

Wellcare Dual Align 129 (HMO D-SNP) ផ្តល់ជូនដោយ Health Net of California, Inc.

សេចក្តីជូនដំណឹងប្រចាំឆ្នាំស្តីពីការផ្លាស់ប្តូរ សម្រាប់ឆ្នាំ 2023

សេចក្តីផ្តើម

បច្ចុប្បន្ននេះអ្នកត្រូវបានចុះឈ្មោះក្នុងនាមជាសមាជិកម្នាក់នៃគម្រោងរបស់យើង។ នៅឆ្នាំក្រោយ នឹងមានការផ្លាស់ប្តូរមួយចំនួនចំពោះ អត្ថប្រយោជន៍ ការធានារ៉ាប់រង វិធាន និងថ្លៃចំណាយរបស់យើង។ សេចក្តីជូនដំណឹងអំពីការផ្លាស់ប្តូរប្រចាំឆ្នាំ នេះជម្រាបជូនអ្នកអំពីការផ្លាស់ប្តូរនិងកន្លែងស្វែងរកព័ត៌មានបន្ថែមអំពីពួកគេ។ ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែមអំពីថ្លៃចំណាយ អត្ថប្រយោជន៍ ឬវិធាននានា សូមពិនិត្យមើលសៀវភៅណែនាំសមាជិកដែលត្រូវបានដាក់ក្នុងគេហទំព័ររបស់យើងតាមរយៈ

<https://wellcare.healthnetcalifornia.com> ។ ពាក្យគន្លឹះនិងនិយមន័យនៃពាក្យគន្លឹះទាំងនេះបង្ហាញទៅលំដាប់អក្ខរក្រមនៅក្នុងជំពូកចុងក្រោយនៃ សៀវភៅណែនាំសមាជិករបស់អ្នក។

តារាងមាតិកា

- A. ការបដិសេធមិនទទួលខុសត្រូវ 3
- B. ការពិនិត្យឡើងវិញលើការធានារ៉ាប់រង Medicare និង Medi-Cal របស់អ្នកសម្រាប់ឆ្នាំក្រោយ 3
 - B1. ធនធានបន្ថែមទៀត 4
 - B2. ព័ត៌មានអំពីគម្រោងរបស់យើង 6
 - B3. រឿងសំខាន់ដែលត្រូវធ្វើ 7
- C. ការផ្លាស់ប្តូរទៅកាន់ឈ្មោះគម្រោងរបស់យើង 8
- D. ការផ្លាស់ប្តូរចំពោះអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំក្នុងបណ្តាញ និងឱសថស្ថានរបស់យើង 9
- E. ការផ្លាស់ប្តូរចំពោះអត្ថប្រយោជន៍ និងថ្លៃចំណាយ សម្រាប់ឆ្នាំក្រោយ 9
 - E1. ការផ្លាស់ប្តូរចំពោះអត្ថប្រយោជន៍ និងថ្លៃចំណាយ សម្រាប់សេវាវេជ្ជសាស្ត្រ 9
 - E2. ការផ្លាស់ប្តូរទៅឱសថដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រង 17
- F. ការផ្លាស់ប្តូររដ្ឋបាល 19
- G. ការជ្រើសរើសគម្រោងមួយ 19

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរសូមទូរសព្ទទៅ Wellcare Dual Align 129 (HMO D-SNP) តាមលេខ 1-800-431-9007 (TTY: 711)។ ចន្លោះថ្ងៃទី 1 ខែតុលា និងថ្ងៃទី 31 ខែមីនា អ្នកគំណាងអាចរកបានពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃអាទិត្យ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់។ ចន្លោះថ្ងៃទី 1 ខែមេសា និងថ្ងៃទី 30 ខែកញ្ញា អ្នកគំណាងអាចរកបានពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់។ ការហៅទូរសព្ទនេះ គឺឥតគិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម ចូលមើលគេហទំព័រ <https://wellcare.healthnetcalifornia.com> ។ 1



G1. ស្ថិតនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើង 19

G2. ការផ្លាស់ប្តូរគម្រោង 20

H. ទទួលបានជំនួយ 24

H1. គម្រោងរបស់ពួកយើង 24

H2. កម្មវិធីគាំពារ និងផ្តល់ប្រឹក្សាអំពីការធានារ៉ាប់រងសុខភាព (HICAP) 24

H3. Ombuds Program 24

H4. Medicare 25

H5. ក្រសួងគ្រប់គ្រងការថែទាំសុខភាពនៃរដ្ឋ California 25



ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរសូមទូរសព្ទទៅ Wellcare Dual Align 129 (HMO D-SNP) តាមលេខ 1-800-431-9007 (TTY: 711)។ ចន្លោះថ្ងៃទី 1 ខែតុលា និងថ្ងៃទី 31 ខែមីនា អ្នកគំណាងអាចរកបានពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃអាទិត្យ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់។ ចន្លោះថ្ងៃទី 1 ខែមេសានិងថ្ងៃទី 30 ខែកញ្ញា អ្នកគំណាងអាចរកបានពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់។ ការហៅទូរសព្ទនេះ គឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** ចូរមើលគេហទំព័រ <https://wellcare.healthnetcalifornia.com> ។ 2

A. ការបដិសេធមិនទទួលខុសត្រូវ

- ❖ នេះមិនមែនជាបញ្ជីដែលពេញលេញនោះទេ។ ព័ត៌មានស្តីអំពីអត្ថប្រយោជន៍ គឺជាសេចក្តីសង្ខេបនៃអត្ថប្រយោជន៍ប៉ុណ្ណោះមិនមែនជាការពណ៌នាអំពីអត្ថប្រយោជន៍ពេញលេញនោះទេ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមទាក់ទងគម្រោង ឬអាន *សៀវភៅណែនាំសមាជិក Wellcare Dual Align 129 (HMO D-SNP)*។
- ❖ Wellcare គឺជាម៉ាក Medicare សម្រាប់សាធារណៈ Centene Corporation លើគម្រោង HMO, PPO, PFFS, PDP ជាមួយនឹងកិច្ចសន្យា Medicare និងជាអ្នកឧបត្ថម្ភ Part D ដែលបានយល់ព្រម។ គម្រោង D-SNP របស់យើងមានកិច្ចសន្យាជាមួយកម្មវិធី Medicaid របស់រដ្ឋ។ ការចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងរបស់យើងអាស្រ័យលើការបន្តកិច្ចសន្យាថ្មី។
- ❖ អត្ថប្រយោជន៍ដែលបានរៀបរាប់អាចជាផ្នែកមួយនៃអត្ថប្រយោជន៍បន្ថែមពិសេសសម្រាប់អ្នកជំងឺរ៉ាំរ៉ៃ។ មិនមែនសមាជិកទាំងអស់នឹងមានលក្ខណៈគ្រប់គ្រាន់នោះទេ។

B. ការពិនិត្យឡើងវិញលើការធានារ៉ាប់រង Medicare និង Medi-Cal របស់អ្នកសម្រាប់ឆ្នាំក្រោយ

នៅពេលដែល សេចក្តីជូនដំណឹងប្រចាំឆ្នាំស្តីពីការផ្លាស់ប្តូរនិយាយថា "យើង" "យើងខ្ញុំ" "របស់យើង" ឬ "គម្រោងរបស់យើង" មានន័យថា គម្រោង Medicare Medi-Cal Coordination Plan។

វាក៏សំខាន់ដែលត្រូវពិនិត្យឡើងវិញនូវការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកបច្ចុប្បន្ននេះដើម្បីធ្វើឱ្យប្រាកដថាវានឹងនៅតែបំពេញតាមសេចក្តីត្រូវការរបស់អ្នកនៅឆ្នាំក្រោយ។ ប្រសិនបើមិនបំពេញតាមតម្រូវការរបស់អ្នកបាននោះទេ អ្នកប្រហែលជាអាចចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើងបាន។ សូមមើលផ្នែក E សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។

ប្រសិនបើអ្នកជ្រើសរើសចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើង សមាជិកភាពរបស់អ្នកនឹងបញ្ចប់នៅថ្ងៃចុងក្រោយនៃខែ ដែលសំណើរបស់អ្នកត្រូវបានធ្វើឡើង។ អ្នកនឹងនៅតែស្ថិតនៅក្នុងកម្មវិធី Medicare និង Medi-Cal ដដែលដរាបណាអ្នកនៅមានសិទ្ធិទទួលបាន។

ប្រសិនបើអ្នកចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើង អ្នកអាចទទួលបានព័ត៌មានអំពី៖

- ជម្រើស Medicare នៅក្នុងតារាងនៅផ្នែក G2។
- សេវារបស់ Medi-Cal នៅក្នុងផ្នែក G2។



ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរសូមទូរសព្ទទៅ Wellcare Dual Align 129 (HMO D-SNP) តាមលេខ 1-800-431-9007 (TTY: 711)។ ចន្លោះថ្ងៃទី 1 ខែតុលា និងថ្ងៃទី 31 ខែមីនា អ្នកគំណាងអាចរកបានពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃអាទិត្យ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់។ ចន្លោះថ្ងៃទី 1 ខែមេសាដល់ថ្ងៃទី 30 ខែកញ្ញា អ្នកគំណាងអាចរកបានពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់។ ការហៅទូរសព្ទនេះ គឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** ចូរមើលគេហទំព័រ <https://wellcare.healthnetcalifornia.com> ។

B1. ធនធានបន្ថែមទៀត

- **انتباه:** إذا كنت تتحدث اللغة العربية أو الأرمينية أو الكمبودية أو الصينية أو الفارسية أو الكورية أو الروسية أو الإسبانية أو التاجالوجية أو الفيتنامية، فنحن نوفر لك خدمات مساعدة لغوية مجانية. اتصل على الرقم 1-800-431-9007 (TTY: 711). في الفترة الممتدة بين 1 أكتوبر و31 مارس، الممثلون متاحون من الاثنين إلى الأحد، من الساعة 8 صباحًا لغاية الساعة 8 مساءً. وفي الفترة الممتدة بين 1 أبريل و30 سبتمبر، الممثلون متاحون من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 صباحًا لغاية الساعة 8 مساءً. والاتصال مجاني.
- **ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ:** Եթե խոսում եք արաբերեն, հայերեն, կամբոջերեն, չինարեն, պարսկերեն, կորեերեն, ռուսերեն, իսպաներեն, թազալոգ կամ վիետնամերեն լեզուներով, ապա Ձեզ կտրամադրվի անվճար լեզվական աջակցության ծառայություններ: Չանգահարեք 1-800-431-9007 (TTY՝ 711): Հոկտեմբերի 1-ից մարտի 31-ն ընկած ժամանակահատվածում ներկայացուցիչները հասանելի են երկուշաբթիից կիրակի, ժամը՝ 8 a.m. - 8 p.m.: Ապրիլի 1-ից սեպտեմբերի 30-ն ընկած ժամանակահատվածում ներկայացուցիչները հասանելի են երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին, ժամը՝ 8 a.m. - 8 p.m.: Չանգն անվճար է:
- **ចំណាំ:** ប្រសិនអ្នកនិយាយភាសា អារ៉ាប់ អាមេនី ខ្មែរ ចិន ហ្វីលីពីន អេស្ប៉ាញ តាកាឡុក ឬវៀតណាម សេវាកម្មជំនួយផ្នែកភាសាមានផ្តល់ជូនលោកអ្នកដោយឥតគិតថ្លៃ។ ហៅទៅកាន់លេខ 1-800-431-9007 (TTY: 711)។ រវាងថ្ងៃទី 1 ខែតុលានិង ថ្ងៃទី 31 ខែមីនា អ្នកគំណាងអាចរកបានពីថ្ងៃចន្ទដល់ថ្ងៃអាទិត្យ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់។ រវាងថ្ងៃទី 1 ខែមេសានិងថ្ងៃទី 30 ខែកញ្ញា អ្នកគំណាងអាចរកបានពីថ្ងៃចន្ទដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8 ព្រឹកដល់ម៉ោង 8 យប់។ ការហៅទូរសព្ទនេះ គឺ ឥតគិតថ្លៃ។
- **請注意：**我們還提供免費的語言協助服務：阿拉伯語、亞美尼亞語、柬埔寨語、中文、波斯語、韓語、俄語、西班牙語、菲律賓語或越南語。請致電 1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。
- **توجه:** اگر به زبان عربی، ارمنی، کامبوجی، چینی، فارسی، کره ای، روسی، اسپانیایی، تاکالوگ یا ویتنامی صحبت می کنید، خدمات کمک زبان به صورت رایگان در اختیار شما قرار می گیرد. با 1-800-431-9007 (TTY 711) تماس بگیرید. بین 1 اکتبر و 31 مارس، نمایندگان از دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 بعد از ظهر در دسترس هستند. بین 1 آوریل و 30 سپتامبر، نمایندگان از دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 8 بعد از ظهر در دسترس هستند. تماس رایگان است.



ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរសូមទូរសព្ទទៅ Wellcare Dual Align 129 (HMO D-SNP) តាមលេខ 1-800-431-9007 (TTY: 711)។ ចន្លោះថ្ងៃទី 1 ខែតុលា និងថ្ងៃទី 31 ខែមីនា អ្នកគំណាងអាចរកបានពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃអាទិត្យ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់។ ចន្លោះថ្ងៃទី 1 ខែមេសានិងថ្ងៃទី 30 ខែកញ្ញា អ្នកគំណាងអាចរកបានពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់។ ការហៅទូរសព្ទនេះ គឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** ចូរមើលគេហទំព័រ <https://wellcare.healthnetcalifornia.com> ។

- 주의: 아랍어, 아르메니아어, 캄보디아어, 중국어, 페르시아어, 한국어, 러시아어, 스페인어, 타갈로그어 또는 베트남어를 구사하시면, 언어 보조 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 연락해 주십시오. 상담원과는 10월 1일부터 3월 31일까지는 월요일~일요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다.
- ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на арабском, армянском, камбоджийском, китайском, корейском, русском, испанском, тагальском или вьетнамском языках либо фарси, вам доступны бесплатные услуги переводчика. Позвоните по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). С 1 октября по 31 марта представители доступны с понедельника по воскресенье с 8 а.м. до 8 р.м. С 1 апреля по 30 сентября представители доступны с понедельника по пятницу с 8 а.м. до 8 р.м. Звонок бесплатный.
- ATENCIÓN: Si habla Árabe, Armenio, Camboyano, Chino, Persa, Coreano, Ruso, Español, Tagalo o Vietnamita, disponemos de servicios de asistencia lingüística sin costo alguno para usted. Llame al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de Octubre y el 31 de Marzo, los representantes están disponibles de Lunes a Domingo, de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de Abril y el 30 de Septiembre, los representantes están disponibles de Lunes a Viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.
- ATENSYON: Kung nagsasalita kayo ng Arabic, Armenian, Cambodian, Chinese, Farsi, Korean, Russian, Spanish, Tagalog, o Vietnamese, mayroon kayong magagamit na mga libreng serbisyo ng tulong sa wika. Tumawag sa 1-800-431-9007 (TTY: 711). Mula Oktubre 1 hanggang Marso 31, available ang mga kinatawan mula Lunes–Linggo, 8 a.m. hanggang 8 p.m. Mula Abril 1 hanggang Setyembre 30, available ang mga kinatawan mula Lunes–Biyernes, 8 a.m. hanggang 8 p.m. Libre ang tawag.
- LƯU Ý: Nếu quý vị nói tiếng Ả Rập, tiếng Armenia, tiếng Campuchia, tiếng Trung Quốc, tiếng Ba Tư, tiếng Hàn, tiếng Nga, tiếng Tây Ban Nha, tiếng Tagalog hoặc tiếng Việt, chúng tôi có sẵn các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho quý vị. Hãy gọi đến số 1 800 431 9007 (TTY: 711). Từ ngày 1 tháng 10 đến 31 tháng 3, nhân viên đại diện sẽ làm việc từ Thứ Hai Chủ Nhật, 8 a.m. đến 8 p.m. Từ ngày 1 tháng 4 đến 30 tháng 9, nhân viên đại



ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរសូមទូរសព្ទទៅ Wellcare Dual Align 129 (HMO D-SNP) តាមលេខ 1-800-431-9007 (TTY: 711)។ ចន្លោះថ្ងៃទី 1 ខែតុលា និងថ្ងៃទី 31 ខែមីនា អ្នកគំណាងអាចរកបានពីថ្ងៃ ចន្ទ ដល់ថ្ងៃអាទិត្យ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់។ ចន្លោះថ្ងៃទី 1 ខែមេសាដល់ថ្ងៃទី 30 ខែកញ្ញា អ្នក គំណាងអាចរកបានពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់។ ការហៅទូរសព្ទនេះ គឺឥត គិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** ចូរមើលគេហទំព័រ <https://wellcare.healthnetcalifornia.com> ។

diện sẽ làm việc từ Thứ Hai Thứ Sáu, 8 a.m. đến 8 p.m. Cuộc gọi này được miễn phí.

