

2026

សេចក្តីជូនដំណឹងប្រចាំឆ្នាំអំពីការផ្លាស់ប្តូរ

Central Health Dual Access Plan
(HMO D-SNP)

California H5649-024-000

មានប្រសិទ្ធភាពថ្ងៃទី 1 ខែមករា ដល់ថ្ងៃទី 31 ខែធ្នូ ឆ្នាំ 2026

H5649_26_024_CA_ANOC_M
CA-H5649-24-AC-KM-26-L



**គម្រោង Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP) ផ្តល់ជូន
ដោយ Central Health Plan of California, Inc.**

សេចក្តីជូនដំណឹងប្រចាំឆ្នាំអំពីការផ្លាស់ប្តូរសម្រាប់ឆ្នាំ 2026

អ្នកបានចុះឈ្មោះជាសមាជិកគម្រោង Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP)។

ឯកសារនេះពិពណ៌នាអំពីការផ្លាស់ប្តូរចំពោះថ្លៃចំណាយ និងអត្ថប្រយោជន៍ របស់គម្រោងរបស់យើងនៅឆ្នាំក្រោយ។

- **អ្នកមានពេលចាប់ពីថ្ងៃទី 15 ខែតុលា – ថ្ងៃទី 7 ខែធ្នូ ដើម្បីធ្វើការ
កែប្រែលើការធានារ៉ាប់រង Medicare របស់អ្នកសម្រាប់ឆ្នាំក្រោយ។**
ប្រសិនបើអ្នកមិនចូលរួមក្នុងគម្រោងផ្សេងទៀតត្រឹមថ្ងៃទី 7 ខែធ្នូ ឆ្នាំ
2025 អ្នកនឹងបន្តនៅក្នុងគម្រោង Central Health Dual Access Plan
(HMO D-SNP)។
- ដើម្បីផ្លាស់ប្តូរទៅ**គម្រោងផ្សេង** សូមចូលមើលគេហទំព័រ [www.
Medicare.gov](http://www.Medicare.gov) ឬពិនិត្យមើលបញ្ជីនៅផ្នែកខាងក្រោយនៃសៀវភៅ
ណែនាំ**Medicare** និង**អ្នក** ឆ្នាំ 2026 របស់អ្នក។
- សូមកត់សម្គាល់ថា នេះគឺជាសេចក្តីសង្ខេបអំពីការផ្លាស់ប្តូរប៉ុណ្ណោះ។
ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីថ្លៃចំណាយ អត្ថប្រយោជន៍ និងវិធានមាននៅក្នុង
ភស្តុតាងបញ្ជាក់ការធានារ៉ាប់រង។ ទទួលបានច្បាប់ចម្លងតាមរយៈ
centralhealthplan.com ឬទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិក
តាមរយៈលេខ (866) 314-2427 (អ្នកប្រើប្រាស់ TTY សូមទូរសព្ទទៅ
លេខ 711) ដើម្បីទទួលបានច្បាប់ចម្លងតាមប្រៃសណីយ៍។

ធនធានបន្ថែម

- ឯកសារនេះអាចរកបានដោយឥតគិតថ្លៃជាភាសាអង់គ្លេស ភាសាអេស្ប៉ាណិស្ទ ភាសាខ្មែរ ភាសាចិន ភាសាហ្វីលីពីន ភាសាប៉ាគីស្ថាន ភាសាប៉េរូ ភាសាប៉ូឡូញ ភាសាប្រូតេស្តង់ ភាសាស្កុយណេវី ភាសាស្លូវេន ភាសាស្វីស ភាសាស្វីឌី ភាសាអេស្ប៉ាញ ភាសាតាកាឡុក និងភាសាវៀតណាម។
- សូមទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិកតាមរយៈលេខ (866) 314-2427 (អ្នកប្រើ TTY គួរទូរសព្ទទៅលេខ 711) សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។ **ម៉ោងបម្រើការចាប់ពីថ្ងៃទី 1 ខែតុលា ដល់ថ្ងៃទី 31 ខែមីនា៖** ពីម៉ោង 8 a.m. ដល់ម៉ោង 8 p.m. ម៉ោងក្នុងស្រុក 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ **ចាប់ពីថ្ងៃទី 1 ខែមេសា – ថ្ងៃទី 30 ខែកញ្ញា** ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8 a.m. ដល់ម៉ោង 8 p.m. ម៉ោងក្នុងស្រុក។ ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។
- អ្នកអាចទទួលបានឯកសារនេះដោយឥតគិតថ្លៃជាភាសាផ្សេង ឬទម្រង់ផ្សេងទៀត ដូចជាអក្សរពុម្ពធំ អក្សរស្នាបសម្រាប់អ្នកពិការភ្នែក ឬជាសំឡេង។ សូមទូរសព្ទទៅលេខ (866) 314-2427 (TTY:711)។ ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។

អំពីគម្រោង Central Health Dual Access (HMO D-SNP)

- គម្រោង Central Health Medicare Plan គឺជាគម្រោង HMO/ HMO SNP ជាមួយនឹងកិច្ចសន្យា Medicare។ ការចុះឈ្មោះអាស្រ័យលើការបន្តកិច្ចសន្យាជាថ្មី។ គម្រោងរបស់យើងក៏មានកិច្ចព្រមព្រៀងជាលាយលក្ខណ៍អក្សរជាមួយកម្មវិធី Medicaid រដ្ឋ California ដើម្បីសម្របសម្រួលអត្ថប្រយោជន៍ Medicaid របស់អ្នកផងដែរ។
- នៅពេលឯកសារនេះនិយាយថា “យើង” “យើងខ្ញុំ” ឬ “របស់យើង” ឯកសារនោះមានន័យថា Central Health Plan of California, Inc. នៅពេលឯកសារនេះនិយាយថា “គម្រោង” ឬ “គម្រោងរបស់យើង” ឯកសារនោះមានន័យថា Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP)។

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

H5649_26_024_CA_ANOC_M

សេចក្តីជូនដំណឹងប្រចាំឆ្នាំអំពីការផ្លាស់ប្តូរសម្រាប់ឆ្នាំ 2026 តារាងមាតិកា

សេចក្តីសង្ខេបអំពីថ្លៃចំណាយសំខាន់ៗសម្រាប់ឆ្នាំ 2026.....6

**ផ្នែកទី 1 ការផ្លាស់ប្តូរអត្ថប្រយោជន៍ និងថ្លៃចំណាយសម្រាប់
ឆ្នាំក្រោយ 13**

ផ្នែកទី 1.1 ការផ្លាស់ប្តូរចំពោះថ្លៃធានារ៉ាប់រងគម្រោងប្រចាំខែ 13

ផ្នែកទី 1.2 ការផ្លាស់ប្តូរចំពោះចំនួនទឹកប្រាក់នៃការចំណាយចេញពី
ហោប៉ៅអតិបរមារបស់អ្នក 14

ផ្នែកទី 1.3 ការផ្លាស់ប្តូរចំពោះបណ្តាញអ្នកផ្តល់សេវា 15

ផ្នែកទី 1.4 ការផ្លាស់ប្តូរចំពោះបណ្តាញឱសថស្ថាន..... 16

ផ្នែកទី 1.5 ការផ្លាស់ប្តូរអត្ថប្រយោជន៍ និងថ្លៃចំណាយសម្រាប់សេវាវេជ្ជ
សាស្ត្រ 17

ផ្នែកទី 1.6 ការផ្លាស់ប្តូរចំពោះការធានារ៉ាប់រងលើឱសថផ្នែក D 23

ផ្នែកទី 1.7 ការផ្លាស់ប្តូរចំពោះអត្ថប្រយោជន៍ និងថ្លៃឱសថតាម
វេជ្ជបញ្ជា 24

ផ្នែកទី 2 ការផ្លាស់ប្តូររដ្ឋបាល40

ផ្នែកទី 3 របៀបផ្លាស់ប្តូរគម្រោង45

ផ្នែកទី 3.1 កាលបរិច្ឆេទកំណត់សម្រាប់ការផ្លាស់ប្តូរគម្រោង..... 47

ផ្នែកទី 3.2 តើមានពេលវេលាណាផ្សេងទៀតនៃឆ្នាំនេះដើម្បីធ្វើការផ្លាស់
ប្តូរដែរឬទេ? 47

ផ្នែកទី 4	ទទួលបានជំនួយក្នុងការទូទាត់សម្រាប់ឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជា	49
ផ្នែកទី 5	មានសំណួរឬ?	51
ផ្នែកទី 5.1	ទទួលបានជំនួយពីគម្រោង Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP).....	51
ផ្នែកទី 5.2	ទទួលបានការប្រឹក្សាយោបល់ដោយឥតគិតថ្លៃអំពី Medicare	52
ផ្នែកទី 5.3	ទទួលបានជំនួយពី Medicare.....	55
ផ្នែកទី 5.4	ទទួលបានជំនួយពី Medicaid.....	56

