

L.A. Care
HEALTH PLAN®

L.A. Care Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan)

បានផ្តល់ជូនដោយ L.A. Care Health Plan

សេចក្តីប្រកាសពីការផ្លាស់ប្តូរប្រចាំឆ្នាំ សំរាប់ឆ្នាំ 2018

បច្ចុប្បន្ននេះអ្នកបានចុះឈ្មោះ ជាសមាជិកម្នាក់នៃ L.A. Care Cal MediConnect Plan។ នឹងមានការផ្លាស់ប្តូរមួយចំនួន ចំពោះអត្ថប្រយោជន៍ ការរ៉ាប់រង និងតម្លៃរបស់គំរោង នៅឆ្នាំក្រោយ។ សេចក្តីប្រកាសពីការផ្លាស់ប្តូរប្រចាំឆ្នាំ នេះ ប្រាប់អ្នកអំពីការផ្លាស់ប្តូរ។

ធនធានបន្ថែម

- If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call **1-888-522-1298** (TTY: 711), 24 hours a day, 7 days a week, including holidays. The call is free.
- Si usted habla español, los servicios de asistencia con el idioma estarán disponibles para usted sin costo. Llame al **1-888-522-1298** (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos. La llamada es gratuita.
- 如果您說中文，您可免費獲得語言協助服務。請致電 **1-888-522-1298** (TTY: 711)，服務時間為每週7天，每天24小時（包含假日）。這是免費電話。
- Nếu quý vị nói tiếng Việt, hiện có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí cho quý vị. Gọi **1-888-522-1298** (TTY: 711), 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần, kể cả các ngày lễ. Cuộc gọi này miễn phí.
- 한국어를 사용하실 경우 언어지원서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 주 7일, 하루 24시간 (공휴일 포함) 동안 이용 가능한 **1-888-522-1298** (TTY: 711) 번으로 전화하십시오. 통화료는 무료입니다.
- Եթե խոսում եք հայերեն, լեզվական աջակցության ծառայությունները հասանելի են 24 անվճար: Զանգահարեք **1-888-522-1298** հեռախոսահամարով (TTY: 711), օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր, ներառյալ տոնական օրերը: Հեռախոսազանգն անվճար է:
 - إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية، متوفرة لك، مجاناً. اتصل على **1-888-522-1298** (TTY: 711) 24 ساعة في اليوم و7 أيام في الأسبوع، بما في ذلك أيام العطلات. هذه المكالمات مجانية.
- Если вы говорите по-русски, вы можете воспользоваться бесплатными услугами переводчика. Звоните по телефону **1-888-522-1298** (TTY: 711), круглосуточно, без выходных, включая праздничные дни. Звонок бесплатный.
- 日本語のサービスを無料でご利用いただけます。 **1-888-522-1298** (TTY: 711) までお電話ください。このサービスは年中無休(祝祭日を含む)でご利用いただけます。通話料は無料です。
- اگر به زبان فارسی صحبت می کنید، خدمات کمک در زمینه زبان بطور رایگان در اختیار شما قرار دارد. می توانید در تمام 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته، حتی روزهای تعطیل با **1-888-522-1298** (TTY: 711) تماس بگیرید. تماس رایگان می باشد.



បើសិនអ្នកមានសំណួរ សូមទូរស័ព្ទទៅ L.A. Care Cal MediConnect Plan តាមលេខ **1-888-522-1298** (TTY: 711) បាន 24 ម៉ោងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃមួយអាទិត្យ រួមទាំងថ្ងៃបុណ្យផង។ ការហៅនេះគឺឥតគិតថ្លៃឡើយ។ សំរាប់ព័ត៌មានបន្ថែម មើល www.calmedicconnectla.org។

- L.A. Care Cal MediConnect Plan បានផ្តល់ជូនដោយ L.A. Care Health Plan។ នៅពេល សេចក្តីប្រកាសពីការផ្លាស់ប្តូរប្រចាំឆ្នាំ នេះ និយាយថា “យើង” “ពួកយើង” ឬ “របស់យើង” វាមានន័យថា L.A. Care Health Plan។ នៅពេលវានិយាយថា “គំរោង” ឬ “គំរោងរបស់យើង” វាមានន័យថា L.A. Care Cal MediConnect។

ការបដិសេធន៍

ការកំរិត ថ្លៃរួមបង់ និងលក្ខខណ្ឌ អាចនឹងពាក់ព័ន្ធ។ សំរាប់ព័ត៌មានបន្ថែម ទូរស័ព្ទទៅផ្នែកសេវាសមាជិក L.A. Care Cal MediConnect Plan ឬអាន សៀវភៅណែនាំសមាជិក L.A. Care Cal MediConnect Plan។ នេះមានន័យថា អ្នកអាចនឹងត្រូវបង់ថ្លៃសេវាមួយចំនួន ហើយថាអ្នកចាំបាច់ត្រូវធ្វើតាមវិន័យខ្លះ ដើម្បីឲ្យ L.A. Care Cal MediConnect បង់ថ្លៃសេវារបស់អ្នក។

បញ្ជីឱសថដែលរ៉ាប់រង និង/ឬ បណ្តាញឱសថស្ថាន និងអ្នកផ្តល់សេវា អាចនឹងផ្លាស់ប្តូរនៅទូទាំងឆ្នាំ។ យើងនឹងធ្វើជូនអ្នកនូវសេចក្តីជូនដំណឹង មុននឹងយើងធ្វើការផ្លាស់ប្តូរដែលអាចប៉ះពាល់ដល់អ្នក។

អត្ថប្រយោជន៍ និងការរួមបង់ អាចនឹងផ្លាស់ប្តូរនៅថ្ងៃទី 1 ខែមករា រៀងរាល់ឆ្នាំ។

ការរួមបង់ សំរាប់ឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាអាចនឹងខុសៗគ្នា យោងលើកំរិត ជំនួយបន្ថែម ដែលអ្នកទទួលបាន។ សូមទាក់ទងគំរោងសំរាប់សេចក្តីពិស្តារថែមទៀត។

នេះមិនមែនជាបញ្ជីសព្វគ្រប់ទេ។ ព័ត៌មានអត្ថប្រយោជន៍ គឺជាសេចក្តីសង្ខេប មិនមែនជាការពណ៌នាសព្វគ្រប់នៃអត្ថប្រយោជន៍ឡើយ។ សំរាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមទាក់ទងគំរោងសុខភាព ឬអានសៀវភៅណែនាំសមាជិក។

បញ្ជីឱសថដែលរ៉ាប់រង និង/ឬ បណ្តាញឱសថស្ថាន និងអ្នកផ្តល់សេវា អាចនឹងផ្លាស់ប្តូរនៅទូទាំងឆ្នាំ។ យើងនឹងធ្វើជូនអ្នកនូវសេចក្តីជូនដំណឹង មុននឹងយើងធ្វើការផ្លាស់ប្តូរដែលអាចប៉ះពាល់ដល់អ្នក។



បើសិនអ្នកមានសំណួរ សូមទូរស័ព្ទទៅ L.A. Care Cal MediConnect Plan តាមលេខ **1-888-522-1298 (TTY: 711)** បាន 24 ម៉ោងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃមួយអាទិត្យ រួមទាំងថ្ងៃបុណ្យផង។ ការហៅនេះគឺឥតគិតថ្លៃឡើយ។ **សំរាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** មើល www.calmedicconnectla.org។

