L.A. Care Medicare Plus™
(HMO D-SNP)

សៀវភៅណែនាំសមាជិក 2026

ថ្ងៃ ទី 1 ខែមករា ឆ្នាំ 2026 ដល់ ថ្ងៃ ទី 31 ខែធ្នូ ឆ្នាំ 2026

សៀវភៅណែនាំសមាជិក L.A. Medicare Plus (HMO D-SNP)

ថ្ងៃ ទី 1 ខែមករា ឆ្នាំ 2026 ដល់ ថ្ងៃ ទី 31 ខែធ្នូ ឆ្នាំ 2026

ការរ៉ាប់រងសុខភាព និងឱសថរបស់អ្នក ស្ថិតក្រោម L.A. Care Health Plan

សេចក្តីណែនាំ*អំពីសៀវភៅណែនាំសមាជិក*

*សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះ ឬត្រូវបានហៅថា*ភស្តុតាងនៃការធានារ៉ាប់រង* ប្រាប់អ្នកអំពីការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នក ក្រោមគម្រោងរបស់យើងរហូតដល់ថ្ងៃទី 31 ខែធ្នូ ឆ្នាំ 2026។ សៀវភៅនេះពន្យល់ប្រាប់អំពីសេវាថែទាំសុខភាព សេវាឥរិយាបថសុខភាព (សុខភាពផ្លូវចិត្ត និងវិប័ត្តិនៃការសេពសារធាតុញៀន) ការរ៉ាប់រងលើឱសថ និងសេវាថែទាំ និងការគាំពាររយៈពេលវែង។ ពាក្យគន្លឹះ និងនិយមន័យរបស់ពាក្យទាំងនោះគឺមានបង្ហាញតាមលំដាប់អក្ខរក្រម នៅក្នុង**ជំពូកទី 12** នៃ*សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះ។

នេះគឺជាឯកសារផ្លូវច្បាប់ដ៏សំខាន់មួយ។ សូមរក្សាវាទុកនៅកន្លែងមានសុវត្ថិភាព។

នៅពេល *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះនិយាយថា “ពួកយើង” “យើង” “របស់យើង” ឬ “គម្រោងរបស់យើង” នោះគឺសំដៅដល់ L.A. Care Medicare Plus។

ឯកសារនេះអាចស្វែងរកបានដោយឥតគិតថ្លៃជាភាសាដូចជា *អារ៉ាប់ អាមេនី ចិន ផានចាប៊ី ហិណ្ឌូ ម៉ុង ជប៉ុន កូរ៉េ ឡាវ មៀន កម្ពុជា ហ្វាស៊ី រុស្ស៊ី អេស្ប៉ាញ តាកាឡុក ថៃ អ៊ុយក្រែន និង វៀតណាម។*

អ្នកអាចទទួលបានឯកសារនេះដោយឥតគិតថ្លៃជាទម្រង់ផ្សេងៗដូចជាអក្សរពុម្ពធំ អក្សរសម្រាប់ជនពិការភ្នែក និង/ឬ ជាសំឡេង ដោយហៅទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាសមាជិកតាមរយៈលេខ 1-833-522-3767 (TTY: 711) 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ រួមទាំងថ្ងៃឈប់សម្រាក។ ការហៅទូរសព្ទគឺឥតគិតថ្លៃ។

- អ្នកអាចសុំឱ្យយើងផ្ញើព័ត៌មានទៅអ្នកជាភាសា ឬទម្រង់ដែលអ្នកត្រូវការជានិច្ច។ នេះត្រូវបានគេហៅថាជាសំណើអចិន្ត្រៃយ៍។ យើងនឹងកត់ត្រាសំណើសុំជាប្រចាំរបស់អ្នក ដូច្នេះអ្នកមិនចាំបាច់ធ្វើការស្នើសុំដាច់ដោយឡែករាល់ពេលយើងផ្ញើពត៌មានទៅអ្នកឡើយ។ ដើម្បីទទួលបានឯកសារនេះជាភាសាក្រៅពីភាសាអង់គ្លេសនិង/ឬ ក្នុងទម្រង់ដទៃទៀត សូមទាក់ទងផ្នែកសេវាសមាជិកតាមរយៈលេខ (833) 522-3767, TTY: 711, 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ រួមទាំងថ្ងៃឈប់សម្រាក។ អ្នកតំណាងអាចជួយអ្នកបង្កើត ឬកែប្រែសំណើអចិន្ត្រៃយ៍បាន។

សេចក្តីជូនដំណឹងអំពីភាពអាចរកបាននៃសេវាជំនួយភាសា និងជំនួយ ព្រមទាំងសេវាបន្ទាប់បន្សំ

❖ ATTENTION: If you need help in your language, call **1-833-522-3767** (TTY: **711**). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call **1-833-522-3767** (TTY: **711**). These services are free of charge.

❖ يُرجى الانتباه: إذا احتجت إلى المساعدة بلغتك، فاتصل بـ **1-833-522-3767** (TTY: **711**). تتوفر أيضًا المساعدات والخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل المستندات المكتوبة بطريقة بريل والخط الكبير. اتصل بـ **1-833-522-3767** (TTY: **711**). هذه الخدمات مجانية.

❖ Հայերեն պիտակ **(Armenian)**
ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ: Եթե Ձեզ օգնություն է հարկավոր Ձեր լեզվով, զանգահարեք **1-833-522-3767** (TTY: **711**): Կան նաև օժանդակ միջոցներ ու ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար, օրինակ՝ Բրայլի գրատիպով ու խոշորատառ տպագրված նյութեր: Զանգահարեք **1-833-522-3767** (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 **1-833-522-3767** (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 **1-833-522-3767** (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 **1-833-522-3767** (TTY: **711**). ਅਪਾਹਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬ੍ਰੇਲ ਅਤੇ ਮੋਟੀ ਛਪਾਈ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ| ਕਾਲ ਕਰੋ **1-833-522-3767** (TTY: **711**). ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫਤ ਹਨ|

❖ हिंदी टैगलाइन **(Hindi)**
ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा में सहायता की आवश्यकता है तो **1-833-522-3767** (TTY: **711**) पर कॉल करें। अशक्तता वाले लोगों के लिए सहायता और सेवाएं, जैसे ब्रेल और बड़े प्रिंट में भी दस्तावेज़ उपलब्ध हैं। **1-833-522-3767** (TTY: **711**) पर कॉल करें। ये सेवाएं निःशुल्क हैं।

❖ **Nqe Lus Hmoob Cob (Hmong)**
CEEB TOOM: Yog koj xav tau kev pab txhais koj hom lus hu rau **1-833-522-3767** (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 **1-833-522-3767** (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 **1-833-522-3767** (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。**1-833-522-3767** (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。

❖ 한국어 태그라인 **(Korean)**
유의사항: 귀하의 언어로 도움을 받고 싶으시면 **1-833-522-3767** (TTY: **711**) 번으로 문의하십시오. 점자나 큰 활자로 된 문서와 같이 장애가 있는 분들을 위한 도움과 서비스도 이용 가능합니다. **1-833-522-3767** (TTY: **711**) 번으로 문의하십시오. 이러한 서비스는 무료로 제공됩니다.

❖ ɕɕнэклэwлаsлаэ **(Laotian)**
ปะกาด: ถ้าท่านต้องการความช่วยเหลือในพาสาของท่านให้โทหาเบิ **1-833-522-376**7 (TTY: 711). ยังมีความช่วยเหลือɕɕละการบริการสำลับคนพิการเฉินเอกะสานทีเป้นอักสอนนูนɕɕละมีโตพิมใหย่ ให้โทหาดูบิ **1-833-522-3767** (TTY: **711**). การบริการเหิานีบ่ต้องเสยค่าใช้จ่ายใดๆ.

❖ **Mien Tagline (Mien)**
LONGC HNYOUV JANGX LONGX OC: Beiv taux meih qiemx longc mienh tengx faan benx meih nyei waac nor douc waac daaih lorx taux **1-833-522-3767** (TTY: **711**). Liouh lorx jauvlouc 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 **1-833-522-3767** (TTY: **711**). Naaiv deix nzie weih gong-bou jauv-louc se benx wang-henh tengx mv zuqc cuotv nyaanh oc.

❖ **ឃ្លាសម្គាល់ជាភាសាខ្មែរ (Cambodian)**
ចំណាំ៖ បើអ្នក ត្រូវ ការជំនួយ ជាភាសា របស់អ្នក សូម ទូរស័ព្ទទៅលេខ **1-833-522-3767** (TTY: **711**)។ ជំនួយ នឹង សេវាកម្ម សម្រាប ជនពិការ ដូចជាឯកសារសរសេរជា អក្សរផុស សម្រាប់ជនពិការភ្នែក ឬឯកសារសរសេរជា អក្សរពុម្ពធំ ក៏អាចរកបានផងដែរ។ ទូរស័ព្ទមកលេខ **1-833-522-3767** (TTY: **711**)។ សេវាកម្មទាំងនេះមិន គិតថ្លៃទេ។

❖ **مطلب به زبان فارسی (Farsi)**
توجه: اگر می‌خواهید به زبان خود کمک دریافت کنید، با **1-833-522-3767** (TTY: **711**) تماس بگیرید. کمک‌ها و خدمات مخصوص افراد دارای معلولیت، مانند نسخه‌های خط بریل و چاپ با حروف بزرگ، نیز موجود است. با **1-833-522-3767** (TTY: **711**) تماس بگیرید. این خدمات رایگان ارائه می‌شوند.

❖ **Русский слоган (Russian)**
ВНИМАНИЕ! Если вам нужна помощь на вашем родном языке, звоните по номеру **1-833-522-3767** (TTY: **711**). Также предоставляются средства и услуги для людей с ограниченными возможностями, например документы крупным шрифтом или шрифтом Брайля. Звоните по номеру **1-833-522-3767** (TTY: **711**). Такие услуги предоставляются бесплатно.

❖ **Mensaje en español (Spanish)**
ATENCIÓN: si necesita ayuda en su idioma, llame al **1-833-522-3767** (TTY: **711**). También ofrecemos asistencia y servicios para personas con discapacidades, como documentos en braille y con letras grandes. Llame al **1-833-522-3767** (TTY: **711**). Estos servicios son gratuitos.

❖ **Tagalog Tagline (Tagalog)**
ATENSIYON: Kung kailangan mo ng tulong sa iyong wika, tumawag sa **1-833-522-3767** (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 **1-833-522-3767** (TTY: **711**). Libre ang mga serbisyong ito.

❖ **แท็กไลน์ภาษาไทย (Thai)**
โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข **1-833-522-3767** (TTY: **711**) นอกจากนี้ ยังพร้อมให้ความช่วยเหลือและบริการต่าง ๆ สำหรับบุคคลที่มีความพิการ เช่น เอกสารต่าง ๆ ที่เป็นอักษรเบรลล์และเอกสารที่พิมพ์ด้วยตัวอักษรขนาดใหญ่ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข **1-833-522-3767** (TTY: **711**) ไม่มีค่าใช้จ่ายสำหรับบริการเหล่านี้

❖ **Примітка українською (Ukrainian)**
УВАГА! Якщо вам потрібна допомога вашою рідною мовою, телефонуйте на номер 1-833-522-3767 (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 **1-833-522-3767** (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 **1-833-522-3767** (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 **1-833-522-3767** (TTY: **711**). Các dịch vụ này đều miễn phí

ភាសាផ្សេងៗ

អ្នកអាចទទួលបាន*សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះ និងឯកសារគម្រោងដទៃទៀតជាភាសាផ្សេងៗដោយមិនគិតថ្លៃពីអ្នកឡើយ។ L.A. Care Medicare Plus ផ្តល់ជូនការបកប្រែជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ ពីអ្នកបកប្រែភាសាដែលមានគុណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់។ ហៅទូរសព្ទទៅលេខ 1-833-522-3767 (TTY: 711)។ ការហៅទូរសព្ទគឺឥតគិតថ្លៃ។ អាន *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះ ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមទៀតអំពីសេវាជំនួយភាសាទាក់ទងនឹងការថែទាំសុខភាព ដូចជា សេវាអ្នកបកប្រែ និងការបកប្រែឯកសារ ជាដើម។

ទម្រង់ផ្សេងៗ

អ្នកអាចទទួលបានព័ត៌មាននេះ បានទាន់ពេលវេលាជាទម្រង់ផ្សេងៗដូចជា អក្សរសម្រាប់ជនពិការភ្នែក អក្សរពុម្ពធំទំហំ 20 ទម្រង់ជាសំឡេង និងទម្រង់អេឡិចត្រូនិក (ទិន្នន័យ CD) ដែលអាចចូលប្រើបាន ដោយមិនគិតថ្លៃពីអ្នកឡើយ។ ហៅទូរសព្ទទៅលេខ 1-833-522-3767 (TTY 711)។ ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។

សេវាអ្ន កបកប្រែ

L.A. Care Medicare Plus ផ្តល់ជូនសេវាបកប្រែផ្ទាល់មាត់ ក៏ដូចជាភាសាសញ្ញា ពីអ្នកបកប្រែភាសាដែលមានគុណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ បាន 24 ម៉ោង ដោយមិនគិតថ្លៃពីអ្នកឡើយ។ អ្នកមិនចាំបាច់ឱ្យសមាជិកគ្រួសារ ឬមិត្តភក្តិធ្វើជាអ្នកបកប្រែនោះទេ។ យើងមិនលើកទឹកចិត្តឱ្យប្រើអនីតិជនធ្វើជាអ្នកបកប្រែឡើយ លុះត្រាណាតែស្ថិតក្នុងគ្រាអាសន្នប៉ុណ្ណោះ។ សេវាអ្នកបកប្រែ ភាសាវិទ្យា និងវប្បធម៌ គឺអាចស្វែងរកបានដោយឥតគិតថ្លៃ។ ជំនួយអាចរកបាន 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ សម្រាប់ជំនួយផ្នែកភាសា ឬដើម្បីទទួលបានសៀវភៅណែនាំសមាជិកនេះជាភាសាផ្សេងទៀត សូមហៅទូរសព្ទទៅលេខ 1-833-522-3767 (TTY 711)។ ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។

តារាងមាតិកា

ជំពូកទី 1. ការចាប់ផ្តើមជាសមាជិក.....10
ជំពូកទី 2. លេខទូរសព្ទ និងធនធានសំខាន់ៗ.....23
ជំពូកទី 3. ការប្រើប្រាស់ការរ៉ាប់រងរបស់គម្រោងដើម្បីថែទាំសុខភាព និងសេវាដែលរ៉ាប់រងផ្សេងៗទៀតរបស់អ្នក.....46
ជំពូកទី 4. តារាងអត្ថប្រយោជន៍.....70
ជំពូកទី 5. ការទទួលបានឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាសម្រាប់អ្នកជំងឺមិនសម្រាកពេទ្យ.....144
ជំពូកទី 6. អ្វីដែលអ្នកបង់សម្រាប់ឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជា Medicare និង Medi-Cal របស់អ្នក.....165
ជំពូកទី 7 ស្នើសុំឱ្យពួកយើងបង់ថ្លៃវិក្កយបត្រដែលអ្នកបានទទួលសម្រាប់សេវា ឬឱសថដែលបានរ៉ាប់រង..176
ជំពូកទី8. សិទ្ធិ និងការទទួលខុសត្រូវរបស់អ្នក.....183
ជំពូកទី 9. អ្វីដែលអ្នកត្រូវធ្វើ ប្រសិនបើលោកអ្នកមានបញ្ហា ឬ បណ្តឹង (សេចក្តីសម្រេចលើការរ៉ាប់រង បណ្តឹងតវ៉ា ពាក្យបណ្តឹងនានា)..... 204
ជំពូកទី10. ការបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់អ្នកពីគម្រោងរបស់យើង.....253
ជំពូកទី11. ការជូនដំណឹងផ្លូវច្បាប់.....263
ជំពូកទី 12. និយមន័យពាក្យសំខាន់ៗ.....267

ការបដិសេធទំនួលខុសត្រូវ

- L.A. Care Medicare Plus (HMO D-SNP) គឺជាគម្រោងសុខភាពដែលចុះកិច្ចសន្យាជាមួយទាំង Medicare និង Medi-Cal ដើម្បីផ្តល់អត្ថប្រយោជន៍នៃកម្មវិធីទាំងពីរដល់អ្នកចុះឈ្មោះ។ ការចុះឈ្មោះក្នុង L.A. Care Medicare Plus អាស្រ័យលើការបន្តសុពលភាពកិច្ចសន្យាជាថ្មី។
- អត្ថប្រយោជន៍និង/ឬការរួមបង់ អាចផ្លាស់ប្តូរនៅថ្ងៃទី 1 ខែមករា ឆ្នាំ 2027។
- ឱសថ បណ្តាញឱសថស្ថាន និង/ឬបណ្តាញអ្នកផ្តល់សេវាដែលរ៉ាប់រងរបស់យើងអាចផ្លាស់ប្តូរបានគ្រប់ពេល។ អ្នកនឹងទទួលបានការជូនដំណឹងអំពីការផ្លាស់ប្តូរដែលអាចប៉ះពាល់ដល់អ្នកយ៉ាងហោចណាស់ 30 ថ្ងៃ មុន។

ជំពូកទី 1៖ ការចាប់ផ្តើមជាសមាជិក

សេចក្តីផ្តើម

ជំពូកនេះរួមបញ្ចូលទាំងព័ត៌មានអំពី L.A. Care Medicare Plus ដែលជាគម្រោងសុខភាពមួយរ៉ាប់រងលើសេវា Medicare ទាំងអស់របស់អ្នក និងសម្របសម្រួលរាល់សេវា Medicare និង Medi-Cal ទាំងអស់របស់អ្នក ព្រមទាំងសមាជិកភាពរបស់អ្នកនៅក្នុងគម្រោងនោះ។ វាក៏ប្រាប់អ្នកផងដែរអំពីអ្វីដែលត្រូវរំពឹងទុក និងព័ត៌មានផ្សេងទៀតដែលអ្នកនឹងទទួលបានពីយើង។ ពាក្យគន្លឹះ និងនិយមន័យរបស់ពាក្យទាំងនោះ គឺមានតាមលំដាប់អក្ខរក្រមក្នុងជំពូកចុងក្រោយនៃ*សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះ។

តារាងមាតិកា

A. សូមស្វាគមន៍មកកាន់គម្រោងរបស់យើង 12
B. ព័ត៌មានស្តីអំពីកម្មវិធី Medicare និង Medi-Cal 12
B1. Medicare 12
B2. Medi-Cal 12
C. អត្ថប្រយោជន៍នៃគម្រោងរបស់យើង 13
D. តំបន់សេវារបស់គម្រោងយើង 14
E ចំណុចដែលធ្វើឱ្យអ្នកមានសិទ្ធិក្លាយជាសមាជិករបស់គម្រោង 14
F. អ្វីដែលអ្នកត្រូវរំពឹងទុកនៅពេលដែលអ្នកចូលរួមនៅក្នុងគម្រោងសុខភាពរបស់យើងជាលើកដំបូង 14
G. ក្រុមផ្តល់ការថែទាំ និងគម្រោងថែទាំរបស់អ្នក 16
G1. ក្រុមផ្តល់ការថែទាំ 16
G2. គម្រោងថែទាំ 16

H. សេចក្តីសង្ខេបនៃការចំណាយសំខាន់ៗ 16
H1. ថ្លៃ បង់ធានារ៉ាប់រងនៃគម្រោង 17
អ្ន កមិនមានថ្លៃ បង់ធានារ៉ាប់រងសម្រាប់គម្រោងនេះទេ ដោយផ្អែ កលើកម្រិតនៃជំនួ យបន្ថែ មដែលអ្ន ក ទទួ លបាន។ ជំនួ យបន្ថែ ម គឺជាកម្ម វិធី Medicare ដែលជួ យប្រជាជនមានប្រាក់ចំណូ ល និងធនធាន មានកំណត់ ឱ្យកាត់បន្ថ យតម្លៃ ឱសថតាមវេជ្ជ បញ្ជា Medicare ផ្នែ ក D ដូ ចជាថ្លៃ បង់ធានារ៉ាប់រង ប្រាក់ រ៉ាប់រងត្រូ វបង់មុន និងការរួ មបង់ជាដើម។ ជំនួ យបន្ថែ មត្រូ វបានគេហៅថា “ជំនួ យសម្រាប់អ្ន កមាន ប្រាក់ចំណូ លទាប” ឬ “LIS”។ 17
H2. ថ្លៃ ថ្លៃ បង់ធានារ៉ាប់រង Medicare ផ្នែ ក A និង ផ្នែ ក B ប្រចាំខែ 17
H3. ថ្លៃ ថ្លៃ បង់ធានារ៉ាប់រងអត្ថ ប្រយោជន៍បន្ថែ មជាម្រើស 17
H4. ចំនួ នទឹកប្រាក់ទូ ទាត់សម្រាប់ឱសថមានវេជ្ជ បញ្ជា របស់ Medicare 17
I. *សៀវភៅណែនាំសមាជិកនេះ* 17
J. ព័ត៌មានសំខាន់ៗផ្សេងទៀតដែលអ្ន កទទួ លបានពីយើង 18
J1. បណ្ណ សម្គា ល់សមាជិករបស់អ្ន ក 18
J2. *បញ្ជីឈ្មោះអ្ន កផ្ត ល់សេវា និងឱសថស្ថា ន* 19
J3. *បញ្ជីនៃឱសថដែលរ៉ាប់រង* 20
J4. *ការពន្យ ល់អំពីអត្ថ ប្រយោជន៍* 20
K. ការបន្ថែ មព័ត៌មានថ្មីៗទៅក្នុងកំណត់ត្រាសមាជិកភាពរបស់អ្ន ក 21
K1. ឯកជនភាពនៃព័ត៌មានសុខភាពផ្ទា ល់ខ្លួ ន (PHI) 22

A. សូមស្វាគមន៍មកកាន់គម្រោងរបស់យើង

គម្រោងរបស់យើងផ្តល់ជូនសេវា Medicare និង Medi-Cal ដល់បុគ្គលដែលមានសិទ្ធិសម្រាប់កម្មវិធីទាំងពីរ។ គម្រោងរបស់យើងរួមបញ្ចូលនូវក្រុមវេជ្ជបណ្ឌិត មន្ទីរពេទ្យ ឱសថស្ថាន អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំនិងការគាំទ្រយូរអង្វែង អ្នកផ្តល់ឥរិយាបថសុខភាព ព្រមទាំងអ្នកផ្តល់សេវាផ្សេងទៀត។ យើងក៏មានអ្នកចាត់ចែងការថែទាំ និងក្រុមផ្តល់ការថែទាំ ផងដែរ ដើម្បីជួយអ្នកក្នុងការគ្រប់គ្រងអ្នកផ្តល់សេវា និងសេវាទាំងអស់របស់អ្នក។ ពួកគេទាំងអស់ធ្វើការងាររួមគ្នា ដើម្បីផ្តល់ការថែទាំដែលអ្នកត្រូវការ។

L.A. Care Medicare Plus គឺជាគម្រោង Medicare Medi-Cal Plan (គម្រោង MMP ឬ Medi-Medi) ដែលជាគម្រោងសិទ្ធិទទួលគម្រោងសេចក្តីត្រូវការពិសេសទាំងទ្វេសម្រាប់ការចុះឈ្មោះសមស្របគ្នាទាំងស្រុងដែលផ្តល់ជូនដោយ L.A. Care Health Plan ។

L.A. Care Health Plan គឺជាអង្គភាពសាធារណៈមួយរបស់រដ្ឋដែលមានឈ្មោះផ្លូវការរបស់ខ្លួនថា Local Initiative Health Authority for Los Angeles County ។ L.A. Care Health Plan គឺជាគម្រោងសុខភាពសាធារណៈឯករាជ្យមួយដែលមានការគ្រប់គ្រង និងទទួលបានអាជ្ញាបណ្ណពីរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា។ L.A. Care Health Plan ធ្វើការជាមួយនឹងក្រុមវេជ្ជបណ្ឌិត គ្លីនិក មន្ទីរពេទ្យ និងអ្នកផ្តល់សេវាផ្សេងទៀតដើម្បីផ្តល់ជូនអ្នកនូវសេវាថែទាំសុខភាពប្រកបដោយគុណភាព។

B. ព័ត៌មានស្តីអំពីកម្មវិធី Medicare និង Medi-Cal

B1. កម្មវិធី Medicare

Medicare គឺជាកម្មវិធីធានារ៉ាប់រងសុខភាពសហព័ន្ធសម្រាប់៖

- ប្រជាពលរដ្ឋដែលមានអាយុចាប់ពី 65 ឆ្នាំ ឡើងទៅ
- ប្រជាពលរដ្ឋមួយចំនួនមានអាយុក្រោម 65 ឆ្នាំ ដែលមានពិការភាពជាក់លាក់ណាមួយ **និង**
- ប្រជាពលរដ្ឋដែលមានជំងឺតម្រងនោមស្ថិតក្នុងដំណាក់កាលចុងក្រោយ (ការខូចតម្រងនោម)។

B2. កម្មវិធី Medi-Cal

Medi-Cal គឺជាឈ្មោះកម្មវិធី Medicaid នៃរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា។ កម្មវិធី Medi-Cal ត្រូវបានដំណើរការដោយរដ្ឋ និងទទួលបានការទូទាត់ឱ្យដោយរដ្ឋ និងរដ្ឋាភិបាលសហព័ន្ធ។ Medi-Cal ជួយដល់ប្រជាពលរដ្ឋដែលមានប្រាក់ចំណូល និងធនធានមានកម្រិត ទូទាត់ថ្លៃសេវារយៈពេលវែង និងជំនួយឧបត្ថម្ភ (Long-Term Services and Supports, LTSS) និងថ្លៃពេទ្យ។ មានរ៉ាប់រងលើសេវាបន្ថែមនិងឱសថនានាដែលមិនទទួលបានការរ៉ាប់រងដោយកម្មវិធី Medicare។

រដ្ឋនីមួយៗសម្រេចចិត្តអំពី៖

- អ្វីដែលរាប់បញ្ចូលជាចំណូលនិងធនធាន
- អ្នកដែលមានសិទ្ធិទទួលបាន
- សេវាអ្វីខ្លះដែលត្រូវបានរ៉ាប់រង **និង**
- ថ្លៃចំណាយសម្រាប់សេវាផ្សេងៗ។

រដ្ឋនានាអាចសម្រេចចិត្តថាតើត្រូវដំណើរការកម្មវិធីរបស់ពួកគេដូចម្តេច ដរាបណារដ្ឋទាំងនោះអនុវត្តតាមច្បាប់របស់សហព័ន្ធ។

Medicare និងរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ាបានអនុម័តគម្រោងរបស់យើង។ អ្នកអាចទទួលបានសេវាកម្មវិធី Medicare និង Medi-Cal តាមរយៈគម្រោងយើង ដរាបណា៖

- យើងជ្រើសរើសផ្តល់គម្រោង **ហើយ**
- កម្មវិធី Medicare និងរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ាអនុញ្ញាតឱ្យយើងបន្តផ្តល់ជូននូវគម្រោងនេះ។

ទោះបីជាគម្រោងរបស់យើងបញ្ឈប់ការធ្វើប្រតិបត្តិការនៅពេលអនាគតក៏ដោយ ក៏សិទ្ធិទទួលបានសេវាពីកម្មវិធី Medicare និង Medi-Cal របស់អ្នកមិនមានរងផលប៉ះពាល់អ្វីឡើយ។

C. អត្ថប្រយោជន៍នៃគម្រោងរបស់យើង

ឥឡូវនេះ អ្នកនឹងទទួលបានរាល់សេវា Medicare និង Medi-Cal ដែលបានរ៉ាប់រងទាំងអស់របស់អ្នកពីគម្រោងរបស់យើង រួមទាំងឱសថផងដែរ។ **អ្ន កនឹងមិនបង់ប្រាក់បន្ថែ មដើម្បីចូ លរួ មក្នុងគម្រោងសុខភាពនេះទេ។**

យើងនឹងជួយធ្វើឱ្យទាំងអត្ថប្រយោជន៍ Medicare និង Medi-Cal របស់អ្នកដំណើរការកាន់តែប្រសើរសម្រាប់អ្នក។ អត្ថប្រយោជន៍មួយចំនួន រួមមាន៖

- អ្នកអាចធ្វើការជាមួយយើងលើតម្រូវការថែទាំសុខភាពភាគច្រើនរបស់អ្នក។
- អ្នកមានក្រុមផ្តល់ការថែទាំមួយដែលអ្នកជួយបង្កើតឡើង។ ក្រុមផ្តល់ការថែទាំរបស់អ្នកអាចបូកបញ្ចូលអ្នកខ្លួនឯង អ្នកមើលថែទាំអ្នក វេជ្ជបណ្ឌិត គិលានុបដ្ឋាយិកា អ្នកប្រឹក្សាយោបល់ ឬអ្នកជំនាញផ្នែកសុខភាពផ្សេងៗទៀត។
- អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានអ្នកចាត់ចែងការថែទាំម្នាក់។ នេះគឺជាមនុស្សម្នាក់ដែលធ្វើការជាមួយអ្នកជាមួយនឹងគម្រោងរបស់យើង និងជាមួយក្រុមផ្តល់ការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក ដើម្បីជួយរៀបចំគម្រោងថែទាំសុខភាពមួយ។
- អ្នកអាចធ្វើការចាត់ចែងការថែទាំខ្លួនឯងផ្ទាល់ ដោយមានជំនួយពីក្រុមផ្តល់ការថែទាំ និងអ្នកចាត់ចែងការការថែទាំ។
- ក្រុមផ្តល់ការថែទាំ និងអ្នកចាត់ចែងការថែទាំរបស់អ្នកធ្វើការងារជាមួយអ្នកដើម្បីបង្កើតគម្រោងថែទាំដែលបានរៀបចំឡើងដើម្បីបំពេញតម្រូវការសុខភាព**របស់អ្ន ក**។ ក្រុមផ្តល់ការថែទាំនឹងជួយសម្របសម្រួលសេវាដែលអ្នកត្រូវការ។ ឧទាហរណ៍ នេះមានន័យថាក្រុមផ្តល់ការថែទាំរបស់អ្នក ត្រូវប្រាកដថា៖
    - ក្រុមវេជ្ជ បណ្ឌិតរបស់អ្ន កបានដឹងអំពីឱសថគ្រប់ប្រភេទដែលអ្ន កត្រូវប្រើប្រាស់ ដើម្បីឱ្យពួ កគេអាចដឹងប្រាកដថា អ្ន កកំពុងប្រើប្រាស់ឱសថត្រឹមត្រូវ និងដើម្បីឱ្យក្រុមវេជ្ជ បណ្ឌិតរបស់អ្ន កអាចកាត់បន្ថ យផលរំខានមួ យចំនួ នដែលអ្ន កអាចនឹងមានពីឱសថនោះ។
    - ក្រុមផ្ត ល់ការថែទាំសុខភាពរបស់អ្ន ក នឹងធ្វើឱ្យប្រាកដថាលទ្ធ ផលនៃការធ្វើតេស្ត ត្រូ វបានចែករំលែកទៅដល់ក្រុមវេជ្ជ បណ្ឌិត និងអ្ន កផ្ត ល់សេវាថែទាំផ្សេងទៀតបានយ៉ាងត្រឹមត្រូ វ។

សមាជិកថ្មីរបស់ L.A. Care Medicare Plus៖ ក្នុងករណីភាគច្រើន អ្នកនឹងត្រូវបានចុះឈ្មោះនៅក្នុង L.A. Care Medicare Plus សម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍ Medicare របស់អ្នក នៅថ្ងៃទី 1 នៃខែបន្ទាប់ពីអ្នកស្នើសុំចុះឈ្មោះ

ក្នុង LA. Care Medicare Plus ។ អ្នកនៅតែអាចទទួលបាន L.A. Care Medi-Cal របស់អ្នកពីគម្រោងសុខភាព L.A. Care Medi-Cal ពីមុនរបស់អ្នកសម្រាប់រយៈពេលមួយខែបន្ថែម។ បន្ទាប់ពីនោះ អ្នកនឹងទទួលបានសេវារបស់អ្នកតាមរយៈ L.A. Care Medicare Plus ។ វានឹងមិនមានគម្លាតនៅក្នុងការរ៉ាប់រង L.A. Care Medi-Cal របស់អ្នកទេ។ សូមហៅទូរសព្ទមកយើងតាមលេខនៅខាងក្រោមទំព័រ ប្រសិនបើអ្នកមានចម្ងល់ផ្សេងៗ។

D. តំបន់សេវារបស់គម្រោងយើង

តំបន់សេវារបស់យើងរួមមានខោនធីទាំងនេះនៅក្នុងរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា ដូចជាខោនធី Los Angeles។

មានតែអ្នករស់នៅក្នុងតំបន់សេវារបស់យើងប៉ុណ្ណោះដែលអាចចូលរួមក្នុងគម្រោងរបស់យើងបាន។

អ្ន កមិនអាចនៅប្រើគម្រោងរបស់យើងទេ ប្រសិនបើអ្ន កផ្លា ស់ទីលំនៅចេញក្រៅតំបន់សេវារបស់យើង។ សូមមើល**ជំពូ កទី 8** នៃ*សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីផលប៉ះពាល់នៃការផ្លាស់ទីលំនៅចេញពីតំបន់សេវារបស់យើង។

E. ចំណុចដែលធ្វើឱ្យអ្នកមានសិទ្ធិក្លាយជាសមាជិករបស់គម្រោង

អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានគម្រោងយើងបាន ដរាបណាអ្នក៖

- រស់នៅក្នុងតំបន់សេវារបស់យើង (បុគ្គលជាប់ឃុំមិនត្រូវបានចាត់ទុកថារស់នៅក្នុងតំបន់សេវានោះទេ ទោះបីជាពួកគេមានទីតាំងនៅក្នុងនោះក៏ដោយ) **និង**
- មានអាយុ 21ឆ្នាំ ឡើងទៅ ក្នុងពេលចុះឈ្មោះ **និង**
- មានទាំងគម្រោង Medicare ផ្នែក A និង Medicare ផ្នែក B **និង**
- ជាពលរដ្ឋសហរដ្ឋអាមេរិក ឬមានវត្តមានស្របច្បាប់រស់នៅក្នុងសហរដ្ឋអាមេរិក **និង**
- បច្ចុប្បន្ន កំពុងមានសិទ្ធិទទួលបាន Medi-Cal។

ប្រសិនបើអ្នកបាត់បង់សិទ្ធិទទួលបាន Medi-Cal ប៉ុន្តែអាចត្រូវបានគេរំពឹងថានឹងទទួលបានវាមកវិញក្នុងរយៈពេល 3 ខែ នោះអ្នកនៅតែមានសិទ្ធិទទួលបានគម្រោងរបស់យើង។

ហៅទូរសព្ទទៅកាន់ផ្នែកសេវាសមាជិកសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។

F. អ្វីដែលអ្នកត្រូវរំពឹងទុកនៅពេលដែលអ្នកចូលរួមនៅក្នុងគម្រោងសុខភាពរបស់យើងជាលើកដំបូង

នៅពេលអ្នកអ្នកចូលរួមក្នុងគម្រោងរបស់យើងជាលើកដំបូង អ្នកទទួលបានការវាយតម្លៃហានិភ័យសុខភាព (Health Risk Assessment, HRA) ក្នុងរយៈពេល 90 ថ្ងៃ នៅមុន ឬក្រោយកាលបរិច្ឆេទប្រសិទ្ធិភាពនៃការចុះឈ្មោះរបស់អ្នក។

យើងត្រូវតែបំពេញ HRA សម្រាប់អ្នក។ ឯកសារ HRA នេះគឺជាមូលដ្ឋានសម្រាប់បង្កើតគម្រោងថែទាំជារបស់អ្នក។ HRA នឹងរួមបញ្ចូលនូវសំណួរដើម្បីកំណត់តម្រូវការវេជ្ជសាស្ត្រ ឥរិយាបថសុខភាព និងមុខងាររបស់អ្នក។

យើងទាក់ទងទៅអ្នកដើម្បីបំពេញ HRA។ យើងអាចបំពេញ HRA បានតាមរយៈការជួបពិគ្រោះដោយផ្ទាល់ ការហៅទូរសព្ទ ឬការផ្ញើជាសំបុត្រ។

យើងនឹងផ្ញើជូនអ្នកនូវព័ត៌មានបន្ថែមទាក់ទងនឹង HRA នេះ។

ប្រសិនបើគម្រោងរបស់យើងថ្មីសម្រាប់អ្ន ក អ្នកអាចបន្តជួបពិគ្រោះជាមួយវេជ្ជបណ្ឌិតដែលអ្នកធ្លាប់ជួបពិគ្រោះក្នុងរយៈពេលជាក់លាក់ណាមួយ ទោះបីជាពួកគេមិនស្ថិតនៅក្នុងបណ្តាញរបស់យើងក៏ដោយ។ នេះគឺហៅថា និរន្តរភាពនៃការថែទាំ។ ប្រសិនបើពួកគេមិននៅក្នុងបណ្តាញរបស់យើងទេ អ្នកអាចបន្តជួបអ្នកផ្តល់សេវាបច្ចុប្បន្នរបស់អ្នក និងការអនុញ្ញាតលើសេវានៅពេលដែលអ្នកចុះឈ្មោះរហូតដល់ 12 ខែ ប្រសិនបើរាល់លក្ខខណ្ឌខាងក្រោមត្រូវបានបំពេញ៖

- អ្នក អ្នកតំណាងរបស់អ្នក ឬអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក ស្នើសុំឱ្យយើងអនុញ្ញាតឱ្យអ្នកបន្តជួបពិគ្រោះជាមួយអ្នកផ្តល់សេវាបច្ចុប្បន្នរបស់យើង។
- យើងបញ្ជាក់ថា អ្នកមានទំនាក់ទំនងស្រាប់ពីមុនជាមួយអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំបឋម ឬអ្នកថែទាំឯកទេស ដោយមានការលើកលែងមួយចំនួន។ ពេលយើងនិយាយថា "ទំនាក់ទំនងស្រាប់ពីមុនមក" វាមានន័យថា អ្នកបានជួបនឹងអ្នកផ្តល់សេវានៅក្រៅបណ្តាញម្នាក់ យ៉ាងហោចណាស់បានមួយដង សម្រាប់ការពិគ្រោះមិនបន្ទាន់ក្នុងអំឡុងរយៈពេល 12 ខែ មុនកាលបរិច្ឆេទនៃការចុះឈ្មោះដំបូងរបស់អ្នកនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើង។
    - យើងនឹងកំណត់នូវទំនាក់ទំនងដែលមានស្រាប់ពីមុន ដោយពិនិត្យមើលព័ត៌មានសុខភាពរបស់អ្ន កដែលយើងអាចស្វែ ងរកបាន ឬព័ត៌មានដែលអ្ន កផ្ត ល់ជូ នយើង។
    - យើងមានរយៈពេល 30 ថ្ងៃ ដើម្បីឆ្លើយតបទៅនឹងសំណើរបស់អ្ន ក។ អ្ន កអាចស្នើសុំឱ្យយើងធ្វើសេចក្តីសម្រេចចិត្ត យ៉ាងឆាប់រហ័សមួ យបាន ហើយយើងត្រូវតែឆ្លើយតបវិញក្នុងរយៈពេល 15 ថ្ងៃ ។ អ្ន កអាចស្នើសុំដូច្នេះដោយហៅទូរសព្ទ ទៅលេខ 1-833-522-3767 (TTY: 711) 24 ម៉ោងក្នុងមួ យថ្ងៃ 7 ថ្ងៃ ក្នុងមួ យសប្តា ហ៍ រួមទាំងថ្ងៃ ឈប់សម្រាក។ ប្រសិនបើអ្ន កអាចនឹងមានហានិភ័យដែលបង្ក ឱ្យមានគ្រោះថ្នា ក់ យើងត្រូវតែឆ្លើយតបក្នុងរយៈពេល 3 ថ្ងៃ ។
    - អ្ន ក ឬអ្ន កផ្ត ល់សេវារបស់អ្ន កត្រូវ តែបង្ហា ញឯកសារអំពីទំនាក់ទំនងដែលមានស្រាប់ និងយល់ស្របតាមលក្ខ ខណ្ឌ ជាក់លាក់ នៅពេលអ្ន កធ្វើការស្នើសុំ។

សម្គាល់៖ អ្នកអាចធ្វើការស្នើសុំអ្នកផ្តល់សេវានៃបរិក្ខារពេទ្យប្រើជាប់បានយូរ (Durable Medical Equipment, DME) យ៉ាងហោចណាស់ 90 ថ្ងៃរហូតដល់យើងអនុញ្ញាតការជួល DME ថ្មី ហើយមានបណ្តាញអ្នកផ្តល់សេវាផ្តល់ជូនការជួលនេះ។ ទោះបីជាអ្នកមិនអាចធ្វើការស្នើសុំនេះសម្រាប់អ្នកផ្តល់សេវាដឹកជញ្ជូន ឬអ្នកផ្តល់សេវាបន្ទាប់បន្សំផ្សេងទៀតក៏ដោយ អ្នកអាចធ្វើការស្នើសុំសេវាដឹកជញ្ជូន ឬសេវាបន្ទាប់បន្សំផ្សេងទៀត ដែលមិនត្រូវបានរួមបញ្ចូលនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើង។

បន្ទាប់ពីរយៈពេលនិរន្តរភាពនៃការថែទាំត្រូវបានបញ្ចប់ អ្នកចាំបាច់ត្រូវទៅជួបវេជ្ជបណ្ឌិត និងអ្នកផ្តល់សេវាផ្សេងទៀតក្នុងបណ្តាញ L.A. Care Medicare Plus ដែលមានទំនាក់ទំនងជាមួយក្រុមពេទ្យរបស់អ្នកផ្តល់ការថែទាំបឋមរបស់អ្នកសិន លើកលែងតែយើងបង្កើតកិច្ចព្រមព្រៀងជាមួយវេជ្ជបណ្ឌិតនៅក្រៅបណ្តាញរបស់អ្នក។ បណ្តាញអ្នកផ្តល់សេវាគឺជាអ្នកផ្តល់សេវាដែលធ្វើការជាមួយគម្រោងសុខភាព។ នៅពេលអ្នកជ្រើសអ្នកផ្តល់ការថែទាំបឋម (Primary Care Provider, PCP) អ្នកនឹងត្រូវកំណត់ឱ្យទៅជួបក្រុមពេទ្យដែលមានទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកផ្តល់សេវានោះ។ អ្នកផ្តល់ការថែទាំបឋមគឺជាវេជ្ជបណ្ឌិត ឬអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំផ្សេងទៀតដែលអ្នកជួបដំបូងសម្រាប់បញ្ហាសុខភាពភាគច្រើន។ ក្រុមពេទ្យគឺជាសមាគម PCP និងគ្រូពេទ្យឯកទេសដែលបានបង្កើតឡើងដើម្បីផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពដែលបានសម្របសម្រួល។ សូមមើល**ជំពូ កទី 3** នៃ*សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីការទទួលបានការថែទាំ។

G. ក្រុមផ្តល់ការថែទាំ និងគម្រោងថែទាំរបស់អ្នក

G1. ក្រុមផ្តល់ការថែទាំ

ក្រុមផ្តល់ការថែទាំ អាចជួយអ្នកឱ្យបន្តទទួលបានការថែទាំដែលអ្នកត្រូវការ។ ក្រុមផ្តល់ការថែទាំអាចរួមមានវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក អ្នកចាត់ចែងការថែទាំ ឬបុគ្គលិកសុខាភិបាលផ្សេងទៀតដែលអ្នកបានជ្រើសយក។

អ្នកចាត់ចែងការថែទាំ គឺជាបុគ្គលម្នាក់ដែលត្រូវបានបណ្តុះបណ្តាលឱ្យជួយអ្នកក្នុងការគ្រប់គ្រងការថែទាំដែលអ្នកត្រូវការ។ អ្នកទទួលបានអ្នកចាត់ចែងការថែទាំ នៅពេលអ្នកចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងរបស់យើង។ បុគ្គលនេះក៏អាចបញ្ជូនអ្នកទៅកាន់ធនធានសហគមន៍ផ្សេងទៀត ដែលគម្រោងរបស់រប់ស់យើងមិនអាចផ្តល់ជូនបាន ហើយនឹងធ្វើការជាមួយក្រុមផ្តល់ការថែទាំរបស់អ្នកដើម្បីជួយសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នក។ ហៅទូរសព្ទមកយើងតាមរយៈលេខនៅទំព័រខាងក្រោមសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពី អ្នកចាត់ចែងការថែទាំ និងក្រុមផ្តល់ការថែទាំរបស់អ្នក។

G2. គម្រោងថែទាំ

ក្រុមផ្តល់ការថែទាំរបស់អ្នក ធ្វើការជាមួយអ្នកដើម្បីបង្កើតគម្រោងថែទាំមួយផងដែរ។ គម្រោងថែទាំ ប្រាប់អ្នក និងវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកអំពីសេវាណាមួយដែលអ្នកត្រូវការ និងរបៀបដែលអ្នកនឹងទទួលបានសេវាទាំងនោះ។ វារួមមានតម្រូវការផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ សុខភាពឥរិយាបថ និងសេវាថែទាំ និង LTSS និងសេវាផ្សេងទៀត។

គម្រោងថែទាំសុខភាពរបស់អ្នកនឹងរួមមាន៖

- គោលដៅថែទាំសុខភាពផ្ទាល់ខ្លួន និងចំណូលចិត្តរបស់អ្នក **និង**
- លំដាប់នៃពេលវេលាដើម្បីទទួលបានសេវាដែលអ្នកត្រូវការ។

ក្រុមផ្តល់ការថែទាំរបស់អ្នកនឹងទាក់ទងអ្នកបន្ទាប់ពីអ្នកបានបំពេញ HRA រួច។ ពួកគេនឹងសាកសួរអ្នកអំពីសេវានានាដែលអ្នកត្រូវការ។ ពួកគេក៏ប្រាប់អ្នកផងដែរអំពីសេវាដែលលោកអ្នកនឹងអាចគិតចង់ទទួលបាន។ គម្រោងថែទាំរបស់អ្នកត្រូវបានបង្កើតឡើងដោយផ្អែកលើការឆ្លើយតបរបស់អ្នកនៅលើ HRA និងព័ត៌មានផ្សេងទៀតដែលអ្នកចែករំលែកជាមួយក្រុមផ្តល់ការថែទាំរបស់អ្នក។ ក្រុមផ្តល់ការថែទាំរបស់អ្នក នឹងធ្វើការជាមួយអ្នកដើម្បីធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពគម្រោងថែទាំសុខភាពរបស់អ្នកឱ្យបានយ៉ាងហោចណាស់រៀងរាល់ឆ្នាំ ឬឱ្យបានញឹកញាប់ប្រសិនបើតម្រូវការរបស់អ្នកផ្លាស់ប្តូរ។ ប្រសិនបើអ្នកសម្រេចចិត្តមិនចូលរួមក្នុងគម្រោងថែទាំរបស់អ្នក ឬអ្នកចាត់ចែងការថែទាំរបស់អ្នកមិនអាចទាក់ទងអ្នកបាន នោះគេនឹងបង្កើតគម្រោងថែទាំមួយសម្រាប់អ្នកដោយផ្អែកលើការឆ្លើយតបរបស់អ្នកនៅលើ HRA ។

H. សេចក្តីសង្ខេបនៃការចំណាយសំខាន់ៗ

ការចំណាយរបស់អ្នកអាចរួមបញ្ចូលដូចខាងក្រោម៖

- ថ្លៃបង់ធានារ៉ាប់រងនៃគម្រោង (**ផ្នែក H1**)
- ថ្លៃបង់ធានារ៉ាប់រង Medicare ផ្នែក B ប្រចាំខែ (**ផ្នែក H2**)
- ថ្លៃបង់ធានារ៉ាប់រងអត្ថប្រយោជន៍បន្ថែមជាម្រើស (**ផ្នែក H3**)
- ចំនួនទឹកប្រាក់ទូទាត់សម្រាប់គម្រោងឱសថមានវេជ្ជបញ្ជារបស់ Medicare (**ផ្នែក H4**)

ក្នុងស្ថានភាពមួយចំនួនថ្លៃបង់ធានារ៉ាប់រងនៃគម្រោងរបស់អ្នកអាចមានចំនួនតិច។

H1. ថ្លៃបង់ធានារ៉ាប់រងនៃគម្រោង

អ្នកមិនមានថ្លៃបង់ធានារ៉ាប់រងសម្រាប់គម្រោងនេះទេ ដោយផ្អែកលើកម្រិតនៃជំនួយបន្ថែមដែលអ្នកទទួលបាន។ ជំនួយបន្ថែម គឺជាកម្មវិធី Medicare ដែលជួយប្រជាជនមានប្រាក់ចំណូល និងធនធានមានកំណត់ ឱ្យកាត់បន្ថយតម្លៃឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជា Medicare ផ្នែក D ដូចជាថ្លៃបង់ធានារ៉ាប់រង ប្រាក់រ៉ាប់រងត្រូវបង់មុន និងការរួមបង់ជាដើម។ ជំនួយបន្ថែមត្រូវបានគេហៅថា “ជំនួយសម្រាប់អ្នកមានប្រាក់ចំណូលទាប” ឬ “LIS”។

H2. ថ្លៃបង់ធានារ៉ាប់រង Medicare ផ្នែក A និង ផ្នែក B ប្រចាំខែ

សមាជិកមួយចំនួនតម្រូវឱ្យបង់ថ្លៃបង់ធានារ៉ាប់រង Medicare ផ្សេងទៀត។ ដូចដែលបានពន្យល់នៅក្នុង**ផ្នែក E** ខាងលើ ដើម្បីមានសិទ្ធិទទួលបានគម្រោងរបស់យើង អ្នកត្រូវតែរក្សាសិទ្ធិទទួលរបស់អ្នកសម្រាប់ Medi-Cal ក៏ដូចជាមានទាំង Medicare ផ្នែក A និង Medicare ផ្នែក B។ សម្រាប់សមាជិក L.A. Care Medicare Plus ភាគច្រើន Medi-Cal បង់ប្រាក់សម្រាប់ថ្លៃបង់ធានារ៉ាប់រង Medicare ផ្នែក A របស់អ្នក (ប្រសិនបើអ្នកមិនមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ដើម្បីទទួលបានវាដោយស្វ័យប្រវត្តិ) និងសម្រាប់ថ្លៃបង់ធានារ៉ាប់រង Medicare ផ្នែក B។

ប្រសិនបើ Medi-Cal មិនបង់ថ្លៃ បង់ធានារ៉ាប់រង Medicare សម្រាប់អ្ន កទេ នោះអ្ន កត្រូវតែបន្ត បង់ថ្លៃធានារ៉ាប់រង Medicare របស់អ្ន ក ដើម្បីបន្ត ជាសមាជិកនៃគម្រោងរបស់យើង។ នេះរួមបញ្ចូលទាំងថ្លៃបង់ធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកសម្រាប់ Medicare ផ្នែក B។ អ្នកក៏អាចត្រូវបង់ថ្លៃបង់ធានារ៉ាប់រងសម្រាប់ Medicare ផ្នែក A ប្រសិនបើអ្នកមិនមានសិទ្ធិទទួលបានថ្លៃបង់ធានារ៉ាប់រង Medicare ផ្នែក A ដោយឥតគិតថ្លៃ។ **លើសពីនេះទៀត សូ មទាក់ទងផ្នែ កសេវាសមាជិក ឬអ្ន កសម្របសម្រួ លការថែទាំរបស់អ្ន ក ហើយជូ នដំណឹងដល់ពួ កគេអំពី ការផ្លា ស់ប្តូ រនេះ។**

H3. ថ្លៃបង់ធានារ៉ាប់រងអត្ថប្រយោជន៍បន្ថែមជាម្រើស

ប្រសិនបើអ្នកបានចុះឈ្មោះសម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍បន្ថែម ហៅម្យ៉ាងទៀតថា “អត្ថប្រយោជន៍បន្ថែមជាជម្រើស” នោះអ្នកនឹងត្រូវបង់ថ្លៃបង់ធានារ៉ាប់រងបន្ថែមជារៀងរាល់ខែសម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍បន្ថែមទាំងនេះ។ សូមមើល **ជំពូកទី 4 ផ្នែក E** សម្រាប់ព័ត៌មានលម្អិត។

H4. ចំនួនទឹកប្រាក់ទូទាត់សម្រាប់ឱសថមានវេជ្ជបញ្ជារបស់ Medicare

ប្រសិនបើអ្នកកំពុងចូលរួមក្នុងគម្រោងទូទាត់ឱសថមានវេជ្ជបញ្ជារបស់ Medicare អ្នកនឹងទទួលបានវិក្កយបត្រពីគម្រោងរបស់អ្នកសម្រាប់ឱសថរបស់អ្នក (ជំនួសឱ្យការបង់ប្រាក់ទៅឱសថស្ថាន)។ វិក្កយបត្រប្រចាំខែរបស់អ្នក គឺផ្អែកលើចំនួនទឹកប្រាក់ដែលអ្នកជំពាក់សម្រាប់ឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាណាមួយដែលអ្នកទទួលបាន បូកនឹងសមតុល្យខែមុនរបស់អ្នក ដោយចែកនឹងចំនួនខែដែលនៅសល់ក្នុងឆ្នាំ។

ជំពូ កទី 2 ប្រាប់បន្ថែមអំពីគម្រោងទូទាត់ឱសថមានវេជ្ជបញ្ជារបស់ Medicare។ ប្រសិនបើអ្នកមិនយល់ស្របនឹងចំនួនទឹកប្រាក់ដែលត្រូវបានចេញវិក្កយបត្រជាផ្នែកនៃជម្រើសការបង់ប្រាក់នេះទេ អ្នកអាចអនុវត្តតាមជំហានក្នុង **ជំពូ កទី 9** ដើម្បីដាក់បណ្តឹង ឬសុំតវ៉ា។

I. *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះ

*សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះ គឺជាផ្នែកនៃកិច្ចសន្យារបស់យើងជាមួយអ្នក។ នេះមានន័យថា យើងត្រូវតែអនុវត្តតាមរាល់វិធានទាំងអស់នៅក្នុងឯកសារនេះ។ ប្រសិនបើអ្នកគិតថាយើងបានធ្វើអ្វីមួយដែលប្រឆាំងនិងវិធានច្បាប់ទាំងនេះ អ្នកអាចប្តឹងតវ៉ាលើការសម្រេចចិត្តរបស់យើងបាន។ សម្រាប់ព័ត៌មានអំពីរបៀបប្តឹងតវ៉ា សូមមើល **ជំពូ កទី 9** នៃ*សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះ ឬហៅទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)។

អ្នកអាចស្នើសុំ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក* ដោយហៅទូរសព្ទទៅកាន់ផ្នែកសេវាសមាជិកតាមរយៈលេខនៅខាងក្រោមទំព័រ។ អ្នកក៏អាចមើល *សៀវភៅណែនាំសមាជិក* មាននៅលើគេហទំព័ររបស់យើងតាមរយៈអាសយដ្ឋានគេហទំព័រនៅខាងក្រោមទំព័រនេះផងដែរ។

កិច្ចសន្យានេះមានប្រសិទ្ធភាពសម្រាប់ខែដែលអ្នកបានចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងរបស់យើងនៅចន្លោះថ្ងៃទី 1 ខែមករា ឆ្នាំ 2026 ដល់ថ្ងៃទី 31 ខែមករា ឆ្នាំ 2026។

J. ព័ត៌មានសំខាន់ៗផ្សេងទៀតដែលអ្នកទទួលបានពីយើង

ព័ត៌មានសំខាន់ៗផ្សេងទៀតដែលយើងផ្តល់ជូនអ្នក រួមមានបណ្ណសម្គាល់សមាជិករបស់អ្នក ព័ត៌មានអំពីរបៀបចូលទៅកាន់ *បញ្ជីរាយឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវានិងឱសថស្ថាន* និងព័ត៌មានអំពីរបៀបប្រើប្រាស់ *បញ្ជីនៃឱសថដែលរ៉ាប់រង* ដែលត្រូវបានគេស្គាល់ថាជា *បញ្ជីឱសថ* ឬ *បញ្ជីឱសថដែលមានការធានារ៉ាប់រង*។

J1. បណ្ណសម្គាល់សមាជិករបស់អ្នក

ស្ថិតក្រោមគម្រោងរបស់យើង អ្នកត្រូវទទួលបានបណ្ណមួយសន្លឹកពីកម្មវិធី Medicare និង Medi-Cal របស់អ្នក មានជាអាទិ៍ សេវានិងការគាំទ្ររយៈពេលវែង (LTSS) សេវាឥរិយាបថសុខភាពជាក់លាក់ណាមួយ និងឱសថមានវេជ្ជបញ្ជា។ អ្នកត្រូវតែបង្ហាញបណ្ណនេះនៅពេលដែលអ្នកទទួលយកសវាណាមួយ ឬវេជ្ជបញ្ជា។ នេះជាគំរូបណ្ណសម្គាល់សមាជិក៖

ប្រសិនបើបណ្ណសម្គាល់សមាជិករបស់អ្នកបានខូច បាត់បង់ ឬត្រូវចោរលួច ហៅទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាសមាជិកជាបន្ទាន់ តាមរយៈលេខនៅខាងក្រោមទំព័រនេះ។ យើងនឹងធ្វើបណ្ណថ្មីមួយទៅអ្នក។

ដរាបណាអ្នកនៅជាសមាជិករបស់យើង អ្នកមិនចាំបាច់ប្រើបណ្ណ Medicare ពណ៌ក្រហម ស និងខៀវ ឬបណ្ណ Medi-Cal របស់អ្នក ដើម្បីទទួលបានសេវាភាគច្រើនទេ។ រក្សាទុកបណ្ណទាំងនោះនៅកន្លែងមានសុវត្ថិភាព ក្រែងលោអ្នកត្រូវការប្រើវានៅពេលក្រោយទៀត។ ប្រសិនបើអ្នកបង្ហាញបណ្ណ Medicare របស់អ្នកជំនួសឱ្យបណ្ណសម្គាល់សមាជិករបស់អ្នក អ្នកផ្តល់សេវាអាចចេញថ្លៃវិក្កយបត្រទៅឱ្យ Medicare ជំនួសឱ្យគម្រោងរបស់យើង ហើយអ្នកអាចទទួលបានវិក្កយបត្រមួយ។ អ្នកអាចនឹងត្រូវបានស្នើសុំឱ្យបង្ហាញបណ្ណ Medicare របស់អ្នក ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការសេវាមន្ទីរពេទ្យ សេវាសង្គហដ្ឋាន ឬចូលរួមក្នុងវេជ្ជសាស្ត្រសិក្សាស្រាវជ្រាវដែលអនុម័តដោយ Medicare (ក៏ហៅថា វេជ្ជសាស្ត្រសាក ផងដែរ)។ សូមមើល **ជំពូកទី 7** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះ ដើម្បីស្វែងយល់អំពីអ្វីដែលអ្នកត្រូវធ្វើ ប្រសិនបើអ្នកទទួលវិក្កយបត្រពីអ្នកផ្តល់សេវា។

សូមចាំថា អ្នកត្រូវការបណ្ណ Medi-Cal របស់អ្នក ឬ អត្តសញ្ញាណបណ្ណអត្ថប្រយោជន៍ (Benefits Identification Card, BIC) ដើម្បីទទួលបានសេវាដូចខាងក្រោម៖

- វិបត្តិប្រើគ្រឿងញៀន
- Medi-Cal Rx
- ជាការអនុវត្តល្អបំផុត សូមនាំយកបណ្ណទាំងពីរនៅពេលចូលប្រើសេវារបស់អ្នក

J2. បញ្ជីរាយឈ្មោះអាសយដ្ឋា នអ្ន កផ្ត ល់សេវា និងឱសថស្ថា ន

បញ្ជីរាយឈ្មោះអាសយដ្ឋានអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថាន រាយឈ្មោះអំពីឱសថស្ថាន និងអ្នកផ្តល់សេវាដែលស្ថិតនៅក្នុងបណ្តាញរបស់គម្រោងយើង។ ខណៈដែលអ្នកជាសមាជិកនៃគម្រោងរបស់យើង អ្នកត្រូវតែប្រើប្រាស់អ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ ដើម្បីទទួលបានសេវាដែលបានរ៉ាប់រង។

អ្នកអាចស្នើសុំ *បញ្ជីរាយឈ្មោះអាសយដ្ឋានអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថាន*(ជាទម្រង់អេឡិចត្រូនិក ឬជាសន្លឹកឯកសារ) ដោយទូរសព្ទទៅកាន់សេវាសមាជិក តាមរយៈលេខទូរសព្ទនៅទំព័រខាងក្រោម។ សំណើសុំបញ្ជីរាយឈ្មោះអាសយដ្ឋានអ្នកផ្តល់សេវានិងឱសថស្ថានក្នុងទម្រង់ជាសន្លឹកឯកសារ នឹងត្រូវបានគេផ្ញើតាមប្រៃសណីយ៍ទៅកាន់អ្នកក្នុងរយៈពេលបីថ្ងៃធ្វើការ។

អ្នកក៏អាចមើល*បញ្ជីរាយឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវានិងឱសថស្ថាន* តាមរយៈអាសយដ្ឋានគេហទំព័រនៅខាងក្រោមទំព័រផងដែរ។

បញ្ជីអាសយដ្ឋាននេះ រាយឈ្មោះអ្នកមានវិជ្ជាជីវៈខាងថែទាំសុខភាព (ដូចជាវេជ្ជបណ្ឌិត អ្នកប្រកបវិជ្ជាជីវៈគិលានុបដ្ឋាក និងគ្រូពេទ្យចិត្តសាស្ត្រ) មណ្ឌលថែទាំ (ដូចជាមន្ទីរពេទ្យ ឬគ្លីនិក) និងអ្នកផ្តល់សេវាគាំទ្រ (ដូចជាអ្នកផ្តល់សេវាសុខភាពពេលថ្ងៃសម្រាប់មនុស្សពេញវ័យ និងអ្នកផ្តល់សេវាសុខភាពតាមផ្ទះ) ដែលអ្នកអាចនឹងជួបពិគ្រោះក្នុងនាមជាសមាជិកនៃគម្រោង L.A. Care Medicare Plus។ យើងក៏រាយនាមបណ្តាឱសថស្ថានដែលអ្នកអាចប្រើប្រាស់ដើម្បីទទួលបានឱសថមានវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកផងដែរ។ ទាក់ទងទៅកាន់ផ្នែកសេវាសមាជិកសម្រាប់ព័ត៌មានអំពីអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ ដូចជាឈ្មោះ អាសយដ្ឋាន លេខទូរសព្ទ លក្ខណសម្បត្តិវិជ្ជាជីវៈ ជំនាញឯកទេស សាលាវេជ្ជសាស្ត្រដែលបានចូលរួម ស្ថានភាពនៃការបញ្ជាក់អំពីការបញ្ចប់ការស្នាក់នៅថែទាំ និងការបញ្ជាក់របស់គណៈកម្មការ។ **និយមន័យនៃអ្ន កផ្ត ល់សេវាក្នុងបណ្តា ញ**

- អ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញរបស់យើងរួមមាន៖
  - វេជ្ជ បណ្ឌិត គិលានុបដ្ឋា ក និងអ្ន កមានវិជ្ជា ជីវៈខាងថែទាំសុខភាពផ្សេងៗទៀត ដែលអ្ន កអាចទៅជួប ក្នុងនាមជាសមាជិកគម្រោងរបស់យើង
  - គ្លីនិក មន្ទីពេទ្យ មណ្ឌ លថែទាំ និងកន្លែ ងផ្សេងទៀតដែលផ្ត ល់សេវាសុខភាពក្នុងគម្រោងរបស់យើង **និង**
  - ការគ្រប់គ្រងសេវា និងការគាំទ្រយូរអង្វែ ង (Managed Long-term Services and Supports, MLTSS) សេវាឥរិយាបថសុខភាព ទីភ្នា ក់ងារសុខភាពតាមផ្ទះ បរិក្ខា រពេទ្យប្រើជាប់បានយូរ (DME) និងអ្ន កដទៃទៀតដែលផ្ត ល់ទំនិញនិងសេវាដែលអ្ន កទទួ លបានតាមរយៈ Medicare ឬ Medi-Cal។

អ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ បានយល់ព្រមទទួលយកការទូទាត់ពីគម្រោងរបស់យើង សម្រាប់សេវាដែលបានរ៉ាប់រង សម្រាប់ជាការទូទាត់ពេញគ្រប់ចំនួន។

និយមន័យនៃឱសថស្ថា នក្នុងបណ្តា ញ

- ឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញ គឺជាឱសថស្ថានដែលបានព្រមព្រៀងផ្តល់ឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាសម្រាប់សមាជិករបស់គម្រោងយើង។ សូមប្រើ*បញ្ជីរាយឈ្មោះអាសយដ្ឋានអ្នកផ្តល់សេវានិងឱសថស្ថាន* ដើម្បីស្វែងរកឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញដែលអ្នកចង់ប្រើប្រាស់។
- អ្នកត្រូវតែទទួលយកឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជានៅតាមឱសថស្ថានមួយក្នុងចំណោមឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញរបស់យើង ប្រសិនបើអ្នកចង់ឱ្យគម្រោងយើងជួយទូទាត់ឱ្យពួកគេជំនួសអ្នក លើកលែងតែក្នុងអំឡុងពេលសង្គ្រោះបន្ទាន់។

សូមទូរសព្ទទៅកាន់ផ្នែកសេវាសមាជិកតាមរយៈលេខទូរសព្ទនៅខាងក្រោមទំព័រសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។ ទាំងផ្នែកសេវាកម្មសមាជិកនិងគេហទំព័រអាចផ្តល់ជូនអ្នកនូវព័ត៌មានថ្មីបំផុតអំពីការកែប្រែនៅក្នុងចំណោមឱសថស្ថាននៃបណ្តាញយើងខ្ញុំបាន។

J3. បញ្ជីនៃឱសថដែលរ៉ាប់រង

គម្រោងរបស់យើងមាន *បញ្ជីនៃឱសថដែលរ៉ាប់រង*មួយ។ យើងហៅវាដោយខ្លីថា *បញ្ជីឱសថ*។ វាប្រាប់អ្នក ថាតើឱសថណាខ្លះដែលគម្រោងរបស់យើងធានារ៉ាប់រង។ ឱសថក្នុងបញ្ជីនេះត្រូវបានជ្រើសរើសដោយគម្រោងរបស់យើងដោយមានជំនួយពីក្រុមវេជ្ជបណ្ឌិត និងឱសថការី។ *បញ្ជីឱសថ*ត្រូវបំពេញតាមលក្ខខណ្ឌដែលកំណត់ដោយ Medicare ។ ឱសថដែលមានតម្លៃបានចរចាររួចក្រោមកម្មវិធីចរចាតម្លៃឱសថ Medicare និងត្រូវបានបញ្ចូលក្នុង*បញ្ជីឱសថ*របស់អ្នក លុះត្រាតែឱសថទាំងនោះត្រូវបានដកចេញ និងជំនួសដូចដែលបានពិពណ៌នានៅក្នុង**ជំពូកទី 5 ផ្នែក B**។ Medicare បានអនុម័ត*បញ្ជីឱសថ*របស់ L.A. Care Medicare Plus ។

បញ្ជីឱសថ ក៏ប្រាប់អ្នកឱ្យដឹងផងដែរថាតើមានវិធានឬការរឹតបន្តឹងទៅលើឱសថណាមួយដែរឬអត់ ដូចជាការកំណត់បរិមាណដែលអ្នកអាចទទួលជាដើម។ មើល**ជំពូកទី 5** អំពី*សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។

ជារៀងរាល់ឆ្នាំ យើងនឹងផ្ញើជូនអ្នកនូវព័ត៌មានអំពីរបៀបទទួលបាន*បញ្ជីឱសថ* តែការកែប្រែមួយចំនួនអាចនឹងកើតមានឡើងនៅក្នុងឆ្នាំនីមួយៗ។ ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានដែលបានធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពចុងក្រោយបំផុតអំពីឱសថមួយណាដែលបានរ៉ាប់រង ហៅទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាសមាជិក ឬចូលទៅកាន់គេហទំព័ររបស់យើង ដែលមានអាសយដ្ឋាននៅទំព័រខាងក្រោម។

J4. ការពន្យល់អំពីអត្ថ ប្រយោជន៍

នៅពេលដែលអ្នកប្រើប្រាស់អត្ថប្រយោជន៍ពីឱសថ ផ្នែក D របស់អ្នក យើងនឹងផ្ញើជូនអ្នកនូវរបាយការណ៍សង្ខេបមួយច្បាប់ដើម្បីជួយឱ្យអ្នកយល់ដឹង និងបន្តការតាមដានការទូទាត់ប្រាក់សម្រាប់ឱសថ Medicare ផ្នែក D របស់អ្នក។ របាយការណ៍សង្ខេបនេះ ត្រូវបានគេហៅថា *ការពន្យល់អំពីអត្ថប្រយោជន៍* (Explanation of Benefits, EOB)។

EOB ប្រាប់អ្នកអំពីចំនួនទឹកប្រាក់សរុបដែលអ្នក ឬអ្នកដទៃទៀតដែលតំណាងឱ្យអ្នក បានចំណាយទៅលើឱសថ Medicare ផ្នែក D និងចំនួនទឹកប្រាក់សរុបដែលយើងបានចំណាយទៅលើឱសថ Medicare ផ្នែក D នីមួយៗរបស់អ្នកក្នុងអំឡុងខែនោះ។ EOB នេះមិនមែនជាវិក្កយបត្រទេ។ EOB មានព័ត៌មានបន្ថែមអំពីឱសថដែលអ្នកប្រើប្រាស់។ **ជំពូកទី 6** *នៃសៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះផ្តល់ព័ត៌មានបន្ថែមទៀតអំពី EOB និងរបៀបដែលវាអាចជួយឱ្យបន្តការតាមដានលើរ៉ាប់រងផ្នែកឱសថរបស់អ្នក។

អ្នកក៏អាចស្នើសុំ EOB ផងដែរ។ ដើម្បីទទួលបានច្បាប់ចម្លង សូមទាក់ទងទៅកាន់ផ្នែកសេវាសមាជិកតាមរយៈលេខទូរសព្ទនៅទំព័រខាងក្រោម។

K. ការបន្ថែមព័ត៌មានថ្មីៗទៅក្នុងកំណត់ត្រាសមាជិកភាពរបស់អ្នក

ការបន្ថែមព័ត៌មានថ្មីៗទៅក្នុងកំណត់ត្រាសមាជិកភាពរបស់អ្នក ដោយប្រាប់យើងឱ្យបានដឹងនៅពេលណាព័ត៌មានរបស់អ្នកមានការប្រែប្រួល។

យើងត្រូវការព័ត៌មានទាំងនេះដើម្បីឱ្យប្រាកដថាយើងទទួលបានព័ត៌មានត្រឹមត្រូវនៅក្នុងកំណត់ត្រារបស់យើង។ វេជ្ជបណ្ឌិត មន្ទីរពេទ្យ ឱសថការី និងអ្នកផ្តល់សេវាផ្សេងទៀតនៅក្នុងបណ្តាញគម្រោងរបស់យើងប្រើប្រាស់កំណត់ត្រាសមាជិកភាពរបស់អ្នក ដើម្បីដឹងថាតើសេវា និងឱសថអ្វីខ្លះត្រូវបានធានារ៉ាប់រង និងដឹងពីចំនួនទឹកប្រាក់ដែលអ្នកត្រូវរួមចំណែកបង់។ ដោយសារតែកត្តានេះ វាមានសារៈសំខាន់ខ្លាំងណាស់ដែលអ្នកជួយយើងបន្តធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពអំពីព័ត៌មានថ្មីៗរបស់អ្នក។

ប្រាប់យើងភ្លាមៗអំពីចំណុចខាងក្រោម៖

- ការផ្លាស់ប្តូរលើឈ្មោះ អាសយដ្ឋាន ឬលេខទូរសព្ទ។
- ការផ្លាស់ប្តូរនៃការធានារ៉ាប់រងសុខភាព ដូចជាពីនិយោជករបស់អ្នក ពីនិយោជកសហព័ទ្ធរបស់អ្នក ឬនិយោជកដៃគូអនីតិសង្វាស់របស់អ្នក ឬសំណងសម្រាប់បុគ្គលិក។
- ការទាមទារសំណងណាមួយលើការទទួលខុសត្រូវ ដូចជាការទាមទារពីបញ្ហាគ្រោះថ្នាក់យានយន្ត។
- ការចូលសម្រាកនៅមន្ទីរគិលានុបដ្ឋាកម្ម ឬមន្ទីរពេទ្យ
- ការថែទាំពីមន្ទីរពេទ្យ ឬបន្ទប់សង្គ្រោះបន្ទាន់
- ការផ្លាស់ប្តូរលើអ្នកមើលថែរបស់អ្នក (ឬនរណាម្នាក់ដែលទទួលខុសត្រូវចំពោះអ្នក) **និង**
- ប្រសិនបើអ្នកចូលរួមក្នុងវេជ្ជសាស្ត្រសិក្សាស្រាវជ្រាវ។ (**បញ្ជាក់៖** អ្នកមិនតម្រូវអោយប្រាប់យើងអំពីវេជ្ជសាស្ត្រសិក្សាស្រាវជ្រាវដែលអ្នកមានបំណងចូលរួម ប៉ុន្តែយើងលើកទឹកចិត្តឱ្យអ្នកប្រាប់ដល់យើង។)

ប្រសិនបើព័ត៌មានណាមួយផ្លាស់ប្តូរ ហៅទូរសព្ទទៅកាន់សេវាសមាជិកតាមរយៈលេខទូរសព្ទនៅខាងក្រោមទំព័រ។

អ្នកក៏អាចធ្វើការផ្លាស់ប្តូរព័ត៌មានផងដែរ ដោយប្រើប្រាស់គណនី L.A. Care Connect តាមអនឡាញ។ L.A. Care Connect គឺជាគណនីអនឡាញដែលមានសម្រាប់សមាជិក L.A. Care Medicare Plus របស់យើងដែលបានចុះឈ្មោះ។ អ្នកអាចចុះឈ្មោះ និងចូលប្រើប្រាស់គណនី L.A. Care Connect របស់អ្នកបាន ដោយចូលទៅកាន់គេហទំព័រ **www. medicare.lacare.org**។ បន្ទាប់ពីចុះឈ្មោះរួច អ្នកអាចចូលដើម្បីធ្វើការងារដូចខាងក្រោម៖

- មើលសិទ្ធិទទួលបាន និងអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នក
- ស្នើសុំ មើល និង/ឬបោះពុម្ពបណ្ណសម្គាល់ខ្លួនរបស់អ្នក
- ផ្លាស់ប្តូរវេជ្ជបណ្ឌិត ឬក្រុមពេទ្យរបស់អ្នក
- គ្រប់គ្រងឱសថរបស់អ្នក មើលប្រវត្តិឱសថរបស់អ្នក ស្វែងរកឱសថស្ថាន និងទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ឱសថស្ថានផ្សេងទៀត។
- ចូលរួមនៅក្នុងកម្មវិធីសុខុមាលភាពដែលមានផ្តល់ជូន

K1. ឯកជនភាពនៃព័ត៌មានសុខភាពផ្ទាល់ខ្លួន (PHI)

ព័ត៌មានក្នុងកំណត់ត្រាសមាជិកភាពរបស់អ្នក អាចរួមបញ្ចូលព័ត៌មានសុខភាពផ្ទាល់ខ្លួន (Personal Health Information, PHI)។ ច្បាប់រដ្ឋនិងសហព័ន្ធ តម្រូវឱ្យយើងរក្សាទុក PHI របស់អ្នកជាលក្ខណៈឯកជន។ របៀបដែលយើងការពារ PHI របស់អ្នក។ សម្រាប់ព័ត៌មានលម្អិតបន្ថែមអំពីរបៀបដែលយើងការពារ PHI របស់អ្នក សូមមើល **ជំពូកទី 8** នៃ*សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះ។

ជំពូកទី 2៖ លេខទូរសព្ទ និងធនធានសំខាន់ៗ

សេចក្តីផ្តើម

ជំពូកនេះ ផ្តល់ជូនអ្នកនូវព័ត៌មានទំនាក់ទំនងសម្រាប់ធនធានសំខាន់ៗ ដែលអាចជួយអ្នកក្នុងការឆ្លើយសំណួរ របស់អ្នកអំពីគម្រោងរបស់យើង និងអត្ថប្រយោជន៍នៃការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក។ អ្នកក៏អាចប្រើជំពូកនេះដើម្បី ទទួលបានព័ត៌មានអំពីរបៀបទាក់ទងទៅកាន់អ្នកចាត់ចែងការថែទាំរបស់អ្នក និងអ្នកផ្សេងដើម្បីតស៊ូមតិជំនួសមុខ អ្នក។ ពាក្យគន្លឹះ និងនិយមន័យរបស់ពាក្យទាំងនោះ គឺមានតាមលំដាប់អក្ខរក្រមក្នុងជំពូកចុងក្រោយនៃ*សៀវភៅ ណែនាំសមាជិក*នេះ។

តារាងមាតិកា

A. សេវាបម្រើសមាជិក 24
B. អ្ន កចាត់ចែងការថែទាំរបស់អ្ន ក 27
C. កម្ម វិធីប្រឹក្សាការធានារ៉ាប់រង និងគាំពារសុខភាព (HICAP) 30
D. ខ្សែឱវាទគិលានុបដ្ឋា ក 31
E ខ្សែទូរសព្ទ សម្រាប់វិបត្តិឥរិយាបថសុខភាព 32
F. អង្គ ការលើកកម្ព ស់គុណភាព (QIO) 33
G. Medicare 34
H. Medi-Cal 35
I. ការិយាល័យគ្រប់គ្រងការថែទាំ Medi-Cal និង សុខភាពផ្លូវចិត្ត នៃអំបាដ្សម៉ាន 36
J. សេវាសង្គ មកិច្ច ប្រចាំខោនធី 37
K. ទីភ្នា ក់ងារសេវាឥរិយាបថសុខភាពប្រចាំខោនធី 38
L. ក្រសួ ងគ្រប់គ្រងសុខាភិបាល រដ្ឋ កាលីហ្វ័រញ៉ា 39
M. កម្ម វិធីដែលជួ យបង់ថ្លៃ ឱសថដល់ពលរដ្ឋ 40
M1. ជំនួ យបន្ថែ មពី Medicare។ 40
M2. កម្ម វិធីជំនួ យឱសថរោគ AIDS (ADAP) 41
M3. គម្រោងទឹកប្រាក់ទូ ទាត់សម្រាប់ឱសថមានវេជ្ជ បញ្ជា របស់ Medicare 41
N. របបសន្តិសុខសង្គ ម 42
O. គណៈកម្មា ធិការសោធននិវត្ត ន៍ផ្លូ រដែក (RRB) 43
P. ធនធានផ្សេងៗទៀត 44
Q. Medi-Cal Dental 45

A. សេវាសមាជិក

ហៅទូរសព្ទ ទៅលេខ	*1-833-522-3767*។ ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ *24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ រួមទាំងថ្ងៃឈប់សម្រាក។ អ្នកអាចទទួលបានព័ត៌មាននេះដោយឥតគិតថ្លៃជាទម្រង់ផ្សេងទៀតដូចជាអក្សរបោះពុម្ពធំៗ អក្សរសម្រាប់ជនពិការភ្នែក និង/ឬ ជាសំឡេង ដោយហៅទូរសព្ទទៅលេខខាងលើ។* យើងមានផ្តល់សេវាអ្នកបកប្រែដោយឥតគិតថ្លៃ សម្រាប់អ្នកដែលមិនចេះនិយាយភាសាអង់គ្លេស។
TTY	711។ ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ លេខទូរសព្ទនេះគឺសម្រាប់មនុស្សដែលមានបញ្ហាពិបាកស្តាប់ ឬពិបាកនិយាយ។ អ្នកត្រូវតែមានគ្រឿងទូរសព្ទពិសេសដើម្បីហៅទូរសព្ទទៅលេខនេះបាន។ *24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ រួមទាំងថ្ងៃឈប់សម្រាក*
ផ្ញើទូរសារទៅលេខ	*1-213-438-5712*
សរសេរទៅកាន់	L.A. Care Medicare Plus Attn: Member Services Department 1200 West 7th Street Los Angeles, CA 90017
គេហទំព័រ	medicare.lacare.org

សូមទាក់ទងមកផ្នែកសេវាកម្មសមាជិកដើម្បីទទួលបានជំនួយតាមរយៈ៖

- សំណួរនានាអំពីគម្រោង
- សំណួរនានាអំពីការទាមទារសំណង ឬវិក្កយបត្រ
- ការសម្រេចលើការរ៉ាប់រងអំពីការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក
  - ការសម្រេចលើការរ៉ាប់រងអំពីការថែទាំសុខភាពរបស់អ្ន ក គឺជាការសម្រេចមួ យអំពី៖
    - អត្ថ ប្រយោជន៍របស់អ្ន ក និងសេវាដែលមានការរ៉ាប់រង **ឬ**
    - ចំនួ នទឹកប្រាក់ដែលយើងត្រូវទូ ទាត់បង់សម្រាប់សេវាសុខភាពរបស់អ្ន ក។

- ហៅទូរសព្ទ មកយើង ប្រសិនបើអ្ន កមានចម្ង ល់អំពីការសម្រេចលើការរ៉ាប់រង និងការថែទាំសុខភាពរបស់អ្ន ក។
- ដើម្បីស្វែ ងយល់បន្ថែ មអំពីការសម្រេចលើការរ៉ាប់រង សូ មចូ លមើល**ជំពូ កទី 9** នៃ*សៀវភៅណែនាំសមាជិកនេះ*។

- បណ្តឹងតវ៉ាអំពីបញ្ហាថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក
  - បណ្តឹងតវ៉ា គឺជាមធ្យោបាយផ្លូវការមួ យនៃការស្នើសុំឱ្យយើងពិនិត្យឡើងវិញនូ វការសម្រេចដែលយើង បានធ្វើអំពីការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្ន ក និងការស្នើសុំឱ្យយើងផ្លា ស់ប្តូ រវា ប្រសិនបើអ្ន កគិតថាយើងធ្វើខុស ឬមិនយល់ស្របជាមួ យនឹងការសម្រេចនោះ។
  - ដើម្បីស្វែ ងយល់បន្ថែ មអំពីការធ្វើបណ្តឹងតវ៉ា សូ មមើល **ជំពូ កទី 9** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះ ឬ ទាក់ទងផ្នែ កសេវាបម្រើសមាជិក។

- បណ្តឹងអំពីបញ្ហាការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក
  - អ្ន កអាចធ្វើការប្តឹងយើង ឬអ្ន កផ្តល់សេវាណាម្នា ក់(រួមមានអ្ន កផ្តល់សេវាក្នុង ឬក្រៅបណ្តា ញ)។អ្ន កផ្តល់ សេវាក្នុងបណ្តា ញ គឺជាអ្ន កផ្តល់សេវាដែលធ្វើការជាមួ យគម្រោងរបស់យើង។ អ្ន កក៏អាចធ្វើការប្តឹង អំពីគុណភាពនៃការថែទាំដែលអ្ន កបានទទួ ល មកកាន់យើង ឬទៅកាន់អង្គ ភាពរក្សាកម្ម ស់គុណភាព (Quality Improvement Organization, QIO) (មើល**ផ្នែ ក F**)។
  - អ្ន កអាចហៅទូរសព្ទ មកយើង និងផ្តល់ការពន្យល់បកស្រាយលើបណ្តឹងរបស់អ្ន ក តាមរយៈលេខ៖ 1-833-522-3767 (TTY: 711) 24 ម៉ោងក្នុងមួ យថ្ងៃ 7 ថ្ងៃ ក្នុងមួ យសប្តា ហ៍ រួមទាំងថ្ងៃ ឈប់សម្រាក។
  - ប្រសិនបើបណ្តឹងរបស់អ្ន កទាក់ទងនឹងការសម្រេចលើការរ៉ាប់រងអំពីការថែទាំសុខភាពរបស់អ្ន ក អ្ន ក អាចធ្វើការប្តឹងតវ៉ាបាន (មើលជំពូ កខាងលើ)។
  - អ្ន កក៏អាចផ្ញើបណ្តឹងអំពីគម្រោងរបស់យើងទៅ Medicare ផងដែរ។ អ្ន កអាចប្រើទម្រង់បែបបទនៅលើ ប្រព័ន្ធ អនឡាញបាន ដោយចូ លទៅកាន់ www.medicare.gov/my/medicare-complaint។ ឬអ្ន ក អាចហៅទូរសព្ទ ទៅកាន់លេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) ដើម្បីស្នើសុំជំនួ យ។
  - អ្ន កអាចដាក់បណ្តឹងអំពីគម្រោងរបស់យើងទៅកាន់កម្ម វិធីអំបាដ្សម៉ាន Medicare Medi-Cal ដោយ ហៅទូរសព្ទ ទៅលេខ 1-855-501-3077។
  - ដើម្បីស្វែ ងយល់បន្ថែ មអំពីការប្តឹងអំពីការថែទាំសុខភាពរបស់អ្ន ក សូ មមើល**ជំពូ កទី 9** នៃ*សៀវភៅ ណែនាំសមាជិក*នេះ។

- ការសម្រេចលើការរ៉ាប់រងអំពីឱសថរបស់អ្នក
  - ការសម្រេចលើការរ៉ាប់រងអំពីឱសថរបស់អ្ន ក គឺជាការសម្រេចអំពី៖
    - អត្ថ ប្រយោជន៍របស់អ្ន ក និងឱសថដែលបានរ៉ាប់រង **ឬ**
    - ចំនួ នទឹកប្រាក់ដែលយើងត្រូ វបង់សម្រាប់ឱសថរបស់អ្ន ក។
  - ឱសថដែលមិនបានធានារ៉ាប់រងផ្សេងៗទៀត ដូ ចជាឱសថគ្មា នវេជ្ជ បញ្ជា (over-the-counter, OTC) និងថ្នាំវីតាមីនខ្លះ អាចនឹងត្រូ វបានរ៉ាប់រងដោយ Medi-Cal Rx។ ចូ លទៅកាន់គេហទំព័រនៃ Medi-Cal

Rx (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov) សម្រាប់ព័ត៌មានថែមទៀត។ អ្ន កក៏អាចហៅទូរសព្ទ ទៅ មជ្ឈមណ្ឌ លសេវាអតិថិជន Medi-Cal Rx លេខ 800-977-2273។

- សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែ មអំពីការសម្រេចចិត្ត លើការរ៉ាប់រងឱសថរបស់អ្ន ក សូ មមើល**ជំពូ កទី 9** នៃ *សៀភៅណែនាំសមាជិក*នេះ។

- បណ្តឹងតវ៉ាអំពីឱសថរបស់អ្នក
  - បណ្តឹងតវ៉ា គឺជាវិធីស្នើសុំឱ្យយើងផ្លា ស់ប្តូ រនូ វការសម្រេចចិត្ត លើការរ៉ាប់រង។
  - សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែ មអំពីការធ្វើបណ្តឹងតវ៉ាអំពីឱសថ សូ មមើល**ជំពូ កទី 9** នៃ *សៀភៅណែនាំសមាជិក* នេះ។
- ការប្តឹងអំពីឱសថរបស់អ្នក
  - អ្ន កអាចធ្វើការប្តឹងយើង ឬឱសថស្ថា នណាមួ យបាន។ នេះរួមមានការប្តឹងអំពីឱសថរបស់អ្ន ក។
  - ប្រសិនបើបណ្តឹងរបស់អ្ន កគឺពាក់ព័ន្ធ នឹងការសម្រេចលើការរ៉ាប់រងអំពីឱសថរបស់អ្ន ក អ្ន កអាចធ្វើការ ប្តឹងតវ៉ាបាន។ (មើលផ្នែ កខាងលើ។)
  - អ្ន កក៏អាចផ្ញើបណ្តឹងអំពីគម្រោងរបស់យើងទៅ Medicare ផងដែរ។ អ្ន កអាចប្រើទម្រង់បែបបទនៅលើ ប្រព័ន្ធ អនឡាញបាន ដោយចូ លទៅកាន់ www.medicare.gov/my/medicare-complaint។ ឬអ្ន ក អាចហៅទូរសព្ទ ទៅកាន់លេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) ដើម្បីស្នើសុំជំនួ យ។
  - សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែ មអំពីការធ្វើបណ្តឹងអំពីឱសថ សូ មមើល**ជំពូ កទី 9** នៃ *សៀភៅណែនាំសមាជិក*នេះ។
- ការទូទាត់សម្រាប់សេវាថែទាំសុខភាព ឬឱសថដែលអ្នកបានបង់រួចហើយ
  - សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែ មអំពីរបៀបស្នើសុំឱ្យយើងទូ ទាត់ប្រាក់សងអ្ន កវិញ ឬទូ ទាត់វិក្ក យបត្រដែលអ្ន ក បានទទួ ល សូ មមើល **ជំពូ កទី 7** នៃ*សៀភៅណែនាំសមាជិក*នេះ។
  - ប្រសិនបើអ្ន កស្នើសុំឱ្យយើងទូ ទាត់វិក្ក យបត្ររបស់អ្ន ក ហើយយើងបដិសេធនូ វផ្នែ កណាមួ យនៃសំណើ របស់អ្ន ក អ្ន កអាចប្តឹងតវ៉ាអំពីការសម្រេចចិត្ត របស់យើងបាន។ សូ មមើល **ជំពូ កទី 9** នៃ *សៀវភៅណែនាំ សមាជិក*នេះ។

B. អ្នកចាត់ចែងការថែទាំរបស់អ្នក

តើអ្វីជាអ្ន កចាត់ចែងការថែទាំ?

- អ្នកចាត់ចែងការថែទាំគឺជាគិលានុបដ្ឋាក ឬអ្នកដែលមានអាជ្ញាបណ្ណផ្សេងទៀតដែលនឹងយល់ដឹង និងស្វែងយល់ពីតម្រូវការសុខភាពរបស់អ្នក។ អ្នកចាត់ចែងការថែទាំអាចនៅជាមួយក្រុមពេទ្យរបស់អ្នក ឬជាមួយគម្រោងសុខភាព L.A. Care ។ អ្នកចាត់ចែងការថែទាំរបស់អ្នក ធ្វើការជាក្រុមជាមួយអ្នក វេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក អ្នកថែទាំរបស់អ្នក និងអ្នកដទៃដែលពាក់ព័ន្ធនឹងការថែទាំសុខភាព របស់អ្នក។ អ្នកចាត់ចែងការថែទាំ វាយតម្លៃមើលថាតើការថែទាំអ្វីខ្លះដែលអ្នកត្រូវការ ធ្វើគម្រោងថែទាំជាមួយអ្នក ដើម្បីកំណត់ពីរបៀបដែលអ្នកនឹងទទួលការថែទាំដែលអ្នកត្រូវការ សម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នក និងតាមដានមើលថាតើគ្រប់យ៉ាងមានដំណើរការដោយរលូនឬទេ។

អ្នកអាចពិភាក្សាជាមួយអ្នកចាត់ចែងការថែទាំរបស់អ្នក ដើម្បីជួយឆ្លើយសំណួរ និងស្វែងរកការគាំទ្រត្រឹមត្រូវដើម្បីធ្វើឱ្យប្រាកដថាអ្នកបន្តមានសុខភាពល្អតាមដែលអាចធ្វើទៅបាន។

តើអ្ន កអាចទាក់ទងទៅកាន់អ្ន កចាត់ចែងការថែទាំរបស់អ្ន កបានដោយរបៀបណា?

- អ្នកអាចហៅទូរសព្ទទៅកាន់ផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិក តាមលេខដែលបានរាយខាងក្រោម។ ពួកគេនឹងភ្ជាប់អ្នកទៅនឹងផ្នែកចាត់ចែងការថែទាំ។

តើអ្ន កអាចផ្លា ស់ប្ដូ រអ្ន កចាត់ចែងថែទាំបានយ៉ាងដូ ចម្ដេ ច?

ហៅទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាសមាជិកតាមរយៈ 1-833-522-3767 (TTY: 711) 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្ដាហ៍ រួមទាំងថ្ងៃឈប់សម្រាក។

ហៅទូ រសព្ទ ទៅលេខ	1-833-522-3767។ ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្ដាហ៍ រួមទាំងថ្ងៃឈប់សម្រាក។ អ្នកអាចទទួលបានព័ត៌មាននេះដោយឥតគិតថ្លៃជាទម្រង់ផ្សេងទៀតដូចជាអក្សរបោះពុម្ពធំៗ អក្សរសម្រាប់ជនពិការភ្នែក និង/ឬ ជាសំឡេង ដោយហៅទូរសព្ទទៅលេខខាងលើ។ យើងមានផ្តល់សេវាអ្នកបកប្រែដោយឥតគិតថ្លៃ សម្រាប់អ្នកដែលមិនចេះនិយាយភាសាអង់គ្លេស។
TTY	711។ ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ លេខទូរសព្ទនេះគឺសម្រាប់មនុស្សដែលមានបញ្ហាពិបាកស្តាប់ ឬពិបាកនិយាយ។ អ្នកត្រូវតែមានគ្រឿងទូរសព្ទពិសេសដើម្បីហៅទូរសព្ទទៅលេខនេះបាន។ *24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្ដាហ៍ រួមទាំងថ្ងៃឈប់សម្រាក*
ធ្វើទូ រសារទៅលេខ	1-213-438-5712
សរសេរទៅកាន់	L.A. Care Medicare Plus Attn: Member Services Department 1200 West 7th Street Los Angeles, CA 90017
គេហទំព័រ	medicare.lacare.org

ទាក់ទងទៅអ្នកចាត់ចែងការថែទាំរបស់អ្នក ដើម្បីទទួលបានជំនួយអំពី៖

- សំណួរនានាអំពីការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក
- សំណួរនានាអំពីការទទួលបានសេវាឥរិយាបថសុខភាព (សេវាសុខភាពផ្លូវចិត្ត និងវិបត្តិនៃការសេពសារធាតុញៀន)
- សំណួរអំពីផ្នែកចក្ខុ និងអត្ថប្រយោជន៍ធ្មេញ
- សំណួរនានាអំពីយានជំនិះទៅកាន់ការណាត់ជួបពេទ្យ
- សំណួរនានាអំពីសេវាថែទាំនិងការគាំទ្រយូរអង្វែង (Long-term Services and Supports, LTSS) រួមមានសេវាមនុស្សពេញវ័យតាមសហគមន៍ (Community-Based Adult Services, CBAS) និងមន្ទីរគិលានុបដ្ឋាកម្ម (Nursing Facilities, NF)។
- សំណួរនានាអំពីជំនួយសហគមន៍ ដើម្បីជួយអ្នកឱ្យមានសុវត្ថិភាពនៅផ្ទះ (ឧ. សេវាអ្នកមើលថែ ការកែប្រែផ្ទះ កម្មវិធីលំនៅឋាននិងអាហារ)។

លោកអ្នកអាចនឹងមានលទ្ធភាពទទួលបានសេវាទាំងនេះ៖

- សេវាផ្លាស់ប្តូរកន្លែងរស់នៅដែលមានជំនួយ
- សេវាមនុស្សពេញវ័យតាមសហគមន៍ (CBAS)
- សេវាអន្តរកាល ឬសហគមន៍
- ការកែប្រែក្នុងផ្ទះ
- សង្គហដ្ឋាន
- សេវាការគាំទ្រក្នុងផ្ទះ (In-Home Support Services, IHSS) តាមរយៈទីភ្នាក់ងារសេវាសង្គមកិច្ចប្រចាំខោនធីរបស់អ្នក។
- គិលានុបដ្ឋាកម្មថែទាំមានជំនាញ
- ការព្យាបាលដោយចលនា
- ការព្យាបាលដោយពង្រឹងមុខងារប្រចាំថ្ងៃ
- ការព្យាបាលការនិយាយ
- សេវាសង្គមវេជ្ជសាស្ត្រ
- ថែទាំសុខភាពតាមផ្ទះ
- ការថែទាំរយៈពេលវែង (Long Term Care, LTC) នៅក្នុងមណ្ឌលថែទាំ ឬមណ្ឌលថែទាំកម្រិតមធ្យមចំពោះពិការភាពខាងការអភិវឌ្ឍ (Intermediate Care Facility for Developmentally Disabled, ICF/DD) (ចំណាំ៖ ការអនុញ្ញាតជាមុនមិនត្រូវបានទាមទារទេ ប្រសិនបើកន្លែងនេះ**ត្រូវបានចុះកិច្ច សន្យា**ជាមួយ L.A. Care ។)

- ការថែទាំកក់ក្តៅទំរាំស្លាប់
- សេវាថែជំនួយថែទាំបុគ្គល និងកិច្ចការក្នុងផ្ទះ (Personal Care and Homemaker Services, PCHS)
- សេវាការថែទាំជំនួសម្តងម្កាលសម្រាប់អ្នកថែទាំ
- ការកែលម្អផ្ទះ
- សេវាផ្ទេរ និងបង្វែរកន្លែងថែទាំ
- ជួនកាល អ្នកអាចទទួលបានជំនួយសម្រាប់ការថែទាំសុខភាព និងតម្រូវការរស់នៅប្រចាំថ្ងៃរបស់អ្នក

C. កម្មវិធីប្រឹក្សាការធានារ៉ាប់រង និងគាំពារសុខភាព (HICAP)

កម្មវិធីជំនួយធានារ៉ាប់រងសុខភាពរបស់រដ្ឋ (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) គឺជាកម្មវិធីរបស់រដ្ឋាភិបាលដែលមានអ្នកប្រឹក្សាទទួលបានការបណ្តុះបណ្តាលនៅគ្រប់រដ្ឋដែលផ្តល់ជំនួយ ព័ត៌មាន និងចម្លើយដោយឥតគិតថ្លៃសម្រាប់សំណួរ Medicare របស់អ្នក។ នៅក្នុងរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា SHIP គឺហៅថាកម្មវិធីប្រឹក្សាការធានារ៉ាប់រង និងការគាំពារសុខភាព (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP)។ ក្រុមអ្នកប្រឹក្សាយោបល់របស់កម្មវិធី HICAP អាចឆ្លើយសំណួរ និងជួយឱ្យអ្នកយល់ដឹងនូវអ្វីដែលត្រូវធ្វើដើម្បីដោះស្រាយបញ្ហារបស់អ្នកបាន។ កម្មវិធី HICAP បានបណ្តុះបណ្តាលអ្នកប្រឹក្សានៅក្នុងគ្រប់ខោនធីទាំងអស់ ហើយសេវាគឺពុំគិតថ្លៃទេ។

HICAP គឺជាកម្មវិធីរដ្ឋឯករាជ្យ (មិនភ្ជាប់ជាមួយក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រង ឬគម្រោងសុខភាពណាមួយ) ដែលទទួលបានប្រាក់ពីរដ្ឋាភិបាលសហព័ន្ធដើម្បីផ្តល់ការប្រឹក្សាធានារ៉ាប់រងសុខភាពក្នុងតំបន់ដោយឥតគិតថ្លៃដល់មនុស្សដែលមាន Medicare ។

ហៅទូរសព្ទ ទៅលេខ	1-800-434-0222 កំណត់ពេលណាត់ជួបដើម្បីជួបអ្នកប្រឹក្សានៅការិយាល័យ HICAP ក្នុងតំបន់របស់អ្នក
TTY	711 ការហៅនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ លេខទូរសព្ទនេះគឺសម្រាប់មនុស្សដែលមានបញ្ហាពិបាកស្តាប់ ឬពិបាកនិយាយ។ អ្នកត្រូវតែមានគ្រឿងទូរសព្ទពិសេសដើម្បីហៅទូរសព្ទទៅលេខនេះបាន។
សរសេរទៅកាន់	Los Angeles Country HICAP Office 4601 Wilshire Blvd., Suite 160 Los Angeles, CA 90010
គេហទំព័រ	www.cahealthadvocates.org/HICAP/

ទាក់ទង HICAP សម្រាប់ជំនួយជាមួយ៖

- សំណួរអំពី Medicare
- អ្នកប្រឹក្សាយោបល់របស់កម្មវិធី HICAP អាចឆ្លើយសំណួររបស់អ្នកអំពីការផ្លាស់ប្តូរគម្រោងថ្មី និងជួយអ្នក៖
  - យល់ពីសិទ្ធិរបស់អ្ន ក
  - យល់ដឹងអំពីជម្រើសនៃគម្រោងរបស់អ្ន ក
  - ឆ្លើយសំណួរអំពីការផ្លា ស់ប្តូរគម្រោង
  - ធ្វើការប្តឹងអំពីបញ្ហា ថែទាំសុខភាព ឬការព្យាបាលរបស់អ្ន ក **និង**
  - ជួ យដោះស្រាយបញ្ហា វិក្ក យបត្រ ឬទាមទារសំណង។

D. ខ្សែឱវាទគិលានុបដ្ឋាក

*អ្នកអាចហៅទូរសព្ទទៅខ្សែឱវាទគិលានុបដ្ឋាកបាន 24 ម៉ោងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃមួយសប្តាហ៍ សម្រាប់សំណួរពាក់ព័ន្ធនឹងសុខភាពនានា។*គិលានុបដ្ឋាករបស់យើង គឺជាអ្នកមានវិជ្ជាជីវៈដែលឆ្លងកាត់ការបណ្តុះបណ្តាល ដែលអាចផ្តល់ព័ត៌មានសុខភាព ការអប់រំ និងការណែនាំសមស្រប រួមទាំងជួយអ្នកឱ្យទទួលបានការថែទាំបន្ទាន់ ឬក្នុងកម្រិតសង្គ្រោះបន្ទាន់។ *ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរជាក់លាក់នានាអំពីការព្យាបាលដែលអ្នកកំពុងតែមានស្រាប់ អ្នកគួរតែហៅទូរសព្ទទៅការិយាល័យគ្រូពេទ្យរបស់អ្នក។ ខ្សែឱវាទគិលានុបដ្ឋាកមិនអាចជំនួសការិយាល័យគ្រូពេទ្យរបស់អ្នកទេ។*អ្នកអាចទាក់ទងទៅខ្សែឱវាទគិលានុបដ្ឋាក ប្រសិនបើមានសំណួរអំពីសុខភាពឬការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក។

ហៅទូរសព្ទ ទៅលេខ	1-800-249-3619 ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ រួមទាំងថ្ងៃឈប់សម្រាក។ អ្នកអាចទទួលបានព័ត៌មាននេះដោយឥតគិតថ្លៃជាទម្រង់ផ្សេងទៀតដូចជាអក្សរបោះពុម្ពធំៗ អក្សរសម្រាប់ជនពិការភ្នែក និង/ឬ ជាសំឡេង ដោយហៅទូរសព្ទទៅលេខខាងលើ។ យើងមានផ្តល់សេវាអ្នកបកប្រែដោយឥតគិតថ្លៃ សម្រាប់អ្នកដែលមិនចេះនិយាយភាសាអង់គ្លេស។
TTY	711 ការហៅនេះគឺ ឥតគិតថ្លៃ។ លេខទូរសព្ទនេះគឺសម្រាប់មនុស្សដែលមានបញ្ហាការស្តាប់ ឬនិយាយ។ អ្នកត្រូវតែមានគ្រឿងទូរសព្ទពិសេសដើម្បីហៅទូរសព្ទទៅលេខនេះបាន។ 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ រួមទាំងថ្ងៃឈប់សម្រាក

E. ខ្សែទូរសព្ទសម្រាប់វិបត្តិឥរិយាបថសុខភាព

ប្រសិនបើអ្នកមានអារម្មណ៍ឯកោ ក្តុកក្តួល អស់សង្ឃឹម ឬមានគំនិតចង់ធ្វើអត្តឃាត អ្នកអាចទាក់ទងទៅសេវាដោះស្រាយវិបត្តិបាន ដើម្បីទទួលជំនួយផ្លូវចិត្ត និងធនធាននានា។

ហៅទូរសព្ទ ទៅលេខ	988 ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ រួមទាំងថ្ងៃឈប់សម្រាក។ អ្នកអាចទទួលបានព័ត៌មាននេះដោយឥតគិតថ្លៃជាទម្រង់ផ្សេងទៀតដូចជាអក្សរបោះពុម្ពធំៗ អក្សរសម្រាប់ជនពិការភ្នែក និង/ឬ ជាសំឡេង ដោយហៅទូរសព្ទទៅលេខខាងលើ។ យើងមានផ្តល់សេវាអ្នកបកប្រែដោយឥតគិតថ្លៃ សម្រាប់អ្នកដែលមិនចេះនិយាយភាសាអង់គ្លេស។
TTY	988 ការហៅទូរសព្ទនេះគឺ ឥតគិតថ្លៃ។ លេខទូរសព្ទនេះគឺសម្រាប់មនុស្សដែលមានបញ្ហាការស្តាប់ ឬនិយាយ។ អ្នកត្រូវតែមានគ្រឿងទូរសព្ទពិសេសដើម្បីហៅទូរសព្ទទៅលេខនេះបាន។ 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ រួមទាំងថ្ងៃឈប់សម្រាក

ប្រសិនបើអ្នកមានតម្រូវការឥរិយាបថសុខភាពបន្ទាន់ ប៉ុន្តែវាមិនមែនការសង្គ្រោះបន្ទាន់ទេ នោះអ្នកអាចហៅទូរសព្ទទៅកាន់បណ្តាញទូរសព្ទសម្រាប់សុខភាពរបស់យើងសម្រាប់សំណួរការថែទាំព្យាបាលឥរិយាបថសុខភាព។

ហៅទូរសព្ទ ទៅលេខ	*សម្រាប់សេវាសុខភាពផ្លូវចិត្ត៖ 1-877-344-2858* ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ *សម្រាប់សេវាព្យាបាលការសេពសារធាតុញៀន៖ 1-844-804-7500 ការហៅនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។* *24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ រួមទាំងថ្ងៃឈប់សម្រាក។ អ្នកអាចទទួលបានព័ត៌មាននេះដោយឥតគិតថ្លៃជាទម្រង់ផ្សេងទៀតដូចជាអក្សរបោះពុម្ពធំៗ អក្សរសម្រាប់ជនពិការភ្នែក និង/ឬ ជាសំឡេង ដោយហៅទូរសព្ទទៅលេខខាងលើ។* យើងមានផ្តល់សេវាអ្នកបកប្រែដោយឥតគិតថ្លៃ សម្រាប់អ្នកដែលមិនចេះនិយាយភាសាអង់គ្លេស។
TTY	711 ការហៅនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ *លេខទូរសព្ទនេះគឺសម្រាប់មនុស្សដែលមានបញ្ហាពិបាកស្តាប់ ឬពិបាកនិយាយ។ អ្នកត្រូវតែមានគ្រឿងទូរសព្ទពិសេសដើម្បីហៅទូរសព្ទទៅលេខនេះបាន។* *24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ រួមទាំងថ្ងៃឈប់សម្រាក*

ទាក់ទងតាមបណ្តាញទូរសព្ទសម្រាប់វិបត្តិឥរិយាបថសុខភាពសម្រាប់ជំនួយអំពី៖

- សំណួរអំពីឥរិយាបថសុខភាព និងសេវាទាក់ទងការសេពគ្រឿងញៀន

សម្រាប់សំណួរនានាអំពីសេវាសុខភាពផ្លូវចិត្តឯកទេសនៅខោនធីរបស់អ្នក សូម**មើលផ្នែក K**។

F. អង្គការលើកកំពស់គុណភាព (QIO)

រដ្ឋរបស់យើងមានអង្គការមួយដែលមានឈ្មោះថា Commence Wealth។ អង្គការនេះគឺជាក្រុមវេជ្ជបណ្ឌិតនិង អ្នកមានវិជ្ជាជីវៈខាងថែទាំសុខភាពផ្សេងៗទៀត ដែលជួយលើកកម្ពស់គុណភាពថែទាំសុខភាពដល់អ្នកចូលរួម កម្មវិធី Medicare។ Commence Wealth គឺជាអង្គភាពឯករាជ្យ។ វាមិនជាប់ពាក់ព័ន្ធនឹងគម្រោងរបស់យើងទេ។

ហៅទូរសព្ទ ទៅលេខ	1-877-588-1123
TTY	711 លេខទូរសព្ទនេះគឺសម្រាប់មនុស្សដែលមានបញ្ហាពិបាកស្តាប់ ឬពិបាកនិយាយ។ អ្នកត្រូវតែមានគ្រឿងទូរសព្ទពិសេសដើម្បីហៅទូរសព្ទទៅលេខនេះបាន។
សរសេរទៅកាន់	Commence Health PO Box 2687 Virginia Beach, VA 23450
គេហទំព័រ	www.livantaqio.com

ទាក់ទងទៅ Commence Health សម្រាប់ជំនួយ៖

- សំណួរនានាអំពីសិទ្ធិថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក
- ធ្វើការប្តឹងអំពីការថែទាំដែលអ្នកបានទទួល ប្រសិនបើអ្នក៖
  - មានបញ្ហា ជាមួយនឹងគុណភាពនៃការថែទាំ ដូចជាការទទួលបានឱសថខុស ការធ្វើតេស្ត ឬនីតិវិធីដែលមិនចាំបាច់ ឬការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យខុស។
  - អ្ន កគិតឃើញថា ការសម្រាកនៅមន្ទីរពេទ្យរបស់អ្ន ក នឹងត្រូវបញ្ច ប់ឆាប់រហ័សពេក **ឬ**
  - អ្ន កគិតឃើញថា ការថែទាំសុខភាពនៅតាមផ្ទះ ការមើលថែទាំនៅក្នុងមន្ទីរថែទាំជំនាញ ឬសេវាមន្ទីរស្តា រនីតិសម្បទាពេញលេញសម្រាប់អ្ន កជំងឺមិនសម្រាកពេទ្យ (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) នឹងត្រូវបញ្ច ប់ឆាប់រហ័សពេក។

G. កម្មវិធី Medicare

Medicare គឺជាកម្មវិធីធានារ៉ាប់រងសុខភាពសហព័ន្ធសម្រាប់ប្រជាពលរដ្ឋដែលមានអាយុចាប់ពី 65 ឆ្នាំឡើងទៅ ជនពិការមួយចំនួនដែលមានអាយុក្រោម 65 ឆ្នាំ និងប្រជាពលរដ្ឋដែលមានជំងឺតម្រងនោមស្ថិតក្នុងដំណាក់កាលចុងក្រោយ (ជំងឺខូចតម្រងនោមអចិន្ត្រៃយ៍ដែលទាមទារឱ្យមានការលាងឈាម ឬប្តូរតម្រងនោម)។

ទីភ្នាក់ងារសហព័ន្ធដែលទទួលបន្ទុកកម្មវិធី Medicare គឺជាមជ្ឈមណ្ឌលសម្រាប់សេវា Medicare & Medicaid ឬ CMS។ ទីភ្នាក់ងារនេះចុះកិច្ចសន្យាជាមួយអង្គភាព Medicare Advantage រួមទាំងគម្រោងរបស់យើងផងដែរ។

ហៅទូរសព្ទ ទៅលេខ	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) ការហៅទៅកាន់លេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃ 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ រួមទាំងថ្ងៃឈប់សម្រាក។
TTY	1-877-486-2048។ ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ លេខទូរសព្ទនេះគឺសម្រាប់មនុស្សដែលមានបញ្ហាពិបាកស្តាប់ ឬពិបាកនិយាយ។ អ្នកត្រូវតែមានគ្រឿងទូរសព្ទពិសេសដើម្បីហៅទូរសព្ទទៅលេខនេះបាន។
ជជែកផ្ទាល់	ជជែកផ្ទាល់នៅ www.Medicare.gov/talk-to-someone
សរសេរទៅកាន់	សរសេរទៅកាន់ Medicare នៅ PO Box 1270, Lawrence, KS 66044
គេហទំព័រ	www.medicare.gov • ទទួលបានព័ត៌មានអំពីគម្រោងសុខភាព និងឱសថរបស់ Medicare នៅក្នុងតំបន់របស់អ្នក រួមទាំងតម្លៃរបស់គម្រោង និងសេវាដែលគម្រោងទាំងនោះផ្តល់ជូន។ • ស្វែងរកវេជ្ជបណ្ឌិតដែលចូលរួម Medicare ឬអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាព និងអ្នកផ្គត់ផ្គង់ផ្សេងទៀត។ • ស្វែងយល់ថាតើ Medicare ធានារ៉ាប់រងអ្វីខ្លះ រួមទាំងសេវាបង្ការ (ដូចជា ការឆ្លុះពិនិត្យ ការចាក់ថ្នាំបង្ការរោគ ឬវ៉ាក់សាំង និងការទៅជួបពិគ្រោះពិនិត្យ "សុខុមាលភាព" ប្រចាំឆ្នាំ)។ • ទទួលបានព័ត៌មាន និងទម្រង់បណ្តឹងតវ៉ារបស់ Medicare ។ • ទទួលបានព័ត៌មានអំពីគុណភាពនៃការថែទាំដែលផ្តល់ដោយគម្រោង លំនៅវេជ្ជកម្ម មន្ទីរពេទ្យ វេជ្ជបណ្ឌិត ភ្នាក់ងារសុខភាពតាមផ្ទះ មន្ទីរលាងឈាម មណ្ឌលមន្ទីរពេទ្យ កន្លែងស្តារនីតិសម្បទាអ្នកជំងឺក្នុង និងមន្ទីរពេទ្យថែទាំរយៈពេលវែង។ • រកមើលគេហទំព័រមានប្រយោជន៍ និងលេខទូរសព្ទ។ ដើម្បីដាក់ពាក្យបណ្តឹងទៅកាន់ Medicare សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ www.medicare.gov/my/medicare-complaint។ Medicare យកចិត្តទុកដាក់បំផុតចំពោះបណ្តឹងរបស់អ្នក ហើយនឹងប្រើប្រាស់ព័ត៌មាននេះដើម្បីជួយធ្វើឱ្យគុណភាពកម្មវិធីរបស់ Medicare កាន់តែល្អប្រសើរ។

H. កម្មវិធី Medi-Cal

កម្មវិធី Medicaid របស់ Medi-Cal is California នេះគឺជាកម្មវិធីធានារ៉ាប់រងសុខភាពសាធារណៈដែលផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពដែលត្រូវការសម្រាប់បុគ្គលដែលមានចំណូលទាប រួមទាំងគ្រួសារដែលមានកុមារ មនុស្សចាស់ អ្នកមានពិការភាព កុមារ និងយុវជនដែលស្ថិតនៅក្នុងការថែទាំចិញ្ចឹម ព្រមទាំងស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ។កម្មវិធី Medi-Cal បានទទួលហិរញ្ញប្បទានដោយរដ្ឋាភិបាលរដ្ឋនិងសហព័ន្ធ។

អត្ថប្រយោជន៍របស់ Medi-Cal រួមមានផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ ធ្មេញ ឥរិយាបថសុខភាព និងសេវាព្រមទាំងជំនួយរយៈពេលវែង។

អ្នកបានចុះឈ្មោះនៅក្នុងកម្មវិធី Medicare និង Medi-Cal។ ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរអំពីអត្ថប្រយោជន៍ Medi-Cal របស់អ្នក ហៅទូរសព្ទទៅអ្នកចាត់ចែងការថែទាំគម្រោងរបស់អ្នក។ ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរអំពីការចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោង Medi-Cal ហៅទូរសព្ទទៅជម្រើសថែទាំសុខភាព។

ហៅទូរសព្ទ ទៅលេខ	1-800-430-4263 ថ្ងៃចន្ទដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 6 ល្ងាច
TTY	1-800-430-7077 លេខទូរសព្ទនេះគឺសម្រាប់មនុស្សដែលមានបញ្ហាការស្តាប់ ឬនិយាយ។ អ្នកត្រូវតែមានគ្រឿងទូរសព្ទពិសេសដើម្បីហៅទូរសព្ទទៅលេខនេះបាន។
សរសេរទៅកាន់	CA Department of Health Care Services Health Care Options P.O. Box 989009 West Sacramento, CA 95798-9850
គេហទំព័រ	www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov/

I. ការិយាល័យគ្រប់គ្រងការថែទាំ Medi-Cal និង សុខភាពផ្លូវចិត្តនៃអំបាដ្សម៉ាន

ការិយាល័យអំបាដ្សម៉ានជួយដោះស្រាយបញ្ហាដោយឈរលើទស្សនៈអព្យាក្រឹត ដើម្បីធានាថាសមាជិករបស់យើងទទួលបានសេវារ៉ាប់រងចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រទាំងអស់។ ពួកគេនឹងស្តាប់ ឆ្លើយសំណួររបស់អ្នក វិភាគស្ថានភាពរបស់អ្នក ពន្យល់ពីគោលការណ៍ និងនីតិវិធី ផ្តល់ព័ត៌មាន ដំបូន្មាន និងជម្រើស ព្រមទាំងផ្តល់ការបញ្ជូនបន្តដែលសមស្រប។ វាជាការងាររបស់ពួកគេក្នុងការជួយបង្កើតដំណោះស្រាយដោយយុត្តិធម៌ចំពោះបញ្ហាទទួលបានការថែទាំសុខភាព។ គេមិនពាក់ព័ន្ធជាមួយគម្រោងរបស់យើង ឬជាមួយក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រង ឬគម្រោងសុខភាពណាមួយឡើយ។ សេវារបស់គេ គឺឥតគិតថ្លៃ។

ហៅទូរសព្ទ ទៅលេខ	1-888-452-8609 ថ្ងៃចន្ទដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 6 ល្ងាច
TTY	1-800-430-7077 លេខទូរសព្ទនេះគឺសម្រាប់មនុស្សដែលមានបញ្ហាការស្តាប់ ឬនិយាយ។ អ្នកត្រូវតែមានគ្រឿងទូរសព្ទពិសេសដើម្បីហៅទូរសព្ទទៅលេខនេះបាន។
សរសេរទៅកាន់	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

J. សេវាសង្គមកិច្ចប្រចាំខោនធី

ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយតាមរយៈសេវាការគាំទ្រក្នុងផ្ទះ (IHSS) ចំណូលរបបសន្តិសុខបន្ថែម (Supplemental Security Income, SSI) សុខភាពផ្លូវចិត្ត ឬអត្ថប្រយោជន៍ពាក់ព័ន្ធនឹងការសេពសារធាតុញៀន សូមទាក់ទងទៅកាន់ភ្នាក់ងារសេវាសង្គមកិច្ចខោនធី ក្នុងមូលដ្ឋានរបស់អ្នក។ សម្រាប់សមាជិកសហគមន៍ខោនធី L.A. ដែលស្វែងរកសេវាសុខភាព មនុស្ស និងសង្គមគ្រប់ប្រភេទនៅក្នុងខោនធី Los Angeles សូមហៅទូរសព្ទទៅ 2-1-1 សម្រាប់ជំនួយ ធនធាន និង/ឬ ការបញ្ជូនបន្តបន្ថែម។

ទាក់ទងភ្នាក់ងារសេវាសង្គមខោនធីរបស់អ្នកដើម្បីដាក់ពាក្យសម្រាប់សេវាគាំទ្រនៅក្នុងផ្ទះ ដែលនឹងជួយបង់ថ្លៃសេវាដែលបានផ្តល់ដល់អ្នក ក្នុងគោលបំណងធ្វើឱ្យអ្នកមានសុវត្ថិភាពនៅក្នុងផ្ទះរបស់អ្នក។ ប្រភេទនៃសេវាអាចរួមបញ្ចូលជំនួយក្នុងការរៀបចំអាហារ ការងូតទឹក ការស្លៀកពាក់ ការដើរទិញអីវ៉ាន់បោកគក់ ឬមធ្យោបាយធ្វើដំណើរ។

ទាក់ទងភ្នាក់ងារសេវាសង្គមកិច្ចប្រចាំខោនធីរបស់អ្នកសម្រាប់សំណួរណាមួយអំពីសិទ្ធិទទួលបាន Medi-Cal របស់អ្នក។

ហៅទូរសព្ទ ទៅលេខ	1-866-613-3777 ការហៅនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ ថ្ងៃចន្ទដល់ថ្ងៃសុក្រ លើកលែងថ្ងៃឈប់សម្រាក ពីម៉ោង 7:30 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 6:30 ល្ងាច។ មជ្ឈមណ្ឌលសេវាអតិថិជន (Customer Service Center, CSC) គឺជា "ផ្នែកភ្ជាប់ទំនាក់ទំនងតែមួយ" បច្ចុប្បន្នកំពុងផ្តល់សេវាដល់ការិយាល័យមណ្ឌលចំនួន 33 សម្រាប់កម្មវិធីជំនួយ និងភាសាដូចខាងក្រោម៖ CalWORK, CalFresh, Medi-Cal និង General Relief ដែលមានសេវាជាភាសាអាមេនី ខ្មែរ អង់គ្លេស អេស្ប៉ាញ វៀតណាម ចិន ហ្វាហ្សី តាហ្គាឡុក រុស្ស៊ី និងកូរ៉េ។
TTY	711 លេខទូរសព្ទនេះគឺសម្រាប់មនុស្សដែលមានបញ្ហាការស្តាប់ ឬនិយាយ។ អ្នកត្រូវតែមានគ្រឿងទូរសព្ទពិសេសដើម្បីហៅទូរសព្ទទៅលេខនេះបាន។
សរសេរទៅកាន់	*Los Angeles County Department of Public Social Services* *12860 Crossroads Parkway South* *City of Industry, CA 91746*
គេហទំព័រ	*http://dpss.lacounty.gov*

K. ទីភ្នាក់ងារសេវាឥរិយាបថសុខភាពប្រចាំខោនធី

អ្នកអាចស្វែងរកសេវាសុខភាពផ្លូវចិត្តឯកទេសនៃកម្មវិធី Medi-Cal និងវិបត្តិនៃការសេពសារធាតុញៀន តាមរយៈខោនធី ប្រសិនបើអ្នកបំពេញតាមលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យនៃសិទ្ធិទទួលបាន។

ហៅទូរសព្ទ ទៅលេខ	*1-800-854-7771* ការហៅទូរសព្ទនេះឥតគិតថ្លៃ។ *ចុចលេខ 1 សម្រាប់សេវាសុខភាពផ្លូវចិត្ត* *ចុចលេខ 2 សម្រាប់សេវាប្រើប្រាស់សារធាតុញៀន* *24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងសប្តាហ៍ រួមទាំងថ្ងៃឈប់សម្រាក* យើងមានផ្តល់សេវាអ្នកបកប្រែដោយឥតគិតថ្លៃ សម្រាប់អ្នកដែលមិនចេះនិយាយភាសាអង់គ្លេស។
TTY	711 ការហៅនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ លេខទូរសព្ទនេះគឺសម្រាប់មនុស្សដែលមានបញ្ហាការស្តាប់ ឬនិយាយ។ អ្នកត្រូវតែមានគ្រឿងទូរសព្ទពិសេសដើម្បីហៅទូរសព្ទទៅលេខនេះបាន។ *24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ រួមទាំងថ្ងៃឈប់សម្រាក*

សូមទាក់ទងទីភ្នាក់ងារឥរិយាបថសុខភាពរបស់ខោនធី ដើម្បីទទួលបានជំនួយដោយ៖

- សំណួរនានាអំពីសេវាឯកទេសព្យាបាលសុខភាពផ្លូវចិត្តដែលផ្តល់ឱ្យដោយខោនធី
- សំណួរនានាអំពីសេវាព្យាបាលវិបត្តិនៃការសេពសារធាតុញៀនដែលផ្តល់ដោយខោនធី
- ក្រសួងសុខភាពសតិអារម្មណ៍ (Department of Mental Health, DMH) ប្រចាំខោនធី Los Angeles ផ្តល់ជូនសេវាឯកទេសព្យាបាលសុខភាពផ្លូវចិត្ត រួមមានសេវាសុខភាពផ្លូវចិត្តអ្នកជំងឺមិនសម្រាកពេទ្យ សេវាស្តារនីតិសម្បទា ឬការព្យាបាលសុខភាពផ្លូវចិត្តដិតដល់ដែលផ្តល់ជូនក្នុងអំឡុងពេលថ្ងៃ សេវាអន្តរាគមន៍និងស្ថិរភាព ការគ្រប់គ្រងសំណុំរឿងតាមគោលដៅកំណត់ សេវាគាំទ្រវេជ្ជសាស្ត្រ សេវាព្យាបាលវិបត្តិតាមលំនៅដ្ឋានសម្រាប់មនុស្សពេញវ័យ និងសេវាផ្តល់ជំនួយចល័ត។

L. ក្រសួងគ្រប់គ្រងសុខាភិបាល រដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា

ក្រសួងគ្រប់គ្រងសុខាភិបាល រដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា (California Department of Managed Health Care, DMHC) គឺទទួលខុសត្រូវលើការធ្វើនិយ័តកម្មគម្រោងសុខភាព។ មជ្ឈមណ្ឌលជំនួយ DMHC អាចជួយអ្នកបានជាមួយបណ្តឹងតវ៉ា និងបណ្តឹងទាមទារសំណងអំពីសេវា Medi-Cal។

ហៅទូរសព្ទ ទៅលេខ	1-888-466-2219 អ្នកតំណាង DMHC អាចទាក់ទងបាន ចាប់ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 6:00 ល្ងាច ពីថ្ងៃចន្ទដល់ថ្ងៃសុក្រ។
TDD	1-877-688-9891 លេខទូរសព្ទនេះគឺសម្រាប់មនុស្សដែលមានបញ្ហាការស្តាប់ ឬនិយាយ។ អ្នកត្រូវតែមានគ្រឿងទូរសព្ទពិសេសដើម្បីហៅទូរសព្ទទៅលេខនេះបាន។
សរសេរទៅកាន់	Help Center California Department of Managed Health Care 980 Ninth Street Suite 500 Sacramento CA 95814-2725
ផ្ញើទូរសារទៅលេខ	1-916-255-5241
គេហទំព័រ	www.dmhc.ca.gov

M. កម្មវិធីដែលជួយបង់ថ្លៃឱសថដល់ពលរដ្ឋ

គេហទំព័រ Medicare (www.medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs) ផ្តល់ព័ត៌មានអំពីរបៀបបញ្ចុះថ្លៃឱសថរបស់អ្នក។ សម្រាប់អ្នកដែលមានប្រាក់ចំណូលមានកម្រិត គឺមានកម្មវិធីផ្សេងៗទៀតសម្រាប់ជួយ ដូចបានរៀបរាប់ខាងក្រោម។

M1. ជំនួយបន្ថែមពី Medicare

ដោយសារអ្នកមានសិទ្ធិទទួលបាន Medi-Cal អ្នកមានសិទ្ធិ និងទទួលបាន "ជំនួយបន្ថែម" ពី Medicare ដើម្បីទូទាត់ថ្លៃចំណាយលើគម្រោងឱសថរបស់អ្នក។ អ្នកមិនចាំបាច់ធ្វើអ្វីដើម្បីទទួលបាន "ជំនួយបន្ថែម" នេះទេ។

ហៅទូរសព្ទ ទៅលេខ	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) ការហៅទៅកាន់លេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃ 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ រួមទាំងថ្ងៃឈប់សម្រាក។
TTY	1-877-486-2048 ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ លេខទូរសព្ទនេះគឺសម្រាប់មនុស្សដែលមានបញ្ហាពិបាកស្តាប់ ឬពិបាកនិយាយ។ អ្នកត្រូវតែមានគ្រឿងទូរសព្ទពិសេសដើម្បីហៅទូរសព្ទទៅលេខនេះបាន។
គេហទំព័រ	www.medicare.gov

ប្រសិនបើអ្នកគិតថា អ្នកកំពុងបង់ប្រាក់មិនត្រឹមត្រូវសម្រាប់វេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកនៅឱសថស្ថាន នោះគម្រោងរបស់យើងមានដំណើរការមួយដើម្បីជួយឱ្យទទួលបានភស្តុតាងនៃចំនួនទឹកប្រាក់រួមបង់ដែលត្រឹមត្រូវរបស់អ្នក។ ប្រសិនបើអ្នកមានភស្តុតាងអំពីចំនួនត្រឹមត្រូវរួចហើយ យើងអាចជួយអ្នកចែករំលែកភស្តុតាងនេះជាមួយយើង។

- នៅពេលយើងទទួលបានភស្តុតាងដែលបង្ហាញពីកម្រិតនៃការរួមបង់ដែលត្រឹមត្រូវ យើងនឹងធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពប្រព័ន្ធរបស់យើង ដូច្នេះអ្នកអាចទូទាត់ទឹកប្រាក់រួមបង់ដែលត្រឹមត្រូវ នៅពេលអ្នកទទួលបានវេជ្ជបញ្ជាបន្ទាប់របស់អ្នក។ ប្រសិនបើអ្នកទូទាត់ទឹកប្រាក់រួមបង់របស់អ្នកលើស យើងនឹងសងអ្នកវិញតាមមូលប្បទានបត្រ ឬឥណទានសម្រាប់ការរួមបង់នាពេលអនាគត។ ប្រសិនបើឱសថស្ថានមិនបានគិតប្រាក់ការរួមបង់ប្រាក់ពីអ្នក ហើយអ្នកជំពាក់បំណុលពួកគេ យើងអាចធ្វើការបង់ប្រាក់ដោយផ្ទាល់ទៅឱសថស្ថាន។ ប្រសិនបើរដ្ឋបង់ប្រាក់ជំនួសអ្នក នោះយើងអាចទូទាត់ដោយផ្ទាល់ទៅរដ្ឋ។ ហៅទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាសមាជិកតាមរយៈលេខទូរសព្ទនៅទំព័រខាងក្រោម ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ។

M2. កម្មវិធីជំនួយឱសថរោគ AIDS (ADAP)

កម្មវិធីជំនួយឱសថព្យាបាលជំងឺអេដស៍ (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ជួយអ្នកដែលមានសិទ្ធិទទួលបាន ADAP ដែលរស់នៅជាមួយមេរោគ វីរុសហ៊ីវ (Human Immunodeficiency Virus, HIV)/ជំងឺអេដស៍ ដើម្បីមានលទ្ធភាពទទួលបានឱសថសង្គ្រោះជីវិតព្យាបាលជំងឺអេដស៍។ ឱសថ Medicare ផ្នែក D ដែលមាននៅក្នុងបញ្ជីឱសថ ADAP គឺមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ សម្រាប់ទទួលបានជំនួយរួមចំណែកលើចំណាយថ្លៃឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជា តាមរយៈព័ត៌មាន ADAP ជាក់លាក់របស់រដ្ឋ។ ចំណាំ៖ ដើម្បីមានសិទ្ធិទទួលបាន ADAP នៅក្នុងរដ្ឋរបស់អ្នក អ្នកត្រូវតែបំពេញតាមលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យមួយចំនួន រួមទាំងភស្តុតាងនៃលំនៅដ្ឋានរបស់រដ្ឋ និងស្ថានភាពមេរោគអេដស៍ ប្រាក់ចំណូលទាប (ដូចដែលបានកំណត់ដោយរដ្ឋ) និងស្ថានភាពគ្មានការធានារ៉ាប់រង/កម្រិតធានារ៉ាប់រងដែលមានគឺមិនគ្រាប់គ្រាន់។ ប្រសិនបើអ្នកផ្លាស់ប្តូរគម្រោង សូមជូនដំណឹងដល់បុគ្គលិកចុះឈ្មោះ ADAP ក្នុងតំបន់របស់អ្នក ដូច្នេះអ្នកអាចបន្តទទួលបានជំនួយសម្រាប់ព័ត៌មានអំពីលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យសិទ្ធិទទួលបានឱសថដែលបានរ៉ាប់រង ឬរបៀបចុះឈ្មោះក្នុងកម្មវិធី សូមហៅទូរសព្ទទៅ 1-844-421-7050 ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ 5:00 ល្ងាច (មិនរាប់បញ្ចូលថ្ងៃឈប់សម្រាក)។

M3. គម្រោងទឹកប្រាក់ទូទាត់សម្រាប់ឱសថមានវេជ្ជបញ្ជារបស់ Medicare

គម្រោងទឹកប្រាក់ទូទាត់សម្រាប់ឱសថមានវេជ្ជបញ្ជា Medicare គឺជាជម្រើសនៃការទូទាត់ដែលធ្វើការជាមួយការធានារ៉ាប់រងឱសថបច្ចុប្បន្នរបស់អ្នក ដើម្បីជួយអ្នកក្នុងការគ្រប់គ្រងការចំណាយចេញពីហោប៉ៅរបស់អ្នកសម្រាប់ឱសថដែលបានធានារ៉ាប់រងដោយគម្រោងរបស់យើង ដោយអនុញ្ញាតឱ្យអ្នកទូទាត់ប្រាក់ជាប្រចាំខែនៃមួយឆ្នាំតាមប្រតិទិន (ខែមករា ដល់ខែធ្នូ)។ អ្នកណាម្នាក់ដែលមានគម្រោងឱសថ Medicare ឬគម្រោងសុខភាព Medicare ដែលមានការរ៉ាប់រងឱសថ (ដូចជាគម្រោង Medicare Advantage ដែលមានការរ៉ាប់រងឱសថ) អាចប្រើជម្រើសបង់ប្រាក់នេះ។ **ជម្រើសនៃការទូទាត់នេះ អាចជួយអ្នកក្នុងការគ្រប់គ្រងការចំណាយរបស់អ្នក ប៉ុន្តែវាមិនសន្សំប្រាក់របស់អ្នក ឬបន្ថយថ្លៃឱសថរបស់អ្នកទេ។ ប្រសិនបើអ្នកកំពុងចូលរួមក្នុងគម្រោងទូទាត់តាមវេជ្ជបញ្ជារបស់ Medicare ហើយនៅតែស្ថិតក្នុងគម្រោងដដែល នោះអ្នកមិនចាំបាច់ធ្វើអ្វីទាំងអស់ដើម្បីបន្តនៅក្នុងជម្រើសនេះ។** "ជំនួយបន្ថែម" ពី Medicare និងជំនួយពីកម្មវិធីជំនួយឱសថរបស់រដ្ឋ (State Pharmaceutical Assistance Programs, SPAP) និង ADAP របស់អ្នក សម្រាប់អ្នកដែលមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ គឺមានអត្ថប្រយោជន៍ច្រើនជាងការចូលរួមក្នុងជម្រើសនៃការទូទាត់នេះ មិនថាកម្រិតប្រាក់ចំណូលរបស់អ្នកគឺប៉ុនណានោះទេ ហើយគម្រោងដែលមានការធានារ៉ាប់រងឱសថត្រូវតែផ្តល់ជម្រើសការទូទាត់នេះ។ ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពីជម្រើសនៃការទូទាត់នេះ ហៅទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាសមាជិកតាមរយៈលេខទូរសព្ទនៅខាងក្រោមទំព័រ ឬចូលទៅកាន់ www.medicare.gov។

N. របបសន្តិសុខសង្គម

របបសន្តិសុខសង្គមកំណត់សិទ្ធិទទួលបាន Medicare និងទទួលខុសត្រូវលើការចុះឈ្មោះ Medicare ។

ប្រសិនបើអ្នកផ្លាស់ទី ឬផ្លាស់ប្តូរអាសយដ្ឋានប្រៃសណីយ៍របស់អ្នក វាចាំបាច់ណាស់ដែលអ្នកត្រូវទាក់ទងរបបសន្តិសុខសង្គមដើម្បីឱ្យពួកគេដឹងរឿង។

ហៅទូរសព្ទ ទៅលេខ	1-800-772-1213 ការហៅទូរសព្ទទៅលេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ ធ្វើការចាប់ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 7:00 ល្ងាច ពីថ្ងៃចន្ទដល់ថ្ងៃសុក្រ។ អ្នកអាចប្រើសេវាទូរសព្ទស្វ័យប្រវត្តិរបស់ពួកគេដើម្បីទទួលបានពត៌មានដែលបានកត់ត្រាទុក និងធ្វើការងារមួយចំនួន 24 ម៉ោង ក្នុងមួយថ្ងៃ។
TTY	1-800-325-0778 លេខទូរសព្ទនេះគឺសម្រាប់មនុស្សដែលមានបញ្ហាពិបាកស្តាប់ ឬពិបាកនិយាយ។ អ្នកត្រូវតែមានគ្រឿងទូរសព្ទពិសេសដើម្បីហៅទូរសព្ទទៅលេខនេះបាន។
គេហទំព័រ	www.ssa.gov

O. គណៈកម្មាធិការសោធននិវត្តន៍ផ្លូវដែក (RRB)

គណៈកម្មាធិការសោធននិវត្តន៍ផ្លូវដែក (Railroad Retirement Board, RRB) គឺជាទីភ្នាក់ងារសហព័ន្ធឯករាជ្យ ដែលគ្រប់គ្រងកម្មវិធីអត្ថប្រយោជន៍ដ៏ទូលំទូលាយសម្រាប់កម្មករផ្លូវដែករបស់ប្រទេស និងក្រុមគ្រួសាររបស់ពួកគេ។ ប្រសិនបើអ្នកទទួលបាន Medicare តាមរយៈ RRB សូមប្រាប់ពួកគេឱ្យដឹង ប្រសិនបើអ្នកផ្លាស់ទី ឬផ្លាស់ប្តូរអាសយដ្ឋានសំបុត្ររបស់អ្នក។ សម្រាប់សំណួរអំពីអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នកពី RRB សូមទាក់ទងភ្នាក់ងារ។

ហៅទូរសព្ទ ទៅលេខ	1-877-772-5772 ការហៅទូរសព្ទទៅលេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ ចុចលេខ “0” ដើម្បីនិយាយជាមួយអ្នកតំណាង RRB ពីម៉ោង 9 ព្រឹក ដល់ 3:30 រសៀល សម្រាប់ថ្ងៃចន្ទ អង្គារ ព្រហស្បតិ៍ និងសុក្រ និងពីម៉ោង 9 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 12 យប់ សម្រាប់ថ្ងៃពុធ។ ចុចលេខ "1" ដើម្បីចូលប្រើបណ្តាញទូរសព្ទជំនួយ RRB ដោយស្វ័យប្រវត្តិ និងព័ត៌មានដែលបានកត់ត្រា 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ រួមទាំងថ្ងៃចុងសប្តាហ៍ និងថ្ងៃឈប់សម្រាក។
TTY	1-312-751-4701 លេខទូរសព្ទនេះគឺសម្រាប់មនុស្សដែលមានបញ្ហាពិបាកស្តាប់ ឬពិបាកនិយាយ។ អ្នកត្រូវតែមានគ្រឿងទូរសព្ទពិសេសដើម្បីហៅទូរសព្ទទៅលេខនេះបាន។ ការហៅទូរសព្ទទៅកាន់លេខនេះគឺ មិនមែន មិនគិតថ្លៃនោះទេ។
គេហទំព័រ	www.rrb.gov

P. ធនធានផ្សេងៗទៀត

កម្មវិធីអំបាដ្សម៉ាន Medicare ផ្តល់ជំនួយឥតគិតថ្លៃ ដើម្បីជួយអ្នកដែលមានការលំបាកក្នុងការទទួលបាន ឬរក្សាការធានារ៉ាប់រងសុខភាព និងដោះស្រាយបញ្ហាជាមួយនឹងគម្រោងសុខភាពរបស់ពួកគេ។

ប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហាជាមួយ៖

- កម្មវិធី Medi-Cal
- កម្មវិធី Medicare
- គម្រោងសុខភាពរបស់អ្នក
- ការចូលប្រើប្រាស់សេវាវេជ្ជសាស្ត្រ
- ប្តឹងតវ៉ាចំពោះសេវាដែលត្រូវបានបដិសេធ ដូចជាសេវាឱសថ បរិក្ខារពេទ្យប្រើជាប់បានយូរ (durable medical equipment, DME) សេវាសុខភាពអារម្មណ៍ ។ល។
- វិក្កយបត្រវេជ្ជសាស្ត្រ
- IHSS (សេវាការគាំទ្រក្នុងផ្ទះ)

កម្មវិធីអំបាដ្សម៉ាន Medicare Medi-Cal ជួយអ្នកទាក់ទងនឹងពាក្យបណ្តឹង ការបន្តឹងតវ៉ា និងសវនាការ។ លេខទូរសព្ទសម្រាប់កម្មវិធីអំបាដ្សម៉ានគឺ 1-855-501-3077។

Q. កម្មវិធី Medi-Cal Dental

សេវាព្យាបាលធ្មេញមួយចំនួនគឺមានតាមរយៈកម្មវិធី Medi-Cal Dental រួមមានសេវាជាអាទិ៍ ដូចជា៖

- ការពិនិត្យដំបូង ការថតកាំរស្មីអ៊ិច ការសម្អាត និងការព្យាបាលដោយធាតុភ្លុយអរ
- ការជួសជុល និងស្រោបធ្មេញ
- ការព្យាបាលសរសៃឫសធ្មេញ
- តម្រឹមក្រាស់ធ្មេញទាំងមូល ជួសជុល និងដាក់ទ្រនាប់ថ្មី

អត្ថប្រយោជន៍ធ្មេញគឺមានតាមរយៈ ថ្លៃឈ្នួលសម្រាប់សេវា (Fee-for-Service, FFS) របស់ Medi-Cal Dental និងតាមរយៈការគ្រប់គ្រងការថែទាំធ្មេញ (Dental Managed Care, DMC)។

ហៅទូរសព្ទ ទៅលេខ	1-800-322-6384 ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ អ្នកតំណាងឱ្យ Medi-Cal Dental FFS គឺអាចទាក់ទងបានដើម្បីចាំជួយអ្នក ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 5:00 ល្ងាចចាប់ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ។
TTY	1-800-735-2922 លេខទូរសព្ទនេះគឺសម្រាប់មនុស្សដែលមានបញ្ហាពិបាកស្តាប់ ឬពិបាកនិយាយ។ អ្នកត្រូវតែមានគ្រឿងទូរសព្ទពិសេសដើម្បីហៅទូរសព្ទទៅលេខនេះបាន។
គេហទំព័រ	www.dental.dhcs.ca.gov smilecalifornia.org

ជំនួសឱ្យថ្លៃឈ្នួលសម្រាប់សេវារបស់ Medi-Cal Dental អ្នកអាចទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ធ្មេញតាមរយៈគម្រោងការគ្រប់គ្រងការថែទាំធ្មេញ។ គម្រោងការគ្រប់គ្រងការថែទាំធ្មេញមាននៅក្នុងខោនធី Sacramento និង Los Angeles ។ ប្រសិនបើអ្នកចង់បានព័ត៌មានបន្ថែមអំពីគម្រោងថែទាំធ្មេញ ឬចង់ប្តូរគម្រោងថែទាំធ្មេញ សូមទាក់ទងទៅកាន់សម្រើសថែទាំសុខភាព តាមរយៈលេខ 1-800-430-4263 (អ្នកប្រើ TTY ហៅទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-430-7077) ពីថ្ងៃចន្ទដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ 6:00 ល្ងាច។ ការហៅទូរសព្ទនេះ គឺឥតគិតថ្លៃទេ។ ព័ត៌មានទំនាក់ទំនងគម្រោងការគ្រប់គ្រងការថែទាំធ្មេញក៏មាននៅទីនេះផងដែរ៖ www.dhcs.ca.gov/services/Pages/ManagedCarePlanDirectory.aspx។

ជំពូកទី 3៖ ការប្រើប្រាស់អត្ថប្រយោជន៍រ៉ាប់រងនៃគម្រោងរបស់យើងសម្រាប់ការថែទាំសុខភាព និងសេវារ៉ាប់រងផ្សេងទៀតរបស់អ្នក

សេចក្តីផ្តើម

ជំពូកនេះមានលក្ខខណ្ឌនិងវិធានជាក់លាក់ដែលអ្នកត្រូវដឹងដើម្បីទទួលបានការថែទាំសុខភាព និងសេវាដែលបានរ៉ាប់រងផ្សេងទៀតជាមួយនឹងគម្រោងរបស់យើង។ វាក៏ប្រាប់អ្នកផងដែរអំពីអ្នកចាត់ចែងការថែទាំរបស់អ្នក របៀបទទួលបានការថែទាំពីអ្នកផ្តល់សេវាផ្សេងៗ និងនៅក្រោមកាលៈទេសៈពិសេសមួយចំនួន (រួមទាំងអ្នកអ្នកផ្តល់សេវានៅក្រៅបណ្តាញ ឬឱសថស្ថាននៅក្រៅបណ្តាញ) ហើយអ្វីដែលត្រូវធ្វើប្រសិនបើអ្នកទទួលបានវិក្កយបត្រដោយផ្ទាល់សម្រាប់សេវាដែលយើងធានារ៉ាប់រង និងវិធានក្នុងការធ្វើជាម្ចាស់បរិក្ខារពេទ្យប្រើជាប់បានយូរ (Durable Medical Equipment, DME)។ ពាក្យគន្លឹះ និងនិយមន័យរបស់ពាក្យទាំងនោះ គឺមានតាមលំដាប់អក្ខរក្រមក្នុងជំពូកចុងក្រោយនៃ*សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះ។

តារាងមាតិកា

A. ព័ត៌មានអំពីសេវា និងអ្ន កផ្ត ល់សេវា 48
B. វិធានសម្រាប់ការទទួ លបានសេវាដែលគម្រោងរបស់យើងរ៉ាប់រង.....48
C. អ្ន កចាត់ចែងការថែទាំរបស់អ្ន ក.....50
C1. តើអ្ន កចាត់ចែងការថែទាំគឺជាអ្វី 50
C2. របៀបដែលអ្ន កអាចទាក់ទងទៅកាន់អ្ន កចាត់ចែងការថែទាំរបស់អ្ន ក 50
ទាក់ទងទៅសេវាសមាជិកតាមរយៈលេខ 1-833-522-3767 (TTY: 711)
បម្រើការ 24 ម៉ោងក្នុងមួ យថ្ងៃ 7 ថ្ងៃ ក្នុងមួ យសប្តា ហ៍ រួមទាំងថ្ងៃ ឈប់សម្រាក។..... 50
C3. របៀបដែលអ្ន កអាចផ្លា ស់ប្តូ រអ្ន កចាត់ចែងការថែទាំរបស់អ្ន ក..... 50
D. ការថែទាំពីអ្ន កផ្ត ល់សេវា.....50
D1. ការថែទាំពីអ្ន កផ្ត ល់សេវាថែទាំបឋម (PCP)..... 50
D2. ការថែទាំពីអ្ន កឯកទេស និងអ្ន កផ្ត ល់សេវាក្នុងបណ្តា ញផ្សេងទៀត 53
D3. នៅពេលអ្ន កផ្ត ល់សេវាចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើង..... 54
D4. អ្ន កផ្ត ល់សេវានៅក្រៅបណ្តា ញ 55
E សេវា និងការគាំទ្រយូ រអង្វែ ង (LTSS).....56
F. សេវាឥរិយាបថសុខភាព (សុខភាពផ្លូវចិត្ត និងវិបត្តិនៃការសេពសារធាតុញៀន) 57
F1. សេវាឥរិយាបថសុខភាព Medi-Cal ដែលផ្ត ល់ជូ នខាងក្រៅគម្រោងរបស់យើង 57

G. សេវាយានជំនិះ....60
G1. យានជំនិះពេទ្យមិនអាសន្ន 60
G2. យានជំនិះមិនមែនពេទ្យ 61
H. សេវាដែលរ៉ាប់រងក្នុងគ្រាមានអាសន្ន ផ្នែ កវេជ្ជ សាស្ត្រ នៅពេលដែលត្រូវការជាបន្ទា ន់ ឬអំឡុងពេលមានមហន្ត រាយ....62
H1. ការថែទាំក្នុងគ្រាអាសន្ន ផ្នែ កវេជ្ជ សាស្ត្រ 62
H2. ការថែទាំព្យាបាលដែលត្រូវការជាបន្ទា ន់ 64
H3. ការថែទាំអំឡុងពេលមានមហន្ត រាយ 65
I. ចុះបើអ្ន កត្រូវបានចេញវិក្ក យបត្រដោយផ្ទា ល់សម្រាប់សេវាដែលរ៉ាប់រង 65
I1. អ្វីដែលត្រូវធ្វើប្រសិនបើគម្រោងរបស់អ្ន កមិនធានារ៉ាប់រងលើសេវា 65
J. ការរ៉ាប់រងសេវាថែទាំសុខភាពក្នុងការសិក្សាស្រាវជ្រាវវេជ្ជ សាស្ត្រ 66
J1. និយមន័យនៃការសិក្សាស្រាវជ្រាវវេជ្ជ សាស្ត្រ 66
J2. ការទូ ទាត់សម្រាប់សេវានៅពេលអ្ន កស្ថិតនៅក្នុងការសិក្សាស្រាវជ្រាវវេជ្ជ សាស្ត្រ.... 66
J3. បន្ថែ មទៀតអំពីការសិក្សាស្រាវជ្រាវវេជ្ជ សាស្ត្រ 67
K. របៀបដែលសេវាថែទាំសុខភាពរបស់អ្ន កទទួ លបានការរ៉ាប់រងក្នុងស្ថា ប័នថែទាំសុខភាពមិនមែនវេជ្ជ សាស្ត្រ បែបសាសនា....67
K1. និយមន័យនៃស្ថា ប័នថែទាំសុខភាពមិនមែនវេជ្ជ សាស្ត្រ បែបសាសនា 67
K2. ការថែទាំពីស្ថា ប័នថែទាំសុខភាពមិនមែនវេជ្ជ សាស្ត្រ បែបសាសនា 67
L. បរិក្ខា រពេទ្យប្រើជាប់បានយូរ (DME)....68
L1. DME ក្នុងនាមជាសមាជិកនៃគម្រោងរបស់យើង.... 68
L2. កម្ម សិទ្ធិ DME ប្រសិនបើអ្ន កប្តូ រទៅ Original Medicare 68
L3. អត្ថ ប្រយោជន៍នៃឧបករណ៍អុកស៊ីសែនក្នុងនាមជាសមាជិកនៃគម្រោងរបស់យើង 69
L4. ឧបករណ៍អុកស៊ីសែននៅពេលដែលអ្ន កប្តូ រទៅ Original Medicare ឬគម្រោង Medicare Advantage (MA) ផ្សេងទៀត.... 69

A. ព័ត៌មានអំពីសេវា និងអ្នកផ្តល់សេវា

សេវានានា រួមមានការថែទាំសុខភាព សេវា និងការគាំទ្រយូរអង្វែង (long-term services and supports, LTSS) សម្ភារៈផ្តត់ផ្តង់ សេវាឥរិយាបថសុខភាព ឱសថមានវេជ្ជបញ្ជា និងឱសថគ្មានវេជ្ជបញ្ជា សម្ភារៈបរិក្ខារ ព្រមទាំងសេវាផ្សេងៗទៀត។ **សេវាដែលបានរ៉ាប់រង**គឺជាសេវាទាំងឡាយណាដែលគម្រោងរបស់យើងផ្តល់ការទូទាត់ប្រាក់ជូន។ ការថែទាំសុខភាព ឥរិយាបថសុខភាព និង LTSS ដែលរ៉ាប់រង មាននៅក្នុង**ជំពូ កទី 4** នៃ*សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះ។ សេវាដែលរ៉ាប់រងរបស់អ្នកសម្រាប់ឱសថមានវេជ្ជបញ្ជា និងគ្មានវេជ្ជបញ្ជាមាននៅក្នុង**ជំពូ កទី 5** នៃ*សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះ។

អ្ន កផ្ត ល់សេវាគឺជាក្រុមវេជ្ជបណ្ឌិត គិលានុបដ្ឋាក និងមនុស្សផ្សេងទៀតដែលផ្តល់សេវា និងការថែទាំព្រមទាំងត្រូវបានចេញអាជ្ញាបណ្ណដោយរដ្ឋ។ អ្នកផ្តល់សេវាក៏រួមបញ្ចូលផងដែរនូវមន្ទីរពេទ្យ ទីភ្នាក់ងារសុខភាពតាមផ្ទះ គ្លីនិក និងកន្លែងផ្សេងទៀតដែលផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាព សេវាឥរិយាបថសុខភាព បរិក្ខារពេទ្យ និង LTSS ជាក់លាក់មួយចំនួនជូនដល់អ្នក។

