



ថ្ងៃទី 1 ខែមករា ដល់ថ្ងៃទី 31 ខែធ្នូ ឆ្នាំ 2026

ភស្តុតាងនៃការធានារ៉ាប់រងសម្រាប់ឆ្នាំ 2026៖

អត្ថប្រយោជន៍ និងសេវាកម្មសុខភាព Medicare របស់អ្នក និងការធានារ៉ាប់រងឱសថ ក្នុងនាមជាសមាជិកគម្រោង Wellcare ‘Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP)

ឯកសារនេះផ្តល់ព័ត៌មានលម្អិតអំពីការធានារ៉ាប់រងសុខភាព និងឱសថ Medicare និង Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) របស់អ្នកចាប់ពីថ្ងៃទី 1 ខែមករា ដល់ថ្ងៃទី 31 ខែធ្នូ ឆ្នាំ 2026។ នេះ គឺជាឯកសារផ្លូវច្បាប់មួយដ៏មានសារៈសំខាន់។ សូមរក្សាទុកនៅកន្លែងដែលមានសុវត្ថិភាព។

ឯកសារនេះពន្យល់ពីអត្ថប្រយោជន៍ និងសិទ្ធិរបស់អ្នក។ ប្រើឯកសារនេះដើម្បីយល់៖

- ថ្លៃធានារ៉ាប់រង និងការចែករំលែកថ្លៃចំណាយក្នុងគម្រោងរបស់យើង
- អត្ថប្រយោជន៍ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ និងឱសថរបស់យើង
- របៀបដាក់ពាក្យបណ្តឹងតវ៉ា ប្រសិនបើអ្នកមិនពេញចិត្តនឹងសេវាកម្ម ឬការព្យាបាល
- របៀបទាក់ទងមកយើងខ្ញុំ
- ការការពារផ្សេងទៀតដែលតម្រូវដោយច្បាប់ Medicare

សម្រាប់សំណួរអំពីឯកសារនេះ ទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិកតាមរយៈលេខ 1-888-846-4262។ (អ្នកប្រើ TTY សូមទូរសព្ទទៅលេខ 711)។ ម៉ោងធ្វើការគឺ៖ នៅចន្លោះថ្ងៃទី 1 ខែតុលា ដល់ថ្ងៃទី 31 ខែមីនា អ្នកតំណាងរង់ចាំបម្រើពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃអាទិត្យ ពីម៉ោង 7:45 ព្រឹក ដល់ 8 យប់។ នៅចន្លោះ ថ្ងៃទី 1 ខែមេសា ដល់ថ្ងៃទី 30 ខែកញ្ញា អ្នកតំណាងអាចរកបានពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 7:45 ព្រឹក ដល់ 8 យប់។ ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។

គម្រោង Wellcare ‘Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP) នេះត្រូវបានផ្តល់ជូនដោយ Wellcare Health Insurance Of Arizona, Inc. (Wellcare By ‘Ohana Health Plan) (នៅពេលដែលភស្តុតាងនៃការធានារ៉ាប់រងនេះនិយាយថា “យើង” “យើងខ្ញុំ” ឬ “របស់យើង” នោះមានន័យថា Wellcare Health Insurance Of Arizona, Inc. (Wellcare By ‘Ohana Health Plan) នៅពេលដែលគម្រោងប្រើពាក្យថា “គម្រោង” ឬ “គម្រោងរបស់យើង” វាមានន័យថា Wellcare ‘Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP)។

OMB Approval 0938-1051
(Expires: August 31, 2026)
4676372_HI6ZSPEOCCAM_M_0001
H9916001000

ឯកសារនេះអាចរកបានដោយឥតគិតថ្លៃជាភាសាចិន កូរ៉េ ម៉ុង តាកាឡុក ឡាវ កម្ពុជា/ខ្មែរ វៀតណាម ហាវ៉ៃ ជប៉ុន កាវ៉ាន សាម៉ូ ថៃ តួកគី អ៊ីសបេក អ៊ីន្ទូកាណូ និងភូមា។ យើងត្រូវតែផ្តល់ព័ត៌មានតាមរបៀបដែលអ្នកអាចយល់បាន (ជាភាសាផ្សេងក្រៅពីភាសាអង់គ្លេស ជាអក្សរស្នាបសម្រាប់ជនពិការភ្នែក អូឌីយ៉ូ ពុម្ពអក្សរធំ ឬទម្រង់ជំនួសផ្សេងទៀតជាដើម)។ សូមទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិក ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការព័ត៌មានអំពីគម្រោងក្នុងទម្រង់ផ្សេងទៀត។

អត្ថប្រយោជន៍ និង/ឬការបង់ថ្លៃរួម/ការធានារ៉ាប់រងរួមអាចផ្លាស់ប្តូរនៅថ្ងៃទី 1 ខែមករា ឆ្នាំ 2027។

បញ្ជីឱសថ បណ្តាញឱសថស្ថាន និង/ឬបណ្តាញអ្នកផ្តល់សេវារបស់យើងអាចផ្លាស់ប្តូរនៅពេលណាក៏បាន។ អ្នកនឹងទទួលបានសេចក្តីជូនដំណឹងអំពីការផ្លាស់ប្តូរដែលអាចប៉ះពាល់ដល់អ្នកយ៉ាងហោចណាស់ 30 ថ្ងៃជាមុន។

‘Ohana Health Plan ជាគម្រោងដែលផ្តល់ជូនដោយ WellCare Health Insurance of Arizona, Inc.។

ផ្អែកលើការពិនិត្យឡើងវិញនូវតំរូវការថែទាំ Wellcare ‘Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP) ទទួលបានការអនុញ្ញាតពីគណៈកម្មាធិការជាតិសម្រាប់ការធានាគុណភាព (NCQA) ដើម្បីដំណើរការគម្រោងតម្រូវការពិសេស (SNP) រហូតដល់ឆ្នាំ 2028។

តារាងមាតិកា

តារាងមាតិកា

ជំពូកទី 1: ចាប់ផ្តើមក្នុងនាមជាសមាជិក	5
ផ្នែកទី 1 អ្នកជាសមាជិករបស់គម្រោង Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP)	5
ផ្នែកទី 2 តម្រូវការសិទ្ធិទទួលបានគម្រោង	7
ផ្នែកទី 3 ឯកសារសមាជិកភាពសំខាន់ៗ	9
ផ្នែកទី 4 សេចក្តីសង្ខេបនៃថ្លៃចំណាយសំខាន់ៗសម្រាប់ឆ្នាំ 2026.....	11
ផ្នែកទី 5 ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីថ្លៃធានារ៉ាប់រងនៃគម្រោងប្រចាំខែរបស់អ្នក	16
ផ្នែកទី 6 រក្សាកំណត់ត្រានៃសមាជិកភាពគម្រោងរបស់យើងឱ្យទាន់សម័យ	16
ផ្នែកទី 7 របៀបដែលការធានារ៉ាប់រងផ្សេងទៀតដំណើរការជាមួយគម្រោងរបស់យើង	17
ជំពូកទី 2: លេខទូរសព្ទ និងធនធាន.....	19
ផ្នែកទី 1 ទំនាក់ទំនងគម្រោងរបស់ពួកយើង	19
ផ្នែកទី 2 ទទួលបានជំនួយពី Medicare.....	24
ផ្នែកទី 3 កម្មវិធីជំនួយធានារ៉ាប់រងសុខភាពរបស់រដ្ឋ (SHIP).....	26
ផ្នែកទី 4 អង្គការកែលម្អគុណភាព (QIO).....	26
ផ្នែកទី 5 សន្តិសុខសង្គម	27
ផ្នែកទី 6 Medicaid	28
ផ្នែកទី 7 កម្មវិធីដើម្បីជួយមនុស្សបង់ថ្លៃឱសថមានវេជ្ជបញ្ជា.....	30
ផ្នែកទី 8 គណៈកម្មការការចូលនិវត្តន៍របស់និយោជិកផ្លូវដែក (RRB)	33
ផ្នែកទី 9 ប្រសិនបើអ្នកមានការធានារ៉ាប់រងជាក្រុម ឬការធានារ៉ាប់រងសុខភាពផ្សេងទៀតពីនិយោជក	34
ជំពូកទី 3: ការប្រើប្រាស់គម្រោងរបស់យើងសម្រាប់សេវាកម្មវេជ្ជសាស្ត្រ និងសេវាកម្មដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងផ្សេងទៀតរបស់អ្នក	35
ផ្នែកទី 1 របៀបទទួលបានការថែទាំផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ និងសេវាកម្មផ្សេងទៀតក្នុងនាមជាសមាជិកនៃគម្រោងរបស់យើង	35
ផ្នែកទី 2 ប្រើអ្នកផ្តល់សេវានៅក្នុងបណ្តាញរបស់គម្រោងរបស់យើងដើម្បីទទួលបាន ការថែទាំផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ និងសេវាកម្មផ្សេងទៀត	38
ផ្នែកទី 3 របៀបទទួលបានសេវាកម្មក្នុងត្រីមាសនៃ គ្រោះមហន្តរាយ ឬតម្រូវការបន្ទាន់សម្រាប់ ការថែទាំ.....	43

តារាងមាតិកា

ផ្នែកទី 4	តើមានអ្វីកើតឡើងប្រសិនបើអ្នកទទួលបានវិក្កយបត្រដោយផ្ទាល់សម្រាប់តម្លៃទាំងស្រុងនៃសេវាកម្មដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រង?	46
ផ្នែកទី 5	សេវាវេជ្ជសាស្ត្រក្នុងការសិក្សាស្រាវជ្រាវគ្លីនិក	47
ផ្នែកទី 6	វិធានសម្រាប់ការទទួលបានការថែទាំនៅក្នុងមណ្ឌលថែទាំសុខភាពតាមបែបសាសនាដែលគ្មានលក្ខណៈវេជ្ជសាស្ត្រ	49
ផ្នែកទី 7	ច្បាប់សម្រាប់ភាពជាម្ចាស់នៃបរិក្ខារវេជ្ជសាស្ត្រដែលប្រើបានយូរ	50
ជំពូកទី 4: តារាងអត្ថប្រយោជន៍វេជ្ជសាស្ត្រ (អ្វីដែលត្រូវបានរ៉ាប់រង)		52
ផ្នែកទី 1	ការយល់ដឹងអំពីសេវាកម្មដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រង	52
ផ្នែកទី 2	តារាងអត្ថប្រយោជន៍វេជ្ជសាស្ត្របង្ហាញពីអត្ថប្រយោជន៍វេជ្ជសាស្ត្រនិងថ្លៃចំណាយរបស់អ្នក	53
ផ្នែកទី 3	សេវាកម្មដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងនៅខាងក្រៅគម្រោង	129
ផ្នែកទី 4	សេវាកម្មដែលមិនត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយគម្រោងរបស់យើងទេ (មិនរាប់បញ្ចូល)	130
ជំពូកទី 5: ការប្រើប្រាស់ការធានារ៉ាប់រងរបស់គម្រោងសម្រាប់ឱសថផ្នែក D		133
ផ្នែកទី 1	ច្បាប់មូលដ្ឋានសម្រាប់ការធានារ៉ាប់រងលើឱសថផ្នែក D នៃគម្រោងរបស់យើង	133
ផ្នែកទី 2	បើកឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកនៅឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញ ឬតាមរយៈសេវាកម្មបញ្ជាទិញតាមប្រៃសណីយ៍របស់គម្រោងរបស់យើង	134
ផ្នែកទី 3	ឱសថរបស់អ្នកត្រូវមាននៅក្នុងបញ្ជីឱសថរបស់គម្រោងរបស់យើង	140
ផ្នែកទី 4	ឱសថដែលមានការដាក់កម្រិតលើការធានារ៉ាប់រង	142
ផ្នែកទី 5	អ្វីដែលអ្នកអាចធ្វើបានប្រសិនបើឱសថណាមួយរបស់អ្នកមិនត្រូវបានធានារ៉ាប់រងតាមរបៀបដែលអ្នកចង់បាន	143
ផ្នែកទី 6	បញ្ជីឱសថរបស់យើងអាចផ្លាស់ប្តូរក្នុងអំឡុងពេលនេះ	145
ផ្នែកទី 7	ប្រភេទឱសថដែលយើងមិនរ៉ាប់រង	147
ផ្នែកទី 8	របៀបបើកឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជា	149
ផ្នែកទី 9	ការធានារ៉ាប់រងឱសថផ្នែក D ក្នុងស្ថានភាពពិសេស	149
ផ្នែកទី 10	កម្មវិធីស្តីពីសុវត្ថិភាពឱសថ និងការគ្រប់គ្រងឱសថ	151
ផ្នែកទី 11	ការពន្យល់អំពីអត្ថប្រយោជន៍ផ្នែក D របស់អ្នកពន្យល់អំពីដំណាក់កាលទូទាត់ដែលអ្នកស្ថិតនៅ	153

តារាងមាតិកា

ជំពូកទី 6: ចំនួនដែលអ្នកបង់សម្រាប់ឱសថផ្នែក D	156
ជំពូកទី 7: ការស្នើសុំឱ្យយើងបង់វិក្កយបត្រប្រាក់សម្រាប់សេវាវេជ្ជសាស្ត្រ ឬឱសថដែលមានការធានារ៉ាប់រង	157
ផ្នែកទី 1 ស្ថានភាពនៅពេលអ្នកគួរស្នើឱ្យយើងខ្ចប់ដំណើរការបង់យើងសម្រាប់ឱសថ ឬសេវាកម្មដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រង	157
ផ្នែកទី 2 របៀបស្នើសុំឱ្យយើងខ្ចប់សងប្រាក់អ្នកវិញ ឬបង់វិក្កយបត្រដែលអ្នកបានទទួល	161
ផ្នែកទី 3 យើងនឹងពិចារណាលើសំណើរបស់អ្នកសម្រាប់ការទូទាត់ ហើយឆ្លើយថាយល់ព្រម ឬអត់	162
ជំពូកទី 8: សិទ្ធិ និងទំនួលខុសត្រូវរបស់អ្នក	163
ផ្នែកទី 1 គម្រោងរបស់យើងត្រូវតែគោរពសិទ្ធិ និងការយល់ដឹងអំពីវិប្បធម៌របស់អ្នក	163
ផ្នែកទី 2 ទំនួលខុសត្រូវរបស់អ្នកក្នុងនាមជាសមាជិកនៃគម្រោងរបស់យើង	186
ជំពូកទី 9: ប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហា ឬបណ្តឹងតវ៉ា (សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ បណ្តឹងតវ៉ា)	188
ផ្នែកទី 1 តើត្រូវធ្វើអ្វីខ្លះ ប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហា ឬកង្វល់	188
ផ្នែកទី 2 កន្លែងដែលទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែម និងជំនួយផ្ទាល់ខ្លួន	189
ផ្នែកទី 3 ការយល់ដឹងអំពីបណ្តឹងតវ៉ា និងបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់ Medicare និងកម្មវិធី Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid).....	190
ផ្នែកទី 4 តើដំណើរការមួយណាដែលត្រូវប្រើសម្រាប់បញ្ហារបស់អ្នក	190
ផ្នែកទី 5 ការណែនាំអំពីសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង និងបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍	191
ផ្នែកទី 6 ការថែទាំផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ: របៀបស្នើសុំសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង ឬដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍	194
ផ្នែកទី 7 ឱសថផ្នែក D: របៀបស្នើសុំសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង ឬដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍	206
ផ្នែកទី 8 របៀបស្នើសុំឱ្យយើងខ្ចីធានារ៉ាប់រងលើការស្នាក់នៅមន្ទីរពេទ្យរយៈពេលយូរជាងនេះ ប្រសិនបើអ្នកគិតថាអ្នកកំពុងចាកចេញពីមន្ទីរពេទ្យឆាប់ពេក	217
ផ្នែកទី 9 របៀបស្នើសុំឱ្យយើងខ្ចីបន្តធានារ៉ាប់រងលើសេវាវេជ្ជសាស្ត្រមួយចំនួន ប្រសិនបើអ្នកគិតថា ការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកនឹងបញ្ចប់ឆាប់ពេក	222
ផ្នែកទី 10 នាយកបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នកទៅកម្រិត 3, 4 និងកម្រិត 5	227
ផ្នែកទី 11 របៀបដាក់បណ្តឹងតវ៉ាអំពីគុណភាពនៃការថែទាំ ពេលវេលារង់ចាំ សេវាកម្មអតិថិជន ឬកង្វល់ផ្សេងទៀត	230

តារាងមាតិកា

ជំពូកទី 10:	ការបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់អ្នកនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើង	236
ផ្នែកទី 1	ការបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់អ្នកនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើង	236
ផ្នែកទី 2	តើអ្នកអាចបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់អ្នកនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើងនៅពេលណា?... ..	236
ផ្នែកទី 3	របៀបបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់អ្នកនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើង	240
ផ្នែកទី 4	រហូតដល់សមាជិកភាពរបស់អ្នកបានបញ្ចប់ អ្នកត្រូវតែបន្តទទួលបានទំនិញសេវាកម្ម និងឱសថវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នកតាមរយៈគម្រោងរបស់យើង.....	242
ផ្នែកទី 5	Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP) ត្រូវតែបញ្ចប់សមាជិកភាពក្នុងគម្រោងរបស់យើងនៅក្នុងស្ថានភាពជាក់លាក់.....	242
ជំពូកទី 11:	សេចក្តីជូនដំណឹងផ្លូវច្បាប់	245
ផ្នែកទី 1	សេចក្តីជូនដំណឹងអំពីច្បាប់គ្រប់គ្រង	245
ផ្នែកទី 2	សេចក្តីជូនដំណឹងអំពីការមិនរើសអើង	245
ផ្នែកទី 3	សេចក្តីជូនដំណឹងអំពីសិទ្ធិជំនួសអ្នកបង់ប្រាក់បន្ទាប់បន្សំរបស់ Medicare.....	246
ផ្នែកទី 4	ការស្តារអត្ថប្រយោជន៍ដែលបង់ដោយគម្រោងរបស់យើងក្រោមគម្រោង Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP) របស់អ្នក	246
ផ្នែកទី 5	បណ្ណសមាជិកភាព.....	249
ផ្នែកទី 6	អ្នកម៉ៅការឯករាជ្យ	249
ផ្នែកទី 7	ការល្អិតបន្លំគម្រោងថែទាំសុខភាព	249
ផ្នែកទី 8	កាលៈទេសៈដែលហួសពីការគ្រប់គ្រងរបស់គម្រោង.....	250
ជំពូកទី 12:	និយមន័យ	251

ជំពូកទី 1: ចាប់ផ្តើមក្នុងនាមជាសមាជិក

ជំពូកទី 1:

ចាប់ផ្តើមក្នុងនាមជាសមាជិក

ផ្នែកទី 1 អ្នកជាសមាជិករបស់គម្រោង Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP)

ផ្នែកទី 1.1 អ្នកបានចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោង Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP) ដែលជាគម្រោងតម្រូវការពិសេសរបស់ Medicare

អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយទាំង Medicare និង Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid)៖

- **Medicare** គឺជាកម្មវិធីធានារ៉ាប់រងសុខភាពសហព័ន្ធសម្រាប់មនុស្សដែលមានអាយុចាប់ពី 65 ឆ្នាំឡើងទៅ មនុស្សមួយចំនួនដែលមានអាយុក្រោម 65 ឆ្នាំដែលមានពិការភាពជាក់លាក់ និង មនុស្សដែលមានជំងឺគ្រប់គ្រងនាមដំណាក់កាលចុងក្រោយ (ខ្សោយតម្រងនោម)។
- **Medicaid** គឺជាកម្មវិធីរបស់រដ្ឋាភិបាលសហព័ន្ធ និងរដ្ឋមួយចំនួនដែលជួយដល់ថ្លៃចំណាយផ្នែកវេជ្ជ សាស្ត្រសម្រាប់មនុស្សមួយចំនួនដែលមានប្រាក់ចំណូល និងធនធានមានកម្រិត។ ការធានា រ៉ាប់រង Medicaid ប្រែប្រួលអាស្រ័យលើរដ្ឋ និងប្រភេទនៃ Medicaid ដែលអ្នកមាន។ មនុស្ស មួយចំនួនដែលមាន Medicaid ទទួលបានជំនួយក្នុងការទូទាត់ថ្លៃធានារ៉ាប់រង Medicare និងការ ចំណាយផ្សេងទៀតរបស់ពួកគេ។ មនុស្សដទៃទៀតទទួលបានការធានារ៉ាប់រងសម្រាប់សេវាកម្ម និងឱសថបន្ថែមដែលមិនត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare ផងដែរ។

អ្នកបានជ្រើសរើសដើម្បីទទួលបានការថែទាំសុខភាព Medicare និង Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) និងការធានារ៉ាប់រងឱសថរបស់អ្នកតាមរយៈគម្រោងរបស់យើងគឺ Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP)។ គម្រោងរបស់យើងធានារ៉ាប់រងលើសេវាកម្មផ្នែក A និងផ្នែក B ទាំងអស់។ ទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយ ការរួមចំណែកថ្លៃចំណាយ និងការទទួលបានអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងគម្រោងរបស់យើង ខុសពី Original Medicare។

Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP) គឺជាគម្រោង Medicare Advantage ឯកទេស (គម្រោង តម្រូវការពិសេស Medicare) ដែលមានន័យថា អត្ថប្រយោជន៍ត្រូវបានរចនាឡើងសម្រាប់អ្នកដែលមាន តម្រូវការថែទាំសុខភាពពិសេស។ Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP) ត្រូវបានរចនាឡើង សម្រាប់អ្នកដែលមាន Medicare ហើយមានសិទ្ធិទទួលបានជំនួយពី Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid)។

ដោយសារតែអ្នកទទួលបានជំនួយពី Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) ជាមួយនឹងការ រួមចំណែកថ្លៃចំណាយ Medicare Part A និង B (ប្រាក់ដែលត្រូវកាត់កង ការបង់ថ្លៃរួម និងការធានារ៉ាប់រង រួម) អ្នកអាចនឹងមិនបង់ប្រាក់អ្វីសម្រាប់សេវាកម្ម Medicare របស់អ្នក។ Hawaii Med-QUEST Division

ជំពូកទី 1: ចាប់ផ្តើមក្នុងនាមជាសមាជិក

Program (Medicaid) ក៏អាចផ្តល់អត្ថប្រយោជន៍ផ្សេងទៀតដោយការធានារ៉ាប់រងលើសេវាកម្មថែទាំសុខភាពដែលជាធម្មតាមិនត្រូវបានធានារ៉ាប់រងក្រោម Medicare ផងដែរ។ អ្នកក៏នឹងទទួលបានជំនួយបន្ថែម (Extra Help) ពី Medicare ដើម្បីបង់ថ្លៃឱសថ Medicare របស់អ្នកដែរ។ គម្រោងរបស់យើងនឹងជួយអ្នកគ្រប់គ្រងអត្ថប្រយោជន៍ទាំងអស់នេះ ដូច្នេះអ្នកនឹងទទួលបានសេវាកម្មសុខភាព និងជំនួយបង់ប្រាក់ដែលអ្នកមានសិទ្ធិទទួលបាន។

គម្រោងរបស់យើងដំណើរការដោយក្រុមហ៊ុនឯកជន។ ដូចគម្រោង Medicare Advantage ទាំងអស់ គម្រោងតម្រូវការពិសេសរបស់ Medicare នេះត្រូវបានអនុម័តដោយ Medicare ។ គម្រោងរបស់យើងក៏មានកិច្ចសន្យាជាមួយកម្មវិធី Hawaii Medicaid Program ដើម្បីសម្របសម្រួលអត្ថប្រយោជន៍ Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) របស់អ្នកផងដែរ។ យើងមានសេចក្តីសោមនស្សរីករាយក្នុងការផ្តល់ការធានារ៉ាប់រង Medicare និង Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) របស់អ្នក រួមទាំងការធានារ៉ាប់រងឱសថ។

ផ្នែកទី 1.2 ព័ត៌មានផ្នែកច្បាប់អំពីកស្តតាងនៃការធានារ៉ាប់រង

កស្តតាងនៃការធានារ៉ាប់រងនេះគឺជាផ្នែកមួយនៃកិច្ចសន្យារបស់យើងជាមួយអ្នកអំពីរបៀបដែលគម្រោងរបស់យើងធានារ៉ាប់រងលើការថែទាំរបស់អ្នក។ ផ្នែកផ្សេងទៀតនៃកិច្ចសន្យានេះរួមមានទម្រង់បែបបទចុះឈ្មោះរបស់អ្នក បញ្ជីឱសថដែលមានការធានារ៉ាប់រង (បញ្ជីឱសថ) និងសេចក្តីជូនដំណឹងណាមួយដែលអ្នកទទួលបានពីយើងអំពីការផ្លាស់ប្តូរការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នក ឬលក្ខខណ្ឌដែលប៉ះពាល់ដល់ការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នក។ ពេលខ្លះការជូនដំណឹងទាំងនេះត្រូវបានគេហៅថាឧបសម្ព័ន្ធ ឬការកែប្រែ។

កិច្ចសន្យានេះមានសុពលភាពសម្រាប់ខែដែលអ្នកបានចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងរបស់យើងនៅចន្លោះថ្ងៃទី 1 ខែមករា ឆ្នាំ 2026 និងថ្ងៃទី 31 ខែធ្នូ ឆ្នាំ 2026។

Medicare អនុញ្ញាតឱ្យយើងធ្វើការផ្លាស់ប្តូរចំពោះគម្រោងរបស់យើងដែលយើងផ្តល់ជូនរៀងរាល់ឆ្នាំតាមប្រតិទិន។ នេះមានន័យថាយើងអាចផ្លាស់ប្តូរការចំណាយ និងអត្ថប្រយោជន៍នៃគម្រោងរបស់យើងបន្ទាប់ពីថ្ងៃទី 31 ខែធ្នូ ឆ្នាំ 2026។ យើងក៏អាចជ្រើសរើសបញ្ឈប់ការផ្តល់គម្រោងរបស់យើងនៅក្នុងតំបន់សេវាកម្មរបស់អ្នក បន្ទាប់ពីថ្ងៃទី 31 ខែធ្នូ ឆ្នាំ 2026 ផងដែរ។

Medicare (មជ្ឈមណ្ឌលសេវាកម្ម Medicare និង Medicaid) និង Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) ត្រូវតែអនុម័តគម្រោងរបស់យើង។ អ្នកអាចបន្តទទួលបានការធានារ៉ាប់រងពី Medicare ជារៀងរាល់ឆ្នាំក្នុងនាមជាសមាជិកនៃគម្រោងរបស់យើង ដរាបណាយើងជ្រើសរើសបន្តផ្តល់ជូនគម្រោងរបស់យើង ហើយ Medicare និង Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) បន្តការយល់ព្រមលើគម្រោងរបស់យើង។

ជំពូកទី 1: ចាប់ផ្តើមក្នុងនាមជាសមាជិក

ផ្នែកទី 2 តម្រូវការសិទ្ធិទទួលបានគម្រោង

ផ្នែកទី 2.1 តម្រូវការសិទ្ធិទទួលបាន

អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានសមាជិកភាពក្នុងគម្រោងរបស់យើងដរាបណាអ្នកបំពេញតាមលក្ខខណ្ឌទាំងអស់នេះ៖

- អ្នកមានទាំង Medicare Part A និង Medicare Part B។
- អ្នករស់នៅក្នុងតំបន់សេវាកម្មភូមិសាស្ត្ររបស់យើង (ដូចបានរៀបរាប់នៅ ក្នុងផ្នែកទី 2.3)។ អ្នកជាប់ឃុំមិនត្រូវបានចាត់ទុកថារស់នៅក្នុងតំបន់សេវាកម្មភូមិសាស្ត្រនោះទេ ទោះបីជាពួកគេមានទីតាំងនៅក្នុងនោះក៏ដោយ។
- អ្នកជាពលរដ្ឋសហរដ្ឋអាមេរិក ឬមានវត្តមានស្របច្បាប់នៅសហរដ្ឋអាមេរិក។
- អ្នកបំពេញតាមលក្ខខណ្ឌតម្រូវអំពីសិទ្ធិទទួលបានពិសេសដែលបានពណ៌នាខាងក្រោម។

តម្រូវការពិសេសនៃសិទ្ធិទទួលបានគម្រោងរបស់យើង

គម្រោងរបស់យើងត្រូវបានរចនាឡើងដើម្បីបំពេញតម្រូវការរបស់អ្នកដែលទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ Medicaid មួយចំនួន។ (Medicaid គឺជាកម្មវិធីរបស់រដ្ឋាភិបាលសហព័ន្ធ និងរដ្ឋរួមគ្នាដែលជួយដល់ថ្លៃចំណាយផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រសម្រាប់មនុស្សមួយចំនួនដែលមានប្រាក់ចំណូល និងធនធានមានកម្រិត) ដើម្បីមានសិទ្ធិទទួលបានគម្រោងរបស់យើង អ្នកត្រូវតែមានសិទ្ធិទទួលបានគម្រោងរបស់យើង អ្នកត្រូវតែមានសិទ្ធិទទួលបានជំនួយចែករំលែកថ្លៃចំណាយ Medicare និងអត្ថប្រយោជន៍ Medicaid ពេញលេញក្រោម Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid)។ លើសពីនេះទៀត អ្នកត្រូវតែចុះឈ្មោះក្នុងកម្មវិធីសមាហរណកម្ម QUEST តាមរយៈគម្រោង 'Ohana Health Plan។

ចំណាំ៖ ប្រសិនបើអ្នកបាត់បង់សិទ្ធិទទួលបានរបស់អ្នក ប៉ុន្តែអាចត្រូវបានរំពឹងថានឹងទទួលបានសិទ្ធិឡើងវិញក្នុងរយៈពេល 6 ខែ នោះអ្នកនៅតែមានសិទ្ធិទទួលបានសមាជិកភាព។ ជំពូកទី 4 ផ្នែកទី 2 ប្រាប់អ្នកអំពីការធានារ៉ាប់រង និងការរួមចំណែកថ្លៃចំណាយក្នុងអំឡុងពេលនៃការចាត់ទុកថាមានសិទ្ធិទទួលបានបន្ត។

ផ្នែកទី 2.2 Medicaid

Medicaid គឺជាកម្មវិធីរបស់រដ្ឋាភិបាលសហព័ន្ធ និងរដ្ឋរួមគ្នាដែលជួយដល់ថ្លៃចំណាយផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រសម្រាប់មនុស្សមួយចំនួនដែលមានប្រាក់ចំណូល និងធនធានមានកម្រិត។ រដ្ឋនីមួយៗសម្រេចថា អ្វីដែលរាប់បញ្ចូលជាប្រាក់ចំណូល និងធនធាន តើអ្នកណាដែលមានសិទ្ធិទទួលបាន សេវាកម្មណាដែលត្រូវបានរ៉ាប់រង និងតម្លៃសម្រាប់សេវាកម្ម។ រដ្ឋអាចសម្រេចចិត្តពីរបៀបដំណើរការកម្មវិធីរបស់ខ្លួន ដរាបណាពួកគេអនុវត្តតាមគោលការណ៍ណែនាំរបស់សហព័ន្ធ។

ជំពូកទី 1: ចាប់ផ្តើមក្នុងនាមជាសមាជិក

លើសពីនេះទៅទៀត Medicaid ផ្តល់កម្មវិធីដើម្បីជួយមនុស្សបង់ថ្លៃ Medicare របស់ពួកគេ ដូចជាថ្លៃធានារ៉ាប់រង Medicare របស់ពួកគេ។ កម្មវិធីសន្សំសំចៃរបស់ Medicare ទាំងនេះជួយអ្នកដែលមានប្រាក់ចំណូល និងធនធានតិចតួចសន្សំប្រាក់ជារៀងរាល់ឆ្នាំ៖

- **អ្នកទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ Medicare មានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់បន្ថែម (QMB+)៖** ជួយបង់ថ្លៃធានារ៉ាប់រង Medicare Part A និង Part B និងការចែករំលែកថ្លៃចំណាយផ្សេងទៀត (ដូចជាប្រាក់ដែលត្រូវកាត់កងការធានារ៉ាប់រងរួម និងការបង់ថ្លៃរួម)។ អ្នកទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ដែលមានសិទ្ធិទទួលបានក៏ទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ Medicaid ពេញលេញផងដែរ។
- **កម្មវិធីអ្នកទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ Medicare ដែលមានចំណូលទាបដែលមានការបញ្ជាក់បន្ថែម (SLMB+)៖** ជួយបង់ថ្លៃធានារ៉ាប់រង ផ្នែក B។ អ្នកទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ដែលមានសិទ្ធិទទួលបានក៏ទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ Medicaid ពេញលេញផងដែរ។
- **មានសិទ្ធិបានអត្ថប្រយោជន៍ទាំងពីរពេញលេញ (FBDE)៖** Medicaid អាចបង់ប្រាក់សម្រាប់ថ្លៃធានារ៉ាប់រង Medicare Part A និង Part B របស់អ្នក និងការចែករំលែកថ្លៃចំណាយផ្សេងទៀត (ដូចជាប្រាក់ដែលត្រូវកាត់កង ការធានារ៉ាប់រងរួម និងការបង់ថ្លៃរួម)។ អ្នកទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ដែលមានសិទ្ធិទទួលបានក៏ទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ Medicaid ពេញលេញផងដែរ។

ផ្នែកទី 2.3 តំបន់សេវាកម្មគម្រោងសម្រាប់ Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP)

Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP) មានសម្រាប់តែអ្នកដែលរស់នៅក្នុងតំបន់សេវាកម្មនៃគម្រោងរបស់យើងប៉ុណ្ណោះ។ ដើម្បីបន្តជាសមាជិកនៃគម្រោងរបស់យើង អ្នកត្រូវតែបន្តរស់នៅក្នុងតំបន់សេវាកម្មរបស់យើង។ តំបន់សេវាកម្មត្រូវបានពិពណ៌នាខាងក្រោម។

តំបន់សេវាកម្មរបស់យើងរួមមានខោនធីទាំងនេះនៅក្នុងរដ្ឋ Hawaii៖ Hawaii, Honolulu, Kauai និង Maui។

ប្រសិនបើអ្នកមានគម្រោងផ្លាស់ប្តូរទៅរដ្ឋថ្មី អ្នកក៏គួរតែទាក់ទងការិយាល័យ Medicaid របស់រដ្ឋរបស់អ្នក ហើយសួរថាតើការផ្លាស់ប្តូរនេះនឹងប៉ះពាល់ដល់អត្ថប្រយោជន៍ Medicaid របស់អ្នកយ៉ាងដូចម្តេច លេខទូរសព្ទសម្រាប់ Medicaid មាននៅក្នុង ជំពូកទី 2 ផ្នែកទី 6 នៃឯកសារនេះ។

ប្រសិនបើអ្នកផ្លាស់ចេញពីតំបន់សេវាកម្មរបស់គម្រោងរបស់យើង អ្នកមិនអាចបន្តជាសមាជិកនៃគម្រោងនេះបានទេ។ ទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិកតាមរយៈលេខ 1-888-846-4262 (អ្នកប្រើ TTY ទូរសព្ទទៅលេខ 711) ដើម្បីមើលថាតើយើងមានគម្រោងនៅក្នុងតំបន់ថ្មីរបស់អ្នកដែរ ឬទេ។ នៅពេលអ្នកផ្លាស់ទីលំនៅ អ្នកនឹងមានរយៈពេលចុះឈ្មោះពិសេសដើម្បីប្តូរទៅ Original Medicare ឬចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងសុខភាព ឬឱសថរបស់ Medicare នៅក្នុងទីតាំងថ្មីរបស់អ្នក។

ប្រសិនបើអ្នកផ្លាស់ទី ឬផ្លាស់ប្តូរអាសយដ្ឋានធ្វើសំបុត្ររបស់អ្នក វាជារឿងសំខាន់ផងដែរក្នុងការទូរសព្ទទៅរបបសន្តិសុខសង្គម។ សូមទូរសព្ទទៅផ្នែកសន្តិសុខសង្គមតាមរយៈលេខ 1-800-772-1213 (អ្នកប្រើ TTY ទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-325-0778)។

ជំពូកទី 1: ចាប់ផ្តើមក្នុងនាមជាសមាជិក

ផ្នែកទី 2.4 ពលរដ្ឋអាមេរិក ឬអ្នកមានវត្តមានស្របច្បាប់

អ្នកត្រូវតែជាពលរដ្ឋសហរដ្ឋអាមេរិក ឬមានវត្តមានស្របច្បាប់នៅសហរដ្ឋអាមេរិក ដើម្បីក្លាយជាសមាជិកនៃគម្រោងសុខភាពរបស់ Medicare។ Medicare (មជ្ឈមណ្ឌលសេវាកម្ម Medicare និង Medicaid) នឹងជូនដំណឹងដល់ Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP) ប្រសិនបើអ្នកមិនមានសិទ្ធិបន្តជាសមាជិកនៃគម្រោងរបស់យើងនៅលើមូលដ្ឋាននេះទេ។ Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP) ត្រូវតែលុបឈ្មោះអ្នកចេញ ប្រសិនបើអ្នកមិនបំពេញតាមលក្ខខណ្ឌតម្រូវនេះទេ។

ផ្នែកទី 3 ឯកសារសមាជិកភាពសំខាន់ៗ

ផ្នែកទី 3.1 បណ្ណសមាជិកភាពគម្រោងរបស់យើង

ប្រើបណ្ណសមាជិកភាពរបស់អ្នកនៅពេលណាដែលអ្នកទទួលបានសេវាកម្មដែលរ៉ាប់រងដោយគម្រោងរបស់យើងនិងសម្រាប់ឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាដែលអ្នកទទួលបាននៅឱសថស្ថានក្នុងបណ្ណាញ។ គំរូបណ្ណសមាជិកភាព៖

Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP)	
	MEMBER ID#: 1234567890123 PLAN#: H9916-001-000 ISSUER#: (80840) 9151014609
Member Name: Member Full Name	
Care Coordinator Phone: 1-888-846-4262 (TTY: 711)	
2026	PCP: Physician Name
	PCP Phone: 1-XXX-XXX-XXXX
	PCP / Specialist Office Visit: \$0. Co-pays: \$0
	Third Party Liability: Y/N
Medicare Rx: RXBIN: 610014 RXPCN: MEDDPRIME RXGRP: 2FFA Medicaid Rx: RXBIN: XXXXXX RXPCN: XXX RXGRP: XXXXX Effective Date / Prescription Drug Active Date: MM/DD/YYYY	
	
Member Services 1-888-846-4262 (TTY: 711)	
Nurse Advice Line 1-800-581-9952 (TTY: 711)	
Vision: Premier Eye Care 1-855-879-1448 (TTY: 711)	
Dental: HDS 1-844-379-4325 (TTY: 711)	
Provider Services / Pharmacy Prior Auth 1-888-505-1201 (TTY: 711)	
Pharmacist Only 1-833-750-0408 (TTY: 711)	
Send Claims To: Wellcare By 'Ohana Health Plan Attn: Claims Department P.O. Box 31372 Tampa, FL 33631-3372 Payor ID: 14163	
Part D Claims: Wellcare By 'Ohana Health Plan Attn: Medicare Part D Member Reimbursement Dept. P.O. Box 31577 Tampa, FL 33631-3577	
FOR EMERGENCIES: Dial 911 or go to the nearest Emergency Room	
Website: go.wellcare.com/OhanaHI	
Member Portal: go.wellcare.com/member	

កុំប្រើបណ្ណ Medicare ពាណិជ្ជកម្ម ស និងខៀវរបស់អ្នកសម្រាប់សេវាកម្មវេជ្ជសាស្ត្រដែលបានធានារ៉ាប់រងខណៈពេលដែលអ្នកជាសមាជិកនៃគម្រោងនេះ។ ប្រសិនបើអ្នកប្រើបណ្ណ Medicare របស់អ្នកជំនួសឱ្យបណ្ណសមាជិកភាព Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP) របស់អ្នក អ្នកប្រហែលជាត្រូវបង់ថ្លៃពេញនៃសេវាវេជ្ជសាស្ត្រដោយខ្លួនឯង។ រក្សាបណ្ណ Medicare របស់អ្នកនៅកន្លែងដែលមានសុវត្ថិភាព។ អ្នកអាចត្រូវបានស្នើសុំឱ្យបង្ហាញបណ្ណ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការសេវាមន្ទីរពេទ្យ សេវាមន្ទីរព្យាបាលអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយ ឬចូលរួមក្នុងការសិក្សាស្រាវជ្រាវគ្រឿងដែលអនុម័តដោយ Medicare (ហៅផងដែរថាការសាកល្បងគ្រឿង)។

ប្រសិនបើបណ្ណសមាជិកភាពគម្រោងរបស់យើងខូច បាត់បង់ ឬត្រូវបានគេលួច សូមទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិកតាមរយៈលេខ 1-888-846-4262 (អ្នកប្រើ TTY ទូរសព្ទទៅលេខ 711) ភ្លាមៗ ហើយយើងនឹងផ្ញើបណ្ណថ្មីមួយជូនអ្នក។

ជំពូកទី 1: ចាប់ផ្តើមក្នុងនាមជាសមាជិក

ផ្នែកទី 3.2 សៀវភៅបញ្ជីឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថាន

សៀវភៅបញ្ជីឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថាន go.wellcare.com/2026providerdirectories វាយនាមអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំក្នុងបណ្តាញនាពេលបច្ចុប្បន្នរបស់យើង និងអ្នកផ្គត់ផ្គង់បរិក្ខារវេជ្ជសាស្ត្រដែលប្រើជាប់បានយូរ។ **អ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ** គឺជាវេជ្ជបណ្ឌិត និងអ្នកជំនាញថែទាំសុខភាពផ្សេងទៀត ក្រុមវេជ្ជសាស្ត្រ បរិក្ខារវេជ្ជសាស្ត្រដែលប្រើជាប់បានយូរ មន្ទីរពេទ្យ និងមណ្ឌលថែទាំសុខភាពផ្សេងទៀត ដែលមានកិច្ចព្រមព្រៀងជាមួយយើងដើម្បីទទួលយកការទូទាត់របស់យើង និងចំណែកផ្តល់ឈាមគម្រោងណាមួយជាការបង់ប្រាក់ពេញលេញ។

ក្រុមវេជ្ជសាស្ត្រ គឺជាសមាគមគ្រូពេទ្យ រួមទាំងអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំបឋម (PCP) និងគ្រូពេទ្យឯកទេស និងអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពផ្សេងទៀត រួមទាំងមន្ទីរពេទ្យ ដែលបានចុះកិច្ចសន្យាជាមួយគម្រោង ដើម្បីផ្តល់សេវាកម្មដល់អ្នកចុះឈ្មោះ។

អ្នកត្រូវតែប្រើអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញដើម្បីទទួលបានការថែទាំសុខភាព និងសេវាកម្មរបស់អ្នក។ ប្រសិនបើអ្នកទៅកន្លែងផ្សេងដោយគ្មានការអនុញ្ញាតត្រឹមត្រូវ អ្នកនឹងត្រូវបង់ប្រាក់ពេញលេញ។ ការលើកលែងតែមួយគត់គឺ ភាពអាសន្ន សេវាកម្មដែលត្រូវការជាបន្ទាន់ នៅពេលដែលបណ្តាញមិនមាន (នោះគឺស្ថានភាពដែលវាមិនសមហេតុផល ឬមិនអាចទទួលបានសេវាកម្មនៅក្នុងបណ្តាញ) សេវាលាងឈាមនៅក្រៅតំបន់ និងករណីដែល Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP) អនុញ្ញាតឱ្យប្រើប្រាស់អ្នកផ្តល់សេវាក្រៅបណ្តាញ។ សេវាកម្ម និងអត្ថប្រយោជន៍សុខភាពរបស់អ្នកភាគច្រើនត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare ហើយដោយសារតែអ្នកមាន Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) អ្នកទទួលបានសេវាកម្មបន្ថែមមួយចំនួនពីគម្រោងរបស់យើង។ សេវាកម្មទាំងនេះត្រូវតែមានភាពចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ ហើយក្នុងករណីខ្លះ អ្នកអាចត្រូវការការបញ្ជូនបន្តពីអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំបឋមរបស់អ្នក។ អ្នកត្រូវតែទទួលបានសេវាកម្មទាំងនេះពីអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងគម្រោងរបស់យើង។ ប្រសិនបើអ្នកមិនអាចស្វែងរកអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងគម្រោងរបស់យើងដែលអាចផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវការថែទាំដែលអ្នកត្រូវការ យើងនឹងផ្តល់ការថែទាំដែលអ្នកត្រូវការពីអ្នកផ្តល់សេវានៅក្រៅគម្រោងរបស់យើង។ ក្នុងករណីទាំងនោះ អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំបឋម (PCP) របស់អ្នកអាចទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិកដើម្បីស្នើសុំការយល់ព្រមឱ្យអ្នកទៅជួបអ្នកផ្តល់សេវាក្រៅបណ្តាញ។

បញ្ជីអ្នកផ្តល់សេវា និងអ្នកផ្គត់ផ្គង់ចុងក្រោយបំផុតមាននៅលើគេហទំព័ររបស់យើងតាមរយៈអាសយដ្ឋាន go.wellcare.com/2026providerdirectories។

ប្រសិនបើអ្នកមិនមាន សៀវភៅបញ្ជីឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថានទេ អ្នកអាចស្នើសុំច្បាប់ចម្លង (ជាទម្រង់អេឡិចត្រូនិក ឬជាក្រដាស) ពីផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិកតាមលេខ 1-888-846-4262 (អ្នកប្រើ TTY ហៅទូរសព្ទទៅលេខ 711)។ សៀវភៅបញ្ជីឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថាន ជាទម្រង់ក្រដាសស្នាមដែលបានស្នើសុំ នឹងត្រូវបានផ្ញើតាមប្រៃសណីយ៍ទៅអ្នកក្នុងរយៈពេល 3 ថ្ងៃនៃថ្ងៃធ្វើការ។

សៀវភៅបញ្ជីឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថាន go.wellcare.com/2026providerdirectories វាយបញ្ជីឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញរបស់យើង។ **ឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញ** គឺជាឱសថស្ថានដែលយល់ព្រមបើកវេជ្ជបញ្ជាដែលមានការរ៉ាប់រងសម្រាប់សមាជិកគម្រោងរបស់យើង។ ប្រើ សៀវភៅបញ្ជីឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថាន ដើម្បីស្វែងរកឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញដែលអ្នកចង់ប្រើ។ ចូលទៅកាន់ ជំពូកទី 5 ផ្នែកទី 2.4 សម្រាប់ព័ត៌មានអំពីពេលវេលាដែលអ្នកអាចប្រើឱសថស្ថានដែលមិនស្ថិតនៅក្នុងបណ្តាញរបស់គម្រោងរបស់យើងបាន។

ជំពូកទី 1: ចាប់ផ្តើមក្នុងនាមជាសមាជិក

សៀវភៅបញ្ជីឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថាន ក៏បង្ហាញអ្នកផងដែរថា តើឱសថស្ថានណាមួយនៅក្នុងបណ្តាញរបស់យើងដែលមានការចែករំលែកថ្លៃចំណាយដែលចង់បាន ដែលអាចទាបជាងការចែករំលែកថ្លៃចំណាយស្តង់ដារដែលផ្តល់ជូនដោយឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញផ្សេងទៀតសម្រាប់ឱសថមួយចំនួន។

ប្រសិនបើអ្នកមិនមាន សៀវភៅបញ្ជីឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថាន អ្នកអាចស្នើសុំច្បាប់ចម្លងពីផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិកតាមលេខ 1-888-846-4262 (អ្នកប្រើ TTY ហៅទូរសព្ទទៅលេខ 711)។ អ្នកក៏អាចស្វែងរកព័ត៌មាននេះនៅលើគេហទំព័ររបស់យើងតាមរយៈ go.wellcare.com/2026providerdirectories បានផងដែរ។

ផ្នែកទី 3.3 បញ្ជីឱសថ (បញ្ជីឱសថ)

គម្រោងរបស់យើងមាន បញ្ជីឱសថដែលមានការធានារ៉ាប់រង (ហៅម្យ៉ាងទៀតថា បញ្ជីឱសថ ឬបញ្ជីថ្នាំ)។ វាប្រាប់ថាឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាណាមួយត្រូវបានធានារ៉ាប់រងក្រោមអត្ថប្រយោជន៍ផ្នែក D នៅក្នុង Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP)។ ឱសថនៅក្នុងបញ្ជីនេះត្រូវបានជ្រើសរើសដោយគម្រោងរបស់យើង ដោយមានជំនួយពីវេជ្ជបណ្ឌិត និងឱសថការី។ បញ្ជីឱសថត្រូវតែបំពេញតាមលក្ខខណ្ឌតម្រូវរបស់ Medicare។ ឱសថដែលមានតម្លៃថ្នាំនៅក្រោមកម្មវិធីថ្នាំថ្លៃឱសថរបស់ Medicare នឹងត្រូវបានបញ្ចូលក្នុងបញ្ជីឱសថរបស់អ្នក លុះត្រាតែឱសថទាំងនោះត្រូវបានដកចេញ និងជំនួសដូចដែលបានពណ៌នានៅក្នុង ជំពូកទី 5 ផ្នែកទី 6។ Medicare បានអនុម័តបញ្ជីឱសថ Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP)។

បញ្ជីឱសថក៏ប្រាប់ផងដែរថា តើមានច្បាប់ណាមួយដែលរឹតបន្តឹងការធានារ៉ាប់រងលើឱសថដែរឬទេ។

យើងនឹងផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវច្បាប់ចម្លងនៃបញ្ជីឱសថ។ ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានពេញលេញ និងបច្ចុប្បន្នបំផុតអំពីឱសថណាដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រង សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ go.wellcare.com/druglist-6716 ឬទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិក 1-888-846-4262 (អ្នកប្រើ TTY ទូរសព្ទទៅលេខ 711)។

ផ្នែកទី 4 សេចក្តីសង្ខេបនៃថ្លៃចំណាយសំខាន់ៗសម្រាប់ឆ្នាំ 2026

	ថ្លៃចំណាយរបស់អ្នក2026
ថ្លៃធានារ៉ាប់រងក្នុងគម្រោងប្រចាំខែ* *ថ្លៃធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកអាចខ្ពស់ជាងចំនួននេះ។ សូមមើលផ្នែកទី 4.1 សម្រាប់ព័ត៌មានលម្អិត។	\$0
ចំនួនចេញពីហោប៉ៅជាអតិបរមា នេះគឺជាចំនួនច្រើនបំផុតដែលអ្នកនឹងត្រូវបង់ចេញពីហោប៉ៅសម្រាប់សេវាផ្នែក A និងផ្នែក B ដែលមានការធានារ៉ាប់រង។ (សូមចូលទៅកាន់ជំពូកទី 4 ផ្នែកទី 1 សម្រាប់ព័ត៌មានលម្អិត។)	\$9,250 អ្នកមិនទទួលខុសត្រូវចំពោះការបង់ថ្លៃចំណាយចេញពីហោប៉ៅណាមួយចំពោះចំនួនចេញពីហោប៉ៅជាអតិបរមាសម្រាប់សេវាកម្មផ្នែក A និងផ្នែក B ដែលមានការធានារ៉ាប់រង។

ជំពូកទី 1: ចាប់ផ្តើមក្នុងនាមជាសមាជិក

	ថ្លៃចំណាយរបស់អ្នក2026
ការជួបពិនិត្យនៅការិយាល័យថែទាំបឋម	ការបង់ប្រាក់រួម \$0 ក្នុងការជួបពិនិត្យម្តង
ការជួបពិនិត្យនៅការិយាល័យអ្នកឯកទេស	ការបង់ប្រាក់រួម \$0 ក្នុងការជួបពិនិត្យម្តង
ការសម្រាកនៅមន្ទីរពេទ្យសម្រាប់អ្នកជំងឺស្នាក់ព្យាបាល	សម្រាប់ការចូលព្យាបាលដែលមានការធានារ៉ាប់រងពី Medicare ក្នុងមួយការចូលព្យាបាល៖ ការបង់ប្រាក់រួមចំនួន \$0 សម្រាប់ការស្នាក់នៅមន្ទីរពេទ្យនីមួយៗ។ ការបង់ប្រាក់រួមសម្រាប់ចំនួនថ្ងៃបម្រុងនៃការស្នាក់ព្យាបាលបន្ថែមពេញមួយជីវិត \$0 ក្នុងមួយថ្ងៃ។ ចំនួនថ្ងៃបម្រុងនៃការស្នាក់ព្យាបាលបន្ថែមពេញមួយជីវិត គឺជាចំនួនថ្ងៃបន្ថែមដែលគម្រោងនឹងបង់ថ្លៃជូននៅពេលសមាជិកនៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យលើសពីចំនួនថ្ងៃដែលធានារ៉ាប់រងដោយគម្រោង។ សមាជិកមានថ្ងៃបម្រុងសរុបចំនួន 60 ថ្ងៃដែលអាចប្រើបានក្នុងអំឡុងពេលពេញមួយជីវិតរបស់ពួកគេ។
ប្រាក់ដែលត្រូវកាត់កងសម្រាប់ការធានារ៉ាប់រងថ្នាំថ្លៃថ្នូរ D (ចូលទៅកាន់ជំពូកទី 6 សម្រាប់ព័ត៌មានលម្អិត។)	\$0
ការធានារ៉ាប់រងលើឱសថថ្លៃថ្នូរ D (ចូលទៅកាន់ជំពូកទី 6 សម្រាប់ព័ត៌មានលម្អិត។)	ការបង់ប្រាក់រួម \$0

ថ្លៃចំណាយរបស់អ្នកអាចរួមមានដូចខាងក្រោម៖

- ថ្លៃធានារ៉ាប់រងគម្រោង (ផ្នែកទី 4.1)
- ថ្លៃធានារ៉ាប់រង Medicare Part B ប្រចាំខែ (ផ្នែកទី 4.2)
- ការពិន័យទៅលើការចុះឈ្មោះយឺតក្នុងគម្រោងថ្លៃថ្នូរ D (ផ្នែក 4.3)
- ចំនួនទឹកប្រាក់កែតម្រូវប្រចាំខែដែលទាក់ទងនឹងប្រាក់ចំណូល (ផ្នែកទី 4.4)

ជំពូកទី 1: ចាប់ផ្តើមក្នុងនាមជាសមាជិក

ផ្នែកទី 4.1 ថ្លៃធានារ៉ាប់រងនៃគម្រោង

ដោយសារតែកម្មវិធីជំនួយបន្ថែមបង់ថ្លៃធានារ៉ាប់រងជំនួសអ្នក អ្នកមិនបង់ថ្លៃធានារ៉ាប់រងគម្រោង ប្រចាំខែដាច់ដោយឡែកសម្រាប់គម្រោងរបស់យើងទេ។

ប្រសិនបើអ្នកទទួលបានជំនួយពីកម្មវិធីណាមួយក្នុងចំណោមកម្មវិធីទាំងនេះរួចហើយ **ព័ត៌មានអំពីថ្លៃធានារ៉ាប់រងនៅក្នុង កស្តតាងនៃការធានារ៉ាប់រងនេះ ប្រហែលជាមិនអនុវត្ត ចំពោះអ្នកទេ។** យើងបានធ្វើឱ្យអ្នកនូវឯកសារដាច់ដោយឡែក ដែលហៅថា **ឧបសម្ព័ន្ធនៃកស្តតាងនៃការធានារ៉ាប់រងសម្រាប់អ្នក** ដែលទទួលបានជំនួយបន្ថែម សម្រាប់ឱសថមានវេជ្ជបញ្ជា (ត្រូវបានគេស្គាល់ផងដែរថាជា **ឧបសម្ព័ន្ធនៃឧបត្ថម្ភធនដល់អ្នកចំណូលទាប ឬឧបសម្ព័ន្ធ LIS**) ដែលនឹងប្រាប់អ្នកអំពីការធានារ៉ាប់រងលើឱសថរបស់អ្នក។ ប្រសិនបើអ្នកមិនមានការរួមបញ្ចូលនេះទេ ទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិកតាមរយៈលេខ 1-888-846-4262 (អ្នកប្រើ TTY ទូរសព្ទទៅលេខ 711) ហើយស្នើសុំ **ឧបសម្ព័ន្ធ LIS**។

ផ្នែកទី 4.2 ថ្លៃធានារ៉ាប់រង Medicare Part B ប្រចាំខែ

សមាជិកជាច្រើនត្រូវបានគម្របដណ្តប់ដោយថ្លៃធានារ៉ាប់រង Medicare ផ្សេងទៀត

សមាជិកមួយចំនួនត្រូវបានបង់ថ្លៃបុព្វលាភ Medicare ផ្សេងទៀតផងដែរ។ ដូចដែលបានពន្យល់នៅក្នុងផ្នែកទី 2 ខាងលើ ដើម្បីមានសិទ្ធិទទួលបានគម្រោងរបស់យើង អ្នកត្រូវតែរក្សាសិទ្ធិរបស់អ្នកសម្រាប់ Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) ក៏ដូចជាមានទាំង Medicare Part A និង Medicare Part B។ សម្រាប់សមាជិក Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP) ភាគច្រើន Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) បង់ថ្លៃធានារ៉ាប់រងផ្នែក A របស់អ្នក (ប្រសិនបើអ្នកមិនមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់វាដោយស្វ័យប្រវត្តិ) និងថ្លៃធានារ៉ាប់រងផ្នែក B។

ប្រសិនបើ Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) មិនបង់ថ្លៃធានារ៉ាប់រង Medicare របស់អ្នកសម្រាប់អ្នក អ្នកត្រូវតែបន្តបង់ថ្លៃធានារ៉ាប់រង Medicare របស់អ្នក ដើម្បីបន្តនៅជាសមាជិកនៃគម្រោងរបស់យើង។ នេះរួមបញ្ចូលទាំងថ្លៃធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកសម្រាប់ផ្នែក B។ អ្នកក៏អាចបង់ថ្លៃធានារ៉ាប់រងសម្រាប់ផ្នែក A ប្រសិនបើអ្នកមិនមានសិទ្ធិទទួលបានផ្នែក A ដោយគ្មានថ្លៃធានារ៉ាប់រងទេ។

ផ្នែកទី 4.3 ការពិន័យទៅលើការចុះឈ្មោះយឺតក្នុងគម្រោងផ្នែក D

ដោយសារអ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានទ្វេនោះ LEP មិនអនុវត្តទេដរាបណាអ្នកបន្តរក្សាស្ថានភាពដែលមានសិទ្ធិទទួលបានទ្វេដរាបអ្នកនោះ ប៉ុន្តែប្រសិនបើអ្នកបាត់បង់ស្ថានភាពដែលមានសិទ្ធិទទួលបានទ្វេដរាបអ្នក អ្នកអាចនឹងទទួល LEP។ ការពិន័យលើការចុះឈ្មោះយឺតផ្នែក D គឺជាថ្លៃធានារ៉ាប់រងបន្ថែមដែលត្រូវបង់សម្រាប់ការធានារ៉ាប់រងផ្នែក D ប្រសិនបើនៅពេលណាមួយបន្ទាប់ពីរយៈពេលចុះឈ្មោះដំបូងរបស់អ្នកត្រូវបានបញ្ចប់ មានរយៈពេល 63 ថ្ងៃ ឬយូរជាងនេះជាប់ៗគ្នានៅពេលដែលអ្នកមិនមានផ្នែក D ឬការធានារ៉ាប់រងលើឱសថ ដែលអាចជឿទុកចិត្តបានផ្សេងទៀត។ ការធានារ៉ាប់រងលើឱសថដែលមានវេជ្ជបញ្ជាដែលអាចជឿទុកចិត្តបាន គឺជាការធានារ៉ាប់រងដែលបំពេញតាមស្តង់ដារកម្រិតអប្បបរមារបស់ Medicare ដោយសារការកើនឡើងនឹងបង់ប្រាក់ជាមធ្យមបានយ៉ាងហោចណាស់ស្មើនឹងការធានារ៉ាប់រងឱសថស្តង់ដាររបស់ Medicare។ តម្លៃនៃការពិន័យលើការចុះឈ្មោះយឺតអាស្រ័យលើរយៈពេលដែលអ្នកបន្តនៅដោយគ្មានការធានារ៉ាប់រងពីផ្នែក D ឬការធានារ៉ាប់រងលើឱសថដែលមានវេជ្ជបញ្ជាដែលអាចជឿទុកចិត្តបានផ្សេងទៀត។ អ្នកនឹងត្រូវបង់ថ្លៃពិន័យនេះដរាបណាអ្នកមានការធានារ៉ាប់រងផ្នែក D។

ជំពូកទី 1: ចាប់ផ្តើមក្នុងនាមជាសមាជិក

អ្នកមិនចាំបាច់បង់ការពិន័យទៅលើការចុះឈ្មោះយឺតក្នុងគម្រោងផ្នែក D ទេប្រសិនបើ៖

- អ្នកទទួលបានជំនួយបន្ថែមពី Medicare ដើម្បីជួយបង់ថ្លៃឱសថរបស់អ្នក។
- អ្នកបានបន្តនៅតិចជាង 63 ថ្ងៃជាប់គ្នាដោយគ្មានការធានារ៉ាប់រងដែលអាចជឿទុកចិត្តបាន។
- អ្នកមានការធានារ៉ាប់រងលើឱសថដែលអាចទុកចិត្តបានតាមរយៈប្រភពផ្សេងទៀត (ដូចជា អតីតនិយោជក សហជីព TRICARE ឬរដ្ឋបាលសុខភាពអតីតយុទ្ធជន (VA))។ ក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រង ឬផ្នែកធនធានមនុស្សរបស់អ្នកនឹងប្រាប់អ្នកជារៀងរាល់ឆ្នាំថា តើការរ៉ាប់រងឱសថរបស់អ្នកគឺជាការធានារ៉ាប់រងដែលអាចជឿទុកចិត្តបានដែរឬទេ។ អ្នកអាចទទួលបានព័ត៌មាននេះនៅក្នុងលិខិត ឬព្រឹត្តិបត្រព័ត៌មានពិគម្រោងនោះ។ រក្សាទុកព័ត៌មាននេះ ពីព្រោះអ្នកអាចនឹងត្រូវការវា ប្រសិនបើអ្នកចូលរួមក្នុងគម្រោងឱសថរបស់ Medicare នៅពេលក្រោយ។
 - **ចំណាំ៖** លិខិត ឬសេចក្តីជូនដំណឹងណាមួយត្រូវតែបញ្ជាក់ថា អ្នកមានការធានារ៉ាប់រងលើឱសថដែលមានវេជ្ជបញ្ជាដែលអាចជឿទុកចិត្តបានដែលត្រូវបានរំពឹងថានឹងបង់ប្រាក់ស្មើនឹងគម្រោងឱសថស្តង់ដាររបស់ Medicare ដែរ។
 - **ចំណាំ៖** បណ្តាញតម្លៃឱសថដែលមានវេជ្ជបញ្ជា គឺនិក្ខតគិតថ្លៃ និងគេហទំព័របញ្ចុះតម្លៃឱសថមិនមែនជាការធានារ៉ាប់រងលើឱសថដែលមានវេជ្ជបញ្ជាដែលអាចជឿទុកចិត្តបានទេ។

Medicare កំណត់ចំនួនទឹកប្រាក់នៃការពិន័យលើការចុះឈ្មោះយឺតក្នុងផ្នែក D។ នេះគឺជាវិធីដែលវាដំណើរការ៖

- ជាដំបូង សូមរាប់ចំនួនខែពេញដែលអ្នកពន្យារពេលចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងឱសថរបស់ Medicare បន្ទាប់ពីអ្នកមានសិទ្ធិចុះឈ្មោះ។ ប្រាប់ចំនួនខែពេញពេញដែលអ្នកមិនបានទទួលការធានារ៉ាប់រងលើឱសថដែលអាចជឿទុកចិត្តបាន ប្រសិនបើការសម្រាកក្នុងការធានារ៉ាប់រងមានរយៈពេល 63 ថ្ងៃ ឬយូរជាងនេះ។ ការផាកពិន័យគឺ 1% សម្រាប់រាល់ខែដែលអ្នកមិនមានការធានារ៉ាប់រងដែលអាចជឿទុកចិត្តបាន។ ឧទាហរណ៍ ប្រសិនបើអ្នកបន្តនៅ 14 ខែដោយគ្មានការធានារ៉ាប់រង នោះភាគរយនៃការផាកពិន័យនឹងមានចំនួន 14%។
- បន្ទាប់មក Medicare កំណត់ចំនួនទឹកប្រាក់នៃថ្លៃធានារ៉ាប់រងប្រចាំខែជាមធ្យមសម្រាប់គម្រោងឱសថ Medicare នៅទូទាំងប្រទេសពីឆ្នាំមុន (ថ្លៃធានារ៉ាប់រងអត្ថប្រយោជន៍មូលដ្ឋាននៅទូទាំងប្រទេស)។ សម្រាប់ឆ្នាំ 2026 ចំនួនថ្លៃធានារ៉ាប់រងជាមធ្យមនេះគឺ \$38.99។
- ដើម្បីគណនាប្រាក់ពិន័យប្រចាំខែរបស់អ្នក សូមគុណភាគរយនៃប្រាក់ពិន័យនឹងថ្លៃធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកទទួលបានកម្រិតមូលដ្ឋានជាតិ ហើយបង្កប់ទៅ 10 សែនទៅចំនួនជិតបំផុត។ នៅក្នុងឧទាហរណ៍នៅទីនេះ វានឹងមាន 14% គុណនឹង \$38.99 ដែលស្មើនឹង \$5.46។ បង្កប់មកជា \$5.50។ ចំនួនទឹកប្រាក់នេះនឹងត្រូវបានបន្ថែមទៅក្នុងថ្លៃធានារ៉ាប់រងគម្រោងប្រចាំខែសម្រាប់អ្នកដែលមានការពិន័យទៅលើការចុះឈ្មោះយឺតក្នុងគម្រោងផ្នែក D។

រឿងសំខាន់បីដែលត្រូវដឹងអំពីការពិន័យលើការចុះឈ្មោះយឺតក្នុងផ្នែក D ប្រចាំខែ៖

- **ការពិន័យអាចផ្លាស់ប្តូរជារៀងរាល់ឆ្នាំ** ពីព្រោះថ្លៃធានារ៉ាប់រងអ្នកទទួលបានកម្រិតមូលដ្ឋានជាតិអាចផ្លាស់ប្តូរជារៀងរាល់ឆ្នាំ។
- **អ្នកនឹងបន្តបង់ប្រាក់ពិន័យ** ជារៀងរាល់ខែដរាបណាអ្នកបានចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងដែលមានអត្ថប្រយោជន៍ឱសថ Medicare Part D ទោះបីជាអ្នកផ្លាស់ប្តូរគម្រោងក៏ដោយ។

ជំពូកទី 1: ចាប់ផ្តើមក្នុងនាមជាសមាជិក

- ប្រសិនបើអ្នកមានអាយុ ក្រោម 65 ឆ្នាំ ហើយបានចុះឈ្មោះក្នុង Medicare នោះការពិន័យលើការចុះឈ្មោះយឺតក្នុងផ្នែក D នឹងត្រូវបានកំណត់ឡើងវិញនៅពេលអ្នកឈានដល់អាយុ 65 ឆ្នាំ។ បន្ទាប់ពីអាយុ 65 ឆ្នាំ ការពិន័យលើការចុះឈ្មោះយឺតក្នុងគម្រោងផ្នែក D របស់អ្នកនឹងផ្អែកតែនៅលើខែដែលអ្នកមិនមានការធានារ៉ាប់រងបន្ទាប់ពីរយៈពេលចុះឈ្មោះដំបូងរបស់អ្នកសម្រាប់ភាពចាស់ក្នុងគម្រោង Medicare។

ប្រសិនបើអ្នកមិនយល់ស្របអំពីការពិន័យលើការចុះឈ្មោះយឺតក្នុងផ្នែក D របស់អ្នក អ្នក ឬអ្នកតំណាងរបស់អ្នកអាចស្នើសុំការពិនិត្យឡើងវិញបាន។ ជាទូទៅ អ្នកត្រូវតែស្នើសុំការពិនិត្យឡើងវិញនេះក្នុងរយៈពេល 60 ថ្ងៃ គិតចាប់ពីកាលបរិច្ឆេទនៅលើលិខិតដំបូងដែលអ្នកទទួលបាន ដោយបញ្ជាក់ថាអ្នកត្រូវបានការពិន័យលើការចុះឈ្មោះយឺត។ ទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយ ប្រសិនបើអ្នកបានបង់ប្រាក់ពិន័យមុនពេលអ្នកចូលរួមក្នុងគម្រោងរបស់យើង អ្នកប្រហែលជាមិនមានឱកាសផ្សេងទៀតដើម្បីស្នើសុំការពិនិត្យឡើងវិញនៃការពិន័យទៅលើការចុះឈ្មោះយឺត។

ផ្នែកទី 4.4 ចំនួនកែតម្រូវប្រចាំខែទាក់ទងនឹងប្រាក់ចំណូល

ប្រសិនបើអ្នកបាត់បង់សិទ្ធិទទួលបានគម្រោងនេះដោយសារតែការផ្លាស់ប្តូរប្រាក់ចំណូល សមាជិកមួយចំនួនអាចនឹងតម្រូវឱ្យបង់ថ្លៃបន្ថែមសម្រាប់គម្រោង Medicare របស់ពួកគេ ដែលត្រូវបានគេស្គាល់ថាជាចំនួនកែតម្រូវប្រចាំខែទាក់ទងនឹងប្រាក់ចំណូលផ្នែក D (IRMAA)។ ការគិតថ្លៃបន្ថែមត្រូវបានគណនាដោយប្រើប្រាក់ចំណូលដុលដែលបានកែសម្រួលរបស់អ្នកដូចដែលបានរាយការណ៍នៅលើលិខិតប្រកាសពន្ធ IRS របស់អ្នកពី 2 ឆ្នាំមុន។ ប្រសិនបើចំនួននេះលើសពីចំនួនជាក់លាក់មួយ អ្នកនឹងបង់ថ្លៃធានារ៉ាប់រងស្តង់ដារ និង IRMAA បន្ថែម។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីចំនួនទឹកប្រាក់បន្ថែមដែលអ្នកអាចនឹងត្រូវបង់ដោយផ្អែកលើប្រាក់ចំណូលរបស់អ្នក សូមចូលទៅកាន់ www.Medicare.gov/health-drug-plans/part-d/basics/costs។

ប្រសិនបើអ្នកត្រូវបង់ប្រាក់ IRMAA បន្ថែម សន្តិសុខសង្គមមិនមែនគម្រោង Medicare របស់អ្នកនឹងផ្ទេរលិខិតប្រាប់អ្នកថា តើចំនួនទឹកប្រាក់បន្ថែមនោះមានប៉ុន្មាន។ ចំនួនទឹកប្រាក់បន្ថែមនឹងត្រូវបានរក្សាទុកពីសន្តិសុខសង្គមរបស់អ្នក គណៈកម្មការការចូលនិវត្តន៍របស់និយោជិតផ្លូវដែក ឬការត្រួតពិនិត្យអត្ថប្រយោជន៍របស់ការិយាល័យគ្រប់គ្រងបុគ្គលិក មិនថា តើអ្នកបង់ថ្លៃធានារ៉ាប់រងគម្រោងរបស់យើងតាមរបៀបណាទេ លុះត្រាតែអត្ថប្រយោជន៍ប្រចាំខែរបស់អ្នកមិនគ្រប់គ្រាន់ដើម្បីរ៉ាប់រងលើចំនួនទឹកប្រាក់បន្ថែមដែលជំពាក់។ ប្រសិនបើមូលប្បទានប័ត្រអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នកមិនគ្រប់គ្រាន់ដើម្បីរ៉ាប់រងលើចំនួនទឹកប្រាក់បន្ថែមទេ អ្នកនឹងទទួលបានវិក្កយបត្រពី Medicare។ **អ្នកត្រូវតែបង់ប្រាក់ IRMAA បន្ថែមទៅរដ្ឋាភិបាល។ វាមិនអាចបង់ដោយប្រើថ្លៃធានារ៉ាប់រងនៃគម្រោងប្រចាំខែរបស់អ្នកបានទេ។ ប្រសិនបើអ្នកមិនបង់ប្រាក់ IRMAA បន្ថែមទេ អ្នកនឹងត្រូវបានលុបឈ្មោះចេញពីគម្រោងរបស់យើង ហើយបាត់បង់ការធានារ៉ាប់រងលើឱសថមានវេជ្ជបញ្ជា។**

ប្រសិនបើអ្នកមិនយល់ស្របអំពីការបង់ប្រាក់ IRMAA បន្ថែម អ្នកអាចស្នើសុំរបបសន្តិសុខសង្គមឱ្យពិនិត្យឡើងវិញនូវការសម្រេចចិត្ត។ ដើម្បីស្វែងយល់ពីរបៀបធ្វើដូច្នេះ សូមទូរសព្ទទៅផ្នែកសន្តិសុខសង្គមតាមរយៈលេខ 1-800-772-1213 (អ្នកប្រើ TTY ទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-325-0778)។

ជំពូកទី 1: ចាប់ផ្តើមក្នុងនាមជាសមាជិក

ផ្នែកទី 5 ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីថ្លៃធានារ៉ាប់រងនៃគម្រោងប្រចាំខែរបស់អ្នក

ផ្នែកទី 5.1 ថ្លៃធានារ៉ាប់រងរបស់គម្រោងប្រចាំខែរបស់យើងនឹងមិនផ្លាស់ប្តូរក្នុងអំឡុងឆ្នាំនេះទេ

យើងមិនត្រូវបានអនុញ្ញាតឱ្យផ្លាស់ប្តូរចំនួនថ្លៃធានារ៉ាប់រងគម្រោងប្រចាំខែរបស់គម្រោងរបស់យើងក្នុងអំឡុងឆ្នាំនោះទេ។ ប្រសិនបើថ្លៃធានារ៉ាប់រងគម្រោងប្រចាំខែផ្លាស់ប្តូរសម្រាប់ឆ្នាំក្រោយ យើងនឹងប្រាប់អ្នកនៅក្នុងខែកញ្ញា ហើយថ្លៃធានារ៉ាប់រងថ្មីនឹងចូលជាធរមាននៅថ្ងៃទី 1 ខែមករា។

ទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយ ក្នុងករណីខ្លះ អ្នកប្រហែលជាអាចបញ្ឈប់ការបង់ប្រាក់ពិន័យការចុះឈ្មោះយឺតយ៉ាវ ប្រសិនបើអ្នកជំពាក់ ឬអ្នកប្រហែលជាត្រូវចាប់ផ្តើមបង់ប្រាក់ពិន័យការចុះឈ្មោះយឺតយ៉ាវ។ ករណីនេះអាចកើតឡើង ប្រសិនបើអ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានជំនួយបន្ថែម ឬបាត់បង់សិទ្ធិទទួលបានជំនួយបន្ថែមក្នុងអំឡុងឆ្នាំនោះ។

- ប្រសិនបើអ្នកបច្ចុប្បន្នបង់ប្រាក់ពិន័យលើការចុះឈ្មោះយឺតក្នុងផ្នែក D ហើយមានសិទ្ធិទទួលបានជំនួយបន្ថែមក្នុងអំឡុងពេលឆ្នាំនោះ អ្នកនឹងអាចបញ្ឈប់ការបង់ប្រាក់ពិន័យរបស់អ្នកបាន។
- ប្រសិនបើអ្នកបាត់បង់ជំនួយបន្ថែម អ្នកអាចនឹងរងការពិន័យលើការចុះឈ្មោះយឺតផ្នែក D ប្រសិនបើអ្នកបន្តរយៈពេល 63 ថ្ងៃ ឬយូរជាងនេះជាប់គ្នាដោយគ្មានផ្នែក D ឬការធានារ៉ាប់រងលើឱសថដែលមានវេជ្ជបញ្ជាដែលអាចជឿទុកចិត្តបានផ្សេងទៀត។

ស្វែងយល់បន្ថែមអំពីជំនួយបន្ថែមនៅក្នុងជំពូកទី 2 ផ្នែកទី 7។

ផ្នែកទី 6 រក្សាកំណត់ត្រានៃសមាជិកភាពគម្រោងរបស់យើងឱ្យទាន់សម័យ

កំណត់ត្រាសមាជិកភាពរបស់អ្នកមានព័ត៌មានពីទម្រង់ចុះឈ្មោះរបស់អ្នក រួមទាំងអាសយដ្ឋាន និងលេខទូរសព្ទរបស់អ្នក។ វាបង្ហាញពីការធានារ៉ាប់រងជាក់លាក់នៃគម្រោងរបស់អ្នក រួមទាំងអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំបឋម/សមាគមអនុវត្តវិជ្ជាជីវៈឯករាជ្យ (IPA) របស់អ្នក។ IPA គឺជាសមាគមគ្រូពេទ្យ រួមទាំង PCP និងគ្រូពេទ្យឯកទេស និងអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពផ្សេងទៀត រួមទាំងមន្ទីរពេទ្យ ដែលត្រូវបានចុះកិច្ចសន្យាជាមួយគម្រោងដើម្បីផ្តល់សេវាដល់សមាជិក។

វេជ្ជបណ្ឌិត មន្ទីរពេទ្យ ឱសថការី និងអ្នកផ្តល់សេវាផ្សេងទៀតនៅក្នុងបណ្តាញនៃគម្រោងរបស់យើង **ប្រើកំណត់ត្រានៃសមាជិកភាពរបស់អ្នកដើម្បីដឹងថាសេវាកម្ម និងឱសថអ្វីខ្លះត្រូវបានធានារ៉ាប់រង និងចំនួនទឹកប្រាក់នៃការចែករំលែកថ្លៃចំណាយរបស់អ្នក។** ដោយសារតែ ការណ៍នេះ វាមានសារៈសំខាន់ណាស់ក្នុងការជួយយើងរក្សាព័ត៌មានរបស់អ្នកឱ្យទាន់សម័យ។

ប្រសិនបើអ្នកមានការផ្លាស់ប្តូរណាមួយក្នុងចំណោមការផ្លាស់ប្តូរទាំងនេះ សូមប្រាប់មកយើងខ្ញុំ៖

- ការផ្លាស់ប្តូរឈ្មោះ អាសយដ្ឋាន ឬលេខទូរសព្ទរបស់អ្នក
- ការផ្លាស់ប្តូរការធានារ៉ាប់រងសុខភាពផ្សេងទៀតដែលអ្នកមាន (ដូចជាពិនិយោជករបស់អ្នក ប្តីឬប្រពន្ធរបស់អ្នក ឬនិយោជកដៃគូរស់នៅជាមួយគ្នា សំណងរបស់កម្មករ ឬកម្មវិធី Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid))

ជំពូកទី 1: ចាប់ផ្តើមក្នុងនាមជាសមាជិក

- ការទាមទារការទទួលខុសត្រូវណាមួយ ដូចជាការទាមទារពីគ្រោះថ្នាក់ចរាចរណ៍
- ប្រសិនបើអ្នកត្រូវបានអនុញ្ញាតឱ្យចូលមណ្ឌលថែទាំអ្នកជំងឺ
- ប្រសិនបើអ្នកទទួលបានការថែទាំនៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យ ឬបន្ទប់សង្គ្រោះបន្ទាន់នៅក្រៅតំបន់ ឬក្រៅបណ្តាញ
- ប្រសិនបើភាគីទទួលខុសត្រូវ ដែលបានចាត់តាំងរបស់អ្នក (ដូចជាអ្នកថែទាំ) ផ្លាស់ប្តូរ
- ប្រសិនបើអ្នកចូលរួមក្នុងការសិក្សាស្រាវជ្រាវគ្លីនិក (**ចំណាំ៖** អ្នកមិនតម្រូវឱ្យប្រាប់គម្រោងរបស់យើងអំពីការសិក្សាស្រាវជ្រាវគ្លីនិកដែលអ្នកមានបំណងចង់ចូលរួមនោះទេ ប៉ុន្តែយើងលើកទឹកចិត្តអ្នកឱ្យធ្វើដូច្នេះ។)

ប្រសិនបើព័ត៌មានណាមួយផ្លាស់ប្តូរ សូមប្រាប់យើងតាមរយៈការទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិក 1-888-846-4262 (អ្នកប្រើ TTY ទូរសព្ទទៅលេខ 711)។

វាក៏សំខាន់ផងដែរក្នុងការទាក់ទងទៅរបបសន្តិសុខសង្គម ប្រសិនបើអ្នកផ្លាស់ទី ឬផ្លាស់ប្តូរអាសយដ្ឋាន ឆ្លើយតបប្រកបដោយសុវត្ថិភាព។ សូមទូរសព្ទទៅផ្នែកសន្តិសុខសង្គមតាមរយៈលេខ 1-800-772-1213 (អ្នកប្រើ TTY ទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-325-0778)។

ផ្នែកទី 7 របៀបដែលការធានារ៉ាប់រងផ្សេងទៀតដំណើរការជាមួយគម្រោងរបស់យើង

Medicare តម្រូវឱ្យយើងប្រមូលព័ត៌មានអំពីការធានារ៉ាប់រងផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ ឬឱសថផ្សេងទៀតដែលអ្នកមាន ដូច្នេះយើងអាចសម្របសម្រួលការធានារ៉ាប់រងផ្សេងទៀតជាមួយនឹងអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នកនៅក្រោមគម្រោងរបស់យើង។ នេះហៅថា **ការសម្របសម្រួលអត្ថប្រយោជន៍**។

យើងនឹងផ្ញើជូនអ្នកនូវលិខិតដែលរាយបញ្ជីការធានារ៉ាប់រងផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ ឬឱសថផ្សេងទៀតដែលយើងដឹងម្តងក្នុងមួយឆ្នាំ។ សូមអានព័ត៌មាននេះដោយប្រុងប្រយ័ត្ន។ ប្រសិនបើអ្នកមិនចាំបាច់ធ្វើអ្វីទេ ប្រសិនបើព័ត៌មានមិនត្រឹមត្រូវ ឬប្រសិនបើអ្នកមានការធានារ៉ាប់រងផ្សេងទៀតដែលមិនមានក្នុងបញ្ជី សូមទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិកតាមលេខ 1-888-846-4262 (អ្នកប្រើ TTY ទូរសព្ទទៅលេខ 711)។ អ្នកប្រហែលជាត្រូវផ្តល់លេខសម្គាល់ (ID) សមាជិកគម្រោងរបស់យើងដល់អ្នកធានារ៉ាប់រងផ្សេងទៀតរបស់អ្នក (នៅពេលអ្នកបញ្ជាក់អត្តសញ្ញាណរបស់ពួកគេ) ដូច្នេះវិក្កយបត្ររបស់អ្នកត្រូវបានបង់ឱ្យបានត្រឹមត្រូវ និងទាន់ពេលវេលា។

នៅពេលអ្នកមានការធានារ៉ាប់រងផ្សេងទៀត (ដូចជាការធានារ៉ាប់រងសុខភាពជាក្រុមរបស់និយោជក) ច្បាប់ Medicare សម្រេចថា តើគម្រោងរបស់យើង ឬការធានារ៉ាប់រងផ្សេងទៀតរបស់អ្នកត្រូវបង់ជាមុនដែរឬទេ។ ការធានារ៉ាប់រងដែលបង់ប្រាក់ដំបូង (“អ្នកបង់ប្រាក់បឋម”) បង់រហូតដល់ដែនកំណត់នៃការធានារ៉ាប់រងរបស់ខ្លួន។ ការធានារ៉ាប់រងដែលបង់ប្រាក់ទីពីរ (“អ្នកបង់ប្រាក់បន្ទាប់បន្សំ”) បង់ប្រសិនបើមានការចំណាយដែលមិនបានរ៉ាប់រងដោយការធានារ៉ាប់រងបឋមប៉ុណ្ណោះ។ អ្នកបង់ប្រាក់បន្ទាប់បន្សំមិនអាចបង់ថ្លៃទាំងអស់ដែលមិនបានរ៉ាប់រងទេ។ ប្រសិនបើអ្នកមានការធានារ៉ាប់រងផ្សេងទៀត ចូរប្រាប់វេជ្ជបណ្ឌិត មន្ទីរពេទ្យ និងឱសថស្ថានរបស់អ្នក។

ជំពូកទី 1: ចាប់ផ្តើមក្នុងនាមជាសមាជិក

ច្បាប់ទាំងនេះអនុវត្តសម្រាប់ការធានារ៉ាប់រងលើគម្រោងសុខភាពជាក្រុមរបស់និយោជក ឬសហជីព៖

- ប្រសិនបើអ្នកមានការធានារ៉ាប់រងសម្រាប់អ្នកចូលនិវត្តន៍ Medicare បង់ប្រាក់ដំបូង។
- ប្រសិនបើការធានារ៉ាប់រងលើគម្រោងសុខភាពជាក្រុមរបស់អ្នក គឺផ្អែកលើការងារបច្ចុប្បន្នរបស់អ្នក ឬរបស់សមាជិកគ្រួសាររបស់អ្នក អ្នកដែលបង់ប្រាក់ដំបូងគឺអាស្រ័យលើអាយុរបស់អ្នក ចំនួនមនុស្សដែលនិយោជករបស់អ្នកបានផ្តល់ការងារឱ្យ និងថាតើអ្នកមាន Medicare ផ្អែកលើអាយុពិការភាព ឬជំងឺគ្រោះថ្នាក់ដ៏ធ្ងន់ក្នុងក្រោយ (ESRD) ឬទេ៖
 - ប្រសិនបើអ្នកមានអាយុក្រោម 65 ឆ្នាំ ហើយមានពិការភាព ហើយអ្នក (ឬសមាជិកគ្រួសាររបស់អ្នក) នៅតែធ្វើការ គម្រោងសុខភាពជាក្រុមរបស់អ្នកនឹងបង់ប្រាក់ជាមុន ប្រសិនបើនិយោជកមាននិយោជិត 100 នាក់ ឬច្រើនជាងនេះ ឬយ៉ាងហោចណាស់និយោជកម្នាក់ក្នុងគម្រោងនិយោជកច្រើននាក់មាននិយោជិតច្រើនជាង 100 នាក់។
 - ប្រសិនបើអ្នកមានអាយុលើសពី 65 ឆ្នាំ ហើយអ្នក (ឬប្តីឬប្រពន្ធ ឬដៃគូក្នុងគ្រួសាររបស់អ្នក) នៅតែធ្វើការ គម្រោងសុខភាពជាក្រុមរបស់អ្នកនឹងបង់ប្រាក់ជាមុន ប្រសិនបើនិយោជកមាននិយោជិត 20 នាក់ ឬច្រើនជាងនេះ ឬយ៉ាងហោចណាស់និយោជកម្នាក់ក្នុងគម្រោងនិយោជកច្រើននាក់មាននិយោជិតច្រើនជាង 20 នាក់។
- ប្រសិនបើអ្នកមាន Medicare ដោយសារតែ ESRD នោះគម្រោងសុខភាពជាក្រុមរបស់អ្នក នឹងបង់ប្រាក់ដំបូងសម្រាប់រយៈពេល 30 ខែដំបូង បន្ទាប់ពីអ្នកមានសិទ្ធិទទួលបាន Medicare។

ប្រភេទនៃការធានារ៉ាប់រងទាំងនេះជាធម្មតាបង់ប្រាក់ដំបូងសម្រាប់សេវាកម្មដែលទាក់ទងនឹងប្រភេទនីមួយៗ៖

- ការធានារ៉ាប់រងគ្រោះថ្នាក់បុគ្គល (រួមទាំងការធានារ៉ាប់រងលើឈាសយន្ត)
- ការធានារ៉ាប់រងលើទំនួលខុសត្រូវភាគីទីបី (រួមទាំងការធានារ៉ាប់រងលើឈាសយន្ត)
- អត្ថប្រយោជន៍សម្រាប់ជំងឺរលាកសួត
- សំណងរបស់បុគ្គលិក

Medicaid និង TRICARE មិនដែលបង់ប្រាក់ជាមុនសម្រាប់សេវាកម្មដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងពី Medicare នោះទេ។ ពួកគេបង់ប្រាក់បន្ទាប់ពី Medicare និង/ឬគម្រោងសុខភាពជាក្រុមរបស់និយោជក បានបង់ប្រាក់តែប៉ុណ្ណោះ។

ជំពូកទី 2៖ លេខទូរសព្ទ និងធនធាន

ជំពូកទី 2៖
លេខទូរសព្ទ និងធនធាន

ផ្នែកទី 1 ទំនាក់ទំនងគម្រោងរបស់ពួកយើង

សម្រាប់ជំនួយលើការទាមទារសំណង ការចេញវិក្កយបត្រ ឬសំណួរអំពីកាតសមាជិក សូមទូរសព្ទ ឬសរសេរទៅកាន់ផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិករបស់ Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP)។ យើងនឹងរីករាយក្នុងការជួយអ្នក។

ផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិក – ព័ត៌មានទំនាក់ទំនង	
ទូរសព្ទទៅ	1-888-846-4262 ការទូរសព្ទទៅលេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃទេ។ នៅចន្លោះថ្ងៃទី 1 ខែតុលា ដល់ថ្ងៃទី 31 ខែមីនា អ្នកតំណាងរង់ចាំបម្រើពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃអាទិត្យ ពីម៉ោង 7:45 ព្រឹក ដល់ 8 យប់។ នៅចន្លោះថ្ងៃទី 1 ខែមេសា ដល់ថ្ងៃទី 30 ខែកញ្ញា អ្នកតំណាងរង់ចាំបម្រើពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 7:45 ព្រឹក ដល់ 8 យប់។ សូមចំណាំថា ក្នុងអំឡុងពេលក្រៅម៉ោងធ្វើការ ថ្ងៃចុងសប្តាហ៍ និងថ្ងៃឈប់សម្រាករបស់សហព័ន្ធចាប់ពីថ្ងៃទី 1 ខែមេសា ដល់ថ្ងៃទី 30 ខែកញ្ញា ប្រព័ន្ធទូរសព្ទស្វ័យប្រវត្តិរបស់យើងអាចឆ្លើយតបការហៅទូរសព្ទរបស់អ្នកបាន។ ប្រសិនបើអ្នកទុកសារជាសំឡេង សូមបញ្ចូលឈ្មោះរបស់អ្នក និងលេខទូរសព្ទ ហើយសមាជិកក្រុមនឹងហៅទៅអ្នកវិញក្នុងរយៈពេលមួយ (1) ថ្ងៃធ្វើការ។ ផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិកលេខ 1-888-846-4262 (អ្នកប្រើ TTY ទូរសព្ទទៅលេខ 711) ក៏មានសេវាកម្មប្រែភាសាផ្ទាល់មាត់ដោយឥតគិតថ្លៃសម្រាប់អ្នកដែលមិននិយាយភាសាអង់គ្លេសផងដែរ។
TTY	711 ការទូរសព្ទទៅលេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃទេ។ នៅចន្លោះថ្ងៃទី 1 ខែតុលា ដល់ថ្ងៃទី 31 ខែមីនា អ្នកតំណាងរង់ចាំបម្រើពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃអាទិត្យ ពីម៉ោង 7:45 ព្រឹក ដល់ 8 យប់។ នៅចន្លោះថ្ងៃទី 1 ខែមេសា ដល់ថ្ងៃទី 30 ខែកញ្ញា អ្នកតំណាងរង់ចាំបម្រើពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 7:45 ព្រឹក ដល់ 8 យប់។
សរសេរទៅកាន់	Wellcare By 'Ohana Health Plan PO Box 31370 Tampa, FL 33631-3370
គេហទំព័រ	go.wellcare.com/OhanaHI

ជំពូកទី 2: លេខទូរសព្ទ និងធនធាន

របៀបស្នើសុំសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង ឬបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍អំពីការថែទាំផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នក

សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង គឺជាការសម្រេចចិត្តដែលយើងធ្វើឡើងអំពីអត្ថប្រយោជន៍ និងការរ៉ាប់រងរបស់អ្នក ឬអំពីការចំនួនដែលយើងបង់សម្រាប់សេវាកម្មវេជ្ជសាស្ត្រ ឬឱសថផ្នែក D របស់អ្នក។ បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍គឺជាវិធីផ្លូវការនៃការស្នើសុំឱ្យយើងពិនិត្យឡើងវិញ និងផ្លាស់ប្តូរសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីរបៀបស្នើសុំសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង ឬបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍អំពីការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក ឬឱសថផ្នែក D សូមមើលជំពូកទី 9។

ការសម្រេចចិត្តលើការធានារ៉ាប់រងសម្រាប់ការថែទាំសុខភាព ព័ត៌មានទំនាក់ទំនង

ទូរសព្ទទៅ	1-888-846-4262 ការទូរសព្ទទៅលេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃទេ។ នៅចន្លោះថ្ងៃទី 1 ខែតុលា ដល់ថ្ងៃទី 31 ខែមីនា អ្នកតំណាងរង់ចាំបម្រើពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃអាទិត្យ ពីម៉ោង 7:45 ព្រឹក ដល់ 8 យប់។ នៅចន្លោះថ្ងៃទី 1 ខែមេសា ដល់ថ្ងៃទី 30 ខែកញ្ញា អ្នកតំណាងរង់ចាំបម្រើពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 7:45 ព្រឹក ដល់ 8 យប់។
TTY	711 ការទូរសព្ទទៅលេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃទេ។ នៅចន្លោះថ្ងៃទី 1 ខែតុលា ដល់ថ្ងៃទី 31 ខែមីនា អ្នកតំណាងរង់ចាំបម្រើពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃអាទិត្យ ពីម៉ោង 7:45 ព្រឹក ដល់ 8 យប់។ នៅចន្លោះថ្ងៃទី 1 ខែមេសា ដល់ថ្ងៃទី 30 ខែកញ្ញា អ្នកតំណាងរង់ចាំបម្រើពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 7:45 ព្រឹក ដល់ 8 យប់។
សរសេរទៅកាន់	Wellcare Coverage Determinations Department - Medical PO Box 31370 Tampa, FL 33631-3370

សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងសម្រាប់ឱសថផ្នែក D – ព័ត៌មានទំនាក់ទំនង

ទូរសព្ទទៅ	1-888-846-4262 ការទូរសព្ទទៅលេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃទេ។ នៅចន្លោះថ្ងៃទី 1 ខែតុលា ដល់ថ្ងៃទី 31 ខែមីនា អ្នកតំណាងរង់ចាំបម្រើពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃអាទិត្យ ពីម៉ោង 7:45 ព្រឹក ដល់ 8 យប់។ នៅចន្លោះថ្ងៃទី 1 ខែមេសា ដល់ថ្ងៃទី 30 ខែកញ្ញា អ្នកតំណាងរង់ចាំបម្រើពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 7:45 ព្រឹក ដល់ 8 យប់។
------------------	--

ជំពូកទី 2: លេខទូរសព្ទ និងធនធាន

សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងសម្រាប់ឱសថផ្នែក D – ព័ត៌មានទំនាក់ទំនង

TTY	711 ការទូរសព្ទទៅលេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃទេ។ នៅចន្លោះថ្ងៃទី 1 ខែតុលា ដល់ថ្ងៃទី 31 ខែមីនា អ្នកតំណាងរង់ចាំបម្រើពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃអាទិត្យ ពីម៉ោង 7:45 ព្រឹក ដល់ 8 យប់។ នៅចន្លោះថ្ងៃទី 1 ខែមេសា ដល់ថ្ងៃទី 30 ខែកញ្ញា អ្នកតំណាងរង់ចាំបម្រើពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 7:45 ព្រឹក ដល់ 8 យប់។
ទូរសារ	1-866-388-1767
សរសេរទៅកាន់	Wellcare Pharmacy - Coverage Determinations P.O. Box 31397 Tampa, FL 33631-3397
គេហទំព័រ	go.wellcare.com/coveragedetermination

បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍សម្រាប់ការថែទាំវេជ្ជសាស្ត្រ – ព័ត៌មានទំនាក់ទំនង

ទូរសព្ទទៅ	1-888-846-4262 ការទូរសព្ទទៅលេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃទេ។ នៅចន្លោះថ្ងៃទី 1 ខែតុលា ដល់ថ្ងៃទី 31 ខែមីនា អ្នកតំណាងរង់ចាំបម្រើពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃអាទិត្យ ពីម៉ោង 7:45 ព្រឹក ដល់ 8 យប់។ នៅចន្លោះថ្ងៃទី 1 ខែមេសា ដល់ថ្ងៃទី 30 ខែកញ្ញា អ្នកតំណាងរង់ចាំបម្រើពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 7:45 ព្រឹក ដល់ 8 យប់។
TTY	711 ការទូរសព្ទទៅលេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃទេ។ នៅចន្លោះថ្ងៃទី 1 ខែតុលា ដល់ថ្ងៃទី 31 ខែមីនា អ្នកតំណាងរង់ចាំបម្រើពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃអាទិត្យ ពីម៉ោង 7:45 ព្រឹក ដល់ 8 យប់។ នៅចន្លោះថ្ងៃទី 1 ខែមេសា ដល់ថ្ងៃទី 30 ខែកញ្ញា អ្នកតំណាងរង់ចាំបម្រើពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 7:45 ព្រឹក ដល់ 8 យប់។
ទូរសារ	1-866-201-0657
សរសេរទៅកាន់	Wellcare Appeals Department - Medical P.O. Box 31368 Tampa, FL 33631-3368

ជំពូកទី 2: លេខទូរសព្ទ និងធនធាន

បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍សម្រាប់ឱសថថ្លៃក D – ព័ត៌មានទំនាក់ទំនង

ទូរសព្ទទៅ	1-888-846-4262 ការទូរសព្ទទៅលេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃទេ។ នៅចន្លោះថ្ងៃទី 1 ខែតុលា ដល់ថ្ងៃទី 31 ខែមីនា អ្នកគំណាងរង់ចាំបម្រើពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃអាទិត្យ ពីម៉ោង 7:45 ព្រឹក ដល់ 8 យប់។ នៅចន្លោះថ្ងៃទី 1 ខែមេសា ដល់ថ្ងៃទី 30 ខែកញ្ញា អ្នកគំណាងរង់ចាំបម្រើពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 7:45 ព្រឹក ដល់ 8 យប់។
TTY	711 ការទូរសព្ទទៅលេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃទេ។ នៅចន្លោះថ្ងៃទី 1 ខែតុលា ដល់ថ្ងៃទី 31 ខែមីនា អ្នកគំណាងរង់ចាំបម្រើពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃអាទិត្យ ពីម៉ោង 7:45 ព្រឹក ដល់ 8 យប់។ នៅចន្លោះថ្ងៃទី 1 ខែមេសា ដល់ថ្ងៃទី 30 ខែកញ្ញា អ្នកគំណាងរង់ចាំបម្រើពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 7:45 ព្រឹក ដល់ 8 យប់។
ទូរសារ	1-866-388-1766
សរសេរទៅកាន់	Attn: Pharmacy Appeals P.O. Box 31383 Tampa, FL 33631-3383
គេហទំព័រ	go.wellcare.com/OhanaHI

របៀបដាក់បណ្តឹងតវ៉ាអំពីការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក

អ្នកអាចដាក់បណ្តឹងតវ៉ាអំពីយើង ឬអ្នកផ្តល់សេវា ឬឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញរបស់យើង រួមទាំងបណ្តឹងតវ៉ាអំពីគុណភាពនៃការថែទាំរបស់អ្នក។ បណ្តឹងទាំងនេះមិនពាក់ព័ន្ធនឹងការធានារ៉ាប់រង ឬជម្លោះក្នុងការទូទាត់ទេ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីរបៀបដាក់បណ្តឹងតវ៉ាអំពីការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក សូមមើលជំពូកទី 9។

បណ្តឹងអំពីការថែទាំវេជ្ជសាស្ត្រ - ព័ត៌មានទំនាក់ទំនង

ទូរសព្ទទៅ	1-888-846-4262 ការទូរសព្ទទៅលេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃទេ។ នៅចន្លោះថ្ងៃទី 1 ខែតុលា ដល់ថ្ងៃទី 31 ខែមីនា អ្នកគំណាងរង់ចាំបម្រើពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃអាទិត្យ ពីម៉ោង 7:45 ព្រឹក ដល់ 8 យប់។ នៅចន្លោះថ្ងៃទី 1 ខែមេសា ដល់ថ្ងៃទី 30 ខែកញ្ញា អ្នកគំណាងរង់ចាំបម្រើពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 7:45 ព្រឹក ដល់ 8 យប់។
------------------	--

ជំពូកទី 2: លេខទូរសព្ទ និងធនធាន

បណ្តឹងអំពីការថែទាំវេជ្ជសាស្ត្រ - ព័ត៌មានទំនាក់ទំនង

TTY	711 ការទូរសព្ទទៅលេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃទេ។ នៅចន្លោះថ្ងៃទី 1 ខែតុលា ដល់ថ្ងៃទី 31 ខែមីនា អ្នកតំណាងរង់ចាំបម្រើពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃអាទិត្យ ពីម៉ោង 7:45 ព្រឹក ដល់ 8 យប់។ នៅចន្លោះថ្ងៃទី 1 ខែមេសា ដល់ថ្ងៃទី 30 ខែកញ្ញា អ្នកតំណាងរង់ចាំបម្រើពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 7:45 ព្រឹក ដល់ 8 យប់។
ទូរសារ	1-877-297-3112
សរសេរទៅកាន់	Wellcare Grievance Department P.O. Box 31395 Tampa, FL 33631-3395
គេហទំព័រ Medicare	ដើម្បីដាក់បណ្តឹងអំពីការថែទាំ Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP) ដោយផ្ទាល់ទៅកាន់ Medicare សូមចូលទៅកាន់ www.Medicare.gov/my/medicare-complaint ។

បណ្តឹងអំពីឱសថថ្នែក D - ព័ត៌មានទំនាក់ទំនង

ទូរសព្ទទៅ	1-888-846-4262 ការទូរសព្ទទៅលេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃទេ។ នៅចន្លោះថ្ងៃទី 1 ខែតុលា ដល់ថ្ងៃទី 31 ខែមីនា អ្នកតំណាងរង់ចាំបម្រើពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃអាទិត្យ ពីម៉ោង 7:45 ព្រឹក ដល់ 8 យប់។ នៅចន្លោះថ្ងៃទី 1 ខែមេសា ដល់ថ្ងៃទី 30 ខែកញ្ញា អ្នកតំណាងរង់ចាំបម្រើពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 7:45 ព្រឹក ដល់ 8 យប់។
TTY	ការទូរសព្ទទៅលេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃទេ។ នៅចន្លោះថ្ងៃទី 1 ខែតុលា ដល់ថ្ងៃទី 31 ខែមីនា អ្នកតំណាងរង់ចាំបម្រើពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃអាទិត្យ ពីម៉ោង 7:45 ព្រឹក ដល់ 8 យប់។ នៅចន្លោះថ្ងៃទី 1 ខែមេសា ដល់ថ្ងៃទី 30 ខែកញ្ញា អ្នកតំណាងរង់ចាំបម្រើពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 7:45 ព្រឹក ដល់ 8 យប់។
សរសេរទៅកាន់	P.O. Box 31384 Tampa, FL 33631-3384

ជំពូកទី 2: លេខទូរសព្ទ និងធនធាន

បណ្តឹងអំពីឱសថថ្លៃក D - ព័ត៌មានទំនាក់ទំនង

គេហទំព័រ Medicare	ដើម្បីដាក់បណ្តឹងអំពី Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP) ដោយផ្ទាល់ទៅកាន់ Medicare សូមចូលទៅកាន់ www.Medicare.gov/my/medicare-complaint ។
--------------------------	--

របៀបស្នើឱ្យយើងបង់ថ្លៃសម្រាប់ការថែទាំវេជ្ជសាស្ត្រ ឬឱសថដែលអ្នកបានទទួល

ប្រសិនបើអ្នកបានទទួលវិក្កយបត្រ ឬបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាកម្ម (ដូចជាវិក្កយបត្រអ្នកផ្តល់សេវា) អ្នកគិតថាយើងគួរតែបង់ប្រាក់ អ្នកអាចនឹងត្រូវស្នើសុំឱ្យយើងបង់ប្រាក់សំណង ឬបង់វិក្កយបត្រអ្នកផ្តល់សេវា។ សូមមើលជំពូកទី 7 សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។

ប្រសិនបើអ្នកផ្ញើមកយើងនូវសំណើទូទាត់ ហើយយើងបដិសេធផ្នែកណាមួយនៃសំណើរបស់អ្នក អ្នកអាចប្តឹងឧទ្ធរណ៍ការសម្រេចចិត្តរបស់យើងបាន។ សូមមើលជំពូកទី 9 សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។

សំណើសុំការទូទាត់ប្រាក់ – ព័ត៌មានទំនាក់ទំនង

សរសេរទៅកាន់	សំណើសុំបង់ប្រាក់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ: Wellcare Medical Reimbursement Department PO Box 31370 Tampa, FL 33631-3370 សំណើសុំការទូទាត់ផ្នែក D: Wellcare Medicare Part D Claims Attn: Member Reimbursement Department P.O. Box 31577 Tampa, FL 33631-3577
គេហទំព័រ	go.wellcare.com/OhanaHI

ផ្នែកទី 2 ទទួលបានជំនួយពី Medicare

Medicare គឺជាកម្មវិធីធានារ៉ាប់រងសុខភាពសហព័ន្ធសម្រាប់មនុស្សដែលមានអាយុចាប់ពី 65 ឆ្នាំឡើងទៅ មនុស្សមួយចំនួនដែលមានអាយុក្រោម 65 ឆ្នាំដែលមានពិការភាព និងមនុស្សដែលមានជំងឺគ្រុនចាញ់ដ៏ធ្ងន់ធ្ងរ ដំណាក់កាលចុងក្រោយ (ខ្សោយគម្រងនោមជាអចិន្ត្រៃយ៍ដែលត្រូវការលាងឈាម ឬប្តូរគម្រងនោម)។

ទីភ្នាក់ងារសហព័ន្ធដែលគ្រប់គ្រង Medicare គឺមជ្ឈមណ្ឌលសេវាកម្ម Medicare និង Medicaid (CMS)។ ទីភ្នាក់ងារនេះចុះកិច្ចសន្យាជាមួយអង្គការ Medicare Advantage រួមទាំងគម្រោងរបស់យើង។

