

**Health Net Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan) ដែលបានផ្តល់ជូនដោយ៖
ក្រុមហ៊ុន Health Net Community Solutions, Inc.**

សេចក្តីជូនដំណឹងស្តីពីការផ្លាស់ប្តូរប្រចាំឆ្នាំសម្រាប់ឆ្នាំ 2022

សេចក្តីផ្តើម

អ្នកបច្ចុប្បន្នត្រូវបានចុះឈ្មោះជាសមាជិកនៃ Health Net Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan)។ ឆ្នាំក្រោយ និងមានការផ្លាស់ប្តូរខ្លះទៅលើអត្ថប្រយោជន៍ ការធានារ៉ាប់រង វិធាន និងថ្លៃចំណាយផ្សេងៗ របស់គម្រោងនេះ។ *សេចក្តីជូនដំណឹងស្តីពីការផ្លាស់ប្តូរប្រចាំឆ្នាំ* នេះ ជម្រាបអ្នកអំពីការផ្លាស់ប្តូរនានា និងកន្លែង ដែលគួរស្វែងរកព័ត៌មានបន្ថែមអំពីវា។ ពាក្យគន្លឹះ និងនិយមន័យរបស់វាមាននៅក្នុងលំដាប់អក្សរក្រមនៅក្នុងជំពូក ចុងក្រោយនៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*។

តារាងមាតិកា

- A. ការបដិសេធ..... 3
- B. ការពិនិត្យឡើងវិញលើការធានារ៉ាប់រង Medicare និង Medi-Cal របស់អ្នកសម្រាប់ ឆ្នាំក្រោយ 3
 - B1. ធនធានបន្ថែមទៀត 4
 - B2. ព័ត៌មានអំពី Health Net Cal MediConnect 6
 - B3. រឿងសំខាន់ៗដែលត្រូវធ្វើ៖ 7
- C. ការផ្លាស់ប្តូរចំពោះអ្នកផ្តល់សេវាសុខភាព និងឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញ..... 8
- D. ការផ្លាស់ប្តូរចំពោះអត្ថប្រយោជន៍ និងថ្លៃចំណាយ សម្រាប់ឆ្នាំក្រោយ 9
 - D1. ការផ្លាស់ប្តូរចំពោះអត្ថប្រយោជន៍ និងថ្លៃចំណាយ សម្រាប់សេវាវេជ្ជសាស្ត្រនានា..... 9
 - D2. ការផ្លាស់ប្តូរទៅឱសថដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រង 12
 - D3. ដំណាក់កាលទី1៖ "ដំណាក់កាលធានារ៉ាប់រងដំបូង" 14
 - D4. ដំណាក់កាលទី 2៖ "ដំណាក់កាលធានារ៉ាប់រងគ្រោះមហន្តរាយ"..... 17
- E. E. របៀបជ្រើសរើសគម្រោង 17
 - E1. របៀបក្នុងការស្ថិតនៅក្នុងគម្រោង..... 17
 - E2. របៀបជ្រើសរើសគម្រោង 18

បើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរស័ព្ទមក Health Net Cal MediConnect តាមរយៈលេខ 1-855-464-3571 (TTY៖ 711) ចាប់ពីម៉ោង 8 ព្រឹកដល់ម៉ោង 8 យប់ ពីថ្ងៃច័ន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ។ ក្រៅម៉ោងធ្វើការ រៀងរាល់ថ្ងៃចុងសប្តាហ៍ និងថ្ងៃឈប់សម្រាក លោកអ្នកអាចផ្ញើសារទុកបាន។ គេនឹងហៅទូរស័ព្ទទៅកាន់លោកអ្នកវិញនៅថ្ងៃធ្វើការបន្ទាប់។ ការហៅទូរស័ព្ទនេះ គឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** សូមចូលទៅគេហទំព័រ mmp.healthnetcalifornia.com។



F. របៀបសុំជំនួយ21

F1. សុំជំនួយពី Health Net Cal MediConnect..... 21

F2. ការទទួលជំនួយពីភ្នាក់ងារថ្នាក់រដ្ឋ 21

F3. លោកអ្នកអាចទទួលជំនួយពី កម្មវិធី Cal MediConnect Ombuds..... 21

F4. លោកអ្នកអាចទទួលបានជំនួយពី កម្មវិធីប្រឹក្សាយោបល់ និងគាំទ្រការធានារ៉ាប់រងសុខភាព 22

F5. ការទទួលបានជំនួយពីMedicare 22

F6. លោកអ្នកអាចទទួលបានជំនួយពីនាយកដ្ឋានគ្រប់គ្រងសុខាភិបាលរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា 22

បើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរស័ព្ទមក Health Net Cal MediConnect តាមរយៈលេខ 1-855-464-3571 (TTY៖ 711) ចាប់ពីម៉ោង 8 ព្រឹកដល់ម៉ោង 8 យប់ ពីថ្ងៃច័ន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ។ ក្រៅម៉ោងធ្វើការ រៀងរាល់ថ្ងៃចុងសប្តាហ៍ និងថ្ងៃឈប់សម្រាក លោកអ្នកអាចផ្ញើសារទុកបាន។ គេនឹងហៅទូរស័ព្ទទៅកាន់លោកអ្នកវិញនៅថ្ងៃធ្វើការបន្ទាប់។ ការហៅទូរស័ព្ទនេះ គឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** សូមចូលទៅគេហទំព័រ mmp.healthnetcalifornia.com។



A. ការបដិសេធ

- ❖ នេះមិនមែនជាបញ្ជីពេញលេញនោះទេ។ ព័ត៌មានអត្ថប្រយោជន៍សង្ខេបគ្រាន់តែជាការសង្ខេបប៉ុណ្ណោះវាមិនមែនជាការព័ណ៌នាពេញលេញរបស់អត្ថប្រយោជន៍នោះទេ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមទាក់ទងគម្រោងឬអាន *សៀវភៅណែនាំសមាជិក* Health Net Cal MediConnect។

B. ការពិនិត្យឡើងវិញលើការធានារ៉ាប់រង Medicare និង Medi-Cal របស់អ្នកសម្រាប់ឆ្នាំក្រោយ

វាក៏សំខាន់ដែលត្រូវពិនិត្យឡើងវិញនូវការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកឡូរនេះដើម្បីឱ្យប្រាកដថា វានឹងនៅតែបំពេញតាមសេចក្តីត្រូវការរបស់អ្នកនៅឆ្នាំក្រោយ។ ប្រសិនបើវាមិនបំពេញតាមសេចក្តីត្រូវការរបស់អ្នក អ្នកប្រហែលជាអាចចាកចេញពីគម្រោងនេះបាន។ សូមយោងទៅផ្នែក E2 សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។

ប្រសិនបើអ្នកជ្រើសរើសចាកចេញពី Health Net Cal MediConnect សមាជិកភាពរបស់អ្នកនឹងត្រូវបញ្ចប់នៅចុងខែដែលការស្នើសុំរបស់អ្នកត្រូវបានធ្វើឡើង។

ប្រសិនបើលោកអ្នកចាកចេញពីគម្រោងយើងខ្ញុំ លោកអ្នកនឹងនៅតែស្ថិតនៅក្នុងកម្មវិធី Medicare និង Medi-Cal ដដែលដរាបណាលោកអ្នកនៅមានសិទ្ធិទទួលបាន។

- អ្នកនឹងមានជម្រើសមួយអំពីវិធី ដែលអ្នកទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ Medicare របស់អ្នក (សូមយោងទៅកាន់ទំព័រទី 16)។
- អ្នកនឹងទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ Medi-Cal របស់អ្នកតាមរយៈផែនការថែទាំមានការគ្រប់គ្រងដោយ Medi-Cal នៃជម្រើសរបស់អ្នក (សូមយោងទៅកាន់ទំព័រ 18 សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម)។



បើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរស័ព្ទ Health Net Cal MediConnect តាមរយៈលេខ 1-855-464-3571 (TTY៖ 711) ចាប់ពីម៉ោង 8 ព្រឹកដល់ម៉ោង 8 យប់ ពីថ្ងៃច័ន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ។ ក្រៅម៉ោងធ្វើការ រៀងរាល់ថ្ងៃចុងសប្តាហ៍ និងថ្ងៃឈប់សម្រាក លោកអ្នកអាចផ្ញើសារទុកបាន។ គេនឹងហៅទូរស័ព្ទទៅកាន់លោកអ្នកវិញនៅថ្ងៃធ្វើការបន្ទាប់។ ការហៅទូរស័ព្ទនេះ គឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** សូមចូលទៅគេហទំព័រ mmp.healthnetcalifornia.com។

B1. ធនធានបន្ថែមទៀត

- **ATENCIÓN:** Si usted habla español, hay servicios de asistencia de idiomas disponibles para usted sin cargo. Llame al 1-855-464-3571 (TTY: 711) de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., de lunes a viernes. Después del horario de atención, los fines de semana y los días feriados puede dejar un mensaje. Le devolveremos la llamada el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.
- **ВНИМАНИЕ:** Если вы говорите по-русски, мы можем предложить вам бесплатные услуг переводчика. Звоните по телефону 1-855-464-3571 (телетайп: 711) с 8:00 до 20:00 с понедельника по пятницу. В нерабочее время, а также в выходные и праздничные дни вы можете оставить сообщение. Вам перезвонят на следующий рабочий день. Звонок бесплатный.
- **PAALALA:** Kung nagsasalita kayo ng Tagalog, available sa inyo ang mga serbisyo ng tulong sa wika, nang walang singil. Tumawag sa 1-855-464-3571 (TTY: 711) mula 8 a.m. hanggang 8 p.m., Lunes hanggang Biyernes. Paglipas ng mga oras ng negosyo, tuwing Sabado at Linggo at sa pista opisyal, maaari kayong mag-iwan ng mensahe. Ang inyong tawag ay ibabalik sa loob ng susunod na araw ng negosyo. Libre ang tawag.
- **XIN LU'U Ý:** Nếu quý vị nói tiếng Việt, chúng tôi sẵn có dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho quý vị. Hãy gọi 1-855-464-3571 (TTY: 711) từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, từ thứ Hai đến hết thứ Sáu. Sau giờ làm việc, vào các ngày cuối tuần và ngày lễ, quý vị có thể để lại tin nhắn. Cuộc gọi của quý vị sẽ được hồi đáp vào ngày làm việc hôm sau. Cuộc gọi này miễn phí.
- **알림:** 귀하께서 한국어를 사용하시는 경우 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일 ~ 금요일, 오전 8시부터 오후 8시까지 전화하십시오. 영업시간 이후, 주말 및 공휴일에는 메시지를 남기실 수 있습니다. 다음 영업일에 저희가 귀하께 전화를 드리겠습니다. 안내전화는 무료입니다.
- **請注意：**如果您使用中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-855-464-3571 (聽障專線：711)。週一至週五，上午 8 點到下午 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言。我們會在下一個工作日給您回電。此專線為免付費電話。

បើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរស័ព្ទមក Health Net Cal MediConnect តាមរយៈលេខ 1-855-464-3571 (TTY៖ 711) ចាប់ពីម៉ោង 8 ព្រឹកដល់ម៉ោង 8 យប់ ពីថ្ងៃច័ន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ។ ក្រៅម៉ោងធ្វើការ រៀងរាល់ថ្ងៃចុងសប្តាហ៍ និងថ្ងៃឈប់សម្រាក លោកអ្នកអាចផ្ញើសារទុកបាន។ គេនឹងហៅទូរស័ព្ទទៅកាន់លោកអ្នកវិញនៅថ្ងៃធ្វើការបន្ទាប់។ ការហៅទូរស័ព្ទនេះ គឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** សូមចូលទៅគេហទំព័រ mmp.healthnetcalifornia.com។



សូមហៅទូរស័ព្ទមកយើង ប្រសិនបើ៖

- លោកអ្នកចង់ទទួលបានព័ត៌មានរបស់លោកអ្នកជាភាសាអារ៉ាប់ អាមេនី កម្ពុជា (ខ្មែរ) ចិន (អក្សរចិនបុរាណ) ហ្វារស៊ី កូរ៉េ រុស្ស៊ី អេស្ប៉ាញ តាហ្គាឡ វៀតណាម ឬ ជាទម្រង់ផ្សេងៗ លោកអ្នកអាចស្នើសុំភាសាណាមួយក្នុងចំណោមភាសាទាំងនេះជាទម្រង់ផ្សេងបាន។

