




**L.A. Care Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan)  
បានផ្តល់ជូនដោយ L.A. Care Health Plan**

**សេចក្តីជូនដំណឹងពីការផ្លាស់ប្តូរប្រចាំឆ្នាំ សំរាប់ឆ្នាំ 2019**

**សេចក្តីផ្តើម**

បច្ចុប្បន្ននេះអ្នកបានចុះឈ្មោះ ជាសមាជិកម្នាក់នៃ L.A. Care Cal MediConnect Plan។ នឹងមានការផ្លាស់ប្តូរមួយចំនួន ចំពោះអត្ថប្រយោជន៍ វិន័យ និងតម្លៃ របស់គំរោង នៅឆ្នាំក្រោយ។ សេចក្តីជូនដំណឹងពីការផ្លាស់ប្តូរ នេះ ប្រាប់អ្នកអំពីការផ្លាស់ប្តូរ និងទីកន្លែងដើម្បីរកព័ត៌មាន អំពីវា។ ពាក្យសំខាន់ៗ និងអត្ថន័យរបស់វា ឃើញមានតាមលំដាប់អក្ខរក្រម ក្នុងជំពូកចុងក្រោយនៃ សៀវភៅណែនាំសមាជិក។

---

 បើសិនអ្នកមានសំណួរ សូមទូរស័ព្ទទៅ L.A. Care Cal MediConnect Plan តាមលេខ **1-888-522-1298 (TTY: 711)** 24 ម៉ោងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃមួយអាទិត្យ រួមទាំងថ្ងៃបុណ្យផង។ ការហៅនេះគឺឥតគិតថ្លៃឡើយ។ សំរាប់ព័ត៌មានបន្ថែម មើល [www.calmediconnectla.org](http://www.calmediconnectla.org)។

# មាតិកា

- A. ការបដិសេធន៍ ..... 3**
- B. ពិនិត្យមើលការរ៉ាប់រង Medicare និង Medi-Cal ឡើងវិញ សំរាប់ឆ្នាំក្រោយ .....3**
  - B1. ធនធានបន្ថែម..... 4
  - B2. ព័ត៌មានអំពី L.A. Care Cal MediConnect Plan..... 5
  - B3. កិច្ចការសំខាន់ដែលត្រូវធ្វើ ..... 6
- C. ការផ្លាស់ប្តូរ ចំពោះបណ្តាញអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថាន ..... 7**
- D. ការផ្លាស់ប្តូរចំពោះអត្ថប្រយោជន៍ និងតម្លៃ សំរាប់ឆ្នាំក្រោយ ..... 7**
  - D1. ការផ្លាស់ប្តូរចំពោះអត្ថប្រយោជន៍ សំរាប់សេវាសុខភាព ..... 7
  - D2. ការផ្លាស់ប្តូរចំពោះតម្លៃឱសថមានវេជ្ជបញ្ជា ..... 7
  - D3. ដំណាក់កាលទី 1៖ "ដំណាក់កាលការរ៉ាប់រងដំបូង" ..... 9
  - D4. ដំណាក់កាលទី 2៖ "ដំណាក់កាលការរ៉ាប់រងគ្រោះមហន្តរាយ" ..... 10
- E. របៀបជ្រើសរើសគំរោងមួយ ..... 10**
  - E1. របៀបនៅក្នុងគំរោងរបស់យើង ..... 10
  - E2. របៀបផ្លាស់ប្តូរគំរោង ..... 10
- F. របៀបទទួលជំនួយ ..... 12**
  - F1. ការទទួលជំនួយពី L.A. Care Cal MediConnect Plan ..... 12
  - F2. ការទទួលជំនួយពី ជើងសាការចុះឈ្មោះរដ្ឋ ..... 13
  - F3. ការទទួលជំនួយពី Cal MediConnect Ombuds Program ..... 13
  - F4. ការទទួលជំនួយពី កម្មវិធីប្រឹក្សាការធានារ៉ាប់រងសុខភាព និងការគាំពារ ..... 13
  - F5. ការទទួលជំនួយពី Medicare ..... 14
  - F6. ការទទួលជំនួយពី ក្រសួងគ្រប់គ្រងសុខាភិបាល រដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា ..... 14

## A. ការបដិសេធន៍

- L.A. Care Health Plan គឺជាគម្រោងសុខភាពមួយ ដែលមានកិច្ចសន្យា ជាមួយទាំង Medicare និង Medi-Cal ដើម្បីផ្តល់អត្ថប្រយោជន៍នៃកម្មវិធីទាំងពីរមុខ សំរាប់អ្នកចុះឈ្មោះ។

## B. ពិនិត្យមើលការរ៉ាប់រង Medicare និង Medi-Cal ឡើងវិញ សំរាប់ឆ្នាំក្រោយ

វាជាសារៈសំខាន់ ដើម្បីពិនិត្យមើលការរ៉ាប់រងរបស់អ្នកឡើងវិញ នៅឥឡូវនេះ ដើម្បីឱ្យប្រាកដថាវានឹងនៅតែជួបសេចក្តីត្រូវការរបស់អ្នកនៅឆ្នាំក្រោយ។ បើសិនវាមិនជួបសេចក្តីត្រូវការរបស់អ្នកទេ អ្នកអាចនឹងចាកចេញពីគម្រោងបាន។ មើលផ្នែក F2 សំរាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។

បើសិនអ្នកជ្រើសរើសចាកចេញពី L.A. Care Cal MediConnect Plan សមាជិកភាពរបស់អ្នកនឹងចប់នៅថ្ងៃចុងក្រោយនៃខែដែលអ្នកបានស្នើសុំចាកចេញ។

បើសិនអ្នកចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើង អ្នកនឹងនៅតែនៅក្នុងកម្មវិធី Medicare និង Medi-Cal ដដែល ដរាបណាអ្នកមានសិទ្ធិទទួល។

- អ្នកនឹងមានជំងឺសម្បូរ អំពីរបៀបទទួលអត្ថប្រយោជន៍ Medicare របស់អ្នក (ទៅមើលទំព័រ 10 ដើម្បីមើលជំងឺសរបស់អ្នក)។
- អ្នកនឹងទទួលអត្ថប្រយោជន៍ Medi-Cal របស់អ្នកតាមរយៈគម្រោង Medi-Cal គ្រប់គ្រងការថែទាំ តាមចិត្តរបស់អ្នក (ទៅមើលទំព័រ 12 សំរាប់ព័ត៌មានបន្ថែម)។

▶ **កំណត់:** បើសិនអ្នកនៅក្នុងកម្មវិធីចាត់ចែងឱសថ អ្នកប្រហែលមិនអាចនឹងចូលរួមក្នុងគម្រោងមួយផ្សេងទៀតទេ។ មើលជំពូក 5 នៃសៀវភៅណែនាំសមាជិក របស់អ្នក សំរាប់ព័ត៌មាន អំពីកម្មវិធីចាត់ចែងឱសថ។

### B1. ធនធានបន្ថែម

- **ATTENTION:** If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call **1-888-522-1298 (TTY: 711)**, 24 hours a day, 7 days a week, including holidays. The call is free.
- **ATENCIÓN:** Si usted habla español, los servicios de asistencia con el idioma estarán disponibles para usted sin costo. Llame al **1-888-522-1298 (TTY: 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos. La llamada es gratuita.
- **請注意：**如果您說中文，您可免費獲得語言協助服務。請致電 **1-888-522-1298 (TTY: 711)**，服務時間為每週7天，每天24小時（包含假日）。這是免費電話。
- **XIN LUU Ý:** Nếu quý vị nói tiếng Việt, hiện có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí cho quý vị. Gọi **1-888-522-1298 (TTY: 711)**, 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần, kể cả các ngày lễ. Cuộc gọi này miễn phí.
- **알림:** 한국어를 사용하실 경우 언어지원서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 주 7일, 하루 24시간(공휴일 포함) 동안 이용 가능한 **1-888-522-1298 (TTY: 711)** 번으로 전화하십시오. 통화료는 무료입니다.