ជំពូកទី 2: លេខទូរសព្ទ និងធនធាន

Medicare – ព័ត៌មានទំនាក់ទំនង	
ទូរសព្ទទៅ	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) ការទូរសព្ទទៅលេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃទេ។ 24 ម៉ោងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។
TTY	1-877-486-2048 លេខនេះតម្រូវឱ្យមានឧបករណ៍ទូរសព្ទពិសេស ហើយសម្រាប់តែអ្នកដែល មានការលំបាកក្នុងការស្តាប់ ឬនិយាយប៉ុណ្ណោះ។ ការទូរសព្ទទៅលេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃទេ។
ជជែកផ្ទាល់	ជជែកផ្ទាល់តាម www.Medicare.gov/talk-to-someone ។
សរសេរទៅកាន់	អ្នកអាចសរសេរទៅកាន់ Medicare តាមអាសយដ្ឋាន PO Box 1270, Lawrence, KS 66044។
គេហទំព័រ	www.Medicare.gov • ទទួលបានព័ត៌មានអំពីគម្រោងសុខភាព និងឱសថរបស់ Medicare នៅក្នុងតំបន់របស់អ្នក រួមទាំងតម្លៃ និងសេវាកម្មដែលពួកគេផ្តល់។ • ស្វែងរកវេជ្ជបណ្ឌិតដែលចូលរួមក្នុង Medicare ឬអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាព និងអ្នកផ្គត់ផ្គង់ផ្សេងទៀត។ • ស្វែងយល់ថា តើ Medicare ធានារ៉ាប់រងលើអ្វីខ្លះ រួមទាំងសេវាបង្ការ (ដូចជា ការពិនិត្យរកជំងឺ ការចាក់ថ្នាំបង្ការ ឬការចាក់វ៉ាក់សាំង និងការជួបពិគ្រោះ “សុខុមាលភាព” ប្រចាំឆ្នាំ)។ • ទទួលបានព័ត៌មាន និងទម្រង់បែបបទបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់ Medicare។ • ទទួលបានព័ត៌មានអំពីគុណភាពការថែទាំដែលផ្តល់ដោយគម្រោងមណ្ឌលថែទាំអ្នកជំងឺ មន្ទីរពេទ្យ វេជ្ជបណ្ឌិត ទីភ្នាក់ងារសុខភាពតាមផ្ទះ មណ្ឌលលាងឈាម មន្ទីរពេទ្យថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយ មណ្ឌលស្តារនីតិសម្បទាអ្នកជំងឺក្នុងមន្ទីរពេទ្យ និងមន្ទីរពេទ្យថែទាំរយៈពេលវែង។ • ស្វែងរកគេហទំព័រ និងលេខទូរសព្ទដែលមានប្រយោជន៍។ អ្នកក៏អាចចូលទៅកាន់ www.Medicare.gov ដើម្បីប្រាប់ Medicare អំពីពាក្យបណ្តឹងតវ៉ាណាមួយដែលអ្នកមានអំពីគម្រោងរបស់យើងផងដែរ។ ដើម្បីដាក់បណ្តឹងតវ៉ាទៅកាន់ Medicare ចូលទៅកាន់គេហទំព័រ www.medicare.gov/my/medicare-complaint។ Medicare ចាត់ទុកបណ្តឹងរបស់អ្នកមិនមែនជាការលេងសើចឡើយ ហើយនឹងប្រើប្រាស់ព័ត៌មាននេះដើម្បីជួយកែលម្អឲ្យប្រសើរឡើងនូវគុណភាពនៃកម្មវិធី Medicare។

ជំពូកទី 2: លេខទូរសព្ទ និងធនធាន

ផ្នែកទី 3 កម្មវិធីជំនួយធានារ៉ាប់រងសុខភាពរបស់រដ្ឋ (SHIP)

កម្មវិធីជំនួយធានារ៉ាប់រងសុខភាពរបស់រដ្ឋ (SHIP) គឺជាកម្មវិធីរបស់រដ្ឋាភិបាលដែលមានអ្នកប្រឹក្សា យោបល់ដែលបានទទួលការបណ្តុះបណ្តាលនៅក្នុងរដ្ឋនីមួយៗដែលផ្តល់ជំនួយព័ត៌មាននិងចម្លើយចំពោះ សំណួរ Medicare របស់អ្នកដោយឥតគិតថ្លៃ។ នៅក្នុងរដ្ឋ Hawaii កម្មវិធី SHIP ត្រូវបានគេហៅថាកម្មវិធី ជំនួយធានារ៉ាប់រងសុខភាពរបស់រដ្ឋ (SHIP) នៃរដ្ឋ Hawaii។

កម្មវិធីជំនួយធានារ៉ាប់រងសុខភាពរបស់រដ្ឋ (SHIP) នៃរដ្ឋ Hawaii គឺជាកម្មវិធីរបស់រដ្ឋឯករាជ្យ (មិន ទាក់ទងនឹងក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រង ឬគម្រោងសុខភាពណាមួយឡើយ) ដែលទទួលបានប្រាក់ពីរដ្ឋាភិបាល សហព័ន្ធ ដើម្បីផ្តល់ការប្រឹក្សាយោបល់លើការធានារ៉ាប់រងសុខភាពក្នុងតំបន់ដោយឥតគិតថ្លៃដល់អ្នក ដែលមាន Medicare។

អ្នកប្រឹក្សាយោបល់កម្មវិធីជំនួយធានារ៉ាប់រងសុខភាពរបស់រដ្ឋ Hawaii (SHIP) អាចជួយអ្នកឱ្យយល់អំពី សិទ្ធិ Medicare របស់អ្នក ធ្វើការតវ៉ាអំពីការថែទាំ ឬការព្យាបាលផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នក និងដោះស្រាយ បញ្ហាជាមួយវិក្កយបត្រ Medicare របស់អ្នក។ អ្នកប្រឹក្សាយោបល់កម្មវិធីជំនួយធានារ៉ាប់រងសុខភាពរបស់ រដ្ឋ Hawaii (SHIP) ក៏អាចជួយអ្នកទាក់ទងនឹងសំណួរប្រព័ន្ធ Medicare ជួយអ្នកឱ្យយល់ពីជម្រើសគម្រោង Medicare របស់អ្នក និងឆ្លើយសំណួរអំពីការផ្លាស់ប្តូរគម្រោង។

កម្មវិធីជំនួយធានារ៉ាប់រងសុខភាពរបស់រដ្ឋ (SHIP) Hawaii – ព័ត៌មាន ទំនាក់ទំនង	
ទូរសព្ទទៅ	1-888-875-9229
TTY	1-866-810-4379 លេខនេះតម្រូវឱ្យមានឧបករណ៍ទូរសព្ទពិសេស ហើយសម្រាប់តែអ្នកដែល មានការលំបាកក្នុងការស្តាប់ ឬនិយាយប៉ុណ្ណោះ។
សរសេរទៅកាន់	Hawaii SHIP, Executive Office on Aging, No. 1 Capitol District 250 South Hotel Street, Suite 406 Honolulu, Hawaii 96813-2831
គេហទំព័រ	http://www.hawaiiiship.org/

ផ្នែកទី 4 អង្គការកែលម្អគុណភាព (QIO)

អង្គការកែលម្អគុណភាព (QIO) ដែលបានកំណត់បម្រើប្រជាជនដែលមាន Medicare នៅក្នុងរដ្ឋនីមួយៗ។ សម្រាប់រដ្ឋ Hawaii អង្គការកែលម្អគុណភាពត្រូវបានគេហៅថា Livanta - អង្គការកែលម្អគុណភាពនៃរដ្ឋ Hawaii។

Livanta - អង្គការកែលម្អគុណភាពនៃរដ្ឋ Hawaii មានក្រុមវេជ្ជបណ្ឌិត និងអ្នកជំនាញថែទាំសុខភាព ផ្សេងទៀត ដែលទទួលបានប្រាក់ខែពី Medicare ដើម្បីពិនិត្យ និងជួយកែលម្អគុណភាពនៃ ការថែទាំ

ជំពូកទី 2: លេខទូរសព្ទ និងធនធាន

សម្រាប់អ្នកដែលមាន Medicare។ Livanta - អង្គការកែលម្អគុណភាពនៃរដ្ឋ Hawaii គឺជាអង្គការឯករាជ្យមួយ។ វាពុំមានទំនាក់ទំនងជាមួយគម្រោងរបស់យើងទេ។

សូមទាក់ទង Livanta - អង្គការកែលម្អគុណភាពនៃរដ្ឋ Hawaii ក្នុងស្ថានភាពណាមួយក្នុងចំណោមស្ថានភាពទាំងនេះ៖

- អ្នកមានបណ្តឹងគាំអំពីគុណភាពនៃការថែទាំដែលអ្នកបានទទួល។ ឧទាហរណ៍នៃការព្រួយបារម្ភអំពីគុណភាពនៃការថែទាំរួមមានការទទួលបានថ្នាំខុស ការធ្វើតេស្ត ឬនីតិវិធីដែលមិនចាំបាច់ ឬការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យខុស។
- អ្នកគិតថា ការធានារ៉ាប់រងសម្រាប់ការស្នាក់នៅមន្ទីរពេទ្យរបស់អ្នកនឹងបញ្ចប់ឆាប់ពេក។
- អ្នកគិតថា ការធានារ៉ាប់រងសម្រាប់ការថែទាំសុខភាពតាមផ្ទះ មណ្ឌលថែទាំសុខភាពជំនាញឬមន្ទីរស្តារនីតិសម្បទាសម្រាប់អ្នកជំងឺមិនសម្រាកព្យាបាលដ៏ទូលំទូលាយ (CORF) របស់អ្នកនឹងបញ្ចប់ឆាប់ពេក។

Livanta - អង្គការកែលម្អគុណភាពនៃរដ្ឋ Hawaii – ព័ត៌មានទំនាក់ទំនង	
ទូរសព្ទទៅ	1-877-588-1123 ម៉ោង 9 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 5 រសៀលម៉ោងក្នុងតំបន់ ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ម៉ោង 10 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 4 រសៀល ម៉ោងក្នុងតំបន់ ពីថ្ងៃសៅរ៍ ដល់ថ្ងៃអាទិត្យ
TTY	711
សរសេរទៅកាន់	Livanta LLC/BFCC-QIO PO Box 2687 Virginia Beach, VA 23450
គេហទំព័រ	https://www.livantaqio.cms.gov/en

ផ្នែកទី 5 សន្តិសុខសង្គម

សន្តិសុខសង្គមកំណត់សិទ្ធិទទួលបាន Medicare និងដោះស្រាយការចុះឈ្មោះ Medicare។ សន្តិសុខសង្គមក៏ទទួលខុសត្រូវផងដែរក្នុងការកំណត់ថាអ្នកណាត្រូវបង់ប្រាក់បន្ថែមសម្រាប់ការធានារ៉ាប់រងឱសថផ្នែក D ពីព្រោះពួកគេមានប្រាក់ចំណូលខ្ពស់ជាង។ ប្រសិនបើអ្នកទទួលបានលិខិតពីរបបសន្តិសុខសង្គមដែលប្រាប់អ្នកថាអ្នកត្រូវបង់ប្រាក់បន្ថែម ហើយមានសំណួរអំពីចំនួនទឹកប្រាក់ ឬប្រសិនបើប្រាក់ចំណូលរបស់អ្នកធ្លាក់ចុះដោយសារតែព្រឹត្តិការណ៍សំខាន់ៗក្នុងជីវិត អ្នកអាចទូរសព្ទទៅរបបសន្តិសុខសង្គមដើម្បីស្នើសុំការពិចារណាឡើងវិញ។

ប្រសិនបើអ្នកផ្លាស់ទី ឬផ្លាស់ប្តូរអាសយដ្ឋានឆ្លើយសំបុត្ររបស់អ្នក សូមទាក់ទងទៅរបបសន្តិសុខសង្គមដើម្បីប្រាប់ពួកគេឱ្យដឹង។

ជំពូកទី 2: លេខទូរសព្ទ និងធនធាន

សន្តិសុខសង្គម - ព័ត៌មានទំនាក់ទំនង

ទូរសព្ទទៅ	1-800-772-1213 ការទូរសព្ទទៅលេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃទេ។ អាចទាក់ទងបានពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 7 យប់ ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ។ ប្រើបណ្តាញទូរសព្ទដោយស្វ័យប្រវត្តិរបស់របបសន្តិសុខសង្គម ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានដែលបានកត់ត្រានិងធ្វើអាជីវកម្មមួយចំនួន 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ។
TTY	1-800-325-0778 លេខទូរសព្ទនេះ តម្រូវឱ្យមានឧបករណ៍ទូរសព្ទពិសេស និងសម្រាប់តែអ្នកដែលមានបញ្ហាក្នុងការស្តាប់ ឬការនិយាយប៉ុណ្ណោះ។ ការទូរសព្ទទៅលេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃទេ។ អាចទាក់ទងបានពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 7 យប់ ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ។
គេហទំព័រ	www.SSA.gov

ផ្នែកទី 6 Medicaid

ក្នុងនាមជាសមាជិកនៃគម្រោងរបស់យើង អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានទាំង Medicare និង Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid)។ Medicaid គឺជាកម្មវិធីរបស់រដ្ឋាភិបាលសហព័ន្ធ និងរដ្ឋរួមគ្នាដែលជួយដល់ថ្លៃចំណាយផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រសម្រាប់មនុស្សមួយចំនួនដែលមានប្រាក់ចំណូល និងធនធានមានកម្រិត។

លើសពីនេះទៀត មានកម្មវិធីដែលផ្តល់ជូនតាមរយៈ Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) ដែលជួយអ្នកដែលមាន Medicare បង់ថ្លៃ Medicare របស់ពួកគេ ដូចជាថ្លៃធានារ៉ាប់រង Medicare របស់ពួកគេ។ កម្មវិធីសន្សំសំចៃរបស់ Medicare ទាំងនេះជួយអ្នកដែលមានប្រាក់ចំណូល និងធនធានតិចតួចសន្សំប្រាក់ជារៀងរាល់ឆ្នាំ។

- **អ្នកទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ Medicare មានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់បន្ថែម (QMB+)៖** ជួយបង់ថ្លៃធានារ៉ាប់រង Medicare Part A និង Part B និងការចែករំលែកថ្លៃចំណាយផ្សេងទៀត (ដូចជាប្រាក់ដែលត្រូវកាត់កងការធានារ៉ាប់រងរួម និងការបង់ថ្លៃរួម)។ អ្នកទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ដែលមានសិទ្ធិទទួលបានក៏ទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ Medicaid ពេញលេញផងដែរ។
- **កម្មវិធីអ្នកទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ Medicare ដែលមានចំណូលទាបដែលមានការបញ្ជាក់បន្ថែម (SLMB+)៖** ជួយបង់ថ្លៃធានារ៉ាប់រង ផ្នែក B។ អ្នកទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ដែលមានសិទ្ធិទទួលបានក៏ទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ Medicaid ពេញលេញផងដែរ។

ជំពូកទី 2: លេខទូរសព្ទ និងធនធាន

- **មានសិទ្ធិបានអត្ថប្រយោជន៍ទាំងពីរពេញលេញ (FBDE):** Medicaid អាចបង់ប្រាក់សម្រាប់ថ្លៃធានារ៉ាប់រង Medicare Part A និង Part B របស់អ្នក និងការចែករំលែកថ្លៃចំណាយផ្សេងទៀត (ដូចជាប្រាក់ដែលត្រូវកាត់កង ការធានារ៉ាប់រងរួម និងការបង់ថ្លៃរួម)។ អ្នកទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ដែលមានសិទ្ធិទទួលបានក៏ទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ Medicaid ពេញលេញផងដែរ។

ដើម្បីក្លាយជាសមាជិកនៃគម្រោងនេះ អ្នកគួរតែចុះឈ្មោះទាំង Medicare និង Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) និងបំពេញតាមលក្ខខណ្ឌតម្រូវនៃសិទ្ធិទទួលបានគម្រោងផ្សេងទៀតទាំងអស់នៅពេលចុះឈ្មោះ។ ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរអំពីជំនួយដែលអ្នកទទួលបានពី Medicaid សូមទាក់ទង Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid)។

កម្មវិធី Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) – ព័ត៌មានទំនាក់ទំនង	
ទូរសព្ទទៅ	1-800-316-8005 1-808-524-3370 ម៉ោង 7:45 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 4:30 រសៀល ម៉ោង HT ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ
TTY	711
សរសេរទៅកាន់	Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) 1350 S. King Street, Suite 200 Honolulu, HI 96814
គេហទំព័រ	https://medquest.hawaii.gov/en.html

ការិយាល័យមន្ត្រីដោះស្រាយបណ្តឹងនៃរដ្ឋ Hawaii ជួយអ្នកដែលបានចុះឈ្មោះក្នុង Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) ជាមួយនឹងបញ្ហាសេវាកម្ម ឬការចេញវិក្កយបត្រ។ ពួកគេអាចជួយអ្នកដាក់បណ្តឹងសាទុក្ខ ឬបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ជាមួយគម្រោងរបស់យើងបាន។

ការិយាល័យមន្ត្រីដោះស្រាយបណ្តឹងនៃរដ្ឋ Hawaii - ព័ត៌មានទំនាក់ទំនង	
ទូរសព្ទទៅ	1-808-587-0770 ម៉ោង 7:45 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 4:30 រសៀល ម៉ោងក្នុងស្រុក ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ
TTY	1-808-587-0774 លេខនេះតម្រូវឱ្យមានឧបករណ៍ទូរសព្ទពិសេស ហើយសម្រាប់តែអ្នកដែលមានការលំបាកក្នុងការស្តាប់ ឬនិយាយប៉ុណ្ណោះ។

ជំពូកទី 2: លេខទូរសព្ទ និងធនធាន

ការិយាល័យមន្ត្រីដោះស្រាយបណ្តឹងនៃរដ្ឋ Hawaii - ព័ត៌មានទំនាក់ទំនង	
សរសេរទៅកាន់	Office of the Ombudsman 465 South King Street, 4th Floor Honolulu, Hawaii 96813
គេហទំព័រ	https://www.ombudsman.hawaii.gov/

កម្មវិធីមន្ត្រីបណ្តឹងសាធារណៈអំពីការថែទាំរយៈពេលវែងរបស់រដ្ឋ Hawaii ជួយមនុស្សឱ្យទទួលបានព័ត៌មានអំពីមណ្ឌលថែទាំមនុស្សចាស់ និងដោះស្រាយបញ្ហារវាងមណ្ឌលថែទាំមនុស្សចាស់ និងអ្នករស់នៅ ឬក្រុមគ្រួសាររបស់ពួកគេ។

កម្មវិធីមន្ត្រីបណ្តឹងសាធារណៈការថែទាំរយៈពេលវែងនៃរដ្ឋ Hawaii - ព័ត៌មានទំនាក់ទំនង	
ទូរសព្ទទៅ	1-808-586-7268 ម៉ោង 7:45 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 4:30 រសៀល ម៉ោងក្នុងស្រុក ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ
TTY	711
សរសេរទៅកាន់	Executive Office on Aging 250 South Hotel Street, Suite 406 Honolulu, HI 96813
គេហទំព័រ	https://www.hi-ltc-ombudsman.org/

ផ្នែកទី 7 កម្មវិធីដើម្បីជួយមនុស្សបង់ថ្លៃឱសថមានវេជ្ជបញ្ជា

គេហទំព័រ Medicare (www.medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs) មានព័ត៌មានអំពីរបៀបកាត់បន្ថយថ្លៃចំណាយលើឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក។ កម្មវិធីខាងក្រោមអាចជួយអ្នកដែលមានប្រាក់ចំណូលមានកម្រិតទាប។

ជំនួយបន្ថែមពី Medicare

ដោយសារតែអ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានកម្មវិធី Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) អ្នកមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ និងទទួលបានជំនួយបន្ថែមពី Medicare ដើម្បីបង់ថ្លៃចំណាយលើគម្រោងឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក។ អ្នកមិនចាំបាច់ធ្វើអ្វីបន្ថែមទៀតដើម្បីទទួលបានជំនួយបន្ថែមនេះទេ។

ជំពូកទី 2: លេខទូរសព្ទ និងធនធាន

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរអំពីជំនួយបន្ថែម សូមទូរសព្ទទៅ៖

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY សូមទូរសព្ទទៅលេខ 1-877-486-2048
- ការិយាល័យរបបសន្តិសុខសង្គមតាមរយៈលេខ 1-800-772-1213 ចន្លោះម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 7 យប់ ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ។ អ្នកប្រើ TTY សូមទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-325-0778 ឬ
- ការិយាល័យ Medicaid នៅរដ្ឋរបស់អ្នកតាមលេខ 1-800-316-8005 អ្នកប្រើ TTY សូមទូរសព្ទទៅលេខ 711។

ប្រសិនបើអ្នកគិតថាអ្នកកំពុងបង់ចំនួនប្រាក់មិនត្រឹមត្រូវសម្រាប់វេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកនៅឱសថស្ថាននោះគម្រោងរបស់យើងមានដំណើរការដើម្បីជួយទទួលបានកស្តតាងនៃចំនួនការបង់ថ្លៃត្រឹមត្រូវរបស់អ្នក។ ប្រសិនបើអ្នកមានកស្តតាងរួចហើយអំពីចំនួនទឹកប្រាក់ត្រឹមត្រូវ យើងអាចជួយអ្នកចែករំលែកកស្តតាងនេះជាមួយយើងបាន។

- សូមទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិក ហើយប្រាប់អ្នកតំណាងថាអ្នកគិតថាអ្នកមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ ជំនួយបន្ថែម។ អ្នកអាចនឹងត្រូវឱ្យផ្តល់ប្រភេទឯកសារមួយក្នុងចំណោមប្រភេទឯកសារខាងក្រោម (កស្តតាងល្អបំផុតដែលមាន)៖
 - ច្បាប់ចម្លងនៃបណ្ណ Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) របស់អ្នកទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ដែលរួមបញ្ចូលឈ្មោះអ្នកទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ និងកាលបរិច្ឆេទសិទ្ធិទទួលបានក្នុងអំឡុងពេលនៃខែនោះ បន្ទាប់ពីខែមិថុនានៃឆ្នាំប្រតិទិនមុន
 - ច្បាប់ចម្លងនៃឯកសាររដ្ឋដែលបញ្ជាក់ពីស្ថានភាពសកម្មនៃកម្មវិធី Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) ក្នុងអំឡុងពេលនៃខែនោះបន្ទាប់ពីខែមិថុនានៃឆ្នាំប្រតិទិនមុន
 - ការបោះពុម្ពចេញពីឯកសារចុះឈ្មោះអេឡិចត្រូនិករបស់រដ្ឋដែលបង្ហាញពីស្ថានភាពនៃកម្មវិធី Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) ក្នុងអំឡុងពេលនៃខែនោះ បន្ទាប់ពីខែមិថុនានៃឆ្នាំប្រតិទិនមុន
 - ការបោះពុម្ពលើអេក្រង់ពីប្រព័ន្ធនៃកម្មវិធី Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) របស់រដ្ឋដែលបង្ហាញពីស្ថានភាព Medicaid ក្នុងអំឡុងពេលនៃខែនោះ បន្ទាប់ពីខែមិថុនានៃឆ្នាំប្រតិទិនមុន
 - ឯកសារផ្សេងទៀតដែលផ្តល់ដោយរដ្ឋដែលបង្ហាញពីស្ថានភាពនៃកម្មវិធី Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) ក្នុងអំឡុងពេលនៃខែនោះ បន្ទាប់ពីខែមិថុនានៃឆ្នាំប្រតិទិនមុន
 - លិខិតពីរដ្ឋបាលសន្តិសុខសង្គម (SSA) ដែលបង្ហាញថាបុគ្គលទទួលបានប្រាក់ចំណូលសន្តិសុខបន្ថែម (SSI)
 - ពាក្យសុំដែលបានដាក់ដោយអ្នកដែលមានសិទ្ធិចាត់ទុកថាបានបញ្ជាក់ថាអ្នកទទួលបានលក្ខណៈ "... មានសិទ្ធិទទួលបានជំនួយបន្ថែមដោយស្វ័យប្រវត្តិ..." (ការបោះពុម្ពផ្សាយរបស់ SSA HI 03094.605)

ជំពូកទី 2: លេខទូរសព្ទ និងធនធាន

ប្រសិនបើអ្នកត្រូវបានបញ្ជូនក្នុងមណ្ឌលថែទាំ ហើយជឿថាអ្នកមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ការរួមចំណែកថ្លៃថ្នាំណាមួយស្មើសូន្យ សូមទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិក ហើយប្រាប់អ្នកគំណាងថាអ្នកជឿថាអ្នកមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ ជំនួយបន្ថែម។ អ្នកអាចនឹងតម្រូវឱ្យផ្តល់ប្រភេទឯកសារមួយក្នុងចំណោមប្រភេទឯកសារខាងក្រោម៖

- ការផ្ទេរប្រាក់ពីកន្លែងដែលបង្ហាញពីការទូទាត់ Medicaid ក្នុងនាមអ្នកសម្រាប់ខែតាមប្រតិទិនពេញលេញក្នុងអំឡុងពេលនៃខែនោះ បន្ទាប់ពីខែមិថុនានៃឆ្នាំប្រតិទិនមុន
- ច្បាប់ចម្លងនៃឯកសាររដ្ឋដែលបញ្ជាក់ពីការទូទាត់ Medicaid ក្នុងនាមអ្នកទៅកាន់មណ្ឌលថែទាំសម្រាប់ខែប្រតិទិនពេញលេញបន្ទាប់ពីខែមិថុនានៃឆ្នាំប្រតិទិនមុន ឬ
- រូបថតអេក្រង់ពីប្រព័ន្ធ Medicaid របស់រដ្ឋដែលបង្ហាញពីស្ថានភាពស្ថាប័នរបស់អ្នកដោយផ្អែកយ៉ាងហោចណាស់ការស្នាក់នៅតាមប្រតិទិនពេញលេញសម្រាប់គោលបំណងទូទាត់ Medicaid ក្នុងអំឡុងពេលនៃខែនោះ បន្ទាប់ពីខែមិថុនានៃឆ្នាំប្រតិទិនមុន។
- ប្រសិនបើអ្នកមិនអាចផ្តល់ឯកសារដែលបានពិពណ៌នាខាងលើ ហើយអ្នកជឿថាអ្នកអាចមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ ជំនួយបន្ថែម សូមទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិក ហើយអ្នកគំណាងនឹងជួយអ្នក។
- នៅពេលដែលយើងទទួលបានភស្តុតាងដែលបង្ហាញពីកម្រិតនៃការបង់ថ្លៃរួមដ៏ត្រឹមត្រូវ យើងនឹងធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពប្រព័ន្ធរបស់យើង ដូច្នេះអ្នកអាចបង់ថ្លៃរួមដ៏ត្រឹមត្រូវ នៅពេលអ្នកទទួលបានវេជ្ជបញ្ជាបន្ទាប់របស់អ្នក។ ប្រសិនបើអ្នកបង់លើសការបង់ថ្លៃរួមចំណែករបស់អ្នក យើងនឹងសងប្រាក់ឱ្យអ្នកវិញតាមរយៈមូលប្បទានបត្រ ឬឥណទាននៃការបង់ថ្លៃរួមនាពេលអនាគត។ ប្រសិនបើឱសថស្ថានមិនបានប្រមូលការបង់ថ្លៃរួមរបស់អ្នក ហើយអ្នកជំពាក់បំណុលពួកគេ យើងអាចធ្វើការទូទាត់ដោយផ្ទាល់ទៅឱសថស្ថាន។ ប្រសិនបើអ្នកបានបង់ប្រាក់ជំនួសអ្នក យើងអាចបង់ប្រាក់ដោយផ្ទាល់ទៅកាន់រដ្ឋវិញ។ សូមទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិកតាមរយៈលេខ 1-888-846-4262 (អ្នកប្រើ TTY ទូរសព្ទទៅលេខ 711) ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ។

តើមានអ្វីកើតឡើងប្រសិនបើអ្នកមានជំនួយបន្ថែម និងការធានារ៉ាប់រងពីកម្មវិធីជំនួយឱសថសម្រាប់ជំងឺអេដស៍ (ADAP)?

កម្មវិធីជំនួយឱសថសម្រាប់ជំងឺអេដស៍ (ADAP) ជួយអ្នកដែលផ្ទុកមេរោគ HIV/AIDS មានលទ្ធភាពទទួលបានថ្នាំព្យាបាលមេរោគ HIV។ ឱសថ Medicare Part D ដែលមាននៅក្នុងបញ្ជីឱសថ ADAP ក៏មានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ជំនួយក្នុងការចែករំលែកតម្លៃតាមវេជ្ជបញ្ជាតាមរយៈកម្មវិធីជំនួយឱសថ HIV នៃរដ្ឋ Hawaii (HDAP)។

កម្មវិធីជំនួយឱសថ HIV នៃរដ្ឋ Hawaii (HDAP) គឺជា ADAP របស់រដ្ឋរបស់អ្នក។ កម្មវិធីជំនួយឱសថ HIV នៃរដ្ឋ Hawaii (HDAP) នៅក្នុងរដ្ឋរបស់អ្នកត្រូវបានរាយបញ្ជីខាងក្រោម។

ជំពូកទី 2: លេខទូរសព្ទ និងធនធាន

កម្មវិធីជំនួយឱសថ HIV នៃរដ្ឋ Hawaii (HDAP) — ព័ត៌មានទំនាក់ទំនង	
ទូរសព្ទទៅ	1-808-733-9360 ម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 5 ល្ងាចម៉ោងក្នុងស្រុក ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ
TTY	711
សរសេរទៅកាន់	Harm Reduction Services 3627 Kilauea Ave, Suite 306 Honolulu, HI 96816
គេហទំព័រ	https://health.hawaii.gov/harmreduction/about-us/hiv-programs/hiv-medical-management-services/

ចំណាំ: ដើម្បីមានសិទ្ធិទទួលបាន ADAP នៅក្នុងរដ្ឋរបស់អ្នក អ្នកត្រូវតែបំពេញតាមលក្ខណវិនិច្ឆ័យមួយចំនួន រួមទាំងកត្តាគងនៃលំនៅឋានរបស់រដ្ឋ និងស្ថានភាព HIV ប្រាក់ចំណូលទាប (ដូចដែលបានកំណត់ដោយរដ្ឋ) និងស្ថានភាពមិនមានការធានារ៉ាប់រង/ការធានារ៉ាប់រងមិនគ្រប់គ្រាន់។ ប្រសិនបើអ្នកផ្លាស់ប្តូរគម្រោង សូមជូនដំណឹងដល់បុគ្គលិកចុះឈ្មោះ ADAP ក្នុងតំបន់របស់អ្នក ដូច្នេះអ្នកអាចបន្តទទួលបានជំនួយ។ សម្រាប់ព័ត៌មានអំពីលក្ខណវិនិច្ឆ័យសិទ្ធិទទួលបាន ឱសថដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រង ឬរបៀបចុះឈ្មោះក្នុងកម្មវិធី សូមទូរសព្ទទៅកម្មវិធីជំនួយឱសថ HIV នៃរដ្ឋ Hawaii (HDAP)។

ផ្នែកទី 8 គណៈកម្មការការចូលនិវត្តន៍របស់និយោជិតផ្លូវដែក (RRB)

គណៈកម្មការការចូលនិវត្តន៍របស់និយោជិតផ្លូវដែក គឺជាភ្នាក់ងារសហព័ន្ធដែលគ្រប់គ្រងកម្មវិធីអត្ថប្រយោជន៍ដ៏ទូលំទូលាយសម្រាប់កម្មករផ្លូវដែករបស់ប្រទេស និងគ្រួសាររបស់ពួកគេ។ ប្រសិនបើអ្នកទទួលបាន Medicare តាមរយៈគណៈកម្មការការចូលនិវត្តន៍របស់និយោជិតផ្លូវដែក ចូរឱ្យពួកគេដឹងប្រសិនបើអ្នកផ្លាស់ទីលំនៅ ឬផ្លាស់ប្តូរអាសយដ្ឋានផ្ទៃសំបុត្ររបស់អ្នក។ សម្រាប់សំណួរអំពីអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នកពីគណៈកម្មការការចូលនិវត្តន៍របស់និយោជិតផ្លូវដែក ទាក់ទងទៅកាន់ភ្នាក់ងារ។

គណៈកម្មការការចូលនិវត្តន៍របស់និយោជិតផ្លូវដែក (RRB) – ព័ត៌មានទំនាក់ទំនង	
ទូរសព្ទទៅ	1-877-772-5772 ការទូរសព្ទទៅលេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃទេ។ ចុចលេខ “0” ដើម្បីនិយាយជាមួយអ្នកតំណាង RRB ពីម៉ោង 9 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 3:30 រសៀល ថ្ងៃចន្ទ អង្គារ ព្រហស្បតិ៍ និងថ្ងៃសុក្រ និងពីម៉ោង 9 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 12 ថ្ងៃត្រង់ នៅថ្ងៃពុធ។ ចុចលេខ “1” ដើម្បីចូលប្រើលេខបណ្តាញជំនួយ RRB ដោយស្វ័យប្រវត្តិ និងទទួលបានព័ត៌មានដែលបានកត់ត្រារយៈពេល 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ រួមទាំងថ្ងៃចុងសប្តាហ៍ និងថ្ងៃឈប់សម្រាក។

ជំពូកទី 2: លេខទូរសព្ទ និងធនធាន

គណៈកម្មការការចូលនិវត្តន៍របស់និយោជិតរដ្ឋ (RRB) – ព័ត៌មានទំនាក់ទំនង	
TTY	1-312-751-4701 លេខនេះត្រូវបានឱ្យមានឧបករណ៍ទូរសព្ទពិសេស ហើយសម្រាប់តែអ្នកដែលមានការលំបាកក្នុងការស្តាប់ ឬនិយាយប៉ុណ្ណោះ។ ការហៅទៅកាន់លេខនេះគឺគិតថ្លៃ។
គេហទំព័រ	https://RRB.gov

ផ្នែកទី 9 ប្រសិនបើអ្នកមានការធានារ៉ាប់រងជាក្រុម ឬការធានារ៉ាប់រងសុខភាពផ្សេងទៀតពិនិយោជក

ប្រសិនបើអ្នក (ឬប្តីឬប្រពន្ធ ឬដៃគូក្នុងគ្រួសាររបស់អ្នក) ទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ពិនិយោជករបស់អ្នក (ឬប្តីឬប្រពន្ធ ឬដៃគូក្នុងគ្រួសាររបស់អ្នក) ឬក្រុមចូលនិវត្តន៍ជាផ្នែកនៃគម្រោងនេះ សូមទូរសព្ទទៅអ្នកគ្រប់គ្រងអត្ថប្រយោជន៍របស់និយោជក/សហជីព ឬផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិកតាមរយៈលេខ 1-888-846-4262 (អ្នកប្រើ TTY ទូរសព្ទទៅលេខ 711) ជាមួយនឹងសំណួរណាមួយ។ អ្នកអាចសួរអំពីនិយោជករបស់អ្នក (ឬប្តីឬប្រពន្ធ ឬដៃគូរបស់អ្នក) ឬអត្ថប្រយោជន៍សុខភាពចូលនិវត្តន៍ ថ្លៃធានារ៉ាប់រង ឬរយៈពេលចុះឈ្មោះ។ (លេខទូរសព្ទសម្រាប់ផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិកត្រូវបានបោះពុម្ពនៅលើក្របខាងក្រោយនៃឯកសារនេះ។) អ្នកអាចទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) ជាមួយនឹងសំណួរអំពីការធានារ៉ាប់រង Medicare របស់អ្នកក្រោមគម្រោងនេះ។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY ទូរសព្ទទៅលេខ 1-877-486-2048។

ប្រសិនបើអ្នកមានការធានារ៉ាប់រងឱសថផ្សេងទៀតតាមរយៈនិយោជករបស់អ្នក (ឬប្តីឬប្រពន្ធ ឬដៃគូរបស់អ្នក) ឬក្រុមចូលនិវត្តន៍ សូមទាក់ទងអ្នកគ្រប់គ្រងអត្ថប្រយោជន៍របស់ក្រុមនោះ។ អ្នកគ្រប់គ្រងអត្ថប្រយោជន៍អាចជួយអ្នកឱ្យយល់ពីរបៀបដែលការធានារ៉ាប់រងឱសថបច្ចុប្បន្នរបស់អ្នកនឹងដំណើរការជាមួយគម្រោងរបស់យើង។

ជំពូកទី 3: ការប្រើប្រាស់គម្រោងរបស់យើងសម្រាប់សេវាកម្មវេជ្ជសាស្ត្រ និងសេវាកម្មដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងផ្សេងទៀតរបស់អ្នក

ជំពូកទី 3:

ការប្រើប្រាស់គម្រោងរបស់យើងសម្រាប់សេវាកម្មវេជ្ជសាស្ត្រ និងសេវាកម្មដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងផ្សេងទៀតរបស់អ្នក

ផ្នែកទី 1 របៀបទទួលបានការថែទាំផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ និងសេវាកម្មផ្សេងទៀតក្នុងនាមជាសមាជិកនៃគម្រោងរបស់យើង

ជំពូកនេះពន្យល់ពីអ្វីដែលអ្នកត្រូវដឹងអំពីការប្រើប្រាស់គម្រោងរបស់យើងដើម្បីទទួលបានការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក និងសេវាកម្មផ្សេងទៀតដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រង។ សម្រាប់ព័ត៌មានលម្អិតអំពីការថែទាំវេជ្ជសាស្ត្រ និងសេវាកម្មផ្សេងទៀតដែលគម្រោងរបស់យើងធានារ៉ាប់រង សូមមើលតារាងអត្ថប្រយោជន៍វេជ្ជសាស្ត្រនៅក្នុងជំពូកទី 4។

ផ្នែកទី 1.1 អ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ និងសេវាកម្មដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រង

- **អ្នកផ្តល់សេវា** គឺជាវេជ្ជបណ្ឌិត និងអ្នកជំនាញថែទាំសុខភាពផ្សេងទៀត ដែលមានអាជ្ញាប័ណ្ណពីរដ្ឋដើម្បីផ្តល់សេវាវេជ្ជសាស្ត្រ និងការថែទាំ។ ពាក្យ “អ្នកផ្តល់សេវា” ក៏រួមបញ្ចូលមន្ទីរពេទ្យ និងមណ្ឌលថែទាំសុខភាពផ្សេងទៀតផងដែរ។
- **អ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ** គឺជាវេជ្ជបណ្ឌិត និងអ្នកជំនាញថែទាំសុខភាពផ្សេងទៀត ក្រុមវេជ្ជសាស្ត្រ មន្ទីរពេទ្យ និងមណ្ឌលថែទាំសុខភាពផ្សេងទៀត ដែលមានកិច្ចព្រមព្រៀងជាមួយយើងដើម្បីទទួលយកការទូទាត់របស់យើងជាការបង់ប្រាក់ពេញលេញ។ យើងបានរៀបចំសម្រាប់អ្នកផ្តល់សេវាទាំងនេះ ដើម្បីផ្តល់សេវាកម្មដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងទៅដល់សមាជិកនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើង។ អ្នកផ្តល់សេវានៅក្នុងបណ្តាញរបស់យើងចេញវិក្កយបត្រឱ្យយើងដោយផ្ទាល់សម្រាប់ការថែទាំដែលពួកគេផ្តល់ឱ្យអ្នក។ នៅពេលអ្នកជួបអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ អ្នកមិនត្រូវបង់ថ្លៃអ្វីទាំងអស់សម្រាប់សេវាកម្មដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រង។
- **សេវាកម្មដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រង** រួមបញ្ចូលទាំងការថែទាំផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ សេវាកម្មថែទាំសុខភាពបរិក្ខារ ឧបករណ៍ និងឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាទាំងអស់ដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយគម្រោងរបស់យើង។ សេវាកម្មដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកសម្រាប់ការថែទាំវេជ្ជសាស្ត្រត្រូវបានរាយនៅក្នុងតារាងអត្ថប្រយោជន៍វេជ្ជសាស្ត្រនៅក្នុង ជំពូកទី 4។ សេវាកម្មដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកសម្រាប់ឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាត្រូវបានពិភាក្សានៅក្នុងជំពូកទី 5។

ជំពូកទី 3: ការប្រើប្រាស់គម្រោងរបស់យើងសម្រាប់សេវាកម្មវេជ្ជសាស្ត្រ និងសេវាកម្មដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងផ្សេងទៀតរបស់អ្នក

ផ្នែកទី 1.2 ច្បាប់មូលដ្ឋានសម្រាប់ការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក និងសេវាកម្មផ្សេងទៀតដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយគម្រោងរបស់យើង

ក្នុងនាមជាគម្រោងសុខភាពនៃកម្មវិធី Medicare និង Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) គម្រោងរបស់យើងត្រូវតែធានារ៉ាប់រងលើសេវាកម្មទាំងអស់ដែលធានារ៉ាប់រងដោយ Original Medicare ហើយអាចផ្តល់សេវាកម្មផ្សេងទៀតបន្ថែមលើសេវាកម្មដែលធានារ៉ាប់រងក្រោម Original Medicare។ សូមមើលជំពូកទី 4 សម្រាប់សេវាកម្មដែលរ៉ាប់រងក្រោមគម្រោង។

ជាទូទៅគម្រោងរបស់យើងនឹងធានារ៉ាប់រងលើការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក ដរាបណា៖

- **ការថែទាំដែលអ្នកទទួលបានត្រូវបានរួមបញ្ចូលនៅក្នុងតារាងអត្ថប្រយោជន៍វេជ្ជសាស្ត្រនៃគម្រោងរបស់យើងនៅក្នុង ជំពូកទី 4។**
- **ការថែទាំដែលអ្នកទទួលបានត្រូវបានចាត់ទុកថាចាំបាច់ខាងវេជ្ជសាស្ត្រ។** ភាពចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រមានន័យថា សេវាកម្ម បរិក្ខារ ឧបករណ៍ ឬឱសថដែលចាំបាច់សម្រាប់ការបង្ការ ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ ឬការព្យាបាលស្ថានភាពវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នក និងបំពេញតាមស្តង់ដារនៃការអនុវត្តផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដែលបានទទួលយក។
- **អ្នកមាន អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំបឋម (PCP) ក្នុងបណ្តាញដែលផ្តល់ និងត្រួតពិនិត្យការថែទាំរបស់អ្នក។** ក្នុងនាមជាសមាជិកនៃគម្រោងរបស់យើង អ្នកត្រូវតែជ្រើសរើស PCP ក្នុងបណ្តាញ (ទៅកាន់ផ្នែកទី 2.1 សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម)។
 - ពិភាក្សាអំពីគម្រោងព្យាបាលរបស់អ្នកជាមួយ PCP របស់អ្នកជាមុនដើម្បីសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នកមុនពេលអ្នកប្រើអ្នកផ្តល់សេវាផ្សេងទៀតនៅក្នុងបណ្តាញរបស់គម្រោងដូចជាអ្នកឯកទេស មន្ទីរពេទ្យ មណ្ឌលថែទាំជំនាញ ឬភ្នាក់ងារថែទាំសុខភាពតាមផ្ទះ។ តម្រូវឱ្យមានការអនុញ្ញាតជាមុនសម្រាប់សេវាកម្មមួយចំនួន។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីសេវាកម្មទាំងនេះ សូមមើលតារាងអត្ថប្រយោជន៍វេជ្ជសាស្ត្រនៅក្នុង ជំពូកទី 4 ផ្នែកទី 2។
- **អ្នកត្រូវតែទទួលបានការថែទាំរបស់អ្នកពីអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ** (ទៅកាន់ផ្នែកទី 2)។ ក្នុងករណីភាគច្រើន ការថែទាំដែលអ្នកទទួលបានពីអ្នកផ្តល់សេវាក្រៅបណ្តាញ (អ្នកផ្តល់សេវាដែលមិនមែនជាផ្នែកមួយនៃបណ្តាញរបស់គម្រោងរបស់យើង) នឹងមិនត្រូវបានធានារ៉ាប់រងទេលើកលែងតែដូចបានរៀបរាប់ខាងក្រោម។ នេះមានន័យថាអ្នកនឹងត្រូវបង់ប្រាក់ឱ្យអ្នកផ្តល់សេវាទាំងស្រុងសម្រាប់សេវាកម្មដែលអ្នកទទួលបាន។ នេះគឺជាករណីលើកលែងចំនួន 3៖
 - គម្រោងរបស់យើងធានារ៉ាប់រងលើការថែទាំក្នុងស្ថានភាពអាសន្ន ឬសេវាកម្មដែលត្រូវការជាបន្ទាន់ដែលអ្នកទទួលបានពីអ្នកផ្តល់សេវាក្រៅបណ្តាញ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម និងដើម្បីមើលថាតើសេវាសង្គ្រោះបន្ទាន់ ឬសេវាកម្មដែលត្រូវការជាបន្ទាន់មានអ្វីខុស សូមមើលផ្នែកទី 3។

ជំពូកទី 3: ការប្រើប្រាស់គម្រោងរបស់យើងសម្រាប់សេវាកម្មវេជ្ជសាស្ត្រ និងសេវាកម្មដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងផ្សេងទៀតរបស់អ្នក

- ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការការថែទាំផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដែល Medicare ឬកម្មវិធី Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) តម្រូវឱ្យគម្រោងរបស់យើងធានារ៉ាប់រង ប៉ុន្តែមិនមានអ្នកឯកទេសនៅក្នុងបណ្តាញរបស់យើងដែលផ្តល់ការថែទាំនេះ នោះអ្នកអាចទទួលបានការថែទាំនេះពីអ្នកផ្តល់សេវាក្រៅបណ្តាញក្នុងចំនួនរួមចំណែកថ្លៃចំណាយដូចគ្នាដែលអ្នកបង់ជាធម្មតាដល់អ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ (តម្រូវឱ្យមានការអនុញ្ញាតជាមុន)។ នៅក្នុងស្ថានភាពនេះ យើងនឹងធានារ៉ាប់រងលើសេវាកម្មទាំងនេះដូចជាអ្នកទទួលបានការថែទាំពីអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញដែរ។ សម្រាប់ព័ត៌មានអំពីការទទួលបានការយល់ព្រមដើម្បីទៅជួបវេជ្ជបណ្ឌិតនៅក្រៅបណ្តាញ សូមមើលផ្នែកទី 2.4។
- គម្រោងរបស់យើងធានារ៉ាប់រងលើសេវាកម្មលាងតម្រងនោមដែលអ្នកទទួលបាននៅមណ្ឌលលាងឈាមដែលមានការបញ្ជាក់ពី Medicare នៅពេលអ្នកនៅក្រៅតំបន់សេវាកម្មរបស់គម្រោងរបស់យើងជាបណ្តោះអាសន្ន ឬនៅពេលដែលអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកសម្រាប់សេវាកម្មនេះមិនមានជាបណ្តោះអាសន្ន ឬមិនអាចប្រើបាន។ ការរួមចំណែកថ្លៃចំណាយដែលអ្នកបង់ផ្នែកគម្រោងរបស់យើងសម្រាប់ការលាងឈាមមិនអាចខ្ពស់ជាងចំនួនរួមចំណែកថ្លៃចំណាយនៅក្នុង Original Medicare ទេ។ ប្រសិនបើអ្នកនៅក្រៅតំបន់សេវាកម្មរបស់គម្រោងរបស់យើង ហើយទទួលបានការលាងឈាមពីអ្នកផ្តល់សេវានៅក្រៅបណ្តាញរបស់គម្រោងរបស់យើង ការរួមចំណែកថ្លៃចំណាយរបស់អ្នកមិនអាចខ្ពស់ជាងចំនួនរួមចំណែកថ្លៃចំណាយដែលអ្នកបង់នៅក្នុងបណ្តាញនោះទេ។ ទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយ ប្រសិនបើអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញធម្មតារបស់អ្នកសម្រាប់ការលាងឈាមមិនអាចផ្តល់សេវាជាបណ្តោះអាសន្ន ហើយអ្នកជ្រើសរើសយកសេវាកម្មនៅក្នុងតំបន់សេវាកម្មរបស់យើងពីអ្នកផ្តល់សេវានៅក្រៅបណ្តាញរបស់គម្រោងរបស់យើង ចំនួនរួមចំណែកថ្លៃចំណាយរបស់អ្នកសម្រាប់ការលាងឈាមអាចខ្ពស់ជាងនេះ។
- **អត្ថប្រយោជន៍ចំណុចផ្តល់សេវាកម្ម (POS) អនុញ្ញាតឱ្យអ្នកចូលប្រើសេវាកម្មជាក់លាក់ពីអ្នកផ្តល់សេវាក្រៅបណ្តាញ។** មិនមែនសេវាកម្មទាំងអស់ជាសេវាក្រៅបណ្តាញដែលត្រូវបានរ៉ាប់រងក្រោមជម្រើសចំណុចផ្តល់សេវាកម្ម (POS) របស់អ្នកទេ។ សម្រាប់សេវាកម្មដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងនៅក្រៅបណ្តាញ សូមមើលតារាងអត្ថប្រយោជន៍វេជ្ជសាស្ត្រនៅក្នុងជំពូកទី 4 ផ្នែកទី 2 សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។ អ្នកនឹងត្រូវបង់ប្រាក់បន្ថែមទៀតដើម្បីចូលប្រើសេវាកម្មទាំងនេះនៅពេលអ្នកប្រើអត្ថប្រយោជន៍ POS របស់អ្នក។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមមើលផ្នែកទី 2.4 នៃជំពូកនេះ។

អ្នកមិនចាំបាច់ទទួលបានការបញ្ជូនបន្តទេ នៅពេលអ្នកទទួលបានការថែទាំពីអ្នកផ្តល់សេវាក្រៅបណ្តាញសម្រាប់សេវាកម្មទាំងនេះ។ ទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយ មុនពេលទទួលបានសេវាកម្មទាំងនេះ អ្នកប្រហែលជាត្រូវបញ្ជាក់ថាពួកវាត្រូវបានរ៉ាប់រងដោយយើង។ ប្រសិនបើយើងកំណត់នៅពេលក្រោយថាសេវាកម្មមិនត្រូវបានធានារ៉ាប់រងទេ យើងអាចបដិសេធការធានារ៉ាប់រង ហើយអ្នកនឹងទទួលខុសត្រូវចំពោះការចំណាយ។ តម្រូវឱ្យមានការអនុញ្ញាតជាមុនសម្រាប់សេវាកម្មមួយចំនួន។

ផ្នែកទី 3: ការប្រើប្រាស់គម្រោងរបស់យើងសម្រាប់សេវាកម្មវេជ្ជសាស្ត្រ និងសេវាកម្មដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងផ្សេងទៀតរបស់អ្នក

ផ្នែកទី 2 ប្រើអ្នកផ្តល់សេវានៅក្នុងបណ្តាញរបស់គម្រោងរបស់យើងដើម្បីទទួលបានការថែទាំផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ និងសេវាកម្មផ្សេងទៀត

ផ្នែកទី 2.1 អ្នកត្រូវតែជ្រើសរើសអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំបឋម (PCP) ដើម្បីផ្តល់ និងត្រួតពិនិត្យការថែទាំរបស់អ្នក

តើ PCP គឺជាអ្វី ហើយ PCP ធ្វើអ្វីខ្លះសម្រាប់អ្នក?

នៅពេលអ្នកក្លាយជាសមាជិកនៃគម្រោងរបស់យើង អ្នកត្រូវតែជ្រើសរើសអ្នកផ្តល់សេវាគម្រោងជាមុនសិន ដើម្បីធ្វើជា PCP របស់អ្នក។ PCP របស់អ្នកគឺជាដៃគូរបស់អ្នកក្នុងផ្នែកសុខភាព ដែលផ្តល់ ឬសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នក។ PCP របស់អ្នកគឺជាអ្នកជំនាញថែទាំសុខភាពដែលបំពេញតាមតម្រូវការរបស់អ្នក ហើយត្រូវបានបណ្តុះបណ្តាលដើម្បីផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវការថែទាំផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រជាមូលដ្ឋាន។ ទាំងនេះរួមមានវេជ្ជបណ្ឌិតដែលមានឯកទេសក្នុងការផ្តល់ការព្យាបាលក្នុងគ្រួសារ ការអនុវត្តទូទៅ វេជ្ជសាស្ត្រផ្ទៃក្នុង និងផ្នែកមនុស្សចាស់។ គ្រូពេទ្យជាតិលានុបដ្ឋាយិកា (NP) គឺលានុបដ្ឋាយិកាដែលបានចុះបញ្ជីដែលមានអាជ្ញាប័ណ្ណពីរដ្ឋជាមួយនឹងការបណ្តុះបណ្តាលពិសេសដែលផ្តល់នូវកម្រិតមូលដ្ឋាននៃការថែទាំសុខភាព ឬជំនួយការគ្រូពេទ្យ (PA) ដែលមានអត្តសញ្ញាណថាជា PCP ដែលផ្តល់សេវាកម្មនៅក្នុងកន្លែងថែទាំបឋម ក៏អាចដើរតួជា PCP របស់អ្នកផងដែរ។

អ្នកនឹងទទួលបានការថែទាំសុខភាពជាប្រចាំ ឬជាមូលដ្ឋានភាគច្រើនពី PCP របស់អ្នក។ PCP របស់អ្នកក៏នឹងជួយអ្នករៀបចំ ឬសម្របសម្រួលសេវាកម្មដែលបានធានារ៉ាប់រងផ្សេងទៀតដែលអ្នកទទួលបានក្នុងនាមជាសមាជិកនៃគម្រោងរបស់យើងផងដែរ។ នេះ រួមមាន ៖

- ការថតកាំរស្មីអ៊ុច
- ការធ្វើតេស្តពិមន្ទីរពិសោធ
- ការព្យាបាលដោយចលនា ការព្យាបាលដោយសកម្មភាពប្រចាំថ្ងៃ និង/ឬការនិយាយ
- ការថែទាំពីវេជ្ជបណ្ឌិតដែលជាអ្នកឯកទេស
- ការចូលស្នាក់មន្ទីរពេទ្យ និង
- ការថែទាំតាមដាន

"ការសម្របសម្រួល" សេវាកម្មដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នករួមមាន៖ ការពិនិត្យ ឬការពិគ្រោះជំងឺជាមួយអ្នកផ្តល់ សេវាថែទាំគម្រោងផ្សេងទៀត អំពីការថែទាំសុខភាព និងដំណើរការព្យាបាល។ សម្រាប់ប្រភេទជាក់លាក់នៃសេវាកម្ម ឬបរិក្ខារនានា PCP របស់អ្នកនឹងត្រូវការការអនុញ្ញាតជាមុន (ការយល់ព្រមជាមុន)។ ប្រសិនបើសេវាកម្មដែលអ្នកត្រូវការទាមទារការអនុញ្ញាតជាមុន នោះ PCP របស់អ្នកនឹងស្នើសុំការអនុញ្ញាតពីគម្រោងរបស់យើង។ ដោយហេតុថា PCP របស់អ្នកនឹងផ្តល់ និងសម្របសម្រួលការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក នោះអ្នកគួរបញ្ជូនកំណត់ត្រាវេជ្ជសាស្ត្រពីមុនទាំងអស់របស់អ្នកទៅការិយាល័យ PCP របស់អ្នក។ ជាធម្មតា អ្នកនឹងជួប PCP របស់អ្នកជាមុនសម្រាប់តម្រូវការថែទាំសុខភាពជាប្រចាំ

ជំពូកទី 3: ការប្រើប្រាស់គម្រោងរបស់យើងសម្រាប់សេវាកម្មវេជ្ជសាស្ត្រ និងសេវាកម្មដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងផ្សេងទៀតរបស់អ្នក

ភាគច្រើន របស់អ្នក។ យើងសូមណែនាំឱ្យ PCP របស់អ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នកទាំងអស់។ សូមមើល ផ្នែកទី 2.2 នៅក្នុងជំពូកនេះសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។

ក្នុងករណីខ្លះ PCP របស់អ្នក ឬអ្នកឯកទេស ឬអ្នកផ្តល់សេវាផ្សេងទៀតដែលអ្នកកំពុងជួប នឹងត្រូវការការអនុញ្ញាតជាមុន (ការយល់ព្រមជាមុន) ពីយើងសម្រាប់ប្រភេទជាក់លាក់នៃសេវាកម្ម និងផលិតផលដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រង។ សូមមើល ជំពូកទី 4 នៃឯកសារនេះសម្រាប់សេវាកម្មនិងផលិតផលដែលត្រូវការការអនុញ្ញាតជាមុន។

ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការនិយាយជាមួយវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកបន្ទាប់ពីម៉ោងធ្វើការធម្មតា សូមទូរសព្ទទៅការិយាល័យរបស់វេជ្ជបណ្ឌិត ហើយអ្នកនឹងត្រូវបានណែនាំទៅកាន់វេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក ដោយម៉ាស៊ីនឆ្លើយតបដែលមានការណែនាំអំពីកន្លែងដែលត្រូវទទួលបានសេវា ឬវេជ្ជបណ្ឌិតផ្សេងទៀតដែលកំពុងផ្តល់ការធានារ៉ាប់រង។ ប្រសិនបើអ្នកកំពុងត្រូវការការសង្គ្រោះបន្ទាន់ សូមទូរសព្ទទៅលេខ 911 ជាបន្ទាន់។

របៀបជ្រើសរើស PCP

ដើម្បីជ្រើសរើស PCP របស់អ្នក សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័ររបស់យើងតាមរយៈ go.wellcare.com/2026providerdirectories ហើយជ្រើសរើស PCP ពីបណ្តាញនៃគម្រោងរបស់យើង។ ផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិកក៏អាចជួយអ្នកជ្រើសរើស PCP បានផងដែរ។ នៅពេលដែលអ្នកបានជ្រើសរើស PCP របស់អ្នកហើយ សូមទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិកជាមួយនឹងការជ្រើសរើសរបស់អ្នក។ PCP របស់អ្នកត្រូវតែស្ថិតនៅក្នុងបណ្តាញរបស់យើង។

ប្រសិនបើមានអ្នកឯកទេសគម្រោង ឬមន្ទីរពេទ្យជាក់លាក់ណាមួយដែលអ្នកចង់ប្រើ សូមពិនិត្យមើលជាមុនសិន ដើម្បីប្រាកដថាអ្នកឯកទេស និង/ឬមន្ទីរពេទ្យស្ថិតនៅក្នុងបណ្តាញ PCP។

ប្រសិនបើអ្នកមិនជ្រើសរើស PCP ឬប្រសិនបើអ្នកជ្រើសរើស PCP ដែលមិនមានជាមួយគម្រោងនេះទេ យើងនឹងចាត់តាំងអ្នកដោយស្វ័យប្រវត្តិទៅ PCP។

របៀបផ្លាស់ប្តូរ PCP របស់អ្នក

អ្នកអាចផ្លាស់ប្តូរ PCP របស់អ្នកសម្រាប់ហេតុផលណាមួយនៅពេលណាក៏បាន។ វាក៏អាចទៅរួចផងដែរដែលថា PCP របស់អ្នកអាចចាកចេញពីបណ្តាញអ្នកផ្តល់សេវារបស់គម្រោងរបស់យើង ហើយអ្នកនឹងត្រូវជ្រើសរើស PCP ថ្មី។ ក្រោមកាលៈទេសៈជាក់លាក់ អ្នកផ្តល់សេវារបស់យើងមានកាតព្វកិច្ចបន្តការថែទាំបន្ទាប់ពីចាកចេញពីបណ្តាញរបស់យើង។ សម្រាប់ព័ត៌មានលម្អិតជាក់លាក់ សូមទាក់ទងផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិក។

ប្រសិនបើអ្នកចង់ផ្លាស់ប្តូរ PCP របស់អ្នក សូមទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិក។ គម្រោង PCP នីមួយៗអាចធ្វើការបញ្ជូនបន្តទៅកាន់អ្នកឯកទេសនៃគម្រោងជាក់លាក់ ហើយប្រើមន្ទីរពេទ្យជាក់លាក់មួយចំនួនដែលនៅក្នុងបណ្តាញរបស់អ្នកគេ។ នេះមានន័យថាគម្រោង PCP ដែលអ្នកជ្រើសរើសអាចកំណត់អ្នកឯកទេស និងមន្ទីរពេទ្យដែលអ្នកអាចប្រើ។ ប្រសិនបើមានអ្នកឯកទេស ឬមន្ទីរពេទ្យជាក់លាក់ដែលអ្នកចង់ប្រើ សូមស្វែងយល់ថាគម្រោង PCP របស់អ្នកប្រើអ្នកឯកទេស ឬមន្ទីរពេទ្យទាំងនេះដែរឬទេ។

ជំពូកទី 3: ការប្រើប្រាស់គម្រោងរបស់យើងសម្រាប់សេវាកម្មវេជ្ជសាស្ត្រ និងសេវាកម្មដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងផ្សេងទៀតរបស់អ្នក

ផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិកអាចជួយអ្នកជ្រើសរើស PCP ថ្មីបាន។ ប្រសិនបើអ្នកស្នើសុំការផ្លាស់ប្តូរនៅ ឬ មុនថ្ងៃទី 10 នៃខែនោះ វាចូលជាធរមានឡើងវិញនៅថ្ងៃទី 1 នៃខែនោះ។ ប្រសិនបើអ្នកទូរសព្ទ ឬស្នើសុំ បន្ទាប់ពីថ្ងៃទី 10 ការផ្លាស់ប្តូរមានប្រសិទ្ធភាពនៅថ្ងៃទី 1 នៃខែបន្ទាប់។ ឧទាហរណ៍៖ សំណើ PCP ដែល ធ្វើឡើងត្រឹមថ្ងៃទី 10 ខែមករា មានប្រសិទ្ធភាពចាប់ពីថ្ងៃទី 1 ខែមករា។ សំណើដែលបានធ្វើឡើងនៅ ឬ ក្រោយថ្ងៃទី 11 ខែមករា មានប្រសិទ្ធភាពនៅថ្ងៃទី 1 ខែកុម្ភៈ។ រហូតដល់ការផ្លាស់ប្តូរចូលជាធរមាន សូម បន្តប្រើ PCP បច្ចុប្បន្នរបស់អ្នកសម្រាប់សេវាកម្មដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងទាំងអស់។ នៅពេលទូរសព្ទទៅ ផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិក សូមលើកឡើងពីអ្នកឯកទេស ឬសេវាកម្មណាមួយ (ដូចជាសុខភាពតាមផ្ទះ ឬ DME) ដែលត្រូវការការយល់ព្រមពី PCP បច្ចុប្បន្នរបស់អ្នក។

ផ្នែកទី 2.2 ការថែទាំសុខភាព និងសេវាកម្មផ្សេងទៀតដែលអ្នកអាចទទួលបានដោយគ្មាន ការបញ្ជូនបន្តពី PCP

អ្នកអាចទទួលបានសេវាកម្មដែលបានរាយខាងក្រោមដោយមិនចាំបាច់មានការយល់ព្រមជាមុនពី PCP របស់អ្នក។

- ការថែទាំសុខភាពជាប្រចាំរបស់ស្ត្រី រួមទាំងការពិនិត្យសុដន់ ការឆ្លុះមើលសុដន់ (ការថតកាំរស្មីអ៊ុច សុដន់) ការធ្វើតេស្តកៀសមាត់ស្បូន និងការពិនិត្យត្រីកោណដងបណ្តាអ្នកទទួលបានវាពីអ្នកផ្តល់ សេវាក្នុងបណ្តាញ
- ការចាក់ថ្នាំបង្ការជំងឺក្រុនផ្តាសាយធំ វ៉ាក់សាំង COVID-19 និងវ៉ាក់សាំងការពារជំងឺរលាកសួត ដងបណ្តាអ្នកទទួលបានវាពីអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ
- សេវាសង្គ្រោះបន្ទាន់ពីអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ ឬពីអ្នកផ្តល់សេវាក្រៅបណ្តាញ
- សេវាកម្មដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដែលត្រូវការជាបន្ទាន់ដែលត្រូវការការយកចិត្តទុកដាក់ ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រភ្លាមៗ (ប៉ុន្តែមិនមែនការសង្គ្រោះបន្ទាន់) ប្រសិនបើអ្នកនៅក្រៅតំបន់សេវាកម្ម របស់គម្រោងរបស់យើងជាបណ្តោះអាសន្ន ឬប្រសិនបើវាមិនសមហេតុផលដោយសារពេលវេលា ទឹកនៃ និងកាលៈទេសៈរបស់អ្នកដើម្បីទទួលបានសេវាកម្មពីអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ។ ឧទាហរណ៍នៃសេវាកម្មដែលត្រូវការជាបន្ទាន់គឺជំងឺ និងការរងរបួសផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដែលមិនបាន រំពឹងទុក ឬការរើឡើងនៃជំងឺដែលមានស្រាប់ដោយមិនបានរំពឹងទុក។ ការជួបពិគ្រោះជាមួយអ្នក ផ្តល់សេវាជាទៀតទាក់ទងនឹងជំងឺដែលមានស្រាប់ដោយមិនបានរំពឹងទុក។ ការជួបពិគ្រោះជាមួយអ្នក ផ្តល់សេវាជាទៀតទាក់ទងនឹងជំងឺដែលមានស្រាប់ (ដូចជាការពិនិត្យសុខភាពប្រចាំឆ្នាំ) មិនត្រូវ បានចាត់ទុកថាជាតម្រូវការចាំបាច់ជាបន្ទាន់នោះទេ ទោះបីជាអ្នកនៅក្រៅតំបន់សេវាកម្មរបស់ គម្រោងរបស់យើង ឬបណ្តាញរបស់យើងមិនមានជាបណ្តោះអាសន្ន។
- សេវាលាងតម្រងនោមដែលអ្នកទទួលបាននៅមណ្ឌលលាងឈាមដែលមានការបញ្ជាក់ពី Medicare នៅពេលអ្នកនៅក្រៅតំបន់សេវាកម្មរបស់គម្រោងរបស់យើងជាបណ្តោះអាសន្ន។ បើអាចធ្វើបាន ទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិកតាមរយៈលេខ 1-888-846-4262 (អ្នកប្រើ TTY ទូរសព្ទទៅលេខ 711) មុនពេលអ្នកចាកចេញពីតំបន់សេវាកម្ម ដូច្នេះយើងអាចជួយរៀបចំឱ្យអ្នកមានការលាង ឈាមជាប្រចាំពេលអ្នកនៅឆ្ងាយ។

ជំពូកទី 3: ការប្រើប្រាស់គម្រោងរបស់យើងសម្រាប់សេវាកម្មវេជ្ជសាស្ត្រ និងសេវាកម្មដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងផ្សេងទៀតរបស់អ្នក

ផ្នែកទី 2.3 របៀបទទួលបានការថែទាំពីអ្នកឯកទេស និងអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញផ្សេងទៀត

អ្នកឯកទេសគឺជាវេជ្ជបណ្ឌិតដែលផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពសម្រាប់ជំងឺជាក់លាក់ ឬផ្នែកនៃរាងកាយ។ អ្នកឯកទេសមានច្រើនប្រភេទ។ ឧទាហរណ៍៖

- អ្នកជំនាញជំងឺមហារីកដែលព្យាបាលអ្នកជំងឺមហារីក
- អ្នកជំនាញជំងឺបេះដូងថែទាំអ្នកជំងឺដែលមានជំងឺបេះដូង
- អ្នកជំនាញឆ្អឹងថែទាំអ្នកជំងឺដែលមានបញ្ហាឆ្អឹង សន្លាក់ ឬសាច់ដុំជាក់លាក់

ពិភាក្សាអំពីតម្រូវការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នកជាមួយ PCP របស់អ្នក ដើម្បីទទួលបានការណែនាំឱ្យទៅជួបអ្នកឯកទេសដែលគាំទ្រដល់តម្រូវការថែទាំរបស់អ្នក។ ការបញ្ជូនបន្តមិនតម្រូវឱ្យទៅជួបអ្នកឯកទេសទេ។ ទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយ ក្នុងករណីខ្លះ អ្នក ឬអ្នកតំណាងរបស់អ្នក ឬ PCP/អ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក អាចត្រូវការការអនុញ្ញាតជាមុនពីគម្រោង។ សូមមើលជំពូកទី 4 ផ្នែកទី 2 សម្រាប់ព័ត៌មានអំពីសេវាកម្មណាមួយដែលត្រូវការការអនុញ្ញាតជាមុន។

នៅពេលអ្នកឯកទេស ឬអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញផ្សេងទៀតចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើង

យើងអាចធ្វើការផ្លាស់ប្តូរចំពោះមន្ទីរពេទ្យ វេជ្ជបណ្ឌិត និងគ្រូពេទ្យឯកទេស (អ្នកផ្តល់សេវា) នៅក្នុងបណ្តាញនៃគម្រោងរបស់យើងក្នុងអំឡុងពេលនៃឆ្នាំនោះ។ ប្រសិនបើវេជ្ជបណ្ឌិត ឬអ្នកឯកទេសរបស់អ្នកចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើង អ្នកមានសិទ្ធិ និងការការពារទាំងនេះ៖

- ទោះបីជាបណ្តាញអ្នកផ្តល់សេវារបស់យើងអាចផ្លាស់ប្តូរក្នុងអំឡុងឆ្នាំណាមួយក៏ដោយ Medicare តម្រូវឱ្យអ្នកមានលទ្ធភាពទទួលបានវេជ្ជបណ្ឌិត និងអ្នកឯកទេសដែលមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ដោយគ្មានការរំខាន។
- យើងនឹងជូនដំណឹងដល់អ្នកថាអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកកំពុងចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើង ដូច្នេះអ្នកមានពេលដើម្បីជ្រើសរើសអ្នកផ្តល់សេវាថ្មី។
 - ប្រសិនបើអ្នកផ្តល់ការថែទាំបឋម ឬអ្នកផ្តល់សេវាសុខភាពអាគម្សន្និកវិយារបស់អ្នកចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើង យើងនឹងជូនដំណឹងដល់អ្នក ប្រសិនបើអ្នកបានទៅជួបអ្នកផ្តល់សេវានោះក្នុងរយៈពេល 3 ឆ្នាំចុងក្រោយ។
 - ប្រសិនបើអ្នកផ្តល់សេវាណាមួយផ្សេងទៀតរបស់អ្នកចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើង យើងនឹងជូនដំណឹងដល់អ្នក ប្រសិនបើអ្នកត្រូវបានចាត់តាំងទៅអ្នកផ្តល់សេវា បច្ចុប្បន្នទទួលបានការថែទាំពីពួកគេ ឬបានទៅជួបពួកគេក្នុងរយៈពេល 3 ខែចុងក្រោយនេះ។
- យើងនឹងជួយអ្នកជ្រើសរើសអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញដែលមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ថ្មីសម្រាប់ការថែទាំបន្ត។
- ប្រសិនបើអ្នកកំពុងទទួលការព្យាបាល ឬការថែទាំផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រជាមួយអ្នកផ្តល់សេវាបច្ចុប្បន្នរបស់អ្នក អ្នកមានសិទ្ធិស្នើសុំឱ្យបន្តទទួលបានការព្យាបាល ឬការថែទាំដែលចាំបាច់ខាងវេជ្ជសាស្ត្រ។ យើងនឹងធ្វើការជាមួយអ្នក ដើម្បីឱ្យអ្នកអាចបន្តទទួលបានការថែទាំ។

ជំពូកទី 3: ការប្រើប្រាស់គម្រោងរបស់យើងសម្រាប់សេវាកម្មវេជ្ជសាស្ត្រ និងសេវាកម្មដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងផ្សេងទៀតរបស់អ្នក

- យើងនឹងផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវព័ត៌មានអំពីរយៈពេលចុះឈ្មោះដែលមាន និងជម្រើសដែលអ្នកអាចមានសម្រាប់ការផ្លាស់ប្តូរគម្រោង។
- នៅពេលអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ ឬអត្ថប្រយោជន៍មិនមាន ឬមិនគ្រប់គ្រាន់ដើម្បីបំពេញតម្រូវការផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នក យើងនឹងរៀបចំសម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍ដែលមានការធានារ៉ាប់រងដែលចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រនៅក្រៅបណ្តាញអ្នកផ្តល់សេវារបស់យើងក្នុងចំនួននៃការរួមចំណែកថ្លៃចំណាយក្នុងបណ្តាញ។ គម្រោងរបស់យើងត្រូវតែបញ្ជាក់ថា មិនមានអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ ហើយអ្នកផ្តល់សេវាក្រៅបណ្តាញត្រូវតែទាក់ទងគម្រោងដើម្បីស្នើសុំការអនុញ្ញាតឱ្យអ្នកទទួលបានសេវាកម្ម។ ប្រសិនបើមានការយល់ព្រម អ្នកផ្តល់សេវាក្រៅបណ្តាញនឹងទទួលបានការអនុញ្ញាតដើម្បីផ្តល់សេវា។ អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានសេវាកម្មពីអ្នកផ្តល់សេវាក្រៅបណ្តាញសម្រាប់សេវាកម្មសង្គ្រោះបន្ទាន់ ឬសេវាកម្មដែលត្រូវការជាបន្ទាន់។ លើសពីនេះ គម្រោងរបស់យើងត្រូវរ៉ាប់រងលើសេវាលាងលាមសម្រាប់សមាជិកដែលមានជំងឺគ្រុនចិត្តនាមដំណាក់កាលចុងក្រោយ (ESRD) ដែលបានធ្វើដំណើរនៅក្រៅតំបន់សេវាកម្មរបស់គម្រោង ហើយមិនអាចចូលប្រើអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញបាន។ សេវាកម្ម ESRD ត្រូវតែទទួលបាននៅមណ្ឌលលាងលាមដែលមានការបញ្ជាក់ពី Medicare។
- ប្រសិនបើអ្នកដឹងថាវេជ្ជបណ្ឌិត ឬអ្នកឯកទេសរបស់អ្នកកំពុងចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើង សូមទាក់ទងមកយើង ដូច្នេះយើងអាចជួយអ្នកជ្រើសរើសអ្នកផ្តល់សេវាថ្មីដើម្បីគ្រប់គ្រងការថែទាំរបស់អ្នក។
- ប្រសិនបើអ្នកជឿថាយើងមិនបានផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវអ្នកផ្តល់សេវាដែលមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ដើម្បីជំនួសអ្នកផ្តល់សេវាមុនរបស់អ្នក ឬថាការថែទាំរបស់អ្នកមិនត្រូវបានគ្រប់គ្រងឱ្យបានត្រឹមត្រូវ អ្នកមានសិទ្ធិក្នុងការដាក់ពាក្យបណ្តឹងអំពីគុណភាពនៃការថែទាំទៅ QIO បណ្តឹងសាទុក្ខអំពីគុណភាពនៃការថែទាំចំពោះគម្រោងរបស់យើង ឬទាំងពីរ (ទៅកាន់ជំពូកទី 9)។

ផ្នែកទី 2.4 របៀបទទួលបានការថែទាំពីអ្នកផ្តល់សេវាក្រៅបណ្តាញ

អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានសេវាកម្មពីអ្នកផ្តល់សេវាក្រៅបណ្តាញសម្រាប់សេវាកម្មសង្គ្រោះបន្ទាន់ ឬសេវាកម្មដែលត្រូវការជាបន្ទាន់។ លើសពីនេះ គម្រោងរបស់យើងត្រូវរ៉ាប់រងលើសេវាលាងលាមសម្រាប់សមាជិកដែលមានជំងឺគ្រុនចិត្តនាមដំណាក់កាលចុងក្រោយ (ESRD) ដែលបានធ្វើដំណើរនៅក្រៅតំបន់សេវាកម្មរបស់គម្រោង ហើយមិនអាចចូលប្រើអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញបាន។ សេវាកម្ម ESRD ត្រូវតែទទួលបាននៅមណ្ឌលលាងលាមដែលមានការបញ្ជាក់ពី Medicare។

ដូចគ្នានេះផងដែរ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការការថែទាំវេជ្ជសាស្ត្រដែលមានការធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare ហើយអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញមិនអាចផ្តល់ការថែទាំនេះបាន អ្នកប្រហែលជាអាចទទួលបានការថែទាំពីអ្នកផ្តល់សេវាក្រៅបណ្តាញ។ គម្រោងរបស់យើងត្រូវតែបញ្ជាក់ថា មិនមានអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ ហើយអ្នកផ្តល់សេវាក្រៅបណ្តាញត្រូវតែទាក់ទងគម្រោងដើម្បីស្នើសុំការអនុញ្ញាតឱ្យអ្នកទទួលបានសេវាកម្ម។ ប្រសិនបើមានការយល់ព្រម អ្នកផ្តល់សេវាក្រៅបណ្តាញនឹងទទួលបានការអនុញ្ញាតដើម្បីផ្តល់សេវា។

តាមរយៈអត្ថប្រយោជន៍ចំណុចផ្តល់សេវាកម្ម (POS) អ្នកអាចប្រើអ្នកផ្តល់សេវាក្រៅបណ្តាញដើម្បីទទួលបានសេវាកម្មជាក់លាក់។ សម្រាប់សេវាកម្មដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងនៅក្រៅបណ្តាញ សូមមើលតារាងអត្ថប្រយោជន៍វេជ្ជសាស្ត្រនៅក្នុងជំពូកទី 4 ផ្នែកទី 2 សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។ អ្នកនឹងត្រូវបង់ប្រាក់បន្ថែម

ជំពូកទី 3: ការប្រើប្រាស់គម្រោងរបស់យើងសម្រាប់សេវាកម្មវេជ្ជសាស្ត្រ និងសេវាកម្មដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងផ្សេងទៀតរបស់អ្នក

ទៀតដើម្បីចូលប្រើសេវាកម្មទាំងនេះនៅពេលអ្នកប្រើអត្ថប្រយោជន៍ POS របស់អ្នក។ ថ្លៃចំណាយចេញពីហោប៉ៅរបស់អ្នកអាចខុសគ្នាជាងនេះ នៅពេលអ្នកប្រើអ្នកផ្តល់សេវាក្រៅបណ្តាញតាមរយៈអត្ថប្រយោជន៍ POS របស់អ្នក។ អ្នកមិនចាំបាច់ទទួលបានការបញ្ជូនបន្តទេ នៅពេលអ្នកទទួលបានការថែទាំពីអ្នកផ្តល់សេវាក្រៅបណ្តាញសម្រាប់សេវាកម្មទាំងនេះ។ ទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយ មុនពេលទទួលបានសេវាកម្មទាំងនេះ អ្នកប្រហែលជាត្រូវបញ្ជាក់ជាមួយយើងថាពួកគេត្រូវបានរ៉ាប់រង។ ប្រសិនបើយើងកំណត់នៅពេលក្រោយថាសេវាកម្មមិនត្រូវបានធានារ៉ាប់រងទេ យើងអាចបដិសេធការធានារ៉ាប់រង ហើយអ្នកនឹងទទួលខុសត្រូវចំពោះការចំណាយ។ តម្រូវឱ្យមានការអនុញ្ញាតជាមុនសម្រាប់សេវាកម្មមួយចំនួន។

ប្រសិនបើអ្នកផ្តល់សេវាក្រៅបណ្តាញធ្វើឱ្យអ្នកនូវវិក្កយបត្រដែលអ្នកគិតថាយើងគួរតែបង់ សូមទាក់ទងផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិក ឬផ្ញើវិក្កយបត្រមកយើងសម្រាប់ការទូទាត់។ យើងនឹងបង់ប្រាក់ឱ្យអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកសម្រាប់ចំណែកនៃវិក្កយបត្ររបស់យើង ហើយអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកអាចនឹងចេញវិក្កយបត្រឱ្យអ្នកសម្រាប់ចំនួនទឹកប្រាក់ដែលអ្នកជំពាក់ប្រសិនបើមាន។

ផ្នែកទី 3 របៀបទទួលបានសេវាកម្មក្នុងក្រាហ្វិកសន្ត គ្រោះមហន្តរាយ ឬ តម្រូវការបន្ទាន់សម្រាប់ការថែទាំ

ផ្នែកទី 3.1 ទទួលបានការថែទាំប្រសិនបើអ្នកមានភាពអាសន្នផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ

ភាពអាសន្នផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ គឺនៅពេលដែលអ្នក ឬបុគ្គលណាម្នាក់ដែលមានការប្រុងប្រយ័ត្នផ្សេងទៀតដែលមានចំណេះដឹងកម្រិតមធ្យមអំពីសុខភាព និងថ្នាំ ជឿថាអ្នកមានរោគសញ្ញាវេជ្ជសាស្ត្រដែលត្រូវការការយកចិត្តទុកដាក់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្របន្ទាន់ ដើម្បីបង្ការការបាត់បង់ជីវិត (ហើយប្រសិនបើអ្នកជាស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ ការបាត់បង់កូនក្នុងផ្ទៃ) ការបាត់បង់អវយវៈ ឬការបាត់បង់មុខងារនៃអវយវៈ ឬការបាត់បង់ និងការចុះខ្សោយធ្ងន់ធ្ងរនៃមុខងាររាងកាយ។ រោគសញ្ញាវេជ្ជសាស្ត្រអាចជាជំងឺ ការរងរបួស ការឈឺចាប់ធ្ងន់ធ្ងរ ឬស្ថានភាពវេជ្ជសាស្ត្រដែលកាន់តែធ្ងន់ធ្ងរទៅៗយ៉ាងឆាប់រហ័ស។

បើសិនអ្នកមានភាពអាសន្នផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ៖

- **ទទួលបានជំនួយឱ្យបានឆាប់តាមដែលអាចធ្វើទៅបាន។** សូមទូរសព្ទទៅលេខ 911 ដើម្បីទទួលបានជំនួយ ឬទៅកាន់បន្ទប់សង្គ្រោះបន្ទាន់ ឬមន្ទីរពេទ្យដែលនៅជិតបំផុត។ ទូរសព្ទហៅរថយន្តសង្គ្រោះបន្ទាន់ក្នុងករណីដែលអ្នកត្រូវការវា។ អ្នកមិនចាំបាច់ទទួលបានការយល់ព្រម ឬការបញ្ជូនបន្តជាមុនពី PCP របស់អ្នកទេ។ អ្នកមិនចាំបាច់ប្រើវេជ្ជបណ្ឌិតក្នុងបណ្តាញទេ។ អ្នកអាចទទួលបានការថែទាំសុខភាពក្នុងស្ថានភាពអាសន្នដែលមានការធានារ៉ាប់រងនៅពេលណាដែលអ្នកត្រូវការវា នៅគ្រប់ទីកន្លែងក្នុងសហរដ្ឋអាមេរិក ឬក្នុងដែនដីរបស់ខ្លួន និងពីអ្នកផ្តល់សេវាណាមួយដែលមានអាជ្ញាប័ណ្ណរដ្ឋសមស្រប ទោះបីជាពួកគេមិនមែនជាផ្នែកនៃបណ្តាញរបស់យើងក៏ដោយ។ Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP) រួមមានការធានារ៉ាប់រងសង្គ្រោះបន្ទាន់/ភាពអាសន្នទូទាំងពិភពលោក។
- **ត្រូវប្រាកដថាគម្រោងរបស់យើងត្រូវបានប្រាប់អំពីការសង្គ្រោះបន្ទាន់របស់អ្នកឱ្យបានឆាប់តាមដែលអាចធ្វើទៅបាន។** យើងត្រូវការតាមដានការថែទាំក្នុងស្ថានភាពអាសន្នរបស់អ្នក។ អ្នកឬនរណាម្នាក់ផ្សេងទៀតគួរទូរសព្ទមកប្រាប់យើងខ្ញុំអំពីការថែទាំក្នុងស្ថានភាពអាសន្នរបស់អ្នកជាធម្មតាក្នុងអំឡុងពេល 48 ម៉ោង។ អ្នកអាចទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិកតាមរយៈលេខដែលមាននៅផ្នែកខាងក្រោយនៃកាតសមាជិកភាពរបស់អ្នក។

ជំពូកទី 3: ការប្រើប្រាស់គម្រោងរបស់យើងសម្រាប់សេវាកម្មវេជ្ជសាស្ត្រ និងសេវាកម្មដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងផ្សេងទៀតរបស់អ្នក

សេវាកម្មដែលបានធានារ៉ាប់រងនៅក្នុងករណីភាពអាសន្នផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ

គម្រោងរបស់យើងរ៉ាប់រងលើសេវាវេជ្ជសាស្ត្របន្ទាន់ក្នុងស្ថានភាពនៅពេលការចូលបន្ទប់សង្គ្រោះ បន្ទាន់តាមវិធីផ្សេងទៀតអាចបង្កគ្រោះថ្នាក់ដល់សុខភាពរបស់អ្នក។ យើងក៏ធានារ៉ាប់រងលើសេវាវេជ្ជសាស្ត្រក្នុងអំឡុងពេលមានភាពអាសន្នផងដែរ។

ត្រូវពេទ្យដែលផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវការថែទាំក្នុងស្ថានភាពអាសន្ននឹងសម្រេចចិត្តនៅពេលដែលស្ថានភាពរបស់អ្នកមានស្ថិរភាព និងនៅពេល ភាពអាសន្នផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រត្រូវបានបញ្ចប់។

បន្ទាប់ពីការសង្គ្រោះបន្ទាន់ត្រូវបានបញ្ចប់ អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានការថែទាំតាមដាន ដើម្បីប្រាកដថា ស្ថានភាពរបស់អ្នកនៅតែបន្តមានស្ថិរភាព។ វាមានសារៈសំខាន់ណាស់ដែលអ្នកត្រូវតាមដានជាមួយអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំបឋមរបស់អ្នកក្នុងរយៈពេល 5 ទៅ 7 ថ្ងៃបន្ទាប់ពីអ្នកទទួលបានការថែទាំក្នុងស្ថានភាពអាសន្ន។ អ្នកនឹងទទួលបានការហៅទូរសព្ទពីក្រុមថែទាំរបស់យើង ដើម្បីជួយអ្នកឱ្យទទួលបានការណាត់ជួបតាមដានដែលចាំបាច់ និងទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ជាសះស្បើយដ៏មានប្រយោជន៍ផ្សេងទៀត។ វេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកនឹងបន្តព្យាបាលអ្នករហូតដល់វេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកទាក់ទងមកយើង ហើយធ្វើផែនការសម្រាប់ការថែទាំបន្ថែម។ ការថែទាំតាមដានរបស់អ្នកនឹងត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយគម្រោងរបស់យើង។ ប្រសិនបើការថែទាំក្នុងស្ថានភាពអាសន្នរបស់អ្នកត្រូវបានផ្តល់ដោយអ្នកផ្តល់សេវាក្រៅបណ្តាញ យើងនឹងព្យាយាមរៀបចំឱ្យអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញទទួលយកការថែទាំរបស់អ្នកឱ្យបានឆាប់តាមដែលស្ថានភាពសុខភាពរបស់អ្នក និងកាលៈទេសៈអនុញ្ញាត។

ចុះបើវាមិនមែនជាភាពអាសន្នផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ?

ពេលខ្លះវាអាចពិបាកក្នុងការដឹងថាតើអ្នកមានភាពអាសន្នផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដែរឬអត់។ ឧទាហរណ៍ អ្នកអាចចូលទៅរកការថែទាំក្នុងស្ថានភាពអាសន្ន ដោយគិតថាសុខភាពរបស់អ្នកស្ថិតក្នុងគ្រោះថ្នាក់ធ្ងន់ធ្ងរ ហើយវេជ្ជបណ្ឌិតអាចនិយាយថាវាមិនមែនជាភាពអាសន្នផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រទេ។ ប្រសិនបើវាបង្ហាញថាវាមិនមែនជាការសង្គ្រោះបន្ទាន់ទេ ដរាបណាអ្នកគិតថាសមហេតុផលថាសុខភាពរបស់អ្នកស្ថិតក្នុងគ្រោះថ្នាក់ធ្ងន់ធ្ងរ យើងនឹងធានារ៉ាប់រងលើការថែទាំរបស់អ្នក។

ទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយ បន្ទាប់ពីវេជ្ជបណ្ឌិតនិយាយថាវាមិនមែនជាការសង្គ្រោះបន្ទាន់ទេ យើងនឹងធានារ៉ាប់រងលើការថែទាំបន្ថែមលុះត្រាតែអ្នកទទួលបានការថែទាំបន្ថែមតាមវិធីមួយក្នុងចំណោមវិធីទាំង 2 នេះ៖

- អ្នកទៅកាន់អ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញដើម្បីទទួលបានការថែទាំបន្ថែម។
- ការថែទាំបន្ថែមដែលអ្នកទទួលបានត្រូវបានចាត់ទុកថាជាសេវាកម្មដែលត្រូវការជាបន្ទាន់ ហើយអ្នកធ្វើតាមច្បាប់ខាងក្រោមសម្រាប់ការទទួលបានការថែទាំបន្ទាន់នេះ។

ផ្នែកទី 3.2 ទទួលបានការថែទាំនៅពេលអ្នកមានតម្រូវការបន្ទាន់សម្រាប់សេវាកម្ម

សេវាកម្មដែលត្រូវការការយកចិត្តទុកដាក់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រភ្លាមៗ (ប៉ុន្តែមិនមែនការសង្គ្រោះបន្ទាន់) គឺជាសេវាកម្មដែលត្រូវការជាបន្ទាន់ ប្រសិនបើអ្នកនៅក្រៅតំបន់សេវាកម្មរបស់គម្រោងរបស់យើងជាបណ្តោះអាសន្ន ឬប្រសិនបើវាមិនសមហេតុផលដោយសារពេលវេលា ទីកន្លែង និងកាលៈទេសៈរបស់អ្នក ដើម្បីទទួលបានសេវាកម្មពីអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ។ ឧទាហរណ៍នៃសេវាកម្មដែលត្រូវការជាបន្ទាន់គឺដំងើ

ជំពូកទី 3: ការប្រើប្រាស់គម្រោងរបស់យើងសម្រាប់សេវាកម្មវេជ្ជសាស្ត្រ និងសេវាកម្មដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងផ្សេងទៀតរបស់អ្នក

និងការរងរបួសផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដែលមិនបានរំពឹងទុក ឬការរើឡើងនៃជំងឺដែលមានស្រាប់ដោយមិនបានរំពឹងទុក។

ទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយ ការជួបពិគ្រោះជាមួយអ្នកផ្តល់សេវាជាប្រចាំដែលចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ ដូចជា ការពិនិត្យសុខភាពប្រចាំឆ្នាំ មិនត្រូវបានចាត់ទុកថាជាតម្រូវការចាំបាច់ជាបន្ទាន់នោះទេ ទោះបីជាអ្នកនៅក្រៅតំបន់សេវាកម្មរបស់គម្រោងរបស់យើង ឬបណ្តាញគម្រោងរបស់យើងមិនមានជាបណ្តោះអាសន្នក៏ដោយ។

សូមទាក់ទងការិយាល័យ PCP របស់អ្នក 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការការថែទាំបន្ទាន់។ អ្នកអាចត្រូវបានណែនាំឱ្យទទួលបានការថែទាំបន្ទាន់នៅមជ្ឈមណ្ឌលថែទាំបន្ទាន់ក្នុងបណ្តាញ។ បញ្ជីនៃមជ្ឈមណ្ឌលថែទាំបន្ទាន់ក្នុងបណ្តាញអាចរកបាននៅក្នុង សៀវភៅបញ្ជីឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថាន ឬនៅលើគេហទំព័ររបស់យើងតាមរយៈ go.wellcare.com/2026providerdirectories។ ប្រសិនបើសេវាកម្មថែទាំបន្ទាន់ត្រូវបានទទួលនៅក្នុងការិយាល័យវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក អ្នកនឹងបង់ថ្លៃរួមចំណែកក្នុងការជួបពិគ្រោះនៅការិយាល័យ។ ទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយ ប្រសិនបើសេវាកម្មថែទាំបន្ទាន់ត្រូវបានទទួលនៅមជ្ឈមណ្ឌលថែទាំបន្ទាន់ក្នុងបណ្តាញ ឬគ្លីនិកមិនទាមទារការណាត់ជាមុន នោះអ្នកនឹងបង់ប្រាក់រួមចំណែករបស់មជ្ឈមណ្ឌលថែទាំបន្ទាន់ ដែលអាចខុសគ្នា។ សូមមើលជំពូកទី 4 សម្រាប់ការបង់ថ្លៃរួមចំណែកដែលអនុវត្តចំពោះសេវាកម្មដែលផ្តល់នៅក្នុងការិយាល័យរបស់វេជ្ជបណ្ឌិត ឬមជ្ឈមណ្ឌលថែទាំបន្ទាន់ក្នុងបណ្តាញ ឬគ្លីនិកមិនទាមទារការណាត់ជាមុន។

អ្នកក៏អាចទាក់ទងលេខបណ្តាញដំបូងគិតលានបង្ហាញយ៉ាងងាយនៅពេលណាក៏បាន។ អ្នកជំនាញគិតលានបង្ហាញនៅប្រចាំការជាមួយនិងចម្លើយចំពោះសំណួររបស់អ្នក 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមទាក់ទងនឹងលេខបណ្តាញដំបូងគិតលានបង្ហាញយ៉ាងងាយ សូមមើលប្រភេទអត្ថប្រយោជន៍នៃកម្មវិធីអប់រំសុខភាព និងសុខុមាលភាពនៅក្នុងជំពូកទី 4 ឬទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិក។

គម្រោងរបស់យើងធានារ៉ាប់រងលើសេវាកម្មថែទាំបន្ទាន់ និងក្នុងក្រាហ្វិកសន្ទនាទូទាំងពិភពលោកនៅខាងក្រៅសហរដ្ឋអាមេរិកក្រោមកាលៈទេសៈដូចខាងក្រោម។ ទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយ Medicare មិនធានារ៉ាប់រងលើការថែទាំក្នុងស្ថានភាពអាសន្ននៅក្រៅសហរដ្ឋអាមេរិកទេ។

- អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងរហូតដល់ \$50,000 នៅពេលធ្វើដំណើរនៅខាងក្រៅសហរដ្ឋអាមេរិកក្រោមការធានារ៉ាប់រងលើការថែទាំបន្ទាន់ និងក្នុងក្រាហ្វិកសន្ទនាទូទាំងពិភពលោករបស់អ្នក។ ការចំណាយដែលលើសពីចំនួននេះនឹងមិនត្រូវបានធានារ៉ាប់រងទេ។
- ការដឹកជញ្ជូនត្រឡប់ទៅសហរដ្ឋអាមេរិកពីប្រទេសមួយផ្សេងទៀត និងថ្នាំដែលបានទិញខណៈពេលដែលនៅក្រៅសហរដ្ឋអាមេរិកមិនត្រូវបានធានារ៉ាប់រងទេ។ លើសពីនេះទៀត ចំណែកថ្លៃចំណាយសម្រាប់បន្ទប់សង្គ្រោះបន្ទាន់មិនត្រូវបានលើកលែងទេ ប្រសិនបើអ្នកទទួលបានការអនុញ្ញាតឱ្យចូលសម្រាកថែទាំសម្រាប់អ្នកជំងឺស្នាក់ព្យាបាល។
- សូមទាក់ទងមកយើងក្នុងរយៈពេល 48 ម៉ោងប្រសិនបើអ្នកអាចធ្វើទៅបានដើម្បីប្រាប់យើងអំពីការចូលបន្ទប់សង្គ្រោះបន្ទាន់របស់អ្នក។

សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមមើល “ការថែទាំសង្គ្រោះបន្ទាន់” និង “សេវាកម្មដែលត្រូវការជាបន្ទាន់” នៅក្នុងតារាងអត្ថប្រយោជន៍វេជ្ជសាស្ត្រនៅក្នុងជំពូកទី 4 នៃឯកសារនេះ ឬទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិក។

ជំពូកទី 3: ការប្រើប្រាស់គម្រោងរបស់យើងសម្រាប់សេវាកម្មវេជ្ជសាស្ត្រ និងសេវាកម្មដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងផ្សេងទៀតរបស់អ្នក

ផ្នែកទី 3.3 ទទួលបានការថែទាំក្នុងអំឡុងពេលមានគ្រោះមហន្តរាយ

ប្រសិនបើអភិបាលរដ្ឋរបស់អ្នក លេខាធិការសុខាភិបាលនិងសេវាមនុស្សរបស់សហរដ្ឋអាមេរិក ឬប្រធានាធិបតីសហរដ្ឋអាមេរិកប្រកាសស្ថានភាពគ្រោះមហន្តរាយ ឬភាពអាសន្ននៅក្នុងតំបន់ភូមិសាស្ត្ររបស់អ្នក អ្នកនៅតែមានសិទ្ធិទទួលបានការថែទាំពីគម្រោងរបស់យើងដដែល។

សូមចូលទៅកាន់ go.wellcare.com/OhanaHI សម្រាប់ព័ត៌មានអំពីរបៀបទទួលបានការថែទាំដែលត្រូវការក្នុងអំឡុងពេលគ្រោះមហន្តរាយ។

ប្រសិនបើអ្នកមិនអាចប្រើអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញក្នុងអំឡុងពេលគ្រោះមហន្តរាយទេ គម្រោងរបស់យើងនឹងអនុញ្ញាតឱ្យអ្នកទទួលបានការថែទាំពីអ្នកផ្តល់សេវាក្រៅបណ្តាញនៅក្នុងចំនួននៃការរួមចំណែកថ្លៃចំណាយក្នុងបណ្តាញ។ ប្រសិនបើអ្នកមិនអាចប្រើឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញក្នុងអំឡុងពេលគ្រោះមហន្តរាយទេ អ្នកអាចបើកឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកនៅឱសថស្ថានក្រៅបណ្តាញបាន។ សូមចូលទៅកាន់ ជំពូកទី 5 ផ្នែកទី 2.4។

ផ្នែកទី 4 តើមានអ្វីកើតឡើងប្រសិនបើអ្នកទទួលបានវិក្កយបត្រដោយផ្ទាល់សម្រាប់តម្លៃទាំងស្រុងនៃសេវាកម្មដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រង?