សេចក្តីសង្ខេបអំពីថ្លៃចំណាយសំខាន់ៗសម្រាប់ឆ្នាំ 2026

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

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

	ឆ្នាំ 2025 (ឆ្នាំនេះ)	2026 (ឆ្នាំបន្ទាប់)
ការចូលសម្រាកនៅមន្ទីរពេទ្យ រួមបញ្ចូលទាំងអ្នកជំងឺស្រួចស្រាវដែលស្នាក់ព្យាបាល ការស្តារនីតិសម្បទាអ្នកជំងឺស្នាក់ព្យាបាល មន្ទីរពេទ្យថែទាំរយៈពេលវែង និងប្រភេទផ្សេងទៀតនៃសេវាមន្ទីរពេទ្យដែលអាចឱ្យអ្នកជំងឺសម្រាកបាន។ ការថែទាំអ្នកជំងឺសម្រាកនៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យចាប់ផ្តើមពីថ្ងៃដែលអ្នកទទួលបានការចូលសម្រាកក្នុងមន្ទីរពេទ្យជាផ្លូវការដោយមានវេជ្ជបញ្ជារបស់វេជ្ជបណ្ឌិត។	\$0 នៃប្រាក់ចំណាយផ្ទាល់ខ្លួន គម្រោងនេះធានារ៉ាប់រងរហូតដល់ 90 ថ្ងៃនៃការថែទាំអ្នកជំងឺសម្រាកនៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យរៀងរាល់រយៈពេលអត្ថប្រយោជន៍។ អ្នកក៏មានការធានារ៉ាប់រងបន្ថែម 60 ថ្ងៃ ដែលហៅថាថ្ងៃបម្រុងពេញមួយជីវិត។ រយៈពេល 60 ថ្ងៃនេះអាចប្រើបានតែម្តងគត់។ យើងខ្ញុំនឹងចាប់ផ្តើមអនុវត្តថ្ងៃបម្រុងពេញមួយជីវិតដោយស្វ័យប្រវត្តិ លុះត្រាតែអ្នកប្រាប់យើងយ៉ាងជាក់លាក់ថាមិនត្រូវធ្វើបែបនេះ (សូម	\$0 នៃប្រាក់ចំណាយផ្ទាល់ខ្លួន គម្រោងនេះធានារ៉ាប់រងរហូតដល់ 90 ថ្ងៃនៃការថែទាំអ្នកជំងឺសម្រាកនៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យរៀងរាល់រយៈពេលអត្ថប្រយោជន៍។ អ្នកក៏មានការធានារ៉ាប់រងបន្ថែម 60 ថ្ងៃ ដែលហៅថាថ្ងៃបម្រុងពេញមួយជីវិត។ រយៈពេល 60 ថ្ងៃនេះអាចប្រើបានតែម្តងគត់។ យើងខ្ញុំនឹងចាប់ផ្តើមអនុវត្តថ្ងៃបម្រុងពេញមួយជីវិតដោយស្វ័យប្រវត្តិ លុះត្រាតែអ្នកប្រាប់យើងយ៉ាងជាក់លាក់ថាមិនត្រូវធ្វើបែបនេះ

	ឆ្នាំ 2025 (ឆ្នាំនេះ)	2026 (ឆ្នាំបន្ទាប់)
មួយថ្ងៃមុនពេលអ្នកចេញពីមន្ទីរពេទ្យគឺជាថ្ងៃចុងក្រោយសម្រាប់អ្នកជំងឺស្នាក់ព្យាបាលរបស់អ្នក។	មើលភស្តុតាងបញ្ជាក់ការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកសម្រាប់ព័ត៌មានលម្អិតអំពីរយៈពេលអត្ថប្រយោជន៍)។	(សូមមើលភស្តុតាងបញ្ជាក់ការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកសម្រាប់ព័ត៌មានលម្អិតអំពីរយៈពេលអត្ថប្រយោជន៍)។
ការធានារ៉ាប់រងលើឱសថផ្នែក D	ឱសថដែលបានធានារ៉ាប់រងផ្នែក D នៅលើបញ្ជីឈ្មោះឱសថនឹងស្ថិតនៅលើកម្រិតមួយ។ ការចំណាយរបស់អ្នកសម្រាប់ការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេលមួយខែ (31-ថ្ងៃ) ដែលបើកនៅឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញជាមួយនឹងចំណែកចូលរួមបង់ប្រាក់ស្តង់ដារ៖	ប្រាក់បង់មុន៖ \$550 ក្នុងដំណាក់កាលនេះអ្នកបង់ \$0 នៃចំណែកចូលរួមបង់ប្រាក់សម្រាប់ឱសថនៅលើកម្រិតទី 1 និងកម្រិតទី 6 និងថ្លៃឱសថពេញលើ

	ឆ្នាំ 2025 (ឆ្នាំនេះ)	2026 (ឆ្នាំបន្ទាប់)
	ឱសថពហុប្រភពទូទៅ និងចង់បាន៖ អ្នកបង់ \$0 ក្នុងមួយ វេជ្ជបញ្ជា ឱសថផ្សេងទៀត ទាំងអស់៖ អ្នកបង់ \$0 ក្នុងមួយ វេជ្ជបញ្ជា	កម្រិតទី 2។ កម្រិតទី 3 កម្រិតទី 4 និងកម្រិត ទី 5 រហូតដល់អ្នក ឈានដល់ប្រាក់បង់មុន ប្រចាំឆ្នាំ។ ការទូទាត់ប្រាក់រួមគ្នា អំឡុងដំណាក់កាលនៃ ការធានារ៉ាប់រងដំបូង៖ ដំណាក់កាល៖ ឱសថកម្រិតទី 1៖ \$0 នៃប្រាក់បង់រួម ឱសថកម្រិតទី 2៖ \$0, \$1.60 ឬ \$2 នៃ ប្រាក់បង់រួមសម្រាប់ ឱសថទាំងអស់ក្នុងមួយ វេជ្ជបញ្ជា

	ឆ្នាំ 2025 (ឆ្នាំនេះ)	2026 (ឆ្នាំបន្ទាប់)
		ឱសថកម្រិតទី 3៖ \$0, \$1.60 ឬ \$5.10 នៃប្រាក់បង់រួមសម្រាប់ ឱសថទូទៅ (រួមទាំង ឱសថមានម៉ាកយីហោ ដែលបានចាត់ទុកថាជា ឱសថទូទៅ) \$0, \$4.90 ឬ \$12.65 នៃប្រាក់បង់រួមសម្រាប់ ឱសថផ្សេងទៀត ទាំងអស់ក្នុងមួយ វេជ្ជបញ្ជា ឱសថកម្រិតទី 4៖ \$0, \$1.60 ឬ \$5.10 នៃប្រាក់បង់រួមសម្រាប់ ឱសថទូទៅ (រួមទាំង ឱសថមានម៉ាកយីហោ ដែលបានចាត់ទុកថាជា ឱសថទូទៅ)

	ឆ្នាំ 2025 (ឆ្នាំនេះ)	2026 (ឆ្នាំបន្ទាប់)
		\$0, \$4.90 ឬ \$12.65 នៃប្រាក់បង់រួមសម្រាប់ ឱសថផ្សេងទៀត ទាំងអស់ក្នុងមួយ វេជ្ជបញ្ជា ឱសថកម្រិតទី 5៖ \$\$0, \$1.60 ឬ \$5.10 នៃប្រាក់បង់រួមសម្រាប់ ឱសថទូទៅ (រួមទាំង ឱសថមានម៉ាកយីហោ ដែលបានចាត់ទុកថាជា ឱសថទូទៅ) \$0, \$4.90 ឬ \$12.65 នៃប្រាក់បង់រួមសម្រាប់ ឱសថផ្សេងទៀត ទាំងអស់ក្នុងមួយ វេជ្ជបញ្ជា ឱសថកម្រិតទី 6៖ \$0 នៃប្រាក់ចំណាយ ផ្ទាល់ខ្លួន

	ឆ្នាំ 2025 (ឆ្នាំនេះ)	2026 (ឆ្នាំបន្ទាប់)
		ដំណាក់កាល ធានារ៉ាប់រង គ្រោះមហន្តរាយ៖ ក្នុងអំឡុងដំណាក់កាល ទូទាត់ប្រាក់នេះ អ្នក មិនទូទាត់អ្វីទាំងអស់ សម្រាប់ឱសថផ្នែក D ដែលត្រូវបាន ធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នក ឡើយ។
ចំនួនប្រាក់ ចេញពីហោប៉ៅអតិបរមា នេះគឺជាចំនួនទឹកប្រាក់ ច្រើនបំផុត ដែលអ្នកនឹង បង់ចេញពីហោប៉ៅរបស់ អ្នកសម្រាប់សេវាកម្ម ផ្នែក A និងផ្នែក B ដែល មានការធានារ៉ាប់រងរបស់ អ្នក។ (សូមចូលទៅកាន់ ផ្នែកទី 1.2 សម្រាប់ ព័ត៌មានលម្អិត។)	\$9,350 ប្រសិនបើអ្នកមានសិទ្ធិ ទទួលបានជំនួយនៃ ចំណែកចូលរួមបង់ប្រាក់ របស់ Medicare ស្ថិត ក្រោម Medicaid នោះអ្នកមិន ទទួលខុសត្រូវចំពោះ ការទូទាត់ថ្លៃចំណាយ ចេញពីហោប៉ៅណាមួយ ចំពោះចំនួនទឹកប្រាក់ ចេញពីហោប៉ៅជា	\$9,250 ប្រសិនបើអ្នកមាន សិទ្ធិទទួលបានជំនួយ នៃចំណែកចូលរួម បង់ប្រាក់របស់ Medicare ស្ថិតក្រោម Medicaid នោះអ្នក មិនទទួលខុសត្រូវ ចំពោះការទូទាត់ ថ្លៃចំណាយចេញពី ហោប៉ៅណាមួយ