អ្ន កផ្ត ល់សេវាក្នុងបណ្តា ញ គឺជាអ្នកផ្តល់សេវាដែលធ្វើការជាមួយនឹងគម្រោងរបស់យើង។ អ្នកផ្តល់សេវាទាំងនេះយល់ព្រមទទួលយកការទូទាត់បង់ប្រាក់របស់យើងជាការទូទាត់ពេញលេញ។ យើងបានព្រមព្រៀងជាមួយអ្នកផ្តល់សេវាទាំងនេះរួចរាល់ដើម្បីផ្តល់សេវាដែលរ៉ាប់រងជូនអ្នក។ អ្នកផ្តល់សេវានៅក្នុងបណ្តាញចេញវិក្កយបត្រមកយើងដោយផ្ទាល់ សម្រាប់ការថែទាំដែលពួកគេផ្តល់ឱ្យអ្នក។ នៅពេលអ្នកប្រើអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ តាមធម្មតាអ្នកមិនត្រូវបង់ថ្លៃលើសេវាដែលរ៉ាប់រងឡើយ។

B. វិធានសម្រាប់ការទទួលបានសេវាដែលគម្រោងរបស់យើងរ៉ាប់រង

គម្រោងរបស់យើងរ៉ាប់រងរាល់សេវាទាំងអស់ដែលបានរ៉ាប់រងដោយ Medicare និង Medi-Cal។ នេះរួមបញ្ចូលទាំងឥរិយាបថសុខភាព និង LTSS ជាក់លាក់ណាមួយ។

ជាទូទៅ គម្រោងរបស់យើងនឹងបង់ថ្លៃសេវាថែទាំសុខភាព សេវាឥរិយាបថសុខភាព និង LTSS ជាច្រើនដែលអ្នកទទួលបាន នៅពេលអ្នកធ្វើតាមវិធានរបស់យើង។ ដើម្បីទទួលបានការរ៉ាប់រងដោយគម្រោងរបស់យើង៖

- ការថែទាំដែលអ្នកទទួលត្រូវតែរួមបញ្ចូលនៅក្នុងតារាងអត្ថប្រយោជន៍របស់យើងនៅក្នុង**ជំពូ កទី 4** នៃ*សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះ។
- ការថែទាំត្រូវតែជា**ពេទ្យសាស្ត្រ ចាំបាច់**។ ពេទ្យសាស្ត្រចាំបាច់ យើងមានន័យថាសេវាដែលសមហេតុផល និងចាំបាច់ក្នុងការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ និងព្យាបាលស្ថានភាពសុខភាពរបស់អ្នក។ ការថែទាំពេទ្យសាស្ត្រចាំបាច់គឺត្រូវការដើម្បីការពារបុគ្គលម្នាក់ៗមិនឱ្យធ្លាក់ខ្លួនឈឺធ្ងន់ធ្ងរ ឬក្លាយជាពិការ និងកាត់បន្ថយការឈឺចាប់ធ្ងន់ធ្ងរដោយការព្យាបាលរោគ ជំងឺ ឬរបួស។
- សម្រាប់សេវាវេជ្ជសាស្ត្រ អ្នកត្រូវតែមានបណ្តាញ**អ្ន កផ្ត ល់សេវាថែទាំបឋម (primary care provider, PCP)** ដែលផ្តល់ និងត្រួតពិនិត្យការថែទាំរបស់អ្នក។ ក្នុងនាមជាសមាជិកគម្រោង អ្នកត្រូវតែជ្រើសរើសអ្នកផ្តល់សេវាបណ្តាញដើម្បីធ្វើជា PCP របស់អ្នក (សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលទៅកាន់ **ផ្នែ ក D1** នៃជំពូកនេះ)។
    - ករណីភាគច្រើនបំផុត PCP ក្នុងបណ្តា ញរបស់អ្ន ក ឬ គម្រោងរបស់យើង ត្រូវតែផ្ត ល់ការយល់ព្រមជាមុនសិន មុននឹងអ្ន កអាចប្រើប្រាស់អ្ន កផ្ត ល់សេវាដែលមិនមែនជា PCP របស់អ្ន ក ឬប្រើប្រាស់អ្ន កផ្ត ល់សេវាផ្សេងៗទៀតនៅក្នុងបណ្តា ញរបស់គម្រោងយើង។ ករណីនេះហៅថា **ការបញ្ជ ូនបន្ត** ។ ប្រសិនបើអ្ន កមិនទទួ លបានការយល់ព្រមទេ យើងប្រហែលជាមិនរ៉ាប់រងលើសេវានោះទេ។

- PCP នៃគម្រោងរបស់យើងគឺជាសម្ព័ន្ធ ជាមួ យនឹងក្រុមពេទ្យ។ នៅពេលអ្ន កជ្រើសរើស PCP របស់អ្ន ក នោះអ្ន កក៏កំពុងតែជ្រើសរើសសម្ព័ន្ធ ក្រុមពេទ្យផងដែរ។ នេះមានន័យថា PCP របស់អ្ន កបញ្ជ នអ្ន កឱ្យទៅជួ បគ្រូ ពេទ្យឯកទេស និងសេវាដែលជាសម្ព័ន្ធ ជាមួ យក្រុមពេទ្យរបស់ពួ កគេផងដែរ។ ក្រុមពេទ្យគឺជា *សមាគមនៃក្រុម PCP និងគ្រូ ពេទ្យឯកទេស ដែលបានបង្កើតឡើងដើម្បីផ្ត ល់ការសម្របសម្រួ លសេវាថែទាំសុខភាពដល់អ្ន កជំងឺ*។
- អ្ន កមិនចាំបាច់ត្រូ វការបញ្ជ នបន្ត ពី PCP របស់អ្ន កសម្រាប់ការថែទាំសង្គ្រោះបន្ទា ន់ ឬការថែទាំព្យាបាលដែលត្រូ វការជាបន្ទា ន់ ឬដើម្បីជួ បពិគ្រោះជាមួ យអ្ន កផ្ត ល់សេវាផ្នែ កសុខភាពស្ត្រី ឬសម្រាប់សេវាណាមួ យផ្សេងៗទៀតដូ ចដែលបានរាយនៅក្នុង**ផ្នែ ក D1** នៃជំពូ កនេះនោះទេ។

- **អ្ន កត្រូ វតែទទួ លបានការថែទាំរបស់អ្ន កពីអ្ន កផ្ត ល់សេវាក្នុងបណ្តា ញ** (សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលទៅកាន់**ផ្នែ ក D** ក្នុងជំពូកនេះ)។ ជាធម្មតា យើងនឹងមិនរ៉ាប់រងការថែទាំពីអ្នកផ្តល់សេវាដែលមិនធ្វើការជាមួយគម្រោងសុខភាពរបស់យើងទេ។ នេះមានន័យថា អ្នកនឹងត្រូវបង់ប្រាក់ឱ្យអ្នកផ្តល់សេវាពេញលេញសម្រាប់សេវាដែលអ្នកទទួលបាន។ ទាំងនេះគឺជាករណីមួយចំនួន នៅពេលវិធាននេះមិនអនុវត្ត៖
  - យើងរ៉ាប់រងការសង្គ្រោះបន្ទា ន់ ឬការថែទាំដែលត្រូ វការជាបន្ទា ន់ពីអ្ន កផ្ត ល់សេវានៅក្រៅបណ្តា ញ (សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែ ម សូមចូលទៅ**ផ្នែ ក H** នៅក្នុងជំពូ កនេះ)។
  - ប្រសិនបើអ្ន កត្រូ វការថែទាំព្យាបាលដែលគម្រោងយើងរ៉ាប់រង ហើយអ្ន កផ្ត ល់សេវាក្នុងបណ្តា ញយើងមិនអាចផ្ត ល់ជូ នបាន នោះអ្ន កអាចទទួ លយកការថែទាំពីអ្ន កផ្ត ល់សេវាក្រៅបណ្តា ញបាន។ ការអនុញ្ញា ត សម្រាប់សេវាមិនសង្គ្រោះបន្ទា ន់ ត្រូ វតែទទួ លបានពី L.A. Care Medicare Plus មុនពេលស្វែ ងរកការថែទាំនោះ។ នៅក្នុងក្នុងស្ថា នភាពបែបនេះ យើងរ៉ាប់រងលើសេវាថែទាំព្យាបាលដោយមិនគិតថ្លៃ ពីអ្ន កឡើយ។ សម្រាប់ព័ត៌មានអំពីការទទួ លបានការយល់ព្រមក្នុងការប្រើប្រាស់អ្ន កផ្ត ល់សេវាក្រៅបណ្តា ញ សូមចូលទៅកាន់**ផ្នែ ក D4** នៅក្នុងជំពូ កនេះ។
  - យើងរ៉ាប់រងលើសេវាលាងឈាមតម្រងនោម នៅពេលអ្ន កនៅក្រៅតំបន់សេវានៃគម្រោងរបស់យើង ក្នុងរយៈពេលខ្លី ឬនៅពេលដែលអ្ន កផ្ត ល់សេវារបស់អ្ន កមិនអាចផ្ត ល់ជូ នបាន ឬមិនអាចទៅប្រើបាន ជាបណ្តោះអាសន្ន ។
  - នៅពេលដែលអ្ន កចូ លរួមគម្រោងរបស់យើង អ្ន កអាចធ្វើសំណើសុំបន្ត ប្រើប្រាស់អ្ន កផ្ត ល់សេវាបច្ចុប្បន្នរបស់អ្ន កបាន។ ជាមួ យនឹងករណីលើកលែងមួ យចំនួ ន យើងត្រូ វតែអនុម័តលើសំណើនេះ ប្រសិនបើយើងអាចរកឃើញថាអ្ន កមានទំនាក់ទំនងស្រាប់ជាមួ យនឹងអ្ន កផ្ត ល់សេវា។ សូមមើល **ជំពូ កទី 1** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះ។ ប្រសិនបើយើងយល់ព្រមលើសំណើរបស់អ្ន ក អ្ន កអាចបន្ត ប្រើប្រាស់អ្ន កផ្ត ល់សេវាថែទាំដែលអ្ន កប្រើប្រាស់នៅពេលនេះរហូ តដល់រយៈពេល 12 ខែ សម្រាប់សេវានានា។ នៅអំឡុងពេលនោះ អ្ន កចាត់ចែងការថែទាំរបស់អ្ន កនឹងទាក់ទងអ្ន កដើម្បីជួ យអ្ន ករកមើលអ្ន កផ្ត ល់សេវាក្នុងបណ្តា ញរបស់យើងដែលជាសម្ព័ន្ធ ជាមួ យក្រុមពេទ្យ PCP របស់អ្ន ក។ បន្ទា ប់ពី 12 ខែ យើងលែងរ៉ាប់រងការថែទាំរបស់អ្ន កទៀតហើយ ប្រសិនបើអ្ន កបន្ត ប្រើប្រាស់អ្ន កផ្ត ល់សេវាដែលមិនមាននៅក្នុងបណ្តា ញរបស់យើង និងមិនមែនជាសម្ព័ន្ធ ជាមួ យក្រុមពេទ្យ PCP របស់អ្ន ក។

ការធានារ៉ាប់រងសុខភាពផ្សេងទៀត៖ សមាជិក Medi-Cal ត្រូវតែប្រើប្រាស់ការធានារ៉ាប់រងសុខភាពផ្សេងទៀត (Other Health Coverage, OHC) ទាំងអស់ មុនពេលប្រើប្រាស់ Medi-Cal នៅពេលសេវាដូចគ្នានេះអាចរកបាននៅក្រោមការធានារ៉ាប់រងសុខភាពរបស់អ្នក ព្រោះថា Medi-Cal គឺជាអ្នកបង់ប្រាក់លំដាប់ចុងក្រោយ។ នេះមានន័យថាក្នុងករណីភាគច្រើន Medi-Cal នឹងក្លាយជាអ្នកបង់ប្រាក់លំដាប់ទីពីបើធៀបនឹង Medicare OHC ដោយធានារ៉ាប់រងលើការចំណាយដែលអាចអនុញ្ញាត ដែលមិនត្រូវបានបង់ដោយគម្រោងរបស់យើង ឬ OHC ផ្សេងទៀតរហូតដល់អត្រា Medi-Cal ។

សមាជិកថ្មីរបស់ L.A. Care Medicare Plus៖ ក្នុងករណីភាគច្រើន អ្នកនឹងត្រូវបានចុះឈ្មោះនៅក្នុង L.A. Care Medicare Plus សម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍ Medicare របស់អ្នក នៅថ្ងៃទី 1 នៃខែ បន្ទាប់ពីអ្នកស្នើសុំចុះឈ្មោះក្នុង L.A. Care Medicare Plus ។ អ្នកនៅតែអាចទទួលបានសេវា Medi-Cal របស់អ្នកពីគម្រោងសុខភាព Medi-Cal ពីមុនរបស់អ្នកសម្រាប់រយៈពេលមួយខែបន្ថែម។ បន្ទាប់ពីនោះ អ្នកនឹងទទួលបានសេវា Medi-Cal របស់អ្នក តាមរយៈ L.A. Care Medicare Plus។ នឹងគ្មានគម្លាតក្នុងការរ៉ាប់រង Medi-Cal របស់អ្នកទេ។ សូមហៅទូរសព្ទមកយើងតាមរយៈលេខ 1-833-522-3767 (TTY: 711) 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ រួមទាំងថ្ងៃឈប់សម្រាក ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរណាមួយ។

C. អ្នកចាត់ចែងការថែទាំ

C1. អ្វីទៅជាអ្នកចាត់ចែងការថែទាំ

អ្នកចាត់ចែងការថែទាំគឺជាគិលានុបដ្ឋាក ឬអ្នកដែលមានអាជ្ញាបណ្ណផ្សេងទៀតដែលនឹងយល់ដឹង និងស្វែងយល់ពីតម្រូវការសុខភាពរបស់អ្នក។ អ្នកចាត់ចែងការថែទាំអាចនៅជាមួយក្រុមពេទ្យរបស់អ្នក ឬជាមួយគម្រោងសុខភាព L.A. Care ។ អ្នកចាត់ចែងការថែទាំរបស់អ្នក ធ្វើការជាក្រុមជាមួយអ្នក វេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក អ្នកថែទាំរបស់អ្នក និងអ្នកដទៃដែលពាក់ព័ន្ធនឹងការថែទាំសុខភាព របស់អ្នក។

អ្នកចាត់ចែងការថែទាំរបស់អ្នក ធ្វើការជាមួយអ្នកដើម្បី៖

- o ពិនិត្យមើលតម្រូវការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក
- o រៀបគម្រោងថែទាំរបស់អ្នកជាមួយក្រុមផ្តល់ការថែទាំរបស់អ្នក
- o បង្កើតគម្រោងថែទាំរៀងៗខ្លួនរបស់អ្នកដែលផ្តោតលើតម្រូវការនិងជម្រើសរបស់អ្នក
- o ផ្តល់ជំនួយទាក់ទងនឹងការសម្របសម្រួលថែទាំរបស់អ្នក
- o ពិភាក្សាជាមួយអ្នកនិងវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក
- o តាមដានដើម្បីដឹងថាតើអ្នកមានសុខភាពយ៉ាងណា និងធ្វើការផ្លាស់ប្តូរនានាបើចាំបាច់

C2. របៀបដែលអ្នកអាចទាក់ទងទៅកាន់អ្នកចាត់ចែងការថែទាំរបស់អ្នក

ទាក់ទងទៅសេវាសមាជិកតាមរយៈលេខ 1-833-522-3767 (TTY: 711) 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ រួមទាំងថ្ងៃឈប់សម្រាក។

C3. របៀបដែលអ្នកអាចផ្លាស់ប្តូរអ្នកចាត់ចែងការថែទាំរបស់អ្នក

ទាក់ទងទៅសេវាសមាជិកតាមរយៈលេខ 1-833-522-3767 (TTY: 711) 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ រួមទាំងថ្ងៃឈប់សម្រាក។

D. ការថែទាំពីអ្នកផ្តល់សេវា

D1. ការថែទាំពីអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំបឋម (PCP)

អ្នកត្រូវតែសម្រេចជ្រើសរើស PCP ដើម្បីផ្តល់និងចាត់ចែងការថែទាំព្យាបាលរបស់អ្នក។ PCP នៃគម្រោងរបស់យើងគឺជាសម្ព័ន្ធជាមួយនឹងក្រុមពេទ្យ។ នៅពេលអ្នកជ្រើសរើស PCP របស់អ្នក នោះអ្នកក៏កំពុងតែជ្រើសរើសសម្ព័ន្ធក្រុមពេទ្យផងដែរ។

និយមន័យនៃ PCP ហើយតើ PCP ធ្វើអ្វីខ្លះសម្រាប់អ្ន ក

នៅពេលដែលអ្នកបានក្លាយជាសមាជិកនៃគម្រោងរបស់យើង អ្នកត្រូវតែជ្រើសយកអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញមួយឱ្យធ្វើជា PCP របស់អ្នក។ PCP របស់អ្នកអាចជាគ្រូពេទ្យឯកទេសផ្នែកសរីរាង្គ គ្រូពេទ្យប្រចាំគ្រួសារ គ្រូពេទ្យទូទៅ ពេទ្យកុមារ ឬវេជ្ជបណ្ឌិតផ្នែកសម្ភពនិងរោគស្ត្រី (Obstetrics & Gynecology, OB-GYN) ដែលបំពេញតាមលក្ខខណ្ឌតម្រូវរបស់រដ្ឋ ហើយដែលទទួលបានការបណ្តុះបណ្តាលដើម្បីផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវការថែទាំព្យាបាលបែបវេជ្ជសាស្ត្រជាមូលដ្ឋាន។ អ្នកនឹងទទួលបានការថែទាំព្យាបាលជាប្រចាំទូទៅ ឬជាមូលដ្ឋានរបស់អ្នកពី PCP របស់អ្នក។ អ្នកអាចជ្រើសរើសមណ្ឌលសុខភាពណាមួយដែលទទួលស្គាល់ដោយសហព័ន្ធ (Federally Qualified Health Center, FQHC) មកធ្វើជា PCP របស់អ្នក។ FQHC គឺជាមណ្ឌលសុខភាពដែលតាំងនៅក្នុងតំបន់ដែលពុំសូវមានអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាព។

PCP របស់អ្នកនឹងសម្របសម្រួលផ្នែកនៅសេសសល់នៃសេវាដែលរ៉ាប់រង ដែលអ្នកទទួលបានក្នុងនាមជាសមាជិកនៃគម្រោងរបស់យើង។ ឧទាហរណ៍ ដើម្បីជួបពិគ្រោះជាមួយគ្រូពេទ្យឯកទេសម្នាក់ អ្នកអាចនឹងចាំបាច់ត្រូវទទួលបានការបញ្ជូនបន្តពី PCP របស់អ្នក ទៅកាន់គ្រូពេទ្យឯកទេសនោះជាមុនសិន (នេះហៅថា ការទទួលបាន “ការបញ្ជូនបន្ត”ទៅកាន់គ្រូពេទ្យឯកទេស)។ ឧទាហរណ៍អំពីសេវាជំនាញឯកទេសនីមួយៗដែលតម្រូវឱ្យមានការបញ្ជូនបន្ត រួមមានដូចជា៖

- ថតកាំរស្មីអ៊ិច
- ការធ្វើតេស្តនៅមន្ទីរពិសោធន៍
- វិធីព្យាបាលរោគ
- ការថែទាំពីវេជ្ជបណ្ឌិតដែលជាគ្រូពេទ្យឯកទេស
- ការទទួលឱ្យចូលព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យ
- ការថែទាំតាមដាន

  “ការសម្របសម្រួល” សេវារបស់អ្នកមានជាអាទិ៍ ការប្រឹក្សាយោបល់ជាមួយនឹងអ្នកផ្តល់សេវាគម្រោងផ្សេងទៀតអំពីការថែទាំព្យាបាលរបស់អ្នក។ ប្រសិនបើអ្នកចាំបាច់ត្រូវការប្រភេទសេវាឬការផ្គត់ផ្គង់ដែលបានរ៉ាប់រងណាមួយ អ្នកត្រូវតែទទួលបានការឯកភាពពី PCP របស់អ្នកជាមុនសិន (ដូចជាការផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវការបញ្ជូនបន្តទៅកាន់គ្រូពេទ្យឯកទេសណាម្នាក់ជាដើម)។ ក្នុងករណីមួយចំនួន PCP របស់អ្នកនឹងចាំបាច់ត្រូវទទួលបានការអនុញ្ញាតជាមុន (ឯកភាពជាមុន) ពីយើង។ ដោយសារ PCP របស់អ្នកនឹងផ្តល់ជូន និងសម្របសម្រួលការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក អ្នកគួរបញ្ជូនរាល់កំណត់ត្រាសុខភាពកន្លងមករបស់អ្នកទាំងអស់ ទៅកាន់ការិយាល័យ PCP របស់អ្នក។

មណ្ឌលសុខភាពដែលទទួលស្គាល់ដោយសហព័ន្ធ (FQHC) គឺជាគ្លីនិក និងអាចជា PCP របស់អ្នកបាន។ FQHC ទទួលបានថវិកាពីរដ្ឋាភិបាលសហព័ន្ធ ពីព្រោះពួកគេមានទីតាំងនៅតាមតំបន់នានាដែលគ្មានសេវាថែទាំសុខភាពច្រើន។ ហៅទូរសព្ទទៅ L.A. Care Medicare Plus Plan សម្រាប់ឈ្មោះ និងអាសយដ្ឋានរបស់ FQHCs ដែលធ្វើការជាមួយ L.A. Care Medicare Plus ឬរកមើលក្នុងបញ្ជីអ្នកផ្តល់សេវា។

L.A. Care Medicare Plus ធ្វើការជាមួយនឹងក្រុមវេជ្ជបណ្ឌិត គ្រូពេទ្យឯកទេស ឱសថស្ថាន មន្ទីរពេទ្យ និងអ្នកផ្តល់ការថែទាំសុខភាពផ្សេងៗទៀតជាច្រើន។ អ្នកផ្តល់សេវាមួយចំនួនទាំងនេះ ធ្វើការនៅក្នុងបណ្តាញមួយដែលជួនកាលហៅថា "ក្រុមពេទ្យ" ឬ "សមាគមគ្រូពេទ្យឯករាជ្យ (Independent Practice Association, IPA)"។ អ្នកផ្តល់សេវាទាំងនេះ ក៏អាចនឹងមានកិច្ចសន្យាផ្ទាល់ជាមួយ L.A. Care Medicare Plus ដែរ។

អ្នកផ្តល់ការថែទាំបឋម (PCP) របស់អ្នក នឹងបញ្ជូនអ្នកឱ្យទៅជួបគ្រូពេទ្យឯកទេស និងសេវាដែលតភ្ជាប់ជាមួយគាត់ ឬក្រុមពេទ្យ IPA របស់គាត់ ឬក៏ជាមួយ L.A. Care Medicare Plus ។ ប្រសិនបើអ្នកកំពុងតែទៅជួបគ្រូពេទ្យឯកទេសរួចហើយ សូមពិគ្រោះជាមួយ PCP របស់អ្នក ឬហៅទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាសមាជិកតាមរយៈលេខ 1-833-522-3767 (TTY 711)។ ផ្នែកសេវាសមាជិកនឹងជួយអ្នកឱ្យទៅជួបអ្នកផ្តល់សេវានោះ ប្រសិនប្រសិនបើអ្នកមានសិទ្ធិទទួលបាននិរន្តរភាពនៃការថែទាំ។

ការជ្រើសរើស PCP របស់អ្ន ក

ក្នុងនាមជាសមាជិក L.A. Care Medicare Plus អ្នកនឹងត្រូវបានចុះឈ្មោះជាមួយ L.A. Care សម្រាប់ទាំងកម្មវិធី Medicare និង Medi-Cal របស់អ្នក។ អ្នកនឹងទទួលបាន Medicare PCP ជាគ្រូពេទ្យបឋមរបស់អ្នក ដែលនឹងសម្របសម្រួលទាំងសេវា Medicare និង Medi-Cal របស់អ្នក អ្នកនឹងមិនទទួលបានគ្រូពេទ្យបឋម Medi-Cal ឡើយ។ អ្នកអាចផ្លាស់ប្តូរ PCP របស់អ្នកបានគ្រប់ពេល។

ដំបូង អ្នកត្រូវជ្រើសរើសយក PCP ណាមួយ។ អ្នកអាចមានលទ្ធភាពរកបានគ្រូពេទ្យឯកទេសម្នាក់ដែលបំពេញតួនាទីជា PCP របស់លោកអ្នកបាន។ គ្រូពេទ្យឯកទេស គឺជាវេជ្ជបណ្ឌិតដែលផ្តល់នូវសេវាថែទាំសុខភាពសម្រាប់ជំងឺជាក់លាក់ ឬផ្នែកណាមួយនៃរាងកាយ។ អ្នកអាចសម្រេចជ្រើសរើសយកគ្រូពេទ្យឯកទេសម្នាក់មកធ្វើជា PCP របស់អ្នកបាន ប្រសិនបើវេជ្ជបណ្ឌិតនោះមានឈ្មោះជា PCP នៅក្នុងបញ្ជីឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា។ អ្នកអាចទទួលបានសេវាពីអ្នកផ្តល់សេវាទាំងឡាយដែលមានក្នុងបណ្តាញរបស់យើង ហើយដែលនឹងទទួលយកសមាជិកថ្មី។

- ជ្រើសរើស PCP ដែលអ្នកប្រើប្រាស់ក្នុងពេលនេះ ឬ
  - អ្ន កដែលទទួ លបានការណែនាំពីនរណាម្នា ក់ដែលអ្ន កទុកចិត្ត ឬ
  - អ្ន កដែលការិយាល័យរបស់គាត់មានលក្ខ ណៈងាយស្រួ លសម្រាប់អ្ន កធ្វើដំណើរទៅដល់។
  - ប្រសិនបើអ្ន កចង់បានជំនួ យក្នុងការជ្រើសរើស PCP សូមហៅទូរសព្ទ ទៅផ្នែ កសេវាសមាជិក តាមរយៈលេខ 1-833-522-3767 (TTY: 711) 24 ម៉ោងមួ យថ្ងៃ 7 ថ្ងៃ ក្នុងមួ យសប្តា ហ៍ រួមទាំង ថ្ងៃ ឈប់សម្រាក។ ការហៅទូរសព្ទ នេះគឺឥតគិតថ្លៃ ។ ឬ ចូ លទៅកាន់ medicare.lacare.org ។

ប្រសិនបើអ្នកមានចម្ងល់ថាតើយើងនឹងបង់ថ្លៃសម្រាប់សេវាវេជ្ជសាស្ត្រ ឬការថែទាំណាមួយដែលអ្នកចង់បានឬត្រូវការដែរឬអត់នោះ ហៅទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាសមាជិកដើម្បីសួរនាំ មុននឹងអ្នកទទួលបានសេវាឬការថែទាំនេះ។

បើមានគ្រូពេទ្យឯកទេស ឬមន្ទីរពេទ្យណាមួយ ដែលអ្នកចង់ប្រើប្រាស់ សូមរកឱ្យឃើញថាតើពួកគេជាសម្ព័ន្ធជាមួយក្រុមពេទ្យ PCP របស់អ្នកដែរឬទេ។ អ្នកអាចរកមើលនៅក្នុង *បញ្ជីរាយនាមអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថាន* ឬសុំឱ្យផ្នែកសេវាសមាជិករកមើលថាតើ PCP ដែលអ្នកចង់បាន ធ្វើការបញ្ជូនបន្តទៅកាន់គ្រូពេទ្យឯកទេសនោះ ឬប្រើប្រាស់មន្ទីរពេទ្យនោះ។

ជម្រើសដើម្បីផ្លា ស់ប្តូ រ PCP របស់អ្ន ក

អ្នកអាចផ្លាស់ប្តូរ PCP ដោយសារហេតុផលណាមួយក៏បាន នៅពេលណាក៏បាន។ ម្យ៉ាងទៀត PCP របស់អ្នកប្រហែលជាអាចនឹងចាកចេញពីបណ្តាញគម្រោងរបស់យើងផងដែរ។ បើ PCP របស់អ្នកចាកចេញបណ្តាញរបស់យើង យើងអាចជួយអ្នករកមើល PCP ថ្មីនៅក្នុងបណ្តាញរបស់យើងផងដែរ។

ហៅទូរសព្ទទៅសេវាសមាជិកដើម្បីផ្លាស់ប្តូរ PCP របស់អ្នក។ ប្រសិនបើអ្នកជូនដំណឹងដល់ផ្នែកសេវាសមាជិកអំពីសំណើរបស់អ្នកក្នុងការផ្លាស់ប្តូរ PCP នៅមុនថ្ងៃធ្វើការចុងក្រោយនៃខែនោះ ការផ្លាស់ប្តូរនឹងមានប្រសិទ្ធភាពនៅថ្ងៃទីមួយនៃខែបន្ទាប់។ ផ្នែកសេវាសមាជិកនឹងបញ្ជាក់ថា PCP ដែលអ្នកជ្រើសយក គឺកំពុងទទួលយកអ្នកជំងឺថ្មី។ ផ្នែកសេវាសមាជិក នឹងផ្លាស់ប្តូរកំណត់ត្រាសមាជិកភាពរបស់អ្នក ដើម្បីបង្ហាញនូវឈ្មោះ PCP ថ្មីរបស់អ្នក និងប្រាប់អ្នកឱ្យដឹងពីពេលវេលាដែលការផ្លាស់ប្តូរទៅ PCP ថ្មីរបស់អ្នក នឹងមានប្រសិទ្ធភាពអាចប្រើបាន។ សេវាសមាជិកនឹងផ្ញើជូនលោកអ្នកនូវបណ្ណសមាជិកភាពថ្មីដែលបង្ហាញឈ្មោះ និងលេខទូរសព្ទរបស់ PCP ថ្មីរបស់អ្នក។

PCP នៃគម្រោងរបស់យើងគឺជាសម្ព័ន្ធជាមួយនឹងក្រុមពេទ្យ។ ប្រសិនបើអ្នកប្តូរ PCP របស់អ្នក អ្នកក៏អាចនឹងប្តូរក្រុមពេទ្យដែរ។ នៅពេលអ្នកស្នើសុំផ្លាស់ប្តូរ សូមប្រាប់ផ្នែកសេវាសមាជិក ថាតើអ្នកកំពុងប្រើគ្រូពេទ្យឯកទេស ឬកំពុងទទួលសេវារ៉ាប់រងផ្សេងទៀតដែលតម្រូវឱ្យមានការយល់ព្រមពី PCP ឬទេ។ ផ្នែកសេវាសមាជិកជួយអ្នកឱ្យបន្តការថែទាំពិសេសរបស់អ្នក និងសេវាផ្សេងទៀតនៅពេលអ្នកផ្លាស់ប្តូរ PCP របស់អ្នក។

សេវានានាដែលអ្ន កអាចទទួ លបានដោយគ្មា នការយល់ព្រមពី PCP របស់អ្ន ក

ក្នុងករណីភាគច្រើន អ្នកត្រូវការការយល់ព្រមពី PCP របស់អ្នកឬគម្រោងរបស់យើង មុនពេលប្រើប្រាស់អ្នកផ្តល់សេវាផ្សេងទៀត។ ការឯកភាពនេះហៅថា៖ **ការបញ្ជូ នបន្ត** ។ អ្នកអាចទទួលបាននូវសេវានានាដូចមានរៀបរាប់នៅខាងក្រោម ដោយមិនចាំបាច់មានការយល់ព្រមពី PCP របស់អ្នក ឬគម្រោងរបស់យើងជាមុនឡើយ៖

- សេវាព្យាបាលសង្គ្រោះបន្ទាន់ពីអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ ឬអ្នកផ្តល់សេវាក្រៅបណ្តាញ
- សេវាដែលរ៉ាប់រងដែលត្រូវការជាបន្ទាន់ ដែលត្រូវការដំណោះស្រាយផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រភ្លាមៗ (ប៉ុន្តែមិនមែនជាការសង្គ្រោះបន្ទាន់ទេ) ប្រសិនបើអ្នកនៅក្រៅតំបន់សេវារបស់គម្រោងរបស់យើងជាបណ្តោះអាសន្ន ឬប្រសិនបើអ្នកមិនអាចទទួលសេវាពីអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញបាន ដោយសារតែហេតុផលនៃពេលវេលា ទីកន្លែង និងកាល:ទេស:របស់អ្នកណាមួយ។ ឧទាហរណ៍នៃសេវាដែលត្រូវការជាបន្ទាន់គឺជំងឺ និងរបួសដែលមិនបានរំពឹងទុកជាមុន ឬការផ្ទុះឡើងដែលមិននឹកស្មានដល់នៃក្នុខណ្ឌដែលមានស្រាប់។ ការទៅជួបអ្នកផ្តល់សេវាជាប្រចាំសម្រាប់ពេទ្យសាស្ត្រចាំបាច់ (ដូចជាការទៅពិនិត្យប្រចាំឆ្នាំ) មិនត្រូវបានចាត់ទុកថាត្រូវការជាបន្ទាន់ទេ ទោះបីជាអ្នកនៅខាងក្រៅតំបន់សេវារបស់គម្រោងរបស់យើង ឬបណ្តាញរបស់យើងមិនទំនេរជាបណ្តោះអាសន្នក៏ដោយ។
- សេវាលាងឈាមព្យាបាលរោគតម្រងនោមដែលអ្នកប្រើនៅមន្ទីរច្រោះឈាមដែលមានការបញ្ជាក់ទទួលស្គាល់ត្រឹមត្រូវដោយកម្មវិធី Medicare នៅពេលដែលអ្នកនៅក្រៅតំបន់សេវាគម្រោងរបស់យើង។ ប្រសិនបើអ្នកហៅទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាសមាជិកមុនពេលអ្នកចាកចេញពីតំបន់សេវា យើងអាចជួយអ្នកឱ្យទទួលបានការលាងឈាម នៅពេលអ្នកនៅឆ្ងាយ។
- ការចាក់ថ្នាំផ្តាសាយ និងការចាក់វ៉ាក់សាំង COVID-19 ក៏ដូចជាការចាក់វ៉ាក់សាំងការពារជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B និងវ៉ាក់សាំងជំងឺរលាកសួត ដរាបណាអ្នកទទួលបានវាពីអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ។
- ការថែទាំសុខភាពរបស់ស្ត្រីជាប្រចាំ និងសេវាពន្យារកំណើត។ វារួមមាន ការពិនិត្យសុដន់ ការឆ្លុះមើលសុដន់ (ការថតកាំរស្មីអ៊ុចសុដន់) ការធ្វើតេស្តមើលមហារីកស្បូន និងការពិនិត្យត្រគាក ដរាបណាអ្នកទទួលបានវាពីអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ។

ម្យ៉ាងទៀត ប្រសិនបើអ្នកជាសមាជិកជនជាតិដើមឥណ្ឌាអាមេរិក អ្នកអាចទទួលបានសេវារ៉ាប់រងពីអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពជនជាតិដើមឥណ្ឌាអាមេរិកតាមជម្រើសរបស់អ្នក ដោយមិនតម្រូវឱ្យមានការបញ្ជូនបន្តពី PCP ក្នុងបណ្តាញ ឬការអនុញ្ញាតជាមុនឡើយ។

D2. ការថែទាំពីអ្នកឯកទេស និងអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញផ្សេងទៀត

គ្រូពេទ្យឯកទេស គឺជាវេជ្ជបណ្ឌិតដែលផ្តល់នូវសេវាថែទាំសុខភាពសម្រាប់ជំងឺជាក់លាក់ ឬផ្នែកមួយនៃរាងកាយ។ មានគ្រូពេទ្យឯកទេសជាច្រើនប្រភេទ ដូចជា៖

- គ្រូពេទ្យខាងដុំសាច់ដុះដែលថែទាំអ្នកជំងឺមហារីក។
- គ្រូពេទ្យឯកទេសខាងជំងឺបេះដូងដែលថែទាំអ្នកជំងឺដែលមានបញ្ហាបេះដូង។
- គ្រូពេទ្យឯកទេសខាងគ្រោងឆ្អឹងដែលថែទាំអ្នកជំងឺមានបញ្ហាឆ្អឹង សន្លាក់ ឬសាច់ដុំ។

អ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក អាចនឹងផ្តល់នូវការបញ្ជូនបន្តមួយដល់អ្នក ដើម្បីទៅជួបគ្រូពេទ្យឯកទេសក្នុងបណ្តាញ ឬអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំផ្សេងទៀតមួយចំនួន នៅពេលវាជាពេទ្យសាស្ត្រចាំបាច់សម្រាប់អ្នកក្នុងការថែរក្សាសុខភាពរបស់អ្នកឱ្យបានល្អ។ ចំពោះប្រភេទនៃការបញ្ជូនបន្តមួយចំនួន អ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកអាចនឹងត្រូវការយល់ព្រមជាមុនពីក្រុមពេទ្យរបស់អ្នក ឬពីគម្រោង L.A. Care Medicare Plus។ នេះហៅថា ការទទួលបាន “ការអនុញ្ញាតជាមុន”។

វាសំខាន់ណាស់ដែលត្រូវទទួលបានការអនុញ្ញាតជាមុនសិន មុននឹងអ្នកទៅជួបគ្រូពេទ្យឯកទេសក្នុងបណ្តាញ ឬអ្នកផ្តល់សេវាណាមួយផ្សេងទៀត។ មានករណីលើកលែងមួយចំនួន រួមមានការថែទាំសុខភាពរបស់ស្ត្រីជាប្រចាំ ដែលយើងបានពន្យល់នៅក្នុងផ្នែកខាងលើ។

ប្រសិនបើអ្នកមិនមានការអនុញ្ញាតជាមុន មុននឹងអ្នកទទួលយកសេវានានាពីអ្នកជំនាញ ឬអ្នកផ្តល់សេវាមួយចំនួនផ្សេងទៀតនោះទេ អ្នកអាចនឹងត្រូវបង់ថ្លៃសម្រាប់សេវាទាំងនេះដោយខ្លួនឯង។

ប្រសិនបើគ្រូពេទ្យឯកទេស ឬអ្នកផ្តល់សេវាមួយចំនួនផ្សេងទៀត ចង់ឱ្យអ្នកត្រលប់មកទទួលការថែទាំសុខភាពបន្ថែមទៀត សូមពិនិត្យជាមុនដើម្បីដឹងច្បាស់ថា ការអនុញ្ញាតជាមុន ដែលអ្នកទទួលបានពេលមកជួបគ្រូពេទ្យលើកដំបូង អាចរ៉ាប់រងសម្រាប់ការទៅជួបពិគ្រោះលើកបន្តបន្ទាប់ឬទេ។

ប្រសិនបើមានគ្រូពេទ្យឯកទេសជាក់លាក់ណាមួយដែលអ្នកចង់ជួបពិនិត្យ សូមពិនិត្យមើលថាតើអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកបានបញ្ជូនអ្នកជំងឺមកជួបគ្រូពេទ្យឯកទេសទាំងនេះដែរឬទេ។ សូមអានជំពូកទី 4 សម្រាប់ព័ត៌មានអំពីប្រភេទសេវាដែលតម្រូវអោយមានការអនុញ្ញាតជាមុន។

D3. នៅពេលអ្នកផ្តល់សេវាចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើង

អ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញដែលអ្នកប្រើប្រាស់ អាចនឹងចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើង។ ប្រសិនបើអ្នកផ្តល់សេវាណាម្នាក់របស់អ្នកចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើង អ្នកមានសិទ្ធិ និងទទួលបានការការពារទាំងនេះដូចបានរៀបរាប់សង្ខេបនៅខាងក្រោម៖

- ទោះបីជាបណ្តាញអ្នកផ្តល់សេវារបស់យើងផ្លាស់ប្តូរនៅអំឡុងឆ្នាំនេះក្តី ក៏យើងត្រូវតែផ្តល់ជូនអ្នកផ្តល់សេវាដែលមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ដល់អ្នក ដោយគ្មានការរអាក់រអួល។
- យើងនឹងជូនដំណឹងដល់អ្នកថាអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកកំពុងចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើង ដើម្បីឱ្យអ្នកមានពេលជ្រើសរើសអ្នកផ្តល់សេវាថ្មី។
  - ប្រសិនបើអ្ន កផ្ត ល់សេវាថែទាំសុខភាពបឋម ឬអ្ន កផ្ត ល់សេវាឥរិយាបថសុខភាពរបស់អ្ន កចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើង យើងនឹងជូនដំណឹងដល់អ្ន កប្រសិនបើអ្ន កបានទៅជួ បពិគ្រោះជាមួ យអ្ន កផ្ត ល់សេវានោះក្នុងរយៈពេលបីឆ្នាំចុងក្រោយនេះ។
  - ប្រសិនបើអ្ន កផ្ត ល់សេវាផ្សេងទៀតរបស់អ្ន កចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើង យើងនឹងជូនដំណឹងដល់អ្ន ក បើអ្ន កត្រូវបានរៀបចំឱ្យប្រើអ្ន កផ្ត ល់សេវានោះ ហើយបច្ចុប្បន្ន នទទួ លបានការថែទាំពីពួ កគេ ឬបានទៅជួ បពិគ្រោះជាមួ យពួ កគេក្នុងរយៈពេលបីខែកន្ល ងមកនេះ។
- យើងនឹងជួយអ្នកឱ្យជ្រើសរើសអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញថ្មីដែលមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ដើម្បីបន្តគ្រប់គ្រងតម្រូវការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក។
- ប្រសិនបើអ្នកស្ថិតនៅក្នុងដំណើរការនៃការព្យាបាលជំងឺ ឬការព្យាបាលជាមួយអ្នកផ្តល់សេវាបច្ចុប្បន្នរបស់អ្នក នោះអ្នកមានសិទ្ធិស្នើសុំបន្តទទួលបានការព្យាបាលជំងឺដែលជាពេទ្យសាស្ត្រចាំបាច់ ឬការព្យាបាលផ្សេងទៀតនោះ។ យើងនឹងធ្វើការជាមួយអ្នក ដើម្បីឱ្យអ្នកអាចបន្តទទួលបានការថែទាំ។

- យើងនឹងផ្តល់ព័ត៌មានអំពីរយៈពេលនៃការបើកឱ្យចុះឈ្មោះ និងជម្រើសដែលអ្នកអាចមានដើម្បីផ្លាស់ប្តូរគម្រោង។
- ប្រសិនបើយើងមិនអាចស្វែងរកអ្នកឯកទេសក្នុងបណ្តាញដែលមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ដែលស័ក្តិសមសម្រាប់អ្នកទេ យើងត្រូវរៀបចំឱ្យមានគ្រូពេទ្យឯកទេសក្រៅបណ្តាញដើម្បីផ្តល់ការថែទាំរបស់អ្នកនៅពេលអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ ឬអត្ថប្រយោជន៍ក្នុងបណ្តាញគឺមិនមាន ឬមិនគ្រប់គ្រាន់ដើម្បីបំពេញតម្រូវការវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នក។ *ការអនុញ្ញាតជាមុន គឺចាំបាច់។*
- ប្រសិនបើអ្នករកឃើញថា អ្នកផ្តល់សេវាណាមួយរបស់អ្នកកំពុងចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើង សូមទាក់ទងមកយើង។ យើងអាចជួយអ្នកជ្រើសរើសអ្នកផ្តល់សេវាថ្មីដើម្បីគ្រប់គ្រងការថែទាំរបស់អ្នក។
- ប្រសិនបើអ្នកគិតថាយើងមិនបានផ្លាស់ប្តូរអ្នកផ្តល់សេវាពីមុនទៅជាអ្នកផ្តល់សេវាដែលមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ឱ្យទេ ឬក៏អ្នកគិតថាយើងមិនបានចាត់ចែងការថែទាំរបស់អ្នកបានល្អទេ អ្នកមានសិទ្ធិដាក់ពាក្យបណ្តឹងអំពីគុណភាពនៃការថែទាំ បណ្តឹងសាទុក្ខអំពីគុណភាពនៃការថែទាំ ឬទាំងពីរទៅកាន់អង្គការលើកកំពស់គុណភាព (QIO)។ (មើល**ជំពូកទី 9** សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។)

D4. អ្នកផ្តល់សេវានៅក្រៅបណ្តាញ

នៅពេលសេវាវេជ្ជសាស្ត្រជាក់លាក់ណាមួយត្រូវបានកំណត់ថាមានភាពចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដើម្បីធានាការបន្តសេវាថែទាំសុខភាព ហើយសេវាវេជ្ជសាស្ត្រជាក់លាក់មួយចំនួនមិនអាចមានផ្តល់ជូនតាមរយៈអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពក្នុងបណ្តាញ ពេលនោះ L.A. Care Medicare Plus ឬក្រុមគ្រូពេទ្យរបស់សមាជិក នឹងកំណត់ស្វែងរកអ្នកផ្តល់សេវានៅក្រៅបណ្តាញសមស្របណាម្នាក់ដែលអាចផ្តល់សេវាវេជ្ជសាស្ត្របាន។ L.A. Care Medicare Plus Plan ឬក្រុមពេទ្យនឹងអនុវត្តកិច្ចសន្យាពិសេសជាមួយអ្នកផ្តល់សេវានៅក្រៅបណ្តាញដែលបានកំណត់។ អ្នកត្រូវតែទទួល ការយល់ព្រមជាមុន (ការអនុញ្ញាតមុន) មុននឹងអ្នកទៅជួប អ្នកផ្តល់សេវានៅក្រៅបណ្តាញ នៅក្នុងតំបន់សេវា L.A. Care Medicare Plus លើកលែងតែសម្រាប់ថែទាំជាអាសន្ន និងសេវាដែលត្រូវការជាបន្ទាន់។ ប្រសិនបើអ្នកមិនមានការអនុញ្ញាតជាមុន មុននឹងអ្នកទទួលយកសេវានានាពីអ្នកជំនាញ ឬអ្នកផ្តល់សេវាមួយចំនួនផ្សេងទៀតនោះទេ អ្នកអាចនឹងត្រូវបង់ថ្លៃសម្រាប់សេវាទាំងនេះដោយខ្លួនឯង។

ប្រសិនបើអ្នកជាសមាជិកថ្មីរបស់ L.A. Care ហើយកំពុងស្ថិតនៅក្នុងគម្រោងព្យាបាលសកម្ម ឬកំពុងទទួលបានសេវាពីអ្នកផ្តល់សេវាដែលមិនស្ថិតនៅក្នុងបណ្តាញរបស់ L.A. Care Medicare Plus នោះ L.A. Care Medicare Plus ឬក្រុមពេទ្យនឹងអនុវត្តកិច្ចសន្យាពិសេសជាមួយអ្នកផ្តល់សេវានៅក្រៅបណ្តាញដែលបានកំណត់។ ការដាក់កម្រិតជាក់លាក់ នឹងត្រូវអនុវត្ត។ ហៅទូរសព្ទទៅផ្នែកបម្រើសមាជិកតាមរយៈ 1-833-522-3767 (TTY: 711) 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ រួមទាំងថ្ងៃឈប់សម្រាក។

ប្រសិនបើអ្នកប្រើប្រាស់អ្នកផ្តល់សេវានៅក្រៅបណ្តាញណាមួយ អ្នកផ្តល់សេវានោះត្រូវតែទទួលយក Medicare និង/ឬ Medi-Cal។

- យើងមិនអាចបង់ប្រាក់ឱ្យអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំដែលគ្មានសិទ្ធិចូលរួមក្នុងកម្មវិធី Medicare និង/ឬ Medi-Cal ឡើយ។
- ប្រសិនបើអ្នកប្រើអ្នកផ្តល់សេវាដែលមិនមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ដើម្បីចូលរួមក្នុងកម្មវិធី Medicare ទេ នោះអ្នកត្រូវតែបង់ថ្លៃពេញលើសេវាដែលអ្នកទទួល។
- អ្នកផ្តល់សេវាត្រូវតែប្រាប់អ្នកថាតើពួកគេពុំមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រាប់គ្រាន់ដើម្បីចូលរួមក្នុងកម្មវិធី Medicare ដែរឬយ៉ាងណា។

E. សេវា និងការគាំទ្រយូរអង្វែង (LTSS)

LTSS អាចជួយអ្នកឱ្យសម្រាកនៅផ្ទះ និងជៀសវាងការសម្រាកនៅមន្ទីរពេទ្យ ឬមន្ទីរថែទាំជំនាញ។ អ្នកមានសិទ្ធិចូលប្រើប្រាស់ LTSS ជាក់លាក់តាមរយៈគម្រោងរបស់យើង រួមទាំង

- សេវាមនុស្សពេញវ័យមូលដ្ឋានតាមសហគមន៍ (Community Based Adult Services, CBAS)
  - កម្ម វិធីដែលសមាជិកអាចទៅមជ្ឈមណ្ឌ លក្នុងពេលថ្ងៃ សម្រាប់ជំនួ យជាមួ យនឹងតម្រូវការប្រចាំថ្ងៃរបស់ពួ កគេ។
- ជំនួយសហគមន៍
  - សេវាថែទាំផ្ទា ល់ខ្លួ ន និងការរៀបចំផ្ទះ (Personal Care and Homemaker Services, PCHS)
    - សេវាបណ្តោះអាសន្ន សម្រាប់បុគ្គ លដែលត្រូវការជំនួ យពីសកម្ ភាពនៃការរស់នៅប្រចាំថ្ងៃ ដូ ចជាការ សម្អា តផ្ទះ ការរៀបចំអាហារ ឬការដើរទិញអីវ៉ាន់។ សេវាផ្សេងទៀតប្រហែលជាអាចរកបាន។
  - សេវាថែទាំជំនួ សម្ត ងម្កា ល
    - សេវានេះផ្ត ល់ការសម្រាកសម្រាប់តែអ្ន កថែទាំចម្បងរបស់សមាជិកប៉ុណ្ណោះ។
  - ការកែប្រែក្នុងផ្ទះ
    - ការសម្របខ្លួ នទៅនឹងផ្ទះដែលចាំបាច់ដើម្បីធានាសុខភាព សុខុមាលភាព និងសុវត្ថិភាពរបស់សមាជិក។
  - សេវាផ្លា ស់ប្តូ រកន្លែ ងរស់នៅដែលមានជំនួ យ
    - ជួ យសម្រួ លដល់ការផ្លា ស់ប្តូ រកន្លែ ងថែទាំមានជំនាញទៅជាដូ ចផ្ទះ មជ្ឈដ្ឋា នសហគមន៍ ឬបង្វែ រ ចេញពីកន្លែ ងថែទាំជំនាញ។ សេវាទាំងនេះជួ យសមាជិកឱ្យរស់នៅក្នុងសហគមន៍ និង/ឬ ជៀសវាង ការបង្កើតស្ថា ប័ននៅពេលដែលអាចធ្វើទៅបាន។
- សង្គហដ្ឋាន
  - ការថែទាំនៅសង្គ ហដ្ឋា នគឺជាវិធីសាស្ត្រ រួមសម្រាប់សមាជិកដែលឈឺនៅដំណាក់កាលចុងក្រោយ។ នេះ រួមបញ្ច ូលទាំងសេវាវេជ្ជ សាស្ត្រ ថែទាំ សង្គ ម ផ្លូ វចិត្ត អារម្ម ណ៍ និងខាងស្មា រតី។ សង្គ ហដ្ឋា នមាន អន្ត រាគមន៍ដែលផ្តោ តលើគុណភាពនៃជីវិត រួ មទាំងការថែទាំមនុស្សទាំងមូ ល។
  - សូ មមើលជំពូ កទី 4៖ តារាងអត្ថ ប្រយោជន៍ - សេវាធានារ៉ាប់រងសម្រាប់ការថែទាំនៅសង្គ ហដ្ឋា ន សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែ ម។
- សេវាគាំទ្រនៅក្នុងផ្ទះ (Home Supportive Services, IHSS)
  - IHSS គឺជាកម្ម វិធីរបស់រដ្ឋ កាលីហ្វ័រញ៉ា ដែលអាចរកបានតាមរយៈភ្នា ក់ងារសេវាសង្គ មខោនធីរបស់អ្ន ក។ IHSS ផ្ត ល់ការថែទាំក្នុងផ្ទះសម្រាប់ជំនួ យជាមួ យនឹងសកម្ ភាពនៃការរស់នៅប្រចាំថ្ងៃ ដូ ចជាការ សម្អា តផ្ទះ ការរៀបចំអាហារ ឬការដើរទិញអីវ៉ាន់។ សេវាផ្សេងទៀតប្រហែលជាអាចរកបាន។
- ការថែទាំនៅមន្ទីរថែទាំមធ្យម៖
  - ផ្ទះសហគមន៍ដែលផ្ត ល់ការថែទាំ 24 ម៉ោងសម្រាប់សមាជិកដែលមានពិការភាពខាងការអភិវឌ្ឍ។

- ការថែទាំកក់ក្តៅទំរាំស្លាប់
  - ការយកចិត្ត ទុកដាក់ផ្តោ តលើការការពារ ព្យាបាល និងបន្ធូ របន្ថ យការឈឺចាប់ និងផលប៉ះពាល់ធ្ង ន់ធ្ង រ ផ្សេងទៀតនៃជំងឺធ្ង ន់ធ្ង រ និងរ៉ាំរ៉ៃ។
- ការថែទាំព្យាបាលនៅមន្ទីរគិលានុប្បដ្ឋាកជំនាញ
  - ផ្ត ល់ជូ នការថែទាំផ្នែ កវេជ្ជ សាស្ត្រ សង្គ ម និងការថែទាំផ្ទា ល់ខ្លួ នសម្រាប់សមាជិកដែលមានស្ថា នភាពវេជ្ជ សាស្ត្រ ឬផ្លូវចិត្ត ដែលត្រូវការថែទាំបន្ត ឥតឈប់។

ប្រសិនបើអ្នកបំពេញតាមលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យសម្រាប់កម្មវិធី LTSS ណាមួយ យើងនឹងជួយសម្របសម្រួលសេវាទាំងនេះ ដើម្បីធានាថាអ្នកទទួលបានការថែទាំនិងជំនួយចាំបាច់នៅតាមផ្ទះ។ អ្នកអាចហៅទូរសព្ទទៅកានផ្នែក LTSS ដើម្បីពិភាក្សាអំពីកម្មវិធីទាំងនេះ ឬពិភាក្សាជាមួយអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពរបស់អ្នកអំពីតម្រូវការថែទាំរបស់អ្នក។

F. ឥរិយាបថសុខភាព (សុខភាពផ្លូវចិត្ត និងវិបត្តិនៃការសេពសារធាតុញៀន)

អ្នកមានសិទ្ធិចូលប្រើប្រាស់សេវាសុខភាពអាកប្បកិរិយាដែលមានភាពចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដែលទទួលបានការរ៉ាប់រងដោយ Medicare និង Medi-Cal។ យើងផ្តល់លទ្ធភាពទទួលបានសេវាឥរិយាបថសុខភាព ដែលត្រូវបានរ៉ាប់រងដោយកម្មវិធី Medicare និងកម្មវិធី Medi-Cal គ្រប់គ្រងការថែទាំ។ គម្រោងរបស់យើងមិនផ្តល់សេវាសុខភាពផ្លូវចិត្តពិសេសរបស់ Medi-Cal ឬសេវាបញ្ឈប់ការប្រើប្រាស់សារធាតុញៀនតាមខោនធីទេ ប៉ុន្តែសេវាទាំងនេះមានសម្រាប់អ្នកតាមរយៈក្រសួងសុខភាពអារម្មណ៍ ខោនធី Los Angeles ឬក្រសួងសុខភាពសាធារណៈប្រចាំខោនធី Los Angeles សម្រាប់ការសេពគ្រឿងញៀន ការបង្ការ និងការគ្រប់គ្រង។

L.A. Care មានទំនួលខុសត្រូវចំពោះបញ្ហាពីកម្រិតស្រាលទៅមធ្យមដែលបណ្តាលមកពីជំងឺផ្លូវចិត្ត ហៅថា សេវាសុខភាពផ្លូវចិត្តមិនមែនឯកទេស (Non-Specialty Mental Health Services, NSMHS) ដែលត្រូវបានផ្តល់តាមរយៈអ្នកផ្តល់សេវារបស់ L.A. Care ដែលមានឈ្មោះថា Carelon Behavioral Health ។ សេវាទាំងនេះរួមមានជាអាទិ៍៖

- ការវាយតម្លៃ និងការព្យាបាល សុខភាពផ្លូវចិត្ត រួមទាំងការព្យាបាលចិត្តសាស្ត្រជាលក្ខណៈបុគ្គល ក្រុម និងគ្រួសារ
- សេវាអ្នកជំងឺមិនសម្រាកពេទ្យ ដែលរួមនូវកិច្ចការពិសោធន៍ ឱសថ និងសម្ភារៈ
- សេវាអ្នកជំងឺមិនសម្រាកពេទ្យ ដើម្បីត្រួតពិនិត្យការព្យាបាលដោយឱសថ
- ការពិគ្រោះយោបល់ផ្នែកចិត្តសាស្ត្រ
- ការធ្វើតេស្តរោគផ្លូវចិត្ត ដើម្បីវាយតម្លៃលក្ខណៈសុខភាពផ្លូវចិត្ត
- ការចូលសម្រាកព្យាបាលរបស់អ្នកជំងឺផ្លូវចិត្ត

F1. សេវាឥរិយាបថសុខភាព Medi-Cal ដែលផ្តល់ជូនខាងក្រៅគម្រោងរបស់យើង

សេវាសុខភាពផ្លូវចិត្តឯកទេសនៃកម្មវិធី Medi-Cal អាចមានផ្តល់ជូនអ្នកតាមរយៈគម្រោងសុខភាពផ្លូវចិត្តខោនធី (Mental Health Plan, MHP) ប្រសិនបើអ្នកបំពេញតាមលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យដើម្បីទទួលបានសេវាសុខភាពផ្លូវចិត្តពិសេស។ សេវាព្យាបាលសុខភាពផ្លូវចិត្តឯកទេសនៃកម្មវិធី Medi-Cal ដែលបានផ្តល់ឱ្យដោយនាយកដ្ឋានសុខភាពផ្លូវចិត្ត (Department of Mental Health, DMH) ខោនធី Los Angeles រួមមាន៖

- សេវាសុខភាពផ្លូវចិត្ត
- សេវាជំនួយការផ្តល់ថ្នាំព្យាបាល
- សេវាព្យាបាលដិតដល់នៅពេលថ្ងៃ
- សេវាស្តារសមត្ថភាពពេលថ្ងៃ
- សេវាអន្តរាគមន៍វិបត្តិ
- សេវាធ្វើឱ្យវិបត្តិមានស្ថិរភាព
- សេវាសម្រាកព្យាបាលសម្រាប់មនុស្សពេញវ័យ
- សេវាសម្រាកព្យាបាលសម្រាប់ដោះស្រាយវិបត្តិ
- សេវាមន្ទីរព្យាបាលសុខភាពជំងឺវិកលចរិត
- សេវាអ្នកជំងឺវិកលចរិតសម្រាកនៅមន្ទីរពេទ្យ
- ការគ្រប់គ្រងករណីគោលដៅ
- ការត្រឡប់ចូលមកសង្គមវិញក្រោយនីតិវិធីយុត្តិធម៌
- ការព្យាបាលតាមសហគមន៍ប្រាកដប្រជា (Assertive Community Treatment, ACT)
- ការព្យាបាលតាមសហគមន៍ប្រាកដប្រជាលក្ខណៈកោសល្យវិច្ច័យ (Forensic Assertive Community Treatment, FACT)
- ការថែទាំពិសេសដែលបានសម្របសម្រួល (Coordinated Specialty Care, CSC) សម្រាប់ជំងឺវិកលចរិកវគ្គដំបូង (First Episode Psychosis, FEP)
- សេវាស្តារសុខភាពផ្លូវចិត្ត
- សេវាអ្នកធ្វើការសុខភាពសហគមន៍ (Community Health Worker, CHW) ដែលប្រសើរជាងមុន
- ការងារដែលគាំទ្រ
- សេវាគាំទ្រសមវ័យ
- សេវាអន្តរាគមន៍វិបត្តិចល័តតាមសហគមន៍
- សេវាវិធីព្យាបាលអកប្បកិរិយា
- ការថែទាំចិញ្ចឹមព្យាបាល
- ការសម្របសម្រួលការសង្គ្រោះបន្ទាន់
- សេវាថែទាំដិតដល់តាមផ្ទះ

សេវា Medi-Cal ឱសថដែលផ្តល់ដោយក្រសួងសុខាភិបាលសាធារណៈនៃខោនធី Los Angeles សម្រាប់ការសេពសារធាតុញៀន ការបង្ការ និងការគ្រប់គ្រង (Department of Public Health for Substance Abuse, Prevention and Control, DPH-SAPC) រួមមាន៖

- សេវាព្យាបាលដិតដល់សម្រាប់អ្នកជំងឺមិនសម្រាកពេទ្យ
- ការសម្រាកព្យាបាលសម្រាប់វិបត្តិនៃការសេពសាធាតុញៀនអំឡុងពេលផ្តល់កំណើតកូន
- សេវាព្យាបាលសម្រាប់អ្នកជំងឺមិនសម្រាកពេទ្យ
- កម្មវិធីព្យាបាលសារធាតុណាកូទីន
- ការឱ្យថ្នាំសម្រាប់ព្យាបាលសារធាតុញៀន (ក៏ត្រូវបានហៅផងដែរថាជាការព្យាបាលដោយថ្នាំជំនួយ)

សេវាប្រព័ន្ធចែកចាយដែលរៀបចំដោយកម្មវិធីឱសថ Medi-Cal (Drug Medi-Cal Organized Delivery System, DMC-ODS) មានផ្តល់ជូនអ្នកតាមរយៈក្រសួងសុខភាពសាធារណៈខោនធី Los Angeles សម្រាប់ការសេពសារធាតុញៀន ការបង្ការ និងការគ្រប់គ្រង (DPH-SAPC) ប្រសិនបើអ្នកបំពេញតាមលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យដើម្បីទទួលបានសេវាទាំងនេះ។ សេវា DMC-ODS រួមមាន៖

- សេវាព្យាបាលសម្រាប់អ្នកជំងឺមិនសម្រាកពេទ្យ
- សេវាព្យាបាលដិតដល់សម្រាប់អ្នកជំងឺមិនសម្រាកពេទ្យ
- ការឱ្យថ្នាំសម្រាប់ព្យាបាលសារធាតុញៀន (ក៏ត្រូវបានហៅផងដែរថាជាការព្យាបាលដោយថ្នាំជំនួយ)
- សេវាសម្រាកព្យាបាល
- សេវាគ្រប់គ្រងការផ្តាច់គ្រឿងញៀន
- កម្មវិធីព្យាបាលសារធាតុណាកូទីន
- សេវាស្តារឡើងវិញ
- ការចាត់ចែងសំណុំរឿង
- សេវាអន្តរាគមន៍ទាន់ពេល (សម្រាប់សមាជិកក្រោមអាយុ 21 ឆ្នាំ)
- ការពិនិត្យតាមកាលកំណត់ ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ និងការព្យាបាលទាន់ពេលវេលា (សម្រាប់សមាជិកអាយុក្រោម 21 ឆ្នាំ)
- សេវាព្យាបាលសម្រាប់អ្នកជំងឺពិគ្រោះក្នុង

បន្ថែមពីលើសេវាដែលមានរៀបរាប់ខាងលើ អ្នកអាចនឹងមានលទ្ធភាពប្រើប្រាស់សេវាសម្រាកព្យាបាលបន្សាបសារធាតុពុលដោយស្ម័គ្រចិត្តសម្រាប់អ្នកជំងឺសម្រាកនៅមន្ទីរពេទ្យ ប្រសិនបើអ្នកបំពេញតាមលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យ។

សមាជិកគម្រោងត្រូវការពិសេសសម្រាប់អ្នកដែលមានសិទ្ធិទទួលបានគម្រោងទាំងពីរ (Dual Eligible Special Needs Plan, D-SNP) ដែលត្រូវការសេវាឥរិយាបថសុខភាព រួមទាំងសេវាសុខភាពផ្លូវចិត្ត និងការសេពសារធាតុញៀន អាចចូលប្រើសេវាបាន តាមរយៈអ្នកចែកចាយសេវាឥរិយាបថសុខភាពរបស់ L.A. Care ស្ថាប័ន Carelon Behavioral Health ក្រសួងសុខភាពផ្លូវចិត្ត (Department of Mental Health, DMH) ខោនធី Los Angeles និងក្រសួងសុខភាពសាធារណៈខោនធី Los Angeles ការព្យាបាលការសេពសារធាតុញៀន និងការគ្រប់គ្រងបង្ការ (DPH-SAPC)។ ប្រព័ន្ធដឹកជញ្ជូនដែលសមាជិកអាចទទួលបានការថែទាំ គឺផ្អែកលើប្រភេទ និងភាពធ្ងន់ធ្ងរនៃរោគសញ្ញា និងការចុះខ្សោយ។ មិនចាំបាច់មានការបញ្ជូនបន្តពី PCP ដើម្បីទទួលបានសេវាឥរិយាបថសុខភាពទេ ហើយមានវិធីសាស្ត្រទទួលបានសេវា "ដោយពុំគិតពីរបៀបចូលមកកាន់កម្មវិធីជាលើកដំបូង" ដែលមានរបៀប

ចូលមកកាន់កម្មវិធីច្រើនយ៉ាង។ សេវាគឺជា "ពេទ្យសាស្ត្រចាំបាច់" ឬ "ភាពចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ" នៅពេលដែលវាសមស្របនិងចាំបាច់ដើម្បីការពារអាយុជីវិត បង្ការជំងឺឬពិការភាពសំខាន់ៗ ឬកាត់បន្ថយការឈឺចាប់ធ្ងន់ធ្ងរ។

ការសម្របសម្រួលនៃឥរិយាបថសុខភាពសម្រាប់សមាជិក D-SNP នឹងត្រូវបានសម្របសម្រួលដោយ L.A. Care នៅពេលដែលសមាជិកកំពុងទទួលបានសេវាឥរិយាបថសុខភាពតាមរយៈអង្គភាពប្រចាំខោនធីតាមការចាំបាច់ ហើយនៅពេលដែលការយល់ព្រមចាំបាច់សមស្របត្រូវបានចុះហត្ថលេខា។ អង្គភាព L.A. Care និងអង្គភាពប្រចាំខោនធី អនុវត្តតាមដំណើរការត្រួតពិនិត្យដែលបានព្រមព្រៀងគ្នា ដើម្បីជួយសម្រួលដល់ការដោះស្រាយវិវាទផ្នែកព្យាបាល និងរដ្ឋបាលទាន់ពេលវេលា។

សម្រាប់សេវាសុខភាពផ្លូវចិត្តត្រូវបានរ៉ាប់រងដោយគម្រោង សូមទាក់ទងទៅ Carelon Behavioral Health តាមលេខ 1-877-344-2858។

សម្រាប់សេវាសុខភាពផ្លូវចិត្តពិសេស សូមទាក់ទងខ្សែទូរសព្ទជំនួយ DMH ប្រចាំខោនធី Los Angeles តាមលេខ 1-800-854-7771។

សម្រាប់សេវាប្រើប្រាស់សារធាតុញៀនជាមួយខោនធី Los Angeles DPH-SAPC សូមទាក់ទងមកខ្សែទូរសព្ទបន្ទាន់ស្តីពីសេវាប្រើប្រាស់សារធាតុញៀន (Substance Abuse Services Hotline, SASH) តាមលេខ 1-844-804-7500។

មានបុគ្គលិកត្រៀមចាំជួយអ្នកក្នុងការភ្ជាប់ទៅសេវា 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ រួមទាំងថ្ងៃឈប់សម្រាក។

G. សវោយានជំនិះ

G1. យានជំនិះពេទ្យមិនអាសន្ន

អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានយានជំនិះពេទ្យមិនអាសន្ន ប្រសិនបើអ្នកមានតម្រូវការផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដែលមិនអនុញ្ញាតឱ្យអ្នកប្រើឡាន ឡានក្រុង ឬតាក់ស៊ីទៅការណាត់ជួបរបស់អ្នក។ យានជំនិះពេទ្យមិនអាសន្ន អាចត្រូវបានផ្តល់ជូនសម្រាប់សេវាដែលរ៉ាប់រងដូចជា វេជ្ជសាស្ត្រ ទន្តសាស្ត្រ សុខភាពផ្លូវចិត្ត ការសេពសារធាតុញៀន និងការណាត់ជួបពិគ្រោះតាមឱសថស្ថាន។ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការយានជំនិះពេទ្យមិនអាសន្ន អ្នកអាចពិភាក្សាជាមួយ PCP *របស់អ្នក ឬ* អ្នកផ្តល់សេវាផ្សេងទៀត ហើយសួររកវា។ PCP *ឬ*អ្នកផ្តល់សេវាផ្សេងទៀតរបស់អ្នកនឹងសម្រេចពីប្រភេទយានជំនិះត្រឹមត្រូវដើម្បីបំពេញតាមសេចក្តីត្រូវការរបស់អ្នក។ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការយានជំនិះពេទ្យមិនអាសន្ន ពួកគេនឹងចេញវេជ្ជបញ្ជាដោយបំពេញទម្រង់បែបបទ ហើយបញ្ជូនវាទៅ L.A. Care Medicare Plus សម្រាប់ការយល់ព្រម។ អាស្រ័យលើតម្រូវការវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នក ការយល់ព្រមអាចប្រើការបានមួយឆ្នាំ។ PCP របស់អ្នក *ឬ* អ្នកផ្តល់សេវាផ្សេងទៀត នឹងវាយតម្លៃឡើងវិញលើតម្រូវការរបស់អ្នកសម្រាប់យានជំនិះពេទ្យមិនអាសន្ន សម្រាប់ការអនុម័តឡើងវិញរៀងរាល់ 12 ខែម្តង។

យានជំនិះពេទ្យមិនអាសន្នគឺជារថយន្តសង្គ្រោះបន្ទាន់ រថយន្តវ៉ែនដែលមានគ្រែ រថយន្តវ៉ែនដែលមានរទេះអ្នកពិការ ឬការដឹកជញ្ជូនតាមផ្លូវអាកាស។ L.A. Care Medicare Plus អនុញ្ញាតឱ្យមានការប្រើយានជំនិះដែលរ៉ាប់រងដែលមានចំណាយទាបបំផុត និងយានជំនិះពេទ្យមិនអាសន្នដែលសមស្របបំផុតសម្រាប់តម្រូវការវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នក នៅពេលអ្នកត្រូវការជិះធ្វើដំណើរទៅកាន់ការណាត់ជួបពិគ្រោះរបស់អ្នក។ ឧទាហរណ៍ ប្រសិនយោងតាមស្ថានភាពទាំងផ្លូវកាយ និងផ្លូវចិត្ត ហើយអ្នកអាចជិះរថយន្តវ៉ែនដែលមានរទេះអ្នកពិការបាន នោះ LA. Care Medicare Plus នឹងមិនបង់ប្រាក់សម្រាប់រថយន្តសង្គ្រោះបន្ទាន់ទេ។ អ្នកមានសិទ្ធិ ចំពោះការធ្វើដំណើរតាមផ្លូវអាកាស ប្រសិនបើស្ថានភាពវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នកមិនអាចធ្វើដំណើរបានដោយទម្រង់ណាមួយនៃយានជំនិះផ្លូវគោកបាន។

យានជំនិះពេទ្យមិនអាសន្ន ត្រូវតែបានប្រើប្រាស់នៅពេល៖

- អ្នកមានស្ថានភាពរាងកាយ ឬសុខភាពដែលត្រូវការវាដូចដែលបានកំណត់ដោយការអនុញ្ញាតជាលាយលក្ខណ៍អក្សរពី PCP របស់អ្នក ឬអ្នកផ្តល់សេវាផ្សេងទៀត ពីព្រោះអ្នកមិនអាចប្រើប្រាស់ឡានក្រុង តាក់ស៊ី រថយន្ត ឬឡានវែនដើម្បីទៅតាមការណាត់ជួបរបស់អ្នក។
- អ្នកត្រូវការជំនួយពីអ្នកបើកបរ ដើម្បីទៅនិងមកពីលំនៅដ្ឋាន ឬរថយន្តរបស់អ្នក ឬកន្លែងព្យាបាល ដោយសារតែពិការភាពផ្នែកផ្លូវកាយ ឬផ្លូវចិត្ត។

ដើម្បីស្នើសុំយានជំនិះពេទ្យដែលវេជ្ជបណ្ឌិតបានចេញវេជ្ជបញ្ជាសម្រាប់ការ**ណាត់ជួ បជាប្រចាំដែលមិនបន្ទា ន់** ហៅទូរសព្ទទៅ L.A. Care Medicare Plus តាមរយៈលេខ 1-833-522-3767 (TTY: 711) 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃ ក្នុងមួយសប្តាហ៍ រួមទាំងថ្ងៃឈប់សម្រាក យ៉ាងហោចណាស់ពីរថ្ងៃធ្វើការ (ចន្ទ-សុក្រ) មុនពេលណាត់ជួបរបស់អ្នក។ សម្រាប់**ការណាត់ជួ បបន្ទា ន់** ហៅទូរសព្ទមកឱ្យបានឆាប់រហ័សបំផុត។ ត្រៀមបណ្ណសម្គាល់សមាជិករបស់អ្នករួចជាស្រេច នៅពេលអ្នកហៅទូរសព្ទមក។ អ្នកក៏អាចហៅទូរសព្ទបានផងដែរ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការព័ត៌មានបន្ថែម។

ដែនកំណត់យានជំនិះពេទ្យ

L.A. Care Medicare Plus រ៉ាប់រងលើការយានជំនិះពេទ្យដែលមានតម្លៃទាបបំផុត ដែលបំពេញតម្រូវការវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នក ពីផ្ទះរបស់អ្នកទៅកាន់អ្នកផ្តល់សេវាដែលនៅជិតបំផុត នៅពេលដែលការណាត់ជួបអាចផ្តល់ជូនបាន។ យានជំនិះពេទ្យនឹងមិនត្រូវបានផ្តល់ជូនទេ ប្រសិនបើ Medicare ឬ Medi-Cal មិនរ៉ាប់រងសេវានេះ។ ប្រសិនបើប្រភេទនៃការណាត់ជួបត្រូវបានរ៉ាប់រងដោយ Medi-Cal ប៉ុន្តែមិនមែនតាមរយៈគម្រោងសុខភាព នោះ L.A. Care Medicare Plus នឹងជួយអ្នកកំណត់ពេលយានជំនិះរបស់អ្នក។ បញ្ជីនៃសេវាដែលបានរ៉ាប់រងមាននៅក្នុង**ជំពូ កទី 4** នៃសៀវភៅណែនាំសមាជិកនេះ។ មធ្យោបាយធ្វើដំណើរមិនត្រូវបានរ៉ាប់រងនៅខាងក្រៅបណ្តាញ L.A. Care Medicare Plus ឬក្រៅតំបន់សេវានោះទេ លុះត្រាតែមានការអនុញ្ញាតជាមុន។

G2. យានជំនិះមិនមែនពេទ្យ

អត្ថប្រយោជន៍នៃយានជំនិះមិនមែនពេទ្យ រួមមានការធ្វើដំណើរទៅនិងមកពីការណាត់ជួបរបស់អ្នក សម្រាប់សេវាដែលត្រូវបានអនុញ្ញាតដោយអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក។ អ្នកអាចធ្វើដំណើរបានដោយមិនគិតថ្លៃ នៅពេលអ្នក៖

- ធ្វើដំណើរទៅនិងមកពីការណាត់ជួបសម្រាប់សេវាដែលត្រូវបានអនុញ្ញាតដោយអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក **ឬ**
- ទទួលយកវេជ្ជបញ្ជាឱសថ និងសម្ភារៈពេទ្យ។

L.A. Care Medicare Plus អនុញ្ញាតឱ្យអ្នកប្រើឡាន តាក់ស៊ី ឡានក្រុង ឬមធ្យោបាយសាធារណៈ/ឯកជនផ្សេងទៀតក្នុងការទៅកាន់ការណាត់ជួបពិគ្រោះសម្រាប់សេវាដែលអនុញ្ញាតដោយអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក។ L.A. Care Medicare Plus ប្រើប្រាស់កម្មវិធី Call the Car ដើម្បីរៀបចំយានជំនិះមិនមែនពេទ្យ។ យើងនឹងរ៉ាប់រងលើប្រភេទយានជំនិះមិនមែនពេទ្យដែលមានតម្លៃទាបបំផុតហើយបំពេញតាមតម្រូវការរបស់អ្នក។

ជួនកាល អ្នកអាចទទួលសំណងសម្រាប់ការធ្វើដំណើរតាមយានជំនិះឯកជនដែលអ្នករៀបចំ។ L.A. Care Medicare Plus ត្រូវតែយល់ព្រម**មុនពេល**ដែលអ្នកធ្វើដំណើរ ហើយអ្នកត្រូវតែប្រាប់យើងពីមូលហេតុដែលអ្នកមិនអាចធ្វើដំណើរតាមវិធីផ្សេង ដូចជាជិះឡានក្រុងជាដើម។ អ្នកអាចប្រាប់យើងដោយការហៅទូរសព្ទ។ **អ្ន កមិន អាចទទួ លបានសំណងសម្រាប់ការបើកបរដោយខ្លួ នឯងទេ។**

ការទូទាត់សងតាមរយៈចម្ងាយជាម៉ាយល៍ តម្រូវឱ្យមានចំណុចទាំងអស់ដូចខាងក្រោម៖

- បណ្ណបើកបររបស់អ្នកបើកបរ។
- ការចុះបញ្ជីរថយន្តរបស់អ្នកបើកបរ

- ភស្តុតាងនៃការធានារ៉ាប់រងឡានសម្រាប់អ្នកបើកបរ។

ដើម្បីស្នើសុំជិះសម្រាប់សេវាដែលមានការអនុញ្ញាត ហៅទូរសព្ទទៅ L.A. Care Medicare Plus តាមរយៈលេខ 1-833-522-3767 (TTY: 711) បម្រើការ 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ រួមបញ្ចូលទាំងថ្ងៃឈប់សម្រាក យ៉ាងហោចណាស់ពីរថ្ងៃធ្វើការ (ចន្ទ-សុក្រ) មុនពេលណាត់ជួបរបស់អ្នក។ សម្រាប់**ការណាត់ជួ បបន្ទា ន់** ហៅទូរសព្ទមកឱ្យបានឆាប់រហ័សបំផុត។ ត្រៀមបណ្ណសម្គាល់សមាជិករបស់អ្នករួចជាស្រេច នៅពេលអ្នកហៅទូរសព្ទមក។ អ្នកក៏អាចហៅទូរសព្ទបានផងដែរ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការព័ត៌មានបន្ថែម។

ចំណាំ៖ ជនជាតិអាមេរិកាំងឥណ្ឌាអាចទាក់ទងគ្លីនិកសុខភាពឥណ្ឌាក្នុងតំបន់របស់ពួកគេដើម្បីស្នើយានជំនិះមិនមែនពេទ្យ។

ដែនកំណត់យានជំនិះមិនមែនពេទ្យ

L.A. Care Medicare Plus ផ្តល់យានជំនិះមិនមែនពេទ្យតម្លៃទាបបំផុត ដែលបំពេញតម្រូវការរបស់អ្នកពីផ្ទះរបស់អ្នកទៅកាន់អ្នកផ្តល់សេវាដែលនៅជិតបំផុតតាមការណាត់ជួប។ **អ្ន កមិនអាចបើកបរដោយខ្ល នឯង ឬត្រូ វបាន សងប្រាក់វិញដោយផ្ទា ល់ទេ។**

យានជំនិះមិនមែនពេទ្យ**មិន**អនុវត្តទេ ប្រសិនបើ៖

- រថយន្តសង្គ្រោះបន្ទាន់ រថយន្តវ៉ែនដែលមានគ្រែ រថយន្តវ៉ែនដែលមានរទេះរុញ ឬទម្រង់ផ្សេងទៀតនៃយានជំនិះពេទ្យមិនអាសន្ន គឺចាំបាច់ដើម្បីទៅប្រើសេវា។
- អ្នកត្រូវការជំនួយពីអ្នកបើកបរ ដើម្បីទៅនិងមកពីលំនៅដ្ឋាន ឬរថយន្តរបស់អ្នក ឬកន្លែងនៃការព្យាបាលដោយសារតែស្ថានភាពរាងកាយឬសុខភាព។
- អ្នកជិះរទេះរុញ និងមិនអាចឡើងជិះ និងចុះចេញពីរថយន្តដោយគ្មានជំនួយពីអ្នកបើកបរ។
- សេវាដែលមិនបានរ៉ាប់រងដោយ Medicare ឬ Medi-Cal

H. សេវាដែលរ៉ាប់រងក្នុងគ្រាមានអាសន្នផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ នៅពេលដែលត្រូវការជាបន្ទាន់ ឬអំឡុងពេលគ្រោះថ្នាក់

H1. ការថែទាំក្នុងគ្រាអាសន្នផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ

ការសង្គ្រោះបន្ទាន់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ គឺជាស្ថានភាពវេជ្ជសាស្ត្រដែលបង្ហាញនូវរោគសញ្ញាដូចជា ជំងឺ ការឈឺចាប់ខ្លាំង ឬស្ថានភាពវេជ្ជសាស្ត្រដែលកាន់តែធ្ងន់ធ្ងរទៅៗ។ ស្ថានភាពនេះគឺធ្ងន់ធ្ងរ ដូច្នេះហើយ ប្រសិនបើវាមិនទទួលបានដំណោះស្រាយខាងវេជ្ជសាស្ត្រភ្លាមៗទេ អ្នក ឬអ្នកដែលមានចំណេះដឹងជាមធ្យមអំពីសុខភាពនិងថ្នាំ អាចរំពឹងថាវានឹងមានលទ្ធផលដូចខាងក្រោម៖

- គ្រោះថ្នាក់ធ្ងន់ធ្ងរដល់អាយុជីវិតរបស់អ្នក ឬគ្រោះថ្នាក់ដល់កូនពុំទាន់កើតរបស់អ្នក **ឬ**
- ការបាត់បង់ ឬគ្រោះថ្នាក់ធ្ងន់ធ្ងរដល់មុខងាររាងកាយ **ឬ**
- ដំណើរការខុសប្រក្រតីធ្ងន់ធ្ងរនៃសរីរាង្គ ឬផ្នែកណាមួយនៃរាងកាយ **ឬ**
- ក្នុងករណីស្ត្រីមានគភ៌កំពុងឈឺពោះសម្រាលកូន នៅពេល៖

- ◦ មិនមានពេលគ្រប់គ្រាន់ ដើម្បីបញ្ជូនអ្ន កទៅមន្ទីរពេទ្យមួ យទៀតដោយសុវត្ថិភាពមុនពេលសម្រាលកូ ន។
- ◦ ការផ្ទេ រទៅមន្ទីរពេទ្យផ្សេងទៀត អាចបង្ក ការគំរាមកំហែងដល់សុខភាពឬសុវត្ថិភាពរបស់អ្ន ក ឬដល់កូ ន ដែលមិនទាន់កើតរបស់អ្ន ក។

បើអ្នកមានតម្រូវការចាំបាច់សម្រាប់ការព្យាបាលសង្គ្រោះបន្ទាន់៖

- **សូ មសុំជំនួ យឱ្យបានលឿនបំផុតតាមដែលអាចធ្វើទៅបាន។** ហៅទូរសព្ទទៅលេខ 911 ឬប្រើប្រាស់បន្ទប់សង្គ្រោះបន្ទាន់ ឬមន្ទីរពេទ្យដែលនៅជិតបំផុត។ ហៅទូរសព្ទទៅរថយន្តសង្គ្រោះបន្ទាន់ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការវា។ អ្នក**មិន**ចាំបាច់ទទួលបានការយល់ព្រម ឬការបញ្ជូនបន្តពី PCP របស់អ្នកឡើយ។ អ្នកមិនចាំបាច់ប្រើអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញទេ។ អ្នកអាចទទួលបានការថែទាំវេជ្ជសាស្ត្រសង្គ្រោះបន្ទាន់ដែលរ៉ាប់រងគ្រប់ពេលដែលអ្នកត្រូវការវា គ្រប់ទីកន្លែងនៅក្នុងសហរដ្ឋអាមេរិក ឬដែនដីសហរដ្ឋអាមេរិកពីអ្នកផ្តល់សេវាណាមួយដែលមានអាជ្ញាបណ្ណរដ្ឋសមស្រប ទោះបីជាពួកគេមិនមែនជាផ្នែកនៃបណ្តាញរបស់យើងក៏ដោយ។
- **សូ មប្រាកដថាអ្ន កបានជម្រាបប្រាប់ទៅដល់គម្រោងរបស់យើងអំពីការសង្គ្រោះបន្ទា ន់របស់អ្ន ក ឱ្យបានឆាប់តាមដែលអាចធ្វើបាន។** យើងត្រូវតាមដានលើការថែទាំសង្គ្រោះបន្ទាន់របស់អ្នក។ អ្នកអ្នកចាត់ចែងការថែទាំរបស់អ្នក ឬនរណាផ្សេងទៀត គួរហៅទូរសព្ទប្រាប់យើងអំពីការថែទាំសង្គ្រោះបន្ទាន់របស់អ្នក ជាទូទៅ ក្នុងអំឡុងពេល 48 ម៉ោង។ ទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយ អ្នកនឹងមិនបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាសង្គ្រោះបន្ទាន់ទេ ប្រសិនបើអ្នកពន្យារពេលប្រាប់យើង។ ហៅទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាសមាជិកតាមរយៈលេខ *1-833-522-3767 24* ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ *7* ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ រួមទាំងថ្ងៃឈប់សម្រាក។

សេវាដែលរ៉ាប់រងនៅក្នុងការសង្គ្រោះបន្ទា ន់ផ្នែ កវេជ្ជ សាស្ត្រ

គម្រោងរបស់យើងធានារ៉ាប់រងលើសេវារថយន្តសង្គ្រោះបន្ទាន់ក្នុងករណីដែលការទៅបន្ទប់សង្គ្រោះបន្ទាន់តាមរបៀបផ្សេងទៀតដែលអាចបង្កគ្រោះថ្នាក់ដល់សុខភាពរបស់អ្នក។ យើងក៏រ៉ាប់រងផងដែរលើសេវាវេជ្ជសាស្ត្រនៅអំឡុងពេលសង្គ្រោះបន្ទាន់។ ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែម សូមមើលតារាងអត្ថប្រយោជន៍នៅក្នុង**ជំពូ កទី 4** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះ។

អ្នកផ្តល់សេវាដែលផ្តល់ការសម្រេចចិត្តថែទាំសង្គ្រោះបន្ទាន់នៅពេលស្ថានភាពរបស់អ្នកមានស្ថិរភាព ហើយការសង្គ្រោះបន្ទាន់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្របានបញ្ចប់។ ពួកគេនឹងបន្តព្យាបាលអ្នក ហើយនឹងទាក់ទងមកយើងដើម្បីធ្វើគម្រោង ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការថែទាំតាមដានដើម្បីឱ្យប្រសើរឡើង។

Medicare មិនផ្តល់ការរ៉ាប់រងសម្រាប់ការថែទាំវេជ្ជសាស្ត្រសង្គ្រោះបន្ទាន់នៅខាងក្រៅសហរដ្ឋអាមេរិក និងទឹកដីរបស់ខ្លួនឡើយ។

គម្រោងរបស់យើងរ៉ាប់រងលើការថែទាំតាមដានរបស់អ្នក។ ប្រសិនបើអ្នកទទួលបានការថែទាំសង្គ្រោះបន្ទាន់ពីអ្នកផ្តល់ការថែទាំនៅក្រៅបណ្តាញ យើងនឹងព្យាយាមរកឱ្យបាននូវអ្នកថែទាំក្នុងបណ្តាញដើម្បីគ្រប់គ្រងការថែទាំរបស់អ្នកឱ្យបានឆាប់រហ័សបំផុតតាមដែលអាចធ្វើទៅបាន។

ការទទួលបានការថែទាំសង្គ្រោះបន្ទាន់ ករណីវាមិនមែនជាការសង្គ្រោះបន្ទាន់

ពេលខ្លះអាចនឹងពិបាកដឹងបានថា តើអ្នកមានតម្រូវការសង្គ្រោះបន្ទាន់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ ឬសុខភាពផ្លូវចិត្តដែរឬអត់។ អ្នកអាចនឹងចូលមកទទួលយកការថែទាំសង្គ្រោះបន្ទាន់ ហើយវេជ្ជបណ្ឌិតប្រាប់ថាវាមិនមែនជាការសង្គ្រោះបន្ទាន់ពិតប្រាកដទេ។ ដរាបណាអ្នកមានហេតុផលសមស្របយល់ឃើញថាសុខភាពរបស់អ្នកស្ថិតក្នុងគ្រោះថ្នាក់ធ្ងន់ធ្ងរ យើងរ៉ាប់រងលើការថែទាំព្យាបាលរបស់អ្នក។

ទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយ ក្រោយពេលដែលវេជ្ជបណ្ឌិតនិយាយថាវាមិនមែនជាការសង្គ្រោះបន្ទាន់ទេ យើងរ៉ាប់រងតែលើការថែទាំបន្ថែមតែប៉ុណ្ណោះ ប្រសិនបើ៖

- អ្នកប្រើអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញណាមួយ **ឬ**
- ការថែទាំបន្ថែមដែលអ្នកទទួលបាន ត្រូវបានចាត់ទុកថាជា "ការថែទាំត្រូវការជាបន្ទាន់" ហើយអ្នកធ្វើតាមវិធានណែនាំសម្រាប់ទទួលបានការថែទាំនេះ។ មើលផ្នែកបន្ទាប់។

H2. ការថែទាំព្យាបាលត្រូវការជាបន្ទាន់

ការថែទាំត្រូវការជាបន្ទាន់ គឺជាការថែទាំដែលអ្នកទទួលបាននូវស្ថានភាពដែលមិនមែនជាការសង្គ្រោះបន្ទាន់ ប៉ុន្តែត្រូវការថែទាំភ្លាមៗ។ ឧទាហរណ៍ អ្នកអាចនឹងមានភាពធ្ងន់ធ្ងរឡើងចំពោះស្ថានភាពជំងឺចាស់ ឬជំងឺឬរបួសដែលមិនដឹងជាមុន។

ការថែទាំត្រូ វការជាបន្ទា ន់នៅក្នុងតំបន់សេវារបស់គម្រោងយើង

យើងរ៉ាប់រងលើការថែទាំត្រូវការជាបន្ទាន់ តែក្នុងករណីដែល៖

- អ្នកទទួលបានការថែទាំនេះពីអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ **និង**
- អ្នកធ្វើតាមវិធានដែលបានរៀបរាប់នៅក្នុងជំពូកនេះ។

ប្រសិនបើវាមិនអាចទៅរួច ឬមិនសមហេតុផលដើម្បីទៅកាន់អ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ ដោយសារតែកត្តាពេលវេលា ទីកន្លែង ឬកាល:ទេស:ណាមួយ យើងនឹងរ៉ាប់រងលើការថែទាំដែលត្រូវការជាបន្ទាន់ដែលអ្នកទទួលបានពីអ្នកផ្តល់សេវាក្រៅបណ្តាញ។

របៀបទទួ លបានការថែទាំព្យាបាលបន្ទា ន់

- ដើម្បីស្វែងរកមជ្ឈមណ្ឌលថែទាំបន្ទាន់ដែលនៅជិតអ្នក ហៅទូរសព្ទទៅលេខ 1-844-346-3874 (1-844-FIND-URG) 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ រួមទាំងថ្ងៃឈប់សម្រាក។

ការថែទាំត្រូ វការជាបន្ទា ន់ក្រៅតំបន់សេវារបស់គម្រោងការយើង

នៅពេលដែលអ្នកស្ថិតនៅក្រៅតំបន់សេវារបស់គម្រោងយើង អ្នកអាចនឹងមិនទទួលបានការថែទាំពីអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញឡើយ។ ក្នុងករណីនោះ គម្រោងរបស់យើងរ៉ាប់រងលើការថែទាំត្រូវការជាបន្ទាន់ ដែលអ្នកទទួលបានពីអ្នកផ្តល់សេវាណាម្នាក់។ ទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយ ការទៅជួបពិគ្រោះជាមួយអ្នកផ្តល់សេវាទាក់ទងនឹងពេទ្យសាស្ត្រចាំបាច់ជាប្រចាំទូទៅ ដូចជាការពិនិត្យសុខភាពប្រចាំឆ្នាំ មិនត្រូវបានចាត់ទុកថាត្រូវការជាបន្ទាន់នោះទេ ទោះបីជាអ្នកនៅខាងក្រៅតំបន់សេវានៃគម្រោងរបស់យើង ឬបណ្តាញគម្រោងរបស់យើងមិនទំនេរជាបណ្តោះអាសន្នក៏ដោយ។

L.A. Care Medicare Plus ផ្តល់ជូននូវការធានារ៉ាប់រងបន្ទាន់ទូទាំងពិភពលោក នៅគ្រប់ទីកន្លែងនៅក្រៅសហរដ្ឋអាមេរិក។ យើងនឹងរ៉ាប់រងរហូតដល់ $10,000 នៅក្នុងថ្លៃចំណាយរួមលើការសង្គ្រោះបន្ទាន់/ភាពអាសន្ន។ ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមទៀត សូមមើលតារាងអត្ថប្រយោជន៍ នៅជំពូកទី4។

គម្រោងយើងខ្ញុំមិនរ៉ាប់រងលើការថែទាំព្យាបាលដែលត្រូវការជាបន្ទាន់ ឬការថែទាំព្យាបាលដែលមិនមែនជាការសង្គ្រោះបន្ទាន់ណាមួយផ្សេងទៀតដែលអ្នកទទួលបាននៅខាងក្រៅសហរដ្ឋអាមេរិក និងដែនដីរបស់ខ្លួនឡើយ។

H3. ការថែទាំអំឡុងពេលមានគ្រោះមហន្តរាយ

ប្រសិនបើអភិបាលរដ្ឋ រដ្ឋមន្ត្រីក្រសួងសុខាភិបាលនិងសេវាមនុស្សជាតិរបស់អ្នក ឬប្រធានាធិបតីសហរដ្ឋអាមេរិក ចេញសេចក្តីប្រកាសអំពីស្ថានភាពគ្រោះមហន្តរាយ ឬស្ថានភាពអាសន្ននៅក្នុងតំបន់ភូមិសាស្ត្ររបស់អ្នក ពេលនោះអ្នកនឹងនៅតែមានសិទ្ធិទទួលបានការថែទាំពីគម្រោងរបស់យើងដដែល។

ចូលទៅកាន់គេហទំព័ររបស់យើងសម្រាប់ព័ត៌មានស្តីអំពីរបៀបទទួលបានការថែទាំដែលអ្នកត្រូវការ ក្នុងអំឡុងពេលមានគ្រោះមហន្តរាយដែលបានបញ្ជាក់៖ medicare.lacare.org។

នៅអំឡុងពេលមានគ្រោះមហន្តរាយ ប្រសិនបើអ្នកមិនអាចប្រើប្រាស់អ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញនោះទេ អ្នកអាចទទួលបានការថែទាំពីអ្នកផ្តល់សេវាក្រៅបណ្តាញក្នុងអត្រាចំណែកថ្លៃចំណាយរួមក្នុងបណ្តាញ ។ប្រសិនបើអ្នកមិនអាចប្រើប្រាស់ឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញនៅអំឡុងពេលមានគ្រោះមហន្តរាយនោះទេ អ្នកនឹងអាចទទួលបានឱសថរបស់អ្នកនៅតាមឱសថស្ថានក្រៅបណ្តាញ។ មើល**ជំពូកទី 5** អំពី*សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។

I. ចុះបើអ្នកត្រូវបានចេញវិក្កយបត្រដោយផ្ទាល់សម្រាប់សេវាដែលរ៉ាប់រង

ប្រសិនបើអ្នកបានចំណាយច្រើនជាងការការរួមចំណែកលើចំណាយនៃគម្រោងរបស់អ្នកសម្រាប់សេវាដែលរ៉ាប់រង ឬប្រសិនបើអ្នកទទួលបានវិក្កយបត្រសម្រាប់ថ្លៃចំណាយពេញលេញនៃសេវាវេជ្ជសាស្ត្រដែលរ៉ាប់រង សូមយោងទៅ**ជំពូកទី 7** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះ ដើម្បីស្វែងរកនូវអ្វីដែលត្រូវអនុវត្ត។

អ្ន កមិនគួ របង់វិក្ក យបត្រដោយខ្លួ នអ្ន កផ្ទា ល់ទេ។ បើអ្ន កបានបង់វិក្ក យបត្រ នោះយើងអាចនឹងមិនទូ ទាត់សងអ្ន កវិញឡើយ។

I1. អ្វីដែលត្រូវធ្វើប្រសិនបើគម្រោងរបស់អ្នកមិនធានារ៉ាប់រងលើសេវា

គម្រោងរបស់យើងធានារ៉ាប់រងលើសេវាទាំងអស់៖

- ដែលចាត់ទុកថាជាពេទ្យសាស្ត្រចាំបាច់ **និង**
- ដែលត្រូវបានរៀបរាប់នៅក្នុងតារាងអត្ថប្រយោជន៍របស់គម្រោងយើង (មើល **ជំពូកទី 4** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះ), **និង**
- ដែលអ្នកទទួលបានដោយអនុវត្តតាមវិធានរបស់គម្រោង។

ប្រសិនបើអ្នកទទួលបានសេវាដែលគម្រោងរបស់យើងមិនរ៉ាប់រង **នោះអ្ន កត្រូ វបង់ថ្លៃ ពេញដោយខ្លួ នឯង** លើកលែងតែវាត្រូវបានរ៉ាប់រងដោយកម្មវិធី Medi-Cal ផ្សេងទៀតនៅខាងក្រៅគម្រោងរបស់យើង។

ប្រសិនបើអ្នកចង់ដឹងថាតើយើងបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាវេជ្ជសាស្ត្រ ឬការថែទាំដែរឬអត់នោះ អ្នកមានសិទ្ធិសាកសួរយើងបាន។ អ្នកក៏មានសិទ្ធិស្នើសុំសេវានេះជាលាយលក្ខណ៍អក្សរផងដែរ។ ប្រសិនបើយើងនិយាយថា យើងនឹងមិនបង់ប្រាក់ទូទាត់សេវារបស់អ្នកទេ នោះអ្នកមានសិទ្ធិប្តឹងតវ៉ាចំពោះសេចក្តីសម្រេចយើងបាន។

ជំពូកទី 9 នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះ ពន្យល់អំពីអ្វីដែលត្រូវធ្វើ ប្រសិនបើអ្នកចង់ឱ្យយើងរ៉ាប់រងសេវា ឬសម្ភារៈពេទ្យណាមួយ។ វាក៏ប្រាប់ឱ្យអ្នកដឹងផងដែរអំពីរបៀបដែលត្រូវប្តឹងតវ៉ាលើសេចក្តីសម្រេចលើការរ៉ាប់រងរបស់យើង។ ហៅទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាសមាជិក ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមទៀតអំពីបញ្ហាសិទ្ធិប្តឹងតវ៉ារបស់អ្នក។

យើងបង់ប្រាក់ទូទាត់ថ្លៃសេវាមួយចំនួន រហូតដល់ត្រឹមកម្រិតកំណត់ជាក់លាក់ណាមួយ។ ប្រសិនបើអ្នកចំណាយហួសពីកម្រិតនេះ អ្នកត្រូវបង់ប្រាក់ទូទាត់ពេញថ្លៃដើម្បីទទួលបានប្រភេទសេវាបែបនោះ។ សូមមើល**ជំពូកទី 4** សម្រាប់ដែនកំណត់អត្ថប្រយោជន៍ជាក់លាក់។ ហៅទូរសព្ទទៅសេវាសមាជិកដើម្បីរកមើលថាតើដែនកំណត់អត្ថប្រយោជន៍មានកម្រិតណា និងចំនួនអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នកដែលអ្នកបានប្រើ។

J. ការរ៉ាប់រងសេវាថែទាំសុខភាពក្នុងការសិក្សាស្រាវជ្រាវវេជ្ជសាស្ត្រ

J1. និយមន័យនៃការសិក្សាស្រាវជ្រាវវេជ្ជសាស្ត្រ

L.A. Care រ៉ាប់រងថ្លៃថែទាំអ្នកជំងឺជាប្រចាំសម្រាប់អ្នកជំងឺដែលត្រូវបានទទួលឱ្យចូលរួមក្នុងការពិសោធន៍សាកល្បងវេជ្ជសាស្ត្រ រួមទាំងការពិសោធន៍សាកល្បងវេជ្ជសាស្ត្រសម្រាប់ជំងឺមហារីក ដែលបានរៀបរាប់សម្រាប់សហរដ្ឋអាមេរិក តាមរយៈ https://clinicaltrials.gov ។ Medi-Cal Rx ជាផ្នែកនៃ លៃឈ្នួលសម្រាប់សេវា (Fee-for-Service, FFS) Medi-Cal ធានារ៉ាប់រងឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាសម្រាប់អ្នកជំងឺមិនសម្រាកពេទ្យភាគច្រើនបំផុត។

ការសិក្សាស្រាវជ្រាវវេជ្ជសាស្ត្រ (ហៅថាផងដែរថា ការពិសោធន៍សាកល្បងវេជ្ជសាស្ត្រ) គឺជាវិធីសាស្ត្រដែលវេជ្ជបណ្ឌិតធ្វើការសាកល្បងទៅលើឱសថ ឬការថែទាំសុខភាពប្រភេទថ្មី។ ការសិក្សាស្រាវជ្រាវវេជ្ជសាស្ត្រដែលបានអនុម័តដោយ Medicare ជាធម្មតាសុំឱ្យអ្នកស្ម័គ្រចិត្តចូលរួមក្នុងការសិក្សានេះ។ នៅពេលអ្នកស្ថិតនៅក្នុងការសិក្សាស្រាវជ្រាវវេជ្ជសាស្ត្រ អ្នកអាចបន្តចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងរបស់យើង ហើយបន្តទទួលបានការថែទាំដែលនៅសល់របស់អ្នក (ការថែទាំដែលមិនទាក់ទងនឹងការសិក្សា) តាមរយៈគម្រោងរបស់យើង។

ប្រសិនបើអ្នកចង់ចូលរួមក្នុងការសិក្សាស្រាវជ្រាវវេជ្ជសាស្ត្រដែលបានឯកភាពដោយកម្មវិធី Medicare ណាមួយ អ្នក**មិន**ចាំបាច់ប្រាប់យើង ឬទទួលបានការឯកភាពពីយើង ឬអ្នកផ្តល់ការថែទាំបឋមរបស់អ្នកទេ។ អ្នកផ្តល់សេវាដែលផ្តល់ការថែទាំដល់អ្នកក្នុងនាមជាផ្នែកមួយនៃការសិក្សានេះ **មិន**ចាំបាច់តែជាអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញនោះទេ។ នេះមិនអនុវត្តចំពោះអត្ថប្រយោជន៍ដែលរ៉ាប់រងដែលតម្រូវឱ្យមានការសាកល្បងព្យាបាល ឬការចុះឈ្មោះដើម្បីវាយតម្លៃអត្ថប្រយោជន៍ រួមទាំងអត្ថប្រយោជន៍មួយចំនួនដែលតម្រូវឱ្យមានការធានារ៉ាប់រងជាមួយនឹងការអភិវឌ្ឍន៍ដែលមានភស្តុតាង (National Coverage Determinations Requiring Coverage with Evidence Development, NCDs-CED) និងការសិក្សាការលើកលែងឧបករណ៍ស៊ើបអង្កេត (Investigational Device Exemption, IDE)។ អត្ថប្រយោជន៍ទាំងនេះក៏អាស្រ័យលើការអនុញ្ញាតជាមុន និងច្បាប់គម្រោងផ្សេងទៀតផងដែរ។

យើងលើកទឹកចិត្ត ឱ្យអ្ន កប្រាប់យើងមុនពេលអ្ន កចូ លរួមក្នុងការសិក្សាស្រាវជ្រាវវេជ្ជ សាស្ត្រ ។

ប្រសិនបើអ្នកគ្រោងចូលរួមនៅក្នុងការសិក្សាស្រាវជ្រាវវេជ្ជសាស្ត្រណាមួយ អ្នកឬអ្នកចាត់ចែងការថែទាំរបស់អ្នកគួរតែទាក់ទងទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិក ដើម្បីប្រាប់ឱ្យយើងដឹងថាអ្នកនឹងស្ថិតចូលរួមសាកល្បងព្យាបាល។

J2. ការទូទាត់សម្រាប់សេវានៅពេលអ្នកស្ថិតនៅក្នុងការសិក្សាស្រាវជ្រាវវេជ្ជសាស្ត្រ

ប្រសិនបើអ្នកស្ម័គ្រចិត្តសម្រាប់ការសិក្សាស្រាវជ្រាវផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដែល Medicare យល់ព្រម នោះអ្នកមិនចំណាយអ្វីទាំងអស់សម្រាប់សេវាដែលស្ថិតក្រោមការសិក្សានោះទេ។ Medicare បង់ថ្លៃសេវាដែលរ៉ាប់រងក្រោមការសិក្សា ក៏ដូចជាការចំណាយប្រចាំថ្ងៃដែលទាក់ទងនឹងការថែទាំរបស់អ្នក។ នៅពេលដែលអ្នកចូលរួមក្នុងការសិក្សាស្រាវជ្រាវវេជ្ជសាស្ត្រដែលទទួលបានការយល់ព្រមដោយកម្មវិធី Medicare នោះ អ្នកត្រូវបានការរ៉ាប់រងសម្រាប់សេវា និងទំនិញភាគច្រើនដែលអ្នកទទួលបានក្នុងនាមជាអ្នកចូលរួមក្នុងការសិក្សាស្រាវជ្រាវនេះ។ នេះរួមមាន៖

- ថ្លៃបន្ទប់ស្នាក់នៅនិងអាហារសម្រាប់ស្នាក់នៅមន្ទីរពេទ្យដែលកម្មវិធី Medicare នឹងបង់ប្រាក់ទូទាត់ឱ្យ សូម្បីតែក្នុងករណីដែលអ្នកមិនបានស្ថិតក្នុងការសិក្សាក៏ដោយ
- ប្រតិបត្តិការវះកាត់ ឬនីតិវិធីព្យាបាលផ្សេងទៀតដែលជាផ្នែកនៃការសិក្សាស្រាវជ្រាវនេះ។
- ការព្យាបាលផលរំខាន និងផលប៉ះពាល់ធ្ងន់ធ្ងរនៃការថែទាំព្យាបាលថ្មី

ប្រសិនបើអ្នកចូលរួមការសិក្សាស្រាវជ្រាវដែលកម្មវិធី Medicare **មិនបាន**អនុម័តទេ នោះអ្នកត្រូវបង់ប្រាក់ទូទាត់លើថ្លៃចំណាយនានាសម្រាប់ការចូលរួមសិក្សាស្រាវជ្រាវនេះ។

J3. បន្ថែមទៀតអំពីការសិក្សាស្រាវជ្រាវព្យាបាល

អ្នកអាចស្វែងយល់បន្ថែមអំពីការចូលរួមក្នុងការសិក្សាស្រាវជ្រាវវេជ្ជសាស្ត្រ ដោយអាន “Medicare & ការសិក្សាស្រាវជ្រាវព្យាបាល” នៅគេហទំព័រ Medicare (www.medicare.gov/sites/default/files/2019-09/02226-medicare-and-clinical-research-studies.pdf))។ អ្នកក៏អាចហៅទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) ផងដែរ។ អ្នកប្រើ TTY ហៅលេខ 1-877-486-2048។

K. របៀបដែលសេវាថែទាំសុខភាពរបស់អ្នកទទួលបានការរ៉ាប់រងក្នុងស្ថាប័នថែទាំសុខភាពមិនមែនវេជ្ជសាស្ត្របែបសាសនា

K1. និយមន័យនៃស្ថាប័នថែទាំសុខភាពមិនមែនវេជ្ជសាស្ត្របែបសាសនា

ស្ថាប័នថែទាំសុខភាពមិនមែនវេជ្ជសាស្ត្របែបសាសនា គឺជាកន្លែងដែលផ្តល់ជូននូវការថែទាំដែលជាធម្មតាអ្នកនឹងទទួលបានការសម្រាកព្យាបាលនៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យ ឬមន្ទីរថែទាំចាស់ជរានិងជនពិការជំនាញ។ ប្រសិនបើទទួលសេវាថែទាំព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យ ឬមន្ទីរថែទាំចាសជរានិងជនពិការជំនាញដែលផ្ទុយនឹងជំនឿសាសនារបស់អ្នក យើងរ៉ាប់រងលើការថែទាំព្យាបាលនៅក្នុងស្ថាប័នថែទាំសុខភាពមិនមែនវេជ្ជសាស្ត្របែបសាសនា។

អត្ថប្រយោជន៍នេះ គឺសម្រាប់តែសេវាអ្នកជំងឺក្នុងមន្ទីរពេទ្យផ្នែក A នៃកម្មវិធី Medicare (សេវាថែទាំសុខភាពមិនមែនវេជ្ជសាស្ត្រ) ប៉ុណ្ណោះ។

K2. ការថែទាំពីស្ថាប័នថែទាំសុខភាពមិនមែនវេជ្ជសាស្ត្របែបសាសនា

ដើម្បីទទួលបានការថែទាំសុខភាពពីស្ថាប័នថែទាំសុខភាពមិនមែនវេជ្ជសាស្ត្របែបសាសនា អ្នកត្រូវតែចុះហត្ថលេខាលើឯកសារផ្លូវច្បាប់មួយ ដែលបញ្ជាក់ថាអ្នកជំទាស់នឹងការទទួលបាននូវការព្យាបាលតាមបែបវេជ្ជសាស្ត្រដែល “គ្មានការលើកលែង”។

- ការព្យាបាលបែបវេជ្ជសាស្ត្រ “គ្មានការលើកលែង” គឺជាការថែទាំ ឬព្យាបាលសុខភាពណាមួយដែលមាន **លក្ខ ណៈជាការស្ម័គ្រចិត្ត និងមិនត្រូ វបានតម្រូ វ**ដោយច្បាប់សហព័ន្ធ រដ្ឋ ឬមូលដ្ឋានណាមួយឡើយ។
- ការព្យាបាលបែបវេជ្ជសាស្ត្រ “មានការលើកលែង” គឺជាការថែទាំ ឬព្យាបាលសុខភាពណាមួយដែល **មិនមែនជាការស្ម័គ្រចិត្ត និងត្រូ វបានតម្រូ វ**ដោយច្បាប់សហព័ន្ធ រដ្ឋ ឬច្បាប់មូលដ្ឋាន។

ដើម្បីទទួលបានការរ៉ាប់រងពីគម្រោងយើង ការថែទាំដែលអ្នកទទួលបានពីស្ថាប័នថែទាំសុខភាពមិនមែនវេជ្ជសាស្ត្របែបសាសនា ត្រូវតែបំពេញតាមលក្ខខណ្ឌដូចខាងក្រោម៖

- ទីតាំងអគារដែលផ្តល់នូវសេវាថែទាំ ត្រូវតែទទួលបានការបញ្ជាក់ទទួលស្គាល់ដោយកម្មវិធី Medicare។
- គម្រោងរបស់យើងធានារ៉ាប់រងតែផ្នែកថែទាំដែលមិនមែនជាសាសនា។
- ប្រសិនបើអ្នកទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍នានាពីសំណាក់ស្ថាប័ននេះដែលផ្តល់ឱ្យអ្នកនៅក្នុងទីតាំងអគារណាមួយ៖
  - អ្ន កត្រូវតែមានស្ថា នភាពវេជ្ជ សាស្ត្រ ដែលនឹងអនុញ្ញា តឱ្យអ្ន កទទួលបានសេវារ៉ាប់រងសម្រាប់ការថែទាំព្យាបាលអ្ន កជំងឺសម្រាកក្នុងមន្ទីរពេទ្យ ឬការថែទាំព្យាបាលនៅមន្ទីរថែទាំចាស់ជរានិងជនពិការជំនាញ។
  - អ្ន កត្រូវតែទទួ លបានការបញ្ជា ក់យល់ព្រមពីយើងសិន មុននឹងអ្ន កទទួ លបានការអនុញ្ញា តឱ្យចូ លមន្ទីរព្យាបាល ឬប្រសិនបើមិនដូ ច្នោះទេ ការសម្រាកព្យាបាលរបស់អ្ន កនឹង**មិន**ទទួ លបានការរ៉ាប់រងទេ។

ចំពោះការសម្រាកព្យាបាលរបស់អ្នកជំងឺសម្រាកក្នុងមន្ទីរពេទ្យ ដែនកំណត់ការរ៉ាប់រង Medicare មិនត្រូវអនុវត្តឡើយ ប្រសិនបើមន្ទីរពេទ្យស្ថិតនៅក្នុងបណ្តាញគម្រោងសុខភាពនេះ។ *សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមមើលតារាងអត្ថប្រយោជន៍នៅក្នុងជំពូកទី 4។*

L. បរិក្ខារពេទ្យប្រើជាប់បានយូរ (DME)

L1. DME ក្នុងនាមជាសមាជិកនៃគម្រោងរបស់យើង

DME រួមបញ្ចូលឧបករណ៍ចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រមួយចំនួនដែលបញ្ជាទិញដោយអ្នកផ្តល់សេវាដូចជា រទេះអ្នកពិការ ឈើច្រត់ ពូកប្រើប្រព័ន្ធខ្សែភ្លើង សម្ភារៈផ្គត់ផ្គង់ជំងឺទឹកនោមផ្អែម គ្រែមន្ទីរពេទ្យដែលចេញវេជ្ជបញ្ជាដោយអ្នកផ្តល់សេវាសម្រាប់ប្រើប្រាស់នៅផ្ទះ ម៉ាស៊ីនបូមបញ្ចូលថ្នាំតាមសរសៃ (intravenous, IV) ឧបករណ៍បង្កើតការបញ្ចេញសំឡេង ឧបករណ៍បរិក្ខារ និងគ្រឿងផ្គត់ផ្គង់អុកស៊ីសែន បំពង់បាញ់ទឹកថ្នាំចូលសួត និងឧបករណ៍ជំនួយក្នុងការដើរ។

អ្នកជាម្ចាស់របស់ DME មួយចំនួនដូចជា វត្ថុសិប្បនិម្មិតជាដើម។

ប្រភេទផ្សេងទៀតនៃ DME ដែលអ្នកត្រូវតែជួល។ ក្នុងនាមជាសមាជិកនៃគម្រោងរបស់យើង ជាធម្មតាអ្នកនឹង**មិនមែន**ជាម្ចាស់កម្មសិទ្ធិរបស់គ្រឿងបរិក្ខារ DME ដែលបានជួលទេ ទោះបីជាអ្នកជួលវាយូរប៉ុនណាក៏ដោយ។

ស្ថិតក្នុងស្ថានភាពមានកំណត់មួយចំនួន យើងផ្ទេរកម្មសិទ្ធិនៃបរិក្ខារពេទ្យ DME ឱ្យទៅអ្នក។ ហៅទូរសព្ទទៅកាន់ផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិកតាមរយៈលេខទូរសព្ទនៅខាងក្រោមទំព័រសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។

ទោះបីជាអ្នកមាន DME រហូតដល់ 12 ខែជាប់ៗគ្នានៅក្រោម Medicare មុនពេលអ្នកចូលរួមក្នុងគម្រោងរបស់យើងក៏ដោយ ក៏អ្នកនឹង**មិនមែន**ជាម្ចាស់ឧបករណ៍នោះឡើយ។

Medicare ជាធម្មតាចំណាយតែសម្រាប់ឧបករណ៍វេជ្ជសាស្ត្រដែលអ្នកប្រើនៅផ្ទះប៉ុណ្ណោះ។ ប៉ុន្តែ Medi-Cal ក៏អាចជួយបង់ប្រាក់សម្រាប់ឧបករណ៍ដែលអ្នកត្រូវការនៅខាងក្រៅផ្ទះរបស់អ្នក ដូចជានៅក្នុងសហគមន៍របស់អ្នកផងដែរ។

L2. កម្មសិទ្ធិ DME ប្រសិនបើអ្នកប្តូរទៅ Original Medicare

ក្នុងកម្មវិធី Original Medicare អ្នកដែលជួលបរិក្ខារ DME មួយចំនួនត្រូវក្លាយជាម្ចាស់កម្មសិទ្ធិលើបរិក្ខារនោះក្រោយពេលប្រើបាន 13 ខែ។ នៅក្នុងគម្រោង Medicare Advantage (MA) គម្រោងនេះអាចកំណត់ចំនួនខែដែលសមាជិកត្រូវជួល DME ប្រភេទណាមួយ មុនពេលដែលពួកគេក្លាយជាម្ចាស់កម្មសិទ្ធិលើវា។

ប្រសិនបើអ្នកលែងមាន Medi-Cal ទៀតហើយ អ្នកនឹងត្រូវធ្វើការបង់ប្រាក់ចំនួន 13 ដងជាប់ៗគ្នា ក្រោមកម្មវិធី Original Medicare ឬ អ្នកនឹងត្រូវធ្វើការបង់ប្រាក់ជាប់ៗគ្នា តាមចំនួនដងដែលបានកំណត់ដោយគម្រោង MA ដើម្បីក្លាយជាម្ចាស់កម្មសិទ្ធិ DME ប្រសិនបើ៖

- អ្នកមិនបានក្លាយជាម្ចាស់កម្មសិទ្ធិលើបរិក្ខារ DME នោះទេ ខណៈពេលដែលអ្នកបានស្ថិតនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើង **និង**
- អ្នកចាកចេញពីគម្រោងយើង និងទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍នៃកម្មវិធី Medicare នៅខាងក្រៅគម្រោងសុខភាពដែលនៅក្នុងកម្មវិធី Original Medicare ឬគម្រោង MA។

ប្រសិនបើអ្នកបង់ប្រាក់សម្រាប់បរិក្ខារ DME ក្រោមកម្មវិធី Original Medicare ឬគម្រោង MA នៅមុនពេលដែលអ្នកបានចូលរួមក្នុងគម្រោងរបស់យើង **ការបង់ប្រាក់ទាំងនោះរបស់កម្ម វិធី Original Medicare ឬគម្រោង MA មិនត្រូ វបានរាប់បញ្ចូ លទៅក្នុងការបង់ប្រាក់ដែលអ្ន កត្រូ វទូ ទាត់ បន្ទា ប់ពីចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើងទេ។**

- អ្នកនឹងត្រូវធ្វើការបង់ប្រាក់ថ្មីចំនួន 13 ដងជាប់ៗគ្នានៅក្រោមកម្មវិធី Original Medicare ឬការបង់ប្រាក់ថ្មីជាច្រើនជាប់ៗគ្នាដែលបានកំណត់ដោយគម្រោង MA ដើម្បីក្លាយជាម្ចាស់កម្មសិទ្ធិលើគ្រឿងបរិក្ខារ DME។
- មិនមានករណីលើកលែងចំពោះករណីនេះទេ នៅពេលដែលអ្នកត្រឡប់ទៅប្រើកម្មវិធី Original Medicare ឬគម្រោង MA វិញ។

L3. អត្ថប្រយោជន៍នៃឧបករណ៍អុកស៊ីសែនក្នុងនាមជាសមាជិកនៃគម្រោងរបស់យើង

ប្រសិនបើអ្នកមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ឧបករណ៍អុកស៊ីសែនដែលរ៉ាប់រងដោយ Medicare នោះយើងរ៉ាប់រង៖

- ការជួលឧបករណ៍អុកស៊ីសែន
- ការដឹកជញ្ជូនអុកស៊ីសែន និងបរិមាណខ្យល់អុកស៊ីសែន
- គ្រឿងបំពង់ និងគ្រឿងបន្លាស់ពាក់ព័ន្ធសម្រាប់ការផ្តល់អុកស៊ីសែន និងបរិមាណខ្យល់អុកស៊ីសែន
- ការថែទាំ និងជួសជុលឧបករណ៍អុកស៊ីសែន

ឧបករណ៍អុកស៊ីសែន នឹងត្រូវប្រគល់ជូនវិញ នៅពេលដែលលែងមានភាពចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រសម្រាប់អ្នក ឬប្រសិនបើអ្នកចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើង។

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

នៅពេលដែលឧបករណ៍អុកស៊ីសែនមានភាពចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ ហើយ**អ្ន កចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើង និងប្តូ រទៅកាន់ Original Medicare** អ្នកត្រូវជួលវាពីអ្នកផ្គត់ផ្គង់សម្រាប់រយៈពេល 36 ខែ។ ការបង់ថ្លៃជួលប្រចាំខែរបស់អ្នក រ៉ាប់រងលើឧបករណ៍អុកស៊ីសែននិងសម្ភារៈផ្គត់ផ្គង់ ព្រមទាំងសេវាដែលបានរៀបរាប់ខាងលើ។ Medicare និង Medi-Cal រ៉ាប់រងលើការបង់ប្រាក់ទាំងនេះ ប្រសិនបើអ្នកនៅតែចុះឈ្មោះក្នុង Medicare និង Medi-Cal ។

ប្រសិនបើឧបករណ៍អុកស៊ីសែន មានភាពចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ **បន្ទា ប់ពីអ្ន កជួ លវារយៈពេល 36 ខែ** អ្នកផ្គត់ផ្គង់របស់អ្នកត្រូវតែផ្តល់៖

- ឧបករណ៍អុកស៊ីសែន គ្រឿងសម្ភារៈ និងសេវាសម្រាប់រយៈពេល 24 ខែ ទៀត
- ឧបករណ៍និងការផ្គត់ផ្គង់អុកស៊ីសែនរហូតដល់ 5 ឆ្នាំ ប្រសិនបើចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ។

ប្រសិនបើឧបករណ៍អុកស៊ីសែននៅតែមានភាពចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ **នៅដំណាច់រយៈពេល 5 ឆ្នាំ**៖

- អ្នកផ្គត់ផ្គង់របស់អ្នកនឹងលែងផ្តល់វាតទៅទៀត ហើយអ្នកអាចជ្រើសរើសយកឧបករណ៍ជំនួសពីអ្នកផ្គត់ផ្គង់ណាមួយ។
- រយៈពេល 5 ឆ្នាំថ្មី បានចាប់ផ្តើម។
- អ្នកជួលវាពីអ្នកផ្គត់ផ្គង់ក្នុងរយៈពេល 36 ខែ។
- បន្ទាប់មក អ្នកផ្គត់ផ្គង់របស់អ្នកផ្តល់ឧបករណ៍អុកស៊ីសែន គ្រឿងសម្ភារៈ និងសេវាសម្រាប់រយៈពេល 24 ខែ ទៀត។
- វដ្តថ្មីមួយ ចាប់ផ្តើមរៀងរាល់ 5 ឆ្នាំម្តង ដរាបណាឧបករណ៍អុកស៊ីសែនមានភាពចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ។

នៅពេលដែលឧបករណ៍អុកស៊ីសែនមានភាពចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ ហើយ**អ្ន កចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើង និងប្តូ រទៅគម្រោង MA ផ្សេងទៀត** នោះគម្រោងនឹងរ៉ាប់រងយ៉ាងហោចណាស់នូវអ្វីដែល Original Medicare រ៉ាប់រង។ អ្នកអាចសាកសួរទៅកាន់គម្រោង MA របស់អ្នកថាតើឧបករណ៍អុកស៊ីសែន និងគ្រឿងសម្ភារៈអ្វីខ្លះដែលគម្រោងនោះរ៉ាប់រង ហើយតើការចំណាយរបស់អ្នកនឹងមានតម្លៃប៉ុន្មាន។

ជំពូកទី 4៖ តារាងអត្ថប្រយោជន៍

សេចក្តីផ្តើម

ជំពូកនេះប្រាប់អ្នកអំពីសេវារបស់គម្រោងដែលរ៉ាប់រង និងការដាក់កំហិត ឬដែនកំណត់ណាមួយលើសេវាទាំងនោះ។ វាក៏ប្រាប់អ្នកផងដែរពីអត្ថប្រយោជន៍ដែលមិនរ៉ាប់រងក្នុងគម្រោងរបស់យើង។ ពាក្យគន្លឹះ និងនិយមន័យរបស់ពាក្យទាំងនោះ គឺមានតាមលំដាប់អក្ខរក្រមក្នុងជំពូកចុងក្រោយនៃ*សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះ។

សមាជិកថ្មីរបស់ L.A. Care Medicare Plus៖ ក្នុងករណីភាគច្រើន អ្នកនឹងត្រូវបានចុះឈ្មោះនៅក្នុង L.A. Care Medicare Plus សម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍ Medicare របស់អ្នកនៅថ្ងៃទី 1 នៃខែ បន្ទាប់ពីអ្នកស្នើសុំឱ្យចុះឈ្មោះក្នុង L.A. Care Medicare Plus។ អ្នកនៅតែអាចទទួលបានសេវា Medi-Cal របស់អ្នកពីគម្រោងសុខភាព Medi-Cal ពីមុនរបស់អ្នកសម្រាប់រយៈពេលមួយខែបន្ថែម។ បន្ទាប់ពីនោះ អ្នកនឹងទទួលបានសេវា Medi-Cal របស់អ្នកតាមរយៈ L.A. Care Medicare Plus។ នឹងគ្មានគម្លាតក្នុងការរ៉ាប់រង Medi-Cal របស់អ្នកទេ។ សូមហៅទូរសព្ទមកយើងតាមរយៈលេខ 1-833-522-3767 (TTY: 711) 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ រួមទាំងថ្ងៃឈប់សម្រាក ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរណាមួយ។

តារាងមាតិកា

A. សេវាដែលរ៉ាប់រងរបស់អ្ន ក 71
B. វិធានហាមមិនឱ្យអ្ន កផ្ត ល់សេវាគិតថ្លៃ សេវាពីអ្ន ក 71
C. អំពីតារាងអត្ថ ប្រយោជន៍គម្រោងរបស់យើង 71
D. តារាងអត្ថ ប្រយោជន៍គម្រោងរបស់យើង 75
E ជំនួ យសហគមន៍ 132
F. អត្ថ ប្រយោជន៍ដែលរ៉ាប់រងក្រៅគម្រោងរបស់យើង 134
F1. ការផ្ទេ រទៅសហគមន៍រដ្ឋ កាលីហ្វ័រញ៉ា (CCT) 134
F2. កម្ម វិធី Medi-Cal Dental 135
F3. សេវាការគាំទ្រក្នុងផ្ទះ (IHSS) 136
F4. 1915(c) កម្ម វិធីលើកលែងសេវាតាមផ្ទះ និងសហគមន៍ (HCBS) 136
F5. សេវាឥរិយាបថសុខភាពរបស់ខោនធីដែលផ្ត ល់ជូនខាងក្រៅគម្រោងរបស់យើង (សេវាសុខភាពផ្លូវចិត្ត និងវិបត្តិនៃការសេពសារធាតុញៀន) 139
G. អត្ថ ប្រយោជន៍ដែលមិនត្រូ វបានរ៉ាប់រងដោយគម្រោងរបស់យើង Medicare ឬ Medi-Cal 141

A. សេវាដែលរ៉ាប់រងរបស់អ្នក

ជំពូកនេះប្រាប់អ្នកអំពីសេវាដែលគម្រោងរបស់យើងធានារ៉ាប់រង ។ អ្នកក៏អាចស្វែងយល់ផងដែរអំពីសេវាដែលមិនត្រូវបានរ៉ាប់រង។ ព័ត៌មានអំពីអត្ថប្រយោជន៍ឱសថមាននៅក្នុង**ជំពូកទី 5** នៃ*សៀវភៅណែនាំសមាជិកនេះ*។ ជំពូកនេះក៏ពន្យល់អំពីដែនកំណត់លើសេវាមួយចំនួនផងដែរ។

ដោយសារតែអ្នកទទួលបានជំនួយពីកម្មវិធី Medi-Cal ដូច្នេះអ្នកមិនបាច់បង់ប្រាក់ទេសម្រាប់សេវាដែលរ៉ាប់រងរបស់អ្នក ដរាបណាអ្នកអនុវត្តតាមវិធានរបស់គម្រោងរបស់យើង។ សូមមើល **ជំពូកទី 3** នៃ*សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានលម្អិតអំពីវិធានរបស់គម្រោងយើង។

ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយស្វែងយល់អំពីសេវាណាខ្លះដែលត្រូវបានរ៉ាប់រង ហៅទូរសព្ទទៅកាន់សេវាសមាជិកតាមរយៈលេខ 1-833-522-3767 (TTY: 711) 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ រួមទាំងថ្ងៃឈប់សម្រាក។

B. វិធានហាមមិនឱ្យអ្នកផ្តល់សេវាគិតថ្លៃសេវាពីអ្នក

យើងមិនអនុញ្ញាតឱ្យអ្នកផ្តល់សេវារបស់យើងចេញវិក្កយបត្រឱ្យអ្នកសម្រាប់សេវាដែលបានរ៉ាប់រងនៅក្នុងបណ្តាញទេ។ យើងបង់ប្រាក់ឱ្យអ្នកផ្តល់សេវាដោយផ្ទាល់ ហើយយើងការពារលោកអ្នកពីការគិតថ្លៃផ្សេងៗ។ ចំណុចនេះនៅតែអនុវត្ត ទោះបីជាយើងបង់ប្រាក់ឱ្យអ្នកផ្តល់សេវាតិចជាងថ្លៃដែលអ្នកផ្តល់សេវាគិតថ្លៃសេវាក៏ដោយ។

អ្នកមិនត្រូវទទួលវិក្កយបត្រពីអ្នកផ្តល់សេវា ចំពោះសេវាដែលមានការរ៉ាប់រងជាដាច់ខាត។ ប្រសិនបើអ្នកទទួល សូមមើល**ជំពូកទី 7** នៃ*សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះ ឬហៅទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាសមាជិក។

C. អំពីតារាងអត្ថប្រយោជន៍គម្រោងរបស់យើង

តារាងអត្ថប្រយោជន៍នេះ បង្ហាញប្រាប់អ្នកឱ្យដឹងអំពីប្រភេទសេវានានាដែលគម្រោងរបស់យើងបង់ប្រាក់ទូទាត់ឱ្យ។ តារាងនេះមានរាយនាមសេវាដែលរ៉ាប់រងតាមលំដាប់អក្ខរក្រម និងពន្យល់ពីសេវាទាំងនោះ។

យើងបង់ថ្លៃ សេវាដែលបានរាយក្នុងតារាងអត្ថ ប្រយោជន៍ នៅពេលដែលវាបំពេញតាមវិធានខាងក្រោម។ អ្នក**មិន**បង់ប្រាក់អ្វីទាំងអស់សម្រាប់សេវាដែលមានរាយក្នុងតារាងអត្ថប្រយោជន៍ ដរាបណាអ្នកបំពេញតាមតម្រូវការដែលបានពិពណ៌នាខាងក្រោម។

- យើងត្រូវតែផ្តល់សេវាដែលបានរ៉ាប់រងដោយ Medicare និង Medi-Cal របស់អ្នក ផ្អែកតាមវិធានដែលកំណត់ដោយកម្មវិធី Medicare និង Medi-Cal។
- សេវានានា រួមមានសេវាថែទាំវេជ្ជសាស្ត្រ សេវាឥរិយាបថសុខភាព និងសេវាសេពសារធាតុញៀន សេវានិងការគាំទ្ររយៈពេលវែង សម្ភារៈផ្គត់ផ្គង់ សម្ភារៈបរិក្ខារ និងឱសថ ត្រូវតែជា "ពេទ្យសាស្ត្រចាំបាច់"។ ពេទ្យសាស្ត្រចាំបាច់ពិពណ៌នាអំពីសេវា ការផ្គត់ផ្គង់ ឬឱសថដែលអ្នកត្រូវការដើម្បីបង្ការ ធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ ឬព្យាបាលស្ថានភាពវេជ្ជសាស្ត្រ ឬថែរក្សាស្ថានភាពសុខភាពបច្ចុប្បន្នរបស់អ្នក។ នេះរួមមានការថែទាំដែលការពារអ្នកកុំឱ្យអ្នកពិបាកទៅមន្ទីរពេទ្យ ឬមន្ទីរថែទាំ។ វាក៏មានន័យសំដៅផងដែរដល់សេវា សម្ភារៈផ្គត់ផ្គង់ ឬឱសថដែលបំពេញតាមស្តង់ដានៃការអនុវត្តផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដែលបានទទួលស្គាល់។

- សម្រាប់អ្នកចុះឈ្មោះថ្មីក្នុងរយៈពេល 90 ថ្ងៃដំបូង យើងប្រហែលជាមិនតម្រូវឱ្យអ្នកទទួលបានការយល់ព្រមជាមុនសម្រាប់វគ្គនៃការព្យាបាលសកម្មណាមួយនោះទេ ទោះបីជាវគ្គនៃការព្យាបាលគឺសម្រាប់សេវាមដែលបានចាប់ផ្តើមជាមួយអ្នកផ្តល់សេវាក្រៅបណ្តាញក៏ដោយ។
- អ្នកទទួលបានសេវាថែទាំពីអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ។ អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំក្នុងបណ្តាញ គឺជាអ្នកផ្តល់សេវាដែលធ្វើការជាមួយពួកយើង។ ក្នុងករណីភាគច្រើន ការថែទាំដែលអ្នកទទួលបានពីអ្នកផ្តល់សេវាក្រៅបណ្តាញនឹងមិនត្រូវបានរ៉ាប់រងទេ លុះត្រាតែវាជាការសង្គ្រោះបន្ទាន់ ឬការថែទាំព្យាបាលដែលត្រូវការជាបន្ទាន់ ឬលុះត្រាតែគម្រោងរបស់អ្នក ឬអ្នកផ្តល់សេវាបណ្តាញបានផ្តល់ការបញ្ជូនដល់អ្នក។ **ជំពូកទី 3** នៃ*សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះ មានព័ត៌មានបន្ថែមទាក់ទងនឹងការប្រើប្រាស់អ្នកផ្តល់សេវាក្នុងនិងក្រៅបណ្តាញ ។
- អ្នកមានអ្នកផ្តល់ការថែទាំជាបឋម (PCP) ឬក្រុមផ្តល់ការថែទាំដែលផ្តល់ និងចាត់ចែងការថែទាំរបស់អ្នក។ ក្នុងករណីភាគច្រើន PCP របស់អ្នកត្រូវតែផ្តល់ការយល់ព្រមដល់អ្នក មុនពេលអ្នកអាចប្រើអ្នកផ្តល់សេវាដែលមិនមែនជា PCP របស់អ្នក ឬប្រើអ្នកផ្តល់សេវាផ្សេងទៀតនៅក្នុងបណ្តាញរបស់គម្រោងរបស់យើងបាន។ នេះគឺហៅថា ការបញ្ជូនបន្ត។ **ជំពូកទី 3** នៃ*សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះ មានព័ត៌មានបន្ថែមទាក់ទងនឹងការទទួលបានការបញ្ជូនបន្ត ហើយតើនៅពេលណាអ្នក**មិន**ត្រូវការការបញ្ជូនបន្តនេះ។
- យើងធានារ៉ាប់រងសេវាមួយចំនួនដែលមាននៅក្នុងតារាងអត្ថប្រយោជន៍ លុះត្រាតែវេជ្ជបណ្ឌិត ឬអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំក្នុងបណ្តាញផ្សេងទៀតរបស់អ្នក ទទួលបានការឯកភាពពីយើងជាមុនសិនប៉ុណ្ណោះ។ នេះត្រូវបានហៅថា ការអនុញ្ញាតជាមុន (Prior Authorization, PA)។ យើងសម្គាល់សេវាដែឡរ៉ាប់រងនៅក្នុងតារាងអត្ថប្រយោជន៍ដែលត្រូវការ PA ដោយសញ្ញាផ្កាយ (*)។
- ប្រសិនបើគម្រោងរបស់អ្នកផ្តល់ការយល់ព្រមលើសំណើ PA សម្រាប់វគ្គនៃការព្យាបាល ការយល់ព្រមត្រូវតែមានសុពលភាពដរាបណាមានហេតុផលតាមបែបវេជ្ជសាស្ត្រ និងមានភាពចាំបាច់ ដើម្បីជៀសវាងការរំខានក្នុងការថែទាំដោយផ្អែកលើលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យនៃការធានារ៉ាប់រង ប្រវត្តិវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នក និងការណែនាំរបស់អ្នកផ្តល់សេវា។
- *ប្រសិនបើអ្នកបាត់បង់អត្ថប្រយោជន៍ Medi-Cal របស់អ្នក ក្នុងរយៈពេល 3 ខែ ដែលចាត់ទុកថាអាចបន្តសិទ្ធិទទួលបាន នោះអត្ថប្រយោជន៍ Medicare របស់អ្នកនៅក្នុងគម្រោងនេះនឹងនៅបន្ត។ ទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយ សេវា Medi-Cal របស់អ្នកប្រហែលជាមិនត្រូវបានរ៉ាប់រងនោះទេ។ សូមទាក់ទងការិយាល័យសិទ្ធិទទួលបានប្រចាំខោនធីរបស់អ្នក ឬជម្រើសថែទាំសុខភាពសម្រាប់ព័ត៌មានអំពីសិទ្ធិទទួលបាន Medi-Cal របស់អ្នក។ អ្នកអាចរក្សាអត្ថប្រយោជន៍ Medicare របស់អ្នក ប៉ុន្តែមិនមែនជាអត្ថប្រយោជន៍ Medi-Cal របស់អ្នកនោះទេ។*

ព័ត៌មានអំពីអត្ថ ប្រយោជន៍សំខាន់ៗសម្រាប់សមាជិកដែលមានលក្ខ ខណ្ឌ រ៉ាំរ៉ៃជាក់លាក់។

ដើម្បីមានលក្ខណៈគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ SSBCI អ្នកត្រូវតែមានលក្ខខណ្ឌជំងឺរ៉ាំរ៉ៃមួយ ឬច្រើន (ដែលបានរាយបញ្ជីខាងលើ) ហើយបំពេញតាមលក្ខខណ្ឌវិនិច្ឆ័យសិទ្ធិទទួលបាន។ លើសពីនេះ អ្នកត្រូវតែមានបញ្ហាសុខភាពរយៈពេលវែងធ្ងន់ធ្ងរ ដែលប៉ះពាល់ដល់ជីវិតប្រចាំថ្ងៃ មានហានិភ័យខ្ពស់ក្នុងការចូលមន្ទីរពេទ្យ ឬបញ្ហាសុខភាពសំខាន់ៗផ្សេងទៀត ហើយត្រូវការជំនួយយ៉ាងសំខាន់ដើម្បីគ្រប់គ្រងការថែទាំរបស់ពួកគេ។ ការឆ្លើយតបពីការវាយតម្លៃហានិភ័យសុខភាពរបស់អ្នក (HRA) និងកំណត់ត្រាវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នកត្រូវបានប្រើដើម្បីជួយកំណត់ថាតើអ្នកមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ដែរឬទេ។ អ្នកក៏អាចស្នើសុំឱ្យវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកដាក់សំណើទៅ L.A. Care ដែលផ្ទៀងផ្ទាត់លក្ខខណ្ឌវេជ្ជសាស្ត្រដែលមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់របស់អ្នក និងលក្ខខណ្ឌវិនិច្ឆ័យសិទ្ធិទទួលបានផ្សេងទៀតសម្រាប់ SSBCI ។ សូមចងចាំថាអត្ថប្រយោជន៍ SSBCI និងលក្ខណសម្បត្តិរបស់អ្នក

(នៅពេលត្រូវបានអនុម័ត) បញ្ចប់នៅចុងបញ្ចប់នៃឆ្នាំអត្ថប្រយោជន៍។ មិនមែនគ្រប់គ្នានឹងមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់នោះទេ។

- ប្រសិនបើអ្នកមានជម្ងឺរ៉ាំរ៉ៃណាមួយដែលបានរាយបញ្ជីខាងក្រោម និងបំពេញតាមលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យវេជ្ជសាស្ត្រមួយចំនួន អ្នកអាចមានសិទ្ធិទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍បន្ថែម៖
  - ការពឹងផ្អែកសុរារ៉ាំរ៉ៃ និងគ្រឿងញៀនផ្សេងទៀត
  - ជំងឺប្រព័ន្ធភាពស៊ាំប្រឆាំងនឹងខ្លួនឯង
  - ជំងឺមហារីក
  - ជំងឺសរសៃឈាមបេះដូង
  - អន់ខ្សោយបេះដូងរ៉ាំរ៉ៃ
  - ជំងឺវង្វេងស្មារតី
  - ជំងឺទឹកនោមផ្អែម
  - លើសទម្ងន់ ធាត់ និងរោគសញ្ញាមេតាប៉ូលីស
  - ជំងឺក្រពះនិងពោះវៀនរ៉ាំរ៉ៃ
  - ជំងឺតម្រងនោមរ៉ាំរ៉ៃ (Chronic Kidney Disease, CKD)
  - ជំងឺទាក់ទងនឹងគ្រាប់ឈាមក្រហមដែលធ្ងន់ធ្ងរ
  - វីរុសហ៊ីវ/ជំងឺអេដស៍
  - ជំងឺសួតរ៉ាំរ៉ៃ
  - បញ្ហាសុខភាពផ្លូវចិត្តរ៉ាំរ៉ៃ និងពិការភាពផ្លូវចិត្ត
  - ជំងឺសរសៃប្រសាទ
  - រោគដាច់សរសៃឈាមខួរក្បាល
  - ការព្យាបាលក្រោយប្តូរសរីរាង្គ
  - ភាពស៊ាំចុះខ្សោយនិងជំងឺប្រព័ន្ធភាពស៊ាំ
  - ស្ថានភាពសុខភាពដែលទាក់ទងនឹងការចុះខ្សោយនៃការចងចាំ
  - ស្ថានភាពសុខភាពទាក់ទងនឹងការបំពេញមុខងារប្រចាំថ្ងៃ
  - ស្ថានភាពរ៉ាំរ៉ៃដែលធ្វើឱ្យភ្នែក ត្រចៀក (ថ្លង់) រសជាតិ ការប៉ះ និងក្លិនចុះខ្សោយ
  - ស្ថានភាពដែលត្រូវការសេវាព្យាបាលបន្តដើម្បីឱ្យបុគ្គលអាចបន្ត ឬរក្សាមុខងារប្រចាំថ្ងៃបាន

- សូមមើលជួរដេក "ជំនួយជាមួយលក្ខខណ្ឌរ៉ាំរ៉ៃមួយចំនួន" នៅក្នុងតារាងអត្ថប្រយោជន៍ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។
- សូមទាក់ទងយើងដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែម។

សេវាបង្ការភាគច្រើន ឬទាំងអស់ មិនគិតថ្លៃទេ។ រូបផ្លែប៉ោមនេះ 🍎 បង្ហាញសេវាបង្ការដែលមាននៅក្នុងតារាងអត្ថប្រយោជន៍។

D. តារាងអត្ថប្រយោជន៍គម្រោងរបស់យើង

សេវាដែលរ៉ាប់រង		អ្វីដែលអ្ន កត្រូវ បង់
	សេវាថតឆ្លុះផ្នែកខាងក្នុងនៃដងខ្លួន យើងបង់ប្រាក់សម្រាប់ការពិនិត្យអេកូតែមួយលើកប៉ុណ្ណោះសម្រាប់អ្នកដែលមានហានិភ័យ។ គម្រោងរបស់យើងរ៉ាប់រងតែទៅលើការថតពិនិត្យនេះប៉ុណ្ណោះ ប្រសិនបើអ្នកមានកត្តាហានិភ័យជាក់លាក់ និងប្រសិនបើអ្នកទទួលបានការបញ្ជូនបន្តពីគ្រូពេទ្យ ជំនួយការគ្រូពេទ្យ និងអ្នកប្រកបវិជ្ជាជីវៈគិលានុដ្ឋាក ឬគិលានុដ្ឋាកឯកទេសថែទាំព្យាបាល។	$0
	ចាក់ម្ជុលវិទ្យាសាស្ត្រ យើងបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាចាក់ម្ជុលវិទ្យាសាស្ត្រអ្នកជំងឺសម្រាកពេទ្យរហូតដល់ពីរដងនៅក្នុងមួយខែប្រតិទិនណាមួយ ឬជាញឹកញាប់ជាងនេះ ប្រសិនបើមានភាពចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ។ យើងក៏បង់ប្រាក់សម្រាប់ការចាក់ម្ជុលវិទ្យាសាស្ត្រលើសពី 12 ដង ក្នុងរយៈពេល 90 ថ្ងៃ ផងដែរ ប្រសិនបើអ្នកមានជំងឺឈឺខ្នងផ្នែកខាងក្រោមរ៉ាំរ៉ៃ ដែលបានកំណត់ថា៖ • កើតមានរយៈពេល 12 សប្តាហ៍ ឬយូរជាងនេះ • មិនច្បាស់លាស់ (មិនមានមូលហេតុជាប្រព័ន្ធដែលអាចកំណត់អត្តសញ្ញាណបាន ដូចជាមិនមានទំនាក់ទំនងជាមួយជំងឺមេតាស្តាទិក ជំងឺរលាក ឬជំងឺឆ្លងនានា) • មិនមានទំនាក់ទំនងជាមួយការវះកាត់ **និង** • មិនមានទំនាក់ទំនងជាមួយការមានផ្ទៃពោះ។ **អត្ថ ប្រយោជន៍នេះ បន្ត នៅទំព័របន្ទា ប់**	$0

សេវាដែលរ៉ាប់រង		អ្វីដែលអ្ន កត្រូវ បង់
	ការចាក់ម្ជុលវិទ្យាសាស្ត្រ (ត) បន្ថែមពីលើនេះទៀត យើងបង់ប្រាក់សម្រាប់ការចាក់ម្ជុលវិទ្យាសាស្ត្របន្ថែមចំនួនប្រាំបីលើក សម្រាប់ជំងឺឈឺខ្នងផ្នែកខាងក្រោមរ៉ាំរ៉ៃ ប្រសិនបើអ្នកបង្ហាញពីភាពធូរស្បើយ។ អ្នកមិនអាចនឹងទទួលការព្យាបាលចាក់ម្ជុលវិទ្យាសាស្ត្រ លើសពី 20 ដង ក្នុងមួយឆ្នាំឡើយ សម្រាប់ការឈឺចង្កេះរ៉ាំរ៉ៃ។ ការព្យាបាលដោយការចាក់ម្ជុលវិទ្យាសាស្ត្រសម្រាប់ជំងឺឈឺខ្នងផ្នែកខាងក្រោមរ៉ាំរ៉ៃ ត្រូវតែបញ្ឈប់ប្រសិនបើអ្នកមិនមានភាពធូរស្បើយ ឬប្រសិនបើអ្នកមានអាការៈកាន់តែធ្ងន់ធ្ងរជាងមុន។ តម្រូវការអ្នកផ្តល់សេវា៖ គ្រូពេទ្យ (ដូចដែលបានកំណត់ក្នុង 1861[r][1] នៃច្បាប់សន្តិសុខសង្គម [ច្បាប់]) អាចផ្តល់សេវាចាក់ម្ជុលវិទ្យាសាស្ត្រស្របតាមតម្រូវការរបស់រដ្ឋដែលអាចអនុវត្តបាន។ ជំនួយការគ្រូពេទ្យ (Physician Assistant, PA) អ្នកប្រកបវិជ្ជាជីវៈគិលានុដ្ឋាក (Nurse Practitioner, NP) /គិលានុដ្ឋាកឯកទេសថែទាំព្យាបាល (Clinical Nurse Specialist, CNS) (ដូចដែលបានកំណត់នៅក្នុង 1861[aa] [5] នៃច្បាប់) ហើយបុគ្គលិកជំនួយអាចផ្តល់សេវាចាក់ម្ជុលវិទ្យាសាស្ត្រ ប្រសិនបើពួកគេបំពេញតាមតម្រូវការរដ្ឋដែលអាចអនុវត្តបានទាំងអស់ និងមាន៖ • សញ្ញាបត្រអនុបណ្ឌិត ឬបណ្ឌិតផ្នែកចាក់ម្ជុលវិទ្យាសាស្ត្រ ឬឱសថបុរាណចិនពីសាលាដែលទទួលស្គាល់ដោយគណៈកម្មការទទួលស្គាល់គុណភាពអប់រំលើការចាក់ម្ជុលវិទ្យាសាស្ត្រ និងឱសថបុរាណចិន (Accreditation Commission on Acupuncture and Oriental Medicine, ACAOM) និង • អាជ្ញាបណ្ណបច្ចុប្បន្នដែល ពេញលេញ មានសុពលភាព និងគ្មានការដាក់កំហិតដើម្បីអនុវត្តការចាក់ម្ជុលវិទ្យាសាស្ត្រនៅក្នុងរដ្ឋ ដែនដី ឬរដ្ឋ Commonwealth (ឧ. ព័រតូរីកូ) នៃសហរដ្ឋអាមេរិក ឬ District of Columbia ។ បុគ្គលិកជំនួយដែលបំពាក់ឧបករណ៍ចាក់ម្ជុលវិទ្យាសាស្ត្រត្រូវតែស្ថិតនៅក្រោមកម្រិតសមស្របនៃការត្រួតពិនិត្យរបស់គ្រូពេទ្យ PA ឬ NP/CNS ដែលតម្រូវដោយបទប្បញ្ញត្តិរបស់យើងនៅ 42 CFR §§ 410.26 និង 410.27 ។	

សេវាដែលរ៉ាប់រង		អ្វីដែលអ្ន កត្រូវ បង់
	ការចាក់ម្ជុលវិទ្យាសាស្ត្រតាម និងការចាប់សរសៃជាប្រចាំ (បន្ថែម) គម្រោងរបស់យើងរ៉ាប់រងការជួបពិគ្រោះសរុបរហូតដល់ 45 លើករៀងរាល់ឆ្នាំ សម្រាប់ការចាក់ម្ជុលវិទ្យាសាស្ត្រ និងសេវាចាប់សរសៃជាប្រចាំដែលមិនរ៉ាប់រងដោយ Medicare និង Medi-Cal។ ក្នុងករណីភាគច្រើន អ្នកត្រូវតែប្រើប្រាស់អ្នកផ្តល់សេវាដែលមានកិច្ចសន្យាជាមួយយើងដើម្បីទទួលបានសេវាដែលបានរ៉ាប់រង។ សូមទាក់ទងទៅកាន់ផ្នែកសេវាសមាជិក ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរអំពីរបៀបប្រើប្រាស់អត្ថប្រយោជន៍នេះ។ សេវាចាក់ម្ជុលវិទ្យាសាស្ត្រដែលរ៉ាប់រង រួមមាន៖ • ការវាយតម្លៃ និងការពិនិត្យមើល • ការចាប់ជីពចរ • គំរូ និងការព្យាបាលសម្រួលសម្រាប់ បណ្តុំរោគសញ្ញានៃការឈឺចាប់ • ស្ថានភាពសាច់ដុំគ្រោងឆ្អឹង • ការរកកលចង់ក្អួត សេវាចាប់សរសៃដែលរ៉ាប់រង រួមមាន៖ • ការវាយតម្លៃ និងការពិនិត្យមើល • ការពិនិត្យកាំរស្មីអ៊ុច • ការព្យាបាលដោយចាប់សរសៃ គំរូ និងនីតិវិធីព្យាបាល • ការស្តារនីតិសម្បទាសម្រាប់ស្ថានភាពសាច់ដុំនៃឆ្អឹងកងខ្នង និងអវយវៈជាមួយនឹងជម្រើសក្នុងគ្លីនិក និងពីចម្ងាយ។	$0
	ការពិនិត្យ និងពិគ្រោះយោបល់អំពីការប្រើប្រាស់ជាតិអាកុលលើសកម្រិត យើងបង់ប្រាក់ម្តង សម្រាប់សេវាពិនិត្យការប្រើប្រាស់ជាតិអាល់កុលមិនត្រឹមត្រូវ (ការពិនិត្យ អន្តរាគមន៍ខ្លីៗ និងការបញ្ជូនទៅកាន់ការព្យាបាល [Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment, SBIRT]) ចំពោះមនុស្សពេញវ័យដែលប្រើប្រាស់ជាតិអាល់កុលមិនត្រឹមត្រូវក៏ប៉ុន្តែមិនមែនញៀនសុរាទេ។ នេះរួមបញ្ចូលទាំងស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ។ ប្រសិនបើលទ្ធផលពិនិត្យបង្ហាញថាអ្នកបានសេពគ្រឿងស្រវឹងលើសកម្រិត អ្នកអាចធ្វើការណាត់ពិគ្រោះយោបល់ផ្ទាល់រហូតដល់បួនដងក្នុងមួយឆ្នាំ (ប្រសិនបើអ្នក អាចធ្វើបាន និងប្រាប់ឱ្យដឹងអំឡុងពេលពិគ្រោះយោបល់) ជាមួយអ្នកផ្តល់ការថែទាំបឋម (PCP) ដែលមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ ឬគ្រូពេទ្យនៅកន្លែងថែទាំបឋម។	$0

