអាចស្នើសុំ ការពន្លឿន ឬ “សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងរហ័ស” ឬ “បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍រហ័ស” នៃសេចក្តីសម្រេចលើ ការធានារ៉ាប់រងបាន។

ប្រសិនបើយើង បដិសេធ ចំពោះផ្នែកមួយ ឬទាំងស្រុងនៃអ្វីដែលអ្នកបានស្នើសុំ យើងនឹងធ្វើលិខិតជូនអ្នក។ ប្រសិនបើបញ្ហារបស់អ្នកគឺអំពីការធានារ៉ាប់រងនៃការថែទាំផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្ររបស់ Medicare លិខិតនោះនឹងជូន ដំណឹងដល់អ្នកថា យើងបានបញ្ជូនករណីរបស់អ្នកទៅកាន់អង្គការត្រួតពិនិត្យឯករាជ្យ (IRO) សម្រាប់បណ្តឹង ឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2។ ប្រសិនបើបញ្ហារបស់អ្នកគឺពាក់ព័ន្ធនឹងការធានារ៉ាប់រងលើសេវា ឬទំនិញរបស់ Medicare ផ្នែក D ឬ Medicaid លិខិតនោះនឹងប្រាប់អ្នកពីរបៀបដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 ដោយខ្លួនឯង។ មើល ផ្នែក F4 សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2។

ប្រសិនបើអ្នកមិនគាប់ចិត្តនឹងសេចក្តីសម្រេចនៃបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 អ្នកប្រហែលជាអាចដាក់ទៅកម្រិត បន្ទាប់ទៀតនៃបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍។

E3. ជួយក្នុងសេចក្តីសម្រេចលើការរ៉ាប់រង និងបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍

អ្នកអាចសុំជំនួយពីផ្នែកណាមួយខាងក្រោម៖

- ផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជនតាមលេខនៅផ្នែកខាងក្រោមនៃទំព័រ។
- កម្មវិធី Medicare Medi-Cal Ombudsman Program តាមរយៈលេខ 1-855-501-3077។
- កម្មវិធីប្រឹក្សាយោបល់ និងការតស៊ូអតិផ្នែកធានារ៉ាប់រងសុខភាព (HICAP) តាមរយៈលេខ 1-800-434-0222។
- មជ្ឈមណ្ឌលជំនួយនៅក្រសួងគ្រប់គ្រងការថែទាំសុខភាពរបស់រដ្ឋ California (DMHC) សម្រាប់ ជំនួយដោយឥតគិតថ្លៃ។ DMHC នឹងជួយអតិថិជនជាមួយនឹងបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍អំពីសេវា Medi-Cal ឬ បញ្ហាវិក្កយបត្រផ្សេងៗ។ លេខទូរសព្ទគឺ 1-888-466-2219។ បុគ្គលដែលថ្លង់ ពិបាកក្នុងការស្តាប់ ឬ



មានពិការភាពក្នុងនិយាយអាចប្រើលេខទូរសព្ទ TDD ដោយឥតគិតថ្លៃតាមរយៈលេខ 1-877-688-9891។ អ្នកក៏អាចចូលទៅកាន់គេហទំព័ររបស់ DMHC តាមរយៈ www.dmhc.ca.gov ផងដែរ។ ខណៈពេលដែល DMHC អាចជួយមនុស្សនៅក្នុងគម្រោង Medi-Cal ក្រោមការគ្រប់គ្រង វាមិនអាចជួយមនុស្សនៅក្នុងគម្រោង Medicare តែប៉ុណ្ណោះ និងនៅក្នុងប្រព័ន្ធសុខភាពដែលរៀបចំដោយខោនធី (County Organized Health Systems, COHS) ដូចខាងក្រោម៖ គម្រោងសុខភាពភាពជាដៃគូ គម្រោងសុខភាព Gold Coast, CenCal Health, Central California Alliance for Health និង CalOptima។ រដ្ឋាភិបាលសហព័ន្ធដាក់បញ្ញត្តិគម្រោង Medicare ហើយក្រសួងសេវាថែទាំសុខភាពដាក់បញ្ញត្តិគម្រោង COHS។

- **វេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក ឬអ្នកផ្តល់សេវាផ្សេងទៀត។** វេជ្ជបណ្ឌិត ឬអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកផ្សេងទៀតអាចស្នើសុំសេចក្តីសម្រេចពីការធានារ៉ាប់រង ឬដាក់បណ្តឹងតវ៉ាជំនួយឲ្យអ្នក។
- **មិត្តភក្តិ ឬសមាជិកគ្រួសារ។** អ្នកអាចដាក់ឈ្មោះអ្នកផ្សេងឱ្យធ្វើសកម្មភាពជំនួសអ្នកជា “អ្នកតំណាង” របស់អ្នក ហើយស្នើសុំសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង ឬដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍។
- **មេធាវី។** អ្នកមានសិទ្ធិស្នើសុំមេធាវី ប៉ុន្តែ អ្នកមិនត្រូវបានតម្រូវឱ្យមានមេធាវី ដើម្បីស្នើសុំសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង ឬធ្វើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍នោះឡើយ។
 - ទូរសព្ទទៅមេធាវីផ្ទាល់ខ្លួនរបស់អ្នក ឬទទួលបានឈ្មោះមេធាវីពីសមាគមគណៈមេធាវីក្នុងតំបន់ ឬសេវាបញ្ជូនបន្តផ្សេងទៀត។ ក្រុមមេធាវីមួយចំនួន នឹងផ្តល់សេវាខាងច្បាប់ឲ្យអ្នកដោយឥតគិតថ្លៃ បើអ្នកមានសិទ្ធិទទួល។
 - ស្នើសុំមេធាវីជំនួយផ្លូវច្បាប់ពីកម្មវិធី Medicare Medi-Cal អំបាជូរម៉ាន តាមរយៈលេខ 1-855-501-3077។

បំពេញទម្រង់បែបបទនៃការតែងតាំងអ្នកតំណាង ប្រសិនបើអ្នកចង់ឱ្យមេធាវី ឬនរណាម្នាក់ផ្សេងទៀតដើរតួជាអ្នកតំណាងរបស់អ្នក។ ទម្រង់បែបបទនេះផ្តល់ការអនុញ្ញាតឱ្យនរណាម្នាក់ធ្វើសកម្មភាពជំនួសអ្នក។

ទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជនតាមលេខនៅខាងក្រោមទំព័រ ហើយស្នើសុំទម្រង់បែបបទនៃ “ការតែងតាំងអ្នកតំណាង”។ អ្នកក៏អាចទទួលបានទម្រង់បែបបទដោយចូលទៅកាន់

www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf។ អ្នកត្រូវតែផ្តល់ជូនយើងខ្ញុំនូវច្បាប់ចម្លងនៃទម្រង់បែបបទដែលបានចុះហត្ថលេខា។

E4. តើផ្នែកណាមួយនៃជំពូកនេះនឹងជួយអ្នកបាន

មានស្ថានភាពចំនួនបួនដែលពាក់ព័ន្ធនឹងសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង និងការប្តឹងឧទ្ធរណ៍។ ស្ថានភាពណាមួយមានវិន័យ និងកាលកំណត់ខុសៗគ្នា។ យើងផ្តល់ព័ត៌មានលម្អិតសម្រាប់ផ្នែកនីមួយៗនៅក្នុងផ្នែកដាច់ដោយឡែកនៃជំពូកនេះ។ សូមមើលផ្នែកដែលអនុវត្តបាន៖

- ផ្នែក F “ការថែទាំផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ”
- ផ្នែក G “ឱសថ Medicare ផ្នែក D”
- ផ្នែក H “ស្នើសុំឱ្យយើងខ្ញុំធានារ៉ាប់រងលើការស្នាក់នៅមន្ទីរពេទ្យឱ្យបានយូរជាងនេះ។”
- ផ្នែក I “ស្នើសុំឱ្យយើងខ្ញុំបន្តធានារ៉ាប់រងលើសេវាផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រជាក់លាក់” (ផ្នែកនេះអនុវត្តចំពោះតែសេវាទាំងនេះតែប៉ុណ្ណោះ៖ សេវាថែទាំសុខភាពតាមផ្ទះ មជ្ឈមណ្ឌលថែទាំជំនាញ និងមន្ទីរស្តារនីតិសម្បទាពេញលេញសម្រាប់អ្នកជំងឺឥតដេកពេទ្យ (CORF)។

ប្រសិនបើអ្នកមិនប្រាកដថា ត្រូវប្រើផ្នែកណាទេ ទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជនតាមលេខនៅខាងក្រោមទំព័រ។ អ្នកក៏អាចទទួលបានជំនួយ ឬព័ត៌មានពីអង្គការរដ្ឋាភិបាលដូចជាកម្មវិធីជំនួយលើការធានារ៉ាប់រងសុខភាពថ្នាក់រដ្ឋរបស់អ្នកបានផងដែរ។ សូមអាន ជំពូកទី 2 ផ្នែក C សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។

F. ការថែទាំផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ

ផ្នែកនេះពន្យល់ពីអ្វីដែលត្រូវធ្វើ ប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហាក្នុងការទទួលបានការធានារ៉ាប់រងសម្រាប់ការថែទាំសុខភាព ឬប្រសិនបើអ្នកចង់ឱ្យយើងខ្ញុំបង់ប្រាក់ឱ្យអ្នកវិញសម្រាប់ចំណែកនៃថ្លៃចូលរួមការចំណាយរបស់យើងលើការថែទាំរបស់អ្នក។ សម្រាប់ព័ត៌មានអំពីការស្នើសុំការសម្រាកនៅមន្ទីរពេទ្យរយៈពេលវែង សូមសំអាងទៅលើផ្នែក H។

ផ្នែកនេះគឺស្តីអំពីអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នកសម្រាប់ការថែទាំផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដែលបានពណ៌នានៅក្នុង ជំពូកទី 4 នៃសៀវភៅណែនាំសមាជិក នៅក្នុងតារាងអត្ថប្រយោជន៍។ នៅក្នុងករណីមួយចំនួន វិធានការផ្សេងៗគ្នាអាចត្រូវបានអនុវត្តចំពោះឱសថ Medicare ផ្នែក B។ នៅពេលដែលពួកគេអនុវត្ត យើងនឹងពន្យល់ពីរបៀបដែលវិធានការសម្រាប់ឱសថ Medicare ផ្នែក B ខុសពីវិធានការសម្រាប់សេវាវេជ្ជសាស្ត្រ និងសម្ភារៈផ្សេងៗយ៉ាងដូចម្តេចខ្លះ។

F1. ការប្រើប្រាស់ផ្នែកនេះ

ផ្នែកនេះពន្យល់ពីអ្វីដែលអ្នកអាចធ្វើបានក្នុងស្ថានភាពណាមួយដូចខាងក្រោម៖

1. អ្នកគិតថា យើងរ៉ាប់រងលើការថែទាំផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដែលអ្នកត្រូវការ ប៉ុន្តែមិនទទួលបាន។



អ្វីដែលអ្នកអាចធ្វើបាន៖ អ្នកអាចស្នើសុំឱ្យយើងធ្វើការសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង។ មើល ផ្នែក F2។

2. យើងមិនបានយល់ព្រមលើការថែទាំសុខភាពដែលវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក ឬអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពផ្សេងទៀតចង់ផ្តល់ឱ្យអ្នកនោះទេ ហើយអ្នកគិតថាយើងគួរតែយល់ព្រម។

អ្វីដែលអ្នកអាចធ្វើបាន៖ អ្នកអាចប្តឹងឧទ្ធរណ៍ចំពោះសេចក្តីសម្រេចរបស់យើង។ មើល ផ្នែក F3។

3. អ្នកបានទទួលការថែទាំផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដែលអ្នកគិតថា យើងធានារ៉ាប់រង ប៉ុន្តែយើងនឹងមិនបង់ប្រាក់។

អ្វីដែលអ្នកអាចធ្វើបាន៖ អ្នកអាចប្តឹងឧទ្ធរណ៍ចំពោះសេចក្តីសម្រេចរបស់យើងក្នុងការមិនបង់ប្រាក់។ មើល ផ្នែក F5។

4. អ្នកបានទទួល និងបង់ប្រាក់សម្រាប់ការថែទាំផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដែលអ្នកគិតថាយើងធានារ៉ាប់រង ហើយអ្នកចង់ឱ្យយើងបង់ប្រាក់ឱ្យអ្នកវិញ។

អ្វីដែលអ្នកអាចធ្វើបាន៖ អ្នកអាចសូមឱ្យយើងសងប្រាក់អ្នកវិញ។ មើល ផ្នែក F5។

5. យើងបានកាត់បន្ថយ ឬបញ្ឈប់ការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកសម្រាប់ការថែទាំផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រជាក់លាក់ ហើយអ្នកគិតថា សេចក្តីសម្រេចរបស់យើងអាចធ្វើឱ្យមានគ្រោះថ្នាក់ដល់សុខភាពរបស់អ្នក។

អ្វីដែលអ្នកអាចធ្វើបាន៖ អ្នកអាចប្តឹងឧទ្ធរណ៍លើសេចក្តីសម្រេចរបស់យើងក្នុងការកាត់បន្ថយ ឬបញ្ឈប់ការថែទាំសុខភាព។ មើលផ្នែក F4។

- ប្រសិនបើការធានារ៉ាប់រង គឺសម្រាប់ការថែទាំមន្ទីរពេទ្យ ការថែទាំសុខភាពតាមផ្ទះ ការថែទាំនៅមជ្ឈមណ្ឌលថែទាំសុខភាពជំនាញ ឬសេវានៅមន្ទីរស្តារនីតិសម្បទាពេញលេញសម្រាប់អ្នកជំងឺឥតដេកពេទ្យ (CORF) ច្បាប់ពិសេសត្រូវបានអនុវត្ត។ មើលផ្នែក H ឬ ផ្នែក I ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែម។
- សម្រាប់ស្ថានភាពផ្សេងទៀតទាំងអស់ដែលពាក់ព័ន្ធនឹងការកាត់បន្ថយ ឬបញ្ឈប់ការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកសម្រាប់ការថែទាំផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រជាក់លាក់ ប្រើផ្នែកនេះ (ផ្នែក F) ជាការណែនាំរបស់អ្នក។

6. អ្នកកំពុងជួបប្រទះការពន្យារពេលក្នុងការថែទាំ ឬអ្នកមិនអាចស្វែងរកវេជ្ជបណ្ឌិតបាន។

អ្វីដែលអ្នកអាចធ្វើបាន៖ អ្នកអាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងតវ៉ាបាន។ មើលផ្នែក K2។

F2. ការស្នើសុំសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង

នៅពេលដែលសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងពាក់ព័ន្ធទៅនឹងការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក វាត្រូវបានគេហៅថា **សេចក្តីសម្រេចរបស់អង្គការរួមបញ្ចូលគ្នា**។

អ្នក វេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក ឬអ្នកតំណាងរបស់អ្នកអាចស្នើសុំសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងពីយើងខ្ញុំដោយ៖

- ការហៅទូរសព្ទ៖ 1-800-452-4413, TTY: 711។
- ទូរសារ៖ (877) 251-6671។
- សរសេរលិខិត៖ Blue Shield TotalDual Plan
P.O. Box 927
Woodland Hills, CA 91365-9856

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan តាមរយៈលេខ 1-800-452-4413 (TTY: 711) ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ម៉ោង PT ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទ គឺឥតគិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ blueshieldca.com/medicare។



សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងធម្មតា

នៅពេលយើងផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវសេចក្តីសម្រេចរបស់យើង យើងប្រើពេលវេលាកំណត់ “ធម្មតា” លុះត្រាតែយើងយល់ព្រមប្រើពេលវេលាកំណត់ “រហ័ស”។ សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងធម្មតាមានន័យថា យើងផ្តល់ចម្លើយឱ្យអ្នកក្នុងរយៈពេល៖

- **5 ថ្ងៃនៃថ្ងៃធ្វើការ** បន្ទាប់ពីយើងទទួលបានសំណើរបស់អ្នក សម្រាប់សេវា ឬសម្ភារៈវេជ្ជសាស្ត្រដែលស្ថិតនៅក្រោមច្បាប់អនុញ្ញាតជាមុនរបស់យើង។
- **5 ថ្ងៃនៃថ្ងៃធ្វើការ** និងយ៉ាងយូរ 14 ថ្ងៃតាមប្រតិទិន បន្ទាប់ពីយើងទទួលបានសំណើរបស់អ្នកសម្រាប់សេវាវេជ្ជសាស្ត្រ ឬបរិក្ខារពេទ្យទាំងអស់។
- **72 ម៉ោង** បន្ទាប់ពីយើងទទួលបានសំណើរបស់អ្នកសម្រាប់ ឱសថ Medicare ផ្នែក B

សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងរហ័ស

ពាក្យច្បាប់សម្រាប់ សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងរហ័ស គឺសេចក្តីសម្រេចពន្លឿន។

នៅពេលអ្នកស្នើសុំឱ្យយើងធ្វើសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងអំពីការថែទាំផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នក ហើយសុខភាពរបស់អ្នកទាមទារឱ្យមានការឆ្លើយតបរហ័ស សូមស្នើមកយើងឱ្យធ្វើ “សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងរហ័ស”។ សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងរហ័សមានន័យថា យើងនឹងផ្តល់ចម្លើយដល់អ្នកអំពី៖

- **72 ម៉ោង** បន្ទាប់ពីយើងទទួលបានសំណើរបស់អ្នក សម្រាប់សេវា ឬសម្ភារៈវេជ្ជសាស្ត្រ។
- **24 ម៉ោង** បន្ទាប់ពីយើងទទួលបានសំណើរបស់អ្នក សម្រាប់ឱសថ Medicare ផ្នែក B។

ដើម្បីទទួលបានសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងរហ័ស អ្នកត្រូវតែបំពេញតាមតម្រូវការចំនួនពីរ៖

- អ្នកកំពុងស្នើសុំការរ៉ាប់រងសម្រាប់សម្ភារៈ និង/ឬសេវាផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដែលអ្នកមិនបានទទួល។ អ្នកមិនអាចស្នើសុំសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងរហ័សអំពីការទូទាត់ប្រាក់សម្រាប់ទំនិញ ឬសេវាដែលអ្នកបានទទួលរួចហើយនោះទេ។
- ការប្រើប្រាស់ពេលវេលាកំណត់ស្តង់ដារ អាចបណ្តាលឱ្យមានគ្រោះថ្នាក់ធ្ងន់ធ្ងរដល់សុខភាពរបស់អ្នក ឬប៉ះពាល់ដល់សមត្ថភាពការងាររបស់អ្នក។

យើងផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងរហ័សដោយស្វ័យប្រវត្តិ ប្រសិនបើវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកប្រាប់យើងខ្ញុំថាសុខភាពរបស់អ្នកតម្រូវឱ្យធ្វើដូច្នេះ។ ប្រសិនបើអ្នកស្នើសុំដោយគ្មានជំនួយពីវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក យើងសម្រេចថា តើអ្នកទទួលបានសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងរហ័សដែរឬទេ។



- ប្រសិនបើយើងសម្រេចថា សុខភាពរបស់អ្នកមិនបំពេញតាមតម្រូវការសម្រាប់សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកនោះទេ យើងនឹងលិខិតមួយច្បាប់ទៅអ្នក ហើយយើងប្រើពេលវេលាកំណត់ធម្មតាជំនួសវិញ។ លិខិតនេះប្រាប់អ្នកថា៖
 - យើងផ្តល់សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកដោយស្វ័យប្រវត្តិឱ្យអ្នក ប្រសិនបើវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកស្នើសុំវា។
 - របៀបដែលអ្នកអាចដាក់ "ពាក្យបណ្តឹងតវ៉ារហ័ស" អំពីសេចក្តីសម្រេចរបស់យើងដើម្បីផ្តល់សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងធម្មតាជំនួសឱ្យសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នក។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីការដាក់ពាក្យបណ្តឹង រួមទាំងពាក្យបណ្តឹងបែបរហ័ស មើលផ្នែក K។

ប្រសិនបើយើងនិយាយ បដិសេធ ចំពោះផ្នែក ឬការស្នើសុំរបស់អ្នកទាំងអស់ យើងនឹងលិខិតមួយទៅកាន់អ្នកដើម្បីពន្យល់ពីមូលហេតុទាំងនេះ។

- ប្រសិនបើយើងនិយាយ បដិសេធ អ្នកមានសិទ្ធិដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍បាន។ ប្រសិនបើអ្នកគិតថាយើងធ្វើខុស ការដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍គឺជាវិធីផ្លូវការមួយក្នុងការស្នើសុំឱ្យយើងខ្ញុំពិនិត្យមើលលើសេចក្តីសម្រេចរបស់យើង ហើយផ្លាស់ប្តូរវា។
- ប្រសិនបើអ្នកសម្រេចចិត្តដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ អ្នកនឹងបន្តទៅកម្រិត 1 នៃដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ (សូមសំអាងទៅលើ ផ្នែក F3)។

ក្នុងកាលៈទេសៈមានកំណត់ យើងអាចបដិសេធសំណើរបស់អ្នកសម្រាប់សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងដែលមានន័យថាយើងនឹងមិនពិនិត្យមើលលើសំណើនោះទេ។ ឧទាហរណ៍នៃពេលដែលសំណើនឹងត្រូវបានបដិសេធរួមមាន៖

- ប្រសិនបើសំណើនេះមិនពេញលេញ
- ប្រសិនបើនរណាម្នាក់ធ្វើការស្នើសុំជំនួសអ្នក ប៉ុន្តែមិនត្រូវបានអនុញ្ញាតស្របច្បាប់ក្នុងការធ្វើដូច្នេះទេ ឬ
- ប្រសិនបើអ្នកស្នើសុំឱ្យដកសំណើរបស់អ្នក។

ប្រសិនបើយើងច្រានចោលសំណើសម្រាប់សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង យើងនឹងផ្ញើសេចក្តីជូនដំណឹងជូនអ្នកដែលការពន្យល់ពីមូលហេតុដែលសំណើត្រូវបានច្រានចោល និងរបៀបស្នើសុំឱ្យមានការពិនិត្យឡើងវិញនូវការច្រានចោលនេះ។ ការពិនិត្យឡើងវិញនេះត្រូវបានគេហៅថាបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍។ បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍នឹងត្រូវបានពិភាក្សានៅក្នុងផ្នែកបន្ទាប់។



F3. ការដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 1

ដើម្បីចាប់ផ្តើមបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ អ្នក វេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក ឬអ្នកតំណាងដែលបានអនុញ្ញាតរបស់អ្នកត្រូវតែទាក់ទងមកកាន់យើងខ្ញុំ។ ទូរសព្ទមកយើងខ្ញុំតាមលេខ 1-800-452-4413 (TTY: 711)។

ស្នើសុំបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ធម្មតា ឬបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ហ័ស ជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ ឬដោយការទូរសព្ទមកយើងខ្ញុំតាមរយៈលេខ 1-800-452-4413 (TTY: 711)។

- ប្រសិនបើវេជ្ជបណ្ឌិត ឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាផ្សេងទៀតរបស់អ្នកស្នើសុំបន្តសេវា ឬសម្ភារៈដែលអ្នកកំពុងទទួលបានក្នុងអំឡុងពេលបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក អ្នកប្រហែលជាត្រូវដាក់ឈ្មោះពួកគេថាជាអ្នកតំណាងរបស់អ្នក ដើម្បីធ្វើសកម្មភាពជំនួសអ្នក។
- ប្រសិនបើនរណាម្នាក់ក្រៅពីវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកធ្វើការដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍សម្រាប់អ្នក សូមបញ្ចូលទម្រង់បែបបទនៃការតែងតាំងអ្នកតំណាងដែលអនុញ្ញាតឱ្យបុគ្គលនេះធ្វើតំណាងឱ្យអ្នក។ អ្នកអាចទទួលបានទម្រង់បែបបទដោយចូលទៅកាន់ www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf។
- យើងអាចទទួលយកសំណើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ដោយគ្មានទម្រង់បែបបទ ប៉ុន្តែយើងមិនអាចចាប់ផ្តើម ឬបញ្ចប់ការពិនិត្យឡើងវិញរបស់យើងបានទេ រហូតដល់យើងទទួលបានទម្រង់បែបបទ។ ប្រសិនបើយើងខ្ញុំមិនទទួលបានឯកសារមុនថ្ងៃផុតកំណត់សម្រាប់ធ្វើសេចក្តីសម្រេចលើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក៖
 - យើងបដិសេធសំណើរបស់អ្នក ហើយ
 - យើងធ្វើជូនអ្នកនូវសេចក្តីជូនដំណឹងជាលាយលក្ខណ៍អក្សរដែលពន្យល់អំពីសិទ្ធិរបស់អ្នកក្នុងការស្នើសុំឱ្យ IRO ពិនិត្យឡើងវិញនូវសេចក្តីសម្រេចរបស់យើងក្នុងការបដិសេធបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក។
- អ្នកត្រូវតែស្នើសុំបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ក្នុងពេល 65 ថ្ងៃតាមប្រតិទិនចាប់តាំងពីកាលបរិច្ឆេទនៅលើសំបុត្រ ដែលយើងបានផ្ញើ ដើម្បីប្រាប់អ្នកអំពីសេចក្តីសម្រេចរបស់យើង។
- ប្រសិនបើអ្នកខកខានពេលវេលាកំណត់ ហើយមានហេតុផលល្អសម្រាប់ការបាត់វា យើងអាចផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវពេលវេលាបន្ថែមទៀតដើម្បីធ្វើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក។ ឧទាហរណ៍នៃហេតុផលល្អ គឺដូចជាអ្នកមានជំងឺធ្ងន់ធ្ងរ ឬយើងបានផ្តល់ព័ត៌មានខុសអំពីពេលវេលាកំណត់។ ពន្យល់ពីមូលហេតុដែលបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នកយឺតពេលនៅពេលអ្នកដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍នោះ។
- អ្នកមានសិទ្ធិស្នើសុំយើងខ្ញុំនូវច្បាប់ចម្លងនៃព័ត៌មានអំពីបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក។ អ្នក និងវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកក៏អាចផ្តល់ឱ្យយើងខ្ញុំនូវព័ត៌មានបន្ថែមដើម្បីគាំទ្របណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នកបានផងដែរ។



ប្រសិនបើសុខភាពរបស់អ្នកត្រូវការវា អ្នកអាចស្នើសុំបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍រហ័ស។

ពាក្យច្បាប់សម្រាប់ “បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍រហ័ស” គឺជា “ការពិចារណាសាថ្មីដោយពន្លឺ”។

- ប្រសិនបើអ្នកដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ចំពោះការសម្រេចចិត្តដែលយើងបានធ្វើអំពីការរ៉ាប់រងសម្រាប់ការថែទាំ អ្នក និង/ឬវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកអាចស្នើសុំបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍រហ័សបាន។

យើងផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍រហ័សដោយស្វ័យប្រវត្តិ ប្រសិនបើវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកប្រាប់យើងខ្ញុំថា សុខភាពរបស់អ្នកតម្រូវឱ្យមានវា។ ប្រសិនបើអ្នកស្នើសុំដោយគ្មានជំនួយពីវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក យើងសម្រេចថា តើអ្នកទទួលបានការថ្លឹងឧទ្ធរណ៍រហ័សដែរឬទេ។

- ប្រសិនបើយើងសម្រេចថាសុខភាពរបស់អ្នកមិនបំពេញតាមតម្រូវការសម្រាប់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍រហ័សទេ យើងធ្វើលិខិតមួយច្បាប់ឱ្យអ្នក ហើយយើងប្រើពេលវេលាកំណត់ធម្មតាជំនួសវិញ។ លិខិតនេះប្រាប់អ្នកថា៖
 - យើងផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍រហ័សដោយស្វ័យប្រវត្តិ ប្រសិនបើវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកស្នើសុំវា។
 - របៀបដែលអ្នកអាចដាក់ “ពាក្យបណ្តឹងតវ៉ា” អំពីសេចក្តីសម្រេចរបស់យើងក្នុងការផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ធម្មតាជំនួសឱ្យបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍រហ័ស។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីការដាក់ពាក្យបណ្តឹង រួមទាំងពាក្យបណ្តឹងបែបរហ័ស មើលផ្នែក K។

ប្រសិនបើយើងប្រាប់អ្នកថា យើងកំពុងបញ្ឈប់ ឬកាត់បន្ថយសេវា ឬសម្ភារៈដែលអ្នកទទួលបានរួចហើយនោះ អ្នកប្រហែលជាអាចនឹងបន្តសេវា ឬសម្ភារៈទាំងនោះក្នុងអំឡុងពេលបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក។

- ប្រសិនបើយើងសម្រេចថាផ្លាស់ប្តូរ ឬបញ្ឈប់ការធានារ៉ាប់រងសម្រាប់សេវា ឬទំនិញដែលអ្នកទទួលបាន យើងនឹងធ្វើសេចក្តីជូនដំណឹងដល់អ្នកមុនពេលយើងចាត់បទបញ្ជាការ។
- ប្រសិនបើអ្នកមិនយល់ស្របទៅនឹងសេចក្តីសម្រេចរបស់យើង អ្នកអាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 1។
- យើងបន្តធានារ៉ាប់រងលើសេវា ឬទំនិញ ប្រសិនបើអ្នកស្នើសុំបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 1 ក្នុងរយៈពេល 10 ថ្ងៃតាមប្រតិទិនគិតចាប់ពីកាលបរិច្ឆេទនៅលើលិខិតរបស់យើង ឬតាមកាលបរិច្ឆេទដែលមានប្រសិទ្ធភាពតាមការគ្រោងទុកនៃសកម្មភាពណាមួយនៅពេលក្រោយ។
 - ប្រសិនបើអ្នកបំពេញតាមកាលបរិច្ឆេទកំណត់នេះ អ្នកនឹងទទួលបានសេវាកម្ម ឬសម្ភារៈដោយគ្មានការផ្លាស់ប្តូរ ខណៈពេលដែលបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 1 របស់អ្នកកំពុងតែរង់ចាំការសម្រេច។



- អ្នកក៏នឹងទទួលបានសេវា ឬសម្ភារៈទាំងអស់ផ្សេងទៀត (ដែលមិនមែនជាកម្មវត្ថុនៃបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក) ដោយគ្មានការផ្លាស់ប្តូរ។
- ប្រសិនបើអ្នកមិនដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍មុនកាលបរិច្ឆេទទាំងនេះទេ នោះសេវា ឬសម្ភារៈរបស់អ្នកនឹងមិនត្រូវបានបន្តនោះឡើយ ខណៈពេលដែលអ្នករង់ចាំសេចក្តីសម្រេចលើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក។

យើងពិចារណាលើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក ហើយផ្តល់ចម្លើយដល់អ្នក។

- នៅពេលដែលយើងពិនិត្យឡើងវិញនូវបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក យើងនឹងពិនិត្យមើលព័ត៌មានទាំងអស់ដោយប្រុងប្រយ័ត្នម្តងទៀតអំពីសំណើរបស់អ្នកសម្រាប់ការធានារ៉ាប់រងលើការថែទាំផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ។
- យើងពិនិត្យមើលថាតើយើងបានធ្វើតាមច្បាប់ទាំងអស់នៅពេលដែលយើងនិយាយ **បដិសេធ** ចំពោះសំណើរបស់អ្នកដែរឬទេ។
- យើងប្រមូលព័ត៌មានបន្ថែម ប្រសិនបើយើងត្រូវការវា។ យើងអាចទាក់ទងអ្នក ឬវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែម។

មានពេលវេលាកំណត់សម្រាប់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក។

- នៅពេលយើងប្រើពេលវេលាកំណត់របស់អ្នក យើងត្រូវតែផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវចម្លើយរបស់យើងក្នុងរយៈពេល 72 ម៉ោង បន្ទាប់ពីយើងទទួលបានបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក ឬឆាប់ជាងនេះ ប្រសិនបើសុខភាពរបស់អ្នកតម្រូវឱ្យមានការឆ្លើយតបលឿនជាងនេះ។ យើងនឹងផ្តល់ចម្លើយជូនអ្នកឱ្យបានឆាប់ជាងនេះ បើស្ថានភាពសុខភាពរបស់អ្នកតម្រូវឱ្យធ្វើដូច្នោះ។
 - ប្រសិនបើយើងមិនផ្តល់ចម្លើយជូនអ្នកក្នុងរយៈពេល 72 ម៉ោងទេ យើងនឹងផ្ញើសំណើរបស់អ្នកទៅកម្រិតទី 2 នៃដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍។ បន្ទាប់មក IRO ពិនិត្យមើលវា។ នៅផ្នែកចុងក្រោយនៅក្នុងជំពូកនេះ យើងប្រាប់អ្នកអំពីអង្គការនេះ និងពន្យល់អំពីដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 ។ ប្រសិនបើបញ្ហារបស់អ្នកគឺអំពីការធានារ៉ាប់រងលើសេវា ឬគ្រឿងបរិក្ខាររបស់ Medicaid អ្នកអាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងកម្រិត 2 – សវនាការថ្នាក់រដ្ឋដោយខ្លួនឯងជាមួយរដ្ឋឱ្យបានឆាប់តាមពេលកំណត់។ នៅរដ្ឋ California សវនាការថ្នាក់រដ្ឋត្រូវបានហៅថា សវនាការថ្នាក់រដ្ឋ។ ដើម្បីដាក់ពាក្យបណ្តឹងសវនាការថ្នាក់រដ្ឋ សូមមើល ផ្នែក F4 ដែលអាចអនុវត្តបាន។
- ប្រសិនបើយើងនិយាយថា យល់ព្រម ចំពោះផ្នែកមួយ ឬទាំងអស់នៃសំណើរបស់អ្នក យើងត្រូវតែអនុញ្ញាត ឬផ្តល់ការធានារ៉ាប់រងដែលយើងបានយល់ព្រមផ្តល់ជូនក្នុងរយៈពេល 72 ម៉ោង បន្ទាប់ពីយើងទទួលបានបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក ឬឆាប់ជាងនេះ ប្រសិនបើអ្នកមានតម្រូវការផ្នែកសុខភាព។



- ប្រសិនបើយើងនិយាយថា ចំពោះផ្នែកមួយ ឬទាំងអស់នៃសំណើរបស់អ្នក យើងនឹងធ្វើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នកទៅកាន់ IRO សម្រាប់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2។

មានពេលវេលាកំណត់សម្រាប់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ធម្មតា។

- នៅពេលយើងប្រើពេលវេលាកំណត់ធម្មតា យើងត្រូវតែផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវចម្លើយរបស់យើងក្នុងរយៈពេល 30 ថ្ងៃតាមប្រតិទិន បន្ទាប់ពីយើងទទួលបានបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នកសម្រាប់សេវាធានារ៉ាប់រងដែលអ្នកមិនបានទទួល។
- ប្រសិនបើសំណើរបស់អ្នកគឺសម្រាប់ឱសថ Medicare ផ្នែក B ដែលអ្នកមិនបានទទួល នោះយើងនឹងផ្តល់ចម្លើយរបស់យើងដល់អ្នក ក្នុងរយៈពេល 7 ថ្ងៃតាមប្រតិទិន បន្ទាប់ពីយើងទទួលបានបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក ឬឆាប់ជាងនេះ ប្រសិនបើសុខភាពរបស់អ្នកតម្រូវឱ្យធ្វើយ៉ាងដូច្នេះ។
 - ប្រសិនបើយើងមិនផ្តល់ចម្លើយឱ្យអ្នកមុនពេលវេលាកំណត់ទេ យើងត្រូវតែបញ្ជូនសំណើរបស់អ្នកទៅកម្រិត 2 នៃដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍។ បន្ទាប់មក IRO ពិនិត្យមើលវា។ នៅផ្នែកក្រោយនៃជំពូកនេះក្នុងផ្នែក F4 យើងប្រាប់អ្នកអំពីអង្គការនេះ និងពន្យល់អំពីដំណើរការនៃបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2។ ប្រសិនបើបញ្ហារបស់អ្នក គឺអំពីការធានារ៉ាប់រងលើសេវា ឬគ្រឿងបរិក្ខាររបស់ Medicaid អ្នកអាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងកម្រិត 2 – សវនាការថ្នាក់រដ្ឋដោយខ្លួនឯងជាមួយរដ្ឋឱ្យបានឆាប់តាមពេលកំណត់។ នៅរដ្ឋ California សវនាការថ្នាក់រដ្ឋត្រូវបានហៅថា សវនាការថ្នាក់រដ្ឋ។ ដើម្បីដាក់ពាក្យបណ្តឹងសវនាការថ្នាក់រដ្ឋ សូមមើល ផ្នែក F4 ដែលអាចអនុវត្តបាន។

ប្រសិនបើយើង យល់ព្រម ចំពោះផ្នែកខ្លះ ឬទាំងស្រុងនៃសំណើរបស់អ្នក យើងត្រូវតែអនុញ្ញាត ឬផ្តល់ការរ៉ាប់រងដែលយើងបានយល់ស្របថាផ្តល់ជូនក្នុងរយៈពេល 30 ថ្ងៃតាមប្រតិទិននៃកាលបរិច្ឆេទដែលយើងបានទទួលសំណើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក ឬឱ្យបានឆាប់រហ័សតាមលក្ខខណ្ឌសុខភាពរបស់អ្នកតម្រូវ ហើយក្នុងរយៈពេល 72 ម៉ោងនៃកាលបរិច្ឆេទដែលយើងបានផ្លាស់ប្តូរសេចក្តីសម្រេចចិត្តរបស់យើង ឬក្នុងរយៈពេល 7 ថ្ងៃតាមប្រតិទិននៃកាលបរិច្ឆេទដែលយើងបានទទួលបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក ប្រសិនបើសំណើរបស់អ្នកសម្រាប់ឱសថ Medicare ផ្នែក B។

ប្រសិនបើយើងនិយាយថា បដិសេធ ចំពោះផ្នែកមួយ ឬទាំងអស់នៃសំណើរបស់អ្នក អ្នកមានសិទ្ធិដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍បន្ថែមទៀត៖

- ប្រសិនបើយើងនិយាយ បដិសេធ ចំពោះផ្នែកមួយ ឬទាំងអស់នៃសំណើរបស់អ្នក យើងនឹងធ្វើលិខិតមួយច្បាប់ជូនអ្នក។
- ប្រសិនបើបញ្ហារបស់អ្នកគឺពាក់ព័ន្ធនឹងការធានារ៉ាប់រងនៃសេវា ឬទំនិញរបស់ Medicare លិខិតនោះនឹងប្រាប់អ្នកថាយើងបានបញ្ជូនសំណុំរឿងរបស់អ្នកទៅកាន់ IRO សម្រាប់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2។



- ប្រសិនបើបញ្ហារបស់អ្នកគឺពាក់ព័ន្ធនឹងការធានារ៉ាប់រងនៃសេវា ឬទំនិញរបស់ Medi-Cal លិខិតនេះប្រាប់អ្នកអំពីរបៀបដាក់បណ្តឹងកម្រិត 2 ដោយខ្លួនឯង។

F4. ការដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2

ប្រសិនបើយើងនិយាយ បដិសេធ ចំពោះផ្នែកមួយ ឬទាំងអស់នៃបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 1 របស់អ្នក យើងនឹងធ្វើលិខិតទៅកាន់អ្នក។ លិខិតនេះប្រាប់អ្នកថា ជាធម្មតា Medicare, Medi-Cal ឬកម្មវិធីទាំងពីរធានារ៉ាប់រងលើសេវា ឬទំនិញអ្វីខ្លះ។

- ប្រសិនបើបញ្ហារបស់អ្នកគឺពាក់ព័ន្ធនឹងសេវា ឬទំនិញដែលជាទូទៅធានារ៉ាប់រងដោយ **Medicare** យើងនឹងបញ្ជូនករណីរបស់អ្នកដោយស្វ័យប្រវត្តិដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 ភ្លាមៗ បន្ទាប់ពីបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 1 បានបញ្ចប់។
- ប្រសិនបើបញ្ហារបស់អ្នកគឺពាក់ព័ន្ធនឹងសេវា ឬទំនិញដែលជាទូទៅធានារ៉ាប់រងដោយ **Medi-Cal** អ្នកអាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 ដោយខ្លួនឯង។ លិខិតនេះប្រាប់អ្នកអំពីរបៀបដាក់បណ្តឹងនេះ។ យើងក៏បញ្ចូលព័ត៌មានបន្ថែមនៅផ្នែកចុងក្រោយនៃជំពូកនេះផងដែរ។
- ប្រសិនបើបញ្ហារបស់អ្នក គឺពាក់ព័ន្ធនឹងសេវា ឬទំនិញដែលអាចធានារ៉ាប់រងទាំង **Medicare** និង **Medi-Cal** នោះអ្នកនឹងទទួលបានបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 ដោយស្វ័យប្រវត្តិជាមួយ IRO។ បន្ថែមពីលើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 ដោយស្វ័យប្រវត្តិ អ្នកក៏អាចស្នើសុំសវនាការថ្នាក់រដ្ឋ និងការត្រួតពិនិត្យផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដោយឯករាជ្យជាមួយរដ្ឋផងដែរ។ ទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយ ការពិនិត្យឡើងវិញផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រឯករាជ្យមិនមានទេ ប្រសិនបើអ្នកបានបង្ហាញភស្តុតាងរួចហើយនៅក្នុង រដ្ឋសវនាការ។

ប្រសិនបើអ្នកមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ការបន្តអត្ថប្រយោជន៍នៅពេលអ្នកដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 1 របស់អ្នក អត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នកសម្រាប់សេវា ទំនិញ ឬឱសថដែលស្ថិតនៅក្រោមបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ ក៏អាចបន្តក្នុងអំឡុងពេលកម្រិត 2 ផងដែរ។ សូមមើលផ្នែក **F3** សម្រាប់ព័ត៌មានអំពីការបន្តអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នកក្នុងអំឡុងពេលបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 1។

- ប្រសិនបើបញ្ហារបស់អ្នក គឺពាក់ព័ន្ធនឹងសេវាដែលជាទូទៅត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare នោះអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នកសម្រាប់សេវានោះនឹងមិនបន្តក្នុងអំឡុងពេលដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិតថ្នាក់ទី 2 ជាមួយ IRO នោះទេ។
- ប្រសិនបើបញ្ហារបស់អ្នក គឺពាក់ព័ន្ធនឹងសេវាដែលជាទូទៅត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយ Medi-Cal នោះអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នកសម្រាប់សេវានោះនឹងបន្ត ប្រសិនបើអ្នកដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិតថ្នាក់ទី 2 ក្នុងរយៈពេល 10 ថ្ងៃតាមប្រតិទិន បន្ទាប់ពីទទួលបានលិខិតសម្រេចរបស់យើង។

នៅពេលដែលបញ្ហារបស់អ្នកមានពាក់ព័ន្ធនឹងសេវា ឬទំនិញដែលជាទូទៅត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare IRO ពិនិត្យឡើងវិញនូវបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក។ វាជាអង្គការឯករាជ្យដែលជួលដោយ Medicare។

ឈ្មោះផ្លូវការសម្រាប់ អង្គការត្រួតពិនិត្យឯករាជ្យ (IRO) គឺ **អង្គការត្រួតពិនិត្យឯករាជ្យ ជូនកាលហៅថា IRE។**