មាតិកាវៀង

- A. គិតអំពីការរ៉ាប់រងនៃ Medicare និង Medi-Cal របស់អ្នក សំរាប់ឆ្នាំក្រោយ..... 5**
- B. ការផ្លាស់ប្តូរចំពោះបណ្តាញអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថាន 6**
- C. ការផ្លាស់ប្តូរចំពោះអត្ថប្រយោជន៍ និងតម្លៃ សំរាប់ឆ្នាំក្រោយ 6**
 - ការផ្លាស់ប្តូរចំពោះអត្ថប្រយោជន៍ សំរាប់សេវាសុខភាព..... 6
 - ការផ្លាស់ប្តូរចំពោះការរ៉ាប់រងឱសថមានវេជ្ជបញ្ជា 7
 - ដំណាក់កាលទី 1: “ដំណាក់កាលការរ៉ាប់រងដំបូង” 8
 - ដំណាក់កាលទី 2: “ដំណាក់កាលការរ៉ាប់រងគ្រោះមហន្តរាយ” 9
- D. ការផ្លាស់ប្តូរ ការគ្រប់គ្រង 10**
- E. ការសំរេចជ្រើសយកគំរោងណាមួយ 10**
 - បើសិនអ្នកចង់នៅក្នុង L.A. Care Cal MediConnect Plan..... 10
 - បើសិនអ្នកចង់ផ្លាស់ប្តូរទៅ Cal MediConnect plan ផ្សេងទៀត 10
 - បើសិនអ្នកចង់ចាកចេញពីកម្មវិធី Cal MediConnect 10
- F. ការទទួលជំនួយ 12**
 - ការទទួលជំនួយពី L.A. Care Cal MediConnect Plan..... 12
 - ការទទួលជំនួយពី ជើងសាការចុះឈ្មោះរដ្ឋ 12
 - ការទទួលជំនួយពី Cal MediConnect Ombuds Program..... 13
 - ការទទួលជំនួយពី កម្មវិធីប្រឹក្សាការធានារ៉ាប់រងសុខភាព និងការគាំពារ 13
 - ការទទួលជំនួយពី Medicare 13
 - ការទទួលជំនួយពី ក្រសួងគ្រប់គ្រងសុខាភិបាល រដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា 14

A. គិតអំពីការរ៉ាប់រងនៃ Medicare និង Medi-Cal របស់អ្នក សំរាប់ឆ្នាំក្រោយ

វាជាសារៈសំខាន់ ដើម្បីពិនិត្យការរ៉ាប់រងរបស់អ្នកឡើងវិញឥឡូវនេះ ដើម្បីឱ្យប្រាកដថាវានឹងនៅតែស្របតាម សេចក្តីត្រូវការរបស់អ្នក នៅឆ្នាំក្រោយ។ បើសិនវាមិនស្របតាមសេចក្តីត្រូវការរបស់អ្នកទេ អ្នកអាចចាកចេញពីគំរោងនេះនៅពេលណាក៏បាន។

បើសិនអ្នកជ្រើសរើសចាកចេញពី L.A. Care Cal MediConnect Plan សមាជិកភាពរបស់អ្នកនឹងចប់នៅថ្ងៃចុងក្រោយ នៃខែដែលអ្នកបានស្នើសុំចាកចេញ។

បើសិនអ្នកចាកចេញពីគំរោងរបស់យើង អ្នកនឹងនៅតែនៅក្នុងកម្មវិធី Medicare និង Medi-Cal ដដែល ដរាបណាអ្នកមានសិទ្ធិ ទទួល។

- អ្នកនឹងមានជំងឺសម្បូរ អំពីរបៀបទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ Medicare របស់អ្នក (ទៅមើលទំព័រ 10 ដើម្បីមើលជំងឺសរបស់អ្នក)។
- អ្នកនឹងទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ Medi-Cal របស់អ្នកតាមរយៈគំរោង Medi-Cal គ្រប់គ្រងការថែទាំ តាមចិត្តរបស់អ្នក (ទៅមើល ទំព័រ 12 សំរាប់ព័ត៌មានបន្ថែម)។

កិច្ចការសំខាន់ដែលត្រូវធ្វើ៖

- ឆែកមើល បើសិនមានការផ្លាស់ប្តូរចំពោះអត្ថប្រយោជន៍ និងតម្លៃរបស់យើង ដែលអាចនឹងប៉ះពាល់ដល់អ្នក។** តើមានការផ្លាស់ ប្តូរអ្វី ដែលប៉ះពាល់ដល់សេវាដែលអ្នកប្រើឬទេ? វាជាសារៈសំខាន់ ដើម្បីពិនិត្យឡើងវិញ ពីការផ្លាស់ប្តូរអត្ថប្រយោជន៍ និងតម្លៃ ដើម្បីឱ្យ ប្រាកដថាវានឹងមានប្រសិទ្ធភាពសំរាប់អ្នក នៅឆ្នាំក្រោយ។ មើលក្នុង **ផ្នែក C** សំរាប់ព័ត៌មានអំពីការផ្លាស់ប្តូរអត្ថ ប្រយោជន៍ និងតម្លៃ សំរាប់គំរោងរបស់យើង។
- ឆែកមើល បើសិនមានការផ្លាស់ប្តូរអ្វីមួយ ចំពោះការរ៉ាប់រងឱសថមានវេជ្ជបញ្ជារបស់យើង ដែលអាចនឹងប៉ះពាល់ដល់អ្នក។** តើឱសថរបស់អ្នក នឹងត្រូវបានរ៉ាប់រងឬទេ? តើវានៅក្នុងថ្នាក់ចំណែកតម្លៃ ផ្សេងទៀតឬ? តើអ្នកអាចបន្តប្រើឱសថស្ថានដដែល បានឬទេ? វាជាសារៈសំខាន់ ដើម្បីពិនិត្យឡើងវិញពីការផ្លាស់ប្តូរ ដើម្បីឱ្យប្រាកដថា ការរ៉ាប់រងឱសថរបស់យើង នឹងមាន ប្រសិទ្ធភាពសំរាប់អ្នក នៅឆ្នាំក្រោយ។ មើលក្នុង **ផ្នែក C** សំរាប់ព័ត៌មានអំពីការផ្លាស់ប្តូរចំពោះការរ៉ាប់រងឱសថ របស់យើង។
- ឆែកមើល បើសិនអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថានរបស់អ្នក នឹងនៅក្នុងបណ្តាញរបស់យើង នៅឆ្នាំក្រោយ។** តើវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក នៅក្នុងបណ្តាញរបស់យើងឬទេ? ចុះតើអំពីឱសថស្ថានរបស់អ្នកវិញ? ចុះតើអំពីមន្ទីរពេទ្យ ឬអ្នកផ្តល់សេវាផ្សេងទៀត ដែលអ្នកប្រើវិញ? មើលក្នុង **ផ្នែក B** សំរាប់ព័ត៌មានអំពី **បញ្ជីឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថាន** របស់យើង។
- គិតអំពីតម្លៃទូទៅរបស់អ្នក នៅក្នុងគំរោង។ តើអ្នកនឹងចំណាយពីហោប៉ៅប៉ុន្មាន សំរាប់សេវា និងឱសថមានវេជ្ជបញ្ជា ដែលអ្នក ប្រើជាទៀងទាត់? តើតម្លៃសរុបយ៉ាងណា បើប្រៀបធៀបនឹងជំងឺសការរ៉ាប់រងផ្សេងទៀត?
- គិតអំពីថាតើអ្នកសប្បាយចិត្តជាមួយគំរោងរបស់យើង ឬយ៉ាងណា។

បើសិនអ្នកសំរេចចិត្តនៅជាមួយ L.A. Care Cal MediConnect Plan៖	បើសិនអ្នកសំរេចចិត្តផ្លាស់ប្តូរ គំរោង៖
បើសិនអ្នកចង់នៅជាមួយយើង នៅឆ្នាំក្រោយ វាងាយស្រួល ទេតើ – អ្នកមិនចាំបាច់ធ្វើអ្វីទាំងអស់។ បើសិនអ្នកមិនធ្វើការ ផ្លាស់ប្តូរទេ អ្នកនឹងបានចុះឈ្មោះដោយស្វ័យប្រវត្តិ នៅក្នុង គំរោងរបស់យើង។	បើសិនអ្នកសំរេចចិត្តថាការរ៉ាប់រងផ្សេងទៀត នឹងស្របតាម សេចក្តីត្រូវការរបស់អ្នកប្រសើរជាង អ្នកអាចដូរគំរោងនៅពេល ណាក៏បាន។ បើសិនអ្នកចុះឈ្មោះនៅក្នុងគំរោងថ្មី ការរ៉ាប់រងថ្មី របស់អ្នកនឹងចាប់ផ្តើមនៅថ្ងៃដំបូងនៃខែបន្ទាប់។ មើលក្នុងផ្នែក E ទំព័រ 10 ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពីជំងឺសរបស់អ្នក។