ប្រសិនបើអ្នកបានបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាកម្មដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នក ឬប្រសិនបើអ្នកទទួលបានវិក្កយបត្រសម្រាប់សេវាវេជ្ជសាស្ត្រដែលមានការធានារ៉ាប់រង សូមចូលទៅកាន់ជំពូកទី 7 សម្រាប់ព័ត៌មានអំពីអ្វីដែលត្រូវធ្វើ។

ផ្នែកទី 4.1 ប្រសិនបើសេវាកម្មមិនត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយគម្រោងរបស់យើង

គម្រោងរបស់យើងធានារ៉ាប់រងលើសេវាកម្មចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រទាំងអស់ ដូចដែលបានរាយនៅក្នុងតារាងអត្ថប្រយោជន៍វេជ្ជសាស្ត្រនៅក្នុងជំពូកទី 4។ ប្រសិនបើអ្នកទទួលបានសេវាកម្មដែលមិនត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយគម្រោងរបស់យើង ឬអ្នកទទួលបានសេវាកម្មក្រៅបណ្តាញដោយគ្មានការអនុញ្ញាត អ្នកទទួលខុសត្រូវចំពោះការបង់ប្រាក់ទាំងស្រុងនៃសេវាកម្ម។ មុនពេលបង់ថ្លៃសេវាកម្ម អ្នកគួរតែពិនិត្យមើលថាតើសេវាកម្មនេះត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយ Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) ដែរឬទេ។

សម្រាប់សេវាកម្មដែលមានការរ៉ាប់រងដែលមានដែនកំណត់អត្ថប្រយោជន៍ អ្នកក៏នឹងបង់ថ្លៃពេញសម្រាប់សេវាកម្មណាមួយដែលអ្នកទទួលបាន បន្ទាប់ពីអ្នកប្រើប្រាស់អត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នកសម្រាប់ប្រភេទសេវាកម្មដែលមានការរ៉ាប់រងនោះ។ ចំនួនទឹកប្រាក់ដែលអ្នកត្រូវបង់សម្រាប់ការចំណាយនៅពេលដែលដែនកំណត់អត្ថប្រយោជន៍ត្រូវបានឈានដល់កំណត់ នឹងមិនត្រូវបានរាប់បញ្ចូលជាអតិបរមាប្រាក់ចេញពីហោប៉ៅទេ។ ឧទាហរណ៍ អ្នកអាចនឹងត្រូវបង់ថ្លៃពេញនៃការថែទាំនៅមណ្ឌលថែទាំសុខភាពជំនាញណាមួយដែលអ្នកទទួលបាន បន្ទាប់ពីការបង់ប្រាក់របស់គម្រោងរបស់យើងឈានដល់ដែនកំណត់អត្ថប្រយោជន៍។ នៅពេលដែលអ្នកបានប្រើដែនកំណត់អត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នកអស់ ការទូទាត់បន្ថែមដែលអ្នកធ្វើសម្រាប់សេវាកម្មមិនរាប់បញ្ចូលទៅក្នុងអតិបរមាប្រាក់ចេញពីហោប៉ៅប្រចាំឆ្នាំរបស់អ្នកទេ។

ជំពូកទី 3: ការប្រើប្រាស់គម្រោងរបស់យើងសម្រាប់សេវាកម្មវេជ្ជសាស្ត្រ និងសេវាកម្មដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងផ្សេងទៀតរបស់អ្នក

ផ្នែកទី 5 សេវាវេជ្ជសាស្ត្រក្នុងការសិក្សាស្រាវជ្រាវគ្លីនិក

ផ្នែកទី 5.1 តើការសិក្សាស្រាវជ្រាវគ្លីនិកគឺជាអ្វី

ការសិក្សាស្រាវជ្រាវគ្លីនិក (ហៅផងដែរថា ការសាកល្បងគ្លីនិក) គឺជាវិធីមួយដែលវេជ្ជបណ្ឌិត និងអ្នកវិទ្យាសាស្ត្រធ្វើតេស្តប្រភេទថ្មីនៃការថែទាំវេជ្ជសាស្ត្រ ដូចជាថា តើថ្នាំមហារីកថ្មីមានប្រសិទ្ធភាពល្អកម្រិតណាជាដើម។ ការសិក្សាស្រាវជ្រាវគ្លីនិកជាកំណត់មួយចំនួនត្រូវបានយល់ព្រមដោយ Medicare។ ការសិក្សាស្រាវជ្រាវគ្លីនិកដែលអនុម័តដោយ Medicare ជាធម្មតាស្នើសុំឱ្យអ្នកស្ម័គ្រចិត្តចូលរួមក្នុងការសិក្សានេះ។ នៅពេលអ្នកស្ថិតនៅក្នុងការសិក្សាស្រាវជ្រាវគ្លីនិក អ្នកអាចបន្តចុះឈ្មោះនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើង ហើយបន្តទទួលបានការថែទាំផ្សេងទៀតរបស់អ្នក (ការថែទាំដែលមិនទាក់ទងនឹងការសិក្សា) តាមរយៈគម្រោងរបស់យើង។

ប្រសិនបើអ្នកចូលរួមក្នុងការសិក្សាមួយដែលត្រូវបានអនុម័តដោយ Medicare នោះ Original Medicare បង់ថ្លៃចំណាយភាគច្រើនសម្រាប់សេវាកម្មដែលបានធានារ៉ាប់រងដែលអ្នកទទួលបានជាផ្នែកនៃការសិក្សានេះ។ ប្រសិនបើអ្នកប្រាប់យើងថាអ្នកស្ថិតនៅក្នុងការសាកល្បងគ្លីនិកដែលមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ អ្នកគ្រាន់តែទទួលខុសត្រូវចំពោះការរួមចំណែកថ្លៃចំណាយក្នុងបណ្តាញសម្រាប់សេវាកម្មនៅក្នុងការសាកល្បងនោះប៉ុណ្ណោះ។ ប្រសិនបើអ្នកបានបង់ប្រាក់បន្ថែម – ឧទាហរណ៍ ប្រសិនបើអ្នកបានបង់ប្រាក់រួចហើយចំនួនទឹកប្រាក់នៃការរួមចំណែកថ្លៃចំណាយរបស់ Original Medicare – យើងនឹងសងប្រាក់វិញនូវចំនួនខុសគ្នារវាងចំនួនដែលអ្នកបានបង់ និងចំនួនរួមចំណែកថ្លៃចំណាយក្នុងបណ្តាញ។ អ្នកនឹងត្រូវផ្តល់ឯកសារដើម្បីបង្ហាញយើងពីចំនួនដែលអ្នកបានបង់។

ប្រសិនបើអ្នកចង់ចូលរួមក្នុងការសិក្សាស្រាវជ្រាវគ្លីនិកណាមួយដែលអនុម័តដោយ Medicare អ្នកមិនចាំបាច់ប្រាប់យើង ឬទទួលបានការយល់ព្រមពីយើង ឬ PCP របស់អ្នកទេ។ អ្នកផ្តល់សេវាដែលផ្តល់ការថែទាំរបស់អ្នកជាផ្នែកមួយនៃការសិក្សាស្រាវជ្រាវគ្លីនិកមិនចាំបាច់ជាផ្នែកមួយនៃបណ្តាញនៃគម្រោងរបស់យើងទេ។ (ករណីនេះមិនអនុវត្តចំពោះអត្ថប្រយោជន៍ដែលបានធានារ៉ាប់រងដែលតម្រូវឱ្យមានការសាកល្បងគ្លីនិក ឬការចុះឈ្មោះដើម្បីវាយតម្លៃអត្ថប្រយោជន៍ រួមទាំងអត្ថប្រយោជន៍មួយចំនួនដែលតម្រូវឱ្យមានការធានារ៉ាប់រងជាមួយនឹងការអភិវឌ្ឍកស្តតាង (NCD-CED) និងការសិក្សាអំពីការលើកលែងឧបករណ៍ស៊ីបអង្កេត (IDE)។ អត្ថប្រយោជន៍ទាំងនេះក៏អាចស្ថិតក្រោមការអនុញ្ញាតជាមុន និងច្បាប់គម្រោងផ្សេងទៀតផងដែរ។)

ខណៈពេលដែលអ្នកមិនត្រូវការការអនុញ្ញាតពីគម្រោងរបស់យើងដើម្បីចូលរួមក្នុងការសិក្សាស្រាវជ្រាវគ្លីនិក យើងលើកទឹកចិត្តអ្នកឱ្យជូនដំណឹងមកយើងជាមុន នៅពេលអ្នកជ្រើសរើសចូលរួមក្នុងការសាកល្បងគ្លីនិកដែលមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់របស់ Medicare។

ប្រសិនបើអ្នកចូលរួមក្នុងការសិក្សាមួយដែលមិនត្រូវបានអនុម័តដោយ Medicare អ្នកនឹងទទួលខុសត្រូវចំពោះការចំណាយទាំងអស់សម្រាប់ការចូលរួមរបស់អ្នកក្នុងការសិក្សានេះ។

ជំពូកទី 3: ការប្រើប្រាស់គម្រោងរបស់យើងសម្រាប់សេវាកម្មវេជ្ជសាស្ត្រ និងសេវាកម្មដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងផ្សេងទៀតរបស់អ្នក

ផ្នែកទី 5.2 អ្នកដែលបង់ថ្លៃសេវាកម្មក្នុងការសិក្សាស្រាវជ្រាវគ្លីនិក

នៅពេលដែលអ្នកចូលរួមក្នុងការសិក្សាស្រាវជ្រាវគ្លីនិកដែលអនុម័តដោយ Medicare នោះ Original Medicare នឹងរ៉ាប់រងលើផលិតផល និងសេវាកម្មជាប្រចាំដែលអ្នកទទួលបានជាផ្នែកនៃការសិក្សារួមមាន៖

- បន្ទប់ និងអាហារសម្រាប់ការសម្រាកក្នុងមន្ទីរពេទ្យដែល Medicare នឹងបង់ជូន ទោះបីជាលោកអ្នកមិនចូលរួមក្នុងការសិក្សាស្រាវជ្រាវនេះ ក៏ដោយ។
- ការរក្សាទុក ឬនីតិវិធីវេជ្ជសាស្ត្រផ្សេងទៀត ប្រសិនបើវាជាផ្នែកនៃការសិក្សាស្រាវជ្រាវ។
- ការព្យាបាលផលរំខាននិងផលវិបាកនៃការថែទាំថ្មី។

បន្ទាប់ពី Medicare បានបង់ចំណែកនៃថ្លៃចំណាយរបស់ខ្លួនសម្រាប់សេវាកម្មទាំងនេះ គម្រោងរបស់យើងនឹងបង់ប្រាក់ដែលនៅសល់។ ដូចគ្នានឹងសេវាកម្មដែលបានធានារ៉ាប់រងទាំងអស់ដែរ អ្នកនឹងមិនចំណាយអ្វីឡើយសម្រាប់សេវាកម្មដែលបានធានារ៉ាប់រងដែលអ្នកទទួលបាននៅក្នុងការសិក្សាស្រាវជ្រាវគ្លីនិក។

នៅពេលអ្នកស្ថិតនៅក្នុងការសិក្សាស្រាវជ្រាវគ្លីនិក **ទាំង Medicare និងគម្រោងរបស់យើងនឹងមិនបង់ប្រាក់សម្រាប់ចំណុចណាមួយខាងក្រោម៖**

- ជាទូទៅ Medicare នឹងមិនបង់ថ្លៃសម្រាប់ផលិតផល ឬសេវាកម្មថ្មីដែលការសិក្សាកំពុងធ្វើតេស្តទេ លុះត្រាតែ Medicare ធានារ៉ាប់រងលើផលិតផល ឬសេវាកម្ម ទោះបីជាអ្នកមិនបានចូលរួមក្នុងការសិក្សាក៏ដោយ។
- ផលិតផល ឬសេវាកម្មដែលផ្តល់ជូនដើម្បីប្រមូលទិន្នន័យតែប៉ុណ្ណោះ ហើយមិនត្រូវបានប្រើនៅក្នុងការថែទាំសុខភាពដោយផ្ទាល់របស់អ្នក។ ឧទាហរណ៍ Medicare នឹងមិនបង់ថ្លៃសម្រាប់ការស្កេន CT ប្រចាំខែដែលធ្វើឡើងជាផ្នែកនៃការសិក្សាទេ ប្រសិនបើស្ថានភាពសុខភាពរបស់អ្នកជាធម្មតាតម្រូវឱ្យមានការស្កេន CT តែមួយដងប៉ុណ្ណោះ។
- ផលិតផលនិងសេវាកម្មដែលផ្តល់ដោយអ្នកឧបត្ថម្ភការស្រាវជ្រាវដោយឥតគិតថ្លៃសម្រាប់មនុស្សនៅក្នុងការសាកល្បង។

ទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែមអំពីការចូលរួមក្នុងការសិក្សាស្រាវជ្រាវគ្លីនិក

ទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែមអំពីការចូលរួមក្នុងការសិក្សាស្រាវជ្រាវគ្លីនិកនៅក្នុងការបោះពុម្ពផ្សាយ Medicare និងការសិក្សាស្រាវជ្រាវគ្លីនិក ដែលមាននៅ www.Medicare.gov/sites/default/files/2019-09/02226-medicare-and-clinical-research-studies.pdf) អ្នកក៏អាចទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY ទូរសព្ទទៅលេខ 1-877-486-2048។

ជំពូកទី 3: ការប្រើប្រាស់គម្រោងរបស់យើងសម្រាប់សេវាកម្មវេជ្ជសាស្ត្រ និងសេវាកម្មដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងផ្សេងទៀតរបស់អ្នក

ផ្នែកទី 6 វិធានសម្រាប់ការទទួលបានការថែទាំនៅក្នុងមណ្ឌលថែទាំសុខភាពតាមបែបសាសនាដែលគ្មានលក្ខណៈវេជ្ជសាស្ត្រ

ផ្នែកទី 6.1 មណ្ឌលថែទាំសុខភាពតាមបែបសាសនាដែលគ្មានលក្ខណៈវេជ្ជសាស្ត្រ

មណ្ឌលថែទាំសុខភាពតាមបែបសាសនាដែលគ្មានលក្ខណៈវេជ្ជសាស្ត្រ គឺជាមណ្ឌលដែលផ្តល់ការថែទាំសម្រាប់ស្ថានភាពដែលជាធម្មតានឹងត្រូវបានព្យាបាលនៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យ ឬមណ្ឌលថែទាំជំនាញ។ ប្រសិនបើការទទួលបានការថែទាំនៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យ ឬមណ្ឌលថែទាំជំនាញគឺប្រឆាំងនឹងជំនឿសាសនារបស់សមាជិកយើងនឹងធានារ៉ាប់រងលើការថែទាំនៅក្នុងមណ្ឌលថែទាំសុខភាពតាមបែបសាសនាដែលគ្មានលក្ខណៈវេជ្ជសាស្ត្រ។ អត្ថប្រយោជន៍នេះត្រូវបានផ្តល់ជូនសម្រាប់តែសេវាកម្មជំងឺស្នាក់ព្យាបាលក្នុងផ្នែក A (សេវាថែទាំសុខភាពមិនមែនវេជ្ជសាស្ត្រ) ប៉ុណ្ណោះ។

ផ្នែកទី 6.2 របៀបទទួលបានការថែទាំពីមណ្ឌលថែទាំសុខភាពតាមបែបសាសនាដែលគ្មានលក្ខណៈវេជ្ជសាស្ត្រ

ដើម្បីទទួលបានការថែទាំពីមណ្ឌលថែទាំសុខភាពតាមបែបសាសនាដែលគ្មានលក្ខណៈវេជ្ជសាស្ត្រ អ្នកត្រូវតែចុះហត្ថលេខាលើឯកសារស្របច្បាប់ដែលនិយាយថាអ្នកប្រឆាំងនឹងការព្យាបាលវេជ្ជសាស្ត្រដែល**មិនមានការលើកលែង**។

- ការថែទាំ ឬការព្យាបាលវេជ្ជសាស្ត្រដែល**មិនមានការលើកលែង** គឺជាការថែទាំ ឬការព្យាបាលវេជ្ជសាស្ត្រណាមួយដែលស្ម័គ្រចិត្ត ហើយមិនតម្រូវដោយច្បាប់សហព័ន្ធ រដ្ឋ ឬមូលដ្ឋានណាមួយឡើយ។
- ការព្យាបាលវេជ្ជសាស្ត្រ**លើកលែង** គឺជាការថែទាំវេជ្ជសាស្ត្រ ឬការព្យាបាលដែលអ្នកទទួលបានដែលមិនមែនជាការស្ម័គ្រចិត្ត ឬត្រូវបានតម្រូវក្រោមច្បាប់សហព័ន្ធ រដ្ឋ ឬមូលដ្ឋាន។

ដើម្បីទទួលបានការរ៉ាប់រងពីគម្រោងរបស់យើង ការថែទាំដែលអ្នកទទួលបានពីមណ្ឌលថែទាំសុខភាពតាមបែបសាសនាដែលគ្មានលក្ខណៈវេជ្ជសាស្ត្រត្រូវតែបំពេញនូវលក្ខខណ្ឌដូចខាងក្រោម៖

- សម្ភារៈបរិក្ខារដែលផ្តល់ការថែទាំត្រូវតែមានការបញ្ជាក់ពី Medicare ។
- គម្រោងរបស់យើងរ៉ាប់រងតែលើទិដ្ឋភាពនៃការថែទាំដែលមិនមែនជាសាសនាប៉ុណ្ណោះ។
- ប្រសិនបើអ្នកទទួលបានសេវាកម្មពីស្ថាប័ននេះដែលផ្តល់ជូនអ្នកនៅក្នុងមណ្ឌលណាមួយ លក្ខខណ្ឌខាងក្រោមនឹងត្រូវបានអនុវត្ត៖
 - អ្នកត្រូវតែមានស្ថានភាពវេជ្ជសាស្ត្រ ដែលអនុញ្ញាតឱ្យអ្នកទទួលបានសេវាកម្មដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងសម្រាប់ការថែទាំសុខភាពនៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យ ឬមណ្ឌលថែទាំសុខភាពជំនាញ។
 - – និង – អ្នកត្រូវតែទទួលបានការយល់ព្រមជាមុនពីគម្រោងរបស់យើងមុនពេលអ្នកត្រូវបានអនុញ្ញាតឱ្យចូលសម្រាកព្យាបាលក្នុងមណ្ឌល បើមិនដូច្នោះទេ ការស្នាក់នៅរបស់អ្នក នឹងមិនត្រូវបានធានារ៉ាប់រងទេ។

ជំពូកទី 3: ការប្រើប្រាស់គម្រោងរបស់យើងសម្រាប់សេវាកម្មវេជ្ជសាស្ត្រ និងសេវាកម្មដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងផ្សេងទៀតរបស់អ្នក

ការស្នាក់នៅរបស់អ្នកនៅក្នុងមណ្ឌលថែទាំសុខភាពតាមបែបសាសនាដែលគ្មានលក្ខណៈវេជ្ជសាស្ត្រមិនត្រូវបានរ៉ាប់រងដោយគម្រោងរបស់យើងទេ លុះត្រាតែអ្នកទទួលបានការអនុញ្ញាត (ការយល់ព្រម) ជាមុនពីគម្រោងរបស់យើង ហើយនឹងស្ថិតក្រោមដែនកំណត់នៃការធានារ៉ាប់រងដូចគ្នានឹងការថែទាំអ្នកជំងឺស្នាក់ព្យាបាល ឬមណ្ឌលថែទាំជំនាញដែលអ្នកនឹងទទួលបានបើមិនដូច្នោះទេ។ សូមមើលតារាងអត្ថប្រយោជន៍វេជ្ជសាស្ត្រនៅក្នុងជំពូកទី 4 សម្រាប់ច្បាប់ធានារ៉ាប់រង និងព័ត៌មានបន្ថែមស្តីពីការរួមចំណែកផ្តល់ឈាម និងការកំណត់សម្រាប់ការធានារ៉ាប់រងសម្រាប់អ្នកជំងឺស្នាក់ព្យាបាល និងការថែទាំជំនាញ។

ផ្នែកទី 7 ច្បាប់សម្រាប់ភាពជាម្ចាស់នៃបរិក្ខារវេជ្ជសាស្ត្រដែលប្រើបានយូរ

ផ្នែកទី 7.1 អ្នកនឹងមិនជាម្ចាស់ឧបករណ៍វេជ្ជសាស្ត្រដែលប្រើជាប់បានយូរមួយចំនួនទេ បន្ទាប់ពីធ្វើការទូទាត់ចំនួនជាក់លាក់នៅក្រោមគម្រោងរបស់យើង

ឧបករណ៍វេជ្ជសាស្ត្រប្រើប្រាស់បានយូរ (DME) រួមមានឧបករណ៍និងបរិក្ខារអ្នកស៊ីសែន រទេះរុញ ឧបករណ៍ជំនួយការងារ ប្រព័ន្ធពូកដើរដោយថាមពល ឈើច្រក់ សម្ភារៈផ្គត់ផ្គង់ជំងឺទឹកនោមផ្អែម ឧបករណ៍បង្កើតការនិយាយ ម៉ាស៊ីនចាក់ថ្នាំ IV ម៉ាស៊ីនឆ្កែ និងគ្រែមន្ទីរពេទ្យដែលបញ្ជាទិញដោយអ្នកផ្តល់សេវាសម្រាប់សមាជិកប្រើប្រាស់ក្នុងផ្ទះ។ សមាជិកតែងតែជាម្ចាស់ឧបករណ៍ DME មួយចំនួន ដូចជាឧបករណ៍សិប្បនិម្មិត។ ប្រភេទ DME ផ្សេងទៀតដែលអ្នកត្រូវតែជួល។

នៅក្នុង Original Medicare អ្នកដែលជួល DME ប្រភេទជាក់លាក់ ជាម្ចាស់កម្មសិទ្ធិនៃសម្ភារបន្ទាប់ពីចំណាយលើការបង់ថ្លៃរួមសម្រាប់ទំនិញរយៈពេល 13 ខែ។ ក្នុងនាមជាសមាជិកនៃគម្រោងរបស់យើង ក៏មានប្រភេទ DME មួយចំនួនដែលអ្នកនឹងកាន់កាប់ផងដែរ បន្ទាប់ពីបង់ការបង់ថ្លៃរួមសម្រាប់មុខទំនិញសម្រាប់ចំនួនខែជាក់លាក់។ ការបង់ប្រាក់ពីមុនរបស់អ្នកចំពោះឧបករណ៍ DME នៅពេលអ្នកមាន Original Medicare មិនរាប់បញ្ចូលចំពោះការបង់ប្រាក់ដែលអ្នកធ្វើខណៈពេលជាសមាជិកនៃគម្រោងរបស់យើងទេ។ ប្រសិនបើអ្នកទទួលបានសិទ្ធិកាន់កាប់ឧបករណ៍ DME ខណៈពេលដែលអ្នកជាសមាជិកនៃគម្រោងរបស់យើង ហើយឧបករណ៍ទាមទារការថែទាំ អ្នកផ្តល់សេវាត្រូវបានអនុញ្ញាតឱ្យចេញវិក្កយបត្រគិតប្រាក់ពីគម្រោងសម្រាប់ថ្លៃជួសជុល។ វាក៏មានប្រភេទជាក់លាក់នៃ DME ដែលអ្នកនឹងមិនទទួលបានភាពជាម្ចាស់កម្មសិទ្ធិដោយមិនគិតថា តើអ្នកធ្វើការបង់ប្រាក់ប៉ុន្មានដងសម្រាប់ផលិតផលខណៈពេលដែលជាសមាជិកនៃគម្រោងរបស់យើង។ សូមទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិក ដើម្បីស្វែងយល់អំពីលក្ខខណ្ឌតម្រូវនៃការជួល ឬសិទ្ធិកាន់កាប់របស់ DME និងឯកសារដែលអ្នកត្រូវផ្តល់។

តើមានអ្វីកើតឡើងចំពោះការបង់ប្រាក់ដែលអ្នកបានបង់សម្រាប់ឧបករណ៍វេជ្ជសាស្ត្រប្រើបានយូរប្រសិនបើអ្នកប្តូរទៅ Original Medicare?

ប្រសិនបើអ្នកមិនបានទទួលបានភាពជាម្ចាស់នៃឧបករណ៍ DME ខណៈពេលដែលនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើង អ្នកនឹងត្រូវធ្វើការទូទាត់ថ្មីចំនួន 13 ដងជាប់ៗគ្នា បន្ទាប់ពីអ្នកប្តូរទៅ Original Medicare ដើម្បីធ្វើជាម្ចាស់នៃឧបករណ៍ DME។ ការបង់ប្រាក់ដែលអ្នកបានធ្វើខណៈពេលចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងរបស់យើងមិនរាប់បញ្ចូលការបង់ប្រាក់ទាំង 13 នេះទេ។

ឧទាហរណ៍ទី 1: អ្នកបានបង់ប្រាក់ 12 ដងឬក៏ចង់ដឹងនេះសម្រាប់ផលិតផលនៅក្នុង Original Medicare ហើយបន្ទាប់មកបានចូលរួមក្នុងគម្រោងរបស់យើង។ ការបង់ប្រាក់ដែលអ្នកបានធ្វើនៅក្នុង Original

ជំពូកទី 3: ការប្រើប្រាស់គម្រោងរបស់យើងសម្រាប់សេវាកម្មវេជ្ជសាស្ត្រ និងសេវាកម្មដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងផ្សេងទៀតរបស់អ្នក

Medicare មិនរាប់បញ្ចូលទេ។ អ្នកនឹងត្រូវធ្វើការបង់ប្រាក់ចំនួន 13 ទៅកាន់គម្រោងរបស់យើងមុនពេល ក្លាយជាម្ចាស់ផលិតផល។

ឧទាហរណ៍ទី 2: អ្នកបានបង់ប្រាក់ 12 ដងប្រតិបត្តិការនេះសម្រាប់ផលិតផលនៅក្នុង Original Medicare ហើយបន្ទាប់មកបានចូលរួមក្នុងគម្រោងរបស់យើង។ អ្នកមិនបានទទួលបានភាពជាម្ចាស់កម្មសិទ្ធិនៃ ផលិតផលទេ ខណៈពេលដែលនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើង។ បន្ទាប់មកអ្នកត្រលប់ទៅ Original Medicare វិញ។ អ្នកនឹងត្រូវធ្វើការបង់ប្រាក់ថ្មីចំនួន 13 ដងជាប់គ្នាដើម្បីក្លាយជាម្ចាស់ផលិតផលនៅពេល អ្នកចូលរួមជាមួយ Original Medicare ម្តងទៀត។ ការបង់ប្រាក់ណាមួយដែលអ្នកបានធ្វើរួចហើយ (មិនថា ទៅគម្រោងរបស់យើង ឬទៅ Original Medicare ទេ) មិនរាប់បញ្ចូលទេ។

ផ្នែកទី 7.2 ច្បាប់សម្រាប់ឧបករណ៍អ្នកស៊ីសែន បរិក្ខារ និងការថែទាំ

ប្រសិនបើអ្នកមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ការធានារ៉ាប់រងលើឧបករណ៍អ្នកស៊ីសែន Medicare Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP) នឹងធានារ៉ាប់រង៖

- ការជួលឧបករណ៍ផ្តល់អ្នកស៊ីសែន
- ការចែកចាយអ្នកស៊ីសែននិងចំណុះអ្នកស៊ីសែន
- បំពង់និងគ្រឿងបន្លាស់អ្នកស៊ីសែនដែលពាក់ព័ន្ធសម្រាប់ការផ្តល់អ្នកស៊ីសែននិងមាតិកាអ្នកស៊ីសែន
- ការថែទាំ និងជួសជុលឧបករណ៍អ្នកស៊ីសែន

ប្រសិនបើអ្នកចាកចេញពី Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP) ឬលែងត្រូវការឧបករណ៍អ្នកស៊ីសែនផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រទៀត នោះឧបករណ៍អ្នកស៊ីសែនត្រូវតែប្រគល់មកវិញ។

តើមានអ្វីកើតឡើងប្រសិនបើអ្នកចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើងហើយត្រលប់ទៅ Original Medicare វិញ?

Original Medicare តម្រូវឱ្យអ្នកផ្គត់ផ្គង់អ្នកស៊ីសែនផ្តល់សេវាកម្មដល់អ្នករយៈពេល 5 ឆ្នាំ។ ក្នុងអំឡុងពេល 36 ខែដំបូង អ្នកជួលឧបករណ៍ សម្រាប់រយៈពេល 24 ខែដែលនៅសល់ អ្នកផ្គត់ផ្គង់ផ្តល់ឧបករណ៍ និង ការថែទាំ (អ្នកនៅតែទទួលបានសេវាត្រូវចំពោះការបង់ថ្លៃរបស់សម្រាប់អ្នកស៊ីសែន)។ បន្ទាប់ពី 5 ឆ្នាំអ្នកអាច ជ្រើសរើសបន្តនៅជាមួយក្រុមហ៊ុនដែលឬទៅក្រុមហ៊ុនផ្សេងទៀត។ នៅចំណុចនេះ រដ្ឋ 5 ឆ្នាំចាប់ផ្តើម ម្តងទៀត បើទោះបីជាអ្នកបន្តនៅជាមួយក្រុមហ៊ុនដែលកំដៅ ហើយអ្នកត្រូវបានគេតម្រូវឱ្យបង់ប្រាក់ រួមចំណែកសម្រាប់រយៈពេល 36 ខែដំបូង។ ប្រសិនបើអ្នកចូលរួម ឬចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើង រដ្ឋ 5 ឆ្នាំចាប់ផ្តើមម្តងទៀត។

ជំពូកទី 4: តារាងអត្ថប្រយោជន៍វេជ្ជសាស្ត្រ (អ្វីដែលត្រូវបានរ៉ាប់រង)

ជំពូកទី 4:

តារាងអត្ថប្រយោជន៍វេជ្ជសាស្ត្រ (អ្វីដែលត្រូវបានរ៉ាប់រង)

ផ្នែកទី 1 ការយល់ដឹងអំពីសេវាកម្មដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រង

តារាងអត្ថប្រយោជន៍វេជ្ជសាស្ត្ររាយបញ្ជីសេវាកម្មដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកក្នុងនាមជាសមាជិកនៃគម្រោងរបស់យើង។ ផ្នែកនេះក៏ផ្តល់ព័ត៌មានអំពីសេវាកម្មវេជ្ជសាស្ត្រដែលមិនត្រូវបានធានារ៉ាប់រង និងពន្យល់ពីដែនកំណត់លើសេវាកម្មមួយចំនួន។

ផ្នែកទី 1.1 អ្នកមិនត្រូវបង់ថ្លៃអ្វីសម្រាប់សេវាកម្មដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកទេ

ដោយសារតែអ្នកទទួលបានជំនួយពី Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) អ្នកមិនបង់ប្រាក់អ្វីទាំងអស់សម្រាប់សេវាកម្មដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នក ដរាបណាអ្នកធ្វើតាមច្បាប់របស់គម្រោងរបស់យើងសម្រាប់ការទទួលបានការថែទាំរបស់អ្នក។ (សូមចូលទៅជំពូកទី 3 សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីច្បាប់របស់គម្រោងសម្រាប់ការទទួលបានការថែទាំរបស់អ្នក។)

ផ្នែកទី 1.2 តើអ្នកនឹងត្រូវបង់ថ្លៃច្រើនបំផុតប៉ុន្មានសម្រាប់សេវាវេជ្ជសាស្ត្រដែលធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare Part A និង Part B?

ចំណាំ: ដោយសារតែសមាជិករបស់យើងទទួលបានជំនួយពី Medicaid ដែរ ដូច្នេះសមាជិកភិចតូចណាស់ដែលឈានដល់ចំនួនអតិបរមានៃប្រាក់ហោប៉ៅ។ អ្នកមិនទទួលខុសត្រូវចំពោះការបង់ថ្លៃចំណាយចេញពីហោប៉ៅណាមួយចំពោះចំនួនប្រាក់ពីហោប៉ៅជាអតិបរមាសម្រាប់សេវាកម្មផ្នែក A និងផ្នែក B ដែលមានការធានារ៉ាប់រងទេ។

គម្រោង Medicare Advantage មានដែនកំណត់លើចំនួនដែលអ្នកត្រូវបង់ចេញពីហោប៉ៅជារៀងរាល់ឆ្នាំសម្រាប់សេវាវេជ្ជសាស្ត្រដែលធានារ៉ាប់រងក្រោម Medicare Part A និង Part B។ ដែនកំណត់នេះត្រូវបានគេហៅថាជាចំនួនប្រាក់ហោប៉ៅអតិបរមា (MOOP) សម្រាប់សេវាវេជ្ជសាស្ត្រ។ **សម្រាប់ឆ្នាំប្រតិទិន 2026 ចំនួនទឹកប្រាក់ MOOP គឺ \$9,250។**

ចំនួនដែលអ្នកត្រូវបង់សម្រាប់ការបង់ថ្លៃរួម និងការធានារ៉ាប់រងសម្រាប់សេវាកម្មដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រង រាប់បញ្ចូលទៅក្នុងចំនួនប្រាក់ហោប៉ៅអតិបរមា។ ចំនួនដែលអ្នកបង់សម្រាប់ឱសថផ្នែក D មិនរាប់បញ្ចូលទៅក្នុងចំនួនអតិបរមានៃប្រាក់ហោប៉ៅរបស់អ្នកទេ។ លើសពីនេះទៀត ចំនួនដែលអ្នកត្រូវបង់សម្រាប់សេវាកម្មមួយចំនួនមិនរាប់បញ្ចូលទៅក្នុងចំនួនអតិបរមាប្រាក់ហោប៉ៅរបស់អ្នក

ជំពូកទី 4: តារាងអត្ថប្រយោជន៍វេជ្ជសាស្ត្រ (អ្វីដែលត្រូវបានរ៉ាប់រង)

ទេ។ សេវាកម្មទាំងនេះត្រូវបានសម្គាល់ដោយសញ្ញាផ្កាយ (*) នៅក្នុងតារាងអត្ថប្រយោជន៍វេជ្ជសាស្ត្រ។ ប្រសិនបើអ្នកឈានដល់ចំនួនប្រាក់ហោប៉ៅអតិបរមា \$9,250 អ្នកនឹងមិនចាំបាច់បង់ថ្លៃចំណាយចេញពីហោប៉ៅសម្រាប់រយៈពេលនៅសល់នៃឆ្នាំសម្រាប់សេវាផ្នែក A និងផ្នែក B ដែលមានការធានារ៉ាប់រងទេ។ ទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយ អ្នកត្រូវតែបន្តបង់ថ្លៃធានារ៉ាប់រង Medicare Part B (លុះត្រាតែថ្លៃធានារ៉ាប់រងផ្នែក B របស់អ្នកត្រូវបានបង់ឱ្យអ្នកដោយ Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) ឬភាគីទីបីផ្សេងទៀត)។

ផ្នែកទី 2 តារាងអត្ថប្រយោជន៍វេជ្ជសាស្ត្របង្ហាញពីអត្ថប្រយោជន៍វេជ្ជសាស្ត្រនិងថ្លៃចំណាយរបស់អ្នក

តារាងអត្ថប្រយោជន៍វេជ្ជសាស្ត្រនៅទំព័របន្ទាប់រាយបញ្ជីសេវាដែលគម្រោងរបស់យើងធានារ៉ាប់រង (ការធានារ៉ាប់រងឱសថផ្នែក D មាននៅក្នុងជំពូកទី 5)។ សេវាកម្មដែលបានរាយនៅក្នុងតារាងអត្ថប្រយោជន៍វេជ្ជសាស្ត្រត្រូវបានធានារ៉ាប់រងតែនៅពេលដែលលក្ខខណ្ឌកម្រិតទាំងនេះត្រូវបានបំពេញប៉ុណ្ណោះ៖

- សេវាកម្មដែលធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare និង Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) របស់អ្នកត្រូវតែផ្តល់ជូនស្របតាមគោលការណ៍ណែនាំស្តីពីការធានារ៉ាប់រងរបស់ Medicare និង Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid)។
- សេវារបស់អ្នក (រួមទាំងការថែទាំផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ សេវាកម្ម បរិក្ខារ ឧបករណ៍ និងឱសថផ្នែក B) ត្រូវតែមានភាពចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ។ ភាពចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រមានន័យថា សេវាកម្ម បរិក្ខារ ឧបករណ៍ ឬឱសថដែលចាំបាច់សម្រាប់ការបង្ការ ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ ឬការព្យាបាលស្ថានភាពវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នក និងបំពេញតាមស្តង់ដារនៃការអនុវត្តផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដែលបានទទួលយក។
- សម្រាប់អ្នកចុះឈ្មោះថ្មី គម្រោងថែទាំដែលមានការសម្របសម្រួលដោយ MA របស់អ្នកត្រូវតែផ្តល់រយៈពេលអន្តរកាលអប្បបរមា 90 ថ្ងៃ ក្នុងអំឡុងពេលដែលគម្រោង MA ថ្មីប្រហែលជាមិនតម្រូវឱ្យមានការអនុញ្ញាតជាមុនសម្រាប់វត្ថុព្យាបាលសកម្មណាមួយឡើយ ទោះបីជាវត្ថុព្យាបាលគឺសម្រាប់សេវាកម្មដែលចាប់ផ្តើមជាមួយអ្នកផ្តល់សេវាក្រៅបណ្តាញក៏ដោយ។
- អ្នកមានអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំបឋម (PCP) ដែលផ្តល់និងត្រួតពិនិត្យការថែទាំរបស់អ្នក។
- សេវាកម្មមួយចំនួនដែលបានរាយនៅក្នុងតារាងអត្ថប្រយោជន៍វេជ្ជសាស្ត្រត្រូវបានធានារ៉ាប់រងលុះត្រាតែវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក ឬអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញផ្សេងទៀតទទួលបានការយល់ព្រមពីយើងជាមុន (ជួនកាលត្រូវបានគេហៅថាការអនុញ្ញាតជាមុន)។ សេវាកម្មដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដែលត្រូវការការយល់ព្រមជាមុនត្រូវបានសម្គាល់នៅក្នុងតារាងអត្ថប្រយោជន៍វេជ្ជសាស្ត្រជាអក្សរទ្រេត។
- ប្រសិនបើគម្រោងថែទាំដែលមានការសម្របសម្រួលរបស់អ្នកផ្តល់ការយល់ព្រមលើសំណើសុំការអនុញ្ញាតជាមុនសម្រាប់វត្ថុព្យាបាល ការយល់ព្រមត្រូវតែមានសុពលភាពដរាបណាវាសមហេតុផលខាងវេជ្ជសាស្ត្រ និងចាំបាច់ ដើម្បីជៀសវាងការរំខានក្នុងការថែទាំ ស្របតាមលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យនៃការធានារ៉ាប់រងដែលអាចអនុវត្តបាន ប្រវត្តិវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នក និងអនុសាសន៍របស់អ្នកផ្តល់ការព្យាបាល។

ជំពូកទី 4: តារាងអត្ថប្រយោជន៍វេជ្ជសាស្ត្រ (អ្វីដែលត្រូវបានរ៉ាប់រង)

រឿងសំខាន់ផ្សេងទៀតដែលត្រូវដឹងអំពីការធានារ៉ាប់រងរបស់យើង៖

- អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយទាំង Medicare និង Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid)។ Medicare រ៉ាប់រងលើការថែទាំសុខភាព និងឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជា។ Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) ធានារ៉ាប់រងលើការរួមចំណែកថ្លៃចំណាយរបស់អ្នកសម្រាប់សេវាកម្ម Medicare រួមទាំងការកាត់កង Medicare និងការបង់ថ្លៃរួម ឬចំនួនទឹកប្រាក់ធានារ៉ាប់រង រួមគ្នាសម្រាប់សេវាកម្មមន្ទីរពេទ្យអ្នកជំងឺស្នាក់ព្យាបាល និងអ្នកជំងឺក្រៅ និងការជួបពិគ្រោះ នៅការិយាល័យវេជ្ជបណ្ឌិត។ Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) ក៏ធានារ៉ាប់រង លើសេវាកម្មដែល Medicare មិនធានារ៉ាប់រងផងដែរ ដូចជាការថែទាំរយៈពេលវែង ឱសថគ្មាន វេជ្ជបញ្ជាមួយចំនួន និងសេវាកម្មតាមផ្ទះ និងសហគមន៍។
- ដូចគម្រោងសុខភាពរបស់ Medicare ទាំងអស់ដែរ យើងធានារ៉ាប់រងលើអ្វីគ្រប់យ៉ាងដែល Original Medicare ធានារ៉ាប់រង។ (ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពីការធានារ៉ាប់រង និងថ្លៃចំណាយ របស់ Original Medicare សូមចូលមើលសៀវភៅណែនាំអំពី Medicare និង អ្នកក្នុងឆ្នាំ 2026 ។ មើល វាតាមអនឡាញតាមអាសយដ្ឋាន www.Medicare.gov ឬស្នើសុំច្បាប់ចម្លងដោយទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY សូមទូរសព្ទទៅលេខ 1-877-486-2048។)
- សម្រាប់សេវាបង្ការដែលរ៉ាប់រងដោយឥតគិតថ្លៃនៅក្រោម Original Medicare យើងក៏រ៉ាប់រងលើ សេវាកម្មទាំងនោះដោយឥតគិតថ្លៃសម្រាប់អ្នកផងដែរ។
- ប្រសិនបើ Medicare បន្ថែមការធានារ៉ាប់រងសម្រាប់សេវាកម្មថ្មីណាមួយក្នុងអំឡុងឆ្នាំ 2026 នោះ Medicare ឬគម្រោងរបស់យើងនឹងធានារ៉ាប់រងលើសេវាកម្មទាំងនោះ។
- នៅក្រោមគម្រោងរបស់យើង យើងនឹងផ្តល់ការធានារ៉ាប់រងសម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍មួយចំនួននៃ Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) ដូចដែលបានទាមទារនៅក្នុងកិច្ចព្រមព្រៀង នៃគម្រោងរបស់យើងជាមួយទីភ្នាក់ងារ Medicaid រដ្ឋរបស់អ្នក។ តារាងអត្ថប្រយោជន៍វេជ្ជសាស្ត្រ នៅក្នុងជំពូកទី 4 បញ្ជាក់ពីអត្ថប្រយោជន៍អ្វីខ្លះដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងក្រោមគម្រោង។ តារាង អត្ថប្រយោជន៍វេជ្ជសាស្ត្រក៏នឹងបញ្ជាក់ពីដែនកំណត់អត្ថប្រយោជន៍ឬការអនុញ្ញាតណាមួយដែល អនុវត្តផងដែរ។ សម្រាប់សេវាកម្មដែលធានារ៉ាប់រងដោយ Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) សូមមើលសេចក្តីសង្ខេបនៃអត្ថប្រយោជន៍គម្រោងសម្រាប់បញ្ជីពេញលេញនៃអត្ថ ប្រយោជន៍ដែលធានារ៉ាប់រងដោយ Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid)។ ប្រសិនបើ អ្នកមិនបានទទួលសេចក្តីសង្ខេបនៃអត្ថប្រយោជន៍ទេ សូមទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិក ហើយស្នើសុំឱ្យពួកគេផ្ញើច្បាប់ចម្លងទៅអ្នក។ ការរួមចំណែកថ្លៃចំណាយរបស់អ្នកសម្រាប់សេវាកម្ម ដែលធានារ៉ាប់រងដោយ Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) ប្រសិនបើមាន គឺ ផ្អែកលើកម្រិតសិទ្ធិទទួលបាននៃ Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) របស់អ្នក។
- ប្រសិនបើអ្នកស្ថិតក្នុងរយៈពេល 6 ខែនៃគម្រោងរបស់យើងដែលចាត់ទុកថាមានសិទ្ធិទទួល បានបន្ត យើងនឹងបន្តផ្តល់អត្ថប្រយោជន៍ Medicare ទាំងអស់ដែលធានារ៉ាប់រងដោយគម្រោង Medicare Advantage។ ទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយ ក្នុងអំឡុងពេលនេះ គម្រោង Medicare Advantage មិនទទួលខុសត្រូវចំពោះការធានារ៉ាប់រងលើអត្ថប្រយោជន៍ណាមួយនៃ Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) ដែលអាចនឹងរួមបញ្ចូលនៅក្រោមគម្រោងរដ្ឋរបស់ Medicaid របស់អ្នកទេ។

ជំពូកទី 4: តារាងអត្ថប្រយោជន៍វេជ្ជសាស្ត្រ (អ្វីដែលត្រូវបានរ៉ាប់រង)

អ្នកមិនត្រូវបង់ថ្លៃអ្វីទាំងអស់សម្រាប់សេវាកម្មដែលបានរាយក្នុងតារាងអត្ថប្រយោជន៍វេជ្ជសាស្ត្រ ដរាបណាអ្នកបំពេញតាមលក្ខខណ្ឌគម្របនៃការធានារ៉ាប់រងដែលបានពិពណ៌នាខាងលើ។

ព័ត៌មានអត្ថប្រយោជន៍សំខាន់ៗសម្រាប់អ្នកចុះឈ្មោះដែលមានស្ថានភាពរ៉ាំរ៉ៃ

- ប្រសិនបើអ្នកត្រូវបានធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យថាមានស្ថានភាពរ៉ាំរ៉ៃដូចខាងក្រោមដែលបានកំណត់ខាងក្រោម ហើយបំពេញតាមលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យមួយចំនួន អ្នកអាចមានសិទ្ធិទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍បន្ថែមពិសេសសម្រាប់អ្នកដែលមានជំងឺរ៉ាំរ៉ៃ។
 - ជំងឺស្វ័យប្រព័ន្ធភាពស្តាំ (រួមទាំងជំងឺរលាកសន្លាក់រ៉ាំរ៉ៃ)
 - ជំងឺមហារីក
 - ជំងឺសរសៃឈាមបេះដូង (រួមទាំងជំងឺលើសឈាម)
 - វិបត្តិនៃការប្រើប្រាស់គ្រឿងស្រវឹងរ៉ាំរ៉ៃ និងវិបត្តិនៃការប្រើប្រាស់សារធាតុញៀនផ្សេងទៀត (SUD)
 - ជំងឺខ្សោយបេះដូងរ៉ាំរ៉ៃ
 - ជំងឺសួតរ៉ាំរ៉ៃ
 - ស្ថានភាពពិការសុខភាពផ្លូវចិត្ត និងរ៉ាំរ៉ៃ
 - ជំងឺក្រពះពោះវៀនរ៉ាំរ៉ៃ (រួមទាំងជំងឺក្រពះពោះវៀនរ៉ាំរ៉ៃ)
 - ជំងឺតម្រងនោមរ៉ាំរ៉ៃ (CKD)
 - លក្ខខណ្ឌដែលមានបញ្ហាប្រឈមនៃមុខងារ (រួមមានជំងឺតម្រងនោមដំណាក់កាលចុងក្រោយ (ESRD) ជំងឺថ្លើមដំណាក់កាលចុងក្រោយ ជំងឺពុកឆ្អឹង (ជំងឺឆ្អឹង) ជំងឺរលាកសន្លាក់ឆ្អឹង)
 - លក្ខខណ្ឌដែលតម្រូវឱ្យបន្តសេវាព្យាបាល ដើម្បីឱ្យបុគ្គលម្នាក់ៗបន្ត ឬរក្សាមុខងារ (រួមទាំងជំងឺខ្សោយសាច់ដុំ)
 - ស្ថានភាពដែលទាក់ទងនឹងការចុះខ្សោយនៃការយល់ដឹង (រួមទាំងជំងឺ Down Syndrome)
 - ជំងឺរង្វង
 - ជំងឺទឹកនោមផ្អែម
 - ជំងឺរលាកក្រពេញអង្គដូម៉េទ្រីយ៉ូស
 - មេរោគ HIV/AIDS
 - ជំងឺប្រព័ន្ធប្រសាទ
 - លើសទម្ងន់ ជាតិខ្លាញ់ និងរោគសញ្ញាមេតាប៉ូលីស (រួមទាំងជំងឺលើសជាតិខ្លាញ់ក្នុងឈាម/ជំងឺខ្វះជាតិខ្លាញ់ក្នុងឈាម)
 - ក្រោយពេលប្តូរសរីរាង្គ
 - ជំងឺសរសៃឈាមធ្ងន់ធ្ងរ
 - ជំងឺដាច់សរសៃឈាមខួរក្បាល

ជំពូកទី 4: តារាងអត្ថប្រយោជន៍វេជ្ជសាស្ត្រ (អ្វីដែលត្រូវបានរ៉ាប់រង)

- គម្រោងរបស់អ្នករួមមានអត្ថប្រយោជន៍បន្ថែមពិសេសសម្រាប់ជំងឺរ៉ាំរ៉ៃ (SSBCI)។ អត្ថប្រយោជន៍បន្ថែមទាំងនេះត្រូវបានផ្តល់ជូនសម្រាប់តែសមាជិកដែលមានហានិភ័យខ្ពស់ និងមានជំងឺរ៉ាំរ៉ៃតែប៉ុណ្ណោះ ដែលបំពេញតាមលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យបន្ថែមសម្រាប់សិទ្ធិទទួលបាន។
- **សមាជិកត្រូវតែបំពេញតាម និងរក្សានូវលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យនៃសិទ្ធិទាំងបីខាងក្រោម ដើម្បីមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់៖**
 1. សមាជិកត្រូវតែទាមទារ**ការគ្រប់គ្រង**ការថែទាំយ៉ាងយកចិត្តទុកដាក់។
 2. សមាជិកត្រូវតែមាន**ហានិភ័យខ្ពស់**សម្រាប់ការសម្រាកព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យដោយមិនបានគ្រោងទុក។
 3. សមាជិកត្រូវតែមានការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យដែលបានចងក្រងជាឯកសារ និងសកម្មសម្រាប់ស្ថានភាពរ៉ាំរ៉ៃដែលមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់។ ស្ថានភាពរ៉ាំរ៉ៃនេះត្រូវតែ**គំរាមកំហែងដល់អាយុជីវិត ឬដាក់កម្រិតយ៉ាងខ្លាំងលើសុខភាព ឬមុខងារទូទៅរបស់សមាជិក។**
- Wellcare នឹងជូនដំណឹងដល់អ្នកប្រសិនបើមានសិទ្ធិ ហើយអ្នកនឹងទទួលបានលិខិតមួយច្បាប់ដែលមានការណែនាំអំពីរបៀបទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍។
- សមាជិកថ្មីអាចមានសិទ្ធិទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ SSBCI ប្រសិនបើអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកបញ្ជាក់ថា អ្នកបំពេញតាមលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យដែលមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់។
- ការបង់ប្រាក់រួម ឬថ្លៃចំណាយផ្សេងទៀតដែលមិនបានធានារ៉ាប់រងដោយគម្រោងរបស់អ្នកអាចនឹងអនុវត្ត។
- ការបញ្ជាក់ថាលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យទាំងអស់ត្រូវបានគម្រូរឱ្យបានបំពេញមុនពេលទទួលបានការចូលប្រើអត្ថប្រយោជន៍ទាំងនេះ។
- អត្ថប្រយោជន៍ទាំងអស់នឹងបញ្ចប់នៅថ្ងៃទី 12/31/2026 ហើយសមាជិកនឹងត្រូវបានគម្រូរឱ្យមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ឡើងវិញរៀងរាល់ឆ្នាំនៃគម្រោង។
- សម្រាប់ព័ត៌មានលម្អិត សូមមើលក្រឡេន អត្ថប្រយោជន៍បន្ថែមពិសេសសម្រាប់ជំងឺរ៉ាំរ៉ៃ នៅក្នុងតារាងអត្ថប្រយោជន៍វេជ្ជសាស្ត្រខាងក្រោម។
- សូមទាក់ទងមកយើងដើម្បីស្វែងយល់ថាតើអត្ថប្រយោជន៍អ្វីខ្លះដែលអ្នកអាចមានសិទ្ធិទទួលបាន។



រូបសញ្ញាផ្លែប៉ោមនេះបង្ហាញពីសេវាបង្ការនៅក្នុងតារាងអត្ថប្រយោជន៍វេជ្ជសាស្ត្រ។

ជំពូកទី 4: តារាងអត្ថប្រយោជន៍វេជ្ជសាស្ត្រ (អ្វីដែលត្រូវបានរ៉ាប់រង)

តារាងអត្ថប្រយោជន៍វេជ្ជសាស្ត្រ

សេវាកម្មដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រង	អ្វីដែលអ្នកបង់
សម្រាប់សេវាកម្មដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយ Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) សូមមើលសេចក្តីសង្ខេបនៃអត្ថប្រយោជន៍របស់គម្រោងសម្រាប់បញ្ជីពេញលេញនៃអត្ថប្រយោជន៍ដែលធានារ៉ាប់រងដោយ Medicaid។ ប្រសិនបើអ្នកមិនទទួលបានសេចក្តីសង្ខេបនៃអត្ថប្រយោជន៍ទេ សូមទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិក ហើយស្នើសុំឱ្យពួកគេផ្ញើច្បាប់ចម្លងទៅអ្នក។ ការចែករំលែកផ្ទៃចំណាយរបស់អ្នកសម្រាប់សេវាកម្ម ដែលរ៉ាប់រងដោយ Medicaid ប្រសិនបើមាន គឺផ្អែកលើកម្រិតនៃសិទ្ធិទទួលបាន Medicaid របស់អ្នក។ សូមទាក់ទងភ្នាក់ងារ Medicaid រដ្ឋរបស់អ្នកដើម្បីកំណត់កម្រិតនៃការរួមចំណែកផ្ទៃចំណាយរបស់អ្នក។	
 សេវាថតឆ្លុះមើលការប៉ោងសសៃឈាមអាក់ទ័រក្នុងពោះ: ការពិនិត្យអ៊ុលត្រាសោនម្តងសម្រាប់មនុស្សដែលមានហានិភ័យ។ គម្រោងរបស់យើងរ៉ាប់រងតែលើការពិនិត្យនេះប្រសិនបើអ្នកមានកត្តាហានិភ័យជាក់លាក់ ហើយប្រសិនបើអ្នកទទួលបានការបញ្ជូនបន្តពីគ្រូពេទ្យ ជំនួយការគ្រូពេទ្យ គ្រូពេទ្យគិលានុបដ្ឋាយិកា ឬអ្នកឯកទេសគិលានុបដ្ឋាយិកាប៉ុណ្ណោះ។	មិនមានសហធានារ៉ាប់រង ការបង់ថ្លៃរួម ឬប្រាក់កាត់កងសម្រាប់សមាជិកដែលមានសិទ្ធិទទួលបានការត្រួតពិនិត្យបង្ការរោគនេះទេ។
ការព្យាបាលដោយប្រើម្ជុលវិទ្យាសាស្ត្រសម្រាប់ការឈឺឆ្អឹងខ្នងផ្នែកខាងក្រោមរ៉ាំរ៉ៃ សេវាកម្មដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងរួមមាន៖ ការជួបពិនិត្យរហូតដល់ 12 ដងក្នុងរយៈពេល 90 ថ្ងៃត្រូវបានធានារ៉ាប់រងក្រោមកាលៈទេសៈដូចខាងក្រោម៖ សម្រាប់គោលបំណងនៃអត្ថប្រយោជន៍នេះ ការឈឺឆ្អឹងខ្នងផ្នែកខាងក្រោមរ៉ាំរ៉ៃត្រូវបានកំណត់ជា៖ • បន្តរហូតដល់ 12 សប្តាហ៍ ឬយូជាងនេះ • មិនជាក់លាក់ ក្នុងន័យថាវាមិនមានមូលហេតុជាប្រព័ន្ធដែលអាចកំណត់អត្តសញ្ញាណបាន (ពោលគឺមិនទាក់ទងនឹងជំងឺមេតាស្ទីត ការរលាក ជំងឺឆ្លងជាដើម)។ • មិនជាប់ពាក់ព័ន្ធនឹងការរះកាត់ និងមិនជាប់ពាក់ព័ន្ធនឹងការមានផ្ទៃពោះ។	ការបង់ប្រាក់រួមចំនួន \$0 សម្រាប់ការចាក់ម្ជុលវិទ្យាសាស្ត្រដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare ដែលទទួលបាននៅក្នុងការិយាល័យ PCP។ ការបង់ប្រាក់រួម \$0 សម្រាប់ការចាក់ម្ជុលវិទ្យាសាស្ត្រដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare ដែលទទួលបាននៅក្នុងការិយាល័យអ្នកឯកទេស។ អាចនឹងតម្រូវឱ្យមានការអនុញ្ញាតជាមុន។

ជំពូកទី 4: តារាងអត្ថប្រយោជន៍វេជ្ជសាស្ត្រ (អ្វីដែលត្រូវបានរ៉ាប់រង)

សេវាកម្មដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រង	អ្វីដែលអ្នកបង់
ការចាក់ម្ជុលវិទ្យាសាស្ត្រសម្រាប់ការឈឺខ្នងផ្នែកខាងក្រោមរ៉ាំរ៉ៃ - ត វគ្គចំនួន 8 បន្ថែមទៀតនឹងត្រូវបានធានារ៉ាប់រងសម្រាប់អ្នកជំងឺដែលបង្ហាញពីភាពប្រសើរឡើង។ អាចមានការផ្តល់ជូនការព្យាបាលដោយចាក់ម្ជុលវិទ្យាសាស្ត្រមិនលើសពី 20 ដងជារៀងរាល់ឆ្នាំ។ ការព្យាបាលត្រូវតែបញ្ចប់ ប្រសិនបើអ្នកជំងឺមិនឆ្លើយតប ឬដរឡើងវិញ។ តម្រូវការរបស់អ្នកផ្តល់សេវា: គ្រូពេទ្យ (ដូចដែលកំណត់នៅក្នុង 1861(r) (1) នៃច្បាប់សន្តិសុខសង្គម (ច្បាប់)) អាចផ្តល់ការចាក់ម្ជុលវិទ្យាសាស្ត្រស្របតាមលក្ខខណ្ឌតម្រូវរបស់រដ្ឋដែលអាចអនុវត្តបាន។ ជំនួយការគ្រូពេទ្យ (PA) គ្រូពេទ្យគិលានុបដ្ឋាយិកា (NP)/អ្នកឯកទេសគិលានុបដ្ឋាយិកាគ្លីនិក (CNS) (ដូចដែលបានកំណត់នៅក្នុង 1861 (aa) (5) នៃច្បាប់) និងបុគ្គលិកជំនួយអាចផ្តល់ការចាក់ម្ជុលវិទ្យាសាស្ត្រ ប្រសិនបើពួកគេបំពេញតាមលក្ខខណ្ឌតម្រូវរបស់រដ្ឋដែលអាចអនុវត្តបានទាំងអស់ ហើយមាន៖ • សញ្ញាបត្រអនុបណ្ឌិត ឬថ្នាក់បណ្ឌិតផ្នែកចាក់ម្ជុលវិទ្យាសាស្ត្រ ឬវេជ្ជសាស្ត្រខាងកើតពីសាលាមួយដែលទទួលស្គាល់ដោយគណៈកម្មាធិការទទួលស្គាល់ការចាក់ម្ជុលវិទ្យាសាស្ត្រ និងវេជ្ជសាស្ត្រខាងកើត (ACAOM) និង • អាជ្ញាប័ណ្ណបច្ចុប្បន្ន ពេញលេញ សកម្ម និងគ្មានការរឹតត្បិតដើម្បីអនុវត្តការចាក់ម្ជុលវិទ្យាសាស្ត្រនៅក្នុងរដ្ឋ ដែនដី ឬ Commonwealth (ពោលគឺ Puerto Rico) នៃសហរដ្ឋអាមេរិក ឬ District of Columbia។ បុគ្គលិកជំនួយដែលផ្តល់ការចាក់ម្ជុលវិទ្យាសាស្ត្រត្រូវតែស្ថិតនៅក្រោមការត្រួតពិនិត្យរបស់គ្រូពេទ្យ PA ឬ NP/CNS ដែលតម្រូវដោយបទប្បញ្ញត្តិរបស់យើងនៅ 42 CFR §410.26 និង 410.27។	ការបង់ប្រាក់រួមចំនួន \$0 សម្រាប់ការចាក់ម្ជុលវិទ្យាសាស្ត្រដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare ដែលទទួលបាននៅក្នុងការិយាល័យអ្នកម៉ាស្សាចាប់សរសៃ។ អាចនឹងតម្រូវឱ្យមានការអនុញ្ញាតជាមុន។

ជំពូកទី 4: តារាងអត្ថប្រយោជន៍វេជ្ជសាស្ត្រ (អ្វីដែលត្រូវបានរ៉ាប់រង)

សេវាកម្មដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រង	អ្វីដែលអ្នកបង់
ការចាក់ម្ជុលវិទ្យាសាស្ត្រសម្រាប់លក្ខខណ្ឌផ្សេងទៀត គម្រោងរបស់យើងក៏ធានារ៉ាប់រងលើសេវាចាក់ម្ជុលវិទ្យាសាស្ត្របន្ថែម (មិនធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare) រហូតដល់ចំនួនសរុប 24 ដង រៀងរាល់ឆ្នាំ។ ក្នុងករណីភាគច្រើន អ្នកត្រូវតែប្រើអ្នកផ្តល់សេវាដែលមានកិច្ចសន្យា ដើម្បីទទួលបានសេវាកម្មដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រង។ សូមទាក់ទងមកកាន់គម្រោងរបស់យើង ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរអំពីរបៀបប្រើប្រាស់អត្ថប្រយោជន៍នេះ។ សេវាធានារ៉ាប់រងលើការព្យាបាលដោយចាក់ម្ជុលវិទ្យាសាស្ត្ររួមមាន៖ • ការពិនិត្យអ្នកជំងឺថ្មី ឬការពិនិត្យអ្នកជំងឺដែលកំពុងទទួលបានសេវាជំនាញសម្រាប់ការវាយតម្លៃដំបូង នៃអ្នកជំងឺដែលមានបញ្ហាសុខភាពថ្មី ឬការផ្ទុះឡើងថ្មី • ការពិនិត្យអ្នកជំងឺដែលកំពុងទទួលបានសេវាជំនាញ (ក្នុងរយៈពេល 3 ឆ្នាំនៃការពិនិត្យថ្មី) • តាមដានការព្យាបាលនៅការិយាល័យ—អាចពាក់ព័ន្ធនឹងសេវាព្យាបាលដោយចាក់ម្ជុលវិទ្យាសាស្ត្រ ឬការពិនិត្យឡើងវិញ • មតិយោបល់ទីពីរជាមួយអ្នកផ្តល់សេវាផ្សេងទៀតនៅក្នុងបណ្តាញ • សេវាបន្ទាន់ និងសង្គ្រោះបន្ទាន់ សម្រាប់ជំនួយក្នុងការស្វែងរកអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ អ្នកអាចទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិក។	ការបង់ប្រាក់រួមចំនួន \$0 សម្រាប់ការជួបពិនិត្យសម្រាប់ការចាក់ម្ជុលវិទ្យាសាស្ត្របន្ថែមនីមួយៗ (ដែលមិនត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare)។* អាចនឹងតម្រូវឱ្យមានការអនុញ្ញាតជាមុន។

ជំពូកទី 4: តារាងអត្ថប្រយោជន៍វេជ្ជសាស្ត្រ (អ្វីដែលត្រូវបានរ៉ាប់រង)

សេវាកម្មដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រង	អ្វីដែលអ្នកបង់
សេវាវេជ្ជសាស្ត្រ: សេវាវេជ្ជសាស្ត្របន្ទាន់ដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រង មិនថាសម្រាប់ស្ថានភាពសង្គ្រោះបន្ទាន់ ឬមិនសង្គ្រោះបន្ទាន់ទេ រួមមានយន្តហោះឧទ្ធម្ភាពក្រ និងសេវាវេជ្ជសាស្ត្របន្ទាន់នៅលើដី ទៅកាន់មណ្ឌលថែទាំសមស្របដែលនៅជិតបំផុត ដែលអាចផ្តល់ការថែទាំ ប្រសិនបើពួកគេត្រូវបានផ្តល់ជូនដល់សមាជិកដែលមានស្ថានភាពសុខភាពនេះ ធ្វើឱ្យមធ្យោបាយដឹកជញ្ជូនផ្សេងទៀតអាចបង្កគ្រោះថ្នាក់ដល់សុខភាពរបស់បុគ្គលនោះ ឬប្រសិនបើត្រូវបានអនុញ្ញាតដោយគម្រោងរបស់យើង។ ប្រសិនបើសេវាកម្មវេជ្ជសាស្ត្របន្ទាន់ដែលត្រូវបានរ៉ាប់រងមិនសម្រាប់ស្ថានភាពសង្គ្រោះបន្ទាន់ទេនោះ វាក៏ត្រូវបានចងក្រងជាឯកសារស្ថានភាពរបស់សមាជិកគឺស្ថិតក្នុងសភាពដែលមធ្យោបាយដឹកជញ្ជូនផ្សេងទៀតអាចបង្កគ្រោះថ្នាក់ដល់សុខភាពរបស់បុគ្គលនោះ ហើយថាការដឹកជញ្ជូនតាមវេជ្ជសាស្ត្របន្ទាន់គឺចាំបាច់ខាងវេជ្ជសាស្ត្រ។	ការបង់ប្រាក់រួម \$0 សម្រាប់ការធ្វើដំណើរមួយដើមសម្រាប់សេវាកម្មវេជ្ជសាស្ត្របន្ទាន់តាមផ្លូវគោកដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare។ តម្រូវឱ្យមានការអនុញ្ញាតជាមុនសម្រាប់យន្តហោះ និងការដឹកជញ្ជូនមិនសង្គ្រោះបន្ទាន់។ ការបង់ប្រាក់រួម \$0 សម្រាប់ការធ្វើដំណើរមួយដើមសម្រាប់សេវាកម្មវេជ្ជសាស្ត្របន្ទាន់តាមផ្លូវអាកាសដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare។ តម្រូវឱ្យមានការអនុញ្ញាតជាមុនសម្រាប់យន្តហោះ និងការដឹកជញ្ជូនមិនសង្គ្រោះបន្ទាន់។ ការរួមចំណែកថ្លៃចំណាយមិនត្រូវបានលើកលែងទេ ប្រសិនបើអ្នកទទួលបានការអនុញ្ញាតឱ្យចូលសម្រាកនៅមន្ទីរពេទ្យសម្រាប់អ្នកជំងឺស្អាតព្យាបាល។

ជំពូកទី 4: តារាងអត្ថប្រយោជន៍វេជ្ជសាស្ត្រ (អ្វីដែលត្រូវបានរ៉ាប់រង)

សេវាកម្មដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រង	អ្វីដែលអ្នកបង់
ការពិនិត្យរាងកាយជាប្រចាំរៀងរាល់ឆ្នាំ ការពិនិត្យរាងកាយប្រចាំឆ្នាំរួមមានការពិនិត្យបេះដូង សួត ពោះ និងប្រព័ន្ធប្រសាទ ក៏ដូចជាការពិនិត្យលើរាងកាយ (ដូចជាក្បាល ក និងចុងដៃចុងជើង) និងប្រតិវិធីវេជ្ជសាស្ត្រ/គ្រួសារលម្អិត បន្ថែម ពីលើសេវាដែលមាននៅក្នុងការជួបពិគ្រោះសុខុមាលភាពប្រចាំឆ្នាំ។ ខាងក្រោមនេះគឺជាឧទាហរណ៍នៃសេវាកម្មដែលអាចត្រូវបានអនុវត្ត ឬបញ្ជាទិញក្នុងអំឡុងពេលពិនិត្យរបស់អ្នក៖ • ធ្វើការវាស់វែងតាមទម្លាប់ (កម្ពស់ ទម្ងន់ សម្ពាធឈាម) • វាយតម្លៃកត្តាហានិភ័យសម្រាប់ជំងឺដែលអាចបង្ការបាន • ពិនិត្យមើលរំព្រេចរាងកាយ និងសញ្ញាសំខាន់ៗ • ការធ្វើតេស្តនៅមន្ទីរពិសោធន៍ (ទឹកនោម និងសំណាកឈាម)	ការបង់ប្រាក់រួមចំនួន \$0 សម្រាប់ការពិនិត្យរាងកាយ ជាប្រចាំរៀងរាល់ឆ្នាំ។*
 ការជួបពិគ្រោះសុខុមាលភាពប្រចាំឆ្នាំ ប្រសិនបើអ្នកមានផ្នែក B លើសពី 12 ខែ អ្នកអាចទទួលបានការជួបពិនិត្យសុខុមាលភាពប្រចាំឆ្នាំដើម្បីបង្កើត ឬធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពផែនការបង្ការជំងឺផ្ទាល់ខ្លួនដោយផ្អែកលើកត្តាសុខភាព និងហានិភ័យបច្ចុប្បន្នរបស់អ្នក។ គម្រោងរបស់យើងនឹងធានារ៉ាប់រងទៅលើការជួបពិគ្រោះសុខុមាលភាពប្រចាំឆ្នាំម្តងរៀងរាល់ឆ្នាំតាមប្រតិទិន។ ចំណាំ៖ ការជួបពិនិត្យសុខុមាលភាពប្រចាំឆ្នាំលើកដំបូងរបស់អ្នកមិនអាចធ្វើឡើងក្នុងរយៈពេល 12 ខែបន្ទាប់ពីការជួបពិនិត្យបង្ការនៃ សូមស្វាគមន៍មកកាន់ Medicare របស់អ្នកទេ។ ទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយ អ្នកមិនចាំបាច់មានការជួបពិនិត្យ សូមស្វាគមន៍មកកាន់ Medicare ដើម្បីទទួលបានការជួបពិនិត្យសុខុមាលភាពប្រចាំឆ្នាំបន្ទាប់ពីអ្នកបានទទួលផ្នែក B អស់រយៈពេល 12 ខែទេ។	មិនមានការធានារ៉ាប់រងរួមការបង់ថ្លៃរួម ឬប្រាក់ដែលត្រូវកាត់កងសម្រាប់ការជួបពិគ្រោះសុខុមាលភាពប្រចាំឆ្នាំនោះទេ។
 ការវាស់វែងម៉ាសឆ្អឹង សម្រាប់អ្នកដែលមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ (ជាទូទៅនេះមានន័យថាអ្នកដែលមានហានិភ័យនៃការបាត់បង់ម៉ាសឆ្អឹង ឬហានិភ័យនៃជំងឺពុកឆ្អឹង) សេវាកម្មខាងក្រោមត្រូវបានធានារ៉ាប់រងរៀងរាល់ 24 ខែម្តង ឬញឹកញាប់ជាងនេះ ប្រសិនបើចាំបាច់ផ្អែកវេជ្ជសាស្ត្រ៖ នីតិវិធីដើម្បីកំណត់ម៉ាសឆ្អឹង រកឃើញការបាត់បង់ឆ្អឹង ឬកំណត់គុណភាពឆ្អឹង រួមទាំងការបកស្រាយរបស់គ្រូពេទ្យអំពីលទ្ធផល។	មិនមានការធានារ៉ាប់រងរួមការបង់ថ្លៃរួម ឬប្រាក់ដែលត្រូវកាត់កងសម្រាប់ការវាស់វែងម៉ាសឆ្អឹងដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងពី Medicare នោះទេ។

ជំពូកទី 4: តារាងអត្ថប្រយោជន៍វេជ្ជសាស្ត្រ (អ្វីដែលត្រូវបានរ៉ាប់រង)

សេវាកម្មដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រង	អ្វីដែលអ្នកបង់
 ការត្រួតពិនិត្យរាវកជំងឺមហារីកសុដន់ (ការថតពិនិត្យសុដន់) សេវាកម្មដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងរួមមាន៖ • ការថតឆ្លុះមើលសុដន់កម្រិតគោលម្តងសម្រាប់ស្ត្រីដែលមានអាយុក្នុងចន្លោះពី 35 ឆ្នាំ ដល់ 39 ឆ្នាំ • ការឆ្លុះមើលសុដន់មួយដងរៀងរាល់ 12 ខែសម្រាប់ស្ត្រីដែលមានអាយុចាប់ពី 40 ឆ្នាំឡើងទៅ • ពិនិត្យសុដន់សម្រាប់ការព្យាបាលរៀងរាល់ 24 ខែម្តង	មិនមានការធានារ៉ាប់រងរួមការបង់ថ្លៃរួម ឬប្រាក់ដែលត្រូវកាត់កងសម្រាប់ការថតឆ្លុះពិនិត្យសុដន់ដែលមានការធានារ៉ាប់រងនោះទេ។
សេវាស្តារនីតិសម្បទាបេះដូង កម្មវិធីដឹកដល់នៃសេវាស្តារនីតិសម្បទាបេះដូងដែលរួមបញ្ចូលទាំងការធ្វើលំហាត់ប្រាណ ការអប់រំនិងការប្រឹក្សាត្រូវបានធានារ៉ាប់រងសម្រាប់សមាជិកដែលបំពេញតាមលក្ខខណ្ឌជាក់លាក់តាមវេជ្ជបញ្ជារបស់វេជ្ជបណ្ឌិត។ គម្រោងរបស់យើងក៏រ៉ាប់រងលើកម្មវិធីស្តារនីតិសម្បទាបេះដូងដឹកដល់ ដែលជាធម្មតាមានភាពម៉ត់ចត់ ឬខ្លាំងជាងកម្មវិធីស្តារនីតិសម្បទាបេះដូង។	ការបង់ប្រាក់រួមចំនួន \$0 សម្រាប់សេវាស្តារនីតិសម្បទាបេះដូងដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare។ ការបង់ប្រាក់រួមចំនួន \$0 សម្រាប់សេវាស្តារនីតិសម្បទាបេះដូងដឹកដល់ដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare។
 ការជួបពិគ្រោះដើម្បីកាត់បន្ថយហានិភ័យនៃជំងឺសរសៃឈាមបេះដូង (ការព្យាបាលជំងឺសរសៃឈាមបេះដូង) យើងធានារ៉ាប់រងលើការជួបមួយដងក្នុងមួយឆ្នាំជាមួយវេជ្ជបណ្ឌិតថែទាំបឋមរបស់អ្នក ដើម្បីជួយកាត់បន្ថយហានិភ័យនៃជំងឺសរសៃឈាមបេះដូងរបស់អ្នក។ ក្នុងអំឡុងពេលនៃការពិនិត្យនេះ វេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកអាចពិភាក្សាអំពីការប្រើប្រាស់អាស៊ីរីន (ប្រសិនបើសមស្រប) ពិនិត្យសម្ពាធឈាមរបស់អ្នក និងផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវគន្លឹះដើម្បីប្រាកដថាអ្នកញ្ជ្រាញ់អាហារដែលល្អដល់សុខភាព។	មិនមានការធានារ៉ាប់រងរួមការបង់ថ្លៃរួម ឬប្រាក់ដែលត្រូវកាត់កងសម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍នៃការបង្ការជំងឺសរសៃឈាមបេះដូងនៃការព្យាបាលអាកប្បកិរិយាជីវិតក្នុងក្រុមគ្រួសារនោះទេ។

ជំពូកទី 4: តារាងអត្ថប្រយោជន៍វេជ្ជសាស្ត្រ (អ្វីដែលត្រូវបានរ៉ាប់រង)

សេវាកម្មដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រង	អ្វីដែលអ្នកបង់
 ការតេស្តពិនិត្យរកជំងឺសរសៃឈាមបេះដូង ការធ្វើតេស្តឈាមសម្រាប់ការរកឃើញជំងឺសរសៃឈាមបេះដូង (ឬភាពមិនប្រក្រតីដែលទាក់ទងនឹងការកើនឡើងហានិភ័យនៃជំងឺសរសៃឈាមបេះដូង) ម្តងរៀងរាល់ 5 ឆ្នាំ (60 ខែ)។	មិនមានការធានារ៉ាប់រងរួមការបង់ថ្លៃរួម ឬប្រាក់ដែលត្រូវកាត់កងសម្រាប់ការធ្វើតេស្តជំងឺសរសៃឈាមបេះដូងដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងម្តងរៀងរាល់ 5 ឆ្នាំ។
 ការពិនិត្យរកជំងឺមហារីកមាត់ស្បូន និងទ្វារមាស សេវាកម្មដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងរួមមាន៖ • សម្រាប់ស្ត្រីទាំងអស់៖ ការធ្វើតេស្តកៀសមាត់ស្បូន និងការពិនិត្យត្រកាកត្រូវបានរ៉ាប់រងមួយដងរៀងរាល់ 24 ខែ • ប្រសិនបើអ្នកមានហានិភ័យខ្ពស់នៃជំងឺមហារីកមាត់ស្បូន ឬទ្វារមាស ឬអ្នកមានអាយុមានកូន ហើយបានធ្វើតេស្តកៀសមាត់ស្បូនខុសប្រក្រតីក្នុងរយៈពេល 3 ឆ្នាំចុងក្រោយ៖ ការធ្វើតេស្តកៀសមាត់ស្បូនមួយដងរៀងរាល់ 12 ខែ	មិនមានការធានារ៉ាប់រងរួមការបង់ថ្លៃរួម ឬប្រាក់ដែលត្រូវកាត់កងសម្រាប់ការពិនិត្យមាត់ស្បូន និងត្រកាកបែបបង្ការជំងឺដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងពី Medicare នោះទេ។
សេវាកម្មព្យាបាលឆ្អឹងខ្នង សេវាកម្មដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងរួមមាន៖ • ការចាប់សរសៃឆ្អឹងខ្នងដោយដៃដើម្បីកែតម្រូវការថ្លោះ	ការបង់ប្រាក់រួមចំនួន \$0 សម្រាប់សេវាកម្មម៉ាស្សាចាប់សរសៃដែលធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare។ អាចនឹងតម្រូវឱ្យមានការអនុញ្ញាតជាមុន។

ជំពូកទី 4: តារាងអត្ថប្រយោជន៍វេជ្ជសាស្ត្រ (អ្វីដែលត្រូវបានរ៉ាប់រង)

សេវាកម្មដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រង	អ្វីដែលអ្នកបង់
គម្រោងរបស់យើងក៏ធានារ៉ាប់រងលើការពិនិត្យព្យាបាលដោយម៉ាស៊ីនចាប់សរសៃបន្តែម (មិនធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare) រហូតដល់ចំនួនសរុប 12 ដងជាមធ្យមរាល់ឆ្នាំ។ សេវាម៉ាស៊ីនចាប់សរសៃបន្តែម (មិនធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare) ដើម្បីជំនួយឆ្អឹងខ្នង ក ឬសន្លាក់នៃដៃ និងជើងត្រូវបានកំណត់ដោយភាពចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ។ សេវាកម្មម៉ាស៊ីនចាប់សរសៃដែលធានារ៉ាប់រងរួមមាន៖ • ការពិនិត្យដំបូង (ការពិនិត្យអ្នកជំងឺថ្មី ឬការប្រឡងអ្នកជំងឺស្រាប់សម្រាប់ការវាយតម្លៃលើកដំបូងនៃបញ្ហាសុខភាពថ្មី ឬការរើឡើងថ្មី) • ការពិនិត្យឡើងវិញ (ការពិនិត្យអ្នកជំងឺដែលស្រាប់ នៅពេលចាំបាច់ដើម្បីវាយតម្លៃវឌ្ឍនភាព ឬកែប្រែការព្យាបាល) ការព្យាបាលចាប់សរសៃឆ្អឹងខ្នង ឬសន្លាក់ និង/ឬសេវាកម្មផ្សេងទៀត (សេវាកម្មទាំងនេះអាចត្រូវបានផ្តល់ជូនក្នុងការទៅដូចនឹងការពិនិត្យ) • សេវាកម្មថតកាំរស្មីអ៊ិច និងមន្ទីរពិសោធន៍នៅពេលដែលផ្តល់ ឬបញ្ជូនដោយគ្រូពេទ្យម៉ាស៊ីនចាប់សរសៃដែលមានកិច្ចសន្យា។ សេវាកម្មថតកាំរស្មីអ៊ិច និងមន្ទីរពិសោធន៍ដែលបានអនុវត្តនៅខាងក្រៅការជួបអ្នកជំងឺថ្មី ឬអ្នកជំងឺស្រាប់នឹងវាយតម្លៃការបង់ប្រាក់រួមគ្នាជាលក្ខណៈបុគ្គល។ សម្រាប់ជំនួយក្នុងការស្វែងរកអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ អ្នកអាចទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិក។ ចំណាំ៖ ការធានារ៉ាប់រងលើសេវាម៉ាស៊ីនចាប់សរសៃប្រចាំគឺជាអត្ថប្រយោជន៍បន្ថែមដែលផ្តល់ជូនដោយគម្រោង។ ទាំង Medicare និង Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) នឹងមិនបង់ចំណែកនៃថ្លៃចំណាយរបស់អ្នកសម្រាប់សេវាកម្មទាំងនេះទេ។	\$0 នៃការបង់ប្រាក់សម្រាប់ការជួបពិនិត្យសម្រាប់ការម៉ាស៊ីនចាប់សរសៃបន្តែមនីមួយៗ (ដែលមិនត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare)។* អាចនឹងតម្រូវឱ្យមានការអនុញ្ញាតជាមុន។

ជំពូកទី 4៖ តារាងអត្ថប្រយោជន៍វេជ្ជសាស្ត្រ (អ្វីដែលត្រូវបានរ៉ាប់រង)

សេវាកម្មដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រង	អ្វីដែលអ្នកបង់
សេវាគ្រប់គ្រង និងព្យាបាលការឈឺចាប់រ៉ាំរ៉ៃ សេវាកម្មប្រចាំខែដែលមានការរ៉ាប់រងសម្រាប់អ្នកដែលមានការឈឺចាប់រ៉ាំរ៉ៃ (ការឈឺចាប់ជាប់ ឬកើតឡើងដដែលៗដែលមានរយៈពេលយូរជាង 3 ខែ)។ សេវាកម្មអាចរួមបញ្ចូលការវាយតម្លៃការឈឺចាប់ ការគ្រប់គ្រងថ្នាំ និងការសម្របសម្រួលការថែទាំ និងការធ្វើផែនការ។	ការចែករំលែកថ្លៃចំណាយសម្រាប់សេវាកម្មនេះនឹងប្រែប្រួលអាស្រ័យលើសេវាកម្មនីមួយៗដែលផ្តល់ជូនក្នុងអំឡុងពេលព្យាបាល។ សូមមើល “សេវាកម្មត្រូវពេទ្យ/ត្រូវពេទ្យព្យាបាល រួមទាំងការជួបពិនិត្យនៅការិយាល័យរបស់វេជ្ជបណ្ឌិត” នៅពេលក្រោយនៅក្នុងតារាងនេះសម្រាប់ចំនួនទឹកប្រាក់ចែករំលែកថ្លៃចំណាយដែលអាចអនុវត្តបានសម្រាប់ការជួបពិនិត្យនៅការិយាល័យដើម្បីការថែទាំបឋម ឬការិយាល័យឯកទេសដែលធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare ដែលសេវាកម្មទាំងនេះត្រូវបានផ្តល់ជូន។

ជំពូកទី 4: តារាងអត្ថប្រយោជន៍វេជ្ជសាស្ត្រ (អ្វីដែលត្រូវបានរ៉ាប់រង)

សេវាកម្មដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រង	អ្វីដែលអ្នកបង់
 ការពិនិត្យរកជំងឺមហារីកពោះវៀនធំ ការធ្វើតេស្តពិនិត្យខាងក្រោមត្រូវបានធានារ៉ាប់រង៖ • ការឆ្លុះពោះវៀនធំមិនមានការកំណត់អាយុអប្បបរមា ឬ អតិបរមាទេ ហើយត្រូវបានរ៉ាប់រងម្តងរៀងរាល់ 120 ខែ (10 ឆ្នាំ) សម្រាប់អ្នកជំងឺដែលមិនមានហានិភ័យខ្ពស់ ឬ 48 ខែបន្ទាប់ពីការឆ្លុះពិនិត្យបត់បែនពីមុនសម្រាប់អ្នកជំងឺដែលមិនមានហានិភ័យខ្ពស់នៃជំងឺមហារីកពោះវៀនធំ និងរៀងរាល់ 24 ខែម្តងសម្រាប់អ្នកជំងឺដែលមានហានិភ័យខ្ពស់បន្ទាប់ពីការពិនិត្យពោះវៀនធំពីមុន។ • ការថតឆ្លុះពោះវៀនធំតាមកុំព្យូទ័រសម្រាប់អ្នកជំងឺដែលមានអាយុចាប់ពី 45 ឆ្នាំឡើងទៅដែលមិនមានហានិភ័យខ្ពស់នៃជំងឺមហារីកពោះវៀនធំ និងត្រូវបានធានារ៉ាប់រងនៅពេលដែលយ៉ាងហោចណាស់ 59 ខែបានកន្លងផុតទៅបន្ទាប់ពីខែដែលការថតឆ្លុះពោះវៀនធំតាមកុំព្យូទ័រចុងក្រោយត្រូវបានធ្វើឡើង ឬនៅពេលដែល 47 ខែបានកន្លងផុតទៅបន្ទាប់ពីខែដែលការថតឆ្លុះពោះវៀនធំនៃឧបករណ៍បត់បែនបានចុងក្រោយ ឬការថតឆ្លុះពោះវៀនធំត្រូវបានធ្វើឡើង។ សម្រាប់អ្នកជំងឺដែលមានហានិភ័យខ្ពស់នៃជំងឺមហារីកពោះវៀនធំ ការទូទាត់អាចត្រូវបានធ្វើឡើងសម្រាប់ការថតឆ្លុះពិនិត្យពោះវៀនធំតាមកុំព្យូទ័រដែលបានធ្វើឡើងបន្ទាប់ពីយ៉ាងហោចណាស់ 23 ខែបានកន្លងផុតទៅបន្ទាប់ពីខែដែលការថតឆ្លុះពិនិត្យពោះវៀនធំតាមកុំព្យូទ័រចុងក្រោយ ឬការថតឆ្លុះពិនិត្យពោះវៀនធំចុងក្រោយត្រូវបានធ្វើឡើង។ • ការពិនិត្យពោះវៀនធំដោយប្រើឧបករណ៍ពិសេសសម្រាប់អ្នកជំងឺអាយុ 45 ឆ្នាំឡើងទៅ។ ម្តងរៀងរាល់ 120 ខែម្តងសម្រាប់អ្នកជំងឺដែលមិនស្ថិតក្នុងហានិភ័យខ្ពស់ បន្ទាប់ពីអ្នកជំងឺបានទទួលការឆ្លុះពិនិត្យពោះវៀនធំរៀងរាល់ 48 ខែ ម្តងសម្រាប់អ្នកជំងឺដែលមានហានិភ័យខ្ពស់ពីការឆ្លុះពិនិត្យបត់បែនពីមុនចុងក្រោយដែលអាចបត់បែនបាន ឬការថតឆ្លុះពោះវៀនធំដោយប្រព័ន្ធកុំព្យូទ័រ។ • ការពិនិត្យមើលឈាមក្នុងឈាមកសម្រាប់អ្នកជំងឺដែលមានអាយុចាប់ពី 45 ឆ្នាំឡើងទៅ។ រៀងរាល់ 12 ខែម្តង។	មិនមានការធានារ៉ាប់រងរួមការបង់ថ្លៃរួម ឬប្រាក់ដែលត្រូវកាត់កងសម្រាប់ការពិនិត្យរកជំងឺមហារីកពោះវៀនធំដែលមានការធានារ៉ាប់រងពី Medicare ទេ។ ប្រសិនបើវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នករកឃើញនិងដកចេញនូវដុំកោសិកា ឬជាលិកាផ្សេងទៀតក្នុងកំឡុងពេលធ្វើការឆ្លុះពោះវៀនធំ ឬការឆ្លុះពោះវៀនធំដែលប្រើឧបករណ៍អាចបត់បែនបានការពិនិត្យឆ្លុះនឹងក្លាយជាការពិនិត្យរោគវិនិច្ឆ័យ ហើយត្រូវបង់ប្រាក់រួមចំនួន \$0 សម្រាប់សេវាកម្មរបស់វេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក។

ជំពូកទី 4: តារាងអត្ថប្រយោជន៍វេជ្ជសាស្ត្រ (អ្វីដែលត្រូវបានរ៉ាប់រង)

សេវាកម្មដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រង	អ្វីដែលអ្នកបង់
ការពិនិត្យរកជំងឺមហារីកពោះវៀនធំ - ត - DNA ការធ្វើតេស្តលាមករកជំងឺមហារីកនៅលើពោះវៀនធំ ធ្វើឡើងសម្រាប់អ្នកជំងឺដែលមានអាយុពី 45 ទៅ 85 ឆ្នាំ និងមិនបំពេញតាមក្នុងវិនិច្ឆ័យនៃហានិភ័យខ្ពស់នោះទេ។ រៀងរាល់ 3 ឆ្នាំម្តង។ - ការធ្វើតេស្តលាមកប្រភេទអ៊ីនសម្គាល់ជំងឺមហារីកសម្រាប់អ្នកជំងឺដែលមានអាយុពី 45 ទៅ 85 ឆ្នាំ ហើយមិនបំពេញតាមលក្ខណវិនិច្ឆ័យហានិភ័យខ្ពស់នោះទេ។ រៀងរាល់ 3 ឆ្នាំម្តង។ - ការធ្វើតេស្តរកជំងឺមហារីកពោះវៀនធំរួមមានការឆ្លុះពិនិត្យពោះវៀនធំជាបន្តបន្ទាប់ បន្ទាប់ពីការធ្វើតេស្តរកជំងឺមហារីកពោះវៀនធំតាមលាមកដែលរ៉ាប់រងដោយ Medicare ដែលផ្តល់លទ្ធផលវិជ្ជមាន។ - ការធ្វើតេស្តរកមើលជំងឺមហារីកពោះវៀនធំ រួមមានការមើលក្នុងពោះវៀនធំដោយប្រើប្រដាប់ពិសេសម្យ៉ាងមានភាពបត់បែនដែលបានគ្រោងទុក ឬការពិនិត្យពោះវៀនធំ ដែលពាក់ព័ន្ធនឹងការយកចេញនៃជាលិកា ឬបញ្ចេញទៀត ឬនីតិវិធីផ្សេងទៀតដែលភ្ជាប់មកជាមួយ ដែលជាលទ្ធផលនៃនិងនៅក្នុងការជួបនៅគ្លីនិកដូចគ្នាជាមួយនឹងការធ្វើតេស្តពិនិត្យ។	
សេវាថែទាំធ្មេញ ជាទូទៅ សេវាសុខភាពធ្មេញបង្ការ (ដូចជាការសម្អាត ការពិនិត្យធ្មេញជាប្រចាំ និងការថតកាំរស្មីអ៊ុចធ្មេញ) មិនត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយ Original Medicare នោះទេ។ ទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយ Medicare បង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាកម្មទន្តសាស្ត្រនៅក្នុងកាលៈទេសៈមួយចំនួនដែលមានកំណត់ ជាពិសេសនៅពេលដែលសេវាកម្មនោះគឺជាផ្នែកសំខាន់មួយនៃការព្យាបាលជាក់លាក់នៃស្ថានភាពសុខភាពបឋមរបស់បុគ្គលម្នាក់។ ឧទាហរណ៍រួមមាន ការរក្សាកែតម្រូវថ្នាមបន្ទាប់ពីការបាក់ឆ្អឹង ឬរបួស ការដកធ្មេញដែលធ្វើឡើងក្នុងការរៀបចំសម្រាប់ការព្យាបាលដោយវិទ្យុសកម្មសម្រាប់ជំងឺមហារីកដែលពាក់ព័ន្ធនឹងថ្នាម ឬការពិនិត្យមាត់មុនពេលប្តូរសរីរាង្គ។ លើសពីនេះ យើងរ៉ាប់រងលើ៖	ការបង់ប្រាក់រួមចំនួន \$0 សម្រាប់សេវាសុខភាពធ្មេញដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare នីមួយៗ។ អាចនឹងតម្រូវឱ្យមានការអនុញ្ញាតជាមុន។

ជំពូកទី 4: តារាងអត្ថប្រយោជន៍វេជ្ជសាស្ត្រ (អ្វីដែលត្រូវបានរ៉ាប់រង)

សេវាកម្មដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រង	អ្វីដែលអ្នកបង់
សេវាសុខភាពធ្មេញ - ត សេវាសុខភាពធ្មេញបន្ថែម (ឧ. ជារៀងទាត់) មានប្រាក់ឧបត្ថម្ភអត្ថប្រយោជន៍គម្រោងចំនួន \$3,000 ជារៀងរាល់ឆ្នាំសម្រាប់សេវាសុខភាពធ្មេញដ៏ទូលំទូលាយទាំងអស់នៅក្នុងបណ្តាញ និងក្រៅបណ្តាញដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រង។ អ្នកនឹងទទួលបានសេវាចំពោះចំនួនទឹកប្រាក់ដែលលើសពី ប្រាក់ឧបត្ថម្ភអត្ថប្រយោជន៍* • ការថែទាំសុខភាពធ្មេញដោយការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ និងបង្ការជំងឺ (សេវាកម្មដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងរួមមានដូចខាងក្រោម៖) ○ សេវាសុខភាពធ្មេញរោគវិនិច្ឆ័យផ្សេងទៀត - 1 ជារៀងរាល់ថ្ងៃទៅ 1 ឆ្នាំនៃគម្រោងអាស្រ័យលើប្រភេទនៃសេវាកម្ម ○ សេវាសុខភាពធ្មេញបង្ការជំងឺផ្សេងទៀត - 1 ជារៀងរាល់ថ្ងៃទៅ 1 ឆ្នាំនៃគម្រោងអាស្រ័យលើប្រភេទនៃសេវាកម្ម	ក្នុងបណ្តាញ \$0 នៃការបង់ប្រាក់រួមសម្រាប់សេវាសុខភាពធ្មេញដែលធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យផ្សេងទៀតក្នុងពេលជួបពិនិត្យមួយដង។* អាចនឹងកម្រិតមានការអនុញ្ញាតជាមុន។ ក្រៅបណ្តាញ* ការធានារ៉ាប់រងរួម 25% សម្រាប់ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យសេវាសុខភាពធ្មេញផ្សេងទៀតក្នុងពេលជួបពិនិត្យមួយដង។* អាចនឹងកម្រិតមានការអនុញ្ញាតជាមុន។ ក្នុងបណ្តាញ ការបង់ប្រាក់រួមចំនួន \$0 សម្រាប់សេវាសុខភាពធ្មេញបង្ការជំងឺផ្សេងទៀតក្នុងពេលជួបពិនិត្យមួយដង។* អាចនឹងកម្រិតមានការអនុញ្ញាតជាមុន។

ជំពូកទី 4: តារាងអត្ថប្រយោជន៍វេជ្ជសាស្ត្រ (អ្វីដែលត្រូវបានរ៉ាប់រង)

សេវាកម្មដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រង	អ្វីដែលអ្នកបង់
សេវាសុខភាពធ្មេញ - ត - ការថែទាំសុខភាពធ្មេញដ៏ទូលំទូលាយ (សេវាកម្មដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងរួមមានដូចខាងក្រោម។) - សេវាស្តារឡើងវិញ - 1 ជារៀងរាល់ 1 ទៅ 7 ឆ្នាំនៃគម្រោងអាស្រ័យលើប្រភេទនៃសេវាកម្ម - សេវាព្យាបាលឫសធ្មេញ -	ក្រៅបណ្តាញ* ការធានារ៉ាប់រងរួម 25% សម្រាប់សេវាសុខភាពធ្មេញបង្ការជំងឺផ្សេងទៀតក្នុងពេលជួបពិគ្រោះមួយដង។* អាចនឹងតម្រូវឱ្យមានការអនុញ្ញាតជាមុន។ ក្នុងបណ្តាញ ការបង់ប្រាក់រួមចំនួន \$0 សម្រាប់សេវាស្តារឡើងវិញនីមួយៗ។* អាចនឹងតម្រូវឱ្យមានការអនុញ្ញាតជាមុន។ ក្រៅបណ្តាញ* ការធានារ៉ាប់រងរួម 25% សម្រាប់សេវាស្តារឡើងវិញនីមួយៗ។* អាចនឹងតម្រូវឱ្យមានការអនុញ្ញាតជាមុន។ ក្នុងបណ្តាញ ការបង់ប្រាក់រួមចំនួន \$0 សម្រាប់សេវាព្យាបាលឫសធ្មេញនីមួយៗ។* អាចនឹងតម្រូវឱ្យមានការអនុញ្ញាតជាមុន។

សេវាកម្មដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រង	អ្វីដែលអ្នកបង់
សេវាសុខភាពផ្ទេរ - ត	ក្រៅបណ្តាញ* ការធានារ៉ាប់រងរួម 25% សម្រាប់សេវាព្យាបាលឬសង្គ្រោះ នីមួយៗ* អាចនឹងតម្រូវឱ្យមានការ អនុញ្ញាតជាមុន។
○ សេវាព្យាបាលអញ្ជើញផ្ទេរ -	ក្នុងបណ្តាញ ការបង់ប្រាក់រួមចំនួន \$0 សម្រាប់សេវាកម្មព្យាបាលផ្ទេរ នីមួយៗ* អាចនឹងតម្រូវឱ្យមានការ អនុញ្ញាតជាមុន។
	ក្រៅបណ្តាញ* ការធានារ៉ាប់រងរួម 25% សម្រាប់សេវាព្យាបាល អញ្ជើញផ្ទេរនីមួយៗ* អាចនឹងតម្រូវឱ្យមានការ អនុញ្ញាតជាមុន។
○ ការវះកាត់មាត់/ថ្គាម - 1 ក្នុងមួយជីវិត	ក្នុងបណ្តាញ \$0 នៃការបង់ប្រាក់រួម សម្រាប់ សេវាកម្មថែរក្សាសុខភាពមាត់ ផ្ទេរនីមួយៗ* * អាចទាមទារ ការអនុញ្ញាតជាមុន។
	ក្រៅបណ្តាញ* ការធានារ៉ាប់រងរួម 25% សម្រាប់សេវាមាត់ថ្គាមមាត់នីមួយៗ* អាចនឹងតម្រូវឱ្យមានការ អនុញ្ញាតជាមុន។

ជំពូកទី 4: តារាងអត្ថប្រយោជន៍វេជ្ជសាស្ត្រ (អ្វីដែលត្រូវបានរ៉ាប់រង)

សេវាកម្មដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រង	អ្វីដែលអ្នកបង់
សេវាសុខភាពធ្មេញ - ត - ធ្មេញសិប្បនិម្មិត ដែលនៅមួយកន្លែង - - ធ្មេញសិប្បនិម្មិតអាចដកចេញបាន - 1 ជារៀងរាល់ 6 ខែ ម្តងទៅ 5 ឆ្នាំអាស្រ័យលើប្រភេទនៃសេវាកម្ម - សេវាកម្មទូទៅបន្ថែម - គ្មានដែនកំណត់ជារៀងរាល់ឆ្នាំ	ក្នុងបណ្តាញ ការបង់ប្រាក់រួមចំនួន \$0 សម្រាប់សេវាធ្មេញសិប្បនិម្មិត ជាប់នីមួយៗ* អាចនឹងតម្រូវ ឱ្យមានការអនុញ្ញាតជាមុន។ ក្រៅបណ្តាញ* ការធានារ៉ាប់រងរួម 25% សម្រាប់សេវាធ្មេញសិប្បនិម្មិត ជាប់នីមួយៗ* អាចនឹងតម្រូវឱ្យមានការ អនុញ្ញាតជាមុន។ ក្នុងបណ្តាញ ការបង់ប្រាក់រួមចំនួន \$0 សម្រាប់សេវាធ្មេញសិប្បនិម្មិត ដែលអាចដកចេញនីមួយៗ។ * អាចទាមទារការអនុញ្ញាត ជាមុន។ ក្រៅបណ្តាញ* ការធានារ៉ាប់រងរួម 25% សម្រាប់សេវាធ្មេញសិប្បនិម្មិត ដែលអាចដកចេញនីមួយៗ* អាចនឹងតម្រូវឱ្យមានការ អនុញ្ញាតជាមុន។ ក្នុងបណ្តាញ ការបង់ប្រាក់រួមចំនួន \$0 សម្រាប់សេវាកម្មទូទៅបន្ថែមនីមួយៗ * អាចនឹងតម្រូវឱ្យមានការ អនុញ្ញាតជាមុន។

ជំពូកទី 4: តារាងអត្ថប្រយោជន៍វេជ្ជសាស្ត្រ (អ្វីដែលត្រូវបានរ៉ាប់រង)

សេវាកម្មដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រង	អ្វីដែលអ្នកបង់
សេវាសុខភាពធ្មេញ - ត មុនពេលទទួលបានសេវាកម្ម សមាជិកត្រូវបានណែនាំឱ្យពិភាក្សាអំពីជម្រើសនៃការព្យាបាលរបស់ពួកគេជាមួយអ្នកផ្តល់សេវាសុខភាពធ្មេញជាប្រចាំដែលចូលរួម។ ការព្យាបាលត្រូវតែចាប់ផ្តើម និងបញ្ចប់ខណៈពេលដែលរ៉ាប់រងដោយគម្រោងក្នុងអំឡុងឆ្នាំគម្រោង។ ការចំណាយលើសេវាទន្តសាស្ត្រដែលមិនត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយគម្រោង គឺជាការទទួលខុសត្រូវរបស់សមាជិក។ សម្រាប់សំណួរអំពីរបៀបស្វែងរកអ្នកផ្តល់សេវា ឬដាក់បណ្តឹងទាមទារ ឬសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិក។ អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានបន្ថែមអំពីការធានារ៉ាប់រងសុខភាពធ្មេញរួមទាំងបញ្ជីលម្អិតនៃនីតិវិធីដែលមានការធានារ៉ាប់រង នៅក្នុងព័ត៌មានលម្អិតនៃអត្ថប្រយោជន៍សុខភាពធ្មេញបស់យើងនៅ៖ go.wellcare.com/dentalbenefits-hi ចំណាំ៖ ការធានារ៉ាប់រងលើសេវាទន្តសាស្ត្រជាប្រចាំគឺជាអត្ថប្រយោជន៍បន្ថែមដែលផ្តល់ជូនដោយគម្រោង។ ទាំង Medicare និង Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) នឹងមិនបង់ចំណែកនៃ ថ្លៃចំណាយរបស់អ្នកសម្រាប់សេវាកម្មទាំងនេះទេ។ សមាជិកដែលបានចុះឈ្មោះក្នុង Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) អាចមានសិទ្ធិទទួលបានការធានារ៉ាប់រងបន្ទាប់បន្សំនៃសេវាសុខភាពធ្មេញបន្ថែមដោយរដ្ឋ។ មុនពេលទទួលបានសេវាសុខភាពធ្មេញ សូមសួរអ្នកផ្តល់សេវាថាតើពួកគេអាចចេញវិក្កយបត្រជូន Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) ជាអ្នកបង់ប្រាក់បន្ទាប់បន្សំដែរឬទេ។ ត្រូវប្រាកដថាបង្ហាញអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកនូវបណ្ណសម្គាល់ខ្លួន Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) របស់អ្នក។	ក្រៅបណ្តាញ* ការធានារ៉ាប់រងរួម 25% សម្រាប់សេវាកម្មទូទៅបន្ថែមនីមួយៗ។* អាចនឹងតម្រូវឱ្យមានការអនុញ្ញាតជាមុន។ "ប្រសិនបើអ្នកជ្រើសរើសទៅជួប ពេទ្យធ្មេញនៅក្រៅបណ្តាញ ថ្លៃចំណាយចេញពីហោប៉ៅរបស់អ្នកអាចខ្ពស់ជាងនេះ។ អ្នកផ្តល់សេវាសុខភាពធ្មេញក្រៅបណ្តាញមិនបានចុះកិច្ចសន្យាដើម្បីទទួលយកការទូទាត់របស់គម្រោងជាការទូទាត់ពេញលេញនោះទេ។ ប្រសិនបើពួកគេគិតប្រាក់ពី អ្នកច្រើនជាងអ្វីដែលគម្រោងធ្វើការបង់ឱ្យនោះ អ្នកត្រូវទទួលខុសត្រូវចំពោះចំនួនខុសគ្នានេះ សូម្បីតែសម្រាប់សេវាកម្មដែលមានការបង់ប្រាក់រួមចំនួន \$0 ក៏ដោយ។

ជំពូកទី 4: តារាងអត្ថប្រយោជន៍វេជ្ជសាស្ត្រ (អ្វីដែលត្រូវបានរ៉ាប់រង)

សេវាកម្មដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រង	អ្វីដែលអ្នកបង់
ការពិនិត្យរកជំងឺធ្លាក់ទឹកចិត្ត យើងធានារ៉ាប់រងលើការពិនិត្យរកជំងឺធ្លាក់ទឹកចិត្តមួយដងក្នុងមួយឆ្នាំ។ ការពិនិត្យត្រូវតែធ្វើឡើងនៅក្នុងកន្លែងថែទាំបឋមដែលផ្តល់ការព្យាបាលតាមដាន និង/ឬការបញ្ជូនបន្តបាន។	មិនមានការធានារ៉ាប់រងរួមការបង់ថ្លៃរួម ឬប្រាក់ដែលត្រូវកាត់កងសម្រាប់ការជួបពិនិត្យជំងឺធ្លាក់ទឹកចិត្តប្រចាំឆ្នាំនោះទេ។
ការឆ្លុះពិនិត្យជំងឺទឹកនោមផ្អែម យើងរ៉ាប់រងលើការពិនិត្យនេះ (រួមទាំងការធ្វើតេស្តក្លុយកូសដោយមិនញាំអាហារ) ប្រសិនបើអ្នកមានកត្តាហានិភ័យទាំងនេះ៖ សម្ពាធឈាមខ្ពស់ (លើសឈាម) ប្រវត្តិនៃកូលេស្តេរ៉ូលខុសប្រក្រតី និងកម្រិតទ្រីត្វីសេរីក (ជំងឺលើសជាតិខ្លាញ់ក្នុងឈាម) ភាពធាត់ ឬប្រវត្តិនៃជាតិស្ករក្នុងឈាមខ្ពស់ (ក្លុយកូស)។ ការធ្វើតេស្តអាចត្រូវបានធានារ៉ាប់រងផងដែរ ប្រសិនបើអ្នកបំពេញតាមតម្រូវការផ្សេងទៀត ដូចជាការលើសទម្ងន់ និងមានប្រវត្តិគ្រួសារនៃជំងឺទឹកនោមផ្អែម។ អ្នកអាចមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ការពិនិត្យជំងឺទឹកនោមផ្អែមរហូតដល់ទៅ 2 ដងរៀងរាល់ 12 ខែម្តង បន្ទាប់ពីកាលបរិច្ឆេទនៃការធ្វើតេស្តពិនិត្យជំងឺទឹកនោមផ្អែមថ្មីបំផុតរបស់អ្នក។	មិនមានការធានារ៉ាប់រងរួមការបង់ថ្លៃរួម ឬប្រាក់ដែលត្រូវកាត់កងសម្រាប់ការធ្វើតេស្តពិនិត្យជំងឺទឹកនោមផ្អែមដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងពី Medicare នោះទេ។
ការបណ្តុះបណ្តាលអំពីការគ្រប់គ្រងជំងឺទឹកនោមផ្អែមដោយខ្លួនឯង សេវាជំងឺទឹកនោមផ្អែម និងបរិក្ខារនានា សម្រាប់មនុស្សទាំងអស់ដែលមានជំងឺទឹកនោមផ្អែម (អ្នកប្រើអាំងស៊ុយលីន និងអ្នកមិនប្រើអាំងស៊ុយលីន)។ សេវាកម្មដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងរួមមាន៖ • បរិក្ខារដើម្បីត្រួតពិនិត្យជាតិស្ករក្នុងឈាមរបស់អ្នក៖ ឧបករណ៍ត្រួតពិនិត្យជាតិស្ករក្នុងឈាម បន្ទះធ្វើតេស្តជាតិស្ករក្នុងឈាម ឧបករណ៍ដោះ និងឧបករណ៍កាត់ និងសូលុយស្យុងគ្រប់គ្រងជាតិស្ករសម្រាប់ត្រួតពិនិត្យភាពត្រឹមត្រូវនៃបន្ទះធ្វើតេស្ត និងឧបករណ៍ត្រួតពិនិត្យ។	ការបង់ប្រាក់រួមចំនួន \$0 សម្រាប់បរិក្ខារតាមដានជំងឺទឹកនោមផ្អែមដែលធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare។ អាចនឹងកម្រិតមានការអនុញ្ញាតជាមុន។ ទោះជាយ៉ាងណា អ្នកនៅតែអាចបង់ប្រាក់រហូតដល់ 20% នៃចំនួនថ្លៃផលិតផល ដែល Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) មិនធានារ៉ាប់រងជូន។

ជំពូកទី 4: តារាងអត្ថប្រយោជន៍វេជ្ជសាស្ត្រ (អ្វីដែលត្រូវបានរ៉ាប់រង)

សេវាកម្មដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រង	អ្វីដែលអ្នកបង់
 ការបណ្តុះបណ្តាលអំពីការគ្រប់គ្រងជំងឺទឹកនោមផ្អែម ដោយខ្លួនឯង សេវាជំងឺទឹកនោមផ្អែម និងបរិក្ខារនានា - គ • សម្រាប់អ្នកមានជំងឺទឹកនោមផ្អែមដែលមានជំងឺជើងទឹកនោមផ្អែមធ្ងន់ធ្ងរ៖ ស្បែកជើងព្យាបាលតាមតម្រូវការមួយគូ ក្នុងមួយឆ្នាំតាមប្រតិទិន (រួមទាំងទ្រនាប់ដែលបានផ្តល់ឱ្យជាមួយនឹងស្បែកជើងបែបនេះ) និង ទ្រនាប់ 2 គូបន្ថែមទៀតនៃស្បែកជើងជ្រៅមួយគូ និង ទ្រនាប់ 3 គូ (មិនរាប់បញ្ចូលទ្រនាប់ដែលអាចដកចេញបានដែលមិនបានដែលប្តូរតាមបំណងដែលបានផ្តល់ឱ្យជាមួយនឹងស្បែកជើងបែបនេះ)។ ការធានារ៉ាប់រងរួមបញ្ចូលទាំងលៃតម្រូវ។ • ការបណ្តុះបណ្តាលអំពីការគ្រប់គ្រងជំងឺទឹកនោមផ្អែម ដោយខ្លួនឯងត្រូវបានធានារ៉ាប់រងក្រោមលក្ខខណ្ឌជាក់លាក់។ ផលិតផល Accu-Chek Guide™ និង True Metrix™ ពី Lifescan គឺជាសម្ភារៈផ្គត់ផ្គង់សម្រាប់ការធ្វើតេស្តជំងឺទឹកនោមផ្អែមដែលយើងចង់បាន (ឧបករណ៍តាមដានជាតិស្ករ និងបន្ទះធ្វើតេស្តជាតិស្ករ)។ ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែមអំពីផលិតផលដែលមាននៅក្នុងបញ្ជីបរិក្ខារធ្វើតេស្តទឹកនោមផ្អែមដែលពេញចិត្ត សូមទាក់ទងផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិក។ ប្រសិនបើអ្នកប្រើប្រាស់បរិក្ខារធ្វើតេស្តទឹកនោមផ្អែមដែលមិនបានណែនាំដោយគម្រោង សូមពិភាក្សាជាមួយអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកដើម្បីទទួលបានវេជ្ជបញ្ជាថ្មី ឬស្នើសុំការអនុញ្ញាតជាមុនសម្រាប់ឧបករណ៍តាមដានជាតិស្ករក្នុងឈាម និងបន្ទះធ្វើតេស្តដែលមិនបានណែនាំ។	ការបង់ប្រាក់រួមចំនួន \$0 សម្រាប់ស្បែកជើង ឬទ្រនាប់សិកបញ្ចូលសម្រាប់ការព្យាបាលដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare សម្រាប់អ្នកដែលមានជំងឺទឹកនោមផ្អែមដែលមានជំងឺជើងទឹកនោមផ្អែមធ្ងន់ធ្ងរ។ អាចនឹងតម្រូវឱ្យមានការអនុញ្ញាតជាមុន។ ទោះជាយ៉ាងណា អ្នកនៅតែអាចបង់ប្រាក់រហូតដល់ 20% នៃចំនួនថ្លៃផលិតផល ដែល Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) មិនធានារ៉ាប់រងជូន។ ការបង់ប្រាក់រួមចំនួន \$0 សម្រាប់ការបណ្តុះបណ្តាលអំពីការគ្រប់គ្រងជំងឺទឹកនោមផ្អែម ដោយខ្លួនឯងដែលធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare។ ទោះជាយ៉ាងណា អ្នកនៅតែអាចបង់ប្រាក់រហូតដល់ 20% នៃចំនួនថ្លៃផលិតផល ដែល Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) មិនធានារ៉ាប់រងជូន។

ជំពូកទី 4: តារាងអត្ថប្រយោជន៍វេជ្ជសាស្ត្រ (អ្វីដែលត្រូវបានរ៉ាប់រង)

សេវាកម្មដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រង	អ្វីដែលអ្នកបង់
បរិក្ខារវេជ្ជសាស្ត្រដែលប្រើជាប់បានយូរ (DME) និងគ្រឿងផ្គត់ផ្គង់ដែលពាក់ព័ន្ធ (សម្រាប់និយមន័យនៃបរិក្ខារវេជ្ជសាស្ត្រដែលប្រើជាប់បានយូរ សូមមើលជំពូកទី 12 និង ជំពូកទី 3) ផលិតផលដែលត្រូវបានរ៉ាប់រងរួមមាន រទេះរុញ ឈើច្រក ប្រព័ន្ធពូក ដើរដោយថាមពល សម្ភារៈផ្គត់ផ្គង់ជំងឺទឹកនោមផ្អែម ក្រែមន្ទីរពេទ្យ ដែលបញ្ជាទិញដោយអ្នកផ្តល់សេវាសម្រាប់ប្រើប្រាស់ក្នុងផ្ទះ ម៉ាស៊ីនចាក់ថ្នាំ IV ឧបករណ៍បង្កើតការនិយាយ ឧបករណ៍អុកស៊ីសែន ម៉ាស៊ីនឆ្កង និងឧបករណ៍ជំនួយការដើរ។ យើងធានារ៉ាប់រងលើ DME ដែលចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រទាំងអស់ដែលធានារ៉ាប់រងដោយ Original Medicare។ ប្រសិនបើអ្នកផ្គត់ផ្គង់របស់យើងនៅក្នុងតំបន់របស់អ្នកមិនមានម៉ាកយីហោ ឬក្រុមហ៊ុនផលិតជាក់លាក់ណាមួយ អ្នកអាចសួរពួកគេថាតើពួកគេអាចបញ្ជាទិញវាជាពិសេសសម្រាប់អ្នកដែរឬទេ។ បញ្ជីអ្នកផ្គត់ផ្គង់ចុងក្រោយបំផុតមាននៅលើគេហទំព័ររបស់យើងនៅ go.wellcare.com/2026providerdirectories។	ការបង់ប្រាក់រួមចំនួន \$0 សម្រាប់បរិក្ខារវេជ្ជសាស្ត្រដែលប្រើជាប់បានយូរដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare។ អាចនឹងតម្រូវឱ្យមានការអនុញ្ញាតជាមុន។ ការបង់ប្រាក់រួមចំនួន \$0 សម្រាប់បរិក្ខារវេជ្ជសាស្ត្រដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare។ អាចនឹងតម្រូវឱ្យមានការអនុញ្ញាតជាមុន។ ការចែករំលែកថ្លៃចំណាយរបស់អ្នកសម្រាប់ការធានារ៉ាប់រងលើឧបករណ៍អុកស៊ីសែនរបស់ Medicare គឺ \$0 នៃការបង់ប្រាក់រួមរៀងរាល់ 36 ខែ។ ការចែករំលែកថ្លៃចំណាយរបស់អ្នកនឹងមិនផ្លាស់ប្តូរទេបន្ទាប់ពីអ្នកបានចុះឈ្មោះអស់រយៈពេល 36 ខែ។ ប្រសិនបើអ្នកបានធ្វើការបង់ថ្លៃជួលរយៈពេល 36 ខែសម្រាប់ការធានារ៉ាប់រងលើឧបករណ៍ផ្តល់អុកស៊ីសែន មុនពេលអ្នកចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងរបស់យើង ការចែករំលែកថ្លៃចំណាយរបស់អ្នកនៅក្នុងគម្រោង របស់យើងគឺ \$0 នៃការបង់ប្រាក់រួម។