- អង្គការនេះ មិនមានទំនាក់ទំនងជាមួយយើងទេ ហើយមិនមែនជាទីភ្នាក់ងាររដ្ឋាភិបាលនោះទេ។ Medicare បានជ្រើសរើសក្រុមហ៊ុនឱ្យធ្វើជា IRO ហើយ Medicare ត្រួតពិនិត្យលើការងាររបស់ពួកគេ។
- យើងធ្វើព័ត៌មានអំពីបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក (“ឯកសារសំណុំរឿង” របស់អ្នក) ទៅកាន់អង្គការនេះ។ អ្នកមានសិទ្ធិក្នុងការចាត់ចែងឯកសារសំណុំរឿងរបស់អ្នកដោយឥតគិតថ្លៃ។
- អ្នកមានសិទ្ធិផ្តល់ព័ត៌មានបន្ថែមដល់ IRO ដើម្បីគាំទ្រលើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក។
- អ្នកត្រួតពិនិត្យនៅ IRO ពិនិត្យមើលដោយប្រុងប្រយ័ត្ននូវព័ត៌មានទាំងអស់ដែលទាក់ទងនឹងបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក។

ប្រសិនបើអ្នកមានបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ហ៊ុននៅកម្រិត 1 អ្នកក៏មានបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ហ៊ុននៅកម្រិត 2 ផងដែរ។

- ប្រសិនបើអ្នកមានបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ហ៊ុនមកកាន់យើងនៅកម្រិតទី 1 នោះអ្នកនឹងទទួលបានបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ហ៊ុននៅកម្រិតទី 2 ដោយស្វ័យប្រវត្តិ។ IRO ត្រូវតែផ្តល់ចម្លើយដល់អ្នកចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 របស់អ្នក ក្នុងរយៈពេល 72 ម៉ោង បន្ទាប់ពីទទួលបានបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក។

ប្រសិនបើអ្នកមានបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ធម្មតានៅកម្រិត 1 អ្នកក៏មានបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ធម្មតានៅកម្រិត 2 ផងដែរ។

- ប្រសិនបើអ្នកមានបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ធម្មតាមកកាន់យើងនៅកម្រិតទី 1 នោះអ្នកនឹងទទួលបានបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ធម្មតា នៅកម្រិតទី 2 ដោយស្វ័យប្រវត្តិ។
- ប្រសិនបើសំណើរបស់អ្នកគឺសម្រាប់ទំនិញ ឬសេវាវេជ្ជសាស្ត្រ IRO ត្រូវតែផ្តល់ចម្លើយអ្នកនូវចម្លើយចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 របស់អ្នកក្នុងរយៈពេល 30 ថ្ងៃតាមប្រតិទិន បន្ទាប់ពីទទួលបានបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក។
- ប្រសិនបើសំណើរបស់អ្នកគឺសម្រាប់ឱសថ Medicare ផ្នែក B IRO ត្រូវតែផ្តល់ចម្លើយអ្នកនូវចម្លើយចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 របស់អ្នក ក្នុងរយៈពេល 7 ថ្ងៃតាមប្រតិទិន បន្ទាប់ពីទទួលបានបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan តាមរយៈលេខ 1-800-452-4413 (TTY: 711) ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ម៉ោង PT ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទ គឺឥតគិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ blueshieldca.com/medicare។



ថា តើ IRO ផ្តល់ចម្លើយរបស់ពួកគេដល់អ្នកជាលាយលក្ខណ៍អក្សរនិងពន្យល់ពីមូលហេតុដែរឬទេ។

- **ប្រសិនបើ IRO និយាយថា យល់ព្រម ចំពោះផ្នែកមួយ ឬទាំងអស់នៃសំណើសម្រាប់ទំនិញ ឬសេវាវេជ្ជសាស្ត្រ យើងត្រូវតែអនុវត្តការសម្រេចភ្លាមៗ៖**
 - អនុញ្ញាតឱ្យមានការធានារ៉ាប់រងលើការថែទាំសុខភាពក្នុងរយៈពេល 72 ម៉ោង ឬ
 - ផ្តល់សេវាក្នុងរយៈពេល 5 ថ្ងៃនៃថ្ងៃធ្វើការ បន្ទាប់ពីយើងទទួលបានការសម្រេចរបស់ IRO សម្រាប់សំណើធម្មតា ឬ
 - ផ្តល់សេវាក្នុងរយៈពេល 72 ម៉ោង ចាប់ពីកាលបរិច្ឆេទដែលយើងទទួលបានការសម្រេចរបស់ IRO សម្រាប់ការស្នើសុំពន្លឿន។
- **ប្រសិនបើ IRO យល់ព្រមចំពោះផ្នែកខ្លះ ឬទាំងអស់នៃសំណើសម្រាប់ឱសថ Medicare ផ្នែក B យើងត្រូវតែអនុញ្ញាត ឬផ្តល់ឱសថ Medicare ផ្នែក B ដែលស្ថិតក្រោមវិវាទ៖**
 - ក្នុងរយៈពេល 72 ម៉ោង បន្ទាប់ពីយើងទទួលបានការសម្រេចរបស់ IRO សម្រាប់សំណើធម្មតា ឬ
 - ក្នុងរយៈពេល 24 ម៉ោង ចាប់ពីកាលបរិច្ឆេទដែលយើងទទួលបានការសម្រេចរបស់ IRO សម្រាប់ការស្នើសុំពន្លឿន។
- **ប្រសិនបើ IRO បដិសេធ ចំពោះផ្នែកខ្លះ ឬទាំងស្រុងនៃបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក នេះមានន័យថាពួកគេយល់ស្របថាយើងមិនគួរយល់ព្រមលើសំណើរបស់អ្នក (ឬផ្នែកខ្លះនៃសំណើរបស់អ្នក) សម្រាប់ការរ៉ាប់រងលើការថែទាំផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ។ នេះត្រូវបានគេហៅថា "ការតម្កល់សេចក្តីសម្រេច" ឬ "ការបដិសេធបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក"។**
 - ប្រសិនបើអ្នករណីរបស់អ្នកបំពេញតាមតម្រូវការ អ្នកជ្រើសរើសថា តើអ្នកចង់បន្តបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នកដែរឬទេ។
 - មានកម្រិតបន្ថែមចំនួនបីនៅក្នុងដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍បន្ទាប់ពីកម្រិត 2 សម្រាប់កម្រិតសរុបចំនួនប្រាំ។
 - ប្រសិនបើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 របស់អ្នកត្រូវបានបដិសេធ ហើយអ្នកបំពេញតាមតម្រូវការដើម្បីបន្តដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ អ្នកត្រូវតែសម្រេចចិត្តថា តើត្រូវបន្តទៅកម្រិត 3 ហើយដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍លើកទីបីដែរឬទេ។ ព័ត៌មានលម្អិតអំពីរបៀបធ្វើដំណើរនេះមាននៅក្នុងសេចក្តីជូនដំណឹងជាលាយលក្ខណ៍អក្សរដែលអ្នកទទួលបានបន្ទាប់ពីបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 របស់អ្នក។
 - ចៅក្រមច្បាប់រដ្ឋបាល (ALJ) ឬមេធាវីកាត់សេចក្តីដោះស្រាយបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 3។ សូមមើលផ្នែក J សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 3 4 និង 5។



នៅពេលដែលបញ្ហារបស់អ្នកអំពីសេវា ឬទំនិញដែលជាធម្មតាត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយ Medi-Cal

មានរបៀបពីរយ៉ាង ដើម្បីដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 សម្រាប់សេវា និងទំនិញរបស់ Medi-Cal៖ (1) ការដាក់ពាក្យបណ្តឹង ឬការត្រួតពិនិត្យផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រឯករាជ្យ ឬ (2) សវនាការថ្នាក់រដ្ឋ។

(1) ក្រសួងថែទាំសុខភាពក្រោមការគ្រប់គ្រង (DMHC)

អ្នកអាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងតវ៉ាជាមួយ ឬដាក់ពាក្យ សុំការពិនិត្យឡើងវិញផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រឯករាជ្យ (IMR) ពីមជ្ឈមណ្ឌលជំនួយនៅ DMHC។ តាមរយៈការដាក់បណ្តឹងតវ៉ានោះ DMHC នឹងត្រួតពិនិត្យឡើងវិញនូវការសម្រេចចិត្តរបស់ពួកយើង។ DMHC នឹងធ្វើការស៊ើបអង្កេតបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នកដោយខ្លួនឯង ឬសម្រេចថា តើករណីនេះមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ IMR ដែរ ឬទេ។ IMR អាចនឹងមានសម្រាប់សេវា ឬសម្ភារៈរ៉ាប់រងដោយ Medi-Cal ដែលមានលក្ខណៈវេជ្ជសាស្ត្រ។ IMR គឺជាការពិនិត្យឡើងវិញនូវករណីរបស់អ្នកដោយអ្នកជំនាញដែលមិនមែនជាផ្នែកនៃគម្រោងរបស់យើង ឬជាផ្នែកនៃ DMHC នោះទេ។ បើសិន IMR បានសម្រេចឲ្យអ្នកត្រូវ យើងត្រូវតែផ្តល់ឲ្យអ្នកនូវសេវា ឬទំនិញដែលអ្នកបានស្នើសុំ។ អ្នកមិនបង់ថ្លៃសម្រាប់វិធី IMR ទេ។

អ្នកអាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងតវ៉ា ឬស្នើសុំ IMR ប្រសិនបើគម្រោងរបស់យើង៖

- បដិសេធ ផ្លាស់ប្តូរ ឬពន្យារពេលសេវា ឬការព្យាបាលរបស់ Medi-Cal ដោយសារតែគម្រោងរបស់យើងកំណត់ថាវាមិនចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ។
- នឹងមិនរ៉ាប់រងលើការព្យាបាល Medi-Cal បែបពិសោធន៍ ឬស៊ើបអង្កេតសម្រាប់ស្ថានភាពជំងឺធ្ងន់ធ្ងរ។
- ជម្លោះមិនថាលើសេវា ឬនីតិវិធីរៀនរកមានលក្ខណៈកែសម្រួល ឬស្ថាបនាឡើងវិញនោះទេ។
- នឹងមិនបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាគ្រោះអាសន្ន ឬបន្ទាន់របស់ Medi-Cal ដែលអ្នកបានទទួលរួចហើយនោះទេ។
- មិនបានដោះស្រាយបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 1 របស់អ្នកលើសេវា Medi-Cal ក្នុងរយៈពេល 30 ថ្ងៃតាមប្រតិទិនសម្រាប់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ធម្មតា ឬ 72 ម៉ោង ឬឆាប់ជាងនេះ ប្រសិនបើសុខភាពរបស់អ្នកតម្រូវដូច្នោះ សម្រាប់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍រហ័ស។

ក្នុងករណីភាគច្រើន អ្នកត្រូវតែដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ជាមួយយើងខ្ញុំមុនពេលស្នើសុំ IMR។ សូមសំអាងទៅលើផ្នែក F3 សម្រាប់ព័ត៌មានអំពីដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 1 របស់យើង។ ប្រសិនបើអ្នកមិនយល់ស្របនឹងការសម្រេចចិត្តរបស់យើង អ្នកអាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងជាមួយ DMHC ឬស្នើសុំមជ្ឈមណ្ឌលជំនួយ DMHC សម្រាប់ IMR។

ចំណាំ៖ ប្រសិនបើអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក បានដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍សម្រាប់អ្នក ប៉ុន្តែយើងមិនទាន់ទទួលបានទម្រង់បែបបទនៃការតែងតាំងអ្នកតំណាងរបស់អ្នកនោះទេ អ្នកនឹងត្រូវដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នកជាមួយយើងខ្ញុំ

ឡើងវិញ មុនពេលអ្នកអាចដាក់ពាក្យសម្រាប់ IMR កម្រិត 2 ជាមួយនឹងក្រសួងថែទាំសុខភាពក្រោមការគ្រប់គ្រង
លុះត្រាតែបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នកពាក់ព័ន្ធនឹងការគំរាមកំហែងអាចកើតមានគ្រប់ពេល និងធ្ងន់ធ្ងរដល់សុខភាព
របស់អ្នក រួមមានជាអាទិ៍ ការឈឺចាប់ធ្ងន់ធ្ងរ ការដែលអាចនឹងបាត់បង់ជីវិត អវយវៈ ឬមុខងាររាងកាយសំខាន់ៗ។

អ្នកអាចស្នើសុំ IMR និង រដ្ឋសវនាការ ប៉ុន្តែអ្នកមិនត្រូវបានអនុញ្ញាតឱ្យទៅ IMR ទេ ប្រសិនបើអ្នកបានបង្ហាញ
ភស្តុតាងរួចហើយនៅក្នុងរដ្ឋសវនាការ ឬមានរដ្ឋសវនាការលើបញ្ហាដូចគ្នា។

ប្រសិនបើការព្យាបាលរបស់អ្នកត្រូវបានបដិសេធ ដោយសារតែវាជាការពិសោធន៍ ឬការស៊ើបអង្កេត អ្នកមិនចាំបាច់
ចូលរួមក្នុងដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់យើង មុនពេលអ្នកដាក់ពាក្យស្នើសុំ IMR នោះទេ។

ប្រសិនបើបញ្ហារបស់អ្នកបន្ទាន់ ឬជាប់ពាក់ព័ន្ធនឹងការគំរាមកំហែងបន្ទាន់ និងធ្ងន់ធ្ងរដល់សុខភាពរបស់អ្នក ឬ
ប្រសិនបើអ្នកស្ថិតនៅក្នុងការឈឺចាប់ធ្ងន់ធ្ងរ អ្នកអាចបញ្ជូនបញ្ហានេះភ្លាមទៅកាន់ DMHC ដោយមិនចាំបាច់ឆ្លង
កាត់ដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់យើងជាមុនទេ។

អ្នកត្រូវតែដាក់ពាក្យសុំ IMR ក្នុងពេល 6 ខែ បន្ទាប់ពីយើងបានធ្វើជូនអ្នកនូវសេចក្តីសម្រេចជាលាយលក្ខណ៍
អក្សរអំពីបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក។ DMHC អាចទទួលយកពាក្យស្នើសុំរបស់អ្នកបន្ទាប់ពី 6 ខែដោយហេតុផល
ល្អណាមួយ ដូចជាអ្នកមានស្ថានភាពសុខភាពដែលរារាំងអ្នកពីការស្នើសុំ IMR ក្នុងរយៈពេល 6 ខែ ឬអ្នកមិនបាន
ទទួលការជូនដំណឹងគ្រប់គ្រាន់ពីយើងអំពីដំណើរការ IMR។

ដើម្បីដាក់ពាក្យបណ្តឹង ឬស្នើសុំ IMR៖

- បំពេញទម្រង់បែបបទ IMR/បណ្តឹងតវ៉ាដែលអាចរកបាននៅ៖
www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForms.aspx ឬ
ទូរសព្ទទៅមជ្ឈមណ្ឌលជំនួយ DMHC តាមរយៈលេខ 1-888-466-2219។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY
គួរទូរសព្ទទៅកាន់លេខ 1-877-688-9891។
- ប្រសិនបើអ្នកមានវា សូមភ្ជាប់ច្បាប់ចម្លងនៃលិខិត ឬឯកសារផ្សេងទៀតអំពីសេវា ឬទំនិញដែល
យើងបានបដិសេធ។ នេះអាចពន្លឿនវិធី IMR នេះ។ ត្រូវផ្ញើច្បាប់ចម្លងនៃឯកសារដែលមិនមែន
ជាច្បាប់ដើមឡើយ។ មជ្ឈមណ្ឌលផ្តល់ជំនួយមិនអាចប្រគល់ឯកសារណាមួយវិញបានឡើយ។
- បំពេញទម្រង់បែបបទជំនួយការដែលមានការអនុញ្ញាត ប្រសិនបើនរណាម្នាក់កំពុងជួយអ្នក
ជាមួយ IMR របស់អ្នក។ អ្នកអាចទទួលបានទម្រង់បែបបទនេះនៅ
www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForms.aspx ឬ
ទូរសព្ទទៅមជ្ឈមណ្ឌលជំនួយរបស់ក្រសួងតាមរយៈលេខ 1-888-466-2219។ អ្នកប្រើប្រាស់
TTY គួរទូរសព្ទទៅកាន់លេខ 1-877-688-9891។
- ដាក់បញ្ជូនទម្រង់បែបបទ IMR/បណ្តឹងតវ៉ា និងឯកសារភ្ជាប់ណាមួយទៅ DMHC៖

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan តាមរយៈលេខ 1-800-452-4413
(TTY: 711) ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ម៉ោង PT ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទ គឺឥតគិត
ថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ blueshieldca.com/medicare។



ដាក់បញ្ជូនតាមអនឡាញ៖ របៀបដាក់ពាក្យបណ្តឹងតវ៉ា

បញ្ជូនតាមប្រៃសណីយ៍ ឬទូរសារ៖

មជ្ឈមណ្ឌលជំនួយ

ក្រសួងគ្រប់គ្រងសុខាភិបាល

980 Ninth Street, Suite 500

Sacramento, CA 95814-2725

ទូរសារ៖ 916-255-5241

ក្នុងរយៈពេល 7 ថ្ងៃ DMHC នឹងពិនិត្យមើលពាក្យស្នើសុំរបស់អ្នក ហើយផ្ញើលិខិតទទួលស្គាល់វិក្កយបត្រជូនអ្នក។ ប្រសិនបើ DMHC កំណត់ថាករណីមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ IMR នោះការសម្រេចចិត្ត IMR នឹងត្រូវបានធ្វើឡើងក្នុងរយៈពេល 30 ថ្ងៃ បន្ទាប់ពីទទួលបានឯកសារចាំបាច់ទាំងអស់។

ប្រសិនបើករណីរបស់អ្នកគឺជាករណីបន្ទាន់ ហើយអ្នកមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ IMR ជាធម្មតា ការសម្រេចចិត្ត IMR នឹងត្រូវធ្វើឡើង ក្នុងរយៈពេល 7 ថ្ងៃ បន្ទាប់ពីទទួលបានឯកសារចាំបាច់ទាំងអស់។

ប្រសិនបើអ្នកមិនគាប់ចិត្តនឹងលទ្ធផលនៃ IMR ទេ អ្នកនៅតែអាចស្នើសុំ រដ្ឋសវនាការបាន។

IMR អាចនឹងត្រូវការពេលយូរជាងនេះ ប្រសិនបើ DMHC មិនទទួលបានកំណត់ត្រាសុខភាពទាំងអស់ដែលចាំបាច់ពីអ្នក ឬពីវេជ្ជបណ្ឌិតព្យាបាលអ្នក។ ប្រសិនបើអ្នកកំពុងទទួលជួបជាមួយវេជ្ជបណ្ឌិតណាមួយដែលមិនស្ថិតក្នុងបណ្តាញគម្រោងសុខភាពរបស់អ្នក វាចាំបាច់ណាស់ដែលអ្នកត្រូវទទួលបាន ហើយផ្ញើមកយើងខ្ញុំនូវកំណត់ត្រាសុខភាពពីវេជ្ជបណ្ឌិតនោះ។ គម្រោងសុខភាពរបស់អ្នកគឺបានតម្រូវឱ្យទទួលបានច្បាប់ចម្លងនៃកំណត់ត្រាវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នកពីវេជ្ជបណ្ឌិតដែលនៅក្នុងបណ្តាញ។

ប្រសិនបើ DMHC សម្រេចចិត្តថា សំណុំរឿងរបស់អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបាន IMR ទេ DMHC នឹងពិនិត្យសំណុំរឿងរបស់អ្នកឡើងវិញតាមរយៈដំណើរការបណ្តឹងតវ៉ាអ្នកប្រើប្រាស់ទូទៅរបស់ខ្លួន។ ពាក្យបណ្តឹងរបស់អ្នកគួរតែត្រូវបានដោះស្រាយក្នុងរយៈពេល 30 ថ្ងៃតាមប្រតិទិននៃការដាក់ពាក្យសុំដែលបានបំពេញនោះ។ ប្រសិនបើបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នកមានភាពបន្ទាន់ វានឹងត្រូវបានដោះស្រាយឆាប់ជាងនេះ។

(2) សវនាការថ្នាក់រដ្ឋ

អ្នកអាចស្នើសុំសវនាការថ្នាក់រដ្ឋសម្រាប់សេវា និងទំនិញដែលមានធានារ៉ាប់រងដោយ Medi-Cal។ ប្រសិនបើវេជ្ជបណ្ឌិត ឬអ្នកផ្តល់សេវាផ្សេងទៀតរបស់អ្នកស្នើសុំសេវា ឬសម្ភារៈដែលយើងនឹងមិនអនុញ្ញាត ឬយើងនឹងមិនបន្តបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវា ឬសម្ភារៈដែលអ្នកមានរួចហើយ ហើយយើងបានបដិសេធចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 1 របស់អ្នក អ្នកមានសិទ្ធិស្នើសុំ រដ្ឋសវនាការ។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan តាមរយៈលេខ 1-800-452-4413 (TTY: 711) ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ម៉ោង PT ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទ គឺឥតគិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ blueshieldca.com/medicare។



ក្នុងករណីភាគច្រើន អ្នកមានពេល 120 ថ្ងៃដើម្បីស្នើសុំសវនាការថ្នាក់រដ្ឋ បន្ទាប់ពីការជូនដំណឹងអំពី "លិខិតសម្រេចលើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍" ដែលត្រូវបានធ្វើតាមប្រែសម្រួលទៅអ្នកនោះ។

ចំណាំ៖ ប្រសិនបើអ្នកស្នើសុំសវនាការថ្នាក់រដ្ឋ ពីព្រោះយើងបានប្រាប់អ្នកថាសេវាដែលអ្នកទទួលបាននាពេលបច្ចុប្បន្ននឹងត្រូវបានផ្លាស់ប្តូរ ឬបញ្ឈប់ អ្នកមានពេលពីរថ្ងៃដើម្បីដាក់សំណើរបស់អ្នក ប្រសិនបើអ្នកចង់បន្តទទួលបានសេវានោះ ខណៈពេលដែលសវនាការថ្នាក់រដ្ឋរបស់អ្នកកំពុងដាក់រង់ចាំនោះ។ សូមអាន "តើអត្ថប្រយោជន៍របស់ខ្ញុំនឹងបន្តក្នុងអំឡុងពេលបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 ដែរឬទេ" នៅទំព័រទី 256 សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។

មានវិធីពីរយ៉ាង ដើម្បីស្នើសុំសវនាការថ្នាក់រដ្ឋ៖

1. អ្នកអាចបំពេញ "សំណើសុំសវនាការថ្នាក់រដ្ឋ" នៅផ្នែកខាងក្រោយនៃសេចក្តីជូនដំណឹងនៃចំណាត់ការបាន។ អ្នកគួរតែផ្តល់ព័ត៌មានទាំងអស់ដែលបានស្នើ ឲ្យច្រើនជាទីបំផុត ដូចជា ឈ្មោះពេទ្យរបស់អ្នក, អាសយដ្ឋាន, លេខទូរសព្ទ, ឈ្មោះនៃគម្រោង ឬខោនធី ដែលបានធ្វើប្រឆាំងនឹងអ្នក, កម្មវិធីជំនួយជាប់ពាក់ព័ន្ធ, និងមូលហេតុក្បោះក្បាយ ដែលអ្នកចង់ធ្វើសវនាការ។ បន្ទាប់មក អ្នកអាចនឹងបញ្ជូនសំណើរបស់អ្នកក្នុងរបៀបណាមួយទាំងនេះ នៅខាងក្រោម៖

- ទៅកាន់នាយកដ្ឋានសុខុមាលភាពខោនធី នៅអាសយដ្ឋានដែលបានបង្ហាញក្នុងសេចក្តីជូនដំណឹង។
- ទៅកាន់ក្រសួងសង្គមកិច្ច រដ្ឋកាលីហ្វ័រនីញ៉ា

State Hearings Division
P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-433
Sacramento, California 94244-2430

- ទៅផ្នែកសវនាការរដ្ឋតាមរយៈទូរសារលេខ 916-309-3487 ឬដោយឥតគិតថ្លៃតាមរយៈលេខ 1-833-281-0903។

2. អ្នកអាចទូរសព្ទទៅក្រសួងសង្គមកិច្ច រដ្ឋកាលីហ្វ័រនីញ៉ាតាមរយៈលេខ 1-800-743-8525។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរទូរសព្ទទៅកាន់លេខ 1-800-952-8349។ ប្រសិនបើអ្នកសម្រេចចិត្តស្នើសុំសវនាការថ្នាក់រដ្ឋតាមទូរសព្ទ អ្នកគួរតែដឹងថាខ្សែទូរសព្ទនេះ គឺមានការប្រើប្រាស់ច្រើនណាស់។

សម្រាប់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 អ្នកស្នើសុំ QIO ឱ្យពិនិត្យមើលម្តងទៀតនូវសេចក្តីសម្រេចចិត្តដែលពួកគេបានធ្វើលើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 1 របស់អ្នក។ សូមហៅទូរសព្ទទៅពួកគេ តាមរយៈលេខ (877) 588-1123 [TTY: (855) 887-6668]។

អ្នកត្រូវតែស្នើសុំការពិនិត្យឡើងវិញនេះ ក្នុងរយៈពេល 60 ថ្ងៃតាមប្រតិទិន បន្ទាប់ពីថ្ងៃដែល QIO និយាយថា បដិសេធ ចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 1 របស់អ្នក។ អ្នកអាចស្នើសុំការពិនិត្យឡើងវិញនេះបាន លុះត្រាតែ អ្នក បន្តស្នាក់នៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យបន្ទាប់ពីកាលបរិច្ឆេទ ដែលមានការធានារ៉ាប់រងលើការថែទាំរបស់អ្នកបានបញ្ចប់។

អ្នកត្រូវពិនិត្យរបស់ QIO នឹង៖

- ពិនិត្យមើលព័ត៌មានទាំងអស់ដែលទាក់ទងនឹងបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នកដោយប្រុងប្រយ័ត្ន។
- ប្រាប់អ្នកនូវសេចក្តីសម្រេចរបស់ពួកគេអំពីបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 របស់អ្នកក្នុងរយៈពេល 14 ថ្ងៃ តាមប្រតិទិន បន្ទាប់ពីទទួលបានសំណើរបស់អ្នកសម្រាប់ការពិនិត្យមើលឡើងវិញជាលើកទីពីរ។

ប្រសិនបើ QIO និយាយថា យល់ព្រម ចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក៖

- យើងត្រូវតែសងប្រាក់ទៅអ្នកវិញសម្រាប់ ចំណែកនៃថ្លៃចូលរួមការចំណាយលើការថែទាំនៅ មន្ទីរពេទ្យរបស់យើងចាប់ពីពេលថ្ងៃត្រង់នៅថ្ងៃបន្ទាប់នៃកាលបរិច្ឆេទរបស់ QIO បានបដិសេធ បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិតថ្នាក់ 1 របស់អ្នក។
- យើងនឹងផ្តល់សេវាធានារ៉ាប់រងអ្នកជំងឺដែលសម្រាកព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យរបស់អ្នក ដរាបណា សេវាទាំងនោះនៅតែមានភាពចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ។

ប្រសិនបើ QIO និយាយថា បដិសេធ ចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក៖

- ពួកគេយល់ស្របនឹងសេចក្តីសម្រេចរបស់ពួកគេអំពីបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 1 របស់អ្នក ហើយ នឹងមិនផ្លាស់ប្តូរវានោះទេ។
- ពួកគេផ្តល់ជូនអ្នកនូវលិខិតដែលប្រាប់អ្នកអំពីអ្វីដែលអ្នកអាចធ្វើបាន ប្រសិនបើអ្នកចង់បន្ត ដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ និងដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 3 នោះ។
- អ្នកក៏អាចដាក់បណ្តឹងតវ៉ាជាមួយ ឬស្នើសុំ DMHC សម្រាប់ការត្រួតពិនិត្យផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រឯក រាជ្យដើម្បីបន្តការស្នាក់នៅមន្ទីរពេទ្យរបស់អ្នក។ សូមមើលផ្នែក E4 ដើម្បីស្វែងយល់ពីរបៀប ដាក់ពាក្យបណ្តឹងតវ៉ា និងស្នើសុំ DMHC សម្រាប់ការត្រួតពិនិត្យផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រឯករាជ្យ។

ផ្នែកសវនាការថ្នាក់រដ្ឋផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវការសម្រេចចិត្តរបស់ពួកគេជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ និងពន្យល់ពីមូលហេតុ។

- ប្រសិនបើផ្នែកសវនាការថ្នាក់រដ្ឋនិយាយថា យល់ព្រម ចំពោះផ្នែកមួយ ឬទាំងអស់នៃសំណើ សម្រាប់ទំនិញ ឬសេវាវេជ្ជសាស្ត្រ យើងត្រូវតែអនុញ្ញាត ឬផ្តល់សេវា ឬទំនិញ ក្នុងរយៈពេល 72 ម៉ោង បន្ទាប់ពីយើងទទួលបានសេចក្តីសម្រេចរបស់ពួកគេ។



- ប្រសិនបើ IRO បដិសេធ ចំពោះផ្នែកខ្លះ ឬទាំងស្រុងនៃបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក នេះមានន័យថា ពួកគេយល់ស្របថាយើងមិនគួរយល់ព្រមលើសំណើរបស់អ្នក (ឬផ្នែកខ្លះនៃសំណើរបស់អ្នក) សម្រាប់ការរ៉ាប់រងលើការថែទាំផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រទេ។ នេះត្រូវបានគេហៅថា "ការតម្កល់សេចក្តីសម្រេច" ឬ "ការបដិសេធបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក"។

ប្រសិនបើសេចក្តីសម្រេចរបស់ IRO ឬសវនាការថ្នាក់រដ្ឋគឺ ទេ សម្រាប់សំណើរបស់អ្នកទាំងមូល ឬផ្នែកណាមួយ អ្នកមានសិទ្ធិដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍បន្ថែមបាន។

ប្រសិនបើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 របស់អ្នកបានទៅដល់ IRO អ្នកអាចប្តឹងឧទ្ធរណ៍ម្តងទៀតបានលុះត្រាតែតម្លៃប្រាក់ដុល្លារនៃសេវា ឬទំនិញដែលអ្នកចង់បានត្រូវនឹងចំនួនអប្បបរមាជាក់លាក់ប៉ុណ្ណោះ។ ALJ ឬមេធាវីកាត់សេចក្តីដោះស្រាយបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 3។ លិខិតដែលអ្នកទទួលបានពី IRO ពន្យល់ពីសិទ្ធិប្តឹងឧទ្ធរណ៍បន្ថែមដែលអ្នកអាចមាន។

លិខិតដែលអ្នកទទួលបានពីផ្នែកសវនាការថ្នាក់រដ្ឋពណ៌នាអំពីជម្រើសបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍បន្ទាប់។

សូមមើលផ្នែក J សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីសិទ្ធិប្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នកបន្ទាប់ពីកម្រិត 2។

F5. បញ្ហាការទូទាត់ប្រាក់

យើងមិនអនុញ្ញាតឱ្យអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញរបស់យើងចេញវិក្កយបត្រទៅអ្នកសម្រាប់សេវា និងសម្ភារៈដែលបានរ៉ាប់រងនោះទេ។ នេះគឺពិតមែន សូម្បីតែយើងបង់ប្រាក់ឱ្យអ្នកផ្តល់សេវាតិចជាងអ្នកផ្តល់សេវាគិតថ្លៃសម្រាប់សេវាក៏ដោយ។ អ្នកមិនត្រូវបានតម្រូវឱ្យបង់ប្រាក់សមតុល្យនៃវិក្កយបត្រណាមួយឡើយ។ ចំនួនទឹកប្រាក់តែមួយគត់ដែលអ្នកគួរតែត្រូវបានស្នើសុំឱ្យបង់ គឺការបង់ប្រាក់រួមសម្រាប់កម្រិត 3៖ ឱសថមានម៉ាកដែលពេញចិត្តកម្រិត 4៖ ឱសថដែលមិននិយម និងកម្រិត 5៖ ឱសថកម្រិតឯកទេស

ប្រសិនបើអ្នកទទួលបានវិក្កយបត្រដែលលើសពីប្រាក់បង់រួមរបស់អ្នកសម្រាប់សេវា និងសម្ភារៈដែលត្រូវបានរ៉ាប់រង សូមធ្វើវិក្កយបត្រនោះមកយើងខ្ញុំ។ កុំបង់វិក្កយបត្រដោយខ្លួនឯង។ យើងនឹងទាត់ទង់អ្នកផ្តល់សេវាដោយផ្ទាល់ ហើយដោះស្រាយបញ្ហាទាំងនោះ។ ប្រសិនបើអ្នកបង់វិក្កយបត្រ អ្នកអាចទទួលបានសំណងពីគម្រោងរបស់យើងវិញ ប្រសិនបើអ្នកធ្វើតាមបទបញ្ជាច្បាប់សម្រាប់ការទទួលបានសេវា ឬទំនិញនោះ។

សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមសំអាងទៅលើ **ជំពូកទី 7** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*របស់អ្នក។ វាពណ៌នាអំពីស្ថានភាពនៅពេលដែលអ្នកប្រហែលជាត្រូវស្នើឱ្យយើងបង់ប្រាក់ឱ្យអ្នកវិញ ឬបង់វិក្កយបត្រដែលអ្នកបានទទួលពីអ្នកផ្តល់សេវា។ វាក៏ប្រាប់ពីរបៀបធ្វើត្រួតពិនិត្យជាសាធារណៈយើង ដែលសូមឱ្យយើងបង់ប្រាក់ផងដែរ។

ប្រសិនបើអ្នកស្នើសុំការបង់ថ្លៃសំណងវិញ នោះអ្នកកំពុងស្នើសុំសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង។ យើងនឹងពិនិត្យមើលថា តើសេវា ឬសម្ភារៈដែលអ្នកបានបង់ប្រាក់ គឺត្រូវបានរ៉ាប់រង ហើយថា តើអ្នកបានធ្វើតាមវិធានការទាំងអស់សម្រាប់ការប្រើប្រាស់ការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកដែរ ឬទេ។



- ប្រសិនបើសេវា ឬសម្ភារៈដែលអ្នកបានបង់ប្រាក់ត្រូវបានរ៉ាប់រង ហើយអ្នកបានអនុវត្តតាមវិធានទាំងអស់ យើងនឹងធ្វើចំណែកថ្លៃចំណាយរបស់យើងដល់អ្នកសម្រាប់សេវា ឬសម្ភារៈ ជាធម្មតាក្នុងរយៈពេល 30 ថ្ងៃតាមប្រតិទិន ប៉ុន្តែមិនលើសពី 60 ថ្ងៃតាមប្រតិទិន បន្ទាប់ពីយើងទទួលបានសំណើរបស់អ្នកទេ។
- ប្រសិនបើអ្នកមិនទាន់បានបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវា ឬសម្ភារៈនៅឡើយទេ យើងនឹងធ្វើការទូទាត់ ទៅអ្នកផ្តល់សេវាដោយផ្ទាល់តែម្តង។ នៅពេលយើងបានធ្វើការទូទាត់ប្រាក់ គឺជាដូចគ្នានឹងថា យល់ព្រម ចំពោះសំណើរបស់អ្នកសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងដែរ។
- ប្រសិនបើសេវា ឬសម្ភារៈមិនត្រូវបានរ៉ាប់រង ឬអ្នកមិនបានអនុវត្តតាមវិធានការទាំងអស់ យើង នឹងធ្វើលិខិតមួយច្បាប់ដែលប្រាប់អ្នកថា យើងនឹងមិនបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវា ឬសម្ភារៈ និង ពន្យល់ពីមូលហេតុ។

ប្រសិនបើអ្នកមិនយល់ស្របនឹងការសម្រេចចិត្តរបស់យើងក្នុងការមិនបង់ប្រាក់ អ្នកអាចដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ បាន។ អនុវត្តតាមដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ដែលបានពណ៌នានៅក្នុង ផ្នែក F3។ នៅពេលអ្នកធ្វើតាម ការណែនាំទាំងនេះ សូមកត់ចំណាំ៖

- ប្រសិនបើអ្នកដាក់ពាក្យបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ឱ្យយើងខ្ញុំបង់សងអ្នកវិញ យើងត្រូវតែផ្តល់ចម្លើយរបស់ យើងជូនអ្នកក្នុងពេល 30 ថ្ងៃតាមប្រតិទិន បន្ទាប់ពីយើងបានទទួលបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក។

បើចម្លើយរបស់យើងចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក គឺ**បដិសេធ** ហើយធម្មតា **Medicare** ធានារ៉ាប់រងលើសេវា ឬសម្ភារៈ យើងនឹងធ្វើសំណុំរឿងរបស់អ្នកទៅ IRO។ យើងនឹងធ្វើលិខិតជូនអ្នក ប្រសិនបើករណីនេះកើតឡើង។

- ប្រសិនបើ IRE ក្រឡាស់ក្តីសម្រេចរបស់យើង ហើយថាយើងគួរតែបង់ប្រាក់ជូនអ្នក យើងត្រូវតែធ្វើ ប្រាក់ទៅឱ្យអ្នក ឬទៅអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងពេល 30 ថ្ងៃតាមប្រតិទិន។ ប្រសិនបើចម្លើយចំពោះបណ្តឹង ឧទ្ធរណ៍របស់អ្នកគឺ **យល់ព្រម** នៅដំណាក់កាលមួយនៃវិធីបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ បន្ទាប់ពីកម្រិតទី 2 យើងត្រូវ តែធ្វើការទូទាត់ទៅអ្នក ឬទៅអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពក្នុងរយៈពេល 60 ថ្ងៃតាមប្រតិទិន។
- ប្រសិនបើ IRO **បដិសេធ** ចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក នោះមានន័យថា ពួកគេយល់ស្របថា យើងមិនគួរយល់ព្រមលើសំណើរបស់អ្នកនោះទេ។ នេះ គេហៅថា "ការតម្កល់សេចក្តីសម្រេច" ឬ "ការបដិសេធបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក"។ អ្នកនឹងទទួលបានលិខិតដែលពន្យល់អំពីសិទ្ធិប ណ្តឹងឧទ្ធរណ៍បន្ថែមដែលអ្នកអាចមាន។ សូមមើលផ្នែក J សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីកម្រិត បន្ថែមនៃបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍។

ប្រសិនបើចម្លើយរបស់យើងចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នកគឺ **បដិសេធ** ហើយជាធម្មតា Medi-Cal ធានារ៉ាប់រង លើសេវា ឬទំនិញនោះ អ្នកអាចដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 ដោយខ្លួនឯងបាន។ សូមអាន ផ្នែក F4 សម្រាប់ ព័ត៌មានបន្ថែម។



G. ឱសថ Medicare ផ្នែក D

អត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នកក្នុងនាមជាសមាជិកនៃគម្រោងរបស់យើងរួមបញ្ចូលការរ៉ាប់រងសម្រាប់ឱសថជាច្រើន។ ភាគច្រើននៃឱសថទាំងនេះគឺជាឱសថ Medicare ផ្នែក D។ មានឱសថមួយចំនួនដែល Medicare ផ្នែក D មិនរ៉ាប់រង ដែល Medi-Cal អាចរ៉ាប់រង។ ផ្នែកនេះអនុវត្តចំពោះតែបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍អំពីឱសថ **Medicare ផ្នែក D** ប៉ុណ្ណោះ។ យើងនឹងនិយាយថា "ឱសថ" នៅក្នុងផ្នែកដែលនៅសល់នៃផ្នែកនេះជំនួសឱ្យការនិយាយថា "ឱសថ Medicare ផ្នែក D" រាល់ពេល។ សម្រាប់ឱសថដែលមានការធានារ៉ាប់រងដោយ Medi-Cal តែប៉ុណ្ណោះ សូមអនុវត្តតាមដំណើរការនៅក្នុងផ្នែក E។

ដើម្បីទទួលបានការធានារ៉ាប់រង ឱសថត្រូវតែប្រើសម្រាប់ការចង្អុលបង្ហាញដែលទទួលយកដោយវេជ្ជសាស្ត្រ។ ចំណុចនេះមានន័យថា ឱសថនេះត្រូវមានការយល់ព្រមពីការិយាល័យរដ្ឋបាលចំណីអាហារ និងឱសថ (FDA) ឬក៏មានការគាំទ្រពីអំណះអំណាងវេជ្ជសាស្ត្រជាក់លាក់។ សូមសំអាងទៅលើ **ជំពូកទី 5 នៃ សៀវភៅណែនាំសមាជិក** នេះសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីសូចនាករខាងផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដែលទទួលយកបាន។

G1. សេចក្តីសម្រេចលើការរ៉ាប់រង និងបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ នៃផ្នែក D នៃកម្មវិធី Medicare

នេះគឺជាឧទាហរណ៍នៃសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងដែលអ្នកស្នើសុំឱ្យយើងខ្ញុំធ្វើឡើងអំពីឱសថ Medicare ផ្នែក D របស់អ្នក៖

- អ្នកស្នើសុំឱ្យយើងធ្វើករណីលើកលែង រួមមានការស្នើសុំឱ្យយើង៖
 - រ៉ាប់រងឱសថ Medicare ផ្នែក D ដែលមិនមាននៅក្នុងបញ្ជីឱសថរបស់គម្រោងរបស់យើង ឬ
 - ដាក់ការដាក់កំហិត ដាច់ដោយឡែកលើការធានារ៉ាប់រងរបស់យើងសម្រាប់ឱសថ (ដូចជាការកំណត់លើបរិមាណដែលអ្នកអាចទទួលបាន)
- អ្នកសួរយើងថាតើឱសថត្រូវបានធានារ៉ាប់រងសម្រាប់អ្នកដែរឬទេ (ដូចជានៅពេលដែលឱសថរបស់អ្នកស្ថិតនៅក្នុងបញ្ជីឱសថនៃគម្រោងរបស់យើង ប៉ុន្តែយើងត្រូវតែយល់ព្រមសម្រាប់អ្នកមុនពេលយើងធានារ៉ាប់រងវា)

ចំណាំ៖ ប្រសិនបើឱសថស្ថានរបស់អ្នកប្រាប់អ្នកថាវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកមិនអាចត្រូវបានបើកដូចដែលបានសរសេរទេនោះ ឱសថស្ថាននឹងផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវសេចក្តីជូនដំណឹងជាលាយលក្ខណ៍អក្សរដែលពន្យល់ពីរបៀបទាក់ទងមកយើងដើម្បីស្នើសុំសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង ។

សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងដំបូងអំពីឱសថ Medicare ផ្នែក D របស់អ្នកត្រូវបានគេហៅថា “សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង”។



- អ្នកស្នើសុំយើងខ្ញុំឱ្យបង់ថ្លៃឱសថមានវេជ្ជបញ្ជា ដែលអ្នកបានទិញរួចហើយ។ នេះគឺជាការស្នើសុំការសម្រេចពីការរ៉ាប់រងអំពីការបង់ប្រាក់។

បើអ្នកមិនយល់ស្របជាមួយនឹងសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងដែលយើងបានធ្វើឡើងនោះទេ អ្នកអាចប្តឹងឧទ្ធរណ៍លើសេចក្តីសម្រេចរបស់យើងបាន។ ផ្នែកនេះប្រាប់អ្នកទាំងអំពីរបៀបស្នើសុំសេចក្តីសម្រេចលើធានារ៉ាប់រង និងអំពីរបៀបដាក់ពាក្យបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍។ ប្រើតារាងខាងក្រោមដើម្បីជួយអ្នក។

តើអ្នកស្ថិតនៅក្នុងស្ថានភាពមួយណាក្នុងបណ្តាស្ថានភាពទាំងនេះ?