B. ការផ្លាស់ប្តូរចំពោះបណ្តាញអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថាន

បណ្តាញអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថានរបស់យើង បានផ្លាស់ប្តូរសំរាប់ឆ្នាំ 2018។

យើងសូមដាស់តឿនអ្នកយ៉ាងខ្លាំង ឲ្យពិនិត្យឡើងវិញ នូវបញ្ជីឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថានបច្ចុប្បន្នរបស់យើង ក្នុងរយៈពេលអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថានរបស់អ្នក នៅតែនៅក្នុងបណ្តាញរបស់យើងដដែល។ បញ្ជីឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថាន ទាន់បច្ចុប្បន្នកាល គឺស្ថិតនៅលើគេហទំព័ររបស់យើង នៅ www.calmediconnectla.org។ អ្នកក៏អាចទូរស័ព្ទទៅផ្នែកសេវាសមាជិក តាមលេខ 1-888-522-1298 (TTY: 711) បាន 24 ម៉ោងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃមួយអាទិត្យ រួមទាំងថ្ងៃបុណ្យផង សំរាប់ព័ត៌មានអ្នកផ្តល់សេវា ទាន់បច្ចុប្បន្នកាល ឬស្នើមកយើងឲ្យផ្ញើជូនអ្នកនូវ បញ្ជីឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថាន។

វាជាសារៈសំខាន់ ដែលអ្នកដឹងថាយើងក៏អាចធ្វើការផ្លាស់ប្តូរចំពោះបណ្តាញរបស់យើង ក្នុងអំឡុងឆ្នាំដែរ។ បើសិនអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក ចាកចេញពីគំរោង អ្នកមានសិទ្ធិ និងការការពារខ្លះៗ សំរាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមមើលជំពូក 3 នៃសៀវភៅណែនាំសមាជិក របស់អ្នក។

C. ការផ្លាស់ប្តូរចំពោះអត្ថប្រយោជន៍ និងតម្លៃ សំរាប់ឆ្នាំក្រោយ

ការផ្លាស់ប្តូរចំពោះអត្ថប្រយោជន៍ សំរាប់សេវាសុខភាព

យើងកំពុងផ្លាស់ប្តូរការរ៉ាប់រងរបស់យើង សំរាប់សេវាសុខភាពខ្លះ នៅឆ្នាំក្រោយ។ តារាងខាងក្រោមរៀបរាប់ពីការផ្លាស់ប្តូរទាំងនេះ។

	ឆ្នាំ 2017 (ឆ្នាំនេះ)	ឆ្នាំ 2018 (ឆ្នាំក្រោយ)
មិនមែនយានជំនិះពេទ្យ	អ្នកបង់ថ្លៃរួមបង់ \$0 សំរាប់មិនមែន យានជំនិះពេទ្យ។ អត្ថប្រយោជន៍នេះ អនុញ្ញាតសំរាប់ យាន ជំនិះ ដើម្បីទៅទទួលសេវាសុខភាព តាម រយៈពេលទ្វារដឹកអ្នកជំងឺរោគ, ទ្វារតាក់ស៊ី, ឬទំនៀមផ្សេងទៀត នៃយានជំនិះ សាធារណៈ/ឯកជន។ អ្នកនឹងអាចទទួលបានការធ្វើដំណើរមួយសា ចំនួន 40 ដងក្នុងមួយឆ្នាំ។ អត្ថប្រយោជន៍នេះមិនកំរិត អត្ថប្រយោជន៍ យានជំនិះពេទ្យមិនអាសន្ន របស់អ្នកទេ។	អ្នកបង់ថ្លៃរួមបង់ \$0 សំរាប់មិនមែន យានជំនិះពេទ្យ។ អត្ថប្រយោជន៍នេះ អនុញ្ញាតសំរាប់ យាន ជំនិះ ដើម្បីទៅទទួលសេវាសុខភាព តាម រយៈពេលទ្វារដឹកអ្នកជំងឺរោគ, ទ្វារតាក់ស៊ី, ឬទំនៀមផ្សេងទៀតនៃ យានជំនិះ សាធារណៈ/ឯកជន។ អ្នកនឹងមានលទ្ធភាពចំពោះចំនួនគ្មានកំរិត នៃដំណើរទៅមក ក្នុងមួយឆ្នាំ។ អត្ថប្រយោជន៍នេះមិនកំរិត អត្ថប្រយោជន៍ យានជំនិះពេទ្យមិនអាសន្ន របស់អ្នកទេ។
ចក្ខុវិស័យ - គ្រឿងវ៉ែនតា	អ្នកបង់ថ្លៃរួមបង់ \$0 សំរាប់វ៉ែនតា តម្លៃ ដល់ទៅ \$175 (ក្រប និងកញ្ចក់) ឬដល់ទៅ \$175 សំរាប់កែវក្លែកជំរុំ រៀងរាល់ពីរឆ្នាំម្តង។	អ្នកបង់ថ្លៃរួមបង់ \$0 សំរាប់វ៉ែនតា តម្លៃ ដល់ទៅ \$200 (ក្រប និងកញ្ចក់) ឬដល់ ទៅ \$200 សំរាប់កែវក្លែកជំរុំ រៀងរាល់ពីរឆ្នាំម្តង។
ការរ៉ាប់រងទូទាំងពិភពលោក	ការរ៉ាប់រងទូទាំងពិភពលោក គឺមិនរ៉ាប់រងទេ។	អ្នកបង់ថ្លៃរួមបង់ \$0 សំរាប់សេវាថែទាំ ជាអាសន្ន និងបន្ទាន់ ដែលត្រូវការ ដែលបានទទួលនៅទីណាមួយក្នុង ពិភពលោក ដល់ទៅកំរិត \$10,000 រួមផ្សំគ្នា ក្នុងមួយប្រតិទិនឆ្នាំ។

? បើសិនអ្នកមានសំណួរ សូមទូរស័ព្ទទៅ L.A. Care Cal MediConnect Plan តាមលេខ **1-888-522-1298 (TTY: 711)** បាន 24 ម៉ោងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃមួយអាទិត្យ រួមទាំងថ្ងៃបុណ្យផង។ ការហៅនេះគឺឥតគិតថ្លៃឡើយ។ សំរាប់ព័ត៌មានបន្ថែម មើល www.calmediconnectla.org។

ការផ្លាស់ប្តូរចំពោះការរ៉ាប់រងឱសថមានវេជ្ជបញ្ជា

ការផ្លាស់ប្តូរចំពោះបញ្ជីឱសថរបស់យើង

យើងបានផ្ញើសំណៅនៃ បញ្ជីឱសថដែលរ៉ាប់រង ឆ្នាំ 2018 របស់យើង ក្នុងស្រោមសំបុត្រនេះ។

បញ្ជីឱសថដែលរ៉ាប់រង ក៏ហៅថា “បញ្ជីឱសថ” ដែរ។

យើងបានផ្លាស់ប្តូរចំពោះបញ្ជីឱសថរបស់យើង រួមទាំងការផ្លាស់ប្តូរចំពោះឱសថដែលយើងរ៉ាប់រង និងការផ្លាស់ប្តូរចំពោះលក្ខខណ្ឌ ដែលអនុវត្តទៅលើការរ៉ាប់រងរបស់យើង សំរាប់ឱសថខ្លះ។

សូមពិនិត្យមើលបញ្ជីឱសថឡើងវិញ ដើម្បីឱ្យប្រាកដថាឱសថរបស់អ្នកនឹងត្រូវបានរ៉ាប់រងនៅឆ្នាំក្រោយ និងក្រែងលោហើមានលក្ខខណ្ឌ អ្វីមួយ។

បើសិនអ្នកត្រូវបានប៉ះពាល់ដោយការផ្លាស់ប្តូរ ក្នុងការរ៉ាប់រងឱសថ យើងសូមដាស់តឿនអ្នក ដើម្បី៖