ជំពូកទី 4: តារាងអត្ថប្រយោជន៍វេជ្ជសាស្ត្រ (អ្វីដែលត្រូវបានរ៉ាប់រង)

សេវាកម្មដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រង	អ្វីដែលអ្នកបង់
ការថែទាំក្នុងស្ថានភាពអាសន្ន ការថែទាំក្នុងស្ថានភាពអាសន្នសំដៅលើសេវាកម្មដែលជា៖ • ផ្តល់នូវអ្នកផ្តល់សេវាដែលមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ដើម្បីផ្តល់សេវាក្នុងស្ថានភាពអាសន្ន និង • ចាំបាច់ត្រូវវាយតម្លៃ ឬរក្សាស្ថិរភាពស្ថានភាពវេជ្ជសាស្ត្រផ្នែកសង្គ្រោះបន្ទាន់។ ភាពអាសន្នផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រគឺនៅពេលដែលអ្នកឬបុគ្គលណាម្នាក់ដែលមានការប្រុងប្រយ័ត្នផ្សេងទៀតដែលមានចំណេះដឹងជាមធ្យមអំពីសុខភាពនិងវេជ្ជសាស្ត្រ ជឿថាអ្នកមានរោគសញ្ញាវេជ្ជសាស្ត្រដែលត្រូវការការយកចិត្តទុកដាក់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រភ្លាមៗ ដើម្បីបង្ការការបាត់បង់ជីវិត (ហើយប្រសិនបើអ្នកជាស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ ការបាត់បង់កូនក្នុងផ្ទៃ) ការបាត់បង់អវយវៈ ឬការបាត់បង់មុខងារអវយវៈ។ រោគសញ្ញាវេជ្ជសាស្ត្រអាចជាជំងឺ ការរងរបួស ការឈឺចាប់ធ្ងន់ធ្ងរ ឬស្ថានភាពវេជ្ជសាស្ត្រដែលកាន់តែធ្ងន់ធ្ងរទៅៗយ៉ាងឆាប់រហ័ស។ ការចែករំលែកផ្លែចំណាយសម្រាប់សេវាក្នុងស្ថានភាពអាសន្នចាំបាច់ដែលអ្នកទទួលបាននៅក្រៅបណ្តាញគឺដូចគ្នានឹងពេលអ្នកទទួលបានសេវាកម្មទាំងនេះនៅក្នុងបណ្តាញ។	ការបង់ប្រាក់រួមចំនួន \$0 សម្រាប់ការជួបពិគ្រោះនៅបន្ទប់សង្គ្រោះបន្ទាន់ដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare។ ប្រសិនបើអ្នកទទួលបានការថែទាំក្នុងស្ថានភាពអាសន្ននៅមន្ទីរពេទ្យក្រៅបណ្តាញ ហើយត្រូវការការថែទាំអ្នកជំងឺស្នាក់ព្យាបាល បន្ទាប់ពីស្ថានភាពអាសន្នរបស់អ្នកមានស្ថិរភាព អ្នកត្រូវតែផ្លាស់ទៅមន្ទីរពេទ្យក្នុងបណ្តាញដើម្បីឱ្យការថែទាំរបស់អ្នកបន្តមានការធានារ៉ាប់រង ឬអ្នកត្រូវតែមានការថែទាំអ្នកជំងឺស្នាក់ព្យាបាលរបស់អ្នកនៅមន្ទីរពេទ្យក្រៅបណ្តាញដែលបានអនុញ្ញាតដោយគម្រោងរបស់យើង ហើយការចំណាយរបស់អ្នកគឺជាការចែករំលែកផ្លែចំណាយដែលអ្នកនឹងបង់នៅមន្ទីរពេទ្យក្នុងបណ្តាញ។

ជំពូកទី 4: តារាងអត្ថប្រយោជន៍វេជ្ជសាស្ត្រ (អ្វីដែលត្រូវបានរ៉ាប់រង)

សេវាកម្មដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រង	អ្វីដែលអ្នកបង់
ការថែទាំក្នុងស្ថានភាពអាសន្ន - បន្ត សេវាក្នុងភាពអាសន្ននៅខាងក្រៅសហរដ្ឋអាមេរិកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង។	ការបង់ប្រាក់រួមចំនួន \$115 សម្រាប់សេវាក្នុងភាពអាសន្ននៅក្រៅសហរដ្ឋអាមេរិក។* អ្នកបង់ថ្លៃចំនួននេះ ទោះបីជាអ្នកត្រូវបានអនុញ្ញាតឱ្យចូលមន្ទីរពេទ្យក្នុងរយៈពេល 24 ម៉ោងសម្រាប់ស្ថានភាពដូចគ្នាក៏ដោយ។ អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងរហូតដល់ \$50,000 ជារៀងរាល់ឆ្នាំសម្រាប់សេវាក្នុងត្រីមាស ឬសេវាកម្មដែលត្រូវការជាបន្ទាន់នៅខាងក្រៅសហរដ្ឋអាមេរិក។
 កម្មវិធីអប់រំសុខភាព និងសុខុមាលភាព លេខបណ្តាញដំបូន្មានគិលានុបដ្ឋាយិកា ដំបូន្មានតាមទូរសព្ទដោយឥតគិតថ្លៃពីគិលានុបដ្ឋាយិកាដែលមានការបណ្តុះបណ្តាល និងមានអាជ្ញាបណ្ណ។ លេខបណ្តាញដំបូន្មានគិលានុបដ្ឋាយិកាអាចទាក់ទងបាន 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍សម្រាប់ជំនួយជាមួយនឹងសំណួរដែលទាក់ទងនឹងសុខភាព។ អ្នកអាចទាក់ទងទៅលេខបណ្តាញដំបូន្មានគិលានុបដ្ឋាយិកាដោយទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិកសម្រាប់ការផ្ទេរទៅលេខបណ្តាញដំបូន្មានគិលានុបដ្ឋាយិកា។	ការបង់ប្រាក់រួមចំនួន \$0 សម្រាប់លេខបណ្តាញដំបូន្មានគិលានុបដ្ឋាយិកា។*

ជំពូកទី 4: តារាងអត្ថប្រយោជន៍វេជ្ជសាស្ត្រ (អ្វីដែលត្រូវបានរ៉ាប់រង)

សេវាកម្មដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រង	អ្វីដែលអ្នកបង់
 កម្មវិធី អប់រំសុខភាព និងសុខុមាលភាព - បន្ត • អត្ថប្រយោជន៍នៃការហាត់ប្រាណ គម្រោងរបស់យើងផ្តល់នូវកម្មវិធីលំហាត់ប្រាណដែលផ្តល់លទ្ធភាពចូលទៅកាន់ទីតាំងលំហាត់ប្រាណនៅទូទាំងប្រទេស។ ដើម្បីជួយគាំទ្ររបៀបរស់នៅសកម្ម និងល្អសម្រាប់សុខភាព អ្នកមានសិទ្ធិចូលប្រើមុខងារខាងក្រោមដោយមិនគិតថ្លៃ៖ ○ សមាជិកភាពមជ្ឈមណ្ឌលលំហាត់ប្រាណ៖ ជ្រើសរើសពីមជ្ឈមណ្ឌលលំហាត់ប្រាណដោយផ្ទាល់ដែលចូលរួមក្នុងបណ្តាញលំហាត់ប្រាណ។ សមាជិកភាពរួមបញ្ចូលទាំងសិទ្ធិប្រើប្រាស់ក្លឹបហាត់ប្រាណស្តង់ដារ ឬសេវាកម្មស្នូឌីយោហាត់ប្រាណ ក៏ដូចជាថ្នាក់ហាត់ប្រាណជាក្រុមដែលបានផ្តល់ជូន។ អ្នកអាចប្រើកន្លែងហាត់ប្រាណមួយ ឬច្រើននៅក្នុងបណ្តាញលំហាត់ប្រាណ។ ○ ឧបករណ៍ហាត់ប្រាណតាមផ្ទះ៖ អ្នកអាចជ្រើសរើសពីឧបករណ៍ហាត់ប្រាណតាមផ្ទះជាច្រើនប្រភេទ រួមទាំងឧបករណ៍តាមដានហាត់ប្រាណដែលអាចពាក់បាន។ អ្នកអាចទទួលបានរហូតដល់ 1 កញ្ចប់ក្នុងមួយឆ្នាំអត្ថប្រយោជន៍។ ○ កម្មវិធីហាត់ប្រាណឌីជីថល៖ ជ្រើសរើសពីវីដេអូហាត់ប្រាណតាមតម្រូវការរាប់ពាន់តាមរយៈបណ្តាញយឌីជីថល ○ កម្មវិធីបណ្តុះបណ្តាលរបៀបរស់នៅ 1:1 ○ ក្លឹបសុខុមាលភាព៖ ស្វែងរកធនធានដែលតម្រូវតាមចំណាប់អារម្មណ៍ និងគោលដៅរបស់អ្នក រួមទាំងអត្ថបទវីដេអូ និងការផ្សាយបន្តផ្ទាល់ថ្នាក់ និងព្រឹត្តិការណ៍ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមទាក់ទងនឹងអត្ថប្រយោជន៍ហាត់ប្រាណ សូមទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិក។	ការបង់ប្រាក់រួមចំនួន \$0 សម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍លំហាត់ប្រាណ។*
សេវាពិនិត្យត្រចៀក ការរោគវិនិច្ឆ័យការស្តាប់ និងការវាយតម្លៃលំនឹងដែលធ្វើឡើងដោយអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក ដើម្បីកំណត់ថាតើអ្នកត្រូវការការព្យាបាលផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រត្រូវបានធានារ៉ាប់រងជាការថែទាំអ្នកជំងឺមិនស្អាតព្យាបាល នៅពេលអ្នកទទួលបានវាពីគ្រូពេទ្យ អ្នកឯកទេសការស្តាប់ ឬអ្នកផ្តល់សេវាដែលមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ផ្សេងទៀតដែរឬទេ។	ការបង់ប្រាក់រួមចំនួន \$0 សម្រាប់ការពិនិត្យត្រចៀកដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare នីមួយៗ។ អាចនឹងតម្រូវឱ្យមានការអនុញ្ញាតជាមុន។

ជំពូកទី 4: តារាងអត្ថប្រយោជន៍វេជ្ជសាស្ត្រ (អ្វីដែលត្រូវបានរ៉ាប់រង)

សេវាកម្មដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រង	អ្វីដែលអ្នកបង់
សេវាសុខភាពត្រចៀក - បន្ត គម្រោងរបស់យើងធានារ៉ាប់រងលើសេវាស្តាប់បន្ថែម (ឧ. ទម្លាប់) ដូចខាងក្រោម៖ - ការពិនិត្យត្រចៀក 1 ដងក្នុងមួយឆ្នាំជាប្រចាំ។ - ឧបករណ៍ជំនួយការស្តាប់ 1 និងការវាយតម្លៃជារៀងរាល់ឆ្នាំ។ - ឧបករណ៍ជំនួយការស្តាប់ដែលមិនអាចបន្ស៊ាំបាន 1 ដែលមានតម្លៃរហូតដល់ \$500 សម្រាប់ត្រចៀកម្នាងជារៀងរាល់ឆ្នាំ។ បានកំណត់ចំពោះឧបករណ៍ស្តាប់ដែលមិនភ្ជាប់នឹងរាងកាយចំនួន 2 ជារៀងរាល់ឆ្នាំ។ អត្ថប្រយោជន៍រួមមានការធានារយៈពេល 3 ឆ្នាំរួមទាំងការបាត់បង់និងការខូចខាត និងការផ្គត់ផ្គង់ថ្ម 1 ឆ្នាំ។ ការចំណាយលើឧបករណ៍ជំនួយការស្តាប់ណាមួយដែលលើសពីអត្ថប្រយោជន៍អតិបរិមាខាងលើគឺជាទំនួលខុសត្រូវរបស់អ្នក។ ឧបករណ៍ជំនួយការស្តាប់បន្ថែមមិនត្រូវបានធានារ៉ាប់រងទេ។ សេវាកម្មត្រចៀកជាប្រចាំត្រូវតែទទួលបានពីអ្នកផ្តល់សេវាដែលចូលរួមក្នុងបណ្តាញអ្នកលក់ ដើម្បីទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍នៃការស្តាប់ពេញលេញដែលបានធានារ៉ាប់រងដោយគម្រោង។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីអ្នកលក់ឧបករណ៍ជំនួយការស្តាប់របស់អ្នក ព័ត៌មានទំនាក់ទំនង និងអត្ថប្រយោជន៍ សូមទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិក។ ចំណាំ៖ ការធានារ៉ាប់រងលើសេវាកម្មការស្តាប់ប្រចាំគឺជាអត្ថប្រយោជន៍បន្ថែមដែលផ្តល់ជូនដោយគម្រោង។ ទាំង Medicare និង Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) នឹងមិនបង់ចំណែកនៃថ្លៃចំណាយរបស់អ្នកសម្រាប់សេវាកម្មទាំងនេះទេ។	ការបង់ប្រាក់រួមចំនួន \$0 សម្រាប់ការពិនិត្យត្រចៀកជាប្រចាំ 1 ដងជារៀងរាល់ឆ្នាំ* អាចនឹងតម្រូវឱ្យមានការអនុញ្ញាតជាមុន។ ការបង់ប្រាក់រួមចំនួន \$0 សម្រាប់ការបំពាក់ឧបករណ៍ជំនួយការស្តាប់ចំនួន 1 និងការវាយតម្លៃជារៀងរាល់ឆ្នាំ* អាចនឹងតម្រូវឱ្យមានការអនុញ្ញាតជាមុន។ ការបង់ប្រាក់រួមចំនួន \$0 សម្រាប់ឧបករណ៍ជំនួយការស្តាប់ចំនួន 2 ជារៀងរាល់ឆ្នាំ* អាចនឹងតម្រូវឱ្យមានការអនុញ្ញាតជាមុន។

ជំពូកទី 4: តារាងអត្ថប្រយោជន៍វេជ្ជសាស្ត្រ (អ្វីដែលត្រូវបានរ៉ាប់រង)

សេវាកម្មដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រង	អ្វីដែលអ្នកបង់
 ការពិនិត្យរកមេរោគ HIV សម្រាប់អ្នកដែលស្នើសុំការធ្វើតេស្តរកមេរោគ HIV ឬមានហានិភ័យខ្ពស់ចំពោះការឆ្លងមេរោគ HIV យើងធានារ៉ាប់រងលើ៖ - ការពិនិត្យរកមេរោគមួយដងរៀងរាល់ 12 ខែម្តង។ ប្រសិនបើអ្នកមានផ្ទៃពោះ យើងធានារ៉ាប់រង៖ - ការពិនិត្យរកមេរោគរហូតដល់ 3 ដងក្នុងអំឡុងពេលមានផ្ទៃពោះ។	មិនមានការធានារ៉ាប់រងរួមការបង់ថ្លៃរួម ឬប្រាក់ដែលត្រូវកាត់កងសម្រាប់សមាជិកដែលមានសិទ្ធិទទួលបានការពិនិត្យរកមេរោគ HIV បែបបង្ការដែលមានការធានារ៉ាប់រងពី Medicare នោះទេ។
ការថែទាំដោយទីភ្នាក់ងារសុខភាពតាមផ្ទះ មុនពេលអ្នកទទួលបានសេវាសុខភាពតាមផ្ទះ វេជ្ជបណ្ឌិតត្រូវតែបញ្ជាក់ថាអ្នកត្រូវការសេវាសុខភាពតាមផ្ទះ ហើយនឹងបញ្ជាឱ្យសេវាសុខភាពតាមផ្ទះត្រូវបានផ្តល់ដោយភ្នាក់ងារសុខភាពតាមផ្ទះ។ អ្នកប្រាកដជាពិបាកក្នុងការចាកចេញពីផ្ទះ មានន័យថាការចាកចេញពីផ្ទះគឺជាការខិតខំព្យាយាមដ៏លំបាកមួយ។ សេវាកម្មដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងរួមមានជាអាទិ៍៖ - សេវាគិលានុបដ្ឋាយិកាជំនាញក្រៅម៉ោងឬបណ្តោះអាសន្ន និងជំនួយសុខភាពតាមផ្ទះ (ត្រូវបានធានារ៉ាប់រងក្រោមអត្ថប្រយោជន៍ការថែទាំសុខភាពតាមផ្ទះ សេវាគិលានុបដ្ឋាយិកាជំនាញ និងជំនួយសុខភាពតាមផ្ទះរបស់អ្នករួមបញ្ចូលគ្នាត្រូវតែសរុបតិចជាង 8 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ និង 35 ម៉ោងក្នុងមួយសប្តាហ៍) - ការព្យាបាលដោយចលនា ការព្យាបាលដោយសកម្មភាពការងារ និងការព្យាបាលការនិយាយស្តី - សេវាវេជ្ជសាស្ត្រ និងសង្គមកិច្ច - ឧបករណ៍ និងសម្ភារវេជ្ជសាស្ត្រ	\$0 នៃការបង់ប្រាក់រួមសម្រាប់សេវាកម្មថែទាំដោយទីភ្នាក់ងារសុខភាពតាមផ្ទះដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare នីមួយៗ។ អាចនឹងតម្រូវឱ្យមានការអនុញ្ញាតជាមុន។

ជំពូកទី 4: តារាងអត្ថប្រយោជន៍វេជ្ជសាស្ត្រ (អ្វីដែលត្រូវបានរ៉ាប់រង)

សេវាកម្មដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រង	អ្វីដែលអ្នកបង់
ការព្យាបាលដោយព្យួរសេរ៉ូមតាមផ្ទះ: ការព្យាបាលដោយព្យួរសេរ៉ូមតាមផ្ទះពាក់ព័ន្ធនឹងការផ្តល់ឱសថឬជីវសាស្ត្រតាមសរសៃវ៉ែន ឬការចាក់ចូលក្រោមស្បែកដល់មនុស្សម្នាក់នៅផ្ទះ។ សមាសធាតុចាំបាច់ដើម្បីអនុវត្តការព្យួរសេរ៉ូមនៅផ្ទះរួមមានឱសថ (ឧទាហរណ៍ ឱសថប្រឆាំងរីរុស ឱសថ ភាពស្ងប់ស្ងួតប៊ុនលឺន) ឧបករណ៍ (ឧទាហរណ៍ ម៉ាស៊ីនបាញ់ឱសថ) និងសម្ភារៈផ្គត់ផ្គង់ (ឧទាហរណ៍ បំពង់បង្ហូរសេរ៉ូម និងម្ជុលចាក់)។ សេវាកម្មដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងរួមមានជាអាទិ៍: • សេវាកម្មដែលមានវិជ្ជាជីវៈ រួមទាំងសេវាថែទាំសុខភាព ដែលផ្តល់ជូនដោយអនុលោមតាមគម្រោងថែទាំរបស់យើង • ការបណ្តុះបណ្តាល និងការអប់រំអ្នកជំងឺដែលមិនត្រូវបានធានារ៉ាប់រងក្រោមអត្ថប្រយោជន៍បរិក្ខារវេជ្ជសាស្ត្រដែលប្រើជាប់បានយូរ • ការពិនិត្យតាមដានពីចម្ងាយ • សេវាកម្មត្រួតពិនិត្យសម្រាប់ការផ្តល់ការព្យាបាលដោយព្យួរសេរ៉ូមតាមផ្ទះ និងឱសថព្យួរសេរ៉ូមតាមផ្ទះដែលផ្តល់ដោយអ្នកផ្គត់ផ្គង់ការព្យាបាលដោយព្យួរសេរ៉ូមតាមផ្ទះដែលមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់	ការបង់ប្រាក់រួមចំនួន \$0 សម្រាប់សេវាកម្មដែលមានវិជ្ជាជីវៈពីអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំបឋម (PCP) រួមទាំងសេវាកម្មថែទាំ ការបណ្តុះបណ្តាល និងការអប់រំ សេវាកម្មត្រួតពិនិត្យ និងតាមដានពីចម្ងាយ។ \$0 នៃការបង់ប្រាក់រួមសម្រាប់សេវាកម្មដែលមានវិជ្ជាជីវៈពីអ្នកឯកទេស រួមទាំងសេវាកម្មថែទាំ ការបណ្តុះបណ្តាល និងការអប់រំ ការពិនិត្យតាមដានពីចម្ងាយ និង សេវាតាមដាននានា។ ការអនុញ្ញាតជាមុនអាចជាការតម្រូវឱ្យមាន។ បរិក្ខារ និងការផ្គត់ផ្គង់ការព្យួរសេរ៉ូមនៅផ្ទះត្រូវបានធានារ៉ាប់រងក្រោមអត្ថប្រយោជន៍បរិក្ខារវេជ្ជសាស្ត្រដែលប្រើជាប់បានយូរ (DME) របស់អ្នក។ សូមមើលផ្នែក "បរិក្ខារវេជ្ជសាស្ត្រដែលប្រើជាប់បានយូរ (DME) និងការផ្គត់ផ្គង់ដែលពាក់ព័ន្ធ" សម្រាប់ព័ត៌មានអំពីការចែករំលែកការចំណាយ។

ជំពូកទី 4: តារាងអត្ថប្រយោជន៍វេជ្ជសាស្ត្រ (អ្វីដែលត្រូវបានរ៉ាប់រង)

សេវាកម្មដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រង	អ្វីដែលអ្នកបង់
ការព្យាបាលដោយព្យួរសេរ៉ូមតាមផ្ទះ - បន្ត	ឱសថសម្រាប់ព្យួរសេរ៉ូមនៅផ្ទះត្រូវបានរ៉ាប់រងក្រោមអត្ថប្រយោជន៍ឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជារបស់ Medicare Part B របស់អ្នក។ សូមមើលផ្នែក "ឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជារបស់ Medicare Part B" សម្រាប់ព័ត៌មានអំពីការចែករំលែកការចំណាយ។
ការថែទាំនៅមន្ទីរពេទ្យថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយ អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍មន្ទីរពេទ្យថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយនៅពេលដែលវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក និងនាយកវេជ្ជសាស្ត្រមន្ទីរពេទ្យថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយបានផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវការព្យាករណ៍ដំណាក់កាលចុងក្រោយដែលបញ្ជាក់ថាអ្នកមានជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយ ហើយមានរយៈពេល 6 ខែ ឬតិចជាងនេះដើម្បីរស់នៅ ប្រសិនបើជំងឺរបស់អ្នកវិវឌ្ឍតាមធម្មតា។ អ្នកអាចទទួលបានការថែទាំពីមន្ទីរពេទ្យព្យាបាលអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយដែលមានការបញ្ជាក់ពី Medicare។ គម្រោងរបស់យើងត្រូវតែជួយអ្នកស្វែងរកមន្ទីរពេទ្យសម្រាប់អ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយដែលមានការបញ្ជាក់ពី Medicare នៅក្នុងតំបន់សេវាកម្មរបស់គម្រោងយើង រួមទាំងកម្មវិធីដែលយើងកាន់កាប់ គ្រប់គ្រង ឬមានផលប្រយោជន៍ផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុ។ វេជ្ជបណ្ឌិតនៅមន្ទីរពេទ្យសម្រាប់អ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយរបស់អ្នកអាចជាអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ ឬអ្នកផ្តល់សេវាក្រៅបណ្តាញ។ សេវាកម្មដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងរួមមាន៖ • ឱសថសម្រាប់ការគ្រប់គ្រងរោគសញ្ញា និងការបំបាត់ការឈឺចាប់	នៅពេលអ្នកចុះឈ្មោះក្នុងមន្ទីរព្យាបាលអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយដែលមានការបញ្ជាក់ពី Medicare សេវាកម្មមន្ទីរពេទ្យអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយរបស់អ្នក និងសេវាកម្មផ្នែក A និងផ្នែក B របស់អ្នកដែលទាក់ទងនឹងការព្យាករណ៍ដំណាក់កាលចុងក្រោយរបស់អ្នកត្រូវបានបង់ថ្លៃដោយ Original Medicare មិនមែនគម្រោងរបស់យើងទេ។ ការចែករំលែកថ្លៃចំណាយលើសេវាគ្រូពេទ្យអាចដាក់ពាក្យសុំសេវាប្រឹក្សាយោបល់នៅមន្ទីរពេទ្យថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយ។ សូមមើលផ្នែក "សេវាគ្រូពេទ្យ/គ្រូពេទ្យព្យាបាល" នៃតារាងនេះសម្រាប់ព័ត៌មានអំពីការចែករំលែកថ្លៃចំណាយ។

ជំពូកទី 4: តារាងអត្ថប្រយោជន៍វេជ្ជសាស្ត្រ (អ្វីដែលត្រូវបានរ៉ាប់រង)

សេវាកម្មដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រង	អ្វីដែលអ្នកបង់
ការថែទាំនៅមន្ទីរពេទ្យថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយ - បន្ត • សេវាកម្មថែទាំបណ្តោះអាសន្នរយៈពេលខ្លី • ការថែទាំតាមផ្ទះ នៅពេលអ្នកត្រូវបានអនុញ្ញាតឱ្យចូលក្នុងមន្ទីរពេទ្យថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយ អ្នកមានសិទ្ធិក្នុងការស្ថិតនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើង ប្រសិនបើអ្នកស្ថិតនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើង អ្នកត្រូវតែបន្តបង់ថ្លៃធានារ៉ាប់រងរបស់គម្រោង។ សម្រាប់សេវាមន្ទីរពេទ្យថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយ និងសេវាកម្មដែលធានារ៉ាប់រងដោយគម្រោង Medicare Part A ឬ Part B ដែលទាក់ទងទៅនឹងការព្យាករណ៍ដំណាក់កាលជំងឺចុងក្រោយរបស់អ្នក៖ Original Medicare (មិនមែនគម្រោងរបស់យើង) នឹងបង់ថ្លៃជូនអ្នកផ្តល់សេវាមន្ទីរពេទ្យថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយរបស់អ្នក និងសេវាផ្នែក A និងផ្នែក B ណាមួយដែលទាក់ទងទៅនឹងការព្យាករណ៍ដំណាក់កាលជំងឺចុងក្រោយរបស់អ្នក។ ខណៈពេលដែលអ្នកស្ថិតនៅក្នុងកម្មវិធីមន្ទីរពេទ្យថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយ អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយរបស់អ្នកនឹងចេញវិក្កយបត្រ Original Medicare សម្រាប់សេវាកម្មដែល Original Medicare បង់ថ្លៃជូន។ អ្នកនឹងទទួលបានវិក្កយបត្រចែករំលែកថ្លៃចំណាយរបស់ Original Medicare។ សម្រាប់សេវាកម្មដែលធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare Part A ឬ B ដែលមិនទាក់ទងទៅនឹងការព្យាករណ៍ដំណាក់កាលចុងក្រោយរបស់អ្នក៖ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការសេវាកម្មដែលមិនមែនជាភាពអាសន្ន សេវាកម្មដែលមិនត្រូវការជាបន្ទាន់ដែលធានារ៉ាប់រងក្រោម Medicare Part A ឬ B ដែលមិនទាក់ទងទៅនឹងការព្យាករណ៍ដំណាក់កាលជំងឺចុងក្រោយរបស់អ្នក ការចំណាយរបស់អ្នកសម្រាប់សេវាកម្មទាំងនេះអាស្រ័យលើថាតើអ្នកប្រើអ្នកផ្តល់សេវានៅក្នុងបណ្តាញគម្រោងរបស់យើងនិងអនុវត្តតាមច្បាប់គម្រោង (ដូចជាប្រសិនបើមានតម្រូវការដើម្បីទទួលបានការអនុញ្ញាតជាមុន)។ • ប្រសិនបើអ្នកទទួលបានសេវាកម្មដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងពីអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ ហើយធ្វើតាមច្បាប់របស់គម្រោងសម្រាប់ការទទួលបានសេវាកម្ម អ្នកបង់តែចំនួនទឹកប្រាក់ចែករំលែកថ្លៃចំណាយនៃគម្រោងរបស់យើងសម្រាប់សេវាកម្មក្នុងបណ្តាញប៉ុណ្ណោះ	

ជំពូកទី 4: តារាងអត្ថប្រយោជន៍វេជ្ជសាស្ត្រ (អ្វីដែលត្រូវបានរ៉ាប់រង)

សេវាកម្មដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រង	អ្វីដែលអ្នកបង់
ការថែទាំនៅមន្ទីរពេទ្យថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយ - បន្ត ប្រសិនបើអ្នកទទួលបានសេវាកម្មដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងពីអ្នកផ្តល់សេវាក្រៅបណ្តាញ អ្នកបង់ថ្លៃចំណែករួមក្រោម Original Medicare សម្រាប់សេវាកម្មដែលធានារ៉ាប់រងដោយគម្រោងរបស់យើង ប៉ុន្តែមិនត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare Part A ឬ B: គម្រោងរបស់យើងនឹងបន្តធានារ៉ាប់រងលើសេវាកម្មដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយគម្រោងដែលមិនត្រូវបានធានារ៉ាប់រងក្រោមផ្នែក A ឬ B មិនថាវាទាក់ទងនឹងការព្យាបាលដំណាក់កាលចុងក្រោយរបស់អ្នកឬអត់ទេ។ អ្នកបង់ចំនួនទឹកប្រាក់ចែករំលែកថ្លៃចំណាយរបស់គម្រោងយើងសម្រាប់សេវាកម្មទាំងនេះ។ សម្រាប់ឱសថដែលអាចត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយអត្ថប្រយោជន៍ផ្នែក D នៃគម្រោងរបស់យើង: ប្រសិនបើឱសថទាំងនេះមិនទាក់ទងនឹងស្ថានភាពដំណាក់កាលចុងក្រោយរបស់អ្នក អ្នកត្រូវបង់ថ្លៃចំណាយ។ ប្រសិនបើពួកវាទាក់ទងនឹងស្ថានភាពដំណាក់កាលចុងក្រោយរបស់អ្នក អ្នកត្រូវបង់ថ្លៃចំណាយរបស់ Original Medicare។ ឱសថមិនធ្លាប់ត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយ មន្ទីរពេទ្យថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយ និងគម្រោងរបស់យើងក្នុងពេលតែមួយឡើយ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមមើលជំពូកទី 5 ផ្នែកទី 9.4។ ចំណាំ: ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការការថែទាំមិននៅមន្ទីរពេទ្យអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយ (ការថែទាំដែលមិនទាក់ទងទៅនឹងការព្យាបាលដំណាក់កាលចុងក្រោយរបស់អ្នក) សូមទាក់ទងមកយើងខ្ញុំដើម្បីរៀបចំសេវាកម្ម។ គម្រោងរបស់យើងធានារ៉ាប់រងលើសេវាកម្មប្រឹក្សាយោបល់នៅមន្ទីរថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយ (តែមួយដងប៉ុណ្ណោះ) សម្រាប់បុគ្គលដែលមានជំងឺធ្ងន់ធ្ងរដែលមិនបានជ្រើសរើសអត្ថប្រយោជន៍នៅមន្ទីរថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយ។	

ជំពូកទី 4: តារាងអត្ថប្រយោជន៍វេជ្ជសាស្ត្រ (អ្វីដែលត្រូវបានរ៉ាប់រង)

សេវាកម្មដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រង	អ្វីដែលអ្នកបង់
 ការចាក់ថ្នាំបង្ការ សេវាកម្ម Medicare Part B ដែលធានារ៉ាប់រងរួមមាន៖ • វ៉ាក់សាំងបង្ការជំងឺហើមសួត • ការចាក់ថ្នាំបង្ការជំងឺផ្តាសាយធំ/គ្រុនផ្តាសាយធំ (ឬវ៉ាក់សាំង) ម្តងក្នុងមួយរដូវជំងឺផ្តាសាយធំ/គ្រុនផ្តាសាយធំក្នុងរដូវស្លឹកឈើជ្រុះ និងរដូវរងារ ជាមួយនឹងការចាក់ថ្នាំបង្ការជំងឺគ្រុនផ្តាសាយធំ/គ្រុនផ្តាសាយធំបន្ថែម (ឬវ៉ាក់សាំង) ប្រសិនបើចាំបាច់ខាងវេជ្ជសាស្ត្រ • ការចាក់វ៉ាក់សាំងជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B ប្រសិនបើអ្នកមានហានិភ័យខ្ពស់ ឬកម្រិតមធ្យមនៃការឆ្លងជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B • វ៉ាក់សាំង COVID-19 • វ៉ាក់សាំងផ្សេងទៀត ប្រសិនបើអ្នកស្ថិតក្នុងហានិភ័យ ហើយវ៉ាក់សាំងទាំងនោះបំពេញតាមច្បាប់ធានារ៉ាប់រងរបស់ Medicare Part B យើងធានារ៉ាប់រងលើវ៉ាក់សាំងសម្រាប់មនុស្សពេញវ័យភាគច្រើនផ្សេងទៀតដែលស្ថិតក្រោមអត្ថប្រយោជន៍ឱសថផ្នែក D របស់យើង។ គម្រោងរបស់យើងធានារ៉ាប់រងលើវ៉ាក់សាំងផ្នែក D សម្រាប់មនុស្សពេញវ័យភាគច្រើនដោយឥតគិតថ្លៃសម្រាប់សមាជិកដែលមានអាយុចាប់ពី 19 ឆ្នាំឡើងទៅ។	មិនមានការធានារ៉ាប់រងរួមការបង់ថ្លៃរួម ឬប្រាក់ដែលត្រូវកាត់កងសម្រាប់វ៉ាក់សាំងជំងឺរលាកសួត វ៉ាក់សាំងជំងឺផ្តាសាយធំ/គ្រុនផ្តាសាយធំ វ៉ាក់សាំងជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B និងវ៉ាក់សាំង COVID-19 នោះទេ។ សម្រាប់វ៉ាក់សាំងដែលធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare ផ្សេងទៀត (ប្រសិនបើអ្នកស្ថិតក្នុងហានិភ័យ ហើយវ៉ាក់សាំងទាំងនោះបំពេញតាមច្បាប់ធានារ៉ាប់រងរបស់ Medicare Part B) សូមមើលផ្នែកឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជារបស់ Medicare Part B ក្នុងតារាងនេះសម្រាប់ការចែករំលែកថ្លៃចំណាយដែលអាចអនុវត្តបាន។ ឱសថផ្នែក B មួយចំនួនទាមទារការអនុញ្ញាតជាមុនដើម្បីត្រូវបានធានារ៉ាប់រង។
ការថែទាំអ្នកជំងឺសម្រាកក្នុងមន្ទីរពេទ្យ រួមបញ្ចូលទាំងអ្នកជំងឺស្នាក់ព្យាបាលធ្ងន់ធ្ងរ ការស្តារនីតិសម្បទាអ្នកជំងឺស្នាក់ព្យាបាល មន្ទីរពេទ្យថែទាំរយៈពេលវែង និងប្រភេទផ្សេងទៀតនៃសេវាកម្មមន្ទីរពេទ្យសម្រាប់អ្នកជំងឺស្នាក់ព្យាបាល។ ការថែទាំអ្នកជំងឺសម្រាកក្នុងមន្ទីរពេទ្យចាប់ផ្តើមពីថ្ងៃដែលអ្នកត្រូវបានអនុញ្ញាតឱ្យចូលមន្ទីរពេទ្យជាផ្លូវការដោយមានវេជ្ជបញ្ជាពីវេជ្ជបណ្ឌិត។	សម្រាប់ការចូលព្យាបាលដែលមានការធានារ៉ាប់រងពី Medicare ក្នុងមួយការចូលព្យាបាល៖ ការបង់ប្រាក់រួមចំនួន \$0 សម្រាប់ការស្នាក់នៅមន្ទីរពេទ្យនីមួយៗ។ ការបង់ប្រាក់រួមសម្រាប់ចំនួនថ្ងៃប្រុងនៃការស្នាក់ព្យាបាលបន្ថែមពេញមួយជីវិត \$0 ក្នុងមួយថ្ងៃ។

ជំពូកទី 4: តារាងអត្ថប្រយោជន៍វេជ្ជសាស្ត្រ (អ្វីដែលត្រូវបានរ៉ាប់រង)

សេវាកម្មដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រង	អ្វីដែលអ្នកបង់
ការថែទាំអ្នកជំងឺក្នុងមន្ទីរពេទ្យ - បន្ត ថ្ងៃមុនពេលអ្នកចេញពីមន្ទីរពេទ្យ គឺជាថ្ងៃស្នាក់ព្យាបាលចុងក្រោយរបស់អ្នក។ អ្នកទទួលបានការធានារ៉ាប់រងរយៈពេល 90 ថ្ងៃសម្រាប់ការស្នាក់នៅមន្ទីរពេទ្យរបស់អ្នកជំងឺស្នាក់ព្យាបាលដែលមានការធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare។ សេវាកម្មដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងរួមមានជាអាទិ៍៖ • បន្ទប់លក្ខណៈឯកជនពាក់កណ្តាល (ឬបន្ទប់ឯកជនប្រសិនបើចាំបាច់ខាងផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ) • អាហារ រួមទាំងរបបអាហារពិសេស • សេវាមើលថែទាំជាប្រចាំ • ថ្លៃចំណាយនៃផ្នែកថែទាំពិសេស (ដូចជាផ្នែកថែទាំជំងឺធ្ងន់ធ្ងរ ឬផ្នែកថែទាំជំងឺសរសៃឈាមបេះដូង) • ឱសថ និងការប្រើប្រាស់ • ការធ្វើតេស្តនៅមន្ទីរពិសោធន៍ • សេវាថតកាំរស្មីអ៊ិច និងសេវាវិទ្យុសាស្ត្រដទៃទៀត • សម្ភារៈផ្គត់ផ្គង់ផ្នែករក្សាទុក និងវេជ្ជសាស្ត្រចាំបាច់ • ការប្រើប្រាស់ឧបករណ៍ដូចជា រទេះរុញ • ចំណាយសម្រាប់បន្ទប់រក្សាទុក ឬបន្ទប់ជួរស្វ័យពិការរក្សាទុក • ការព្យាបាលដោយចលនា ការព្យាបាលដោយសកម្មភាព ការងារ និងការព្យាបាលដោយភាសាសិយាយ • សេវាព្យាបាលអ្នកជំងឺស្នាក់ព្យាបាលដើម្បីផ្តាច់សារធាតុញៀន • នៅក្រោមស្ថានភាពជាក់លាក់ ប្រភេទការប្តូរសរីរាង្គដូចខាងក្រោមត្រូវបានធានារ៉ាប់រង៖ ការដកថ្នាំ តម្រងនោម តម្រងនោម-លំពែង បេះដូង ថ្លើម សួត បេះដូង/សួត ខួរឆ្អឹង កោសិកាដើម និងពោះវៀនតូច/សរីរាង្គក្នុងជាច្រើន។ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការការប្តូរសរីរាង្គ យើងនឹងរៀបចំឱ្យមានការពិនិត្យមើលករណីរបស់អ្នកដោយមជ្ឈមណ្ឌលប្តូរសរីរាង្គដែលយល់ព្រមដោយ Medicare	ចំនួនថ្ងៃបម្រុងនៃការស្នាក់ព្យាបាលបន្ថែមពេញមួយជីវិត គឺជាចំនួនថ្ងៃបន្ថែមដែលគម្រោងនឹងបង់ថ្លៃជូននៅពេលសមាជិកនៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យលើសពីចំនួនថ្ងៃដែលធានារ៉ាប់រងដោយគម្រោង។ សមាជិកមានថ្ងៃបម្រុងសរុបចំនួន 60 ថ្ងៃដែលអាចប្រើបានក្នុងអំឡុងពេលពេញមួយជីវិតរបស់ពួកគេ។ ប្រសិនបើអ្នកទទួលបានការថែទាំអ្នកជំងឺស្នាក់ព្យាបាលដែលមានការអនុញ្ញាតនៅមន្ទីរពេទ្យក្រៅបណ្តាញ បន្ទាប់ពីស្ថានភាពក្នុងភាពអាសន្នរបស់អ្នកមានស្ថិរភាព ថ្លៃចំណាយរបស់អ្នកគឺជាការចែករំលែកថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងបង់នៅមន្ទីរពេទ្យក្នុងបណ្តាញ។ អាចនឹងតម្រូវឱ្យមានការអនុញ្ញាតជាមុន។

ជំពូកទី 4: តារាងអត្ថប្រយោជន៍វេជ្ជសាស្ត្រ (អ្វីដែលត្រូវបានរ៉ាប់រង)

សេវាកម្មដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រង	អ្វីដែលអ្នកបង់
ការថែទាំអ្នកជំងឺក្នុងមន្ទីរពេទ្យ - បន្ត ដែលនឹងសម្រេចថា តើអ្នកជាបេក្ខជនសម្រាប់ការប្តូរសរីរាង្គដែរឬទេ។ អ្នកផ្តល់សេវាវះកាត់ប្តូរសរីរាង្គអាចស្ថិតនៅក្នុងតំបន់ ឬនៅក្រៅតំបន់សេវាកម្ម។ ប្រសិនបើសេវាកម្មប្តូរសរីរាង្គក្នុងបណ្តាញរបស់យើងស្ថិតនៅខាងក្រៅតំបន់ការថែទាំរបស់សហគមន៍ អ្នកអាចជ្រើសរើសទៅតាមមូលដ្ឋាន ឯករាជ្យអ្នកផ្តល់សេវាប្តូរសរីរាង្គក្នុងតំបន់មានឆន្ទៈទទួលយកអត្រា Original Medicare។ ប្រសិនបើគម្រោងរបស់យើងផ្តល់សេវាកម្មប្តូរសរីរាង្គនៅទីតាំងក្រៅពីតំបន់នៃការថែទាំសម្រាប់ការប្តូរសរីរាង្គនៅក្នុងសហគមន៍របស់អ្នក ហើយអ្នកជ្រើសរើសយកការប្តូរសរីរាង្គនៅទីតាំងឆ្ងាយនេះ យើងនឹងរៀបចំ ឬទូទាត់ថ្លៃស្នាក់នៅ និងថ្លៃធ្វើដំណើរសមរម្យសម្រាប់អ្នក និងអ្នកអមដំណើរម្នាក់ៗ • ឈាម - រួមទាំងការរក្សាទុក និងការផ្តល់ឱ្យ។ ការធានារ៉ាប់រងលើឈាមទាំងស្រុង និងកោសិកាពណ៌ក្រហមដែលមានកំហាប់ខ្ពស់ដែលមានជាញឹកញយនៃឈាមដែលអ្នកត្រូវការប៉ុណ្ណោះ។ សមាសភាគផ្សេងទៀតទាំងអស់នៃឈាមដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយចាប់ផ្តើមពីជាញដំបូង។ • សេវាគ្រូពេទ្យ ចំណាំ៖ ដើម្បីក្លាយជាអ្នកជំងឺស្នាក់ព្យាបាល អ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកត្រូវតែចេញវេជ្ជបញ្ជាដើម្បីទទួលស្គាល់អ្នកជាផ្លូវការក្នុងនាមជាអ្នកជំងឺស្នាក់ព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យ។ ទោះបីជាអ្នកស្នាក់នៅមន្ទីរពេទ្យមួយយប់ក៏ដោយ អ្នកនៅតែអាចត្រូវបានចាត់ទុកថាជាអ្នកជំងឺក្រៅ។ ប្រសិនបើអ្នកមិនប្រាកដថាអ្នកជាអ្នកជំងឺសម្រាកព្យាបាល ឬអ្នកជំងឺមិនសម្រាកព្យាបាលនោះទេ សូមសួរបុគ្គលិកមន្ទីរពេទ្យ។ ទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែមនៅក្នុងសន្លឹកព័ត៌មានរបស់ Medicare អំពីអត្ថប្រយោជន៍របស់មន្ទីរពេទ្យ Medicare។ សន្លឹកព័ត៌មាននេះអាចរកបានតាមអាសយដ្ឋាន www.Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf ឬដោយទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY ទូរសព្ទទៅលេខ 1-877-486-2048។	

ជំពូកទី 4: តារាងអត្ថប្រយោជន៍វេជ្ជសាស្ត្រ (អ្វីដែលត្រូវបានរ៉ាប់រង)

សេវាកម្មដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រង	អ្វីដែលអ្នកបង់
សេវាអ្នកជំងឺស្នាក់ព្យាបាលក្នុងមន្ទីរពេទ្យវិកលចរិត សេវាកម្មដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងរួមមានសេវាថែទាំសុខភាពផ្លូវចិត្តដែលតម្រូវឱ្យមានការស្នាក់នៅមន្ទីរពេទ្យ។ អ្នកទទួលបានការធានារ៉ាប់រងរយៈពេល 90 ថ្ងៃក្នុងការចូលព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យសម្រាប់ការស្នាក់នៅដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare។ មានដែនកំណត់ពេញមួយជីវិតរយៈពេល 190 ថ្ងៃសម្រាប់សេវាថែទាំសុខភាពផ្លូវចិត្តរបស់អ្នកជំងឺសម្រាកព្យាបាលដែលទទួលបាននៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យចិត្តសាស្ត្រ។ ដែនកំណត់ 190 ថ្ងៃមិនអនុវត្តចំពោះសេវាសុខភាពផ្លូវចិត្តបែបសម្រាកក្នុងមន្ទីរពេទ្យដែលផ្តល់ដោយផ្នែកវិកលចរិតនៃមន្ទីរពេទ្យទូទៅឡើយ។ ប្រសិនបើអ្នកបានប្រើប្រាស់ផ្នែកមួយនៃអត្ថប្រយោជន៍ Medicare ពេញមួយជីវិតរយៈពេល 190 ថ្ងៃមុនពេលចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងរបស់យើង នោះអ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានតែថ្ងៃដែលនៅសល់នៃរយៈពេលពេញមួយជីវិតរបស់អ្នកប៉ុណ្ណោះ។	សម្រាប់ការចូលព្យាបាលដែលមានការធានារ៉ាប់រងពី Medicare ក្នុងមួយការចូលព្យាបាល៖ ការបង់ប្រាក់រួមចំនួន \$0 សម្រាប់ការស្នាក់នៅចំពោះការថែទាំសុខភាពផ្លូវចិត្តម្តងៗ។ ការបង់ប្រាក់រួមសម្រាប់ចំនួនថ្ងៃបម្រុងនៃការស្នាក់ព្យាបាលបន្ថែមពេញមួយជីវិត \$0 ក្នុងមួយថ្ងៃ។ ចំនួនថ្ងៃបម្រុងនៃការស្នាក់ព្យាបាលបន្ថែមពេញមួយជីវិត គឺជាចំនួនថ្ងៃបន្ថែមដែលគម្រោងនឹងបង់ថ្លៃជូននៅពេលសមាជិកនៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យលើសពីចំនួនថ្ងៃដែលធានារ៉ាប់រងដោយគម្រោង។ សមាជិកមានថ្ងៃបម្រុងសរុបចំនួន 60 ថ្ងៃដែលអាចប្រើបានក្នុងអំឡុងពេលពេញមួយជីវិតរបស់ពួកគេ។ <i>អាចនឹងតម្រូវឱ្យមានការអនុញ្ញាតជាមុន។</i> ប្រសិនបើអ្នកទទួលបានការថែទាំអ្នកជំងឺស្នាក់ព្យាបាលដែលមានការអនុញ្ញាតនៅមន្ទីរពេទ្យក្រៅបណ្តាញ បន្ទាប់ពីស្ថានភាពក្នុងភាពអាសន្នរបស់អ្នកមានស្ថិរភាព ថ្លៃចំណាយរបស់អ្នកគឺជាការចែករំលែកថ្លៃចំណាយដែលអ្នកនឹងបង់នៅមន្ទីរពេទ្យក្នុងបណ្តាញ។

ជំពូកទី 4: តារាងអត្ថប្រយោជន៍វេជ្ជសាស្ត្រ (អ្វីដែលត្រូវបានរ៉ាប់រង)

សេវាកម្មដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រង	អ្វីដែលអ្នកបង់
ការស្នាក់នៅរបស់អ្នកជំងឺសម្រាកព្យាបាល៖ សេវាកម្មដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដែលអ្នកទទួលបាននៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យ ឬការថែទាំក្នុងមណ្ឌលថែទាំជំនាញ SNF ក្នុងអំឡុងពេលស្នាក់នៅរបស់អ្នកជំងឺសម្រាកព្យាបាលដែលមិនមានត្រូវបានធានារ៉ាប់រង ប្រសិនបើអ្នកបានប្រើប្រាស់អត្ថប្រយោជន៍សម្រាប់អ្នកជំងឺសម្រាកព្យាបាល ឬប្រសិនបើការស្នាក់នៅនៃអ្នកជំងឺសម្រាកព្យាបាលមិនសមហេតុផល និងចាំបាច់ យើងនឹងមិនធានារ៉ាប់រងលើការស្នាក់នៅនៃអ្នកជំងឺសម្រាកព្យាបាលរបស់អ្នកទេ។ ក្នុងករណីមួយចំនួន យើងនឹងធានារ៉ាប់រងលើសេវាកម្មជាក់លាក់ដែលអ្នកទទួលបានខណៈពេលដែលអ្នកកំពុងស្ថិតនៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យ ឬមណ្ឌលថែទាំជំនាញ (SNF)។ សេវាកម្មដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងរួមមានជាអាទិ៍៖ • សេវាគ្រូពេទ្យ • ការធ្វើតេស្តរោគវិនិច្ឆ័យ (ដូចជាការធ្វើតេស្តនៅមន្ទីរពិសោធន៍) • ថតកាំរស្មីអ៊ីច ការព្យាបាលដោយវ៉ាយរ៉ាដ្យូ និងការព្យាបាលដោយអ៊ីសូតូប រួមទាំងសម្ភារ និងសេវាអ្នកបច្ចេកទេស • ការរុំប្តូរសរសៃកាត់ • រោងបង្កើន ស៊ីម៉ង់អបស្តង់ និងឧបករណ៍ដទៃទៀតប្រើដើម្បីទាញឆ្អឹងបាំង និងការភ្ជាក់សន្លាក់រងដូចដើមវិញ • ឧបករណ៍អវយវៈសិប្បនិម្មិត និងឧបករណ៍គ្រប់គ្រងឆ្អឹងជើង (ក្រៅពីឆ្មេញ) ដែលជំនួសសរីរាង្គខាងក្នុងទាំងអស់ ឬផ្នែកខ្លះ (រួមទាំងជាលិកាជាប់គ្នា) ឬមុខងារទាំងអស់ ឬផ្នែកខ្លះនៃសរីរាង្គខាងក្នុងដែលអស់កម្ម ឬដំណើរការខុសប្រក្រតីជាអចិន្ត្រៃយ៍ រួមទាំងការជំនួស ឬជួសជុលឧបករណ៍ទាំងនោះ • ដែកអបជើង ដែក ខ្នង និងក ប្រដាប់ទ្រ និងជើង ដែក និងភ្នែកសិប្បនិម្មិត រួមទាំងការលៃតម្រូវ ការជួសជុល និងការប្តូរដែលចាំបាច់ ដោយសារតែការបាក់បែក ស៊ីកវិចរិល បាត់បង់ ឬការផ្លាស់ប្តូរទៅតាមស្ថានភាពរាងកាយរបស់អ្នកជំងឺ • ការព្យាបាលដោយចលនា ការព្យាបាលការនិយាយស្តី និងការព្យាបាលដោយសកម្មភាពការងារ	សេវាកម្មដែលបានរាយបញ្ជីនឹងបន្តត្រូវបានធានារ៉ាប់រងលើចំនួនទឹកប្រាក់នៃការចែករំលែកថ្លៃចំណាយដែលបង្ហាញនៅក្នុងតារាងអត្ថប្រយោជន៍សម្រាប់សេវាកម្មជាក់លាក់។

ជំពូកទី 4: តារាងអត្ថប្រយោជន៍វេជ្ជសាស្ត្រ (អ្វីដែលត្រូវបានរ៉ាប់រង)

សេវាកម្មដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រង	អ្វីដែលអ្នកបង់
 ការព្យាបាលដោយអាហារូបត្ថម្ភវេជ្ជសាស្ត្រ អត្ថប្រយោជន៍នេះគឺសម្រាប់អ្នកដែលមានជំងឺទឹកនោមផ្អែម ជំងឺតម្រងនោម (តម្រងនោម) (ប៉ុន្តែមិនកំពុងលាងឈាម) ឬបន្ទាប់ពីប្តូរតម្រងនោមនៅពេលមានវេជ្ជបញ្ជាពីវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក។ យើងធានារ៉ាប់រងរយៈពេល 3 ម៉ោងនៃសេវាប្រឹក្សាយោបល់មួយទល់នឹងមួយក្នុងអំឡុងឆ្នាំដំបូងដែលអ្នកទទួលបានសេវាព្យាបាលដោយប្រើអាហារូបត្ថម្ភបែបវេជ្ជសាស្ត្រស្ថិតក្រោម Medicare (នេះរួមបញ្ចូលទាំងគម្រោងរបស់យើង គម្រោង Medicare Advantage ផ្សេងទៀត ឬ Original Medicare) និងរយៈពេល 2 ម៉ោងក្នុងមួយឆ្នាំបន្ទាប់ពីនោះ។ ប្រសិនបើស្ថានភាព ការព្យាបាល ឬការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យរបស់អ្នកផ្លាស់ប្តូរ អ្នកប្រហែលជាអាចទទួលបានម៉ោងបន្ថែមសម្រាប់ការព្យាបាលដោយមានការវេជ្ជបញ្ជាពីគ្រូពេទ្យ។ គ្រូពេទ្យត្រូវតែចេញវេជ្ជបញ្ជាសម្រាប់សេវាកម្មទាំងនេះ ហើយបន្តវេជ្ជបញ្ជារបស់ពួកគេជារៀងរាល់ឆ្នាំ ប្រសិនបើការព្យាបាលរបស់អ្នកត្រូវការចូលក្នុងឆ្នាំតាមប្រតិទិនបន្ទាប់។	មិនមានការធានារ៉ាប់រងរួមការបង់ថ្លៃរួម ឬប្រាក់ដែលត្រូវកាត់កងសម្រាប់សមាជិកដែលមានសិទ្ធិទទួលបានសេវាព្យាបាលដោយប្រើអាហារូបត្ថម្ភបែបវេជ្ជសាស្ត្រដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងពី Medicare នោះទេ។
 កម្មវិធីបង្ការជំងឺទឹកនោមផ្អែមរបស់កម្មវិធី Medicare (MDPP) សេវាកម្ម MDPP ត្រូវបានរ៉ាប់រងសម្រាប់មនុស្សដែលមានសិទ្ធិទទួលបាននៅក្រោមគម្រោងសុខភាពរបស់ Medicare ទាំងអស់។ MDPP គឺជាអន្តរាគមន៍ផ្លាស់ប្តូរអាកប្បកិរិយាសុខភាពដែលមានរចនាសម្ព័ន្ធដែលផ្តល់ការបណ្តុះបណ្តាលជាក់ស្តែងក្នុងការផ្លាស់ប្តូររបបអាហាររយៈពេលវែង បង្កើនសកម្មភាពរាងកាយ និងយុទ្ធសាស្ត្រដោះស្រាយបញ្ហាដើម្បីយកឈ្នះលើបញ្ហាប្រឈមដើម្បីរក្សាការសម្រកទម្ងន់ និងរបៀបរស់នៅប្រកបដោយសុខភាពល្អ។	មិនមានការធានារ៉ាប់រងរួមការបង់ថ្លៃរួម ឬប្រាក់ដែលត្រូវកាត់កងសម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍ MDPP នោះទេ។

ជំពូកទី 4: តារាងអត្ថប្រយោជន៍វេជ្ជសាស្ត្រ (អ្វីដែលត្រូវបានរ៉ាប់រង)

សេវាកម្មដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រង	អ្វីដែលអ្នកបង់
ឱសថ Medicare Part B ឱសថទាំងនេះត្រូវបានធានារ៉ាប់រងស្ថិតក្រោមផ្នែក B នៃ Original Medicare។ សមាជិកនៃគម្រោងរបស់យើងទទួលបានការធានារ៉ាប់រងសម្រាប់ឱសថទាំងនេះតាមរយៈគម្រោងរបស់យើង។ ឱសថដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងរួមមាន៖ • ឱសថដែលជាធម្មតាមិនត្រូវបានផ្តល់ឱ្យខ្លួនឯងដោយអ្នកជំងឺ និងត្រូវបានចាក់ ឬព្យាបាលស្រាប់ ខណៈពេលដែលអ្នកកំពុងទទួលបានសេវាកម្មពិវេទបណ្ឌិត អ្នកជំងឺមិនស្នាក់ព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យ ឬសេវាកម្មនៃមជ្ឈមណ្ឌលរៈកាត់ចលីត។ • អាងស៊ុយលីនដែលផ្តល់តាមរយៈបរិក្ខារវេជ្ជសាស្ត្រដែលប្រើជាប់បានយូរ (ដូចជាបំពង់អាងស៊ុយលីនដែលចាំបាច់ខាងផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ) • ឱសថផ្សេងទៀតដែលអ្នកលេបដោយប្រើបរិក្ខារវេជ្ជសាស្ត្រដែលប្រើជាប់បានយូរ (ដូចជាម៉ាស៊ីនឆ្លងជាដើម) ដែលត្រូវបានអនុញ្ញាតដោយគម្រោង • ឱសថជំងឺ Alzheimer, Leqembi® (ឈ្មោះទូទៅ lecanemab) ដែលត្រូវបានផ្តល់តាមការចាក់តាមសរសៃឈាម។ បន្ថែមពីលើតម្លៃឱសថ អ្នកអាចត្រូវការការបន្ថែមការស្ត្រេន និងការធ្វើតេស្តមុន និង/ឬអំឡុងពេលព្យាបាលដែលអាចបន្ថែមទៅលើថ្លៃចំណាយសរុបរបស់អ្នក។ ពិភាក្សាជាមួយវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកអំពីការស្ត្រេន និងការធ្វើតេស្តអ្វីដែលអ្នកអាចត្រូវការជាផ្នែកនៃការព្យាបាលរបស់អ្នក។ • កត្តាកំណកឈាមដែលអ្នកផ្តល់ឱ្យខ្លួនឯងតាមរយៈការចាក់ថ្នាំនៅពេលអ្នកមានជំងឺឈាមក្រកក • ឱសថសម្រាប់ការប្តូរសរីរាង្គ/ប្រព័ន្ធភាពស៊ាំ៖ Medicare ធានារ៉ាប់រងលើការព្យាបាលដោយឱសថសម្រាប់ការប្តូរសរីរាង្គ ប្រសិនបើ Medicare បានបង់ប្រាក់សម្រាប់ការប្តូរសរីរាង្គរបស់អ្នក។ អ្នកត្រូវតែមានផ្នែក A នៅពេលមានការប្តូរសរីរាង្គដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រង ហើយអ្នកត្រូវតែមាន ផ្នែក B នៅពេលអ្នកទទួលបានឱសថសម្រាប់ប្រព័ន្ធភាពស៊ាំ។ ការធានារ៉ាប់រងលើឱសថ Medicare Part D ធានារ៉ាប់រងលើឱសថសម្រាប់ប្រព័ន្ធភាពស៊ាំ ប្រសិនបើផ្នែក B មិនធានារ៉ាប់រងលើឱសថទាំងនោះ	ឱសថមួយចំនួនអាចត្រូវការតាមការព្យាបាលជាជំហាន៖ ឱសថស្ថានប្រហែលជាត្រូវដាក់ពាក្យបណ្តឹងទាមទារសំណងទៅទាំងគម្រោងរបស់យើង និង Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) ដើម្បីឱ្យអ្នកទទួលបានឱសថផ្នែក B តាមចំណែកនៃថ្លៃចំណាយដែលបានបង្ហាញខាងក្រោម។ ឱសថអាងស៊ុយលីន Medicare Part B ការបង់ប្រាក់រួមចំនួន \$0 សម្រាប់ឱសថអាងស៊ុយលីនផ្នែក B ដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare។ ការចែករំលែកថ្លៃចំណាយលើអាងស៊ុយលីនស្ថិតក្រោមអប្បបរមា 25% ឬដែនកំណត់អតិបរមានៃការបង់ប្រាក់រួមចំនួន \$35 សម្រាប់ការផ្គត់ផ្គង់អាងស៊ុយលីនរយៈពេលមួយខែ។ អាចនឹងកម្រឱ្យមានការអនុញ្ញាតជាមុន។ ឱសថ Medicare Part B ផ្សេងៗទៀត \$0 នៃការបង់ប្រាក់រួមសម្រាប់ឱសថផ្នែក B ដែលធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare ផ្សេងទៀត។ អាចនឹងកម្រឱ្យមានការអនុញ្ញាតជាមុន។

ជំពូកទី 4: តារាងអត្ថប្រយោជន៍វេជ្ជសាស្ត្រ (អ្វីដែលត្រូវបានរ៉ាប់រង)

សេវាកម្មដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រង	អ្វីដែលអ្នកបង់
ឱសថ Medicare Part B - បន្ត • ថ្នាំព្យាបាលពុករលួយដែលអាចចាក់បញ្ចូលបាន ប្រសិនបើអ្នកពិបាកក្នុងចេញចូលទៅផ្ទះ ព្រោះមានបញ្ហាឆ្អឹងពុកដែលមានការបញ្ជាក់ពីវេជ្ជបណ្ឌិតថា មានទំនាក់ទំនងជាមួយស្ថានភាពឆ្អឹងខ្សោយក្រោយពេលស្រីអស់រដូវ ហើយមិនអាចប្រើថ្នាំដោយខ្លួនឯងបានដោយគ្មានជំនួយនោះ • អង់ទីប្រូស្តមួយចំនួន៖ Medicare ធានារ៉ាប់រងលើអង់ទីប្រូស្ត ប្រសិនបើវេជ្ជបណ្ឌិតរៀបចំអង់ទីប្រូស្តទាំងនោះ ហើយអ្នកដែលមានការណែនាំត្រឹមត្រូវ (ដែលអាចជាអ្នកអ្នកជំងឺ) ផ្តល់ជូនអង់ទីប្រូស្តក្រោមការត្រួតពិនិត្យសមស្រប • ឱសថប្រឆាំងនឹងជំងឺមហារីកមាត់ធ្មេញជាក់លាក់៖ Medicare ធានារ៉ាប់រងលើឱសថសម្រាប់ជំងឺមហារីកមាត់ធ្មេញមួយចំនួនដែលអ្នកលេបតាមមាត់ ប្រសិនបើឱសថដូចគ្នាអាចប្រើបានក្នុងទម្រង់ថ្នាំចាក់ ឬឱសថនោះគឺជាឱសថដែលមានសារធាតុសកម្មខ្សោយ (ទម្រង់ឱសថលេបតាមមាត់ដែលនៅពេលលេបចូល វាបំបែកទៅជាធាតុផ្សំសកម្មដូចគ្នាមានក្នុងថ្នាំចាក់) នៃថ្នាំចាក់។ នៅពេលដែលឱសថថ្មីសម្រាប់ជំងឺមហារីកមាត់អាចរកបាន ផ្នែក B អាចធានារ៉ាប់រងលើឱសថទាំងនោះបាន។ ប្រសិនបើផ្នែក B មិនបានធានារ៉ាប់រងលើពួកវាទេ ផ្នែក D ធានារ៉ាប់រងលើពួកវា។ • ឱសថប្រឆាំងនឹងការចង្អោរតាមមាត់៖ Medicare ធានារ៉ាប់រងលើឱសថប្រឆាំងនឹងការចង្អោរតាមមាត់ដែលអ្នកប្រើជាផ្នែកមួយនៃរបបព្យាបាលជំងឺមហារីកដោយប្រើឱសថព្យាបាលមានជាតិគីមី ប្រសិនបើឱសថនោះត្រូវបានផ្តល់ឱ្យមុន នៅពេល ឬក្នុងរយៈពេល 48 ម៉ោងនៃការព្យាបាលដោយប្រើគីមី ឬត្រូវបានប្រើជាការជំនួសការព្យាបាលពេញលេញសម្រាប់ឱសថប្រឆាំងនឹងការចង្អោរដោយចាក់តាមសរសៃឈាម។ • ឱសថសម្រាប់ជំងឺតម្រងនោមដំណាក់កាលចុងក្រោយ (ESRD) ដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងក្រោម Medicare Part B	Medicare Part B ការព្យាបាលដោយប្រើ សារធាតុគីមី/ វិទ្យុសកម្ម ឱសថ \$0 នៃការបង់ប្រាក់រួមសម្រាប់ឱសថព្យាបាលដោយប្រើជាតិគីមីផ្នែក B ដែលធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare។ អាចនឹងតម្រូវឱ្យមានការអនុញ្ញាតជាមុន។

ជំពូកទី 4: តារាងអត្ថប្រយោជន៍វេជ្ជសាស្ត្រ (អ្វីដែលត្រូវបានរ៉ាប់រង)

សេវាកម្មដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រង	អ្វីដែលអ្នកបង់
ឱសថ Medicare Part B - បន្ត • ឱសថ ចម្លងប្រតិកម្មកាល់ស្យូម និងឱសថ ចងក្អាប់ ជួសជុល ស្ថិតក្រោមប្រព័ន្ធទូទាត់ ESRD រួមទាំងឱសថចាក់ តាមសរសៃឈាម Parsabiv® និងឱសថលេបតាមមាត់ Sensipar® • ឱសថមួយចំនួនសម្រាប់ការលាងឈាមនៅផ្ទះ រួមទាំងថ្នាំ Heparin ថ្នាំបន្សាបសម្រាប់ Heparin នៅពេលចាំបាច់ផ្នែក វេជ្ជសាស្ត្រ និងថ្នាំស្តីកលាបលើស្បែក • ឱសថរំញែចផលិតកម្មកោសិកាក្រហម៖ Medicare ធានារ៉ាប់រងលើការចាក់អ័រម៉ូនដែលគ្រប់គ្រងការផលិត កោសិកាក្រហម ប្រសិនបើអ្នកមានជំងឺតម្រងនោម ដំណាក់កាលចុងក្រោយ (ESRD) ឬអ្នកត្រូវការឱសថ នេះ ដើម្បីព្យាបាលភាពស្លេកស្លាំងទាក់ទងនឹងលក្ខខណ្ឌ ផ្សេងទៀតជាក់លាក់។ (ដូចជា Epogen®, Procrit®, Retacrit®, Epoetin Alfa, Aranesp®, Darbepoetin Alfa, Mircera® ឬ Methoxy polyethylene glycol-epoetin beta) • ថ្នាំអង្គបដិប្រាណចាក់នៅក្នុងឈាមដែលចាក់តាមសរសៃ សម្រាប់ការព្យាបាលនៅផ្ទះនៃជំងឺកង្វះភាពសុំបបម • ចំណីអាហារដោយបញ្ចូលតាមពោះវៀន ឬតាមផ្លូវក្រៅបំពង់ រំលាយអាហារ (ការផ្តល់អាហារតាមសរសៃឈាម និងបំពង់) តំណនេះនឹងនាំអ្នកទៅកាន់បញ្ជីឱសថផ្នែក B ដែលអាចស្ថិតក្រោម ការព្យាបាលជាជំហាន៖ go.wellcare.com/HIStepTherapy។ យើងក៏ធានារ៉ាប់រងលើវ៉ាក់សាំងមួយចំនួនដែលស្ថិតក្រោមផ្នែក B និងវ៉ាក់សាំងសម្រាប់មនុស្សពេញវ័យភាគច្រើននៅក្រោមអត្ថប្រយោជន៍ឱសថផ្នែក D របស់យើង។ ជំពូកទី 5 ពន្យល់ពីអត្ថប្រយោជន៍នៃឱសថផ្នែក D របស់យើង រួម ទាំងច្បាប់ដែលអ្នកត្រូវតែអនុវត្តតាមដើម្បីឱ្យវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកត្រូវ បានធានារ៉ាប់រង។ អ្វីដែលអ្នកបង់សម្រាប់ឱសថផ្នែក D តាមរយៈ គម្រោងរបស់យើងមានការពន្យល់នៅក្នុងជំពូកទី 6។	

ជំពូកទី 4: តារាងអត្ថប្រយោជន៍វេជ្ជសាស្ត្រ (អ្វីដែលត្រូវបានរ៉ាប់រង)

សេវាកម្មដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រង	អ្វីដែលអ្នកបង់
 ការពិនិត្យ និងការព្យាបាលការធាត់ដើម្បីលើកកម្ពស់ការសម្រកទម្ងន់ដែលមាននិរន្តរភាព ប្រសិនបើអ្នកមានសន្ទស្សន៍ម៉ាសរាងកាយពី 30 ឬច្រើនជាងនេះ យើងធានារ៉ាប់រងការប្រឹក្សាយោបល់យ៉ាងហ្មត់ចត់ ដើម្បីជួយអ្នកសម្រកទម្ងន់។ ការប្រឹក្សាយោបល់នេះត្រូវបានធានារ៉ាប់រង ប្រសិនបើអ្នកទទួលបានវានៅកន្លែងថែទាំបឋមដែលអាចត្រូវបានសម្របសម្រួលជាមួយគម្រោងបែបបង្ការដ៏ទូលំទូលាយរបស់អ្នក។ សូមពិគ្រោះជាមួយវេជ្ជបណ្ឌិត ឬគ្រូពេទ្យថែទាំបឋមរបស់អ្នក ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែម។	មិនមានការធានារ៉ាប់រងរួមការបង់ថ្លៃរួម ឬប្រាក់ដែលត្រូវកាត់កងសម្រាប់ការពិនិត្យ និងការព្យាបាលដោយបង្ការជំងឺធាត់ជ្រុលនោះទេ។
សេវាកម្មកម្មវិធីព្យាបាលសារជាតិអូផ្សអ៊ីត សមាជិកនៃគម្រោងរបស់យើងដែលមានបញ្ហាប្រើថ្នាំអូផ្សអ៊ីត (OUD) អាចទទួលបានការធានារ៉ាប់រងលើសេវាកម្មដើម្បីព្យាបាល OUD តាមរយៈកម្មវិធីព្យាបាលសារជាតិអូផ្សអ៊ីត (OTP) ដែលរួមមានសេវាកម្មដូចខាងក្រោម៖ • Food and Drug Administration (FDA) របស់សហរដ្ឋអាមេរិក បានយល់ព្រមឱ្យប្រើឱសថប្រឆាំងសារធាតុអូផ្សអ៊ីត និងឱសថរ៉ាំរ៉ៃសារធាតុអូផ្សអ៊ីតនៃការព្យាបាលដែលបានជួយដោយការប្រើឱសថ (MAT) • ការចែកចាយ និងការផ្តល់ឱសថ MAT (ប្រសិនបើមាន) • ការប្រឹក្សាអំពីការប្រើប្រាស់សារធាតុញៀន • ការព្យាបាលជាលក្ខណៈបុគ្គល និងជាក្រុម • ការធ្វើតេស្តជាតិពុល • សកម្មភាពបញ្ចូលក្នុងខ្លួន • ការវាយតម្លៃតាមកាលកំណត់	\$0 នៃការបង់ប្រាក់រួម សម្រាប់សេវាកម្មព្យាបាលសារធាតុអូផ្សអ៊ីតដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare នីមួយៗ។ អាចនឹងគម្របឱ្យមានការអនុញ្ញាតជាមុន។

ជំពូកទី 4: តារាងអត្ថប្រយោជន៍វេជ្ជសាស្ត្រ (អ្វីដែលត្រូវបានរ៉ាប់រង)

សេវាកម្មដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រង	អ្វីដែលអ្នកបង់
ការធ្វើតេស្តវិនិច្ឆ័យ និងសេវា និងគ្រឿងផ្គត់ផ្គង់បែបពិគ្រោះជំងឺក្រៅ សេវាកម្មដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងរួមមានជាអាទិ៍៖ • ការថតកាំរស្មីអ៊ុច • ការព្យាបាលដោយប្រើកាំរស្មី (រ៉ាំរ៉ៃ និងអ៊ីសូតូប) រួមទាំងរត្តធាតុ និងសម្ភារផ្គត់ផ្គង់របស់អ្នកបច្ចេកទេស • គ្រឿងផ្គត់ផ្គង់ការរក្សា ដូចជាគ្រឿងរំលោភ • រណបន្តិច ស៊ីម៉ង់អបន្តិច និងឧបករណ៍ដទៃទៀតប្រើដើម្បីទាញឆ្អឹងបាំង និងការកាត់សន្លាក់ដូចដើមវិញ • ការធ្វើតេស្តនៅមន្ទីរពិសោធន៍ • ឈាម - រួមទាំងការរក្សាទុក និងការផ្តល់ឱ្យ។ ការធានារ៉ាប់រងលើឈាមទាំងស្រុង និងកោសិកាពណ៌ក្រហមដែលមានកំហាប់ខ្ពស់ចាប់ផ្តើមជាមួយនឹងជាញឈាមដំបូងដែលអ្នកត្រូវការ។ រាល់សមាសភាគផ្សេងទៀតទាំងអស់នៃឈាមដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយចាប់ផ្តើមពីជាញដំបូងដែលបានប្រើ	ការបង់ប្រាក់រួមចំនួន \$0 សម្រាប់ការថតកាំរស្មីអ៊ុចដែលបានធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare។ អាចនឹងតម្រូវឱ្យមានការអនុញ្ញាតជាមុន។ ការបង់ប្រាក់រួមចំនួន \$0 សម្រាប់សេវាកម្មវិទ្យុសកម្មសម្រាប់ការព្យាបាលដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare។ អាចនឹងតម្រូវឱ្យមានការអនុញ្ញាតជាមុន។ ការបង់ប្រាក់រួមចំនួន \$0 សម្រាប់សម្ភារៈផ្គត់ផ្គង់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare រួមទាំងស៊ីម៉ង់អបន្តិច និងរណបន្តិច។ អាចនឹងតម្រូវឱ្យមានការអនុញ្ញាតជាមុន។ \$0 នៃការបង់ប្រាក់រួមសម្រាប់សេវាកម្មមន្ទីរពិសោធន៍ដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare នីមួយៗ។ អាចនឹងតម្រូវឱ្យមានការអនុញ្ញាតជាមុន។ ការបង់ប្រាក់រួមចំនួន \$0 សម្រាប់សេវាកម្មឈាមដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare។

ជំពូកទី 4: តារាងអត្ថប្រយោជន៍វេជ្ជសាស្ត្រ (អ្វីដែលត្រូវបានរ៉ាប់រង)

សេវាកម្មដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រង	អ្វីដែលអ្នកបង់
ការធ្វើតេស្តរោគវិនិច្ឆ័យសម្រាប់អ្នកជំងឺមិនស្អាតព្យាបាល និងសេវាកម្មព្យាបាល និងសម្ភារផ្គត់ផ្គង់ - បន្ត - ការធ្វើតេស្តរោគវិនិច្ឆ័យនៅក្រោមន្ទីរពិសោធន៍ដូចជា ការស្កេន CT, MRI, EKG និងការស្កេន PET នៅពេលដែលវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក ឬអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពផ្សេងទៀតបញ្ជាឱ្យប្រើសេវាទាំងនេះដើម្បីព្យាបាលបញ្ហាសុខភាព។ - ការធ្វើតេស្តរោគវិនិច្ឆ័យផ្សេងៗទៀតសម្រាប់អ្នកជំងឺមិនស្អាតព្យាបាល	ការបង់ប្រាក់រួមចំនួន \$0 សម្រាប់សេវាធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យដោយវិទ្យាសាស្ត្រដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare។ អាចនឹងកម្រិតមានការអនុញ្ញាតជាមុន។ \$0 នៃការបង់ប្រាក់រួមសម្រាប់នីតិវិធីធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ និងការធ្វើតេស្តដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare។ អាចនឹងកម្រិតមានការអនុញ្ញាតជាមុន។
ការអង្កេតអ្នកជំងឺមិនស្អាតព្យាបាល សេវាកម្មអង្កេតគឺជាសេវាសម្រាប់អ្នកជំងឺមិនស្អាតព្យាបាលដែលផ្តល់ឱ្យដើម្បីកំណត់ថាតើអ្នកត្រូវចូលសម្រាកនៅមន្ទីរពេទ្យក្នុងនាមជាអ្នកជំងឺសម្រាកព្យាបាល ឬអាចអនុញ្ញាតឱ្យចេញពីមន្ទីរពេទ្យដែរឬទេ។ សម្រាប់សេវាកម្មអង្កេតរបស់មន្ទីរពេទ្យនៃអ្នកជំងឺមិនស្អាតព្យាបាលត្រូវបានធានារ៉ាប់រង សេវាកម្មទាំងនោះត្រូវតែបំពេញតាមលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យរបស់ Medicare ហើយត្រូវបានចាត់ទុកថាសមហេតុផល និងចាំបាច់។ សេវាកម្មអង្កេតត្រូវបានធានារ៉ាប់រងតែនៅពេលដែលផ្តល់នូវវេជ្ជបញ្ជាដោយគ្រូពេទ្យ ឬបុគ្គលផ្សេងទៀតដែលត្រូវបានអនុញ្ញាតដោយច្បាប់អាជ្ញាបណ្ណរដ្ឋ និងបុគ្គលិករបស់មន្ទីរពេទ្យដើម្បីអនុញ្ញាតឱ្យអ្នកជំងឺចូលសម្រាកនៅមន្ទីរពេទ្យ ឬវេជ្ជបញ្ជាធ្វើតេស្តសម្រាប់អ្នកជំងឺមិនស្អាតព្យាបាល។	\$0 នៃការបង់ប្រាក់រួមសម្រាប់ការជួបពិនិត្យដើម្បីសេវាកម្មអង្កេតដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare មួយលើក។

ជំពូកទី 4: តារាងអត្ថប្រយោជន៍វេជ្ជសាស្ត្រ (អ្វីដែលត្រូវបានរ៉ាប់រង)

សេវាកម្មដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រង	អ្វីដែលអ្នកបង់
ការសង្កេតអ្នកជំងឺមិនស្នាក់ព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យ - បន្ត ចំណាំ: លុះត្រាតែអ្នកផ្តល់សេវាបានសរសេរវេជ្ជបញ្ជាឱ្យចូលសម្រាកនៅមន្ទីរពេទ្យក្នុងនាមជាអ្នកជំងឺសម្រាកព្យាបាល អ្នកគឺជាអ្នកជំងឺមិនស្នាក់ព្យាបាល ហើយទូទាត់ចំនួនទឹកប្រាក់នៃការចែករំលែកថ្លៃចំណាយសម្រាប់សេវាព្យាបាលសម្រាប់អ្នកជំងឺមិនស្នាក់។ ទោះបីជាអ្នកស្នាក់នៅមន្ទីរពេទ្យមួយយប់ក៏ដោយ អ្នកនៅតែអាចត្រូវបានចាត់ទុកថាជាអ្នកជំងឺក្រៅ។ ប្រសិនបើអ្នកមិនប្រាកដថាតើអ្នកជាអ្នកជំងឺមិនស្នាក់ព្យាបាលឬអត់ទេនោះ សូមសាកសួរបុគ្គលិករបស់មន្ទីរពេទ្យ។ ទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែមនៅក្នុងសន្លឹកព័ត៌មានរបស់ Medicare អំពីអត្ថប្រយោជន៍របស់មន្ទីរពេទ្យ Medicare។ សន្លឹកព័ត៌មាននេះអាចរកបានតាមអាសយដ្ឋាន www.Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf ឬដោយទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY ទូរសព្ទទៅលេខ 1-877-486-2048។	
សេវាពិគ្រោះជំងឺសម្រាប់អ្នកជំងឺដែលមិនស្នាក់ព្យាបាល យើងធានារ៉ាប់រងលើសេវាចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដែលអ្នកទទួលបាននៅក្នុងផ្នែកនៃអ្នកជំងឺមិនស្នាក់ព្យាបាលនៃមន្ទីរពេទ្យសម្រាប់ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ ឬការព្យាបាលជំងឺ ឬប្តូរ។ សេវាកម្មដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងរួមមានជាអាទិ៍៖ • សេវានៅក្នុងផ្នែកសង្គ្រោះបន្ទាន់ ឬគ្លីនិកអ្នកជំងឺមិនស្នាក់ព្យាបាល ដូចជាសេវាកម្មអង្កេត ឬការរក្សាទុកអ្នកជំងឺមិនស្នាក់ព្យាបាល • ការធ្វើតេស្តមន្ទីរពិសោធន៍ និងការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យដែលបានចេញវិក្កយបត្រដោយមន្ទីរពេទ្យ • ការថែទាំសុខភាពផ្លូវចិត្ត រួមទាំងការថែទាំនៅក្នុងកម្មវិធីស្នាក់នៅមន្ទីរពេទ្យដោយផ្នែក ប្រសិនបើវេជ្ជបណ្ឌិតបញ្ជាក់ថា ការព្យាបាលអ្នកជំងឺសម្រាកព្យាបាលនឹងត្រូវទាមទារដោយគ្មានវា • សេវាថតកាំរស្មីអ៊ិច និងសេវាវិទ្យុសាស្ត្រដទៃទៀត ដែលចេញវិក្កយបត្រគិតថ្លៃដោយមន្ទីរពេទ្យ • សម្ភារផ្គត់ផ្គង់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដូចជាឈាមឆ្អឹង និងស៊ីម៉ង់អបឆ្អឹង	អ្នកទូទាត់ចំនួនទឹកប្រាក់នៃការចែករំលែកថ្លៃចំណាយដែលពាក់ព័ន្ធនឹងបង្ហាញនៅក្នុងតារាងអត្ថប្រយោជន៍វេជ្ជសាស្ត្រនេះសម្រាប់សេវាកម្មជាក់លាក់។

ជំពូកទី 4: តារាងអត្ថប្រយោជន៍វេជ្ជសាស្ត្រ (អ្វីដែលត្រូវបានរ៉ាប់រង)

សេវាកម្មដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រង	អ្វីដែលអ្នកបង់
សេវាពិគ្រោះជំងឺសម្រាប់អ្នកជំងឺដែលមិនស្នាក់ព្យាបាល - បន្ត • ឱសថ និងជីវសាស្ត្រជាក់លាក់ដែលអ្នកមិនអាចផ្តល់ឱ្យខ្លួនឯងបាន ចំណាំ: លុះត្រាតែអ្នកផ្តល់សេវាបានសរសេរវេជ្ជបញ្ជាឱ្យចូលសម្រាកនៅមន្ទីរពេទ្យក្នុងនាមជាអ្នកជំងឺសម្រាកព្យាបាល អ្នកគឺជាអ្នកជំងឺមិនស្នាក់ព្យាបាល ហើយទូទាត់ចំនួនទឹកប្រាក់នៃការចែករំលែកថ្លៃចំណាយសម្រាប់សេវាព្យាបាលសម្រាប់អ្នកជំងឺមិនស្នាក់។ ទោះបីជាអ្នកស្នាក់នៅមន្ទីរពេទ្យមួយយប់ក៏ដោយ អ្នកនៅតែអាចត្រូវបានចាត់ទុកថាជាអ្នកជំងឺក្រៅ។ ប្រសិនបើអ្នកមិនប្រាកដថាតើអ្នកជាអ្នកជំងឺមិនស្នាក់ព្យាបាលឬអត់ទេនោះ សូមសាកសួរបុគ្គលិករបស់មន្ទីរពេទ្យ។	
ការថែទាំសុខភាពផ្លូវចិត្តបែបពិគ្រោះជំងឺក្រៅ សេវាកម្មដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងរួមមាន៖ សេវាសុខភាពផ្លូវចិត្តដែលផ្តល់ដោយគ្រូពេទ្យផ្នែកចិត្តសាស្ត្រ ឬវេជ្ជបណ្ឌិតដែលមានអាជ្ញាបណ្ណពីរដ្ឋ គ្រូពេទ្យព្យាបាលផ្នែកចិត្តសាស្ត្រ បុគ្គលិកសង្គមកិច្ចខាងព្យាបាល អ្នកឯកទេសខាងព្យាបាល អ្នកប្រឹក្សាប្រកបដោយវិជ្ជាជីវៈដែលមានអាជ្ញាបណ្ណ (LPC) អ្នកជំនាញផ្នែកសុខភាពផ្លូវចិត្តសម្រាប់បញ្ហាអាពាហ៍ពិពាហ៍ និងគ្រួសារដែលមានអាជ្ញាបណ្ណ (LMFT) គ្រូពេទ្យដែលជាគិលានុបដ្ឋាយិកា (NP) ជំនួយការគ្រូពេទ្យ (PA) ឬអ្នកមានវិជ្ជាជីវៈផ្នែកសុខភាពផ្លូវចិត្តដែលមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់របស់ Medicare ផ្សេងទៀត ដូចដែលបានអនុញ្ញាតក្រោមច្បាប់របស់រដ្ឋដែលមានជាធរមាន។ • សេវាកម្មដែលផ្តល់ដោយគ្រូពេទ្យផ្នែកចិត្តសាស្ត្រ	\$0 នៃការបង់ប្រាក់រួមការជួបពិនិត្យសម្រាប់ការព្យាបាលជាលក្ខណៈបុគ្គលដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare ជាមួយគ្រូពេទ្យចិត្តសាស្ត្រមួយលើក។ ការបង់ប្រាក់រួមចំនួន \$0 សម្រាប់ ការជួបពិនិត្យសម្រាប់ការព្យាបាលជាក្រុមដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare នីមួយៗជាមួយគ្រូពេទ្យចិត្តសាស្ត្រ។ អាចនឹងតម្រូវឱ្យមានការអនុញ្ញាតជាមុន។

ជំពូកទី 4: តារាងអត្ថប្រយោជន៍វេជ្ជសាស្ត្រ (អ្វីដែលត្រូវបានរ៉ាប់រង)

សេវាកម្មដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រង	អ្វីដែលអ្នកបង់
ការថែទាំសុខភាពផ្លូវចិត្តបែបពិគ្រោះជំងឺក្រៅ - បន្ត សេវាកម្មដែលផ្តល់ដោយអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពផ្លូវចិត្តផ្សេងទៀត	\$0 នៃការបង់ប្រាក់រួមសម្រាប់ការជួបពិនិត្យសម្រាប់ការព្យាបាលជាលក្ខណៈបុគ្គលដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare ជាមួយអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពផ្លូវចិត្តផ្សេងទៀតមួយលើក។ ការបង់ប្រាក់រួមចំនួន \$0 សម្រាប់ ការជួបពិនិត្យសម្រាប់ការព្យាបាលជាក្រុមដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare នីមួយៗជាមួយអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពផ្លូវចិត្តផ្សេងទៀត។ អាចនឹងគម្រូឱ្យមានការអនុញ្ញាតជាមុន។
សេវាកម្មស្តារសម្បទាបែបពិគ្រោះជំងឺក្រៅ សេវាកម្មដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងរួមមានការព្យាបាលដោយចលនា ការព្យាបាលដោយសកម្មភាពការងារ និងការព្យាបាលដោយភាសានិយាយស្តី។ សេវាស្តារនីតិសម្បទាបែបពិគ្រោះជំងឺក្រៅត្រូវបានផ្តល់ជូននៅក្នុងកន្លែងសម្រាប់អ្នកជំងឺមិនស្នាក់ព្យាបាលផ្សេងៗ ដូចជាផ្នែកសម្រាប់អ្នកជំងឺមិនស្នាក់ព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យ ការិយាល័យសម្រាប់អ្នកព្យាបាលឯករាជ្យ និងមន្ទីរស្តារនីតិសម្បទាសម្រាប់អ្នកជំងឺមិនសម្រាកព្យាបាលដ៏ទូលំទូលាយ (CORF)។ សេវាកម្មដែលផ្តល់ដោយគ្រូពេទ្យព្យាបាលតាមចលនា	ការបង់ប្រាក់រួមចំនួន \$0 សម្រាប់ ការជួបពិនិត្យសម្រាប់ការព្យាបាលដោយចលនាដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare នីមួយៗ។ អាចនឹងគម្រូឱ្យមានការអនុញ្ញាតជាមុន។

ជំពូកទី 4: តារាងអត្ថប្រយោជន៍វេជ្ជសាស្ត្រ (អ្វីដែលត្រូវបានរ៉ាប់រង)

សេវាកម្មដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រង	អ្វីដែលអ្នកបង់
សេវាកម្មស្តារសម្បទាបែបពិគ្រោះជំងឺក្រៅ - បន្ត - សេវាកម្មដែលផ្តល់ដោយគ្រូពេទ្យតាមសកម្មភាពការងារ - សេវាកម្មដែលផ្តល់ដោយគ្រូពេទ្យព្យាបាលតាមភាសានិយាយស្តី	ការបង់ប្រាក់រួមចំនួន \$0 សម្រាប់ ការជួបពិនិត្យសម្រាប់ការព្យាបាលដោយសកម្មភាពការងារដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare នីមួយៗ។ អាចនឹងតម្រូវឱ្យមានការអនុញ្ញាតជាមុន។ ការបង់ប្រាក់រួមចំនួន \$0 សម្រាប់ ការជួបពិនិត្យសម្រាប់ការព្យាបាលភាសានិយាយស្តីដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare នីមួយៗ។ អាចនឹងតម្រូវឱ្យមានការអនុញ្ញាតជាមុន។
សេវាព្យាបាលវិបត្តិនៃការប្រើប្រាស់សារធាតុញៀនសម្រាប់អ្នកជំងឺមិនស្នាក់ព្យាបាល សេវាកម្មដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងរួមមាន៖ សេវាសម្រាប់វិបត្តិនៃការប្រើប្រាស់សារធាតុញៀនដូចជាវត្ថុព្យាបាលជាលក្ខណៈបុគ្គល និងជាក្រុមដែលត្រូវបានផ្តល់ដោយវេជ្ជបណ្ឌិត គ្រូពេទ្យផ្នែកចិត្តសាស្ត្រខាងព្យាបាល បុគ្គលិកសង្គមកិច្ចខាងព្យាបាល អ្នកឯកទេសជាតិលានុបដ្ឋាយិកាខាងព្យាបាល គ្រូពេទ្យដែលជាតិលានុបដ្ឋាយិកា ជំនួយការគ្រូពេទ្យ ឬអ្នកមានវិជ្ជាជីវៈផ្នែកសុខភាពផ្លូវចិត្តដែលមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់របស់ Medicare ឬកម្មវិធីផ្សេងទៀត ដូចដែលបានអនុញ្ញាតស្ថិតក្រោមច្បាប់របស់រដ្ឋដែលមានជាធរមាន។	\$0 នៃការបង់ប្រាក់រួមសម្រាប់ការជួបពិនិត្យសម្រាប់ការព្យាបាលជាលក្ខណៈបុគ្គលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare មួយលើក។ \$0 នៃការបង់ប្រាក់រួម ចំពោះការជួបពិនិត្យសម្រាប់ការព្យាបាលជាក្រុមដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare នីមួយៗ។ អាចនឹងតម្រូវឱ្យមានការអនុញ្ញាតជាមុន។

ជំពូកទី 4: តារាងអត្ថប្រយោជន៍វេជ្ជសាស្ត្រ (អ្វីដែលត្រូវបានរ៉ាប់រង)

សេវាកម្មដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រង	អ្វីដែលអ្នកបង់
ការរក្សាទុកអ្នកជំងឺមិនស្នាក់ព្យាបាល រួមទាំងសេវាកម្មដែលផ្តល់ជូននៅមន្ទីរពេទ្យសម្រាប់អ្នកជំងឺមិនស្នាក់ព្យាបាល និងមជ្ឈមណ្ឌលរក្សាទុកចល័ត ចំណាំ: ប្រសិនបើអ្នកកំពុងធ្វើការរក្សាទុកនៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យ អ្នកគួរតែពិនិត្យជាមួយអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកថា តើអ្នកនឹងជាអ្នកជំងឺស្នាក់ព្យាបាល ឬអ្នកជំងឺមិនស្នាក់ព្យាបាល។ លុះត្រាតែអ្នកផ្តល់សេវាសរសេរវេជ្ជបញ្ជាដើម្បីអនុញ្ញាតឱ្យអ្នកក្នុងនាមជាអ្នកជំងឺសម្រាកព្យាបាលចូលសម្រាកនៅមន្ទីរពេទ្យ អ្នកគឺជាអ្នកជំងឺមិនស្នាក់ព្យាបាល ហើយទូទាត់ចំនួនទឹកប្រាក់សម្រាប់ការចែករំលែកថ្លៃចំណាយសម្រាប់ការរក្សាទុកសម្រាប់អ្នកជំងឺមិនស្នាក់ព្យាបាល។ ទោះបីជាអ្នកស្នាក់នៅមន្ទីរពេទ្យមួយយប់ក៏ដោយ អ្នកនៅតែអាចត្រូវបានចាត់ទុកថាជាអ្នកជំងឺក្រៅ។ • សេវាកម្មដែលផ្តល់ជូននៅមន្ទីរពេទ្យសម្រាប់អ្នកជំងឺមិនស្នាក់ព្យាបាល • សេវាកម្មដែលផ្តល់ជូននៅមជ្ឈមណ្ឌលរក្សាទុកចល័ត	\$0 នៃការបង់ប្រាក់រួមសម្រាប់ការជួបពិនិត្យដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare ទៅកាន់មន្ទីរពេទ្យសម្រាប់អ្នកជំងឺមិនស្នាក់ព្យាបាលមួយលើកៗ។ អាចនឹងគម្របឱ្យមានការអនុញ្ញាតជាមុន។ \$0 នៃការបង់ប្រាក់រួមសម្រាប់ការជួបពិនិត្យដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare ទៅកាន់មជ្ឈមណ្ឌលរក្សាទុកចល័តមួយលើកៗ។ អាចនឹងគម្របឱ្យមានការអនុញ្ញាតជាមុន។

ជំពូកទី 4: តារាងអត្ថប្រយោជន៍វេជ្ជសាស្ត្រ (អ្វីដែលត្រូវបានរ៉ាប់រង)

សេវាកម្មដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រង	អ្វីដែលអ្នកបង់
សេវាស្នាក់នៅមន្ទីរពេទ្យដោយផ្នែក និង សេវាអ្នកជំងឺមិនស្នាក់ព្យាបាលជូនជូរ ការស្នាក់នៅមន្ទីរពេទ្យដោយផ្នែកគឺជាកម្មវិធីដែលមានរចនាសម្ព័ន្ធនៃការព្យាបាលផ្នែកចិត្តសាស្ត្រសកម្ម ដែលត្រូវបានផ្តល់ជូនជាសេវាកម្មសម្រាប់អ្នកជំងឺមិនស្នាក់ព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យ ឬតាមមជ្ឈមណ្ឌលសុខភាពផ្លូវចិត្តក្នុងសហគមន៍ ដែលមានលក្ខណៈជូនជូរជាងការថែទាំដែលទទួលបាននៅក្នុងការិយាល័យរបស់វេជ្ជបណ្ឌិត ឬការិយាល័យរបស់គ្រូពេទ្យព្យាបាល ការិយាល័យរបស់អ្នកជំនាញផ្នែកសុខភាពផ្លូវចិត្តសម្រាប់បញ្ហាអាពាហ៍ពិពាហ៍ និងគ្រួសារដែលមានអាជ្ញាបណ្ណ (LMFT) ឬការិយាល័យរបស់អ្នកប្រឹក្សាយោបល់ប្រកបដោយវិជ្ជាជីវៈដែលមានអាជ្ញាបណ្ណរបស់អ្នក ហើយជាជម្រើសសម្រាប់ការសម្រាកព្យាបាលក្នុងមន្ទីរពេទ្យរបស់អ្នកជំងឺសម្រាកព្យាបាល។ សេវាកម្មសម្រាប់អ្នកជំងឺមិនស្នាក់ព្យាបាលជូនជូរ គឺជាកម្មវិធីដែលមានរចនាសម្ព័ន្ធនៃការព្យាបាលសុខភាពអាកប្បកិរិយា (ផ្លូវចិត្ត) សកម្មដែលបានផ្តល់ជូននៅក្នុងផ្នែកសម្រាប់អ្នកជំងឺមិនស្នាក់នៅមន្ទីរពេទ្យ មជ្ឈមណ្ឌលសុខភាពផ្លូវចិត្តនៅតាមសហគមន៍ មណ្ឌលសុខភាពដែលមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់កម្រិតសហព័ន្ធ ឬគ្លីនិកសុខភាពជនបទដែលមានលក្ខណៈជូនជូរជាងការថែទាំដែលអ្នកទទួលបាននៅក្នុងការិយាល័យរបស់វេជ្ជបណ្ឌិត គ្រូពេទ្យព្យាបាល អ្នកជំនាញផ្នែកសុខភាពផ្លូវចិត្តសម្រាប់បញ្ហាអាពាហ៍ពិពាហ៍ និងគ្រួសារដែលមានអាជ្ញាបណ្ណ (LMFT) ឬការិយាល័យរបស់អ្នកប្រឹក្សាជំនាញដែលមានអាជ្ញាបណ្ណ ប៉ុន្តែលក្ខណៈជូនជូរតិចជាងការស្នាក់នៅមន្ទីរពេទ្យដោយផ្នែក។	\$0 នៃការបង់ប្រាក់រួមក្នុងមួយថ្ងៃសម្រាប់សេវាកម្មសម្រាកព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យដោយផ្នែកនីមួយៗដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare។ អាចនឹងតម្រូវឱ្យមានការអនុញ្ញាតជាមុន។ \$0 នៃការបង់ប្រាក់រួមក្នុងមួយថ្ងៃសម្រាប់សេវាកម្មពិគ្រោះអ្នកជំងឺមិនស្នាក់ព្យាបាលកម្រិតជូនជូរនីមួយៗដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare។ អាចនឹងតម្រូវឱ្យមានការអនុញ្ញាតជាមុន។
សេវាកម្មគ្រូពេទ្យ/គ្រូពេទ្យព្យាបាល រួមទាំងការជួបពិនិត្យនៅការិយាល័យរបស់វេជ្ជបណ្ឌិត សេវាកម្មដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងរួមមាន៖ • ការថែទាំផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ ឬសេវាកម្មរក្សាទុកចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដែលអ្នកទទួលបាននៅក្នុងការិយាល័យគ្រូពេទ្យ មជ្ឈមណ្ឌលរក្សាទុកចាំបាច់ដែលមានការបញ្ជាក់ ផ្នែកអ្នកជំងឺមិនស្នាក់ព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យ ឬទីតាំងផ្សេងទៀត	\$0 នៃការបង់ប្រាក់រួមសម្រាប់ការជួបពិនិត្យនៅការិយាល័យ PCP ដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare មួយលើក។

ជំពូកទី 4: តារាងអត្ថប្រយោជន៍វេជ្ជសាស្ត្រ (អ្វីដែលត្រូវបានរ៉ាប់រង)

សេវាកម្មដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រង	អ្វីដែលអ្នកបង់
សេវាកម្មគ្រូពេទ្យ/គ្រូពេទ្យព្យាបាល រួមទាំងការជួបពិនិត្យនៅ ការិយាល័យរបស់វេជ្ជបណ្ឌិត - បន្ត - ការប្រឹក្សា ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ និងការព្យាបាលដោយគ្រូពេទ្យ ឯកទេស - អ្នកជំនាញថែទាំសុខភាពផ្សេងទៀត - ការពិនិត្យត្រចៀក និងការពិនិត្យតុល្យភាពជាមូលដ្ឋាន ដែលធ្វើឡើងដោយ PCP ឬអ្នកឯកទេសរបស់អ្នក ប្រសិនបើ វេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាដើម្បីមើលថាតើអ្នក ត្រូវការការព្យាបាលផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដែរឬទេ	សូមមើល “ការរក្សាសម្រាប់ អ្នកជំងឺមិនស្នាក់ព្យាបាល” ពីមុននៅក្នុងតារាងនេះ សម្រាប់ចំនួនទឹកប្រាក់ចំណែក នៃថ្លៃចំណាយដែលពាក់ព័ន្ធ សម្រាប់ការជួបពិនិត្យនៅ មជ្ឈមណ្ឌលរក្សាសម្រាប់ ឬនៅ ក្នុងកន្លែងសម្រាប់អ្នកជំងឺមិន ស្នាក់ព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យ។ \$0 នៃការបង់ប្រាក់រួម សម្រាប់ការជួបអ្នកឯកទេស ដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare មួយលើកៗ។ អាចនឹងគម្រូឱ្យមានការ អនុញ្ញាតជាមុន។ ការបង់ប្រាក់រួមចំនួន \$0 សម្រាប់ការជួបពិនិត្យនីមួយៗ ទៅកាន់អ្នកមានវិជ្ជាជីវៈខាង ថែទាំសុខភាពផ្សេងទៀត។ អាចនឹងគម្រូឱ្យមានការ អនុញ្ញាតជាមុន។ ការបង់ប្រាក់រួមចំនួន \$0 សម្រាប់សេវាកម្មថែទាំត្រចៀក ដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare។ អាចនឹងគម្រូឱ្យមានការ អនុញ្ញាតជាមុន។

ជំពូកទី 4: តារាងអត្ថប្រយោជន៍វេជ្ជសាស្ត្រ (អ្វីដែលត្រូវបានរ៉ាប់រង)

សេវាកម្មដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រង	អ្វីដែលអ្នកបង់
សេវាកម្មត្រូវបានទ្រទ្រង់/ត្រូវបានព្យាបាល រួមទាំងការជួបពិនិត្យនៅ ការិយាល័យរបស់វេជ្ជបណ្ឌិត - បន្ត • សេវាសុខភាពតាមទូរសព្ទមួយចំនួនរួមមាន៖ សេវាកម្ម ដែលត្រូវការជាបន្ទាន់ សេវាសុខភាពតាមផ្ទះ ត្រូវបានទ្រទ្រង់ បឋម ការព្យាបាលដោយសកម្មភាពការងារ អ្នកឯកទេស វគ្គជាលក្ខណៈបុគ្គល និងក្រុមសម្រាប់សុខភាពផ្លូវចិត្ត សេវា ព្យាបាលសុខភាពផ្សេងៗ អ្នកជំនាញថែទាំសុខភាពផ្សេងទៀត វគ្គជាលក្ខណៈបុគ្គល និងក្រុមសម្រាប់បញ្ជាចិត្តសាស្ត្រ សេវាព្យាបាលដោយចលនា និងរោគសាស្ត្រផ្នែកភាសា និយាយស្តី វគ្គជាលក្ខណៈបុគ្គល និងក្រុមសម្រាប់វិបត្តិ នៃការប្រើសារធាតុញៀនរបស់អ្នកជំងឺមិនស្អាតព្យាបាល និងការបណ្តុះបណ្តាលអំពីការគ្រប់គ្រងជំងឺទឹកនោមផ្អែម ដោយខ្លួនឯង។ ○ អ្នកមានជម្រើសនៃការទទួលបានសេវាទាំងនេះតាមរយៈ ការទៅជួបពិនិត្យជំងឺដោយផ្ទាល់ឬតាមសេវាសុខភាព តាមទូរសព្ទ។ ប្រសិនបើសិនអ្នកជ្រើសរើសយកសេវាមួយ ក្នុងចំណោមសេវាទាំងនេះតាមសេវាសុខភាពពីចម្ងាយ អ្នកត្រូវតែប្រើប្រាស់អ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញដែលផ្តល់ សេវាតាមរយៈសេវាសុខភាពចម្ងាយ។ ○ ការជួបពិនិត្យនិម្មិត (ត្រូវបានគេស្គាល់ផងដែរថា ជាការពិនិត្យសុខភាពតាមអ៊ីនធឺណិត ឬការពិនិត្យ សុខភាពពីចម្ងាយ) គឺជាការជួបពិនិត្យជាមួយ វេជ្ជបណ្ឌិតទាំងតាមទូរសព្ទ ឬតាមអ៊ីនធឺណិតដោយប្រើ ទូរសព្ទឆ្លាតវៃ ថេប្លេត ឬកុំព្យូទ័រ។ ប្រភេទនៃការជួប ពិគ្រោះជាក់លាក់មួយចំនួនអាចត្រូវការអ៊ីនធឺណិត និង ឧបករណ៍បើកការងារ។ ○ គម្រោងរបស់យើងផ្តល់ជូន 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃ ក្នុងមួយសប្តាហ៍នូវសិទ្ធិចូលជួបពិនិត្យនិម្មិតជាមួយ វេជ្ជបណ្ឌិតដែលមានការបញ្ជាក់ពីក្រុមប្រឹក្សាភិបាល តាមរយៈអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញណាត់ជួបពិនិត្យនិម្មិត ដើម្បីជួយដោះស្រាយកង្វល់/សំណួរសុខភាពជាច្រើន។ សេវាកម្មដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងរួមមាន ផ្នែក វេជ្ជសាស្ត្រទូទៅ សុខភាពអាកប្បកិរិយា ជំងឺសើស្បែក និងច្រើនទៀត។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម ឬដើម្បី ស្វែងរកអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញជួបពិនិត្យនិម្មិត សូម ទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិក។	\$0 នៃការបង់ប្រាក់រួមសម្រាប់ សេវាកម្មជួបពិនិត្យនិម្មិត ដែលធ្វើឡើងតាមរយៈអ្នកផ្តល់ សេវាកម្មជួបពិនិត្យនិម្មិតនៃ គម្រោងរបស់អ្នក។ សូមចំណាំ៖ \$0 នៃការបង់ប្រាក់ រួមចំនួនខាងលើនេះអាច អនុវត្តបានតែនៅពេលដែល សេវាកម្មត្រូវបានទទួលពីអ្នក ផ្តល់សេវាជួបពិនិត្យនិម្មិតរបស់ គម្រោងរបស់អ្នកប៉ុណ្ណោះ។ ប្រសិនបើអ្នកទទួលបានសេវា សុខភាពដោយផ្ទាល់ ឬសេវា ផ្តល់ព័ត៌មានសុខភាពពីចម្ងាយ ពីអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ ហើយមិនមែនជាអ្នកផ្តល់សេវា ណាត់ជួបពិគ្រោះតាមប្រព័ន្ធ និម្មិតទេនោះ អ្នកនឹងទូទាត់ ចំណែកនៃថ្លៃចំណាយដែល បានរាយបញ្ជីសម្រាប់អ្នកផ្តល់ សេវាទាំងនោះ ដូចដែលបាន រៀបរាប់នៅក្នុងតារាងអត្ថ ប្រយោជន៍នេះ (ឧទាហរណ៍ ប្រសិនបើអ្នកទទួលបានសេវា សុខភាពតាមទូរសព្ទមួយពី PCP របស់អ្នក អ្នកនឹងទូទាត់ ចំណែកនៃថ្លៃចំណាយ PCP)។

