

2026

សេចក្តីជូនដំណឹងប្រចាំឆ្នាំអំពីការ ផ្លាស់ប្តូរ

Central Health Medi-Medi Plan II
(HMO D-SNP)

California H5649-009-000

មានប្រសិទ្ធភាពថ្ងៃទី 1 ខែមករា ដល់ថ្ងៃទី 31 ខែធ្នូ ឆ្នាំ 2026

H5649_26_009_CA_ANOC_M
CA-H5649-9-AC-KM-26-L



គម្រោង Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP) ត្រូវបានផ្តល់ជូនដោយ Central Health Plan of California, Inc.

សេចក្តីជូនដំណឹងប្រចាំឆ្នាំអំពីការផ្លាស់ប្តូរសម្រាប់ឆ្នាំ 2026

អ្នកបានចុះឈ្មោះជាសមាជិកគម្រោង Central Health Ventura Medi-Medi Plan (HMO D-SNP)។

ឯកសារនេះពិពណ៌នាអំពីការផ្លាស់ប្តូរចំពោះថ្លៃចំណាយ និងអត្ថប្រយោជន៍របស់គម្រោងរបស់យើងនៅឆ្នាំក្រោយ។

- អ្នកមានពេលចាប់ពីថ្ងៃទី 15 ខែតុលា – ថ្ងៃទី 7 ខែធ្នូ ដើម្បីធ្វើការកែប្រែលើការធានារ៉ាប់រង Medicare របស់អ្នកសម្រាប់ឆ្នាំក្រោយ។ ប្រសិនបើអ្នកមិនចូលរួមក្នុងគម្រោងផ្សេងទៀតត្រឹមថ្ងៃទី 7 ខែធ្នូ ឆ្នាំ 2025 អ្នកនឹងបន្តនៅក្នុងគម្រោង Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP)។
- ដើម្បីផ្លាស់ប្តូរទៅគម្រោងផ្សេង សូមចូលមើលគេហទំព័រ www.Medicare.gov ឬពិនិត្យមើលបញ្ជីនៅផ្នែកខាងក្រោយនៃសៀវភៅណែនាំ *Medicare & You* ឆ្នាំ 2026 របស់អ្នក។
- សូមកត់សម្គាល់ថា នេះគឺជាសេចក្តីសង្ខេបអំពីការផ្លាស់ប្តូរប៉ុណ្ណោះ។ ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីថ្លៃចំណាយ អត្ថប្រយោជន៍ និងវិធានមាននៅក្នុងភស្តុតាងបញ្ជាក់ការធានារ៉ាប់រង។ ទទួលបានច្បាប់ចម្លងតាមរយៈ centralhealthplan.com ឬទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិកតាមរយៈលេខ (866) 314-2427 (អ្នកប្រើប្រាស់ TTY សូមទូរសព្ទទៅលេខ 711) ដើម្បីទទួលបានច្បាប់ចម្លងតាមប្រៃសណីយ៍។

- **ប្រសិនបើអ្នកមិនធ្វើអ្វីសោះនៅត្រឹមថ្ងៃទី 7 ខែធ្នូ ឆ្នាំ 2025 ទេ នោះអ្នកនឹងត្រូវចុះឈ្មោះដោយស្វ័យប្រវត្តិនៅក្នុងគម្រោង Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP)។ ចាប់ពីថ្ងៃទី 1 ខែមករា ឆ្នាំ 2026 អ្នកនឹងទទួលបានការធានារ៉ាប់រងផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ និងលើឱសថរបស់អ្នកតាមរយៈគម្រោង Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP)។ សូមទៅកាន់ផ្នែកទី 3 សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីរបៀបផ្លាស់ប្តូរគម្រោង និងកាលបរិច្ឆេទកំណត់សម្រាប់ការផ្លាស់ប្តូរ។**
-

H5649_26_009_CA_ANOC_M

សេចក្តីជូនដំណឹងប្រចាំឆ្នាំអំពីការផ្លាស់ប្តូរប្រសាសន៍សម្រាប់ឆ្នាំ 2026 តារាងមាតិកា

សេចក្តីសង្ខេបអំពីថ្លៃចំណាយសំខាន់ៗសម្រាប់ឆ្នាំ 2026.....6

**ផ្នែកទី 1 ការផ្លាស់ប្តូរអត្ថប្រយោជន៍ និងថ្លៃចំណាយសម្រាប់
ឆ្នាំក្រោយ 13**

ផ្នែកទី 1.1 ការផ្លាស់ប្តូរចំពោះថ្លៃធានារ៉ាប់រងគម្រោងប្រចាំខែ 13

ផ្នែកទី 1.2 ការផ្លាស់ប្តូរចំពោះចំនួនទឹកប្រាក់នៃការចំណាយចេញ
ពីហោប៉ៅអតិបរមារបស់អ្នក..... 13

ផ្នែកទី 1.3 ការផ្លាស់ប្តូរចំពោះបណ្តាញអ្នកផ្តល់សេវា 15

ផ្នែកទី 1.4 ការផ្លាស់ប្តូរចំពោះបណ្តាញឱសថស្ថាន..... 16

ផ្នែកទី 1.5 ការផ្លាស់ប្តូរអត្ថប្រយោជន៍ និងថ្លៃចំណាយសម្រាប់សេវាវេជ្ជ
សាស្ត្រ 17

ផ្នែកទី 1.6 ការផ្លាស់ប្តូរចំពោះការធានារ៉ាប់រងលើឱសថផ្នែក D 22

ផ្នែកទី 1.7 ការផ្លាស់ប្តូរចំពោះអត្ថប្រយោជន៍ និងថ្លៃឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជា .. 23

ផ្នែកទី 2 ការផ្លាស់ប្តូររដ្ឋបាល37

ផ្នែកទី 3 របៀបផ្លាស់ប្តូរគម្រោង42

ផ្នែកទី 3.1 កាលបរិច្ឆេទកំណត់សម្រាប់ការផ្លាស់ប្តូរគម្រោង..... 44

ផ្នែកទី 3.2 តើមានពេលវេលាណាផ្សេងទៀតនៃឆ្នាំនេះដើម្បីធ្វើការផ្លាស់
ប្តូរដែរឬទេ? 44

ផ្នែកទី 4	ទទួលបានជំនួយក្នុងការទូទាត់សម្រាប់ឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជា	46
ផ្នែកទី 5	មានសំណួរឬ?	48
ផ្នែកទី 5.1	ទទួលបានជំនួយពីគម្រោង Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP).....	48
ផ្នែកទី 5.2	ទទួលបានការប្រឹក្សាយោបល់ដោយឥតគិតថ្លៃអំពី Medicare.....	50
ផ្នែកទី 5.3	ទទួលបានជំនួយពី Medicare.....	50
ផ្នែកទី 5.4	ទទួលបានជំនួយពី Medicaid.....	51

សេចក្តីសង្ខេបអំពីថ្លៃចំណាយសំខាន់ៗសម្រាប់ឆ្នាំ 2026

តារាងខាងក្រោមប្រៀបធៀបថ្លៃចំណាយ ឆ្នាំ 2025 និងថ្លៃចំណាយ ឆ្នាំ 2026 សម្រាប់គម្រោង Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP) នៅក្នុងផ្នែកសំខាន់ៗមួយចំនួន។ សូមកត់សម្គាល់ថា នេះគឺជាសេចក្តីសង្ខេបអំពីថ្លៃចំណាយប៉ុណ្ណោះ។

	2025 (ឆ្នាំនេះ)	2026 (ឆ្នាំបន្ទាប់)
ថ្លៃធានារ៉ាប់រងគម្រោងប្រចាំខែ*	\$0	\$0
*ថ្លៃធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកអាចខ្ពស់ជាងចំនួនទឹកប្រាក់នេះ។ សូមចូលទៅកាន់ផ្នែកទី 1.1 សម្រាប់ព័ត៌មានលម្អិត។		
ការទៅជួបពិនិត្យនៅការិយាល័យថែទាំបឋម	\$0 នៃការបង់ប្រាក់រួមក្នុងការជួបមួយដង	\$0 នៃការបង់ប្រាក់រួមក្នុងការជួបមួយដង
ការទៅជួបពិនិត្យនៅការិយាល័យអ្នកឯកទេស	\$0 នៃការបង់ប្រាក់រួមក្នុងការជួបមួយដង	\$0 នៃការបង់ប្រាក់រួមក្នុងការជួបមួយដង
ការចូលសម្រាកនៅមន្ទីរពេទ្យ	\$0 នៃប្រាក់ចំណាយផ្ទាល់ខ្លួន	\$0 នៃប្រាក់ចំណាយផ្ទាល់ខ្លួន

	2025 (ឆ្នាំនេះ)	2026 (ឆ្នាំបន្ទាប់)
រួមបញ្ចូលទាំងអ្នកជំងឺស្រួចស្រាវដែលស្នាក់ព្យាបាល ការស្តារនីតិសម្បទាអ្នកជំងឺស្នាក់ព្យាបាល មន្ទីរពេទ្យថែទាំរយៈពេលវែង និងប្រភេទផ្សេងទៀតនៃសេវាមន្ទីរពេទ្យដែលអាចឱ្យអ្នកជំងឺសម្រាកបាន។ ការថែទាំអ្នកជំងឺសម្រាកនៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យចាប់ផ្តើមពីថ្ងៃដែលអ្នកទទួលបានការចូលសម្រាកក្នុងមន្ទីរពេទ្យជាផ្លូវការដោយមានវេជ្ជបញ្ជារបស់វេជ្ជបណ្ឌិត។ មួយថ្ងៃមុនពេលអ្នកចេញពីមន្ទីរពេទ្យគឺជាថ្ងៃចុងក្រោយសម្រាប់អ្នកជំងឺស្នាក់ព្យាបាលរបស់អ្នក។	គម្រោងនេះធានារ៉ាប់រងរហូតដល់ 90 ថ្ងៃនៃការថែទាំអ្នកជំងឺសម្រាកនៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យរៀងរាល់រយៈពេលអត្ថប្រយោជន៍។ អ្នកក៏មានការធានារ៉ាប់រងបន្ថែម 60 ថ្ងៃ ដែលហៅថាថ្ងៃបម្រុងពេញមួយជីវិត។ រយៈពេល 60 ថ្ងៃនេះអាចប្រើបានតែម្តងគត់។ យើងខ្ញុំនឹងចាប់ផ្តើមអនុវត្តថ្ងៃបម្រុងពេញមួយជីវិតដោយស្វ័យប្រវត្តិលុះត្រាតែអ្នកប្រាប់យើងយ៉ាងជាក់លាក់ថាមិនត្រូវធ្វើបែបនេះ (សូមមើលភស្តុតាងបញ្ជាក់ការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកសម្រាប់ព័ត៌មានលម្អិតអំពីរយៈពេលអត្ថប្រយោជន៍)។	គម្រោងនេះធានារ៉ាប់រងរហូតដល់ 90 ថ្ងៃនៃការថែទាំអ្នកជំងឺសម្រាកនៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យរៀងរាល់រយៈពេលអត្ថប្រយោជន៍។ អ្នកក៏មានការធានារ៉ាប់រងបន្ថែម 60 ថ្ងៃ ដែលហៅថាថ្ងៃបម្រុងពេញមួយជីវិត។ រយៈពេល 60 ថ្ងៃនេះអាចប្រើបានតែម្តងគត់។ យើងខ្ញុំនឹងចាប់ផ្តើមអនុវត្តថ្ងៃបម្រុងពេញមួយជីវិតដោយស្វ័យប្រវត្តិលុះត្រាតែអ្នកប្រាប់យើងយ៉ាងជាក់លាក់ថាមិនត្រូវធ្វើបែបនេះ (សូមមើលភស្តុតាងបញ្ជាក់ការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកសម្រាប់ព័ត៌មានលម្អិតអំពីរយៈពេលអត្ថប្រយោជន៍)។

	2025 (ឆ្នាំនេះ)	2026 (ឆ្នាំបន្ទាប់)
ការធានារ៉ាប់រងលើ ឱសថផ្នែក D	ឱសថដែលបាន ធានារ៉ាប់រងផ្នែក D នៅ លើបញ្ជីឈ្មោះឱសថ នឹងស្ថិតនៅលើកម្រិត មួយ។ ការចំណាយរបស់ អ្នកសម្រាប់ការផ្គត់ផ្គង់ រយៈពេលមួយខែ (31-ថ្ងៃ) ដែលបើកនៅ ឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញ ជាមួយនឹងចំណែក ចូលរួមបង់ប្រាក់ស្តង់ដារ៖ ឱសថពហុប្រភពទូទៅ និងចង់បាន៖ អ្នកបង់ \$0 ក្នុងមួយ វេជ្ជបញ្ជា ឱសថផ្សេងទៀត ទាំងអស់៖ អ្នកបង់ \$0 ក្នុងមួយ វេជ្ជបញ្ជា	ប្រាក់បង់មុន៖ \$250 ក្នុងដំណាក់កាលនេះ អ្នកបង់ \$0 នៃចំណែក ចូលរួមបង់ប្រាក់ សម្រាប់ឱសថនៅលើ កម្រិតទី 1 និងកម្រិតទី 6 និងថ្ងៃឱសថពេញលើ កម្រិតទី 2 កម្រិតទី 3 កម្រិត ទី 4 និងកម្រិតទី 5 រហូតដល់អ្នកឈាន ដល់ប្រាក់បង់មុន ប្រចាំឆ្នាំ។ ការទូទាត់ប្រាក់រួមគ្នា អំឡុងដំណាក់កាលនៃ ការធានារ៉ាប់រងដំបូង៖ ដំណាក់កាល៖ ឱសថកម្រិតទី 1៖ \$0 នៃប្រាក់ចំណាយ ផ្ទាល់ខ្លួន

	2025 (ឆ្នាំនេះ)	2026 (ឆ្នាំបន្ទាប់)
		ឱសថកម្រិតទី 2៖ \$0, \$1.60 ឬ \$4 នៃប្រាក់បង់រួមសម្រាប់ឱសថទាំងអស់ក្នុងមួយវេជ្ជបញ្ជា ឱសថកម្រិតទី 3៖ \$0, \$1.60 ឬ \$5.10 នៃប្រាក់បង់រួមសម្រាប់ឱសថទូទៅ (រួមទាំងឱសថមានម៉ាកយីហោដែលបានចាត់ទុកថាជាឱសថទូទៅ) \$0, \$4.90 ឬ \$12.65 នៃប្រាក់បង់រួមសម្រាប់ឱសថផ្សេងទៀតទាំងអស់ក្នុងមួយវេជ្ជបញ្ជា

	2025 (ឆ្នាំនេះ)	2026 (ឆ្នាំបន្ទាប់)
		ឱសថកម្រិតទី 4៖ \$0, \$1.60 ឬ \$5.10 នៃប្រាក់បង់រួមសម្រាប់ ឱសថទូទៅ (រួមទាំង ឱសថមានម៉ាកយីហោ ដែលបានចាត់ទុកថាជា ឱសថទូទៅ) \$0, \$4.90 ឬ \$12.65 នៃប្រាក់បង់រួមសម្រាប់ ឱសថផ្សេងទៀត ទាំងអស់ក្នុងមួយ វេជ្ជបញ្ជា ឱសថកម្រិតទី 5៖ \$0, \$1.60 ឬ \$5.10 នៃប្រាក់បង់រួមសម្រាប់ ឱសថទូទៅ (រួមទាំង ឱសថមានម៉ាកយីហោ ដែលបានចាត់ទុកថាជា ឱសថទូទៅ)

	2025 (ឆ្នាំនេះ)	2026 (ឆ្នាំបន្ទាប់)
		\$0, \$4.90 ឬ \$12.65 នៃប្រាក់បង់រួមសម្រាប់ឱសថផ្សេងទៀតទាំងអស់ក្នុងមួយវេជ្ជបញ្ជា ឱសថកម្រិតទី 6៖ \$0 នៃប្រាក់ចំណាយផ្ទាល់ខ្លួន ដំណាក់កាលធានារ៉ាប់រងគ្រោះមហន្តរាយ៖ ក្នុងអំឡុងដំណាក់កាលទូទាត់ប្រាក់នេះ អ្នកមិនទូទាត់អ្វីទាំងអស់សម្រាប់ឱសថផ្នែក D ដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកឡើយ។

	2025 (ឆ្នាំនេះ)	2026 (ឆ្នាំបន្ទាប់)
ចំនួនប្រាក់ ចេញពីហោប៉ៅអតិបរមា នេះគឺជាចំនួនទឹកប្រាក់ ច្រើនបំផុត ដែលអ្នក នឹងបង់ចេញពីហោប៉ៅ របស់អ្នកសម្រាប់ សេវាកម្មផ្នែក A និង ផ្នែក B ដែលមានការ ធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នក។ (សូមចូលទៅកាន់ ផ្នែក ទី 1.2 សម្រាប់ព័ត៌មាន លម្អិត។)	\$9,350 ប្រសិនបើអ្នកមានសិទ្ធិ ទទួលបានជំនួយនៃ ចំណែកចូលរួមបង់ប្រាក់ របស់ Medicare ស្ថិត ក្រោម Medicaid នោះអ្នកមិន ទទួលខុសត្រូវចំពោះ ការទូទាត់ថ្លៃចំណាយ ចេញពីហោប៉ៅណាមួយ ចំពោះចំនួនទឹកប្រាក់ ចេញពីហោប៉ៅជា អតិបរមាសម្រាប់ សេវាកម្មផ្នែក A និង ផ្នែក B ដែលត្រូវបាន ធានារ៉ាប់រងឡើយ។	\$9,250 ប្រសិនបើអ្នកមាន សិទ្ធិទទួលបានជំនួយ នៃចំណែកចូលរួម បង់ប្រាក់របស់ Medicare ស្ថិតក្រោម Medicaid នោះអ្នក មិនទទួលខុសត្រូវ ចំពោះការទូទាត់ ថ្លៃចំណាយចេញពី ហោប៉ៅណាមួយ ចំពោះចំនួនទឹកប្រាក់ ចេញពីហោប៉ៅជា អតិបរមាសម្រាប់ សេវាកម្មផ្នែក A និង ផ្នែក B ដែលត្រូវបាន ធានារ៉ាប់រងឡើយ។