អ្នកត្រូវការឱសថដែលមិនមាននៅក្នុងបញ្ជីឱសថរបស់យើង ឬត្រូវការឱ្យយើងខ្ញុំកំណត់បទបញ្ជា ឬការដាក់កំហិតលើឱសថដែលយើងធានារ៉ាប់រង។	អ្នកចង់ឱ្យយើងខ្ញុំធានារ៉ាប់រងលើឱសថនៅក្នុងបញ្ជីឱសថរបស់យើង ហើយអ្នកគិតថា អ្នកបំពេញតាមបទបញ្ជា ឬការដាក់កំហិតរបស់គម្រោង (ដូចជាការទទួលបានការយល់ព្រមជាមុន) សម្រាប់ឱសថដែលអ្នកត្រូវការ។	អ្នកចង់ស្នើសុំឱ្យយើងខ្ញុំឱ្យបង់ប្រាក់សងអ្នកវិញសម្រាប់ឱសថដែលអ្នកបានទទួល និងបង់ថ្លៃរួចហើយ។	យើងបានប្រាប់អ្នកថាយើងនឹងមិនធានារ៉ាប់រងឬបង់ថ្លៃឱសថតាមវិធីដែលអ្នកចង់បាននោះទេ។
អ្នកអាចស្នើសុំឱ្យយើងធ្វើការលើកលែង។ (នេះគឺជាប្រភេទនៃសេចក្តីសម្រេចលើធានារ៉ាប់រង)។	អ្នកអាចស្នើសុំយើងនូវសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង។	អ្នកអាចសូមឱ្យយើងសងប្រាក់អ្នកវិញ។ (នេះគឺជាប្រភេទនៃសេចក្តីសម្រេចលើធានារ៉ាប់រង)។	អ្នកអាចដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍។ (នេះមានន័យថាអ្នកស្នើសុំឱ្យយើងពិចារណាឡើងវិញ។)
ចាប់ផ្តើមជាមួយផ្នែក G2 បន្ទាប់មកមើលទៅផ្នែក G3 និង G4	សូមមើល ផ្នែក G4	សូមមើល ផ្នែក G4	សូមមើល ផ្នែក G5

G2. ករណីលើកលែងរបស់ Medicare ផ្នែក D

ប្រសិនបើយើងមិនរ៉ាប់រងឱសថតាមរបៀបដែលអ្នកចង់បាន អ្នកអាចស្នើសុំឱ្យយើងបង្កើត "ករណីលើកលែង"។ ប្រសិនបើយើងបដិសេធសំណើរបស់អ្នកសម្រាប់ករណីលើកលែង អ្នកអាចប្តឹងឧទ្ធរណ៍ចំពោះសេចក្តីសម្រេចរបស់យើងបាន។

នៅពេលអ្នកស្នើសុំករណីលើកលែង វេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក ឬអ្នកចេញបញ្ជាផ្សេងទៀត ត្រូវពន្យល់អំពីហេតុផលវេជ្ជសាស្ត្រ ថាតើហេតុអ្វីបានជាអ្នកត្រូវករណីលើកលែង។



ការស្នើសុំការធានារ៉ាប់រងលើឱសថដែលមិនមាននៅក្នុងបញ្ជីឱសថរបស់យើង ឬសម្រាប់ការដកចេញការដាក់កំហិត លើឱសថ ជួនកាលគេហៅថា ការស្នើសុំ " ករណីលើកលែងបញ្ជីឱសថ"។ ការស្នើសុំឱ្យបង់ថ្លៃទាបជាងនេះ សម្រាប់ឱសថដែលមិនចង់បានពេលខ្លះ គេហៅថា ការស្នើសុំករណីលើកលែងតាមកម្រិត។

នេះគឺជាឧទាហរណ៍នៃករណីលើកលែងដែលរូបអ្នក ឬវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក ឬអ្នកចេញបញ្ជាដទៃទៀតអាចស្នើសុំយើងខ្ញុំឱ្យ៖

1. រ៉ាប់រងលើឱសថដែលមិនមាននៅក្នុង បញ្ជីឱសថរបស់យើង

- ប្រសិនបើយើងយល់ស្របធ្វើការលើកលែង និងរ៉ាប់រងលើឱសថដែលមិនមាននៅក្នុងបញ្ជីឱសថរបស់យើង អ្នកបង់ប្រាក់បង់រួមដែលអនុវត្តចំពោះឱសថក្នុងកម្រិតទី 4៖ កម្រិតឱសថមិនពេញនិយម។
- អ្នកមិនអាចទទួលបានករណីលើកលែងចំពោះចំនួនទឹកប្រាក់ដែលត្រូវបង់ប្រាក់រួមសម្រាប់ឱសថនោះទេ។

2. ការដកចេញការដាក់កំហិតសម្រាប់ឱសថដែលមានការរ៉ាប់រង

- វិធានការ ឬការដាក់កំហិតបន្ថែមអាចអនុវត្តចំពោះឱសថមួយចំនួនដែលនៅក្នុងបញ្ជីឱសថរបស់យើង (សូមសំអាងទៅលើ ជំពូកទី 5 នៃ សៀវភៅណែនាំសមាជិក នេះដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែម)។
- បទបញ្ជា និងការដាក់កំហិតបន្ថែមសម្រាប់ឱសថមួយចំនួនរួមមាន៖
 - ត្រូវបានតម្រូវឱ្យប្រើកំណែឱសថទូទៅ ជាជាងឱសថមានម៉ាក។
 - ការទទួលបានការយល់ព្រមពីយើងជាមុនសិន មុនពេលយើងយល់ព្រមធានារ៉ាប់រងលើឱសថសម្រាប់អ្នក។ ពេលខ្លះគេហៅវាថា “ការអនុញ្ញាតជាមុន (PA)”។
 - ការតម្រូវឱ្យសាកល្បងប្រើឱសថផ្សេងជាមុនសិន មុនពេលយើងយល់ព្រមរ៉ាប់រងលើឱសថដែលអ្នកស្នើសុំ។ នេះជួនកាលគឺហៅថា “ការព្យាបាលជាជំហាន”)។
 - កំរិតបរិមាណ។ សម្រាប់ឱសថមួយចំនួន មានការដាក់កំហិតលើបរិមាណឱសថដែលអ្នកអាចមាននោះ។
- ប្រសិនបើយើងយល់ព្រមចំពោះករណីលើកលែងសម្រាប់អ្នក ហើយដាក់ការដាក់កំហិតមួយដោយឡែក អ្នកអាចស្នើសុំករណីលើកលែងចំពោះចំនួនទឹកប្រាក់បង់រួមដែលអ្នកត្រូវបានតម្រូវឱ្យបង់។

3. ការផ្លាស់ប្តូរការធានារ៉ាប់រងលើឱសថទៅកម្រិតថ្នាក់នៃចំណែកនៃថ្លៃចូលរួមការចំណាយទាបជាងនេះ។ រៀងរាល់ឱសថមាននៅក្នុង បញ្ជីឱសថរបស់យើង គឺនៅក្នុងចំណោមកម្រិតថ្នាក់មួយនៃកម្រិតថ្នាក់នៃចំណែកនៃថ្លៃ



ចូលរួមការចំណាយ។ ជាទូទៅ លេខកម្រិតនៃចំណែកនៃថ្លៃចូលរួមការចំណាយកាន់តែទាប ចំនួនទឹកប្រាក់ដែលត្រូវបង់រួមរបស់អ្នកក៏កាន់តែតិចដែរ។

- ជារឿយៗ បញ្ជីឱសថរបស់យើងរួមបញ្ចូលទាំងឱសថច្រើនជាងមួយសម្រាប់ការព្យាបាលស្ថានភាពជាក់លាក់មួយ។ ឱសថទាំងនេះត្រូវបានគេហៅថា "ឱសថជំនួស"។
- ប្រសិនបើឱសថជំនួសសម្រាប់ស្ថានភាពសុខភាពរបស់អ្នកស្ថិតក្នុងកម្រិតថ្នាក់នៃចំណែកនៃថ្លៃចូលរួមការចំណាយទាបជាងឱសថដែលអ្នកប្រើ អ្នកអាចស្នើសុំឱ្យយើងធានារ៉ាប់រងវានៅក្នុងចំនួនទឹកប្រាក់នៃចំណែកនៃថ្លៃចូលរួមការចំណាយសម្រាប់ឱសថជំនួសបាន។ នេះនឹងកាត់បន្ថយចំនួនទឹកប្រាក់បង់រួមរបស់អ្នកសម្រាប់ឱសថនេះ។
 - ប្រសិនបើឱសថដែលអ្នកប្រើ គឺជាផលិតផលជីវសាស្ត្រ អ្នកអាចស្នើសុំឱ្យយើងរ៉ាប់រងវានៅក្នុងចំនួនទឹកប្រាក់នៃចំណែកនៃថ្លៃចូលរួមការចំណាយសម្រាប់កម្រិតទាបបំផុតសម្រាប់ជម្រើសផលិតផលជីវសាស្ត្រសម្រាប់ស្ថានភាពរបស់អ្នក។
 - ប្រសិនបើឱសថដែលអ្នកប្រើគឺជាឱសថមានម៉ាក អ្នកអាចស្នើសុំឱ្យយើងធានារ៉ាប់រងវានៅក្នុងចំនួនទឹកប្រាក់នៃចំណែកនៃថ្លៃចូលរួមការចំណាយសម្រាប់កម្រិតទាបបំផុតសម្រាប់ជម្រើសម៉ាកសម្រាប់ស្ថានភាពរបស់អ្នក។
 - ប្រសិនបើឱសថដែលអ្នកប្រើ គឺជាឱសថទូទៅ អ្នកអាចស្នើសុំឱ្យយើងរ៉ាប់រងវានៅក្នុងចំនួនទឹកប្រាក់នៃចំណែកនៃថ្លៃចូលរួមការចំណាយសម្រាប់កម្រិតទាបបំផុតសម្រាប់ទាំងជម្រើសម៉ាក ឬឱសថទូទៅសម្រាប់ស្ថានភាពរបស់អ្នក។
- អ្នកមិនអាចស្នើសុំឱ្យយើងផ្លាស់ប្តូរកម្រិតនៃចំណែកនៃថ្លៃចូលរួមការចំណាយសម្រាប់ឱសថណាមួយនៅក្នុងកម្រិតទី 5 បានទេ៖ ឱសថកម្រិតឯកទេស
- ប្រសិនបើយើងយល់ព្រមលើការលើកលែងថ្នាក់របស់អ្នក ហើយមានថ្នាក់ចំណែកតម្លៃទាបជាងមួយជាមួយនឹងឱសថជំនួសដែលអ្នកមិនអាចប្រើបាន ជាធម្មតាអ្នកត្រូវបង់ប្រាក់ចំនួនទាបបំផុត។

៦.3. រឿងសំខាន់ៗដែលត្រូវដឹងអំពីការស្នើសុំករណីលើកលែង

វេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក ឬអ្នកចេញបញ្ជាផ្សេងទៀត ត្រូវតែប្រាប់យើងនូវហេតុផលវេជ្ជសាស្ត្រ។

វេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក ឬអ្នកចេញបញ្ជាផ្សេងទៀតត្រូវតែផ្តល់ឱ្យយើងខ្ញុំនូវសេចក្តីថ្លែងការណ៍ ដែលពន្យល់ពីហេតុផលវេជ្ជសាស្ត្រសម្រាប់ការស្នើសុំករណីលើកលែង។ សម្រាប់ការសម្រេចចិត្តលឿនជាងនេះ សូមបញ្ចូលព័ត៌មានវេជ្ជសាស្ត្រនេះពីវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក ឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាផ្សេងទៀត នៅពេលអ្នកស្នើសុំករណីលើកលែង។



ជារឿយៗ បញ្ជីឱសថរបស់យើងរួមបញ្ចូលទាំងឱសថច្រើនជាងមួយសម្រាប់ការព្យាបាលស្ថានភាពជាក់លាក់មួយ។ ឱសថទាំងនេះត្រូវបានគេហៅថា "ឱសថជំនួស"។ ប្រសិនបើឱសថជំនួសមានប្រសិទ្ធភាពដូចនឹងឱសថដែលអ្នកស្នើសុំ ហើយនឹងមិនបង្កឱ្យមានផលប៉ះពាល់ ឬបញ្ហាសុខភាពផ្សេងទៀតនោះ ជាទូទៅយើងមិនយល់ព្រមចំពោះសំណើសុំការលើកលែងរបស់អ្នកនោះទេ។ ប្រសិនបើអ្នកស្នើសុំយើងសម្រាប់ការលើកលែងថ្នាក់ ជាទូទៅយើង មិនយល់ព្រមលើសំណើសុំការលើកលែងរបស់អ្នកទេ លុះត្រាតែឱសថជំនួសទាំងអស់ក្នុងថ្នាក់ចំណែកតម្លៃទាបមិនមានប្រសិទ្ធភាពសម្រាប់អ្នក ឬទំនងជាបង្កឱ្យមានប្រតិកម្មអវិជ្ជមាន ឬគ្រោះថ្នាក់ផ្សេងទៀត។

យើងអាចនិយាយថា យល់ព្រម ឬទេ ចំពោះសំណើរបស់អ្នក។

- ប្រសិនបើយើងនិយាយថា **យល់ព្រម** ចំពោះសំណើសុំករណីលើកលែងរបស់អ្នក តាមធម្មតាករណីលើកលែងមានរហូតដល់ចុងបញ្ចប់ឆ្នាំតាមប្រតិទិន។ នេះគឺពិតមែន លុះត្រាតែវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកបន្តចេញវេជ្ជបញ្ជាឱសថសម្រាប់អ្នក ហើយឱសថនោះនៅមានសុវត្ថិភាព និងមានប្រសិទ្ធភាពជាបន្តទៀត សម្រាប់ការព្យាបាលលក្ខណៈជំងឺរបស់អ្នក។
- ប្រសិនបើយើងនិយាយ **បដិសេធ** ចំពោះសំណើលើកលែងរបស់អ្នក អ្នកអាចដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍បាន។ សូមមើលផ្នែក **G5** សម្រាប់ព័ត៌មានស្តីពីការដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ ប្រសិនបើយើងនិយាយ **បដិសេធ**។

វគ្គជាបន្ទាប់ទៅទៀតនេះ ប្រាប់អ្នកពីរបៀបស្នើសុំសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង រួមមានការអនុគ្រោះ។

G4. ការស្នើសុំសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង រួមបញ្ចូលទាំងករណីលើកលែង

- ស្នើសុំប្រភេទនៃសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងដែលអ្នកចង់បានតាមរយៈការទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-452-4413 (TTY: 711) សរសេរលិខិត ឬផ្ញើទូរសារមកយើង។ រូបអ្នក ឬអ្នកតំណាងរបស់អ្នក ឬវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក (ឬអ្នកចេញបញ្ជាផ្សេងទៀត) អាចធ្វើការនេះបាន។ សូមបញ្ចូលឈ្មោះរបស់អ្នក ព័ត៌មានទំនាក់ទំនង និងព័ត៌មានអំពីការទាមទារសំណង។
- រូបអ្នក ឬវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក (ឬអ្នកចេញបញ្ជាផ្សេងទៀត) ឬជនណាម្នាក់ដែលធ្វើការជំនួសអ្នក អាចស្នើសុំសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងបាន។ អ្នកក៏អាចមានមេធាវី ដើម្បីធ្វើការជំនួសអ្នកបានដែរ។
- សូមមើលផ្នែក **E3** ដើម្បីស្វែងយល់ពីរបៀបដាក់ឈ្មោះនរណាម្នាក់ឱ្យធ្វើជាអ្នកតំណាងរបស់អ្នក។
- អ្នកមិនបាច់ផ្តល់ការអនុញ្ញាតជាលាយលក្ខណ៍អក្សរទៅវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក ឬអ្នកចេញបញ្ជាផ្សេងទៀត ដើម្បីស្នើសុំសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងជំនួសអ្នកឡើយ។

- ប្រសិនបើអ្នកចង់ស្នើសុំឱ្យយើងខ្ញុំសងថ្លៃឱសថទៅអ្នកវិញ សូមសំអាងទៅលើ **ជំពូកទី 7 នៃសៀវភៅណែនាំសមាជិក**នេះ។
- ប្រសិនបើអ្នកស្នើសុំករណីលើកលែង សូមផ្តល់ឱ្យយើងនូវ "សេចក្តីថ្លែងការណ៍គាំទ្រ"។ សេចក្តីថ្លែងការណ៍គាំទ្ររួមបញ្ចូល វេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក ឬហេតុផលវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាផ្សេងទៀតសម្រាប់សំណើលើកលែង។
- វេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក ឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាផ្សេងទៀតអាចទូរសារ ឬផ្ញើសេចក្តីថ្លែងការណ៍គាំទ្រមកយើងតាមប្រៃសណីយ៍។ ពួកគេក៏អាចប្រាប់យើងតាមទូរសព្ទ ហើយបន្ទាប់មកផ្ញើសេចក្តីថ្លែងការណ៍តាមទូរសារ ឬតាមប្រៃសណីយ៍។
- អ្នកអាចដាក់សំណើការកំណត់ការធានារ៉ាប់រងតាមប្រព័ន្ធអេឡិចត្រូនិកតាមរយៈវិបផលសមាជិកដែលមានសុវត្ថិភាពនៅ៖
https://www.blueshieldca.com/bzca/bca/wcm/connect/sites/sites_content_en/medicare/resources/request_exceptions/exceptions
 - ជ្រើសរើសទម្រង់បែបបទសមាជិក
 - ចាប់ផ្តើមសំណើការកំណត់ការធានារ៉ាប់រងតាមអនឡាញ
 - អ្នកអាចចាប់ផ្តើមដំណើរការដើម្បីទទួលបានការអនុញ្ញាតជាមុន ឬករណីលើកលែង។

ប្រសិនបើសុខភាពរបស់អ្នកត្រូវការវា ចូរស្នើសុំយើងខ្ញុំនូវ “សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងរហ័ស”។
យើងនឹងប្រើ “ពេលវេលាកំណត់ធម្មតា” លុះត្រាតែយើងយល់ព្រមប្រើ “ពេលវេលាកំណត់រហ័ស”។

- **សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងធម្មតា** មានន័យថា យើងផ្តល់ចម្លើយជូនអ្នកក្នុងរយៈពេល 72 ម៉ោង បន្ទាប់ពីយើងទទួលសេចក្តីថ្លែងការណ៍ពីវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក។
- **សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងរហ័ស** មានន័យថា យើងផ្តល់ចម្លើយជូនអ្នកក្នុងរយៈពេល 24 ម៉ោង បន្ទាប់ពីយើងទទួលសេចក្តីថ្លែងការណ៍ពីវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក។

"សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងរហ័ស" គេហៅថា “សេចក្តីលើការធានារ៉ាប់រងពន្លឺន”។

អ្នកអាចទទួលបានសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង ប្រសិនបើ៖

- វាគឺសម្រាប់ឱសថដែលអ្នកមិនបានទទួល។ អ្នកមិនអាចទទួលបានសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងរហ័សនោះទេ ប្រសិនបើអ្នកកំពុងស្នើសុំយើងខ្ញុំឱ្យសងថ្លៃឱសថដែលអ្នកបានទិញរួច។



- សុខភាព ឬសមត្ថភាពក្នុងការបំពេញមុខងាររបស់អ្នកនឹងរងការខូចខាតយ៉ាងធ្ងន់ធ្ងរ ប្រសិនបើ យើងប្រើកាលបរិច្ឆេទកំណត់នោះ។

ប្រសិនបើវេជ្ជបណ្ឌិត ឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាផ្សេងទៀតរបស់អ្នកប្រាប់យើងថា សុខភាពរបស់អ្នកតម្រូវឱ្យមាន ការសម្រេចចិត្តលើការធានារ៉ាប់រងរហ័ស យើងនឹងពិនិត្យឡើងវិញនូវសំណើរបស់អ្នកក្រោមពេលវេលានៃ ការសម្រេចចិត្តលើការធានារ៉ាប់រងរហ័ស។ យើងនឹងផ្ញើលិខិតមួយច្បាប់ជាមួយនឹងព័ត៌មាននេះជូនអ្នក។

- ប្រសិនបើអ្នកស្នើសុំសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងរហ័សដោយគ្មានការគាំទ្រពីវេជ្ជបណ្ឌិត របស់អ្នក ឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាផ្សេងទៀត យើងនឹងសម្រេចថា តើអ្នកទទួលបានសេចក្តីសម្រេច លើការធានារ៉ាប់រងរហ័សដែរ ឬទេ។
- ប្រសិនបើយើងសម្រេចថា ស្ថានភាពសុខភាពរបស់អ្នកមិនបំពេញតាមតម្រូវការសម្រាប់សេចក្តី សម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងរហ័សទេនោះ យើងនឹងប្រើកាលបរិច្ឆេទកំណត់ធម្មតាជំនួសវិញ។
 - យើងផ្ញើជូនអ្នកនូវលិខិតដែលជម្រាបអ្នកថា យើងនឹងប្រើកាលបរិច្ឆេទកំណត់ធម្មតា។ លិខិតនេះ ក៏ប្រាប់អ្នកពីរបៀបដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ចំពោះការសម្រេចចិត្តរបស់យើងផងដែរ។
 - អ្នកអាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងរហ័ស និងទទួលបានការឆ្លើយតបក្នុងរយៈពេល 24 ម៉ោង។ សម្រាប់ ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីការដាក់ពាក្យបណ្តឹងតវ៉ា រួមទាំងពាក្យបណ្តឹងតវ៉ារហ័ស សូមមើលផ្នែក K។

ពេលកំណត់សម្រាប់សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងរហ័ស

- ប្រសិនបើយើងពេលវេលាកំណត់រហ័ស យើងត្រូវតែផ្តល់ចម្លើយជូនអ្នកក្នុងរយៈពេល 24 ម៉ោង បន្ទាប់ពីយើងទទួលបានសំណើរបស់អ្នក។ ប្រសិនបើអ្នកស្នើសុំករណីលើកលែង យើងនឹងផ្តល់ ចម្លើយដល់អ្នកក្នុងរយៈពេល 24 ម៉ោង បន្ទាប់ពីយើងទទួលបានសេចក្តីថ្លែងការណ៍គាំទ្រពី វេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក។ យើងនឹងផ្តល់ចម្លើយជូនអ្នកយ៉ាងឆាប់រហ័ស ប្រសិនបើសុខភាពរបស់ អ្នកត្រូវការវា។
- ប្រសិនបើយើងមិនបំពេញតាមកាលបរិច្ឆេទកំណត់នេះទេ យើងនឹងបញ្ជូនសំណើរបស់អ្នកទៅ កម្រិត 2 នៃដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍សម្រាប់ការពិនិត្យឡើងវិញដោយ IRO។ សូមមើល ផ្នែក G6 សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2។
- ប្រសិនបើយើងនិយាយថា យល់ព្រម ចំពោះផ្នែកមួយ ឬទាំងអស់នៃសំណើរបស់អ្នក យើងផ្តល់ ឱ្យអ្នកនូវការធានារ៉ាប់រងក្នុងរយៈពេល 24 ម៉ោងបន្ទាប់ពីយើងទទួលបានសំណើរបស់អ្នក ឬសេ ចក្តីថ្លែងការណ៍គាំទ្រពីវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក។



- ប្រសិនបើយើងនិយាយ **បដិសេធ** ចំពោះផ្នែកមួយ ឬទាំងអស់នៃសំណើរបស់អ្នក យើងនឹងផ្ញើលិខិតមួយច្បាប់ដែលមានហេតុផលជូនអ្នក។ លិខិតនេះក៏ប្រាប់អ្នកពីរបៀប ដែលអ្នកអាចដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ផងដែរ។

ពេលវេលាកំណត់សម្រាប់សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងធម្មតាអំពីឱសថដែលអ្នកមិនទាន់បានទទួលនៅឡើយ

- ប្រសិនបើយើងប្រើកាលបរិច្ឆេទកំណត់ធម្មតា យើងត្រូវតែផ្តល់ចម្លើយដល់អ្នកក្នុងរយៈពេល 72 ម៉ោង បន្ទាប់ពីយើងទទួលបានសំណើរបស់អ្នក។ ប្រសិនបើអ្នកស្នើសុំករណីលើកលែង យើងនឹងផ្តល់ចម្លើយដល់អ្នកក្នុងរយៈពេល 72 ម៉ោង បន្ទាប់ពីយើងទទួលបានសេចក្តីថ្លែងការណ៍គាំទ្រពីវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក។ យើងនឹងផ្តល់ចម្លើយជូនអ្នកយ៉ាងឆាប់រហ័ស ប្រសិនបើសុខភាពរបស់អ្នកត្រូវការវា។
- ប្រសិនបើយើងមិនបំពេញតាមកាលបរិច្ឆេទកំណត់នេះទេ យើងនឹងបញ្ជូនសំណើរបស់អ្នកទៅកម្រិត 2 នៃដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍សម្រាប់ការពិនិត្យឡើងវិញដោយ IRO។
- ប្រសិនបើយើងនិយាយថា **យល់ព្រម** ចំពោះផ្នែកមួយ ឬទាំងអស់នៃសំណើរបស់អ្នក យើងផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវការធានារ៉ាប់រងក្នុងរយៈពេល 72 ម៉ោងបន្ទាប់ពីយើងទទួលបានសំណើរបស់អ្នក ឬសេចក្តីថ្លែងការណ៍គាំទ្រពីវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកសម្រាប់ករណីលើកលែង។
- ប្រសិនបើយើងនិយាយ **ដិសេធ** ចំពោះផ្នែកមួយ ឬទាំងអស់នៃសំណើរបស់អ្នក យើងនឹងផ្ញើលិខិតមួយច្បាប់ដែលមានហេតុផលជូនអ្នក។ លិខិតនេះក៏ប្រាប់អ្នកពីរបៀបដែលអ្នកដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ផងដែរ។

ពេលវេលាកំណត់សម្រាប់សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងធម្មតាអំពីឱសថដែលអ្នកបានទិញរួចហើយ

- យើងត្រូវតែផ្តល់ចម្លើយរបស់យើងទៅឱ្យអ្នក ក្នុងពេល 14 ថ្ងៃតាមប្រក្រតិទិន បន្ទាប់ពីយើងទទួលសំណើរបស់អ្នក។
- ប្រសិនបើយើងមិនបំពេញតាមកាលបរិច្ឆេទកំណត់នេះទេ យើងនឹងបញ្ជូនសំណើរបស់អ្នកទៅកម្រិត 2 នៃដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍សម្រាប់ការពិនិត្យឡើងវិញដោយ IRO។
- ប្រសិនបើយើងនិយាយថា **យល់ព្រម** ចំពោះផ្នែកមួយ ឬទាំងអស់នៃសំណើរបស់អ្នក យើងនឹងសងអ្នកវិញក្នុងរយៈពេល 14 ថ្ងៃតាមប្រក្រតិទិន។
- ប្រសិនបើយើងនិយាយ **បដិសេធ** ចំពោះផ្នែកមួយ ឬទាំងអស់នៃសំណើរបស់អ្នក យើងនឹងផ្ញើលិខិតមួយច្បាប់ដែលមានហេតុផលជូនអ្នក។ លិខិតនេះក៏ប្រាប់អ្នកពីរបៀបដែលអ្នកដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ផងដែរ។



G5. ការដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 1

បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ចំពោះគម្រោងរបស់យើងអំពីសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងឱសថ Medicare
ផ្នែក D គេហៅថា គម្រោង "សេចក្តីសម្រេចឡើងវិញ"។

- ចាប់ផ្តើមបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ធម្មតា ឬរហ័សរបស់អ្នក ដោយទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-452-4413 (TTY: 711) សរសេរលិខិត ឬផ្ញើទូរសារមកយើង។ រូបអ្នក ឬអ្នកតំណាងរបស់អ្នក ឬវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក (ឬអ្នកចេញបញ្ជាផ្សេងទៀត) អាចធ្វើការនេះបាន។ សូមបញ្ចូលឈ្មោះរបស់អ្នក ព័ត៌មានទំនាក់ទំនង និងព័ត៌មានទាក់ទងនឹងបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក។
- អ្នកត្រូវតែស្នើសុំបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ក្នុងរយៈពេល 65 ថ្ងៃតាមប្រតិទិនចាប់តាំងពីកាលបរិច្ឆេទនៅលើសំបុត្រដែលយើងបានផ្ញើដើម្បីប្រាប់ អ្នកអំពីសេចក្តីសម្រេចរបស់យើង។
- ប្រសិនបើអ្នកខកខានពេលវេលាកំណត់ ហើយមានហេតុផលល្អសម្រាប់ការបាត់វា យើងអាចផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវពេលវេលាបន្ថែមទៀតដើម្បីធ្វើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក។ ឧទាហរណ៍នៃហេតុផលល្អគឺដូចជាអ្នកមានជំងឺធ្ងន់ធ្ងរ ឬយើងបានផ្តល់ព័ត៌មានខុសអំពីពេលវេលាកំណត់។ ពន្យល់ពីមូលហេតុដែលបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នកយឺតពេលនៅពេលអ្នកដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍នោះ។
- អ្នកមានសិទ្ធិស្នើសុំយើងខ្ញុំនូវច្បាប់ចម្លងនៃព័ត៌មានអំពីបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក។ អ្នក និងវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកក៏អាចផ្តល់ឱ្យយើងខ្ញុំនូវព័ត៌មានបន្ថែមដើម្បីគាំទ្របណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នកបានផងដែរ។

ប្រសិនបើសុខភាពរបស់អ្នកត្រូវការវា អ្នកអាចស្នើសុំបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍រហ័ស។

បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍រហ័សក៏ត្រូវបានគេហៅថា "សេចក្តីសម្រេចឡើងវិញដែលពន្លឿន" ផងដែរ។

- ប្រសិនបើអ្នកប្តឹងឧទ្ធរណ៍ការលើការសម្រេចចិត្តដែលយើងបានធ្វើអំពីឱសថដែលអ្នកមិនបានទទួល អ្នក និងវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក ឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាផ្សេងទៀតសម្រេចចិត្តថាតើអ្នកត្រូវការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍រហ័សដែរឬទេ។
- លក្ខខណ្ឌតម្រូវសម្រាប់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍រហ័សគឺ ដូចគ្នាទៅនឹងតម្រូវការសម្រាប់សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងរហ័ស។ សូមមើល ផ្នែក G4 សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។

យើងពិចារណាលើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក ហើយផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវចម្លើយរបស់យើង។

- យើងពិនិត្យឡើងវិញនូវបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក ហើយពិនិត្យមើលដោយយកចិត្តទុកដាក់នូវព័ត៌មានទាំងអស់អំពីសំណើសុំធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នក។



- យើងពិនិត្យមើលថាតើយើងបានអនុវត្តតាមបទបញ្ជានៅពេលយើងនិយាយ **បដិសេធ** ចំពោះសំណើរបស់អ្នកដែរឬទេ។
- យើងអាចនឹង ទាក់ទងមកអ្នក ឬវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក ឬអ្នកចេញបញ្ជាផ្សេងទៀត ដើម្បីឲ្យបានព័ត៌មានថែមទៀត។

ពេលវេលាកំណត់សម្រាប់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នកនៅកម្រិត 1

- ប្រសិនបើយើងប្រើកាលកំណត់ឆាប់របស់ យើងត្រូវតែផ្តល់ចម្លើយជូនអ្នកក្នុងរយៈពេល **72 ម៉ោង** បន្ទាប់ពីយើងទទួលបានបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក។
 - យើងនឹងផ្តល់ចម្លើយជូនអ្នកយ៉ាងឆាប់រហ័ស ប្រសិនបើសុខភាពរបស់អ្នកត្រូវការ។
 - ប្រសិនបើយើងមិនផ្តល់ចម្លើយជូនអ្នកក្នុងពេល 72 ម៉ោងទេ យើងនឹងធ្វើសំណើរបស់អ្នកទៅកម្រិតទី 2 នៃដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍។ បន្ទាប់មក IRO ពិនិត្យឡើងវិញ។ សូមមើលផ្នែក **G6** សម្រាប់ព័ត៌មានអំពីអង្គភាពត្រួតពិនិត្យ និងដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2។
- ប្រសិនបើយើងនិយាយថា **យល់ព្រម** ចំពោះផ្នែកមួយ ឬទាំងអស់នៃសំណើរបស់អ្នក យើងត្រូវតែផ្តល់ការធានារ៉ាប់រងដែលយើងបានយល់ព្រមផ្តល់ក្នុងរយៈពេល 72 ម៉ោងបន្ទាប់ពីយើងទទួលបានបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក។
- ប្រសិនបើយើងនិយាយ **បដិសេធ** ចំពោះផ្នែកមួយ ឬទាំងអស់នៃសំណើរបស់អ្នក យើងនឹងធ្វើលិខិតមួយច្បាប់ដែលពន្យល់ពីមូលហេតុ និងប្រាប់អ្នកពីរបៀបដែលអ្នកអាចដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍បាន។

ពេលវេលាកំណត់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ធម្មតានៅកម្រិតទី 1

- ប្រសិនបើយើងប្រើកាលបរិច្ឆេទកំណត់ស្តង់ដារ យើងត្រូវតែផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវចម្លើយរបស់យើងក្នុងរយៈពេល **7 ថ្ងៃតាមប្រតិទិន** បន្ទាប់ពីយើងទទួលបានបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នកសម្រាប់ឱសថដែលអ្នកមិនបានទទួល។
- យើងផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវការសម្រេចចិត្តរបស់យើងឱ្យបានឆាប់ជាងនេះ ប្រសិនបើអ្នកមិនបានទទួលឱសថ ហើយស្ថានភាពសុខភាពរបស់អ្នកតម្រូវឱ្យ។ ប្រសិនបើអ្នកជឿជាក់ថាសុខភាពរបស់អ្នកត្រូវការ ចូរស្នើសុំបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក។
 - ប្រសិនបើយើងមិនផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវការសម្រេចចិត្តក្នុងរយៈពេល 7 ថ្ងៃតាមប្រតិទិនទេ យើងត្រូវធ្វើសំណើរបស់អ្នកទៅកម្រិត 2 នៃដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍។ បន្ទាប់មក IRO ពិនិត្យឡើងវិញ។ សូមមើលផ្នែក **G6** សម្រាប់ព័ត៌មានអំពីអង្គភាពត្រួតពិនិត្យ និងដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2។



ប្រសិនបើយើងនិយាយថា យល់ព្រម ចំពោះផ្នែកមួយ ឬទាំងអស់នៃសំណើរបស់អ្នក៖

- យើងត្រូវផ្តល់ជូនការធានារ៉ាប់រង ដែលយើងបានយល់ព្រម ដើម្បីផ្តល់ជូនឱ្យបានហ័សតាម ដែលសុខភាពរបស់អ្នកត្រូវការ ប៉ុន្តែ **មិនលើសពី 7 ថ្ងៃតាមប្រតិទិន** បន្ទាប់ពីយើងទទួលបាន បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក។
- យើងត្រូវតែធ្វើការទូទាត់ទៅអ្នកសម្រាប់ឱសថដែលអ្នកបានទិញក្នុងរយៈពេល **30 ថ្ងៃតាម ប្រតិទិន** បន្ទាប់ពីយើងទទួលបានបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក។

ប្រសិនបើយើងនិយាយ **បដិសេធ** ចំពោះផ្នែកមួយ ឬទាំងអស់នៃសំណើរបស់អ្នក៖

- យើងធ្វើជូនអ្នកនូវលិខិតដែលពន្យល់ពីមូលហេតុ និងប្រាប់អ្នកពីរបៀបដែលអ្នកអាចដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍បាន។
- យើងត្រូវតែផ្តល់ជូនអ្នកនូវចម្លើយរបស់យើងអំពីការបង់សងអ្នកវិញសម្រាប់ឱសថដែលអ្នកបានទិញ ក្នុងរយៈពេល **14 ថ្ងៃតាមប្រតិទិន** បន្ទាប់ពីយើងទទួលបានបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក។
 - ប្រសិនបើយើងមិនផ្តល់ក្តីសម្រេចជូនអ្នកក្នុងពេល 14 ថ្ងៃតាមប្រតិទិន យើងនឹងផ្ញើសំណើរបស់អ្នក ទៅកម្រិតទី 2 នៃដំណើរបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍។ បន្ទាប់មក IRO ពិនិត្យឡើងវិញ។ សូមមើលផ្នែក **G6** សម្រាប់ព័ត៌មានអំពីអង្គភាពត្រួតពិនិត្យ និងដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2។
- ប្រសិនបើយើងនិយាយថា យល់ព្រម ចំពោះផ្នែកមួយ ឬទាំងអស់នៃសំណើរបស់អ្នក យើងត្រូវតែបង់ប្រាក់ឱ្យអ្នកក្នុងរយៈពេល 30 ថ្ងៃតាមប្រតិទិន បន្ទាប់ពីយើងទទួលបានសំណើរបស់អ្នក។
- ប្រសិនបើយើងនិយាយ **បដិសេធ** ចំពោះផ្នែកមួយ ឬទាំងអស់នៃសំណើរបស់អ្នក យើងនឹងផ្ញើលិខិតមួយច្បាប់ដែលពន្យល់ពីមូលហេតុ និងប្រាប់អ្នកពីរបៀបដែលអ្នកអាចដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍បាន។

G6. ការដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2

ប្រសិនបើយើងនិយាយ **បដិសេធ** ចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 1 របស់អ្នក អ្នកអាចទទួលយកការសម្រេចចិត្តរបស់យើង ឬដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍មួយទៀត។ ប្រសិនបើអ្នកសម្រេចចិត្តដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍មួយផ្សេងទៀត នោះអ្នកប្រើនីតិវិធីបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2។ IRO ពិនិត្យឡើងវិញនូវការសម្រេចចិត្តរបស់យើងនៅពេលដែលយើងនិយាយ **បដិសេធ** ចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ដំបូងរបស់អ្នក។ អង្គភាពនេះសម្រេចថាតើយើងគួរផ្លាស់ប្តូរការសម្រេចចិត្តរបស់យើងដែរឬទេ។

ឈ្មោះផ្លូវការសម្រាប់ "អង្គការត្រួតពិនិត្យឯករាជ្យ" (IRO) គឺ "អង្គភាពត្រួតពិនិត្យឯករាជ្យ" ជូនកាល
ហៅថា "IRE" ។

ដើម្បីដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 អ្នក អ្នកតំណាងរបស់អ្នក ឬវេជ្ជបណ្ឌិត ឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាផ្សេងទៀតរបស់
អ្នកត្រូវតែទាក់ទង IRO ជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ ហើយស្នើសុំការពិនិត្យឡើងវិញនូវករណីរបស់អ្នក។

- ប្រសិនបើយើងនិយាយ បដិសេធ ចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 1 របស់អ្នក លិខិតដែលយើងធ្វើ
ជូនអ្នករួមបញ្ចូលទាំងការណែនាំអំពីរបៀបដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 ជាមួយ IRO។ សេចក្តី
ណែនាំប្រាប់អ្នកដែលអាចដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 កាលបរិច្ឆេទកំណត់ដែលអ្នកត្រូវធ្វើតាម
និងរបៀបទាក់ទងទៅអង្គការ។
- នៅពេលអ្នកដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ទៅ IRO យើងនឹងធ្វើព័ត៌មានដែលយើងមានអំពីបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍
របស់អ្នកទៅអង្គការនេះ។ ព័ត៌មាននេះត្រូវបានគេហៅថា "ឯកសារសំណុំរឿង" របស់អ្នក។ អ្នកមាន
សិទ្ធិក្នុងការចាត់ចែងឯកសារសំណុំរឿងរបស់អ្នកដោយឥតគិតថ្លៃ។ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយក្នុង
ការស្នើសុំច្បាប់ចម្លងអំពីឯកសារនៃករណីរបស់អ្នកដោយឥតគិតថ្លៃ សូមទូរសព្ទទៅលេខ
1-888-466-2219។
- អ្នកមានសិទ្ធិផ្តល់ព័ត៌មានបន្ថែមដល់ IRO ដើម្បីគាំទ្រលើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក។

IRO ពិនិត្យឡើងវិញនូវបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 នៃ Medicare ផ្នែក D របស់អ្នក ហើយផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវចម្លើយជា
លាយលក្ខណ៍អក្សរ។ សូមមើលផ្នែក F4 សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពី IRO។

ពេលវេលាកំណត់សម្រាប់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍រហ័សនៅកម្រិតទី 2

ប្រសិនបើសុខភាពរបស់អ្នកត្រូវការវា ចូរស្នើសុំ IRO នូវបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍រហ័ស។

- ប្រសិនបើពួកគេយល់ព្រមចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍រហ័ស ពួកគេត្រូវតែផ្តល់ចម្លើយដល់អ្នកក្នុងរ
យៈពេល 72 ម៉ោងបន្ទាប់ពីទទួលបានសំណើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក។
- ប្រសិនបើពួកគេនិយាយថា យល់ព្រម ចំពោះផ្នែកមួយ ឬទាំងអស់នៃសំណើរបស់អ្នក យើង
ត្រូវតែផ្តល់ការធានារ៉ាប់រងឱ្យបានយល់ព្រមក្នុងរយៈពេល 24 ម៉ោង បន្ទាប់ពីទទួល
បានសេចក្តីសម្រេចរបស់ IRO។

ពេលវេលាកំណត់សម្រាប់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ធម្មតានៅកម្រិតទី 2

ប្រសិនបើអ្នកមានបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ធម្មតានៅកម្រិត 2 IRO ត្រូវតែផ្តល់ចម្លើយដល់អ្នក៖

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan តាមរយៈលេខ 1-800-452-4413
(TTY: 711) ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ម៉ោង PT ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទ គឺឥតគិត
ថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ blueshieldca.com/medicare។



- ក្នុងរយៈពេល 7 ថ្ងៃតាមប្រតិទិន បន្ទាប់ពីពួកគេទទួលបានបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នកសម្រាប់ឱសថដែលអ្នកមិនបានទទួល។
- ក្នុងរយៈពេល 14 ថ្ងៃតាមប្រតិទិន បន្ទាប់ពីទទួលបានបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក សម្រាប់ការសងប្រាក់វិញលើឱសថដែលអ្នកបានទិញ។

ប្រសិនបើ IRO និយាយថា យល់ព្រម ចំពោះផ្នែកមួយ ឬទាំងអស់នៃសំណើរបស់អ្នក៖

- យើងត្រូវតែផ្តល់ការធានារ៉ាប់រងលើឱសថដែលបានយល់ព្រមក្នុងរយៈពេល 72 ម៉ោង បន្ទាប់ពីយើងទទួលបានសេចក្តីសម្រេចរបស់ IRO។
- យើងត្រូវតែបង់ប្រាក់ឱ្យអ្នកវិញសម្រាប់ឱសថដែលអ្នកបានទិញក្នុងរយៈពេល 30 ថ្ងៃតាមប្រតិទិន បន្ទាប់ពីយើងទទួលបានការសម្រេចចិត្តរបស់ IRO។
- ប្រសិនបើ IRO និយាយ បដិសេធ ចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក វាមានន័យថា ពួកគេយល់ស្របជាមួយនឹងសេចក្តីសម្រេចរបស់យើង ដែលមិនយល់ព្រមចំពោះសំណើរបស់អ្នក។ នេះត្រូវបានគេហៅថា "ការតម្កល់សេចក្តីសម្រេច" ឬ "ការបដិសេធបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក"។