បើសិនអ្នកមានសំណួរ សូមទូរស័ព្ទទៅ L.A. Care Cal MediConnect Plan តាមលេខ **1-888-522-1298 (TTY: 711)** 24 ម៉ោងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃមួយអាទិត្យ រួមទាំងថ្ងៃបុណ្យផង។ ការហៅនេះគឺឥតគិតថ្លៃឡើយ។ សំរាប់ព័ត៌មានបន្ថែម មើល [www.calmedicconnectla.org](http://www.calmedicconnectla.org)។

- ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ Եթե խոսում եք հայերեն, լեզվական աջակցության ծառայությունները հասանելի են Ձեզ անվճար: Ձանգահարեք **1-888-522-1298** հեռախոսահամարով (TTY: 711), օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր, ներառյալ տոնական օրերը: Հեռախոսագանգն անվճար է:
- تنبيه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية، متوفرة لك، مجاناً. اتصل على **1-888-522-1298** (TTY: 711) 24 ساعة في اليوم و 7 أيام في الأسبوع، بما في ذلك أيام العطلات. هذه المكالمة مجانية.
- ВНИМАНИЕ: Если вы говорите по-русски, вы можете воспользоваться бесплатными услугами переводчика. Звоните по телефону **1-888-522-1298** (TTY: 711), круглосуточно, без выходных, включая праздничные дни. Звонок бесплатный.
- 注意事項:日本語のサービスを無料でご利用いただけます。**1-888-522-1298** (TTY: 711) までお電話ください。このサービスは年中無休(祝祭日を含む)でご利用いただけます。通話料は無料です。
- توجه: اگر به زبان فارسی صحبت می کنید، خدمات کمک در زمینه زبان بطور رایگان در اختیار شما قرار دارد. می توانید در تمام 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته، حتی روزهای تعطیل با **1-888-522-1298** (TTY: 711) تماس بگیرید. تماس رایگان می باشد.
- ध्यान दें: अगर आप हिंदी बोलते हैं, तो मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं, आपके लिए उपलब्ध हैं। अवकाश के दिनों समेत, दिन के 24 घंटे, सप्ताह के 7 दिन **1-888-522-1298** (TTY: 711) पर कॉल करें। कॉल नि:शुल्क है।
- ចំណាប់អារម្មណ៍: បើសិនអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ សេវាជំនួយខាងភាសាគិតគ្រប់ថ្លៃ គឺមានសំរាប់អ្នក។ សូមទូរស័ព្ទទៅលេខ **1-888-522-1298** (TTY: 711) បាន 24 ម៉ោងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃមួយអាទិត្យ រួមទាំងថ្ងៃបុណ្យផង។ ការហៅគឺឥតចេញថ្លៃឡើយ។
- PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa **1-888-522-1298** (TTY: 711), 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo, kabilang ang mga piyesta opisyal. Libre ang pagtawag.
- โปรดทราบ: หากท่านพูดภาษาไทย เรามีบริการช่วยเหลือด้านภาษาให้คุณโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย โปรดโทรฟรีที่หมายเลข **1-888-522-1298** (TTY: 711) ได้ตลอด 24 ชั่วโมง ทุกวัน ไม่เว้นวันหยุด
- ກະລຸນາຟັງ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາລາວ, ມີບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາໃຫ້ທ່ານໂດຍບໍ່ເສັຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ. ໂທສ **1-888-522-1298** (TTY: 711), ໄດ້ຕະຫຼອດ 24 ຊົ່ວໂມງ, 7 ວັນຕໍ່ອາທິດ, ລວມເຖິງ ວັນພັກຕ່າງໆ. ເບີໂທສນີ້ແມ່ນບໍ່ເສັຍຄ່າ.
- CEEB TOOM: Yog koj hais lus Hmoob, muaj kev pab txhais lus pub dawb rau koj, hu rau **1-888-522-1298** (TTY: 711), 24 teev hauv ib hnuv, 7 hnuv hauv ib asthiv, suav nrog cov hnuv so tib si. Qhov hu no yog hu dawb xwb.
- ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾਵਾਂ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਛੁੱਟੀ ਵਾਲੇ ਦਿਨਾਂ ਸਮੇਤ 24 ਘੰਟੇ, 7 ਦਿਨ **1-888-522-1298** (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਕਾਲ ਮੁਫਤ ਹੈ।



បើសិនអ្នកមានសំណួរ សូមទូរស័ព្ទទៅ L.A. Care Cal MediConnect Plan តាមលេខ **1-888-522-1298** (TTY: 711) 24 ម៉ោងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃមួយអាទិត្យ រួមទាំងថ្ងៃបុណ្យផង។ ការហៅនេះគឺឥតគិតថ្លៃឡើយ។ សំរាប់ព័ត៌មានបន្ថែម មើល [www.calmediconnectla.org](http://www.calmediconnectla.org)។

- អ្នកអាចទទួលបាន សេចក្តីជូនដំណឹងពីការផ្លាស់ប្តូរប្រចាំឆ្នាំ នេះ ដោយឥតគិតថ្លៃ ជាទំរង់ផ្សេងទៀត ដូចជា អក្សរពុម្ពធំៗ អក្សរច្រើន ឬថាសសំឡេង។ ហៅលេខ **1-888-522-1298 (TTY: 711)** 24 ម៉ោងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃមួយអាទិត្យ រួមទាំងថ្ងៃបុណ្យផង។ ការហៅនេះគឺឥតគិតថ្លៃឡើយ។
- បើសិនអ្នកចង់ទទួលបានសំភារៈនៅឥឡូវនេះ និងនៅអនាគត ជាភាសាផ្សេងទៀត ក្រៅពីអង់គ្លេស ឬជាទំរង់ផ្សេងទៀត សូមទូរស័ព្ទទៅផ្នែកសេវាសមាជិក តាមលេខ **1-888-522-1298 (TTY: 711)** 24 ម៉ោងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃមួយអាទិត្យ រួមទាំងថ្ងៃបុណ្យផង។ ការហៅនេះគឺឥតគិតថ្លៃឡើយ។

**B2. ព័ត៌មានអំពី L.A. Care Cal MediConnect Plan**

- L.A. Care Health Plan គឺជាគំរោងសុខភាពមួយ ដែលមានកិច្ចសន្យាជាមួយទាំង Medicare និង Medi-Cal ដើម្បីផ្តល់អត្ថប្រយោជន៍នៃកម្មវិធីទាំងពីរមុខ សំរាប់អ្នកចុះឈ្មោះ។
- ការរ៉ាប់រងនៅក្រោម L.A. Care Cal MediConnect Plan អាចទទួលបាននូវ ការរ៉ាប់រងចាំបាច់អប្បបរមា (minimum essential coverage, MEC)។ វាផ្តល់តាម ក្រឹត្យការពារអ្នកជំងឺ និងថែទាំអាចផ្គត់ផ្គង់បាន (Patient Protection and Affordable Care Act, ACA) នៃការតម្រូវឲ្យបុគ្គលម្នាក់ៗ រួមទទួលខុសត្រូវ។ សូមមើលគេហទំព័ររបស់ ក្រសួងមហាផ្ទៃខាងហិរញ្ញវត្ថុ (Internal Revenue Service, IRS) នៅ <https://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families> សំរាប់ព័ត៌មានបន្ថែម ស្តីពីការតម្រូវឲ្យបុគ្គលម្នាក់ៗ រួមទទួលខុសត្រូវសំរាប់ MEC។
- L.A. Care Cal MediConnect Plan បានផ្តល់ជូនដោយ L.A. Care Health Plan។ នៅពេលសេចក្តីជូនដំណឹងប្រចាំឆ្នាំពីការផ្លាស់ប្តូរនេះ និយាយថា “យើង” “ពួកយើង” ឬ “របស់យើង” វាមានន័យថា L.A. Care Health Plan។ នៅពេលវានិយាយថា “គំរោង” ឬ “គំរោងរបស់យើង” វាមានន័យថា L.A. Care Cal MediConnect Plan។



បើសិនអ្នកមានសំណួរ សូមទូរស័ព្ទទៅ L.A. Care Cal MediConnect Plan តាមលេខ **1-888-522-1298 (TTY: 711)** 24 ម៉ោងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃមួយអាទិត្យ រួមទាំងថ្ងៃបុណ្យផង។ ការហៅនេះគឺឥតគិតថ្លៃឡើយ។ សំរាប់ព័ត៌មានបន្ថែម មើល [www.calmediconnectla.org](http://www.calmediconnectla.org)។