	សេវាដែលរ៉ាប់រង	អ្វីដែលអ្ន កត្រូវ បង់
	សេវារថយន្តគិលានសង្គ្រោះ* សេវាគិលានសង្គ្រោះដែលរ៉ាប់រង មិនថាគ្រាបន្ទាន់ ឬមិនបន្ទាន់ រួមមានតាមដីគោក និងអាកាស (យន្តហោះ និងឧទ្ធម្ភាគចក្រ)។ រថយន្តគិលានសង្គ្រោះ នឹងនាំអ្នកទៅកាន់កន្លែងដែលជិតបំផុតដែលអាចផ្តល់សេវាថែទាំបាន។ ស្ថានភាពសុខភាពរបស់អ្នក ចាំបាច់ត្រូវតែមានភាពធ្ងន់ធ្ងរគ្រប់គ្រាន់ ដែលវិធីផ្សេងទៀតនៃការទៅដល់កន្លែងថែទាំ អាចប្រឈមនឹងគ្រោះថ្នាក់សុខភាព ឬអាយុជីវិតរបស់អ្នក។ សេវារថយន្តសង្គ្រោះបន្ទាន់សម្រាប់ករណីផ្សេងៗទៀត (មិនសង្គ្រោះបន្ទាន់) ត្រូវតែទទួលបានការឯកភាពពីយើង។ ក្នុងករណីដែលមិនមែនជាការសង្គ្រោះបន្ទាន់ យើងអាចនឹងចេញថ្លៃសម្រាប់រថយន្តគិលានសង្គ្រោះបាន។ ស្ថានភាពសុខភាពរបស់អ្នក ត្រូវតែធ្ងន់ធ្ងរគ្រប់គ្រាន់ ដែលវិធីផ្សេងទៀតនៃការទៅដល់កន្លែងថែទាំ អាចប្រឈមនឹងគ្រោះថ្នាក់សុខភាព ឬអាយុជីវិតរបស់អ្នក។	$0
	ពិនិត្យរាងកាយប្រចាំឆ្នាំ យើងបង់ថ្លៃពិនិត្យរាងកាយប្រចាំឆ្នាំមួយដង ជារៀងរាល់ឆ្នាំ បន្ថែមពីលើការជួបពិនិត្យសុខុមាលភាពប្រចាំឆ្នាំ។ ការពិនិត្យរាងកាយប្រចាំឆ្នាំរាប់បញ្ចូលនូវប្រវត្តិវេជ្ជសាស្ត្រ/គ្រួសារលម្អិត និង ការវាយតម្លៃលម្អិតពីក្បាលដល់ចុងជើងដោយការពិនិត្យដោយផ្ទាល់។	$0
	ការជួបពិនិត្យសុខុមាលភាពប្រចាំឆ្នាំ អ្នកអាចទទួលបានសេវាពិនិត្យរាងកាយទូទៅប្រចាំឆ្នាំ។ ការពិនិត្យនេះគឺក្នុងគោលបំណងបង្កើតគម្រោង និងធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពគម្រោងបង្ការ ដោយផ្អែកលើកត្តាហានិភ័យបច្ចុប្បន្នរបស់អ្នក។ យើងបង់ប្រាក់ទូទាត់សម្រាប់សេវានេះរៀងរាល់ 12 ខែម្តង។ **ចំណាំ៖** ការទៅជួបពិគ្រោះពិនិត្យសុខភាពប្រចាំឆ្នាំលើកដំបូងរបស់អ្នកមិនអាចធ្វើឡើងក្នុងរយៈពេល 12 ខែបន្ទាប់ពី**ការស្វា គមន៍មកកាន់ Medicare** របស់អ្នកឡើយ។ ទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយ អ្នកមិនចាំបាច់មានការទៅជួប**ស្វា គមន៍មកកាន់ Medicare** ដើម្បីទទួលបានការជួបពិនិត្យសុខភាពប្រចាំឆ្នាំបន្ទាប់ពីអ្នកមានផ្នែក B អស់រយៈពេល 12 ខែឡើយ។	$0
	សេវាបង្ការជំងឺហឺត អ្នកអាចទទួលបានការអប់រំអំពីជំងឺហឺត និងការវាយតម្លៃបរិយាកាសក្នុងផ្ទះសម្រាប់កត្តាដែលកើតមានជាទូទៅនៅក្នុងផ្ទះសម្រាប់អ្នកដែលមានជំងឺហឺតដែលគ្រប់គ្រងមិនបានល្អ។	$0

សេវាដែលរ៉ាប់រង		អ្វីដែលអ្ន កត្រូវ បង់
	សេវាសុខភាពឥរិយាបថ L.A. Care Medicare Plus ផ្តល់ការគាំទ្រសម្រាប់ការចុះខ្សោយកម្រិតស្រាល មធ្យម ឬធ្ងន់ធ្ងរដែលបណ្តាលមកពីជំងឺផ្លូវចិត្តដែលត្រូវបានផ្តល់ជូនតាមរយៈ Carelon Behavioral Health។ សេវាទាំងនេះរួមបញ្ចូលជាអាទិ៍៖ • ការវាយតម្លៃ និងការព្យាបាលសុខភាពផ្លូវចិត្ត រួមទាំងការព្យាបាលចិត្តសាស្ត្រជាលក្ខណៈបុគ្គល ក្រុម និងគ្រួសារ • សេវាអ្នកជំងឺមិនសម្រាកពេទ្យ ដែលរួមនូវកិច្ចការពិសោធន៍ ឱសថ និងសម្ភារៈ • សេវាអ្នកជំងឺមិនសម្រាកពេទ្យ ដើម្បីត្រួតពិនិត្យការព្យាបាលដោយឱសថ • ការពិគ្រោះយោបល់ផ្នែកចិត្តសាស្ត្រ • ការធ្វើតេស្តរោគផ្លូវចិត្ត ដើម្បីវាយតម្លៃលក្ខណៈសុខភាពផ្លូវចិត្ត • ការចូលសម្រាកព្យាបាលរបស់អ្នកជំងឺផ្លូវចិត្ត សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមទាក់ទង Carelon Behavioral Health៖ • តាមរយៈលេខ៖ 1-877-344-2858/1-800-735-2929 TTY/TDD • ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពីសេវានានារបស់ Carelon Behavioral Health សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ www.carelonbehavioralhealth.com/ នឹងមានបុគ្គលិកដែលចាំជួយអ្នកដើម្បីទទួលបានសេវា 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ រួមទាំងថ្ងៃឈប់សម្រាក។	$0

សេវាដែលរ៉ាប់រង		អ្វីដែលអ្ន កត្រូវ បង់
	ចំនួនទឹកប្រាក់បណ្ណអត្ថប្រយោជន៍បង់ប្រាក់ជាមុន - ទំនិញមិនត្រូវការវេជ្ជបញ្ជ (OTC) អ្នកនឹងទទួលបានប្រាក់ឧបត្ថម្ភប្រចាំខែចំនួន $110 ដែលបញ្ចូលក្នុងបណ្ណបង់ប្រាក់ជាមុន Benefits Mastercard® របស់អ្នករួចជាស្រេច ដើម្បីប្រើប្រាស់សម្រាប់ផលិតផលសុខភាព និងសុខមាលភាពមិនត្រូវការវេជ្ជបញ្ជា (over-the-counter, OTC) ដែលបានទទួលការយល់ព្រម ដូចជាថ្នាំក្អក និងថ្នាំផ្តាសាយ វីតាមីន ថ្នាំបំបាត់ការឈឺចាប់ បង់រុំរបួស និងអ្វីៗជាច្រើនទៀត។ ការណែនាំអំពីបណ្ណ និងការបន្តសុពលភាពនឹងត្រូវផ្ញើទៅកាន់អ្នកប្រហែលជា 7 ទៅ 10 ថ្ងៃបន្ទាប់ពីចូលរួមគម្រោង។ អ្នកក៏នឹងទទួលបានកាតាឡុក OTC និងអាហារមានសុខភាពល្អតាមរយៈសំបុត្រផងដែរដោយក្នុងនោះមានរាយបញ្ជីផលិតផលដែលបានអនុម័តទាំងអស់។ នៅពេលការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកចាប់ផ្តើម ហើយបណ្ណត្រូវបានបើកដំណើរការ អ្នកអាចចាប់ផ្តើមធ្វើការបញ្ជាទិញបាន។ ការដឹកជញ្ជូនគឺមិនគិតថ្លៃទេ ហើយទំនិញភាគច្រើនមកដល់ក្នុងរយៈពេលប្រហែលពីរថ្ងៃ។ មានតែផលិតផលដែលបានអនុម័តប៉ុណ្ណោះ ទើបត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយប្រាក់ឧបត្ថម្ភ។ អ្នកអាចប្រើកាតាឡុកដែលបានបោះពុម្ព ឬចូលទៅកាន់ lacare.nationsbenefit.com ដើម្បីពិនិត្យមើលផលិតផលណាខ្លះដែលមានសិទ្ធិទទួលបាន។ សូមចំណាំថា ទឹកប្រាក់ដែលមិនបានប្រើ មិនបូកបញ្ចូលទៅខែបន្ទាប់ឡើយ។ ដើម្បីទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ច្រើនបំផុតរបស់អ្នក យល់ល្អត្រូវប្រើប្រាស់ប្រាក់ឧបត្ថម្ភពេញលេញសម្រាប់ខែនីមួយៗ។ ដើម្បីទទួលបានសម្ភារៈរបស់អ្នក គឺងាយស្រួលទេ! អ្នកអាចប្រើបណ្ណបង់ប្រាក់ជាមុន Benefits Mastercard® របស់អ្នកនៅក្នុងហាងនៅឱសថស្ថាន និងទីតាំងលក់រាយដែលចូលរួម អនឡាញ ឬតាមទូរសព្ទ។ • នៅក្នុងហាង៖ អ្នកអាចទិញទំនិញដែលបានអនុម័តនៅ Albertsons, CVS, Food-4-Less, Ralphs, Walgreens, Walmart និងច្រើនទៀត។ ដើម្បីស្វែងរកហាងដែលនៅជិតអ្នក សូមចូលទៅកាន់ lacare.nationsbenefits.com • អនឡាញ៖ ចូលទៅកាន់ lacare.nationsbenefits.com ដើម្បីមើលផលិតផលដែលបានអនុម័ត។ ប្រសិនបើនេះជាលើកទីមួយរបស់អ្នកក្នុងការបញ្ជាទិញតាមអ៊ីនធឺណិត អ្នកនឹងត្រូវបង្កើតគណនីមួយដោយចុះឈ្មោះនៅលើវិបផតថល Benefits Pro Portal ឬកម្មវិធី Benefits Pro។ ប្រសិនបើអ្នកបានបង្កើតគណនីរួចហើយ គ្រាន់តែចូល ជ្រើសរើសទំនិញរបស់អ្នក ហើយពេលរួចរាល់សូមចុច “គិតលុយចាកចេញ (Checkout)”។ • តាមទូរសព្ទ៖ អ្នកអាចមើលតាមកាតាឡុកនេះ ឬចូលទៅ lacare.nationsbenefits.com ដើម្បីស្វែងរកផលិតផល ដែលអ្នកចង់ធ្វើការបញ្ជាទិញ។ ដើម្បីដាក់ការបញ្ជាទិញតាមទូរសព្ទ សូមហៅទៅលេខ 1-833-571-7587 (TTY: 711)។ អ្នកតំណាងផ្នែកសេវាសមាជិកបើកបម្រើការពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ 8 យប់ ម៉ោងក្នុងស្រុក។	$0

សេវាដែលរ៉ាប់រង		អ្វីដែលអ្ន កត្រូវ បង់
	ការវាស់ម៉ាស់ឆ្អឹង យើងបង់ប្រាក់ទូទាត់សម្រាប់ទម្រង់វះកាត់មួយចំនួនសម្រាប់សមាជិកដែលមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ (ជាធម្មតា អ្នកដែលប្រឈមនឹងហានិភ័យបាត់បង់ម៉ាស់ឆ្អឹង ឬហានិភ័យជំងឺពុកឆ្អឹង)។ ទម្រង់វះកាត់ទាំងនេះ កំណត់ប្រភេទម៉ាស់ឆ្អឹង ស្វែងរកការអស់ជាតិឆ្អឹង ឬពិនិត្យគុណភាពឆ្អឹង។ យើងបង់ប្រាក់ទូទាត់សម្រាប់សេវាទាំងនេះរៀងរាល់ 24 ខែម្តង ឬញឹកញាប់ជាងនេះអាស្រ័យទៅលើភាពចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ។ យើងក៏បង់ប្រាក់ទូទាត់សម្រាប់វេជ្ជបណ្ឌិត ដើម្បីពិនិត្យនិងផ្តល់យោបល់អំពីលទ្ធផលផងដែរ។	$0
	ការពិនិត្យរកជំងឺមហារីកដោះ (ការឆ្លុះមើលសុដន់) យើងបង់ប្រាក់ទូទាត់សម្រាប់សេវាខាងក្រោម៖ • ការឆ្លុះពិនិត្យមើលសុដន់លើកដំបូងបំផុតសម្រាប់ស្ត្រីដែលមានអាយុក្នុងចន្លោះពី 35 ឆ្នាំនិង 39 ឆ្នាំ • ការឆ្លុះពិនិត្យមើលសុដន់រៀងរាល់ 12 ខែ • ការពិនិត្យសុដន់រៀងរាល់ 24 ខែម្តង	$0
	សេវាស្តារស្ថានភាពបេះដូង* យើងបង់ប្រាក់ទូទាត់សម្រាប់សេវាស្តារសមត្ថភាពបេះដូង ដូចជា ការធ្វើលំហាត់ប្រាណ ការអប់រំ និងការពិគ្រោះយោបល់ជាដើម។ សមាជិកត្រូវបំពេញតាមលក្ខខណ្ឌច្បាស់លាស់ និងមានការបញ្ជូនបន្តរបស់វេជ្ជបណ្ឌិត។ យើងក៏រ៉ាប់រងចំពោះកម្មវិធីស្តារសមត្ថភាពបេះដូងបន្ទាន់ ដែលជាស្ថានភាពធ្ងន់ធ្ងរជាងកម្មវិធីស្តារសមត្ថភាពបេះដូងទូទៅ។	$0
	ការជួបពិគ្រោះអំពីការកាត់បន្ថយហានិភ័យជំងឺសរសៃឈាម(បេះដូង) (ការព្យាបាលជំងឺបេះដូង) យើងទូទាត់សម្រាប់ការជួបពិគ្រោះម្តងក្នុងមួយឆ្នាំ ឬច្រើនជាងនេះប្រសិនបើមានភាពចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ ដោយមានអ្នកផ្តល់ការថែទាំបឋម (PCP) ដើម្បីជួយអ្នកកាត់បន្ថយហានិភ័យជំងឺបេះដូង។ អំឡុងពេលជួបពិគ្រោះ **ឬ**ពេលពិគ្រោះវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកអាច៖ • ពិភាក្សាអំពីការប្រើប្រាស់ថ្នាំអាស្ពីរីន • ពិនិត្យសម្ពាធឈាមរបស់អ្នក **និង/ឬ** • ផ្តល់ជូនគន្លឹះដល់អ្នកដើម្បីប្រាកដថា អ្នកទទួលទានអាហារយ៉ាងត្រឹមត្រូវ។	$0

សេវាដែលរ៉ាប់រង		អ្វីដែលអ្ន កត្រូវ បង់
	ការធ្វើតេស្តពិនិត្យរកជំងឺសរសៃឈាម (បេះដូង)* យើងទូទាត់ការធ្វើតេស្តពិនិត្យឈាមដើម្បីពិនិត្យរកជំងឺបេះដូងរៀងរាល់ប្រាំឆ្នាំម្តង (60 ខែ)។ ការធ្វើតេស្តឈាមក៏ពិនិត្យរកបញ្ហាដែលកើតឡើងដោយសារហានិភ័យជំងឺបេះដូងផងដែរ។	$0
	ការពិនិត្យរកជំងឺមហារីកកសួននិងរន្ធយោនី យើងបង់ប្រាក់ទូទាត់សម្រាប់សេវាខាងក្រោម៖ • សម្រាប់ស្ត្រីទាំងអស់៖ ការធ្វើតេស្តរកជំងឺមហារីកស្បូន និងពិនិត្យឆ្អឹងត្រគាក រៀងរាល់ 24 ខែ ម្តង • សម្រាប់ស្ត្រីដែលប្រឈមនឹងហានិភ័យខ្ពស់នៃជំងឺមហារីកមាត់ស្បូន៖ ការធ្វើតេស្តរកជំងឺមហារីកស្បូនរៀងរាល់ 12 ខែម្តង • សម្រាប់ស្ត្រីដែលបានឆ្លងកាត់ការធ្វើតេស្តរកជំងឺមហារីកស្បូន មានលទ្ធផលមិនធម្មតាក្នុងរយៈពេលបីឆ្នាំចុងក្រោយ និងស្ថិតក្នុងវ័យសម្រាលកូន៖ ការធ្វើតេស្តរកជំងឺមហារីកស្បូន ធ្វើឡើងរៀងរាល់ 12 ខែម្តង • សម្រាប់ស្ត្រីដែលមានអាយុ 30 ទៅ 65 ឆ្នាំ៖ ការធ្វើតេស្តរកមេរោគវីរុសប៉ាពូឡូម៉ានៅក្នុងមនុស្ស (human papillomavirus, HPV) ឬ ការធ្វើតេស្ត Pap plus HPV ក្នុងរយៈពេល 5 ឆ្នាំម្តង	$0
	សេវាចាប់សរសៃ យើងបង់ប្រាក់ទូទាត់សម្រាប់សេវាខាងក្រោម៖ • សេវាតម្រង់ឆ្អឹងខ្នងដើម្បីតម្រែតម្រង់ឆ្អឹង **សូ មមើលផ្នែ ក៖** ការចាក់ម្ជុលវិទ្យាសាស្ត្រ និងការចាប់សរសៃ (បន្ថែម) សម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍បន្ថែម។	ចំណាំ៖ អ្នកនឹងចំណាយប្រាក់ទាំងអស់សម្រាប់សេវា ឬការធ្វើតេស្តផ្សេងទៀតដែលចេញវេជ្ជបញ្ជាដោយគ្រូពេទ្យឆ្អឹង (រួមទាំងការស្ទីអ៊ិច)។
	សេវាគ្រប់គ្រង និងព្យាបាលការឈឺចាប់រ៉ាំរ៉ៃ សេវាដែលរ៉ាប់រងប្រចាំខែសម្រាប់អ្នកដែលមានការឈឺចាប់រ៉ាំរ៉ៃ (ការឈឺចាប់រ៉ាំរ៉ៃ ឬកើតឡើងវិញមានរយៈពេលលើសពី 3 ខែ)។ សេវាអាចរួមបញ្ចូលការវាយតម្លៃការឈឺចាប់ ការគ្រប់គ្រងឱសថ និងការសម្របសម្រួល ព្រមទាំងការរៀបចំគម្រោង។	ការរួមចំណែកលើចំណាយសម្រាប់សេវានេះនឹងប្រែប្រួលអាស្រ័យលើសេវានីមួយៗដែលផ្តល់ជូនក្នុងដំណាក់កាលនៃការព្យាបាលនោះ។

សេវាដែលរ៉ាប់រង		អ្វីដែលអ្ន កត្រូវ បង់
	ការពិនិត្យជំងឺមហារីកពោះវៀនធំ យើងបង់ប្រាក់ទូទាត់សម្រាប់សេវាខាងក្រោម៖ • ការឆ្លុះពោះវៀនធំមិនមានការកំណត់អាយុអប្បបរមា ឬអតិបរមាទេ ហើយត្រូវបានរ៉ាប់រងម្តងរៀងរាល់ 120 ខែ (10 ឆ្នាំ) សម្រាប់អ្នកជំងឺដែលមិនមានហានិភ័យខ្ពស់ ឬ 48 ខែបន្ទាប់ពីការធ្វើកោសល្យវិច័យដែលអាចបត់បែនបានពីមុនសម្រាប់អ្នកជំងឺដែលមិនមានហានិភ័យខ្ពស់នៃជំងឺមហារីកពោះវៀនធំ និងរៀងរាល់ 24 ខែម្តងសម្រាប់អ្នកជំងឺដែលមានហានិភ័យខ្ពស់បន្ទាប់ពីការពិនិត្យពោះវៀនធំពីមុន។ • ការឆ្លុះមើលពោះវៀនធំដោយប្រព័ន្ធកុំព្យូទ័រសម្រាប់អ្នកជំងឺដែលមានអាយុពី 45 ឆ្នាំឡើងទៅ ដែលមិនមានហានិភ័យខ្ពស់នៃជំងឺមហារីកពោះវៀនធំត្រូវបានរ៉ាប់រងនៅរយៈពេលយ៉ាងហោចណាស់ 59 ខែ បន្ទាប់ពីខែពិនិត្យចុងក្រោយ ឬ 47 ខែ បន្ទាប់ពីខែដែលការពិនិត្យដោយប្រើឧបករណ៍បែបងាយបត់បែន ឬ ការឆ្លុះមើលពោះវៀនធំដោយប្រព័ន្ធកុំព្យូទ័រចុងក្រោយត្រូវបានអនុវត្ត។ ចំពោះអ្នកជំងឺដែលមានហានិភ័យខ្ពស់នៃជំងឺមហារីកពោះវៀនធំ ការទូទាត់អាចត្រូវបានធ្វើឡើងសម្រាប់ការឆ្លុះមើលពោះវៀនធំដោយប្រព័ន្ធកុំព្យូទ័រ យ៉ាងហោច 23 ខែ បន្ទាប់ពីការឆ្លុះមើលពោះវៀនធំដោយប្រព័ន្ធកុំព្យូទ័រ ឬការឆ្លុះពោះវៀនធំចុងក្រោយ។ • ការឆ្លុះពោះវៀនធំដោយឧបករណ៍អាចបត់បែនបាន សម្រាប់អ្នកជំងឺអាយុ 45 ឆ្នាំឡើងទៅ។ ម្តងរៀងរាល់ 120 ខែ សម្រាប់អ្នកជំងឺមិនមានហានិភ័យខ្ពស់បន្ទាប់ពីអ្នកជំងឺបានទទួលការពិនិត្យពោះវៀនធំ។ រៀងរាល់ 48 ខែម្តងសម្រាប់អ្នកជំងឺដែលមានហានិភ័យខ្ពស់បន្ទាប់ពីការឆ្លុះពោះវៀនធំដោយឧបករណ៍អាចបត់បែនបាន ឬការឆ្លុះមើលពោះវៀនធំដោយប្រព័ន្ធកុំព្យូទ័រលើកចុងក្រោយ។ • ការពិនិត្យរកមើលឈាមនៅក្នុងលាមកសម្រាប់អ្នកជំងឺដែលមានអាយុលើសពី 45 ឆ្នាំ។ ម្តងរៀងរាល់ 12 ខែ។ • លាមក DNA ពហុគោលដៅសម្រាប់អ្នកជំងឺដែលមានអាយុពី 45 ទៅ 85 ឆ្នាំ ហើយមិនបំពេញតាមលក្ខខណ្ឌវិនិច្ឆ័យដែលមានហានិភ័យខ្ពស់។ រៀងរាល់ 3 ឆ្នាំម្តង។ • ការធ្វើតេស្តជីវសាស្ត្រផ្អែកលើឈាមសម្រាប់អ្នកជំងឺដែលមានអាយុពី 45 ទៅ 85 ឆ្នាំ ហើយមិនបំពេញតាមលក្ខខណ្ឌវិនិច្ឆ័យហានិភ័យខ្ពស់។ រៀងរាល់ 3 ឆ្នាំម្តង។ **អត្ថ ប្រយោជន៍នេះ បន្ត នៅទំព័របន្ទា ប់**	$0

សេវាដែលរ៉ាប់រង		អ្វីដែលអ្ន កត្រូវ បង់
	ការពិនិត្យជំងឺមហារីកពោះវៀនធំ (ត) • ការធ្វើតេស្តរកមើលជំងឺមហារីកពោះវៀនធំរួមមានការតាមដានតាមការពិនិត្យពោះវៀនធំបន្ទាប់ពី Medicare ធានារ៉ាប់រងលើការធ្វើតេស្តរកមើលមហារីកពោះវៀនធំដែលមិនរាតត្បាតដោយផ្អែកលើលាមកបង្ហាញលទ្ធផលវិជ្ជមាន។ • ការធ្វើតេស្តរកមើលជំងឺមហារីកពោះវៀនធំ រួមមានការពិនិត្យពោះវៀនធំដោយឧបករណ៍ដែលអាចបត់បែនបានដែលបានគ្រោងទុកមុន ឬការពិនិត្យពោះវៀនធំដែលពាក់ព័ន្ធនឹងការយកចេញនៃជាលិកា ឬបញ្ហាផ្សេងទៀត ឬនីតិវិធីផ្សេងទៀតដែលពាក់ព័ន្ធនឹង ឬជាលទ្ធផលនៃការត្រួតពិនិត្យបែបវេជ្ជសាស្ត្រដែលដូចនឹងការធ្វើតេស្តនេះ។	
	សេវាអ្នកធ្វើការសុខភាពសហគមន៍ L.A. Care រ៉ាប់រងលើសេវាបុគ្គលិកសុខភាពសហគមន៍ (community health worker, CHW) សម្រាប់បុគ្គល នៅពេលដែលត្រូវបានណែនាំដោយគ្រូពេទ្យ ឬអ្នកអនុវត្តដែលមានអាជ្ញាបណ្ណផ្សេងទៀត ដើម្បីការពារជំងឺ ពិការភាព និងលក្ខខណ្ឌសុខភាពផ្សេងទៀត ឬការវិវត្តន៍របស់ពួកគេ ពន្យារអាយុជីវិត និងលើកកម្ពស់សុខភាពនិងប្រសិទ្ធភាពផ្លូវកាយ និងផ្លូវចិត្ត។ សេវាអាចរួមមាន៖ • ការអប់រំសុខភាព និងការបណ្តុះបណ្តាល រួមទាំងការគ្រប់គ្រង និងការបង្ការជំងឺរ៉ាំរ៉ៃ និងជំងឺឆ្លង ស្ថានភាពសុខភាពអាកប្បកិរិយា ស្ថានភាពសុខភាពជិតគ្រប់ខែ និងស្ថានភាពសុខភាពមាត់ និងការបង្ការ ឬការមានរបួស ការលើកកម្ពស់សុខភាព និងការបណ្តុះបណ្តាល រួមទាំងការកំណត់គោលដៅ និងការបង្កើតគម្រោងសកម្មភាព ដើម្បីដោះស្រាយការបង្ការ និងការគ្រប់គ្រងជំងឺ	$0

សេវាដែលរ៉ាប់រង		អ្វីដែលអ្ន កត្រូវ បង់
	សេវាទន្តពេទ្យ យើងបង់ថ្លៃសេវាព្យាបាលធ្មេញមួយចំនួនរួមមានតែមិនកំណត់ចំពោះការសម្អាត ការប៉ះធ្មេញ និងធ្មេញដាក់ជំនួស។ អ្វីដែលយើងមិនរ៉ាប់រងគឺអាចរកបានតាមរយៈកម្មវិធី Medi-Cal Dental ដែលបានពិពណ៌នាក្នុង**ផ្នែ ក G2** ខាងក្រោម។ យើងបង់ថ្លៃសេវាថែទាំធ្មេញមួយចំនួន នៅពេលដែលសេវានេះគឺជាផ្នែកសំខាន់មួយនៃការព្យាបាលជាក់លាក់នៃស្ថានភាពសុខភាពចម្បងរបស់មនុស្សម្នាក់។ ឧទាហរណ៍ រួមមានការបង្កើតថ្គាមឡើងវិញបន្ទាប់ពីបាក់ឆ្អឹង ឬរបួស ការដកធ្មេញដែលបានធ្វើឡើងដើម្បីរៀបចំព្យាបាលដោយវិទ្យុសកម្មសម្រាប់ជំងឺមហារីកដែលទាក់ទងនឹងថ្គាម ឬការពិនិត្យមាត់មុនពេលប្តូរសរីរាង្គ។ សេវាធ្មេញបន្ថែម (ការបន្ថែម) គម្រោងរបស់យើងរ៉ាប់រងលើសេវាមាត់ធ្មេញ និងទម្រង់បន្ថែម។ សេវាទាំងនេះអាចរួមមានជាអាទិ៍ដូចខាងក្រោម៖ • សេវាបង្ការ ◦ ការត្រួ តពិនិត្យមាត់ធ្មេ ញ – 1 ដងជារៀងរាល់ឆ្នាំ ◦ ការសម្អា ត – 1 ដងជារៀងរាល់ឆ្នាំ ◦ ការព្យាបាលដោយភ្លុយអរ - វិធីសាស្ត្រ លាប 1 ដងក្នុងមួ យឆ្នាំ ◦ ថតកាំរស្មីអ៊ិច - 1 ដងជារៀងរាល់ឆ្នាំ • សេវាសុខភាពទូលំទូលាយ ◦ ការស្តា រឡើងវិញ* ◦ រោគបណ្តា លធ្មេ ញ* – 1 ដង ក្នុងធ្មេ ញមួ យគ្រាប់ ក្នុងមួ យជីវិត o អញ្ជា ញ់ធ្មេ ញ* ◦ ធ្មេ ញជំនួ សធ្មេ ញកំណើ ត (ជាអចិន្ត្រៃ យ៍ និងដកចេញបាន) * ◦ ការវះកាត់មាត់/ថ្គា មមុខ* ◦ សេវាទូ ទៅបន្ថែ ម* គម្រោងរបស់យើងជាដៃគូជាមួយ Liberty Dental ដើម្បីផ្តល់អត្ថប្រយោជន៍ធ្មេញរបស់អ្នក។ ការលើកលែង និងដែនកំណត់អត្ថប្រយោជន៍អាចត្រូវបានអនុវត្ត។ វាអាចមានករណីលើកលែង ប្រសិនបើចាំបាច់ខាងវេជ្ជសាស្ត្រ។ សូមបញ្ជាក់ថា សេវាមួយចំនួនតម្រូវឱ្យមានការត្រួតពិនិត្យផ្នែកគ្លីនិកសម្រាប់ការអនុម័តលើការអនុញ្ញាតជាមុនមុនពេលព្យាបាល។ សំណុំឯកសារជាក់លាក់មួយចំនួន ត្រូវតែបានប្រគល់ជាមួយនឹងសំណើសុំការអនុញ្ញាតជាមុនទាំងនេះ។ សេវាទាំងនេះត្រូវបានពិនិត្យដោយគ្លីនិកដោយប្រើឯកសារដែលបានផ្តល់ ដើម្បីកំណត់ថាតើសេវាទាំងនេះ **អត្ថ ប្រយោជន៍នេះ បន្ត នៅទំព័របន្ទា ប់**	$0

សេវាដែលរ៉ាប់រង		អ្វីដែលអ្ន កត្រូវ បង់
	សេវាថែទាំធ្មេញ (ត) បានបង្ហាញជូន និងសមស្របផ្អែកតាមស្តង់ដារឧស្សាហកម្មដែរឬអត់ ហើយថាតើពួកវាបំពេញរាល់លក្ខខណ្ឌតម្រូវជាក់លាក់ពាក់ព័ន្ធនឹងសេវាទាំងនោះ ដូចបានគូសបញ្ជាក់នៅក្នុងលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យព្យាបាលនិងគោលការណ៍ណែនាំរបស់ Liberty ដែរឬអត់។ តាមគំនិតរបស់នាយកផ្នែកទន្តសាស្ត្ររបស់ LIBERTY ការព្យាបាលណាមួយដែលមិនចាំបាច់ ឬមិនបំពេញតាមលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យរបស់គម្រោង នឹងមិនត្រូវបានរ៉ាប់រងឡើយ។ ប្រសិនបើមិនផ្តល់ជូននូវសំណុំឯកសារចាំបាច់នោះទេ គេមិនអាចពិនិត្យសេវានេះឱ្យបានគ្រប់គ្រាន់ឡើយ ដូច្នេះនឹងត្រូវបានគេបដិសេធ។ ប្រសិនបើការអនុញ្ញាតជាមុនត្រូវបានបដិសេធដោយហេតុផលណាមួយ សេវានោះនឹងមិនត្រូវបានរ៉ាប់រងទេ ហើយអ្នកនឹងទទួលខុសត្រូវចំពោះការចំណាយដែលពាក់ព័ន្ធទាំងអស់។ នីតិវិធីទន្តសាស្ត្រសម្រាប់ហេតុផលកែសម្ផស្សឬសោភណភាព មិនត្រូវបានរ៉ាប់រងទេ។ ការរ៉ាប់រងត្រូវបានកំណត់ចំពោះសេវាដែលមានរាយនាមនៅក្នុងតារាងឧបសម្ព័ន្ធអត្ថប្រយោជន៍។ សម្រាប់បញ្ជីលម្អិតនៃការធានារ៉ាប់រង អ្នកអាចចូលទៅកាន់គេហទំព័រតាមរយៈ medicare.lacare.org ឬដោយហៅទូរសព្ទទៅលេខ 1-855-552-8243 ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ 8:00 យប់ ម៉ោងក្នុងស្រុក។ សេវាដែលមិនត្រូវបានរ៉ាប់រងដោយគម្រោងរបស់យើង នឹងអាចរកបានតាមរយៈកម្មវិធី Medi-Cal Dental ។ ដើម្បីកំណត់ទីតាំងទន្តពេទ្យតាមបណ្តាញ អ្នកអាចហៅទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាសមាជិកតាមរយៈលេខ 1-855-552-8243 ឬស្វែងរកបញ្ជីឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវាទន្តសាស្ត្រតាមអនឡាញ តាមរយៈ libertydentalplan.com/lacaremedicare។ យើងណែនាំឱ្យអ្នកធ្វើការជាមួយគ្រូពេទ្យធ្មេញដែលស្ថិតនៅក្នុងបណ្តាញរបស់អ្នក ដើម្បីពិនិត្យមើលការរ៉ាប់រងអត្ថប្រយោជន៍ មុនពេលទទួលបានសេវាទន្តសាស្ត្រ។ ប្រសិនបើអ្នកជ្រើសរើសប្រើគ្រូពេទ្យធ្មេញដែលនៅក្រៅបណ្តាញ សេវាដែលអ្នកទទួលបាននឹងមិនត្រូវបានរ៉ាប់រងដោយគម្រោងរបស់យើងទេ គិតត្រឹមថ្ងៃទី 1 ខែកក្កដា ឆ្នាំ 2026 អត្ថប្រយោជន៍ធ្មេញនឹងលែងមានសម្រាប់សមាជិកដែលមិនបំពេញតាមតម្រូវការស្ថានភាពអន្តោប្រវេសន៍ដែលពេញចិត្ត	
	ការពិនិត្យជំងឺបាក់ទឹកចិត្ត យើងបង់ប្រាក់ទូទាត់សម្រាប់ការពិនិត្យជំងឺបាក់ទឹកចិត្តជារៀងរាល់ឆ្នាំ។ ការពិនិត្យនេះត្រូវតែធ្វើឡើងនៅមណ្ឌលថែទាំបឋមដែលអាចផ្តល់សេវាព្យាបាលតាមដាន និង/ឬ ការបញ្ជូនបន្ត។	$0

សេវាដែលរ៉ាប់រង		អ្វីដែលអ្ន កត្រូវ បង់
	ការត្រួតពិនិត្យរកមើលជំងឺទឹកនោមផ្អែម យើងទូទាត់ប្រាក់សម្រាប់ការពិនិត្យនេះ (រួមទាំងការធ្វើតេស្តជាតិគ្លុយកូសតមអាហារ) បើអ្នកមានកត្តាហានិភ័យណាមួយក្នុងចំណោមកត្តាខាងក្រោម៖ • សម្ពាធឈាមខ្ពស់ (ជំងឺលើសឈាម) • ប្រវត្តិធ្លាប់មានកម្រិតកូឡេស្តេរ៉ូល និងទ្រីគ្លីសេរីតខុសធម្មតា (ការលើសជាតិខ្លាញ់) • ជំងឺធាត់ជ្រុល • ប្រវត្តិធ្លាប់មានជាតិស្ករក្នុងឈាមខ្ពស់ (គ្លុយកូស) ការធ្វើតេស្តអាចទទួលបានការរ៉ាប់រងនៅក្នុងករណីផ្សេងមួយចំនួនទៀត ដូចជាក្នុងករណីដែលអ្នកមានការលើសទម្ងន់ ហើយមានប្រវត្តិគ្រួសារមានជំងឺទឹកនោមផ្អែម។ អ្នកអាចមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ការពិនិត្យជំងឺទឹកនោមផ្អែមពីរដងរៀងរាល់ 12 ខែបន្ទាប់ពីកាលបរិច្ឆេទនៃការធ្វើតេស្តពិនិត្យជំងឺទឹកនោមផ្អែមចុងក្រោយបំផុតរបស់អ្នក។	$0

សេវាដែលរ៉ាប់រង		អ្វីដែលអ្ន កត្រូវ បង់
	កម្មវិធីបណ្តុះបណ្តាល សេវា និងសម្ភារៈសម្រាប់ការគ្រប់គ្រងជំងឺទឹកនោមផ្អែមដោយខ្លួនឯង* យើងបង់ប្រាក់ទូទាត់សម្រាប់សេវាខាងក្រោមចំពោះសមាជិកទាំងឡាយណាដែលមានជំងឺទឹកនោមផ្អែម (មិនថាពួកគេប្រើប្រាស់អាំងស៊ុយលីនឬអត់)៖ • សម្ភារៈផ្គត់ផ្គង់សម្រាប់ពិនិត្យជាតិស្ករក្នុងឈាមរបស់អ្នក រួមមានដូចខាងក្រោម៖ ◦ ឧបករណ៍ពិនិត្យជាតិស្ករក្នុងឈាម ◦ បន្ទះពិនិត្យជាតិស្ករក្នុងឈាម ◦ ឧបករណ៍ជោះឈាម និងម្ជុលជោះឈាម ◦ សូលុយស្យុងគ្រប់គ្រងជាតិស្ករ ដើម្បីពិនិត្យភាពសុក្រិតនៃបន្ទះពិនិត្យ និងឧបករណ៍ពិនិត្យ • សម្រាប់អ្នកជំងឺទឹកនោមផ្អែមដែលមានជំងឺប្រអប់ជើងធ្ងន់ធ្ងរដោយសារជំងឺទឹកនោមផ្អែម យើងបង់ប្រាក់សម្រាប់សម្ភារៈដូចខាងក្រោម៖ ◦ ស្បែកជើងចាក់ពុម្ព តម្រូវតាមជើងសម្រាប់ព្យាបាលមួយគូ (រួមទាំងទ្រនាប់) ដោយរួមទាំងឧបករណ៍តម្រូវ និងទ្រនាប់ពីរគូបន្ថែមរៀងរាល់មួយឆ្នាំម្តង **ឬ** ◦ ស្បែកជើងកវែងមួយគូ រួមទាំងគម្រប និងប្រដាប់ស៊ាកបញ្ចូលបីគូ (មិនរាប់បញ្ចូលប្រដាប់ស៊ាកបញ្ចូលអាចដកចេញបានដែលមិនតម្រូវតាមប្រអប់ជើងដែលបានផ្តល់មកជាមួយនឹងស្បែកជើងនោះ) • ក្នុងករណីមួយចំនួន យើងនឹងបង់ប្រាក់សម្រាប់ការបណ្តុះបណ្តាលដើម្បីជួយអ្នកគ្រប់គ្រងជំងឺទឹកនោមផ្អែមរបស់អ្នក។ ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែម សូមទាក់ទងទៅកាន់ផ្នែកសេវាសមាជិក។ សមាជិកដែលមានជំងឺទឹកនោមផ្អែម គឺមានសិទ្ធិចូលរួមកម្មវិធី L.A. Cares About Diabetes®។ នេះគឺជាកម្មវិធីឥតគិតថ្លៃ ដើម្បីជួយដល់សមាជិកក្នុងការគ្រប់គ្រងជំងឺទឹកនោមផ្អែមរបស់ពួកគេ រួមមាន៖ – ការធ្វើសម្ភារៈសុខភាពជម្ងឺទឹកនោមផ្អែមតាមប្រៃសណីយ៍ – ការណែនាំអំពីរបៀបចូលទៅ MyHIM Wellness Portal – ថ្នាក់អប់រំគ្រប់គ្រងជំងឺទឹកនោមផ្អែមដោយខ្លួនឯង (មានជម្រើសអនឡាញ) – ការចូលទៅកាន់អ្នកតមអាហារដែលបានចុះឈ្មោះដើម្បី៖ • បង្ហាត់អ្នកពីរបៀបគ្រប់គ្រងកម្រិតជាតិស្ករក្នុងឈាម • ណែនាំអ្នកអំពីការបរិភោគអាហារដែលល្អសម្រាប់សុខភាព • ផ្តល់គន្លឹះមានប្រយោជន៍អំពីរបៀបនិយាយជាមួយវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកអំពីជំងឺទឹកនោមផ្អែម	$0

សេវាដែលរ៉ាប់រង		អ្វីដែលអ្ន កត្រូវ បង់
	សេវាជំនួយខូឡា សម្រាប់បុគ្គលដែលមានផ្ទៃពោះ យើងបង់ប្រាក់សម្រាប់ការទៅជួបពិគ្រោះចំនួនប្រាំបួនដងជាមួយអ្នកជំនាញមិនមែនវេជ្ជសាស្ត្រដែលទទួលបានបណ្តុះបណ្តាលអំឡុងពេលមានផ្ទៃពោះ និងក្រោយពេលសម្រាល ក៏ដូចជាជំនួយអំឡុងពេលសម្រាល និងការសម្រាលកូន។ រហូតដល់ទៅប្រាំបួនក្រោយសម្រាល ក៏អាចនឹងត្រូវបានផ្តល់ជូនផងដែរ។	$0
	បរិក្ខារពេទ្យប្រើជាប់បានយូរ (DME) និងសម្ភារៈផ្តត់ផ្តង់ផ្សេងៗទៀត* សូមមើល**ជំពូកទី 12** នៃ*សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះ សម្រាប់និយមន័យនៃពាក្យ "បរិក្ខារពេទ្យប្រើជាប់បានយូរ (Durable medical equipment, DME)"។ យើងធានារ៉ាប់រងទំនិញដូចខាងក្រោម៖ • រទេះរុញ រួមទាំងរទេះរុញដោយប្រើអគ្គិសនី • ឈើច្រត់ • ពូកប្រើប្រព័ន្ធខ្សែភ្លើង • បន្ទះស្ងួតសម្រាប់ទ្រាប់ពូក • សម្ភារៈផ្តត់ផ្តង់សម្រាប់ជំងឺទឹកនោមផ្អែម • គ្រែមន្ទីរពេទ្យ ត្រូវបានបញ្ជាទិញដោយអ្នកផ្តល់សេវាសម្រាប់ប្រើនៅក្នុងផ្ទះ • ម៉ាស៊ីនចាក់សឺរ៉ូម (intravenous, IV) និងបង្គោល • ឧបករណ៍បង្កើនការបញ្ចេញសំឡេង • បរិក្ខារ និងសម្ភារៈអុកស៊ីសែន • បំពង់បាញ់ទឹកថ្នាំចូលសួត • ឧបករណ៍ជំនួយដើរ • ឈើច្រត់ធម្មតាមានដៃកោង ឬឈើច្រត់មានជើងបួន និងសម្ភារៈផ្តត់ផ្តង់សម្រាប់បន្លាស់ • ប្រដាប់ទ្រក្រោមចង្កាសម្រាប់អ្នកចុករោយកញ្ជឹងក (ភ្ជាប់ទៅលើទ្វារ) • ឧបករណ៍រំញោចឆ្អឹង • ឧបករណ៍ថែទាំការលាងឈាម សម្ភារៈផ្សេងទៀត អាចនឹងត្រូវបានរ៉ាប់រងផងដែរ។ យើងបង់ប្រាក់ទូទាត់សម្រាប់ DME ដែលចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដែល Medicare និង Medi-Cal ជាធម្មតាទូទាត់ជូន។ ប្រសិនបើអ្នកផ្តត់ផ្តង់របស់យើងនៅក្នុងតំបន់របស់អ្នកមិនមានលក់របស់ដែលមានស្លាកយីហោ ឬក្រុមហ៊ុនផលិតជាក់លាក់ណាមួយទេ អ្នកអាចសាកសួរពួកគេបាន ក្រែងលោពួកគេអាចបញ្ជាទិញជាពិសេសណាមួយសម្រាប់អ្នក។	$0

	សេវាដែលរ៉ាប់រង	អ្វីដែលអ្ន កត្រូវ បង់
	ការថែទាំជាអាសន្ន ការថែទាំជាអាសន្ន មានន័យថាជាសេវាដែល៖ • ផ្តល់ជូនដោយអ្នកផ្តល់សេវាដែលទទួលបានការបណ្តុះបណ្តាលដើម្បីផ្តល់សេវាជាអាសន្ន **និង** • ចាំបាច់ដើម្បីវាយតម្លៃ ឬព្យាបាលបញ្ហាសង្គ្រោះបន្ទាន់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ។ ការសង្គ្រោះបន្ទាន់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រគឺជាជំងឺ របួស ការឈឺចាប់ធ្ងន់ធ្ងរ ឬស្ថានភាពវេជ្ជសាស្ត្រដែលកាន់តែអាក្រក់ទៅៗ។ ស្ថានភាពធ្ងន់ធ្ងរខ្លាំងណាស់ដែលថា ប្រសិនបើជាមិនមានការព្យាបាលភ្លាមៗផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រនោះទេ នរណាម្នាក់ដែលមានចំណេះដឹងកម្រិតមធ្យមផ្នែកសុខភាពឬថ្នាំពេទ្យអាចរំពឹងទុកជាមុនថា វានឹងបណ្តាលឱ្យ៖ • គ្រោះថ្នាក់ធ្ងន់ធ្ងរដល់សុខភាពរបស់អ្នក ឬគ្រោះថ្នាក់ដល់កូនពុំទាន់កើតរបស់អ្នក **ឬ** • គ្រោះថ្នាក់ធ្ងន់ធ្ងរ ដល់មុខងាររាងកាយ **ឬ** • ដំណើរការខុសប្រក្រតីធ្ងន់ធ្ងរនៃសរីរាង្គណាមួយរបស់រាងកាយ ឬ • ការបាត់បង់អវយវៈ ឬការបាត់បង់មុខងារអវយវៈ។ • ក្នុងករណីស្ត្រីមានគភ៌កំពុងឈឺពោះសម្រាលកូន នៅពេល៖ ◦ មិនមានពេលគ្រប់គ្រាន់ ដើម្បីបញ្ជូនអ្ន កទៅមន្ទីរពេទ្យមួ យទៀតដោយសុវត្ថិភាពមុនពេលសម្រាលកូន។ ◦ ការផ្ទេ រទៅមន្ទីរពេទ្យផ្សេងទៀត អាចបង្ក ការគំរាមកំហែងដល់សុខភាពឬសុវត្ថិភាពរបស់អ្ន ក ឬដល់កូនដែលមិនទាន់កើតរបស់អ្ន ក។ សេវាសង្គ្រោះបន្ទាន់ និងសេវាត្រូវការជាបន្ទាន់ ត្រូវបានរ៉ាប់រងទូទាំងពិភពលោក ដោយគ្មានសុំការអនុញ្ញាតជាមុនទេ។ យើងនឹងរ៉ាប់រងរហូតដល់ $10,000 ក្នុងការចំណាយក្នុងមួយឆ្នាំប្រតិទិន។ សូមទាក់ទងទៅកាន់ផ្នែកសេវាសមាជិក សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។	$0 ប្រសិនបើអ្នកទទួលបានការថែទាំជាអាសន្ននៅមន្ទីរពេទ្យក្រៅបណ្តាញ ហើយត្រូវការការថែទាំសម្រាប់អ្នកជំងឺក្នុងមន្ទីរពេទ្យ បន្ទាប់ពីស្ថានភាពសង្គ្រោះបន្ទាន់របស់អ្នកមានស្ថិរភាព អ្នកត្រូវតែផ្លាស់ទៅមន្ទីរពេទ្យក្នុងបណ្តាញវិញ ដើម្បីឱ្យការថែទាំរបស់អ្នកបន្តទទួលបានការបង់ថ្លៃជូន។ អ្នកអាចស្នាក់នៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យក្រៅបណ្តាញ ដើម្បីទទួលបានការថែទាំជំងឺក្នុងមន្ទីរពេទ្យរបស់អ្នក តែក្នុងករណីគម្រោងរបស់យើងឯកភាពលើការសម្រាកនៅមន្ទីរពេទ្យរបស់អ្នកប៉ុណ្ណោះ។

សេវាដែលរ៉ាប់រង		អ្វីដែលអ្ន កត្រូវ បង់
	សេវារៀបចំផែនការគ្រួ សារ ច្បាប់អនុញ្ញាតឱ្យអ្នកជ្រើសរើសអ្នកផ្តល់សេវាណាមួយក៏បាន - មិនថាអ្នក ផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ ឬអ្នកផ្តល់សេវាក្រៅបណ្តាញ - សម្រាប់សេវាផែនការ គ្រួសារមួយចំនួន។ នេះមានន័យថា វេជ្ជបណ្ឌិត គ្លីនិក មន្ទីរពេទ្យ ឱសថស្ថាន ឬ ការិយាល័យផែនការគ្រួសារណាមួយ។ យើងបង់ប្រាក់ទូទាត់សម្រាប់សេវាខាងក្រោម៖ • សេវាពិនិត្យការរៀបចំផែនការគ្រួសារ និងការព្យាបាលវេជ្ជសាស្ត្រ • ពិសោធន៍ការរៀបចំផែនការគ្រួសារ និងពិនិត្យការធ្វើវិនិច្ឆ័យរោគ • វិធីសាស្ត្រផែនការគ្រួសារ (កងដាក់ក្រោមស្បូន [Intrauterine Contraceptive Device, IUC]/កងដាក់ក្នុងស្បូន [intrauterine device, IUD] កងដាក់ក្រោមស្បែក ការចាក់ថ្នាំ ថ្នាំពន្យារកំណើត កៅអៀកឬកង ពន្យាកំណើត) • សម្ភារៈសម្រាប់រៀបចំផែនការគ្រួសារតាមវេជ្ជបញ្ជា (ស្រោមអនាម័យ របាំង អេប៉ុង ហ្វូមលាង ហ្វីល ស្រោមពាក់លើមាត់ស្បូន របាំងការពារមាត់ស្បូន) • សេវាបង្កកំណើតមានកម្រិត ដូចជាការប្រឹក្សា និងការអប់រំអំពីបច្ចេកទេស យល់ដឹងអំពីលទ្ធភាពមានកូន និង/ឬ ការប្រឹក្សាសុខភាពអំពីគម្រោង យកបុត្រ ការធ្វើតេស្ត និងការព្យាបាលសម្រាប់ការឆ្លងមេរោគកាមរោគ (Sexually transmitted infection, STI) • ការពិគ្រោះយោបល់និងធ្វើតេស្តរកវីរុសហ៊ីវ និងជំងឺអេដស៍ និង មេរោគផ្សេងៗទៀតដែលពាក់ព័ន្ធជំងឺអេដស៍ • ការបង្ការមិនឱ្យមានកូនជាអចិន្ត្រៃយ៍ (អ្នកត្រូវតែមានអាយុ 21 ឆ្នាំឡើង ទៅ ដើម្បីជ្រើសរើសយកវិធីសាស្ត្រនៃការធ្វើផែនការគ្រួសារនេះ។ អ្នក ត្រូវតែចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់បែបបទការយល់ព្រមក្រៀវរបស់សហព័ន្ធ យ៉ាងហោចណាស់ 30 ថ្ងៃ ប៉ុន្តែមិនលើសពី 180 ថ្ងៃឡើយ មុនកាលបរិច្ឆេទ នៃការវះកាត់។) • ការពិគ្រោះយោបល់សេនេទិច យើងបង់ប្រាក់ទូទាត់សម្រាប់សេវាផែនការគ្រួសារផ្សេងៗមួយចំនួនទៀតផង ដែរ។ ទោះបីជាយ៉ាងណា អ្នកត្រូវតែប្រើប្រាស់អ្នកផ្តល់សេវាម្នាក់នៅក្នុងបណ្តាញ អ្នកផ្តល់សេវារបស់យើង សម្រាប់សេវាខាងក្រោម៖ • ការព្យាបាលស្ថានភាពមិនមានគភ៌ (សេវានេះមិនរាប់បញ្ចូលវិធីសាស្ត្រច្នៃឱ្យ មានផ្នែពោះទេ។) • ការព្យាបាលជំងឺអេដស៍និងស្ថានភាពពាក់ព័ន្ធនឹងវីរុសហ៊ីវ • ការធ្វើតេស្តសេនេទិច	$0

សេវាដែលរ៉ាប់រង		អ្វីដែលអ្ន កត្រូវ បង់
	អត្ថប្រយោជន៍កាយសម្ប ទា (SilverSneakers) គម្រោងរបស់យើងផ្តល់ជូនអត្ថប្រយោជន៍កាយសម្ប ទា តាមរយៈ SilverSneakers®។ SilverSneakers មានលើសពីកម្មវិធីកាយសម្ប ទាធម្មតា។ វាជាវិធីមួយដើម្ប ីលើកកម្ពស់សុខភាពរបស់អ្នក និងរស់នៅក្នុងជីវិតដែលអ្នកចង់បាន។ មិនថាអ្នកចូលចិត្តថ្នាក់ហាត់ប្រាណជាក្រុម កីឡា ឬការប្រើឧបករណ៍សម្រាប់លំហាត់ប្រាណប្រើកម្លាំង និងខាឌីអូ ឬចូលចិត្តហាត់ប្រាណនៅផ្ទះនោះទេ SilverSneakers ផ្តល់ជូនអ្នកនូវឱកាសដើម្ប ីលើកកម្ពស់សុខភាពរបស់អ្នក ធ្វើឱ្យអ្នកមានទំនុកចិត្ត និងភ្ជាប់ទំនាក់ទំនងជាមួយសហគមន៍របស់អ្នក។ SilverSneakers ផ្តល់ជូនអ្នកនូវ៖ • បណ្តាញទូទាំងប្រទេសនៃកន្លែងហាត់ប្រាណ និងសហគមន៍ដែលចូលរួម 1 ជាមួយនឹងថ្នាក់ហាត់ប្រាណជាក្រុម 2 នៅទីតាំងដែលបានជ្រើសរើស - អាចចុះឈ្មោះបានច្រើនតាមដែលអ្នកត្រូវការ។ • SilverSneakers ធ្វើការផ្សាយផ្ទាល់ថ្នាក់អនឡាញ និងសិក្ខាសាលាដែលដឹកនាំដោយគ្រូបណ្តុះបណ្តាលពិសេស ផ្តល់ជូន 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ ពេលព្រឹក ពេលរសៀល និងពេលល្ងាច។ • វីដេអូហាត់ប្រាណអនឡាញ SilverSneakers On-Demand 200+ (អាចស្វែងរកបានតាមតម្រូវការ) 24/7។ • កម្មវិធីតាមទូរសព្ទដៃ SilverSneakers GO មានគម្រោងលំហាត់ប្រាណដែលមានភាពបត់បែន និងអ្វីៗជាច្រើនទៀត។ ចាប់ផ្តើមជា 3 ដំណាក់កាលងាយៗ 1. ចូលទៅកាន់អនឡាញ SilverSneakers.com/StartHere ដើម្ប ីបង្កើតគណនីអនឡាញ។ 2. ឡុកចូលដើម្ប ីពិនិត្យមើលលេខសម្គាល់សមាជិករបស់អ្នក ហើយយកលេខនោះទៅកាន់ទីតាំងចូលរួម។ 3. អ្នកក៏អាចរីករាយជាមួយនឹងលំហាត់ប្រាណតាមអនឡាញ តាមរយៈគណនីថ្មីរបស់អ្នកផងដែរ។ ក្នុងនាមជាសមាជិក SilverSneakers អ្នកអាចសន្សំប្រាក់បានរាប់ពាន់ដុល្លារលើថ្លៃសិក្សាសម្រាប់មនុស្សជាទីស្រលាញ់របស់អ្នក ដោយគ្រាន់តែហាត់ប្រាណនៅទីតាំង SilverSneakers ដែលចូលរួម។ វាងាយស្រួល ហើយមិនគិតថ្លៃសម្រាប់អ្នក។ សូមចូលទៅកាន់ SilverSneakers.TuitionRewards.com សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។ 1. ទីតាំងដែលចូលរួម (“Participating Locations, PL”) មិនស្ថិតក្រោមការកាន់កាប់ ឬប្រតិបត្តិដោយ Tivity Health, Inc. ឬសាខាដៃគូនោះទេ។ ការប្រើប្រាស់នៃអាគារ និងឧបករណ៍ប្រើប្រាស់របស់ទីតាំងដែលចូលរួម (Participating Locations, PL) គឺត្រូវបានកំណត់ទៅតាម លក្ខខណ្ឌសមាជិកមូលដ្ឋាន PL។ អាគារនិងឧបករណ៍ប្រើប្រាស់គឺខុសគ្នាទៅតាម PL។ 2. សមាជិកភាព ក៏មានរួមបញ្ចូលថ្នាក់ហាត់ប្រាណដែលមានគ្រូដឹកនាំក្រុមរបស់ SilverSneakers ផងដែរ។ ទីតាំងខ្លះផ្តល់ថ្នាក់បន្ថែមដល់សមាជិក។ ថ្នាក់រៀនគឺខុសគ្នាទៅតាមទីតាំង។ SilverSneakers គឺជាពាណិជ្ជសញ្ញាចុះបញ្ជីរបស់ Tivity Health, Inc. © 2025 Tivity Health, Inc. រក្សាសិទ្ធគ្រប់យ៉ាង។	$0

សេវាដែលរ៉ាប់រង		អ្វីដែលអ្ន កត្រូវ បង់
	កម្មវិធីអប់រំសុខភាពនិងសុខុមាលភាព យើងផ្តល់ជូននូវកម្មវិធីជាច្រើនដែលផ្តោតសំខាន់ទៅលើស្ថានភាពសុខភាពជាក់លាក់។ កម្មវិធីទាំងនេះ រួមមាន៖ • ថ្នាក់រៀនការអប់រំសុខភាព • ថ្នាក់អប់រំអំពីអាហារូបត្ថម្ភ • ការបញ្ឈប់ការជក់បារី និងការប្រើប្រាស់ថ្នាំជក់ **និង** • ខ្សែឱវាទគិលានុបដ្ឋាកបម្រើការ 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ ហើយអាចជួយឆ្លើយសំណួរអំពីរោគសញ្ញារបស់អ្នក ផ្តល់ព័ត៌មានសុខភាពទូទៅ និងផ្ញើសម្ភារៈអប់រំសុខភាព។ • ការប្រឹក្សាតាមទូរសព្ទជាលក្ខណៈបុគ្គល ការណាត់ជួបជាក្រុមដោយផ្ទាល់ និងសិក្ខាសាលាសុខភាពតាមអនឡាញក្នុងប្រធានបទជាច្រើនរួមមាន អាហារូបត្ថម្ភ ការការពារការដួល ជំងឺពុកឆ្អឹង សុខភាពបេះដូង ការគ្រប់គ្រងទម្ងន់ ជំងឺហឺត និងការការពារជំងឺទឹកនោមផ្អែមជាដើម។ • ការប្រឹក្សាតាមទូរសព្ទជាលក្ខណៈបុគ្គលជាមួយគ្រូអប់រំផ្នែកសុខភាពដែលមានការបញ្ជាក់។ • ការព្យាបាលដោយផ្តល់អាហារូបត្ថម្ភតាមបែបវេជ្ជសាស្ត្រដោយគ្រូពេទ្យខាងចំណីអាហារដែលបានចុះបញ្ជី (នៅពេលមានការបញ្ជូនពី PCP) • ផតថលសុខភាព និងសុខភាពអនឡាញដែលហៅថា My *Health In Motion* (MyHIM) ផ្តល់ព័ត៌មានជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ វីដេអូ និងមុខងារជជែក • កម្មវិធីអប់រំ និងគាំទ្រសម្រាប់ជំងឺហឺត ជំងឺស្ទះប្រព័ន្ធសួតរ៉ាំរ៉ៃ (Chronic Obstructive Pulmonary Disease, COPD) ជំងឺទឹកនោមផ្អែម ជំងឺទឹកនោមផ្អែម ជាមួយនឹងជំងឺតម្រងនោមរ៉ាំរ៉ៃ និងការមានផ្ទៃពោះដែលមានហានិភ័យខ្ពស់។ • ការអប់រំ និងជំនួយដោយប្រើបច្ចេកវិទ្យាដើម្បីទទួលបានសេវាថែទាំសុខភាព និងព័ត៌មាន (ចំណេះដឹងផ្នែកសុខភាពឌីជីថល) • សម្ភារៈអប់រំផ្នែកសុខភាពជាភាសាដែលងាយស្រួលអាន និងមានទ្រង់ទ្រាយ និងអក្សរពុម្ពធំៗ។	

សេវាដែលរ៉ាប់រង		អ្វីដែលអ្ន កត្រូវ បង់
	សេវាស្តា ប់ យើងបង់ប្រាក់ទូទាត់សម្រាប់ការធ្វើតេស្តការស្តាប់និងតេស្តតុល្យភាពដែលផ្តល់ជូនដោយអ្នកផ្តល់សេវារបស់លោកអ្នក។ ការធ្វើតេស្តទាំងនេះនឹងប្រាប់លោកអ្នកថាតើលោកអ្នកត្រូវការការព្យាបាលវេជ្ជសាស្ត្រដែរឬទេ។ ពួកគេត្រូវទទួលបានការរ៉ាប់រងជាការថែទាំអ្នកជម្ងឺមិនសម្រាកពេទ្យនៅពេលអ្នកទទួលបានពួកគេពីគ្រូពេទ្យ គ្រូពេទ្យផ្នែកត្រចៀក ឬអ្នកផ្តល់សេវាមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ដទៃទៀត។ យើងក៏បង់ប្រាក់សម្រាប់ឧបករណ៍ជំនួយការស្តាប់ផងដែរ នៅពេលដែលចេញវេជ្ជបញ្ជាដោយគ្រូពេទ្យ ឬអ្នកផ្តល់សេវាដែលមានលក្ខណសម្បត្តិផ្សេងទៀត រួមមាន៖ • ចាក់ពុម្ព គ្រឿងផ្គត់ផ្គង់ និងប្រដាប់ស៊ីកបញ្ចូល • ការជួសជុល • ថ្មពិលមួយឈុតដំបូង • ចូលរួមការបណ្តុះបណ្តាលចំនួនប្រាំមួយដង ការកែតម្រូវ និងការសម្រួលជាមួយអ្នកលក់ដូចគ្នា បន្ទាប់ពីអ្នកទទួលបានឧបករណ៍ជំនួយត្រចៀក • ការជួលឧបករណ៍ជំនួយផ្នែកស្តាប់សម្រាប់ពេលសាកល្បង • ឧបករណ៍ជំនួយការស្តាប់ ឧបករណ៍ជំនួយស្តាប់ដោយបញ្ជូនសំឡេងតាមឆ្អឹងបែបពាក់ • ឧបករណ៍ជំនួយស្តាប់ទាក់ទងនឹងជំនួយការស្តាប់ និង សេវាវាយតម្លៃក្រោយការស្តាប់ • ពិភាក្សាជាមួយអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក ហើយទទួលបានការបញ្ជូនបន្ត។	$0

សេវាដែលរ៉ាប់រង		អ្វីដែលអ្ន កត្រូវ បង់
	ជួ យលើស្ថា នភាពរ៉ាំរ៉ៃមួ យចំនួ ន អត្ថប្រយោជន៍បន្ថែមពិសេសសម្រាប់ជំងឺរ៉ាំរ៉ៃ (Special Supplemental Benefits for the Chronically Ill, SSBCI) គឺជាកម្មវិធីដែលផ្តល់ជំនួយបន្ថែមដល់អ្នកដែលមានបញ្ហាសុខភាពធ្ងន់ធ្ងរយៈពេលវែង។ វាត្រូវបានរចនាឡើងដើម្បីធ្វើឱ្យជីវិតប្រចាំថ្ងៃកាន់តែងាយស្រួល និងជួយសមាជិកដើម្បីថែរក្សាសុខភាពរបស់ពួកគេឱ្យកាន់តែប្រសើរឡើងនៅផ្ទះ។ ប្រសិនបើអ្នកមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ អ្នកនឹងមានជម្រើសក្នុងការចំណាយបន្ថែមទៀតដើម្បីប្រើប្រាស់ប្រាក់ឧបត្ថម្ភ $110 ប្រចាំខែដែលបានផ្ទុកជាមុននៅលើ Benefits Mastercard របស់អ្នក ដើម្បីទូទាត់សម្រាប់ទំនិញដែលត្រូវបានអនុម័តលើសពីផលិតផលសុខភាព និងសុខុមាលភាពមិនត្រូវការវេជ្ជបញ្ជា (OTC)។ អ្នកក៏នឹងអាចបង់ប្រាក់សម្រាប់៖ • អាហារសុខភាពដូចជា ញ៉ាំផ្លែឈើ បន្លែ និងគ្រាប់ធញ្ញជាតិទាំងមូលឱ្យបានច្រើនជាងមុន។ • វិក្កយបត្រសេវាក្នុងផ្ទះដូចជា អគ្គិសនី ហ្គាស ទឹក និងសំរាម • ប្រេងឥន្ធនៈដើម្បីជួយអ្នកទៅដល់កន្លែងដែលអ្នកត្រូវទៅ **សំខាន់៖** ប្រាក់ឧបត្ថម្ភរបស់អ្នកមិនបួកបន្តទៅខែបន្ទាប់ទេ។ ព្យាយាមប្រើឱ្យអស់ទឹកប្រាក់ $110 ជារៀងរាល់ខែ ដើម្បីទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ច្រើនបំផុតពីអ្នក។ **សូមចំណាំថា មិនមែនគ្រប់គ្នានឹងមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់នោះទេ។** តើអ្នកដឹងថាមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់យ៉ាងដូចម្តេច? អ្នកត្រូវតែមាន៖ បញ្ហាសុខភាពរយៈពេលវែងធ្ងន់ធ្ងរដែលប៉ះ • ពាល់ដល់ជីវិតប្រចាំថ្ងៃរបស់អ្នក និង • មានហានិភ័យខ្ពស់ក្នុងការចូលមន្ទីរពេទ្យ ឬបញ្ហាសុខភាពសំខាន់ៗផ្សេងទៀត និង • ទាមទារជំនួយច្រើនក្នុងការថែរក្សាសុខភាពរបស់អ្នក និង ដើម្បីមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ SSBCI អ្នកត្រូវតែមានលក្ខខណ្ឌជំងឺរ៉ាំរ៉ៃមួយ ឬច្រើនដែលបំពេញតាមលក្ខខណ្ឌវិនិច្ឆ័យនៃសិទ្ធិទទួលបាន៖ • ជំងឺទឹកនោមផ្អែម • លើសទម្ងន់ ធាត់ និងរោគសញ្ញាមេតាប៉ូលីស • ជំងឺក្រពះនិងពោះវៀនរ៉ាំរ៉ៃ • ជំងឺតម្រងនោមរ៉ាំរ៉ៃ (CKD) • បញ្ហាសុខភាពក្រោយការប្តូរសរីរាង្គ **អត្ថ ប្រយោជន៍នេះ បន្ត នៅទំព័របន្ទា ប់**	$0

សេវាដែលរ៉ាប់រង		អ្វីដែលអ្ន កត្រូវ បង់
	ជួ យលើស្ថា នភាពរ៉ាំរ៉ៃមួ យចំនួ ន (បន្ត) • ភាពស៊ាំចុះខ្សោយនិងជំងឺប្រព័ន្ធភាពស៊ាំ • ស្ថានភាពដែលទាក់ទងនឹងការចុះខ្សោយនៃការចងចាំ • ស្ថានភាពពាក់ព័ន្ធនឹងបញ្ហាការបំពេញមុខងារប្រចាំថ្ងៃ • ស្ថានភាពរ៉ាំរ៉ៃដែលធ្វើឱ្យខូចភ្នែក ការស្តាប់ (ថ្លង់) រសជាតិ ការប៉ះ និងក្លិន។ • ស្ថានភាពដែលត្រូវការសេវាព្យាបាលជាបន្ត ដើម្បីឱ្យបុគ្គលអាចបន្ត ឬរក្សាបាននូវការបំពេញមុខងារប្រចាំថ្ងៃ។ • ភាពមិនប្រក្រតីនៃការប្រើប្រាស់គ្រឿងស្រវឹងរ៉ាំរ៉ៃ និងបញ្ហាប្រើប្រាស់សារធាតុញៀនផ្សេងទៀត (SUD), • ជំងឺប្រព័ន្ធភាពស៊ាំ • ជំងឺមហារីក • ជំងឺសរសៃឈាមបេះដូង • ជំងឺខ្សោយបេះដូងរ៉ាំរ៉ៃ • ជំងឺវង្វេង • ជំងឺឈាមធ្ងន់ធ្ងរ • វីរុសហ៊ីវ/ជំងឺអេដស៍ • ជំងឺសួតរ៉ាំរ៉ៃ • ស្ថានភាពសុខភាពផ្លូវចិត្តរ៉ាំរ៉ៃ និងពិការភាព • ជំងឺសរសៃប្រសាទ • ជំងឺដាច់សរសៃឈាមខួរក្បាល ការឆ្លើយតបពីការវាយតម្លៃហានិភ័យសុខភាពរបស់អ្នក (HRA) និងកំណត់ត្រាវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នកត្រូវបានប្រើដើម្បីជួយកំណត់ថាតើអ្នកមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ដែរឬទេ។ អ្នកក៏អាចស្នើសុំឱ្យវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកដាក់សំណើទៅ L.A. Care ដែលផ្ទៀងផ្ទាត់លក្ខខណ្ឌវេជ្ជសាស្ត្រដែលមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់របស់អ្នក និងលក្ខខណ្ឌវិនិច្ឆ័យសិទ្ធិទទួលបានផ្សេងទៀតសម្រាប់ SSBCI ។ សូមចងចាំថាអត្ថប្រយោជន៍ SSBCI និងលក្ខណសម្បត្តិរបស់អ្នក (នៅពេលត្រូវបានអនុម័ត) បញ្ចប់នៅចុងបញ្ចប់នៃឆ្នាំអត្ថប្រយោជន៍។ មិនមែនគ្រប់គ្នានឹងមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់នោះទេ។ សូមហៅទូរសព្ទទៅសេវាសមាជិកតាមរយៈ 1-833-522-3767 (TTY: 711) សម្រាប់ជំនួយ។	

សេវាដែលរ៉ាប់រង		អ្វីដែលអ្ន កត្រូវ បង់
	ការពិនិត្យរកវីរុសហ៊ីវ យើងបង់ប្រាក់ទូទាត់សម្រាប់ការពិនិត្យរកវីរុសហ៊ីវ រៀងរាល់ 12 ខែម្តង សម្រាប់អ្នកដែល៖ • ស្នើសុំឱ្យធ្វើតេស្តឈាមរកវីរុសហ៊ីវ **ឬ** • ស្ថិតក្នុងស្ថានភាពមានហានិភ័យឆ្លងវីរុសហ៊ីវកាន់តែខ្ពស់។ ប្រសិនបើអ្នកមានផ្ទៃពោះ យើងបង់ប្រាក់ទូទាត់សម្រាប់សេវាពិនិត្យរកវីរុសហ៊ីវ បីដងអំឡុងពេលមានផ្ទៃពោះ។ យើងក៏ទូទាត់ផងដែរសម្រាប់ការពិនិត្យរកវីរុសហ៊ីវ នៅពេលមានការណែនាំដោយអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក។	$0
	ការថែទាំរបស់ទីភ្នាក់ងារសុខភាពតាមផ្ទះ* មុនពេលអ្នកអាចទទួលបានសេវាថែទាំសុខភាពតាមផ្ទះ វេជ្ជបណ្ឌិតម្នាក់ត្រូវប្រាប់យើងថាអ្នកត្រូវការពួកគេ និងពួកគេត្រូវបានផ្តល់ជូនដោយទីភ្នាក់ងារសុខភាពតាមផ្ទះ។ អ្នកត្រូវតែត្រឡប់ទៅផ្ទះវិញ ដែលមានន័យថា ការចាកចេញពីផ្ទះគឺជាការខិតខំប្រឹងប្រែងដ៏សំខាន់។ យើងបង់ប្រាក់ទូទាត់សេវាខាងក្រោម ហើយអាចនឹងទូទាត់សេវាផ្សេងទៀតដែលមិនមានរៀបរាប់នៅទីនេះ៖ • សេវាជំនាញថែទាំព្យាបាលសុខភាពក្រៅម៉ោង ឬតាមរយៈពេល និងជំនួយសុខភាពនៅតាមផ្ទះ (នឹងត្រូវបានរ៉ាប់រងក្រោមអត្ថប្រយោជន៍ថែទាំសុខភាពតាមផ្ទះ សេវាជំនាញថែទាំព្យាបាលសុខភាព និងជំនួយសុខភាពនៅតាមផ្ទះរួមបញ្ចូលគ្នា ត្រូវមានចំនួនម៉ោងសរុបទាំងអស់តិចជាង 8 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ និង 35 ម៉ោងក្នុងមួយសប្តាហ៍។) • ការព្យាបាលដោយចលនា ការព្យាបាលស្តារមុខងារកាយសម្បទា និងការព្យាបាលសម្ដីនិយាយ • សេវាវេជ្ជសាស្ត្រ និងសង្គម • សម្ភារៈនិងបរិក្ខារពេទ្យ • ពិភាក្សាជាមួយអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក និងទទួលបានការបញ្ជូនបន្ត។	

សេវាដែលរ៉ាប់រង		អ្វីដែលអ្ន កត្រូវ បង់
	ការព្យាបាលដោយការបញ្ជូ លថ្នាំតាមផ្ទះ គម្រោងរបស់យើងបង់ប្រាក់សម្រាប់ការព្យាបាលព្យរសេរ៉ូមតាមផ្ទះ ដែលត្រូវ បានឱ្យនិយមន័យថាជាឱសថ ឬសារធាតុជីវសាស្ត្រដែលត្រូវបានដាក់ចូលទៅ ក្នុងសរសៃ ឬដាក់ក្រោមស្បែក និងត្រូវបានផ្តល់ឱ្យអ្នកតាមផ្ទះ។ ខាងក្រោមនេះគឺ ត្រូវការចាំបាច់ដើម្បីធ្វើការបញ្ជូលថ្នាំនៅផ្ទះ៖ • ឱសថ ឬសារធាតុជីវសាស្ត្រ ដូចជាឱសថប្រឆាំងវីរុស ឬក្លូប៊ុយលីននៃ ប្រព័ន្ធភាពស៊ាំ • ឧបករណ៍ដូចជា ប្រដាប់បូម **និង** • សម្ភារៈដូចជាគ្រឿងបំពង់ ឬ បំពង់សុង។ គម្រោងរបស់យើងរ៉ាប់រងសេវាព្យរសេរ៉ូមនៅផ្ទះ ដែលរួមមានជាអាទិ៍៖ • សេវាវិជ្ជាជីវៈ រួមទាំងសេវាថែទាំដោយគិលានុបដ្ឋាកផងដែរ ត្រូវបានផ្តល់ ជូនស្របតាមគម្រោងថែទាំរបស់អ្នក។ • ការបណ្តុះបណ្តាល និងការអប់រំសមាជិក គឺមិនទាន់បានរាប់បញ្ចូលក្នុងអត្ថ ប្រយោជន៍ DME នោះទេ។ • ការត្រួតពិនិត្យពីចម្ងាយ **និង** • សេវាត្រួតពិនិត្យសម្រាប់ការផ្តល់ជូននូវការព្យាបាលដោយការបញ្ជូលថ្នាំ នៅតាមផ្ទះ និងថ្នាំដែលបញ្ជូលនៅតាមផ្ទះបំពាក់បរិក្ខារដោយអ្នកផ្គត់ផ្គង់ សម្ភារៈផ្នែកព្យាបាលដោយបញ្ជូលថ្នាំតាមផ្ទះ ដែលមានលក្ខណសម្បត្តិ គ្រប់គ្រាន់។	$0

សេវាដែលរ៉ាប់រង		អ្វីដែលអ្ន កត្រូវ បង់
	ការថែទាំអ្នកជំងឺជិតស្លាប់ អ្នកមានសិទ្ធិជ្រើសយកមន្ទីរថែទាំអ្នកជំងឺជិតស្លាប់ ប្រសិនបើអ្នកផ្តល់សេវា និងនាយកវេជ្ជសាស្ត្រនៅមន្ទីរថែទាំអ្នកជំងឺជិតស្លាប់របស់អ្នកកំណត់ថា អ្នកមានជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយ។ នេះមានន័យថា អ្នកមានជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយ ហើយត្រូវបានគេរំពឹងថានឹងរស់នៅបានរយៈពេលប្រាំមួយខែ ឬតិចជាងនេះ។ អ្នកអាចទទួលបានការថែទាំពីកម្មវិធីការថែទាំអ្នកជំងឺជិតស្លាប់ណាមួយដែលបានបញ្ជាក់ដោយ Medicare។ គម្រោងរបស់យើងត្រូវតែជួយអ្នកឱ្យស្វែងរកកម្មវិធីថែទាំអ្នកជំងឺជិតស្លាប់ដែលបានបញ្ជាក់ដោយ Medicare រួមទាំងកម្មវិធីដែលយើងជាម្ចាស់ គ្រប់គ្រង ឬមានចំណាប់អារម្មណ៍ផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុ។ វេជ្ជបណ្ឌិតនៅមន្ទីរថែទាំអ្នកជំងឺជិតស្លាប់របស់អ្នក អាចជាអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ ឬអ្នកផ្តល់សេវាក្រៅបណ្តាញ។ សេវាដែលរ៉ាប់រង រួមមាន៖ • ឱសថសម្រាប់ព្យាបាលរោគសញ្ញា និងការឈឺចាប់ • សេវាថែទាំបណ្តោះអាសន្នរយៈពេលខ្លី • សេវាថែទាំនៅផ្ទះ **សម្រាប់ការថែទាំអ្ន កជំងឺជិតស្លា ប់ និងសេវាដែលត្រូ វបានរ៉ាប់រងដោយ Medicare ផ្នែ ក A ឬ Medicare ផ្នែ ក B ដែលទាក់ទងនឹងជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយរបស់អ្ន កនឹងត្រូ វបានចេញវិក្ក យបត្រទៅឱ្យ Medicare៖** • Original Medicare (ជាជាងគម្រោងរបស់យើង) នឹងបង់ប្រាក់ឱ្យអ្នកផ្តល់សេវាមន្ទីរពេទ្យរបស់អ្នកសម្រាប់សេវាមន្ទីរពេទ្យរបស់អ្នក និងសេវាផ្នែក A ឬ B ណាមួយដែលទាក់ទងនឹងជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយរបស់អ្នក។ ខណៈពេលដែលអ្នកស្ថិតនៅក្នុងកម្មវិធីមន្ទីរពេទ្យ អ្នកផ្តល់សេវាមន្ទីរពេទ្យរបស់អ្នកនឹងចេញវិក្កយបត្រ Original Medicare សម្រាប់សេវាដែល Original Medicare ជាអ្នកចំណាយ។ **សម្រាប់សេវាដែលបានធានារ៉ាប់រងដោយគម្រោងរបស់យើង ប៉ុន្តែ មិនទទួ លបានការរ៉ាប់រងដោយ Medicare ផ្នែ ក A ឬ Medicare ផ្នែ ក B៖** • គម្រោងរបស់យើងមិនបានរ៉ាប់រងក្រោម Medicare ផ្នែក A ឬ Medicare ផ្នែក B ទេ។ គម្រោងនឹងរ៉ាប់រងលើសេវានោះ ទោះបីជាវាមាន ឬមិនមានទំនាក់ទំនងជាមួយរោគសញ្ញាជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយរបស់អ្នកក៏ដោយ។ *អ្នកមិនចាំបាច់បង់ប្រាក់ទូទាត់*សម្រាប់សេវាទាំងនេះទេ។ **អត្ថ ប្រយោជន៍នេះ បន្ត នៅទំព័របន្ទា ប់**	

សេវាដែលរ៉ាប់រង		អ្វីដែលអ្ន កត្រូវ បង់
	ការថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយ (ត) **សម្រាប់ឱសថដែលអាចរ៉ាប់រងដោយអត្ថ ប្រយោជន៍ Medicare ផ្នែ ក D របសកម្ម វិធីយើង៖** • ឱសថមិនអាចទទួលបានការរ៉ាប់រងដោយមន្ទីរថែទាំជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយ និងគម្រោងរបស់យើងក្នុងពេលតែមួយបានទេ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមមើល**ជំពូ ក 5** នៃ*សៀភៅណែនាំសមាជិក*នេះ។ **ចំណាំ៖** ប្រសិនបើអ្នកមានជម្ងឺធ្ងន់ធ្ងរ អ្នកអាចមានសិទ្ធិទទួលបានការថែទាំដំណាក់កាលចុងក្រោយ ដែលផ្តល់ការថែទាំអ្នកជំងឺផ្អែកលើក្រុម និងគ្រួសារដើម្បីលើកកម្ពស់គុណភាពជីវិតរបស់អ្នក។ អ្នកអាចទទួលបានការថែទាំដំណាក់កាលចុងក្រោយ ក្នុងពេលដំណាលគ្នាជាមួយនឹងការថែទាំព្យាបាល/ការថែទាំជាទៀងទាត់។ សូមមើលផ្នែកការថែទាំដំណាក់កាលចុងក្រោយ ខាងក្រោមសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។ **ចំណាំ៖** ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការការថែទាំដែលមិនសម្រាប់អ្នកជំងឺជិតស្លាប់ទេ សូមទូរសព្ទទៅកាន់អ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នក និង/ឬផ្នែកសេវាសមាជិក ដើម្បីរៀបចំសេវាទាំងនេះ។ ការថែទាំដែលមិនសម្រាប់អ្នកជំងឺជិតស្លាប់ គឺជាការថែទាំ**មិន**ពាក់ព័ន្ធជាមួយនឹងរោគវិនិច្ឆ័យជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយទេ។ គម្រោងរបស់យើង រ៉ាប់រងលើសេវាពិគ្រោះយោបល់លើការថែទាំអ្នកជំងឺជិតស្លាប់ (តែម្តងគត់) សម្រាប់សមាជិកដែលឈឺធ្ងន់ធ្ងរ ដែលពួកគេមិនបានជ្រើសយកអត្ថប្រយោជន៍នៃការថែទាំអ្នកជំងឺជិតស្លាប់នេះ។	នៅពេលអ្នកស្ថិតនៅក្នុងកម្មវិធីថែទាំអ្នកជំងឺជិតស្លាប់ដែលមានការបញ្ជាក់ពីកម្មវិធី Medicare សេវាថែទាំអ្នកជំងឺជិតស្លាប់របស់អ្នក និងសេវាផ្នែក A និង B របស់អ្នកដែលពាក់ព័ន្ធនឹងរោគសញ្ញាជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយរបស់អ្នក ត្រូវបានបង់ប្រាក់ទូទាត់ដោយ Original Medicare មិនមែនដោយកម្មវិធី L.A. Care Medicare Plus ឡើយ។ អ្នកបង់ប្រាក់ $0 សម្រាប់សេវាពិគ្រោះយោបល់ការថែទាំអ្នកជំងឺជិតស្លាប់ (តែម្តងប៉ុណ្ណោះ)។

សេវាដែលរ៉ាប់រង		អ្វីដែលអ្ន កត្រូវ បង់
	ការចាក់ថ្នាំការពាររោគ យើងបង់ប្រាក់ទូទាត់សម្រាប់សេវាខាងក្រោម៖ • វ៉ាក់សាំងជំងឺហើមសួត • ការចាក់ថ្នាំបង្ការជំងឺគ្រុនផ្តាសាយ/ផ្តាសាយធំ ម្តងរៀងរាល់រដូវផ្តាសាយ/ផ្តាសាយធំនៅ រដូវស្លឹកឈើជ្រុះ និងរដូវរងា ជាមួយនឹងការចាក់ថ្នាំបង្ការជំងឺគ្រុនផ្តាសាយ/ផ្តាសាយធំបន្ថែម ប្រសិនបើចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ។ • ថ្នាំបង្ការជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B ប្រសិនបើអ្នកស្ថិតក្នុងស្ថានភាពមានហានិភ័យខ្ពស់ឬភ្លាមៗនៃការឆ្លងជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B • វ៉ាក់សាំងជំងឺ COVID-19 • ការចាក់ថ្នាំបង្ការ មេរោគវីរុសប៉ាពីឡូម៉ានៅក្នុងខ្លួនមនុស្ស (human papillomavirus, HPV) • វ៉ាក់សាំងផ្សេងៗទៀត បើអ្នកស្ថិតក្នុងស្ថានភាពមានហានិភ័យ ហើយពួកគេសមស្របតាមវិធានច្បាប់ធានារ៉ាប់រងកម្មវិធី Medicare ផ្នែក B យើងបង់ប្រាក់ទូទាត់សម្រាប់វ៉ាក់សាំងផ្សេងៗទៀតដែលបំពេញតាមគោលការណ៍ធានារ៉ាប់រង Medicare ផ្នែក D។ សូមមើល **ជំពូកទី 6** នៃ*សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះ ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែម។	$0

សេវាដែលរ៉ាប់រង		អ្វីដែលអ្ន កត្រូវ បង់
	ការថែទាំអ្នកជំងឺក្នុងមន្ទីរពេទ្យ* យើងទូទាត់ប្រាក់សម្រាប់សេវាខាងក្រោម និងសេវាដែលចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ ផ្សេងទៀតដែលមិនមានរៀបរាប់នៅទីនេះ៖ • បន្ទប់ពាក់កណ្តាលឯកជន (ឬបន្ទប់ឯកជនពេញលេញ បើចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ) • អាហារ រួមទាំងរបបអាហារពិសេស • សេវាមើលថែទាំអ្នកជំងឺជាប្រចាំ • ថ្លៃបង់ប្រាក់ទូទាត់ឱ្យផ្នែកសេវាពិសេស ដូចជា ផ្នែកថែទាំសង្គ្រោះបន្ទាន់ ឬផ្នែកថែទាំសរសៃឈាមបេះដូង • ឱសថនិងថ្នាំព្យាបាល • ការធ្វើតេស្តនៅមន្ទីរពិសោធន៍ • សេវាថតកាំរស្មីអ៊ិច និងសេវាថតឆ្លុះផ្សេងៗទៀត • សម្ភារៈវះកាត់ និងសម្ភារៈពេទ្យដែលចាំបាច់ត្រូវមាន • របស់របរប្រើប្រាស់ដូចជា រទេះជនពិការជាដើម • សេវាការវះកាត់ និងបន្ទប់ថែទាំក្រោយការវះកាត់ • ការព្យាបាលដោយចលនា ការព្យាបាលស្តារសម្បទាវិជ្ជាជីវៈ និងការព្យាបាលសម្ដីនិយាយ • សេវាព្យាបាលការសេពសារធាតុញៀនសម្រាប់អ្នកជំងឺសម្រាកមន្ទីរពេទ្យ • ក្នុងករណីមួយចំនួន ប្រភេទនៃការវះកាត់ប្តូរសរីរាង្គដូចជា៖ កែវភ្នែក តម្រងនោម តម្រងនោម/លំពែង បេះដូង ថ្លើម សួត បេះដូង/សួត ខួរឆ្អឹងកោសិកាដើម និងពោះវៀន/ផ្នែកដទៃៗទៀតក្នុងខ្លួន។ **អត្ថ ប្រយោជន៍នេះ បន្ត នៅទំព័របន្ទា ប់**	$0 អ្នកត្រូវតែទទួលបានការឯកភាពពីគម្រោងរបស់យើងឱ្យទទួលបានសេវាថែទាំអ្នកជំងឺក្នុងមន្ទីរពេទ្យ នៅតាមមន្ទីរពេទ្យក្រៅបណ្តាញ បន្ទាប់ពីការសង្គ្រោះបន្ទាន់របស់អ្នកមានស្ថិរភាព។

សេវាដែលរ៉ាប់រង		អ្វីដែលអ្ន កត្រូវ បង់
	ការថែទាំអ្នកជំងឺក្នុងមន្ទីរពេទ្យ* (ត) បើអ្នកត្រូវការការវះកាត់ប្តូរសរីរាង្គ មជ្ឈមណ្ឌលការវះកាត់ប្តូរសរីរាង្គដែលបានឯកភាពដោយកម្មវិធី Medicare នឹងពិនិត្យករណីរបស់អ្នក និងសម្រេចថាតើអ្នកជាបេក្ខជនសក្តិសមសម្រាប់ការវះកាត់ប្តូរសរីរាង្គដែរឬទេ។ អ្នកផ្តល់សេវាវះកាត់ប្តូរសរីរាង្គ អាចនៅក្នុងមូលដ្ឋាន ឬនៅក្រៅតំបន់សេវារបស់អ្នក។ ប្រសិនបើអ្នកផ្តល់សេវាវះកាត់ប្តូរសរីរាង្គនៅមូលដ្ឋាន ពេញចិត្តទទួលយកអត្រាតម្លៃ Medicare អ្នកអាចទទួលបានសេវាវះកាត់ប្តូរសរីរាង្គរបស់អ្នកនៅតាមមូលដ្ឋាន ឬក្រៅទម្រង់នៃការថែទាំសម្រាប់សហគមន៍របស់អ្នក។ យើងរៀបចំ ឬបង់ថ្លៃស្នាក់នៅ និងថ្លៃធ្វើដំណើរសម្រាប់អ្នក និងមនុស្សម្នាក់ផ្សេងទៀត ប្រសិនបើគម្រោងរបស់យើងផ្តល់ជូនសេវាវះកាត់ប្តូរសរីរាង្គនៅខាងក្រៅទម្រង់នៃការថែទាំសម្រាប់សហគមន៍របស់អ្នក ហើយអ្នកជ្រើសរើសយកការវះកាត់ប្តូរសរីរាង្គនៅទីនោះ។ • ឈាម រួមទាំងការរក្សាទុក និងការគ្រប់គ្រងឈាម • សេវាគ្រូពេទ្យ **ចំណាំ៖** ដើម្បីក្លាយជាអ្នកជំងឺក្នុងមន្ទីរពេទ្យ អ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកត្រូវតែសរសេរវេជ្ជបញ្ជាដើម្បីទទួលយកអ្នកជាផ្លូវការក្នុងនាមជាអ្នកជំងឺនៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យ។ ទោះបីជាអ្នកស្នាក់នៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យមួយយប់ក៏ដោយ អ្នកនៅតែអាចចាត់ទុកថាជា "អ្នកជំងឺមិនសម្រាកពេទ្យ។" ប្រសិនបើអ្នកមិនច្បាស់ថាអ្នកជាអ្នកជំងឺសម្រាកពេទ្យ ឬអ្នកជំងឺមិនសម្រាកពេទ្យ នោះសូមសាកសួរបុគ្គលិកមន្ទីរពេទ្យ។ ទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែមនៅក្នុងសន្លឹកព័ត៌មាន Medicare អំពី*អត្ថប្រយោជន៍មន្ទីរពេទ្យ Medicare* ។ ព្រឹត្តិបត្រព័ត៌មាននេះអាចរកបានតាមរយៈ Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf ឬដោយហៅទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)។ អ្នកប្រើ TTY ហៅលេខ 1-877-486-2048។	
	សេវាអ្នកជំងឺសម្រាកពេទ្យផ្នែកវិកលចរិត យើងបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាថែទាំសុខភាពផ្លូវចិត្តដែលត្រូវឱ្យមានការសម្រាកពេទ្យ។ • ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការសេវាអ្នកជំងឺសម្រាកពេទ្យនៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យវិកលចរិតដាច់ដោយឡែកមួយ យើងបង់ប្រាក់ទូទាត់សម្រាប់រយៈពេល 190 ថ្ងៃដំបូង។ បន្ទាប់មក ទីភ្នាក់ងារសុខភាពផ្លូវចិត្តខោនធីមូលដ្ឋានបង់ប្រាក់ទូទាត់សេវាជំងឺវិកលចរិតដែលមានភាពចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រសម្រាប់អ្នកជំងឺក្នុងមន្ទីរពេទ្យ។ ការអនុញ្ញាតសម្រាប់ការថែទាំលើសពី 190 ថ្ងៃត្រូវបានសម្របសម្រួលដោយទីភ្នាក់ងារសុខភាពផ្លូវចិត្តខោនធីមូលដ្ឋាន។ ◦ ដែនកំណត់ 190 ថ្ងៃ **មិនត្រូវបាន**អនុវត្ត ចំពោះសេវាសុខភាពផ្លូវចិត្ត របស់អ្ន កជំងឺក្នុងមន្ទីរពេទ្យ ដែលបានផ្ត ល់ជូនក្នុងផ្នែ កវិកលចរិតនៃមន្ទីរពេទ្យទូទៅនោះទេ។ • ប្រសិនបើអ្នកមានអាយុ 65 ឆ្នាំឬលើសពីនេះ យើងបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាដែលអ្នកទទួលបាននៅវិទ្យាស្ថានជំងឺផ្លូវចិត្ត (Institute for Mental Diseases, IMD)។	$0

សេវាដែលរ៉ាប់រង		អ្វីដែលអ្ន កត្រូវ បង់
	ការស្នាក់នៅរបស់អ្នកជំងឺសម្រាកពេទ្យ៖ សេវាដែលបានរ៉ាប់រងនៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យ ឬការថែទាំព្យាបាលនៅមន្ទីរថែទាំដោយគិលានុប្បដ្ឋាកជំនាញ (SNF) ក្នុងអំឡុងពេលស្នាក់នៅរបស់អ្នកជំងឺសម្រាកពេទ្យដែលមិនត្រូវបានរ៉ាប់រង យើងមិនបង់ប្រាក់សម្រាប់ការស្នាក់នៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យរបស់អ្នកទេ ប្រសិនបើអ្នកបានប្រើប្រាស់អត្ថប្រយោជន៍អ្នកជំងឺសម្រាកនៅមន្ទីរពេទ្យរបស់អ្នកទាំងអស់ ឬប្រសិនបើការស្នាក់នៅមិនសមហេតុផល និងចាំបាច់ខាងវេជ្ជសាស្ត្រ។ ទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយ នៅក្នុងស្ថានភាពជាក់លាក់ដែលការថែទាំអ្នកជំងឺក្នុងមន្ទីរពេទ្យមិនត្រូវបានរ៉ាប់រងដោយគម្រោងយើងទេ យើងអាចបង់ទូទាត់សម្រាប់សេវាដែលអ្នកទទួលបានខណៈពេលដែលអ្នកនៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យ ឬមណ្ឌលថែទាំ។ ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែម សូមទាក់ទងមក សេវាសមាជិក។ យើងបង់ប្រាក់ទូទាត់សេវាខាងក្រោម ហើយអាចនឹងទូទាត់សេវាផ្សេងទៀតដែលមិនមានរៀបរាប់នៅទីនេះ៖ • សេវាវេជ្ជបណ្ឌិត • ការធ្វើតេស្តរកមេរោគ ដូចជាការធ្វើតេស្តនៅក្នុងមន្ទីរពិសោធន៍ • ការព្យាបាលដោយការថតកាំរស្មីអ៊ុច រ៉ាដ្យូម និងអ៊ីសូថូប បូករួមទាំងសម្ភារៈ និងគ្រឿងផ្គត់ផ្គង់របស់អ្នកបច្ចេកទេសផងដែរ • សម្លៀកបំពាក់សម្រាប់ការរុះកាត់ • ប្រដាប់រណបឆ្អឹង រណបរុំទប់ឆ្អឹងបាក់ និងសម្ភារៈផ្សេងៗទៀតដែលត្រូវបានប្រើប្រាស់សម្រាប់ឆ្អឹងប្រេះ និងភ្លាត់ • គ្រឿងសិប្បនិម្មិតនិងរណបអវយវៈ ក្រៅពីផ្នែកទន្តសាស្ត្រ រួមមានការជំនួស ឬការជួសជុលឧបករណ៍ទាំងនេះ។ ទាំងនេះគឺជាឧបករណ៍ដែលជំនួសផ្នែកទាំងអស់ ឬមួយផ្នែកនៃ៖ ◦ សរីរាង្គ កាយផ្នែ កខាងក្នុង (រួមមានជាលិកាជាប់គ្នា) **ឬ** ◦ មុខងារសរីរាង្គ កាយខាងក្នុងដែលអសកម្ម ឬមានមុខងារខុសប្រក្រតី។ • ប្រដាប់ទ្រជើង ដៃ ខ្នង និងក ប្រដាប់ទប់ និងជើងសិប្បនិម្មិត ដៃ ហើយនិងភ្នែក។ ទាំងនេះរួមមានការតម្រង់ ការជួសជុល និងការប្តូរជំនួសដែលចាំបាច់ដោយសារតែការបែកបាក់ សឹករេចរឹល ការបាត់បង់ ឬការផ្លាស់ប្តូរនៅក្នុងស្ថានភាពណាមួយរបស់អ្នក • ការព្យាបាលដោយចលនា និងការព្យាបាលសម្តីនិយាយ និងការព្យាបាលស្តារមុខងារកាយសម្បទា	$0

សេវាដែលរ៉ាប់រង		អ្វីដែលអ្ន កត្រូវ បង់
	សេវាព្យាបាលជំងឺក្រលៀន និងសម្ភារៈ* យើងបង់ប្រាក់ទូទាត់សម្រាប់សេវាខាងក្រោម៖ • សេវាអប់រំអំពីជំងឺក្រលៀន ដើម្បីបង្រៀនអំពីរបៀបថែទាំក្រលៀន និងជួយអ្នកធ្វើសេចក្តីសម្រេចចិត្តដ៏ល្អអំពីការថែទាំរបស់អ្នក។ លោកអ្នកត្រូវតែមានជម្ងឺក្រលៀនរ៉ាំរ៉ៃកម្រិតទី IV ហើយវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់លោកអ្នកត្រូវតែបញ្ជូនអ្នក។ យើងរ៉ាប់រងរហូតដល់ប្រាំមួយវគ្គនៃសេវាអប់រំអំពីជម្ងឺក្រលៀន។ • ការព្យាបាលលាងឈាមអ្នកជំងឺមិនសម្រាកពេទ្យមន្ទីរពេទ្យ រួមមានការព្យាបាលលាងឈាមនៅពេលស្ថិតនៅក្រៅតំបន់សេវាជាបណ្តោះអាសន្ន ដូចបានពន្យល់នៅក្នុង**ជំពូក 3** នៃ*សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះ ឬនៅពេលដែលអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកសម្រាប់សេវានេះមិនមានផ្តល់ជូនជាបណ្តោះអាសន្ន ឬមិនអាចប្រើប្រាស់បាន។ • សេវាលាងឈាមអ្នកជំងឺក្នុងមន្ទីរពេទ្យ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវបានដាក់ឱ្យព្យាបាល ជាអ្នកជំងឺសម្រាកនៅពេទ្យសម្រាប់សេវាថែទាំពិសេស • កម្មវិធីបណ្តុះបណ្តាលអំពីវិធីលាងឈាមដោយខ្លួនឯង រួមមានកម្មវិធីបណ្តុះបណ្តាលសម្រាប់អ្នក និងអ្នកដែលជួយអ្នក ក្នុងការព្យាបាលការលាងឈាមនៅផ្ទះរបស់អ្នក • បរិក្ខារនិងសម្ភារៈលាងឈាមនៅផ្ទះ • សេវាគាំទ្រតាមផ្ទះជាក់លាក់ ដូចជា ការជួបពិគ្រោះចាំបាច់ដោយបុគ្គលិកមានការហ្វឹកហ្វឺនផ្នែកលាងឈាម ដើម្បីពិនិត្យការលាងឈាមនៅផ្ទះរបស់អ្នក ដើម្បីជួយក្នុងករណីមានអាសន្ន និងដើម្បីពិនិត្យឧបករណ៍លាងឈាមរបស់អ្នក និងការផ្គត់ផ្គង់ទឹក។ Medicare ផ្នែក B ធ្វើការបង់ថ្លៃឱសថមួយចំនួនសម្រាប់ការលាងឈាម។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមមើល “ឱសថ Medicare ផ្នែក B ” នៅក្នុងតារាងនេះ។	$0

សេវាដែលរ៉ាប់រង		អ្វីដែលអ្ន កត្រូវ បង់
	ការពិនិត្យរកមើលមហារីកសួតដោយប្រើម៉ាស៊ីន CT កម្រិតដូសទាប (LDCT) គម្រោងរបស់យើងទូទាត់សម្រាប់ការពិនិត្យជំងឺមហារីកសួតជារៀងរាល់ 12 ខែ ប្រសិនបើអ្នក៖ • មានអាយុ 50-77 ឆ្នាំ**និង** • មានការជួបពិគ្រោះយោបល់ និងចូលរួមធ្វើការសម្រេចចិត្តរួមគ្នាជាមួយវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក ឬ អ្នកផ្តល់សេវាមានលក្ខណសម្បត្តិផ្សេងទៀត **និង** • បានជក់បារីយ៉ាងហោចណាស់ 1 កញ្ចប់ក្នុងមួយថ្ងៃ អស់រយៈពេល 20 ឆ្នាំ ដោយគ្មានសញ្ញាឬរោគសញ្ញានៃជំងឺមហារីកសួត ឬនៅជក់បារីក្នុងពេលបច្ចុប្បន្ននេះ ឬបានឈប់នៅក្នុងរយៈពេល 15 ឆ្នាំចុងក្រោយ បន្ទាប់ពីការពិនិត្យជាលើកដំបូង គម្រោងរបស់យើងត្រូវបង់ប្រាក់សម្រាប់ការពិនិត្យមួយផ្សេងទៀតជារៀងរាល់ឆ្នាំដោយមានវេជ្ជបញ្ជាជាលាយលក្ខណ៍អក្សរពីវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក ឬអ្នកផ្តល់សេវាដែលមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់។ ប្រសិនបើអ្នកផ្តល់សេវាជ្រើសរើសផ្តល់ការប្រឹក្សាលើការពិនិត្យមហារីកសួត និងការទៅជួបធ្វើការសម្រេចចិត្តរួមគ្នាសម្រាប់ការពិនិត្យរកមើលមហារីកសួត នោះការទៅជួបពិគ្រោះត្រូវតែបំពេញតាមលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យ Medicare សម្រាប់ការមកជួបបែបនេះ។	$0

សេវាដែលរ៉ាប់រង		អ្វីដែលអ្ន កត្រូវ បង់
	អត្ថប្រយោជន៍អាហារ កម្មវិធី L.A. Care's Meals As Medicine ជួយសមាជិករៀនអំពីអាហារសុខភាព និងទម្លាប់នៃការញ៉ាំដែលល្អសម្រាប់សុខភាព។ កម្មវិធីនេះក៏ផ្តល់អាហារដល់ផ្ទះ ឬអាហារសុខភាពដែលអាចរៀបចំនៅផ្ទះបាន។ នៅពេលអ្នកចូលរួម អ្នកនឹងទទួលបាន៖ • អាហារសុខភាព តម្រូវតាមតម្រូវការសុខភាពរបស់អ្នក។ • អាហារត្រូវបានដឹកជញ្ជូនទៅទៅផ្ទះរបស់អ្នក។ • អាហារយ៉ាងហោចណាស់ 2 ពេលក្នុងមួយថ្ងៃ ឬអាហារ 1 ប្រអប់ សម្រាប់រយៈពេល 12 សប្តាហ៍ ដោយផ្អែកលើតម្រូវការ និងគោលដៅសុខភាពរបស់អ្នក។ • ដល់ពេលជួបជាមួយអ្នកជំនាញអាហារូបត្ថម្ភ ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពីអាហារដែលល្អសម្រាប់សុខភាពហើយ។ ដើម្បីចូលរួមក្នុងកម្មវិធី អ្នកត្រូវតែមានស្ថានភាពសុខភាពដែលអាចជួយបានដោយរបបអាហារពិសេស។ នេះអាចរួមបញ្ចូលជំងឺទឹកនោមផ្អែម ជំងឺតម្រងនោម សម្ពាធឈាមខ្ពស់ ឬលក្ខខណ្ឌផ្សេងទៀតនៃបេះដូង។ អ្នកឯកទេសខាងចំណីអាហារដែលបានចុះបញ្ជី L.A. Care នឹងសួរអ្នកនូវសំណួរមួយចំនួន ដើម្បីមើលថាតើកម្មវិធីនេះស័ក្តិសមនឹងអ្នកដែរឬទេ។ ក្នុងអំឡុងពេលនៃកម្មវិធី អ្នកត្រូវតែអាចទទួលបានការដឹកជញ្ជូនអាហារដល់ផ្ទះជារៀងរាល់សប្តាហ៍។ អ្នកក៏នឹងត្រូវរក្សាទុក និងរៀបចំអាហារឱ្យបានត្រឹមត្រូវផងដែរ។ ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែម សូមហៅទូរសព្ទទៅកម្មវិធី Meals As Medicine តាមរយៈលេខ (855) 856-6943។	$0
	ការព្យាបាលដោយអាហារូបត្ថម្ភវេជ្ជសាស្ត្រ អត្ថប្រយោជន៍នេះ មានសម្រាប់អ្នកជំងឺទឹកនោមផ្អែម ឬជំងឺក្រលៀន ដោយមិនមានការលាងឈាម។ វាក៏សម្រាប់ក្រោយពេលប្តូរក្រលៀន នៅពេលបានបញ្ជូនបន្តដោយវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក។ យើងបង់ប្រាក់ទូទាត់សម្រាប់សេវាពិគ្រោះយោបល់មួយទល់នឹងមួយផ្ទាល់រយៈពេលបីម៉ោង អំឡុងឆ្នាំដំបូងដែលអ្នកទទួលបានសេវាព្យាបាលដោយអាហារូបត្ថម្ភតាមបែបវេជ្ជសាស្ត្រក្នុងកម្មវិធី Medicare ។ យើងអាចយល់ព្រមលើសេវាបន្ថែម ប្រសិនបើចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ។ យើងខ្ញុំនឹងបង់ប្រាក់ទូទាត់សម្រាប់សេវាពិគ្រោះយោបល់មួយទល់នឹងមួយរយៈពេលបីម៉ោងក្នុងឆ្នាំនីមួយបន្ទាប់ពីនោះ។ បើស្ថានភាព ការព្យាបាល ឬការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យរបស់លោកអ្នកមានការប្រែប្រួល អ្នកប្រហែលជាអាចទទួលបានការព្យាបាលដោយបន្ថែមម៉ោងជាមួយការបញ្ជូនរបស់វេជ្ជបណ្ឌិត។ វេជ្ជបណ្ឌិតត្រូវតែចេញវេជ្ជបញ្ជាសម្រាប់សេវាទាំងនេះនិងចេញការបញ្ជូនបន្តជាថ្មីក្នុងឆ្នាំនីមួយៗ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការព្យាបាលនៅឆ្នាំប្រតិទិនបន្ទាប់។ យើងអាចនឹងឯកភាពលើសេវាបន្ថែមទៀត ប្រសិនបើចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ។	$0

សេវាដែលរ៉ាប់រង		អ្វីដែលអ្ន កត្រូវ បង់
	កម្មវិធីការពារជំងឺទឹកនោមផ្អែម Medicare (MDPP) គម្រោងរបស់យើងបង់សម្រាប់សេវា (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP) សម្រាប់អ្នកដែលមានសិទ្ធិចូលរួម។ MDPP ត្រូវបានបង្កើតឡើងដើម្បីជួយអ្នកបង្កើនរបៀបរស់នៅដែលល្អសម្រាប់សុខភាព។ វាផ្តល់នូវការបណ្តុះបណ្តាជាក់ស្តែងនៅក្នុង៖ • ការផ្លាស់ប្តូររបបអាហាររយៈពេលវែង **និង** • បង្កើនភាពសកម្មនៃរាងកាយ **និង** • វិធីដើម្បីរក្សាការសម្រកទម្ងន់ និងរបៀបរស់នៅដែលមានសុខភាពល្អ។	$0

សេវាដែលរ៉ាប់រង		អ្វីដែលអ្ន កត្រូវ បង់
	ឱសថ Medicare ផ្នែក B * ឱសថទាំងនេះត្រូវបានរ៉ាប់រងក្រោមផ្នែក B នៃកម្មវិធី Medicare។ គម្រោងរបស់យើងបង់ថ្លៃឱសថដូចខាងក្រោម៖ • ឱសថដែលអ្នក ជាធម្មតា មិនផ្តល់ដោយខ្លួនឯងទេ និងត្រូវបានចាក់ ឬ បញ្ចូល ក្នុងពេលដែលអ្នកទទួលបានសេវាគ្រូពេទ្យ សេវាអ្នកជំងឺមិនសម្រាកពេទ្យ ឬសេវាមជ្ឈមណ្ឌលវះកាត់ • អាំងស៊ុយលីន បំពាក់ដោយគ្រឿងបរិក្ខារពេទ្យដែលប្រើប្រាស់បានយូរ (ដូចជាប្រដាប់បូមអាំងស៊ុយលីនដែលចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ) • ឱសថដែលអ្នកកំពុងប្រើ ដោយប្រើប្រាស់បរិក្ខារពេទ្យប្រើជាប់បានយូរ (ដូចជាម៉ាស៊ីនឆ្នុងជាដើម) ដែលគម្រោងរបស់យើងអនុញ្ញាត • ឱសថ Leqembi® (ឈ្មោះទូទៅ៖ lecanemab) ដែលគឺជាឱសថសម្រាប់ជំងឺអាល់ហ្សៃមឺរដែលត្រូវបានផ្តល់ឱ្យតាមរយៈការចាក់តាមសរសៃ (IV)។ • កត្តាកំណកឈាមដែលអ្នកផ្តល់ឱ្យខ្លួនឯងដោយការចាក់ថ្នាំប្រសិនបើអ្នកមានជំងឺឈាមក្រកក • ឱសថប្តូរសរីរាង្គ/ទប់នឹងការឆ្លើយតបនៃប្រព័ន្ធភាពស៊ាំ៖ Medicare រ៉ាប់រងលើការព្យាបាលដោយឱសថប្តូរសរីរាង្គ ប្រសិនបើ Medicare បង់ថ្លៃសម្រាប់ការប្តូរសរីរាង្គរបស់អ្នក។ អ្នកត្រូវតែមានផ្នែក A នៅពេលនៃការប្តូរសរីរាង្គដែលរ៉ាប់រង ហើយអ្នកត្រូវតែមានផ្នែក B នៅពេលដែលអ្នកទទួលបានឱសថទប់នឹងការឆ្លើយតបនៃប្រព័ន្ធភាពស៊ាំ។ Medicare ផ្នែក D រ៉ាប់រងលើឱសថទប់នឹងការឆ្លើយតបនៃប្រព័ន្ធភាពស៊ាំ ប្រសិនបើផ្នែក B មិនរ៉ាប់រងឱសថទាំងនោះទេ។ • ឱសថព្យាបាលជំងឺពុកឆ្អឹង ដែលត្រូវបានចាក់បញ្ចូល។ យើងទូទាត់ឱសថទាំងនេះ ប្រសិនបើអ្នកនៅផ្ទះ មានការបាក់ឆ្អឹងដែលវេជ្ជបណ្ឌិតបញ្ជាក់ថាវាទាក់ទងទៅនឹងជំងឺពុកឆ្អឹងក្រោយពេលអស់រដូវ និងមិនអាចចាក់ថ្នាំដោយខ្លួនឯងបាន។ • អង់ទីហ្សែនមួយចំនួន៖ Medicare រ៉ាប់រងទៅលើអង់ទីហ្សែន ប្រសិនបើវេជ្ជបណ្ឌិតរៀបចំពួកវា ហើយអ្នកដែលត្រូវបានណែនាំត្រឹមត្រូវ (ដែលអាចជាអ្នក អ្នកជំងឺ) ផ្តល់ឱ្យពួកវានៅក្រោមការត្រួតពិនិត្យសមស្រប។ **អត្ថ ប្រយោជន៍នេះ បន្ត នៅទំព័របន្ទា ប់**	$0

សេវាដែលរ៉ាប់រង		អ្វីដែលអ្ន កត្រូវ បង់
	ឱសថ Medicare ផ្នែក B (ត) • ឱសថប្រឆាំងមហារីកពិសាតាមមាត់មួយចំនួន៖ Medicare រ៉ាប់រងទៅលើឱសថមហារីកមាត់មួយចំនួនដែលអ្នកពិសាតាមមាត់ ប្រសិនបើឱសថដូចគ្នាមានក្នុងទម្រង់ចាក់ ឬឱសថនោះជាឱសថអសកម្ម (ទម្រង់ឱសថពិសាតាមមាត់ដែលនៅពេលពិសាចូល វាបំបែកទៅជាសារធាតុសកម្មដូចគ្នាដែលរកឃើញក្នុងឱសថចាក់)។ នៅពេលដែលថ្នាំមហារីកបែបពិសាតាមមាត់ថ្មីមាន នោះផ្នែក B អាចនឹងរ៉ាប់រងពួកវា។ ប្រសិនបើផ្នែក B មិនរ៉ាប់រងពួកវាទេ ផ្នែក D នឹងរ៉ាប់រង។ • ថ្នាំប្រឆាំងនឹងការក្អួតចង្អោរបែបពិសាតាមមាត់៖ Medicare រ៉ាប់រងទៅលើថ្នាំប្រឆាំងនឹងការក្អួតចង្អោរពិសាតាមមាត់ដែលអ្នកប្រើជាផ្នែកនៃវិធីព្យាបាលដោយប្រើគីមីប្រឆាំងជំងឺមហារីក ប្រសិនបើពួកវាត្រូវបានផ្តល់ឱ្យមុន នៅពេលឬក្នុងរយៈពេល 48 ម៉ោងនៃការព្យាបាលដោយប្រើគីមី ឬត្រូវបានគេប្រើជាការជំនួសការព្យាបាលពេញលេញសម្រាប់ការចាក់បញ្ចូលថ្នាំប្រឆាំងនឹងការក្អួតចង្អោរតាមសរសៃ។ • ឱសថមួយចំនួនដែលមានជំងឺតម្រងនោមដំណាក់កាលចុងក្រោយ (End-stage renal disease, ESRD) ដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងក្រោម Medicare ផ្នែក B • ឱសថ calcimimetic និងឱសថកាត់បន្ថយហ្វូស្វាតនៅក្នុងខ្លួន ដែលស្ថិតក្រោមប្រព័ន្ធទូទាត់ដំណាក់កាលបញ្ចប់នៃជំងឺតម្រងម៉ូត្រ (End Stage Renal Disease, ESRD) រួមទាំងឱសថចាក់តាមសរសៃវ៉ែន Parsabiv® និងឱសថពិសាតាមមាត់ Sensipar។ • ថ្នាំមួយចំនួនសម្រាប់ការលាងឈាមតាមផ្ទះ រួមទាំងថ្នាំ heparin ថ្នាំបន្សាប heparin (នៅពេលចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ) និងថ្នាំស្ពឹកប្រើលើស្បែក។ • ភ្នាក់ងាររំញោច erythropoiesis៖ Medicare រ៉ាប់រងទៅលើថ្នាំដែលជាភ្នាក់ងាររំញោច erythropoietin ដោយការចាក់ ប្រសិនបើអ្នកមាន ESRD ឬអ្នកត្រូវការថ្នាំនេះដើម្បីព្យាបាលកង្វះឈាមក្រហម ដែលទាក់ទងនឹងលក្ខខណ្ឌមួយចំនួនផ្សេងទៀត។ • គ្លូប៊ុយលីនប្រព័ន្ធភាពស៊ាំ IV សម្រាប់ការព្យាបាលនៅផ្ទះលើជំងឺខ្វះភាពស៊ាំបឋម • ការផ្តល់អាហារូបត្ថម្ភដែលចាក់តាមសរសៃ និងបញ្ចូលតាមបំពង់ (IV និងតាមបំពង់) តំណភ្ជាប់ខាងក្រោម នាំអ្នកទៅបញ្ជីឱសថ Medicare ផ្នែក B ដែលអាចស្ថិតនៅក្រោមការព្យាបាលតាមដំណាក់កាល៖ medicare.lacare.org។ យើងក៏រ៉ាប់រងទៅលើវ៉ាក់សាំងមួយចំនួននៅក្រោម Medicare ផ្នែក B របស់យើង និងវ៉ាក់សាំងមនុស្សពេញវ័យភាគច្រើន នៅក្រោមអត្ថប្រយោជន៍ឱសថ Medicare ផ្នែក D របស់យើងផងដែរ។ **ជំពូកទី 5** នៃ*សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះ ពន្យល់អំពីអត្ថប្រយោជន៍នៃឱសថរបស់យើង។ វាពន្យល់ពីវិធានដែលអ្នកត្រូវអនុវត្តតាម ដើម្បីឱ្យមានការរ៉ាប់រងលើវេជ្ជបញ្ជា។ **ជំពូកទី 6** នៃ*សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះ ពន្យល់អំពីអ្វីដែលអ្នកត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថរបស់អ្នកតាមរយៈគម្រោងរបស់យើង។	

សេវាដែលរ៉ាប់រង		អ្វីដែលអ្ន កត្រូវ បង់
	សេវាថែទាំនៅមណ្ឌលថែទាំ* មន្ទីរគិលានុបដ្ឋាកម្ម (Nursing Facility, NF) គឺជាកន្លែងផ្តល់សេវាថែទាំសម្រាប់មនុស្សដែលមិនអាចទទួលបានការថែទាំនៅផ្ទះ ប៉ុន្តែ មិនចាំបាច់សម្រាកនៅមន្ទីរពេទ្យទេ។ សេវាដែលយើងទូទាត់ រួមមានជាអាទិ៍ដូចខាងក្រោម៖ • បន្ទប់ពាក់កណ្តាលឯកជន (ឬបន្ទប់ឯកជនពេញលេញ បើចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ) • អាហារ រួមទាំងរបបអាហារពិសេស • សេវាមើលថែទាំអ្នកជំងឺ • ការព្យាបាលដោយចលនា ការព្យាបាលស្តារមុខងារកាយសម្បទា និងការព្យាបាលសម្តីនិយាយ • វិធីព្យាបាលប្រព័ន្ធដង្ហើម • ឱសថដែលត្រូវបានផ្តល់ឱ្យអ្នកជាផ្នែកមួយនៃគម្រោងថែទាំរបស់អ្នក។ (នេះបូករួមទាំងសារធាតុដែលមានវត្តមានតាមធម្មជាតិនៅក្នុងខ្លួន ដូចជា កត្តាបណ្តាលឱ្យឈាមកកជាដើម។) • ឈាម រួមទាំងការរក្សាទុក និងការគ្រប់គ្រងឈាម • គ្រឿងផ្គត់ផ្គង់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ និងការរះកាត់ដែលធម្មតាត្រូវបានផ្តល់ដោយមន្ទីរគិលានុបដ្ឋាកម្ម **អត្ថ ប្រយោជន៍នេះ បន្ត នៅទំព័របន្ទា ប់**	$0

សេវាដែលរ៉ាប់រង		អ្វីដែលអ្ន កត្រូវ បង់
	សេវាថែទាំនៅមណ្ឌលថែទាំ* (ត) • ការធ្វើតេស្តមន្ទីរពិសោធន៍ ជាធម្មតា ត្រូវបានផ្តល់ដោយមន្ទីរគិលានុបដ្ឋាកម្ម • សេវាថតកាំរស្មីអ៊ិច និងសេវាថតឆ្លុះផ្សេងៗទៀត ជាធម្មតា ត្រូវបានផ្តល់ជូនដោយ មន្ទីរគិលានុបដ្ឋាក • ការប្រើប្រាស់របស់របរ ដូចជា រទេះអ្នកពិការ ជាធម្មតា ត្រូវបានផ្តល់ជូនដោយមន្ទីរគិលានុបដ្ឋាកម្ម • សេវាគ្រូពេទ្យ/អ្នកប្រកបវិជ្ជាជីវៈពេទ្យ • បរិក្ខារពេទ្យប្រើជាប់បានយូរ • សេវាទន្តពេទ្យ រួមមានសេវាធ្មេញដាក់ជំនួស • អត្ថប្រយោជន៍ផ្នែកចក្ខុ • សេវាពិនិត្យត្រចៀក • ការថែទាំចាប់សរសៃ • សេវាព្យាបាលប្រអប់ជើង ជាទូទៅ អ្នកទទួលបានការថែទាំពីមណ្ឌលថែទាំក្នុងបណ្តាញ។ ទោះជាយ៉ាងណាអ្នកប្រហែលជាអាចទទួលបានសេវាថែទាំរបស់អ្នក ពីមណ្ឌលដែលមិននៅក្នុងបណ្តាញរបស់យើង។ អ្នកអាចទទួលបានសេវាថែទាំពីកន្លែងខាងក្រោម បើលោកអ្នកព្រមទទួលចំនួនទឹកប្រាក់របស់គម្រោងសម្រាប់ការទូទាត់: • មន្ទីរគិលានុបដ្ឋាកម្ម ឬសហគមន៍អ្នកចូលនិវត្តន៍ផ្តល់សេវាថែទាំបន្តដែលជាទីកន្លែងរស់នៅរបស់អ្នកមុនពេលអ្នកទៅមន្ទីរពេទ្យ (ដរាបណាវាផ្តល់ឱ្យនូវការថែទាំតាមមន្ទីរគិលានុបដ្ឋាកម្ម)។ • មន្ទីរគិលានុបដ្ឋាកម្មដែលសហព័ទ្ធឬដៃគូអនីតិសង្វាស់របស់អ្នកកំពុងរស់នៅ ក្នុងពេលដែលអ្នកចាកចេញពីមន្ទីរពេទ្យ។ ពិភាក្សាជាមួយអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក និងទទួលយកការបញ្ជូនបន្ត។	
	ការពិនិត្យជំងឺធាត់ជ្រុល និងការព្យាបាលដោយចលនា ដើម្បីបញ្ចុះទម្ងន់ ប្រសិនបើអ្នកមានសន្ទស្សន៍ទំហំខ្លួនសរុបចាប់ពី 30 ឡើងទៅ យើងបង់ប្រាក់សម្រាប់ការពិគ្រោះយោបល់ដើម្បីជួយអ្នកក្នុងការសម្រកទម្ងន់។ អ្នកត្រូវទទួលបានការពិគ្រោះយោបល់នៅក្នុងទីន្លែងថែទាំបឋម។ តាមវិធីនោះ វាអាចត្រូវបានគ្រប់គ្រងដោយគម្រោងបង្ការពេញលេញរបស់អ្នក។ ពិភាក្សាជាមួយក្រុមអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំបឋមរបស់អ្នក ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែម។	$0

សេវាដែលរ៉ាប់រង		អ្វីដែលអ្ន កត្រូវ បង់
	សេវាវិធីព្យាបាលការញៀនអាភៀន (OTP)* គម្រោងរបស់យើងនឹងបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាដូចខាងក្រោម ដើម្បីព្យាបាលជំងឺញៀនអាភៀន (opioid use disorder, OUD) តាមរយៈកម្មវិធីព្យាបាលការញៀនអាភៀន (Opioid Treatment Program, OTP) ដែលរួមបញ្ចូលសេវាដូចខាងក្រោម៖ • សកម្មភាពលេបថ្នាំ • ការវាយតម្លៃតាមដំណាក់កាល • ឱសថព្យាបាលដែលត្រូវបានយល់ព្រមដោយរដ្ឋបាលចំណីអាហារនិងឱសថ (Food and Drug Administration, FDA) និងការគ្រប់គ្រងនិងការផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវឱសថទាំងនេះ ប្រសិនបើអាចធ្វើបាន។ • ការប្រឹក្សាយោបល់ការសេពសារធាតុញៀន • ការព្យាបាលជាលក្ខណៈបុគ្គល និងក្រុម • ការធ្វើតេស្តរកថ្នាំ ឬសារធាតុគីមីនៅក្នុងខ្លួនរបស់អ្នក (ការធ្វើតេស្តជាតិគីមី)	*$0*
	ការធ្វើតេស្តរករោគវិនិច្ឆ័យសម្រាប់អ្នកជំងឺមិនសម្រាកពេទ្យមន្ទីរពេទ្យ និងសេវា ព្រមទាំងគ្រឿងផ្គត់ផ្គង់សម្រាប់ការព្យាបាល* យើងទូទាត់ប្រាក់សម្រាប់សេវាខាងក្រោម និងសេវាដែលចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រផ្សេងទៀតដែលមិនមានរៀបរាប់នៅទីនេះ៖ • អ៊ិក្សរេ • ការព្យាបាលដោយកម្មរស្មីវិទ្យុ (រ៉ាដ្យូម និងអ៊ីសូថូប) បូករួមទាំងសម្ភារៈ និងគ្រឿងផ្គត់ផ្គង់របស់អ្នកបច្ចេកទេសផងដែរ • គ្រឿងផ្គត់ផ្គង់ផ្នែកវះកាត់ ដូចជាគ្រឿងប៉ង់ស៊ីម៉ង់ជាដើម • ប្រដាប់រណបឆ្អឹង រណបអុំទប់ឆ្អឹងបាក់ និងសម្ភារៈផ្សេងៗទៀតដែលត្រូវបានប្រើប្រាស់សម្រាប់ឆ្អឹងប្រេះ និងភ្លាត់ • ការធ្វើតេស្តនៅមន្ទីរពិសោធន៍ • ឈាម រួមទាំងការរក្សាទុក និងការគ្រប់គ្រងឈាម • ការធ្វើតេស្តដែលមិនមែនជាមន្ទីរពិសោធន៍ដូចជា ការស្កេន CT (Computed Tomography, CT) ថតរូបភាពម៉ាញេទិច (Magnetic resonance imaging, MRI) karពិនិត្យចង្វាក់បេះដូង (electrocardiogram, EKG) និងការស្កេនការពិនិត្យជំងឺដោយវិទ្យុសកម្ម (Positron Emission Tomography, PET) នៅពេលគ្រូពេទ្យរបស់អ្នក ឬអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពផ្សេងទៀតបញ្ជាឱ្យពួកគេព្យាបាលស្ថានភាពសុខភាព • ការធ្វើតេស្តរោគវិនិច្ឆ័យផ្សេងៗទៀតសម្រាប់អ្នកជំងឺមិនសម្រាកពេទ្យមន្ទីរពេទ្យ ការអនុញ្ញាតជាមុន និងការបញ្ជូនបន្ត ត្រូវបានតម្រូវចាំបាច់ លើកលែងតែនីតិវិធីរោគវិនិច្ឆ័យ និងសេវាដែលទាក់ទងនឹងជំងឺ COVID-19។	$0

សេវាដែលរ៉ាប់រង		អ្វីដែលអ្ន កត្រូវ បង់
	ការអង្កេតមើលអ្នកជំងឺមិនសម្រាកពេទ្យ* យើងបង់ថ្លៃសេវាសង្កេតមើលអ្នកជំងឺមិនសម្រាកពេទ្យ ដើម្បីកំណត់ថាតើអ្នកត្រូវការចូលសម្រាកនៅមន្ទីរពេទ្យជាអ្នកជំងឺក្នុង ឬអាចចេញពីមន្ទីរពេទ្យ។ សេវាត្រូវតែបំពេញតាមលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យរបស់ Medicare ហើយត្រូវបានចាត់ទុកថាសមហេតុផល និងចាំបាច់។ សេវាសង្កេតត្រូវបានធានារ៉ាប់រងតែនៅពេលដែលផ្តល់ដោយវេជ្ជបញ្ជារបស់គ្រូពេទ្យ ឬបុគ្គលផ្សេងទៀតដែលត្រូវបានអនុញ្ញាតដោយច្បាប់រដ្ឋ និងច្បាប់របស់បុគ្គលិកមន្ទីរពេទ្យដើម្បីទទួលយកអ្នកជំងឺទៅមន្ទីរពេទ្យ ឬវេជ្ជបញ្ជាឱ្យធ្វើតេស្តអ្នកជំងឺមិនសម្រាកពេទ្យ។ **ចំណាំ៖** ប្រសិនបើអ្នកផ្តល់សេវាមិនបានសរសេរវេជ្ជបញ្ជាឱ្យអ្នកចូលសម្រាកនៅមន្ទីរពេទ្យជាអ្នកជំងឺក្នុងទេ អ្នកនៅតែជាអ្នកជំងឺមិនសម្រាកពេទ្យ។ ទោះបីជាអ្នកស្នាក់នៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យមួយយប់ក៏ដោយ អ្នកនៅតែអាចចាត់ទុកថាជាអ្នកជំងឺមិនសម្រាកពេទ្យ។ ប្រសិនបើអ្នកមិនច្បាស់ថាអ្នកជាអ្នកជំងឺមិនសម្រាកពេទ្យឬអត់ទេ នោះសូមសាកសួរបុគ្គលិកមន្ទីរពេទ្យ។ ទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែមនៅក្នុងសន្លឹកព័ត៌មាន Medicare អំពី*អត្ថប្រយោជន៍មន្ទីរពេទ្យ Medicare* ។ សន្លឹកព័ត៌មានអាចរកបាននៅ Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf	$0

សេវាដែលរ៉ាប់រង		អ្វីដែលអ្ន កត្រូវ បង់
	សេវាមន្ទីរពេទ្យសម្រាប់អ្នកជំងឺមិនសម្រាកពេទ្យមន្ទីរពេទ្យ យើងបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដែលអ្នកទទួលបាននៅផ្នែកអ្នកជំងឺមិនសម្រាកពេទ្យមន្ទីរពេទ្យរបស់មន្ទីរពេទ្យក្នុងការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យឬការព្យាបាលជំងឺឬរបួស ដូចជា៖ • សេវានៅផ្នែកសង្គ្រោះបន្ទាន់ ឬគ្លីនិកអ្នកជំងឺមិនសម្រាកពេទ្យមន្ទីរពេទ្យ ដូចជាសេវាវះកាត់ ឬសេវាអង្កេតតាមដានអ្នកជំងឺមិនសម្រាកពេទ្យមន្ទីរពេទ្យ ◦ សេវាអង្កេ តជំងឺជួ យវេជ្ជ បណ្ឌិតរបស់អ្ន កឱ្យដឹងថាតើអ្ន កត្រូវចូ ល សម្រាកនៅមន្ទីរពេទ្យ ក្នុងមានជា “អ្ន កជំងឺសម្រាកពេទ្យ” ដែរឬអត់។ ◦ ពេលខ្លះ អ្ន កអាចសម្រាកនៅមន្ទីរពេទ្យមួ យយប់ ហើយនៅតែបន្ត ស្ថិតនៅជា “អ្ន កជំងឺមិនសម្រាកពេទ្យមន្ទីរពេទ្យ” ដដែល។ ◦ អ្ន កអាចទទួ លបានព័ត៌មានបន្ថែ មអំពីការទទួ លព្យាបាលជាអ្ន កជំងឺ សម្រាកពេទ្យ ឬអ្ន កជំងឺមិនសម្រាកពេទ្យ នៅក្នុងព្រឹត្តិបត្រព័ត៌មាននេះ៖ es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf។ • ការធ្វើតេស្តនៅមន្ទីរពិសោធន៍ និងតេស្តធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យដែលត្រូវបានចេញវិក្កយបត្រដោយមន្ទីរពេទ្យ • សេវាថែទាំសុខភាពផ្លូវចិត្ត រួមទាំងសេវាថែទាំនៅក្នុងកម្មវិធីសម្រាកពេទ្យដោយផ្នែក ប្រសិនបើវេជ្ជបណ្ឌិតបញ្ជាក់ថា ចាំបាច់ត្រូវមានការព្យាបាលអ្នកជំងឺក្នុងមន្ទីរពេទ្យ ដោយមិនមានកម្មវិធីនេះ • សេវាថតកាំរស្មីអ៊ិច និងវិទ្យុសាស្ត្រផ្សេងៗទៀតដែលត្រូវបានចេញវិក្កយបត្រដោយមន្ទីរពេទ្យនោះ • គ្រឿងផ្គត់ផ្គង់វេជ្ជសាស្ត្រ ដូចជា ប្រដាប់រណបឆ្អឹង និងរណបរុំទប់ឆ្អឹងបាក់ • ការពិនិត្យបង្ការ និងសេវាដែលមានរៀបរាប់នៅក្នុងតារាងអត្ថប្រយោជន៍ទាំងមូល • ឱសថមួយចំនួនដែលអ្នកមិនអាចផ្តល់ដោយខ្លួនឯងបាន ពិភាក្សាជាមួយអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក និងទទួលយកការបញ្ជូនបន្ត។	$0

សេវាដែលរ៉ាប់រង		អ្វីដែលអ្ន កត្រូវ បង់
	ការថែទាំសេវាសុខភាពផ្លូវចិត្តសម្រាប់អ្នកជំងឺមិនសម្រាកពេទ្យមន្ទីរពេទ្យ* យើងបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាសុខភាពផ្លូវចិត្តដែលត្រូវបានផ្តល់ជូនដោយ៖ • វេជ្ជបណ្ឌិត ឬពេទ្យវិកលចរិតដែលទទួលបានអាជ្ញាបណ្ណពីរដ្ឋ • ពេទ្យផ្នែកវិកលចរិតនៅតាមគ្លីនិក • បុគ្គលិកកិច្ចការសង្គមតាមគ្លីនិក • អ្នកជំនាញការផ្នែកថែទាំអ្នកជម្ងឺតាមគ្លីនិក • អ្នកប្រឹក្សាវិជ្ជាជីវៈដែលមានអាជ្ញាបណ្ណ (licensed professional counselor, LPC) • អ្នកដោះស្រាយបញ្ហាអាពាហ៍ពិពាហ៍ និងគ្រួសារដែលមានអាជ្ញាបណ្ណ (licensed marriage and family therapist, LMFT) • អ្នកប្រកបវិជ្ជាជីវៈគិលានុដ្ឋាក (NP) • ជំនួយការគ្រូពេទ្យ (PA) • អ្នកប្រកបវិជ្ជាជីវៈថែទាំសុខភាពផ្លូវចិត្តដែលទទួលស្គាល់ដោយកម្មវិធី Medicare ផ្សេងទៀត ដូចដែលបានអនុញ្ញាតស្របតាមច្បាប់ជាធរមានរបស់រដ្ឋ យើងបង់ប្រាក់ទូទាត់សេវាខាងក្រោម ហើយអាចនឹងទូទាត់សេវាផ្សេងទៀតដែលមិនមានរៀបរាប់នៅទីនេះ៖ • សេវាព្យាបាលតាមគ្លីនិក • ការព្យាបាលពេលថ្ងៃ នៅពេលដែលអ្នកបំពេញតាមលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រសម្រាប់ទទួលបានសេវាសុខភាពផ្លូវចិត្តឯកទេស។ • សេវាស្តារនីតិសម្បទាផ្នែកផ្លូវចិត្តនិងសង្គម - នៅពេលដែលអ្នកបំពេញតាមលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យចាំបាច់វេជ្ជសាស្ត្រសម្រាប់ទទួលបានសេវាសុខភាពផ្លូវចិត្តឯកទេស។ • កម្មវិធីអ្នកជំងឺមិនសម្រាកពេទ្យមន្ទីរពេទ្យសម្រាប់ការសម្រាកពេទ្យដោយផ្នែក ឬការព្យាបាលបន្ទាន់ • ការព្យាបាល និងការវាយតម្លៃអំពីបញ្ហាសុខភាពផ្លូវចិត្តជាក្រុម និងជាលក្ខណៈបុគ្គល • ការធ្វើតេស្តចិត្តសាស្ត្រ នៅពេលបង្ហាញឱ្យឃើញតាមបែបវេជ្ជសាស្ត្រសម្រាប់ធ្វើការវាយតម្លៃលទ្ធផលនៃសុខភាពផ្លូវចិត្ត • សេវាសម្រាប់អ្នកជំងឺមិនសម្រាកពេទ្យមន្ទីរពេទ្យ សម្រាប់គោលបំណងត្រួតពិនិត្យការព្យាបាលដោយឱសថ • មន្ទីរពិសោធន៍សម្រាប់អ្នកជំងឺមិនសម្រាកពេទ្យមន្ទីរពេទ្យ ឱសថ គ្រឿងផ្គត់ផ្គង់ និងសម្ភារៈផ្សេងៗទៀត • ការពិគ្រោះយោបល់ផ្នែកចិត្តសាស្ត្រ ពិភាក្សាជាមួយអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក និងទទួលយកការបញ្ជូនបន្ត។	$0

	សេវាដែលរ៉ាប់រង	អ្វីដែលអ្ន កត្រូវ បង់
	សេវាស្តារនីតិសម្បទាអ្នកជំងឺមិនសម្រាកពេទ្យមន្ទីរពេទ្យ* យើងបង់ប្រាក់សម្រាប់ការព្យាបាលដោយចលនា ការព្យាបាលស្តារមុខងារ នីតិសម្បទា និងការព្យាបាលសម្តីនិយាយ។ អ្នកអាចទទួលបានសេវាស្តារសុខភាពអ្នកជំងឺមិនសម្រាកពេទ្យមន្ទីរពេទ្យ ពីផ្នែកអ្នកជំងឺមិនសម្រាកពេទ្យមន្ទីរពេទ្យ ការិយាល័យអ្នកជំនាញព្យាបាល ឯករាជ្យ មណ្ឌលស្តារនីតិសប្បទាពេញលេញសម្រាប់អ្នកជងឺមិនសម្រាកពេទ្យ (comprehensive outpatient rehabilitation facilities, CORF) និង មណ្ឌលផ្សេងៗទៀត។ ពិភាក្សាជាមួយអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក និងទទួលយកការបញ្ជូនបន្ត។	$0
	សេវាព្យាបាលវិបត្តិនៃការសេពសារធាតុញៀន សម្រាប់អ្នកជំងឺមិន សម្រាកពេទ្យ* យើងបង់ប្រាក់ទូទាត់សេវាខាងក្រោម ហើយអាចនឹងទូទាត់សេវាផ្សេងទៀតដែល មិនមានរៀបរាប់នៅទីនេះ៖ • ការពិនិត្យ និងពិគ្រោះយោបល់អំពីការប្រើប្រាស់ជាតិអាកុលលើសកម្រិត • ការព្យាបាលការសេពថ្នាំញៀន • សេវាពិគ្រោះយោបល់ជាក្រុមនិងជាលក្ខណៈបុគ្គល ផ្តល់ជូនដោយគ្រូពេទ្យ ដែលមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ • ការបន្សាបសារធាតុពុលខ្លាំងនៅក្នុងកម្មវិធីបន្សាបសារធាតុញៀនតាម លំនៅដ្ឋាន • សេវាគ្រឿងស្រវឹង និង/ឬ ថ្នាំញៀននៅក្នុងមជ្ឈមណ្ឌលព្យាបាលបន្ទាន់ សម្រាប់អ្នកជំងឺមិនសម្រាកពេទ្យមន្ទីរពេទ្យ • ព្យាបាលដោយប្រើ Naltrexone (Vivitrol) ដោយការបញ្ចេញជាតិឱសថយឺតៗ	
	សេវាវះកាត់អ្នកជំងឺមិនសម្រាកពេទ្យ* យើងបង់ប្រាក់សម្រាប់ការវះកាត់អ្នកជំងឺមិនសម្រាកពេទ្យមន្ទីរពេទ្យ និងសេវា នានានៅមណ្ឌលថែទាំអ្នកជំងឺមិនសម្រាកពេទ្យមន្ទីរពេទ្យ និងមណ្ឌលវះកាត់និង ថែទាំអ្នកជំងឺ។ **ចំណាំ៖** ប្រសិនបើអ្នកកំពុងធ្វើការវះកាត់នៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យ អ្នកគួរតែពិនិត្យ ជាមួយអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកថាតើអ្នកនឹងក្លាយជាអ្នកជំងឺក្នុង ឬអ្នកជំងឺមិន សម្រាកពេទ្យ។ លុះត្រាតែអ្នកផ្តល់សេវាសរសេរការបញ្ជាទិញដើម្បីទទួលយក អ្នកជាអ្នកជំងឺក្នុងមន្ទីរពេទ្យ បើមិនដូច្នោះទេអ្នកគឺជាអ្នកជំងឺមិនសម្រាកពេទ្យ។ ទោះបីជាអ្នកស្នាក់នៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យមួយយប់ក៏ដោយ អ្នកនៅតែអាចចាត់ទុកថា ជាអ្នកជំងឺមិនសម្រាកពេទ្យ។ ពិភាក្សាជាមួយអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក និងទទួលយកការបញ្ជូនបន្ត។	$0

សេវាដែលរ៉ាប់រង		អ្វីដែលអ្ន កត្រូវ បង់
	ការថែទាំបំបាត់ការឈឺចាប់ ការថែទាំដំណាក់កាលចុងក្រោយ ត្រូវបានរ៉ាប់រងដោយគម្រោងរបស់យើង។ ការថែទាំដំណាក់កាលចុងក្រោយ មានសម្រាប់អ្នកដែលមានជំងឺធ្ងន់ធ្ងរ។ សេវានេះផ្តល់នូវការថែទាំអ្នកជំងឺ និងគ្រួសារផ្តោតជាសំខាន់ ដែលធ្វើឱ្យប្រសើរឡើងនូវគុណភាពជីវិតដោយការគិតទុកជាមុន ការពារ និងព្យាបាលការឈឺចាប់។ ការថែទាំដំណាក់កាលចុងក្រោយ **មិនមែន**ជាការថែទាំអ្នកជំងឺជិតស្លាប់នោះទេ ដូច្នេះ អ្នកមិនចាំបាច់មានអាយុរំពឹងរស់រយៈពេលប្រាំមួយខែ ឬតិចជាងនេះ ដើម្បីមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ការថែទាំដំណាក់កាលចុងក្រោយនេះឡើយ។ ការថែទាំដំណាក់កាលចុងក្រោយ ត្រូវបានផ្តល់ជូនក្នុងពេលដំណាលគ្នាជាមួយនឹងការថែទាំព្យាបាល/ការថែទាំជាទៀងទាត់។ ការថែទាំដំណាក់កាលចុងក្រោយ មានដូចជា៖ • ការរៀបចំគម្រោងថែទាំទុកជាមុន • ការវាយតម្លៃ និងប្រឹក្សាអំពីការថែទាំដំណាក់កាលចុងក្រោយ • គម្រោងថែទាំ រួមទាំងការថែទាំដំណាក់កាលចុងក្រោយ និងការថែទាំព្យាបាលដែលមានការអនុញ្ញាតទាំងអស់ រួមទាំងសុខភាពផ្លូវចិត្ត និងសេវាសង្គមវេជ្ជសាស្ត្រ។ • សេវាពីក្រុមផ្តល់ការថែទាំដែលបានកំណត់របស់អ្នក។ • ការសម្របសម្រួលលើការថែទាំ • ការគ្រប់គ្រងការឈឺចាប់និងរោគសញ្ញា អ្នកមិនអាចទទួលបានការថែទាំអ្នកជំងឺជិតស្លាប់ និងការថែទាំកក់ក្តៅទំរាំស្លាប់ក្នុងពេលតែមួយទេ ប្រសិនបើអ្នកមានអាយុលើស 21 ឆ្នាំ។ ប្រសិនបើអ្នកកំពុងទទួលបានការថែទាំកក់ក្តៅទំរាំស្លាប់ និងបំពេញតាមសិទ្ធិទទួលបានការថែទាំអ្នកជំងឺជិតស្លាប់ អ្នកអាចស្នើសុំឱ្យផ្លាស់ប្តូរទៅកាន់ការថែទាំអ្នកជំងឺជិតស្លាប់នៅពេលណាក៏បាន។	$0

សេវាដែលរ៉ាប់រង		អ្វីដែលអ្ន កត្រូវ បង់
	សេវាសម្រាកព្យាបាលដោយផ្នែកនៅមន្ទីរពេទ្យ និងសេវាអ្នកជំងឺមិនសម្រាកពេទ្យកម្រិតខ្ពស់ ការសម្រាកពេទ្យដោយផ្នែក គឺជាកម្មវិធីមានរចនាសម្ព័ន្ធត្រឹមត្រូវសម្រាប់ការព្យាបាលជំងឺសរសៃប្រសាទសកម្ម។ វាត្រូវបានផ្តល់ជូនជាសេវាអ្នកជំងឺមិនសម្រាកពេទ្យមន្ទីរពេទ្យ ឬដោយមជ្ឈមណ្ឌលសុខភាពផ្លូវចិត្តសហគមន៍ដែលមានកម្រិតខ្ពស់ជាងការថែទាំដែលអ្នកទទួលបានពីវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក អ្នកព្យាបាល អ្នកដោះស្រាយបញ្ហាអាពាហ៍ពិពាហ៍ និងគ្រួសារដែលមានអាជ្ញាបណ្ណ (LMFT) ឬការិយាល័យអ្នកប្រឹក្សាវិជ្ជាជីវៈដែលមានអាជ្ញាបណ្ណផ្សេងៗ។ សេវានេះអាចជួយអ្នកមិនចាំបាច់សម្រាកនៅមន្ទីរពេទ្យទេ។ សេវាអ្នកជំងឺមិនសម្រាកពេទ្យកម្រិតខ្ពស់ គឺជាកម្មវិធីដែលមានរចនាសម្ព័ន្ធនៃការព្យាបាលដោយអាកប្បកិរិយាសកម្ម (ផ្លូវចិត្ត) ដែលត្រូវបានផ្តល់ជាសេវាអ្នកជំងឺមិនសម្រាកពេទ្យ មជ្ឈមណ្ឌលសុខភាពផ្លូវចិត្តសហគមន៍ មណ្ឌលសុខភាពដែលសហព័ន្ធទទួលស្គាល់ ឬមន្ទីរសុខភាពជនបទ ដែលមានកម្រិតខ្ពស់ជាងការថែទាំដែលទទួលបានពីការិយាល័យវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក អ្នកព្យាបាល អ្នកព្យាបាលបញ្ហា LMFT ឬការិយាល័យផ្តល់ប្រឹក្សាវិជ្ជាជីវៈដែលមានអាជ្ញាបណ្ណ ប៉ុន្តែមានកម្រិតទាបជាងការសម្រាកព្យាបាលដោយផ្នែកនៅមន្ទីរពេទ្យ។	$0
	ប្រព័ន្ធឆ្លើយតបសង្គ្រោះបន្ទាន់ផ្ទាល់ខ្លួន (PERS) ការរ៉ាប់រងលើប្រព័ន្ធឆ្លើយតបសង្គ្រោះបន្ទាន់ផ្ទាល់ខ្លួន (Personal Emergency Response System, PERS) ចំនួនមួយ។ ប្រព័ន្ធឆ្លើយតបសង្គ្រោះបន្ទាន់ផ្ទាល់ខ្លួនគឺជាប្រព័ន្ធត្រួតពិនិត្យការជូនដំណឹងផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដែលផ្តល់ជូនការបម្រើសេវា 24/7 ដោយត្រឹមចុចមួយប៊ូតុង។	$0

សេវាដែលរ៉ាប់រង		អ្វីដែលអ្ន កត្រូវ បង់
	សេវាគ្រូពេទ្យ/អ្នកផ្តល់សេវា រួមមានការទៅពិគ្រោះយោបល់នៅ ការិយាល័យរបស់វេជ្ជបណ្ឌិតផងដែរ* យើងបង់ប្រាក់ទូទាត់សម្រាប់សេវាខាងក្រោម៖ • សេវាថែទាំសុខភាពដែលចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ ឬសេវាវះកាត់ដែលត្រូវ បានផ្តល់ជូននៅនឹងកន្លែងដូចជា៖ • ការិយាល័យគ្រូពេទ្យ • មណ្ឌលវះកាត់អ្នកជំងឺដែលអាចដើរបានដែលមានលិខិតបញ្ជាក់ • អាគារផ្នែកអ្នកជំងឺមិនសម្រាកមន្ទីរពេទ្យ • សេវាពិគ្រោះយោបល់ ធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ និងសេវាព្យាបាលដោយគ្រូពេទ្យ ឯកទេស • ការពិនិត្យជាមូលដ្ឋានទៅលើការស្តាប់និងតុល្យភាព ដែលត្រូវបានផ្តល់ជូន ដោយអ្នកផ្តល់ការថែទាំបឋមរបស់អ្នក **ឬ**អ្នកឯកទេស ប្រសិនបើវេជ្ជបណ្ឌិត របស់អ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាឱ្យពួកគេស្វែងយល់ថាតើអ្នកត្រូវការការព្យាបាល ដែរឬទេ • សេវាពិនិត្យសុខភាពពីចម្ងាយជាក់លាក់ណាមួយ រួមមានសេវាសម្រាប់ ជំងឺផ្តាសាយ គ្រុនផ្តាសាយធំ ក្អក ការរលាកសែណាសនិងទ្រូង អាឡាក់ស៊ី ស្បែក គ្រុនក្តៅ ឈឺបំពង់ក ការរលាកត្រចៀក។ ◦ អ្ន កមានជម្រើសក្នុងការទទួ លបានសេវាទាំងនេះតាមរយៈការជួ បពិនិត្យ ផ្ទា ល់ជាមួ យអ្ន កផ្ត ល់ការថែទាំជាបឋមរបស់អ្ន ក ឬការពិនិត្យសុខភាពពី ចម្ងា យ។ ប្រសិនបើអ្ន កជ្រើសរើសទទួ លយកសេវាណាមួ យក្នុងចំណោម សេវាទាំងនេះ តាមរយៈសេវាពិនិត្យសុខភាពពីចម្ងា យ អ្ន កត្រូវតែប្រើ អ្ន កផ្ត ល់សេវាក្នុងបណ្តា ញដែលផ្ត ល់សេវាដោយសេវាពិនិត្យសុខភាព ពីចម្ងា យ។ PCP ឬ ក្រុមពេទ្យ PCP អាចផ្ត ល់ជូនសេវាពិនិត្យសុខភាពពី ចម្ងា យ។ អ្ន កគួ រតែពិភាក្សាជាមួ យអ្ន កផ្ត ល់សេវាថែទាំរបស់អ្ន ក ដើម្បី ធ្វើឱ្យផ្ទា ត់ថាតើពួ កគេផ្ត ល់សេវាពិនិត្យសុខភាពពីចម្ងា យដែរឬទេ។ ◦ **ការពិគ្រោះយោបល់តាមទូ រសព្ទ** ៖ Teladoc នឹងផ្ត ល់ជូនសមាជិកនូ វ ការទទួ លបានការហៅទូ រសព្ទ ដោយឥតគិតថ្លៃ គ្មា នដែនកំណត់ ដោយ គ្រូ ពេទ្យមានអាជ្ញា បណ្ណ របស់រដ្ឋ តាមរយៈការហៅទូ រសព្ទ ទៅលេខ **1-800-835-2362** (TTY: **711**) 24 ម៉ោងក្នុងមួ យថ្ងៃ 7 ថ្ងៃ ក្នុងមួ យ សប្តា ហ៍។ ◦ **ការពិគ្រោះយោបល់តាមវីដេអូ** ៖ Teladoc នឹងផ្ត ល់ឱ្យសមាជិកនូ វ លទ្ធ ភាពទទួ លបានការពិគ្រោះយោបល់វីដេអូប្រកបដោយសុវត្ថិភាពដែល ផ្ត ល់ដោយគ្រូ ពេទ្យមានអាជ្ញា បណ្ណ នៅក្នុងរដ្ឋ ជាកន្លែ ងដែលសមាជិក នោះរស់នៅ ពីម៉ោង 7 ព្រឹកដល់ ម៉ោង 9 យប់ / 7 ថ្ងៃ ក្នុងមួ យសប្តា ហ៍។ **អត្ថ ប្រយោជន៍នេះ បន្ត នៅទំព័របន្ទា ប់**	$0