ប្រសិនបើ IRO និយាយ បដិសេធ ចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 របស់អ្នក អ្នកមានសិទ្ធិក្នុងការប្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 3 ប្រសិនបើ តម្លៃប្រាក់ដុល្លារនៃការធានារ៉ាប់រងឱសថដែលអ្នកស្នើសុំត្រូវនឹងតម្លៃប្រាក់ដុល្លារអប្បបរមា។ ប្រសិនបើតម្លៃប្រាក់ដុល្លារនៃការធានារ៉ាប់រងឱសថដែលអ្នកស្នើសុំគឺតិចជាងអប្បបរមាដែលអ្នកត្រូវការ អ្នកមិនអាចដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ផ្សេងទៀតបានទេ។ ក្នុងករណីនោះ ការសម្រេចលើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 គឺជាការសម្រេចចុងក្រោយ។ IRO ធ្វើលិខិតមួយច្បាប់ដែលប្រាប់អ្នកពីតម្លៃប្រាក់ដុល្លារអប្បបរមាដែលត្រូវការដើម្បីបន្តទៅបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 3។

ប្រសិនបើតម្លៃប្រាក់ដុល្លារនៃសំណើរបស់អ្នកបំពេញតាមតម្រូវការ អ្នកជ្រើសរើសថាតើអ្នកចង់បន្តបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នកដែរឬទេ។

- មានកម្រិតបន្ថែមចំនួនបីនៅក្នុងដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍បន្ទាប់ពីកម្រិត 2។
- ប្រសិនបើ IRO និយាយ បដិសេធ ចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 របស់អ្នក ហើយអ្នកបំពេញតាមតម្រូវការក្នុងការបន្តដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ អ្នក៖
 - សម្រេចចិត្តថាតើអ្នកចង់ដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 3 ដែរឬទេ។
 - សូមមើលលិខិតដែល IRO បានផ្ញើជូនអ្នកបន្ទាប់ពីបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 របស់អ្នកសម្រាប់ព័ត៌មានលម្អិតអំពីរបៀបដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 3។



ALJ ឬមេធាវីកាត់សេចក្តីដោះស្រាយបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 3។ សូមមើលផ្នែក J សម្រាប់ព័ត៌មានអំពីបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 3, 4 និង 5។

H. ការស្នើសុំយើងខ្ញុំឱ្យធានារ៉ាប់រងការស្នាក់នៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យបានយូរ

នៅពេលអ្នកត្រូវបានអនុញ្ញាតឱ្យចូលទៅមន្ទីរពេទ្យ អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានសេវាទាំងអស់ពីមន្ទីរពេទ្យ ដែលយើងរ៉ាប់រង ដែលជាការចាំបាច់ ដើម្បីវិនិច្ឆ័យរោគ និងព្យាបាលជំងឺ ឬប្រសប់សម្រាប់អ្នក។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីការរ៉ាប់រងមន្ទីរពេទ្យនៃគម្រោងរបស់យើង សូមសំអាងទៅលើ **ជំពូកទី 4** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក* នេះ។

នៅក្នុងអំឡុងពេលអ្នកស្នាក់នៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យ វេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក និងបុគ្គលិកមន្ទីរពេទ្យ នឹងធ្វើការជាមួយនឹងអ្នក ដើម្បីរៀបចំសម្រាប់ថ្ងៃដែលអ្នកចេញពីមន្ទីរពេទ្យ។ ពួកគេក៏នឹងជួយរៀបចំការថែទាំដែលអ្នកអាចនឹងត្រូវការបន្ទាប់ពីអ្នកចេញផងដែរ។

- ថ្ងៃអ្នកត្រូវចេញពីមន្ទីរពេទ្យ គឺហៅថា "កាលបរិច្ឆេទឱ្យចេញ"។
- វេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក ឬបុគ្គលិកមន្ទីរពេទ្យ នឹងប្រាប់អ្នកពីថ្ងៃឱ្យអ្នកចេញនៅពេលណា។

ប្រសិនបើអ្នកគិតថា អ្នកកំពុងត្រូវបានស្នើសុំឱ្យចាកចេញពីមន្ទីរពេទ្យឆាប់ពេក ឬអ្នកព្រួយបារម្ភអំពីការថែទាំរបស់អ្នកបន្ទាប់ពីអ្នកចាកចេញពីមន្ទីរពេទ្យ អ្នកអាចស្នើសុំសម្រាប់ការស្នាក់នៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យរយៈពេលយូរជាងនេះ។ វគ្គនេះប្រាប់អ្នកពីរបៀបស្នើសុំ។

ទោះបីជាមានការប្តឹងឧទ្ធរណ៍ដែលបានពិភាក្សានៅក្នុងផ្នែក H នេះក៏ដោយ អ្នកក៏អាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងជាមួយនិងស្នើសុំឱ្យ DMHC ធ្វើការត្រួតពិនិត្យផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រឯករាជ្យ ដើម្បីបន្តការស្នាក់នៅមន្ទីរពេទ្យរបស់អ្នកផងដែរ។ សូមមើលផ្នែក F4 ដើម្បីស្វែងយល់ពីរបៀបដាក់ពាក្យបណ្តឹងតវ៉ា និងស្នើសុំ DMHC សម្រាប់ការត្រួតពិនិត្យផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រឯករាជ្យ។ អ្នកអាចស្នើសុំការត្រួតពិនិត្យផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រឯករាជ្យបន្ថែមពីលើ ឬជំនួសឱ្យបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 3 បាន។

H1. ការស្វែងយល់អំពីសិទ្ធិ Medicare របស់អ្នក

ក្នុងរយៈពេលពីរថ្ងៃបន្ទាប់ពីអ្នកត្រូវបានបញ្ជូនទៅមន្ទីរពេទ្យ នរណាម្នាក់នៅមន្ទីរពេទ្យ ដូចជាគិលានុបដ្ឋាយិកា ឬបុគ្គលិកសំណុំរឿងនឹងផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវសេចក្តីជូនដំណឹងជាលាយលក្ខណ៍អក្សរដែលហៅថា “សារសំខាន់ពី Medicare អំពីសិទ្ធិរបស់អ្នក”។ មនុស្សគ្រប់គ្នាដែលមាន Medicare ទទួលបានច្បាប់ចម្លងនៃសេចក្តីជូនដំណឹងនេះនៅពេលដែលពួកគេត្រូវបានអនុញ្ញាតឱ្យចូលសម្រាកនៅមន្ទីរពេទ្យ។

ប្រសិនបើអ្នកមិនទទួលបានការជូនដំណឹងនោះទេ សូមសួរបុគ្គលិកមន្ទីរពេទ្យណាម្នាក់សម្រាប់រឿងនេះ។ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយ សូមទូរសព្ទទៅកាន់ផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជនតាមរយៈលេខនៅខាងក្រោមទំព័រ។ អ្នក



ក៏អាចទូរសព្ទទៅកាន់លេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) ផងដែរ។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរទូរសព្ទទៅកាន់លេខ 1-877-486-2048។

- **ចូរអានសេចក្តីជូនដំណឹង** ដោយយកចិត្តទុកដាក់ ហើយសួរសំណួរ ប្រសិនបើអ្នកមិនយល់។ សេចក្តីជូនដំណឹងនេះ ប្រាប់អ្នកអំពីសិទ្ធិរបស់អ្នកក្នុងនាមជាអ្នកជំងឺនៅមន្ទីរពេទ្យ រួមទាំងសិទ្ធិរបស់អ្នកក្នុងការ៖
 - ទទួលបានសេវាដែលមានធានារ៉ាប់រងពី Medicare ក្នុងអំឡុងពេល និងក្រោយពេលស្នាក់នៅមន្ទីរពេទ្យរបស់អ្នក។ សិទ្ធិរបស់អ្នក ដើម្បីដឹងអំពីសេវាទាំងនេះមានអ្វីខ្លះ អ្នកណាដែលបង់ថ្លៃ និងកន្លែងដែលអ្នកអាចទទួលបាន។
 - ជាផ្នែកមួយនៃសេចក្តីសម្រេចណាមួយអំពីរយៈពេលនៃការស្នាក់នៅមន្ទីរពេទ្យរបស់អ្នក។
 - ដឹងពីកន្លែងដែលត្រូវរាយការណ៍ក្តីបារម្ភណាមួយ ដែលអ្នកមានអំពីគុណភាពនៃការថែទាំនៅមន្ទីរពេទ្យរបស់អ្នក។
 - ប្តឹងឧទ្ធរណ៍ប្រសិនបើអ្នកគិតថា អ្នកនឹងចេញពីមន្ទីរពេទ្យឆាប់ពេក។
- **ចុះហត្ថលេខាលើសេចក្តីជូនដំណឹង** ដើម្បីបង្ហាញថា អ្នកបានទទួលវា និងយល់អំពីសិទ្ធិរបស់អ្នក។
 - អ្នក ឬនរណាម្នាក់ដែលធ្វើសកម្មភាពជំនួសអ្នកអាចចុះហត្ថលេខាលើសេចក្តីជូនដំណឹងនេះបាន។
 - ការចុះហត្ថលេខាលើសេចក្តីជូនដំណឹងនេះ **គ្រាន់តែ** បង្ហាញថា អ្នកបានទទួលព័ត៌មានអំពីសិទ្ធិរបស់អ្នកប៉ុណ្ណោះ។ ការចុះហត្ថលេខា **មិន** មានន័យថា អ្នកយល់ស្របចំពោះកាលបរិច្ឆេទចេញពីមន្ទីរពេទ្យដែលវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក ឬបុគ្គលិកមន្ទីរពេទ្យអាចបានប្រាប់អ្នកនោះទេ។
- **សូមរក្សាទុកច្បាប់ចម្លង**នៃសេចក្តីជូនដំណឹងដែលបានចុះហត្ថលេខា ដើម្បីឱ្យអ្នកមានព័ត៌មានប្រសើរអ្នកត្រូវការវា។

ប្រសិនបើអ្នកចុះហត្ថលេខាលើសេចក្តីជូនដំណឹងនេះច្រើនជាងពីរថ្ងៃមុនថ្ងៃដែលអ្នកចាកចេញពីមន្ទីរពេទ្យ អ្នកនឹងទទួលបានច្បាប់ចម្លងមួយទៀតមុនពេលអ្នកចេញពីមន្ទីរពេទ្យ។

អ្នកអាចមើលច្បាប់ចម្លងនៃសេចក្តីជូនដំណឹងជាមុន ប្រសិនបើអ្នក៖

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



- ចូលទៅកាន់គេហទំព័រ

www.cms.gov/medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im ។

H2. ការដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 1

ដើម្បីស្នើសុំឱ្យយើងរ៉ាប់រងលើសេវាអ្នកជំងឺដែលសម្រាកព្យាបាលក្នុងមន្ទីរពេទ្យរបស់អ្នកសម្រាប់រយៈពេលយូរ ជាងនេះ សូមដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍។ អង្គការកែលម្អគុណភាព (QIO) ពិនិត្យឡើងវិញនូវបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 1 ដើម្បីស្វែងយល់ថា តើកាលបរិច្ឆេទចាកចេញពីមន្ទីរពេទ្យដែលបានគ្រោងទុករបស់អ្នកសមស្របតាមវេជ្ជសាស្ត្រ សម្រាប់អ្នកដែរឬទេ។

QIO គឺជាក្រុមវេជ្ជបណ្ឌិត និងអ្នកមានវិជ្ជាជីវៈផ្នែកថែទាំសុខភាពផ្សេងទៀត ដែលបង់ប្រាក់ដោយរដ្ឋាភិបាល សហព័ន្ធ។ អ្នកជំនាញទាំងនេះពិនិត្យ និងជួយលើកកម្ពស់គុណភាពសម្រាប់អ្នកដែលមាន Medicare។ វាមិន មែនជាផ្នែកនៃគម្រោងរបស់យើងទេ។

នៅ California, QIO គឺ Commence Health។ សូមហៅទូរសព្ទទៅពួកគេតាមរយៈលេខ (877) 588-1123 [TTY: (855) 887-6668]។ ព័ត៌មានទំនាក់ទំនងក៏មាន នៅក្នុងសេចក្តីជូន ដំណឹងផងដែរ “សារសំខាន់ពី Medicare អំពីសិទ្ធិរបស់អ្នក” និងនៅក្នុងជំពូកទី 2។

ទូរសព្ទទៅ QIO មុនពេលអ្នកចាកចេញពីមន្ទីរពេទ្យ និងមិនលើសពីកាលបរិច្ឆេទចាកចេញដែលអ្នក បានគ្រោងទុកទេ។

- ប្រសិនបើអ្នកទូរសព្ទមុនពេលអ្នកចាកចេញ អ្នកអាចស្នាក់នៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យបន្ទាប់ពីកាល បរិច្ឆេទចាកចេញពីមន្ទីរពេទ្យដែលបានគ្រោងទុករបស់អ្នកដោយមិនចាំបាច់បង់ប្រាក់ខណៈ ពេលដែលអ្នករង់ចាំការសម្រេចចិត្តរបស់ QIO អំពីបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក។
- ប្រសិនបើអ្នកមិនទូរសព្ទទៅដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ ហើយអ្នកសម្រេចចិត្តស្នាក់នៅមន្ទីរពេទ្យ បន្ទាប់ពីកាលបរិច្ឆេទចាកចេញពីមន្ទីរពេទ្យដែលបានគ្រោងទុករបស់អ្នក អ្នកអាចបង់ថ្លៃ ចំណាយទាំងអស់ សម្រាប់ការថែទាំនៅមន្ទីរពេទ្យដែលអ្នកទទួលបាន បន្ទាប់ពីកាលបរិច្ឆេទ ចាកចេញពីមន្ទីរពេទ្យដែលបានគ្រោងទុក។
- ដោយសារតែការស្នាក់ព្យាបាលក្នុងមន្ទីរពេទ្យត្រូវបានរ៉ាប់រងដោយទាំង Medicare និង Medi-Cal ប្រសិនបើអង្គការលើកកម្ពស់គុណភាពមិនស្តាប់ការស្នើសុំរបស់អ្នកដើម្បីបន្ត ការស្នាក់ព្យាបាលក្នុងមន្ទីរពេទ្យរបស់អ្នក ឬអ្នកជឿថាស្ថានភាពរបស់អ្នកមានភាពបន្ទាន់ ពាក់ ព័ន្ធនឹងការគំរាមកំហែងភ្លាមៗ និងធ្ងន់ធ្ងរដល់សុខភាពរបស់អ្នក ឬអ្នកមានការឈឺចាប់ធ្ងន់ធ្ងរ អ្នកក៏អាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងតវ៉ាជាមួយ ឬស្នើសុំ ក្រសួងថែទាំសុខភាពក្រោមការគ្រប់គ្រងរបស់ រដ្ឋ California (DMHC) ឬស្នើសុំការពិនិត្យឡើងវិញផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដោយឯករាជ្យ។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan តាមរយៈលេខ 1-800-452-4413 (TTY: 711) ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ម៉ោង PT ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទ គឺឥតគិត ថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ blueshieldca.com/medicare។



សូមមើលផ្នែក F4 ដើម្បីស្វែងយល់ពីរបៀបដាក់ពាក្យបណ្តឹងតវ៉ា និងស្នើសុំ DMHC សម្រាប់
ការត្រួតពិនិត្យផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រឯករាជ្យ។

ស្នើសុំជំនួយ បើអ្នកត្រូវការវា។ ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ ឬត្រូវការជំនួយនៅពេលណាក៏បាន៖

- សូមទូរសព្ទទៅកាន់ផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជនតាមរយៈលេខនៅខាងក្រោមទំព័រ។
- កម្មវិធីប្រឹក្សាយោបល់ និងការតស៊ូមតិផ្នែកធានារ៉ាប់រងសុខភាព (HICAP)
តាមរយៈលេខ 1-800-434-0222។

ស្នើសុំការពិនិត្យឡើងវិញរហ័ស។ ចាត់បទបញ្ជាការឱ្យបានឆាប់រហ័ស ហើយទាក់ទង QIO ដើម្បីស្នើសុំ
ការពិនិត្យឡើងវិញឆាប់រហ័សអំពីការចេញពីមន្ទីរពេទ្យរបស់អ្នក។

ពាក្យច្បាប់ សម្រាប់ “ការពិនិត្យឡើងវិញរហ័ស” គឺ “ការពិនិត្យឡើងវិញភ្លាមៗ” ឬ “ការពិនិត្យឡើង
វិញពន្លឿន”។

តើមានអ្វីកើតឡើងក្នុងអំឡុងពេលពិនិត្យឡើងវិញរហ័ស

- អ្នកត្រួតពិនិត្យនៅ QIO សួរអ្នក ឬអ្នកតំណាងរបស់អ្នកថា ហេតុអ្វីបានជាអ្នកគិតថាការធានា
រ៉ាប់រងគួរតែបន្ត បន្ទាប់ពីបរិច្ឆេទចាកចេញពីមន្ទីរពេទ្យដែលបានគ្រោងទុកហើយនោះ។ អ្នកមិន
តម្រូវឱ្យសរសេរសេចក្តីថ្លែងការណ៍ទេ ប៉ុន្តែអ្នកអាចសរសេរបាន។
- អ្នកត្រួតពិនិត្យមើលព័ត៌មានវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នក ពិភាក្សាជាមួយវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក និងពិនិត្យ
មើលព័ត៌មានដែលមន្ទីរពេទ្យ និងគម្រោងរបស់យើងបានផ្តល់ឱ្យពួកគេ។
- ត្រឹមថ្ងៃត្រង់នៃថ្ងៃបន្ទាប់ អ្នកត្រួតពិនិត្យប្រាប់គម្រោងរបស់យើងអំពីបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក អ្នក
នឹងទទួលបានលិខិតមួយច្បាប់ដែលមានកាលបរិច្ឆេទចាកចេញដែលបានគ្រោងទុករបស់អ្នក។
លិខិតនេះក៏បញ្ជាក់ពីមូលហេតុដែលវេជ្ជបណ្ឌិត មន្ទីរពេទ្យរបស់អ្នក ហើយយើងគិតថា នោះជា
កាលបរិច្ឆេទចាកចេញពីមន្ទីរពេទ្យដែលសមស្របសម្រាប់អ្នកតាមវេជ្ជសាស្ត្រ។



ពាក្យច្បាប់សម្រាប់ការពន្យល់ជាជាលាយលក្ខណ៍អក្សរនេះ គឺហៅថា “សេចក្តីជូនដំណឹងលម្អិតអំពីការចាកចេញពីមន្ទីរពេទ្យ”។ អ្នកអាចទទួលបានគំរូមួយដោយទូរសព្ទទៅផ្នែកបម្រើសេវាអតិថិជនតាមរយៈលេខដែលមាននៅផ្នែកខាងក្រោមនៃទំព័រ ឬ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)។ (អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរតែទូរសព្ទទៅលេខ 1-877-486-2048)។ អ្នកក៏អាចមើលគំរូអំពីសេចក្តីជូនដំណឹងនៅលើអនឡាញតាមរយៈគេហទំព័រ

www.cms.gov/medicare/forms-notice/beneficiary-notice-initiative/ffs-ma-im ។

ក្នុងរយៈពេលពេញមួយថ្ងៃបន្ទាប់ពីទទួលបានព័ត៌មានទាំងអស់ដែលខ្លួនត្រូវការ QIO នឹងផ្តល់ចម្លើយរបស់ពួកគេដល់អ្នកចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក។

ប្រសិនបើ QIO និយាយថា **យល់ព្រម** ចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក៖

- យើងនឹងផ្តល់សេវាធានារ៉ាប់រងអ្នកជំងឺដែលសម្រាកព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យរបស់អ្នក ដរាបណាសេវាទាំងនោះនៅតែមានភាពចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ។

ប្រសិនបើ QIO និយាយ **បដិសេធ** ចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក៖

- ពួកគេជឿជាក់ថា កាលបរិច្ឆេទចាកចេញដែលបានគ្រោងទុករបស់អ្នកគឺសមស្របតាមផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ។
- ការធានារ៉ាប់រងរបស់យើងចំពោះសេវាមន្ទីរពេទ្យសម្រាប់អ្នកជំងឺសម្រាកក្នុងមន្ទីរពេទ្យរបស់អ្នកនឹងបញ្ចប់នៅពេលថ្ងៃត្រង់នៃថ្ងៃបន្ទាប់ដែល QIO ផ្តល់ចម្លើយរបស់ពួកគេដល់អ្នកចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក។
- អ្នកអាចជាត្រូវបង់ថ្លៃពេញក្នុងការថែទាំនៅមន្ទីរពេទ្យដែលអ្នកទទួលបានបន្ទាប់ពីពេលថ្ងៃត្រង់នៅថ្ងៃបន្ទាប់ដែល QIO ផ្តល់ចម្លើយរបស់ពួកគេដល់អ្នកចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក។
- អ្នកអាចដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 ប្រសិនបើ QIO បដិសេធបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 1 របស់អ្នក ហើយ អ្នកបន្តស្នាក់នៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យបន្ទាប់ពីកាលបរិច្ឆេទចាកចេញដែលបានគ្រោងទុករបស់អ្នក។

H3. ការដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2

សម្រាប់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 អ្នកស្នើសុំ QIO ឱ្យពិនិត្យមើលម្តងទៀតនូវសេចក្តីសម្រេចចិត្តដែលពួកគេបានធ្វើលើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 1 របស់អ្នក។ សូមទូរសព្ទទៅពួកគេតាមរយៈលេខ (877) 588-1123 [TTY៖ (855) 887-6668]។

អ្នកត្រូវតែស្នើសុំការពិនិត្យឡើងវិញនេះ ក្នុងរយៈពេល 60 ថ្ងៃតាមប្រតិទិន បន្ទាប់ពីថ្ងៃដែល QIO និយាយ
បដិសេធ ចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 1 របស់អ្នក។ អ្នកអាចស្នើសុំការពិនិត្យឡើងវិញនេះបាន លុះត្រាតែ
អ្នកបន្តស្នាក់នៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យបន្ទាប់ពីកាលបរិច្ឆេទដែលការធានារ៉ាប់រងលើការថែទាំរបស់អ្នកបានបញ្ចប់។

អ្នកត្រូវពិនិត្យរបស់ QIO នឹង៖

- ពិនិត្យមើលព័ត៌មានទាំងអស់ដែលទាក់ទងនឹងបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នកដោយប្រុងប្រយ័ត្ន។
- ប្រាប់អ្នកនូវសេចក្តីសម្រេចរបស់ពួកគេអំពីបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 របស់អ្នកក្នុងរយៈពេល 14 ថ្ងៃតាមប្រតិទិន បន្ទាប់ពីទទួលបានសំណើរបស់អ្នកសម្រាប់ការពិនិត្យមើលឡើងវិញជាលើកទីពីរ។

ប្រសិនបើ QIO និយាយថា យល់ព្រម ចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក៖

- យើងត្រូវតែសងប្រាក់ទៅអ្នកវិញសម្រាប់ ចំណែកនៃថ្លៃចូលរួមការចំណាយលើការថែទាំនៅមន្ទីរពេទ្យរបស់យើងចាប់ពីពេលថ្ងៃត្រង់នៅថ្ងៃបន្ទាប់នៃកាលបរិច្ឆេទរបស់ QIO បានបដិសេធបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិតថ្នាក់ 1 របស់អ្នក។
- យើងនឹងផ្តល់សេវាធានារ៉ាប់រងអ្នកជំងឺដែលសម្រាកព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យរបស់អ្នក ដរាបណាសេវាទាំងនោះនៅតែមានភាពចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ។

ប្រសិនបើ QIO និយាយ បដិសេធ ចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក៖

- ពួកគេយល់ស្របនឹងសេចក្តីសម្រេចរបស់ពួកគេអំពីបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 1 របស់អ្នក ហើយនឹងមិនផ្លាស់ប្តូរវានោះទេ។
- ពួកគេផ្តល់ជូនអ្នកនូវលិខិតដែលប្រាប់អ្នកអំពីអ្វីដែលអ្នកអាចធ្វើបាន ប្រសិនបើអ្នកចង់បន្តដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ និងដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 3 នោះ។
- អ្នកក៏អាចដាក់បណ្តឹងតវ៉ាជាមួយ ឬស្នើសុំ DMHC សម្រាប់ការត្រួតពិនិត្យផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រឯករាជ្យដើម្បីបន្តការស្នាក់នៅមន្ទីរពេទ្យរបស់អ្នក។ សូមមើលផ្នែក E4 ដើម្បីស្វែងយល់ពីរបៀបដាក់ពាក្យបណ្តឹងតវ៉ា និងស្នើសុំ DMHC សម្រាប់ការត្រួតពិនិត្យផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រឯករាជ្យ។

ALJ ឬមេធាវីកាត់សេចក្តីដោះស្រាយបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 3។ សូមមើលផ្នែក J សម្រាប់ព័ត៌មានអំពីបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 3, 4 និង 5។



I. ការស្នើសុំយើងខ្ញុំឱ្យបន្តធានារ៉ាប់រងលើសេវាវេជ្ជសាស្ត្រជាក់លាក់មួយចំនួន

ផ្នែកនេះពាក់ព័ន្ធតែអំពីសេវាប្រភេទដែលអ្នកអាចនឹងទទួលបាន៖

- សេវាថែទាំសុខភាពតាមផ្ទះ
- ការថែទាំដោយគិលានុបដ្ឋាយិកាជំនាញក្នុងមជ្ឈមណ្ឌលថែទាំសុខភាពជំនាញ និង
- ការថែទាំស្ថានីតិសម្បទាក្នុងនាមជាអ្នកជំងឺឥតដេកពេទ្យនៅមន្ទីរស្ថានីតិសម្បទាពេញលេញសម្រាប់អ្នកជំងឺឥតដេកពេទ្យ (CORF) ដែលបានយល់ព្រមដោយ Medicare។ ជាធម្មតា វាមានន័យថា អ្នកនឹងទទួលបានការព្យាបាលសម្រាប់ជំងឺ ឬគ្រោះថ្នាក់ ឬអ្នកកំពុងសម្រាកឱ្យជាសះស្បើយពីការរះកាត់ចាំបាច់។

ជាមួយនឹងសេវាប្រភេទណាមួយក្នុងចំណោមសេវាទាំងបីនេះ អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានសេវា ដែលមានធានារ៉ាប់រង លុះត្រាតែបណ្តឹងនិយាយថា អ្នកត្រូវការសេវានោះ។

នៅពេលយើងសម្រេចចិត្តក្នុងការបញ្ឈប់ការធានារ៉ាប់រងណាមួយទាំងនេះ យើងត្រូវតែប្រាប់អ្នក មុននឹងសេវារបស់អ្នកបញ្ចប់។ នៅពេលដែលការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកសម្រាប់សេវានោះបញ្ចប់ យើងនឹងបញ្ឈប់ការបង់ថ្លៃសម្រាប់សេវានោះ។

ប្រសិនបើអ្នកគិតថាយើងនឹងបញ្ឈប់ការធានារ៉ាប់រងលើការថែទាំរបស់អ្នកឆាប់ពេក អ្នកអាចប្តឹងឧទ្ធរណ៍ចំពោះសេចក្តីសម្រេចរបស់យើងបាន។ វគ្គនេះប្រាប់អ្នក ពីរបៀបស្នើសុំតវ៉ា។

1.1. ការជូនដំណឹងជាមុន មុនពេលការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកបញ្ចប់

យើងធ្វើជូនអ្នកអំពីសេចក្តីជូនដំណឹងជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ ដែលអ្នកនឹងទទួលបានយ៉ាងហោចណាស់ពីរថ្ងៃមុនពេលយើងបញ្ឈប់ការបង់ថ្លៃសម្រាប់ការថែទាំរបស់អ្នក។ នេះត្រូវបានគេហៅថា “សេចក្តីជូនដំណឹងអំពីការមិនធានារ៉ាប់រងរបស់ Medicare”។ សេចក្តីជូនដំណឹងប្រាប់អ្នកអំពីកាលបរិច្ឆេទដែលយើងនឹងបញ្ឈប់ការរ៉ាប់រងលើការថែទាំរបស់អ្នក និងរបៀបដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ចំពោះសេចក្តីសម្រេចរបស់យើង។

អ្នក ឬអ្នកតំណាងរបស់អ្នកគួរតែចុះហត្ថលេខាលើសេចក្តីជូនដំណឹងដើម្បីបង្ហាញថាអ្នកបានទទួលវា។ ការចុះហត្ថលេខាលើសេចក្តីជូនដំណឹងនេះ គ្រាន់តែ បង្ហាញថា អ្នកបានទទួលព័ត៌មានប៉ុណ្ណោះ។ ការចុះហត្ថលេខា មិនមានន័យថា អ្នកយល់ស្របជាមួយការសម្រេចរបស់យើងទេ។



12. ការដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 1

ប្រសិនបើអ្នកគិតថា យើងនឹងបញ្ចប់ការធានារ៉ាប់រងលើការថែទាំរបស់អ្នកឆាប់ពេក អ្នកអាចប្តឹងឧទ្ធរណ៍ចំពោះសេចក្តីសម្រេចចិត្តរបស់យើងបាន។ ផ្នែកនេះ ប្រាប់អ្នកអំពីដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 1 និងអ្វីដែលត្រូវធ្វើ។

- **បំពេញតាមពេលកំណត់។** កាលកំណត់គឺជាសារៈសំខាន់។ យល់ និងធ្វើតាមកាលបរិច្ឆេទកំណត់ដែលអនុវត្តចំពោះអ្វីដែលអ្នកត្រូវតែធ្វើ។ គម្រោងរបស់យើងក៏ត្រូវតែធ្វើតាមកាលបរិច្ឆេទកំណត់ផងដែរ។ ប្រសិនបើអ្នកគិតថាយើងមិនបំពេញតាមកាលបរិច្ឆេទកំណត់របស់យើងទេនោះ អ្នកអាចដាក់បណ្តឹងតវ៉ាបាន។ សូមមើល ផ្នែក K សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីការដាក់បណ្តឹងតវ៉ា។
- **ស្នើសុំជំនួយ បើអ្នកត្រូវការវា។** ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ ឬត្រូវការជំនួយ នៅពេលណាក៏បាន៖
 - សូមទូរសព្ទទៅកាន់ផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជនតាមរយៈលេខនៅខាងក្រោមទំព័រ។
 - សូមទូរសព្ទទៅកាន់ HICAP តាមរយៈលេខ 1-800-434-0222។
- **សូមទាក់ទងទៅកាន់ QIO។**
 - សូមសំអាងទៅលើ ផ្នែក H2 ឬសំអាងទៅលើ ជំពូកទី 2 នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក* របស់អ្នកសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពី QIO និងរបៀបទាក់ទងពួកគេ។
 - ស្នើសុំពួកគេឱ្យពិនិត្យឡើងវិញអំពីបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក ហើយសម្រេចចិត្តថាតើត្រូវផ្លាស់ប្តូរសេចក្តីសម្រេចចិត្តរបស់គម្រោងរបស់យើងដែរឬទេ។
- **ចាត់វិធានការឱ្យបានឆាប់រហ័ស ហើយស្នើសុំ “បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍តាមដានរហ័ស”។** សាកសួរ QIO ថាតើវាសមស្របតាមផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដែលឱ្យយើងខ្ញុំបញ្ចប់ការធានារ៉ាប់រងលើសេវាវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នកដែរឬទេ។

កាលបរិច្ឆេទកំណត់របស់អ្នកសម្រាប់ការទាក់ទងអង្គការនេះ

- អ្នកត្រូវតែទាក់ទង QIO ដើម្បីចាប់ផ្តើមបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នកត្រឹមពេលថ្ងៃត្រង់នៃថ្ងៃមុនកាលបរិច្ឆេទមានប្រសិទ្ធភាពនៅលើ “សេចក្តីជូនដំណឹងអំពីការមិនធានារ៉ាប់រងរបស់ Medicare” ដែលយើងបានផ្ញើជូនអ្នក។
- ប្រសិនបើអង្គការលើកកំណត់គុណភាពមិនស្តាប់ការស្នើសុំរបស់អ្នកដើម្បីបន្តការរ៉ាប់រងលើសេវាថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក ឬអ្នកជឿថាស្ថានភាពរបស់អ្នកមានភាពបន្ទាន់ ឬជាប់ពាក់ព័ន្ធនឹងការគំរាមកំហែងភ្លាមៗ និងធ្ងន់ធ្ងរដល់សុខភាពរបស់អ្នក ឬប្រសិនបើអ្នកមានការឈឺចាប់ធ្ងន់ធ្ងរ អ្នកអាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងតវ៉ាជាមួយ និងស្នើសុំ ក្រសួងថែទាំសុខភាពក្រោមការគ្រប់គ្រងរបស់រដ្ឋ California (DMHC) សម្រាប់ការពិនិត្យឡើងវិញផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រឯករាជ្យ។ សូមមើលផ្នែក F4 ដើម្បីស្វែងយល់ពីរបៀបដាក់ពាក្យបណ្តឹងតវ៉ា និងស្នើសុំ DMHC សម្រាប់ការត្រួតពិនិត្យផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រឯករាជ្យ។



ពាក្យច្បាប់សម្រាប់លិខិតជូនដំណឹងលាយលក្ខណ៍អក្សរ គឺជា “សេចក្តីជូនដំណឹងស្តីពីការមិនធានារ៉ាប់រងរបស់ Medicare”។ ដើម្បីទទួលបានច្បាប់ចម្លងគំរូ សូមទូរសព្ទទៅផ្នែកបម្រើសេវាអតិថិជនតាមរយៈលេខដែលមាននៅផ្នែកខាងក្រោមនៃទំព័រ ឬទូរសព្ទទៅ Medicare តាមរយៈ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរទូរសព្ទទៅកាន់លេខ 1-877-486-2048។ ឬទទួលបានច្បាប់ចម្លងនៅលើអនឡាញតាមរយៈ

www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/FFS-Expedited-Determination-Notices។

តើមានអ្វីកើតឡើងក្នុងអំឡុងពេលបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍តាមដានរបស់

- អ្នកត្រួតពិនិត្យនៅ QIO សួរអ្នក ឬតំណាងរបស់អ្នកអំពីមូលហេតុដែលអ្នកគិតថាការធានារ៉ាប់រងគួរតែបន្ត។ អ្នកមិនតម្រូវឱ្យសរសេរសេចក្តីថ្លែងការណ៍ទេ ប៉ុន្តែអ្នកអាចសរសេរបាន។
- អ្នកត្រួតពិនិត្យមើលព័ត៌មានវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នក ពិភាក្សាជាមួយវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក និងពិនិត្យមើលព័ត៌មានដែលគម្រោងរបស់យើងបានផ្តល់ឱ្យពួកគេ។
- គម្រោងរបស់យើងក៏ធ្វើសេចក្តីជូនដំណឹងជាលាយលក្ខណ៍អក្សរដល់អ្នកដែលពន្យល់អំពីហេតុផលរបស់យើងសម្រាប់ការបញ្ចប់ការធានារ៉ាប់រងលើសេវារបស់អ្នក។ អ្នកទទួលបានសេចក្តីជូនដំណឹងនៅចុងបញ្ចប់នៃថ្ងៃដែលអ្នកត្រួតពិនិត្យជូនដំណឹងដល់យើងខ្ញុំអំពីបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក។

ពាក្យច្បាប់សម្រាប់ការពន្យល់អំពីសេចក្តីជូនដំណឹងគឺ “ការពន្យល់លម្អិតនៃការមិនធានារ៉ាប់រង”។

- អ្នកត្រួតពិនិត្យនឹងផ្តល់ការសម្រេចរបស់ពួកគេក្នុងរយៈពេលមួយថ្ងៃពេញ បន្ទាប់ពីការទទួលបានព័ត៌មានទាំងអស់ដែលពួកគេត្រូវការ។

ប្រសិនបើ QIO និយាយថា យល់ព្រម ចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក៖

- យើងនឹងផ្តល់សេវាដែលរ៉ាប់រងរបស់អ្នក ដរាបណាវាមានភាពចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ។

ប្រសិនបើ QIO និយាយ បដិសេធ ចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក៖

- ការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកបញ្ចប់នៅកាលបរិច្ឆេទដែលយើងបានជម្រាបដល់អ្នក។
- យើងបញ្ឈប់ការបង់ថ្លៃ ចំណែកនៃថ្លៃចូលរួមការចំណាយរបស់យើងលើការថែទាំនេះនៅកាលបរិច្ឆេទដែលនៅក្នុងសេចក្តីជូនដំណឹង។
- អ្នកបង់ថ្លៃពេញលើការថែទាំនេះដោយខ្លួនឯង ប្រសិនបើអ្នកសម្រេចចិត្តបន្តសេវាថែទាំសុខភាពតាមផ្ទះ មជ្ឈមណ្ឌលថែទាំសុខភាពជំនាញ ឬមន្ទីរស្តារនីតិសម្បទាពេញលេញសម្រាប់អ្នកជំងឺឥតដេកពេទ្យ (CORF) បន្ទាប់ពីកាលបរិច្ឆេទដែលការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកបញ្ចប់
- អ្នកសម្រេចចិត្តថាតើអ្នកចង់បន្តសេវាទាំងនេះ ហើយដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 ដែរឬទេ។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan តាមរយៈលេខ 1-800-452-4413 (TTY: 711) ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ម៉ោង PT ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទ គឺឥតគិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ blueshieldca.com/medicare។



13. ការដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2

សម្រាប់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 អ្នកស្នើសុំ Q10 ឱ្យពិនិត្យមើលម្តងទៀតនូវសេចក្តីសម្រេចចិត្តដែលពួកគេបានធ្វើលើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 1 របស់អ្នក។ សូមទូរសព្ទទៅពួកគេតាមរយៈលេខ (877) 588-1123 [TTY: (855) 887-6668]។

អ្នកត្រូវតែស្នើសុំការពិនិត្យឡើងវិញនេះ ក្នុងរយៈពេល 60 ថ្ងៃតាមប្រតិទិន បន្ទាប់ពីថ្ងៃដែល Q10 និយាយថា បដិសេធ ចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 1 របស់អ្នក។ អ្នកអាចស្នើសុំការពិនិត្យឡើងវិញនេះបាន លុះត្រាតែ អ្នកបន្តការថែទាំ បន្ទាប់ពីកាលបរិច្ឆេទដែលការធានារ៉ាប់រងលើការថែទាំរបស់អ្នកបានបញ្ចប់។

អ្នកត្រូវពិនិត្យរបស់ Q10 នឹង៖

- ពិនិត្យមើលព័ត៌មានទាំងអស់ដែលទាក់ទងនឹងបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នកដោយប្រុងប្រយ័ត្ន។
- ប្រាប់អ្នកនូវសេចក្តីសម្រេចរបស់ពួកគេអំពីបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 របស់អ្នកក្នុងរយៈពេល 14 ថ្ងៃតាមប្រតិទិន បន្ទាប់ពីទទួលបានសំណើរបស់អ្នកសម្រាប់ការពិនិត្យមើលឡើងវិញជាលើកទីពីរ។

ប្រសិនបើ Q10 និយាយថា យល់ព្រម ចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក៖

- យើងសងប្រាក់ទៅអ្នកវិញសម្រាប់ ចំណែកនៃថ្លៃចូលរួមការចំណាយការថែទាំរបស់យើង ដែលអ្នកបានទទួលចាប់ពីកាលបរិច្ឆេទដែលយើងបាននិយាយថាការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកនឹងបញ្ចប់។
- យើងនឹងផ្តល់ការរ៉ាប់រង សម្រាប់ការថែទាំ ដរាបណាវាជាភាពចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ។

ប្រសិនបើ Q10 និយាយថា បដិសេធ ចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក៖

- ពួកគេយល់ស្របនឹងសេចក្តីសម្រេចរបស់យើងក្នុងការបញ្ចប់ការថែទាំរបស់អ្នក ហើយនឹងមិនផ្លាស់ប្តូរទេ។
- ពួកគេផ្តល់ជូនអ្នកនូវលិខិតដែលប្រាប់អ្នកអំពីអ្វីដែលអ្នកអាចធ្វើបាន ប្រសិនបើអ្នកចង់បន្តដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ និងដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 3 នោះ។
- អ្នកអាចដាក់បណ្តឹងតវ៉ាជាមួយ និងស្នើសុំ DMHC សម្រាប់ការត្រួតពិនិត្យផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រឯករាជ្យដើម្បីបន្តការធានារ៉ាប់រងរបស់សេវាថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក។ សូមមើលផ្នែក F4 ដើម្បីស្វែងយល់អំពីរបៀបស្នើសុំ DMHC សម្រាប់ការត្រួតពិនិត្យផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រឯករាជ្យ។ អ្នកអាចដាក់បណ្តឹងតវ៉ាជាមួយ និងស្នើសុំ DMHC សម្រាប់ការត្រួតពិនិត្យផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រឯករាជ្យបន្ថែមពីលើ ឬជំនួសឱ្យបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 3 បាន។

ALJ ឬមេធាវីកាត់សេចក្តីដោះស្រាយបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 3។ សូមមើលផ្នែក J សម្រាប់ព័ត៌មានអំពីបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 3, 4 និង 5។



J. ការទទួលយកបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍លើសពីកម្រិត 2

J1. ជំហានបន្ទាប់ទៀតសម្រាប់សេវា និងទំនិញរបស់ Medicare

ប្រសិនបើអ្នកបានដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 1 និងកម្រិត 2 សម្រាប់សេវា ឬទំនិញរបស់ Medicare ហើយ បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ទាំងពីររបស់អ្នកត្រូវបានបដិសេធ អ្នកអាចមានសិទ្ធិដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិតផ្សេងបន្ថែមទៀត។

ប្រសិនបើតម្លៃប្រាក់ដុល្លារនៃសេវា ឬសម្ភារៈ Medicare ដែលអ្នកបានប្តឹងឧទ្ធរណ៍មិនបំពេញតាមចំនួនប្រាក់ដុល្លារ អប្បបរមាជាក់លាក់ទេនោះ អ្នកមិនអាចប្តឹងឧទ្ធរណ៍បន្ថែមទៀតបានទេ។ ប្រសិនបើតម្លៃគិតជាប្រាក់ដុល្លារខ្ពស់ គ្រប់គ្រាន់ អ្នកអាចបន្តដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍បាន។ លិខិតដែលអ្នកទទួលបានពី IRO សម្រាប់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ កម្រិត 2 របស់អ្នកពន្យល់អំពីអ្នកដែលត្រូវទាក់ទង និងអ្វីដែលត្រូវធ្វើដើម្បីស្នើសុំបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 3។

បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 3

កម្រិត 3 នៃដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍គឺជាសវនាការ ALJ។ បុគ្គលដែលធ្វើសេចក្តីសម្រេចចិត្តគឺជា ALJ ឬ មេធាវីកាត់សេចក្តីដែលធ្វើការឱ្យរដ្ឋាភិបាលសហព័ន្ធ។

ប្រសិនបើ ALJ ឬមេធាវីកាត់សេចក្តី **យល់ព្រម** ចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ របស់អ្នក យើងមានសិទ្ធិប្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 3 លើសេចក្តីសម្រេចដែលអំណោយផលសម្រាប់អ្នក។