ជំពូកទី 4: តារាងអត្ថប្រយោជន៍វេជ្ជសាស្ត្រ (អ្វីដែលត្រូវបានរ៉ាប់រង)

សេវាកម្មដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រង	អ្វីដែលអ្នកបង់
សេវាកម្មគ្រូពេទ្យ/គ្រូពេទ្យព្យាបាល រួមទាំងការជួបពិនិត្យនៅ ការិយាល័យរបស់វេជ្ជបណ្ឌិត - បន្ត • សេវាសុខភាពពិចម្ងាយមួយចំនួន រួមទាំងការប្រឹក្សា ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ និងការព្យាបាលដោយគ្រូពេទ្យ អ្នកជំនាញសម្រាប់អ្នកជំងឺនៅតំបន់ទីជនបទជាក់លាក់មួយចំនួន ឬកន្លែងផ្សេងទៀតដែលទទួលបានការអនុញ្ញាតដោយ Medicare • សេវាសុខភាពតាមទូរសព្ទមួយប្រចាំខែសម្រាប់ការជួបពិនិត្យទាក់ទងនឹងជំងឺគ្រុនចិត្តនាមេឌីកាល់កាលចុងក្រោយចំពោះសមាជិកដែលលាងឈាមតាមផ្ទះនៅមជ្ឈមណ្ឌលលាងឈាមដែលមានមូលដ្ឋាននៅមន្ទីរពេទ្យ ឬមជ្ឈមណ្ឌលលាងឈាមគ្រប់គ្រងដែលមានមូលដ្ឋាននៅមន្ទីរពេទ្យសំខាន់ៗ ឬនៅផ្ទះរបស់សមាជិក • សេវាសុខភាពតាមទូរសព្ទដើម្បីធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ វាយតម្លៃ ឬព្យាបាលរោគសញ្ញានៃជំងឺដាច់សរសៃឈាមខួរក្បាល ដោយមិនគិតពីទីតាំងរបស់អ្នក • សេវាសុខភាពតាមទូរសព្ទសម្រាប់សមាជិកដែលមានវិបត្តិនៃការប្រើប្រាស់សារធាតុញៀន ឬវិបត្តិសុខភាពផ្លូវចិត្តដែលកើតមានរួមគ្នា ដោយមិនគិតពីទីតាំងរបស់អ្នក • សេវាផ្តល់ព័ត៌មានសុខភាពតាមប្រព័ន្ធអេឡិចត្រូនិកសម្រាប់ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ ការវាយតម្លៃ និងការព្យាបាលវិបត្តិសុខភាពផ្លូវចិត្ត ប្រសិនបើ: ○ អ្នកមានការជួបពិនិត្យសុខភាពដោយផ្ទាល់ ក្នុងរយៈពេល 6 ខែមុនពេលជួបពិនិត្យតាមសេវាផ្តល់ព័ត៌មានសុខភាពតាមប្រព័ន្ធអេឡិចត្រូនិកជាលើកដំបូងរបស់អ្នក ○ អ្នកមានការជួបពិនិត្យដោយផ្ទាល់រៀងរាល់ 12 ខែម្តង ខណៈពេលកំពុងទទួលបានសេវាសុខភាពតាមទូរសព្ទទាំងនេះ ○ ការលើកលែងអាចត្រូវបានធ្វើឡើងចំពោះលក្ខខណ្ឌខាងលើសម្រាប់កាលៈទេសៈជាក់លាក់ • សេវាសុខភាពតាមទូរសព្ទសម្រាប់ការជួបពិនិត្យសុខភាពផ្លូវចិត្តដែលផ្តល់ដោយគ្លីនិកសុខភាពជនបទ និងមណ្ឌលសុខភាពដែលមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់កម្រិតសហព័ន្ធ	

ជំពូកទី 4: តារាងអត្ថប្រយោជន៍វេជ្ជសាស្ត្រ (អ្វីដែលត្រូវបានរ៉ាប់រង)

សេវាកម្មដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រង	អ្វីដែលអ្នកបង់
សេវាកម្មគ្រូពេទ្យ/គ្រូពេទ្យព្យាបាល រួមទាំងការជួបពិនិត្យនៅ ការិយាល័យរបស់វេជ្ជបណ្ឌិត - បន្ត - ការសន្ទនាខ្លីៗតាមប្រព័ន្ធនិម្មិត (ឧទាហរណ៍ តាមរយៈទូរសព្ទ ឬការជជែកតាមវីដេអូ) ជាមួយវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នករយៈពេល 5-10 នាទី ប្រសិនបើ: - អ្នកមិនមែនជាអ្នកជំងឺថ្មីទេ ហើយ - ការសន្ទនាខ្លីៗមិនទាក់ទងនឹងការទៅជួបពិនិត្យនៅ ការិយាល័យក្នុងរយៈពេល 7 ថ្ងៃកន្លងមក និង - ការសន្ទនាខ្លីៗមិននាំឱ្យមានការទៅជួបនៅការិយាល័យ ក្នុងរយៈពេល 24 ម៉ោង ឬការណាត់ជួបឆាប់បំផុតឡើយ - ការវាយតម្លៃវីដេអូ និង/ឬរូបភាពដែលអ្នកធ្វើទៅវេជ្ជបណ្ឌិត របស់អ្នក និងការបកស្រាយ និងការតាមដានដោយ វេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកក្នុងរយៈពេល 24 ម៉ោង ប្រសិនបើ: - អ្នកមិនមែនជាអ្នកជំងឺថ្មីទេ ហើយ - ការវាយតម្លៃមិនទាក់ទងនឹងការទៅជួបពិនិត្យនៅ ការិយាល័យក្នុងរយៈពេល 7 ថ្ងៃកន្លងមក និង - ការវាយតម្លៃមិនអាចនាំទៅរកការទៅជួបពិនិត្យនៅ ការិយាល័យក្នុងរយៈពេល 24 ម៉ោង ឬការណាត់ជួបដែល មានក្នុងពេលឆាប់ៗនេះទេ - ការពិគ្រោះយោបល់ដែលវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកមានជាមួយ វេជ្ជបណ្ឌិតផ្សេងទៀតតាមទូរសព្ទ អ៊ីនធឺណិត ឬកំណត់ត្រា សុខភាពអេឡិចត្រូនិក	អ្នកនឹងទូទាត់លើការចែក រំលែកថ្លៃចំណាយដែលអនុវត្ត ចំពោះអ្នកផ្តល់សេវា (ដូចដែល បានពិពណ៌នាស្ថិតក្រោម “សេវាកម្មគ្រូពេទ្យ/គ្រូពេទ្យ រួមទាំងការជួបពិនិត្យនៅ ការិយាល័យរបស់វេជ្ជបណ្ឌិត” ខាងលើ)។ អ្នកនឹងទូទាត់លើការចែក រំលែកថ្លៃចំណាយដែលអនុវត្ត ចំពោះអ្នកផ្តល់សេវា (ដូចដែល បានពិពណ៌នាស្ថិតក្រោម “សេវាកម្មគ្រូពេទ្យ/គ្រូពេទ្យ រួមទាំងការជួបពិនិត្យនៅ ការិយាល័យរបស់វេជ្ជបណ្ឌិត” ខាងលើ)។ អ្នកនឹងទូទាត់លើការចែក រំលែកថ្លៃចំណាយដែលអនុវត្ត ចំពោះអ្នកផ្តល់សេវា (ដូចដែល បានពិពណ៌នាស្ថិតក្រោម “សេវាកម្មគ្រូពេទ្យ/គ្រូពេទ្យ រួមទាំងការជួបពិនិត្យនៅ ការិយាល័យរបស់វេជ្ជបណ្ឌិត” ខាងលើ)។

ជំពូកទី 4: តារាងអត្ថប្រយោជន៍វេជ្ជសាស្ត្រ (អ្វីដែលត្រូវបានរ៉ាប់រង)

សេវាកម្មដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រង	អ្វីដែលអ្នកបង់
មតិទីពីរដោយអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញផ្សេងទៀតមុនពេលរក្សា	អ្នកនឹងទទួលបានលើការចែករំលែកថ្លៃចំណាយដែលអនុវត្តចំពោះអ្នកផ្តល់សេវា (ដូចដែលបានពិពណ៌នាស្ថិតក្រោម “សេវាកម្មត្រូវបានទ្រទ្រង់/ត្រូវបានទ្រទ្រង់” រួមទាំងការជួបពិនិត្យនៅការិយាល័យរបស់វេជ្ជបណ្ឌិត” ខាងលើ)។ បន្ថែមពីលើការចែករំលែកថ្លៃដើមខាងលើ នឹងមានការបង់ប្រាក់រួម និង/ឬការធានារ៉ាប់រងរួមសម្រាប់សេវាកម្មដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងពី Medicare ដែលចាំបាច់សម្រាប់បរិក្ខារវេជ្ជសាស្ត្រដែលប្រើជាប់បានយូរ និងសម្ភារៈផ្គត់ផ្គង់ឧបករណ៍ និងសម្ភារៈផ្គត់ផ្គង់សម្រាប់អវយវៈសិប្បនិម្មិត ការធ្វើតេស្តធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យសម្រាប់អ្នកជំងឺមិនស្នាក់ព្យាបាល និងសេវាកម្មព្យាបាល វ៉ែនតា និងកែវពាក់លើភ្នែកបន្ទាប់ពីការរក្សាភ្នែក ឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាផ្នែក D និងឧសថតាមវេជ្ជបញ្ជារបស់ Medicare Part B ដូចដែលបានពិពណ៌នានៅក្នុងតារាងអត្ថប្រយោជន៍នេះ។
សេវាព្យាបាលសុខភាពជើង សេវាកម្មដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងរួមមាន៖ - ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ និងការព្យាបាលផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ ឬការរក្សាប្រសិទ្ធភាព និងជំងឺប្រអប់ជើង (ដូចជា គន្លាក់ ម្រាមជើង ឬកែងជើង) - ការថែទាំជើងជាប្រចាំសម្រាប់សមាជិកដែលមានស្ថានភាពវេជ្ជសាស្ត្រជាក់លាក់ដែលប៉ះពាល់ដល់អវយវៈខាងក្រោម	ការបង់ប្រាក់រួមចំនួន \$0 សម្រាប់សេវាព្យាបាលសុខភាពជើងដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare។ អាចនឹងកម្រិតមានការអនុញ្ញាតជាមុន។

ជំពូកទី 4: តារាងអត្ថប្រយោជន៍វេជ្ជសាស្ត្រ (អ្វីដែលត្រូវបានរ៉ាប់រង)

សេវាកម្មដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រង	អ្វីដែលអ្នកបង់
 Pre-exposure Prophylaxis (PrEP) សម្រាប់ការពារមេរោគ HIV ប្រសិនបើអ្នកមិនមានផ្ទុកមេរោគ HIV ទេ ប៉ុន្តែវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក ឬគ្រូពេទ្យថែទាំសុខភាពផ្សេងទៀតកំណត់ថាអ្នកមានហានិភ័យខ្ពស់ ចំពោះមេរោគ HIV នោះយើងរ៉ាប់រងលើថ្នាំ Pre-exposure Prophylaxis (PrEP) និងសេវាកម្មដែលពាក់ព័ន្ធ។ ប្រសិនបើអ្នកមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ សេវាកម្មដែលត្រូវបាន ធានារ៉ាប់រងរួមមាន៖ • ថ្នាំ PrEP លេបប្រចាំថ្ងៃដែលត្រូវបានអនុម័តដោយ FDA។ ប្រសិនបើអ្នកកំពុងទទួលបានថ្នាំចាក់ យើងក៏ធានារ៉ាប់រង លើថ្លៃសេវាសម្រាប់ការចាក់ថ្នាំផងដែរ។ • រហូតដល់វគ្គប្រឹក្សាបុគ្គលចំនួន 8 (រួមទាំងការវាយតម្លៃ ហានិភ័យនៃមេរោគ HIV ការកាត់បន្ថយហានិភ័យនៃមេរោគ HIV និងការប្រកាន់ខ្ជាប់នូវថ្នាំ) រៀងរាល់ 12 ខែម្តង។ • រហូតដល់ការពិនិត្យរកមេរោគ HIV ចំនួន 8 ដងរៀងរាល់ 12 ខែ។ ការពិនិត្យរកវីរុសរលាកថ្លើមប្រភេទ B មួយដង។	មិនមានការធានារ៉ាប់រងរួម ការបង់ថ្លៃរួម ឬប្រាក់ដែលត្រូវ កាត់កងសម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍ PrEP នោះទេ។
 ការពិនិត្យដើម្បីរកជំងឺមហារីកក្រពេញប្រូស្តាត សម្រាប់បុរសដែលមានអាយុចាប់ពី 50 ឆ្នាំឡើងទៅ សេវាកម្មដែល ត្រូវបានធានារ៉ាប់រងរួមមានដូចខាងក្រោមរៀងរាល់រយៈពេល 12 ខែ ម្តង៖ • ការពិនិត្យចុងពោះវៀនជំងឺតាមប្រព័ន្ធខ្នាតជីវិត • ការធ្វើតេស្តអង់ទីហ្វូនដាក់លាក់របស់ក្រពេញប្រូស្តាត (PSA)	\$0 នៃការបង់ប្រាក់រួម សម្រាប់ ការពិនិត្យចុងពោះវៀនជំងឺតាម ប្រព័ន្ធខ្នាតជីវិត ប្រចាំឆ្នាំដែលត្រូវបាន ធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare នីមួយៗ។ មិនមានការធានារ៉ាប់រងរួម ការបង់ថ្លៃរួម ឬប្រាក់ដែលត្រូវ កាត់កងសម្រាប់ការធ្វើតេស្ត PSA ប្រចាំឆ្នាំឡើយ។

ជំពូកទី 4: តារាងអត្ថប្រយោជន៍វេជ្ជសាស្ត្រ (អ្វីដែលត្រូវបានរ៉ាប់រង)

សេវាកម្មដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រង	អ្វីដែលអ្នកបង់
ឧបករណ៍អវយវៈសិប្បនិម្មិត និងឧបករណ៍តម្រង់ឆ្អឹងជើង និងសម្ភារផ្គត់ផ្គង់ពាក់ព័ន្ធ ឧបករណ៍ (ក្រៅពីឆ្មេញ) ដែលជំនួសផ្នែកទាំងអស់ ឬដោយផ្នែកនៃរាងកាយ ឬមុខងារ។ ទាំងនេះរួមមានជាអាទិ៍នូវការធ្វើតេស្ត ការលៃតម្រូវឱ្យត្រូវល្អ ឬការបណ្តុះបណ្តាលក្នុងការប្រើប្រាស់ឧបករណ៍អវយវៈសិប្បនិម្មិត និងឧបករណ៍តម្រង់ឆ្អឹងជើង ក៏ដូចជាថង់សម្រាប់បង្ហូរលាមកពីពោះវៀន និងសម្ភារៈផ្គត់ផ្គង់ដោយផ្ទាល់ដែលពាក់ព័ន្ធនឹងការថែទាំពោះវៀនធំ ឧបករណ៍ត្រួតពិនិត្យចង្វាក់បេះដូង ឧបករណ៍រំលាប ស្បែកជើងសិប្បនិម្មិត អវយវៈសិប្បនិម្មិត និងសុដន់សិប្បនិម្មិត (រួមទាំងអាវុធនាបសម្រាប់ពាក់ក្រោយការវះកាត់សុដន់) ផងដែរ។ រួមបញ្ចូលសម្ភារៈផ្គត់ផ្គង់ជាក់លាក់ដែលទាក់ទងនឹងឧបករណ៍សម្រាប់អវយវៈសិប្បនិម្មិត និងឧបករណ៍តម្រង់ឆ្អឹងជើង និងការជួសជុល និង/ឬការជំនួសឧបករណ៍សម្រាប់អវយវៈសិប្បនិម្មិត និងឧបករណ៍តម្រង់ឆ្អឹងជើង។ ក៏រួមបញ្ចូលផងដែរនូវការធានារ៉ាប់រងមួយចំនួនបន្ទាប់ពីការវះកាត់យកចេញជំងឺភ្នែកឡើងវិញ ឬការវះកាត់ជំងឺភ្នែកឡើងវិញ – សូមចូលទៅកាន់ផ្នែកថែទាំភ្នែកនៅពេលក្រោយនៅក្នុងតារាងនេះសម្រាប់ព័ត៌មានលម្អិតបន្ថែមផងដែរ។	ការបង់ប្រាក់រួមចំនួន \$0 សម្រាប់អវយវៈសិប្បនិម្មិត ឬឧបករណ៍តម្រង់ឆ្អឹងជើងដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare។ អាចនឹងតម្រូវឱ្យមានការអនុញ្ញាតជាមុន។ ការបង់ប្រាក់រួមចំនួន \$0 សម្រាប់សម្ភារៈផ្គត់ផ្គង់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រទាក់ទងនឹងឧបករណ៍សម្រាប់អវយវៈសិប្បនិម្មិតដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare។ អាចនឹងតម្រូវឱ្យមានការអនុញ្ញាតជាមុន។
សេវាស្តារនីតិសម្បទាមុខងារសួត កម្មវិធីស្តារនីតិសម្បទាសួតដ៏ទូលំទូលាយត្រូវបានធានារ៉ាប់រងសម្រាប់សមាជិកដែលមានជំងឺសួរដង្ហើមរ៉ាំរ៉ៃ (COPD) ធ្ងន់ធ្ងរ និងវេជ្ជបញ្ជាសម្រាប់ការស្តារនីតិសម្បទាសួតពីវេជ្ជបណ្ឌិតដែលព្យាបាលជំងឺសួរដង្ហើមរ៉ាំរ៉ៃ។	\$0 នៃការបង់ប្រាក់រួមសម្រាប់ការជួបដើម្បីសេវាស្តារនីតិសម្បទាមុខងារសួតដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare មួយលើកៗ។

ជំពូកទី 4: តារាងអត្ថប្រយោជន៍វេជ្ជសាស្ត្រ (អ្វីដែលត្រូវបានរ៉ាប់រង)

សេវាកម្មដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រង	អ្វីដែលអ្នកបង់
 ការពិនិត្យ និងការប្រឹក្សាយោបល់ដើម្បីកាត់បន្ថយការប្រើប្រាស់គ្រឿងស្រវឹងមិនត្រឹមត្រូវ យើងធានារ៉ាប់រងលើការត្រួតពិនិត្យការប្រើប្រាស់គ្រឿងស្រវឹងមិនត្រឹមត្រូវសម្រាប់មនុស្សពេញវ័យ (រួមទាំងស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ) ដែលប្រើប្រាស់គ្រឿងស្រវឹងមិនត្រឹមត្រូវ កំប៉ុន្តែមិនមែនញៀនគ្រឿងស្រវឹងទេ។ ប្រសិនបើអ្នកពិនិត្យឃើញវិជ្ជមានចំពោះការប្រើប្រាស់គ្រឿងស្រវឹងមិនត្រឹមត្រូវ អ្នកអាចទទួលបានវគ្គប្រឹក្សាយោបល់ដោយផ្ទាល់រយៈពេលខ្លីចំនួន 4 ដងក្នុងមួយឆ្នាំ (ប្រសិនបើអ្នកមានសមត្ថភាព និងមានការដឹងខ្លួនក្នុងអំឡុងពេលប្រឹក្សាយោបល់) ដែលផ្តល់ដោយវេជ្ជបណ្ឌិតថែទាំបឋមដែលមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ ឬគ្រូពេទ្យនៅក្នុងកន្លែងថែទាំបឋម។	មិនមានការធានារ៉ាប់រងរួមការបង់ថ្លៃរួម ឬប្រាក់ដែលត្រូវកាត់កងសម្រាប់ការត្រួតពិនិត្យ និងការប្រឹក្សាយោបល់ដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare ដើម្បីកាត់បន្ថយអត្ថប្រយោជន៍នៃការបង្ការការប្រើប្រាស់គ្រឿងស្រវឹងមិនត្រឹមត្រូវឡើយ។
 ការពិនិត្យរកជំងឺមហារីកសួតដោយការថតកាំរស្មីអ៊ិចដែលមានការថតឆ្លុះដោយប្រើកម្រិតវិទ្យុសកម្មទាប (LDCT) សម្រាប់មនុស្សដែលមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ LDCT ត្រូវបានធានារ៉ាប់រងរយៈពេល 12 ខែម្តង។ សមាជិកដែលមានសិទ្ធិទទួលបានគឺជា មនុស្សដែលមានអាយុពី 50 ទៅ 77 ឆ្នាំដែលមិនមានសញ្ញា ឬរោគសញ្ញានៃជំងឺមហារីកសួត ប៉ុន្តែមានប្រវត្តិនៃការជក់បារីយ៉ាងហោចណាស់មួយកញ្ចប់ក្នុងមួយថ្ងៃរយៈពេល 20 ឆ្នាំ ហើយបច្ចុប្បន្នជក់បារី ឬបានឈប់ជក់បារីក្នុងរយៈពេល 15 ឆ្នាំចុងក្រោយ ដែលទទួលបានវេជ្ជបញ្ជាសម្រាប់ LDCT ក្នុងអំឡុងពេលការប្រឹក្សាយោបល់លើជំងឺមហារីកសួត និងការធ្វើសេចក្តីសម្រេចចិត្តរួមគ្នា ដែលបំពេញតាមលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យរបស់ Medicare សម្រាប់ការជួបពិនិត្យបែបនេះ ហើយត្រូវបានផ្តល់ដោយគ្រូពេទ្យ ឬគ្រូពេទ្យព្យាបាលដែលមិនមែនជាគ្រូពេទ្យដែលមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់។ សម្រាប់ការពិនិត្យជំងឺមហារីកសួត LDCT បន្ទាប់ពីការពិនិត្យ LDCT ដំបូង៖ សមាជិកត្រូវតែទទួលបានវេជ្ជបញ្ជាសម្រាប់ការពិនិត្យជំងឺមហារីកសួត LDCT ដែលអាចត្រូវបានផ្តល់ជូនក្នុងអំឡុងពេលជួបពិនិត្យសមស្របណាមួយជាមួយគ្រូពេទ្យ ឬគ្រូពេទ្យព្យាបាលដែលមិនមែនជាគ្រូពេទ្យដែលមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់។ ប្រសិនបើគ្រូពេទ្យ ឬគ្រូពេទ្យព្យាបាលដែលមិនមែនជាគ្រូពេទ្យដែលមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ជ្រើសរើសផ្តល់ការប្រឹក្សាយោបល់លើការពិនិត្យជំងឺមហារីកសួត និងការជួបពិនិត្យដើម្បីធ្វើសេចក្តីសម្រេចចិត្តរួមគ្នាសម្រាប់ការពិនិត្យជំងឺមហារីកសួតនៅពេលក្រោយដោយមាន LDCT ការទៅជួបពិនិត្យត្រូវតែបំពេញតាមលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យរបស់ Medicare សម្រាប់ការទៅជួបបែបនេះ។	មិនមានការធានារ៉ាប់រងរួមការបង់ថ្លៃរួម ឬប្រាក់ដែលត្រូវកាត់កងសម្រាប់ការប្រឹក្សាយោបល់ដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare និងការជួបពិនិត្យដើម្បីធ្វើសេចក្តីសម្រេចចិត្តរួម ឬសម្រាប់ LDCT ឡើយ។

ជំពូកទី 4: តារាងអត្ថប្រយោជន៍វេជ្ជសាស្ត្រ (អ្វីដែលត្រូវបានរ៉ាប់រង)

សេវាកម្មដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រង	អ្វីដែលអ្នកបង់
 ការពិនិត្យរកការឆ្លងមេរោគរលាកថ្លើមប្រភេទ C យើងធានារ៉ាប់រងលើការពិនិត្យជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ C មួយប្រសិនបើវេជ្ជបណ្ឌិតថែទាំបឋមរបស់អ្នក ឬអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពដែលមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ផ្សេងទៀតបញ្ជាទិញមួយហើយអ្នកបំពេញតាមលក្ខខណ្ឌមួយក្នុងចំណោមលក្ខខណ្ឌទាំងនេះ៖ • អ្នកមានហានិភ័យខ្ពស់ដោយសារតែអ្នកប្រើ ឬបានប្រើថ្នាំចាក់ខុសច្បាប់។ • អ្នកបានបញ្ចូលឈាមមុនឆ្នាំ 1992។ • អ្នកកើតនៅចន្លោះឆ្នាំ 1945-1965។ ប្រសិនបើអ្នកកើតនៅចន្លោះឆ្នាំ 1945-1965 ហើយមិនត្រូវបានគេចាត់ទុកថាមានហានិភ័យខ្ពស់ទេ យើងទូទាត់សម្រាប់ការពិនិត្យមួយដង។ ប្រសិនបើអ្នកមានហានិភ័យខ្ពស់ (ឧទាហរណ៍ អ្នកបានបន្តប្រើថ្នាំចាក់ខុសច្បាប់ចាប់តាំងពីការធ្វើតេស្តរកជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ C អវិជ្ជមានពីមុនមក) យើងធានារ៉ាប់រងលើការពិនិត្យប្រចាំឆ្នាំ។	មិនមានការធានារ៉ាប់រងរួមការបង់ថ្លៃរួម ឬប្រាក់ដែលត្រូវកាត់កងសម្រាប់ការពិនិត្យរកជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ C ដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងពី Medicare ឡើយ។
 ការពិនិត្យរកការឆ្លងជំងឺតាមការរួមភេទ (STI) និងការប្រឹក្សាយោបល់ដើម្បីការពារ STI យើងធានារ៉ាប់រងលើការពិនិត្យរកការឆ្លងជំងឺតាមការរួមភេទ (STI) សម្រាប់ប្រមូលទឹកថ្លា រោគប្រមូល រោគស្វាយ និងជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B។ ការពិនិត្យទាំងនេះត្រូវបានធានារ៉ាប់រងសម្រាប់ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ និងសម្រាប់មនុស្សជាក់លាក់មួយចំនួនដែលមានហានិភ័យខ្ពស់ពី STI នៅពេលដែលការធ្វើតេស្តត្រូវបានចេញវេជ្ជបញ្ជាដោយអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំបឋម។ យើងធានារ៉ាប់រងលើការធ្វើតេស្តពិនិត្យរកជំងឺទាំងនេះ រៀងរាល់ 12 ខែម្តង ឬនៅពេលជាក់លាក់ណាមួយក្នុងអំឡុងពេលមានគភ៌។ យើងក៏ធានារ៉ាប់រងលើវគ្គប្រឹក្សាយោបល់អំពីអាកប្បកិរិយាយ៉ាងល្អិតល្អន់ ដែលជួយដោយទទួលបានមុខងាររហូតដល់ពីរដងជាលក្ខណៈបុគ្គលមានរយៈពេលពី 20 ទៅ 30 នាទីក្នុងឆ្នាំនីមួយៗសម្រាប់មនុស្សពេញវ័យដែលមានសកម្មភាពផ្លូវភេទដែលមានហានិភ័យខ្ពស់ពីការឆ្លងជំងឺ STI ផងដែរ។ យើងក៏ធានារ៉ាប់រងលើវគ្គប្រឹក្សាយោបល់ទាំងនេះជាសេវាកម្មបែបបង្ការផងដែរ ប្រសិនបើវគ្គប្រឹក្សាយោបល់ទាំងនេះត្រូវបានផ្តល់ដោយអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំបឋម ហើយកើតឡើងនៅក្នុងកន្លែងថែទាំបឋមដូចជាការិយាល័យរបស់វេជ្ជបណ្ឌិត។	មិនមានការធានារ៉ាប់រងរួមការបង់ថ្លៃរួម ឬប្រាក់ដែលត្រូវកាត់កងសម្រាប់ការពិនិត្យដែលមានត្រូវបានធានារ៉ាប់រងពី Medicare សម្រាប់ STI និងការប្រឹក្សាសម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍នៃការបង្ការ STI ឡើយ។

ជំពូកទី 4: តារាងអត្ថប្រយោជន៍វេជ្ជសាស្ត្រ (អ្វីដែលត្រូវបានរ៉ាប់រង)

សេវាកម្មដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រង	អ្វីដែលអ្នកបង់
សេវាកម្មដើម្បីព្យាបាលជំងឺតម្រងនោម សេវាកម្មដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងរួមមាន៖ • សេវាអប់រំជំងឺតម្រងនោមដើម្បីបង្រៀនអំពីការថែទាំតម្រងនោម និងជួយសមាជិកធ្វើការសម្រេចចិត្តដែលបានដឹងអំពីការថែទាំរបស់ពួកគេ។ សម្រាប់សមាជិកដែលមានជំងឺតម្រងនោមរ៉ាំរ៉ៃដំណាក់កាលទី IV នៅពេលបញ្ជូនបន្តដោយវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់ពួកគេ យើងធានារ៉ាប់រងរហូតដល់ 6 វគ្គនៃសេវាអប់រំជំងឺតម្រងនោមនៃរយៈពេលពេញមួយជីវិត • ការព្យាបាលដោយការលាងឈាមសម្រាប់អ្នកជំងឺមិនស្នាក់ព្យាបាល (រួមទាំងការព្យាបាលដោយការលាងឈាម នៅពេលដែលនៅក្រៅតំបន់សេវាកម្មជាបណ្តោះអាសន្ន ដូចដែលបានពន្យល់នៅក្នុងជំពូកទី 3 ឬនៅពេលដែលអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកសម្រាប់សេវាកម្មនេះមិនមានជាបណ្តោះអាសន្ន ឬមិនអាចប្រើបាន) • ការព្យាបាលដោយការលាងឈាមសម្រាប់អ្នកជំងឺសម្រាកព្យាបាល (ប្រសិនបើអ្នកត្រូវបានអនុញ្ញាតឱ្យសម្រាកព្យាបាលក្នុងមន្ទីរពេទ្យសម្រាប់ការថែទាំពិសេស) • ការបណ្តុះបណ្តាលអំពីការលាងឈាមដោយខ្លួនឯង (រួមបញ្ចូលទាំងការបណ្តុះបណ្តាលសម្រាប់អ្នក និងនរណាម្នាក់ដែលជួយអ្នកក្នុងការព្យាបាលដោយការលាងឈាមនៅផ្ទះរបស់អ្នក)	ការបង់ប្រាក់រួមចំនួន \$0 សម្រាប់សេវាអប់រំជំងឺតម្រងនោមដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare។ ការបង់ប្រាក់រួមចំនួន \$0 សម្រាប់ការព្យាបាលដោយការលាងឈាមតម្រងនោមសម្រាប់អ្នកជំងឺមិនស្នាក់ព្យាបាលដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare។ សូមមើល “ការថែទាំនៅមន្ទីរពេទ្យសម្រាប់អ្នកជំងឺសម្រាកព្យាបាល” សម្រាប់ការចែករំលែកថ្លៃចំណាយស្តង់ដារណាមួយដែលពាក់ព័ន្ធចំពោះការព្យាបាលដោយការលាងឈាមសម្រាប់អ្នកជំងឺសម្រាកព្យាបាល។ ការបង់ប្រាក់រួមចំនួន \$0 សម្រាប់ការបណ្តុះបណ្តាលអំពីការលាងឈាមដោយខ្លួនឯងដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare។

ជំពូកទី 4: តារាងអត្ថប្រយោជន៍វេជ្ជសាស្ត្រ (អ្វីដែលត្រូវបានរ៉ាប់រង)

សេវាកម្មដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រង	អ្វីដែលអ្នកបង់
សេវាកម្មដើម្បីព្យាបាលជំងឺតម្រងនោម - បន្ត - ឧបករណ៍ និងគ្រឿងផ្គត់ផ្គង់សម្រាប់ការលាងឈាមនៅផ្ទះ - សេវាជំនួយតាមផ្ទះជាក់លាក់ (នៅពេលចាំបាច់ដូចជា ការជួបពិនិត្យដោយបុគ្គលិកលាងឈាមដែលទទួលបានការបណ្តុះបណ្តាលដើម្បីពិនិត្យការលាងឈាមតាមផ្ទះរបស់អ្នក ដើម្បីជួយក្នុងភាពអាសន្ន និងពិនិត្យឧបករណ៍លាងឈាម និងការផ្គត់ផ្គង់ទឹករបស់អ្នក) ឱសថជាក់លាក់សម្រាប់ការលាងឈាមត្រូវបានធានារ៉ាប់រងក្រោម Medicare Part B។ សម្រាប់ព័ត៌មានអំពីការធានារ៉ាប់រងសម្រាប់ឱសថផ្នែក B សូមមើលឱសថ Medicare Part B នៅក្នុងតារាងនេះ។	ការបង់ប្រាក់រួមចំនួន \$0 សម្រាប់ឧបករណ៍លាងឈាមតាមផ្ទះដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare។ អាចនឹងតម្រូវឱ្យមានការអនុញ្ញាតជាមុន។ ការបង់ប្រាក់រួមចំនួន \$0 សម្រាប់សម្ភារៈផ្គត់ផ្គង់សម្រាប់ការលាងឈាមដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare។ អាចនឹងតម្រូវឱ្យមានការអនុញ្ញាតជាមុន។ ការបង់ប្រាក់រួមចំនួន \$0 សម្រាប់សេវាកម្មតាមផ្ទះដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare។

ជំពូកទី 4: តារាងអត្ថប្រយោជន៍វេជ្ជសាស្ត្រ (អ្វីដែលត្រូវបានរ៉ាប់រង)

សេវាកម្មដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រង	អ្វីដែលអ្នកបង់
ការថែទាំក្នុងមណ្ឌលថែទាំជំនាញ (SNF) (សម្រាប់និយមន័យអំពីការថែទាំនៅមណ្ឌលថែទាំសុខភាពជំនាញសូមមើល ជំពូកទី 12។ ពេលខ្លះមណ្ឌលថែទាំជំនាញត្រូវបានគេហៅថា SNF។) រយៈពេល 100 ថ្ងៃក្នុងមួយរយៈពេលអត្ថប្រយោជន៍នៃការបន្តស្នាក់នៅជាអ្នកជំងឺ និងសេវាថែទាំជំនាញនៅក្នុង SNF ឬកន្លែងថែទាំជំនួសគឺជាសេវាកម្មដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងនៅពេលដែលសេវាទាំងនោះបំពេញតាមគោលការណ៍ណែនាំអំពីការធានារ៉ាប់រងរបស់គម្រោង និង Medicare។ មិនគម្របឱ្យមានការស្នាក់នៅមន្ទីរពេទ្យជាមុនទេ។ រយៈពេល 100 ថ្ងៃក្នុងមួយរយៈពេលអត្ថប្រយោជន៍រួមមានរយៈពេលថ្ងៃនៃ SNF ដែលទទួលបានតាមរយៈគម្រោង Original Medicare ឬអង្គការ Medicare Advantage ផ្សេងទៀតក្នុងអំឡុងរយៈពេលអត្ថប្រយោជន៍។ សេវាកម្មដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងរួមមានជាអាទិ៍៖ • បន្ទប់ពាក់កណ្តាលឯកជន (ឬបន្ទប់ឯកជន បើមានភាពចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ) • អាហារ រួមទាំងរបបអាហារពិសេស • សេវាថែទាំជំនាញ • ការព្យាបាលដោយចលនា ការព្យាបាលដោយសកម្មភាពការងារ និងការព្យាបាលការនិយាយស្តី • ឱសថដែលផ្តល់ជូនអ្នកជាផ្នែកមួយនៃគម្រោងថែទាំរបស់យើង (នេះរួមបញ្ចូលសារធាតុដែលមាននៅក្នុងខ្លួនដោយធម្មជាតិ ដូចជាសារធាតុធ្វើឱ្យឈាមកកជាដើម)។ • ឈាម - រួមទាំងការរក្សាទុក និងការផ្តល់ឱ្យ។ ការធានារ៉ាប់រងលើឈាមទាំងស្រុង និងកោសិកាពណ៌ក្រហមដែលមានកំហាប់ខ្ពស់ចាប់ផ្តើមជាមួយតែឈាមជាញឹកញាប់ដែលអ្នកត្រូវការ។ រាល់សមាសភាគផ្សេងទៀតទាំងអស់នៃឈាមដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយចាប់ផ្តើមពីជាញឹកញាប់ដែលបានប្រើ។ • សម្ភារៈផ្គត់ផ្គង់វេជ្ជសាស្ត្រ និងការរក្សាទុកដែលជាធម្មតាត្រូវបានផ្តល់ដោយ SNF • ការធ្វើតេស្តនៅមន្ទីរពិសោធន៍ជាធម្មតាត្រូវបានផ្តល់ដោយ SNF	សម្រាប់ការចូលសម្រាកព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យដែលមានការធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare ក្នុងមួយរយៈពេលអត្ថប្រយោជន៍៖ \$0 នៃការបង់ប្រាក់រួមសម្រាប់ការស្នាក់នៅមណ្ឌលថែទាំជំនាញដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare មួយលើក។ អ្នកទូទាត់ថ្លៃចំណាយទាំងអស់សម្រាប់ថ្ងៃនីមួយៗបន្ទាប់ពីថ្ងៃទី 100។ អាចនឹងគម្របឱ្យមានការអនុញ្ញាតជាមុន។ រយៈពេលអត្ថប្រយោជន៍ចាប់ផ្តើមនៅថ្ងៃដំបូងដែលអ្នកចូលទៅកាន់មណ្ឌលថែទាំជំនាញ។ រយៈពេលអត្ថប្រយោជន៍បញ្ចប់នៅពេលដែលអ្នកមិនបានទទួលការថែទាំជំនាញណាមួយនៅក្នុង SNF សម្រាប់រយៈពេល 60 ថ្ងៃជាប់ៗគ្នា។ ប្រសិនបើអ្នកចូលទៅកាន់មណ្ឌលថែទាំជំនាញបន្ទាប់ពីរយៈពេលអត្ថប្រយោជន៍មួយបានបញ្ចប់ រយៈពេលអត្ថប្រយោជន៍ថ្មីនឹងចាប់ផ្តើម។ មិនមានដែនកំណត់ចំពោះចំនួននៃរយៈពេលអត្ថប្រយោជន៍នោះទេ។

ជំពូកទី 4: តារាងអត្ថប្រយោជន៍វេជ្ជសាស្ត្រ (អ្វីដែលត្រូវបានរ៉ាប់រង)

សេវាកម្មដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រង	អ្វីដែលអ្នកបង់
ការថែទាំនៅមណ្ឌលថែទាំជំនាញ (SNF) - បន្ត • សេវាកម្មថតកាំរស្មីអ៊ិច និងវិទ្យុសកម្មផ្សេងទៀតដែលជាធម្មតាត្រូវបានផ្តល់ដោយ SNF • ការប្រើប្រាស់ឧបករណ៍ដូចជា រទេះរុញ ដែលជាធម្មតាផ្តល់ជូនដោយ SNF • សេវាអ្នកឯកទេស/គ្រូពេទ្យ ជាទូទៅ អ្នកទទួលបានការថែទាំនៃ SNF ពីមណ្ឌលថែទាំក្នុងបណ្តាញ។ នៅក្រោមលក្ខខណ្ឌជាក់លាក់ដែលបានរាយខាងក្រោម អ្នកប្រហែលជាអាចទូទាត់ការថែទាំកែលម្អចំណាយក្នុងបណ្តាញសម្រាប់មណ្ឌលដែលមិនមែនជាអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ ប្រសិនបើមណ្ឌលនេះទទួលយកចំនួនទឹកប្រាក់របស់គម្រោងរបស់យើងសម្រាប់ការទូទាត់។ • មណ្ឌលថែទាំអ្នកជំងឺ ឬសហគមន៍អ្នកចូលនិវត្តដែលកំពុងបន្តការថែទាំដល់អ្នករស់នៅទីនោះមុនពេលអ្នកចូលមន្ទីរពេទ្យ (ដរាបណាទីនោះផ្តល់ជូនការថែទាំនៅមណ្ឌលថែទាំសុខភាពជំនាញ) • SNF ដែលប្តីឬប្រពន្ធ ឬដៃគូរស់នៅជាមួយគ្នារបស់អ្នកកំពុងរស់នៅនៅពេលអ្នកចាកចេញពីមន្ទីរពេទ្យ	
 ការជក់បារី និងការឈប់ប្រើប្រាស់ថ្នាំជក់ (ការប្រឹក្សាយោបល់ដើម្បីបញ្ឈប់ការជក់បារី ឬការប្រើប្រាស់ថ្នាំជក់) ការប្រឹក្សាយោបល់អំពីការឈប់ប្រើប្រាស់ថ្នាំជក់ និងការជក់បារីត្រូវបានធានារ៉ាប់រងសម្រាប់អ្នកជំងឺមិនស្នាក់ព្យាបាល និងអ្នកជំងឺសម្រាកព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យដែលបំពេញតាមលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យទាំងនេះ៖ • ប្រើថ្នាំជក់ ដោយមិនគិតថា តើវាបង្ហាញសញ្ញា ឬរោគសញ្ញានៃជំងឺទាក់ទងនឹងថ្នាំជក់ដែរឬទេ • មានសមត្ថភាព និងមានការដឹងខ្លួនក្នុងអំឡុងពេលប្រឹក្សាយោបល់ • គ្រូពេទ្យដែលមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ ឬគ្រូពេទ្យព្យាបាលដែលទទួលស្គាល់ដោយ Medicare ផ្សេងទៀតផ្តល់ការប្រឹក្សាយោបល់ យើងធានារ៉ាប់រងលើការប៉ុនប៉ងបញ្ឈប់ចំនួន 2 ដងក្នុងមួយឆ្នាំ (ការប៉ុនប៉ងនីមួយៗអាចរួមបញ្ចូលអតិបរមា 4 វគ្គកម្រិតមធ្យម ឬកម្រិតធ្ងន់ធ្ងរ ដោយអ្នកជំងឺទទួលបានរហូតដល់ 8 វគ្គក្នុងមួយឆ្នាំ។)	មិនមានការធានារ៉ាប់រងរួមការបង់ថ្លៃរួម ឬប្រាក់ដែលត្រូវកាត់កងសម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍នៃការបង្ការការជក់បារី និងការឈប់ប្រើប្រាស់ថ្នាំជក់ដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងពី Medicare ឡើយ។

ជំពូកទី 4: តារាងអត្ថប្រយោជន៍វេជ្ជសាស្ត្រ (អ្វីដែលត្រូវបានរ៉ាប់រង)

សេវាកម្មដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រង	អ្វីដែលអ្នកបង់
វេទិកាជំនួយសង្គម គម្រោងរបស់យើងផ្តល់នូវវេទិកាជំនួយសង្គមតាមអនឡាញ ដើម្បីគាំទ្រសុខុមាលភាពទូទៅរបស់អ្នក។ វេទិកានេះផ្តល់នូវការចូលរួមពីសហគមន៍ សកម្មភាពព្យាបាល និងធនធានដែលឧបត្ថម្ភដោយគម្រោង ដើម្បីជួយគ្រប់គ្រងភាពតានតឹង និងការថប់បារម្ភ។ វេទិកានេះធ្វើឱ្យអ្នកមានភាពងាយស្រួលក្នុងការចូលរួម និងបន្តចូលរួមដើម្បីជួយអ្នកក្នុងការគ្រប់គ្រងតម្រូវការសុខភាពអាកប្បកិរិយារបស់អ្នក។ អាចរកបានតាមអនឡាញ 24/7 ដូច្នេះអ្នកអាចប្រើវានៅពេលណាដែលអ្នកចង់បាន។ វេទិកាជំនួយសង្គមរួមមាន៖ • កម្មវិធីសុខុមាលភាពដែលសមស្រប៖ ការចូលប្រើកម្មវិធីណែនាំដោយខ្លួនឯងរយៈពេល 4 សប្តាហ៍ដែលត្រូវបានរចនាឡើងដើម្បីលើកកម្ពស់សុខុមាលភាពផ្លូវកាយ និងអារម្មណ៍ដោយរួមបញ្ចូលការយល់ដឹងពីអ្នកជំនាញនៃការចម្រើនវ័យដែលមានសុខភាពល្អ ដើម្បីគាំទ្រសមាជិកជាពិសេស។ អនុវត្តតាមកម្មវិធីតាមល្បឿនផ្ទាល់ខ្លួនរបស់អ្នក និងតាមដានវឌ្ឍនភាពរបស់អ្នក ដើម្បីត្រួតពិនិត្យលើភាពប្រសើរឡើងនៃសុខភាពរបស់អ្នក។ • ជំនួយពីមិត្តភក្តិ និងអ្នកជំនាញ៖ ភ្ជាប់ទំនាក់ទំនងជាមួយសហគមន៍អនឡាញក្នុងកន្លែងដែលមានការឃ្លាំមើលដែលអ្នកអាចប្រាស្រ័យទាក់ទងជាមួយមិត្តភក្តិ និងអ្នកជំនាញផ្នែកសុខភាពដែលមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់។ ទទួលបានការចូលប្រើអត្ថបទដែលបានពិនិត្យឡើងវិញតាមគ្លីនិក និងទទួលបានការណែនាំជាលក្ខណៈផ្ទាល់ខ្លួនសម្រាប់សេវា Wellcare បន្ថែមដោយផ្អែកលើអន្តរកម្ម និងតម្រូវការដែលបានកំណត់របស់អ្នក។ • ឧបករណ៍សុខភាពឌីជីថលជាលក្ខណៈផ្ទាល់ខ្លួន៖ ចូលរួមក្នុងសកម្មភាពអន្តរកម្ម ការធ្វើសមាធិ និងការលេងប្រុងដែលមានមូលដ្ឋានលើការព្យាបាលអាកប្បកិរិយា ការយល់ដឹងសតិ និងចិត្តវិទ្យាវិជ្ជមាន។ ឧបករណ៍ទាំងនេះដោះស្រាយប្រធានបទដូចជាការចម្រើនវ័យដែលមានសុខភាពល្អ ការគ្រប់គ្រងភាពឯកោ ការផ្តល់ការថែទាំ ទុក្ខព្រួយ ការស្វែងរកគោលបំណងក្នុងការចាស់ជរា និងច្រើនទៀត។	ការបង់ប្រាក់រួមចំនួន \$0 សម្រាប់វេទិកាជំនួយសង្គម។*

ជំពូកទី 4: តារាងអត្ថប្រយោជន៍វេជ្ជសាស្ត្រ (អ្វីដែលត្រូវបានរ៉ាប់រង)

សេវាកម្មដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រង	អ្វីដែលអ្នកបង់
វេទិកាជំនួយសង្គម - បន្ត សមាជិកអាចចូលប្រើវេទិកាដោយឡែកចូលទៅក្នុងផេសប៊ីសមាជិករបស់ពួកគេ go.wellcare.com/member ឬដោយទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិក។ បន្ទាប់ពីអ្នកចុះឈ្មោះហើយ អ្នកអាចចូលទៅកាន់វេទិកានេះដោយផ្ទាល់នៅពេលណាក៏បានពីកុំព្យូទ័រ ថេប្លេត ឬទូរសព្ទស្អាតហ្នូន។	
អត្ថប្រយោជន៍បន្ថែមពិសេសសម្រាប់ជំងឺរ៉ាំរ៉ៃ ប្រសិនបើអ្នកមានលក្ខណៈគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍បន្ថែមពិសេសសម្រាប់ជំងឺរ៉ាំរ៉ៃ (SSBCI) គម្រោងរបស់យើងផ្តល់ជូនអត្ថប្រយោជន៍បន្ថែម។ អ្នកត្រូវតែបំពេញតាមលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យមួយចំនួនរួមទាំងការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យដែលបានចងក្រងជាឯកសារ និងសកម្មសម្រាប់លក្ខខណ្ឌមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់មួយ ឬច្រើន។ ស្ថានភាពនេះត្រូវតែរក្សាកំហែងដល់អាយុជីវិត ឬដាក់កម្រិតយ៉ាងខ្លាំងលើសុខភាព ឬមុខងារទូទៅរបស់អ្នក។ លើសពីនេះទៀត អ្នកត្រូវតែត្រូវការការគ្រប់គ្រងការថែទាំយ៉ាងយកចិត្តទុកដាក់ ហើយមានហានិភ័យខ្ពស់សម្រាប់ការសម្រាកព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យដោយមិនបានគ្រោងទុក។ ស្ថានភាពជំងឺរ៉ាំរ៉ៃដែលមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់រួមមាន៖ ជំងឺប្រព័ន្ធភាពស៊ាំដោយស្វ័យប្រវត្តិ (រួមមានជំងឺរលាកសន្លាក់ឆ្អឹងរ៉ាំរ៉ៃ) ជំងឺមហារីក ជំងឺបេះដូង និងសរសៃឈាម (រួមទាំងជំងឺលើសឈាម) វិបត្តិប្រើប្រាស់គ្រឿងស្រវឹងរ៉ាំរ៉ៃ និងវិបត្តិប្រើប្រាស់សារធាតុញៀនផ្សេងទៀត (SUD) ជំងឺខ្សោយបេះដូងរ៉ាំរ៉ៃ ជំងឺសួតរ៉ាំរ៉ៃ ស្ថានភាពសុខភាពផ្លូវចិត្តរ៉ាំរ៉ៃ និងពិការភាពជំងឺក្រពះពោះវៀនរ៉ាំរ៉ៃ (រួមមានវិបត្តិក្រពះពោះវៀនរ៉ាំរ៉ៃ) ជំងឺតម្រងនោមរ៉ៃ (CKD) ស្ថានភាពដែលមានបញ្ហាប្រឈមមុខងារ (រួមមានជំងឺខ្សោយតម្រងនោមដំណាក់កាលចុងក្រោយ (ESRD) ជំងឺថ្លើមដំណាក់កាលចុងក្រោយ ជំងឺពុកឆ្អឹង (ជំងឺឆ្អឹង) ជំងឺរលាកសន្លាក់ឆ្អឹង) ស្ថានភាពដែលតម្រូវឱ្យមានការថែទាំបន្តដើម្បីរក្សា ឬថែទាំមុខងារ (រួមបញ្ចូល ជំងឺដុំសាច់ខ្សោយ) ស្ថានភាពដែលទាក់ទងនឹងបញ្ហាការយល់ដឹង (រួមបញ្ចូលជំងឺដោនស៊ីនដ្រូម) ជំងឺភ្លេចភ្លាំង ជំងឺទឹកនោមផ្អែម HIV/AIDS ជំងឺដុះសាច់លើសក្នុងស្បែក វិបត្តិប្រព័ន្ធសរសៃប្រសាទ ជំងឺឈាមធ្ងន់ធ្ងរ ការលើសទម្ងន់ ភាពធាត់ និងជំងឺមេតាប៉ូលីស (រួមបញ្ចូលជំងឺខ្លាញ់ក្នុងឈាម) ក្រោយការប្តូរសរីរាង្គ ជំងឺដាច់សរសៃឈាមខួរក្បាល	មិនមានការធានារ៉ាប់រងរួមការបង់ថ្លៃរួម ឬប្រាក់ដែលត្រូវកាត់កងសម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍បន្ថែមពិសេសសម្រាប់អ្នកជំងឺរ៉ាំរ៉ៃនោះទេ។

ជំពូកទី 4: តារាងអត្ថប្រយោជន៍វេជ្ជសាស្ត្រ (អ្វីដែលត្រូវបានរ៉ាប់រង)

សេវាកម្មដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រង	អ្វីដែលអ្នកបង់
អត្ថប្រយោជន៍បន្ថែមពិសេសសម្រាប់ជំងឺរ៉ាំរ៉ៃ - បន្ត សូមមើលជំពូកទី 4 ផ្នែកទី 2 សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យចំពោះសិទ្ធិទទួលបាន។ សិទ្ធិទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ខាងក្រោមត្រូវបានកំណត់បន្ទាប់ពីអ្នកចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងរបស់យើង។ ប្រសិនបើមានសិទ្ធិ អ្នកមានជម្រើសក្នុងការប្រើប្រាស់ប្រាក់ឧបត្ថម្ភ Wellcare Spendables® របស់អ្នកចំពោះអត្ថប្រយោជន៍បន្ថែមដែលបានរាយខាងក្រោម។ នៅពេលដែលកំណត់ថាអ្នកមានសិទ្ធិទទួលបាន អត្ថប្រយោជន៍ដែលបានពង្រីកទាំងនេះនឹងមានក្នុងរយៈពេល 7-10 ថ្ងៃនៃថ្ងៃធ្វើការ។ ប្រាក់ឧបត្ថម្ភប្រចាំខែរបស់អ្នក នឹងបន្តរហូតដល់ខែបន្ទាប់ ប្រសិនបើមិនបានប្រើប្រាស់ ហើយផុតកំណត់នៅចុងបញ្ចប់នៃឆ្នាំគម្រោង។ សូមមើលទៅអត្ថប្រយោជន៍ Wellcare Spendables® នៅក្នុងតារាងនេះសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។ • ការទូទាត់ថ្លៃសាំងនៅស្ថានីយ៍ប្រេងឥន្ធនៈ: អ្នកអាចប្រើប័ណ្ណរបស់អ្នកដើម្បីបង់ថ្លៃឥន្ធនៈដោយផ្ទាល់នៅស្ថានីយ៍ប្រេងឥន្ធនៈទីតាំងដែលចូលរួម។ កាតនេះមិនអាចប្រើដើម្បីទូទាត់ដោយផ្ទាល់នៅកន្លែងគិតលុយបាននោះទេ។ អ្នកអាចប្រើកាតរបស់អ្នកដើម្បីចាក់ប្រេងឥន្ធនៈរហូតដល់អស់ចំនួនប្រាក់ឧបត្ថម្ភដែលមាន។ • អាហារសុខភាព អ្នកអាចប្រើប័ណ្ណរបស់អ្នកសម្រាប់អាហារ និងផលិតផលដើម្បីសុខភាពនៅហាងលក់រាយដែលចូលរួម។ អាចមានជម្រើសដឹកជញ្ជូនសម្រាប់គ្រឿងទេសដែលមានសិទ្ធិ។ អាហារដែលបានរៀបចំស្រាប់ និងប្រអប់ផលិតផលកសិកម្មអាចមានសម្រាប់ការបញ្ជាទិញតាមរយៈផុតថលអនឡាញ។ កាតនេះមិនអាចប្រើដើម្បីទិញថ្នាំជក់ ឬគ្រឿងស្រវឹងបានទេ។ ទំនិញដែលបានអនុញ្ញាតរួមមាន៖ ○ សាច់ និងបសុបក្សី ○ ផ្លែឈើ និងបន្លែ ○ ភេសជ្ជៈបំប៉ន	

ជំពូកទី 4: តារាងអត្ថប្រយោជន៍វេជ្ជសាស្ត្រ (អ្វីដែលត្រូវបានរ៉ាប់រង)

សេវាកម្មដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រង	អ្វីដែលអ្នកបង់
អត្ថប្រយោជន៍បន្ថែមពិសេសសម្រាប់អ្នកជំងឺរ៉ាំរ៉ៃ - បន្ត ប្រើម៉ាស៊ីនស្តែនបារក្នុងក្នុងកម្មវិធីរបស់អ្នកដើម្បីកំណត់ទីតាំងផលិតផលដែលបានយល់ព្រមនៅទីតាំងលក់រាយ ឬចូលទៅក្នុងផតថលសមាជិករបស់អ្នក ឬយោងទៅកាតាឡករបស់អ្នក។ • សម្ភារៈជំនួយ និងសុវត្ថិភាពតាមផ្ទះ អ្នកអាចប្រើបណ្ណរបស់អ្នកដើម្បីជួយសម្រាប់ថ្លៃចំណាយលើសម្ភារៈជំនួយ និងសុវត្ថិភាពក្នុងផ្ទះ រួមទាំងសេវាកម្មដំឡើងសម្រាប់ផលិតផលមួយចំនួនដែលត្រូវតាមលក្ខខណ្ឌ។ ចូលគណនីទៅក្នុងផតថលសមាជិករបស់អ្នក ឬទាក់ទងមកយើងដើម្បីទិញសម្ភារៈដែលបានទទួលយក និងមើលសេវាកម្មដែលមានសិទ្ធិទទួលបាន។ ទំនិញ និងសេវាកម្មដែលបានអនុម័តរួមមាន៖ ○ របារចាប់គោង ឬដៃទ្វារ និងកម្រាលក្រាលលើគង្គងដែលមិនរអិល ○ កៅអីសុវត្ថិភាព និងឧបករណ៍ជំនួយក្នុងការកែប្រែបន្ទប់ទឹក ○ ម៉ាស៊ីនត្រជាក់ដែលចល័តបាន និងផលិតផលបង្កើនគុណភាពខ្យល់ ○ សម្ភារៈផ្គត់ផ្គង់សម្រាប់ការគ្រប់គ្រងសត្វល្អិតចង្រៃ និងសត្វល្អិត និងការព្យាបាលក្នុងផ្ទះ • ជំនួយការជួល អ្នកអាចប្រើកាតរបស់អ្នកដើម្បីជួយដល់ថ្លៃចំណាយជួលផ្ទះរបស់អ្នក។ ចូលគណនីក្នុងផតថលរបស់អ្នកផ្តល់សេវាជួល/ប្រាក់កម្ចីទិញផ្ទះរបស់អ្នក ដើម្បីទូទាត់ ឬបង់ប្រាក់ឱ្យអ្នកផ្តល់សេវាជួលរបស់អ្នកដោយផ្ទាល់នៅពេលការទូទាត់តាមកាតត្រូវបានទទួលយក។ កាតរបស់អ្នកអាចប្រើតែចំនួនប្រាក់ឧបត្ថម្ភដែលមានប៉ុណ្ណោះ។ កាតនេះមិនអាចប្រើដើម្បីរៀបចំការទូទាត់ជាថ្មីដោយស្វ័យប្រវត្តិនោះទេ។	

ជំពូកទី 4: តារាងអត្ថប្រយោជន៍វេជ្ជសាស្ត្រ (អ្វីដែលត្រូវបានរ៉ាប់រង)

សេវាកម្មដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រង	អ្វីដែលអ្នកបង់
អត្ថប្រយោជន៍បន្ថែមពិសេសសម្រាប់អ្នកជំងឺរ៉ាំរ៉ៃ - បន្ត • ជំនួយផ្នែកសេវាទឹក ភ្លើង និងសំរាម អ្នកអាចប្រើកាតរបស់អ្នកដើម្បីជួយដល់ការចំណាយលើសេវាទឹក ភ្លើង និងសំរាមសម្រាប់ផ្ទះរបស់អ្នក។ ចូលគណនីដោយផ្ទាល់ទៅកាន់ផតថលអ្នកផ្តល់សេវាសាធារណៈរបស់អ្នក ហើយបង់ប្រាក់ដោយប្រើកាតរបស់អ្នក។ កាតនេះមិនអាចប្រើដើម្បីរៀបចំការទូទាត់ជាថ្មីដោយស្វ័យប្រវត្តិនោះទេ។ កាតរបស់អ្នកអាចប្រើតែចំនួនប្រាក់ឧបត្ថម្ភដែលមានប៉ុណ្ណោះ។ ការចំណាយដែលបានអនុញ្ញាតសម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍នេះរួមមាន៖ ○ អគ្គិសនី ប្រេងឥន្ធនៈ អនាម័យ/សំរាម និងសេវាប្រើប្រាស់ទឹក ○ ទូរសព្ទលើតុ និងទូរសព្ទដៃ ○ សេវាអ៊ីនធឺណិត ○ សេវាទូរទស្សន៍ខ្សែកាប (មិនរាប់បញ្ចូលសេវាចាក់ផ្សាយ) ○ ការចំណាយលើប្រេងឥន្ធនៈដាក់លាក់មួយចំនួន ដូចជាប្រេងសម្រាប់កំដៅក្នុងផ្ទះ	
ការព្យាបាលដោយលំហាត់ប្រាណដែលមានការគ្រប់គ្រង (SET) SET ត្រូវបានរ៉ាប់រងសម្រាប់សមាជិកដែលមានជំងឺសរសៃឈាមនៅអវៈយវៈដែលមានរោគសញ្ញា (PAD)។ រហូតដល់ 36 វគ្គក្នុងរយៈពេល 12 សប្តាហ៍ត្រូវបានធានារ៉ាប់រងប្រសិនបើការកម្មវិធី SET ត្រូវបានបំពេញ។ កម្មវិធី SET ត្រូវតែ៖ • មានវគ្គសិក្សាដែលមានរយៈពេល 30-60 នាទី ដែលរួមមានកម្មវិធីបណ្តុះបណ្តាលការធ្វើលំហាត់ប្រាណព្យាបាលសម្រាប់ PAD ចំពោះអ្នកជំងឺដែលមានការឈឺចាប់ដុំពេលដើរ • ត្រូវបានធ្វើឡើងនៅក្នុងកន្លែងសម្រាប់អ្នកជំងឺមិនស្នាក់ព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យ ឬការិយាល័យគ្រូពេទ្យ • ត្រូវបានផ្តល់ដោយបុគ្គលិកជំនួយដែលមានគុណវុឌ្ឍិចាំបាច់ដើម្បីធានាថាអត្ថប្រយោជន៍ជាងផ្តល់គ្រោះថ្នាក់ និងដែលត្រូវបានបណ្តុះបណ្តាលក្នុងការព្យាបាលដោយលំហាត់សម្រាប់ជំងឺ PAD។	\$0 នៃការបង់ប្រាក់រួមសម្រាប់ការជួបដើម្បីការព្យាបាលដោយលំហាត់ប្រាណដែលមានការគ្រប់គ្រង ដែលធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare មួយលើកៗ។

ជំពូកទី 4: តារាងអត្ថប្រយោជន៍វេជ្ជសាស្ត្រ (អ្វីដែលត្រូវបានរ៉ាប់រង)

សេវាកម្មដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រង	អ្វីដែលអ្នកបង់
ការព្យាបាលដោយលំហាត់ប្រាណដែលមានការគ្រប់គ្រង (SET) - បន្ត ស្ថិតក្រោមការត្រួតពិនិត្យដោយផ្ទាល់ពីគ្រូពេទ្យជំនួយការគ្រូពេទ្យ ឬគិលានុបដ្ឋាយិកា/គ្រូពេទ្យដែលជាគិលានុបដ្ឋាយិកា ដែលត្រូវតែទទួលបានការបណ្តុះបណ្តាលទាំងបច្ចេកទេសទ្រទ្រង់អាយុជីវិតជាមូលដ្ឋាន និងកម្រិតខ្ពស់ SET អាចត្រូវបានរ៉ាប់រងលើសពី 36 វគ្គក្នុងរយៈពេល 12 សប្តាហ៍សម្រាប់ 36 វគ្គបន្ថែមទៀតក្នុងរយៈពេលបន្ថែមទៀត ប្រសិនបើអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពចាត់ទុកថាជារឿងចាំបាច់ខាងវេជ្ជសាស្ត្រ។	
សេវាកម្មដែលត្រូវការជាបន្ទាន់ សេវាកម្មដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយគម្រោងដែលត្រូវការការយកចិត្តទុកដាក់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រភ្លាមៗ ប៉ុន្តែមិនមែនជាភាពអាសន្ន នោះគឺហៅថាសេវាកម្មដែលត្រូវការជាបន្ទាន់ ប្រសិនបើបណ្តោះអាសន្ននេះ អ្នកនៅក្រៅតំបន់សេវាកម្មរបស់គម្រោងរបស់យើង ឬសូម្បីតែអ្នកស្ថិតនៅក្នុងតំបន់សេវាកម្មរបស់គម្រោងរបស់យើងក៏ដោយ ប៉ុន្តែដោយសារពេលវេលា ទីកន្លែង និងកាលៈទេសៈរបស់អ្នក វាមិនសមហេតុផលនោះទេដែលការឱ្យអ្នកទទួលសេវាកម្មពីអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញនោះ។ គម្រោងរបស់យើងត្រូវតែធានារ៉ាប់រងលើសេវាកម្មដែលត្រូវការជាបន្ទាន់ ហើយគ្រាន់តែគិតប្រាក់ពីអ្នកក្នុងការចែករំលែកថ្លៃចំណាយក្នុងបណ្តាញប៉ុណ្ណោះ។ ឧទាហរណ៍នៃសេវាកម្មដែលត្រូវការជាបន្ទាន់គឺជំងឺ និងការរងរបួសផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដែលមិនបានរំពឹងទុក ឬការរើឡើងនៃជំងឺដែលមានស្រាប់ដោយមិនបានរំពឹងទុក។ ការជួបពិគ្រោះជាមួយអ្នកផ្តល់សេវាជាទៀតទាក់ទងនឹងចំណាយផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ (ដូចជាការពិនិត្យសុខភាពប្រចាំឆ្នាំ) មិនត្រូវបានចាត់ទុកថាជាតម្រូវការចាំបាច់ជាបន្ទាន់នោះទេ ទោះបីជាអ្នកនៅក្រៅតំបន់សេវាកម្មរបស់គម្រោងរបស់យើង ឬបណ្តាញរបស់យើងមិនមានជាបណ្តោះអាសន្ន។	ការបង់ប្រាក់រួមចំនួន \$0 សម្រាប់ការជួបពិគ្រោះសេវាកម្មដែលត្រូវការជាបន្ទាន់ដែលរ៉ាប់រងដោយ Medicare។

ជំពូកទី 4: តារាងអត្ថប្រយោជន៍វេជ្ជសាស្ត្រ (អ្វីដែលត្រូវបានរ៉ាប់រង)

សេវាកម្មដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រង	អ្វីដែលអ្នកបង់
សេវាកម្មដែលត្រូវការជាបន្ទាន់ - បន្ត សេវាកម្មដែលត្រូវការជាបន្ទាន់នៅខាងក្រៅសហរដ្ឋអាមេរិកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង។	ការបង់ប្រាក់រួមចំនួន \$115 សម្រាប់សេវាកម្មដែលត្រូវការជាបន្ទាន់នៅក្រៅសហរដ្ឋអាមេរិក។* អ្នកបង់ថ្លៃចំនួននេះ ទោះបីជាអ្នកត្រូវបានអនុញ្ញាតឱ្យចូលមន្ទីរពេទ្យក្នុងរយៈពេល 24 ម៉ោងសម្រាប់ស្ថានភាពដូចគ្នាក៏ដោយ។ អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងរហូតដល់ \$50,000 ជារៀងរាល់ឆ្នាំសម្រាប់សេវាកម្មក្នុងភាពអាសន្ន ឬសេវាកម្មដែលត្រូវការជាបន្ទាន់នៅខាងក្រៅសហរដ្ឋអាមេរិក។
 ការថែទាំភ្នែក សេវាកម្មដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងរួមមាន៖ - សេវាគ្រូពេទ្យសម្រាប់អ្នកជំងឺមិនស្នាក់ព្យាបាលសម្រាប់ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ និងការព្យាបាលជំងឺ និងរបួសភ្នែក រួមទាំងការព្យាបាលការចុះខ្សោយនៃភ្នែកដែលទាក់ទងនឹងអាយុ។ Original Medicare មិនរ៉ាប់រងលើការពិនិត្យភ្នែកជាទៀងទាត់ (ចំណាំដ្ឋានភ្នែក) សម្រាប់វ៉ែនតា/កែវដាក់ក្នុងភ្នែកឡើយ។ - សម្រាប់អ្នកដែលមានហានិភ័យខ្ពស់ចំពោះជំងឺដក់ទឹកក្នុងភ្នែក យើងរ៉ាប់រងលើការពិនិត្យរកជំងឺដក់ទឹកក្នុងភ្នែកមួយដងរៀងរាល់ឆ្នាំ។ អ្នកដែលមានហានិភ័យខ្ពស់នៃជំងឺដក់ទឹកក្នុងភ្នែករួមមានអ្នកដែលមានប្រវត្តិគ្រួសារដែលមានជំងឺដក់ទឹកក្នុងភ្នែក អ្នកដែលមានជំងឺទឹកនោមផ្អែមជនជាតិអាមេរិកាំងដើមកំណើតអាហ្វ្រិកដែលមានអាយុចាប់ពី 50 ឆ្នាំឡើងទៅ និងជនជាតិអាមេរិកាំងដើមកំណើតអេស្ប៉ាញដែលមានអាយុចាប់ពី 65 ឆ្នាំឡើងទៅ។	ការបង់ប្រាក់រួម \$0 សម្រាប់ការពិនិត្យ ភ្នែកផ្សេងទៀតទាំងអស់ដើម្បីធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ និងព្យាបាលជំងឺភ្នែក។ អាចនឹងតម្រូវឱ្យមានការអនុញ្ញាតជាមុន។ \$0 នៃការបង់ប្រាក់រួមសម្រាប់ការពិនិត្យរកជំងឺដក់ទឹកក្នុងភ្នែកដែលរ៉ាប់រងដោយ Medicare។

ជំពូកទី 4: តារាងអត្ថប្រយោជន៍វេជ្ជសាស្ត្រ (អ្វីដែលត្រូវបានរ៉ាប់រង)

សេវាកម្មដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រង	អ្វីដែលអ្នកបង់
 ការថែទាំសុខភាពភ្នែក - បន្ត - សម្រាប់អ្នកមានជំងឺទឹកនោមផ្អែម ការពិនិត្យរកជំងឺទឹកនោមផ្អែមត្រូវបានរ៉ាប់រងម្តងក្នុងមួយឆ្នាំ - វ៉ែនតាឬកែវដាក់ក្នុងភ្នែកមួយគូ បន្ទាប់ពីការវះកាត់ភ្នែកឡើងវិញនីមួយៗ ដែលរួមមានការដាក់កែវសិប្បនិម្មិតនៅខាងក្នុងភ្នែក។ ប្រសិនបើអ្នកមានការវះកាត់ភ្នែកឡើងវិញចំនួន 2 ដាច់ដោយឡែកពីគ្នា អ្នកមិនអាចរក្សាទុកអត្ថប្រយោជន៍នេះបន្ទាប់ពីការវះកាត់លើកដំបូងហើយចាំទិញវ៉ែនតាទាំង 2 តែម្តងបន្ទាប់ពីការវះកាត់លើកទីពីរបាននោះឡើយ។ លើសពីនេះទៅទៀត គម្រោងរបស់ពួកយើងនឹងធានារ៉ាប់រងលើសេវាចត្តបន្ថែម (ឧ. ជាទៀងទាត់) ខាងក្រោមផងដែរ៖ - ការពិនិត្យភ្នែក 1 ដងក្នុងមួយឆ្នាំជាប្រចាំ។ ការពិនិត្យភ្នែកជាប្រចាំរួមបញ្ចូលទាំងការធ្វើតេស្តទឹកដក់ក្នុងភ្នែកសម្រាប់អ្នកដែលមានហានិភ័យក្នុងការកើតជំងឺទឹកដក់ក្នុងភ្នែកនិងការពិនិត្យភ្នែកសម្រាប់អ្នកជំងឺទឹកនោមផ្អែម។	\$0 នៃការបង់ប្រាក់រួមសម្រាប់ការពិនិត្យរកជំងឺទឹកនោមផ្អែមដែលរ៉ាប់រងដោយ Medicare សម្រាប់សមាជិកដែលមានជំងឺទឹកនោមផ្អែម ឬការពិនិត្យភ្នែកសម្រាប់ជំងឺទឹកនោមផ្អែម។ អាចនឹងតម្រូវឱ្យមានការអនុញ្ញាតជាមុន។ ការបង់ប្រាក់រួមចំនួន \$0 សម្រាប់ឧបករណ៍ពាក់ភ្នែកដែលរ៉ាប់រងដោយ Medicare។ \$0 នៃការបង់ប្រាក់រួមសម្រាប់ការពិនិត្យភ្នែកទៀងទាត់ 1 ដង ជារៀងរាល់ឆ្នាំ* អាចនឹងតម្រូវឱ្យមានការអនុញ្ញាតជាមុន។

ជំពូកទី 4: តារាងអត្ថប្រយោជន៍វេជ្ជសាស្ត្រ (អ្វីដែលត្រូវបានរ៉ាប់រង)

សេវាកម្មដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រង	អ្វីដែលអ្នកបង់
 ការថែទាំសុខភាពភ្នែក - បន្ត • ឧបករណ៍ពាក់លើភ្នែកដែលមានវេជ្ជបញ្ជាមិនកំណត់ចំនួន គូជាវៀងរាល់ឆ្នាំរហូតដល់អត្ថប្រយោជន៍អតិបរមាក្នុងចំនួន \$100 ជាវៀងរាល់ឆ្នាំ។ ឧបករណ៍សម្រាប់ពាក់លើភ្នែកដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងរួមមានដូចខាងក្រោម៖ ○ វ៉ែនតា (ស៊ុម និងកញ្ចក់) ឬ ○ កញ្ចក់វ៉ែនតាតែមួយមុខ ឬ ○ ស៊ុមវ៉ែនតាតែមួយមុខ ឬ ○ កែវដាក់ក្នុងភ្នែកជំនួសឱ្យវ៉ែនតា ឬ ○ គ្រឿងសម្រាប់ដំឡើងឧបករណ៍ជំនួយភ្នែកឱ្យកាន់តែប្រសើរឡើង ចំណាំ៖ ថ្លៃសេវាសម្រាប់ការលៃតម្រូវកញ្ចក់ពាក់លើភ្នែកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយគម្រោង។ ទឹកប្រាក់ធានារ៉ាប់រងអតិបរមានៃគម្រោងចំនួន \$100 ជាវៀងរាល់ឆ្នាំអនុវត្តចំពោះថ្លៃចំណាយលក់រាយនៃដង និង/ឬកញ្ចក់វ៉ែនតា (រួមទាំងជម្រើសកញ្ចក់ដូចជាពណ៌ និងការស្រោប)។ អ្នកនឹងទទួលខុសត្រូវចំពោះថ្លៃចំណាយណាមួយដែលលើសពីអត្ថប្រយោជន៍អតិបរមាសម្រាប់ឧបករណ៍ពាក់ភ្នែកបន្ថែម (ឧ. ជាទៀងទាត់)។* ឧបករណ៍សម្រាប់ពាក់ជំនួយភ្នែកដែលបានធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare មិនត្រូវបានរួមបញ្ចូលនៅក្នុងការបន្ថែម (ឧ. ជាទៀងទាត់) អត្ថប្រយោជន៍ជាអតិបរមា។ សមាជិកមិនអាចប្រើប្រាស់អត្ថប្រយោជន៍អំពីឧបករណ៍ពាក់លើភ្នែកបន្ថែមរបស់ពួកគេ ដើម្បីបង្កើនការធានារ៉ាប់រងរបស់ពួកគេលើឧបករណ៍ពាក់លើភ្នែកដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare នោះទេ។ ចំណាំ៖ ការធានារ៉ាប់រងលើសេវាសុខភាពភ្នែកជាប្រចាំគឺជាអត្ថប្រយោជន៍បន្ថែមដែលផ្តល់ជូនដោយគម្រោង។ ទាំង Medicare និង Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) នឹងមិនបង់ចំណែកនៃថ្លៃចំណាយរបស់អ្នកសម្រាប់សេវាកម្មទាំងនេះទេ។ សេវាសុខភាពភ្នែកត្រូវតែទទួលបានតាមរយៈបណ្តាញសុខភាពភ្នែករបស់គម្រោង។ សម្រាប់សំណួរអំពីរបៀបស្វែងរកអ្នកផ្តល់សេវា ឬសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិក។	ការបង់ប្រាក់ក្នុងចំនួន \$0 សម្រាប់ឧបករណ៍ពាក់ភ្នែក។ * អាចនឹងតម្រូវឱ្យមានការអនុញ្ញាតជាមុន។

ជំពូកទី 4: តារាងអត្ថប្រយោជន៍វេជ្ជសាស្ត្រ (អ្វីដែលត្រូវបានរ៉ាប់រង)

សេវាកម្មដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រង	អ្វីដែលអ្នកបង់
 ការជួបពិគ្រោះដើម្បីបង្ការជំងឺរបស់កម្មវិធី Medicare គម្រោងរបស់យើងធានារ៉ាប់រងលើការជួបពិនិត្យបង្ការជំងឺដោយសូមស្វាគមន៍មកកាន់ Medicare មួយដង។ ការជួបពិគ្រោះនេះរួមបញ្ចូលទាំងការត្រួតពិនិត្យលើសុខភាពរបស់អ្នក ក៏ដូចជាការអប់រំ និងការប្រឹក្សាយោបល់អំពីសេវាកម្មបង្ការដែលអ្នកត្រូវការ (រួមទាំងការពិនិត្យរកជំងឺ និងការចាក់ថ្នាំបង្ការជាក់លាក់) និងការបញ្ជូនបន្តសម្រាប់ ការថែទាំផ្សេងទៀតប្រសិនបើចាំបាច់។ សំខាន់៖ យើងធានារ៉ាប់រងលើការជួបពិនិត្យបង្ការជំងឺដោយសេវាកម្មបង្ការជំងឺដោយសូមស្វាគមន៍មកកាន់ Medicare ក្នុងរយៈពេល 12 ខែដំបូងដែលអ្នកមាន Medicare Part B។ នៅពេលអ្នកធ្វើការណាត់ជួប សូមឱ្យការិយាល័យវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកដឹងថាអ្នកចង់កំណត់ពេលជួបពិនិត្យបង្ការជំងឺ សូមស្វាគមន៍មកកាន់ Medicare របស់អ្នក។ EKG ដែលធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare បន្ទាប់ពីសេវាបង្ការជំងឺដោយសូមស្វាគមន៍មកកាន់ Medicare។	មិនមានការធានារ៉ាប់រងរួមការបង់ថ្លៃរួម ឬប្រាក់ដែលត្រូវកាត់កងសម្រាប់ការជួបពិនិត្យបង្ការជំងឺដោយសូមស្វាគមន៍មកកាន់ Medicare នោះទេ។ \$0 នៃការបង់ប្រាក់រួមសម្រាប់ EKG នីមួយៗដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare ក្រោយសេវាស្វាគមន៍មកកាន់ Medicare ដើម្បីបង្ការជំងឺ។
Wellcare Spendables® អ្នកនឹងទទួលបានប្រាក់ឧបត្ថម្ភ ប្រចាំខែចំនួន \$120 ដែលត្រូវបានបញ្ចូលជាមុនទៅក្នុងកាត Wellcare Spendables® របស់អ្នក ដើម្បីចំណាយលើផលិតផល OTC សេវាសុខភាពផ្ទេញ ភ្នែក និងត្រចៀក។ ប្រាក់ឧបត្ថម្ភប្រចាំខែរបស់អ្នកនឹងបន្តរហូតដល់ខែបន្ទាប់ប្រសិនបើមិនបានប្រើប្រាស់ ហើយផុតកំណត់នៅចុងបញ្ចប់នៃឆ្នាំគម្រោង។ ប្រាក់ឧបត្ថម្ភលើកាតរបស់អ្នកអាចត្រូវបានប្រើសម្រាប់៖ ទំនិញគ្មានវេជ្ជបញ្ជា (OTC)៖ អ្នកអាចប្រើប័ណ្ណរបស់អ្នកនៅទីតាំងលក់រាយដែលចូលរួម តាមរយៈកម្មវិធីទូរសព្ទ ឬដោយចូលទៅកាន់ផ្សារលក់សមាជិករបស់អ្នកដើម្បីដាក់ការបញ្ជាទិញសម្រាប់ការដឹកជញ្ជូនទៅដល់ផ្ទះ។	មិនមានការធានារ៉ាប់រងរួមការបង់ថ្លៃរួម ឬប្រាក់ដែលត្រូវកាត់កង Wellcare Spendables® នោះទេ។ មិនមានតម្រូវការអប្បបរមាសម្រាប់ការទិញនៅក្នុងហាងទេ។

ជំពូកទី 4: តារាងអត្ថប្រយោជន៍វេជ្ជសាស្ត្រ (អ្វីដែលត្រូវបានរ៉ាប់រង)

សេវាកម្មដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រង	អ្វីដែលអ្នកបង់
Wellcare Spendables® - បន្ត សម្ភារដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងរួមមាន៖ • ឈ្មោះម៉ាកយីហោ និងទំនិញទូទៅគ្មានវេជ្ជបញ្ជា • វិភាមិន ថ្នាំបំបាត់ការឈឺចាប់ ទំនិញជំងឺផ្លាស្ទិកនិងអាឡែហ្ស៊ី ទំនិញជំងឺទឹកនោមផ្អែម • ប្រើម៉ាស៊ីនស្តែនបារកូដនៅក្នុងកម្មវិធីរបស់អ្នកដើម្បីកំណត់ទីតាំងរបស់ដែលបានយល់ព្រមនៅទីតាំងលក់រាយ ឬចូលទៅក្នុងផលិតផលសមាជិករបស់អ្នក ឬយោងទៅកាតាឡងរូបរបស់អ្នក។ ចំណាំ៖ ក្រោមកាលៈទេសៈជាក់លាក់ ឧបករណ៍ធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ និងជំនួយផ្តាច់ការត្រូវបានធានារ៉ាប់រងក្រោមអត្ថប្រយោជន៍ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្ររបស់គម្រោង។ អ្នកគួរតែ (នៅពេលដែលអាចធ្វើទៅបាន) ប្រើប្រាស់អត្ថប្រយោជន៍ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្ររបស់គម្រោងរបស់យើងមុនពេលចំណាយប្រាក់ឧបត្ថម្ភ OTC របស់អ្នកទៅលើទំនិញទាំងនេះ។ សុខភាពធ្មេញ ភ្នែក និងត្រចៀក អ្នកអាចប្រើកាតរបស់អ្នកដើម្បីជួយកាត់បន្ថយការចំណាយប្រាក់ហោប៉ៅរបស់អ្នកសម្រាប់សេវាកម្មសុខភាពធ្មេញ ភ្នែក និងត្រចៀក។ បញ្ហានេះអាចត្រូវបានប្រើដើម្បីទូទាត់អ្នកផ្តល់សេវាសុខភាពធ្មេញ ភ្នែក ឬត្រចៀករបស់អ្នកដោយផ្ទាល់។ • រាល់ការទិញ និងប្រតិបត្តិការទាំងអស់ត្រូវតែដាក់នៅក្នុងការិយាល័យអ្នកផ្តល់សេវា ឬទីតាំងអ្នកផ្តល់សេវា។ • ប្រាក់ឧបត្ថម្ភនេះមិនអាចប្រើសម្រាប់សេវាកម្មកែសម្រួល ឬគ្រឿងសំអាង អុកស៊ីតអាសូត ថ្នាំសម្លាប់តាមសរសៃរ៉ែន ការធ្វើឱ្យធ្មេញស ឬការធ្វើឱ្យសទេ។ អ្នកអាចប្រើបញ្ជីរបស់អ្នកដូចខាងក្រោម៖ សុខភាពធ្មេញ ប្រាក់ឧបត្ថម្ភនេះមិនមែនជាការជំនួសអត្ថប្រយោជន៍សុខភាពធ្មេញជាទៀងទាត់របស់អ្នកទេ។ អ្នកគួរតែប្រើប្រាស់អត្ថប្រយោជន៍របស់គម្រោងរបស់យើងមុនពេលប្រើប្រាក់ឧបត្ថម្ភដែលអាចចំណាយរបស់អ្នក។ • សេវាសុខភាពធ្មេញធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យផ្សេងទៀត • សេវាសុខភាពធ្មេញបង្ការផ្សេងទៀត • សេវាស្តារឡើងវិញ	

ជំពូកទី 4: តារាងអត្ថប្រយោជន៍វេជ្ជសាស្ត្រ (អ្វីដែលត្រូវបានរ៉ាប់រង)

សេវាកម្មដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រង	អ្វីដែលអ្នកបង់
Wellcare Spendables® - បន្ត • សេវាព្យាបាលបួសធ្មេញ • សេវាព្យាបាលអញ្ចាញធ្មេញ • ធ្មេញសិប្បនិម្មិត ដែលអាចដកចេញបាន • ធ្មេញសិប្បនិម្មិត ដែលនៅមួយកន្លែង • ការវះកាត់ថ្ពាមមុខ និងមាត់ • សេវាកម្មទូទៅបន្ថែម ភ្នែក ប្រាក់ឧបត្ថម្ភនេះមិនមែនជាការជំនួសអត្ថប្រយោជន៍សុខភាពភ្នែកទៅឲ្យអ្នកទេ។ អ្នកគួរតែប្រើប្រាស់អត្ថប្រយោជន៍របស់គម្រោងរបស់យើងមុនពេលប្រើប្រាក់ឧបត្ថម្ភដែលអាចចំណាយរបស់អ្នក។ • ការពិនិត្យភ្នែកទៅឲ្យអ្នក • កែវដាក់ក្នុងភ្នែក • វ៉ែនតា (កញ្ចក់ និងស៊ុម) • កញ្ចក់វ៉ែនតា • ស៊ុមវ៉ែនតា • អាប័ក្រេត ត្រចៀក ប្រាក់ឧបត្ថម្ភនេះមិនមែនជាការជំនួសអត្ថប្រយោជន៍សុខភាពត្រចៀកទៅឲ្យអ្នកទេ។ អ្នកគួរតែប្រើប្រាស់អត្ថប្រយោជន៍របស់គម្រោងរបស់យើងមុនពេលប្រើប្រាក់ឧបត្ថម្ភដែលអាចចំណាយរបស់អ្នក។ • ការពិនិត្យត្រចៀកជាប្រចាំ • ការវាស់តម្រូវ/ការវាយតម្លៃសម្រាប់ឧបករណ៍ជំនួយការស្តាប់ • ឧបករណ៍ជំនួយការស្តាប់តាមវេជ្ជបញ្ជា (គ្រប់ប្រភេទ) អត្ថប្រយោជន៍ដែលបានរៀបរាប់ខាងក្រោមគឺជាផ្នែកមួយនៃ SSBC។ មិនមែនសមាជិកទាំងអស់នឹងមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់នោះទេ។ អ្នកត្រូវតែបំពេញតាមលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យនៃសិទ្ធិទទួលបានសម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍នៃគម្រោងខាងក្រោម។	

ជំពូកទី 4: តារាងអត្ថប្រយោជន៍វេជ្ជសាស្ត្រ (អ្វីដែលត្រូវបានរ៉ាប់រង)

សេវាកម្មដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រង	អ្វីដែលអ្នកបង់
Wellcare Spendables® - បន្ត <u>ប្រសិនបើអ្នកមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ ប្រាក់ឧបត្ថម្ភនៃបណ្ណរបស់អ្នកអាចត្រូវបានប្រើសម្រាប់៖</u> • ការទូទាត់ថ្លៃសំងន់នៅស្ថានីយប្រេងឥន្ធនៈ • អាហារសុខភាព • សម្ភារៈជំនួយ និងសុវត្ថិភាពតាមផ្ទះ • សេវាកម្ម និងសម្ភារៈគ្រប់គ្រងសក្ខីភាពចង្រៃ • ជំនួយការជួល • ជំនួយផ្នែកសេវាទឹក ភ្លើង និងសំរាម សូមមើលអត្ថប្រយោជន៍បន្ថែមពិសេសសម្រាប់អ្នកជំងឺរ៉ាំរ៉ៃ (SSBCI) នៅក្នុងតារាងនេះសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីអត្ថប្រយោជន៍ទាំងនេះ។ <u>របៀបប្រើកាតរបស់អ្នក៖</u> 1. បើកដំណើរការកាតរបស់អ្នកមុនពេលអ្នកប្រើវា។ 2. ចូលទៅកាន់អ្នកលក់រាយដែលចូលរួម ចូលគណនីទៅក្នុងតំណផ្សេងទៀតដែលបានរាយខាងក្រោម ឬទាញយកកម្មវិធីទូរសព្ទ Wellcare Spendables®។ 3. ជ្រើសរើសទំនិញ/សេវាកម្មដែលបានអនុញ្ញាតរបស់អ្នក។ 4. នៅក្នុងហាង បន្តទៅកាន់ការទូទាត់របស់ហាងលក់រាយ ហើយបង់ប្រាក់ដោយប្រើបណ្ណ Wellcare Spendables® របស់អ្នក។ សម្រាប់ការបញ្ជាទិញកម្មវិធីតាមអនឡាញ ឬទូរសព្ទ សូមចូលគណនីដើម្បីចូលប្រើ និងប្រើប្រាស់អត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នក។ 5. កាតរបស់អ្នកមិនមែនជាកាតឥណទានទេ ប៉ុន្តែអាចត្រូវបានបញ្ចូលជា ‘ឥណទាន’ ដើម្បីទូទាត់ប្រាក់បាន។ ប្រសិនបើលោកផ្ទាំងសំណួរ សូមបញ្ចូលលេខ PIN ដែលអ្នកបានបង្កើតនៅពេលអ្នកបើកដំណើរការបណ្ណរបស់អ្នក។ <u>ព័ត៌មានបន្ថែមដែលអ្នកគួរដឹង៖</u> • នៅពេលដែលអ្នកបានប្រើប្រាស់ប្រាក់ឧបត្ថម្ភដែលចំណាយរបស់អ្នក អ្នកត្រូវទទួលខុសត្រូវចំពោះថ្លៃចំណាយដែលនៅសល់បន្ទាប់ពីការទិញរបស់អ្នក • ទំនិញដែលបានទិញនៅក្នុងហាងអាចនឹងត្រូវបានផ្ញើត្រលប់មកវិញបន្ទាប់ពីហាងលក់រាយផ្ញើត្រលប់មកវិញ និងគោលការណ៍ផ្លាស់ប្តូរ។	

ជំពូកទី 4: តារាងអត្ថប្រយោជន៍វេជ្ជសាស្ត្រ (អ្វីដែលត្រូវបានរ៉ាប់រង)

សេវាកម្មដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រង	អ្វីដែលអ្នកបង់
Wellcare Spendables® - បន្ត - ប្រសិនបើការបង់អ្នកមិនដំណើរការយ៉ាងត្រឹមត្រូវទេនោះ ឬ ក្នុងព្រឹត្តិការណ៍ដែលមានបញ្ហាបច្ចេកទេស សូមទាក់ទងមក យើងខ្ញុំតាមលេខខាងក្រោម។ - Wellcare មិនទទួលខុសត្រូវចំពោះភាគដែលបាត់ ឬត្រូវបាន គេលួចនោះទេ។ - បណ្តា Wellcare Spendables® គឺសម្រាប់តែការប្រើប្រាស់ ផ្ទាល់ខ្លួនរបស់អ្នកប៉ុណ្ណោះ មិនអាចលក់ ឬផ្ទេរបានទេ ហើយ មិនមានតម្លៃជាសាច់ប្រាក់ទេ។ - ជ្រើសរើសសេវាផ្តល់ និងសេវាសាធារណៈអាចមានសិទ្ធិទទួល បានសំណង ប្រសិនបើការទូទាត់មិនទទួលបានជោគជ័យ។ សូមទាក់ទងមកយើងខ្ញុំ ឬដាក់សំណើសុំសំណងតាមរយៈ ផតថលសមាជិកសម្រាប់ការពិនិត្យឡើងវិញ។ សំណងត្រូវតែ ធ្វើជូនក្នុងរយៈពេល 120 ថ្ងៃគិតចាប់ពីកាលបរិច្ឆេទនៃ ប្រតិបត្តិការ ហើយត្រូវតែស្ថិតនៅក្នុងឆ្នាំគម្រោងដូចគ្នា។ - ដែនកំណត់ និងការរឹតបន្តឹងអាចត្រូវបានអនុវត្ត មានតែ ទំនិញដែលបានយល់ព្រមប៉ុណ្ណោះដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រង។ - នេះមិនមែនជាអត្ថប្រយោជន៍នៃកម្មវិធី Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) ទេ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីបណ្តា Wellcare Spendables® ឬដើម្បី ស្នើសុំកាតាឡុក សូមទូរសព្ទទៅលេខ៖ 1-888-846-4262 អ្នកប្រើប្រាស់ TTY ទូរសព្ទទៅលេខ៖ 711។ ម៉ោងធ្វើការ៖ ចន្លោះថ្ងៃទី 1 ខែតុលា និងថ្ងៃទី 31 ខែមីនា អ្នកតំណាងបម្រើសេវាពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃអាទិត្យ ពីម៉ោង 7:45 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់។ ចន្លោះថ្ងៃទី 1 ខែមេសា និងថ្ងៃទី 30 ខែកញ្ញា អ្នកតំណាងបម្រើសេវាពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 7:45 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់។ អ្នកក៏អាចចូលទៅកាន់គេហទំព័រ៖ go.wellcare.com/member	

ផ្នែកទី 3 សេវាកម្មដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងនៅខាងក្រៅគម្រោង

សេវាកម្មខាងក្រោមត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយការបង់ថ្លៃតាមសេវាកម្មនៃកម្មវិធី Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid)៖

- កម្មវិធីប្តូរសរីរាង្គនិងជាលិកានៃរដ្ឋ Hawaii

ជំពូកទី 4: តារាងអត្ថប្រយោជន៍វេជ្ជសាស្ត្រ (អ្វីដែលត្រូវបានរ៉ាប់រង)

- សេវាសម្រាប់បុគ្គលដែលមានពិការភាពបញ្ញា និងការលូតលាស់
- សេវាសុខភាពផ្ទៃក្នុង
- ការបញ្ចប់ការមានផ្ទៃពោះដោយចេតនា (ITOP)

ផ្នែកទី 4 សេវាកម្មដែលមិនត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយគម្រោងរបស់យើងទេ (មិនរាប់បញ្ចូល)

ផ្នែកនេះប្រាប់អ្នកពីសេវាកម្មអ្វីដែលត្រូវបានដកចេញ។

តារាងខាងក្រោមរាយបញ្ជីសេវាកម្ម និងទំនិញដែលមិនត្រូវបានរ៉ាប់រងដោយគម្រោងរបស់យើងក្រោមលក្ខខណ្ឌណាមួយ ឬត្រូវបានរ៉ាប់រងដោយគម្រោងរបស់យើងតែនៅក្រោមលក្ខខណ្ឌជាក់លាក់ប៉ុណ្ណោះ។

ប្រសិនបើអ្នកទទួលបានសេវាកម្មដែលមិនរាប់បញ្ចូល (មិនធានារ៉ាប់រង) អ្នកត្រូវតែបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាកម្មទាំងនោះដោយខ្លួនឯង លើកលែងតែនៅក្រោមលក្ខខណ្ឌជាក់លាក់ដែលបានរាយខាងក្រោម។ ទោះបីជាអ្នកទទួលបានសេវាកម្មដែលមិនរាប់បញ្ចូលនៅឯមណ្ឌលសម្រាប់ភាពអាសន្នក៏ដោយ ក៏សេវាកម្មដែលមិនរាប់បញ្ចូលនេះនៅតែមិនត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដែរ ហើយគម្រោងរបស់យើងនឹងមិនបង់ថ្លៃសម្រាប់សេវាកម្មទាំងនោះទេ។ ការលើកលែងតែមួយគត់គឺប្រសិនបើមានការដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍លើសេវាកម្ម ហើយបានសម្រេច៖ នៅពេលប្តឹងឧទ្ធរណ៍ឱ្យក្លាយជាសេវាវេជ្ជសាស្ត្រដែលយើងគួរតែបានបង់ថ្លៃឬធានារ៉ាប់រងដោយសារតែស្ថានភាពជាក់លាក់របស់អ្នក។ (សម្រាប់ព័ត៌មានអំពីការប្តឹងឧទ្ធរណ៍លើការសម្រេចចិត្តដែលយើងបានធ្វើមិនធានារ៉ាប់រងលើសេវាកម្មវេជ្ជសាស្ត្រ សូមមើលជំពូកទី 9 ផ្នែកទី 6.3។)

សេវាមិនត្រូវបានរ៉ាប់រង Medicare	រ៉ាប់រងតែនៅក្រោមលក្ខខណ្ឌជាក់លាក់ប៉ុណ្ណោះ
ការវះកាត់កែសម្ផស្ស ឬនីតិវិធីព្យាបាលកែសម្ផស្ស	រ៉ាប់រងក្នុងករណីនៃការរងរបួសដោយចៃដន្យ ឬសម្រាប់ការកែលម្អមុខងាររាងកាយរបស់សមាជិកដែលខូចទ្រង់ទ្រាយ រ៉ាប់រងសម្រាប់គ្រប់ដំណាក់កាលនៃការកែសម្ផស្សទ្រង់ទ្រាយស្មុគស្មាញឱ្យប្រសើរឡើងពីការវះកាត់យកស្បែកចេញ ក៏ដូចជាសម្រាប់ស្បែកដែលមិនរងផលប៉ះពាល់ដើម្បីបង្កើតរូបរាងស៊ីមេទ្រី
ការថែទាំជាអាណាព្យាបាល ការថែទាំជាអាណាព្យាបាលគឺជាការថែទាំផ្ទាល់ខ្លួនដែលមិនតម្រូវឱ្យមានការយកចិត្តទុកដាក់ជាបន្តបន្ទាប់ពីបុគ្គលិកវេជ្ជសាស្ត្រ ឬបុគ្គលិកអមវេជ្ជសាស្ត្រដែលមានការបណ្តុះបណ្តាលដូចជាការថែទាំដែលជួយអ្នកក្នុងសកម្មភាពរស់នៅប្រចាំថ្ងៃ ដូចជាការដូតទឹក ឬការស្លៀកពាក់	មិនរ៉ាប់រងនៅក្រោមលក្ខខណ្ឌណាមួយ

ជំពូកទី 4: តារាងអត្ថប្រយោជន៍វេជ្ជសាស្ត្រ (អ្វីដែលត្រូវបានរ៉ាប់រង)

សេវាមិនត្រូវបានរ៉ាប់រង Medicare	រ៉ាប់រងតែនៅក្រោមលក្ខខណ្ឌជាក់លាក់ប៉ុណ្ណោះ
ការពិសោធផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ និងនីតិវិធីរក្សា ឧបករណ៍ និងថ្នាំ នីតិវិធីព្យាបាលនិងទំនិញពិសោធគឺជាទំនិញនិងនីតិវិធីព្យាបាលដែលកំណត់ដោយ Original Medicare ដើម្បីមិនត្រូវបានទទួលយកជាទូទៅដោយសហគមន៍វេជ្ជសាស្ត្រនោះឡើយ	អាចត្រូវបានរ៉ាប់រងដោយ Original Medicare ក្រោមការសិក្សាស្រាវជ្រាវគ្រឿងថ្នាំដែលយល់ព្រមដោយ Medicare ឬដោយគម្រោងរបស់យើង (សូមមើល ជំពូកទី 3 ផ្នែកទី 5 សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីការសិក្សាស្រាវជ្រាវគ្រឿងថ្នាំ)
ថ្លៃសេវាដែលគិតថ្លៃសម្រាប់ការថែទាំដោយសាច់ញាតិជិតស្និទ្ធ ឬសមាជិកគ្រួសាររបស់អ្នក	មិនរ៉ាប់រងនៅក្រោមលក្ខខណ្ឌណាមួយ
សេវាកម្មថែទាំអ្នកជំងឺពេញម៉ោងនៅក្នុងលំនៅឋានរបស់អ្នក	មិនរ៉ាប់រងនៅក្រោមលក្ខខណ្ឌណាមួយ
អាហារដែលចែកចាយតាមផ្ទះ	សូមមើលអត្ថប្រយោជន៍ ‘អាហារសុខភាព’ នៅក្នុងផ្នែក SSBCI នៃតារាងអត្ថប្រយោជន៍វេជ្ជសាស្ត្រសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម
សេវាមេធ្មះរួមមានជំនួយជាមូលដ្ឋានសម្រាប់គ្រួសារ រួមមានការធ្វើកិច្ចការផ្ទះស្រាលៗ ឬការរៀបចំអាហារស្រាលៗ។	មិនរ៉ាប់រងនៅក្រោមលក្ខខណ្ឌណាមួយ
សេវាព្យាបាលតាមលក្ខណៈធម្មជាតិ (ប្រើការព្យាបាលបែបធម្មជាតិ ឬជំនួស)	មិនរ៉ាប់រងនៅក្រោមលក្ខខណ្ឌណាមួយ
ស្បែកជើងសម្រាប់ទ្រទ្រង់រាងកាយ ឬឧបករណ៍ជំនួយសម្រាប់ជើង	ស្បែកជើងដែលជាផ្នែកមួយនៃរណបជើង និងត្រូវបានរួមបញ្ចូលក្នុងកម្លៃរណប។ ស្បែកជើងសម្រាប់ទ្រទ្រង់រាងកាយ ឬព្យាបាលសម្រាប់អ្នកដែលមានជំងឺជើងទឹកនោមផ្អែម
សម្ភារៈផ្ទាល់ខ្លួននៅក្នុងបន្ទប់របស់អ្នកនៅមន្ទីរពេទ្យ ឬមណ្ឌលថែទាំជំនាញដូចជាទូរសព្ទ ឬទូរទស្សន៍	មិនរ៉ាប់រងនៅក្រោមលក្ខខណ្ឌណាមួយ
បន្ទប់ឯកជននៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យ	រ៉ាប់រងតែនៅពេលចាំបាច់ខាងវេជ្ជសាស្ត្រប៉ុណ្ណោះ
ការផ្លាស់ប្តូរនីតិវិធីសម្អាតមេរោគ និង/ឬការផ្គត់ផ្គង់ថ្នាំពន្យារកំណើតដែលមិនមានវេជ្ជបញ្ជា	មិនរ៉ាប់រងនៅក្រោមលក្ខខណ្ឌណាមួយ

ជំពូកទី 4: តារាងអត្ថប្រយោជន៍វេជ្ជសាស្ត្រ (អ្វីដែលត្រូវបានរ៉ាប់រង)

សេវាមិនត្រូវបានរ៉ាប់រង Medicare	រ៉ាប់រងតែនៅក្រោមលក្ខខណ្ឌជាក់លាក់ប៉ុណ្ណោះ
ការថែទាំសុខភាពធ្មេញជាប្រចាំ ដូចជា៖ • ការសម្អាត (វិធីបង្ការរោគ) • ការព្យាបាលដោយក្អុយអរ • សេវាពាក់តម្រង់ធ្មេញ • សេវាដាំបង្គោលធ្មេញ • ឧបករណ៍សិប្បនិម្មិតសម្រាប់មាត់និងថ្គាម-មុខ	មិនរ៉ាប់រងនៅក្រោមលក្ខខណ្ឌណាមួយ សូមមើលអត្ថប្រយោជន៍នៃសេវាកម្មថែទាំសុខភាពធ្មេញនៅក្នុងតារាងអត្ថប្រយោជន៍វេជ្ជសាស្ត្រសម្រាប់ការថែទាំសុខភាពធ្មេញជាប្រចាំ ដែលគម្រោងរបស់អ្នកធានារ៉ាប់រងជាផ្នែកនៃកញ្ចប់អត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នក
ការថែទាំជើងជាប្រចាំ (ការព្យាបាលជើង)	ការធានារ៉ាប់រងមានកំណត់មួយចំនួនដែលផ្តល់ជូនដោយយោងតាមគោលការណ៍ណែនាំរបស់ Medicare (ឧទាហរណ៍ ប្រសិនបើអ្នកមានជំងឺទឹកនោមផ្អែម)
សេវាកម្មដែលចាត់ទុកថាមិនសមហេតុផល និងមិនចាំបាច់ដោយយោងទៅតាមស្តង់ដារ Original Medicare	មិនរ៉ាប់រងនៅក្រោមលក្ខខណ្ឌណាមួយ
ការថែទាំភ្នែក៖ ការវះកាត់ភ្នែកព្យាបាលអាការមើលឃើញបានតែជិត ការវះកាត់ភ្នែកព្យាបាលជំងឺ LASIK និងឧបករណ៍ជំនួយគំហើញទាបផ្សេងទៀត	មិនរ៉ាប់រងនៅក្រោមលក្ខខណ្ឌណាមួយ
ការថែទាំភ្នែក៖ ការពិនិត្យភ្នែកជាប្រចាំវ៉ែនតា	សូមមើលអត្ថប្រយោជន៍នៃការថែទាំសុខភាពភ្នែកនៅក្នុងតារាងអត្ថប្រយោជន៍វេជ្ជសាស្ត្រសម្រាប់សេវាកម្មសុខភាពភ្នែកជាប្រចាំ ដែលគម្រោងរបស់អ្នកធានារ៉ាប់រងជាផ្នែកនៃកញ្ចប់អត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នក។

ជំពូកទី 5: ការប្រើប្រាស់ការធានារ៉ាប់រងរបស់គម្រោងសម្រាប់ឱសថផ្នែក D

ជំពូកទី 5:

ការប្រើប្រាស់ការធានារ៉ាប់រងរបស់គម្រោងសម្រាប់ឱសថផ្នែក D

តើអ្នកអាចទទួលបានព័ត៌មានអំពីថ្លៃចំណាយលើឱសថរបស់អ្នកដោយរបៀបណា?