- ធ្វើការជាមួយវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក (ឬអ្នកចេញបញ្ជាផ្សេងទៀត) ដើម្បីរកឱសថផ្សេងទៀត ដែលយើងរ៉ាប់រង។ អ្នកអាចទូរស័ព្ទ ទៅផ្នែកសេវាសមាជិក តាមលេខ **1-888-522-1298** (TTY: 711) បាន 24 ម៉ោងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃមួយអាទិត្យ រួមទាំងថ្ងៃ បុណ្យផង ដើម្បីស្នើសុំបញ្ជីឱសថដែលរ៉ាប់រង ដែលព្យាបាលលក្ខណៈជំងឺដូចគ្នា។ បញ្ជីនេះអាចជួយអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក ដើម្បីរកឱសថដែលរ៉ាប់រង ដែលអាចមានប្រសិទ្ធភាពសំរាប់អ្នក។
- ស្នើគំរោងឱ្យរ៉ាប់រងការផ្គត់ផ្គង់ឱសថ បណ្តោះអាសន្ន។ នៅក្នុងស្ថានភាពខ្លះ យើងនឹងរ៉ាប់រងការផ្គត់ផ្គង់ឱសថ បណ្តោះអាសន្ន មួយដង ក្នុងអំឡុង 90 ថ្ងៃដំបូង នៃឆ្នាំប្រតិទិន។ ការផ្គត់ផ្គង់បណ្តោះអាសន្ននេះ នឹងមានរយៈពេលដល់ទៅ 30 ថ្ងៃ។ (ដើម្បីស្វែងយល់ថែមទៀត អំពីពេលណាអ្នកអាចទទួលបានការផ្គត់ផ្គង់ឱសថបណ្តោះអាសន្ន និងរបៀបស្នើសុំ សូមមើលជំពូក 5 នៃសៀវភៅណែនាំសមាជិក)។ នៅពេលអ្នកទទួលបានការផ្គត់ផ្គង់ឱសថបណ្តោះអាសន្ន អ្នកគួរតែពិគ្រោះជាមួយវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់ អ្នក ដើម្បីសំរេចថាតើនឹងត្រូវធ្វើអ្វីខ្លះ នៅពេលអ្នកលែងមានការផ្គត់ផ្គង់ឱសថបណ្តោះអាសន្ន។ អ្នកអាចប្តូរទៅឱសថមួយទៀត ដែលរ៉ាប់រងដោយគំរោង ឬស្នើគំរោង ឱ្យធ្វើការអនុគ្រោះសំរាប់អ្នក និងរ៉ាប់រងឱសថបច្ចុប្បន្នរបស់អ្នក។
- ការអនុគ្រោះរូបមន្ត ត្រូវបានយល់ព្រមសំរាប់រយៈពេល 12 ខែ។ សូមមើលសេចក្តីជូនដំណឹងការយល់ព្រម ការអនុគ្រោះរូបមន្ត របស់អ្នក សំរាប់កាលបរិច្ឆេទផុតកំណត់ជាក់លាក់។
- សំណើសុំការអនុគ្រោះរូបមន្ត នឹងត្រូវបញ្ជូនមកជាសាច្ចី បើសិនការយល់ព្រមរបស់អ្នកកំពុងផុតកំណត់ ហើយអ្នកចង់ស្នើសុំ ឱ្យបន្តទៀត។

ការផ្លាស់ប្តូរចំពោះតម្លៃឱសថមានវេជ្ជបញ្ជា

មានការបង់ប្រាក់ពីដំណាក់កាល សំរាប់ការរ៉ាប់រងឱសថមានវេជ្ជបញ្ជា Medicare ផ្នែក D របស់អ្នក នៅក្រោម L.A. Care Cal MediConnect Plan។ អ្នកនឹងបង់ចំនួនប៉ុន្មាន អាស្រ័យលើដំណាក់កាលណាមួយដែលអ្នកនៅក្នុង នៅពេលអ្នកបំពេញ ឬបំពេញសាច្ចៀត នូវឱសថមានវេជ្ជបញ្ជា។ ដំណាក់កាលទាំងពីរនេះគឺ៖

ដំណាក់កាលទី 1 ការរ៉ាប់រងដំណាក់កាលដំបូង	ដំណាក់កាលទី 2 ការរ៉ាប់រងដំណាក់កាលគ្រោះមហន្តរាយ
<p>នៅក្នុងអំឡុងដំណាក់កាលនេះ គំរោងបង់ផ្នែកតម្លៃខ្លះនៃឱសថរបស់អ្នក ហើយអ្នកបង់ចំណែករបស់អ្នក។ ចំណែក របស់អ្នកគឺហៅថា ថ្លៃរួមបង់។</p> <p>អ្នកចាប់ផ្តើមនៅក្នុងដំណាក់កាលនេះ នៅពេលអ្នកបំពេញឱសថ វេជ្ជបញ្ជាដំបូងរបស់អ្នកនៃឆ្នាំ។</p>	<p>នៅក្នុងអំឡុងដំណាក់កាលនេះ គំរោងបង់ចំណែកតម្លៃទាំងអស់ នៃឱសថរបស់អ្នក រហូតដល់ថ្ងៃទី 31 ខែធ្នូ 2018។</p> <p>អ្នកចាប់ផ្តើមនៅដំណាក់កាលនេះ នៅពេលអ្នកបានបង់ចំនួន ជាក់លាក់ នៃតម្លៃចេញពីហោប៉ៅ។</p>

ដំណាក់កាលទី 1: "ដំណាក់កាលការរ៉ាប់រងដំបូង"

នៅក្នុងអំឡុងដំណាក់កាលរ៉ាប់រងដំបូង គំរោងបង់ចំណែកតម្លៃនៃឱសថរបស់អ្នកដែលរ៉ាប់រង ហើយអ្នកបង់ចំណែករបស់អ្នក។ ចំណែករបស់អ្នកគឺហៅថា ថ្លៃរួមបង់។ ថ្លៃរួមបង់ អាស្រ័យទៅថ្នាក់ចំណែកតម្លៃ ដែលអ្នកនៅក្នុង និងកន្លែងដែលអ្នកទទួលវា។ អ្នកនឹងបង់ថ្លៃរួមបង់ នៅរាល់ពេលអ្នកបំពេញឱសថវេជ្ជបញ្ជា។ បើសិនតម្លៃឱសថដែលរ៉ាប់រងរបស់អ្នក មានតម្លៃតិចជាងថ្លៃរួមបង់ អ្នកនឹងបង់តម្លៃទាបជាង។

យើងបានដូរឱសថមួយចំនួន នៅក្នុងបញ្ជីឱសថ ទៅថ្នាក់ឱសថទាបជាង ឬខ្ពស់ជាង។ បើសិនឱសថរបស់អ្នកដូរពីថ្នាក់មួយ ទៅថ្នាក់មួយទៀត វាអាចប៉ះពាល់ដល់ថ្លៃរួមបង់របស់អ្នក។ ដើម្បីមើលថាតើឱសថរបស់អ្នកនឹងនៅក្នុងថ្នាក់ខុសគ្នាយ៉ាងណា ដោយមើលវានៅក្នុងបញ្ជីឱសថ។

តារាងខាងក្រោមបង្ហាញតម្លៃរបស់អ្នក សំរាប់ឱសថនៅក្នុងថ្នាក់នីមួយៗ នៃឱសថបួន (4) ថ្នាក់ របស់យើង។ ចំនួនទាំងនេះអនុវត្តតែ