	ឆ្នាំ 2025 (ឆ្នាំនេះ)	2026 (ឆ្នាំបន្ទាប់)
	អតិបរមាសម្រាប់សេវាកម្មផ្នែក A និងផ្នែក B ដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងឡើយ។	ចំពោះចំនួនទឹកប្រាក់ចេញពីហោប៉ៅជាអតិបរមាសម្រាប់សេវាកម្មផ្នែក A និងផ្នែក B ដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងឡើយ។

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	\$9,350	\$9,250
ដោយសារតែសមាជិករបស់យើងក៏ទទួលបានជំនួយពី Medicaid ហើយមានសមាជិកតិចតួចបំផុតដែលធ្លាប់ឈានដល់ចំនួនទឹកប្រាក់ជាអតិបរមានេះផងដែរ។		នៅពេលដែលអ្នកបានបង់ប្រាក់ចំនួន \$9,250 ចេញពីហោប៉ៅសម្រាប់សេវាផ្នែក A និងផ្នែក B ដែលបានរ៉ាប់រងនោះ អ្នកនឹងមិនបង់ថ្លៃអ្វីទាំងអស់សម្រាប់សេវាផ្នែក A និងផ្នែក B ដែលបានរ៉ាប់រងរបស់អ្នក
អ្នកមិនទទួលខុសត្រូវចំពោះការបង់ថ្លៃចំណាយចេញពីហោប៉ៅណាមួយចំពោះចំនួនទឹកប្រាក់ចេញពីហោប៉ៅជាអតិបរមាសម្រាប់សេវាកម្មផ្នែក A និងផ្នែក B ដែលមានការធានារ៉ាប់រងនោះទេ។		

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

ផ្នែកទី 1.3 ការផ្លាស់ប្តូរចំពោះបណ្តាញអ្នកផ្តល់សេវា

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

- 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)
ទំនិញដែលមិនតម្រូវឱ្យមានវេជ្ជបញ្ជា (OTC) (បន្ថែម)	អ្នកទទួលបានកាតត្រួតពិនិត្យដែលផ្តល់មូលនិធិជាមុនរបស់ MyChoice ដែលមានប្រាក់ឧបត្ថម្ភប្រចាំត្រីមាសសរុបចំនួន \$150 សម្រាប់ទំនិញ OTC ឧបករណ៍ជំនួយការស្តាប់ OTC។	អ្នកទទួលបានកាតត្រួតពិនិត្យដែលផ្តល់មូលនិធិជាមុនរបស់ MyChoice ដែលមានប្រាក់ឧបត្ថម្ភប្រចាំត្រីមាសសរុបចំនួន \$120 សម្រាប់ទំនិញ OTC ឧបករណ៍ជំនួយការស្តាប់ OTC។

	2025 (ឆ្នាំនេះ)	2026 (ឆ្នាំបន្ទាប់)
អត្ថប្រយោជន៍ សុខភាពពីចម្ងាយ បន្ថែម	អ្នកបង់ \$0 នៃការ ទូទាត់ប្រាក់រួមគ្នាសម្រាប់ សេវាសុខភាពពីចម្ងាយ មួយចំនួន រួមទាំងសេវា គ្រូពេទ្យថែទាំបឋម សេវា ចាប់សរសៃ និងសន្លាក់ សេវាព្យាបាលដោយ សកម្មភាពការងារ សេវា អ្នកឯកទេសជាគ្រូពេទ្យ វគ្គជាលក្ខណៈបុគ្គល សម្រាប់សេវាជំនាញ សុខភាពផ្លូវចិត្ត វគ្គជា ក្រុមសម្រាប់សេវាជំនាញ សុខភាពផ្លូវចិត្ត សេវា ព្យាបាលសុខភាពជើង អ្នកមានវិជ្ជាជីវៈផ្នែក ថែទាំសុខភាពផ្សេងទៀត	អ្នកបង់ \$0 នៃការ ទូទាត់ប្រាក់រួមគ្នា សម្រាប់សេវាសុខភាព ពីចម្ងាយមួយចំនួន រួមទាំងសេវាស្តារ នីតិសម្បទាបេះដូង សេវាគ្រូពេទ្យថែទាំ បឋម សេវាចាប់ សរសៃ និងសន្លាក់ សេវាព្យាបាលដោយ សកម្មភាពការងារ សេវាគ្រូពេទ្យឯកទេស វគ្គជាលក្ខណៈបុគ្គល សម្រាប់សេវាជំនាញ សុខភាពផ្លូវចិត្ត វគ្គ ជាក្រុមសម្រាប់សេវា ជំនាញសុខភាពផ្លូវចិត្ត សេវាព្យាបាលសុខភាព ជើង

	2025 (ឆ្នាំនេះ)	2026 (ឆ្នាំបន្ទាប់)
	វគ្គជាលក្ខណៈបុគ្គលសម្រាប់សេវាផ្នែកជំងឺរីកលចរិត វគ្គជាក្រុមសម្រាប់សេវាផ្នែកជំងឺរីកលចរិត ការព្យាបាលរាងកាយ និងសេវារោគសាស្ត្រនិយាយ-ភាសា សេវាកម្មវិធីព្យាបាលសារធាតុអ្វីផ្ស អ៊ីត វគ្គជាលក្ខណៈបុគ្គលសម្រាប់បញ្ហាប្រើប្រាស់សារធាតុញៀនមិនត្រឹមត្រូវរបស់អ្នកជំងឺមិនស្នាក់ព្យាបាល និងវគ្គជាក្រុមសម្រាប់បញ្ហាប្រើប្រាស់សារធាតុញៀនមិនត្រឹមត្រូវរបស់អ្នកជំងឺមិនស្នាក់ព្យាបាល។	អ្នកជំនាញថែទាំសុខភាព វគ្គជាលក្ខណៈបុគ្គលសម្រាប់សេវាផ្នែករីកលចរិត វគ្គជាក្រុមសម្រាប់សេវាចរិត សេវារោគសាស្ត្រភាសានិយាយស្តី និងការព្យាបាលរាងកាយសេវាកម្មវិធីព្យាបាលសារធាតុអ្វីផ្សអ៊ីត វគ្គជាលក្ខណៈបុគ្គលនៃការប្រើប្រាស់សារធាតុញៀនសម្រាប់អ្នកជំងឺមិនស្នាក់ព្យាបាល និងវគ្គជាក្រុមចំពោះការប្រើប្រាស់សារធាតុញៀនសម្រាប់អ្នកជំងឺមិនស្នាក់ព្យាបាល។

	2025 (ឆ្នាំនេះ)	2026 (ឆ្នាំបន្ទាប់)
សេវាជំនួយតាមផ្ទះ	អ្នកបង់ \$0 នៃការទូទាត់ប្រាក់រួមគ្នាសម្រាប់រយៈពេលរហូតដល់ 20 ម៉ោងក្នុងមួយឆ្នាំតាមប្រតិទិនតាមរយៈក្រុមហ៊ុនផ្តល់សេវាដែលត្រូវបានអនុញ្ញាតពីគម្រោងរបស់យើង។	នេះមិនមែនជាអត្ថប្រយោជន៍បន្ថែមដែលបានរ៉ាប់រងទេ។
សេវាកម្មភ្នែក (បន្ថែម)	យើងបានសហការជាដៃគូជាមួយក្រុមហ៊ុនផ្តល់សេវាសុខភាពភ្នែក ដើម្បីផ្តល់តម្លៃកាន់តែច្រើនសម្រាប់តម្រូវការសុខភាពភ្នែកប្រចាំថ្ងៃរបស់អ្នក! សេវាកម្មថែទាំសុខភាពភ្នែកបន្ថែមដែលរ៉ាប់រងរួមមានជាអាទិ៍៖ ការពិនិត្យភ្នែកតាមទម្លាប់មួយដងរៀងរាល់ឆ្នាំតាមប្រតិទិន។ ប្រាក់ឧបត្ថម្ភសម្រាប់ឧបករណ៍ពាក់នៅភ្នែកចំនួន \$300។ អ្នកអាចប្រើប្រាក់ឧបត្ថម្ភសម្រាប់ឧបករណ៍ពាក់នៅភ្នែករបស់អ្នកដើម្បីទិញ៖	យើងបានសហការជាដៃគូជាមួយក្រុមហ៊ុនផ្តល់សេវាសុខភាពភ្នែក ដើម្បីផ្តល់តម្លៃកាន់តែច្រើនសម្រាប់តម្រូវការសុខភាពភ្នែកប្រចាំថ្ងៃរបស់អ្នក! សេវាកម្មថែទាំសុខភាពភ្នែកបន្ថែមដែលរ៉ាប់រងរួមមានជាអាទិ៍៖ ការពិនិត្យភ្នែកតាមទម្លាប់មួយដងរៀងរាល់ឆ្នាំតាមប្រតិទិន។ ប្រាក់ឧបត្ថម្ភសម្រាប់ឧបករណ៍ពាក់នៅភ្នែកចំនួន \$200។