ផ្នែកទី 1 ការផ្លាស់ប្តូរអត្ថប្រយោជន៍ និងថ្លៃចំណាយសម្រាប់ឆ្នាំក្រោយ

ផ្នែកទី 1.1 ការផ្លាស់ប្តូរចំពោះថ្លៃធានារ៉ាប់រងគម្រោងប្រចាំខែ

	2025 (ឆ្នាំនេះ)	2026 (ឆ្នាំបន្ទាប់)
ថ្លៃធានារ៉ាប់រងរបស់គម្រោងប្រចាំខែ (អ្នកក៏ត្រូវបន្តបង់ ថ្លៃធានារ៉ាប់រង Medicare Part B របស់អ្នកផងដែរ លុះត្រាតែវាត្រូវបានបង់ឱ្យអ្នកដោយ Medicaid។)	\$0	\$0

ផ្នែកទី 1.2 ការផ្លាស់ប្តូរចំពោះចំនួនទឹកប្រាក់នៃការចំណាយចេញពីហោប៉ៅអតិបរមារបស់អ្នក

Medicare ទាមទារឱ្យគម្រោងសុខភាពទាំងអស់កំណត់ចំនួនប្រាក់ចេញពីហោប៉ៅដែលអ្នកត្រូវបង់សម្រាប់ឆ្នាំ។ ដែនកំណត់នេះត្រូវបានគេហៅថាចំនួនទឹកប្រាក់ចេញពីហោប៉ៅអតិបរមា។ នៅពេលអ្នកបានទូទាត់ចំនួនទឹកប្រាក់នេះ ជាទូទៅអ្នកមិនបង់អ្វីទាំងអស់សម្រាប់សេវាកម្មផ្នែក A និងផ្នែក B ដែលមានការធានារ៉ាប់រងសម្រាប់រយៈពេលនៃឆ្នាំតាមប្រតិទិនដែលនៅសល់។

	2025 (ឆ្នាំនេះ)	2026 (ឆ្នាំបន្ទាប់)
ចំនួនប្រាក់ចេញពីហោប៉ៅអតិបរមា ដោយសារតែសមាជិករបស់យើងក៏ទទួលបានជំនួយពី Medicaid ហើយមានសមាជិកតិចតួចបំផុតដែលធ្លាប់ឈានដល់ចំនួនទឹកប្រាក់ជាអតិបរមានេះផងដែរ។ អ្នកមិនទទួលខុសត្រូវចំពោះការបង់ថ្លៃចំណាយចេញពីហោប៉ៅណាមួយចំពោះចំនួនទឹកប្រាក់ចេញពីហោប៉ៅជាអតិបរមាសម្រាប់សេវាកម្មផ្នែក A និងផ្នែក B ដែលមានការធានារ៉ាប់រងនោះទេ។	\$9,350	នៅពេលដែលអ្នកបានបង់ប្រាក់ចំនួន \$9,250 ចេញពីហោប៉ៅសម្រាប់សេវាផ្នែក A និងផ្នែក B ដែលបានរ៉ាប់រងនោះ អ្នកនឹងមិនបង់ថ្លៃអ្វីទាំងអស់សម្រាប់សេវាផ្នែក A និងផ្នែក B ដែលបានរ៉ាប់រងរបស់អ្នកសម្រាប់រយៈពេលដែលនៅសល់នៃឆ្នាំប្រតិទិន។

	2025 (ឆ្នាំនេះ)	2026 (ឆ្នាំបន្ទាប់)
ថ្លៃចំណាយរបស់អ្នកសម្រាប់សេវាវេជ្ជសាស្ត្រដែលបានធានារ៉ាប់រង (ដូចជាការទូទាត់ប្រាក់រួមគ្នា) រាប់បញ្ចូលទៅក្នុងចំនួនទឹកប្រាក់ចេញពីហោប៉ៅអតិបរមារបស់អ្នក។ ថ្លៃរ៉ាប់រងគម្រោងរបស់យើង និងថ្លៃចំណាយរបស់អ្នកសម្រាប់ឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាមិនរាប់បញ្ចូលទៅក្នុងចំនួនទឹកប្រាក់ចេញពីហោប៉ៅជាអតិបរមារបស់អ្នកទេ។		

ផ្នែកទី 1.3 ការផ្លាស់ប្តូរចំពោះបណ្តាញអ្នកផ្តល់សេវា

បណ្តាញអ្នកផ្តល់សេវារបស់យើងបានផ្លាស់ប្តូរសម្រាប់ឆ្នាំក្រោយ។ ពិនិត្យមើលសៀវភៅរាយឈ្មោះឱសថស្ថានឆ្នាំ 2026 តាមគេហទំព័រ centralhealthplan.com ដើម្បីមើលថាតើអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក (អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំបឋម អ្នកឯកទេស មន្ទីរពេទ្យ ជាដើម) មាននៅក្នុងបណ្តាញរបស់យើងដែរឬទេ។ នេះគឺជាវិធីដើម្បីទទួលបាន សៀវភៅរាយឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវាដែលបានធ្វើបច្ចុប្បន្នភាព៖

- ចូលមើលគេហទំព័ររបស់យើងតាមរយៈ centralhealthplan.com។

- សូមទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិកតាមរយៈលេខ (866) 314-2427 (អ្នកប្រើប្រាស់ TTY សូមទូរសព្ទទៅលេខ 711) ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានរបស់អ្នកផ្តល់សេវាបច្ចុប្បន្ន ឬដើម្បីស្នើសុំឱ្យយើងខ្ញុំផ្ញើសៀវភៅរាយឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវាទៅអ្នកតាមប្រៃសណីយ៍។

យើងអាចធ្វើការផ្លាស់ប្តូរមន្ទីរពេទ្យ វេជ្ជបណ្ឌិត និងអ្នកឯកទេស (អ្នកផ្តល់សេវា) ដែលជាផ្នែកមួយនៃគម្រោងរបស់យើងក្នុងអំឡុងពេលនៃឆ្នាំ។ ប្រសិនបើការផ្លាស់ប្តូរពាក់កណ្តាលឆ្នាំនៅក្នុងចំណោមអ្នកផ្តល់សេវារបស់យើងប៉ះពាល់ដល់អ្នក សូមទូរសព្ទទៅសេវាបម្រើសមាជិកតាមរយៈលេខ (866) 314-2427 (អ្នកប្រើប្រាស់ TTY សូមទូរសព្ទទៅលេខ 711) ដើម្បីទទួលបានជំនួយ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីសិទ្ធិរបស់អ្នកនៅពេលអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើង សូមមើលជំពូកទី 3 ផ្នែកទី 2.3 នៃភស្តុតាងបញ្ជាក់ការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នក។

ផ្នែកទី 1.4 ការផ្លាស់ប្តូរចំពោះបណ្តាញឱសថស្ថាន

ចំនួនទឹកប្រាក់ដែលអ្នកបង់សម្រាប់ឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកអាចអាស្រ័យលើឱសថស្ថានណាដែលអ្នកប្រើ។ គម្រោងឱសថ Medicare មានបណ្តាញឱសថស្ថាន។ ក្នុងករណីភាគច្រើន វេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងលុះត្រាតែ វេជ្ជបញ្ជាទាំងនោះត្រូវបានបើកនៅឱសថស្ថានមួយក្នុងចំណោមឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញរបស់យើងប៉ុណ្ណោះ។

បណ្តាញឱសថស្ថានរបស់យើងបានផ្លាស់ប្តូរសម្រាប់ឆ្នាំក្រោយ។ សូមពិនិត្យមើលឡើងវិញនូវ សៀវភៅរាយឈ្មោះឱសថស្ថានប្រចាំឆ្នាំ 2026 នៅគេហទំព័រ centralhealthplan.com ដើម្បីមើលថាឱសថស្ថានមួយណាស្ថិតនៅក្នុងបណ្តាញរបស់យើង។ នេះគឺជាវិធីដើម្បីទទួលបាន សៀវភៅរាយឈ្មោះឱសថស្ថាន ដែលបានធ្វើបច្ចុប្បន្នភាព។

- ចូលមើលគេហទំព័ររបស់យើងតាមរយៈ centralhealthplan.com។

- សូមទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិកតាមរយៈលេខ (866) 314-2427 (អ្នកប្រើ TTY សូមទូរសព្ទទៅលេខ 711) ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានអំពីឱសថស្ថានបច្ចុប្បន្ន ឬស្នើសុំឱ្យយើងខ្ញុំផ្ញើសៀវភៅរាយឈ្មោះឱសថស្ថានជូនអ្នកតាមប្រៃសណីយ៍។

យើងអាចធ្វើការផ្លាស់ប្តូរឱសថស្ថានដែលជាផ្នែកមួយនៃគម្រោងរបស់យើងក្នុងអំឡុងនៃឆ្នាំ។ ប្រសិនបើការផ្លាស់ប្តូរពាក់កណ្តាលឆ្នាំនៅក្នុងឱសថស្ថានរបស់យើងប៉ះពាល់ដល់អ្នក សូមទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិកតាមរយៈលេខ (866) 314-2427 (អ្នកប្រើប្រាស់ TTY សូមទូរសព្ទទៅលេខ 711) ដើម្បីទទួលបានជំនួយ។

ផ្នែកទី 1.5 ការផ្លាស់ប្តូរអត្ថប្រយោជន៍ និងថ្លៃចំណាយសម្រាប់សេវាវេជ្ជសាស្ត្រ

សេចក្តីជូនដំណឹងប្រចាំឆ្នាំអំពីការផ្លាស់ប្តូរ ប្រាប់អ្នកអំពីការផ្លាស់ប្តូរចំពោះថ្លៃចំណាយ និងអត្ថប្រយោជន៍ Medicare របស់អ្នក។

	2025 (ឆ្នាំនេះ)	2026 (ឆ្នាំបន្ទាប់)
អត្ថប្រយោជន៍បន្ថែមពិសេសសម្រាប់អ្នកជំងឺរ៉ាំរ៉ៃ (SSBCI)-អាហារ និងផលិតផល	អត្ថប្រយោជន៍ត្រូវបានរ៉ាប់រងជាអត្ថប្រយោជន៍បន្ថែមពិសេសសម្រាប់អ្នកជំងឺរ៉ាំរ៉ៃ (SSBCI)។	សមាជិកដែលមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ជាមួយនឹងស្ថានភាពជំងឺរ៉ាំរ៉ៃមានសិទ្ធិទទួលបាន \$200 ជារៀងរាល់ខែសម្រាប់អាហារ និងផលិតផល (SSBCI)។

	2025 (ឆ្នាំនេះ)	2026 (ឆ្នាំបន្ទាប់)
	អ្នកដែលមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ទទួលបានប្រាក់ឧបត្ថម្ភចំនួន \$45 ជារៀងរាល់ខែសម្រាប់អាហារ និងផលិតផលដែលមានសុខភាពល្អ។ ការធានារ៉ាប់រង SSBCI គឺសម្រាប់តែសមាជិកដែលមានលក្ខខណ្ឌរ៉ាំរ៉ៃជាក់លាក់ប៉ុណ្ណោះ។	
ទំនិញដែលមិនតម្រូវឱ្យមានវេជ្ជបញ្ជា (OTC) (បន្ថែម)	អ្នកទទួលបានកាតតំណពន្ធដែលផ្តល់មូលនិធិជាមុនរបស់ MyChoice ដែលមានប្រាក់ឧបត្ថម្ភប្រចាំត្រីមាសសរុបចំនួន \$125 សម្រាប់ទំនិញ OTC ឧបករណ៍ជំនួយការស្តាប់ OTC។	អ្នកទទួលបានកាតតំណពន្ធដែលផ្តល់មូលនិធិជាមុនរបស់ MyChoice ដែលមានប្រាក់ឧបត្ថម្ភប្រចាំត្រីមាសសរុបចំនួន \$320 សម្រាប់ទំនិញ OTC ឧបករណ៍ជំនួយការស្តាប់ OTC។

	2025 (ឆ្នាំនេះ)	2026 (ឆ្នាំបន្ទាប់)
អត្ថប្រយោជន៍ សុខភាពពីចម្ងាយ បន្ថែម	អ្នកបង់ប្រាក់រួមចំនួន \$0 សម្រាប់សេវាសុខភាពពីចម្ងាយមួយចំនួន រួមទាំងសេវាគ្រូពេទ្យថែទាំបឋម សេវាព្យាបាលឆ្អឹងខ្នង សេវាព្យាបាលដោយសកម្មភាពការងារសេវាគ្រូពេទ្យឯកទេស វគ្គជាបុគ្គលសម្រាប់សេវាឯកទេសសុខភាពផ្លូវចិត្ត វគ្គជាក្រុមសម្រាប់សេវាឯកទេសសុខភាពផ្លូវចិត្ត សេវាព្យាបាលសុខភាពជើង វិជ្ជាជីវៈថែទាំសុខភាពផ្សេងទៀត វគ្គជាបុគ្គលសម្រាប់សេវាផ្លូវចិត្ត វគ្គជាក្រុមសម្រាប់សេវាផ្លូវចិត្ត ការព្យាបាលរាងកាយ និងសេវាវេជ្ជសាស្ត្រនិយាយភាសាសេវាកម្មកម្មវិធីព្យាបាលសារធាតុអ៊ីផ្សូអ៊ីត វគ្គនីមួយៗសម្រាប់ការប្រើប្រាស់សារធាតុ	អ្នកបង់ \$0 នៃការទូទាត់ប្រាក់រួមគ្នាសម្រាប់សេវាសុខភាពពីចម្ងាយមួយចំនួន រួមទាំងសេវាស្តារនីតិសម្បទាបេះដូងសេវាគ្រូពេទ្យថែទាំបឋម សេវាចាប់សរសៃ និងសន្លាក់សេវាព្យាបាលដោយសកម្មភាពការងារសេវាគ្រូពេទ្យឯកទេស វគ្គជាលក្ខណៈបុគ្គលសម្រាប់សេវាឯកទេសសុខភាពផ្លូវចិត្ត វគ្គជាក្រុមសម្រាប់សេវាឯកទេសសុខភាពផ្លូវចិត្ត សេវាព្យាបាលសុខភាពជើង សេវា សេវាការព្យាបាលរាងកាយ និងវេជ្ជសាស្ត្រភាសានិយាយ សេវាកម្មវិធី

	2025 (ឆ្នាំនេះ)	2026 (ឆ្នាំបន្ទាប់)
	ញៀនរបស់អ្នកជំងឺមិនស្នាក់ព្យាបាល និងវគ្គជាភ្នាក់ងារសម្រាប់ការប្រើប្រាស់សារធាតុញៀនរបស់អ្នកជំងឺមិនស្នាក់ព្យាបាល។	ថែទាំសុខភាពដែលមានវិជ្ជាជីវៈផ្សេងទៀត វគ្គជាលក្ខណៈបុគ្គលសម្រាប់សេវាផ្នែកជំងឺរីកលចរិត វគ្គជាភ្នាក់ងារសម្រាប់សេវាផ្នែកជំងឺរីកលចរិត ព្យាបាលសារធាតុអ្នកផ្សព្វផ្សាយ វគ្គជាលក្ខណៈបុគ្គលសម្រាប់វិបត្តិនៃការប្រើប្រាស់សារធាតុញៀនរបស់អ្នកជំងឺមិនស្នាក់ព្យាបាល និងវគ្គជាភ្នាក់ងារសម្រាប់វិបត្តិនៃការប្រើប្រាស់សារធាតុញៀនរបស់អ្នកជំងឺមិនស្នាក់ព្យាបាល។

	2025 (ឆ្នាំនេះ)	2026 (ឆ្នាំបន្ទាប់)
សេវាកម្មដឹកជញ្ជូន សម្រាប់ទីតាំងគម្រោង ដែលបានអនុម័ត (បន្ថែម)	អ្នកទទួលបានការ ធ្វើដំណើរទៅមកចំនួន 24 ដងក្នុងមួយឆ្នាំ។	អ្នកទទួលបានការ ធ្វើដំណើរទៅមកចំនួន 48 ដងក្នុងមួយឆ្នាំ។
សេវាជំនួយតាមផ្ទះ	អ្នកបង់ \$0 នៃការ ទូទាត់ប្រាក់រួមគ្នាសម្រាប់ រយៈពេលរហូតដល់ 20 ម៉ោងក្នុងមួយឆ្នាំ តាមប្រតិទិនតាមរយៈ ក្រុមហ៊ុនផ្តល់សេវាដែល ត្រូវបានអនុញ្ញាតពី គម្រោងរបស់យើង។	នេះមិនមែនជា អត្ថប្រយោជន៍បន្ថែម ដែលបានរ៉ាប់រងទេ។
ជំនួយការស្តាប់តាម វេជ្ជបញ្ជា	អ្នកមានប្រាក់ឧបត្ថម្ភ ប្រចាំឆ្នាំ \$3,000 សម្រាប់ ឧបករណ៍ជំនួយការ ស្តាប់។	អ្នកទទួលបាន ឧបករណ៍ជំនួយការ ស្តាប់ដែលបាន ជ្រើសរើសជាមុនចំនួន 2 ពីអ្នកផ្តល់សេវាដែល បានអនុម័តដោយ គម្រោងរៀងរាល់ 2 ឆ្នាំ ម្តងសម្រាប់ត្រចៀក ទាំងពីរបញ្ចូលគ្នា។

ផ្នែកទី 1.6 ការផ្លាស់ប្តូរចំពោះការធានារ៉ាប់រងលើឱសថផ្នែក D

ការផ្លាស់ប្តូរចំពោះបញ្ជីឱសថរបស់យើង

បញ្ជីឱសថដែលបានធានារ៉ាប់រងរបស់យើងខ្ញុំត្រូវបានហៅថាបញ្ជីឈ្មោះឱសថ ឬបញ្ជីឱសថ។ ច្បាប់ចម្លងនៃបញ្ជីឱសថរបស់យើងខ្ញុំត្រូវបានផ្តល់ជូនតាម អេឡិចត្រូនិក។