### B3. កិច្ចការសំខាន់ដែលត្រូវធ្វើ៖

- ឆែកមើល បើសិនមានការផ្លាស់ប្តូរអ្វីមួយ ចំពោះអត្ថប្រយោជន៍ និងតម្លៃរបស់យើង ដែលអាចនឹងប៉ះពាល់ដល់អ្នក។
  - តើមានការផ្លាស់ប្តូរអ្វី ដែលប៉ះពាល់ដល់សេវាដែលអ្នកប្រើឬទេ?
  - វាជាសារៈសំខាន់ ដើម្បីពិនិត្យឡើងវិញ ពីការផ្លាស់ប្តូរអត្ថប្រយោជន៍ និងតម្លៃ ដើម្បីឱ្យប្រាកដថាវានឹងមានប្រសិទ្ធភាពសំរាប់អ្នក នៅឆ្នាំក្រោយ។
  - មើលក្នុងផ្នែក D សំរាប់ព័ត៌មានអំពីការផ្លាស់ប្តូរអត្ថប្រយោជន៍ និងតម្លៃ សំរាប់គំរោងរបស់យើង។
- ឆែកមើល បើសិនមានការផ្លាស់ប្តូរអ្វីមួយ ចំពោះការរ៉ាប់រងឱសថមានវេជ្ជបញ្ជារបស់យើង ដែលអាចនឹងប៉ះពាល់ដល់អ្នក។
  - តើឱសថរបស់អ្នក នឹងត្រូវបានរ៉ាប់រងឬទេ? តើវានៅក្នុងថ្នាក់ចំណែកតម្លៃ ផ្សេងទៀតឬ?
  - តើអ្នកអាចបន្តប្រើឱសថស្ថានដដែល បានឬទេ?
  - វាជាសារៈសំខាន់ ដើម្បីពិនិត្យឡើងវិញពីការផ្លាស់ប្តូរ ដើម្បីឱ្យប្រាកដថា ការរ៉ាប់រងឱសថរបស់យើង នឹងមានប្រសិទ្ធភាពសំរាប់អ្នក នៅឆ្នាំក្រោយ។
  - តម្លៃឱសថរបស់អ្នក អាចនឹងបានឡើងថ្លៃ ចាប់តាំងពីឆ្នាំកន្លងមក។ ត្រូវពិគ្រោះជាមួយវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក អំពីតម្លៃ ទាបជាងផ្សេងទៀត ដែលអាចនឹងមានសំរាប់អ្នក; ត្បិតយ៉ាងនេះអាចនឹងឱ្យអ្នកសន្សំបានប្រាក់ នៃតម្លៃចេញពីហោប៉ៅប្រចាំឆ្នាំ សព្វទាំងឆ្នាំ។ ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែម អំពីតម្លៃឱសថ មើល <https://go.medicare.gov/drugprices>។ ប៉ាណូបរិធានទាំងនេះ គួសបញ្ជាក់អ្នកផលិតណាមួយដែលបានដំឡើងតម្លៃរបស់គេ និងក៏បង្ហាញព័ត៌មានតម្លៃឱសថផ្សេងទៀត ពីមួយឆ្នាំទៅមួយឆ្នាំដែរ។ ត្រូវគិតទុកក្នុងចិត្ត ថាគំរោងអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នក នឹងសំរេចអំពីតម្លៃឱសថរបស់អ្នក ពិតប្រាកដកុំប៉ុន្មាន អាចនឹងផ្លាស់ប្តូរ។
  - មើលក្នុងផ្នែក D2 សំរាប់ព័ត៌មានអំពីការផ្លាស់ប្តូរ ចំពោះការរ៉ាប់រងឱសថរបស់យើង។
- ឆែកមើល បើសិនអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថានរបស់អ្នក នឹងនៅក្នុងបណ្តាញរបស់យើង នៅឆ្នាំក្រោយ។
  - តើវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក នៅក្នុងបណ្តាញរបស់យើងឬទេ? ចុះតើអំពីឱសថស្ថានរបស់អ្នកវិញ? ចុះតើអំពីមន្ទីរពេទ្យ ឬអ្នកផ្តល់សេវាផ្សេងទៀត ដែលអ្នកប្រើវិញ?
  - មើលក្នុងផ្នែក C សំរាប់ព័ត៌មានអំពី *បញ្ជីឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថាន* របស់យើង។
- គិតអំពីតម្លៃទូទៅរបស់អ្នក នៅក្នុងគំរោង។
  - តើអ្នកនឹងចំណាយពីហោប៉ៅប៉ុន្មាន សំរាប់សេវា និងឱសថមានវេជ្ជបញ្ជា ដែលអ្នកប្រើជាទៀងទាត់?
  - តើតម្លៃសរុបយ៉ាងណា បើប្រៀបធៀបនឹងជំងឺសការរ៉ាប់រងផ្សេងទៀត?
- គិតអំពីថាតើអ្នកសប្បាយចិត្តជាមួយគំរោងរបស់យើង ឬយ៉ាងណា។

បើសិនអ្នកសំរេចចិត្តនៅជាមួយ L.A. Care Cal MediConnect Plan៖	បើសិនអ្នកសំរេចចិត្តផ្លាស់ប្តូរ គំរោង៖
<p>បើសិនអ្នកចង់នៅជាមួយយើង នៅឆ្នាំក្រោយ វាងាយស្រួលទេតើ – អ្នកមិនចាំបាច់ធ្វើអ្វីទាំងអស់។ បើសិនអ្នកមិនធ្វើការផ្លាស់ប្តូរ ទេ អ្នកនឹងនៅបានចុះឈ្មោះដោយស្វ័យប្រវត្តិ នៅក្នុងគំរោង របស់យើង។</p>	<p>បើសិនអ្នកសំរេចចិត្តថាការរ៉ាប់រងផ្សេងទៀត នឹងជួបសេចក្តីត្រូវការរបស់អ្នកល្អប្រសើរជាង អ្នកអាចនឹងជូរគំរោងបាន (មើលផ្នែក G2 សំរាប់ព័ត៌មានបន្ថែម) បើសិនអ្នកចុះឈ្មោះនៅក្នុងគំរោងថ្មី ការរ៉ាប់រងថ្មីរបស់អ្នកនឹងចាប់ផ្តើមនៅថ្ងៃដំបូងនៃខែបន្ទាប់។ មើលផ្នែក E2 ទំព័រ 10 ដើម្បីស្វែងយល់ថែមទៀតអំពីជំងឺសរបស់អ្នក។</p>

**?** បើសិនអ្នកមានសំណួរ សូមទូរស័ព្ទទៅ L.A. Care Cal MediConnect Plan តាមលេខ **1-888-522-1298 (TTY: 711) 24** ម៉ោងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃមួយអាទិត្យ រួមទាំងថ្ងៃបុណ្យផង។ ការហៅនេះគឺឥតគិតថ្លៃឡើយ។ **សំរាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** មើល [www.calmediconnectla.org](http://www.calmediconnectla.org)។

## C. ការផ្លាស់ប្តូរ ចំពោះបណ្តាញអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថាន

បណ្តាញអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថានរបស់យើង បានផ្លាស់ប្តូរសំរាប់ឆ្នាំ 2019។

យើងសូមជាសំរេចអ្នកយ៉ាងខ្លាំង ដើម្បីពិនិត្យឡើងវិញ *នូវបញ្ជីឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថានបច្ចុប្បន្ន* របស់យើង ក្រែងលោអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថានរបស់អ្នក នៅតែនៅក្នុងបណ្តាញរបស់យើងដដែល។ *បញ្ជីឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថាន* ទាន់បច្ចុប្បន្នកាល គឺស្ថិតនៅលើគេហទំព័ររបស់យើង នៅ [www.calmediconnectla.org](http://www.calmediconnectla.org)។ អ្នកក៏អាចនឹងទូរស័ព្ទទៅផ្នែកសេវាសមាជិក តាមលេខ **1-888-522-1298** (TTY: 711) 24 ម៉ោងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃមួយអាទិត្យ រួមទាំងថ្ងៃបុណ្យផង សំរាប់ព័ត៌មានអ្នកផ្តល់សេវា ទាន់បច្ចុប្បន្នកាល ឬស្នើមកយើងឲ្យផ្ញើជូនអ្នកនូវ *បញ្ជីឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថាន*។

វាជាសារៈសំខាន់ ដែលអ្នកដឹងថាយើងក៏អាចធ្វើការផ្លាស់ប្តូរចំពោះបណ្តាញរបស់យើង ក្នុងអំឡុងឆ្នាំដែរ។ បើសិនអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកចាកចេញពីតំបន់ អ្នកមានសិទ្ធិ និងការការពារខ្លះៗ សំរាប់ព័ត៌មានបន្ថែម មើលជំពូក 3 នៃសៀវភៅណែនាំសមាជិក របស់អ្នក។

## D. ការផ្លាស់ប្តូរចំពោះអត្ថប្រយោជន៍ និងតម្លៃ សំរាប់ឆ្នាំក្រោយ

### D1. ការផ្លាស់ប្តូរចំពោះអត្ថប្រយោជន៍ សំរាប់សេវាសុខភាព

យើងកំពុងតែផ្លាស់ប្តូរការរ៉ាប់រងរបស់យើង សំរាប់សេវាសុខភាពខ្លះ នៅឆ្នាំក្រោយ។ តារាងខាងក្រោមរៀបរាប់ពីការផ្លាស់ប្តូរទាំងនេះ។

