

# ការជូនដំណឹងអំពីការផ្លាស់ប្តូរ ប្រចាំឆ្នាំ 2022

## Molina Dual Options Cal Medi-Connect Plan Medicare-Medicaid Plan

### California H8677-002

កំពុងបម្រើនៅខោនធី Los Angeles

មានសុពលភាពចាប់ពីថ្ងៃទី 1 ខែមករា ដល់ថ្ងៃទី 31 ខែធ្នូ ឆ្នាំ 2022



ផែនការ Medicare-Medicaid Plan នៃផែនការ Molina Dual Options Cal MediConnect Plan ផ្តល់ជូន  
ដោយ Molina Healthcare

## ការជូនដំណឹងប្រចាំឆ្នាំអំពីការផ្លាស់ប្តូរសម្រាប់ឆ្នាំ 2022

### សេចក្តីផ្តើម

អ្នកបច្ចុប្បន្នបានចុះឈ្មោះជាសមាជិកម្នាក់របស់ Molina Dual Options។ ឆ្នាំក្រោយ នឹងមានការផ្លាស់ប្តូរមួយចំនួន ចំពោះអត្ថប្រយោជន៍ និងថ្លៃចំណាយរបស់ផែនការនេះ។ ការជូនដំណឹងអំពីការផ្លាស់ប្តូរប្រចាំឆ្នាំនេះប្រាប់អ្នកអំពីការផ្លាស់ ប្តូរមួយចំនួន និងកន្លែងដែលត្រូវស្វែងរកព័ត៌មានបន្ថែមអំពីការផ្លាស់ប្តូរទាំងនោះ។ ពាក្យគន្លឹះ និងនិយមន័យនៃពាក្យគន្លឹះ ទាំងនេះបង្ហាញទៅតាមលំដាប់អក្សរក្រមនៅក្នុងជំពូកចុងក្រោយនៃសៀវភៅណែនាំសមាជិក។

## តារាងមាតិកា

<b>A.</b>	សេចក្តីប្រកាសមិនទទួលខុសត្រូវ .....	3
<b>B.</b>	ការពិនិត្យឡើងវិញលើការរ៉ាប់រងរបស់ Medicare និង Medi-Cal របស់អ្នកសម្រាប់ឆ្នាំក្រោយ .....	3
	B1. ធនធានបន្ថែម .....	3
	B2. ព័ត៌មានអំពី Molina Dual Options.....	4
	B3. កិច្ចការសំខាន់ដែលត្រូវធ្វើ៖ .....	5
<b>C.</b>	ការផ្លាស់ប្តូរនានាចំពោះបណ្តាញអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថាន .....	6
<b>D.</b>	ការផ្លាស់ប្តូរនានាចំពោះអត្ថប្រយោជន៍សម្រាប់ឆ្នាំក្រោយ .....	6
	D1. ការផ្លាស់ប្តូរនានាចំពោះអត្ថប្រយោជន៍សម្រាប់សេវាវេជ្ជសាស្ត្រ .....	6
	D2. ការផ្លាស់ប្តូរនានាចំពោះការរ៉ាប់រងឱសថមានវេជ្ជបញ្ជា.....	7
<b>E.</b>	របៀបជ្រើសរើសផែនការ.....	8
	E1. របៀបបន្តស្ថិតនៅក្នុងផែនការ.....	8
	E2. របៀបផ្លាស់ប្តូរផែនការរបស់អ្នក .....	9
<b>F.</b>	របៀបទទួលបានជំនួយ.....	11
	F1. ការទទួលបានជំនួយពី Molina Dual Options .....	11
	F2. ការទទួលបានជំនួយពីអន្តរការីចុះឈ្មោះរដ្ឋ .....	11
	F3. ការទទួលបានជំនួយពីកម្មវិធី Cal MediConnect Ombuds Program .....	11
	F4. ការទទួលបានជំនួយពីកម្មវិធី Health Insurance Counseling and Advocacy Program.....	12
	F5. ការទទួលបានជំនួយពី Medicare.....	12
	F6. ការទទួលបានជំនួយពីក្រសួង California Department of Managed Health Care.....	12

## A. សេចក្តីប្រកាសមិនទទួលខុសត្រូវ

- ការកម្រិត ការបង់ប្រាក់រួម និងការដាក់កំហិតផ្សេងៗអាចត្រូវអនុវត្ត។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមទៀត សូមទាក់ទងទៅផ្នែកសេវាសមាជិក Molina Dual Options តាមទូរស័ព្ទលេខ (855) 665-4627, TTY: 711, ថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់ ម៉ោងក្នុងស្រុក ឬអានសៀវភៅណែនាំសមាជិក Molina Dual Options ។ នេះមានន័យថា អ្នកអាចត្រូវចំណាយដោយខ្លួនឯងលើថ្លៃសេវាមួយចំនួន ហើយបានន័យថា អ្នកត្រូវធ្វើតាមវិធានការជាក់លាក់មួយចំនួនទើប Molina Dual Options អាចចេញថ្លៃសេវាឱ្យអ្នកបាន ។
- បញ្ជីឱសថដែលមានការរ៉ាប់រង និង/ឬ ឱសថស្ថាន និង បណ្តាញអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំអាចនឹងមានការផ្លាស់ប្តូរពេញមួយឆ្នាំ។ យើងនឹងផ្តល់ដំណឹងដល់អ្នកមុនពេលយើងធ្វើការផ្លាស់ប្តូរដែលអាចនឹងប៉ះពាល់ដល់អ្នក។
- អត្ថប្រយោជន៍ និង/ឬការបង់ប្រាក់រួមនានាអាចនឹងផ្លាស់ប្តូរនៅថ្ងៃទី 1 ខែមករានៃឆ្នាំនីមួយៗ។
- Molina Healthcare អនុលោមតាមច្បាប់សិទ្ធិពលរដ្ឋសហព័ន្ធដែលអនុវត្តបាន ហើយមិនមានការរើសអើងលើមូលដ្ឋានពូជសាសន៍ សញ្ជាតិ ជនជាតិ សាសនា យែនឌ័រ ភេទ អាយុ ពីការភាពរាងកាយ ឬស្មារតី ស្ថានភាពសុខភាព ការទទួលបានការថែទាំសុខភាព បទពិសោធន៍បណ្តឹងទាមទារ ប្រវត្តិការព្យាបាល ព័ត៌មានពីន្ទុកសុខភាពនៃការអាចទទួលបានធានារ៉ាប់រង និងទីតាំងភូមិសាស្ត្រឡើយ។

## B. ការពិនិត្យឡើងវិញលើការរ៉ាប់រងរបស់ Medicare និង Medi-Cal របស់អ្នកសម្រាប់ឆ្នាំក្រោយ

វាមានសារៈសំខាន់ក្នុងការពិនិត្យឡើងវិញលើការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកឥឡូវនេះដើម្បីធានាថាវានឹងនៅតែបំពេញតាមតម្រូវការរបស់អ្នកនៅឆ្នាំក្រោយ។ ប្រសិនបើវាមិនបំពេញតាមតម្រូវការរបស់អ្នកទេ នោះអ្នកអាចចាកចេញពីផែនការបាន។ សូមមើលផ្នែក E2 សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។


