



ទម្រង់បែបបទស្នើ សុំចុះឈ្មោះបុគ្គលឆ្នាំ 2026

តើនរណាអាចប្រើទម្រង់បែបបទនេះបាន?

អ្នកដែលមាន Medicare ដែលចង់ចូលរួមក្នុងគម្រោង Medicare Advantage

ដើម្បីចូលរួមគម្រោង អ្នកត្រូវរំពឹង

- ក្លាយជាពលរដ្ឋសហរដ្ឋអាមេរិក ឬមានវត្តមានស្របច្បាប់នៅក្នុងសហរដ្ឋអាមេរិក
- រស់នៅក្នុងតំបន់សេវាកម្មរបស់គម្រោង

សំខាន់៖ ដើម្បីចូលរួមគម្រោង Medicare Advantage អ្នកក៏ត្រូវមានទាំង៖

- Medicare ផ្នែក A (ការធានារ៉ាប់រងសម្រាប់មន្ទីរពេទ្យ)
- Medicare ផ្នែក B (ការធានារ៉ាប់រងផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ)

តើខ្ញុំប្រើទម្រង់បែបបទនេះនៅពេលណា?

អ្នកអាចចូលរួមគម្រោង៖

- ចន្លោះពីថ្ងៃទី 15 ខែតុលា ដល់ថ្ងៃទី 7 ខែធ្នូ ជារៀងរាល់ឆ្នាំ (សម្រាប់ការធានារ៉ាប់រងដែលចាប់ពីថ្ងៃទី 1 ខែមករា)
- ក្នុងរយៈពេល 3 ខែបន្ទាប់ពីការទទួលបាន Medicare ដំបូង
- នៅក្នុងស្ថានភាពជាក់លាក់ ដែលអ្នកត្រូវបានអនុញ្ញាតឱ្យចូលរួម ឬប្តូរគម្រោង
- អ្នកដែលមានសិទ្ធិទទួលបានទាំងពីរត្រូវបានអនុញ្ញាតឱ្យចុះឈ្មោះម្តងក្នុងមួយខែទៅក្នុងគម្រោងសេចក្តីត្រូវការពិសេសដែលមានសិទ្ធិទទួលបានទាំងពីរដោយរួមបញ្ចូលគ្នាពេញលេញ (FIDE SNP) ការទូទាត់លើការវិនិយោគជាមុន (AIP) ឬ Original Medicare ជាមួយនឹងគម្រោងឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជា (PDP)។ ការចុះឈ្មោះចូលរៀនមានប្រសិទ្ធភាពចាប់ពីខែដំបូងនៃខែបន្ទាប់។

សូមចូលមើលគេហទំព័រ **Medicare.gov** ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពីពេលវេលាដែលអ្នកអាចចុះឈ្មោះសម្រាប់គម្រោងមួយ។

តើខ្ញុំត្រូវការអ្វីខ្លះដើម្បីបំពេញទម្រង់បែបបទនេះ?

- លេខ Medicare របស់អ្នក (លេខនៅលើប័ណ្ណ Medicare ពណ៌ក្រហមស និងខៀវ)
 - អាសយដ្ឋានអចិន្ត្រៃយ៍ និងលេខទូរសព្ទរបស់អ្នក
- ចំណាំ៖** អ្នកត្រូវតែបំពេញគ្រប់ធាតុទាំងអស់នៅក្នុងផ្នែកទី 1។ ធាតុនៅក្នុងផ្នែកទី 2 គឺជាជម្រើស – អ្នកមិនអាចត្រូវបានបដិសេធចំពោះការធានារ៉ាប់រងទេដោយសារតែអ្នកមិនបំពេញវា។

ការរំលឹក៖

- ប្រសិនបើអ្នកចង់ចូលរួមក្នុងគម្រោងក្នុងអំឡុងពេលការចុះឈ្មោះចូលរៀន

នៅរដូវស្លឹកឈើជ្រុះ (ចាប់ពីថ្ងៃទី 15 ខែតុលា ដល់ថ្ងៃទី 7 ខែធ្នូ) គម្រោងត្រូវតែទទួលបានទម្រង់បែបបទដែលបានបំពេញរបស់អ្នកត្រឹមថ្ងៃទី 7 ខែធ្នូ។

- គម្រោងរបស់អ្នកនឹងធ្វើវិក្កយបត្រជូនអ្នកសម្រាប់ថ្ងៃធានារ៉ាប់រងរបស់គម្រោង។ អ្នកអាចជ្រើសរើសចុះឈ្មោះដើម្បីកាត់ថ្លៃធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកពីគណនីធនាគាររបស់អ្នក ឬអត្ថប្រយោជន៍ពីរបបសន្តិសុខសង្គមប្រចាំខែរបស់អ្នក (ឬ Railroad Retirement Board (RRB, ក្រុមប្រឹក្សាកម្មកររ៉ែដែកចូលនិវត្តន៍))។

តើមានអ្វីកើតឡើងនៅពេលបន្ទាប់នោះ?

អ៊ីមែល ប្រៃសណីយ៍ ឬទូរសារទម្រង់បែបបទដែលបានបំពេញ និងចុះហត្ថលេខារបស់អ្នកទៅកាន់៖

អ៊ីមែល៖ WHMembership@blueshieldca.com

ប្រៃសណីយ៍៖ Blue Shield of California

P.O. Box 948

Woodland Hills, CA 91365-9856

ទូរសារ៖ (877) 251-3660

នៅពេលដែលពួកគេដំណើរការសំណើរបស់អ្នកដើម្បីចូលរួមពួកគេនឹងទាក់ទងទៅអ្នក។

តើខ្ញុំទទួលបានជំនួយទម្រង់បែបបទនេះដោយរបៀបណា?