- អ្នកអាចទទួលបានសេវាថែទាំសុខភាពសេរីដោយមិនមានថ្លៃសេវាសម្រាប់ការប្រើប្រាស់ប្រព័ន្ធគ្រប់គ្រងសុខភាព និងការប្រើប្រាស់ប្រព័ន្ធគ្រប់គ្រងសុខភាព។ អ្នកអាចទទួលបានសេវាថែទាំសុខភាពសេរីដោយមិនមានថ្លៃសេវាសម្រាប់ការប្រើប្រាស់ប្រព័ន្ធគ្រប់គ្រងសុខភាព និងការប្រើប្រាស់ប្រព័ន្ធគ្រប់គ្រងសុខភាព។ អ្នកអាចទទួលបានសេវាថែទាំសុខភាពសេរីដោយមិនមានថ្លៃសេវាសម្រាប់ការប្រើប្រាស់ប្រព័ន្ធគ្រប់គ្រងសុខភាព និងការប្រើប្រាស់ប្រព័ន្ធគ្រប់គ្រងសុខភាព។
- Wellcare Dual Align 129 (HMO D-SNP) ចង់បញ្ជាក់ថាអ្នកយល់ពីព័ត៌មានអំពីគម្រោងសុខភាពរបស់អ្នក។ យើងអាចបញ្ជូនព័ត៌មានទៅកាន់លោកអ្នកជាភាសាមួយទៀតឬជានិមិត្តរូបផ្សេងទៀត បើសិនលោកអ្នកស្នើសុំវាបែបនេះ។ នេះត្រូវបានគេហៅថា "សំណើអចិន្ត្រៃយ៍"។ យើងនឹងចងក្រងឯកសារជម្រើសរបស់អ្នក។

សូមហៅទូរសព្ទមកពួកយើង បើសិន៖

- លោកអ្នកចង់ទទួលបានព័ត៌មានរបស់អ្នកជាភាសាអារ៉ាប់ អាមេនី កម្ពុជា (ខ្មែរ) ចិន (អក្សរចិនបុរាណ) ហ្វារស៊ី កូរ៉េ រុស្ស៊ី អេស្ប៉ាញ តាហ្គាឡ វៀតណាម ឬ ជានិមិត្តរូបផ្សេងៗ។ លោកអ្នកអាចស្នើសុំភាសាណាមួយក្នុងចំណោមភាសាទាំងនេះជានិមិត្តរូបផ្សេងបាន។

ឬ

- លោកអ្នកចង់ផ្លាស់ប្តូរភាសា ឬនិមិត្តរូបនៃព័ត៌មាន ដែលយើងផ្ញើទៅកាន់លោកអ្នក។

ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយក្នុងការស្វែងយល់អំពីសម្ភាររបស់គម្រោងរបស់អ្នក សូមទាក់ទងផ្នែកសេវាជម្រើសមាជិករបស់ Wellcare Dual Align 129 (HMO D-SNP) តាមរយៈលេខ 1-800-431-9007 (TTY: 711)។ ចន្លោះថ្ងៃទី 1 ខែតុលា និងថ្ងៃទី 31 ខែមីនា អ្នកកំណត់អាចរកបានពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ ថ្ងៃអាទិត្យ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ ម៉ោង 8 យប់។ ចន្លោះថ្ងៃទី 1 ខែមេសា និងថ្ងៃទី 30 ខែកញ្ញា អ្នកកំណត់អាចរកបានពីថ្ងៃចន្ទដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ ម៉ោង 8 យប់។

B2. ព័ត៌មានអំពីគម្រោងរបស់យើង

- Wellcare by Health Net គឺជាគម្រោងសុខភាពដែលចុះកិច្ចសន្យាទាំងជាមួយនឹង Medicare និង Medi-Cal ដើម្បីផ្តល់អត្ថប្រយោជន៍នៃកម្មវិធីទាំងពីរដល់មាជិកទាំងឡាយ។



ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរសូមទូរសព្ទទៅ Wellcare Dual Align 129 (HMO D-SNP) តាមលេខ 1-800-431-9007 (TTY: 711)។ ចន្លោះថ្ងៃទី 1 ខែតុលា និងថ្ងៃទី 31 ខែមីនា អ្នកកំណត់អាចរកបានពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃអាទិត្យ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់។ ចន្លោះថ្ងៃទី 1 ខែមេសា និងថ្ងៃទី 30 ខែកញ្ញា អ្នកកំណត់អាចរកបានពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់។ ការហៅទូរសព្ទនេះ គឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** ចូរមើលគេហទំព័រ <https://wellcare.healthnetcalifornia.com> ។

- ការធានារ៉ាប់រងនៅក្រោម Wellcare Dual Align 129 (HMO D-SNP) គឺការធានារ៉ាប់រងសុខភាពដែលមានលក្ខណៈគ្រប់គ្រាន់ត្រូវបានហៅថា "ការធានារ៉ាប់រងអប្បបរមាដែលចាំបាច់" រាប់ពេញទៅតាមច្បាប់ការពារអ្នកជំងឺ និងថែទាំដែលមានតម្លៃសមរម្យតាមលក្ខខណ្ឌគម្របនៃការទទួលខុសត្រូវរួមរបស់បុគ្គលម្នាក់នៅក្រោមច្បាប់នៃការការពារអ្នកជំងឺ និងច្បាប់ថែទាំដែលមានតម្លៃសមរម្យ (ACA)។ សូមចូលមើលគេហទំព័រអំពីសេវាកម្មចំណូលថ្លៃក្នុង (IRS) តាមអាសយដ្ឋាន www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីលក្ខខណ្ឌគម្របនៃការទទួលខុសត្រូវរួមរបស់បុគ្គល។

B3. រឿងសំខាន់ដែលត្រូវធ្វើ

- **ពិនិត្យមើលថាតើមានការផ្លាស់ប្តូរណាមួយចំពោះអត្ថប្រយោជន៍ និងថ្លៃចំណាយ របស់យើងដែលអាចប៉ះពាល់ដល់អ្នកដែរឬទេ?**
 - តើមានការផ្លាស់ប្តូរណាមួយដែលប៉ះពាល់ដល់សេវាកម្មដែលអ្នកប្រើដែរឬទេ?
 - ពិនិត្យមើលការផ្លាស់ប្តូរអត្ថប្រយោជន៍ និងថ្លៃចំណាយ ដើម្បីប្រាកដថាពួកវានឹងដំណើរការសម្រាប់អ្នកនៅឆ្នាំក្រោយ។
 - សូមមើលផ្នែក **E1** សម្រាប់ព័ត៌មានអំពីអត្ថប្រយោជន៍ និងការផ្លាស់ប្តូរថ្លៃចំណាយរបស់ពួកយើង
- **ពិនិត្យមើលថាតើមានការផ្លាស់ប្តូរណាមួយចំពោះការធានារ៉ាប់រងលើឱសថមានវេជ្ជបញ្ជារបស់យើងដែលអាចប៉ះពាល់ដល់អ្នកដែរឬទេ?**
 - តើឱសថរបស់អ្នកនឹងមានការធានារ៉ាប់រងដែរឬទេ? តើឱសថទាំងនោះស្ថិតក្នុង កម្រិតខុសគ្នាមែនទេ? តើអ្នកអាចប្រើឱសថស្ថានដូចគ្នាបានដែរឬទេ?
 - ពិនិត្យមើលការផ្លាស់ប្តូរ ដើម្បីប្រាកដថាការធានារ៉ាប់រងឱសថរបស់យើងនឹងដំណើរការសម្រាប់អ្នកនៅឆ្នាំក្រោយ។
 - សូមមើលផ្នែក **E2** សម្រាប់ព័ត៌មានអំពីការផ្លាស់ប្តូរចំពោះការធានារ៉ាប់រងឱសថរបស់យើង។
- **ពិនិត្យមើលថាតើអ្នកផ្តល់សេវាសុខភាព និងឱសថស្ថានរបស់អ្នកនឹងស្ថិតនៅក្នុងបណ្តាញរបស់យើងនៅឆ្នាំក្រោយឬទេ?**
 - តើវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក មានរាប់បញ្ចូលក្រុមពេទ្យជំនាញរបស់អ្នកនៅក្នុងបណ្តាញរបស់យើងដែរឬទេ? ហើយឱសថស្ថានរបស់អ្នកយ៉ាងម៉េចដែរ? ហើយចុះមន្ទីរពេទ្យ ឬអ្នកផ្តល់សេវាសុខភាពដែលអ្នកប្រើយ៉ាងម៉េចដែរ?
 - សូមមើល ផ្នែក **D** សម្រាប់ព័ត៌មានអំពី *បញ្ជីឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថានរបស់យើង*។
- **គិតអំពីថ្លៃចំណាយសរុបនៅក្នុងគម្រោងនោះ។**



ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរសូមទូរសព្ទទៅ Wellcare Dual Align 129 (HMO D-SNP) តាមលេខ 1-800-431-9007 (TTY: 711)។ ចន្លោះថ្ងៃទី 1 ខែតុលា និងថ្ងៃទី 31 ខែមីនា អ្នកគំណាងអាចរកបានពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃអាទិត្យ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់។ ចន្លោះថ្ងៃទី 1 ខែមេសា និងថ្ងៃទី 30 ខែកញ្ញា អ្នកគំណាងអាចរកបានពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់។ ការហៅទូរសព្ទនេះ គឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** ចូរមើលគេហទំព័រ <https://wellcare.healthnetcalifornia.com> ។

- តើអ្នកនឹងចំណាយថ្លៃចេញពីហោប៉ៅប៉ុន្មានសម្រាប់សេវាកម្ម និងឱសថមានវេជ្ជបញ្ជា ដែលអ្នកប្រើជាប្រចាំនោះ?
- តើថ្លៃចំណាយសរុបប្រៀបធៀបទៅនឹងជម្រើសធានារ៉ាប់រងផ្សេងទៀតយ៉ាងដូចម្តេច?
- **គិតអំពីថាតើអ្នកពេញចិត្តជាមួយគម្រោងរបស់យើងឬទេ។**

ប្រសិនបើអ្នកសម្រេចចិត្តនៅជាមួយគម្រោង Wellcare Dual Align 129 (HMO D-SNP)៖

ប្រសិនបើអ្នកចង់បន្តនៅជាមួយយើងនៅឆ្នាំ ក្រោយ វាងាយស្រួលទេ គឺថាអ្នកមិនចាំបាច់ធ្វើអ្វី ទាំងអស់។ ប្រសិនបើអ្នកមិនធ្វើការផ្លាស់ប្តូរទេ អ្នកនឹងបន្តចុះឈ្មោះដោយស្វ័យប្រវត្តិនៅក្នុង គម្រោង Wellcare Dual Align 129 (HMO D-SNP)។

ប្រសិនបើអ្នកសម្រេចចិត្តផ្លាស់ប្តូរគម្រោង៖

ប្រសិនបើអ្នកសម្រេចចិត្តថាការធានារ៉ាប់រងផ្សេង ទៀតនឹងបំពេញតាមតម្រូវការរបស់អ្នកបានល្អ ប្រសើរជាងមុន អ្នកអាចផ្លាស់ប្តូរគម្រោង (សូម មើលផ្នែក **G2** សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម)។ ប្រសិន បើអ្នកចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងថ្មី ឬផ្លាស់ប្តូរទៅ គម្រោង Original Medicare ការធានារ៉ាប់រងថ្មី របស់អ្នកនឹងចាប់ផ្តើមនៅថ្ងៃដំបូងនៃខែបន្ទាប់។

C. ការផ្លាស់ប្តូរទៅកាន់ឈ្មោះគម្រោងរបស់យើង

នៅថ្ងៃទី 1 ខែមករា ឆ្នាំ 2023 ឈ្មោះគម្រោងរបស់យើងបានផ្លាស់ប្តូរពី Health Net Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan) ទៅ Wellcare Dual Align 129 (HMO D-SNP)។

Wellcare Dual Align 129 (HMO D-SNP) នឹងធ្វើជូនអ្នកនូវប័ណ្ណសម្គាល់សមាជិកថ្មីតាមប្រៃសណីយ៍។ អ្នកក៏អាចទទួលបានសំបុត្របន្ថែមជាមួយនឹងឈ្មោះគម្រោងថ្មីផងដែរ។



ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរសូមទូរសព្ទទៅ Wellcare Dual Align 129 (HMO D-SNP) តាមលេខ 1-800-431-9007 (TTY: 711)។ ចន្លោះថ្ងៃទី 1 ខែតុលា និងថ្ងៃទី 31 ខែមីនា អ្នកតំណាងអាចរកបានពីថ្ងៃ ចន្ទ ដល់ថ្ងៃអាទិត្យ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់។ ចន្លោះថ្ងៃទី 1 ខែមេសាដល់ថ្ងៃទី 30 ខែកញ្ញា អ្នក តំណាងអាចរកបានពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់។ ការហៅទូរសព្ទនេះ គឺឥត គិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** ចូរមើលគេហទំព័រ <https://wellcare.healthnetcalifornia.com> ។

D. ការផ្លាស់ប្តូរចំពោះអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំក្នុងបណ្តាញ និងឱសថស្ថានរបស់យើង

អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំក្នុងបណ្តាញ និងឱសថស្ថានរបស់យើងបានផ្លាស់ប្តូរសម្រាប់ឆ្នាំ 2023។

យើងសូមធ្វើការលើកទឹកចិត្តអ្នកឱ្យធ្វើការត្រួតពិនិត្យឡើងវិញនូវបញ្ជីឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថានរបស់យើងខ្លួននាពេលបច្ចុប្បន្ន ដើម្បីពិនិត្យមើលថាតើអ្នកផ្តល់សេវា ឬឱសថស្ថានរបស់អ្នកនៅតែស្ថិតនៅក្នុងបណ្តាញរបស់យើងខ្ញុំដែរឬទេ។ បញ្ជីរាយឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថានដែលបានធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពមានទីតាំងនៅលើគេហទំព័ររបស់យើងនៅ <https://wellcare.healthnetcalifornia.com> ។ អ្នកក៏អាចទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិកតាមលេខនៅខាងក្រោមទំព័រសម្រាប់ព័ត៌មានអ្នកផ្តល់សេវាដែលបានធ្វើបច្ចុប្បន្នភាព ឬសុំឱ្យយើងផ្ញើទៅអ្នកនូវបញ្ជីឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថាន។

វាជារឿងសំខាន់ដែលអ្នកដឹងថាយើងក៏អាចធ្វើការផ្លាស់ប្តូរបណ្តាញរបស់យើងក្នុងអំឡុងរយៈពេលមួយឆ្នាំផងដែរ។ ប្រសិនបើអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើង អ្នកមានសិទ្ធិ និងការការពារជាក់លាក់សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមមើល ជំពូក 3 នៃ សៀវភៅណែនាំសមាជិករបស់អ្នក។