- ប្រសិនបើយើងសម្រេចចិត្ត **ប្តឹងឧទ្ធរណ៍** ចំពោះសេចក្តីសម្រេចនោះ យើងផ្ញើច្បាប់ចម្លងជូនអ្នក អំពីសំណើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 4 ជាមួយនឹងឯកសារដែលភ្ជាប់មកជាមួយ។ យើងអាចរង់ចាំ សេចក្តីសម្រេចអំពីបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 4 មុនពេលអនុញ្ញាត ឬផ្តល់សេវាដែលមានជម្លោះ។
- ប្រសិនបើយើងសម្រេចចិត្ត **មិនប្តឹងឧទ្ធរណ៍** ចំពោះសេចក្តីសម្រេចនោះ យើងត្រូវតែអនុញ្ញាត ឬ ផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវសេវាក្នុងរយៈពេល 60 ថ្ងៃតាមប្រតិទិន បន្ទាប់ពីទទួលបានសេចក្តីសម្រេចចិត្ត របស់ ALJ ឬមេធាវីកាត់សេចក្តី។
 - ប្រសិនបើ ALJ ឬមេធាវីកាត់សេចក្តីនិយាយ **បដិសេធ** ចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក ដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍អាចជាមិនបញ្ចប់ទេ។
- ប្រសិនបើអ្នកសម្រេចចិត្ត **ទទួលយក** សេចក្តីសម្រេចនេះ ដែលបដិសេធបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់ អ្នក ដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ត្រូវបានបញ្ចប់។
- ប្រសិនបើអ្នកសម្រេចចិត្ត **មិនទទួលយក** សេចក្តីសម្រេចនេះ ដែលបដិសេធបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ របស់អ្នក អ្នកអាចបន្តទៅកម្រិតបន្ទាប់នៃដំណើរការត្រួតពិនិត្យបាន។ សេចក្តីជូនដំណឹងដែល អ្នកទទួលបាននឹងប្រាប់អ្នកអំពីអ្វីដែលត្រូវធ្វើសម្រាប់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 4។

បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 4

ក្រុមប្រឹក្សាបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់ Medicare (ក្រុមប្រឹក្សា) ពិនិត្យមើលឡើងវិញអំពីបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក ហើយផ្តល់ចម្លើយដល់អ្នក។ ក្រុមប្រឹក្សាគឺជាផ្នែកមួយរបស់រដ្ឋាភិបាលសហព័ន្ធ។

ប្រសិនបើក្រុមប្រឹក្សានិយាយថា បយល់ព្រម ចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 4 របស់អ្នក ឬបដិសេធសំណើរបស់យើង ដើម្បីពិនិត្យឡើងវិញនូវសេចក្តីសម្រេចរបស់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 3 ដែលអំណោយផលដល់អ្នក យើងមានសិទ្ធិប្តឹងឧទ្ធរណ៍ទៅកម្រិត 5 ទៀត។

- ប្រសិនបើយើងសម្រេចចិត្ត **ប្តឹងឧទ្ធរណ៍** ចំពោះសេចក្តីសម្រេចនោះ យើងនឹងជម្រាបជូនអ្នកជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ។
- ប្រសិនបើយើងសម្រេចចិត្ត **មិនប្តឹងឧទ្ធរណ៍** ចំពោះសេចក្តីសម្រេចនោះ យើងត្រូវតែអនុញ្ញាត ឬផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវសេវាក្នុងរយៈពេល 60 ថ្ងៃតាមប្រតិទិន បន្ទាប់ពីទទួលបានសេចក្តីសម្រេចចិត្តរបស់ក្រុមប្រឹក្សា។

ប្រសិនបើក្រុមប្រឹក្សានិយាយ **បដិសេធ** ឬបដិសេធសំណើពិនិត្យឡើងវិញរបស់យើង ដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍អាចជាមិនបញ្ចប់ទេ។

- ប្រសិនបើអ្នកសម្រេចចិត្ត **ទទួលយក** សេចក្តីសម្រេចនេះ ដែលបដិសេធបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក ដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ត្រូវបានបញ្ចប់។
- ប្រសិនបើអ្នកសម្រេចចិត្ត **មិនទទួលយក** សេចក្តីសម្រេចនេះ ដែលបដិសេធបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក អ្នកប្រហែលជាអាចបន្តទៅកម្រិតបន្ទាប់នៃដំណើរការពិនិត្យឡើងវិញបាន។ សេចក្តីជូនដំណឹងដែលអ្នកទទួលបាននឹងប្រាប់អ្នក ប្រសិនបើអ្នកអាចបន្តទៅបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 5 និងអ្វីដែលត្រូវធ្វើ។

បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 5

- ចៅក្រមនៃតុលាការមណ្ឌលសហព័ន្ធនឹងពិនិត្យឡើងវិញនូវបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក និងព័ត៌មានទាំងអស់ ហើយសម្រេចចិត្ត យល់ព្រម ឬ **បដិសេធ**។ នេះគឺជាការសេចក្តីសម្រេចចុងក្រោយ។ មិនមានកម្រិតបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ផ្សេងទៀតក្រៅពីតុលាការមណ្ឌលសហព័ន្ធទេ។

J2. បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់ Medi-Cal បន្ថែម

អ្នកក៏មានសិទ្ធិប្តឹងឧទ្ធរណ៍ផ្សេងទៀតផងដែរ ប្រសិនបើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នកទាក់ទងនឹងសេវា ឬទំនិញដែល Medi-Cal ធានារ៉ាប់រងជាធម្មតានោះ។ លិខិតដែលអ្នកទទួលបានពីផ្នែកសវនាការរដ្ឋនឹងប្រាប់អ្នកអំពីអ្វីដែលត្រូវធ្វើប្រសិនបើអ្នកចង់បន្តដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍នោះ។

ប្រសិនបើអ្នកមិនយល់ស្របនឹងសេចក្តីសម្រេចរបស់សវនាការរដ្ឋទេនោះ ហើយអ្នកចង់ឱ្យចៅក្រមម្នាក់ទៀតពិនិត្យឡើងវិញ អ្នកអាចស្នើសុំឱ្យមានសវនាការសាធារៈ និង/ឬស្វែងរកការពិនិត្យឡើងវិញរបស់តុលាការបាន។ ដើម្បីស្នើសុំសវនាការសាធារៈ សូមផ្ញើសំណើជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ (លិខិត) ទៅកាន់៖ The Rehearing Unit, 744 P Street, MS 19-37, Sacramento, CA 95814

លិខិតនេះ ត្រូវតែផ្ញើក្នុងរយៈពេល 30 ថ្ងៃ បន្ទាប់ពីអ្នកទទួលបានសេចក្តីសម្រេចរបស់អ្នក។ កាលបរិច្ឆេទកំណត់នេះអាចត្រូវបានពន្យាររហូតដល់ 180 ថ្ងៃ ប្រសិនបើអ្នកមានមូលហេតុសមស្របសម្រាប់ការយឺតយ៉ាវ។

នៅក្នុងសំណើសវនាការសាធារៈរបស់អ្នក សូមបញ្ជាក់ពីកាលបរិច្ឆេទដែលអ្នកបានទទួលសេចក្តីសម្រេចរបស់អ្នក និងមូលហេតុដែលគួរតែផ្តល់សវនាការសាធារៈ។ បើអ្នកចង់បង្ហាញភស្តុតាងបន្ថែម ត្រូវរៀបរាប់ភស្តុតាងបន្ថែម និងពន្យល់មូលហេតុដែលវាមិនបានបង្ហាញពីមុន និងរបៀបវារៈនឹងផ្លាស់ប្តូរការសម្រេច។ អ្នកអាចនឹងទាក់ទងសេវាផ្នែកច្បាប់ដើម្បីសុំជំនួយ។

ដើម្បីស្នើសុំការពិនិត្យឡើងវិញរបស់តុលាការ អ្នកត្រូវតែដាក់ពាក្យទៅកាន់តុលាការជាន់ខ្ពស់ (ក្រោមក្រមនីតិវិធីរដ្ឋប្បវេណីផ្នែក 1094.5) ក្នុងរយៈពេលមួយឆ្នាំ បន្ទាប់ពីទទួលបានសេចក្តីសម្រេចរបស់អ្នក។ ប្តឹងញុត្តិរបស់អ្នកក្នុងតុលាការជាន់ខ្ពស់ សម្រាប់ខោនធីដែលមានឈ្មោះនៅក្នុងការសម្រេចរបស់អ្នក។ អ្នកអាចនឹងប្តឹងញុត្តិនេះដោយមិនបាច់ស្នើសុំសវនាការសាធារៈទេ។ មិនត្រូវការថ្លៃឈ្នួល សម្រាប់ការប្តឹងទេ។ អ្នកអាចនឹងមានសិទ្ធិទទួលថ្លៃឈ្នួល និងតម្លៃសមហេតុផលរបស់មេធាវី បើសិន តុលាការចេញការសម្រេចផ្តាច់ព្រ័តកាត់ឱ្យអ្នកត្រូវ។ បើសវនាការសាធារៈត្រូវបានស្តាប់ ហើយអ្នកមិនយល់ស្របជាមួយនឹងការសម្រេច ចេញពីសវនាការសាធារៈ អ្នកអាចនឹងស្វែងរកការពិនិត្យពិចារណាដោយតុលាការ ប៉ុន្តែអ្នកមិនអាចស្នើសុំសវនាការសាធារៈមួយទៀតបានឡើយ។

J3. បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 3, 4 និង 5 សម្រាប់ការស្នើសុំឱសថ Medicare ផ្នែក D

ផ្នែកនេះប្រហែលជាសមស្របសម្រាប់អ្នក ប្រសិនបើអ្នកបានដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 1 និងបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 ហើយបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ទាំងពីររបស់អ្នកត្រូវបានច្រានចោល។

ប្រសិនបើតម្លៃឱសថដែលអ្នកបានប្តឹងឧទ្ធរណ៍បំពេញតាមចំនួនទីប្រាក់គិតជាប្រាក់ដុល្លារជាក់លាក់មួយ អ្នកប្រហែលជាអាចបន្តទៅកម្រិតនៃបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍បន្ថែមទៀត។ ការឆ្លើយតបជាលាយលក្ខណ៍អក្សរដែលអ្នកទទួលបានចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 របស់អ្នកពន្យល់អំពីអ្នកដែលត្រូវទាក់ទង និងអ្វីដែលត្រូវធ្វើដើម្បីស្នើសុំបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 3។

បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 3

កម្រិត 3 នៃដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍គឺជាសវនាការ ALJ។ បុគ្គលដែលធ្វើសេចក្តីសម្រេចចិត្ត គឺជា ALJ ឬមេធាវីកាត់សេចក្តីដែលធ្វើការឱ្យរដ្ឋាភិបាលសហព័ន្ធ។

ប្រសិនបើ ALJ ឬមេធាវីកាត់សេចក្តីនិយាយថា **យល់ព្រម** ចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក៖



- ដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ត្រូវបានបញ្ចប់។
- យើងត្រូវតែអនុញ្ញាត ឬផ្តល់ការធានារ៉ាប់រងលើឱសថដែលបានយល់ព្រមក្នុងរយៈពេល 72 ម៉ោង (ឬ 24 ម៉ោងសម្រាប់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ពន្លឺ) ឬធ្វើការទូទាត់មិនលើសពី 30 ថ្ងៃតាម ប្រតិទិនបន្ទាប់ពីយើងទទួលបានសេចក្តីសម្រេច។

ប្រសិនបើ ALJ ឬមេធាវីកាត់សេចក្តីនិយាយថា **បដិសេធ** ចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក ដំណើរការបណ្តឹង ឧទ្ធរណ៍អាចជាមិនបញ្ចប់ទេ។

- ប្រសិនបើអ្នកសម្រេចចិត្ត **ទទួលយក** សេចក្តីសម្រេចនេះ ដែលបដិសេធបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់ អ្នក ដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ត្រូវបានបញ្ចប់។
- ប្រសិនបើអ្នកសម្រេចចិត្ត **មិនទទួលយក** សេចក្តីសម្រេចនេះ ដែលបដិសេធបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ របស់អ្នក អ្នកអាចបន្តទៅកម្រិតបន្ទាប់នៃដំណើរការត្រួតពិនិត្យបាន។ សេចក្តីជូនដំណឹងដែល អ្នកទទួលបាននឹងប្រាប់អ្នកអំពីអ្វីដែលត្រូវធ្វើសម្រាប់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 4។

បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 4

ក្រុមប្រឹក្សាពិនិត្យឡើងវិញនូវបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក ហើយផ្តល់ចម្លើយដល់អ្នក។ ក្រុមប្រឹក្សាគឺជាផ្នែកមួយ របស់រដ្ឋាភិបាលសហព័ន្ធ។

ប្រសិនបើក្រុមប្រឹក្សានិយាយថា **យល់ព្រម** ចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក៖

- ដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ត្រូវបានបញ្ចប់។
- យើងត្រូវតែអនុញ្ញាត ឬផ្តល់ការធានារ៉ាប់រងលើឱសថដែលបានយល់ព្រមក្នុងរយៈពេល 72 ម៉ោង (ឬ 24 ម៉ោងសម្រាប់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ពន្លឺ) ឬធ្វើការទូទាត់មិនលើសពី 30 ថ្ងៃតាម ប្រតិទិនបន្ទាប់ពីយើងទទួលបានសេចក្តីសម្រេច។

ប្រសិនបើក្រុមប្រឹក្សា **បដិសេធ** ចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក ឬប្រសិនបើក្រុមប្រឹក្សាបដិសេធសំណើសុំពិនិត្យ ឡើងវិញ ដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍នឹងមិនអាចបញ្ចប់បានទេ។

- ប្រសិនបើអ្នកសម្រេច **ទទួលយក** សេចក្តីសម្រេចនេះដែលបានចោលបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក ដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ត្រូវបានបញ្ចប់។
- ប្រសិនបើអ្នកសម្រេចចិត្ត **មិនទទួលយក** សេចក្តីសម្រេចនេះដែលបដិសេធបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ របស់អ្នក អ្នកប្រហែលជាអាចបន្តទៅកម្រិតបន្ទាប់នៃដំណើរការពិនិត្យឡើងវិញបាន។ សេចក្តី ជូនដំណឹងដែលអ្នកទទួលបាននឹងប្រាប់អ្នក ប្រសិនបើអ្នកអាចបន្តទៅបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 5 និងអ្វីដែលត្រូវធ្វើ។



បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 5

- ចៅក្រមនៃតុលាការមណ្ឌលសហព័ន្ធនឹងពិនិត្យឡើងវិញនូវបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក និងព័ត៌មានទាំងអស់ ហើយសម្រេចចិត្ត យល់ព្រម ឬ បដិសេធ។ នេះគឺជាការសេចក្តីសម្រេចចុងក្រោយ។ មិនមានកម្រិតបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ផ្សេងទៀតក្រៅពីតុលាការមណ្ឌលសហព័ន្ធទេ។

K. របៀបដាក់បណ្តឹងតវ៉ា

K1. តើប្រភេទនៃបញ្ហាអ្វីខ្លះ គួរតែដាក់បណ្តឹងតវ៉ា

ដំណើរការបណ្តឹងតវ៉ាត្រូវបានប្រើសម្រាប់ប្រភេទបញ្ហាជាក់លាក់តែប៉ុណ្ណោះ ដូចជាបញ្ហា ពាក់ព័ន្ធនឹងគុណភាពការថែទាំ ពេលវេលារង់ចាំ ការសម្របសម្រួលការថែទាំ និងសេវាអតិថិជន។ នៅខាងក្រោមនេះ គឺជាប្រភេទនៃបញ្ហាដែលត្រូវបានដោះស្រាយដោយវិធីបណ្តឹង។

បណ្តឹងតវ៉ា	ឧទាហរណ៍
គុណភាពនៃការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក	• អ្នកមិនសប្បាយចិត្តនឹងគុណភាពនៃការថែទាំ ដូចជាការថែទាំដែលអ្នកបានទទួលនៅមន្ទីរពេទ្យ។
ការគោរពចំពោះឯកជនភាពរបស់អ្នក	• អ្នកគិតថា មាននរណាម្នាក់មិនបានគោរពសិទ្ធិឯកជនភាពរបស់អ្នក ឬបានចែករំលែកព័ត៌មានសម្ងាត់របស់អ្នក។
ការមិនគោរព ផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជនមិនល្អ ឬអាកប្បកិរិយាអវិជ្ជមានផ្សេងទៀត	• អ្នកផ្តល់ការថែទាំសុខភាព ឬបុគ្គលិក បានគំរោះគំរើស ឬមិនគោរពដល់អ្នក។ • បុគ្គលិករបស់យើងបានប្រព្រឹត្តចំពោះអ្នកមិនល្អ។ • អ្នកគិតថា អ្នកត្រូវបានគេដកចេញពីគម្រោងរបស់យើង។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan តាមរយៈលេខ 1-800-452-4413 (TTY: 711) ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ម៉ោង PT ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទ គឺឥតគិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ blueshieldca.com/medicare។



បណ្តឹងតវ៉ា	ឧទាហរណ៍
លទ្ធភាពប្រើប្រាស់ និងជំនួយភាសា	- អ្នកមិនអាចចូលប្រើសេវាថែទាំសុខភាព និងកន្លែងថែទាំសុខភាពនៅក្នុងការិយាល័យរបស់វេជ្ជបណ្ឌិត ឬអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពបានទេ។ - វេជ្ជបណ្ឌិត ឬអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកមិនផ្តល់អ្នកបកប្រែសម្រាប់ភាសាដែលមិនមែនជាភាសាអង់គ្លេសដែលអ្នកនិយាយ (ដូចជាភាសាសញ្ញាអាមេរិក ឬភាសាអេស៉្បាញ)។ - អ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកមិនផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវកន្លែងស្នាក់នៅសមហេតុផលផ្សេងទៀតដែលអ្នកត្រូវការ និងស្មើសុំ។
ពេលវេលារង់ចាំ	- អ្នកមានបញ្ហាក្នុងការណាត់ជួប ឬរង់ចាំរយៈពេលយូរដើម្បីទទួលបានវា។ - វេជ្ជបណ្ឌិត ឱសថការី ឬអ្នកមានវិជ្ជាជីវៈផ្នែកសុខភាពផ្សេងទៀត ផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជន ឬបុគ្គលិកគម្រោងផ្សេងទៀតឱ្យអ្នករង់ចាំក្នុងរយៈពេលយូរ។
អនាម័យ	អ្នកគិតថាគ្លីនិក មន្ទីរពេទ្យ ឬការិយាល័យរបស់វេជ្ជបណ្ឌិតមិនស្អាតទេ។
ព័ត៌មានដែលអ្នកទទួលបានពីយើងខ្ញុំ	- អ្នកគិតថា យើងខកខានផ្តល់ឱ្យអ្នក នូវលិខិតជូនដំណឹង ឬសំបុត្រ ដែលអ្នកគួរតែទទួលបាន។ - អ្នកគិតថា ព័ត៌មានជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ ដែលយើងបានផ្ញើទៅអ្នកពិបាកយល់ណាស់។



បណ្តឹងតវ៉ា	ឧទាហរណ៍
ភាពទាន់ពេលវេលាដែលទាក់ទងនឹងសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង ឬបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍	• អ្នកគិតថា យើងមិនបំពេញតាមកាលបរិច្ឆេទកំណត់របស់យើង សម្រាប់សេចក្តីសម្រេចចិត្តលើការធានារ៉ាប់រង ឬការឆ្លើយតបទៅនឹងបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក។ • អ្នកគិតថា ក្រោយពីទទួលបានសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង ឬបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍តាមការពេញចិត្តរបស់អ្នក យើងមិនបំពេញតាមកាលបរិច្ឆេទកំណត់សម្រាប់ការយល់ព្រម ឬផ្តល់ជូនអ្នកនូវសេវា ឬការសងប្រាក់ឱ្យអ្នកវិញសម្រាប់សេវាវេជ្ជសាស្ត្រជាក់លាក់នោះទេ។ • អ្នកមិនគិតថា យើងបានបញ្ជូនករណីរបស់អ្នកទៅកាន់ IRO ទាន់ពេលវេលាទេ។

មានប្រភេទនៃបណ្តឹងតវ៉ាផ្សេងៗគ្នា។ អ្នកអាចដាក់បណ្តឹងតវ៉ាផ្ទៃក្នុង និង/ឬបណ្តឹងតវ៉ាខាងក្រៅបាន។ បណ្តឹងតវ៉ាផ្ទៃក្នុងត្រូវបានដាក់ជាមួយ និងពិនិត្យឡើងវិញដោយគម្រោងរបស់យើង។ បណ្តឹងតវ៉ាខាងក្រៅត្រូវបានដាក់ជាមួយ និងពិនិត្យឡើងវិញដោយអង្គភាពដែលមិនមានទំនាក់ទំនងជាមួយគម្រោងរបស់យើង។ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយក្នុងការដាក់បណ្តឹងតវ៉ាផ្ទៃក្នុង និង/ឬខាងក្រៅ អ្នកអាចទូរសព្ទមកកាន់ផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជនតាមរយៈលេខ 1-800-452-4413 (TTY: 711)។

ពាក្យច្បាប់សម្រាប់ “បណ្តឹងតវ៉ា” គឺជា “**បណ្តឹងសាទុក្ខ**”
ពាក្យច្បាប់សម្រាប់ “ការដាក់បណ្តឹងតវ៉ា” គឺជា “**ការដាក់បណ្តឹងសាទុក្ខ**”។

K2. បណ្តឹងតវ៉ាផ្ទៃក្នុង

ដើម្បីដាក់បណ្តឹងតវ៉ាផ្ទៃក្នុង សូមហៅទូរសព្ទមកកាន់ផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជនតាមរយៈលេខ 1-800-452-4413 (TTY: 711)។ អ្នកអាចដាក់បណ្តឹងតវ៉ាបានគ្រប់ពេល លុះត្រាតែបណ្តឹងនោះស្តីពីឱសថ Medicare ផ្នែក D។ ប្រសិនបើបណ្តឹងតវ៉ាទាក់ទងនឹងអំពីឱសថ Medicare ផ្នែក D អ្នកត្រូវតែដាក់បណ្តឹងតវ៉ានោះក្នុងរយៈពេល 60 ថ្ងៃតាមប្រតិទិន បន្ទាប់ពីអ្នកមានបញ្ហាដែលអ្នកចង់ប្តឹងតវ៉ា។

- បើមានអ្វីទៀតដែលអ្នកត្រូវធ្វើ ផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជននឹងប្រាប់អ្នក។



- អ្នកក៏អាចសរសេរបណ្តឹងរបស់អ្នក និងផ្ញើវាមកយើងបានដែរ។ បើអ្នកដាក់បណ្តឹងតវ៉ាជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ យើងខ្ញុំក៏នឹងឆ្លើយតបចំពោះបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នកជាលាយលក្ខណ៍អក្សរដែរ។
- នេះជារបៀបដែលវាដំណើរការ៖
 - ជំហានទី 1៖ ដាក់បណ្តឹងសាទុក្ខ
 - ដើម្បីចាប់ផ្តើមដំណើរការ សូមទូរសព្ទទៅតំណាងផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជនក្នុងរយៈពេល 60 ថ្ងៃតាមប្រតិទិននៃព្រឹត្តិការណ៍ ហើយស្នើសុំដាក់បណ្តឹងសាទុក្ខ។ អ្នកក៏អាចដាក់បណ្តឹងសាទុក្ខជាលាយលក្ខណ៍អក្សរក្នុងរយៈពេល 60 ថ្ងៃតាមប្រតិទិននៃព្រឹត្តិការណ៍ដោយផ្ញើវាទៅកាន់៖

Blue Shield TotalDual Plan
Appeals & Grievances Department
P.O. Box 927
Woodland Hills CA 91365-9856
ទូរសារ៖ (916) 350-6510

- ប្រសិនបើទំនាក់ទំនងមកកាន់យើងខ្ញុំតាមទូរសារ ឬតាមប្រៃសណីយ៍ សូមទូរសព្ទមកកាន់យើងខ្ញុំដើម្បីស្នើសុំទម្រង់បែបបទរបស់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ និងបណ្តឹងសាទុក្ខរបស់គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan។ យើងនឹងផ្ញើលិខិតមួយច្បាប់ដែលប្រាប់អ្នកឱ្យដឹងថាយើងបានទទួលការជូនដំណឹងអំពីការព្រួយបារម្ភរបស់អ្នកក្នុងរយៈពេល 5 ថ្ងៃតាមប្រតិទិន ហើយផ្តល់ជូនអ្នកនូវឈ្មោះរបស់បុគ្គលដែលកំពុងធ្វើការលើការព្រួយបារម្ភនោះ។ ជាធម្មតា យើងនឹងដោះស្រាយវាក្នុងរយៈពេល 30 ថ្ងៃតាមប្រតិទិន។
- ប្រសិនបើអ្នកកំពុងស្នើសុំ “បណ្តឹងសាទុក្ខពន្លឿន” ឬ “សេចក្តីសម្រេចរហ័ស” ឬ “បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍រហ័ស” សូមធ្វើការដាក់ពាក្យបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍/បណ្តឹងសាទុក្ខរបស់អ្នកដោយសរសេរទៅអាសយដ្ឋាន ដែលមានរាយក្នុងជំហានទី 1 ខាងលើ ឬតាមរយៈការហៅទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជន តាមរយៈលេខ 1-800-452-4413 (TTY: 711)។ សម្រាប់ការ “បណ្តឹងសាទុក្ខពន្លឿន” ឬ “សេចក្តីសម្រេចរហ័ស” ឬ “បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍រហ័ស” យើងខ្ញុំត្រូវផ្តល់ចម្លើយដល់អ្នកក្នុងរយៈពេល 72 ម៉ោង បន្ទាប់ពីយើងខ្ញុំបានទទួលពាក្យបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍/បណ្តឹងសាទុក្ខរបស់អ្នកជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ ឬតាមរយៈការហៅទូរសព្ទមក។ យើងខ្ញុំនឹងផ្តល់ចម្លើយដល់អ្នកឱ្យឆាប់ជាងនេះ ប្រសិនបើសុខភាពរបស់អ្នកតម្រូវឱ្យយើងខ្ញុំធ្វើដូច្នេះ។ ប្រសិនបើអ្នកស្នើសុំ “បណ្តឹងសាទុក្ខពន្លឿន” ដោយសារយើងបានសម្រេច

មិនផ្តល់ជូនអ្នកនូវ “សេចក្តីសម្រេចហ័ស” ឬ “បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ហ័ស” យើងនឹងបញ្ជូន
សំណើរបស់អ្នកទៅនាយកដ្ឋានវេជ្ជសាស្ត្រដែលមិនបានចូលរួមក្នុងសេចក្តីសម្រេចចិត្ត
ពីខាងដើមរបស់យើង។ យើងអាចសាកសួរថាតើអ្នកមានព័ត៌មានបន្ថែមដែលមិនមាននៅ
ពេលដែលអ្នកបានស្នើសុំ “សេចក្តីសម្រេចដំបូងហ័ស” ឬ “បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ហ័ស” ដែរឬ
ទេ។ នាយកដ្ឋានវេជ្ជសាស្ត្រនឹងពិនិត្យឡើងវិញនូវសំណើរបស់អ្នក ហើយសម្រេចចិត្តថា
តើសេចក្តីសម្រេចពីខាងដើមរបស់យើងសមស្របដែរឬទេ។ យើងនឹងផ្ញើលិខិតមួយច្បាប់
ជូនអ្នកជាមួយនឹងសេចក្តីសម្រេចរបស់យើងក្នុងរយៈពេល 24 ម៉ោងនៃសំណើរបស់អ្នក
សម្រាប់ “បណ្តឹងសាទុក្ខពន្លឿន”។ យើងត្រូវតែដោះស្រាយបណ្តឹងសាទុក្ខរបស់អ្នកឱ្យបាន
ឆាប់រហ័សតាមដែលករណីរបស់អ្នកតម្រូវ ដោយផ្អែកលើស្ថានភាពសុខភាពរបស់អ្នក ប៉ុន្តែ
មិនលើសពី 30 ថ្ងៃតាមប្រតិទិន បន្ទាប់ពីទទួលបានបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នកទេ។

ជំហានទី 2៖ សវនាការបណ្តឹងសាទុក្ខ

- ប្រសិនបើអ្នកមិនពេញចិត្តនឹងដំណោះស្រាយនៃបណ្តឹងសាទុក្ខរបស់អ្នកដែលទាក់ទងនឹង
បញ្ហាគុណភាពនៃការថែទាំ អ្នកអាចដាក់សំណើជាលាយលក្ខណ៍អក្សរទៅនាយកដ្ឋាន
ទទួលបន្ទុកបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ និងបណ្តឹងសាទុក្ខរបស់ Blue Shield Medicare សម្រាប់
សវនាការបណ្តឹងសាទុក្ខ។ ក្នុងរយៈពេល 31 ថ្ងៃតាមប្រតិទិន បន្ទាប់ពីការស្នើសុំជា
លាយលក្ខណ៍អក្សររបស់អ្នក យើងនឹងប្រមូលផ្តុំគណៈកម្មាធិការដើម្បីបើកសវនាការលើ
ករណីរបស់អ្នក។ អ្នកនឹងត្រូវបានអញ្ជើញឱ្យចូលរួមក្នុងសវនាការ ដែលរួមមានគ្រូពេទ្យ
ដែលមិនពាក់ព័ន្ធ និងអ្នកតំណាងមកពីនាយកដ្ឋានដោះស្រាយបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ និងបណ្តឹង
សាទុក្ខ។ អ្នកអាចចូលរួមដោយផ្ទាល់ ឬពីចម្ងាយតាមប្រព័ន្ធទូរសព្ទ។ បន្ទាប់ពីសវនាការរួច
យើងនឹងផ្ញើលិខិតអំពីដំណោះស្រាយចុងក្រោយទៅអ្នក។
- ប្រសិនបើអ្នកមិនពេញចិត្តនឹងដំណោះស្រាយនៃបណ្តឹងសាទុក្ខរបស់អ្នកដែលមិនរួមបញ្ចូល
គុណភាពនៃការថែទាំ ដូចជាពេលវេលារង់ចាំ ការមិនគោរព ផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជន ឬ
អនាម័យទេនោះ អ្នកអាចទាក់ទងផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជនរបស់គម្រោង Blue Shield
TotalDual Plan ដើម្បីស្នើសុំការពិនិត្យឡើងវិញបន្ថែមបាន។

ពាក្យច្បាប់សម្រាប់ “បណ្តឹងតវ៉ាហ័ស” គឺជា “បណ្តឹងសាទុក្ខដោយការពន្លឿន”។



ប្រសិនបើអ្នក យើងនឹងឆ្លើយតបទៅអ្នកភ្លាមៗ។ បើអ្នកទូរសព្ទមកយើងដោយមានបណ្តឹង យើងអាចនឹងផ្តល់
ចម្លើយឲ្យអ្នកនៅពេលអ្នកទូរសព្ទមកតែម្តង។ ប្រសិនបើស្ថានភាពសុខភាពរបស់អ្នកតម្រូវឱ្យយើងខ្ញុំឆ្លើយតបឱ្យ
បានឆាប់រហ័ស យើងនឹងធ្វើដូច្នេះ។

- យើងឆ្លើយតបបណ្តឹងតវ៉ាភាគច្រើនក្នុងរយៈពេល 30 ថ្ងៃតាមប្រតិទិន។ ប្រសិនបើយើងមិនធ្វើ
សេចក្តីសម្រេចក្នុងរយៈពេល 30 ថ្ងៃតាមប្រតិទិន ដោយសារយើងត្រូវការព័ត៌មានបន្ថែម យើង
នឹងជូនដំណឹងដល់អ្នកជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ។ យើងក៏ផ្តល់ការធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពអំពីស្ថានភាព
និងពេលវេលាបានសម្រាប់អ្នកដើម្បីទទួលបានចម្លើយ។
- ប្រសិនបើអ្នកដាក់បណ្តឹងតវ៉ាដោយសារតែយើងបដិសេធសំណើរបស់អ្នកសម្រាប់ “សេចក្តី
សម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងរហ័ស” ឬ “បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍រហ័ស” យើងផ្តល់ជូនអ្នកនូវ “បណ្តឹងតវ៉ា
រហ័ស” ដោយស្វ័យប្រវត្តិ ហើយឆ្លើយតបទៅនឹងបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នកក្នុងរយៈពេល 24 ម៉ោង។
- ប្រសិនបើអ្នកដាក់បណ្តឹងតវ៉ាដោយសារតែយើងបានចំណាយពេលវេលាបន្ថែម ដើម្បីធ្វើសេចក្តី
សម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង ឬបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ យើងផ្តល់ជូនអ្នកនូវ “បណ្តឹងតវ៉ារហ័ស” ដោយ
ស្វ័យប្រវត្តិ ហើយឆ្លើយតបទៅនឹងបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នកក្នុងរយៈពេល 24 ម៉ោង។

ប្រសិនបើយើងមិនយល់ស្របនឹងផ្នែកខ្លះ ឬទាំងអស់នៃបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នក យើងនឹងប្រាប់អ្នក និងផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវ
ហេតុផលរបស់យើង។ យើងឆ្លើយតបថា តើយើងយល់ស្របនឹងបណ្តឹងតវ៉ាដែរឬអត់។

K3. បណ្តឹងតវ៉ាខាងក្រៅ

Medicare

អ្នកអាចប្រាប់ Medicare អំពីបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នក ឬផ្ញើទៅ Medicare។ ក្រដាសបំពេញបណ្តឹង Medicare
(Medicare Complaint Form) គឺមាននៅ៖ www.medicare.gov/my/medicare-complaint ។ អ្នកមិន
ចាំបាច់ដាក់ពាក្យបណ្តឹងតវ៉ាជាមួយគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan មុនពេលដាក់ពាក្យបណ្តឹងតវ៉ា
ជាមួយ Medicare នោះទេ។

Medicare យកចិត្តទុកដាក់ចំពោះបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នកជាខ្លាំង ហើយនឹងប្រើព័ត៌មាននេះ ដើម្បីជួយលើកស្ទួយ
គុណភាពរបស់កម្មវិធី Medicare។

ប្រសិនបើអ្នកមានមតិកែលម្អ ឬកង្វល់ផ្សេងទៀត ឬប្រសិនបើអ្នកគិតថាគម្រោងសុខភាពនេះមិនដោះស្រាយ
បញ្ហារបស់អ្នកទេ អ្នកក៏អាចទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) បានផងដែរ។ អ្នកប្រើ
ប្រាស់ TTY ទូរសព្ទទៅលេខ 1-877-486-2048។ ការហៅទូរសព្ទ គឺឥតគិតថ្លៃ។

Medi-Cal

អ្នកអាចដាក់បណ្តឹងតវ៉ាជាមួយ មន្ត្រីបណ្តឹងសាធារណៈផ្នែកថែទាំសុខភាពក្រោមការគ្រប់គ្រងរបស់ Medi-Cal នៃ ក្រសួងថែទាំសុខភាពក្រោមការគ្រប់គ្រងរបស់រដ្ឋ California (DMHC) តាមរយៈការហៅទូរសព្ទទៅលេខ 1-888-452-8609។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY អាចទូរសព្ទទៅលេខ 711។ ចាប់ពីថ្ងៃចន្ទ រហូតដល់ថ្ងៃសុក្រ ចន្លោះពី ម៉ោង 8:00 ព្រឹក និងម៉ោង 5:00 ល្ងាច។

អ្នកអាចដាក់បណ្តឹងតវ៉ាជាមួយ ក្រសួងថែទាំសុខភាពក្រោមការគ្រប់គ្រងរបស់រដ្ឋ California (DHCS) រដ្ឋ California។ DMHC គឺទទួលខុសត្រូវក្នុងការគ្រប់គ្រងគម្រោងសុខភាព។ អ្នកអាចទូរសព្ទទៅកាន់មជ្ឈមណ្ឌលជំនួយ DMHC សម្រាប់ជំនួយក្នុងការដាក់បណ្តឹងតវ៉ាអំពីសេវា Medi-Cal។ សម្រាប់បញ្ហាមិនបន្ទាន់ អ្នកអាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងតវ៉ាជាមួយ DMHC ប្រសិនបើអ្នកមិនយល់ស្របនឹងការសម្រេចចិត្តនៅក្នុងបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 1 របស់អ្នក ឬប្រសិនបើគម្រោងមិនបានដោះស្រាយពាក្យបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នកបន្ទាប់ពី 30 ថ្ងៃតាមប្រតិទិន។ ទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយ អ្នកអាចទាក់ទង DMHC ដោយមិនចាំបាច់ដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 1 ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយក្នុងបណ្តឹងតវ៉ាដែលពាក់ព័ន្ធនឹងបញ្ហាបន្ទាន់ ឬបណ្តឹងតវ៉ាដែលពាក់ព័ន្ធនឹងការគំរាមកំហែងភ្លាមៗ និងធ្ងន់ធ្ងរដល់សុខភាពរបស់អ្នក ប្រសិនបើអ្នកមានការឈឺចាប់ធ្ងន់ធ្ងរ ប្រសិនបើអ្នកមិនយល់ស្របនឹងការសម្រេចចិត្តរបស់គម្រោងរបស់យើងអំពីបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នក ឬប្រសិនបើគម្រោងរបស់យើងមិនបានដោះស្រាយបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នកបន្ទាប់ពី 30 ថ្ងៃតាមប្រតិទិន។

មានវិធីពីរយ៉ាងដើម្បីទទួលបានជំនួយពីមជ្ឈមណ្ឌលជំនួយ៖

- ទូរសព្ទទៅកាន់លេខ 1-888-466-2219។ បុគ្គលដែលស្តាប់មិនឮ ពិបាកក្នុងការស្តាប់ ឬមានពិការភាពក្នុងការនិយាយ អាចប្រើលេខទូរសព្ទ TTY ដោយឥតគិតថ្លៃតាមរយៈលេខ 1-877-688-9891។ ការហៅទូរសព្ទ គឺឥតគិតថ្លៃ។
- ចូលមើលគេហទំព័ររបស់ក្រសួងថែទាំសុខភាពក្រោមការគ្រប់គ្រង (www.dmhc.ca.gov)។

ការិយាល័យសម្រាប់សិទ្ធិពលរដ្ឋ (OCR)

អ្នកអាចដាក់បណ្តឹងតវ៉ាទៅកាន់ក្រសួងសេវាសុខាភិបាល និងមនុស្សជាតិ (HHS) OCR ប្រសិនបើអ្នកគិតថាអ្នករងការរើសអើង។ ឧទាហរណ៍ អ្នកអាចដាក់បណ្តឹងតវ៉ាអំពីសិទ្ធិចូលប្រើសម្រាប់ពិការភាព ឬជំនួយភាសា។ លេខទូរសព្ទសម្រាប់ OCR គឺ 1-800-368-1019។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-537-7697។ អ្នកអាចចូលមើលគេហទំព័រ www.hhs.gov/ocr សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។

អ្នកក៏អាចទាក់ទងការិយាល័យ OCR ក្នុងតំបន់តាមរយៈ៖

Office for Civil Rights
U.S. Department of Health and Human Services
90 7th Street, Suite 4-100
San Francisco, CA 94103

មជ្ឈមណ្ឌលឆ្លើយតបអតិថិជន៖ (800) 368-1019

ទូរសារ៖ (202) 619-3818

TTY: (800) 537-7697

អ៊ីមែល៖ ocrmail@hhs.gov

អ្នកក៏អាចមានសិទ្ធិក្រោមច្បាប់ស្តីពីជនពិការអាមេរិក (ADA) និងក្រោមច្បាប់ស្តីពីវិសោធនកម្មឆ្នាំ 2008 (P.L. ឆ្នងដែរ 110-325)។ អ្នកអាចទាក់ទងមកកម្មវិធី Medi-Cal Ombuds ដើម្បីទទួលបានជំនួយ។ លេខទូរសព្ទគឺ 1-888-452-8609។

QIO

នៅពេលបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នកទាក់ទងនឹងគុណភាពនៃការថែទាំ អ្នកមានជម្រើសពីរ៖

- អ្នកអាចដាក់បណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នកអំពីគុណភាពនៃការថែទាំដោយផ្ទាល់ទៅកាន់ QIO បាន។
- អ្នកអាចដាក់បណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នកទៅ QIO និងទៅគម្រោងរបស់យើងបាន។ ប្រសិនបើអ្នកដាក់បណ្តឹងតវ៉ាទៅកាន់ QIO យើងនឹងធ្វើការជាមួយពួកគេដើម្បីដោះស្រាយបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នក។

QIO គឺជាក្រុមវេជ្ជបណ្ឌិតដែលមានវិជ្ជាជីវៈ និងអ្នកជំនាញថែទាំសុខភាពផ្សេងទៀតដែលទទួលបានប្រាក់ពីរដ្ឋាភិបាលសហព័ន្ធ ដើម្បីពិនិត្យ និងកែលម្អការថែទាំដែលផ្តល់ជូនដល់អ្នកជំងឺរបស់ Medicare។ ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពី QIO សូមសំអាងទៅលើ ផ្នែក H2 ឬសំអាងទៅលើ ជំពូកទី 2 នៃ សៀវភៅណែនាំសមាជិកនេះ។

នៅក្នុងរដ្ឋ California QIO មានឈ្មោះថា Commence Health។ លេខទូរសព្ទសម្រាប់ Commence Health គឺ (877) 588-1123 [TTY៖ (855) 887-6668]។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan តាមរយៈលេខ 1-800-452-4413 (TTY: 711) ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ម៉ោង PT ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទ គឺឥតគិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ blueshieldca.com/medicare។



ជំពូកទី 10៖ ការបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់អ្នកនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើង

សេចក្តីផ្តើម

ជំពូកនេះពន្យល់ពីរបៀបដែលអ្នកអាចបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់អ្នកជាមួយគម្រោងរបស់យើង និងជម្រើសធានារ៉ាប់រងសុខភាពរបស់អ្នក បន្ទាប់ពីអ្នកចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើង។ ប្រសិនបើអ្នកចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើង អ្នកនឹងនៅតែស្ថិតក្នុងកម្មវិធី Medicare និង Medi-Cal ដរាបណាអ្នកមានសិទ្ធិទទួលបាន។ ពាក្យគន្លឹះ និងនិយមន័យរបស់វា មានរៀបចំតាមលំដាប់អក្ខរក្រម នៅក្នុងជំពូកចុងក្រោយនៃសៀវភៅណែនាំសមាជិកនេះ។

តារាងមាតិកា

A. នៅពេលអ្នកអាចបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់អ្នកនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើង.....	345
B. របៀបបញ្ចប់សមាជិកភាពនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើង	346
C. របៀបទទួលបានសេវា Medicare និង Medi-Cal ដាច់ដោយឡែកពីគ្នា.....	347
C1. សេវា Medicare របស់អ្នក.....	347
C2. សេវា Medi-Cal របស់អ្នក.....	351
D. ឱសថ សេវាកម្ម និងទំនិញវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នក រហូតដល់សមាជិកភាពរបស់អ្នកនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើងបញ្ចប់	352
E. ស្ថានភាពផ្សេងទៀតនៅពេលដែលសមាជិកភាពរបស់អ្នកនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើងបញ្ចប់	352
F. ច្បាប់ទំនាក់ទំនងការស្នើសុំឱ្យអ្នកចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើងដោយហេតុផលណាមួយ ដែលទាក់ទងនឹងសុខភាព.....	354
G. អ្នកមានសិទ្ធិដាក់បណ្តឹងតវ៉ា ប្រសិនបើបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់អ្នកនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើង.....	355
H. របៀបក្នុងការទទួលព័ត៌មានបន្ថែមអំពីការបញ្ចប់សមាជិកភាពនៃគម្រោងរបស់អ្នក.....	355

A. នៅពេលអ្នកអាចបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់អ្នកនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើង

មនុស្សភាគច្រើនដែលមាន Medicare អាចបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់ពួកគេក្នុងអំឡុងពេលជាក់លាក់ណាមួយនៃឆ្នាំ។ ដោយសារតែអ្នកមាន Medi-Cal

- អ្នកមានជម្រើសមួយចំនួនដើម្បីបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់អ្នកនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើងនៅខែណាមួយនៃឆ្នាំនេះ។

លើសពីនេះទៀត អ្នកអាចបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់អ្នកក្នុងគម្រោងរបស់យើងក្នុងអំឡុងពេលដូចខាងក្រោម៖