អំឡុងពេលដែលអ្នកនៅក្នុង ដំណាក់កាលការរ៉ាប់រងដំបូង ប៉ុណ្ណោះ។

	ឆ្នាំ 2017 (ឆ្នាំនេះ)	ឆ្នាំ 2018 (ឆ្នាំក្រោយ)
ឱសថក្នុងថ្នាក់ទី 1 (ឱសថឈ្មោះធម្មតា) តម្លៃសំរាប់ការផ្គត់ផ្គង់ចំនួនមួយខែ នៃឱសថ ក្នុងថ្នាក់ទី 1 ដែលបានបំពេញនៅបណ្តាញ ឱសថស្ថាន	ថ្លៃរួមបង់របស់អ្នក សំរាប់ការ ផ្គត់ផ្គង់មួយខែ (30 ថ្ងៃ) គឺ \$0 សំរាប់វេជ្ជបញ្ជាមួយ។	ថ្លៃរួមបង់របស់អ្នក សំរាប់ការ ផ្គត់ផ្គង់មួយខែ (30 ថ្ងៃ) គឺ \$0 សំរាប់វេជ្ជបញ្ជាមួយ។
ឱសថក្នុងថ្នាក់ទី 2 (ឱសថឈ្មោះល្បី) តម្លៃសំរាប់ការផ្គត់ផ្គង់ចំនួនមួយខែ នៃឱសថ ក្នុងថ្នាក់ទី 2 ដែលបានបំពេញនៅបណ្តាញ ឱសថស្ថាន	ថ្លៃរួមបង់របស់អ្នក សំរាប់ការ ផ្គត់ផ្គង់មួយខែ (30 ថ្ងៃ) គឺ \$0 - \$8.25 សំរាប់វេជ្ជបញ្ជាមួយ។	ថ្លៃរួមបង់របស់អ្នក សំរាប់ការ ផ្គត់ផ្គង់មួយខែ (30 ថ្ងៃ) គឺ \$0 - \$8.35 សំរាប់វេជ្ជបញ្ជាមួយ។
ឱសថក្នុងថ្នាក់ទី 3 (ឱសថមានវេជ្ជបញ្ជា មិនមែន Medicare) តម្លៃសំរាប់ការផ្គត់ផ្គង់ចំនួនមួយខែ នៃឱសថ ក្នុងថ្នាក់ទី 3 ដែលបានបំពេញនៅបណ្តាញ ឱសថស្ថាន	ថ្លៃរួមបង់របស់អ្នក សំរាប់ការ ផ្គត់ផ្គង់មួយខែ (30 ថ្ងៃ) គឺ \$0 សំរាប់វេជ្ជបញ្ជាមួយ។	ថ្លៃរួមបង់របស់អ្នក សំរាប់ការ ផ្គត់ផ្គង់មួយខែ (30 ថ្ងៃ) គឺ \$0 សំរាប់វេជ្ជបញ្ជាមួយ។
ឱសថក្នុងថ្នាក់ទី 4 (ឱសថគ្មានវេជ្ជបញ្ជា មិនមែន Medicare) តម្លៃសំរាប់ការផ្គត់ផ្គង់ចំនួនមួយខែ នៃឱសថ ក្នុងថ្នាក់ទី 4 ដែលបានបំពេញនៅបណ្តាញ ឱសថស្ថាន	ថ្លៃរួមបង់របស់អ្នក សំរាប់ការ ផ្គត់ផ្គង់មួយខែ (30 ថ្ងៃ) គឺ \$0 សំរាប់វេជ្ជបញ្ជាមួយ។	ថ្លៃរួមបង់របស់អ្នក សំរាប់ការ ផ្គត់ផ្គង់មួយខែ (30 ថ្ងៃ) គឺ \$0 សំរាប់វេជ្ជបញ្ជាមួយ។

ដំណាក់កាលរ៉ាប់រងដំបូង ចប់នៅពេលថ្លៃចំណាយចេញពីហោប៉ៅសរុបរបស់អ្នកគ្រប់ចំនួន \$5,000.00។ នៅក្នុងចំណុចនោះ ដំណាក់កាលការរ៉ាប់រងគ្រោះមហន្តរាយចាប់ផ្តើម។ គំរោងរ៉ាប់រងតម្លៃឱសថរបស់អ្នកទាំងអស់ រហូតដល់ចុងឆ្នាំ។

ដំណាក់កាលទី 2: "ដំណាក់កាលការរ៉ាប់រងគ្រោះមហន្តរាយ"

នៅពេលអ្នកចំណាយពីហោប៉ៅបានគ្រប់កំរិត សំរាប់ឱសថមានវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក ដំណាក់កាលការរ៉ាប់រងគ្រោះមហន្តរាយ ចាប់ផ្តើម។ អ្នកនឹងនៅក្នុងដំណាក់កាលការរ៉ាប់រងគ្រោះមហន្តរាយ រហូតដល់ចុងនៃប្រតិទិនឆ្នាំ។



បើសិនអ្នកមានសំណួរ សូមទូរស័ព្ទទៅ L.A. Care Cal MediConnect Plan តាមលេខ **1-888-522-1298 (TTY: 711)** បាន 24 ម៉ោងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃមួយអាទិត្យ រួមទាំងថ្ងៃបុណ្យផង។ ការហៅនេះគឺឥតគិតថ្លៃឡើយ។ **សំរាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** មើល www.calmedicconnectla.org។

D. ការផ្លាស់ប្តូរ ការគ្រប់គ្រង

ការផ្លាស់ប្តូរដែលចុះរាយនៅក្នុងតារាងខាងក្រោម មិនប៉ះពាល់ដល់សេវាដែលអ្នកអាចទទួលបាន ឬចំនួនអ្នកត្រូវបង់ សំរាប់សេវាទាំងនោះឡើយ។

	ឆ្នាំ 2017 (ឆ្នាំនេះ)	ឆ្នាំ 2018 (ឆ្នាំក្រោយ)
សេវាការគាំទ្រក្នុងផ្ទះ (In-Home Supportive Services, IHSS)	បើសិនអ្នកមានសិទ្ធិទទួលបាន IHSS នោះ L.A. Care Cal MediConnect Plan នឹងបង់ថ្លៃ និងសំរាប់សំរួល IHSS របស់អ្នក ដូចបានអនុញ្ញាតដោយ ក្រសួងសង្គមកិច្ចខោនធី ប្រយោជន៍ឲ្យអ្នក នៅតែអាចនៅក្នុងផ្ទះរបស់អ្នកជាដដែល ដោយសុវត្ថិភាព។ អ្នកបង់ \$0 លុះត្រាតែអ្នកមានចំណែកតម្លៃនៃ Medi-Cal។	បើសិនអ្នកមានសិទ្ធិទទួលបាន IHSS ក្រុងសង្គមកិច្ចខោនធី និងអនុញ្ញាត និងបង់ថ្លៃសំរាប់ IHSS របស់អ្នក ប្រយោជន៍ឲ្យអ្នកនៅតែអាចនៅក្នុងផ្ទះរបស់អ្នកជាដដែល ដោយសុវត្ថិភាព។ អ្នកបង់ \$0 លុះត្រាតែអ្នកមានចំណែកតម្លៃនៃ Medi-Cal។ L.A. Care Cal MediConnect Plan នឹងជួយអ្នកក្នុងការសំរាប់សំរួល និងការតម្រង់ទិសដៅសេវាជាប់ទាក់ទង IHSS របស់អ្នក។

E. ការសំរេចជ្រើសយកគំរោងណាមួយ

បើសិនអ្នកចង់នៅក្នុង L.A. Care Cal MediConnect Plan
យើងសង្ឃឹមដើម្បីរក្សាអ្នក ទុកជាសមាជិកម្នាក់នៅឆ្នាំក្រោយទៀត។

ដើម្បីនៅក្នុងគំរោងរបស់យើង អ្នកមិនចាំបាច់ធ្វើអ្វីឡើយ។ បើសិនអ្នកមិនចុះឈ្មោះសំរាប់គំរោង Cal MediConnect មួយផ្សេងទៀត មិនផ្លាស់ប្តូរទៅ Medicare Advantage Plan ឬមិនផ្លាស់ប្តូរទៅ Original Medicare ទេ អ្នកនឹងនៅតែបានចុះឈ្មោះដោយស្វ័យប្រវត្តិ ជាសមាជិកម្នាក់នៃគំរោងរបស់យើង សំរាប់ឆ្នាំ 2018។

បើសិនអ្នកចង់ផ្លាស់ប្តូរទៅ Cal MediConnect ផ្សេងទៀត
បើសិនអ្នកចង់រក្សាការទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ Medicare និង Medi-Cal របស់អ្នកជាមួយគ្នា ពីគំរោងតែមួយ អ្នកអាចចូលរួមក្នុងគំរោង Cal MediConnect មួយផ្សេងទៀត។