ដោយសារតែអ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានកម្មវិធី Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) អ្នកមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ និងកំពុងទទួលបានជំនួយបន្ថែមពី Medicare ដើម្បីបង់ថ្លៃចំណាយលើគម្រោងឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក។ ដោយសារអ្នកស្ថិតនៅក្នុងកម្មវិធីជំនួយបន្ថែមព័ត៌មានមួយចំនួននៅក្នុងកស្តតាងនៃការធានារ៉ាប់រងនេះអំពីថ្លៃចំណាយសម្រាប់ឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាផ្នែក D ប្រហែលជាមិនអនុវត្តចំពោះអ្នកទេ។ យើងបានផ្ញើឱ្យអ្នកនូវការបញ្ចូលដាច់ដោយឡែក ដែលហៅថា ឧបសម្ព័ន្ធអំពីកស្តតាងនៃការធានារ៉ាប់រងសម្រាប់អ្នកដែលទទួលបានជំនួយបន្ថែម សម្រាប់ការទូទាត់លើឱសថមានវេជ្ជបញ្ជា (ត្រូវបានគេស្គាល់ផងដែរថាជា ឧបសម្ព័ន្ធនៃឧបត្ថម្ភធនដល់អ្នកចំណូលទាប ឧបសម្ព័ន្ធ LIS) ដែលនឹងប្រាប់អ្នកអំពីការធានារ៉ាប់រងលើឱសថរបស់អ្នក។ ប្រសិនបើអ្នកមិនមានការរួមបញ្ចូលនេះទេ ទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិកតាមរយៈលេខ 1-888-846-4262 (អ្នកប្រើ TTY ទូរសព្ទទៅលេខ 711) ហើយស្នើសុំឧបសម្ព័ន្ធ LIS។ (លេខទូរសព្ទសម្រាប់ផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិកត្រូវបានបោះពុម្ពនៅលើក្របខាងក្រោយនៃឯកសារនេះ។)

ផ្នែកទី 1 ច្បាប់មូលដ្ឋានសម្រាប់ការធានារ៉ាប់រងលើឱសថផ្នែក D នៃគម្រោងរបស់យើង

សូមមើលតារាងអត្ថប្រយោជន៍វេជ្ជសាស្ត្រនៅក្នុង ជំពូកទី 4 សម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍ឱសថ Medicare Part B និងអត្ថប្រយោជន៍ឱសថសម្រាប់អ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយ។

បន្ថែមពីលើឱសថដែលរ៉ាប់រងដោយ Medicare ឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាមួយចំនួនត្រូវបានធានារ៉ាប់រងក្រោមអត្ថប្រយោជន៍នៃកម្មវិធី Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) របស់អ្នក។

ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពីការធានារ៉ាប់រងឱសថរបស់ Medicaid សូមទាក់ទងកម្មវិធី Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) ដើម្បីកំណត់ថាតើការធានារ៉ាប់រងឱសថអ្វីខ្លះដែលអាចមានសម្រាប់អ្នក។ (អ្នកអាចស្វែងរកលេខទូរសព្ទ និងព័ត៌មានទំនាក់ទំនងសម្រាប់កម្មវិធី Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) នៅក្នុងជំពូកទី 2 ផ្នែកទី 6។)

ជាទូទៅគម្រោងរបស់យើងនឹងធានារ៉ាប់រងលើឱសថរបស់អ្នក ដរាបណាអ្នកអនុវត្តតាមច្បាប់ទាំងនេះ៖

- អ្នកត្រូវតែមានអ្នកផ្តល់សេវា (វេជ្ជបណ្ឌិត ទន្តបណ្ឌិត ឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាផ្សេងទៀត) សរសេរវេជ្ជបញ្ជាដែលមានសុពលភាពក្រោមច្បាប់រដ្ឋជាធរមាន។

ជំពូកទី 5: ការប្រើប្រាស់ការធានារ៉ាប់រងរបស់គម្រោងសម្រាប់ឱសថផ្នែក D

- អ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកមិនត្រូវស្ថិតនៅក្នុងបញ្ជីនៃការមិនរាប់បញ្ចូល ឬការមិនរាប់បញ្ចូលរបស់ Medicare ទេ។
- ជាទូទៅអ្នកត្រូវតែប្រើឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញដើម្បីបើកឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក (ចូលទៅកាន់ផ្នែកទី 2) ឬអ្នកអាចបើកឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកតាមរយៈសេវាកម្មបញ្ជាទិញតាមប្រៃសណីយ៍របស់គម្រោងរបស់យើង។
- ឱសថរបស់អ្នកត្រូវតែមាននៅក្នុងបញ្ជីឱសថរបស់គម្រោងរបស់យើង (ទៅកាន់ផ្នែកទី 3)។
- ឱសថរបស់អ្នកត្រូវប្រើសម្រាប់ ការបញ្ជាក់បង្ហាញថាទទួលយកបានខាងផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ។ “ការបញ្ជាក់បង្ហាញថាទទួលយកបានខាងផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ” គឺជាការប្រើប្រាស់ឱសថដែលត្រូវបានយល់ព្រមដោយ FDA ឬត្រូវបានគាំទ្រដោយឯកសារយោងជាក់លាក់។ (សូមមើលផ្នែកទី 3 សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីការបញ្ជាក់បង្ហាញថាទទួលយកបានខាងផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ)។
- ឱសថរបស់អ្នកអាចទាមទារការយល់ព្រមពីគម្រោងរបស់យើងដោយផ្អែកលើលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យជាក់លាក់មុនពេលយើងយល់ព្រមធានារ៉ាប់រងវា។ (ចូលទៅកាន់ផ្នែកទី 4 សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម)។

ផ្នែកទី 2 បើកឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកនៅឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញ ឬតាមរយៈ សេវាកម្មបញ្ជាទិញតាមប្រៃសណីយ៍របស់គម្រោងរបស់យើង

ក្នុងករណីភាគច្រើន វេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងលុះត្រាតែវេជ្ជបញ្ជានោះត្រូវបានបើកនៅតាមឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញនៃគម្រោងរបស់យើងតែប៉ុណ្ណោះ។ (សូមចូលទៅកាន់ផ្នែក 2.4 សម្រាប់ព័ត៌មានអំពីពេលដែលយើងរ៉ាប់រងលើវេជ្ជបញ្ជាដែលបានបើកនៅឱសថស្ថានក្រៅបណ្តាញ)។

ឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញគឺជាឱសថស្ថានដែលមានកិច្ចសន្យាជាមួយគម្រោងរបស់យើងដើម្បីផ្តល់ឱសថដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នក។ ពាក្យ “ឱសថដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រង” មានន័យថាឱសថផ្នែក D ទាំងអស់ដែលមាននៅក្នុងបញ្ជីឱសថរបស់គម្រោងរបស់យើង។

ផ្នែកទី 2.1 ឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញ

ស្វែងរកឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញនៅក្នុងតំបន់របស់អ្នក

ដើម្បីស្វែងរកឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញ សូមចូលទៅកាន់ [សៀវភៅបញ្ជីឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថានរបស់អ្នក](http://go.wellcare.com/2026providerdirectories) សូមចូលមើលគេហទំព័ររបស់យើង (go.wellcare.com/2026providerdirectories) និង/ឬទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិកតាមរយៈលេខ 1-888-846-4262 (អ្នកប្រើ TTY សូមទូរសព្ទទៅលេខ 711)។

អ្នកអាចទៅកាន់ឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញណាមួយរបស់យើង។ ឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញមួយចំនួនផ្តល់ការចែករំលែកថ្លៃចំណាយដែលចង់បាន ដែលអាចទាបជាងការចែករំលែកថ្លៃចំណាយនៅឱសថស្ថានដែលផ្តល់ជូនការចែករំលែកថ្លៃចំណាយស្តង់ដារ។ សៀវភៅបញ្ជីឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថាននឹងប្រាប់អ្នកថាតើឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញណាមួយដែលផ្តល់ជូនការចែករំលែកថ្លៃចំណាយដែលចង់បាន។

ជំពូកទី 5: ការប្រើប្រាស់ការធានារ៉ាប់រងរបស់គម្រោងសម្រាប់ឱសថផ្នែក D

សូមទាក់ទងមកយើងដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពីរបៀបដែលថ្លៃចំណាយចេញពីហោប៉ៅរបស់អ្នកអាចប្រែប្រួលសម្រាប់ឱសថផ្សេងៗ។

ប្រសិនបើឱសថស្ថានរបស់អ្នកចាកចេញពីបណ្តាញ

ប្រសិនបើឱសថស្ថានដែលអ្នកប្រើចាកចេញពីបណ្តាញរបស់គម្រោងរបស់យើង អ្នកនឹងត្រូវស្វែងរកឱសថស្ថានថ្មីនៅក្នុងបណ្តាញ។ ប្រសិនបើឱសថស្ថានដែលអ្នកប្រើស្ថិតនៅក្នុងបណ្តាញរបស់យើង ប៉ុន្តែលែងផ្តល់ការចែករំលែកថ្លៃចំណាយដែលចង់បានទៀតហើយ អ្នកប្រហែលជាចង់ប្តូរទៅបណ្តាញផ្សេងទៀតឬឱសថស្ថានដែលចង់បាន ប្រសិនបើមាន។ ដើម្បីស្វែងរកឱសថស្ថានផ្សេងទៀតនៅក្នុងតំបន់របស់អ្នក សូមទទួលបានជំនួយពីផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិកតាមរយៈលេខ 1-888-846-4262 (អ្នកប្រើ TTY សូមទូរសព្ទទៅលេខ 711) ឬសៀវភៅបញ្ជីឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថាន។ អ្នកក៏អាចស្វែងរកព័ត៌មាននេះនៅលើគេហទំព័ររបស់យើងតាមរយៈ go.wellcare.com/2026providerdirectories បានផងដែរ។

ឱសថស្ថានឯកទេស

វេជ្ជបញ្ជាមួយចំនួនត្រូវតែបើកនៅឱសថស្ថានឯកទេស។ ឱសថស្ថានឯកទេស រួមមាន ៖

- ឱសថស្ថានដែលផ្គត់ផ្គង់ឱសថសម្រាប់ការព្យាបាលដោយការព្យាបាលស្បែកតាមផ្ទះ។
- ឱសថស្ថានដែលផ្គត់ផ្គង់ឱសថសម្រាប់អ្នករស់នៅមណ្ឌលថែទាំរយៈពេលវែង (LTC)។ ជាធម្មតាមណ្ឌល LTC (ដូចជាមណ្ឌលថែទាំអ្នកជំងឺ) មានឱសថស្ថានផ្ទាល់ខ្លួន។ ប្រសិនបើអ្នកមានការលំបាកក្នុងការទទួលបានឱសថផ្នែក D របស់អ្នកនៅក្នុងមណ្ឌល LTC សូមទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិកតាមរយៈលេខ 1-888-846-4262 (អ្នកប្រើ TTY សូមទូរសព្ទទៅលេខ 711)។
- ឱសថស្ថានដែលបម្រើសេវាសុខភាពជនជាតិដើមអាមេរិកាំង/ កុលសម្ព័ន្ធ /កម្មវិធីសុខភាពជនជាតិដើមអាមេរិកាំងក្នុងទីក្រុង (មិនមាននៅក្នុង Puerto Rico)។ លើកលែងតែក្នុងភាពអាសន្នមានតែជនជាតិដើមអាមេរិក ឬជនជាតិដើម Alaska ប៉ុណ្ណោះដែលអាចចូលប្រើឱសថស្ថានទាំងនេះនៅក្នុងបណ្តាញរបស់យើង។
- ឱសថស្ថានដែលចែកចាយឱសថដែលត្រូវបានដាក់កម្រិតដោយ FDA ទៅកាន់ទីតាំងជាក់លាក់ ឬដែលតម្រូវឱ្យមានការគ្រប់គ្រងពិសេស ការសម្របសម្រួលអ្នកផ្តល់សេវា ឬការអប់រំអំពីការប្រើប្រាស់របស់ខ្លួន។ ដើម្បីកំណត់ទីតាំងឱសថស្ថានឯកទេស សូមចូលមើល សៀវភៅបញ្ជីឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថានរបស់អ្នកនៅ go.wellcare.com/2026providerdirectories ឬហៅទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិកតាមរយៈលេខ 1-888-846-4262 (អ្នកប្រើ TTY ហៅទូរសព្ទទៅលេខ 711)។

ផ្នែកទី 2.2 សេវាបញ្ជាទិញតាមប្រៃសណីយ៍របស់គម្រោងរបស់យើង

សម្រាប់ប្រភេទឱសថជាក់លាក់មួយចំនួន អ្នកអាចប្រើសេវាកម្មបញ្ជាទិញតាមប្រៃសណីយ៍ក្នុងបណ្តាញរបស់គម្រោងរបស់យើង។ ជាទូទៅ ឱសថដែលផ្តល់ជូនតាមរយៈការបញ្ជាទិញតាមប្រៃសណីយ៍គឺជាឱសថដែលអ្នកលេបជាប្រចាំសម្រាប់ស្ថានភាពវេជ្ជសាស្ត្ររ៉ាំរ៉ៃ ឬរយៈពេលវែង។ ឱសថដែលមិនមានតាមរយៈសេវាកម្មបញ្ជាទិញតាមប្រៃសណីយ៍របស់គម្រោងរបស់យើងត្រូវបានសម្គាល់ថាជា “NM” នៅក្នុងបញ្ជីឱសថរបស់យើង។

ជំពូកទី 5: ការប្រើប្រាស់ការធានារ៉ាប់រងរបស់គម្រោងសម្រាប់ឱសថផ្នែក D

សេវាកម្មបញ្ជាទិញតាមប្រៃសណីយ៍របស់គម្រោងរបស់យើងអនុញ្ញាតឱ្យអ្នកបញ្ជាទិញយ៉ាងហោចណាស់ **សម្ភារៈផ្គត់ផ្គង់ឱសថរយៈពេល 35 ថ្ងៃ និងការផ្គត់ផ្គង់មិនលើសពី 100 ថ្ងៃ។**

ដើម្បីទទួលបានទម្រង់បែបបទនៃការបញ្ជាទិញ និងព័ត៌មានអំពីការបើកឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកតាមប្រៃសណីយ៍ សូមទូរសព្ទទៅ Express Scripts® Pharmacy តាមរយៈលេខ 1-833-750-0201 (TTY: 711) 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ឬឡូកចូលទៅកាន់គេហទំព័រ [express-scripts.com/rx](https://www.express-scripts.com/rx)។ ប្រសិនបើអ្នកប្រើឱសថស្ថានបញ្ជាទិញតាមរយៈប្រៃសណីយ៍ដែលមិនមាននៅក្នុងបណ្តាញរបស់គម្រោងនោះវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកនឹងមិនត្រូវបានធានារ៉ាប់រងទេ។

ជាធម្មតាការបញ្ជាទិញឱសថស្ថានតាមប្រៃសណីយ៍នឹងត្រូវបានបញ្ជូនទៅអ្នកក្នុងរយៈពេលមិនលើសពី 14 ថ្ងៃ។ ទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយ ជួនកាលវេជ្ជបញ្ជាបញ្ជាតាមប្រៃសណីយ៍របស់អ្នកអាចត្រូវបានពន្យារពេល។ សម្រាប់ឱសថរយៈពេលវែងដែលអ្នកត្រូវការភ្លាមៗ សូមសុំទៅវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកសម្រាប់វេជ្ជបញ្ជាពីរ៖ មួយសម្រាប់ការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេល 30 ថ្ងៃដើម្បីបើកនៅឱសថស្ថានលក់រាយដែលចូលរួម និងមួយទៀតសម្រាប់ការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេលវែង (35 ទៅ 100 ថ្ងៃ) ដែលបើកតាមរយៈប្រៃសណីយ៍។ ប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហាក្នុងការទទួលបានការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេល 30 ថ្ងៃរបស់អ្នកដែលបើកនៅឱសថស្ថានលក់រាយដែលចូលរួម នៅពេលដែលវេជ្ជបញ្ជាតាមប្រៃសណីយ៍របស់អ្នកត្រូវបានពន្យារពេល សូមឱ្យឱសថស្ថានលក់រាយរបស់អ្នកទូរសព្ទទៅមជ្ឈមណ្ឌលសេវាកម្មអ្នកផ្តល់សេវារបស់យើងតាមរយៈលេខ 1-866-800-6111 (TTY 1-888-816-5252) 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍សម្រាប់ជំនួយ។ សមាជិកអាចទូរសព្ទទៅ Express Scripts® Pharmacy តាមរយៈលេខ 1-833-750-0201 (TTY: 711) បាន 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ឬឡូកចូលទៅកាន់គេហទំព័រ [express-scripts.com/rx](https://www.express-scripts.com/rx)។

វេជ្ជបញ្ជាដែលឱសថស្ថានទទួលបានដោយផ្ទាល់ពីការិយាល័យវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក។

ឱសថស្ថាននឹងបើក និងបញ្ជូនវេជ្ជបញ្ជាដែលទទួលបានដោយស្វ័យប្រវត្តិពីអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាព ដោយមិនចាំបាច់ពិនិត្យជាមួយអ្នកជាមុន ប្រសិនបើ៖

- អ្នកបានប្រើសេវាកម្មបញ្ជាទិញតាមប្រៃសណីយ៍ជាមួយគម្រោងនេះពីមុន ឬ
- អ្នកចុះឈ្មោះសម្រាប់ការចែកចាយដោយស្វ័យប្រវត្តិនៃវេជ្ជបញ្ជាទាំងអស់ដែលបានទទួលដោយផ្ទាល់ពីអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាព។ អ្នកអាចស្នើសុំការបញ្ជូនឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាទាំងអស់ដោយស្វ័យប្រវត្តិបានគ្រប់ពេលដោយទូរសព្ទទៅ Express Scripts® Pharmacy តាមរយៈលេខ 1-833-750-0201 (TTY: 711) បាន 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ឬឡូកចូលទៅកាន់គេហទំព័រ [express-scripts.com/rx](https://www.express-scripts.com/rx)។

ប្រសិនបើអ្នកទទួលបានវេជ្ជបញ្ជាដោយស្វ័យប្រវត្តិតាមប្រៃសណីយ៍ដែលអ្នកមិនចង់បាន ហើយអ្នកមិនត្រូវបានទាក់ទងដើម្បីមើលថាតើអ្នកចង់បានវាមុនពេលដឹកជញ្ជូនទេនោះ អ្នកអាចមានសិទ្ធិទទួលបានការសងប្រាក់វិញ។

ប្រសិនបើអ្នកបានប្រើការបញ្ជាទិញតាមប្រៃសណីយ៍កាលពីអតីតកាល ហើយមិនចង់ឱ្យឱសថស្ថានបំពេញ និងបញ្ជូនឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជានីមួយៗដោយស្វ័យប្រវត្តិ សូមទាក់ទងមកយើងខ្ញុំដោយទូរសព្ទទៅ Express Scripts® Pharmacy តាមរយៈលេខ 1-833-750-0201 (TTY: 711) បាន 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ឬឡូកចូលទៅកាន់គេហទំព័រ [express-scripts.com/rx](https://www.express-scripts.com/rx)។

ផ្នែកទី 5: ការប្រើប្រាស់ការធានារ៉ាប់រងរបស់គម្រោងសម្រាប់ឱសថផ្នែក D

ប្រសិនបើអ្នកមិនដែលប្រើការដឹកជញ្ជូនតាមការបញ្ជាទិញតាមប្រៃសណីយ៍របស់យើង និង/ឬ សម្រេចចិត្តបញ្ឈប់ការបើកឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាថ្មីដោយស្វ័យប្រវត្តិទេ ឱសថស្ថាននឹងទាក់ទងអ្នក រាល់ពេលដែលវាទទួលបានវេជ្ជបញ្ជាថ្មីពីអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាព ដើម្បីមើលថាតើអ្នកចង់ឱ្យឱសថ ត្រូវបានបំពេញ និងដឹកជញ្ជូនតាមរយៈវិធីនេះទេ។ វាមានសារៈសំខាន់ណាស់ដែលត្រូវឆ្លើយតបរាល់ពេល ដែលឱសថស្ថានទាក់ទងអ្នក ដើម្បីប្រាប់ពួកគេថាតើត្រូវបញ្ជូន ពន្យារពេល ឬលុបចោលវេជ្ជបញ្ជាថ្មី ដែរឬទេ។

ដើម្បីដកខ្លួនចេញពីការបញ្ជូនឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាថ្មីដែលទទួលបានដោយស្វ័យប្រវត្តិពីការិយាល័យ របស់អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក សូមទាក់ទងមកយើងខ្ញុំដោយទូរសព្ទទៅ Express Scripts® Pharmacy តាមរយៈលេខ 1-833-750-0201 (TTY: 711) បាន 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុង មួយសប្តាហ៍។ ឬទូរសព្ទទៅកាន់គេហទំព័រ [express-scripts.com/rx](https://www.express-scripts.com/rx)។

បើកឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាតាមការបញ្ជាទិញតាមប្រៃសណីយ៍។ សម្រាប់ការបំពេញឱសថរបស់អ្នក ឡើងវិញ មានជម្រើស ដើម្បីចុះឈ្មោះសម្រាប់កម្មវិធីបំពេញឡើងវិញដោយស្វ័យប្រវត្តិ។ ក្នុងកម្មវិធី នេះ យើងនឹងចាប់ផ្តើមរៀបចំដំណើរការបើកឡើងវិញរបស់អ្នកដោយស្វ័យប្រវត្តិនៅពេលកំណត់ត្រា របស់ពួកយើង បានបង្ហាញថាអ្នកជិតអស់ថ្នាំហើយនោះ។ ឱសថស្ថាននេះនឹងទាក់ទងអ្នកមុនពេល ដឹកជញ្ជូនលើថ្នាំដែលបានបើកឡើងវិញនីមួយៗដើម្បីប្រាកដថាអ្នកត្រូវការថ្នាំបន្ថែមទៀត ហើយអ្នក អាចលុបចោលការបើកឡើងវិញដែលបានកំណត់ប្រសិនបើអ្នកមានថ្នាំគ្រប់គ្រាន់ ឬថ្នាំរបស់អ្នកបាន ផ្លាស់ប្តូរ។

ប្រសិនបើអ្នកជ្រើសរើសមិនប្រើកម្មវិធីបើកឡើងវិញដោយស្វ័យប្រវត្តិរបស់យើង ប៉ុន្តែនៅតែចង់ឱ្យ ឱសថស្ថានបញ្ជាទិញតាមរយៈប្រៃសណីយ៍ផ្ញើវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកមកឱ្យអ្នក សូមទាក់ទងឱសថស្ថាន របស់អ្នក 21 ថ្ងៃមុនពេលវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកបញ្ចប់ឬនឹងអស់។ នេះនឹងធានាថាការបញ្ជាទិញរបស់អ្នក ត្រូវបានដឹកជញ្ជូនទៅអ្នកទាន់ពេលវេលា។

ដើម្បីដកខ្លួនចេញពីកម្មវិធីរបស់យើងដែលរៀបចំការបញ្ជាទិញតាមប្រៃសណីយ៍ដោយស្វ័យប្រវត្តិ សូម ទាក់ទងមកយើងខ្ញុំដោយទូរសព្ទទៅឱសថស្ថានបញ្ជាទិញតាមរយៈប្រៃសណីយ៍របស់អ្នក៖

- **Express Scripts® Pharmacy: 1-833-750-0201 (អ្នកប្រើ TTY អាចទូរសព្ទទៅលេខ 711)។**

ប្រសិនបើអ្នកទទួលបានការបំពេញឡើងវិញដោយស្វ័យប្រវត្តិតាមប្រៃសណីយ៍ដែលអ្នកមិនចង់បាន អ្នកអាចមានសិទ្ធិទទួលបានការសងប្រាក់វិញ។

ផ្នែកទី 2.3 របៀបទទួលបានការផ្គត់ផ្គង់ឱសថរយៈពេលវែង

គម្រោងរបស់យើងផ្តល់ជូននូវវិធី 2 ដើម្បីទទួលបានការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេលវែង (ហៅផងដែរថា ការផ្គត់ផ្គង់ បន្ថែម) នៃឱសថថែទាំនៅក្នុងបញ្ជីឱសថរបស់គម្រោងរបស់យើង។ (ឱសថថែទាំគឺជាឱសថដែលអ្នកលេប ជាប្រចាំសម្រាប់ស្ថានភាពវេជ្ជសាស្ត្ររ៉ាំរ៉ៃ ឬរយៈពេលវែង)។

1. ឱសថស្ថានលក់រាយមួយចំនួននៅក្នុងបណ្តាញរបស់យើងអនុញ្ញាតឱ្យអ្នកទទួលបានការ ផ្គត់ផ្គង់ឱសថថែទាំរយៈពេលវែង។ សៀវភៅបញ្ជីឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថានរបស់អ្នកនៅ go.wellcare.com/2026providerdirectories ប្រាប់អ្នកថា តើឱសថស្ថានណាមួយនៅក្នុងបណ្តាញ

ជំពូកទី 5: ការប្រើប្រាស់ការធានារ៉ាប់រងរបស់គម្រោងសម្រាប់ឱសថផ្នែក D

របស់យើងអាចផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវការផ្គត់ផ្គង់ឱសថថែទាំរយៈពេលវែងបាន។ អ្នកក៏អាចទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិកតាមរយៈលេខ 1-888-846-4262 (អ្នកប្រើ TTY សូមទូរសព្ទទៅលេខ 711) សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។

2. អ្នកក៏អាចទទួលបានឱសថថែទាំតាមរយៈកម្មវិធីបញ្ជាទិញតាមប្រៃសណីយ៍របស់យើងផងដែរ។ សូមមើលផ្នែកទី 2.2 សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។

ផ្នែកទី 2.4 ការប្រើប្រាស់ឱសថស្ថានដែលមិនស្ថិតនៅក្នុងបណ្តាញរបស់គម្រោងរបស់យើង

ជាទូទៅ យើងធានារ៉ាប់រងលើឱសថដែលត្រូវបានបើកនៅឱសថស្ថានក្រៅបណ្តាញ តែនៅពេលដែលអ្នកមិនអាចប្រើឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញបានប៉ុណ្ណោះ។ យើងក៏មានឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញនៅខាងក្រៅតំបន់សេវាកម្មរបស់យើងដែលអ្នកអាចទទួលបានវេជ្ជបញ្ជាដែលបានបំពេញក្នុងនាមជាសមាជិកនៃគម្រោងរបស់យើងផងដែរ។ **សូមពិនិត្យជាមុននៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិកតាមរយៈលេខ 1-888-846-4262 (អ្នកប្រើ TTY សូមទូរសព្ទទៅលេខ 711) ដើម្បីមើលថា តើមានឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញនៅជិតដែរឬទេ។**

យើងធានារ៉ាប់រងលើវេជ្ជបញ្ជាដែលបានបើកនៅឱសថស្ថានក្រៅបណ្តាញក្នុងកាលៈទេសៈទាំងនេះប៉ុណ្ណោះ៖

ការធ្វើដំណើរ: ការទទួលបានការធានារ៉ាប់រងនៅពេលអ្នកធ្វើដំណើរ ឬនៅឆ្ងាយពីតំបន់សេវាកម្មរបស់គម្រោង។

- ប្រសិនបើអ្នកប្រើឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាជាប្រចាំ ហើយអ្នកកំពុងធ្វើដំណើរ សូមប្រាកដថាបានពិនិត្យមើលការផ្គត់ផ្គង់ឱសថរបស់អ្នកមុនពេលអ្នកចាកចេញ។ ពេលដែលអាចធ្វើទៅបាន សូមយកថ្នាំទាំងអស់ដែលអ្នកនឹងត្រូវការ។ អ្នកប្រហែលជាអាចបញ្ជាទិញឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកជាមុនតាមរយៈឱសថស្ថានបញ្ជាទិញតាមប្រៃសណីយ៍។
- ប្រសិនបើអ្នកកំពុងធ្វើដំណើរនៅក្នុងសហរដ្ឋអាមេរិក និងដែនដី ហើយធ្លាក់ខ្លួនឈឺ ឬបាត់បង់ឬអស់ឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក យើងនឹងធានារ៉ាប់រងលើវេជ្ជបញ្ជាដែលត្រូវបានបើកនៅឱសថស្ថានក្រៅបណ្តាញ។ នៅក្នុងស្ថានភាពនេះ អ្នកនឹងត្រូវបង់ថ្លៃចំណាយពេញលេញ (ជាជាងបង់តែការបង់ថ្លៃរួម ឬការធានារ៉ាប់រងរួមរបស់អ្នក) នៅពេលអ្នកបើកវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក។ អ្នកអាចស្នើឱ្យយើងសងអ្នកវិញសម្រាប់ចំណែករបស់យើងតាមរយៈការដាក់បញ្ជូនទម្រង់បែបបទសំណង។ ប្រសិនបើអ្នកទៅឱសថស្ថានក្រៅបណ្តាញ អ្នកអាចទទួលខុសត្រូវចំពោះការបង់ប្រាក់ខុសគ្នារវាងចំនួនដែលយើងនឹងបង់សម្រាប់វេជ្ជបញ្ជាដែលត្រូវបានបើកនៅឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញ និងចំនួនដែលឱសថស្ថានក្រៅបណ្តាញគិតថ្លៃសម្រាប់វេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក។ ដើម្បីស្វែងយល់ពីរបៀបដាក់ពាក្យបណ្តឹងទាមទារសំណង សូមមើលជំពូកទី 7 ផ្នែកទី 2។
- អ្នកក៏អាចទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិក ដើម្បីស្វែងយល់ថា តើមានឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញនៅក្នុងតំបន់ដែលអ្នកកំពុងធ្វើដំណើរដែរឬទេ។
- យើងមិនអាចបង់ប្រាក់ទូទាត់សម្រាប់វេជ្ជបញ្ជាណាមួយដែលត្រូវបានបើកដោយឱសថស្ថាននៅក្រៅសហរដ្ឋអាមេរិក និងដែនដី សូម្បីតែក្នុងភាពអាសន្នផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រក៏ដោយ។

ជំពូកទី 5: ការប្រើប្រាស់ការធានារ៉ាប់រងរបស់គម្រោងសម្រាប់ឱសថផ្នែក D

ភាពអាសន្នផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ: តើមានអ្វីកើតឡើងប្រសិនបើខ្ញុំត្រូវការវេជ្ជបញ្ជាដោយសារតែភាពអាសន្នផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ ឬដោយសារតែខ្ញុំត្រូវការការថែទាំបន្ទាន់នោះ?

- យើងនឹងធានារ៉ាប់រងលើវេជ្ជបញ្ជាដែលត្រូវបានបើកនៅឱសថស្ថានក្រៅបណ្តាញ ប្រសិនបើវេជ្ជបញ្ជាទាក់ទងនឹងការថែទាំសម្រាប់ភាពអាសន្នផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ ឬការថែទាំបន្ទាន់។ នៅក្នុងស្ថានភាពនេះ អ្នកនឹងត្រូវបង់ថ្លៃចំណាយពេញលេញ (ជាជាងបង់តែការបង់ថ្លៃរួម ឬការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នក) នៅពេលអ្នកបើកវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក។ អ្នកអាចស្នើឱ្យយើងសងអ្នកវិញសម្រាប់ចំណែករបស់យើងតាមរយៈការដាក់បញ្ជូនទម្រង់បែបបទសំណង។ ប្រសិនបើអ្នកទៅឱសថស្ថានក្រៅបណ្តាញ អ្នកអាចទទួលខុសត្រូវចំពោះការបង់ប្រាក់ខុសគ្នារវាងចំនួនដែលយើងនឹងបង់សម្រាប់វេជ្ជបញ្ជាដែលត្រូវបានបើកនៅឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញ និងចំនួនដែលឱសថស្ថានក្រៅបណ្តាញគិតថ្លៃសម្រាប់វេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក។ ដើម្បីស្វែងយល់ពីរបៀបដាក់ពាក្យបណ្តឹងទាមទារសំណង សូមមើលជំពូកទី 7 ផ្នែកទី 2។

ស្ថានភាពបន្ថែម: ជួនកាលទៀតអ្នកអាចទទួលបានការធានារ៉ាប់រងលើវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក ប្រសិនបើអ្នកទៅឱសថស្ថានក្រៅបណ្តាញ។

- យើងនឹងធានារ៉ាប់រងលើវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកនៅឱសថស្ថានក្រៅបណ្តាញ ប្រសិនបើយ៉ាងហោចណាស់មួយក្នុងចំណោមចំណុចខាងក្រោមត្រូវបានអនុវត្ត៖
 - ប្រសិនបើអ្នកមិនអាចទទួលបានឱសថដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងទាន់ពេលវេលានៅក្នុងតំបន់សេវាកម្មរបស់យើងដោយសារតែមិនមានឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញ ក្នុងចម្ងាយបើកបរសមហេតុផល ដែលផ្តល់សេវាកម្ម 24 ម៉ោង។
 - ប្រសិនបើអ្នកកំពុងព្យាយាមបើកឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាដែលមិនមានស្តុកជាទៀងទាត់នៅឱសថស្ថានលក់រាយ ឬការបញ្ជាទិញតាមប្រៃសណីយ៍ក្នុងបណ្តាញដែលអាចចូលប្រើបាន (រួមទាំងឱសថដែលមានតម្លៃខ្ពស់ និងតែមួយគត់)។
 - ប្រសិនបើអ្នកកំពុងទទួលបានវ៉ាក់សាំងដែលចាំបាច់ខាងវេជ្ជសាស្ត្រ ប៉ុន្តែមិនត្រូវបានរ៉ាប់រងដោយ Medicare Part B ហើយត្រូវបានគ្រប់គ្រងនៅក្នុងការិយាល័យវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក។
 - ប្រសិនបើអ្នកទទួលបានឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាដែលមានការធានារ៉ាប់រងពីឱសថស្ថានដែលមានមូលដ្ឋាននៅតាមស្ថាប័ន ខណៈពេលដែលអ្នកជំងឺនៅក្នុងគ្លីនិកៈកាត់អ្នកជំងឺមិនស្អាតព្យាបាល ឬការកំណត់អ្នកជំងឺមិនស្អាតព្យាបាលផ្សេងទៀត។
- សម្រាប់ស្ថានភាពទាំងអស់ដែលបានរាយខាងលើ អ្នកអាចទទួលបានការផ្គត់ផ្គង់ឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជារហូតដល់ 30 ថ្ងៃ។ លើសពីនេះទៀត អ្នកនឹងទំនងជាត្រូវបង់ថ្លៃឱសថស្ថានក្រៅបណ្តាញសម្រាប់ឱសថ និងបញ្ជូនឯកសារដើម្បីទទួលបានសំណងពីគម្រោងរបស់យើង។ សូមប្រាកដថារួមបញ្ចូលការពន្យល់អំពីស្ថានភាពទាក់ទងនឹងមូលហេតុដែលអ្នកបានប្រើឱសថស្ថាននៅក្រៅបណ្តាញរបស់យើង។ នេះនឹងជួយដល់ដំណើរការសំណើសុំសំណងរបស់អ្នក។

ប្រសិនបើអ្នកត្រូវតែប្រើឱសថស្ថានក្រៅបណ្តាញ ជាទូទៅអ្នកនឹងត្រូវបង់ថ្លៃចំណាយទាំងស្រុងនៅពេលអ្នកបើកឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក។ អ្នកអាចស្នើសុំយើងឱ្យសងអ្នកវិញបាន។ (សូមមើលជំពូកទី 7 ផ្នែកទី 2 សម្រាប់ព័ត៌មានអំពីរបៀបស្នើឱ្យគម្រោងរបស់យើងបង់ប្រាក់ឱ្យអ្នកវិញ)។ អ្នកអាចនឹងតម្រូវឱ្យបង់ប្រាក់ខុសគ្នារវាងចំនួនដែលអ្នកបង់ប្រាក់សម្រាប់ឱសថនៅឯឱសថស្ថានក្រៅបណ្តាញនិងថ្លៃចំណាយដែលយើងនឹងធានារ៉ាប់រងនៅឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញ។

ជំពូកទី 5: ការប្រើប្រាស់ការធានារ៉ាប់រងរបស់គម្រោងសម្រាប់ឱសថផ្នែក D

ផ្នែកទី 3 ឱសថរបស់អ្នកត្រូវមាននៅក្នុងបញ្ជីឱសថរបស់គម្រោងរបស់យើង

ផ្នែកទី 3.1 បញ្ជីឱសថប្រាប់ថាតើឱសថផ្នែក D មួយណាដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រង

គម្រោងរបស់យើងមាន បញ្ជីឱសថដែលមានការធានារ៉ាប់រង (បញ្ជីឱសថ)។ នៅក្នុង ភស្តុតាងនៃការធានារ៉ាប់រងនេះ យើងហៅវាថាបញ្ជីឱសថ។

ឱសថនៅក្នុងបញ្ជីនេះត្រូវបានជ្រើសរើសដោយគម្រោងរបស់យើង ដោយមានជំនួយពីវេជ្ជបណ្ឌិត និង ឱសថការី។ បញ្ជីនេះបំពេញតាមតម្រូវការរបស់ Medicare ហើយត្រូវបានយល់ព្រមដោយ Medicare។

បញ្ជីឱសថបង្ហាញតែឱសថដែលរ៉ាប់រងក្រោម Medicare Part D ប៉ុណ្ណោះ។ បន្ថែមពីលើឱសថដែលរ៉ាប់រង ដោយ Medicare ឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាមួយចំនួនត្រូវបានរ៉ាប់រងក្រោមអត្ថប្រយោជន៍ Medicaid របស់អ្នក។ ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពីការធានារ៉ាប់រងឱសថរបស់ Medicaid សូមទាក់ទងកម្មវិធី Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) ដើម្បីកំណត់ថាតើការធានារ៉ាប់រងឱសថអ្វីខ្លះដែលអាចមានសម្រាប់អ្នក។ (អ្នកអាចស្វែងរកលេខទូរសព្ទ និងព័ត៌មានទំនាក់ទំនងសម្រាប់កម្មវិធី Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) នៅក្នុងជំពូកទី 2 ផ្នែកទី 6។)

ជាទូទៅយើងធានារ៉ាប់រងលើឱសថដែលមាននៅក្នុងបញ្ជីឱសថរបស់គម្រោងរបស់យើងដរាបណាអ្នក អនុវត្តតាមច្បាប់ធានារ៉ាប់រងផ្សេងទៀតដែលបានពន្យល់នៅក្នុងជំពូកនេះ និងការប្រើប្រាស់ឱសថ សម្រាប់ការបញ្ជាក់បង្ហាញថាទទួលយកបានខាងផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ។ ការបញ្ជាក់បង្ហាញថាទទួលយក បានខាងផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រគឺជាការប្រើប្រាស់ឱសថ ដែលមាន៖

- ការអនុម័តដោយ FDA សម្រាប់ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ ឬអាការៈជំងឺដែលត្រូវបានចេញវេជ្ជបញ្ជា ឬ
- គាំទ្រដោយឯកសារយោងជាក់លាក់ដូចជា American Hospital Formulary Service Drug Information និង Micromedex DRUGDEX Information System។

បញ្ជីឱសថរបស់យើងរួមមានឱសថមានម៉ាកយីហោ ឱសថទូទៅ និងផលិតផលជីវសាស្ត្រ (ដែលអាច រួមបញ្ចូលជីវសាស្ត្រដូចគ្នា)។

ឱសថមានម៉ាកយីហោគឺជាឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាដែលលក់ក្រោមស្លាកសញ្ញាដែលគ្រប់គ្រងដោយក្រុម ហ៊ុនផលិតឱសថ។ ផលិតផលជីវសាស្ត្រគឺជាឱសថដែលមានភាពស្មុគស្មាញជាងឱសថធម្មតា។ នៅក្នុង បញ្ជីឱសថរបស់យើង នៅពេលដែលយើងសំដៅទៅលើឱសថនេះអាចមានន័យថាជាឱសថ ឬផលិតផល ជីវសាស្ត្រ។

ឱសថទូទៅគឺជាឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាដែលមានធាតុផ្សំសកម្មដូចគ្នាទៅនឹងឱសថមានម៉ាកយីហោ។ ផលិតផលជីវសាស្ត្រមានជម្រើសផ្សេងទៀតដែលគេហៅថាផលិតផលជីវសាស្ត្រស្រដៀងគ្នា។ ជាទូទៅ ឱសថទូទៅនិងផលិតផលជីវសាស្ត្រស្រដៀងគ្នាមានប្រសិទ្ធភាពដូចគ្នានឹងឈ្មោះម៉ាកយីហោ ឬផលិតផល ជីវសាស្ត្រដើម ហើយជាធម្មតាមានតម្លៃថោកជាង។ មានឱសថទូទៅដែលអាចជំនួសឱសថមានម៉ាក យីហោជាច្រើន និងជម្រើសឱសថជីវសាស្ត្រស្រដៀងគ្នាដែលអាចរកបានសម្រាប់ផលិតផលជីវសាស្ត្រដើម មួយចំនួន។ ឱសថជីវសាស្ត្រស្រដៀងគ្នាបានមួយចំនួនគឺជាឱសថជីវសាស្ត្រស្រដៀងគ្នាដែលអាចផ្លាស់ប្តូរ គ្នាបាន ហើយ យោងទៅតាមច្បាប់របស់រដ្ឋ ប្រហែលជាអាចត្រូវបានជំនួសសម្រាប់ផលិតផលជីវសាស្ត្រដើម នៅឱសថស្ថានដោយមិនចាំបាច់មានវេជ្ជបញ្ជាថ្មី ដូចដែលឱសថទូទៅអាចត្រូវជំនួសសម្រាប់ឱសថមាន ម៉ាកយីហោផងដែរ។

ជំពូកទី 5: ការប្រើប្រាស់ការធានារ៉ាប់រងរបស់គម្រោងសម្រាប់ឱសថផ្នែក D

មើលជំពូកទី 12 សម្រាប់និយមន័យនៃប្រភេទឱសថដែលអាចមាននៅក្នុងបញ្ជីឱសថ។

ឱសថដែលមិនមាននៅក្នុងបញ្ជីឱសថ

គម្រោងរបស់យើងមិនធានារ៉ាប់រងលើឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាទាំងអស់ទេ។

- ក្នុងករណីខ្លះ ច្បាប់មិនអនុញ្ញាតឱ្យគម្រោង Medicare ធានារ៉ាប់រងលើប្រភេទឱសថជាក់លាក់ណាមួយទេ។ (សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមមើលផ្នែកទី 7។)
- ក្នុងករណីផ្សេងទៀត យើងសម្រេចមិនបញ្ចូលឱសថជាក់លាក់ណាមួយនៅក្នុងបញ្ជីឱសថ។
- ក្នុងករណីខ្លះ អ្នកប្រហែលជាអាចទទួលបានឱសថដែលមិនមាននៅក្នុងបញ្ជីឱសថរបស់យើង។ (សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមមើលជំពូកទី 9។)
- ឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាដែលធានារ៉ាប់រងដោយកម្មវិធី Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) មិនមាននៅក្នុងបញ្ជីឱសថទេ។ សូមទាក់ទងកម្មវិធី Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) ដើម្បីកំណត់ថា តើការធានារ៉ាប់រងឱសថអ្វីខ្លះដែលអាចមានសម្រាប់អ្នក។ (អ្នកអាចស្វែងរកលេខទូរសព្ទ និងព័ត៌មានទំនាក់ទំនងសម្រាប់កម្មវិធី Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) នៅក្នុងជំពូកទី 2 ផ្នែកទី 6។)

ផ្នែកទី 3.2 របៀបស្វែងយល់ថា តើឱសថជាក់លាក់ណាមួយមាននៅក្នុងបញ្ជីឱសថ

ដើម្បីស្វែងយល់ថា តើឱសថមួយមាននៅក្នុងបញ្ជីឱសថ របស់យើងដែរឬទេ អ្នកមានជម្រើសទាំងនេះ៖

- ពិនិត្យមើលបញ្ជីឱសថថ្មីៗបំផុតដែលយើងបានផ្តល់តាមអេឡិចត្រូនិក។
- ចូលទៅកាន់គេហទំព័ររបស់គម្រោងរបស់យើង (go.wellcare.com/OhanaHI)។ បញ្ជីឱសថនៅលើគេហទំព័រ គឺជានិច្ចកាលចុងក្រោយបំផុត។
- ទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិកតាមរយៈលេខ 1-888-846-4262 (អ្នកប្រើ TTY ទូរសព្ទទៅលេខ 711) ដើម្បីស្វែងយល់ថា តើឱសថជាក់លាក់ណាមួយមាននៅក្នុងបញ្ជីឱសថរបស់គម្រោង ឬស្នើសុំច្បាប់ចម្លងនៃបញ្ជីនោះដែរឬទេ។
- ប្រើ “ឧបករណ៍អត្ថប្រយោជន៍ក្នុងពេលជាក់ស្តែង” របស់គម្រោងរបស់យើង (go.wellcare.com/OhanaHI) សម្រាប់ស្វែងរកឱសថនៅក្នុងបញ្ជីឱសថ ដើម្បីប៉ាន់ស្មានមើលថា តើអ្នកនឹងចំណាយប៉ុន្មាន ហើយមើលថា តើមានឱសថជំនួសផ្សេងទៀតនៅក្នុងបញ្ជីឱសថដែលអាចព្យាបាលស្ថានភាពដូចគ្នានេះដែរឬទេ។ អ្នកក៏អាចទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិកតាមរយៈលេខ 1-888-846-4262 (អ្នកប្រើ TTY សូមទូរសព្ទទៅលេខ 711)។

ជំពូកទី 5: ការប្រើប្រាស់ការធានារ៉ាប់រងរបស់គម្រោងសម្រាប់ឱសថផ្នែក D

ផ្នែកទី 4 ឱសថដែលមានការដាក់កម្រិតលើការធានារ៉ាប់រង

ផ្នែកទី 4.1 ហេតុអ្វីឱសថមួយចំនួនមានការរឹតបន្តឹង

សម្រាប់ឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាជាក់លាក់ ច្បាប់ពិសេសកំណត់អំពីរបៀប និងពេលវេលាដែលគម្រោងរបស់យើងធានារ៉ាប់រងលើឱសថទាំងនោះ។ ក្រុមវេជ្ជបណ្ឌិត និងឱសថការីបានបង្កើតច្បាប់ទាំងនេះដើម្បីលើកទឹកចិត្តដល់អ្នក និងអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកឱ្យប្រើឱសថតាមរបៀបដែលមានប្រសិទ្ធភាពបំផុត។ ដើម្បីស្វែងយល់ថាតើការរឹតបន្តឹងណាមួយក្នុងចំណោមការរឹតបន្តឹងទាំងនេះអនុវត្តចំពោះឱសថដែលអ្នកប្រើ ឬចង់ប្រើ ពិនិត្យមើលបញ្ជីឱសថ។

ប្រសិនបើឱសថមានសុវត្ថិភាព និងតម្លៃទាបនឹងមានប្រសិទ្ធភាពដូចឱសថដែលមានតម្លៃខ្ពស់ដែរ ច្បាប់របស់គម្រោងរបស់យើងត្រូវបានបង្កើតឡើងដើម្បីលើកទឹកចិត្តដល់អ្នក និងអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកឱ្យប្រើជម្រើសដែលមានតម្លៃទាបនោះ។

ចំណាំថា ពេលខ្លះឱសថអាចបង្ហាញលើសពីមួយដងនៅក្នុងបញ្ជីឱសថរបស់យើង។ នេះគឺដោយសារតែឱសថដូចគ្នាអាចខុសគ្នាអាស្រ័យលើកម្លាំង បរិមាណ ឬទម្រង់នៃឱសថដែលត្រូវបានចេញវេជ្ជបញ្ជាដោយអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក ហើយការរឹតបន្តឹង ឬការចែករំលែកការចំណាយផ្សេងៗគ្នាអាចអនុវត្តចំពោះប្រភេទផ្សេងគ្នានៃឱសថ (ឧទាហរណ៍ 10 mg ធៀបនឹង 100 mg មួយគ្រាប់ក្នុងមួយថ្ងៃធៀបនឹង 2 គ្រាប់ក្នុងមួយថ្ងៃ ថ្នាំគ្រាប់ធៀបនឹងថ្នាំទឹក)។

ផ្នែកទី 4.2 ប្រភេទនៃការរឹតបន្តឹង

ប្រសិនបើមានការរឹតបន្តឹងសម្រាប់ឱសថរបស់អ្នក ជាធម្មតាមានន័យថាអ្នក ឬអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកត្រូវបានវិធានការបន្ថែមសម្រាប់ពួកយើងដើម្បីធានារ៉ាប់រងលើឱសថ។ ទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិកតាមរយៈលេខ 1-888-846-4262 (អ្នកប្រើ TTY ទូរសព្ទទៅលេខ 711) ដើម្បីស្វែងយល់ពីអ្វីដែលអ្នក ឬអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកអាចធ្វើដើម្បីទទួលបានការធានារ៉ាប់រងលើឱសថ។ **ប្រសិនបើអ្នកចង់ឱ្យយើងលើកលែងលើការរឹតបន្តឹងសម្រាប់អ្នក អ្នកត្រូវប្រើសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង ហើយស្នើសុំឱ្យយើងខ្ចីធ្វើការលើកលែង។** យើងអាច ឬមិនអាចយល់ព្រមលើការលើកលែងការរឹតបន្តឹងសម្រាប់អ្នក (មើលទៅជំពូកទី 9)។

ការទទួលបានការឯកភាពជាមុនពីគម្រោង

សម្រាប់ឱសថជាក់លាក់ អ្នក ឬអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកត្រូវការការយល់ព្រមពីគម្រោងរបស់យើងដោយផ្អែកលើលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យជាក់លាក់មុនពេលយើងយល់ព្រមធានារ៉ាប់រងលើឱសថសម្រាប់អ្នក។ វាត្រូវបានហៅថា**ការអនុញ្ញាតជាមុន**។ វាត្រូវបានដាក់ឱ្យប្រើប្រាស់ដើម្បីធានាសុវត្ថិភាពឱសថ និងជួយណែនាំការប្រើប្រាស់ឱសថមួយចំនួនឱ្យបានត្រឹមត្រូវ។ ប្រសិនបើអ្នកមិនទទួលបានការយល់ព្រមនេះទេ ឱសថរបស់អ្នកប្រហែលជាមិនត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយគម្រោងរបស់យើងទេ។ លក្ខណៈវិនិច្ឆ័យនៃការអនុញ្ញាតជាមុនរបស់គម្រោងរបស់យើងអាចទទួលបានដោយទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិកតាមរយៈលេខ 1-888-846-4262 (អ្នកប្រើ TTY ទូរសព្ទទៅលេខ 711) ឬនៅលើគេហទំព័ររបស់យើង go.wellcare.com/pa-select។

ផ្នែកទី 5: ការប្រើប្រាស់ការធានារ៉ាប់រងរបស់គម្រោងសម្រាប់ឱសថផ្នែក D

សាកប្រើឱសថផ្សេងទៀតសិន

តម្រូវការនេះលើកទឹកចិត្តអ្នកឱ្យសាកល្បងប្រើឱសថដែលមានតម្លៃថោកជាង ប៉ុន្តែជាធម្មតាមានប្រសិទ្ធភាពដូចគ្នា មុនពេលគម្រោងរបស់យើងធានារ៉ាប់រងលើឱសថផ្សេងទៀត។ ឧទាហរណ៍ប្រសិនបើឱសថ A និងឱសថ B ព្យាបាលស្ថានភាពវេជ្ជសាស្ត្រដូចគ្នា ហើយឱសថ A មានតម្លៃទាបនោះគម្រោងរបស់យើងអាចតម្រូវឱ្យអ្នកសាកល្បងប្រើឱសថ A ជាមុនសិន។ ប្រសិនបើឱសថ A មិនមានប្រសិទ្ធភាពសម្រាប់អ្នក នោះគម្រោងរបស់យើងនឹងធានារ៉ាប់រងលើឱសថ B។ តម្រូវការនេះដើម្បីសាកល្បងឱសថផ្សេងជាមុនហៅថា**ការព្យាបាលជាជំហាន**។ លក្ខណៈវិនិច្ឆ័យនៃការព្យាបាលជាជំហានរបស់គម្រោងរបស់យើងអាចទទួលបានដោយទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិកតាមរយៈលេខ 1-888-846-4262 (អ្នកប្រើ TTY ទូរសព្ទទៅលេខ 711) ឬនៅលើគេហទំព័ររបស់យើង go.wellcare.com/st-select។

ការដាក់កំណត់បរិមាណ

សម្រាប់ឱសថជាក់លាក់មួយចំនួន យើងកំណត់ចំនួនឱសថដែលអ្នកអាចទទួលបានរាល់ពេលដែលអ្នកបើកឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក។ ឧទាហរណ៍ ប្រសិនបើជាធម្មតាត្រូវបានគេចាត់ទុកថាមានសុវត្ថិភាពក្នុងការលេបថ្នាំតែមួយគ្រាប់ក្នុងមួយថ្ងៃសម្រាប់ឱសថជាក់លាក់ណាមួយ យើងអាចកំណត់ការធានារ៉ាប់រងសម្រាប់វេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកមិនលើសពីមួយគ្រាប់ក្នុងមួយថ្ងៃទេ។

ផ្នែកទី 5 អ្វីដែលអ្នកអាចធ្វើបានប្រសិនបើឱសថណាមួយរបស់អ្នកមិនត្រូវបានធានារ៉ាប់រងតាមរបៀបដែលអ្នកចង់បាន

មានស្ថានភាពដែលឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាដែលអ្នកប្រើ ឬដែលអ្នក និងអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកគិតថាអ្នកគួរតែប្រើ មិនមាននៅក្នុង បញ្ជីឱសថរបស់យើង ឬមានការរឹតបន្តឹង។ ឧទាហរណ៍៖

- ឱសថនេះប្រហែលជាមិនត្រូវបានធានារ៉ាប់រងទាល់តែសោះ។ ឬក៏ណែនាំឱសថទូទៅអាចនឹងត្រូវបានធានារ៉ាប់រង ប៉ុន្តែកំណែម៉ាកដែលអ្នកចង់បានមិនត្រូវបានធានារ៉ាប់រងទេ។
- ឱសថត្រូវបានធានារ៉ាប់រង ប៉ុន្តែមានច្បាប់ ឬការរឹតបន្តឹងបន្ថែមលើការធានារ៉ាប់រង។

ប្រសិនបើឱសថរបស់អ្នកមិនមាននៅក្នុងបញ្ជីឱសថ ឬត្រូវបានរឹតបន្តឹង នេះគឺជាជម្រើសសម្រាប់អ្វីដែលអ្នកអាចធ្វើបាន៖

- អ្នកប្រហែលជាអាចទទួលបានការផ្គត់ផ្គង់ឱសថបណ្តោះអាសន្ន។
- លោកអ្នកអាចប្តូរទៅប្រើឱសថមួយផ្សេងទៀត។
- អ្នកអាចស្នើសុំ**ការលើកលែង** ហើយស្នើសុំគម្រោងរបស់យើងដើម្បីធានារ៉ាប់រងលើឱសថ ឬដកការរឹតបន្តឹងពីឱសថ។

ជំពូកទី 5: ការប្រើប្រាស់ការធានារ៉ាប់រងរបស់គម្រោងសម្រាប់ឱសថផ្នែក D

អ្នកប្រហែលជាអាចទទួលបានការផ្គត់ផ្គង់បណ្តោះអាសន្ន

ក្រោមកាលៈទេសៈជាក់លាក់ គម្រោងរបស់យើងត្រូវតែផ្តល់ការផ្គត់ផ្គង់បណ្តោះអាសន្ននៃឱសថដែលអ្នកកំពុងប្រើ។ ការផ្គត់ផ្គង់បណ្តោះអាសន្ននេះផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវពេលវេលាដើម្បីពិភាក្សាជាមួយអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកអំពីការផ្លាស់ប្តូរនេះ។

ដើម្បីមានសិទ្ធិទទួលបានការផ្គត់ផ្គង់បណ្តោះអាសន្ន ឱសថដែលអ្នកប្រើត្រូវតែលែងមាននៅក្នុងបញ្ជីឱសថរបស់គម្រោងរបស់យើង ឬត្រូវបានដាក់ការរឹតបន្តឹងតាមវិធីណាមួយ។

- **ប្រសិនបើអ្នកជាសមាជិកថ្មី** យើងនឹងធានារ៉ាប់រងលើការផ្គត់ផ្គង់បណ្តោះអាសន្ននៃឱសថរបស់អ្នកក្នុងអំឡុងពេល **90 ថ្ងៃ** ដំបូងនៃសមាជិកភាពរបស់អ្នកនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើង។
- **ប្រសិនបើអ្នកស្ថិតនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើងកាលពីឆ្នាំមុន** យើងនឹងធានារ៉ាប់រងលើការផ្គត់ផ្គង់បណ្តោះអាសន្ននៃឱសថរបស់អ្នកក្នុងអំឡុងពេល **90 ថ្ងៃ** ដំបូងតាមឆ្នាំប្រតិទិន។
- ការផ្គត់ផ្គង់បណ្តោះអាសន្ននេះនឹងមានរយៈពេលជាអតិបរមា 30 ថ្ងៃនៃការផ្គត់ផ្គង់នៅឱសថស្ថានលក់រាយ ឬរយៈពេល 31 ថ្ងៃនៃការផ្គត់ផ្គង់នៅឱសថស្ថានថែទាំរយៈពេលវែង។ ប្រសិនបើវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកត្រូវបានសរសេរជាលាយលក្ខណ៍អក្សរក្នុងរយៈពេលតិចថ្ងៃនោះ យើងនឹងអនុញ្ញាតឱ្យមានការបើកឱសថជាច្រើនដង ដើម្បីផ្តល់ការផ្គត់ផ្គង់រហូតដល់អតិបរមា 30 ថ្ងៃនៅឱសថស្ថានលក់រាយ ឬការផ្គត់ផ្គង់ 31 ថ្ងៃនៅឱសថស្ថានថែទាំរយៈពេលវែងនៃឱសថ។ វេជ្ជបញ្ជាត្រូវតែបើកនៅឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញ។ (ចំណាំថាឱសថស្ថានថែទាំរយៈពេលវែងអាចផ្តល់ឱសថក្នុងបរិមាណតិចតួចមួយលើកដើម្បីការពារការខ្ទះខ្ទាយ។)
- **សម្រាប់សមាជិកដែលបានស្ថិតនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើងលើសពី 90 ថ្ងៃ និងរស់នៅក្នុងមណ្ឌលថែទាំរយៈពេលវែង ហើយត្រូវការការផ្គត់ផ្គង់ភ្លាមៗ៖**

យើងនឹងធានារ៉ាប់រងលើការផ្គត់ផ្គង់ឱសថជាក់លាក់ក្នុងភាពអាសន្នរយៈពេល 31 ថ្ងៃ ឬតិចជាងនេះ ប្រសិនបើវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកត្រូវបានសរសេរក្នុងរយៈពេលតិចជាងនេះ។ នេះ គឺជាការបន្ថែមទៅលើការផ្គត់ផ្គង់បណ្តោះអាសន្នខាងលើ។

- **សម្រាប់សមាជិកទាំងនោះដែលជួបប្រទះការផ្លាស់ប្តូរកម្រិតនៃការថែទាំ (ដូចជាការផ្លាស់ទៅ ឬមកពីមណ្ឌលថែទាំរយៈពេលវែង ឬមន្ទីរពេទ្យ) ហើយត្រូវការការផ្គត់ផ្គង់ភ្លាមៗ៖**

យើងនឹងធានារ៉ាប់រងលើការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេល 30 ថ្ងៃ ឬតិចជាងនេះ ប្រសិនបើវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកត្រូវបានសរសេរក្នុងរយៈពេលតិចជាងនេះ (ក្នុងករណីនេះ យើងនឹងអនុញ្ញាតឱ្យមានការបើកឱសថច្រើនដង ដើម្បីផ្តល់ការផ្គត់ផ្គង់ឱសថរយៈពេល 30 ថ្ងៃសរុប)។

សម្រាប់សំណួរអំពីការផ្គត់ផ្គង់បណ្តោះអាសន្ន ទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិកតាមរយៈលេខ 1-888-846-4262 (អ្នកប្រើ TTY ទូរសព្ទទៅលេខ 711)។

ក្នុងអំឡុងពេលដែលអ្នកកំពុងប្រើប្រាស់ការផ្គត់ផ្គង់ឱសថបណ្តោះអាសន្ន អ្នកគួរតែពិភាក្សាជាមួយអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកដើម្បីសម្រេចចិត្តថាត្រូវធ្វើអ្វីនៅពេលដែលការផ្គត់ផ្គង់បណ្តោះអាសន្នរបស់អ្នកត្រូវបានអស់។ អ្នកមាន 2 ជម្រើស៖

ជំពូកទី 5: ការប្រើប្រាស់ការធានារ៉ាប់រងរបស់គម្រោងសម្រាប់ឱសថផ្នែក D

ជម្រើសទី 1. អ្នកអាចផ្លាស់ប្តូរទៅឱសថផ្សេងទៀតបាន

និយាយជាមួយអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកថា តើឱសថផ្សេងទៀតដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយគម្រោងរបស់យើងអាចមានប្រសិទ្ធភាពសម្រាប់អ្នកដែរឬទេ។ ទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិកតាមរយៈលេខ 1-888-846-4262 (អ្នកប្រើ TTY ទូរសព្ទទៅលេខ 711) ដើម្បីស្នើសុំបញ្ជីឱសថដែលមានការធានារ៉ាប់រងដែលព្យាបាលស្ថានភាពវេជ្ជសាស្ត្រដូចគ្នា។ បញ្ជីនេះ អាចជួយអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំលោកអ្នកក្នុងការស្វែងរកឱសថធានារ៉ាប់រងដែលសមស្របសម្រាប់លោកអ្នក។

ជម្រើសទី 2. អ្នកអាចស្នើសុំការលើកលែង

អ្នក និងអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកអាចស្នើសុំគម្រោងរបស់យើងឱ្យធ្វើការលើកលែង ព្រមទាំងធានារ៉ាប់រងលើឱសថតាមរបៀបដែលអ្នកចង់បាន។ ប្រសិនបើអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកនិយាយថា អ្នកមានហេតុផលផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដែលបង្ហាញពីភាពត្រឹមត្រូវក្នុងការស្នើសុំការលើកលែងពីយើងខ្ញុំ អ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកអាចជួយអ្នកស្នើសុំការលើកលែងនេះ។ ឧទាហរណ៍ អ្នកអាចស្នើសុំគម្រោងរបស់យើងដើម្បីធានារ៉ាប់រងលើឱសថមួយ ទោះបីជាឱសថនោះមិនមាននៅក្នុងបញ្ជីឱសថរបស់គម្រោងរបស់យើងក៏ដោយ។ ឬអ្នកអាចស្នើសុំគម្រោងរបស់យើងឱ្យធ្វើការលើកលែង ព្រមទាំងធានារ៉ាប់រងលើឱសថដោយគ្មានការរឹតបន្តឹង។

ប្រសិនបើអ្នក និងអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកចង់ស្នើសុំការលើកលែង មើលទៅកាន់ជំពូកទី 9 ផ្នែក 7.4 ដើម្បីស្វែងយល់ពីអ្វីដែលត្រូវធ្វើ។ វាពន្យល់ពីនីតិវិធី និងកាលបរិច្ឆេទកំណត់ដែលកំណត់ដោយ Medicare ដើម្បីធ្វើឱ្យប្រាកដថាសំណើរបស់អ្នកត្រូវបានដោះស្រាយយ៉ាងឆាប់រហ័ស និងប្រកបដោយភាពយុត្តិធម៌។

ផ្នែកទី 6 បញ្ជីឱសថរបស់យើងអាចផ្លាស់ប្តូរក្នុងអំឡុងឆ្នាំនេះ

ការផ្លាស់ប្តូរភាគច្រើនក្នុងការធានារ៉ាប់រងឱសថកើតឡើងនៅដើមឆ្នាំនីមួយៗ (ថ្ងៃទី 1 ខែមករា)។ ទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយ ក្នុងអំឡុងឆ្នាំនេះ គម្រោងរបស់យើងអាចធ្វើការផ្លាស់ប្តូរមួយចំនួនចំពោះបញ្ជីឱសថ។ ឧទាហរណ៍ គម្រោងរបស់យើងអាច៖

- បន្ថែម ឬដកឱសថចេញពីបញ្ជីឱសថ។
- បន្ថែម ឬដកការរឹតបន្តឹងលើការធានារ៉ាប់រងលើឱសថ។
- ជំនួសឱសថមានម៉ាកយីហោដោយឱសថទូទៅ។
- ជំនួសផលិតផលជីវសាស្ត្រដើមដោយកំណែជីវសាស្ត្រស្រដៀងគ្នាដែលអាចប្តូរជំនួសបាននៃផលិតផលជីវសាស្ត្រ។

យើងត្រូវតែអនុវត្តតាមតម្រូវការរបស់ Medicare មុនពេលយើងផ្លាស់ប្តូរបញ្ជីឱសថរបស់គម្រោងរបស់យើងបាន។

ព័ត៌មានស្តីពីការផ្លាស់ប្តូរចំពោះការធានារ៉ាប់រងឱសថ

នៅពេលដែលការផ្លាស់ប្តូរចំពោះបញ្ជីឱសថកើតឡើង យើងបង្ហាញព័ត៌មាននៅលើគេហទំព័ររបស់យើងអំពីការផ្លាស់ប្តូរទាំងនោះ។ យើងក៏ធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពបញ្ជីឱសថតាមអនឡាញរបស់យើងជាទៀងទាត់ផងដែរ។ ពេលខ្លះអ្នកនឹងទទួលបានការជូនដំណឹងដោយផ្ទាល់ប្រសិនបើការផ្លាស់ប្តូរត្រូវបានធ្វើឡើងសម្រាប់ឱសថដែលអ្នកប្រើ។

ជំពូកទី 5: ការប្រើប្រាស់ការធានារ៉ាប់រងរបស់គម្រោងសម្រាប់ឱសថផ្នែក D

ការផ្លាស់ប្តូរចំពោះការធានារ៉ាប់រងឱសថដែលប៉ះពាល់ដល់អ្នកក្នុងអំឡុងឆ្នាំនៃគម្រោងនេះ:

- **ការបន្ថែមឱសថថ្មីទៅក្នុងបញ្ជីឱសថ ហើយដកចេញភ្លាមៗ ឬធ្វើការផ្លាស់ប្តូរចំពោះឱសថដូចគ្នានៅក្នុងបញ្ជីឱសថ។**
 - យើងអាចដកឱសថដូចគ្នាចេញពីបញ្ជីឱសថ ផ្លាស់ទីឱសថដូចគ្នាទៅកម្រិតនៃការចែករំលែកថ្លៃចំណាយផ្សេង បន្ថែមការរឹតបន្តឹងថ្មី ឬទាំងពីរ។ ឱសថថ្មីនឹងមានការរឹតបន្តឹងដូចគ្នា ឬតិចជាងនេះ។
 - យើងនឹងធ្វើការផ្លាស់ប្តូរភ្លាមៗទាំងនេះ លុះត្រាតែយើងបន្ថែមកំណែទូទៅថ្មីនៃម៉ាកយីហោ ឬបន្ថែមកំណែផលិតផលជីវសាស្ត្រស្រដៀងគ្នាថ្មីមួយចំនួននៃផលិតផលជីវសាស្ត្រដើមដែលមាននៅក្នុងបញ្ជីឱសថរួចហើយ។
 - យើងអាចធ្វើការផ្លាស់ប្តូរទាំងនេះភ្លាមៗ ហើយប្រាប់អ្នកនៅពេលក្រោយ ទោះបីជាអ្នកប្រើឱសថដែលយើងដកចេញ ឬធ្វើការផ្លាស់ប្តូរក៏ដោយ។ ប្រសិនបើអ្នកប្រើឱសថដូចគ្នានៅពេលយើងធ្វើការផ្លាស់ប្តូរ យើងនឹងប្រាប់អ្នកអំពីការផ្លាស់ប្តូរជាក់លាក់ណាមួយដែលយើងបានធ្វើ។
- **ការបន្ថែមឱសថទៅក្នុងបញ្ជីឱសថ ហើយដកចេញ ឬធ្វើការផ្លាស់ប្តូរចំពោះឱសថដូចគ្នានៅក្នុងបញ្ជីឱសថ**
 - នៅពេលបន្ថែមឱសថមួយទៀតទៅក្នុងបញ្ជីឱសថ យើងអាចដកឱសថចេញពីបញ្ជីឱសថ ផ្លាស់ប្តូរឱសថទៅកម្រិតនៃការចែករំលែកថ្លៃចំណាយផ្សេងទៀត បន្ថែមការរឹតបន្តឹងថ្មី ឬទាំងពីរ។ កំណែឱសថដែលយើងបន្ថែមនឹងមានការរឹតបន្តឹងដូចគ្នា ឬតិចជាងនេះ។
 - យើងនឹងធ្វើការផ្លាស់ប្តូរទាំងនេះ លុះត្រាតែយើងបន្ថែមកំណែទូទៅថ្មីនៃឱសថមានម៉ាកយីហោ ឬបន្ថែមកំណែផលិតផលជីវសាស្ត្រស្រដៀងគ្នាថ្មីមួយចំនួននៃផលិតផលជីវសាស្ត្រដើមដែលមាននៅក្នុងបញ្ជីឱសថរួចហើយ។
 - យើងនឹងប្រាប់អ្នកយ៉ាងហោចណាស់ 30 ថ្ងៃមុនពេលយើងធ្វើការផ្លាស់ប្តូរ ឬប្រាប់អ្នកអំពីការផ្លាស់ប្តូរ ហើយធានារ៉ាប់រងលើការបើកឱសថដែលអ្នកកំពុងប្រើបាន 30 ថ្ងៃ។
- **ការដកចេញនូវឱសថគ្មានសុវត្ថិភាព និងឱសថផ្សេងទៀតនៅក្នុងបញ្ជីឱសថដែលត្រូវបានដកចេញពីទីផ្សារ។**
 - ពេលខ្លះឱសថអាចត្រូវបានចាត់ទុកថាមិនមានសុវត្ថិភាព ឬត្រូវបានដកចេញពីទីផ្សារដោយហេតុផលផ្សេងទៀត។ ប្រសិនបើករណីនេះកើតឡើង យើងអាចដកឱសថចេញពីបញ្ជីឱសថភ្លាមៗ។ ប្រសិនបើអ្នកកំពុងប្រើឱសថនោះ យើងនឹងប្រាប់អ្នកបន្ទាប់ពីយើងធ្វើការផ្លាស់ប្តូរ។
- **ការធ្វើការផ្លាស់ប្តូរផ្សេងទៀតចំពោះឱសថនៅក្នុងបញ្ជីឱសថ។**
 - យើងអាចធ្វើការផ្លាស់ប្តូរផ្សេងទៀតនៅពេលចាប់ផ្តើមឆ្នាំដែលប៉ះពាល់ដល់ឱសថដែលអ្នកកំពុងប្រើ។ ឧទាហរណ៍ យើងផ្អែកលើការព្រមានប្រអប់របស់ FDA ឬគោលការណ៍ណែនាំគ្លីនិកថ្មីដែលទទួលស្គាល់ដោយ Medicare។

ជំពូកទី 5: ការប្រើប្រាស់ការធានារ៉ាប់រងរបស់គម្រោងសម្រាប់ឱសថផ្នែក D

- យើងនឹងប្រាប់អ្នកយ៉ាងហោចណាស់ 30 ថ្ងៃមុនពេលយើងធ្វើការផ្លាស់ប្តូរទាំងនេះ ឬប្រាប់អ្នកអំពីការផ្លាស់ប្តូរ ហើយធានារ៉ាប់រងលើការបើកឱសថដែលអ្នកប្រើបាន 30 ថ្ងៃបន្ថែម។

ប្រសិនបើយើងធ្វើការផ្លាស់ប្តូរទាំងនេះចំពោះឱសថណាមួយដែលអ្នកប្រើ សូមពិភាក្សាជាមួយអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកអំពីជម្រើសដែលនឹងមានប្រសិទ្ធភាពបំផុតសម្រាប់អ្នក រួមទាំងការផ្លាស់ប្តូរទៅឱសថផ្សេងទៀតដើម្បីព្យាបាលស្ថានភាពរបស់អ្នក ឬស្នើសុំសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងដើម្បីបំពេញការរឹតបន្តឹងថ្មីណាមួយលើឱសថដែលអ្នកកំពុងប្រើ។ អ្នក ឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកអាចស្នើសុំការលើកលែងពីយើង ដើម្បីបន្តធានារ៉ាប់រងលើឱសថ ឬកំណែឱសថដែលអ្នកកំពុងប្រើ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីរបៀបស្នើសុំសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងរួមទាំងការលើកលែង សូមមើលជំពូកទី 9។

ការផ្លាស់ប្តូរចំពោះបញ្ជីឱសថដែលមិនប៉ះពាល់ដល់អ្នកក្នុងអំឡុងឆ្នាំនៃគម្រោងនេះ

យើងអាចធ្វើការផ្លាស់ប្តូរជាក់លាក់ចំពោះបញ្ជីឱសថដែលមិនត្រូវបានពិពណ៌នាដូចខាងលើ។ ក្នុងករណីទាំងនេះ ការផ្លាស់ប្តូរនេះនឹងមិនអនុវត្តចំពោះអ្នកទេ ប្រសិនបើអ្នកកំពុងប្រើឱសថនៅពេលការផ្លាស់ប្តូរត្រូវបានធ្វើឡើង។ ទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយ ការផ្លាស់ប្តូរទាំងនេះទំនងជានឹងប៉ះពាល់ដល់អ្នកចាប់ពីថ្ងៃទី 1 ខែមករា នៃឆ្នាំគម្រោងបន្ទាប់ ប្រសិនបើអ្នកស្ថិតនៅក្នុងគម្រោងដូចគ្នា។

ជាទូទៅ ការផ្លាស់ប្តូរដែលនឹងមិនប៉ះពាល់ដល់អ្នកក្នុងឆ្នាំគម្រោង បច្ចុប្បន្ននេះគឺ៖

- យើងដាក់ការរឹតបន្តឹងថ្មីលើការប្រើប្រាស់ឱសថរបស់អ្នក។
- យើងដកឱសថរបស់អ្នកចេញពីបញ្ជីឱសថ។

ប្រសិនបើការផ្លាស់ប្តូរទាំងនេះកើតឡើងចំពោះឱសថដែលអ្នកប្រើ (លើកលែងតែការដកចេញពីទីផ្សារឱសថទូទៅជំនួសឱសថមានម៉ាកយីហោ ឬការផ្លាស់ប្តូរផ្សេងទៀតដែលបានកត់សម្គាល់នៅក្នុងផ្នែកខាងលើ) ការផ្លាស់ប្តូរនេះនឹងមិនប៉ះពាល់ដល់ការប្រើប្រាស់របស់អ្នក ឬអ្វីដែលអ្នកបង់ជាចំណែកនៃការចំណាយរបស់អ្នករហូតដល់ថ្ងៃទី 1 ខែមករាឆ្នាំក្រោយទេ។

យើងនឹងមិនប្រាប់អ្នកអំពីប្រភេទនៃការផ្លាស់ប្តូរទាំងនេះដោយផ្ទាល់ក្នុងអំឡុងពេលគម្រោងឆ្នាំបច្ចុប្បន្នទេ។ អ្នកនឹងត្រូវពិនិត្យមើលបញ្ជីឱសថសម្រាប់ឆ្នាំគម្រោងបន្ទាប់ (នៅពេលដែលបញ្ជីមានក្នុងអំឡុងពេលបើកចុះឈ្មោះ) ដើម្បីមើលថាតើមានការផ្លាស់ប្តូរចំពោះឱសថដែលអ្នកប្រើណាមួយដែលនឹងប៉ះពាល់ដល់អ្នកក្នុងឆ្នាំគម្រោងបន្ទាប់ដែរឬទេ។

ផ្នែកទី 7 ប្រភេទឱសថដែលយើងមិនរ៉ាប់រង

ឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាប្រភេទមួយចំនួនត្រូវបានដកចេញ។ នេះមានន័យថា Medicare មិនបង់ថ្លៃសម្រាប់ឱសថទាំងនេះទេ។

ប្រសិនបើអ្នកប្តឹងឧទ្ធរណ៍ ហើយឱសថដែលបានស្នើសុំត្រូវបានរកឃើញថាមិនត្រូវបានដកចេញនៅក្រោមផ្នែក D នោះយើងនឹងបង់ថ្លៃ ឬរ៉ាប់រងទៅលើឱសថនោះ។ (សម្រាប់ព័ត៌មានអំពីបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍លើ

ជំពូកទី 5: ការប្រើប្រាស់ការធានារ៉ាប់រងរបស់គម្រោងសម្រាប់ឱសថផ្នែក D

ការសម្រេចចិត្ត សូមមើលជំពូកទី 9។) ប្រសិនបើឱសថដែលត្រូវបានដកចេញដោយគម្រោងរបស់យើង ក៏ត្រូវបានដកចេញដោយកម្មវិធី Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) អ្នកត្រូវតែបង់ប្រាក់ សម្រាប់ឱសថនោះដោយខ្លួនឯង។

នេះគឺជាច្បាប់ទូទៅចំនួន 3 អំពីឱសថដែលគម្រោងឱសថ Medicare នឹងមិនធានារ៉ាប់រងនៅក្រោមផ្នែក D:

- ការធានារ៉ាប់រងលើឱសថផ្នែក D នៃគម្រោងរបស់យើងមិនអាចធានារ៉ាប់រងលើឱសថដែលនឹង ត្រូវបានធានារ៉ាប់រងក្រោម Medicare Part A ឬ Part B បានទេ។
- គម្រោងរបស់យើងមិនអាចធានារ៉ាប់រងលើឱសថដែលបានទិញនៅខាងក្រៅសហរដ្ឋអាមេរិក ឬ ដែនដីរបស់ខ្លួនបានទេ។
- គម្រោងរបស់យើងមិនអាចធានារ៉ាប់រងលើការប្រើប្រាស់ឱសថដែលប្រើប្រាស់ក្រៅស្លាកសញ្ញា បានទេ នៅពេលដែលការប្រើប្រាស់មិនត្រូវបានគាំទ្រដោយឯកសារយោងជាក់លាក់ដូចជា American Hospital Formulary Service Drug Information និង Micromedex DRUGDEX Information System។ ការប្រើប្រាស់ក្រៅស្លាកសញ្ញាគឺជាការប្រើប្រាស់ឱសថណាមួយក្រៅពីអ្វីដែលបានបង្ហាញ នៅលើស្លាកសញ្ញាឱសថដូចដែលបានយល់ព្រមដោយ FDA។

លើសពីនេះទៀត តាមច្បាប់ ប្រភេទឱសថខាងក្រោមដែលមានរាយបញ្ជីខាងក្រោមនេះគឺមិនត្រូវបាន ធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare ឬ Medicaid នោះទេ។ ទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយ ឱសថមួយចំនួនក្នុងចំណោម ឱសថទាំងនេះអាចទទួលបានការធានារ៉ាប់រងសម្រាប់អ្នកក្រោមការធានារ៉ាប់រងឱសថរបស់កម្មវិធី Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) របស់អ្នក។ សូមទាក់ទងកម្មវិធី Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) ដើម្បីកំណត់ថាតើការធានារ៉ាប់រងឱសថអ្វីខ្លះដែលអាចមានសម្រាប់អ្នក។ (អ្នកអាចស្វែងរកលេខទូរសព្ទ និងព័ត៌មានទំនាក់ទំនងសម្រាប់កម្មវិធី Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) នៅក្នុងជំពូកទី 2 ផ្នែកទី 6។)

- ឱសថមិនមានវេជ្ជបញ្ជា (ហៅផងដែរថាឱសថគ្មានវេជ្ជបញ្ជា)
- ឱសថប្រើ ដើម្បីបង្កើនសមត្ថភាពបន្តពូជ
- ឱសថដែលប្រើសម្រាប់បំបាត់រោគសញ្ញាក្អក ឬផ្តាសាយ
- ឱសថប្រើ ដើម្បីគោលបំណងកែសម្ផស្ស ឬដើម្បីបង្កើនការលូតលាស់នៃសក់
- វិទាមិនតាមវេជ្ជបញ្ជា និងផលិតផលវិទាមវេជ្ជបញ្ជា លើកលែងតែវិទាមិនសម្រាប់ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ និងការត្រៀមដោយសារធាតុក្លរូយអរ
- ឱសថដែលប្រើសម្រាប់ការព្យាបាលជំងឺផ្លូវភេទ ឬជំងឺងាប់លិង្គ
- ឱសថដែលប្រើសម្រាប់ព្យាបាលភាពមិនឃ្លានអាហារ ការសម្រកទម្ងន់ ឬការឡើងទម្ងន់
- ឱសថសម្រាប់អ្នកជំងឺមិនស្អាតព្យាបាលដែលក្រុមហ៊ុនផលិតកម្មឱ្យមានការធ្វើតេស្តពាក់ព័ន្ធ ឬ សេវាត្រួតពិនិត្យពាក់ព័ន្ធពីក្រុមហ៊ុនផលិតកម្មតែប៉ុណ្ណោះ ជាលក្ខខណ្ឌនៃការលក់

ជំពូកទី 5: ការប្រើប្រាស់ការធានារ៉ាប់រងរបស់គម្រោងសម្រាប់ឱសថផ្នែក D

ប្រសិនបើអ្នកទទួលបានជំនួយបន្ថែមក្នុងការបង់ថ្លៃឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក ជំនួយបន្ថែមនឹងមិនបង់ថ្លៃឱសថដែលជាធម្មតាមិនត្រូវបានធានារ៉ាប់រងទេ។ ប្រសិនបើអ្នកមានការធានារ៉ាប់រងលើឱសថតាមរយៈ Medicaid កម្មវិធី Medicaid រដ្ឋរបស់អ្នកអាចធានារ៉ាប់រងលើឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាមួយចំនួនដែលជាធម្មតាមិនត្រូវបានធានារ៉ាប់រងនៅក្នុងគម្រោងឱសថរបស់ Medicare នោះទេ។ សូមទាក់ទងកម្មវិធី Medicaid រដ្ឋរបស់អ្នក ដើម្បីកំណត់ថាតើការធានារ៉ាប់រងឱសថអ្វីខ្លះដែលអាចមានសម្រាប់អ្នក។ (ស្វែងរកលេខទូរសព្ទ និងព័ត៌មានទំនាក់ទំនងសម្រាប់ Medicaid នៅក្នុងជំពូកទី 2 ផ្នែកទី 6។)

ផ្នែកទី 8 របៀបបើកឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជា

ដើម្បីបើកឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក សូមផ្តល់ព័ត៌មានអំពីសមាជិកភាពគម្រោងរបស់យើង (ដែលអាចរកបាននៅលើបណ្ណសមាជិកភាពរបស់អ្នក) នៅឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញដែលអ្នកជ្រើសរើស។ ឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញនឹងចេញវិក្កយបត្រដោយស្វ័យប្រវត្តិឱ្យគម្រោងរបស់យើងសម្រាប់ឱសថរបស់អ្នក។

ប្រសិនបើអ្នកមិនមានព័ត៌មានអំពីសមាជិកភាពនៃគម្រោងរបស់យើងមកជាមួយអ្នកទេ អ្នក ឬឱសថស្ថានអាចទូរសព្ទមកគម្រោងរបស់យើងដើម្បីទទួលបានព័ត៌មាន ឬអ្នកអាចស្នើសុំឱ្យឱសថស្ថានស្វែងរកព័ត៌មានអំពីការចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងរបស់យើង។

ប្រសិនបើឱសថស្ថានមិនអាចទទួលបានព័ត៌មានចាំបាច់ទេ អ្នកអាចនឹងត្រូវបង់ថ្លៃពេញនៃវេជ្ជបញ្ជានៅពេលអ្នកទៅយកវា។ បន្ទាប់មក អ្នកអាចស្នើសុំយើងឱ្យសងអ្នកវិញបាន។ សូមមើលជំពូកទី 7 ផ្នែកទី 2 សម្រាប់ព័ត៌មានអំពីរបៀបស្នើសុំគម្រោងរបស់យើងសម្រាប់សំណង។

ផ្នែកទី 9 ការធានារ៉ាប់រងឱសថផ្នែក D ក្នុងស្ថានភាពពិសេស

ផ្នែកទី 9.1 នៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យ ឬមណ្ឌលថែទាំជំនាញសម្រាប់ការស្នាក់នៅដែលគម្រោងរបស់យើងធានារ៉ាប់រង

ប្រសិនបើអ្នកត្រូវបានអនុញ្ញាតឱ្យចូលមន្ទីរពេទ្យ ឬមណ្ឌលថែទាំជំនាញសម្រាប់ការស្នាក់នៅដែលគម្រោងរបស់យើងធានារ៉ាប់រង ជាទូទៅយើងធានារ៉ាប់រងលើការចំណាយលើឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកក្នុងអំឡុងពេលស្នាក់នៅរបស់អ្នក។ នៅពេលអ្នកចាកចេញពីមន្ទីរពេទ្យ ឬមណ្ឌលថែទាំជំនាញ គម្រោងរបស់យើងនឹងធានារ៉ាប់រងលើឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក ដរាបណាឱសថនោះបំពេញតាមច្បាប់ទាំងអស់របស់យើងសម្រាប់ការធានារ៉ាប់រងដែលបានពិពណ៌នានៅក្នុងជំពូកនេះ។

ផ្នែកទី 9.2 ក្នុងនាមជាអ្នករស់នៅក្នុងមណ្ឌលថែទាំរយៈពេលវែង (LTC)

ជាធម្មតា មណ្ឌលថែទាំរយៈពេលវែង (LTC) (ដូចជាមណ្ឌលថែទាំអ្នកជំងឺ) មានឱសថស្ថានផ្ទាល់ខ្លួន ឬប្រើឱសថស្ថានដែលផ្គត់ផ្គង់ឱសថសម្រាប់អ្នករស់នៅទាំងអស់។ ប្រសិនបើអ្នកជាអ្នករស់នៅក្នុងមណ្ឌល LTC អ្នកអាចទទួលបានឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកតាមរយៈឱសថស្ថាននៃមណ្ឌលនេះ ឬឱសថដែលមណ្ឌលនេះប្រើប្រាស់ ដរាបណាវាជាផ្នែកមួយនៃបណ្តាញរបស់យើង។

ផ្នែកទី 5: ការប្រើប្រាស់ការធានារ៉ាប់រងរបស់គម្រោងសម្រាប់ឱសថផ្នែក D

ពិនិត្យមើល សៀវភៅបញ្ជីឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថានរបស់អ្នកនៅ go.wellcare.com/2026providerdirectories ដើម្បីស្វែងយល់ថា តើឱសថស្ថាននៃមណ្ឌលថែទាំរយៈពេលវែង LTC របស់អ្នក ឬឱសថស្ថានដែលមណ្ឌលនេះប្រើគឺជាផ្នែកមួយនៃបណ្តាញរបស់យើងដែរឬទេ។ ប្រសិនបើ វាមិនមែនទេនោះ ឬប្រសិនបើអ្នកត្រូវការព័ត៌មានបន្ថែម ឬជំនួយ ទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិក តាមរយៈលេខ 1-888-846-4262 (អ្នកប្រើ TTY ទូរសព្ទទៅលេខ 711)។ ប្រសិនបើអ្នកស្ថិតនៅក្នុងមណ្ឌល LTC យើងត្រូវតែធានាថាអ្នកអាចទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ផ្នែក D របស់អ្នកជាប្រចាំតាមរយៈបណ្តាញ ឱសថស្ថាន LTC របស់យើង។

ប្រសិនបើអ្នកជាអ្នករស់នៅក្នុងមណ្ឌល LTC ហើយត្រូវការឱសថដែលមិនមាននៅក្នុងបញ្ជីឱសថរបស់យើង ឬត្រូវបានវិភាគថាមិនសមស្របសម្រាប់ប្រើប្រាស់ ឬសូមចូលទៅកាន់ផ្នែកទី 5 សម្រាប់ព័ត៌មានអំពីការទទួលបានការ ផ្គត់ផ្គង់បណ្តោះអាសន្ន ឬភាពអាសន្ន។

ផ្នែកទី 9.3 ប្រសិនបើអ្នកទទួលបានការធានារ៉ាប់រងលើឱសថពិនិយោជក ឬគម្រោងក្រុម ចូលនិវត្តន៍ផងដែរ

ប្រសិនបើអ្នកមានការធានារ៉ាប់រងឱសថផ្សេងទៀតតាមរយៈនិយោជករបស់អ្នក (ឬប្តីឬប្រពន្ធ ឬដៃគូ របស់អ្នក) ឬក្រុមចូលនិវត្តន៍ សូមទាក់ទងអ្នកគ្រប់គ្រងអត្ថប្រយោជន៍របស់ក្រុមនោះ។ ពួកគេអាចជួយ អ្នកឱ្យយល់ពីរបៀបដែលការធានារ៉ាប់រងឱសថបច្ចុប្បន្នរបស់អ្នកនឹងដំណើរការជាមួយគម្រោងរបស់ យើង។

ជាទូទៅ ប្រសិនបើអ្នកមានការធានារ៉ាប់រងរបស់និយោជក ឬក្រុមចូលនិវត្តន៍ ការធានារ៉ាប់រងឱសថ ដែលអ្នកទទួលបានពីយើងនឹងជាផ្នែកបន្ទាប់បន្សំទៅនឹងការធានារ៉ាប់រងរបស់ក្រុមរបស់អ្នក។ នោះ មានន័យថា ការធានារ៉ាប់រងជាក្រុមរបស់អ្នកត្រូវបង់ជាមុនសិន។

កំណត់ចំណាំពិសេសអំពីការធានារ៉ាប់រងដែលអាចជឿទុកចិត្តបាន៖

ជារៀងរាល់ឆ្នាំ និយោជក ឬក្រុមចូលនិវត្តន៍របស់អ្នកគួរតែផ្ញើជូនអ្នកនូវសេចក្តីជូនដំណឹងដែលប្រាប់អ្នក ថាតើការរ៉ាប់រងឱសថរបស់អ្នកសម្រាប់ឆ្នាំតាមប្រតិទិនបន្ទាប់គឺអាចជឿទុកចិត្តបានដែរឬទេ។

ប្រសិនបើការធានារ៉ាប់រងពីគម្រោងរបស់ក្រុមគឺអាចជឿទុកចិត្តបាន នោះមានន័យថាគម្រោងរបស់ យើងមានការធានារ៉ាប់រងលើឱសថដែលត្រូវបានរំពឹងថានឹងបង់ប្រាក់ជាមធ្យមយ៉ាងហោចណាស់ស្មើនឹង ការធានារ៉ាប់រងឱសថស្តង់ដាររបស់ Medicare។

រក្សាការជូនដំណឹងណាមួយអំពីការធានារ៉ាប់រងដែលអាចជឿទុកចិត្តបាន ពីព្រោះអ្នកអាចត្រូវការការ ជូនដំណឹងទាំងនេះនៅពេលក្រោយដើម្បីបង្ហាញថាអ្នកបានរក្សាការធានារ៉ាប់រងដែលអាចជឿទុកចិត្ត បាន។ ប្រសិនបើអ្នកមិនបានទទួលការជូនដំណឹងអំពីការធានារ៉ាប់រងដែលអាចជឿទុកចិត្តបានទេ សូម ស្នើសុំច្បាប់ចម្លងពីនិយោជករបស់អ្នក ឬអ្នកគ្រប់គ្រងអត្ថប្រយោជន៍នៃគម្រោងចូលនិវត្តន៍ ឬនិយោជក ឬសហជីព។

ផ្នែកទី 5: ការប្រើប្រាស់ការធានារ៉ាប់រងរបស់គម្រោងសម្រាប់ឱសថផ្នែក D

ផ្នែកទី 9.4 ប្រសិនបើអ្នកស្ថិតនៅក្នុងមន្ទីរព្យាបាលអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយដែលមានការបញ្ជាក់ពី Medicare

មន្ទីរពេទ្យថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយ និងគម្រោងរបស់យើងមិនធានារ៉ាប់រងលើឱសថដែលក្នុងពេលតែមួយនោះទេ។ ប្រសិនបើអ្នកបានចុះឈ្មោះក្នុងមន្ទីរពេទ្យថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយរបស់ Medicare ហើយត្រូវការឱសថជាក់លាក់ (ឧទាហរណ៍ ថ្នាំបំបាត់ការចងក្អក ថ្នាំបញ្ចុះ ឱសថបំបាត់ការឈឺចាប់ ឬថ្នាំបំបាត់ការថប់បារម្ភ) ដែលមិនត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយមន្ទីរពេទ្យថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយរបស់អ្នក ពិព្រោះវាមិនទាក់ទងនឹងជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយរបស់អ្នក និងលក្ខខណ្ឌពាក់ព័ន្ធ គម្រោងរបស់យើងត្រូវតែទទួលបានការជូនដំណឹងពីអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជា ឬអ្នកផ្តល់សេវាសម្រាប់អ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយរបស់អ្នកថាឱសថនេះមិនមានពាក់ព័ន្ធទេ មុនពេលគម្រោងរបស់យើងអាចធានារ៉ាប់រងលើឱសថបាន។ ដើម្បីបង្ការការពន្យារពេលក្នុងការទទួលបានឱសថទាំងនេះដែលត្រូវតែត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយគម្រោងរបស់យើង ស្នើសុំឱ្យអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយ ឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកផ្តល់ការជូនដំណឹងមុនពេលបើកឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក។

ក្នុងករណីដែលអ្នកលុបចោលការជ្រើសរើសមន្ទីរពេទ្យថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយរបស់អ្នក ឬត្រូវបានអនុញ្ញាតឱ្យចាកចេញពីមន្ទីរពេទ្យថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយ គម្រោងរបស់យើងត្រូវតែធានារ៉ាប់រងលើឱសថរបស់អ្នក ដូចដែលបានពន្យល់នៅក្នុងឯកសារនេះ។ ដើម្បីបង្ការការពន្យារពេលណាមួយនៅឱសថស្ថាន នៅពេលដែលអត្ថប្រយោជន៍នៃមន្ទីរពេទ្យថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយរបស់ Medicare របស់អ្នកបានបញ្ចប់ យកឯកសារទៅឱសថស្ថានដើម្បីផ្ទៀងផ្ទាត់ការដកហូត ឬការចាកចេញពីមន្ទីរពេទ្យរបស់អ្នក។

ផ្នែកទី 10 កម្មវិធីស្តីពីសុវត្ថិភាពឱសថ និងការគ្រប់គ្រងឱសថ

យើងធ្វើការត្រួតពិនិត្យការប្រើប្រាស់ឱសថដើម្បីជួយធ្វើឱ្យប្រាកដថាសមាជិករបស់យើងទទួលបានការថែទាំប្រកបដោយសុវត្ថិភាព និងសមស្រប។

យើងធ្វើការពិនិត្យឡើងវិញរាល់ពេលដែលអ្នកបើកឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជា។ យើងក៏ពិនិត្យមើលកំណត់ត្រារបស់យើងជាប្រចាំផងដែរ។ ក្នុងអំឡុងពេលពិនិត្យឡើងវិញទាំងនេះ យើងស្វែងរកបញ្ហាដែលអាចកើតមានដូចជា៖

- កំហុសក្នុងការប្រើប្រាស់ឱសថដែលអាចកើតមាន
- ឱសថមួយចំនួនអាចនឹងមិនចាំបាច់ ដោយសារតែអ្នកបានប្រើឱសថផ្សេងទៀតដែលមានលក្ខណៈស្រដៀងគ្នា ដើម្បីព្យាបាលស្ថានភាពជំងឺដូចគ្នានេះ
- ឱសថដែលប្រហែលជាមិនមានសុវត្ថិភាព ឬសមស្រប ដោយសារតែអាយុ ឬភេទរបស់អ្នក
- ឱសថផ្សំមួយចំនួនដែលអាចបង្កគ្រោះថ្នាក់ដល់អ្នក ប្រសិនបើប្រើក្នុងពេលតែមួយ
- វេជ្ជបញ្ជាសម្រាប់ឱសថដែលមានគ្រឿងផ្សំដែលអ្នកមានប្រតិកម្មនឹង
- កំហុសដែលអាចកើតមានក្នុងបរិមាណ (ដូស) នៃឱសថដែលអ្នកប្រើ
- បរិមាណឱសថបំបាត់ការឈឺចាប់អ្វីៗដែលមិនមានសុវត្ថិភាព

ជំពូកទី 5: ការប្រើប្រាស់ការធានារ៉ាប់រងរបស់គម្រោងសម្រាប់ឱសថផ្នែក D

ប្រសិនបើយើងឃើញបញ្ហាដែលអាចកើតមាននៅក្នុងការប្រើប្រាស់ឱសថរបស់អ្នក យើងនឹងធ្វើការជាមួយអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកដើម្បីកែតម្រូវបញ្ហា។

ផ្នែកទី 10.1 កម្មវិធីគ្រប់គ្រងឱសថ (DMP) ដើម្បីជួយសមាជិកឱ្យប្រើឱសថអូផ្សអ៊ីតដោយសុវត្ថិភាព

យើងមានកម្មវិធីដែលជួយធ្វើឱ្យប្រាកដថាសមាជិកប្រើប្រាស់អូផ្សអ៊ីតតាមវេជ្ជបញ្ជាដោយសុវត្ថិភាពនិងឱសថដែលប្រើខុសព្រឹត្តិការណ៍ផ្សេងទៀត។ កម្មវិធីនេះត្រូវបានគេហៅថាជាកម្មវិធីគ្រប់គ្រងឱសថ (DMP)។ ប្រសិនបើអ្នកប្រើឱសថអូផ្សអ៊ីតដែលអ្នកទទួលបានពីអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជា ឬឱសថស្ថានជាច្រើន ឬប្រសិនបើអ្នកបានប្រើថ្នាំអូផ្សអ៊ីតលើសកម្រិតនាពេលថ្មីៗនេះ យើងអាចពិភាក្សាជាមួយអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកដើម្បីប្រាកដថាការប្រើឱសថអូផ្សអ៊ីតរបស់អ្នកគឺសមស្រប និងចាំបាច់ខាងវេជ្ជសាស្ត្រ។ ធ្វើការជាមួយអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក ប្រសិនបើយើងសម្រេចថាការប្រើប្រាស់ឱសថអូផ្សអ៊ីតតាមវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក ឬ ឱសថដុយគេង បេនហ្សឺឌីអាហ្វេពីន ប្រហែលជាមិនមានសុវត្ថិភាពទេ យើងអាចកំណត់អំពីរបៀបដែលអ្នកអាចទទួលបានឱសថទាំងនោះ។ ប្រសិនបើយើងដាក់អ្នកនៅក្នុង DMP របស់យើង ដែនកំណត់អាចរួមមាន៖

- តម្រូវឱ្យអ្នកទទួលបានវេជ្ជបញ្ជាទាំងអស់របស់អ្នកសម្រាប់ឱសថអូផ្សអ៊ីត ឬ ឱសថដុយគេង បេនហ្សឺឌីអាហ្វេពីន ពីឱសថស្ថានជាក់លាក់
- តម្រូវឱ្យអ្នកទទួលបានវេជ្ជបញ្ជាទាំងអស់របស់អ្នកសម្រាប់ឱសថអូផ្សអ៊ីត ឬ ឱសថដុយគេង បេនហ្សឺឌីអាហ្វេពីន ពីអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាជាក់លាក់
- ការកំណត់បរិមាណឱសថអូផ្សអ៊ីត ឬ ឱសថដុយគេង បេនហ្សឺឌីអាហ្វេពីន ដែលយើងធានារ៉ាប់រងសម្រាប់អ្នក

ប្រសិនបើយើងមានគម្រោងកំណត់លើរបៀបដែលអ្នកទទួលបានឱសថទាំងនេះ ឬចំនួនដែលអ្នកអាចទទួលបាន យើងនឹងផ្ញើលិខិតទៅអ្នកជាមុនសិន។ លិខិតនឹងប្រាប់អ្នកថា តើយើងនឹងកំណត់ការធានារ៉ាប់រងលើឱសថទាំងនេះសម្រាប់អ្នក ឬប្រសិនបើអ្នកនឹងតម្រូវឱ្យទទួលបានវេជ្ជបញ្ជាសម្រាប់ឱសថទាំងនេះតែពីអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជា ឬឱសថស្ថានជាក់លាក់ប៉ុណ្ណោះ។ អ្នកនឹងមានឱកាសប្រាប់យើងខ្ញុំថា តើអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជា ឬឱសថស្ថានណាដែលអ្នកចង់ប្រើ ព្រមទាំងព័ត៌មានផ្សេងទៀតដែលអ្នកគិតថាសំខាន់សម្រាប់យើងខ្ញុំ។ បន្ទាប់ពីអ្នកមានឱកាសឆ្លើយតប ប្រសិនបើយើងសម្រេចចិត្តកំណត់ការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកសម្រាប់ឱសថទាំងនេះ យើងនឹងផ្ញើលិខិតមួយទៀតជូនអ្នកដែលបញ្ជាក់ពីដែនកំណត់។ ប្រសិនបើអ្នកគិតថាយើងធ្វើមិនបានត្រឹមត្រូវ ឬអ្នកមិនយល់ស្របនឹងសេចក្តីសម្រេចរបស់យើង ឬជាមួយនឹងដែនកំណត់ អ្នក និងអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកអាចដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍បាន។ ប្រសិនបើអ្នកដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ យើងនឹងពិនិត្យឡើងវិញនូវករណីរបស់អ្នក ហើយផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវសេចក្តីសម្រេចថ្មី។ ប្រសិនបើយើងបន្តបដិសេធផ្នែកណាមួយនៃសំណើរបស់អ្នកទាក់ទងនឹងការដាក់កម្រិតលើការប្រើរបស់អ្នកចំពោះឱសថ យើងនឹងបញ្ជូនករណីរបស់អ្នកដោយស្វ័យប្រវត្តិទៅកាន់អ្នកត្រួតពិនិត្យឯករាជ្យនៅខាងក្រៅគម្រោងរបស់យើង។ សូមមើលជំពូកទី 9 សម្រាប់ព័ត៌មានអំពីរបៀបស្នើសុំបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍។

អ្នកនឹងមិនត្រូវបានដាក់នៅក្នុង DMP របស់យើងទេ ប្រសិនបើអ្នកមានស្ថានភាពវេជ្ជសាស្ត្រជាក់លាក់ដូចជាការឈឺចាប់ដែលទាក់ទងនឹងដំងើហារិក ឬដំងើកោសិកា អ្នកកំពុងទទួលបានមន្ទីរពេទ្យថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយ ការថែទាំបំបាត់ការឈឺចាប់ ឬការថែទាំនៅចុងបញ្ចប់នៃជីវិត ឬរស់នៅក្នុងមណ្ឌលថែទាំរយៈពេលវែង។

ជំពូកទី 5: ការប្រើប្រាស់ការធានារ៉ាប់រងរបស់គម្រោងសម្រាប់ឱសថផ្នែក D

ផ្នែកទី 10.2 កម្មវិធីគ្រប់គ្រងការព្យាបាលដោយឱសថ (MTM) ដើម្បីជួយសមាជិកឱ្យគ្រប់គ្រងឱសថ

យើងមានកម្មវិធីដែលអាចជួយសមាជិករបស់យើងដែលមានតម្រូវការសុខភាពស្មុគស្មាញ។ កម្មវិធីរបស់យើងត្រូវបានគេហៅថាកម្មវិធីគ្រប់គ្រងការព្យាបាលដោយឱសថ (MTM)។ កម្មវិធីនេះគឺជាការស្ម័គ្រចិត្តនិងឥតគិតថ្លៃ។ ក្រុមឱសថការី និងវេជ្ជបណ្ឌិតបានបង្កើតកម្មវិធីសម្រាប់យើងដើម្បីជួយធ្វើឱ្យប្រាកដថាសមាជិករបស់យើងទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ច្រើនបំផុតពីឱសថដែលពួកគេប្រើ។

សមាជិកមួយចំនួនដែលមានជំងឺរ៉ាំរ៉ៃជាក់លាក់ និងប្រើឱសថដែលលើសពីចំនួនជាក់លាក់នៃការចំណាយលើឱសថ ឬស្ថិតនៅក្នុង DMP ដើម្បីជួយពួកគេប្រើប្រាស់ថ្នាំអង្ស្យអ៊ីកដោយសុវត្ថិភាព អាចទទួលបានសេវាកម្មតាមរយៈកម្មវិធី MTM។ ប្រសិនបើអ្នកមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់កម្មវិធីនេះ ឱសថការីឬអ្នកមានវិជ្ជាជីវៈផ្នែកសុខភាពផ្សេងទៀតនឹងផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវការពិនិត្យឡើងវិញយ៉ាងទូលំទូលាយនៃឱសថទាំងអស់របស់អ្នក។ ក្នុងអំឡុងពេលពិនិត្យឡើងវិញ អ្នកអាចនិយាយអំពីឱសថរបស់អ្នក ថ្លៃចំណាយរបស់អ្នក និងបញ្ហា ឬសំណួរណាមួយដែលអ្នកមានអំពីឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក និងឱសថគ្មានវេជ្ជបញ្ជា។ អ្នកនឹងទទួលបានសេចក្តីសង្ខេបជាលាយលក្ខណ៍អក្សរដែលមានបញ្ជីកិច្ចការដែលត្រូវធ្វើដែលបានណែនាំ ដែលរួមបញ្ចូលទាំងជំហានដែលអ្នកគួរអនុវត្ត ដើម្បីទទួលបានលទ្ធផលល្អបំផុតពីឱសថរបស់អ្នក។ អ្នកក៏នឹងទទួលបានបញ្ជីឱសថដែលនឹងរួមបញ្ចូលឱសថទាំងអស់ដែលអ្នកកំពុងប្រើ ចំនួនដែលអ្នកប្រើ និងពេលវេលា ព្រមទាំងមូលហេតុដែលអ្នកប្រើវា។ លើសពីនេះទៅទៀត សមាជិកនៅក្នុងកម្មវិធី MTM នឹងទទួលបានព័ត៌មានអំពីការចោលថ្នាំតាមវេជ្ជបញ្ជាដែលជាសារធាតុដែលត្រូវបានគ្រប់គ្រងដោយសុវត្ថិភាព។

វាជាកំណត់ត្រាក្នុងការនិយាយជាមួយវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកអំពីបញ្ជីកិច្ចការត្រូវធ្វើ និងបញ្ជីឱសថដែលបានណែនាំរបស់អ្នក។ យកមកជាមួយនឹងសេចក្តីសង្ខេបនេះមកជាមួយអ្នកទៅកាន់ការជួបពិនិត្យរបស់អ្នក ឬនៅពេលណាដែលអ្នកនិយាយជាមួយវេជ្ជបណ្ឌិត ឱសថការី និងអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពផ្សេងទៀតរបស់អ្នក។ រក្សាទុកបញ្ជីឱសថរបស់អ្នកឱ្យទាន់សម័យ និងនៅជាមួយអ្នក (ឧទាហរណ៍ ជាមួយលេខសម្គាល់ (ID) របស់អ្នក) ក្នុងករណីដែលអ្នកទៅមន្ទីរពេទ្យ ឬបន្ទប់សង្គ្រោះបន្ទាន់។

ប្រសិនបើយើងមានកម្មវិធីដែលសមនឹងតម្រូវការរបស់អ្នក យើងនឹងចុះឈ្មោះអ្នកនៅក្នុងកម្មវិធីដោយស្វ័យប្រវត្តិ ហើយផ្ញើព័ត៌មានជូនអ្នក។ ប្រសិនបើអ្នកសម្រេចចិត្តមិនចូលរួម ជូនដំណឹងមកយើងខ្ញុំ ហើយយើងនឹងដកអ្នកចេញពីកម្មវិធីនោះ។ សម្រាប់សំណួរអំពីកម្មវិធីនេះ ទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិកតាមរយៈលេខ 1-888-846-4262 (អ្នកប្រើ TTY ទូរសព្ទទៅលេខ 711)។