E. ការផ្លាស់ប្តូរចំពោះអត្ថប្រយោជន៍ និងថ្លៃចំណាយ សម្រាប់ឆ្នាំក្រោយ

E1. ការផ្លាស់ប្តូរចំពោះអត្ថប្រយោជន៍ និងថ្លៃចំណាយ សម្រាប់សេវាវេជ្ជសាស្ត្រ

យើងកំពុងផ្លាស់ប្តូរការធានារ៉ាប់រងសម្រាប់សេវាវេជ្ជសាស្ត្រជាក់លាក់ និងអ្វីដែលអ្នកបង់ថ្លៃសម្រាប់សេវាវេជ្ជសាស្ត្រដែលបានធានារ៉ាប់រងទាំងនោះនៅឆ្នាំក្រោយ។ តារាងខាងក្រោមពិពណ៌នាអំពីការផ្លាស់ប្តូរទាំងនេះ។

	2022 (ឆ្នាំនេះ)	2023 (ឆ្នាំក្រោយ)
សេវាកម្មចាក់ម្ជុលវិទ្យាសាស្ត្រ - ការចាក់ម្ជុលវិទ្យាសាស្ត្រជាប្រចាំ	អ្នកបង់ ប្រាក់រួម \$0 ក្នុងមួយដង សម្រាប់ការមកពិនិត្យរហូតដល់ 2 ដងជារៀងរាល់ខែ (ឬញឹកញាប់ជាងនេះប្រសិនបើពួកគេមានភាពចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ) សម្រាប់សេវាកម្មចាក់ម្ជុលវិទ្យាសាស្ត្រជាប្រចាំ។ ការបញ្ជូនបន្តមិនត្រូវបានទាមទារទេ។ ការអនុញ្ញាតជាមុនមិនត្រូវបានទាមទារទេ។	អ្នកបង់ ប្រាក់រួមចំនួន \$0 ក្នុងការពិនិត្យមួយដង សម្រាប់ការមកពិនិត្យរហូតដល់ 24 ដងជារៀងរាល់ឆ្នាំសម្រាប់សេវាកម្មចាក់ម្ជុលវិទ្យាសាស្ត្រជាប្រចាំ។ ការបញ្ជូនបន្តមិនត្រូវបានទាមទារទេ។ ការអនុញ្ញាតជាមុនមិនត្រូវបានទាមទារទេ។
ការពិនិត្យរាងកាយប្រចាំឆ្នាំ	ការពិនិត្យរាងកាយប្រចាំឆ្នាំមិន ត្រូវបានធានារ៉ាប់រងទេ។	អ្នកបង់ប្រាក់រួម \$0 សម្រាប់ការពិនិត្យរាងកាយប្រចាំឆ្នាំមួយដងក្នុងមួយឆ្នាំ។
សេវាកម្មស្តារនីតិសមុបទាបេដូង	អាចនឹងតម្រូវឱ្យមានការអនុញ្ញាតជាមុន។	ការអនុញ្ញាតជាមុនមិនត្រូវបានទាមទារទេ។



ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរសូមទូរសព្ទទៅ Wellcare Dual Align 129 (HMO D-SNP) តាមលេខ 1-800-431-9007 (TTY: 711)។ ចន្លោះថ្ងៃទី 1 ខែតុលា និងថ្ងៃទី 31 ខែមីនា អ្នកកំណត់អាចរកបានពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃអាទិត្យ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់។ ចន្លោះថ្ងៃទី 1 ខែមេសាដល់ថ្ងៃទី 30 ខែកញ្ញា អ្នកកំណត់អាចរកបានពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់។ ការហៅទូរសព្ទនេះ គឺឥតគិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម ចូរមើលគេហទំព័រ <https://wellcare.healthnetcalifornia.com> ។

	2022 (ឆ្នាំនេះ)	2023 (ឆ្នាំក្រោយ)
សេវាចាប់សរសៃ - ការចាប់សរសៃជាប្រចាំ	សេវាចាប់សរសៃជាប្រចាំគឺមិនត្រូវបានរ៉ាប់រងនោះទេ។	អ្នកបង់ប្រាក់រួមចំនួន \$0 ក្នុងការពិគ្រោះមួយដង រហូតដល់ 24 ដងលើការពិគ្រោះជារៀងរាល់ឆ្នាំសម្រាប់សេវាចាប់សរសៃជាប្រចាំនេះ។
សេវាថែទាំធ្មេញ	អាចនឹងតម្រូវឱ្យមានការបញ្ជូនបន្ត។	ការបញ្ជូនបន្តមិនត្រូវបានទាមទារ។
សេវាថែទាំធ្មេញ - ថែទាំធ្មេញជាប្រចាំ	ការធានារ៉ាប់រងលើធ្មេញរបស់អ្នកគឺតាមរយៈ Medi-Cal Denti-Cal ហើយមិនមែនជាផ្នែកនៃគម្រោង Cal MediConnect របស់អ្នកទេ។	បន្ថែមពីលើអត្ថប្រយោជន៍នៃការព្យាបាលធ្មេញក្រោមការធានារ៉ាប់រងនៃ Medi-Cal របស់អ្នក គម្រោង Medicare របស់យើងគ្របដណ្តប់លើសេវា និងនីតិវិធីសេវាថែទាំធ្មេញបន្ថែម។ សេវាកម្មទាំងនេះអាចរួមបញ្ចូលប៉ុន្តែមិនត្រូវបានកំណត់ចំពោះដូចខាងក្រោម៖ - ធ្មេញស្រោប - ធាតុលោហៈល្អ - ធ្មេញសិប្បនិម្មិត (ធ្មេញពាក់) - ស្ពាន ការដាក់កម្រិត និងការលើកលែងត្រូវបានអនុវត្ត។
ការបណ្តុះបណ្តាលការគ្រប់គ្រងជំងឺទឹកនោមផ្អែមដោយខ្លួនឯង	ការពិគ្រោះសុខភាពតាមទូរសព្ទសម្រាប់សេវាកម្មនេះមិនត្រូវបានធានារ៉ាប់រងទេ។	ការពិគ្រោះសុខភាពតាមទូរសព្ទសម្រាប់សេវាកម្មត្រូវបានធានារ៉ាប់រង។
ការផ្គត់ផ្គង់ជំងឺទឹកនោមផ្អែម	ឧបករណ៍ពិនិត្យជាតិស្ករ និងបរិក្ខារផ្គត់ផ្គង់ត្រូវបានកំណត់ត្រឹមម៉ាក Accu-Chek និង OneTouch នៅពេលទទួលបានមកពីឱសថស្ថាន។ សម្រាប់ឧបករណ៍ម៉ាកយីហោផ្សេងទៀតមិនត្រូវបានធានារ៉ាប់រងទេ លុះត្រាតែមានការយល់ព្រមជាមុន។	ឧបករណ៍ពិនិត្យជាតិស្ករ និងបរិក្ខារផ្គត់ផ្គង់ត្រូវបានកំណត់ត្រឹមម៉ាក OneTouch នៅពេលទទួលបានមកពីឱសថស្ថាន។ ម៉ាកយីហោផ្សេងទៀត និងប្រព័ន្ធគ្រួតពិនិត្យជាតិស្ករជាបន្តបន្ទាប់ មិនត្រូវបានគ្របដណ្តប់ទេ លុះត្រាតែមានការអនុញ្ញាតជាមុនសិន។ ចំពោះបរិមាណ គឺអាចនឹងមានកំណត់។



ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរសូមទូរសព្ទទៅ Wellcare Dual Align 129 (HMO D-SNP) តាមលេខ 1-800-431-9007 (TTY: 711)។ ចន្លោះថ្ងៃទី 1 ខែតុលា និងថ្ងៃទី 31 ខែមីនា អ្នកកំណាងអាចរកបានពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃអាទិត្យ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់។ ចន្លោះថ្ងៃទី 1 ខែមេសាដល់ថ្ងៃទី 30 ខែកញ្ញា អ្នកកំណាងអាចរកបានពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់។ ការហៅទូរសព្ទនេះ គឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** ចូរមើលគេហទំព័រ <https://wellcare.healthnetcalifornia.com> ។ 10

	2022 (ឆ្នាំនេះ)	2023 (ឆ្នាំក្រោយ)
<p>អត្ថប្រយោជន៍កាយសម្បទា</p>	<p>អ្នកបង់ ប្រាក់រួមចំនួន \$0 សម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍កាយសម្បទា។</p> <p>អ្នកមានជម្រើសដូចខាងក្រោមដែលអាចប្រើបានដោយឥតគិតថ្លៃសម្រាប់អ្នក៖</p> <ul style="list-style-type: none"> • ភាពជាសមាជិកនៅកន្លែងហាត់ប្រាណ អ្នកអាចទៅកន្លែងហាត់ប្រាណដែលនៅជិតអ្នក ដែលចូលរួមនៅក្នុងកម្មវិធី និង • ឧបករណ៍ហាត់ប្រាណនៅផ្ទះ៖ អ្នកអាចជ្រើសរើសឧបករណ៍ហាត់ប្រាណនៅផ្ទះជាច្រើនប្រភេទ។ អ្នកអាចទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍រហូតដល់ទៅ 2 ឧបករណ៍ជារៀងរាល់ឆ្នាំ។ <p>អាចនឹងតម្រូវឱ្យមានការអនុញ្ញាតជាមុន។</p>	<p>អ្នកបង់ ប្រាក់រួមចំនួន \$0 នៅក្នុងបណ្តាញ។ Peerfit Move គឺជាអត្ថប្រយោជន៍ផ្នែកកាយសម្បទាដែលអាចបត់បែនបានជាមួយនឹងឥណទានប្រចាំខែដើម្បីប្រើប្រាស់លើកន្លែងហាត់ប្រាណធំៗ ឬស្នូឌីយោហាត់ប្រាណនៅក្នុងតំបន់ជាច្រើនប្រភេទ។ សមាជិកនឹងមានឥណទានចំនួន 32 ជារៀងរាល់ខែ ដើម្បីប្រើប្រាស់លើជម្រើសនៃបទពិសោធន៍កាយសម្បទារបស់ពួកគេ។ ឥណទានអាចត្រូវបានប្រើសម្រាប់ភាពជាសមាជិកនៅកន្លែងហាត់ប្រាណប្រចាំខែជាមួយនឹងការចូលហាត់ដោយគ្មានដែនកំណត់ និងការចូលប្រើប្រាស់គ្រឿងបរិក្ខារ និងថ្នាំទាំងអស់ និង/ឬថ្នាំស្នូឌីយោហាត់ប្រាណ FitKits ដែលរួមបញ្ចូលប្រអប់សម្រាប់ធ្វើលំហាត់ប្រាណនៅផ្ទះ។ សមាជិកក៏មានសិទ្ធិចូលមើលវីដេអូហាត់ប្រាណដោយគ្មានដែនកំណត់ដោយមានការបង់ប្រាក់រួមចំនួន \$0 ដោយប្រើក្រេឌីតចំនួនសូន្យ។</p> <p>រាល់ឥណទានដែលមិនបានប្រើពិការបែងចែកប្រចាំខែមិនបន្តទៅខែបន្ទាប់ទេ ប៉ុន្តែនឹងត្រូវបានផ្តល់ឡើងវិញនៅថ្ងៃដំបូងនៃខែនីមួយៗ។ សមាជិកនឹងមានជម្រើសក្នុងការទិញក្រេឌីតបន្ថែម។</p> <p>ការអនុញ្ញាតជាមុនមិនត្រូវបានទាមទារទេ។</p>



ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរសូមទូរសព្ទទៅ Wellcare Dual Align 129 (HMO D-SNP) តាមលេខ 1-800-431-9007 (TTY: 711)។ ចន្លោះថ្ងៃទី 1 ខែតុលា និងថ្ងៃទី 31 ខែមីនា អ្នកតំណាងអាចរកបានពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃអាទិត្យ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់។ ចន្លោះថ្ងៃទី 1 ខែមេសា និងថ្ងៃទី 30 ខែកញ្ញា អ្នកតំណាងអាចរកបានពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់។ ការហៅទូរសព្ទនេះ គឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** ចូរមើលគេហទំព័រ <https://wellcare.healthnetcalifornia.com> ។ 11

	2022 (ឆ្នាំនេះ)	2023 (ឆ្នាំក្រោយ)
<p>Healthy Foods Card</p> <p>Medicare បានយល់ព្រមលើ Wellcare by Health Net ដើម្បីផ្តល់អត្ថប្រយោជន៍ទាំងនេះជាផ្នែកនៃកម្មវិធី Value-Based Insurance Design ។ កម្មវិធីនេះអនុញ្ញាតឱ្យ Medicare សាកល្បងវិធីថ្មីដើម្បីកែលម្អគម្រោងអត្ថប្រយោជន៍ Medicare Advantage</p>	<p>Healthy Foods Card មិន ត្រូវបានធានារ៉ាប់រងទេ។</p>	<p>អ្នកទទួលបានប្រាក់ឧបត្ថម្ភ \$50 រៀងរាល់ខែ ដើម្បីចំណាយលើផលិតផលគ្រឿងទេសដែលមានសិទ្ធិទទួលបាននៅហាងលក់រាយ ដែលចូលរួម។</p> <p>ប្រាក់ឧបត្ថម្ភនេះមិនត្រូវបានអនុវត្តដល់ខែបន្ទាប់។</p>
<p>សេវាពិនិត្យត្រចៀក - ការពិនិត្យត្រចៀក</p>	<p>ការអនុញ្ញាតជាមុនមិនត្រូវបានទាមទារទេ។</p>	<p>អាចនឹងតម្រូវឱ្យមានការអនុញ្ញាតជាមុន។</p>
<p>សេវាពិនិត្យត្រចៀក - ការស្តាប់ជាប្រចាំ</p>	<p>ការពិនិត្យត្រចៀកជាប្រចាំ និងការហាត់ប្រាណ/ការវាយតម្លៃសម្រាប់ឧបករណ៍ជំនួយការស្តាប់ មិន ត្រូវបានធានារ៉ាប់រងទេ</p> <p>គម្រោងការធានារ៉ាប់រងរហូតដល់ \$1,510 ក្នុងមួយឆ្នាំសារពើពន្ធសម្រាប់ឧបករណ៍ជំនួយការត្រចៀក</p>	<p>អ្នកបង់ប្រាក់រួមចំនួន \$0 សម្រាប់ការពិនិត្យត្រចៀកជាប្រចាំ 1 ដងជារៀងរាល់ឆ្នាំ។</p> <p>អ្នកបង់ ប្រាក់រួមចំនួន \$0 សម្រាប់ការហាត់ប្រាណ/ការវាយតម្លៃ 1 ដងសម្រាប់ឧបករណ៍ជំនួយត្រចៀកជារៀងរាល់ឆ្នាំ។</p> <p>គម្រោងការធានារ៉ាប់រងរហូតដល់ \$1,000 ក្នុងមួយត្រចៀកជារៀងរាល់ឆ្នាំសម្រាប់ឧបករណ៍ជំនួយត្រចៀកជារៀងរាល់ឆ្នាំ។</p>
<p>ការថែទាំដោយទីភ្នាក់ងារសុខភាពតាមផ្ទះ</p>	<p>ការពិគ្រោះសុខភាពតាមទូរសព្ទសម្រាប់សេវាកម្មនេះ មិន ត្រូវបានធានារ៉ាប់រងទេ។</p>	<p>ការពិគ្រោះសុខភាពតាមទូរសព្ទសម្រាប់សេវាកម្មត្រូវបានធានារ៉ាប់រង។</p>



ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរសូមទូរសព្ទទៅ Wellcare Dual Align 129 (HMO D-SNP) តាមលេខ 1-800-431-9007 (TTY: 711)។ ចន្លោះថ្ងៃទី 1 ខែតុលា និងថ្ងៃទី 31 ខែមីនា អ្នកគំណាងអាចរកបានពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃអាទិត្យ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់។ ចន្លោះថ្ងៃទី 1 ខែមេសា និងថ្ងៃទី 30 ខែកញ្ញា អ្នកគំណាងអាចរកបានពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់។ ការហៅទូរសព្ទនេះ គឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** ចូរមើលគេហទំព័រ <https://wellcare.healthnetcalifornia.com> ។ 12