ដើម្បីចុះឈ្មោះក្នុងគំរោង Cal MediConnect មួយផ្សេងទៀត សូមទូរស័ព្ទទៅ ជំរើសថែទាំសុខភាព (Health Care Options) តាមលេខ **1-844-580-7272** ពីថ្ងៃច័ន្ទ រហូតថ្ងៃសុក្រ ម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ 5:00 ល្ងាច។ អ្នកប្រើ TTY គួរតែហៅលេខ **1-800-430-7077**។

បើសិនអ្នកចង់ចាកចេញពីកម្មវិធី Cal MediConnect
បើសិនអ្នកមិនចង់ចុះឈ្មោះក្នុងគំរោង Cal MediConnect plan ផ្សេងទៀត បន្ទាប់ពីអ្នកចាកចេញពីគំរោង L.A. Care Cal MediConnect Plan ទេ អ្នកនឹងត្រឡប់ទៅទទួលបានសេវា Medicare និង Medi-Cal របស់អ្នកដោយឡែកពីគ្នាឡើងវិញបាន។

របៀបដែលអ្នកនឹងទទួលបានសេវា Medicare
អ្នកនឹងមានបីជំរើស សំរាប់ការទទួលបានសេវា Medicare របស់អ្នក។ តាមការជ្រើសយកជំរើសមួយណាទាំងនេះ អ្នកនឹងបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់អ្នកជាស្វ័យប្រវត្តិ នៅក្នុងគំរោង Cal MediConnect របស់យើង៖

? បើសិនអ្នកមានសំណួរ សូមទូរស័ព្ទទៅ L.A. Care Cal MediConnect Plan តាមលេខ **1-888-522-1298 (TTY: 711)** បាន 24 ម៉ោងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃមួយអាទិត្យ រួមទាំងថ្ងៃបុណ្យផង។ ការហៅនេះគឺឥតគិតថ្លៃឡើយ។ **សំរាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** មើល www.calmediconnectla.org។

អ្នកអាចប្តូរទៅ៖	នេះគឺជាអ្វីៗដែលត្រូវធ្វើ៖
<p>1. គំរោងសុខភាព Medicare ដូចជា Medicare Advantage Plan ឬបើសិនអ្នកស្របតាមការតម្រូវសិទ្ធិទទួលបាន កម្មវិធីបញ្ចូលការថែទាំទាំងអស់សំរាប់ចាស់ៗ (Programs of All-inclusive Care for the Elderly, PACE)</p>	<p>ទូរស័ព្ទទៅ Medicare តាមលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) បាន 24 ម៉ោង មួយថ្ងៃ ប្រាំពីរថ្ងៃមួយអាទិត្យ។ អ្នកប្រើ TTY គួរតែហៅលេខ 1-877-486-2048 ដើម្បី ចុះឈ្មោះក្នុងគំរោងសុខភាព Medicare ថ្មីប៉ុណ្ណោះ។</p> <p>បើសិនអ្នកត្រូវការជំនួយ ឬព័ត៌មានបន្ថែម៖</p> <ul style="list-style-type: none"> • ទូរស័ព្ទទៅ កម្មវិធីប្រឹក្សាការធានារ៉ាប់រងសុខភាព និងការគាំពារ (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP) រដ្ឋកាលីហ្វ័រនីញ៉ា លេខ 1-800-434-0222 ពីថ្ងៃច័ន្ទ រហូតថ្ងៃសុក្រ ម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ 5:00 ល្ងាច។ សំរាប់ព័ត៌មានបន្ថែម ឬដើម្បីរកការិយាល័យ HICAP តាមមូលដ្ឋានក្នុងតំបន់របស់អ្នក មើល http://www.aging.ca.gov/HICAP/ <p>អ្នកនឹងត្រូវបានដកឈ្មោះចេញពី L.A. Care Cal MediConnect Plan ដោយស្វ័យប្រវត្តិ នៅពេលការរ៉ាប់រងនៃគំរោងថ្មីរបស់អ្នកចាប់ផ្តើម។</p>
<p>2. Original Medicare ដោយមាន គំរោងឱសថ មានវេជ្ជបញ្ជា Medicare មួយដាច់ខ្សែក</p>	<p>ទូរស័ព្ទទៅ Medicare តាមលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) បាន 24 ម៉ោង មួយថ្ងៃ ប្រាំពីរថ្ងៃមួយអាទិត្យ។ អ្នកប្រើ TTY គួរតែហៅលេខ 1-877-486-2048។</p> <p>បើសិនអ្នកត្រូវការជំនួយ ឬព័ត៌មានបន្ថែម៖</p> <ul style="list-style-type: none"> • ទូរស័ព្ទទៅ កម្មវិធីប្រឹក្សាការធានារ៉ាប់រងសុខភាព និងការគាំពារ (HICAP) រដ្ឋកាលីហ្វ័រនីញ៉ា លេខ 1-800-434-0222 ពីថ្ងៃច័ន្ទ រហូតថ្ងៃសុក្រ ម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ 5:00 ល្ងាច។ សំរាប់ព័ត៌មាន បន្ថែម ឬដើម្បីរកការិយាល័យ HICAP តាមមូលដ្ឋាន ក្នុងតំបន់របស់អ្នក មើល http://www.aging.ca.gov/HICAP/ <p>អ្នកនឹងត្រូវបានដកឈ្មោះចេញពី L.A. Care Cal MediConnect Plan ដោយស្វ័យប្រវត្តិ នៅពេលការរ៉ាប់រង Original Medicare របស់អ្នកចាប់ផ្តើម។</p>
<p>3. Original Medicare ដោយគ្មាន គំរោងឱសថ មានវេជ្ជបញ្ជា Medicare មួយដាច់ខ្សែក</p> <p>កំណត់៖ បើសិនអ្នកដូរទៅ Original Medicare ហើយមិនចុះឈ្មោះក្នុងគំរោងឱសថមានវេជ្ជបញ្ជា Medicare មួយដាច់ខ្សែកទេ Medicare អាចនឹងចុះឈ្មោះអ្នកក្នុងគំរោងឱសថមួយ លុះត្រាតែអ្នកប្រាប់ Medicare ថាអ្នកមិនចង់ចូលរួមឡើយ។</p> <p>បើសិនអ្នកទទួលបានការរ៉ាប់រងឱសថពីនិយោជក សហជីព ឬប្រភពផ្សេងទៀត អ្នកគួរតែទំលាក់ការរ៉ាប់រងឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាប៉ុណ្ណោះ។ បើសិនអ្នកមានសំណួរ ថាតើអ្នកត្រូវការរ៉ាប់រងឱសថ សូមទូរស័ព្ទទៅ កម្មវិធីប្រឹក្សាការធានារ៉ាប់រងសុខភាព និងការគាំពារ (HICAP) រដ្ឋកាលីហ្វ័រនីញ៉ា តាមលេខ 1-800-434-0222 ពីថ្ងៃច័ន្ទ រហូតថ្ងៃសុក្រ ម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ 5:00 ល្ងាច។ សំរាប់ព័ត៌មានបន្ថែម ឬដើម្បីរកការិយាល័យ HICAP តាមមូលដ្ឋាន នៅក្នុងតំបន់របស់អ្នក សូមមើល http://www.aging.ca.gov/HICAP/</p>	<p>ទូរស័ព្ទទៅ Medicare តាមលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) បាន 24 ម៉ោង មួយថ្ងៃ ប្រាំពីរថ្ងៃមួយអាទិត្យ។ អ្នកប្រើ TTY គួរតែហៅលេខ 1-877-486-2048។</p> <p>បើសិនអ្នកត្រូវការជំនួយ ឬព័ត៌មានបន្ថែម៖</p> <ul style="list-style-type: none"> • រស័ព្ទទៅ កម្មវិធីប្រឹក្សាការធានារ៉ាប់រងសុខភាព និងការគាំពារ (HICAP) រដ្ឋកាលីហ្វ័រនីញ៉ា លេខ 1-800-434-0222 ពីថ្ងៃច័ន្ទ រហូតថ្ងៃសុក្រ ម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ 5:00 ល្ងាច។ សំរាប់ព័ត៌មានបន្ថែម ឬដើម្បីរកការិយាល័យ HICAP តាមមូលដ្ឋាន ក្នុងតំបន់របស់អ្នក មើល http://www.aging.ca.gov/HICAP/ <p>អ្នកនឹងត្រូវបានដកឈ្មោះចេញពី L.A. Care Cal MediConnect Plan ដោយស្វ័យប្រវត្តិ នៅពេលការរ៉ាប់រង Original Medicare របស់អ្នកចាប់ផ្តើម។</p>