ផ្នែកទី 11 ការពន្យល់អំពីអត្ថប្រយោជន៍ផ្នែក D របស់អ្នកពន្យល់អំពីដំណាក់កាលទូទាត់ដែលអ្នកស្ថិតនៅ

គម្រោងរបស់យើងតាមដានថ្លៃចំណាយឱសថដែលមានវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក និងការបង់ប្រាក់ដែលអ្នកធ្វើនៅពេលអ្នកទទួលបានវេជ្ជបញ្ជានៅឱសថស្ថាន។ តាមវិធីនេះ យើងអាចប្រាប់អ្នកនៅពេលដែលអ្នកផ្លាស់ប្តូរពីដំណាក់កាលទូទាត់ឱសថមួយទៅដំណាក់កាលបន្ទាប់។ យើងតាមដានថ្លៃចំណាយ 2 ប្រភេទ៖

- **ថ្លៃចំណាយចេញពីហោប៉ៅ៖** នេះគឺជាចំនួនដែលអ្នកបានបង់។ នេះរួមបញ្ចូលទាំងអ្វីដែលអ្នកបានទូទាត់នៅពេលដែលអ្នកទទួលបានឱសថផ្នែក D ដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រង ការទូទាត់ប្រាក់ណាមួយសម្រាប់ឱសថរបស់អ្នកដែលធ្វើឡើងដោយក្រុមគ្រួសារ ឬមិត្តភក្តិ និងការទូទាត់ប្រាក់

ជំពូកទី 5: ការប្រើប្រាស់ការធានារ៉ាប់រងរបស់គម្រោងសម្រាប់ឱសថផ្នែក D

ណាមួយដែលធ្វើឡើងសម្រាប់ឱសថរបស់អ្នកដោយ ជំនួយបន្ថែម ពី Medicare គម្រោងសុខភាព របស់និយោជក ឬសហជីព សេវាសុខភាពជនជាតិដើមអាមេរិកាំង កម្មវិធីជំនួយឱសថសម្រាប់ ជំងឺ AIDS សប្បុរសធម៌ និងកម្មវិធីជំនួយឱសថរបស់រដ្ឋ (SPAP) ភាគច្រើន។

- **ថ្លៃចំណាយសរុបនៃឱសថ៖** នេះគឺជាចំនួនសរុបនៃការទូទាត់ទាំងអស់ដែលបានធ្វើឡើងសម្រាប់ ឱសថផ្នែក D ដែលមានការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នក។ វារួមបញ្ចូលទាំងអ្វីដែលបានទូទាត់គម្រោង របស់យើង អ្វីដែលអ្នកបានទូទាត់ និងកម្មវិធី ឬអង្គការផ្សេងទៀតដែលបានទូទាត់សម្រាប់ ឱសថផ្នែក D ដែលមានការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នក។

ប្រសិនបើអ្នកបានបើកឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាមួយ ឬច្រើនតាមរយៈគម្រោងរបស់យើងក្នុងអំឡុងខែមុន យើងនឹងផ្ញើជូនអ្នកនូវ EOB ផ្នែក D។ EOB ផ្នែក D រួមមាន៖

- **ព័ត៌មានសម្រាប់ខែនោះ៖** របាយការណ៍នេះផ្តល់ព័ត៌មានលម្អិតអំពីការបង់ប្រាក់អំពីវេជ្ជបញ្ជា ដែលអ្នកបានបំពេញក្នុងអំឡុងខែមុន។ វាបង្ហាញពីថ្លៃចំណាយសរុបនៃឱសថ អ្វីដែលគម្រោង របស់យើងបានទូទាត់ និងអ្វីដែលអ្នក និងអ្នកដទៃបានទូទាត់ជំនួសអ្នក។
- **សរុបសម្រាប់ឆ្នាំចាប់តាំងពីថ្ងៃទី 1 ខែមករា៖** នេះបង្ហាញពីថ្លៃចំណាយសរុបនៃឱសថ និងការ ទូទាត់សរុបសម្រាប់ឱសថរបស់អ្នកចាប់តាំងពីឆ្នាំចាប់ផ្តើម។
- **ព័ត៌មានអំពីតម្លៃឱសថ ៖** នេះបង្ហាញពីតម្លៃឱសថសរុប និងព័ត៌មានអំពីការផ្លាស់ប្តូរតម្លៃពីការ បើកដំបូងសម្រាប់ការទាមទារតាមវេជ្ជបញ្ជានីមួយៗនៃបរិមាណដូចគ្នា។
- **មានវេជ្ជបញ្ជាជំនួសដែលមានថ្លៃចំណាយទាប៖** នេះបង្ហាញព័ត៌មានអំពីឱសថដែលមាន ផ្សេងទៀតជាមួយនឹងការចែករំលែកថ្លៃចំណាយទាបសម្រាប់ការទាមទារឱសថមានវេជ្ជបញ្ជា នីមួយៗ ប្រសិនបើមាន។

ផ្នែកទី 11.1 ជួយយើងរក្សាព័ត៌មានរបស់យើងអំពីការទូទាត់ប្រាក់សម្រាប់ឱសថរបស់អ្នកឱ្យ ទាន់សម័យ

ដើម្បីតាមដានថ្លៃចំណាយលើឱសថរបស់អ្នក និងការទូទាត់ប្រាក់ដែលអ្នកធ្វើសម្រាប់ឱសថ យើងប្រើ កំណត់ត្រាដែលយើងទទួលបានពីឱសថស្ថាន។ នេះគឺជាវិធីដែលអ្នកអាចជួយយើងខ្ញុំរក្សាទុកព័ត៌មាន របស់អ្នកឱ្យបានត្រឹមត្រូវ និងទាន់សម័យ៖

- **បង្ហាញបណ្ណសមាជិកភាពរបស់អ្នករាល់ពេលដែលអ្នកបើកឱសថដែលមានវេជ្ជបញ្ជា៖** នេះជួយធ្វើ ឱ្យប្រាកដថាយើងដឹងអំពីវេជ្ជបញ្ជាដែលអ្នកបំពេញ និងចំនួនដែលអ្នកបង់។

ជំពូកទី 5: ការប្រើប្រាស់ការធានារ៉ាប់រងរបស់គម្រោងសម្រាប់ឱសថផ្នែក D

- **ត្រូវប្រាកដថា យើងមានព័ត៌មានដែលយើងត្រូវការ។** មានពេលខ្លះអ្នកអាចបង់ថ្លៃឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាទាំងស្រុង។ ក្នុងករណីទាំងនេះ យើងនឹងមិនទទួលបានព័ត៌មានដែលយើងត្រូវការដើម្បីតាមដានថ្លៃចំណាយចេញពីហោប៉ៅរបស់អ្នកដោយស្វ័យប្រវត្តិទេ។ ដើម្បីជួយយើងខ្ញុំក្នុងការតាមដានថ្លៃចំណាយចេញពីហោប៉ៅរបស់អ្នក សូមផ្តល់ឱ្យយើងខ្ញុំនូវច្បាប់ចម្លងនៃបង្កាន់ដៃរបស់អ្នក។ **ឧទាហរណ៍នៃពេលដែលអ្នកគួរផ្តល់ឱ្យយើងខ្ញុំនូវច្បាប់ចម្លងនៃបង្កាន់ដៃទទួលបានឱសថរបស់អ្នក៖**
 - នៅពេលអ្នកទិញឱសថដែលមានការធានារ៉ាប់រងពីឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញក្នុងតម្លៃពិសេស ឬប្រើប័ណ្ណបញ្ជូនតម្លៃដែលមិនមែនជាផ្នែកមួយនៃអត្ថប្រយោជន៍របស់គម្រោងរបស់យើង។
 - នៅពេលអ្នកបង់ការបង់ថ្លៃរួមសម្រាប់ឱសថដែលផ្តល់ជូនក្រោមកម្មវិធីជំនួយអ្នកជំងឺរបស់ក្រុមហ៊ុនផលិតឱសថ។
 - នៅពេលណាដែលអ្នកទិញឱសថដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងនៅឱសថស្ថានក្រៅបណ្តាញ ឬទូទាត់តម្លៃពេញសម្រាប់ឱសថដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងក្រោមកាលៈទេសៈពិសេស។
 - ប្រសិនបើអ្នកទទួលបានវិក្កយបត្រសម្រាប់ឱសថដែលមានការធានារ៉ាប់រង អ្នកអាចស្នើឱ្យគម្រោងរបស់យើងបង់ចំណែកនៃថ្លៃចំណាយរបស់យើង។ សម្រាប់ការណែនាំអំពីរបៀបធ្វើដូច្នេះ សូមមើលជំពូកទី 7 ផ្នែកទី 2។
- **ផ្ញើមកយើងនូវព័ត៌មានអំពីការបង់ប្រាក់ដែលអ្នកដទៃធ្វើសម្រាប់អ្នក។** ការបង់ប្រាក់ដែលធ្វើឡើងដោយអ្នកផ្សេង និងអង្គភាពមួយចំនួន ក៏រាប់បញ្ចូលជាការបង់ប្រាក់ចេញពីហោប៉ៅផ្ទាល់របស់អ្នកផងដែរ។ ឧទាហរណ៍ ការទូទាត់ដែលធ្វើឡើងដោយកម្មវិធីជំនួយឱសថសម្រាប់ជំងឺ AIDS (ADAP) សេវាសុខភាពជនជាតិដើម និងសប្បុរសធម៌រាប់បញ្ចូលទៅក្នុងថ្លៃចំណាយប្រាក់ហោប៉ៅរបស់អ្នក។ រក្សាកំណត់ត្រានៃការទូទាត់ទាំងនេះ ហើយផ្ញើមកយើងខ្ញុំ ដូច្នេះយើងអាចតាមដានថ្លៃចំណាយរបស់អ្នកបាន។
- **ពិនិត្យមើលរបាយការណ៍ជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ ដែលយើងផ្ញើជូនអ្នក។** នៅពេលអ្នកទទួលបាន EOB ផ្នែក D សូមពិនិត្យមើលវា ដើម្បីប្រាកដថាព័ត៌មានពិតជាពេញលេញ និងត្រឹមត្រូវ។ ប្រសិនបើអ្នកគិតថា មានអ្វីមួយបាត់ ឬមានសំណួរ ទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិកតាមរយៈលេខ 1-888-846-4262 (អ្នកប្រើ TTY សូមទូរសព្ទទៅលេខ 711)។ **ជំនួសឱ្យការទទួលបានក្រដាសអំពីការពន្យល់អំពីអត្ថប្រយោជន៍ផ្នែក D (EOB ផ្នែក D) តាមរយៈសំបុត្រប្រៃសណីយ៍ ឥឡូវនេះ អ្នកមានជម្រើសក្នុងការទទួលបានកំណែអេឡិចត្រូនិកនៃ EOB ផ្នែក D របស់អ្នក។** អ្នកអាចស្នើសុំក្រដាសនេះដោយចូលទៅកាន់គេហទំព័រ <https://www.express-scripts.com/>។ ប្រសិនបើអ្នកជ្រើសរើសចូលរួម អ្នកនឹងទទួលបានអ៊ីមែលនៅពេលដែល eEOB ផ្នែក D របស់អ្នករួចរាល់ដើម្បីមើល បោះពុម្ព ឬទាញយក។ EOB ផ្នែក D អេឡិចត្រូនិកក៏ត្រូវបានគេហៅផងដែរថា EOB ផ្នែក D ដែលមិនប្រើក្រដាសស្នាមផងដែរ។ EOB ផ្នែក D ឥតមានក្រដាសគឺជាច្បាប់ចម្លង (រូបភាព) ពិតប្រាកដនៃ EOB ផ្នែក D ដែលបានបោះពុម្ព។ ត្រូវប្រាកដថារក្សាទុករបាយការណ៍ទាំងនេះ។

ជំពូកទី 6: ចំនួនដែលអ្នកបង់សម្រាប់ឱសថផ្ទៃក្នុង D

ជំពូកទី 6:

ចំនួនដែលអ្នកបង់សម្រាប់ឱសថផ្ទៃក្នុង D

អ្នកមិនត្រូវបង់ថ្លៃអ្វីសម្រាប់ឱសថផ្ទៃក្នុង D ដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយគម្រោងរបស់យើងទេ។

ជំពូកទី 7:

ការស្នើសុំឱ្យយើងបង់វិក្កយបត្រប្រាក់សម្រាប់សេវាវេជ្ជសាស្ត្រ ឬឱសថដែលមានការធានារ៉ាប់រង

ផ្នែកទី 1 ស្ថានភាពនៅពេលអ្នកគួរស្នើឱ្យយើងខ្ចប់បង់ចំណែករបស់យើងសម្រាប់ឱសថ ឬសេវាកម្មដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រង

អ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញនៃគម្រោងរបស់យើងចេញវិក្កយបត្រដោយផ្ទាល់សម្រាប់ឱសថ និងសេវាកម្មដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នក – អ្នកមិនគួរទទួលបានវិក្កយបត្រសម្រាប់ឱសថ ឬសេវាកម្មដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងនោះទេ។ ប្រសិនបើអ្នកទទួលបានវិក្កយបត្រសម្រាប់ការថែទាំសុខភាព ឬឱសថដែលអ្នកបានទទួល សូមផ្ញើវិក្កយបត្រនេះមកយើងខ្ញុំ ដើម្បីយើងអាចទូទាត់វិក្កយបត្រនេះជូន។ នៅពេលអ្នកផ្ញើវិក្កយបត្រមកយើងខ្ញុំ នោះយើងនឹងពិនិត្យមើលវិក្កយបត្រ ហើយសម្រេចថា តើសេវាកម្ម និងឱសថគួរតែត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដែរឬទេ។ ប្រសិនបើយើងសម្រេចថា ពួកវាគួរតែត្រូវបានធានារ៉ាប់រង យើងនឹងបង់ប្រាក់ឱ្យអ្នកផ្តល់សេវាដោយផ្ទាល់។

ប្រសិនបើអ្នកបានបង់ប្រាក់រួចហើយសម្រាប់សេវាកម្ម ឬទំនិញ Medicare ដែលបានធានារ៉ាប់រងដោយគម្រោងរបស់យើង អ្នកអាចស្នើឱ្យគម្រោងរបស់យើងបង់ប្រាក់ឱ្យអ្នកវិញ (ការបង់ប្រាក់ឱ្យអ្នកវិញជាញឹកញាប់ត្រូវបានគេហៅថា **ការសង**អ្នកវិញ)។ វាជាសិទ្ធិរបស់អ្នកក្នុងការទទួលបានប្រាក់សំណងពីគម្រោងរបស់យើងរាល់ពេលដែលអ្នកបានបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាកម្មវេជ្ជសាស្ត្រ ឬឱសថដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយគម្រោងរបស់យើង។ វាអាចមានកាលបរិច្ឆេទកំណត់ដែលអ្នកត្រូវតែបំពេញតាម ដើម្បីទទួលបានប្រាក់សងវិញ។ សូមមើលផ្នែកទី 2 នៃជំពូកនេះ។ នៅពេលអ្នកផ្ញើមកយើងនូវវិក្កយបត្រដែលអ្នកបានបង់រួចហើយ នោះយើងនឹងពិនិត្យមើលវិក្កយបត្រ ហើយសម្រេចថា តើសេវាកម្ម ឬឱសថគួរតែត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដែរឬទេ។ ប្រសិនបើយើងសម្រេចថា ពួកវាគួរតែត្រូវបានធានារ៉ាប់រង យើងនឹងបង់ប្រាក់ឱ្យអ្នកវិញសម្រាប់សេវាកម្ម ឬឱសថនោះ។

វាក៏អាចមានពេលខ្លះដែលអ្នកទទួលបានវិក្កយបត្រពីអ្នកផ្តល់សេវាសម្រាប់ថ្លៃចំណាយពេញសម្រាប់ការថែទាំសុខភាពដែលអ្នកបានទទួល ឬលើសពីចំណែកនៃការចែករំលែកថ្លៃចំណាយរបស់អ្នកផងដែរ។ ជាដំបូង សូមព្យាយាមដោះស្រាយវិក្កយបត្រជាមួយអ្នកផ្តល់សេវាជាមុនសិន។ ប្រសិនបើវាមិនដំណើរការ សូមផ្ញើវិក្កយបត្រមកយើងខ្ញុំជំនួសឱ្យការទូទាត់វិញ។ យើងនឹងពិនិត្យមើលវិក្កយបត្រ ហើយសម្រេចថា តើសេវាកម្មគួរតែត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដែរឬទេ។ ប្រសិនបើយើងសម្រេចថា ពួកវាគួរតែត្រូវបានធានារ៉ាប់រង យើងនឹងបង់ប្រាក់ឱ្យអ្នកផ្តល់សេវាដោយផ្ទាល់។ ប្រសិនបើយើងសម្រេចចិត្តមិនបង់ប្រាក់ឱ្យវិក្កយបត្រនោះ យើងនឹងជូនដំណឹងដល់អ្នកផ្តល់សេវា។ អ្នកមិនគួរបង់ថ្លៃលើសពីការចែករំលែកថ្លៃចំណាយដែលបានអនុញ្ញាតដោយគម្រោងនោះទេ។ ប្រសិនបើអ្នកផ្តល់សេវានេះត្រូវបានចុះកិច្ចសន្យា អ្នកនៅតែមានសិទ្ធិទទួលបានការព្យាបាល។

ជំពូកទី 7: ការស្នើសុំឱ្យយើងបង់វិក្កយបត្រប្រាក់សម្រាប់សេវាវេជ្ជសាស្ត្រ ឬឱសថដែលមានការធានារ៉ាប់រង

ឧទាហរណ៍នៃស្ថានភាពដែលអ្នកអាចនឹងត្រូវស្នើឱ្យគម្រោងរបស់យើងបង់ប្រាក់ឱ្យអ្នកវិញ ឬបង់ថ្លៃ វិក្កយបត្រដែលអ្នកបានទទួល៖

1. នៅពេលអ្នកស្ថិតក្នុងភាពអាសន្ន ឬការថែទាំសុខភាពដែលត្រូវការជាបន្ទាន់ពីអ្នកផ្តល់សេវាដែលមិនស្ថិតនៅក្នុងបណ្តាញរបស់គម្រោងយើង

- អ្នកអាចទទួលបានសេវាកម្មក្នុងភាពអាសន្ន ឬសេវាកម្មដែលត្រូវការជាបន្ទាន់ពីអ្នកផ្តល់សេវាណាមួយ មិនថាអ្នកផ្តល់សេវានេះជាផ្នែកមួយនៃបណ្តាញរបស់យើងក៏ដោយ។ ក្នុងករណីទាំងនេះ សូមស្នើសុំអ្នកផ្តល់សេវាឱ្យចេញវិក្កយបត្រទៅគម្រោងរបស់យើង។
- ប្រសិនបើអ្នកបង់ប្រាក់ទាំងស្រុងដោយខ្លួនឯងនៅពេលអ្នកទទួលបានការថែទាំ សូមស្នើឱ្យយើងសងប្រាក់ឱ្យអ្នកវិញ។ ផ្ញើវិក្កយបត្រមកយើងខ្ញុំ ដែលអមជាមួយនឹងឯកសារនៃការទូទាត់ណាមួយដែលអ្នកបានធ្វើឡើង។
- អ្នកអាចនឹងទទួលបានវិក្កយបត្រពីអ្នកផ្តល់សេវាដែលបានស្នើសុំឱ្យមានការបង់ប្រាក់ដែលអ្នកគិតថា អ្នកមិនបានជំពាក់នោះទេ។ ផ្ញើវិក្កយបត្រនេះមកយើងខ្ញុំ ដែលអមជាមួយនឹងឯកសារនៃការទូទាត់ណាមួយដែលអ្នកបានធ្វើឡើង។
 - ប្រសិនបើអ្នកផ្តល់សេវាត្រូវបានជំពាក់អ្វីមួយនោះ យើងនឹងបង់ប្រាក់ឱ្យអ្នកផ្តល់សេវាដោយផ្ទាល់។
 - ប្រសិនបើអ្នកបានបង់ប្រាក់រួចហើយសម្រាប់សេវាកម្ម យើងនឹងសងប្រាក់ឱ្យអ្នកវិញ។

2. នៅពេលអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញធ្វើជូនអ្នកនូវវិក្កយបត្រដែលអ្នកគិតថាអ្នកមិនគួរបង់ប្រាក់

អ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញគួរតែចេញវិក្កយបត្រទៅគម្រោងរបស់យើងដោយផ្ទាល់ជានិច្ច។ ប៉ុន្តែ ពេលខ្លះពួកគេចេញវិក្កយបត្រខុស ហើយសុំឱ្យអ្នកបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាកម្មរបស់អ្នក។

- រាល់ពេលដែលអ្នកទទួលបានវិក្កយបត្រពីអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ ផ្ញើវិក្កយបត្រនោះមកយើងខ្ញុំវិញ។ យើងនឹងទាក់ទងអ្នកផ្តល់សេវាដោយផ្ទាល់ ហើយដោះស្រាយបញ្ហាវិក្កយបត្រនោះ។
- ប្រសិនបើអ្នកបានបង់វិក្កយបត្ររួចហើយទៅអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ សូមផ្ញើវិក្កយបត្រមកយើងខ្ញុំដែលអមជាមួយនឹងឯកសារនៃការទូទាត់ណាមួយដែលអ្នកបានធ្វើឡើង។ ស្នើសុំឱ្យយើងសងប្រាក់ឱ្យអ្នកវិញសម្រាប់សេវាកម្មដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នក។

3. ប្រសិនបើអ្នកបានចុះឈ្មោះឡើងវិញនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើង

ពេលខ្លះ ការចុះឈ្មោះរបស់បុគ្គលម្នាក់នៅក្នុងគម្រោងរបស់យើងគឺមានចាប់ពីកាលបរិច្ឆេទចាប់ផ្តើម។ (នេះមានន័យថាថ្ងៃដំបូងនៃការចុះឈ្មោះរបស់ពួកគេបានកន្លងផុតទៅហើយ។ កាលបរិច្ឆេទចុះឈ្មោះប្រហែលជាបានកើតឡើងកាលពីឆ្នាំមុន។)

ប្រសិនបើអ្នកបានចុះឈ្មោះពីកាលបរិច្ឆេទចាប់ផ្តើមក្នុងគម្រោងរបស់យើង ហើយអ្នកបានបង់ប្រាក់ចេញពីហោប៉ៅសម្រាប់ឱសថ ឬសេវាកម្មដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងណាមួយរបស់អ្នក បន្ទាប់ពីកាលបរិច្ឆេទចុះឈ្មោះរបស់អ្នក នោះអ្នកអាចស្នើសុំយើងខ្ញុំឱ្យសងប្រាក់អ្នកវិញសម្រាប់ អ្នកត្រូវដាក់បញ្ចូលឯកសារដូចជាបង្កាន់ដៃ និងវិក្កយបត្រមកយើងខ្ញុំដើម្បីដោះស្រាយការសងប្រាក់វិញនេះ។

ជំពូកទី 7: ការស្នើសុំឱ្យយើងបង់វិក្កយបត្រប្រាក់សម្រាប់សេវាវេជ្ជសាស្ត្រ ឬឱសថដែលមានការធានារ៉ាប់រង

4. នៅពេលអ្នកប្រើឱសថស្ថានក្រៅបណ្តាញដើម្បីបើកឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជា

ប្រសិនបើអ្នកទៅឱសថស្ថានក្រៅបណ្តាញ ឱសថស្ថាននោះមិនអាចបញ្ជូនការទាមទារសំណងដោយផ្ទាល់មកយើងបានទេ។ នៅពេលដែលវាកើតឡើង អ្នកត្រូវតែបង់ថ្លៃពេញលេញនៃវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក។

រក្សាទុកបង្កាន់ដៃរបស់អ្នក ហើយធ្វើច្បាប់ចម្លងមកយើងខ្ញុំនៅពេលអ្នកស្នើឱ្យយើងខ្ញុំទូទាត់ប្រាក់ឱ្យអ្នកវិញ។ សូមចងចាំថា យើងធានារ៉ាប់រងតែលើទំនិញនៅឱសថស្ថានក្រៅបណ្តាញប៉ុណ្ណោះក្នុងកាលៈទេសៈមានកំណត់។ សូមចូលមើល ជំពូកទី 5 ផ្នែកទី 2.4 ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពីកាលៈទេសៈទាំងនេះ។ យើងមិនអាចបង់ប្រាក់ឱ្យអ្នកវិញនូវចំនួនខុសគ្នារវាងចំនួនដែលអ្នកបានបង់សម្រាប់ឱសថនៅឱសថស្ថានក្រៅបណ្តាញ និងចំនួនទឹកប្រាក់ដែលយើងនឹងបង់នៅឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញនោះទេ។

5. នៅពេលអ្នកបង់ថ្លៃពេញសម្រាប់វេជ្ជបញ្ជា ពីព្រោះអ្នកមិនមានបណ្ណសមាជិកភាពរបស់គម្រោងយើងមកជាមួយអ្នកទេ

ប្រសិនបើអ្នកមិនមានបណ្ណសមាជិកភាពរបស់គម្រោងយើងមកជាមួយអ្នកទេ អ្នកអាចស្នើសុំឱ្យឱសថស្ថានទូរសព្ទមកគម្រោងរបស់យើង ឬស្វែងរកព័ត៌មានអំពីការចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងរបស់យើង។ ប្រសិនបើឱសថស្ថានមិនអាចទទួលបានព័ត៌មានចុះឈ្មោះដែលពួកគេត្រូវការភ្លាមៗទេ អ្នកអាចនឹងត្រូវបង់ថ្លៃចំណាយពេញសម្រាប់វេជ្ជបញ្ជាដោយខ្លួនឯង។

រក្សាទុកបង្កាន់ដៃរបស់អ្នក ហើយធ្វើច្បាប់ចម្លងមកយើងខ្ញុំនៅពេលអ្នកស្នើឱ្យយើងខ្ញុំទូទាត់ប្រាក់ឱ្យអ្នកវិញ។ យើងមិនអាចបង់ប្រាក់ឱ្យអ្នកវិញនូវតម្លៃពេញដែលអ្នកបានបង់នោះទេ ប្រសិនបើតម្លៃសាច់ប្រាក់ដែលអ្នកបានបង់គឺខ្ពស់ជាងតម្លៃដែលបានចរចាគ្នារបស់យើងសម្រាប់វេជ្ជបញ្ជានោះ។

6. នៅពេលអ្នកបង់ថ្លៃពេញសម្រាប់វេជ្ជបញ្ជាក្នុងស្ថានភាពផ្សេងទៀត

អ្នកអាចនឹងបង់ថ្លៃពេញសម្រាប់វេជ្ជបញ្ជា ពីព្រោះអ្នកយល់ឃើញថាឱសថមិនត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយហេតុផលណាមួយ។

- ឧទាហរណ៍ ឱសថនេះប្រហែលជាមិនមាននៅក្នុងបញ្ជីឱសថរបស់គម្រោងយើងទេ ឬវាអាចមានលក្ខខណ្ឌតម្រូវ ឬការដាក់កម្រិតចំពោះអ្នកមិនដឹង ឬមិនគិតថាគួរតែអនុវត្តចំពោះអ្នក។ ប្រសិនបើអ្នកសម្រេចចិត្តទទួលបានឱសថភ្លាមៗ អ្នកអាចនឹងត្រូវបង់ថ្លៃពេញសម្រាប់ឱសថនោះ។
- រក្សាទុកបង្កាន់ដៃរបស់អ្នក ហើយធ្វើច្បាប់ចម្លងមកយើងខ្ញុំនៅពេលអ្នកស្នើឱ្យយើងខ្ញុំទូទាត់ប្រាក់ឱ្យអ្នកវិញ។ ក្នុងស្ថានភាពខ្លះ យើងអាចនឹងត្រូវការព័ត៌មានបន្ថែមពីវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកដើម្បីទូទាត់ប្រាក់ឱ្យអ្នកវិញសម្រាប់ឱសថ។ យើងមិនអាចបង់ប្រាក់ឱ្យអ្នកវិញនូវតម្លៃពេញដែលអ្នកបានបង់នោះទេ ប្រសិនបើតម្លៃសាច់ប្រាក់ដែលអ្នកបានបង់គឺខ្ពស់ជាងតម្លៃដែលបានចរចាគ្នារបស់យើងសម្រាប់វេជ្ជបញ្ជានោះ។

ជំពូកទី 7: ការស្នើសុំឱ្យយើងបង់វិក្កយបត្រប្រាក់សម្រាប់សេវាវេជ្ជសាស្ត្រ ឬឱសថដែលមានការធានារ៉ាប់រង

7. ប្រសិនបើអ្នកបានចុះឈ្មោះពីកាលបរិច្ឆេទចាប់ផ្តើមក្នុងគម្រោងរបស់យើង ដោយសារតែអ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានកម្មវិធី Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid)។

Medicaid គឺជាកម្មវិធីរបស់រដ្ឋាភិបាលសហព័ន្ធ និងរដ្ឋរួមគ្នាដែលជួយដល់ថ្លៃចំណាយផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ សម្រាប់មនុស្សមួយចំនួនដែលមានប្រាក់ចំណូល និងធនធានមានកម្រិត។ មនុស្សមួយចំនួនដែលមាន Medicaid ត្រូវបានចុះឈ្មោះដោយស្វ័យប្រវត្តិនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើង ដើម្បីទទួលបានការធានារ៉ាប់រងលើឱសថដែលមានវេជ្ជបញ្ជារបស់ពួកគេ។ ពេលខ្លះ ការចុះឈ្មោះរបស់បុគ្គលម្នាក់នៅក្នុងគម្រោងគឺមានចាប់ពីកាលបរិច្ឆេទចាប់ផ្តើម (ពីកាលបរិច្ឆេទចាប់ផ្តើមមានន័យថាថ្ងៃដំបូងនៃការចុះឈ្មោះរបស់ពួកគេបានកន្លងផុតទៅហើយ។ កាលបរិច្ឆេទចុះឈ្មោះប្រហែលជាបានកើតឡើងកាលពីឆ្នាំមុន។)

ប្រសិនបើអ្នកបានចុះឈ្មោះពីកាលបរិច្ឆេទចាប់ផ្តើមក្នុងគម្រោងរបស់យើង ហើយអ្នកបានបង់ប្រាក់ចេញពីហោប៉ៅសម្រាប់ឱសថណាមួយរបស់អ្នក បន្ទាប់ពីកាលបរិច្ឆេទចុះឈ្មោះរបស់អ្នក នោះអ្នកអាចស្នើសុំយើងខ្ញុំឱ្យសងប្រាក់អ្នកវិញសម្រាប់ថ្លៃចំណាយ។ អ្នកនឹងត្រូវដាក់បញ្ចូលឯកសារដូចជាបង្កាន់ដៃ និងវិក្កយបត្រមកយើងខ្ញុំដើម្បីដោះស្រាយការសងប្រាក់វិញនេះ។

- សូមផ្ញើច្បាប់ចម្លងអំពីបង្កាន់ដៃរបស់អ្នកមកយើងខ្ញុំ នៅពេលអ្នកស្នើសុំឱ្យយើងខ្ញុំសងប្រាក់ឱ្យអ្នកវិញ។
- អ្នកគួរតែស្នើសុំការទូទាត់សម្រាប់ការចំណាយចេញពីហោប៉ៅរបស់អ្នក (មិនមែនសម្រាប់ការចំណាយណាមួយដែលបានបង់សម្រាប់ការធានារ៉ាប់រងផ្សេងទៀតទេ)។
 - គម្រោងអាចនឹងមិនបង់ប្រាក់សម្រាប់ឱសថដែលមិនស្ថិតនៅក្នុងបញ្ជីឱសថរបស់យើងទេ។ ឧទាហរណ៍ទាំងអស់ខាងលើគឺជាប្រភេទនៃសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង។ វាមានន័យថា ប្រសិនបើយើងបដិសេធសំណើរបស់អ្នកសម្រាប់ការទូទាត់ អ្នកអាចដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ចំពោះសេចក្តីសម្រេចរបស់យើងបាន។ ជំពូកទី 9 នៃឯកសារនេះមានព័ត៌មានអំពីរបៀបដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍។

នៅពេលអ្នកផ្ញើមកយើងខ្ញុំនូវសំណើសម្រាប់ការទូទាត់ យើងនឹងពិនិត្យឡើងវិញនូវសំណើរបស់អ្នក ហើយសម្រេចថាតើសេវាកម្ម ឬឱសថគួរតែត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដែរឬទេ។ នេះហៅថាការធ្វើសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង។ ប្រសិនបើយើងសម្រេចថាវាគួរតែត្រូវបានធានារ៉ាប់រង យើងនឹងទូទាត់ប្រាក់សម្រាប់សេវាកម្ម ឬឱសថនោះ។ បើសិនយើងបដិសេធសំណើសុំបង់ប្រាក់របស់អ្នក នោះអ្នកអាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍លើសេចក្តីសម្រេចរបស់យើង។ ជំពូកទី 9 មានព័ត៌មានអំពីរបៀបដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍។

ជំពូកទី 7: ការស្នើសុំឱ្យយើងបង់វិក្កយបត្រប្រាក់សម្រាប់សេវាវេជ្ជសាស្ត្រ ឬឱសថដែលមានការធានារ៉ាប់រង

ផ្នែកទី 2 របៀបស្នើសុំឱ្យយើងខ្ចីសងប្រាក់អ្នកវិញ ឬបង់វិក្កយបត្រដែលអ្នកបានទទួល

អ្នកអាចស្នើសុំឱ្យយើងខ្ចីទូទាត់ប្រាក់ឱ្យអ្នកវិញដោយផ្ញើឱ្យយើងខ្ចីនូវសំណើជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ។ ប្រសិនបើអ្នកផ្ញើសំណើជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ សូមផ្ញើវិក្កយបត្រ និងឯកសារអំពីការទូទាត់ណាមួយដែលអ្នកបានធ្វើឡើង។ វាជាកំណត់ត្រាក្នុងការថតចម្លងវិក្កយបត្រ និង បង្កាន់ដៃបង់ប្រាក់របស់អ្នកសម្រាប់កំណត់ត្រារបស់អ្នក។ **អ្នកត្រូវតែដាក់ពាក្យបណ្តឹងទាមទារសំណងរបស់អ្នកមកយើងខ្ចីក្នុងរយៈពេល 365 ថ្ងៃ (សម្រាប់ការទាមទារសំណងផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ) និងក្នុងរយៈពេលបីឆ្នាំ (សម្រាប់ការទាមទារសំណងឱសថ)** គិតចាប់ពីថ្ងៃដែលអ្នកបានទទួលសេវាកម្ម ទំនិញ ឬឱសថ។

ដើម្បីប្រាកដថាអ្នកកំពុងផ្តល់ឱ្យយើងខ្ចីនូវរាល់ព័ត៌មានទាំងអស់ដែលយើងត្រូវការដើម្បីធ្វើការសម្រេចចិត្ត អ្នកអាចបំពេញសំណុំបែបបទនៃការទាមទារសំណងរបស់យើងដើម្បីធ្វើការស្នើសុំការទូទាត់របស់អ្នក។

- អ្នកមិនចាំបាច់ប្រើសំណុំបែបបទនោះទេ ប៉ុន្តែវានឹងជួយយើងខ្ចីដំណើរការព័ត៌មានកាន់តែលឿនជាងមុន។ សម្រាប់សំណងចំពោះសមាជិក យើងមានទម្រង់បែបបទទាមទារសំណងដែលអាចរកបានតាមរយៈផេកស៊ុលគេហទំព័រ។ ខណៈពេលដែលយើងសូមណែនាំយ៉ាងមុតមាំថា សមាជិករបស់យើងប្រើទម្រង់បែបបទនោះ ដើម្បីធានាថា រាល់ឯកសារទាំងអស់ត្រូវបានដាក់បញ្ជូនទៅ វាមិនចាំបាច់ទេ។ ពួកគេក៏អាចបញ្ជូនច្បាប់ចម្លងអំពីវិក្កយបត្រដោយមិនចាំបាច់ប្រើទម្រង់បែបបទនេះផងដែរ។ ទាំងវិធីដែលពួកគេគួរតែរួមបញ្ចូលព័ត៌មានរបស់អ្នកផ្តល់សេវាកាលបរិច្ឆេទទទួលសេវាកម្ម កូដបច្ចេកសព្ទនីតិវិធីបច្ចុប្បន្ន (CPT) នៅពេលដែលពាក់ព័ន្ធ កូដឬការពិពណ៌នាអំពីរោគវិនិច្ឆ័យ និងចំនួនទឹកប្រាក់ក្នុងវិក្កយបត្រអមជាមួយនឹងកំណត់ត្រាវេជ្ជសាស្ត្រណាមួយដែលមានសម្រាប់ពួកគេ ហើយប្រសិនបើចាំបាច់ ការពិពណ៌នាសង្ខេបអំពីមូលហេតុដែលពួកគេត្រូវការការថែទាំ។ សមាជិកគួរតែដាក់បញ្ជូនភស្តុតាងនៃការទូទាត់ក្នុងពេលតែមួយផងដែរ ដែលពួកគេដាក់ពាក្យបណ្តឹងទាមទារសំណងនោះ។ ភស្តុតាងនៃការទូទាត់ដែលមានសុពលភាពគឺជារបាយការណ៍ធនាគារ ឬកាតកណ្តាទាន ឬច្បាប់ចម្លងអំពីមូលប្បទានបត្រដែលបានលុបចោល។
- ទាញយកច្បាប់ចម្លងនៃទម្រង់បែបបទពិគេហទំព័ររបស់យើង (go.wellcare.com/OhanaHI) ឬទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិកតាមរយៈលេខ 1-888-846-4262 (អ្នកប្រើ TTY ទូរសព្ទទៅលេខ 711) ហើយស្នើសុំទម្រង់បែបបទនេះ។

សម្រាប់សេវាកម្មផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ សូមផ្ញើសំណើរបស់អ្នកសម្រាប់ការទូទាត់រួមជាមួយនឹងវិក្កយបត្រ ឬបង្កាន់ដៃមកយើងខ្ចីតាមអាសយដ្ឋាននេះ៖

អាសយដ្ឋានស្នើសុំការទូទាត់
Wellcare
Medical Reimbursement Department
PO Box 31370
Tampa, FL 33631-3370

ជំពូកទី 7: ការស្នើសុំឱ្យយើងបង់វិក្កយបត្រប្រាក់សម្រាប់សេវាវេជ្ជសាស្ត្រ ឬឱសថដែលមានការធានារ៉ាប់រង

សម្រាប់ឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាផ្នែក D សូមផ្ញើសំណើរបស់អ្នកសម្រាប់ការទូទាត់រួមជាមួយនឹងវិក្កយបត្រ ឬបង្កាន់ដៃមកយើងខ្ញុំតាមអាសយដ្ឋាននេះ៖

អាសយដ្ឋានស្នើសុំការទូទាត់ផ្នែក D

Wellcare Medicare Part D Claims

Attn: Member Reimbursement Department

P.O. Box 31577

Tampa, FL 33631-3577

ផ្នែកទី 3 យើងនឹងពិចារណាលើសំណើរបស់អ្នកសម្រាប់ការទូទាត់ ហើយឆ្លើយថា យល់ព្រម ឬអត់

នៅពេលដែលយើងទទួលបានសំណើសុំការទូទាត់របស់អ្នក យើងនឹងអនុញ្ញាតឱ្យអ្នកដឹងថា តើយើងត្រូវការព័ត៌មានបន្ថែមពីអ្នកដែរឬទេ។ បើមិនដូច្នោះទេ យើងនឹងពិចារណាលើសំណើរបស់អ្នក ហើយធ្វើសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង។

- ប្រសិនបើយើងសម្រេចថា ការថែទាំផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ ឬឱសថត្រូវបានធានារ៉ាប់រង ហើយអ្នកបានអនុវត្តតាមវិធានទាំងអស់ យើងនឹងសងប្រាក់សម្រាប់សេវាកម្ម ឬឱសថនោះ។ ប្រសិនបើអ្នកបានបង់ប្រាក់រួចហើយសម្រាប់សេវាកម្ម ឬឱសថ យើងនឹងផ្ញើសំណងរបស់អ្នកទៅឱ្យអ្នក។ ប្រសិនបើអ្នកបានបង់ថ្លៃឱសថទាំងស្រុង អ្នកប្រហែលជានឹងមិនទទួលបានសំណងវិញនូវចំនួនទឹកប្រាក់ទាំងស្រុងដែលអ្នកបានបង់នោះទេ (ឧទាហរណ៍ ប្រសិនបើអ្នកបានទទួលឱសថនៅឱសថស្ថានក្រៅបណ្តាញ ឬប្រសិនបើតម្លៃជាសាច់ប្រាក់ដែលអ្នកបានបង់សម្រាប់ឱសថខ្ពស់ជាងតម្លៃដែលបានចរចារបស់យើង)។ ប្រសិនបើអ្នកមិនទាន់បានបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាកម្ម ឬឱសថនៅឡើយទេ យើងនឹងធ្វើការទូទាត់ដោយផ្ទាល់ទៅអ្នកផ្តល់សេវា។
- ប្រសិនបើយើងសម្រេចថាការថែទាំផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ ឬឱសថ មិន ត្រូវបានធានារ៉ាប់រង ឬអ្នក មិនបានអនុវត្តតាមវិធានទាំងអស់ទេនោះ យើងនឹងមិនសងប្រាក់សម្រាប់ការថែទាំ ឬឱសថនោះទេ។ យើងនឹងផ្ញើលិខិតទៅអ្នកដែលពន្យល់ថា តើមូលហេតុអ្វីដែលយើងមិនធ្វើការទូទាត់ប្រាក់ និងសិទ្ធិរបស់អ្នកក្នុងការដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ចំពោះការសម្រេចចិត្តនោះ។

ផ្នែកទី 3.1 ប្រសិនបើយើងប្រាប់អ្នកថា យើងនឹងមិនបង់ថ្លៃសម្រាប់ការថែទាំផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ ឬឱសថទេ អ្នកអាចដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍បាន

ប្រសិនបើអ្នកគិតថាយើងមានកំហុសក្នុងការបដិសេធសំណើរបស់អ្នកចំពោះការទូទាត់ប្រាក់ ឬចំនួនទឹកប្រាក់ដែលយើងកំពុងទូទាត់ អ្នកអាចដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍បាន។ ប្រសិនបើអ្នកដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ វាមានន័យថាអ្នកកំពុងស្នើសុំឱ្យយើងខ្ញុំផ្លាស់ប្តូរការសម្រេចចិត្តដែលយើងបានធ្វើនៅពេលយើងបដិសេធសំណើរបស់អ្នកសម្រាប់ការទូទាត់ប្រាក់។ ដំណើរការដាក់ពាក្យបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ គឺជាដំណើរការផ្លូវការមួយដោយមាននីតិវិធីលម្អិត និងកាលកំណត់ពេលវេលាសំខាន់ៗ។ សម្រាប់ព័ត៌មានលម្អិតអំពីរបៀបដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍នេះ សូមមើលជំពូកទី 9។

ជំពូកទី 8: សិទ្ធិ និងទំនួលខុសត្រូវរបស់អ្នក**ជំពូកទី 8:****សិទ្ធិ និងទំនួលខុសត្រូវរបស់អ្នក****ផ្នែកទី 1 គម្រោងរបស់យើងត្រូវតែគោរពសិទ្ធិ និងការយល់ដឹងអំពីវប្បធម៌របស់អ្នក****Section 1.1 We must provide information in a way that works for you and consistent with your cultural sensitivities (in languages other than English, audio, braille, large print, or other alternate formats, etc.)**

Our plan is required to ensure that all services, both clinical and non-clinical, are provided in a culturally competent manner and are accessible to all enrollees, including those with limited English proficiency, limited reading skills, hearing incapacity, or those with diverse cultural and ethnic backgrounds. Examples of how our plan can meet these accessibility requirements include but aren't limited to, provision of translator services, interpreter services, teletypewriters, or TTY (text telephone or teletypewriter phone) connection.

Our plan has free interpreter services available to answer questions from non-English speaking members. We can also give you materials in languages other than English including Chinese, Korean, Hmong, Tagalog, Laotian, Cambodian/Khmer, Vietnamese, Hawaiian, Japanese, Karen, Samoan, Thai, Turkish, Uzbek, Ilocano, Burmese and audio, in braille, in large print, or other alternate formats at no cost if you need it. We're required to give you information about our plan's benefits in a format that's accessible and appropriate for you. To get information from us in a way that works for you, call Member Services at 1-888-846-4262 (TTY users call 711).

Our plan is required to give female enrollees the option of direct access to a women's health specialist within the network for women's routine and preventive health care services.

If providers in our plan's network for a specialty aren't available, it's our plan's responsibility to locate specialty providers outside the network who will provide you with the necessary care. In this case, you'll only pay in-network cost sharing. If you find yourself in a situation where there are no specialists in our plan's network that cover a service you need, call our plan for information on where to go to get this service at in-network cost sharing.

ជំពូកទី 8: សិទ្ធិ និងទំនួលខុសត្រូវរបស់អ្នក

If you have any trouble getting information from our plan in a format that's accessible and appropriate for you, seeing a women's health specialist or finding a network specialist, call to file a grievance with Member Services. You can also file a complaint with Medicare by calling 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) or directly with the Office for Civil Rights 1-800-368-1019 or TTY 1-800-537-7697.

第 1.1 節 我們必須以適合於您，而且符合您文化敏銳度的方式提供資訊 (用英語以外的其他語言、以語音、布萊葉盲文、大字印刷或其他替代格式等)

我們的計劃必須確保所有臨床和非臨床服務均以文化適合的方式提供，並且所有投保人皆能取得，包括英語能力有限、閱讀能力有限、聽力不全，或具有不同文化和種族背景的人士。我們的計劃符合這些協助工具要求的範例包括但不限於：提供翻譯服務、口譯服務、電傳打字機或 TTY (文字電話或電傳打字機電話) 連線。

本項計劃有免費譯員服務，可回答不會講英文的會員提出的問題。如果您需要，我們也可以為用英語以外的其他語言，包括 中文、韓文、苗文、塔加洛文、柬埔寨文/高棉文、越南文、夏威夷文、日文、薩摩亞文、泰文、伊洛果文、緬甸文、土耳其文、烏茲別克文 及 語音、布萊葉盲文、大字印刷或其他替代格式向您免費提供的材料。我們需要以可得取和適合您的格式向您提供有關計劃福利的資訊。若要以適合您的方式向我們取得資訊，請致電會員服務部 1-888-846-4262 (TTY 使用者請致電 711)。

我們的計劃均需讓女性投保人可以選擇直接與網絡內的女性專科醫生聯絡，以取得女性例行性和預防性健康照護服務。

如果我們計劃網絡內的專科醫生無法提供服務，我們的計劃有責任在網絡外尋找能提供您必要照護的專科醫生。在這種情況下，您只需支付網絡內分攤費用。如果您發現我們計劃的網絡中沒有您所需承保服務的專科醫生，請致電我們的計劃，瞭解如何透過網絡內分攤費用獲得此服務。

如果您無法從我們的計劃獲取可取得且適合您使用的格式之資訊，以接觸女性專科醫生或找到網絡內專科醫生，請致電會員服務部提出申訴。您也可以致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 向 Medicare 提出投訴，或直接致電 Office for Civil Rights，電話是 1 800 368-1019 或 TTY 1-800-537-7697。

섹션 1.1 당사는 귀하에게 유용하고 귀하의 문화적 민감성에 맞는 방식으로 정보를 제공해야 합니다 (영어 외의 언어, 오디오, 점자, 대형 인쇄본 또는 기타 대체 형식 등).

귀하의 플랜은 모든 임상 및 비임상 서비스가 문화적으로 적합한 방식으로 제공되고, 영어 사용과 읽기 능력이 제한된 사람들, 청각 장애인 또는 다양한 문화 및 민족적 배경을 가진 모든 가입자들이 접근할 수 있도록 보장해야 합니다. 당사 플랜이 이러한 접근성 요구 사항을 충족할 수 있는 방법의 예로는 번역 및 통역 서비스 제공 전신타자기 또는 TTY(문자 전화 또는 전신타자기 전화) 연결을 포함하되 이에 국한되지 않습니다.

당사 플랜은 비영어 사용 가입자의 질문에 답변할 수 있는 무료 통역 서비스를 제공합니다. 중국어, 몽어, 타갈로그어, 라오스어, 캄보디아어/크메르어, 베트남어, 하와이어, 일본어, 사모아어, 태국어, 일로카노어, 페르시아어, 카렌어, 터키어, 우즈베크어 를 포함한 영어 이외의 언어 를 포함한 영어 이외의 언어로 된 자료 및 오디오, 점자, 대형 인쇄본 또는 필요한 경우 다른 대체 형식으로 무료 제공해드릴 수도 있습니다. 저희는 귀하가 이용할 수 있는 적절한 형식으로 당사 플랜 혜택에 관한 정보를 제공해야 합니다. 귀하에게 적합한 방식으로 당사로부터 정보를 확인하려면 1-888-846-4262 (TTY 사용자: 711)번으로 가입자 서비스부에 전화해 주십시오.

ជំពូកទី 8: សិទ្ធិ និងទំនួលខុសត្រូវរបស់អ្នក

ធានាប្រភេទនេះ ផ្តល់ឱកាសដល់អ្នកប្រើប្រាស់ ទៅកាន់ការប្រឹក្សា និងការគ្រប់គ្រងសុខភាព ទាក់ទងនឹងការប្រើប្រាស់សេវាសុខភាព ពីបុគ្គលិកដែលបានបណ្តុះបណ្តាលឱ្យបានល្អ ដែលមានស្ថានភាពជាជនជាតិដើមឥស្លាម អាហ្វ្រិកាំង ឬជនជាតិដើមឥស្លាម។

បុគ្គលិកដែលបានបណ្តុះបណ្តាលឱ្យបានល្អ អាចជួយអ្នកប្រើប្រាស់ ក្នុងការស្វែងរក និងការប្រើប្រាស់សេវាសុខភាព ដែលអ្នកប្រើប្រាស់ ត្រូវបានប្រាប់ពីសេវាសុខភាពទាំងនេះ។ បុគ្គលិកដែលបានបណ្តុះបណ្តាលឱ្យបានល្អ អាចជួយអ្នកប្រើប្រាស់ ក្នុងការស្វែងរក និងការប្រើប្រាស់សេវាសុខភាព ដែលអ្នកប្រើប្រាស់ ត្រូវបានប្រាប់ពីសេវាសុខភាពទាំងនេះ។

បុគ្គលិកដែលបានបណ្តុះបណ្តាលឱ្យបានល្អ អាចជួយអ្នកប្រើប្រាស់ ក្នុងការស្វែងរក និងការប្រើប្រាស់សេវាសុខភាព ដែលអ្នកប្រើប្រាស់ ត្រូវបានប្រាប់ពីសេវាសុខភាពទាំងនេះ។ បុគ្គលិកដែលបានបណ្តុះបណ្តាលឱ្យបានល្អ អាចជួយអ្នកប្រើប្រាស់ ក្នុងការស្វែងរក និងការប្រើប្រាស់សេវាសុខភាព ដែលអ្នកប្រើប្រាស់ ត្រូវបានប្រាប់ពីសេវាសុខភាពទាំងនេះ។

Nge 1.1 Peb yuav tsum muab cov ntaub ntawv hauv ib txoj hauv kev uas haum rau koj (hauv hom lus uas tsis yog Lus Askiv, ua ntawv Su, suab lus, luam ntawv loj, los sis lwm hom ntawv, thiab lwm yam.)

Peb txoj phiaj xwm yuav tsum xyuas kom paub tseeb tias tag nrho cov kev pab cuam, fab kev kho mob thiab tsis cuam tshuam txog fab kev kho mob tib si, tau muab hauv tus yam ntxwv uas haum raws li fab kab lij kev cai thiab nkag cuag tau rau tag nrho cov neeg tso npe nkag, suav nrog cov neeg uas paub Lus Askiv tsis tshua zoo, nyeem ntawv tau tsis tshua zoo, tsis muaj peev xwm hnov lus, los sis cov neeg uas muaj keeb kwm fab kab lis kev cai thiab haiv neeg ntau yam. Cov qauv piv txwv ntawm qhov seb peb txoj phiaj xwm puas tuaj yeem ua tau raws li cov cai kev nkag cuag no li cas ntawd yuav muaj tab sis tsis tas rau ntawm, kev muab cov kev pab cuam txhais ntawv, cov kev pab cuam txhais lus, lub tshuab ntaus ntawv, los sis kev sib txuas TTY (xov tooj xa ntawv los sis xov tooj ntaus ntawv).

Peb txoj phiaj xwm muaj cov kev pab cuam kws txhais lus pub dawb los teb cov lus nug los ntawm cov tswv cuab uas tsis hais Lus Askiv. Peb kuj tuaj yeem muab cov ntaub ntawv rau koj ua hom lus uas tsis yog Lus Askiv suav nrog Lus Suav, Lus Kaus Lim, Lus Hmoob, Lus Tagalog, Lus Nplog, Lus Kas Pus Cias/Khmer, Lus Nyab Laj, Lus Hawaii, Lus Nyij Pooj, Lus Samoan, Lus Thaib, Lus Phab Mab, Lus Karen, Lus Turkish, Lus Uzbek thiab ua suab lus, ntawv su, ntawv luam loj, los sis lwm cov hom ntawv yam tsis tau them nqi yog tias koj xav tau. Peb yuav tsum tau muab cov ntaub ntawv qhia paub rau koj hais txog peb txoj phiaj xwm cov txiaj ntsig kev pab uas yuav nkag siv tau thiab tsim nyog rau koj. Txhawm rau kom tau txais ntaub ntawv qhia paub los ntawm peb hauv ib txoj hauv kev uas siv tau rau koj, hu rau Cov Chaw Pab Cuam Rau Tswv Cuab ntawm 1-888-846-4262 (Cov neeg siv TTY hu rau 711).

Peb txoj phiaj xwm yuav tsum tau muab ib txoj kev xaiv txog kev nkag cuag ncav qha rau cov poj niam tus kws kho mob paub tshwj xeeb txog kev noj qab haus huv nyob hauv pab pawg koom tes rau cov neeg tso npe uas yog poj niam nyob hauv pab pawg koom tes rau cov poj niam cov kev pab cuam saib xyuas kev noj qab haus huv li txhua zaum thiab rau fab kev tiv thaiv kab mob.

ជំពូកទី 8: សិទ្ធិ និងទំនួលខុសត្រូវរបស់អ្នក

Yog tias koj cov kws muab kev pab cuam hauv peb txoj phiaj xwm pab pawg koom tes rau kev kho mob tshwj xeeb tsis muaj siv, nws yog peb txoj phiaj xwm lub luag hauj lwm yuav nrhiav cov kws muab kev pab cuam kho mob tshwj xeeb uas nyob sab nraud ntawm pab pawg koom tes uas yuav muab kev saib xyuas kho mob uas tsim nyog tau rau koj. Hauv qhov teeb meem no, koj tsuas yuav them kev sib faib tus nqi nyob hauv pab pawg koom tes xwb. Yog tias koj pom tias koj tus kheej nyob rau hauv qhov xwm txheej uas tsis muaj cov kws kho mob paub tshwj xeeb hauv peb txoj phiaj xwm pab pawg koom tes uas duav roos qhov kev pab cuam uas koj xav tau ntawd lawm, hu rau peb txoj phiaj xwm kom tau cov ntaub ntawv qhia paub txog qhov yuav mus nrhiav kom tau txais qhov kev pab cuam no ntawm kev sib faib tus nqi hauv pab pawg koom tes.

Yog tias koj muaj teeb meem dab tsi txog kev muab ntaub ntawv qhia paub los ntawm peb txoj phiaj xwm hauv ib hom ntawv uas nkag cuag tau thiab tsim nyog rau koj, mus ntsib tus kws kho mob paub tshwj xeeb txog kev noj qab haus huv ntawm poj niam los sis kev nrhiav tus kws kho mob paub tshwj xeeb hauv pab pawg koom tes, ces hu tuaj sau ntawv hais txog kev tsis txaus siab nrog Cov Chaw Pab Cuam Rau Tswv Cuab. Koj kuj tuaj yeem foob lus kev tsis txaus siab tau nrog Medicare los ntawm kev hu rau 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) los sis ncav qha mus rau Office for Civil Rights 1-800-368-1019 los sis TTY 1-800-537-7697.

Seksyon 1.1 Dapat kaming magbigay ng impormasyon sa paraang madali para sa inyo at naaayon sa inyong mga sensitivity sa kultura (sa mga wika bukod sa Ingles, audio, braille, malaking print, o iba pang alternatibong format, atbp.)

Kailangang tiyakin ng aming plano na ang lahat ng serbisyo, klinikal man o hindi klinikal, ay maibibigay sa isang paraang may kultural na pag-iingat at accessible sa lahat ng enrollee, kabilang na ang mga may limitadong kaalaman sa Ingles, limitadong kaalaman sa pagbabasa, problema sa pandinig, o mga taong may iba't ibang kultural at etnikong pinagmulan. Kabilang sa mga halimbawa kung paano puwedeng tugunan ng aming plano ang mga kinakailangang ito sa accessibility ang, pero hindi limitado sa, pagbibigay ng mga serbisyo ng tagasalin, serbisyo ng interpreter, teletypewriter, o koneksyon sa TTY (text telephone o teletypewriter phone).

Ang aming plano ay may libreng serbisyo sa interpretasyon na handang sumagot sa mga tanong ng mga miyembrong hindi nagsasalita ng Ingles. Puwede ka rin naming bigyan ng mga materyales sa mga wika bukod sa Ingles kasama ang Tsino, Koreano, Hmong, Tagalog, Laotian, Cambodian/Khmer, Vietnamese, Hawaiian, Hapon, Samoan, Thai, Ilocano, Burmese, Karen, Turkish, Uzbek at audio, braille, malaking print, o iba pang alternatibong format nang libre kung kailangan mo ito. Inaatasan kaming bigyan kayo ng impormasyon tungkol sa mga benepisyo ng aming plano sa isang format na accessible at naaangkop para sa inyo. Para makakuha ng impormasyon mula sa amin sa paraang gumagana para sa inyo, tumawag sa numero ng Mga Serbisyo para sa Miyembro sa 1-888-846-4262 (Dapat tumawag ang mga user ng TTY sa 711).

Kailangan ng aming plano na bigyan ang mga babaeng enrollee ng opsyon para direktang mag-access ng espesyalista sa kalusugan ng kababaihan na nasa network para sa mga regular at pang-agap na serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan ng mga kababaihan.

ជំពូកទី 8: សិទ្ធិ និងទំនួលខុសត្រូវរបស់អ្នក

Kung walang available na tagapagbigay ng serbisyong nasa network ng aming plano para sa isang specialty, responsibilidad ng aming plano na maghanap ng mga specialty na tagapagbigay ng serbisyong nasa labas ng network na magbibigay sa inyo ng kinakailangang pangangalaga. Sa ganitong sitwasyon, ang bahagian sa gastos na nasa network lang ang babayaran ninyo. Kung nasa sitwasyon kayo kung saan walang espesyalista sa network ng aming plano na sumasaklaw sa serbisyong kailangan ninyo, tawagan ang aming plano para malaman kung saan pupunta para makuha ang serbisyong ito sa bahagian sa gastos na nasa network.

Kung mayroon kayong anumang problema sa pagkuha ng impormasyon mula sa aming plano sa isang format na accessible at naaangkop sa inyo, pagpapatingin sa espesyalista sa kalusugan ng kababaihan, o paghahanap ng espesyalista sa network, tumawag para maghain ng karaingan sa Mga Serbisyo para sa Miyembro. Puwede rin kayong maghain ng reklamo sa Medicare sa pamamagitan ng pagtawag sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o nang direkta sa Office for Civil Rights sa 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697.

ພາກທີ 1.1

ພວກເຮົາຕ້ອງໃຫ້ຂໍ້ມູນໃນວິທີການທີ່ເໝາະສົມສໍາລັບທ່ານແລະສອດຄ່ອງກັບຄວາມອ່ອນໄຫວທາງວັດທະນະທຳຂອງທ່ານ (ໃນພາສາອື່ນນອກຈາກພາສາອັງກິດ, ສຽງ, ຕົວອັກສອນ, ພິມໃຫຍ່, ຫຼືຮູບແບບສະຫຼັບອື່ນໆ, ແລະອື່ນໆ)

ຖືບັນເລື່ອງຈຳເປັນທີ່ແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາແມ່ນຕ້ອງຮັບປະກັນວ່າການບໍລິການທັງຫມົດ, ທັງທາງດ້ານຄລີນິກ ແລະບໍ່ແມ່ນທາງດ້ານຄລີນິກ, ໄດ້ໃຫ້ບໍລິການລັກສະນະທີ່ເໝາະສົມທາງວັດທະນະທຳ ແລະ ສາມາດເຂົ້າເຖິງທຸກຄົນ, ລວມທັງຜູ້ທີ່ມີຄວາມຮູ້ພາສາອັງກິດທີ່ຈຳກັດ, ທັກສະການອ່ານທີ່ຈຳກັດ, ຄວາມບໍ່ສາມາດໄດ້ຍິນ, ຫຼືຜູ້ທີ່ມີພື້ນຖານວັດທະນະທຳແລະຊົນເຜົ່າທີ່ຫຼາກຫຼາຍ.

ຕົວຢ່າງຂອງວິທີການທີ່ແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາສາມາດຕອບສະຫນອງຄວາມຕ້ອງການການເຂົ້າເຖິງເຫຼົ່ານີ້ໄດ້ ລວມມີແຕ່ບໍ່ຈຳກັດ, ການສະຫນອງການບໍລິການແປພາສາ, ບໍລິການລ່າມແປພາສາ, ເຄື່ອງພິມດິດໂທລະເລກ, ຫຼື TTY (ໂທລະສັບຂໍ້ຄວາມຫຼື ໂທລະສັບພິມດິດໂທລະເລກ).

ແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາມີບໍລິການລ່າມແປພາສາຟຣີສໍາລັບສະມາຊິກທີ່ບໍ່ສະເວົ້າພາສາອັງກິດ.

ພວກເຮົາສາມາດສະໜອງຂໍ້ມູນຕ່າງໆເປັນ ເປັນພາສາອື່ນໆນອກຈາກພາສາອັງກິດ ລວມມີ ຈີນ, ເກົາຫຼີ, ມົ້ງ, ຕາກາລໍອດຟກ, ລາວ, ກຳປູເຈຍ/ຂະເມນ, ຫວຽດນາມ, ຮາວາຍ, ອິນຊີ, ຊາມິວ, ໄທ, ອິໂລກາໂນ, ມຽນມາ, ຄາເລັນ, ເຕີກກີ, ອູເບກິສະຖານ ແລະ ສຽງ, ຕົວອັກສອນນູນ, ພິມໃຫຍ່, ຫຼືຮູບແບບສະຫຼັບອື່ນໆໂດຍບໍ່ມີຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆຖ້າທ່ານຕ້ອງການ.

ພວກເຮົາຈຳເປັນຕ້ອງໃຫ້ຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບຜົນປະໂຫຍດຂອງແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາໃນຮູບແບບທີ່ສາມາດເຂົ້າເຖິງໄດ້ແລະເໝາະສົມສໍາລັບທ່ານ. ເພື່ອຮັບຂໍ້ມູນຈາກພວກເຮົາໃນຮູບແບບທີ່ສະດວກສໍາລັບທ່ານ, ໂທຫາຝ່າຍບໍລິການສະມາຊິກທີ່ 1-888-846-4262 (ຜູ້ໃຊ້ TTY ໂທ 711).

ແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາຈຳເປັນຕ້ອງໃຫ້ທາງເລືອກແກ່ຜູ້ລົງທະບຽນເພດຍິງ

ໃນການເຂົ້າເຖິງຜູ້ຊ່ວຍດ້ານສຸຂະພາບສໍາລັບຜູ້ຍິງພາຍໃນເຄືອຂ່າຍໂດຍກົງເພື່ອສະໜອງການບໍລິການເບິ່ງແຍງປະຈຳວັນ ແລະ ການປ້ອງກັນ.

ທີ່ບໍ່ມີຜູ້ຊ່ວຍຊານໃນເຄືອຂ່າຍຂອງແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາທີ່ກວມເອົາການບໍລິການທີ່ທ່ານຕ້ອງການ, ໃຫ້ໂທຫາແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາເພື່ອຂໍຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບບ່ອນທີ່ຈະໄປຮັບການບໍລິການນີ້

ຖ້າຫາກວ່າທ່ານມີບັນຫາໃດຫນຶ່ງໃນການຮັບຂໍ້ມູນຈາກແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາໃນຮູບແບບທີ່ສາມາດເຂົ້າເຖິງໄດ້ ແລະເຫມາະສົມສໍາລັບທ່ານ, ເຂົ້າພົບຜູ້ຊ່ວຍຊານດ້ານສຸຂະພາບແມ່ນຶ່ງ ຫຼື ຄົນຫາຜູ້ຊ່ວຍຊານໃນເຄືອຂ່າຍ, ໂທເພື່ອອີ່ນຄໍາຮ້ອງທຸກກັບຝ່າຍບໍລິການສະມາຊິກ. ນອກນັ້ນທ່ານຍັງສາມາດອີ່ນຄໍາຮ້ອງທຸກກັບ Medicare ໂດຍການໂທຫາ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) ຫຼືໂດຍກົງກັບ Office for Civil Rights ທີ່ເບີ 1-800-368-1019 ຫຼື TTY 1-800-537-7697.

គម្រោងរបស់យើងត្រូវបានទាមទារឱ្យធានាថា សេវាកម្មទាំងអស់ ទាំងផ្នែកគ្លីនិក និងមិនមែនផ្នែកគ្លីនិក ត្រូវបានផ្តល់ជូនក្នុងលក្ខណៈដែលមានសមត្ថភាពខាងផ្នែកវប្បធម៌ ហើយអាចផ្តល់លទ្ធភាពប្រើប្រាស់ដល់អ្នកចុះឈ្មោះទាំងអស់ រួមទាំងអ្នកដែលមានជំនាញភាសាអង់គ្លេសមានកម្រិត ជំនាញអានមានកម្រិត អសមត្ថភាពក្នុងការស្តាប់ ឬអ្នកដែលមានប្រវត្តិវប្បធម៌ និងជាតិសាសន៍ចម្រុះ។ ឧទាហរណ៍អំពីរបៀបដែលគម្រោងរបស់យើងអាចបំពេញតាមតម្រូវការនៃលទ្ធភាពចូលប្រើប្រាស់ទាំងនេះរួមមាន ជាអាទិ៍ដូចជា ការផ្តល់ជូនសេវាអ្នកបកប្រែឯកសារ សេវាអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ អ្នកសរសេរនូវលេខ ឬការតភ្ជាប់ TTY (ទូរសព្ទជាអក្សរ ឬទូរសព្ទជាទូរលេខ)។

គម្រោងរបស់យើងត្រូវបានតម្រូវឱ្យផ្តល់ឱ្យអ្នកចុះឈ្មោះជាស្ត្រីនូវជម្រើសនៃការចូលទៅជួបអ្នកឯកទេសសុខភាពស្ត្រីដោយផ្ទាល់នៅក្នុងបណ្តាញសម្រាប់សេវាសុខភាពជាប្រចាំ និងការថែទាំបង្ការជំងឺរបស់ស្ត្រី។

ជំពូកទី 8: សិទ្ធិ និងទំនួលខុសត្រូវរបស់អ្នក

ប្រសិនបើអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញសម្រាប់ឯកទេសមួយមិនមានទេ វាជាទំនួលខុសត្រូវរបស់គម្រោងរបស់យើងក្នុងការស្វែងរកអ្នកផ្តល់សេវាឯកទេសនៅក្រៅបណ្តាញ ដែលនឹងផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវការថែទាំចាំបាច់នោះ។ ក្នុងករណីនេះ អ្នកនឹងចំណាយតែលើការចែករំលែកថ្លៃចំណាយក្នុងបណ្តាញប៉ុណ្ណោះ។ ប្រសិនបើអ្នកស្ថិតនៅក្នុងស្ថានភាពដែលមិនមានអ្នកឯកទេសនៅក្នុងបណ្តាញគម្រោងរបស់យើង ដែលធានារ៉ាប់រងលើសេវាកម្មដែលអ្នកត្រូវការ សូមទូរសព្ទទៅគម្រោងរបស់យើងសម្រាប់ព័ត៌មានអំពីកន្លែងដែលត្រូវទៅទទួលបានសេវាកម្មនេះដោយមានការចែករំលែកថ្លៃចំណាយក្នុងបណ្តាញ។ ប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហាក្នុងការទទួលបានព័ត៌មានពីគម្រោងរបស់យើងក្នុងទម្រង់ដែលអាចចូលប្រើប្រាស់បាន និងសមស្របសម្រាប់អ្នក ក្នុងការជួបអ្នកឯកទេសខាងសុខភាពស្ត្រី ឬការស្វែងរកអ្នកឯកទេសក្នុងបណ្តាញ សូមទូរសព្ទទៅដាក់បណ្តឹងសាទុក្ខជាមួយផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិក។ អ្នកក៏អាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងតវ៉ាជាមួយ Medicare ដោយទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) ឬដោយផ្ទាល់ជាមួយការិយាល័យ Office for Civil Rights 1-800-368-1019 ឬ TTY 1-800-537-7697។

Phần 1.1 Chúng tôi phải cung cấp thông tin cho quý vị bằng những hình thức mà quý vị sử dụng được và phù hợp với những khác biệt về văn hóa của quý vị (bằng những ngôn ngữ khác ngoài tiếng Anh, âm thanh, chữ nổi, bản in khổ chữ lớn hoặc những định dạng thay thế khác, v.v.)

Chương trình của chúng tôi được yêu cầu đảm bảo tất cả các dịch vụ, cả lâm sàng và phi lâm sàng, được cung cấp một cách có hiểu biết về văn hóa và dễ tiếp cận đối với tất cả những người đăng ký, bao gồm cả những người có trình độ tiếng Anh hạn chế, kỹ năng đọc hạn chế, khiếm thính hoặc những người có nguồn gốc văn hóa và dân tộc đa dạng. Ví dụ về cách chương trình của chúng tôi có thể đáp ứng yêu cầu về khả năng dễ sử dụng này bao gồm, nhưng không giới hạn chỉ là cung cấp dịch vụ biên dịch, dịch vụ phiên dịch, máy đánh chữ điện báo hoặc kết nối TTY (điện thoại văn bản).

Chương trình của chúng tôi cung cấp dịch vụ thông dịch miễn phí để giải đáp thắc mắc của các thành viên không sử dụng tiếng Anh. Chúng tôi có thể cung cấp tài liệu bằng ngôn ngữ khác ngoài tiếng Anh, bao gồm tiếng Trung, tiếng Hàn, tiếng Hmong, tiếng Tagalog, tiếng Lào, tiếng Campuchia/Khmer, tiếng Việt, tiếng Hawaii, tiếng Nhật, tiếng Samoa, tiếng Thái, tiếng Ilocano, tiếng Miến Điện, tiếng Karen, tiếng Thổ Nhĩ Kỳ, tiếng Uzbek và âm thanh, chữ nổi, bản in khổ chữ lớn hoặc những định dạng thay thế khác miễn phí nếu quý vị cần. Chúng tôi phải cung cấp thông tin về các phúc lợi của chương trình theo định dạng dễ truy cập và thích hợp cho quý vị. Để lấy thông tin từ chúng tôi theo cách phù hợp với quý vị, hãy gọi Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên theo số 1-888-846-4262 (người dùng TTY gọi số 711).

Chương trình của chúng tôi phải cung cấp cho người ghi danh là phụ nữ tùy chọn tiếp cận trực tiếp bác sĩ chuyên khoa sức khỏe phụ nữ trong mạng lưới đối với dịch vụ chăm sóc sức khỏe phòng ngừa và định kỳ của phụ nữ.

Nếu không có bác sĩ chuyên khoa trong mạng lưới của chương trình, chương trình của chúng tôi phải có trách nhiệm tìm bác sĩ chuyên khoa ngoài mạng lưới để cung cấp dịch vụ chăm sóc cần thiết cho quý vị. Trong trường hợp này, quý vị sẽ chỉ thanh toán phần chia sẻ chi phí dịch vụ trong mạng lưới. Nếu quý vị cho rằng mình đang trong tình huống là không có bác sĩ chuyên khoa trong mạng lưới chương trình của chúng tôi bao trả cho dịch vụ mà quý vị cần, hãy gọi chương trình để biết thông tin về nơi nhận dịch vụ này mà quý vị chỉ thanh toán phần chia sẻ chi phí trong mạng lưới.

ជំពូកទី 8: សិទ្ធិ និងទំនួលខុសត្រូវរបស់អ្នក

Nếu quý vị gặp khó khăn trong việc nhận thông tin từ chương trình của chúng tôi theo định dạng dễ sử dụng và phù hợp cho quý vị, thăm khám với bác sĩ chuyên khoa sức khỏe phụ nữ hoặc tìm bác sĩ chuyên khoa trong mạng lưới, vui lòng gọi để nộp đơn khiếu nại tới Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên. Quý vị cũng có thể nộp đơn khiếu nại với Medicare bằng cách gọi theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) hoặc gọi trực tiếp đến Office for Civil Rights theo số 1-800-368-1019 hoặc TTY 1-800-537-7697.

Māhele 1.1 Pono mākou e hā'awi i ka 'ike ma ke 'ano e hana ai no 'oe a kūlike me kāu mau mana'o mo'omeheu (ma nā 'ōlelo 'ē a'e ma mua o ka Pelekania, ke kani, ka braille, ka pa'i nui, a i 'ole nā format 'ē a'e, a pēlā aku.)

O kā mākou ho'olālā e hō'oi'a'i'o 'ia nā lawelawe a pau, he lapa'au a 'a'ole lapa'au paha, e hā'awi 'ia ma ke 'ano he ho'omaika'i mo'omeheu a loa'a i nā mea kau inoa a pau, me nā mea e pili ana i ka 'ole o ka 'ike Pelekania, ka hiki 'ole i ka heluhelu 'ana, hiki 'ole i ka lohe, a i 'ole nā mea i loa'a nā mo'omeheu a me nā kumu ha'awina. O nā la'ana o ke 'ano e hiki ai i kā mākou ho'olālā ke ho'okō i kēia mau koi hiki ke komo akā 'a'ole i kaupalena 'ia, ka ho'olako 'ana i nā lawelawe unuhi, nā lawelawe unuhi 'ōlelo, teletypewriters, a i 'ole ka pilina TTY (kelepona a kelepona a i 'ole kelepona kākau kelepona).

Loa'a nā lawelawe unuhi manuahi kā mākou ho'olālā e pane i nā nīnau mai nā lālā 'a'ole 'ōlelo Pelekania. Hiki iā mākou ke hā'awi iā 'oe i nā mea i loko nā 'ōlelo 'ē a'e ma waho o ka 'ōlelo Pelekania komo Pākē, Kolea, Mona, Laokia, Cambodian/Khmer, Vietnamese, 'Ōlelo Hawai'i, Kepanī, Sāmoa, Kailani, 'Ilocano, Pulumī, Karen, Tureke, 'Uzbek a leo, braille, pa'i nui, a i 'ole nā 'ano 'ē a'e me ka uku 'ole inā pono 'oe. Pono mākou e hā'awi iā 'oe i ka 'ike e pili ana i nā pomaikai o mākou ho'olālā i kahi 'ano e kūpono a kūpono ho'i no 'oe. No ka loa'a 'ana o ka 'ike mai iā mākou ma ke 'ano kūpono iā 'oe, e kelepona iā Nā lawelawe Lālā ma 1-888-846-4262 (Kāhea nā mea ho'ohana TTY 711).

Pono ka ho'olālā e hā'awi i nā wāhine i kau inoa i ke koho pololei i ka mea 'ike ola wahine i loko o ka pūnaeweale no nā lawelawe mālama ola wahine ma'amau a me nā lawelawe mālama olakino pale.

Inā 'a'ole i loa'a nā mea ho'olako i ka pūnaeweale o kā mākou ho'olālā no kahi kūikawā, 'o kā mākou kuleana ke kuleana e 'imi i nā mea ho'olako kūikawā ma waho o ka pūnaeweale nāna e hā'awi iā 'oe i ka mālama pono. Ma kēia hihia, e uku wale 'oe i ka ka'ana like koina o ka pūnaeweale. Inā 'ike 'oe iā 'oe iho i kahi kūlana 'a'ohe mea loa i kā mākou pūnaeweale ho'olālā e uhi ana i kahi lawelawe āu e pono ai, e kelepona i kā mākou ho'olālā no ka 'ike ma kahi e hele ai e ki'i i kēia lawelawe ma ka ka'ana like 'ana i nā kumukū'ai pūnaeweale.

Inā pilikia 'oe i ka loa'a 'ana o ka 'ike mai kā mākou ho'olālā ma kahi 'ano i hiki ke loa'a a kūpono iā 'oe, ke 'ike 'ana i kahi loa olakino wahine a i 'ole ka 'imi 'ana i kahi loa pūnaeweale, kelepona e waiho i ka hoopii me ka Nā lawelawe Lālā. Hiki iā 'oe ke ho'opi'i pololei me Medicare ma ka kelepona 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) a i 'ole pololei me ka Office for Civil Rights 1-800-368-1019 i 'ole TTY 1-800-537-7697.

ជំពូកទី 8: សិទ្ធិ និងទំនួលខុសត្រូវរបស់អ្នក

セクション 1.1 弊社は、お客様の文化的感受性（英語以外の言語、音声、点字、文字サイズの大きい印刷、その他の代替形式など）に一致する情報を提供する必要があります。

プランでは、臨床と非臨床の両方のサービスが、すべて文化的能力のある方法で提供され、英語の能力や読解力に制限のある方や聴覚障がいのある方、あるいはさまざまな文化のおよび民族的背景を持つ方など、すべての登録者がアクセスできるようにする必要があります。プランがこのようなアクセシビリティ要件を満たす例には、翻訳サービス、通訳サービス、テレタイプライター、または TTY（テキスト電話またはテレタイプライター電話）接続などがありますが、これらに限定されません。

弊社プランでは、英語を話さない方からの質問に回答するための無料の通訳サービスが用意されています。また、資料を 英語以外の次の言語: 中国語, 韓国語, モン語, タガログ語, ラオ語, カンボジア語/クメール語, ベトナム語, ハワイ語, 日本語, サモア語, タイ語, イロカノ語, ビルマ語, カレン語, トルコ語, ウズベク語 の音声、点字、文字サイズの大きい印刷、その他の代替形式で必要に応じて無償で提供します。弊社は、お客様がアクセスできる、適切な形式でプランの利点に関する情報を提供する必要があります。お客様に適した方法で弊社から情報を入手するには、会員サービス（1-888-846-4262）にお電話ください（TTY をご利用の場合は 711）。

弊社のプランでは、女性の皆様に日常のおよび予防的な医療サービスを提供するために、ネットワーク内の女性医療専門家に直接連絡を取れる選択肢を提供する必要があります。

プランの専門分野ネットワークに属する医療従事者が利用できない場合、プランの責任において、必要なケアを提供する医療従事者をネットワーク外で見つける必要があります。この場合、皆様はネットワーク内の費用共同負担分のみを支払うことになります。必要なサービスに対応する専門家がプランのネットワークにいない場合は、このサービスをネットワーク内の費用共同負担で受けるための方法についてプランまでお問い合わせください。

弊社のプランから、アクセス可能かつ適切な形式で情報を入手できない場合や、女性医療専門家と面談できない場合、またはネットワークの専門家を見つけることができない場合は、会員サービスまでご意見をお寄せください。また、1-800-MEDICARE（1-800-633-4227）にお電話いただくか、あるいは Office for Civil Rights 1-800-368-1019 または TTY 1-800-537-7697 に直接お電話いただき、Medicare にご意見をお寄せいただくこともできます。

ព័ត៌មាន 1.1 បកប្រែបន្ទាប់ពី ព័ត៌មានស្តីពី ការកំណត់ការប្រើប្រាស់ភាសាខ្មែរ៖
អ្នកប្រើប្រាស់មាន៖ ព័ត៌មានស្តីពី ការកំណត់ការប្រើប្រាស់ភាសាខ្មែរ (ការកំណត់ការប្រើប្រាស់ភាសាខ្មែរ តាមការប្រើប្រាស់)
អ្នកប្រើប្រាស់មាន៖ ព័ត៌មានស្តីពី ការកំណត់ការប្រើប្រាស់ភាសាខ្មែរ, ប្រើប្រាស់ការកំណត់ការប្រើប្រាស់ភាសាខ្មែរ, ការកំណត់ការប្រើប្រាស់ភាសាខ្មែរ, ការកំណត់ការប្រើប្រាស់ភាសាខ្មែរ, ការកំណត់ការប្រើប្រាស់ភាសាខ្មែរ
ព័ត៌មានស្តីពី ការកំណត់ការប្រើប្រាស់ភាសាខ្មែរ, ការកំណត់ការប្រើប្រាស់ភាសាខ្មែរ, ការកំណត់ការប្រើប្រាស់ភាសាខ្មែរ, ការកំណត់ការប្រើប្រាស់ភាសាខ្មែរ, ការកំណត់ការប្រើប្រាស់ភាសាខ្មែរ

လှိုလ်လၢအလၢပွဲၤဒီးတၢ်ဆဲးတၢ်လၢအကၢ်အစီအပူၤဒီး ပှၤဆဲးလီၤမံၤခဲလၢကံး ဒီးန့ၢ်အီၤကသ့, ပၢ်ဃုာ်ဒီး ပှၤတဖၣ်လၢ စံးကတိၤအဲကလံးကျိၣ်တသ့ဂ့ၤဂ့ၤ, ဖးလံာ်တသ့ဂ့ၤဂ့ၤ, တၢ်န့ၢ်ဟူတၢ်ဂံၢ်ဘါစၢ်, မ့တမ့ၢ် ပှၤတဖၣ်လၢအိၣ်ဒီး တၢ်ဆဲးတၢ်လၢလၢ အလီၤဆီလိာ်သးဒီး ကလုာ်ဒုၣ်တၢ်စီၢ်စီၢ်ဂံၢ်ထံး တလီၤကံလိာ်သးတဖၣ်အဂီၢ်န့ၣ်လီၤ. ပတၢ်တိာ်ကျဲၤအံၤ ထီၣ်ဘးဝဲဒၣ် တၢ်လိာ်ဘၣ်တဖၣ်လၢ တၢ်ဒီးန့ၢ်အီၤသ့ဒီးညီ ကသ့ဝဲဒၣ်လဲၣ် အတၢ်အဒိအတၢ်အပူၤ ပၢ်ဃုာ်ဒီး တၢ်ဟ့ၣ်ထီၣ် ပှၤကွဲးကျိၣ်ထံတၢ် အတၢ်တိၤစၢၤမၤစၢၤတဖၣ်, ပှၤတဲကျိၣ်ထံတၢ် အတၢ်တိၤစၢၤမၤစၢၤတဖၣ်, တၢ်ကွဲးဆှၢလံာ်လၢလီၤတဲစီၢ်စီၢ်, မ့တမ့ၢ် TTY (တၢ်ကွဲးဆှၢတၢ်ကစီၣ်လၢလီၤတဲစီၢ်စီၢ် မ့တမ့ၢ် တၢ်ကွဲးဆှၢလံာ်လၢလီၤတဲစီၢ်စီၢ်) တၢ်ဃျးစဲတဖၣ် သန့ကွဲး တမ့ၢ်ဒၣ်ထဲ

ကျိပ်တံကတိတဖန်လၢ တမ့ၢ်ဘၣ်အဲကလံးကျိပ် ပၣ်ဃုာ်ဒီး တရူးကျိပ် ခိၣ်ရံယါကျိပ် ထဲးကလံးကျိပ် လၣ်အိၣ်ကျိပ် ဘ့ကၣ်လံၣ်ကျိပ် ခၣ်ဘီဒိယါ/ခမၣ်ကျိပ် ဘၣ်ယဲးန့ၣ်ကျိပ် ဟၣ်ဝၣ်ယံၣ်ကျိပ် ယပၣ်ကျိပ် ဆမိအၣ်ကျိပ် ယံၤကျိပ် အိၣ်လိၣ်ခါနီၣ်ကျိပ် ပယံၤကျိပ် ကညီကျိပ် တူၣ်ရကံၣ်ကျိပ် အူစဘဲးကျိပ် ဒီးတၢ်ဖီၣ်န့ၢ်တၢ်ကလုာ်, ပုၤမၢ်တထံၣ်တၢ်အလံာ်, လံာ်မၢ်ဖျါၣ်ဖးဒိၣ်, မ့တမ့ၢ် တၢ်အက့ၢ်အဂီၢ်အဂၤတဖန် လၢတလၢ်ဘၣ်န့ၣ်ကျိပ်စ့ ဖဲနလိၣ်ဘၣ်အီၤအခါန့ၣ်လီၤ. ပဘၣ်တၢ်မၤလိာ်ပုၤလၢ ကဟ့ၣ်န့ၤ တၢ်ဂ့ၢ်တၢ်ကျိၤဘၣ်ဃးဒီး ပတၢ်တိာ်ကျဲၤ အတၢ်န့ၢ်ဘျးတဖန်အဂ့ၢ် လၢတၢ်အက့ၢ်အဂီၢ်တမံၤလၢ နဒီးန့ၢ်အီၤသ့ဒီးညိဒီး အကၢၤတြးအဘၣ်လၢနဂီၢ်န့ၣ်လီၤ. လၢကဒီးန့ၢ် တၢ်ဂ့ၢ်တၢ်ကျိၤလၢပအိၣ် လၢကျိၤကျဲၤလၢ အကဲထီၣ်တၢ်မၤစၢၤလၢနဂီၢ်အဂီၢ်, ကိးဘၣ် တၢ်တိစၢၤမၤစၢၤ ဖဲ 1-888-846-4262(ပုၤစူးကါ TTY တဖန် ကိးဘၣ် 711)တက့ၢ်.

ပတ်တော်ကျနေ့ ဘဉ်တံးမၤလိာ်အီၤလၢ ပှၤဆဲးလီၤမံၤလၢအမ့ၢ်ဟီၢ်မုၢ်တဖၣ်လၢ တၢ်ဃုထၢဘဉ်ဃးဒီး တၢ်ဒီးန့ၢ်ဘဉ် ဟီၢ်မုၢ်ဟီၢ်မၤတဖၣ် အဆူၣ်ချု ပှၤသ့ဘဉ်စဲၣ်နီၤလၢ ဟ့ၢ်ဘျးစဲလၢ ဟီၢ်မုၢ်ဟီၢ်မၤတဖၣ် အညါန့ၢ်ဆူၣ်ချုတၢ်ကွၢ်ထွဲ တၢ်တိၣ်မၤစၢၤဒီး တၢ်မၤကွၢ်ဆူၣ်ချုဒီးတၢ်ဆဲးကသံၣ်ဒီသဒၢတၢ်ဆါအပူၤ လံၤလံၤအဂီၢ်န့ၣ်လီၤ.

နမူနာအိတ်ဒီး တၢ်ကီုတၢ်ခဲတမံၤမံၤလၢ တၢ်ဂ့ၢ်တၢ်ကျိၤလၢပတၢ်တီၢ်ကျဲၤအအိတ် လၢတၢ်အကွၢ်အဂီၢ်တမံၤလၢ နဒီးန့ၢ်အီၤသ့ဒီးညီ ဒီး အကၢၤၤအဘၣ်လၢနဂီၢ်, လၢကထံၣ်လီၤဒုးနဲၣ်သးဒီး ဟံၣ်မုၢ်ဟံၣ်မၤၤအဆူၣ်ချ ဟ့ၢ်သ့ဘၣ်စဲၣ်နီၤတဂၤ မ့တမ့ၢ် ဃုထံၣ်န့ၢ် ပုၤသ့ဘၣ်စဲၣ်နီၤလီၤဆီလၢ ဟ့ၢ်ဘျးစဲအပူၤတဂၤန့ၢ်, ကိးလီၤတဲစိလၢ ကဆုၤထီၣ် တၢ်ဆိးထီၣ်တၢ်သးတမံဆူ တၢ်တိစၢၤမၤစၢၤ ပုၤကရူၢ်ဖိ အတၢ်မၤန့ၢ်တက့ၢ်. နဆုၤထီၣ် တၢ်သးတမံအဂီၢ်ဆူ Medicare ခီဖျိ နကိး 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) မ့တမ့ၢ် ဆူ ဝဲၤဒီးလၢ ထံဖိကီၢ်ဖိခွဲးယၢ်တဖၣ်အဂီၢ် (Office for Civil Rights) 1-800-368-1019 မ့တမ့ၢ် TTY 1-800-537-7697 သ့စ့ၢ်ကိးန့ၢ်လီၤ.

Vaega 1.1 E tatau ona matou tu'uina atu fa'amatalaga i se auala e aoga mo oe ma ia ogatasi ma ou uiga fa'ale-aganu'u (i gagana e ese mai le Igilisi, fa'alogo, mata'itusi tetele, lomiga tetele, po'o isi faatulagaga fa'apitoa, ma isi.)

O la matou fuafuaga e mana'omia ina ia mautinoa o auaunaga uma, e le gata i falema'i ma e le o ni falema'i, o lo'o tu'uina atu i se tulaga fa'ale-aganu'u ma e mafai ona maua e tagata uma o lo'o lesitala, e aofia ai i latou e utiuti le tomai fa'aPeretania, fa'atapula'aina le faitau tusi, fa'alogo le fa'alogo, po'o i latou e eseese aganu'u ma aganu'u. O fa'ata'ita'iga o le auala e mafai ai e la matou fuafuaga ona ausia nei mana'oga avanoa e aofia ai ae le gata i, tu'uina atu o au'aunaga faaliliu, auaunaga fa'aliliu upu, teletypewriters, po'o le TTY (telefoni po'o le telefoni tusitusi telefoni) feso'ota'iga.

E maua i le matou fuafuaga tagata ma auaunaga mo le faaliliu upu maua fua e taliina atu fesili mai tagata e iai manaoga faapitoa ma tagata e le faaaogaina le Gagana Peretania. E mafai fo'i ona matou avatu ia te oe meafaitino i totonu gagana e ese mai le Igilisi e aofia ai Saina, Kolea, Hmong, Tagalog, Laos, Cambodia/Kemea, Vitenami, Havaii, Iapani, Samoa, Thai, Ilokano, Pemesi, Kalene, Tuki, Usipeka ma leo, braille, lolomi tetele, po'o isi fa'asologa e leai se totagi pe a e mana'omia. Matou te mana'omia e tu'uina atu ia te oe fa'amatalaga e uiga i fa'amanuiaga o la matou penefiti fuafuaga i se faatulagaga e mafai ona maua ma talafeagai mo oe. Ina ia maua faamatalaga mai ia i matou i se auala e aoga mo oe, valaau le Auaunaga a Sui Usufono i 1-888-846-4262 (TTY users call 711).

ជំពូកទី ៨៖ សិទ្ធិ និងទំនួលខុសត្រូវរបស់អ្នក

E mana'omia i la matou fuafuaga le tu'uina atu i tama'ita'i o lo'o lesitalaina le filifiliga o le tu'uina sa'o atu i se foma'i fa'apitoa i le soifua maloloina o tama'ita'i i totonu o le feso'ota'iga mo tama'ita'i masani ma puipuiga o le soifua maloloina.

Afai e le o avanoa tagata o lo'o tu'uina atu i totonu o la matou fuafuaga feso'ota'iga mo se tomai fa'apitoa, o le matafaioi a la matou fuafuaga le su'eina o tagata e tu'uina atu fa'apitoa i fafo atu o le feso'ota'iga latou te tu'uina atu ia te oe le tausiga talafeagai. I le tulaga lea, e na'o le fa'asoaina o tau ile feso'ota'iga. Afai e te maua oe i se tulaga e leai ni tagata tomai faapitoa i la matou fuafuaga o feso'ota'iga e aofia ai se au'aunaga e te mana'omia, vala'au la matou fuafuaga mo fa'amatalaga po'o fea e te alu i ai e maua ai lenei auaunaga ile fefa'asoa'i tau feso'ota'iga.

Afai e iai sau fa'afitauli i le mauaina o fa'amatalaga mai la matou fuafuaga i se faatulagaga e mafai ona maua ma talafeagai mo oe, va'ai se foma'i fa'apitoa mo le soifua maloloina o tama'ita'i po'o le su'eina o se foma'i fa'apitoa i feso'ota'iga, valaau e tuuina atu se faaseā i le Auaunaga mo Sui Resitala. E mafai fo'i ona fai sau faaseā ile Medicare ile vala'au ile 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) pe tuusa'o ile Office for Civil Rights 1-800-368-1019 po'o le TTY 1-800-537-7697.

ส่วนที่ 1.1 เราต้องให้ข้อมูลในลักษณะที่เหมาะสมกับคุณและสอดคล้องกับความอ่อนไหวทางวัฒนธรรมของคุณ (เป็นภาษาอื่นที่ไม่ใช่ภาษาอังกฤษ เป็นเสียง เป็นอักษรเบรลล์ เป็นสิ่งพิมพ์ขนาดใหญ่ หรือเป็นรูปแบบอื่นๆ เป็นต้น)

แผนของเรากำหนดให้บริการทั้งหมด ทั้งบริการทางคลินิกและที่ไม่ใช่ทางคลินิก ต้องให้บริการในลักษณะที่มีความรู้และความสามารถทางวัฒนธรรม และผู้ลงทะเบียนทั้งหมดสามารถเข้าถึงได้ รวมถึงผู้ที่มีความเชี่ยวชาญด้านภาษาอังกฤษที่จำกัด มีทักษะการอ่านที่จำกัด ขาดความสามารถในการได้ยิน หรือผู้ที่มีภูมิหลังทางวัฒนธรรมและชาติพันธุ์ที่หลากหลาย

ตัวอย่างวิธีการที่แผนของเราสามารถตอบสนองความต้องการด้านการช่วยเหลือการเข้าถึงเหล่านี้จะรวมถึงแต่ไม่จำกัดเพียง การจัดหาบริการแปลภาษา บริการล่าม การพิมพ์ทางไกล หรือการเชื่อมต่อ TTY (โทรศัพท์แบบข้อความ หรือเครื่องโทรพิมพ์)

แผนของเรามีบริการล่ามฟรีเพื่อตอบคำถามจากสมาชิกที่ไม่ได้ใช้ภาษาอังกฤษ นอกจากนี้ เราสามารถมอบเนื้อหาให้แก่คุณเป็น

ภาษาอื่นนอกเหนือจากอังกฤษ ได้แก่ จีน เกาหลี มัง ตากาล็อก ลาว เขมร เวียดนาม ฮาวาย ญี่ปุ่น ซามัว ไทย
ฮิโกลาโน พม่า กะเหรี่ยง ตูรกี อุซเบก และ เสียง อักษรเบรลล์ สิ่งพิมพ์ขนาดใหญ่ หรือรูปแบบอื่นๆ
โดยไม่มีค่าใช้จ่าย หากคุณต้องการ

เราจำเป็นต้องให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ของแผนของเราในรูปแบบที่คุณสามารถเข้าถึงได้และเหมาะสมกับคุณ หากต้องการข้อมูลจากเราในรูปแบบที่คุณใช้งานได้ โปรดโทรติดต่อฝ่ายบริการของสมาชิกที่ custserv1-888-846-4262 (ผู้ใช้ TTY ให้โทรไปที่ 711)

แผนของเรากำหนดให้ผู้ลงทะเบียนที่เป็นผู้หญิงสามารถเลือกที่จะเข้าถึงผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพของผู้หญิงในเครือข่ายได้โดยตรงสำหรับบริการดูแลสุขภาพเป็นประจำและในเชิงป้องกันของผู้หญิง

หากผู้ให้บริการเฉพาะทางในเครือข่ายของแผนของเราไม่พร้อมให้บริการ จะถือเป็นความรับผิดชอบ
ของแผนของเราในการค้นหาผู้ให้บริการเฉพาะทางนอกเครือข่ายผู้ที่จะทำให้การดูแลที่จำเป็นแก่คุณ

หากคุณพบปัญหาในการรับข้อมูลจากแผนของเราในรูปแบบที่สามารถเข้าถึงได้และเหมาะสมกับคุณ การค้นหาผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพของผู้หญิง หรือการค้นหาผู้เชี่ยวชาญในเครือข่าย โปรดโทรติดต่อเพื่อยืนยันคำร้องทุกข์กับฝ่ายบริการของสมาชิก นอกจากนี้คุณยังสามารถยื่นคำร้องเรียนต่อ Medicare ได้ด้วยการโทรติดต่อหมายเลข 1 800 MEDICARE (1 800 633 4227) หรือสายตรง Office for Civil Rights 1 800 368 1019 หรือ TTY 1 800 537 7697

Hem klinik hem de klinik dışı tüm hizmetlerin, kültürel açıdan yetkin bir şekilde sunulmasını ve İngilizce yeterliliği sınırlı olanlar, okuma becerileri sınırlı olanlar, işitme güçlüğü olanlar ya da kültürel ve etnik kökenleri farklı olanlar dahil olmak üzere, tüm kayıtlı kişiler intrin erişilebilir olmasının sağlanması amacıyla planımız gereklidir. Planımızın bu erişilebilirlik gerekliliklerini nasıl karşılayabileceğine ilişkin örnekler arasında, çevirmen hizmetleri, tercüman hizmetleri, teleksler veya TTY (yazı çıktı cihaz veya teleks telefonu) yer almakla birlikte, örnekler bunlarla sınırlı değildir.

Kadınların rutin ve önleyici sağlık hizmetleri için ağı içindeki bir kadın sağlık uzmanına doğrudan erişim seçeneğinin kadın kayıtlılara sunulması planımızda zorunludur.

Planımızdan, erişilebilir ve size uygun olan bir biçimde bilgi almakta, kadın sağlığı uzmanına görünmekte veya ağda bir uzman bulmakta sorun yaşıyorsanız bir şikayet bildiriminde bulunmak için lütfen Üye Hizmetlerini arayın. Ayrıca, 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) numaralı telefonu arayarak Medicare üzerinden veya doğrudan 1-800-368-1019 ya da TTY 1 800-537-7697 numaraları ile Office for Civil Rights üzerinden bir şikayette bulunabilirsiniz.

ជំពូកទី 8: សិទ្ធិ និងទំនួលខុសត្រូវរបស់អ្នក**1.1-bo'lim. Biz sizga ma'lumotlarni qulay qilib va sizning madaniyatingizga (Ingliz tilidan boshqa tillarda, audioda, Brayl alifbosida, katta shriftda yoki alternativ formatlarda va h.k.) muvofiq holda yetkazib beramiz**

Bizning rejamiz barcha xizmatlar – klinik va klinik bo'lmagan xizmatlar – madaniy jihatdan muvofiq ravishda va barcha ishtirokchilarga, shu jumladan, Ingliz tilisi cheklangan shaxslarga, o'qish qobiliyatida cheklov bo'lganlarga, eshita olmaydigan shaxslarga yoki boshqa madaniyat va irq vakillariga ochiq holatda taqdim etilishini kafolatlashni maqsad qiladi. Bu talablarga javob beruvchi usullar sifatida biz tarjimon xizmatlari bilan ta'minlanishni, yozma xabar operatorlarini, TTY (teleprinter) aloqasini misol qilishimiz mumkin.

Rejamiz ingliz tilida muloqot qilmaydigan a'zolar tomonidan beriladigan savollarga javob bera oladigan bepul tarjimonga ega. Shuningdek, biz sizga hech qanday to'lovsiz Inglizcha bo'lmagan ya'ni Xitoy, Koreyscha, Xmong, Tagalog, Laoscha, Kambodja tili/Xmer, Vyetnam tili, Hawayilik, Yaponcha, Samoan, Taycha, Ilokan, Birmancha, Karen, Turkcha, O'zbekcha materiallarni, audio, Brayl alifbosidagi, katta shriftdagi yoki boshqa muqobil shakldagi materiallarni taqdim etishimiz mumkin. Biz sizga rejamizning foydalari haqida siz uchun kerakli va qulay usulda ma'lumot berishimiz shart. Bizdan o'zingiz uchun qulay usulda ma'lumot olish uchun 1-888-846-4262 dagi A'zolariga Xizmat ko'rsatish markaziga qo'ng'iroq qiling (TTY 711 raqamiga qo'ng'iroq qiladilar).

Biz Ayollar turmushi va salomatlikni preventiv saqlash xizmatlari tarmog'ida ayol ishtirokchilarga ayollar salomatligi mutaxassisiga bevosita murojaat qilish imkonini bermogchimiz.

Agar rejamiz tarmog'ida muayyan yo'nalishdagi tibbiy xizmatlar ta'minotchisi bo'lmasa, sizga g'amxo'rlik qiladigan muayyan tibbiy ta'minot mutaxassislarini tarmoq tashqarisida topib joylashtirish bizning majburiyatimizga kiradi. Bu vaziyatda siz faqatgina tarmoq ichidagi xarajatningina to'lab berasiz. Agar sizga kerakli xizmatni taqdim eta oladigan mutaxassislar rejamiz tarmog'ida bo'lmasa, tarmoq ichidagi xarajat evaziga bu xizmatni ko'rsata oladigan manzil bo'yicha ma'lumot olish uchun bizning reja markazimizga qo'ng'iroq qiling.

Agar o'zingizga kerakli va qulay shaklda ma'lumot olishda biror muammoga uchrasangiz, ayollar salomatligi mutaxassisi bilan uchrashish yoki tarmoq mutaxassisini topish, shikoyat qoldirish uchun ishtirokchilarni qo'llab-quvvatlash markaziga qo'ng'iroq qiling. Shuningdek, siz Medicare'ga shikoyat qilish uchun 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) ga qo'ng'iroq qilishingiz yoki bevosita 1-800-368-1019 yoki TTY 1-800-537-7697 raqamlari orqali Fuqarolar huquqlari boshqarmasi (Office for Civil Rights)ga murojaat qilishingiz mumkin.

ជំពូកទី 8: សិទ្ធិ និងទំនួលខុសត្រូវរបស់អ្នក**Seksion 1.1 Nasken nga ipaaymi ti impormasion iti wagas a maawatam ken maitunos iti kulturayo (kadagiti lengguahe a saan la nga Ingles, iti audio, iti braille, iti dadakkel nga imprenta wenno sabali pay a kasukat a pormat, ken dadduma pay)**

Kasapulan ti planomi tapno masigurado nga amin a serbisio, ti klinikal ken saan a klinikal, ket maipaay iti wagas a maiyannatup iti kultura ken maakses dagiti amin a nagpalista, agraman dagiti nabeddengan ti panagsaoda iti Ingles, nabeddengan ti kabaelanda iti panagbasa, disabilidad ti panagdengngeg, wenno dagitay addaan kadagiti agduduma a nagappuan a kultura ken etnisidad. Iraman dagiti pagarigan no kasano a masabat ti maysa a planomi dagitoy a kasapulan iti aksesibilidad ti ngem saan a nabeddengan ti, panangipaay kadagiti serbisio iti panangiyulog ti sabali a pagsasao, serbisio ti panangitarus, dagiti teletypewriter, wenno koneksion iti TTY (text a telepono wenno teletypewriter a telepono).

Ti planomi ket addaan kadagiti tattao ken kadagiti libre a serbisio ti tagaipatarus a sidadaan a sumungbat kadagiti saludsod manipud kadagiti baldado ken miembro a saan nga Ingles ti pagsasaona. Mabalinni pay nga ited kadakayo dagiti material iti pagsasao malaksid iti Ingles a pakairamanan ti Chinese, Korean, Hmong, Tagalog, Laotian, Cambodian/Khmer, Vietnamese, Hawaiian, Japanese, Samoan, Thai, Ilocano, Burmese, Karen, Turkish, Uzbek ken audio, braille, iti dadakkel nga imprenta, wenno dadduma pay a kasukat a pormat nga awan ti magastos no kasapulam dayta. Makalikagumkami a mangipaay kenka iti impormasion a maipapan kadagiti benepisio ti planomi iti pormat a maakses ken maitutop para kenka. Tapno makaala iti impormasion manipud kadakami iti wagas nga agrabaho para kenka, tawagan ti Serbisio dagiti Miembro iti 1-888-846-4262 (TTY users ti tawagan 711).

Maikalikagum iti planomi a mangted kadagiti babbai a nagpalista iti pagpilian iti direkta nga access iti espesialista iti salun-at dagiti babbai iti uneg ti network para kadagiti serbisio ti rutina ken manglapped a panangtaripato ti salun-at kadagiti babbai.

Nu dagiti tagaipaay ti network ti planomi para ti espesialidad ket saan a sidadaan, rebbengen ti planomi nga agbirok kadagiti tagaipaay ti espesialidad iti ruar ti planomi a mangipaay kenka ti kasapulan a panangtaripato. Iti daytoy a kasasaad, bayadam laeng ti cost sharing iti uneg ti network. Nu addaka ti kasasaad nga awan dagiti espesialista iti network ti planomi a mangsakup ti serbisio a kasapulam, tawagan ti planomi para iti impormasion nu sadinno ti papanam tapno magun-od daytoy a serbisio ti cost-sharing iti uneg ti network.

No marigrigatanka a mangala ti impormasion manipud ti planomi iti pormat a maakess ken naiparbeng para kenka, pannakipagkita kadagiti espesialista ti salun-at dagiti babbai wenno panagbirok ti espesialista ti network, maidawat a tumawag tapno mangidatag ti asug iti Serbisio dagiti Miembro. Mabalinka pay a mangidatag iti reklamo iti Medicare babaen ti panangtawag iti 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), wenno direkta iti Office for Civil Rights iti 1-800-368-1019 wenno TTY 1-800-537-7697.