សេវាដែលរ៉ាប់រង		អ្វីដែលអ្ន កត្រូវ បង់
	សេវាគ្រូពេទ្យ/អ្នកផ្តល់សេវា រួមទាំងការទៅពិគ្រោះយោបល់នៅការិយាល័យរបស់វេជ្ជបណ្ឌិតផងដែរ (បន្ត) **(វីដេអូ ការពិគ្រោះអាចរកបានដោយការទាញយកកម្ម វិធី Teladoc នៅលើទូ រសព្ទ ដៃរបស់អ្ន ក។** ទាញកម្មវិធីដោយចូលទៅកាន់ **https://www.teladoc.com/mobile/**។ • សេវាពិនិត្យសុខភាពពីចម្ងាយសម្រាប់ការជួបពិគ្រោះពាក់ព័ន្ធនឹងជំងឺតម្រងនោមដំណាក់កាលចុងក្រោយ (ESRD) ប្រចាំខែ សម្រាប់សមាជិកដែលត្រូវការលាងឈាមតាមផ្ទះ នៅក្នុងមជ្ឈមណ្ឌលលាងឈាមសម្រាប់ជំងឺតម្រងនោមតាមមន្ទីរពេទ្យ ឬតាមមន្ទីរពេទ្យដែលបម្រើដល់អ្នករស់នៅតំបន់ឆ្ងាយ ឬមន្ទីរលាងឈាមសម្រាប់ជំងឺតម្រងនោម ឬនៅតាមផ្ទះ។ • សេវាពិនិត្យសុខភាពពីចម្ងាយដើម្បីធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ វាយតម្លៃ ឬព្យាបាលរោគសញ្ញានៃជំងឺដាច់សរសៃឈាមខួរក្បាល • សេវាពិនិត្យសុខភាពពីចម្ងាយសម្រាប់សមាជិកដែលមានវិបត្តិសេពគ្រឿងញៀន ឬវិបត្តិសុខភាពផ្លូវចិត្តកើតមានច្រើនក្នុងពេលដំណាលគ្នា • សេវាពិនិត្យសុខភាពពីចម្ងាយសម្រាប់ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ ការវាយតម្លៃ និងការព្យាបាលវិបត្តិសុខភាពផ្លូវចិត្ត ប្រសិនបើ៖ • អ្នកមានការទៅជួបពិគ្រោះដោយផ្ទាល់ក្នុងរយៈពេល 6 ខែមុនពេលទៅជួបពិគ្រោះសុខភាពតាមទូរសព្ទលើកដំបូងរបស់អ្នក • អ្នកមានការទៅជួបផ្ទាល់ជារៀងរាល់ 12 ខែម្តង នៅពេលទទួលបានសេវាសុខភាពតាមទូរសព្ទទាំងនេះ • ការលើកលែងអាចត្រូវបានធ្វើឡើងចំពោះចំណុចខាងលើសម្រាប់កាលៈទេសៈជាក់លាក់ • សេវាពិនិត្យសុខភាពពីចម្ងាយសម្រាប់ការជួបពិគ្រោះសុខភាពផ្លូវចិត្តដែលផ្តល់ជូនដោយគ្លីនិកសុខភាពជនបទ និងមណ្ឌលសុខភាពដែលសហព័ន្ធទទួលស្គាល់។ **អត្ថ ប្រយោជន៍នេះ បន្ត នៅទំព័របន្ទា ប់**	

សេវាដែលរ៉ាប់រង		អ្វីដែលអ្ន កត្រូវ បង់
	សេវាគ្រូពេទ្យ/អ្នកផ្តល់សេវា រួមទាំងការទៅពិគ្រោះយោបល់នៅការិយាល័យរបស់វេជ្ជបណ្ឌិតផងដែរ (បន្ត) • ការពិនិត្យសុខភាពតាមប្រព័ន្ធកុំព្យូទ័រ (ឧទាហរណ៍ តាមរយៈការជជែកតាមទូរសព្ទ ឬវីដេអូ) ជាមួយវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក រយៈពេល 5-10នាទី **ប្រសិនបើ៖** ◦ អ្ន កមិនមែនជាអ្ន កជំងឺថ្មី **ហើយ** ◦ ការពិនិត្យសុខភាព មិនមានទាក់ទងនឹងការជួ បពិគ្រោះនៅការិយាល័យក្នុងរយៈពេល 7 ថ្ងៃ មុនទេ **និង** ◦ ការពិនិត្យសុខភាព មិនអាចឈានទៅដល់ការជួ បពិគ្រោះនៅការិយាល័យក្នុងរយៈពេល 24 ម៉ោង ឬការណាត់ជួ បដែលមានឆាប់បំផុតទេ។ • ការវាយតម្លៃវីដេអូ និង/ឬរូបភាពដែលអ្នកផ្ញើទៅវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក និងការបកស្រាយ ហើយតាមដានដោយវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក ក្នុងរយៈពេល 24 ម៉ោង **ប្រសិនបើ៖** ◦ អ្ន កមិនមែនជាអ្ន កជំងឺថ្មី ហើយ ◦ ការវាយតម្លៃ មិនមានទាក់ទងនឹងការជួ បពិគ្រោះនៅការិយាល័យក្នុងរយៈពេល 7 ថ្ងៃ មុនទេ **និង** ◦ ការវាយតម្លៃ មិនអាចឈានទៅដល់ការជួ បពិគ្រោះនៅការិយាល័យក្នុងរយៈពេល 24 ម៉ោង ឬការណាត់ជួ បដែលមានឆាប់បំផុតទេ។ • ការពិគ្រោះយោបល់ដែលវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកធ្វើឡើងជាមួយវេជ្ជបណ្ឌិតដទៃទៀតតាមទូរសព្ទ អ៊ីនធឺណិត ឬកំណត់ត្រាសុខភាពអេឡិចត្រូនិក ប្រសិនបើអ្នកមិនមែនជាអ្នកជំងឺថ្មី • យោបល់ទីពីរដោយបណ្តាញផ្សេងទៀត មុនពេលការវះកាត់ ពិភាក្សាជាមួយអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក និងទទួលយកការបញ្ជូនបន្ត។	
	សេវាព្យាបាលប្រអប់ជើង* យើងបង់ប្រាក់ទូទាត់សម្រាប់សេវាខាងក្រោម៖ • សេវាធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ និងសេវាព្យាបាលវេជ្ជសាស្ត្រឬវះកាត់លើរបួស និងជំងឺជើង (ដូចជារបួសជើងដោយសារឆ្កែខាំ ឬរបួសកែងជើងជាដើម) • សេវាថែទាំជើងជាប្រចាំសម្រាប់សមាជិកដែលមានស្ថានភាពប៉ះពាល់ដល់ជើង ដូចជាជំងឺទឹកនោមផ្អែមជាដើម ពិភាក្សាជាមួយអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក និងទទួលយកការបញ្ជូនបន្ត។	$0

សេវាដែលរ៉ាប់រង		អ្វីដែលអ្ន កត្រូវ បង់
	សេវាព្យាបាលប្រអប់ជើងជាប្រចាំ* គម្រោងរបស់យើងរ៉ាប់រងលើការជួបពិគ្រោះថែទាំប្រអប់ជើងជាប្រចាំរហូដល់ 12 លើករៀងរាល់ឆ្នាំសម្រាប់ការព្យាបាលប្រអប់ជើងដែលរ៉ាប់រងដោយមិនមែន Medicare និង Medi-Cal។ ការថែរក្សាជើងជាប្រចាំអាចរួមមាន៖ • ការកាត់ ឬយកផ្លែសាច់ និងស្បែកក្រិនចេញ • ការតម្រឹម កាត់ និងច្រឹបក្រចក ការរក្សាអនាម័យ និងការថែទាំបង្ការផ្សេងទៀត ដូចជា ការសម្អាតឬការត្រាំជើងរបស់អ្នក ពិភាក្សាជាមួយអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក និងទទួលយកការបញ្ជូនបន្ត។	$0
	ការបង្ការជំងឺមុនប៉ះពាល់ (PrEP) សម្រាប់បង្ការកុំឱ្យឆ្លងជំងឺអេដស៍ ប្រសិនបើអ្នកមិនមានផ្ទុកជំងឺអេដស៍ទេ ប៉ុន្តែវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក ឬអ្នកអនុវត្តផ្នែកថែទាំសុខភាពផ្សេងទៀតកំណត់ថាអ្នកមានហានិភ័យខ្ពស់សម្រាប់ជំងឺអេដស៍ យើងរ៉ាប់រងលើឱសថបង្ការមុនពេលប៉ះពាល់ (Pre-exposure Prophylaxis, PrEP) និងសេវាដែលពាក់ព័ន្ធ។ ប្រសិនបើអ្នកមានសិទ្ធ សេវាដែលរ៉ាប់រង រួមមាន៖ • ឱសថ PrEP ដែលត្រូវបានអនុម័តដោយ FDA ដោយលេបតាមមាត់ ឬចាក់។ ប្រសិនបើអ្នកទទួលបានថ្នាំចាក់ យើងក៏រ៉ាប់រងថ្លៃចាក់ថ្នាំផងដែរ។ • វគ្គប្រឹក្សាយោបល់បុគ្គលរហូតដល់ 8 ដង (រួមទាំងការវាយតម្លៃហានិភ័យជំងឺអេដស៍ ការកាត់បន្ថយហានិភ័យជំងឺអេដស៍ និងការប្រកាន់ខ្ជាប់តាមវេជ្ជសាស្ត្រ) រៀងរាល់ 12 ខែម្តង។ • ការពិនិត្យរកមើលជំងឺអេដស៍រហូតដល់ 8 ដងរៀងរាល់ 12 ខែ។ • ការពិនិត្យរកមើលមេរោគរលាកថ្លើមប្រភេទ B ម្តង។	$0
	ត្រួតពិនិត្យជំងឺមហារីកក្រពេញទឹកកាម សម្រាប់បុរសដែលមានអាយុចាប់ពី 50 ឆ្នាំឡើងទៅ យើងបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាខាងក្រោមរៀងរាល់ 12 ខែម្តង៖ • សេវាពិនិត្យចុងពោះវៀនដោយប្រព័ន្ធឌីជីថល • ការធ្វើតេស្តពិនិត្យអង់ទីសែនជាក់លាក់របស់ក្រពេញប្រូស្តាត (Prostate Specific Antigen, PSA)	$0

	សេវាដែលរ៉ាប់រង	អ្វីដែលអ្ន កត្រូវ បង់
	គ្រឿងសិប្បនិម្មិត និងទម្រ និងគ្រឿងផ្គ ត់ផ្គ ង់ពាក់ព័ន្ធ * ឧបករណ៍សិប្បនិម្មិត ជំនួសផ្នែកឬមុខងារនៃរាងកាយគ្រប់ផ្នែកទាំងអស់ ឬផ្នែក ខ្លះ។ ទាំងនេះរួមមានជាអាទិ៍៖ • ការធ្វើតេស្ត ការសាកល ឬការបណ្តុះបណ្តាលក្នុងការប្រើប្រាស់គ្រឿង សិប្បនិម្មិត និងឧបករណ៍រណប • ថង់បង្ហូរលាមក និងសម្ភារៈទាក់ទងការថែទាំបង្ហូរលាមក • អាហារូបត្ថម្ភតាមមាត់ និងតាមសរសៃឈាម រួមមានទាំងឧបករណ៍ផ្តល់ ចំណីអាហារ ប្រដាប់បញ្ចូលទឹក បំពង់បង្ហូរអាហារនិងប្រដាប់សាកថ្ម ល្បាយ រាវ និងឧបករណ៍ផ្គត់ផ្គង់សម្រាប់ការចាក់ថ្នាំដោយខ្លួនឯង • ថ្មបេះដូង • រណប • ស្បែកជើងសិប្បនិម្មិត • ដៃ និងជើងសិប្បនិម្មិត • ប្រដាប់បំប៉ោងសុដន់ រួមទាំងអាវទ្រនាប់សម្រាប់ពាក់ពេលវះកាត់រួច) • គ្រឿងសិប្បនិម្មិតដើម្បីជំនួសគ្រប់ផ្នែកទាំងអស់នៃដងខ្លួនខាងក្រៅដែលត្រូវ បានយកចេញ ឬ ចុះខ្សោយដោយសារជំងឺ ការរងរបួស ឬ ពិការភាពពីកំណើត • កន្ទបនិងគ្រីមសម្រាប់ជំងឺជុះនោមមិនដឹងខ្លួន យើងបង់ប្រាក់សម្រាប់គ្រឿងផ្គត់ផ្គង់មួយចំនួនដែលមានការពាក់ព័ន្ធនឹងគ្រឿង សិប្បនិម្មិត និងទម្រ។ យើងក៏បង់ប្រាក់ដើម្បីជួសជុលឬផ្លាស់ប្តូរគ្រឿងសិប្បនិម្មិត និងទម្រផងដែរ។ យើងផ្តល់ការធានារ៉ាប់រងមួយចំនួន បន្ទាប់ពីការកាត់កន្ទុយថ្លែនក្នុងភ្នែកចេញ ឬ ការវះកាត់ភ្នែកឡើងបាយរួច។ មើលផ្នែក “សេវាថែទាំចក្ខុ” បន្ទាប់ក្នុងតារាងនេះ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។	$0
	សេវាស្តារស្ថានភាពសួត* យើងបង់ប្រាក់សម្រាប់កម្មវិធីស្តារស្ថានភាពសួត សម្រាប់សមាជិកដែលមានជំងឺ សួតរ៉ាំរ៉ៃ (chronic obstructive pulmonary disease, COPD) ពីកម្រិតមធ្យម ទៅធ្ងន់ធ្ងរ។ អ្នកត្រូវតែមានការបញ្ជូនសម្រាប់ការស្តារស្ថានភាពសួត ពីវេជ្ជបណ្ឌិត ឬអ្នកផ្តល់សេវាដែលព្យាបាលជម្ងឺ COPD ។ ពិភាក្សាជាមួយអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក និងទទួលយកការបញ្ជូនបន្ត។	$0

សេវាដែលរ៉ាប់រង		អ្វីដែលអ្ន កត្រូវ បង់
	ការពិនិត្យរកមើលការឆ្លងមេរោគរលាកថ្លើមប្រភេទ C យើងធានារ៉ាប់រងលើការពិនិត្យរកមើលជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ C ម្តង ប្រសិនបើវេជ្ជបណ្ឌិតថែទាំបឋមរបស់អ្នក ឬអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពដែលមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ផ្សេងទៀតចេញវេជ្ជបញ្ជា ហើយអ្នកបំពេញតាមលក្ខខណ្ឌមួយក្នុងចំណោមលក្ខខណ្ឌទាំងនេះ៖ • អ្នកមានហានិភ័យខ្ពស់ ដោយសារអ្នកប្រើ ឬបានប្រើថ្នាំចាក់ខុសច្បាប់។ • អ្នកបានបញ្ចូលឈាមមុនឆ្នាំ 1992។ • អ្នកកើតនៅចន្លោះឆ្នាំ 1945-1965។ ប្រសិនបើអ្នកកើតនៅចន្លោះឆ្នាំ 1945-1965 ហើយមិនត្រូវបានចាត់ទុកថាមានហានិភ័យខ្ពស់ទេ យើងបង់ប្រាក់សម្រាប់ការពិនិត្យរកមើលជំងឺចំនួនមួយដង។ ប្រសិនបើអ្នកមានហានិភ័យខ្ពស់ (ឧទាហរណ៍ អ្នកបានបន្តប្រើឱសថចាក់ដោយខុសច្បាប់ចាប់តាំងពីការធ្វើតេស្តពិនិត្យរកមើលជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ C អវិជ្ជមានពីមុនរបស់អ្នក) នោះយើងរ៉ាប់រងលើការពិនិត្យរកមើលជំងឺប្រចាំឆ្នាំ។	$0
	សេវាថតឆ្លុះ និងពិគ្រោះយោបល់អំពីជំងឺកាមរោគ (STI) យើងបង់ប្រាក់សម្រាប់ជំងឺប្រមេះទឹកបាយ ជំងឺប្រមេះទឹកថ្លា រោគស្វាយនិងជំងឺថ្លើមប្រភេទ B។ ការពិនិត្យទាំងនេះត្រូវបានរ៉ាប់រងសម្រាប់ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះនិងមនុស្សមួយចំនួនដែលប្រឈមនឹងហានិភ័យខ្ពស់ចំពោះជំងឺកាមរោគ (Sexually transmitted infections, STI)។ អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំបឋមត្រូវតែចេញបង្គាប់ការធ្វើតេស្ត។ យើងរ៉ាប់រងការធ្វើតេស្តទាំងនេះរៀងរាល់ 12 ខែម្តង ឬនៅពេលជាក់លាក់ណាមួយ នៅអំឡុងពេលមានផ្ទៃពោះ។ យើងក៏បង់ប្រាក់សម្រាប់វគ្គពិគ្រោះយោបល់ផ្នែកអាកប្បកិរិយាធ្ងន់ធ្ងរដោយផ្ទាល់ទល់មុខគ្នារហូតដល់ពីរដងក្នុងមួយឆ្នាំ សម្រាប់មនុស្សពេញវ័យសកម្មក្នុងការរួមភេទ ដែលប្រឈមនឹងហានិភ័យជំងឺកាមរោគ។ សេវាពិគ្រោះយោបល់ម្តងៗអាចមានរយៈពេល 20 ទៅ 30 នាទី។ យើងបង់ប្រាក់សម្រាប់វគ្គពិគ្រោះយោបល់ទាំងនេះដែលជាសេវាបង្ការតែប៉ុណ្ណោះ បើត្រូវបានផ្តល់ឱ្យដោយអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពបឋម។ សេវាទាំងនេះត្រូវតែបានធ្វើឡើងនៅទីតាំងថែទាំសុខភាពបឋម ដូចជានៅការិយាល័យវេជ្ជបណ្ឌិតជាដើម។	$0

សេវាដែលរ៉ាប់រង		អ្វីដែលអ្ន កត្រូវ បង់
	ការថែទាំនៅគិលានុបដ្ឋាកម្មមានជំនាញ (SNF)* សម្រាប់និយមន័យនៃការថែទាំព្យាបាលនៅមន្ទីរគិលានុបដ្ឋាកម្មមានជំនាញ (Skilled nursing facility, SNF) សូមចូលទៅកាន់**ជំពូកទី 12 ។** យើងបង់ប្រាក់ទូទាត់សេវាខាងក្រោម ហើយអាចនឹងទូទាត់សេវាផ្សេងទៀតដែលមិនមានរៀបរាប់នៅទីនេះ៖ • បន្ទប់ពាក់កណ្តាលឯកជន ឬបន្ទប់ឯកជន ប្រសិនបើវាមានភាពចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ • អាហារ រួមទាំងរបបអាហារពិសេស • សេវាថែទាំដោយគិលានុបដ្ឋាកជំនាញ • ការព្យាបាលដោយចលនា ការព្យាបាលស្តារមុខងារកាយសម្បទា និងការព្យាបាលសម្តីនិយាយ • ឱសថដែលអ្នកទទួលបានជាផ្នែកមួយនៃគម្រោងថែទាំរបស់អ្នក រួមទាំងសារធាតុដែលមានជាធម្មតានៅក្នុងខ្លួនប្រាណ ដូចជាកត្តាបង្កកឈាមជាដើម • ឈាម រួមទាំងការរក្សាទុក និងការគ្រប់គ្រងឈាម • បរិក្ខារពេទ្យ និងបរិក្ខារវះកាត់ ជាធម្មតា ត្រូវបានផ្តល់ឱ្យដោយ SNF • ការធ្វើតេស្តនៅមន្ទីរពិសោធន៍ដែលផ្តល់ដោយ SNF • សេវាថតកាំរស្មីអ៊ិច និងសេវាថតឆ្លុះផ្សេងៗទៀត ត្រូវបានផ្តល់ជូនដោយមន្ទីរថែទាំ • គ្រឿងប្រើប្រាស់ ដូចជាកៅអីសម្រាប់អ្នកពិការជាដើម ត្រូវបានផ្តល់ជូនដោយមន្ទីរគិលានុបដ្ឋាក • សេវាគ្រូពេទ្យ/អ្នកផ្តល់សេវា ជាទូទៅ អ្នកទទួលបានការថែទាំពី SNF ពីមន្ទីរក្នុងបណ្តាញ។ ក្រោមស្ថានភាពជាក់លាក់ អ្នកប្រហែលជាអាចទទួលបានសេវាថែទាំរបស់អ្នកពីមណ្ឌលដែលមិននៅក្នុងបណ្តាញរបស់យើង។ អ្នកអាចទទួលបានសេវាថែទាំពីកន្លែងខាងក្រោម បើលោកអ្នកព្រមទទួលចំនួនទឹកប្រាក់របស់គម្រោងសម្រាប់ការទូទាត់: • មន្ទីរគិលានុបដ្ឋាក ឬសហគមន៍អ្នកចូលនិវត្តន៍ផ្តល់សេវាថែទាំបន្ត ដែលជាទីកន្លែងរស់នៅរបស់អ្នក មុនពេលអ្នកទៅមន្ទីរពេទ្យ (ដរាបណាវាផ្តល់ការថែទាំតាមមន្ទីរថែទាំ)។ • មន្ទីរថែទាំដែលសហព័ន្ធឬដៃគូអនីតិសង្វាស់របស់អ្នករស់នៅ ក្នុងពេលដែលអ្នកចាកចេញពីមន្ទីរពេទ្យ ពិភាក្សាជាមួយអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក និងទទួលយកការបញ្ជូនបន្ត។	$0

សេវាដែលរ៉ាប់រង		អ្វីដែលអ្ន កត្រូវ បង់
	ការបញ្ឈប់ការជក់បារី និងការប្រើប្រាស់ថ្នាំជក់ ការប្រឹក្សាអំពីការឈប់ជក់បារី និងការប្រើប្រាស់ថ្នាំជក់ត្រូវបានធានារ៉ាប់រងសម្រាប់អ្នកជំងឺមិនសម្រាកពេទ្យ និងអ្នកសម្រាកព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យដែលបំពេញតាមលក្ខខណ្ឌវិនិច្ឆ័យទាំងនេះ៖ • ប្រើប្រាស់ថ្នាំជក់ មិនថាតើវាបង្ហាញសញ្ញា ឬរោគសញ្ញានៃជំងឺដែលទាក់ទងនឹងថ្នាំជក់នោះដែលឬទេ។ • មានលទ្ធភាពអាចធ្វើទៅរួច និងសកម្មក្នុងអំឡុងពេលទទួលបានការប្រឹក្សា • គ្រូពេទ្យដែលមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ ឬគ្រូពេទ្យដែលទទួលស្គាល់ដោយ Medicare ផ្សេងទៀតជាអ្នកផ្តល់ការប្រឹក្សា យើងធានារ៉ាប់រងលើការផ្តាច់ការជក់ចំនួនពីរដងក្នុងមួយឆ្នាំ (ការព្យាយាមផ្តាច់ម្តងៗអាចរួមបញ្ចូលចំនួនអតិបរមានៃវគ្គកម្រិតមធ្យម ឬវគ្គកម្រិតខ្ពស់ចំនួនបួនដែលមានរហូតដល់ប្រាំបីវគ្គក្នុងមួយឆ្នាំ)។	$0
	ការព្យាបាលដោយការធ្វើលំហាត់ប្រាណដែលមានអ្នកត្រួតពិនិត្យ (SET)* យើងបង់ប្រាក់សម្រាប់ការព្យាបាលដោយការធ្វើលំហាត់ប្រាណដែលមានអ្នកត្រួតពិនិត្យ (Supervised Exercise Therapy, SET) សម្រាប់សមាជិកដែលមានជំងឺសរសៃឈាមក្រហម (peripheral artery disease, PAD) ដែលមានលេចចេញរោគសញ្ញាហើយ។ គម្រោងរបស់យើងបង់ប្រាក់សម្រាប់៖ • ការជួបពិគ្រោះរហូតដល់ 36 ដង ក្នុងអំឡុងពេល 12 សប្តាហ៍ ប្រសិនបើបំពេញតាមលក្ខខណ្ឌតម្រូវរបស់ SET ទាំងអស់ • ម៉ោងជួបពិគ្រោះបន្ថែមចំនួន 36 ដងលើសពីនេះ ប្រសិនបើអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពចាត់ទុកថាចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ កម្មវិធី SET ត្រូវតែជា៖ • ម៉ោងកម្មវិធីការធ្វើលំហាត់ប្រាណព្យាបាលរយៈពេលពី 30 ទៅ 60 នាទី សម្រាប់សមាជិកដែលមានបញ្ហាជើងដោយសារតែលំហូរឈាមខ្សោយ (ការចុកជើង) • នៅក្នុងកន្លែងសម្រាប់អ្នកជំងឺមិនសម្រាកពេទ្យ ឬនៅការិយាល័យរបស់គ្រូពេទ្យ • បានផ្តល់ដោយបុគ្គលិកមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ ដែលជាអ្នកធ្វើឱ្យប្រាកដថាអត្ថប្រយោជន៍មានច្រើនជាងគ្រោះថ្នាក់ និងជាអ្នកទទួលបានការបណ្តុះបណ្តាលក្នុងការធ្វើលំហាត់ប្រាណសម្រាប់ជំងឺ PAD។ • ក្រោមការគ្រប់គ្រងដោយផ្ទាល់របស់គ្រូពេទ្យ ជំនួយការគ្រូពេទ្យ ឬគិលានុបដ្ឋាកជំនាញ/គិលានុបដ្ឋាកឯកទេសដែលទទួលបានការបណ្តុះបណ្តាលទាំងបច្ចេកទេសគាំទ្រជីវិតមូលដ្ឋាន និងកម្រិតខ្ពស់ ពិភាក្សាជាមួយអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក និងទទួលយកការបញ្ជូនបន្ត។	$0

	សេវាដែលរ៉ាប់រង	អ្វីដែលអ្ន កត្រូវ បង់
	យានជំនិះ៖ យានជំនិះពេទ្យមិនអាសន្ន * អត្ថប្រយោជន៍នេះអនុញ្ញាតឱ្យមានយានជំនិះពេទ្យសម្រាប់សេវាដែលបានធានារ៉ាប់រងដោយគម្រោងរបស់អ្នក និង Medicare ។ នេះរួមមាន៖ សេវាដឹកញ្ជូនវេជ្ជសាស្ត្រតាមរថយន្តសង្គ្រោះបន្ទាន់ រថយន្តវ៉ែនដែលមានគ្រែសែង អ្នករបួស រថយន្តវ៉ែនដែលមានគ្រែ ឬស្នែងសែងអ្នករបួស និងការសម្របសម្រួលជាមួយនឹងសេវាប៉ារ៉ាត្រង់ស៊ីត។ ទម្រង់នៃមធ្យោបាយធ្វើដំណើរត្រូវបានអនុញ្ញាតនៅពេល៖ • អ្នកផ្តល់សេវាវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នកកំណត់ស្ថានភាពវេជ្ជសាស្ត្រ និង/ឬ រាងកាយរបស់អ្នក មិនអនុញ្ញាតឱ្យអ្នកធ្វើដំណើរតាមឡានក្រុង រថយន្តដឹកអ្នកដំណើរ តាក់ស៊ី ឬមធ្យោបាយដឹកជញ្ជូនសាធារណៈ ឬឯកជនផ្សេងទៀតទេ **ហើយ**ទាមទារការអនុញ្ញាតជាមុន ហើយអ្នកនឹងត្រូវទូរសព្ទទៅគម្រោងរបស់អ្នកដើម្បីរៀបចំការងារធ្វើដំណើរ LA. Care ជាមួយគ្រូពេទ្យរបស់អ្នក ដើម្បីជួយអ្នកកំណត់កាលវិភាគយានជំនិះដែលអ្នកត្រូវការទៅ និងមកពីសេវាធានារ៉ាប់រង L.A. Care Medicare Plus របស់អ្នក។ ការកំណត់ពេលវេលា អាចតម្រូវឱ្យមានការស្នើសុំរបស់អ្នកផ្តល់សេវា និងការឯកភាពពី L.A. Care។ ហៅទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាសមាជិករបស់ L.A. Care Medicare Plus តាមលេខ 1-833-522-3767 (TTY: 711) 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ រួមទាំងថ្ងៃឈប់សម្រាកផងដែរ ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពីជម្រើសនៃការដឹកជញ្ជូន និងរបៀបរៀបចំកាលវិភាគធ្វើដំណើររបស់អ្នក។	$0
	យានជំនិះ៖ យានជំនិះមិនមែនពេទ្យ ឡានតាក់ស៊ី, ឬទំរង់ផ្សេងទៀតនៃយានជំនិះ សាធារណៈ/ឯកជន។ ទាមទារយានជំនិះសម្រាប់គោលបំណងទទួលបានការថែទាំវេជ្ជសាស្ត្រទទួលបានការធានារ៉ាប់រងដែលត្រូវការដោយ Medi-Cal រួមទាំងការធ្វើដំណើរទៅកាន់ការណាត់ជួបធ្មេញ និងដើម្បីទៅយកឱសថ។ ធានារ៉ាប់រងលើយានជំនិះសម្រាប់សេវាដែលបានធានារ៉ាប់រងទ្វេដោយ Medi-Cal និង Medicare។ L.A. Care អាចជួយអ្នកកំណត់កាលវិភាគការដឹកជញ្ជូនដែលអ្នកត្រូវការដើម្បីទៅដល់ និងចេញពីសេវាថែទាំដែលរ៉ាប់រងដោយគម្រោង L.A. Care Medicare Plus ។ ហៅទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាសមាជិករបស់ L.A. Care Medicare Plus តាមលេខ 1-833-522-3767 (TTY: 711) 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ រួមទាំងថ្ងៃឈប់សម្រាក ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពីជម្រើសនៃការដឹកជញ្ជូន និងរបៀបរៀបចំកាលវិភាគធ្វើដំណើររបស់អ្នក។	$0

សេវាដែលរ៉ាប់រង		អ្វីដែលអ្ន កត្រូវ បង់
	ការថែទាំព្យាបាលត្រូវការជាបន្ទាន់ ការថែទាំត្រូវការជាបន្ទាន់គឺជាការថែទាំផ្តល់ឱ្យសម្រាប់ព្យាបាល៖ • មិនមែនជាការសង្គ្រោះបន្ទាន់ដែលតម្រូវឱ្យមានការថែទាំវេជ្ជសាស្ត្រភ្លាមៗ **ឬ** • ជំងឺដែលពុំអាចដឹងមុនបាន **ឬ** • របួស **ឬ** • ស្ថានភាពដែលត្រូវការសេវាថែទាំភ្លាមៗ។ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការការថែទាំព្យាបាលដែលត្រូវការជាបន្ទាន់ អ្នកគួរតែព្យាយាមទទួលយកវាពីអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញសិន។ ទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយ អ្នកអាចប្រើអ្នកផ្តល់សេវានៅក្រៅបណ្តាញ នៅពេលដែលអ្នកមិនអាចទៅដល់អ្នកផ្តល់សេវាបណ្តាញ ដោយសារពេលវេលា ទីកន្លែង កាល:ទេស:របស់អ្នក វាមិនអាចទៅរួចទេ ឬវាមិនសមហេតុផលក្នុងការទទួលបានសេវានេះពីអ្នកផ្តល់សេវាបណ្តាញ (ឧទាហរណ៍ នៅពេលអ្នកនៅខាងក្រៅ តំបន់សេវារបស់គម្រោង ហើយអ្នកត្រូវការសេវាបន្ទាន់ដែលត្រូវការផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រសម្រាប់ស្ថានភាពដែលមើលមិនឃើញ ប៉ុន្តែវាមិនមែនជាគ្រោអាសន្នផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រទេ)។ សេវាសង្គ្រោះបន្ទាន់ និងសេវាត្រូវការជាបន្ទាន់ ត្រូវបានរ៉ាប់រងទូទាំងពិភពលោក ដោយគ្មានសុំការអនុញ្ញាតជាមុនទេ។ យើងនឹងរ៉ាប់រងរហូតដល់ $10,000 ក្នុងការចំណាយក្នុងមួយឆ្នាំប្រតិទិន។ សូមទាក់ទងលេខសេវាសមាជិករបស់យើងសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។ ជ្រើសរើសមជ្ឈមណ្ឌលថែទាំបន្ទាន់ដែលធ្វើការជាមួយក្រុមពេទ្យរបស់អ្នក។ អ្នកអាចរកឃើញក្រុមវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នកនៅលើបណ្ណសម្គាល់សមាជិករបស់អ្នក។	$0

សេវាដែលរ៉ាប់រង		អ្វីដែលអ្ន កត្រូវ បង់
	សម្រាប់អ្នកមានជំងឺទឹកនោមផ្អែម យើងចំណាយលើការពិនិត្យមើលជំងឺទឹកនោមផ្អែមម្តងក្នុងមួយឆ្នាំ។ យើងបង់ប្រាក់សម្រាប់វ៉ែនតាមួយគូ ឬកញ្ចក់ឡែនពាក់លើភ្នែក បន្ទាប់ពីការវះកាត់ភ្នែកឡើងបាយនីមួយៗ នៅពេលវេជ្ជបណ្ឌិតដាក់បញ្ចូលកញ្ចក់ក្នុងប្រស្រីភ្នែក។ បើអ្នកមានការវះកាត់ភ្នែកឡើងបាយពីរដាច់ដោយឡែកពីគ្នា អ្នកត្រូវទទួលបានវ៉ែនតាមួយគូ ក្រោយពេលវះកាត់រួច។ អ្នកមិនអាចទទួលបានវ៉ែនតាពីរគូ ក្រោយពេលវះកាត់រួចលើកទីពីរទេ ទោះបីជាអ្នកមិនបានទទួលបានវ៉ែនតាមួយគូក្រោយពេលវះកាត់លើកទីមួយក៏ដោយ។	

សេវាដែលរ៉ាប់រង		អ្វីដែលអ្ន កត្រូវ បង់
	ការថែទាំភ្នែ ក **សេវាចក្ខុវិញ្ញា ណជាប្រចាំ** យើងធានារ៉ាប់រងលើសេវាភ្នែកជាប្រចាំ នៅពេលអ្នកប្រើអ្នកផ្តល់សេវានៅក្នុងបណ្តាញគម្រោងអ្នកផ្តល់សេវាភ្នែក (Vision Services Plan, VSP) របស់យើង។ ដើម្បីស្វែងរកអ្នកផ្តល់សេវាចូលរួមដែលនៅជិតអ្នក សូមចូលទៅកាន់សៀវភៅរាយឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវារបស់យើង។ អត្ថប្រយោជន៍ភ្នែកជាប្រចាំរបស់អ្នករួមមាន៖ • ការពិនិត្យភ្នែកជាប្រចាំចំនួនមួយដងក្នុងមួយឆ្នាំប្រតិទិន* • រហូតដល់ $500 សម្រាប់វែនតាមួយគូ (ដងប៉ុណ្ណោះ) ឬឡេនដាក់ភ្នែករៀងរាល់ពីរឆ្នាំប្រតិទិន • កញ្ចក់វែនតាតាមវេជ្ជបញ្ជាជាមូលដ្ឋានត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដូចជាកញ្ចក់ ឬផ្លាស្ទិក កែវភ្នែកតែម្តាង កញ្ចក់មើលជិតក៏បានឆ្ងាយក៏បាន កញ្ចក់មើលបានបីតំបន់ ឬកញ្ចក់ឡង់ទីរៀងរាល់ពីរឆ្នាំប្រតិទិន។ ការដំឡើងសេរ៉ី និងការកែលម្អបន្ថែមដូចជាកញ្ចក់ពហុចម្ងាយ ស្រទាប់ធន់នឹងការឆ្លុត ស្រទាប់ធន់ និងការបន្ថែមផ្សេងទៀតមិនត្រូវបានធានារ៉ាប់រងទេ។ ចំណាំ៖ កញ្ចក់វែនតាតាមវេជ្ជបញ្ជាជាមូលដ្ឋានមិនរាប់បញ្ចូលប្រាក់ឧបត្ថម្ភ $500 ទេ។ ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពីការថែទាំភ្នែកដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងតាមរយៈ L.A. Care Medicare Plus សូមហៅទូរសព្ទទៅលេខ 1-855-492-9028 (TTY TTY 711) ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ ឬចូលទៅកាន់សៀវភៅរាយឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវារបស់ពួកគេនៅលើគេហទំព័ររបស់យើងដោយចូលទៅ៖ www.vsp.com/advantageonly **សេវាដែលរ៉ាប់រង Medicare*** យើងបង់ប្រាក់ទូទាត់សេវាវេជ្ជបណ្ឌិតផ្នែកអ្នកជំងឺមិនសម្រាកពេទ្យមន្ទីរពេទ្យ សម្រាប់ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ និងការព្យាបាលជំងឺ និងរបួសភ្នែក។ ឧទាហរណ៍ ការព្យាបាលសម្រាប់បញ្ហាថមថយសាច់ដុំទាក់ទងនឹអាយុផងដែរ។ សម្រាប់អ្នកដែលមានហានិភ័យខ្ពស់ផ្នែកជំងឺទឹកដក់ក្នុងភ្នែក យើងបង់ប្រាក់សម្រាប់ការពិនិត្យជំងឺទឹកដក់ក្នុងភ្នែកម្តងជារៀងរាល់ឆ្នាំ។ អ្នកដែលមានហានិភ័យខ្ពស់ផ្នែកជំងឺទឹកដក់ក្នុងភ្នែករួមមាន៖ • អ្នកដែលគ្រួសារមានប្រវត្តិកើតជំងឺទឹកដក់ក្នុងភ្នែក • អ្នកជម្ងឺទឹកនោមផ្អែម • ជនជាតិអាហ្វ្រិកសញ្ជាតិអាមេរិកដែលមានអាយុចាប់ពី 50 ឆ្នាំឡើងទៅ • ជនជាតិអេស្ប៉ាញអាមេរិកដែលមានអាយុ 65 ឆ្នាំឡើងទៅ **អត្ថ ប្រយោជន៍នេះ បន្ត នៅទំព័របន្ទា ប់**	$0

សេវាដែលរ៉ាប់រង		អ្វីដែលអ្ន កត្រូវ បង់
	សម្រាប់អ្នកមានជំងឺទឹកនោមផ្អែម យើងចំណាយលើការពិនិត្យមើលជំងឺទឹកនោមផ្អែមម្តងក្នុងមួយឆ្នាំ។ យើងបង់ប្រាក់សម្រាប់វ៉ែនតាមួយគូ ឬកញ្ចក់ឡែនពាក់លើភ្នែក បន្ទាប់ពីការវះកាត់ភ្នែកឡើងបាយនីមួយៗ នៅពេលវេជ្ជបណ្ឌិតដាក់បញ្ចូលកញ្ចក់ក្នុងប្រស្រីភ្នែក។ បើអ្នកមានការវះកាត់ភ្នែកឡើងបាយពីរដាច់ដោយឡែកពីគ្នា អ្នកត្រូវទទួលបានវ៉ែនតាមួយគូ ក្រោយពេលវះកាត់រួច។ អ្នកមិនអាចទទួលបានវ៉ែនតាពីរគូក្រោយពេលវះកាត់រួចលើកទីពីរទេ ទោះបីជាអ្នកមិនបានទទួលបានវ៉ែនតាមួយគូក្រោយពេលវះកាត់លើកទីមួយក៏ដោយ។ ពិភាក្សាជាមួយអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក ហើយទទួលបានការបញ្ជូនបន្ត។	
	ការជួបពិគ្រោះបង្ការនៃ "សូមស្វាគមន៍មកកាន់ Medicare" យើងរ៉ាប់រងការជួបពិគ្រោះបង្ការ “ស្វាគមន៍មកកាន់ Medicare” មួយដង។ ការជួបពិគ្រោះរួមមាន៖ • ការពិនិត្យសុខភាពរបស់អ្នក • ការអប់រំនិងពិគ្រោះយោបល់អំពីសេវាបង្ការដែលអ្នកត្រូវការ (ដូចជាសេវាថតឆ្អុះ និងចាក់ថ្នាំជាដើម) **និង** • ការបញ្ជូនបន្តសម្រាប់សេវាថែទាំដទៃទៀត នៅពេលអ្នកត្រូវការ។ **សម្គា ល់៖** យើងរ៉ាប់រងការជួបពិគ្រោះបង្ការ “ស្វាគមន៍មកកាន់ Medicare” តែក្នុងរយៈពេល 12 ខែដំបូងដែលអ្នកមាន Medicare ផ្នែក B តែប៉ុណ្ណោះ។ នៅពេលដែលអ្នកធ្វើការណាត់ជួប សូមប្រាប់ការិយាល័យគ្រូពេទ្យរបស់អ្នកថាអ្នកចង់កំណត់ពេលជួបពិគ្រោះបង្ការ “ស្វាគមន៍មកកាន់ Medicare” របស់អ្នក។	$0

E. ការគាំទ្រសហគមន៍

អ្នកអាចទទួលបានជំនួយក្រោមគម្រោងថែទាំលក្ខណៈបុគ្គលរបស់អ្នក។ ជំនួយសហគមន៍គឺសមស្របផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ និងមានសេវាជម្រើសមានតម្លៃសមរម្យ ឬការកំណត់ចំពោះអ្នកដែលរ៉ាប់រងក្រោមគម្រោងរដ្ឋ Medi-Cal។ សេវាទាំងនេះគឺអាស្រ័យលើជម្រើសរបស់សមាជិក។ ប្រសិនបើអ្នកមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ សេវាទាំងនេះអាចជួយអ្នកឱ្យរស់នៅដោយឯករាជ្យជាងមុន។ សេវាទាំងនេះមិនផ្លាស់ប្តូរអត្ថប្រយោជន៍ដែលអ្នកទទួលបានរួចហើយនៅក្រោម Medi-Cal ឡើយ។

អ្នកអាចទទួលបានជំនួយក្រោមគម្រោងថែទាំលក្ខណៈបុគ្គលរបស់អ្នក។ ជំនួយសហគមន៍គឺសមស្របផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ និងមានសេវាជម្រើសមានតម្លៃសមរម្យ ឬការកំណត់ចំពោះអ្នកដែលរ៉ាប់រងក្រោមគម្រោងរដ្ឋ Medi-Cal។ សេវាទាំងនេះគឺអាស្រ័យលើជម្រើសរបស់សមាជិក។ ប្រសិនបើអ្នកមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ សេវាទាំងនេះអាចជួយអ្នកឱ្យរស់នៅដោយឯករាជ្យជាងមុន។

សេវាទាំងនេះមិនផ្លាស់ប្តូរអត្ថប្រយោជន៍ថ្មីដែលអ្នកទទួលបានរួចហើយនៅក្រោម Medi-Cal ឡើយ។ ជំនួយសហគមន៍អាចរួមបញ្ចូលជំនួយក្នុងការស្វែងរក ឬរក្សាលំនៅឋាន របបអាហារដែលតម្រូវតាមវេជ្ជសាស្ត្រ ឬជំនួយ

ផ្សេងទៀតសម្រាប់អ្នក ឬអ្នកថែទាំរបស់អ្នក។ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយ ឬចង់ស្វែងយល់ថាតើជំនួយសហគមន៍អ្វីខ្លះអាចមានសម្រាប់អ្នក ហៅទូរសព្ទទៅ 1-833-522-3767 (TTY: 711) 24 ម៉ោង ក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ រួមទាំងថ្ងៃឈប់សម្រាក ឬហៅទូរសព្ទទៅអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក។ មិនគិតថ្លៃសម្រាប់សមាជិកចំពោះសេវាគាំទ្រសហគមន៍។

ខាងក្រោមនេះគឺជាជំនួយសហគមន៍ដែលផ្តល់ដោយ L.A. Care Health Plan៖

- សេវាស្វែងរកការផ្លាស់ប្តូរលំនៅឋាន និងសេវាផ្តល់ការទ្រទ្រង់ ព្រមទាំងជួលលំនៅឋាន
  - រួមបញ្ចូលសេវាដើម្បីជួយសមាជិកស្វែងរកលំនៅឋាន និងរក្សាការជួលប្រកបដោយសុវត្ថិភាព និងស្ថិរភាព
- អាហារសម្របតាមតម្រូវការវេជ្ជសាស្ត្រ
  - កម្មវិធីអាហារដែលជួយសមាជិកគ្រប់គ្រងស្ថានភាពសុខភាពរបស់ពួកគេ និងស្វែងយល់អំពីអាហារដែលផ្តល់សុខភាពល្អ។ សមាជិកដែលមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់អាចទទួលបានអាហារផ្ញើដោយផ្ទាល់ទៅផ្ទះរបស់ពួកគេរហូតដល់ 12 សប្តាហ៍។
- ការថែទាំព្យាបាល (ការថែទាំជំនួសម្តងម្កាល)
  - ការថែទាំព្យាបាល និងរួមបញ្ចូលគ្នារយៈពេលខ្លីសម្រាប់សមាជិកដែលលែងត្រូវការសម្រាកព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យ ប៉ុន្តែ នៅតែត្រូវការជាសះស្បើយពីរបួស ឬជំងឺ (រួមទាំងលក្ខណសុខភាពអាកប្បកិរិយា)
- ប្រាក់បញ្ញើសម្រាប់លំនៅឋាន
  - ជួយក្នុងការកំណត់អត្តសញ្ញាណ សម្របសម្រួលធានា ឬផ្តល់ទឹកប្រាក់ដល់សេវាតែម្តងគត់ និងការកែប្រែដែលចាំបាច់ ដើម្បីឱ្យបុគ្គលម្នាក់អាចបង្កើតគ្រួសារជាមូលដ្ឋានវាមិនបង្កើតជាបន្ទប់សម្រាកទេ។
- មជ្ឈមណ្ឌលធូរស្បើយពីការស្រវឹង
  - គោលដៅជំនួសសម្រាប់សមាជិកដែលត្រូវបានរកឃើញថាស្រវឹងជាសាធារណៈ ហើយនឹងត្រូវធ្វើដំណើរទៅកាន់ផ្នែកសង្គ្រោះបន្ទាន់ ឬពន្ធនាគារ
- សេវាជំនួយថែទាំបុគ្គលនិងកិច្ចការក្នុងផ្ទះ
  - គាំទ្រសមាជិកដែលត្រូវការជំនួយក្នុងសកម្មភាពប្រចាំថ្ងៃ ដូចជាការងូតទឹក ការស្លៀកពាក់ អនាម័យផ្ទាល់ខ្លួន ការចម្អិនអាហារ និងការហូបចុក។
- សេវាជួយថែទាំបណ្តោះអាសន្ន
  - ផ្តល់ជូនសេវារយៈពេលខ្លីដល់អ្នកថែទាំដែលត្រូវការត្រួតពិនិត្យបណ្តោះអាសន្ន ម្តងម្កាល ដើម្បីផ្តល់ការសង្គ្រោះដល់អ្នកថែទាំ
- ការសម្របខ្លួនតាមលទ្ធភាពបរិស្ថានជុំវិញ (ការកែប្រែផ្ទះ)
  - ការសម្របខ្លួនទៅនឹងផ្ទះដើម្បីធានាសុខភាព និងសុវត្ថិភាពរបស់បុគ្គលម្នាក់ៗ ឬធ្វើឱ្យសមាជិកអាចធ្វើការដោយឯករាជ្យកាន់តែច្រើននៅក្នុងផ្ទះ
- ការកែបំបាត់ជំងឺហឺត

- ផ្ត ល់ការកែប្រែរាងកាយចំពោះបរិយាកាសក្នុងផ្ទះដែលចាំបាច់ដើម្បីធានាសុខភាព សុខុមាលភាព និង សុវត្ថិភាពរបស់សមាជិក ឬធ្វើឱ្យសមាជិកអាចធ្វើការនៅក្នុងផ្ទះ និងដោយគ្មា នករណីជំងឺហឺតស្រួ ចស្រាវ ដែលអាចបណ្តា លឱ្យមានតម្រូវការសេវាសង្គ្រោះបន្ទា ន់ និងការសម្រាកព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យ

- មណ្ឌលថែទាំសុខភាព/ការផ្លាស់ប្តូរទៅមជ្ឈមណ្ឌលជំនួយក្នុងការរស់នៅ
  - ជួ យសមាជិករស់នៅក្នុងសហគមន៍ដោយសម្របសម្រួ លការផ្លា ស់ប្តូរពីមន្ទីរគិលានុបដ្ឋា កម្ម ទៅកន្លែ ងដូច គេហដ្ឋា ន សហគមន៍ ឬបង្ការ រកុំឱ្យចូ លទៅក្នុងមន្ទីរគិលានុបដ្ឋា កម្ម សម្រាប់អ្ន កដែលជិតត្រូវការតម្រូវការ។

- សេវាអន្តរកាលសហគមន៍/សេវាមណ្ឌលថែទាំអន្តរកាលទៅផ្ទះ
  - ជួ យសមាជិកក្នុងការរស់នៅក្នុងសហគមន៍ដើម្បីជៀសវាងការបង្កើ តស្តា ប័នបន្ថែ មទៀតដោយផ្តួ ល់នូវ ការចំណាយលើការដំឡើងដែលមិនកើតឡើងដដែលៗសម្រាប់សមាជិកដែលផ្លា ស់ប្តូរពីកន្លែ ងដែលមាន អាជ្ញា បណ្ណ ទៅជាការរៀបចំការរស់នៅនៅក្នុងលំនៅដ្ឋា នឯកជន។

- ការស្នាក់នៅមន្ទីរពេទ្យរយៈពេលខ្លី
  - ផ្ត ល់ឱ្យអ្ន កដែលមិនមានលំនៅឋាន និងមានតម្រូវការខ្ព ស់ផ្នែ កសុខភាពវេជ្ជ សាស្ត្រ ឬឥរិយាបថ សុខភាព ឱកាសដើម្បីបន្ត ការព្យាបាលឱ្យជាសះស្បើយផ្នែ កវេជ្ជ សាស្ត្រ ចិត្ត សាស្ត្រ ឬការប្រើប្រាស់ សារធាតុញៀនភ្លា មៗ បន្ទា ប់ពីចាកចេញពីកន្លែ ងសម្រាកព្យាបាលក្នុងស្តា ប័ន។

- កម្មវិធីជំនួយដល់បុគ្គលដែលមានពិការភាព
  - ផ្ត ល់សេវានៅក្នុង ឬក្រៅផ្ទះរបស់បុគ្គ លម្នា ក់ ដើម្បីជួ យពួ កគេក្នុងការទទួ លបាន រក្សា និងពង្រឹងការជួ យ ខ្លួ នឯង។ ការចូ លសង្គ ម និងជំនាញបន្សា ំដែលចាំបាច់ដើម្បីរស់នៅក្នុងសហគមន៍ដោយជោគជ័យ

ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយ ឬចង់ស្វែងយល់ថាតើជំនួយសហគមន៍ណាមួយអាចមានសម្រាប់អ្នក ហៅទូរសព្ទទៅ លេខ 1-833-522-3767 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ រួមទាំងថ្ងៃឈប់សម្រាក (TTY 711) ឬទូរសព្ទ ទៅអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក។

F. អត្ថប្រយោជន៍ដែលរ៉ាប់រងក្រៅគម្រោងរបស់យើង

យើងមិនរ៉ាប់រងសេវាដូចខាងក្រោមទេ ប៉ុន្តែពួកវាមានផ្តល់ជូនតាមរយៈសេវាឥតគិតថ្លៃរបស់ Medi-Cal។

F1. ការផ្ទេ រទៅសហគមន៍ដោយរដ្ឋ កាលីហ្វ័រញ៉ា (CCT)

កម្មវិធីការផ្ទេរទៅសហគមន៍រដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា (California Community Transition, CCT) ប្រើប្រាស់ស្តាប័ន ឈានមុខគេ ក្នុងតំបន់ដើម្បីជួយអ្នកទទួលអត្ថប្រយោជន៍កម្មវិធី Medi-Cal ដែលមានសិទ្ធិទទួលបាន ដែលពួកគេ នៅក្នុងមន្ទីរថែទាំអ្នកជំងឺមិនសម្រាកពេទ្យមន្ទីរពេទ្យរយៈពេលយ៉ាងហោច 60 ថ្ងៃជាប់ៗគ្នា ការផ្ទេរត្រលប់ទៅកាន់ ទីតាំងសហគមន៍ និងបន្តមានសុវត្ថិភាពនៅក្នុងទីតាំងសហគមន៍ណាមួយ។ កម្មវិធី CCT ឧបត្ថម្ភថវិកាសេវា សម្របសម្រួលការផ្ទេរ ក្នុងអំឡុងពេលមុនមានការផ្ទេរ និងសម្រាប់ 365 ថ្ងៃ ក្រោយការផ្ទេរ ដើម្បីជួយអ្នកទទួលអត្ថ ប្រយោជន៍ឱ្យត្រឡប់ទៅកាន់មជ្ឈដ្ឋានសហគមន៍វិញ។

អ្នកអាចទទួលបានសេវាសម្របសម្រួលផ្ទេរពីស្តាប័នឈានមុខរបស់ CCT ណាមួយដែលបម្រើសេវានៅតំបន់ខោន ធីដែលអ្នករស់នៅ។ អ្នកអាចស្វែងរកបញ្ជីរាយនាមស្តាប័នឈានមុខ CCT និងខោនធីដែលពួកបម្រើសេវា នៅលើ គេហទំព័ររបស់ក្រសួងសុខាភិបាលនៅ៖ www.dhcs.ca.gov/services/ltc/Pages/CCT.aspx។

សម្រាប់សេវាសម្របសម្រួ លការផ្ទេ រ CCT

Medi-Cal ចេញថ្លៃទូទាត់សម្រាប់សេវាសម្របសម្រួលផ្ទេរ។ អ្នកមិនចាំបាច់បង់ប្រាក់ទូទាត់សម្រាប់សេវាទាំងនេះទេ។

សម្រាប់សេវាដែលមិនទាក់ទងនឹងការផ្ទេ រដោយ CCT របស់អ្ន ក

អ្នកផ្តល់សេវាចេញវិក្កយបត្រជូនយើងសម្រាប់សេវារបស់អ្នក។ គម្រោងរបស់យើងបង់ថ្លៃសម្រាប់សេវាដែលបានផ្តល់បន្ទាប់ពីការផ្ទេររបស់អ្នក។ អ្នកមិនចាំបាច់បង់ប្រាក់ទូទាត់សម្រាប់សេវាទាំងនេះទេ។

ខណៈពេលដែលអ្នកទទួលបានសេវាសម្របសម្រួលការផ្លាស់ប្តូរ CCT យើងបង់ថ្លៃសេវាដែលមានរាយក្នុងតារាងអត្ថប្រយោជន៍នៅក្នុង**ផ្នែ ក D**។

គ្មា នការផ្លា ស់ប្តូ រនៅក្នុងអត្ថ ប្រយោជន៍នៃការធានារ៉ាប់រងឱសថទេ

កម្មវិធី CCT **មិន**ធានារ៉ាប់រងលើឱសថទេ។ អ្នកបន្តទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ឱសថតាមធម្មតារបស់អ្នក តាមរយៈគម្រោងរបស់យើង។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមមើល**ជំពូ ក 5** នៃ*សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះ។

កំណត់ចំណាំ៖ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការថែទាំក្រៅពីការផ្ទេរ CCT ហៅទូរសព្ទទៅកាន់អ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នកដើម្បីរៀបចំសេវានានា។ ការថែទាំជាការផ្ទេរមិនមែនដោយ CCT គឺជាការថែទាំដែល**មិន**ពាក់ព័ន្ធនឹងការផ្ទេររបស់អ្នកពីស្ថាប័ន ឬមន្ទីរថែទាំ។

F2. កម្ម វិធី Medi-Cal Dental

សេវាព្យាបាលធ្មេញមួយចំនួនគឺមានតាមរយៈកម្មវិធី Medi-Cal Dental។ ព័ត៌មានបន្ថែមមាននៅលើគេហទំព័រ SmileCalifornia.org។ កម្មវិធី Medi-Cal Dental រួមមានជាអាទិ៍ សេវាដូចជា៖

- ការពិនិត្យដំបូង ការថតកាំរស្មីអ៊ិច ការសម្អាត និងការព្យាបាលដោយធាតុភ្លុយអរ
- ការជួសជុល និងស្រោបធ្មេញ
- ការព្យាបាលសរសៃឫសធ្មេញ
- តម្រឹមក្រាស់ធ្មេញទាំងមូល ជួសជុល និងដាក់ទ្រនាប់ថ្មី

សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមទាក់ទងនឹងអត្ថប្រយោជន៍ធ្មេញដែលមាននៅក្នុងកម្មវិធី Medi-Cal Dental ឬប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយក្នុងការស្វែងរកពេទ្យដែលទទួលយក Medi-Cal សូមទាក់ទងខ្សែទូរសព្ទសេវាអតិថិជនតាមលេខ 1-800-322-6384 (អ្នកប្រើប្រាស់ TTY ទូរសព្ទទៅ 1-800-735-2922)។ ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ អ្នកតំណាងឱ្យកម្មវិធីព្យាបាលធ្មេញ Medi-Cal Dental អាចទំនាក់ទំនងដើម្បីជួយដល់អ្នកបាន ចាប់ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹកដល់ម៉ោង 5:00 ល្ងាចចាប់ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ។ អ្នកក៏អាចចូលមើលគេហទំព័រតាម smilecalifornia.org/ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។

នៅក្នុងខោនធី Sacramento និង Los Angeles អ្នកអាចទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ធ្មេញ Medi-Cal តាមរយៈគម្រោងគ្រប់គ្រងការថែទាំធ្មេញ (Dental Managed Care, DMC)។ ប្រសិនបើអ្នកចង់បានព័ត៌មានបន្ថែមអំពីគម្រោងធ្មេញរបស់ Medi-Cal ឬចង់ធ្វើការផ្លាស់ប្តូរ សូមទាក់ទងជម្រើសថែទាំសុខភាព តាមរយៈលេខ 1-800-430-4263 (អ្នកប្រើប្រាស់ TTY ហៅទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-430-7077) ថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 6:00 ល្ងាច។ ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ ព័ត៌មានទំនាក់ទំនង DMC ក៏មាននៅទីនេះផងដែរ៖ www.dhcs.ca.gov/services/Pages/ManagedCarePlanDirectory.aspx។ www.hpsm.org/dental

សម្គា ល់៖ គម្រោងរបស់យើងផ្តល់ជូនសេវាថែទាំធ្មេញបន្ថែម។ សូមមើលតារាងអត្ថប្រយោជន៍នៅក្នុង**ផ្នែ ក D** ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែម។

F3. សេវាការគាំទ្រក្នុងផ្ទះ (IHSS)

- កម្មវិធី IHSS នឹងជួយបង់ប្រាក់ដល់អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំដែលបានចុះឈ្មោះសម្រាប់សេវាដែលផ្តល់ជូនអ្នក ដូច្នេះអ្នកអាចស្នាក់នៅដោយសុវត្ថិភាពនៅក្នុងផ្ទះរបស់អ្នក។ IHSS ត្រូវបានចាត់ទុកជាជម្រើសមួយជំនួសការថែទាំនៅផ្ទះ ដូចជាមណ្ឌលថែទាំអ្នកជរាពិការ ឬមន្ទីរថែទាំនានា។
- ដើម្បីទទួលបានសេវា គេត្រូវធ្វើការវាយតម្លៃដើម្បីកំណត់ប្រភេទសេវាណាមួយដែលអាចនឹងត្រូវបានអនុញ្ញាតសម្រាប់អ្នកចូលរួមម្នាក់ៗដោយផ្អែកលើតម្រូវការរបស់ពួកគេ។ ប្រភេទនៃសេវាដែលអាចត្រូវបានអនុញ្ញាតតាមរយៈ IHSS មានដូចជា ការសម្អាតផ្ទះ ការរៀបចំអាហារ បោកគក់ ហាងលក់គ្រឿងទេស សេវាថែទាំផ្ទាល់ខ្លួន (ដូចជាការថែទាំពោះវៀន និងប្លោកនោម ការងូតទឹក ការសម្អាត និងសេវាពេទ្យ) អមជាមួយការណាត់ជួបផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ និងការត្រួតពិនិត្យការពារអ្នកមានបញ្ហាផ្លូវចិត្ត។
- អ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នកអាចជួយអ្នកក្នុងការស្នើសុំ IHSS ជាមួយភ្នាក់ងារសេវាសង្គមតាមខោនធីរបស់អ្នក។

F4. 1915(c) កម្ម វិធីលើកលែងសេវាតាមផ្ទះ និងសហគមន៍ (HCBS)

កម្ម វិធីលើកលែងការរស់នៅដោយជំនួ យ (ALW)

កម្មវិធីលើកលែងការរស់នៅដោយជំនួយ (Assisted Living Waiver, ALW) ផ្តល់ជូនអ្នកទទួលផលដែលមានសិទ្ធិ Medi-Cal អំពីជម្រើសនៃការស្នាក់នៅក្នុងកន្លែងរស់នៅដោយមានជំនួយ ថាជាជម្រើសផ្សេងសម្រាប់ការដាក់ឱ្យនៅក្នុងមន្ទីរគិលានុបដ្ឋាកម្មរយៈពេលយូរ។ គោលដៅរបស់ ALW គឺដើម្បីជួយសម្រួលដល់ការផ្លាស់ប្តូរមណ្ឌលថែទាំត្រឡប់ទៅជាកន្លែងដូចគេហដ្ឋាន និងសហគមន៍ ឬទប់ស្កាត់ការទទួលយកគិលានុបដ្ឋាយិកាដែលមានជំនាញសម្រាប់អ្នកទទួលផល ជាមួយនឹងតម្រូវការដែលជិតមកដល់សម្រាប់ការដាក់មន្ទីរគិលានុបដ្ឋាកម្ម។

សមាជិកដែលបានចុះឈ្មោះនៅក្នុង ALW អាចបន្តចុះឈ្មោះក្នុង ALW ខណៈពេលដែលទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ដែលផ្តល់ដោយគម្រោងរបស់យើងផងដែរ។ គម្រោងរបស់យើងធ្វើការជាមួយភ្នាក់ងារសម្របសម្រួល ALW លើការថែទាំរបស់អ្នក ដើម្បីសម្របសម្រួលសេវាដែលអ្នកទទួលបាន។

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

អ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នកអាចជួយអ្នកក្នុងការស្នើសុំកម្មវិធីលើកលែងការរស់នៅដោយជំនួយ (Assisted Living Waiver, ALW) បាន។ ការចុះបញ្ជីបច្ចុប្បន្ននៃទីភ្នាក់ងារសម្របសម្រួលការថែទាំអាចរកបាននៅក្នុងគេហទំព័រខាងក្រោម៖
https://www.dhcs.ca.gov/services/ltc/Documents/Care-Coordination-Agencies.pdf

ការលើកលែង HCBS សម្រាប់ប្រជាជនកាលីហ្វ័រនីញ៉ាដែលមានពិការភាពក្នុងការអភិវឌ្ឍ (HCBS-DD)

កម្ម វិធីកំណត់ខ្ជ នឯងរដ្ឋ កាលីហ្វ័រញ៉ា (SDP) លើកលែងសម្រាប់បុគ្គ លដែលមានពិការខាងការអភិវឌ្ឍន៍

- មានការលើកលែងឆ្នាំ 1915(c) ចំនួនពីរគឺការលើកលែងលើសេវាតាមផ្ទះ និងសហគមន៍ដែលមានពិការភាពខាងវឌ្ឍនកម្ម (Home and Community Based Services with Developmental Disabilities, HCBS-DD) និងការលើកលែង កម្មវិធីកំណត់ដោយខ្លួនឯង (Self-Determination Program, SDP) ដែលផ្តល់សេវាដល់មនុស្សដែលត្រូវបានធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យថាមានពិការខាងវឌ្ឍនកម្មដែលចាប់ផ្តើមមុនអាយុ 18 ឆ្នាំរបស់បុគ្គលនោះ ហើយត្រូវបានគេរំពឹងថានឹងបន្តដោយគ្មានកំណត់។

ការលើកលែងទាំងពីរនេះគឺជាមធ្យោបាយផ្តល់មូលនិធិដល់សេវាមួយចំនួនដែលអនុញ្ញាតឱ្យអ្នកពិការក្នុងការអភិវឌ្ឍអាចរស់នៅក្នុងផ្ទះ ឬក្នុងសហគមន៍ ជាជាងរស់នៅក្នុងមន្ទីរថែទាំសុខភាពដែលមានអាជ្ញាប័ណ្ណ។ ការចំណាយសម្រាប់សេវាទាំងនេះត្រូវបានផ្តល់មូលនិធិរួមគ្នាដោយកម្មវិធី Medicaid របស់រដ្ឋាភិបាលសហព័ន្ធ និងរដ្ឋកាលីហ្វ័រនីញ៉ា។ អ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នកអាចជួយភ្ជាប់អ្នកភ្ជាប់ទៅកាន់សេវា ការលើកលែងសម្រាប់ពិការភាពនៃការអភិវឌ្ឍផ្នែកលូតលាស់ ការលើកលែងសម្រាប់ពិការភាពនៃការអភិវឌ្ឍផ្នែកលូតលាស់ (Developmental Disabilities, DD)។

ការលើកលែងជម្រើសតាមផ្ទះ និងសហគមន៍ (HCBA)

- ការលើកលែងជម្រើសតាមផ្ទះ និងសហគមន៍ (Home and Community-Based Alternative, HCBA) ផ្តល់សេវាចាត់ចែងការថែទាំដល់អ្នកដែលមានហានិភ័យសម្រាប់មណ្ឌលថែទាំ ឬកន្លែងដាក់តាមស្ថាប័ន។ សេវាចាត់ចែងការថែទាំត្រូវបានផ្តល់ដោយក្រុមចាត់ចែងការថែទាំពហុជំនាញ ដែលរួមមានគិលានុបដ្ឋាយិកា និងបុគ្គលិកសង្គមកិច្ច។ ក្រុមការងារសម្របសម្រួលសេវាលើកលែង និងគម្រោងរដ្ឋ (ដូចជាផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ សុខភាពអាកប្បកិរិយា សេវាគាំទ្រក្នុងផ្ទះ។ល។) ហើយរៀបចំឱ្យមានសេវា និងជំនួយរយៈពេលវែងផ្សេងទៀតដែលមាននៅក្នុងសហគមន៍មូលដ្ឋាន។ ការចាត់ចែងការថែទាំ និងសេវាលើកលែងគឺត្រូវបានផ្តល់នៅក្នុងលំនៅឋានដែលផ្អែកលើសហគមន៍របស់អ្នកចូលរួម។ លំនៅឋាននេះអាចជាជាកម្មសិទ្ធិឯកជន ធានាតាមរយៈការរៀបចំជួលភតិក: ឬលំនៅដ្ឋានរបស់សមាជិកគ្រួសាររបស់អ្នកចូលរួម។
- សមាជិកដែលបានចុះឈ្មោះនៅក្នុងការលើកលែង HCBA អាចបន្តចុះឈ្មោះក្នុងការលើកលែង HCBA ខណៈពេលដែលទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ដែលផ្តល់ដោយគម្រោងរបស់យើងផងដែរ។ គម្រោងរបស់យើងធ្វើការជាមួយភ្នាក់ងារការលើកលែង HCBA ដើម្បីសម្របសម្រួលសេវាដែលអ្នកទទួលបាន។
- អ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នកអាចជួយអ្នកក្នុងការស្នើសុំ HCBA បាន។

កម្ម វិធីលើកលែង Medi-Cal (MCWP)

- កម្មវិធីលើកលែង Medi-Cal (Medi-Cal Waiver Program, MCWP) ផ្តល់ការគ្រប់គ្រងករណីគ្រប់ជ្រុងជ្រោយ និងសេវាថែទាំដោយផ្ទាល់ដល់អ្នកផ្ទុកជំងឺអេដស៍ ជាជម្រើសមួយសម្រាប់ការថែទាំតាមមន្ទីរថែទាំ ឬសម្រាកព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យ។ ការគ្រប់គ្រងសំណុំរឿង គឺជាវិធីសាស្ត្រជាក្រុមផ្តោតលើអ្នកចូលរួមដែលមានគិលានុបដ្ឋាយិកាដែលបានចុះឈ្មោះ និងអ្នកកាន់សំណុំរឿងការងារសង្គម។ អ្នកកាន់សំណុំរឿងធ្វើការជាមួយអ្នកចូលរួម និងអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំបឋម គ្រួសារ អ្នកថែទាំ និងអ្នកផ្តល់សេវាផ្សេងទៀត ដើម្បីវាយតម្លៃតម្រូវការការថែទាំដើម្បីរក្សាអ្នកចូលរួមនៅក្នុងផ្ទះ និងសហគមន៍របស់ពួកគេ។
- គោលដៅរបស់កម្មវិធី Medi-Cal Waiver (MCWP) គឺដើម្បី៖ (1) ផ្តល់សេវាតាមផ្ទះ និងសហគមន៍សម្រាប់អ្នកផ្ទុកវីរុសហីវដែលអាចត្រូវការសេវាតាមស្ថាប័ន។ (2) ជួយអ្នកចូលរួមក្នុងការគ្រប់គ្រងសុខភាពវីរុសហីវ (3) ធ្វើឱ្យប្រសើរឡើងនូវការចូលទៅកាន់ការគាំទ្រផ្នែកសុខភាពសង្គម និងឥរិយាបថសុខភាព និង (4) សម្របសម្រួលអ្នកផ្តល់សេវា និងលុបបំបាត់សេវាដែលស្ទួននានា។
- សមាជិកដែលបានចុះឈ្មោះនៅក្នុងការលើកលែង MCWP អាចបន្តចុះឈ្មោះក្នុងការលើកលែង MCWP ខណៈពេលដែលទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ដែលផ្តល់ដោយគម្រោងរបស់យើងផងដែរ។ គម្រោងរបស់យើងធ្វើការជាមួយភ្នាក់ងារកម្មវិធីលើកលែង MCWP ដើម្បីសម្របសម្រួលសេវាដែលអ្នកទទួលបាន។
- អ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នកអាចជួយអ្នកក្នុងការស្នើសុំ MCWP បាន។

Dignity Health - St. Mary Medical Center	1045 Atlantic Avenue, Suite 1016, Long Beach, CA 90813	(866) 243-7435
AIDS Healthcare Foundation	6255 Sunset Blvd., 19th Floor, Los Angeles, CA 90028	(727) 409-0759
AltaMed Health Services Corporation	5427 E. Whittier Blvd., Los Angeles, CA 90022	(323) 869-5468
APLA Health & Wellness	611 S. Kingsley Drive, Los Angeles, CA 90005	(213) 201-1600
Minority AIDS Project	5149 W. Jefferson Blvd., Los Angeles, CA 90016	(323) 936-4949
Tarzana Treatment Centers	7101 Baird Avenue, Reseda, CA 91335	(888) 777-8565

កម្ម វិធីសេវាមនុស្សចាស់ពហុគោលបំណង (MSSP)

- កម្មវិធីសេវាមនុស្សចាស់ពហុគោលបំណង (Multipurpose Senior Services, MSSP) ផ្តល់ទាំងសេវាចាត់ចែងការថែទាំសុខភាព និងសង្គម ដើម្បីជួយដល់បុគ្គលម្នាក់ៗនៅក្នុងផ្ទះ និងសហគមន៍របស់ពួកគេ។
- ខណៈពេលដែលអ្នកចូលរួមកម្មវិធីភាគច្រើនក៏ទទួលបានសេវាគាំទ្រក្នុងផ្ទះផងដែរ MSSP ផ្តល់ការសម្របសម្រួលថែទាំជាបន្តបន្ទាប់ ភ្ជាប់អ្នកចូលរួមទៅកាន់សេវា និងធនធានសហគមន៍ដែលត្រូវការផ្សេងទៀត សម្របសម្រួលជាមួយអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាព និងទិញសេវាដែលត្រូវការមួយចំនួនដែលមិនមាន ដើម្បីទប់ស្កាត់ ឬពន្យារពេលចូលទៅក្នុងស្ថាប័ន។ ការចំណាយសរុបប្រចាំឆ្នាំនៃការចាត់ចែងការថែទាំ និងសេវាផ្សេងទៀតត្រូវតែទាបជាងតម្លៃនៃការទទួលការថែទាំនៅក្នុងមន្ទីរគិលានុបដ្ឋាកម្មមានជំនាញ។
- ក្រុមអ្នកជំនាញផ្នែកសុខភាព និងសេវាសង្គមផ្តល់ដល់អ្នកចូលរួម MSSP ម្នាក់ៗនូវការវាយតម្លៃសុខភាព និងផ្លូវចិត្តពេញលេញដើម្បីកំណត់សេវាដែលត្រូវការ។ បន្ទាប់មកក្រុមការងារនឹងធ្វើការជាមួយអ្នកចូលរួម MSSP គ្រូពេទ្យ គ្រួសារ និងអ្នកផ្សេងទៀតដើម្បីបង្កើតគម្រោងថែទាំលក្ខណៈបុគ្គល។ សេវារួមមាន៖
  - ការគ្រប់គ្រងការថែទាំ
  - ការថែទាំមនុស្សពេញវ័យពេលថ្ងៃ
  - ការជួសជុល/ថែទាំផ្ទះបន្តិចបន្តួច
  - ការងារបន្ថែមក្នុងផ្ទះ ការថែទាំផ្ទាល់ខ្លួន និងសេវាត្រួតពិនិត្យការពារ
  - សេវាជួយថែទាំបណ្តោះអាសន្ន
  - សេវាយានជំនិះ
  - សេវាប្រឹក្សា និងព្យាបាល
  - សេវាអាហារ
  - សេវាការប្រាស្រ័យទាក់ទង

- សមាជិកដែលបានចុះឈ្មោះនៅក្នុងការលើកលែង MSSP អាចបន្តចុះឈ្មោះក្នុងការលើកលែង MSSP ខណៈពេលដែលទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ដែលផ្តល់ដោយគម្រោងរបស់យើងផងដែរ។ គម្រោងរបស់យើងធ្វើការជាមួយអ្នកផ្តល់សេវា MSSP ដើម្បីសម្របសម្រួលសេវាដែលអ្នកទទួលបាន។
- អ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នកអាចជួយអ្នកក្នុងការដាក់ពាក្យសុំ MSSP។

F5. សេវាឥរិយាបថសុខភាពរបស់ខោនធី ផ្ត ល់ជូ នក្រៅគម្រោងរបស់យើង (សេវាសុខភាពផ្លូ វចិត្ត និងវិបត្តិ នៃការសេពសារធាតុញៀន)

អ្នកមានលទ្ធភាពប្រើប្រាស់ឥរិយាបថសុខភាពដែលជាពេទ្យសាស្ត្រចាំបាច់ ដែលទទួលបានការរ៉ាប់រងដោយ Medicare និង Medi-Cal។ យើងផ្តល់លទ្ធភាពទទួលបានសេវាឥរិយាបថសុខភាព ដែលត្រូវបានរ៉ាប់រងដោយ កម្មវិធី Medicare និងកម្មវិធី Medi-Cal គ្រប់គ្រងការថែទាំ។ គម្រោងរបស់យើងមិនផ្តល់ជូនសេវាសុខភាព ផ្លូវចិត្តឯកទេស Medi-Cal ឬសេវាព្យាបាលវិបត្តិនៃការសេពសារធាតុញៀនក្នុងខោនធីទេ ប៉ុន្តែសេវាទាំងនេះមាន សម្រាប់អ្នកតាមរយៈទីភ្នាក់ងារឥរិយាបថសុខភាពរបស់ខោនធី។

សេវាសុខភាពផ្លូវចិត្តឯកទេសនៃកម្មវិធី Medi-Cal អាចមានផ្តល់ជូនអ្នក តាមរយៈគម្រោងសុខភាពផ្លូវចិត្តខោនធី (mental health plan, MHP) ប្រសិនបើអ្នកបំពេញតាមលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យដើម្បីទទួលបានសេវាសុខភាពផ្លូវចិត្ត ពិសេស។ សេវាសុខភាពផ្លូវចិត្តឯកទេស Medi-Cal ដែលផ្តល់ដោយ MHP ខោនធីរបស់អ្នករួមមាន៖

- សេវាសុខភាពផ្លូវចិត្ត
- សេវាជំនួយការផ្តល់ថ្នាំព្យាបាល
- សេវាព្យាបាលជិតដល់នៅពេលថ្ងៃ
- ការស្តារនីតិសម្បទានៅពេលថ្ងៃ
- សេវាអន្តរាគមន៍វិបត្តិ
- សេវាធ្វើឱ្យវិបត្តិមានស្ថិរភាព
- សេវាសម្រាកព្យាបាលសម្រាប់មនុស្សពេញវ័យ
- សេវាសម្រាកព្យាបាលសម្រាប់ការដោះស្រាយវិបត្តិ
- សេវាមន្ទីរសុខភាពវិកលចរិត
- សេវាតាមមន្ទីរពេទ្យសម្រាប់អ្នកជំងឺក្នុងមន្ទីរពេទ្យផ្នែកវិកលចរិត
- ការគ្រប់គ្រងសំណុំរឿងតាមគោលដៅ
- សេវាវិធីព្យាបាលអាកប្បកិរិយា
- ការថែទាំចិញ្ចឹមព្យាបាល
- ការសម្របសម្រួលការថែទាំងជិតដល់
- សេវាថែទាំជិតដល់តាមផ្ទះ

- ការចូលរួមដែលពាក់ព័ន្ធនឹងប្រព័ន្ធយុត្តិធម៌
- ការព្យាបាលតាមសហគមន៍ប្រាកដប្រជា (Assertive Community Treatment, ACT)
- ការព្យាបាលតាមសហគមន៍ប្រាកដប្រជាលក្ខណៈកោសល្យវិច្ច័យ (Forensic Assertive Community Treatment, FACT)
- ការថែទាំពិសេសដែលបានសម្របសម្រួល (Coordinated Specialty Care, CSC) សម្រាប់ជំងឺវិកលចរិកវគ្គដំបូង (First Episode Psychosis, FEP)
- សេវាស្តារសុខភាពផ្លូវចិត្ត
- សេវាអ្នកធ្វើការសុខភាពសហគមន៍ (CHW) ដែលបានធ្វើឱ្យប្រសើរឡើង

សេវាប្រព័ន្ធដឹកជញ្ជូនឱសថដែលរៀបចំដោយ Medi-Cal អាចរកបានសម្រាប់អ្នកតាមរយៈទីភ្នាក់ងារឥរិយាបថសុខភាពប្រចាំខោនធីរបស់អ្នក ប្រសិនបើអ្នកបំពេញតាមលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យដើម្បីទទួលបានសេវាទាំងនេះ។

- សេវាព្យាបាលជិតដល់សម្រាប់អ្នកជំងឺមិនសម្រាកពេទ្យ
- ការសម្រាកព្យាបាលសម្រាប់វិបត្តិនៃការសេពសាធាតុញៀនអំឡុងពេលផ្តល់កំណើតកូន
- សេវាព្យាបាលសម្រាប់អ្នកជំងឺមិនសម្រាកពេទ្យ
- កម្មវិធីព្យាបាលសារធាតុណាកូទីន
- ការឱ្យថ្នាំសម្រាប់ព្យាបាលសារធាតុញៀន (ក៏ត្រូវបានហៅផងដែរថាជាការព្យាបាលដោយថ្នាំជំនួយ)
- សេវាអន្តរាគមន៍ទាន់ពេល (សម្រាប់សមាជិកក្រោមអាយុ 21 ឆ្នាំ)
- ការពិនិត្យតាមកាលកំណត់ ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ និងការព្យាបាលទាន់ពេលវេលា (សម្រាប់សមាជិកអាយុក្រោម 21 ឆ្នាំ)

សេវាប្រព័ន្ធចែកចាយដែលរៀបចំដោយ Drug Medi-Cal រួមមាន៖

- សេវាព្យាបាលសម្រាប់អ្នកជំងឺមិនសម្រាកពេទ្យ
- សេវាព្យាបាលជិតដល់សម្រាប់អ្នកជំងឺមិនសម្រាកពេទ្យ
- ការឱ្យថ្នាំសម្រាប់ព្យាបាលសារធាតុញៀន (ក៏ត្រូវបានហៅផងដែរថាជាការព្យាបាលដោយថ្នាំជំនួយ)
- សេវាការព្យាបាលព្រមជាមួយនឹងកន្លែងស្នាក់នៅ
- សេវាគ្រប់គ្រងការផ្តាច់គ្រឿងញៀន
- កម្មវិធីព្យាបាលសារធាតុណាកូទីន
- សេវាស្តារឡើងវិញ
- ការគ្រប់គ្រងការថែទាំ

- សេវាអន្តរាគមន៍ទាន់ពេល (សម្រាប់សមាជិកក្រោមអាយុ 21 ឆ្នាំ)
- ការពិនិត្យតាមកាលកំណត់ ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ និងការព្យាបាលទាន់ពេលវេលា (សម្រាប់សមាជិកអាយុក្រោម 21 ឆ្នាំ)
- សេវាព្យាបាលសម្រាប់អ្នកជំងឺសម្រាកពេទ្យ

បន្ថែមពីលើសេវាដែលមានរៀបរាប់ខាងលើ អ្នកអាចនឹងមានលទ្ធភាពប្រើប្រាស់សេវាសម្រាកព្យាបាលបន្សាបសារធាតុពុលដោយស្ម័គ្រចិត្តសម្រាប់អ្នកជំងឺក្នុងមន្ទីរពេទ្យ ប្រសិនបើអ្នកបំពេញតាមលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យ។

សមាជិកគម្រោងត្រូវការពិសេសសម្រាប់អ្នកដែលមានសិទ្ធិទទួលបានគម្រោងទាំងពីរ (Dual Eligible Special Needs Plan, D-SNP) ដែលត្រូវការសេវាឥរិយាបថសុខភាព រួមទាំងសេវាសុខភាពផ្លូវចិត្ត និងការសេពសារធាតុញៀន អាចចូលប្រើសេវាតាមរយៈ ឬអ្នកចែកចាយសេវាឥរិយាបថសុខភាពរបស់ L.A. Care ឬ ស្ថាប័ន Carelon Behavioral Health ឬ ក្រសួងសុខភាពផ្លូវចិត្ត (Department of Mental Health, DMH) ប្រចាំខោនធី Los Angeles និងផ្នែកគ្រប់គ្រងនបង្ការសេពសារធាតុញៀននៃក្រសួងសុខភាពសាធារណៈប្រចាំខោនធី Los Angeles (Department of Public Health, Substance Abuse and Prevention Control, DPH-SAPC)។ ប្រព័ន្ធដឹកជញ្ជូនដែលសមាជិកអាចទទួលបានការថែទាំ គឺផ្អែកលើប្រភេទ និងភាពធ្ងន់ធ្ងរនៃរោគសញ្ញា និងការចុះខ្សោយ។ មិនចាំបាច់មានការបញ្ជូនបន្តពី PCP ដើម្បីទទួលបានសេវាសុខភាពអាកប្បកិរិយាទេ ហើយមានវិធីសាស្ត្រទទួលបានសេវា "ដោយពុំគិតពីរបៀបចូលមកកាន់កម្មវិធីជាលើកដំបូង" ដែលមានរបៀបចូលមកកាន់កម្មវិធីច្រើនយ៉ាង។ សេវាគឺ "ចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ" ឬ "ភាពចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ" នៅពេលដែលវាសមស្របនិងចាំបាច់ដើម្បីការពារអាយុជីវិត បង្ការជំងឺឬពិការភាពសំខាន់ៗ ឬកាត់បន្ថយការឈឺចាប់ធ្ងន់ធ្ងរ។

ការសម្របសម្រួលនៃសេវាសុខភាពអាកប្បកិរិយាសម្រាប់សមាជិក D-SNP នឹងត្រូវបានសម្របសម្រួលដោយ L.A. Care នៅពេលដែលសមាជិកកំពុងទទួលបានសេវាឥរិយាបថសុខភាពតាមរយៈអង្គភាពប្រចាំខោនធីតាមការចាំបាច់ ហើយនៅពេលដែលការយល់ព្រមចាំបាច់សមស្របត្រូវបានចុះហត្ថលេខា។ អង្គភាព L.A. Care និងអង្គភាពប្រចាំខោនធី អនុវត្តតាមដំណើរការត្រួតពិនិត្យដែលបានព្រមព្រៀងគ្នា ដើម្បីជួយសម្រួលដល់ការដោះស្រាយវិវាទផ្នែកព្យាបាល និងរដ្ឋបាលទាន់ពេលវេលា។

G. អត្ថប្រយោជន៍ដែលមិនត្រូវបានរ៉ាប់រងដោយគម្រោងរបស់យើង Medicare ឬ Medi-Cal

ផ្នែកនេះប្រាប់អ្នកអំពីអត្ថប្រយោជន៍ដែលមិនបានរាប់បញ្ចូលដោយគម្រោងរបស់យើង។ ការមិនរាប់បញ្ចូលមានន័យថា យើងមិនបង់ប្រាក់សម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍ទាំងនេះទេ។ កម្មវិធី Medicare និង Medi-Cal ក៏នឹងមិនបង់ប្រាក់ទូទាត់សេវាទាំងនោះដែរ។

បញ្ជីខាងក្រោមពណ៌នាអំពីសេវានិងប្រការមួយចំនួនដែលយើងមិនរ៉ាប់រងក្រោមលក្ខខណ្ឌណាមួយ និងសេវាមួយចំនួនដែលពួកយើងមិនរាប់បញ្ចូលតែក្នុងករណីមួយចំនួនប៉ុណ្ណោះ។

យើងមិនបង់ប្រាក់សម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដែលមិនរាប់បញ្ចូលនៅក្នុងផ្នែកនេះ (ឬផ្នែកណាមួយផ្សេងទៀតនៅក្នុង *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះ) លើកលែងតែស្ថិតនៅក្រោមលក្ខណខណ្ឌជាក់លាក់ដែលបានរៀបរាប់។ ទោះបីជាអ្នកទទួលបានសេវានៅមន្ទីរសង្គ្រោះបន្ទាន់ក៏ដោយ ក៏គម្រោងនេះនឹងមិនបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវានោះឡើយ។ ប្រសិនបើអ្នកគិតថា គម្រោងរបស់យើងគួរតែបង់ប្រាក់ទូទាត់សម្រាប់សេវាណាមួយដែលមិនទទួលបានការរ៉ាប់រង អ្នកអាចស្នើសុំដាក់ពាក្យបណ្តឹងតវ៉ាបាន។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីការប្តឹងតវ៉ា សូមមើល **ជំពូកទី 9** នៃ*សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះ។

ក្រៅពីការមិនរាប់បញ្ចូល ឬការដាក់កម្រិតណាមួយដូចដែលបានរៀបរាប់នៅក្នុងតារាងអត្ថប្រយោជន៍នេះ គម្រោង

របស់យើងមិនរ៉ាប់រងលើសម្ភារៈឬសេវាដូចខាងក្រោមទេ៖

- សេវាដែលមិនត្រូវបានចាត់ទុកថា "សមស្របនិងចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ" យោងតាមស្តង់ដាកម្មវិធី Medicare និង Medi-Cal លើកលែងតែមានរាយឈ្មោះសេវាដែលបានរ៉ាប់រងទាំងនេះ។
- ការព្យាបាលវេជ្ជសាស្ត្រ និងវះកាត់ដោយពិសោធន៍ ធាតុ និងថ្នាំ លុះត្រាតែ Medicare ការសិក្សាស្រាវជ្រាវគ្លីនិកដែលអនុម័តដោយ Medicare ឬគម្រោងរបស់យើងរ៉ាប់រងលើវា។ មើល**ជំពូកទី 3** នៃ*សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមទាក់ទងនឹងការសិក្សាស្រាវជ្រាវព្យាបាល។ ការព្យាបាលពិសោធន៍ និងសម្ភារៈនានា គឺជាសេវាដែលមិនត្រូវបានទទួលយកជាទូទៅដោយសហគមន៍វេជ្ជសាស្ត្រទេ។
- សេវាព្យាបាលជំងឺធាត់ជ្រុលដោយការវះកាត់ លើកលែងតែនៅពេលសេវានេះមានភាពចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ ហើយកម្មវិធី Medicare បង់ថ្លៃសេវានេះ។
- បន្ទប់ឯកជននៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យ លើកលែងតែពេលមានភាពចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ
- គិលានុបដ្ឋាកបំពេញភារកិច្ចឯកជន
- សម្ភារៈផ្ទាល់ខ្លួននៅក្នុងបន្ទប់របស់អ្នកនៅមន្ទីរពេទ្យ ឬនៅមណ្ឌលថែទាំអ្នកជំងឺ ដូចជាទូរសព្ទ ឬទូរទស្សន៍ជាដើម
- សេវាថែទាំអ្នកជំងឺពេញម៉ោងនៅក្នុងលំនៅដ្ឋានរបស់អ្នក
- ថ្លៃសេវាដែលត្រូវគិតប្រាក់ដោយសាច់ញាតិជិតស្និទ្ធ ឬសមាជិកគ្រួសាររបស់អ្នក
- នីតិវិធីបំប៉នតាមការជ្រើសរើសឬតាមការស្ម័គ្រចិត្ត ឬសេវានានា (រួមបញ្ចូលទាំងការសម្រកទម្ងន់ ការបណ្តុះសក់ សមត្ថភាពផ្លូវភេទ សមត្ថភាពអត្តពលកម្ម គោលបំណងកែសម្ផស្ស ការពារការចាស់មុនអាយុ និងសមត្ថភាពផ្លូវចិត្ត) លើកលែងតែនៅពេលចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ
- សេវាវះកាត់កែសម្ផស្ស ឬការងារកែសម្ផស្សផ្សេងៗទៀត លើកលែងតែមានភាពចាំបាច់ ដោយសារតែមានគ្រោះថ្នាក់ដោយចៃដន្យ ឬដើម្បីកែលម្អផ្នែកនៃរាងកាយដែលមិនមានទ្រង់ទ្រាយសមស្រប។ ទោះបីជាយ៉ាងណាដោយ យើងបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាបង្កើនទំហំសុដន់ឡើងវិញក្រោយពេលវះកាត់សុដន់រួច និងសម្រាប់ការព្យាបាលជំងឺសុដន់ផ្សេងៗទៀតដើម្បីឱ្យសមស្របជាមួយនឹងវា។
- ស្បែកជើងជំនួយជើង លើកលែងតែស្បែកជើងនោះជាផ្នែកមួយនៃរណបជើង និងត្រូវបានរាប់បញ្ចូលក្នុងថ្លៃចំណាយលើរណបនោះ ឬស្បែកជើងសម្រាប់អ្នកដែលមានជំងឺប្រអប់ជើងដោយសាររោគទឹកនោមផ្អែម
- សម្ភារៈគាំទ្រសម្រាប់ជើង លើកលែងតែស្បែកជើងកែទម្រង់រាងកាយ ឬស្បែកជើងសិប្បនិម្មិតសម្រាប់អ្នកដែលមានជំងឺប្រអប់ជើងដោយសាររោគទឹកនោមផ្អែម
- ការវះចោះភ្នាសពាសកែវភ្នែក សេវាវះកាត់ភ្នែកដោយកាំរស្មីឡាស៊ែ (Laser-assisted in situ keratomileusis, LASIK) សេវាព្យាបាល និងឧបករណ៍ជំនួយចក្ខុខ្សោយផ្សេងៗទៀត
- នីតិវិធីវេជ្ជសាស្ត្រដែលប្រើដើម្បីស្តារលទ្ធភាពបង្កកំណើតឡើងវិញ
- សេវាព្យាបាលរោគតាមរបៀបធម្មជាតិ (ការប្រើប្រាស់ថ្នាំព្យាបាលធម្មជាតិ ឬរបៀបព្យាបាលតាមជម្រើសផ្សេង)
- សេវាដែលត្រូវបានផ្តល់ឱ្យអតីតយុទ្ធជនក្នុងមន្ទីរកិច្ចការយុទ្ធជន (Veterans Affair, VA)។ ទោះបីជាយ៉ាងណា នៅពេលអតីតយុទ្ធជនម្នាក់ទទួលបានសេវាសង្គ្រោះបន្ទាន់នៅមន្ទីរពេទ្យ VA ហើយការបង់ថ្លៃចំណាយរួមសម្រាប់ VA មានចំនួនច្រើនជាងការបង់ថ្លៃចំណាយរួមក្រោមគម្រោងរបស់យើង យើងនឹង

បង់ប្រាក់ទូទាត់ជូនអតីតយុទ្ធជនវិញតាមចំនួនទឹកប្រាក់លើសខ្វះនោះ។ អ្នកនៅតែទទួលខុសត្រូវចំពោះចំនួនទឹកប្រាក់រួមចំណែកលើចំណាយរបស់អ្នក។

- កញ្ចក់វ៉ែនតាធម្មតា៖ ការដំឡើងសេរ៉ឺ និងការកែលម្អបន្ថែមដូចជាកញ្ចក់ពហុចម្លាយ ស្រទាប់ធន់នឹងការឆ្លូត ស្រទាប់ធន់ និងការបន្ថែមផ្សេងទៀត

ជំពូកទី 5៖ ការទទួលបានឱសថសម្រាប់អ្នកជំងឺមិនសម្រាកពេទ្យ

សេចក្តីផ្តើម

ជំពូកនេះពន្យល់អំពីវិធានសម្រាប់ទទួលឱសថសម្រាប់អ្នកជំងឺមិនសម្រាកពេទ្យរបស់អ្នក។ ទាំងនេះជាឱសថដែលអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកបញ្ជាទិញសម្រាប់អ្នក ដែលអ្នកទទួលបានពីឱសថស្ថាន ឬតាមការបញ្ជាទិញតាមប្រៃសណីយ៍។ ឱសថទាំងនោះរួមមានឱសថដែលបានរ៉ាប់រងក្រោមកម្មវិធី Medicare ផ្នែក D និង Medi-Cal។ **ជំពូកទី 6** នៃ*សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះប្រាប់អ្នកអំពីអ្វីដែលអ្នកចំណាយលើឱសថទាំងនេះ។ ពាក្យគន្លឹះ និងនិយមន័យរបស់ពាក្យទាំងនោះ គឺមានតាមលំដាប់អក្ខរក្រមក្នុងជំពូកចុងក្រោយនៃសៀវភៅណែនាំសមាជិកនេះ។

យើងក៏ធានារ៉ាប់រងលើឱសថខាងក្រោមផងដែរ ទោះបីជាឱសថទាំងនោះមិនត្រូវបានពិភាក្សានៅក្នុងជំពូកនេះក៏ដោយ៖

- **ឱសថដែលរ៉ាប់រងដោយ Medicare ផ្នែ ក A។** ទាំងនេះជាទូទៅរួមបញ្ចូលទាំងឱសថដែលបានផ្តល់ជូនអ្នក ក្នុងអំឡុងពេលដែលអ្នកសម្រាកព្យាបាលនៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យ ឬមន្ទីរគិលានុបដ្ឋាកម្ម។
- **ឱសថដែលរ៉ាប់រងដោយ Medicare ផ្នែ ក B។** ទាំងនេះរួមបញ្ចូលទាំងឱសថគីមីមួយ ថ្នាំចាក់មួយចំនួនដែលបានផ្តល់ជូនអ្នកនៅខណៈពេលដែលអ្នកទៅជួបវេជ្ជបណ្ឌិត ឬអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាព ព្រមទាំងឱសថដែលបានផ្តល់ជូនអ្នកនៅឯគ្លីនិកលាងឈាម។ ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមថាតើឱសថអ្វីខ្លះដែលកម្មវិធី Medicare ផ្នែក B ត្រូវបានរ៉ាប់រង សូមមើលតារាងអត្ថប្រយោជន៍នៅ**ជំពូ កទី 4** នៃ*សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះ។
- បន្ថែមពីលើការធានារ៉ាប់រង Medicare ផ្នែក D របស់គម្រោង និងការធានារ៉ាប់រងអត្ថប្រយោជន៍ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ ឱសថរបស់អ្នកអាចត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយកម្មវិធី Original Medicare ប្រសិនបើអ្នកស្ថិតនៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយរបស់ Medicare។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមមើល**ជំពូ កទី 5 ផ្នែ ក D** “ប្រសិនបើអ្នកស្ថិតនៅក្នុងកម្មវិធីសម្រាប់មន្ទីរពេទ្យថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយដែលមានការបញ្ជាក់ពី Medicare”។

វិធានរ៉ាប់រងឱសថសម្រាប់អ្នកជំងឺមិនសម្រាកពេទ្យមន្ទីរពេទ្យក្នុងគម្រោងរបស់យើង

យើងជាធម្មតានឹងរ៉ាប់រងឱសថរបស់អ្នក ដរាបណាអ្នកអនុវត្តតាមវិធាននៅក្នុងផ្នែកនេះ។

អ្នកត្រូវតែមានអ្នកផ្តល់សេវា (វេជ្ជបណ្ឌិត ពេទ្យធ្មេញ ឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាផ្សេងទៀត) សរសេរវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ ដែលត្រូវតែមានសុពលភាពស្ថិតក្រោមច្បាប់រដ្ឋជាធរមាន។ បុគ្គលិកនេះ ភាគច្រើនគឺជាអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំបឋម (primary care provider, PCP) របស់អ្នក។ វាក៏អាចជាអ្នកផ្តល់សេវាមួយផ្សេងទៀត ប្រសិនបើ PCP របស់អ្នកបានបញ្ជូនបន្តអ្នកឱ្យទទួលបានការថែទាំ។

អ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក**មិន**ត្រូវស្ថិតនៅក្នុងបញ្ជីមិនរាប់បញ្ចូល ឬបដិសេធរបស់ Medicare ឬបញ្ជីរបស់ Medi-Cal ស្រដៀងគ្នាណាមួយឡើយ។

អ្នកជាទូទៅត្រូវតែប្រើប្រាស់ឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញមួយដើម្បីបើកថ្នាំតាមវេជ្ជបញ្ជាឱសថរបស់អ្នក។ (មើល **ផ្នែក A1** សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។) ឬអ្នកអាចបើកថ្នាំមានវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកតាមរយៈសេវាបញ្ជាទិញតាមប្រៃសណីយ៍របស់គម្រោង។

ឱសថមានវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកត្រូវតែមាននៅក្នុង*បញ្ជីនៃឱសថដែលរ៉ាប់រង*របស់គម្រោងយើង។ យើងហៅវាដោយខ្លីថា *“បញ្ជីឱសថ”*។ (សូមមើល **ផ្នែក B**នៃជំពូកនេះ។)

- ប្រសិនបើឱសថនេះមិនស្ថិតក្នុង*បញ្ជីឱសថ*ទេ នោះយើងអាចនឹងធានារ៉ាប់រងលើឱសថនោះដោយផ្តល់ការលើកលែងដល់អ្នក។
- សូមមើល **ជំពូកទី 9** ដើម្បីស្វែងយល់អំពីការស្នើសុំការលើកលែង។
- សូមចំណាំផងដែរថា សំណើដើម្បីរ៉ាប់រងឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកនឹងត្រូវបានវាយតម្លៃក្រោមស្តង់ដារ Medicare ផងនិង Medi-Cal ផង។

ឱសថរបស់អ្នកត្រូវតែប្រើប្រាស់តាមការណែនាំដែលអាចទទួលស្គាល់ខាងផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ។ នេះមានន័យថា ការប្រើប្រាស់ឱសថនេះ ត្រូវការអនុម័តដោយនាយកដ្ឋានភោជនភណ្ឌ និងឱសថបរិក្ខារ (Food and Drug Administration, FDA) ឬគាំទ្រដោយឯកសារយោងវេជ្ជសាស្ត្រណាមួយ។ អ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកប្រហែលជាអាចជួយកំណត់ឯកសារយោងផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ ដើម្បីគាំទ្រដល់ការប្រើប្រាស់ឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាដែលបានស្នើសុំ។

ឱសថរបស់អ្នកអាចទាមទារការយល់ព្រមពីគម្រោងរបស់យើងដោយផ្អែកលើលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យមួយចំនួន មុនពេលដែលយើងនឹងរ៉ាប់រងឱសថនោះ។ (សូមមើល **ផ្នែក C** នៅក្នុងជំពូកនេះ)។

តារាងមាតិកា

A. ការស្នើសុំបើកថ្នាំតាមវេជ្ជ បញ្ជា របស់អ្ន ក.....147
A1. ការបើកថ្នាំមានវេជ្ជ បញ្ជា របស់អ្ន កនៅតាមឱសថស្ថា នក្នុងបណ្តា ញ..... 147
A2. ប្រើបណ្ណ សម្គា ល់សមាជិករបស់អ្ន កនៅពេលដែលអ្ន កបើកថ្នាំមានវេជ្ជ បញ្ជា..... 147
A3. អ្វីដែលត្រូវធ្វើ ប្រសិនបើអ្ន កផ្លា ស់ប្តូរឱសថស្ថា នក្នុងបណ្តា ញរបស់អ្ន ក 147
A4. អ្វីដែលត្រូវធ្វើ ប្រសិនបើឱសថស្ថា នរបស់អ្ន កចាកចេញពីបណ្តា ញ 147
A5. ការប្រើឱសថស្ថា នឯកទេស..... 148
A6. ការប្រើសេបញ្ជា ទិញតាមប្រៃសណីយ៍ ដើម្បីទទួលបានឱសថរបស់អ្ន ក 148
A7. ការបើកថ្នាំទុកប្រើរយៈពេលវែង 150
A8. ការប្រើប្រាស់ឱសថស្ថា នដែលមិនមាននៅក្នុងបណ្តា ញរបស់គម្រោងយើង..... 150
A9. ការសងប្រាក់ទៅអ្ន កវិញសម្រាប់ឱសថមានវេជ្ជ បញ្ជា..... 151
B. *បញ្ជីឱសថ*របស់គម្រោងយើង 151
B1. ឱសថក្នុង*បញ្ជីឱសថរបស់យើង* 152
B2. របៀបស្វែ ងរកឱសថនៅក្នុង*បញ្ជីឱសថ*របស់យើង..... 152
B3. ឱសថដែលមិនមាននៅក្នុង*បញ្ជីឱសថ*របស់យើង..... 153
B4. *បញ្ជីឱសថ* លំដាប់ថ្នា ក់ចែករំលែកថ្លៃ ចំណាយ..... 154
C. ដែនកំណត់លើឱសថមួ យចំនួ ន 154
D. មូលហេតុដែលឱសថរបស់អ្ន កអាចនឹងមិនទទួលបានការធានារ៉ាប់រង 156
D1. ការទទួលបានការផ្ត ល់ផ្ត ង់បណ្តោះអាសន្ន 157
D2. ការស្នើសុំការផ្ត ល់ផ្ត ង់បណ្តោះអាសន្ន 158
E ការផ្លា ស់ប្តូរការធានារ៉ាប់រងសម្រាប់ឱសថរបស់អ្ន ក 158
F. សេវារ៉ាប់រងលើឱសថក្នុងករណីពិសេសៗ 161
F1. ប្រសិនបើអ្ន កសម្រាកនៅមន្ទីរពេទ្យ ឬមន្ទីរគិលានុបដ្ឋា កម្ម មានជំនាញ ដែលគម្រោងរបស់យើងធានារ៉ាប់រង 161
F2. នៅក្នុងមណ្ឌ លថែទាំរយៈពេលវែង..... 161
F3. នៅក្នុងកម្ម វិធីមន្ទីសំណាក់សម្រាប់អ្ន កជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយដែលមានការបញ្ជា ក់ពី Medicare. 161
G. កម្ម វិធីស្តីពីសុវត្ថិភាពឱសថ និងការគ្រប់គ្រងឱសថ 162
G1. កម្ម វិធីដើម្បីជួ យឱ្យអ្ន កប្រើឱសថប្រកបដោយសុវត្ថិភាព..... 162
G2. កម្ម វិធីដើម្បីជួ យឱ្យអ្ន កគ្រប់គ្រងឱសថរបស់អ្ន ក..... 162
G3. កម្ម វិធីគ្រប់គ្រងឱសថ (DMP) ដើម្បីជួ យសមាជិកប្រើប្រាស់ឱសថអូភីអូអ៊ីតរបស់ ពួកគេប្រកបដោយសុវត្ថិភាព..... 163

A. ការសុំបើកថ្នាំតាមវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក

A1. ការបើកថ្នាំតាមវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកនៅតាមឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញ

ក្នុងករណីភាគច្រើន យើងបង់ប្រាក់សម្រាប់ថ្នាំតាមវេជ្ជបញ្ជា តែនៅពេលឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាទាំងនោះត្រូវបានផ្តល់ជូននៅតាមឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញណាមួយរបស់យើងប៉ុណ្ណោះ។ ឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញ គឺជាហាងលក់ឱសថដែលបានព្រមព្រៀងផ្តត់ផ្គង់ឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាសម្រាប់សមាជិកគម្រោងរបស់យើង។ អ្នកអាចប្រើប្រាស់ឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញរបស់យើងណាមួយ។ (សូមមើល **ផ្នែក A8** សម្រាប់ព័ត៌មានអំពីពេលដែលយើងរាប់រងការបើកថ្នាំតាមវេជ្ជបញ្ជានៅឱសថស្ថានក្រៅបណ្តាញ។)

ដើម្បីរកមើលឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញ អ្នកអាចស្វែងរកនៅក្នុង *សៀវភៅអាសយដ្ឋានឱសថស្ថាន និងអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំ* ចូលទៅកាន់គេហទំព័ររបស់យើង ឬទាក់ទងទៅកាន់ផ្នែកសេវាសមាជិក។

A2. ការប្រើប្រាស់បណ្ណសម្គាល់សមាជិករបស់អ្នកនៅពេលអ្នកបើកថ្នាំតាមវេជ្ជបញ្ជា

ដើម្បីបើកថ្នាំតាមវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក **សូមបង្ហាញបណ្ណសម្គាល់សមាជិករបស់អ្នក** នៅឯឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញរបស់អ្នក។ ឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញនោះ នឹងចេញវិក្កយបត្រមកយើង សម្រាប់ថ្លៃចំណាយរួមរបស់យើងទៅលើឱសថដែលបានរាប់រងរបស់អ្នក។

សូមចាំថា អ្នកត្រូវការបណ្ណ Medi-Cal របស់អ្នក ឬអត្តសញ្ញាណបណ្ណអត្ថប្រយោជន៍ (Benefits Identification Card, BIC) ដើម្បីចូលប្រើឱសថរាប់រង Medi-Cal Rx។

ប្រសិនបើអ្នកមិនមានបណ្ណសម្គាល់សមាជិក ឬ BIC មកជាមួយអ្នកទេ នៅពេលអ្នកទៅបើកថ្នាំមានវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក សូមស្នើសុំឱ្យឱសថស្ថានទូរសព្ទទៅកាន់យើងដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានចាំបាច់ ឬអ្នកអាចស្នើសុំឱ្យឱសថស្ថានរកមើលព័ត៌មានចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងរបស់អ្នក។

ប្រសិនបើឱសថស្ថានមិនអាចទទួលបានព័ត៌មានដែលចាំបាច់នោះទេ អ្នកអាចបង់ប្រាក់ក្នុងតម្លៃមួយពេញសម្រាប់វេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកនៅពេលដែលអ្នកជ្រើសយកវា។ រួចអ្នកអាចស្នើសុំឱ្យយើងបង់ប្រាក់ជូនអ្នកវិញសម្រាប់ចំណែកទឹកប្រាក់របស់យើង។ **ប្រសិនបើអ្នកមិនអាចបង់ប្រាក់សម្រាប់ឱសថនោះទេ សូមទាក់ទងមកផ្នែកសេវាសមាជិកជាបន្ទាន់។** យើងនឹងជួយអ្នកតាមដែលអាចធ្វើបាន។

- ដើម្បីស្នើសុំឱ្យយើងសងប្រាក់មកអ្នកវិញ សូមមើល **ជំពូកទី 7** នៃ*សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះ។
- ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយក្នុងការបើកថ្នាំតាមវេជ្ជបញ្ជា សូមទាក់ទងទៅកាន់ផ្នែកសេវាសមាជិក។

A3. អ្វីដែលត្រូវធ្វើ ប្រសិនបើអ្នកផ្លាស់ប្តូរឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញរបស់អ្នក

បើអ្នកផ្លាស់ប្តូរឱសថស្ថាន និងត្រូវការបើកថ្នាំតាមវេជ្ជបញ្ជា អ្នកអាចស្នើសុំឱ្យអ្នកផ្តល់សេវាចេញវេជ្ជបញ្ជាថ្មីមួយ ឬស្នើសុំឱ្យឱសថស្ថានរបស់អ្នកផ្ទេរវេជ្ជបញ្ជានោះមកឱសថស្ថានថ្មី ប្រសិនបើមានការបើកថ្នាំដែលនៅសេសសល់។

ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយក្នុងការផ្លាស់ប្តូរឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញរបស់អ្នក សូមទាក់ទងផ្នែកសេវាសមាជិក។

A4. អ្វីដែលត្រូវធ្វើ ប្រសិនបើឱសថស្ថានរបស់អ្នកចាកចេញពីបណ្តាញ

បើឱសថស្ថានដែលអ្នកប្រើប្រាស់ចាកចេញពីបណ្តាញរបស់គម្រោងយើង អ្នកត្រូវស្វែងរកឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញថ្មីមួយ។

ដើម្បីរកមើលឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញថ្មី អ្នកអាចស្វែងរកនៅក្នុង *បញ្ជីរាយឈ្មោះឱសថស្ថាន និងអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំ* ចូលទៅកាន់គេហទំព័ររបស់យើង ឬទាក់ទងទៅកាន់ផ្នែកសេវាសមាជិក។

A5. ការប្រើឱសថស្ថា នឯកទេស

ជួនកាល បើកថ្នាំតាមវេជ្ជបញ្ជានៅតាមឱសថស្ថានឯកទេស។ ឱសថស្ថានឯកទេស រួមមាន៖

- ឱសថស្ថានដែលផ្តត់ផ្គង់ឱសថសម្រាប់ការព្យាបាលដោយការបញ្ចូលថ្នាំតាមផ្ទះ។
- ឱសថស្ថានដែលផ្តត់ផ្គង់ឱសថសម្រាប់អ្នកស្នាក់នៅមណ្ឌលថែទាំជំងឺរយៈពេលវែង ដូចជាមន្ទីរគិលានុបដ្ឋាកម្មជាដើម។
  - ជាទូទៅ មណ្ឌ លថែទាំជំងឺរយៈពេលវែង មានឱសថស្ថា នរបស់ខ្លួ នផ្ទា ល់។ ប្រសិនបើអ្ន កជាអ្ន ក ស្នា ក់នៅក្នុងមណ្ឌ លថែទាំរយៈពេលវែង យើងត្រូវតែប្រាកដថាអ្ន កអាចទទួ លបានឱសថដែលអ្ន ក ត្រូវការនៅឯឱសថស្ថា នរបស់មណ្ឌ លថែទាំនោះ។
  - ប្រសិនបើឱសថស្ថា ននៃកន្លែ ងថែទាំរយៈពេលវែងរបស់អ្ន កមិនមាននៅក្នុងបណ្តា ញរបស់យើង ឬ អ្ន កមានការលំបាកក្នុងការទទួ លបានអត្ថ ប្រយោជន៍ឱសថរបស់អ្ន កនៅក្នុងកន្លែ ងថែទាំរយៈពេលវែង សូ មទាក់ទងផ្នែ កសេវាសមាជិក។
- ឱសថស្ថាននៃអ្នកផ្តល់ការថែទាំសុខភាពឥណ្ឌា (Indian Health Care Provider, IHCP)។ សមាជិក ជនជាតិអាមេរិកឥណ្ឌា និងដើមកំណើតអាឡាស្កា មានសិទ្ធិចូលទៅកាន់ឱសថស្ថាននៅអ្នកផ្តល់ ការថែទាំសុខភាពឥណ្ឌាន (IHCP) រហូតដល់វិសាលភាពដែលពួកគេមានឱសថស្ថានលក់រាយដែលបាន ចុះឈ្មោះ។ បើអ្នកមិនមែនជា ជនជាតិអាមេរិកឥណ្ឌា និងដើមកំណើតអាឡាស្កាទេ អ្នកនៅតែអាចទទួល បានសេវាពីឱសថស្ថានលក់រាយ នៅ IHCP បើអ្នកត្រូវបានរៀបចំទៅគ្លីនិក ឬសម្រាប់ការសង្គ្រោះបន្ទាន់។
- ឱសថស្ថានដែលចែកចាយឱសថបានដាក់កំហិតដោយ FDA ទៅកាន់ទីតាំងជាក់លាក់ ឬដែលតម្រូវ ឱ្យមានការគ្រប់គ្រងពិសេស ការសម្របសម្រួលអ្នកផ្តល់សេវា ឬការអប់រំអំពីការប្រើប្រាស់របស់ពួកគេ។ (ចំណាំ៖ នៅក្នុងស្ថានភាពនេះគួរតែកម្រកើតឡើង។)
- ដើម្បីរកមើលឱសថស្ថានឯកទេស អ្នកអាចស្វែងរកនៅក្នុង *បញ្ជីរាយឈ្មោះឱសថស្ថាន និងអ្នកផ្តល់សេវា ថែទាំ* ដោយចូលទៅកាន់គេហទំព័ររបស់យើង ឬទាក់ទងទៅកាន់ផ្នែកសេវាសមាជិក។

A6. ការប្រើសេវាបញ្ជា ទិញតាមប្រៃសណីយ៍ ដើម្បីទទួ លបានឱសថនានារបស់អ្ន ក

សម្រាប់ប្រភេទឱសថជាក់លាក់មួយចំនួន អ្នកអាចប្រើប្រាស់សេវាបញ្ជាទិញតាមប្រៃសណីយ៍ក្នុងបណ្តាញរបស់ គម្រោងយើង។ ជាទូទៅ ឱសថដែលអាចរកបាន តាមរយៈការបញ្ជីទិញតាមប្រៃសណីយ៍ គឺជាឱសថដែលអ្នកប្រើ ទៀងទាត់ សម្រាប់ស្ថានភាពជម្ងឺរ៉ាំរ៉ៃឬរយៈពេលវែង។

សេវាបញ្ជាទិញតាមប្រៃសណីយ៍របស់គម្រោងរបស់យើង អនុញ្ញាតឱ្យអ្នកបញ្ជាទិញការផ្តត់ផ្គង់ឱសថយ៉ាង ហោច 30ថ្ងៃ និងមិនអាចលើសពីការផ្តត់ផ្គង់ 100 ថ្ងៃទេ។ ការផ្តត់ផ្គង់ឱសថសម្រាប់ប្រើរយៈពេល 10 ថ្ងៃ នេះមាន ទឹកប្រាក់រួមបង់ដូចគ្នានឹងការផ្តត់ផ្គង់មួយខែម្តងដែរ។

ការទទួ លវេជ្ជ បញ្ជា ឱសថតាមប្រៃសណីយ៍

ដើម្បីទទួលបានទម្រង់បែបបទនៃការបញ្ជាទិញ និងព័ត៌មានអំពីការបើកថ្នាំមានវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកតាមប្រៃសណីយ៍ សូមចូលមើលគេហទំព័ររបស់យើងតាមអាសយដ្ឋាន medicare.lacare.org ឬទាក់ទងផ្នែកសេវាសមាជិក តាមរយៈលេខ **1-833-522-3767** (TTY: **711**) 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ រួមទាំងថ្ងៃឈប់ សម្រាក សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។

ជាធម្មតា វេជ្ជបញ្ជាឱសថបញ្ជាទិញតាមប្រៃសណីយ៍ត្រូវមកដល់ក្នុងរយៈពេល 14 ថ្ងៃ។ ទោះជាយ៉ាងណា ពេលខ្លះ ការបញ្ជាទិញតាមប្រៃសណីយ៍របស់អ្នក អាចត្រូវបានពន្យារពេល។ អ្នកត្រូវទំនាក់ទំនងទៅវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់

អ្នក ដើម្បីស្នើសុំវេជ្ជបញ្ជារយៈពេលខ្លី សម្រាប់ប្រើប្រាស់ក្នុងអំឡុងពេលរង់ចាំ រហូតដល់ឱសថបញ្ជាទិញតាមប្រៃសណីយ៍ផ្ញើមកដល់។

ដំណើរការការបញ្ជា ទិញតាមប្រៃសណីយ៍

សេវាបញ្ជាទិញតាមប្រៃសណីយ៍ មាននីតិវិធីផ្សេងគ្នាសម្រាប់វេជ្ជបញ្ជាថ្មីៗដែលសេវានោះទទួលបានពីអ្នក វេជ្ជបញ្ជាថ្មីៗដែលសេវានោះទទួលបានដោយផ្ទាល់ពីការិយាល័យអ្នកផ្តល់សេវា និងការបើកថ្នាំតាមវេជ្ជបញ្ជាដែលបានបញ្ជាទិញតាមប្រៃសណីយ៍៖

1. **វេជ្ជ បញ្ជា ថ្មីដែលឱសថស្ថា នទទួ លបានពីអ្ន ក**

   ឱសថស្ថានបើកនិងចែកចាយឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាថ្មីដោយស្វ័យប្រវត្តិដែលឱសថស្ថាននោះទទួលបានពីអ្នក។

2. **វេជ្ជ បញ្ជា ថ្មីដែលឱសថស្ថា នទទួ លបានពីការិយាល័យរបស់អ្ន កផ្ត ល់សេវារបស់អ្ន ក**

   ឱសថស្ថានបើកថ្នាំដោយស្វ័យប្រវត្តិ និងផ្តល់វេជ្ជបញ្ជាថ្មីដែលវាទទួលបានពីអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពដោយមិនចាំបាច់ពិនិត្យជាមួយអ្នកជាមុន ប្រសិនបើ៖

   - អ្នកបានប្រើសេវាបញ្ជាទិញតាមប្រៃសណីយ៍ជាមួយនឹងគម្រោងរបស់យើងកាលពីមុន **ឬ**
   - អ្នកចុះឈ្មោះសម្រាប់ការចែកចាយវេជ្ជបញ្ជាថ្មីទាំងអស់ដោយស្វ័យប្រវត្តិដែលអ្នកទទួលបានដោយផ្ទាល់ពីអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាព។ អ្នកអាចស្នើសុំឱ្យផ្តល់ជូនវេជ្ជបញ្ជាថ្មីទាំងអស់ដោយស្វ័យប្រវត្តិឥឡូវនេះ ឬនៅពេលណាក៏បានដោយចូលមើលគេហទំព័ររបស់យើងតាមអាសយដ្ឋាន medicare.lacare.org ឬទាក់ទងផ្នែកសេវាសមាជិកតាមរយៈលេខ **1-833-522-3767** (TTY: **711**) 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ រួមទាំងថ្ងៃឈប់សម្រាក។

   ប្រសិនបើអ្នកទទួលបានវេជ្ជបញ្ជាដោយស្វ័យប្រវត្តិតាមប្រៃសណីយ៍ដែលអ្នកមិនចង់បាន ហើយអ្នកមិនត្រូវបានទាក់ទងដើម្បីរកមើលថាតើអ្នកចង់បានវាមុនពេលដឹកជញ្ជូនទេ អ្នកអាចមានសិទ្ធិទទួលបានការបង្វិលសងវិញ។

   ប្រសិនបើអ្នកបានប្រើការបញ្ជាទិញតាមប្រៃសណីយ៍ពីមុន ហើយមិនចង់ឱ្យឱសថស្ថានបើកថ្នាំ និងដឹកជញ្ជូនវេជ្ជបញ្ជាថ្មីនីមួយៗដោយស្វ័យប្រវត្តិទេ សូមទាក់ទងមកយើងដោយទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាសមាជិកតាមរយៈលេខ **1-833-522-3767** (TTY: **711**) 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ រួមទាំងថ្ងៃឈប់សម្រាក។

   ប្រសិនបើអ្នកមិនដែលប្រើការដឹកជញ្ជូនតាមប្រៃសណីយ៍របស់យើង និង/ឬ សម្រេចចិត្តបញ្ឈប់ការបើកថ្នាំតាមវេជ្ជបញ្ជាថ្មីដោយស្វ័យប្រវត្តិ នោះឱសថស្ថាននឹងទាក់ទងអ្នករាល់ពេលដែលវាទទួលបានវេជ្ជបញ្ជាថ្មីពីអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាព ដើម្បីរកមើលថាតើអ្នកចង់បើកថ្នាំ និងដឹកជញ្ជូនភ្លាមៗដែរឬទេ។

   - វាផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវឱកាសដើម្បីធ្វើឱ្យប្រាកដថា ឱសថស្ថានកំពុងចែកចាយថ្នាំបានយ៉ាងត្រឹមត្រូវ (បូករួមទាំងកម្លាំង បរិមាណ និងទ្រង់ទ្រាយ) ហើយប្រសិនបើចាំបាច់ អនុញ្ញាតឱ្យអ្នកបោះបង់ ឬពន្យារពេលក្នុងការបញ្ជាទិញ មុនពេលដែលអ្នកផ្តល់ការទូទាត់វិក្កយបត្រ និងមុនពេលវាត្រូវបានដឹកជញ្ជូនមក។
   - ឆ្លើយតបរាល់ពេលដែលឱសថស្ថានទាក់ទងមកអ្នក ដើម្បីឱ្យពួកគេដឹងពីអ្វីដែលត្រូវធ្វើជាមួយវេជ្ជបញ្ជាថ្មី និងដើម្បីការពារការពន្យារពេលក្នុងការដឹកជញ្ជូន។

ដើម្បីជ្រើសរើសចេញពីដឹកជញ្ជូនវេជ្ជបញ្ជាថ្មីដោយស្វ័យប្រវត្តិដែលអ្នកទទួលបានដោយផ្ទាល់ពីការិយាល័យអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក សូមទាក់ទងមកយើងដោយទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាសមាជិកតាមរយៈលេខ **1-833-522-3767** (TTY: **711**) 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ រួមទាំងថ្ងៃឈប់សម្រាក។

3. ការបន្ថែមតាមវេជ្ជបញ្ជាដែលបញ្ជាទិញតាមប្រៃសណីយ៍

សម្រាប់ការបើកថ្នាំឡើងវិញរបស់អ្នក អ្នកមានជម្រើសចុះឈ្មោះចូលរួមក្នុងកម្មវិធីបើកថ្នាំឡើងវិញដោយស្វ័យប្រវត្តិ។ នៅក្រោមកម្មវិធីនេះ យើងចាប់ផ្តើមដំណើរការបើកថ្នាំបន្ទាប់របស់អ្នកដោយស្វ័យប្រវត្តិ នៅពេលកំណត់ត្រារបស់យើងបង្ហាញថាអ្នកជិតអស់ឱសថរបស់អ្នកហើយ។

- ឱសថស្ថានទាក់ទងអ្នកមុនពេលដឹកជញ្ជូនចំពោះការបើកថ្នាំនីមួយៗ ដើម្បីប្រាកដថាអ្នកត្រូវការឱសថបន្ថែម ហើយអ្នកអាចលុបចោលការបើកដែលបានកំណត់ពេល ប្រសិនបើអ្នកមានឱសថគ្រប់គ្រាន់ ឬឱសថរបស់អ្នកបានផ្លាស់ប្តូរ។
- ប្រសិនបើអ្នកជ្រើសរើសមិនប្រើកម្មវិធីបើកថ្នាំជាថ្មីដោយស្វ័យប្រវត្តិរបស់យើងទេ សូមទាក់ទងទៅឱសថស្ថានរបស់អ្នកឱ្យបាន 21 ថ្ងៃ មុនវេជ្ជបញ្ជាបច្ចុប្បន្នរបស់អ្នកនឹងត្រូវអស់ ដើម្បីប្រាកដថាការបញ្ជាទិញបន្ទាប់របស់អ្នកត្រូវដឹកជញ្ជូនឱ្យអ្នកទាន់ពេលវេលា។

ដើម្បីដកខ្លួនចេញពីកម្មវិធីរបស់យើងដែលរៀបចំការបើកថ្នាំតាមសំបុត្រដោយស្វ័យប្រវត្តិ សូមទាក់ទងមកយើងដោយទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាសមាជិកតាមរយៈលេខ **1-833-522-3767** (TTY: **711**), 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ រួមទាំងថ្ងៃឈប់សម្រាក។

អនុញ្ញាតឱ្យឱសថស្ថានដឹងពីវិធីល្អបំផុតដើម្បីទាក់ទងអ្នក ដូច្នេះពួកគេអាចទាក់ទងអ្នកដើម្បីបញ្ជាក់ការបញ្ជាទិញរបស់អ្នកមុនពេលដឹកជញ្ជូន។ សូមហៅទូរសព្ទទៅសេវាសមាជិក L.A. Care Medicare Plus ដើម្បីឱ្យពួកយើងដឹងពីវិធីល្អបំផុតដើម្បីទាក់ទងអ្នក។

A7. ការទទួលបានការផ្គត់ផ្គង់ឱសថរយៈពេលវែង

អ្នកអាចទទួលបានការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេលវែងនូវឱសថថែទាំដែលមាននៅក្នុង*បញ្ជីឱសថ*របស់គម្រោងយើង។ ឱសថថែទាំ គឺជាថ្នាំដែលអ្នកលេបទៀងទាត់ សម្រាប់ស្ថានភាពជំងឺរ៉ាំរ៉ៃ ឬស្ថានភាពវេជ្ជសាស្ត្ររយៈពេលវែង។

ឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញមួយចំនួន អនុញ្ញាតឱ្យអ្នកទទួលបានការផ្គត់ផ្គង់ឱសថថែទាំរយៈពេលវែង។ ការផ្គត់ផ្គង់ឱសថសម្រាប់រយៈពេល 100 ថ្ងៃមានទឹកប្រាក់រួមបង់ដូចគ្នានឹងការផ្គត់ផ្គង់មួយខែម្តងដែរ។ *បញ្ជីរាយឈ្មោះឱសថស្ថាន និងអ្នកផ្តល់សេវា* បង្ហាញប្រាប់អ្នកថាតើឱសថស្ថានណាខ្លះអាចផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវសេវាឱសថថែទាំរយៈពេលវែង។ អ្នកក៏អាចហៅទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាសមាជិក ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែមផងដែរ។

ដើម្បីទទួលបានប្រភេទឱសថជាក់លាក់ណាមួយ អ្នកអាចប្រើប្រាស់សេវាបញ្ជាទិញតាមប្រៃសណីយ៍ក្នុងបណ្តាញរបស់គម្រោងយើង ដើម្បីទទួលបានសេវាផ្គត់ផ្គង់ឱសថថែទាំរយៈពេលវែង។ មើល **ផ្នែក A6** ដើម្បីស្វែងយល់អំពីសេវាបញ្ជាទិញតាមប្រៃសណីយ៍។

A8. ការប្រើប្រាស់ឱសថស្ថានដែលមិននៅក្នុងបណ្តាញរបស់គម្រោងរបស់យើង

ជាទូទៅ យើងបង់ប្រាក់សម្រាប់ឱសថដែលត្រូវបានទិញនៅឱសថស្ថានក្រៅបណ្តាញ ក្នុងករណីតែនៅពេលដែលអ្នកមិនអាចប្រើប្រាស់ឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញបានតែប៉ុណ្ណោះ។ នៅក្នុងករណីទាំងនេះ សូមធ្វើការត្រួតពិនិត្យជាមួយផ្នែកសេវាសមាជិកជាមុនសិន ដើម្បីឱ្យដឹងថាតើមានឱសថស្ថាននៅក្នុងបណ្តាញនៅជិតៗតំបន់នោះដែរឬទេ។

យើងបង់ប្រាក់សម្រាប់ការបើកថ្នាំតាមវេជ្ជបញ្ជានៅឱសថស្ថានក្រៅបណ្តាញនៅក្នុងករណីដូចខាងក្រោម៖

- ប្រសិនបើឱសថមានការរ៉ាប់រងផ្នែក D មានទំនាក់ទំនងជាមួយនឹងការថែទាំសុខភាពសម្រាប់ករណីសង្គ្រោះបន្ទាន់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ។

- ប្រសិនបើឱសថមានការរ៉ាប់រងពិសេសផ្នែក D (ឧទាហរណ៍ ឱសថតែមួយមុខ ឬឱសថពិសេសផ្សេងទៀត ត្រូវបានដឹកជញ្ជូនដោយផ្ទាល់ពីរោងចក្រផលិត ឬក្រុមហ៊ុនណាមួយ) មិនត្រូវបានស្តុកទុកជាទៀងទាត់នៅឱសថស្ថានបញ្ជាទិញតាមប្រៃសណីយ៍ ឬឱសថស្ថានលក់រាយតាមបណ្តាញដែលអាចរកទិញបាន។
- ប្រសិនបើឱសថមានការរ៉ាប់រងផ្នែក D ត្រូវបានចែកចាយដោយឱសថស្ថានដែលមានមូលដ្ឋានតាមស្ថាប័ន ខណៈពេលដែលគាត់ជាអ្នកជំងឺនៅផ្នែកសង្គ្រោះបន្ទាន់ គ្លីនិកពឹងផ្អែកលើអ្នកផ្តល់សេវា ការវះកាត់អ្នកជំងឺមិនសម្រាកពេទ្យនៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យ ឬទីកន្លែងផ្សេងទៀតសម្រាប់អ្នកជំងឺមិនសម្រាកពេទ្យមន្ទីរពេទ្យ។
- អំឡុងពេលមានគ្រោះមហន្តរាយនៅក្នុងសហព័ន្ធ ឬការសង្គ្រោះសុខភាពបន្ទាន់ជាសាធារណៈណាមួយ ដែលអ្នកចុះឈ្មោះត្រូវបានជម្លៀសចេញ ឬក៏ផ្លាស់ប្តូរទីកន្លែងរស់នៅរបស់ពួកគេ។
- ក្នុងករណីគ្រាអាសន្នដែលអ្នកចុះឈ្មោះមិនអាចប្រើប្រាស់ឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញបាន យើងនឹងបង់ប្រាក់លើការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេល 30 ថ្ងៃ តែមួយដងប៉ុណ្ណោះ សម្រាប់ឱសថម៉ាកធម្មតា។ សម្រាប់ឱសថដែលមានម៉ាកយីហោ យើងនឹងបង់ប្រាក់លើការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេល 30 ថ្ងៃ តែមួយដងប៉ុណ្ណោះ។ នៅក្នុងករណីទាំងនេះ សូមធ្វើការត្រួតពិនិត្យជាមួយផ្នែកសេវាសមាជិកជាមុនសិន ដើម្បីឱ្យដឹងថាតើមានឱសថស្ថាននៅក្នុងបណ្តាញនៅជិតៗតំបន់នោះដែរឬទេ។

A9. ការសងប្រាក់ទៅអ្ន កវិញសម្រាប់វេជ្ជ បញ្ជ

ប្រសិនបើអ្នកត្រូវតែប្រើប្រាស់ឱសថស្ថានក្រៅបណ្តាញ ជាទូទៅអ្នកត្រូវតែបង់ថ្លៃពេញ ពោលគឺមិនមែនបង់ត្រឹមតែទឹកប្រាក់រួមបង់របស់អ្នកនោះទេ នៅពេលអ្នកទទួលបានឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក។ អ្នកអាចស្នើឱ្យយើងបង់ប្រាក់ជូនអ្នកវិញ ក្នុងចំណែកនៃការចំណាយរបស់យើងបាន។ អ្នកប្រហែលជាតម្រូវឱ្យបង់ប្រាក់ចំពោះចំណាយដែលលើសខ្ទះគ្នារវាង ចំនួនទឹកប្រាក់ដែលអ្នកបង់សម្រាប់ឱសថនៅឱសថស្ថានក្រៅបណ្តាញ និងចំនួនទឹកប្រាក់ដែលយើងនឹងរ៉ាប់រងនៅឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញ។

ប្រសិនបើអ្នកបង់ថ្លៃពេញសម្រាប់វេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកដែលអាចត្រូវបានរ៉ាប់រងដោយ Medi-Cal Rx អ្នកប្រហែលជាអាចត្រូវបានសងវិញដោយឱសថស្ថាននៅពេលដែល Medi-Cal Rx បង់ថ្លៃវេជ្ជបញ្ជា។ ម៉្យាងទៀត អ្នកអាចស្នើសុំ Medi-Cal Rx សងអ្នកវិញដោយដាក់ពាក្យបណ្តឹងទាមទារសំណង "Medi-Cal Out-of-Pocket Expense Reimbursement (Conlan)"(ការសងប្រាក់វិញលើចំណាយពីហោប៉ៅរបស់ Medi-Cal [Conlan]។ ព័ត៌មានបន្ថែមអាចរកបាននៅលើគេហទំព័រ Medi-Cal Rx៖ medi-calrx.dhcs.ca.gov/home/ ។

ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពីវា សូមចូលមើល**ជំពូ កទី 7** នៃ*សៀភៅណែនាំសមាជិក*នេះ។

B. *បញ្ជីឱសថ*របស់គម្រោងយើង

យើងមាន *បញ្ជីនៃឱសថដែលរ៉ាប់រង*។ យើងហៅវាដោយខ្លីថា *“បញ្ជីឱសថ”*។

យើងជ្រើសរើសឱសថក្នុង*បញ្ជីឱសថ* ដោយមានជំនួយពីក្រុមវេជ្ជបណ្ឌិត និងឱសថការី។ *បញ្ជីឱសថ*ក៏បង្ហាញអ្នកអំពីវិធាននានាដែលអ្នកត្រូវអនុវត្តតាមដើម្បីទទួលបានឱសថរបស់អ្នក។

ជាទូទៅ យើងធានារ៉ាប់រងលើឱសថនៅក្នុង*បញ្ជីឱសថ*របស់គម្រោងយើង នៅពេលដែលអ្នកអនុវត្តតាមវិធានដែលយើងពន្យល់នៅក្នុងជំពូកនេះ។

B1. ឱសថក្នុង*បញ្ជីឱសថ*របស់យើង

*បញ្ជីឱសថ*របស់យើងរួមមានឱសថមានធានារ៉ាប់រងក្រោម Medicare ផ្នែក D។

ឱសថភាគច្រើនដែលអ្នកទទួលបានពីឱសថស្ថានត្រូវបានរ៉ាប់រងដោយគម្រោងរបស់អ្នក។ ឱសថផ្សេងៗទៀត ដូចជាឱសថគ្មានវេជ្ជបញ្ជា (over-the-counter, OTC) និងថ្នាំវីតាមីនខ្លះ អាចនឹងបានរ៉ាប់រងដោយ Medi-Cal Rx។ ចូលទៅកាន់គេហទំព័រនៃ Medi-Cal Rx (medi-calrx.dhcs.ca.gov) សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។ អ្នកក៏អាចហៅទូរសព្ទទៅមជ្ឈមណ្ឌលសេវាអតិថិជន Medi-Cal Rx តាមលេខ 800-977-2273។ សូមយកអត្តសញ្ញាណបណ្ណអត្ថប្រយោជន៍ (BIC) Medi-Cal របស់អ្នកទៅជាមួយ នៅពេលទទួលឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកតាមរយៈ Medi-Cal Rx។

*បញ្ជីឱសថ*របស់យើងរួមមានឱសថមានម៉ាកយីហោ ឱសថម៉ាកធម្មតា និងផលិតផលជីវសាស្ត្រ (ដែលអាចរួមមានឱសថជីវសាស្ត្រស្រដៀងគ្នា)។

ឱសថមានម៉ាកយីហោគឺជាឱសថដែលត្រូវបានលក់ក្រោមឈ្មោះយីហោដែលគ្រប់គ្រងដោយក្រុមហ៊ុនផលិតឱសថ។ ផលិតផលជីវសាស្ត្រគឺជាឱសថដែលស្មុគស្មាញជាងឱសថធម្មតា។ នៅក្នុង*បញ្ជីឱសថ*របស់យើងនៅពេលដែលយើងសំដៅទៅលើ “ឱសថ” នោះអាចមានន័យថាជាឱសថ ឬផលិតផលជីវសាស្ត្រ។

ឱសថម៉ាកធម្មតាមានធាតុផ្សំសកម្មដូចគ្នានឹងឱសថដែលមានឈ្មោះយីហោដែរ។ ផលិតផលជីវសាស្ត្រគឺមានជម្រើសជំនួសផ្សេងទៀតដែលត្រូវបានហៅថាឱសថជីវសាស្ត្រស្រដៀងគ្នា។ ជាទូទៅ ឱសថម៉ាកធម្មតា និងឱសថជីវសាស្ត្រស្រដៀងគ្នាមានប្រសិទ្ធភាពដូចគ្នាទៅនឹងឱសថមានម៉ាកយីហោ ឬផលិតផលជីវសាស្ត្រដើម ហើយជាធម្មតាមានថោកតម្លៃជាង។ មានឱសថម៉ាកធម្មតាដែលអាចជំនួសឱសថមានម៉ាកយីហោជាច្រើន និងជម្រើសឱសថជីវសាស្ត្រស្រដៀងគ្នាដែលអាចរកបានសម្រាប់ជំនួសផលិតផលជីវសាស្ត្រដើមមួយចំនួន។ ឱសថជីវសាស្ត្រស្រដៀងគ្នាមួយចំនួនគឺជាឱសថជីវសាស្ត្រស្រដៀងគ្នាដែលអាចផ្លាស់ប្តូរគ្នាបាន ហើយ យោងទៅតាមច្បាប់របស់រដ្ឋ ប្រហែលជាអាចត្រូវបានជំនួសសម្រាប់ផលិតផលជីវសាស្ត្រដើមនៅឱសថស្ថានដោយមិនចាំបាច់មានវេជ្ជបញ្ជាថ្មី ដូចដែលឱសថម៉ាកធម្មតាអាចត្រូវជំនួសសម្រាប់ឱសថមានម៉ាកយីហោផងដែរ។

សូមមើល**ជំពូកទី 12** សម្រាប់និយមន័យអំពីប្រភេទឱសថដែលអាចមាននៅក្នុង *បញ្ជីឱសថ*។

គម្រោងរបស់យើង ក៏រ៉ាប់រងឱសថ និង OTC ជាក់លាក់មួយចំនួនផងដែរ។ OTC មួយចំនួន មានតម្លៃថោកជាងឱសថមានវេជ្ជបញ្ជា ហើយមានប្រសិទ្ធភាពដូចគ្នា។សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម ហៅទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាសមាជិក។

B2. របៀបស្វែ ងរកឱសថនៅក្នុង*បញ្ជីឱសថ*របស់យើង

ដើម្បីរកមើលថាតើឱសថដែលអ្នកប្រើមាននៅក្នុង*បញ្ជីឱសថ*របស់ពួកយើងដែរឬទេ អ្នកអាច៖

- សូមចូលមើលគេហទំព័ររបស់គម្រោងយើងតាមរយៈអាសយដ្ឋាន medicare.lacare.org ។ *បញ្ជីឱសថ* នៅលើគេហទំព័រនេះតែងតែជាបញ្ជីឱសថដែលថ្មីចុងក្រោយបំផុត។
- ហៅទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាសមាជិកដើម្បីស្វែងយល់ថាតើឱសថមាននៅក្នុង*បញ្ជីឱសថ*របស់យើងឬទេ ឬដើម្បីស្នើសុំច្បាប់ចម្លងនៃបញ្ជីឱសថនោះ។
- ឱសថដែលមិនត្រូវបានរ៉ាប់រងដោយផ្នែក D អាចត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយ Medi-Cal Rx ។ ចូលទៅកាន់គេហទំព័រ Medi-Cal Rx (medi-calrx.dhcs.ca.gov/) សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម
- ប្រើ “Real Time Benefit Tool” (ឧបករណ៍អត្ថប្រយោជន៍ក្នុងពេលជាក់ស្តែង) របស់យើងដោយចូលទៅកាន់ medicare.lacare.org/members/part-d-prescription-drugs/formulary-search ដើម្បីស្វែងរកឱសថក្នុង*បញ្ជីឱសថ* ដើម្បីទទួលបានការប៉ាន់ប្រមាណអំពីអ្វីដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់ ហើយថា

តើមានឱសថជំនួសនៅក្នុង*បញ្ជីឱសថ*ដែលអាចព្យាបាលស្ថានភាពដូចគ្នាឬទេ។ អ្នកអាចទូរសព្ទទៅកាន់សេវាបម្រើសមាជិកផងដែរ។

B3. ឱសថមិននៅក្នុង*បញ្ជីឱសថ*របស់ពួកយើង

យើងមិនធានារ៉ាប់រងឱសថទាំងអស់ទេ។

- ឱសថមួយចំនួនគឺមិននៅក្នុង*បញ្ជីឱសថ*របស់យើងទេ ដោយសារច្បាប់មិនអនុញ្ញាតឱ្យយើងធានារ៉ាប់រងលើឱសថទាំងនោះទេ។
- ក្នុងករណីផ្សេងៗទៀត យើងបានសម្រេចមិនរួមបញ្ចូលឱសថណាមួយទៅក្នុង*បញ្ជីឱសថ*របស់យើងនោះទេ។
- ក្នុងករណីខ្លះ អ្នកប្រហែលជាអាចទទួលបានឱសថដែលមិននៅក្នុង*បញ្ជីឱសថ*របស់យើង។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមមើល**ជំពូកទី 9 ។**

គម្រោងរបស់យើងមិនបង់ប្រាក់សម្រាប់ប្រភេទឱសថដែលបានពិពណ៌នានៅក្នុងផ្នែកនេះទេ។ ឱសថទាំងនេះត្រូវបានហៅថា **ឱសថមិនរាប់បញ្ចូល**។ បើអ្នកទទួលបានវេជ្ជបញ្ជាឱ្យប្រើប្រាស់ឱសថដែលបានលើកលែង អ្នកប្រហែលជាត្រូវបង់ប្រាក់សម្រាប់ឱសថនោះដោយខ្លួនឯង។ ប្រសិនបើអ្នកគិតថា យើងគួរតែបង់ប្រាក់សម្រាប់ឱសថមិនរាប់បញ្ចូលណាមួយដោយសារតែករណីរបស់អ្នក អ្នកអាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងតវ៉ាបាន។ សូមមើល**ជំពូកទី 9** នៃ*សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីបណ្តឹងតវ៉ា។

ខាងក្រោមនេះ គឺជាវិធានទូទៅចំនួនបី សម្រាប់ឱសថដែលមិនរាប់បញ្ចូល៖

1. ការរ៉ាប់រងឱសថសម្រាប់អ្នកជំងឺមិនសម្រាកពេទ្យនៃគម្រោងរបស់យើង (ដែលរួមបញ្ចូល Medicare ផ្នែក D) មិនអាចបង់ថ្លៃឱសថដែល Medicare ផ្នែក A ឬ Medicare ផ្នែក B បានធានារ៉ាប់រងរួចហើយនោះឡើយ។ គម្រោងរបស់យើងធានារ៉ាប់រងលើឱសថដែលស្ថិតក្រោម Medicare ផ្នែក A ឬ Medicare ផ្នែក B ដោយឥតគិតថ្លៃ ប៉ុន្តែឱសថទាំងនេះមិនត្រូវបានចាត់ទុកថាជាផ្នែកមួយនៃអត្ថប្រយោជន៍ឱសថសម្រាប់អ្នកជំងឺមិនសម្រាកពេទ្យរបស់អ្នកឡើយ។
2. គម្រោងរបស់យើងមិនអាចរ៉ាប់រងលើឱសថមួយដែលត្រូវបានទិញនៅខាងក្រៅសហរដ្ឋអាមេរិក និងដែនដីរបស់ប្រទេសនេះទេ។
3. ការប្រើប្រាស់ថ្នាំត្រូវតែត្រូវបានអនុម័តដោយ FDA ឬគាំទ្រដោយឯកសារយោងផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រមួយចំនួនដែលចាត់ទុកថាជាការព្យាបាលស្ថានភាពសុខភាពរបស់អ្នក។ វេជ្ជបណ្ឌិត ឬអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកផ្សេងទៀតអាចចេញវេជ្ជបញ្ជាសម្រាប់ឱសថជាក់លាក់ណាមួយដើម្បីព្យាបាលស្ថានភាពជំងឺរបស់អ្នក ទោះបីជាឱសថនេះមិនមានការអនុម័តឱ្យប្រើប្រាស់ក្នុងការព្យាបាលស្ថានភាពនេះក៏ដោយ។ នេះត្រូវបានគេហៅថា "ការប្រើប្រាស់ឱសថក្រៅស្លាកសញ្ញា"។ គម្រោងរបស់យើង ជាធម្មតាមិនរ៉ាប់រងឱសថដែលត្រូវបានចេញវេជ្ជបញ្ជាសម្រាប់ការប្រើប្រាស់ឱសថមិនតាមអ្វីដែលឱសថនេះគួរតែប្រើនោះឡើយ។

ដូចគ្នាដែរ យោងតាមច្បាប់ Medicare ឬ Medi-Cal មិនអាចរ៉ាប់រងប្រភេទឱសថដែលមានក្នុងបញ្ជីខាងក្រោមទេ។

- ឱសថត្រូវបានប្រើប្រាស់សម្រាប់ជំរុញប្រសិទ្ធភាពបង្កកំណើត
- ឱសថប្រើសម្រាប់បំបាត់អាការក្អក ឬផ្តាសាយ*
- ឱសថដែលបានប្រើប្រាស់ជាគ្រឿងសម្អាង ឬដើម្បីបណ្តុះសក់
- ផលិតផលវីតាមីន និងសារធាតុរ៉ែតាមវេជ្ជបញ្ជា លើកលែងតែវីតាមីនមុនពេលសម្រាល និងការត្រៀមលក្ខណៈហ្គុយអូរ៉ាយ*

- ឱសថត្រូវបានប្រើប្រាស់សម្រាប់ព្យាបាលបញ្ហាអសមត្ថភាពផ្លូវភេទ
- ឱសថដែលប្រើសម្រាប់ព្យាបាលជំងឺមិនឃ្លានអាហារ ការស្រកទម្ងន់ ឬឡើងទម្ងន់*
- ឱសថសម្រាប់អ្នកជំងឺមិនសម្រាកពេទ្យដែលផលិតដោយក្រុមហ៊ុនដោយនិយាយថាអ្នកត្រូវតែមានការធ្វើតេស្ត ឬសេវាដែលធ្វើដោយពួកគេតែប៉ុណ្ណោះ

*ផលិតផលមួយចំនួនអាចត្រូវបានរ៉ាប់រងដោយ Medi-Cal។ ចូលទៅកាន់គេហទំព័រនៃ Medi-Cal Rx (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov) សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមទៀត។

B4. ថ្នា ក់ចែករំលែកតម្លៃ នៃ*បញ្ជីឱសថ*

គ្រប់ឱសថទាំងអស់ក្នុង*បញ្ជីឱសថ*របស់យើងគឺស្ថិតក្នុងលំដាប់ថ្នាក់មួយក្នុងចំណោមលំដាប់ថ្នាក់ទាំង 5។ លំដាប់ថ្នាក់ គឺជាក្រុមឱសថដែលជាទូទៅមានប្រភេទដូចគ្នា (ឧទាហរណ៍ ឈ្មោះស្លាកយីហោ ឱសថទូទៅ ឬឱសថ OTC)។ ជាទូទៅ នៅពេលកម្រិតនៃការរួមចំណែកលើចំណាយស្ថិតនៅក្នុងថ្នាក់កាន់តែខ្ពស់ ថ្លៃចំណាយសម្រាប់ឱសថក៏កាន់តែខ្ពស់ដែរ។

- ឱសថលំដាប់ថ្នាក់ទី 1 គឺជាឱសថម៉ាកធម្មតាដែលត្រូវបានណែនាំឱ្យប្រើ ដែល L.A. Care Medicare Plus ធានារ៉ាប់រង។ ទឹកប្រាក់រួមបង់ គឺ $0 ។
- ឱសថលំដាប់ថ្នាក់ទី 2 គឺជាឱសថម៉ាកធម្មតាដែល L.A. Care Medicare Plus ធានារ៉ាប់រង។ ទឹកប្រាក់រួមបង់គឺចាប់ពី $0 - $12.65 ឬ 25%។ សហធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នក អាស្រ័យលើចំនួននៃជំនួយបន្ថែម ដែលអ្នកទទួលបាន។
- ឱសថលំដាប់ថ្នាក់ទី 3 គឺជាឱសថមានម៉ាកយីហោដែលត្រូវបានណែនាំឱ្យប្រើ ដែល L.A. Care Medicare Plus ធានារ៉ាប់រង។ ទឹកប្រាក់រួមបង់គឺចាប់ពី $0 - $12.65 ឬ 25%។ សហធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នក អាស្រ័យលើចំនួននៃជំនួយបន្ថែម ដែលអ្នកទទួលបាន។
- ឱសថលំដាប់ថ្នាក់ទី 4 គឺជាឱសថដែលយើងមិនសូវណែនាំឱ្យប្រើ ដែល L.A. Care Medicare Plus ធានារ៉ាប់រង។ ទឹកប្រាក់រួមបង់គឺចាប់ពី $0 - $12.65 ឬ 25%។ សហធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នក អាស្រ័យលើចំនួននៃជំនួយបន្ថែម ដែលអ្នកទទួលបាន។
- ឱសថលំដាប់ថ្នាក់ទី 5 គឺជាឱសថឯកទេសដែល L.A. Care Medicare Plus ធានារ៉ាប់រង។ ទឹកប្រាក់រួមបង់គឺចាប់ពី $0 - $12.65 ឬ 25%។ សហធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នក អាស្រ័យលើចំនួននៃជំនួយបន្ថែម ដែលអ្នកទទួលបាន។

ដើម្បីឱ្យដឹងថាតើឱសថរបស់អ្នកស្ថិតក្នុងលំដាប់ថ្នាក់នៃការរួមចំណែកលើចំណាយរួមណាមួយ សូមពិនិត្យមើលឱសថនៅក្នុង*បញ្ជីឱសថ*របស់យើង។

ជំពូកទី 6 នៃ*សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះប្រាប់អំពីចំនួនដែលអ្នកត្រូវចំណាយសម្រាប់លំដាប់ថ្នាក់នីមួយៗ។

C. ដែនកំណត់លើឱសថមួយចំនួន

សម្រាប់ឱសថជាក់លាក់មួយចំនួន មានវិធានពិសេសដែលកំណត់អំពីរបៀប និងពេលវេលាដែលគម្រោងរ៉ាប់រងឱសថទាំងនោះ។ ជាទូទៅ វិធានរបស់យើងជំរុញឱ្យអ្នកទទួលបានឱសថដែលមានប្រសិទ្ធភាពសម្រាប់ស្ថានភាពវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នក ហើយមានសុវត្ថិភាព និងប្រសិទ្ធភាព។ នៅពេលដែលឱសថមានសុវត្ថិភាពនិងមានតម្លៃទាប