សូមទូរសព្ទទៅភ្នាក់ងារដែលមានការអនុញ្ញាតរបស់អ្នក ឬ តំណាង Blue Shield របស់អ្នកតាមរយៈលេខ **(888) 534-4263**។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY អាចទូរសព្ទទៅលេខ **711**។ ឬទូរសព្ទទៅ Medicare តាមរយៈលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)។ អ្នកប្រើ TTY អាចទូរសព្ទទៅកាន់លេខ 1-877-486-2048។

En español: Llame a su Agente Autorizado o a su Representante de Blue Shield al **(888) 534-4263**។ Los usuarios del sistema TTY pueden llamar al **711** o a Medicare gratis al 1-800-633-4227 y oprima el 8 para asistencia en español y un representante estará disponible para asistirle.

បុគ្គលដែលជួបប្រទះភាពគ្មានផ្ទះសម្បែង

- ប្រសិនបើអ្នកចង់ចូលរួមក្នុងគម្រោង ប៉ុន្តែមិនមានទីលំនៅអចិន្ត្រៃយ៍ទេ ប្រអប់សុំប្រតិប្រសណីយ៍ អាសយដ្ឋាននៃទីជម្រក ឬគ្លីនិក ឬអាសយដ្ឋានដែលអ្នកទទួលបានសំបុត្រតាមប្រៃសណីយ៍ (ឧទាហរណ៍ ការត្រួតពិនិត្យរបបសន្តិសុខសង្គម) អាចត្រូវបានចាត់ទុកថាជាអាសយដ្ឋាននៃទីលំនៅអចិន្ត្រៃយ៍របស់អ្នក។

យោងទៅតាមច្បាប់ Paperwork Reduction Act (PRA, ច្បាប់ស្តីពីការកាត់បន្ថយក្រដាសស្នាមការងារ) ឆ្នាំ 1995 គ្មានបុគ្គលណាម្នាក់ត្រូវបានតម្រូវឱ្យឆ្លើយតបទៅនឹងការប្រមូលព័ត៌មានទេ លុះត្រាតែវាបង្ហាញលេខត្រួតពិនិត្យ Office of Management and Budget (OMB, ការិយាល័យគ្រប់គ្រងនិងកំណត់ការចំណាយ) ត្រឹមត្រូវ។ លេខត្រួតពិនិត្យ OMB ត្រឹមត្រូវសម្រាប់ការប្រមូលព័ត៌មាននេះមានលេខ 0938-1378។ ពេលវេលាដែលត្រូវការដើម្បីបញ្ចប់ការប្រមូលព័ត៌មាននេះត្រូវបានគេប៉ាន់ស្មានជាមធ្យមថាមានរយៈពេល 20 នាទីក្នុងការឆ្លើយតបមួយ ដោយរាប់បញ្ចូលទាំងពេលវេលាដើម្បីពិនិត្យមើលការណែនាំ ការស្វែងរកធនធានទិន្នន័យដែលមានស្រាប់ និងការប្រមូលទិន្នន័យដែលត្រូវការ ហើយបំពេញ និងពិនិត្យមើលការប្រមូលព័ត៌មានឡើងវិញ។ ប្រសិនបើអ្នកមានមតិយោបល់ណាមួយដែលទាក់ទងនឹងភាពត្រឹមត្រូវនៃការប៉ាន់ស្មានពេលវេលា ឬការផ្តល់យោបល់សម្រាប់ការកែលម្អទម្រង់បែបបទនេះ សូមផ្ញើសំបុត្រទៅកាន់៖ CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850។

សំខាន់

កុំផ្ញើទម្រង់បែបបទនេះ ឬឯកសារណាមួយដែលមានព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួនរបស់អ្នក (ដូចជាការទាមទារសំណង ការទូទាត់ កំណត់ត្រាវេជ្ជសាស្ត្រជាដើម) ទៅកាន់ PRA Reports Clearance Office (ការិយាល័យត្រួតពិនិត្យតាមការណែនាំ PRA)។ ឯកសារណាមួយដែលយើងទទួលបានដែលមិនមែននិយាយអំពីវិធានការទម្រង់បែបបទនេះ ឬការដាក់បន្ទុកលើការប្រមូលរបស់ខ្លួន (មានចែងក្នុងលេខ 0938-1378 OMB) នឹងត្រូវបង្ហាញចោល។ វានឹងមិនត្រូវបានរក្សាទុក ពិនិត្យឡើងវិញ ឬបញ្ជូនបន្តទៅគម្រោងទេ។ សូមមើល មានអ្វីកើតឡើងបន្ទាប់ទៀត? នៅលើទំព័រនេះ ដើម្បីដើម្បីទម្រង់បែបបទដែលបានបំពេញរបស់អ្នកទៅកាន់គម្រោង។

ផ្នែកទី 1 – ផ្នែកទាំងអស់នៅក្នុងផ្នែកនេះត្រូវបានទាមទារ (លុះត្រាតែត្រូវបានសម្គាល់ថាជាជម្រើស)

ជ្រើសរើសគម្រោងដែលអ្នកចង់ចូលរួម៖

Blue Shield TotalDual Plan (HMO D-SNP)

☐ ខោនធី Los Angeles/San Diego
(\$0 ក្នុងមួយខែ)

ព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួនរបស់អ្នក៖

នាមត្រកូល៖	នាមខ្លួន៖	ឈ្មោះកូណាលជាអក្សរកាត់៖ (ជាជម្រើស)
ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត (ថ្ងៃ/ខែ/ឆ្នាំ)៖	ភេទ៖ ☐ ប្រុស ☐ ស្រី	
លេខទូរសព្ទ៖	ប្រភេទទូរសព្ទ៖ ☐ សេវាទូរសព្ទលើតុ ☐ ទូរសព្ទដៃ	