ប្រសិនបើអ្នកជ្រើសរើសចាកចេញពី Molina Dual Options សមាជិកភាពរបស់អ្នកនឹងបញ្ចប់ នៅថ្ងៃចុងក្រោយនៃខែដែលអ្នកបានធ្វើការស្នើសុំ។

ប្រសិនបើអ្នកចាកចេញពីផែនការរបស់យើង អ្នកនឹងនៅតែស្ថិតក្នុងកម្មវិធី Medicare និង Medi-Cal ដដែល ដរាបណាអ្នកនៅមានសិទ្ធិទទួល។

- អ្នកនឹងមានជម្រើសមួយអំពីរបៀបទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ Medicare របស់អ្នក (មើលទំព័រទី 8)។
- អ្នកនឹងទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ Medi-Cal របស់អ្នកតាមរយៈផែនការថែទាំដែលគ្រប់គ្រងដោយ Medi-Cal តាមជម្រើសរបស់អ្នក (មើលទំព័រទី 10 សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម)។

### B1. ធនធានបន្ថែម

- ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call (855) 665-4627, TTY: 711, Monday – Friday, 8 a.m. to 8 p.m., local time. The call is free.
- ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-855-665-4627 (TTY: 711).
- CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-855-665-4627 (TTY: 711).
- PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-855-665-4627 (TTY: 711).

 ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរស័ព្ទមកកាន់ Molina Dual Options តាមលេខ (855) 665-4627, TTY: 711 ថ្ងៃចន្ទ – ថ្ងៃសុក្រ ម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់ ម៉ោងក្នុងស្រុក។ ការហៅមកលេខនេះគឺមិនគិតថ្លៃទេ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមមើលនៅ [www.MolinaHealthcare.com/Duals](http://www.MolinaHealthcare.com/Duals) ។

• **ملحوظة:** إذا كنت تتحدث اللغة العربية فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-855-665-4627 (رقم هاتف الصم والبكم: 711).

- 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電1-855-665-4627 (TTY：711)。
- 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-855-665-4627 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.
- ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-855-665-4627 (телетайп: 711).
- توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با 1-855-665-4627 (TTY: 711) تماس بگیرید.
- ՈւՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ՝ Եթե խոսում եք հայերեն, ապա ձեզ անվճար կարող եմ տրամադրվել լեզվական աջակցության ծախսարքայուններ: Չանգահարեք 1-855-665-4627 (TTY (հեռախոս)՝ 711):

- ប្រយ័ត្ន៖ បើសិនអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ សេវាជំនួយផ្នែកភាសាដោយមិនគិតល្អូល គឺអាចមានសំរាប់បំរើអ្នក។ ចូរទូរស័ព្ទ 1-855-665-4627 (TTY: 711)
- អ្នកអាចទទួលបានសេចក្តីជូនដំណឹងអំពីការផ្លាស់ប្តូរប្រចាំឆ្នាំនេះដោយឥតគិតថ្លៃ ក្នុងទម្រង់ដទៃផ្សេងទៀត ដូចជាអក្សរពុម្ពធំ អក្សរសម្រាប់អ្នកពិការភ្នែក ឬជាសំឡេង។ ទូរសព្ទមកលេខ (855) 665-4627, TTY: 711 ថ្ងៃចន្ទដល់ថ្ងៃសុក្រ ម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់ ម៉ោងក្នុងស្រុក។ ហៅទូរសព្ទមកលេខនេះដោយមិនគិតថ្លៃ។
- អ្នកអាចស្នើសុំឱ្យយើងផ្ញើឱ្យអ្នកជានិច្ចនូវព័ត៌មានជាភាសា ឬទម្រង់ដែលអ្នកត្រូវការ។ ត្រង់នេះគេហៅថា សំណើសុំជាអចិន្ត្រៃយ៍។ យើងនឹងបន្តតាមដានចំពោះសំណើជាអចិន្ត្រៃយ៍របស់អ្នក ដូច្នេះអ្នកមិនចាំបាច់បង្កើតសំណើដាច់ដោយឡែក រាល់ពេលដែលយើងផ្ញើព័ត៌មានទៅកាន់អ្នកឡើយ។
- ដើម្បីទទួលបានឯកសារនេះជាភាសាដែលមិនមែនជាភាសាអង់គ្លេសនោះ សូមទំនាក់ទំនងទៅកាន់រដ្ឋតាមលេខ (800) 541-5555, TTY: 711 ថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់ ម៉ោងក្នុងស្រុកដើម្បីធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពកំណត់ត្រារបស់អ្នក ជាមួយភាសាដែលចង់បាន។ ដើម្បីទទួលបានឯកសារនេះជាទម្រង់ផ្សេងនោះ សូមទំនាក់ទំនងទៅកាន់សេវាសមាជិកតាមរយៈលេខ (855) 665-4627, TTY: 711 ថ្ងៃចន្ទដល់ ថ្ងៃសុក្រ ម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់ ម៉ោងក្នុងស្រុក។ អ្នកតំណាងម្នាក់អាចជួយអ្នកក្នុងការបង្កើត ឬផ្លាស់ប្តូរសំណើសុំជាអចិន្ត្រៃយ៍នេះ។ អ្នកក៏អាចទាក់ទងទៅកាន់អ្នកគ្រប់គ្រងករណីរបស់អ្នកដើម្បីទទួលបានជំនួយលើសំណើអចិន្ត្រៃយ៍នេះ។

**B2. ព័ត៌មានអំពី Molina Dual Options**

- ផែនការ Medicare-Medicaid Plan នៃផែនការ Molina Dual Options Cal MediConnect Plan គឺជាផែនការសុខភាពមួយដែលចុះកិច្ចសន្យាទាំងជាមួយ Medicare និង Medi-Cal ដើម្បីផ្តល់នូវអត្ថប្រយោជន៍នៃកម្មវិធីទាំងពីរដល់អ្នកចុះឈ្មោះ។
- ការធានារ៉ាប់រងក្រោមផែនការ Molina Dual Options គឺជាការរ៉ាប់រងសុខភាព ដែលមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ ដែលមានឈ្មោះថា “ការរ៉ាប់រងចាំបាច់ជាអប្បបរមា។” វាគោរពតាមលក្ខខណ្ឌតម្រូវខាងទំនួលខុសត្រូវរួមក្នុងច្បាប់ស្តីពីកិច្ចការពារអ្នកជំងឺ និងការថែទាំតាមលទ្ធភាព (Patient Protection and Affordable Care Act, ACA) របស់បុគ្គល។ សូមចូលទៅគេហទំព័រសេវាចំណូលផ្ទៃក្នុង (IRS) នៅ [www.irs.gov/affordable-care-act/individuals-and-families](http://www.irs.gov/affordable-care-act/individuals-and-families) សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមស្តីពីលក្ខខណ្ឌតម្រូវក្នុងទំនួលខុសត្រូវរួមរបស់បុគ្គលម្នាក់ៗ។