យើងបានធ្វើការផ្លាស់ប្តូរចំពោះបញ្ជីឱសថរបស់យើង ដែលអាចរាប់បញ្ចូល ទាំងការដកចេញ ឬបន្ថែមឱសថ ការផ្លាស់ប្តូរការដាក់កម្រិតដែលអនុវត្តចំពោះ ការធានារ៉ាប់រងរបស់យើងសម្រាប់ឱសថជាក់លាក់ ឬប្តូរឱសថទាំងនោះទៅ កម្រិតនៃចំណែកចូលរួមបង់ប្រាក់ផ្សេងទៀត។ **ពិនិត្យមើលបញ្ជីថ្នាំ ដើម្បីឱ្យ ប្រាកដថាថ្នាំរបស់អ្នកនឹងត្រូវបានរ៉ាប់រងនៅឆ្នាំក្រោយ ហើយដើម្បីមើលថា តើមានការរឹតបន្តឹងណាមួយឬអត់ ឬថាតើថ្នាំរបស់អ្នកត្រូវបានផ្លាស់ទី ទៅកម្រិតចែករំលែកថ្លៃផ្សេងឬអត់។**

ភាគច្រើននៃការផ្លាស់ប្តូរនៅក្នុងបញ្ជីឱសថគឺថ្មីសម្រាប់ដើមឆ្នាំនីមួយៗ។ ទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយ យើងអាចធ្វើការផ្លាស់ប្តូរផ្សេងទៀតដែលត្រូវបាន អនុញ្ញាតដោយវិធាន Medicare ដែលនឹងប៉ះពាល់ដល់អ្នកក្នុងអំឡុងឆ្នាំ តាមប្រតិទិន។ យើងខ្ញុំធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពបញ្ជីឱសថអនុញ្ញាតរបស់យើងខ្ញុំ យ៉ាងហោចណាស់រៀងរាល់ខែ ដើម្បីផ្តល់ជូនបញ្ជីឱសថចុងក្រោយបំផុត។ យើងនឹងធ្វើការជូនដំណឹងដល់អ្នកអំពីការផ្លាស់ប្តូរ ប្រសិនបើយើងធ្វើការផ្លាស់ ប្តូរដែលនឹងប៉ះពាល់ដល់ការចូលប្រើប្រាស់ឱសថដែលអ្នកកំពុងប្រើប្រាស់។

ប្រសិនបើអ្នករងផលប៉ះពាល់ដោយសារការផ្លាស់ប្តូរចំពោះការធានារ៉ាប់រង លើឱសថនៅដើមឆ្នាំ ឬក្នុងអំឡុងឆ្នាំ សូមពិនិត្យមើលជំពូកទី 9 នៃ *ភស្តុតាង បញ្ជាក់ការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នក* ហើយជជែកជាមួយនឹងអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជា របស់អ្នកដើម្បីស្វែងយល់អំពីជម្រើសរបស់អ្នក ដូចជាការស្នើសុំការផ្គត់ផ្គង់

បណ្តោះអាសន្ន ដែលអនុវត្តសម្រាប់ការលើកលែង និង/ឬធ្វើការស្វែងរកឱសថថ្មី។ សូមទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិកតាមរយៈលេខ (866) 314-2427 (អ្នកប្រើ TTY គួរទូរសព្ទទៅលេខ 711) សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។

ផ្នែកទី 1.7 ការផ្លាស់ប្តូរចំពោះអត្ថប្រយោជន៍ និងថ្លៃឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជា

តើអ្នកទទួលបាន Extra Help ដើម្បីបង់ថ្លៃធានារ៉ាប់រងលើឱសថរបស់អ្នកដែរឬទេ?

ប្រសិនបើអ្នកស្ថិតនៅក្នុងកម្មវិធីដែលជួយបង់ថ្លៃឱសថរបស់អ្នក (Extra Help) ព័ត៌មានអំពីថ្លៃចំណាយសម្រាប់ឱសថផ្នែក D អាច មិនអនុវត្តចំពោះអ្នកនោះទេ។ យើងបានធ្វើជូនអ្នកនូវឯកសារដាច់ដោយឡែកមួយ ដែលហៅថា ឧបសម្ព័ន្ធអំពីភស្តុតាងបញ្ជាក់ពីការធានារ៉ាប់រងសម្រាប់អ្នកដែលទទួលបានកម្មវិធី Extra Help (ជំនួយបន្ថែម) ក្នុងការបង់ប្រាក់លើឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាដែលប្រាប់អំពីឱសថរបស់អ្នក។ ប្រសិនបើអ្នកទទួលបានកម្មវិធី Extra Help ហើយអ្នកមិនទទួលបានឯកសារនេះត្រឹមថ្ងៃទី 30 ខែកញ្ញា សូមទូរសព្ទទៅសេវាបម្រើសមាជិកតាមរយៈលេខ (866) 314-2427 (អ្នកប្រើ TTY សូមទូរសព្ទទៅលេខ 711) ហើយស្នើសុំ ឧបសម្ព័ន្ធ LIS។

ដំណាក់កាលនៃការបង់ថ្លៃឱសថ

ដំណាក់កាលនៃការបង់ថ្លៃឱសថមានចំនួន 3៖ ដំណាក់កាលប្រាក់ចំណាយត្រូវបង់មុនប្រចាំឆ្នាំ ដំណាក់កាលធានារ៉ាប់រងដំបូង និងដំណាក់កាលធានារ៉ាប់រងគ្រោះមហន្តរាយ។ ដំណាក់កាលចន្លោះធានារ៉ាប់រង និងកម្មវិធី Coverage Gap Discount Program នឹងលែងមាននៅក្នុងអត្ថប្រយោជន៍ផ្នែក D ទៀតហើយ។

• ដំណាក់កាលទី 1៖ ប្រាក់បង់មុនប្រចាំឆ្នាំ

អ្នកនឹងចាប់ផ្តើមក្នុងដំណាក់កាលបង់ប្រាក់នេះរៀងរាល់ឆ្នាំតាមប្រតិទិន។ ក្នុងអំឡុងដំណាក់កាលនេះ អ្នកទូទាត់ថ្លៃចំណាយពេញលេញនៃឱសថផ្នែក D របស់អ្នក រហូតដល់អ្នកឈានដល់ចំនួនប្រាក់បង់មុនប្រចាំឆ្នាំ។

• ដំណាក់កាលទី 2៖ ការធានារ៉ាប់រងដំបូង

នៅពេលដែលអ្នកទូទាត់ប្រាក់បង់មុនប្រចាំឆ្នាំ នោះអ្នកប្តូរទៅដំណាក់កាល ការធានារ៉ាប់រងដំបូង។ ក្នុងដំណាក់កាលនេះ គម្រោងរបស់យើងបង់ចំណែក របស់ខ្លួននូវថ្លៃចំណាយចំពោះឱសថរបស់អ្នក ហើយអ្នកបង់ចំណែកចូលរួម របស់អ្នក។ ជាទូទៅ អ្នកស្ថិតនៅក្នុងដំណាក់កាលនេះរហូតដល់ថ្លៃចំណាយ ចេញពីហោប៉ៅពីដើមឆ្នាំ ដល់បច្ចុប្បន្នរបស់អ្នកឈានដល់ \$2,100។

• ដំណាក់កាលទី 3៖ ការធានារ៉ាប់រងគ្រោះមហន្តរាយ

នេះគឺជាដំណាក់កាលទីបី និងដំណាក់កាលចុងក្រោយនៃការបង់ថ្លៃឱសថ។ នៅក្នុងដំណាក់កាលនេះ អ្នកមិនបង់អ្វីទាំងអស់សម្រាប់ឱសថផ្នែក D ដែល មានការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នក។ ជាទូទៅអ្នកនឹងស្ថិតនៅក្នុងដំណាក់កាលនេះ សម្រាប់រយៈពេលដែលនៅសល់នៃឆ្នាំតាមប្រតិទិននេះ។

កម្មវិធី Coverage Gap Discount Program ត្រូវបានជំនួសដោយកម្មវិធី Manufacturer Discount Program។ នៅក្រោមកម្មវិធី Manufacturer Discount Program ក្រុមហ៊ុនផលិតឱសថនឹងបង់មួយភាគនៃថ្លៃចំណាយ ពេញលេញរបស់គម្រោងសម្រាប់ឱសថដែលមានម៉ាកយីហោ និងឱសថ ជីវាសាស្ត្រផ្នែក D ដែលបានធានារ៉ាប់រងក្នុងអំឡុងដំណាក់កាលធានារ៉ាប់រង ដំបូង និងដំណាក់កាលធានារ៉ាប់រងគ្រោះមហន្តរាយ។ ការបញ្ចុះតម្លៃដែលបង់ ដោយក្រុមហ៊ុនផលិតក្រោមកម្មវិធី Manufacturer Discount Program នឹង មិនរាប់បញ្ចូលក្នុងថ្លៃចំណាយចេញពីហោប៉ៅនោះទេ។

តារាងនេះបង្ហាញពីថ្លៃចំណាយរបស់អ្នកក្នុងមួយវេជ្ជបញ្ជាក្នុងអំឡុង
ដំណាក់កាលនេះ។

	2025 (ឆ្នាំនេះ)	2026 (ឆ្នាំបន្ទាប់)
ប្រាក់បង់មុនប្រចាំឆ្នាំ	\$0	\$250 ក្នុងដំណាក់កាល នេះ អ្នកបង់ចំណែក ចូលរួមបង់ប្រាក់ \$0 សម្រាប់ឱសថនៅលើ កម្រិតទី 1 និងកម្រិត ទី 6 និងថ្លៃឱសថ ដែលអាចអនុវត្តបាន លើកម្រិតទី 2 កម្រិត ទី 3 កម្រិតទី 4 និង កម្រិតទី 5 រហូតដល់ អ្នកឈានដល់ចំនួន ប្រាក់បង់មុនប្រចាំឆ្នាំ។

ថ្លៃឱសថក្នុងដំណាក់កាលទី 2៖ ការធានារ៉ាប់រងដំបូង

តារាងនេះបង្ហាញពីថ្លៃចំណាយរបស់អ្នកក្នុងមួយវេជ្ជបញ្ជាសម្រាប់ការផ្គត់ផ្គង់
រយៈពេលមួយខែដែលបើកនៅឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញជាមួយនឹងចំណែក
ចូលរួមបង់ប្រាក់ស្តង់ដារ។

វ៉ាក់សាំងផ្នែក D សម្រាប់មនុស្សពេញវ័យភាគច្រើនបំផុតត្រូវបានរ៉ាប់រងដោយមិនគិតថ្លៃសម្រាប់អ្នក។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីថ្លៃចំណាយលើថ្នាំបង្ការរោគ ឬព័ត៌មានអំពីថ្លៃចំណាយ សូមចូលទៅកាន់ជំពូកទី 6 នៃ ភស្តុតាងបញ្ជាក់ការធានារ៉ាប់រង របស់អ្នក។

នៅពេលអ្នកបានទូទាត់ប្រាក់ចំនួន \$2,100 ចេញពីហោប៉ៅសម្រាប់ឱសថផ្នែក D ដែលមានការធានារ៉ាប់រង អ្នកនឹងបន្តទៅដំណាក់កាលបន្ទាប់ (ដំណាក់កាលការធានារ៉ាប់រងគ្រោះមហន្តរាយ)។

	2025 (ឆ្នាំនេះ)	2026 (ឆ្នាំបន្ទាប់)
កម្រិតទី 1 (ឱសថទូទៅដែលចង់បាន)៖ យើងបានផ្លាស់ប្តូរកម្រិតថ្នាំមួយចំនួននៅក្នុងបញ្ជីឱសថរបស់យើង។ ដើម្បីមើលថាតើថ្នាំរបស់អ្នកនឹងស្ថិតក្នុងកម្រិតផ្សេងឬអត់ សូមរកមើលនៅក្នុងបញ្ជីឱសថ។	ឱសថដែលបានធានារ៉ាប់រងផ្នែក D នៅលើបញ្ជីឈ្មោះឱសថនឹងស្ថិតនៅលើកម្រិតមួយ។ ការចំណាយរបស់អ្នកសម្រាប់ការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេលមួយខែ (31-ថ្ងៃ) ដែលបើកនៅឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញជាមួយនឹងចំណែកចូលរួមបង់ប្រាក់ស្តង់ដារ៖ ឱសថពហុប្រភពទូទៅ និងចង់បាន៖	\$0 នៃប្រាក់បង់រួមរបស់ថ្លៃចំណាយសរុប

	2025 (ឆ្នាំនេះ)	2026 (ឆ្នាំបន្ទាប់)
	អ្នកបង់ \$0 ក្នុងមួយ វេជ្ជបញ្ជា។ ឱសថផ្សេងទៀត ទាំងអស់៖ អ្នកបង់ \$0 ក្នុងមួយ វេជ្ជបញ្ជា។ អ្នកបង់ \$0 ក្នុងមួយ វេជ្ជបញ្ជា។ នៅពេល ដែលអ្នកបានបង់ប្រាក់ ចេញពីហោប៉ៅចំនួន \$2,000 សម្រាប់ឱសថ ផ្នែក D រួច អ្នកនឹង បន្តទៅដំណាក់កាល បន្ទាប់ (ដំណាក់កាល ធានារ៉ាប់រង គ្រោះមហន្តរាយ)។ ការចែករំលែកចំណាយ របស់អ្នកគឺ \$0 នៅក្នុងដំណាក់កាល ធានារ៉ាប់រង គ្រោះមហន្តរាយ។	

	2025 (ឆ្នាំនេះ)	2026 (ឆ្នាំបន្ទាប់)
កម្រិតទី 2 (ឱសថទូទៅ)៖	ឱសថដែលបានធានារ៉ាប់រងផ្នែក D នៅលើបញ្ជីឈ្មោះឱសថនឹងស្ថិតនៅលើកម្រិតមួយ។ ថ្លៃចំណាយរបស់អ្នកសម្រាប់សម្ភារៈផ្គត់ផ្គង់រយៈពេលមួយខែដែលបើកនៅឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញជាមួយនឹងចំណែកចូលរួមបង់ប្រាក់ស្តង់ដារ៖ ឱសថពេទ្យប្រភពទូទៅ និងចង់បាន៖ អ្នកបង់ \$0 ក្នុងមួយវេជ្ជបញ្ជា។ ឱសថផ្សេងទៀតទាំងអស់៖ អ្នកបង់ \$0 ក្នុងមួយវេជ្ជបញ្ជា។	\$0, \$1.60 ឬ \$4 នៃប្រាក់បង់រួមសម្រាប់ឱសថទាំងអស់ក្នុងមួយវេជ្ជបញ្ជា

	2025 (ឆ្នាំនេះ)	2026 (ឆ្នាំបន្ទាប់)
	នៅពេលដែលអ្នកបានបង់ប្រាក់ចេញពីហោប៉ៅចំនួន \$2,000 សម្រាប់ឱសថផ្នែក D រួច អ្នកនឹងបន្តទៅដំណាក់កាលបន្ទាប់ (ដំណាក់កាលធានារ៉ាប់រងគ្រោះមហន្តរាយ)។ ការចែករំលែកចំណាយរបស់អ្នកគឺ \$0 នៅក្នុងដំណាក់កាលធានារ៉ាប់រងគ្រោះមហន្តរាយ។	
កម្រិតទី 3 (ឱសថមានម៉ាកយីហោដែលចង់បាន)៖	ឱសថដែលបានធានារ៉ាប់រងផ្នែក D នៅលើបញ្ជីឈ្មោះឱសថនិងស្ថិតនៅលើកម្រិតមួយ។	\$0, \$1.60 ឬ \$5.10 សម្រាប់ឱសថទូទៅ (រួមទាំងឱសថមានម៉ាកយីហោដែលបានចាត់ទុកថាជាឱសថទូទៅ)

	2025 (ឆ្នាំនេះ)	2026 (ឆ្នាំបន្ទាប់)
	ថ្លៃចំណាយរបស់អ្នកសម្រាប់សម្ភារៈផ្គត់ផ្គង់រយៈពេលមួយខែដែលបើកនៅឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញជាមួយនឹងចំណែកចូលរួមបង់ប្រាក់ស្តង់ដារ៖ ឱសថ ពហុប្រភពទូទៅ និងចង់បាន៖ អ្នកបង់ \$0 ក្នុងមួយវេជ្ជបញ្ជា។ ឱសថផ្សេងទៀតទាំងអស់៖ អ្នកបង់ \$0 ក្នុងមួយវេជ្ជបញ្ជា។	\$0, \$4.90 ឬ \$12.65 នៃប្រាក់បង់រួមសម្រាប់ឱសថផ្សេងទៀតទាំងអស់ក្នុងមួយវេជ្ជបញ្ជា។

	2025 (ឆ្នាំនេះ)	2026 (ឆ្នាំបន្ទាប់)
	នៅពេលដែលអ្នក បានបង់ប្រាក់ចេញពី ហោប៉ៅចំនួន \$2,000 សម្រាប់ឱសថផ្នែក D រួច អ្នកនឹងបន្ត ទៅដំណាក់កាល បន្ទាប់ (ដំណាក់កាល ធានារ៉ាប់រង គ្រោះមហន្តរាយ)។ ការចែករំលែកចំណាយ របស់អ្នកគឺ \$0 នៅក្នុងដំណាក់កាល ធានារ៉ាប់រង គ្រោះមហន្តរាយ។	
កម្រិតទី 4 (ឱសថដែល មិនចង់បាន)៖	ឱសថដែលបាន ធានារ៉ាប់រងផ្នែក D នៅ លើបញ្ជីឈ្មោះឱសថ និងស្ថិតនៅលើកម្រិត មួយ។	\$0, \$1.60 ឬ \$5.10 សម្រាប់ឱសថទូទៅ (រួមទាំងឱសថមាន ម៉ាកយីហោដែលបាន ចាត់ទុកថាជាឱសថ ទូទៅ)

	2025 (ឆ្នាំនេះ)	2026 (ឆ្នាំបន្ទាប់)
	ថ្លៃចំណាយរបស់អ្នកសម្រាប់សម្ភារៈផ្គត់ផ្គង់រយៈពេលមួយខែដែលបើកនៅឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញជាមួយនឹងចំណែកចូលរួមបង់ប្រាក់ស្តង់ដារ៖ ឱសថពេទ្យប្រភពទូទៅ និងចង់បាន៖ អ្នកបង់ \$0 ក្នុងមួយវេជ្ជបញ្ជា។ ឱសថផ្សេងទៀតទាំងអស់៖ អ្នកបង់ \$0 ក្នុងមួយវេជ្ជបញ្ជា។	\$0, \$4.90 ឬ \$12.65 នៃប្រាក់បង់រួមសម្រាប់ឱសថផ្សេងទៀតទាំងអស់ក្នុងមួយវេជ្ជបញ្ជា។