	ឆ្នាំ 2018 (ឆ្នាំនេះ)	ឆ្នាំ 2019 (ឆ្នាំក្រោយ)
ក្លឹបសុខភាព និងថ្នាក់រៀន កាយសម្បទា	អត្ថប្រយោជន៍ ក្លឹបសុខភាព និងថ្នាក់រៀន កាយសម្បទា គឺមិនរ៉ាប់រងទេ។	អ្នកបង់ថ្លៃរួមបង់ \$0 សំរាប់សមាជិកភាព ក្លឹបសុខភាព និងថ្នាក់រៀនកាយសម្បទា បានចុះកិច្ចសន្យា។ សេវាអ្វីមួយនៅក្នុង ក្លឹបកាយសម្បទា ដែលជាធម្មតាតម្រូវនូវថ្លៃ ឈ្នួលបន្ថែម គឺមិនបញ្ចូលឡើយ។

### D2. ការផ្លាស់ប្តូរចំពោះការរ៉ាប់រងឱសថមានវេជ្ជបញ្ជា

#### ការផ្លាស់ប្តូរចំពោះបញ្ជីឱសថរបស់យើង

*បញ្ជីឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថាន* បច្ចុប្បន្នកាល គឺមាននៅលើគេហទំព័ររបស់យើង នៅ [www.calmediconnectla.org](http://www.calmediconnectla.org)។ អ្នកក៏អាចនឹងទូរស័ព្ទទៅផ្នែកសេវាសមាជិក តាមលេខ **1-888-522-1298** (TTY: 711) 24 ម៉ោងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃមួយអាទិត្យ រួមទាំងថ្ងៃបុណ្យផង សំរាប់ព័ត៌មានអ្នកផ្តល់សេវា បច្ចុប្បន្នកាល ឬស្នើមកយើងឲ្យផ្ញើជូនអ្នក នូវ *បញ្ជីនៃឱសថដែលរ៉ាប់រង*។

*បញ្ជីនៃឱសថដែលរ៉ាប់រង* ក៏ហៅថា “បញ្ជីឱសថ” ដែរ។

យើងបានផ្លាស់ប្តូរចំពោះបញ្ជីឱសថរបស់យើង រួមទាំងការផ្លាស់ប្តូរចំពោះឱសថដែលយើងរ៉ាប់រង និងការផ្លាស់ប្តូរចំពោះលក្ខខណ្ឌ ដែលអនុវត្តទៅលើការរ៉ាប់រងរបស់យើង សំរាប់ឱសថខ្លះៗ។

ពិនិត្យមើលបញ្ជីឱសថឡើងវិញ ដើម្បីធ្វើឱ្យប្រាកដថាឱសថរបស់អ្នកនឹងត្រូវបានរ៉ាប់រងនៅឆ្នាំក្រោយ និងក្រែងលោបើសិនមានលក្ខខណ្ឌ អ្វីមួយ។



បើសិនអ្នកមានសំណួរ សូមទូរស័ព្ទទៅ L.A. Care Cal MediConnect Plan តាមលេខ **1-888-522-1298** (TTY: 711) 24 ម៉ោងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃមួយអាទិត្យ រួមទាំងថ្ងៃបុណ្យផង។ ការហៅនេះគឺឥតគិតថ្លៃឡើយ។ សំរាប់ព័ត៌មានបន្ថែម មើល [www.calmediconnectla.org](http://www.calmediconnectla.org)។



បើសិនអ្នកត្រូវបានប៉ះពាល់ដោយការផ្លាស់ប្តូរ ក្នុងការរ៉ាប់រងឱសថ យើងសូមដាស់តឿនអ្នក ដើម្បី៖

- ធ្វើការជាមួយវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក (ឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាផ្សេងទៀត) ដើម្បីរកឱសថផ្សេងទៀតដែលយើងរ៉ាប់រង។
  - អ្នកអាចទូរស័ព្ទទៅផ្នែកសេវាសមាជិក តាមលេខ **1-888-522-1298** (TTY: 711) 24 ម៉ោងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃមួយអាទិត្យ រួមទាំងថ្ងៃបុណ្យផង ដើម្បីស្នើសុំបញ្ជីឱសថដែលរ៉ាប់រង ដែលព្យាបាលលក្ខណៈធំដុំដូចគ្នា។
  - បញ្ជីនេះអាចជួយអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក រកឱសថដែលរ៉ាប់រង ដែលអាចមានប្រសិទ្ធិភាពសំរាប់អ្នក។
- ស្នើគំរោងឲ្យរ៉ាប់រងការផ្គត់ផ្គង់ឱសថបណ្តោះអាសន្ន។
  - នៅក្នុងស្ថានភាពខ្លះ យើងនឹងរ៉ាប់រងការផ្គត់ផ្គង់ ឱសថបណ្តោះអាសន្ន ក្នុងអំឡុងពេល 90 ថ្ងៃដំបូង នៃឆ្នាំប្រតិទិន។
  - ការផ្គត់ផ្គង់បណ្តោះអាសន្ននេះ នឹងមានរយៈពេលដល់ទៅ 30 ថ្ងៃ។ (ដើម្បីស្វែងយល់ថែមទៀត អំពីពេលណាអ្នកអាចទទួលបានការផ្គត់ផ្គង់ឱសថបណ្តោះអាសន្ន និងរបៀបស្នើសុំ មើលជំពូក 5 នៃសៀវភៅណែនាំសមាជិក)។
  - នៅពេលអ្នកទទួលបានការផ្គត់ផ្គង់ឱសថបណ្តោះអាសន្ន អ្នកគួរតែពិគ្រោះជាមួយវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក ដើម្បីសម្រេចថាតើនឹងត្រូវធ្វើអ្វីខ្លះ នៅពេលអ្នកលែងមានការផ្គត់ផ្គង់ឱសថបណ្តោះអាសន្ន។ អ្នកអាចប្តូរទៅឱសថមួយទៀតដែលរ៉ាប់រងដោយគំរោង ឬស្នើគំរោង ឲ្យធ្វើការលើកលែងសំរាប់អ្នក និងរ៉ាប់រងឱសថបច្ចុប្បន្នរបស់អ្នក។
- ការលើកលែងរូបមន្ត ត្រូវបានយល់ព្រម សំរាប់សំណល់នៃគំរោងឆ្នាំ។ សូមមើលសេចក្តីជូនដំណឹងការយល់ព្រម ការលើកលែងរូបមន្តរបស់អ្នក សំរាប់កាលបរិច្ឆេទផុតកំណត់ជាក់លាក់។
- បើសិនការយល់ព្រមរបស់អ្នកកំពុងផុតកំណត់ ហើយអ្នកចង់ស្នើសុំឲ្យបន្តទៀត នោះសំណើសុំការលើកលែងរូបមន្ត នឹងត្រូវបញ្ជូនមកជាសាច្ចី។

**ការផ្លាស់ប្តូរចំពោះតម្លៃឱសថមានវេជ្ជបញ្ជា**

មានការបង់ប្រាក់ពីដំណាក់កាល សំរាប់ការរ៉ាប់រងឱសថមានវេជ្ជបញ្ជា Medicare Part D របស់អ្នក នៅក្រោម L.A. Care Cal MediConnect Plan។ អ្នកនឹងបង់ចំនួនប៉ុន្មាន អាស្រ័យលើដំណាក់កាលណាមួយដែលអ្នកនៅក្នុង នៅពេលអ្នកបំពេញប្របំពេញសាច្ចីទៀត នូវឱសថមានវេជ្ជបញ្ជា។ ដំណាក់កាលទាំងពីរនេះគឺ៖

<p align="center"><b>ដំណាក់កាលទី 1</b> ដំណាក់កាលការរ៉ាប់រងដំបូង</p>	<p align="center"><b>ដំណាក់កាលទី 2</b> ដំណាក់កាលការរ៉ាប់រងគ្រោះមហន្តរាយ</p>
<p>នៅក្នុងអំឡុងដំណាក់កាលនេះ គំរោងបង់ផ្នែកខ្លះ នៃតម្លៃឱសថរបស់អ្នក ហើយអ្នកបង់ចំណែករបស់អ្នក។ ចំណែករបស់អ្នកគឺហៅថា រូមបង់។</p> <p>អ្នកចាប់ផ្តើមនៅក្នុងដំណាក់កាលនេះ នៅពេលអ្នកបំពេញឱសថវេជ្ជបញ្ជាដំបូងរបស់អ្នកនៃឆ្នាំ។</p>	<p>នៅក្នុងអំឡុងដំណាក់កាលនេះ គំរោងបង់ទាំងអស់ នៃតម្លៃឱសថរបស់អ្នក រហូតដល់ថ្ងៃទី 31 ខែធ្នូ 2019។</p> <p>អ្នកចាប់ផ្តើមនៅដំណាក់កាលនេះ នៅពេលអ្នកបានបង់ចំនួនជាក់លាក់ នៃតម្លៃចេញពីហោប៉ៅ។</p>