ឬ

- លោកអ្នកចង់ផ្លាស់ប្តូរភាសាឬទម្រង់នៃព័ត៌មានដែលយើងផ្ញើទៅកាន់លោកអ្នក។

បើអ្នកត្រូវការជំនួយ ដើម្បីស្វែងយល់អំពីព័ត៌មានស្តីពីគម្រោងរបស់អ្នក នោះអ្នកអាចទំនាក់ទំនងសេវាបម្រើសមាជិក Health Net Cal MediConnect តាមរយៈលេខ 1-855-464-3571 (TTY:711) ។ ចាប់ពីម៉ោង 8 ព្រឹកដល់ម៉ោង 8 យប់ ពីថ្ងៃចន្ទដល់ថ្ងៃសុក្រ។ ក្រៅម៉ោងធ្វើការ រៀងរាល់ថ្ងៃចុងសប្តាហ៍ និងថ្ងៃឈប់សម្រាក លោកអ្នកអាចផ្ញើសារទុកបាន។ គេនឹងហៅទូរស័ព្ទទៅកាន់លោកអ្នកវិញនៅថ្ងៃធ្វើការបន្ទាប់។

B2. ព័ត៌មានអំពី Health Net Cal MediConnect

- ក្រុមហ៊ុន Health Net Community Solutions, Inc. គឺជាគម្រោងសុខភាពមួយដែលចុះកិច្ចសន្យាជាមួយ Medicare និង Medi-Cal ដើម្បីផ្តល់អត្ថប្រយោជន៍នៃកម្មវិធីទាំងពីរដល់អ្នកចុះឈ្មោះ។
- ការធានារ៉ាប់រងក្រោម Health Net Cal MediConnect គឺជាការធានារ៉ាប់រងសុខភាពដែលមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ហៅថា "ការធានារ៉ាប់រងសំខាន់អប្បបរមា។" វាបំពេញទៅតាមការពារអ្នកជំងឺ និងថែទាំដែលមានតម្លៃសមរម្យមធ្យមលក្ខខណ្ឌតម្រូវនៃការទទួលខុសត្រូវរបស់បុគ្គលម្នាក់នៅក្រោមច្បាប់នៃការការពារអ្នកជំងឺ និងច្បាប់ថែទាំដែលមានតម្លៃសមរម្យ (ACA)។ សូមចូលមើលគេហទំព័រអំពីសេវាចំណូលផ្ទៃក្នុង (IRS) www.irs.gov/affordable-care-act/individuals-and-families សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីលក្ខខណ្ឌតម្រូវនៃការទទួលខុសត្រូវរបស់បុគ្គល។
- Health Net Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan) ត្រូវបានផ្តល់ជូនដោយ Health Net Community Solutions, Inc. នៅពេលដែលសេចក្តីជូនដំណឹងអំពីការផ្លាស់ប្តូរប្រចាំឆ្នាំនិយាយថា "យើង" "ពួកយើង" ឬ "របស់យើង" វាមានន័យថា Health Net Community Solutions, Inc។ នៅពេលដែលវានិយាយថា "គម្រោង" ឬ "ផែនរបស់យើង" នោះវាមានន័យថា Health Net Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan)

បើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរស័ព្ទមក Health Net Cal MediConnect តាមរយៈលេខ 1-855-464-3571 (TTY: 711) ចាប់ពីម៉ោង 8 ព្រឹកដល់ម៉ោង 8 យប់ ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ។ ក្រៅម៉ោងធ្វើការ រៀងរាល់ថ្ងៃចុងសប្តាហ៍ និងថ្ងៃឈប់សម្រាក លោកអ្នកអាចផ្ញើសារទុកបាន។ គេនឹងហៅទូរស័ព្ទទៅកាន់លោកអ្នកវិញនៅថ្ងៃធ្វើការបន្ទាប់។ ការហៅទូរស័ព្ទនេះ គឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** សូមចូលទៅគេហទំព័រ mmp.healthnetcalifornia.com។



B3. រឿងសំខាន់ៗដែលត្រូវធ្វើ៖

- ពិនិត្យមើលថាតើមានការផ្លាស់ប្តូរណាមួយចំពោះអត្ថប្រយោជន៍ និងការចំណាយលើ របស់យើង ដែលអាចប៉ះពាល់ដល់អ្នកដែរឬទេ។
 - តើមានការផ្លាស់ប្តូរណាមួយដែលប៉ះពាល់ដល់សេវាកម្មដែលអ្នកប្រើទេ ?
 - វាចាំបាច់ក្នុងការពិនិត្យមើលការផ្លាស់ប្តូរនៃអត្ថប្រយោជន៍ និងថ្លៃចំណាយ ដើម្បីប្រាកដថា ពួកវានឹងដំណើរការល្អសម្រាប់អ្នកនៅឆ្នាំក្រោយ។
 - រកមើលផ្នែក D សម្រាប់ព័ត៌មានអំពីការផ្លាស់ប្តូរអត្ថប្រយោជន៍ និងថ្លៃចំណាយ សម្រាប់គម្រោងរបស់យើង។
- ពិនិត្យមើលថាតើមានការផ្លាស់ប្តូរណាមួយចំពោះការធានារ៉ាប់រងលើថ្លៃទិញថ្នាំតាមវេជ្ជបញ្ជារបស់យើង ដែលអាចប៉ះពាល់ដល់អ្នកដែរឬទេ។
 - តើឱសថរបស់អ្នកនឹងមានការធានារ៉ាប់រងដែរទេ ? តើពួកវាស្ថិតនៅក្នុងកម្រិត ចំណាយរួមគ្នាដែរទេ ? តើអ្នកអាចបន្តប្រើឱសថស្ថានដែលបានទេ ?
 - វាចាំបាច់ក្នុងការពិនិត្យឡើងវិញនូវការផ្លាស់ប្តូរដើម្បីធ្វើឱ្យប្រាកដថាការធានារ៉ាប់រងឱសថរបស់ យើងនឹងដំណើរការល្អសម្រាប់អ្នកនៅឆ្នាំក្រោយ។
 - រកមើលនៅក្នុងផ្នែក D2 សម្រាប់ព័ត៌មានអំពីការផ្លាស់ប្តូរទៅលើការធានារ៉ាប់រងឱសថរបស់យើង។
 - ថ្លៃថ្នាំរបស់អ្នកអាចកើនឡើងចាប់តាំងពីឆ្នាំមុនមកម្ល៉េះ។
 - ពិភាក្សាជាមួយវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកអំពីជម្រើសនៃការចំណាយកាន់តែទាបដែលអាចមានសម្រាប់អ្នក។ ការធ្វើបែបនេះអាចជួយអ្នកក្នុងការចំណាយចេញពីហោប៉ៅប្រចាំឆ្នាំពេញមួយឆ្នាំ។
 - ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែមអំពីតម្លៃឱសថ សូមចូលមើល www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage។ (ចុចលើតំណភ្ជាប់ “ផ្ទាំងព័ត៌មាន” នៅចំណុចកំណត់សម្គាល់ទៅផ្នែកខាងក្រោមនៃទំព័រ។ ផ្ទាំងព័ត៌មានទាំងនេះគូសបញ្ជាក់ថាក្រុមហ៊ុនផលិតណាដែលបាននឹងកំពុងដំឡើងថ្លៃរបស់ពួកគេ ហើយក៏បង្ហាញព័ត៌មានអំពីតម្លៃថ្នាំពីមួយឆ្នាំទៅមួយឆ្នាំផងដែរ)។
 - សូមចងចាំថាអត្ថប្រយោជន៍នៃគម្រោងរបស់អ្នកនឹងកំណត់យ៉ាងច្បាស់ថាតើថ្លៃថ្នាំដោយខ្លួន ឯងអាចផ្លាស់ប្តូរបានប៉ុន្មាន។
- ពិនិត្យមើលថាតើអ្នកផ្តល់សេវាសុខភាព និងឱសថស្ថានរបស់អ្នកនឹងស្ថិតនៅក្នុងបណ្តាញ របស់យើងនៅឆ្នាំក្រោយឬទេ។



បើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរស័ព្ទមក Health Net Cal MediConnect តាមរយៈលេខ 1-855-464-3571 (TTY៖ 711) ចាប់ពីម៉ោង 8 ព្រឹកដល់ម៉ោង 8 យប់ ពីថ្ងៃច័ន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ។ ក្រៅម៉ោងធ្វើការ រៀងរាល់ថ្ងៃចុងសប្តាហ៍ និងថ្ងៃឈប់សម្រាក លោកអ្នកអាចផ្ញើសារទុកបាន។ គេនឹងហៅទូរស័ព្ទទៅកាន់លោកអ្នកវិញនៅថ្ងៃធ្វើការបន្ទាប់។ ការហៅទូរស័ព្ទនេះ គឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** សូមចូលទៅគេហទំព័រ mmp.healthnetcalifornia.com។

- តើវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក រាប់បញ្ចូលត្រូវពេទ្យជំនាញរបស់អ្នកមាននៅក្នុងបណ្តាញរបស់យើងដែរឬទេ? ហើយឱសថស្ថានរបស់អ្នកយ៉ាងម៉េចដែរ? ហើយចុះមន្ទីរពេទ្យ ឬអ្នកផ្តល់សេវាសុខភាពដែលអ្នកប្រើយ៉ាងម៉េចដែរ?
- រកមើលក្នុងផ្នែក C សម្រាប់ព័ត៌មានអំពី *សៀវភៅវាយឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវាសុខភាព និងឱសថស្ថាន* របស់យើង។
- គិតអំពីថ្លៃចំណាយសរុបនៅក្នុងគម្រោងនោះ។
 - តើអ្នកនឹងចំណាយថ្លៃចេញពីហោប៉ៅប៉ុន្មានសម្រាប់សេវាកម្ម និងឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាដែលអ្នកប្រើជាប្រចាំ?
 - តើថ្លៃចំណាយសរុបប្រៀបធៀបទៅនឹងជម្រើសធានារ៉ាប់រងផ្សេងទៀតយ៉ាងដូចម្តេច?
- គិតអំពីថាតើអ្នកពេញចិត្តជាមួយគម្រោងរបស់យើងឬអត់។

បើអ្នកសម្រេចចិត្តបន្តចូលរួមជាមួយ Health Net Cal MediConnect៖

ប្រសិនបើអ្នកចង់បន្តនៅជាមួយយើងឆ្នាំក្រោយ វាងាយស្រួលទេ គឺថាមិនចាំបាច់ធ្វើអ្វីទាំងអស់។ ប្រសិនបើអ្នកមិនធ្វើការផ្លាស់ប្តូរទេ អ្នកនឹងនៅតែចុះឈ្មោះចូលក្នុងគម្រោងរបស់យើងដោយស្វ័យប្រវត្តិ។

ប្រសិនបើអ្នកសម្រេចចិត្តផ្លាស់ប្តូរគម្រោង៖

បើអ្នកសម្រេចថា ការធានារ៉ាប់រងផ្សេងទៀតនឹងឆ្លើយតបទៅតាមតម្រូវការរបស់អ្នកបានប្រសើរជាង នោះអ្នកអាចប្តូរគម្រោងបាន (សូមមើលផ្នែក E2 សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម)។ ប្រសិនបើអ្នកចុះឈ្មោះចូលគម្រោងថ្មី នោះការធានារ៉ាប់រងថ្មីរបស់លោកអ្នកនឹងត្រូវចាប់ផ្តើមនៅថ្ងៃទីមួយនៃខែបន្ទាប់។ រកមើលផ្នែក E2 នៅទំព័រទី 16 ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពីជម្រើសរបស់អ្នក។

C. ការផ្លាស់ប្តូរចំពោះអ្នកផ្តល់សេវាសុខភាព និងឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញ

អ្នកផ្តល់សេវាសុខភាព និងឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញរបស់យើងបានផ្លាស់ប្តូរសម្រាប់ឆ្នាំ 2022។