	2025 (ឆ្នាំនេះ)	2026 (ឆ្នាំបន្ទាប់)
	នៅពេលដែលអ្នក បានបង់ប្រាក់ចេញពី ហោប៉ៅចំនួន \$2,000 សម្រាប់ឱសថផ្នែក D រួច អ្នកនឹងបន្ត ទៅដំណាក់កាល បន្ទាប់ (ដំណាក់កាល ធានារ៉ាប់រង គ្រោះមហន្តរាយ)។ ការចែករំលែកចំណាយ របស់អ្នកគឺ \$0 នៅក្នុងដំណាក់កាល ធានារ៉ាប់រង គ្រោះមហន្តរាយ។	
កម្រិតទី 5 (ឱសថ ឯកទេស)៖	ឱសថដែលបាន ធានារ៉ាប់រងផ្នែក D នៅក្នុងបញ្ជីឈ្មោះ ឱសថនឹងមាននៅលើ កម្រិតមួយ។	\$0, \$1.60 ឬ \$5.10 សម្រាប់ឱសថទូទៅ (រួមទាំងឱសថមាន ម៉ាកយីហោដែលបាន ចាត់ទុកថាជាឱសថ ទូទៅ)

	2025 (ឆ្នាំនេះ)	2026 (ឆ្នាំបន្ទាប់)
	ថ្លៃចំណាយរបស់អ្នកសម្រាប់សម្ភារៈផ្គត់ផ្គង់រយៈពេលមួយខែដែលបើកនៅឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញជាមួយនឹងចំណែកចូលរួមបង់ប្រាក់ស្តង់ដារ៖ ឱសថ ពហុប្រភពទៅ និងចង់បាន៖ អ្នកបង់ \$0 ក្នុងមួយវេជ្ជបញ្ជា។ ឱសថផ្សេងទៀតទាំងអស់៖ អ្នកបង់ \$0 ក្នុងមួយវេជ្ជបញ្ជា។ នៅពេលដែលអ្នកបានបង់ប្រាក់ចេញពីហោប៉ៅចំនួន	\$0, \$4.90 ឬ \$12.65 នៃប្រាក់បង់រួមសម្រាប់ឱសថផ្សេងទៀតទាំងអស់ក្នុងមួយវេជ្ជបញ្ជា។

	2025 (ឆ្នាំនេះ)	2026 (ឆ្នាំបន្ទាប់)
	\$2,000 សម្រាប់ឱសថផ្នែក D រួច អ្នកនឹងបន្តទៅដំណាក់កាលបន្ទាប់ (ដំណាក់កាលធានារ៉ាប់រងគ្រោះមហន្តរាយ)។ ការចែករំលែកចំណាយរបស់អ្នកគឺ \$0 នៅក្នុងដំណាក់កាលធានារ៉ាប់រងគ្រោះមហន្តរាយ។	
កម្រិតទី 6 (ឱសថថែទាំតាមការជ្រើសរើស)៖	ឱសថដែលបានធានារ៉ាប់រងផ្នែក D នៅក្នុងបញ្ជីឈ្មោះឱសថនឹងមាននៅលើកម្រិតមួយ។ ថ្លៃចំណាយរបស់អ្នកសម្រាប់សម្ភារៈផ្គត់ផ្គង់រយៈពេលមួយខែដែលបើកនៅឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញជាមួយនឹងចំណែកចូលរួមបង់ប្រាក់ស្តង់ដារ៖	\$0 នៃថ្លៃចំណាយសរុប

	2025 (ឆ្នាំនេះ)	2026 (ឆ្នាំបន្ទាប់)
	ឱសថ ពហុប្រភពទូទៅ និង ចង់បាន៖ អ្នកបង់ \$0 ក្នុងមួយ ថ្ងៃជួបញ្ជា។ ឱសថផ្សេងទៀត ទាំងអស់៖ អ្នកបង់ \$0 ក្នុងមួយ ថ្ងៃជួបញ្ជា។ នៅពេលដែលអ្នក បានបង់ប្រាក់ចេញពី ហោប៉ៅចំនួន \$2,000 សម្រាប់ឱសថផ្នែក D រួច អ្នកនឹងបន្ត ទៅដំណាក់កាល បន្ទាប់ (ដំណាក់កាល ធានារ៉ាប់រង គ្រោះមហន្តរាយ)។ ការចែករំលែកចំណាយ របស់អ្នកគឺ \$0 នៅក្នុងដំណាក់កាល ធានារ៉ាប់រង គ្រោះមហន្តរាយ។	

ការផ្លាស់ប្តូរចំពោះអត្ថប្រយោជន៍ VBID ផ្នែក D របស់អ្នក

នៅឆ្នាំ 2025 គម្រោង Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP) បានចូលរួមក្នុងកំរិតនៃការធានារ៉ាប់រងផ្នែកលើតម្លៃ (VBID) ប៉ុន្តែកម្មវិធីនេះនឹងបិទបញ្ចប់នៅឆ្នាំនេះ។ ជាផ្នែកមួយនៃអត្ថប្រយោជន៍ផ្នែក D របស់កំរិត VBID គម្រោង Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP) ផ្តល់ជូននូវការលុបបំបាត់ចំណែកចូលរួមបង់ប្រាក់សម្រាប់ឱសថផ្នែក D។ ដោយសារកម្មវិធីនេះបានបញ្ចប់ សមាជិកអាចមានចំណែកចូលរួមបង់ប្រាក់លើឱសថផ្នែក D ទាំងអស់នៅក្នុងដំណាក់កាលធានារ៉ាប់រងទាំងអស់។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិក ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរណាមួយ។

ការផ្លាស់ប្តូរទៅដំណាក់កាលធានារ៉ាប់រងគ្រោះមហន្តរាយ

សម្រាប់ព័ត៌មានជាក់លាក់អំពីថ្ងៃចំណាយរបស់អ្នកនៅក្នុងដំណាក់កាលធានារ៉ាប់រងគ្រោះមហន្តរាយ សូមមើលជំពូកទី 6 ផ្នែកទី 6 នៅក្នុងភស្តុតាងបញ្ជាក់ការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នក។

ផ្នែកទី 2 ការផ្លាស់ប្តូររដ្ឋបាល

យើងកំពុងធ្វើការផ្លាស់ប្តូររដ្ឋបាលនៅឆ្នាំក្រោយ។ ព័ត៌មាននៅក្នុងតារាងខាងក្រោមពិពណ៌នាអំពីការផ្លាស់ប្តូរទាំងនេះ។

	ឆ្នាំ 2025 (ឆ្នាំនេះ)	2026 (ឆ្នាំបន្ទាប់)
អត្ថប្រយោជន៍បន្ថែម ពិសេសសម្រាប់ អ្នកជំងឺរ៉ាំរ៉ៃ (SSBCI)	ប្រសិនបើអ្នកត្រូវបានគេធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យឃើញថាមានស្ថានភាពជំងឺរ៉ាំរ៉ៃដែលមានសិទ្ធិទទួលបាននិងបំពេញតាមលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យជាក់លាក់ នោះអ្នកអាចមានសិទ្ធិទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍បន្ថែមពិសេសសម្រាប់អ្នកជំងឺរ៉ាំរ៉ៃ។ ស្ថានភាពជំងឺរ៉ាំរ៉ៃដែលមានគ្រប់លក្ខខណ្ឌរួមមាន៖ • ជំងឺសរសៃឈាមបេះដូង • ជំងឺខ្សោយបេះដូងរ៉ាំរ៉ៃ • ជំងឺរង្វង • ជំងឺទឹកនោមផ្អែម • ជំងឺស្មាតរ៉ាំរ៉ៃ • ជំងឺតម្រងនោម	ប្រសិនបើអ្នកត្រូវបានគេធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យឃើញថាមានស្ថានភាពជំងឺរ៉ាំរ៉ៃដែលមានសិទ្ធិទទួលបាន និងបំពេញតាមលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យជាក់លាក់ នោះអ្នកអាចមានសិទ្ធិទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍បន្ថែមពិសេសសម្រាប់អ្នកជំងឺរ៉ាំរ៉ៃ។ ស្ថានភាពជំងឺរ៉ាំរ៉ៃដែលមានគ្រប់លក្ខខណ្ឌរួមមាន៖ • ជំងឺសរសៃឈាមបេះដូង • ជំងឺខ្សោយបេះដូងរ៉ាំរ៉ៃ • ជំងឺរង្វង • ជំងឺទឹកនោមផ្អែម • ជំងឺស្មាតរ៉ាំរ៉ៃ • ជំងឺតម្រងនោមរ៉ាំរ៉ៃ (CKD)

	ឆ្នាំ 2025 (ឆ្នាំនេះ)	2026 (ឆ្នាំបន្ទាប់)
		• វិបត្តិនៃការប្រើប្រាស់គ្រឿងស្រវឹងរ៉ាំរ៉ៃ និងវិបត្តិនៃការប្រើប្រាស់សារធាតុញៀនផ្សេងទៀត (SUD) • ជំងឺមហារីក • ជំងឺស្វ័យប្រព័ន្ធភាពស្មាំ • ការលើសទម្ងន់ភាពធ្ងន់ធ្ងរ និងរោគសញ្ញាមេតាប៉ូលីស • ជំងឺប្រព័ន្ធរំលាយអាហាររ៉ាំរ៉ៃ • ជំងឺឈាមឆ្លងឆ្លុះ • HIV/AIDS • ស្ថានភាពសុខភាពផ្លូវចិត្តរ៉ាំរ៉ៃ និងពីការភាព • ជំងឺសរសៃប្រសាទ

	ឆ្នាំ 2025 (ឆ្នាំនេះ)	2026 (ឆ្នាំបន្ទាប់)
		• ជំងឺដាច់សរសៃឈាមខួរក្បាល • ការថែទាំបន្ទាប់ពីការប្តូរសរីរាង្គ • ភាពស្មោះចុះខ្សោយ និងជំងឺប្រព័ន្ធភាពស្មោះ • ស្ថានភាពដែលពាក់ព័ន្ធនឹងការចុះខ្សោយនៃការយល់ដឹង • លក្ខខណ្ឌដែលមានបញ្ហាប្រឈមមុខងារ • ស្ថានភាពរ៉ាំរ៉ៃដែលធ្វើឱ្យប៉ះពាល់ដល់ការមើលឃើញការស្តាប់ (ច្រង) រសជាតិ ការប៉ះនិងក្លិន • លក្ខខណ្ឌដែលតម្រូវឱ្យបន្តសេវាព្យាបាល ដើម្បីឱ្យបុគ្គលម្នាក់ៗថែទាំ ឬរក្សាមុខងារ

	ឆ្នាំ 2025 (ឆ្នាំនេះ)	2026 (ឆ្នាំបន្ទាប់)
Medicare Prescription Payment Plan	មិនអាចអនុវត្តបាន	Medicare Prescription Payment Plan គឺជាជម្រើសទូទាត់ថ្លៃមួយដែលដំណើរការជាមួយនឹងការធានារ៉ាប់រងលើឱសថបច្ចុប្បន្នរបស់អ្នកហើយវាអាចជួយអ្នកក្នុងការគ្រប់គ្រងថ្លៃឱសថរបស់អ្នកដោយចែកចាយវានៅទូទាំងការទូទាត់ប្រចាំខែដែលប្រែប្រួលពេញមួយឆ្នាំ (ខែមករា ដល់ខែធ្នូ)។ ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពីជម្រើសនៃការទូទាត់នេះ សូមទាក់ទងមកយើងខ្ញុំតាមលេខ (866) 314-2427 (TTY: 711) ឬចូលមើលគេហទំព័រ Medicare.gov

	ឆ្នាំ 2025 (ឆ្នាំនេះ)	2026 (ឆ្នាំបន្ទាប់)
Tivity មិនមែនជា ក្រុមហ៊ុនផ្តល់សេវា ដែលមានកិច្ចសន្យា សម្រាប់ឆ្នាំ 2026 ទៀត ទេ។	អត្ថប្រយោជន៍លំហាត់ ប្រាណ/កន្លែង ហាត់ប្រាណរបស់ អ្នកត្រូវបានគ្រប់គ្រង ដោយ Tivity D.B.A.។ SilverSneakers។	Silver&Fit គឺជា ក្រុមហ៊ុនផ្តល់សេវា កន្លែងហាត់ប្រាណ/ កន្លែងហាត់ប្រាណ ដែលមានកិច្ចសន្យា សម្រាប់ឆ្នាំ 2026។
Healthrageous មិនមែនជាក្រុមហ៊ុន ផ្តល់សេវាដែលមាន កិច្ចសន្យាសម្រាប់ឆ្នាំ 2026 ទៀតទេ។	សេវាកម្មមូលដ្ឋានរបស់ អ្នកអាចរកបានតាមរយៈ Healthrageous។	NationsBenefits គឺជាក្រុមហ៊ុនផ្តល់សេវា អាហារដែលបានចុះ កិច្ចសន្យាសម្រាប់ឆ្នាំ 2026។
Aloecare នឹងលែង ជាក្រុមហ៊ុនផ្តល់សេវា ដែលមានកិច្ចសន្យា សម្រាប់ឆ្នាំ 2026 ទៀតហើយ។	អត្ថប្រយោជន៍ PERS របស់អ្នកត្រូវ បានគ្រប់គ្រងដោយ Aloecare។	Medical Guardian គឺជាក្រុមហ៊ុនផ្តល់សេវា របស់ PERS ដែលមាន កិច្ចសន្យាសម្រាប់ឆ្នាំ 2026។

ផ្នែកទី 3 របៀបផ្លាស់ប្តូរគម្រោង

ដើម្បីស្ថិតនៅក្នុងគម្រោង Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP) អ្នកមិនចាំបាច់ធ្វើអ្វីទាំងអស់។ លុះត្រាតែអ្នកចុះឈ្មោះសម្រាប់ គម្រោងផ្សេង ឬផ្លាស់ប្តូរទៅ Original Medicare ត្រឹមថ្ងៃទី 7 ខែធ្នូ អ្នកនឹងត្រូវ

បានចុះឈ្មោះដោយស្វ័យប្រវត្តិនៅក្នុងគម្រោង Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP) របស់យើង។

ប្រសិនបើអ្នកចង់ផ្លាស់ប្តូរគម្រោង សម្រាប់ឆ្នាំ 2026 សូមអនុវត្តតាមជំហានទាំងនេះ៖

- **ដើម្បីផ្លាស់ប្តូរទៅគម្រោងសុខភាព Medicare ផ្សេង** សូមចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងថ្មី។ អ្នកនឹងត្រូវបានលុបឈ្មោះចេញដោយស្វ័យប្រវត្តិតពីគម្រោង Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP)។
- **ដើម្បី ផ្លាស់ប្តូរទៅ Original Medicare ដោយមានការធានារ៉ាប់រងលើឱសថ Medicare** សូមចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងឱសថ Medicare ថ្មី។ អ្នកនឹងត្រូវបានលុបឈ្មោះចេញដោយស្វ័យប្រវត្តិតពីគម្រោង Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP)។
- **ដើម្បីផ្លាស់ប្តូរទៅ Original Medicare ដោយគ្មានគម្រោងឱសថ** អ្នកអាចធ្វើមកយើងខ្ញុំនូវសំណើជាលាយលក្ខណ៍អក្សរដើម្បីលុបឈ្មោះចេញ។ សូមទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិកតាមរយៈលេខ (866) 314-2427 (អ្នកប្រើ TTY គួរទូរសព្ទទៅលេខ 711) សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីរបៀបធ្វើការណ៍នេះ។ ឬទូរសព្ទទៅ **Medicare** តាមរយៈលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) ហើយស្នើសុំលុបឈ្មោះចេញ។ អ្នកប្រើ TTY អាចទូរសព្ទទៅលេខ 1-877-486-2048។ ប្រសិនបើអ្នកមិនចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងឱសថ Medicare ទេ អ្នកអាចបង់ប្រាក់ពិន័យចំពោះការចុះឈ្មោះយឺតយ៉ាវផ្នែក D (សូមចូលទៅកាន់ជំពូកទី 1 ផ្នែកទី 4.4 នៃ ភស្តុតាងបញ្ជាក់ការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នក)។

- ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពី **Original Medicare** និងប្រភេទផ្សេងៗនៃ **គម្រោង Medicare** សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ www.Medicare.gov ពិនិត្យមើលសៀវភៅណែនាំ *Medicare & You* ឆ្នាំ 2026 ទូរសព្ទទៅ State Health Insurance Assistance Program អ្នក (ចូលទៅកាន់ផ្នែកទី 6) ឬ ទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)។

ផ្នែកទី 3.1 កាលបរិច្ឆេទកំណត់សម្រាប់ការផ្លាស់ប្តូរគម្រោង

អ្នកដែលមាន Medicare អាចធ្វើការផ្លាស់ប្តូរលើការធានារ៉ាប់រងរបស់ពួកគេចាប់ពី **ថ្ងៃទី 15 ខែតុលា ដល់ថ្ងៃទី 7 ខែធ្នូ** ជារៀងរាល់ឆ្នាំ។

ប្រសិនបើអ្នកបានចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោង Medicare Advantage សម្រាប់ថ្ងៃទី 1 ខែមករា ឆ្នាំ 2026 ហើយមិនចូលចិត្តជម្រើសគម្រោងរបស់អ្នក អ្នកអាចប្តូរទៅគម្រោងសុខភាព Medicare ផ្សេងទៀត (ដោយមាន ឬគ្មានការធានារ៉ាប់រងលើឱសថរបស់ Medicare) ឬប្តូរទៅ Original Medicare (ដោយមាន ឬគ្មានការធានារ៉ាប់រងលើឱសថរបស់ Medicare ដាច់ដោយឡែក) នៅចន្លោះថ្ងៃទី 1 ខែមករា ដល់ថ្ងៃទី 31 ខែមីនា ឆ្នាំ 2026។

ផ្នែកទី 3.2 តើមានពេលវេលាណាផ្សេងទៀតនៃឆ្នាំនេះដើម្បីធ្វើការផ្លាស់ប្តូរដែរឬទេ?