	2022 (ឆ្នាំនេះ)	2023 (ឆ្នាំក្រោយ)
សេវាកម្មជំនួយនៅក្នុងផ្ទះ:	គម្រោង Cal MediConnect របស់អ្នកមិនបានផ្តល់សេវាជំនួយនៅក្នុងផ្ទះបន្ថែមលើអ្វីដែលបានផ្តល់ជូនតាមរយៈ Medi-Cal ទេ។	គម្រោងផ្តល់សេវាកម្មជំនួយនៅក្នុងផ្ទះរបស់អ្នកដោយអ្នកលក់ដែលបានចុះកិច្ចសន្យាបន្ថែមពីលើអ្វីដែលបានផ្តល់ជូនតាមរយៈ Medi-Cal។ អ្នកបង់ប្រាក់រួមចំនួន \$0 សម្រាប់ការពិនិត្យ 12 ដងជារៀងរាល់ឆ្នាំ។ សេវាកម្មរួមមានការសម្អាត ការដារផ្ទះ និងការរៀបចំអាហារ ព្រមទាំងការផ្តល់ជំនួយជាមួយសកម្មភាពនៃការរស់នៅប្រចាំថ្ងៃ។ សេវាកម្មត្រូវបានផ្តល់ដោយអ្នកលក់តាមកិច្ចសន្យា។ ការដាក់កម្រិត និងការរឹតបន្តឹងត្រូវបានអនុវត្ត។
អាហារ - រូបត្ថម្ភ (មានដែនកំណត់ និងការលើកលែងត្រូវបានអនុវត្ត)	អាហាររូបត្ថម្ភ មិន ត្រូវបានធានារ៉ាប់រងទេ។	អ្នកបង់ ប្រាក់រួមចំនួន \$0 សម្រាប់អាហាររូបត្ថម្ភ។ មានអាហារយ៉ាងច្រើនបំផុត 3 ពេលក្នុងមួយថ្ងៃរហូតដល់ 28 ថ្ងៃ សម្រាប់អាហារយ៉ាងច្រើនបំផុត 84 ពេលក្នុងមួយខែ។ អត្ថប្រយោជន៍អាចទទួលបានរហូតដល់ 3 ខែ។ ការបញ្ជូនបន្តអាច ត្រូវបានទាមទារ។
អាហារ - ក្រោយពេលសុខភាពធ្ងន់ស្រាល (មានដែនកំណត់ និងការលើកលែងត្រូវបានអនុវត្ត)	អាចនឹងតម្រូវឱ្យមានការអនុញ្ញាតជាមុន។ ការបញ្ជូនបន្តមិនត្រូវបានទាមទារទេ។	ការអនុញ្ញាតជាមុនមិនត្រូវបានទាមទារទេ។ ការបញ្ជូនបន្តអាច ត្រូវបានទាមទារ។
សេវាការពារដែលធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare ដែលមានតម្លៃសូន្យដុល្លា	អាចនឹងតម្រូវឱ្យមានការអនុញ្ញាតជាមុន។ អាចនឹងតម្រូវឱ្យមានការបញ្ជូនបន្ត។	ការអនុញ្ញាតជាមុនមិនត្រូវបានទាមទារទេ។ ការបញ្ជូនបន្តមិនត្រូវបានទាមទារទេ។
ខ្សែទូរសព្ទសម្រាប់ការពិគ្រោះការព្យាបាល	អាចនឹងតម្រូវឱ្យមានការអនុញ្ញាតជាមុន។	ការអនុញ្ញាតជាមុនមិនត្រូវបានទាមទារទេ។



ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរសូមទូរសព្ទទៅ Wellcare Dual Align 129 (HMO D-SNP) តាមលេខ 1-800-431-9007 (TTY: 711)។ ចន្លោះថ្ងៃទី 1 ខែតុលា និងថ្ងៃទី 31 ខែមីនា អ្នកគំណាងអាចរកបានពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃអាទិត្យ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់។ ចន្លោះថ្ងៃទី 1 ខែមេសាដល់ថ្ងៃទី 30 ខែកញ្ញា អ្នកគំណាងអាចរកបានពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់។ ការហៅទូរសព្ទនេះ គឺឥតគិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម ចូរមើលគេហទំព័រ <https://wellcare.healthnetcalifornia.com> ។ 13

	2022 (ឆ្នាំនេះ)	2023 (ឆ្នាំក្រោយ)
សេវាផ្តល់ឈាមសម្រាប់អ្នកជំងឺមិនស្នាក់ព្យាបាល	អាចនឹងតម្រូវឱ្យមានការអនុញ្ញាតជាមុន។	ការអនុញ្ញាតជាមុនមិនត្រូវបានទាមទារទេ។
ទំនិញដែលមិនត្រូវការវេជ្ជបញ្ជា	អ្នកបង់ប្រាក់រួមចំនួន \$0 ។ អ្នកទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ចំនួន \$55 រៀងរាល់ត្រីមាសដើម្បីចំណាយលើផលិតផលដែលមិនត្រូវការវេជ្ជបញ្ជា (OTC) ដែលអាចទទួលបានតាមរយៈការបញ្ជាទិញតាមប្រៃសណីយ៍ ឬអ្នកលក់រាយដែលចូលរួម។ អត្ថប្រយោជន៍នេះនឹងមិនបន្តទៅពេលក្រោយនោះទេ។	អ្នកបង់ប្រាក់រួមចំនួន \$0 ។ អ្នកទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ចំនួន \$260 រៀងរាល់ត្រីមាសដើម្បីចំណាយលើផលិតផលផលិតផលឱសថគ្មានវេជ្ជបញ្ជា (OTC) ដែលមានសិទ្ធិទិញតាមរយៈការបញ្ជាទិញតាមប្រៃសណីយ៍ ឬអ្នកលក់រាយដែលចូលរួម។ អត្ថប្រយោជន៍នេះនឹងមិនបន្តទៅពេលក្រោយនោះទេ។
ភាពអាសន្នផ្ទាល់ខ្លួនប្រព័ន្ធផ្លែយកប (ការជូនដំណឹងផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ)	ភាពអាសន្នផ្ទាល់ខ្លួនប្រព័ន្ធផ្លែយកបមិនបានរាប់រង។	អ្នកបង់ប្រាក់រួមចំនួន \$0 ។
ការព្យាបាលដោយចលនា និងមាតិកាស្ករផ្នែកភាសានិយាយ	អ្នកបង់ប្រាក់រួមចំនួន \$0 សម្រាប់សេវា Medicare នីមួយៗដែលបានធានារ៉ាប់រង។ ការពិគ្រោះសុខភាពតាមទូរសព្ទសម្រាប់សេវាកម្មនេះមិនត្រូវបានធានារ៉ាប់រងទេ។	អ្នកបង់ប្រាក់រួមចំនួន \$0 សម្រាប់សេវា Medicare នីមួយៗដែលបានធានារ៉ាប់រង។ ការពិគ្រោះសុខភាពតាមទូរសព្ទសម្រាប់សេវាកម្មត្រូវបានធានារ៉ាប់រង។
សេវាព្យាបាលសុខភាពជើង	ការអនុញ្ញាតជាមុនមិនត្រូវបានទាមទារទេ។	អាចនឹងតម្រូវឱ្យមានការអនុញ្ញាតជាមុន។
សេវាកម្មស្តារស្ថានភាពស្មុគស្មាញ	អាចនឹងតម្រូវឱ្យមានការអនុញ្ញាតជាមុន។	ការអនុញ្ញាតជាមុនមិនត្រូវបានទាមទារទេ។



ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរសូមទូរសព្ទទៅ Wellcare Dual Align 129 (HMO D-SNP) តាមលេខ 1-800-431-9007 (TTY: 711)។ ចន្លោះថ្ងៃទី 1 ខែតុលា និងថ្ងៃទី 31 ខែមីនា អ្នកគំណាងអាចរកបានពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃអាទិត្យ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់។ ចន្លោះថ្ងៃទី 1 ខែមេសា និងថ្ងៃទី 30 ខែកញ្ញា អ្នកគំណាងអាចរកបានពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់។ ការហៅទូរសព្ទនេះ គឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** ចូរមើលគេហទំព័រ <https://wellcare.healthnetcalifornia.com> ។

	2022 (ឆ្នាំនេះ)	2023 (ឆ្នាំក្រោយ)
អត្ថប្រយោជន៍បន្ថែម ពិសេសសម្រាប់ជំងឺ រ៉ាំរ៉ៃ (SSBCI)	អត្ថប្រយោជន៍បន្ថែម ពិសេសសម្រាប់ជំងឺរ៉ាំរ៉ៃមិន ត្រូវបានធានារ៉ាប់រងទេ។	អាចនឹងតម្រូវឱ្យមានការអនុញ្ញាតជាមុន។ អ្នកត្រូវតែបំពេញតាមគោលការណ៍ណែនាំ អំពីសិទ្ធិដែលអាចទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ នៃគម្រោងខាងក្រោម។ លើសពីនេះ ការចូល រួមក្នុងកម្មវិធីគ្រប់គ្រងការថែទាំជាមួយនឹង គម្រោងរបស់យើងអាចត្រូវបានទាមទារ។ អ្នកបង់ប្រាក់រួមចំនួន \$0 ។ ប្រសិនបើអាច ទទួលបាន គម្រោងនេះផ្តល់ជូនបណ្តាសណ ពន្ធនាគារ Visa ដោយបង់ប្រាក់ជាមុនដែលមាន ដែនកំណត់ \$75 ក្នុងមួយខែ ដើម្បីជួយធានា រ៉ាប់រងថ្លៃប្រើប្រាស់សម្រាប់ផ្ទះរបស់អ្នក។ Utility Flex Card ណាមួយដែលមិនបានប្រើ ប្រាស់ជាដុល្លារនឹងផុតកំណត់នៅចុងខែ នីមួយៗ។ សេវាប្រើប្រាស់ដែលត្រូវបានយល់ ព្រមសម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍នេះរួមមាន៖ - អគ្គិសនី ហ្គាស អនាម័យ និងទឹកស្អាត - សេវាទូរសព្ទតាមអ៊ិនធឺណិត - សេវាទូរទស្សន៍ខ្សែកាប - ការចំណាយលើប្រេងដោយជាក់លាក់
សេវាកម្មដែលត្រូវការ ជាបន្ទាន់	អ្នកបង់ប្រាក់រួមចំនួន \$0 សម្រាប់សេវា Medicare នីមួយៗដែលបានធានារ៉ាប់ រង។ ការពិគ្រោះសុខភាព តាមទូរសព្ទសម្រាប់សេវាកម្ម នេះ មិន ត្រូវបានធានា រ៉ាប់រងទេ។	អ្នកបង់ប្រាក់រួមចំនួន \$0 សម្រាប់សេវា Medicare នីមួយៗដែលបានធានារ៉ាប់រង។ ការពិគ្រោះសុខភាពតាមទូរសព្ទសម្រាប់សេវា កម្មត្រូវបានធានារ៉ាប់រង។
ការចូលមើលជាក់ស្តែង	ការចូលមើលជាក់ស្តែងតាម រយៈ Teladoc មិនត្រូវបាន ធានារ៉ាប់រងទេ។	អ្នកបង់ប្រាក់រួមចំនួន \$0 ក្នុងការហៅទូរសព្ទ ម្តង។ សេវាពិគ្រោះសុខភាពតាមទូរសព្ទរបស់ អ្នកពី Teladoc រួមមានការប្រឹក្សាបន្ថែមអំពី ការឈប់ជក់បារី និងការប្រឹក្សាអំពីអាហារូប ត្ថម្ភ។
សេវាសុខភាពភ្នែក - ការពិនិត្យភ្នែក	ការបញ្ជូនបន្តមិនត្រូវបាន ទាមទារទេ។	អាចនឹងតម្រូវឱ្យមានការបញ្ជូនបន្ត។



ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរសូមទូរសព្ទទៅ Wellcare Dual Align 129 (HMO D-SNP) តាមលេខ 1-800-431-9007 (TTY: 711)។ ចន្លោះថ្ងៃទី 1 ខែតុលា និងថ្ងៃទី 31 ខែមីនា អ្នកគំណាងអាចរកបានពីថ្ងៃ ចន្ទ ដល់ថ្ងៃអាទិត្យ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់។ ចន្លោះថ្ងៃទី 1 ខែមេសា និងថ្ងៃទី 30 ខែកញ្ញា អ្នក គំណាងអាចរកបានពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់។ ការហៅទូរសព្ទនេះ គឺឥត គិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម ចូរមើលគេហទំព័រ <https://wellcare.healthnetcalifornia.com> ។ 15

	2022 (ឆ្នាំនេះ)	2023 (ឆ្នាំក្រោយ)
សេវាសុខភាពភ្នែក - ឧបករណ៍បំពាក់លើភ្នែក	ការអនុញ្ញាតជាមុនមិនត្រូវបានទាមទារទេ។ ការបញ្ជូនបន្តមិនត្រូវបានទាមទារ។	អាចនឹងតម្រូវឱ្យមានការអនុញ្ញាតជាមុន។ អាចនឹងតម្រូវឱ្យមានការបញ្ជូនបន្ត។
សេវាសុខភាពភ្នែក - ភ្នែកជាប្រចាំ	គម្រោងធានារ៉ាប់រងរហូតដល់ \$250 ជារៀងរាល់ឆ្នាំ ម្តងសម្រាប់កញ្ចក់កែរដាក់ក្នុងភ្នែក និងវ៉ែនតា (កញ្ចក់ និងដង) កញ្ចក់កែរភ្នែក ដងវ៉ែនតា និងការដំឡើងកម្រិត។ ការដំឡើងកម្រិតមិនត្រូវបានធានារ៉ាប់រងទេ។	គម្រោងធានារ៉ាប់រងរហូតដល់ \$400 ជារៀងរាល់ឆ្នាំសម្រាប់កញ្ចក់កែរដាក់ក្នុងភ្នែក និងវ៉ែនតា (កញ្ចក់ និងដង) កញ្ចក់កែរភ្នែក ដងវ៉ែនតា និងការដំឡើងកម្រិត។ ការដំឡើងកម្រិតមិនត្រូវបានធានារ៉ាប់រងទេ។
ការធានារ៉ាប់រងពេលមានគ្រោះអាសន្នទូទាំងពិភពលោក	អ្នកបង់ ប្រាក់រួមចំនួន \$0 សម្រាប់សេវាដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងនីមួយៗ។ អ្នកត្រូវបានរ៉ាប់រងរហូតដល់ \$50,000 ជារៀងរាល់ឆ្នាំសម្រាប់ការអាសន្ន និងសេវាដែលត្រូវការជាបន្ទាន់នៅខាងក្រៅពីសហរដ្ឋអាមេរិក។	អ្នកត្រូវបង់ ប្រាក់រួមចំនួន \$95 សម្រាប់សេវាដែលបានរ៉ាប់រងនីមួយៗ។ អ្នកត្រូវបានរ៉ាប់រងរហូតដល់ \$50,000 ជារៀងរាល់ឆ្នាំសម្រាប់ការអាសន្ន និងសេវាដែលត្រូវការជាបន្ទាន់នៅខាងក្រៅពីសហរដ្ឋអាមេរិក។
ការដឹកជញ្ជូនក្នុងគ្រោះអាសន្ននៅទូទាំងពិភពលោក	អ្នកបង់ ប្រាក់រួមចំនួន \$0 សម្រាប់សេវាកម្មដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រង ដល់ទៅចំនួនអតិបរមាចំនួន \$50,000 ។	ការដឹកជញ្ជូនក្នុងគ្រោះអាសន្ននៅទូទាំងពិភពលោកមិនត្រូវបានធានារ៉ាប់រងទេ។
ការធានារ៉ាប់រងលើការថែទាំបន្ទាន់ទូទាំងពិភពលោក	អ្នកបង់ ប្រាក់រួមចំនួន \$0 សម្រាប់សេវាដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងនីមួយៗ។ អ្នកត្រូវបានរ៉ាប់រងរហូតដល់ \$50,000 ជារៀងរាល់ឆ្នាំសម្រាប់ការអាសន្ន និងសេវាដែលត្រូវការជាបន្ទាន់នៅខាងក្រៅពីសហរដ្ឋអាមេរិក។	អ្នកត្រូវបង់ ប្រាក់រួមចំនួន \$95 សម្រាប់សេវាដែលបានរ៉ាប់រងនីមួយៗ។ អ្នកត្រូវបានរ៉ាប់រងរហូតដល់ \$50,000 ជារៀងរាល់ឆ្នាំសម្រាប់ការអាសន្ន និងសេវាដែលត្រូវការជាបន្ទាន់នៅខាងក្រៅពីសហរដ្ឋអាមេរិក។



ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរសូមទូរសព្ទទៅ Wellcare Dual Align 129 (HMO D-SNP) តាមលេខ 1-800-431-9007 (TTY: 711)។ ចន្លោះថ្ងៃទី 1 ខែតុលា និងថ្ងៃទី 31 ខែមីនា អ្នកគំណាងអាចរកបានពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃអាទិត្យ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់។ ចន្លោះថ្ងៃទី 1 ខែមេសាដល់ថ្ងៃទី 30 ខែកញ្ញា អ្នកគំណាងអាចរកបានពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់។ ការហៅទូរសព្ទនេះ គឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** ចូរមើលគេហទំព័រ <https://wellcare.healthnetcalifornia.com> ។ 16

E2. ការផ្លាស់ប្តូរទៅឱសថដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រង

ផ្លាស់ប្តូរទៅកាន់ឱសថនៅក្នុងបញ្ជីរបស់យើង

បញ្ជីឱសថ ដែលមានការរ៉ាប់រង ដែលបានធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពមាននៅលើគេហទំព័ររបស់យើងនៅ <https://wellcare.healthnetcalifornia.com> ។ អ្នកអាចហៅទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាសមាជិកតាមលេខទូរសព្ទនៅខាងក្រោមទំព័រសម្រាប់ព័ត៌មានឱសថដែលបានធ្វើបច្ចុប្បន្នភាព ឬសុំឱ្យយើងផ្ញើ **បញ្ជីឱសថ ដែលមានការធានារ៉ាប់រងឱ្យអ្នក**។

បញ្ជីឱសថដែលមានការធានារ៉ាប់រង ឬហៅម្យ៉ាងទៀតថា "បញ្ជីឱសថ"។

យើងធ្វើការផ្លាស់ប្តូរបញ្ជីឱសថរបស់យើងរួមមាន ការផ្លាស់ប្តូរឱសថដែលមានការធានារ៉ាប់រង និងការផ្លាស់ប្តូរទៅលើការកំណត់របស់ឱសថនីមួយៗ។

ពិនិត្យមើលបញ្ជីឱសថ ដើម្បីប្រាកដថាឱសថរបស់អ្នកនឹងត្រូវបានធានារ៉ាប់រងនៅឆ្នាំក្រោយ និងដើម្បីរកមើលថាតើមានការរឹតបន្តឹងណាមួយដែរឬទេ។

បើសិនជាអ្នកទទួលបានព័ត៌មានដោយសារការផ្លាស់ប្តូរឱសថដែលត្រូវបានរ៉ាប់រង យើងលើកទឹកចិត្តឱ្យលោកអ្នក៖

- សហការជាមួយគ្រូពេទ្យរបស់អ្នក (ឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាផ្សេង) ដើម្បីស្វែងរកឱសថផ្សេង ដែលមានការធានារ៉ាប់រងពីយើង។
 - អ្នកអាចទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាសមាជិកតាមលេខទូរសព្ទនៅខាងក្រោមទំព័រ ដើម្បីសួររកបញ្ជីឱសថដែលមានការធានារ៉ាប់រងដែលអាចព្យាបាលនៅក្នុងស្ថានភាពដូចគ្នាបាន។
 - បញ្ជីនេះ អាចជួយអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំលោកអ្នកក្នុងការស្វែងរកឱសថធានារ៉ាប់រងដែលសមស្របសម្រាប់លោកអ្នក។



ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរសូមទូរសព្ទទៅ Wellcare Dual Align 129 (HMO D-SNP) តាមលេខ 1-800-431-9007 (TTY: 711)។ ចន្លោះថ្ងៃទី 1 ខែតុលា និងថ្ងៃទី 31 ខែមីនា អ្នកតំណាងអាចរកបានពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃអាទិត្យ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់។ ចន្លោះថ្ងៃទី 1 ខែមេសា និងថ្ងៃទី 30 ខែកញ្ញា អ្នកតំណាងអាចរកបានពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់។ ការហៅទូរសព្ទនេះ គឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** ចូរមើលគេហទំព័រ <https://wellcare.healthnetcalifornia.com> ។ 17

- សុំឱ្យយើងខ្ញុំធានារ៉ាប់រងលើការផ្គត់ផ្គង់ឱសថជាបណ្តោះអាសន្ន។
 - នៅក្នុងស្ថានភាពខ្លះ យើងធានារ៉ាប់រងលើការផ្គត់ផ្គង់ឱសថជាបណ្តោះអាសន្ននៅក្នុងរយៈពេល 90 ថ្ងៃដំបូងនៃឆ្នាំប្រតិទិន។
 - ការផ្គត់ផ្គង់បណ្តោះអាសន្ននេះគឺសម្រាប់រយៈពេលរហូតដល់ 30 ថ្ងៃនៃការប្រើប្រាស់ឱសថនៅឱសថស្ថានលក់រាយ និងនៅឱសថស្ថានថែទាំរយៈពេលវែងរហូតដល់រយៈពេល 31 ថ្ងៃ។ (ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពីពេលដែលអ្នកអាចទទួលបានការផ្គត់ផ្គង់បណ្តោះអាសន្ន និងរបៀបស្នើសុំមួយ សូមមើលជំពូកទី 5 នៃ សៀវភៅណែនាំសមាជិករបស់អ្នក។)
 - នៅពេលអ្នកទទួលបានការផ្គត់ផ្គង់ឱសថជាបណ្តោះអាសន្ន សូមពិភាក្សាជាមួយវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកអំពីអ្វីដែលត្រូវធ្វើនៅពេលដែលការផ្គត់ផ្គង់បណ្តោះអាសន្នរបស់អ្នកត្រូវបានអស់។ អ្នកអាចប្តូរទៅឱសថផ្សេងទៀតដែលគម្រោងរបស់យើងបានធានារ៉ាប់រង ឬសុំឱ្យយើងធ្វើការលើកលែងសម្រាប់អ្នក និងធានារ៉ាប់រងនូវឱសថបច្ចុប្បន្នរបស់អ្នកវិញ។ ដើម្បីស្វែងយល់អំពីអ្វីដែលអ្នកត្រូវធ្វើដើម្បីសុំការលើកលែង សូមមើលជំពូកទី 9 ផ្នែក F នៃសៀវភៅណែនាំសមាជិកឆ្នាំ 2023 ឬហៅទូរសព្ទទៅសេវាសមាជិក។
 - ប្រសិនបើអ្នកស្ថិតនៅក្នុងគម្រោងលើសពី 90 ថ្ងៃ និងរស់នៅក្នុងផ្ទះថែទាំរយៈពេលវែង យើងនឹងរ៉ាប់រងផ្គត់ផ្គង់ឱសថជូនអ្នករយៈពេល 31 ថ្ងៃ ឬតិចជាងនេះ ប្រសិនបើវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកត្រូវបានសរសេរពីរបីថ្ងៃមុន។ នេះគឺជាការបន្ថែមទៅលើការផ្គត់ផ្គង់បណ្តោះអាសន្នខាងលើ។
 - បើសិនជាអ្នកផ្លាស់ទីកន្លែងថែទាំរយៈពេលវែង ឬពីមន្ទីរពេទ្យទៅផ្ទះ យើងនឹងធានារ៉ាប់រងផ្គត់ផ្គង់ឱសថរយៈពេល 30 ថ្ងៃ ឬតិចជាងនេះ ប្រសិនបើវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកត្រូវបានសរសេរមុនពីរបីថ្ងៃ (ក្នុងករណីណាមួយ យើងនឹងអនុញ្ញាតឱ្យផ្តល់ឱសថជូនលោកអ្នករហូតដល់ 30 ថ្ងៃ)។
 - បើសិនបើអ្នកផ្លាស់ទីផ្ទះទៅកន្លែងថែទាំរយៈពេលវែង ឬពីមន្ទីរពេទ្យ យើងនឹងធានារ៉ាប់រងឱសថបណ្តោះអាសន្នរយៈពេល 31 ថ្ងៃឬតិចជាងនេះ ប្រសិនបើវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកត្រូវបានសរសេរមុនពីរបីថ្ងៃ (ក្នុងករណីណាមួយ យើងនឹងអនុញ្ញាតឱ្យផ្តល់ឱសថជូនលោកអ្នករហូតដល់ 31 ថ្ងៃ)។ លោកអ្នកត្រូវតែបំពេញឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជានៅឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញ។
 - បញ្ជីលើកលែងឱសថមួយចំនួននឹងត្រូវធានារ៉ាប់រងឆ្នាំក្រោយ។ យោងទៅតាមលិខិតយល់ព្រមដែលអ្នកបានទទួល។ លិខិតយល់ព្រមរួមមានព័ត៌មានអំពីដែនកំណត់នៃការយល់ព្រមលើឱសថដែលជាក់លាក់របស់អ្នក និងកាលបរិច្ឆេទដែលការធានារ៉ាប់រងរបស់ឱសថនឹងត្រូវបញ្ចប់។ ប្រសិនបើយើងសម្រេចចិត្តមិនបន្តការយល់ព្រមរបស់អ្នកទេ យើងនឹងផ្ញើលិខិតថ្មីឱ្យអ្នកយ៉ាងហោចណាស់ 60 ថ្ងៃមុនពេលដាច់ឆ្នាំ។ លិខិតនេះនឹងរួមបញ្ចូលឱសថដែលជាក់លាក់ លើកលែងតែការយល់ព្រមនឹងត្រូវបញ្ចប់ និងរបៀបស្នើសុំការលើកលែង។ ដើម្បីស្វែងយល់អំពីអ្វីដែលអ្នកត្រូវធ្វើដើម្បីសុំការលើកលែង សូមមើលជំពូកទី 9 ផ្នែក F នៃសៀវភៅណែនាំសមាជិកឆ្នាំ 2023 ឬហៅទូរសព្ទទៅសេវាសមាជិក។

ផ្លាស់ប្តូរទៅថ្លៃចំណាយឱសថមានវេជ្ជបញ្ជា

យើងបានផ្លាស់ប្តូរឱសថមួយចំនួននៅក្នុងបញ្ជីឱសថទៅកម្រិតឱសថដែលទាបជាង ឬខ្ពស់ជាងនេះ។ ប្រសិនបើឱសថរបស់អ្នកផ្លាស់ទីតម្លៃថ្លៃទៅតម្លៃថ្លៃជាងនេះ វាអាចប៉ះពាល់ដល់ការសហចំណាយរបស់អ្នក។ ដើម្បីរកមើលថាតើឱសថរបស់អ្នកស្ថិតក្នុងកម្រិតខុសគ្នាឬអត់ សូមរកមើលនៅក្នុងបញ្ជីឱសថ។



ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរសូមទូរសព្ទទៅ Wellcare Dual Align 129 (HMO D-SNP) តាមលេខ 1-800-431-9007 (TTY: 711)។ ចន្លោះថ្ងៃទី 1 ខែតុលា និងថ្ងៃទី 31 ខែមីនា អ្នកតំណាងអាចរកបានពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃអាទិត្យ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់។ ចន្លោះថ្ងៃទី 1 ខែមេសា និងថ្ងៃទី 30 ខែកញ្ញា អ្នកតំណាងអាចរកបានពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់។ ការហៅទូរសព្ទនេះ គឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** ចូរមើលគេហទំព័រ <https://wellcare.healthnetcalifornia.com> ។ 18

តារាងខាងក្រោមបង្ហាញពីការចំណាយរបស់អ្នកសម្រាប់ឱសថ Part D ដែលបានធានារ៉ាប់រងទាំងអស់។

	2022 (ឆ្នាំនេះ)	2023 (ឆ្នាំក្រោយ)
<p>ឱសថ Part D ដែលបានធានារ៉ាប់រងទាំងអស់</p> <p>តម្លៃសម្រាប់ការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេលមួយខែនៃឱសថ Part D ត្រូវបានធានារ៉ាប់រង ដែលត្រូវបានបំពេញនៅឱសថស្ថានបណ្តាញ</p> <p>Medicare បានយល់ព្រមលើ Wellcare ដោយ Health Net ដើម្បីផ្តល់ការទូទាត់រួមគ្នា/សហធានារ៉ាប់រងក្នុងតម្លៃទាប ជាផ្នែកនៃកម្មវិធីបង្កើតការធានារ៉ាប់រងផ្នែកលើតម្លៃ។ កម្មវិធីនេះអនុញ្ញាតឱ្យ Medicare សាកល្បងវិធីថ្មីដើម្បីកែលម្អគម្រោង Medicare Advantage ។</p>	<p>ឱសថកម្រិតទី 1:</p> <p>ការបង់ប្រាក់រួមរបស់អ្នកសម្រាប់ការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេលមួយខែ (30 ថ្ងៃ) គឺ \$0 - \$3.95 ក្នុងមួយវេជ្ជបញ្ជា។</p> <p>ឱសថកម្រិតទី 2:</p> <p>ការបង់ប្រាក់រួមរបស់អ្នកសម្រាប់ការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេលមួយខែ (30 ថ្ងៃ) គឺ \$0 - \$9.85 ក្នុងមួយវេជ្ជបញ្ជា។</p> <p>ឱសថកម្រិតទី 3:</p> <p>ការបង់ប្រាក់រួមរបស់អ្នកសម្រាប់ការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេលមួយខែ (30 ថ្ងៃ) គឺ \$0 ក្នុងមួយវេជ្ជបញ្ជា។</p>	<p>ការបង់ប្រាក់រួមរបស់អ្នកសម្រាប់ការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេលមួយខែ (30 ថ្ងៃ) គឺ \$0 ក្នុងមួយវេជ្ជបញ្ជា។</p>

F. ការផ្លាស់ប្តូររដ្ឋបាល

	2022 (ឆ្នាំនេះ)	2023 (ឆ្នាំក្រោយ)
<p>គម្រោងរបស់អ្នកកំពុងផ្លាស់ប្តូរ</p>	<p>អ្នកគឺជាសមាជិកនៃគម្រោង Health Net Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan)។</p>	<p>អ្នកគឺជាសមាជិកនៃ Wellcare Dual Align 129 (HMO D-SNP) និងគម្រោង Health Net Medi-Cal ។</p>

G. ការជ្រើសរើសគម្រោងមួយ

G1. ស្ថិតនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើង

យើងសង្ឃឹមថានឹងរក្សាអ្នកជាសមាជិកនៃគម្រោង។ អ្នកមិនចាំបាច់ធ្វើអ្វីដើម្បីនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើងទេ។ ប្រសិនបើអ្នក **មិន** ផ្លាស់ប្តូរទៅគម្រោង Medicare ផ្សេងទៀត ឬផ្លាស់ប្តូរទៅគម្រោង



ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរសូមទូរសព្ទទៅ Wellcare Dual Align 129 (HMO D-SNP) តាមលេខ 1-800-431-9007 (TTY: 711)។ ចន្លោះថ្ងៃទី 1 ខែតុលា និងថ្ងៃទី 31 ខែមីនា អ្នកតំណាងអាចរកបានពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃអាទិត្យ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់។ ចន្លោះថ្ងៃទី 1 ខែមេសា និងថ្ងៃទី 30 ខែកញ្ញា អ្នកតំណាងអាចរកបានពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់។ ការហៅទូរសព្ទនេះ គឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** ចូរមើលគេហទំព័រ <https://wellcare.healthnetcalifornia.com> ។

Original Medicare អ្នកនឹងបន្តចុះឈ្មោះជាសមាជិកនៃគម្រោងរបស់យើងសម្រាប់ឆ្នាំ 2023 ដោយស្វ័យប្រវត្តិ។

G2. ការផ្លាស់ប្តូរគម្រោង

មនុស្សភាគច្រើនដែលមាន Medicare អាចបញ្ចប់ភាពជាសមាជិករបស់ពួកគេក្នុងអំឡុងពេលជាក់លាក់នៃឆ្នាំ។ ដោយសារតែអ្នកមាន Medi-Cal អ្នកប្រហែលជាអាចបញ្ចប់ភាពជាសមាជិករបស់អ្នកនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើង ឬប្តូរទៅគម្រោងផ្សេងមួយពេលក្នុងអំឡុងពេលនៃការចុះឈ្មោះពិសេសនីមួយៗដូចខាងក្រោម៖

- ខែមករាដល់ខែមីនា
- ខែមេសាដល់ខែមិថុនា
- ខែកក្កដាដល់ខែកញ្ញា

បន្ថែមពីលើរយៈពេលចុះឈ្មោះពិសេសទាំងបីនេះ អ្នកអាចបញ្ចប់ភាពជាសមាជិករបស់អ្នកនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើងក្នុងអំឡុងពេលដូចខាងក្រោម៖

- **រយៈពេលចុះឈ្មោះចូលប្រចាំឆ្នាំ** ដែលមានរយៈពេលពីថ្ងៃទី 15 ខែតុលា រហូតដល់ថ្ងៃទី 7 ខែធ្នូ។ ប្រសិនបើអ្នកជ្រើសរើសគម្រោងថ្មីក្នុងអំឡុងពេលនេះ ភាពជាសមាជិករបស់អ្នកនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើងនឹងបញ្ចប់នៅថ្ងៃទី 31 ខែធ្នូ ហើយភាពជាសមាជិករបស់អ្នកនៅក្នុងគម្រោងថ្មីនឹងចាប់ផ្តើមនៅថ្ងៃទី 1 ខែមករា។
- **រយៈពេលបើកចុះឈ្មោះនៃ Medicare Advantage** ដែលមានរយៈពេលចាប់ពីថ្ងៃទី 1 ខែមករា ដល់ថ្ងៃទី 31 ខែមីនា។ ប្រសិនបើអ្នកជ្រើសរើសគម្រោងថ្មីក្នុងអំឡុងពេលនេះ ភាពជាសមាជិករបស់អ្នកនៅក្នុងគម្រោងថ្មីនឹងចាប់ផ្តើមនៅថ្ងៃដំបូងនៃខែបន្ទាប់។

វាអាចមានស្ថានភាពផ្សេងទៀតនៅពេលដែលអ្នកមានសិទ្ធិធ្វើការផ្លាស់ប្តូរចំពោះការចុះឈ្មោះរបស់អ្នក។ ឧទាហរណ៍៖

- អ្នកផ្លាស់ប្តូរទីលំនៅទៅក្រៅតំបន់សេវារបស់យើង
- សិទ្ធិរបស់អ្នកសម្រាប់ Medi-Cal ឬ Extra Help បន្ថែមដែលបានផ្លាស់ប្តូរ ឬ
- ប្រសិនបើអ្នកទើបតែបានផ្លាស់ទៅ ពេលនេះកំពុងទទួលការថែទាំ ឬទើបតែផ្លាស់ចេញពីមណ្ឌលថែទាំអ្នកជំងឺ ឬមន្ទីរពេទ្យថែទាំរយៈពេលវែង។

សេវា Medicare របស់អ្នក

លោកអ្នកមានជម្រើសបីយ៉ាង ដើម្បីទទួលបានសេវា Medicare របស់អ្នក។ ដោយការជ្រើសរើសយកជម្រើសមួយក្នុងជម្រើសទាំងនេះ នោះអ្នកនឹងបញ្ចប់សមាជិកភាពជាមួយនឹង Medicare ដោយស្វ័យប្រវត្តិ។



ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរសូមទូរសព្ទទៅ Wellcare Dual Align 129 (HMO D-SNP) តាមលេខ 1-800-431-9007 (TTY: 711)។ ចន្លោះថ្ងៃទី 1 ខែតុលា និងថ្ងៃទី 31 ខែមីនា អ្នកតំណាងអាចរកបានពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃអាទិត្យ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់។ ចន្លោះថ្ងៃទី 1 ខែមេសានិងថ្ងៃទី 30 ខែកញ្ញា អ្នកតំណាងអាចរកបានពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់។ ការហៅទូរសព្ទនេះ គឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** ចូរមើលគេហទំព័រ <https://wellcare.healthnetcalifornia.com> ។ 20

<p>1. លោកអ្នកអាចផ្លាស់ប្តូរទៅកាន់៖</p> <p>គម្រោងថែទាំសុខភាព Medicare មួយផ្សេងទៀត</p>	<p>ខាងក្រោមនេះ គឺជាអ្វីដែលលោកអ្នកត្រូវអនុវត្តតាម៖</p> <p>សូមហៅទូរសព្ទទៅកាន់ Medicare តាមរយៈលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ អ្នកប្រើ TTY គួរតែទូរសព្ទទៅលេខ 1-877-486-2048។</p> <p>សម្រាប់សំណួរអំពី PACE សូមហៅទូរសព្ទទៅកាន់លេខ 1-855-921-PACE (7223)។</p> <p>បើសិនលោកអ្នកត្រូវការជំនួយ ឬព័ត៌មានបន្ថែម៖</p> <ul style="list-style-type: none"> • ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយ ឬព័ត៌មានបន្ថែម៖ សូមហៅទូរសព្ទទៅកម្មវិធីគាំពារ និងផ្តល់ប្រឹក្សាអំពីការធានារ៉ាប់រងសុខភាព (HICAP) នៃរដ្ឋ California តាមលេខទូរសព្ទ 1-800-434-0222 ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ចាប់ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ 5:00 ល្ងាច។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម ឬស្វែងរកការិយាល័យ HICAP ក្នុងតំបន់របស់អ្នក សូមចូលទៅកាន់ www.aging.ca.gov/Programs and Services/Medicare Counseling/។ <p>ឬ</p> <p>ចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងថ្មីរបស់គម្រោង Medicare។</p> <p>អ្នកនឹងត្រូវបានលុបឈ្មោះចេញពីគម្រោង Medicare របស់អ្នកដោយស្វ័យប្រវត្តិ នៅពេលដែលការធានារ៉ាប់រងនៃគម្រោងថ្មីរបស់អ្នកបានចាប់ផ្តើម។</p> <p>គម្រោង Medi-Cal របស់អ្នកអាចនឹងផ្លាស់ប្តូរ។</p>
--	---



ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរសូមទូរសព្ទទៅ Wellcare Dual Align 129 (HMO D-SNP) តាមលេខ 1-800-431-9007 (TTY: 711)។ ចន្លោះថ្ងៃទី 1 ខែតុលា និងថ្ងៃទី 31 ខែមីនា អ្នកគំណាងអាចរកបានពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃអាទិត្យ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់។ ចន្លោះថ្ងៃទី 1 ខែមេសាដល់ថ្ងៃទី 30 ខែកញ្ញា អ្នកគំណាងអាចរកបានពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់។ ការហៅទូរសព្ទនេះ គឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** ចូរមើលគេហទំព័រ <https://wellcare.healthnetcalifornia.com> ។ 21

<p>2. លោកអ្នកអាចផ្លាស់ប្តូរទៅកាន់៖</p> <p>Original Medicare ដោយមាន គម្រោងឱសថត្រូវការវេជ្ជបញ្ជា Medicare ដាច់ដោយឡែក</p>	<p>ខាងក្រោមនេះ គឺជាអ្វីដែលលោកអ្នកត្រូវអនុវត្តតាម៖</p> <p>សូមហៅទូរសព្ទទៅកាន់ Medicare តាមរយៈលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ អ្នកប្រើ TTY គួរតែទូរសព្ទទៅលេខ 1-877-486-2048។</p> <p>បើសិនលោកអ្នកត្រូវការជំនួយ ឬព័ត៌មានបន្ថែម៖</p> <ul style="list-style-type: none"> • ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយ ឬព័ត៌មានបន្ថែម៖ សូមហៅទូរសព្ទទៅកម្មវិធីគាំពារ និងផ្តល់ប្រឹក្សាអំពីការធានារ៉ាប់រងសុខភាព (HICAP) នៃរដ្ឋ California តាមលេខទូរសព្ទ 1-800-434-0222 ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ចាប់ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ 5:00 ល្ងាច។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម ឬស្វែងរកការិយាល័យ HICAP ក្នុងតំបន់របស់អ្នក សូមចូលទៅកាន់ www.aging.ca.gov/Programs and Services/Medicare Counseling/។ <p>ឬ</p> <p>ចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងឱសថមានវេជ្ជបញ្ជា Medicare ថ្មី។</p> <p>អ្នកនឹងត្រូវបានលុបឈ្មោះចេញពីគម្រោងរបស់យើងដោយស្វ័យប្រវត្តិនៅពេលការរ៉ាប់រង Original Medicare របស់អ្នកចាប់ផ្តើម។</p> <p>គម្រោង Medi-Cal របស់អ្នកនឹងមិនផ្លាស់ប្តូរនោះទេ។</p>
--	--



ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរសូមទូរសព្ទទៅ Wellcare Dual Align 129 (HMO D-SNP) តាមលេខ 1-800-431-9007 (TTY: 711)។ ចន្លោះថ្ងៃទី 1 ខែតុលា និងថ្ងៃទី 31 ខែមីនា អ្នកគំណាងអាចរកបានពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃអាទិត្យ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់។ ចន្លោះថ្ងៃទី 1 ខែមេសា និងថ្ងៃទី 30 ខែកញ្ញា អ្នកគំណាងអាចរកបានពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់។ ការហៅទូរសព្ទនេះ គឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** ចូរមើលគេហទំព័រ <https://wellcare.healthnetcalifornia.com> ។ 22

<p>3. លោកអ្នកអាចផ្លាស់ប្តូរទៅកាន់៖</p> <p>Original Medicare ដោយគ្មានគម្រោងឱសថ ត្រូវការវេជ្ជបញ្ជា Medicare ដាច់ដោយឡែក មួយ</p> <p>កំណត់សម្គាល់៖ បើសិនលោកអ្នកផ្លាស់ប្តូរទៅ Original Medicare ហើយមិនបានចុះឈ្មោះនៅ ក្នុងគម្រោងឱសថត្រូវការវេជ្ជបញ្ជា Medicare ដាច់ដោយឡែក នោះ Medicare អាចនឹងចុះ ឈ្មោះលោកអ្នកនៅក្នុងគម្រោងឱសថ លុះ ត្រាតែលោកអ្នកប្រាប់ Medicare ថា លោកអ្នក មិនចង់ចូលរួមនៅក្នុងគម្រោងនេះ។</p> <p>លោកអ្នកគប្បីបញ្ឈប់ការធានារ៉ាប់រងលើឱសថ តាមវេជ្ជបញ្ជា តែក្នុងករណីដែលលោកអ្នកមាន ការធានារ៉ាប់រងឱសថពីប្រភពមួយទៀត ដូច ជានិយោជក ឬសហជីពជាដើម។ ប្រសិនបើអ្នក មានសំណួរថា តើអ្នកត្រូវការការធានារ៉ាប់រងលើ ឱសថដែរឬទេ សូមហៅទូរសព្ទទៅកម្មវិធី គាំពារ និងផ្តល់ប្រឹក្សាអំពីការធានារ៉ាប់រងសុខ ភាព (HICAP) នៃរដ្ឋ California តាមលេខទូរ សព្ទ 1-800-434-0222 ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ចាប់ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ 5:00 ល្ងាច។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម ឬស្វែងរកការិយាល័យ HICAP ក្នុងតំបន់របស់អ្នក សូមចូលទៅកាន់ www.aging.ca.gov/Programs and Services/Medicare Counseling/។</p>	<p>ខាងក្រោមនេះ គឺជាអ្វីដែលលោកអ្នកត្រូវអនុវត្តតាម៖</p> <p>សូមហៅទូរសព្ទទៅកាន់ Medicare តាមរយៈ លេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ អ្នក ប្រើ TTY គួរតែទូរសព្ទទៅលេខ 1-877-486-2048។</p> <p>បើសិនលោកអ្នកត្រូវការជំនួយ ឬព័ត៌មាន បន្ថែម៖</p> <ul style="list-style-type: none"> • ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយ ឬព័ត៌មាន បន្ថែម សូមហៅទូរសព្ទទៅកម្មវិធីគាំពារ និងផ្តល់ប្រឹក្សាអំពីការធានារ៉ាប់រងសុខ ភាព (HICAP) នៃរដ្ឋ California តាម លេខទូរសព្ទ 1-800-434-0222 ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ចាប់ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ 5:00 ល្ងាច។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម ឬ ស្វែងរកការិយាល័យ HICAP ក្នុងតំបន់ របស់អ្នក សូមចូលទៅកាន់ www.aging.ca.gov/Programs and Services/Medicare Counseling/។ <p>អ្នកនឹងត្រូវបានលុបឈ្មោះចេញពីគម្រោង របស់យើងដោយស្វ័យប្រវត្តិនៅពេលការរ៉ាប់រង Original Medicare របស់អ្នកចាប់ផ្តើម។</p> <p>គម្រោង Medi-Cal របស់អ្នកនឹងមិនផ្លាស់ប្តូរ នោះទេ។</p>
--	---

សេវា Medi-Cal របស់អ្នក

សម្រាប់សំណួរអំពីរបៀបទទួលបានសេវា Medi-Cal របស់អ្នក បន្ទាប់ពីអ្នកចាកចេញពីគម្រោងរបស់ យើង សូមទាក់ទង ទៅកាន់ Health Care Options តាមរយៈលេខទូរសព្ទ 1-844-580-7272 ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ 6:00 ល្ងាច។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរហៅទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-430-7077។ សាកសួរអំពីរបៀបនៃការចូលរួមគម្រោងផ្សេងទៀត ឬការត្រលប់ទៅ Original Medicare ដែលប៉ះពាល់ដល់របៀបដែលអ្នកទទួលបានការធានារ៉ាប់រង Medi-Cal របស់អ្នក។



ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរសូមទូរសព្ទទៅ Wellcare Dual Align 129 (HMO D-SNP) តាមលេខ 1-800-431-9007 (TTY: 711)។ ចន្លោះថ្ងៃទី 1 ខែតុលា និងថ្ងៃទី 31 ខែមីនា អ្នកកំណាងអាចរកបានពីថ្ងៃ ចន្ទ ដល់ថ្ងៃអាទិត្យ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់។ ចន្លោះថ្ងៃទី 1 ខែមេសា និងថ្ងៃទី 30 ខែកញ្ញា អ្នក កំណាងអាចរកបានពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់។ ការហៅទូរសព្ទនេះ គឺឥត គិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** ចូរមើលគេហទំព័រ <https://wellcare.healthnetcalifornia.com> ។ 23

H. ទទួលបានជំនួយ

H1. គម្រោងរបស់ពួកយើង

យើងនៅទីនេះដើម្បីជួយប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ។ សូមទូរសព្ទទៅសេវាសមាជិកតាមរយៈលេខនៅខាងក្រោមទំព័រ ក្នុងអំឡុងពេលថ្ងៃ និងម៉ោងប្រតិបត្តិការដែលបានរាយក្នុងបញ្ជី។ ការហៅទូរសព្ទទាំងនេះ គឺឥតគិតថ្លៃ។