យើងសូមលើកទឹកចិត្តឱ្យអ្នក **ពិនិត្យមើលឡើងវិញលើសៀវភៅវាយឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវាសុខភាព និងឱសថស្ថាន** ដើម្បីឱ្យដឹងថា អ្នកផ្តល់សេវាសុខភាព និងឱសថស្ថានរបស់អ្នកនៅតែស្ថិតនៅក្នុងបណ្តាញរបស់យើងដែរ។ *សៀវភៅវាយឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវាសុខភាព និងឱសថស្ថាន* ដែលបានធ្វើបច្ចុប្បន្នភាព ស្ថិតនៅលើគេហទំព័ររបស់យើងគឺ mmp.healthnetcalifornia.com/findadoctor។ អ្នកក៏អាចហៅទូរស័ព្ទទៅកាន់សេវាបម្រើសមាជិក តាមរយៈលេខ 1-855-464-3571 (TTY: 711) ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 ល្ងាច ចាប់ពីថ្ងៃច័ន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ សម្រាប់ព័ត៌មានអ្នកផ្តល់សេវាសុខភាពដែលបានធ្វើបច្ចុប្បន្នភាព ឬស្នើសុំឱ្យពួកយើងអ៊ីមែល *សៀវភៅវាយឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវាសុខភាព និងឱសថស្ថាន* ទៅអ្នក។



បើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរស័ព្ទមក Health Net Cal MediConnect តាមរយៈលេខ 1-855-464-3571 (TTY៖ 711) ចាប់ពីម៉ោង 8 ព្រឹកដល់ម៉ោង 8 យប់ ពីថ្ងៃច័ន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ។ ក្រៅម៉ោងធ្វើការ រៀងរាល់ថ្ងៃចុងសប្តាហ៍ និងថ្ងៃឈប់សម្រាក លោកអ្នកអាចផ្ញើសារទុកបាន។ គេនឹងហៅទូរស័ព្ទទៅកាន់លោកអ្នកវិញនៅថ្ងៃធ្វើការបន្ទាប់។ ការហៅទូរស័ព្ទនេះ គឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** សូមចូលទៅគេហទំព័រ mmp.healthnetcalifornia.com។

វាជាការសំខាន់ដែលអ្នកត្រូវដឹងថាយើងក៏អាចធ្វើការផ្លាស់ប្តូរបណ្តាញរបស់យើងផងដែរក្នុងអំឡុងឆ្នាំនោះ។ ប្រសិនបើអ្នកផ្តល់សេវាសុខភាពរបស់អ្នកចាកចេញពីគម្រោង អ្នកមានសិទ្ធិ និងការការពារជាក់លាក់។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមមើលជំពូកទី 3 នៃ សៀវភៅណែនាំរបស់សមាជិក របស់អ្នក។

D. ការផ្លាស់ប្តូរចំពោះអត្ថប្រយោជន៍ និងថ្លៃចំណាយ សម្រាប់ឆ្នាំក្រោយ

D1. ការផ្លាស់ប្តូរចំពោះអត្ថប្រយោជន៍ និងថ្លៃចំណាយ សម្រាប់សេវាវេជ្ជសាស្ត្រនានា

យើងកំពុងផ្លាស់ប្តូរការធានារ៉ាប់រងរបស់យើងសម្រាប់សេវាកម្មវេជ្ជសាស្ត្រជាក់លាក់ និងអ្វីដែលអ្នកចំណាយសម្រាប់សេវាវេជ្ជសាស្ត្រដែលបានធានារ៉ាប់រងទាំងនេះ ឆ្នាំក្រោយ។ តារាងខាងក្រោមពិពណ៌នាអំពីការផ្លាស់ប្តូរទាំងនេះ។

បើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរស័ព្ទមក Health Net Cal MediConnect តាមរយៈលេខ 1-855-464-3571 (TTY៖ 711) ចាប់ពីម៉ោង 8 ព្រឹកដល់ម៉ោង 8 យប់ ពីថ្ងៃច័ន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ។ ក្រៅម៉ោងធ្វើការ រៀងរាល់ថ្ងៃចុងសប្តាហ៍ និងថ្ងៃឈប់សម្រាក លោកអ្នកអាចផ្ញើសារទុកបាន។ គេនឹងហៅទូរស័ព្ទទៅកាន់លោកអ្នកវិញនៅថ្ងៃធ្វើការបន្ទាប់។ ការហៅទូរស័ព្ទនេះ គឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** សូមចូលទៅគេហទំព័រ mmp.healthnetcalifornia.com។



	2021 (ឆ្នាំនេះ)	2022 (ឆ្នាំក្រោយ)
ឧបករណ៍ជំនួយក្នុងការស្តាប់	<p>អ្នកបង់ថ្លៃសហចំណាយ \$0</p> <p>អត្ថប្រយោជន៍សម្រាប់ឧបករណ៍ជំនួយក្នុងការស្តាប់ គឺមានតម្លៃ \$1510 ដុល្លារ ក្នុងមួយឆ្នាំសារពើពន្ធ (ថ្ងៃទី 1 ខែកក្កដា ដល់ថ្ងៃទី 30 ខែមិថុនា) និងរាប់បញ្ចូលទាំងពុម្ព ការផ្គត់ផ្គង់ការកែតម្រូវ និងគ្រឿងបរិក្ខារបន្ថែម។</p>	<p>អ្នកបង់ថ្លៃសហចំណាយ \$0</p> <p>ចំនួនធានារ៉ាប់រងលើអត្ថប្រយោជន៍អតិបរមានៃគម្រោងសម្រាប់ឧបករណ៍ជំនួយក្នុងការស្តាប់ គឺចំនួន \$1,510 ដុល្លារក្នុងមួយឆ្នាំសារពើពន្ធ (ថ្ងៃទី 1 ខែកក្កដាដល់ថ្ងៃទី 30 ខែមិថុនា) ។</p> <p>ការប្តូរជំនួសថ្មីទៅលើឧបករណ៍ជំនួយការស្តាប់ដែលបាត់បង់ ត្រូវបានគេលួច ឬខូចខាតដោយសារតែកាលៈទេសៈណាមួយ ដែលលើសហសពីការគ្រប់គ្រងរបស់អ្នកទទួលមិនត្រូវបានបូកបញ្ចូលនៅក្នុងចំនួនធានារ៉ាប់រងលើអត្ថប្រយោជន៍អតិបរមាដែលមានចំនួន \$1,510 ដុល្លារនោះឡើយ។</p> <p>អត្ថប្រយោជន៍សម្រាប់ឧបករណ៍ជំនួយក្នុងការស្តាប់ ដូចជាការសម្អាតផ្សិត ការកែតម្រូវ ការផ្គត់ផ្គង់ គ្រឿងបរិក្ខារបន្ថែម ការជួសជុល ការបណ្តុះបណ្តាល ការកែសម្រួល និងគ្រឿងបន្លាស់អាចតម្រូវឱ្យមានការអនុញ្ញាតសម្រាប់សេវាឧបករណ៍ជំនួយក្នុងការស្តាប់មួយចំនួន។</p>



បើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរស័ព្ទមក Health Net Cal MediConnect តាមរយៈលេខ 1-855-464-3571 (TTY៖ 711) ចាប់ពីម៉ោង 8 ព្រឹកដល់ម៉ោង 8 យប់ ពីថ្ងៃច័ន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ។ ក្រៅម៉ោងធ្វើការ រៀងរាល់ថ្ងៃចុងសប្តាហ៍ និងថ្ងៃឈប់សម្រាក លោកអ្នកអាចផ្ញើសារទុកបាន។ គេនឹងហៅទូរស័ព្ទទៅកាន់លោកអ្នកវិញនៅថ្ងៃធ្វើការបន្ទាប់។ ការហៅទូរស័ព្ទនេះ គឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** សូមចូលទៅគេហទំព័រ mmp.healthnetcalifornia.com។

	2021 (ឆ្នាំនេះ)	2022 (ឆ្នាំក្រោយ)
អត្ថប្រយោជន៍លើម្ហូបអាហារ	<p>អ្នកបង់ថ្លៃសហចំណាយ \$0</p> <p>គម្រោងរ៉ាប់រងលើអាហារត្រូវបានបញ្ជូនទៅដល់ផ្ទះក្រោយពេលចេញពីមន្ទីរពេទ្យ ឬមន្ទីរថែទាំជំនាញ។ សេវានានា គឺអាស្រ័យលើការពិនិត្យមើលឡើងវិញនៃការគ្រប់គ្រងលើករណី និងការយល់ព្រមជាមុនចំពោះអ្នកលក់។</p>	<p>អ្នកបង់ថ្លៃសហចំណាយ \$0</p> <p>គម្រោងផ្តល់ជូនអាហារដែលបញ្ជូនទៅដល់ផ្ទះភ្លាមៗ បន្ទាប់ពីសម្រាកព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យ ដើម្បីជួយដល់ការជាសះស្បើយរបស់សមាជិកម្នាក់ៗ</p> <p>ចំនួនអត្ថប្រយោជន៍សរុបផ្តល់ជូនអាហារ 3 ពេលក្នុងមួយថ្ងៃក្នុងរយៈពេល 14 ថ្ងៃដោយមានអាហារច្រើនបំផុត 42 មុខក្នុងការកើតឡើងមួយដង សម្រាប់ចំនួនឥតកំណត់នៃការកើតឡើងក្នុងមួយឆ្នាំ។</p>
<p>កម្មវិធីសេវាកម្មពហុគោលបំណងសម្រាប់មនុស្សចាស់ (MSSP)</p> <p>(ផ្នែកនេះមានបន្តទៅទំព័របន្ទាប់។)</p>	<p>អ្នកបង់ថ្លៃសហចំណាយ \$0</p> <p>MSSP គឺជាកម្មវិធីគ្រប់គ្រងការថែទាំដែលផ្តល់សេវាតាមផ្ទះ និងតាមសហគមន៍ (HCBS) ទៅកាន់បុគ្គលដែលមានសិទ្ធិទទួលបាន Medi-Cal។</p> <p>ដើម្បីមានសិទ្ធិទទួលបាន លោកអ្នកត្រូវតែមានអាយុ 65ឆ្នាំ ឬលើសពីនេះ រស់នៅក្នុងតំបន់សេវា អាចឲ្យគេបម្រើសេវាបាននៅក្នុងដែនកំហិតថ្លៃចំណាយរបស់ MSSP សមស្របសម្រាប់សេវាគ្រប់គ្រងការថែទាំ កំពុងមានសិទ្ធិទទួលបាន Medi-Cal ហើយត្រូវបានបញ្ជាក់ ឬដែលអាចបញ្ជាក់សម្រាប់ការដាក់នៅក្នុងមន្ទីរថែទាំ។</p> <p>សេវា MSSP រួមមាន ៖</p> <ul style="list-style-type: none"> • មណ្ឌលថែទាំមនុស្សពេញវ័យ ពេលថ្ងៃ/មណ្ឌលគាំពារ • ជំនួយផ្នែកការស្នាក់នៅ 	<p>កម្មវិធីបម្រើសេវាជនចាស់ជរាដែលពហុគោលបំណង (MSSP) មិនត្រូវបានរ៉ាប់រងឡើយ។</p>



បើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរស័ព្ទមក Health Net Cal MediConnect តាមរយៈលេខ 1-855-464-3571 (TTY៖ 711) ចាប់ពីម៉ោង 8 ព្រឹកដល់ម៉ោង 8 យប់ ពីថ្ងៃច័ន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ។ ក្រៅម៉ោងធ្វើការ រៀងរាល់ថ្ងៃចុងសប្តាហ៍ និងថ្ងៃឈប់សម្រាក លោកអ្នកអាចផ្ញើសារទុកបាន។ គេនឹងហៅទូរស័ព្ទទៅកាន់លោកអ្នកវិញនៅថ្ងៃធ្វើការបន្ទាប់។ ការហៅទូរស័ព្ទនេះ គឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** សូមចូលទៅគេហទំព័រ mmp.healthnetcalifornia.com។

	2021 (ឆ្នាំនេះ)	2022 (ឆ្នាំក្រោយ)
<p>កម្មវិធីសេវាកម្មពហុគោលបំណងសម្រាប់មនុស្សចាស់ (MSSP) (បន្ត)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ជំនួយថែទាំផ្ទាល់ខ្លួន និងការងារប្រចាំថ្ងៃ ការគ្រប់គ្រងដើម្បីតាមមើលការពារ ការគ្រប់គ្រងការថែទាំ សេវាផ្តល់ការថែទាំជំនួសដើម្បីជួយសម្រាលសមាជិកគ្រួសារថែទាំអ្នកជំងឺ មធ្យោបាយធ្វើដំណើរ សេវាម្ហូបអាហារ សេវាកម្មសង្គមកិច្ច សេវាកម្មគមនាគមន៍ <p>អត្ថប្រយោជន៍នេះ ត្រូវបានធានារ៉ាប់រងរហូតដល់ចំនួនទឹកប្រាក់ \$5,356.25 ក្នុងមួយឆ្នាំ។</p>	
<p>ការអនុញ្ញាតជាមុន</p>	<p>ខាងក្រោមនេះមិនតម្រូវឲ្យមានការអនុញ្ញាតជាមុននោះទេ៖</p> <p>ឧបករណ៍ជំនួយក្នុងការស្តាប់</p>	<p>ខាងក្រោមនេះតម្រូវឲ្យមានការអនុញ្ញាតជាមុន៖</p> <p>ឧបករណ៍ជំនួយក្នុងការស្តាប់</p>