នៅក្នុងស្ថានភាពជាក់លាក់ មនុស្សអាចមានឱកាសផ្លាស់ប្តូរផ្សេងទៀតក្នុងអំឡុងឆ្នាំនេះ។ ឧទាហរណ៍រួមមានមនុស្សដែល៖

- មាន Medicaid
- ទទួលបាន Extra Help ក្នុងការបង់ថ្លៃឱសថរបស់ពួកគេ
- មាន ឬកំពុងចាកចេញពីការធានារ៉ាប់រងរបស់និយោជក
- ផ្លាស់ទីចេញពីតំបន់សេវាកម្មនៃគម្រោងរបស់យើង

ដោយសារតែអ្នកមាន Medicaid អ្នកអាចបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់អ្នកនៅក្នុង គម្រោងរបស់យើងដោយជ្រើសរើសជម្រើស Medicare មួយក្នុងចំណោម ជម្រើសខាងក្រោមនៅក្នុងខែណាមួយនៃឆ្នាំ៖

- o Original Medicare ជាមួយនឹងគម្រោងឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជារបស់ Medicare ដាច់ដោយឡែក
- o Original Medicare ដោយគ្មានគម្រោងឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជារបស់ Medicare ដាច់ដោយឡែក (ប្រសិនបើអ្នកជ្រើសរើសជម្រើសនេះ Medicare អាចចុះឈ្មោះអ្នកក្នុងគម្រោងឱសថ លុះត្រាតែអ្នកបាន ជ្រើសរើសចេញពីការចុះឈ្មោះដោយស្វ័យប្រវត្តិ។) ឬ
- o ប្រសិនបើមានសិទ្ធិទទួលបាន D-SNP រួមបញ្ចូលគ្នាដែលផ្តល់នូវ Medicare របស់អ្នក និងអត្ថប្រយោជន៍ និងសេវាកម្ម Medicaid ភាគច្រើន ឬទាំងអស់របស់អ្នកនៅក្នុងគម្រោងតែមួយ។

ប្រសិនបើអ្នកទើបតែផ្លាស់ទៅ ឬបច្ចុប្បន្នរស់នៅក្នុងស្ថាប័នមួយ (ដូចជា មណ្ឌលថែទាំដែលមានជំនាញ ឬមន្ទីរពេទ្យថែទាំរយៈពេលវែង) អ្នកអាច ផ្លាស់ប្តូរការធានារ៉ាប់រង Medicare របស់អ្នកបានគ្រប់ពេល។ អ្នកអាចប្តូរ ទៅគម្រោងសុខភាពរបស់ Medicare ណាមួយផ្សេងទៀត (ដោយមាន ឬ គ្មានការធានារ៉ាប់រងលើឱសថ Medicare) ឬប្តូរទៅ Original Medicare (ដោយមាន ឬគ្មានការធានារ៉ាប់រងលើឱសថ Medicare ដាច់ដោយឡែក) នៅពេលណាក៏បាន។ ប្រសិនបើអ្នកទើបតែបានផ្លាស់ចេញពីស្ថាប័នមួយ អ្នកមានឱកាសប្តូរគម្រោង ឬប្តូរទៅ Original Medicare សម្រាប់រយៈពេល 2 ខែពេញ បន្ទាប់ពីខែដែលអ្នកផ្លាស់ចេញ។

ផ្នែកទី 4 ទទួលបានជំនួយក្នុងការទូទាត់សម្រាប់ឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជា

អ្នកអាចមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ជំនួយបង់ថ្លៃឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជា។ ប្រភេទជំនួយផ្សេងៗអាចរកបាននៅ៖

- **កម្មវិធី Extra Help ពី Medicare**។ អ្នកដែលមានប្រាក់ចំណូលមានដែនកំណត់អាចមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់កម្មវិធី Extra Help ដើម្បីទូទាត់ថ្លៃចំណាយលើឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជារបស់ពួកគេ។ ប្រសិនបើអ្នកមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ Medicare អាចទូទាត់ថ្លៃឱសថរបស់អ្នករហូតដល់ 75% ឬច្រើនជាងនេះ រួមទាំងថ្លៃធានារ៉ាប់រងលើគម្រោងឱសថ ប្រាក់បង់មុន និងការធានារ៉ាប់រងរួមប្រចាំឆ្នាំ។ ដូចគ្នានេះផងដែរ អ្នកដែលមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់នឹងមិនមានការពិន័យចំពោះការចុះឈ្មោះយឺតយ៉ាវទេ។ ដើម្បីមើលថា តើអ្នកមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ឬអត់ សូមទូរសព្ទទៅ៖
 - o 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)។ អ្នកប្រើ TTY អាចទូរសព្ទទៅលេខ 1-877-486-2048 បាន 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។
 - o ទូរសព្ទទៅសន្តិសុខសង្គមតាមរយៈលេខ 1-800-772-1213 ចន្លោះម៉ោង 8 a.m. ដល់ម៉ោង 7 p.m. ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រសម្រាប់តំណាង។ សារស្វ័យប្រវត្តិអាចរកបាន 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ។ អ្នកប្រើ TTY អាចទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-325-0778។
 - o ការិយាល័យ Medicaid រដ្ឋរបស់អ្នក។

- **ជំនួយចែករំលែកតម្លៃតាមវេជ្ជបញ្ជាសម្រាប់អ្នកមាន HIV/AIDS**
• AIDS Drug Assistance Program (ADAP) ជួយធានាថា បុគ្គលដែលមានសិទ្ធិទទួលបាន ADAP ដែលកំពុងរស់នៅជាមួយ HIV/AIDS មានសិទ្ធិទទួលបានថ្នាំព្យាបាលសង្គ្រោះជីវិតពី HIV។ ដើម្បីមានសិទ្ធិទទួលបាន ADAP ដែលប្រតិបត្តិការនៅក្នុងរដ្ឋរបស់អ្នក បុគ្គលត្រូវតែបំពេញតាមលក្ខណវិនិច្ឆ័យមួយចំនួន រួមទាំងភស្តុតាងនៃលំនៅឋានក្នុងរដ្ឋ និងស្ថានភាពផ្ទុក HIV មានប្រាក់ចំណូលទាបដូចដែលបានកំណត់ដោយរដ្ឋ និងស្ថានភាពគ្មានការធានារ៉ាប់រង/ក្រោមការធានារ៉ាប់រង។ ឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជារបស់ Medicare Part D ដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយ ADAP ក៏មានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ជំនួយចំណែកចូលរួមបង់ប្រាក់តាមរយៈ Office of AIDS ផងដែរ។ សម្រាប់ព័ត៌មានអំពីលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យនៃសិទ្ធិទទួលបាន ឱសថដែលបានធានារ៉ាប់រងរបៀបចុះឈ្មោះក្នុងកម្មវិធីនេះ ឬរបៀបបន្តទទួលបានជំនួយ ប្រសិនបើបច្ចុប្បន្នអ្នកបានចុះឈ្មោះ សូមទូរសព្ទទៅ (916) 449-5900។ នៅពេលហៅទូរសព្ទមក ត្រូវប្រាកដថាជូនដំណឹងដល់ពួកគេអំពីឈ្មោះគម្រោង Medicare Part D ឬលេខបណ្ណធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នក។
- **Medicare Prescription Payment Plan** Medicare Prescription Payment Plan គឺជាជម្រើសបង់ប្រាក់ដែលដំណើរការជាមួយការធានារ៉ាប់រងលើថ្លៃឱសថបច្ចុប្បន្នរបស់អ្នកដើម្បីជួយអ្នកគ្រប់គ្រងថ្លៃចំណាយចេញពីហោប៉ៅរបស់អ្នកសម្រាប់ថ្លៃឱសថដែលធានារ៉ាប់រងដោយគម្រោងរបស់យើងដោយចែកចាយវានៅទូទាំងឆ្នាំតាមប្រតិទិន (ខែមករា ដល់ខែធ្នូ)។ អ្នកណាម្នាក់ដែលមានគម្រោងឱសថរបស់ Medicare ឬគម្រោងសុខភាពរបស់ Medicare ដែលមានការធានារ៉ាប់រងលើឱសថ (ដូចជាគម្រោង Medicare Advantage ដែលមានការធានារ៉ាប់រងលើឱសថ) អាចប្រើជម្រើសបង់ប្រាក់នេះបាន។

ជម្រើសបង់ប្រាក់នេះអាចជួយអ្នកគ្រប់គ្រងការចំណាយរបស់អ្នក ប៉ុន្តែវាមិនសន្សំប្រាក់ ឬបញ្ចុះថ្លៃឱសថរបស់អ្នកទេ។

- កម្មវិធី Extra Help ពី Medicare និងជំនួយពី SPAP និង ADAP របស់អ្នក សម្រាប់អ្នកដែលមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ គឺមាន អត្ថប្រយោជន៍ច្រើនជាងការចូលរួមក្នុង Medicare Prescription Payment Plan ។ សមាជិកទាំងអស់មានសិទ្ធិចូលរួមក្នុង Medicare Prescription Payment Plan ដោយមិនគិតពីកម្រិតប្រាក់ចំណូល។ ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពីជម្រើសទូទាត់ប្រាក់នេះ សូមទូរសព្ទមក យើងខ្ញុំតាមរយៈលេខ (866) 314-2427 (អ្នកប្រើប្រាស់ TTY សូម ទូរសព្ទទៅលេខ 711) ឬចូលមើលគេហទំព័រ www.Medicare.gov។

ផ្នែកទី 5 មានសំណួរឬ?

ផ្នែកទី 5.1 ទទួលបានជំនួយពីគម្រោង Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP)

- សូមទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិកតាមរយៈលេខ (866) 314-2427។ (TTY តែប៉ុណ្ណោះ ហៅទៅលេខ 711។)

អ្នកអាចទូរសព្ទមកយើងខ្ញុំនៅម៉ោងធ្វើការគឺ ចាប់ពីថ្ងៃទី 1 ខែតុលា ដល់ ថ្ងៃទី 31 ខែមីនា ចាប់ពីម៉ោង 8 a.m. ដល់ម៉ោង 8 p.m. ម៉ោងក្នុងស្រុក 7 ថ្ងៃ ក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ចាប់ពីថ្ងៃទី 1 ខែមេសា ដល់ថ្ងៃទី 30 ខែកញ្ញា ពីថ្ងៃចន្ទ – ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8 a.m. ដល់ម៉ោង 8 p.m. ម៉ោងក្នុងស្រុក។ ការហៅទៅកាន់ លេខទាំងនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។

• **សូមអាន ភស្តុតាងបញ្ជាក់ការធានារ៉ាប់រងឆ្នាំ 2026 របស់អ្នក**

សេចក្តីជូនដំណឹងប្រចាំឆ្នាំអំពីការផ្លាស់ប្តូរ នេះផ្តល់ជូនសេចក្តីសង្ខេប នៃការផ្លាស់ប្តូរចំពោះអត្ថប្រយោជន៍ និងថ្លៃចំណាយរបស់អ្នកសម្រាប់ឆ្នាំ 2026។ សម្រាប់ព័ត៌មានលម្អិត សូមចូលទៅកាន់ ភស្តុតាងបញ្ជាក់ការធានារ៉ាប់រង ឆ្នាំ 2026 សម្រាប់គម្រោង Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP)។ ភស្តុតាងបញ្ជាក់ការធានារ៉ាប់រងគឺជាការពិពណ៌នា លម្អិតតាមផ្លូវច្បាប់អំពីអត្ថប្រយោជន៍គម្រោងរបស់អ្នក។ វាពន្យល់ពីសិទ្ធិ របស់លោកអ្នក និងវិន័យផ្សេងៗដែលលោកអ្នកត្រូវតែអនុវត្តតាមដើម្បី ទទួលបានសេវាដែលបានធានារ៉ាប់រង និងឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជា។ ទទួល បាន ភស្តុតាងបញ្ជាក់ការធានារ៉ាប់រង នៅលើគេហទំព័ររបស់យើងតាមរយៈ centralhealthplan.com ឬទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិកតាមរយៈ លេខ (866) 314-2427 (អ្នកប្រើ TTY សូមទូរសព្ទទៅលេខ 711) ដើម្បី ស្នើសុំឱ្យយើងខ្ញុំផ្ញើច្បាប់ចម្លងជូនអ្នកតាមប្រៃសណីយ៍។

• **ចូលទៅកាន់គេហទំព័រ centralhealthplan.com**

គេហទំព័ររបស់យើងមានព័ត៌មានចុងក្រោយបំផុតអំពីបណ្តាញអ្នកផ្តល់ សេវារបស់យើង (សៀវភៅរាយឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា/សៀវភៅរាយឈ្មោះ ឱសថស្ថាន) និង បញ្ជីឱសថដែលបានធានារ៉ាប់រងរបស់យើង (បញ្ជីឈ្មោះ ឱសថ/បញ្ជីឱសថ)។

ផ្នែកទី 5.2 ទទួលបានការប្រឹក្សាយោបល់ដោយឥតគិតថ្លៃអំពី Medicare

State Health Insurance Assistance Program (SHIP) គឺជាកម្មវិធីរដ្ឋាភិបាលឯករាជ្យមួយដែលមានអ្នកប្រឹក្សាដែលត្រូវបានបណ្តុះបណ្តាលនៅគ្រប់រដ្ឋ។ នៅរដ្ឋ California កម្មវិធី SHIP ត្រូវបានហៅថា Ventura County: Ventura County Area Agency on Aging។

ទូរសព្ទទៅខោនធី Ventura: Ventura County Area Agency on Aging ដើម្បីទទួលបានការប្រឹក្សាអំពីការធានារ៉ាប់រងសុខភាពផ្ទាល់ខ្លួន។ ពួកគេអាចជួយអ្នកឱ្យយល់អំពីជម្រើសគម្រោង Medicare និង Medicaid របស់អ្នក ហើយឆ្លើយសំណួរអំពីការប្តូរគម្រោង។ ទូរសព្ទទៅខោនធី Ventura: Ventura County Area Agency on Aging នៅខោនធី Ventura: (805) 477-7310។ ស្វែងយល់បន្ថែមអំពីខោនធី Ventura: Ventura County Area Agency on Aging ដោយចូលទៅកាន់គេហទំព័រ (<https://www.aging.ca.gov/hicap>)។

ផ្នែកទី 5.3 ទទួលបានជំនួយពី Medicare

- **ទូរសព្ទទៅ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**

អ្នកអាចហៅទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ អ្នកប្រើ TTY អាចទូរសព្ទទៅលេខ 1-877-486-2048។

- **ជជែកផ្ទាល់ជាមួយ www.Medicare.gov**

អ្នកអាចជជែកបន្តផ្ទាល់នៅគេហទំព័រ www.Medicare.gov/talk-to-someone

- **សរសេរទៅកាន់ Medicare**

អ្នកអាចសរសេរទៅកាន់ Medicare នៅ PO Box 1270, Lawrence, KS 66044

- **ចូលមើលគេហទំព័រ www.Medicare.gov**

គេហទំព័រ Medicare ផ្តល់ការមានព័ត៌មានអំពីថ្លៃចំណាយ ការធានារ៉ាប់រង និងការវាយតម្លៃគុណភាពដោយដាក់សញ្ញាផ្តោត ដើម្បីជួយអ្នកប្រៀបធៀប គម្រោងសុខភាព Medicare នៅក្នុងតំបន់របស់អ្នក។

- **សូមអាន *Medicare & You* ឆ្នាំ 2026**

សៀវភៅណែនាំ *Medicare & You* ឆ្នាំ 2026 ត្រូវបានធ្វើតាមប្រែសម្រួល ទៅកាន់អ្នកដែលមាន Medicare រាល់រដូវកាលឆ្នាំ។ វាមានសេចក្តីសង្ខេបនៃអត្ថប្រយោជន៍ Medicare សិទ្ធិ និងការការពារ និងចម្លើយចំពោះសំណួរដែលសួរញឹកញាប់បំផុតអំពី Medicare ។ ទទួលបានច្បាប់ចម្លងមួយច្បាប់តាមរយៈគេហទំព័រ www.Medicare.gov ឬតាមរយៈការហៅទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)។ អ្នកប្រើ TTY អាចទូរសព្ទទៅលេខ 1-877-486-2048។

ផ្នែកទី 5.4 ទទួលបានជំនួយពី Medicaid

សូមទូរសព្ទទៅ California Department of Health Care Services តាមរយៈលេខ (916) 449-5000។ អ្នកប្រើ TTY 711។

ការថែទាំសុខភាពសំខាន់ៗបន្ថែម និង ព័ត៌មាន អំពីធនធានសមាជិក

- ការជូនដំណឹងតាមអេឡិចត្រូនិក (ELN) - របៀបទទួលបានឯកសារសំខាន់ៗ
- ការជូនដំណឹងអំពីការមិនរើសអើង (NDN) - ផ្នែក 1557
- សេចក្តីជូនដំណឹងអំពីភាពអាចរកបាន (NOA) - សេវាជំនួយភាសា
- សេចក្តីជូនដំណឹងអំពីការអនុវត្តឯកជនភាព (NPP)

របៀបទទួលបានឯកសារ សំខាន់ៗអំពីគម្រោង



អ្នកមានសារៈសំខាន់ចំពោះយើងខ្ញុំ! យើងខ្ញុំនឹងធ្វើឱ្យមានភាពងាយស្រួលសម្រាប់អ្នកក្នុងការទទួលបានព័ត៌មានដែលអ្នកត្រូវការ។ មើលឯកសារសំខាន់ៗរបស់គម្រោងតាមអនឡាញ ហើយស្វែងរកអ្នកផ្តល់សេវា ឬឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញមួយ។ អ្នកក៏អាចរកមើលឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកបានគ្រប់ពេលវេលា គ្រប់ទីកន្លែង ពីគ្រប់ឧបករណ៍។ ឯកសារគម្រោងឆ្នាំ 2026 របស់អ្នកដូចជា ភស្តុតាងបញ្ជាក់ការធានារ៉ាប់រង បញ្ជីឈ្មោះឱសថ និងសៀវភៅរាយឈ្មោះឱសថស្ថាន/អ្នកផ្តល់សេវា នឹងអាចរកបានតាមអនឡាញគិតត្រឹមថ្ងៃទី 15 ខែតុលា ឆ្នាំ 2025។