- ផែនការ Molina Dual Options នេះត្រូវបានផ្តល់ជូនដោយ Molina Healthcare ។ នៅពេល ការជូនដំណឹងអំពី ការផ្លាស់ប្តូរប្រចាំឆ្នាំនេះនិយាយថា “យើង” “ពួកយើង” ឬ “របស់យើង” វាមានន័យថា Molina Healthcare ។ ពេល វាសរសេរថា “ផែនការ” ឬ “ផែនការរបស់យើង” គឺមានន័យថា Molina Dual Options ។

**B3. កិច្ចការសំខាន់ៗដែលត្រូវធ្វើ៖**

- **សូមពិនិត្យមើល** ថាមានការផ្លាស់ប្តូរណាមួយចំពោះអត្ថប្រយោជន៍របស់យើងដែលអាចប៉ះពាល់ដល់អ្នកដែរឬទេ។
  - តើមានការផ្លាស់ប្តូរណាមួយដែលប៉ះពាល់ដល់សេវាកម្មដែលអ្នកប្រើដែរឬទេ?
  - វាមានសារៈសំខាន់ក្នុងការត្រួតពិនិត្យឡើងវិញលើការផ្លាស់ប្តូរអត្ថប្រយោជន៍ដើម្បីធ្វើឱ្យប្រាកដថាការផ្លាស់ប្តូរ ទាំងនោះនឹងដំណើរការបានសម្រាប់អ្នកនៅឆ្នាំក្រោយ។
  - សូមមើលក្នុងផ្នែក D សម្រាប់ព័ត៌មានអំពីការផ្លាស់ប្តូរអត្ថប្រយោជន៍សម្រាប់គម្រោងរបស់យើង។
- **ពិនិត្យថាតើមានការផ្លាស់ប្តូរណាមួយចំពោះការរ៉ាប់រងឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជារបស់យើងដែលអាចប៉ះពាល់ដល់អ្នកដែរ ឬទេ។**
  - តើឱសថរបស់អ្នកនឹងត្រូវបានធានាឬអត់? តើឱសថទាំងនោះស្ថិតក្នុងថ្នាក់ខុសគ្នាមែនទេ? តើអ្នកអាចបន្តប្រើ ឱសថស្ថានដដែលដែរទេ?
  - វាមានសារៈសំខាន់ក្នុងការត្រួតពិនិត្យឡើងវិញលើការផ្លាស់ប្តូរនានាដើម្បីធ្វើឱ្យប្រាកដថាការរ៉ាប់រងឱសថរបស់ យើងនឹងដំណើរការបានសម្រាប់អ្នកនៅឆ្នាំក្រោយ។
  - សូមមើលក្នុងផ្នែក D2 សម្រាប់ព័ត៌មានអំពីការផ្លាស់ប្តូរនានាចំពោះការរ៉ាប់រងឱសថរបស់យើង។
- **ពិនិត្យមើល ប្រសិនបើអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថានរបស់អ្នកនឹងស្ថិតនៅក្នុងបណ្តាញ របស់យើងនៅឆ្នាំក្រោយ។**
  - តើវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក រួមទាំងអ្នកឯកទេសរបស់អ្នក នៅក្នុងបណ្តាញរបស់យើងខ្ញុំដែរឬទេ? ចុះចំណែក ឱសថស្ថានរបស់អ្នកវិញ? ចុះចំណែកមន្ទីរពេទ្យ ឬអ្នកផ្តល់សេវាផ្សេងទៀតដែលអ្នកប្រើវិញ?
  - សូមមើលក្នុងផ្នែក C សម្រាប់ព័ត៌មានអំពី *បញ្ជីឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថាន របស់យើង*។
- **គិតអំពីថ្លៃចំណាយសរុបរបស់អ្នកក្នុងផែនការនេះ។**
  - តើថ្លៃចំណាយសរុបធៀបទៅនឹងជម្រើសរ៉ាប់រងផ្សេងទៀតយ៉ាងដូចម្តេចដែរ?
- **គិតអំពីថាតើអ្នករីករាយជាមួយផែនការរបស់យើងឬយ៉ាងណា។**

**ប្រសិនបើអ្នកសម្រេចចិត្តថាស្ថិតនៅជាមួយ Molina Dual Options ៖**

ប្រសិនបើអ្នកចង់ស្ថិតនៅជាមួយយើងនៅឆ្នាំក្រោយ វា ងាយស្រួលទេ គឺថា អ្នកមិនចាំបាច់ ធ្វើអ្វីទាំងអស់។ ប្រសិនបើអ្នកមិនធ្វើការផ្លាស់ប្តូរ អ្នកនឹងនៅតែស្ថិត ក្នុងការចុះឈ្មោះជាមួយគម្រោង របស់យើងដោយ ស្វ័យប្រវត្តិ។

**ប្រសិនបើអ្នកសម្រេចចិត្តផ្លាស់ប្តូរផែនការ៖**

ប្រសិនបើអ្នកសម្រេចថាការរ៉ាប់រងផ្សេងនឹងសាកសមជាមួយ តម្រូវការរបស់អ្នកជាងនោះ អ្នកអាចធ្វើការផ្លាស់ប្តូរផែនការ បាន (មើលផ្នែក E2 សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម)។ ប្រសិនបើ អ្នកចុះឈ្មោះក្នុងផែនការថ្មីមួយ ការធានារ៉ាប់រងថ្មីរបស់អ្នក នឹងចាប់ផ្តើម នៅថ្ងៃទីមួយនៃខែបន្តបន្ទាប់។ សូមមើលផ្នែក E ទំព័រទី 9 ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពីជម្រើសរបស់អ្នក។

### C. ការផ្លាស់ប្តូរនាទីពោះបណ្តាញអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថាន

បណ្តាញអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថានរបស់យើង បានធ្វើការផ្លាស់ប្តូរសម្រាប់ឆ្នាំ 2022។

យើងសូមធ្វើការលើកទឹកចិត្តអ្នកឱ្យធ្វើការត្រួតពិនិត្យឡើងវិញលើ **បញ្ជីឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថាន**របស់យើងខ្ញុំ នាពេលបច្ចុប្បន្ន ដើម្បីពិនិត្យមើលថាតើអ្នកផ្តល់សេវា ឬឱសថស្ថានរបស់អ្នកនៅតែស្ថិតនៅក្នុងបណ្តាញរបស់យើងខ្ញុំដែរ ឬទេ។ **បញ្ជីឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថាន** ដែលបានធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពមាននៅលើគេហទំព័ររបស់យើងនៅ [www.MolinaHealthcare.com/Duals](http://www.MolinaHealthcare.com/Duals)។ អ្នកក៏អាចហៅទូរសព្ទផងដែរទៅសេវាសមាជិកតាមរយៈលេខ (855) 665-4627, TTY: 711 ថ្ងៃចន្ទ ដល់ ថ្ងៃសុក្រ ម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់ ម៉ោងក្នុងស្រុកដើម្បីបានព័ត៌មានអំពី អ្នកផ្តល់សេវាដែលបាន ធ្វើបច្ចុប្បន្នភាព ឬដើម្បីស្នើឱ្យយើងផ្ញើតាមប្រអប់សំបុត្រជូនអ្នកនូវ **បញ្ជីឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថាន**។