	2025 (ឆ្នាំនេះ)	2026 (ឆ្នាំបន្ទាប់)
	កែវភ្នែក* វ៉ែនតា (កញ្ចក់ និងដងវ៉ែនតា) កញ្ចក់វ៉ែនតា និង/ឬ ដងវ៉ែនតា ការដំឡើង កម្រិត (ដូចជាកញ្ចក់ មានពណ៌ កញ្ចក់ U-V កញ្ចក់ប៉ូឡារ៉ាយ ឬកញ្ចក់ photochromatic)។ *ប្រសិនបើអ្នក ជ្រើសរើសកែវដាក់ ក្នុងភ្នែក ប្រាក់ឧបត្ថម្ភ សម្រាប់ឧបករណ៍ពាក់ នៅភ្នែករបស់អ្នកក៏អាច ត្រូវបានប្រើដើម្បីបង់ថ្លៃ ទាំងអស់ ឬមួយផ្នែក នៃថ្លៃសេវាកែវដាក់ក្នុង ភ្នែករបស់អ្នកផងដែរ។ អ្នកទទួលខុសត្រូវក្នុងការ បង់ប្រាក់លើការកែតម្រូវ វ៉ែនតាលើសពីដែន កំណត់នៃប្រាក់ឧបត្ថម្ភ សម្រាប់ឧបករណ៍ពាក់ នៅភ្នែករបស់គម្រោង។	អ្នកអាចប្រើ ប្រាក់ឧបត្ថម្ភសម្រាប់ ឧបករណ៍ពាក់នៅ ភ្នែករបស់អ្នកដើម្បី ទិញ៖ កែវភ្នែក* វ៉ែនតា (កញ្ចក់ និងដង វ៉ែនតា) កញ្ចក់វ៉ែនតា និង/ឬដងវ៉ែនតា ការដំឡើងកម្រិត (ដូចជាកញ្ចក់មានពណ៌ កញ្ចក់ U-V កញ្ចក់ ប៉ូឡារ៉ាយ ឬកញ្ចក់ photochromatic)។ *ប្រសិនបើអ្នក ជ្រើសរើសកែវដាក់ ក្នុងភ្នែក ប្រាក់ឧបត្ថម្ភ សម្រាប់ឧបករណ៍ពាក់ នៅភ្នែករបស់អ្នកក៏អាច ត្រូវបានប្រើដើម្បីបង់ថ្លៃ ទាំងអស់ ឬមួយផ្នែក នៃថ្លៃសេវាកែវដាក់ក្នុង ភ្នែករបស់អ្នកផងដែរ។

	2025 (ឆ្នាំនេះ)	2026 (ឆ្នាំបន្ទាប់)
	អ្នកបង់ប្រាក់ \$0 សម្រាប់ការពិនិត្យភ្នែកជាប្រចាំ (និងការឆ្លុះភ្នែក) សម្រាប់វ៉ែនតាជារៀងរាល់ឆ្នាំតាមប្រតិទិន។	អ្នកទទួលខុសត្រូវក្នុងការបង់ប្រាក់លើការកែតម្រូវវ៉ែនតាលើសពីដែនកំណត់នៃប្រាក់ឧបត្ថម្ភសម្រាប់ឧបករណ៍ពាក់នៅភ្នែករបស់គម្រោង។ អ្នកបង់ប្រាក់ \$0 សម្រាប់ការពិនិត្យភ្នែកជាប្រចាំ (និងការឆ្លុះភ្នែក) សម្រាប់វ៉ែនតាជារៀងរាល់ឆ្នាំតាមប្រតិទិន។
អត្ថប្រយោជន៍អាហារ - ក្រោយការចាកចេញពីមន្ទីរពេទ្យ (បន្ថែម)	នេះមិនមែនជាអត្ថប្រយោជន៍បន្ថែមដែលធានារ៉ាប់រងទេ	នៅក្រោមអត្ថប្រយោជន៍នេះ អ្នកគ្រប់គ្រងករណីគម្រោងនឹងកំណត់អត្ថសញ្ញាណសមាជិកណាដែលមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់។ អ្នកទទួលបានអាហារ

	2025 (ឆ្នាំនេះ)	2026 (ឆ្នាំបន្ទាប់)
		2 ពេលក្នុងមួយថ្ងៃ ជាមួយ ប្រភេទអាហារ នឹងផ្អែកលើតម្រូវការ នៃរបបអាហារណាមួយ ដែលអ្នកអាចមាន។ គម្រោងរហូតដល់ អតិបរមារយៈពេល 2 សប្តាហ៍ក្នុងមួយឆ្នាំ អាហារសរុប 56 ពេល។

ផ្នែកទី 1.6 ការផ្លាស់ប្តូរចំពោះការធានារ៉ាប់រងលើឱសថផ្នែក D

ការផ្លាស់ប្តូរចំពោះបញ្ជីឱសថរបស់យើង

បញ្ជីឱសថដែលបានធានារ៉ាប់រងរបស់យើងខ្ញុំត្រូវបានហៅថាបញ្ជីឈ្មោះឱសថ ឬបញ្ជីឱសថ។ ច្បាប់ចម្លងនៃបញ្ជីឱសថរបស់យើងខ្ញុំត្រូវបានផ្តល់ជូនតាម អេឡិចត្រូនិក។

យើងបានធ្វើការផ្លាស់ប្តូរចំពោះបញ្ជីឱសថរបស់យើង ដែលអាចរាប់បញ្ចូល ទាំងការដកចេញ ឬបន្ថែមឱសថ ការផ្លាស់ប្តូរការដាក់កម្រិតដែលអនុវត្តចំពោះ ការធានារ៉ាប់រងរបស់យើងសម្រាប់ឱសថជាក់លាក់ ឬប្តូរឱសថទាំងនោះទៅ កម្រិតនៃចំណែកចូលរួមបង់ប្រាក់ផ្សេងទៀត។ ពិនិត្យមើលបញ្ជីថ្នាំ ដើម្បីឱ្យ ប្រាកដថាថ្នាំរបស់អ្នកនឹងត្រូវបានរ៉ាប់រងនៅឆ្នាំក្រោយ ហើយដើម្បីមើលថា

តើនឹងមានការវិវត្តបន្តនិងណាមួយឬអត់ ឬថាតើថ្នាំរបស់អ្នកត្រូវបានផ្លាស់ទី ទៅកម្រិតចែករំលែកថ្លៃផ្សេងឬអត់។

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

ប្រសិនបើអ្នករងផលប៉ះពាល់ដោយសារការផ្លាស់ប្តូរចំពោះការធានារ៉ាប់រង លើឱសថនៅដើមឆ្នាំ ឬក្នុងអំឡុងឆ្នាំ សូមពិនិត្យមើលជំពូកទី 9 នៃ *ភស្តុតាង បញ្ជាក់ការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នក* ហើយជជែកជាមួយនឹងអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជា របស់អ្នកដើម្បីស្វែងយល់អំពីជម្រើសរបស់អ្នក ដូចជាការស្នើសុំការផ្គត់ផ្គង់ បណ្តោះអាសន្ន ដែលអនុវត្តសម្រាប់ការលើកលែង និង/ឬធ្វើការស្វែងរកឱសថ ថ្មី។ សូមទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិកតាមរយៈលេខ (866) 314-2427 (អ្នកប្រើ TTY គួរទូរសព្ទទៅលេខ 711) សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។

ផ្នែកទី 1.7 ការផ្លាស់ប្តូរចំពោះអត្ថប្រយោជន៍ និងថ្លៃឱសថតាម វេជ្ជបញ្ជា

តើអ្នកទទួលបាន Extra Help ដើម្បីបង់ថ្លៃធានារ៉ាប់រងលើឱសថរបស់អ្នក ដែរឬទេ?