ជាង មានប្រសិទ្ធភាពខ្ពស់ដូចឱសថដែលមានតម្លៃខ្ពស់ដែរ ពេលនោះយើងរំពឹងថាអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកប្រើប្រាស់ឱសថដែលមានតម្លៃទាបជាងនោះ។

សូមចំណាំថា ជួនកាលឱសថអាចបង្ហាញឈ្មោះច្រើនជាងម្តងក្នុង*បញ្ជីឱសថ*របស់យើង។ នេះគឺដោយសារតែឱសថដែលដូចគ្នានោះ ក៏អាចខុសគ្នាដែរ ដោយអាស្រ័យលើកម្រិត បរិមាណ ឬទម្រង់ឱសថដែលកំណត់ដោយអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក ហើយការដាក់កំហិតផ្សេងៗគ្នាអាចអនុវត្តចំពោះកំណែផ្សេងៗគ្នារបស់ឱសថ (ឧទាហរណ៍ 10 mg ធៀបនឹង 100 mg; លេបម្តងក្នុងមួយថ្ងៃ ធៀបនឹងលេងពីរដងក្នុងមួយថ្ងៃ គ្រាប់ថ្នាំធៀបនឹងថ្នាំទឹក)។

បើមានវិធានពិសេសណាមួយសម្រាប់ឱសថរបស់អ្នក ជាធម្មតាមានន័យថា អ្នកឬក៏អ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកនឹងត្រូវចាត់វិធានការបន្ថែមសម្រាប់យើងរ៉ាប់រងលើឱសថ។ ឧទាហរណ៍ អ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកប្រហែលជាត្រូវប្រាប់យើងអំពីការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ ឬក៏ផ្តល់លទ្ធផលពិនិត្យឈាមជាមុន។ បើអ្នក ឬអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកគិតថាវិធានរបស់យើងមិនគួរត្រូវបានអនុវត្តចំពោះស្ថានភាពរបស់អ្នកទេ សូមស្នើសុំឱ្យយើងប្រើដំណើរការសម្រេចចិត្តអំពីការធានារ៉ាប់រងដើម្បីផ្តល់ការលើកលែង។ យើងអាចឯកភាព ឬមិនឯកភាពឱ្យអ្នកប្រើប្រាស់ឱសថដោយមិនមានចំណាត់ការបន្ថែមឡើយ។

ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពីការស្នើសុំករណីលើកលែង សូមមើល**ជំពូកទី 9** នៃ*សៀវភៅណែនាំសមាជិក*របស់អ្នក។

1. ការកំណត់លើការប្រើប្រាស់ចំពោះឱសថមានម៉ាកយីហោ ឬផលិតផលជីវសាស្ត្រដើម នៅពេលមានកំណែឱសថជីវសាស្ត្រស្រដៀងគ្នា ដែលផ្លាស់ប្តូរគ្នាបាន ឬឱសថទូទៅដែលអាចរកបាន

ជាទូទៅ ឱសថម៉ាកធម្មតា ឬឱសថជីវសាស្ត្រស្រដៀងគ្នានិងហើយជំនួសគ្នាបាន គឺមានប្រសិទ្ធភាពដូចគ្នានឹងឱសថមានម៉ាកយីហោ ឬផលិតផលជីវសាស្ត្រដើម ហើយជាធម្មតាមានតម្លៃទាបជាង។ ក្នុងករណីភាគច្រើនប្រសិនបើមានប្រភេទនៃឱសថទូទៅ ឬឱសថជីវសាស្ត្រស្រដៀងគ្នាដែលជំនួសឱ្យឱសថមានម៉ាកយីហោ ឬផលិតផលជីវសាស្ត្រដើម បាន ឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញរបស់យើងនឹងផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវប្រភេទឱសថទូទៅ ឬឱសថជីវសាស្ត្រស្រដៀងគ្នាហើយជំនួសគ្នាបាននោះ។

- ជាធម្មតា យើងមិនទូទាត់ប្រាក់សម្រាប់ឱសថមានម៉ាកយីហោ ឬផលិតផលជីវសាស្ត្រដើមទេ បើយើងមានប្រភេទឱសថម៉ាកធម្មតាទូទៅដែលអាចប្រើជំនួសគ្នាបាន។
- ទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយ ប្រសិនបើអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកបានប្រាប់យើងពីមូលហេតុវេជ្ជសាស្ត្រដែលឱសថម៉ាកធម្មតា ឱសថជីវសាស្ត្រស្រដៀងគ្នាដែលអាចជំនួសគ្នាបាន ឬឱសថដែលរ៉ាប់រងផ្សេងទៀតសម្រាប់ព្យាបាលស្ថានភាពដូចគ្នានោះ នឹងមិនមានប្រសិទ្ធភាពចំពោះអ្នក នោះយើងនឹងធានារ៉ាប់រងឱសថមានម៉ាកយីហោនោះ។
- ទឹកប្រាក់រួមបង់របស់អ្នកសម្រាប់ឱសថដែលមានម៉ាកយីហោ ឬផលិតផលជីវសាស្ត្រដើម អាចនឹងច្រើនជាងឱសថម៉ាកធម្មតា ឬឱសថជីវសាស្ត្រស្រដៀងគ្នាដែលអាចជំនួសគ្នា។

2. ការទទួលបានការអនុម័តពីគម្រោងជាមុន

សម្រាប់ឱសថមួយចំនួន អ្នក ឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកត្រូវតែទទួលបានការអនុម័តពីគម្រោងរបស់យើងមុនពេលអ្នកបើកថ្នាំមានវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកនោះ។ នេះត្រូវបានហៅថា ការអនុញ្ញាតជាមុន។ វាត្រូវបានបង្កើតឡើងដើម្បីធានាសុវត្ថិភាពឱសថ និងជួយណែនាំការប្រើប្រាស់ឱសថមួយចំនួនឱ្យបានត្រឹមត្រូវ។ ប្រសិនបើអ្នកមិនទទួលបានការយល់ព្រមទេ យើងប្រហែលជាមិនរ៉ាប់រងលើសេវានោះទេ។ ហៅទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាសមាជិកតាមលេខនៅខាងក្រោមទំព័រ ឬនៅលើគេហទំព័ររបស់យើងនៅ medicare.lacare.org សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីការអនុញ្ញាតជាមុន។

3. ការសាកល្បងប្រើប្រាស់ឱសថផ្សេងជាមុនសិន

ជាទូទៅ យើងចង់សាកល្បងឱសថមានតម្លៃទាបជាងដែលមានប្រសិទ្ធភាពមុនពេលយើងរ៉ាប់រងលើឱសថដែលមានតម្លៃខ្ពស់ជាង។ ឧទាហរណ៍ ប្រសិនបើឱសថ A និងឱសថ B ព្យាបាលស្ថានភាពជំងឺដូចគ្នា ហើយឱសថ A មានតម្លៃទាបជាងឱសថ B នោះយើងប្រហែលជាតម្រូវឱ្យអ្នកសាកល្បងប្រើប្រាស់ឱសថ A ជាមុនសិន។

ប្រសិនបើឱសថ A **មិនមាន**ប្រសិទ្ធភាពសម្រាប់អ្នកទេ យើងនឹងរ៉ាប់រងលើឱសថ B ។ ករណីនេះហៅថា ការព្យាបាលតាមដំណាក់កាល។ ហៅទូរសព្ទទៅសេវាបម្រើសមាជិកតាមលេខនៅខាងក្រោមទំព័រ ឬនៅលើគេហទំព័ររបស់យើងនៅ medicare.lacare.org សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីការព្យាបាលតាមដំណាក់កាល។

4. ការកំណត់បរិមាណ

សម្រាប់ឱសថមួយចំនួន យើងកំណត់ចំនួនឱសថដែលអ្នកអាចទទួលបាន។ នេះត្រូវបានគេហៅថា ដែនកំណត់បរិមាណ។ ឧទាហរណ៍ ប្រសិនបើជាធម្មតា វាត្រូវបានគេចាត់ទុកថាមានសុវត្ថិភាពដើម្បីទទួលទានឱសថមួយគ្រាប់ក្នុងមួយថ្ងៃសម្រាប់ឱសថជាក់លាក់មួយ យើងអាចកំណត់ចំនួនឱសថដែលអ្នកអាចទទួលបានរៀងរាល់ពេលដែលអ្នកបើកថ្នាំតាមវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក។

ដើម្បីស្វែងយល់ថាតើវិធានណាមួយខាងលើត្រូវអនុវត្តចំពោះឱសថដែលអ្នកលេប ឬចង់លេប សូមពិនិត្យមើល *បញ្ជីឱសថ*របស់យើង។ សម្រាប់ព័ត៌មានចុងក្រោយបំផុត ហៅទូរសព្ទទៅកាន់ភ្នាក់ងារសេវា ឬពិនិត្យមើលគេហទំព័ររបស់យើងនៅ medicare.lacare.org។ ប្រសិនបើអ្នកមិនយល់ស្របនឹងការសម្រេចចិត្តលើការធានារ៉ាប់រងរបស់យើងដោយផ្អែកលើហេតុផលណាមួយខាងលើ អ្នកអាចស្នើសុំប្តឹងតវ៉ាបាន។ សូមមើល **ជំពូកទី 9** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះ។

D. ហេតុផលនានាដែលឱសថរបស់អ្នកអាចនឹងមិនត្រូវបានធានារ៉ាប់រង

យើងព្យាយាមធ្វើឱ្យការរ៉ាប់រងឱសថរបស់អ្នកធ្វើទៅដោយរលូន ប៉ុន្តែពេលខ្លះឱសថប្រហែលជាមិនត្រូវបានរ៉ាប់រងតាមរបៀបដែលអ្នកចង់បាននោះទេ។ ឧទាហរណ៍៖

- គម្រោងរបស់យើងមិនអាចរ៉ាប់រងឱសថដែលអ្នកចង់ប្រើប្រាស់ទេ។ ឱសថនោះប្រហែលជាមិនមាននៅក្នុង*បញ្ជីឱសថ*របស់យើងនោះទេ។ យើងប្រហែលជាអាចរ៉ាប់រងលើឱសថប្រភេទទូទៅ ក៏ប៉ុន្តែប្រភេទឱសថមានឈ្មោះយីហោដែលអ្នកចង់ប្រើមិនត្រូវបានរ៉ាប់រងទេ។ ឱសថអាចនឹងថ្មី ហើយយើងមិនទាន់បានពិនិត្យទៅលើសុវត្ថិភាព និងប្រសិទ្ធភាពនៅឡើយទេ។
- គម្រោងរបស់យើងរ៉ាប់រងលើឱសថ ប៉ុន្តែមានវិធានពិសេស ឬដែនកំណត់ ទៅលើការធានារ៉ាប់រង។ ដូចដែលបានរៀបរាប់នៅផ្នែកខាងលើ ឱសថមួយចំនួនដែលគម្រោងរបស់យើងបានធានារ៉ាប់រងមានច្បាប់ដែលកំណត់លើការប្រើប្រាស់របស់វា។ ក្នុងករណីខ្លះ អ្នក ឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកប្រហែលជាចង់សុំករណីលើកលែងពីពួកយើង។
- ឱសថនេះត្រូវបានរ៉ាប់រង ប៉ុន្តែវាស្ថិតនៅក្នុងលំដាប់ថ្នាក់នៃការរួមចំណែកលើចំណាយ ដែលធ្វើឱ្យការចំណាយរបស់អ្នកថ្លៃជាងអ្វីដែលអ្នកគិត។

មានចំណុចដែលអ្នកអាចធ្វើបាន ប្រសិនបើយើងមិនរ៉ាប់រងឱសថ ដែលអ្នកចង់ឱ្យយើងរ៉ាប់រង។

D1. ការទទួលបានការផ្ត ត់ផ្ត ង់បណ្តោះអាសន្ន

ក្នុងករណីមួយចំនួន យើងអាចផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវការផ្តត់ផ្តង់ឱសថបណ្តោះអាសន្ន នៅពេលឱសថនោះមិននៅក្នុង *បញ្ជីឱសថ*របស់យើង ឬត្រូវបានកំណត់លក្ខខណ្ឌតាមរបៀបណាមួយ។ ករណីនេះ ផ្តល់ពេលវេលាឱ្យអ្នកសម្រាប់ពិភាក្សាជាមួយអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក អំពីការទទួលឱសថផ្សេងណាមួយ ឬក៏ស្នើឱ្យយើងរ៉ាប់រងលើឱសថ។

ដើម្បីទទួលបានសេវាផ្ត ត់ផ្ត ង់ឱសថបណ្តោះអាសន្ន អ្ន កត្រូវបំពេញតាមវិធានច្បាប់ពីរខាងក្រោម:

1. ឱសថដែលអ្នកបានលេប៖
   - លែងស្ថិតក្នុង*បញ្ជីឱសថ*របស់យើងទៀតហើយ **ឬ**
   - មិនធ្លាប់មាននៅក្នុង*បញ្ជីឱសថ*របស់យើងនោះទេ **ឬ**
   - ពេលនេះ ចំនួនមានកំណត់ ដោយប្រការណាមួយ។
2. អ្នកត្រូវស្ថិតក្នុងស្ថានភាពមួយក្នុងចំណោមស្ថានភាពខាងក្រោម៖
   - អ្នកបានស្ថិតនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើងកាលពីឆ្នាំមុន។
     - យើងធានារ៉ាប់រងលើការផ្ត ត់ផ្ត ង់បណ្តោះអាសន្ន ចំពោះឱសថរបស់អ្ន ក**ក្នុងអំឡុងពេល 90 ថ្ងៃ ដំបូង តាមឆ្នាំប្រតិទិន**។
     - ការផ្ត ត់ផ្ត ង់បណ្តោះអាសន្ន នេះមានរយៈពេលរហូ តដល់ 30 ថ្ងៃ ។
     - ប្រសិនបើវេជ្ជ បញ្ជារបស់អ្ន ក ត្រូវបានសរសេរសម្រាប់ចំនួ នថ្ងៃ តិចជាងនេះ យើងនឹងអនុញ្ញា តឱ្យបើកថ្នាំបន្ថែ មច្រើនដងទៀត ដើម្បីផ្ត ល់ឱសថដល់ចំនួ នអតិបរិមា 30 ថ្ងៃ ។ អ្ន កត្រូវទទួ លថ្នាំតាមវេជ្ជ បញ្ជា នៅឱសថស្ថា នក្នុងបណ្តា ញណាមួ យ។
     - ឱសថស្ថា នថែទាំសុខភាពរយៈពេលវែង អាចផ្ត ល់ឱសថរបស់អ្ន កក្នុងបរិមាណតិចតួ ចក្នុងពេលតែមួ យ ដើម្បីបង្កា រកុំឱ្យខ្ជះខ្ជា យ។
   - អ្នកជាសមាជិកថ្មីចំពោះគម្រោងរបស់យើង។
     - យើងរ៉ាប់រងការផ្ត ត់ផ្ត ង់ឱសថរបស់អ្ន កជាបណ្តោះអាសន្ន **ក្នុងរយៈពេល 90 ថ្ងៃ ដំបូ ងនៃសមាជិកភាព របស់អ្ន កនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើង**។
     - ការផ្ត ត់ផ្ត ង់បណ្តោះអាសន្ន នេះមានរយៈពេលរហូ តដល់ 30 ថ្ងៃ ។
     - ប្រសិនបើវេជ្ជ បញ្ជារបស់អ្ន ក ត្រូវបានសរសេរសម្រាប់ចំនួ នថ្ងៃ តិចជាងនេះ យើងនឹងអនុញ្ញា តឱ្យបើកថ្នាំបន្ថែ មច្រើនដងទៀត ដើម្បីផ្ត ល់ឱសថដល់ចំនួ នអតិបរិមា 30 ថ្ងៃ ។ អ្ន កត្រូវទទួ លឱសថតាមវេជ្ជ បញ្ជា នៅឱសថស្ថា នក្នុងបណ្តា ញណាមួ យ។
     - ឱសថស្ថា នថែទាំសុខភាពរយៈពេលវែង អាចផ្ត ល់ឱសថរបស់អ្ន កក្នុងបរិមាណតិចតួ ចក្នុងពេលតែមួ យ ដើម្បីបង្កា រកុំឱ្យខ្ជះខ្ជា យ។
   - អ្នកបាននៅក្នុងគម្រោងរបស់យើងលើសពី 90 ថ្ងៃ និងរស់នៅក្នុងមន្ទីរថែទាំយូរអង្វែង និងត្រូវការការផ្តល់ឱសថភ្លាមៗ។

- យើងរ៉ាប់រងសេវាផ្គ ត់ផ្គ ង់ម្ត ងក្នុងរយៈពេល 31 ថ្ងៃ ឬតិចជាងនេះ ប្រសិនបើវេជ្ជ បញ្ជា របស់អ្ន កត្រូវបាន សរសេរសម្រាប់ចំនួ នថ្ងៃ តិចជាងនេះ។ នេះគឺបន្ថែ មពីលើការផ្គ ត់ផ្គ ង់បណ្តោះអាសន្ន ខាងលើ។
- អ្ន កប្រហែលជាមានបទពិសោធន៍ក្នុងករណីផ្លា ស់ប្តូ រកម្រិតសេវាថែទាំដែលទទួ លបាន និង/ឬ ប្រហែលជាត្រូវបានតម្រូវឱ្យផ្លា ស់ប្តូ រ (រើចេញ) ពីមណ្ឌ លមួ យ ឬក៏កន្លែ ងព្យាបាលមួ យ ទៅមណ្ឌ ល ឬកន្លែ ងមួ យផ្សេងទៀត។ ការលើកលែង (ករណីពិសេស) អាចមានសម្រាប់អ្ន ក ប្រសិនបើអ្ន កធ្លា ប់ មានការផ្លា ស់ប្តូ រកម្រិតការថែទាំដែលកំពុងទទួ លបាន។ ប្រសិនបើអ្ន កទទួ លការផ្លា ស់ប្តូ រកម្រិតថែទាំ នោះ L.A. Care Medicare Plus នឹងរ៉ាប់រងសេវាផ្គ ត់ផ្គ ង់រយៈពេល 30 ថ្ងៃ ជាបណ្តោះអាសន្ន (ដរាបណា អ្ន កមានវេជ្ជ បញ្ជា ដែលត្រូវបានសរសេរសម្រាប់រយៈពេលតិចថ្ងៃ ជាងនេះ)។

D2. ការស្នើសុំការផ្គ ត់ផ្គ ង់បណ្តោះអាសន្ន

ដើម្បីស្នើសុំសេវាផ្គត់ផ្គង់ឱសថបណ្តោះអាសន្ន ហៅទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាសមាជិក។

នៅពេលអ្ន កទទួ លបានការផ្គ ត់ផ្គ ង់ឱសថបណ្តោះអាសន្ន សូ មពិភាក្សាជាមួ យអ្ន កផ្គ ល់សេវារបស់អ្ន កឱ្យ បានឆាប់តាមដែលអាចធ្វើទៅបាន ដើម្បីសម្រេចថាតើត្រូ វធ្វើអ្វីនៅពេលដែលការផ្គ ត់ផ្គ ង់ឱសថរបស់អ្ន កអស់ ទៅ។ ខាងក្រោមនេះគឺជាជម្រើសរបស់អ្នក៖

- ប្តូរទៅឱសថផ្សេង។

  គម្រោងរបស់យើងអាចរ៉ាប់រងលើឱសថផ្សេងដែលមានប្រសិទ្ធភាពសម្រាប់អ្នក។ ហៅទូរសព្ទទៅភ្នាក់ងារ សេវា ដើម្បីសួររកបញ្ជីឱសថដែលយើងរ៉ាប់រងលើការព្យាបាល ក្នុងស្ថានភាពដូចគ្នា។ បញ្ជីនេះអាចជួយអ្នក ផ្តល់សេវារបស់អ្នកក្នុងការស្វែងរកឱសថដែលត្រូវបានរ៉ាប់រងដែលអាចនឹងមានប្រសិទ្ធភាពសម្រាប់អ្នក។

  ឬ

- ស្នើសុំការលើកលែង។

  អ្នក និងអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក អាចស្នើសុំឱ្យយើងធ្វើការលើកលែងបាន។ ឧទាហរណ៍ អ្នកអាចស្នើសុំឱ្យយើង ធានារ៉ាប់រងលើឱសថដែលមិនមាននៅក្នុង*បញ្ជីឱសថ*របស់យើង ឬស្នើសុំឱ្យយើងធានារ៉ាប់រងលើឱសថដែល មិនមានដែនកំណត់។ ប្រសិនបើអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកលើកឡើងថា អ្នកមានមូលហេតុវេជ្ជសាស្ត្រត្រឹមត្រូវ សម្រាប់ទទួលបានការលើកលែង ពួកគេអាចជួយអ្នកក្នុងការស្នើសុំការលើកលែងមួយបាន។

E. ការផ្លាស់ប្តូរធានាការរ៉ាប់រង សម្រាប់ឱសថរបស់អ្នក។

ការផ្លាស់ប្តូរក្នុងការធានារ៉ាប់រងលើឱសថភាគច្រើនកើតឡើងនៅថ្ងៃទី 1 ខែមករា ប៉ុន្តែយើងអាចបន្ថែម ឬដកឱសថ ចេញពី*បញ្ជីឱសថ*ក្នុងអំឡុងឆ្នាំនោះ។ យើងក៏អាចនឹងផ្លាស់ប្តូរវិន័យរបស់យើង អំពីឱសថដែរ។ ឧទាហរណ៍ យើងអាច៖

- សម្រេចចិត្តថាស្នើសុំឬមិនស្នើសុំការយល់ព្រមជាមុន (prior approval, PA) សម្រាប់ឱសថ (ការអនុញ្ញាតពីយើងមុនពេលដែលអ្នកអាចទទួលបានឱសថ)។
- បន្ថែម ឬផ្លាស់ប្តូរបរិមាណថ្នាំដែលអ្នកអាចទទួលបាន (កម្រិតបរិមាណថ្នាំ)។
- បន្ថែម ឬផ្លាស់ប្តូរការរឹតបន្តឹងជាជំហានក្នុងការព្យាបាលលើឱសថ (អ្នកត្រូវតែសាកល្បងថ្នាំមួយសិនមុន ពេលយើងរ៉ាប់រងថ្នាំផ្សេងទៀត) ។

- ជំនួសផលិតផលជីវសាស្ត្រដើមជាមួយនឹងប្រភេទឱសថជីវសាស្ត្រស្រដៀងគ្នាដែលអាចជំនួសគ្នាបាននៃផលិតផលនោះ។

យើងត្រូវតែអនុវត្តតាមលក្ខខណ្ឌតម្រូវរបស់ Medicare មុនពេលយើងផ្លាស់ប្តូរ*បញ្ជីឱសថ*របស់គម្រោងយើង។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីវិធានឱសថទាំងនេះ សូមមើល**ផ្នែក C**។

ប្រសិនបើអ្នកប្រើប្រាស់ឱសថដែលយើងបានរ៉ាប់រង**នៅដើម**ឆ្នាំនេះ ជាទូទៅយើងនឹងមិនដក ឬផ្លាស់ប្តូរការរ៉ាប់រងឱសថនោះ **ក្នុងអំឡុងពេលដែលនៅសល់នៃឆ្នាំនេះទេ** លុះត្រាតែ៖

- ឱសថថ្មី មានតម្លៃទោបជាងនៅលើទីផ្សារដែលមានប្រសិទ្ធភាពដូចឱសថនៅក្នុង*បញ្ជីឱសថ*របស់យើងបច្ចុប្បន្ននេះ **ឬ**
- យើងបានដឹងថាឱសថនោះគ្មានសុវត្ថិភាព **ឬ**
- ឱសថមួយត្រូវបានយកចេញពីទីផ្សារ។

ប្រសិនបើការធានារ៉ាប់រងផ្លា ស់ប្តូរសម្រាប់ឱសថដែលអ្ន កកំពុងលេបនោះ តើនឹងមានអ្វីកើតឡើង?

ដើម្បីទទួលព័ត៌មានបន្ថែមអំពីអ្វីដែលកើតឡើង នៅពេលដែល*បញ្ជីឱសថ*របស់យើងត្រូវផ្លាស់ប្តូរនោះ ជានិច្ចកាលអ្នកអាច៖

- ពិនិត្យមើល *បញ្ជីឱសថ* បច្ចុប្បន្នរបស់យើងតាមអនឡាញដោយចូលទៅកាន់ medicare.lacare.org **ឬ**
- ហៅទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាសមាជិកតាមលេខដែលនៅផ្នែកខាងក្រោមនៃទំព័រ ដើម្បីពិនិត្យមើល*បញ្ជីឱសថ*បច្ចុប្បន្នរបស់យើង។

ការផ្លា ស់ប្តូ រដែលយើងអាចនឹងធ្វើចំពោះ*បញ្ជីឱសថ*ដែលប៉ះពាល់ដល់អ្ន កក្នុងអំឡុងឆ្នាំនៃគម្រោងបច្ចុប្បន្ន

ការផ្លាស់ប្តូរមួយចំនួននៃ*បញ្ជីឱសថ*នឹងកើតឡើងភ្លាមៗ។ ឧទាហរណ៍៖

ឱសថម៉ាកធម្មតាថ្មីមួយ គឺអាចមានការផ្តល់ជូន។ ពេលខ្លះ ឱសថម៉ាកធម្មតាថ្មី ឬឱសថជីវសាស្ត្រស្រដៀងគ្នានៅលើទីផ្សារដែលមានប្រសិទ្ធភាពដូចគ្នាទៅនឹងឱសថមានម៉ាកយីហោ ឬផលិតផលជីវសាស្ត្រដើមនៅក្នុង*បញ្ជីឱសថ*បច្ចុប្បន្ននេះ។ នៅពេលរឿងនោះកើតឡើង យើងអាចនឹងយកឱសថមានម៉ាកយីហោនោះចេញ និងដាក់ឱសថឈ្មោះធម្មតាចូលវិញ ប៉ុន្តែតម្លៃចំណាយរបស់អ្នកសម្រាប់ឱសថថ្មីនឹងនៅជាដដែល ឬនឹងទាបជាងមុន។ នៅពេលយើងដាក់ឱសថម៉ាកធម្មតាថ្មីចូលបន្ថែម យើងក៏អាចនឹងសម្រេចដើម្បីរក្សាឱសថមានម៉ាកហីហោនោះនៅក្នុងបញ្ជីដែរ ប៉ុន្តែផ្លាស់ប្តូរវិន័យការរ៉ាប់រង ឬកម្រិតរបស់វា។

- យើងអាចនឹងមិនប្រាប់អ្ន កមុននឹងយើងធ្វើការផ្លា ស់ប្តូរនេះទេ ប៉ុន្តែ យើងនឹងផ្ញើព័ត៌មានឱ្យអ្ន កអំពីការផ្លា ស់ប្តូរជាក់លាក់ដែលយើងបានធ្វើ បើមានការផ្លា ស់ប្តូ រ។
- អ្ន ក ឬអ្ន កផ្តល់សេវារបស់អ្ន ក អាចស្នើសុំ "ការលើកលែង" ពីការផ្លា ស់ប្តូរទាំងនេះបាន។ យើងនឹងផ្ញើសេចក្តីជូនដំណឹងឱ្យអ្ន កព្រមជាមួ យនឹង ជំហានដែលអ្ន កអាចធ្វើ ដើម្បីស្នើសុំការលើកលែង។ សូមមើល **ជំពូ កទី 9** នៃសៀវភៅណែនាំនេះសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែ មលើការលើកលែង។

ការយកចេញនៃឱសថគ្មា នសុវត្ថិភាព និងឱសថដទៃទៀតដែលមិនមាននៅក្នុងទីផ្សារ។ ពេលខ្លះឱសថអាចត្រូវបានគេរកឃើញថាមិនមានសុវត្ថិភាព ឬត្រូវបានគេយកចេញពីទីផ្សារសម្រាប់ហេតុផលមួយផ្សេងទៀត។ ប្រសិនបើរឿងនេះកើតឡើង យើងអាចដកវាចេញពី*បញ្ជីឱសថ*របស់យើងភ្លាមៗ។ បើអ្នកកំពុងលេបឱសថនេះ

យើងនឹងផ្ញើការជូនដំណឹងដល់អ្នក បន្ទាប់ពីយើងធ្វើការផ្លាស់ប្តូរ។ ប្រសិនបើអ្នកបានសំបុត្រនេះមួយ សូមពិគ្រោះជាមួយវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក ដើម្បីរកឱសថមួយផ្សឹងទៀត ដែលមានសុវត្ថិភាពសម្រាប់អ្នក។

យើងអាចធ្វើការផ្លា ស់ប្តូ រផ្សេទៀតដែលប៉ះពាល់ដល់ឱសថដែលអ្ន កលេប។ យើងនឹងប្រាប់អ្នកជាមុនអំពីការផ្លាស់ប្តូរផ្សេងៗទៅលើ *បញ្ជីឱសថ*ទាំងនេះរបស់យើង។ ការផ្លាស់ប្តូរទាំងនេះអាចនឹងកើតឡើង ប្រសិនបើ៖

- FDA ផ្តល់ការណែនាំថ្មី ឬមានគោលការណ៍ពិនិត្យព្យាបាលថ្មីអំពីឱសថ។

នៅពេលដែលមានការផ្លាស់ប្តូរទាំងនេះកើតឡើង យើង៖

- ប្រាប់អ្នកយ៉ាងហោចណាស់រយៈពេល 30 ថ្ងៃមុនពេលយើងធ្វើការផ្លាស់ប្តូរ*បញ្ជីឱសថ*របស់យើង **ឬ**
- ប្រាប់ដំណឹងអ្នក និងឧបត្ថម្ភឱសថឱ្យអ្នក 30 ថ្ងៃ បន្ទាប់ពីអ្នកស្នើសុំបំពេញសាថ្មី។

នេះអាចផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវពេលវេលាដើម្បីពិភាក្សាជាមួយវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាផ្សេងទៀត។ គេអាចជួយអ្នកសម្រេច៖

- ប្រសិនបើមានឱសថស្រដៀងគ្នានៅក្នុង*បញ្ជីឱសថ*របស់យើង អ្នកអាចលេបឱសថនោះជំនួសបាន **ឬ**
- ថាតើអ្នកគួរស្នើសុំការលើកលែងពីការផ្លាស់ប្តូរទាំងនេះ ដើម្បីបន្តការធានារ៉ាប់រងលើឱសថ ឬកំណែឱសថដែលអ្នកកំពុងលេបដែរឬទេ។ ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពីការស្នើសុំករណីលើកលែង សូមមើល**ជំពូ កទី 9** នៃ*សៀវភៅណែនាំសមាជិក*របស់អ្នក។

ការផ្លា ស់ប្តូ រចំពោះ *បញ្ជីឱសថ*ដែលមិនប៉ះពាល់ដល់អ្ន កក្នុងអំឡុងឆ្នាំនៃគម្រោងនេះ

យើងអាចនឹងធ្វើការផ្លាស់ប្តូរចំពោះឱសថដែលអ្នកលេបដែលមិនមានពណ៌នាខាងលើ ហើយមិនប៉ះពាល់អ្នកក្នុងពេលបច្ចុប្បន្ននោះទេ។ ចំពោះការផ្លាស់ប្តូរបែបនេះ ប្រសិនបើអ្នកកំពុងលេបឱសថដែលយើងបានធានារ៉ាប់រងចាប់ពី**ដើមឆ្នាំ**មក ជាទូទៅយើងមិនដកចេញ ឬផ្លាស់ប្តូរការធានារ៉ាប់រងរបស់ឱសថនោះក្នុង**អំឡុងពេលនៅសេសសល់នៃឆ្នាំនោះទេ**។

ឧទាហរណ៍ ប្រសិនបើយើងដកចេញឱសថដែលអ្នកកំពុងប្រើ ហើយការធ្វើបែបនេះបង្កើនអ្វីដែលអ្នកចំណាយសម្រាប់ឱសថ ឬដែនកំណត់ប្រើប្រាស់របស់ឱសថ នោះការផ្លាស់ប្តូរមិនប៉ះពាល់ដល់ការប្រើប្រាស់ឱសថរបស់អ្នក ឬអ្វីដែលអ្នកត្រូវបង់ចំពោះឱសថសម្រាប់រយៈពេលដែលនៅសល់នៃឆ្នាំនោះឡើយ។

ប្រសិនបើការផ្លាស់ប្តូរណាមួយក្នុងចំណោមការផ្លាស់ប្តូរទាំងនេះកើតឡើងចំពោះឱសថដែលអ្នកកំពុងលេប (លើកលែងតែការផ្លាស់ប្តូរដែលបានកត់សម្គាល់នៅក្នុងផ្នែកខាងលើ) នោះការផ្លាស់ប្តូរនឹងមិនប៉ះពាល់ដល់ការប្រើប្រាស់របស់អ្នករហូតដល់ថ្ងៃទី 1 ខែមករានៅឆ្នាំក្រោយ។

យើងនឹងមិនប្រាប់អ្នកអំពីប្រភេទនៃការផ្លាស់ប្តូរខាងលើទាំងនេះដោយផ្ទាល់ក្នុងអំឡុងឆ្នាំបច្ចុប្បន្ននោះឡើយ។ អ្នកនឹងត្រូវពិនិត្យមើល *បញ្ជីឱសថ* សម្រាប់ឆ្នាំគម្រោងបន្ទា ប់ (នៅពេលបញ្ជីអាចរកបានក្នុងអំឡុងរយៈពេលបើកការចុះឈ្មោះ) ដើម្បីមើលថាតើមានការផ្លាស់ប្តូរណាមួយដែលនឹងប៉ះពាល់ដល់អ្នកក្នុងឆ្នាំគម្រោងបន្ទាប់ដែរឬទេ។

F. ការរ៉ាប់រងលើឱសថក្នុងករណីពិសេសៗ

F1. ប្រសិនបើអ្នកនៅមន្ទីរពេទ្យ ឬមន្ទីរគិលានុបដ្ឋាកម្ម មានជំនាញសម្រាប់ការស្នាក់នៅដែលធានារ៉ាប់រងដោយគម្រោងរបស់យើង

ប្រសិនបើអ្នកត្រូវបានបញ្ជូនទៅមន្ទីរពេទ្យ ឬកន្លែងថែទាំដែលមានជំនាញសម្រាប់ការស្នាក់នៅ ដែលគម្រោងរបស់យើងរ៉ាប់រងទៅលើ ជាទូទៅយើងរ៉ាប់រងលើថ្លៃឱសថក្នុងអំឡុងពេលស្នាក់នៅរបស់អ្នក។ អ្នកនឹងមិនត្រូវទូទាត់ទឹកប្រាក់រួមបង់ទេ។ នៅពេលអ្នកចាកចេញពីមន្ទីរពេទ្យ ឬមណ្ឌលថែទាំជំនាញ យើងនឹងរ៉ាប់រងលើឱសថរបស់អ្នកដរាបណាឱសថនោះឆ្លើយតបនឹងវិធានទាំងអស់របស់យើងសម្រាប់ការរ៉ាប់រង។

ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពីការរ៉ាប់រងឱសថ និងអ្វីដែលអ្នកចំណាយ សូមមើល**ជំពូកទី 6** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះ។

F2. នៅក្នុងមណ្ឌលថែទាំរយៈពេលវែង

ជាធម្មតា កន្លែងថែទាំរយៈពេលវែង ដូចជាមណ្ឌលថែទាំមានឱសថស្ថានផ្ទាល់ខ្លួន ឬឱសថស្ថានដែលផ្គត់ផ្គង់ថ្នាំសម្រាប់ការស្នាក់នៅរបស់ពួកគេ។ ប្រសិនបើអ្នករស់នៅក្នុងមណ្ឌលថែទាំរយៈពេលវែង អ្នកអាចទទួលបានឱសថរបស់អ្នកតាមរយៈឱសថស្ថានរបស់មណ្ឌល ប្រសិនបើវាជាផ្នែកមួយនៃបណ្តាញរបស់យើង។

សូមពិនិត្យមើល*សៀវភៅអាសយដ្ឋានឱសថស្ថាននិងអ្នកផ្តល់សេវា* ដើម្បីឱ្យដឹងថា តើឱសថស្ថាននៅមណ្ឌលថែទាំរយៈពេលវែងរបស់អ្នកគឺជាផ្នែកមួយនៃបណ្តាញរបស់យើងដែរឬអត់។ ប្រសិនបើវាមិនមែន ឬប្រសិនបើអ្នកត្រូវការព័ត៌មានបន្ថែម សូមទាក់ទងផ្នែកសេវាសមាជិក។

F3. នៅក្នុងកម្មវិធីមន្ទីរពេទ្យដែលបញ្ជាក់ដោយ Medicare

ឱសថមិនអាចទទួលបានការរ៉ាប់រងដោយមន្ទីសំណាក់សម្រាប់អ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយ និងគម្រោងរបស់យើងក្នុងពេលតែមួយបានទេ។

- អ្នកអាចចុះឈ្មោះក្នុងមន្ទីរពេទ្យថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយរបស់ Medicare ហើយត្រូវការឱសថជាក់លាក់ (ឧទាហរណ៍ ឱសថបំបាត់ការឈឺចាប់ ឱសថប្រឆាំងនឹងការក្អួតចង្អោរ ឱសថបញ្ចុះលាមក ឬឱសថប្រឆាំងនឹងការថប់បារម្ភ) ដែលមន្ទីសំណាក់សម្រាប់អ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយរបស់អ្នកមិនធានារ៉ាប់រងនោះទេ ដោយសារតែវាមិនទាក់ទងទៅនឹងការព្យាករណ៍ និងលក្ខខណ្ឌជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយរបស់អ្នកទេ។ ក្នុងករណីនោះ គម្រោងរបស់យើងត្រូវតែទទួលបានការជូនដំណឹងពីអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជា ឬអ្នកផ្តល់សេវាមន្ទីរពេទ្យរបស់អ្នក ថាថ្នាំនេះមិនពាក់ព័ន្ធមុនពេលយើងអាចធានារ៉ាប់រងថ្នាំបាន។
- ដើម្បីទប់ស្កាត់ការយឺតយ៉ាវក្នុងការទទួលបានថ្នាំដែលមិនពាក់ព័ន្ធណាមួយដែលគម្រោងរបស់យើងគួររ៉ាប់រង អ្នកអាចសាកសួរអ្នកផ្តល់សេវានៅមន្ទីរពេទ្យ ឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក ដើម្បីឱ្យប្រាកដថាយើងមានការជូនដំណឹងថាថ្នាំនេះមិនពាក់ព័ន្ធមុនពេលអ្នកសុំឱសថស្ថានដើម្បីបំពេញតាមវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក។

ប្រសិនបើអ្នកចាកចេញពីមន្ទីរពេទ្យ គម្រោងររបស់ពួកយើងនឹងគ្រប់ដណ្តប់លើឱសថទាំងអស់របស់អ្នក។ ដើម្បីបង្ការកុំឱ្យពន្យារពេលនៅឯឱសថស្ថានមួយនៅពេលអត្ថប្រយោជន៍នៃមន្ទីរថែទាំជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយរបស់កម្មវិធី Medicare ត្រូវបានបញ្ចប់ អ្នកគួរតែនាំយកឯកសារមកកាន់ឱសថស្ថានដើម្បីបញ្ជាក់ថាអ្នកបានចាកចេញពីមណ្ឌលថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់ចុងក្រោយ។

យោងទៅផ្នែកមុននៃជំពូកនេះ ដែលប្រាប់អំពីថ្នាំដែលគម្រោងរបស់យើងរ៉ាប់រង។ សូមមើល**ជំពូកទី 4** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*របស់អ្នក សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីអត្ថប្រយោជន៍នៃមណ្ឌលថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយ។

G. កម្មវិធីសុវត្ថិភាព និងការគ្រប់គ្រងឱសថ

G1. កម្ម វិធីដើម្បីជួ យអ្ន កឱ្យប្រើប្រាស់ឱសថដោយសុវត្ថិភាព។

រាល់លើកដែលអ្នកបើកថ្នាំតាមវេជ្ជបញ្ជាមួយ យើងស្វែងរកបញ្ហាដែលអាចមាន ដូចជា ឱសថមានបញ្ហា ឬឱសថណាដែល៖

- ប្រហែលជាមិនចាំបាច់ទេ ដោយសារតែអ្នកកំពុងលេបឱសថស្រដៀងគ្នាមួយផ្សេងទៀត ដែលមានមុខងារដូចគ្នា
- ប្រហែលជាមិនមានសុវត្ថិភាពសម្រាប់អាយុ ឬភេទរបស់អ្នក
- អាចបង្កគ្រោះថ្នាក់ដល់អ្នក បើអ្នកលេបវានៅពេលតែមួយ
- មានសារធាតុផ្សំដែលអ្នកមាន ឬ អាចមានប្រតិកម្មជាមួយ
- អាចជាកំហុសក្នុងចំនួន (កម្រិតដូស)
- មានបរិមាណថ្នាំបំបាត់ការឈឺចាប់អូភីអូអ៊ីតដែលគ្មានសុវត្ថិភាព

ប្រសិនបើយើងរកឃើញបញ្ហាដែលអាចកើតមានក្នុងការប្រើប្រាស់ឱសថរបស់អ្នក នោះពួកយើងធ្វើការជាមួយអ្នកផ្តល់សេវារបស់លោក អ្នកដើម្បីកែបញ្ហា។

G2. កម្ម វិធីដើម្បីជួ យអ្ន ក ក្នុងការគ្រប់គ្រងឱសថ។

គម្រោងរបស់យើងមានកម្មវិធីដើម្បីជួយសមាជិកដែលមានតម្រូវការសុខភាពស្មុគស្មាញ។ ក្នុងករណីបែបនេះ អ្នកអាចមានសិទ្ធិទទួលបានសេវាដោយមិនគិតថ្លៃសម្រាប់ តាមរយៈកម្មវិធីគ្រប់គ្រងការព្យាបាលដោយថ្នាំ (medication therapy management, MTM) ។ កម្មវិធីនេះគឺស្ម័គ្រចិត្ត និងឥតគិតថ្លៃ។ កម្មវិធីនេះ ជួយអ្នក និងអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកឱ្យប្រាកដថាថ្នាំដែលអ្នកទទួលទាន មានប្រសិទ្ធភាពក្នុងការធ្វើឱ្យសុខភាពរបស់អ្នកប្រសើរឡើង។ ប្រសិនបើអ្នកមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់កម្មវិធីនេះ នោះឱសថការី ឬអ្នកជំនាញសុខភាពផ្សេងទៀត នឹងផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវការពិនិត្យឡើងវិញយ៉ាងទូលំទូលាយ អំពីឱសថទាំងអស់របស់អ្នក ហើយនិយាយជាមួយអ្នកអំពី៖

- របៀបទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ជាច្រើនបំផុតពីឱសថដែលអ្នកទទួលទាន
- បញ្ហាណាមួយដែលអ្នកមានដូចជាថ្លៃចំណាយទៅលើឱសថ និងប្រតិកម្មរបស់ឱសថ
- វិធីដ៏ល្អបំផុតក្នុងការទទួលទានឱសថរបស់អ្នក
- សំណួរ ឬបញ្ហាណាមួយដែលអ្នកមានអំពីឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក និងអំពីឱសថដែលគ្មានវេជ្ជបញ្ជា

បន្ទាប់មកពួកគេនឹងផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវ៖

- សេចក្តីសង្ខេបអំពីការពិភាក្សានេះជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ។ សេចក្តីសង្ខេបមានគម្រោងចំណាត់ការ ប្រើប្រាស់ឱសថដែលផ្តល់យោបល់អំពីអ្វីដែលអ្នកអាចធ្វើបានដើម្បីឱ្យការប្រើប្រាស់ថ្នាំរបស់អ្នកមានប្រសិទ្ធភាពបំផុត។
- បញ្ជីឱសថផ្ទាល់ខ្លួនដែលរួមបញ្ចូលឱសថទាំងអស់ដែលអ្នកលេប បរិមាណដែលអ្នកលេប និងពេលណា ព្រមទាំងមូលហេតុដែលអ្នកលេបឱសថទាំងនេះ។
- ព័ត៌មានអំពីការបោះចោលដោយសុវត្ថិភាពនៃឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាដែលជាសារធាតុមានការគ្រប់គ្រង។

យល់ល្អគួរតែពិភាក្សាជាមួយអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកអំពីគម្រោងចំណាត់ការ និងបញ្ជីឱសថរបស់អ្នក។

- នាំមកជាមួយនូវគម្រោងចំណាត់ការ និងបញ្ជីថ្នាំមកជាមួយអ្នក នៅពេលដែលអ្នកមកទទួលការព្យាបាល ឬនៅពេលណាមួយដែលអ្នកមកពិភាក្សាជាមួយវេជ្ជបណ្ឌិត ឱសថការី ឬអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពផ្សេងទៀតរបស់អ្នក។
- យកបញ្ជីថ្នាំរបស់អ្នក មកជាមួយអ្នក បើសិនអ្នកទៅមន្ទីរពេទ្យ ឬបន្ទប់សង្គ្រោះបន្ទាន់។

កម្មវិធី MTM គឺស្ម័គ្រចិត្ត និងឥតគិតថ្លៃសម្រាប់សមាជិកដែលមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់។ ប្រសិនបើយើងមានកម្មវិធីមួយដែលសមស្របតាមតម្រូវការរបស់អ្នក យើងចុះឈ្មោះរបស់អ្នកនៅក្នុងកម្មវិធីនោះ និងផ្ញើព័ត៌មានជូនអ្នក។ ប្រសិនបើអ្នកមិនចង់នៅក្នុងកម្មវិធីនេះទេ សូមប្រាប់ឱ្យយើងដឹង ហើយយើងនឹងយកអ្នកចេញពីកម្មវិធីនេះ។

ប្រសិនបើអ្នកមានចម្ងល់អំពីកម្មវិធីទាំងនេះ សូមទាក់ទងទៅផ្នែកសេវាសមាជិក។

G3. កម្ម វិធីគ្រប់គ្រងឱសថ (DMP) ដើម្បីជួ យសមាជិកប្រើប្រាស់ឱសថអូ ភីអូ អ៊ីតរបស់ពួ កគេប្រកបដោយសុវត្ថិភាព

យើងមានកម្មវិធីដែលជួយធ្វើឱ្យប្រាកដថា សមាជិកប្រើប្រាស់ឱសថអូភីអូអ៊ីតតាមវេជ្ជបញ្ជា និងឱសថដែលឧស្សាហ៍ប្រើខុសផ្សេងទៀតដោយសុវត្ថិភាព។ កម្មវិធីនេះ ត្រូវបានគេហៅថា កម្មវិធីគ្រប់គ្រងឱសថ (Drug Management Program, DMP)។

ប្រសិនបើអ្នកព្យាបាលដោយប្រើប្រាស់ឱសថអូភីអូអ៊ីតដែលអ្នកទទួលបានពីអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជា ឬឱសថស្ថានជាច្រើន ឬប្រសិនបើអ្នកបានប្រើប្រាស់ឱសថអូភីអូអ៊ីតលើសចំនួនដូសនាថ្មីៗនេះ យើងអាចនិយាយជាមួយអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកដើម្បីប្រាកដថាការព្យាបាលដោយប្រើឱសថអូភីអូអ៊ីតរបស់អ្នកគឺសមស្រប និងចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ។ ដោយធ្វើការជាមួយអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក ប្រសិនបើយើងសម្រេចថាឱសថអូភីអូអ៊ីតមានវេជ្ជបញ្ជា ឬឱសថរំងាប់អារម្មណ៍មានវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកប្រហែលជាមិនមានសុវត្ថិភាព យើងនឹងដាក់ដែនកំណត់លើរបៀបដែលអ្នកអាចទទួលបានឱសថទាំងនោះ។ ប្រសិនបើយើងដាក់អ្នកនៅក្នុង DMP របស់យើង ដែនកំណត់អាចរួមមាន៖

- តម្រូវឱ្យអ្នកទទួលបានវេជ្ជបញ្ជាទាំងអស់សម្រាប់ឱសថទាំងនោះពីឱសថស្ថានជាក់លាក់មួយ (ឬច្រើន)
- តម្រូវឱ្យអ្នកទទួលបានវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកទាំងអស់សម្រាប់ឱសថអូភីអូអ៊ីតមានវេជ្ជបញ្ជា ឬឱសថរំងាប់អារម្មណ៍ពីអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាជាក់លាក់
- កម្រិតចំនួនទឹកប្រាក់នៃឱសថអូភីអូអ៊ីតមានវេជ្ជបញ្ជា ឬឱសថរំងាប់អារម្មណ៍ដែលយើងធានារ៉ាប់រងសម្រាប់អ្នក

ប្រសិនបើយើងមានគម្រោងកំណត់ពីរបៀបដែលអ្នកទទួលបានឱសថទាំងនេះ ឬចំនួនដែលអ្នកអាចទទួលបាន យើងនឹងផ្ញើលិខិតទៅអ្នកជាមុន។ លិខិតនេះនឹងប្រាប់អ្នកថាតើយើងនឹងកំណត់ការធានារ៉ាប់រងលើឱសថទាំងនេះសម្រាប់អ្នកឬទេ ឬថាតើអ្នកនឹងត្រូវតម្រូវឱ្យទទួលបានវេជ្ជបញ្ជាសម្រាប់ឱសថទាំងនេះពីអ្នកផ្តល់សេវាជាក់លាក់ ឬឱសថស្ថានឬអត់។

អ្ន កនឹងមានឱកាសដើម្បីប្រាប់យើងអំពីអ្ន កចេញវេជ្ជ បញ្ជា ឬឱសថស្ថា នដែលអ្ន កចង់ទៅរក ហើយព័ត៌មាន ណាមួ យដែលអ្ន កគិតថាសំខាន់សម្រាប់ឱ្យយើងត្រូ វដឹង។ បន្ទាប់ពីអ្នកមានឱកាសដើម្បីឆ្លើយតប ប្រសិនបើយើងសម្រេចចិត្តកំណត់ការរ៉ាប់រងរបស់អ្នកសម្រាប់ឱសថទាំងនេះ យើងនឹងបញ្ជូនលិខិតមួយច្បាប់ទៀតដែលបញ្ជាក់ពីលក្ខខណ្ឌកំណត់នានាជូនដល់អ្នក។

អ្នក និងអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកអាចធ្វើការប្តឹងតវ៉ាបាន ប្រសិនបើអ្នកគិតថាយើងធ្វើខុស អ្នកមិនយល់ស្របនឹងការសម្រេចចិត្តរបស់យើង ឬដែនកំណត់ទេ។ បើអ្នកប្តឹងតវ៉ា យើងនឹងពិនិត្យមើលករណីរបស់អ្នកឡើងវិញ និងផ្តល់សេចក្តីសម្រេចចិត្តថ្មីទៅអ្នក។ ប្រសិនបើយើងបន្តបដិសេធផ្នែកណាមួយនៃការប្តឹងតវ៉ាទាក់ទងនឹងលក្ខខណ្ឌកំណត់អំពីការប្រើប្រាស់ឱសថរបស់អ្នក យើងនឹងបញ្ជូនករណីរបស់អ្នកទៅអង្គការត្រួតពិនិត្យឯករាជ្យ (Independent Review Organization, IRO) ដោយស្វ័យប្រវត្តិ។ (ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពីបណ្តឹងតវ៉ា និង IRO សូមចូលមើល**ជំពូ កទី 9** នៃ*សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះ។)

DMP អាចនឹងមិនអនុវត្តចំពោះអ្នកទេ ប្រសិនបើអ្នក៖

- មានស្ថានភាពសុខភាពជាក់លាក់មួយចំនួន ដូចជា ជំងឺមហារីក ឬ ជំងឺកោសិកាឈាមក្រហម
- កំពុងទទួលបានការថែទាំសម្រាប់អ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយ ការថែទាំអ្នកជំងឺមានជំងឺធ្ងន់ធ្ងរឱ្យមានផាសុកភាព ឬ ការថែទាំចុងបញ្ចប់នៃជីវិត **ឬ**
- រស់នៅក្នុងមន្ទីរថែទាំរយៈពេលវែង។

ជំពូកទី 6៖ អ្វីដែលអ្នកបង់ថ្លៃសម្រាប់ឱសថ Medicare និង Medi-Cal របស់អ្នក

សេចក្តីផ្តើម

ជំពូកនេះប្រាប់ពីអ្វីដែលអ្នកត្រូវទូទាត់ឱសថសម្រាប់អ្នកជំងឺមិនសម្រាកពេទ្យមន្ទីរពេទ្យ។ ពាក្យ "ឱសថ" យើងមានន័យថា៖

- ឱសថ Medicare ផ្នែក D **និង**
- ឱសថ និងសម្ភារៈដែលរ៉ាប់រងដោយកម្មវិធី Medi-Cal RX **និង**
- ឱសថ និងសម្ភារៈដែលរ៉ាប់រងដោយគម្រោងរបស់យើងសម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍បន្ថែម។

ដោយសារអ្នកមានសិទ្ធិទទួលបាន Medi-Cal ដូច្នេះ អ្នកកំពុងទទួលបានជំនួយបន្ថែមពី Medicare ដើម្បីជួយបង់ថ្លៃឱសថផ្នែក D ក្នុងគម្រោង Medicare របស់អ្នក។ យើងបានផ្ញើឱ្យអ្នកនូវការបញ្ជូលដាច់ដោយឡែកមួយដែលហៅថា "ឧបសម្ព័ន្ធនៃភស្តុតាងនៃការធានារ៉ាប់រងសម្រាប់អ្នកដែលទទួលជំនួយបន្ថែមក្នុងការបង់ថ្លៃឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជា" (ក៏ហៅថា "ឧបសម្ព័ន្ធកម្មវិធីប្រាក់ឧបត្ថម្ភសម្រាប់អ្នកមានចំណូលទាប" ឬ "ឧបសម្ព័ន្ធ LIS" ផងដែរ) ដែលប្រាប់អ្នកអំពីការធានារ៉ាប់រងឱសថរបស់អ្នក។ ប្រសិនបើអ្នកមិនមានការបញ្ជូលនេះទេ សូមហៅទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាសមាជិក ហើយសួររក "ឧបសម្ព័ន្ធ LIS"។

ជំនួ យបន្ថែ ម គឺជាកម្មវិធី Medicare ដែលជួយប្រជាជនមានប្រាក់ចំណូល និងធនធានមានកំណត់ ឱ្យកាត់បន្ថយតម្លៃឱសថ Medicare ផ្នែក D ដូចជាថ្លៃបង់ធានារ៉ាប់រង ប្រាក់រ៉ាប់រងត្រូវបង់មុន និងការរួមបង់ជាដើម។ ជំនួយបន្ថែម ត្រូវបានហៅផងដែរថា “ប្រាក់ឧបត្ថម្ភសម្រាប់អ្នកមានប្រាក់ចំណូលទាប” ឬ “LIS”។

ពាក្យគន្លឹះផ្សេងទៀត និងនិយមន័យពាក្យទាំងនោះ មានតាមលំដាប់អក្ខរក្រមក្នុងជំពូកចុងក្រោយនៃ*សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះ។

ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពីឱសថ អ្នកអាចក្រឡេកមើលនៅកន្លែងទាំងនេះ៖

- *បញ្ជីឱសថដែលមានការធានារ៉ាប់រង*របស់យើង។
  - យើងហៅវាថា “*បញ្ជីឱសថ*”។ បញ្ជីរនេះប្រាប់អ្ន កពី៖
    - ឱសថមួ យណាដែលយើងបង់ថ្លៃ
    - តើឱសថស្ថិតនៅក្នុងកម្រិតចំណាត់ថ្នា ក់មួ យណាក្នុងចំណោមចំណាត់ថ្នា ក់ទាំង 5
    - តើមានដែនកំណត់លើឱសថដែរឬទេ
  - ប្រសិនបើអ្ន កត្រូវការច្បាប់ចម្ល ងនៃ*បញ្ជីឱសថ* របស់យើងសូមហៅទូរសព្ទ ទៅកាន់ផ្នែ កសេវាសមាជិក។ អ្ន កក៏អាចស្វែ ងរកច្បាប់ចម្ល ងថ្មីបំផុតនៃ*បញ្ជីឱសថ*របស់យើងនៅលើគេហទំព័ររបស់យើងតាមរយៈអាសយដ្ឋា ន medicare.lacare.org ។

- ឱសថភាគច្រើនដែលអ្នក កទទួលបានពីឱសថស្ថា នត្រូវបានរ៉ាប់រងដោយគម្រោង L.A. Care Medicare Plus របស់អ្នក។ ឱសថផ្សេងៗទៀត ដូចជាឱសថគ្មា នវេជ្ជ បញ្ជា (over-the-counter, OTC) និងថ្នាំវីតាមីនខ្លះ អាចនឹងបានរ៉ាប់រងដោយ Medi-Cal Rx។ ចូលទៅកាន់គេហទំព័រ Medi-Cal Rx (medi-calrx.dhcs.ca.gov/) សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែ ម។ អ្ន កក៏អាចហៅទូរសព្ទ ទៅមជ្ឈមណ្ឌ លសេវាអតិថិជន Medi-Cal Rx តាមរយៈលេខ 800-977-2273។ សូ មយកអត្ត សញ្ញា ណបណ្ណ អត្ថ ប្រយោជន៍ (Beneficiary Identification Card, BIC) របស់ Medi-Cal ទៅជាមួ យ នៅពេលអ្ន កទទួ លវេជ្ជ បញ្ជា តាមរយៈ Medi-Cal Rx។

- **ជំពូ កទី 5** នៃ*សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះ។
  - ពន្យល់ពីរបៀបដើម្បីទទួ លបានឱសថសម្រាប់អ្ន កជំងឺមិនសម្រាកពេទ្យរបស់អ្ន កតាមរយៈគម្រោងរបស់យើង។
  - វារាប់បញ្ចូ លទាំងវិធានដែលអ្ន កត្រូ វតែអនុវត្ត តាម។ វាក៏ប្រាប់ផងដែរថាតើប្រភេទឱសថមួ យណាដែលមិនត្រូ វបានរ៉ាប់រងដោយគម្រោងរបស់យើង។
  - នៅពេលអ្ន កប្រើ “Real Time Benefit Tool” (ឧបករណ៍អត្ថ ប្រយោជន៍នៅពេលវេលាជាក់ស្តែ ង) របស់គម្រោងដើម្បីរកមើលការធានារ៉ាប់រងលើឱសថ (សូ មមើល**ជំពូ កទី 5 ផ្នែ ក B2**) ថ្លៃ ចំណាយដែលបានបង្ហា ញគឺជាការប៉ាន់ស្មា នលើថ្លៃ ចំណាយចេញពីហោប៉ៅដែលអ្ន ករំពឹងថានឹងត្រូ វបង់។ អ្ន កក៏អាចហៅទូ រសព្ទ ទៅផ្នែ កសេវាសមាជិកសម្រាប់ ព័ត៌មានបន្ថែ មផងដែរ។
- *សៀវភៅអាសយដ្ឋានឱសថស្ថាន និងអ្នកផ្តល់សេវា*របស់យើង។
  - ក្នុងករណីភាគច្រើន អ្ន កត្រូ វតែប្រើឱសថស្ថា នក្នុងបណ្តា ញដើម្បីទទួ លបានឱសថដែលមានការរ៉ាប់រងរបស់អ្ន ក។ ឱសថស្ថា នក្នុងបណ្តា ញ គឺជាឱសថស្ថា នដែលបានយល់ព្រមធ្វើ ការងារជាមួ យពួ កយើង។
  - សៀវភៅ*អាសយដ្ឋា នឱសថស្ថា ននិងអ្ន កផ្ត ល់សេវា*មានបញ្ជីរាយឈ្មោះនៃឱសថស្ថា ននៅក្នុងបណ្តា ញ។ សូ មមើល**ជំពូ កទី 5** នៃ*សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែ មអំពីឱសថស្ថា នក្រៅបណ្តា ញ

តារាងមាតិកា

A. *ការពន្យល់អំពីអត្ថ ប្រយោជន៍* (EOB).....167
B. របៀបតាមដានថ្លៃ ឱសថរបស់អ្ន ក.....168
C. ដំណាក់កាលទូ ទាត់ថ្លៃ ឱសថសម្រាប់ឱសថ Medicare ផ្នែ ក D.....169
D. ដំណាក់កាលទី 1៖ ដំណាក់កាលរ៉ាប់រងដំបូ ង.....170
D1. ជម្រើសឱសថស្ថា នរបស់អ្ន ក.....170
D2. ការទទួ លបានការផ្ត ល់ផ្ត ង់រយៈពេលវែងមួ យនៃឱសថ.....170
D3. អ្វីដែលអ្ន កត្រូ វបង់.....171
D4. ការបញ្ច ប់នៃដំណាក់កាលរ៉ាប់រងដំបូ ង.....172
E ដំណាក់កាលទី 2៖ ដំណាក់កាលរ៉ាប់រងលើគ្រោះមហន្ត រាយ.....173
F. ថ្លៃចំណាយទៅលើឱសថ ប្រសិនបើវេជ្ជ បណ្ឌិតរបស់អ្ន កចេញវេជ្ជ បញ្ជាតិចជាងការផ្ត ល់ផ្ត ង់ពេញមួ យខែ..173
G. អ្វីដែលអ្ន កត្រូ វចំណាយសម្រាប់វ៉ាក់សាំងផ្នែ ក D.....174
G1. អ្វីដែលអ្ន កត្រូ វដឹងមុនពេលអ្ន កទទួ លការចាក់វ៉ាក់សាំង.....174
G2. អ្វីដែលអ្ន កត្រូ វចំណាយសម្រាប់វ៉ាក់សាំងដែលបានធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare ផ្នែ ក D.....174

A. *ការពន្យល់អំពីអត្ថ ប្រយោជន៍* (EOB)

គម្រោងរបស់យើងតាមដានតម្លៃឱសថរបស់អ្នក និងការទូទាត់ដែលអ្នកធ្វើ នៅពេលអ្នកទទួលបានវេជ្ជបញ្ជានៅឱសថស្ថាន។ យើងតាមដានថ្លៃចំណាយពីរប្រភេទ៖

- **ថ្លៃ ចំណាយផ្ទា ល់ចេញពីហោប៉ៅ**របស់អ្នក។ នេះគឺជាចំនួនទឹកប្រាក់ដែលអ្នក ឬអ្នកដែលតំណាងឱ្យអ្នក បង់ថ្លៃវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក។ នេះរួមបញ្ចូលទាំងអ្វីដែលអ្នកបានបង់នៅពេលដែលអ្នកទទួលបានឱសថផ្នែក D ដែលមានការធានារ៉ាប់រង ការបង់ប្រាក់ណាមួយសម្រាប់ឱសថរបស់អ្នកដែលធ្វើឡើងដោយក្រុមគ្រួសារ ឬមិត្តភក្តិ ការបង់ប្រាក់ណាមួយដែលធ្វើឡើងសម្រាប់ឱសថរបស់អ្នកដោយជំនួយបន្ថែមពី Medicare គម្រោងសុខភាពរបស់និយោជក ឬសហជីព សេវាសុខភាពជនជាតិដើមអាមេរិក កម្មវិធីជំនួយឱសថជំងឺអេដស៍ អង្គការសប្បុរសធម៌ និងកម្មវិធីជំនួយឱសថរបស់រដ្ឋ (Pharmaceutical Assistance Programs, SPAP) ភាគច្រើន។
- **ថ្លៃ ឱសថសរុប**របស់អ្នក។ នេះជាចំនួនសរុបនៃថ្លៃចំណាយទាំងអស់ដែលបានបង់សម្រាប់ឱសថផ្នែក D ដែលមានការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នក។ វារួមបញ្ចូលនូវអ្វីដែលគម្រោងរបស់យើងបានទូទាត់បង់ និងអ្វីដែលកម្មវិធី ឬអង្គភាពផ្សេងទៀតបានទូទាត់បង់សម្រាប់ឱសថផ្នែក D ដែលមានការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នក។

នៅពេលដែលអ្នកទទួលបានឱសថតាមរយៈគម្រោងរបស់យើង យើងនឹងធ្វើជូនអ្នកនូវរបាយការណ៍ដែលមានចំណងជើងថា *អត្ថប្រយោជន៍ (Explanation of Benefits, EOB)*។ យើងហៅវាខ្លីថា EOB។ EOB មិនមែនជាវិក្កយបត្រទេ។ EOB មានព័ត៌មានបន្ថែមអំពីឱសថដែលអ្នកលេប ដូចជាការកើនឡើងនៃតម្លៃ និងឱសថផ្សេងទៀតដែលមានថ្លៃចំណាយរួមទាបដែលអាចស្វែងរកបាន។ អ្នកអាចពិភាក្សាជាមួយអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកអំពីជម្រើសនៃថ្លៃចំណាយទាបទាំងនេះ។ EOB រួមមាន៖

- **ព័ត៌មានសម្រាប់ខែនេះ**។ សេចក្តីសង្ខេបប្រាប់អំពីឱសថដែលអ្នកទទួលបានសម្រាប់ខែមុន។ វាបង្ហាញពីថ្លៃឱសថសរុប អ្វីដែលយើងបានបង់ និងអ្វីដែលអ្នក និងអ្នកដទៃកំពុងបង់ប្រាក់ឱ្យអ្នក។
- **សរុបសម្រាប់ឆ្នាំនេះចាប់តាំងពីថ្ងៃ ទី 1 ខែមករា**។ នេះបង្ហាញពីតម្លៃឱសថសរុប និងការបង់ប្រាក់សរុបសម្រាប់ឱសថរបស់អ្នកចាប់តាំងពីឆ្នាំបានចាប់ផ្តើម។
- **ព័ត៌មានអំពីតម្លៃ ឱសថ**។ នេះគឺជាតម្លៃសរុបរបស់ឱសថ និងការផ្លាស់ប្តូរតម្លៃឱសថចាប់តាំងពីការបើកថ្នាំដំបូងសម្រាប់ការទាមទារតាមវេជ្ជបញ្ជានីមួយៗនៃបរិមាណដូចគ្នា។
- **ជម្រើសដែលមានតម្លៃ ទាប**។ នៅពេលដែលអាចអនុវត្តបាន ព័ត៌មានអំពីឱសថដែលមានផ្សេងទៀតជាមួយនឹងការចែករំលែកតម្លៃទាបសម្រាប់វេជ្ជបញ្ជានីមួយៗ។

យើងផ្តល់នូវការធានារ៉ាប់រងឱសថដែលមិនរ៉ាប់រងដោយកម្មវិធី Medicare។

- ការបង់ប្រាក់ដែលបានទូទាត់សម្រាប់ឱសថទាំងនេះមិនរាប់បញ្ចូលចំពោះថ្លៃចំណាយចេញពីហោប៉ៅ សរុបផ្ទាល់របស់អ្នកឡើយ។
- ឱសថភាគច្រើនដែលអ្នកទទួលបានពីឱសថស្ថានត្រូវបានរ៉ាប់រងដោយគម្រោង។ ឱសថផ្សេងៗទៀត ដូចជាឱសថគ្មានវេជ្ជបញ្ជា (OTC) និងថ្នាំវីតាមីនខ្លះ អាចនឹងបានរ៉ាប់រងដោយ Medi-Cal Rx។ សូមចូលមើលគេហទំព័ររបស់ Medi-Cal Rx (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov) សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។ អ្នកក៏អាចហៅទូរសព្ទទៅមជ្ឈមណ្ឌលសេវាអតិថិជនរបស់ Medi-Cal តាមរយៈលេខ 800-977-2273។ សូមយកអត្តសញ្ញាណបណ្ណអត្ថប្រយោជន៍ (BIC) របស់ Medi-Cal ទៅជាមួយនៅពេលអ្នកទទួលវេជ្ជបញ្ជាតាមរយៈ Medi-Cal Rx។
- ដើម្បីដឹងថាតើឱសថមួយណាដែលស្ថិតក្រោមការធានារ៉ាប់រងនៃគម្រោងរបស់យើង សូមមើលក្នុង*បញ្ជីឱសថ*របស់យើង។

B. របៀបតាមដានថ្លៃឱសថរបស់អ្នក

ដើម្បីតាមដានថ្លៃឱសថរបស់អ្នក និងការបង់ប្រាក់ដែលអ្នកធ្វើឡើង យើងប្រើកំណត់ត្រាដែលយើងទទួលបានពីអ្នកនិងពីឱសថស្ថានរបស់អ្នក។ នេះគឺជារបៀបដែលអ្នកអាចជួយពួកយើងបាន៖

1. ប្រើបណ្ណ សម្គា ល់សមាជិករបស់អ្ន ក។

បង្ហាញបណ្ណសម្គាល់សមាជិករបស់អ្នក នៅរាល់ពេលដែលអ្នកបើកថ្នាំតាមវេជ្ជបញ្ជា។ នេះជួយពួកយើងឱ្យដឹងថាតើវេជ្ជបញ្ជាឱសថអ្វីខ្លះដែលអ្នកត្រូវបើក និងអ្វីដែលអ្នកត្រូវបង់។

2. ត្រូ វប្រាកដថា យើងមានព័ត៌មានដែលយើងត្រូ វការ។

អ្នកអាចស្នើឱ្យយើងបង់ថ្លៃឱ្យអ្នកវិញសម្រាប់ចំណែកនៃថ្លៃឱសថរបស់យើង។ សូមបញ្ជូនជាសំណងសមាជិកដោយផ្ទាល់ដោយប្រើទម្រង់បែបបទសំណងសមាជិកឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាដែលមាននៅលើគេហទំព័រ L.A. Care (https://www.lacare.org/providers/pharmacy-services/prior-authorizations)។ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយ សូមទាក់ទងផ្នែកសេវាសមាជិក។ នេះជាឧទាហរណ៍ដែលអ្នកគួរផ្តល់ឱ្យយើងនូវច្បាប់ចម្លងនៃបង្កាន់ដៃរបស់អ្នក៖

- នៅពេលអ្នកទិញឱសថដែលបានរ៉ាប់រងនៅឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញក្នុងតម្លៃពិសេស ឬដោយប្រើបណ្ណបញ្ចុះតម្លៃដែលមិនមែនជាផ្នែកមួយនៃអត្ថប្រយោជន៍របស់គម្រោងរបស់យើង
- នៅពេលអ្នកទូទាត់សហបង់ប្រាក់សម្រាប់ឱសថដែលអ្នកទទួលបានក្រោមកម្មវិធីជំនួយអ្នកជំងឺរបស់អ្នកផលិតឱសថ
- នៅពេលអ្នកទិញឱសថដែលទទួលបានការរ៉ាប់រងនៅឱសថស្ថានក្រៅបណ្តាញ
- នៅពេលអ្នកបង់ពេញថ្លៃសម្រាប់ឱសថដែលទទួលបានការរ៉ាប់រងនៅក្រោមកាល:ទេស:ពិសេស

សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីការស្នើសុំឱ្យយើងសងប្រាក់អ្នកវិញសម្រាប់ចំណែកថ្លៃចំណាយឱសថរបស់យើង សូមមើល **ជំពូ កទី 7** នៃ*សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះ។

3. ធ្វើព័ត៌មានអំពីការបង់ប្រាក់ដែលអ្ន កដទៃបានបង់ឱ្យអ្ន កមកយើង។

ការបង់ប្រាក់ដែលបានធ្វើឡើងដោយអ្នកដទៃ និងអង្គភាពផ្សេងទៅតជាក់លាក់មួយចំនួន ក៏អាចរាប់ចូលជាថ្លៃចំណាយចេញពីហោប៉ៅរបស់អ្នកផងដែរ។ ឧទាហរណ៍ ការបង់ប្រាក់ដែលបានធ្វើឡើងដោយកម្មវិធីជំនួយឱសថរបស់រដ្ឋ កម្មវិធីជំនួយឱសថជំងឺអេដស៍ (AIDS drug assistance program, ADAP) សេវាសុខភាពឥណ្ឌា និងកម្មវិធីសប្បុរធម៌ភាគច្រើនទៀត ត្រូវបានរាប់ចូលជាថ្លៃចំណាយចេញពីហោប៉ៅរបស់អ្នក។ ចំណុចនេះជួយឱ្យអ្នកមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ទទួលបានការរ៉ាប់រងពេលមានគ្រោះមហន្តរាយ។ នៅពេលដែលអ្នកឈានដល់ដំណាក់កាលរ៉ាប់រងគ្រោះមហន្តរាយ គម្រោងរបស់យើងនឹងបង់ថ្លៃចំណាយទាំងអស់នៃឱសថ Medicare ផ្នែក D សម្រាប់រយៈពេលនៅសល់នៃឆ្នាំនេះ។

4. ពិនិត្យមើល EOB ដែលយើងផ្ញើឱ្យអ្ន ក។

នៅពេលអ្នកទទួលបាន EOB តាមសំបុត្រប្រៃសណីយ៍ សូមប្រាកដថាវាមានភាពពេញលេញ និងត្រឹមត្រូវ។

- **តើអ្ន កស្គា ល់ឈ្មោះឱសថស្ថា ននីមួ យៗទេ?** ពិនិត្យមើលកាលបរិច្ឆេទ។ តើអ្នកទទួលបានឱសថនៅថ្ងៃនោះទេ?
- **តើអ្ន កបានទទួ លឱសថក្នុងបញ្ជីទេ?** តើឱសថទាំងនោះត្រូវគ្នានឹងឱសថដែលមានរាយនៅក្នុងបញ្ជីនៅលើបង្កាន់ដៃរបស់អ្នកទេ? តើឱសថត្រូវនឹងអ្វីដែលគ្រូពេទ្យបានចេញវេជ្ជបញ្ជាទេ?

ចុះបើអ្ន ករកឃើញកំហុសនៅក្នុងសេចក្តីសង្ខេ បនេះ?

ប្រសិនបើមានអ្វីភាន់ច្រលំ ឬហាក់ដូចជាមិនត្រឹមត្រូវនៅលើ EOB នេះ សូមហៅទូរសព្ទមកយើងនៅផ្នែកសេវាសមាជិក LA. Care Medicare Plus។ អ្នកក៏អាចស្វែងរកចម្លើយចំពោះសំណួរជាច្រើននៅលើគេហទំព័ររបស់យើងផងដែរ៖ medicare.lacare.org។

តើការបោកបន្លំដែលអាចកើតមានគឺជាអ្វី?

ប្រសិនបើសេចក្តីសង្ខេបនេះ បង្ហាញឱសថដែលអ្នកមិនកំពុងលេប ឬអ្វីៗផ្សេងទៀតដែលធ្វើឱ្យអ្នកសង្ស័យ សូមទាក់ទងមកយើង។

- ហៅទូរសព្ទទៅសេវាសមាជិក L.A. Care Medicare Plus។
- ឬ ហៅទូរសព្ទទៅ Medicare តាមលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)។ អ្នកប្រើ TTY គួរតែហៅលេខ 1-877-486-2048។ អ្នកអាចហៅទូរសព្ទទៅលេខទាំងនេះដោយឥតគិតថ្លៃ។
- ប្រសិនបើអ្នកសង្ស័យថា អ្នកផ្តល់សេវាដែលទទួលបានកម្មវិធី Medi-Cal បានប្រព្រឹត្តិអំពើការបោកបន្លំ ខ្ទះខ្ចាយ ឬរំលោភបំពាន វាជាសិទ្ធិរបស់អ្នកក្នុងការរាយការណ៍អំពីបញ្ហានោះដោយហៅទូរសព្ទទៅលេខឥតគិតថ្លៃ 1-800-822-6222។ វិធីសាស្ត្រផ្សេងទៀតនៃការរាយការណ៍អំពីបោកបន្លំ Medi-Cal អាចចូលរកមើលនៅ៖ www.dhcs.ca.gov/individuals/Pages/StopMedi-CalFraud.aspx។

ប្រសិនបើអ្នកគិតថាមានអ្វីមួយខុសឆ្គង ឬបាត់ពីរបាយការណ៍នេះ ឬប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរណាមួយ សូមហៅទូរសព្ទទៅកាន់ផ្នែកសេវាសមាជិក។ អ្នកក៏អាចមើល ឬធ្វើការផ្លាស់ប្តូរព័ត៌មានផងដែរ ដោយប្រើប្រាស់គណនី L.A. Care Connect តាមអនឡាញ។ L.A. Care Connect គឺជាគណនីអនឡាញដែលមានសម្រាប់សមាជិក L.A. Care Medicare Plus របស់យើងដែលបានចុះឈ្មោះ។ អ្នកអាចចុះឈ្មោះ និងចូលប្រើគណនី L.A. Care Connect របស់អ្នកដោយចូលមើលគេហទំព័រ medicare.lacare.org។ សូមរក្សា EOB ទាំងនេះ។ ពួកវាជាកំណត់ត្រាដ៏មានសារៈសំខាន់នៃការចំណាយលើឱសថរបស់អ្នក។

C. ដំណាក់កាលទូ ទាត់ថ្លៃ ឱសថសម្រាប់ឱសថ Medicare ផ្នែ ក D

មានការបង់ប្រាក់ពីរដំណាក់កាល សម្រាប់ការរ៉ាប់រងឱសថមានវេជ្ជបញ្ជា Medicare ផ្នែក D របស់អ្នក នៅក្រោមគម្រោងរបស់យើង។ ចំនួនទឹកប្រាក់ដែលអ្នកត្រូវបង់សម្រាប់ឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជានីមួយៗអាស្រ័យលើ ថាតើអ្នកស្ថិតនៅដំណាក់ណា នៅពេលអ្នកបើកថ្នាំ ឬបើកថ្នាំបន្ថែម។ ទាំងនេះគឺដំណាក់កាលទាំងពីរ៖

ដំណាក់កាលទី 1៖ ដំណាក់កាលរ៉ាប់រងដំបូង	ដំណាក់កាលទី2៖ ដំណាក់កាលរ៉ាប់រងលើគ្រោះមហន្តរាយ
អំឡុងពេលដំណាក់ការនេះ យើងបង់ចំណែកថ្លៃនៃឱសថរបស់អ្នក ហើយអ្នកត្រូវបង់ចំណែករបស់អ្នក។ ចំណែករបស់អ្នកត្រូវបានហៅថាទឹកប្រាក់រួមបង់។ អ្នកចាប់ផ្តើមក្នុងដំណាក់កាលនេះ នៅពេលអ្នកបើកថ្នាំតាមវេជ្ជបញ្ជាលើកទីមួយរបស់អ្នកនៃឆ្នាំនេះ។	នៅអំឡុងដំណាក់កាលនេះ យើងបង់ថ្លៃចំណាយរាល់ថ្លៃឱសថទាំងអស់របស់អ្នក រហូតដល់ថ្ងៃទី31 ខែធ្នូ ឆ្នាំ2026។ អ្នកចាប់ផ្តើមចូលក្នុងដំណាក់កាលនេះ នៅពេលអ្នកបានបង់ប្រាក់ក្នុងចំនួនទឹកប្រាក់ជាក់លាក់នៃថ្លៃចំណាយចេញពីហោប៉ៅ។

D. ដំណាក់កាលទី 1៖ ដំណាក់កាលរ៉ាប់រងដំបូង

អំឡុងពេលដំណាក់កាលរ៉ាប់រងដំបូង យើងបង់ថ្លៃចំណាយរួមនៃឱសថរបស់អ្នក ហើយអ្នកត្រូវបង់ចំណែករបស់អ្នក។ ចំណែករបស់អ្នកត្រូវបានហៅថាទឹកប្រាក់រួមបង់។ ការបង់ថ្លៃរួមផ្អែកលើលំដាប់ថ្នាក់ថ្លៃចំណាយរួមដែលឱសថនេះស្ថិតនៅ និងកន្លែងដែលអ្នកទទួលបានវា។

លំដាប់ថ្នាក់នៃការរួមចំណែកលើចំណាយ គឺជាក្រុមនៃឱសថដែលមានទឹកប្រាក់រួមបង់ដូចគ្នា។ រាល់ឱសថទាំងអស់នៅលើ*បញ្ជីឱសថ*របស់គម្រោងយើងគឺស្ថិតក្នុងលំដាប់ថ្នាក់ចែករំលែកថ្លៃចំណាយទី 5។ ជាទូទៅ កាលណាលេខថ្នាក់ខ្ពស់ជាង ថ្លៃរួមបង់ក៏ខ្ពស់ជាងដែរ។ ដើម្បីស្វែងរកលំដាប់ថ្នាក់ថ្លៃចំណាយរួមសម្រាប់ឱសថរបស់អ្នក សូមមើល*បញ្ជីឱសថ*របស់យើង។

- ឱសថលំដាប់ថ្នាក់ទី 1 គឺជាឱសថម៉ាកធម្មតាដែលត្រូវបានណែនាំឱ្យប្រើ ដែល L.A. Care Medicare Plus ធានារ៉ាប់រង។ ទឹកប្រាក់រួមបង់ គឺ $0 ។
- ឱសថលំដាប់ថ្នាក់ទី 2 គឺជាឱសថម៉ាកធម្មតាដែល L.A. Care Medicare Plus ធានារ៉ាប់រង។ ថ្លៃរួមបង់គឺពី $0 - $12.65 ឬ 25%។ សហធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នក អាស្រ័យលើចំនួននៃជំនួយបន្ថែម (Extra Help) ដែលអ្នកទទួលបាន។
- ឱសថលំដាប់ថ្នាក់ទី 3 គឺជាឱសថមានម៉ាកយីហោដែលត្រូវបានណែនាំឱ្យប្រើ ដែល L.A. Care Medicare Plus ធានារ៉ាប់រង។ ថ្លៃរួមបង់ គឺពី $0 - $12.65 ឬ 25%។ សហធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នក អាស្រ័យលើចំនួននៃជំនួយបន្ថែម (Extra Help) ដែលអ្នកទទួលបាន។
- ឱសថលំដាប់ថ្នាក់ទី 4 គឺជាឱសថដែលយើងមិនសូវណែនាំឱ្យ ដែល L.A. Care Medicare Plus ធានារ៉ាប់រង។ ថ្លៃរួមបង់ គឺពី $0 - $12.65 ឬ 25%។ សហធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នក អាស្រ័យលើចំនួននៃជំនួយបន្ថែម (Extra Help) ដែលអ្នកទទួលបាន។
- ឱសថលំដាប់ថ្នាក់ទី 5 គឺជាឱសថឯកទេសដែល L.A. Care Medicare Plus ធានារ៉ាប់រង។ ថ្លៃរួមបង់ គឺពី $0 - $12.65 ឬ 25%។ សហធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នក អាស្រ័យលើចំនួននៃជំនួយបន្ថែមដែលអ្នកទទួលបាន។

D1. ជម្រើសឱសថស្ថា នរបស់អ្ន ក

ចំនួនទឹកប្រាក់ដែលអ្នកបង់សម្រាប់ឱសថ គឺអាស្រ័យថាតើអ្នកទទួលបានថ្នាំនេះមកពីណា៖

- បណ្តាញលក់រាយឱសថស្ថាន **ឬ**
- ឱសថស្ថានក្រៅបណ្តាញ។ នៅក្នុងករណីមួយចំនួនតូច យើងនឹងរ៉ាប់រងទៅលើឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាដែលបានបើកនៅឯឱសថស្ថានក្រៅបណ្តាញ។ មើល**ជំពូ កទី 5** នៃ*សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះដើម្បីស្វែងយល់ថាតើយើងអនុវត្តដូច្នេះនៅពេលណា។
- ឱសថស្ថានបញ្ជាទិញតាមប្រៃសណីយនៃគម្រោងរបស់យើង។

ដើម្បីស្វែងយល់អំពីជម្រើសទាំងនេះ សូមមើល**ជំពូ កទី 5** នៃ*សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះ និង*សៀវភៅអាសយដ្ឋានអ្នកផ្តល់សេវានិងឱសថស្ថានរបស់យើង*។

D2. ការទទួ លបានការផ្ត ត់ផ្ត ង់រយៈពេលវែងមួ យនៃឱសថ

សម្រាប់ឱសថមួយចំនួន អ្នកអាចទទួលបានការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេលវែង (ត្រូវបានហៅផងដែរថា "ការផ្គត់ផ្គង់បន្ថែមរយៈពេលវែង") នៅពេលអ្នកបើកថ្នាំតាមវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក។ ការផ្គង់ផ្គង់រយៈពេលវែង គឺការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេលរហូតដល់ 100 ថ្ងៃ។ វាគិតថ្លៃអ្នកដូចគ្នានឹងការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេលមួយខែដែរ។

សម្រាប់ព័ត៌មានលម្អិតអំពីទីតាំង និងរបៀបទទួលបានការផ្គត់ផ្គង់ឱសថរយៈពេលវែង សូមមើល**ជំពូ កទី 5** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះ ឬ*សៀវភៅអាសយដ្ឋានឱសថស្ថាននិងអ្នកផ្តល់សេវា*របស់គម្រោងយើង។

D3. អ្វីដែលអ្ន កត្រូ វបង់

អំឡុងដំណាក់កាលរ៉ាប់រងដំបូង អ្នកអាចទូទាត់សហបង់ប្រាក់ រាល់ពេលអ្នកបើកថ្នាំតាមវេជ្ជបញ្ជា។ ប្រសិនបើតម្លៃឱសថដែលត្រូវបានរ៉ាប់រងរបស់អ្នក មានតម្លៃតិចជាងថ្លៃរួមបង់ អ្នកនឹងបង់តម្លៃទាបជាង។

ទងទៅកាន់ផ្នែកសេវាសមាជិក ដើម្បីស្វែងយល់ថាតើថ្លៃសហបង់ប្រាក់របស់អ្នកមានចំនួនប៉ុន្មាន សម្រាប់ឱសថដែលបានរ៉ាប់រងណាមួយ។

ថ្លៃ ចំណាយរួមរបស់អ្ន កនៅពេលអ្ន កទទួ លបានការផ្គ ត់ផ្គ ង់រយៈពេលមួ យខែ ឬរយៈពេលវែងនៃឱសថដែល បានរ៉ាប់រងពី៖

	ឱសថស្ថា នក្នុង បណ្តា ញ ការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេលមួយខែ ឬរហូតដល់ 100 ថ្ងៃ	**សេវាបញ្ជា ទិញតាមប្រៃសណីយ៍របស់គម្រោងយើង** ការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេលមួយខែ ឬរហូតដល់ 100 ថ្ងៃ	**ឱសថស្ថា នថែទាំរយៈពេលវែងក្នុង បណ្តា ញមួ យ** ការផ្គត់ផ្គង់រហូតដល់ 31ថ្ងៃ	**ឱសថស្ថា នក្រៅ បណ្តា ញមួ យ** ការផ្គត់ផ្គង់រហូតដល់ 30 ថ្ងៃ។ ការរ៉ាប់រងគឺត្រូវបានកម្រិតចំពោះករណីជាក់លាក់។ សូមមើល **ជំពូ កទី 5** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះ សម្រាប់ព័ត៌មានលម្អិត។
ការរួ មចំណែ កលើចំណាយ លំដាប់ថ្នា ក់ទី 1 (ឱសថម៉ាក ធម្មតាដែលត្រូវ បានណែនាំឱ្យ ប្រើ)	$0	$0	$0	$0
ការរួ មចំណែ កលើចំណាយ លំដាប់ថ្នា ក់ទី 2 (ឱសថម៉ាក ធម្មតា)	$0 - $12.65 ឬ 25% សហធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នក អាស្រ័យលើចំនួននៃជំនួយបន្ថែម (Extra Help) ដែលអ្នកទទួលបាន។	$0 - $12.65 ឬ 25% សហធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នក អាស្រ័យលើចំនួននៃជំនួយបន្ថែម (Extra Help) ដែលអ្នកទទួលបាន។	$0 - $12.65 ឬ 25% សហធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នក អាស្រ័យលើចំនួននៃជំនួយបន្ថែម (Extra Help) ដែលអ្នកទទួលបាន។	$0 - $12.65 ឬ 25% សហធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នក អាស្រ័យលើចំនួននៃជំនួយបន្ថែម (Extra Help) ដែលអ្នកទទួលបាន។

	ឱសថស្ថា នក្នុង បណ្តា ញ ការផ្តត់ផ្តង់រយៈពេល មួយខែ ឬរហូតដល់ 100 ថ្ងៃ	**សេវាបញ្ជា ទិញតាម ប្រៃសណីយ៍របស់ គម្រោងយើង** ការផ្តត់ផ្តង់រយៈពេល មួយខែ ឬរហូតដល់ 100 ថ្ងៃ	**ឱសថស្ថា នថែទាំ រយៈពេលវែងក្នុង បណ្តា ញមួ យ** ការផ្តត់ផ្តង់រហូតដល់ 31ថ្ងៃ	**ឱសថស្ថា នក្រៅ បណ្តា ញមួ យ** ការផ្តត់ផ្តង់រហូតដល់ 30 ថ្ងៃ។ ការរ៉ាប់រងគឺត្រូវ បានកម្រិតចំពោះករណី ជាក់លាក់។ សូមមើល **ជំពូ កទី 5** នៃ *សៀវភៅ ណែនាំសមាជិក*នេះ សម្រាប់ព័ត៌មានលម្អិត។
ការរួ មចំណែក លើចំណាយ លំដាប់ថ្នា ក់ទី 3 (ឱសថមានម៉ាក យីហោដែលត្រូវ បានណែនាំឱ្យ ប្រើ)	$0 - $12.65 ឬ 25% សហធានារ៉ាប់រង របស់អ្នក អាស្រ័យ លើចំនួននៃជំនួយ បន្ថែម (Extra Help) ដែលអ្នកទទួលបាន។	$0 - $12.65 ឬ 25% សហធានារ៉ាប់រង របស់អ្នក អាស្រ័យ លើចំនួននៃជំនួយ បន្ថែម (Extra Help) ដែលអ្នកទទួលបាន។	$0 - $12.65 ឬ 25% សហធានារ៉ាប់រង របស់អ្នក អាស្រ័យ លើចំនួននៃជំនួយ បន្ថែម (Extra Help) ដែលអ្នកទទួលបាន។	$0 - $12.65 ឬ 25% សហធានារ៉ាប់រងរបស់ អ្នក អាស្រ័យលើចំនួន នៃជំនួយបន្ថែម (Extra Help) ដែលអ្នកទទួល បាន។
ការរួ មចំណែក លើចំណាយ លំដាប់ថ្នា ក់ ទី 4 (ឱសថដែល យើងមិនសូវ ណែនាំឱ្យប្រើ)	$0 - $12.65 ឬ 25% សហធានារ៉ាប់រង របស់អ្នក អាស្រ័យ លើចំនួននៃជំនួយ បន្ថែម (Extra Help) ដែលអ្នកទទួលបាន។	$0 - $12.65 ឬ 25% សហធានារ៉ាប់រង របស់អ្នក អាស្រ័យ លើចំនួននៃជំនួយ បន្ថែម (Extra Help) ដែលអ្នកទទួលបាន។	$0 - $12.65 ឬ 25% សហធានារ៉ាប់រង របស់អ្នក អាស្រ័យ លើចំនួននៃជំនួយ បន្ថែម (Extra Help) ដែលអ្នកទទួលបាន។	$0 - $12.65 ឬ 25% សហធានារ៉ាប់រងរបស់ អ្នក អាស្រ័យលើចំនួន នៃជំនួយបន្ថែម (Extra Help) ដែលអ្នកទទួល បាន។
ការរួ មចំណែក លើចំណាយ លំដាប់ថ្នា ក់ 5 (ឱសថ ឯកទេស)	$0 - $12.65 ឬ 25% សហធានារ៉ាប់រង របស់អ្នក អាស្រ័យ លើចំនួននៃជំនួយ បន្ថែម (Extra Help) ដែលអ្នកទទួលបាន។	$0 - $12.65 ឬ 25% សហធានារ៉ាប់រង របស់អ្នក អាស្រ័យ លើចំនួននៃជំនួយ បន្ថែម (Extra Help) ដែលអ្នកទទួលបាន។	$0 - $12.65 ឬ 25% សហធានារ៉ាប់រង របស់អ្នក អាស្រ័យ លើចំនួននៃជំនួយ បន្ថែម (Extra Help) ដែលអ្នកទទួលបាន។	$0 - $12.65 ឬ 25% សហធានារ៉ាប់រងរបស់ អ្នក អាស្រ័យលើចំនួន នៃជំនួយបន្ថែម (Extra Help) ដែលអ្នកទទួល បាន។

សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមទាក់ទងនឹងឱសថស្ថានណាខ្លះដែលអាចផ្តល់ការផ្តត់ផ្តង់រយៈពេលវែងដល់អ្នក សូមមើល *សៀវភៅអាសយដ្ឋានឱសថស្ថាន និងអ្នកផ្តល់សេវា*។

D4. ការបញ្ច ប់នៃដំណាក់កាលរ៉ាប់រងដំបូ ង

ដំណាក់កាលរ៉ាប់រងដំបូង ចប់នៅពេលថ្លៃចំណាយចេញពីហោប៉ៅសរុបរបស់អ្នកឈានដល់ចំនួន $2,100។ ត្រង់ចំណុចនេះ ដំណាក់កាលធានារ៉ាប់រងគ្រោះមហន្តរាយនឹងចាប់ផ្តើម។ យើងរ៉ាប់រងលើថ្លៃឱសថរបស់អ្នកទាំងអស់ចាប់ពីពេលនោះរហូតដល់ដំណាច់ឆ្នាំ។

EOB របស់អ្នកជួយអ្នកតាមដានពីចំនួនទឹកប្រាក់ដែលអ្នកបានបង់លើថ្លៃឱសថរបស់អ្នកនៅអំឡុងឆ្នាំនោះ។ យើងប្រាប់អ្នកឱ្យដឹងបើអ្នកឈានដល់កម្រិត $2,100។ មនុស្សភាគច្រើន មិនឈានដល់កម្រិតកំណត់នេះទេ ក្នុងរយៈពេលមួយឆ្នាំ។

E. ដំណាក់កាលទី 2៖ ដំណាក់កាលរ៉ាប់រងលើគ្រោះមហន្តរាយ

នៅពេលអ្នកឈានដល់កម្រិតចេញពីហោប៉ៅចំនួន $2,100 សម្រាប់ឱសថរបស់អ្នក នោះដំណាក់កាលការរ៉ាប់រងគ្រោះមហន្តរាយចាប់ផ្តើម។ អ្នកនៅក្នុងដំណាក់កាលការរ៉ាប់រងគ្រោះមហន្តរាយ រហូតដល់ចុងនៃប្រតិទិនឆ្នាំ។ អំឡុងដំណាក់កាលនេះ អ្នកមិនចាំបាច់បង់ថ្លៃឱសថផ្នែក D ដែលបានរ៉ាប់រងរបស់អ្នកឡើយ។

F. ថ្លៃចំណាយទៅលើឱសថ ប្រសិនបើវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាតិចជាងការផ្គត់ផ្គង់ពេញមួយខែ

ក្នុងករណីមួយចំនួន អ្នកបង់ថ្លៃសហបង់ប្រាក់ ដើម្បីរ៉ាប់រងការផ្គត់ផ្គង់ប្រចាំខែពេញគ្រប់ចំនួនទៅលើថ្នាំដែលបានរ៉ាប់រង។ ទោះជាយ៉ាងណា វេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក អាចចេញវេជ្ជបញ្ជាសម្រាប់ការផ្គត់ផ្គង់ឱសថតិចជាងមួយខែ។

- មានពេលខ្លះ អ្នកអាចចង់សុំវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាសម្រាប់ការផ្គត់ផ្គង់ឱសថតិចជាងមួយខែ (ឧទាហរណ៍ នៅពេលអ្នកកំពុងសាកល្បងប្រើឱសថជាលើកដំបូង)។
- ប្រសិនបើវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកយល់ព្រម អ្នកមិនចាំបាច់បង់ថ្លៃផ្គត់ផ្គង់ពេញមួយខែសម្រាប់ឱសថមួយចំនួននោះឡើយ។

នៅពេលអ្នកទទួលបានតិចជាងការផ្គត់ផ្គង់ឱសថប្រចាំខែ ចំនួនទឹកប្រាក់ដែលអ្នកត្រូវបង់ផ្អែកលើចំនួនថ្ងៃដែលអ្នកទទួលបានឱសថ។ យើងគណនាចំនួនទឹកប្រាក់ដែលអ្នកបង់ក្នុងមួយថ្ងៃ សម្រាប់ឱសថរបស់អ្នក ("អត្រាថ្លៃចំណាយរួមប្រចាំថ្ងៃ") ហើយគុណវានឹងចំនួនថ្ងៃដែលអ្នកទទួលបានឱសថ។

- នេះគឺជាឧទាហរណ៍៖ ឧបមាថា ទឹកប្រាក់រួមបង់ទៅលើឱសថរបស់អ្នកសម្រាប់ការផ្គត់ផ្គង់ពេញមួយខែ (ការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេល 30 ថ្ងៃ) គឺ $1.60។ នេះមានន័យថាចំនួនទឹកប្រាក់ដែលអ្នកត្រូវបង់ក្នុងមួយថ្ងៃសម្រាប់ឱសថរបស់អ្នក គឺតិចជាង $0.05។ ប្រសិនបើអ្នកទទួលបានការផ្គត់ផ្គង់ឱសថរយៈពេល 7 ថ្ងៃ ការបង់ប្រាក់របស់អ្នកមានតម្លៃតិចជាង $.05 ក្នុងមួយថ្ងៃ គុណនឹងរយៈពេល 7 ថ្ងៃសម្រាប់ការបង់ប្រាក់សរុបចំនួន $0.35។
- ថ្លៃចំណាយរួមប្រចាំថ្ងៃ អនុញ្ញាតឱ្យអ្នកប្រាកដថាឱសថមានប្រសិទ្ធភាពសម្រាប់អ្នក មុនពេលអ្នកបង់ថ្លៃសម្រាប់ការផ្គត់ផ្គង់ប្រចាំខែទាំងមូល។
- អ្នកក៏អាចស្នើសុំឱ្យអ្នកផ្តល់សេវាចេញវេជ្ជបញ្ជាសម្រាប់ការផ្គត់ផ្គង់ឱសថតិចជាងមួយខែផងដែរដើម្បីជួយអ្នក៖
  - ធ្វើគម្រោងបានល្អ ថាតើពេលណាអ្ន កត្រូវទិញឱសថបន្ថែ មទៀត
  - សម្របសម្រួ លការបន្ថែ មឱសថផ្សេងទៀតដែលអ្ន កប្រើ **និង**
  - ធ្វើដំណើរទៅកាន់ឱសថស្ថា នតិចដងជាងមុន។

G. អ្វីដែលអ្នកត្រូវចំណាយសម្រាប់វ៉ាក់សាំងផ្នែក D

សារសំខាន់អំពីចំណាយដែលអ្ន កត្រូ វបង់ប្រាក់សម្រាប់វ៉ាក់សាំង៖ វ៉ាក់សាំងមួយចំនួនត្រូវបានចាត់ទុកថាជាអត្ថប្រយោជន៍ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ ហើយត្រូវបានធានារ៉ាប់រងក្រោម Medicare ផ្នែក B។ វ៉ាក់សាំងបង្ការផ្សេងទៀតត្រូវបានចាត់ទុកថាជាឱសថរបស់ Medicare ផ្នែក D។ អ្នកអាចរកមើលវ៉ាក់សាំងទាំងនេះដូចដែលមានរាយនៅក្នុង *បញ្ជីឱសថ*របស់គម្រោងយើង។ គម្រោងរបស់យើងធានារ៉ាប់រងភាគច្រើនលើវ៉ាក់សាំងផ្នែក D ដោយឥតគិតថ្លៃសម្រាប់អ្នក។ សូមមើល *បញ្ជីឱសថ*នៃគម្រោងរបស់អ្នក ឬទាក់ទងផ្នែកសេវាសមាជិកសម្រាប់ព័ត៌មានលម្អិតអំពីការធានារ៉ាប់រង និងការចែករំលែកថ្លៃចំណាយអំពីវ៉ាក់សាំងជាក់លាក់។

មានផ្នែកពីរសម្រាប់ការរ៉ាប់រងរបស់យើងចំពោះការចាក់វ៉ាក់សាំង Medicare ផ្នែក D៖

1. ផ្នែកទីមួយគឺសម្រាប់ការបង់ថ្លៃទៅលើ**វ៉ាក់សាំងដោយផ្ទា ល់**។
2. ផ្នែកទីពីរគឺសម្រាប់ការចំណាយក្នុង**ការចាក់វ៉ាក់សាំងដល់អ្ន ក**។ ឧទាហរណ៍ ពេលខ្លះអ្នកអាចនឹងទទួលបានថ្នាំវ៉ាក់សាំង ដោយការចាក់ថ្នាំដែលផ្តល់ឱ្យអ្នកដោយវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក។

G1. អ្វីដែលអ្ន កត្រូ វដឹងមុនពេលអ្ន កទទួ លការចាក់វ៉ាក់សាំង

យើងណែនាំអ្នកឱ្យហៅទូរសព្ទទៅកាន់សេវាបម្រើសមាជិក ប្រសិនបើអ្នកមានគម្រោងក្នុងការចាក់វ៉ាក់សាំងណាមួយ។

- យើងអាចប្រាប់អ្នកពីរបៀបដែលគម្រោងរបស់យើងរ៉ាប់រងវ៉ាក់សាំងរបស់អ្នក និងពន្យល់អំពីថ្លៃចំណាយរួមរបស់អ្នក។
- យើងអាចប្រាប់អ្នកពីរបៀបបន្ថយថ្លៃរបស់អ្នកដោយប្រើប្រាស់ឱសថស្ថាន ឬអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ។ បណ្តាញឱសថស្ថាន និងអ្នកផ្តល់សេវាយល់ព្រមធ្វើការជាមួយគម្រោងរបស់យើង។ អ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញនឹងធ្វើការជាមួយយើងដើម្បីធានាថាអ្នកមិនមានការចំណាយជាមុនសម្រាប់វ៉ាក់សាំង Medicare ផ្នែក D។

G2. អ្វីដែលអ្ន កត្រូ វចំណាយសម្រាប់វ៉ាក់សាំងដែលបានធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare ផ្នែ ក D

ចំនួនដែលអ្នកត្រូវបង់ថ្លៃសម្រាប់ការចាក់វ៉ាក់សាំង គឺអាស្រ័យទៅលើប្រភេទវាក់សាំង (តើអ្នកទទួលបានការចាក់វ៉ាក់សាំងជំងឺអ្វីខ្លះ)។

- វ៉ាក់សាំងបង្ការមួយចំនួន ត្រូវបានចាត់ទុកថាជាអត្ថប្រយោជន៍សុខភាព ជាជាងឱសថ។ ថ្នាំបង្ការទាំងនេះត្រូវបានរ៉ាប់រង ដោយអ្នកមិនបាច់ចំណាយប្រាក់ទេ។ ដើម្បីស្វែងយល់អំពីការធានារ៉ាប់រងនៃវ៉ាក់សាំងទាំងនេះ សូមមើលតារាងអត្ថប្រយោជន៍នៅក្នុង**ជំពូ កទី 4** នៃ*សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះ។
- វ៉ាក់សាំងផ្សេងទៀត ត្រូវបានចាត់ទុកជាឱសថ Medicare ផ្នែក D។ អ្នកអាចរកមើលវ៉ាក់សាំងទាំងនេះនៅលើ*បញ្ជីឱសថ*របស់គម្រោងយើង។ អ្នកអាចនឹងត្រូវចេញទឹកប្រាក់រួមបង់សម្រាប់ថ្នាំបង្ការ Medicare ផ្នែក D។ ប្រសិនបើវ៉ាក់សាំងត្រូវបានណែនាំសម្រាប់មនុស្សពេញវ័យដោយអង្គការមួយហៅថា **គណៈកម្មា ធិការប្រឹក្សាយោបល់ស្តីពីការអនុវត្ត លើការចាក់ថ្នាំបង្កា រជំងឺ (Advisory Committee for Immunization Practices, ACIP)** នោះអ្នកមិនចាំបាច់ចំណាយសម្រាប់វ៉ាក់សាំងទេ។

នេះគឺជាវិធីសាមញ្ញបីយ៉ាងដែលអ្នកអាចទទួលបានវ៉ាក់សាំង Medicare ផ្នែក D។

1. អ្នកទទួលបានវ៉ាក់សាំង Medicare ផ្នែក D និងទទួលបានការចាក់វ៉ាក់សាំងនៅតាមឱសថស្ថាន។
   - សម្រាប់វ៉ាក់សាំងផ្នែក D ចំពោះមនុស្សពេញវ័យភាគច្រើន អ្នកនឹងមិនត្រូវបង់ប្រាក់អ្វីទាំងអស់។
   - សម្រាប់វ៉ាក់សាំងផ្នែក D ផ្សេងទៀត អ្នកមិនបង់ថ្លៃអ្វីទាំងអស់ **ហ្នឹ**ថ្លៃរួមសម្រាប់វ៉ាក់សាំងឡើយ។
2. អ្នកអាចទទួលបានវ៉ាក់សាំងរបស់ Medicare ផ្នែក D នៅតាមការិយាល័យរបស់វេជ្ជបណ្ឌិត ហើយវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកនឹងចាក់វ៉ាក់សាំងនេះដល់អ្នក។
   - អ្នកមិនត្រូវបង់ប្រាក់អ្វីទាំងអស់ **ហ្នឹ**បង់រួមដល់វេជ្ជបណ្ឌិតសម្រាប់វ៉ាក់សាំងទេ។
   - គម្រោងរបស់យើងចេញថ្លៃសម្រាប់ការចំណាយក្នុងការចាក់វ៉ាក់សាំងជូនអ្នក។
   - ការិយាល័យវេជ្ជបណ្ឌិត គួរតែហៅទូរសព្ទមកកាន់គម្រោងរបស់យើងនៅក្នុងស្ថានភាពនេះ ដើម្បីឱ្យយើងអាចប្រាកដថាពួកគេដឹងថាអ្នកមិនត្រូវបង់ថ្លៃអ្វីទាំងអស់ **ហ្នឹ**បង់រួមសម្រាប់វ៉ាក់សាំង។
3. អ្នកទទួលបានវ៉ាក់សាំង Medicare ផ្នែក D នៅតាមឱសថស្ថាន ហើយអ្នកយកវាទៅកាន់ការិយាល័យរបស់វេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកដើម្បីទទួលបានការចាក់ថ្នាំ។
   - សម្រាប់វ៉ាក់សាំងផ្នែក D ចំពោះមនុស្សពេញវ័យភាគច្រើន អ្នកនឹងមិនត្រូវបង់ប្រាក់អ្វីទាំងអស់សម្រាប់វ៉ាក់សាំង។
   - សម្រាប់វ៉ាក់សាំងផ្នែក D ផ្សេងទៀត អ្នកមិនបង់ថ្លៃអ្វីទាំងអស់ **ហ្នឹ**ថ្លៃរួមសម្រាប់វ៉ាក់សាំងឡើយ។
   - គម្រោងរបស់យើងចេញថ្លៃសម្រាប់ការចំណាយក្នុងការចាក់វ៉ាក់សាំងជូនអ្នក។

ជំពូកទី 7៖ ការស្នើសុំឱ្យយើងខ្ញុំបង់ប្រាក់លើចំណែកវិក្កយបត្ររបស់យើងដែលអ្នកបានទទួលសម្រាប់សេវា ឬឱសថដែលរ៉ាប់រង

សេចក្តីផ្តើម

ជំពូកនេះប្រាប់អ្នកពីរបៀប និងពេលដែលត្រូវផ្ញើវិក្កយបត្រឱ្យយើងដើម្បីស្នើសុំការទូទាត់។ វាក៏ប្រាប់អ្នកពីរបៀបប្តឹងតវ៉ា ប្រសិនបើអ្នកមិនយល់ព្រមជាមួយនឹងសេចក្តីសម្រេចលើការរ៉ាប់រងនេះទេ។ ពាក្យគន្លឹះ និងនិយមន័យរបស់ពាក្យទាំងនោះ គឺមានតាមលំដាប់អក្ខរក្រមក្នុងជំពូកចុងក្រោយនៃ*សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះ។

តារាងមាតិកា

A. ស្នើសុំឱ្យយើងបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវា ឬឱសថរបស់អ្ន ក 177
B. ការផ្ញើសំណើសុំឱ្យយើងទូ ទាត់ប្រាក់ 181
C. សេចក្តីសម្រេចលើការរ៉ាប់រង 181
D. បណ្តឹងតវ៉ា 182

A. ស្នើសុំឱ្យយើងបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវា ឬឱសថរបស់អ្នក

យើងមិនអនុញ្ញាតឱ្យអ្នកផ្តល់សេវា L.A. Care Medicare Plus ចេញវិក្កយបត្រដល់អ្នកសម្រាប់សេវា ឬឱសថ ទាំងនេះទេ។ យើងបង់ប្រាក់ជូនអ្នកផ្តល់សេវាដោយផ្ទាល់ ហើយយើងការពារអ្នកពីការគិតថ្លៃផ្សេងៗ។

ប្រសិនបើអ្ន កទទួ លបានវិក្ក យបត្រសម្រាប់ថ្លៃ ចំណាយទាំងស្រុងលើសេវាថែទាំសុខភាព ឬឱសថ សូ មកុំបង់ វិក្ក យបត្រ ហើយធ្វើវិក្ក យបត្រនោះមកយើង។ ដើម្បីធ្វើវិក្កយបត្រនោះមកយើង សូមមើលផ្នែក B។

- ប្រសិនបើយើងរ៉ាប់រងសេវា ឬឱសថ យើងនឹងបង់ទៅកាន់អ្នកផ្តល់សេវាដោយផ្ទាល់។
- ប្រសិនបើយើងរ៉ាប់រងលើសេវា ឬឱសថ ហើយអ្នកបានបង់ច្រើនជាងចំណែករបស់អ្នករួចទៅហើយ វាជា សិទ្ធិរបស់អ្នកក្នុងការទទួលបានសំណងវិញ។
  - ប្រសិនបើអ្ន កបានបង់ថ្លៃ សេវាដែលរ៉ាប់រងដោយ Medicare រួចហើយ យើងនឹងសងអ្ន កវិញ។
- ប្រសិនបើអ្នកបានបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវា Medi-Cal ដែលអ្នកបានទទួលរួចហើយ អ្នកអាចមានលក្ខណៈ សម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ក្នុងការទទួលបានសំណង (បង់ត្រឡប់មកវិញ) ប្រសិនបើអ្នកបំពេញតាមលក្ខខណ្ឌ ខាងក្រោមទាំងអស់៖
  - សេវាដែលអ្ន កបានទទួ ល គឺជាសេវាដែលរ៉ាប់រងដោយ Medi-Cal ដែលយើងទទួ លខុសត្រូវក្នុងការ បង់ប្រាក់។ យើងនឹងមិនសងអ្ន កវិញសម្រាប់សេវាដែលមិនត្រូវបានរ៉ាប់រងដោយ L.A. Care Medicare Plus ឡើយ។
  - អ្ន កបានទទួ ល សេវាដែលរ៉ាប់រង បន្ទា ប់ពីអ្ន កបានក្លា យជាសមាជិក L.A. Care Medicare Plus ដែល មានសិទ្ធិគ្រប់គ្រាន់។
  - អ្ន កសុំឱ្យយើងបានបង់សងវិញក្នុងអំឡុងពេលមួ យឆ្នាំ ចាប់តាំងពីកាលបរិច្ឆេ ទដែលអ្ន កបានទទួ លសេវា ដែលរ៉ាប់រង។
  - អ្ន កផ្ត ល់ភស្តុតាង ថាអ្ន កបានបង់ប្រាក់ សម្រាប់សេវាដែលរ៉ាប់រង ដូ ចជាមានបង្កា ន់ដៃបង់ប្រាក់ ពេញលេញពីអ្ន កផ្ត ល់សេវា។
  - អ្ន កបានទទួ លសេវាដែលរ៉ាប់រងពីអ្ន កផ្ត ល់សេវា Medi-Cal ដែលបានចុះឈ្មោះនៅក្នុងបណ្តា ញរបស់ L.A. Care Medicare Plus។ អ្ន កមិនចាំបាច់បំពេញតាមលក្ខ ខណ្ឌ នេះទេ ប្រសិនបើអ្ន កបានទទួ លការ ថែទាំសង្គ្រោះបន្ទា ន់ សេវារៀបចំគម្រោងគ្រួ សារ ឬសេវាណាមួ យទៀតដែល Medi-Cal អនុញ្ញា តឱ្យ អ្ន កផ្ត ល់សេវានៅក្រៅបណ្តា ញផ្ត ល់ជូ នបានដោយគ្មា នការយល់ព្រមជាមុន (ការអនុញ្ញា តជាមុន)។
- ប្រសិនបើសេវាដែលរ៉ាប់រងតាមធម្មតាទាមទារការយល់ព្រមជាមុន (ការអនុញ្ញាតជាមុន) អ្នកត្រូវតែផ្តល់ ភស្តុតាងមកពីអ្នកផ្តល់សេវានោះ ដែលបង្ហាញពីតម្រូវការវេជ្ជសាស្ត្រ សម្រាប់សេវាដែលរ៉ាប់រង។
- L.A. Care Medicare Plus នឹងប្រាប់អ្នកថាតើពួកគេនឹងចេញសងអ្នកឬទេក្នុងលិខិតមួយហៅថា សេចក្តីជូនដំណឹងនៃចំណាត់ការ។ ប្រសិនបើអ្នកបំពេញតាមលក្ខខណ្ឌទាំងអស់ខាងលើ អ្នកផ្តល់សេវា ដែលបានចុះឈ្មោះរបស់ Medi-Cal គួរតែសងអ្នក ពេញតាមចំនួនដែលអ្នកបានបង់។ ប្រសិនបើអ្នកផ្តល់ សេវាប្រកែកមិនសងអ្នកវិញ L.A. Care Medicare Plus នឹងសងអ្នកពេញតាមចំនួនអ្នកបានបង់។ យើង នឹងសងប្រាក់ជូនអ្នកក្នុងរយៈពេល 45 ថ្ងៃធ្វើការ បន្ទាប់ពីទទួលបានបណ្តឹងទាមទារសំណង។ ប្រសិនបើ

អ្នកផ្តល់សេវាត្រូវបានចុះឈ្មោះក្នុង Medi-Cal ប៉ុន្តែមិនមាននៅក្នុងបណ្តាញរបស់យើង ហើយបដិសេធមិនព្រមសងអ្នកវិញ នោះ L.A. Care Medicare Plus នឹងសងអ្នកវិញ ប៉ុន្តែនឹងសងត្រឹមចំនួនទឹកប្រាក់ដែលកម្មវិធី លៃឈ្នួលសម្រាប់សេវា (Fee-For-Service, FFS) របស់ Medi-Cal នឹងបង់តែប៉ុណ្ណោះ។ L.A. Care Medicare Plus នឹងបង់ប្រាក់សងទៅអ្នកវិញសម្រាប់ទឹកប្រាក់ចេញពីហោប៉ៅផ្ទាល់គ្រប់ចំនួនសម្រាប់សេវាសង្គ្រោះបន្ទាន់ សេវារៀបចំគម្រោងគ្រួសារ ឬសេវាណាមួយផ្សេងទៀតដែល Medi-Cal អនុញ្ញាតឱ្យផ្តល់ជូនដោយអ្នកផ្តល់សេវាក្រៅបណ្តាញ ដោយមិនបាច់មានការឯកភាពជាមុន។ ប្រសិនបើអ្នកមិនបំពេញតាមលក្ខខណ្ឌណាមួយក្នុងចំណោមលក្ខខណ្ឌខាងលើ នោះយើងនឹងមិនសងអ្នកឡើយ។

- យើងនឹងមិនសងអ្នកទេ ប្រសិនបើ៖
  - អ្ន កបានសុំ និងបានទទួ លសេវា ដែលមិនបានរ៉ាប់រងដោយ Medi-Cal ដូ ចជា សេវាកែសម្ផ ស្ស។
  - សេវានេះមិនមែនជាសេវាដែលរ៉ាប់រងសម្រាប់ L.A. Care Medicare Plus នោះទេ។
  - អ្ន កបានទៅជួ បវេជ្ជ បណ្ឌិតម្នា ក់ ដែលមិនទទួ លយក Medi-Cal ហើយអ្ន កបានចុះហត្ថ លេខាលើទម្រង់បែបបទមួ យដែលនិយាយថា ទោះជាយ៉ាងណាក៏អ្ន កចង់ទៅជួ ប ហើយអ្ន កនឹងបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាដោយខ្លួ នឯង។
- ប្រសិនបើយើងមិនរ៉ាប់រងលើសេវា ឬឱសថទេ នោះយើងនឹងប្រាប់អ្នក។

ទាក់ទងទៅកាន់ផ្នែកសេវាសមាជិក ប្រសិនបើអ្នកមានចម្ងល់ណាមួយ។ ប្រសិនបើអ្នកមិនដឹងថាអ្នកគួរបង់ប្រាក់លើអ្វីខ្លះ ឬប្រសិនបើអ្នកទទួលបានវិក្កយបត្រ ហើយអ្នកមិនដឹងថាត្រូវធ្វើអ្វីទាក់ទងនឹងវា យើងអាចជួយបាន។ អ្នកក៏អាចហៅទូរសព្ទមកយើង បើអ្នកចង់ប្រាប់យើងអំពីព័ត៌មានទាក់ទងនឹងសំណើសុំការទូទាត់ដែលអ្នកបានផ្ញើជូនមកយើងរួចហើយ។

ឧទាហរណ៍ក្នុងពេលណាដែលអ្នកអាចនឹងត្រូវការស្នើឱ្យយើងបង់ប្រាក់ជូនអ្នកវិញ ឬ បង់ថ្លៃវិក្កយបត្រដែលអ្នកបានទទួល រួមមាន៖

1. នៅពេលអ្ន កទទួ លបានសេវាសង្គ្រោះបន្ទា ន់ ឬការថែទាំសុខភាពចាំបាច់បន្ទា ន់ពីអ្ន កផ្ត ល់សេវាក្រៅបណ្តា ញ

ស្នើឱ្យអ្នកផ្តល់សេវាផ្ញើវិក្កយបត្រមកពួកយើង។

- ប្រសិនបើអ្នកបង់ប្រាក់គ្រប់ចំនួន នៅពេលអ្នកទទួលបានសេវាថែទាំ អ្នកអាចសុំស្នើឱ្យយើងបង់ប្រាក់ជូនអ្នកវិញសម្រាប់ទឹកប្រាក់ដែលជាចំណែករបស់យើង។ ផ្ញើវិក្កយបត្រមកយើង និងឯកសារបញ្ជាក់ពីការទូទាត់ប្រាក់នានាដែលអ្នកបានបង់រួចហើយ។
- អ្នកអាចទទួលបានវិក្កយបត្រពីអ្នកផ្តល់សេវាដែលស្នើសុំការទូទាត់ប្រាក់ ដែលអ្នកគិតថាអ្នកមិនជំពាក់។ ផ្ញើវិក្កយបត្រមកយើង និងឯកសារបញ្ជាក់ពីការទូទាត់ប្រាក់នានាដែលអ្នកបានបង់រួចហើយ។
  - ប្រសិនបើអ្ន កផ្ត ល់សេវានោះគួ រតែទទួ លបានការបង់ប្រាក់ យើងនឹងបង់ប្រាក់ទៅអ្ន កផ្ត ល់សេវានោះដោយផ្ទា ល់។
  - ប្រសិនបើអ្ន កបានចំណាយប្រាក់ច្រើនជាងការរួមចំណែកលើចំណាយរបស់អ្ន កសម្រាប់សេវា Medicare រួចទៅហើយ យើងនឹងគណនាចំនួ នប្រាក់ដែលអ្ន កបានជំពាក់ និងបង់ប្រាក់សងអ្ន កវិញ សម្រាប់ទឹកប្រាក់ដែលជាចំណែករបស់យើង។

2. ពេលដែលអ្ន កផ្ត ល់សេវាក្នុងបណ្តា ញផ្ញើវិក្ក យបត្រជូ នអ្ន ក

អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំក្នុងបណ្តាញ ត្រូវតែចេញវិក្កយបត្រឱ្យមកយើងជានិច្ច។ វាមានសារៈសំខាន់ណាស់ក្នុងការបង្ហាញបណ្ណសម្គាល់សមាជិករបស់អ្នកនៅពេលអ្នកទទួលសេវា ឬវេជ្ជបញ្ជាណាមួយ ទោះជាយ៉ាងណានៅពេលខ្លះអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញធ្វើកំហុស ហើយស្នើសុំឱ្យអ្នកបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវារបស់អ្នក ឬច្រើនជាងការរួមចំណែកលើចំណាយរបស់អ្នក។ **ហៅទូ រសព្ទ ទៅផ្នែ កសេវាសមាជិក**តាមរយៈលេខនៅខាងក្រោមនៃទំព័រនេះ **ប្រសិនបើអ្ន កទទួ លបានវិក្ក យបត្រណាមួ យ**។

- ក្នុងនាមជាសមាជិកគម្រោង អ្នកបង់តែទឹកប្រាក់រួមបង់តែប៉ុណ្ណោះ នៅពេលអ្នកទទួលសេវាដែលយើងរ៉ាប់រង។ យើងមិនអនុញ្ញាតឱ្យអ្នកផ្តល់សេវាចេញវិក្កយបត្រឱ្យអ្នកច្រើនជាងចំនួននេះទេ។ ករណីនេះនៅតែអនុវត្ត ទោះជាយើងបង់ប្រាក់ជូនអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំតិចជាងចំនួនទឹកប្រាក់ដែលអ្នកផ្តល់សេវាបានគិតថ្លៃសេវាណាមួយក្តី។ បើទោះបីជាយើងសម្រេចចិត្តថាមិនបង់ប្រាក់សម្រាប់ថ្លៃសេវាខ្លះក៏ដោយ ក៏អ្នកនៅតែមិនចាំបាច់ត្រូវបង់ប្រាក់ឱ្យពួកគេដែរ។
- នៅពេលណាអ្នកទទួលបានវិក្កយបត្រពីអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ ដែលអ្នកគិតថាច្រើនជាងអ្វីដែលអ្នកគួរបង់ សូមផ្ញើវិក្កយបត្រមកយើង។ យើងនឹងទាក់ទងអ្នកផ្តល់សេវាដោយផ្ទាល់ដើម្បីដោះស្រាយបញ្ហា។
- ប្រសិនបើអ្នកបានទូទាត់វិក្កយបត្រដែលទទួលបានពីអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញរួចហើយសម្រាប់សេវាដែលរ៉ាប់រងដោយ Medicare ប៉ុន្តែមានអារម្មណ៍ថាអ្នកបានបង់ប្រាក់ច្រើនពេក ផ្ញើវិក្កយបត្រមកយើងនិងឯកសារបញ្ជាក់ពីការទូទាត់ប្រាក់នានាដែលអ្នកបានបង់រួចហើយ។ យើងនឹងបង់ប្រាក់ឱ្យអ្នកវិញសម្រាប់សេវាដែលរ៉ាប់រងរបស់អ្នក **ឬ**សម្រាប់ចំនួនខុសគ្នារវាងចំនួនទឹកប្រាក់ដែលអ្នកបានបង់ និងចំនួនទឹកប្រាក់ដែលអ្នកជំពាក់ក្នុងគម្រោងរបស់យើង។

3. ប្រសិនបើអ្ន កបានចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងរបស់យើងបែបមានសុពលភាពថយក្រោយ

ពេលខ្លះការចុះឈ្មោះរបស់អ្នកនៅក្នុងគម្រោងអាចមានសុពលភាពថយក្រោយ (នេះមានន័យថាថ្ងៃដំបូងនៃការចុះឈ្មោះរបស់អ្នកបានកន្លងផុតទៅហើយ។ វាប្រហែលជាផុតកាលពីឆ្នាំមុន។)

- ប្រសិនបើអ្នកបានចុះឈ្មោះឡើងវិញហើយអ្នកបានបង់វិក្កយបត្របន្ទាប់ពីកាលបរិច្ឆេទចុះឈ្មោះ នោះអ្នកអាចស្នើសុំឱ្យយើងបង់ប្រាក់ឱ្យអ្នកវិញ។
- ផ្ញើវិក្កយបត្រមកយើង និងឯកសារបញ្ជាក់ពីការទូទាត់ប្រាក់នានាដែលអ្នកបានបង់រួចហើយ។

4. នៅពេលដែលអ្ន កប្រើប្រាស់ឱសថស្ថា នក្រៅបណ្តា ញដើម្បីបើកថ្នាំតាមវេជ្ជ បញ្ជា

ប្រសិនបើអ្នកទៅឱសថស្ថានក្រៅបណ្តាញ អ្នកត្រូវបង់ថ្លៃពេញសម្រាប់វេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក។

- នៅក្នុងករណីមួយចំនួនប៉ុណ្ណោះ យើងនឹងរ៉ាប់រងលើការបើកថ្នាំតាមវេជ្ជបញ្ជានៅឱសថស្ថានក្រៅបណ្តាញ។ សូមផ្ញើឱ្យយើងនូវច្បាប់ចម្លងនៃបង្កាន់ដៃទទួលប្រាក់របស់អ្នក នៅពេលអ្នកស្នើឱ្យយើងបង់ប្រាក់ឱ្យអ្នកវិញសម្រាប់ចំណែករបស់យើងចំពោះថ្លៃចំណាយនោះ។
- សូមមើល **ជំពូ កទី 5** នៃ*សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះ ដើម្បីស្វែងយល់អំពីឱសថស្ថាននៅក្រៅបណ្តាញ។
- យើងមិនអាចបង់ប្រាក់ឱ្យអ្នកវិញនូវតម្លៃដែលខុសគ្នារវាងអ្វីដែលអ្នកបានបង់ថ្លៃឱសថនៅឱសថស្ថានក្រៅបណ្តាញ និងចំនួនទឹកប្រាក់ដែលយើងនឹងបង់នៅឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញនោះទេ។

5. នៅពេលដែលអ្ន កបង់ថ្លៃ ពេញលើឱសថមានវេជ្ជ បញ្ជា Medicare ផ្នែ ក D ពីព្រោះអ្ន កមិនបានភ្ជា ប់ បណ្ណ សម្គា ល់សមាជិករបស់អ្ន កទៅជាមួ យអ្ន ក

ប្រសិនបើអ្នកមិនបានភ្ជាប់បណ្ណសម្គាល់សមាជិករបស់អ្នកទៅជាមួយទេ អ្នកអាចសុំឱ្យឱសថស្ថានទាក់ទងមកយើង ឬស្វែងរកព័ត៌មានចុះឈ្មោះរបស់អ្នក។

- ប្រសិនបើឱសថស្ថានមិនអាចស្វែងរកព័ត៌មានបានភ្លាមៗទេ អ្នកត្រូវបង់ប្រាក់ពេញសម្រាប់ឱសថមានវេជ្ជបញ្ជានោះដោយខ្លួនឯង ឬអ្នកអាចមកឱសថស្ថានម្តងទៀតព្រមជាមួយនឹងបណ្ណសម្គាល់គម្រោង។
- សូមផ្ញើឱ្យយើងនូវច្បាប់ចម្លងនៃបង្កាន់ដៃទទួលប្រាក់របស់អ្នក នៅពេលអ្នកស្នើឱ្យយើងបង់ប្រាក់ឱ្យអ្នកវិញសម្រាប់ចំណែករបស់យើងចំពោះថ្លៃចំណាយនោះ។
- យើងមិនអាចបង់ប្រាក់ឱ្យអ្នកវិញនូវថ្លៃចំណាយពេញលេញដែលអ្នកបានបង់នោះទេ ប្រសិនបើតម្លៃសាច់ប្រាក់ដែលអ្នកបានបង់គឺខ្ពស់ជាងតម្លៃដែលបានចរចាគ្នារបស់យើងសម្រាប់ឱសថមានវេជ្ជបញ្ជានោះ។

6. នៅពេលដែលអ្ន កទូ ទាត់ប្រាក់ពេញលើថ្លៃ ឱសថមានវេជ្ជ បញ្ជា Medicare ផ្នែ ក D សម្រាប់ឱសថដែលមិនរ៉ាប់រង

អ្នកអាចបង់ប្រាក់ពេញសម្រាប់ឱ្យសថមានវេជ្ជបញ្ជានោះ ពីព្រោះឱសថនោះមិនត្រូវបានរ៉ាប់រង។

- ឱសថអាចនឹងមិនមាននៅក្នុង *បញ្ជីនៃឱសថដែលរ៉ាប់រង (បញ្ជីឱសថ)* របស់យើងនៅលើគេហទំព័ររបស់យើង ឬឱសថនេះអាចមានលក្ខខណ្ឌតម្រូវ ឬការដាក់កម្រិតដែលអ្នកមិនដឹង ឬមិនគិតថាគួរអនុវត្តចំពោះអ្នក។ ប្រសិនបើអ្នកសម្រេចទទួលយកឱសថនោះ អ្នកត្រូវបង់ថ្លៃពេញ។
  - ប្រសិនបើអ្ន កមិនបង់ប្រាក់សម្រាប់ឱសថទេ ហើយអ្ន កគិតថាយើងគួ រតែរ៉ាប់រង នោះអ្ន កអាចស្នើសុំសេចក្តីសម្រេចលើការរ៉ាប់រងបាន (សូមមើល**ជំពូ កទី 9** នៃ*សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះ)។
  - ប្រសិនបើអ្ន ក និងវេជ្ជ បណ្ឌិតរបស់អ្ន ក ឬអ្ន កចេញវេជ្ជ បញ្ជា ដទៃទៀត គិតថាអ្ន កត្រូវការឱសថភ្លា មៗ (ក្នុងរយៈពេល 24 ម៉ោង) អ្ន កអាចស្នើសុំសេចក្តីសម្រេចលើការរ៉ាប់រងលឿនបាន (សូមមើល**ជំពូ កទី 9** នៃ*សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះ)។
- សូមផ្ញើឱ្យយើងនូវច្បាប់ចម្លងនៃបង្កាន់ដៃទទួលប្រាក់របស់អ្នក នៅពេលអ្នកស្នើឱ្យយើងបង់ប្រាក់ឱ្យអ្នកវិញ។ ក្នុងករណីខ្លះ យើងប្រហែលជាត្រូវការព័ត៌មានបន្ថែមពីវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក ឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាដទៃទៀត ដើម្បីបង់ប្រាក់ជូនអ្នកវិញសម្រាប់ការរួមចំណែកលើចំណាយរបស់យើងសម្រាប់ឱ្យ។ យើងមិនអាចបង់ប្រាក់ឱ្យអ្នកវិញនូវតម្លៃពេញដែលអ្នកបានបង់នោះទេ ប្រសិនបើតម្លៃដែលអ្នកបានបង់ខ្ពស់ជាងតម្លៃដែលបានចរចាគ្នារបស់យើងសម្រាប់ឱសថមានវេជ្ជបញ្ជានោះ។

នៅពេលអ្នកស្នើសុំការទូរទាត់ យើងនឹងធ្វើការពិនិត្យ និងសម្រេចថាសេវា ឬឱសថនោះគួរទទួលបានការរ៉ាប់រងដែរឬទេ។ នេះហៅថាជាការធ្វើ "សេចក្តីសម្រេចលើការរ៉ាប់រង"។ ប្រសិនបើយើងសម្រេចថាសេវា ឬឱសថគួរតែត្រូវបានរ៉ាប់រង យើងបង់ប្រាក់នៃចំណែករបស់យើងចំពោះថ្លៃចំណាយនោះ។

ប្រសិនបើយើងបដិសេធសំណើរបស់អ្នកសម្រាប់ការបង់ប្រាក់ អ្នកអាចប្តឹងតវ៉ាលើសេចក្តីសម្រេចរបស់យើង។ ដើម្បីស្វែងយល់ពីរបៀបដាក់ពាក្យបណ្តឹងតវ៉ា សូមមើល**ជំពូ កទី 9** នៃ*សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះ។

B. ការធ្វើសំណើសុំឱ្យយើងទូទាត់ប្រាក់

ធ្វើវិក្កយបត្ររបស់អ្នកមកយើង និងឯកសារបញ្ជាក់ពីការទូទាត់ប្រាក់នានាដែលអ្នកបានបង់រួចហើយសម្រាប់សេវា Medicare។ ភស្តុតាងនៃការទូទាត់ អាចជាច្បាប់ចម្លងនៃមូលប្បទានបត្រដែលអ្នកបានសរសេរ ឬបង្កាន់ដៃទទួលប្រាក់ពីអ្នកផ្តល់សេវា។ **យកល្អ ត្រូ វថតចម្ល ងវិក្ក យបត្រ និងបង្កា ន់ដៃទទួ លប្រាក់ដើម្បីជាកំណត់ត្រា របស់អ្ន ក។** អ្នកអាចស្នើសុំជំនួយពីអ្នកគ្រប់គ្រងការថែទាំរបស់អ្នក។ អ្នកគួរធ្វើពត៌មានរបស់អ្នកមកកាន់យើងក្នុងអំឡុងពេល 365 ថ្ងៃ ដោយរាប់ចាប់ពីកាលបរិច្ឆេទទទួលសេវា ទំនិញ ឬឱសថ។

ធ្វើសំណើសុំទូទាត់តាមប្រៃសណីយ៍ រួមជាមួយនឹងវិក្កយបត្រ ឬ បង្កាន់ដៃទទួលប្រាក់ណាមួយទៅអាសយដ្ឋាននេះ៖

L.A. Care Health Plan
Attn: Member Reimbursement Requests
P.O. Box 811610
Los Angeles, CA 90081

អ្នកក៏អាចហៅទូរសព្ទមកកាន់យើងសម្រាប់ការស្នើសុំទូទាត់ផងដែរ។ ហៅទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាសមាជិកតាមរយៈ 1-833-522-3767 (TTY: 711) 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ រួមទាំងថ្ងៃឈប់សម្រាក។ *អ្នកក៏អាចធ្វើសំណើសុំការទូទាត់តាមទូរសារ រួមជាមួយនឹងបង្កាន់ដៃរបស់អ្នកទៅកាន់លេខ 213-438-5012*

C. សេចក្តីសម្រេចលើការរ៉ាប់រង

នៅពេលយើងទទួ លបានសំណើសុំទូ ទាត់របស់អ្ន ក យើងនឹងធ្វើសេចក្តីសម្រេចលើការរ៉ាប់រង។ វាមានន័យថា យើងនឹងធ្វើការសម្រេចថាតើគម្រោងរបស់យើងរ៉ាប់រងសេវា សម្ភា រៈ ឬឱសថរបស់អ្ន កឬទេ។ យើងក៏សម្រេចចំនួនទឹកប្រាក់ដែរ បើមាន អ្នកត្រូវបង់។

- យើងនឹងជូនដំណឹងដល់អ្នកថាតើយើងត្រូវការព័ត៌មានបន្ថែមពីអ្នកឬទេ។
- ប្រសិនបើយើងសម្រេចថា គម្រោងរបស់យើងធានារ៉ាប់រងលើសេវា មុខទំនិញ ឬឱសថ ហើយអ្នកបានអនុវត្តតាមវិធានទាំងអស់ដើម្បីទទួលបានវា យើងនឹងបង់ប្រាក់ចំណែករបស់យើងសម្រាប់សេវានោះ។ ប្រសិនបើអ្នកបានបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវា ឬឱសថរួចហើយ យើងនឹងធ្វើមូលប្បទានបត្រតាមប្រៃសណីយ៍ទៅអ្នកសម្រាប់ថ្លៃចំណាយដែលអ្នកបង់ **ឬ** ចំណែករបស់យើង។ ប្រសិនបើអ្នកបានបង់ថ្លៃចំណាយទាំងស្រុងលើឱសថ នោះអ្នកប្រហែលជាមិនត្រូវបានសងសំណងវិញនូវចំនួនទឹកប្រាក់ពេញលេញដែលអ្នកបានបង់ថ្លៃនោះទេ (ឧទាហរណ៍ ប្រសិនបើអ្នកបានទទួលឱសថនៅឱសថស្ថានក្រៅបណ្តាញ ឬប្រសិនបើតម្លៃសាច់ប្រាក់ដែលអ្នកបានបង់ខ្ពស់ជាងតម្លៃដែលបានចរចាគ្នារបស់យើង)។ ប្រសិនបើអ្នកមិនទាន់បានបង់ប្រាក់ទេ យើងនឹងបង់ប្រាក់ដោយផ្ទាល់ទៅអ្នកផ្តល់សេវា។

ជំពូ កទី 3 នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះពន្យល់អំពីវិធានសម្រាប់ទទួលបានសេវាដែលបានរ៉ាប់រង។ **ជំពូ កទី 5** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះពន្យល់អំពីវិធានសម្រាប់ទទួលបានឱសថ Medicare ផ្នែក D ដែលបានរ៉ាប់រង។

- ប្រសិនបើយើងសម្រេចថាមិនបង់ចំណែករបស់យើងលើសេវា ឬឱសថទេ នោះយើងនឹងធ្វើលិខិតមួយច្បាប់ជូនអ្នកដោយជម្រាបជូនអំពីមូលហេតុ។ លិខិតនោះក៏នឹងពន្យល់អំពីសិទ្ធិរបស់អ្នកក្នុងការប្តឹងតវ៉ាផងដែរ។
- ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពីសេចក្តីសម្រេចលើការរ៉ាប់រង សូមមើល**ជំពូ កទី 9។**

D. បណ្តឹងតវ៉ា

ប្រសិនបើអ្នកគិតថាយើងមានកំហុសនៅក្នុងការច្រានចោលសំណើសុំទូទាត់ប្រាក់របស់អ្នក អ្នកអាចស្នើឱ្យយើងផ្លាស់ប្តូរសេចក្តីសម្រេចនេះបាន។ នេះត្រូវបានគេហៅថា "ការដាក់ពាក្យបណ្តឹងតវ៉ា។" អ្នកក៏អាចដាក់បណ្តឹងតវ៉ាបានផងដែរ បើអ្នកមិនយល់ព្រមលើចំនួនទឹកប្រាក់ដែលយើងបង់។

ដំណើរការបណ្តឹងតវ៉ាផ្លូវការមាននីតិវិធីលម្អិតនិងកាលបរិច្ឆេទកំណត់។ ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពីបណ្តឹងតវ៉ា សូមមើល៖ **ជំពូ កទី 9** នៃ*សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះ៖

- ដើម្បីធ្វើការប្តឹងទាមទារប្រាក់សំណងវិញលើសេវាថែទាំសុខភាព សូមមើល**ផ្នែ ក F**.
- ដើម្បីធ្វើការប្តឹងទាមទារប្រាក់សំណងលើសេវាថែទាំសុខភាព សូមមើល **ផ្នែ ក G**.

ជំពូកទី 8៖ សិទ្ធិ និងការទទួលខុសត្រូវរបស់អ្នក

សេចក្តីផ្តើម

ក្នុងជំពូកនេះ រួមបញ្ចូលសិទ្ធិ និងទំនួលខុសត្រូវរបស់អ្នក ក្នុងនាមជាសមាជិកម្នាក់នៃគម្រោងរបស់យើង។ យើងត្រូវតែគោរពសិទ្ធិរបស់អ្នក។ ពាក្យគន្លឹះ និងនិយមន័យរបស់ពាក្យទាំងនោះ គឺមានតាមលំដាប់អក្ខរក្រមក្នុងជំពូកចុងក្រោយនៃ*សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះ។

តារាងមាតិកា

A. អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានព័ត៌មាន និងសេវាក្នុងរបៀបណាមួយដែលស្របតាមតម្រូវការរបស់អ្នក.....184

B. ទំនួលខុសត្រូវរបស់យើងក្នុងការផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវការរ៉ាប់រងសេវា និងឱសថឱ្យបានទាន់ពេលវេលា.....195

C. ទំនួលខុសត្រូវរបស់យើងក្នុងការការពារព័ត៌មានសុខភាពផ្ទាល់ខ្លួនរបស់អ្នក (PHI).....196

C1. របៀបដែលយើងការពារ PHI របស់អ្នក.....196

C2. សិទ្ធិរបស់អ្នកដើម្បីមើលកំណត់ត្រាវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នក.....197

D. ទំនួលខុសត្រូវរបស់យើងក្នុងការផ្តល់ព័ត៌មានជូនអ្នក.....197

E អសមត្ថភាពរបស់អ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញដើម្បីចេញវិក្កយបត្រឱ្យអ្នកដោយផ្ទាល់.....198

F. សិទ្ធិរបស់អ្នកក្នុងការចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើង.....198

G. សិទ្ធិរបស់អ្នកក្នុងការសម្រេចចិត្តអំពីការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក.....199

G1. សិទ្ធិរបស់អ្នកដើម្បីដឹងអំពីជម្រើសនៃការព្យាបាលរបស់អ្នក និងធ្វើការសម្រេចចិត្ត.....199

G2. សិទ្ធិរបស់អ្នកក្នុងការនិយាយពីអ្វីដែលអ្នកចង់ឱ្យកើតឡើង បើអ្នកមិនអាចធ្វើសេចក្តីសម្រេចលើការថែទាំសុខភាពសម្រាប់ខ្លួនអ្នកផ្ទាល់ទេ.....199

G3. អ្វីដែលត្រូវធ្វើបើការណែនាំរបស់អ្នកមិនត្រូវបានអនុវត្តតាម.....200

H. សិទ្ធិរបស់អ្នកក្នុងការដាក់បណ្តឹងតវ៉ា និងស្នើឱ្យយើងពិចារណាឡើងវិញលើសេចក្តីសម្រេចរបស់យើង.....201

H1. អ្វីដែលត្រូវធ្វើទាក់ទងនឹងការព្យាបាលដោយអយុត្តិធម៌ឬដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែមអំពីសិទ្ធិរបស់អ្នក.....201

I. ទំនួលខុសត្រូវរបស់អ្នកក្នុងនាមជាសមាជិករបស់គម្រោង.....201

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

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

- To get information in a way that you can understand, call Member Services. Our plan has free interpreter services available to answer questions in different languages.

  Our plan can also give you materials in languages other than English including Arabic, Armenian, Chinese, Punjabi, Farsi, Korean, Russian, Spanish, Tagalog, Vietnamese and in formats such as large print, braille, or audio. To get materials in one of these alternative formats, please call Member Services or write to:
  L.A. Care Medicare Plus
  Attn: Member Services Department
  1055 West 7th Street
  Los Angeles, CA 90017

- You can ask that we always send you information in the language or format you need. This is called a standing request. We will keep track of your standing request so you do not need to make separate requests each time we send you information. To get this document in a language other than English and/or in an alternate format, please contact Member Services at (833) 522-3767, TTY: 711, 24 hours a day, 7 days a week, including holidays. A representative can help you make or change a standing request.

- Members have the right to make recommendations regarding the organization's member rights and responsibilities policy

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

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

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

Debemos asegurarnos de que **todos** los servicios se le brinden de una manera culturalmente competente y accesible. También debemos informarle sobre los beneficios de nuestro plan y sus derechos de una manera que pueda comprender. Debemos informarle sobre sus derechos cada año que sea miembro de nuestro plan.

- Para obtener información en una manera que pueda comprender, llame a Servicios para los Miembros. Nuestro plan cuenta con servicios gratuitos de interpretación para responder a las preguntas en diferentes idiomas.
- Los servicios de interpretación están disponibles. Para obtener los servicios de un intérprete, puede llamarnos al 1-833-522-3767 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos.
- Nuestro plan también puede brindarle materiales en otros idiomas además del inglés, incluyendo árabe, armenio, chino, punjabi, hindi, hmong, japonés, laosiano, mien, camboyano, farsi, coreano, ruso, español, tagalo, tailandés, ucraniano y vietnamita, y en formatos como letra grande, braille o audio. Para obtener materiales en uno de estos formatos alternativos, llame a Servicios para los Miembros o escriba a:

  L.A. Care Medicare Plus
  Attn: Member Services Department
  1200 West 7th Street
  Los Angeles, CA 90017

- Puede solicitar que siempre le enviemos la información en el idioma o formato que necesite. Esto se denomina “solicitud permanente”. Llevaremos un registro de su solicitud permanente para que no tenga que hacer solicitudes distintas cada vez que le enviemos información. Para obtener este documento en un idioma que no sea inglés o en un formato alternativo, llame a Servicios para los Miembros al (833) 522-3767, TTY: 711, las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos. Un representante puede ayudarle a realizar o modificar una solicitud permanente.
- Los miembros tienen derecho a hacer recomendaciones con respecto a la política de derechos y responsabilidades de los miembros de la organización.

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

- Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Oficina de Derechos Civiles de Medi-Cal al 916-440-7370. Los usuarios de la línea TTY deben llamar al 711.
- Departamento de Salud y Servicios Humanos, Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019. Los usuarios de la línea TTY deben llamar al 1-800-537-7697.

A. Ծառայություններ և եղեկություններ ձեզ հարմար ձևով ստանալու ձեր իրավունքը

Մենք պետք է երաշխավորենք, որ բոլոր ծառայությունները ձեզ տրամադրվում են մշակութային ձեռնհասությամբ և մատչելի կերպով: Մենք պետք է նաև տեղեկացնենք ձեզ մեր ծրագրի նպաստների և ձեր իրավունքների մասին ձեզ համար հասկանալի ձևով: Մենք պետք է տեղեկացնենք ձեզ ձեր իրավունքների մասին յուրաքանչյուր տարի, որ դուք ծրագրի անդամ եք:

- Ձեզ համար հասկանալի ձևով տեղեկություններ ստանալու համար զանգահարեք Անդամների սպասարկման բաժին: Մեր ծրագիրն ունի բանավոր թարգմանչական ծառայություններ, որոնք կարող են պատասխանել ձեր հարցերին տարբեր լեզուներով:
- Մատչելի են բանավոր թարգմանչական ծառայություններ: Բանավոր թարգմանիչ ստանալու համար պարզապես զանգահարեք մեզ 1-833-522-3767 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր, ներառյալ տոն օրերը:
- Մեր ծրագիրը կարող է ձեզ նյութեր տրամադրել անգլերենից բացի այլ լեզուներով, ներառյալ՝ արաբերեն, հայերեն, չինարեն, փենջաբերեն, հինդի, հմոնգ, ճապոներեն, լաոսերեն, միեն, կամբոջերեն, պարսկերեն, կորեերեն, ռուսերեն, իսպաներեն, տագալերեն, թայերեն, ուկրաիներեն և վիետնամերեն լեզուներով, ինչպես նաև հետևյալ ձևաչափերով՝ խոշոր տառատեսակով, բրեյլով կամ ձայնագրությամբ:
  Այս այլընտրանքային ձևաչափերից մեկով նյութեր ստանալու համար խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկման բաժին կամ գրել այստեղ՝

  L.A. Care Medicare Plus
  Attn: Member Services Department
  1200 West 7th Street
  Los Angeles, CA 90017
- Դուք կարող եք խնդրել, որ մենք միշտ ձեզ տեղեկություններ ուղարկենք ձեր ընտրած լեզվով կամ ձևաչափով: Սա կոչվում է մշտական խնդրանք: Մենք կհետևենք ձեր մշտական խնդրանքին, որպեսզի ամեն անգամ տեղեկություն ստանալիս առանձին խնդրանքներ չուղարկեք: Որպեսզի ստանաք այս փաստաթուղթը անգլերենից բացի մեկ այլ լեզվով և/կամ այլընտրանքային ձևաչափով, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկման բաժին՝ (833) 522-3767 հեռախոսահամարով, TTY՝ 711, օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր, ներառյալ տոն օրերը: Ներկայացուցիչը կարող է օգնել ձեզ մշտական խնդրանք կատարել կամ փոխել այն:
- Անդամներն իրավունք ունեն առաջարկություններ անել կազմակերպության անդամի իրավունքների և պարտականությունների քաղաքականության վերաբերյալ:

Եթե մեր ծրագրից տեղեկություններ ստանալու հետ կապված դժվարություններ ունեք՝ լեզվի հետ կապված խնդիրների կամ հաշմանդամության պատճառով, և ցանկանում եք բողոք ներկայացնել, զանգահարեք՝

- Medicare՝ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) հեռախոսահամարով: Դուք կարող եք զանգահարել օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր: TTY օգտագործողները պետք է զանգահարեն 1-877-486-2048 հեռախոսահամարով:
- Medi-Cal-ի Քաղաքացիական իրավունքների գրասենյակ՝ 916-440-7370 հեռախոսահամարով: TTY օգտագործողները պետք է զանգահարեն 711 հեռախոսահամարով:
- ԱՄՆ Առողջապահության և մարդու ծառայությունների բաժնի Քաղաքացիական իրավունքների գրասենյակ՝ 1-800-368-1019 հեռախոսահամարով: TTY օգտագործողները պետք է զանգահարեն 1-800-537-7697 հեռախոսահամարով:

A. សិទ្ធិរបស់អ្នកក្នុងការទទួលបានសេវាកម្ម និងព័ត៌មានស្របតាមតម្រូវការ

យើងត្រូវតែធានាថា **រាល់**សេវាកម្មទាំងអស់ត្រូវបានផ្តល់ជូនអ្នកស្របតាមសមត្ថភាពខាងផ្នែកវប្បធម៌ និងតាមលទ្ធភាពដែលអាចប្រើប្រាស់បាន។ យើងក៏ត្រូវប្រាប់អ្នកអំពីអត្ថប្រយោជន៍គម្រោងរបស់យើង និងសិទ្ធិរបស់អ្នកទៅតាមមធ្យោបាយដែលអ្នកអាចយល់បាន។ ជារៀងរាល់ឆ្នាំ យើងត្រូវប្រាប់អ្នកពីសិទ្ធិរបស់អ្នកនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើង។

- ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មាននេះតាមរបៀបណាមួយដែលអ្នកអាចយល់បាន សូមទូរសព្ទទៅកាន់ផ្នែកសេវាសមាជិក។ គម្រោងរបស់យើងមានសេវាបកប្រែផ្ទាល់មាត់ដោយឥតគិតថ្លៃ ដើម្បីឆ្លើយសំណួរនានាជាភាសាផ្សេងៗ។
- សេវាបកប្រែមាននៅទីនេះ។ ដើម្បីទទួលបានអ្នកបកប្រែ សូមទូរសព្ទមកយើងតាមរយៈលេខទូរសព្ទ 1-833-522-3767 (TTY: 711) 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ រួមទាំងថ្ងៃសម្រាក។
- គម្រោងរបស់យើងអាចផ្តល់ឯកសារជាភាសាផ្សេងៗក្រៅពីភាសាអង់គ្លេសរួមមាន ភាសាអារ៉ាប់ អាមេនី ចិន ពុនចាប៊ី ហិណ្ឌូ ម៉ុង ជប៉ុន ឡាវ មៀន កម្ពុជា ហ្វាស៊ី កូរ៉េ រុស្ស៊ី អេស្ប៉ាញ តាហ្គាឡុក ថៃ អ៊ុយក្រែន និងវៀតណាម រួមទាំងជាទម្រង់ផ្សេងៗ ដូចជាអក្សរពុម្ពធំ អក្សរសម្រាប់មនុស្សពិការភ្នែក ឬជាសំឡេង។ ដើម្បីទទួលបានឯកសារជាទម្រង់ណាមួយទាំងនេះ សូមទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាសមាជិក ឬសរសេរទៅកាន់៖

  L.A. Care Medicare Plus
  ផ្ញើទៅកាន់៖ ផ្នែកសេវាសមាជិក
  1200 West 7th Street
  Los Angeles, CA 90017

- ភាសា ឬទម្រង់ដែលអ្នកត្រូវការបានជានិច្ច។ ការស្នើសុំនេះហៅថាសំណើសុំដោយស្ម័យប្រវត្តិ។ យើងនឹងតាមដានសំណើសុំដោយស្ម័យប្រវត្តិរបស់អ្នក ដូច្នេះអ្នកមិនចាំបាច់ធ្វើសំណើដាច់ដោយឡែករាល់ពេលដែលយើងផ្ញើព័ត៌មានទៅអ្នកឡើយ។ ដើម្បីទទួលបានឯកសារនេះជាភាសាផ្សេងក្រៅពីភាសាអង់គ្លេស និង/ឬជាទម្រង់ផ្សេងទៀតនោះ សូមទាក់ទងផ្នែកសេវាសមាជិកតាមរយៈលេខទូរសព្ទ (833) 522-3767, TTY: 711, 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ រួមទាំងថ្ងៃឈប់សម្រាក។ អ្នកតំណាងអាចជួយអ្នកស្នើសុំ ឬផ្លាស់ប្តូរសំណើសុំដោយស្ម័យប្រវត្តិបាន។
- សមាជិកមានសិទ្ធិផ្តល់ការណែនាំទាក់ទងនឹងគោលនយោបាយស្តីពីសិទ្ធិនិងទំនួលខុសត្រូវសមាជិករបស់ស្ថាប័ន។

ប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហាពិបាកក្នុងការទទួលបានព័ត៌មានពីគម្រោងយើងដោយសារបញ្ហាភាសា ឬពិការភាព និងចង់ធ្វើការប្តឹងតវ៉ា សូមហៅទូរសព្ទទៅកាន់៖

- Medicare តាមរយៈលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)។ អ្នកអាចធ្វើការហៅទូរសព្ទបាន 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរតែទូរសព្ទទៅលេខ 1-877-486-2048។
- ការិយាល័យសិទ្ធិពលរដ្ឋរបស់ Medi-Cal តាមរយៈលេខ 916-440-7370។ អ្នកប្រើ TTY គួរតែទូរសព្ទទៅលេខ 711
- ក្រសួងសុខាភិបាលនិងសេវាមនុស្សជាតិសហរដ្ឋអាមេរិក ការិយាល័យសិទ្ធិពលរដ្ឋ តាមរយៈលេខ 1-800-368-1019។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរតែទូរសព្ទទៅកាន់លេខ 1-800-537-7697។

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

ما باید اطمینان حاصل کنیم که **همه** خدمات به شیوه‌ای قابل دسترس و متناسب با فرهنگ به شما ارائه می‌شود. ما باید شما را از حقوق و مزایای طرح ما به شیوه‌ای مطلع سازیم که برای شما قابل درک باشد. ما باید هر سال در صورت عضویت شما در طرح، حقوق‌تان را برای شما بازگو کنیم.