ដំណាក់កាលរ៉ាប់រងដំបូង ចប់នៅពេលថ្ងៃចំណាយចេញពីហោប៉ៅសរុបរបស់អ្នកគ្រប់ចំនួន \$5,100។ នៅត្រង់ចំណុចនេះ ដំណាក់កាលការរ៉ាប់រងគ្រោះមហន្តរាយ ចាប់ផ្តើម។ គំរោងរ៉ាប់រងតម្លៃឱសថរបស់អ្នកទាំងអស់ រហូតដល់ចុងឆ្នាំ។ មើលជំពូក 6 នៃសៀវភៅណែនាំសមាជិក របស់អ្នក សំរាប់ព័ត៌មានបន្ថែម ថាតើអ្នកនឹងបង់ប៉ុន្មាន សំរាប់ឱសថមានវេជ្ជបញ្ជា។



### D3. ដំណាក់កាលទី 1 ៖ "ដំណាក់កាលការរ៉ាប់រងដំបូង"

នៅក្នុងអំឡុងដំណាក់កាលរ៉ាប់រងដំបូង គំរោងបង់ចំណែកតម្លៃនៃឱសថរបស់អ្នកដែលរ៉ាប់រង ហើយអ្នកបង់ចំណែករបស់អ្នក។ ចំណែករបស់អ្នកគឺហៅថា រួមបង់។ រួមបង់ អាស្រ័យលើថ្នាក់ចំណែកតម្លៃ ដែលអ្នកនៅក្នុង និងកន្លែងដែលអ្នកទទួលបាន។ អ្នកនឹងបង់ថ្លៃរួមបង់ នៅរាល់ពេលអ្នកបំពេញឱសថវេជ្ជបញ្ជា។ បើសិនតម្លៃឱសថដែលរ៉ាប់រងរបស់អ្នក មានតម្លៃតិចជាងថ្លៃរួមបង់ អ្នកនឹងត្រូវបង់តម្លៃទាបជាង។

**យើងបានជូនឱសថមួយចំនួន នៅក្នុងបញ្ជីឱសថ ទៅថ្នាក់ឱសថទាបជាង ឬខ្ពស់ជាង។** បើសិនឱសថរបស់អ្នកដូរពីថ្នាក់មួយទៅថ្នាក់មួយទៀត វាអាចប៉ះពាល់ដល់ការរួមបង់របស់អ្នក។ ដើម្បីមើលបើសិនឱសថរបស់អ្នក នឹងនៅក្នុងថ្នាក់ខុសគ្នាយ៉ាងណា ដោយមើលវានៅក្នុងបញ្ជីឱសថ។

តារាងខាងក្រោម បង្ហាញតម្លៃរបស់អ្នក សំរាប់ឱសថនៅក្នុងថ្នាក់នីមួយៗ នៃឱសថរបស់យើងបួន (4) ថ្នាក់។ ចំនួនទាំងនេះអនុវត្តតែអំឡុងពេលដែលអ្នកនៅក្នុងដំណាក់កាល ការរ៉ាប់រងដំបូងប៉ុណ្ណោះ។

	ឆ្នាំ 2018 (ឆ្នាំនេះ)	ឆ្នាំ 2019 (ឆ្នាំក្រោយ)
<b>ឱសថក្នុងថ្នាក់ទី 1</b> (ឱសថឈ្មោះធម្មតា) តម្លៃសំរាប់ការផ្គត់ផ្គង់ចំនួនមួយខែ នៃឱសថក្នុងថ្នាក់ទី 1 ដែលបានបំពេញនៅបណ្តាញឱសថស្ថាន	ថ្លៃរួមបង់របស់អ្នក សំរាប់ការផ្គត់ផ្គង់មួយខែ (30 ថ្ងៃ) គឺ \$0 សំរាប់វេជ្ជបញ្ជាមួយ។	ថ្លៃរួមបង់របស់អ្នក សំរាប់ការផ្គត់ផ្គង់មួយខែ (30 ថ្ងៃ) គឺ \$0 សំរាប់វេជ្ជបញ្ជាមួយ។
<b>ឱសថក្នុងថ្នាក់ទី 2</b> (ឱសថឈ្មោះល្បី) តម្លៃសំរាប់ការផ្គត់ផ្គង់ចំនួនមួយខែ នៃឱសថក្នុងថ្នាក់ទី 2 ដែលបានបំពេញនៅបណ្តាញឱសថស្ថាន	ថ្លៃរួមបង់របស់អ្នក សំរាប់ការផ្គត់ផ្គង់មួយខែ (30 ថ្ងៃ) គឺ \$0 - \$8.35 សំរាប់វេជ្ជបញ្ជាមួយ។	ថ្លៃរួមបង់របស់អ្នក សំរាប់ការផ្គត់ផ្គង់មួយខែ (30 ថ្ងៃ) គឺ \$0 - \$8.50 សំរាប់វេជ្ជបញ្ជាមួយ។
<b>ឱសថក្នុងថ្នាក់ទី 3</b> (ឱសថមានវេជ្ជបញ្ជា មិនមែន Medicare) តម្លៃសំរាប់ការផ្គត់ផ្គង់ចំនួនមួយខែ នៃឱសថក្នុងថ្នាក់ទី 3 ដែលបានបំពេញនៅបណ្តាញឱសថស្ថាន	ថ្លៃរួមបង់របស់អ្នក សំរាប់ការផ្គត់ផ្គង់មួយខែ (30 ថ្ងៃ) គឺ \$0 សំរាប់វេជ្ជបញ្ជាមួយ។	ថ្លៃរួមបង់របស់អ្នក សំរាប់ការផ្គត់ផ្គង់មួយខែ (30 ថ្ងៃ) គឺ \$0 សំរាប់វេជ្ជបញ្ជាមួយ។

	ឆ្នាំ 2018 (ឆ្នាំនេះ)	ឆ្នាំ 2019 (ឆ្នាំក្រោយ)
<b>ឱសថក្នុងថ្នាក់ទី 4</b> (ឱសថគ្មានវេជ្ជបញ្ជា មិនមែន Medicare) តម្លៃសំរាប់ការផ្គត់ផ្គង់ចំនួនមួយខែ នៃឱសថក្នុងថ្នាក់ទី 4 ដែលបានបំពេញនៅបណ្តាញឱសថស្ថាន	ថ្លៃរួមបង់របស់អ្នក សំរាប់ការផ្គត់ផ្គង់មួយខែ (30 ថ្ងៃ) គឺ \$0 សំរាប់វេជ្ជបញ្ជាមួយ។	ថ្លៃរួមបង់របស់អ្នក សំរាប់ការផ្គត់ផ្គង់មួយខែ (30 ថ្ងៃ) គឺ \$0 សំរាប់វេជ្ជបញ្ជាមួយ។

ដំណាក់កាលរ៉ាប់រងដំបូង ចប់នៅពេលថ្ងៃចំណាយចេញពីហោប៉ៅសរុបរបស់អ្នកគ្រប់ចំនួន \$5,100។ នៅត្រង់ចំណុចនោះ ដំណាក់កាលការរ៉ាប់រងគ្រោះមហន្តរាយចាប់ផ្តើម។ គំរោងរ៉ាប់រងតម្លៃឱសថរបស់អ្នកទាំងអស់ រហូតដល់ចុងឆ្នាំ។ មើលជំពូក 6 នៃសៀវភៅណែនាំសមាជិក របស់អ្នក សំរាប់ព័ត៌មានបន្ថែម ថាតើអ្នកនឹងបង់ប៉ុន្មាន សំរាប់ឱសថមានវេជ្ជបញ្ជា។

**D4. ដំណាក់កាលទី 2៖ "ដំណាក់កាលការរ៉ាប់រងគ្រោះមហន្តរាយ"**

នៅពេលអ្នកចំណាយពីហោប៉ៅបានគ្រប់កំរិត \$5,100 សំរាប់ឱសថមានវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក ដំណាក់កាលការរ៉ាប់រងគ្រោះមហន្តរាយចាប់ផ្តើម។ អ្នកនឹងនៅក្នុងដំណាក់កាលការរ៉ាប់រងគ្រោះមហន្តរាយ រហូតដល់ចុងនៃប្រតិទិនឆ្នាំ។