D2. ការផ្លាស់ប្តូរទៅឱសថដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រង

ផ្លាស់ប្តូរទៅកាន់ឱសថនៅក្នុងបញ្ជីរបស់យើងខ្ញុំ

បញ្ជីឱសថដែលត្រូវមានការធានារ៉ាប់រងដែលបានធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពគឺមាននៅលើគេហទំព័ររបស់យើង mmp.healthnetcalifornia.com/formulary។ អ្នកក៏អាចហៅទូរស័ព្ទទៅកាន់សេវាបម្រើសមាជិក តាមរយៈលេខ 1-855-464-3571 (TTY: 711) ចាប់ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ 8 ល្ងាចពីថ្ងៃច័ន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានអំពីឱសថដែលបានធ្វើបច្ចុប្បន្នភាព ឬដើម្បីសុំឱ្យយើងផ្ញើអ៊ីមែលនូវ បញ្ជីឱសថដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រង ទៅអ្នកវិញ។

បញ្ជីឱសថដែលមានការធានារ៉ាប់រង ឬហៅម្យ៉ាងទៀតថា “បញ្ជីឱសថ។”

យើងធ្វើការផ្លាស់ប្តូរបញ្ជីឱសថរបស់យើងរួមមាន ការផ្លាស់ប្តូរឱសថដែលមានការធានារ៉ាប់រង និងការផ្លាស់ប្តូរទៅលើការកំណត់របស់ឱសថនីមួយៗ។



បើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរស័ព្ទមក Health Net Cal MediConnect តាមរយៈលេខ 1-855-464-3571 (TTY: 711) ចាប់ពីម៉ោង 8 ព្រឹកដល់ម៉ោង 8 យប់ ពីថ្ងៃច័ន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ។ ក្រៅម៉ោងធ្វើការ រៀងរាល់ថ្ងៃចុងសប្តាហ៍ និងថ្ងៃឈប់សម្រាក លោកអ្នកអាចផ្ញើសារទុកបាន។ គេនឹងហៅទូរស័ព្ទទៅកាន់លោកអ្នកវិញនៅថ្ងៃធ្វើការបន្ទាប់។ ការហៅទូរស័ព្ទនេះ គឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** សូមចូលទៅគេហទំព័រ mmp.healthnetcalifornia.com។

ការពិនិត្យមើលបញ្ជីឱសថឡើងវិញ ដើម្បី ធានាថាឱសថរបស់អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងនៅឆ្នាំក្រោយ និងដឹងថា តើវាមានការដាក់កំហិតណាមួយទៅលើឱសថទាំងនោះទេ។

បើសិនជាអ្នកទទួលរងប៉ះពាល់ដោយសារការផ្លាស់ប្តូរឱសថដែលត្រូវបានរ៉ាប់រង យើងលើកទឹកចិត្តឲ្យលោកអ្នក៖

- សហការជាមួយគ្រូពេទ្យរបស់អ្នក (ឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាផ្សេង) ដើម្បីស្វែងរកឱសថផ្សេងដែលមានការធានារ៉ាប់រងពីយើង។
 - អ្នកអាចទូរស័ព្ទមកកាន់សេវាបម្រើសមាជិកតាមលេខ 1-855-464-3571 (TTY: 711) ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 ល្ងាច ពីថ្ងៃច័ន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ដើម្បីសុំបញ្ជីឱសថដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដែលព្យាបាលជំងឺដែលមានសភាពដូចគ្នា។
 - បញ្ជីនេះ អាចជួយអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំលោកអ្នកក្នុងការស្វែងរកឱសថធានារ៉ាប់រងដែលសមស្របសម្រាប់លោកអ្នក។
- ស្នើសុំគម្រោងដើម្បីចេញថ្លៃឱសថប៉ុណ្ណោះអាសន្នជូនអ្នក។
 - នៅក្នុងករណីខ្លះ យើងនឹងធ្វើការរ៉ាប់រងទៅលើឱសថប៉ុណ្ណោះអាសន្ន ជូនអ្នកជាក្នុងរយៈពេល 90 ថ្ងៃដំបូងនៃឆ្នាំតាមប្រតិទិន។
 - ឱសថបណ្តោះអាសន្ននេះគឺមានលក់នៅឱសថស្ថានរាយចាប់ពី 30 ឡើងទៅនិងមានលក់រយៈពេលវែងនៅឱសថស្ថានក្នុងរយៈពេល 31 ថ្ងៃ។ (ដើម្បីស្វែងយល់ដឹងបន្ថែមអំពីឱសថបណ្តោះអាសន្ន និងរបៀបក្នុងការស្នើសុំសម្រាប់មួយ សូមអានជំពូកទី 5 នៃសៀវភៅណែនាំសមាជិក។)
 - នៅពេលលោកអ្នកទទួលបានការផ្គត់ផ្គង់ឱសថជាបណ្តោះអាសន្ន នោះលោកអ្នកគប្បីពិភាក្សាជាមួយអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំរបស់លោកអ្នកដើម្បីសម្រេចពីអ្វីដែលត្រូវធ្វើនៅពេលអស់ឱសថ។ អ្នកអាចធ្វើការផ្លាស់ប្តូរទៅប្រើប្រាស់ឱសថផ្សេងដែលមានការធានារ៉ាប់រងពីគម្រោងយើង ឬក៏ស្នើសុំឲ្យគម្រោងរ៉ាប់រងចំពោះឱសថដែលអ្នកកំពុងប្រាស់បច្ចុប្បន្ន។ ដើម្បីស្វែងយល់អំពីអ្វីដែលអ្នកត្រូវធ្វើ ដើម្បីស្នើសុំការលើកលែង សូមមើលទៅជំពូកទី 9 ផ្នែក F នៃសៀវភៅណែនាំសមាជិក ឆ្នាំ 2022 ឬហៅទូរស័ព្ទទៅកាន់សេវាបម្រើសមាជិក។
 - ប្រសិនបើអ្នកស្ថិតនៅក្នុងគម្រោងលើសពី 90 ថ្ងៃ និងរស់នៅក្នុងផ្ទះថែទាំរយៈពេលវែង យើងនឹងរ៉ាប់រងផ្គត់ផ្គង់ឱសថជូនអ្នករយៈពេល 31 ថ្ងៃ ឬតិចជាងនេះ ប្រសិនបើវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកត្រូវបានសរសេរពីរបីថ្ងៃមុន។ នេះគឺជាការបន្ថែមទៅលើការផ្គត់ផ្គង់បណ្តោះអាសន្នខាងលើ។
 - បើសិនជាអ្នកផ្លាស់ពីកន្លែងថែទាំរយៈពេលវែង ឬពីមន្ទីរពេទ្យទៅផ្ទះ យើងនឹងធានារ៉ាប់រងផ្គត់ផ្គង់ឱសថរយៈពេល 30 ថ្ងៃ ឬតិចជាងនេះ ប្រសិនបើវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកត្រូវបានសរសេរមុនពីរបីថ្ងៃ (ក្នុងករណីណាមួយ យើងនឹងអនុញ្ញាតឲ្យផ្តល់ឱសថជូនលោកអ្នករហូតដល់ 30 ថ្ងៃ) ។



បើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរស័ព្ទមក Health Net Cal MediConnect តាមរយៈលេខ 1-855-464-3571 (TTY: 711) ចាប់ពីម៉ោង 8 ព្រឹកដល់ម៉ោង 8 យប់ ពីថ្ងៃច័ន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ។ ក្រៅម៉ោងធ្វើការ រៀងរាល់ថ្ងៃចុងសប្តាហ៍ និងថ្ងៃឈប់សម្រាក លោកអ្នកអាចផ្ញើសារទុកបាន។ គេនឹងហៅទូរស័ព្ទទៅកាន់លោកអ្នកវិញនៅថ្ងៃធ្វើការបន្ទាប់។ ការហៅទូរស័ព្ទនេះ គឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** សូមចូលទៅគេហទំព័រ mmp.healthnetcalifornia.com។

- បើសិនបើអ្នកផ្លាស់ពីផ្ទះទៅកន្លែងថែទាំរយៈពេលវែង ឬពីមន្ទីរពេទ្យ យើងនឹងធានារ៉ាប់រងឱសថប៉ុណ្ណោះអាសន្នរយៈពេល 31 ថ្ងៃបូកជាងនេះ ប្រសិនបើវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកត្រូវបានសរសេរមុនពីរបីថ្ងៃ (ក្នុងករណីណាមួយ យើងនឹងអនុញ្ញាតឱសថជូនលោកអ្នករហូតដល់ 31 ថ្ងៃ)។ អ្នកត្រូវតែបំពេញ ឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជានៅឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញ

បញ្ជីលើកលែងឱសថមួយចំនួននឹងត្រូវធានារ៉ាប់រងឆ្នាំក្រោយ។ អ្នកនឹងត្រូវជូនដំណឹងអំពីករណីលើកលែងទាំងនេះ នៅក្នុងលិខិតដែលមានការអនុម័ត ដែលយើងនឹងផ្ញើជូនអ្នក។ លិខិតដែលមានការអនុម័ត មានបញ្ចូលព័ត៌មានបន្ថែម អំពីករណីលើកលែងលើឱសថជាក់លាក់របស់អ្នក និងកាលបរិច្ឆេទផុតកំណត់នៃការស្នើសុំករណីលើកលែង របស់អ្នកផងដែរ។ ដើម្បីស្វែងយល់អំពីអ្វី ដែលអ្នកត្រូវធ្វើ ដើម្បីស្នើសុំការលើកលែង សូមមើលទៅជំពូកទី 9 ផ្នែក F នៃសៀវភៅណែនាំសមាជិក ឆ្នាំ 2022 ឬហៅទូរស័ព្ទទៅកាន់សេវាបម្រើសមាជិក។

ការផ្លាស់ប្តូរទៅលើថ្លៃចំណាយឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជា

ដំណាក់កាលបង់ប្រាក់មានពីរសម្រាប់ការធានារ៉ាប់រងលើឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជានៃកម្មវិធី Medicare ផ្នែក D របស់លោក អ្នកនៅក្រោម Health Net Cal MediConnect។ ចំនួនទឹកប្រាក់ដែលលោកអ្នកបង់អាស្រ័យលើដំណាក់កាលណាមួយ ដែលលោកអ្នកស្ថិតនៅ ក្នុងពេលដែលលោកអ្នកទទួលបានការផ្គត់ផ្គង់ ឬផ្គត់ផ្គង់ឡើងវិញនូវឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជា របស់លោកអ្នក។ ខាងក្រោមនេះ គឺជាដំណាក់កាលទាំងពីរ ៖

<p align="center">ដំណាក់កាលទី 1 ដំណាក់កាលធានារ៉ាប់រងដំបូង</p>	<p align="center">ដំណាក់កាលទី 2 ដំណាក់កាលធានារ៉ាប់រងលើគ្រោះមហន្តរាយ</p>
<p>អំឡុងដំណាក់កាលនេះ គម្រោងចំណាយផ្នែកនៃថ្លៃឱសថរបស់អ្នក ហើយអ្នកចំណាយចំណែករបស់អ្នក។ ចំណែករបស់លោកអ្នកត្រូវបាន គេហៅថា ថ្លៃសហចំណាយ។</p> <p>លោកអ្នកចាប់ផ្តើមនៅក្នុងដំណាក់កាលនេះនៅពេលដែលលោកអ្នកទទួលបានការផ្គត់ផ្គង់ឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាដំបូងរបស់លោកអ្នកនៅក្នុង ឆ្នាំនោះ។</p>	<p>នៅក្នុងដំណាក់កាលនេះ គម្រោងបង់ប្រាក់ ទាំងអស់លើថ្លៃឱសថរបស់អ្នករហូតដល់ថ្ងៃ ទី 31 ខែធ្នូ ឆ្នាំ 2021។</p> <p>លោកអ្នកចាប់ផ្តើមដំណាក់កាលនេះ នៅពេលដែលលោកអ្នកបានបង់ ចំនួនជាក់លាក់នៃថ្លៃចំណាយចេញពី ហោប៉ៅផ្ទាល់។</p>