- **រយៈពេលបើកចុះឈ្មោះ** ដែលមានរយៈពេលចាប់ពីថ្ងៃទី 15 ខែតុលា ដល់ថ្ងៃទី 7 ខែធ្នូ។ ប្រសិនបើអ្នកជ្រើសរើសយកគម្រោងថ្មីមួយក្នុងអំឡុងពេលនេះ សមាជិកភាពរបស់អ្នកនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើងនឹងបញ្ចប់នៅថ្ងៃទី 31 ខែធ្នូ ហើយសមាជិកភាពរបស់អ្នកនៅក្នុងគម្រោងថ្មីនឹងចាប់ផ្តើមនៅថ្ងៃទី 1 ខែមករា។
- **រយៈពេលបើកការចុះឈ្មោះ Medicare Advantage (MA)** ដែលមានរយៈពេលចាប់ពីថ្ងៃទី 1 ខែមករា ដល់ថ្ងៃទី 31 ខែមីនា ហើយក៏សម្រាប់អ្នកទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍របស់ Medicare ថ្មីដែលបានចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោង ចាប់ពីខែនៃការទទួលបានសិទ្ធិទៅផ្នែក A និងផ្នែក B រហូតដល់ថ្ងៃចុងក្រោយនៃខែទី 3 នៃការផ្តល់សិទ្ធិនោះ។ ប្រសិនបើអ្នកជ្រើសរើសយកគម្រោងថ្មីក្នុងអំឡុងពេលនេះ សមាជិកភាពរបស់អ្នកនៅក្នុងគម្រោងថ្មីនេះនឹងចាប់ផ្តើមនៅថ្ងៃដំបូងនៃខែបន្ទាប់។

វាអាចមានស្ថានភាពផ្សេងទៀតនៅពេលដែលអ្នកមានសិទ្ធិធ្វើការផ្លាស់ប្តូរចំពោះការចុះឈ្មោះរបស់អ្នក។ ឧទាហរណ៍ នៅពេល៖

- អ្នកបានផ្លាស់ចេញពីតំបន់សេវារបស់យើង
- សិទ្ធិទទួលបានរបស់អ្នកសម្រាប់ Medi-Cal ឬជំនួយបន្ថែមបានផ្លាស់ប្តូរ ឬ
- ប្រសិនបើអ្នកទើបតែបានផ្លាស់ទៅក្នុងពេលនេះកំពុងទទួលបានការថែទាំនៅក្នុង ឬទើបតែផ្លាស់ចេញពីមន្ទីរថែទាំ ឬមន្ទីរពេទ្យថែទាំរយៈពេលវែង។

សមាជិកភាពរបស់អ្នកបញ្ចប់នៅថ្ងៃចុងក្រោយនៃខែដែលយើងទទួលបានសំណើរបស់អ្នកដើម្បីផ្លាស់ប្តូរគម្រោងរបស់អ្នក។ ឧទាហរណ៍ ប្រសិនបើយើងទទួលបានសំណើរបស់អ្នកនៅថ្ងៃទី 18 ខែមករា ការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកជាមួយគម្រោងរបស់យើងនឹងបញ្ចប់នៅថ្ងៃទី 31 ខែមករា។ ការធានារ៉ាប់រងថ្មីរបស់អ្នកចាប់ផ្តើមនៅថ្ងៃដំបូងនៃខែបន្ទាប់ (ថ្ងៃទី 1 ខែកុម្ភៈក្នុងឧទាហរណ៍នេះ)។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan តាមរយៈលេខ 1-800-452-4413 (TTY: 711) ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ម៉ោង PT ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទ គឺឥតគិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ blueshieldca.com/medicare។



ប្រសិនបើអ្នកចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើង អ្នកអាចទទួលបានព័ត៌មានអំពី៖

- ជម្រើស Medicare នៅក្នុងតារាងនៅផ្នែក C1។
- ជម្រើស និងសេវា Medi-Cal នៅក្នុងផ្នែក C2។

អ្នកអាចទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែមអំពីរបៀបដែលអ្នកអាចបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់អ្នកដោយទូរសព្ទទៅកាន់៖

- ផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជនតាមលេខដែលនៅផ្នែកខាងក្រោមទំព័រនេះ។ លេខសម្រាប់អ្នកប្រើប្រាស់ TTY ក៏ត្រូវបានបញ្ជីផងដែរ។
- Medicare at 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរទូរសព្ទទៅកាន់លេខ 1-877-486-2048។
- កម្មវិធីប្រឹក្សាយោបល់ និងការតស៊ូមតិផ្នែកធានារ៉ាប់រងសុខភាព (HICAP) នៃរដ្ឋ California តាមរយៈលេខ 1-800-434-0222 ចាប់ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 5:00 ល្ងាច សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម ឬដើម្បីស្វែងរកការិយាល័យ HICAP តាមមូលដ្ឋានក្នុងតំបន់របស់អ្នក សូមចូលមើលគេហទំព័រ www.aging.ca.gov/HICAP ។ Health Care Options តាមរយៈលេខ 1-844-580-7272 ចាប់ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 6:00 ល្ងាច។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-430-7077។
- មន្ត្រីបណ្តឹងសាធារណៈផ្នែកថែទាំសុខភាពក្រោមការគ្រប់គ្រងរបស់ Medi-Cal តាមរយៈលេខ 1-888-452-8609 ចាប់ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 5:00 ល្ងាច ឬអ៊ីម៉ែលទៅកាន់ MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov ។

ចំណាំ៖ ប្រសិនបើអ្នកស្ថិតនៅក្នុងកម្មវិធីគ្រប់គ្រងឱសថ (DMP) អ្នកប្រហែលជាមិនអាចផ្លាស់ប្តូរគម្រោងបានទេ។ សូមសំអាងទៅលើ ជំពូកទី 5 នៃ សៀវភៅណែនាំសមាជិក នេះសម្រាប់ព័ត៌មានអំពីកម្មវិធីគ្រប់គ្រងឱសថ។

B. របៀបបញ្ចប់សមាជិកភាពនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើង

ប្រសិនបើអ្នកសម្រេចចិត្តបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់អ្នក អ្នកអាចចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោង Medicare ផ្សេងទៀត ឬប្តូរទៅជា Original Medicare វិញ។ ទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយ ប្រសិនបើអ្នកចង់ប្តូរពីគម្រោងរបស់យើងទៅ Original Medicare ប៉ុន្តែអ្នកមិនបានជ្រើសរើសគម្រោងឱសថ Medicare ដាច់ដោយឡែកទេ អ្នកត្រូវតែស្នើសុំឱ្យលុបឈ្មោះចេញពីគម្រោងរបស់យើង។ មានវិធីពីរយ៉ាងដែលអ្នកអាចស្នើសុំឱ្យលុបឈ្មោះចេញ៖

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan តាមរយៈលេខ 1-800-452-4413 (TTY: 711) ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ម៉ោង PT ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទ គឺឥតគិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ blueshieldca.com/medicare។



- អ្នកអាចដាក់សំណើជាលាយលក្ខណ៍អក្សរមកកាន់យើងខ្ញុំ។ ទាក់ទងមកកាន់ផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជនតាមលេខដែលនៅផ្នែកខាងក្រោមទំព័រនេះ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការព័ត៌មានបន្ថែមអំពីរបៀបធ្វើបែបនេះ។
- ឬហៅទូរសព្ទទៅ Medicare តាមរយៈលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY (អ្នកដែលមានបញ្ហាក្នុងការស្តាប់ ឬការនិយាយ) គួរទូរសព្ទទៅលេខ 1-877-486-2048។ នៅពេលអ្នកទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-MEDICARE អ្នកក៏អាចចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងសុខភាព ឬឱសថ Medicare ផ្សេងទៀតបានផងដែរ។ ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីការទទួលបានសេវា Medicare របស់អ្នក នៅពេលអ្នកចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើងគឺមាននៅក្នុងតារាងនៅទំព័រ 274។
- សូមទូរសព្ទទៅកាន់ Health Care Options តាមរយៈលេខ 1-844-580-7272 ចាប់ពីថ្ងៃចន្ទដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 6:00 ល្ងាច។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-430-7077។
- ផ្នែក C ខាងក្រោមរួមបញ្ចូលទាំងជំហានដែលអ្នកអាចធ្វើដើម្បីចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងផ្សេង ដែលក៏នឹងបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់អ្នកនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើងផងដែរ។

C. របៀបទទួលបានសេវា Medicare និង Medi-Cal ដាច់ដោយឡែកពីគ្នា

អ្នកមានជម្រើសអំពីការទទួលបានសេវា Medicare និង Medi-Cal របស់អ្នក ប្រសិនបើអ្នកជ្រើសរើសចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើង។

C1. សេវា Medicare របស់អ្នក

អ្នកមានជម្រើសបីយ៉ាងសម្រាប់ការទទួលបានសេវាកម្ម Medicare របស់អ្នកដែលមានក្នុងបញ្ជីខាងក្រោមក្នុងខែណាមួយនៃឆ្នាំ។ អ្នកមានជម្រើសបន្ថែមដូចបានរាយខាងក្រោមក្នុងអំឡុងពេលជាក់លាក់នៃឆ្នាំ រួមទាំង រយៈពេលបើកចុះឈ្មោះ និង រយៈពេលបើកចុះឈ្មោះរបស់ Medicare Advantage ឬស្ថានភាពផ្សេងទៀតដែលបានពណ៌នានៅក្នុង ផ្នែក A។ តាមរយៈការជ្រើសរើសជម្រើសមួយក្នុងចំណោមជម្រើសទាំងនេះ អ្នកបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់អ្នកដោយស្វ័យប្រវត្តិនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើង។

1. អ្នកអាចផ្លាស់ប្តូរទៅ៖ គម្រោង Medicare Medi-Cal Plan (Medi-Medi Plan) គឺជាប្រភេទគម្រោង Medicare Advantage Plan។ វាមានសម្រាប់អ្នកដែលមានទាំង Medicare និង Medi-Cal ហើយ រួមបញ្ចូលអត្ថប្រយោជន៍ Medicare និង Medi-Cal ទៅក្នុងគម្រោងតែមួយ។ គម្រោង Medi-Medi Plans សម្របសម្រួលអត្ថប្រយោជន៍ និងសេវាកម្មទាំងអស់នៅទូទាំងកម្មវិធីទាំងពីរ រួមទាំងសេវាដែលរ៉ាប់រងដោយ Medicare និង Medi-Cal ទាំងអស់ ឬកម្មវិធីថែទាំសុខភាពគ្រប់មុខសម្រាប់មនុស្សចាស់ (Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE) ប្រសិនបើអ្នកមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់។ ចំណាំ៖ ពាក្យ Medi-Medi Plan គឺជាឈ្មោះសម្រាប់គម្រោងតម្រូវការពិសេសសម្រាប់អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានគម្រោងពីរដែលមានលក្ខណៈចម្រុះ (Dual Eligible Special Needs Plans, D-SNPs) នៅក្នុងរដ្ឋ California។	ខាងក្រោមនេះគឺជាអ្វីៗត្រូវធ្វើ៖ ឬហៅទូរសព្ទទៅ Medicare តាមរយៈលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរទូរសព្ទទៅកាន់លេខ 1-877-486-2048។ សម្រាប់ការសាកសួរអំពីកម្មវិធីនៃការថែទាំមនុស្សចាស់រួមបញ្ចូលទាំងអស់ (PACE) សូមហៅទូរសព្ទទៅលេខ 1-855-921-PACE (7223)។ បើអ្នកត្រូវការជួយ ឬព័ត៌មានបន្ថែម៖ • កម្មវិធីប្រឹក្សាយោបល់ និងការតស៊ូមតិផ្នែកធានារ៉ាប់រងសុខភាព (HICAP) នៃរដ្ឋ California តាមរយៈលេខ 1-800-434-0222 ចាប់ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 5:00 ល្ងាច សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម ឬដើម្បីស្វែងរកការិយាល័យ HICAP តាមមូលដ្ឋានក្នុងតំបន់របស់អ្នក សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ www.aging.ca.gov/HICAP/ ។ ឬ ចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោង Medi-Medi ថ្មី។ អ្នកនឹងត្រូវបានលុបឈ្មោះចេញពីគម្រោង Medicare របស់យើងដោយស្វ័យប្រវត្តិនៅពេលការរ៉ាប់រងនៃគម្រោងថ្មីរបស់អ្នកចាប់ផ្តើម។ គម្រោង Medi-Cal របស់អ្នកនឹងផ្លាស់ប្តូរដើម្បីផ្តល់នូវគម្រោង Medi-Medi របស់អ្នក។



2. អ្នកអាចផ្លាស់ប្តូរទៅ៖ Original Medicare ដែលមានគម្រោង ឱសថរបស់ Medicare ដាច់ដោយឡែក និង គម្រោង Medi-Cal Plan។	ខាងក្រោមនេះគឺជាអ្វីៗត្រូវធ្វើ៖ ប្តូរហៅទូរសព្ទទៅ Medicare តាមរយៈលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)។ អ្នក ប្រើប្រាស់ TTY គួរទូរសព្ទទៅកាន់លេខ 1-877-486-2048។ បើអ្នកត្រូវការជួយ ឬព័ត៌មានបន្ថែម៖ • កម្មវិធីប្រឹក្សាយោបល់ និងការតស៊ូមតិផ្នែក ធានារ៉ាប់រងសុខភាព (HICAP) នៃរដ្ឋ California តាមរយៈលេខ 1-800-434-0222 ចាប់ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 5:00 ល្ងាច សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម ឬដើម្បីស្វែងរកការិយាល័យ HICAP តាម មូលដ្ឋានក្នុងតំបន់របស់អ្នក សូមចូលទៅកាន់ គេហទំព័រ www.aging.ca.gov/HICAP/ ។ ឬ ចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងឱសថ Medicare ថ្មី អ្នកនឹងត្រូវបានលុបឈ្មោះចេញពីគម្រោងរបស់ យើងដោយស្វ័យប្រវត្តិនៅពេលការធានារ៉ាប់រង Original Medicare របស់អ្នកចាប់ផ្តើម។ អ្នកនឹងបន្តមានឈ្មោះក្នុងគម្រោង Medi-Cal Plan របស់អ្នក លុះត្រាតែអ្នកជ្រើសរើសគម្រោងផ្សេង ទៀត។



3. អ្នកអាចផ្លាស់ប្តូរទៅ៖ Original Medicare ដែលគ្មានគម្រោងឱសថ Medicare ជាប់ដោយឡែក ចំណាំ៖ ប្រសិនបើអ្នកប្តូរទៅ Original Medicare ហើយមិនចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងឱសថរបស់ Medicare ជាប់ដោយឡែកទេ នោះ Medicare អាចចុះឈ្មោះអ្នកក្នុងគម្រោងឱសថបានលុះត្រាតែអ្នកប្រាប់ Medicare ថាអ្នកមិនចង់ចូលរួម។ អ្នកគួរទម្លាក់ចោលតែការរ៉ាប់រងលើឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាប៉ុណ្ណោះ ប្រសិនបើអ្នកទទួលបានការរ៉ាប់រងលើឱសថពីនិយោជក សហភាព ឬធនធានផ្សេងទៀត។ កម្មវិធីប្រឹក្សាយោបល់ និងការតស៊ូមតិផ្នែកធានារ៉ាប់រងសុខភាព (HICAP) នៃរដ្ឋ California តាមរយៈលេខ 1-800-434-0222 ចាប់ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 5:00 ល្ងាច សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម ឬដើម្បីស្វែងរកការិយាល័យ HICAP តាមមូលដ្ឋានក្នុងតំបន់របស់អ្នក សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ www.aging.ca.gov/HICAP/ ។	ខាងក្រោមនេះ គឺជាអ្វីៗត្រូវធ្វើ៖ ប្តូរហៅទូរសព្ទទៅ Medicare តាមរយៈលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរទូរសព្ទទៅកាន់លេខ 1-877-486-2048។ បើអ្នកត្រូវការជួយ ឬព័ត៌មានបន្ថែម៖ • កម្មវិធីប្រឹក្សាយោបល់ និងការតស៊ូមតិផ្នែកធានារ៉ាប់រងសុខភាព (HICAP) នៃរដ្ឋ California តាមរយៈលេខ 1-800-434-0222 ចាប់ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 5:00 ល្ងាច សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម ឬដើម្បីស្វែងរកការិយាល័យ HICAP តាមមូលដ្ឋានក្នុងតំបន់របស់អ្នក សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ www.aging.ca.gov/HICAP/។ អ្នកនឹងត្រូវបានលុបឈ្មោះចេញពីគម្រោងរបស់យើងដោយស្វ័យប្រវត្តិនៅពេលការធានារ៉ាប់រង Original Medicare របស់អ្នកចាប់ផ្តើម។ អ្នកនឹងបន្តមានឈ្មោះក្នុងគម្រោង Medi-Cal Plan របស់អ្នក លុះត្រាតែអ្នកជ្រើសរើសគម្រោងផ្សេងទៀត។



4. អ្នកអាចផ្លាស់ប្តូរទៅ៖ រាល់គម្រោងសុខភាពរបស់ Medicare ណាមួយ ក្នុងអំឡុងពេលជាក់លាក់នៃឆ្នាំនោះ រួមមានរយៈពេលបើកចុះឈ្មោះ និងរយៈពេលបើកចុះឈ្មោះរបស់ Medicare Advantage ឬស្ថានភាពផ្សេងទៀត ដូចបានពិពណ៌នានៅក្នុងផ្នែក A។	ខាងក្រោមនេះ គឺជាអ្វីៗត្រូវធ្វើ៖ ឬហៅទូរសព្ទទៅ Medicare តាមរយៈលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរទូរសព្ទទៅកាន់លេខ 1-877-486-2048។ សម្រាប់ការសាកសួរអំពីកម្មវិធីនៃការថែទាំមនុស្សចាស់រួមបញ្ចូលទាំងអស់ (PACE) សូមហៅទូរសព្ទទៅលេខ 1-855-921-PACE (7223)។ បើអ្នកត្រូវការជួយ ឬព័ត៌មានបន្ថែម៖ • កម្មវិធីប្រឹក្សាយោបល់ និងការតស៊ូមតិផ្នែកធានារ៉ាប់រងសុខភាព (HICAP) នៃរដ្ឋ California តាមរយៈលេខ 1-800-434-0222 ចាប់ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 5:00 ល្ងាច សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម ឬដើម្បីស្វែងរកការិយាល័យ HICAP តាមមូលដ្ឋានក្នុងតំបន់របស់អ្នក សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ www.aging.ca.gov/HICAP/ ។ ឬ ចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងថ្មីរបស់ Medicare។ អ្នកនឹងត្រូវបានលុបឈ្មោះចេញពីគម្រោង Medicare របស់យើងដោយស្វ័យប្រវត្តិនៅពេលការរ៉ាប់រងនៃគម្រោងថ្មីរបស់អ្នកចាប់ផ្តើម។ គម្រោង Medi-Cal របស់អ្នកអាចនឹងផ្លាស់ប្តូរ។

C2. សេវា Medi-Cal របស់អ្នក

សម្រាប់សំណួរអំពីរបៀបទទួលបានសេវា Medi-Cal របស់អ្នកបន្ទាប់ពីអ្នកចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើង ទាក់ទង Health Care Options តាមរយៈលេខ 1-844-580-7272 ចាប់ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan តាមរយៈលេខ 1-800-452-4413 (TTY: 711) ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ម៉ោង PT ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទ គឺឥតគិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ blueshieldca.com/medicare។



ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 6:00 ល្ងាច អ្នកប្រើ TTY គួរតែទូរសព្ទទៅកាន់លេខ 1-800-430-7077។ ឬចូល
ទៅកាន់គេហទំព័រ www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov/en។ សាកសួរអំពីរបៀបនៃការចូលរួមគម្រោង
ផ្សេងទៀត ឬការត្រឡប់ទៅ Original Medicare ដែលប៉ះពាល់ដល់របៀបដែលអ្នកទទួលបានការធានារ៉ាប់រង
Medi-Cal របស់អ្នក។

D. ឱសថ សេវាកម្ម និងទំនិញវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នក រហូតដល់សមាជិកភាពរបស់អ្នកនៅ ក្នុងគម្រោងរបស់យើងបញ្ចប់

ប្រសិនបើអ្នកចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើង វាអាចនឹងចំណាយពេល មុននឹងសមាជិកភាពរបស់អ្នកបញ្ចប់
និងការធានារ៉ាប់រងពី Medicare និង Medi-Cal ថ្មីរបស់អ្នកចាប់ផ្តើម។ ក្នុងអំឡុងពេលនេះ អ្នកបន្តទទួលបាន
ឱសថ និងការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នកតាមរយៈគម្រោងរបស់យើងរហូតដល់គម្រោងថ្មីរបស់អ្នកចាប់ផ្តើម។

- ប្រើប្រាស់អ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញរបស់យើងក្នុងការទទួលបានការថែទាំវេជ្ជសាស្ត្រ។
- ដើម្បីទទួលបានឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក សូមប្រើប្រាស់ឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញរបស់
យើង រួមមានសេវាឱសថស្ថានដឹកជញ្ជូនដល់ផ្ទះដ៏ងាយស្រួល។
- ប្រសិនបើអ្នកត្រូវសម្រាកនៅមន្ទីរពេទ្យនៅថ្ងៃដែលសមាជិកភាពរបស់អ្នកនៅក្នុងគម្រោង Blue
Shield TotalDual Plan បញ្ចប់ គម្រោងរបស់យើងនឹងរ៉ាប់រងលើការស្នាក់នៅមន្ទីរពេទ្យរបស់
អ្នករហូតដល់អ្នកត្រូវចាកចេញពីមន្ទីរពេទ្យ។ គម្រោងរបស់យើងនឹងរ៉ាប់រងលើការស្នាក់នៅមន្ទីរ
ពេទ្យរបស់អ្នក ទោះបីជាការរ៉ាប់រងសុខភាពថ្មីរបស់អ្នកចាប់ផ្តើមមុនពេលអ្នកត្រូវចាកចេញពីមន្ទីរ
ពេទ្យក៏ដោយ។

E. ស្ថានភាពផ្សេងទៀតនៅពេលដែលសមាជិកភាពរបស់អ្នកនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើង បញ្ចប់

ទាំងនេះគឺជាករណីដែលយើងត្រូវតែបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់អ្នកនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើង៖

- ប្រសិនបើមានការកាត់ផ្តាច់ការរ៉ាប់រង Medicare ផ្នែក A និង Medicare ផ្នែក B របស់អ្នក។
- ប្រសិនបើអ្នកលែងមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ Medi-Cal ទៀតហើយ។ គម្រោងរបស់
យើងគឺសម្រាប់មនុស្សដែលមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ទាំង Medicare និង Medi-Cal។ ចំណាំ៖
ប្រសិនបើអ្នកលែងមានលក្ខណសម្បត្តិសម្រាប់ Medi-Cal អ្នកអាចបន្តចូលរួមក្នុងគម្រោងរបស់យើង

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan តាមរយៈលេខ 1-800-452-4413
(TTY: 711) ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ម៉ោង PT ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទ គឺឥតគិត
ថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ blueshieldca.com/medicare។



ជាបណ្តោះអាសន្នជាមួយនឹងអត្ថប្រយោជន៍ Medicare។ សូមមើលព័ត៌មានខាងក្រោមអំពីរយៈ
ពេលនៃការបន្តនេះ។

- អ្នកទទួលបានពី Medicare ដែលចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan ត្រូវតែ
មានសិទ្ធិទទួលបានទាំង Medicare ផ្នែក A និងផ្នែក B និង Medi-Cal (Medicaid)។ ប្រសិនបើ
អ្នកលែងមានសិទ្ធិទទួលបាន Medi-Cal (Medicaid) យើងនឹងជូនដំណឹងដល់អ្នកអំពីការ
បាត់បង់ស្ថានភាពពី Medi-Cal (Medicaid) ហើយយើងនឹងបន្តធានារ៉ាប់រងលើអត្ថប្រយោជន៍
ពី Medicare របស់អ្នករហូតដល់អ្នកអាចទទួលបានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ឡើងវិញសម្រាប់
Medi-Cal (Medicaid) ក្នុងរយៈពេល 6 ខែក្រោយបន្ទាប់ពីសេចក្តីជូនដំណឹងអំពីការបាត់បង់
ស្ថានភាពតម្រូវការពិសេស។ អ្នកអាចមើលឃើញកំណើននៃថ្លៃចំណាយចេញពីហោប៉ៅ
(ការធានារ៉ាប់រងរួម ការបង់ប្រាក់រួម ថ្លៃធានារ៉ាប់រង ឬចំណាយបង់មុន) ក្នុងអំឡុងពេល 6 ខែ
ដែលអ្នកនៅតែស្ថិតនៅក្នុងគម្រោង ប៉ុន្តែមិនមានការធានារ៉ាប់រងពី Medi-Cal ទេ។
- យើងពង្រីកឱកាសដើម្បីប្តូរទៅគម្រោងមួយក្នុងចំណោមគម្រោងជាច្រើនដែលមិនមែនជា
HMO D-SNP របស់យើងទេ។ គម្រោងមិនមែនជា HMO D-SNP ត្រូវបានផ្តល់ជូនអ្នក
ទទួលបានដែលមានសិទ្ធិទទួលបានទាំង Medicare ផ្នែក A និង Medicare ផ្នែក B ប៉ុន្តែ
មិនមានអត្ថប្រយោជន៍ពី Medi-Cal (Medicaid) ទេ។ Medicare អនុញ្ញាតឱ្យមានរយៈ
ពេលចុះឈ្មោះពិសេស (SEP) សម្រាប់អ្នកទទួលបានពី Medicare ដែលលែងមានសិទ្ធិ
ទទួលបាន Medi-Cal (Medicaid) ទៀតហើយ។
- ប្រសិនបើអ្នកមិនមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ Medi-Cal (Medicaid) ឬទទួល
យកឱកាសដើម្បីប្តូរទៅគម្រោងមិនមែន HMO D-SNP ក្នុងរយៈពេល 6 ខែបន្ទាប់ពីសេចក្តី
ជូនដំណឹងអំពីការបាត់បង់ស្ថានភាពតម្រូវការពិសេស អ្នកនឹងត្រូវបានលុបឈ្មោះដោយមិន
ស្ម័គ្រចិត្តពីគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan។
- បើអ្នកផ្លាស់លំនៅ ចេញពីតំបន់សេវារបស់យើង។
- បើអ្នកនៅឆ្ងាយពីតំបន់សេវារបស់យើងលើសពីប្រាំមួយខែ។
 - បើអ្នកផ្លាស់ទីលំនៅ ឬធ្វើដំណើររយៈពេលយូរ ទូរសព្ទទៅកាន់ផ្នែកបម្រើសេវាសមាជិក
ដើម្បីស្វែងយល់ថាតើអ្នកនឹងផ្លាស់ទីទៅ ឬធ្វើដំណើរទៅកន្លែងណាគឺស្ថិតនៅក្នុងតំបន់
សេវានៃគម្រោងរបស់យើង។
- ប្រសិនបើអ្នកជាប់ពន្ធនាគារ ឬជាប់គុកពីបទឧក្រិដ្ឋកម្ម។
- ប្រសិនបើអ្នកកុហក ឬរក្សាទុកព័ត៌មានអំពីការធានារ៉ាប់រងផ្សេងទៀតដែលអ្នកមានសម្រាប់ឱសថ។



- បើអ្នកមិនមែនជាពលរដ្ឋអាមេរិក ឬមិនមានវត្តមានដោយស្របច្បាប់នៅក្នុងសហរដ្ឋអាមេរិក។
 - អ្នកត្រូវតែជាពលរដ្ឋអាមេរិកកាំង ឬរស់នៅដោយស្របច្បាប់នៅក្នុងសហរដ្ឋអាមេរិក ដើម្បីក្លាយជាសមាជិកនៃគម្រោងរបស់យើង។
 - មជ្ឈមណ្ឌលសម្រាប់សេវា Medicare និង Medicaid (CMS) ជូនដំណឹងដល់យើងខ្ញុំប្រសិនបើអ្នកនៅតែមិនមានសិទ្ធិទទួលបានជាសមាជិកដោយផ្អែកលើមូលដ្ឋាននេះ។
 - យើងត្រូវតែលុបឈ្មោះអ្នកចេញ ប្រសិនបើអ្នកមិនបំពេញតាមតម្រូវការនេះទេ។

យើងអាចធ្វើឲ្យអ្នកចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើង សម្រាប់មូលហេតុនៅខាងក្រោម លុះតែបើអ្នកទទួលបានការអនុញ្ញាតជាមុនពី Medicare និង Medi-Cal៖

- ប្រសិនបើអ្នកផ្តល់ព័ត៌មានមិនត្រឹមត្រូវដល់យើងដោយចេតនា នៅពេលអ្នកចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងរបស់យើង ហើយព័ត៌មាននោះប៉ះពាល់ដល់សិទ្ធិទទួលបានរបស់អ្នកសម្រាប់គម្រោងរបស់យើង។
- បើអ្នកបន្តប្រព្រឹត្តតាមរបៀបដែលបង្កការរំខាន និងបង្កការលំបាកដល់យើងខ្ញុំក្នុងការផ្តល់ការថែទាំវេជ្ជសាស្ត្រដល់អ្នក និងសមាជិកដទៃរបស់គម្រោងរបស់យើង។
- ប្រសិនបើអ្នកអនុញ្ញាតឱ្យនរណាម្នាក់ទៀតប្រើប័ណ្ណសម្គាល់សមាជិករបស់អ្នកដើម្បីទទួលបានការថែទាំសុខភាព។ (Medicare អាចស្នើសុំឱ្យប្រធានត្រួតពិនិត្យស៊ើបអង្កេតករណីរបស់អ្នកប្រសិនបើយើងបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់អ្នកសម្រាប់ហេតុផលនេះ)។

F. ច្បាប់ជំទាស់នឹងការស្នើសុំឱ្យអ្នកចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើងដោយហេតុផលណាមួយ ដែលទាក់ទងនឹងសុខភាព

យើងមិនអាចស្នើសុំឱ្យអ្នកចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើងសម្រាប់ហេតុផលណាមួយដែលទាក់ទងនឹងសុខភាពរបស់អ្នកទេ។ ប្រសិនបើអ្នកគិតថា យើងកំពុងស្នើសុំឱ្យអ្នកចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើងដោយសារហេតុផលដែលទាក់ទងនឹងសុខភាពនោះ សូមទូរសព្ទទៅ **Medicare** តាមរយៈលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរទូរសព្ទទៅកាន់លេខ 1-877-486-2048។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan តាមរយៈលេខ 1-800-452-4413 (TTY: 711) ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ម៉ោង PT ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទ គឺឥតគិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ blueshieldca.com/medicare។



G. អ្នកមានសិទ្ធិដាក់បណ្តឹងតវ៉ា ប្រសិនបើបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់អ្នកនៅក្នុង គម្រោងរបស់យើង

បើយើងបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់អ្នក នៅក្នុងគម្រោងរបស់យើង យើងត្រូវតែប្រាប់អ្នកអំពីហេតុផលរបស់យើង
ជាលាយលក្ខណ៍អក្សរសម្រាប់ការបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់អ្នក។ យើងក៏ត្រូវតែពន្យល់អំពីរបៀបដែលអ្នកអាច
ដាក់បណ្តឹងតវ៉ាអំពីសេចក្តីសម្រេចរបស់យើងដើម្បីបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់អ្នកផងដែរ។ អ្នកក៏អាចសំអាងទៅ
លើ ជំពូកទី 9 នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក* នេះសម្រាប់ព័ត៌មានអំពីរបៀបដាក់បណ្តឹងតវ៉ាផងដែរ។

H. របៀបក្នុងការទទួលព័ត៌មានបន្ថែមអំពីការបញ្ចប់សមាជិកភាពនៃគម្រោងរបស់អ្នក

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ ឬចង់ទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែមអំពីការបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់អ្នក អ្នកទូរសព្ទ
ទៅកាន់ផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជនតាមរយៈលេខនៅខាងក្រោមនៃទំព័រនេះ។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan តាមរយៈលេខ 1-800-452-4413
(TTY: 711) ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ម៉ោង PT ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទ គឺឥតគិត
ថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ blueshieldca.com/medicare។



ជំពូកទី 11៖ សេចក្តីជូនដំណឹងតាមច្បាប់

សេចក្តីផ្តើម

ជំពូកនេះ រួមមានសេចក្តីជូនដំណឹងផ្នែកច្បាប់ដែលអនុវត្តចំពោះសមាជិកភាពរបស់អ្នកនៅគម្រោងយើង។ ពាក្យគន្លឹះ និងនិយមន័យរបស់វា មានរៀបចំតាមលំដាប់អក្ខរក្រមនៅជំពូកចុងក្រោយនៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក* នេះ។

តារាងមាតិកា

A. សេចក្តីជូនដំណឹងស្តីពីច្បាប់.....	357
B. សេចក្តីជូនដំណឹងសហព័ន្ធស្តីពីការមិនរើសអើង	357
C. សេចក្តីជូនដំណឹងស្តីពីការមិនរើសអើងសម្រាប់ Medi-Cal	358
D. សេចក្តីជូនដំណឹងស្តីពី Medicare ក្នុងនាមជាអ្នកបង់ប្រាក់ទីពីរ និង Medi-Cal ជាអ្នកបង់ប្រាក់ចុងក្រោយបំផុត.....	360
E. សេចក្តីជូនដំណឹងអំពីការដកហូតទ្រព្យសម្បត្តិដោយរដ្ឋរបស់ Medi-Cal	360
F. ការគ្រប់គ្រង <i>សៀវភៅណែនាំសមាជិក</i>	361
G. កិច្ចសហប្រតិបត្តិការជាសមាជិក	361
H. ការចាត់តាំង.....	361
I. ទំនួលខុសត្រូវរបស់និយោជក	361

A. សេចក្តីជូនដំណឹងស្តីពីច្បាប់

មានច្បាប់ជាច្រើនអនុវត្តចំពោះសៀវភៅណែនាំសមាជិកនេះ។ ច្បាប់ទាំងនេះអាចប៉ះពាល់ទៅលើសិទ្ធិ និងទំនួលខុសត្រូវរបស់អ្នក បើទោះបីជាច្បាប់ទាំងនេះ មិនត្រូវបានដាក់បញ្ចូល ឬពន្យល់នៅក្នុង *សៀវភៅណែនាំសមាជិក* នេះក៏ដោយ។ ច្បាប់ចម្បងដែលអនុវត្តគឺជាច្បាប់របស់សហព័ន្ធ និងរដ្ឋស្តីពីកម្មវិធី Medicare និង Medi-Cal។ ច្បាប់ផ្សេងៗទៀត នៃសហព័ន្ធ និងរដ្ឋ ក៏អាចនឹងអនុវត្តដែរ។

B. សេចក្តីជូនដំណឹងសហព័ន្ធស្តីពីការមិនរើសអើង

យើងមិនរើសអើងដោយផ្អែកលើ ជាតិសាសន៍ ពូជសាសន៍ ដើមកំណើតជាតិសាសន៍ ពណ៌សម្បុរ សាសនា ភេទ អាយុ ពិការភាពផ្លូវចិត្ត ឬរាងកាយ ស្ថានភាពសុខភាព បទពិសោធនៃការទាមទារសំណង ប្រវត្តិវេជ្ជសាស្ត្រ ព័ត៌មានហ្សេន ភស្តុតាងនៃការធានារ៉ាប់រង ឬទីតាំងភូមិសាស្ត្រនៅក្នុងតំបន់សេវានោះទេ។ អង្គការទាំងអស់ដែលផ្តល់គម្រោង Medicare Advantage ដូចជាគម្រោងរបស់យើងត្រូវតែគោរពតាមច្បាប់សហព័ន្ធប្រឆាំងនឹងការរើសអើង រួមទាំងចំណងជើងទី VI នៃក្រឹត្យសិទ្ធិពលរដ្ឋនៃឆ្នាំ 1964 ច្បាប់ស្តារនីតិសម្បទាឆ្នាំ 1973 ច្បាប់ស្តីពីការរើសអើងអាយុឆ្នាំ 1975 ច្បាប់ជនជាតិអាមេរិក ដែលមានពិការភាព ផ្នែកទី 1557 នៃច្បាប់ថែទាំដែលមានតម្លៃសមរម្យ ច្បាប់ផ្សេងទៀតទាំងអស់ដែលអនុវត្តចំពោះអង្គការដែលទទួលបានមូលនិធិពីសហព័ន្ធ និងច្បាប់ និងវិធានផ្សេងទៀតដែលអនុវត្តសម្រាប់ហេតុផលផ្សេងទៀត។

ប្រសិនបើអ្នកចង់បានព័ត៌មានបន្ថែម ឬមានការព្រួយបារម្ភអំពីការរើសអើង ឬការប្រព្រឹត្តិមិនយុត្តិធម៌៖

- ទូរសព្ទទៅកាន់ក្រសួងសេវាសុខភាព និងមនុស្សជាតិ ការិយាល័យសិទ្ធិជនស៊ីវិលតាមរយៈលេខ 1-800-368-1019។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY អាចទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-537-7697។ អ្នកក៏អាចចូលទៅកាន់គេហទំព័រ www.hhs.gov/ocr សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមផងដែរ។
- ទូរសព្ទទៅក្រសួងសេវាថែទាំសុខភាព ការិយាល័យសិទ្ធិជនស៊ីវិលតាមរយៈលេខ 916-440-7370។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY អាចទូរសព្ទទៅលេខ 711 (សេវាបញ្ជូនបន្តតាមទូរគមនាគមន៍)។ ប្រសិនបើអ្នកជឿថាមានគេរើសអើងអ្នក ហើយចង់ដាក់បណ្តឹងសាទុក្ខអំពីការរើសអើងនោះ សូមទាក់ទង៖

- ផ្ញើអ៊ីមែលទៅកាន់៖ CivilRights@dhcs.ca.gov

- បំពេញទម្រង់ពាក្យបណ្តឹង ឬផ្ញើសំបុត្រទៅកាន់៖

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

- ទម្រង់បែបបទបណ្តឹងតវ៉ាអាចរកបាននៅគេហទំព័រ៖ dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx
ប្រសិនបើបណ្តឹងសាទុក្ខរបស់អ្នកស្តីពីការរើសអើងនៅក្នុងកម្មវិធី Medi-Cal អ្នកអាចក៏ដាក់ពាក្យបណ្តឹងតវ៉ាជាមួយក្រសួងសេវាថែទាំសុខភាព ការិយាល័យសិទ្ធិជនស៊ីវិល តាមទូរសព្ទ ជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ ឬតាមប្រព័ន្ធអេឡិចត្រូនិក៖

- តាមទូរសព្ទ៖ ហៅទូរសព្ទទៅលេខ 916-440-7370។ ប្រសិនបើអ្នកមិនអាចនិយាយ ឬស្តាប់បានល្អទេ សូមទូរសព្ទទៅលេខ 711(សេវាបញ្ជូនបន្តតាមទូរគមនាគមន៍)។
- ជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ៖ បំពេញទម្រង់ពាក្យបណ្តឹង ឬផ្ញើសំបុត្រទៅកាន់៖

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

- ទម្រង់បែបបទអំពីបណ្តឹងតវ៉ាអាចរកបាននៅគេហទំព័រ
www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx
- ជាអេឡិចត្រូនិក៖ សូមផ្ញើអ៊ីមែលទៅកាន់ CivilRights@dhcs.ca.gov

ប្រសិនបើអ្នកមានពិការភាព ហើយត្រូវការជំនួយក្នុងការប្រើប្រាស់សេវាថែទាំសុខភាព ឬអ្នកផ្តល់សេវាទូរសព្ទទៅកាន់ផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជន។ បើអ្នកមានការតវ៉ា ដូចជាបញ្ហាជាមួយនឹងលទ្ធភាពប្រើប្រាស់ រឿង ផ្នែកបម្រើសេវាសមាជិកអាចជួយអ្នកបាន។

C. សេចក្តីជូនដំណឹងស្តីពីការមិនរើសអើងសម្រាប់ Medi-Cal

យើងមិនរើសអើង ឬប្រព្រឹត្តចំពោះអ្នកខុសគ្នាដោយសារតែ ជាតិសាសន៍ ពូជសាសន៍ ដើមកំណើតជាតិសាសន៍ ពណ៌សម្បុរ សាសនា ភេទ អាយុ ពិការភាពផ្លូវចិត្ត ឬរាងកាយ ស្ថានភាពសុខភាព បទពិសោធន៍នៃការទាមទារសំណង ប្រវត្តិវេជ្ជសាស្ត្រ ព័ត៌មានហ្វេន ភស្តុតាងនៃការធានារ៉ាប់រង ឬទីតាំងភូមិសាស្ត្រនៅក្នុងតំបន់សេវានោះ

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan តាមរយៈលេខ 1-800-452-4413 (TTY: 711) ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ម៉ោង PT ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទ គឺឥតគិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ blueshieldca.com/medicare។



ទេ។ លើសពីនេះ យើងមិនរើសអើងដោយខុសច្បាប់ មិនបដិសេធមនុស្ស ឬប្រព្រឹត្តចំពោះពួកគេខុសគ្នា ដោយសារពូជពណ្ត អត្តសញ្ញាណក្រុមជាតិសាស្ត្រ អត្តសញ្ញាណភេទ ស្ថានភាពអាពាហ៍ពិពាហ៍ ឬស្ថានភាព វេជ្ជសាស្ត្រនោះទេ។

ប្រសិនបើអ្នកចង់បានព័ត៌មានបន្ថែម ឬមានការព្រួយបារម្ភអំពីការរើសអើង ឬការប្រព្រឹត្តមិនយុត្តិធម៌៖

- ទូរសព្ទទៅក្រសួងសេវាថែទាំសុខភាព ការិយាល័យសិទ្ធិជនស៊ីវិលតាមរយៈលេខ 916-440-7370។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY អាចទូរសព្ទទៅលេខ 711 (សេវាបញ្ជូនបន្តតាម ទូរគមនាគមន៍)។ ប្រសិនបើអ្នកជឿថាមានគេរើសអើងអ្នក ហើយចង់ដាក់បណ្តឹងសាទុក្ខអំពីការ រើសអើងនោះ សូមទាក់ទង៖

- ផ្ញើអ៊ីមែលទៅកាន់៖ CivilRights@dhcs.ca.gov

- បំពេញទម្រង់ពាក្យបណ្តឹង ឬផ្ញើសំបុត្រទៅកាន់៖

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

- ទម្រង់បែបបទបណ្តឹងតវ៉ាអាចរកបាននៅគេហទំព័រ៖
dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx

ប្រសិនបើបណ្តឹងសាទុក្ខរបស់អ្នកស្តីពីការរើសអើងនៅក្នុងកម្មវិធី Medi-Cal អ្នកអាចក៏ដាក់ពាក្យបណ្តឹងតវ៉ា ជាមួយក្រសួងសេវាថែទាំសុខភាព ការិយាល័យសិទ្ធិជនស៊ីវិល តាមទូរសព្ទ ជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ ឬតាម ប្រព័ន្ធអេឡិចត្រូនិក៖

- តាមទូរសព្ទ៖ ហៅទូរសព្ទទៅលេខ 916-440-7370។ ប្រសិនបើអ្នកមិនអាចនិយាយ ឬស្តាប់ បានល្អ សូមទូរសព្ទទៅលេខ 711 (សេវាបញ្ជូនបន្តរបស់ទូរគមនាគមន៍)។

- ជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ៖ បំពេញទម្រង់ពាក្យបណ្តឹង ឬផ្ញើសំបុត្រទៅកាន់៖

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

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan តាមរយៈលេខ 1-800-452-4413 (TTY: 711) ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ម៉ោង PT ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទ គឺឥតគិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ blueshieldca.com/medicare។



ទម្រង់បែបបទអំពីបណ្តឹងតវ៉ាអាចរកបាននៅគេហទំព័រ
www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx ។