**E. របៀបជ្រើសរើសគំរោងមួយ**

**E1. របៀបនៅក្នុងគំរោងរបស់យើង**

យើងសង្ឃឹមថារក្សាអ្នក ទុកជាសមាជិកម្នាក់នៅឆ្នាំក្រោយទៀត។

ដើម្បីនៅក្នុងគំរោងរបស់យើង អ្នកមិនចាំបាច់ធ្វើអ្វីសោះឡើយ។ បើសិនអ្នកមិនចុះឈ្មោះសំរាប់គំរោង Cal MediConnect មួយផ្សេងទៀត មិនផ្លាស់ប្តូរទៅ Medicare Advantage Plan ឬមិនផ្លាស់ប្តូរទៅ Original Medicare ទេ អ្នកនឹងនៅតែបានចុះឈ្មោះដោយស្វ័យ ប្រវត្តិជាសមាជិកម្នាក់ នៃគំរោងរបស់យើងសំរាប់ឆ្នាំ 2019។

**E2. របៀបផ្លាស់ប្តូរគំរោង**

អ្នកអាចបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់អ្នក នៅពេលណាក៏បាន នៅក្នុងអំឡុងឆ្នាំ តាមការចុះឈ្មោះក្នុងគំរោង Medicare Advantage Plan មួយទៀត តាមការចុះឈ្មោះក្នុងគំរោង Cal MediConnect មួយទៀត ឬការប្តូរទៅ Original Medicare។

**កំណត់៖** មានប្រសិទ្ធភាពនៅថ្ងៃទី 1 ខែមករា 2019 បើសិនអ្នកនៅក្នុងកម្មវិធីចាត់ចែងឱសថ អ្នកប្រហែលមិនអាចនឹងប្តូរគំរោងបានទេ។ មើលជំពូក 5 នៃសៀវភៅណែនាំសមាជិក របស់អ្នក សំរាប់ព័ត៌មាន អំពីកម្មវិធីចាត់ចែងឱសថ។

**របៀបដែលអ្នកនឹងទទួលបានសេវាពី Medicare**

អ្នកនឹងមានបីជំរើស សំរាប់ការទទួលបានសេវា Medicare របស់អ្នក។ តាមការជ្រើសយកជំរើសមួយណាទាំងនេះ អ្នកនឹងបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់អ្នកជាស្វ័យប្រវត្តិ នៅក្នុងគំរោង Cal MediConnect របស់យើង៖

អ្នកអាចប្តូរទៅ៖	នេះគឺជាអ្វីៗដែលត្រូវធ្វើ៖
<p>1. គំរោងសុខភាព Medicare ដូចជា Medicare Advantage Plan ឬបើសិនអ្នកស្របតាមការតម្រូវសិទ្ធិទទួលបាន កម្មវិធីបញ្ចូលការថែទាំទាំងអស់សំរាប់ចាស់ទុំ (Programs of All-inclusive Care for the Elderly, PACE)</p>	<p>ទូរស័ព្ទទៅ Medicare តាមលេខ <b>1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)</b> 24 ម៉ោងមួយថ្ងៃ ប្រាំពីរថ្ងៃមួយអាទិត្យ។ អ្នកប្រើ TTY គួរតែហៅលេខ <b>1-877-486-2048</b> ដើម្បីចុះឈ្មោះក្នុងគំរោងសុខភាព Medicare ថ្មីតែប៉ុណ្ណោះ។</p> <p>សំរាប់ការសាកសួរអំពី PACE ហៅលេខ <b>1-855-921-PACE (7223)</b>។</p> <p>បើសិនអ្នកត្រូវការជំនួយ ឬព័ត៌មានបន្ថែម៖</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ទូរស័ព្ទទៅ កម្មវិធីប្រឹក្សាការធានារ៉ាប់រងសុខភាព និងការគាំពារ (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP) រដ្ឋកាលីហ្វ័រនីញ៉ា តាមលេខ <b>1-800-434-0222</b> ពីថ្ងៃច័ន្ទ រហូតថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ 5:00 ល្ងាច។ សំរាប់ព័ត៌មានបន្ថែម ឬដើម្បីរក ការិយាល័យ HICAP តាមមូលដ្ឋាន នៅក្នុងតំបន់របស់អ្នក សូមមើល <a href="http://www.aging.ca.gov/HICAP/">http://www.aging.ca.gov/HICAP/</a></li> </ul> <p>អ្នកនឹងត្រូវបានដកឈ្មោះចេញពី L.A. Care Cal MediConnect Plan ជាស្វ័យប្រវត្តិ នៅពេលការរ៉ាប់រងនៃគំរោងថ្មីរបស់អ្នកចាប់ផ្តើម។</p>
<p>2. Original Medicare ដោយមាន គំរោងឱសថមានវេជ្ជបញ្ជា Medicare មួយដាច់ខ្សែក</p>	<p>ទូរស័ព្ទទៅ Medicare តាមលេខ <b>1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)</b> 24 ម៉ោងមួយថ្ងៃ ប្រាំពីរថ្ងៃមួយអាទិត្យ។ អ្នកប្រើ TTY គួរតែហៅលេខ <b>1-877-486-2048</b>។</p> <p>បើសិនអ្នកត្រូវការជំនួយ ឬព័ត៌មានបន្ថែម៖</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ទូរស័ព្ទទៅ កម្មវិធីប្រឹក្សាការធានារ៉ាប់រងសុខភាព និងការគាំពារ (HICAP) រដ្ឋកាលីហ្វ័រនីញ៉ា តាមលេខ <b>1-800-434-0222</b> ពីថ្ងៃច័ន្ទ រហូតថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ 5:00 ល្ងាច។ សំរាប់ព័ត៌មានបន្ថែម ឬដើម្បីរក ការិយាល័យ HICAP តាមមូលដ្ឋាន នៅក្នុងតំបន់របស់អ្នក សូមមើល <a href="http://www.aging.ca.gov/HICAP/">http://www.aging.ca.gov/HICAP/</a></li> </ul> <p>អ្នកនឹងត្រូវបានដកឈ្មោះចេញពី L.A. Care Cal MediConnect Plan ជាស្វ័យប្រវត្តិ នៅពេលការរ៉ាប់រង Original Medicare របស់អ្នកចាប់ផ្តើម។</p>



បើសិនអ្នកមានសំណួរ សូមទូរស័ព្ទទៅ L.A. Care Cal MediConnect Plan តាមលេខ **1-888-522-1298 (TTY: 711)** 24 ម៉ោងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃមួយអាទិត្យ រួមទាំងថ្ងៃបុណ្យផង។ ការហៅនេះគឺឥតគិតថ្លៃឡើយ។ សំរាប់ព័ត៌មានបន្ថែម មើល [www.calmediconnectla.org](http://www.calmediconnectla.org)។