ដំណាក់កាលធានារ៉ាប់រងដំបូងចប់ នៅពេលថ្លៃចំណាយចេញពីហោប៉ៅផ្ទាល់សរុបរបស់អ្នកឈាន ដល់ចំនួន \$7,050 ដុល្លារ។ នៅចំណុចនោះ ដំណាក់កាលធានារ៉ាប់រងលើគ្រោះមហន្តរាយនឹងចាប់ផ្តើម។ គម្រោងធានារ៉ាប់រងលើថ្លៃចំណាយឱសថទាំង អស់របស់លោកអ្នកចាប់ពីពេលនោះរហូតដល់ដំណាច់ឆ្នាំ។ សូមមើលជំពូកទី 6 នៃ *សៀវភៅណែនាំ សមាជិក* របស់អ្នក សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីតម្លៃ ដែលអ្នកនឹងបង់សម្រាប់ឱសថដែលមានវេជ្ជបញ្ជា។

D3. ដំណាក់កាលទី1៖ "ដំណាក់កាលធានារ៉ាប់រងដំបូង"

នៅក្នុងដំណាក់កាលធានារ៉ាប់រងដំបូង យើងខ្ញុំបង់លើចំណែកនៃតម្លៃឱសថត្រូវការវេជ្ជបញ្ជាដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងរបស់ លោកអ្នក ហើយលោកអ្នកបង់ចំណែករបស់លោកអ្នក។ ចំណែករបស់លោកអ្នកត្រូវបានគេហៅថា ថ្លៃសហចំណាយ។



បើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរស័ព្ទមក Health Net Cal MediConnect តាមរយៈលេខ 1-855-464-3571 (TTY៖ 711) ចាប់ពីម៉ោង 8 ព្រឹកដល់ម៉ោង 8 យប់ ពីថ្ងៃច័ន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ។ ក្រៅម៉ោងធ្វើការ រៀងរាល់ថ្ងៃចុងសប្តាហ៍ និងថ្ងៃឈប់សម្រាក លោកអ្នកអាចផ្ញើសារទុកបាន។ គេនឹងហៅទូរស័ព្ទទៅកាន់លោកអ្នកវិញនៅថ្ងៃធ្វើការបន្ទាប់។ ការហៅទូរស័ព្ទនេះ គឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** សូមចូលទៅគេហទំព័រ mmp.healthnetcalifornia.com។

ថ្លៃសហចំណាយអាស្រ័យលើកម្រិតចំណែកការចូលរួមបង់ថ្លៃណាមួយដែលឱសថនោះស្ថិតនៅ និងកន្លែងដែលលោកអ្នកទទួលឱសថនោះ។ នៅក្នុងដំណាក់កាលធានារ៉ាប់រងដំបូង លោកអ្នកអាចនឹងបង់ថ្លៃសហចំណាយនៅរាល់ពេលលោកអ្នកបំពេញការផ្គត់ផ្គង់ឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជារបស់លោកអ្នក។ ប្រសិនបើឱសថដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងរបស់លោកអ្នកមានតម្លៃតិចជាងថ្លៃសហចំណាយ នោះលោកអ្នកនឹងបង់ថ្លៃទាបជាង។

បើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរស័ព្ទមក Health Net Cal MediConnect តាមរយៈលេខ 1-855-464-3571 (TTY៖ 711) ចាប់ពីម៉ោង 8 ព្រឹកដល់ម៉ោង 8 យប់ ពីថ្ងៃច័ន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ។ ក្រៅម៉ោងធ្វើការ រៀងរាល់ថ្ងៃចុងសប្តាហ៍ និងថ្ងៃឈប់សម្រាក លោកអ្នកអាចផ្ញើសារទុកបាន។ គេនឹងហៅទូរស័ព្ទទៅកាន់លោកអ្នកវិញនៅថ្ងៃធ្វើការបន្ទាប់។ ការហៅទូរស័ព្ទនេះ គឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** សូមចូលទៅគេហទំព័រ mmp.healthnetcalifornia.com។



យើងបានផ្លាស់ប្តូរឱសថមួយចំនួននៅក្នុងបញ្ជីឱសថនេះទៅកាន់ឱសថមានតម្លៃទាបបន្តិចជាងមុន។

ប្រសិនបើឱសថរបស់អ្នកផ្លាស់ពីតម្លៃថ្លៃទៅតម្លៃថ្លៃជាងនេះ វាអាចប៉ះពាល់ដល់ការសហចំណាយរបស់អ្នក។ ដើម្បីឱ្យដឹងអំពីការចូលរួមចំណែករបស់អ្នកក្នុងកម្រិតខុសគ្នា សូមមើលក្នុងបញ្ជីឱសថ។

តារាងខាងក្រោមនេះនឹងបង្ហាញអំពីតម្លៃថ្នាំនៃ តម្លៃថ្នាំទាំង 3ប្រភេទ។ តម្លៃទាំងនេះត្រូវបានអនុវត្តន៍តែពេលដែលលោកអ្នកស្ថិតនៅក្នុងដំណាក់កាលដំបូងប៉ុណ្ណោះ។

	2021 (ឆ្នាំនេះ)	2022 (ឆ្នាំក្រោយ)
<p>ការចូលរួមចំណែកបង់ថ្លៃកម្រិតទី 1</p> <p>(ឱសថនៃការចូលរួមចំណែកបង់ថ្លៃកម្រិតទី 1 រាប់បញ្ចូលឱសថដែលដូចគ្នា។)</p> <p>តម្លៃឱសថសម្រាប់ការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេល 1ខែនៅក្នុងការចូលរួមចំណែកបង់ថ្លៃកម្រិតមួយដែលត្រូវបានបំពេញនៅឱសថក្នុងបណ្តាញ</p>	<p>សហចំណាយរបស់អ្នកសម្រាប់ផ្គត់ផ្គង់រយៈពេលមួយខែ (30-ថ្ងៃ) គឺ \$0 - \$3.70 ក្នុងមួយវេជ្ជបញ្ជា។</p>	<p>សហចំណាយរបស់អ្នកសម្រាប់ផ្គត់ផ្គង់រយៈពេលមួយខែ (30-ថ្ងៃ) គឺ \$0 - \$3.95 ក្នុងមួយវេជ្ជបញ្ជា។</p>
<p>ការចូលរួមចំណែកបង់ថ្លៃកម្រិតទី 2</p> <p>(ឱសថនៃការចូលរួមចំណែកបង់ថ្លៃកម្រិតទី 2 រាប់បញ្ចូលឱសថដែលមានម៉ាកយីហោ និងអាចរាប់បញ្ចូលមួយចំនួនឱសថទូទៅ (generic drugs) ផងដែរ។)</p> <p>តម្លៃឱសថសម្រាប់ការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេល 1ខែនៅក្នុងការចូលរួមចំណែកបង់ថ្លៃកម្រិតទី 2 ដែលត្រូវបានបំពេញនៅឱសថក្នុងបណ្តាញ</p>	<p>សហចំណាយរបស់អ្នកសម្រាប់ផ្គត់ផ្គង់រយៈពេលមួយខែ (30-ថ្ងៃ) គឺ \$0 - \$9.20 ក្នុងមួយវេជ្ជបញ្ជា។</p>	<p>សហចំណាយរបស់អ្នកសម្រាប់ផ្គត់ផ្គង់រយៈពេលមួយខែ (30-ថ្ងៃ) គឺ \$0 - \$9.85 ក្នុងមួយវេជ្ជបញ្ជា។</p>



បើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរស័ព្ទមក Health Net Cal MediConnect តាមរយៈលេខ 1-855-464-3571 (TTY៖ 711) ចាប់ពីម៉ោង 8 ព្រឹកដល់ម៉ោង 8 យប់ ពីថ្ងៃច័ន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ។ ក្រៅម៉ោងធ្វើការ រៀងរាល់ថ្ងៃចុងសប្តាហ៍ និងថ្ងៃឈប់សម្រាក លោកអ្នកអាចផ្ញើសារទុកបាន។ គេនឹងហៅទូរស័ព្ទទៅកាន់លោកអ្នកវិញនៅថ្ងៃធ្វើការបន្ទាប់។ ការហៅទូរស័ព្ទនេះ គឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** សូមចូលទៅគេហទំព័រ mmp.healthnetcalifornia.com។

	2021 (ឆ្នាំនេះ)	2022 (ឆ្នាំក្រោយ)
<p>ការចូលរួមចំណែកបង់ថ្លៃកម្រិតទី 3</p> <p>(ឱសថនៃការចូលរួមចំណែកបង់ថ្លៃកម្រិតទី 3 ដោយរាប់ទាំងឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាមួយចំនួន និង ឱសថដែលដូចគ្នាដែលមិនទាមទារវេជ្ជបញ្ជា (OTC) និងឱសថមានម៉ាកយីហោដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយ Medi-Cal។)</p> <p>ចំណាយសម្រាប់ការផ្គត់ផ្គង់ឱសថរយៈពេលមួយខែនៅថ្នាក់ទី 3 ដែលត្រូវបានបំពេញនៅតាមបណ្តាញឱសថស្ថាន។</p>	<p>សហចំណាយរបស់អ្នកសម្រាប់ផ្គត់ផ្គង់រយៈពេលមួយខែ (30-ថ្ងៃ) គឺ \$0 ក្នុងមួយវេជ្ជបញ្ជា។</p>	<p>សហចំណាយរបស់អ្នកសម្រាប់ផ្គត់ផ្គង់រយៈពេលមួយខែ (30-ថ្ងៃ) គឺ \$0 ក្នុងមួយវេជ្ជបញ្ជា។</p>

ដំណាក់កាលធានារ៉ាប់រងដំបូងចប់នៅពេលថ្ងៃចំណាយចេញពីហោប៉ៅផ្ទាល់សរុបរបស់លោកអ្នកឈានដល់ចំនួន **\$7,050 ដុល្លារ**។ នៅចំណុចនោះ ដំណាក់កាលធានារ៉ាប់រងលើគ្រោះមហន្តរាយនឹងចាប់ផ្តើម។ គម្រោងធានារ៉ាប់រងលើថ្លៃចំណាយឱសថទាំងអស់របស់លោកអ្នកចាប់ពីពេលនោះរហូតដល់ដំណាច់ឆ្នាំ។ សូមមើលជំពូកទី 6 នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*របស់អ្នកសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីចំនួនទឹកប្រាក់ ដែលអ្នកត្រូវបង់ចំពោះឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជា។

D4. ដំណាក់កាលទី 2 "ដំណាក់កាលធានារ៉ាប់រងគ្រោះមហន្តរាយ"

នៅពេលលោកអ្នកឈានដល់ចំនួនដែនកំណត់នៃការចំណាយប្រាក់ពីហោប៉ៅផ្ទាល់ចំនួន **\$7,050** សម្រាប់ឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជារបស់លោកអ្នក ហើយដំណាក់កាលធានារ៉ាប់រងលើគ្រោះមហន្តរាយនឹងចាប់ផ្តើម។ លោកអ្នកនឹងស្ថិតនៅក្នុងដំណាក់កាលធានារ៉ាប់រងលើគ្រោះមហន្តរាយ រហូតដល់ដំណាច់ឆ្នាំប្រតិទិន។

- ដើម្បីដឹងព័ត៌មានបន្ថែមអំពីវេជ្ជបញ្ជាដែលត្រូវបានរ៉ាប់រងដោយ Medi-Cal ឬ Medicare សូមអាននៅលើគេហទំព័រ *បញ្ជីឱសថត្រូវបានរ៉ាប់រង* នៅលើ គេហទំព័រ mmp.healthnetcalifornia.com/formulary។

E. របៀបជ្រើសរើសគម្រោង

E1. របៀបក្នុងការស្ថិតនៅក្នុងគម្រោង

យើងខ្ញុំសង្ឃឹមថាអ្នកនឹងនៅតែជាសមាជិករបស់យើងក្នុងឆ្នាំក្រោយ។

អ្នកមិនចាំបាច់ធ្វើអ្វីទាំងអស់ដើម្បីស្ថិតនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើង។ បើសិនបើអ្នកមិនបានចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោង Cal MediConnect ផ្សេង ឬផ្លាស់ប្តូរគម្រោងអត្ថប្រយោជន៍ Medicare Advantage Plan ឬផ្លាស់ប្តូរគម្រោងដើម Medicare អ្នកនឹងចុះឈ្មោះស្វ័យប្រវត្តិនៅក្នុងសមាជិករបស់យើងឆ្នាំ 2022។



បើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរស័ព្ទមក Health Net Cal MediConnect តាមរយៈលេខ 1-855-464-3571 (TTY៖ 711) ចាប់ពីម៉ោង 8 ព្រឹកដល់ម៉ោង 8 យប់ ពីថ្ងៃច័ន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ។ ក្រៅម៉ោងធ្វើការ រៀងរាល់ថ្ងៃចុងសប្តាហ៍ និងថ្ងៃឈប់សម្រាក លោកអ្នកអាចផ្ញើសារទុកបាន។ គេនឹងហៅទូរស័ព្ទទៅកាន់លោកអ្នកវិញនៅថ្ងៃធ្វើការបន្ទាប់។ ការហៅទូរស័ព្ទនេះ គឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** សូមចូលទៅគេហទំព័រ mmp.healthnetcalifornia.com។

E2. របៀបជ្រើសរើសគម្រោង

អ្នកអាចបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់អ្នកគ្រប់ពេលវេលាក្នុងកំឡុងពេលមួយ ដោយការចុះឈ្មោះក្នុងផែនការ Medicare Advantage Plan ផ្សេងទៀត ការចុះឈ្មោះក្នុងផែនការ Cal MediConnect ផ្សេងទៀត ឬផ្លាស់ប្តូរទៅគម្រោង Medicare ដើមវិញ។

តើអ្នកនឹងទទួលបានសេវាកម្ម Medicare យ៉ាងដូចម្តេច

លោកអ្នកមានជម្រើសបីយ៉ាង ដើម្បីទទួលបានសេវាកម្ម Medicare របស់លោកអ្នក។ ដោយជ្រើសរើសនូវជម្រើសណាមួយ លោកអ្នកនឹងបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់លោកអ្នកដោយស្វ័យប្រវត្តិនៅក្នុងគម្រោង Cal MediConnect របស់យើងខ្ញុំ៖

<p>1. លោកអ្នកអាចផ្លាស់ប្តូរទៅកាន់៖</p> <p>គម្រោងសុខភាពរបស់ Medicare ដូចជាគម្រោង Medicare Advantage ឬប្រសិនបើលោកអ្នកបំពេញបានតាមលក្ខខណ្ឌ ទាមទារដើម្បីមានគុណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ និងរស់ក្នុងតំបន់សេវាកម្ម កម្មវិធីថែទាំជនចាស់ជរាគ្រប់ប្រភេទ (PACE)</p>	<p>ខាងក្រោមនេះ គឺជាអ្វីដែលលោកអ្នកត្រូវអនុវត្តតាម៖</p> <p>សូមទូរស័ព្ទទៅកាន់ Medicare តាមរយៈលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរហៅទៅកាន់លេខ 1-877-486-2048 ។</p> <p>សម្រាប់សំណួរអំពី PACE សូមហៅទូរស័ព្ទទៅកាន់លេខ 1-855-921-PACE (7223)។</p> <p>ប្រសិនបើលោកអ្នកត្រូវការជំនួយ ឬព័ត៌មានបន្ថែម៖</p> <ul style="list-style-type: none"> • សូមទូរស័ព្ទទៅកាន់កម្មវិធីប្រឹក្សា និងគាំទ្រយោបល់អំពីការធានារ៉ាប់រងសុខភាព (HICAP) នៃរដ្ឋ California តាមរយៈលេខ 1-800-434-0222 ចាប់ពីថ្ងៃចន្ទដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 5:00 ល្ងាច។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម ឬដើម្បីស្វែងរកការិយាល័យ HICAP ក្នុងតំបន់របស់លោកអ្នក សូមចូលមើលគេហទំព័រ www.aging.ca.gov/HICAP/ ។ <p>លោកអ្នកនឹងត្រូវបានលុបឈ្មោះចេញដោយស្វ័យប្រវត្តិពី Health Net Cal MediConnect នៅពេលដែលការធានារ៉ាប់រងនៅក្នុងគម្រោងថ្មីរបស់លោកអ្នកបានចាប់ផ្តើម។</p>
--	--



បើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរស័ព្ទមក Health Net Cal MediConnect តាមរយៈលេខ 1-855-464-3571 (TTY៖ 711) ចាប់ពីម៉ោង 8 ព្រឹកដល់ម៉ោង 8 យប់ ពីថ្ងៃច័ន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ។ ក្រៅម៉ោងធ្វើការ រៀងរាល់ថ្ងៃចុងសប្តាហ៍ និងថ្ងៃឈប់សម្រាក លោកអ្នកអាចផ្ញើសារទុកបាន។ គេនឹងហៅទូរស័ព្ទទៅកាន់លោកអ្នកវិញនៅថ្ងៃធ្វើការបន្ទាប់។ ការហៅទូរស័ព្ទនេះ គឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** សូមចូលទៅគេហទំព័រ mmp.healthnetcalifornia.com។

<p>2. លោកអ្នកអាចផ្លាស់ប្តូរទៅកាន់៖</p> <p>Original Medicare ដោយមានគម្រោងឱសថត្រូវការវេជ្ជបញ្ជា Medicare ដាច់ដោយឡែក</p>	<p>ខាងក្រោមនេះ គឺជាអ្វីដែលលោកអ្នកត្រូវអនុវត្តតាម៖</p> <p>សូមទូរស័ព្ទទៅកាន់ Medicare តាមរយៈលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរហៅទៅកាន់លេខ 1-877-486-2048 ។</p> <p>ប្រសិនបើលោកអ្នកត្រូវការជំនួយ ឬព័ត៌មានបន្ថែម៖</p> <ul style="list-style-type: none"> • សូមទូរស័ព្ទទៅកាន់កម្មវិធីប្រឹក្សា និងគាំទ្រយោបល់អំពីការធានារ៉ាប់រងសុខភាព (HICAP) នៃរដ្ឋ California តាមរយៈលេខ 1-800-434-0222 ចាប់ពីថ្ងៃចន្ទដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 5:00 ល្ងាច។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម ឬដើម្បីស្វែងរកការិយាល័យ HICAP ក្នុងតំបន់របស់លោកអ្នក សូមចូលមើលគេហទំព័រ www.aging.ca.gov/HICAP/ ។ <p>លោកអ្នកនឹងត្រូវបានលុបឈ្មោះចេញដោយស្វ័យប្រវត្តិពី Health Net Cal MediConnect នៅពេលដែលការធានារ៉ាប់រង Original Medicare ដើមរបស់លោកអ្នកបានចាប់ផ្តើម។</p>
---	--



បើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរស័ព្ទមក Health Net Cal MediConnect តាមរយៈលេខ 1-855-464-3571 (TTY៖ 711) ចាប់ពីម៉ោង 8 ព្រឹកដល់ម៉ោង 8 យប់ ពីថ្ងៃច័ន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ។ ក្រៅម៉ោងធ្វើការ រៀងរាល់ថ្ងៃចុងសប្តាហ៍ និងថ្ងៃឈប់សម្រាក លោកអ្នកអាចផ្ញើសារទុកបាន។ គេនឹងហៅទូរស័ព្ទទៅកាន់លោកអ្នកវិញនៅថ្ងៃធ្វើការបន្ទាប់។ ការហៅទូរស័ព្ទនេះ គឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** សូមចូលទៅគេហទំព័រ mmp.healthnetcalifornia.com។

<p>3. លោកអ្នកអាចផ្លាស់ប្តូរទៅកាន់៖</p> <p>Original Medicare ដោយគ្មានគម្រោងឱសថត្រូវការវេជ្ជបញ្ជា Medicare ដាច់ដោយឡែកមួយ</p> <p>កំណត់សម្គាល់៖ ប្រសិនបើលោកអ្នកផ្លាស់ប្តូរទៅ Original Medicare ហើយមិនបានចុះឈ្មោះនៅក្នុងគម្រោងឱសថត្រូវការវេជ្ជបញ្ជា Medicare ដាច់ដោយឡែក នោះ Medicare អាចនឹងចុះឈ្មោះលោកអ្នកនៅក្នុងគម្រោងឱសថ លុះត្រាតែលោកអ្នកប្រាប់ Medicare ថា លោកអ្នកមិនចង់ចូលរួមនៅក្នុងគម្រោងនេះ។</p> <p>លោកអ្នកគប្បីបញ្ឈប់ការធានារ៉ាប់រងលើឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជា តែក្នុងករណីដែលលោកអ្នកមានការធានារ៉ាប់រងឱសថពីប្រភពមួយទៀត ដូចជានិយោជក ឬសហជីពជាដើម។ ប្រសិនបើលោកអ្នកមានសំណួរ ថាតើលោកអ្នកត្រូវការការធានារ៉ាប់រងផ្នែកឱសថឬអត់ សូមទូរស័ព្ទទៅកាន់កម្មវិធីប្រឹក្សា និងគាំទ្រយោបល់អំពីការធានារ៉ាប់រងសុខភាពនៃរដ្ឋ California (HICAP) តាមរយៈលេខ 1-800-434-0222 ពីថ្ងៃចន្ទដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹកដល់ម៉ោង 5:00 ល្ងាច។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម ឬដើម្បីស្វែងរកការិយាល័យ HICAP នៅក្នុងតំបន់របស់លោកអ្នក សូមចូលមើលគេហទំព័រដែលមានអាសយដ្ឋាន www.aging.ca.gov/HICAP/។</p>	<p>ខាងក្រោមនេះ គឺជាអ្វីដែលលោកអ្នកត្រូវអនុវត្តតាម៖</p> <p>សូមទូរស័ព្ទទៅកាន់ Medicare តាមរយៈលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរហៅទៅកាន់លេខ 1-877-486-2048 ។</p> <p>ប្រសិនបើលោកអ្នកត្រូវការជំនួយ ឬព័ត៌មានបន្ថែម៖</p> <ul style="list-style-type: none"> • សូមទូរស័ព្ទទៅកាន់កម្មវិធីប្រឹក្សា និងគាំទ្រយោបល់អំពីការធានារ៉ាប់រងសុខភាព (HICAP) នៃរដ្ឋ California តាមរយៈលេខ 1-800-434-0222 ចាប់ពីថ្ងៃចន្ទដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 5:00 ល្ងាច។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម ឬដើម្បីស្វែងរកការិយាល័យ HICAP ក្នុងតំបន់របស់លោកអ្នក សូមចូលមើលគេហទំព័រ www.aging.ca.gov/HICAP/ ។ <p>លោកអ្នកនឹងត្រូវបានលុបឈ្មោះចេញដោយស្វ័យប្រវត្តិពី Health Net Cal MediConnect នៅពេលដែលការធានារ៉ាប់រង Original Medicare របស់លោកអ្នកបានចាប់ផ្តើម។</p>
---	---

តើអ្នកនឹងទទួលបានសេវាកម្ម Medi-Cal យ៉ាងដូចម្តេច

ប្រសិនបើអ្នកចាកចេញពីគម្រោង Cal MediConnect របស់យើង អ្នកអាចនឹងចុះឈ្មោះនៅក្នុងគម្រោងថែទាំសុខភាពតាមការគ្រប់គ្រងរបស់ Medi-Cal ទៅតាមជម្រើសរបស់អ្នក។ សេវាកម្ម Medi-Cal របស់លោកអ្នករួមបញ្ចូលទាំងសេវានិងការគាំទ្ររយៈពេលវែង និងការថែទាំសុខភាពផ្លូវចិត្ត។

នៅពេលលោកអ្នកសុំបញ្ចប់ជាសមាជិកនៅក្នុងគម្រោង Cal MediConnect របស់យើងខ្ញុំ លោកអ្នកនឹងត្រូវឱ្យ Health Care Options ដឹងពីគម្រោងថែទាំសុខភាព Medi-Cal ដែលលោកអ្នកចង់ចូលរួម។ សូមទូរស័ព្ទទៅផ្នែកជម្រើសថែទាំសុខភាពតាមរយៈលេខ 1-844-580-7272 ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រចាប់ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 6 ល្ងាច។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY សូមទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-800-430-7077។

បើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរស័ព្ទមក Health Net Cal MediConnect តាមរយៈលេខ 1-855-464-3571 (TTY៖ 711) ចាប់ពីម៉ោង 8 ព្រឹកដល់ម៉ោង 8 យប់ ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ។ ក្រៅម៉ោងធ្វើការ រៀងរាល់ថ្ងៃចុងសប្តាហ៍ និងថ្ងៃឈប់សម្រាក លោកអ្នកអាចផ្ញើសារទុកបាន។ គេនឹងហៅទូរស័ព្ទទៅកាន់លោកអ្នកវិញនៅថ្ងៃធ្វើការបន្ទាប់។ ការហៅទូរស័ព្ទនេះ គឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** សូមចូលទៅគេហទំព័រ mmp.healthnetcalifornia.com។



F. របៀបសុំជំនួយ

F1. សុំជំនួយពី Health Net Cal MediConnect

សំណួរ? ពួកយើងនៅទីនេះដើម្បីជួយអ្នក។ សូមហៅទូរស័ព្ទទៅកាន់សេវាបម្រើសមាជិក តាមរយៈលេខ 1-855-464-3571 (TTY ប៉ុណ្ណោះ, សូមហៅមកលេខ 711)។ យើងខ្ញុំរង់ចាំទទួលទូរសព្ទចាប់ពីម៉ោង 8 ព្រឹកដល់ម៉ោង 8 យប់ ពីថ្ងៃច័ន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ។ ក្រៅម៉ោងធ្វើការ រៀងរាល់ថ្ងៃចុងសប្តាហ៍ និងថ្ងៃឈប់សម្រាក លោកអ្នកអាចផ្ញើសារទុកបាន។ គេនឹងហៅទូរស័ព្ទទៅកាន់លោកអ្នកវិញនៅថ្ងៃធ្វើការបន្ទាប់។ ការហៅមកកាន់លេខនេះ គឺឥតគិតថ្លៃ។

សូមអាន សៀវភៅណែនាំសមាជិកឆ្នាំ 2022

សៀវភៅណែនាំសមាជិកឆ្នាំ 2022 គឺស្របច្បាប់ ដែលបានពណ៌នាលម្អិតអំពីអត្ថប្រយោជន៍គម្រោងរបស់អ្នក។ វាមានព័ត៌មានលម្អិតអំពីអត្ថប្រយោជន៍ឆ្នាំក្រោយ និងតម្លៃ។ វាពន្យល់អំពីសិទ្ធិនិងច្បាប់ដែលអ្នកត្រូវការដើម្បីទទួលបានសេវាធានារ៉ាប់រងនិងឱសថវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក។

សៀវភៅណែនាំសមាជិកឆ្នាំ 2022 នឹងមាននៅថ្ងៃទី 15 ខែតុលានេះ។ ច្បាប់ចម្លងចុងក្រោយនៃសៀវភៅណែនាំសមាជិកឆ្នាំ 2022 គឺមាននៅលើគេហទំព័ររបស់យើងជាទិញ ដែលមានអាសយដ្ឋាន mmp.healthnetcalifornia.com ។ អ្នកក៏អាចហៅទូរស័ព្ទទៅកាន់សេវាបម្រើសមាជិក តាមរយៈលេខ 1-855-464-3571 (TTY: 711) ចាប់ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 ល្ងាច ចាប់ពីថ្ងៃច័ន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ដើម្បីស្នើសុំឱ្យយើងខ្ញុំផ្ញើ សៀវភៅណែនាំសមាជិក ឆ្នាំ 2022 ជូនដល់អ្នក។

គេហទំព័ររបស់យើង

លោកអ្នកក៏អាចចូលទៅកាន់គេហទំព័ររបស់យើងខ្ញុំតាមអាសយដ្ឋាន mmp.healthnetcalifornia.com បានផងដែរ។ ជាការរំលឹក គេហទំព័ររបស់យើងមានព័ត៌មានថ្មីចុងក្រោយបំផុតអំពីអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំរបស់យើង និងឱសថស្ថាននៅក្នុងបណ្តាញ (បញ្ជីអ្នកផ្តល់សេវានិងឱសថស្ថាន) និងបញ្ជីឱសថរបស់យើង (បញ្ជីឱសថមានធានារ៉ាប់រង) ។

F2. ការទទួលជំនួយពីភ្នាក់ងារថ្នាក់រដ្ឋ

ភ្នាក់ងារជំនួយថ្នាក់រដ្ឋអាចជួយឆ្លើយសំណួរទាក់ទងនឹងការចុះឈ្មោះជូនអ្នក អាចមាន ។ អ្នកអាចហៅទូរស័ព្ទទៅផ្នែកជម្រើសថែទាំសុខភាពតាមរយៈលេខ 1-844-580-7272 ពីថ្ងៃច័ន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រចាប់ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 6:00 ល្ងាច។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY សូមទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-800-430-7077។

F3. លោកអ្នកអាចទទួលជំនួយពី កម្មវិធី Cal MediConnect Ombuds

កម្មវិធី The Cal MediConnect Ombuds អាចជួយអ្នក ប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហាជាមួយ Health Net Cal MediConnect។ សេវាទទួលពាក្យបណ្តឹង គឺឥតគិតថ្លៃនោះទេ។ កម្មវិធី Cal MediConnect Ombuds:

- ដើរតួជាអ្នកគាំពារជំនួសអ្នក។ ពួកគេអាចឆ្លើយសំណួរប្រសិនបើលោកអ្នកមានបញ្ហាបុគ្គលិកតវ៉ាហើយអាចជួយលោកអ្នកឱ្យយល់ពីអ្វីដែលត្រូវធ្វើ។
- ត្រូវប្រាកដថាអ្នកមានសំណួរពាក់ព័ន្ធនឹងសិទ្ធិនិងការការពារ និងរបៀបក្នុងការដោះស្រាយបញ្ហារបស់អ្នក។



បើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរស័ព្ទមក Health Net Cal MediConnect តាមរយៈលេខ 1-855-464-3571 (TTY: 711) ចាប់ពីម៉ោង 8 ព្រឹកដល់ម៉ោង 8 យប់ ពីថ្ងៃច័ន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ។ ក្រៅម៉ោងធ្វើការ រៀងរាល់ថ្ងៃចុងសប្តាហ៍ និងថ្ងៃឈប់សម្រាក លោកអ្នកអាចផ្ញើសារទុកបាន។ គេនឹងហៅទូរស័ព្ទទៅកាន់លោកអ្នកវិញនៅថ្ងៃធ្វើការបន្ទាប់។ ការហៅទូរស័ព្ទនេះ គឺឥតគិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលទៅគេហទំព័រ mmp.healthnetcalifornia.com។

- វាមិនមានទាក់ទងនឹងយើងខ្ញុំ ឬជាមួយក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រង ឬគម្រោងសុខភាពណាមួយឡើយ។ លេខទូរស័ព្ទសម្រាប់កម្មវិធី Cal MediConnect Ombuds គឺ 1-855-501-3077។

F4. លោកអ្នកអាចទទួលបានជំនួយពី កម្មវិធីប្រឹក្សាយោបល់ និងគាំទ្រការធានារ៉ាប់រងសុខភាព

លោកអ្នកក៏អាចទូរស័ព្ទទៅកម្មវិធីប្រឹក្សាយោបល់ និងគាំទ្រការធានារ៉ាប់រងសុខភាព (SHIP) ផងដែរ។ នៅរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា SHIP ត្រូវបានហៅថាកម្មវិធីគាំទ្រ និងផ្តល់ប្រឹក្សាការធានារ៉ាប់រងសុខភាព(HICAP)។ អ្នកប្រឹក្សា HICAP អាចជួយឲ្យអ្នកយល់ពីជម្រើសគម្រោង Cal MediConnect និងឆ្លើយសំណួរអំពីការផ្លាស់ប្តូរគម្រោង។ HICAP មិនមានទាក់ទងនឹងយើងខ្ញុំ ឬជាមួយក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រង ឬគម្រោងសុខភាពណាមួយឡើយ។ HICAP មានអ្នកប្រឹក្សាយោបល់ដែលបានបណ្តុះបណ្តាលនៅគ្រប់ខោនធី ហើយសេវានេះ គឺឥតគិតថ្លៃ។ លេខទូរស័ព្ទរបស់ HICAP គឺ 1-800-434-0222។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមឬទីតាំងការិយាល័យ HICAP នៅក្នុងតំបន់អ្នក សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ www.aging.ca.gov/HICAP/។

F5. ការទទួលបានជំនួយពីMedicare

ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានអំពី Medicare ដោយផ្ទាល់ សូមទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរហៅទៅកាន់លេខ 1-877-486-2048 ។

គេហទំព័រ Medicare

អ្នកអាចចូលទៅកាន់គេហទំព័រ Medicare (www.medicare.gov)។ ប្រសិនបើអ្នកជ្រើសរើសចាកចេញពីគម្រោង Cal MediConnect និងចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោង Medicare Advantage Medicare មានព័ត៌មានអំពីតម្លៃ ការធានារ៉ាប់រង និងគុណភាពដើម្បីជួយអ្នកក្នុងការប្រៀបធៀបគម្រោង Medicare Advantage។

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីគម្រោង Medicare Advantage នៅក្នុងតំបន់របស់អ្នកដោយប្រើប្រាស់ការស្វែងរក Medicare Plan នៅលើគេហទំព័ររបស់យើង។ (ដើម្បីបង្ហាញព័ត៌មានអំពីផែនការ សូមចូលទៅមើល www.medicare.gov ហើយចុចលើ “ស្វែងរកផែនការ”)

Medicare & អ្នក ឆ្នាំ 2022

អ្នកអានព័ត៌មានបន្ថែមអំពី *សៀវភៅណែនាំ Medicare & អ្នក ឆ្នាំ 2022* បានផងដែរ។ ជារៀងរាល់ឆ្នាំក្នុងរដូវស្លឹកឈើជ្រុះ សៀវភៅនេះនឹងត្រូវបានផ្ញើទៅកាន់អ្នកជាមួយ Medicare។ វាមានការសង្ខេបអំពីគម្រោង Medicare សិទ្ធិនិងការ ការពារ និងចម្លើយចំពោះសំណួរពេញនិយមអំពី Medicare។

បើសិនជាអ្នកមិនមានកូនសៀវភៅនេះទេ អ្នកអាចទទួលវាបានតាមគេហទំព័រ Medicare ដែលមានអាសយដ្ឋាន (www.medicare.gov) ឬ ដោយទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ អ្នកប្រើ TTY គួរហៅទៅកាន់លេខ 1-877-486-2048។

F6. លោកអ្នកអាចទទួលបានជំនួយពីនាយកដ្ឋានគ្រប់គ្រងសុខាភិបាលរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា

នាយកដ្ឋានថែទាំសុខភាពដោយមានការគ្រប់គ្រងរបស់រដ្ឋ California (California Department of Managed Health Care) ទទួលខុសត្រូវចេញច្បាប់គ្រប់គ្រងគម្រោងសេវាថែទាំសុខភាព។ បើសិនអ្នកមានបណ្តឹងសារទុក្ខចំពោះ ផែនការសុខភាពរបស់អ្នក នោះអ្នកគួរតែហៅទូរស័ព្ទទៅគម្រោងសុខភាពរបស់អ្នកជាមុនសិន តាមរយៈលេខ 1-855-464-3571 (TTY: 711) ចាប់ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់ រៀងរាល់ថ្ងៃចន្ទដល់ថ្ងៃសុក្រ

បើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរស័ព្ទមក Health Net Cal MediConnect តាមរយៈលេខ 1-855-464-3571 (TTY: 711) ចាប់ពីម៉ោង 8 ព្រឹកដល់ម៉ោង 8 យប់ ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ។ ក្រៅម៉ោងធ្វើការ រៀងរាល់ថ្ងៃចុងសប្តាហ៍ និងថ្ងៃឈប់សម្រាក លោកអ្នកអាចផ្ញើសារទុកបាន។ គេនឹងហៅទូរស័ព្ទទៅកាន់លោកអ្នកវិញនៅថ្ងៃធ្វើការបន្ទាប់។ ការហៅទូរស័ព្ទនេះ គឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** សូមចូលទៅគេហទំព័រ mmp.healthnetcalifornia.com។