អាសយដ្ឋានផ្លូវនៃទីលំនៅអចិន្ត្រៃយ៍ (កុំបញ្ចូលប្រអប់សំបុត្រប្រៃសណីយ៍។ ចំណាំ៖ សម្រាប់បុគ្គលដែលកំពុងជួបប្រទះភាពគ្មានផ្ទះសម្បែង អាចចាត់ទុកប្រអប់ប្រៃសណីយ៍ ថាជាអាសយដ្ឋាននៃទីលំនៅអចិន្ត្រៃយ៍របស់អ្នក។)៖

អាសយដ្ឋានផ្លូវ៖

ទីក្រុង៖	រដ្ឋ៖	លេខកូដតំបន់៖
អាសយដ្ឋានប្រៃសណីយ៍ ប្រសិនបើខុសពីអាសយដ្ឋានអចិន្ត្រៃយ៍របស់អ្នក (ប្រអប់ប្រៃសណីយ៍ត្រូវបានអនុញ្ញាត)៖		
អាសយដ្ឋានផ្លូវ៖		

ទីក្រុង៖	រដ្ឋ៖	លេខកូដតំបន់៖
ព័ត៌មាន Medicare របស់អ្នក៖		
លេខ Medicare៖		

ការធានារ៉ាប់រងផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ៖

ឈ្មោះការធានារ៉ាប់រងផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រផ្សេងទៀត៖

លេខសមាជិកសម្រាប់ការធានារ៉ាប់រងនេះ៖

លេខក្រុមសម្រាប់ការធានារ៉ាប់រងនេះ៖

តើអ្នកបានចុះឈ្មោះនៅក្នុងកម្មវិធី Medicaid (Medi-Cal) ក្នុងរដ្ឋរបស់អ្នកដែរឬទេ? ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ
ប្រសិនបើចម្លើយបាទ/ចាស សូមផ្តល់លេខ Medicaid (Medi-Cal) របស់អ្នក (តម្រូវ)៖

ឆ្លើយសំណួរសំខាន់ៗទាំងនេះ៖

តើអ្នកនឹងមានការធានារ៉ាប់រងលើ ឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាផ្សេងទៀត (ដូចជា VA, TRICARE) បន្ថែមពីលើគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan ដែរឬទេ? ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ

ការធានារ៉ាប់រងលើឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជា៖

ឈ្មោះនៃការធានារ៉ាប់រងផ្សេងទៀត៖

លេខសមាជិកសម្រាប់ការធានារ៉ាប់រងនេះ៖

លេខក្រុមសម្រាប់ការធានារ៉ាប់រងនេះ៖

សំខាន់៖ ចូរអាន និងចុះហត្ថលេខាខាងក្រោម៖

- ខ្ញុំត្រូវតែរក្សាទុកទាំងមន្ទីរពេទ្យ (ផ្នែក A) និងវេជ្ជសាស្ត្រ (ផ្នែក B) ដើម្បីបន្តស្ថិតនៅក្នុងគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan។
- តាមរយៈការចូលរួមក្នុងគម្រោង Medicare Advantage នេះ ខ្ញុំទទួលស្គាល់ថាគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan នឹងចែករំលែកព័ត៌មានរបស់ខ្ញុំជាមួយនឹង Medicare ដែលអាចប្រើវាដើម្បីតាមដានការចុះឈ្មោះរបស់ខ្ញុំ ក្នុងការធ្វើការទូទាត់ និងសម្រាប់គោលបំណងផ្សេងទៀតដែលអនុញ្ញាតដោយច្បាប់សហព័ន្ធដែលយល់ព្រមឱ្យប្រមូលព័ត៌មាននេះ (សូមមើល Privacy Act Statement (សេចក្តីថ្លែងការណ៍អំពីច្បាប់ឯកជនភាព) ខាងក្រោម)។ ការឆ្លើយតបរបស់អ្នកចំពោះទម្រង់បែបបទនេះ គឺមានលក្ខណៈស្ម័គ្រចិត្ត។ ទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយ ការខកខានមិនបានឆ្លើយតបអាចប៉ះពាល់ដល់ការចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោង។
- ខ្ញុំយល់ថា ខ្ញុំអាចចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោង MA បានតែមួយក្នុងពេលតែមួយប៉ុណ្ណោះ – ហើយការចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងនេះនឹងបញ្ចប់ការចុះឈ្មោះរបស់ខ្ញុំដោយស្វ័យប្រវត្តិ នៅក្នុងគម្រោង MA ផ្សេងទៀត (ការលើកលែងអនុវត្តចំពោះគម្រោង MA ថ្លៃចំណាយតាមសេវាឯកជន (PFFS) MA គណនីសន្សំវេជ្ជសាស្ត្រ (MSA))។
- ខ្ញុំយល់ថានៅពេលដែលការធានារ៉ាប់រងរបស់គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan ចាប់ផ្តើម ខ្ញុំត្រូវតែទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ និងឱសថមានវេជ្ជបញ្ជារបស់ខ្ញុំទាំងអស់ពីគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan។ អត្ថប្រយោជន៍ និងសេវាកម្មដែលផ្តល់ដោយគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan នឹងមាននៅក្នុងឯកសារ Evidence of Coverage (EOC, ភស្តុតាងនៃការធានារ៉ាប់រង) របស់គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan របស់ខ្ញុំ (ត្រូវបានគេស្គាល់ផងដែរថាជា កិច្ចសន្យាសមាជិក ឬក៏ច្បាប់ព្រមព្រៀងអ្នកជាវ) នឹងត្រូវបានធានារ៉ាប់រង។ ទាំង Medicare និងគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan នឹងមិនបង់ថ្លៃសម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍ ឬសេវាកម្មដែលមិនត្រូវបានធានារ៉ាប់រងនោះទេ។
- គម្រោងនេះរួមបញ្ចូលទាំងអត្ថប្រយោជន៍បន្ថែមពីសេសសម្រាប់ជំងឺរ៉ាំរ៉ៃ (SSBCI) ដែលហៅថា “អត្ថប្រយោជន៍អាហារ និងកសិផល”។ ខ្ញុំយល់ថា ខ្ញុំត្រូវតែមានជំងឺរយៈពេលវែងជាក់លាក់មួយដែលត្រូវបានគេស្គាល់ថាជាស្ថានភាពរ៉ាំរ៉ៃ ដើម្បីប្រើប្រាស់អត្ថប្រយោជន៍នេះ។ Blue Shield នឹងស្វែងយល់ថា តើខ្ញុំមានសិទ្ធិទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍សម្រាប់អាហារ និងកសិផលឬអត់នោះ ដោយប្រើព័ត៌មានពីវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់ខ្ញុំ ឬដោយទាក់ទងវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់ខ្ញុំដើម្បីស្វែងរកថ្លែងការណ៍ដែលមានចុះហត្ថលេខាអំពីស្ថានភាពរ៉ាំរ៉ៃរបស់ខ្ញុំ។
- ព័ត៌មាននៅលើទម្រង់បែបបទចុះឈ្មោះនេះគឺត្រឹមត្រូវតាមការយល់ដឹងរបស់ខ្ញុំ។ ខ្ញុំយល់ថា ប្រសិនបើខ្ញុំផ្តល់ព័ត៌មានមិនពិត ដោយចេតនានៅក្នុងទម្រង់បែបបទនេះ ខ្ញុំនឹងត្រូវលុបឈ្មោះចេញពីគម្រោង។
- ខ្ញុំយល់ថាហត្ថលេខារបស់ខ្ញុំ (ឬហត្ថលេខារបស់បុគ្គលដែលត្រូវបានអនុញ្ញាតឱ្យធ្វើសកម្មភាពជំនួសខ្ញុំ) នៅក្នុងពាក្យសុំនេះមានន័យថាខ្ញុំបានអាន និងយល់ខ្លឹមសារនៃពាក្យសុំនេះ។ ប្រសិនបើចុះហត្ថលេខាដោយអ្នកតំណាងដែលមានការអនុញ្ញាត (ដូចបានរៀបរាប់ខាងលើ) ហត្ថលេខានេះបញ្ជាក់ថា៖
 - 1) បុគ្គលនេះត្រូវបានអនុញ្ញាតក្រោមច្បាប់រដ្ឋ ដើម្បីបំពេញតាមការចុះឈ្មោះនេះ និង
 - 2) ឯកសារបញ្ជាក់របស់អាជ្ញាធរនេះអាចរកបានតាមការស្នើសុំដោយ Medicare។