ប្រសិនបើអ្នកស្ថិតនៅក្នុងកម្មវិធីដែលជួយបង់ថ្លៃឱសថរបស់អ្នក (Extra Help) ព័ត៌មានអំពីថ្លៃចំណាយសម្រាប់ឱសថផ្នែក D អាច មិនអនុវត្តចំពោះ អ្នកនោះទេ។ យើងបានធ្វើជូនអ្នកនូវឯកសារដាច់ដោយឡែកមួយ ដែលហៅថា

ឧបសម្ព័ន្ធអំពីភស្តុតាងបញ្ជាក់ពីការធានារ៉ាប់រងសម្រាប់អ្នកដែលទទួលបាន កម្មវិធី Extra Help (ជំនួយបន្ថែម) ក្នុងការបង់ប្រាក់លើឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជា ដែលប្រាប់អំពីឱសថរបស់អ្នក។ ប្រសិនបើអ្នកទទួលបានកម្មវិធី Extra Help ហើយអ្នកមិនទទួលបានឯកសារនេះត្រឹមថ្ងៃទី 30 ខែកញ្ញា សូមទូរសព្ទទៅសេវា បម្រើសមាជិកតាមរយៈលេខ (866) 314-2427 (អ្នកប្រើ TTY សូមទូរសព្ទទៅ លេខ 711) ហើយស្នើសុំ ឧបសម្ព័ន្ធ LIS ។

ដំណាក់កាលនៃការបង់ថ្លៃឱសថ

ដំណាក់កាលនៃការបង់ថ្លៃឱសថមានចំនួន 3៖ ដំណាក់កាលប្រាក់ចំណាយ ត្រូវបង់មុនប្រចាំឆ្នាំ ដំណាក់កាលធានារ៉ាប់រងដំបូង និងដំណាក់កាល ធានារ៉ាប់រងគ្រោះមហន្តរាយ។ ដំណាក់កាលចន្លោះធានារ៉ាប់រង និងកម្មវិធី Coverage Gap Discount Program នឹងលែងមាននៅក្នុងអត្ថប្រយោជន៍ ផ្នែក 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 ដែលមានការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នក។ ជាទូទៅអ្នកនឹងស្ថិតនៅក្នុងដំណាក់កាលនេះសម្រាប់រយៈពេលដែលនៅសល់នៃឆ្នាំតាមប្រតិទិននេះ។

កម្មវិធី Coverage Gap Discount Program ត្រូវបានជំនួសដោយកម្មវិធី Manufacturer Discount Program។ នៅក្រោមកម្មវិធី Manufacturer Discount Program ក្រុមហ៊ុនផលិតឱសថនឹងបង់មួយភាគនៃថ្លៃចំណាយពេញលេញរបស់គម្រោងសម្រាប់ឱសថដែលមានម៉ាកយីហោ និងឱសថជីវាសាស្ត្រផ្នែក D ដែលបានធានារ៉ាប់រងក្នុងអំឡុងដំណាក់កាលធានារ៉ាប់រងដំបូង និងដំណាក់កាលធានារ៉ាប់រងគ្រោះមហន្តរាយ។ ការបញ្ចុះតម្លៃដែលបង់ដោយក្រុមហ៊ុនផលិតក្រោមកម្មវិធី Manufacturer Discount Program នឹងមិនរាប់បញ្ចូលក្នុងថ្លៃចំណាយចេញពីហោប៉ៅនោះទេ។

តារាងនេះបង្ហាញពីថ្លៃចំណាយរបស់អ្នកក្នុងមួយវេជ្ជបញ្ជាក្នុងអំឡុងដំណាក់កាលនេះ។

	2025 (ឆ្នាំនេះ)	2026 (ឆ្នាំបន្ទាប់)
ប្រាក់បង់មុនប្រចាំឆ្នាំ	\$0	\$550 ក្នុងដំណាក់កាលនេះ អ្នកបង់ចំណែកចូលរួមបង់ប្រាក់ \$0 សម្រាប់ឱសថនៅលើកម្រិតទី 1 និងកម្រិតទី 6 និងថ្លៃឱសថដែលអាចអនុវត្តបានលើកម្រិតទី 2 កម្រិតទី 3 កម្រិតទី 4 និងកម្រិតទី 5 រហូតដល់អ្នកឈានដល់ចំនួនប្រាក់បង់មុនប្រចាំឆ្នាំ។

ថ្លៃឱសថក្នុងដំណាក់កាលទី 2៖ ការធានារ៉ាប់រងដំបូង

តារាងនេះបង្ហាញពីថ្លៃចំណាយរបស់អ្នកក្នុងមួយវេជ្ជបញ្ជាសម្រាប់ការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេលមួយខែដែលបើកនៅឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញជាមួយនឹងចំណែកចូលរួមបង់ប្រាក់ស្តង់ដារ។

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៖	\$0 នៃប្រាក់បង់រួមរបស់ថ្ងៃចំណាយសរុប

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

	2025 (ឆ្នាំនេះ)	2026 (ឆ្នាំបន្ទាប់)
	គ្រោះមហន្តរាយ)។ ការចែករំលែកចំណាយ របស់អ្នកគឺ \$0 នៅក្នុងដំណាក់កាល ធានារ៉ាប់រង គ្រោះមហន្តរាយ)	
កម្រិតទី 2 (ឱសថទូទៅ)៖	ឱសថដែលបាន ធានារ៉ាប់រងផ្នែក D នៅ លើបញ្ជីឈ្មោះឱសថ នឹងស្ថិតនៅលើកម្រិត មួយ។ ថ្លៃចំណាយរបស់អ្នក សម្រាប់សម្ភារៈផ្គត់ផ្គង់ រយៈពេលមួយខែដែល បើកនៅឱសថស្ថាន ក្នុងបណ្តាញ ជាមួយនឹងចំណែក ចូលរួមបង់ប្រាក់ស្តង់ ដារ៖	\$0, \$1.60 ឬ \$2 នៃ ប្រាក់បង់រួមសម្រាប់ ឱសថទាំងអស់ក្នុង មួយវេជ្ជបញ្ជា

	2025 (ឆ្នាំនេះ)	2026 (ឆ្នាំបន្ទាប់)
	ឱសថ ពហុប្រភពទូទៅ និង ចង់បាន៖ អ្នកបង់ \$0 ក្នុងមួយ វេជ្ជបញ្ជា។ ឱសថផ្សេងទៀត ទាំងអស់៖ 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 3 (ឱសថ មានម៉ាកយីហោដែល ចង់បាន)៖	ឱសថដែលបាន ធានារ៉ាប់រងផ្នែក D នៅ លើបញ្ជីឈ្មោះឱសថ និងស្ថិតនៅលើកម្រិត មួយ។ ថ្លៃចំណាយរបស់អ្នក សម្រាប់សម្ភារៈផ្គត់ផ្គង់ រយៈពេលមួយខែដែល បើកនៅឱសថស្ថាន ក្នុងបណ្តាញ ជាមួយនឹងចំណែក ចូលរួមបង់ប្រាក់ ស្តង់ដារ៖ ឱសថ ពហុប្រភពទូទៅ និង ចង់បាន៖ អ្នកបង់ \$0 ក្នុងមួយ វេជ្ជបញ្ជា។ ឱសថផ្សេងទៀត ទាំងអស់៖	\$0, \$1.60 ឬ \$5.10 សម្រាប់ឱសថទូទៅ (រួមទាំងឱសថមាន ម៉ាកយីហោដែលបាន ចាត់ទុកថាជាឱសថ ទូទៅ) \$0, \$4.90 ឬ \$12.65 នៃប្រាក់បង់ រួមសម្រាប់ឱសថ ផ្សេងទៀតទាំងអស់ ក្នុងមួយវេជ្ជបញ្ជា។

	2025 (ឆ្នាំនេះ)	2026 (ឆ្នាំបន្ទាប់)
	អ្នកបង់ \$0 ក្នុងមួយ វេជ្ជបញ្ជា។ 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)
	នៅពេលដែលអ្នកបានបង់ប្រាក់ចេញពីហោប៉ៅចំនួន \$2,000 សម្រាប់ឱសថផ្នែក D រួច អ្នកនឹងបន្តទៅដំណាក់កាលបន្ទាប់ (ដំណាក់កាលធានារ៉ាប់រងគ្រោះមហន្តរាយ)។ ការចែករំលែកចំណាយរបស់អ្នកគឺ \$0 នៅក្នុងដំណាក់កាលធានារ៉ាប់រងគ្រោះមហន្តរាយ)	
កម្រិតទី 5 (ឱសថឯកទេស)៖	ឱសថដែលបានធានារ៉ាប់រងផ្នែក D នៅក្នុងបញ្ជីឈ្មោះឱសថនឹងមាននៅលើកម្រិតមួយ។	\$0, \$1.60 ឬ \$5.10 សម្រាប់ឱសថទូទៅ (រួមទាំងឱសថមានម៉ាកយីហោដែលបានចាត់ទុកថាជាឱសថទូទៅ)

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

	2025 (ឆ្នាំនេះ)	2026 (ឆ្នាំបន្ទាប់)
	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)	
កម្រិតទី 6 (ឱសថថែទាំ តាមការជ្រើសរើស)៖	ឱសថដែលបាន ធានារ៉ាប់រងផ្នែក D នៅក្នុងបញ្ជីឈ្មោះ ឱសថនឹងមាននៅលើ កម្រិតមួយ។	\$0 នៃថ្លៃចំណាយ សរុប

	2025 (ឆ្នាំនេះ)	2026 (ឆ្នាំបន្ទាប់)
	ថ្លៃចំណាយរបស់អ្នកសម្រាប់សម្ភារៈផ្គត់ផ្គង់រយៈពេលមួយខែដែលបើកនៅឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញជាមួយនឹងចំណែកចូលរួមបង់ប្រាក់ស្តង់ដារ៖ ឱសថ ពហុប្រភពទូទៅ និងចង់បាន៖ អ្នកបង់ \$0 ក្នុងមួយវេជ្ជបញ្ជា។ ឱសថផ្សេងទៀតទាំងអស់៖ អ្នកបង់ \$0 ក្នុងមួយវេជ្ជបញ្ជា។	