វាមានសារៈសំខាន់ដែលអ្នកគួរដឹងថា យើងក៏អាចធ្វើការផ្លាស់ប្តូរចំពោះបណ្តាញរបស់យើងក្នុង អំឡុងឆ្នាំនេះផងដែរ។ ប្រសិនបើអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកពិតជាចង់ចាកចេញពីគម្រោងនេះ អ្នកមានសិទ្ធិ និងកិច្ចការពារជាក់លាក់មួយចំនួន។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមមើលជំពូក 3 នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិករបស់អ្នក*។

### D. ការផ្លាស់ប្តូរនាទីពោះអត្ថប្រយោជន៍សម្រាប់ឆ្នាំក្រោយ

#### D1. ការផ្លាស់ប្តូរនាទីពោះអត្ថប្រយោជន៍សម្រាប់សេវាវេជ្ជសាស្ត្រ

យើងនឹងផ្លាស់ប្តូរលើទំហំធានារ៉ាប់រងរបស់យើងសម្រាប់សេវាវេជ្ជសាស្ត្រជាក់លាក់មួយចំនួននៅឆ្នាំក្រោយ។ តារាង ខាងក្រោមពណ៌នាអំពីការផ្លាស់ប្តូរទាំងនេះ។

	2021 (ឆ្នាំនេះ)	2022 (ឆ្នាំក្រោយ)
<b>ជំនួយការស្តាប់</b>	មិនតម្រូវឱ្យមានការសុំសិទ្ធិអនុញ្ញាត ជាមុនឡើយ។	អាចតម្រូវឱ្យមានការសុំសិទ្ធិអនុញ្ញាត ជាមុនឡើយ។
<b>សេវាឯកទេសសុខភាពផ្លូវចិត្ត</b>	មិនតម្រូវឱ្យមានការសុំសិទ្ធិអនុញ្ញាត ជាមុនឡើយ។	អាចតម្រូវឱ្យមានការសុំសិទ្ធិអនុញ្ញាត ជាមុនឡើយ។
<b>អ្នកមានវិជ្ជាជីវៈថែទាំសុខភាព ផ្សេងទៀត</b>	មិនតម្រូវឱ្យមានការសុំសិទ្ធិអនុញ្ញាត ជាមុនឡើយ។	អាចតម្រូវឱ្យមានការសុំសិទ្ធិអនុញ្ញាត ជាមុនឡើយ។
<b>សេវាការរំលោភបំពានអ្នកជំងឺ</b>	មិនតម្រូវឱ្យមានការសុំសិទ្ធិអនុញ្ញាត ជាមុនឡើយ។	អាចតម្រូវឱ្យមានការសុំសិទ្ធិអនុញ្ញាត ជាមុនឡើយ។
<b>ការជាវដែលមិនមានវេជ្ជបញ្ជា (OTC)</b>	ប្រាក់ឧបត្ថម្ភសម្រាប់ការជាវដែលមិន មានវេជ្ជបញ្ជា (OTC) នឹងត្រូវយកទៅ បន្តប្រើក្នុងពេលបន្ទាប់។	ប្រាក់ឧបត្ថម្ភសម្រាប់ការជាវដែលមិន មានវេជ្ជបញ្ជា (OTC) នឹងមិនត្រូវយក ទៅបន្តប្រើក្នុងពេលបន្ទាប់ទេ។

	2021 (ឆ្នាំនេះ)	2022 (ឆ្នាំក្រោយ)
<b>សេវាកម្មព្យាបាលជំងឺជើង</b>	មិនតម្រូវឱ្យមានការសុំសិទ្ធិអនុញ្ញាតជាមុនឡើយ។	អាចត្រូវទាមទារការអនុញ្ញាតជាមុន។
<b>សេវាកម្មផ្នែកចិត្តសាស្ត្រ</b>	មិនតម្រូវឱ្យមានការសុំសិទ្ធិអនុញ្ញាតជាមុនឡើយ។	អាចត្រូវទាមទារការអនុញ្ញាតជាមុន។
<b>ការព្យាបាលដោយការធ្វើលំហាត់ប្រាណ (SET)</b>	មិនតម្រូវឱ្យមានការសុំសិទ្ធិអនុញ្ញាតជាមុនឡើយ។	អាចតម្រូវឱ្យមានការសុំសិទ្ធិអនុញ្ញាតជាមុនឡើយ។

**D2. ការផ្លាស់ប្តូរនានាចំពោះការរ៉ាប់រងឱសថមានវេជ្ជបញ្ជា**

**ការផ្លាស់ប្តូរនានាចំពោះបញ្ជីឱសថរបស់យើង**

បញ្ជីឱសថដែលមានការរ៉ាប់រងដែលបានធ្វើបច្ចុប្បន្នភាព គឺមាននៅលើគេហទំព័ររបស់យើងនៅ [www.MolinaHealthcare.com/Duals](http://www.MolinaHealthcare.com/Duals) ។ អ្នកក៏អាចហៅទូរសព្ទផងដែរទៅសេវាសមាជិកតាមរយៈលេខ (855) 665-4627, TTY: 711 ថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់ ម៉ោងក្នុងស្រុក សម្រាប់ព័ត៌មានឱសថដែលបានធ្វើបច្ចុប្បន្នភាព ឬដើម្បីស្នើឱ្យយើងធ្វើតាមប្រអប់សំបុត្រជូនអ្នកនូវបញ្ជីឱសថដែលមានការរ៉ាប់រង។

បញ្ជីឱសថដែលមានការរ៉ាប់រង ក៏ត្រូវបានគេហៅថា “បញ្ជីឱសថ” ផងដែរ។

យើងបានធ្វើការផ្លាស់ប្តូរនានាចំពោះបញ្ជីឱសថពេទ្យឱសថរបស់យើង ដែលរួមមានការផ្លាស់ប្តូរចំពោះឱសថ ដែលយើងធានារ៉ាប់រង និងការផ្លាស់ប្តូរចំពោះការដាក់កំហិត ដែលអនុវត្តចំពោះទំហំធានារ៉ាប់រងរបស់យើងសម្រាប់ឱសថជាក់លាក់មួយចំនួន។

ពិនិត្យមើលឡើងវិញក្នុងបញ្ជីឱសថនេះដើម្បីធ្វើឱ្យប្រាកដថា ឱសថរបស់អ្នកនឹងត្រូវបានធានារ៉ាប់រងនៅឆ្នាំក្រោយនិងដើម្បីមើល ថាតើមានការដាក់កំហិតណាមួយឬយ៉ាងណា។

ប្រសិនបើអ្នកទទួលរងផលប៉ះពាល់ដោយការផ្លាស់ប្តូរលើការរ៉ាប់រងឱសថ យើងលើកទឹកចិត្តឱ្យអ្នក៖