ហត្ថលេខា៖	កាលបរិច្ឆេទថ្ងៃនេះ (ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ)៖
-----------	-------------------------------------

ប្រសិនបើអ្នកជាអ្នកតំណាងដែលមានការអនុញ្ញាត សូមចុះហត្ថលេខាខាងលើ ហើយបំពេញផ្នែកទាំងនេះ។
ឈ្មោះ៖

អាសយដ្ឋានផ្លូវ៖

ទីក្រុង៖

រដ្ឋ៖

លេខកូដតំបន់៖

លេខទូរសព្ទ៖

ទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកចុះឈ្មោះ៖

ផ្នែកទី 2 – ចន្លោះបំពេញទាំងអស់នៅក្នុងផ្នែកនេះគឺជាជម្រើស

ការឆ្លើយសំណួរទាំងនេះគឺជាជម្រើសរបស់អ្នក។ អ្នកមិនអាចត្រូវបានបដិសេធចំពោះការធានារ៉ាប់រងទេដោយសារតែអ្នកមិនបំពេញវា។

ជ្រើសរើសមួយ ប្រសិនបើអ្នកចង់ឱ្យយើងធ្វើព័ត៌មានទៅអ្នកជាភាសាផ្សេងក្រៅពីភាសាអង់គ្លេស។

- | | | |
|---|--|---------------------------------------|
| ☐ ភាសាអារ៉ាប់ | ☐ ភាសាចិន (ប្រពៃណី) | ☐ ភាសាអេស៉្បាញ |
| ☐ ភាសាអាល្លឺម៉ង់ | ☐ ភាសាហ្វីលីពីន | ☐ ភាសាតាកាឡុក |
| ☐ ភាសាខ្មែរ | ☐ ភាសាកូរ៉េ | ☐ ភាសាវៀតណាម |
| ☐ ភាសាចិន (សាមញ្ញ) | ☐ ភាសារុស្ស៊ី | |

ជ្រើសរើសមួយ ប្រសិនបើអ្នកចង់ឱ្យយើងធ្វើព័ត៌មានទៅអ្នកជាទម្រង់ដែលអាចចូលប្រើបាន។

- ☐ អក្សរស្នាបសម្រាប់ជនពិការភ្នែក ☐ អក្សរពុម្ពធំៗ ☐ សំលេង CD ☐ ទិន្នន័យ CD

សូមទាក់ទងផ្នែកបម្រើសេវាអតិថិជនតាមរយៈលេខ (800) 452-4413 (TTY: 711) ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការព័ត៌មានជាទម្រង់ដែលអាចចូលប្រើបានក្រៅពីអ្វីដែលមានរាយខាងលើ។ ម៉ោងធ្វើការរបស់យើងគឺចាប់ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់ ម៉ោងនៅតំបន់ប៉ាស៊ីហ្វិក បានប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។

តើអ្នកធ្វើការដែរឬទេ? ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ តើប្តីឬប្រពន្ធរបស់អ្នកធ្វើការដែរឬទេ? ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ

រាយបញ្ជីគ្រូពេទ្យថែទាំជាបឋម (PCP) គ្លីនិក ឬមណ្ឌលសុខភាពរបស់អ្នក ក៖

ឈ្មោះគ្រូពេទ្យ គ្លីនិក ឬមណ្ឌលសុខភាព៖

ID របស់គ្រូពេទ្យ គ្លីនិក ឬមណ្ឌលសុខភាពលេខ៖

ឈ្មោះក្រុមគ្រូពេទ្យ គ្លីនិក ឬមណ្ឌលសុខភាព៖

បច្ចុប្បន្នជាអ្នកជំងឺមែនទេ? ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ

អាសយដ្ឋានអ៊ីមែល៖

ការផ្តល់អាសយដ្ឋានអ៊ីមែលរបស់អ្នកខាងលើការចុះឈ្មោះអ្នកដោយស្វ័យប្រវត្តិក្នុងដីកាជញ្ជូនដោយគ្មានក្រដាសសម្រាប់ការទំនាក់ទំនងមួយចំនួននៃគម្រោងរបស់អ្នក។

អ្នកនឹងទទួលបានការប្រាស្រ័យទាក់ទងពីគម្រោងដែលអ្នកត្រូវការជាច្រើនត្រូវបានផ្តល់ជូនតាមប្រព័ន្ធអេឡិចត្រូនិក។ យើងនឹងផ្ញើអ៊ីមែលទៅអ្នកនៅពេលដែលមានការប្រាស្រ័យទាក់ទងថ្មី (ឧទាហរណ៍៖ ការពន្យល់ពីអត្ថប្រយោជន៍ ឬសេចក្តីជូនដំណឹងប្រចាំឆ្នាំអំពីការផ្លាស់ប្តូរ) អាចរកបានតាមអនឡាញ។ អ្នកអាចចូលទៅកាន់ការប្រាស្រ័យទាក់ទងទាំងនេះតាមរយៈឧបករណ៍ណាមួយដូចជាកុំព្យូទ័រ ចេប្លេត ឬទូរសព្ទចល័ត។

- ☐ ជំនួសឱ្យការចែកចាយដោយមិនប្រើក្រដាសស្នាម យើងនឹងផ្ញើតាមប្រៃសណីយ៍ មកឱ្យអ្នកនូវច្បាប់ចម្លងនៃឯកសារដែលបានតម្រូវ។ អ្នកអាចផ្លាស់ប្តូរចំណង់ចំណូលចិត្តរបស់អ្នកសម្រាប់ការដឹកជញ្ជូនបានគ្រប់ពេលវេលា។

ការបង់ថ្លៃធានារ៉ាប់រងគម្រោងរបស់អ្នក

អ្នកអាចបង់ថ្លៃធានារ៉ាប់រងគម្រោងប្រចាំខែរបស់អ្នក (រួមទាំងការពិន័យលើការចុះឈ្មោះយឺតយ៉ាវណាមួយដែលអ្នកមាន ឬអាចជំពាក់នាពេលបច្ចុប្បន្ន) តាមប្រៃសណីយ៍ ជាដើមរាល់ខែ។ ប្រសិនបើ គម្រោងរបស់អ្នកមានថ្លៃធានារ៉ាប់រងដល់កាលកំណត់ អ្នកនឹងទទួលបានវិក្កយបត្រប្រចាំខែ រួមទាំងចំនួនទឹកប្រាក់ និងកាលបរិច្ឆេទនៃការបង់ប្រាក់បន្ទាប់របស់អ្នកដល់កាលកំណត់ ឬអ្នកក៏អាចជ្រើសរើសបង់ថ្លៃធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកដោយការដកវាចេញពីអត្ថប្រយោជន៍នៃរបបសន្តិសុខសង្គម ឬ Railroad Retirement Board (RRB) របស់អ្នកដោយស្វ័យប្រវត្តិតាមខែនីមួយៗ។

ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពី ជម្រើសបង់ប្រាក់របស់អ្នក សូមចូលមើល ឈើ ឯខ្ញុំតាមរយៈគេហទំព័រ blueshieldca.com/medicarewaystopay ឬទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជនតាមរយៈលេខ (800) 452-4413 (TTY: 711)។

☐ ការកាត់កងដោយស្វ័យប្រវត្តិ ពី មូលប្បទានបត្រអត្ថប្រយោជន៍ ពី របបសន្តិសុខសង្គមប្រចាំខែរបស់អ្នក ឬ Railroad Retirement Board (RRB)។

ខ្ញុំទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ ប្រចាំខែពី៖ ☐ របបសន្តិសុខសង្គម ☐ RRB

(ការកាត់កងរបបសន្តិសុខសង្គម/Railroad Retirement Board អាចចំណាយពេលពី រៀង ឬច្រើនជាងនេះដើម្បីចាប់ផ្តើម។ ក្នុងករណីភាគច្រើន ប្រសិនបើ សន្តិសុខសង្គម/Railroad Retirement Board ទទួលយកសំណើរបស់អ្នកសម្រាប់ការកាត់កងដោយស្វ័យប្រវត្តិ ការកាត់កងលើកដំបូងពី ការមូលប្បទានបត្រអត្ថប្រយោជន៍ នៃ Railroad Retirement Board/សន្តិសុខសង្គមរបស់អ្នកនឹងរួមបញ្ចូលទាំងថ្លៃធានារ៉ាប់រងទាំងអស់ដែលត្រូវបង់ពី កាលបរិច្ឆេទមានប្រសិទ្ធភាពនៃការចុះឈ្មោះរបស់អ្នករហូតដល់ចំណុចនៃការកាត់កងចាប់ផ្តើម។ ប្រសិនបើ របបសន្តិសុខសង្គម/Railroad Retirement Board មិនយល់ព្រមលើសំណើរបស់អ្នកសម្រាប់ការកាត់កងដោយស្វ័យប្រវត្តិ យើងនឹងធ្វើវិក្កយបត្រត្រឡប់ទៅអ្នកសម្រាប់ថ្លៃធានារ៉ាប់រងប្រចាំខែរបស់អ្នក។)