	2025 (ឆ្នាំនេះ)	2026 (ឆ្នាំបន្ទាប់)
	នៅពេលដែលអ្នក បានបង់ប្រាក់ចេញពី ហោប៉ៅចំនួន \$2,000 សម្រាប់ឱសថផ្នែក D រួច អ្នកនឹងបន្ត ទៅដំណាក់កាល បន្ទាប់ (ដំណាក់កាល ធានារ៉ាប់រង គ្រោះមហន្តរាយ)។ ការចែករំលែកចំណាយ របស់អ្នកគឺ \$0 នៅក្នុងដំណាក់កាល ធានារ៉ាប់រង គ្រោះមហន្តរាយ)	

ការផ្លាស់ប្តូរចំពោះអត្ថប្រយោជន៍ VBIID ផ្នែក D របស់អ្នក

នៅឆ្នាំ 2025 គម្រោង Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP) បានចូលរួមក្នុងគំរូនៃការរចនាការធានារ៉ាប់រងផ្នែកលើតម្លៃ (VBIID) ប៉ុន្តែកម្មវិធីនេះនឹងបិទបញ្ចប់នៅឆ្នាំនេះ។ ជាផ្នែកមួយនៃអត្ថប្រយោជន៍ផ្នែក D របស់គំរូ VBIID គម្រោង Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP) ផ្តល់ជូននូវការលុបបំបាត់ចំណែកចូលរួមបង់ប្រាក់សម្រាប់ឱសថផ្នែក D។ ដោយសារកម្មវិធីនេះបានបញ្ចប់ សមាជិកអាចមានចំណែកចូលរួមបង់ប្រាក់លើ

ឱសថផ្នែក D ទាំងអស់នៅក្នុងដំណាក់កាលនៃការធានារ៉ាប់រងទាំងអស់។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិក ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរណាមួយ។

ការផ្លាស់ប្តូរទៅដំណាក់កាលធានារ៉ាប់រងគ្រោះមហន្តរាយ

សម្រាប់ព័ត៌មានជាក់លាក់អំពីថ្លៃចំណាយរបស់អ្នកនៅក្នុងដំណាក់កាលធានារ៉ាប់រងគ្រោះមហន្តរាយ សូមមើលជំពូកទី 6 ផ្នែកទី 6 នៅក្នុងភស្តុតាងបញ្ជាក់ការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នក។

ផ្នែកទី 2 ការផ្លាស់ប្តូររដ្ឋបាល

យើងកំពុងធ្វើការផ្លាស់ប្តូររដ្ឋបាលនៅឆ្នាំក្រោយ។ ព័ត៌មាននៅក្នុងតារាងខាងក្រោមពិពណ៌នាអំពីការផ្លាស់ប្តូរទាំងនេះ។

	ឆ្នាំ 2025 (ឆ្នាំនេះ)	2026 (ឆ្នាំបន្ទាប់)
Tivity មិនមែនជាក្រុមហ៊ុនផ្តល់សេវាដែលមានកិច្ចសន្យាសម្រាប់ឆ្នាំ 2026 ទៀតទេ។	អត្ថប្រយោជន៍លំហាត់ប្រាណ/កន្លែងហាត់ប្រាណរបស់អ្នកត្រូវបានគ្រប់គ្រងដោយ Tivity D.B.A.។ SilverSneakers។	Silver&Fit គឺជាក្រុមហ៊ុនផ្តល់សេវាកន្លែងហាត់ប្រាណ/កន្លែងហាត់ប្រាណដែលមានកិច្ចសន្យាសម្រាប់ឆ្នាំ 2026។
Healthrageous មិនមែនជាក្រុមហ៊ុនផ្តល់សេវាដែលមានកិច្ចសន្យាសម្រាប់ឆ្នាំ 2026 ទៀតទេ។	សេវាកម្មមូលដ្ឋានរបស់អ្នកអាចរកបានតាមរយៈ Healthrageous។	NationsBenefits គឺជាក្រុមហ៊ុនផ្តល់សេវាអាហារដែលបានចុះកិច្ចសន្យាសម្រាប់ឆ្នាំ 2026។

	ឆ្នាំ 2025 (ឆ្នាំនេះ)	2026 (ឆ្នាំបន្ទាប់)
Aloecare នឹងលែង ជាក្រុមហ៊ុនផ្តល់សេវា ដែលមានកិច្ចសន្យា សម្រាប់ឆ្នាំ 2026 ទៀតហើយ។	អត្ថប្រយោជន៍ PERS របស់អ្នកត្រូវ បានគ្រប់គ្រងដោយ Aloecare។	Medical Guardian គឺជាក្រុមហ៊ុនផ្តល់សេវា របស់ PERS ដែលមាន កិច្ចសន្យាសម្រាប់ឆ្នាំ 2026។
គម្រោងទូទាត់តាម វេជ្ជបញ្ជារបស់ Medicare	មិនអាចអនុវត្តបាន	គម្រោងទូទាត់តាម វេជ្ជបញ្ជារបស់ Medicare គឺជា ជម្រើសបង់ប្រាក់ថ្មី មួយដែលដំណើរការ ជាមួយការធានារ៉ាប់រង លើឱសថបច្ចុប្បន្នរបស់ អ្នក។ ហើយវាអាចជួយ អ្នកក្នុងការគ្រប់គ្រង ចំណាយលើថ្លៃឱសថ របស់អ្នកដោយ ចែកចាយថ្លៃចំណាយ ទាំងនេះនៅទូទាំងការ ទូទាត់ប្រចាំខែដែល ប្រែប្រួលពេញមួយឆ្នាំ (ខែមករា ដល់ខែធ្នូ)។ ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែម អំពីជម្រើសនៃការ

	ឆ្នាំ 2025 (ឆ្នាំនេះ)	2026 (ឆ្នាំបន្ទាប់)
		ទូរាត់នេះ សូមទាក់ទងមកយើងខ្ញុំតាមលេខ (866) 314-2427 (TTY: 711) ឬចូលមើលគេហទំព័រ Medicare.gov
អត្ថប្រយោជន៍បន្ថែមពិសេសសម្រាប់អ្នកជំងឺរ៉ាំរ៉ៃ (SSBCI)	ប្រសិនបើអ្នកត្រូវបានគេធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យថាមានស្ថានភាពជំងឺរ៉ាំរ៉ៃដែលមានសិទ្ធិទទួលបាន និងបំពេញតាមលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យជាក់លាក់ អ្នកអាចមានសិទ្ធិទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍បន្ថែមពិសេសសម្រាប់អ្នកជំងឺរ៉ាំរ៉ៃ ។ ស្ថានភាពជំងឺរ៉ាំរ៉ៃដែលមានសិទ្ធិទទួលបានរួមមាន៖ • ជំងឺសរសៃឈាមបេះដូង • ជំងឺខ្សោយបេះដូងរ៉ាំរ៉ៃ	ប្រសិនបើអ្នកត្រូវបានគេធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យថាមានស្ថានភាពជំងឺរ៉ាំរ៉ៃដែលមានសិទ្ធិទទួលបាន និងបំពេញតាមលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យជាក់លាក់ អ្នកអាចមានសិទ្ធិទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍បន្ថែមពិសេសសម្រាប់អ្នកជំងឺរ៉ាំរ៉ៃ ។ ស្ថានភាពជំងឺរ៉ាំរ៉ៃដែលមានសិទ្ធិទទួលបានរួមមាន៖ • ជំងឺសរសៃឈាមបេះដូង • ជំងឺខ្សោយបេះដូងរ៉ាំរ៉ៃ

	ឆ្នាំ 2025 (ឆ្នាំនេះ)	2026 (ឆ្នាំបន្ទាប់)
	• ជំងឺរង្វង • ជំងឺទឹកនោមផ្អែម • ជំងឺសួតរ៉ាំរ៉ៃ • ជំងឺតម្រងនោម	• ជំងឺរង្វង • ជំងឺទឹកនោមផ្អែម • ជំងឺសួតរ៉ាំរ៉ៃ • ជំងឺតម្រងនោមរ៉ាំរ៉ៃ (CKD) • វិបត្តិនៃការប្រើប្រាស់គ្រឿងស្រវឹងរ៉ាំរ៉ៃ និងវិបត្តិនៃការប្រើប្រាស់សារធាតុញៀនផ្សេងទៀត (SUD) • ជំងឺមហារីក • ជំងឺស្វ័យប្រព័ន្ធភាពសុំ • ការលើសទម្ងន់ភាពធ្ងន់ធ្ងរ និងរោគសញ្ញាមេតាប៉ូលីស • ជំងឺប្រព័ន្ធរំលាយអាហាររ៉ាំរ៉ៃ