អាន សៀវភៅណែនាំសមាជិករបស់អ្នក

សៀវភៅណែនាំសមាជិក របស់អ្នកគឺជាការពិពណ៌នាលម្អិតស្របច្បាប់នៃអត្ថប្រយោជន៍គម្រោងរបស់ពួកយើង។ វាមានព័ត៌មានលម្អិតអំពីអត្ថប្រយោជន៍ និងថ្លៃចំណាយសម្រាប់ឆ្នាំ 2023។ វាពន្យល់អំពីសិទ្ធិរបស់អ្នក និងបទបញ្ញត្តិផ្សេងៗដែលអ្នកត្រូវតែ អនុវត្តតាមដើម្បីទទួលបានសេវាកម្មដែលត្រូវបានរ៉ាប់រង និងឱសថមានវេជ្ជបញ្ជារបស់ពួកយើង។

សៀវភៅណែនាំសមាជិក សម្រាប់ឆ្នាំ 2023 នឹងអាចរកបានត្រឹមថ្ងៃទី 15 ខែតុលា។ ច្បាប់ចម្លងចុងក្រោយនៃ សៀវភៅណែនាំសមាជិក អាចរកបាននៅលើគេហទំព័ររបស់យើង

<https://wellcare.healthnetcalifornia.com> ។ អ្នកក៏អាចទូរសព្ទទៅសេវាបម្រើសមាជិកតាមរយៈលេខនៅខាងក្រោមទំព័រ ដើម្បីស្នើសុំឱ្យយើងផ្ញើទៅអ្នកនូវសៀវភៅណែនាំសមាជិក សម្រាប់ឆ្នាំ 2023 ទៅកាន់អ្នកបាន។

គេហទំព័ររបស់យើង

អ្នកអាចចូលមើលគេហទំព័ររបស់យើងនៅ <https://wellcare.healthnetcalifornia.com> ។ ជាការរំលឹក គេហទំព័ររបស់យើងមានព័ត៌មានថ្មីចុងក្រោយបំផុតអំពីអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំរបស់យើង និងឱសថស្ថាននៅក្នុងបណ្តាញ (បញ្ជីអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំនិងឱសថស្ថាន) និងបញ្ជីឱសថរបស់យើង (បញ្ជីឱសថមានធានារ៉ាប់រង)។

H2. កម្មវិធីគាំពារ និងផ្តល់ប្រឹក្សាអំពីការធានារ៉ាប់រងសុខភាព (HICAP)

លោកអ្នកក៏អាចទូរសព្ទទៅកម្មវិធីប្រឹក្សាយោបល់ និងគាំទ្រការធានារ៉ាប់រងសុខភាព (SHIP) ផងដែរ។ នៅរដ្ឋ California SHIP ត្រូវបានហៅថាកម្មវិធីគាំទ្រ និងផ្តល់ប្រឹក្សាការធានារ៉ាប់រងសុខភាព(HICAP)។ អ្នកផ្តល់ប្រឹក្សា HICAP អាចជួយឱ្យអ្នកយល់អំពីការជ្រើសរើសគម្រោងរបស់អ្នក និងឆ្លើយសំណួរផ្សេងៗអំពីការប្តូរគម្រោង។ HICAP មិនមានទាក់ទងនឹងយើង ឬជាមួយក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រង ឬគម្រោងសុខភាពណាមួយឡើយ។ HICAP មានអ្នកប្រឹក្សាយោបល់ដែលបានបណ្តុះបណ្តាលនៅគ្រប់ខោនធី ហើយសេវានេះ គឺឥតគិតថ្លៃ។ លេខទូរសព្ទរបស់ HICAP គឺ 1-800-434-0222។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម ឬដើម្បីស្វែងរកការិយាល័យ HICAP ប្រចាំតំបន់ក្នុងទីតាំងរបស់អ្នក សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ www.aging.ca.gov/Programs and Services/Medicare Counseling/.

H3. Ombuds Program

កម្មវិធី Health Consumer Alliance Ombuds Program អាចជួយអ្នក ប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហាជាមួយគម្រោងរបស់ពួកយើង។ សេវារបស់ ombudsman គឺឥតគិតថ្លៃ និងមានគ្រប់ភាសា។ កម្មវិធី Health Consumer Alliance Ombuds Program៖

- ដើរតួជាអ្នកគាំពារជំនួសអ្នក។ ពួកគេអាចឆ្លើយសំណួរប្រសិនបើលោកអ្នកមានបញ្ហាប្រឈមក្នុងការយល់អំពីអ្វីដែលត្រូវធ្វើ។



ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរសូមទូរសព្ទទៅ Wellcare Dual Align 129 (HMO D-SNP) តាមលេខ 1-800-431-9007 (TTY: 711)។ ចន្លោះថ្ងៃទី 1 ខែតុលា និងថ្ងៃទី 31 ខែមីនា អ្នកតំណាងអាចរកបានពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃអាទិត្យ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់។ ចន្លោះថ្ងៃទី 1 ខែមេសាដល់ថ្ងៃទី 30 ខែកញ្ញា អ្នកតំណាងអាចរកបានពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់។ ការហៅទូរសព្ទនេះ គឺឥតគិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម ចូរមើលគេហទំព័រ <https://wellcare.healthnetcalifornia.com> ។ 24

- ត្រូវប្រាកដថាអ្នកមានសំណួរពាក់ព័ន្ធនឹងសិទ្ធិនិងការការពារ និងរបៀបក្នុងការដោះស្រាយបញ្ហារបស់អ្នក។
- វាមិនមានទាក់ទងនឹងយើងខ្ញុំ ឬជាមួយក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រង ឬគម្រោងសុខភាពណាមួយឡើយ។ លេខទូរសព្ទសម្រាប់កម្មវិធី Health Consumer Alliance Ombuds Program គឺ 1-888-804-3536។

H4. Medicare

ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានដោយផ្ទាល់ពី Medicare សូមទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ អ្នកប្រើ TTY គួរតែទូរសព្ទទៅលេខ 1-877-486-2048។

គេហទំព័រ Medicare

អ្នកអាចចូលទៅកាន់គេហទំព័រ Medicare (www.medicare.gov)។ ប្រសិនបើអ្នកជ្រើសរើសលុបឈ្មោះចេញពីគម្រោងរបស់យើង ហើយចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោង Medicare វិញ នោះគេហទំព័ររបស់ Medicare មានព័ត៌មានអំពីថ្លៃចំណាយ ទំហំធានារ៉ាប់រង និងការវាយតម្លៃលើគុណភាព ដើម្បីជួយអ្នកប្រៀបធៀបគម្រោងនានា។

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីគម្រោង Medicare ដែលមាននៅក្នុងតំបន់របស់អ្នកដោយប្រើ Medicare Plan Finder នៅលើគេហទំព័ររបស់ Medicare ។ (ដើម្បីបង្ហាញព័ត៌មានអំពីគម្រោង សូមចូលទៅមើល www.medicare.gov ហើយចុចលើ "ស្វែងរកគម្រោង")

Medicare និង អ្នកក្នុង ឆ្នាំ 2023

អ្នកអាចអាន Medicare និងអ្នក ឆ្នាំ 2023 ក្នុងកូនសៀវភៅណែនាំ។ ជារៀងរាល់ឆ្នាំក្នុងរដូវស្លឹកឈើជ្រុះសៀវភៅនេះនឹងត្រូវបានផ្ញើទៅកាន់អ្នកជាមួយ Medicare។ វាមានការសង្ខេបអំពីគម្រោង Medicare សិទ្ធិនិងការការពារ និងចម្លើយចំពោះសំណួរពេញនិយមអំពី Medicare។ សៀវភៅណែនាំនេះក៏មានជាភាសាអេស្ប៉ាញ ចិន និងវៀតណាមផងដែរ។

ប្រសិនបើអ្នកមិនមានច្បាប់ចម្លងមួយនៃកូនសៀវភៅនេះ អ្នកអាចទទួលបានវា នៅគេហទំព័រ Medicare (www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf) ឬដោយហៅទូរសព្ទតាមរយៈលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) បាន 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ អ្នកប្រើ TTY គួរហៅទៅកាន់លេខ 1-877-486-2048។

H5. ក្រសួងគ្រប់គ្រងការថែទាំសុខភាពនៃរដ្ឋ California

ក្រសួងគ្រប់គ្រងការថែទាំសុខភាពនៃរដ្ឋ California (California Department of Managed Health Care) ទទួលខុសត្រូវចេញច្បាប់គ្រប់គ្រងគម្រោងសេវាថែទាំសុខភាព។ មជ្ឈមណ្ឌលជំនួយ DMHC អាចជួយអ្នកក្នុងការប្តឹងតវ៉ា និងការតវ៉ាអំពីសេវា Medi-Cal ប្រសិនបើអ្នកមានបណ្តឹងតវ៉ាប្រឆាំងនឹងគម្រោងសុខភាពរបស់អ្នក អ្នកគួរតែទូរសព្ទទៅគម្រោងសុខភាពរបស់អ្នកជាមុនសិនតាមរយៈលេខទូរសព្ទ 1-800-431-9007 (TTY: 711) ហើយប្រើប្រាស់នីតិវិធីដោះស្រាយសាទុក្ខរបស់គម្រោងសុខភាពរបស់អ្នកមុនពេលទាក់ទងមកក្រសួង។ នៅចន្លោះថ្ងៃទី 1 ខែតុលាដល់ថ្ងៃទី 31 ខែមីនា អ្នកតំណាងអាចមានពេលពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃអាទិត្យ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់។ នៅចន្លោះថ្ងៃទី 1 ខែមេសា ដល់ថ្ងៃទី 30 ខែកញ្ញា អ្នកតំណាងអាចមានពេលពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ 8 យប់។ ការប្រើប្រាស់នីតិវិធីសាទុក្ខនេះមិនហាមឃាត់សិទ្ធិស្របច្បាប់ ឬដំណោះស្រាយដែលអាចមានសម្រាប់អ្នកទេ។ ប្រសិនបើលោកអ្នកត្រូវការជំនួយសម្រាប់ការដាក់បណ្តឹងសាទុក្ខពាក់ព័ន្ធនឹងករណីបន្ទាន់ បណ្តឹងសាទុក្ខដែលគម្រោងសុខភាពរបស់អ្នកមិនបានដោះស្រាយជូនអ្នកដោយពេញចិត្ត ឬបណ្តឹងសាទុក្ខដែលមិនទាន់បានដោះស្រាយក្នុងអំឡុងពេលលើសពី 30 ថ្ងៃ នោះលោកអ្នកអាចទូរសព្ទទៅក្រសួងនេះដើម្បីស្នើសុំជំនួយបាន។



ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរសូមទូរសព្ទទៅ Wellcare Dual Align 129 (HMO D-SNP) តាមលេខ 1-800-431-9007 (TTY: 711)។ ចន្លោះថ្ងៃទី 1 ខែតុលា និងថ្ងៃទី 31 ខែមីនា អ្នកតំណាងអាចរកបានពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃអាទិត្យ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់។ ចន្លោះថ្ងៃទី 1 ខែមេសានិងថ្ងៃទី 30 ខែកញ្ញា អ្នកតំណាងអាចរកបានពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់។ ការហៅទូរសព្ទនេះ គឺឥតគិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម ចូរមើលគេហទំព័រ <https://wellcare.healthnetcalifornia.com> ។ 25

លោកអ្នកក៏អាចមានសិទ្ធិទទួលបានការត្រួតពិនិត្យមើលឡើងវិញផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដោយឯករាជ្យ (IMR) ផងដែរ។ បើសិនលោកអ្នកមានសិទ្ធិសម្រាប់ IMR នីតិវិធី IMR និងផ្តល់ជូននូវការពិនិត្យគុណភាពរៀងរាល់ការសម្រេចចិត្តបែបវេជ្ជសាស្ត្របង្កើតដោយគម្រោងសុខភាពទាក់ទងនឹងភាពចាំបាច់វេជ្ជសាស្ត្រនៃសេវាដែលត្រូវបានស្នើសុំការព្យាបាល សេចក្តីសម្រេចការធានារ៉ាប់រងសម្រាប់ការព្យាបាលដែលមានលក្ខណៈសាកល្បងឬបែបស៊ើបអង្កេតឬជម្លោះចំណាយសម្រាប់សង្គ្រោះបន្ទាន់ឬសេវាវេជ្ជសាស្ត្របន្ទាន់។ ក្រសួងនេះ ក៏មានលេខទូរសព្ទគគីតថ្លៃ (1-888-466-2219) និងខ្សែទូរសព្ទ TDD (1-877-688-9891) សម្រាប់អ្នកដែលមានពិការភាពផ្នែកការស្តាប់ និងការនិយាយ។ គេហទំព័រតាមអ៊ិនធឺណិតរបស់ក្រសួង www.dmhca.gov មានទម្រង់បែបបទពាក្យបណ្តឹងគវ៉ា ទម្រង់បែបបទពាក្យស្នើសុំ IMR និងសេចក្តីណែនាំនៅលើអនឡាញ។



ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរសូមទូរសព្ទទៅ Wellcare Dual Align 129 (HMO D-SNP) តាមលេខ 1-800-431-9007 (TTY: 711)។ ចន្លោះថ្ងៃទី 1 ខែតុលា និងថ្ងៃទី 31 ខែមីនា អ្នកគំណាងអាចរកបានពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃអាទិត្យ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់។ ចន្លោះថ្ងៃទី 1 ខែមេសានិងថ្ងៃទី 30 ខែកញ្ញា អ្នកគំណាងអាចរកបានពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់។ ការហៅទូរសព្ទនេះ គឺគគីតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** ចូរមើលគេហទំព័រ <https://wellcare.healthnetcalifornia.com> ។ 26

សេចក្តីជូនដំណឹងអំពីការវិសេសវិសេង

ការវិសេសវិសេង គឺជាការប្រឆាំងនឹងច្បាប់។ Wellcare by Health Net អនុវត្តតាមច្បាប់សិទ្ធិស៊ីវិលរបស់រដ្ឋ និងសហព័ន្ធ។ Wellcare by Health Net មិនប្រព្រឹត្តអំពើវិសេសវិសេងដោយខុសច្បាប់ មិនបដិសេធមនុស្ស ឬប្រព្រឹត្តិលើពួកគេដោយមិនស្មើភាពគ្នា ដោយសារតែភេទ ពូជសាសន៍ សម្បុរ ពណ៌ សាសនា ដូនតា ដើមកំណើតសញ្ជាតិ អត្តសញ្ញាណក្រុមជាតិពន្ធុ អាយុ ពិការភាពសតិបញ្ញា ពិការភាពសម្បទា ស្ថានភាពជំងឺ ព័ត៌មានហ្វេនូ ស្ថានភាពអាពាហ៍ពិពាហ៍ ភេទ អត្តសញ្ញាណភេទ ឬនិន្នាការរដ្ឋភេទនោះទេ។

Wellcare by Health Net ផ្តល់ជូន៖

- ជំនួយនិងសេវាកម្មគិតគិតថ្លៃដល់ជនពិការដើម្បីជួយឱ្យពួកគេប្រាស្រ័យទាក់ទងគ្នាកាន់តែប្រសើរដូចជា៖
 - o អ្នកបកប្រែភាសាសញ្ជា ដែលមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់
 - o ព័ត៌មានដែលសរសេរជាទម្រង់ផ្សេងៗ (អក្សរពុម្ពធំ សំឡេង ទម្រង់អេឡិចត្រូនិកដែលអាចចូលប្រើបាន និង ទម្រង់ផ្សេងៗ)
- សេវាកម្មភាសាគិតគិតថ្លៃដល់អ្នកដែលភាសាចម្បងរបស់ពួកគេមិនមែនជាភាសាអង់គ្លេស ដូចជា៖
 - o អ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ដែលមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់
 - o ព័ត៌មានដែលសរសេរជាភាសាផ្សេងៗ

ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការសេវាកម្មទាំងនេះ សូមទាក់ទង Wellcare by Health Net តាមទូរសព្ទលេខ **1-800-431-9007** ។ចាប់ពីថ្ងៃទី 1 ខែតុលាដល់ថ្ងៃទី 31 ខែមីនា អ្នកអាចទូរសព្ទមកយើងបាន 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ចាប់ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់។ ចាប់ពីថ្ងៃទី 1 ខែមេសា ដល់ថ្ងៃទី 30 ខែកញ្ញា អ្នកអាចទូរសព្ទមកយើងពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ចាប់ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់។ ប្រព័ន្ធផ្ញែសារត្រូវបានគេប្រើប្រាស់បន្ទាប់ពីម៉ោងធ្វើការ ចុងសប្តាហ៍ និងថ្ងៃឈប់សម្រាករបស់សហព័ន្ធ។ ប្រសិនបើអ្នកមិនអាចស្តាប់ឮ ឬនិយាយបានល្អ សូមទូរសព្ទទៅលេខ **TTY 711** ។ពេលមានការស្នើសុំ ឯកសារនេះអាចត្រូវបានផ្តល់ជូនអ្នកជាលក្ខណៈអក្សរសម្រាប់អ្នកពិការភ្នែក អក្សរពុម្ពធំ កាសែតសំឡេង ឬជាទម្រង់អេឡិចត្រូនិក។ ដើម្បីទទួលបានច្បាប់ចម្លងក្នុងទម្រង់ជំនួសទាំងនេះណាមួយ សូមទូរសព្ទ ឬសរសេរទៅកាន់៖

Wellcare by Health Net
21281 Burbank Blvd.
Woodland Hills, CA 91367
1-800-431-9007
TTY: 711

របៀបដាក់បណ្តឹងសាទុក្ខ

ប្រសិនបើអ្នកជឿជាក់ថា Wellcare by Health Net បានខកខានក្នុងការផ្តល់សេវាកម្មទាំងនេះ ឬវិសេសវិសេងដោយខុសច្បាប់ក្នុងរូបភាពណាក៏ដោយ ដោយផ្អែកលើភេទ ពូជសាសន៍ សម្បុរ សាសនា ដូនតា ប្រភពសញ្ជាតិ ការសម្គាល់ក្រុមជនជាតិភាគតិច អាយុ ពិការភាពសតិបញ្ញា ពិការភាពរាងកាយ លក្ខខណ្ឌវេជ្ជសាស្ត្រ ព័ត៌មានហ្វេនូ ស្ថានភាពអាពាហ៍ពិពាហ៍ យេនឌ័រ អត្តសញ្ញាណយេនឌ័រ ឬចំណូលចិត្តរដ្ឋភេទ នោះអ្នកអាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងសាទុក្ខជាមួយនឹងផ្នែកបម្រើសេវាសមាជិកបាន។ អ្នកអាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងសាទុក្ខតាមទូរសព្ទ ជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ ដោយផ្ទាល់ ឬ តាមប្រព័ន្ធអេឡិចត្រូនិក៖

- **តាមទូរសព្ទ៖** សូមទាក់ទងអ្នកសម្របសម្រួលសិទ្ធិស៊ីវិលរបស់ Wellcare by Health Net តាមទូរសព្ទលេខ **1-866-458-2208**។ ចន្លោះម៉ោង 8 ព្រឹក និងម៉ោង 5 ល្ងាចពីថ្ងៃចន្ទដល់ថ្ងៃសុក្រ។ ឬ ប្រសិនបើអ្នកមិនអាចស្តាប់ឮ ឬនិយាយបានល្អ សូម ទូរសព្ទទៅលេខ **TTY 711**។
- **ការសរសេរជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ៖** សូមបំពេញទម្រង់ពាក្យបណ្តឹង ឬសរសេរសំបុត្រ ហើយផ្ញើទៅ៖
Wellcare Civil Rights Coordinator
P.O. Box 9103
Van Nuys, CA 91409-9103
- **ទៅជួបផ្ទាល់៖** ទៅកាន់ការិយាល័យវេជ្ជបណ្ឌិតឬ Wellcare by Health Net របស់អ្នកហើយនិយាយថាអ្នកចង់ដាក់ពាក្យបណ្តឹង។
- **តាមប្រព័ន្ធអេឡិចត្រូនិក៖** ចូលទៅកាន់គេហទំព័រ Wellcare by Health Net នៅអាសយដ្ឋាន **www.wellcare.com/healthnetCA**។

ការិយាល័យសិទ្ធិស៊ីវិល – ក្រសួងសេវាកម្មថែទាំសុខភាពនៃរដ្ឋ California

អ្នកក៏អាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងអំពីសិទ្ធិពលរដ្ឋជាមួយក្រសួងសេវាកម្មថែទាំសុខភាពនៃរដ្ឋ California តាមការិយាល័យសិទ្ធិស៊ីវិលតាមរយៈទូរសព្ទ ជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ ឬតាមប្រព័ន្ធអេឡិចត្រូនិកផងដែរ៖

- **តាមទូរសព្ទ៖** ទូរសព្ទទៅលេខ **1-916-440-7370**។ ប្រសិនបើអ្នកមិនអាចនិយាយ ឬស្តាប់បានល្អ សូមហៅទូរសព្ទទៅលេខ **TTY 711 (សេវាបញ្ជូនបន្តនៃទូរគមនាគមន៍)**។

- **ការសរសេរជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ៖** សូមបំពេញទម្រង់បែបបទនៃពាក្យបណ្តឹង ឬផ្ញើលិខិតទៅកាន់អាសយដ្ឋាន៖
 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

សំណុំបែបបទពាក្យបណ្តឹងអាចរកបាននៅ http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx

- **តាមប្រព័ន្ធអេឡិចត្រូនិក៖** ផ្ញើអ៊ីមែលទៅកាន់ **CivilRights@dhcs.ca.gov** ។

ការិយាល័យសិទ្ធិស៊ីវិល - សហរដ្ឋអាមេរិក ក្រសួងសុខាភិបាល និងសេវាមនុស្សជាតិ

ប្រសិនបើអ្នកជឿថាអ្នកត្រូវបានគេរើសអើងទៅលើពូជសាសន៍ ពណ៌សម្បុរ សញ្ជាតិដើម អាយុ ពិការភាព ឬភេទ អ្នកក៏អាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងស្តីពីសិទ្ធិស៊ីវិលជាមួយ ក្រសួងសុខាភិបាល និងសេវាមនុស្សជាតិសហរដ្ឋអាមេរិក ទៅការិយាល័យសិទ្ធិពលរដ្ឋតាមរយៈទូរសព្ទ ជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ ឬតាមរយៈប្រព័ន្ធអេឡិចត្រូនិក៖

- **តាមទូរសព្ទ៖** ទូរសព្ទទៅលេខ **1-800-368-1019**។ ប្រសិនបើអ្នកមិនអាចនិយាយ ឬស្តាប់បានល្អ សូមទូរសព្ទទៅ **TTY/TDD 1-800-537-7697**។

- **ការសរសេរជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ៖** សូមបំពេញទម្រង់បែបបទនៃពាក្យបណ្តឹង ឬផ្ញើលិខិតទៅកាន់អាសយដ្ឋាន៖
 U.S. Department of Health and Human Services
 200 Independence Avenue SW
 Room 509F, HHH Building
 Washington, D.C. 20201

សំណុំបែបបទពាក្យបណ្តឹងអាចរកបាននៅ <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html> ។

- **តាមរយៈអេឡិចត្រូនិក៖** សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័ររបស់ការិយាល័យសិទ្ធិស៊ីវិលតាមរយៈគេហទំព័រ <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> ។

English: ATTENTION: If you need help in your language call **1-888-431-9007** (TTY: **711**). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call **1-888-431-9007** (TTY: **711**). These services are free of charge.

العربية (Arabic): انتباه: إذا كنت بحاجة إلى مساعدة بلغتك، فاتصل على الرقم **1-888-431-9007** (TTY: **711**) تتوفر أيضًا مساعدات وخدمات للأشخاص ذوي الإعاقات مثل المستندات بطريقة برايل وبطباعة كبيرة. اتصل على الرقم **1-888-431-9007** (TTY: **711**) وهذه الخدمات مجانية.

Հայերեն (Armenian): ՌԻՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ. Եթե Ձեր լեզվով օգնության կարիք ունեք, զանազանությամբ **1-888-431-9007** (TTY: **711**): Հասանելի են նաև օգնություն և ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար, ինչպիսիք են՝ բրայլային և խոշոր տառերով փաստաթղթերը: Չանգահարեք **1-888-431-9007** (TTY: **711**): Այս ծառայություններն անվճար են:

ភាសាខ្មែរ (Cambodian): ចំណាំ: ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយជាភាសារបស់អ្នក សូមទូរសព្ទទៅលេខ **1-888-431-9007** (TTY: **711**)។ ជំនួយនិងសេវាកម្មសម្រាប់ជនពិការ ដូចជាឯកសារជាអក្សរធំសម្រាប់ជនពិការ ភ្នែក និងពុម្ពអក្សរធំ ក៏មានផងដែរ។ សូមទូរសព្ទទៅលេខ **1-888-431-9007** (TTY: **711**)។ សេវាកម្មទាំងនេះមិនគិតថ្លៃនោះទេ។

中文 (Chinese): 注意: 如果您需要以您母语提供的协助, 请致电 **1-888-431-9007** (TTY: **711**)。我们也为残疾人提供辅助和服务, 例如点字和大字体印刷的文件。请致电 **1-888-431-9007** (TTY: **711**)。这些服务为免费服务。

فارسی (Farsi): توجه: اگر نیاز به کمک به زبان خودتان دارید با شماره **1-888-431-9007** (TTY: **711**) تماس بگیرید. کمکها و خدمات برای افراد دارای معلولیت نیز در دسترس است, مانند اسناد با خط بریل و چاپ درشت. با شماره **1-888-431-9007** (TTY: **711**) تماس بگیرید. این خدمات رایگان است.

हिंदी (Hindi): ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा में मदद चाहिए, तो **1-888-431-9007** (TTY: **711**) पर कॉल करें. विकलांग लोगों के लिए ब्रेल और बड़े प्रिंट में दस्तावेज़ जैसी सहायता और सेवाएं उपलब्ध हैं. **1-888-431-9007** (TTY: **711**) पर कॉल करें. ये सेवाएं नि:शुल्क हैं.

Lus Hmoob (Hmong): TSEEM CEEB: : Yog koj xav tau kev pab ua koj hom lus hu rau **1-888-431-9007** (TTY: **711**). Tsis tas li ntawd, kuj tseem muaj cov kev pab thiab cov kev pab cuam rau cov neeg xiam oob qhab, xws li cov ntaub ntawv Ua Ntawv Su thiab cov ntawv loj. Hu rau **1-888-431-9007** (TTY: **711**). Cov kev pab cuam no yog pab dawb xwb.

日本語 (Japanese): 注意: 言語のヘルプが必要な場合は **1-888-431-9007** (TTY: **711**) までお電話ください。障害をお持ちの方には、点字や大判プリントなどの補助機能やサービスもご利用になれます。 **1-888-431-9007** (TTY: **711**) までお電話ください。これらのサービスは無料です。

한국어 (Korean): 주의: 귀하의 구사 언어로 도움을 받으셔야 한다면 **1-888-431-9007** (TTY: **711**)번으로 연락해 주십시오. 점자 및 큰 활자 인쇄 형식으로 된 문서 등 장애인을 위한 도움 및 서비스도 제공됩니다. **1-888-431-9007**(TTY: **711**)번으로 연락해 주십시오. 해당 서비스는 무료로 제공됩니다.

ພາສາລາວ (Laotian): ສໍາຄັນ: ຖ້າວ່າທ່ານຕ້ອງການການຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານ ໂທ **1-888-431-9007** (TTY: **711**). ນອກຈາກນີ້ ຍັງມີການຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ບໍລິການສໍາລັບຄົນພິການ ເຊັ່ນ: ເອກະສານທີ່ເປັນຕົວອັກສອນນູນ ແລະ ຕົວພິມຂະໜາດໃຫຍ່ ໂທ **1-888-431-9007** (TTY: **711**). ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ແມ່ນພຣິ

Mienh (Mien): Liouh Eix: Oix se meih oix nongc zuqc gorngv mienh wac daih taengx meih, cingv meih mboqv dienx wac **1-888-431-9007** (TTY: **711**). Yie mbuo hac haih nongc mienh wac daih taengx waic fangx nyei mienh, hngangv zing mangc mv buac lamh nyei mienh nongc nyei nzangc caux domh nzangc wenh jienx. Cingv meih mboqv dienx wac **1-888-431-9007** (TTY: **711**). Naiv deix bong zouc gong se maiv siou zinh nyanh nyei.

ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi): ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਤਾਂ **1-888-431-9007** (TTY: **711**) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਅਪੰਗਤਾਵਾਂ ਵਾਲੇ ਲੋਕਾਂ ਵਾਸਤੇ ਸਹਾਇਤਾਵਾਂ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬਰੇਲ ਲਿਪੀ ਅਤੇ ਵੱਡੇ ਛਾਪੇ ਵਾਲੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। **1-888-431-9007** 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ (TTY: **711**)। ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫ਼ਤ ਹਨ।

Русский (Russian): ВНИМАНИЕ: если вам требуется помощь на родном языке, позвоните по номеру **1-888-431-9007** (телетайп: **711**). Также доступны сопутствующая помощь и услуги для людей с ограниченными возможностями, такие как материалы, напечатанные крупным шрифтом и шрифтом Брайля. Позвоните по номеру **1-888-431-9007** (телетайп: **711**). Эти услуги предоставляются бесплатно.

Español (Spanish): ATENCIÓN: Si necesita ayuda en su idioma llame al **1-888-431-9007** (TTY: **711**). También están disponibles ayudas y servicios para personas con discapacidades, como documentos en Braille y letra grande. Llame al **1-888-431-9007** (TTY: **711**). Estos servicios son gratuitos.

Tagalog (Tagalog): PAALALA: Kung kailangan ninyo ng tulong sa inyong wika, tumawag sa **1-888-431-9007** (TTY: **711**). Available din ang mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, gaya ng mga dokumento sa braille at malaking print. Tumawag sa **1-888-431-9007** (TTY: **711**). Walang bayad ang mga serbisyong ito.

ภาษาไทย (Thai): **หมายเหตุ: หากต้องการความช่วยเหลือในภาษาของคุณ โปรดโทรไปท1-888-431-9007** (TTY: **711**) เรามีความช่วยเหลือและบริการสำหรับผู้พิการ เช่น เอกสารที่เป็นอักษรเบรลล์และเอกสารที่ใช้ตัวอักษรขนาดใหญ่ ด้วยเช่นกัน โปรดโทรไปที่ **1-888-431-9007** (TTY: **711**) บริการเหล่านี้ไม่มีค่าใช้จ่าย

Українська (Ukrainian): УВАГА! Якщо ви потребуєте підтримки своєю мовою, телефонуйте за номером **1-888-431-9007** (TTY: **711**). Також доступні засоби та послуги для людей з обмеженими можливостями, як-от документи шрифтом Брайля та великим шрифтом. Телефонуйте за номером **1-888-431-9007** (TTY: **711**). Ці послуги є безкоштовними.

Tiếng Việt (Vietnamese): CHÚ Ý: Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của quý vị, hãy gọi số **1-888-431-9007** (TTY: **711**). Các hỗ trợ và dịch vụ dành cho người khuyết tật, chẳng hạn như tài liệu bằng chữ nổi và cỡ chữ lớn cũng được cung cấp. Hãy gọi số **1-888-431-9007** (TTY: **711**). Các dịch vụ này được miễn phí.