ប្រសិនបើអ្នកត្រូវបង់ប្រាក់កែតម្រូវប្រចាំខែដែលទាក់ទងនឹងប្រាក់ចំណូលផ្នែក D (ផ្នែក D-IRMAA) អ្នកត្រូវតែបង់ចំនួនទឹកប្រាក់បន្ថែមនេះ បន្ថែមលើថ្លៃធានារ៉ាប់រងនៃគម្រោងរបស់អ្នក។ ចំនួនទឹកប្រាក់នេះជាធម្មតាត្រូវបានដកចេញពីអត្ថប្រយោជន៍របបសន្តិសុខសង្គមរបស់អ្នក ឬអ្នកអាចទទួលបានវិក្កយបត្រពី Medicare (ឬ RRB)។ កុំបង់ Blue Shield of California សម្រាប់ IRMAA ផ្នែក D។

សម្រាប់បុគ្គលដែលជួយអ្នកចុះឈ្មោះជាមួយការបំពេញទម្រង់បែបបទនេះតែប៉ុណ្ណោះ៖

បំពេញទម្រង់បែបបទផ្នែកនេះ ប្រសិនបើអ្នកជាបុគ្គលម្នាក់ (ដូចជា ភ្នាក់ងារ ឈ្មួញកណ្តាល អ្នកប្រឹក្សានៃកម្មវិធី State Health Insurance Program (SHIP, កម្មវិធីជំនួយការធានារ៉ាប់រងសុខភាពរដ្ឋ) ឬភាគីទីបីផ្សេងទៀត) ដែលជួយអ្នកចុះឈ្មោះបំពេញទម្រង់បែបបទនេះ។

ឈ្មោះ៖ _____ ទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកចុះឈ្មោះ៖ _____

ហត្ថលេខា៖ _____

ព័ត៌មានអ្នកផលិត/ភ្នាក់ងារសរសេរ៖

*ចង្អុលបង្ហាញផ្នែកដែលត្រូវការ។

ឈ្មោះទីភ្នាក់ងារដែលបានតែងតាំង៖ _____

ID ពន្ធរបស់ទីភ្នាក់ងារដែលបានតែងតាំង៖ _____

ឈ្មោះរបស់អ្នកផលិត/ភ្នាក់ងារសរសេរ៖ _____

បុគ្គល NPN របស់អ្នកផលិត/ភ្នាក់ងារសរសេរ៖ _____

អាសយដ្ឋានអ៊ីមែលរបស់អ្នកផលិត/ភ្នាក់ងារសរសេរ៖ _____

លេខទូរសព្ទរបស់អ្នកផលិត/ភ្នាក់ងារសរសេរ៖ _____

ហត្ថលេខារបស់អ្នកផលិត/ភ្នាក់ងារសរសេរ៖ _____

កាលបរិច្ឆេទរបស់ពាក្យស្នើសុំដែលបានទទួលដោយអ្នកផលិត៖ _____

តាមរយៈហត្ថលេខារបស់ខ្ញុំ ខ្ញុំសូមបញ្ជាក់ថា ខ្ញុំបានអាន និងយល់ពីគោលការណ៍ណែនាំការទំនាក់ទំនង និងទីផ្សារ និងច្បាប់ចុះឈ្មោះរបស់ CMS Medicare ហើយបញ្ជាក់ថា អ្នកចុះឈ្មោះបានទទួលឧបករណ៍ចុះឈ្មោះពេញលេញ។ ខ្ញុំយល់ស្របថាការចុះឈ្មោះសម្រាប់អ្នកទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍របស់ Medicare នេះក្នុងនាមជា Blue Shield of California បានអនុលោមតាមច្បាប់ទាំងនេះ។

សេចក្តីថ្លែងការណ៍អំពីច្បាប់ស្តីពីឯកជនភាព

មជ្ឈមណ្ឌល Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS, មជ្ឈមណ្ឌលសម្រាប់សេវា Medicare និង Medicaid) ប្រមូលព័ត៌មានពីគម្រោង Medicare ដើម្បីតាមដានការចុះឈ្មោះរបស់អ្នកទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍នៅក្នុងគម្រោង Medicare Advantage (MA) កែលម្អការថែទាំ និងការបង់ប្រាក់អត្ថប្រយោជន៍ Medicare។ ផ្នែកទី 1851 និង 1860D-1 នៃច្បាប់សន្តិសុខសង្គម និង 42 CFR § 9422.50 និង 422.60 អនុញ្ញាតឱ្យប្រមូលព័ត៌មាននេះ។ CMS អាចប្រើ បង្ហាញ និងផ្លាស់ប្តូរទិន្នន័យចុះឈ្មោះពីអ្នកទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍របស់ Medicare ដូចដែលបានបញ្ជាក់នៅក្នុងប្រព័ន្ធជូនដំណឹងអំពីកំណត់ត្រា (SORN) “Medicare Advantage Prescription Drug (MARx)” ប្រព័ន្ធលេខ 09-70-0588។ ការឆ្លើយតបរបស់អ្នកចំពោះទម្រង់បែបបទនេះ គឺមានលក្ខណៈស្ម័គ្រចិត្ត។ ទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយ ការខកខានមិនបានឆ្លើយតបអាចប៉ះពាល់ដល់ការចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោង។