ចាប់ផ្តើមដឹងអំពីឯកសារគម្រោងរបស់អ្នក

- **ភស្តុតាងបញ្ជាក់ពីការធានារ៉ាប់រង (EOC)៖** ការណែនាំអំពីអ្វីដែលធានារ៉ាប់រងនៅក្រោមគម្រោងរបស់អ្នក។ វាមានព័ត៌មានលម្អិតអំពីអត្ថប្រយោជន៍គម្រោងរបស់អ្នក និងការធានារ៉ាប់រង សិទ្ធិរបស់សមាជិក និងច្រើនទៀត។
- **បញ្ជីឱសថដែលធានារ៉ាប់រង (បញ្ជីឱសថ)៖** បញ្ជីឱសថដែលបានធានារ៉ាប់រងក្រោមគម្រោងរបស់អ្នក។
- **សៀវភៅរាយឈ្មោះឱសថស្ថាន/អ្នកផ្តល់សេវា៖** បញ្ជីនៃបណ្តាញវេជ្ជបណ្ឌិត អ្នកឯកទេស និងឱសថស្ថានដែលមានលេខទូរសព្ទ និងអាសយដ្ឋាន។ អ្នកអាចស្វែងរកអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ ឬឱសថស្ថានដោយប្រើសៀវភៅរាយឈ្មោះតាមអនឡាញរបស់យើងតាមគេហទំព័រ CentralHealthPlan.com/doctor ។
- **សេចក្តីជូនដំណឹងអំពីការអនុវត្តក្នុងកជនភាព៖** សេចក្តីជូនដំណឹងនេះពិពណ៌នាអំពីរបៀបដែលព័ត៌មានវេជ្ជសាស្ត្រអំពីអ្នកអាចត្រូវបានប្រើប្រាស់ និងបង្ហាញ ព្រមទាំងរបៀបដែលអ្នកអាចទទួលបានព័ត៌មាននេះ។ វាស្ថិតនៅលើគេហទំព័ររបស់យើង CentralHealthPlan.com/chp/Member/PrivacyNotice ។

របៀបមើល ឬស្នើសុំច្បាប់ចម្លងនៃឯកសារគម្រោង



អនឡាញតាមរយៈ: CentralHealthPlan.com

មើល ឬទាញយកច្បាប់ចម្លងនៃឯកសារគម្រោងរបស់អ្នកតាមអនឡាញបានគ្រប់ពេលគ្រប់ទីកន្លែង។ ប្រើឧបករណ៍ណាមួយក៏បានដូចជាកុំព្យូទ័រ ថេប្លេត ឬទូរសព្ទចល័ត។ ឯកសារផែនការឆ្នាំ 2026 របស់អ្នកនឹងមាននៅលើអនឡាញត្រឹមថ្ងៃទី 15 ខែតុលា ឆ្នាំ 2025។



អនឡាញតាមរយៈ: MyCHPportal.com ។

ចូលមើលផតថលសមាជិក ដែលបម្រើសេវាដោយខ្លួនឯងរបស់យើងដើម្បីមើលឯកសារគម្រោងរបស់អ្នកតាមអនឡាញបាន 24/7 ឬស្វែងរកអ្នកផ្តល់សេវា ឬឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញមួយ។ ចុះឈ្មោះចូលក្នុងផតថលសមាជិករបស់អ្នក ឬបង្កើតគណនីមួយតាមរយៈគេហទំព័រ MyCHPportal.com ។ ចុចពាក្យថា "Create an Account" (បង្កើតគណនីមួយ) ហើយអនុវត្តពីមួយជំហានទៅមួយជំហាន តាមការណែនាំដើម្បីចុះឈ្មោះចូល។



ទូរសព្ទទៅលេខឥតគិតថ្លៃ

សូមប្រាប់ឱ្យយើងខ្ញុំឱ្យបានដឹង ប្រសិនបើអ្នកមិនអាចចូលប្រើប្រាស់កុំព្យូទ័របាន ឬប្រសិនបើអ្នកចង់ឱ្យយើងផ្ញើច្បាប់ចម្លងដែលបានបោះពុម្ពនៃ EOC ឬសៀវភៅរាយឈ្មោះឱសថស្ថាន/អ្នកផ្តល់សេវាតាមប្រៃសណីយ៍ទៅអ្នក។ ដើម្បីស្នើសុំច្បាប់ចម្លងដែលបានបោះពុម្ពនៃឯកសារគម្រោង សូមទូរសព្ទទៅសេវាបម្រើសមាជិកដោយឥតគិតថ្លៃតាមរយៈលេខដែលមាននៅខាងក្រោយបណ្តសម្គាល់សមាជិករបស់អ្នក ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ចាប់ពីម៉ោង 8 a.m. ដល់ 8 p.m. ម៉ោងក្នុងស្រុក។

យើងខ្ញុំនៅទីនេះដើម្បីជួយ

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរអំពីអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នក ឬត្រូវការជំនួយក្នុងការស្វែងរកអ្នកផ្តល់សេវា ឬឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញ សូមទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិកដោយឥតគិតថ្លៃតាមលេខដែលមាននៅខាងក្រោយបណ្តសម្គាល់សមាជិករបស់អ្នក។

**សេចក្តីជូនដំណឹងអំពីការមិនរើសអើង
ផ្នែក 1557
គម្រោង Central Health**



ការរើសអើងគឺជួយនឹងច្បាប់។ Central Health Plan អនុវត្តតាមច្បាប់រដ្ឋ និងច្បាប់សិទ្ធិស៊ីវិលសហព័ន្ធ។ គម្រោង Central Health Plan មិនរើសអើង យ៉ាងខុសច្បាប់ ដោយមិនរាប់បញ្ចូលមនុស្ស ឬប្រព្រឹត្តលើពួកគេផ្សេងគ្នា ដោយសារតែភេទ ពូជសាសន៍ ពណ៌សម្បុរ សាសនា ពូជពង្ស ដើមកំណើត ជាតិសាសន៍ ការកំណត់អត្តសញ្ញាណក្រុមជនជាតិ អាយុ ពិការភាពផ្លូវចិត្ត ពិការភាពរាងកាយ លក្ខខណ្ឌវេជ្ជសាស្ត្រ ព័ត៌មានអំពីហ្វេន ស្ថានភាពអាពាហ៍ ពិពាហ៍ យេនឌ័រ អត្តសញ្ញាណយេនឌ័រ ឬទំនោរផ្លូវភេទ។

គម្រោង Central Health Plan ផ្តល់ជូន៖

- ជំនួយ និងសេវាកម្មគិតថ្លៃទាន់ពេលវេលាដល់ជនមានពិការភាពដើម្បី ជួយពួកគេឱ្យទំនាក់ទំនងកាន់តែប្រសើរឡើង ដូចជា៖
 - អ្នកបកប្រែភាសាសញ្ញាដែលមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់
 - ព័ត៌មានដែលបានសរសេរជាទម្រង់ផ្សេងទៀត (អក្សរពុម្ពធំ ជាសំឡេង ទម្រង់អេឡិចត្រូនិកដែលអាចចូលប្រើបាន ទម្រង់ផ្សេងៗទៀត)
- សេវាភាសាដោយឥតគិតថ្លៃទាន់ពេលវេលាដល់មនុស្សដែលភាសាដើម របស់ពួកគេមិនមែនជាភាសាអង់គ្លេស ដូចជា៖
 - អ្នកបកប្រែជំនាញ
 - ព័ត៌មានជាលាយលក្ខណ៍អក្សរជាភាសាផ្សេង

ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការសេវាកម្មទាំងនេះ សូមទាក់ទងគម្រោង Central Health Plan ពីម៉ោង 8 a.m. ដល់ម៉ោង 8 p.m. ដោយទូរសព្ទទៅលេខ

(866) 314-2427។ ប្រសិនបើអ្នកមិនអាចស្តាប់ឮ ឬនិយាយបានល្អ សូមទូរសព្ទទៅលេខ 711។ តាមការស្នើសុំ ឯកសារនេះអាចរកបានសម្រាប់អ្នកក្នុងទម្រង់អក្សរស្នាបសម្រាប់ជនពិការភ្នែក អក្សរពុម្ពខ្នាតធំ អូឌីយ៉ូ ឬទម្រង់អេឡិចត្រូនិក។ ដើម្បីទទួលបានច្បាប់ចម្លងជាទម្រង់ជំនួសណាមួយ សូមទូរសព្ទ ឬសរសេរទៅកាន់៖

Central Health Plan

Civil Rights Coordinator

200 Oceangate, Suite 100

Long Beach, CA 90802

តាមរយៈទូរសព្ទ៖ 1-866-606-3889។ ប្រសិនបើអ្នកមិនអាចស្តាប់ឮ ឬនិយាយបានល្អ សូមទូរសព្ទទៅលេខ 711។

របៀបដាក់បណ្តឹងសាទុក្ខ

ប្រសិនបើអ្នកជឿថា Central Health Plan បានបរាជ័យក្នុងការផ្តល់សេវាទាំងនេះ ឬរើសអើសដោយខុសច្បាប់ក្នុងរូបភាពដទៃទៀតដោយផ្អែកលើភេទ ពូជសាសន៍ ពណ៌សម្បុរ សាសនា ពូជពង្ស ដើមកំណើតជាតិសាសន៍ ការកំណត់អត្តសញ្ញាណក្រុមជនជាតិ អាយុ ពិការភាពផ្លូវចិត្ត ពិការភាពរាងកាយ លក្ខខណ្ឌវេជ្ជសាស្ត្រ ព័ត៌មានអំពីហ្វែន ស្ថានភាពអាពាហ៍ពិពាហ៍ យេនឌ័រ អត្តសញ្ញាណយេនឌ័រ ឬទំនោរផ្លូវភេទ អ្នកអាចដាក់បណ្តឹងសាទុក្ខជាមួយអ្នកសម្របសម្រួលសិទ្ធិស៊ីវិលរបស់ Central Health Plan បាន។ អ្នកអាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងតាមទូរសព្ទ ជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ ដោយផ្ទាល់ ឬតាមអេឡិចត្រូនិក៖

- **តាមរយៈទូរសព្ទ៖** អ្នកសម្របសម្រួលសិទ្ធិស៊ីវិលរបស់ Central Health Plan ចាប់ពីម៉ោង 8:30 a.m. ដល់ ម៉ោង 5:30 p.m. ដោយទូរសព្ទទៅលេខ 1-866-606-3889។ ឬ ប្រសិនបើអ្នកមិនអាចស្តាប់ឮ ឬនិយាយបានល្អ សូមទូរសព្ទទៅលេខ 711។

- **តាមការសរសេរសំបុត្រ៖** បំពេញទម្រង់បែបបទនៃបណ្តឹងតវ៉ា ឬ សរសេរលិខិត ហើយផ្ញើទៅកាន់៖

Central Health Plan
Civil Rights Coordinator
200 Oceangate, Suite 100
Long Beach, CA 90802

- ដោយផ្ទាល់៖ សូមទៅកាន់ការិយាល័យវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក ឬ Central Health Plan ហើយនិយាយថាអ្នកចង់ដាក់ពាក្យបណ្តឹងសាទុក្ខ។
- អេឡិចត្រូនិក៖ ផ្ញើអ៊ីមែលទៅ Civil.Rights@MolinaHealthcare.com។ អ្នកក៏អាចចូលទៅកាន់គេហទំព័ររបស់ Central Health Plan តាម MolinaHealthcare.Alertline.com ។

OFFICE OF CIVIL RIGHTS – CALIFORNIA DEPARTMENT OF HEALTH CARE SERVICES

អ្នកក៏អាចដាក់បណ្តឹងតវ៉ាផ្នែកសិទ្ធិស៊ីវិលទៅកាន់ California Department of Health Care Services, Office of Civil Rights តាមរយៈទូរសព្ទ ជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ ឬតាមរយៈប្រព័ន្ធអេឡិចត្រូនិកបានផងដែរ៖

- **តាមរយៈទូរសព្ទ៖** សូមទូរសព្ទទៅកាន់លេខ 1-916-440-7370។ ប្រសិនបើអ្នកមិនអាចនិយាយ ឬស្តាប់បានល្អ សូមទូរសព្ទទៅលេខ 711 (សេវាបញ្ជូនបន្តរបស់ទូរគមនាគមន៍)។
- **តាមការសរសេរសំបុត្រ៖** បំពេញទម្រង់បែបបទពាក្យបណ្តឹងតវ៉ា ឬផ្ញើលិខិតទៅកាន់៖
Deputy Director, Office of Civil Rights
Department of Health Care Services
Office of Civil Rights
P.O. Box 997413
Sacramento, CA 95899-7413

ទម្រង់បែបបទនៃបណ្តឹងតវ៉ាមាននៅលើគេហទំព័រ
DHCS.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx។

- **អេឡិចត្រូនិក៖** ផ្ញើអ៊ីមែលទៅ CivilRights@dhcs.ca.gov។

OFFICE OF CIVIL RIGHTS – U.S DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES

ប្រសិនបើអ្នកជឿថាអ្នកត្រូវបានរើសអើងដោយផ្អែកលើពូជសាសន៍ ពណ៌ សម្បុរ ដើមកំណើតជាតិសាសន៍ អាយុ ពិការភាព ឬភេទ អ្នកអាចដាក់ពាក្យ បណ្តឹងសិទ្ធិស៊ីវិល (បណ្តឹងសាទុក្ខ) មកកាន់ U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights តាមរយៈទូរសព្ទ ជា លាយលក្ខណ៍អក្សរ ឬតាមអេឡិចត្រូនិក៖

- **តាមរយៈទូរសព្ទ៖** សូមទូរសព្ទទៅកាន់លេខ 1-800-368-1019។ ប្រសិនបើអ្នកមិនអាចនិយាយ ឬស្តាប់បានល្អ សូមទូរសព្ទទៅ TTY/TDD៖ 1-800-537-7697។
- **តាមការសរសេរសំបុត្រ៖** បំពេញទម្រង់បែបបទពាក្យបណ្តឹងតវ៉ា ឬផ្ញើ លិខិតទៅកាន់៖
U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201

ទម្រង់បែបបទនៃបណ្តឹងតវ៉ាមាននៅលើគេហទំព័រ
HHS.gov/ocr/office/file/index.html។

- **អេឡិចត្រូនិក៖** សូមចូលទៅកាន់ផតថលបណ្តឹងតវ៉ារបស់ការិយាល័យ សិទ្ធិស៊ីវិលតាមរយៈ OCRportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf។

Notice of Availability/Taglines – Section 1557 Central Health Plan

Notice of Availability of Language Assistance Services and Auxiliary Aids and Services

English

ATTENTION: If you need help in your language call 1-866-314-2427(TTY: 711). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call 1-866-314-2427(TTY: 711). These services are free of charge.

العربية (Arabic)

يرجى الانتباه: إذا احتجت إلى المساعدة بلغتك، فاتصل بـ 1-866-314-2427، (وبالنسبة لمستخدمي الهاتف النصي TTY: يمكنهم الاتصال على 711). تتوفر أيضًا المساعدات والخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل المستندات المكتوبة بطريقة بريـل والخط الكبير، اتصل بـ 1-866-314-2427 (وبالنسبة لمستخدمي الهاتف النصي TTY: يمكنهم الاتصال على 711). هذه الخدمات مجانية.

Հայերեն (Armenian)

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ. Եթե ձեզ հարկավոր է աջակցություն ձեր լեզվով, ապա զանգահարեք 1-866-314-2427 (TTY՝ 711) հեռախոսահամարով: Հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար գործում են նաև օժանդակ միջոցներ ու

Notice of Availability/Taglines – Section 1557 Central Health Plan

Ծանայություններ, օրինակ՝ Բրայլի գրատիպով ու խոշորատառ տպատառով տրամադրվող նյութեր։ Տվյալ դեպքում զանգահարեք 1-866-314-2427 (TTY՝ 711)՝ հեռախոսահամարով։ Ծանայությունները գործում են անվճար։

ខ្មែរ (Cambodian)

ចំណាំ៖ បើអ្នកត្រូវការជំនួយជាភាសារបស់អ្នក
សូមទូរសព្ទទៅលេខ 1-866-314-2427(TTY: 711)។
ជំនួយ និងសេវាកម្មសម្រាប់ជនពិការ
ដូចជាឯកសារសរសេរជាអក្សរផុសសម្រាប់ជនពិការភ្នែក
ឬឯកសារសរសេរជាអក្សរពុម្ពធំ ក៏អាចរកបានផងដែរ។
ទូរសព្ទមកលេខ 1-866-314-2427(TTY: 711)។
សេវាកម្មទាំងនេះមិនគិតថ្លៃឡើយ។

简体中文 (Chinese)

请注意：如果您需要以您的语言提供帮助，请致电
1-866-314-2427(TTY: 711)。另外还提供针对残疾人
的辅助工具和服务，例如盲文文件和大字体文件。
请致电 1-866-314-2427(TTY: 711)。这些服务均免
费提供。

Notice of Availability/Taglines – Section 1557 Central Health Plan

فارسی (Farsi)

توجه: اگر می‌خواهید به زبان خود راهنمایی دریافت کنید، با (711) 1-866-314-2427 (TTY: 711) تماس بگیرید. کمکها و خدمات مخصوص افراد دارای معلولیت، مانند نسخه‌هایی به خط بریل و چاپ درشت، نیز موجود است. با (711) 1-866-314-2427 (TTY: 711) تماس بگیرید. این خدمات رایگان ارائه می‌شوند.

हिंदी (Hindi)

ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा में सहायता की आवश्यकता है तो 1-866-314-2427 (TTY: 711) पर कॉल करें। अशक्तता वाले लोगों के लिए सहायता और सेवाएं, जैसे ब्रेल और बड़े प्रिंट में भी दस्तावेज़ उपलब्ध हैं। 1-866-314-2427 (TTY: 711) पर कॉल करें। ये सेवाएं निशुल्क हैं।

Hmoob (Hmong)

CEEB TOOM: Yog koj xav tau kev pab txhais koj hom lus hu rau 1-866-314-2427 (TTY: 711). Tsis tas li ntawd, kuj tseem muaj cov kev pab txhawb thiab kev pab cuam rau cov neeg xiam oob qhab, xws li cov ntawv su thiab luam tawm ua tus ntawv loj. Hu rau 1-866-314-2427 (TTY: 711). Cov kev pab cuam no yog pab dawb xwb.