- ធ្វើការជាមួយវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក (ឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាផ្សេងទៀត) ដើម្បីស្វែងរកឱសថខុសគ្នាមួយដែលយើងរ៉ាប់រង។
  - អ្នកអាចទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាសមាជិកតាមរយៈលេខ (855) 665-4627 TTY: 711 ថ្ងៃចន្ទ ដល់ ថ្ងៃសុក្រ ម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់ ម៉ោងក្នុងស្រុក ឬទាក់ទងអ្នកគ្រប់គ្រងករណី របស់អ្នកដើម្បីសុំបញ្ជីឱសថដែលបានធានារ៉ាប់រងសម្រាប់ព្យាបាល លក្ខខណ្ឌជំងឺដូចគ្នា។
  - បញ្ជីនេះអាចជួយអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នករកមើលឱសថដែលបានធានារ៉ាប់រង ដែលអាចដំណើរការបានសម្រាប់អ្នក។
- ធ្វើការជាមួយវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក (ឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាផ្សេងទៀត) និងស្នើឱ្យផែនការនេះ ធ្វើការលើកលែងមួយ ដើម្បីធានារ៉ាប់រងលើឱសថនេះ។
  - អ្នកអាចស្នើសុំការលើកលែងនៅមុនឆ្នាំក្រោយមកដល់ ហើយយើងនឹងផ្តល់ចម្លើយដល់អ្នកក្នុងរយៈពេល 72 ម៉ោង បន្ទាប់ពីយើងទទួលបានការស្នើសុំរបស់អ្នក (ឬសេចក្តីថ្លែងការណ៍គាំទ្ររបស់អ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក)។
  - ដើម្បីស្វែងយល់អំពីអ្វីដែលអ្នកត្រូវតែធ្វើដើម្បីស្នើសុំការលើកលែង សូមមើលជំពូលទី 9 នៃសៀវភៅណែនាំសមាជិកឆ្នាំ 2022 ឬទូរសព្ទទៅកាន់ផ្នែកសេវាសមាជិក តាមលេខ (855) 665-4627, TTY: 711 ថ្ងៃចន្ទដល់ ថ្ងៃសុក្រ ម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់ ម៉ោងក្នុងស្រុក។



ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទមកកាន់ Molina Dual Options តាមលេខ (855) 665-4627, TTY: 711 ថ្ងៃចន្ទ – ថ្ងៃសុក្រ ម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់ ម៉ោងក្នុងស្រុក។ ការហៅមកលេខនេះគឺមិនគិតថ្លៃទេ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមមើលនៅ [www.MolinaHealthcare.com/Duals](http://www.MolinaHealthcare.com/Duals) ។



- បើអ្នកត្រូវការជំនួយស្នើសុំការលើកលែង អ្នកអាចទាក់ទងមកកាន់ផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិក ឬអ្នកគ្រប់គ្រងសំណុំរៀងអ្នក។ សូមមើលនៅជំពូកទី 2 និងទី 3 នៃសៀវភៅណែនាំសមាជិក ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពីរបៀបទាក់ទងប្រធានគ្រប់គ្រងសំណុំរៀងរបស់អ្នក។

ប្រសិនបើការលើកលែងលើបញ្ជីឱសថរបស់អ្នកត្រូវបានអនុម័ត នោះអ្នកនឹងត្រូវ បានជូនដំណឹងអំពីរយៈពេលយូរមុនណាដែលការអនុម័តនេះនឹងនៅស្ថិតស្ថេរ។ ក្នុងករណីភាគច្រើន ការអនុម័តត្រូវបានផ្តល់សម្រាប់ពេលមួយឆ្នាំ។ អ្នកនឹងត្រូវការស្នើសុំការលើកលែងបញ្ជីឱសថថ្មីមួយ នៅពេលការអនុម័ត របស់អ្នកផុតសុពលភាព។

**ការផ្លាស់ប្តូរនានាចំពោះថ្លៃចំណាយលើឱសថមានវេជ្ជបញ្ជា**

ពុំមានការផ្លាស់ប្តូរណាមួយចំពោះចំនួនទឹកប្រាក់ដែលអ្នកបង់សម្រាប់ឱសថមានវេជ្ជបញ្ជានៅក្នុងឆ្នាំ 2022 ទេ។ សូមអានផ្នែកខាងក្រោមសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមស្តីពីការធានារ៉ាប់រងឱសថមានវេជ្ជបញ្ជារបស់លោកអ្នក។

តារាងខាងក្រោមបង្ហាញពីថ្លៃចំណាយរបស់អ្នកសម្រាប់ឱសថក្នុងថ្នាក់នីមួយៗនៃ ថ្នាក់ទាំងបី (3) របស់យើង។

	2021 (ឆ្នាំនេះ)	2022 (ឆ្នាំក្រោយ)
<p><b>ឱសថក្នុងថ្នាក់ទី 1</b> (ឱសថទូទៅ)</p> <p>ថ្លៃចំណាយសម្រាប់ការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេលមួយខែរបស់ឱសថក្នុងថ្នាក់ទី 1 ដែលត្រូវបានបំពេញនៅឱសថស្ថានបណ្តាញ</p>	<p>ការបង់ប្រាក់រួមរបស់អ្នកសម្រាប់ការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេលមួយខែ (31 ថ្ងៃ) គឺ <b>\$0 ក្នុងមួយវេជ្ជបញ្ជា</b>។</p>	<p>ការបង់ប្រាក់រួមរបស់អ្នកសម្រាប់ការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេលមួយខែ (31 ថ្ងៃ) គឺ <b>\$0 ក្នុងមួយវេជ្ជបញ្ជា</b>។</p>
<p><b>ឱសថក្នុងថ្នាក់ទី 2</b> (ថ្នាំមានយីហោ)</p> <p>ថ្លៃចំណាយសម្រាប់ការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេលមួយខែរបស់ឱសថក្នុងថ្នាក់ទី 2 ដែលត្រូវបានបំពេញនៅឱសថស្ថានបណ្តាញ</p>	<p>ការបង់ប្រាក់រួមរបស់អ្នកសម្រាប់ការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេលមួយខែ (31 ថ្ងៃ) គឺ <b>\$0 ក្នុងមួយវេជ្ជបញ្ជា</b>។</p>	<p>ការបង់ប្រាក់រួមរបស់អ្នកសម្រាប់ការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេលមួយខែ (31 ថ្ងៃ) គឺ <b>\$0 ក្នុងមួយវេជ្ជបញ្ជា</b>។</p>
<p><b>ឱសថក្នុងថ្នាក់ទី 3</b> (ឱសថ Rx/OTC មិនមែន Medicare)</p> <p>ថ្លៃចំណាយសម្រាប់ការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេលមួយខែរបស់ឱសថក្នុងថ្នាក់ទី 3 ដែលត្រូវបានបំពេញនៅឱសថស្ថានបណ្តាញ</p>	<p>ការបង់ប្រាក់រួមរបស់អ្នកសម្រាប់ការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេលមួយខែ (31 ថ្ងៃ) គឺ <b>\$0 ក្នុងមួយវេជ្ជបញ្ជា</b>។</p>	<p>ការបង់ប្រាក់រួមរបស់អ្នកសម្រាប់ការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេលមួយខែ (31 ថ្ងៃ) គឺ <b>\$0 ក្នុងមួយវេជ្ជបញ្ជា</b>។</p>