ការផ្ទៀងផ្ទាត់សិទ្ធិទទួលបានគម្រោងសម្រាប់រយៈពេលនៃការចុះឈ្មោះ

ជាធម្មតា អ្នកអាចចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោង Medicare Advantage បានតែក្នុងអំឡុងពេលចុះឈ្មោះប្រចាំឆ្នាំចាប់ពីថ្ងៃទី 15 ខែតុលា ដល់ថ្ងៃទី 7 ខែធ្នូ នៃឆ្នាំនីមួយៗប៉ុណ្ណោះ។ មានករណីលើកលែងដែលអាចអនុញ្ញាតឱ្យអ្នកចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោង Medicare Advantage នៅខាងក្រៅរយៈពេលនេះ។

សូមអានសេចក្តីថ្លែងការណ៍ខាងក្រោមដោយយកចិត្តទុកដាក់ ហើយគូសប្រអប់ ប្រសិនបើសេចក្តីថ្លែងការណ៍នេះត្រឹមត្រូវចំពោះអ្នក។ តាមរយៈការគូសដីកប្រអប់ណាមួយខាងក្រោម អ្នកកំពុងបញ្ជាក់ថា តាមចំណេះដឹងដ៏ល្អបំផុតរបស់អ្នក អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានរយៈពេលនៃការចុះឈ្មោះ។ ប្រសិនបើយើងកំណត់ថាព័ត៌មាននេះមិនត្រឹមត្រូវនៅពេលក្រោយ អ្នកអាចនឹងត្រូវបានលុបឈ្មោះចេញវិញ។

- ☐ ខ្ញុំជាសមាជិកថ្មីរបស់ Medicare។
- ☐ ខ្ញុំបានចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោង Medicare Advantage ហើយចង់ធ្វើការផ្លាស់ប្តូរក្នុងអំឡុងពេលនៃការចុះឈ្មោះដោយបើកចំហរបស់ Medicare Advantage (MA OEP)។
- ☐ ថ្មីៗនេះ ខ្ញុំបានផ្លាស់ទីលំនៅក្រៅតំបន់សេវាកម្មសម្រាប់គម្រោងបច្ចុប្បន្នរបស់ខ្ញុំ ឬថ្មីៗនេះ ខ្ញុំបានផ្លាស់ទីលំនៅហើយមានជម្រើសថ្មីសម្រាប់ខ្ញុំ។ ខ្ញុំបានផ្លាស់ទីលំនៅថ្ងៃទី (សូមបញ្ចូលកាលបរិច្ឆេទ ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ) ។
- ☐ ថ្មីៗនេះ ខ្ញុំត្រូវបានដោះលែងពីពន្ធនាគារ។ ខ្ញុំត្រូវបានដោះលែងនៅថ្ងៃទី (សូមបញ្ចូលកាលបរិច្ឆេទ ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ) ។
- ☐ ថ្មីៗនេះ ខ្ញុំបានវិលត្រឡប់មកសហរដ្ឋអាមេរិកវិញ បន្ទាប់ពីរស់នៅជាអចិន្ត្រៃយ៍នៅក្រៅសហរដ្ឋអាមេរិក។ ខ្ញុំបានត្រលប់ទៅកាន់សហរដ្ឋអាមេរិកវិញនៅថ្ងៃទី (បញ្ចូលកាលបរិច្ឆេទ ខែ/ថ្ងៃទី/ឆ្នាំ) ។
- ☐ ថ្មីៗនេះ ខ្ញុំបានទទួលស្ថានភាពរក្សាទុករស់នៅស្របច្បាប់នៅសហរដ្ឋអាមេរិក។ ខ្ញុំទទួលបានស្ថានភាពនេះនៅថ្ងៃទី (បញ្ចូលកាលបរិច្ឆេទ ខែ/ថ្ងៃទី/ឆ្នាំ) ។
- ☐ ថ្មីៗនេះ ខ្ញុំបានផ្លាស់ប្តូរ Medicaid របស់ខ្ញុំ (ទើបតែទទួលបាន Medicaid មានការផ្លាស់ប្តូរកម្រិតនៃជំនួយ Medicaid ឬបាត់បង់ Medicaid) នៅថ្ងៃទី (បញ្ចូលកាលបរិច្ឆេទ ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ) ។
- ☐ ថ្មីៗនេះ ខ្ញុំមានការផ្លាស់ប្តូរក្នុងកម្មវិធី Extra Help (ជំនួយបន្ថែម) របស់ខ្ញុំសម្រាប់ការបង់ថ្លៃធានារ៉ាប់រងលើឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជារបស់ Medicare (ទើបតែទទួលបានកម្មវិធី Extra Help មានការផ្លាស់ប្តូរកម្រិតនៃកម្មវិធី Extra Help ឬបាត់បង់កម្មវិធី Extra Help) នៅថ្ងៃទី (បញ្ចូលកាលបរិច្ឆេទ ខែ/ថ្ងៃទី/ឆ្នាំ) ។
- ☐ ខ្ញុំមាន Medicare ហើយទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ Medicaid ពេញលេញ។ ខ្ញុំចង់ចូលរួម ឬប្តូរទៅគម្រោងដែលសម្របសម្រួលការធានារ៉ាប់រងរវាងគម្រោងថែទាំក្រោមការគ្រប់គ្រងរបស់ Medicare និង Medicaid របស់ខ្ញុំ (ហៅថាគម្រោង Dual Eligible Special Needs Plan (D-SNP, គម្រោងតម្រូវការពិសេសដែលមានសិទ្ធិទទួលបានទ្វេដង) រួមបញ្ចូលគ្នា។
- ☐ ខ្ញុំនឹងផ្លាស់ទីលំនៅ ស្នាក់នៅ ឬបានផ្លាស់ទីលំនៅថ្មី ចេញពីមណ្ឌលថែទាំរយៈពេលវែង (ឧទាហរណ៍៖ មណ្ឌលថែទាំមនុស្សចាស់ ឬមណ្ឌលថែទាំរយៈពេលវែង)។ ខ្ញុំបានផ្លាស់ទីលំនៅ/នឹងផ្លាស់ទីលំនៅចូល/ចេញពីមណ្ឌលនៅថ្ងៃទី (បញ្ចូលកាលបរិច្ឆេទ ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ) ។