	ឆ្នាំ 2025 (ឆ្នាំនេះ)	2026 (ឆ្នាំបន្ទាប់)
		• ជំងឺឈាមឆ្លងឆ្នួរ • HIV/AIDS • ស្ថានភាពសុខភាពផ្លូវចិត្តរ៉ាំរ៉ៃ និងពិការភាព • ជំងឺសរសៃប្រសាទ • ជំងឺដាច់សរសៃឈាមខួរក្បាល • ការថែទាំបន្ទាប់ពីការប្តូរសរីរាង្គ • ភាពស្មុំចុះខ្សោយ និងជំងឺប្រព័ន្ធភាពស្មុំ • ស្ថានភាពដែលពាក់ព័ន្ធនឹងការចុះខ្សោយនៃការយល់ដឹង • លក្ខខណ្ឌដែលមានបញ្ហាប្រឈមមុខងារ

	ឆ្នាំ 2025 (ឆ្នាំនេះ)	2026 (ឆ្នាំបន្ទាប់)
		• ស្ថានភាពរ៉ាំរ៉ៃដែលធ្វើឱ្យប៉ះពាល់ដល់ការមើលឃើញការស្តាប់ (ច្រង់) រសជាតិ ការប៉ះនិងក្លិន • លក្ខខណ្ឌដែលតម្រូវឱ្យបន្តសេវាព្យាបាល ដើម្បីឱ្យបុគ្គលម្នាក់ៗថែទាំ ឬរក្សាមុខងារ

ផ្នែកទី 3 របៀបផ្លាស់ប្តូរគម្រោង

ដើម្បីបន្តនៅក្នុងគម្រោង Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP) អ្នកមិនចាំបាច់ធ្វើអ្វីទាំងអស់។ លុះត្រាតែអ្នកចុះឈ្មោះសម្រាប់គម្រោងផ្សេង ឬផ្លាស់ប្តូរទៅ Original Medicare ត្រឹមថ្ងៃទី 7 ខែធ្នូ អ្នកនឹងត្រូវបានចុះឈ្មោះដោយស្វ័យប្រវត្តិនៅក្នុងគម្រោង Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP) របស់យើង។

ប្រសិនបើអ្នកចង់ផ្លាស់ប្តូរគម្រោង សម្រាប់ឆ្នាំ 2026 សូមអនុវត្តតាមជំហានទាំងនេះ៖

- **ដើម្បីផ្លាស់ប្តូរទៅគម្រោងសុខភាព Medicare ផ្សេង** សូមចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងថ្មី។ អ្នកនឹងត្រូវបានលុបឈ្មោះចេញដោយស្វ័យប្រវត្តិពីគម្រោង Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP)។
- **ដើម្បី ផ្លាស់ប្តូរទៅ Original Medicare ដោយមានការធានារ៉ាប់រងលើឱសថ Medicare** សូមចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងឱសថ Medicare ថ្មី។ អ្នកនឹងត្រូវបានលុបឈ្មោះចេញដោយស្វ័យប្រវត្តិពីគម្រោង Central Health Dual Access Plan (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 និងប្រភេទផ្សេងៗនៃគម្រោង Medicare** សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ www.Medicare.gov ពិនិត្យមើលសៀវភៅណែនាំ *Medicare & You* ឆ្នាំ 2026 ទូរសព្ទទៅកម្មវិធីជំនួយការធានារ៉ាប់រងសុខភាពរបស់រដ្ឋអ្នក (ចូលទៅកាន់ផ្នែកទី 6) ឬទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)។

ផ្នែកទី 3.1 កាលបរិច្ឆេទកំណត់សម្រាប់ការផ្លាស់ប្តូរគម្រោង

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

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 រួមបញ្ចូលគ្នាដែលផ្តល់ នូវ 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៖
 - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)។ អ្នកប្រើ TTY អាចទូរសព្ទទៅលេខ 1-877-486-2048 បាន 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។
 - 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។
 - ការិយាល័យ Medicaid រដ្ឋរបស់អ្នក។

- **ជំនួយចែករំលែកតម្លៃតាមវេជ្ជបញ្ជាសម្រាប់អ្នកមាន HIV/AIDS ។**
កម្មវិធីជំនួយឱសថព្យាបាលជំងឺអេដស៍ (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។
- **គម្រោងទូទាត់តាមវេជ្ជបញ្ជារបស់ Medicare ។** គម្រោងទូទាត់តាមវេជ្ជបញ្ជារបស់ Medicare 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 គឺមានអត្ថប្រយោជន៍ច្រើនជាងការចូលរួមក្នុងគម្រោងទូទាត់តាមវេជ្ជបញ្ជារបស់ Medicare ។ សមាជិកទាំងអស់មានសិទ្ធិចូលរួមក្នុងគម្រោងទូទាត់តាមវេជ្ជបញ្ជារបស់ Medicare ដោយមិនគិតពីកម្រិតប្រាក់ចំណូល។ ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពីជម្រើសទូទាត់ប្រាក់នេះ សូមទូរសព្ទមកយើងខ្ញុំតាមរយៈលេខ (866) 314-2427 (អ្នកប្រើប្រាស់ TTY សូមទូរសព្ទទៅលេខ 711) ឬចូលមើលគេហទំព័រ www.Medicare.gov។

ផ្នែកទី 5 មានសំណួរឬ?

ផ្នែកទី 5.1 ទទួលបានជំនួយពីគម្រោង Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP)

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

អ្នកអាចទូរសព្ទមកយើងខ្ញុំនៅម៉ោងធ្វើការគឺ ចាប់ពីថ្ងៃទី 1 ខែតុលា ដល់ថ្ងៃទី 31 ខែមីនា ចាប់ពីម៉ោង 8 a.m. ដល់ម៉ោង 8 p.m. ម៉ោងក្នុងស្រុក 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ចាប់ពីថ្ងៃទី 1 ខែមេសា ដល់ថ្ងៃទី 30 ខែកញ្ញា ពីថ្ងៃចន្ទ – ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8 a.m. ដល់ម៉ោង 8 p.m. ម៉ោងក្នុងស្រុក។ ការហៅទៅកាន់លេខទាំងនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។

• **សូមអាន ភស្តុតាងបញ្ជាក់ការធានារ៉ាប់រងឆ្នាំ 2026 របស់អ្នក**

សេចក្តីជូនដំណឹងប្រចាំឆ្នាំអំពីការផ្លាស់ប្តូរ នេះផ្តល់ជូនសេចក្តីសង្ខេប នៃការផ្លាស់ប្តូរចំពោះអត្ថប្រយោជន៍ និងថ្លៃចំណាយរបស់អ្នកសម្រាប់ឆ្នាំ 2026។ សម្រាប់ព័ត៌មានលម្អិត សូមចូលទៅកាន់ ភស្តុតាងបញ្ជាក់ការធានារ៉ាប់រង ឆ្នាំ 2026 សម្រាប់គម្រោង Central Health Dual Access Plan (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 ស្នើសុំឱ្យយើងខ្ញុំធ្វើច្បាប់ចម្លងជូនអ្នកតាមប្រៃសណីយ៍។

• **ចូលទៅកាន់គេហទំព័រ centralhealthplan.com**

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

ផ្នែកទី 5.2 ទទួលបានការប្រឹក្សាយោបល់ដោយឥតគិតថ្លៃអំពី Medicare

កម្មវិធីជំនួយធានារ៉ាប់រងសុខភាពប្រចាំរដ្ឋ (SHIP) គឺជាកម្មវិធីរដ្ឋាភិបាល ឯករាជ្យមួយដែលមានអ្នកប្រឹក្សាដែលត្រូវបានបណ្តុះបណ្តាលនៅគ្រប់រដ្ឋ។ នៅ រដ្ឋ California កម្មវិធី SHIP ត្រូវបានហៅថា

ខោនធី Alameda៖

សេវាជំនួយផ្នែកច្បាប់សម្រាប់មនុស្សចាស់

(510) 839-0393

ខោនធី Contra Costa៖

Contra Costa County Aging & Adult Services

(925) 655-1393

ខោនធី Fresno៖

Valley Caregiver Resource Center

(559) 224-9117

ខោនធី Imperial៖

Elder Law & Advocacy

(760) 353-0223

ខោនធី Kern៖

Kern County Aging and Adult Services

(661) 868-1000

ខោនធី Kings៖

Kings/Tulare Area Agency on Aging HICAP Office

(559) 713-2875

ខោនធី Madera៖

Valley Caregiver Resource Center

(559) 224-9117

ខោនធី Orange៖

Council on Aging – Southern California, Inc.