- ជាអេឡិចត្រូនិក៖ សូមផ្ញើអ៊ីមែលទៅកាន់ CivilRights@dhcs.ca.gov ។

ប្រសិនបើអ្នកមានពិការភាព ហើយត្រូវការជំនួយក្នុងការប្រើប្រាស់សេវាថែទាំសុខភាព ឬអ្នកផ្តល់សេវា
ទូរសព្ទទៅកាន់ផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជន។ បើអ្នកមានការតវ៉ា ដូចជាបញ្ហាជាមួយនឹងលទ្ធភាពប្រើប្រាស់
រុញ ផ្នែកបម្រើសេវាសមាជិកអាចជួយអ្នកបាន។

D. សេចក្តីជូនដំណឹងស្តីពី Medicare ក្នុងនាមជាអ្នកបង់ប្រាក់ទីពីរ និង Medi-Cal ជា អ្នកបង់ប្រាក់ចុងក្រោយបំផុត

ជូនកាលនរណាម្នាក់ផ្សេងទៀតត្រូវតែបង់ប្រាក់ជាមុនសិនសម្រាប់សេវាដែលយើងផ្តល់ជូនអ្នក។
ឧទាហរណ៍ ប្រសិនបើអ្នកស្ថិតក្នុងគ្រោះថ្នាក់ចរាចរណ៍ដោយសាររថយន្ត ឬប្រសិនបើអ្នករងរបួសនៅ
កន្លែងធ្វើការ ការធានារ៉ាប់រង ឬសំណងកម្មករត្រូវតែបង់ជាមុនសិនដែរ។

យើងមានសិទ្ធិ និងទំនួលខុសត្រូវ ដើម្បីប្រមូលសម្រាប់សេវាក្រោមការរ៉ាប់រងដោយ Medicare ដែល
Medicare មិនមែនជាអ្នកបង់ប្រាក់មុនទេ។

យើងគោរពតាមច្បាប់រដ្ឋ និងសហព័ន្ធ ព្រមទាំងបទប្បញ្ញត្តិនានាដែលទាក់ទងនឹងទំនួលខុសត្រូវតាម
ច្បាប់នៃភាគីទីបីសម្រាប់ការផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពដល់សមាជិក។ យើងនឹងចាត់វិធានការសមហេតុ
ផលទាំងអស់ដើម្បីធានាថាអ្នកវិធី Medi-Cal គឺជាអ្នកបង់ប្រាក់ចុងក្រោយបំផុត។

សមាជិក Medi-Cal ត្រូវតែប្រើប្រាស់ការរ៉ាប់រងសុខភាព (Other Health Coverage, OHC) ផ្សេង
ទៀតទាំងអស់ មុន Medi-Cal នៅពេលដែលសេវាដូចគ្នាអាចរកបានក្រោមការរ៉ាប់រងសុខភាពរបស់
អ្នក ដោយសារ Medi-Cal គឺជាអ្នកបង់ប្រាក់សម្រាប់ជម្រើសចុងក្រោយ។ នេះមានន័យថា ក្នុងករណី
ភាគច្រើន Medi-Cal នឹងក្លាយជាអ្នកបង់ប្រាក់បន្ទាប់បន្សំពី Medicare OHC ដែលរ៉ាប់រងលើការ
ចំណាយ ដែលអាចអនុញ្ញាតបាន ដែលមិនត្រូវបានបង់ដោយគម្រោងរបស់យើង ឬ OHC ផ្សេងទៀត
រហូតដល់អត្រារបស់ Medi-Cal។

E. សេចក្តីជូនដំណឹងអំពីការដកហូតទ្រព្យសម្បត្តិដោយរដ្ឋរបស់ Medi-Cal

អ្នកវិធី Medi-Cal ត្រូវតែស្នើសុំការសងប្រាក់វិញពីទ្រព្យសម្បត្តិដែលបានបែងចែកតាមច្បាប់របស់សមាជិកដែល
បានស្លាប់មួយចំនួន សម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍ Medi-Cal ដែលបានទទួលចាប់ពីប្រក្រោយថ្ងៃខួបកំណើត 55 ឆ្នាំ

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan តាមរយៈលេខ 1-800-452-4413
(TTY: 711) ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ម៉ោង PT ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទ គឺឥតគិត
ថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ blueshieldca.com/medicare។



របស់ពួកគេ។ ការទូទាត់សំណងរួមមានថ្លៃសេវា និងថ្លៃធានារ៉ាប់រងលើការថែទាំក្រោមការគ្រប់គ្រង/ការទូទាត់ប្រាក់ក្នុងសមាជិកម្នាក់សម្រាប់សេវាមន្ទីរថែទាំ សេវាថែទាំតាមផ្ទះ និងតាមសហគមន៍ និងសេវាឱសថមានវេជ្ជបញ្ជា និងមន្ទីរពេទ្យដែលពាក់ព័ន្ធបានទទួលនៅពេលសមាជិកគឺជាអ្នកជំងឺសម្រាកក្នុងមន្ទីរពេទ្យនៅក្នុងមន្ទីរថែទាំ ឬកំពុងបានទទួលសេវាថែទាំតាមផ្ទះ និងតាមសហគមន៍។ ការសងត្រឡប់វិញមិនអាចមានចំនួនលើសពីតម្លៃនៃទ្រព្យសម្បត្តិដែលបានចាត់ចែងតាមផ្លូវច្បាប់របស់សមាជិកនោះទេ។

ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែម ចូលទៅកាន់គេហទំព័រនៃការស្តារអចលនទ្រព្យរបស់ក្រសួងសេវាថែទាំសុខភាពតាមរយៈ www.dhcs.ca.gov/er ឬទូរសព្ទទៅលេខ 916-650-0590។

F. ការគ្រប់គ្រង សៀវភៅណែនាំសមាជិក

យើងខ្ញុំអាចដាក់ចេញនូវគោលការណ៍ នីតិវិធី និងការបកស្រាយដែលសមស្រប ដើម្បីធានាបាននូវការគ្រប់គ្រងសៀវភៅណែនាំសមាជិក នេះប្រកបដោយប្រសិទ្ធភាព និងរបៀបរៀបរយ។

G. កិច្ចសហប្រតិបត្តិការជាសមាជិក

អ្នកត្រូវតែបំពេញពាក្យសុំ ទម្រង់បែបបទ សេចក្តីថ្លែងការណ៍ ការលើកលែង ការអនុញ្ញាត ទម្រង់បែបបទកម្ចី និងឯកសារផ្សេងៗដែលយើងខ្ញុំស្នើសុំ ទាំងក្នុងករណីធម្មតា និងករណីពិសេសដែលមានចែងក្នុង សៀវភៅណែនាំសមាជិក។

H. ការចាត់តាំង

អ្នកមិនអាចផ្ទេរ សៀវភៅណែនាំសមាជិក នេះ ឬសិទ្ធិ ផលប្រយោជន៍ ការទាមទារសំណង ឬកាតព្វកិច្ចណាមួយដែលមានចែងក្នុងសៀវភៅនេះ ដោយគ្មានការយល់ព្រមជាលាយលក្ខណ៍អក្សរពីយើងខ្ញុំជាមុនឡើយ។

I. ទំនួលខុសត្រូវរបស់និយោជក

សម្រាប់សេវាណាមួយដែលច្បាប់តម្រូវឱ្យនិយោជកផ្តល់ជូន យើងនឹងបង់ប្រាក់ដល់និយោជក ហើយនៅពេលដែលយើងធានារ៉ាប់រងលើសេវាបែបនេះ យើងអាចទទួលបានមកវិញនូវតម្លៃនៃសេវាពីនិយោជក។

ជំពូកទី 12: និយមន័យនៃពាក្យសំខាន់ៗ

សេចក្តីផ្តើម

ជំពូកនេះរួមបញ្ចូលទាំងពាក្យគន្លឹះដែលបានប្រើនៅក្នុង សៀវភៅណែនាំសមាជិក រួមជាមួយនឹងនិយមន័យរបស់ពាក្យគន្លឹះទាំងនោះ។ ពាក្យគន្លឹះត្រូវបានរាយក្នុងបញ្ជីតាមលំដាប់អក្ខរក្រម។ ប្រសិនបើអ្នកមិនអាចស្វែងរកពាក្យគន្លឹះដែលអ្នកកំពុងរក ឬប្រសិនបើអ្នកត្រូវការព័ត៌មានបន្ថែមក្រៅពីនិយមន័យបានរួមបញ្ចូល ទាក់ទងទៅកាន់ផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជន។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan តាមរយៈលេខ 1-800-452-4413 (TTY: 711) ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ម៉ោង PT ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទ គឺឥតគិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ blueshieldca.com/medicare។



ករណីលើកលែង៖ ជាការអនុញ្ញាតដើម្បីទទួលការរ៉ាប់រងសម្រាប់ឱសថដែលតាមធម្មតាមិនមានធានារ៉ាប់រង ឬ ដើម្បីប្រើឱសថដោយគ្មានវិន័យ និងការដាក់កំណត់ខ្លះៗ

កម្មវិធីថែទាំសុខភាពគ្រប់មុខសម្រាប់មនុស្សចាស់ (PACE)៖ ជាកម្មវិធីដែលធានារ៉ាប់រងលើអត្ថប្រយោជន៍ Medicare និង Medicaid ជាមួយគ្នាសម្រាប់មនុស្សមានអាយុ 55 ឆ្នាំឡើងទៅដែលត្រូវការថែទាំ កម្រិតខ្ពស់ដើម្បីរស់នៅក្នុងផ្ទះ។

កម្មវិធីប្រាក់ចំណូលសន្តិសុខបន្ថែម (Supplemental Security Income, SSI)៖ សន្តិសុខសង្គម ជាអត្ថប្រយោជន៍ប្រចាំខែបង់ប្រាក់ដល់មនុស្សដែលមានប្រាក់ចំណូល និងធនធានមានកម្រិតដែលមានពិការភាព ពិការភ្នែក ឬមានអាយុ 65 ឆ្នាំឡើងទៅ។ អត្ថប្រយោជន៍ SSI គឺមិនដូចគ្នាទៅនឹងអត្ថប្រយោជន៍របបសន្តិសុខសង្គមនោះទេ។

កម្មវិធីដឹកជញ្ជូនតាមផ្ទះ៖ គម្រោងមួយចំនួនអាចផ្តល់ជូននូវកម្មវិធីដឹកជញ្ជូនដល់ផ្ទះដែលអនុញ្ញាតឱ្យអ្នកទទួលបានការផ្គត់ផ្គង់ឱសថមានវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងរហូតដល់ 3 ខែដែលធ្វើដោយផ្ទាល់ទៅផ្ទះរបស់អ្នក។ នេះអាចជាវិធីងាយស្រួល និងមានប្រសិទ្ធភាពចំពោះថ្លៃចំណាយក្នុងការបើកឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាដែលអ្នកប្រើជាប្រចាំ។

កម្មវិធីជំនួយឱសថសម្រាប់ជំងឺអេដស៍ (ADAP)៖ កម្មវិធីមួយដែលជួយដល់បុគ្គលដែលមានសិទ្ធិដែលកំពុងរស់នៅជាមួយ HIV/AIDS មានលទ្ធភាពទទួលបានឱសថព្យាបាល HIV ដែលជួយឱ្យរស់នៅបានយូរ។

កម្មវិធីគ្រប់គ្រងឱសថ (DMP)៖ កម្មវិធីដែលជួយធ្វើឱ្យប្រាកដថាសមាជិកប្រើអ្វីតាមវេជ្ជបញ្ជាដោយសុវត្ថិភាព និងការប្រើឱសថផ្សេងទៀតដែលត្រូវបានរំលោភបំពានជាញឹកញាប់។

កម្មវិធីប្រឹក្សាយោបល់ និងការតស៊ូមតិផ្នែកធានារ៉ាប់រងសុខភាព (HICAP)៖ កម្មវិធីដែលផ្តល់ព័ត៌មាន និងការប្រឹក្សាមានទិសដៅហើយឥតគិតថ្លៃអំពី Medicare។ ជំពូកទី 2 នៃ សៀវភៅណែនាំសមាជិក នេះពន្យល់អំពីរបៀបទាក់ទងទៅកាន់ HICAP។

កម្មវិធីបង្ការជំងឺទឹកនោមផ្អែមរបស់ Medicare (MDPP)៖ កម្មវិធីផ្លាស់ប្តូរអាកប្បកិរិយាសុខភាពដែលមានរចនាសម្ព័ន្ធដែលផ្តល់ការបណ្តុះបណ្តាលអំពីការផ្លាស់ប្តូរបែបអាហាររយៈពេលវែង បង្កើនសកម្មភាពរាងកាយ និងយុទ្ធសាស្ត្រសម្រាប់ការយកចិត្តទុកដាក់ប្រឈម ដើម្បីរក្សាការសម្រកទម្ងន់ និងរបៀបរស់នៅប្រកបដោយសុខភាពល្អ។



ក្រុមប្រឹក្សាបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ Medicare (ក្រុមប្រឹក្សា)៖ ក្រុមប្រឹក្សាមួយដែលពិនិត្យឡើងវិញនូវបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 4។ ក្រុមប្រឹក្សាគឺជាផ្នែកមួយរបស់រដ្ឋាភិបាលសហព័ន្ធ។

កម្រិតថ្នាក់ឱសថ៖ ជាក្រុមឱសថមាននៅក្នុង *បញ្ជីឱសថ* របស់យើង។ ឱសថទូទៅ ឱសថមានម៉ាក ឬឱសថមិនតម្រូវឱ្យមានវេជ្ជបញ្ជា (OTC) គឺជាឧទាហរណ៍នៃកម្រិតឱសថ។ គ្រប់ឱសថទាំងអស់មាននៅក្នុង *បញ្ជីឱសថ* របស់យើងគឺស្ថិតក្នុងកម្រិតមួយក្នុងចំណោមកម្រិតទាំងប្រាំ។

កម្រិតនៃចំណែកនៃថ្លៃចូលរួមការចំណាយ៖ ជាក្រុមឱសថដែលមានការបង់ប្រាក់រួមដូចគ្នា។ រាល់ឱសថនៅក្នុង *បញ្ជីឱសថដែលមានធានារ៉ាប់រង* (ក៏ហៅថា *បញ្ជីឱសថ*) គឺស្ថិតក្នុងកម្រិតថ្នាក់មួយក្នុងចំណោមកម្រិតថ្នាក់នៃចំណែកនៃថ្លៃចូលរួមការចំណាយទាំងប្រាំ។ ជាទូទៅ កាលណាកម្រិតថ្នាក់នៃចំណែកនៃថ្លៃចូលរួមការចំណាយខ្ពស់ជាងតម្លៃសម្រាប់ឱសថរបស់អ្នកក៏ខ្ពស់ជាងដែរ។

ក្រុមការងារថែទាំសុខភាព៖ សូមមើល “ក្រុមថែទាំពេទ្យជំនាញ”។

ការព្យាបាលជាជំហាន៖ ការធានារ៉ាប់រងដែលតម្រូវឱ្យអ្នកសាកល្បងប្រើឱសថមួយទៀតសិន មុននឹងយើងធានារ៉ាប់រងឱសថដែលអ្នកកំពុងស្នើសុំ។

ការថែទាំដែលត្រូវការបន្ទាន់៖ ការថែទាំដែលអ្នកទទួលបានសម្រាប់ជំងឺ របួស ឬស្ថានភាពដែលមិនបានរំពឹងទុកហើយមិនមែនជាភាពអាសន្ន ប៉ុន្តែតម្រូវឱ្យមានការថែទាំភ្លាមៗ។ អ្នកអាចទទួលបានការថែទាំចាំបាច់បន្ទាន់ពីអ្នកផ្តល់សេវានៅក្រៅបណ្តាញ នៅពេលអ្នកមិនអាចទទួលបានអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញបាន ដោយសារពេលវេលា ទីកន្លែង កាលៈទេសៈរបស់អ្នក វាមិនអាចទៅរួច ឬមិនសមហេតុផលក្នុងការទទួលបានសេវាពីអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ (ឧទាហរណ៍ នៅពេលអ្នកនៅក្រៅតំបន់ផ្តល់សេវារបស់គម្រោង ហើយអ្នកត្រូវការសេវាភ្លាមៗ ដែលចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រសម្រាប់ស្ថានភាព ដែលមិនបានរំពឹងទុក ប៉ុន្តែវាមិនមែនជាភាពអាសន្នផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ)។

ការបង់ប្រាក់រួម៖ ចំនួនទឹកប្រាក់ថេរដែលអ្នកបង់ជាចំណែកថ្លៃចំណាយរបស់អ្នករាល់ពេលដែលអ្នកទទួលបានសេវា ឬឱសថមួយចំនួន។ ឧទាហរណ៍ អ្នកអាចបង់ \$2 ឬ \$5 សម្រាប់សេវា ឬឱសថណាមួយ។

ការបណ្តុះបណ្តាលសមត្ថភាពផ្នែកវប្បធម៌៖ ការបណ្តុះបណ្តាលដែលផ្តល់ការណែនាំបន្ថែមសម្រាប់អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពរបស់យើងដែលជួយពួកគេឱ្យយល់កាន់តែច្បាស់អំពីប្រវត្តិ គុណតម្លៃ និងជំនឿរបស់អ្នក ដើម្បីសម្រួលសេវាឱ្យបំពេញតាមតម្រូវការសង្គម វប្បធម៌ និងភាសារបស់អ្នក។



ក្រសួងសេវាថែទាំសុខភាព (DHCS)៖ ក្រសួងនៃរដ្ឋនៅរដ្ឋ California ដែលគ្រប់គ្រងកម្មវិធី Medicaid (ត្រូវបានគេស្គាល់ថាជា Medi-Cal)។

ក្រសួងថែទាំសុខភាពក្រោមការគ្រប់គ្រង (DMHC)៖ ក្រសួងរដ្ឋ California ជាអ្នកទទួលខុសត្រូវចំពោះការដាក់បញ្ញត្តិគម្រោងថែទាំសុខភាពភាគច្រើន។ DMHC ជួយមនុស្សដែលមានបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ និងបណ្តឹងតវ៉ាអំពីសេវា Medi-Cal។ DMHC ក៏ធ្វើការត្រួតពិនិត្យផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រឯករាជ្យ (IMR) ផងដែរ។

ក្រុមការងារថែទាំសុខភាពអន្តរជំនាញ (ICT ឬ ក្រុមការងារថែទាំសុខភាព)៖ ជាក្រុមការងារថែទាំសុខភាព អាចនឹងរួមបញ្ចូលវេជ្ជបណ្ឌិត គិលានុបដ្ឋាយិកា អ្នកប្រឹក្សា ឬអ្នកវិជ្ជាជីវៈផ្នែកសុខភាពផ្សេងទៀត ដែលនៅទីនោះដើម្បីជួយអ្នកឱ្យទទួលបានការថែទាំដែលអ្នកត្រូវការ។ ក្រុមការងារថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក ក៏នឹងជួយអ្នកធ្វើគម្រោងថែទាំមួយដែរ។

ការលុបឈ្មោះ៖ ដំណើរការនៃការបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់អ្នកនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើង។ ការដកឈ្មោះ អាចនឹងជាការស្ម័គ្រចិត្ត (តាមចិត្តរបស់អ្នក) ឬដោយឥតស្ម័គ្រចិត្ត (មិនតាមចិត្តរបស់អ្នក)។

ការវាយតម្លៃហានិភ័យអំពីសុខភាព (HRA)៖ ជាការពិនិត្យមើលឡើងវិញនូវប្រវត្តិវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នក និងស្ថានភាពបច្ចុប្បន្ន។ វាត្រូវបានប្រើប្រាស់ក្នុងការស្វែងយល់អំពីសុខភាព និងរបៀបដែលវាអាចផ្លាស់ប្តូរនាពេលអនាគត។

ការត្រួតពិនិត្យផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រឯករាជ្យ (IMR)៖ បើយើងបដិសេធសំណើរបស់អ្នកសម្រាប់សេវា ឬការព្យាបាលផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ អ្នកអាចដាក់បណ្តឹងតវ៉ាបាន។ ប្រសិនបើអ្នកមិនយល់ស្របនឹងសេចក្តីសម្រេចរបស់យើង ហើយបញ្ជាក់របស់អ្នកអំពីសេវា Medi-Cal រួមទាំងការផ្គត់ផ្គង់ និងឱសថរបស់ DME អ្នកអាចស្នើសុំក្រសួងថែទាំសុខភាពក្រោមការគ្រប់គ្រងរបស់រដ្ឋ California (DMHC) សម្រាប់ IMR។ IMR គឺជាការពិនិត្យឡើងវិញនូវសំណុំរឿងរបស់អ្នកដោយអ្នកជំនាញដែលមិនមែនជាផ្នែកនៃគម្រោងរបស់យើង។ ប្រសិនបើការសម្រេចចិត្តរបស់ IMR គឺជាការពេញចិត្តរបស់អ្នក យើងត្រូវតែផ្តល់សេវា ឬការព្យាបាលដែលអ្នកបានស្នើសុំទៅដល់អ្នក។ អ្នកមិនបង់ថ្លៃសម្រាប់វិធី IMR ទេ។

ការថែទាំក្នុងត្រាអាសន្ន៖ ជាសេវាដែលធានារ៉ាប់រងដែលត្រូវបានផ្តល់ឱ្យដោយអ្នកផ្តល់ម្នាក់ដែលបានហ្វឹកហ្វឺន ដើម្បីផ្តល់សេវាជាអាសន្ន និងដែលត្រូវការដើម្បីព្យាបាលសុខភាព ឬឥរិយាបថសុខភាពជាអាសន្ន។

ការបញ្ជូនបន្ត៖ ការបញ្ជូនព្យាបាលបន្តគឺជាអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំបឋមរបស់អ្នក (PCP) ឬការយល់ព្រមរបស់យើងក្នុងការប្រើអ្នកផ្តល់សេវាផ្សេងទៀតក្រៅពី PCP របស់អ្នក។ ប្រសិនបើអ្នកមិនទទួលបានការយល់ព្រម



ជាមុនទេ យើងអាចមិនធានារ៉ាប់រងលើសេវានោះទេ។ អ្នកមិនត្រូវការការបញ្ជូនព្យាបាលបន្តដើម្បីប្រើអ្នកឯកទេសជាក់លាក់ដូចជាអ្នកឯកទេសសុខភាពស្ត្រីនោះទេ។ អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានបន្ថែមអំពីការបញ្ជូនបន្តនៅក្នុងជំពូកទី 3 និងទី 4 នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះ។

ការចេញវិក្កយបត្រមិនត្រឹមត្រូវ/មិនសមរម្យ៖ ស្ថានភាពនៅពេលដែលអ្នកផ្តល់សេវា (ដូចជាវេជ្ជបណ្ឌិត ឬមន្ទីរពេទ្យ) ចេញវិក្កយបត្រឱ្យអ្នកលើសពីចំនួនទឹកប្រាក់នៃសេវាដែលមានចំណែកនៃថ្លៃចូលរួមការចំណាយរបស់យើង។ ទូរសព្ទទៅកាន់ផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជនប្រសិនបើអ្នកទទួលបានវិក្កយបត្រណាមួយដែលអ្នកមិនយល់។

ក្នុងនាមជាសមាជិកគម្រោង អ្នកបង់ប្រាក់តែចំនួននៃចំណែកនៃថ្លៃចូលរួមការចំណាយនៃគម្រោងរបស់យើង នៅពេលដែលអ្នកទទួលបានសេវា ដែលយើងបានធានារ៉ាប់រង។ យើងមិនអនុញ្ញាតឱ្យអ្នកផ្តល់សេវាចេញវិក្កយបត្រឱ្យអ្នកលើសពីចំនួននេះទេ។

ការអនុញ្ញាតជាមុន (PA)៖ ការយល់ព្រមដែលអ្នកត្រូវតែទទួលបានពីយើងខ្ញុំ មុនពេលអ្នកអាចទទួលបានសេវា ឬឱសថជាក់លាក់ណាមួយ ឬប្រើអ្នកផ្តល់សេវាក្រៅបណ្តាញ។ គម្រោងរបស់យើងអាចមិនធានារ៉ាប់រងសេវា ឬឱសថ ប្រសិនបើអ្នកមិនទទួលបានការយល់ព្រមជាមុនទេ។

គម្រោងរបស់យើងធានារ៉ាប់រងលើសេវាវេជ្ជសាស្ត្រក្នុងបណ្តាញមួយចំនួន លុះត្រាតែវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក ឬអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញផ្សេងទៀតទទួលបាន PA ពីយើងខ្ញុំ។

- សេវាដែលរ៉ាប់រងដែលត្រូវការ PA នៃគម្រោងរបស់យើងត្រូវបានសម្គាល់នៅក្នុង **ជំពូកទី 4** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះ។

គម្រោងរបស់យើងធានារ៉ាប់រងលើឱសថមួយចំនួន លុះត្រាតែអ្នកទទួលបាន PA ពីយើងខ្ញុំ។

- ឱសថដែលមានការធានារ៉ាប់រងដែលត្រូវការ PA នៃគម្រោងរបស់យើងត្រូវបានសម្គាល់ក្នុងបញ្ជីឱសថដែលមានការធានារ៉ាប់រង ហើយច្បាប់ត្រូវបានបង្ហាញនៅលើគេហទំព័ររបស់យើង។

ការគ្រប់គ្រងការព្យាបាលដោយឱសថ (MTM)៖ កម្មវិធី Medicare ផ្នែក D សម្រាប់តម្រូវការសុខភាពស្មុគស្មាញដែលផ្តល់ជូនដល់អ្នកដែលបំពេញតាមតម្រូវការជាក់លាក់ ឬស្ថិតនៅក្នុងកម្មវិធីគ្រប់គ្រងឱសថ។ ជាធម្មតា សេវា MTM រួមបញ្ចូលការពិភាក្សាជាមួយឱសថការី ឬអ្នកផ្តល់ការថែទាំសុខភាព ដើម្បីពិនិត្យមើលឱសថ។ សូមមើល**ជំពូកទី 5** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក* នេះ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។



ការថែទាំក្នុងមន្ទីរថែទាំជំនាញ (SNF)៖ ការថែទាំដោយគិលានុបដ្ឋាយិកា និងសេវាស្តារនីតិសម្បទាជំនាញ បានផ្តល់ជាបន្ត ប្រចាំថ្ងៃ នៅក្នុងមន្ទីរថែទាំជំនាញ។ ឧទាហរណ៍ការថែទាំនៃមន្ទីរថែទាំជំនាញ រួមមានការ ព្យាបាលដោយចលនា ឬការចាក់ថ្នាំតាមសរសៃ (IV) ដែលគិលានុបដ្ឋាយិកាមានអាជ្ញាបណ្ណ ឬវេជ្ជបណ្ឌិត អាចផ្តល់ឱ្យ។

គម្រោងនៃតម្រូវការពិសេសដែលមានសិទ្ធិទទួលបានកម្មវិធីពីរ (D-SNP)៖ គម្រោងសុខភាពដែល បម្រើដល់បុគ្គលដែលមានសិទ្ធិទទួលបានទាំង Medicare និង Medicaid។ គម្រោងរបស់យើងគឺជា D-SNP។

គម្រោងសុខភាព៖ គឺជាអង្គការដែលបង្កើតឡើងដោយវេជ្ជបណ្ឌិត មន្ទីរពេទ្យ ឱសថស្ថាន អ្នកផ្តល់សេវារយៈ ពេលវែង និងអ្នកផ្តល់ផ្សេងៗទៀត។ អង្គភាពនេះក៏មានអ្នកសម្របសម្រួល ដើម្បីជួយអ្នកគ្រប់គ្រងសេវា និងអ្នក ផ្តល់សេវា និងជំនួយទាំងអស់របស់អ្នក។ ពួកគេទាំងអស់គ្នាធ្វើការជាមួយគ្នាដើម្បីផ្តល់ការថែទាំដែលអ្នកត្រូវការ។

គម្រោង D-SNP ដែលរួមបញ្ចូលគ្នា៖ គម្រោងតម្រូវការពិសេសដែលមានសិទ្ធិទទួលបានពីរដែលធានា រ៉ាប់រងលើ Medicare និងសេវា Medicaid ភាគច្រើន ឬទាំងអស់នៅក្រោមគម្រោងថែទាំសុខភាពតែមួយ សម្រាប់ក្រុមបុគ្គលជាក់លាក់ដែលមានសិទ្ធិទទួលបានទាំង Medicare និង Medicaid។ បុគ្គលទាំងនេះ ត្រូវបាន គេស្គាល់ថា ជាបុគ្គលដែលមានសិទ្ធិទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ទ្វេដងពេញលេញ។

គម្រោង Medi-Cal៖ ជាគម្រោងដែលធានារ៉ាប់រងតែអត្ថប្រយោជន៍ Medi-Cal ដូចជាសេវា និងជំនួយគាំទ្រ រយៈពេលវែង បរិក្ខារពេទ្យ និងមធ្យោបាយធ្វើដំណើរ។ អត្ថប្រយោជន៍ Medicare គឺដោយឡែកពីគ្នា។

គម្រោងថែទាំជាលក្ខណៈបុគ្គល (Individualized Care Plan, ICP ឬ គម្រោងថែទាំ)៖ គម្រោង សម្រាប់សេវាណាមួយដែលអ្នកនឹងទទួលបាន ហើយនឹងរៀបចំដែលអ្នកនឹងទទួលបានសេវាទាំងនោះ។ គម្រោង របស់អ្នកអាចនឹងបញ្ចូលនូវសេវាវេជ្ជសាស្ត្រ សេវាសុខភាពផ្លូវចិត្ត និងសេវា និងការជួយទ្រទ្រង់រយៈពេលវែង។

គម្រោង Medi-Medi Plan៖ គម្រោង Medi-Medi Plan គឺជាប្រភេទនៃគម្រោង Medicare Advantage មួយប្រភេទ។ គម្រោងនេះ គឺសម្រាប់អ្នកដែលមានទាំង Medicare និង Medi-Cal ហើយរួមបញ្ចូលអត្ថ ប្រយោជន៍ Medicare និង Medi-Cal រួមគ្នាទៅក្នុងគម្រោងតែមួយ។ គម្រោង Medi-Medi Plan សម្របសម្រួល រាល់អត្ថប្រយោជន៍ និងសេវាកម្មទាំងអស់នៅទូទាំងកម្មវិធីទាំងពីរ រួមទាំងសេវាកម្មដែលមានការធានារ៉ាប់រង ដោយ Medicare និង Medi-Cal ទាំងអស់។

គម្រោងថែទាំសុខភាព៖ សូមមើល “គម្រោងថែទាំសុខភាពលក្ខណៈបុគ្គល”។



ចំណែកនៃថ្លៃចូលរួមការចំណាយ៖ ចំណែកនៃថ្លៃចំណាយលើការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នកដែលអ្នកអាចនឹងត្រូវបង់រាល់ខែ មុននឹងអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នកមានប្រសិទ្ធភាព។ ចំនួនទឹកប្រាក់នៃចំណែកនៃថ្លៃចូលរួមការចំណាយរបស់អ្នក គឺមានភាពខុសៗគ្នា ដោយអាស្រ័យទៅលើប្រាក់ចំណូល និងធនធានរបស់អ្នក។

ចំណែកនៃថ្លៃចូលរួមការចំណាយ៖ ចំនួនទឹកប្រាក់ដែលអ្នកត្រូវបង់ នៅពេលដែលអ្នកទទួលបានសេវា ឬឱសថមួយចំនួន។ ចំណែកនៃថ្លៃចូលរួមការចំណាយរួមមានការបង់ប្រាក់រួម។

ថ្លៃចំណាយចេញពីហោប៉ៅផ្ទាល់ខ្លួន៖ តម្រូវការនៃការថែទាំដែលថ្លៃចំណាយសម្រាប់សមាជិកដើម្បីបង់ផ្នែកនៃថ្លៃសេវា ឬឱសថដែលពួកគេទទួលបានហើយក៏ហៅថា តម្រូវការនៃថ្លៃចំណាយ “ចេញពីហោប៉ៅផ្ទាល់ខ្លួន”។ សូមមើលនិយមន័យសម្រាប់ “ចំណែកនៃថ្លៃចូលរួមការចំណាយ” ខាងលើ។

ចំនួនកំណត់មាបរណៈ៖ ជាចំនួនកំណត់ចំនួននៃឱសថដែលអ្នកអាចមាន។ យើងអាចកំណត់ចំនួនឱសថដែលយើងធានារ៉ាប់រងក្នុងមួយវេជ្ជបញ្ជា។

ចៅក្រមផ្នែកច្បាប់រដ្ឋបាល៖ ចៅក្រមច្បាប់រដ្ឋបាល (ALJ) គឺជាចៅក្រមដែលស្តាប់ និងសម្រេចលើសំណុំរឿងដែលពាក់ព័ន្ធនឹងទីភ្នាក់ងាររដ្ឋាភិបាល។ ចៅក្រមដែលពិនិត្យឡើងវិញនូវបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិតទី 3។

ដំណាក់កាលនៃការធានារ៉ាប់រងលើកដំបូង៖ ដំណាក់កាលមុនពេលការចំណាយសរុបលើឱសថ Medicare ផ្នែក D របស់អ្នកឈានដល់ \$2,100។ នេះរួមបញ្ចូលទាំងចំនួនទឹកប្រាក់ដែលអ្នកបានបង់ អ្វីដែលគម្រោងរបស់យើងបានបង់តាំងនាមឱ្យអ្នក និងប្រាក់ឧបត្ថម្ភដល់អ្នកដែលមានប្រាក់ចំណូលទាប។ អ្នកចាប់ផ្តើមក្នុងដំណាក់កាលនេះ នៅពេលដែលអ្នកបើកឱសថមានវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកលើកដំបូងនៃឆ្នាំ។ នៅក្នុងដំណាក់កាលនេះ យើងបង់ផ្នែកនៃថ្លៃចំណាយលើឱសថរបស់អ្នក ហើយអ្នកបង់ចំណែករបស់អ្នក។

ដំណាក់កាលធានារ៉ាប់រងគ្រោះមហន្តរាយ៖ ដំណាក់កាលនៅក្នុងអត្ថប្រយោជន៍ឱសថ Medicare ផ្នែក D ដែលគម្រោងរបស់យើងបង់ថ្លៃចំណាយទាំងអស់លើ ឱសថផ្នែក D របស់អ្នករហូតដល់ដំណាច់ឆ្នាំ។ អ្នកចាប់ផ្តើមដំណាក់កាលនេះនៅពេលដែលអ្នក (ឬភាគីដែលមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ផ្សេងទៀតតាំងនាមឱ្យអ្នក) បានចំណាយ \$2,100 សម្រាប់ឱសថដែលមានធានារ៉ាប់រងពីផ្នែក D ក្នុងអំឡុងមួយឆ្នាំ។ អ្នកមិនចាំបាច់បង់ប្រាក់។



តំបន់ផ្តល់សេវា៖ ជាតំបន់ភូមិសាស្ត្រដែលគម្រោងសុខភាព ព្រមទទួលយកសមាជិក ប្រសិនបើវាកំណត់សមាជិកភាពដោយផ្អែកលើកន្លែងដែលមនុស្សរស់នៅ។ សម្រាប់គម្រោងដែលកំណត់វេជ្ជបណ្ឌិត និងមន្ទីរពេទ្យណាមួយដែលអ្នកអាចនឹងប្រើ ជាទូទៅវាក៏ជាតំបន់ដែលអ្នកអាចទទួលសេវាជាប្រចាំ (មិនមែនក្នុងគ្រាអាសន្នទេ)។ មានតែមនុស្សដែលរស់នៅក្នុងតំបន់ផ្តល់សេវារបស់យើងប៉ុណ្ណោះដែលអាចចុះឈ្មោះចូលរួមជាមួយនឹងគម្រោងរបស់យើង។

នេះ គឺឧទាហរណ៍៖ ឧបមាថា ការបង់ប្រាក់រួមសម្រាប់ឱសថរបស់អ្នកសម្រាប់ការផ្គត់ផ្គង់ពេញមួយខែ (ការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេល 30 ថ្ងៃ) គឺ \$1.35។ នេះមានន័យថា ចំនួនទឹកប្រាក់ដែលអ្នកត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថរបស់អ្នក គឺតិចជាង \$0.05 ក្នុងមួយថ្ងៃ។ ប្រសិនបើអ្នកទទួលបានការផ្គត់ផ្គង់ឱសថរយៈពេល 7 ថ្ងៃ ការទូទាត់ប្រាក់របស់អ្នក គឺតិចជាងតម្លៃ \$0.05 ក្នុងមួយថ្ងៃ ដោយគុណនឹង 7 ថ្ងៃ សម្រាប់ការទូទាត់ប្រាក់សរុបតិចជាង \$0.35។

បរិក្ខារវេជ្ជសាស្ត្រជាប់បានយូរ (DME)៖ របស់របរជាក់លាក់មួយដែលវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកបញ្ជាឱ្យប្រើនៅក្នុងផ្ទះរបស់អ្នកផ្ទាល់។ ឧទាហរណ៍នៃរបស់របរទាំងនេះគឺជារទេះរុញ ឈើច្រត់ ប្រព័ន្ធពូកដើរដោយថាមពល ការផ្គត់ផ្គង់ឱសថដ៏ទឹកនោមផ្អែម គ្រែពេទ្យដែលបញ្ជាទិញដោយអ្នកផ្តល់សេវាឱ្យប្រើប្រាស់ក្នុងផ្ទះ ឧបករណ៍ចាក់ស្បែក IV ឧបករណ៍បង្កើតការនិយាយ ឧបករណ៍ផ្តល់អុកស៊ីសែន និងការផ្គត់ផ្គង់អុកស៊ីសែន ម៉ាស៊ីនឆ្កួងផ្លូវដង្ហើម និងឧបករណ៍ជំនួយការដើរ។

បណ្តឹងសាទុក្ខ៖ បណ្តឹងតវ៉ាដែលអ្នកប្តឹងអំពីយើងខ្ញុំ ឬអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ ឬឱសថស្ថានណាមួយរបស់យើង។ នេះរួមបញ្ចូលទាំងពាក្យបណ្តឹងអំពីគុណភាពនៃការថែទាំរបស់អ្នក ឬគុណភាពនៃសេវាដែលផ្តល់ដោយគម្រោងសុខភាពរបស់អ្នក។

បញ្ជីឱសថដែលមានការធានារ៉ាប់រង (បញ្ជីឱសថ)៖ បញ្ជីឱសថមានវេជ្ជបញ្ជា និងឱសថមិនតម្រូវឱ្យមានវេជ្ជបញ្ជា (OTC) ដែលយើងធានារ៉ាប់រង។ យើងជ្រើសរើសឱសថដែលមាននៅក្នុងបញ្ជីនេះ ដោយមានជំនួយពីវេជ្ជបណ្ឌិត និងឱសថការី។ បញ្ជីឱសថប្រាប់អ្នកឲ្យដឹង បើមានវិន័យអ្វីដែលអ្នកត្រូវធ្វើតាម ដើម្បីទទួលបានឱសថរបស់អ្នក។ បញ្ជីឱសថនោះជូនកាលហៅថា “បញ្ជីឈ្មោះឱសថ”។



ប្រាក់ឧបត្ថម្ភអ្នកមានប្រាក់ចំណូលតិច (LIS)៖ សូមមើល “Extra Help”

ផ្នែក A៖ សូមមើល “Medicare ផ្នែក A”។

ផ្នែក B៖ សូមមើល “Medicare ផ្នែក B”។

ផ្នែក C៖ សូមមើល “Medicare ផ្នែក C”។

ផ្នែក D៖ សូមមើល “Medicare ផ្នែក D”។

ឱសថផ្នែក D៖ សូមមើល “ឱសថ Medicare ផ្នែក D”។

បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍៖ របៀបដែលអ្នកជំទាស់នឹងសកម្មភាពរបស់យើង ប្រសិនបើអ្នកគិតថា យើងបានធ្វើឱ្យមានកំហុស។ អ្នកអាចស្នើឱ្យយើងផ្លាស់ប្តូរសេចក្តីសម្រេច ដោយបណ្តឹងតវ៉ា។ **ជំពូកទី 9 នៃ សៀវភៅណែនាំសមាជិក** នេះពន្យល់អំពីបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ រួមទាំងរបៀបដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍។

បណ្តឹងតវ៉ា៖ ជាសេចក្តីថ្លែងការណ៍ជាលាយលក្ខណ៍អក្សរដោយរៀបរាប់ថា អ្នកមានបញ្ហា ឬមានកង្វល់អំពីសេវា ឬការថែទាំដែលមានធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នក។ នេះរួមបញ្ចូលការព្រួយបារម្ភណាមួយអំពីគុណភាពនៃសេវាគុណភាពនៃការថែទាំរបស់អ្នក អ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញរបស់យើង ឬឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញរបស់យើង។ ឈ្មោះផ្លូវការសម្រាប់ “ការដាក់បណ្តឹងតវ៉ា” គឺជា “ការដាក់បណ្តឹងសាទុក្ខ”។

ព័ត៌មានសុខភាពផ្ទាល់ខ្លួន (ក៏ហៅថា ព័ត៌មានសុខភាពដែលបានការពារ) (PHI)៖ ព័ត៌មានអំពីអ្នកនិងសុខភាពរបស់អ្នក ដូចជាឈ្មោះ អាសយដ្ឋាន លេខសន្តិសុខសង្គម ការទៅជួបគ្រូពេទ្យ និងប្រវត្តិវេជ្ជសាស្ត្រ។ សូមមើលសេចក្តីជូនដំណឹងអំពីការអនុវត្តកម្មវិធីសុខភាពរបស់យើងសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីរបៀបដែលយើងការពារ ប្រើប្រាស់ និងបង្ហាញ PHI របស់អ្នក ក៏ដូចជាសិទ្ធិរបស់អ្នកដែលទាក់ទងនឹង PHI របស់អ្នក។

ភាពអាសន្ន៖ ភាពអាសន្នផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រនៅពេលដែលអ្នក ឬអ្នកផ្សេងទៀតដែលមានចំណេះដឹងមធ្យមអំពីសុខភាព និងឱសថ ជឿថាអ្នកមានរោគសញ្ញាវេជ្ជសាស្ត្រដែលត្រូវការការយកចិត្តទុកដាក់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រភ្លាមៗ ដើម្បីបង្ការការស្លាប់ ការបាត់បង់ផ្នែករាងកាយ ឬការបាត់បង់ ឬការចុះខ្សោយមុខងារនៃរាងកាយធ្ងន់ធ្ងរ (ហើយប្រសិនបើអ្នកជាស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ នោះនឹងប្រឈមការបាត់បង់កូនដែលមិនទាន់កើត)។ រោគសញ្ញាវេជ្ជសាស្ត្រអាចជាជំងឺ របួស ការឈឺចាប់ធ្ងន់ធ្ងរ ឬស្ថានភាពវេជ្ជសាស្ត្រដែលកាន់តែអាក្រក់ទៅៗ។



ផលិតផលជីវសាស្ត្រស្រដៀងគ្នាដែលអាចផ្លាស់ប្តូរបាន៖ ផលិតផលជីវសាស្ត្រស្រដៀងគ្នាដែលអាចត្រូវបានជំនួសនៅឱសថស្ថានដោយមិនចាំបាច់មានវេជ្ជបញ្ជាថ្មី ព្រោះវាបំពេញតាមតម្រូវការបន្ថែមទាក់ទងនឹងលទ្ធភាពក្នុងការជំនួសដោយស្វ័យប្រវត្តិ។ ការជំនួសដោយស្វ័យប្រវត្តិនៅឱសថស្ថាន គឺស្ថិតនៅក្រោមច្បាប់របស់រដ្ឋ។