- ☐ ថ្មីៗនេះ ខ្ញុំបានចាកចេញពី កម្មវិធី Program of All-Inclusive Care for the Elderly (PACE, កម្មវិធី ថែទាំសុខភាពមនុស្សចាស់ដែលមានរួមបញ្ចូលទាំងអស់) នៅថ្ងៃទី (បញ្ចូលកាលបរិច្ឆេទ ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ)

- ☐ ថ្មីៗនេះ ខ្ញុំបានបាត់បង់ការធានារ៉ាប់រងលើ ឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាដែលអាចជឿទុកចិត្តបានរបស់ខ្ញុំដោយមិនស្ម័គ្រចិត្ត (ការធានារ៉ាប់រងលើការចុះឈ្មោះរបស់ Medicare ដែរ)។ ខ្ញុំបានបាត់បង់ការធានារ៉ាប់រងលើ ឱសថរបស់ខ្ញុំនៅថ្ងៃទី (បញ្ចូលកាលបរិច្ឆេទ ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ)

- ☐ ខ្ញុំនឹងចាកចេញពី ការធានារ៉ាប់រងរបស់និយោជក ឬសហជីពនៅថ្ងៃទី (បញ្ចូលកាលបរិច្ឆេទ ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ)

- ☐ ខ្ញុំស្ថិតនៅក្នុង State Pharmaceutical Assistance Program (កម្មវិធី ជំនួយឱសថរបស់រដ្ឋ) ដែលមានលក្ខណសម្បត្តិ គ្រប់គ្រាន់ ឬខ្ញុំកំពុងបាត់បង់ជំនួយពី កម្មវិធី State Pharmaceutical Assistance Program។
- ☐ គម្រោងរបស់ខ្ញុំកំពុងបញ្ចប់កិច្ចសន្យាជាមួយ Medicare ឬ Medicare កំពុងបញ្ចប់កិច្ចសន្យាជាមួយនឹងគម្រោងរបស់ខ្ញុំ។
- ☐ ខ្ញុំបានចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងពី Medicare (ឬរដ្ឋរបស់ខ្ញុំ) ហើយខ្ញុំចង់ជ្រើសរើសគម្រោងផ្សេងទៀត។ ការចុះឈ្មោះរបស់ខ្ញុំនៅក្នុងគម្រោងនោះបានចាប់ផ្តើមនៅថ្ងៃទី (បញ្ចូលកាលបរិច្ឆេទ ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ)

- ☐ ខ្ញុំបានចុះឈ្មោះក្នុង Special Needs Plan (SNP, គម្រោងតម្រូវការពិសេស) ប៉ុន្តែខ្ញុំបានបាត់បង់លក្ខណសម្បត្តិតាមតម្រូវការពិសេសដែលត្រូវមាននៅក្នុងគម្រោងហើយ។ ខ្ញុំត្រូវបានដកឈ្មោះចេញពី SNP នៅថ្ងៃទី (បញ្ចូលកាលបរិច្ឆេទ ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ)

- ☐ ខ្ញុំបានរងផលប៉ះពាល់ដោយគ្រោះអាសន្ន ឬគ្រោះមហន្តរាយធំ (ដូចដែលបានប្រកាសដោយ Federal Emergency Management Agency (FEMA, ទីភ្នាក់ងារគ្រប់គ្រងគ្រោះអាសន្នសហព័ន្ធ) ឬដោយអង្គភាពរដ្ឋាភិបាលសហព័ន្ធរដ្ឋ ឬមូលដ្ឋាន)។ សេចក្តីថ្លែងការណ៍មួយក្នុងចំណោមសេចក្តីថ្លែងការណ៍ផ្សេងទៀតនៅទីនេះអនុវត្តចំពោះខ្ញុំបានប៉ុន្តែខ្ញុំមិនអាចធ្វើការស្នើសុំចុះឈ្មោះរបស់ខ្ញុំបានទេ ដោយសារគ្រោះមហន្តរាយ។
 - ☐ ខ្ញុំបានខកខានរយៈពេលជ្រើសរើសដំបូង (IEP)
 - ☐ ខ្ញុំបានខកខានរយៈពេលចុះឈ្មោះប្រចាំឆ្នាំ (AEP)

ប្រសិនបើសេចក្តីថ្លែងការណ៍ទាំងនេះមិនអនុវត្តចំពោះអ្នក ឬអ្នកមិនប្រាកដទេ សូមទាក់ទង Blue Shield of California តាមរយៈលេខ **(800) 534-4263 (TTY: 711)** ឬភ្នាក់ងារដែលមានការអនុញ្ញាត ដើម្បីមើលថាតើអ្នកមានសិទ្ធិចុះឈ្មោះដែរឬទេ។ យើងបើកពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់ ម៉ោងនៅតំបន់ប៉ាស៊ីហ្វិក បានប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ ចាប់ពីថ្ងៃទី 1 ខែតុលា ដល់ថ្ងៃទី 31 ខែមីនា និងពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់ ម៉ោងនៅតំបន់ប៉ាស៊ីហ្វិក ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ចាប់ពីថ្ងៃទី 1 ខែមេសា ដល់ថ្ងៃទី 30 ខែកញ្ញា។

Blue Shield of California គឺជាគម្រោង HMO D-SNP ដែលចុះកិច្ចសន្យាជាមួយ Medicare និងកិច្ចសន្យាជាមួយកម្មវិធី California State Medicaid Program (កម្មវិធី Medicaid នៃរដ្ឋ California)។ ការចុះឈ្មោះក្នុង Blue Shield of California អាស្រ័យលើការបន្តកិច្ចសន្យា។