**E. របៀបជ្រើសរើសផែនការ**

**E1. របៀបបន្តស្ថិតនៅក្នុងផែនការ**

យើងសង្ឃឹមថានៅបន្តរក្សាអ្នកជាសមាជិកម្នាក់នៅឆ្នាំក្រោយ។

អ្នកមិនត្រូវធ្វើអ្វីឡើយដើម្បីបន្តស្ថិតនៅក្នុងផែនការសុខភាពរបស់អ្នកទេ។ ប្រសិនបើអ្នកមិនចុះឈ្មោះថ្មីសម្រាប់ផែនការ Cal MediConnect ផ្សេងមួយ ការផ្លាស់ប្តូរ ចំពោះផែនការ Medicare Advantage ឬការផ្លាស់ប្តូរចំពោះ Original Medicare អ្នកនឹងស្ថិតក្នុងការចុះឈ្មោះដោយស្វ័យប្រវត្តិជាសមាជិកម្នាក់នៃផែនការរបស់យើងសម្រាប់ឆ្នាំ 2022។

**E2. របៀបផ្លាស់ប្តូរផែនការរបស់អ្នក**

អ្នកអាចបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់អ្នកនៅពេលណាក៏បានក្នុងឆ្នាំនេះដោយចុះឈ្មោះចូលក្នុងផែនការ Medicare Advantage Plan មួយផ្សេងទៀត ដោយការចុះឈ្មោះក្នុងផែនការ Cal MediConnect ផ្សេងទៀត ឬផ្លាស់ប្តូរទៅ Original Medicare។

**របៀបដែលអ្នកនឹងទទួលបានសេវា Medicare**

អ្នកនឹងមានប័ណ្ណសម្រាប់ការទទួលបានសេវា Medicare របស់អ្នក។ ដោយការជ្រើសរើសយកមួយក្នុងជម្រើសទាំងនេះ អ្នកនឹងបញ្ចប់សមាជិកភាពជាមួយនឹង Cal MediConnect ដោយស្វ័យប្រវត្តិ ។

<p><b>1. អ្នកអាចផ្លាស់ប្តូរទៅ៖</b></p> <p><b>ផែនការសុខភាពរបស់ Medicare ដូចជាផែនការ Medicare Advantage Plan ឬប្រសិនបើអ្នកបំពេញតម្រូវការសិទ្ធិដែលអាចទទួលបាន និងរស់នៅក្នុងតំបន់សេវា កម្មវិធី Program of All-inclusive Care for the Elderly (PACE)</b></p>	<p><b>នេះគឺជាអ្វីដែលគួរធ្វើ៖</b></p> <p>សូមហៅទូរសព្ទទៅ Medicare តាមរយៈលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY សូមទូរសព្ទទៅលេខ 1-877-486-2048</p> <p>សម្រាប់សំណួរទាក់ទងនឹង PACE សូមទូរសព្ទទៅលេខ 1-855-921-PACE (7223)។</p> <p>ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយ ឬព័ត៌មានបន្ថែម៖</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ទូរសព្ទទៅកម្មវិធី California Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) តាមរយៈលេខ 1-800-434-0222 ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 5:00 ល្ងាច។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម ឬដើម្បីស្វែងរកការិយាល័យ HICAP ប្រចាំតំបន់ក្នុងទីតាំងរបស់អ្នក សូមចូលទៅកាន់ <a href="http://www.aging.ca.gov/HICAP/">www.aging.ca.gov/HICAP/</a>។</li> </ul> <p>អ្នកនឹងត្រូវបានលុបឈ្មោះចេញពី Molina Dual Options នៅពេលការគ្របដណ្តប់របស់ផែនការថ្មីរបស់អ្នកចាប់ផ្តើម។</p>
--	--

<p><b>2. អ្នកអាចផ្លាស់ប្តូរទៅ៖</b></p> <p><b>Original Medicare ដែលមាន គម្រោងឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាពី Medicare មួយដាច់ដោយឡែក</b></p>	<p><b>នេះគឺជាអ្វីដែលគួរធ្វើ៖</b></p> <p>សូមហៅទូរសព្ទទៅ Medicare តាមរយៈលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY សូមទូរសព្ទទៅលេខ 1-877-486-2048 ។</p> <p>ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយ ឬព័ត៌មានបន្ថែម៖</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• សូមទូរសព្ទទៅកម្មវិធី California Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) តាមរយៈលេខ 1-800-434-0222 ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ ម៉ោង 5:00 ល្ងាច។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម ឬដើម្បីស្វែងរកការិយាល័យ HICAP ប្រចាំតំបន់ក្នុងទីតាំងរបស់អ្នក សូមចូលទៅកាន់ <a href="http://www.aging.ca.gov/HICAP/">www.aging.ca.gov/HICAP/</a>។</li> </ul> <p>អ្នកនឹងត្រូវបានលុបឈ្មោះចេញពី Molina Dual Options ដោយស្វ័យប្រវត្តិនៅពេលការរ៉ាប់រង Original Medicare របស់អ្នកចាប់ផ្តើម។</p>
<p><b>3. អ្នកអាចផ្លាស់ប្តូរទៅ៖</b></p> <p><b>Original Medicare ដោយគ្មាន គម្រោងឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាពី Medicare មួយដាច់ដោយឡែក</b></p> <p><b>ចំណាំ៖</b> ប្រសិនបើអ្នកប្តូរទៅ Original Medicare ហើយមិនចុះឈ្មោះក្នុងផែនការឱសថមានវេជ្ជបញ្ជា Medicare ដោយឡែក Medicare អាចចុះឈ្មោះឱ្យអ្នក</p>	<p><b>នេះគឺជាអ្វីដែលគួរធ្វើ៖</b></p> <p>សូមហៅទូរសព្ទទៅ Medicare តាមរយៈលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY សូមទូរសព្ទទៅលេខ 1-877-486-2048 ។</p> <p>ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយ ឬព័ត៌មានបន្ថែម៖</p>

<p>អ្នកក្នុងផែនការឱសថមួយ លុះត្រាតែអ្នកប្រាប់ Medicare ថាអ្នកមិនចង់ចូលរួម។</p> <p>អ្នកគួរទម្លាក់ចោលការរ៉ាប់រងលើឱសថមានវេជ្ជបញ្ជា ប្រសិនបើអ្នកទទួលបានការធានារ៉ាប់រង លើឱសថពីប្រភពមួយទៀតដូចជានិយោជក ឬសហជីព។</p> <p>ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ ថាតើអ្នកត្រូវការការធានារ៉ាប់រងឱសថឬអត់នោះ សូមទូរសព្ទទៅកាន់កម្មវិធី California Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) តាមលេខ 1-800-434-0222 ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ ម៉ោង 5:00 ល្ងាច សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម ឬដើម្បីស្វែងរកការិយាល័យ HICAP ប្រចាំតំបន់ក្នុងទីតាំងរបស់អ្នក សូមចូលទៅកាន់ <a href="http://www.aging.ca.gov/HICAP/">www.aging.ca.gov/HICAP/</a>។</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ទូរសព្ទទៅកម្មវិធី California Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) តាមរយៈលេខ 1-800-434-0222 ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 5:00 ល្ងាច។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម ឬដើម្បីស្វែងរកការិយាល័យ HICAP ប្រចាំតំបន់ក្នុងទីតាំងរបស់អ្នក សូមចូលទៅកាន់ <a href="http://www.aging.ca.gov/HICAP/">www.aging.ca.gov/HICAP/</a>។</li> </ul> <p>អ្នកនឹងត្រូវបានលុបឈ្មោះចេញពី Molina Dual Options ដោយស្វ័យប្រវត្តិនៅពេលការរ៉ាប់រង Original Medicare របស់អ្នកចាប់ផ្តើម។</p>
--	---