ផលិតផលជីវសាស្ត្រ៖ ឱសថដែលត្រូវបានផលិតពីសរីរាង្គធម្មជាតិ និងមានជីវិតដូចជាកោសិកាសត្វ កោសិកា រុក្ខជាតិ បាក់តេរី ឬផ្សិត។ ផលិតផលជីវសាស្ត្រមានភាពស្មុគស្មាញជាងឱសថដទៃទៀត ហើយមិនអាចចម្លងឱ្យដូចទេ ដូច្នេះផលិតផលក្នុងទម្រង់ផ្សេងទៀតត្រូវបានហៅថា ផលិតផលជីវសាស្ត្រស្រដៀងគ្នា។ (សូមមើលផងដែរ “ផលិតផលជីវសាស្ត្រដើម” និង “ផលិតផលជីវសាស្ត្រស្រដៀងគ្នា”)។

ផលិតផលជីវសាស្ត្រស្រដៀងគ្នា៖ ឱសថជីវសាស្ត្រដែលស្រដៀងគ្នាខ្លាំង ប៉ុន្តែមិនដូចគ្នាទៅនឹងផលិតផលជីវសាស្ត្រដើមនោះទេ។ ផលិតផលជីវសាស្ត្រស្រដៀងគ្នាមានសុវត្ថិភាព និងមានប្រសិទ្ធភាពដូចនឹងផលិតផលជីវសាស្ត្រដើមដែរ។ ផលិតផលជីវសាស្ត្រស្រដៀងគ្នាមួយចំនួនអាចត្រូវបានជំនួសសម្រាប់ផលិតផលជីវសាស្ត្រដើមនៅឱសថស្ថានដោយមិនចាំបាច់មានវេជ្ជបញ្ជាថ្មីនោះឡើយ។ (ចូលទៅកាន់ “ផលិតផលជីវសាស្ត្រស្រដៀងគ្នាដែលអាចផ្លាស់ប្តូរបាន”)។

ផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជន៖ ជាផ្នែកមួយនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើង ទទួលខុសត្រូវសម្រាប់ការឆ្លើយសំណួររបស់អ្នកអំពីសមាជិកភាពរបស់អ្នក អត្ថប្រយោជន៍ បណ្តឹងសាទុក្ខ បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍។ សូមសំអាងទៅលើ **ជំពូកទី 2 នៃ សៀវភៅណែនាំសមាជិក** នេះសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីសេវាបម្រើអតិថិជន។

ផលិតផលជីវសាស្ត្រដើម៖ ផលិតផលជីវសាស្ត្រដែលត្រូវបានយល់ព្រមដោយ FDA និងបម្រើជាការប្រៀបធៀបសម្រាប់ឧស្សាហករណ៍ដែលបង្កើតកំណែផលិតផលជីវសាស្ត្រស្រដៀងគ្នា។ វាក៏ត្រូវបានគេហៅផងដែរថាជាផលិតផលយោង។

ភាពចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ៖ នេះពិពណ៌នាអំពីសេវា ការផ្គត់ផ្គង់ ឬឱសថដែលអ្នកត្រូវការ ដើម្បីបង្ការ ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ ឬព្យាបាលតាមស្ថានវេជ្ជសាស្ត្រ ឬដើម្បីរក្សាស្ថានភាពនៃសុខភាពបច្ចុប្បន្នរបស់អ្នក។ ផ្នែកនេះរួមមានការថែទាំសុខភាពដែលជួយឱ្យអ្នកមិនចាំបាច់ទៅសម្រាកព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យ ឬមជ្ឈមណ្ឌលថែទាំសុខភាពនោះទេ។ វាក៏មានន័យផងដែរថា សេវា សម្ភារៈផ្គត់ផ្គង់ ឬឱសថ គឺស្របតាមស្តង់ដារ ដែលបានទទួលយកក្នុងការអនុវត្តផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ។

មជ្ឈមណ្ឌលសម្រាប់សេវា Medicare និង Medicaid (CMS)៖ ជាទីភ្នាក់ងាររបស់សហព័ន្ធទទួលបន្ទុកខាង Medicare។ **ជំពូកទី 2 នៃ សៀវភៅណែនាំសមាជិក** នេះពន្យល់អំពីរបៀបទាក់ទងទៅកាន់ CMS។



មជ្ឈមណ្ឌលថែទាំ ឬមន្ទីរថែទាំ៖ ជាកន្លែងដែលផ្តល់ការថែទាំដល់មនុស្សដែលមិនអាចទទួលបានការថែទាំនៅផ្ទះ ប៉ុន្តែមិនចាំបាច់នៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យទេ។

មន្ត្រីបណ្តឹងសាធារណៈ៖ ការិយាល័យនៅក្នុងរដ្ឋរបស់អ្នកដែលធ្វើការក្នុងនាមជាអ្នកគាំទ្រយោបល់តាំងនាមឱ្យអ្នក។ ពួកគេអាចឆ្លើយសំណួរ ប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហា ឬពាក្យបណ្តឹងតវ៉ា ហើយអាចជួយអ្នកឱ្យយល់ពីអ្វីដែលត្រូវធ្វើ។ សេវារបស់ ombudsman គឺឥតគិតថ្លៃឡើយ។ អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានបន្ថែមនៅក្នុង **ជំពូកទី 2 និង ទី 9**នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះ។

មន្ទីរពេទ្យថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយ៖ កម្មវិធីថែទាំ និងការគាំទ្រដើម្បីជួយមនុស្សដែលមានការព្យាករណ៍ជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយឱ្យរស់នៅប្រកបដោយជាសុភាព។ ការព្យាករណ៍ជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយមានន័យថា បុគ្គលម្នាក់ត្រូវបានបញ្ជាក់ពីផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រថាជាជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយ ដែលមានន័យថាការរំពឹងវាស់បានរយៈពេល 6 ខែ ឬតិចជាងនេះ។

- អ្នកចុះឈ្មោះដែលមានការព្យាករណ៍ដំណាក់កាលចុងក្រោយមានសិទ្ធិជ្រើសរើសមន្ទីរពេទ្យថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយ។
- ក្រុមការងារមានវិជ្ជាជីវៈ និងអ្នកថែទាំដែលបានបណ្តុះបណ្តាលច្បាស់លាស់ផ្តល់ការថែទាំបុគ្គលនោះដោយពេញលេញ រួមទាំងតម្រូវការផ្លូវកាយ ផ្លូវចិត្ត សង្គម និងស្មារតី។
- យើងត្រូវបានតម្រូវឱ្យផ្តល់ជូនអ្នកនូវបញ្ជីអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងមន្ទីរពេទ្យថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយនៅក្នុងតំបន់ភូមិសាស្ត្ររបស់អ្នក។

មន្ទីរថែទាំជំនាញ (SNF)៖ ជាមន្ទីរថែទាំដែលមានបុគ្គលិក និងបរិក្ខារដើម្បីផ្តល់ការថែទាំជំនាញ ហើយនៅក្នុងករណីភាគច្រើន ក៏ផ្តល់សេវាស្តារនីតិសម្បទាជំនាញ និងសេវាផ្សេងទៀតដែលទាក់ទងនឹងសុខភាព។

មជ្ឈមណ្ឌលវះកាត់ដោយមិនបាច់សម្រាកក្នុងមន្ទីរពេទ្យ៖ ជាទីកន្លែងផ្តល់ការវះកាត់ដល់អ្នកជំងឺឥតដេកពេទ្យដែលមិនត្រូវការថែទាំពីមន្ទីរពេទ្យ ហើយជាអ្នកជំងឺរំពឹងថា មិនត្រូវការការថែទាំយូរជាង 24 ម៉ោង។

មន្ទីរស្តារនីតិសម្បទាពេញលេញសម្រាប់អ្នកជំងឺឥតដេកពេទ្យ (CORF)៖ ជាមន្ទីរដែលផ្តល់សេវាស្តារនីតិសម្បទាជាចម្បង បន្ទាប់ពីពេលមានជំងឺ គ្រោះថ្នាក់ ឬការវះកាត់ទ្រង់ទ្រាយធំ។ វាផ្តល់សេវាជាច្រើនរួមមានការព្យាបាលដោយចលនា សេវាសង្គមកិច្ច ឬសេវាផ្លូវចិត្ត ការព្យាបាលប្រព័ន្ធដកដង្ហើម ការព្យាបាលដោយសកម្មភាពប្រចាំថ្ងៃ ការព្យាបាលការនិយាយ និងសេវាវាយតម្លៃបរិស្ថានផ្ទះ។



សុខភាពផ្លូវចិត្ត៖ សំដៅទៅលើសុខុមាលភាពអារម្មណ៍ ផ្លូវចិត្ត និងសង្គមរបស់យើង។ ក្នុងពាក្យសាមញ្ញ៖ វាគឺជាអំពើរៀបចំដែលយើងគិត មានអារម្មណ៍ និងប្រាស្រ័យទាក់ទងជាមួយអ្នកដទៃ។ វាជាវាក្យសព្ទរួមបញ្ចូលទាំងស្រុងដែលសំដៅទៅលើសេវាសុខភាពផ្លូវចិត្ត និងវិបត្តិនៃការប្រើប្រាស់សារធាតុញៀន។

សេចក្តីសម្រេចពីអង្គការ៖ គម្រោងរបស់យើងធ្វើសេចក្តីសម្រេចដល់អង្គការនៅពេលដែលយើង ឬអ្នកផ្តល់សេវារបស់យើងសម្រេចចិត្តថា តើសេវាត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដែរឬអត់ ឬថាតើអ្នកបង់ថ្លៃប៉ុន្មានសម្រាប់សេវាដែលបានធានារ៉ាប់រង។ សេចក្តីសម្រេចរបស់អង្គការគឺហៅថា “សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង”។ **ជំពូកទី 9 នៃ សៀវភៅណែនាំសមាជិក** នេះពន្យល់ពីសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង។

សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង៖ សេចក្តីសម្រេចអំពីអត្ថប្រយោជន៍ដែលយើងធានារ៉ាប់រង។ នេះរួមបញ្ចូលសេចក្តីសម្រេចអំពីឱសថ និងសេវាដែលមានធានារ៉ាប់រង ឬចំនួនទឹកប្រាក់ដែលយើងបង់សម្រាប់សេវាសុខភាពរបស់អ្នក។ **ជំពូកទី 9 នៃ សៀវភៅណែនាំសមាជិក** នេះពន្យល់អំពីរបៀបស្នើសុំសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងពីយើងខ្ញុំ។

សេវាសម្រាប់មនុស្សពេញវ័យតាមសហគមន៍ (CBAS)៖ អ្នកជំងឺឥតដេកពេទ្យ កម្មវិធីសេវាតាមមជ្ឈមណ្ឌលដែលផ្តល់ការថែទាំដោយគិលានុបដ្ឋាយិកាជំនាញ សេវាសង្គមកិច្ច ការព្យាបាលដោយសកម្មភាពប្រចាំថ្ងៃ និងការព្យាបាលការនិយាយស្តី ការថែទាំដោយខ្លួនឯង ការហ្វឹកហ្វឺន និងគាំទ្រគ្រួសារ/អ្នកថែទាំ សេវាអាហារូបត្ថម្ភ មធ្យោបាយធ្វើដំណើរ និងសេវាផ្សេងៗទៀតសម្រាប់សមាជិកមានសិទ្ធិទទួលបានដែលបំពេញតាមលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យលើសិទ្ធិទទួលបានជាធរមាន។

សេវាដែលមានធានារ៉ាប់រង៖ ពាក្យទូទៅដែលយើងប្រើដែលសំដៅទៅលើការថែទាំសុខភាព សេវា និងការគាំទ្រយូរអង្វែង សម្ភារៈផ្គត់ផ្គង់ ឱសថមានវេជ្ជបញ្ជា និងឱសថគ្មានវេជ្ជបញ្ជា បរិក្ខារពេទ្យ និងសេវាផ្សេងទៀតដែលរ៉ាប់រងដោយគម្រោងរបស់យើង។



សេវាជំនួយតាមផ្ទះ (IHSS)៖ កម្មវិធី IHSS Program នឹងជួយបង់ថ្លៃអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំ ដែលបានចុះឈ្មោះសម្រាប់សេវាដែលផ្តល់ជូនអ្នក ដើម្បីឱ្យអ្នកអាចស្នាក់នៅប្រកបដោយសុវត្ថិភាពនៅក្នុងផ្ទះរបស់អ្នក។ IHSS គឺជាតំណាងទុកថាជាការថែទាំមួយបែបផ្សេងនៃការថែទាំនៅក្រៅផ្ទះ ដូចជាមជ្ឈមណ្ឌលថែទាំ ឬមន្ទីរថែទាំ និងផ្តល់ជូនអាហារ។ ដើម្បីទទួលបានសេវា ការវាយតម្លៃត្រូវបានធ្វើឡើងដើម្បីកំណត់ថា តើសេវាប្រភេទណាដែលអាចត្រូវបានអនុញ្ញាតសម្រាប់អ្នកចូលរួមម្នាក់ៗដោយផ្អែកលើតម្រូវការរបស់ពួកគេ។ ប្រភេទសេវាដែលអាចទទួលបានការអនុញ្ញាតតាមរយៈ IHSS គឺការសម្អាតផ្ទះសម្បែង ការរៀបចំអាហារ ការបោកអ៊ុត ការទិញគ្រឿងទេស សេវាថែទាំបុគ្គល (ដូចជាការថែទាំពេលបត់ជើងតូច និងបត់ជើងធំ ការងូតទឹក ការស្លៀកពាក់ និងសេវាអមវេជ្ជសាស្ត្រ) ការអមដំណើរទៅកាន់ការណាត់ជួបផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ និងការគ្រប់គ្រងដើម្បីផ្តល់ការការពារសម្រាប់អ្នកដែលមានពិការភាពផ្លូវចិត្ត។ សេវាសង្គមកិច្ចប្រចាំខោនធីគ្រប់គ្រងដោយ IHSS។

សេវា និងជំនួយគាំទ្ររយៈពេលវែង (Long-term services and supports, LTSS)៖ សេវា និងជំនួយគាំទ្ររយៈពេលវែងគឺជាសេវាដែលជួយកែលម្អស្ថានភាពវេជ្ជសាស្ត្ររយៈពេលវែង។ ភាគច្រើននៃសេវាទាំងនេះ ជួយអ្នកឱ្យស្នាក់នៅក្នុងផ្ទះរបស់អ្នក ដូច្នេះអ្នកមិនចាំបាច់ទៅនៅមន្ទីរថែទាំ ឬមន្ទីរពេទ្យទេ។ សេវា LTSS ធានារ៉ាប់រងដោយគម្រោងរបស់យើង រួមមានសេវាមនុស្សពេញវ័យមានមូលដ្ឋានក្នុងសហគមន៍ (Community-Based Adult Services, CBAS) គេស្គាល់ថា ជាការថែទាំសុខភាពពេលថ្ងៃសម្រាប់មនុស្សពេញវ័យ មណ្ឌលថែទាំអ្នកជំងឺ (Nursing Facilities, NF) និងការគាំទ្រពីសហគមន៍។ កម្មវិធីលើកលែង IHSS និង 1915 (c) គឺជាកម្មវិធី LTSS នៃ Medi-Cal ដែលផ្តល់ជូននៅខាងក្រៅគម្រោងរបស់យើង។

សេវាដែលមានធានារ៉ាប់រងពី Medicare៖ សេវាដែលធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare ផ្នែក A និង Medicare ផ្នែក B ។ គ្រប់គម្រោងសុខភាព Medicare ទាំងអស់ ដែលរួមបញ្ចូលទាំងគម្រោងរបស់យើង ត្រូវតែរ៉ាប់រងលើសេវាទាំងអស់ដែលបានរ៉ាប់រងដោយ Medicare ផ្នែក A និង Medicare ផ្នែក B ។

សេវាសម្ងាត់៖ ជាសេវាទាក់ទងនឹងសុខភាពផ្លូវចិត្ត ឬអាកប្បកិរិយា សុខភាពផ្លូវភេទ និងសុខភាពបន្តពូជ ការរៀបចំផែនការគ្រួសារ ការឆ្លងមេរោគតាមការរួមភេទ (STI) HIV/AIDS ការរំលោភបំពានផ្លូវភេទ និងការរំលូតកូន វិបត្តិនៃការប្រើប្រាស់សារធាតុញៀន ការថែទាំសុខភាពទៅតាមយេនឌ័រ និងអំពើហិង្សារបស់ដៃគូស្និទ្ធស្នាល។

សេវាបង្ការ៖ ការថែទាំសុខភាពដើម្បីបង្ការជំងឺ ឬរកជំងឺនៅដំណាក់កាលដំបូង នៅពេលដែលការព្យាបាលទំនងជាមានប្រសិទ្ធភាពបំផុត (ឧទាហរណ៍ សេវាបង្ការរួមមាន ការធ្វើតេស្ត Pap ការចាក់ថ្នាំការពារគ្រុនផ្តាសាយធំ និងការពិនិត្យមើលសាច់ដុះនៅដោះ) ។



សេវាស្តារនីតិសម្បទា៖ ការព្យាបាលដែលអ្នកទទួលបានក្នុងការជួយអ្នកឱ្យជាសះស្បើយពីជំងឺ គ្រោះថ្នាក់ ឬការរក្សាទុក។ សូមសម្រាប់ទៅលើ ជំពូកទី 4 នៃ សៀវភៅណែនាំសមាជិកនេះ ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពីសេវាស្តារនីតិសម្បទា។

សមាជិក (សមាជិកនៃគម្រោងរបស់យើង ឬសមាជិកគម្រោង)៖ ជាមនុស្សដែលមាន Medicare និង Medi-Cal ដែលមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ក្នុងការទទួលបានសេវាដែលមានធានារ៉ាប់រង អ្នកដែលបានចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងរបស់យើង ហើយការចុះឈ្មោះរបស់ពួកគេត្រូវបានបញ្ជាក់ដោយមជ្ឈមណ្ឌលសម្រាប់សេវា Medicare និង Medicaid (CMS) និងរដ្ឋ។

សៀវភៅណែនាំសមាជិក និងព័ត៌មានបង្ហាញ៖ ឯកសារនេះ អមមកជាមួយនឹងទម្រង់បែបបទចុះឈ្មោះរបស់អ្នក និងឯកសារភ្ជាប់ផ្សេងៗទៀត ឧបសម្ព័ន្ធដែលពន្យល់អំពីការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នក អ្វីៗដែលយើងត្រូវតែធ្វើ សិទ្ធិរបស់អ្នក និងអ្វីៗដែលអ្នកត្រូវតែធ្វើក្នុងនាមជាសមាជិកនៃគម្រោងរបស់យើង។

សវនាការរដ្ឋ៖ ប្រសិនបើវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក ឬអ្នកផ្តល់ផ្សេងទៀតស្នើសុំសេវា Medi-Cal ដែលយើងនឹងមិនយល់ព្រម ឬយើងនឹងមិនបន្តបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវា Medi-Cal ដែលអ្នកមានរួចមកហើយ អ្នកអាចស្នើសុំសវនាការរដ្ឋ។ ប្រសិនបើសវនាការរដ្ឋត្រូវបានសម្រេចចិត្តគាំទ្រអ្នក យើងត្រូវតែផ្តល់ជូនអ្នកនូវសេវាដែលអ្នកបានស្នើសុំ។

សកម្មភាពនៃការរស់នៅប្រចាំថ្ងៃ (ADL)៖ កិច្ចការដែលមនុស្សធ្វើនៅថ្ងៃធម្មតា ដូចជាការបរិភោគ ការប្រើប្រាស់បង្គន់ ការស្លៀកពាក់ ការងូតទឹក ឬការដុសធ្មេញ។

សេវាមិនរាប់បញ្ចូល៖ សេវាដែលមិនត្រូវបានរ៉ាប់រងដោយគម្រោងសុខភាពនេះ។

អ្នកឯកទេស៖ ជាវេជ្ជបណ្ឌិតម្នាក់ ដែលព្យាបាលប្រភេទខ្លះ នៃបញ្ហាថែទាំសុខភាព។ ឧទាហរណ៍ គ្រូពេទ្យរៈ កាត់សណ្តានឆ្អឹង ព្យាបាលឆ្អឹងបានបាក់; អ្នកជំនាញខាងអាល់ឡើរជី ព្យាបាលអាល់ឡើរជី; និងវេជ្ជបណ្ឌិតបេះដូង ព្យាបាលបញ្ហាបេះដូង។ នៅក្នុងករណីភាគច្រើន សមាជិកនឹងត្រូវការការបញ្ជូនបន្តពី PCP របស់ពួកគេដើម្បីទៅជួបអ្នកឯកទេស។

អ្នកចុះឈ្មោះរបស់ Medicare-Medi-Cal៖ ជាបុគ្គលដែលមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ក្នុងការទទួលបានធានារ៉ាប់រងពី Medicare និង Medi-Cal។ អ្នកចុះឈ្មោះ Medicare-Medicaid ក៏ត្រូវបានគេហៅថា “បុគ្គលដែលមានសិទ្ធិទទួលបានស្ទួន” ផងដែរ។



អ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ៖ “អ្នកផ្តល់សេវា” គឺជាពាក្យទូទៅ ដែលយើងប្រើសម្រាប់វេជ្ជបណ្ឌិត គិលានុបដ្ឋាយិកា និងមនុស្សផ្សេងៗទៀត ដែលផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវសេវា និងការថែទាំ។ ពាក្យនេះក៏រួមមានមន្ទីរពេទ្យ ភ្នាក់ងារសុខភាពនៅផ្ទះ គ្លីនិក និងកន្លែងផ្សេងទៀតដែលផ្តល់នូវ សេវាថែទាំសុខភាព វិគ្គារពេទ្យ និងសេវានិងការជួយគាំទ្ររយៈពេលវែង។

- ពួកគេបានទទួលអាជ្ញាបណ្ណ ឬមានលិខិតបញ្ជាក់ពី Medicare និងពីរដ្ឋដើម្បីផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាព។
- យើងហៅពួកគេថា “អ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ” នៅពេលដែលពួកគាត់យល់ព្រមសហការជាមួយនឹងគម្រោងសុខភាពរបស់យើង យល់ព្រមទទួលយកការបង់ប្រាក់របស់យើង និងមិនគិតថ្លៃចំពោះសមាជិកលើចំនួនទឹកប្រាក់បន្ថែម។
- ខណៈដែលអ្នកជាសមាជិករបស់គម្រោងរបស់យើងខ្ញុំ អ្នកត្រូវតែប្រើប្រាស់អ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ ដើម្បីទទួលបានសេវាមានធានារ៉ាប់រង។ អ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញក៏ត្រូវបានហៅថា “អ្នកផ្តល់សេវារបស់គម្រោង”។

អ្នកផ្តល់សេវាក្រៅបណ្តាញ ឬមន្ទីរក្រៅបណ្តាញ៖ អ្នកផ្តល់សេវា ឬមណ្ឌលព្យាបាលដែលមិន ត្រូវបានជួលមិនមែនជាម្ចាស់ ឬប្រតិបត្តិការដោយគម្រោងរបស់យើង ហើយមិនស្ថិតក្រោមកិច្ចសន្យាក្នុងការផ្តល់សេវាដែលរ៉ាប់រងដល់សមាជិកនៃគម្រោងរបស់យើង។ ជំពូកទី 3 នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក* នេះពន្យល់អំពីអ្នកផ្តល់សេវានៅក្រៅបណ្តាញ ឬមណ្ឌលក្រៅបណ្តាញ។

អ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំ៖ ជាមនុស្សចម្បងម្នាក់ ដែលធ្វើការជាមួយនឹងអ្នក ជាមួយនឹងគម្រោងសុខភាព និងជាមួយនឹងអ្នកផ្តល់ការថែទាំរបស់អ្នក ដើម្បីធ្វើឱ្យប្រាកដ ថាអ្នកទទួលបានការថែទាំដែលអ្នកត្រូវការ។

អ្នកជំនួយការសុខភាពតាមផ្ទះ៖ បុគ្គលដែលផ្តល់សេវាដែលមិនត្រូវការជំនាញពីគិលានុបដ្ឋាយិកា ឬអ្នកព្យាបាលដែលមានអាជ្ញាបណ្ណដូចជាការជួយជាមួយនឹងការថែទាំដោយខ្លួនឯង (ដូចជាការងូតទឹក ការប្រើបង្គន់ ការស្លៀកពាក់ ឬការធ្វើលំហាត់ប្រាណតាមវេជ្ជបញ្ជា)។ អ្នកជំនួយការសុខភាពតាមផ្ទះមិនបាច់មានអាជ្ញាបណ្ណថែទាំ ឬផ្តល់ការព្យាបាលទេ។

អ្នកជំងឺដេកពេទ្យ៖ វាក្យសព្ទត្រូវបានប្រើនៅពេលដែល អ្នកត្រូវបានគេអនុញ្ញាតឱ្យចូលមន្ទីរពេទ្យដើម្បីទទួលបានសេវាវេជ្ជសាស្ត្រជំនាញជាផ្លូវការ។ ប្រសិនបើអ្នកមិនទទួលបានការទទួលស្គាល់ជាផ្លូវការទេ អ្នកប្រហែលជា នៅតែចាត់ទុកថា ជាអ្នកជំងឺតែដេកពេទ្យក្នុងមន្ទីរពេទ្យ ទោះបីជាអ្នកសម្រាកព្យាបាលមួយយប់ក៏ដោយ។

អត្រានៃការចែករំលែកថ្លៃចំណាយប្រចាំថ្ងៃ៖ អត្រាមួយដែលអាចត្រូវបានអនុវត្តនៅពេលដែលវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាតិចជាងការផ្គត់ផ្គង់ឱសថជាក់លាក់សម្រាប់រយៈពេលពេញមួយខែជូនអ្នក ហើយអ្នកត្រូវបានតម្រូវឱ្យបង់ប្រាក់រួម។ អត្រានៃចំណែកនៃថ្លៃចូលរួមការចំណាយប្រចាំថ្ងៃ គឺជាការបង់ប្រាក់រួមត្រូវបានចែកតាមចំនួនថ្ងៃនៃការផ្គត់ផ្គង់ឱសថក្នុងមួយខែ។

អង្គភាពត្រួតពិនិត្យឯករាជ្យ (IRO)៖ អង្គការឯករាជ្យមួយដែល Medicare ជួលដើម្បីពិនិត្យឡើងវិញនូវការប្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2។ វាមិនទាក់ទងនឹងយើងខ្ញុំទេ ហើយមិនមែនជាទីភ្នាក់ងាររដ្ឋាភិបាលទេ។ អង្គការនេះសម្រេចថាតើសេចក្តីសម្រេចដែលយើងបានធ្វើគឺត្រឹមត្រូវដែរឬអត់ ឬប្រសិនបើវាគួរតែបានផ្លាស់ប្តូរឬអត់។ Medicare ត្រួតពិនិត្យការងាររបស់ខ្លួន។ ឈ្មោះផ្លូវការគឺ**អង្គភាពត្រួតពិនិត្យឯករាជ្យ**។

អវយវៈសិប្បនិម្មិត និងការតម្រង់ឆ្លងជើង៖ ឧបករណ៍វេជ្ជសាស្ត្រដែលបញ្ជាទិញដោយវេជ្ជបណ្ឌិត ឬអ្នកផ្តល់ការថែទាំសុខភាពផ្សេងទៀតរបស់អ្នក រួមមានអាទី ដៃ ខ្នង និងប្រដាប់ទប់ក អវយវៈសិប្បនិម្មិត ភ្នែកសិប្បនិម្មិត និងឧបករណ៍ដែលត្រូវការ ដើម្បីជំនួសផ្នែកខាងក្នុង ឬមុខងារនៃរាងកាយ រួមមានការផ្គត់ផ្គង់ថង់លាមក និង ការព្យាបាលដោយប្រើអាហារូបត្ថម្ភវេជ្ជសាស្ត្រ ដោយបញ្ចូលតាមពោះវៀន ឬតាមផ្លូវក្រៅបំពង់វិលាយអាហារ។

អង្គភាពកែលម្អគុណភាព (QIO)៖ ជាក្រុមនៃវេជ្ជបណ្ឌិត និងអ្នកវិជ្ជាជីវៈថែទាំសុខភាពផ្សេងទៀតមានជំនាញ ដែលជួយធ្វើឲ្យគុណភាពនៃការថែទាំប្រសើរឡើង សម្រាប់អ្នកដែលមាន Medicare។ រដ្ឋាភិបាលសហព័ន្ធបង់ប្រាក់ឱ្យ QIO ដើម្បីពិនិត្យ និងកែលម្អការថែទាំដែលផ្តល់ដល់អ្នកជំងឺ។ សូមសំអាងទៅលើ **ជំពូកទី 2** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក* នេះសម្រាប់ព័ត៌មានអំពី QIO។

អ្នកផ្តល់ការថែទាំជាបឋម (PCP)៖ វេជ្ជបណ្ឌិត ឬអ្នកផ្តល់សេវាផ្សេងទៀតដែលអ្នកប្រើប្រាស់សម្រាប់បញ្ជាសុខភាពដ៏ច្រើន។ គាត់ធ្វើឱ្យប្រាកដ ថាអ្នកទទួលបានការថែទាំដែលអ្នកត្រូវការ និងរក្សាឱ្យមានសុខភាពល្អ។

- គាត់ក៏អាចនឹងពិគ្រោះជាមួយនឹងវេជ្ជបណ្ឌិត និងអ្នកផ្តល់ការថែទាំសុខភាពផ្សេងទៀត អំពីការថែទាំអ្នក និងបញ្ជូនអ្នកទៅជួបគេ។
- នៅក្នុងគម្រោងសុខភាព Medicare ជាច្រើន អ្នកត្រូវតែប្រើអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំជាបឋមរបស់អ្នក មុននឹងអ្នកប្រើអ្នកផ្តល់ការថែទាំសុខភាពផ្សេងទៀត។
- សូមសំអាងទៅលើ **ជំពូកទី 3** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក* នេះសម្រាប់ព័ត៌មានអំពីការទទួលបានការថែទាំពីអ្នកផ្តល់ការថែទាំបឋម។

ឧបករណ៍ផ្តល់ព័ត៌មានអត្ថប្រយោជន៍តាមពេលវេលាជាក់ស្តែង (Real Time Benefits Tool)៖

ឆតចល ឬកម្មវិធីកុំព្យូទ័រដែលអ្នកចុះឈ្មោះអាចស្វែងរកឱសថដែលមានធានារ៉ាប់រងជាក់លាក់សម្រាប់អ្នកចុះឈ្មោះ និងព័ត៌មានអំពីអត្ថប្រយោជន៍ពេញលេញ ត្រឹមត្រូវ ទាន់ពេលវេលា សមស្របតាមគ្លីនិក។ នេះរួមបញ្ចូលទាំងចំនួនទឹកប្រាក់នៃការចែករំលែកថ្លៃចំណាយ ឱសថជំនួសដែលអាចត្រូវបានប្រើសម្រាប់ស្ថានភាពសុខភាពដូចគ្នានឹងឱសថដែលបានផ្តល់ជូន និងការដាក់កំហិតលើការធានារ៉ាប់រង (ការអនុញ្ញាតជាមុន ការព្យាបាលជាជំហាន ដែនកំណត់បរិមាណ) ដែលអនុវត្តចំពោះឱសថជំនួស។

ឱសថដែលមានធានារ៉ាប់រង៖ ពាក្យយើងប្រើមានន័យចំពោះឱសថមានវេជ្ជបញ្ជា និងឱសថគ្មានវេជ្ជបញ្ជា (OTC) ត្រូវបានធានារ៉ាប់រងពីគម្រោងរបស់យើង។

ឱសថមានម៉ាក៖ ជាឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាដែលត្រូវបានផលិត និងលក់ដោយក្រុមហ៊ុនដែលបានផលិតឱសថនោះដំបូង។ ឱសថឈ្មោះល្បី មានគ្រឿងផ្សំដូចគ្នានឹងកំណែឱសថម៉ាកធម្មតាដែរ។ ជាធម្មតា ឱសថទូទៅត្រូវបានផលិត និងលក់ដោយក្រុមហ៊ុនឱសថដទៃទៀត ហើយជាទូទៅមិនមានលក់ទេ រហូតដល់ទាល់តែប៉ាតង់លើម៉ាកឱសថបានបញ្ចប់។

ឱសថទូទៅ៖ ឱសថដែលយល់ព្រមឱ្យប្រើប្រាស់ដោយ FDA ជំនួសឱ្យឱសថមានម៉ាកល្បី។ ឱសថឈ្មោះធម្មតា មានគ្រឿងផ្សំដូចគ្នានឹងឱសថឈ្មោះល្បីដែរ។ តាមធម្មតា វាមានតម្លៃថោកជាង និងមានប្រសិទ្ធភាពដូចគ្នានឹងឱសថមានម៉ាកដែរ។

ឱសថ Medicare ផ្នែក D៖ ឱសថដែលមានធានារ៉ាប់រងក្រោម Medicare ផ្នែក D។ សភាមិនរាប់បញ្ចូលប្រភេទឱសថមួយចំនួនដោយជាក់លាក់ពីការធានារ៉ាប់រងក្រោម Medicare ផ្នែក D។ Medicaid អាចធានារ៉ាប់រងលើឱសថទាំងនេះមួយចំនួនដែរ។

ឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញ៖ ជាឱសថស្ថាន (ហាងលក់ឱសថ) ដែលបានព្រមព្រៀងបើកឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាសម្រាប់សមាជិកនៃគម្រោងរបស់យើង។ យើងហៅវាថា “ឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញ” ពីព្រោះវាបានព្រមព្រៀងធ្វើការជាមួយនឹងគម្រោងរបស់យើង។ ក្នុងករណីភាគច្រើន យើងធានារ៉ាប់រងលើឱសថវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកតែនៅពេលបើកនៅឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញណាមួយរបស់យើងប៉ុណ្ណោះ។

ឱសថស្ថាននៅក្រៅបណ្ណាញ៖ ឱសថស្ថានដែលមិនយល់ស្របក្នុងការធ្វើការជាមួយគម្រោងរបស់យើងដើម្បីសម្របសម្រួល ឬផ្តល់ជូនឱសថដែលត្រូវបានរ៉ាប់រងទៅដល់សមាជិកនៃគម្រោងរបស់យើង។ គម្រោងរបស់យើងមិនធានារ៉ាប់រងលើឱសថដ៏ច្រើនដែលអ្នកទទួលបានពីឱសថស្ថានក្រៅបណ្ណាញទេ លុះត្រាតែមានការអនុវត្តលក្ខខណ្ឌជាក់លាក់។

ឱសថដែលមិនតម្រូវឱ្យមានវេជ្ជបញ្ជា (OTC)៖ ឱសថមិនតម្រូវឱ្យមានវេជ្ជបញ្ជាគឺជាឱសថ ឬថ្នាំដែលបុគ្គលម្នាក់អាចទិញបានដោយគ្មានវេជ្ជបញ្ជាពីអ្នកមានវិជ្ជាជីវៈថែទាំសុខភាព។

ឱសថស្ថានឯកទេស៖ សូមសំអាងទៅលើ **ជំពូកទី 5 នៃ សៀវភៅណែនាំសមាជិក**នេះ ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពីឱសថស្ថានឯកទេស។

Extra Help (ជំនួយបន្ថែម)៖ កម្មវិធី Medicare ដែលជួយដល់អ្នកដែលមានប្រាក់ចំណូល និងធនធានមានកំណត់ កាត់បន្ថយថ្លៃចំណាយលើឱសថ Medicare ផ្នែក D ដូចជាថ្លៃធានារ៉ាប់រង ប្រាក់កាត់កង និងប្រាក់រួមជាដើម។ Extra Help គេហៅថា “ប្រាក់ឧបត្ថម្ភដល់អ្នកមានប្រាក់ចំណូលទាប” ឬ “LIS”។

Medicare ផ្នែក A៖ កម្មវិធី Medicare ដែលធានារ៉ាប់រងលើមន្ទីរពេទ្យដែលចាំបាច់ដោយផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដ៏ច្រើន មន្ទីរថែទាំសុខភាពជំនាញ ការថែទាំសុខភាពតាមផ្ទះ និងការថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយ។

Medicare ផ្នែក B៖ ជាកម្មវិធី Medicare ដែលធានារ៉ាប់រងលើសេវានានា (ដូចជា ការធ្វើតេស្តក្នុងមន្ទីរពិសោធន៍ ការវះកាត់ ការជួបពិនិត្យជាមួយនឹងវេជ្ជបណ្ឌិត) និងសម្ភារផ្គត់ផ្គង់ (ដូចជា រទេះរុញ និងឧបករណ៍ជំនួយការដើរ) ដែលជាសម្ភារចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រក្នុងការព្យាបាលជំងឺ ឬស្ថានភាព។ Medicare ផ្នែក B ក៏អាចនឹងរ៉ាប់រងសេវាការពារ និងការត្រួតពិនិត្យជាច្រើនដែរ។

Medicare ផ្នែក C៖ កម្មវិធី Medicare ដែលត្រូវបានគេស្គាល់ផងដែរថាជា “Medicare Advantage” ឬ “MA” ដែលអនុញ្ញាតឱ្យក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងសុខភាពឯកជនផ្តល់អត្ថប្រយោជន៍ Medicare តាមរយៈគម្រោង MA។

Medicare ផ្នែក D៖ កម្មវិធីអត្ថប្រយោជន៍ឱសថ Medicare។ យើងហៅកម្មវិធីនេះដោយខ្លីថា “ផ្នែក D”។ Medicare ផ្នែក D រ៉ាប់រងលើឱសថ ថ្នាំបង្ការរោគ និងសម្ភារផ្គត់ផ្គង់មួយចំនួនសម្រាប់អ្នកជំងឺឥតដកពេទ្យ ដែលមិនរ៉ាប់រងដោយ Medicare ផ្នែក A ឬ Medicare ផ្នែក B ឬ Medicaid នោះទេ។ គម្រោងរបស់យើងរួមបញ្ចូល Medicare ផ្នែក D។



Medi-Cal៖ នេះគឺជាឈ្មោះនៃកម្មវិធី Medicaid របស់រដ្ឋ California។ Medi-Cal គឺត្រូវបានគ្រប់គ្រងដោយរដ្ឋ និងបានបង់ប្រាក់ដោយរដ្ឋ និងរដ្ឋាភិបាលសហព័ន្ធ។

- វាជួយមនុស្សដែលមានប្រាក់ចំណូល និងធនធានស្តួចស្តើង ដើម្បីបង់ថ្លៃសេវា និងការជួយគាំទ្ររយៈពេលវែង (LTSS) និងតម្លៃពេទ្យ។
- កម្មវិធីនេះធានារ៉ាប់រងលើសេវាបន្ថែម និងឱសថមួយចំនួនដែលមិនទទួលបានការធានារ៉ាប់រងពី Medicare។
- កម្មវិធី Medicaid ខុសគ្នាពីរដ្ឋមួយទៅរដ្ឋមួយ ប៉ុន្តែថ្លៃចំណាយលើការថែទាំសុខភាពភាគច្រើនត្រូវបានធានារ៉ាប់រង ប្រសិនបើអ្នកមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ទាំង Medicare និង Medi-Cal។

Medicaid (ឬជំនួយផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ)៖ កម្មវិធីត្រូវដំណើរការដោយរដ្ឋាភិបាលសហព័ន្ធ និងរដ្ឋដែលជួយមនុស្សដោយមានប្រាក់ចំណូល និងធនធានមានកម្រិតខ្សែបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវា និងជំនួយគាំទ្ររយៈពេលវែង ហើយថ្លៃចំណាយវេជ្ជសាស្ត្រ។ Medi-Cal គឺជាកម្មវិធី Medicaid សម្រាប់រដ្ឋ California។

Medicare៖ គឺជាកម្មវិធីធានារ៉ាប់រងសុខភាពសហព័ន្ធសម្រាប់មនុស្សមានអាយុចាប់ពី 65 ឆ្នាំឡើងទៅ សម្រាប់មនុស្សមានអាយុក្រោម 65 ឆ្នាំខ្លះដែលមានពិការភាព និងសម្រាប់អ្នកជំងឺតម្រងនោមដំណាក់កាលចុងក្រោយ (ជាទូទៅ អ្នកទាំងនោះដែល មានជំងឺខ្សោយតម្រងនោមជាអចិន្ត្រៃយ៍ ដែលត្រូវការលាងឈាម ឬផ្លាស់ប្តូរតម្រងនោម)។ មនុស្សដែលមាន Medicare អាចទទួលបានការធានារ៉ាប់រងសុខភាព Medicare របស់គេ តាមរយៈ Original Medicare ឬ គម្រោងគ្រប់គ្រងការថែទាំ (មើល “គម្រោងសុខភាព”)។

Medicare Advantage៖ កម្មវិធី Medicare គេហៅថា “Medicare ផ្នែក C” ឬ “MA” ដែលផ្តល់ជូនគម្រោង MA តាមរយៈក្រុមហ៊ុនឯកជន។ Medicare បង់ប្រាក់ឱ្យក្រុមហ៊ុនទាំងនេះដើម្បីធានារ៉ាប់រងអត្ថប្រយោជន៍ Medicare របស់អ្នក។

Original Medicare (Medicare ចាស់ ឬសេវាឥតគិតថ្លៃរបស់ Medicare)៖ រដ្ឋាភិបាលផ្តល់ជូន Original Medicare។ នៅក្រោម Original Medicare សេវាគឺត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយការបង់ប្រាក់ជូនវេជ្ជបណ្ឌិត មន្ទីរពេទ្យ និងអ្នកផ្តល់ការថែទាំសុខភាពផ្សេងទៀតតាមចំនួនដែលសភាពសម្រេច។



- អ្នកអាចប្រើវេជ្ជបណ្ឌិត មន្ទីរពេទ្យ ឬអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពផ្សេងទៀតដែលទទួលយក Medicare¹ Original Medicare មានពីរផ្នែក៖ ផ្នែក A (ផ្នែក A ការធានារ៉ាប់រងមន្ទីរពេទ្យ) និង ផ្នែក B (ផ្នែក B ការរ៉ាប់រងសុខភាព)។
- Original Medicare គឺមាននៅគ្រប់ទិសទីក្នុងសហរដ្ឋអាមេរិក។
- បើអ្នកមិនចង់នៅក្នុងគម្រោងរបស់យើងទេ អ្នកអាចជ្រើសយក Original Medicare¹

ផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជន Blue Shield TotalDual Plan

ទូរសព្ទទៅលេខ	1-800-452-4413 ការហៅទូរសព្ទទៅកាន់លេខនេះ គឺមិនគិតថ្លៃទេ។ ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ម៉ោង PT ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជនក៏មានសេវាអ្នកបកប្រែភាសាផ្ទាល់មាត់ដោយឥតគិតថ្លៃសម្រាប់អ្នកដែលមិននិយាយភាសាអង់គ្លេសផងដែរ។
TTY	711 លេខនេះតម្រូវឱ្យមានឧបករណ៍ទូរសព្ទពិសេស ហើយសម្រាប់តែមនុស្សដែលពិបាកក្នុងការស្តាប់ ឬការនិយាយប៉ុណ្ណោះ។ ការហៅទូរសព្ទទៅកាន់លេខនេះ គឺមិនគិតថ្លៃទេ។ ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ម៉ោង PT ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។
ទូរសារ	(877) 251-6671
សរសេរ	Blue Shield TotalDual Plan P.O. Box 927 Woodland Hills, CA 91365-9856
គេហទំព័រ	blueshieldca.com/medicare

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan តាមរយៈលេខ 1-800-452-4413 (TTY: 711) ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ម៉ោង PT ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទ គឺឥតគិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ blueshieldca.com/medicare។





blueshieldca.com/medicare

Blue Shield of California 6300 Canoga Avenue, Woodland Hills, CA 91367-2555