បើសិនអ្នកមានសំណួរ សូមទូរស័ព្ទទៅ L.A. Care Cal MediConnect Plan តាមលេខ **1-888-522-1298 (TTY: 711)** បាន 24 ម៉ោងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃមួយអាទិត្យ រួមទាំងថ្ងៃបុណ្យផង។ ការហៅនេះគឺឥតគិតថ្លៃឡើយ។ សំរាប់ព័ត៌មានបន្ថែម មើល www.calmedicconnectla.org។

របៀបដែលអ្នកនឹងទទួលសេវា Medi-Cal

បើសិនអ្នកចាកចេញពីគំរោង Cal MediConnect របស់យើង អ្នកនឹងត្រូវបានចុះឈ្មោះក្នុងគំរោង Medi-Cal គ្រប់គ្រងថែទាំ តាមជំរើសរបស់អ្នក។ សេវា Medi-Cal របស់អ្នក រួមមានសេវា និងការគាំទ្រយូរអង្វែង និងការថែទាំសុខភាពឥរិយាបថ។ នៅពេលអ្នកស្នើសុំបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់អ្នក នៅក្នុងគំរោង Cal MediConnect របស់យើង អ្នកនឹងត្រូវប្រាប់ដំណឹងដល់ ជំរើសថែទាំសុខភាព ថាគំរោង Medi-Cal គ្រប់គ្រងការថែទាំណាមួយ ដែលអ្នកចង់ចូលរួម។ អ្នកអាចទូរស័ព្ទទៅ Health Care Option តាមលេខ **1-844-580-7272** ពីថ្ងៃច័ន្ទ រហូតថ្ងៃសុក្រ ម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ 5:00 ល្ងាច។ អ្នកប្រើ TTY គួរតែហៅលេខ **1-800-430-7077**។

F. ការទទួលជំនួយ

ការទទួលជំនួយពី L.A. Care Cal MediConnect Plan

មានសំណួរ? យើងនៅទីនេះដើម្បីជួយ។ សូមទូរស័ព្ទទៅផ្នែកសេវាសមាជិក តាមលេខ **1-888-522-1298** (អ្នកប្រើ TTY ហៅតែ 711)។ យើងចាំឆ្លើយការទូរស័ព្ទមក 24 ម៉ោងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃមួយអាទិត្យ រួមទាំងថ្ងៃបុណ្យផង។

អាន សៀវភៅណែនាំសមាជិក ឆ្នាំ 2018 របស់អ្នក

សៀវភៅណែនាំសមាជិក ឆ្នាំ 2018 គឺជាឯកសារស្របច្បាប់ ការពណ៌នាពិស្តារ នៃគំរោងអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នក។ វាមានព័ត៌មាន ពិស្តារ អំពីអត្ថប្រយោជន៍ និងតម្លៃ នៅឆ្នាំក្រោយ។ វាពន្យល់អំពីសិទ្ធិរបស់អ្នក និងវិន័យផ្សេងៗដែលអ្នកត្រូវប្រព្រឹត្តតាម ដើម្បីទទួល សេវា និងឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាដែលរ៉ាប់រង។

យើងនឹងផ្ញើអ្នក នូវសំណេរនៃសៀវភៅណែនាំសមាជិក ឆ្នាំ 2018 ឲ្យបានទាន់ថ្ងៃទី 31 ខែធ្នូ។ សំណេរនៃសៀវភៅណែនាំសមាជិក ឆ្នាំ 2018 ទាន់បច្ចុប្បន្នកាល តែងតែមាននៅលើគេហទំព័ររបស់យើង នៅ www.calmediconnectla.org ជានិច្ច។ អ្នកក៏អាចទូរ ស័ព្ទទៅផ្នែកសេវាសមាជិក តាមលេខ **1-888-522-1298** បានដែរ (អ្នកប្រើ TTY ហៅតែ 711)។ យើងចាំឆ្លើយការទូរស័ព្ទមក 24 ម៉ោងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃមួយអាទិត្យ រួមទាំងថ្ងៃបុណ្យផង ដើម្បីស្នើសុំឲ្យយើងផ្ញើអ្នក នូវសំណេរនៃសៀវភៅណែនាំសមាជិក ឆ្នាំ 2018។

មើលគេហទំព័ររបស់យើង របស់យើង

អ្នកអាចចូលមើលគេហទំព័ររបស់យើងផងដែរនៅ www.calmediconnectla.org។ ជាការរំលឹក គេហទំព័ររបស់យើងមានព័ត៌មាន ទាន់បច្ចុប្បន្នកាល អំពីបណ្តាញអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថាន(បញ្ជីឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថាន) និងបញ្ជីឱសថ (បញ្ជីឱសថ ដែលរ៉ាប់រង) របស់យើង។

ការទទួលជំនួយពី ជើងសាការចុះឈ្មោះរដ្ឋ

ជើងសាការចុះឈ្មោះរដ្ឋ ឬ ជំរើសថែទាំសុខភាព អាចជួយអ្នកចុះឈ្មោះ សំរាប់គំរោងសុខភាព Cal MediConnect។ គេក៏អាច ជួយអ្នកដកឈ្មោះចេញពី Cal MediConnect បានដែរ បើសិនអ្នកជ្រើសរើស។ អ្នកអាចទូរស័ព្ទទៅ Health Care Option តាមលេខ **1-844-580-7272** ពីថ្ងៃច័ន្ទ រហូតថ្ងៃសុក្រ ម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ 5:00 ល្ងាច។ អ្នកប្រើ TTY គួរតែហៅលេខ **1-800-430-7077**។

? បើសិនអ្នកមានសំណួរ សូមទូរស័ព្ទទៅ L.A. Care Cal MediConnect Plan តាមលេខ **1-888-522-1298** (TTY: **711**) បាន 24 ម៉ោងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃមួយអាទិត្យ រួមទាំងថ្ងៃបុណ្យផង។ ការហៅនេះគឺឥតគិតថ្លៃឡើយ។ សំរាប់ព័ត៌មានបន្ថែម មើល www.calmediconnectla.org។

ការទទួលជំនួយពី Cal MediConnect Ombuds Program

Cal MediConnect Ombuds Program អាចជួយអ្នក បើសិនអ្នកកំពុងមានបញ្ហាមួយជាមួយ L.A. Care Cal MediConnect Plan។ Cal MediConnect Ombuds Program គឺមិនពាក់ព័ន្ធជាមួយយើងទេ ឬជាមួយក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រង ឬគំរោងសុខភាព ណាមួយឡើយ។ លេខទូរស័ព្ទសំរាប់ Cal MediConnect Ombuds Program គឺ **1-855-501-3077**។ សេវានេះគឺឥតគិតថ្លៃ ឡើយ។

ការទទួលជំនួយពី កម្មវិធីប្រឹក្សាការធានារ៉ាប់រងសុខភាព និងការគាំពារ

អ្នកក៏អាចទូរស័ព្ទទៅ កម្មវិធីប្រឹក្សាការធានារ៉ាប់រងសុខភាព និងការគាំពារ (HICAP) បានដែរ។ អ្នកប្រឹក្សា HICAP អាចជួយពន្យល់អ្នក អំពីជំរើសគំរោង Cal MediConnect របស់អ្នក និងឆ្លើយសំណួរផ្សេងៗអំពីការប្តូរគំរោង។ HICAP គឺមិនពាក់ព័ន្ធជាមួយយើងទេ ឬជាមួយក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រង ឬគំរោងសុខភាពណាមួយឡើយ។ HICAP មានអ្នកប្រឹក្សាដែលបានហ្វឹកហ្វឺននៅក្នុងខោនធីនីមួយៗ ហើយសេវានេះគឺឥតគិតថ្លៃឡើយ។ លេខទូរស័ព្ទរបស់ HICAP គឺ **1-800-434-0222**។ សំរាប់ព័ត៌មានបន្ថែម ឬដើម្បីរកការិយាល័យ HICAP តាមមូលដ្ឋាន នៅក្នុងតំបន់របស់អ្នក សូមមើល <http://www.aging.ca.gov/HICAP/>