ហើយប្រើដំណើរការបណ្តឹងសារទុក្ខរបស់គម្រោងសុខភាពអ្នកមុនពេលទំនាក់ទំនងទៅនាយកដ្ឋាននេះ។ ការប្រើប្រាស់នីតិវិធីបណ្តឹងសារទុក្ខនេះ មិនរារាំងដល់សិទ្ធិស្របច្បាប់ ទាំងឡាយ ឬដំណោះស្រាយដែលអាចមានសម្រាប់អ្នកឡើយ។ ប្រសិនបើលោកអ្នកត្រូវការជំនួយសម្រាប់ការដាក់បណ្តឹងសារទុក្ខពាក់ព័ន្ធនឹងករណីបន្ទាន់ បណ្តឹងសារទុក្ខដែលគម្រោងសុខភាពរបស់អ្នកមិនបានដោះស្រាយជូនអ្នកដោយពេញចិត្ត ឬបណ្តឹងសារទុក្ខដែលមិនទាន់បានដោះស្រាយក្នុងអំឡុងពេលលើសពី 30 ថ្ងៃ នោះលោកអ្នកអាចទូរស័ព្ទទៅនាយកដ្ឋាននេះដើម្បីស្នើសុំជំនួយបាន។ លោកអ្នកក៏អាចមានសិទ្ធិទទួលបានការត្រួតពិនិត្យមើលឡើងវិញផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដោយឯករាជ្យ (IMR) ផងដែរ។ ប្រសិនបើលោកអ្នកមានសិទ្ធិសម្រាប់ IMR នីតិវិធី IMR នឹងផ្តល់ជូននូវការពិនិត្យឥតលំអៀងនៃការសម្រេចចិត្តបែបវេជ្ជសាស្ត្របង្កើតដោយគម្រោងសុខភាពទាក់ទងនឹងភាពចាំបាច់វេជ្ជសាស្ត្រនៃសេវាកម្មដែលត្រូវបានស្នើសុំឬការព្យាបាលសេចក្តីសម្រេចការធានារ៉ាប់រងសម្រាប់ការព្យាបាលដែលដែលមានលក្ខណៈសាកល្បងឬបែបស៊ើបអង្កេតឬជម្លោះចំណាយសម្រាប់សង្គ្រោះបន្ទាន់ឬសេវាកម្មវេជ្ជសាស្ត្របន្ទាន់។ នាយកដ្ឋាននេះ ក៏មានលេខទូរស័ព្ទឥតគិតថ្លៃ (1-888-466-2219) និងខ្សែទូរស័ព្ទ TDD (1-877-688-9891) សម្រាប់អ្នកដែលមានពិការភាពផ្នែកការស្តាប់ និងការនិយាយ។ គេហទំព័រតាមអ៊ីនធឺណិតរបស់នាយកដ្ឋាន www.dmhc.ca.gov មានទម្រង់បែបបទពាក្យបណ្តឹងតវ៉ា ទម្រង់បែបបទពាក្យស្នើសុំ IMR និងសេចក្តីណែនាំនៅលើអនឡាញ។

បើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរស័ព្ទមក Health Net Cal MediConnect តាមរយៈលេខ 1-855-464-3571 (TTY៖ 711) ចាប់ពីម៉ោង 8 ព្រឹកដល់ម៉ោង 8 យប់ ពីថ្ងៃច័ន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ។ ក្រៅម៉ោងធ្វើការ រៀងរាល់ថ្ងៃចុងសប្តាហ៍ និងថ្ងៃឈប់សម្រាក លោកអ្នកអាចធ្វើសារទុកបាន។ គេនឹងហៅទូរស័ព្ទទៅកាន់លោកអ្នកវិញនៅថ្ងៃធ្វើការបន្ទាប់។ ការហៅទូរស័ព្ទនេះ គឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** សូមចូលទៅគេហទំព័រ mmp.healthnetcalifornia.com។



សេចក្តីជូនដំណឹងស្តីពីការមិនមានការរើសអើងចំពោះសុខភាព Net Cal MediConnect

ក្រុមហ៊ុន Health Net Community Solutions, Inc. Health Net Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan) អនុលោមជាមួយនឹងច្បាប់សិទ្ធិស៊ីវិលសហព័ន្ធ ជាធរមាន និងមិនមានការរើសអើង ទៅលើមូលដ្ឋានពូជសាសន៍ ពណ៌សម្បុរ ដើមកំណើត អាយុ ពិការភាព ឬភេទនោះទេ។ ផែនការ Health Net Cal MediConnect មិនផ្តល់ការប្រយោជន៍ ឬប្រព្រឹត្តិចំពោះពួកគេខុសគ្នា ដោយសារតែពូជសាសន៍ ពណ៌សម្បុរ ដើមកំណើតជាតិ អាយុ ពិការភាព ឬភេទ។

Health Net Cal MediConnect ៖

- ផ្តល់ជំនួយ និងសេវាដោយឥតគិតថ្លៃដល់ជនពិការដើម្បីធ្វើការប្រាស្រ័យទាក់ទងជាមួយយើងខ្ញុំប្រកបដោយប្រសិទ្ធភាព ដូចជាផ្តល់លោកអ្នកនូវអ្នកបកប្រែភាសាសញ្ញាដែលមានគុណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ និងព័ត៌មានជាលាយលក្ខណ៍អក្សរជាទម្រង់ផ្សេងទៀត (អក្សរចោះពុម្ពធំៗ សំឡេង ទម្រង់អេឡិចត្រូនិកដែលអាចចូលប្រើបាន និងទម្រង់ផ្សេងទៀត) ។
- ផ្តល់ជូនសេវាកម្មផ្នែកភាសាដោយឥតគិតថ្លៃដល់អ្នកប្រើប្រាស់ភាសាដើមកំណើតមិនមែនជាភាសាអង់គ្លេស ដូចជាផ្តល់ជូនអ្នកបកប្រែដែលមានគុណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ និងព័ត៌មានដែលសរសេរជាភាសាផ្សេងទៀត។

បើសិនលោកអ្នកត្រូវការសេវានានាទាំងនេះ សូមទាក់ទងមជ្ឈមណ្ឌលទំនាក់ទំនងអតិថិជនរបស់ Health Net Cal MediConnect តាមរយៈលេខទូរស័ព្ទ 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711) ចាប់ពីម៉ោង 8 ព្រឹកដល់ម៉ោង 8 យប់ ពីថ្ងៃច័ន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ។ ក្រៅម៉ោងធ្វើការរៀងរាល់ថ្ងៃចុងសប្តាហ៍ និងថ្ងៃឈប់សម្រាក លោកអ្នកអាចផ្ញើសារទុកបាន។ គេនឹងហៅទូរស័ព្ទទៅកាន់លោកអ្នកវិញនៅថ្ងៃធ្វើការបន្ទាប់។ ការហៅទូរស័ព្ទនេះ គឺឥតគិតថ្លៃ។

បើសិនលោកអ្នកជឿថា ផែនការ Health Net Cal MediConnect ខកខានមិនបានផ្តល់សេវានានាទាំងនេះ ឬបានរើសអើងទៅតាមមធ្យោបាយផ្សេងទៀត ដោយផ្អែកលើមូលដ្ឋានពូជសាសន៍ ពណ៌សម្បុរ ដើមកំណើតជាតិ អាយុ ពិការភាព ឬភេទ នោះលោកអ្នកអាចដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍តាមរយៈការហៅទូរស័ព្ទទៅកាន់លេខខាងលើ ហើយប្រាប់ទៅពួកគេថា លោកអ្នកត្រូវការជំនួយក្នុងការរៀបចំពាក្យបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ នោះមជ្ឈមណ្ឌលទំនាក់ទំនង អតិថិជននៃផែនការ Health Net មានពេលវេលាជួយលោកអ្នកជានិច្ច។

លោកអ្នកក៏អាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងសិទ្ធិស៊ីវិលផងដែរទៅកាន់ការិយាល័យសម្រាប់សិទ្ធិស៊ីវិលនៃក្រសួង សេវាសុខភាព និងមនុស្សសហរដ្ឋអាមេរិកតាមអនឡាញតាមរយៈគេហទំព័រការិយាល័យសម្រាប់ពាក្យបណ្តឹងសិទ្ធិស៊ីវិល ដែលអាចរកបាននៅអាសយដ្ឋាន <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> ឬតាមប្រៃសណីយ៍ ឬទូរស័ព្ទ ដែលមានអាសយដ្ឋាន៖ ក្រសួងសុខាភិបាល និងសេវាមនុស្សនៃសហរដ្ឋអាមេរិកតាមអាសយដ្ឋាន 200 Independence Avenue SW, Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-368-1019 (TDD: 1-800-537-7697) ទម្រង់ពាក្យបណ្តឹងមាននៅលើគេហទំព័រ <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Multi-Language Insert

Multi-Language Interpreter Services

English: ATTENTION: If you do not speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-855-464-3571 (Los Angeles County), 1-855-464-3572 (San Diego County) (TTY: 711).

Spanish: ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-855-464-3571 (Los Angeles County), 1-855-464-3572 (San Diego County) (TTY: 711).

Chinese Mandarin: 注意: 如果您使用繁體中文, 您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-855-464-3571 (Los Angeles County), 1-855-464-3572 (San Diego County) (TTY: 711)。

Chinese Cantonese: 注意: 如果您說中文, 您可獲得免費的語言協助服務。請致電 1-855-464-3571 (Los Angeles County), 1-855-464-3572 (San Diego County) (TTY: 711)。

Tagalog: PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-855-464-3571 (Los Angeles County), 1-855-464-3572 (San Diego County) (TTY: 711).

Vietnamese: CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-855-464-3571 (Los Angeles County), 1-855-464-3572 (San Diego County) (TTY: 711).

Korean: 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-855-464-3571 (Los Angeles County), 1-855-464-3572 (San Diego County) (TTY: 711). 번으로 전화해 주십시오.

Russian: ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-855-464-3571 (Los Angeles County), 1-855-464-3572 (San Diego County) (TTY: 711).

Arabic: ملحوظة: إذا كنت تتحدث العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل بالرقم 1-855-464-3571 (Los Angeles County), 1-855-464-3572 (San Diego County) (TTY: 711).

Hindi: ध्यान दें: यदि आप बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-855-464-3571 (Los Angeles County), 1-855-464-3572 (San Diego County) (TTY: 711). पर कॉल करें।

Japanese: 注意事項: 日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-855-464-3571 (Los Angeles County), 1-855-464-3572 (San Diego County) (TTY: 711)。まで、お電話にてご連絡ください。

Farsi: توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با 1-855-464-3571 (Los Angeles County), 1-855-464-3572 (San Diego County) (TTY: 711).

Thai: เรียง: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร 1-855-464-3571 (Los Angeles County), 1-855-464-3572 (San Diego County) (TTY: 711).

Armenian: ՈՒՇԱՐԴՈՒԹՅՈՒՆ՝ Եթե խոսում եք հայերեն, սպասե՛ք անվճար կարող եմ արքայազնի քննարկումը անվճար: Զանգահարե՛ք 1-855-464-3571 (Los Angeles County), 1-855-464-3572 (San Diego County) (TTY: 711)

Cambodian: ប្រយ័ត្ន៖ បើសិនជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតល្អប គឺអាចមានសំរាប់បំរើអ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ 1-855-464-3571 (Los Angeles County), 1-855-464-3572 (San Diego County) (TTY: 711).

Hmong: LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau 1-855-464-3571 (Los Angeles County), 1-855-464-3572 (San Diego County) (TTY: 711).

Punjabi: ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। 1-855-464-3571 (Los Angeles County), 1-855-464-3572 (San Diego County) (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

Laotian: ໂປດຊາຍ: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາອັງກິດ, ການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາທີ່ບໍ່ເສຍຄ່າມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ກະລຸນາໂທ 1-855-464-3571 (Los Angeles County), 1-855-464-3572 (San Diego County) (TTY: 711).

Ukrainian: УВАГА! Якщо ви не розмовляєте англійською, для вас доступні безкоштовні послуги перекладу. Телефонуйте на номер 1 855 464 3571 (Los Angeles County), 1 855 464 3572 (San Diego County) (TTY: 711).

Mien: DONGH EIX: Da'faanh Meih Zoux Maiv Qjex English, Janx-kaeqv waac Tengx gong, cing Nauv Maiv fih hngangv, Yiem longx nyei kungx nyei Tuiv Meih. Heuc 1-855-464-3571 (Los Angeles County), 1-855-464-3572 (San Diego County) (TTY: 711).