- برای کسب این اطلاعات با خدمات اعضاء تماس بگیرید. طرح ما از خدمات رایگان مترجم شفاهی برای پاسخ به سؤالات به زبان‌های مختلف برخوردار است.
- خدمات مترجم شفاهی موجود است. برای داشتن مترجم شفاهی، فقط کافی است با ما به شماره تلفن 1-833-522-3767 (TTY: 711) به صورت 24 ساعته و 7 روز هفته، از جمله تعطیلات، تماس بگیرید.
- طرح ما مطالب را به زبان‌های دیگر غیر از انگلیسی، از جمله عربی، ارمنی، چینی، پنجابی، هندی، همونگ، ژاپنی، لائوسی، مین، کامبوجی، فارسی، کره‌ای، روسی، اسپانیایی، تاگالوگ، تایلندی، اوکراینی و ویتنامی و در فرمت‌هایی مانند چاپ بزرگ، خط بریل یا صوتی نیز ارائه می‌دهد. جهت دریافت اقلام به یکی از این فرمت‌های جایگزین، لطفاً با خدمات اعضا تماس بگیرید یا مکاتبه کنید با:

  L.A. Care Medicare Plus
  Attn: Member Services Department
  1200 West 7th Street
  Los Angeles, CA 90017

- می‌توانید درخواست کنید همواره اطلاعات را به زبان یا در قالب موردنیازتان برای شما ارسال کنیم. این عمل را درخواست ثابت می‌نامند. ما درخواست ثابت شما را ثبت می‌کنیم تا نیاز نباشد در هر بار ارسال اطلاعات، درخواست جداگانه‌ای ارائه دهید. برای دریافت این سند به زبانی غیر از انگلیسی و/یا فرمتی دیگر، لطفاً در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته، از جمله تعطیلات، با خدمات اعضا به شمارهٔ 522-3767 (833)، TTY: 711 تماس بگیرید. نماینده خدمات اعضا می‌تواند رد ارائه یا تغییر درخواست ثابت به شما کمک کند.
- اعضاء حق دارند در مورد سیاست حقوق و مسئولیت‌های سازمان توصیه‌هایی را ارائه کنند.

اگر به دلیل مشکلات زبانی یا ناتوانی در دریافت اطلاعات از طرح ما مشکل دارید و می‌خواهید شکایت کنید، طبق اطلاعات زیر تماس بگیرید:

- Medicare به شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). می‌توانید در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.
- دفتر حقوق مدنی Medi-Cal به شماره 916-440-7370. کاربران TTY باید با شماره 711 تماس بگیرند
- اداره بهداشت و خدمات انسانی، دفتر حقوق مدنی به شماره 1-800-368-1019. کاربران TTY باید با شماره 1-800-537-7697 تماس بگیرند.

A. 가입자의 요구 사항에 부합하는 방식으로 서비스와 정보를 얻을 권리

당사는 가입자에게 제공되는 **모든** 서비스가 문화적으로 능숙하고 접근성이 좋은 방식으로 제공되도록 해야 합니다. 또한 가입자가 이해할 수 있는 방식으로 플랜의 혜택과 가입자의 권리를 알려야 할 의무도 있습니다. 가입자가 플랜에 가입한 이상 매년 가입자의 권리를 알려야 합니다.

- 정보를 이해하기 쉬운 방식으로 받으시려면 가입자 서비스부에 연락하십시오. 플랜에서 무료 통역사 서비스를 제공하여 다양한 언어로 질문에 답해드리고 있습니다.
- 무료 통역사 서비스가 제공됩니다. 통역사 서비스를 이용하려면 1-833-522-3767 (TTY: 711) 번으로 전화하기만 하면 됩니다. 이 전화는 하루 24시간, 연중무휴로 운영합니다(공휴일 포함).
- 플랜에서는 자료를 아랍어, 아르메니아어, 중국어, 펀자브어, 힌디어, 몽어, 일본어, 라오스어, 몐어, 캄보디아어, 크메르어, 한국어, 러시아어, 스페인어, 타갈로그어, 태국어, 우크라이나어와 베트남어 버전으로 작성된 대형 활자 인쇄, 점자 또는 오디오 등의 형식으로도 제공합니다. 이러한 대체 형식으로 자료를 받아보려면 가입자 서비스에 문의하거나 다음 우편 주소로 문의하시기 바랍니다.

  L.A. Care Medicare Plus
  Attn: Member Services Department
  1200 West 7th Street
  Los Angeles, CA 90017

- 언제든지 원하는 언어와 형식으로 정보를 요청할 수 있습니다. 이를 표준 요청이라고 합니다. 플랜에서는 정보를 보낼 때마다 별도 요청을 하지 않아도 될 수 있도록 귀하의 표준 요청을 기록할 것입니다. 이 문서를 영어 외의 다른 언어나 대체 형식으로 받아보고자 하는 경우, 가입자 서비스 (833)522-3767(TTY: 711)번으로 문의하십시오. 이 전화는 하루 24시간, 연중무휴로 운영합니다(공휴일 포함). 담당자가 표준 요청을 만들거나 변경하는 데 도움을 드릴 것입니다.
- 가입자에게는 당사의 가입자 권리 및 책임 규정에 관해 추천안을 제시할 권리가 있습니다.

언어 문제나 장애로 인해 플랜에서 정보를 얻는 데 어려움을 겪었고 이에 따라 불만을 제기하고자 하는 경우, 다음 전화번호로 문의하십시오.

- Medicare에 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)번으로 문의하십시오. 이 전화는 24 시간, 연중무휴 언제든 이용하셔도 됩니다. TTY 이용자는 1-877-486-2048번으로 전화하십시오.
- Medi-Cal 인권국 번호는 916-440-7370입니다. TTY 이용자는 711번으로 전화하십시오.
- 미국 보건 사회복지부 인권국에 1-800-368-1019번으로 문의하십시오. TTY 이용자는 1-800-537-7697번으로 전화하십시오.

A. Ваше право на получение информации в соответствии с вашими потребностями

Мы должны удостовериться, что **все** услуги предоставляются вам культурно компетентным и доступным образом. Мы должны уведомлять вас о льготах в рамках плана и о ваших правах так, чтобы было вам понятно. Мы обязаны разъяснять вам ваши права каждый год, в течение которого вы являетесь участником нашего плана.

- Для получения информации наиболее понятным для вас способом позвоните в отдел обслуживания участников плана. Наш план предлагает бесплатные услуги устного переводчика, чтобы отвечать на вопросы на разных языках.
- Услуги устного перевода предоставляются бесплатно. Чтобы воспользоваться услугами устного переводчика, просто позвоните нам по телефону 1-833-522-3767 (линия TTY: 711) круглосуточно, ежедневно, включая праздничные дни.
- Наш план также может предоставлять вам материалы на других языках, кроме английского, включая арабский, армянский, китайский, пенджаби, хинди, хмонг, японский, лаосский, миен, камбоджийский, фарси, корейский, русский, испанский, тагальский тайский, украинский и вьетнамский, а также в других форматах. например, крупный шрифт, шрифт Брайля или аудио. Чтобы получить материалы в одном из этих альтернативных форматов, позвоните в Службу поддержки участников или напишите по адресу:

  L.A. Care Medicare Plus
  Attn: Member Services Department
  1200 West 7th Street
  Los Angeles, CA 90017
- Вы можете попросить, чтобы мы всегда отправляли вам информацию на нужном вам языке или в формате. Это называется постоянным запросом. Мы будем отслеживать ваш постоянный запрос, поэтому вам не придется делать отдельные запросы каждый раз, когда мы отправляем вам информацию. Чтобы получить этот документ на языке, отличном от английского, и/или в альтернативном формате, обратитесь в Службу поддержки участников по телефону (833) 522-3767, линия TTY 711, круглосуточно, ежедневно, включая праздничные дни. Представитель может помочь вам составить или изменить постоянный запрос.
- У участников есть право вносить рекомендации, касающиеся правил о правах участников организации и их обязанностей.

Если вам трудно получить информацию от нашего плана по причине языкового барьера или инвалидности, и вы хотите подать жалобу, позвоните:

- в программу Medicare: 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Вы можете звонить круглосуточно и ежедневно. Пользователям линии TTY следует звонить по номеру 1-877-486-2048.
- в офис Управления по гражданским правам программы Medi-Cal по телефону 916-440-7370. Пользователям линии TTY следует звонить 711. Пользователям линии TTY следует звонить по номеру 711.
- Звоните в Управление по гражданским правам Министерства здравоохранения и социального обеспечения по телефону 1-800-368-1019. Линия TTY: 1-800-537-7697.

A. Ang inyong karapatang makakuha ng mga serbisyo at impormasyon sa paraan na tumutugon sa mga pangangailangan ninyo

Dapat naming tiyaking naibibigay sa inyo ang **lahat** ng serbisyo sa paraang isinasaalang-alang ang kultura at madaling i-access. Dapat naming sabihin sa inyo ang tungkol sa mga benepisyo ng aming plano at ang inyong mga karapatan sa paraan na maiintindihan ninyo. Dapat naming sabihin sa inyo ang tungkol sa inyong mga karapatan bawat taon na kayo ay nasa aming plano.

- Pero kumuha ng impormasyon sa isang paraan na maiintindihan ninyo, tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro. Ang aming plano ay may mga libreng serbisyo ng interpreter na magagamit para sagutin ang mga tanong sa iba't ibang wika.
- Mayroong mga serbisyo ng pagsasalin-wika. Pero makakuha ng interpreter, tawagan lang kami sa 1-833-522-3767 (TTY: 711), 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo, kasama ang mga holiday.
- Maaari ding magbigay sa inyo ang aming plano ng mga materyales sa mga wika maliban sa Ingles kabilang ang Arabic, Armenian, Chinese, Punjabi, Hindi, Hmong, Japanese, Laotian, Mien, Cambodian, Farsi, Korean, Russian, Spanish, Tagalog Thai, Ukrainian at Vietnamese at sa mga format tulad ng malalaking titik, braille, o audio. Para makakuha ng mga materyales sa isa sa mga alternatibong format na ito, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro o sumulat sa:

  L.A. Care Medicare Plus
  Attn: Member Services Department
  1200 West 7th Street
  Los Angeles, CA 90017
- Maaari mong hilingin na palagi kaming magpadala sa iyo ng impormasyon sa wika o format na kailangan mo. Tinatawag itong nagpapatuloy na kahilingan (standing request). Susubaybayan namin ang iyong kasalukuyang kahilingan para hindi mo kailangang gumawa ng hiwalay na mga kahilingan sa tuwing magpapadala kami sa iyo ng impormasyon. Para makuha ang dokumentong ito sa isang wika maliban sa Ingles at/o sa isang alternatibong format, mangyaring makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo sa Miyembro sa (833) 522-3767, TTY: 711, 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo, kasama ang mga holiday. Matutulungan ka ng isang kinatawan na gumawa o magbago ng isang nagpapatuloy na kahilingan.
- Ang mga miyembro ay may karapatang gumawa ng mga rekomendasyon tungkol sa patakaran sa mga karapatan at responsibilidad ng miyembro ng organisasyon.

Kung nahihirapan kayong makakuha ng impormasyon mula sa aming plano dahil sa mga problema sa wika o kapansanan at gusto ninyong magsampa ng reklamo, tumawag sa:

- Medicare sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Puwede kang tumawag nang 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo. Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 1-877-486-2048.
- Tanggapan para sa Mga Karapatang Sibil ng Medi-Cal sa 916-440-7370. Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 711
- Departamento ng Mga Serbisyong Pangkalusugan at Pantao ng U.S, Tanggapan para sa Mga Karapatang Sibil sa 1-800-368-1019. Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 1-800-537-7697.

A. 您有權以符合您需求的方式獲得服務和資訊

我們必須確保以符合您文化背景且無障礙的方式為您提供**所有**服務。我們也必須以您能理解的方式告訴您本計劃的福利和您的權利。在您參加我們計劃的期間，我們每年皆必須向您說明您的權利。

- 如要獲得以您能理解的方式提供的資訊，請致電會員服務部。本計劃有免費的口譯服務，可以使用不同語言回答問題。
- 您可使用口譯服務。若需要使用口譯員，您只需致電 1-833-522-3767 (TTY: 711) 與我們聯絡即可，服務時間為每週 7 天，每天 24 小時（包含假日）。
- 本計劃也可以為您提供英文以外之其他語言版本的資料，包括阿拉伯文版、亞美尼亞文版、中文版、旁遮普文版、印地文版、苗文版、日文版、寮文版、勉語版、柬埔寨文版、波斯文版、韓文版、俄文版、西班牙文版、塔加拉文版、泰文版、烏克蘭文版和越南文版以及諸如大字版、盲文版或語音版等格式。如欲取得上述其中一種替代格式的資料，請致電與會員服務部聯絡或寫信至：

  L.A. Care Medicare Plus
  Attn: Member Services Department
  1200 West 7th Street
  Los Angeles, CA 90017

  您可要求我們永遠寄您所需之語言版本或格式的資訊給您。這稱為長期申請。我們會將您的長期申請記錄下來，這樣您就不需在我們每次寄資訊給您時均提出個別的申請。如欲取得本文件英文以外的其他語言版本和／或替代格式，請致電 (833) 522-3767、TTY: 711 與會員服務部聯絡，服務時間為每週 7 天，每天 24 小時（包含假日）。代表可協助您提出或變更長期申請。
- 會員有權針對組織的會員權利與責任政策提出建議。

如果您因語言或殘障問題在獲取我們計劃提供的資訊方面遇到困難並想提出投訴，請致電：

- Medicare，電話號碼為 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。您每週 7 天，每天 24 小時均可致電。TTY 使用者請致電 1-877-486-2048。
- Medi-Cal 民權辦公室電話 916-440-7370。TTY 使用者請致電 711

- 請致電 1-800-368-1019 與美國衛生及公共服務部民權辦公室聯絡。TTY 使用者請致電 1-800-537-7697。

A. Quý vị có quyền được nhận dịch vụ và thông tin theo cách đáp ứng nhu cầu của quý vị

Chúng tôi phải đảm bảo **tất cả** các dịch vụ được cung cấp cho quý vị theo cách có thể tiếp cận và phù hợp về mặt văn hóa. Chúng tôi phải cho quý vị biết các quyền lợi của chương trình chúng tôi và quyền của quý vị theo cách mà quý vị có thể hiểu được. Chúng tôi phải cho quý vị biết quyền của quý vị mỗi năm khi quý vị tham gia chương trình chúng tôi.

- Để được cấp thông tin bằng những hình thức quý vị hiểu được, xin gọi cho ban Dịch Vụ Hội Viên. Chương trình chúng tôi hiện có dịch vụ thông dịch miễn phí để giải đáp các thắc mắc bằng các ngôn ngữ khác nhau.
- Hiện có dịch vụ thông dịch. Để yêu cầu thông dịch viên, chỉ cần gọi chúng tôi theo số 1-833-522-3767 (TTY: 711), 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần, kể cả ngày lễ.
- Chương trình của chúng tôi cũng có thể cung cấp cho quý vị tài liệu bằng các ngôn ngữ khác ngoài tiếng Anh bao gồm tiếng Ả Rập, tiếng Armenia, tiếng Hoa, tiếng Punjabi, tiếng Hindi, tiếng Hmong, tiếng Nhật, tiếng Lào, tiếng Miên, tiếng Campuchia, tiếng Farsi, tiếng Hàn, tiếng Nga, tiếng Tây Ban Nha, tiếng Tagalog, tiếng Thái, tiếng Ukraina và tiếng Việt và ở các định dạng như chữ in lớn, chữ nổi hoặc âm thanh. Để có được tài liệu ở một trong những định dạng thay thế này, vui lòng gọi cho ban Dịch Vụ Hội Viên hoặc viết thư cho:

  L.A. Care Medicare Plus
  Attn: Member Services Department
  1200 West 7th Street
  Los Angeles, CA 90017
- Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi luôn gửi cho quý vị thông tin bằng ngôn ngữ hoặc định dạng quý vị cần. Đây được gọi là yêu cầu thường trực. Chúng tôi sẽ theo dõi yêu cầu thường trực của quý vị để quý vị không cần phải thực hiện các yêu cầu riêng biệt mỗi khi chúng tôi gửi thông tin cho quý vị. Để nhận tài liệu này bằng ngôn ngữ khác ngoài tiếng Anh và/hoặc ở định dạng thay thế, vui lòng liên lạc với ban Dịch Vụ Hội Viên theo số (833) 522-3767, TTY: 711, 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần, kể cả ngày lễ. Một nhân viên đại diện có thể giúp quý vị thực hiện hoặc thay đổi một yêu cầu thường trực.
- Hội viên có quyền đưa ra các đề nghị liên quan đến chính sách về quyền và trách nhiệm của hội viên thuộc tổ chức

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

- Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Quý vị có thể gọi 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần. Người dùng TTY cần gọi 1-877-486-2048.
- Văn Phòng Dân Quyền của Medi-Cal theo số 1-916-440-7370. Người dùng TTY vui lòng gọi 711.

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

A. حقك في الحصول على الخدمات والمعلومات بطريقة تلبي احتياجاتك

يجب أن نتأكد من تقديم **كافة** الخدمات لك بطريقة ملائمة ثقافيًا ويمكن الوصول إليها. يجب أن نخبرك عن مزاياك في الخطة وحقوقك بطريقة يمكنك فهمها. يجب أن نخبرك عن حقوقك كل سنة تكون فيها عضواً في خطتنا.

- للحصول على معلومات بطريقة يمكنك فهمها، اتصل بخدمات الأعضاء. تتضمن خطتنا خدمات مترجم فوري مجانية متاحة للإجابة على أسئلة بلغات مختلفة.
- خدمات الترجمة الفورية متوفرة. وللحصول على خدمة مترجم فوري، فقط اتصل بنا على الرقم (TTY: 711) 1-833-522-3767، على مدار 24 ساعة يوميًا و7 أيام في الأسبوع، بما في ذلك العطلات.
- يمكن أن توفر لك خطتنا أيضًا مواد بلغات أخرى غير الإنجليزية بما في ذلك العربية والأرمنية والصينية والبنجابية والهندية والهمونغ واليابانية واللاوسية والمينية والكمبودية والفارسية والكورية والروسية والإسبانية والتاغالوغية والتايلاندية والأوكرانية والفيتنامية وبتنسيقات مثل الطباعة بأحرف الكبيرة أو طريقة برايل للمكفوفين أو ملف صوتي. للحصول على مواد بأحد هذه التنسيقات البديلة، يرجى الاتصال مع خدمات الأعضاء أو الكتابة إلى:

  برنامج L.A. Care Medicare Plus
  Attn: Member Services Department
  West 7th Street 1200
  Los Angeles, CA 90017

- يمكنك أن تطلب منا أن نرسل لك دائمًا المعلومات باللغة أو التنسيق الذي تريده. وهذا ما يسمى بالطلب الدائم. وسنقوم بتتبع طلبك الدائم حتى لا تحتاج إلى تقديم طلبات منفصلة في كل مرة نرسل إليك فيها معلومات. للحصول على هذه الوثيقة بلغة غير الإنجليزية و/أو بتنسيق بديل، يرجى الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم TTY: 711، 522-3767 (833)، على مدار 24 ساعة في اليوم، 7 أيام في الأسبوع، بما في ذلك أيام العطلات. يمكن للممثل مساعدتك في تقديم طلب دائم أو تغييره.
- يحق للأعضاء تقديم توصيات بشأن سياسة حقوق ومسؤوليات أعضاء المنظمة.

إذا كنت تواجه مشكلة في الحصول على معلومات من برنامجنا بسبب مشكلات لغوية أو إعاقة وتريد تقديم شكوى، اتصل مع:

- برنامج Medicare على .(1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE يمكنك الاتصال على مدار 24 ساعة و 7 أيام في الأسبوع. ينبغى لمستخدمي TTY الاتصال على رقم 1-877-486-2048.
- مكتب Medi-Cal للحقوق المدنية على 916-440-7370. يجب على مستخدمي TTY الاتصال على رقم 711
- مكتب الحقوق المدنية التابع لوزارة الصحة والخدمات البشرية الأمريكية على الرقم 1-800-368-1019. يجب على مستخدمي TTY الاتصال بالرقم 1-800-537-7697.

B. ទំនួលខុសត្រូវរបស់យើងក្នុងការផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវការរ៉ាប់រងសេវានិងឱសថទាន់ពេលវេលា

អ្នកមានសិទ្ធិក្នុងនាមជាសមាជិកនៃគម្រោងរបស់យើង។

- អ្នកមានសិទ្ធិក្នុងការជ្រើសរើសអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំបឋម (primary care provider, PCP) ក្នុងបណ្តាញរបស់យើង។ អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំក្នុងបណ្តាញ គឺជាអ្នកផ្តល់សេវាដែលធ្វើការជាមួយពួកយើង។ អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានបន្ថែមអំពីអ្នកផ្តល់សេវាប្រភេទណាដែលអាចបំពេញមុខងារជា PCP និងរបៀបនៃការជ្រើសរើស PCP នៅក្នុង**ជំពូកទី 3** នៃ*សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះ។
    - ហៅទូរសព្ទទៅកាន់ផ្នែកសេវាសមាជិក ឬមើលនៅក្នុង *សៀវភៅអាសយដ្ឋានឱសថស្ថាននិងអ្នកផ្តល់សេវា* ដើម្បីស្វែងយល់ថាតើអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ និងវេជ្ជបណ្ឌិតណាមួយដែលកំពុងទទួលយកអ្នកជំងឺថ្មី។
- អ្នកមានសិទ្ធិទៅជួបអ្នកឯកទេសសុខភាពរបស់ស្ត្រី ដោយមិនមានការបញ្ជូនបន្តឡើយ។ ការបញ្ជូនបន្ត គឺការឯកភាពពី PCP របស់អ្នក ដើម្បីប្រើប្រាស់អ្នកផ្តល់សេវាដែលមិនមែនជា PCP របស់អ្នក។
- អ្នកមានសិទ្ធិក្នុងការទទួលបានសេវាដែលបានរ៉ាប់រងពីអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ ក្នុងរយៈពេលសមស្រប។
    - នេះរួមមានសិទ្ធិក្នុងការទទួលបានសេវាទាន់ពេលវេលាពីអ្នកឯកទេស។
    - បើអ្នកមិនអាចទទួលបានសេវាក្នុងរយៈវេលាសមស្របមួយទេ យើងត្រូវតែបង់ថ្លៃថែទាំក្រៅបណ្តាញ។
- អ្នកមានសិទ្ធិក្នុងការទទួលបានសេវា ឬការថែទាំសង្គ្រោះបន្ទាន់ដែលត្រូវការចាំបាច់ជាបន្ទាន់ ដោយមិនចាំបាច់មានការឯកភាពជាមុនឡើយ (Prior Approval, PA)។
- អ្នកមានសិទ្ធិក្នុងការទទួលបានឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកនៅឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញណាមួយរបស់យើង ដោយមិនមានការពន្យាពេលយូរឡើយ។
- អ្នកមានសិទ្ធិដឹងថាតើអ្នកអាចប្រើប្រាស់អ្នកផ្តល់សេវាក្រៅបណ្តាញបាននៅពេលណា។ ដើម្បីស្វែងយល់អំពីអ្នកផ្តល់ក្រៅបណ្តាញ សូមមើល**ជំពូកទី 3** នៃ*សៀវភៅណែនាំសមាជិក*។
- ពេលដែលអ្នកចូលរួមក្នុងគម្រោងរបស់យើងជាឡើងដំបូង អ្នកមានសិទ្ធិក្នុងការរក្សាទុកអ្នកផ្តល់សេវាបច្ចុប្បន្នរបស់អ្នក និងការអនុញ្ញាតលើសេវារហូតដល់រយៈពេល 12 ខែ ប្រសិនបើបំពេញតាមលក្ខខណ្ឌជាក់លាក់មួយចំនួន។ ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពីការរក្សាអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក និងការអនុញ្ញាតសេវា សូមមើល**ជំពូកទី 1** នៃ*សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះ។
- អ្នកមានសិទ្ធិក្នុងការសម្រេចអំពីការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក ដោយមានជំនួយពីក្រុមផ្តល់ការថែទាំ និងអ្នកចាត់ចែងការថែទាំរបស់អ្នក។

ជំពូកទី 9 នៃ*សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះប្រាប់ពីអ្វីដែលអ្នកអាចធ្វើបាន ប្រសិនបើអ្នកគិតថាអ្នកកំពុងទទួលបានសេវា ឬឱសថ ក្នុងរយៈពេលមួយដែលមិនសមស្រប។ វាក៏នឹងប្រាប់អំពីអ្វីដែលអ្នកត្រូវធ្វើ ប្រសិនបើយើងបដិសេធសេវា ឬឱសថរបស់អ្នក ឬក្នុងករណីដែលអ្នកមិនយល់ស្របចំពោះការសម្រេចចិត្តរបស់យើងផងដែរ។

C. ទំនួលខុសត្រូវរបស់យើងក្នុងការការពារព័ត៌មានសុខភាពផ្ទាល់ខ្លួនរបស់អ្នក (PHI)

យើងការពារ ព័ត៌មានសុខភាពត្រូវបានការពារ (Protected Health Information, PHI) របស់អ្នក ដូចបានតម្រូវដោយច្បាប់សហព័ន្ធនិងច្បាប់រដ្ឋ។

PHI របស់អ្នករួមបញ្ចូលព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួនដែលអ្នកបានផ្តល់ក្នុងអំឡុងពេលចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងរបស់យើងផងដែរ។ វាក៏រួមបញ្ចូលធាតុដែរនូវកំណត់ត្រាសុខភាពរបស់អ្នក ព្រមទាំងព័ត៌មានវេជ្ជសាស្ត្រ និងសុខភាពផ្សេងទៀត។

អ្នកមានសិទ្ធិលើព័ត៌មានរបស់អ្នក និងមានសិទ្ធិគ្រប់គ្រងពីរបៀបដែល ព័ត៌មានសុខភាពត្រូវបានការពារ (Protected Health Information, PHI) របស់អ្នកត្រូវបានប្រើប្រាស់។ យើងផ្តល់នូវសេចក្តីជូនដំណឹងជាលាយលក្ខណ៍អក្សរដែលណែនាំអ្នកអំពីសិទ្ធិទាំងនេះ ហើយនឹងពន្យល់អំពីរបៀបដែលយើងការពារឯកជនភាពនៃ PHI របស់អ្នក។ សេចក្តីជូនដំណឹងនេះត្រូវបានឱ្យឈ្មោះថា "សេចក្តីជូនដំណឹងនៃការអនុវត្តន៍ភាពឯកជន"។

សមាជិកដែលប្រហែលជាយល់ព្រមទទួលសេវាដែលពាក់ព័ន្ធឯកជនភាព គឺមិនចាំបាច់ទទួលបានការអនុញ្ញាតពីសមាជិកណាម្នាក់ដើម្បីទទួល សេវាដែលពាក់ព័ន្ធឯកជនភាព ឬដើម្បីដាក់ពាក្យបណ្តឹងទាមទារសម្រាប់សេវាដែលពាក់ព័ន្ធឯកជនភាព។ L.A. Care Medicare Plus នឹងធ្វើការជជែកគ្នាអំពីសេវាដែលពាក់ព័ន្ធនឹងឯកជនភាពដោយផ្ទាល់ ទៅកាន់អាសយដ្ឋានប្រៃសណីយ៍ អាសយដ្ឋានអ៊ីមែល ឬលេខទូរសព្ទជម្រើសជំនួសដែលសមាជិកនោះបានកំណត់ ឬប្រសិនក្នុងករណីដែលអាសយដ្ឋានបែបនេះមិនត្រូវបានកំណត់នោះទេ យើងនឹងធ្វើទៅកាន់ឈ្មោះសមាជិកនៅអាសយដ្ឋាន ឬលេខទូរសព្ទនៅលើឯកសារ។ L.A. Care Medicare Plus នឹងមិនបង្ហាញព័ត៌មានវេជ្ជសាស្ត្រទាក់ទងនឹងសេវាដែលពាក់ព័ន្ធឯកជនភាពដល់សមាជិកផ្សេងទៀត ដោយគ្មានការអនុញ្ញាតជាលាយលក្ខណ៍អក្សរពីសមាជិកដែលកំពុងទទួលការថែទាំនោះទេ។ L.A. Care Medicare Plus នឹងជួយសម្រួលលើសំណើសម្រាប់ការទំនាក់ទំនងសម្ងាត់ជាទម្រង់ និងទ្រង់ទ្រាយដែលបានស្នើសុំ ប្រសិនបើវាអាចធ្វើបានតាមទម្រង់ និងទ្រង់ទ្រាយដែលបានស្នើសុំ ឬធ្វើទៅទីតាំងជំនួសផ្សេងទៀតណាមួយ។ សំណើរបស់សមាជិកសម្រាប់ការទំនាក់ទំនងសម្ងាត់ទាក់ទងនឹងសេវាដែលពាក់ព័ន្ធឯកជនភាពនឹងមានសុពលភាពរហូតដល់សមាជិកលុបចោលសំណើ ឬដាក់សំណើថ្មីសម្រាប់សេវាដែលពាក់ព័ន្ធឯកជនភាព។

គម្រោងនេះអាចតម្រូវឱ្យសមាជិកធ្វើការស្នើសុំទំនាក់ទំនងសម្ងាត់ជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ ឬដោយការបញ្ជូនតាមអេឡិចត្រូនិក។

C1. របៀបយើងការពារ PHI របស់អ្ន ក

យើងធានាថា គ្មាននរណាម្នាក់ដែលមើល ឬផ្លាស់ប្តូរកំណត់ត្រារបស់អ្នកនោះទេ។

លើកលែងសម្រាប់ករណីដែលបានកត់សម្គាល់ខាងក្រោម យើងមិនផ្តល់ព័ត៌មានសុខភាពរបស់អ្នកទៅអ្នកណាម្នាក់ដែលមិនកំពុងផ្តល់ការថែទាំរបស់អ្នក ឬកំពុងបង់ថ្លៃលើការថែទាំរបស់អ្នកឡើយ។ បើយើងធ្វើ យើងត្រូវតែទទួលការអនុញ្ញាតជាលាយលក្ខណ៍អក្សរពីអ្នកជាមុនសិន។ អ្នក ឬអ្នកណាម្នាក់ដែលមានសិទ្ធិស្របច្បាប់ដើម្បីធ្វើការសម្រេចចិត្តសម្រាប់អ្នក អាចផ្តល់ការអនុញ្ញាតជាលាយលក្ខណ៍អក្សរបាន។

ជួនកាល យើងមិនត្រូវការការយល់ព្រមជាលាយក្ខណ៍អក្សរពីអ្នកមុននោះទេ។ ករណីលើកលែងទាំងនេះ ត្រូវបានអនុញ្ញាត ឬតម្រូវដោយច្បាប់៖

- យើងត្រូវផ្តល់ព័ត៌មានសុខភាពទៅកាន់ភ្នាក់ងាររដ្ឋាភិបាល ក្នុងការពិនិត្យគុណភាពគម្រោងថែទាំរបស់យើង។
- យើងអាចបញ្ចេញ PHI បាន ប្រសិនបើត្រូវបានបង្គាប់ដោយតុលាការ ប៉ុន្តែលុះត្រាតែវាត្រូវបានអនុញ្ញាតដោយច្បាប់រដ្ឋកាលីហ្វ័រនីញ៉ា។
- យើងត្រូវតែផ្ត ល់ PHI របស់អ្ន កដល់ Medicare រួមទាំងព័ត៌មានអំពីឱសថ Medicare ផ្នែ ក D របស់អ្ន ក។ ប្រសិនបើ Medicare បញ្ចេ ញ PHI របស់អ្ន កសម្រាប់ការស្រាវជ្រាវ ឬការប្រើប្រាស់ផ្សេងទៀត ពួ កគេនឹង

ត្រូវធ្វើឡើងដោយយោងតាមច្បាប់សហព័ន្ធ។ ប្រសិនបើអ្នកមានការរ៉ាប់រងទាំង Medicare និង Medi-Cal ដើម្បីបម្រើសេវា និងជួយឱ្យការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នកប្រសើរជាងមុន យើងអាចនឹងផ្តល់ព័ត៌មានសុខភាពរបស់អ្នកទៅដល់ Medi-Cal។ ប្រសិនបើ Medi-Cal បញ្ចេញ ឬប្រើប្រាស់ព័ត៌មានរបស់អ្នក វានឹងត្រូវបានធ្វើឡើងដោយយោងតាមច្បាប់សហព័ន្ធ។ តាមដែលច្បាប់បានតម្រូវ នៅពេលដៃគូពាណិជ្ជកម្មរបស់យើងធ្វើការជាមួយយើង គេក៏ត្រូវតែការពារភាពឯកជននៃ PHI ណាមួយ ដែលយើងចែករំលែកជាមួយគេដែរ និងក៏មិនបានអនុញ្ញាតឱ្យផ្តល់ជូន PHI ទៅមនុស្សផ្សេងៗឡើយ លើកលែងតែ ជាការតម្រូវតាមច្បាប់ និងតាមសេចក្តីជូនដំណឹងនេះ។

C2. សិទ្ធិរបស់អ្នកដើម្បីមើលកំណត់ត្រាវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នក

- អ្នកមានសិទ្ធិក្នុងការពិនិត្យមើលកំណត់ត្រាវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នក និងទទួលបានច្បាប់ចម្លងនៃកំណត់ត្រារបស់អ្នក។
- អ្នកមានសិទ្ធិក្នុងការស្នើឱ្យយើងធ្វើបច្ចុប្បន្នភាព ឬកែតម្រូវកំណត់ត្រាវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នក។ ប្រសិនបើអ្នកស្នើឱ្យយើងធ្វើរឿងនេះ យើងធ្វើការជាមួយអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក ដើម្បីសម្រេចថាតើការផ្លាស់ប្តូរគួរតែត្រូវបានធ្វើដែរឬទេ។
- អ្នកមានសិទ្ធិដឹងរបៀប និងថាតើយើងចែករំលែក PHI របស់អ្នកជាមួយអ្នកដទៃសម្រាប់គោលបំណងណាមួយដែលមិនមែនជាការធ្វើជាប្រចាំ។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ ឬក្តីកង្វល់ផ្សេងៗអំពីភាពឯកជននៃព័ត៌មានសុខភាពផ្ទាល់ខ្លួនរបស់អ្នក ហៅទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាសមាជិក។

D. អ្នកអាចស្វែងរយល់បន្ថែមអំពីសិទ្ធិឯកជនរបស់អ្នក ដោយស្នើសុំច្បាប់ចម្លងនៃសេចក្តីជូនដំណឹងនៃការអនុវត្តន៍ភាពឯកជន (NOPP)។ NOPP មាននៅលើគេហទំព័ររបស់យើង (medicare.lacare.org) ឬដោយហៅទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាសមាជិក។ ទំនួលខុសត្រូវរបស់យើងក្នុងការផ្តល់ព័ត៌មានជូនអ្នក

ក្នុងនាមជាសមាជិកនៃគម្រោងរបស់យើង អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានព័ត៌មានពីយើងអំពីគម្រោង ឬអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញរបស់យើង និងសេវារ៉ាប់រងរបស់អ្នកផងដែរ។

ប្រសិនបើអ្នកមិននិយាយភាសាអង់គ្លេស យើងមានអ្នកបកប្រែសម្រាប់ឆ្លើយរាល់សំណួររបស់អ្នកទាក់ទងនឹងគម្រោងរបស់យើង។ ដើម្បីទទួលបានអ្នកបកប្រែ សូមហៅទូរសព្ទទៅកាន់ផ្នែកសេវាសមាជិក។ នេះគឺជាសេវាឥតគិតថ្លៃសម្រាប់អ្នក។ អ្នកអាចទទួលបានឯកសារសម្រាប់សមាជិកដោយឥតគិតថ្លៃជាភាសាដទៃទៀត ដូចជាភាសាអារ៉ាប់ អាម៉ានី ចិន កូរ៉េ ខ្មែរ ហ្វាស៊ី រុស្សី អេស្ប៉ាញ តាហ្គាឡុក និងវៀតណាម។ យើងក៏អាចផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវព័ត៌មានជាអក្សរពុម្ពធំៗ អក្សរសម្រាប់ជនពិការភ្នែក និងជាសំឡេងផងដែរ។

ប្រសិនបើអ្នកចង់បានព័ត៌មានណាមួយដូចខាងក្រោម ហៅទូរសព្ទទៅកាន់ផ្នែកសេវាសមាជិក៖

- របៀបជ្រើសរើស ឬផ្លាស់ប្តូរគម្រោង
- គម្រោងរបស់យើងរួមមាន៖
  - ព័ត៌មានហិរញ្ញវត្ថុ
  - របៀបដែលសមាជិកគម្រោងបានវាយតម្លៃពួកយើង

- ចំនួនបណ្តឹងតវ៉ាដែលបានធ្វើឡើយដោយសមាជិក
- របៀបចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើង

- អ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញរបស់យើង និងឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញរបស់យើង រួមមាន៖
  - របៀបជ្រើសរើស ឬផ្លាស់ប្តូរអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំបឋម
  - លក្ខណសម្បត្តិនៃអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញរបស់យើង
  - របៀបដែលយើងបង់ទូទាត់ទៅកាន់អ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញរបស់យើង
- សេវា និងឱសថដែលបានរ៉ាប់រង រួមមាន៖
  - សេវា (សូមមើល**ជំពូកទី 3 និងទី 4** នៃ*សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះ) និងឱសថ (សូមមើល**ជំពូកទី 5 និងទី 6** នៃ*សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះ) ដែលធានារ៉ាប់រងដោយគម្រោងរបស់យើង
  - ដែនកំណត់ចំពោះការធានារ៉ាប់រង និងឱសថរបស់អ្នក
  - វិធាននានាដែលអ្នកត្រូវតែអនុវត្តតាមដើម្បីទទួលបានសេវា និងឱសថដែលបានរ៉ាប់រង
- ហេតុអ្វីបានជាសេវា ឬផលិតផលណាមួយមិនត្រូវបានធានារ៉ាប់រង ហើយអ្នកអាចធ្វើអ្វីបានទាក់ទងនឹងករណីនេះ (សូមមើល**ជំពូកទី 9** នៃ*សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះ) រួមទាំងការស្នើសុំឱ្យយើង៖
  - សរសេរជាលាយលក្ខណ៍អក្សរពីមូលហេតុដែលសេវា ឬផលិតផលណាមួយមិនត្រូវបានធានារ៉ាប់រង
  - ផ្លាស់ប្តូរសេចក្តីសម្រេចដែលយើងបានធ្វើ
  - ទូទាត់វិក្កយបត្រដែលអ្នកបានទទួល

E. អសមត្ថភាពរបស់អ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ ក្នុងការចេញវិក្កយបត្រឱ្យអ្នកដោយផ្ទាល់

វេជ្ជបណ្ឌិត មន្ទីរពេទ្យ និងអ្នកផ្តល់សេវាសុខភាពផ្សេងទៀតក្នុងបណ្តាញរបស់យើង មិនអាចឱ្យអ្នកបង់ថ្លៃសេវាដែលបានរ៉ាប់រងឡើយ។ ពួកគេក៏មិនអាចគិតថ្លៃបន្ថែមពីអ្នកឡើយ ប្រសិនបើយើងបង់ថ្លៃតិចជាងតម្លៃដែលអ្នកផ្តល់សេវាបានគិតប្រាក់។ ដើម្បីស្វែងយល់ពីអ្វីដែលត្រូវធ្វើ ប្រសិនបើអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញព្យាយាមគិតថ្លៃសេវាពីអ្នកសម្រាប់សេវាដែលបានរ៉ាប់រង សូមមើល**ជំពូកទី 7** នៃ*សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះ។

F. សិទ្ធិរបស់អ្នកក្នុងការចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើង

គ្មានអ្នកណាម្នាក់អាចបង្ខំឱ្យអ្នកស្ថិតក្នុងគម្រោងរបស់យើងឡើយ ប្រសិនបើអ្នកមិនចង់។

- អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានសេវាថែទាំសុខភាពរបស់អ្នកភាគច្រើនតាមរយៈគម្រោង Original Medicare ឬ Medicare Advantage (MA) ផ្សេងទៀត។
- អ្នកអាចទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ឱសថ Medicare ផ្នែក D របស់អ្នកពីគម្រោងឱសថ ឬគម្រោង MA ផ្សេងទៀត។
- សូមមើល **ជំពូកទី 10** នៃ*សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះ

- សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម អំពីពេលណាដែលអ្នកអាចចូលរួមជាមួយ MA ថ្មី ឬគម្រោងអត្ថប្រយោជន៍ឱសថ បាន។
- សម្រាប់ព័ត៌មានអំពីរបៀបដែលអ្នកនឹងទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ Medi-Cal របស់អ្នក ប្រសិនបើអ្នកចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើង។

G. សិទ្ធិរបស់អ្នកក្នុងការសម្រេចចិត្តអំពីការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក

អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានព័ត៌មានពេញលេញពីវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក និងអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពផ្សេងទៀត ដើម្បីជួយអ្នកធ្វើការសម្រេចចិត្តអំពីការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក។

G1. សិទ្ធិរបស់អ្នកដើម្បីដឹងអំពីជម្រើសនៃការព្យាបាលរបស់អ្នក និងធ្វើការសម្រេចចិត្ត

អ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកត្រូវតែពន្យល់អ្នកអំពីលក្ខខណ្ឌនិងជម្រើសក្នុងការព្យាបាល តាមមធ្យោបាយណាមួយដែលអ្នកងាយស្រួលយល់។ អ្នកមានសិទ្ធិដើម្បី៖

- **ដឹងពីជម្រើសរបស់អ្នក។** អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានការជម្រាបប្រាប់អំពីជម្រើសព្យាបាលទាំងអស់។
- **ដឹងពីហានិភ័យនានា។** អ្នកមានសិទ្ធិទទួលព័ត៌មានអំពីហានិភ័យណាមួយដែលពាក់ព័ន្ធ។ យើងត្រូវតែប្រាប់អ្នកជាមុន ប្រសិនបើសេវា ឬការព្យាបាលណាមួយ គឺជាផ្នែកនៃការពិសោធស្រាវជ្រាវមួយ។ អ្នកមានសិទ្ធិក្នុងការបដិសេធការព្យាបាលពិសោធន៍។
- **ទទួលបានមតិទីពីរ។** អ្នកមានសិទ្ធិប្រើប្រាស់វេជ្ជបណ្ឌិតផ្សេងទៀត មុនពេលសម្រេចចិត្តលើការព្យាបាល។
- **និយាយថា ទេ។** អ្នកមានសិទ្ធិក្នុងការបដិសេធការព្យាបាលណាមួយ។ នេះរួមមានសិទ្ធិក្នុងការចាកចេញពីមន្ទីរពេទ្យ ឬមណ្ឌលវេជ្ជសាស្ត្រផ្សេងទៀត ទោះបីវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកប្រាប់មិនឱ្យអ្នកធ្វើក៏ដោយ។ អ្នកក៏មានសិទ្ធិឈប់លេបឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជា។ បើអ្នកបដិសេធការព្យាបាល ឬឈប់លេបឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជា នោះយើងនឹងមិនដកអ្នកចេញពីគម្រោងរបស់យើងឡើយ។ ទោះជាយ៉ាងណា បើអ្នកបដិសេធការព្យាបាល ឬឈប់លេបឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជា អ្នកទទួលយកទំនួលខុសត្រូវពេញលេញសម្រាប់អ្វីដែលកើតឡើងចំពោះអ្នក។
- **ស្នើឱ្យយើងពន្យល់ពីមូលហេតុដែលអ្នកផ្តល់សេវាបានបដិសេធការព្យាបាល។** អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានការពន្យល់ពីយើង បើអ្នកផ្តល់សេវាបដិសេធការថែទាំ ដែលអ្នកជឿថាអ្នកគួរតែទទួលបាន។
- **ស្នើឱ្យយើងរ៉ាប់រងសេវា ឬឱសថដែលយើងបានបដិសេធ ឬជាធម្មតាមិនត្រូវបានធានារ៉ាប់រង។** នេះហៅថា សេចក្តីសម្រេចលើការរ៉ាប់រង។ **ជំពូកទី 9** នៃ*សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះ ប្រាប់អំពីរបៀបស្នើសុំការសម្រេចចិត្តលើការធានារ៉ាប់រង។

G2. សិទ្ធិរបស់អ្នកក្នុងការនិយាយពីអ្វីដែលអ្នកចង់ឱ្យកើតឡើង បើអ្នកមិនអាចធ្វើសេចក្តីសម្រេចលើការថែទាំសុខភាពសម្រាប់ខ្លួនអ្នកផ្ទាល់ទេ

ពេលខ្លះ មនុស្សយើងមិនអាចធ្វើការសម្រេចលើការថែទាំសុខភាពលើខ្លួនគេបានឡើយ។ មុនពេលរឿងនោះកើតឡើងចំពោះអ្នក អ្នកអាច៖

- បំពេញទម្រង់បែបបទជាលាយលក្ខណ៍អក្សរដែល**ផ្តល់សិទ្ធិដល់អ្នកណាម្នាក់ធ្វើការសម្រេចចិត្តលើការថែទាំសុខភាពសម្រាប់អ្នក** ក្នុងករណីដែលអ្នកក្លាយមនុស្សដែលមិនអាចធ្វើការសម្រេចចិត្តដោយខ្លួនឯងបាន។

- **ផ្តល់ការណែនាំជាលាយលក្ខណ៍អក្សរដល់វេជ្ជបណ្ឌិតអ្នក** អំពីរបៀបដោះស្រាយលើការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក ប្រសិនបើអ្នកបែរជាមិនអាចធ្វើសេចក្តីសម្រេចចិត្តដោយខ្លួនឯងបាន រួមទាំងការថែទាំដែលអ្នក**មិន**ចង់បាន។

ឯកសារផ្លូវច្បាប់ដែលអ្នកប្រើប្រាស់ក្នុងការសម្រេចចិត្តត្រូវបានហៅថា "សេចក្តីបង្គាប់ជាមុន។" មានប្រភេទខុសៗគ្នានៃសេចក្តីបង្គាប់ជាមុន និងឈ្មោះផ្សេងៗសម្រាប់ពួកវា។ ឧទាហរណ៍ដូចជាពាក្យបណ្តាំចុងក្រោយ និងការផ្ទេរសិទ្ធិសម្រាប់ការថែទាំសុខភាព។

អ្នកមិនតម្រូវឱ្យមានសេចក្តីបង្គាប់ជាមុនទេ ប៉ុន្តែអ្នកអាចធ្វើបាន។ នេះជាអ្វីដែលត្រូវធ្វើ ប្រសិនបើអ្នកចង់ប្រើសេចក្តីបង្គាប់ជាមុន៖

- **ទទួលបានទម្រង់បែបបទ។** អ្នកអាចទទួលបានទម្រង់បែបបទពីវេជ្ជបណ្ឌិត មេធាវី បុគ្គលិកសង្គម ឬហាងផ្គត់ផ្គង់សម្ភារៈការិយាល័យមួយចំនួន។ ឱសថស្ថាន និងការិយាល័យរបស់អ្នកផ្តល់សេវាតែងតែមានទម្រង់បែបបទទាំងនេះ។ អ្នកអាចស្វែងរកបែបបទឥតគិតថ្លៃតាមប្រព័ន្ធអនឡាញ និងទាញយកវា។
- **បំពេញបែបបទ និងចុះហត្ថលេខា** ទម្រង់បែបបទនេះ គឺជាឯកសារស្របច្បាប់។ ពិចារណា មានមេធាវី ឬអ្នកផ្សេងទៀតដែលអ្នកទុកចិត្ត ដូចជាសមាជិកគ្រួសារ ឬ PCP របស់អ្នកជួយអ្នកបំពេញទម្រង់បែបបទនេះ។
- **ផ្តល់ជូនច្បាប់ចម្លងនៃទម្រង់បែបបទទៅអ្នកទាំងឡាយណាដែលត្រូវការដឹង។** ផ្តល់ច្បាប់ចម្លងនៃទម្រង់បែបបទនេះទៅកាន់វេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក។ អ្នកក៏គួរផ្ញើច្បាប់ចម្លងទៅដល់បុគ្គលដែលអ្នកដាក់ឈ្មោះនោះ ដើម្បីធ្វើការសម្រេចចិត្តជំនួសអ្នក បើអ្នកមិនអាចសម្រេចចិត្តបាន។ អ្នកក៏អាចផ្តល់ជូនច្បាប់ចម្លងទៅកាន់មិត្តភក្តិជិតស្និទ្ធ ឬសមាជិកគ្រួសារផងដែរ។ រក្សាទុកច្បាប់ចម្លងនៅផ្ទះ។
- ប្រសិនបើអ្នកកំពុងចូលសម្រាកពេទ្យ ហើយអ្នកបានចុះហត្ថលេខាលើសេចក្តីបង្គាប់ជាមុន **សូមយកច្បាប់ចម្លងនៃទម្រង់បែបបទនោះទៅកាន់មន្ទីពេទ្យ**។
  - មន្ទីរពេទ្យនឹងសួរអ្នក ថាតើអ្នកបានចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់បែបបទសេចក្តីបង្គាប់ជាមុន ហើយថាតើអ្នកមានវាជាប់ខ្លួនអ្នកឬទេ។
  - ប្រសិនបើអ្នកមិនបានចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់បែបបទសេចក្តីបង្គាប់ជាមុននោះទេ នោះមន្ទីរពេទ្យមានទម្រង់បែបបទនេះ ហើយនិងសួរថាតើអ្នកចង់ចុះហត្ថលេខាលើវាដែរឬទេ។

អ្នកមានសិទ្ធិដើម្បី៖

- ឱ្យមានសេចក្តីបង្គាប់ជាមុនរបស់អ្នកបានដាក់នៅក្នុងកំណត់ត្រាសុខភាពរបស់អ្នក។
- ផ្លាស់ប្តូរ ឬលុបចោលសេចក្តីបង្គាប់ជាមុនរបស់អ្នក នៅពេលណាក៏បាន។
- ស្វែងយល់អំពីការផ្លាស់ប្តូរចំពោះច្បាប់នៃសេចក្តីបង្គាប់ជាមុន។ L.A. Care Medicare Plus នឹងប្រាប់អ្នកអំពីការផ្លាស់ប្តូរចំពោះច្បាប់រដ្ឋ ដោយមិនលើសពីរយៈពេល 90 ថ្ងៃបន្ទាប់ពីការផ្លាស់ប្តូរឡើយ។

តាមច្បាប់ គ្មានអ្នកណាម្នាក់អាចបដិសេធអ្នក មិនខ្វល់ ឬរើសអើងអ្នកដោយផ្អែកលើ ថាតើអ្នកបានចុះហត្ថលេខាលើសេចក្តីបង្គាប់ជាមុនឬអត់ទេ។ ហៅទូរសព្ទទៅកាន់ផ្នែកសេវាសមាជិកសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។

G3. អ្វីដែលត្រូវធ្វើបើការណែនាំរបស់អ្នកមិនត្រូវបានអនុវត្ត តាម

ប្រសិនបើអ្នកបានចុះហត្ថលេខាលើសេចក្តីបង្គាប់ជាមុន ហើយអ្នកគិតថា វេជ្ជបណ្ឌិត ឬមន្ទីរពេទ្យមិនបានធ្វើតាមការណែនាំនៅក្នុងនោះទេ អ្នកអាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងតវ៉ាជាមួយ*ការិយាល័យអំបាដូរ៉ាមានតាមលេខ* 1-888-452-8609 ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ចន្លោះម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 5:00 ល្ងាច។

H. សិទ្ធិរបស់អ្នកក្នុងការដាក់បណ្តឹងតវ៉ា និងស្នើឱ្យយើងពិចារណាឡើងវិញលើសេចក្តីសម្រេចរបស់យើង

ជំពូកទី 9 នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះនឹងប្រាប់អ្នកអំពីអ្វីគួរធ្វើ ប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហា ឬចម្ងល់អំពីសេវារ៉ាប់រង ឬការថែទាំ។ ឧទាហរណ៍ អ្នកអាចស្នើរឱ្យយើងធ្វើការសម្រេចចិត្តរ៉ាប់រង ប្តឹងតវ៉ាដើម្បីផ្លាស់ប្តូរការសម្រេច ឬប្តឹងតវ៉ាជាដើម។

អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានព័ត៌មានអំពីបណ្តឹងតវ៉ា និងបណ្តឹងដែលសមាជិកគម្រោងផ្សេងទៀតបានរៀបចំប្តឹងប្រឆាំងនឹងយើង។ ហៅទូរសព្ទទៅកាន់ផ្នែកសេវាសមាជិក ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មាននេះ។

H1. អ្វីដែលត្រូវធ្វើសម្រាប់ការព្យាបាលដោយអយុត្តិធម៌ ឬដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែមអំពីសិទ្ធិរបស់អ្នក

ប្រសិនបើអ្នកគិតថា យើងបានប្រព្រឹត្តចំពោះអ្នកដោយអយុត្តិធម៌ – ហើយវា**មិនមែន**និយាយអំពីការរើសអើងសម្រាប់ហេតុផលដែលមានរាយក្នុង**ជំពូកទី 11** នៃ*សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះ – ឬអ្នកចង់បានព័ត៌មានបន្ថែមអំពីសិទ្ធិរបស់អ្នក អ្នកអាចហៅទូរសព្ទទៅ៖

- ផ្នែកសេវាសមាជិក។
- កម្មវិធីប្រឹក្សាយោបល់ និងតស៊ូមតិផ្នែកធានារ៉ាប់រងសុខភាព (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP) របស់រដ្ឋ California តាមរយៈលេខ 1-800-434-0222។ សម្រាប់ព័ត៌មានលម្អិតបន្ថែមអំពី HICAP សូមមើល**ជំពូកទី 2**។
- អំបាដ្សម៉ានរបស់ Medi-Cal តាមលេខ 1-888-452-8609។ សម្រាប់ព័ត៌មានលម្អិតបន្ថែមអំពីកម្មវិធីនេះ សូមមើល**ជំពូកទី 2** នៃ*សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះ។
- Medicare តាមរយៈលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)។ អ្នកប្រើ TTY គួរតែហៅទៅលេខ 1-877-486-2048។ (អ្នកក៏អាចអាន ឬទាញយក “សិទ្ធិនិងការការពាររបស់ Medicare” (Medicare Rights & Protections) ដែលមាននៅគេហទំព័ររបស់ Medicare www.medicare.gov/publications/11534-medicare-rights-and-protections.pdf បានផងដែរ។)

I. ទំនួលខុសត្រូវរបស់អ្នកក្នុងនាមជាសមាជិករបស់គម្រោង

ក្នុងនាមជាសមាជិកគម្រោង អ្នកមានទំនួលខុសត្រូវដើម្បីធ្វើរឿងដូចបានរៀបរាប់ខាងក្រោម។ ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរណាមួយ ហៅទូរសព្ទទៅកាន់ផ្នែកសេវាសមាជិក។

- ***សូមអាន*សៀវភៅណែនាំសមាជិក**នេះ ដើម្បីស្វែងយល់អំពីអ្វីខ្លះដែលគម្រោងរបស់យើងរ៉ាប់រង និងវិធានដែលត្រូវអនុវត្តតាមដើម្បីទទួលបានឱសថនិងសេវាដែលបានរ៉ាប់រង។ សម្រាប់ព័ត៌មានលម្អិតអំពី៖
  - សេវាដែលបានរ៉ាប់រង សូមមើល**ជំពូកទី 3 និង 4** នៃ*សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះ ជំពូកទាំងនោះប្រាប់អ្នកពីអ្វីខ្លះដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រង អ្វីខ្លះដែលមិនត្រូវបានធានារ៉ាប់រង វិធានអ្វីខ្លះដែលអ្នកត្រូវអនុវត្តតាម និងអ្វីខ្លះដែលអ្នកត្រូវបង់ប្រាក់។
  - ឱសថដែលបានរ៉ាប់រង សូមមើល**ជំពូកទី 5 និង 6** នៃ*សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះ
- **ប្រាប់យើងអំពីការធានារ៉ាប់រងសុខភាព ឬឱសថផ្សេងទៀតណាមួយ**ដែលអ្នកមាន។ យើងត្រូវតែប្រាកដថា អ្នកប្រើជម្រើសធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នក នៅពេលអ្នកទទួលបានការថែទាំសុខភាព។ ហៅទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាសមាជិក ប្រសិនបើអ្នកមានការធានារ៉ាប់រងផ្សេងទៀត។

- **ប្រាប់វេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក និងអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពផ្សេងទៀតថា** អ្នកគឺជាសមាជិកនៃគម្រោងរបស់យើង។ បង្ហាញបណ្ណសម្គាល់សមាជិករបស់អ្នក នៅពេលអ្នកទទួលបានសេវាឬឱសថ។
- **ជួយវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក** និងអ្នកផ្តល់សេវាផ្សេងទៀតផ្តល់នូវការថែទាំដ៏ល្អបំផុតឱ្យអ្នក។
  - ផ្តល់ព័ត៌មានដែលពួកគេត្រូវការអំពីអ្នក និងសុខភាពរបស់អ្នក។ ស្វែងយល់ឱ្យបានកាន់តែច្រើនតាមតែអ្នកអាចអំពីបញ្ហាសុខភាពរបស់អ្នក។ អនុវត្តតាមគម្រោងព្យាបាល និងការណែនាំដែលអ្នក និងអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកយល់ព្រម។
  - ត្រូវប្រាកដថាវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក និងអ្នកផ្តល់សេវាផ្សេងទៀតដឹងអំពីឱសថទាំងអស់ដែលអ្នកប្រើ។ នេះរួមមានទាំងឱសថ ឱសថគ្មានវេជ្ជបញ្ជា វីតាមីន និងអាហារបំប៉ន។
  - សួរសំណួរណាមួយដែលអ្នកមាន។ វេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក និងអ្នកផ្តល់សេវាផ្សេងទៀត ត្រូវតែពន្យល់អ្វីៗគ្រប់យ៉ាងតាមវិធីមួយដែលអ្នកអាចយល់បាន។ បើអ្នកមានសំណួរ ហើយអ្នកមិនយល់ពីចម្លើយ អ្នកអាចសួរម្តងទៀត។
  - ប្រើបន្ទប់សង្គ្រោះបន្ទាន់ដោយការទទួលខុសត្រូវ នៅពេលមានអាសន្ន ឬតាមការណែនាំដោយក្រុមថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក។
- **ធ្វើការជាមួយក្រុមគ្រប់គ្រងការថែទាំរបស់អ្នក** ដោយចូលរួមនៅក្នុងគម្រោងថែទាំរបស់អ្នក ហើយបំពេញការវាយតម្លៃហានិភ័យសុខភាពប្រចាំឆ្នាំ។
- **ត្រូវចេះគិតពិចារណា។** យើងរំពឹងថាសមាជិកទាំងអស់របស់គម្រោង ធ្វើការគោរពសិទ្ធិរបស់មនុស្សផ្សេងទៀត។ យើងក៏រំពឹងថា អ្នកនឹងធ្វើសកម្មភាពដោយការគោរពចំពោះអ្នកជំនាញថែទាំសុខភាពទាំងអស់ដែលពាក់ព័ន្ធនឹងការថែទាំរបស់អ្នក រួមទាំងអ្នកចាត់ចែងការថែទាំ អ្នកតំណាងសេវាសមាជិក ក៏ដូចជាបុគ្គលិកនៅក្នុងការិយាល័យវេជ្ជបណ្ឌិត មន្ទីរពេទ្យ និងការិយាល័យអ្នកផ្តល់សេវាផ្សេងទៀត។
- **បង់ប្រាក់សម្រាប់អ្វីដែលអ្នកជំពាក់។** ក្នុងនាមជាសមាជិកគម្រោងម្នាក់ អ្នកត្រូវទទួលខុសត្រូវលើការបង់ថ្លៃទាំងនេះ៖
  - ថ្លៃបង់ធានារ៉ាប់រងតាមផ្នែក A និងផ្នែក B នៃកម្មវិធី Medicare។ សម្រាប់សមាជិកឈ្មោះគម្រោងភាគច្រើន Medi-Cal បង់ថ្លៃធានារ៉ាប់រង Medicare ផ្នែក A របស់អ្នក និងសម្រាប់ថ្លៃធានារ៉ាប់រង Medicare ផ្នែក B របស់អ្នក។
  - សម្រាប់ឱសថរបស់អ្នកមួយចំនួនរបស់អ្នកដែលទទួលបានការធានារ៉ាប់រងដោយគម្រោងរបស់យើង អ្នកត្រូវតែបង់ការរួមចំណែកលើចំណាយរបស់អ្នក នៅពេលអ្នកទទួលបានឱសថ។ នេះនឹងជាសហចំណាយ/ការរួមបង់ **ជំពូកទី 6** ប្រាប់អ្វីដែលអ្នកត្រូវចំណាយលើឱសថរបស់អ្នក។
  - **ប្រសិនបើអ្នកទទួលបានសេវា ឬឱសថណាមួយដែលមិនត្រូវបានរ៉ាប់រងដោយគម្រោងរបស់យើង នោះអ្នកត្រូវតែបង់ថ្លៃពេញ។** (**ចំណាំ៖** ប្រសិនបើអ្នកមិនយល់ស្របនឹងការសម្រេចចិត្តរបស់យើងក្នុងការមិនរ៉ាប់រងលើសេវា ឬឱសថទេ អ្នកអាចធ្វើការប្តឹងតវ៉ាបាន។ សូមមើល**ជំពូកទី 9** ដើម្បីស្វែងយល់ពីរបៀបធ្វើបណ្តឹងតវ៉ា។)
- **ប្រាប់យើងបើអ្នកនឹងផ្លាស់ទីលំនៅ។** បើអ្នកមានគម្រោងផ្លាស់ទីលំនៅ សូមប្រាប់យើងភ្លាមៗ។ ហៅទូរសព្ទទៅកាន់ផ្នែកសេវាសមាជិក។

- **ក្នុងករណីដែលអ្នក ផ្លាស់ចេញពីតំបន់សេវារបស់យើង អ្នកមិនអាចស្ថិតនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើងទេ។** មានតែអ្នកដែលស្ថិតនៅក្នុងតំបន់សេវារបស់យើងប៉ុណ្ណោះ ដែលអាចធ្វើជាសមាជិករបស់គម្រោងនេះបាន។ **ជំពូកទី 1** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក* នេះនឹងណែនាំអ្នកអំពីតំបន់សេវារបស់យើង។
- យើងអាចជួយអ្នកស្វែងរកចម្លើយថាតើ អ្នកកំពុងផ្លាស់ចេញពីតំបន់សេវារបស់យើងមែនទេ។
- ប្រាប់ Medicare និង Medi-Cal អំពីអាសយដ្ឋានថ្មីរបស់អ្នក នៅពេលអ្នកផ្លាស់ទីលំនៅ។ សូមមើល **ជំពូកទី 2** នៃ *សៀភៅណែនាំសមាជិក*នេះ សម្រាប់លេខទូរសព្ទរបស់ Medicare និង Medi-Cal។
- **ប្រសិនបើអ្នក ផ្លាស់ទីលំនៅ ហើយស្ថិតនៅក្នុងតំបន់សេវារបស់យើង យើងនៅតែចាំបាច់ត្រូវដឹងដដែល។** យើងត្រូវការរក្សាកំណត់ត្រាសមាជិកភាពរបស់អ្នកឱ្យមានបច្ចុប្បន្ន ភាពនិងដឹងពីរបៀបទាក់ទងអ្នក។
- **ប្រសិនបើអ្នក ផ្លាស់ទី សូមប្រាប់របបសន្តិសុខសង្គម (ឬគណៈកម្មាធិការសោធននិវត្តន៍ផ្លូវដែក)។**

- **ប្រាប់យើងប្រសិនបើអ្នកមានលេខទូរសព្ទថ្មី** ឬវិធីល្អជាងដើម្បីទាក់ទងអ្នក។
- **ហៅទូរសព្ទទៅកាន់ផ្នែកសេវាសមាជិកដើម្បីសុំជំនួយ ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ ឬក្តីកង្វល់ផ្សេងៗ។**

ជំពូកទី 9. អ្វីដែលអ្នកត្រូវធ្វើ ប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហា ឬ បណ្តឹង (សេចក្តីសម្រេចលើការរ៉ាប់រង បណ្តឹងតវ៉ា ពាក្យបណ្តឹងនានា)

សេចក្តីផ្តើម

ជំពូកនេះផ្តល់ព័ត៌មានអំពីសិទ្ធិរបស់អ្នក។ ចូរអានជំពូកនេះដើម្បីស្វែងរកនូវអ្វីដែលត្រូវធ្វើ ក្នុងករណីៈ

- អ្នកមានបញ្ហាជាមួយ ឬមានការប្តឹងតវ៉ាអំពីគម្រោងរបស់អ្នក។
- អ្នកត្រូវការសេវា សម្ភារៈ ឬឱសថ ដែលគម្រោងរបស់អ្នកបានប្រាប់ថានឹងមិនបង់ថ្លៃជូនទេ។
- អ្នកមិនឯកភាពជាមួយសេចក្តីសម្រេចដែលគម្រោងរបស់អ្នកផ្តល់ជូនសម្រាប់ការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក។
- អ្នកយល់ថា សេវាដែលទទួលបានការរ៉ាប់រងរបស់អ្នក នឹងចប់ក្នុងពេលឆាប់ៗនេះ។
- អ្នកមានបញ្ហា ឬបណ្តឹងទាក់ទងនឹងសេវានានា និងជំនួយឧបត្ថម្ភរយៈពេលវែង ដែលរួមមានសេវាសម្រាប់មនុស្សពេញវ័យនៅតាមសហគមន៍ (Community-Based Adult Services, CBAS) និងសេវាមណ្ឌលថែទាំ (Nursing Facility, NF)។

ជំពូកនេះត្រូវបានបែងចែកជាផ្នែកផ្សេងៗគ្នា ដើម្បីឱ្យអ្នកងាយស្រួលរកឃើញអ្វីដែលអ្នកកំពុងស្វែងរក។ **ប្រសិនបើអ្ន កមានបញ្ហា ឬក្តីកង្ វ ល់ សូ មអានតែផ្នែ កខ្លះនៃជំពូ កនេះដែលមានពាក់ព័ន្ធ ទៅនឹងស្ថា នភាពរបស់អ្ន ក ប៉ុណ្ណោះ។**

អ្នកគួរទទួលបានការថែទាំសុខភាព ឱសថ ព្រមទាំងសេវានានា និងជំនួយគាំទ្ររយៈពេលវែងដែលវេជ្ជបណ្ឌិត និងអ្នកផ្តល់សេវាដទៃទៀតរបស់អ្នកយល់ថាចាំបាច់សម្រាប់ការថែទាំសុខភាព ដែលជាផ្នែកមួយក្នុងគម្រោងរបស់អ្នក។ **ប្រសិនបើអ្ន កមានបញ្ហា ជាមួ យនឹងសេវាថែទាំសុខភាពរបស់អ្ន ក អ្ន កអាចហៅទូ រស័ព្ទ ទៅកាន់កម្ម វិធីអំបាដ្សម៉ាន Medi-Cal តាមរយៈលេខ 1-855-501-3077 ដើម្បីស្នើ សុំជំនួ យ។** ជំពូកនេះ ពន្យល់ពីជម្រើសខុសៗគ្នាដែលអ្នកមានសម្រាប់បញ្ហានិងបណ្តឹងផ្សេងៗ ប៉ុន្តែ អ្នកអាចហៅទូរសព្ទទៅកាន់កម្មវិធីអំបាដ្សម៉ាននៅពេលណាក៏បាន ដើម្បីជួយណែនាំអំពីបញ្ហារបស់អ្នក។ សម្រាប់ធនធានបន្ថែមដើម្បីការដោះស្រាយកង្វល់ និងវិធីទាក់ទងជាមួយពួកគេ សូមមើល**ជំពូ កទី2** នៃ*សៀវភៅណែនាំសមាជិក*។

តារាងមាតិកា

A. អ្វីដែលត្រូវធ្វើ ក្នុងករណីអ្ន កមានបញ្ហា ឬក្តីកង្ វ ល់ 206
A1. អំពីវាក្យសព្ទ ច្បាប់ 206
B. រកជំនួ យបាននៅឯណា 206
B1. សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែ ម និងជំនួ យ 206
C. ការយល់ដឹងអំពីបណ្តឹងតវ៉ា និងបណ្តឹងតវ៉ាលើ Medicare និង Medi-Cal នៅក្នុងគម្រោងរបស់យើង 208
D. បញ្ហា ជាមួ យអត្ថ ប្រយោជន៍ផ្សេងៗរបស់អ្ន ក 208
E សេចក្តីសម្រេចលើការរ៉ាប់រង និងបណ្តឹងតវ៉ា 208
E1. សេចក្តីសម្រេចលើការរ៉ាប់រង 209

E2. បណ្តឹងតវ៉ា 209
E3. ជំនួយចំពោះសេចក្តីសម្រេចលើការរ៉ាប់រង និងបណ្តឹងតវ៉ា 210
E4. តើផ្នែកណានៃជំពូកនេះអាចជួយអ្នកបាន 211
F. ការថែទាំ Medical 211
F1. ការប្រើប្រាស់ផ្នែកនេះ 211
F2. ការស្នើសុំសេចក្តីសម្រេចលើការរ៉ាប់រង 212
F3. ការដាក់បណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 1 214
F4. ការដាក់បណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 2 217
F5. បញ្ហា ការទូទាត់ប្រាក់ 225
G. ឱសថ Medicare ផ្នែក D 226
G1. សេចក្តីសម្រេចលើការរ៉ាប់រង និងបណ្តឹងតវ៉ារបស់ Medicare ផ្នែក D 226
G2. ការលើកលែងចំពោះ Medicare ផ្នែក D 227
G3. រឿងសំខាន់ដែលត្រូវដឹងអំពីការស្នើសុំការលើកលែង 228
G4. ការស្នើសុំសេចក្តីសម្រេចលើការរ៉ាប់រង រួមទាំងការលើកលែង 229
G5. ការដាក់បណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 1 231
G6. ការដាក់បណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 2 233
H. ស្នើឱ្យយើងរ៉ាប់រងលើការសម្រាកនៅមន្ទីរពេទ្យរយៈពេលវែងជាងនេះ 235
H1. សិក្សាអំពីសិទ្ធិថែទាំសុខភាព Medicare របស់អ្នក 235
H2. ការដាក់បណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 1 236
H3. ការដាក់បណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 2 238
I. ការស្នើឱ្យយើងបន្តរ៉ាប់រងលើសេវាវេជ្ជសាស្ត្រមួយចំនួន 239
I1. សេចក្តីជូនដំណឹងជាមុន មុនពេលការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកត្រូវបានបញ្ចប់ 239
I2. ការដាក់បណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 1 240
I3. ការដាក់បណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 2 241
J. ការដាក់បណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នកលើសពីកម្រិត 2 242
J1. ជំហានបន្ទាប់សម្រាប់សេវា និងសម្ភារៈ Medicare 242
J2. បណ្តឹងតវ៉ា Medi-Cal បន្ថែម 243
J3. បណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 3 4 និង 5 សម្រាប់សំណើឱសថ Medicare ផ្នែក D 246
K. វិធីដាក់បណ្តឹង 248
K1. តើគួរដាក់បណ្តឹងចំពោះបញ្ហាប្រភេទណាខ្លះ? 248
K2. បណ្តឹងខាងក្នុង 249
K3. បណ្តឹងខាងក្រៅ 251

A. អ្វីដែលត្រូវធ្វើ ក្នុងករណីអ្នកមានបញ្ហា ឬក្តីកង្វល់

ជំពូកនេះពន្យល់ពីរបៀបដោះស្រាយបញ្ហា និងកង្វល់។ ដំណើរការដែលអ្នកប្រើគឺអាស្រ័យលើប្រភេទនៃបញ្ហាដែលអ្នកមាន។ ប្រើដំណើរការមួយសម្រាប់**សេចក្តីសម្រេចលើការរ៉ាប់រង** និងបណ្តឹងតវ៉ា និងមួយទៀតសម្រាប់**បណ្តឹង** (ក៏ហៅថាបណ្តឹងសាទុក្ខ)។

ដើម្បីធានាបាននូវភាពយុត្តិធម៌ និងភាពទាន់ពេលវេលា ដំណើរការនីមួយៗគឺមានសំណុំនៃវិធាន នីតិវិធី និងថ្ងៃផុតកំណត់ ដែលយើង និងអ្នកត្រូវតែអនុវត្តតាម។

A1. អំពីវាក្យសព្ទ ច្បាប់

មានវាក្យសព្ទច្បាប់នៅក្នុងជំពូកនេះសម្រាប់វិធាន និងថ្ងៃផុតកំណត់មួយចំនួន។ ភាគច្រើននៃវាក្យសព្ទទាំងនេះអាចនឹងពិបាកយល់ ដូច្នេះយើងបានប្រើវាក្យសព្ទច្បាប់ងាយស្រួលជំនួសវិញនៅពេលដែលយើងអាចធ្វើបាន។ យើងប្រើពាក្យកាត់តិចបំផុតតាមលទ្ធភាពដែលអាចធ្វើទៅបាន។

ឧទាហរណ៍ យើងនិយាយថា៖

- “ការដាក់ពាក្យដាក់បណ្តឹង” ជំនួសឱ្យ “ការដាក់ពាក្យបណ្តឹងសាទុក្ខ”
- “សេចក្តីសម្រេចលើការរ៉ាប់រង” ជំនួសឱ្យ “ការកំណត់វិសាលភាពរបស់អង្គភាព” "ការកំណត់អត្ថប្រយោជន៍" "ការកំណត់កម្រិតហានិភ័យ" ឬ "ការកំណត់វិសាលភាពនៃការរ៉ាប់រង"
- “សេចក្តីសម្រេចលើការរ៉ាប់រងរហ័ស” ជំនួសឱ្យ “ការសម្រេចបែបពន្លឿន”
- "អង្គការត្រួតពិនិត្យឯករាជ្យ" (Independent Review Organization, IRO) ជំនួសឱ្យ "អង្គភាពត្រួតពិនិត្យឯករាជ្យ" (Independent Review Entity, IRE)

ការដឹងពីវាក្យសព្ទច្បាប់ត្រឹមត្រូវ អាចជួយដល់អ្នកក្នុងការធ្វើទំនាក់ទំនងបានកាន់តែច្បាស់ ដូច្នេះ យើងក៏ផ្តល់ជូនវាក្យសព្ទទាំងនោះផងដែរ។

B. ទីកន្លែងដើម្បីរកជំនួយ

B1. សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែ ម និងជំនួ យ

ពេលខ្លះ វាអាចមានភាពស្មុគស្មាញក្នុងការចាប់ផ្តើម ឬធ្វើតាមដំណើរការនេះ ដើម្បីដោះស្រាយបញ្ហាមួយ។ វាពិតស្មុគស្មាញមែនជាពិសេសនៅដែលអ្នកមិនសូវស្រួលខ្លួន ឬមិនមានកម្លាំងគ្រប់គ្រាន់។ ពេលខ្លះទៀត អ្នកអាចមិនមានព័ត៌មានដែលអ្នកត្រូវការដើម្បីអនុវត្តជំហានបន្ទាប់ទៀតនោះទេ។

ជំនួយកម្មវិធីប្រឹក្សាការធានារ៉ាប់រងសុខភាព និងការគាំពារ

អ្នកក៏អាចហៅទូរសព្ទទៅកម្មវិធីប្រឹក្សាការធានារ៉ាប់រងសុខភាព និងការគាំពារ (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP) ផងដែរ។ ក្រុមអ្នកប្រឹក្សាយោបល់របស់កម្មវិធី HICAP អាចឆ្លើយសំណួរ និងជួយឱ្យអ្នកយល់ដឹងនូវអ្វីដែលត្រូវធ្វើអំពីបញ្ហារបស់អ្នកបាន។ HICAP គឺមិនពាក់ព័ន្ធជាមួយយើងទេ ឬជាមួយក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រង ឬគម្រោងសុខភាពណាមួយឡើយ។ កម្មវិធី HICAP បានបណ្តុះបណ្តាលអ្នកប្រឹក្សានៅក្នុងគ្រប់ខោនធីទាំងអស់ ហើយសេវាគឺពុំគិតថ្លៃទេ។ លេខទូរសព្ទរបស់កម្មវិធី HICAP គឺ 1-800-434-0222។

ជំនួយជាមួយកម្មវិធីអំបាដ្សម៉ាន Medicare Medi-Cal

អ្នកអាចហៅទូរសព្ទទៅកាន់កម្មវិធីអំបាដ្សម៉ាន Medicare Medi-Cal និងពិភាក្សាជាមួយអ្នកគាំពារណាម្នាក់អំពីសំណួរស្តីពីការរ៉ាប់រងសុខភាពរបស់អ្នក។ ពួកគេអាចនឹងផ្តល់ជំនួយផ្នែកច្បាប់ដោយឥតគិតថ្លៃ។ កម្មវិធីអំបាដ្សម៉ាន មិនត្រូវបានភ្ជាប់ទំនាក់ទំនងជាមួយយើង ឬក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រង ឬគម្រោងសុខភាពណាមួយឡើយ។ លេខទូរសព្ទរបស់កម្មវិធីនោះគឺលេខ 1-855-501-3077 ហើយគេហទំព័ររបស់កម្មវិធីនោះគឺ www.healthconsumer.org។

ជំនួយ និងព័ត៌មានពី Medicare

សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម និងជំនួយ អ្នកអាចទាក់ទង Medicare ។ នេះគឺជាវិធីចំនួនពីរដើម្បីទទួលបានជំនួយពី Medicare៖

- ហៅទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)។ អ្នកប្រើ TTY ហៅទៅលេខ 1-877-486-2048។
- ចូលទៅកាន់គេហទំព័ររបស់កម្មវិធី Medicare (www.medicare.gov)។

ជំនួយពីក្រសួងសុខាភិបាលរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា

អំបាដ្សម៉ាន Medi-Cal គ្រប់គ្រងការថែទាំ នៃក្រសួងសុខាភិបាល (Department of Health Care Services, DHCS) រដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា ក៏អាចជួយអ្នកបានដែរ។ កម្មវិធីនោះអាចជួយអ្នកបាន ប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហាក្នុងការចូលរួម ការផ្លាស់ប្តូរ ឬការចាកចេញពី គម្រោងសុខភាព។ គេក៏អាចជួយអ្នកបានដែរ បើសិនអ្នកបានផ្លាស់លំនៅ និងកំពុងតែមានបញ្ហាក្នុងការឱ្យបានប្តូរ Medi-Cal របស់អ្នក ទៅខោនធីថ្មីរបស់អ្នក។ អ្នកអាចទូរសព្ទទៅអំបាដ្សម៉ាន ពីថ្ងៃចន្ទ ទដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 5:00 ល្ងាច តាមរយៈលេខ 1-888-452-8609។

ជំនួយពីក្រសួងគ្រប់គ្រងសុខាភិបាល រដ្ឋកាលីហ្វ័រនីញ៉ា

ទាក់ទងទៅកាន់ ក្រសួងគ្រប់គ្រងសុខាភិបាល រដ្ឋកាលីហ្វ័រនីញ៉ា (Department of Managed Health Care, DMHC) សម្រាប់ជំនួយឥតគិតថ្លៃ។ DMHC ទទួលខុសត្រូវចំពោះការត្រួតពិនិត្យគម្រោងសុខភាព។ DMHC នឹងជួយអ្នកជាមួយនឹងបណ្តឹងតវ៉ាអំពីសេវា Medi-Cal ឬបញ្ហានៃការចេញវិក្កយបត្រ។ លេខទូរសព្ទគឺ 1-888-466-2219។ បុគ្គលដែលថ្លង់ ស្តាប់មិនសូវឮ ឬមានបញ្ហានិយាយ អាចប្រើលេខទូរសព្ទ TDD ឥតគិតថ្លៃតាមរយៈលេខ 1-877-688-9891។ អ្នកក៏អាចចូលមើលគេហទំព័ររបស់ DMHC តាម www.dmhc.ca.gov។

ក្រសួងគ្រប់គ្រងសុខាភិបាលរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា គឺមានភារកិច្ចសម្រាប់ការដាក់បញ្ញត្តិ ដល់គម្រោងសេវាថែទាំសុខភាព។ ប្រសិនបើអ្នកមានបណ្តឹងសាទុក្ខប្រឆាំងនឹងគម្រោងសុខភាពរបស់អ្នក ដំបូង អ្នកគួរតែទូរសព្ទមកគម្រោងសុខភាពរបស់អ្នកតាមរយៈលេខ 1-833-522-3767 (TTY: 711) សិន ហើយប្រើប្រាស់ដំណើរការបណ្តឹងសាទុក្ខរបស់គម្រោងសុខភាពអ្នក មុនទាក់ទងទៅក្រសួងនោះ។ ការប្រើនីតិវិធីបណ្តឹងសាទុក្ខនេះ មិនហាមឃាត់សិទ្ធិស្របច្បាប់ដែលអាចប្រើប្រាស់បាន ឬដំណោះស្រាយដែលអាចនឹងមានសម្រាប់អ្នកនោះឡើយ។ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយលើបណ្តឹងសាទុក្ខដែលជាប់ទាក់ទងនឹងភាពអាសន្ន បណ្តឹងសាទុក្ខដែលមិនទាន់ត្រូវបានដោះស្រាយដោយគម្រោងសុខភាពរបស់អ្នកទៅតាមការចង់បានទេ ឬបណ្តឹងសាទុក្ខដែលនៅតែមិនទាន់បានដោះស្រាយលើសពីចំនួន 30 ថ្ងៃ នោះអ្នកអាចហៅទូរសព្ទទៅក្រសួងដើម្បីរកជំនួយ។ អ្នកក៏អាចនឹងមានសិទ្ធិទទួលបានការពិនិត្យពិច័យដោយពេទ្យឯករាជ្យ (Independent Medical Review, IMR) ផងដែរ។ ប្រសិនបើអ្នកមានសិទ្ធិទទួលបាន IMR នោះដំណើរការ IMR នឹងផ្តល់ការពិនិត្យឡើងវិញដោយឥតលំអៀងលើសេចក្តីសម្រេចវេជ្ជសាស្ត្រដែលត្រូវបានធ្វើឡើងដោយគម្រោងសុខភាពទាក់ទងនឹងភាពចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រនៃសេវា ឬការព្យាបាលដែលបានដាក់ស្នើ ឬសេចក្តីសម្រេចលើការរ៉ាប់រងលើការព្យាបាលដែលមានលក្ខណៈពិសោធន៍ ឬស្រាវជ្រាវ និងវិវាទលើការបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាវេជ្ជសាស្ត្រក្នុងគ្រាអាសន្ន ឬបន្ទាន់។ ក្រសួងក៏មានលេខទូរសព្ទ

ឥតគិតថ្លៃផងដែរ (**1-888-466-2219**) និងបណ្តាញ TDD **(1-877-688-9891)** សម្រាប់អ្នកមានបញ្ហាស្តាប់ និងនិយាយ។ គេហទំព័រតាមអ៊ីនធឺណិតរបស់ក្រសួង www.dmhc.ca.gov មានទម្រង់បែបបទបណ្តឹងតវ៉ា ទម្រង់បែបបទពាក្យស្នើសុំ IMR និងសេចក្តីណែនាំតាមអនឡាញ។

C. ការយល់ដឹងអំពីបណ្តឹងតវ៉ា និងបណ្តឹងតវ៉ាលើ Medicare និង Medi-Cal នៅក្នុងគម្រោងរបស់យើង

អ្នកមាន Medicare និង Medi-Cal។ ព័ត៌មាននៅក្នុងជំពូកនេះអនុវត្តចំពោះអត្ថប្រយោជន៍នៃការថែទាំសុខភាពក្រោមការគ្រប់គ្រងដោយ Medicare និង Medi-Cal របស់អ្នកទាំងអស់។ ពេលខ្លះគេហៅវាថា “ដំណើរការរួមបញ្ចូលគ្នា” ដោយសារតែវារួមបញ្ចូលគ្នា ឬដាក់បញ្ចូលគ្នានូវដំណើរការ Medicare និង Medi-Cal ។

ពេលខ្លះដំណើរការ Medicare និង Medi-Cal មិនអាចរួមបញ្ចូលគ្នាបានទេ។ ក្នុងស្ថានភាពទាំងនោះ អ្នកប្រើដំណើរការមួយសម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍ Medicare និងដំណើរការមួយផ្សេងទៀតសម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍ Medi-Cal ។ **ផ្នែក F4** ពន្យល់ពីស្ថានភាពទាំងនេះ។

D. បញ្ហាជាមួយអត្ថប្រយោជន៍ផ្សេងៗរបស់អ្នក

ប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហា ឬក្តីកង្វល់ សូមអានតែផ្នែកខ្លះនៃជំពូកនេះដែលមានពាក់ព័ន្ធទៅនឹងស្ថានភាពរបស់អ្នកប៉ុណ្ណោះ។ តារាងខាងក្រោមជួយអ្នកឱ្យរកឃើញផ្នែកត្រឹមត្រូវនៃជំពូកនេះសម្រាប់បញ្ហា ឬបណ្តឹង។

តើបញ្ហា ឬក្តីកង្វ ល់របស់អ្ន ក មានពាក់ព័ន្ធ នឹងអត្ថ ប្រយោជន៍ ឬការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្ន កដែរឬទេ?

នេះរួមបញ្ចូលទាំងបញ្ហាថា តើការថែទាំផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រជាក់លាក់ (ទំនិញវេជ្ជសាស្ត្រ សេវា និង/ឬឱសថមានផ្នែក B) ត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដែរឬអត់ វិធីដែលឱសថទាំងនេះត្រូវបានធានារ៉ាប់រង និងបញ្ហាទាក់ទងនឹងការទូទាត់ប្រាក់សម្រាប់ការថែទាំផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ។

អាច។	**ទេ ។**
បញ្ហារបស់ខ្ញុំគឺពាក់ព័ន្ធ នឹងអត្ថប្រយោជន៍ ឬការធានារ៉ាប់រង។	បញ្ហារបស់ខ្ញុំគឺមិនមែនពាក់ព័ន្ធនឹង អត្ថប្រយោជន៍ ឬការធានារ៉ាប់រងទេ។
មើល**ផ្នែក E** "សេចក្តីសម្រេចលើការរ៉ាប់រង និងបណ្តឹងតវ៉ា"។	សូមមើល **ផ្នែក K** “របៀបដាក់បណ្តឹងតវ៉ា”។

E. សេចក្តីសម្រេចលើការរ៉ាប់រង និងបណ្តឹងតវ៉ា

ដំណើរការសម្រាប់ការស្នើសុំសេចក្តីសម្រេចលើការរ៉ាប់រង និងដាក់ពាក្យបណ្តឹងតវ៉ា ដើម្បីដោះស្រាយបញ្ហាដែលទាក់ទងនឹងអត្ថប្រយោជន៍ និងការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកចំពោះការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក (សេវា ទំនិញ និងឱសថផ្នែក B រួមទាំងការទូទាត់ប្រាក់)។ ដើម្បីភាពងាយស្រួល ជាទូទៅយើងហៅទំនិញវេជ្ជសាស្ត្រ សេវា និងឱសថផ្នែក B ថាជាការថែទាំផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ។

E1. សេចក្តីសម្រេចលើការរ៉ាប់រង

សេចក្តីសម្រេចលើការរ៉ាប់រង គឺជាការសម្រេចចិត្តដំបូងរបស់យើងអំពីអត្ថប្រយោជន៍ និងការរ៉ាប់រងរបស់អ្នក ឬអំពីចំនួនទឹកប្រាក់ដែលយើងនឹងបង់សម្រាប់សេវាវេជ្ជសាស្ត្រ ឬឱសថរបស់អ្នក។ អ្នកឬវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក ក៏អាចទាក់ទងយើង និងស្នើសុំសេចក្តីសម្រេចលើការរ៉ាប់រង។ អ្នក ឬគ្រូពេទ្យរបស់អ្នកប្រហែលជាមិនប្រាកដទេ ថាតើយើងរ៉ាប់រងលើសេវាវេជ្ជសាស្ត្រជាក់លាក់មួយណាឬអត់ ឬថាតើយើងអាចបដិសេធមិនផ្តល់ការថែទាំវេជ្ជសាស្ត្រដែលអ្នកគិតថាអ្នកត្រូវការ ឬយ៉ាងណា។ **ប្រសិនបើអ្នក កចង់ដឹង ថាតើយើងនឹងរ៉ាប់រងលើសេវាវេជ្ជ សាស្ត្រ ឬអត់ មុនពេលអ្ន កទទួ លសេវានោះ អ្ន កអាចសុំឱ្យព ួកយើងធ្វើការសម្រេចលើការរ៉ាប់រងសម្រាប់អ្ន ក។**

យើងនឹងធ្វើការសម្រេចលើការរ៉ាប់រង នៅពេលយើងពិនិត្យមើលសំណើសម្រាប់សេវា ឬការទាមទារ។ ក្នុងករណីខ្លះ យើងអាចសម្រេចចិត្តថាសេវា ឬឱសថមិនត្រូវបានរ៉ាប់រង ឬលែងត្រូវបានរ៉ាប់រងសម្រាប់អ្នកដោយ Medicare ឬ Medi-Cal ទៀតហើយ។ ប្រសិនបើអ្នកមិនយល់ស្របនឹងសេចក្តីសម្រេចលើការរ៉ាប់រងនេះទេ នោះអ្នកអាចដាក់បណ្តឹងតវ៉ាបាន។

E2. បណ្តឹងតវ៉ា

ប្រសិនបើយើងធ្វើការសម្រេចចិត្តលើការរ៉ាប់រង ហើយអ្នកមិនពេញចិត្តនឹងការសម្រេចចិត្តនេះ នោះអ្នកអាច "ប្តឹងតវ៉ា" ចំពោះការសម្រេចចិត្តនេះ។ បណ្តឹងតវ៉ា គឺជាវិធីផ្លូវការមួយនៃការស្នើសុំឱ្យយើងពិនិត្យឡើងវិញហើយផ្លាស់ប្តូរការសម្រេចចិត្តអំពីការធានារ៉ាប់រងដែយើងបានធ្វើ។

នៅពេលអ្នកប្តឹងតវ៉ាលើការសម្រេចចិត្តជាលើកដំបូង សកម្មភាពនេះត្រូវបានគេហៅថាបណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 1។ នៅក្នុងបណ្តឹងតវ៉ានេះ យើងពិនិត្យមើលការសម្រេចចិត្តលើការរ៉ាប់រងដែលយើងបានធ្វើដើម្បីពិនិត្យមើលថាតើយើងអនុវត្តតាមច្បាប់ទាំងអស់បានត្រឹមត្រូវដែរឬទេ។ អ្នកត្រួតពិនិត្យផ្សេងពីអ្នកដែលបានធ្វើការសម្រេចមិនគាំទ្រដំបូង គឺជាអ្នកដែលដោះស្រាយបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នក។

ក្នុងករណីភាគច្រើន អ្នកត្រូវតែចាប់ផ្តើមដាក់បណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នកនៅកម្រិត 1។ ប្រសិនបើបញ្ហាសុខភាពរបស់អ្នកមានភាពបន្ទាន់ ឬពាក់ព័ន្ធនឹងការគំរាមកំហែងជាបន្ទាន់និងធ្ងន់ធ្ងរដល់សុខភាពរបស់អ្នក ឬប្រសិនបើអ្នកមានការឈឺចាប់ធ្ងន់ធ្ងរ ហើយត្រូវការការសម្រេចចិត្តលឿនជាងនេះ ពេលនោះ អ្នកអាចស្នើសុំការពិនិត្យវេជ្ជសាស្ត្រ IMR ពីក្រសួងគ្រប់គ្រងសុខាភិបាល តាមរយៈ **www.dmhc.ca.gov**។ មើល**ផ្នែ ក F4** សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។

នៅពេលយើងបញ្ចប់ការពិនិត្យមើលឡើងវិញ យើងផ្តល់ជូនអ្នកនូវសេចក្តីសម្រេចរបស់យើង។ នៅក្រោមកាលៈទេសៈណាមួយដែលបានពន្យល់នៅពេលក្រោយនៅក្នុងជំពូកនេះ អ្នកអាចស្នើសុំឱ្យមានការពន្លឿន ឬ "សេចក្តីសម្រេចលើការរ៉ាប់រងរហ័ស" ឬ "បណ្តឹងតវ៉ារហ័ស" នៃសេចក្តីសម្រេចលើការរ៉ាប់រង។

ប្រសិនបើយើង**បដិសេធ** ដោយផ្នែកឬទាំងស្រុងទៅលើអ្វីដែលអ្នកបានស្នើសុំ យើងនឹងផ្ញើលិខិតមួយច្បាប់ទៅអ្នក។ ប្រសិនបើបញ្ហារបស់អ្នកអំពីការធានារ៉ាប់រងនៃការថែទាំផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្ររបស់ Medicare លិខិតនោះនឹងជូនដំណឹងដល់អ្នកថា យើងបានបញ្ជូនករណីរបស់អ្នកទៅកាន់អង្គការត្រួតពិនិត្យឯករាជ្យ (IRO) សម្រាប់បណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 2។ ប្រសិនបើបញ្ហារបស់អ្នកគឺមានពាក់ព័ន្ធនឹងការរ៉ាប់រងនៃ Medicare ផ្នែក D សេវា ឬទំនិញ Medicaid លិខិតនោះនឹងប្រាប់អ្នកពីរបៀបដាក់បណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 2 ដោយខ្លួនអ្នកផ្ទាល់។ មើល**ផ្នែ ក F4** សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីបណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 2

ប្រសិនបើអ្នកមិនពេញចិត្តនឹងសេចក្តីសម្រេចលើបណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 2 អ្នកអាចនឹងឆ្លងកាត់បណ្តឹងតវ៉ាកម្រិតបន្ថែម។

E3. ជំនួយសម្រាប់សេចក្តីសម្រេចលើការរ៉ាប់រង និងបណ្តឹងតវ៉ា

អ្នកអាចសុំជំនួយពីផ្នែកណាមួយខាងក្រោម៖

- **ផ្នែកសេវាសមាជិក**តាមរយៈលេខទូរសព្ទនៅខាងក្រោមនៃទំព័រ។
- **កម្មវិធីអំបាដ្សម៉ានរបស់ Medicare Medi-Cal៖ តាមរយៈលេខ 1-855-501-3077។**
- **កម្មវិធីប្រឹក្សាការធានារ៉ាប់រងសុខភាព និងការគាំពារ (HICAP)** តាមរយៈលេខ 1-800-434-0222។
- **មជ្ឈមណ្ឌលជំនួយនៅក្រសួងគ្រប់គ្រងសុខាភិបាល (DMHC)** ដើម្បីស្នើសុំជំនួយដោយឥតគិតថ្លៃ។ DMHC នឹងជួយអ្នកជាមួយនឹងបណ្តឹងតវ៉ាទាក់ទងសេវា Medi-Cal ឬបញ្ហានៃការចេញវិក្កយបត្រ។ លេខទូរសព្ទគឺ 1-888-466-2219។ បុគ្គលដែលថ្លង់ ស្តាប់មិនសូវឮ ឬមានបញ្ហានិយាយ អាចប្រើលេខទូរសព្ទ TDD ឥតគិតថ្លៃតាមរយៈលេខ 1-877-688-9891។ អ្នកក៏អាចចូលមើលគេហទំព័ររបស់ DMHC តាម **www.dmhc.ca.gov**។ ខណៈពេលដែល DMHC អាចជួយមនុស្សនៅក្នុងគម្រោង Managed Medi-Cal តែវាមិនអាចជួយមនុស្សនៅក្នុងគម្រោង Medicare តែឯង និងនៅក្នុងប្រព័ន្ធសុខាភិបាលដែលបានរៀបចំតាមខោនធី (County Organized Health Systems, COHS) ខាងក្រោមនេះទេ)៖ Partnership Health Plan, Gold Coast Health Plan, CenCal Health, Central California Alliance for Health និង CalOptima ។ រដ្ឋាភិបាលសហព័ន្ធជាអ្នកដាក់បញ្ញត្តិលើ Medicare និង គម្រោងនានា ហើយក្រសួងគ្រប់គ្រងសុខាភិបាលដាក់បញ្ញត្តិលើគម្រោង COHS នានា។
- **វេជ្ជបណ្ឌិត ឬអ្នកផ្តល់សេវាផ្សេងទៀតរបស់អ្នក**។ វេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក ឬអ្នកផ្តល់សេវាផ្សេងទៀតអាចស្នើសុំសេចក្តីសម្រេចលើការរ៉ាប់រង ឬបណ្តឹងតវ៉ាជំនួសអ្នកបាន។
- **មិត្តភក្តិ ឬសមាជិកគ្រួសារ។** អ្នកអាចដាក់ឈ្មោះបុគ្គលម្នាក់ទៀតឱ្យធ្វើជា “តំណាង” របស់អ្នក ហើយស្នើសុំសេចក្តីសម្រេចលើការរ៉ាប់រង ឬដាក់បណ្តឹងតវ៉ា។
- **មេធាវី។** អ្នកមានសិទ្ធិស្វែងរកមេធាវី ប៉ុន្តែ**អ្នកមិនតម្រូវឱ្យមានមេធាវីដើម្បី**សុំសេចក្តីសម្រេចលើការរ៉ាប់រង ឬធ្វើការប្តឹងតវ៉ាទេ។
  - ហៅទូរសព្ទទៅមេធាវីផ្ទាល់ខ្លួនរបស់អ្នក ឬទទួលបានឈ្មោះរបស់មេធាវីពីគណៈមេធាវីក្នុងមូលដ្ឋាន ឬសេវាបញ្ជូនបន្តផ្សេងទៀត។ ក្រុមអ្នកច្បាប់ខ្លះ នឹងផ្តល់ជូនអ្នកនូវសេវាផ្លូវច្បាប់ដោយឥតគិតថ្លៃ បើអ្នកបំពេញតាមលក្ខខណ្ឌ។
  - ស្នើសុំមេធាវីជំនួយផ្នែកច្បាប់ពីកម្មវិធីអំបាដ្សម៉ាន Medicare Medi-Cal តាមរយៈលេខ 1-855-501-3077។

បំពេញទម្រង់បែបបទការតែងតាំងអ្នកតំណាង ប្រសិនបើអ្នកចង់ឱ្យមេធាវី ឬនរណាម្នាក់ផ្សេងទៀត ឱ្យបំពេញតួនាទីជាអ្នកតំណាងរបស់អ្នក។ ទម្រង់បែបបទនេះ ផ្តល់ការអនុញ្ញាតឱ្យអ្នកណាម្នាក់ដើម្បីធ្វើការជំនួសឱ្យអ្នក។

ហៅទូរសព្ទទៅកាន់ផ្នែកសេវាសមាជិក តាមរយៈលេខនៅខាងក្រោមនៃទំព័រ និងស្នើសុំទម្រង់បែបបទ “ការតែងតាំងអ្នកតំណាង”។ អ្នកក៏អាចទទួលបានទម្រង់បែបបទ ដោយចូលទៅកាន់គេហទំព័រ www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf ឬនៅលើគេហទំព័ររបស់យើងតាមរយៈ medicare.lacare.org ។ **អ្នកត្រូវផ្តល់ឱ្យយើងនូវច្បាប់ចម្លងនៃទម្រង់បែបបទដែលចុះហត្ថលេខារួច។**

E4. តើផ្នែកណានៃជំពូកនេះអាចជួយអ្នកបាន

មានស្ថានភាពចំនួនបួនដែលពាក់ព័ន្ធជាមួយសេចក្តីសម្រេចលើការរ៉ាប់រង ឬបណ្តឹងតវ៉ា។ ស្ថានភាពនីមួយៗមានវិធាន និងថ្ងៃផុតកំណត់ខុសៗគ្នា។ យើងផ្តល់ព័ត៌មានលម្អិតសម្រាប់ផ្នែកនីមួយៗនៅក្នុងផ្នែកដាច់ដោយឡែកនៃជំពូកនេះ។ សូមមើលផ្នែកដែលអនុវត្ត៖

- **ផ្នែក F** “ការថែទាំវេជ្ជសាស្ត្រ”
- **ផ្នែក G** "ឱសថ Medicare ផ្នែក D"
- **ផ្នែក H** "ស្នើឱ្យយើងរ៉ាប់រងលើការសម្រាកនៅមន្ទីរពេទ្យរយៈពេលវែងជាងនេះ"
- **ផ្នែកទី I** "ការស្នើសុំឱ្យយើងបន្តការធានារ៉ាប់រងលើសេវាវេជ្ជសាស្ត្រមួយចំនួន" (ផ្នែកនេះអនុវត្តតែចំពោះសេវាទាំងនេះប៉ុណ្ណោះ៖ ការថែទាំសុខភាពតាមផ្ទះ មន្ទីរគិលានុបដ្ឋាកម្មមានជំនាញ និងសេវាមណ្ឌលស្តារនីតិសម្បទាពេញលេញសម្រាប់អ្នកជំងឺមិនសម្រាកពេទ្យ [Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF]។)

ប្រសិនបើអ្នកមិនដឹងច្បាស់ថាត្រូវប្រើប្រាស់ផ្នែកណានោះទេ ហៅទូរសព្ទទៅកាន់សេវាសមាជិកតាមរយៈលេខនៅខាងក្រោមនៃទំព័រ។

F. ការថែទាំ Medical

ផ្នែកនេះពន្យល់ពីអ្វីដែលត្រូវអនុវត្ត ប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហាក្នុងការទទួលបានការរ៉ាប់រងសម្រាប់ការថែទាំវេជ្ជសាស្ត្រ ឬប្រសិនបើអ្នកចង់ឱ្យពួកយើងបង់ប្រាក់សងទៅអ្នកវិញសម្រាប់ចំណែករបស់យើងលើចំណាយនៃការថែទាំរបស់អ្នក។ សម្រាប់ព័ត៌មានអំពីការស្នើសុំការសម្រាក់នៅមន្ទីរពេទ្យរយៈពេលវែងជាងនេះ សូម**មើលផ្នែក H**។

ផ្នែកនេះនិយាយអំពីអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នកសម្រាប់ការថែទាំផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដែលបានពណ៌នានៅក្នុង **ជំពូកទី 4** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះ នៅក្នុងតារាងអត្ថប្រយោជន៍។ នៅក្នុងករណីមួយចំនួនទៀត ច្បាប់ផ្សេងៗគ្នាអាចត្រូវបានអនុវត្តចំពោះឱសថ Medicare ផ្នែក B។ នៅពេលវិធានទាំងនោះអនុវត្ត យើងត្រូវពន្យល់ថាតើវិធានសម្រាប់ឱសថ Medicare ផ្នែក B ខុសពីសេវា និងសម្ភារៈវេជ្ជសាស្ត្រដូចម្តេច។

F1. ប្រើផ្នែកនេះ

ផ្នែកនេះពន្យល់ប្រាប់ថាត្រូវធ្វើដូចម្តេចខ្លះក្នុងស្ថានភាពណាមួយក្នុងចំណោមស្ថានភាពខាងក្រោមនេះ៖

1. អ្នកគិតថា យើងរ៉ាប់រងលើការថែទាំសុខភាពដែលអ្នកត្រូវការ ប៉ុន្តែមិនបានទទួល។

   អ្វីដែលអ្នកអាចធ្វើ៖ អ្នកអាចស្នើសុំឱ្យយើងធ្វើសេចក្តីសម្រេចលើការរ៉ាប់រង។ សូមមើល**ផ្នែក F2** ។

2. យើងមិនបានយល់ព្រមលើការថែទាំសុខភាពដែលវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក ឬអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពផ្សេងទៀតចង់ផ្តល់ឱ្យអ្នកទេ ហើយអ្នកគិតថាយើងគួរតែផ្តល់ជូន។

   អ្វីដែលអ្នកអាចធ្វើបាន៖ អ្នកអាចប្តឹងតវ៉ាចំពោះសេចក្តីសម្រេចរបស់យើង។ សូមមើល **ផ្នែក F3**។

3. អ្នកបានទទួលការថែទាំសុខភាពដែលអ្នកគិតថាយើងរ៉ាប់រង ប៉ុន្តែយើងនឹងមិនបង់ប្រាក់។

   អ្វីដែលអ្នកអាចធ្វើ៖ អ្នកអាចប្តឹងតវ៉ាអំពីការសម្រេចចិត្តមិនបង់ប្រាក់របស់យើង។ សូមមើល **ផ្នែក F5**។

---

4. អ្នកទទួលបាន និងចំណាយប្រាក់លើការថែទាំវេជ្ជសាស្ត្រដែលអ្នកយល់ថាមានការធានា ហើយអ្នកចង់ឱ្យយើងផ្តល់ការចំណាយលើការបង់ថ្លៃនោះទៅអ្នកវិញ។

   អ្វីដែលអ្នក ត្រូវធ្វើ៖ អ្នកអាចស្នើសុំឱ្យយើងបង់សងទៅអ្នកវិញ។ សូមមើល **ផ្នែក F5**។

5. យើងបានកាត់បន្ថយ ឬបានបញ្ឈប់ការរ៉ាប់រងរបស់អ្នកសម្រាប់ការថែទាំវេជ្ជសាស្ត្រជាក់លាក់មួយចំនួន ហើយអ្នកគិតថាការសម្រេចចិត្តរបស់យើងអាចនឹងមានគ្រោះថ្នាក់ដល់សុខភាពរបស់អ្នក។

   អ្វីដែលអ្នក អាចធ្វើបាន៖ អ្នកអាចប្តឹងតវ៉ាអំពីការសម្រេចចិត្ត ដើម្បីកាត់បន្ថយ ឬបញ្ឈប់សេវាវេជ្ជសាស្ត្រ។ សូមមើល **ផ្នែក F4**។

   - ប្រសិនបើការធានារ៉ាប់រងគឺសម្រាប់ការថែទាំនៅមន្ទីរពេទ្យ ការថែទាំសុខភាពតាមផ្ទះ មន្ទីរគិលានុបដ្ឋាកម្មមានជំនាញ ឬសេវា CORF វិធានពិសេសនឹងត្រូវបានអនុវត្ត។ សូមមើល **ផ្នែក H** ឬ **ផ្នែក I**ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែម។
   - សម្រាប់គ្រប់ស្ថានភាពផ្សេងទៀតទាំងអស់ដែលពាក់ព័ន្ធនឹងការកាត់បន្ថយ ឬការបញ្ឈប់ការរ៉ាប់រងរបស់អ្នកសម្រាប់ការថែទាំជាក់លាក់ណាមួយ សូមប្រើប្រាស់ផ្នែកនេះ (**ផ្នែក F**) ជាមគ្គុទ្ទេសក៍របស់អ្នក។

6. អ្នកកំពុងជួបប្រទះនឹងការពន្យារពេលក្នុងការថែទាំ ឬអ្នកមិនអាចរកគ្រូពេទ្យបាន។

   អ្វីដែលអ្នក អាចធ្វើបាន៖ អ្នកអាចដាក់ពាក្យបណ្តឹង។ សូមមើល **ផ្នែក K2**។

F2. ការស្នើសុំសេចក្តីសម្រេចលើការរ៉ាប់រង

> នៅពេលដែលសេចក្តីសម្រេចលើការរ៉ាប់រងពាក់ព័ន្ធនឹងការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក វាត្រូវបានគេហៅថា **ការសម្រេចចិត្ត របស់អង្គ ភាពដែលរួមបញ្ចូ លគ្នា** ។

អ្នក វេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក ឬអ្នកតំណាងរបស់អ្នកអាចសុំយើងចេញសេចក្តីសម្រេចលើការរ៉ាប់រងដោយ៖

- ទូរសព្ទ៖ 1-833-522-3767, TTY: 711។
- ទូរសារ៖ 1-213-438-5748។
- សរសេរ៖

  Attn: Member Appeals and Grievances Department

  1200 West 7th Street

  Los Angeles, CA 90017

សេចក្តីសម្រេចលើការរ៉ាប់រងស្តង់ដារ

នៅពេលយើងផ្តល់ការសម្រេចចិត្តរបស់យើងដល់អ្នក យើងប្រើថ្ងៃផុតកំណត់ "ស្តង់ដារ" លុះត្រាតែយើងយល់ព្រមប្រើថ្ងៃផុតកំណត់ "លឿន"។ សេចក្តីសម្រេចលើការរ៉ាប់រងស្តង់ដារមានន័យថា យើងផ្តល់ជូនចម្លើយដល់អ្នកក្នុងរយៈពេល៖

- **5 ថ្ងៃ ធ្វើការ** បន្ទាប់ពីយើងទទួលបានសំណើរបស់អ្នកសម្រាប់**សេវាវេជ្ជ សាស្ត្រ ឬសម្ភា រៈដែលស្ថិតនៅក្រោមវិធានអនុញ្ញា តជាមុនរបស់យើង**។

- *[គម្រោង Knox-Keene៖ ជំនួស "ក្នុងរយៈពេល 14 ថ្ងៃតាមប្រតិទិន បន្ទាប់ពីយើងទទួលបានសំណើរបស់អ្នក" ជាមួយ "ក្នុងរយៈពេល 5 ថ្ងៃធ្វើការ និងមិនលើសពី 14 ថ្ងៃតាមប្រតិទិន បន្ទាប់ពីយើងទទួលបានសំណើរបស់អ្នក។"]* **14 ថ្ងៃ តាមប្រតិទិន** បន្ទាប់ពីយើងទទួលបានសំណើ**របស់អ្នក សម្រាប់សេវា ឬ សម្ភារៈផ្សេងទៀតទាំងអស់**។
- **72 ម៉ោង**បន្ទាប់ពីយើងទទួលបានសំណើរបស់អ្នកសម្រាប់**ឱសថ Medicare ផ្នែក B** ។

សេចក្តីសម្រេចលើការរ៉ាប់រងរហ័ស

វាក្យសព្ទច្បាប់សម្រាប់ សេចក្តីសម្រេចលើការរ៉ាប់រងរហ័ស គឺជា **ការសម្រេចបែបពន្លឿន**។

នៅពេលអ្នកស្នើសុំឱ្យយើងធ្វើសេចក្តីសម្រេចលើការរ៉ាប់រងអំពីការថែទាំវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នកដែលតម្រូវឱ្យមានការឆ្លើយតបរហ័ស នោះសូមស្នើសុំពួកយើងធ្វើ "សេចក្តីសម្រេចលើការរ៉ាប់រងរហ័ស"។ សេចក្តីសម្រេចលើការរ៉ាប់រងរហ័ស មានន័យថាយើងផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវចម្លើយក្នុងរយៈពេល៖

- **72 ម៉ោង** បន្ទាប់ពីយើងទទួលបានសំណើរបស់អ្នក**សម្រាប់សេវា ឬទំនិញវេជ្ជ សាស្ត្រ** ។
- **24 ម៉ោង** បន្ទាប់ពីយើងទទួលបានសំណើរបស់អ្នក**សម្រាប់ឱសថ Medicare ផ្នែក B**។

ដើម្បីទទួលបានសេចក្តីសម្រេចលើការរ៉ាប់រងរហ័ស អ្នកត្រូវបំពេញតាមលក្ខខណ្ឌចំនួនពីរ៖

- អ្នកកំពុងស្នើសុំការធានារ៉ាប់រងសម្រាប់ទំនិញ និង/ឬសេវាផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដែលអ្នក**មិនទាន់ទទួលបាន**។ អ្នកមិនអាចស្នើសុំសេចក្តីសម្រេចលើការរ៉ាប់រងរហ័សអំពីការទូទាត់ប្រាក់សម្រាប់ទំនិញ ឬសេវាដែលអ្នកបានទទួលរួចហើយនោះទេ។
- ការប្រើប្រាស់ថ្ងៃផុតកំណត់តាមស្តង់ដារ **អាចបណ្តាលឱ្យមានគ្រោះថ្នាក់ធ្ងន់ធ្ងរដល់សុខភាពរបស់អ្នក** ឬប៉ះពាល់ដល់សមត្ថភាពរបស់អ្នកក្នុងការបំពេញមុខងាររាងកាយ *។*

យើងនឹងផ្តល់ឱ្យអ្នកជាស្វ័យប្រវត្តិនូវសេចក្តីសម្រេចលើការរ៉ាប់រងរហ័សប្រសិនបើវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកប្រាប់យើងថាសុខភាពរបស់អ្នកត្រូវការវា។ ប្រសិនបើអ្នកស្នើសុំដោយគ្មានការគាំទ្រពីវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក នោះយើងនឹងសម្រេចថាតើអ្នកទទួលបានសេចក្តីសម្រេចលើការរ៉ាប់រងរហ័សឬយ៉ាងណា។

- បើយើងសម្រេចថា សុខភាពរបស់អ្នកមិនបំពេញតាមលក្ខខណ្ឌសេចក្តីសម្រេចលើការរ៉ាប់រង រហ័សទេ យើងផ្ញើលិខិតមួយច្បាប់ជូនអ្នក ដែលនិយាយដូច្នោះ ហើយយើងប្រើថ្ងៃផុតកំណត់ស្តង់ដារជំនួសវិញ។ លិខិតនេះប្រាប់អ្នកថា៖
  - យើងនឹងផ្តល់ឱ្យអ្នកជាស្វ័យប្រវត្តិនូវសេចក្តីសម្រេចលើការរ៉ាប់រងរហ័សប្រសិនបើវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកស្នើសុំវា។
  - របៀបដាក់ "បណ្តឹងរហ័ស" អំពីការសម្រេចចិត្តរបស់យើង ដើម្បីផ្តល់ជូនអ្នកនូវសេចក្តីសម្រេចលើការរ៉ាប់រងស្តង់ដារ ជំនួសឱ្យសេចក្តីសម្រេចលើការរ៉ាប់រងរហ័សដែលអ្នកបានស្នើសុំផងដែរ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីការដាក់បណ្តឹងរួមទាំងបណ្តឹងរហ័ស សូមមើល**ផ្នែក K**។

ប្រសិនបើយើងបដិសេធសំណើរបស់អ្នកដោយផ្នែកឬទាំងស្រុង យើងនឹងផ្ញើជូនអ្នកនូវលិខិតមួយច្បាប់ដែលពន្យល់អំពីមូលហេតុនោះ។

- ប្រសិនបើយើងនិយាយថា **បដិសេធ** នោះអ្នកមានសិទ្ធិប្តឹងតវ៉ាបាន។ ប្រសិនបើអ្នកគិតថាយើងបានប្រព្រឹត្តកំហុស នោះការដាក់បណ្តឹងតវ៉ា គឺជាវិធីផ្លូវការមួយនៃការស្នើសុំឱ្យយើងពិនិត្យឡើងវិញនូវការសម្រេចចិត្តរបស់យើង ហើយផ្លាស់ប្តូរវា។
- ប្រសិនបើអ្នកសម្រេចចិត្តប្តឹងតវ៉ា អ្នកនឹងបន្តទៅកម្រិត 1 នៃដំណើរការបណ្តឹងតវ៉ា (សូមមើល**ផ្នែក F3**។

ក្នុងករណីខ្លះដែលមានកម្រិត យើងអាចច្រានចោលសំណើសុំសេចក្តីសម្រេចការរ៉ាប់រងរបស់អ្នក ដែលមានន័យថាយើងនឹងមិនពិនិត្យមើលសំណើនោះទេ។ ឧទាហរណ៍នៃពេលដែលសំណើនឹងត្រូវបានច្រានចោលរួមមាន៖

- ប្រសិនបើសំណើមិនពេញលេញ
- ប្រសិនបើនរណាម្នាក់ធ្វើការស្នើសុំជំនួសអ្នក ប៉ុន្តែមិនត្រូវបានអនុញ្ញាតស្របច្បាប់ឱ្យធ្វើដូច្នោះ **ឬ**
- ប្រសិនបើអ្នកស្នើសុំឱ្យដកសំណើរបស់អ្នក។

ប្រសិនបើយើងច្រានចោលសំណើសុំសេចក្តីសម្រេចលើការរ៉ាប់រង នោះយើងនឹងផ្ញើការជូនដំណឹងដែលពន្យល់ពីមូលហេតុដែលសំណើត្រូវបានច្រានចោល និងរបៀបស្នើសុំឱ្យមានការពិនិត្យឡើងវិញអំពីការច្រានចោលបណ្តឹងនោះ។ ការពិនិត្យមើលនេះហៅថា បណ្តឹងតវ៉ា។ បណ្តឹងតវ៉ានឹងត្រូវបានពិភាក្សានៅក្នុងផ្នែកបន្ទាប់។

F3. ការដាក់បណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 1

ដើម្បីចាប់ផ្តើមបណ្តឹងតវ៉ា អ្នក វេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក ឬអ្នកតំណាងមានការអនុញ្ញាតអ្នករបស់អ្នក ត្រូវតែទាក់ទងមកយើង។ ហៅទូរសព្ទមកយកយើងតាមរយៈលេខ 1-833-522-3767 (TTY: 711) 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ រួមទាំងថ្ងៃឈប់សម្រាក។

ស្នើសុំបណ្តឹងតវ៉ាស្ដ ង់ដារ ឬបណ្តឹងតវ៉ារហ័សជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ ឬដោយហៅទូរសព្ទមកយើងតាមរយៈលេខ 1-833-522-3767 (TTY: 711) 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ រួមទាំងថ្ងៃឈប់សម្រាក។

L.A. Care Health Plan
Attn: Appeals and Grievances
1200 W 7th Street
Los Angeles, CA 90017

- ប្រសិនបើវេជ្ជបណ្ឌិត ឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាផ្សេងទៀតរបស់អ្នកស្នើសុំឱ្យបន្តសេវា ឬសម្ភារៈដែលអ្នកកំពុងទទួលបានរួចហើយក្នុងអំឡុងពេលបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នក នោះអ្នកប្រហែលជាត្រូវដាក់ឈ្មោះពួកគេជាអ្នកតំណាងរបស់អ្នក ដើម្បីធ្វើសកម្មភាពជំនួសអ្នក។
- ប្រសិនបើអ្នកណាម្នាក់ក្រៅពីវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកដាក់បណ្តឹងតវ៉ាសម្រាប់អ្នក សូមបញ្ចូលទម្រង់បែបបទតែងតាំងអ្នកតំណាងដែលអនុញ្ញាតឱ្យបុគ្គលនេះធ្វើជាតំណាងអ្នក។ អ្នកក៏អាចទទួលបានទម្រង់បែបបទតាមរយៈការចូលមើលគេហទំព័រ www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf ឬ*នៅលើគេហទំព័រតាមរយៈ* medicare.lacare.org *។*
- យើងអាចទទួលយកសំណើបណ្តឹងតវ៉ាដោយគ្មានទម្រង់បែបបទ ប៉ុន្តែយើងមិនអាចចាប់ផ្តើម ឬបញ្ចប់ការពិនិត្យរបស់យើងបានទេរហូតដល់យើងទទួលបានវា។ ប្រសិនបើយើងមិនទទួលបានទម្រង់បែបបទមុនថ្ងៃផុតកំណត់របស់យើងសម្រាប់ការសម្រេចចិត្តលើបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នកទេ៖

- យើងនឹងច្រានចោលសំណើរបស់អ្នក ហើយ
- យើងនឹងផ្ញើការជូនដំណឹងជាលាយលក្ខណ៍អក្សរដោយពន្យល់បកស្រាយពីសិទ្ធិរបស់អ្នកក្នុងការស្នើសុំ IRO ឱ្យត្រួតពិនិត្យលើសេចក្តីសម្រេចរបស់យើងដែលច្រានចោលបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នក។

- អ្នកត្រូវស្នើសុំបណ្តឹងតវ៉ាក្នុងរយៈពេល 65 ថ្ងៃតាមប្រតិទិនគិតចាប់ពីកាលបរិច្ឆេទដែលចុះលើលិខិត ដែលយើងបានផ្ញើទៅជម្រាបជូនអ្នកអំពីសេចក្តីសម្រេចរបស់យើង។
- ប្រសិនបើអ្នកខកថ្ងៃផុតកំណត់ ហើយមានមូលហេតុសមរម្យចំពោះការខកខាននោះ យើងអាចផ្តល់ពេលវេលាបន្ថែមឱ្យអ្នកដើម្បីដាក់បណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នក។ ឧទាហរណ៍នៃហេតុផលល្អគឺមានដូចជា អ្នកមានជំងឺធ្ងន់ ឬយើងផ្តល់ព័ត៌មានខុសដល់អ្នកអំពីថ្ងៃផុតកំណត់។ ពន្យល់ពីមូលហេតុថាហេតុអ្វីបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នកយឺតយ៉ាវ នៅពេលដែលអ្នកដាក់ពាក្យបណ្តឹង។
- អ្នកមានសិទ្ធិស្នើសុំព័ត៌មានបន្ថែមជាច្បាប់ចម្លងឥតគិតថ្លៃអំពីបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នកពីយើងបាន។ អ្នកនិងវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក អាចផ្តល់ព័ត៌មានបន្ថែមមកយើងដើម្បីជាជំនួយដល់បណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នកផងដែរ។

ប្រសិនបើស្ថានភាពសុខភាពរបស់អ្នកត្រូវការវា សូមស្នើសុំ បណ្តឹងតវ៉ារហ័ស។

> វាក្យសព្ទច្បាប់**សម្រាប់ "បណ្តឹងតវ៉ារហ័ស" គឺ** "ការពិចារណាឡើងវិញបែបពន្លឿន។"

- ប្រសិនបើអ្នកប្តឹងតវ៉ាចំពោះការសម្រេចចិត្តដែលយើងបានធ្វើអំពីការធានារ៉ាប់រងសម្រាប់ការថែទាំ នោះអ្នក និង/ឬ វេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកអាចស្នើសុំបណ្តឹងតវ៉ារហ័សបាន។

យើងផ្តល់ឱ្យអ្នកជាស្វ័យប្រវត្តិនូវបណ្តឹងតវ៉ារហ័សលើការរ៉ាប់រង ប្រសិនបើវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកប្រាប់យើងថាសុខភាពរបស់អ្នកត្រូវការវា។ ប្រសិនបើអ្នកស្នើសុំដោយគ្មានការគាំទ្រពីវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក នោះយើងនឹងសម្រេចថាតើអ្នកទទួលបានបណ្តឹងតវ៉ារហ័សឬយ៉ាងណា។

- បើយើងសម្រេចថា សុខភាពរបស់អ្នកមិនបំពេញតាមលក្ខខណ្ឌសេចក្តីសម្រេចលើបណ្តឹងតវ៉ារហ័សទេ យើងផ្ញើលិខិតមួយច្បាប់ជូនអ្នក ដែលនិយាយដូច្នោះ ហើយយើងប្រើថ្ងៃផុតកំណត់ស្តង់ដារជំនួសវិញ។ លិខិតនេះប្រាប់អ្នកថា៖
  - យើងផ្តល់ឱ្យអ្នកជាស្វ័យប្រវត្តិនូវការសម្រេចចិត្តលើបណ្តឹងតវ៉ារហ័ស ប្រសិនបើវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកស្នើសុំវា។
  - របៀបដាក់ "បណ្តឹងរហ័ស" អំពីការសម្រេចចិត្តរបស់យើង ដែលផ្តល់ជូនអ្នកនូវបណ្តឹងតវ៉ាស្តង់ដារជំនួសឱ្យបណ្តឹងតវ៉ារហ័ស។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីការដាក់បណ្តឹងរួមទាំងបណ្តឹងរហ័ស សូមមើល**ផ្នែក K**។

ប្រសិនបើយើងប្រាប់អ្នកថា យើងកំពុងបញ្ឈប់ ឬកាត់បន្ថយសេវា ឬសម្ភារៈដែលអ្នកទទួលបានរួចហើយ អ្នកប្រហែលជាអាចបន្តសេវា ឬសម្ភារៈទាំងនោះក្នុងអំឡុងពេលបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នក។

- ប្រសិនបើយើងសម្រេចចិត្តផ្លាស់ប្តូរ ឬបញ្ឈប់ការធានារ៉ាប់រងសម្រាប់សេវា ឬសម្ភារៈដែលអ្នកទទួលបាន យើងនឹងផ្ញើសេចក្តីជូនដំណឹងដល់អ្នកមុននឹងអនុវត្ត។
- បើអ្នកមិនយល់ស្របចំពោះសេចក្តីសម្រេចយើងទេនោះ អ្នកអាចដាក់បណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 1 បាន។

- យើងបន្តសេវា ឬសម្ភារៈដែលបានរ៉ាប់រង ប្រសិនបើអ្នកស្នើសុំបណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 1 ក្នុងរយៈពេល 10 ថ្ងៃ តាមប្រតិទិននៃកាលបរិច្ឆេទនៅលើលិខិតរបស់យើង ឬតាមកាលបរិច្ឆេទមានសុពលភាពនៃចំណាត់ការ ដែលចង់បាន ដោយយកតាមកាលបរិច្ឆេទមួយណាដែលកើតឡើងក្រោយគេ។
    - ប្រសិនបើអ្ន កបំពេញតាមថ្ងៃ ផុតកំណត់នេះ អ្ន កនឹងទទួ លបានសេវា ឬសម្ភា រៈដោយគ្មា នការផ្លា ស់ប្តូ រ ខណៈពេលដែលបណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 1 របស់អ្ន កកំពុងរង់ចាំ។
    - អ្ន កក៏នឹងទទួ លបានសេវា ឬសម្ភា រៈផ្សេងទៀតទាំងអស់ (ដែលមិនមែនជាកម្ម វត្ថុនៃបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្ន ក) ដោយគ្មា នការផ្លា ស់ប្តូ រ។
    - ប្រសិនបើអ្ន កមិនប្តឹងតវ៉ាមុនកាលបរិច្ឆេ ទទាំងនេះទេ នោះសេវា ឬសម្ភា រៈរបស់អ្ន កនឹងមិនត្រូវបានបន្ត ទេ ខណៈពេលដែលអ្ន ករង់ចាំការសម្រេចចិត្ត លើបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្ន ក។

យើងនឹងពិចារណាលើបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នក ហើយផ្តល់ចម្លើយរបស់យើងដល់អ្នកវិញ។

- នៅពេលយើងពិនិត្យមើលបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នក យើងនឹងពិនិត្យមើលព័ត៌មានទាំងអស់អំពីសំណើការធានា រ៉ាប់រងសេវាថែទាំសុខភាពរបស់អ្នកដោយប្រុងប្រយ័ត្នម្តងទៀត។
- យើងពិនិត្យមើលថាតើយើងបានអនុវត្តតាមវិធានទាំងអស់នៅពេលដែលយើងបាននិយាយថា **ទេ** ចំពោះ សំណើរបស់អ្នក។
- យើងប្រមូលព័ត៌មានបន្ថែម ប្រសិនបើយើងត្រូវការ។ យើងនឹងទាក់ទងអ្នក ឬវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកដើម្បី ទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែម។

មានថ្ងៃផុតកំណត់សម្រាប់បណ្តឹងតវ៉ារហ័ស។

- នៅពេលយើងប្រើថ្ងៃផុតកំណត់រហ័ស យើងត្រូវតែផ្តល់ចម្លើយជូនអ្នក**ក្នុងរយៈពេល 72 ម៉ោង បន្ទា ប់ពី ទទួ លបានបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្ន ក ឬកាន់តែរហ័សបើស្ថា នភាពសុខភាពរបស់អ្ន កត្រូ វការការឆ្លើយតប រហ័ស**។ យើងនឹងផ្តល់ចម្លើយឱ្យបានឆាប់ បើស្ថានភាពសុខភាពរបស់អ្នកតម្រូវឱ្យធ្វើដូច្នោះ។
    - ប្រសិនបើយើងមិនផ្ត ល់ចម្លើយជូ នអ្ន កក្នុងរយៈពេល 72 ម៉ោងទេ យើងត្រូ វតែបញ្ជូ នសំណើរបស់អ្ន ក ទៅដំណើរការបណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 2។ IRO នឹងពិនិត្យមើលវា។ ក្រោយមកនៅក្នុងជំពូ កនេះ យើងនឹង ប្រាប់អ្ន កអំពីអង្គ ការនេះ និងពន្យល់អំពីដំណើរការបណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 2។ ប្រសិនបើបញ្ហា របស់អ្ន ក ទាក់ទងការរ៉ាប់រងលើសេវា ឬទំនិ ញរបស់ Medicaid អ្ន កអាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងកម្រិត 2 ដែលហៅថា រដ្ឋ សវនាការ ជាមួ យរដ្ឋ ដោយខ្លួ នឯងឱ្យបានឆាប់តាមពេលវេលាកំណត់។ នៅរដ្ឋ កាលីហ្វ័រញ៉ា រដ្ឋ សវនាការត្រូ វបានគេហៅថារដ្ឋ សវនាការ។ ដើម្បីដាក់រដ្ឋ សវនាការ សូ មមើលផ្នែ ករដ្ឋ សវនាការនៅក្នុង *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះតាមដែលអាចអនុវត្ត បាន។
- **ប្រសិនបើចម្លើយរបស់យើងគឺយល់ស្របលើផ្នែ កខ្លះឬទាំងស្រុងទៅលើសំណើរបស់អ្ន ក** យើងត្រូវតែ អនុញ្ញាត ឬផ្តល់ការរ៉ាប់រងនៅក្នុងរយៈពេល 72 ម៉ោង បន្ទាប់ពីយើងទទួលបានបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នក ឬ ឆាប់ជាងនេះប្រសិនបើសុខភាពរបស់អ្នកត្រូវការវា។
- **ប្រសិនបើយើងនិយាយថា បដិសេធលើផ្នែ កខ្លះ ឬទាំងស្រុងចំពោះសំណើរបស់អ្ន ក** យើងនឹងផ្ញើ បណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នកទៅ IRO សម្រាប់បណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 2។

មានថ្ងៃផុតកំណត់សម្រាប់បណ្តឹងតវ៉ាស្តង់ដារ។

- នៅពេលយើងប្រើប្រាស់ថ្ងៃផុតកំណត់ស្តង់ដារ យើងត្រូវតែផ្តល់ចម្លើយរបស់យើងដល់អ្នក**ក្នុងរយៈពេល 30 ថ្ងៃ តាមប្រតិទិន** បន្ទាប់ពីយើងទទួលបានបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នកសម្រាប់ការរ៉ាប់រងចំពោះសេវាដែលអ្នកមិនបានទទួល។
- ប្រសិនបើសំណើរបស់អ្នកគឺសម្រាប់ឱសថ Medicare ផ្នែក B ដែលអ្នកមិនបានទទួល យើងផ្តល់ចម្លើយរបស់យើងដល់អ្នក**ក្នុងរយៈពេល 7 ថ្ងៃ តាមប្រតិទិន** បន្ទាប់ពីយើងទទួលបានបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នក ឬឆាប់ជាងនេះ ប្រសិនបើសុខភាពរបស់អ្នកត្រូវការវា។
  - ប្រសិនបើយើងមិនផ្តល់ចម្លើយជូនអ្នកត្រឹមថ្ងៃផុតកំណត់ទេ យើងត្រូវតែបញ្ជូនសំណើរបស់អ្នកទៅដំណើរការបណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 2។ IRO នឹងពិនិត្យមើលវា។ ក្រោយមកនៅក្នុងជំពូកនេះ យើងនឹងប្រាប់អ្នកអំពីអង្គការនេះ និងពន្យល់អំពីដំណើរការបណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 2។ ប្រសិនបើបញ្ហារបស់អ្នកគឺពាក់ព័ន្ធនឹងការរ៉ាប់រងលើសេវា ឬទំនិញរបស់ Medicaid អ្នកអាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងកម្រិត 2 ដែលហៅរដ្ឋ សវនាការជាមួយរដ្ឋ ដោយខ្លួនឯងឱ្យបានឆាប់តាមពេលវេលាកំណត់។ នៅរដ្ឋ កាលីហ្វ័រញ៉ា រដ្ឋ សវនាការត្រូវបានគេហៅថា រដ្ឋ សវនាការ។ ដើម្បីដាក់ពាក្យរដ្ឋ សវនាការ សូមមើលផ្នែក រដ្ឋ សវនាការនៅក្នុង*សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះតាមដែលអាចអនុវត្ត បាន។

ប្រសិនបើយើងនិយាយថា យល់ស្រប លើផ្នែក ខ្លះ ឬទាំងស្រុងចំពោះសំណើរបស់អ្នក យើងត្រូវតែអនុញ្ញាត ឬផ្តល់ការធានារ៉ាប់រងដែលយើងបានយល់ព្រមផ្តល់ក្នុងរយៈពេល 30 ថ្ងៃតាមប្រតិទិន នៃកាលបរិច្ឆេទដែលយើងបានទទួលសំណើបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នក ឬលឿនតាមលក្ខខណ្ឌសុខភាពរបស់អ្នកទាមទារ ហើយក្នុងរយៈពេល 72 ម៉ោងនៃកាលបរិច្ឆេទដែលយើងផ្លាស់ប្តូរការសម្រេចចិត្តរបស់យើង ឬក្នុងរយៈពេល 7 ថ្ងៃតាមប្រតិទិននៃកាលបរិច្ឆេទដែលយើងទទួលបានបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នក ប្រសិនបើសំណើរបស់អ្នកគឺសម្រាប់ឱសថ Medicare ផ្នែក B។

ប្រសិនបើយើងនិយាយថា **បដិសេធ** លើផ្នែកខ្លះ ឬទាំងស្រុងចំពោះសំណើរបស់អ្នក **អ្នកមានសិទ្ធិប្តឹងតវ៉ាបន្ថែម៖**

- ប្រសិនបើយើង**បដិសេធ** លើផ្នែកខ្លះ ឬទាំងស្រុងទៅលើអ្វីដែលអ្នកបានស្នើសុំ យើងផ្ញើលិខិតមួយច្បាប់ទៅអ្នក។
- ប្រសិនបើបញ្ហារបស់អ្នកគឺពាក់ព័ន្ធនឹងការរ៉ាប់រងសេវា ឬសម្ភារៈ Medicare លិខិតនោះនឹងជូនដំណឹងដល់អ្នកថា យើងបានបញ្ជូនករណីរបស់អ្នកទៅ IRO សម្រាប់បណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 2។
- ប្រសិនបើបញ្ហារបស់អ្នកគឺពាក់ព័ន្ធនឹងការរ៉ាប់រងសេវា ឬសម្ភារៈ Medi-Cal លិខិតនោះប្រាប់អ្នកពីរបៀបដាក់បណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 2 ដោយខ្លួនអ្នកផ្ទាល់។

F4. ការដាក់បណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 2

ប្រសិនបើគម្រោងឆ្លើយ**បដិសេធ** លើផ្នែកខ្លះ ឬទាំងស្រុងទៅលើបណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 1 របស់អ្នក នោះយើងនឹងផ្ញើលិខិតមួយច្បាប់ជូនអ្នក។ លិខិតនេះប្រាប់អ្នកថាតើ Medicare Medi-Cal ឬកម្មវិធីទាំងពីរជាធម្មតាធានារ៉ាប់រងលើសេវា ឬសម្ភារៈដែរឬទេ។

- បើបញ្ហារបស់អ្នកគឺពាក់ព័ន្ធនឹងសេវា ឬសម្ភារៈដែល **Medicare**ជាធម្មតារ៉ាប់រង យើងនឹងបញ្ជូនករណីរបស់អ្នកទៅដំណើរការបណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 2 ដោយស្វ័យប្រវត្តិ ឱ្យបានឆាប់បំផុតនៅពេលបណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 1 ត្រូវបានបញ្ចប់។

- បើបញ្ហារបស់អ្នកគឺពាក់ព័ន្ធនឹងសេវា ឬសម្ភារៈដែល **Medi-Cal**ដែលជាធម្មតារ៉ាប់រង អ្នកអាចដាក់បណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 2 ដោយខ្លួនអ្នកផ្ទាល់។ លិខិតនេះប្រាប់អ្នកពីរបៀបធ្វើរឿងនេះ។ យើងក៏រួមបញ្ចូលព័ត៌មានបន្ថែមនៅខាងចុងនៃក្នុងជំពូកនេះ។
- ប្រសិនបើបញ្ហារបស់អ្នកគឺពាក់ព័ន្ធនឹងសេវា ឬសម្ភារៈដែល **Medicare និង Medi-Cal** អាចរ៉ាប់រង នោះអ្នកនឹងទទួលបានបណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 2 ដោយស្វ័យប្រវត្តិជាមួយ IRO ។ បន្ថែមពីលើបណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 2 ដោយស្វ័យប្រវត្តិ អ្នកក៏អាចស្នើសុំរដ្ឋសវនាការ និងការពិនិត្យពិច័យដោយពេទ្យឯករាជ្យជាមួយរដ្ឋផងដែរ។ ទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយ មិនមានការពិនិត្យពិច័យដោយពេទ្យឯករាជ្យទេ ប្រសិនបើអ្នកបានបង្ហាញភស្តុតាងរួចហើយនៅក្នុងរដ្ឋសវនាការ។

ប្រសិនបើអ្នកមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ការបន្តអត្ថប្រយោជន៍នៅពេលអ្នកដាក់បណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 1 នោះអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នកសម្រាប់សេវា សម្ភារៈ ឬឱសថនៅក្រោមបណ្តឹងតវ៉ាក៏អាចបន្តក្នុងអំឡុងពេលកម្រិត 2 ផងដែរ។ សូមមើល**ផ្នែក F3** សម្រាប់ព័ត៌មានអំពីការបន្តអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នកក្នុងអំឡុងពេលបណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 1។

- បើបញ្ហារបស់អ្នកគឺពាក់ព័ន្ធនឹងសេវា ឬសម្ភារៈដែលជាធម្មតាត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare ប៉ុណ្ណោះ នោះអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នកសម្រាប់សេវាមិនបន្តក្នុងអំឡុងពេលបណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 2 ជាមួយនឹង IRO ទេ។
- ប្រសិនបើបញ្ហារបស់អ្នកគឺពាក់ព័ន្ធនឹងសេវា ដែលជាធម្មតាធានារ៉ាប់រងដោយ Medi-Cal នោះអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នកសម្រាប់សេវានោះនៅតែបន្ត ប្រសិនបើអ្នកដាក់បណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 2 ក្នុងរយៈពេល 10 ថ្ងៃតាមប្រតិទិន បន្ទាប់ពីទទួលបានលិខិតសម្រេចរបស់យើង។

នៅពេលដែលបញ្ហាររបស់អ្នកគឺពាក់ព័ន្ធនឹងសេវា ឬសម្ភារៈណាមួយដែលជាធម្មតា Medicare រ៉ាប់រង

IRO នឹងពិនិត្យបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នក។ វាគឺជាស្ថាប័នឯករាជ្យមួយដែលត្រូវបានជួលមកបម្រើការងារដោយគម្រោង Medicare។

ឈ្មោះជាផ្លូវការសម្រាប់អង្គការត្រួតពិនិត្យឯករាជ្យ (IRO) គឺ **ជាអង្គ ភាពត្រួ តពិនិត្យឯករាជ្យ** ជួនកាលហៅកាត់ថា **IRE។**

- អង្គភាពនេះ ពុំជាប់ទាក់ទងជាមួយគម្រោងរបស់យើងទេ ហើយក៏មិនមែនជាភ្នាក់ងាររដ្ឋាភិបាលដែរ។ Medicare បានជ្រើសរើសក្រុមហ៊ុនធ្វើជា IRO ហើយ Medicare ត្រួតពិនិត្យការងាររបស់ពួកគេ។
- យើងផ្ញើព័ត៌មានអំពីបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នក (“ឯកសារសំណុំរឿង” របស់អ្នក) ទៅកាន់អង្គភាពនេះ។ អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានសំណុំរឿងរបស់អ្នកមួយច្បាប់ដោយឥតគិតថ្លៃ។
- អ្នកមានសិទ្ធិផ្តល់ព័ត៌មានបន្ថែមទៅ IRO ដើម្បីជាជំនួយដល់បណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នក។
- អ្នកពិនិត្យឡើងវិញនៅអង្គភាព IRO ពិនិត្យមើលព័ត៌មានទាំងអស់ពាក់ព័ន្ធនឹងបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នកដោយប្រុងប្រយ័ត្ន។

ប្រសិនបើអ្នកមានបណ្តឹងតវ៉ារហ័ស នៅកម្រិត 1 អ្នកក៏នឹងមានបណ្តឹងតវ៉ារហ័សនៅ កម្រិត 2 ផងដែរ។

- ប្រសិនបើអ្នកមានបណ្តឹងតវ៉ារហ័សមកពួកយើងនៅកម្រិត 1 អ្នកនឹងទទួលបានបណ្តឹងតវ៉ារហ័សដោយស្វ័យប្រវត្តិនៅកម្រិត 2។ IRO ត្រូវតែផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវចម្លើយចំពោះបណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 2 របស់អ្នក **ក្នុងរយៈពេល 72 ម៉ោង**បន្ទាប់ពីទទួលបានបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នក។

ប្រសិនបើអ្នកមានបណ្តឹងតវ៉ាស្តង់ដារនៅកម្រិត 1 អ្នកក៏មានបណ្តឹងតវ៉ាស្តង់ដារនៅកម្រិត 2 ផងដែរ។

- ប្រសិនបើអ្នកមានបណ្តឹងតវ៉ាស្តង់ដារមកពួកយើងនៅកម្រិត 1 អ្នកក៏មានបណ្តឹងតវ៉ាស្តង់ដារនៅកម្រិត 2 ដោយស្វ័យប្រវត្តិផងដែរ។
- ប្រសិនបើសំណើរបស់អ្នកគឺសម្រាប់សម្ភារៈ ឬសេវាវេជ្ជសាស្ត្រ នោះ IRO ត្រូវតែផ្តល់ចម្លើយចំពោះបណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 2 របស់អ្នក**ក្នុងរយៈពេល 30 ថ្ងៃ តាមប្រតិទិន** បន្ទាប់ពីទទួលបានបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នក។
- ប្រសិនបើសំណើរបស់អ្នកគឺសម្រាប់ឱសថ Medicare ផ្នែក B នោះ IRO ត្រូវតែផ្តល់ចម្លើយចំពោះបណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 2 របស់អ្នក**ក្នុងរយៈពេល 7 ថ្ងៃ តាមប្រតិទិន** បន្ទាប់ពីទទួលបានបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នក។

ប្រសិនបើ IRO ផ្តល់ចម្លើយរបស់ពួកគេដល់អ្នកជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ និងពន្យល់ពីមូលហេតុ។

- **ប្រសិនបើ IRO និយាយថា យល់ស្រប លើផ្នែក ខ្លះ ឬទាំងស្រុងទៅលើសំណើសម្រាប់សេវា ឬសម្ភារៈ វេជ្ជ សាស្ត្រ** នោះយើងត្រូវអនុវត្តការសម្រេចចិត្តភ្លាមៗ៖
  - ផ្តល់សិទ្ធិលើការធានារ៉ាប់រងផ្នែកវេជ្ជ សាស្ត្រ **ក្នុងរយៈពេល 72 ម៉ោង ឬ**
  - ផ្តល់សេវាក្នុង**រយៈពេល 5 ថ្ងៃ ធ្វើការ**បន្ទាប់ពីយើងទទួលបានការសម្រេចចិត្តរបស់ IRO ចំពោះ**សំណើស្តង់ដារ** ឬ
  - ផ្តល់សេវា**ក្នុងរយៈពេល 72 ម៉ោង**គិតចាប់ពីថ្ងៃដែលយើងទទួលបានការសម្រេចចិត្តរបស់ IRO សម្រាប់**សំណើដែលបានពន្លឿន។**
- **ប្រសិនបើ IRO យល់ស្របលើផ្នែក ខ្លះ ឬទាំងស្រុងទៅលើសំណើសម្រាប់ឱសថរបស់ Medicare ផ្នែក B យើងត្រូវតែអនុញ្ញាត ឬផ្តល់ឱសថរបស់ Medicare ផ្នែក B ដែលស្ថិតក្រោមវិវាទនោះ៖**
  - **ក្នុងរយៈពេល 72 ម៉ោង**បន្ទាប់ពីយើងទទួលបានការសម្រេចចិត្តរបស់ IRO សម្រាប់**សំណើស្តង់ដារ ឬ**
  - **ក្នុងរយៈពេល 24 ម៉ោង**ចាប់ពីកាលបរិច្ឆេទដែលយើងទទួលបានការសម្រេចចិត្តរបស់ IRO សម្រាប់**សំណើបែបពន្លឿន**។
- **ប្រសិនបើ IRO និយាយថា បដិសេធ លើផ្នែក ខ្លះ ឬស្រុងទៅលើបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នក** វាមានន័យថាពួកគេយល់ព្រមថាយើងមិនគួរយល់ព្រមលើសំណើរបស់អ្នក (ឬផ្នែកខ្លះនៃសំណើរបស់អ្នក) ចំពោះការរ៉ាប់រងសម្រាប់ការថែទាំវេជ្ជសាស្ត្រនោះ។ នេះគេហៅថា "ការរក្សាសេចក្តីសម្រេច" ឬ "ការបដិសេធបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នក"។
  - ប្រសិនបើករណីរបស់អ្នកបំពេញតាមលក្ខខណ្ឌ នោះអ្នកជ្រើសរើសថាតើអ្នកចង់ប្តឹងតវ៉ាបន្ថែមឬអត់។
  - មានកម្រិតបន្ថែមចំនួនបីនៅក្នុងដំណើរការបណ្តឹងតវ៉ាបន្ទាប់ពីកម្រិត 2 សម្រាប់កម្រិតសរុបចំនួនប្រាំ។
  - ប្រសិនបើបណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 2 របស់អ្នកត្រូវបានបដិសេធ ហើយអ្នកបំពេញតាមលក្ខខណ្ឌ ដើម្បីបន្តដំណើរការបណ្តឹងតវ៉ា អ្នកត្រូវតែសម្រេចចិត្ត ថាតើត្រូវបន្តទៅកម្រិត 3 ហើយធ្វើបណ្តឹងតវ៉ាទីបី។ ព័ត៌មានលម្អិតអំពីរបៀបធ្វើបែបនេះ មាននៅក្នុងសេចក្តីជូនដំណឹងជាលាយលក្ខណ៍អក្សរដែលអ្នកទទួលបានបន្ទាប់ពីបណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 2 របស់អ្នក។
  - ចៅក្រមច្បាប់រដ្ឋបាល (Administrative Law Judge, ALJ) ឬមេធាវីម្នាក់ ជាអ្នកចាត់ចែងបណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 3។ មើល**ផ្នែក J**សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីបណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 3 កម្រិត 4 និង កម្រិត 5។

នៅពេលដែលបញ្ហាររបស់អ្នកគឺមានពាក់ព័ន្ធនឹងសេវា ឬសម្ភារៈណាមួយដែលជាធម្មតា Medi-Cal រ៉ាប់រង

មានវិធីពីរយ៉ាងដើម្បីដាក់បណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 2 សម្រាប់សេវា និងសម្ភារៈរបស់ Medi-Cal៖ (1) ការដាក់ពាក្យបណ្តឹង ឬការពិនិត្យពិច័យដោយពេទ្យឯករាជ្យ ឬ (2) រដ្ឋសវនាការ។

(1) ក្រសួងគ្រប់គ្រងសុខាភិបាល (DMHC)

អ្នកអាចដាក់ពាក្យបណ្តឹង ឬដាក់ពាក្យស្នើសុំការពិនិត្យពិច័យដោយពេទ្យឯករាជ្យ (IMR) ពីមជ្ឈមណ្ឌលជំនួយនៅ DMHC ។ តាមរយៈការដាក់ពាក្យបណ្តឹង នោះ DMHC នឹងពិនិត្យមើលការសម្រេចចិត្តរបស់យើង។ DMHC នឹងធ្វើការស៊ើបអង្កេតដោយខ្លួនឯងលើពាក្យបណ្តឹងរបស់អ្នក ឬសម្រេចថាតើករណីនេះមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ IMR ដែរឬទេ។ IMR អាចរកបានសម្រាប់សេវា ឬសម្ភារៈដែលរ៉ាប់រង Medi-Cal ណាមួយដែលជាផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ។ IMR គឺជាការពិនិត្យឡើងវិញនូវករណីរបស់អ្នកដោយអ្នកជំនាញដែលមិនមែនជាផ្នែកមួយនៃគម្រោងរបស់យើង ឬជាផ្នែកមួយនៃ DMHC នោះទេ។ ប្រសិនបើ IMR ត្រូវបានសម្រេចតាមការចង់បានរបស់អ្នក យើងត្រូវផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវសេវា ឬសម្ភារៈដែលអ្នកបានស្នើសុំ។ អ្នកមិនត្រូវបង់ថ្លៃសម្រាប់ IMR ទេ។

អ្នកអាចដាក់បណ្តឹងតវ៉ា ឬដាក់ពាក្យសុំ IMR ប្រសិនបើគម្រោងរបស់យើង៖

- បដិសេធ ផ្លាស់ប្តូរ ឬពន្យារសេវា Medi-Cal ឬគម្រោងព្យាបាល ដោយសារតែគម្រោងរបស់យើងចាត់ទុកថាវាមិនចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រទេ។
- នឹងមិនរ៉ាប់រងការព្យាបាល Medi-Cal បែបពិសោធន៍ ឬអង្កេតស្រាវជ្រាវ សម្រាប់ស្ថានភាពជំងឺធ្ងន់ធ្ងរ។
- មានវិវាទថាតើសេវាវះកាត់ ឬនីតិវិធីគឺជាការកែសម្ផស្ស ឬបង្កើតឡើងវិញដែរឬទេ។
- នឹងមិនទូទាត់ថ្លៃលើការសង្គ្រោះបន្ទាន់ ឬសេវា Medi-Cal បន្ទាន់ដែលអ្នកបានទទួលរួចហើយ។
- មិនបានដោះស្រាយបណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 1 របស់អ្នកលើសេវា Medi-Cal ក្នុងរយៈពេល 30 ថ្ងៃតាមប្រតិទិន សម្រាប់បណ្តឹងតវ៉ាស្តង់ដារ ឬ 72 ម៉ោង ឬឆាប់ជាងនេះ ប្រសិនបើសុខភាពរបស់អ្នកទាមទារវាសម្រាប់បណ្តឹងតវ៉ារហ័ស។