**របៀបដែលអ្នកនឹងទទួលបានសេវា Medi-Cal**

ប្រសិនបើអ្នកចាកចេញពីផែនការ Cal MediConnect របស់យើង អ្នកនឹងត្រូវបានចុះឈ្មោះនៅក្នុងផែនការថែទាំគ្រប់គ្រងដោយ Medi-Cal នៃជម្រើសរបស់អ្នក។ សេវា Medi-Cal របស់អ្នករួមមានសេវារយៈពេលយូររំពេច និងការគាំទ្រ និងផែនការសុខភាពអាកប្បកិរិយា។

នៅពេលអ្នកស្នើសុំបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់អ្នកនៅក្នុងផែនការ Cal MediConnect របស់យើង អ្នកនឹងត្រូវអនុញ្ញាតឱ្យ Health Care Options ដឹងថាផែនការថែទាំគ្រប់គ្រងដោយ Medi-Cal មួយណាដែលអ្នកចង់ចូលរួម។ អ្នកអាចទូរសព្ទទៅ Health Care Options តាមរយៈលេខ 1-844-580-7272 ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 6:00 ល្ងាច។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY សូមទូរសព្ទទៅលេខ 1 -800-430-7077 ។

**F. របៀបទទួលបានជំនួយ**

**F1. ការទទួលបានជំនួយពី Molina Dual Options**

មានសំណួរ? យើងនៅទីនេះដើម្បីជួយ។ សូមទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាសមាជិកតាមរយៈលេខ (855) 665-4627 (សម្រាប់ TTY ប៉ុណ្ណោះ សូមទូរសព្ទទៅលេខ 711)។ អាចទំនាក់ទំនងមកយើងតាមការហៅទូរសព្ទបាន ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ ថ្ងៃសុក្រ ម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់ ម៉ោងក្នុងស្រុក។ ការហៅទៅកាន់លេខទាំងនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។

**សូមអាន សៀវភៅណែនាំសមាជិកឆ្នាំ 2022 របស់អ្នក**

សៀវភៅណែនាំសមាជិកឆ្នាំ 2022 នេះគឺជាការពណ៌នាលម្អិត មានលក្ខណៈស្របច្បាប់អំពីអត្ថប្រយោជន៍នានានៃគម្រោងរបស់អ្នក។ វាមានព័ត៌មានលម្អិតអំពីអត្ថប្រយោជន៍នៃឆ្នាំក្រោយ។ វាពន្យល់អំពីសិទ្ធិរបស់អ្នក និងបទបញ្ញត្តិផ្សេងៗដែលអ្នកត្រូវតែ អនុវត្តតាមដើម្បីទទួលបានសេវាកម្មដែលបានរ៉ាប់រង និងឱសថមានវេជ្ជបញ្ជា។

ច្បាប់ចម្លងដែលបានធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពនៃសៀវភៅណែនាំសមាជិកឆ្នាំ 2022នឹងមានសម្រាប់អ្នកជានិច្ចនៅលើគេហទំព័ររបស់

យើងនៅ [www.MolinaHealthcare.com/Duals](http://www.MolinaHealthcare.com/Duals)។ អ្នកក៏អាចហៅទូរសព្ទផងដែរទៅសេវាសមាជិកតាមរយៈលេខ (855) 665-4627, TTY: 711 ថ្ងៃចន្ទ ដល់ ថ្ងៃសុក្រ ម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់ ម៉ោងក្នុងស្រុកដើម្បីស្នើឱ្យយើងផ្ញើជូនអ្នកនូវសៀវភៅណែនាំសមាជិកឆ្នាំ 2022 តាមប្រអប់សំបុត្រ។

**គេហទំព័ររបស់យើង**

អ្នកអាចចូលមើលគេហទំព័ររបស់យើងបានផងដែរនៅ [www.MolinaHealthcare.com/Duals](http://www.MolinaHealthcare.com/Duals)។ ជាការរំលឹក គេហទំព័ររបស់យើងមានព័ត៌មានបច្ចុប្បន្នបំផុតអំពីបណ្តាញអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថានរបស់យើង (បញ្ជីឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថាន) និងបញ្ជីឱសថរបស់យើង (បញ្ជីឱសថដែលមានការរ៉ាប់រង)។

**F2. ការទទួលបានជំនួយពីអន្តរការីចុះឈ្មោះរដ្ឋ**

Medi-Cal Health Care Options អាចជួយអ្នក ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរអំពីការជ្រើសរើស ផែនការ Cal MediConnect ឬបញ្ហាចុះឈ្មោះផ្សេងទៀត។ អ្នកអាចទូរសព្ទទៅ Health Care Options តាមរយៈលេខ 1-844-580-7272 ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 6:00 ល្ងាច។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY សូមទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-430-7077 ។

**F3. ការទទួលបានជំនួយពី កម្មវិធី Cal MediConnect Ombuds Program**

កម្មវិធី Cal MediConnect Ombuds Program អាចជួយអ្នក ប្រសិនបើអ្នកកំពុងមានបញ្ហាមួយជាមួយ Molina Dual Options ។ មន្ត្រីស៊ើបអង្កេតផ្តល់សេវាកម្មជូនអ្នកដោយឥតគិតថ្លៃ ។ កម្មវិធី Cal MediConnect Ombuds Program ៖

- ធ្វើការជាអ្នកតស៊ូមតិដោយខ្លួនឯង។ ពួកគេអាចឆ្លើយសំណួរ ប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហា ឬពាក្យបណ្តឹង ហើយអាចជួយអ្នកឱ្យយល់ពីអ្វីដែលត្រូវធ្វើ។
- ធ្វើឱ្យប្រាកដថា អ្នកមានព័ត៌មានពាក់ព័ន្ធនឹងសិទ្ធិ និងកិច្ចការពាររបស់អ្នក និងរបៀបដែល អ្នកអាចទទួលបានដំណោះស្រាយចំពោះបញ្ហារបស់អ្នក។
- គឺមិនជាប់ពាក់ព័ន្ធជាមួយយើង ឬជាមួយនឹងក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងសុខភាព ឬផែនការថែទាំសុខភាពណាមួយឡើយ។ លេខទូរសព្ទសម្រាប់កម្មវិធី Cal MediConnect Ombuds Program គឺ 1-855-501-3077។