(714) 560-0424

ខោនធី Placer៖

Legal Services of Northern California

(916) 376-8915

ខោនធី San Francisco៖

Self-Help for the Elderly (San Francisco County)

(415) 677-7520

ខោនធី San Joaquin៖

Legal Services of Northern California

(209) 470-7812

ខោនធី San Mateo៖

Self Help For The Elderly (San Mateo County)

(650) 627-9350

ខោនធី Santa Clara៖

Sourcewise

(408) 350-3239

ខោនធី Solano៖

Senior Advocacy Services-HICAP

(707) 526-4108

ខោនធី Stanislaus៖

Stanislaus County Department of Aging and Veterans Services

(209) 558-4540

ខោនធី Tulare៖

Kings/Tulare Area Agency on Aging HICAP Office

(559) 713-2875

ខោនធី Yolo៖

Legal Services of Northern California

(916) 376-8915

ទូរសព្ទដើម្បីទទួលបានការប្រឹក្សាយោបល់អំពីការធានារ៉ាប់រងសុខភាព ជាលក្ខណៈផ្ទាល់ខ្លួន។ ពួកគេអាចជួយអ្នកឱ្យយល់អំពីជម្រើសគម្រោង Medicare និង Medicaid របស់អ្នក ហើយឆ្លើយសំណួរអំពីការប្តូរគម្រោង។ ស្វែងយល់បន្ថែម 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 ផ្លូវការមានព័ត៌មានអំពីថ្លៃចំណាយ 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 ឬទាញយកច្បាប់ចម្លងនៃឯកសារគម្រោងរបស់អ្នកតាមអនឡាញ បានគ្រប់ពេលគ្រប់ទីកន្លែង។ ប្រើឧបករណ៍ណាមួយក៏បានដូចជាកុំព្យូទ័រ ថេប្លេត ឬទូរសព្ទចល័ត។ ឯកសារផែនការឆ្នាំ 2026 របស់អ្នកនឹងមាននៅ លើអនឡាញត្រឹមថ្ងៃទី 15 ខែតុលា ឆ្នាំ 2025។



អនឡាញតាមរយៈ: MyCHPportal.com ។

ចូលមើលផតថលសមាជិក ដែលបម្រើសេវាដោយខ្លួនឯងរបស់យើង ដើម្បីមើលឯកសារគម្រោងរបស់អ្នកតាមអនឡាញបាន 24/7 ឬស្វែងរក អ្នកផ្តល់សេវា ឬឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញមួយ។ ចុះឈ្មោះចូលក្នុង ផតថលសមាជិករបស់អ្នក ឬបង្កើតគណនីមួយតាមរយៈគេហទំព័រ MyCHPportal.com ។ ចុចពាក្យថា “បង្កើតគណនីមួយ” ហើយអនុវត្ត ពីមួយជំហានទៅមួយជំហាន តាមការណែនាំ ដើម្បីចុះឈ្មោះចូល។



ទូរសព្ទទៅលេខឥតគិតថ្លៃ

សូមប្រាប់ឱ្យយើងខ្ញុំឱ្យបានដឹង ប្រសិនបើអ្នកមិនអាចចូលប្រើប្រាស់ កុំព្យូទ័របាន ឬប្រសិនបើអ្នកចង់ឱ្យយើងផ្ញើច្បាប់ចម្លងដែលបាន បោះពុម្ពនៃ EOC ឬសៀវភៅរាយឈ្មោះឱសថស្ថាន/អ្នកផ្តល់សេវាតាម ប្រៃសណីយ៍ទៅអ្នក។ ដើម្បីស្នើសុំច្បាប់ចម្លងដែលបានបោះពុម្ពនៃឯកសារ គម្រោង សូមទូរសព្ទទៅសេវាបម្រើសមាជិកដោយឥតគិតថ្លៃតាមរយៈ **លេខដែលមាននៅខាងក្រោយបណ្ណសម្គាល់សមាជិករបស់អ្នក ពីថ្ងៃ ចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ចាប់ពីម៉ោង 8 a.m. ដល់ 8 p.m. ម៉ោងក្នុងស្រុក។**

យើងខ្ញុំនៅទីនេះដើម្បីជួយ

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរអំពីអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នក ឬត្រូវការជំនួយក្នុង ការស្វែងរកអ្នកផ្តល់សេវា ឬឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញ **សូមទូរសព្ទទៅផ្នែក សេវាបម្រើសមាជិកដោយឥតគិតថ្លៃតាមលេខដែលមាននៅខាងក្រោយ បណ្ណសម្គាល់សមាជិករបស់អ្នក។**

**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 ព័ត៌មានអំពីហ្វែន 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. ដោយ

ទូរសព្ទទៅលេខ 1-866-606-3889។ ឬ ប្រសិនបើអ្នកមិនអាចស្តាប់ឮ ឬ និយាយបានល្អ 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 ពណ៌សម្បុរ ដើមកំណើតជាតិសាសន៍ អាយុ ពិការភាព ឬភេទ អ្នកអាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងសិទ្ធិស៊ីវិល (បណ្តឹងសាទុក្ខ) មកកាន់ U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights តាមរយៈទូរសព្ទ ជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ ឬតាមអេឡិចត្រូនិក៖

- **តាមរយៈទូរសព្ទ៖** សូមទូរសព្ទទៅកាន់លេខ 1-800-368-1019។
ប្រសិនបើអ្នកមិនអាចនិយាយ ឬស្តាប់ឮបានល្អ សូមទូរសព្ទទៅ
TTY/TDD៖ 1-800-537-7697។

- **តាមការសរសេរសំបុត្រ៖** បំពេញទម្រង់បែបបទពាក្យបណ្តឹងតវ៉ា ឬផ្ញើលិខិតទៅកាន់៖

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](https://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html)។

- **អេឡិចត្រូនិក៖** សូមចូលទៅកាន់ផតថលបណ្តឹងតវ៉ារបស់ការិយាល័យសិទ្ធិស៊ីវិលតាមរយៈ [OCRportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf](https://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 រួមទាំងកម្មវិធីការស្វែងរកការធានា 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 ដែលយើងខ្ញុំបានអនុវត្តរាល់នោះទេ។

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)

លោកអ្នកអាចស្នើឱ្យយើងខ្ញុំផ្តល់ឱ្យលោកអ្នកនូវបញ្ជីភាគីណាមួយដែលយើងខ្ញុំបានចែករំលែក PHI របស់លោកអ្នក ក្នុងអំឡុងពេលប្រាំមួយឆ្នាំ មុនកាលបរិច្ឆេទស្នើសុំរបស់លោកអ្នក។ បញ្ជីនេះនឹងមិនរួមបញ្ចូលនូវ PHI ដែលបានចែករំលែកដូចខាងក្រោមឡើយ៖

- សម្រាប់ការព្យាបាល ការទូទាត់ប្រាក់ ឬប្រតិបត្តិការថែទាំសុខភាព
- ដល់បុគ្គលអំពី PHI របស់ពួកគេ
- ការចែករំលែកដែលធ្វើឡើងដោយមានការអនុញ្ញាត
- ហេតុការណ៍ចំពោះការប្រើ ឬការលាតត្រដាង ដែលមានការអនុញ្ញាត ឬតម្រូវដោយច្បាប់ដែលអាចអនុវត្តបាន
- PHI ដែលបានបញ្ចេញទៅក្រៅដើម្បីផលប្រយោជន៍សន្តិសុខជាតិ ឬសម្រាប់ប្រើឱ្យគោលបំណងសន្តិសុខ ឬ
- ជាផ្នែកមួយនៃដែនកំណត់សំណុំទិន្នន័យ ដោយអនុលោមតាមច្បាប់ដែលអាចអនុវត្តបាន។

យើងនឹងគិតប្រាក់លើថ្លៃសេវាសមហេតុផល សម្រាប់បញ្ជីនីមួយៗ ប្រសិនបើអ្នកស្នើសុំបញ្ជីនេះច្រើនជាងម្តងក្នុងរយៈពេល 12 ខែ។ អ្នកត្រូវដាក់សំណើរជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ។ អ្នកអាចប្រើទម្រង់បែបបទរបស់យើងដើម្បី បង្កើតសំណើរបស់អ្នក។

អ្នកអាចធ្វើការស្នើសុំណាមួយដូចបានចែងពីខាងលើ ឬលោកអ្នកអាចទទួលបានច្បាប់ចម្លងនៃសេចក្តីជូនដំណឹងនេះ។ សូមទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិកតាមរយៈលេខឥតគិតថ្លៃនៅខាងក្រោយបណ្តាសម្គាល់សមាជិករបស់អ្នកបាន 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ ពីម៉ោង 8 a.m. ដល់ម៉ោង 8 p.m. ម៉ោងក្នុងស្រុក។ អ្នកប្រើ TTY/TDD សូមហៅមកលេខ 711 ។

តើអ្នកអាចធ្វើអ្វីខ្លះ ប្រសិនបើសិទ្ធិរបស់អ្នកមិនបានទទួលការការពារទេ នោះ?

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

អ្នកអាចប្តឹងបណ្តឹងតវ៉ាមកកាន់យើងខ្ញុំតាមរយៈ៖

សូមទូរសព្ទទៅសេវាបម្រើសមាជិកតាមរយៈលេខឥតគិតថ្លៃនៅខាងក្រោយ បណ្តុះបណ្តាលសមាជិករបស់អ្នកបាន 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 និងការអនុវត្តឯកជនភាពអំពី PHI របស់អ្នក
- ផ្តល់ជូនលោកអ្នកនូវសេចក្តីជូនដំណឹងពីព្រឹត្តិការណ៍នៃការរំលោភបំពាននូវអសុវត្ថិភាព 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 សូមហៅមក

លេខ 711។ ឬសរសេរទៅសេវាបម្រើសមាជិក Molina, 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: ការគ្រប់គ្រងកំណត់ត្រានៃការចុះឈ្មោះ

ព័ត៌មានសំខាន់របស់ Molina Healthcare



CAACKM26L01311