Notice of Availability/Taglines – Section 1557 Central Health Plan

日本語 (Japanese)

注記：日本語での対応が必要な場合は 1-866-314-2427 (TTY: 711) までお電話ください。点字の資料や文字の拡大表示など、障がいをお持ちの方のためのサービスもご用意しております。

1-866-314-2427(TTY: 711)までお電話ください。これらのサービスは無料です。

Notice of Availability/Taglines – Section 1557 Central Health Plan

한국어 (Korean)

알림: 귀하의 언어로 도움을 받고 싶으시면
1-866-314-2427 (TTY: 711)번으로 전화하십시오.
점자나 큰 활자로 된 문서와 같이 장애가 있는
분들을 위한 지원 및 서비스도 이용하실 수
있습니다. 1-866-314-2427(TTY: 711)번으로
전화하십시오. 이러한 서비스는 무료로 제공됩니다.

ພາສາລາວ (Laotian)

ປະກາດ:

ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອເປັນພາສາຂອງທ່ານໃນ
ຫ້າໂທຫາເບີ 1-866-314-2427(TTY: 711).

ນອກນີ້ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ

ການບໍລິການສໍາລັບຄົນພິການ ເຊັ່ນ:

ເອກະສານທີ່ເປັນອັກສອນນູນແລະມີໂຕພິມໃຫຍ່

ໃຫ້ໂທຫາເບີ 1-866-314-2427(TTY: 711).

ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ແມ່ນຟຣີ.

Notice of Availability/Taglines – Section 1557 Central Health Plan

Mien

LONGC HNYOUV JANGX LONGX OC: Beiv taux meih qiemx longc mienh tengx faan benx meih nyei waac nor douc waac daaih lorx taux 1-866-314-2427(TTY: 711). Liouh lorx jauv-louc tengx aengx caux nzie gong bun taux ninh mbuo wuaaic fangx mienh, beiv taux longc benx nzangc-pokc bun hluo mbiutc aengx caux aamz mborqv benx domh sou se mbenc nzoih bun longc. Douc waac daaih lorx 1-866-314-2427(TTY: 711). Naaiv deix nzie weih gong-bou jauv-louc se benx wang-henh tengx mv zuqc cuotv nyaanh oc.

ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi)

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਤਾਂ 1-866-314-2427(TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਅਪਾਹਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬੋਲ ਅਤੇ ਮੋਟੀ ਛਪਾਈ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। 1-866-314-2427(TTY: 711)'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫਤ ਹਨ।

Notice of Availability/Taglines – Section 1557 Central Health Plan

Русский (Russian)

ВНИМАНИЕ! Если вам нужна помощь на вашем родном языке, звоните по номеру 1-866-314-2427(TTY: 711). Также предоставляются средства и услуги для людей с ограниченными возможностями, например документы крупным шрифтом или шрифтом Брайля. Звоните по номеру 1-866-314-2427(TTY: 711). Такие услуги = бесплатны.

Español (Spanish)

ATENCIÓN: si necesita ayuda en su idioma, llame al 1-866-314-2427(TTY: 711). También ofrecemos asistencia y servicios para personas con discapacidades, como documentos en braille y con letras grandes. Llame al 1-866-314-2427(TTY: 711). Estos servicios son gratuitos.

Tagalog (Filipino)

ATENSIYON: Kung kailangan mo ng tulong sa iyong wika, tumawag sa 1-866-314-2427(TTY: 711). Mayroon ding mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, tulad ng mga dokumento sa braille at malaking print. Tumawag sa 1-866-314-2427(TTY: 711). Libre ang mga serbisyonang ito.

Notice of Availability/Taglines – Section 1557 Central Health Plan

ภาษาไทย (Thai)

โปรดทราบ:

หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ
กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข 1-866-314-2427(TTY:
711) นอกจากนี้ ยังพร้อมให้ความช่วยเหลือและบริการต่าง
ๆ สำหรับบุคคลที่มีความพิการ เช่น เอกสารต่าง ๆ
ที่เป็นอักษรเบรลล์และเอกสารที่พิมพ์ด้วยตัวอักษรขนาดใหญ่
กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข 1-866-314-2427(TTY:
711) ไม่มีค่าใช้จ่ายสำหรับบริการเหล่านี้

Українська (Ukrainian)

УВАГА! Якщо вам потрібна допомога вашою
рідною мовою, телефонуйте на номер
1-866-314-2427(TTY: 711). Люди з обмеженими
можливостями також можуть скористатися
допоміжними засобами й послугами, наприклад
отримати документи, надруковані шрифтом
Брайля та великим шрифтом. Телефонуйте на
номер 1-866-314-2427(TTY: 711). Ці послуги
безкоштовні.



Notice of Availability/Taglines – Section 1557 Central Health Plan

Tiếng Việt (Vietnamese)

CHÚ Ý: Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình, vui lòng gọi số 1-866-314-2427 (TTY: 711). Chúng tôi cũng hỗ trợ và cung cấp các dịch vụ dành cho người khuyết tật, như tài liệu bằng chữ nổi Braille và chữ khổ lớn (chữ hoa). Vui lòng gọi số 1-866-314-2427 (TTY: 711). Các dịch vụ này đều miễn phí.

សេចក្តីជូនដំណឹងអំពីការអនុវត្តឯកជនភាព

សេចក្តីជូនដំណឹងនេះពិពណ៌នាអំពីរបៀបដែលព័ត៌មានវេជ្ជសាស្ត្រអំពីអ្នកអាចត្រូវបានប្រើប្រាស់ និងបង្ហាញ ព្រមទាំងរបៀបដែលអ្នកអាចទទួលបានព័ត៌មាននេះ។ សូមពិនិត្យឡើងវិញដោយយកចិត្តទុកដាក់។

សេចក្តីជូនដំណឹងនេះពិពណ៌នាអំពីការអនុវត្តឯកជនភាពនៃគម្រោងសុខភាពដែលពាក់ព័ន្ធរបស់ Molina Healthcare (ហៅកាត់ថា “**Molina**” “**យើង**” ឬ “**របស់យើង**”)។ យើងប្រើប្រាស់ និងចែករំលែកព័ត៌មានសុខភាពដែលមានការការពារ (“**PHI**”) អំពីអ្នកដើម្បីផ្តល់អត្ថប្រយោជន៍សុខភាពរបស់អ្នកក្នុងនាមជាសមាជិករបស់ Molina។ យើងប្រើប្រាស់ និងចែករំលែកព័ត៌មាន PHI របស់អ្នក ដើម្បីអនុវត្តការព្យាបាល ការទូទាត់ និងប្រតិបត្តិការថែទាំសុខភាព។ យើងក៏ប្រើ និងចែករំលែកព័ត៌មាន PHI របស់អ្នកផងដែរ សម្រាប់មូលហេតុដទៃតាមការតម្រូវ និងអនុញ្ញាតដោយច្បាប់។ យើងខ្ញុំមានភារកិច្ចដើម្បីរក្សាព័ត៌មានសុខភាពលោកអ្នកជាឯកជន និងធ្វើតាមលក្ខខណ្ឌចែងក្នុងសេចក្តីជូនដំណឹងនេះ។ កាលបរិច្ឆេទចូលជាធរមានចំពោះសេចក្តីជូនដំណឹងនេះគឺថ្ងៃទី 1 ខែមករា ឆ្នាំ 2026។

PHI គឺជាព័ត៌មានសុខភាពដែលរួមបញ្ចូលឈ្មោះរបស់អ្នក លេខសមាជិក ឬឯកសារបញ្ជាក់អត្តសញ្ញាណផ្សេងទៀត ហើយត្រូវបានប្រើប្រាស់ ឬចែករំលែកដោយយើងខ្ញុំ។ PHI រួមបញ្ចូលទាំងព័ត៌មានសុខភាពអំពីវិបត្តិផ្លូវចិត្តដោយការប្រើប្រាស់សារធាតុញៀន និងព័ត៌មានជីវមាត្រ (ដូចជាការបោះពុម្ពសំឡេង)។

ហេតុអ្វីបានជាយើងប្រើ ឬចែករំលែក PHI របស់អ្នក?

យើងប្រើ ឬចែករំលែក PHI របស់អ្នក ដើម្បីផ្តល់ជូនអ្នកនូវអត្ថប្រយោជន៍នៃការថែទាំ។ PHI របស់អ្នកត្រូវបានប្រើ ឬចែករំលែកសម្រាប់ការព្យាបាល ការទូទាត់ប្រាក់ ឬប្រតិបត្តិការថែទាំសុខភាព។

សម្រាប់ការព្យាបាល

យើងអាចប្រើ ឬចែករំលែក PHI របស់អ្នកដើម្បីផ្តល់ ឬរៀបចំសម្រាប់ការថែទាំតាមវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នក។ ការព្យាបាលនេះ ក៏រួមបញ្ចូលផងដែរនូវការបញ្ជូនអ្នកជំងឺរវាងគ្រូពេទ្យលោកអ្នក ឬអ្នកថែទាំសុខភាពដទៃទៀត។ ឧទាហរណ៍ យើងអាចចែករំលែកព័ត៌មានអំពីស្ថានភាពសុខភាពរបស់អ្នកជាមួយគ្រូពេទ្យឯកទេស។ ត្រង់នេះជួយឱ្យគ្រូពេទ្យឯកទេសអាចពិភាក្សាអំពីការព្យាបាលរបស់លោកអ្នក ជាមួយនឹងគ្រូពេទ្យលោកអ្នក។

សម្រាប់ការបង់ប្រាក់

យើងអាចប្រើ ឬចែករំលែក PHI របស់អ្នកដើម្បីធ្វើការសម្រេចចំពោះការទូទាត់ប្រាក់។ នេះអាចរួមបញ្ចូលនូវការទាមទារ ការយល់ព្រមសម្រាប់ការព្យាបាល និងសេចក្តីសម្រេចអំពីតម្រូវការវេជ្ជសាស្ត្រ។ ឈ្មោះរបស់អ្នក ស្ថានភាពរបស់អ្នក ការព្យាបាលរបស់អ្នក និងសម្ភារៈផ្គត់ផ្គង់ដែលបានផ្តល់ជូនអាចសរសេរដាក់នៅលើវិក្កយបត្រ។ ឧទាហរណ៍ យើងខ្ញុំអាចអនុញ្ញាតឱ្យវេជ្ជបណ្ឌិតដឹងថាអ្នកទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នក។ យើងខ្ញុំក៏នឹងប្រាប់វេជ្ជបណ្ឌិតផងដែរនូវចំនួនទឹកប្រាក់ក្នុងវិក្កយបត្រដែលយើងនឹងបង់ប្រាក់។

សម្រាប់ប្រតិបត្តិការថែទាំសុខភាព

យើងអាចប្រើ ឬចែករំលែក PHI អំពីអ្នកដើម្បីដំណើរការគម្រោងសុខភាពយើង។ ឧទាហរណ៍ យើងខ្ញុំអាចប្រើព័ត៌មានពីការទាមទារសំណងរបស់អ្នកដើម្បីប្រាប់ឱ្យលោកអ្នកបានដឹងអំពីកម្មវិធីសុខភាពដែលអាចជួយលោកអ្នកបាន។ យើងក៏អាចប្រើប្រាស់ ឬចែករំលែក PHI របស់អ្នកផងដែរ ដើម្បីដោះស្រាយបញ្ហារបស់អ្នក។ PHI របស់អ្នកក៏អាចប្រើប្រាស់ផងដែរសម្រាប់មើលថាតើការទាមទារសំណងនោះត្រូវបង់ប្រាក់ជូនភ្លាមៗដែរឬទេ។

ប្រតិបត្តិការថែទាំសុខភាពពាក់ព័ន្ធជាមួយនឹងតម្រូវការសកម្មភាពប្រចាំថ្ងៃ។ វារួមមានជាអាទិ៍នូវចំណុចដូចខាងក្រោម៖

- ការបង្កើនគុណភាព

- សកម្មភាពក្នុងកម្មវិធីសុខភាព ដើម្បីជួយសមាជិកដែលមានស្ថានភាពសុខភាពជាក់លាក់ (ដូចជាជំងឺហឺត)
- ការធ្វើ ឬការរៀបចំសម្រាប់ការពិនិត្យវេជ្ជសាស្ត្រឡើងវិញ
- សេវាកម្មផ្លូវច្បាប់ រួមទាំងកម្មវិធីការស្វែងរកការឆបោក និងការប្រព្រឹត្តិល្មើសព្រមទាំងការកាត់ទោស
- សកម្មភាពដើម្បីជួយយើងខ្ញុំអនុវត្តតាមច្បាប់
- ដោះស្រាយតម្រូវការរបស់សមាជិក រួមទាំងការដោះស្រាយបណ្តឹងតវ៉ា និងបណ្តឹងសាទុក្ខ។

យើងនឹងចែករំលែក PHI របស់អ្នកជាមួយក្រុមហ៊ុនដទៃទៀត (“**សហការីអាជីវកម្ម**”) ដែលអនុវត្តសកម្មភាពប្រភេទផ្សេងៗគ្នាសម្រាប់គម្រោងសុខភាពរបស់យើង។ យើងខ្ញុំក៏អាចប្រើ PHI របស់អ្នកផងដែរ ដើម្បីរំលឹកអ្នកអំពីការណាត់ជួបរបស់អ្នក។ យើងអាចនឹងប្រើ PHI របស់អ្នកដើម្បីផ្តល់ព័ត៌មានអំពីការព្យាបាល ឬអត្ថប្រយោជន៍ និងសេវាកម្មដែលពាក់ព័ន្ធនឹងសុខភាពផ្សេងៗទៀត។

តើពេលណាដែលយើងអាចប្រើ ឬចែករំលែក PHI របស់អ្នក ដោយមិនបាច់មានការអនុញ្ញាត (ការយល់ព្រម) ជាលាយលក្ខណ៍អក្សរពីអ្នក?

បន្ថែមពីលើការព្យាបាល ការបង់ប្រាក់ និងប្រតិបត្តិការថែទាំសុខភាព ច្បាប់អនុញ្ញាត ឬតម្រូវឱ្យ Molina ប្រើប្រាស់ និងចែករំលែក PHI របស់អ្នកសម្រាប់គោលបំណងផ្សេងទៀតជាច្រើន រួមទាំងខាងក្រោម៖

ភាពតម្រូវរបស់ច្បាប់

យើងខ្ញុំនឹងប្រើ ឬចែករំលែកព័ត៌មានអំពីអ្នកតាមភាពតម្រូវរបស់ច្បាប់។ យើងខ្ញុំនឹងចែករំលែក PHI របស់អ្នក នៅពេលដែលមានការតម្រូវពីរដ្ឋមន្ត្រីនៃ Department of Health and Human Services (HHS)។ នេះអាចជាសំណុំរឿងតុលាការ ការពិនិត្យសំណុំរឿងផ្លូវច្បាប់ឡើងវិញ ឬពេលតម្រូវការសម្រាប់ការពង្រឹងការអនុវត្តច្បាប់។

សុខភាពសាធារណៈ

PHI របស់លោកអ្នកអាចត្រូវបានយកទៅប្រើ ឬចែករំលែកសម្រាប់សកម្មភាពសុខភាពសាធារណៈ។ នេះអាចរួមបញ្ចូលនូវការជួយភ្នាក់ងារសុខភាពសាធារណៈ ដើម្បីបង្ការ ឬគ្រប់គ្រងជំងឺ។

ការពិនិត្យលើការថែទាំសុខភាព

PHI របស់អ្នកអាចត្រូវបានយកទៅប្រើ ឬចែករំលែកជាមួយនឹងទីភ្នាក់ងាររដ្ឋាភិបាល។ ទីភ្នាក់ងាររដ្ឋាភិបាលទាំងនោះអាចត្រូវការ PHI របស់អ្នកដើម្បីធ្វើសវនកម្ម។

ការសិក្សាស្រាវជ្រាវ

PHI របស់អ្នកអាចត្រូវបានប្រើ ឬចែករំលែកសម្រាប់ការស្រាវជ្រាវនៅក្នុងករណីជាក់លាក់មួយចំនួនដូចជានៅពេលត្រូវបានអនុម័តដោយក្រុមប្រឹក្សា ឬស្ថាប័នត្រួតពិនិត្យឯកជនភាព។

ដំណើរការផ្លូវច្បាប់ ឬដំណើរការរដ្ឋបាល

PHI អាចត្រូវបានប្រើ ឬចែករំលែកសម្រាប់ដំណើរការផ្លូវច្បាប់ ដូចជា ក្នុងការឆ្លើយតបចំពោះការបញ្ជារបស់តុលាការ។

ការអនុវត្តច្បាប់

PHI របស់អ្នកអាចត្រូវបានប្រើ ឬចែកចាយជាមួយប៉ូលិសសម្រាប់គោលបំណងអនុវត្តច្បាប់ដូចជាដើម្បីជួយស្វែងរកជនសង្ស័យ សាក្សី ឬមនុស្សបាត់ខ្លួន។

សុខភាព និងសុវត្ថិភាព

PHI របស់អ្នកអាចត្រូវបានចែករំលែកដើម្បីការពារការគំរាមកំហែងធ្ងន់ធ្ងរ និងជិតមកដល់ចំពោះសុខភាព ឬសុវត្ថិភាពរបស់បុគ្គល ឬសាធារណៈជន។

មុខងាររដ្ឋាភិបាល

ព័ត៌មាន PHI របស់អ្នកអាចត្រូវបានចែករំលែកជាមួយរដ្ឋាភិបាលសម្រាប់មុខងារពិសេស។ ឧទាហរណ៍មួយគឺអាចជាការការពារប្រធានាធិបតី។

ជនរងគ្រោះពីការប្រព្រឹត្តរំលោភ មិនយកចិត្តទុកដាក់ ឬអំពើហិង្សាក្នុងគ្រួសារ

PHI របស់អ្នកអាចត្រូវបានចែករំលែកជាមួយនឹងអាជ្ញាធរផ្លូវច្បាប់ បើយើងខ្ញុំមានការជឿជាក់ថា បុគ្គលនោះគឺជាជនរងគ្រោះពីការប្រព្រឹត្តរំលោភ ឬការមិនយកចិត្តទុកដាក់។

សំណងកម្មករ

PHI របស់អ្នកអាចត្រូវបានប្រើ ឬចែករំលែកដើម្បីធ្វើតាមច្បាប់សំណងកម្មករ។

ការបញ្ចេញព័ត៌មានផ្សេងទៀត

PHI របស់អ្នកអាចត្រូវបានចែករំលែកជាមួយអ្នកគ្រប់គ្រងពិធីបុណ្យសព ឬអ្នកធ្វើកោសល្យវិច័យ ដើម្បីជួយពួកគេក្នុងការបំពេញការងាររបស់ពួកគេ។