**F4. ការទទួលបានជំនួយពីកម្មវិធី Health Insurance Counseling and Advocacy Program**

អ្នកអាចហៅទូរសព្ទទៅកម្មវិធី State Health Insurance Assistance Program (SHIP) របស់អ្នក។ នៅ California កម្មវិធី SHIP មានឈ្មោះថា កម្មវិធី Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP)។ អ្នកផ្តល់ប្រឹក្សា HICAP អាចជួយឱ្យអ្នកយល់អំពីជម្រើសផែនការ Cal MediConnect Plan របស់អ្នក និងឆ្លើយសំណួរផ្សេងៗអំពីការប្តូរផែនការ។ HICAP មិនមានទំនាក់ទំនងអ្វីជាមួយយើងខ្ញុំ ឬជាមួយនឹងក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងសុខភាព ឬផែនការថែទាំសុខភាពណាមួយឡើយ។ HICAP មានអ្នកប្រឹក្សាយោបល់ដែលបានទទួលការបណ្តុះបណ្តាលប្រចាំគ្រប់ខោនធីទាំងអស់ហើយផ្តល់ជូនសេវាដោយឥតគិតថ្លៃ ។ លេខទូរសព្ទ HICAP គឺ 1-800-434-0222 ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម ឬដើម្បីស្វែងរកការិយាល័យ HICAP ប្រចាំតំបន់ក្នុងទីតាំងរបស់អ្នក សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ [www.aging.ca.gov/HICAP/](http://www.aging.ca.gov/HICAP/)។

**F5. ការទទួលបានជំនួយពី Medicare**

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

**គេហទំព័ររបស់ Medicare**

អ្នកអាចចូលទៅកាន់គេហទំព័រ Medicare ([www.medicare.gov](http://www.medicare.gov))។ ប្រសិនបើអ្នកជ្រើសរើសដើម្បីលុបឈ្មោះចេញពីផែនការ Cal MediConnect Plan របស់អ្នក ហើយចុះឈ្មោះក្នុង ផែនការ Medicare Advantage Plan វិញ នោះគេហទំព័ររបស់ Medicare មានព័ត៌មានអំពីថ្លៃចំណាយ ទំហំជំនាញបំរុង និងការវាយតម្លៃលើគុណភាព ដើម្បីជួយអ្នកប្រៀបធៀប ផែនការ Medicare Advantage Plans នានា។ អ្នកអាចរកមើលព័ត៌មានអំពី ផែនការ Medicare Advantage Plans ដែលអាចរកបាន ក្នុងតំបន់របស់អ្នកដោយការប្រើ Medicare Plan Finder នៅលើគេហទំព័រ Medicare ។ (សម្រាប់ព័ត៌មានអំពី ផែនការ សូមមើលនៅ [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov) ហើយចុចលើ “Find plans (ស្វែងរកផែនការ)”។)

**Medicare និង អ្នក ឆ្នាំ 2022**

អ្នកអាចអាន សៀវភៅណែនាំអំពី Medicare និងអ្នក ឆ្នាំ 2022។ រៀងរាល់ឆ្នាំនៅរដូវស្លឹកឈើជ្រុះ កូនសៀវភៅផ្សព្វផ្សាយនេះត្រូវបានធ្វើតាមប្រែសម្រួលទៅមុនសម្រាប់ដែលមាន Medicare។ វាមានសេចក្តីសង្ខេបនៃអត្ថប្រយោជន៍របស់ Medicare សិទ្ធិ និងកិច្ចការពារនានា និងចម្លើយចំពោះសំណួរដែលបានចោទសួរជាញឹកញាប់បំផុតអំពី Medicare។ ប្រសិនបើអ្នកមិនមានច្បាប់ចម្លងនៃកូនសៀវភៅផ្សព្វផ្សាយនេះទេ នោះអ្នកអាចទទួលបានវា នៅគេហទំព័ររបស់ Medicare (<https://www.medicare.gov>) ឬដោយហៅទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) បាន 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY សូមទូរសព្ទទៅលេខ 1-877-486-2048 ។

**F6. ការទទួលបានជំនួយពីក្រសួង California Department of Managed Health Care**

ក្រសួង California Department of Managed Health Care ទទួលខុសលើការដាក់បញ្ញត្តិផែនការសុខភាព។ ប្រសិនបើអ្នកមានសារទុក្ខប្រឆាំងនឹងផែនការសុខភាពរបស់អ្នក ដំបូងអ្នកអាចទូរសព្ទទៅផែនការសុខភាពរបស់អ្នកតាមលេខ (855) 665-4627 TTY: 711 ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ ថ្ងៃសុក្រ ម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់ ម៉ោងក្នុងស្រុក ហើយប្រើប្រាស់ដំណើរការក្នុង បណ្តឹងសារទុក្ខរបស់គម្រោងសុខភាពរបស់អ្នក មុនពេលទាក់ទងទៅក្រសួង។ ការប្រើនីតិវិធីបណ្តឹងសារទុក្ខនេះ មិនបានហាមឃាត់ចំពោះសិទ្ធិផ្លូវច្បាប់ជាសក្តានុពល ឬវិធីដោះស្រាយណាមួយផ្សេងពីនេះ ដែលអាចមានចំពោះអ្នកឡើយ ។ បើអ្នកត្រូវការជំនួយពាក់ព័ន្ធនឹងបណ្តឹងសារទុក្ខចំពោះការសង្គ្រោះបន្ទាន់ គឺបណ្តឹងសារទុក្ខដែលនៅមិនទាន់បានដោះស្រាយបានជាទីពេញចិត្តដោយ ផែនការសុខភាពរបស់អ្នក ឬបណ្តឹងសារទុក្ខដែលនៅមិនទាន់បានដោះស្រាយមានរយៈពេលច្រើនជាង 30 ថ្ងៃ អ្នកអាចហៅទូរសព្ទមកកាន់ក្រសួង ដើម្បីសុំជំនួយ។ អ្នកក៏អាចមានសិទ្ធិទទួល “ការពិនិត្យវេជ្ជសាស្ត្រឯករាជ្យឡើងវិញ (IMR)” ផងដែរ។ ប្រសិនបើអ្នកអាចមានសិទ្ធិទទួលបាន IMR, ដំណើរការ IMR នឹងផ្តល់ការពិនិត្យនូវការសម្រេចចិត្តវេជ្ជសាស្ត្រ ឥតលម្អៀងឡើងវិញដែលបានផ្តល់ឡើងដោយផែនការសុខភាពដែលទាក់ទងនឹងភាពចាំបាច់វេជ្ជសាស្ត្រ នៃសេវា ឬការព្យាបាលដែលបានស្នើសុំ ការសម្រេចចិត្តលើទំហំជំនាញបំរុងសម្រាប់ការព្យាបាល ដែលជាលក្ខណៈការពិសោធន៍ ឬនៃការស៊ើបអង្កេត និងជម្លោះលើការបង់ប្រាក់សម្រាប់ការសង្គ្រោះបន្ទាន់ ឬសេវាវេជ្ជសាស្ត្របន្ទាន់។ ក្រសួងក៏មានលេខទូរសព្ទឥតគិតថ្លៃ (1-888-466-2219) និងខ្សែទូរសព្ទ TDD (1-877-688-9891) ផងដែរ សម្រាប់អ្នកដែលមានបញ្ហាក្នុងការស្តាប់ និងនិយាយ។ គេហទំព័រអ៊ិនធឺណិតរបស់ក្រសួង [www.dmhc.ca.gov](http://www.dmhc.ca.gov) មានបែបបទដាក់ការតវ៉ា បែបបទស្នើសុំ IMR និងសេចក្តីណែនាំតាមអនឡាញ។

CAD02ACKM0921S

# ទំព័រទុកឱ្យនៅ ទទេដោយចេតនា