អ្នកអាចប្តូរទៅ៖	នេះគឺជាអ្វីៗដែលត្រូវធ្វើ៖
<p><b>3. Original Medicare</b> ដោយគ្មាន គំរោងឱសថ មានវេជ្ជបញ្ជា Medicare មួយដាច់ខ្សែក</p> <p><b>កំណត់៖</b> បើសិនអ្នកប្តូរទៅ Original Medicare ហើយមិន ចុះឈ្មោះក្នុងគំរោងឱសថមានវេជ្ជបញ្ជា Medicare មួយ ដាច់ខ្សែកទេ លុះត្រាតែអ្នកប្រាប់ Medicare ថាអ្នកមិន ចង់ចូលរួម ទើបអាចចុះឈ្មោះអ្នកក្នុងគំរោងឱសថ Medicare បាន។</p> <p>បើសិនអ្នកទទួលបានការរ៉ាប់រងឱសថពីនិយោជក សហជីព ឬប្រភពផ្សេងទៀត អ្នកគួរតែទំលាក់ការរ៉ាប់រងឱសថ មានវេជ្ជបញ្ជាប៉ុណ្ណោះ។ បើសិនអ្នកមានសំណួរ ថាតើ អ្នកត្រូវការរ៉ាប់រងឱសថ សូមទូរស័ព្ទទៅ កម្មវិធីប្រឹក្សាការ ធានារ៉ាប់រងសុខភាព និងការគាំពារ (HICAP) រដ្ឋកាលី ហ្វ័រនីញ៉ា តាមលេខ <b>1-800-434-0222</b> ពីថ្ងៃច័ន្ទ រហូត ថ្ងៃសុក្រ ម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ 5:00 ល្ងាច។ សំរាប់ ព័ត៌មានបន្ថែម ឬដើម្បីរកការិយាល័យ HICAP តាម មូលដ្ឋាន នៅក្នុងតំបន់របស់អ្នក សូមមើល <a href="http://www.aging.ca.gov/HICAP/">http://www.aging.ca.gov/HICAP/</a></p>	<p>ទូរស័ព្ទទៅ Medicare តាមលេខ <b>1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)</b> 24 ម៉ោងមួយថ្ងៃ ប្រាំពីរថ្ងៃមួយអាទិត្យ។ អ្នកប្រើ TTY គួរតែហៅលេខ <b>1-877-486-2048</b>។</p> <p>បើសិនអ្នកត្រូវការជំនួយ ឬព័ត៌មានបន្ថែម៖</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ទូរស័ព្ទទៅ កម្មវិធីប្រឹក្សាការធានារ៉ាប់រងសុខភាព និងការគាំពារ (HICAP) រដ្ឋកាលីហ្វ័រនីញ៉ា តាមលេខ <b>1-800-434-0222</b> ពីថ្ងៃច័ន្ទ រហូត ថ្ងៃសុក្រ ម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ 5:00 ល្ងាច។ សំរាប់ ព័ត៌មានបន្ថែម ឬដើម្បីរកការិយាល័យ HICAP តាមមូលដ្ឋាន នៅក្នុងតំបន់របស់អ្នក សូមមើល <a href="http://www.aging.ca.gov/HICAP/">http://www.aging.ca.gov/HICAP/</a></li> </ul> <p>អ្នកនឹងត្រូវបានដកឈ្មោះចេញពី L.A. Care Cal MediConnect Plan ជាស្វ័យប្រវត្តិ នៅពេលការរ៉ាប់រង Original Medicare របស់អ្នកចាប់ផ្តើម។</p>

**របៀបដែលអ្នកនឹងទទួលសេវាពី Medi-Cal**

បើសិនអ្នកចាកចេញពីគំរោង Cal MediConnect របស់យើង អ្នកនឹងត្រូវបានចុះឈ្មោះក្នុងគំរោង Medi-Cal គ្រប់គ្រងការថែទាំ តាមចិត្តរបស់អ្នក។ សេវា Medi-Cal របស់អ្នក រួមមានសេវា និងការគាំទ្រយូរអង្វែង និងការថែទាំសុខភាពឥរិយាបថ។

នៅពេលអ្នកស្នើសុំបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់អ្នក នៅក្នុងគំរោង Cal MediConnect របស់យើង អ្នកនឹងត្រូវប្រាប់ដំណឹងដល់ ជំរើសថែទាំសុខភាព (Health Care Options) ថាគំរោង Medi-Cal គ្រប់គ្រងការថែទាំណាមួយ ដែលអ្នកចង់ចូលរួម។ អ្នកអាចទូរស័ព្ទទៅ ជំរើសថែទាំសុខភាព តាមលេខ **1-844-580-7272** ពីថ្ងៃច័ន្ទ រហូតថ្ងៃសុក្រ ម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ 5:00 ល្ងាច។ អ្នកប្រើ TTY គួរតែហៅលេខ **1-800-430-7077**។

**F. របៀបទទួលជំនួយ**

**F1. ការទទួលជំនួយពី L.A. Care Cal MediConnect Plan**

មានសំណួរ? យើងនៅទីនេះដើម្បីជួយអ្នក។ សូមទូរស័ព្ទទៅផ្នែកសេវាសមាជិក តាមលេខ **1-888-522-1298** (អ្នកប្រើ TTY ហៅតែលេខ **711**)។ យើងចាំឆ្លើយការទូរស័ព្ទមក 24 ម៉ោងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃមួយអាទិត្យ រួមទាំងថ្ងៃបុណ្យផង។

**?** បើសិនអ្នកមានសំណួរ សូមទូរស័ព្ទទៅ L.A. Care Cal MediConnect Plan តាមលេខ **1-888-522-1298** (TTY: **711**) 24 ម៉ោងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃមួយអាទិត្យ រួមទាំងថ្ងៃបុណ្យផង។ ការហៅនេះគឺឥតគិតថ្លៃឡើយ។ **សំរាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** មើល [www.calmediconnectla.org](http://www.calmediconnectla.org)។

**អាន សៀវភៅណែនាំសមាជិក 2019 របស់អ្នក**

សៀវភៅណែនាំសមាជិក 2019 គឺជាឯកសារស្របច្បាប់ ជាការពណ៌នាពិស្តារ នៃគំរោងអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នក។ វាមានព័ត៌មានពិស្តារ អំពីអត្ថប្រយោជន៍ និងតម្លៃ នៅឆ្នាំក្រោយ។ វាពន្យល់អំពីសិទ្ធិរបស់អ្នក និងវិន័យផ្សេងៗដែលអ្នកត្រូវប្រព្រឹត្តតាម ដើម្បីទទួលសេវា និងឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាដែលរ៉ាប់រង។

សំណៅទាន់បច្ចុប្បន្នកាលនៃសៀវភៅណែនាំសមាជិក 2019 គឺតែងតែមាននៅលើគេហទំព័ររបស់យើងជានិច្ច នៅ [www.calmediconnectla.org](http://www.calmediconnectla.org)។ អ្នកក៏អាចនឹងទូរស័ព្ទទៅផ្នែកសេវាសមាជិក តាមលេខ **1-888-522-1298** (TTY: 711) 24 ម៉ោងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃមួយអាទិត្យ រួមទាំងថ្ងៃបុណ្យផង ដើម្បីស្នើសុំឲ្យយើងធ្វើជូនអ្នកនូវសៀវភៅណែនាំសមាជិក 2019។

**គេហទំព័ររបស់យើង**

អ្នកក៏អាចមើលគេហទំព័ររបស់យើង នៅ [www.calmediconnectla.org](http://www.calmediconnectla.org) ដែរ។ ជាការរំលឹក គេហទំព័ររបស់យើងមានព័ត៌មានទាន់បច្ចុប្បន្នកាល អំពីបណ្តាញអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថាន (បញ្ជីឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថាន) និងបញ្ជីឱសថ (បញ្ជីនៃឱសថដែលរ៉ាប់រង) របស់យើង។

**F2. ការទទួលជំនួយពី ជើងសាការចុះឈ្មោះរដ្ឋ**

អ្នកអាចទូរស័ព្ទទៅ ជំរើសថែទាំសុខភាព តាមលេខ **1-844-580-7272** ពីថ្ងៃច័ន្ទ រហូតថ្ងៃសុក្រ ម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ 5:00 ល្ងាច។ អ្នកប្រើ TTY គួរតែហៅលេខ **1-800-430-7077**។


**F3. ការទទួលជំនួយពី Cal MediConnect Ombuds Program**

Cal MediConnect Ombuds Program អាចជួយអ្នក បើសិនអ្នកកំពុងមានបញ្ហាមួយជាមួយ L.A. Care Cal MediConnect Plan។ សេវានៃអំបាដូម៉ាន គឺឥតគិតថ្លៃឡើយ។ កម្មវិធី Cal MediConnect Ombuds Program៖

- ធ្វើការជាអ្នកគាំពារ ក្នុងនាមរបស់អ្នក។ គេអាចឆ្លើយសំណួរបាន បើសិនអ្នកមានបញ្ហា ឬការត្រូវត្រូវ និងអាចជួយពន្យល់អ្នកដើម្បីធ្វើអ្វីខ្លះ។
- ត្រូវធ្វើឲ្យប្រាកដ ថាអ្នកមានព័ត៌មាន ដែលទាក់ទងចំពោះសិទ្ធិរបស់អ្នក និងការការពារ និងរបៀបអ្នកអាចឲ្យបានដោះស្រាយកង្វល់របស់អ្នក។
- វាមិនពាក់ព័ន្ធជាមួយយើងទេ ឬជាមួយក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រង ឬគំរោងសុខភាពណាមួយឡើយ។ លេខទូរស័ព្ទសំរាប់ Cal MediConnect Ombuds Program គឺ **1-855-501-3077**។