ការទទួលជំនួយពី Medicare

ដើម្បីទទួលព័ត៌មានដោយផ្ទាល់ពី Medicare៖

ទូរស័ព្ទទៅលេខ **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**។

អ្នកអាចទូរស័ព្ទទៅលេខ **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)** បាន 24 ម៉ោងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃមួយអាទិត្យ។ អ្នកប្រើ TTY គួរតែហៅលេខ **1-877-486-2048**។

មើលគេហទំព័រ Medicare

អ្នកអាចចូលមើលគេហទំព័រ Medicare (<http://www.medicare.gov>)។ បើសិនអ្នកជ្រើសរើសដកឈ្មោះចេញពីគំរោង Cal MediConnect របស់អ្នក និងចុះឈ្មោះក្នុងគំរោង Medicare Advantage នោះគេហទំព័ររបស់ Medicare មានព័ត៌មានអំពីតម្លៃ ការរ៉ាប់រង និងការវាយតម្លៃគុណភាព ដើម្បីជួយអ្នកប្រៀបធៀបគំរោង Medicare Advantage។ អ្នកអាចរកព័ត៌មានអំពីគំរោង Medicare Advantage ដែលមាននៅក្នុងតំបន់របស់អ្នក ដោយប្រើ Medicare Plan Finder (ប្រជាប្រិយគំរោង Medicare) នៅលើគេហទំព័ររបស់ Medicare។ (ដើម្បីមើលព័ត៌មានអំពីគំរោង ចូលទៅមើល

<http://www.medicare.gov> និងចុចលើពាក្យ “Find health & drug plans” (រកគំរោងសុខភាព និងឱសថ)។

អាន Medicare ៗ អ្នក ឆ្នាំ 2018

អ្នកអាចអានសៀវភៅណែនាំ Medicare ៗ អ្នក ឆ្នាំ 2018 ។ ជារៀងរាល់ឆ្នាំក្នុងរដូវស្លឹកឈើជ្រុះ កូនសៀវភៅនេះត្រូវបានផ្ញើទៅមនុស្សដែលមាន Medicare។ វាមានសេចក្តីសង្ខេបនៃអត្ថប្រយោជន៍ Medicare សិទ្ធិ និងការការពារ ព្រមទាំងចំណុចចំពោះសំណួរដែលចោទសួរញឹកញាប់បំផុត អំពី Medicare។ បើសិនអ្នកមិនមានសំណើនៃកូនសៀវភៅនេះទេ អ្នកអាចយកវាបាននៅលើគេហទំព័ររបស់ Medicare (<http://www.medicare.gov>) ឬដោយទូរស័ព្ទទៅលេខ **1.800.MEDICARE (1-800-633-4227)** បាន 24 ម៉ោងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃមួយអាទិត្យ។ អ្នកប្រើ TTY គួរតែហៅលេខ **1-877-486-2048**។



បើសិនអ្នកមានសំណួរ សូមទូរស័ព្ទទៅ L.A. Care Cal MediConnect Plan តាមលេខ **1-888-522-1298 (TTY: 711)** បាន 24 ម៉ោងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃមួយអាទិត្យ រួមទាំងថ្ងៃបុណ្យផង។ ការហៅនេះគឺឥតគិតថ្លៃឡើយ។ សំរាប់ព័ត៌មានបន្ថែម មើល www.calmediconnectla.org។



ការទទួលជំនួយពី ក្រសួងគ្រប់គ្រងសុខាភិបាល រដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា

ក្រសួងគ្រប់គ្រងសុខាភិបាល (Department of Managed Health Care) រដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា មានភារៈកិច្ចសំរាប់ការដាក់ បញ្ញត្តិដល់គំរោងសេវាថែទាំសុខភាព។ បើសិនអ្នកមានសារទុក្ខអ្វីមួយទាស់នឹងគំរោងសុខភាពរបស់អ្នក នោះជាដំបូងបំផុត អ្នកគួរតែ ទូរស័ព្ទទៅ គំរោងសុខភាពរបស់អ្នក តាមលេខ **1-888-522-1298 (TTY: 711)** បាន 24 ម៉ោងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃមួយអាទិត្យ រួមទាំងថ្ងៃបុណ្យផង និងប្រើវិធីធ្វើសារទុក្ខនៃគំរោងសុខភាពរបស់អ្នក មុននឹងទាក់ទងក្រសួង។ ការប្រើវិធីធ្វើសារទុក្ខនេះ គឺមិនហាមឃាត់ នូវសិទ្ធិស្របច្បាប់អ្វីមួយ ដែលអាចយកមកប្រើ ឬដំណោះស្រាយអ្វីៗ ដែលអាចមានសំរាប់អ្នកឡើយ។

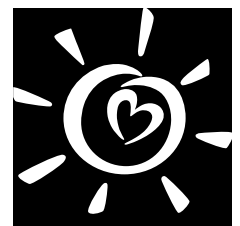
បើអ្នកត្រូវការជំនួយឲ្យដោះស្រាយសារទុក្ខ ដែលជាប់ទាក់ទងនឹងភាពអាសន្ន ឬសារទុក្ខអ្វីមួយដែលគំរោងសុខភាពរបស់អ្នក មិនទាន់ បានដោះស្រាយឲ្យគាប់ចិត្តនៅឡើយ ឬក៏សារទុក្ខអ្វីមួយដែលនៅតែមិនទាន់ដោះស្រាយរួច លើសពីចំនួន 30 ថ្ងៃ អ្នកអាចទូរស័ព្ទទៅ ក្រសួង សំរាប់ជំនួយ។

អ្នកក៏អាចនឹងមានសិទ្ធិទទួល ការពិនិត្យពិច័យដោយពេទ្យឯករាជ្យ (Independent Medical Review, IMR) ដែរ។ បើអ្នកមាន សិទ្ធិទទួល IMR នោះវិធី IMR នឹងផ្តល់ការពិនិត្យឡើងវិញដោយមិនលំអៀង នូវការសម្រេចព្យាបាលសុខភាព ដែលបានធ្វើដោយ គំរោងសុខភាព ជាប់ទាក់ទងខាងធាតាព្យាបាលចាំបាច់ នូវសេវា ឬការព្យាបាល ដែលបានស្នើ ឬសេចក្តីសម្រេចអំពីការរ៉ាប់រង សំរាប់ការ ព្យាបាលដែលជាលក្ខណៈនៃការពិសោធន៍ ឬជាការស៊ើបអង្កេត និងទំនាស់ ពីការបង់ប្រាក់ សំរាប់ថ្លៃព្យាបាលសុខភាពនៅគ្រាអាសន្ន ឬជាបន្ទាន់ៗ។

ក្រសួងក៏មានលេខទូរស័ព្ទឥតចេញថ្លៃ (1-888-HMO-2219) និងខ្សែ TDD (1-877-688-9891) សំរាប់អ្នកត្រចៀកធុន់ និង អន់សំដីផងដែរ។ រីឯអន្តរបណ្តាញរបស់ក្រសួង <http://www.hmohelp.ca.gov> វិញ មានក្រដាសបំពេញបណ្តឹង ពាក្យសុំ IMR និងសេចក្តីណែនាំតាមបណ្តាញ។



បើសិនអ្នកមានសំណួរ សូមទូរស័ព្ទទៅ L.A. Care Cal MediConnect Plan តាមលេខ **1-888-522-1298 (TTY: 711)** បាន 24 ម៉ោងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃមួយអាទិត្យ រួមទាំងថ្ងៃបុណ្យផង។ ការហៅនេះគឺឥតគិតថ្លៃឡើយ។ **សំរាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** មើល www.calmedicconnectla.org។



L.A. Care
HEALTH PLAN®

For a Healthy Life