ក្នុងករណីភាគច្រើន អ្នកត្រូវតែដាក់បណ្តឹងតវ៉ាជាមួយយើង មុនពេលស្នើសុំ IMR ។ សូមមើល**ផ្នែក F3** ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មាន អំពីដំណើរការបណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 1 របស់យើង។ ប្រសិនបើអ្នកមិនយល់ស្របនឹងការសម្រេចចិត្តរបស់យើង អ្នកអាចដាក់បណ្តឹងតវ៉ាជាមួយ DMHC ឬស្នើសុំ IMR ពីមជ្ឈមណ្ឌលជំនួយ DMHC។

កំណត់ចំណាំ៖ប្រសិនបើអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកបានដាក់បណ្តឹងតវ៉ាជំនួសអ្នក ប៉ុន្តែយើងមិនទាន់ទទួលបានទម្រង់បែបបទនៃការតែងតាំងអ្នកតំណាងរបស់អ្នកនោះទេ អ្នកនឹងត្រូវដាក់បណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នកជាមួយយើងឡើងវិញ មុនពេលអ្នកអាចដាក់ពាក្យទៅកាន់ IMR កម្រិត 2 ទៅកាន់ក្រសួងគ្រប់គ្រងសុខាភិបាល លើកលែងតែបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នកគឺពាក់ព័ន្ធនឹងការគំរាមកំហែងធ្ងន់ធ្ងរ និងបន្ទាន់ដល់សុខភាពរបស់អ្នក រួមមានជាអាទិ៍ ការឈឺចាប់ធ្ងន់ធ្ងរ ការដែលអាចនឹងបាត់បង់ជីវិត អវយវៈ ឬមុខងាររាងកាយសំខាន់ៗ។

អ្នកអាចស្នើសុំទាំង IMR និងរដ្ឋសវនាការ ប៉ុន្តែអ្នកមិនអនុញ្ញាតសម្រាប់ IMR ទេ ប្រសិនបើអ្នកបានបង្ហាញភស្តុតាងរួចហើយនៅក្នុងរដ្ឋសវនាការ ឬមានរដ្ឋសវនាការលើបញ្ហាដូចគ្នា។

ប្រសិនបើការព្យាបាលរបស់អ្នកត្រូវបានបដិសេធដោយសារតែវាគឺជាការពិសោធន៍ឬការអង្កេតស្រាវជ្រាវ អ្នកមិនចាំបាច់ចូលរួមនៅក្នុងដំណើរការបណ្តឹងតវ៉ាពេលអ្នកដាក់ពាក្យសុំ IMR ឡើយ។

ប្រសិនបើបញ្ហារបស់អ្នកបន្ទាន់ ឬជាប់ពាក់ព័ន្ធនឹងការគំរាមកំហែងធ្ងន់ធ្ងរ និងបន្ទាន់ដល់សុខភាពរបស់អ្នក ឬអ្នកមានការឈឺចាប់ធ្ងន់ធ្ងរ អ្នកអាចបញ្ជូនបញ្ហានេះជាបន្ទាន់ទៅ DMHC ដោយមិនចាំបាច់ធ្វើតាមនីតិវិធីដាក់ពាក្យបណ្តឹងរបស់យើងជាមុន។

អ្នកត្រូវតែ **ស្នើសុំ IMR ក្នុងរយៈពេល 6 ខែ** បន្ទាប់ពីយើងផ្ញើអោយអ្នកនូវការសម្រេចជាលាយលក្ខណ៍អក្សរអំពីបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នក។ DMHC អាចទទួលយកពាក្យសុំរបស់អ្នកបន្ទាប់ពីរយៈពេល 6 ខែ បើមានហេតុផលសមរម្យ ដូចជាអ្នកមានស្ថានភាពសុខភាពដែលរារាំងអ្នកពីការស្នើសុំ IMR ក្នុងរយៈពេល 6 ខែ ឬអ្នកមិនបានទទួលការជូនដំណឹងគ្រប់គ្រាន់ពីយើងអំពីដំណើរការ IMR។

ដើម្បីដាក់ពាក្យបណ្តឹង ឬស្នើសុំ IMR៖

- បំពេញទម្រង់បែបបទ IMR/បណ្តឹងតវ៉ាដែលមាននៅ៖ www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForms.aspx ឬហៅទូរសព្ទទៅមជ្ឈមណ្ឌលជំនួយ DMHC តាមរយៈលេខ 1-888-466-2219។ អ្នកប្រើ TTY អាចហៅទូរសព្ទទៅកាន់លេខ 1-877-688-9891។
- ប្រសិនបើអ្នកមាន សូមភ្ជាប់ជាមួយនូវច្បាប់ចម្លងនៃលិខិតឬឯកសារផ្សេងទៀតអំពីសេវា ឬសម្ភារៈដែលយើងបានបដិសេធ។ នេះអាចបង្កើនល្បឿនដំណើរការ IMR។ ផ្ញើឯកសារជាច្បាប់ចម្លង មិនមែនច្បាប់ដើមទេ។ មជ្ឈមណ្ឌលជំនួយ មិនអាចផ្ញើឯកសារអ្វីៗត្រឡប់ទៅវិញឡើយ។
- បំពេញទម្រង់បែបបទជំនួយការដែលបានអនុញ្ញាត ប្រសិនបើនរណាម្នាក់កំពុងជួយអ្នកស្នើសុំ IMR របស់អ្នក។ អ្នកអាចទទួលទម្រង់បែបបទតាមរយៈ www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForms.aspx ឬហៅទូរសព្ទទៅមជ្ឈមណ្ឌលជំនួយរបស់នាយកដ្ឋាន តាមរយៈលេខ 1-888-466-2219។ អ្នកប្រើ TTY អាចហៅទូរសព្ទទៅកាន់លេខ 1-877-688-9891។
- ដាក់ស្នើទម្រង់បែបបទ IMR/បណ្តឹង និងឯកសារភ្ជាប់ណាមួយទៅកាន់ DMHC៖
  បញ្ជូនតាមអនឡាញ៖ www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint.aspx

  ផ្ញើតាមប្រៃសណីយ៍ ឬទូរសារ៖

  Help Center
  Department of Managed Health Care (DMHC)
  980 Ninth Street, Suite 500
  Sacramento, CA 95814-2725
  ទូរសារ៖ 916-255-5241

ក្នុងរយៈពេល 7 ថ្ងៃ DMHC នឹងពិនិត្យមើលពាក្យសុំរបស់អ្នក ហើយផ្ញើលិខិតទទួលស្គាល់ដល់អ្នក។ ប្រសិនបើ DMHC កំណត់ថាករណីនេះមានលក្ខណៈគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ IMR នោះការសម្រេចចិត្តរបស់ IMR នឹងត្រូវបានធ្វើឡើងក្នុងរយៈពេល 30 ថ្ងៃបន្ទាប់ពីការទទួលបានឯកសារដែលត្រូវការទាំងអស់។

ប្រសិនបើករណីរបស់អ្នកមានភាពបន្ទាន់ ហើយអ្នកមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ IMR នោះការសម្រេចចិត្ត IMR ជាធម្មតានឹងត្រូវបានធ្វើឡើងក្នុងរយៈពេល 7 ថ្ងៃបន្ទាប់ពីការទទួលបានឯកសារដែលត្រូវការទាំងអស់។

ប្រសិនបើអ្នកមិនពេញចិត្តនឹងលទ្ធផលអំពី IMR នោះអ្នកនៅតែអាចស្នើសុំឱ្យមានរដ្ឋសវនាការបាន។

IMR អាចចំណាយពេលយូរជាងនេះ ប្រសិនបើ DMHC មិនទទួលបានកំណត់ត្រាវេជ្ជសាស្ត្រទាំងអស់ដែលត្រូវការពីអ្នក ឬវេជ្ជបណ្ឌិតព្យាបាលរបស់អ្នក។ ប្រសិនបើអ្នកកំពុងទៅជួបពិនិត្យជាមួយវេជ្ជបណ្ឌិតដែលមិនស្ថិតក្នុងបណ្តាញគម្រោងសុខភាពរបស់អ្នក វាចាំបាច់ណាស់ដែលអ្នកត្រូវទទួលបានកំណត់ត្រាវេជ្ជសាស្ត្រពីវេជ្ជបណ្ឌិតរូបនោះហើយផ្ញើវាមកយើង។ គម្រោងសុខភាពរបស់អ្នកគឺតម្រូវឱ្យទទួលបានច្បាប់ចម្លងនៃកំណត់ត្រាវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នកពីវេជ្ជបណ្ឌិតដែលមាននៅក្នុងបណ្តាញ។

ប្រសិនបើ DMHC សម្រេចថាករណីរបស់អ្នកមិនមានសិទ្ធិទទួលបាន IMR នោះ DMHC នឹងពិនិត្យឡើងវិញនូវរឿងក្តីរបស់អ្នក តាមរយៈដំណើរការពាក្យបណ្តឹងរបស់អតិថិជនជាប្រចាំរបស់ខ្លួន។ បណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នកគួរត្រូវបានដោះស្រាយក្នុងរយៈពេល 30 ថ្ងៃតាមប្រតិទិនចំពោះការដាក់បញ្ជូនពាក្យស្នើសុំដែលបានបំពេញរួច។ ប្រសិនបើបណ្តឹងរបស់អ្នកគឺជាការបន្ទាន់ វានឹងត្រូវបានដោះស្រាយឆាប់ៗ។

2. រដ្ឋសវនាការ

អ្នកអាចស្នើសុំរដ្ឋសវនាការ សម្រាប់សេវា និងសម្ភារៈដែលបានរ៉ាប់រងដោយ Medi-Cal។ ប្រសិនបើវេជ្ជបណ្ឌិត ឬអ្នកផ្តល់សេវាដទៃទៀតរបស់អ្នកស្នើសុំសេវា ឬសម្ភារៈដែលយើងនឹងមិនឯកភាពផ្តល់ជូន ឬយើងនឹងមិនបន្តបង់ថ្លៃឱ្យសេវា ឬសម្ភារៈដែលអ្នកមានរួចហើយនោះ ហើយយើងឆ្លើយបដិសេធចំពោះតវ៉ាកម្រិត 1 របស់អ្នក អ្នកមានសិទ្ធិស្នើសុំរដ្ឋសវនាការបាន។

ក្នុងករណីភាគច្រើន **អ្នក មានរយៈពេល 120 ថ្ងៃ ដើម្បីស្នើសុំរដ្ឋ សវនាការ** បន្ទាប់ពីសេចក្តីជូនដំណឹងអំពី "លិខិតសម្រេចលើបណ្តឹងតវ៉ា" ត្រូវបានផ្ញើទៅអ្នក។

ចំណាំ៖ ប្រសិនបើអ្នកស្នើសុំរដ្ឋសវនាការដោយសារយើងបានប្រាប់អ្នកថាសេវាដែលអ្នកទទួលបាននឹងត្រូវផ្លាស់ប្តូរ ឬបញ្ឈប់ **អ្នក មានពេលតិចជាងមុនដើម្បីដាក់សំណើរបស់អ្នក** ប្រសិនបើអ្នកចង់បន្តសេវានេះ នៅពេលរដ្ឋសវនាការរបស់អ្នកកំពុងរង់ចាំ។ សូមអាន “តើអត្ថប្រយោជន៍របស់ខ្ញុំនឹងនៅបន្តក្នុងអំឡុងពេលបណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 2 ដែរឬទេ” នៅទំព័រទី 16 សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។

មានវិធីចំនួនពីរដើម្បីស្នើសុំរដ្ឋសវនាការ៖

1. អ្នកអាចបំពេញ "សំណើសុំសវនាការយុត្តិធម៌រដ្ឋ" នៅខាងក្រោយសេចក្តីជូនដំណឹងនៃចំណាត់ការ។ អ្នកគួរផ្តល់ព័ត៌មានដែលបានស្នើសុំទាំងអស់ដូចជាឈ្មោះពេញ អាសយដ្ឋាន លេខទូរសព្ទ ឈ្មោះគម្រោង ឬខោនធីរបស់អ្នកដែលបានធ្វើចំណាត់ការប្រឆាំងនឹងអ្នក កម្មវិធីជំនួយពាក់ព័ន្ធ (នានា) និងមូលហេតុលម្អិតដែលអ្នកចង់បានសវនាការមួយ។ បន្ទាប់មក អ្នកអាចដាក់សំណើរបស់អ្នកតាមរយៈវិធីមួយក្នុងចំណោមវិធីទាំងនេះ៖

   - ទៅផ្នែកសុខុមាលភាពខោនធី តាមរយៈអាសយដ្ឋានមាននៅក្នុងសេចក្តីជូនដំណឹង។
   - ទៅក្រសួងសង្គមកិច្ច រដ្ឋកាលីហ្វ័រនីញ៉ា តាមរយៈ៖

     State Hearings Division
     P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-433
     Sacramento, California 94244-2430

   - ទៅផ្នែករដ្ឋសវនាការតាមរយៈទូរសារលេខ 916-309-3487 ឬដោយឥតគិតថ្លៃតាមរយៈលេខ 1-833-281-0903។

2. អ្នកអាចហៅទូរសព្ទទៅនាយកដ្ឋានសង្គមកិច្ច រដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា តាមរយៈលេខ 1-800-743-8525។ អ្នកប្រើ TTY អាចហៅទូរសព្ទទៅកាន់លេខ 1-800-952-8349។ ប្រសិនបើអ្នកសម្រេចចិត្តធ្វើសំណើរដ្ឋសវនាការតាមទូរសព្ទ អ្នកគួរតែជ្រាបថាខ្សែទូរសព្ទរវល់ខ្លាំងណាស់។

ប្រសិនបើអ្នកនៅតែមិនយល់ព្រមជាមួយការសម្រេចចិត្តនេះ អ្នកអាច៖

*ស្នើសុំការពិនិត្យពិច័យដោយពេទ្យឯករាជ្យ ហើយអ្នកពិនិត្យនៅខាងក្រៅដែលមិនមានជាប់ទាក់ទងជាមួយគម្រោងសុខភាពនេះ នឹងពិនិត្យសំណុំរឿងរបស់អ្នក។

*ស្នើសុំរដ្ឋសវនាការ ហើយចៅក្រមនឹងពិនិត្យសំណុំរឿងរបស់អ្នក។

អ្នកអាចស្នើសុំទាំងការពិនិត្យពិច័យដោយពេទ្យឯករាជ្យ និងរដ្ឋសវនាការក្នុងពេលតែមួយ។ អ្នកក៏អាចស្នើសុំមួយណាមុនក៏បានដើម្បីមើលថាតើវានឹងដោះស្រាយបញ្ហារបស់អ្នកបានមុនឬទេ។ ឧទាហរណ៍ ប្រសិនបើអ្នកសុំការពិនិត្យពិច័យដោយពេទ្យឯករាជ្យមុន ប៉ុន្តែអ្នកមិនយល់ស្របជាមួយនឹងការសម្រេចចិត្តនោះ អ្នកនៅតែអាចស្នើសុំរដ្ឋសវនាការនៅពេលក្រោយបាន។ ទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយ ប្រសិនបើអ្នកស្នើសុំរដ្ឋសវនាការមុន ហើយរដ្ឋសវនាការនោះបានកើតឡើងរួចហើយ នោះអ្នកមិនអាចស្នើសុំការពិនិត្យពិច័យដោយពេទ្យឯករាជ្យបានទេ។ ក្នុងករណីនេះ រដ្ឋសវនាការជាអ្នកសម្រេចចុងក្រោយ។

អ្នកនឹងមិនត្រូវបង់ប្រាក់សម្រាប់ការពិនិត្យពិច័យដោយពេទ្យឯករាជ្យ ឬរដ្ឋសវនាការទេ។

ការពិនិត្យពិច័យដោយពេទ្យឯករាជ្យ

ប្រសិនបើអ្នកចង់បានការពិនិត្យពិច័យដោយពេទ្យឯករាជ្យ អ្នកត្រូវតែស្នើសុំការពិនិត្យនោះក្នុងរយៈពេល 180 ថ្ងៃ ចាប់ពីថ្ងៃចេញលិខិតជូនដំណឹងអំពីដំណោះស្រាយបណ្តឹងតវ៉ានេះ។ កថាខណ្ឌខាងក្រោមនេះនឹងផ្តល់ព័ត៌មានពីរបៀបស្នើសុំការពិនិត្យពិច័យដោយពេទ្យឯករាជ្យដល់អ្នក។ 1 ចំណាំថា ពាក្យ “បណ្តឹងសាទុក្ខ” គឺនិយាយទាំង “បណ្តឹង” និង “បណ្តឹងតវ៉ា”។

"ក្រសួងគ្រប់គ្រងសុខាភិបាលរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា គឺមានភារកិច្ចដាក់បញ្ញត្តិដល់គម្រោងសេវាថែទាំសុខភាព។ ប្រសិនបើអ្នកមានបណ្តឹងសាទុក្ខប្រឆាំងនឹងគម្រោងសុខភាពរបស់អ្នក ជាដំបូងអ្នកគួរតែហៅទូរសព្ទទៅគម្រោងសុខភាពរបស់អ្នកតាមរយៈលេខ **1-888-839-9909** និងប្រើប្រាស់ដំណើរការបណ្តឹងសាទុក្ខនៃគម្រោងសុខភាពរបស់អ្នក មុននឹងទាក់ទងទៅក្រសួង។ ការប្រើនីតិវិធីបណ្តឹងសាទុក្ខនេះ មិនហាមឃាត់សិទ្ធិស្របច្បាប់ដែលអាចប្រើប្រាស់បាន ឬដំណោះស្រាយដែលអាចនឹងមានសម្រាប់អ្នកនោះឡើយ។ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយលើបណ្តឹងសាទុក្ខដែលជាប់ទាក់ទងនឹងភាពអាសន្ន បណ្តឹងសាទុក្ខដែលមិនទាន់ត្រូវបានដោះស្រាយដោយគម្រោងសុខភាពរបស់អ្នកទៅតាមការចង់បានទេ ឬបណ្តឹងសាទុក្ខដែលនៅតែមិនទាន់បានដោះស្រាយលើសពីចំនួន 30 ថ្ងៃ នោះអ្នកអាចហៅទូរសព្ទទៅក្រសួងដើម្បីរកជំនួយ។ អ្នកក៏អាចនឹងមានសិទ្ធិទទួលបានការពិនិត្យពិច័យដោយពេទ្យឯករាជ្យ (IMR) ផងដែរ។ ប្រសិនបើអ្នកមានសិទ្ធិទទួលបាន IMR នោះដំណើរការ IMR នឹងផ្តល់ការពិនិត្យឡើងវិញមិនលំអៀងលើការសម្រេចចិត្តផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដែលត្រូវបានធ្វើឡើងដោយគម្រោងសុខភាពទាក់ទងនឹងភាពចាំបាច់នៃសេវា ឬការព្យាបាលដែលត្រូវបានដាក់ស្នើ សេចក្តីសម្រេចលើការរ៉ាប់រងសម្រាប់ការព្យាបាលដែលមានលក្ខណៈជាការពិសោធន៍ ឬការស៊ើបអង្កេត និងជម្លោះលើការបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាព្យាបាលគ្រាអាសន្ន ឬបន្ទាន់។ ក្រសួងក៏មានលេខទូរសព្ទឥតគិតថ្លៃផងដែរ **(1-888-466-2219)** និងបណ្តាញ TDD (1-877-688-9891) សម្រាប់អ្នកមានបញ្ហាស្តាប់និងនិយាយ។ គេហទំព័រតាមអ៊ីនធឺណិតរបស់ក្រសួង **www.dmhc.ca.gov** មានទម្រង់បែបបទបណ្តឹងតវ៉ា ទម្រង់បែបបទពាក្យស្នើសុំ IMR និងសេចក្តីណែនាំតាមអនឡាញ”។ រដ្ឋសវនាការ

ប្រសិនបើអ្នកចង់បានរដ្ឋសវនាការ អ្នកត្រូវតែស្នើសុំសវនាការមួយក្នុងរយៈពេល 120 ថ្ងៃចាប់ពីថ្ងៃនៃលិខិតជូនដំណឹងអំពីដំណោះស្រាយបណ្តឹងតវ៉ានេះ។ ប៉ុន្តែប្រសិនបើគម្រោងសុខភាពរបស់អ្នកបន្តផ្តល់សេវាដែលមានវិវាទដល់អ្នក (ជំនួយបានបង់ប្រាក់មិនទាន់ដាច់ស្រេច) ក្នុងអំឡុងពេលដំណើរការបណ្តឹងតវ៉ារបស់គម្រោងសុខភាព ហើយអ្នកចង់ឱ្យសេវាបន្តរហូតដល់មានការសម្រេចចិត្តលើរដ្ឋសវនាការរបស់អ្នក នោះអ្នកត្រូវតែស្នើសុំរដ្ឋសវនាការក្នុងរយៈពេល 10 ថ្ងៃបន្ទាប់ពីលិខិតជូនដំណឹងអំពីដំណោះស្រាយបណ្តឹងតវ៉ានេះ។ ទោះបីជាគម្រោងសុខភាពរបស់អ្នកត្រូវតែផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវជំនួយបានបង់ប្រាក់មិនទាន់ដាច់ស្រេចនៅពេលអ្នកស្នើសុំរដ្ឋសវនាការតាមវិធីនេះក៏ដោយ អ្នកគួរតែឱ្យគម្រោងសុខភាពរបស់អ្នកដឹងថាអ្នកចង់ទទួលបានជំនួយបានបង់ប្រាក់មិនទាន់ដាច់ស្រេចរហូតដល់រដ្ឋសវនាការរបស់អ្នកត្រូវបានសម្រេច។ អ្នកគួរតែទាក់ទងទៅកាន់ផ្នែកសេវាសមាជិក L.A. Care ដោយហៅទូរសព្ទទៅលេខ 1-888-839-9909 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ប្រសិនបើអ្នកមិនអាចស្តាប់ឮ ឬនិយាយបានល្អទេ សូមទូរសព្ទទៅ TTY 711។

អ្នកអាចស្នើសុំរដ្ឋសវនាការតាមវិធីខាងក្រោម៖

* តាមអនឡាញនៅ www.cdss.ca.gov

* តាមទូរសព្ទ ហៅទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-743-8525។ លេខនេះអាចជាប់រវល់ខ្លាំង។ អ្នកអាចទទួលបានសារ ដើម្បីហៅទូរសព្ទត្រឡប់ទៅវិញនៅពេលក្រោយ។ ប្រសិនបើអ្នកមិនអាចនិយាយ ឬស្តាប់បានល្អ ហៅទូរសព្ទទៅ TTY/TDD 1-800-952-8349។

* ជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ៖ បំពេញសំណុំបែបបទសវនាការយុត្តិធម៌រដ្ឋ ឬសរសេរលិខិត។ ផ្ញើតាមប្រៃសណីយ៍ ឬ ទូរសារទៅ៖

Mail: California Department of Social Services

State Hearings Division

P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-37

Sacramento, CA 94244-2430

ទូរសារ៖ (916) 309-3487 ឬខ្សែទូរសព្ទឥតគិតថ្លៃ 1-833-281-0903

ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការអ្នកបកប្រែភាសា សូមប្រាប់ផ្នែករដ្ឋសវនាការនូវភាសាដែលអ្នកនិយាយ។ អ្នកនឹងមិនចាំបាច់បង់ប្រាក់សម្រាប់អ្នកបកប្រែទេ។ ផ្នែករដ្ឋសវនាការនឹងផ្តល់អ្នកបកប្រែមួយរូបដល់អ្នក។ ប្រសិនបើអ្នកមានពិការភាព ផ្នែករដ្ឋសវនាការអាចផ្តល់ការសម្របសម្រួលពិសេសជូនអ្នកដោយមិនគិតថ្លៃ ដើម្បីជួយឱ្យអ្នកចូលរួមក្នុងសវនាការ។ សូមបញ្ចូលព័ត៌មានអំពីពិការភាពរបស់អ្នក និងការសម្របសម្រួលដែលអ្នកត្រូវការ។

បន្ទាប់ពីអ្នកស្នើសុំរដ្ឋសវនាការ វាអាចចំណាយពេល 90 ថ្ងៃដើម្បីផ្តល់សេចក្តីសម្រេចលើសំណុំរឿងរបស់អ្នក ហើយផ្ញើចម្លើយទៅអ្នក។ ប្រសិនបើអ្នកគិតថាការរង់ចាំយូរបែបនេះនឹងប៉ះពាល់ដល់សុខភាពរបស់អ្នក អ្នកប្រហែលជាអាចទទួលបានចម្លើយមួយក្នុងរយៈពេល 3 ថ្ងៃ។ ស្នើវេជ្ជបណ្ឌិត ឬគម្រោងសុខភាពរបស់អ្នកឱ្យសរសេរលិខិតឱ្យអ្នក។ លិខិតនោះត្រូវតែពន្យល់ដោយលម្អិតនូវរបៀបថាហេតុអ្វីបានដែលការរង់ចាំរហូតដល់ 90 ថ្ងៃ ដើម្បីឱ្យសំណុំរឿងរបស់អ្នកត្រូវបានសម្រេច នឹងនាំឱ្យមានគ្រោះថ្នាក់ធ្ងន់ធ្ងរដល់ជីវិត សុខភាព ឬសមត្ថភាពរបស់អ្នកសមត្ថភាពរបស់អ្នកដើម្បីសម្រេចបាន រក្សា ឬស្តារមុខងារជាអតិបរមាឡើងវិញ។ បន្ទាប់មកត្រូវប្រាកដថាអ្នកស្នើសុំសវនាការពន្លឿន និងផ្តល់នូវលិខិតរួមជាមួយនឹងសំណើរបស់អ្នកសម្រាប់សវនាការ។

អ្នកអាចនិយាយនៅក្នុងរដ្ឋសវនាការដោយខ្លួនឯង។ ឬនរណាម្នាក់ដូចជា សាច់ញាតិ មិត្តភក្តិ អ្នកតស៊ូមតិ វេជ្ជបណ្ឌិត ឬមេធាវី ក៏អាចនិយាយជំនួសអ្នកបានផងដែរ។ ប្រសិនបើអ្នកចង់ឱ្យបុគ្គលម្នាក់ផ្សេងទៀតនិយាយជំនួសអ្នក នោះអ្នកត្រូវតែប្រាប់ផ្នែករដ្ឋសវនាការថា បុគ្គលនោះត្រូវបានអនុញ្ញាតឱ្យនិយាយជំនួសអ្នក។ បុគ្គលនេះត្រូវបានគេហៅថា អ្នកតំណាងមានការអនុញ្ញាត។

ជំនួយផ្នែកច្បាប់

អ្នកប្រហែលអាចនឹងទទួលបានជំនួយផ្នែកច្បាប់ដោយឥតគិតថ្លៃ។ ហៅទូរសព្ទទៅផ្នែកកិច្ចការអ្នកប្រើប្រាស់សេវា និងធុរៈកិច្ច របស់ខោនធី Los Angeles លេខ 1-800-593-8222។ អ្នកក៏អាចហៅទូរសព្ទទៅសមាគមជំនួយផ្នែកច្បាប់ក្នុងមូលដ្ឋាននៅក្នុងខោនធីរបស់អ្នកតាមរយៈលេខ 1-888-804-3536។

ផ្នែករដ្ឋសវនាការផ្តល់ការសម្រេចចិត្តរបស់ពួកគេជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ និងពន្យល់ពីមូលហេតុដល់អ្នក។

- ប្រសិនបើផ្នែកសវនាការរបស់រដ្ឋនិយាយថា **យល់ស្រប** លើផ្នែកខ្លះ ឬទាំងស្រុងទៅលើសំណើសម្រាប់សម្ភារៈ ឬសេវាវេជ្ជសាស្ត្រ **នោះ**យើងត្រូវអនុញ្ញាត ឬផ្តល់សេវា ឬសម្ភារៈ**ក្នុងរយៈពេល 72 ម៉ោង**បន្ទាប់ពីយើងទទួលបានការសម្រេចចិត្តរបស់ពួកគេ។
- ប្រសិនបើផ្នែករដ្ឋសវនាការនិយាយថា**បដិសេធ**លើផ្នែកខ្លះ ឬទាំងស្រុងទៅលើបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នក វាមានន័យថាពួកគេយល់ស្រាបថាយើងមិនគួរយល់ព្រមលើសំណើរបស់អ្នក (ឬផ្នែកនៃសំណើរបស់អ្នក) សម្រាប់ការធានារ៉ាប់រងថែទាំសុខភាពឡើយ។ នេះគេហៅថា "ការរក្សាសេចក្តីសម្រេច" ឬ "ការបដិសេធបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នក"។

ប្រសិនបើ IRO ឬការសម្រេចចិត្តលើរដ្ឋសវនាការគឺ **បដិសេធ**លើផ្នែកខ្លះ ឬទាំងស្រុងចំពោះសំណើរបស់អ្នក នោះអ្នកមានសិទ្ធិប្តឹងតវ៉ាបន្ថែម។

បើបណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 2 របស់អ្នកទៅ **IRO** នោះអ្នកអាចដាក់បណ្តឹងតវ៉ាម្តងទៀតលុះត្រាតម្លៃសេវា ឬសម្ភារៈដែលអ្នកចង់បានបំពេញតាមចំនួនអប្បបរមាដែលត្រូវមាន។ ALJ ឬមេធាវីម្នាក់ ចាត់ចែងបណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 3។ **លិខិតដែលអ្នក កទទួ លបានពី IRO ពន្យល់ពីសិទ្ធិបន្ថែ មក្នុងការដាក់បណ្តឹងតវ៉ាដែលអ្នក កអាចនឹងមាន។**

លិខិតដែលអ្នកទទួលបានពីផ្នែករដ្ឋសវនាការ ពិពណ៌នាអំពីជម្រើសបណ្តឹងតវ៉ាបន្ទាប់។

មើល**ផ្នែ ក J** សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីសិទ្ធិបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នកបន្ទាប់ពីកម្រិត 2

F5. បញ្ហា បង់ប្រាក់

យើងមិនអនុញ្ញាតឱ្យអ្នកផ្តល់សេវាបណ្តាញរបស់យើងចេញវិក្កយបត្រឱ្យអ្នកសម្រាប់សេវា និងសម្ភារៈដែលរ៉ាប់រងទេ។ ករណីនេះនៅតែអនុវត្ត បើទោះជាយើងបង់ប្រាក់ជូនអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំក្នុងចំនួនតិចជាងអ្នកផ្តល់សេវាគិតថ្លៃសេវាក៏ដោយ។ អ្នកមិនតម្រូវឱ្យទូទាត់វិក្កយបត្រណាមួយឡើយ។ ចំនួនទឹកប្រាក់តែមួយគត់ដែលអ្នកគួរតែត្រូវបានស្នើសុំគឺប្រាក់រួមបង់សម្រាប់ សេវា មុខទំនិញ និង/ឬ ប្រភេទឱសថដែលទាមទារការបង់រួម។

ប្រសិនបើអ្នកទទួលបានវិក្កយបត្រដែលច្រើនជាងប្រាក់បង់រួមរបស់អ្នកសម្រាប់សេវា និងសម្ភារៈដែលបានរ៉ាប់រង សូមផ្ញើវិក្កយបត្រមកពួកយើង។ កុំបង់វិក្កយបត្រដោយខ្លួនអ្នកផ្ទាល់។ យើងនឹងទាក់ទងអ្នកផ្តល់សេវាដោយផ្ទាល់ដើម្បីដោះស្រាយបញ្ហា។ ប្រសិនបើអ្នកបង់វិក្កយបត្រនោះ អ្នកអាចទទួលបានសំណងពីគម្រោងរបស់យើងវិញ ប្រសិនបើអ្នកគោរពតាមវិធានសម្រាប់ទទួលសេវា ឬសម្ភារៈ។

សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមមើល**ជំពូ ក 7** នៃ*សៀភៅណែនាំសមាជិក*នេះ។ វាពិពណ៌នាអំពីស្ថានភាពនៅពេលដែលអ្នកប្រហែលជាត្រូវសុំឱ្យយើងសងអ្នកវិញ ឬបង់វិក្កយបត្រដែលអ្នកបានទទួលពីអ្នកផ្តល់សេវា។ វាក៏ប្រាប់ពីវិធីផ្ញើសំណុំឯកសារដែលស្នើឱ្យយើងបង់ថ្លៃផងដែរ។

ប្រសិនបើអ្នកស្នើសុំការបង់ថ្លៃសងវិញ នោះអ្នកកំពុងស្នើសុំសេចក្តីសម្រេចលើការរ៉ាប់រង។ យើងនឹងពិនិត្យមើលថាតើសេវា ឬសម្ភារៈដែលអ្នកបានបង់ថ្លៃរួចនោះមានការរ៉ាប់រងឬយ៉ាងណា ហើយថាតើអ្នកបានគោរពតាមវិធានទាំងអស់ក្នុងការប្រើប្រាស់ការរ៉ាប់រងរបស់អ្នកដែរឬទេ។

- ប្រសិនបើសេវា ឬទំនិញដែលអ្នកបានបង់ប្រាក់ត្រូវបានរ៉ាប់រង ហើយអ្នកបានអនុវត្តតាមវិធានទាំងអស់ យើងនឹងផ្ញើចំណែករបស់យើងសម្រាប់ថ្លៃចំណាយលើសេវា ឬទំនិញដល់អ្នកជាធម្មតាក្នុងរយៈពេល 30 ថ្ងៃតាមប្រតិទិន ប៉ុន្តែមិនលើសពី 60 ថ្ងៃតាមប្រតិទិនបន្ទាប់ពីយើងទទួលបានសំណើរបស់អ្នក។
- ប្រសិនបើអ្នកមិនទាន់បានបង់ថ្លៃសេវាឬសម្ភារៈនោះទេ យើងនឹងផ្ញើថ្លៃទូទាត់នោះទៅអ្នកផ្តល់សេវាដោយផ្ទាល់តែម្តង។ នៅពេលយើងផ្ញើថ្លៃទូទាត់ វាគឺដូចគ្នានឹងការផ្តល់ចម្លើយថា**យល់ស្រប**តាមសំណើរបស់អ្នកអំពីសេចក្តីសម្រេចលើការរ៉ាប់រងដែរ។

- ប្រសិនបើការថែទាំបែបវេជ្ជសាស្ត្រ មិនត្រូវបានរ៉ាប់រង ឬអ្នកមិនបានអនុវត្តតាមវិធានទាំងអស់ យើងនឹងផ្ញើលិខិតមួយជូនអ្នកប្រាប់អ្នកថា យើងនឹងមិនបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវា ឬសម្ភារៈ និងពន្យល់ពីមូលហេតុ។

ប្រសិនបើអ្នកមិនយល់ស្របនឹងការសម្រេចចិត្តរបស់យើងចំពោះការមិនបង់ប្រាក់ **អ្ន កអាចដាក់បណ្តឹងតវ៉ា**បាន។ សូមធ្វើតាមដំណើរការបណ្តឹងតវ៉ាដែលមានពណ៌នាក្នុង**ផ្នែ កទី F3**។ នៅពេលអ្នកធ្វើតាមការណែនាំទាំងនេះ សូមចំណាំថា៖

- ប្រសិនបើអ្នកដាក់បណ្តឹងតវ៉ាដើម្បីឱ្យយើងបង់ប្រាក់ទៅអ្នកវិញ យើងត្រូវតែផ្តល់ចម្លើយជូនអ្នកក្នុងរយៈពេល 30 ថ្ងៃប្រតិទិន បន្ទាប់ពីពេលយើងទទួលបានបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នក។

ប្រសិនបើចម្លើយរបស់យើងចំពោះបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នកគឺ **បដិសេធ** ហើយជាធម្មតា **Medicare** ធានារ៉ាប់រងលើសេវា ឬសម្ភារៈ នោះយើងនឹងបញ្ជូនករណីរបស់អ្នកទៅ IRO ។ យើងនឹងផ្ញើលិខិតទៅអ្នក ប្រសិនបើរឿងនេះកើតឡើង។

- ប្រសិនបើ IRO ជំទាស់នឹងសេចក្តីសម្រេចរបស់យើង ហើយនិយាយថាយើងគួរបង់ថ្លៃជូនអ្នក យើងត្រូវផ្ញើប្រាក់បង់ថ្លៃទៅអ្នក ឬអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកក្នុងអំឡុងពេល 30 ថ្ងៃប្រតិទិន។ ប្រសិនបើចម្លើយចំពោះបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នកគឺ**យល់ស្រប**ចំពោះដំណាក់កាលណាមួយនៃដំណើរការបណ្តឹងតវ៉ាបន្ទាប់ពីកម្រិត 2 នោះយើងត្រូវផ្ញើទឹកប្រាក់ទៅអ្នក ឬអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពរបស់អ្នកក្នុងអំឡុងពេល 60 ថ្ងៃតាមប្រតិទិន។
- ប្រសិនបើ IRO ឆ្លើយ **បដិសេធ** ចំពោះបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នក វាមានន័យថា ពួកគេយល់ស្របថាយើងមិនគួរយល់ព្រមលើសំណើរបស់អ្នកឡើយ។ នេះគេហៅថា "ការរក្សាសេចក្តីសម្រេច" ឬ "ការបដិសេធបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នក"។ អ្នកនឹងទទួលបានលិខិតពន្យល់អំពីសិទ្ធិបណ្តឹងតវ៉ាបន្ថែមដែលអ្នកអាចមាន។ មើល **ផ្នែ ក J** សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីកម្រិតបណ្តឹងតវ៉ាបន្ថែម។

ប្រសិនបើចម្លើយរបស់យើងចំពោះបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នកគឺ**បដិសេធ** ហើយ Medi-Cal ជាធម្មតារ៉ាប់រងលើសេវា ឬសម្ភារៈ នោះអ្នកអាចដាក់បណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 2 ដោយខ្លួនឯងបាន។ មើល**ផ្នែ ក F4** សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។

G. ឱសថ Medicare ផ្នែក D

អត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នកក្នុងនាមជាសមាជិកនៃគម្រោងរបស់យើង រួមមានការរ៉ាប់រងលើឱសថជាច្រើន។ ភាគច្រើននៃឱសថទាំងនេះគឺជាឱសថ Medicare ផ្នែក D ។ មានឱសថខ្លះដែល Medicare ផ្នែក D មិនរ៉ាប់រង ប៉ុន្តែ Medi-Cal អាចនឹងរ៉ាប់រង។ **ផ្នែ កនេះអនុវត្ត តែចំពោះបណ្តឹងតវ៉ា Medicare ផ្នែ ក D។** យើងនឹងនិយាយថា "ឱសថ" នៅក្នុងផ្នែកនេះ ជំនួសឱ្យការនិយាយថា "ឱសថ Medicare ផ្នែក D" ដដែលៗ។

ដើម្បីទទួលបានការរ៉ាប់រង ឱសថរបស់អ្នកត្រូវតែប្រើប្រាស់តាមការណែនាំដែលអាចទទួលស្គាល់ខាងផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ។ នោះមានន័យថាឱសថនេះត្រូវបានអនុម័តដោយនាយកដ្ឋានភោជនភណ្ឌ និងឱសថូបករណ៍ (Food and Drug Administration, FDA) ឬគាំទ្រដោយឯកសារយោងវេជ្ជសាស្ត្រ។ មើល**ជំពូ កទី 5** នៃ*សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីសូចនាករដែលទទួលយកដោយវេជ្ជសាស្ត្រ។

G1. សេចក្តីសម្រេច និងបណ្តឹងតវ៉ាអំពីការធានារ៉ាប់រងរបស់ Medicare ផ្នែ ក D

នេះគឺជាឧទាហរណ៍អំពីសេចក្តីសម្រេចលើការរ៉ាប់រងដែលអ្នកស្នើយើងឱ្យធ្វើឡើងពាក់ព័ន្ធនឹងឱសថ Medicare ផ្នែក D របស់អ្នក៖

- អ្នកសុំឱ្យយើងធ្វើការលើកលែង រួមទាំងការស្នើសុំឱ្យយើង៖
  - ធានារ៉ាប់រងលើឱសថ Medicare ផ្នែ ក D ដែលមិនមាននៅក្នុងបញ្ជីឱសថរបស់គម្រោងយើង ឬ
  - ដាក់កំហិតលើការធានារ៉ាប់រងរបស់យើងសម្រាប់ឱសថ (ដូចជាដែនកំណត់លើចំនួនដែលអ្ន កអាចទទួលបាន)

- អ្នកសួរយើងថា តើឱសថត្រូវបានធានារ៉ាប់រងសម្រាប់អ្នកដែរឬទេ (ដូចជានៅពេលដែលឱសថរបស់អ្នកមាននៅក្នុងបញ្ជីឱសថរបស់គម្រោងរបស់យើង ប៉ុន្តែយើងត្រូវតែយល់ព្រមលើបញ្ជីឱសថនោះ មុនពេលយើងធានារ៉ាប់រងលើឱសថនោះ)

ចំណាំ៖ ប្រសិនបើឱសថស្ថានរបស់អ្នកប្រាប់អ្នកថា វេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកមិនអាចបំពេញដូចដែលបានសរសេរទេ នោះឱសថស្ថានផ្តល់ការជូនដំណឹងជាលាយលក្ខណ៍អក្សរដែលពន្យល់ពីរបៀបទាក់ទងមកយើងដើម្បីស្នើសុំការសម្រេចចិត្តលើការធានារ៉ាប់រងដល់អ្នក។

សេចក្តីសម្រេចលើការរ៉ាប់រងដំបូងពាក់ព័ន្ធនឹងឱសថ Medicare ផ្នែក D របស់អ្នកគឺ **"ការកំណត់វិសាលភាពនៃការរ៉ាប់រង។"**

- អ្នកចង់ស្នើសុំឱ្យយើងបង់ថ្លៃឱសថដែលអ្នកបានទិញរួច។ នេះគឺជាការស្នើសុំសេចក្តីសម្រេចលើការរ៉ាប់រងចំពោះការបង់ថ្លៃ។

ប្រសិនបើអ្នកមិនឯកភាពនឹងសេចក្តីសម្រេចលើការរ៉ាប់រងរបស់យើងទេ អ្នកអាចដាក់បណ្តឹងតវ៉ាបាន។ ផ្នែកនេះប្រាប់អ្នកអំពីវិធីស្នើសុំសេចក្តីសម្រេចលើការរ៉ាប់រងផង និងការដាក់បណ្តឹងតវ៉ាផង។ ប្រើតារាងខាងក្រោមដើម្បីជួយអ្នក។

ក្នុងចំណោមស្ថានភាពទាំងនេះ តើអ្នកស្ថិតក្នុងស្ថានភាពមួយណា?

អ្នកត្រូវការឱសថដែលមិនមាននៅក្នុងបញ្ជីឱសថរបស់យើង ឬត្រូវការឱ្យយើងធ្វើច្បាប់នោះទៅជាមោឃៈ ឬការដាក់កម្រិតលើឱសថដែលយើងធានារ៉ាប់រង។	អ្នកចង់ឱ្យយើងធានារ៉ាប់រងលើឱសថនៅក្នុងបញ្ជីឱសថរបស់យើង ហើយអ្នកគិតថាអ្នកបំពេញតាមច្បាប់ ឬការដាក់កម្រិតរបស់គម្រោង (ដូចជាការទទួលបានការយល់ព្រមជាមុន) សម្រាប់ឱសថដែលអ្នកត្រូវការ។	អ្នកចង់ស្នើឱ្យយើងសងទៅអ្នកវិញនូវថ្លៃឱសថដែលអ្នកទទួលបាន និងបានបង់ថ្លៃ។	យើងបានប្រាប់អ្នកថាយើងនឹងមិនរ៉ាប់រង ឬបង់ថ្លៃឱសថតាមវិធីដែលអ្នកចង់បាននោះទេ។
អ្នកអាចស្នើឱ្យយើងផ្តល់ការលើកលែង។ (នេះគឺជាប្រភេទនៃសេចក្តីសម្រេចលើការរ៉ាប់រង។)	**អ្នកអាចស្នើសុំសេចក្តីសម្រេចលើការរ៉ាប់រងពីយើងបាន។**	**អ្នកអាចស្នើឱ្យយើងសងទៅអ្នកវិញ។** (នេះគឺជាប្រភេទនៃសេចក្តីសម្រេចលើការរ៉ាប់រង។)	**អ្នកអាចដាក់បណ្តឹងតវ៉ាបាន។** (វាមានន័យថា អ្នកស្នើយើងឱ្យពិចារណាឡើងវិញ។)
ចាប់ផ្តើមជាមួយ**ផ្នែក G2** បន្ទាប់មកមើលទៅ**ផ្នែក G3 និង G4**។	សូមមើល **ផ្នែក G4**។	សូមមើល **ផ្នែក G4**។	សូមមើល **ផ្នែក G5**។

G2. ការលើកលែងចំពោះ Medicare ផ្នែក D

ប្រសិនបើយើងមិនរ៉ាប់រងឱសថតាមវិធីដែលអ្នកចង់បានទេ អ្នកអាចស្នើឱ្យយើងបង្កើត "ការលើកលែង" បាន។ ប្រសិនបើយើងបដិសេធសំណើរបស់អ្នកសម្រាប់ការលើកលែង អ្នកអាចប្តឹងតវ៉ាលើសេចក្តីសម្រេចរបស់យើង។

នៅពេលអ្នកស្នើសុំការលើកលែង វេជ្ជបណ្ឌិត ឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាដទៃទៀតរបស់អ្នកត្រូវពន្យល់ពីមូលហេតុវេជ្ជសាស្ត្រដែលអ្នកត្រូវការលើកលែងនេះ។

> ការស្នើសុំការធានារ៉ាប់រងលើឱសថដែលមិនមាននៅក្នុង*បញ្ជីឱសថ*របស់យើង ឬសម្រាប់ការដកចេញនូវការដាក់កម្រិតលើឱសថ ដែលពេលខ្លះត្រូវបានគេហៅថា ការស្នើសុំសម្រាប់ **"ការលើកលែងក្នុងបញ្ជីឱសថ"**។

ទាំងនេះគឺជាឧទាហរណ៍មួយចំនួនស្តីពីការលើកលែងដែលអ្នក ឬ វេជ្ជបណ្ឌិត ឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាដទៃទៀតរបស់អ្នកអាចស្នើសុំឱ្យយើងធ្វើ៖

1. ការធានារ៉ាប់រងលើឱសថដែលមិននៅក្នុង*បញ្ជីឱសថ*របស់យើង

- ប្រសិនបើយើងយល់ព្រមលើការលើកលែង និងរ៉ាប់រងឱសថដែលមិននៅក្នុងបញ្ជីឱសថរបស់យើង នោះអ្នកនឹងត្រូវបង់ទឹប្រាក់រួមបង់ដែលអនុវត្តលើឱសថក្នុងលំដាប់ថ្នាក់ទី 4។
- អ្នកមិនអាចទទួលបានការលើកលែងចំពោះចំនួនប្រាក់រួមបង់ដែលត្រូវការសម្រាប់ឱសថនេះទេ។

2. ការដកចេញការដាក់កំហិតសម្រាប់ឱសថដែលបានរ៉ាប់រង

- ច្បាប់ ឬការដាក់កម្រិតបន្ថែមអាចអនុវត្តចំពោះឱសថជាក់លាក់ដែលមាននៅក្នុងបញ្ជីឱសថរបស់យើង (សូមមើល**ជំពូកទី 5** នៃ*សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែម)។
- វិធាន ឬដែនកំណត់បន្ថែមសម្រាប់ឱសថជាក់លាក់មួយចំនួន មានដូចជា៖
  - ការតម្រូវឱ្យប្រើប្រាសឱសថទូទៅ ជំនួសឱសថមានម៉ាកយីហោ។
  - ការទទួលបានការយល់ព្រមពីយើងជាមុន មុនពេលយើងយល់ព្រមរ៉ាប់រងឱសថសម្រាប់អ្នក។ ពេលខ្លះវាត្រូវបានហៅថា "ការអនុញ្ញាតជាមុន (prior authorization, PA)"។
  - ការតម្រូវឱ្យសាកឱសថប្រភេទផ្សេងៗ មុនពេលយើងធានារ៉ាប់រងឱសថដែលអ្នកស្នើសុំ។ ពេលខ្លះ ត្រូវបានហៅថា "វិធីព្យាបាលតាមដំណាក់កាល"។
  - បរិមាណកំណត់។ ចំពោះឱសថមួយចំនួន មានការដាក់កំហិតលើបរិមាណឱសថដែលអ្នកអាចមាន។

G3. រឿងសំខាន់ដែលត្រូវដឹងអំពីការស្នើសុំការលើកលែង

វេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក ឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាដទៃទៀត ត្រូវប្រាប់យើងពីមូលហេតុវេជ្ជសាស្ត្រ

វេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក ឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាដទៃទៀត ត្រូវផ្តល់ការរាយការណ៍ពន្យល់ពីមូលហេតុវេជ្ជសាស្ត្រចំពោះការស្នើសុំករណីលើកលែង។ សម្រាប់ការសម្រេចចិត្តបានកាន់តែលឿន សូមបញ្ចូលព័ត៌មានវេជ្ជសាស្ត្រនេះពីវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក ឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាផ្សេងទៀត នៅពេលអ្នកស្នើសុំការលើកលែង។

ជាញឹកញាប់ *បញ្ជីឱសថ*របស់យើងរួមបញ្ចូលទាំងឱសថច្រើនជាងមួយមុខសម្រាប់ការព្យាបាលស្ថានភាពជាក់លាក់ណាមួយ។ លទ្ធភាពខុសៗគ្នាទាំងនេះ ត្រូវបានហៅថា ឱសថ "ជំនួស"។ ប្រសិនបើឱសថជំនួសមានប្រសិទ្ធភាពដូចនឹងឱសថដែលអ្នកស្នើសុំ ហើយនឹងមិនបង្កឱ្យមានផលប៉ះពាល់ ឬបញ្ហាសុខភាពផ្សេងទៀតទេ ជាទូទៅយើង**មិន**យល់ព្រមចំពោះសំណើសុំការលើកលែងរបស់អ្នកឡើយ។ ប្រសិនបើអ្នកស្នើសុំឱ្យយើងមានការលើកលែងលំដាប់ថ្នាក់ ជាទូទៅយើង**មិន**យល់ព្រមលើសំណើលើកលែងរបស់អ្នកទេ លើកលែងតែឱសថ

ជំនួសទាំងអស់នៅក្នុងលំដាប់ថ្នាក់ការរួមចំណែកលើកចំណាយដែលទាបជាងនោះ នឹងមិនដំណើរការល្អសម្រាប់អ្នក ឬទំនងជាបង្កឱ្យមានប្រតិកម្មមិនល្អ ឬគ្រោះថ្នាក់ផ្សេងទៀត។

យើងអាចនិយាយថា យល់ស្រប ឬបដិសេធចំពោះសំណើរបស់អ្នក។

- ប្រសិនបើយើងឆ្លើយ**យល់ស្រប** លើសំណើសុំការលើកលែងរបស់អ្នក ករណីនោះនឹងមានរយៈពេលដល់ចុងឆ្នាំតាមប្រតិទិន។ នេះគឺជាការពិត ដរាបណាវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកបន្តចេញវេជ្ជបញ្ជាឱសថឱ្យអ្នក ហើយឱសថនោះនៅតែមានសុវត្ថិភាព និងប្រសិទ្ធភាពក្នុងការព្យាបាលស្ថានភាពសុខភាពរបស់អ្នក។
- ប្រសិនបើយើងនិយាយថា **បដិសេធ** ចំពោះសំណើសុំលើកលែងរបស់អ្នក នោះអ្នកអាចដាក់បណ្តឹងតវ៉ាបាន។ សូមមើល**ផ្នែក G5** សម្រាប់ព័ត៌មានស្តីពីការធ្វើបណ្តឹងតវ៉ា ប្រសិនបើយើងនិយាយថា **បដិសេធ**។

ផ្នែកបន្ទាប់នេះ ប្រាប់អ្នកពីវិធីស្នើសុំសេចក្តីសម្រេចលើការរ៉ាប់រង រួមទាំងករណីលើកលែងផងដែរ។

G4. ការស្នើសុំសេចក្តីសម្រេចលើការរ៉ាប់រង រួមទាំងការលើកលែង

- ស្នើសុំប្រភេទនៃសេចក្តីសម្រេចលើការរ៉ាប់រងដែលអ្នកចង់បានដោយហៅទូរសព្ទទៅលេខ1-833-522-3767 (TTY: 711), 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ រួមទាំងថ្ងៃឈប់សម្រាក ដោយសរសេរលិខិត ឬផ្ញើទូរសារមកយើង។ អ្នក អ្នកតំណាង ឬវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក (ឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាដទៃទៀត) អាចធ្វើការទាក់ទងនេះបាន។ សូមរួមបញ្ចូលឈ្មោះ ព័ត៌មានទំនាក់ទំនង និងព័ត៌មានពាក់ព័ន្ធបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នក។
- អ្នក ឬវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក (ឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាដទៃទៀត) ឬបុគ្គលណាម្នាក់ទៀតដែលធ្វើជាតំណាងរបស់អ្នក អាចស្នើសុំសេចក្តីសម្រេចលើការរ៉ាប់រង។ អ្នកក៏អាចឱ្យមេធាវីធ្វើជាតំណាងរបស់អ្នកផងដែរ។
- មើល**ផ្នែក E3** ដើម្បីស្វែងយល់អំពីរបៀបសរសេរឈ្មោះនរណាម្នាក់ជាអ្នកតំណាងរបស់អ្នក។
- អ្នកមិនចាំបាច់ត្រូវផ្តល់ការអនុញ្ញាតជាលាយលក្ខណ៍អក្សរដល់ទៅវេជ្ជបណ្ឌិត ឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាផ្សេងទៀតរបស់អ្នកទេ ដើម្បីស្នើសុំឱ្យយើងធ្វើសេចក្តីសម្រេចលើការរ៉ាប់រង ក្នុងនាមជាអ្នកឡើយ។
- ប្រសិនបើអ្នកចង់ស្នើសុំឱ្យយើងទូទាត់សំណងលើថ្លៃឱសថឱ្យអ្នកវិញ សូមអាន**ជំពូកទី7** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះ។
- ប្រសិនបើអ្នកស្នើសុំការលើកលែង សូមផ្តល់ "សេចក្តីថ្លែងការណ៍គាំទ្រ"។ សេចក្តីថ្លែងការណ៍គាំទ្ររួមមានវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក ឬហេតុផលវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាផ្សេងទៀតចំពោះសំណើសុំលើកលែង។
- វេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក ឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាផ្សេងទៀត អាចធ្វើសេចក្តីថ្លែងការណ៍មកយើង តាមទូរសារ ឬប្រៃសណីយ៍។ ពួកគេអាចប្រាប់យើងតាមទូរសព្ទ ហើយបន្ទាប់មក ទូរសារ ឬផ្ញើឯកសារបញ្ជាក់តាមប្រៃសណីយ៍។

បើស្ថានភាពសុខភាពរបស់អ្នកត្រូវការវា សូមស្នើយើងឱ្យផ្តល់ "សេចក្តីសម្រេចលើការរ៉ាប់រងរហ័ស" ដល់អ្នក។

យើងប្រើ "ថ្ងៃផុតកំណត់ផុតស្តង់ដារ" លុះត្រាតែយើងបានយល់ព្រមប្រើ "ថ្ងៃផុតកំណត់រហ័ស"។

- **សេចក្តីសម្រេចលើការរ៉ាប់រងស្តង់ដារ** មានន័យថាយើងត្រូវផ្តល់ចម្លើយជូនអ្នកក្នុងរយៈពេល 72 ម៉ោងបន្ទាប់ពីទទួលបានសេចក្តីបញ្ជាក់ពីវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក។

- សេចក្តី**សម្រេចលើការរ៉ាប់រងរហ័ស**មានន័យថា យើងផ្តល់ចម្លើយជូនអ្នកក្នុងរយៈពេល 24 ម៉ោងបន្ទាប់ពីទទួលបានសេចក្តីថ្លែងការណ៍ពីវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក។

"សេចក្តីសម្រេចលើការរ៉ាប់រងរហ័ស" ត្រូវបានហៅថា **"សេចក្តីសម្រេចលើការរ៉ាប់រងដែលបានពន្លឿន។"**

អ្នកអាចទទួលបានសេចក្តីសម្រេចលើការរ៉ាប់រងរហ័សបាន ក្នុងករណី៖

- វាគឺសម្រាប់ឱសថដែលអ្នកមិនបានទទួល។ អ្នកមិនអាចទទួលបានសេចក្តីសម្រេចលើការរ៉ាប់រងរហ័ស បើអ្នកឱ្យយើងសងថ្លៃឱសថដែលអ្នកបានទិញរួច។
- សុខភាព ឬសមត្ថភាពក្នុងការបំពេញមុខងាររបស់អ្នកនឹងរងការខូចខាតយ៉ាងធ្ងន់ធ្ងរ ប្រសិនបើយើងប្រើថ្ងៃផុតកំណត់ស្តង់ដារ។

ប្រសិនបើវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក ឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាផ្សេងទៀតប្រាប់យើងថា សុខភាពរបស់អ្នកតម្រូវឱ្យមានការសម្រេចចិត្តរ៉ាប់រងរហ័ស នោះយើងនឹងពិនិត្យមើលសំណើរបស់អ្នកនៅក្នុងរយៈពេលកំណត់នៃសេចក្តីសម្រេចលើការរ៉ាប់រងរហ័ស។ យើងនឹងផ្ញើលិខិតទៅអ្នកជាមួយនឹងព័ត៌មាននេះ។

- ប្រសិនបើអ្នកស្នើសុំសេចក្តីសម្រេចលើការរ៉ាប់រងរហ័ស ដោយគ្មានការគាំទ្រពីវេជ្ជបណ្ឌិត ឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក យើងនឹងសម្រេចថា តើអ្នកទទួលបានសេចក្តីសម្រេចលើការរ៉ាប់រងរហ័សឬយ៉ាងណា។
- ប្រសិនបើយើងសម្រេចថា ស្ថានភាពសុខភាពរបស់អ្នកមិនបំពេញតាមលក្ខខណ្ឌតម្រូវសម្រាប់សេចក្តីសម្រេចលើការរ៉ាប់រងរហ័សទេ យើងនឹងផ្ញើលិខិតមួយច្បាប់ជូនអ្នក (ហើយយើងនឹងប្រើថ្ងៃផុតកំណត់ស្តង់ដារជំនួសវិញ)។
    - យើងនឹងផ្ញើលិខិតជូនអ្នកដែលជម្រាបអ្នកថា យើងនឹងប្រើថ្ងៃផុតកំណត់ស្តង់ដារ។ លិខិតនឹងប្រាប់អ្នកពីវិធីដាក់ពាក្យបណ្តឹងតវ៉ាពាក់ព័ន្ធនឹងសេចក្តីសម្រេចរបស់យើង។
    - អ្នកអាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងរហ័ស និងទទួលបានការឆ្លើយតបក្នុងរយៈពេល 24 ម៉ោង។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីការដាក់ពាក្យបណ្តឹង រួមទាំងបណ្តឹងរហ័ស សូមមើល**ផ្នែក K**។

ថ្ងៃផុតកំណត់សម្រាប់ "សេចក្តីសម្រេចលើការរ៉ាប់រងរហ័ស"

- ប្រសិនបើយើងប្រើថ្ងៃផុតកំណត់រហ័ស យើងត្រូវផ្តល់ចម្លើយជូនអ្នកក្នុងរយៈពេល 24 ម៉ោង បន្ទាប់ពីយើងទទួលបានសំណើរបស់អ្នក។ ប្រសិនបើអ្នកស្នើសុំការលើកលែង យើងនឹងផ្តល់ចម្លើយរបស់យើងដល់អ្នកក្នុងរយៈពេល 24 ម៉ោងបន្ទាប់ពីយើងទទួលបានសេចក្តីថ្លែងការណ៍គាំទ្រពីវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក។ យើងនឹងផ្តល់ចម្លើយឱ្យបានឆាប់ បើស្ថានភាពសុខភាពរបស់អ្នកតម្រូវឱ្យធ្វើដូច្នោះ។
- ប្រសិនបើយើងមិនបំពេញតាមថ្ងៃផុតកំណត់នេះទេ យើងនឹងផ្ញើសំណើរបស់អ្នកទៅកាន់ដំណើរការបណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 2 សម្រាប់ការត្រួតពិនិត្យដោយ IRO។ មើល**ផ្នែក G6** សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីបណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 2។
- ប្រសិនបើយើងនិយាយថា **យល់ស្រប** លើផ្នែកខ្លះ ឬទាំងស្រុងចំពោះសំណើរបស់អ្នក នោះយើងត្រូវផ្តល់ការរ៉ាប់រងក្នុងរយៈពេល 24 ម៉ោងដល់អ្នកបន្ទាប់ពីយើងទទួលបានសំណើរបស់អ្នក ឬសេចក្តីថ្លែងការណ៍គាំទ្រពីវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក។
- ប្រសិនបើយើង**បដិសេធ**លើផ្នែកខ្លះ ឬទាំងស្រុងចំពោះសំណើរបស់អ្នក យើងនឹងផ្ញើជូនអ្នកនូវលិខិតមួយច្បាប់ដែលពន្យល់អំពីមូលហេតុនោះ។ លិខិតនេះក៏ប្រាប់អ្នកផងដែរអំពីរបៀបដែលអ្នកដាក់បណ្តឹងតវ៉ា។

ថ្ងៃផុតកំណត់សម្រាប់ សេចក្តីសម្រេចលើការរ៉ាប់រងស្តង់ដារ អំពីឱសថដែលអ្នកមិនទាន់បានទទួល

- ប្រសិនបើយើងប្រើថ្ងៃផុតកំណត់ស្តង់ដារ យើងត្រូវផ្តល់ចម្លើយជូនអ្នកក្នុងរយៈពេល 72 ម៉ោង បន្ទាប់ពីយើងទទួលបានសំណើរបស់អ្នក។ ប្រសិនបើអ្នកស្នើសុំការលើកលែង យើងនឹងផ្តល់ចម្លើយរបស់យើងក្នុងរយៈពេល 72 ម៉ោងដល់អ្នក បន្ទាប់ពីយើងទទួលបានសេចក្តីថ្លែងការណ៍គាំទ្រពីវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក។ យើងនឹងផ្តល់ចម្លើយឱ្យបានឆាប់ បើស្ថានភាពសុខភាពរបស់អ្នកតម្រូវឱ្យធ្វើដូច្នោះ។
- ប្រសិនបើយើងមិនបំពេញតាមថ្ងៃផុតកំណត់នេះទេ យើងនឹងផ្ញើសំណើរបស់អ្នកទៅកាន់ដំណើរការបណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 2 សម្រាប់ការត្រួតពិនិត្យដោយ IRO។
- ប្រសិនបើយើងនិយាយថា **យល់ស្រប** លើផ្នែកខ្លះ ឬទាំងស្រុងចំពោះសំណើរបស់អ្នក នោះយើងត្រូវផ្តល់ការរ៉ាប់រងក្នុងរយៈពេល 72 ម៉ោងដល់អ្នកបន្ទាប់ពីយើងទទួលបានសំណើរបស់អ្នក ឬសេចក្តីថ្លែងការណ៍គាំទ្រពីវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកសម្រាប់ការលើកលែង។
- ប្រសិនបើយើង**បដិសេធ**លើផ្នែកខ្លះ ឬទាំងស្រុងចំពោះសំណើរបស់អ្នក យើងនឹងផ្ញើជូនអ្នកនូវលិខិតមួយច្បាប់ដែលពន្យល់អំពីមូលហេតុនោះ។ លិខិតនេះក៏ប្រាប់អ្នកផងដែរអំពីរបៀបធ្វើបណ្តឹងតវ៉ា។

ថ្ងៃផុតកំណត់សម្រាប់ ការសម្រេចលើការរ៉ាប់រងស្តង់ដារ អំពីឱសថឱសថដែលអ្នកបានទិញរួចហើយ

- យើងត្រូវផ្តល់ចម្លើយជូនអ្នកក្នុងអំឡុងពេល 14 ថ្ងៃប្រតិទិន បន្ទាប់ពីទទួលបានសំណើរបស់អ្នក។
- ប្រសិនបើយើងមិនបំពេញតាមថ្ងៃផុតកំណត់នេះទេ យើងនឹងផ្ញើសំណើរបស់អ្នកទៅកាន់ដំណើរការបណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 2 សម្រាប់ការត្រួតពិនិត្យដោយ IRO។
- ប្រសិនបើយើងនិយាយថា **យល់ស្រប** លើផ្នែកខ្លះ ឬទាំងស្រុងចំពោះសំណើរបស់អ្នក នោះយើងនឹងសងអ្នកវិញក្នុងរយៈពេល 14 ថ្ងៃតាមប្រតិទិន។
- **ប្រសិនបើ**យើង**បដិសេធ**លើផ្នែកខ្លះ ឬទាំងស្រុងចំពោះសំណើរបស់អ្នក យើងនឹងផ្ញើជូនអ្នកនូវលិខិតមួយច្បាប់ដែលពន្យល់អំពីមូលហេតុនោះ។ លិខិតនេះក៏ប្រាប់អ្នកផងដែរអំពីរបៀបធ្វើបណ្តឹងតវ៉ា។

G5. ការដាក់បណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 1

បណ្តឹងតវ៉ាទៅកាន់គម្រោងរបស់យើងអំពីសេចក្តីសម្រេចលើការរ៉ាប់រងឱសថ Medicare ផ្នែក D ហៅថា **"ការសម្រេចសាជាថ្មី"** លើគម្រោង។

- ចាប់ផ្តើម**បណ្តឹងតវ៉ា**ស្តង់ដារ **ឬរហ័ស**របស់អ្នកដោយហៅទូរសព្ទទៅលេខ 1-833-522-3767 (TTY: 711) 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ រួមទាំងថ្ងៃឈប់សម្រាក ការសរសេរ ឬផ្ញើទូរសារមកយើង។ អ្នក អ្នកតំណាង ឬវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក (ឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាដទៃទៀត) អាចធ្វើការទាក់ទងនេះបាន។ រួមបញ្ចូលនូវឈ្មោះរបស់អ្នក ព័ត៌មានទំនាក់ទំនង និងព័ត៌មានពាក់ព័ន្ធបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នក។
- អ្នកត្រូវតែស្នើសុំបណ្តឹងតវ៉ា**ក្នុងរយៈពេល 65 ថ្ងៃ តាមប្រតិទិន**ចាប់ពីកាលបរិច្ឆេទដែលចុះលើលិខិតដែលយើងបានផ្ញើទៅប្រាប់អ្នកអំពីសេចក្តីសម្រេចរបស់យើង។
- ប្រសិនបើអ្នកខកថ្ងៃផុតកំណត់ ហើយមានមូលហេតុសមរម្យចំពោះការខកខាននោះ យើងអាចផ្តល់ពេលវេលាបន្ថែមឱ្យអ្នកដើម្បីដាក់បណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នក។ ឧទាហរណ៍នៃហេតុផលល្អគឺមានដូចជា អ្នកមានជំងឺធ្ងន់ ឬយើងផ្តល់ព័ត៌មានខុសដល់អ្នកអំពីថ្ងៃផុតកំណត់។ ពន្យល់ពីមូលហេតុថាហេតុអ្វីបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នកយឺតយ៉ាវ នៅពេលដែលអ្នកដាក់ពាក្យបណ្តឹង។

- អ្នកមានសិទ្ធិស្នើសុំព័ត៌មានបន្ថែមជាច្បាប់ចម្លងឥតគិតថ្លៃអំពីបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នកពីយើងបាន។ អ្នកនិងវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក អាចផ្តល់ព័ត៌មានបន្ថែមមកយើងដើម្បីជាជំនួយដល់បណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នកផងដែរ។

ប្រសិនបើស្ថា នភាពសុខភាពរបស់អ្ន កត្រូ វការវា សូ មស្នើសុំ បណ្តឹងតវ៉ារហ័ស។

បណ្តឹងតវ៉ារហ័សត្រូវបានគេហៅផងដែរថាជា **"ការសម្រេចសាជាថ្មីដែលបានពន្លឿន"។**

- ប្រសិនបើអ្នកដាក់បណ្តឹងតវ៉ាចំពោះការសម្រេចចិត្តដែលយើងបានធ្វើអំពីឱសថដែលអ្នកមិនបានទទួលអ្នក និងវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក ឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាផ្សេងទៀតសម្រេចចិត្តថាតើអ្នកត្រូវការបណ្តឹងតវ៉ាលឿនដែរឬទេ។
- តម្រូវការសម្រាប់បណ្តឹងតវ៉ារហ័សគឺដូចគ្នានឹងសេចក្តីសម្រេចលើការរ៉ាប់រងរហ័សផងដែរ។ មើល**ផ្នែ ក G4** សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។

យើងនឹងពិចារណាលើបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នក ហើយផ្តល់ចម្លើយរបស់យើងដល់អ្នកវិញ។

- យើងពិនិត្យមើលបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នក ហើយនឹងពិនិត្យមើលព័ត៌មានទាំងអស់ម្តងទៀតអំពីសំណើការរ៉ាប់រងរបស់អ្នកដោយប្រុងប្រយ័ត្ន។
- យើងពិនិត្យមើលថាតើយើងបានអនុវត្តតាមវិធាននៅពេលដែលយើងបាននិយាយថា**បដិសេធ**ចំពោះសំណើរបស់អ្នក។
- យើងនឹងទាក់ទងអ្នក ឬវេជ្ជបណ្ឌិត ឬក្រុមគ្រូពេទ្យដទៃទៀតរបស់អ្នកដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែម។

ថ្ងៃផុតកំណត់សម្រាប់បណ្តឹងតវ៉ារហ័សនៅកម្រិត 1

- ប្រសិនបើយើងប្រើថ្ងៃផុតកំណត់រហ័ស យើងត្រូវផ្តល់ចម្លើយជូនអ្នក**ក្នុងរយៈពេល 72 ម៉ោង** បន្ទាប់ពីយើងទទួលបានបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នក។
  - យើងនឹងផ្ត ល់ចម្លើយឱ្យបានឆាប់ បើស្ថា នភាពសុខភាពរបស់អ្ន កតម្រូវឱ្យធ្វើដូច្នោះ។
  - ប្រសិនបើយើងមិនផ្ត ល់ចម្លើយជូនអ្ន កក្នុងរយៈពេល 72 ម៉ោងទេ យើងត្រូវតែបញ្ជូនសំណើរបស់អ្ន កទៅដំណើរការបណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 2។ បន្ទា ប់មក IRO នឹងពិនិត្យមើលវា។ សូមមើល**ផ្នែ ក G6** សម្រាប់ព័ត៌មានអំពីអង្គ ភាពត្រួ តពិនិត្យ និងដំណើរការបណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 2។
- ប្រសិនបើចម្លើយរបស់យើងគឺ**យល់ស្រប** លើផ្នែកខ្លះ ឬទាំងស្រុងចំពោះសំណើរបស់អ្នក នោះយើងត្រូវតែផ្តល់ការរ៉ាប់រងនៅក្នុងរយៈពេល 72 ម៉ោង បន្ទាប់ពីយើងទទួលបានបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នក។
- ប្រសិនបើយើងនិយាយថា**បដិសេធ**លើផ្នែកខ្លះ ឬទាំងស្រុងចំពោះសំណើរបស់អ្នក យើងនឹងផ្ញើលិខិតមួយច្បាប់ដែលពន្យល់អំពីមូលហេតុនោះ និងប្រាប់អ្នកពីរបៀបដែលអ្នកអាចធ្វើបណ្តឹងតវ៉ាបានដល់អ្នក។

ថ្ងៃផុតកំណត់សម្រាប់បណ្តឹងតវ៉ាស្តង់ដារ នៅកម្រិត 1

- ប្រសិនបើយើងប្រើថ្ងៃផុតកំណត់ស្តង់ដារ យើងត្រូវផ្តល់ចម្លើយរបស់យើងដល់អ្នកក្នុង**រយៈពេល 7 ថ្ងៃតាមប្រតិទិន** បន្ទាប់ពីយើងទទួលបានបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នកសម្រាប់ឱសថដែលអ្នកមិនបានទទួល។
- យើងនឹងផ្តល់សេចក្តីសម្រេចរបស់យើងដល់អ្នកឱ្យលឿនជាង ប្រសិនបើអ្នកមិនទទួលបានឱសថ ហើយស្ថានភាពសុខភាពរបស់អ្នកតម្រូវឱ្យប្រើឱសថនោះ។ ប្រសិនបើអ្នកជឿជាក់ថាស្ថានភាពសុខភាពរបស់អ្នកត្រូវការវា សូមស្នើសុំ "បណ្តឹងតវ៉ារហ័ស"។

- បើយើងមិនផ្តល់សេចក្តីសម្រេចជូនអ្នក ក្នុងអំឡុងពេល 7 ថ្ងៃ តាមប្រតិទិនទេ យើងត្រូវតែបញ្ជូនសំណើរបស់អ្នកទៅដំណើរការបណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 2។ បន្ទាប់មក IRO នឹងពិនិត្យមើលវា។ សូមមើល**ផ្នែក G6** សម្រាប់ព័ត៌មានអំពីអង្គភាពត្រួតពិនិត្យ និងដំណើរការបណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 2។

ប្រសិនបើយើងនិយាយថា **យល់ស្រប** លើផ្នែកខ្លះ ឬទាំងស្រុងចំពោះសំណើរបស់អ្នក៖

- យើងត្រូវតែ**ផ្តល់ការរ៉ាប់រង**ដែលយើងបានយល់ព្រមផ្តល់ឱ្យបានលឿនតាមដែលសុខភាពរបស់អ្នកទាមទារ ប៉ុន្តែ**មិនលើសពី 7 ថ្ងៃ តាមប្រតិទិន** បន្ទាប់ពីយើងទទួលបានបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នក។
- យើងត្រូវតែ**ធ្វើទឹកប្រាក់ទៅអ្នក សម្រាប់ឱសថដែល**អ្នកបានទិញ**ក្នុងរយៈពេល 30 ថ្ងៃ តាមប្រតិទិន** បន្ទាប់ពីយើងទទួលបានបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នក។

ប្រសិនបើយើងនិយាយថា **បដិសេធ**លើផ្នែកខ្លះ ឬទាំងស្រុងចំពោះសំណើរបស់អ្នក៖

- យើងនឹងផ្ញើជូនអ្នកនូវលិខិតមួយច្បាប់ដែលពន្យល់អំពីមូលហេតុនោះ និងប្រាប់អ្នកពីរបៀបដែលអ្នកអាចធ្វើបណ្តឹងតវ៉ាបាន។
- យើងត្រូវតែផ្តល់ចម្លើយរបស់យើងអំពីការសងប្រាក់ទៅអ្នកវិញសម្រាប់ឱសថដែលអ្នកបានទិញ **ក្នុងរយៈពេល 14 ថ្ងៃ តាមប្រតិទិន** បន្ទាប់ពីយើងទទួលបានបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នក។
  - បើយើងមិនផ្តល់សេចក្តីសម្រេចជូនអ្នក ក្នុងអំឡុងពេល 14 ថ្ងៃ តាមតាមប្រតិទិនទេ យើងត្រូវតែបញ្ជូនសំណើរបស់អ្នកទៅដំណើរការបណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 2។ បន្ទាប់មក IRO នឹងពិនិត្យមើលវា។ សូមមើល**ផ្នែក G6** សម្រាប់ព័ត៌មានអំពីអង្គភាពត្រួតពិនិត្យ និងដំណើរការបណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 2។
- ប្រសិនបើយើងនិយាយថា **យល់ស្រប** លើផ្នែកខ្លះ ឬទាំងស្រុងចំពោះសំណើរបស់អ្នក នោះយើងត្រូវបង់ប្រាក់ឱ្យអ្នកក្នុងរយៈពេល 30 ថ្ងៃតាមប្រតិទិន បន្ទាប់ពីយើងទទួលបានសំណើរបស់អ្នក។
- ប្រសិនបើយើងនិយាយថា**បដិសេធ**លើផ្នែកខ្លះ ឬទាំងស្រុងចំពោះសំណើរបស់អ្នក យើងនឹងផ្ញើលិខិតមួយច្បាប់ដែលពន្យល់អំពីមូលហេតុនោះ និងប្រាប់អ្នកពីរបៀបដែលអ្នកអាចធ្វើបណ្តឹងតវ៉ាបានដល់អ្នក។

G6. ការដាក់បណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 2

ប្រសិនបើយើងនិយាយថា **បដិសេធ** លើបណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 1 របស់អ្នក នោះអ្នកអាចទទួលយកការសម្រេចចិត្តរបស់យើង ឬដាក់បណ្តឹងតវ៉ាមួយផ្សេងទៀត។ ប្រសិនបើអ្នកសម្រេចចិត្តដាក់បណ្តឹងតវ៉ាមួយផ្សេងទៀត នោះអ្នកអាចប្រើដំណើរការបណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 2 បាន។ **IRO** ពិនិត្យមើលការសម្រេចចិត្តរបស់យើង នៅពេលដែលយើងនិយាយថា **បដិសេធ** លើបណ្តឹងតវ៉ាដំបូងរបស់អ្នក។ ស្ថាប័ននេះនឹងសម្រេចថាតើយើងគួរតែផ្លាស់ប្តូរការសម្រេចចិត្តរបស់យើងដែរឬទេ។

> ឈ្មោះជាផ្លូវការសម្រាប់ "អង្គការត្រួតពិនិត្យឯករាជ្យ" (IRO) គឺ **"អង្គ ភាពពិនិត្យពិច័យឯករាជ្យ"** ជួនកាលហៅកាត់ថា **"IRE"។**

ដើម្បីដាក់បណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 2 អ្នក តំណាងរបស់អ្នក ឬវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក ឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាផ្សេងទៀត ត្រូវតែទាក់ទងទៅកាន់ IRO**ជាលាយលក្ខ ណ៍អក្សរ** និងស្នើសុំការត្រួតពិនិត្យសំណុំរឿងរបស់អ្នក។

- ប្រសិនបើយើង **បដិសេធ**សំណើបណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 1 របស់អ្នក នោះលិខិតដែលយើងផ្ញើជូនអ្នកត្រូវរួមបញ្ចូល **ការណែនាំអំពីរបៀបធ្វើតវ៉ាកម្រិត 2** ទៅកាន់ IRO។ សេចក្តីណែនាំប្រាប់អ្នកដែលអាចដាក់បណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 2 ថ្ងៃផុតកំណត់ថ្ងៃណាដែលអ្នកត្រូវធ្វើតាម និងរបៀបទាក់ទងទៅស្ថាប័ន។

- នៅពេលអ្នកដាក់បណ្តឹងតវ៉ាទៅ IRO នោះយើងផ្ញើព័ត៌មានដែលយើងមានអំពីបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នកទៅកាន់អង្គភាព។ ព័ត៌មាននេះត្រូវបានគេហៅថា "ឯកសារសំណុំរឿង" របស់អ្នក។ **អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានសំណុំរឿងរបស់អ្នកមួយច្បាប់ដោយឥតគិតថ្លៃ។** ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយស្នើសុំច្បាប់ចម្លងនៃសំណុំរឿងរបស់អ្នកដោយឥតគិតថ្លៃ ហៅទូរសព្ទទៅលេខទូរសព្ទដែលសមស្រប។
- អ្នកមានសិទ្ធិផ្តល់ព័ត៌មានបន្ថែមទៅ IRO ដើម្បីជាជំនួយដល់បណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នក។

IRO ពិនិត្យមើលបណ្តឹងតវ៉ា Medicare ផ្នែក D កម្រិត 2 របស់អ្នក ហើយផ្តល់ចម្លើយជាលាយលក្ខណ៍អក្សរដល់អ្នក។ មើល**ផ្នែក F4** សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពី IRO។

ថ្ងៃផុតកំណត់សម្រាប់បណ្តឹងតវ៉ារហ័សនៅកម្រិត 2

ប្រសិនបើស្ថានភាពសុខភាពរបស់អ្នកត្រូវការវា ស្នើសុំ IRO សម្រាប់បណ្តឹងតវ៉ារហ័ស។

- ប្រសិនបើពួកគេយល់ស្របលើបណ្តឹងតវ៉ារហ័ស ពួកគេត្រូវតែផ្តល់ចម្លើយដល់អ្នកក្នុង**រយៈពេល 72 ម៉ោង**បន្ទាប់ពីទទួលបានសំណើបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នក។
- ប្រសិនបើពួកគេនិយាយថា **យល់ស្រប** លើផ្នែកខ្លះ ឬទាំងស្រុងចំពោះសំណើរបស់អ្នក យើងត្រូវផ្តល់ការរ៉ាប់រងលើឱសថដែលត្រូវបានអនុម័ត**ក្នុងរយៈពេល 24 ម៉ោង**បន្ទាប់ពីទទួលបានការសម្រេចចិត្តរបស់ IRO ។

ថ្ងៃផុតកំណត់សម្រាប់បណ្តឹងតវ៉ាស្តង់ដារនៅកម្រិត 2

ប្រសិនបើអ្នកមានបណ្តឹងតវ៉ាស្តង់ដារនៅកម្រិត 2 នោះ IRO ត្រូវតែផ្តល់ចម្លើយដល់អ្នក៖

- **ក្នុងរយៈពេល 7 ថ្ងៃ តាមប្រតិទិន** បន្ទាប់ពីពួកគេទទួលបានបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នកសម្រាប់ឱសថដែលអ្នកមិនបានទទួល។
- **ក្នុងរយៈពេល 14 ថ្ងៃ តាមប្រតិទិន** បន្ទាប់ពីទទួលបានបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នកសម្រាប់ការសងប្រាក់វិញសម្រាប់ឱសថដែលអ្នកបានទិញរួច។

ប្រសិនបើ IRO និយាយថា **យល់ស្រប** លើផ្នែកខ្លះ ឬទាំងស្រុងចំពោះសំណើរបស់អ្នក៖

- យើងត្រូវតែផ្តល់ជូនការរ៉ាប់រងលើឱសថដែលបានយល់ព្រមនោះ **ក្នុងរយៈពេល 72 ម៉ោង** បន្ទាប់ពីយើងទទួលបានសេចក្តីសម្រេចរបស់ IRO។
- យើងត្រូវតែសងអ្នកវិញសម្រាប់ឱសថដែលអ្នកបានទិញក្នុងរយៈពេល 30 ថ្ងៃតាមប្រតិទិន បន្ទាប់ពីយើងទទួលបានការសម្រេចចិត្តរបស់ IRO ។
    - ប្រសិនបើ IRO ឆ្លើយតប **បដិសេធ** ចំពោះបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នក វាមានន័យថា ពួកគេឯកភាពនឹងការសម្រេចចិត្ត របស់យើងដែលមិនឯកភាពតាមសំណើរបស់អ្នក។ នេះគេហៅថា "ការរក្សាសេចក្តីសម្រេច" ឬ "ការបដិសេធបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នក"។

ប្រសិនបើ IRO និយាយថា **បដិសេធ** ចំពោះបណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 2 របស់អ្នក នោះអ្នកមានសិទ្ធិក្នុងបណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 3 ប្រសិនបើតម្លៃប្រាក់ដុល្លារនៃការធានារ៉ាប់រងឱសថដែលអ្នកស្នើសុំត្រូវនឹងតម្លៃប្រាក់ដុល្លារអប្បបរមា។ ប្រសិនបើតម្លៃប្រាក់ដុល្លារនៃការធានារ៉ាប់រងឱសថដែលអ្នកស្នើសុំគឺតិចជាងទឹកប្រាក់អប្បបរមាដែលត្រូវការ នោះអ្នកមិនអាចធ្វើការប្តឹងតវ៉ាមួយផ្សេងទៀតបានទេ។ ក្នុងករណីនោះ សេចក្តីសម្រេចនៃបណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 2 គឺជាការសម្រេចចុងក្រោយ។ IRO នឹងផ្ញើជូនលិខិតមួយច្បាប់ដែលប្រាប់អ្នកអំពីតម្លៃប្រាក់ដុល្លារអប្បបរមាដែលត្រូវការដើម្បីបន្តទៅដាក់បណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 3 ។

ប្រសិនបើតម្លៃប្រាក់ដុល្លារនៃសំណើរបស់អ្នកបំពេញតាមតម្រូវការហើយ នោះអ្នកជាអ្នកជ្រើសរើសដើម្បីបន្តបណ្តឹងតវ៉ាបន្ថែមទៀត។

- មានកម្រិតបន្ថែមចំនួនបីទៀតនៅក្នុងដំណើរការបណ្តឹងតវ៉ា បន្ទាប់ពីកម្រិត 2។
- ប្រសិនបើ IRO និយាយថា **បដិសេធ** ចំពោះបណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 2 របស់អ្នក ហើយអ្នកបំពេញតាមលក្ខខណ្ឌតម្រូវដើម្បីបន្តដំណើរការបណ្តឹងតវ៉ា អ្នកជាអ្នក៖
  - សម្រេចចិត្ត ថាតើអ្ន កចង់ធ្វើបណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 3 ដែរឬទេ។
  - សូមមើលលិខិតដែល IRO បានផ្ញើមកអ្ន កបន្ទា ប់ពីបណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 2 របស់អ្ន ក សម្រាប់ព័ត៌មានលម្អិតអំពីរបៀបដាក់បណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 3។

ALJ ឬមេធាវីម្នាក់ ចាត់ចែងបណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 3។ មើល**ផ្នែ ក J** សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីបណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 3, 4 និង 5។

H. ស្នើឱ្យយើងរ៉ាប់រងលើការសម្រាកនៅមន្ទីរពេទ្យរយៈពេលវែងជាងនេះ

នៅពេលអ្នកតម្រូវឱ្យចូលសម្រាកនៅមន្ទីរពេទ្យ អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានសេវាទាំងអស់របស់មន្ទីរពេទ្យដែលយើងរ៉ាប់រង ដែលចាំបាច់ចំពោះការវិនិច្ឆ័យ និងព្យាបាលជំងឺរបួសរបស់អ្នក។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីការរ៉ាប់រងលើមន្ទីរពេទ្យនៃគម្រោងរបស់យើង សូមមើល**ជំពូ កទី 4** នៃ*សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះ។

អំឡុងពេលស្នាក់នៅមន្ទីរពេទ្យដែលបានរ៉ាប់រង វេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកនិងបុគ្គលិកពេទ្យធ្វើការជាមួយអ្នក ដើម្បីរៀបចំសម្រាប់ថ្ងៃដែលអ្នកចាកចេញពីមន្ទីរពេទ្យ។ ពួកគេក៏ជួយរៀបចំការថែទាំផ្សេងៗដែលអ្នកត្រូវការ បន្ទាប់ពីពេលចេញផងដែរ។

- ថ្ងៃដែលអ្នកចេញពីមន្ទីរពេទ្យត្រូវបានហៅថា "កាលបរិច្ឆេទចាកចេញ"។
- វេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក និងបុគ្គលិកពេទ្យនឹងប្រាប់អ្នកពីកាលបរិច្ឆេទចាកចេញ។

ប្រសិនបើអ្នកគិតថាអ្នកត្រូវបានស្នើសុំឱ្យចេញពីមន្ទីរពេទ្យឆាប់ពេក ឬអ្នកព្រួយបារម្ភអំពីការថែទាំរបស់អ្នកបន្ទាប់ពីអ្នកចេញពីមន្ទីរពេទ្យ អ្នកអាចស្នើសុំសម្រាកនៅមន្ទីរពេទ្យដែលយូរជាងនេះ។ ផ្នែកបន្ទាប់នេះប្រាប់អ្នកពីវិធីស្នើសុំ។

ទោះបីជាបណ្តឹងតវ៉ាដែលបានពិភាក្សានៅក្នុង**ផ្នែ ក H** ក៏ដោយ អ្នកក៏អាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងទៅ និង ស្នើសុំក្រសួងគ្រប់គ្រងសុខាភិបាល (DMHC) សម្រាប់ការពិនិត្យពិច័យដោយពេទ្យឯករាជ្យដើម្បីទទួលបានការបន្តសម្រាកនៅមន្ទីរពេទ្យរបស់អ្នក។ សូមមើល**ផ្នែ ក F4** ដើម្បីស្វែងយល់អំពីរបៀបដាក់ពាក្យបណ្តឹងតវ៉ា និងការស្នើសុំការពិនិត្យពិច័យដោយពេទ្យឯករាជ្យពី DMHC។ អ្នកអាចស្នើសុំការពិនិត្យពិច័យដោយពេទ្យឯករាជ្យ បន្ថែមពីលើ ឬជំនួសឱ្យបណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 3។

H1. សិក្សាអំពីសិទ្ធិ ថែទាំសុខភាព Medicare របស់អ្ន ក

ក្នុងរយៈពេលពីរថ្ងៃបន្ទាប់ពីអ្នកបានចូលសម្រាកនៅមន្ទីរពេទ្យ អ្នកណាម្នាក់នៅមន្ទីរពេទ្យ ដូចជាគិលានុបដ្ឋាក ឬអ្នកធ្វើការសំណុំរឿងនឹងផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវការជូនដំណឹងជាលាយលក្ខណ៍អក្សរហៅថា "សារសំខាន់មួយពី Medicare អំពីសិទ្ធិរបស់អ្នក"។ អ្នកគ្រប់គ្នាដែលមាន Medicare ទទួលបានច្បាប់ចម្លងនៃសេចក្តីជូនដំណឹងនេះនៅពេលណាដែលពួកគេចូលមន្ទីរពេទ្យ។

ប្រសិនបើអ្នកមិនទទួលបានសេចក្តីជូនដំណឹងនេះទេ សូមសាកសួររកពីបុគ្គលិកពេទ្យណាម្នាក់។ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយ ហៅទូរសព្ទទៅកាន់ផ្នែកសេវាសមាជិកតាមរយៈលេខទូរសព្ទនៅខាងក្រោមនៃទំព័រ។ អ្នកក៏អាចហៅទូរសព្ទទៅលេខ 1800-MEDICARE (1-800-633-4227) ផងដែរ។ អ្នកប្រើ TTY គួរតែហៅលេខ 1877-486-2048។

- **អានសេចក្តីជូនដំណឹង**ដោយប្រុងប្រយ័ត្ន និងសួរសំណួរបើអ្នកមិនយល់។ សេចក្តីជូនដំណឹងប្រាប់អ្នកអំពីសិទ្ធិរបស់អ្នកក្នុងនាមជាអ្នកជំងឺរបស់មន្ទីរពេទ្យរួមមាន៖
  - សិទ្ធិរបស់អ្នកក្នុងការទទួលបានសេវាដែលទទួលបានការរ៉ាប់រងដោយ Medicare អំឡុងពេល និងក្រោយពេលអ្នកស្នាក់នៅមន្ទីរពេទ្យ។ អ្នកមានសិទ្ធិដឹងតើសេវាទាំងនេះគឺជាអ្វី នរណាជាអ្នកបង់ប្រាក់សម្រាប់ពួកវា ហើយអ្នកអាចទទួលបានពួកវានៅកន្លែងណា។
  - ជាផ្នែកមួយនៃសេចក្តីសម្រេចណាមួយអំពីរយៈពេលសម្រាកនៅមន្ទីរពេទ្យរបស់អ្នក។
  - ដឹងពីកន្លែងដែលត្រូវរាយការណ៍ពីកង្វល់ណាមួយដែលអ្នកមានអំពីគុណភាពនៃការថែទាំមន្ទីរពេទ្យរបស់អ្នក។
  - ប្តឹងតវ៉ាប្រសិនបើអ្នកគិតថាអ្នកត្រូវបានគេឱ្យចេញពីមន្ទីរពេទ្យឆាប់ពេក។
- **ចុះហត្ថលេខាលើសេចក្តីជូនដំណឹង**ដើម្បីបង្ហាញថា អ្នកបានទទួលវា និងយល់ពីសិទ្ធិរបស់អ្នក។
  - អ្នកឬអ្នកណាម្នាក់ដែលធ្វើសកម្មភាពជំនួសអ្នក អាចចុះហត្ថលេខាលើសេចក្តីជូនដំណឹងនេះបាន។
  - ការចុះហត្ថលេខាលើសេចក្តីជូនដំណឹងបង្ហាញតែថា អ្នកទទួលបានព័ត៌មានអំពីសិទ្ធិរបស់អ្នក**ប៉ុណ្ណោះ**។ ការចុះហត្ថលេខា**មិនមាន**ន័យថា អ្នកយល់ព្រមនឹងកាលបរិច្ឆេទចេញពីមន្ទីរពេទ្យដែលគ្រូពេទ្យ ឬបុគ្គលិកមន្ទីរពេទ្យប្រហែលជាបានប្រាប់អ្នកនោះទេ។
- **សូមរក្សាទុកច្បាប់ចម្លង**នៃសេចក្តីជូនដំណឹងដែលបានចុះហត្ថលេខារួច ដើម្បីឱ្យអ្នកមានព័ត៌មាននៅពេលអ្នកត្រូវការវា។

ប្រសិនបើអ្នកចុះហត្ថលេខាលើសេចក្តីជូនដំណឹងនេះលើសពីរយៈពេលពីរថ្ងៃមុនថ្ងៃដែលអ្នកចាកចេញពីមន្ទីរពេទ្យ នោះអ្នកនឹងទទួលបានច្បាប់ចម្លងមួយទៀតមុនពេលអ្នកចេញពីមន្ទីរពេទ្យ។

អ្នកអាចមើលច្បាប់ចម្លងនៃសេចក្តីជូនដំណឹងជាមុន ប្រសិនបើអ្នក៖

- ហៅទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាសមាជិកតាមរយៈលេខទូរសព្ទនៅខាងក្រោមនៃទំព័រ។
- ហៅទូរសព្ទទៅ Medicare តាមរយៈលេខ 1-800-MEDICARE (1800-633-4227)។ អ្នកប្រើ TTY គួរតែហៅលេខ 1-877-486-2048។
- ចូលទៅកាន់គេហទំព័រ www.cms.gov/medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im។

H2. ការដាក់បណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 1

ដើម្បីស្នើសុំឱ្យពួកយើងរ៉ាប់រងសេវាសម្រាកនៅមន្ទីរពេទ្យដែលមានរយៈពេលយូរជាងនោះរបស់អ្នក សូមដាក់បណ្តឹងតវ៉ា។ អង្គការលើកកម្ពស់គុណភាព (Quality Improvement Organization, QIO) ធ្វើការពិនិត្យបណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 1 ឡើងវិញ ដើម្បីមើលថាតើកាលបរិច្ឆេទចេញពីមន្ទីរពេទ្យដែលបានគ្រោងទុកសមស្របសម្រាប់អ្នកតាមវេជ្ជសាស្ត្រដែរឬយ៉ាងណា។

QIO គឺជាក្រុមវេជ្ជបណ្ឌិត និងអ្នកជំនាញថែទាំសុខភាពផ្សេងទៀតដែលទទួលបានប្រាក់ពីរដ្ឋាភិបាលសហព័ន្ធ។ អ្នកជំនាញទាំងនេះពិនិត្យ និងជួយកែលម្អគុណភាពសម្រាប់អ្នកដែលមាន Medicare ។ ពួកគេមិនមែនជាផ្នែកនៃគម្រោងរបស់យើងទេ។

នៅរដ្ឋកាលីហ្វ័រនីញ៉ា QIO គឺ Commence Health ។ ទូរសព្ទទៅកាន់ពួកគេតាមរយៈលេខ៖ 1-877-588-1123 (TTY: 1-855-887-6668)។ ព័ត៌មានទំនាក់ទំនងក៏មាននៅក្នុងសេចក្តីជូនដំណឹង “សារសំខាន់មួយពី Medicare អំពីសិទ្ធិរបស់អ្នក” និងនៅក្នុង**ជំពូកទី 2** ផងដែរ។

ហៅទូរសព្ទ ទៅ QIO មុនពេលអ្នកចាកចេញពីមន្ទីរពេទ្យ និងមិនឱ្យហួសពីកាលបរិច្ឆេទចាកចេញដែលបានគ្រោងទុករបស់អ្នក ទេ។

- **ប្រសិនបើអ្នកហៅទូរសព្ទ មុនពេលដែលអ្នកចេញ** អ្នកអាចស្នាក់នៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យ បន្ទាប់ពីកាលបរិច្ឆេទចេញពីពេទ្យរបស់អ្នកដែលបានគ្រោងទុក ដោយមិនបង់ប្រាក់ ខណៈពេលដែលអ្នករង់ចាំទទួលបានការសម្រេចចិត្តអំពីបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នកពី QIO។
- **ប្រសិនបើអ្នកមិនបានហៅទូរសព្ទ ដើម្បីធ្វើការប្តឹងតវ៉ាទេ** ហើយអ្នកសម្រេចចិត្តសម្រាកនៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យបន្ត បន្ទាប់ពីថ្ងៃដែលបានគ្រោងទុក អ្នកអាចត្រូវបង់រាល់ចំណាយទាំងអស់លើការថែទាំនៅមន្ទីរពេទ្យដែលអ្នកទទួលបានបន្ទាប់ពីថ្ងៃគ្រោងចេញពីមន្ទីរពេទ្យ។
- ដោយសារតែការសម្រាកនៅមន្ទីរពេទ្យត្រូវបានរ៉ាប់រងដោយទាំង Medicare និង Medi-Cal ប្រសិនបើអង្គការលើកកំពស់គុណភាពមិនបានទទួលការស្នើសុំបន្តការសម្រាកនៅមន្ទីរពេទ្យរបស់អ្នកទេ ឬអ្នកជឿជាក់ថាស្ថានភាពរបស់អ្នកគឺបន្ទាន់ ពាក់ព័ន្ធនិងការគំរាមកំហែងបន្ទាន់និងធ្ងន់ធ្ងរដល់សុខភាពរបស់អ្នក ឬអ្នកកំពុងឈឺចាប់ខ្លាំង នោះអ្នកអាចដាក់ពាក្យបណ្តឹង ឬស្នើសុំទៅក្រសួងគ្រប់គ្រងសុខាភិបាល រដ្ឋកាលីហ្វ័រនីញ៉ា (DMHC) សម្រាប់ការពិនិត្យពិច័យដោយពេទ្យឯករាជ្យ។ សូមមើល**ផ្នែក F4** ដើម្បីស្វែងយល់អំពីរបៀបដាក់ពាក្យបណ្តឹងតវ៉ាជាមួយនឹងការស្នើសុំឱ្យ DMHC ធ្វើការពិនិត្យពិច័យដោយពេទ្យឯករាជ្យ។

សូមស្នើសុំជំនួយ បើអ្នកត្រូវការវា។ ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ ឬត្រូវការជំនួយនៅពេលណាក៏បាន៖

- ហៅទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាសមាជិកតាមរយៈលេខទូរសព្ទនៅខាងក្រោមនៃទំព័រ។
- ហៅទូរសព្ទទៅកម្មវិធីប្រឹក្សាការធានារ៉ាប់រងសុខភាព និងការគាំពារ (HICAP) តាមរយៈលេខ 1-800-434-0222។

សូមស្នើសុំការពិនិត្យឡើងវិញរហ័សធ្វើសកម្មភាពឱ្យបានរហ័ស ហើយទាក់ទង QIO ដើម្បីស្នើសុំការពិនិត្យមើលឡើងវិញរហ័សអំពីការចេញពីមន្ទីរពេទ្យរបស់អ្នក។

> វាក្យសព្ទច្បាប់សម្រាប់ **“ការពិនិត្យឡើងវិញរហ័ស”** គឺជា**“ការពិនិត្យឡើងវិញជាបន្ទា ន់។”** ឬ **"ការត្រួតពិនិត្យឡើងវិញពន្លឿន"**។

តើមានអ្វីកើតឡើងនៅក្នុងការពិនិត្យឡើងវិញរហ័ស

- អ្នកត្រួតពិនិត្យនៅ QIO សួរអ្នក ឬអ្នកតំណាងរបស់អ្នកថាហេតុអ្វីបានជាអ្នកគិតថាការធានារ៉ាប់រងគួរតែបន្ត បន្ទាប់ពីកាលបរិច្ឆេទចេញពីមន្ទីរពេទ្យដែលបានគ្រោងទុក។ អ្នកមិនតម្រូវឱ្យសរសេរសេចក្តីថ្លែងការណ៍ទេ ប៉ុន្តែអ្នកអាចសរសេរបាន។
- អ្នកត្រួតពិនិត្យធ្វើការពិនិត្យមើលព័ត៌មានវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នក ពិភាក្សាជាមួយវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក និង

ពិនិត្យមើលព័ត៌មានដែលមន្ទីរពេទ្យ និងគម្រោងរបស់យើងបានផ្តល់ឱ្យពួកគេ។

- នៅត្រឹមពេលថ្ងៃត្រង់ បន្ទាប់ពីពេលអ្នកពិនិត្យឡើងវិញប្រាប់គម្រោងរបស់យើងអំពីបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នក អ្នកទទួលបានលិខិតដែលបញ្ជាក់ពីកាលបរិច្ឆេទចាកចេញពីមន្ទីរពេទ្យដែលបានគ្រោងទុក។ លិខិតនេះក៏ផ្តល់ហេតុផលថាហេតុអ្វីបានជាវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក មន្ទីរពេទ្យ ហើយយើងគិតថានោះជាកាលបរិច្ឆេទនៃការចេញពីមន្ទីរពេទ្យត្រឹមត្រូវដែលសមស្របតាមវេជ្ជសាស្ត្រសម្រាប់អ្នក។

> វាក្យសព្ទច្បាប់សម្រាប់ការពន្យល់ជាលាយលក្ខណ៍អក្សរនេះគឺ **"សេចក្តីជូនដំណឹងលម្អិតពីការចាកចេញពីមន្ទីរពេទ្យ។"**អ្នកអាចទទួលបានឯកសារគំរូមួយច្បាប់ ដោយទូរសព្ទទៅសេវាសមាជិកតាមរយៈលេខទូរសព្ទនៅខាងក្រោមនៃទំព័រ ឬ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)។ (អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរតែទូរសព្ទទៅលេខ 1-877-486-2048។) អ្នកក៏អាចមើលការជូនដំណឹងគំរូតាមអនឡាញដោយចូលទៅកាន់ www.cms.gov/medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im ។

ក្នុងរយៈពេលមួយថ្ងៃពេញបន្ទាប់ពីទទួលបានព័ត៌មានទាំងអស់ដែលអង្គភាពត្រូវការ QIO នឹងផ្តល់ចម្លើយរបស់ពួកគេដល់អ្នកចំពោះបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នក។

ប្រសិនបើ QIO ឆ្លើយ **យល់ស្រប** ចំពោះបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នក៖

- យើងនឹងបន្តផ្តល់សេវាសម្រាកក្នុងមន្ទីរពេទ្យដែលរ៉ាប់រងនោះឱ្យអ្នក ដរាបណាសេវានោះចាំបាច់ខាងវេជ្ជសាស្ត្រ។

ប្រសិនបើ QIO ឆ្លើយ **បដិសេធ** ចំពោះបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នក៖

- ពួកគេជឿថា កាលបរិច្ឆេទចេញពីមន្ទីរពេទ្យដែលអ្នកបានគ្រោងទុកគឺសមស្របតាមវេជ្ជសាស្ត្រ។
- ការធានារ៉ាប់រងរបស់យើងសម្រាប់សេវាសម្រាកក្នុងមន្ទីរពេទ្យរបស់អ្នកនឹងបញ្ចប់នៅថ្ងៃត្រង់ បន្ទាប់ពី QIO ផ្តល់ចម្លើយរបស់ពួកគេអំពីបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នក។
- អ្នកប្រហែលជាត្រូវបង់ថ្លៃព្យាបាលចេញពីមន្ទីរពេទ្យពេញលេញដែលអ្នកទទួលបានបន្ទាប់ពីថ្ងៃត្រង់នៅថ្ងៃបន្ទាប់ដែល QIO ផ្តល់ចម្លើយដល់អ្នកចំពោះបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នក។
- អ្នកអាចធ្វើបណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 2 ប្រសិនបើ QIO បដិសេធបណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 1 របស់អ្នក **ហើយ**អ្នកស្នាក់នៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យបន្ទាប់ពីកាលបរិច្ឆេទចេញពីមន្ទីរពេទ្យដែលអ្នកបានគ្រោងទុក។

H3. ការដាក់បណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 2

សម្រាប់បណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 2 អ្នកសុំឱ្យ QIO ពិនិត្យមើលការសម្រេចចិត្តដែលពួកគេបានធ្វើនៅលើបណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 1 របស់អ្នក។ ហៅទូរសព្ទទៅកាន់ពួកគេតាមរយៈលេខ៖ 1-877-588-1123 (TTY: *1-855-887-6668*)។

អ្នកត្រូវតែស្នើសុំការពិនិត្យឡើងវិញនេះក្នុង**រយៈពេល 60 ថ្ងៃ តាមប្រតិទិន** បន្ទាប់ពីថ្ងៃដែល QIO បាននិយាយ **បដិសេធ** ចំពោះបណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 1 របស់អ្នក។ អ្នកអាចស្នើសុំការពិនិត្យឡើងវិញនេះបាន **លុះត្រាតែ**អ្នកបានស្នាក់នៅមន្ទីរពេទ្យក្រោយកាលបរិច្ឆេទដែលការធានារ៉ាប់រងលើការថែទាំសុខភាពបានចប់ប៉ុណ្ណោះ។

អ្នកត្រួតពិនិត្យ QIO នឹង៖

- ធ្វើការពិនិត្យមើលព័ត៌មានទាំងអស់ពាក់ព័ន្ធនឹងបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នកដោយប្រុងប្រយ័ត្នម្តងទៀត។
- ប្រាប់អ្នកពីការសម្រេចចិត្តរបស់ពួកគេអំពីបណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 2 របស់អ្នកក្នុងរយៈពេល 14 ថ្ងៃតាមប្រតិទិន បន្ទាប់ពីបានទទួលសំណើរបស់អ្នកសម្រាប់ការពិនិត្យឡើងវិញជាលើកទីពីរ។

ប្រសិនបើ QIO ឆ្លើយ **យល់ស្រប** ចំពោះបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នក៖

- យើងត្រូវតែសងអ្នកវិញសម្រាប់ចំណែកថ្លៃថែទាំនៅមន្ទីរពេទ្យរបស់យើងចាប់តាំងពីថ្ងៃត្រង់នៅថ្ងៃបន្ទាប់ពីកាលបរិច្ឆេទដែល QIO បានបដិសេធបណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 1 របស់អ្នក។
- យើងនឹងបន្តផ្តល់សេវាសម្រាកក្នុងមន្ទីរពេទ្យដែលរ៉ាប់រងនោះឱ្យអ្នក ដរាបណាសេវានោះចាំបាច់ខាងវេជ្ជសាស្ត្រ។

ប្រសិនបើ QIO ឆ្លើយ **បដិសេធ** ចំពោះបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នក៖

- ពួកគេយល់ស្របនឹងការសម្រេចចិត្តរបស់ពួកគេអំពីបណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 1 របស់អ្នក ហើយនឹងមិនផ្លាស់ប្តូរវាទេ។
- ពួកគេផ្តល់លិខិតមួយច្បាប់ដល់អ្នកដែលប្រាប់អ្នកពីអ្វីដែលអ្នកអាចធ្វើបាន ប្រសិនបើអ្នកចង់បន្តដំណើរការបណ្តឹងតវ៉ា និងដាក់បណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 3 ។
- អ្នកក៏អាចដាក់ពាក្យបណ្តឹង ឬស្នើសុំឱ្យ DMHC ធ្វើការពិនិត្យពិច័យដោយពេទ្យឯករាជ្យដើម្បីទទួលបានការបន្តស្នាក់នៅមន្ទីរពេទ្យរបស់អ្នក។ សូមមើល**ផ្នែក E4** ដើម្បីស្វែងយល់អំពីរបៀបដាក់ពាក្យបណ្តឹងតវ៉ាជាមួយនឹងការស្នើសុំឱ្យ DMHC ធ្វើការពិនិត្យពិច័យដោយពេទ្យឯករាជ្យ។

ALJ ឬមេធាវីម្នាក់ ចាត់ចែងបណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 3។ មើល**ផ្នែក J**សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីបណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 3 កម្រិត 4 និង កម្រិត 5។

I. ការស្នើឱ្យយើងបន្តរ៉ាប់រងសេវាវេជ្ជសាស្ត្រមួយចំនួន

ផ្នែកនេះគ្រាន់តែនិយាយអំពីសេវាបីប្រភេទដែលអ្នកអាចទទួលបាន៖

- សេវាថែទាំសុខភាពតាមផ្ទះ
- គិលានុបដ្ឋាកម្មថែទាំមានជំនាញនៅក្នុងមន្ទីរគិលានុបដ្ឋាកម្មមានជំនាញ **និង**
- ការថែទាំស្ថារនីតិសម្បទាជាអ្នកជំងឺមិនសម្រាកពេទ្យនៅ CORF ដែលត្រូវបានអនុម័តដោយ Medicare ។ នេះជាធម្មតា មានន័យថា
  អ្នកកំពុងទទួលបានការព្យាបាលជំងឺ ឬគ្រោះថ្នាក់ ឬអ្នកកំពុងសះស្បើយពីការវះកាត់សំខាន់ណាមួយ។

ជាមួយនឹងសេវាប្រភេទទាំងបីនេះ អ្នកបន្តមានសិទ្ធិទទួលបានសេវាដែលបានរ៉ាប់រង ដរាបណាវេជ្ជបណ្ឌិតនិយាយថាអ្នកត្រូវការសេវាទាំងនេះ។

នៅពេលយើងសម្រេចឈប់រ៉ាប់រងលើសេវាទាំងនោះ យើងត្រូវជូនដំណឹងដល់អ្នក**មុនពេល**សេវារបស់អ្នកចប់។ នៅពេលការរ៉ាបរងលើសេវានោះចប់ហើយ យើងនឹងឈប់បង់ថ្លៃសម្រាប់ការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក។

ប្រសិនបើអ្នកគិតថា យើងនឹងបញ្ចប់ការរ៉ាប់រងលើសេវាថែទាំរបស់អ្នកឆាប់ពេក **អ្ន កអាចប្តឹងតវ៉ាលើការសម្រេចចិត្ត របស់យើងបាន**។ ផ្នែកបន្ទាប់នេះ ប្រាប់អ្នកពីវិធីស្នើសុំបណ្តឹងតវ៉ា។

I1. សេចក្តីជូនដំណឹងជាមុន មុនពេលការរ៉ាប់រងរបស់អ្ន កត្រូវបានបញ្ច ប់

យើងធ្វើការជូនដំណឹងជាលាយលក្ខណ៍អក្សរទៅអ្នកថា អ្នកនឹងទទួលបានយ៉ាងហោចណាស់ពីរថ្ងៃ មុនពេលយើងឈប់បង់ប្រាក់សម្រាប់ការថែទាំរបស់អ្នក។ នេះត្រូវបានហៅថា "សេចក្តីជូនដំណឹងអំពីការមិនរ៉ាប់រងរបស់ Medicare"។ សេចក្តីជូនដំណឹងប្រាប់អ្នកអំពីកាលបរិច្ឆេទដែលយើងនឹងឈប់រ៉ាប់រងលើការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក និងរបៀបដាក់បណ្តឹងតវ៉ាចំពោះការសម្រេចចិត្តរបស់យើង។

អ្នក ឬអ្នកតំណាងរបស់អ្នក គួរចុះហត្ថលេខាលើសេចក្តីជូនដំណឹងនោះ ដើម្បីបង្ហាញថាអ្នកបានទទួលវា។ ការចុះហត្ថលេខាលើសេចក្តីជូនដំណឹងបង្ហាញតែថាអ្នកបានទទួលព័ត៌មាន**ប៉ុណ្ណោះ**។ ការចុះហត្ថលេខា**មិនមាន**ន័យថា អ្នកយល់ព្រមនឹងការសម្រេចចិត្តរបស់យើងទេ។

I2. ការដាក់បណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 1

ប្រសិនបើអ្នកគិតថា យើងនឹងបញ្ចប់ការរ៉ាប់រងលើសេវាថែទាំរបស់អ្នកឆាប់ពេក អ្នកអាចប្តឹងតវ៉ាលើការសម្រេចចិត្តរបស់យើងបាន។ ផ្នែកនេះប្រាប់អ្នកអំពីដំណើរការបណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 1 និងអ្វីដែលត្រូវធ្វើ។

- **ការធ្វើតាមថ្ងៃ ផុតកំណត់។** ថ្ងៃផុតកំណត់គឺជាការសំខាន់។ យល់ និងធ្វើតាមថ្ងៃផុតកំណត់ដែលអនុវត្តចំពោះកិច្ចការទាំងឡាយដែលអ្នកត្រូវធ្វើ។ គម្រោងរបស់យើងក៏ត្រូវអនុវត្តតាមថ្ងៃផុតកំណត់ផងដែរ។ ប្រសិនបើអ្នកយល់ថា យើងមិនធ្វើតាមថ្ងៃផុតកំណត់ទេ អ្នកអាចដាក់បណ្តឹងបាន។ មើល**ផ្នែក K** សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីពាក្យបណ្តឹង។
- **សូមស្នើសុំជំនួយបើអ្នកត្រូវការ។។** ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ ឬត្រូវការជំនួយនៅពេលណាក៏បាន៖
  - ហៅទូរសព្ទ ទៅផ្នែកសេវាសមាជិកតាមរយៈលេខទូរសព្ទ នៅខាងក្រោមនៃទំព័រ។
  - ទូរសព្ទ ទៅ HICAP តាមរយៈលេខ 1-800-434-0222។
- **សូមទាក់ទងទៅកាន់ QIO។**
  - សូមមើល **ផ្នែក H2**ឬមើល **ជំពូកទី 2** នៃ*សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះ ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែមអំពី QIO និងរបៀបទាក់ទងពួកគេ។
  - ស្នើសុំពួកគេឱ្យពិនិត្យមើលបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នក និងសម្រេចថាតើត្រូវផ្លាស់ប្តូរសេចក្តីសម្រេចរបស់គម្រោងយើងដែរឬអត់។
- **ធ្វើសកម្ម ភាពឱ្យបានឆាប់រហ័ស ហើយស្នើសុំ "បណ្តឹងតវ៉ារហ័ស" ។** សួរ QIO ថាតើវាសមស្របផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រឬទេ ដែលពួកយើងបញ្ចប់ការរ៉ាប់រងលើសេវាវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នក។

ថ្ងៃផុតកំណត់របស់អ្នកចំពោះការទាក់ទងអង្គការនេះ

- អ្នកត្រូវតែទាក់ទងទៅកាន់ QIO ដើម្បីច្បាប់ផ្តើមបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នកនៅត្រឹមពេលថ្ងៃត្រង់នៃថ្ងៃមុនកាលបរិច្ឆេទជាធរមាននៅលើ "ការជូនដំណឹងអំពីការមិនរ៉ាប់រងរបស់ Medicare" ដែលយើងបានផ្ញើទៅអ្នក។
- ប្រសិនបើអង្គការលើកកម្ពស់គុណភាព មិនទទួលការស្នើសុំបន្តសេវាថែទាំសុខភាពរបស់អ្នកទេ ឬ អ្នកជឿជាក់ថាស្ថានភាពរបស់អ្នកមានភាពបន្ទាន់ ឬមានពាក់ព័ន្ធនឹងការគំរាមកំហែងភ្លាមៗ និងធ្ងន់ធ្ងរដល់សុខភាពរបស់អ្នក ឬអ្នកកំពុងមានការឈឺចាប់ខ្លាំង អ្នកអាចដាក់ពាក្យបណ្តឹង ឬស្នើសុំទៅកាន់ក្រសួងគ្រប់គ្រងសុខាភិបាលរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា (DMHC) ដើម្បីសុំការពិនិត្យពិច័យដោយពេទ្យឯករាជ្យ។ សូមមើល**ផ្នែក F4** ដើម្បីស្វែងយល់អំពីរបៀបដាក់ពាក្យបណ្តឹងតវ៉ា និងការស្នើសុំការពិនិត្យពិច័យដោយពេទ្យឯករាជ្យពី DMHC។

> វាក្យសព្ទច្បាប់សម្រាប់សេចក្តីជូនដំណឹងជាលាយលក្ខណ៍អក្សរនេះគឺ **"សេចក្តីជូនដំណឹងអំពីការរ៉ាប់រងរបស់ Medicare។"** អ្នកអាចទទួលបានឯកសារគំរូមួយច្បាប់ ដោយហៅទូរសព្ទទៅសេវាសមាជិកតាមរយៈលេខទូរសព្ទនៅខាងក្រោមនៃទំព័រ ឬទូរសព្ទទៅលេខ1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)។ អ្នកប្រើ TTY គួរតែហៅលេខ 1-877-486-2048។ ឬទទួលបានច្បាប់ចម្លងតាមអនឡាញតាមរយៈ: www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/FFS-Expedited-Determination-Notices។

តើមានអ្វីកើតឡើងក្នុងអំឡុងពេលបណ្តឹងតវ៉ារហ័ស

- អ្នកត្រួតពិនិត្យនៅ QIO សួរអ្នក ឬអ្នកតំណាងរបស់អ្នកថាហេតុអ្វីបានជាអ្នកគិតថាការធានារ៉ាប់រងគួរតែបន្ត។ អ្នកមិនតម្រូវឱ្យសរសេរសេចក្តីថ្លែងការណ៍ទេ ប៉ុន្តែអ្នកអាចសរសេរបាន។
- អ្នកត្រួតពិនិត្យធ្វើការពិនិត្យមើលព័ត៌មានវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នក ពិភាក្សាជាមួយវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក និងពិនិត្យមើលព័ត៌មានដែលគម្រោងរបស់យើងបានផ្តល់ឱ្យពួកគេ។
- គម្រោងរបស់យើងក៏ផ្ញើជូនសេចក្តីជូនដំណឹងជាលាយលក្ខណ៍អក្សរដល់អ្នកដែលពន្យល់ពីហេតុផលរបស់យើងសម្រាប់ការបញ្ចប់ការធានារ៉ាប់រងលើសេវារបស់អ្នកផងដែរ។ អ្នកទទួលបានការជូនដំណឹងនៅចុងបញ្ចប់នៃថ្ងៃដែលអ្នកត្រួតពិនិត្យប្រាប់យើងអំពីបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នក។

វាក្យសព្ទច្បាប់សម្រាប់ការពន្យល់នៅក្នុងការជូនដំណឹងនេះគឺ **"ការពន្យល់លម្អិតពីការមិនរ៉ាប់រង"**។

- អ្នកត្រួតពិនិត្យនឹងផ្តល់ការសម្រេចរបស់ពួកគេក្នុងរយៈពេលមួយថ្ងៃពេញ បន្ទាប់ពីការទទួលបានព័ត៌មានទាំងអស់ដែលពួកគេត្រូវការ។

ប្រសិនបើ QIO ឆ្លើយ **យល់ស្រប** ចំពោះបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នក៖

- យើងនឹងបន្តផ្តល់សេវាដែលរ៉ាប់រងនោះឱ្យអ្នក ដរាបណាសេវាទាំងនេះចាំបាច់តាមវេជ្ជសាស្ត្រ។

ប្រសិនបើ QIO ឆ្លើយ **បដិសេធ** ចំពោះបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នក៖

- ការរ៉ាប់រងរបស់អ្នកបញ្ចប់នៅថ្ងៃដែលយើងបានប្រាប់អ្នក។
- យើងឈប់បង់ថ្លៃចំណាយរួមរបស់យើងលើការថែទាំនេះនៅកាលបរិច្ឆេទនៃសេចក្តីជូនដំណឹងនេះ។
- អ្នកបង់ថ្លៃពេញលើការថែទាំនេះដោយខ្លួនឯង ប្រសិនបើអ្នកសម្រេចចិត្តបន្តការថែទាំសុខភាពតាមផ្ទះមន្ទីរគិលានុបដ្ឋាកម្មមានជំនាញ ឬសេវា CORF បន្ទាប់ពីកាលបរិច្ឆេទធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកចប់
- អ្នកសម្រេចចិត្តថាតើអ្នកចង់បន្តសេវាទាំងនេះ និងធ្វើបណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 2 ដែរឬទេ។

I3. ការដាក់បណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 2

សម្រាប់បណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 2 អ្នកសុំឱ្យ QIO ពិនិត្យមើលការសម្រេចចិត្តដែលពួកគេបានធ្វើនៅលើបណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 1 របស់អ្នក។ ហៅទូរសព្ទទៅពួកគេតាមរយៈលេខទូរសព្ទ QIO ។

អ្នកត្រូវតែស្នើសុំការពិនិត្យឡើងវិញនេះក្នុង**រយៈពេល 60 ថ្ងៃ តាមប្រតិទិន** បន្ទាប់ពីថ្ងៃដែល QIO បាននិយាយ **បដិសេធ** ចំពោះបណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 1 របស់អ្នក។ អ្នកអាចស្នើសុំការពិនិត្យឡើងវិញនេះ**តែក្នុងករណី**ដែលអ្នកបន្តថែទាំបន្ទាប់ពីកាលបរិច្ឆេទដែលការធានារ៉ាប់រងលើការថែទាំសុខភាពបានបញ្ចប់។

អ្នកត្រួតពិនិត្យ QIO នឹង៖

- ធ្វើការពិនិត្យមើលព័ត៌មានទាំងអស់ពាក់ព័ន្ធនឹងបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នកដោយប្រុងប្រយ័ត្នម្តងទៀត។
- ប្រាប់អ្នកពីការសម្រេចចិត្តរបស់ពួកគេអំពីបណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 2 របស់អ្នកក្នុងរយៈពេល 14 ថ្ងៃតាមប្រតិទិន បន្ទាប់ពីបានទទួលសំណើរបស់អ្នកសម្រាប់ការពិនិត្យឡើងវិញជាលើកទីពីរ។

ប្រសិនបើ QIO ឆ្លើយ **យល់ស្រប** ចំពោះបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នក៖

- យើងសងអ្នកនូវចំណែកទឹកប្រាក់របស់យើងចំពោះថ្លៃចំណាយរួមលើការថែទាំរបស់មន្ទីរពេទ្យដែលអ្នកបានទទួលតាំងពីពេលយើងបាននិយាយថា ការរ៉ាប់រងរបស់អ្នកនឹងត្រូវចប់។
- យើងនឹងបន្តផ្តល់ការរ៉ាប់រងលើសេវាថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក ដរាបណាវាចាំបាច់តាមវេជ្ជសាស្ត្រ។

ប្រសិនបើ QIO ឆ្លើយ **បដិសេធ** ចំពោះបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នក៖

- ពួកគេយល់ស្របនឹងការសម្រេចចិត្តរបស់យើងចំពោះការបញ្ចប់លើការថែទាំរបស់អ្នក ហើយនឹងមិនផ្លាស់ប្តូរវាទេ។
- ពួកគេផ្តល់លិខិតមួយច្បាប់ដល់អ្នកដែលប្រាប់អ្នកពីអ្វីដែលអ្នកអាចធ្វើបាន ប្រសិនបើអ្នកចង់បន្តដំណើរការបណ្តឹងតវ៉ា និងដាក់បណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 3 ។
- អ្នកក៏អាចដាក់ពាក្យបណ្តឹង និងស្នើសុំ DMHC សម្រាប់ការពិនិត្យពិច័យដោយពេទ្យឯករាជ្យ ដើម្បីបន្តការរ៉ាប់រងសេវាថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក។ សូមមើល**ផ្នែក F4** ដើម្បីស្វែងយល់អំពីរបៀបស្នើសុំ DMHC សម្រាប់ការពិនិត្យពិច័យដោយពេទ្យឯករាជ្យ។ អ្នកអាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងទៅ និងស្នើសុំ DMHC ធ្វើការពិនិត្យពិច័យដោយពេទ្យឯករាជ្យបន្ថែមលើ ឬ ជំនួសឱ្យ បណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 3។

ALJ ឬមេធាវីម្នាក់ ចាត់ចែងបណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 3។ មើល**ផ្នែក J**សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីបណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 3, 4 និង 5។

J. ការដាក់បណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នកលើសពីកម្រិត 2

J1. ជំហានបន្ទា ប់សម្រាប់សេវា និងសម្ភា រ: Medicare

ប្រសិនបើអ្នកដាក់បណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 1 និងកម្រិត 2 ចំពោះសេវា ឬសម្ភារៈ Medicare ហើយបណ្តឹងតវ៉ាទាំងពីររបស់អ្នកត្រូវបានគេបដិសេធ នោះអ្នកអាចមានសិទ្ធិដាក់បណ្តឹងតវ៉ាកម្រិតបន្ថែមទៀត។

ប្រសិនបើតម្លៃប្រាក់ដុល្លារនៃសេវា ឬសម្ភារៈ Medicare ដែលអ្នកបានដាក់បណ្តឹងតវ៉ាបំពេញលក្ខខណ្ឌនៃចំនួនប្រាក់ដុល្លារអប្បបរមាជាក់លាក់ណាមួយនោះទេ នោះអ្នកមិនអាចដាក់បណ្តឹងតវ៉ាបានទៀតទេ។ ប្រសិនបើមានតម្លៃប្រាក់ដុល្លារច្រើនគ្រប់គ្រាន់ នោះអ្នកអាចបន្តដំណើរការបណ្តឹងតវ៉ាបាន។ លិខិតដែលអ្នកទទួលបានពី IRO សម្រាប់បណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 2 របស់អ្នកពន្យល់អំពីអ្នកដែលត្រូវទាក់ទង និងអ្វីដែលត្រូវធ្វើដើម្បីស្នើសុំបណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 3។

បណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 3

ដំណើរការបណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 3 គឺជាសវនាការ ALJ។ អ្នកដែលធ្វើការសម្រេចចិត្តគឺជា ALJ ឬអ្នកកាត់ក្តីមេធាវីដែលធ្វើការឱ្យរដ្ឋាភិបាលសហព័ន្ធ។

ប្រសិនបើ ALJ ឬមេធាវីចៅក្រមនិយាយថា **យល់ស្រប** ចំពោះបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នក **នោះ**យើងមានសិទ្ធិប្តឹងតវ៉ាលើការសម្រេចចិត្តកម្រិត 3 ដែលគាំទ្រអ្នក។

- ប្រសិនបើយើងសម្រេចចិត្ត**ប្តឹងតវ៉ា**លើការសម្រេចចិត្តនេះ នោះយើងនឹងផ្ញើច្បាប់ចម្លងនៃសំណើបណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 4 មកអ្នកជាមួយនឹងឯកសារភ្ជាប់មកជាមួយ។ យើងអាចរង់ចាំការសម្រេចចិត្តនៃបណ្តឹងតវ៉ាកម្រិតទី 4 មុនពេលផ្តល់សិទ្ធិ ឬផ្តល់សេវាដែលមានទំនាស់។

- ប្រសិនបើយើងសម្រេចចិត្ត**មិនប្តឹងតវ៉ា**លើការសម្រេចចិត្ត នោះយើងត្រូវផ្តល់សិទ្ធិ ឬផ្តល់សេវានេះក្នុងរយៈពេល 60 ថ្ងៃតាមប្រតិទិនដល់អ្នក បន្ទាប់ពីទទួលបាន ALJ ឬសេចក្តីសម្រេចរបស់មេធាវី។
  - ប្រសិនបើ ALJ ឬមេធាវីកាត់សេចក្តី **បដិសេធ** ចំពោះបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្ន ក នោះដំណើរការបណ្តឹងតវ៉ាអាចនឹងមិនបញ្ចប់ទេ។
- ប្រសិនបើអ្នកសម្រេចចិត្ត**ទទួ លយក**ការសម្រេចចិត្តដែលបដិសេធបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នក នោះដំណើរការបណ្តឹងតវ៉ានឹងត្រូវបញ្ចប់។
- ប្រសិនបើអ្នកសម្រេចចិត្ត**មិនទទួ លយក**ការសម្រេចចិត្តដែលបដិសេធបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នក នោះអ្នកអាចបន្តទៅកម្រិតបន្ទាប់នៃដំណើរការពិនិត្យមើល។ សេចក្តីជូនដំណឹងដែលអ្នកទទួលបាននឹងប្រាប់អ្នកពីអ្វីដែលត្រូវធ្វើសម្រាប់បណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 4។

បណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 4

ក្រុមប្រឹក្សាបណ្តឹងតវ៉ារបស់ Medicare (ក្រុមប្រឹក្សា) ពិនិត្យបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នក និងផ្តល់ចម្លើយដល់អ្នក។ ក្រុមប្រឹក្សានេះគឺជាផ្នែកមួយនេះរដ្ឋាភិបាលសហព័ន្ធ។

ប្រសិនបើក្រុមប្រឹក្សា **យល់ព្រម**ចំពោះបណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 4 របស់អ្នក ឬបដិសេធសំណើរបស់យើងដើម្បីពិនិត្យមើលសេចក្តីសម្រេចនៃបណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 3 ដែលស្របតាមការចង់បានរបស់អ្នក យើងមានសិទ្ធិប្តឹងតវ៉ាទៅកម្រិត 5 បាន។

- ប្រសិនបើយើងសម្រេចចិត្ត**ប្តឹងតវ៉ា**លើការសម្រេចចិត្តនេះ នោះយើងនឹងប្រាប់អ្នកជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ។
- ប្រសិនបើយើងសម្រេចចិត្ត**មិនប្តឹងតវ៉ា**ចំពោះការសម្រេចចិត្ត នោះយើងត្រូវតែអនុញ្ញាត ឬផ្តល់សេវានេះដល់អ្នកក្នុងរយៈពេល 60 ថ្ងៃតាមប្រតិទិន បន្ទាប់ពីទទួលបានការសម្រេចចិត្តរបស់ក្រុមប្រឹក្សា។

ប្រសិនបើក្រុមប្រឹក្សានិយាយថា **ទេ** ឬបដិសេធសំណើពិនិត្យមើលរបស់យើង នោះដំណើរការបណ្តឹងតវ៉ាអាចនឹងមិនត្រូវបានបញ្ចប់ទេ។

- ប្រសិនបើអ្នកសម្រេចចិត្ត**ទទួ លយក**ការសម្រេចចិត្តដែលបដិសេធបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នក នោះដំណើរការបណ្តឹងតវ៉ានឹងត្រូវបញ្ចប់។
- ប្រសិនបើអ្នកសម្រេចចិត្ត**មិនទទួ លយក**ការសម្រេចដែលបដិសេធបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នក នោះអ្នកអាចបន្តទៅកម្រិតបន្ទាប់នៃដំណើរការពិនិត្យមើល។ សេចក្តីជូនដំណឹងដែលអ្នកទទួលបាននឹងប្រាប់អ្នកថាតើអ្នកអាចបន្តទៅបណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 5 ឬអត់ និងអ្វីដែលត្រូវធ្វើ។

បណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 5

- ចៅក្រមតុលាការសហព័ន្ធនឹងពិនិត្យមើលបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នក និងព័ត៌មានទាំងអស់ ហើយសម្រេចថា **យល់ស្រប** ឬ**បដិសេធ**។ នេះគឺជាការសម្រេចចិត្តចុងក្រោយ។ មិនមានកម្រិតបណ្តឹងតវ៉ាផ្សេងទៀតក្រៅពីតុលាការសហព័ន្ធទេ។

J2. បណ្តឹងតវ៉ា Medi-Cal បន្ថែ ម

អ្នកក៏មានសិទ្ធិប្តឹងតវ៉ាផ្សេងទៀត ប្រសិនបើបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នកគឺពាក់ព័ន្ធនឹងសេវា ឬសម្ភារៈដែល Medi-Cal រ៉ាប់រងជាធម្មតា។ លិខិតដែលអ្នកទទួលបានពីផ្នែករដ្ឋសវនាការនឹងប្រាប់អ្នកពីអ្វីដែលត្រូវធ្វើ ប្រសិនបើអ្នកចង់បន្តដំណើរការបណ្តឹងតវ៉ា។

ប្រសិនបើអ្នកនៅតែមិនយល់ព្រមជាមួយការសម្រេចចិត្តនេះ អ្នកអាច៖

*ស្នើសុំការពិនិត្យពិច័យដោយពេទ្យឯករាជ្យ ហើយអ្នកពិនិត្យនៅខាងក្រៅដែលមិនមានជាប់ទាក់ទងជាមួយគម្រោងសុខភាពនេះ នឹងពិនិត្យសំណុំរឿងរបស់អ្នក។

*ស្នើសុំរដ្ឋសវនាការ ហើយចៅក្រមនឹងពិនិត្យសំណុំរឿងរបស់អ្នក។

អ្នកអាចស្នើសុំទាំងការពិនិត្យពិច័យដោយពេទ្យឯករាជ្យ និងរដ្ឋសវនាការក្នុងពេលតែមួយ។ អ្នកក៏អាចស្នើសុំមួយណាមុនក៏បានដើម្បីមើលថាតើវានឹងដោះស្រាយបញ្ហារបស់អ្នកបានមុនឬទេ។ ឧទាហរណ៍ ប្រសិនបើអ្នកសុំការពិនិត្យពិច័យដោយពេទ្យឯករាជ្យមុន ប៉ុន្តែអ្នកមិនយល់ស្របជាមួយនឹងការសម្រេចចិត្តនោះ អ្នកនៅតែអាចស្នើសុំរដ្ឋសវនាការនៅពេលក្រោយបាន។ ទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយ ប្រសិនបើអ្នកស្នើសុំរដ្ឋសវនាការមុន ហើយរដ្ឋសវនាការនោះបានកើតឡើងរួចហើយ នោះអ្នកមិនអាចស្នើសុំការពិនិត្យពិច័យដោយពេទ្យឯករាជ្យបានទេ។ ក្នុងករណីនេះ រដ្ឋសវនាការជាអ្នកសម្រេចចុងក្រោយ។

អ្នកនឹងមិនត្រូវបង់ប្រាក់សម្រាប់ការពិនិត្យពិច័យដោយពេទ្យឯករាជ្យ ឬរដ្ឋសវនាការទេ។

ការពិនិត្យពិច័យដោយពេទ្យឯករាជ្យ

ប្រសិនបើអ្នកចង់បានការពិនិត្យពិច័យដោយពេទ្យឯករាជ្យ អ្នកត្រូវតែស្នើសុំការពិនិត្យនោះក្នុងរយៈពេល 180 ថ្ងៃចាប់ពីថ្ងៃចេញលិខិតជូនដំណឹងអំពីដំណោះស្រាយបណ្តឹងតវ៉ានេះ។ កថាខណ្ឌខាងក្រោមនេះនឹងផ្តល់ព័ត៌មានពីរបៀបស្នើសុំការពិនិត្យពិច័យដោយពេទ្យឯករាជ្យដល់អ្នក។ 1 ចំណាំថា ពាក្យ “បណ្តឹងសាទុក្ខ” គឺនិយាយទាំង “បណ្តឹង” និង “បណ្តឹងតវ៉ា”។

"ក្រសួងគ្រប់គ្រងសុខាភិបាលរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា គឺមានភារកិច្ចដាក់បញ្ញត្តិលើគម្រោងសេវាថែទាំសុខភាព។ ប្រសិនបើអ្នកមានបណ្តឹងសាទុក្ខប្រឆាំងនឹងគម្រោងសុខភាពរបស់អ្នក ជាដំបូងអ្នកគួរតែហៅទូរសព្ទទៅគម្រោងសុខភាពរបស់អ្នកតាមរយៈលេខ **1-888-839-9909** និងប្រើប្រាស់ដំណើការបណ្តឹងសាទុក្ខនៃគម្រោងសុខភាពរបស់អ្នក មុននឹងទាក់ទងទៅក្រសួង។ ការប្រើនីតិវិធីបណ្តឹងសាទុក្ខនេះ មិនហាមឃាត់សិទ្ធិស្របច្បាប់ដែលអាចប្រើប្រាស់បាន ឬដំណោះស្រាយដែលអាចនឹងមានសម្រាប់អ្នកនោះឡើយ។ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយលើបណ្តឹងសាទុក្ខដែលជាប់ទាក់ទងនឹងភាពអាសន្ន បណ្តឹងសាទុក្ខដែលមិនទាន់ត្រូវបានដោះស្រាយដោយគម្រោងសុខភាពរបស់អ្នកទៅតាមការចង់បានទេ ឬបណ្តឹងសាទុក្ខដែលនៅតែមិនទាន់បានដោះស្រាយលើសពីចំនួន 30 ថ្ងៃ នោះអ្នកអាចហៅទូរសព្ទទៅក្រសួងដើម្បីរកជំនួយ។ អ្នកក៏អាចនឹងមានសិទ្ធិទទួលបានការពិនិត្យពិច័យដោយពេទ្យឯករាជ្យ (IMR) ផងដែរ។ ប្រសិនបើអ្នកមានសិទ្ធិទទួលបាន IMR នោះដំណើរការ IMR នឹងផ្តល់ការពិនិត្យឡើងវិញមិនលំអៀងលើការសម្រេចចិត្តផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដែលត្រូវបានធ្វើឡើងដោយគម្រោងសុខភាពទាក់ទងនឹងភាពចាំបាច់នៃសេវា ឬការព្យាបាលដែលត្រូវបានដាក់ស្នើ សេចក្តីសម្រេចលើការរ៉ាប់រងសម្រាប់ការព្យាបាលដែលមានលក្ខណៈជាការពិសោធន៍ ឬការស៊ើបអង្កេត និងជម្លោះលើការបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាព្យាបាលគ្រាអាសន្ន ឬបន្ទាន់។ ក្រសួងក៏មានលេខទូរសព្ទឥតគិតថ្លៃផងដែរ **(1-888-466-2219)** និងបណ្តាញ **TDD (1-877-688-9891)** សម្រាប់អ្នកមានបញ្ហាស្តាប់និងនិយាយ។ គេហទំព័រតាមអ៊ីនធឺណិតរបស់ក្រសួង **www.dmhc.ca.gov** មានទម្រង់បែបបទបណ្តឹងតវ៉ា ទម្រង់បែបបទពាក្យស្នើសុំ IMR និងសេចក្តីណែនាំតាមអនឡាញ”

។រដ្ឋសវនាការ

ប្រសិនបើអ្នកចង់បានរដ្ឋសវនាការ អ្នកត្រូវតែស្នើសុំសវនាការមួយក្នុងរយៈពេល 120 ថ្ងៃចាប់ពីថ្ងៃនៃលិខិតជូនដំណឹងអំពីដំណោះស្រាយបណ្តឹងតវ៉ានេះ។ ប៉ុន្តែប្រសិនបើគម្រោងសុខភាពរបស់អ្នកបន្តផ្តល់សេវាដែលមានវិវាទដល់អ្នក (ជំនួយបានបង់ប្រាក់មិនទាន់ដាច់ស្រេច) ក្នុងអំឡុងពេលដំណើរការបណ្តឹងតវ៉ារបស់គម្រោងសុខភាព ហើយអ្នកចង់ឱ្យសេវាបន្តរហូតដល់មានការសម្រេចចិត្តលើរដ្ឋសវនាការរបស់អ្នក នោះអ្នកត្រូវតែស្នើសុំរដ្ឋសវនាការក្នុងរយៈពេល 10 ថ្ងៃបន្ទាប់ពីលិខិតជូនដំណឹងអំពីដំណោះស្រាយបណ្តឹងតវ៉ានេះ។ ទោះបីជាគម្រោងសុខភាពរបស់អ្នកត្រូវតែផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវជំនួយបានបង់ប្រាក់មិនទាន់ដាច់ស្រេចនៅពេលអ្នកស្នើសុំរដ្ឋសវនាការ

តាមវិធីនេះក៏ដោយ អ្នកគួរតែឱ្យគម្រោងសុខភាពរបស់អ្នកដឹងថាអ្នកចង់ទទួលបានជំនួយបានបង់ប្រាក់មិនទាន់ដាច់ស្រេចរហូតដល់រដ្ឋសវនាការរបស់អ្នកត្រូវបានសម្រេច។ អ្នកគួរតែទាក់ទងទៅកាន់ផ្នែកសេវាសមាជិក L.A. Care ដោយហៅទូរសព្ទទៅលេខ 1-888-839-9909 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ប្រសិនបើអ្នកមិនអាចស្តាប់ឮ ឬនិយាយបានល្អ ហៅទូរសព្ទទៅ TTY 711។

អ្នកអាចស្នើសុំរដ្ឋសវនាការតាមវិធីខាងក្រោម៖

* តាមអនឡាញនៅ www.cdss.ca.gov

* តាមទូរសព្ទ ហៅទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-743-8525។ លេខនេះអាចជាប់រវល់ខ្លាំង។ អ្នកអាចទទួលបានសារដើម្បីហៅទូរសព្ទត្រឡប់ទៅវិញនៅពេលក្រោយ។ ប្រសិនបើអ្នកមិនអាចនិយាយ ឬស្តាប់បានល្អ ហៅទូរសព្ទទៅ TTY/TDD 1-800-952-8349។

* ជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ៖ បំពេញសំណុំបែបបទសវនាការយុត្តិធម៌រដ្ឋ ឬសរសេរលិខិត។ ផ្ញើតាមប្រៃសណីយ៍ ឬទូរសារទៅ៖

Mail: California Department of Social Services

State Hearings Division

P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-37

Sacramento, CA 94244-2430

ទូរសារ៖ (916) 309-3487 ឬខ្សែទូរសព្ទឥតគិតថ្លៃ 1-833-281-0903

ទម្រង់បែបបទរដ្ឋសវនាការ ត្រូវបានរួមបញ្ចូលជាមួយលិខិតនេះ។ សូមប្រាកដថាបានបញ្ចូលឈ្មោះរបស់អ្នក អាសយដ្ឋាន លេខទូរសព្ទ លេខសន្តិសុខសង្គម និង/ឬលេខ លេខសម្គាល់ករណី (Case Identification Number, CIN) និងហេតុផលដែលអ្នកចង់បានរដ្ឋសវនាការ។ ប្រសិនបើបុគ្គលម្នាក់ជួយអ្នកស្នើសុំរដ្ឋសវនាការ សូមបន្ថែមឈ្មោះ អាសយដ្ឋាន និងលេខទូរសព្ទរបស់ពួកគេទៅលើទម្រង់បែបបទ ឬលិខិតនេះ។ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការអ្នកបកប្រែភាសា សូមប្រាប់ផ្នែករដ្ឋសវនាការនូវភាសាដែលអ្នកនិយាយ។ អ្នកនឹងមិនចាំបាច់បង់ប្រាក់សម្រាប់អ្នកបកប្រែទេ។ ផ្នែករដ្ឋសវនាការនឹងផ្តល់អ្នកបកប្រែមួយរូបដល់អ្នក។ ប្រសិនបើអ្នកមានពិការភាព ផ្នែករដ្ឋសវនាការអាចផ្តល់ការសម្របសម្រួលពិសេសជូនអ្នកដោយមិនគិតថ្លៃ ដើម្បីជួយឱ្យអ្នកចូលរួមក្នុងសវនាការ។ សូមបញ្ចូលព័ត៌មានអំពីពិការភាពរបស់អ្នក និងការសម្របសម្រួលដែលអ្នកត្រូវការ។

បន្ទាប់ពីអ្នកស្នើសុំរដ្ឋសវនាការ វាអាចចំណាយពេល 90 ថ្ងៃដើម្បីផ្តល់សេចក្តីសម្រេចលើសំណុំរឿងរបស់អ្នក ហើយផ្ញើចម្លើយទៅអ្នក។ ប្រសិនបើអ្នកគិតថាការរង់ចាំយូរបែបនេះនឹងប៉ះពាល់ដល់សុខភាពរបស់អ្នក អ្នកប្រហែលជាអាចទទួលបានចម្លើយមួយក្នុងរយៈពេល 3 ថ្ងៃ។ ស្នើវេជ្ជបណ្ឌិត ឬគម្រោងសុខភាពរបស់អ្នកឱ្យសរសេរលិខិតឱ្យអ្នក។ លិខិតនោះត្រូវតែពន្យល់ដោយលម្អិត ថាតើហេតុអ្វីការរង់ចាំរហូតដល់ 90 ថ្ងៃដើម្បីឱ្យសំណុំរឿងរបស់អ្នកត្រូវបានសម្រេច នឹងបណ្តាលឱ្យមានគ្រោះថ្នាក់ធ្ងន់ធ្ងរដល់ជីវិត សុខភាព ឬសមត្ថភាពក្នុងសម្រេចបាន រក្សាបាន ឬទទួលបានមកវិញនូវមុខងារសុខភាពជាអតិបរមារបស់អ្នកដូចម្តេច។ បន្ទាប់មក ត្រូវប្រាកដថាអ្នកស្នើសុំសវនាការដោយពន្លឿន និងផ្តល់ជូនលិខិតរួមជាមួយនឹងសំណើរបស់អ្នកសម្រាប់សវនាការ។

អ្នកអាចនិយាយនៅក្នុងរដ្ឋសវនាការដោយខ្លួនឯង។ ឬនរណាម្នាក់ដូចជា សាច់ញាតិ មិត្តភក្តិ អ្នកតស៊ូមតិ វេជ្ជបណ្ឌិត ឬមេធាវី ក៏អាចនិយាយជំនួសអ្នកបានផងដែរ។ ប្រសិនបើអ្នកចង់ឱ្យបុគ្គលម្នាក់ផ្សេងទៀតនិយាយជំនួសអ្នក នោះអ្នកត្រូវតែប្រាប់ផ្នែករដ្ឋសវនាការថា បុគ្គលនោះត្រូវបានអនុញ្ញាតឱ្យនិយាយជំនួសអ្នក។ បុគ្គលនេះត្រូវបានគេហៅថា អ្នកតំណាងមានការអនុញ្ញាត។

ជំនួយផ្នែកច្បាប់

អ្នកប្រហែលអាចនឹងទទួលបានជំនួយផ្នែកច្បាប់ដោយឥតគិតថ្លៃ។ ហៅទូរសព្ទទៅផ្នែកកិច្ចការអ្នកប្រើប្រាស់សេវានិងធុរៈកិច្ច របស់ខោនធី Los Angeles លេខ 1-800-593-8222។ អ្នកក៏អាចហៅទូរសព្ទទៅសមាគមជំនួយផ្នែកច្បាប់ក្នុងមូលដ្ឋាននៅក្នុងខោនធីរបស់អ្នកតាមរយៈលេខ 1-888-804-3536។

J3. បណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 3 កម្រិត 4 និង កម្រិត 5 សម្រាប់សំណើឱសថ Medicare ផ្នែ ក D

ផ្នែកនេះប្រហែលជាត្រឹមត្រូវសម្រាប់អ្នក ប្រសិនបើអ្នកបានធ្វើបណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 1 និងបណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 2 ហើយបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នកទាំងពីរត្រូវបានបដិសេធ។

ប្រសិនបើតម្លៃឱសថដែលអ្នកបានប្តឹងតវ៉ាបំពេញតាមលក្ខខណ្ឌនៃទឹកប្រាក់ដុល្លារជាក់លាក់ អ្នកអាចបន្តទៅកម្រិតនៃការប្តឹងតវ៉ាបន្ថែម។ ការឆ្លើយតបជាលាយលក្ខណ៍អក្សរដែលអ្នកទទួលបានចំពោះបណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 2 របស់អ្នកពន្យល់ថាតើត្រូវទាក់ទងទៅអ្នកណា និងអ្វីដែលត្រូវធ្វើដើម្បីស្នើសុំបណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 3 ។

បណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 3

ដំណើរការបណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 3 គឺជាសវនាការ ALJ។ អ្នកដែលធ្វើការសម្រេចចិត្តគឺជា ALJ ឬអ្នកកាត់ក្តីមេធាវីដែលធ្វើការឱ្យរដ្ឋាភិបាលសហព័ន្ធ។

ប្រសិនបើ ALJ ឬមេធាវីកាត់ក្តីនិយាយថា **យល់ស្រប** ចំពោះបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នក៖

- ដំណើរការបណ្តឹងតវ៉ាបានបញ្ចប់។
- យើងត្រូវតែអនុញ្ញាត ឬផ្តល់ការធានារ៉ាប់រងលើឱសថដែលបានអនុម័តក្នុងរយៈពេល 72 ម៉ោង (ឬ 24 ម៉ោងសម្រាប់បណ្តឹងតវ៉ារហ័ស) ឬធ្វើការទូទាត់មិនលើសពី 30 ថ្ងៃតាមប្រតិទិន បន្ទាប់ពីយើងទទួលបានការសម្រេចចិត្ត។

ប្រសិនបើ ALJ ឬមេធាវីកាត់សេចក្តី **បដិសេធ** ចំពោះបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នក នោះដំណើរការបណ្តឹងតវ៉ាអាចនឹងមិនបញ្ចប់ទេ។

- ប្រសិនបើអ្នកសម្រេចចិត្ត**ទទួ លយក**ការសម្រេចចិត្តដែលបដិសេធបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នក នោះដំណើរការបណ្តឹងតវ៉ានឹងត្រូវបញ្ចប់។
- ប្រសិនបើអ្នកសម្រេចចិត្ត**មិនទទួ លយក**ការសម្រេចចិត្តដែលបដិសេធបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នក នោះអ្នកអាចបន្តទៅកម្រិតបន្ទាប់នៃដំណើរការពិនិត្យមើល។ សេចក្តីជូនដំណឹងដែលអ្នកទទួលបាននឹងប្រាប់អ្នកពីអ្វីដែលត្រូវធ្វើសម្រាប់បណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 4។

បណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 4

ក្រុមប្រឹក្សាពិនិត្យមើលបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នក ហើយផ្តល់ចម្លើយដល់អ្នក។ ក្រុមប្រឹក្សាគឺជាផ្នែកមួយរបស់រដ្ឋាភិបាលសហព័ន្ធ។

ប្រសិនបើក្រុមប្រឹក្សានិយាយថា **យល់ស្រប** ចំពោះបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នក៖

- ដំណើរការបណ្តឹងតវ៉ាបានបញ្ចប់។

- យើងត្រូវតែអនុញ្ញាត ឬផ្តល់ការធានារ៉ាប់រងលើឱសថដែលបានអនុម័តក្នុងរយៈពេល 72 ម៉ោង (ឬ 24 ម៉ោងសម្រាប់បណ្តឹងតវ៉ារហ័ស) ឬធ្វើការទូទាត់មិនលើសពី 30 ថ្ងៃតាមប្រតិទិន បន្ទាប់ពីយើងទទួលបានការសម្រេចចិត្ត។

ប្រសិនបើក្រុមប្រឹក្សានិយាយថា **បដិសេធ** ចំពោះបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នក ឬប្រសិនបើក្រុមប្រឹក្សាបដិសេធសំណើពិនិត្យឡើងវិញ នោះដំណើរការបណ្តឹងតវ៉ាអាចនឹងមិនត្រូវបានបញ្ចប់នោះទេ។

- ប្រសិនបើអ្នកសម្រេចចិត្ត**ទទួលយក**ការសម្រេចដែលបដិសេធបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នក នោះដំណើរការបណ្តឹងតវ៉ានឹងត្រូវបញ្ចប់។
- ប្រសិនបើអ្នកសម្រេចចិត្ត**មិនទទួលយក**ការសម្រេចដែលបដិសេធបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នក នោះអ្នកអាចបន្តទៅកម្រិតបន្ទាប់នៃដំណើរការពិនិត្យមើល។ សេចក្តីជូនដំណឹងដែលអ្នកទទួលបាននឹងប្រាប់អ្នកថាតើអ្នកអាចបន្តទៅបណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 5 ឬអត់ និងអ្វីដែលត្រូវធ្វើ។

បណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 5

- ចៅក្រមតុលាការសហព័ន្ធនឹងពិនិត្យមើលបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នក និងព័ត៌មានទាំងអស់ ហើយសម្រេចថា **យល់ស្រប** ឬ**បដិសេធ**។ នេះគឺជាការសម្រេចចិត្តចុងក្រោយ។ មិនមានកម្រិតបណ្តឹងតវ៉ាផ្សេងទៀតក្រៅពីតុលាការសហព័ន្ធទេ។

K. វិធីដាក់បណ្តឹង

K1. តើគួរដាក់បណ្តឹងចំពោះបញ្ហា ប្រភេទណាខ្លះ?