**F4. ការទទួលជំនួយពី កម្មវិធីប្រឹក្សាការធានារ៉ាប់រងសុខភាព និងការគាំពារ**

អ្នកក៏អាចទូរស័ព្ទទៅ កម្មវិធីជំនួយធានារ៉ាប់រងសុខភាពរដ្ឋ (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) បានដែរ។ នៅក្នុងរដ្ឋកាលីហ្វ័រនីញ៉ា SHIP គឺហៅថា កម្មវិធីប្រឹក្សាការធានារ៉ាប់រងសុខភាព និងការគាំពារ (HICAP)។ អ្នកប្រឹក្សា HICAP អាចជួយពន្យល់អ្នក អំពីជំរើសគំរោង Cal MediConnect របស់អ្នក និងឆ្លើយសំណួរផ្សេងៗអំពីការដូរគំរោង។ HICAP គឺមិនពាក់ព័ន្ធជាមួយយើងទេ ឬជាមួយក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រង ឬគំរោងសុខភាពណាមួយឡើយ។ HICAP មានអ្នកប្រឹក្សាដែលបានហ្វឹកហ្វឺន នៅក្នុងខោនធីនីមួយៗ ហើយសេវានេះគឺឥតគិតថ្លៃឡើយ។ លេខទូរស័ព្ទរបស់ HICAP គឺ **1-800-434-0222**។ សំរាប់ព័ត៌មានបន្ថែម ឬដើម្បីរកការិយាល័យ HICAP តាមមូលដ្ឋាន នៅក្នុងតំបន់របស់អ្នក សូមមើល <http://www.aging.ca.gov/HICAP/>។

 បើសិនអ្នកមានសំណួរ សូមទូរស័ព្ទទៅ L.A. Care Cal MediConnect Plan តាមលេខ **1-888-522-1298** (TTY: 711) 24 ម៉ោងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃមួយអាទិត្យ រួមទាំងថ្ងៃបុណ្យផង។ ការហៅនេះគឺឥតគិតថ្លៃឡើយ។ សំរាប់ព័ត៌មានបន្ថែម មើល [www.calmediconnectla.org](http://www.calmediconnectla.org)។

### F5. ការទទួលជំនួយពី Medicare

ដើម្បីឲ្យបានព័ត៌មានថែមទៀត ដោយផ្ទាល់មកពី Medicare អ្នកអាចទូរស័ព្ទទៅ **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)** 24 ម៉ោងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃមួយអាទិត្យ។ អ្នកប្រើ TTY គួរតែហៅលេខ **1-877-486-2048**។

#### គេហទំព័ររបស់ Medicare

អ្នកអាចចូលមើលគេហទំព័ររបស់ Medicare នៅ <http://www.medicare.gov>។ បើសិនអ្នកជ្រើសរើសដកឈ្មោះចេញពីគំរោង Cal MediConnect របស់អ្នក និងចុះឈ្មោះក្នុងគំរោង Medicare Advantage នោះគេហទំព័ររបស់ Medicare មានព័ត៌មានអំពីតម្លៃ ការរ៉ាប់រង និងការវាយតម្លៃគុណភាព ដើម្បីជួយអ្នកប្រៀបធៀបគំរោង Medicare Advantage។ អ្នកអាចរកមើលព័ត៌មានអំពីគំរោង Medicare Advantage ដែលមាននៅក្នុងតំបន់របស់អ្នក ដោយប្រើ Medicare Plan Finder (ប្រដាប់រកគំរោង Medicare) នៅលើគេហទំព័ររបស់ Medicare។ (ដើម្បីមើលព័ត៌មានអំពីគំរោង ចូលទៅមើល <http://www.medicare.gov> និងចុចលើពាក្យ “Find health & drug plans” (រកគំរោងសុខភាព និងឱសថ)។

#### Medicare ៖ អ្នក ឆ្នាំ 2019

អ្នកអាចអានសៀវភៅណែនាំ Medicare ៖ អ្នក ឆ្នាំ 2019 ។ ជារៀងរាល់ឆ្នាំក្នុងរដូវស្លឹកឈើជ្រុះ កូនសៀវភៅនេះត្រូវបានធ្វើទៅមនុស្សដែលមាន Medicare។ វាមានសេចក្តីសង្ខេបនៃអត្ថប្រយោជន៍ Medicare ស៊ីទ្វី និងការការពារ ព្រមទាំងចំណុចចំពោះសំណួរដែលចោទសួរញឹកញាប់បំផុត អំពី Medicare។ បើសិនអ្នកពុំមានសំណេរនៃកូនសៀវភៅនេះទេ អ្នកអាចយកវាបាននៅលើគេហទំព័ររបស់ Medicare (<http://www.medicare.gov>) ឬដោយហៅលេខ **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)** 24 ម៉ោងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃមួយអាទិត្យ។ អ្នកប្រើ TTY គួរតែហៅលេខ **1-877-486-2048**។

### F6. ការទទួលជំនួយពី ក្រសួងគ្រប់គ្រងសុខាភិបាល រដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា


ក្រសួងគ្រប់គ្រងសុខាភិបាល រដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា មានភារៈកិច្ចសំរាប់ការដាក់បញ្ញត្តិដល់គំរោងសេវាថែទាំសុខភាព។ បើសិនអ្នកមានសារទុក្ខអ្វី ទាស់នឹងគំរោងសុខភាពរបស់អ្នក នោះជាដំបូងបំផុត អ្នកគួរតែទូរស័ព្ទទៅគំរោងសុខភាពរបស់អ្នក តាមលេខ **1-888-522-1298 (TTY: 711)** 24 ម៉ោងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃមួយអាទិត្យ រួមទាំងថ្ងៃបុណ្យផង និងប្រើវិធីធ្វើសារទុក្ខនៃគំរោងសុខភាពរបស់អ្នក មុននឹងទាក់ទងក្រសួង។ ការប្រើវិធីធ្វើសារទុក្ខនេះ គឺមិនហាមឃាត់នូវសិទ្ធិស្របច្បាប់អ្វីមួយ ដែលអាចយកមកប្រើ ឬដំណោះស្រាយអ្វីៗ ដែលអាចមានសំរាប់អ្នកឡើយ។

បើអ្នកត្រូវការជំនួយឲ្យដោះស្រាយសារទុក្ខ ដែលជាប់ទាក់ទងនឹងភាពអាសន្ន ឬសារទុក្ខអ្វីមួយដែលគំរោងសុខភាពរបស់អ្នក មិនទាន់បានដោះស្រាយឲ្យគាប់ចិត្តនៅឡើយ ឬក៏សារទុក្ខអ្វីមួយដែលនៅតែមិនទាន់ដោះស្រាយរួច លើសពីចំនួន 30 ថ្ងៃ អ្នកអាចទូរស័ព្ទទៅក្រសួង សំរាប់ជំនួយ។

អ្នកក៏អាចនឹងមានសិទ្ធិទទួល ការពិនិត្យពិច័យដោយពេទ្យឯករាជ្យ (Independent Medical Review, IMR) ដែរ។ បើអ្នកមានសិទ្ធិទទួល IMR នោះវិធី IMR នឹងផ្តល់ការពិនិត្យឡើងវិញដោយមិនលំអៀង នូវការសម្រេចព្យាបាលសុខភាព ដែលបានធ្វើដោយគំរោងសុខភាព ជាប់ទាក់ទងខាងធានាព្យាបាលចាំបាច់ នូវសេវា ឬការព្យាបាល ដែលបានស្នើ ឬសេចក្តីសម្រេចអំពីការរ៉ាប់រងសំរាប់ការព្យាបាលដែលជាលក្ខណៈនៃការពិសោធន៍ ឬជាការស៊ើបអង្កេត និងទំនាស់ ពីការបង់ប្រាក់ សំរាប់ថ្លៃព្យាបាលសុខភាពនៅគ្រាអាសន្ន ឬជាបន្ទាន់។

ក្រសួងក៏មានលេខទូរស័ព្ទឥតគិតថ្លៃ (**1-888-HMO-2219**) និងខ្សែទូរស័ព្ទ TDD **1-877-688-9891** សំរាប់អ្នកត្រចៀកច្រន់ និងអន់សំដីផងដែរ។ រីឯអន្តរបណ្តាញរបស់ក្រសួង <http://www.dmhc.ca.gov> វិញ មានក្រដាសបំពេញបណ្តឹង ពាក្យសុំ IMR និងសេចក្តីណែនាំតាមបណ្តាញ។

---

 **បើសិនអ្នកមានសំណួរ** សូមទូរស័ព្ទទៅ L.A. Care Cal MediConnect Plan តាមលេខ **1-888-522-1298 (TTY: 711)** 24 ម៉ោងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃមួយអាទិត្យ រួមទាំងថ្ងៃបុណ្យផង។ ការហៅនេះគឺឥតគិតថ្លៃឡើយ។ **សំរាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** មើល [www.calmediconnectla.org](http://www.calmediconnectla.org)។







**L.A. Care**  
HEALTH PLAN®

**For All of L.A.**