ការរឹតបន្តឹងបន្ថែមលើការប្រើប្រាស់ និងការបញ្ចេញព័ត៌មាន។

ច្បាប់សហព័ន្ធ និងរដ្ឋមួយចំនួនអាចតម្រូវឱ្យមានការការពារឯកជនភាពពិសេសដែលរឹតត្បិតការប្រើប្រាស់ និងការបង្ហាញព័ត៌មានសុខភាពប្រភេទជាក់លាក់។ ច្បាប់បែបនេះអាចការពារប្រភេទព័ត៌មានខាងក្រោម៖ ការប្រើប្រាស់គ្រឿងស្រវឹង និងសារធាតុញៀន ព័ត៌មានជីវមាត្រ ការរំលោភបំពានលើកុមារ ឬមនុស្សពេញវ័យ ឬការធ្វេសប្រហែស រួមទាំងការរំលោភផ្លូវភេទជំងឺឆ្លង ព័ត៌មានហ្វេស HIV/AIDS សុខភាពផ្លូវចិត្ត ព័ត៌មានអនីតិជន វេជ្ជបញ្ជាសុខភាពបន្តពូជ និងជំងឺកាមរោគ។ យើងនឹងអនុវត្តតាមច្បាប់ដ៏តឹងរ៉ឹងជាងនេះដែលអនុវត្តចំពោះយើង។

ព័ត៌មានអំពីវិបត្តិការប្រើប្រាស់សារធាតុញៀន (SUD)។

ទោះបីជាយើងមិនមែនជាកម្មវិធីព្យាបាលវិបត្តិនៃការប្រើប្រាស់សារធាតុញៀនក្រោមច្បាប់សហព័ន្ធ (“កម្មវិធី SUD”) យើងអាចទទួលបានព័ត៌មានពីកម្មវិធី SUD អំពីអ្នក។ យើងមិនអាចបង្ហាញព័ត៌មាន SUD សម្រាប់ប្រើប្រាស់ក្នុងនីតិវិធីរដ្ឋប្បវេណី ឧក្រិដ្ឋ រដ្ឋបាល ឬនីតិវិធីច្បាប់ទល់នឹងអ្នកបានទេ លុះត្រាតែយើងមាន (i) ការយល់ព្រមជាលាយលក្ខណ៍អក្សររបស់អ្នក ឬ (ii) ដីកាបង្គាប់របស់តុលាការដែលអមដោយដីកាកោះហៅ ឬលក្ខខណ្ឌតម្រូវផ្លូវច្បាប់

ផ្សេងទៀតដែលបង្ខំឱ្យមានការលាតត្រដាងព័ត៌មាន បន្ទាប់ពីយើង និងអ្នកត្រូវបានផ្តល់ការជូនដំណឹង និងឱកាសដើម្បីផ្តល់មតិយោបល់។

តើនៅពេលណាដែលយើងត្រូវការការអនុញ្ញាតជាលាយលក្ខណ៍អក្សររបស់អ្នក (ការយល់ព្រម) ដើម្បីប្រើប្រាស់ ឬចែករំលែក PHI របស់អ្នក?

យើងត្រូវការការយល់ព្រមរបស់អ្នកជាលាយលក្ខណ៍អក្សរដើម្បីប្រើ ឬចែករំលែក PHI របស់អ្នក សម្រាប់គោលបំណងដទៃទៀត ក្រៅពីអ្វីដែលបានចែងក្នុងសេចក្តីជូនដំណឹងនេះ។ យើងត្រូវការការយល់ព្រមពីអ្នកមុនពេលយើងបង្ហាញ PHI របស់អ្នកសម្រាប់គោលបំណងដូចខាងក្រោម៖ (1) ការប្រើប្រាស់ និងការបង្ហាញភាគច្រើននៃកំណត់ត្រាចិត្តវិជ្ជា (2) ការប្រើប្រាស់ និងការបង្ហាញសម្រាប់គោលបំណងទីផ្សារ និង (3) ការប្រើប្រាស់ និងការបង្ហាញដែលពាក់ព័ន្ធនឹងការលក់នៃ PHI ។ អ្នកអាចលុបចោលនូវការយល់ព្រមជាលាយលក្ខណ៍អក្សរដែលអ្នកបានផ្តល់ឱ្យយើងខ្ញុំហើយនោះបានដែរ។ ការលើកលែងរបស់លោកអ្នក នឹងមិនអាចអនុវត្តបានចំពោះសកម្មភាពនានានៃការយល់ព្រមនេះ ដែលយើងខ្ញុំបានអនុវត្តរួចរាល់នោះទេ។

តើអ្វីជាសិទ្ធិព័ត៌មានសុខភាពរបស់អ្នក?

អ្នកមានសិទ្ធិដើម្បី៖

- **ស្នើសុំឱ្យមានការរឹតត្បិតលើការប្រើប្រាស់ ឬការបង្ហាញ PHI (ការចែករំលែក PHI របស់អ្នក)**

អ្នកអាចស្នើសុំយើងខ្ញុំមិនឱ្យចែករំលែក PHI របស់លោកអ្នក ដើម្បីអនុវត្តប្រតិបត្តិការព្យាបាល ការបង់ប្រាក់ ឬការថែទាំសុខភាព។ អ្នកក៏អាចស្នើសុំយើងខ្ញុំផងដែរមិនឱ្យចែករំលែក PHI របស់អ្នកជាមួយនឹងគ្រួសារ មិត្ត ឬអ្នកដទៃដែលអ្នកដាក់ឈ្មោះថាពាក់ព័ន្ធនឹងការថែទាំសុខភាពលោកអ្នក។ ទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយ ច្បាប់មិនបានតម្រូវឱ្យយើងត្រូវតែធ្វើតាមសំណើរសុំរបស់លោកអ្នកឡើយ។ អ្នកត្រូវដាក់សំណើរជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ។ អ្នកអាចប្រើទម្រង់បែបបទរបស់យើងដើម្បី បង្កើតសំណើរបស់អ្នក។

• **ស្នើសុំសម្រាប់ការទំនាក់ទំនងដោយសម្ងាត់អំពី PHI**

អ្នកអាចស្នើសុំ Molina ផ្តល់ឱ្យលោកអ្នកនូវ PHI របស់អ្នកតាមវិធី ឬនៅ ឯកន្លែងជាក់លាក់ណាមួយ ដើម្បីរក្សា PHI របស់លោកអ្នកជាលក្ខណៈ ឯកជន។ យើងខ្ញុំនឹងធ្វើតាមសំណើដែលសមហេតុផល ប្រសិនបើអ្នកប្រាប់ យើងខ្ញុំពីរបៀបដែលការចែករំលែកទាំងអស់ ឬមួយផ្នែកនៃ PHI នោះអាច ធ្វើឱ្យអាយុជីវិតរបស់អ្នកមានគ្រោះថ្នាក់។ អ្នកត្រូវដាក់សំណើរជាលាយ លក្ខណ៍អក្សរ។ អ្នកអាចប្រើទម្រង់បែបបទរបស់យើងដើម្បីបង្កើតសំណើ របស់អ្នក។

• **ពិនិត្យមើល និងចងចម្លង PHI របស់អ្នក**

អ្នកមានសិទ្ធិដើម្បីពិនិត្យមើលឡើងវិញ និងទទួលបានច្បាប់ចម្លងនៃ PHI របស់លោកអ្នក ដែលយើងខ្ញុំរក្សាទុក។ នេះអាចរាប់បញ្ចូលទាំងកំណត់ត្រា ដែលប្រើក្នុងការធានារ៉ាប់រង ការទាមទារ និងការសម្រេចចិត្តផ្សេងទៀត ក្នុងនាមជាសមាជិករបស់។ អ្នកត្រូវដាក់សំណើរជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ។ អ្នកអាចប្រើទម្រង់បែបបទរបស់យើងដើម្បី បង្កើតសំណើរបស់អ្នក។ យើង អាចគិតប្រាក់ពីអ្នកនូវថ្លៃសេវាចំពោះច្បាប់ចម្លង និងការធ្វើតាមប្រៃសណីយ៍ ដែលសមរម្យ។ ក្នុងករណីជាក់លាក់ យើងអាចបដិសេធសំណើរនោះ។
កំណត់ចំណាំសំខាន់៖ យើងខ្ញុំមិនមានកំណត់ត្រាវេជ្ជសាស្ត្ររបស់លោកអ្នក ពេញលេញឡើយ។ ប្រសិនបើអ្នកចង់ពិនិត្យមើល ចង់ទទួលបានច្បាប់ចម្លង ឬប្តូរកំណត់ត្រាវេជ្ជសាស្ត្រ សូមទាក់ទងវេជ្ជបណ្ឌិត ឬគ្លីនិករបស់អ្នក។

• **កែតម្រូវ PHI របស់លោកអ្នក**

អ្នកអាចស្នើសុំឱ្យយើងខ្ញុំកែតម្រូវ (ប្តូរ) PHI របស់អ្នកបាន។ វាពាក់ព័ន្ធ នឹងកំណត់ត្រាទាំងឡាយដែលបានរក្សាទុកដោយយើងខ្ញុំអំពីអ្នកក្នុងនាម ជាសមាជិកតែប៉ុណ្ណោះ។ អ្នកត្រូវដាក់សំណើរជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ។ អ្នក អាចប្រើទម្រង់បែបបទរបស់យើងដើម្បី បង្កើតសំណើរបស់អ្នក។ អ្នកអាច សរសេរលិខិតប្តឹងមិនយល់ស្របជាមួយយើងខ្ញុំ បើយើងខ្ញុំបដិសេធសំណើរ សុំរបស់អ្នក។

• ទទួលបានបញ្ជីនៃការលាតត្រដាង PHI (ការចែករំលែក PHI លោកអ្នក)

លោកអ្នកអាចស្នើឱ្យយើងខ្ញុំផ្តល់ឱ្យលោកអ្នកនូវបញ្ជីភាគីណាមួយដែល យើងខ្ញុំបានចែករំលែក PHI របស់លោកអ្នក ក្នុងអំឡុងពេលប្រាំមួយឆ្នាំ មុន កាលបរិច្ឆេទស្នើសុំរបស់លោកអ្នក។ បញ្ជីនេះនឹងមិនរួមបញ្ចូលនូវ PHI ដែលបានចែករំលែកដូចខាងក្រោមឡើយ៖

- សម្រាប់ការព្យាបាល ការទូទាត់ប្រាក់ ឬប្រតិបត្តិការថែទាំសុខភាព
- ដល់បុគ្គលអំពី PHI របស់ពួកគេ
- ការចែករំលែកដែលធ្វើឡើងដោយមានការអនុញ្ញាត
- ហេតុការណ៍ចំពោះការប្រើ ឬការលាតត្រដាង ដែលមានការអនុញ្ញាត ឬ តម្រូវដោយច្បាប់ដែលអាចអនុវត្តបាន
- PHI ដែលបានបញ្ចេញទៅក្រៅដើម្បីផលប្រយោជន៍សន្តិសុខជាតិ ឬ សម្រាប់ប្រើឱ្យគោលបំណងសន្តិសុខ ឬ
- ជាផ្នែកមួយនៃដែនកំណត់សំណុំទិន្នន័យ ដោយអនុលោមតាមច្បាប់ ដែលអាចអនុវត្តបាន។

យើងនឹងគិតប្រាក់លើថ្លៃសេវាសមហេតុផល សម្រាប់បញ្ជីនីមួយៗ ប្រសិនបើ អ្នកស្នើសុំបញ្ជីនេះច្រើនជាងម្តងក្នុងរយៈពេល 12 ខែ។ អ្នកត្រូវដាក់សំណើរ ជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ។ អ្នកអាចប្រើទម្រង់បែបបទរបស់យើងដើម្បី បង្កើត សំណើរបស់អ្នក។

អ្នកអាចធ្វើការស្នើសុំណាមួយដូចបានចែងពីខាងលើ ឬលោកអ្នកអាចទទួល បានច្បាប់ចម្លងនៃសេចក្តីជូនដំណឹងនេះ។ សូមទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើ សមាជិកតាមរយៈលេខឥតគិតថ្លៃនៅខាងក្រោយបណ្តាសម្គាល់សមាជិករបស់ អ្នកបាន 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ ពីម៉ោង 8 a.m. ដល់ម៉ោង 8 p.m. ម៉ោងក្នុង ស្រុក។ អ្នកប្រើ TTY/TDD សូមហៅមកលេខ 711 ។

តើអ្នកអាចធ្វើអ្វីខ្លះ ប្រសិនបើសិទ្ធិរបស់អ្នកមិនបានទទួលការការពារទេ នោះ?

អ្នកអាចដាក់បណ្តឹងតវ៉ាមកយើងខ្ញុំ និងទៅកាន់ Department of Health and Human Services ប្រសិនបើអ្នកជឿជាក់ថាសិទ្ធិឯកជនភាពអ្នកត្រូវបានរងការរំលោភបំពាន។ យើងនឹងមិនធ្វើអ្វីដែលប្រឆាំងនឹងអ្នកឡើយ នៅពេលអ្នកដាក់បណ្តឹងតវ៉ាឡើយ។ ការថែទាំ និងអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នកនឹងមិនផ្លាស់ប្តូរដោយវិធីណាមួយឡើយ។

អ្នកអាចប្តឹងបណ្តឹងតវ៉ាមកកាន់យើងខ្ញុំតាមរយៈ៖

សូមទូរសព្ទទៅសេវាបម្រើសមាជិកតាមរយៈលេខឥតគិតថ្លៃនៅខាងក្រោយ បណ្ណសម្គាល់សមាជិករបស់អ្នកបាន 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ ពីម៉ោង 8 a.m. ដល់ម៉ោង 8 p.m. ម៉ោងក្នុងស្រុក។ អ្នកប្រើ TTY/TDD សូមហៅមកលេខ 711។ ឬសរសេរមកយើងតាមអាសយដ្ឋាន៖

Molina Healthcare
Attn: Appeals and Grievances
P.O. Box 22816
Long Beach, CA 90801-9977

អ្នកអាចដាក់បណ្តឹងតវ៉ាមកកាន់រដ្ឋលេខាធិការនៃ U.S. Department of Health and Human Services តាមរយៈ៖

U.S. Department of Health & Human Services Office for Civil Rights 200 Independence Ave., S.W. Suite 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
(800) 368-1019; (800) 537-7697 (TDD); (202) 619-3818 (ទូរសារ)

តើភារកិច្ចរបស់យើងមានអ្វីខ្លះ?

យើងត្រូវបានតម្រូវឱ្យ៖

- រក្សា PHI របស់អ្នកជាលក្ខណៈឯកជន

- ផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវព័ត៌មានជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ ដូចជាសេចក្តីជូនដំណឹងមួយនេះស្តីអំពីភារកិច្ចរបស់យើង និងការអនុវត្តកិច្ចការណ៍អំពី PHI របស់អ្នក
- ផ្តល់ជូនលោកអ្នកនូវសេចក្តីជូនដំណឹងពីព្រឹត្តិការណ៍នៃការរំលោភបំពាននូវអនុវត្តិភាព PHI របស់អ្នក
- មិនប្រើ ឬមិនលាតត្រដាងព័ត៌មានហ្វេនរបស់អ្នកសម្រាប់គោលបំណងធានារ៉ាប់រង
- ធ្វើតាមលក្ខខណ្ឌនៃសេចក្តីជូនដំណឹងនេះ។

សេចក្តីជូនដំណឹងនេះអាចផ្លាស់ប្តូរបាន

យើងរក្សាសិទ្ធិដើម្បីប្តូរការអនុវត្តព័ត៌មាន និងលក្ខខណ្ឌរបស់ខ្លួននៃសេចក្តីជូនដំណឹងនេះគ្រប់ពេល។ ប្រសិនបើយើងខ្ញុំប្តូរលក្ខខណ្ឌ និងការអនុវត្តថ្មីនឹងប្រើបានគ្រប់ PHI ដែលយើងខ្ញុំបានរក្សាទុក។ ប្រសិនបើយើងប្តូរឯកសារណាមួយ នឹងបង្ហាញសេចក្តីជូនដំណឹងដែលបានកែប្រែនៅលើគេហទំព័ររបស់ខ្លួន ហើយធ្វើសេចក្តីជូនដំណឹងដែលបានកែប្រែឬព័ត៌មានអំពីឯកសារដែលផ្លាស់ប្តូរ និងវិធីដើម្បីទទួលបានសេចក្តីជូនដំណឹងដែលផ្លាស់ប្តូរ ទៅក្នុងកញ្ចប់សំបុត្រប្រចាំឆ្នាំដែលយើងនឹងផ្ញើចេញខាងមុខ ទៅកាន់សមាជិករបស់យើងដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយយើងខ្ញុំ។ សេចក្តីជូនដំណឹងនេះមាននៅលើគេហទំព័ររបស់យើងតាមរយៈ MolinaHealthcare.com ។

ព័ត៌មានទំនាក់ទំនង

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរអំពីសេចក្តីជូនដំណឹងនេះ សូមទាក់ទងមកយើងខ្ញុំ។ សូមទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិកតាមរយៈលេខឥតគិតថ្លៃនៅខាងក្រោយបណ្ណសម្គាល់សមាជិករបស់អ្នកបាន 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ ពីម៉ោង 8 a.m. ដល់ម៉ោង 8 p.m. ម៉ោងក្នុងស្រុក។ អ្នកប្រើ TTY/TDD សូមហៅមកលេខ 711។ ឬសរសេរទៅ Molina Member Services, 200 Oceangate, Suite 100, Long Beach, CA 90802។

អ្នកអាចទទួលបានឯកសារនេះដោយឥតគិតថ្លៃតាមទម្រង់ផ្សេងៗទៀត ដូចជា ពុម្ពអក្សរធំ អក្សរស្នាបសម្រាប់មនុស្សពិការភ្នែក ឬជាសំឡេង។ សូមទូរសព្ទទៅលេខ (855) 882-3901, TTY/TDD: 711, 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ ចាប់ពីម៉ោង 8 a.m. ដល់ម៉ោង 8 p.m. ម៉ោងក្នុងស្រុក។ ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។

PO Box 298
Monroe, WI 53566-0298
Attn: Enrollment Accounting

ព័ត៌មានសំខាន់របស់ Molina Healthcare



CAACKM26L01310