នីតិវិធីបណ្តឹងនេះត្រូវបានប្រើប្រាស់សម្រាប់បញ្ហាមួយចំនួនប៉ុណ្ណោះ ដូចជាបញ្ហាដែលទាក់ទងទៅនឹងគុណភាពនៃសេវាថែទាំ ចំនួនដងនៃការរង់ចាំ ការសម្របសម្រួលថែទាំ និងសេវាបម្រើអតិថិជន។ នេះគឺជាឧទាហរណ៍នៃប្រភេទបញ្ហាដែលស្ថិតក្រោមចំណាត់ការនៃដំណើរការដាក់បណ្តឹង។

បណ្តឹង	ឧទាហរណ៍
គុណភាពនៃការថែទាំសុខភាពរបស់អ្ន ក	• អ្នកមិនពេញចិត្តនឹងគុណភាពនៃការថែទាំ ដូចជាការថែទាំនៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យជាដើម។
គោរពឯកជនភាពរបស់អ្ន ក	• អ្នកគិតថាមានអ្នកណាម្នាក់មិនគោរពសិទ្ធិឯកជនភាពរបស់អ្នក ឬចែករំលែកព័ត៌មានសម្ងាត់អំពីអ្នក។
ការមិនគោរព សេវាបម្រើអតិថិជនមិនល្អ ឬអាកប្បកិរិយាអវិជ្ជ មានផ្សេងទៀត	• អ្នកផ្តល់សេវាឬបុគ្គលិកថែទាំសុខភាព មិនសុភាពរាបសារ ឬមិនគោរពអ្នក។ • បុគ្គលិករបស់យើងបានប្រព្រឹត្តចំពោះអ្នកមិនល្អ។ • អ្នកយល់ថា អ្នកត្រូវបានដកចេញពីគម្រោងរបស់យើង។
លទ្ធ ភាពប្រើប្រាស់ និង ជំនួ យភាសា	• អ្នកមិនអាចចូលប្រើប្រាស់សេវាថែទាំសុខភាព និងសម្ភារៈបរិក្ខារនៅក្នុងការិយាល័យវេជ្ជបណ្ឌិត ឬអ្នកផ្តល់សេវាបានទេ។ • វេជ្ជបណ្ឌិត ឬអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកមិនផ្តល់អ្នកបកប្រែសម្រាប់ភាសាដែលមិនមែនជាភាសាអង់គ្លេសដែលអ្នកនិយាយ (ដូចជាភាសាសញ្ញាអាមេរិក ឬភាសាអេស្ប៉ាញ)។ • អ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកមិនផ្តល់កន្លែងស្នាក់នៅសមហេតុផលផ្សេងទៀតដែលអ្នកត្រូវការ និងស្នើសុំនោះទេ។
ពេលវេលារង់ចាំ	• អ្នកមានបញ្ហាក្នុងការណាត់ជួប ឬរង់ចាំយូរពេកដើម្បីទទួលបានការណាត់ជួប។ • វេជ្ជបណ្ឌិត ឱសថការី ឬអ្នកជំនាញផ្នែកសុខភាពផ្សេងទៀត សេវាសមាជិក ឬបុគ្គលិកគម្រោងផ្សេងទៀត ទុកឱ្យអ្នករង់ចាំយូរពេក។
ភាពស្អា ត	• អ្នកយល់ថា គ្លីនិក មន្ទីរពេទ្យ ឬការិយាល័យរបស់វេជ្ជបណ្ឌិតគឺគ្មានអនាម័យ។
ព័ត៌មានដែលអ្ន កទទួ ល បានពីយើង	• អ្នកយល់ថា យើងមិនបានផ្ញើសេចក្តីជូនដំណឹង ឬលិខិតដែលអ្នកគួរតែទទួលបាន។ • អ្នកយល់ថា ព័ត៌មានជាលាយលក្ខណ៍អក្សរដែលយើងបានផ្ញើទៅអ្នក គឺពិបាកយល់ខ្លាំងណាស់។
ភាពទាន់ពេលវេលាទាក់ទង នឹងសេចក្តីសម្រេចលើការរ៉ាប់រង ឬបណ្តឹងតវ៉ា	• អ្នកគិតថា យើងមិនបានធ្វើតាមថ្ងៃផុតកំណត់របស់យើងសម្រាប់ការសម្រេចចិត្តលើការរ៉ាប់រង ឬឆ្លើយតបនឹងបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នក។ • អ្នកជឿជាក់ថា បន្ទាប់ពីទទួលបានសេចក្តីសម្រេចលើការរ៉ាប់រង ឬបណ្តឹងតវ៉ាតាមសំណើរបស់អ្នក យើងមិនធ្វើតាមថ្ងៃផុតកំណត់ចំពោះការអនុញ្ញាត ឬការផ្តល់សេវាជូនអ្នក ឬសងថ្លៃសេវាថែទាំសុខភាពជាក់លាក់ជូនអ្នកវិញទេ។ • អ្នកគិតថា យើងមិនបានផ្ញើសំណុំរឿងរបស់អ្នកទៅកាន់ IRO បានទាន់ពេលវេលាទេ។

មានប្រភេទផ្សេងគ្នា នៃពាក្យបណ្តឹង។ អ្នកអាចធ្វើបណ្តឹងខាងក្នុង និង/ឬ ពាក្យបណ្តឹងខាងក្រៅ។ ពាក្យបណ្តឹងខាងក្នុង ត្រូវបានប្រគល់ជូន និងពិនិត្យឡើងវិញដោយគម្រោងរបស់យើង។ ពាក្យបណ្តឹងខាងក្រៅត្រូវបានដាក់ជូន និងពិនិត្យមើលឡើងវិញដោយអង្គការដែលមិនជាប់ទាក់ទងជាមួយគម្រោងរបស់យើង។ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយដើម្បីដាក់ពាក្យបណ្តឹងខាងក្នុង និង/ឬខាងក្រៅ អ្នកអាចហៅទូរសព្ទទៅ

1-833-522-3767 (TTY៖ 711) 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ រួមទាំងថ្ងៃឈប់សម្រាក។

អ្នកក៏អាចផ្ញើបណ្តឹងរបស់អ្នកទៅ Medicare ផងដែរសម្រាប់បណ្តឹងខាងក្រៅ។

ទម្រង់បែបបទបណ្តឹងរបស់ Medicare មាននៅ៖
www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx។

> វាក្យសព្ទច្បាប់**សម្រាប់ “បណ្តឹង” គឺជា “បណ្តឹងសាទុក្ខ។”**
>
> វាក្យសព្ទច្បាប់សម្រាប់ “ការធ្វើបណ្តឹង” គឺ “**ការដាក់បណ្តឹងសាទុក្ខ ។”**

K2. បណ្តឹងខាងក្នុង

ដើម្បីដាក់បណ្តឹងផ្នែកក្នុង ហៅទូរសព្ទមកកាន់សេវាសមាជិកតាមរយៈលេខ 1-833-522-3767 (TTY: 711) 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ រួមទាំងថ្ងៃឈប់សម្រាក។ អ្នកអាចដាក់បណ្តឹងនៅពេលណាក៏បានលើកលែងវាទាក់ទងនឹងឱសថ Medicare ផ្នែក D។ បើពាក្យបណ្តឹងទាក់ទងទៅនឹងឱសថ Medicare ផ្នែក D អ្នកត្រូវដាក់បណ្តឹងនោះ**ក្នុងរយៈពេល 60 ថ្ងៃ ប្រតិទិន** បន្ទាប់ពីអ្នកមានបញ្ហាដែលអ្នកចង់ប្តឹងនោះ។

- បើមានអ្វីផ្សេងដែលអ្នកត្រូវធ្វើ នោះផ្នែកសេវាសមាជិកនឹងប្រាប់អ្នក។
- អ្នកក៏អាចសរសេរបណ្តឹងរបស់អ្នក ហើយផ្ញើទៅយើងបានដែរ។ ប្រសិនបើអ្នកដាក់បណ្តឹងជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ យើងនឹងឆ្លើយតបទៅកាន់បណ្តឹងរបស់អ្នកជាលាយលក្ខណ៍អក្សរវិញ។
- បណ្តឹងសាទុក្ខ និងបណ្តឹងតវ៉ា អាចត្រូវបានដាក់ស្នើដោយប្រើវិធីសាស្ត្រដូចខាងក្រោម៖

  ទូរសព្ទ លេខ៖ 1-833-522-3767 (TTY 711) 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ រួមទាំងថ្ងៃឈប់សម្រាក

  ទូរសារ ៖ 1-213-438-5748
  Mail: L.A. Care Health Plan
  Attention: Appeals & Grievance Department -348
  1200 W. 7th Street
  Los Angeles, CA 90081

  តាមអនឡាញ៖ https://www.lacare.org/online-grievance-form

- ក្នុងករណីដែលសមាជិកចង់ឱ្យនរណាម្នាក់ធ្វើជាតំណាងឱ្យពួកគេ (ឧទាហរណ៍សាច់ញាតិ មេធាវី) ទម្រង់បែបបទនៃការតែងតាំងអ្នកតំណាង (Appointment of Representative, AOR) ត្រូវតែបំពេញ

https://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf និងបញ្ជូនទៅ L.A. Care តាមរយៈទូរសារ ឬអាសយដ្ឋានដែលបានរៀបរាប់ខាងលើ។ គ្រូពេទ្យព្យាបាលរបស់សមាជិក មិនចាំបាច់បំពេញទម្រង់បែបបទ AOR នៅពេលដាក់ពាក្យបណ្តឹងតវ៉ាក្នុងនាមជាសមាជិកទេ។

- ពេលវេលាកំណត់សម្រាប់ដាក់បណ្តឹងសាទុក្ខ និងបណ្តឹងតវ៉ា

បណ្តឹងតវ៉ា

ផ្នែក C (ការពិចារណាឡើងវិញ)

- សមាជិកមានពេល 60 ថ្ងៃ ចាប់ពីថ្ងៃទទួលការបដិសេធ ដើម្បីដាក់បណ្តឹងតវ៉ា។ បណ្តឹងតវ៉ាអាចនឹងត្រូវបានទទួលយកបន្ទាប់ពីពេល 60 ថ្ងៃ ដោយមានហេតុផលសមស្រប។
- ពេលវេលាកំណត់ពន្លឿន៖ 72 ម៉ោង
- ពេលវេលាកំណត់ស្តង់ដារ៖ សេវាមុន 30 ថ្ងៃ/ក្រោយសេវា 60 ថ្ងៃ

ផ្នែក D (ការសម្រេចឡើងវិញ)

- សមាជិកមានពេល 60 ថ្ងៃ ចាប់ពីថ្ងៃទទួលការបដិសេធ ដើម្បីដាក់បណ្តឹងតវ៉ា។ បណ្តឹងតវ៉ាអាចនឹងត្រូវបានទទួលយកបន្ទាប់ពីពេល 60 ថ្ងៃ ដោយមានហេតុផលសមស្រប។
- ពេលវេលាកំណត់ពន្លឿន៖ 72 ម៉ោង
- ពេលវេលាស្តង់ដារ៖ 7ថ្ងៃ

បណ្តឹងសាទុក្ខ

ផ្នែក D

- សមាជិកអាចដាក់បណ្តឹងសាទុក្ខ ឬបង្ហាញពីការមិនពេញចិត្តបានគ្រប់ពេលវេលា។

ពាក្យបណ្តឹងផ្សេងទៀតទាំងអស់

- សមាជិកអាចដាក់ពាក្យបណ្តឹង ឬបង្ហាញពីការមិនពេញចិត្តបានគ្រប់ពេលវេលា។
- ពេលវេលាកំណត់នៃបណ្តឹងសាទុក្ខដែលបានពន្លឿន៖ 24 ម៉ោង
- ពេលវេលាស្តង់ដារ៖ 30 ថ្ងៃ
- សំណុំរឿង អាចត្រូវបានពន្យារពេលបន្ថែមចំនួន 14 ថ្ងៃ។
- វាក្យសព្ទច្បាប់ សម្រាប់ “បណ្តឹងរហ័ស” គឺ “បណ្តឹងសាទុក្ខពន្លឿន។”

វាក្យសព្ទ ច្បាប់ សម្រាប់ “បណ្តឹងរហ័ស” គឺ **“បណ្តឹងសាទុក្ខ ពន្លឿន។”**

បើអាច យើងផ្តល់ចម្លើយជូនអ្នកភ្លាម។ ប្រសិនបើអ្នកហៅទូរសព្ទដើម្បីដាក់បណ្តឹង យើងអាចផ្តល់ចម្លើយជូនអ្នកក្នុងការហៅទូរសព្ទនោះ។ ប្រសិនបើស្ថានភាពសុខភាពរបស់អ្នកតម្រូវឱ្យយើងផ្តល់ចម្លើយឱ្យបានឆាប់ យើងនឹងធ្វើបែបនោះ។

- បណ្តឹងភាគច្រើន ត្រូវបានឆ្លើយតបក្នុងរយៈពេល 30 ថ្ងៃតាមប្រតិទិន។ ប្រសិនបើយើងមិនធ្វើការសម្រេចចិត្តក្នុងរយៈពេល 30 ថ្ងៃតាមប្រតិទិនដោយសារតែត្រូវការព័ត៌មានបន្ថែម នោះយើងនឹងជូនដំណឹងដល់អ្នកជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ។ យើងក៏ផ្តល់ការធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពស្ថានភាព និងពេលវេលាបានស្មានសម្រាប់អ្នកដើម្បីទទួលបានចម្លើយ។
- ប្រសិនបើអ្នកដាក់បណ្តឹងដោយសារយើងបដិសេធសំណើរបស់អ្នកចំពោះ "សេចក្តីសម្រេចលើការរ៉ាប់រងរហ័ស" ឬ "បណ្តឹងតវ៉ារហ័ស" យើងផ្តល់ជូន "បណ្តឹងរហ័ស" ដោយស្វ័យប្រវត្តិដល់អ្នក និងឆ្លើយតបបណ្តឹងរបស់អ្នកក្នុងរយៈពេល 24 ម៉ោង។
- បើអ្នកដាក់បណ្តឹងដោយសារយើងប្រើពេលវេលាយូរដើម្បីធ្វើសេចក្តីសម្រេចលើការរ៉ាប់រង ឬបណ្តឹងតវ៉ា នោះយើងផ្តល់ជូន "បណ្តឹងរហ័ស" ដោយស្វ័យប្រវត្តិដល់អ្នក និងឆ្លើយតបបណ្តឹងរបស់អ្នកក្នុងរយៈពេល 24 ម៉ោង។

ប្រសិនបើយើងមិនយល់ស្របលើផ្នែកខ្លះ ឬបណ្តឹងទាំងស្រុងរបស់អ្នក យើងជម្រាបជូនអ្នក និងផ្តល់ហេតុផលរបស់យើងជូនអ្នក។ យើងនឹងឆ្លើយតបថាតើយើងយល់ស្រមចំពោះបណ្តឹងនោះ ឬក៏អត់។

K3. បណ្តឹងខាងក្រៅ

កម្មវិធី Medicare

អ្នកអាចប្រាប់ Medicare អំពីបណ្តឹងរបស់អ្នក ឬផ្ញើវាទៅ Medicare។ ទម្រង់បែបបទបណ្តឹងរបស់ Medicare មាននៅ៖ www.medicare.gov/my/medicare-complaint។ អ្នកមិនចាំបាច់ដាក់ពាក្យបណ្តឹងជាមួយ *L.A. Care Medicare Plus* មុនពេលដាក់ពាក្យបណ្តឹងជាមួយ Medicare នោះទេ។

Medicare យកចិត្តទុកដាក់បំផុតចំពោះបណ្តឹងរបស់អ្នក ហើយប្រើប្រាស់ព័ត៌មាននេះដើម្បីជួយធ្វើឱ្យគុណភាពកម្មវិធីរបស់ Medicare កាន់តែល្អប្រសើរ។

ប្រសិនបើអ្នកមានមតិយោបល់ ឬក្តីបារម្ភផ្សេងទៀត ឬប្រសិនបើអ្នកគិតថា គម្រោងសុខភាពនេះមិនបានដោះស្រាយបញ្ហារបស់អ្នក អ្នកអាចហៅទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)។ អ្នកប្រើ TTY ហៅទៅលេខ 1-877-486-2048។ ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃទេ។

Medi-Cal

អ្ន កអាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងតវ៉ាទៅកាន់អំបាដ្សម៉ានការថែទាំ Medi-Cal ដែលមានការគ្រប់គ្រង នៃក្រសួ ងសុខាភិបាល រដ្ឋ កាលីហ្វ័រនីញ៉ា (DHCS) ដោយហៅទូ រសព្ទ ទៅលេខ 1-888-452-8609។ អ្ន កប្រើ TTY សូ មហៅទូ រសព្ទ ទៅលេខ 711។ ហៅទូ រសព្ទ បានពីថ្ងៃ ចន្ទ ដល់ ថ្ងៃ សុក្រ ម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 5:00 ល្ងា ច។

អ្នកអាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងជាមួយក្រសួងគ្រប់គ្រងសុខាភិបាល រដ្ឋកាលីហ្វ័រនីញ៉ា (DMHC) DMHC មានភារកិច្ចដាក់បញ្ញត្តិលើគម្រោងសុខភាព។ អ្នកអាចហៅទូរសព្ទទៅកាន់មជ្ឈមណ្ឌលជំនួយ DMHC ដើម្បីសុំជំនួយផ្នែកពាក្យបណ្តឹងអំពីសេវា Medi-Cal។ សម្រាប់បញ្ហាដែលមិនបន្ទាន់ អ្នកអាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងទៅ DMHC ប្រសិនបើអ្នកមិនយល់ស្របនឹងការសម្រេចចិត្តនៅក្នុងបណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 1 របស់អ្នក ឬប្រសិនបើគម្រោងនេះមិនបានដោះស្រាយបណ្តឹងរបស់អ្នកបន្ទាប់ពី 30 ថ្ងៃតាមប្រតិទិន។ ទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយ អ្នកអាចទាក់ទង DMHC ដោយមិនចាំបាច់ដាក់បណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 1 ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយជាមួយពាក្យបណ្តឹងដែលពាក់ព័ន្ធនឹងបញ្ហាបន្ទាន់ ឬពាក្យបណ្តឹងមួយដែលពាក់ព័ន្ធនឹងការគំរាមកំហែងភ្លាមៗ និងធ្ងន់ធ្ងរចំពោះសុខភាពរបស់អ្នក ប្រសិនបើអ្នកមានការឈឺចាប់ធ្ងន់ធ្ងរ ប្រសិនបើអ្នកមិនយល់ស្របនឹងការសម្រេចចិត្តរបស់គម្រោងរបស់យើងអំពីពាក្យបណ្តឹងរបស់អ្នក ឬប្រសិនបើគម្រោងរបស់យើងមិនបានដោះស្រាយពាក្យបណ្តឹងរបស់អ្នកបន្ទាប់ពីរយៈពេល 30 ថ្ងៃប្រតិទិន។

នេះគឺជាវិធីពីរយ៉ាងក្នុងការទទួលបានជំនួយពីមជ្ឈមណ្ឌលជំនួយ៖

- ហៅទូរសព្ទទៅលេខ 1-888-466-2219។ បុគ្គលដែលថ្លង់ មានបញ្ហាផ្នែកស្តាប់ ឬនិយាយអាចប្រើលេខទូរសព្ទ TTY ដោយឥតគិតថ្លៃតាមរយៈលេខ 1-877-688-9891។ ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃទេ។
- សូមចូលមើលគេហទំព័ររបស់ក្រសួងគ្រប់គ្រងសុខាភិបាល (www.hmohelp.ca.gov)។

ការិយាល័យសម្រាប់សិទ្ធិស៊ីវិល (OCR)

អ្នកអាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងទៅកាន់ ការិយាល័យសម្រាប់សិទ្ធិស៊ីវិល (Office for Civil Rights, OCR) របស់ក្រសួងសេវាសុខភាព និងមនុស្សជាតិ (Department of Health and Human Services, HHS) ប្រសិនបើអ្នកគិតថាអ្នកមិនត្រូវបានគេប្រព្រឹត្តដាក់ដោយយុត្តិធម៌ទេ។ ឧទាហរណ៍ អ្នកអាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងអំពីការចូលប្រើប្រាស់សម្រាប់ពិការភាព ឬជំនួយផ្នែកភាសា។ លេខទូរសព្ទសម្រាប់ OCR គឺ 1-800-368-1019។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរតែទូរសព្ទទៅកាន់លេខ 1-800-537-7697។ អ្នកក៏អាចចូលទៅកាន់ www.hhs.gov/ocr សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។

អ្នកក៏អាចទាក់ទងមកការិយាល័យ OCR ក្នុងតំបន់នៅ៖

សរសេរទៅ៖ Office for Civil Rights
U.S. Department of Health and Human Services
90 7th Street, Suite 4-100
San Francisco, CA 94103
ទូរសព្ទ៖ 1-800-368-1019
TDD៖ 1-800-537-7697
ទូរសារ៖ 1-202-619-3818

អ្នកក៏អាចមានសិទ្ធិនៅក្រោមច្បាប់ពលរដ្ឋអាមេរិកដែលមានពិការភាព (Americans with Disability Act, ADA) និងនៅក្រោមច្បាប់រដ្ឋដែលអាចអនុវត្តបាន។ អ្នកអាចទាក់ទងកម្មវិធីអំបាដ្សដើម្បីទទួលបានជំនួយ។ លេខទូរសព្ទគឺ 1-888-452-8609។

QIO

នៅពេលដែលពាក្យបណ្តឹងរបស់អ្នកទាក់ទងនឹងគុណភាពថែទាំ អ្នកក៏មានជម្រើសពីរ៖

- អ្នកអាចដាក់បណ្តឹងរបស់អ្នកអំពីគុណភាពនៃការថែទាំដោយផ្ទាល់ទៅកាន់ QIO ។
- អ្នកអាចដាក់បណ្តឹងរបស់អ្នកទៅកាន់ QIO និងគម្រោងរបស់យើង។ បើអ្នកដាក់បណ្តឹងទៅ QIO យើងសហការជាមួយពួកគេដើម្បីដោះស្រាយបណ្តឹងរបស់អ្នក។

QIO គឺជាក្រុមវេជ្ជបណ្ឌិត និងអ្នកជំនាញថែទាំសុខភាពផ្សេងទៀត ដែលទទួលបានប្រាក់ពីរដ្ឋាភិបាលសហព័ន្ធដើម្បីពិនិត្យនិងកែលម្អសេវាថែទាំជូនអ្នកជំងឺរបស់ Medicare។ ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពី QIO សូមមើល**ផ្នែក H2** ឬយោងទៅ**ជំពូកទី 2** នៃ*សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះ។

នៅរដ្ឋកាលីហ្វ័រនីញ៉ា QIO ត្រូវបានគេហៅថា Commence Health ។ លេខទូរសព្ទសម្រាប់ Commence Health គឺ 1-877-588-1123 (TTY: 1-855-887-6668)។

ជំពូកទី 10៖ ការបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់អ្នកជាមួយគម្រោងរបស់យើង

សេចក្តីផ្តើម

ជំពូកនេះប្រាប់អំពីវិធីផ្សេងៗដែលអ្នកអាចបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់អ្នកជាមួយគម្រោងរបស់យើង និងជម្រើសរ៉ាប់រងសុខភាពរបស់យើង បន្ទាប់ពីអ្នកចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើង។ បើអ្នកចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើង អ្នកនៅតែអាចស្ថិតនៅក្នុងកម្មវិធី Medicare និង Medi-Cal ដរាបណាអ្នកមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់។ ពាក្យគន្លឹះ និងនិយមន័យរបស់ពាក្យទាំងនោះ គឺមានតាមលំដាប់អក្ខរក្រមក្នុងជំពូកចុងក្រោយនៃ*សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះ។

តារាងមាតិកា

A. នៅពេលដែលអ្ន កអាចបញ្ច ប់សមាជិកភាពរបស់អ្ន កជាមួ យគម្រោងរបស់យើងបាន..... 254

B. របៀបបញ្ច ប់សមាជិកភាពរបស់អ្ន កជាមួ យគម្រោងរបស់យើង 255

C. របៀបទទួ លបានសេវា Medicare និង Medi-Cal ដាច់ដោយឡែកពីគ្នា 255

C1. សេវា Medicare របស់អ្ន ក 256

C2. សេវា Medi-Cal របស់អ្ន ក 259

D. សម្ភា រៈវេជ្ជ សាស្ត្រ សេវា និងឱសថរបស់អ្ន ក រហូ តដល់សមាជិកភាព
របស់អ្ន កជាមួ យគម្រោងរបស់យើងបានបញ្ច ប់ 260

E ស្ថា នភាពផ្សេងទៀតនៅពេលដែលសមាជិកភាពរបស់អ្ន កជាមួ យគម្រោងរបស់យើងបានបញ្ច ប់ 260

F. វិធានការពារអ្ន កពីការស្នើសុំឱ្យអ្ន កចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើង
ដោយសារហេតុផលណាមួ យដែលទាក់ទងនឹងសុខភាព.....261

G. អ្ន កមានសិទ្ធិដាក់ពាក្យបណ្តឹង ប្រសិនបើយើងបញ្ច ប់សមាជិកភាពរបស់អ្ន កជាមួ យគម្រោងរបស់យើង 261

H. របៀបដែលអ្ន កទទួ លបានព័ត៌មានបន្ថែ មអំពីការបញ្ច ប់សមាជិកភាពនៃគម្រោងរបស់អ្ន ក 262

A. នៅពេលដែលអ្នកអាចបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់អ្នកជាមួយគម្រោងរបស់យើងបាន

មនុស្សភាគច្រើនដែលមាន Medicare អាចបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់ពួកគេក្នុងអំឡុងពេលជាក់លាក់នៅឆ្នាំណាមួយ។ ដោយសារអ្នកមាន Medi-Cal

- អ្នកមានជម្រើសមួយចំនួនក្នុងការបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់អ្នកជាមួយនឹងគម្រោងរបស់យើង នៅខែណាមួយនៃឆ្នាំក៏បាន។

ម្យ៉ាងទៀត អ្នកអាចបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់អ្នកជាមួយគម្រោងរបស់យើងក្នុងអំឡុងពេលដូចខាងក្រោមជារៀងរាល់ឆ្នាំ៖

- **រយៈពេលបើកចុះឈ្មោះ**ដែលមានរយៈពេលពីថ្ងៃទី 15 ខែតុលា ដល់ថ្ងៃទី 7 ខែធ្នូ។ ប្រសិនបើអ្នកជ្រើសរើសគម្រោងថ្មីក្នុងអំឡុងពេលនេះ សមាជិកភាពរបស់អ្នកជាមួយគម្រោងរបស់យើងនឹងបញ្ចប់នៅថ្ងៃទី 31 ខែធ្នូ ហើយសមាជិកភាពរបស់អ្នកជាមួយគម្រោងថ្មីនឹងចាប់ផ្តើមនៅថ្ងៃទី 1 ខែមករា។
- **រយៈពេលបើកដំណើរការចុះឈ្មោះគម្រោង Medicare Advantage (MA)** ដែលប្រព្រឹត្តទៅពីថ្ងៃទី 1 ខែមករា រហូតដល់ថ្ងៃទី 31 ខែមីនា ហើយសម្រាប់អ្នកទទួលផល Medicare ថ្មីដែលបានចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងណាមួយ គឺចាប់ពីខែចុះឈ្មោះទៅក្នុងផ្នែក A និងផ្នែក B រហូតដល់ថ្ងៃចុងក្រោយនៃខែទី 3 នៃការចុះឈ្មោះ។ ប្រសិនបើអ្នកជ្រើសយកគម្រោងមួយថ្មី អំឡុងរយៈពេលនេះ សមាជិកភាពរបស់អ្នកជាមួយគម្រោងថ្មី នឹងចាប់ផ្តើមនៅថ្ងៃដំបូង នៃខែបន្ទាប់។

វាអាចនឹងមានករណីផ្សេងទៀត នៅពេលដែលអ្នកមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ក្នុងការផ្លាស់ប្តូរលើការចុះឈ្មោះរបស់អ្នក។ ឧទាហរណ៍ កាលណា៖

- បើអ្នកផ្លាស់ទីចេញពីតំបន់សេវារបស់យើង
- សិទ្ធិទទួលបានរបស់អ្នកសម្រាប់ Medi-Cal ឬជំនួយបន្ថែមបានផ្លាស់ប្តូរ **ឬ**
- ប្រសិនបើអ្នកទើបតែបានផ្លាស់ចូលថ្មីៗ កំពុងទទួលការថែទាំ ឬទើបតែផ្លាស់ចេញពីមន្ទីរថែទាំ ឬមន្ទីរពេទ្យថែទាំរយៈពេលវែង។

សមាជិកភាពរបស់អ្នកបញ្ចប់នៅថ្ងៃចុងក្រោយនៃខែដែលយើងទទួលបានសំណើរបស់អ្នកដើម្បីផ្លាស់ប្តូរគម្រោងរបស់អ្នក។ ឧទាហរណ៍ ប្រសិនបើយើងទទួលបានសំណើរបស់អ្នកនៅថ្ងៃទី 18 ខែមករា ការរ៉ាប់រងរបស់អ្នកជាមួយនឹងគម្រោងរបស់យើងនឹងបញ្ចប់នៅថ្ងៃទី 31 ខែមករា។ ការរ៉ាប់រងថ្មីរបស់យើងចាប់ផ្តើមថ្ងៃទីមួយនៃខែក្រោយ (ថ្ងៃទី1 ខែកុម្ភៈ ក្នុងឧទាហរណ៍នេះ)។

ប្រសិនបើអ្នកចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើង អ្នកអាចទទួលបានព័ត៌មានអំពី៖

- ជម្រើស Medicare ក្នុងតារាងនៅ**ផ្នែក C1**។
- ជម្រើស និងសេវា Medi-Cal នៅក្នុង**ផ្នែក C2**។

អ្នកអាចទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែមអំពីរបៀបដែលអ្នកអាចបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់អ្នកដោយហៅទូរសព្ទទៅកាន់៖

- ផ្នែកសេវាសមាជិកតាមរយៈលេខទូរសព្ទនៅខាងក្រោមនៃទំព័រនេះ។ លេខសម្រាប់អ្នកប្រើប្រាស់ TTY ក៏ត្រូវបានរាយបញ្ជីផងដែរ។
- Medicare តាមរយៈលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)។ អ្នកប្រើ TTY គួរតែហៅលេខ 1-877-486-2048។

- កម្មវិធីប្រឹក្សាការធានារ៉ាប់រងសុខភាព និងការគាំពារ (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP) តាមរយៈលេខ 1-800-434-0222ពីថ្ងៃចន្ទដល់ថ្ងៃសុក្រ ចាប់ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 5:00 ល្ងាច។ ចំពោះព័ត៌មានបន្ថែម ឬដើម្បីស្វែងរកការិយាល័យ HICAP នៅក្នុងតំបន់របស់អ្នក សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ www.aging.ca.gov/HICAP។ ជម្រើសការថែទាំសុខភាព តាមរយៈលេខ 1-844-580-7272 ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹកដល់ម៉ោង 6:00 ល្ងាច។ អ្នកប្រើ TTY គប្បីហៅទៅកាន់លេខ 1-800-430-7077។
- អំបាដ្សម៉ានការថែទាំដែលគ្រប់គ្រងដោយកម្មវិធី Medi-Cal តាមរយៈលេខ 1-888-452-8609 ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹកដល់ម៉ោង 5:00 ល្ងាច ឬតាមរយៈអ៊ីម៉ែល MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov។

ចំណាំ៖ ប្រសិនបើអ្នកនៅក្នុងកម្មវិធីចាត់ចែងឱសថ (Drug Management Program, DMP) អ្នកប្រហែលមិនអាចនឹងប្តូរគម្រោងបានទេ។ មើល**ជំពូក 5** នៃ*សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះសម្រាប់ព័ត៌មានអំពីកម្មវិធីគ្រប់គ្រងឱសថ។

B. របៀបបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់អ្នកជាមួយគម្រោងរបស់យើង

ប្រសិនបើអ្នកសម្រេចចិត្តបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់អ្នក អ្នកអាចចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោង Medicare ផ្សេងទៀត ឬប្តូរទៅ Original Medicare។ ទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយ ប្រសិនបើអ្នកចង់ប្តូរពីគម្រោងរបស់យើងទៅ Original Medicare ប៉ុន្តែអ្នកមិនបានជ្រើសរើសគម្រោងឱសថរបស់ Medicare ដាច់ដោយឡែកទេ អ្នកត្រូវតែស្នើសុំឱ្យគេលុបឈ្មោះចេញពីគម្រោងរបស់យើង។ វិធីពីរយ៉ាងដែលអ្នកអាចស្នើសុំឱ្យគេលុបឈ្មោះចេញ៖

- អ្នកអាចធ្វើសំណើជាលាយលក្ខណ៍អក្សរមកយើងខ្ញុំ។ ទាក់ទងទៅកាន់សេវាសមាជិកតាមរយៈលេខទូរសព្ទនៅខាងក្រោមទំព័រនេះសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមស្តីពីរបៀបធ្វើការស្នើសុំនេះ។
- ហៅទូរសព្ទទៅ Medicare តាមរយៈលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)។ អ្នកប្រើ TTY (អ្នកដែលមានបញ្ហាលំបាកក្នុងការស្តាប់ ឬការនិយាយ) គួរហៅទៅកាន់លេខ 1-877-486-2048។ នៅពេលអ្នកហៅទូរសព្ទទៅកាន់លេខ 1-800-MEDICARE អ្នកក៏អាចចុះឈ្មោះនៅក្នុងគម្រោងឱសថ ឬសុខភាពរបស់ Medicare ផ្សេងទៀតបានដែរ។ ព័ត៌មានបន្ថែមស្តីពីការទទួលបានសេវា Medicare របស់អ្នកនៅពេលអ្នកចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើងមាននៅក្នុងតារាងលើទំព័រទី<6>។
- ហៅទូរសព្ទទៅផ្នែកជម្រើសការថែទាំសុខភាព តាមរយៈលេខ 1-844-580-7272 ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ចាប់ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 6:00 ល្ងាច។ អ្នកប្រើ TTY គប្បីហៅទៅកាន់លេខ 1-800-430-7077។
- **ផ្នែក C** ខាងក្រោមរួមបញ្ចូលជំហានដែលអ្នកអាចធ្វើដើម្បីចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងផ្សេង ដែលនឹងបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់អ្នកជាមួយគម្រោងរបស់យើងផងដែរ។

C. របៀបទទួលបានសេវា Medicare និង Medi-Cal ដាច់ដោយឡែកពីគ្នា

អ្នកមានជម្រើសអំពីការទទួលបានសេវា Medicare និង Medi-Cal របស់អ្នក ប្រសិនបើអ្នកជ្រើសរើសចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើង។

C1. សេវា Medicare របស់អ្នក

អ្នកមានបីជម្រើសសម្រាប់ការទទួលបានសេវា Medicare របស់អ្នកដែលមានក្នុងបញ្ជីខាងក្រោម នៅខែណាមួយនៃឆ្នាំក៏បាន។ អ្នកមានជម្រើសបន្ថែមដែលបានរាយបញ្ជីខាងក្រោមក្នុងអំឡុងពេលជាក់លាក់នៃឆ្នាំ រួមទាំង **រយៈពេលបើកចុះឈ្មោះ** និង**រយៈពេលបើកចុះឈ្មោះ Medicare Advantage** ឬករណីផ្សេងទៀតដែលបានពិពណ៌នានៅក្នុង**ផ្នែក A**។ ដោយជ្រើសយកជម្រើសមួយនៃជម្រើសទាំងនេះ អ្នកនឹងបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់អ្នកជាស្វ័យប្រវត្តិ នៅក្នុងគម្រោងរបស់យើង។

1. អ្នកអាចផ្លាស់ប្តូរទៅ៖	**នេះគឺជាអ្វីដែលត្រូវធ្វើ៖**
គម្រោង Medicare Medi-Cal Plan (Medi-Medi Plan) គឺជាប្រភេទគម្រោង Medicare Advantage។ ជាគម្រោងសម្រាប់អ្នកដែលមានទាំង Medicare និង Medi-Cal ហើយវារួមផ្សំអត្ថប្រយោជន៍ Medicare និង Medi-Cal ទៅក្នុងគម្រោងតែមួយ។ Medi-Medi Plan សម្របសម្រួលអត្ថប្រយោជន៍និងសេវាទាំងអស់នៅក្នុងកម្មវិធីទាំងពីរ រួមទាំងសេវាទាំងអស់ដែលរ៉ាប់រងដោយ Medicare និង Medi-Cal ឬកម្មវិធីថែទាំដែលរួមបញ្ចូលគ្រប់យ៉ាងសម្រាប់មនុស្សចាស់ (Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE) ប្រសិនបើអ្នកមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់។ **ចំណាំ៖** ពាក្យ Medi-Medi Plan គឺជាឈ្មោះសម្រាប់គម្រោងតម្រូវការពិសេសសម្រាប់អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានទាំងពីរគម្រោង (Dual Eligible special Need Plan, D-SNP) រួមបញ្ចូលគ្នានៅក្នុងរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា។	ហៅទូរសព្ទទៅ Medicare តាមរយៈលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)។ អ្នកប្រើ TTY គួរតែហៅលេខ 1-877-486-2048។ សម្រាប់ការសាកសួរអំពីកម្មវិធីថែទាំដែលរួមបញ្ចូលគ្រប់យ៉ាងសម្រាប់មនុស្សចាស់ (PACE) ហៅទូរសព្ទទៅ 1-855-921-PACE (7223)។ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយ ឬព័ត៌មានបន្ថែម៖ • ហៅទូរសព្ទទៅកាន់កម្មវិធីប្រឹក្សាការធានារ៉ាប់រងសុខភាព និងការគាំពារ (HICAP) តាមរយៈលេខ 1-800-434-0222 ពីថ្ងៃចន្ទដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹកដល់ម៉ោង 5:00 ល្ងាច។ ចំពោះព័ត៌មានបន្ថែម ឬដើម្បីស្វែងរកការិយាល័យ HICAP នៅក្នុងតំបន់របស់អ្នក សូមចូលទៅកាន់ www.aging.ca.gov/HICAP/។ **ឬ** ចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោង Medi-Medi Plan ថ្មី។ អ្នកនឹងត្រូវបានដកឈ្មោះ ចេញពីគម្រោង Medicare របស់យើងជាស្វ័យប្រវត្តិ នៅពេលការរ៉ាប់រងនៃគម្រោងថ្មីរបស់អ្នកចាប់ផ្តើម។ គម្រោង Medi-Cal របស់អ្នកនឹងផ្លាស់ប្តូរ ដើម្បីឱ្យស៊ីគ្នាទៅនឹង Medi-Medi Plan របស់អ្នក។

2. អ្នកអាចផ្លាស់ប្តូរទៅ៖ **Original Medicare ដែលមានគម្រោងឱសថ Medicare ដាច់ដោយឡែកមួយ និង Medi-Cal Plan ។**	**នេះគឺជាអ្វីដែលត្រូវធ្វើ៖** ហៅទូរសព្ទទៅ Medicare តាមរយៈលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)។ អ្នកប្រើ TTY គួរតែហៅលេខ 1-877-486-2048។ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយ ឬព័ត៌មានបន្ថែម៖ • ហៅទូរសព្ទទៅកាន់កម្មវិធីប្រឹក្សាការធានារ៉ាប់រងសុខភាព និងការគាំពារ (HICAP) តាមរយៈលេខ 1-800-434-0222 ពីថ្ងៃចន្ទដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹកដល់ម៉ោង 5:00 ល្ងាច។ ចំពោះព័ត៌មានបន្ថែម ឬដើម្បីស្វែងរកការិយាល័យ HICAP នៅក្នុងតំបន់របស់អ្នក សូមចូលទៅកាន់ www.aging.ca.gov/HICAP/។ **ឬ** ចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងឱសថ Medicare ថ្មី។ អ្នកនឹងត្រូវបានដកឈ្មោះចេញពីគម្រោងរបស់យើងជាស្វ័យប្រវត្តិ នៅពេលការធានារ៉ាប់រង Original Medicare របស់អ្នកចាប់ផ្តើម។ អ្នកនឹងបន្តចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោង Medi-Cal របស់អ្នក ប្រសិនបើអ្នកមិនជ្រើសរើសគម្រោងផ្សេងទេ។

3. អ្នកអាចប្តូរទៅ៖ **Original Medicare ដែលគ្មានគម្រោងឱសថ Medicare ដាច់ដោយឡែកមួយ** **ចំណាំ៖** ប្រសិនបើអ្នកប្តូរទៅកម្មវិធី Original Medicare ហើយមិនចង់ចុះឈ្មោះនៅក្នុងគម្រោងឱសថ Medicare ដាច់ដោយឡែកទេ នោះកម្មវិធី Medicare អាចនឹងចុះឈ្មោះអ្នកនៅក្នុងគម្រោងឱសថបាន លុះត្រាតែអ្នកប្រាប់ Medicare ថាអ្នកមិនចង់ចូលរួម។ អ្នកគួរតែដកត្រឹមតែការរ៉ាប់រងឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាចេញប៉ុណ្ណោះ ប្រសិនបើអ្នកទទួលបានការរ៉ាប់រងឱសថនោះពីប្រភពផ្សេងទៀត ដូចជា និយោជក ឬ សហជីព។ ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរអំពីថាតើអ្នកត្រូវការការរ៉ាប់រងឱសថ ឬទេ ហៅទូរសព្ទទៅកម្មវិធីប្រឹក្សាការធានារ៉ាប់រងសុខភាព និងការគាំពារ (HICAP) នៃរដ្ឋកាលីហ្វ័រនីញ៉ា តាមលេខ **1-800-434-0222** ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 5:00 ល្ងាច។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម ឬដើម្បីរកការិយាល័យ HICAP តាមមូលដ្ឋាន នៅក្នុងតំបន់របស់អ្នក សូមចូលទៅកាន់ www.aging.ca.gov/HICAP/។	**នេះគឺជាអ្វីដែលត្រូវធ្វើ៖** ហៅទូរសព្ទទៅ Medicare តាមរយៈលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)។ អ្នកប្រើ TTY គួរតែហៅលេខ 1-877-486-2048។ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយ ឬព័ត៌មានបន្ថែម៖ • ហៅទូរសព្ទទៅកាន់កម្មវិធីប្រឹក្សាការធានារ៉ាប់រងសុខភាព និងការគាំពារ (HICAP) នៃរដ្ឋកាលីហ្វ័រនីញ៉ា តាមរយៈលេខ 1-800-434-0222 ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹកដល់ម៉ោង 5:00 ល្ងាច។ ចំពោះព័ត៌មានបន្ថែម ឬដើម្បីស្វែងរកការិយាល័យ HICAP នៅក្នុងតំបន់របស់អ្នក សូមចូលទៅកាន់ www.aging.ca.gov/HICAP/។ អ្នកនឹងត្រូវបានដកឈ្មោះចេញពីគម្រោងរបស់យើងជាស្វ័យប្រវត្តិ នៅពេលការធានារ៉ាប់រង Original Medicare របស់អ្នកចាប់ផ្តើម។ អ្នកនឹងបន្តចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោង Medi-Cal របស់អ្នក ប្រសិនបើអ្នកមិនជ្រើសរើសគម្រោងផ្សេងទេ។

4. អ្នកអាចផ្លាស់ប្តូរទៅ៖ គម្រោងសុខភាព Medicare ណាមួយ ក្នុងអំឡុងពេលជាក់លាក់នៃឆ្នាំ រួមទាំង **រយៈពេលបើកចុះឈ្មោះ** និង **រយៈពេលបើកការចុះឈ្មោះរបស់Medicare Advantage** ឬករណីផ្សេងទៀតដែលបានពិពណ៌នានៅក្នុង**ផ្នែក A។**	**នេះគឺជាអ្វីដែលត្រូវធ្វើ៖** ហៅទូរសព្ទទៅ Medicare តាមរយៈលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)។ អ្នកប្រើ TTY គួរតែហៅលេខ 1-877-486-2048។ សម្រាប់ការសាកសួរអំពីកម្មវិធីថែទាំដែលរួមបញ្ចូលគ្រប់យ៉ាងសម្រាប់មនុស្សចាស់ (PACE) ហៅទូរស័ព្ទទៅ 1-855-921-PACE (7223)។ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយ ឬព័ត៌មានថែម៖ • ហៅទូរសព្ទទៅកាន់កម្មវិធីប្រឹក្សាការធានារ៉ាប់រងសុខភាព និងការគាំពារ (HICAP) តាមរយៈលេខ 1-800-434-0222 ពីថ្ងៃចន្ទដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹកដល់ម៉ោង 5:00 ល្ងាច។ ចំពោះព័ត៌មានបន្ថែម ឬដើម្បីស្វែងរកការិយាល័យ HICAP នៅក្នុងតំបន់របស់អ្នក សូមចូលទៅកាន់ www.aging.ca.gov/HICAP/។ **ឬ** ចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោង Medicare ថ្មី។ អ្នកនឹងត្រូវបានដកឈ្មោះ ចេញពីគម្រោង Medi-care របស់យើងជាស្វ័យប្រវត្តិ នៅពេលការរ៉ាប់រងនៃគម្រោងថ្មីរបស់អ្នកចាប់ផ្តើម។ Medi-Cal Plan របស់អ្នកនឹងមិនផ្លាស់ប្តូរទេ។

C2. សេវា Medi-Cal របស់អ្នក

សម្រាប់សំណួរអំពីរបៀបទទួលបានសេវា Medi-Cal របស់អ្នក បន្ទាប់ពីអ្នកចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើង សូមទាក់ទងទៅកាន់ផ្នែកជម្រើសការថែទាំសុខភាព តាមរយៈលេខ 1-844-580-7272 ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 6:00 ល្ងាច។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរហៅទៅលេខ 1-800-430-7077។ ឬចូលទៅកាន់ www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov/en។ សួរថាតើការចូលរួមជាមួយគម្រោងផ្សេងទៀត ឬការត្រឡប់ទៅ Original Medicare វិញ នឹងប៉ះពាល់ដល់របៀបដែលអ្នកទទួលបានការរ៉ាប់រង Medi-Cal យ៉ាងណា។

អ្នកអាចនឹងសុំចាកចេញពី L.A. Care ដោយផ្ទាល់នៅការិយាល័យសេវាសុខភាពនិងមនុស្សជាតិប្រចាំខោនធីតាមមូលដ្ឋានរបស់អ្នក។

រកការិយាល័យនៅតាមមូលដ្ឋានរបស់អ្នកតាមរយៈ http://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/CountyOffices.aspx។ ឬហៅទៅជម្រើសថែទាំសុខភាព

D. សម្ភារៈវេជ្ជសាស្ត្រ សេវា និងឱសថរបស់អ្នក រហូតដល់សមាជិកភាពរបស់អ្នកជាមួយគម្រោងរបស់យើងបានបញ្ចប់

ប្រសិនបើអ្នកចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើង វាអាចនឹងចំណាយពេលមួយរយៈ មុនពេលសមាជិកភាពរបស់អ្នកបញ្ចប់ និងការរ៉ាប់រង Midicare និង Medi-Cal ថ្មីរបស់អ្នកចាប់ផ្តើម។ ក្នុងអំឡុងពេលនេះ អ្នកបន្តទទួលបានឱសថរបស់អ្នក និងការថែទាំសុខភាពតាមរយៈគម្រោងរបស់យើង រហូតដល់គម្រោងថ្មីរបស់អ្នកចាប់ផ្តើម។

- ប្រើអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញរបស់យើងដើម្បីទទួលបានការថែទាំវេជ្ជសាស្ត្រ។
- ប្រើឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញរបស់យើង រួមទាំងតាមរយៈសេវាបញ្ជាទិញឱសថពីឱសថស្ថានប្រៃសណីយ៍របស់យើង ដើម្បីទទួលបានឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក។
- ប្រសិនបើអ្នកសម្រាកនៅមន្ទីរពេទ្យនៅថ្ងៃដែលសមាជិកភាពរបស់អ្នកនៅក្នុង L.A. Care Medicare Plus បានបញ្ចប់ នោះគម្រោងរបស់យើងនឹងរ៉ាប់រងលើការស្នាក់នៅមន្ទីរពេទ្យរបស់អ្នក រហូតដល់អ្នកត្រូវបានអនុញ្ញាតឱ្យចាកចេញពីមន្ទីរពេទ្យ។ វានឹងកើតឡើង ទោះបីជាការរ៉ាប់រងសុខភាពថ្មីរបស់អ្នកចាប់ផ្តើមមុនពេលអ្នកចេញពីមន្ទីរពេទ្យក៏ដោយ។

E. ស្ថានភាពផ្សេងទៀតនៅពេលដែលសមាជិកភាពរបស់អ្នកជាមួយគម្រោងរបស់យើងបានបញ្ចប់

ទាំងនេះគឺជាករណីនៅពេលដែលយើងត្រូវបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់អ្នកជាមួយគម្រោងរបស់យើង៖

- ប្រសិនបើមានការផ្អាកក្នុងការរ៉ាប់រង Medicare ផ្នែក A និង Medicare ផ្នែក B របស់អ្នក។
- ប្រសិនបើអ្នកលែងមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ដើម្បីទទួលបាន Medi-Cal។ គម្រោងរបស់យើងគឺសម្រាប់អ្នកដែលមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ដើម្បីទទួលបានទាំង Medicare និង Medi-Cal។ ចំណាំ៖ ប្រសិនបើអ្នកលែងមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ដើម្បីទទួលបាន Medi-Cal ទៀតហើយនោះ អ្នកអាចបន្តនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើងជាមួយនឹងអត្ថប្រយោជន៍ Medicare ជាបណ្តោះអាសន្នបាន សូមមើលព័ត៌មានខាងក្រោមស្តីពីរយៈពេលជាក់លាក់។ ក្រសួងសុខាភិបាលរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា (Department of Health Care Services, DHCS) ឬ មជ្ឈមណ្ឌលសម្រាប់សេវា Medicare និង Medicaid (Centers for Medicare and Medicaid Services, CMS) អាចលុបឈ្មោះអ្នកចេញពី Medi-Cal ប្រសិនបើវាត្រូវបានកំណត់ថាអ្នកមិនមានសិទ្ធិទទួលបានកម្មវិធីទៀតទេ។
- បើអ្នកផ្លាស់លំនៅពីតំបន់សេវារបស់អ្នក។
- ប្រសិនបើអ្នកនៅឆ្ងាយពីតំបន់សេវារបស់យើងរយៈពេលលើសពីប្រាំមួយខែ។
  - ប្រសិនបើអ្ន កផ្លា ស់ទី ឬធ្វើដំណើររយៈពេលយូរ ហៅទូរសព្ទ ទៅសេវាសមាជិកដើម្បីស្វែ ងរកថាតើកន្លែ ង ដែលអ្ន កកំពុងផ្លា ស់ទី ឬធ្វើដំណើរទៅកាន់ ស្ថិតក្នុងតំបន់សេវានៃគម្រោងរបស់យើងដែរទេ។
- ប្រសិនបើអ្នកជាប់គុក ឬជាប់ពន្ធនាគារពីបទល្មើសព្រហ្មទណ្ឌ។
- ប្រសិនបើអ្នកនិយាយកុហក ឬមិនផ្តល់ព័ត៌មានអំពីការរ៉ាប់រងផ្សេងទៀតដែលអ្នកមានសម្រាប់ឱសថ។
- ប្រសិនបើអ្នកមិនមែនជាសញ្ជាតិអាមេរិក ឬមិនមានវត្តមានស្របច្បាប់នៅក្នុងសហរដ្ឋអាមេរិក។

- ◦ អ្នក ត្រូវតែជាសញ្ជាតិអាមេរិក ឬមានវត្តមានស្របច្បាប់នៅក្នុងសហរដ្ឋ អាមេរិក ដើម្បីក្លាយជាសមាជិក នៃគម្រោងរបស់យើងបាន។
- ◦ មជ្ឈមណ្ឌលសម្រាប់សេវា Medicare និង Medicaid (CMS) នឹងជូនដំណឹងដល់ពួកយើង ប្រសិនបើ អ្នកមិនមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ក្នុងការបន្ត ជាសមាជិកនោះទេ ផ្អែកដោយ តាមហេតុផលនេះ។
- ◦ យើងត្រូវតែលុបឈ្មោះអ្នក ចេញ ប្រសិនបើអ្នក មិនបំពេញតាមលក្ខខណ្ឌ តម្រូវនេះទេ។

ប្រសិនបើអ្នកស្ថិតនៅអំឡុងពេល 3 ខែ ដែលចាត់ទុកថាជារយៈពេលមានសិទ្ធិបន្តទទួលបានគម្រោងរបស់ យើង យើងនឹងបន្តផ្តល់អត្ថប្រយោជន៍ Medicare ដែលរាប់រងលើគម្រោង Medicare Advantage ទាំងអស់។ ទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយ ក្នុងអំឡុងពេលនេះ យើងនឹងមិនបន្តរាប់រងលើអត្ថប្រយោជន៍ Medicaid ដែលមាននៅ ក្រោមគម្រោង Medicaid State Plan ទេផងទេ ហើយយើងក៏នឹងមិនបង់ប្រាក់រាប់រង Medicare ឬការរួមចំណែក លើចំណាយដែលរដ្ឋត្រូវតែជាអ្នកទទួលខុសត្រូវ ក្នុងករណីដែលអ្នកមិនបាត់បង់សិទ្ធិទទួលបាន Medicaid នោះ ឡើយ។ តម្លៃសេវារបស់អ្នកអាចផ្លាស់ប្តូរ។ យើងអាចឱ្យអ្នកចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើងដោយសារហេតុផល ដូចខាងក្រោមនេះ លុះត្រាតែយើងទទួលបានការអនុញ្ញាតពី Medicare និង Medi-Cal ជាមុនសិន៖

- ប្រសិនបើអ្នកមានចេតនាផ្តល់ព័ត៌មានមិនត្រឹមត្រូវដល់យើង នៅពេលអ្នកកំពុងចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោង របស់យើង ហើយព័ត៌មាននោះប៉ះពាល់ដល់សិទ្ធិទទួលបានគម្រោងរបស់យើង។
- ប្រសិនបើអ្នកបន្តមានអាកប្បកិរិយាដែលបង្កការរំខាន និងបង្កការលំបាកដល់យើងដើម្បីផ្តល់ការថែទាំវេជ្ជ សាស្ត្រសម្រាប់អ្នក និងសមាជិកផ្សេងទៀតនៃគម្រោងរបស់យើង។
- ប្រសិនបើអ្នកអនុញ្ញាតឱ្យនរណាម្នាក់ផ្សេងទៀតប្រើប្រណាសម្គាល់សមាជិករបស់អ្នក ដើម្បីទទួលបានការ ថែទាំវេជ្ជសាស្ត្រ។ (Medicare អាចស្នើសុំអ្នកត្រួតពិនិត្យឱ្យស៊ើបអង្កេតករណីរបស់អ្នក ប្រសិនបើយើង បញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់អ្នកដោយសារហេតុផលនេះ។)

F. វិធានការពារអ្នកពីការស្នើសុំឱ្យអ្នកចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើងដោយសារហេតុផលណាមួយដែលទាក់ទងនឹងសុខភាព

យើងមិនអាចសុំឱ្យអ្នកចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើងដោយសារហេតុផលទាក់ទងនឹងសុខភាពរបស់អ្នកបានទេ។ ប្រសិនបើអ្នកគិតថាយើងកំពុងស្នើសុំឱ្យអ្នកចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើងដោយសារហេតុផលទាក់ទងនឹង សុខភាព **ហៅទូរសព្ទ ទៅកាន់ Medicare** តាមរយៈលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)។ អ្នកប្រើ TTY គួរតែហៅលេខ 1-877-486-2048។

G. អ្នកមានសិទ្ធិដាក់ពាក្យបណ្តឹង ប្រសិនបើយើងបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់អ្នកជាមួយគម្រោងរបស់យើង

ប្រសិនបើយើងបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់អ្នកជាមួយគម្រោងរបស់យើង យើងត្រូវតែប្រាប់អ្នកពីហេតុផលជា លាយលក្ខណ៍អក្សរក្នុងការបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់អ្នក។ យើងត្រូវតែពន្យល់ផងដែរអំពីរបៀបដែលអ្នកអាចរៀប ចំបណ្តឹងសាទុក្ខ ឬដាក់ពាក្យបណ្តឹងអំពីការសម្រេចចិត្តរបស់យើង ដើម្បីបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់អ្នក។ អ្នកក៏អាច មើល**ជំពូកទី 9** នៃ*សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះផងដែរ សម្រាប់ព័ត៌មានអំពីរបៀបរៀបចំបណ្តឹង។

H. របៀបដែលអ្នកទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែមអំពីការបញ្ចប់សមាជិកភាពនៃគម្រោងរបស់អ្នក

ប្រសិនបើអ្នកមានចម្ងល់ ឬចង់បានព័ត៌មានបន្ថែមអំពីការបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់អ្នក អ្នកអាចហៅទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាសមាជិកតាមរយៈលេខទូរសព្ទនៅខាងក្រោមនៃទំព័រនេះ។

ជំពូកទី 11៖ ការជូនដំណឹងផ្លូវច្បាប់

សេចក្តីផ្តើម

នៅក្នុងជំពូកនេះ មានរួមបញ្ចូលសេចក្តីជូនដំណឹងផ្លូវច្បាប់ ដែលអនុវត្តចំពោះសមាជិកភាពរបស់អ្នកនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើង។ ពាក្យគន្លឹះ និងនិយមន័យរបស់ពាក្យទាំងនោះ គឺមានតាមលំដាប់អក្ខរក្រមក្នុងជំពូកចុងក្រោយនៃ*សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះ។

តារាងមាតិកា

A. សេចក្តីជូនដំណឹងអំពីច្បាប់ 264
B. សេចក្តីជូនដំណឹងរបស់សហព័ន្ធ អំពីការមិនរើសអើង 264
C. សេចក្តីជូនដំណឹងអំពីការមិនរើសអើងសម្រាប់ Medi-Cal 264
D. សេចក្តីជូនដំណឹងថាកម្ម វិធី Medicare ជាអ្ន កទូទាត់ប្រាក់ជម្រើសទីពីរ ហើយកម្ម វិធី Medi-Cal ជាអ្ន កទូទាត់ប្រាក់ជម្រើសចុងក្រោយ 266
E សេចក្តីជូនដំណឹងអំពីដំណើរការប្រមូលប្រាក់ពីទ្រព្យសម្បត្តិមរណជនរបស់ Medi-Cal 266

A. សេចក្តីជូនដំណឹងអំពីច្បាប់

ច្បាប់ជាច្រើនអនុវត្តចំពោះ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះ។ ច្បាប់ទាំងនេះអាចប៉ះពាល់ដល់សិទ្ធិ និងទំនួលខុសត្រូវរបស់អ្នក ទោះបីជាច្បាប់ទាំងនោះមិនត្រូវបានបញ្ចូល ឬពន្យល់នៅក្នុង*សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះក៏ដោយ។ ច្បាប់សំខាន់ៗដែលអនុវត្តគឺច្បាប់សហព័ន្ធ និងរដ្ឋអំពីកម្មវិធី Medicare និង Medi-Cal។ ច្បាប់ផ្សេងៗទៀតនៃសហព័ន្ធ និងរដ្ឋ ក៏អាចនឹងពាក់ព័ន្ធដែរ។

B. សេចក្តីជូនដំណឹងរបស់សហព័ន្ធអំពីការមិនរើសអើង

យើងមិនរើសអើងដោយផ្អែកលើជនជាតិ ជាតិសាសន៍ ដើមកំណើតជាតិសាសន៍ ពណ៌សម្បុរ សាសនា ភេទ អាយុ ពិការភាពផ្លូវចិត្ត ឬរាងកាយ ស្ថានភាពសុខភាព បទពិសោធនៃបណ្តឹងទាមទារសំណង ប្រវត្តិវេជ្ជសាស្ត្រ ព័ត៌មានសេនេទិច ភស្តុតាងនៃទន្ទភាពធានារ៉ាប់រង ឬទីតាំងភូមិសាស្ត្រនៅក្នុងតំបន់សេវានោះឡើយ។ អង្គភាពទាំងអស់ដែលផ្តល់គម្រោង Medicare Advantage ដូចជាគម្រោងរបស់យើង ត្រូវតែគោរពតាមច្បាប់សហព័ន្ធប្រឆាំងនឹងការរើសអើង រួមមានចំណងជើងទី VI នៃច្បាប់ស៊ីពីសិទ្ធិស៊ីវិលឆ្នាំ 1964 ច្បាប់ស្តីពីការស្តារនីតិសម្បទាឆ្នាំ 1973 ច្បាប់ស្តីពីការរើសអើងអាយុឆ្នាំ 1975 ច្បាប់ស្តីពីពិការភាពរបស់ជនជាតិអាមេរិក ផ្នែកទី 1557 នៃច្បាប់ថែទាំដែលមានតម្លៃសមរម្យ និងច្បាប់ផ្សេងៗទៀត ច្បាប់ផ្សេងទៀតទាំងអស់ដែលអនុវត្តចំពោះអង្គភាពដែលទទួលបានមូលនិធិពីសហព័ន្ធ និងច្បាប់ និងវិធានផ្សេងទៀតដែលអនុវត្តសម្រាប់ហេតុផលផ្សេងទៀត។

ប្រសិនបើអ្នកចង់បានព័ត៌មានបន្ថែម ឬមានកង្វល់អំពីការរើសអើង ឬរងអំពើអយុត្តិធម៌៖

- ហៅទូរសព្ទទៅកាន់ក្រសួងសុខាភិបាល និងសេវាមនុស្សជាតិ ការិយាល័យសិទ្ធិពលរដ្ឋ តាមរយៈលេខ 1-800-368-1019។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY អាចហៅទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-537-7697។ អ្នកក៏អាចចូលទៅកាន់គេហទំព័រ www.hhs.gov/ocr សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។

C. សេចក្តីជូនដំណឹងអំពីការមិនរើសអើងសម្រាប់ Medi-Cal

យើងមិនរើសអើង ឬប្រព្រឹត្តចំពោះអ្នកខុសពីអ្នកផ្សេង ដោយសារពូជសាសន៍ ជនជាតិ ដើមកំណើតជាតិសាសន៍ ពណ៌សម្បុរ សាសនា ភេទ អាយុ ពិការភាពផ្លូវចិត្ត ឬរាងកាយ ស្ថានភាពសុខភាព បទពិសោធន៍ទាមទារសំណង ប្រវត្តិវេជ្ជសាស្ត្រ ព័ត៌មានហ្សែន ភស្តុតាងនៃទន្ទភាពធានារ៉ាប់រង ឬទីតាំងភូមិសាស្ត្រនៅក្នុងតំបន់សេវានោះឡើយ។ លើសពីនេះ យើងមិនរើសអើងដោយខុសច្បាប់ មិនផាត់ចោលមនុស្ស ឬប្រព្រឹត្តចំពោះពួកគេខុសគ្នាដោយសារពូជពង្ស អត្តសញ្ញាណក្រុមជនជាតិ អត្តសញ្ញាណយេនឌ័រ ស្ថានភាពអាពាហ៍ពិពាហ៍ ឬលក្ខខណ្ឌវេជ្ជសាស្ត្រនោះទេ។

ប្រសិនបើអ្នកចង់បានព័ត៌មានបន្ថែម ឬមានការព្រួយបារម្ភអំពីការរើសអើង ឬរងអំពើអយុត្តិធម៌៖

- ហៅទូរសព្ទទៅកាន់ក្រសួងសុខាភិបាល ការិយាល័យសម្រាប់សិទ្ធិពលរដ្ឋ តាមរយៈលេខ 916-440-7370។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY អាចហៅទូរសព្ទទៅលេខ 711 (សេវាបញ្ជូនតទូរគមនាគមន៍)។ ប្រសិនបើអ្នកជឿថាអ្នកត្រូវបានគេរើសអើង ហើយចង់ដាក់ពាក្យបណ្តឹងសាទុក្ខពីការរើសអើង សូមទាក់ទង។
- តាមទូរសព្ទ៖ ទាក់ទងទៅកាន់ប្រធានផ្នែកអនុវត្តច្បាប់ នៃ L.A. Care Health Plan 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ រួមទាំងថ្ងៃឈប់សម្រាក ដោយហៅទូរសព្ទទៅលេខ **1-833-522-3767**។ ឬ ប្រសិនបើអ្នកមិនអាចស្តាប់ឮ ឬនិយាយបានល្អ ហៅទូរសព្ទទៅ **TYY 711**។

- ជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ៖ បំពេញសំណុំបែបបទពាក្យបណ្តឹង ឬសរសេរលិខិតមួយ ហើយផ្ញើវាទៅ៖

  L.A. Care Health Plan
  Chief Compliance Officer
  1200 West 7th Street
  Los Angeles, CA 90017

- ដោយផ្ទាល់៖ អញ្ជើញទៅកាន់ការិយាល័យវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក ឬ L.A. Care Health Plan ហើយប្រាប់ថា អ្នកចង់ដាក់ពាក្យបណ្តឹងសាទុក្ខអំពីសិទ្ធិពលរដ្ឋ។
- តាមប្រព័ន្ធអេឡិចត្រូនិក៖ ចូលទៅកាន់គេហទំព័រ L.A. Care Health Plan តាមរយៈ www.lacare.org/members/member-support/file-grievance/grievance-appeal-form ឬផ្ញើអ៊ីមែលទៅកាន់ civilrightscoordinator@lacare.org។

ប្រសិនបើសាទុក្ខរបស់អ្នកទាក់ទងនឹងការរើសអើងនៅក្នុងកម្មវិធី Medi-Cal អ្នកក៏អាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងទៅកាន់ក្រសួងសុខាភិបាល ការិយាល័យសិទ្ធិពលរដ្ឋ តាមរយៈទូរសព្ទ ជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ ឬតាមអេឡិចត្រូនិក៖

- តាមទូរសព្ទ៖ ហៅទូរសព្ទទៅលេខ 916-440-7370។ បើសិនអ្នកមិនអាចនិយាយបាន ឬស្តាប់ឮបានល្អ សូមហៅ 711 (សេវាទូរគមនាគមន៍បណ្តាក់សារ)។
- ជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ៖ បំពេញទម្រង់បែបបទពាក្យបណ្តឹង ឬផ្ញើលិខិតទៅ៖

  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

  បែបបទពាក្យបណ្តឹងមាននៅ www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx។

- អេឡិចត្រូនិក៖ ផ្ញើអ៊ីមែលទៅកាន់ CivilRights@dhcs.ca.gov។

ប្រសិនបើអ្នកមានពិការភាព ហើយត្រូវការជំនួយក្នុងការទទួលបានសេវាថែទាំសុខភាព ឬអ្នកផ្តល់សេវា ហៅទូរសព្ទទៅកាន់ផ្នែកសេវាសមាជិក។ ប្រសិនបើអ្នកមានបណ្តឹង ដូចជាបញ្ហាជាមួយការប្រើប្រាស់រទេះអ្នកពិការជាដើម នោះផ្នែកសេវាសមាជិកអាចជួយបាន។

D. សេចក្តីជូនដំណឹងថាកម្មវិធី Medicare ជាអ្នកទូទាត់ប្រាក់ជម្រើសទី ហើយកម្មវិធី Medi-Cal ជាអ្នកទូទាត់ប្រាក់ជម្រើសចុងក្រោយ

ជួនកាល ត្រូវមានអ្នកទូទាត់ប្រាក់ជាមុនសិន សម្រាប់សេវាដែលយើងផ្តល់ជូនអ្នក។ ឧទាហរណ៍៖ ប្រសិនបើអ្នកស្ថិតក្នុង ហេតុការណ៍គ្រោះថ្នាក់រថយន្តមួយ ឬ ប្រសិនបើអ្នករងរបួសស្នាមនៅកន្លែងធ្វើការ សំណងសម្រាប់ការធានារ៉ាប់រង ឬសំណងសម្រាប់និយោជិត ចាំបាច់ត្រូវបង់ជាមុន។

យើងមានសិទ្ធិ និងការទទួលខុសត្រូវក្នុងការប្រមូលថ្លៃសេវាដែលរ៉ាប់រងដោយ Medicare បើទោះជា Medicare មិនមែនជាអ្នកទូទាត់បង់ប្រាក់ជម្រើសទីមួយក៏ដោយ។

យើងអនុលោមតាមច្បាប់ និងបញ្ញត្តិសហព័ន្ធនិងរដ្ឋទាក់ទងនឹងទំនួលខុសត្រូវស្របច្បាប់នៃបណ្តាភាគីទីបីចំពោះការផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពដល់សមាជិក។ យើងចាត់វិធានការសមស្របទាំងអស់ ដើម្បីធានាថា Medi-Cal គឺជាអ្នកបង់ប្រាក់ជម្រើសចុងក្រោយ។

សមាជិក Medi-Cal ត្រូវតែប្រើប្រាស់ការធានារ៉ាប់រងសុខភាពផ្សេងទៀត (Other Health Coverage, OHC) ទាំងអស់ មុនពេលប្រើប្រាស់ Medi-Cal នៅពេលសេវាដូចគ្នានេះអាចរកបាននៅក្រោមការធានារ៉ាប់រងសុខភាពរបស់អ្នក ព្រោះថា Medi-Cal គឺជាអ្នកបង់ប្រាក់ចុងក្រោយ។ នេះមានន័យថាក្នុងករណីភាគច្រើន Medi-Cal នឹងក្លាយជាអ្នកបង់ប្រាក់លំដាប់ទីពីរបើធៀបនឹង Medicare OHC ដោយធានារ៉ាប់រងលើការចំណាយដែលអាចអនុញ្ញាត ដែលមិនត្រូវបានបង់ដោយគម្រោងរបស់យើង ឬ OHC ផ្សេងទៀតរហូតដល់អត្រា Medi-Cal ។

E. សេចក្តីជូនដំណឹងអំពីដំណើរការប្រមូលប្រាក់ពីទ្រព្យសម្បត្តិមរណជនរបស់ Medi-Cal

កម្មវិធី Medi-Cal ត្រូវតែស្វែងរកការសងត្រឡប់មកវិញពីទ្រព្យសម្បត្តិមរតករបស់សមាជិកមួយចំនួនដែលបានទទួលមរណភាព សម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍ Medi-Cal ដែលទទួលបាននៅថ្ងៃ ឬក្រោយខួបកំណើតទី 55 ឆ្នាំរបស់ពួកគេ។ ការសងត្រឡប់មកវិញរួមមាន ថ្លៃឈ្នួលសម្រាប់សេវា និងការបង់ថ្លៃរ៉ាប់រងលើការថែទាំដែលមានការគ្រប់គ្រង/ថ្លៃបង់សម្រាប់សេវាមន្ទីរគិលានុបដ្ឋាកម្ម សេវាតាមផ្ទះនិងសហគមន៍ និងសេវាមន្ទីរពេទ្យពាក់ព័ន្ធ រួមទាំងឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាដែលបានទទួល នៅពេលដែលសមាជិកធ្លាប់ជាអ្នកជំងឺសម្រាកពេទ្យក្នុងមន្ទីរគិលានុបដ្ឋាកម្ម ឬបានទទួលសេវាតាមផ្ទះនិងសហគមន៍។ ការសងត្រឡប់មកវិញមិនអាចលើសពីតម្លៃក្នុងដំណើរការទទួលកេរមរតករបស់សមាជិកឡើយ។

ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែម សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រដំណើរការប្រមូលប្រាក់ពីទ្រព្យសម្បត្តិមរណជនរបស់ក្រសួងសុខាភិបាល តាមរយៈ www.dhcs.ca.gov/er ឬហៅទូរសព្ទទៅលេខ 916-650-0590។

ជំពូកទី 12៖ និយមន័យពាក្យសំខាន់ៗ

សេចក្តីផ្តើម

ជំពូកនេះ រួមបញ្ចូលទាំងពាក្យគន្លឹះដែលត្រូវបានប្រើនៅក្នុង *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះ ជាមួយនិយមន័យរបស់ពាក្យទាំងនោះ។ វាក្យសព្ទទាំងនេះ ត្រូវបានរាយតាមលំដាប់អក្ខរក្រម។ ប្រសិនបើអ្នកមិនអាចរកឃើញពាក្យដែលអ្នកស្វែងរក ឬ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការព័ត៌មានបន្ថែមលើសពីនិយមន័យដែលបានកំណត់ សូមទាក់ទងទៅកាន់ផ្នែកសេវាសមាជិក។

សកម្ម ភាពរស់នៅប្រចាំថ្ងៃ (Activities of Daily Living , ADL)៖ កិច្ចការដែលមនុស្សធ្វើនៅថ្ងៃធម្មតា ដូចជា ការបរិភោគ ការប្រើប្រាស់បង្គន់ ការស្លៀកពាក់ ការងូតទឹក ឬការដុសធ្មេញជាដើម។

ចៅក្រមច្បាប់រដ្ឋ បាល៖ ចៅក្រមច្បាប់រដ្ឋបាល (Administrative Law Judge, ALJ) គឺជាចៅក្រមដែលស្តាប់ និង សម្រេចរឿងក្តីពាក់ព័ន្ធនឹងភ្នាក់ងាររដ្ឋាភិបាល។ ចៅក្រមដែលពិនិត្យបណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 3។

កម្ម វិធីជំនួ យឱសថជំងឺអេដស៍ (AIDS Drug Assistance Program, ADAP)៖ ជាកម្មវិធីមួយដែលជួយ ធានាថា បុគ្គលដែលមានវីរុសហ៊ីវ/ជំងឺអេដស៍អាចមានសិទ្ធិទទួលបានឱសថវីរុសហ៊ីវសង្គ្រោះជីវិត។

មជ្ឈមណ្ឌ លវះកាត់អ្ន កជំងឺដែលអាចដើរបាន៖ មជ្ឈមណ្ឌលដែលផ្តល់នូវការវះកាត់អ្នកជំងឺក្រៅ ទៅដល់អ្នកជំងឺដែល មិនត្រូវការការថែទាំព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យ និងអ្នកជំងឺដែលមិនត្រូវបានរំពឹងថាត្រូវការការថែទាំលើសពី 24 ម៉ោង។

បណ្តឹងតវ៉ា៖ មធ្យោបាយមួយសម្រាប់អ្នកដើម្បីធ្វើការតវ៉ាទៅនឹងចំណាត់ការរបស់យើង ប្រសិនបើអ្នកគិតថាយើង បានប្រព្រឹត្តកំហុស។ អ្នកអាចសុំឱ្យយើងកែប្រែសេចក្តីសម្រេចពីការរ៉ាប់រងតាមរយៈការដាក់ពាក្យបណ្តឹងតវ៉ាបាន។ **ជំពូ កទី 9** នៃ*សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះ ពន្យល់អំពីបណ្តឹងតវ៉ា រួមទាំងរបៀបដាក់បណ្តឹងតវ៉ាផងដែរ។

ឥរិយាបថសុខភាព៖ សំដៅលើសុខភាពផ្លូវចិត្តរួមមាន អារម្មណ៍ ផ្លូវចិត្ត និងសុខុមាលភាពសង្គមរបស់យើង។ ជា ពាក្យសាមញ្ញជាងនេះ៖ វានិយាយអំពីរបៀបដែលយើងគិត មានអារម្មណ៍ និងទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកដទៃ។ វាជា ពាក្យខ្លីមសាររួមបញ្ចូលគ្នា ដែលសំដៅទៅលើសេវាសុខភាពផ្លូវចិត្ត និងវិបត្តិនៃការសេពសារធាតុញៀន។

ផលិតផលជីវសាស្ត្រ ៖ ឱសថដែលមានប្រភពពីធម្មជាតិ និងប្រភពមានជីវិតផ្សេងៗដូចជា កោសិកាសត្វ កោសិកា រុក្ខជាតិ បាក់តេរី ឬផ្សិត។ ផលិតផលជីវសាស្ត្រមានភាពស្មុគស្មាញជាងឱសថដទៃទៀត ហើយមិនអាចចម្លង ឱ្យបានដូចគ្នាទាំងស្រុងបានឡើយ ដូច្នេះទម្រង់ជំនួសត្រូវបានគេហៅថា ឱសថជីវសាស្ត្រដែលមានលក្ខណៈ ស្រដៀង។ (សូមមើលផងដែរ “ផលិតផលជីវសាស្ត្រដើម” និង “ឱសថជីវសាស្ត្រដែលមានលក្ខណៈស្រដៀង”)។

ឱសថជីវសាស្ត្រ ដែលមានលក្ខ ណៈស្រដៀង៖ ឱសថជីវសាស្ត្រដែលមានលក្ខណៈស្រដៀងគ្នាខ្លាំង ប៉ុន្តែមិន ដូចគ្នាទាំងស្រុងទៅនឹងផលិតផលជីវសាស្ត្រដើមទេ។ ឱសថជីវសាស្ត្រដែលមានលក្ខណៈស្រដៀង មានសុវត្ថិភាព និងប្រសិទ្ធភាពដូចផលិតផលជីវសាស្ត្រដើមដែរ។ ឱសថជីវសាស្ត្រដែលមានលក្ខណៈស្រដៀងមួយចំនួន អាច ត្រូវបានប្រើជំនួសផលិតផលជីវសាស្ត្រដើមនៅឱសថស្ថានដោយមិនចាំបាច់មានវេជ្ជបញ្ជាថ្មីនោះឡើយ។ (ចូល ទៅកាន់ “ឱសថជីវសាស្ត្រដែលមានលក្ខណៈស្រដៀងប្រើដើម្បីជំនួស”)។

ឱសថមានម៉ាកយីហោ៖ ឱសថដែលត្រូវបានផលិត និងបានដាក់លក់ដោយក្រុមហ៊ុនដើមដែលបានផលិតឱសថនេះ។ ឱសថមានម៉ាកយីហោ មានសារធាតុផ្សំដូចគ្នានឹងប្រភេទឱសថទូទៅដែរ។ ឱសថទូទៅជាធម្មតាត្រូវបានផលិត និងលក់ ដោយក្រុមហ៊ុនឱសថផ្សេងទៀត ហើយជាទូទៅមិនមានលក់ទេ រហូតដល់ប៉ាតង់លើឱសថម៉ាកយីហោត្រូវបានបញ្ចប់។

អ្ន កចាត់ចែងការថែទាំ៖ បុគ្គលចម្បងម្នាក់ដែលធ្វើការជាមួយអ្នក ជាមួយគម្រោងសុខភាព និងជាមួយអ្នកផ្តល់ ការថែទាំរបស់អ្នក ដើម្បីធ្វើឱ្យប្រាកដថាអ្នកទទួលបានការថែទាំដែលអ្នកត្រូវការ។

គម្រោងថែទាំ៖ សូមមើល “គម្រោងថែទាំសម្រាប់បុគ្គល”។

ក្រុមផ្ត ល់ការថែទាំ៖ សូមមើល “ក្រុមថែទាំអន្តរវិស័យ”។

មជ្ឈមណ្ឌ លសម្រាប់សេវា Medicare និង Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS)៖ ទីភ្នាក់ងារសហព័ន្ធដែលទទួលខុសត្រូវខាង Medicare។ ជំពូកទី 2 នៃ*សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះ ពន្យល់អំពីរបៀបទាក់ទងទៅកាន់មជ្ឈមណ្ឌលសម្រាប់សេវា Medicare និង Medicaid (CMS)។

សេវាព្យាបាលមនុស្សពេញវ័យនៅតាមសហគមន៍ (Community-Based Adult Services, CBAS)៖ ជា កម្មវិធីសេវានៅមន្ទីរថែទាំសម្រាប់អ្នកជំងឺមិមសម្រាកពេទ្យ ដែលផ្តល់ការថែទាំដោយគិលានុបដ្ឋាកជំនាញ សេវា សង្គមកិច្ច ការព្យាបាលស្តារមុខងារសម្បទានិងការព្យាបាលការនិយាយ ការថែទាំសុខភាពផ្ទាល់ខ្លួន ជំនួយនិងការ បណ្តុះបណ្តាលគ្រួសារ/អ្នកមើលថែទាំ សេវាផ្តល់អាហារូបត្ថម្ភ ការដឹកជញ្ជូន និងសេវាផ្សេងទៀតដល់សមាជិក ដែលមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ ដែលបំពេញតាមលក្ខណវិនិច្ឆ័យក្នុងការមានសិទ្ធិទទួលបានសេវាទាំងនេះ។

បណ្តឹង៖ របាយការណ៍ជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ ឬផ្ទាល់មាត់ដែលរៀបរាប់ថា អ្នកមានបញ្ហា ឬមានក្តីកង្វល់អំពីសេវា ឬការថែទាំដែលទទួលបានការរ៉ាប់រងរបស់អ្នក។ នេះរួមមានកង្វល់ណាមួយអំពីគុណភាពសេវា គុណភាពការថែទាំអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញយើង ឬឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញយើង។ ឈ្មោះជាផ្លូវការសម្រាប់ "ការដាក់ពាក្យបណ្តឹង" គឺ "ការដាក់ពាក្យបណ្តឹងសាទុក្ខ។"

មន្ទីរស្តារ រនីតិសម្បទាសម្រាប់អ្ន កជំងឺក្រៅមន្ទីរពេទ្យ (Comprehensive outpatient rehabilitation facility, CORF)៖ មន្ទីរថែទាំដែលផ្តល់សេវាជាចម្បងទៅលើការស្តារនីតិសម្បទា បន្ទាប់ពីមានជំងឺ គ្រោះថ្នាក់ ឬការវះកាត់ធ្ងន់ធ្ងរណាមួយ។ វាផ្តល់នូវសេវាមួយចំនួនធំដែលរួមមាន ការព្យាបាលដោយចលនា សេវាសង្គមឬចិត្តសាស្ត្រ ការព្យាបាលប្រព័ន្ធផ្លូវដង្ហើម ការព្យាបាលមុខងារវិជ្ជាជីវៈ ការព្យាបាលសម្តីនិយាយ និងសេវាវាយតម្លៃបរិស្ថានលំនៅឋាន។

ប្រាក់រួមបង់៖ ចំនួនទឹកប្រាក់ថេរដែលអ្នកបង់សម្រាប់ជាថ្លៃចំណាយរួមរៀងរាល់ពេលដែលអ្នកទទួលបានឱសថជាក់លាក់។ ឧទាហរណ៍ អ្នកអាចនឹងបង់ប្រាក់ $2 ឬ $5 សម្រាប់ឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជា។

ការរួមចំណែកលើចំណាយ៖ ចំនួនទឹកប្រាក់ដែលអ្នកត្រូវបង់ទូទាត់នៅពេលដែលអ្នកទទួលបានឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាជាក់លាក់។ ការរួមចំណែកលើចំណាយរួមបញ្ចូលទាំងប្រាក់រួមបង់ផងដែរ។

លំដាប់ថ្នា ក់ការរួមចំណែកលើចំណាយ៖ ក្រុមឱសថដែលមានប្រាក់រួមបង់ដូចគ្នា។ រាល់ឱសថនៅលើ*បញ្ជីនៃឱសថដែលរ៉ាប់រង* (ហៅថា *បញ្ជីឱសថ*) គឺស្ថិតនៅក្នុងលំដាប់ថ្នាក់មួយក្នុងចំណោមលំដាប់ថ្នាក់ការរួមចំណែកលើចំណាយទាំងបួន (4)។ ជាទូទៅ នៅពេលលំដាប់ថ្នាក់ការរួមចំណែកលើចំណាយកាន់តែខ្ពស់ នោះថ្លៃចំណាយសម្រាប់ឱសថគឺកាន់តែខ្ពស់ដែរ។

សេចក្តីសម្រេចលើការរ៉ាប់រង៖ ការសម្រេចចិត្តអំពីអត្ថប្រយោជន៍ដែលយើងត្រូវរ៉ាប់រង។ នេះរួមមានសេចក្តីសម្រេចលើឱសថ និងសេវាដែលបានរ៉ាប់រង ឬចំនួនទឹកប្រាក់ដែលយើងត្រូវទូទាត់បង់សម្រាប់សេវាសុខភាពរបស់អ្នក។ **ជំពូកទី 9** នៃ*សៀភៅណែនាំសមាជិក*នេះ ពន្យល់អំពីរបៀបស្នើសុំយើងឱ្យផ្តល់សេចក្តីសម្រេចលើការរ៉ាប់រង។

ឱសថដែលរ៉ាប់រង៖ ពាក្យដែលយើងប្រើសំដៅដល់ឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាទាំងអស់ និងឱសថគ្មានវេជ្ជបញ្ជា (OTC) ដែលរ៉ាប់រងដោយគម្រោងរបស់យើង។

សេវាដែលរ៉ាប់រង៖ ពាក្យទូទៅដែលយើងប្រើសំដៅទៅលើរាល់ការថែទាំសុខភាព សេវា និងការគាំទ្រយូរអង្វែង ការផ្គត់ផ្គង់សម្ភារៈ ឱសថមានវេជ្ជបញ្ជា និងគ្មានវេជ្ជបញ្ជា បរិក្ខារ ព្រមទាំងសេវាផ្សេងទៀតដែលគម្រោងរបស់យើងរ៉ាប់រង។

ការបណ្តុះបណ្តា លសមត្ថ ភាពខាងវប្បធម៌៖ គឺជាការបណ្តុះបណ្តាលដែលផ្តល់ការណែនាំបន្ថែមដល់អ្នកផ្តល់ការថែទាំសុខភាពរបស់យើង ដែលជួយពួកគេឱ្យយល់ដឹងបានប្រសើរជាងមុនអំពីប្រវត្តិសាវតារ គុណតម្លៃ និងជំនឿរបស់អ្នកក្នុងការសម្របសម្រួលសេវា ដើម្បីបំពេញបានតាមសេចក្តីត្រូវការខាងសង្គម វប្បធម៌ និងភាសារបស់អ្នក។

អត្រាការរួ មចំណែកលើចំណាយប្រចាំថ្ងៃ ៖ អត្រាដែលអាចនឹងអនុវត្ត នៅពេលវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាតិចជាងចំនួនផ្គត់ផ្គង់ឱសថជាក់លាក់ពេញមួយខែសម្រាប់អ្នក ហើយអ្នកត្រូវបានតម្រូវឱ្យធ្វើការទូទាត់លើការរួមបង់។ អត្រាការរួមចំណែកលើចំណាយប្រចាំថ្ងៃ គឺជាចំនួនទឹកប្រាក់រួមបង់ចែកនឹងចំនួនថ្ងៃនៃការផ្គត់ផ្គង់ក្នុងមួយខែ។

នេះគឺជាឧទាហរណ៍៖ ឧបមាថាចំនួនទឹកប្រាក់រួមបង់សម្រាប់ឱសថរបស់អ្នកសម្រាប់ការផ្គត់ផ្គង់ពេញមួយខែ (ការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេល 30 ថ្ងៃ) គឺមានចំនួន $1.35។ នេះមានន័យថាចំនួនទឹកប្រាក់ដែលអ្នកត្រូវបង់ក្នុងមួយថ្ងៃសម្រាប់ឱសថរបស់អ្នក គឺតិចជាង $0.05។ ប្រសិនបើអ្នកទទួលបានការផ្គត់ផ្គង់ឱសថរយៈពេល 7 ថ្ងៃ ការបង់ប្រាក់របស់អ្នក គឺប្រមាណ $0.05 ក្នុងមួយថ្ងៃ គុណនឹងរយៈពេល 7 ថ្ងៃ ពោលគឺការបង់ប្រាក់សរុបចំនួនប្រមាណ $0.35។

ក្រសួ ងសុខាភិបាល (Department of Health Care Services, DHCS)៖ ក្រសួងនៅរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា ដែលចាត់ចែងកម្មវិធី Medicaid (ត្រូវបានគេស្គាល់ថាជា Medi-Cal)។

ក្រសួងគ្រប់គ្រងសុខាភិបាល (Department of Managed Health Care, DMHC)៖ ក្រសួងនៅរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា ដែលទទួលបន្ទុកដាក់បញ្ញត្តិលើគម្រោងសុខភាពភាគច្រើនបំផុត។ DMHC ជួយអ្នកដែលមានបណ្តឹងតវ៉ា និងបណ្តឹងនានាទាក់ទងនឹងសេវា Medi-Cal។ DMHC ក៏ដំណើរការការពិនិត្យពិច័យដោយពេទ្យឯករាជ្យ (Independent Medical Reviews, IMR) ផងដែរ។

ការលុបឈ្មោះ៖ ដំណើរការនៃការបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់អ្នកនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើង។ ការដកឈ្មោះចេញអាចនឹងមានលក្ខណៈជាការស្ម័គ្រចិត្ត (ជាជម្រើសរបស់អ្នក) ឬមិនមែនជាការស្ម័គ្រចិត្ត (មិនមែនជាជម្រើសរបស់អ្នកទេ)។

កម្ម វិធីគ្រប់គ្រងឱសថ (Drug management program, DMP)៖ កម្មវិធីដែលជួយធ្វើឱ្យប្រាកដថាសមាជិកប្រើប្រាស់ដោយសុវត្ថិភាពនូវឱសថបំបាត់ការឈឺចាប់កម្រិតខ្លាំងតាមវេជ្ជបញ្ជា និងឱសថដែលឧស្សាហ៍ប្រើខុសផ្សេងទៀត។

លំដាប់ថ្នា ក់ឱសថ៖ គឺជាក្រុមឱសថនៅក្នុង*បញ្ជីឱសថ*។ ឱសថទូទៅ ឱសថមានម៉ាកយីហោ ឬឱសថគ្មានវេជ្ជបញ្ជា (OTC) គឺជាឧទាហរណ៍នៃលំដាប់ថ្នាក់ឱសថ។ គ្រប់ឱសថទាំងអស់នៅក្នុង*បញ្ជីឱសថ*គឺស្ថិតក្នុងលំដាប់ថ្នាក់មួយក្នុងចំណោមលំដាប់ថ្នាក់ទាំង 5។

គម្រោងតម្រូ វការពិសេសសម្រាប់អ្ន កដែលមានសិទ្ធិទទួ លបានទាំងពីរគម្រោង (Dual eligible special needs plan, D-SNP)៖ គម្រោងសុខភាពដែលបម្រើដល់បុគ្គលដែលមានសិទ្ធិទទួលបានទាំងគម្រោង Medicare និង Medi-Cal។ គម្រោងរបស់យើងគឺជា D-SNP។

បរិក្ខា រពេទ្យប្រើជាប់បានយូ រ (Durable medical equipment, DME)៖ សម្ភារៈពេទ្យជាក់លាក់ដែលវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកចេញបញ្ជាឱ្យទិញសម្រាប់ប្រើប្រាស់នៅតាមផ្ទះ។ ឧទាហរណ៍នៃសម្ភារៈទាំងនេះរួមមាន រទេះអ្នកពិការ ឈើច្រត់ ប្រព័ន្ធពូកដែលប្រើភ្លើង សម្ភារៈផ្គត់ផ្គង់សម្រាប់ជំងឺទឹកនោមផ្អែម គ្រែមន្ទីរពេទ្យដែលបញ្ជាទិញដោយអ្នកផ្តល់សេវាសម្រាប់ប្រើប្រាស់នៅផ្ទះ ម៉ាស៊ីនចាក់តាមសរសៃ ឧបករណ៍បង្កើតការបញ្ចេញសំឡេង បរិក្ខារ និងសម្ភារៈផ្គត់ផ្គង់អុកស៊ីសែន បំពង់បាញ់ទឹកថ្នាំចូលសួត និងឧបករណ៍ជំនួយក្នុងការដើរ។

ការសង្គ្រោះបន្ទា ន់៖ ការសង្គ្រោះបន្ទាន់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រនៅពេលដែលអ្នក ឬអ្នកផ្សេងទៀតដែលមានចំណេះដឹងមធ្យមអំពីបញ្ហាសុខភាពនិងថ្នាំ ជឿជាក់ថាអ្នកមានរោគសញ្ញាវេជ្ជសាស្ត្រដែលចាំបាច់ត្រូវទទួលការថែទាំព្យាបាលបន្ទាន់ភ្លាមៗ ដើម្បីជៀសវាងការបាត់បង់ជីវិត ការបាត់បង់អវៈយវៈណាមួយលើរាងកាយ ឬការបាត់បង់ ឬការចុះខ្សោយធ្ងន់ធ្ងរដល់មុខងាររាងកាយ (និងប្រសិនបើអ្នកជាស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ អាចរលូតកូន)។ រោគសញ្ញាវេជ្ជសាស្ត្រអាចជាជំងឺ របួស ការឈឺចាប់ធ្ងន់ធ្ងរ ឬស្ថានភាពសុខភាពដែលមានសភាពកាន់តែធ្ងន់ធ្ងរទៅៗ។

ការថែទាំជាអាសន្ន ៖ សេវាដែលរ៉ាប់រងដែលផ្តល់ដោយអ្នកផ្តល់សេវាដែលទទួលបានការបណ្តុះបណ្តាលដើម្បីផ្តល់សេវាជាអាសន្ន និងដែលចាំបាច់ដើម្បីព្យាបាលបែបវេជ្ជសាស្ត្រ ឬការសង្គ្រោះបន្ទាន់លើសុខភាពផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ និងឥរិយាបថសុខភាព។

ការលើកលែង៖ គឺជាការអនុញ្ញាតឱ្យទទួលបានការរ៉ាប់រងសម្រាប់ឱសថដែលជាទូទៅមិនត្រូវបានរ៉ាប់រង ឬជាការអនុញ្ញាតឱ្យប្រើប្រាស់ឱសថដែលចាំបាច់មានវិធាន និងការដាក់កម្រិតជាក់លាក់ណាមួយ។

សេវាដែលត្រូ វផាត់ចេញ៖ សេវាដែលមិនត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយគម្រោងសុខភាពនេះ។

ជំនួ យបន្ថែ ម៖ គឺជាកម្មវិធី Medicare ដែលជួយប្រជាជនមានប្រាក់ចំណូល និងធនធានមានកំណត់ ឱ្យកាត់បន្ថយតម្លៃឱសថ Medicare ផ្នែក D ដូចជាថ្លៃបង់ធានារ៉ាប់រង ប្រាក់រ៉ាប់រងត្រូវបង់មុន និងប្រាក់រួមបង់ជាដើម។ ជំនួយបន្ថែមក៏ត្រូវបានគេហៅម្យ៉ាងទៀតថា "ប្រាក់ឧបត្ថម្ភសម្រាប់អ្នកមានប្រាក់ចំណូលទាប" ឬ "LIS"។

ឱសថទូទៅ៖ ឱសថដែលបានអនុម័តដោយ នាយកដ្ឋានភោជនភណ្ឌ និងឱសថូបករណ៍ (Food and Drug Administration, FDA) ដើម្បីប្រើប្រាស់ជំនួសឱសថដែលមានម៉ាកយីហោ។ ឱសថទូទៅមានសារធាតុផ្សំដូចគ្នានឹងឱសថមានម៉ាកយីហោដែរ។ តាមធម្មតា វាមានតម្លៃថោកជាង និងមានប្រសិទ្ធភាពដូចគ្នានឹងឱសថមានឈ្មោះយីហោដែរ។

បណ្តឹងសាទុក្ខ ៖បណ្តឹងដែលអ្នករៀបចំឡើងដើម្បីប្តឹងតវ៉ាអំពីយើង ឬបណ្តាញអ្នកផ្តល់សេវា ឬឱសថស្ថានណាមួយរបស់យើង។ នេះរួមមានបណ្តឹងអំពីគុណភាពការថែទាំ ឬ គុណភាពសេវាដែលផ្តល់ជូនអ្នកដោយគម្រោងសុខភាពរបស់យើង។

កម្ម វិធីប្រឹក្សាការធានារ៉ាប់រងសុខភាព និងការគាំពារ (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP)៖ គឺជាកម្មវិធីដែលផ្តល់នូវព័ត៌មាន និងការប្រឹក្សាយោបល់ចំពោលដៅដោយឥតគិតថ្លៃអំពី Medicare។ **ជំពូកទី 2** *នៃសៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះ *ពន្យល់អំពីរបៀបទាក់ទងទៅកាន់ HICAP។*

គម្រោងសុខភាព៖ អង្គភាពមួយដែលបង្កើតឡើងដោយវេជ្ជបណ្ឌិត មន្ទីរពេទ្យ ឱសថស្ថាន អ្នកផ្តល់សេវារយៈពេលវែង និងអ្នកផ្តល់សេវាផ្សេងទៀត។ លើសពីនេះទៀត គម្រោងក៏មានអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំដែលនឹងជួយអ្នករៀបចំគ្រប់គ្រងអ្នកផ្តល់សេវា និងសេវាទាំងអស់របស់អ្នកផងដែរ។ ពួកគេទាំងអស់ធ្វើការរួមគ្នាដើម្បីផ្តល់ការថែទាំដែលអ្នកត្រូវការ។

ការវាយតម្លៃ ហានិភ័យសុខភាព (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HRA)៖ ការត្រួតពិនិត្យមើលអំពីកំណត់ត្រាសុខភាព និងស្ថានភាពបច្ចុប្បន្នរបស់អ្នកជំងឺ។ វាត្រូវបានប្រើដើម្បីស្វែងយល់អំពីសុខភាពរបស់អ្នក និងរបៀបដែលវាអាចនឹងផ្លាស់ប្តូរនាពេលអនាគត។

ជំនួ យការថែទាំសុខភាពតាមគេហដ្ឋា ន៖ បុគ្គលម្នាក់ដែលផ្តល់សេវា ដែលមិនចាំបាច់មានជំនាញជាគិលានុបដ្ឋាកឬគ្រូពេទ្យមានសញ្ញាបត្របញ្ជាក់ក៏បានដែរ ដូចជាជួយក្នុងការថែទាំសុខភាពផ្ទាល់ខ្លួន (រួមមានការងូតទឹក ការប្រើប្រាស់បង្គន់ ការស្លៀកពាក់ ឬការអនុវត្តលំហាត់ប្រាណតាមវេជ្ជបញ្ជា)។ ជំនួយការថែទាំសុខភាពតាមគេហដ្ឋាន មិនចាំបាច់មានអាជ្ញាបណ្ណថែទាំ ឬផ្តល់ការព្យាបាលទេ។

សង្គ ហដ្ឋា ន៖ កម្មវិធីថែទាំនិងទ្រទ្រង់ដើម្បីជួយដល់អ្នកដែលមានជំងឺធ្ងន់ធ្ងរដំណាក់កាលចុងក្រោយ អាចរស់នៅដោយសេចក្តីសុខ។ ស្ថានភាពជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយមានន័យថា មនុស្សម្នាក់ត្រូវបានបញ្ជាក់ដោយពេទ្យថាជាជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយ មានន័យថាអាចរស់នៅបានប្រហែល 6 ខែ ទៀត ឬតិចជាងនេះ។

- អ្នកចុះឈ្មោះដែលមានជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយ មានសិទ្ធិជ្រើសរើសមន្ទីរថែទាំអ្នកជំងឺជិតស្លាប់។
- ក្រុមអ្នកជំនាញ និងអ្នកផ្តល់ការថែទាំដែលទទួលបានការបណ្តុះបណ្តាលជាពិសេស ផ្តល់ការថែទាំដល់អ្នកជំងឺទាំងស្រុងដូចជាតម្រូវការព្យាបាលផ្លូវកាយ ផ្លូវអារម្មណ៍ ផ្នែកសង្គម និងផ្នែកសាសនា។
- យើងតម្រូវឱ្យផ្តល់បញ្ជីអ្នកផ្តល់សេវាសង្គហដ្ឋាននៅក្នុងតំបន់ភូមិសាស្ត្ររបស់អ្នកដល់អ្នក។

ការចេញវិក្ក យបត្រមិនត្រឹមត្រូ វ/មិនសមរម្យ៖ ស្ថានភាពនៅពេលអ្នកផ្តល់សេវា (ដូចជាវេជ្ជបណ្ឌិត ឬមន្ទីរពេទ្យ) ចេញវិក្កយបត្រឱ្យអ្នកលើសពីចំនួននៃថ្លៃចំណាយរួមរបស់យើងសម្រាប់សេវានានា។ ហៅទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាសមាជិក បើអ្នកទទួលបានវិក្កយបត្រណាមួយដែលអ្នកមិនយល់។

ក្នុងនាមជាសមាជិកគម្រោង អ្នកបង់តែការរួមចំណែករបស់អ្នកលើចំណាយនៃគម្រោងយើងតែប៉ុណ្ណោះ នៅពេលអ្នកទទួលបានសេវាដែលយើងរ៉ាប់រង។ យើង**មិន**អនុញ្ញាតឱ្យអ្នកផ្តល់សេវាចេញវិក្កយបត្រឱ្យអ្នកច្រើនជាងចំនួននេះទេ។

សេវាគាំទ្រនៅក្នុងផ្ទះ (In Home Supportive Services, IHSS)៖ កម្មវិធី IHSS នឹងជួយបង់ថ្លៃអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំដែលបានចុះឈ្មោះសម្រាប់សេវាដែលបានផ្តល់ជូនអ្នកដើម្បីឱ្យអ្នកមានសុវត្ថិភាពនៅក្នុងផ្ទះរបស់អ្នក។ IHSS ជាជម្រើសជំនួសការថែទាំនៅក្រៅផ្ទះ ដូចជាលំនៅវេជ្ជកម្ម ឬមន្ទីរថែទាំផ្តល់ការហូបចុកស្នាក់នៅ និងមន្ទីរថែទាំផ្សេងៗទៀត។ ដើម្បីទទួលបានសេវា គេត្រូវធ្វើការវាយតម្លៃដើម្បីកំណត់ប្រភេទសេវាណាមួយដែលអាចនឹងត្រូវបានអនុញ្ញាតសម្រាប់អ្នកចូលរួមម្នាក់ៗដោយផ្អែកលើតម្រូវការរបស់ពួកគេ។ ប្រភេទនៃសេវាដែលអាចត្រូវបានអនុញ្ញាតតាមរយៈ

IHSS មានដូចជា ការសម្អាតផ្ទះ ការរៀបចំអាហារ បោកគក់ ហាងលក់គ្រឿងទេស សេវាថែទាំផ្ទាល់ខ្លួន (ដូចជាការថែទាំពោះវៀន និងប្លោកនោម ការងូតទឹក ការសម្អាត និងសេវាពេទ្យ) អមជាមួយការណាត់ជួបផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ និងការត្រួតពិនិត្យការពារអ្នកមានបញ្ហាផ្លូវចិត្ត។ ទីភ្នាក់ងារសេវាសង្គមកិច្ចប្រចាំខោនធីជាអ្នកគ្រប់គ្រង IHSS។

ការពិនិត្យពិច័យដោយពេទ្យឯករាជ្យ (Independent Medical Review, IMR)៖ ប្រសិនបើយើងបដិសេធសំណើសុំសេវាវេជ្ជសាស្ត្រ ឬការព្យាបាលរបស់អ្នក អ្នកអាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងតវ៉ាបាន។ ប្រសិនបើអ្នកមិនយល់ស្របនឹងការសម្រេចចិត្តរបស់យើង ហើយបញ្ហារបស់អ្នកគឺទាក់ទងនឹងសេវា Medi-Cal រួមមាន DME និងឱសថផងនោះ អ្នកអាចស្នើទៅក្រសួងគ្រប់គ្រងសុខាភិបាលរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា ដើម្បីសុំ IMR បាន។ IMR គឺជាការពិនិត្យឡើងវិញនូវករណីរបស់អ្នកដោយអ្នកជំនាញដែលមិនមែនជាផ្នែកមួយនៃគម្រោងរបស់យើង។ ប្រសិនបើ IMR ត្រូវបានសម្រេចតាមការចង់បានរបស់អ្នក យើងត្រូវតែផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវសេវា ឬការព្យាបាលដែលអ្នកបានស្នើសុំ។ អ្នកមិនត្រូវបង់ថ្លៃសម្រាប់ IMR ទេ។

អង្គ ការត្រួ តពិនិត្យឯករាជ្យ (Independent Review Organization, IRO)៖ ជាអង្គការឯករាជ្យមួយដែលត្រូវបានជួលដោយ Medicare ដើម្បីពិនិត្យមើលបណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 2។ វាពុំមានទំនាក់ទំនងជាមួយយើងទេ ហើយក៏មិនមែនជាទីភ្នាក់ងាររបស់រដ្ឋាភិបាលដែរ។ ស្ថាប័ននេះសម្រេចថាតើសេចក្តីសម្រេចដែលយើងបានធ្វើ ត្រឹមត្រូវដែរឬអត់ ឬថាតើគួរតែមានការផ្លាស់ប្តូរដែរឬអត់។ Medicare មើលខុសត្រូវការងាររបស់ខ្លួន។ ឈ្មោះផ្លូវការគឺ **អង្គ ភាពពិនិត្យពិច័យឯករាជ្យ**។

គម្រោងថែទាំសម្រាប់បុគ្គ លរៀងៗខ្លួ ន ([Individualized Care Plan, ICP] ឬគម្រោងថែទាំ)៖ គម្រោងសម្រាប់សេវាអ្វីខ្លះដែលអ្នកនឹងទទួលបាន និងរបៀបដែលអ្នកនឹងទទួលបានសេវាទាំងនោះ។ គម្រោងរបស់អ្នកអាចរួមមានសេវាផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ សេវាសុខភាពផ្លូវចិត្ត សេវានិងជំនួយឧបត្ថម្ភរយៈពេលវែង។

អ្ន កជំងឺសម្រាកពេទ្យ៖ ពាក្យនេះត្រូវប្រើនៅពេលដែលអ្នកត្រូវបានគេបញ្ជូនជាផ្លូវការទៅសម្រាកនៅមន្ទីរពេទ្យដើម្បីទទួលបានសេវាព្យាបាលវេជ្ជសាស្ត្រពីអ្នកជំនាញ។ ប្រសិនបើអ្នកមិនទទួលបានការអនុញ្ញាតឱ្យសម្រាកពេទ្យជាផ្លូវការទេ នោះអ្នកនៅតែអាចត្រូវបានចាត់ទុកថាជាអ្នកជំងឺមិនសម្រាកពេទ្យ ជាជាងអ្នកជំងឺសម្រាកពេទ្យ បើទោះបីជាអ្នកសម្រាកមួយយប់នៅទីនោះក៏ដោយ។

ក្រុមថែទាំអន្ត រវិស័យ ([Interdisciplinary Care Team, ICT] ឬ ក្រុមផ្ត ល់ការថែទាំ)៖ ក្រុមថែទាំអាចរួមមានវេជ្ជបណ្ឌិត គិលានុបដ្ឋាក ទីប្រឹក្សា ឬអ្នកប្រកបវិជ្ជាជីវៈសុខាភិបាលផ្សេងទៀត ដែលពួកគេនៅទីនោះដើម្បីជួយអ្នកឱ្យទទួលបានការថែទាំដែលអ្នកត្រូវការ។ ក្រុមផ្តល់ការថែទាំរបស់អ្នក ក៏ជួយអ្នកឱ្យធ្វើគម្រោងថែទាំមួយផងដែរ។

D-SNP បែបរួ មបញ្ជ ូ ល៖ គម្រោងតម្រូវការពិសេសដែលមានសិទ្ធិទ្វេដែលរ៉ាប់រងលើ Medicare និងសេវា Medicaid ភាគច្រើន ឬ Medicaid ទាំងអស់ ក្រោមគម្រោងសុខភាពតែមួយសម្រាប់ក្រុមបុគ្គលមួយចំនួនដែលមានសិទ្ធិទទួលបានទាំង Medicare និង Medicaid។ បុគ្គលទាំងនេះត្រូវបានគេស្គាល់ថាជាបុគ្គលដែលមានសិទ្ធិទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ពេញលេញ។

ឱសថជីវសាស្ត្រ ដែលមានលក្ខ ណៈស្រដៀងប្រើដើម្បីជំនួ ស៖ ឱសថជីវសាស្ត្រមានលក្ខណៈស្រដៀងដែលអាចប្រើជំនួសបាននៅតាមឱសថស្ថានដោយមិនចាំបាច់មានវេជ្ជបញ្ជាថ្មីនោះឡើយ ព្រោះវាបំពេញតាមលក្ខខណ្ឌបន្ថែមអំពីសក្តានុពលសម្រាប់ការជំនួសដោយស្វ័យប្រវត្តិ។ ការជំនួសដោយស្វ័យប្រវត្តិនៅឱសថស្ថានគឺអាស្រ័យទៅតាមច្បាប់របស់រដ្ឋ។

បញ្ជីនៃឱសថដែលរ៉ាប់រង (បញ្ជីឱសថ)៖ បញ្ជីឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជា និងគ្មានវេជ្ជបញ្ជា (OTC) ដែលយើងរ៉ាប់រង។ យើងជ្រើសរើសឱសថដែលមាននៅក្នុងបញ្ជីនេះដោយមានជំនួយពីវេជ្ជបណ្ឌិតនិងឱសថការី។ *បញ្ជីឱសថ* នឹងប្រាប់អ្នកថាតើមានច្បាប់ណាមួយដែលអ្នកត្រូវអនុវត្តតាមដើម្បីទទួលបានឱសថរបស់អ្នក។ *បញ្ជីឱសថ* ពេលខ្លះត្រូវបានគេហៅថា "បញ្ជីឱសថ" ។

សេវា និងការគាំទ្រយូរអង្វែង (Long-term services and supports, LTSS)៖ សេវាថែទាំនិងការគាំទ្រយូរអង្វែងជួយលើកកម្ពស់ស្ថានភាពសុខភាពរយៈពេលវែង។ សេវាទាំងនេះភាគច្រើនជួយអ្នកឱ្យនៅក្នុងផ្ទះរបស់អ្នក ដូច្នេះអ្នកមិនចាំបាច់ទៅមន្ទីរគិលានុបដ្ឋាកម្ម ឬមន្ទីរពេទ្យទេ។ LTSS ដែលទទួលការរ៉ាប់រងពីគម្រោងរបស់យើងរួមមាន សេវាមនុស្សពេញវ័យតាមសហគមន៍ (CBAS) ដែលត្រូវបានគេស្គាល់ផងដែរថាជាការថែទាំសុខភាពមនុស្សពេញវ័យពេលថ្ងៃ មន្ទីរគិលានុបដ្ឋាកម្ម (Nursing Facilities, NF) និងជំនួយសហគមន៍។ IHSS និងកម្មវិធីលើកលែង 1915(c) គឺជាសេវា LTSS របស់ Medi-Cal ដែលផ្តល់ជូនក្រៅគម្រោងរបស់យើង។

ប្រាក់ឧបត្ថម្ភ សម្រាប់អ្នកដែលមានប្រាក់ចំណូលទាប (Low-income subsidy, LIS)៖ សូមមើល "ជំនួយបន្ថែម"

កម្មវិធីបញ្ជាទិញតាមសំបុត្រ៖ គម្រោងមួយចំនួនអាចផ្តល់ជូនកម្មវិធីបញ្ជាទិញតាមសំបុត្រ ដែលអនុញ្ញាតឱ្យអ្នកទទួលបានការផ្គត់ផ្គង់ឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាដែលបានរ៉ាប់រងរបស់អ្នកក្នុងរយៈពេលរហូតដល់ 3 ខែ ដែលត្រូវបានផ្ញើដោយផ្ទាល់ទៅផ្ទះរបស់អ្នក។ នេះអាចជាវិធីចំណាយមានប្រសិទ្ធភាព និងងាយស្រួលក្នុងការទទួលបានថ្នាំតាមវេជ្ជបញ្ជាដែលអ្នកប្រើជាប្រចាំ។

Medi-Cal៖ នេះគឺជាឈ្មោះរបស់កម្មវិធី Medicaid របស់រដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា។ កម្មវិធី Medi-Cal ត្រូវបានគ្រប់គ្រងដោយរដ្ឋ និងទទួលបានការទូទាត់ដោយរដ្ឋ និងរដ្ឋាភិបាលសហព័ន្ធ។

- វាជួយដល់ប្រជាពលរដ្ឋដែលមានប្រាក់ចំណូលនិងធនធានមានកម្រិត ឱ្យធ្វើការទូទាត់សេវានិងការគាំពាររយៈពេលវែង និងថ្លៃពេទ្យ។
- វារ៉ាប់រងលើសេវាបន្ថែម និងឱសថមួយចំនួនដែលមិនទទួលបានការរ៉ាប់រងដោយកម្មវិធី Medicare។
- កម្មវិធី Medicaid មានភាពខុសគ្នាពីរដ្ឋមួយទៅរដ្ឋមួយ ប៉ុន្តែថ្លៃសេវាថែទាំសុខភាពភាគច្រើន ត្រូវបានធានារ៉ាប់រង ប្រសិនបើអ្នកមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ទាំងកម្មវិធី Medicare និង Medi-Cal។

គម្រោង **Medi-Cal ៖** គម្រោងដែលរ៉ាប់រងតែអត្ថប្រយោជន៍ Medi-Cal ដូចជា សេវាថែទាំនិងការគាំទ្រយូរអង្វែង ឧបករណ៍វេជ្ជសាស្ត្រ និងមធ្យោបាយធ្វើដំណើរ។ អត្ថប្រយោជន៍ Medicare គឺមានដាច់ដោយឡែក។

Medicaid (ឬជំនួយផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ)៖ កម្មវិធីដែលដំណើរការដោយរដ្ឋាភិបាលសហព័ន្ធនិងរដ្ឋ ដែលជួយអ្នកដែលមានប្រាក់ចំណូលនិងធនធានមានកម្រិត ឱ្យបង់ថ្លៃសេវា និងការគាំទ្រយូរអង្វែង និងថ្លៃព្យាបាលនានា។ Medi-Cal នេះគឺជាកម្មវិធី Medicaid សម្រាប់រដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា។

ពេទ្យសាស្ត្រ ចាំបាច់៖នេះពិពណ៌នាអំពីសេវា ការផ្គត់ផ្គង់ ឬឱសថដែលអ្នកត្រូវការដើម្បីបង្ការ ធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ ឬព្យាបាលអាការបែបវេជ្ជសាស្ត្រ ឬថែរក្សាស្ថានភាពសុខភាពបច្ចុប្បន្នរបស់អ្នក។ នេះរួមមានការថែទាំដែលកុំឱ្យអ្នកពិបាកទៅមន្ទីរពេទ្យ ឬមន្ទីរថែទាំ។ វាក៏មានន័យសំដៅផងដែរដល់សេវា សម្ភារៈផ្គត់ផ្គង់ ឬឱសថដែលបំពេញតាមស្តង់ដានៃការអនុវត្តផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដែលបានទទួលស្គាល់។ និយមន័យរបស់រដ្ឋស្តីអំពីសេវាសុខាភិបាលចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ រួមបញ្ចូលទាំងសេវាដែលមានភាពសមស្រប និងចាំបាច់ដើម្បីការពារជីវិត ដើម្បីបង្ការជំងឺធ្ងន់ធ្ងរ ឬពិការភាពធ្ងន់ធ្ងរ ឬដើម្បីកាត់បន្ថយ ឬបំបាត់ការឈឺចាប់ធ្ងន់ធ្ងរ។

Medicare៖កម្មវិធីធានារ៉ាប់រងសុខភាពសហព័ន្ធសម្រាប់មនុស្សដែលមានអាយុ 65 ឆ្នាំឡើងទៅ មនុស្សមួយចំនួនដែលមានអាយុក្រោម 65 ឆ្នាំដែលមានពិការភាពជាក់លាក់ និងមនុស្សដែលមានជំងឺតម្រងនោមស្ថិតក្នុងដំណាក់កាលចុងក្រោយ (គឺអ្នកខូចតម្រងនោមជាអចិន្ត្រៃយ៍ ដែលទាមទារឱ្យមានការលាងឈាម ឬប្តូរក្រលៀន)។ អ្នកដែលមាន Medicare អាចទទួលបានការរ៉ាប់រងសុខភាព Medicare របស់ពួកគេ តាមរយៈ Original Medicare ឬគម្រោងថែទាំដែលមានការគ្រប់គ្រង (មើលផ្នែក “គម្រោងសុខភាព”)។

Medicare Advantage៖ កម្មវិធី Medicare ដែលត្រូវបានគេស្គាល់ថាជា "Medicare ផ្នែក C" ឬ "MA" ដែលផ្តល់ជូនគម្រោង MA តាមរយៈក្រុមហ៊ុនឯកជន។ កម្មវិធី Medicare បង់ថ្លៃឱ្យក្រុមហ៊ុនទាំងនេះដើម្បីធានារ៉ាប់រងលើអត្ថប្រយោជន៍ Medicare របស់អ្នក។

ក្រុមប្រឹក្សាបណ្តឹងតវ៉ា Medicare (ក្រុមប្រឹក្សា)៖ ក្រុមប្រឹក្សាដែលពិនិត្យបណ្តឹងតវ៉ាកម្រិត 4។ ក្រុមប្រឹក្សាគឺជាផ្នែកមួយរបស់រដ្ឋាភិបាលសហព័ន្ធ។

សេវាដែលរ៉ាប់រងដោយ Medicare៖ សេវាដែលត្រូវបានរ៉ាប់រងដោយ Medicare ផ្នែក A និង Medicare ផ្នែក B។ គម្រោងសុខភាព Medicare ទាំងអស់ រួមទាំងគម្រោងរបស់យើង ត្រូវតែរ៉ាប់រងលើសេវាទាំងអស់ដែលរ៉ាប់រងដោយ Medicare ផ្នែក A និង Medicare ផ្នែក B។

កម្ម វិធីការពារជំងឺទឹកនោមផ្អែ មរបស់ Medicare (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP)៖ កម្មវិធីបម្លាស់ប្តូរឥរិយាបថសុខភាពដែលមានរចនាសម្ព័ន្ធ ដែលផ្តល់ការបណ្តុះបណ្តាលក្នុងការផ្លាស់ប្តូរបបអាហារ៖ពេលវែង ការបង្កើនសកម្មភាពរាងកាយ និងយុទ្ធសាស្ត្រសម្រាប់ការយកឈ្នះលើបញ្ហាប្រឈមក្នុងការសម្រកទម្ងន់ និងរបៀបរស់នៅដែលមានសុខភាពល្អ។

អ្ន កចុះឈ្មោះក្នុងកម្ម វិធី Medicare-Medi-Cal៖ បុគ្គលម្នាក់ដែលមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ដើម្បីទទួលការរ៉ាប់រងពី Medicare និង Medicaid។ អ្នកចុះឈ្មោះនៅក្នុងកម្មវិធី Medicare-Medicaid ក៏ត្រូវបានគេហៅផងដែរថា "បុគ្គលដែលមានមានសិទ្ធទទួលបានកម្មវិធីទាំងពីរ។"

Medicare ផ្នែ ក A៖ កម្មវិធី Medicare ដែលរ៉ាប់រងលើមន្ទីរពេទ្យដែលចាំបាច់បំផុតផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ មន្ទីរថែទាំជំនាញ សុខភាពតាមផ្ទះ និងការថែទាំអ្នកជំងឺជិតស្លាប់។

Medicare ផ្នែ ក B៖ គឺជាកម្មវិធី Medicare ដែលរ៉ាប់រងទៅលើសេវា (ដូចជាការធ្វើតេស្តពិសោធន៍ ការវះកាត់ និងការទៅជួបវេជ្ជបណ្ឌិត) និងការផ្គត់ផ្គង់ (ដូចជារទេះជនពិការ និងឧបករណ៍ជំនួយដើរ) ដែលចាំបាច់ខាងផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ ដើម្បីព្យាបាលជំងឺ ឬស្ថានភាពសុខភាពណាមួយ។ Medicare ផ្នែក B ក៏រ៉ាប់រងលើសេវាបង្ការ និងការត្រួតពិនិត្យផងដែរ។

Medicare ផ្នែ ក C៖ កម្មវិធី Medicare ត្រូវបានគេស្គាល់ផងដែរថាជា "Medicare Advantage" ឬ "MA" ដែលអនុញ្ញាតឱ្យក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងសុខភាពឯកជនផ្តល់អត្ថប្រយោជន៍ Medicare តាមរយៈគម្រោង MA Plan។

Medicare ផ្នែ ក D៖កម្មវិធីអត្ថប្រយោជន៍ឱសថរបស់ Medicare ។ យើងហៅកម្មវិធីនេះយ៉ាងខ្លីថា៖ "ផ្នែក D"។ Medicare ផ្នែក D ធានារ៉ាប់រងលើឱសថអ្នកជំងឺក្រៅ វ៉ាក់សាំង និងការផ្គត់ផ្គង់មួយចំនួនដែលមិនត្រូវបានរ៉ាប់រងដោយ Medicare ផ្នែក A ឬ Medicare ផ្នែក B ឬ Medicaid ។ គម្រោងរបស់យើងរួមបញ្ចូល Medicare ផ្នែក D ។

ឱសថ Medicare ផ្នែ ក D៖ ឱសថដែលអាចទទួលបានការរ៉ាប់រងក្រោម Medicare ផ្នែក D។ សភាមិនបានរាប់បញ្ចូលជាពិសេសនូវប្រភេទថ្នាំមួយចំនួនពីការរ៉ាប់រងក្រោម Medicare ផ្នែក D នោះទេ។ Medicaid អាចរ៉ាប់រងលើថ្នាំទាំងនេះមួយចំនួន។

ការគ្រប់គ្រងការព្យាបាលដោយឱសថ (Medication Therapy Management, MTM)៖ កម្មវិធី Medicare ផ្នែក D សម្រាប់តម្រូវការសុខភាពស្មុគ្រស្មាញ ផ្តល់ជូនមនុស្សដែលបំពេញតម្រូវការជាក់លាក់ ឬស្ថិតនៅក្នុងកម្មវិធីគ្រប់គ្រងឱសថ។ សេវា MTM ជាធម្មតារួមបញ្ចូលការពិភាក្សាជាមួយឱសថការី ឬអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាព ដើម្បីពិនិត្យឱសថ។ មើលជំពូកទី 5 នៃ*សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។

Medi-Medi Plan៖ គម្រោង Medi-Medi Plan គឺជាប្រភេទគម្រោង Medicare Advantage។ វាជាគម្រោងសម្រាប់អ្នកដែលមានទាំង Medicare និង Medi-Cal និងរួមផ្សំអត្ថប្រយោជន៍ Medicare និង Medi-Cal ទៅក្នុងគម្រោងតែមួយ។ Medi-Medi Plan សម្របសម្រួលអត្ថប្រយោជន៍និងសេវាទាំងអស់នៅក្នុងកម្មវិធីទាំងពីរ រួមទាំងសេវាទាំងអស់ដែលរ៉ាប់រងដោយ Medicare និង Medi-Cal។

សមាជិក (សមាជិករបស់គម្រោងយើង ឬសមាជិកគម្រោង)៖បុគ្គលម្នាក់ដែលមានកម្មវិធី Medicare និង Medi-Cal ដែលពួកគេមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ដើម្បីទទួលបានសេវាដែលរ៉ាប់រង អ្នកដែលបានចុះឈ្មោះ

នៅក្នុងគម្រោងរបស់យើង និងដែលឈ្មោះរបស់ពួកគេត្រូវបានបញ្ជាក់ដោយមជ្ឈមណ្ឌលសម្រាប់សេវា Medicare និង Medicaid (CMS) និងរដ្ឋ។

សៀវភៅណែនាំសមាជិក **និង*ការបញ្ចេ ញព័ត៌មាន*៖** ឯកសារនេះអមមកជាមួយនូវទម្រង់បែបបទចុះឈ្មោះ និងឯកសារភ្ជាប់មួយចំនួនផ្សេងទៀត ឬ ឧបសម្ព័ន្ធដែលពន្យល់អំពីការរ៉ាប់រងរបស់អ្នក ប្រការដែលយើងត្រូវអនុវត្តសិទ្ធិរបស់អ្នក និងប្រការដែលអ្នកត្រូវអនុវត្តក្នុងនាមជាសមាជិករបស់គម្រោងយើង។

ផ្នែ កសេវាសមាជិក៖ ជាផ្នែកមួយស្ថិតនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើងដែលទទួលខុសត្រូវចំពោះការឆ្លើយសំណួរអំពីសមាជិកភាព អត្ថប្រយោជន៍ បណ្តឹងសាទុក្ខ និងបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នក។ សូមមើល**ជំពូ កទី 2** នៃ*សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីសេវាបម្រើសមាជិក។

ឱសថស្ថា នក្នុងបណ្តា ញ៖ ឱសថស្ថាន (ហាងលក់ឱសថ) ដែលបានព្រមព្រៀងបំពេញតាមវេជ្ជបញ្ជាសម្រាប់សមាជិករបស់គម្រោងយើង។ យើងហៅពួកគេថា៖ "ឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញ" ពីព្រោះពួកគេបានព្រមព្រៀងធ្វើការងារជាមួយនឹងគម្រោងយើង។ ក្នុងករណីភាគច្រើន យើងរ៉ាប់រងវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកតែនៅពេលដែលអ្នកបានបើកថ្នាំនៅតាមឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញណាមួយរបស់យើងប៉ុណ្ណោះ។យ

អ្ន កផ្ត ល់សេវាក្នុងបណ្តា ញ៖ "អ្នកផ្តល់សេវា" គឺជាពាក្យប្រើទូទៅដែលយើងប្រើសំដៅដល់វេជ្ជបណ្ឌិត គិលានុបដ្ឋាក និងអ្នកផ្សេងទៀតដែលផ្តល់សេវា និងការថែទាំដល់អ្នក។ ពាក្យនេះក៏រួមបញ្ចូលទាំងមន្ទីរពេទ្យ ទីភ្នាក់ងារសុខភាពតាមផ្ទះ គ្លីនិកនិងកន្លែងផ្សេងៗទៀតដែលផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវសេវាថែទាំសុខភាព សម្ភារៈបរិក្ខារពេទ្យ សេវានិងជំនួយរយៈពេលវែង។

- ពួកគេទទួលបានអាជ្ញាបណ្ណ ឬបញ្ជាក់ទទួលស្គាល់ដោយកម្មវិធី Medicare និងដោយរដ្ឋដើម្បីផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាព។
- យើងហៅពួកគេថា "អ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ" នៅពេលដែលពួកគេព្រមព្រៀងធ្វើការងារជាមួយនឹងគម្រោងសុខភាពរបស់យើង ព្រមទទួលយកការបង់ប្រាក់ពីយើង និងមិនគិតប្រាក់បន្ថែមពីសមាជិកយើងឡើយ។
- ខណៈដែលអ្នកជាសមាជិកនៃគម្រោងរបស់យើង អ្នកត្រូវតែប្រើប្រាស់អ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ ដើម្បីទទួលបានសេវាដែលបានរ៉ាប់រង។ អ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ ត្រូវបានគេហៅថា "អ្នកផ្តល់សេវានៃគម្រោង"។

លំនៅវេជ្ជ កម្ម ៖ ជាកន្លែងដែលផ្តល់ការថែទាំសម្រាប់មនុស្សដែលមិនអាចទទួលបានការថែទាំរបស់ពួកគេនៅតាមផ្ទះ ប៉ុន្តែពួកគេមិនចាំបាច់ស្នាក់នៅមន្ទីរពេទ្យទេ។

អំបាដ្សម៉ាន៖ គឺជាការិយាល័យនៅក្នុងរដ្ឋរបស់អ្នក ដែលធ្វើការជាអ្នកតស៊ូមតិជំនួសអ្នក។ ពួកគេអាចឆ្លើយសំណួរប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហា ឬការប្តឹងតវ៉ា ហើយអាចជួយអ្នកឱ្យយល់ពីអ្វីដែលត្រូវធ្វើ។ សេវាការពារក្តី គឺឥតមានគិតថ្លៃទេ។ អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានបន្ថែមនៅក្នុង**ជំពូ កទី 2 និងទី 9** នៃ*សៀវភៅណែនាំសមាជិករបស់អ្នក*នេះ។

សេចក្តីសម្រេចរបស់អង្គ ភាព៖ គម្រោងរបស់យើងធ្វើការសម្រេចចិត្តរបស់ស្ថាប័ន នៅពេលដែលយើង ឬអ្នកផ្តល់សេវាណាមួយរបស់យើង សម្រេចចិត្តថាតើសេវាត្រូវបានរ៉ាប់រង ឬថាតើអ្នកចំណាយប៉ុន្មានសម្រាប់សេវាដែលមានការរ៉ាប់រង។ សេចក្តីសម្រេចរបស់អង្គភាពគឺហៅថា "សេចក្តីសម្រេចលើការរ៉ាប់រង"។ **ជំពូ កទី 9** នៃ*សៀភៅណែនាំសមាជិក*នេះ ពន្យល់អំពីសេចក្តីសម្រេចលើការរ៉ាប់រង។

ផលិតផលជីវសាស្ត្រ ដើម៖ ជាផលិតផលជីវសាស្ត្រដែលត្រូវបានអនុម័តដោយ FDA និងហើយត្រូវបានគេប្រើជាស្តង់ដាប្រៀបធៀបនៅពេលអ្នកផលិតបង្កើតឱសថដែលមានលក្ខណៈស្រដៀងថ្មីៗ។ វាត្រូវបានគេហៅផងដែរថាជាផលិតផលយោង។

Original Medicare (Medicare ដើម ឬ Medicare ដែលឥតគិតថ្លៃ សេវា)៖ រដ្ឋាភិបាលផ្តល់ជូន Original Medicare។ នៅក្រោម Original Medicare សេវាត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយការបង់ប្រាក់ជូនវេជ្ជបណ្ឌិត មន្ទីរពេទ្យ និងអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពផ្សេងទៀតដែលសភាកំណត់។

- អ្នកអាចប្រើប្រាស់វេជ្ជបណ្ឌិតណាម្នាក់ មន្ទីរពេទ្យណាមួយ ឬអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពណាមួយផ្សេងទៀតដែលព្រមទទួលយក Medicare ។ Original Medicare មានពីរផ្នែក៖ Medicare ផ្នែក A (ការរ៉ាប់រងលើការចូលមន្ទីរពេទ្យ) និង Medicare ផ្នែក B (ការរ៉ាប់រងផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ)។
- Original Medicare គឺអាចរកបាននៅគ្រប់ទីកន្លែងនៅសហរដ្ឋអាមេរិក។
- បើអ្នកមិនចង់ចូលរួមក្នុងគម្រោងយើងទេនោះ អ្នកអាចសម្រេចជ្រើសរើសកម្មវិធី Original Medicare។

ឱសថស្ថានក្រៅបណ្តាញ៖ ឱសថស្ថានដែលមិនព្រមធ្វើការជាមួយគម្រោងរបស់យើងដើម្បីសម្របសម្រួល ឬផ្តល់ជូនឱសថដែលមានការរ៉ាប់រងទៅដល់សមាជិកណាមួយរបស់គម្រោងយើង។ គម្រោងរបស់យើងមិនរ៉ាប់រងឱសថភាគច្រើនដែលអ្នកទទួលបានពីឱសថស្ថានក្រៅបណ្តាញទេ លុះត្រាតែត្រូវនឹងលក្ខខណ្ឌមួយចំនួន។

អ្នកផ្តល់សេវាក្រៅបណ្តាញ ឬមន្ទីរពេទ្យក្រៅបណ្តាញ៖ អ្នកផ្តល់សេវា ឬមន្ទីរពេទ្យដែលមិនត្រូវបានប្រើប្រាស់ ឬគ្រប់គ្រង ឬប្រតិបត្តិដោយគម្រោងរបស់យើង និងមិនស្ថិតនៅក្រោមកិច្ចសន្យាដើម្បីផ្តល់សេវារ៉ាប់រងដល់សមាជិករបស់គម្រោងយើង។ **ជំពូកទី 3** នៃ*សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះ ពន្យល់អំពីអ្នកផ្តល់សេវា ឬមន្ទីរនៅក្រៅបណ្តាញ។

តម្លៃចេញពីហោប៉ៅ៖ តម្រូវការចំណែកតម្លៃដែលសមាជិកត្រូវបង់ប្រាក់សម្រាប់ផ្នែកនៃសេវា ឬឱសថដែលពួកគេទទួលបាន គឺត្រូវបានគេហៅផងដែរថា លក្ខខណ្ឌតម្រូវសម្រាប់ថ្លៃចំណាយ “ចេញពីហោប៉ៅ”។ មើលនិយមន័យសម្រាប់ពាក្យ “ការរួមចំណែកលើចំណាយ” ខាងលើ។

ឱសថគ្មានវេជ្ជបញ្ជា (Over-the-counter, OTC)៖ ឱសថគ្មានវេជ្ជបញ្ជា សំដៅដល់ឱសថគឺជាឱសថទាំងឡាយដែលអាចទិញបានដោយគ្មានវេជ្ជបញ្ជាពីអ្នកជំនាញថែទាំសុខភាព។

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។”

ព័ត៌មានសុខភាពផ្ទាល់ខ្លួន (ត្រូវបានហៅផងដែរថា ព័ត៌មានសុខភាពដែលបានការពារ) (Personal health information, PHI)៖ ព័ត៌មានអំពីអ្នក និងសុខភាពរបស់អ្នក ដូចជាឈ្មោះ អាសយដ្ឋាន លេខរបបសន្តិសុខ សង្គម ការជួបពិគ្រោះជាមួយគ្រូពេទ្យ និងប្រវត្តិជំងឺ។ សូមមើលសេចក្តីជូនដំណឹងពីការអនុវត្តឯកជនភាពរបស់យើង សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីរបៀបដែលយើងការពារ ប្រើប្រាស់ និងបង្ហាញ PHI របស់អ្នក ក៏ដូចជាសិទ្ធិរបស់អ្នកពាក់ព័ន្ធនឹង PHI របស់អ្នក។

សេវាបង្ការ៖ ការថែទាំសុខភាពដើម្បីបង្ការកុំឱ្យកើតជំងឺ ឬរកឃើញជំងឺនៅដំណាក់កាលដំបូង នៅពេលដែលការព្យាបាលទំនងជាមានប្រសិទ្ធភាពបំផុត (ឧទាហរណ៍ សេវាបង្ការរួមមាន ការធ្វើតេស្តរកជម្ងឺមហារីកស្បូន ការចាក់វ៉ាក់សាំងបង្ការជំងឺគ្រុនផ្តាសាយ និងការពិនិត្យថតម៉ាម៉ូក្រាម)។

អ្នកផ្តល់ការថែទាំជាបឋម (Primary Care Provider, PCP)៖ គឺជាវេជ្ជបណ្ឌិត ឬអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំផ្សេងទៀតដែលអ្នកប្រើដំបូងសម្រាប់បញ្ហាសុខភាពភាគច្រើន។ ពួកធ្វើឱ្យប្រាកដថាអ្នកទទួលបានការថែទាំដែលត្រូវការចាំបាច់ដើម្បីរក្សាបាននូវសុខភាពល្អ។

- ពួកគេក៏អាចជជែកពិភាក្សាគ្នាជាមួយនឹងក្រុមវេជ្ជបណ្ឌិត និងអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពផ្សេងៗទៀតផងដែរ អំពីបញ្ហាថែទាំព្យាបាលរបស់អ្នក និងបញ្ជូនអ្នកបន្តទៅកាន់ពួកគេ។

- ក្នុងគម្រោងសុខភាពនៃកម្មវិធី Medicare ជាច្រើន អ្នកត្រូវតែជួបពិគ្រោះជាមួយអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំបឋមរបស់អ្នកជាមុនសិន មុននឹងអ្នកជួបជាមួយនឹងអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពណាមួយផ្សេងទៀត។
- មើល**ជំពូកទី 3** នៃ*សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះសម្រាប់ព័ត៌មានអំពីការទទួលបាននូវការថែទាំព្យាបាលពីអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំបឋម។

ការអនុញ្ញា តជាមុន (Prior Authorization, PA)៖ គឺជាការយល់ព្រមដែលអ្នកត្រូវតែទទួលបានពីយើង មុនពេលអ្នកអាចទទួលបានសេវា ឬឱសថជាក់លាក់ ឬប្រើប្រាស់អ្នកផ្តល់សេវាក្រៅបណ្តាញ។ គម្រោងរបស់យើងប្រហែលជាមិនគ្របដណ្តប់លើសេវា ឬឱសថទេ ប្រសិនបើអ្នកមិនទទួលបានការយល់ព្រមជាមុន។

គម្រោងរបស់យើងរ៉ាប់រងលើសេវាវេជ្ជសាស្ត្របណ្តាញមួយចំនួន លុះត្រាតែវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក ឬអ្នកផ្តល់សេវាបណ្តាញផ្សេងទៀតទទួលបាន PA ពីយើង។

- សេវាដែលបានរ៉ាប់រងដែលត្រូវការ PA ពីគម្រោងរបស់យើងត្រូវបានសម្គាល់នៅក្នុង**ជំពូកទី 4** នៃ*សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះ។

គម្រោងរបស់យើងរ៉ាប់រងឱសថមួយចំនួន លុះត្រាតែអ្នកទទួលបាន PA ពីយើងសិន។

- ឱសថដែលរ៉ាប់រងដែលត្រូវការ PA របស់គម្រោងយើង ត្រូវបានគូសសញ្ញាសម្គាល់នៅក្នុង *បញ្ជីឱសថដែលបានរ៉ាប់រង* ហើយវិធានត្រូវបានបង្ហោះនៅលើគេហទំព័ររបស់យើង។

កម្ម វិធីថែទាំដែលរួមគ្រប់យ៉ាងសម្រាប់មនុស្សចាស់ (Program of All-Inclusive Care for the Elderly, PACE)៖ កម្មវិធីមួយដែលរ៉ាប់រងអត្ថប្រយោជន៍ Medicare និង Medi-Cal រួមគ្នាសម្រាប់អ្នកដែលមានអាយុ 55 ឆ្នាំឡើងទៅ ដែលត្រូវការការថែទាំក្នុងកម្រិតខ្ពស់ជាងនេះសម្រាប់ការស់នៅតាមផ្ទះ។

គ្រឿងសិប្បនិម្មិត និងទម្រ៖ ឧបករណ៍វេជ្ជសាស្ត្រដែលបានចេញវេជ្ជបញ្ជាដោយវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក ឬអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពផ្សេងទៀតដែលបានរ៉ាប់រងរួមមានជាអាទិ៍ ទ្រនាប់រណបដៃ ខ្នងនិងក អវយវៈសិប្បនិម្មិត ភ្នែកសិប្បនិម្មិត និងឧបករណ៍ចាំបាច់ផ្សេងទៀតសម្រាប់ដាក់ជំនួសផ្នែកឬមុខងារខាងក្នុងនៃរាងកាយ រួមមានដូចជាឧបករណ៍សម្រាប់បើកប្រហោងបង្ហូរ និងការព្យាបាលដោយអាហារបំប៉នតាមមាត់និងដាក់បញ្ចូលតាមសរសៃរជាដើម។

ស្ថា ប័នលើកកម្ព ស់គុណភាព (Quality improvement organization, QIO)៖ ក្រុមវេជ្ជបណ្ឌិត និងអ្នកជំនាញថែទាំសុខភាពផ្សេងៗទៀតដែលជួយលើកកម្ពស់គុណភាពនៃការថែទាំសម្រាប់មនុស្សដែលទទួលបានកម្មវិធី Medicare។ រដ្ឋាភិបាលសហព័ន្ធបង់ប្រាក់ឱ្យ QIO ដើម្បីពិនិត្យ និងកែលម្អការថែទាំដែលផ្តល់ឱ្យដល់អ្នកជំងឺ។ សូមមើល**ជំពូកទី 2** នៃ*សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះ សម្រាប់ព័ត៌មានអំពី QIO។

ការដាក់កម្រិតបរិមាណ៖ ការដាក់កម្រិតទៅលើបរិមាណឱសថដែលអ្នកអាចមាន។ យើងអាចដាក់កម្រិតទៅលើបរិមាណឱសថដែលយើងរ៉ាប់រងក្នុងវេជ្ជបញ្ជា។

កម្ម វិធីមើលអត្ថ ប្រយោជន៍ភ្លា មៗ៖ ជាកម្មវិធីតាមប្រព័ន្ធផតថល ឬតាមកុំព្យូទ័រ ដែលអ្នកចុះឈ្មោះអាចរកមើលព័ត៌មានអត្ថប្រយោជន៍និងឱសថដែលបានរ៉ាប់រងទៅតាមអ្នកចុះឈ្មោះ បានពេញលេញ ត្រឹមត្រូវ ទាន់ពេលវេលា សមស្របតាមការព្យាបាល។ នេះរាប់បញ្ចូលទាំងចំនួនទឹកប្រាក់នៃចំណែកចំណាយ ថ្នាំជំនួសដែលអាចប្រើសម្រាប់ស្ថានភាពសុខភាពដូចគ្នាទៅនឹងថ្នាំដែលបានផ្តល់ឱ្យ និងការរឹតបន្តឹងលើការធានារ៉ាប់រង (ការអនុញ្ញាតជាមុន ការព្យាបាលតាមជំហាន កម្រិតបរិមាណកំណត់) ដែលអនុវត្តចំពោះថ្នាំជំនួស។

ការបញ្ជ នបន្ត ៖ ការបញ្ជូនបន្តគឺជាការយល់ព្រមរបស់អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំបឋម (PCP) របស់អ្នក ឱ្យប្រើប្រាស់អ្នកផ្តល់សេវាផ្សេងក្រៅពី PCP របស់អ្នក។ ប្រសិនបើអ្នកមិនទទួលបានការយល់ព្រមជាមុនទេ យើងប្រហែលជាមិន

រ៉ាប់រងលើសេវានោះទេ។ អ្នកមិនត្រូវការការបញ្ជូនទៅប្រើអ្នកឯកទេសមួយចំនួនដូចជាអ្នកឯកទេសសុខភាពស្ត្រីជាដើម។ អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានបន្ថែមអំពីការបញ្ជូនបន្តនៅក្នុង**ជំពូកទី 3 និងទី 4** នៃ*សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះ។

សេវាស្តារនីតិសម្បទា៖ គឺជាការព្យាបាលដែលអ្នកទទួលបានដើម្បីជួយអ្នកជាសះស្បើយពីជំងឺ គ្រោះថ្នាក់ ឬការវះកាត់សំខាន់ៗ។ សូមមើល **ជំពូកទី 4** នៃ*សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះដើម្បីសិក្សាបន្ថែមអំពីសេវាស្តារនីតិសម្បទា។

សេវាដែលពាក់ព័ន្ធ នឹងឯកជនភាព៖ សេវាទាក់ទងនឹងសុខភាពផ្លូវចិត្ត ឬឥរិយាបថសុខភាព សុខភាពផ្លូវភេទ និងការបន្តពូជ ការធ្វើគម្រោងគ្រួសារ ជំងឺកាមរោគ (sexually transmitted infections, STI) វីរុសហ៊ីវ/ជំងឺអេដស៍ ការរំលោភផ្លូវភេទ និងការរំលូតកូន វិបត្តិការប្រើប្រាស់សារធាតុញៀន ការថែទាំបញ្ចាក់ពីយេនឌ័រ និងអំពើហិង្សាដៃគូជិតស្និទ្ធ។

តំបន់សេវា៖ គឺជាតំបន់ភូមិសាស្ត្រដែលគម្រោងសុខភាពទទួលយកសមាជិក ប្រសិនបើគម្រោងនោះកំណត់ភាពជាសមាជិកដោយផ្អែកលើទីកន្លែងរស់នៅ។ សម្រាប់គម្រោងដែលកំណត់វេជ្ជបណ្ឌិត និងមន្ទីរពេទ្យដែលអ្នកអាចប្រើ ជាទូទៅវាជាតំបន់ដែលអ្នកអាចទទួលបានសេវាជាប្រចាំ (មិនសង្គ្រោះបន្ទាន់)។ មានតែអ្នករស់នៅក្នុងតំបន់សេវារបស់យើងប៉ុណ្ណោះដែលអាចចូលរួមក្នុងគម្រោងរបស់យើងបាន។

ការរួមចំណែកលើចំណាយ៖ ជាចំណែកនៃថ្លៃចំណាយទៅលើការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក ដែលអ្នកអាចនឹងចាំបាច់ត្រូវបង់រាល់ខែ មុននឹងអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នកចាប់ផ្តើមមានប្រសិទ្ធភាព។ ទឹកប្រាក់នៃការរួមចំណែកលើចំណាយរបស់អ្នក មានការប្រែប្រួល អាស្រ័យលើប្រាក់ចំណូល និងធនធានរបស់អ្នក។

មន្ទីរគិលានុបដ្ឋាកម្ម មានជំនាញ (Skilled nursing facility, SNF)៖ ជាមន្ទីរថែទាំដែលមានបុគ្គលិកនិងសម្ភារៈដើម្បីផ្តល់ការថែទាំជំនាញ ហើយក្នុងករណីភាគច្រើន ផ្តល់សេវាស្តារនីតិសម្បទាជំនាញ និងសេវាទាក់ទងនឹងសុខភាពផ្សេងទៀត។

ការថែទាំក្នុងមន្ទីរថែទាំជំនាញ (SNF)៖ សេវាថែទាំជំនាញ និងសេវាការស្តារនីតិសម្បទា ដែលបានផ្តល់ជូនជាបន្តបន្ទាប់ ប្រចាំថ្ងៃនៅក្នុងមន្ទីរថែទាំជំនាញមួយ។ ឧទាហរណ៍នៃការថែទានៅមន្ទីរគិលានុបដ្ឋាកម្មមានជំនាញរួមមានការព្យាបាលដោយចលនា ឬការចាក់ថ្នាំតាមសរសៃ (intravenous, IV) ដែលគិលានុបដ្ឋាកមានការបញ្ជាក់ឬវេជ្ជបណ្ឌិតអាចផ្តល់ឱ្យបាន។

អ្នក ឯកទេស៖ វេជ្ជបណ្ឌិតដែលព្យាបាលបញ្ហាថែទាំសុខភាពមួយចំនួន។ ឧទាហរណ៍ គ្រូពេទ្យវះកាត់សណ្ឋានឆ្អឹង ព្យាបាលឆ្អឹងបានបាក់ អ្នកជំនាញខាងអាឡែរជី ព្យាបាលអាឡែរជី និងវេជ្ជបណ្ឌិតបេះដូង ព្យាបាលបញ្ហាបេះដូង។ ក្នុងករណីភាគច្រើន សមាជិកម្នាក់នឹងត្រូវការការបញ្ជូនពី PCP របស់គេ ដើម្បីទៅជួបអ្នកឯកទេស។

ឱសថស្ថាន ឯកទេស៖ សូមមើល**ជំពូកទី 5** នៃ*សៀវភៅណែនាំសមាជិក*នេះដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពីឱសថស្ថានឯកទេស។

រដ្ឋ សវនាការ៖ ប្រសិនបើវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក ឬអ្នកផ្តល់សេវាដទៃទៀតស្នើសុំសេវា Medi-Cal ដែលយើងនឹងមិនឯកភាពផ្តល់ជូន ឬយើងនឹងមិនបន្តបង់ថ្លៃឱ្យសេវា Medi-Cal ដែលអ្នកមានរួចហើយនោះ អ្នកអាចមានសិទ្ធិស្នើសុំរដ្ឋសវនាការបាន។ ប្រសិនបើរដ្ឋសវនការមានការសម្រេចតាមការចង់បានរបស់អ្នក យើងត្រូវតែផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវសេវាដែលអ្នកបានស្នើសុំ។

ការព្យាបាលតាមដំណាក់កាល៖ គឺជាវិធានរ៉ាប់រងដែលតម្រូវឱ្យអ្នកសាកល្បងទទួលទានថ្នាំផ្សេង មុននឹងយើងរ៉ាប់រងឱសថដែលអ្នកស្នើសុំ។

ប្រាក់ចំណូលរបបសន្តិសុខបំពេញបន្ថែម (Supplemental Security Income, SSI)៖ អត្ថប្រយោជន៍ប្រចាំខែផ្នែកសន្តិសុខសង្គម បង់ជូនអ្នកដែលមានប្រាក់ចំណូលនិងធនធានមានកម្រិត ដែលជាជនពិការ ពិការភ្នែក ឬអ្នកមានអាយុ 65 ឆ្នាំឡើងទៅ។ អត្ថប្រយោជន៍ SSI មិនដូចគ្នានឹងអត្ថប្រយោជន៍សន្តិសុខសង្គមទេ។

ការថែទាំដែលត្រូវការជាបន្ទា ន់៖ ការថែទាំដែលអ្នកទទួលបានសម្រាប់ជំងឺ របួសដែលពុំអាចដឹងមុន ឬស្ថានភាព ដែលមិនបន្ទាន់ ប៉ុន្តែត្រូវការការថែទាំភ្លាមៗ។ អ្នកអាចទទួលបានការថែទាំដែលត្រូវការជាបន្ទាន់ពីអ្នកផ្តល់សេវា ក្រៅបណ្តាញ នៅពេលដែលអ្នកមិនអាចទៅជួបជាមួយផ្តល់សេវានៅក្នុងបណ្តាញបាន ដោយមូលហេតុពេលវេលា ទីកន្លែង ឬកាល:ទេស:របស់អ្នក មិនអំណោយផើ ឬវាមិនសមហេតុផលក្នុងការទទួលសេវាពីអ្នកផ្តល់សេវាក្នុង បណ្តាញ (ឧទាហរណ៍ នៅពេលអ្នកនៅខាងក្រៅតំបន់សេវារបស់គម្រោង ហើយអ្នកត្រូវការសេវាផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ បន្ទាន់សម្រាប់ស្ថានភាពដែលមើលមិនឃើញ ប៉ុន្តែវាមិនមែនជាការសង្គ្រោះបន្ទាន់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ)។

សេវាសមាជិក L.A. Care Medicare Plus

ហៅទូ រសព្ទ ទៅលេខ	1-833-522-3767 ការហៅទូរសព្ទ ទៅកាន់លេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃ ។ 24 ម៉ោងក្នុងមួ យថ្ងៃ 7 ថ្ងៃ ក្នុងមួ យ សប្តា ហ៍ រួមទាំងថ្ងៃ ឈប់សម្រាក។ សេវាសមាជិកក៏មានផ្ត ល់ជូ នសេវាបកប្រែផ្ទា ល់មាត់ឥតគិតថ្លៃ ផងដែរ សម្រាប់អ្ន ក ដែលមិនចេះនិយាយភាសាអង់គ្លេ ស។
TTY	711 លេខនេះតម្រូវឱ្យមានឧបករណ៍ទូ រសព្ទ ពិសេស និងសម្រាប់តែមនុស្សដែលមានភាព លំបាកក្នុងការស្តា ប់ ឬការនិយាយប៉ុណ្ណោះ។ ការហៅទូរសព្ទ ទៅកាន់លេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃ ។ 24 ម៉ោងក្នុងមួ យថ្ងៃ 7 ថ្ងៃ ក្នុងមួ យ សប្តា ហ៍ រួមទាំងថ្ងៃ ឈប់សម្រាក។
ផ្ញើទូ រសារទៅលេខ	1-213-438-5712
សរសេរទៅកាន់	L.A. Care Medicare Plus Attn: Member Services Department 1200 West 7th Street Los Angeles, CA 90017
គេហទំព័រ	medicare.lacare.org

For All of L.A.

លេខទូរសព្ទឥតគិតថ្លៃ៖ **1.833.522.3767** | TTY: **711** **lacare.org**

LA3966 KH 09/25