အင်္ဂလိပ်မဟုတ်သော ဘာသာစကားကို ပြောဆိုသည့် မန်ဘာဝင်များ၏ မေးခွန်းများကို
ဖြေဆိုပေးရန်အတွက်လည်း ကျွန်ုပ်တို့၏အစီအစဉ်တွင် အခမဲ့ စကားပုဒ်ဆောင်မှုများ ရယူနိုင်ပါသည်။
စာရွက်စာတမ်းများကို

ကျွန်ုပ်တို့အစီအစဉ်အနုပညာ အမျိုးသမီး စာရင်းသွင်းသူများကို အမျိုးသမီးကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ ပုံမှန်နှင့် ကျိတ်ဆက်ကာကွယ်ရေး စောင့်ရှောက်ဝန်ဆောင်မှုများအတွက် ကွန်ရက်တွင်းရှိ အမျိုးသမီးကျန်းမာရေး ကျွမ်းကျင်သူများနှင့် တိုက်ရိုက်ဆက်သွယ်ခွင့် ပေးအပ်ရန်လိုအပ်ပါသည်။

ប្រសិនបើអ្នកគិតថា អ្នកមិនទទួលបានការថែទាំសុខភាព ឬឱសថផ្នែក D របស់អ្នកក្នុងរយៈពេលសម ហេតុផលមួយ ជំពាក់ទី 9 ប្រាប់អំពីអ្វីដែលអ្នកអាចធ្វើបាន។

ជំពូកទី 8: សិទ្ធិ និងទំនួលខុសត្រូវរបស់អ្នក

ផ្នែកទី 1.3 យើងត្រូវតែការពារឯកជនភាពព័ត៌មានអំពីសុខភាពផ្ទាល់ខ្លួនរបស់អ្នក

ច្បាប់សហព័ន្ធ និងរដ្ឋការពារភាពឯកជននៃកំណត់ត្រាវេជ្ជសាស្ត្រ និងព័ត៌មានសុខភាពផ្ទាល់ខ្លួនរបស់អ្នក។ យើងការពារព័ត៌មានសុខភាពផ្ទាល់ខ្លួនរបស់អ្នក តាមការតម្រូវពីច្បាប់ទាំងនេះ។

- ព័ត៌មានអំពីសុខភាពផ្ទាល់ខ្លួនរបស់អ្នករួមមានព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួនដែលអ្នកបានផ្តល់ឱ្យយើងខ្ញុំនៅពេលអ្នកចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងនេះ ក៏ដូចជាកំណត់ត្រាវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នក និងព័ត៌មានវេជ្ជសាស្ត្រ និងសុខភាពផ្សេងទៀតផងដែរ។
- អ្នកមានសិទ្ធិទាក់ទងនឹងព័ត៌មានរបស់អ្នក និងការគ្រប់គ្រងរបៀបដែលព័ត៌មានសុខភាពរបស់អ្នកត្រូវបានប្រើប្រាស់។ យើងផ្តល់ជូនអ្នកនូវការជូនដំណឹងជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ ដែលហៅថា សេចក្តីជូនដំណឹងអំពីការអនុវត្តឯកជនភាព ដែលប្រាប់អំពីសិទ្ធិទាំងនេះ និងពន្យល់អំពីរបៀបដែលយើងការពារឯកជនភាពនៃព័ត៌មានសុខភាពរបស់អ្នក។

តើយើងការពារឯកជនភាពព័ត៌មានសុខភាពរបស់អ្នកដោយរបៀបណា?

- យើងធានាថាបុគ្គលដែលគ្មានការអនុញ្ញាតមិនឃើញ ឬផ្លាស់ប្តូរកំណត់ត្រារបស់អ្នក។
- លើកលែងតែកាលៈទេសៈដែលបានកត់សម្គាល់ខាងក្រោម ប្រសិនបើយើងមានបំណងផ្តល់ព័ត៌មានសុខភាពរបស់អ្នកដល់នរណាម្នាក់ដែលមិនបានផ្តល់ការថែទាំដល់អ្នក ឬទូទាត់ប្រាក់សម្រាប់ការថែទាំរបស់អ្នក យើងតម្រូវឱ្យមានការអនុញ្ញាតជាលាយលក្ខណ៍អក្សរពីអ្នក ឬនរណាម្នាក់ដែលអ្នកបានផ្តល់សិទ្ធិអំណាចផ្លូវច្បាប់ដើម្បីធ្វើការសម្រេចចិត្តសម្រាប់អ្នកជាមុនសិន។
- មានករណីលើកលែងជាក់លាក់មួយចំនួនដែលមិនតម្រូវឱ្យយើងខ្ញុំទទួលបានការអនុញ្ញាតជាលាយលក្ខណ៍អក្សររបស់អ្នកជាមុន។ ករណីលើកលែងទាំងនេះ ត្រូវបានអនុញ្ញាត ឬតម្រូវដោយច្បាប់។
 - យើងតម្រូវឱ្យបញ្ចេញព័ត៌មានសុខភាពទៅទីភ្នាក់ងាររដ្ឋាភិបាលដែលកំពុងត្រួតពិនិត្យគុណភាពនៃការថែទាំ។
 - ដោយសារអ្នកជាសមាជិករបស់គម្រោងយើងតាមរយៈ Medicare យើងតម្រូវឱ្យផ្តល់ជូន Medicare នូវព័ត៌មានសុខភាពរបស់អ្នក រួមទាំងព័ត៌មានអំពីឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាផ្នែក D របស់អ្នក។ ប្រសិនបើ Medicare បញ្ចេញព័ត៌មានរបស់អ្នកសម្រាប់ការស្រាវជ្រាវ ឬការប្រើប្រាស់ផ្សេងទៀត នោះទង្វើនេះនឹងត្រូវបានធ្វើឡើងយោងទៅតាមលក្ខន្តិកៈ និងបទប្បញ្ញត្តិរបស់សហព័ន្ធ ជាធម្មតា ការអនុវត្តបែបនេះតម្រូវឱ្យព័ត៌មាននោះកំណត់អត្តសញ្ញាណអ្នកតែមួយគត់មិនត្រូវបានចែករំលែកទេ។

អ្នកអាចមើលព័ត៌មាននៅក្នុងកំណត់ត្រារបស់អ្នក ហើយដឹងពីរបៀបដែលវាត្រូវបានចែករំលែកជាមួយអ្នកដទៃ

អ្នកមានសិទ្ធិមើលកំណត់ត្រាវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នកដែលធ្វើឡើងនៅគម្រោងរបស់យើង និងទទួលបានច្បាប់ចម្លងនៃកំណត់ត្រារបស់អ្នក។ យើងទទួលបានការអនុញ្ញាតឱ្យគិតប្រាក់ពីអ្នកសម្រាប់ការថតច្បាប់ចម្លង។ អ្នកក៏មានសិទ្ធិស្នើសុំឱ្យយើងខ្ញុំធ្វើការបន្ថែម ឬកែតម្រូវកំណត់ត្រាវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នកបានផងដែរ។ ប្រសិនបើអ្នកស្នើសុំឱ្យយើងខ្ញុំធ្វើដូច្នេះ យើងនឹងធ្វើការជាមួយអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពរបស់អ្នកដើម្បីសម្រេចថា តើការផ្លាស់ប្តូរត្រូវបានធ្វើឡើងដែរឬទេ។

ជំពូកទី 8: សិទ្ធិ និងទំនួលខុសត្រូវរបស់អ្នក

អ្នកមានសិទ្ធិដឹងពីរបៀបដែលព័ត៌មានសុខភាពរបស់អ្នកត្រូវបានចែករំលែកជាមួយអ្នកដទៃសម្រាប់គោលបំណងណាមួយដែលមិនមែនជាទម្លាប់។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ ឬការព្រួយបារម្ភអំពីឯកជនភាពនៃព័ត៌មានសុខភាពផ្ទាល់ខ្លួនរបស់អ្នក សូមទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិកតាមរយៈលេខ 1-888-846-4262 (អ្នកប្រើ TTY ទូរសព្ទទៅលេខ 711)។

ផ្នែកទី 1.4 យើងត្រូវតែផ្តល់ជូនអ្នកនូវព័ត៌មានអំពីគម្រោងរបស់យើង បណ្តាញអ្នកផ្តល់សេវារបស់យើង និងសេវាកម្មដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នក

ក្នុងនាមជាសមាជិកនៃគម្រោងរបស់យើង អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានព័ត៌មានជាច្រើនប្រភេទពីយើងខ្ញុំ។

ប្រសិនបើអ្នកចង់បានព័ត៌មានណាមួយខាងក្រោម សូមទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិកតាមរយៈលេខ 1-888-846-4262 (អ្នកប្រើ TTY ទូរសព្ទទៅលេខ 711)៖

- **ព័ត៌មានអំពីគម្រោងរបស់យើង។** ឧទាហរណ៍ នេះរួមបញ្ចូលទាំងព័ត៌មានអំពីស្ថានភាពហិរញ្ញវត្ថុរបស់គម្រោងយើង។
- **ព័ត៌មានអំពីឱសថស្ថាន និងអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញរបស់យើង។** អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានព័ត៌មានអំពីលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់របស់អ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថាននៅក្នុងបណ្តាញរបស់យើង និងរបៀបដែលយើងបង់ប្រាក់ដល់អ្នកផ្តល់សេវានៅក្នុងបណ្តាញរបស់យើង។
 - អ្នកអាចស្នើសុំផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិកសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញរបស់យើង រួមទាំងលក្ខណសម្បត្តិរបស់ពួកគេ សាលារៀនសាស្ត្រដែលពួកគេបានចូលរៀនការបញ្ចប់ថ្នាក់អនុវត្តផ្ទាល់ និងវិញ្ញាបនបត្រក្រុមប្រឹក្សាភិបាល។ ទាំងផ្នែកបម្រើសេវាសមាជិក និងគេហទំព័រអាចផ្តល់ព័ត៌មានចុងក្រោយបំផុតដល់លោកអ្នកអំពីការកែប្រែនៃអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញរបស់យើង។ ព័ត៌មាននេះអាចរកបាននៅលើគេហទំព័ររបស់យើង go.wellcare.com/2026providerdirectories។
- **ព័ត៌មានអំពីការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នក និងវិធានដែលអ្នកត្រូវតែអនុវត្តតាមនៅពេលប្រើប្រាស់ការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នក។** ជំពូកទី 3 និងទី 4 ផ្តល់ព័ត៌មានទាក់ទងនឹងសេវាកម្មផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ។ ជំពូកទី 5 និងទី 6 ផ្តល់ព័ត៌មានអំពីការធានារ៉ាប់រងឱសថផ្នែក D។
 - **ចំណាំ៖** គម្រោងរបស់យើងមិនផ្តល់រង្វាន់ដល់គ្រូពេទ្យ អ្នកផ្តល់សេវា ឬនិយោជិកដែលអនុវត្តការពិនិត្យមើលការប្រើប្រាស់ រួមទាំងអង្គភាពដែលត្រូវបានផ្ទេរសិទ្ធិនោះទេ។ ការសម្រេចចិត្តលើការគ្រប់គ្រងការប្រើប្រាស់ (UM) គឺផ្អែកលើតែភាពសមស្របនៃការថែទាំ និងសេវាកម្មនិងអត្ថិភាពនៃការធានារ៉ាប់រងប៉ុណ្ណោះ។ លើសពីនេះទៅទៀត គម្រោងនេះមិនផ្តល់រង្វាន់ជាពិសេសដល់គ្រូពេទ្យ ឬបុគ្គលផ្សេងទៀតសម្រាប់ការចេញការបដិសេធការធានារ៉ាប់រងទេ។ ការលើកទឹកចិត្តផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុសម្រាប់អ្នកធ្វើការសម្រេចចិត្តរបស់ UM មិនលើកទឹកចិត្តដល់ការសម្រេចចិត្តណាដែលបណ្តាលឱ្យមានការប្រើប្រាស់មិនគ្រប់គ្រាន់នោះទេ។

ជំពូកទី 8: សិទ្ធិ និងទំនួលខុសត្រូវរបស់អ្នក

- **ព័ត៌មានអំពីមូលហេតុដែលអ្វីមួយមិនត្រូវបានធានារ៉ាប់រង និងអ្វីដែលអ្នកអាចធ្វើបានអំពីវា។** ជំពូកទី 9 ផ្តល់ព័ត៌មានអំពីការស្នើសុំការពន្យល់ជាលាយលក្ខណ៍អក្សរអំពីមូលហេតុដែលសេវាកម្មផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ ឬឱសថផ្នែក D មិនត្រូវបានធានារ៉ាប់រង ឬថា ការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកត្រូវបានដាក់កម្រិតដែរឬទេ។ ជំពូកទី 9 ក៏ផ្តល់នូវព័ត៌មានអំពីការស្នើសុំឱ្យយើងខ្ញុំផ្លាស់ប្តូរសេចក្តីសម្រេច ដែលត្រូវបានគេហៅផងដែរថាជាបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍។

ផ្នែកទី 1.5 អ្នកមានសិទ្ធិដឹងអំពីជម្រើសនៃការព្យាបាលរបស់អ្នក និងចូលរួមក្នុងការសម្រេចចិត្តអំពីការថែទាំរបស់អ្នក

អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានព័ត៌មានពេញលេញពីវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក និងអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពផ្សេងទៀត។ អ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកត្រូវតែពន្យល់អំពីស្ថានភាពវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នក និងជម្រើសនៃការព្យាបាលរបស់អ្នកតាមរបៀបដែលអ្នកអាចយល់បាន។

អ្នកក៏មានសិទ្ធិចូលរួមយ៉ាងពេញលេញក្នុងការសម្រេចចិត្តអំពីការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នកផងដែរ។ ដើម្បីជួយអ្នកឱ្យធ្វើការសម្រេចចិត្តជាមួយវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកអំពីការព្យាបាលណាដែលល្អបំផុតសម្រាប់អ្នក សិទ្ធិរបស់អ្នករួមមានដូចខាងក្រោម៖

- **ដឹងអំពីជម្រើសរបស់អ្នកទាំងអស់។** អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានដំណឹងអំពីជម្រើសនៃការព្យាបាលទាំងអស់ដែលត្រូវបានណែនាំសម្រាប់ស្ថានភាពរបស់អ្នក មិនថាមានតម្លៃប៉ុន្មាន ឬថា តើវាត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយគម្រោងរបស់យើងដែរ ឬទេ។ វាក៏រួមបញ្ចូលទាំងការប្រាប់អំពីកម្មវិធីដែលគម្រោងរបស់យើងផ្តល់ជូនដើម្បីជួយសមាជិកឱ្យគ្រប់គ្រងឱសថរបស់ពួកគេ និងប្រើប្រាស់ឱសថដោយសុវត្ថិភាពផងដែរ។
- **ដឹងអំពីហានិភ័យ។** អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានដំណឹងអំពីហានិភ័យណាមួយដែលពាក់ព័ន្ធនឹងការថែទាំរបស់អ្នក។ អ្នកត្រូវតែទទួលបានដំណឹងជាមុនថា តើការថែទាំ ឬការព្យាបាលផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដែលបានស្នើសុំគឺជាផ្នែកមួយនៃការពិសោធស្រាវជ្រាវដែរឬទេ។ អ្នកតែងតែមានជម្រើសក្នុងការបដិសេធចំពោះការព្យាបាលពិសោធនាមួយ។
- **សិទ្ធិក្នុងការនិយាយថា “មិនព្រម”។** អ្នកមានសិទ្ធិបដិសេធចំពោះការព្យាបាលដែលបានណែនាំ។ រួមបញ្ចូលទាំងសិទ្ធិចាកចេញពីមន្ទីរពេទ្យ ឬបណ្ណាល័យវេជ្ជសាស្ត្រផ្សេងទៀត ទោះបីជាវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកផ្តល់ដំបូន្មានដល់អ្នកមិនឱ្យចាកចេញក៏ដោយ។ អ្នកមានសិទ្ធិបញ្ឈប់ការប្រើឱសថរបស់អ្នកផងដែរ។ ប្រសិនបើអ្នកបដិសេធចំពោះការព្យាបាល ឬឈប់ប្រើឱសថ អ្នកទទួលខុសត្រូវទាំងស្រុងចំពោះអ្វីដែលកើតឡើងចំពោះរាងកាយរបស់អ្នក។

អ្នកមានសិទ្ធិផ្តល់ការណែនាំអំពីអ្វីដែលត្រូវធ្វើ ប្រសិនបើអ្នកមិនអាចធ្វើការសម្រេចចិត្តផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដោយខ្លួនឯងបាន

ពេលខ្លះមនុស្សមិនអាចធ្វើការសម្រេចចិត្តលើការថែទាំសុខភាពដោយខ្លួនឯងបានទេ ដោយសារតែគ្រោះថ្នាក់ ឬជំងឺធ្ងន់ធ្ងរ។ អ្នកមានសិទ្ធិនិយាយពីអ្វីដែលអ្នកចង់ឱ្យកើតឡើង ប្រសិនបើអ្នកស្ថិតនៅក្នុងស្ថានភាពនេះ។ វាមានន័យថាប្រសិនបើអ្នកចង់ នោះអ្នកអាច៖

- បំពេញសំណុំបែបបទជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ ដើម្បីផ្តល់សិទ្ធិអំណាចផ្លូវច្បាប់ដល់នរណាម្នាក់ក្នុងការធ្វើការសម្រេចចិត្តផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រសម្រាប់អ្នក ប្រសិនបើអ្នកមិនអាចធ្វើការសម្រេចចិត្តដោយខ្លួនឯងបាន។

ជំពូកទី 8: សិទ្ធិ និងទំនួលខុសត្រូវរបស់អ្នក

- **ផ្តល់ការណែនាំជាលាយលក្ខណ៍អក្សរដល់វេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក** អំពីរបៀបដែលអ្នកចង់ឱ្យពួកគេដោះស្រាយការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក ប្រសិនបើអ្នកមិនអាចធ្វើការសម្រេចចិត្តដោយខ្លួនឯងបាន។

ឯកសារផ្លូវច្បាប់ដែលអ្នកអាចប្រើ ដើម្បីផ្តល់ការណែនាំជាមុនក្នុងស្ថានភាពទាំងនេះត្រូវបានគេហៅថា **សេចក្តីណែនាំទុកជាមុន**។ ឯកសារដូចជា **បញ្ជាក់រស់** និង **តំណាងផ្លូវច្បាប់សម្រាប់ការថែទាំសុខភាព** គឺជាឧទាហរណ៍នៃសេចក្តីណែនាំទុកជាមុន។

របៀបរៀបចំសេចក្តីណែនាំទុកជាមុនដើម្បីផ្តល់ការណែនាំ:

- **ទទួលបានសំណុំបែបបទមួយ។** អ្នកអាចទទួលបានសំណុំបែបបទសេចក្តីណែនាំទុកជាមុនពីមេធាវីរបស់អ្នក បុគ្គលិកសង្គមកិច្ច ឬហាងលក់សម្ភារៈផ្គត់ផ្គង់ការិយាល័យមួយចំនួន។ ជួនកាលអ្នកអាចទទួលបានសំណុំបែបបទសេចក្តីណែនាំទុកជាមុនពីអង្គការដែលផ្តល់ព័ត៌មានដល់មនុស្សអំពី Medicare។
- **បំពេញទម្រង់បែបបទ ហើយចុះហត្ថលេខាលើវា។** មិនថាអ្នកទទួលបានទម្រង់បែបបទនេះនៅកន្លែងណាទេ វាជាឯកសារស្របច្បាប់។ ពិចារណាឱ្យមេធាវីជួយអ្នករៀបចំឯកសារនេះ។
- **ផ្តល់ច្បាប់ចម្លងអំពីទម្រង់បែបបទដល់មនុស្សដែលស័ក្តិសម។** ផ្តល់ច្បាប់ចម្លងនៃសំណុំបែបបទដល់វេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក និងបុគ្គលដែលអ្នកដាក់ឈ្មោះនៅលើសំណុំបែបបទ ដែលអាចធ្វើការសម្រេចចិត្តជំនួសអ្នក ប្រសិនបើអ្នកមិនអាចធ្វើការសម្រេចបាន។ អ្នកប្រហែលជាចង់ផ្តល់ច្បាប់ចម្លងដល់មិត្តភក្តិជិតស្និទ្ធ ឬសមាជិកគ្រួសារ។ រក្សាច្បាប់ចម្លងទុកនៅផ្ទះ។

ប្រសិនបើអ្នកដឹងជាមុនថាអ្នកនឹងត្រូវសម្រាកព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យ ហើយអ្នកបានចុះហត្ថលេខាលើសេចក្តីណែនាំទុកជាមុន **សូមយកច្បាប់ចម្លងជាមួយអ្នកទៅមន្ទីរពេទ្យ។**

- មន្ទីរពេទ្យនឹងសួរថាតើអ្នកបានចុះហត្ថលេខាលើសំណុំបែបបទសេចក្តីណែនាំទុកជាមុន ហើយថាតើអ្នកមានឯកសារនេះនៅជាមួយអ្នកដែរឬទេ។
- ប្រសិនបើអ្នកមិនបានចុះហត្ថលេខាលើសំណុំបែបបទសេចក្តីណែនាំទុកជាមុនទេ មន្ទីរពេទ្យមានសំណុំបែបបទដែលអាចរកបាន ហើយនឹងសួរថាតើអ្នកចង់ចុះហត្ថលេខាលើសំណុំបែបបទនោះដែរឬទេ។

ការបំពេញសេចក្តីណែនាំទុកជាមុនគឺជាជម្រើសរបស់អ្នក (រួមទាំងថា តើអ្នកចង់ចុះហត្ថលេខាលើសេចក្តីណែនាំទុកជាមុនដែរទេ ប្រសិនបើអ្នកស្ថិតនៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យ)។ តាមច្បាប់ គ្មាននរណាម្នាក់អាចបដិសេធការថែទាំរបស់អ្នក ឬរើសអើងចំពោះអ្នកដោយផ្អែកលើថា តើអ្នកបានចុះហត្ថលេខាលើសេចក្តីណែនាំទុកជាមុនដែរឬទេនោះឡើយ។

ប្រសិនបើការណែនាំរបស់អ្នកមិនត្រូវបានអនុវត្តតាម

ប្រសិនបើអ្នកចុះហត្ថលេខាលើសេចក្តីណែនាំទុកជាមុន ហើយអ្នកជឿថាវេជ្ជបណ្ឌិត ឬមន្ទីរពេទ្យមិនបានធ្វើតាមការណែនាំនៅក្នុងនោះ អ្នកអាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងតវ៉ាទៅកាន់ការិយាល័យប្រតិបត្តិការនៃរដ្ឋ Hawaii ទទួលបន្ទុកផ្នែកចាស់ជរា។

ជំពូកទី 8៖ សិទ្ធិ និងទំនួលខុសត្រូវរបស់អ្នក

ផ្នែកទី 1.6 អ្នកមានសិទ្ធិដាក់បណ្តឹងតវ៉ា និងស្នើសុំឱ្យយើងខ្ញុំពិចារណាឡើងវិញនូវ ការសម្រេចចិត្តដែលយើងបានធ្វើ

ប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហា ការព្រួយបារម្ភ ឬមានបណ្តឹងតវ៉ា ហើយត្រូវការស្នើសុំការធានារ៉ាប់រង ឬដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ នោះជំពូកទី 9 នៃឯកសារនេះនឹងប្រាប់អំពីអ្វីដែលអ្នកអាចធ្វើទៅបាន។ អ្វីក៏ដោយដែលអ្នកធ្វើ—ស្នើសុំសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង ដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ ឬដាក់ពាក្យបណ្តឹងតវ៉ា—**យើងតម្រូវឱ្យប្រព្រឹត្តដាក់អ្នកដោយយុត្តិធម៌។**

ផ្នែកទី 1.7 អ្នកមានសិទ្ធិផ្តល់ការណែនាំអំពីគោលការណ៍ស្តីពីសិទ្ធិ និងទំនួលខុសត្រូវរបស់សមាជិករបស់យើង

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ ឬកង្វល់អំពីសិទ្ធិ និងទំនួលខុសត្រូវ ឬប្រសិនបើអ្នកមានសំណើ ដើម្បីកែលម្អគោលការណ៍ស្តីពីសិទ្ធិសមាជិករបស់យើង សូមចែករំលែកគំនិតរបស់អ្នកជាមួយយើងខ្ញុំដោយទាក់ទងទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិក។

ផ្នែកទី 1.8 ការវាយតម្លៃបច្ចេកវិទ្យាថ្មី

បច្ចេកវិទ្យាថ្មីមាននីតិវិធី ឱសថ ផលិតផលជីវសាស្ត្រ ឬឧបករណ៍ដែលត្រូវបានបង្កើតឡើងថ្មីនេះសម្រាប់ការព្យាបាលស្ថានភាព ឬជំងឺជាក់លាក់ ឬជាការប្រើប្រាស់ថ្មីនៃនីតិវិធី ឱសថ ផលិតផលជីវសាស្ត្រ និងឧបករណ៍ដែលមានស្រាប់។ គម្រោងរបស់យើងអនុវត្តតាមការកំណត់លើការធានារ៉ាប់រងជាតិ និងមូលដ្ឋានរបស់ Medicare នៅពេលដែលអាចអនុវត្តបាន។

ក្នុងករណីពុំមានការកំណត់លើការធានារ៉ាប់រងរបស់ Medicare នោះគម្រោងរបស់យើងវាយតម្លៃបច្ចេកវិទ្យាថ្មី ឬការអនុវត្តថ្មីនៃបច្ចេកវិទ្យាដែលមានស្រាប់ ដើម្បីបញ្ចូលក្នុងអត្ថប្រយោជន៍ ដែលអាចអនុវត្តបាន ដើម្បីធានាថា សមាជិកអាចទទួលបាននូវការថែរក្សាប្រកបដោយសុវត្ថិភាព និងប្រសិទ្ធភាពដោយធ្វើការវាយតម្លៃយ៉ាងសំខាន់លើឯកសារវេជ្ជសាស្ត្រដែលបានចុះផ្សាយថ្មីពីការពិនិត្យពិច័យ - ពិនិត្យឡើងវិញនូវការបោះពុម្ពផ្សាយ រួមទាំងការពិនិត្យប្រព័ន្ធជាប្រចាំ ការពិសោធគ្រប់គ្រងដោយចៃដន្យ ការសិក្សាក្រុម ការសិក្សាពិនិត្យករណី ការស្រាវជ្រាវ ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យដែលមានលទ្ធផលគួរឱ្យកត់សម្គាល់ដែលបង្ហាញពីសុវត្ថិភាព និងប្រសិទ្ធភាព និងការពិនិត្យឡើងវិញនូវគោលការណ៍ណែនាំផ្នែកលើកស្តីតាងដែល បានបង្កើតឡើងដោយអង្គការជាតិ និងអាជ្ញាធរដែលត្រូវបានទទួលស្គាល់។ គម្រោងរបស់យើងខ្ញុំក៏ពិចារណានូវមតិយោបល់ ការផ្តល់អនុសាសន៍ និងការវាយតម្លៃដោយគ្រូពេទ្យព្យាបាល សមាគមវេជ្ជសាស្ត្រដែលទទួលស្គាល់ជាទូទៅទូទាំងប្រទេស រួមទាំងសមាគមជំនាញឯកទេសគ្រូពេទ្យ ក្រុមមតិឯកភាព ឬអង្គការវាយតម្លៃបច្ចេកវិទ្យាស្រាវជ្រាវ ឬបច្ចេកវិទ្យាដែលទទួលស្គាល់ជាលក្ខណៈជាតិ របាយការណ៍ និងការបោះពុម្ពផ្សាយរបស់ភ្នាក់ងាររដ្ឋាភិបាលផ្សេងទៀត (ឧទាហរណ៍ដូចជា Food and Drug Administration (FDA) មជ្ឈមណ្ឌលគ្រប់គ្រងជំងឺ (CDC) និងវិទ្យាស្ថានជាតិសុខភាព (NIH) ជាដើម)។

ជំពូកទី 8: សិទ្ធិ និងទំនួលខុសត្រូវរបស់អ្នក

ផ្នែកទី 1.9 ប្រសិនបើអ្នកជឿថាអ្នកកំពុងត្រូវបានប្រព្រឹត្តដាក់ដោយអយុត្តិធម៌ ឬសិទ្ធិរបស់អ្នកមិនត្រូវបានគោរព

ប្រសិនបើអ្នកជឿថា អ្នកត្រូវបានប្រព្រឹត្តដាក់ដោយអយុត្តិធម៌ ឬសិទ្ធិរបស់អ្នកមិនត្រូវបានគោរពដោយផ្អែកពូជសាសន៍ ពិការភាព សាសនា ភេទ សុខភាព ជាតិសាសន៍ លទ្ធិ (ជំនឿ) អាយុ ឬដើមកំណើត ជាតិសាសន៍ សូមទូរសព្ទទៅ **Office for Civil Rights** របស់ក្រសួងសុខាភិបាល និងសេវាមនុស្សជាតិ តាមលេខ 1-800-368-1019 (អ្នកប្រើ TTY សូមទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-537-7697) ឬទូរសព្ទទៅ Office for Civil Rights ក្នុងតំបន់របស់អ្នក។ អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានការគោរព និងការទទួលស្គាល់ចំពោះសេចក្តីថ្លែងរូបរបស់អ្នក។

ប្រសិនបើអ្នកជឿថាអ្នកត្រូវបានប្រព្រឹត្តដាក់ដោយអយុត្តិធម៌ ឬសិទ្ធិរបស់អ្នកមិនត្រូវបានគោរព ហើយវាមិនទាក់ទងនឹងការរើសអើងទេនោះ អ្នកអាចទទួលបានជំនួយក្នុងការដោះស្រាយបញ្ហាដែលអ្នកកំពុងជួបប្រទះពីកន្លែងទាំងនេះ៖

- សូមទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិករបស់គម្រោងយើងតាមរយៈលេខ **1-888-846-4262** (អ្នកប្រើ TTY ទូរសព្ទទៅលេខ **711**)
- សូមទូរសព្ទទៅ **SHIP** ក្នុងតំបន់របស់អ្នកតាមរយៈលេខ 1-888-875-9229។
- សូមទូរសព្ទទៅ **Medicare** តាមរយៈលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (អ្នកប្រើ TTY ទូរសព្ទទៅលេខ 1-877-486-2048)

ផ្នែកទី 1.10 របៀបទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែមអំពីសិទ្ធិរបស់អ្នក

ទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែមអំពីសិទ្ធិរបស់អ្នកពីកន្លែងទាំងនេះ៖

- សូមទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិកតាមរយៈលេខ **1-888-846-4262** (អ្នកប្រើ TTY ទូរសព្ទទៅលេខ **711**)
- សូមទូរសព្ទទៅ **SHIP** ក្នុងតំបន់របស់អ្នកតាមរយៈលេខ 1-888-875-9229។
- **ទាក់ទង Medicare**
 - សូមចូលមើលគេហទំព័រ www.Medicare.gov ដើម្បីអានការបោះពុម្ពផ្សាយស្តីពី សិទ្ធិ និងការការពាររបស់ Medicare (មាននៅគេហទំព័រ៖ www.Medicare.gov/publications/11534-medicare-rights-and-protections.pdf)
 - សូមទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (អ្នកប្រើ TTY ទូរសព្ទទៅលេខ 1-877-486-2048)

ជំពូកទី 8: សិទ្ធិ និងទំនួលខុសត្រូវរបស់អ្នក

ផ្នែកទី 2 ទំនួលខុសត្រូវរបស់អ្នកក្នុងនាមជាសមាជិកនៃគម្រោងរបស់យើង

អ្វីដែលអ្នកត្រូវធ្វើក្នុងនាមជាសមាជិកនៃគម្រោងរបស់យើងត្រូវបានរាយខាងក្រោម។ សម្រាប់សំណួរ សូមទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិកតាមរយៈលេខ 1-888-846-4262 (អ្នកប្រើ TTY ទូរសព្ទទៅលេខ 711)។

- **ស្វែងយល់អំពីសេវាកម្មដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នក និងច្បាប់ដែលអ្នកត្រូវតែអនុវត្តតាមដើម្បីទទួលបានសេវាកម្មដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងទាំងនេះ។** ប្រើកស្តតាងនៃការធានារ៉ាប់រងនេះ ដើម្បីស្វែងយល់អំពីអ្វីដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រង និងច្បាប់ដែលអ្នកត្រូវការ ដើម្បីទទួលបានសេវាកម្មដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រង។
 - ជំពូកទី 3 និងទី 4 ផ្តល់ព័ត៌មានលម្អិតអំពីសេវាកម្មផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ។
 - ជំពូកទី 5 និងទី 6 ផ្តល់ព័ត៌មានលម្អិតអំពីការធានារ៉ាប់រងឱសថផ្នែក D។
- **ប្រសិនបើអ្នកមានការធានារ៉ាប់រងសុខភាព ឬការធានារ៉ាប់រងឱសថផ្សេងទៀតក្រៅពីគម្រោងរបស់យើង អ្នកត្រូវឱ្យប្រាប់មកយើងខ្ញុំ។** ជំពូកទី 1 ប្រាប់អ្នកអំពីការសម្របសម្រួលអត្ថប្រយោជន៍ទាំងនេះ។
- **ប្រាប់វេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក និងអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពផ្សេងទៀត ថាអ្នកបានចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងរបស់យើង។**

បង្ហាញបណ្ណសមាជិកភាពរបស់គម្រោងយើង និងបណ្ណ Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) របស់អ្នករាល់ពេលដែលអ្នកទទួលបានការថែទាំផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ ឬឱសថផ្នែក D។
- **ជួយវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក និងអ្នកផ្តល់សេវាផ្សេងទៀតជួយអ្នកដោយផ្តល់ព័ត៌មាន សាកសួរ និងតាមដានការថែទាំរបស់អ្នក។**
 - ដើម្បីជួយទទួលបានការថែទាំដ៏ល្អបំផុត សូមប្រាប់វេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក និងអ្នកផ្តល់សេវាសុខភាពផ្សេងទៀតអំពីបញ្ហាសុខភាពរបស់អ្នក។ អនុវត្តតាមគម្រោងព្យាបាល និងការណែនាំដែលអ្នក និងវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកយល់ព្រម។
 - ត្រូវប្រាកដថា វេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកដឹងអំពីឱសថទាំងអស់ដែលអ្នកកំពុងប្រើ រួមទាំងឱសថគ្មានវេជ្ជបញ្ជា វិទាមីន និងអាហារបំប៉ន។
 - ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមប្រាកដថា អ្នកបានសួរ និងទទួលបានចម្លើយដែលអ្នកអាចយល់បាន។ អ្នកមានទំនួលខុសត្រូវក្នុងការយល់អំពីបញ្ហាសុខភាពរបស់អ្នក និងជួយកំណត់គោលដៅព្យាបាលដែលអ្នក និងវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកព្រមព្រៀងគ្នានោះ។
- **ត្រូវគិតពិចារណា។** យើងរំពឹងថា សមាជិករបស់យើងនឹងគោរពសិទ្ធិរបស់អ្នកជំងឺផ្សេងទៀត។ យើងក៏រំពឹងថា អ្នកនឹងប្រព្រឹត្តតាមរបៀបដែលជួយឱ្យការិយាល័យវេជ្ជបណ្ឌិត មន្ទីរពេទ្យ និងការិយាល័យផ្សេងទៀតរបស់អ្នកដំណើរការដោយរលូន។
- **បង់ថ្លៃដែលអ្នកជំពាក់។** ក្នុងនាមជាសមាជិកគម្រោង អ្នកទទួលខុសត្រូវចំពោះការបង់ប្រាក់ទាំងនេះ៖
 - អ្នកត្រូវតែបន្តបង់ថ្លៃធានារ៉ាប់រង Medicare របស់អ្នក ដើម្បីបន្តជាសមាជិកនៃគម្រោងរបស់យើង។

ជំពូកទី 8: សិទ្ធិ និងទំនួលខុសត្រូវរបស់អ្នក

- ប្រសិនបើអ្នកផ្លាស់ទីលំនៅនៅក្នុងតំបន់សេវាកម្មនៃគម្រោងរបស់យើង យើងត្រូវដឹងដូច្នេះយើងអាចរក្សាកំណត់ត្រាសមាជិកភាពរបស់អ្នកឱ្យមានបច្ចុប្បន្នភាព និងដឹងអំពីរបៀបទាក់ទងអ្នក។
- ប្រសិនបើអ្នកផ្លាស់ទីចេញពីតំបន់សេវាកម្មនៃគម្រោងរបស់យើង អ្នកមិនអាចបន្តជាសមាជិកនៃគម្រោងរបស់យើងបានទេ។
- ប្រសិនបើអ្នកផ្លាស់ទីលំនៅ សូមប្រាប់របបសន្តិសុខសង្គម (ឬគណៈកម្មការការចូលនិវត្តន៍របស់និយោជិតផ្លូវដែក)។

ជំពូកទី 9: ប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហា ឬបណ្តឹងតវ៉ា (សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ បណ្តឹងតវ៉ា)

ជំពូកទី 9:

ប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហា ឬបណ្តឹងតវ៉ា (សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ បណ្តឹងតវ៉ា)

ផ្នែកទី 1 តើត្រូវធ្វើអ្វីខ្លះ ប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហា ឬកង្វល់

ជំពូកនេះពន្យល់អំពីដំណើរការសម្រាប់ការដោះស្រាយបញ្ហា និងការព្រួយបារម្ភនានា។ ដំណើរការដែលអ្នកប្រើដើម្បីដោះស្រាយបញ្ហារបស់អ្នកអាស្រ័យលើប្រភេទបញ្ហាដែលអ្នកកំពុងមាន៖

- សម្រាប់បញ្ហាមួយចំនួន អ្នកត្រូវប្រើដំណើរការសម្រាប់សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង និងបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍។
- សម្រាប់បញ្ហាផ្សេងទៀត អ្នកត្រូវប្រើដំណើរការសម្រាប់ដាក់បណ្តឹងតវ៉ា (ហៅផងដែរថា បណ្តឹងសាទុក្ខ)។

ដំណើរការនីមួយៗមានបណ្តុំនៃវិធាន នីតិវិធី និងកាលកំណត់ ដែលយើង និងអ្នកត្រូវគោរពតាម។

ផ្នែកទី 3 នឹងជួយអ្នកកំណត់អត្តសញ្ញាណដំណើរការត្រឹមត្រូវដែលត្រូវប្រើ និងអ្វីដែលអ្នកគួរធ្វើ។

ផ្នែកទី 1.1 លក្ខខណ្ឌផ្លូវច្បាប់

មានលក្ខខណ្ឌផ្លូវច្បាប់សម្រាប់វិធាន នីតិវិធី និងប្រភេទនៃកាលបរិច្ឆេទកំណត់មួយចំនួនដែលបានពន្យល់នៅក្នុងជំពូកនេះ។ មនុស្សភាគច្រើនគឺមិនសូវស្គាល់ពាក្យទាំងនេះទេ។ ដើម្បីធ្វើឱ្យកិច្ចការកាន់តែងាយស្រួល ជំពូកនេះប្រើពាក្យដែលគេធ្លាប់ស្គាល់ជំនួសឱ្យពាក្យច្បាប់មួយចំនួន។

ទោះយ៉ាងណាក៏ដោយ ពេលខ្លះវាសំខាន់ណាស់ក្នុងការដឹងអំពីលក្ខខណ្ឌផ្លូវច្បាប់ឱ្យបានត្រឹមត្រូវ។ ដើម្បីជួយអ្នកឱ្យដឹងថា តើពាក្យណាដែលត្រូវប្រើ ដើម្បីទទួលបានជំនួយ ឬព័ត៌មានត្រឹមត្រូវ យើងរួមបញ្ចូលពាក្យច្បាប់ទាំងនេះ នៅពេលយើងផ្តល់ព័ត៌មានលម្អិតសម្រាប់ការដោះស្រាយស្ថានភាពជាក់លាក់។

ជំពូកទី 9: ប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហា ឬបណ្តឹងតវ៉ា (សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ បណ្តឹងតវ៉ា)

ផ្នែកទី 2 កន្លែងដែលទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែម និងជំនួយផ្ទាល់ខ្លួន

យើងតែងតែនៅទីនេះដើម្បីជួយអ្នក។ ទោះបីជាអ្នកមានបណ្តឹងតវ៉ាអំពីការប្រព្រឹត្តរបស់យើងចំពោះអ្នកក៏ដោយ យើងមានកាតព្វកិច្ចគោរពសិទ្ធិរបស់អ្នកក្នុងការប្តឹងតវ៉ាដែល។ អ្នកគួរតែទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិកតាមរយៈលេខ 1-888-846-4262 (អ្នកប្រើ TTY ទូរសព្ទទៅលេខ 711) សម្រាប់ជំនួយ។ ក្នុងស្ថានភាពខ្លះទៀត អ្នកក៏អាចចង់បានជំនួយ ឬការណែនាំពីនរណាម្នាក់ដែលមិនមានទំនាក់ទំនងជាមួយយើងខ្ញុំផងដែរ។ អង្គភាពពិរដែលអាចជួយបានគឺ៖

កម្មវិធីជំនួយធានារ៉ាប់រងសុខភាពរបស់រដ្ឋ (SHIP)

រដ្ឋនីមួយៗមានកម្មវិធីរបស់រដ្ឋាភិបាលមួយដែលមានអ្នកប្រឹក្សាយោបល់ដែលបានទទួលការបណ្តុះបណ្តាល។ កម្មវិធីមិនមានទាក់ទងនឹងយើងខ្ញុំ ឬជាមួយក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រង ឬក៏គម្រោងសុខភាពណាមួយឡើយ។ អ្នកប្រឹក្សាយោបល់នៅកម្មវិធីនេះអាចជួយអ្នកឱ្យយល់ថា តើដំណើរការមួយណាដែលអ្នកគួរប្រើ ដើម្បីដោះស្រាយបញ្ហាដែលអ្នកកំពុងមាន។ ពួកគេក៏អាចឆ្លើយសំណួរ ផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវព័ត៌មានបន្ថែម និងផ្តល់ការណែនាំអំពីអ្វីដែលត្រូវធ្វើ។

សេវាអ្នកប្រឹក្សាយោបល់របស់ SHIP គឺឥតគិតថ្លៃ។ ព័ត៌មានទំនាក់ទំនងរបស់ SHIP មាននៅក្នុងជំពូកទី 2 ផ្នែកទី 3។

Medicare

អ្នកក៏អាចទាក់ទង Medicare សម្រាប់ជំនួយផងដែរ៖

- សូមទូរសព្ទទៅ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 24 ម៉ោងក្នុងមួយ ថ្ងៃ 7 ថ្ងៃ ក្នុងមួយសប្តាហ៍។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY ទូរសព្ទទៅលេខ 1-877-486-2048។
- សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ www.Medicare.gov។

អ្នកអាចទទួលបានជំនួយ និងព័ត៌មានពីកម្មវិធី Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid)

សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម និងជំនួយក្នុងការដោះស្រាយបញ្ហា អ្នកក៏អាចទាក់ទងកម្មវិធី Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) ផងដែរ។ នេះគឺជាវិធីពីរយ៉ាងដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានដោយផ្ទាល់ពី Medicaid៖

- អ្នកអាចទូរសព្ទទៅកម្មវិធី Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) តាមរយៈលេខ 1-800-316-8005។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរទូរសព្ទទៅលេខ 711 ម៉ោងប្រតិបត្តិការ គឺចាប់ពីម៉ោង 7:45 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 4:30 រសៀល ម៉ោង HT ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ។
- អ្នកអាចចូលទៅកាន់គេហទំព័រកម្មវិធី Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) (<https://medquest.hawaii.gov/en.html>)។

ជំពូកទី 9: ប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហា ឬបណ្តឹងតវ៉ា (សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ បណ្តឹងតវ៉ា)

ផ្នែកទី 3 ការយល់ដឹងអំពីបណ្តឹងតវ៉ា និងបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់ Medicare និង កម្មវិធី Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid)

អ្នកមាន Medicare ហើយទទួលបានជំនួយពីកម្មវិធី Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid)។ ព័ត៌មាននៅក្នុងជំពូកនេះអនុវត្តចំពោះ អត្ថប្រយោជន៍ **ទាំងអស់នៃ** Medicare និងកម្មវិធី Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) របស់អ្នក។ នេះត្រូវបានគេហៅថាដំណើរការរួមបញ្ចូលគ្នា ព្រោះវា រួមបញ្ចូលគ្នា ឬរួមបញ្ចូលគ្នានូវដំណើរការ Medicare និងកម្មវិធី Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid)។

ពេលខ្លះដំណើរការ Medicare និងកម្មវិធី Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) មិនត្រូវបាន រួមបញ្ចូលគ្នាទេ។ នៅក្នុងស្ថានភាពទាំងនោះ សូមប្រើដំណើរការ Medicare សម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍ដែល រ៉ាប់រងដោយ Medicare និងដំណើរការកម្មវិធី Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) សម្រាប់ អត្ថប្រយោជន៍ដែលរ៉ាប់រងដោយកម្មវិធី Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid)។ ស្ថានភាព ទាំងនេះត្រូវបានពន្យល់នៅក្នុង **ផ្នែកទី 6.4**។

ផ្នែកទី 4 តើដំណើរការមួយណាដែលត្រូវប្រើសម្រាប់បញ្ហារបស់អ្នក

បើអ្នកមានបញ្ហា ឬក្តីបារម្ភ សូមអានតែផ្នែកនៃជំពូកដែលពាក់ព័ន្ធនឹងស្ថានភាពរបស់អ្នកប៉ុណ្ណោះ។ ព័ត៌មានខាងក្រោមនឹងជួយអ្នកស្វែងរកផ្នែកនៃជំពូកនេះដែលត្រឹមត្រូវសម្រាប់បញ្ហា ឬបណ្តឹងតវ៉ា អំពី **អត្ថប្រយោជន៍ដែលរ៉ាប់រងដោយ Medicare ឬកម្មវិធី Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid)**។

តើបញ្ហា ឬកង្វល់របស់អ្នកពាក់ព័ន្ធពីអត្ថប្រយោជន៍ ឬការធានារ៉ាប់រងមែនដែរឬទេ?

នេះរួមបញ្ចូលទាំងបញ្ហាថា តើការថែទាំផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ (ទំនិញផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ សេវា និង/ឬឱសថផ្នែក B) ត្រូវបានរ៉ាប់រង ឬអត់ របៀបដែលពួកគេត្រូវបានរ៉ាប់រង និងបញ្ហាទាក់ទងនឹងការបង់ប្រាក់សម្រាប់ ការថែទាំផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ។

បាទ/ចាស។

ចូលទៅកាន់ **ផ្នែកទី 5** ការណែនាំអំពីសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង និងបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍។

ទេ។

ចូលទៅកាន់ **ផ្នែកទី 11** របៀបនៃការដាក់បណ្តឹងអំពីគុណភាពនៃការថែទាំ ពេលវេលារង់ចាំ សេវាកម្មអតិថិជន ឬកង្វល់ផ្សេងទៀត។

សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង និងបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍

ជំពូកទី 9: ប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហា ឬបណ្តឹងតវ៉ា (សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ បណ្តឹងតវ៉ា)

ផ្នែកទី 5 ការណែនាំអំពីសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង និងបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍

សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង និងបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ដោះស្រាយបញ្ហាទាក់ទងនឹងអត្ថប្រយោជន៍ និងការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកសម្រាប់ការថែទាំផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នក (សេវាកម្ម របស់របរ និងឱសថផ្នែក B រួមទាំងការបង់ប្រាក់)។ ដើម្បីរក្សាអ្វីៗឱ្យសាមញ្ញ ជាទូទៅយើងយោងទៅលើសម្ភារៈវេជ្ជសាស្ត្រ សេវាកម្ម និងឱសថ Medicare Part B ជា **ការថែទាំផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ**។ អ្នកប្រើសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង និងដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍សម្រាប់បញ្ហាដូចជា តើអ្វីមួយត្រូវបានរ៉ាប់រង ឬអត់ និងរបៀបដែលអ្វីមួយត្រូវបានរ៉ាប់រង។

ការស្នើសុំសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងមុនពេលអ្នកទទួលបានសេវាកម្ម

ប្រសិនបើអ្នកចង់ដឹងថា តើយើងនឹងធានារ៉ាប់រងលើសេវាថែទាំវេជ្ជសាស្ត្រមុនពេលអ្នកទទួលបានវាឬអត់ នោះអ្នកអាចស្នើសុំឱ្យយើងធ្វើសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងសម្រាប់អ្នកបាន។ សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង គឺជាការសម្រេចចិត្តដែលយើងធ្វើឡើងអំពីអត្ថប្រយោជន៍ និងការរ៉ាប់រងរបស់អ្នក ឬអំពីចំនួនទឹកប្រាក់ដែលយើងនឹងបង់សម្រាប់ការថែទាំផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នក។ ឧទាហរណ៍ ប្រសិនបើវេជ្ជបណ្ឌិតក្នុងបណ្តាញគម្រោងរបស់យើងបញ្ជូនអ្នកទៅកាន់អ្នកឯកទេសផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដែលមិនស្ថិតនៅក្នុងបណ្តាញ ការបញ្ជូនបន្តនេះត្រូវបានចាត់ទុកថាជាសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងដែលអំណោយផល លុះត្រាតែអ្នក ឬវេជ្ជបណ្ឌិតក្នុងបណ្តាញរបស់អ្នកអាចបង្ហាញថា អ្នកបានទទួលសេចក្តីជូនដំណឹងអំពីការបដិសេធស្តង់ដារសម្រាប់អ្នកឯកទេសផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រនេះ ឬ កស្តតាងនៃការធានារ៉ាប់រងបញ្ជាក់យ៉ាងច្បាស់ថា សេវាដែលបានបញ្ជូនបន្តមិនដែលបានរ៉ាប់រងនៅក្រោមលក្ខខណ្ឌណាមួយឡើយ។ អ្នក ឬវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកក៏អាចទាក់ទងមកយើងខ្ញុំ និងស្នើសុំសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង ប្រសិនបើវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកមិនប្រាកដថា តើយើងនឹងធានារ៉ាប់រងលើសេវាវេជ្ជសាស្ត្រជាក់លាក់ណាមួយ ឬបដិសេធមិនផ្តល់ការថែទាំវេជ្ជសាស្ត្រដែលអ្នកគិតថាអ្នកត្រូវការ។

ក្នុងកាលៈទេសៈមានកំណត់ សំណើសម្រាប់សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងនឹងត្រូវបានបដិសេធមានន័យថា យើងនឹងមិនពិនិត្យមើលសំណើនោះទេ។ ឧទាហរណ៍នៃពេលវេលាសំណើនឹងត្រូវបានច្រានចោល រួមមានប្រសិនបើសំណើមិនពេញលេញ ប្រសិនបើនរណាម្នាក់ធ្វើការស្នើសុំជំនួសអ្នក ប៉ុន្តែមិនមានសិទ្ធិស្របច្បាប់ក្នុងការធ្វើដូច្នេះទេ ឬប្រសិនបើអ្នកស្នើសុំឱ្យដកសំណើរបស់អ្នកវិញ។ ប្រសិនបើយើងបដិសេធសំណើសុំសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង យើងនឹងជូនដំណឹងដល់អ្នកដោយស្វ័យប្រវត្តិ។ មូលហេតុដែលសំណើត្រូវបានច្រានចោល និងរបៀបស្នើសុំការពិនិត្យឡើងវិញលើការបដិសេធនោះ។

យើងធ្វើសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងនៅពេលណាដែលយើងសម្រេចថា តើអ្វីខ្លះដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងសម្រាប់អ្នក និងចំនួនទឹកប្រាក់ដែលយើងបង់។ ក្នុងករណីខ្លះ យើងអាចសម្រេចចិត្តថា ការថែទាំផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រមិនត្រូវបានរ៉ាប់រង ឬលែងត្រូវបានរ៉ាប់រងសម្រាប់អ្នកទៀតហើយ។ ប្រសិនបើអ្នកមិនយល់ស្របនឹងសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងនេះទេ អ្នកអាចដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍បាន។

ការដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍

ប្រសិនបើយើងធ្វើសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង មិនថាមុន ឬក្រោយពេលអ្នកទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ ហើយអ្នកមិនពេញចិត្ត អ្នកអាចដាក់ **បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍** ចំពោះសេចក្តីសម្រេចនេះ។ បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍គឺជាវិធីការនៃការស្នើសុំឱ្យយើងខ្ញុំពិនិត្យឡើងវិញ និងផ្លាស់ប្តូរសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងដែលយើងបានធ្វើ។ ក្រោមកាលៈទេសៈមួយចំនួន អ្នកអាចស្នើសុំបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍បែបពន្លឺន ឬ **បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍រហ័ស** នៃសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង។ បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នកត្រូវបានដោះស្រាយ

ជំពូកទី 9: ប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហា ឬបណ្តឹងតវ៉ា (សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ បណ្តឹងតវ៉ា)

ដោយអ្នកត្រួតពិនិត្យផ្សេងៗខុសពីអ្នកដែលបានធ្វើការសម្រេចពីដើម។

នៅពេលអ្នកប្តឹងឧទ្ធរណ៍ការសម្រេចចិត្តជាលើកដំបូង នេះត្រូវបានគេហៅថាបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 1។ នៅក្នុងបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍នេះ យើងពិនិត្យឡើងវិញនូវសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងដែលយើងបានធ្វើ ដើម្បីពិនិត្យមើលថា តើយើងបានអនុវត្តតាមច្បាប់ត្រឹមត្រូវដែរឬទេ។ នៅពេលយើងបញ្ចប់ការពិនិត្យមើលឡើងវិញ យើងនឹងផ្តល់ជូនអ្នកនូវសេចក្តីសម្រេចរបស់យើង។

ក្នុងកាលៈទេសៈមានកំណត់ សំណើសម្រាប់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 1 នឹងត្រូវបានច្រានចោល ដែលមានន័យថា យើងនឹងមិនពិនិត្យមើលសំណើនោះទេ។ ឧទាហរណ៍ នៅពេលណាដែលយើងត្រូវបានច្រានចោល រួមមានប្រសិនបើសំណើមិនពេញលេញ ប្រសិនបើនរណាម្នាក់ធ្វើការស្នើសុំជំនួសអ្នក ប៉ុន្តែមិនមានសិទ្ធិស្របច្បាប់ក្នុងការធ្វើដូច្នេះ ឬប្រសិនបើអ្នកស្នើសុំឱ្យដកសំណើរបស់អ្នកវិញ។ ប្រសិនបើយើងច្រានចោលសំណើសុំបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 1 យើងនឹងផ្ញើនូវសេចក្តីជូនដំណឹងដែលពន្យល់អំពីមូលហេតុដែលសំណើត្រូវបានច្រានចោល និងរបៀបស្នើសុំការពិនិត្យឡើងវិញចំពោះការច្រានចោលសំណើនោះ។

ប្រសិនបើយើងបដិសេធចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិតទី 1 របស់អ្នកទាំងស្រុង ឬមួយផ្នែកសម្រាប់ការថែទាំផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នកនឹងបន្តដោយស្វ័យប្រវត្តិទៅបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 ដែលធ្វើឡើងដោយអង្គការត្រួតពិនិត្យឯករាជ្យដែលមិនទាក់ទងនឹងយើង។

- អ្នកមិនចាំបាច់ធ្វើអ្វីទាំងអស់ដើម្បីចាប់ផ្តើមបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 ទេ។ វិធានការ Medicare តម្រូវឱ្យយើងផ្តើមបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នកដោយស្វ័យប្រវត្តិសម្រាប់ការថែទាំផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រទៅកម្រិត 2 ប្រសិនបើយើងមិនយល់ស្របទាំងស្រុងជាមួយបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 1 របស់អ្នក។
- ចូលទៅកាន់ **ផ្នែកទី 6.4** នៃជំពូកនេះសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 សម្រាប់ការថែទាំផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ។
- បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ ផ្នែក D ត្រូវបានពិភាក្សានៅក្នុង ផ្នែកទី 7 នៃជំពូកនេះ។

ប្រសិនបើអ្នកមិនពេញចិត្តនឹងសេចក្តីសម្រេចនៅបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 អ្នកអាចបន្តតាមរយៈកម្រិតនៃបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍បន្ថែមទៀត (ជំពូកនេះពន្យល់ពីដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិតទី 3 ទី 4 និងទី 5)។

ផ្នែកទី 5.1 ទទួលបានជំនួយក្នុងការស្នើសុំសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង ឬការដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍

នេះគឺជាធនធាន ប្រសិនបើអ្នកសម្រេចចិត្តស្នើសុំសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងណាមួយ ឬប្តឹងឧទ្ធរណ៍ចំពោះសេចក្តីសម្រេចនោះ៖

- **សូមទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិកតាមរយៈលេខ 1-888-846-4262** (អ្នកប្រើ TTY ទូរសព្ទទៅលេខ 711)
- **ទទួលបានជំនួយដោយឥតគិតថ្លៃ** ពីកម្មវិធីជំនួយធានារ៉ាប់រងសុខភាពរបស់រដ្ឋរបស់អ្នក។
- **វេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក ឬអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពផ្សេងទៀតអាចធ្វើការស្នើសុំឱ្យអ្នក។** ប្រសិនបើវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកជួយជាមួយបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍លើសពីកម្រិត 2 ពួកគេត្រូវការបានតែងតាំងជាអ្នកតំណាងរបស់អ្នក។ ទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិកតាមរយៈលេខ 1-888-846-4262 (អ្នកប្រើ

ជំពូកទី 9: ប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហា ឬបណ្តឹងតវ៉ា (សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ បណ្តឹងតវ៉ា)

TTY ទូរសព្ទទៅលេខ 711) ហើយស្នើសុំទម្រង់បែបបទ តែងតាំងអ្នកតំណាង។ (ទម្រង់បែបបទក៏មាននៅ www.CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf ឬនៅលើគេហទំព័ររបស់យើង go.wellcare.com/OhanaHI។)

- សម្រាប់ការថែទាំផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ វេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក ឬអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពផ្សេងទៀតអាចស្នើសុំសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង ឬបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 1 ជំនួសអ្នក។ ប្រសិនបើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នកត្រូវបានបដិសេធនៅកម្រិតទី 1 វានឹងត្រូវបានបញ្ជូនបន្តដោយស្វ័យប្រវត្តិទៅកម្រិតទី 2។
- ប្រសិនបើវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក ឬអ្នកផ្តល់សេវាសុខភាពផ្សេងទៀតស្នើសុំឱ្យបន្តសេវាកម្ម ឬទំនិញដែលអ្នកកំពុងទទួលបានក្នុងអំឡុងពេលបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក អ្នក **ប្រហែលជា** ត្រូវដាក់ឈ្មោះវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក ឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាផ្សេងទៀតជាអ្នកតំណាងរបស់អ្នក ដើម្បីធ្វើសកម្មភាពជំនួសអ្នក។
- សម្រាប់ឱសថផ្នែក D វេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក ឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាផ្សេងទៀតអាចស្នើសុំសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង ឬបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 1 ជំនួសអ្នក។ ប្រសិនបើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 1 របស់អ្នកត្រូវបានបដិសេធ វេជ្ជបណ្ឌិត ឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកអាចស្នើសុំបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2។
- **អ្នកអាចស្នើសុំនរណាម្នាក់ឱ្យធ្វើសកម្មភាពជំនួសអ្នកបាន។** អ្នកអាចចាត់ឱ្យបុគ្គលម្នាក់ទៀតឱ្យធ្វើសកម្មភាពជំនួសអ្នកក្នុងនាមជាអ្នកតំណាងរបស់អ្នក ដើម្បីស្នើសុំសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង ឬដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍។

ប្រសិនបើអ្នកចង់ឱ្យមិត្តភក្តិ សាច់ញាតិ ឬមនុស្សផ្សេងទៀតធ្វើជាអ្នកតំណាងរបស់អ្នក សូមទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិកតាមរយៈលេខ 1-888-846-4262 (អ្នកប្រើ TTY សូមទូរសព្ទទៅលេខ 711) ហើយស្នើសុំ ទម្រង់បែបបទតែងតាំងអ្នកតំណាង។ (ទម្រង់បែបបទក៏មាននៅ www.CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf ឬនៅលើគេហទំព័ររបស់យើង go.wellcare.com/OhanaHI។) ទម្រង់បែបបទនេះផ្តល់ការអនុញ្ញាតឱ្យបុគ្គលនោះធ្វើសកម្មភាពជំនួសអ្នក។ វាត្រូវមានហត្ថលេខាអ្នក និងបុគ្គលដែលអ្នកចង់ធ្វើសកម្មភាពជំនួសអ្នក។ លោកអ្នកត្រូវផ្តល់ឱ្យយើងនូវច្បាប់ចម្លងនៃទម្រង់បែបបទ ដែលមានចុះហត្ថលេខា។

យើងអាចទទួលយកសំណើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ពីអ្នកតំណាងដោយគ្មានទម្រង់បែបបទ ប៉ុន្តែយើងមិនអាចចាប់ផ្តើម ឬបញ្ចប់ការពិនិត្យឡើងវិញរបស់យើងបានទេ រហូតទល់តែយើងទទួលបានវា។ ប្រសិនបើយើងមិនទទួលបានទម្រង់បែបបទមុនថ្ងៃផុតកំណត់របស់យើងសម្រាប់ការសម្រេចចិត្តលើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នកនោះ សំណើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នកនឹងត្រូវបានបដិសេធ។ ប្រសិនបើរឿងនេះកើតឡើង យើងនឹងផ្ញើសេចក្តីជូនដំណឹងជាលាយលក្ខណ៍អក្សរដែលពន្យល់អំពីសិទ្ធិរបស់អ្នកក្នុងការស្នើសុំឱ្យអង្គការត្រួតពិនិត្យឯករាជ្យពិនិត្យឡើងវិញនូវការសម្រេចចិត្តរបស់យើងក្នុងការបដិសេធបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក។

- **អ្នកមានសិទ្ធិក្នុងការជួលមេធាវីផងដែរ។** អ្នកអាចទាក់ទងមេធាវីផ្ទាល់ខ្លួនរបស់អ្នក ឬទទួលបានឈ្មោះមេធាវីពីសមាគមមេធាវីក្នុងតំបន់របស់អ្នក ឬសេវាបញ្ជូនបន្តផ្សេងទៀត។ មានក្រុមមួយចំនួនទៀតដែលនឹងផ្តល់សេវាច្បាប់ឥតគិតថ្លៃដល់អ្នក ប្រសិនបើអ្នកមានសិទ្ធិគ្រប់គ្រាន់។

ជំពូកទី 9: ប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហា ឬបណ្តឹងតវ៉ា (សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ បណ្តឹងតវ៉ា)

ទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយ អ្នកមិនត្រូវបានតម្រូវឱ្យជួលមេធាវី ដើម្បីស្នើសុំការសម្រេចចិត្តលើ ការធានារ៉ាប់រងណាមួយ ឬការសម្រេចចិត្តបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍នោះទេ។

ផ្នែកទី 5.2 វិធានការ និងកាលបរិច្ឆេទកំណត់សម្រាប់ស្ថានភាពផ្សេងៗគ្នា

មានស្ថានភាព 4 ផ្សេងគ្នាដែលពាក់ព័ន្ធនឹងសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង និងបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍។ ស្ថានភាពនីមួយៗមានវិធានការ និងកាលបរិច្ឆេទកំណត់ខុសៗគ្នា យើងផ្តល់ព័ត៌មានលម្អិតសម្រាប់ ស្ថានភាពនីមួយៗក្នុងចំណោមស្ថានភាពទាំងនេះ៖

- **ផ្នែកទី 6:** “ការថែទាំផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ របៀបស្នើសុំសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង ឬដាក់បណ្តឹង ឧទ្ធរណ៍”
- **ផ្នែកទី 7:** “ឱសថផ្នែក D: របៀបស្នើសុំសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង ឬដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍”
- **ផ្នែកទី 8:** “របៀបស្នើសុំឱ្យយើងខ្ញុំរ៉ាប់រងលើការស្នាក់នៅមន្ទីរពេទ្យរបស់អ្នកជំងឺស្នាក់ព្យាបាល រយៈពេលយូរជាងនេះ ប្រសិនបើអ្នកគិតថាអ្នកកំពុងចាកចេញពីមន្ទីរពេទ្យឆាប់ពេក”
- **ផ្នែកទី 9:** “របៀបស្នើសុំឱ្យយើងខ្ញុំបន្តធានារ៉ាប់រងលើសេវាវេជ្ជសាស្ត្រមួយចំនួន ប្រសិនបើ អ្នកគិតថា ការរ៉ាប់រងរបស់អ្នកបញ្ចប់ឆាប់ពេក” (អនុវត្តចំពោះតែសេវាកម្មទាំងនេះប៉ុណ្ណោះ៖ ការថែទាំសុខភាពតាមផ្ទះ ការថែទាំមធ្យមថែទាំសុខភាពជំនាញ និងមន្ទីរស្តារនីតិសម្បទា សម្រាប់អ្នកជំងឺមិនសម្រាកព្យាបាលដ៏ទូលំទូលាយ (CORF))

ប្រសិនបើអ្នកមិនប្រាកដថាព័ត៌មានណាមួយអនុវត្តចំពោះអ្នកទេ សូមទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើ សមាជិកតាមរយៈលេខ 1-888-846-4262 (អ្នកប្រើ TTY ទូរសព្ទទៅលេខ 711)។ អ្នកក៏អាចទទួលបានជំនួយ ឬព័ត៌មានពី SHIP របស់អ្នកផងដែរ។

ផ្នែកទី 6 ការថែទាំផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ របៀបស្នើសុំសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង ឬដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍

ផ្នែកទី 6.1 តើត្រូវធ្វើអ្វីប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហាក្នុងការទទួលបានការធានារ៉ាប់រងសម្រាប់ ការថែទាំផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ ឬចង់ឱ្យយើងបង់ប្រាក់ឱ្យអ្នកវិញសម្រាប់ការថែទាំរបស់អ្នក

អត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នកសម្រាប់ការថែទាំផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រត្រូវបានពណ៌នានៅក្នុង ជំពូកទី 4 នៅក្នុង តារាងអត្ថប្រយោជន៍វេជ្ជសាស្ត្រ។ ក្នុងករណីខ្លះ វិធានផ្សេងៗត្រូវបានអនុវត្តចំពោះការស្នើសុំឱសថផ្នែក B។ ក្នុងករណីទាំងនោះ យើងនឹងពន្យល់ពីរបៀបដែលវិធានសម្រាប់

ឱសថផ្នែក B ខុសពីវិធានសម្រាប់ទំនិញ និងសេវាកម្មវេជ្ជសាស្ត្រ។

ផ្នែកនេះប្រាប់ពីអ្វីដែលអ្នកអាចធ្វើបាន ប្រសិនបើអ្នកស្ថិតក្នុងស្ថានភាពណាមួយក្នុងចំណោមស្ថានភាព 5 ដូចខាងក្រោម៖

ផ្នែកទី 9: ប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហា ឬបណ្តឹងតវ៉ា (សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ បណ្តឹងតវ៉ា)

1. អ្នកមិនទទួលបានការថែទាំផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រមួយចំនួនដែលអ្នកចង់បានទេ ហើយអ្នកជឿថា គម្រោងរបស់យើងរ៉ាប់រងលើការថែទាំនេះ។ **ស្នើសុំសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង។ ផ្នែកទី 6.2។**
2. គម្រោងរបស់យើងនឹងមិនយល់ព្រមលើការថែទាំផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដែលវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក ឬអ្នក ផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពផ្សេងទៀតចង់ផ្តល់ឱ្យអ្នកនោះទេ ហើយអ្នកជឿថាគម្រោងរបស់យើង រ៉ាប់រងលើការថែទាំនេះ។ **ស្នើសុំសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង។ ផ្នែកទី 6.2។**
3. អ្នកបានទទួលការថែទាំផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដែលអ្នកជឿថា គម្រោងរបស់យើងគួរតែធានារ៉ាប់រង ប៉ុន្តែ យើងបាននិយាយថា យើងនឹងមិនបង់ថ្លៃសម្រាប់ការថែទាំនេះទេ។ **ដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍។ ផ្នែកទី 6.3។**
4. អ្នកបានទទួល និងបង់ប្រាក់សម្រាប់ការថែទាំសុខភាពដែលអ្នកជឿថាគម្រោងរបស់យើងគួរតែ រ៉ាប់រង ហើយអ្នកចង់ស្នើសុំគម្រោងរបស់យើងដើម្បីទូទាត់សងអ្នកវិញសម្រាប់ការថែទាំនេះ។ **ផ្ញើ វិក្កយបត្រមកយើងខ្ញុំ។ ផ្នែកទី 6.5។**
5. អ្នកត្រូវបានប្រាប់ថា ការធានារ៉ាប់រងលើការថែទាំផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រមួយចំនួនដែលអ្នកបាន ទទួល (ដែលយើងបានយល់ព្រមពីមុន) នឹងត្រូវបានកាត់បន្ថយ ឬបញ្ឈប់ ហើយអ្នកជឿថា ការកាត់បន្ថយ ឬបញ្ឈប់ការថែទាំនេះអាចបង្កគ្រោះថ្នាក់ដល់សុខភាពរបស់អ្នក។ **ដាក់បណ្តឹង ឧទ្ធរណ៍។ ផ្នែកទី 6.3។**

ចំណាំ: ប្រសិនបើការធានារ៉ាប់រងដែលនឹងត្រូវបញ្ឈប់ គឺសម្រាប់ការថែទាំនៅមន្ទីរពេទ្យ ការថែទាំ សុខភាពតាមផ្ទះ មណ្ឌលថែទាំសុខភាពជំនាញ ឬមន្ទីរស្តារនីតិសម្បទាសម្រាប់អ្នកជំងឺមិន សម្រាកព្យាបាលដ៏ទូលំទូលាយ (CORF) សូមចូលទៅកាន់ផ្នែកទី 8 និង 9។ វិធានពិសេសអនុវត្ត ចំពោះប្រភេទនៃការថែទាំទាំងនេះ។

ផ្នែកទី 6.2 របៀបស្នើសុំសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង

លក្ខខណ្ឌផ្លូវច្បាប់:

សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងដែលពាក់ព័ន្ធនឹងការថែទាំផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នកត្រូវបានគេ ហៅថា **ការកំណត់លើការរៀបចំ។**

សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងរហ័ស ត្រូវបានគេហៅថា **ការសម្រេចដែលត្រូវបានពន្លឿន។**

ជំហានទី 1: សម្រេចចិត្តថាតើអ្នកត្រូវការសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងស្តង់ដារ ឬសេចក្តីសម្រេចលើ ការធានារ៉ាប់រងរហ័ស។

ជាធម្មតា សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងស្តង់ដារត្រូវបានធ្វើឡើងក្នុងរយៈពេល 7 ថ្ងៃតាមប្រតិទិន នៅពេលដែលទំនិញ ឬសេវាកម្មវេជ្ជសាស្ត្រស្ថិតនៅក្រោមច្បាប់អនុញ្ញាតជាមុនរបស់យើង 14 ថ្ងៃតាម

ជំពូកទី 9: ប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហា ឬបណ្តឹងតវ៉ា (សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ បណ្តឹងតវ៉ា)

ប្រតិទិនសម្រាប់ទំនិញ និងសេវាកម្មវេជ្ជសាស្ត្រផ្សេងទៀត ឬ 72 ម៉ោងសម្រាប់ឱសថផ្នែក B។ សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងរហ័សជាទូទៅ ត្រូវបានធ្វើឡើងក្នុងរយៈពេល 72 ម៉ោង សម្រាប់សេវាវេជ្ជសាស្ត្រ 24 ម៉ោងសម្រាប់ឱសថផ្នែក B។

- អ្នកអាចទទួលបានសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងរហ័ស លុះត្រាតែ ការប្រើប្រាស់កាលបរិច្ឆេទកំណត់ស្តង់ដារអាច បណ្តាលឱ្យមានគ្រោះថ្នាក់ធ្ងន់ធ្ងរដល់សុខភាពរបស់អ្នក ឬប៉ះពាល់ដល់សមត្ថភាពរបស់អ្នកក្នុងការបំពេញមុខងារ។
- ប្រសិនបើវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកប្រាប់យើងថា សុខភាពរបស់អ្នកតម្រូវឱ្យមានសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងរហ័ស យើងនឹងយល់ព្រមដោយស្វ័យប្រវត្តិក្នុងការផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងរហ័ស។
- ប្រសិនបើអ្នកស្នើសុំសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងរហ័សដោយខ្លួនឯង ដោយគ្មានការគាំទ្រពីវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក យើងនឹងសម្រេចថា តើសុខភាពរបស់អ្នកតម្រូវឱ្យយើងផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវការសម្រេចចិត្តលើការធានារ៉ាប់រងរហ័សដែរ ឬទេ។ ប្រសិនបើយើងមិនយល់ព្រមលើសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងរហ័សទេ យើងនឹងផ្ញើលិខិតជូនទៅអ្នកដែល៖
 - ពន្យល់ថា យើងនឹងប្រើកាលបរិច្ឆេទកំណត់ស្តង់ដារ។
 - ពន្យល់ថា ប្រសិនបើវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកស្នើសុំសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងរហ័ស យើងនឹងផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងរហ័សដោយស្វ័យប្រវត្តិ។
 - ពន្យល់ថា អ្នកអាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងតវ៉ារហ័សអំពីសេចក្តីសម្រេចរបស់យើងដើម្បីផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងស្តង់ដារជំនួសឱ្យសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងរហ័សដែលអ្នកបានស្នើសុំ។

ជំហានទី 2: ស្នើសុំឱ្យគម្រោងរបស់យើងធ្វើសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង ឬសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងរហ័ស។

- ចាប់ផ្តើមដោយទូរសព្ទ សរសេរលិខិត ឬផ្ញើទូរសារទៅគម្រោងរបស់យើង ដើម្បីស្នើសុំឱ្យយើងអនុញ្ញាត ឬផ្តល់ការរ៉ាប់រងលើការថែទាំផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដែលអ្នកចង់បាន។ អ្នក វេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក ឬអ្នកគំណាងរបស់អ្នកអាចធ្វើដូច្នេះបាន។ ជំពូកទី 2 មានព័ត៌មានទំនាក់ទំនង។

ជំហានទី 3: យើងពិចារណាលើសំណើរបស់អ្នកសម្រាប់ការធានារ៉ាប់រងផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ ហើយផ្តល់ចម្លើយរបស់យើងដល់អ្នក។

សម្រាប់សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងស្តង់ដារ យើងប្រើកាលបរិច្ឆេទកំណត់ស្តង់ដារ។

នេះមានន័យថាយើងនឹងផ្តល់ចម្លើយដល់អ្នកក្នុងរយៈពេល 7 ថ្ងៃតាមប្រតិទិនបន្ទាប់ពីយើងទទួលបានសំណើរបស់អ្នកសម្រាប់ទំនិញ ឬសេវាកម្មវេជ្ជសាស្ត្រដែលស្ថិតនៅក្រោមច្បាប់អនុញ្ញាតជាមុនរបស់យើង។ ប្រសិនបើទំនិញ ឬសេវាកម្មវេជ្ជសាស្ត្រដែលអ្នកបានស្នើសុំ មិនស្ថិតនៅក្រោមច្បាប់អនុញ្ញាតជាមុនរបស់យើង យើងនឹងផ្តល់ចម្លើយដល់អ្នកក្នុងរយៈពេល 14 ថ្ងៃតាមប្រតិទិន បន្ទាប់ពីយើងទទួលបានសំណើរបស់អ្នក។ ប្រសិនបើសំណើរបស់អ្នកគឺសម្រាប់ឱសថផ្នែក B យើងនឹងផ្តល់ចម្លើយដល់អ្នកក្នុងរយៈពេល 72 ម៉ោង បន្ទាប់ពីយើងទទួលបានសំណើរបស់អ្នក។

ជំពូកទី 9: ប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហា ឬបណ្តឹងតវ៉ា (សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ បណ្តឹងតវ៉ា)

- **ទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយ** ប្រសិនបើអ្នកស្នើសុំពេលវេលាបន្ថែម ឬប្រសិនបើយើងត្រូវការព័ត៌មានបន្ថែមដែលអាចផ្តល់អត្ថប្រយោជន៍ដល់អ្នក **យើងអាចចំណាយពេលរហូតដល់ 14 ថ្ងៃតាមប្រតិទិនបន្ថែមទៀត** ប្រសិនបើសំណើរបស់អ្នកគឺសម្រាប់ទំនិញ ឬសេវាកម្មវេជ្ជសាស្ត្រ។ ប្រសិនបើយើងចំណាយពេលបន្ថែម យើងនឹងប្រាប់អ្នកជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ។ យើងមិនអាចចំណាយពេលបន្ថែមដើម្បីធ្វើការសម្រេចចិត្តបានទេ ប្រសិនបើសំណើរបស់អ្នកគឺសម្រាប់ឱសថផ្នែក B។
- ប្រសិនបើអ្នកជឿថា យើងមិនគួរចំណាយពេលបន្ថែមទេ អ្នកអាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងតវ៉ារហ័ស។ យើងនឹងផ្តល់ចម្លើយចំពោះបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នក នៅពេលយើងធ្វើការសម្រេចចិត្ត។ (ដំណើរការសម្រាប់ការដាក់បណ្តឹង គឺខុសពីដំណើរការសម្រាប់សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង និងបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍។ ចូលទៅកាន់ផ្នែកទី 11 សម្រាប់ព័ត៌មានអំពីបណ្តឹងតវ៉ា។

សម្រាប់សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងរហ័ស យើងប្រើពេលវេលាដែលពន្លឿន។

សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងរហ័សមានន័យថា យើងនឹងឆ្លើយតបក្នុងរយៈពេល 72 ម៉ោង ប្រសិនបើសំណើរបស់អ្នកគឺសម្រាប់ទំនិញ ឬសេវាកម្មវេជ្ជសាស្ត្រ។ ប្រសិនបើសំណើរបស់អ្នកគឺសម្រាប់ឱសថផ្នែក B យើងនឹងឆ្លើយតបក្នុងរយៈពេល 24 ម៉ោង។

- **ទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយ** ប្រសិនបើអ្នកស្នើសុំពេលវេលាបន្ថែម ឬប្រសិនបើយើងត្រូវការពេលវេលាបន្ថែមដែលអាចផ្តល់អត្ថប្រយោជន៍ដល់អ្នក **យើងអាចចំណាយពេលរហូតដល់ 14 ថ្ងៃតាមប្រតិទិនបន្ថែមទៀត**។ ប្រសិនបើយើងចំណាយពេលបន្ថែម យើងនឹងប្រាប់អ្នកជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ។ យើងមិនអាចចំណាយពេលបន្ថែមដើម្បីធ្វើការសម្រេចចិត្តបានទេ ប្រសិនបើសំណើរបស់អ្នកគឺសម្រាប់ឱសថផ្នែក B។
- ប្រសិនបើអ្នកជឿថា យើង មិនគួរចំណាយពេលបន្ថែមទេ អ្នកអាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងតវ៉ារហ័ស (ចូលទៅកាន់ផ្នែកទី 11 សម្រាប់ព័ត៌មានអំពីបណ្តឹងតវ៉ា) យើងនឹងទូរសព្ទទៅអ្នកភ្លាមៗនៅពេលយើងធ្វើការសម្រេចចិត្ត។
- **ប្រសិនបើចម្លើយរបស់យើងគឺ បដិសេធ ចំពោះផ្នែកមួយ ឬទាំងអស់នៃអ្វីដែលអ្នកបានស្នើសុំ** យើងនឹងផ្ញើសេចក្តីថ្លែងការណ៍ជាលាយលក្ខណ៍អក្សរដែលពន្យល់ពីមូលហេតុដែលយើងបានបដិសេធ។

ជំហានទី 4: ប្រសិនបើយើងបដិសេធចំពោះសំណើរបស់អ្នកសម្រាប់ការរ៉ាប់រងសម្រាប់ការថែទាំផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ អ្នកអាចដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍បាន។

- ប្រសិនបើយើងបដិសេធ អ្នកមានសិទ្ធិស្នើសុំឱ្យយើងខ្ញុំពិចារណាឡើងវិញនូវការសម្រេចចិត្តនេះដោយធ្វើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍។ នេះមានន័យថា ស្នើសុំម្តងទៀតដើម្បីទទួលបានការរ៉ាប់រងផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដែលអ្នកចង់បាន។ ប្រសិនបើអ្នកដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ វាមានន័យថាអ្នកនឹងទៅកាន់កម្រិត 1 នៃដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍។

ជំពូកទី 9: ប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហា ឬបណ្តឹងតវ៉ា (សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ បណ្តឹងតវ៉ា)

ផ្នែកទី 6.3 របៀបដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 1

លក្ខខណ្ឌផ្លូវច្បាប់:

បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ចំពោះគម្រោងរបស់យើងអំពីសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រត្រូវបាន គេហៅថា **ការពិចារណាឡើងវិញនៃគម្រោង**។

បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នកត្រូវបានគេហៅថា **ការពិចារណាឡើងវិញដែលត្រូវបានពន្លឿន** ផងដែរ។

ជំហានទី 1: សម្រេចចិត្តថា តើអ្នកត្រូវការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ស្តង់ដារ ឬបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍រហ័ស។

ជាធម្មតា បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ស្តង់ដារត្រូវបានធ្វើឡើងក្នុងរយៈពេល 30 ថ្ងៃតាមប្រតិទិន ឬ 7 ថ្ងៃតាមប្រតិទិន សម្រាប់ឱសថផ្នែក B។ ជាទូទៅ បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍រហ័សត្រូវបានធ្វើឡើងក្នុងរយៈពេល 72 ម៉ោង។

- ប្រសិនបើលោកអ្នកប្តឹងឧទ្ធរណ៍ចំពោះការសម្រេចចិត្តដែលយើងខ្ញុំបានធ្វើអំពីការរ៉ាប់រងសម្រាប់ ការថែទាំ អ្នក និង/ឬវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់លោកអ្នកត្រូវសម្រេចថា តើលោកអ្នកត្រូវការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ រហ័សដែរ ឬទេ។ ប្រសិនបើវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកប្រាប់យើងថា សុខភាពរបស់អ្នកគួរឱ្យមានប ណ្តឹងឧទ្ធរណ៍រហ័ស យើងនឹងផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍រហ័ស។
- តម្រូវការសម្រាប់ការទទួលបានបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍រហ័ស គឺដូចគ្នាទៅនឹងតម្រូវការសម្រាប់ការទទួល បានសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងរហ័សនៅក្នុងផ្នែកទី 6.2។

ជំហានទី 2: ស្នើសុំបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ ឬបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍រហ័សពីគម្រោងរបស់យើង

- ប្រសិនបើអ្នកស្នើសុំបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ស្តង់ដារ សូមដាក់ពាក្យបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ស្តង់ដាររបស់អ្នកជា **លាយលក្ខណ៍អក្សរ**។ អ្នកក៏អាចស្នើសុំបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ដោយទូរសព្ទមកយើងបានផងដែរ។ ជំពូកទី 2 មានព័ត៌មានទំនាក់ទំនង។
- ប្រសិនបើអ្នកស្នើសុំបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍រហ័ស សូមដាក់ពាក្យបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នកជាលាយលក្ខណ៍ **អក្សរ ឬទូរសព្ទមកយើងខ្ញុំ**។ ជំពូកទី 2 មានព័ត៌មានទំនាក់ទំនង។
- អ្នកត្រូវតែដាក់សំណើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នកក្នុងរយៈពេល 65 ថ្ងៃតាមប្រតិទិន គិតចាប់ពី កាលបរិច្ឆេទនៅលើសេចក្តីជូនដំណឹងជាលាយលក្ខណ៍អក្សរដែលយើងបានផ្ញើដល់ប្រាប់អ្នក ពីចម្លើយរបស់យើងលើសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង។ ប្រសិនបើអ្នកខកខានចំពោះ កាលបរិច្ឆេទកំណត់នេះ ហើយមានមូលហេតុសមរម្យសម្រាប់ការខកខាន សូមពន្យល់អំពីមូលហេតុ ដែលបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នកយឺតពេលនៅពេលអ្នកដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក។ យើងអាចផ្តល់ ឱ្យអ្នកនូវពេលវេលាបន្ថែមដើម្បីដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក។ ឧទាហរណ៍នៃមូលហេតុសមរម្យ អាចរួមមាន ជំងឺធ្ងន់ធ្ងរដែលរារាំងអ្នកមិនឱ្យទាក់ទងមកយើងខ្ញុំ ឬប្រសិនបើយើងផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវ ព័ត៌មានមិនត្រឹមត្រូវ ឬមិនពេញលេញអំពីកាលបរិច្ឆេទកំណត់សម្រាប់ការស្នើសុំបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍។
- អ្នកអាចស្នើសុំច្បាប់ចម្លងនៃព័ត៌មានទាក់ទងនឹងការសម្រេចចិត្តផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នកដោយ **ឥតគិតថ្លៃ**។ អ្នក និងវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកអាចបន្ថែមព័ត៌មានថែមទៀត ដើម្បីកាត់បន្ថយបណ្តឹង ឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក។

ជំពូកទី 9: ប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហា ឬបណ្តឹងតវ៉ា (សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ បណ្តឹងតវ៉ា)

ប្រសិនបើយើងបានប្រាប់អ្នកថាយើងនឹងបញ្ឈប់ ឬកាត់បន្ថយសេវាកម្ម ឬសម្ភារៈដែលអ្នកបានទទួល រួចហើយ អ្នកប្រហែលជាអាចរក្សាទុកសេវាកម្ម ឬសម្ភារៈទាំងនោះក្នុងអំឡុងពេលបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក។

- ប្រសិនបើយើងសម្រេចចិត្តផ្លាស់ប្តូរ ឬបញ្ឈប់ការរ៉ាប់រងសម្រាប់សេវាកម្ម ឬទំនិញដែលអ្នកទទួលបាននាពេលបច្ចុប្បន្ន យើងនឹងផ្ញើសេចក្តីជូនដំណឹងមុននឹងចាត់ចំណាត់ការដែលបានស្នើឡើង។
- ប្រសិនបើអ្នកមិនយល់ស្របនឹងចំណាត់ការ អ្នកអាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 1។ យើងនឹងបន្តធានារ៉ាប់រងលើសេវាកម្ម ឬសម្ភារៈ ប្រសិនបើអ្នកស្នើសុំបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 1 ក្នុងរយៈពេល 10 ថ្ងៃតាមប្រតិទិនគិតចាប់ពីកាលបរិច្ឆេទប្រថាប់ត្រាប្រៃសណីយ៍នៅលើលិខិតរបស់យើង ឬតាមកាលបរិច្ឆេទមានប្រសិទ្ធភាពដែលបានគ្រោងទុកនៃចំណាត់ការណាមួយនៅពេលក្រោយ។
- ប្រសិនបើអ្នកបំពេញតាមកាលបរិច្ឆេទកំណត់នេះ អ្នកអាចបន្តទទួលបានសេវាកម្ម ឬសម្ភារៈដោយគ្មានការផ្លាស់ប្តូរ ខណៈពេលដែលបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 1 របស់អ្នកកំពុងរង់ចាំការសម្រេច។ អ្នកក៏នឹងបន្តទទួលបានសេវាកម្ម ឬសម្ភារៈផ្សេងទៀតទាំងអស់ (ដែលមិនមែនជាកម្មវត្ថុនៃបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក) ដោយគ្មានការផ្លាស់ប្តូរ។

ជំហានទី 3: យើងពិចារណាលើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក ហើយផ្តល់ចម្លើយរបស់យើងដល់អ្នក។

- នៅពេលយើងពិនិត្យឡើងវិញនូវបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក យើងពិនិត្យមើលព័ត៌មានទាំងអស់ដោយប្រុងប្រយ័ត្ន។ យើងពិនិត្យមើលថា តើយើងបានអនុវត្តតាមច្បាប់ទាំងអស់នៅពេលដែលយើងបានបដិសេធចំពោះសំណើរបស់អ្នកដែរ ឬទេ។
- យើងនឹងប្រមូលព័ត៌មានបន្ថែមប្រសិនបើចាំបាច់ ហើយអាចទាក់ទងអ្នក ឬវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក។

កាលបរិច្ឆេទកំណត់សម្រាប់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍រហ័ស

- សម្រាប់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍រហ័ស យើងត្រូវតែផ្តល់ចម្លើយរបស់យើងដល់អ្នក **ក្នុងរយៈពេល 72 ម៉ោង បន្ទាប់ពីយើងទទួលបានបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក។**
យើងនឹងផ្តល់ចម្លើយរបស់យើងដល់អ្នកឱ្យបានឆាប់ជាងនេះ ប្រសិនបើសុខភាពរបស់អ្នកតម្រូវឱ្យយើងខ្ញុំធ្វើដូច្នេះ។
 - ប្រសិនបើអ្នកស្នើសុំពេលវេលាបន្ថែម ឬប្រសិនបើយើងត្រូវការព័ត៌មានបន្ថែមដែលអាចផ្តល់អត្ថប្រយោជន៍ដល់អ្នក យើង **អាចចំណាយពេលរហូតដល់ 14 ថ្ងៃតាមប្រតិទិនបន្ថែមទៀត** ប្រសិនបើសំណើរបស់អ្នកគឺសម្រាប់ទំនិញ ឬសេវាកម្មវេជ្ជសាស្ត្រ។ ប្រសិនបើយើងចំណាយពេលបន្ថែម យើងនឹងប្រាប់អ្នកជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ។ យើងមិនអាចចំណាយពេលបន្ថែម ប្រសិនបើសំណើរបស់អ្នកគឺសម្រាប់ឱសថផ្នែក B។
 - ប្រសិនបើយើងមិនផ្តល់ការសម្រេចចិត្តដល់អ្នកក្នុងរយៈពេល 72 ម៉ោង (ឬនៅចុងបញ្ចប់នៃរយៈពេលបន្ថែម ប្រសិនបើយើងចំណាយពេលបន្ថែម) យើងត្រូវបានតម្រូវឱ្យបញ្ជូនសំណើរបស់អ្នកដោយស្វ័យប្រវត្តិទៅកម្រិតទី 2 នៃដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ ដែលវានឹងត្រូវបានពិនិត្យឡើងវិញដោយអង្គការត្រួតពិនិត្យឯករាជ្យ។ ផ្នែកទី 6.4 ពន្យល់ពីដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2។

ជំពូកទី 9: ប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហា ឬបណ្តឹងតវ៉ា (សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ បណ្តឹងតវ៉ា)

- ប្រសិនបើចម្លើយរបស់យើងគឺ យល់ព្រម ចំពោះផ្នែកមួយ ឬទាំងអស់នៃអ្វីដែលអ្នកបានស្នើសុំ យើងត្រូវតែអនុញ្ញាត ឬផ្តល់ការធានារ៉ាប់រងដែលយើងបានយល់ព្រម ក្នុងរយៈពេល 72 ម៉ោង បន្ទាប់ពីយើងទទួលបានបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក។
- ប្រសិនបើចម្លើយរបស់យើងគឺ បដិសេធ ចំពោះផ្នែកមួយ ឬទាំងអស់នៃអ្វីដែលអ្នកបានស្នើសុំ យើងនឹងផ្ញើសេចក្តីសម្រេចរបស់យើងជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ ហើយបញ្ជូនបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់ អ្នកដោយស្វ័យប្រវត្តិទៅអង្គការត្រួតពិនិត្យឯករាជ្យសម្រាប់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2។ អង្គការ ត្រួតពិនិត្យឯករាជ្យនឹងជូនដំណឹងដល់អ្នកជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ នៅពេលដែលគេទទួលបានបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក។

កាលបរិច្ឆេទកំណត់សម្រាប់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ស្តង់ដារ

- សម្រាប់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ស្តង់ដារ យើងត្រូវតែផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវចម្លើយរបស់យើងក្នុងរយៈពេល 30 ថ្ងៃ តាមប្រតិទិន បន្ទាប់ពីយើងទទួលបានបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក។ ប្រសិនបើសំណើរបស់អ្នកគឺ សម្រាប់ឱសថផ្នែក B ដែលអ្នកមិនទាន់បានទទួល យើងនឹងផ្តល់ចម្លើយរបស់យើងដល់អ្នក ក្នុងរយៈពេល 7 ថ្ងៃតាមប្រតិទិន បន្ទាប់ពីយើងទទួលបានបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក។ យើងនឹងផ្តល់ ការសម្រេចចិត្តរបស់យើងដល់អ្នកឱ្យបានឆាប់ជាងនេះ ប្រសិនបើស្ថានភាពសុខភាពរបស់អ្នក តម្រូវឱ្យយើងធ្វើដូច្នេះ។
 - ទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយ ប្រសិនបើអ្នកស្នើសុំពេលវេលាបន្ថែម ឬប្រសិនបើយើងត្រូវការ ព័ត៌មានបន្ថែមដែលអាចផ្តល់អត្ថប្រយោជន៍ដល់អ្នក យើងអាចចំណាយពេលរហូតដល់ 14 ថ្ងៃតាមប្រតិទិនបន្ថែមទៀត ប្រសិនបើសំណើរបស់អ្នកគឺសម្រាប់ទំនិញ ឬសេវាកម្មវេជ្ជសាស្ត្រ។ ប្រសិនបើយើងចំណាយពេលបន្ថែម យើងនឹងប្រាប់អ្នកជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ។ យើងមិនអាច ចំណាយពេលបន្ថែមដើម្បីធ្វើការសម្រេចចិត្តបានទេ ប្រសិនបើសំណើរបស់អ្នកគឺសម្រាប់ ឱសថផ្នែក B។
 - ប្រសិនបើអ្នកជឿថា យើងមិនគួរចំណាយពេលបន្ថែមទេ អ្នកអាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងតវ៉ា រហ័ស។ នៅពេលអ្នកដាក់បណ្តឹងតវ៉ារហ័ស យើងនឹងផ្តល់ចម្លើយចំពោះបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នក ក្នុងរយៈពេល 24 ម៉ោង។ (សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីដំណើរការនៃការដាក់បណ្តឹងតវ៉ា រួម ទាំងបណ្តឹងតវ៉ារហ័ស ចូលទៅកាន់ ផ្នែកទី 11។)
 - ប្រសិនបើយើងមិនផ្តល់ចម្លើយដល់អ្នកត្រឹមកាលបរិច្ឆេទកំណត់ (ឬនៅចុងបញ្ចប់នៃ រយៈពេលបន្ថែម) យើងនឹងបញ្ជូនសំណើរបស់អ្នកទៅបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិតទី 2 ដែលអង្គការ ត្រួតពិនិត្យឯករាជ្យនឹងពិនិត្យឡើងវិញនូវបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍។ ផ្នែកទី 6.4 ពន្យល់ពីដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2។
- ប្រសិនបើចម្លើយរបស់យើងគឺ យល់ព្រម ចំពោះផ្នែកមួយ ឬទាំងអស់នៃអ្វីដែលអ្នកបានស្នើសុំ យើងត្រូវតែអនុញ្ញាត ឬផ្តល់ការធានារ៉ាប់រងក្នុងរយៈពេល 30 ថ្ងៃតាមប្រតិទិន ឬក្នុងរយៈពេល 7 ថ្ងៃតាមប្រតិទិន ប្រសិនបើសំណើរបស់អ្នកគឺសម្រាប់ឱសថផ្នែក B។
- ប្រសិនបើគម្រោងរបស់យើង បដិសេធ ចំពោះផ្នែកមួយ ឬទាំងអស់នៃបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក អ្នកមានសិទ្ធិបន្ថែមសម្រាប់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍។

ជំពូកទី 9: ប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហា ឬបណ្តឹងតវ៉ា (សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ បណ្តឹងតវ៉ា)

- ប្រសិនបើយើងបដិសេធចំពោះផ្នែកមួយ ឬទាំងអស់នៃអ្វីដែលអ្នកបានស្នើសុំ យើងនឹងផ្ញើលិខិតទៅអ្នក។
 - ប្រសិនបើបញ្ហារបស់អ្នក គឺអំពីការធានារ៉ាប់រងលើសេវាកម្ម ឬទំនិញរបស់ Medicare លិខិតនោះនឹងប្រាប់អ្នកថា យើងបានបញ្ជូនករណីរបស់អ្នកទៅអង្គការត្រួតពិនិត្យឯករាជ្យសម្រាប់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2។
 - ប្រសិនបើបញ្ហារបស់អ្នក គឺអំពីការធានារ៉ាប់រងលើសេវាកម្ម ឬទំនិញរបស់ Medicaid លិខិតនោះនឹងប្រាប់អ្នកពីរបៀបដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 ដោយខ្លួនឯង។

ផ្នែកទី 6.4 ដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2

វាក្យសព្ទច្បាប់:

ឈ្មោះផ្លូវការសម្រាប់អង្គការត្រួតពិនិត្យឯករាជ្យគឺ **អង្គភាពត្រួតពិនិត្យឯករាជ្យ**។ ពេលខ្លះវាត្រូវបានគេហៅថា **IRE**។

អង្គការត្រួតពិនិត្យឯករាជ្យ គឺជាអង្គការឯករាជ្យដែលផ្តល់ដោយ Medicare។ វាមិនទាក់ទងនឹងយើងខ្ញុំទេ ហើយវាមិនមែនជាទីភ្នាក់ងាររដ្ឋាភិបាលទេ។ អង្គការនេះសម្រេចចិត្តថាតើសេចក្តីសម្រេចដែលយើងបានធ្វើគឺត្រឹមត្រូវ ឬថាតើវាគួរតែត្រូវបានផ្លាស់ប្តូរដែរឬទេ។ Medicare ត្រួតពិនិត្យការងាររបស់ខ្លួន។

- ប្រសិនបើបញ្ហារបស់អ្នកគឺអំពីសេវាកម្ម ឬទំនិញដែលជាធម្មតា **ត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare** យើងនឹងបញ្ជូនករណីរបស់អ្នកដោយស្វ័យប្រវត្តិទៅកម្រិត 2 នៃដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ភ្លាមៗនៅពេលដែលបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 1 ត្រូវបានបញ្ចប់។
- ប្រសិនបើបញ្ហារបស់អ្នកគឺអំពីសេវាកម្ម ឬទំនិញដែលជាធម្មតា **ត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយ Medicaid** អ្នកអាចដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 ដោយខ្លួនឯង។ លិខិតនេះនឹងប្រាប់អ្នកអំពីវិធីដែលត្រូវធ្វើដូច្នេះ។ ព័ត៌មានទាំងនោះមានដូចខាងក្រោម។
- ប្រសិនបើបញ្ហារបស់អ្នកគឺអំពីសេវាកម្ម ឬទំនិញដែលអាចត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយទាំង **Medicare និង Medicaid** អ្នកនឹងទទួលបានបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 ដោយស្វ័យប្រវត្តិជាមួយអង្គការត្រួតពិនិត្យឯករាជ្យ។ អ្នកក៏អាចស្នើសុំសវនាការយុត្តិធម៌ជាមួយរដ្ឋផងដែរ។

ប្រសិនបើអ្នកមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ការបន្តអត្ថប្រយោជន៍នៅពេលអ្នកដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 1 របស់អ្នក អត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នកសម្រាប់សេវាកម្ម ទំនិញ ឬឱសថដែលស្ថិតក្រោមបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ក៏អាចបន្តក្នុងអំឡុងពេលកម្រិត 2 ផងដែរ។ ចូលទៅកាន់ទំព័រទី 198 សម្រាប់ព័ត៌មានអំពីការបន្តអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នកក្នុងអំឡុងពេលបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 1។

- ប្រសិនបើបញ្ហារបស់អ្នកគឺអំពីសេវាកម្មដែលជាធម្មតា **ត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare** តែប៉ុណ្ណោះ អត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នកសម្រាប់សេវាកម្មនោះនឹងមិនបន្តក្នុងអំឡុងពេលដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 ជាមួយអង្គការត្រួតពិនិត្យឯករាជ្យទេ។

ជំពូកទី 9: ប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហា ឬបណ្តឹងតវ៉ា (សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ បណ្តឹងតវ៉ា)

- ប្រសិនបើបញ្ហារបស់អ្នកគឺអំពីសេវាកម្មដែលជាធម្មតា ត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយ Medicaid អត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នកសម្រាប់សេវាកម្មនោះនឹងបន្តប្រសិនបើអ្នកដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 ក្នុងរយៈពេល 10 ថ្ងៃតាមប្រតិទិនបន្ទាប់ពីទទួលបានលិខិតសម្រេចចិត្តរបស់គម្រោងរបស់យើង។

ប្រសិនបើបញ្ហារបស់អ្នកគឺអំពីសេវាកម្ម ឬទំនិញ Medicare រ៉ាប់រងទូទៅ:

ជំហានទី 1: អង្គការត្រួតពិនិត្យឯករាជ្យពិនិត្យឡើងវិញនូវបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក។

- យើងនឹងផ្ញើព័ត៌មានអំពីបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នកទៅអង្គការនេះ។ ព័ត៌មាននេះត្រូវបានហៅថា **ឯកសារសំណុំរឿង**របស់អ្នក។ អ្នកមានសិទ្ធិស្នើសុំច្បាប់ចម្លងឯកសារសំណុំរឿងរបស់អ្នកពីយើង។
- អ្នកមានសិទ្ធិផ្តល់ព័ត៌មានបន្ថែមដល់អង្គការត្រួតពិនិត្យឯករាជ្យ ដើម្បីគាំទ្របណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក។
- អ្នកពិនិត្យឡើងវិញនៅអង្គការត្រួតពិនិត្យឯករាជ្យនឹងពិនិត្យមើលព័ត៌មានទាំងអស់ដែលទាក់ទងនឹងបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នកដោយប្រុងប្រយ័ត្ន។

ប្រសិនបើលោកអ្នកមានបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍រហ័សនៅកម្រិត 1 នោះលោកអ្នកក៏នឹងមានបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍រហ័សនៅកម្រិត 2 ផងដែរ។

- សម្រាប់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍រហ័ស អង្គការត្រួតពិនិត្យឯករាជ្យត្រូវតែផ្តល់ចម្លើយដល់អ្នកចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 របស់អ្នក **ក្នុងរយៈពេល 72 ម៉ោង** បន្ទាប់ពីពួកគេទទួលបានបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក។
- ប្រសិនបើសំណើរបស់អ្នកគឺសម្រាប់ទំនិញ ឬសេវាកម្មវេជ្ជសាស្ត្រ ហើយអង្គការត្រួតពិនិត្យឯករាជ្យត្រូវការប្រមូលព័ត៌មានបន្ថែមដែលអាចផ្តល់អត្ថប្រយោជន៍ដល់អ្នក **វាអាចចំណាយពេលរហូតដល់ 14 ថ្ងៃតាមប្រតិទិនបន្ថែមទៀត**។ អង្គការត្រួតពិនិត្យឯករាជ្យមិនអាចចំណាយពេលបន្ថែមដើម្បីធ្វើការសម្រេចចិត្តបានទេ ប្រសិនបើសំណើរបស់អ្នកគឺសម្រាប់ឱសថផ្នែក B។

ប្រសិនបើអ្នកមានបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ស្តង់ដារនៅកម្រិត 1 នោះអ្នកក៏នឹងមានបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ស្តង់ដារនៅកម្រិត 2 ផងដែរ។

- សម្រាប់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ស្តង់ដារ ប្រសិនបើសំណើរបស់អ្នកគឺសម្រាប់ទំនិញ ឬសេវាកម្មវេជ្ជសាស្ត្រ អង្គការត្រួតពិនិត្យឯករាជ្យត្រូវតែផ្តល់ចម្លើយដល់អ្នកចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 របស់អ្នក **ក្នុងរយៈពេល 30 ថ្ងៃតាមប្រតិទិន** បន្ទាប់ពីពួកគេទទួលបានបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក។ ប្រសិនបើសំណើរបស់អ្នកគឺសម្រាប់ឱសថផ្នែក B អង្គការត្រួតពិនិត្យឯករាជ្យត្រូវតែផ្តល់ចម្លើយដល់អ្នកចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 របស់អ្នក **ក្នុងរយៈពេល 7 ថ្ងៃតាមប្រតិទិន** បន្ទាប់ពីពួកគេទទួលបានបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក។
- ប្រសិនបើសំណើរបស់អ្នកគឺសម្រាប់ទំនិញ ឬសេវាកម្មវេជ្ជសាស្ត្រ ហើយអង្គការត្រួតពិនិត្យឯករាជ្យត្រូវការប្រមូលព័ត៌មានបន្ថែមដែលអាចផ្តល់អត្ថប្រយោជន៍ដល់អ្នក **វាអាចចំណាយពេលរហូតដល់ 14 ថ្ងៃតាមប្រតិទិនបន្ថែមទៀត**។ អង្គការត្រួតពិនិត្យឯករាជ្យមិនអាចចំណាយពេលបន្ថែមដើម្បីធ្វើការសម្រេចចិត្តបានទេ ប្រសិនបើសំណើរបស់អ្នកគឺសម្រាប់ឱសថផ្នែក B។

ជំពូកទី 9: ប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហា ឬបណ្តឹងតវ៉ា (សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ បណ្តឹងតវ៉ា)

ជំហានទី 2: អង្គការត្រួតពិនិត្យឯករាជ្យផ្តល់ចម្លើយដល់អ្នក។

អង្គការត្រួតពិនិត្យឯករាជ្យនឹងប្រាប់អ្នកអំពីការសម្រេចចិត្តរបស់ពួកគេជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ និង ពន្យល់ពីមូលហេតុ។

- **ប្រសិនបើអង្គការត្រួតពិនិត្យឯករាជ្យ យល់ព្រម ចំពោះផ្នែកមួយ ឬទាំងអស់នៃសំណើសម្រាប់ទំនិញ ឬសេវាកម្មវេជ្ជសាស្ត្រ** យើងត្រូវតែអនុញ្ញាតការធានារ៉ាប់រងការថែទាំវេជ្ជសាស្ត្រ ក្នុងរយៈពេល **72 ម៉ោង** ឬផ្តល់សេវាកម្ម ក្នុងរយៈពេល **14** ថ្ងៃតាមប្រតិទិន បន្ទាប់ពីយើងទទួលបានការសម្រេចចិត្តពីអង្គការត្រួតពិនិត្យឯករាជ្យសម្រាប់ **សំណើស្តង់ដារ**។ សម្រាប់**សំណើបែប ពន្លឺន** យើងមានពេល **72 ម៉ោង** ចាប់ពីកាលបរិច្ឆេទដែលយើងទទួលបានការសម្រេចចិត្តពី អង្គការត្រួតពិនិត្យឯករាជ្យ។
- **ប្រសិនបើអង្គការត្រួតពិនិត្យឯករាជ្យ យល់ព្រម ចំពោះផ្នែកមួយ ឬទាំងអស់នៃសំណើសម្រាប់ ឱសថ ផ្នែក B** យើងត្រូវតែអនុញ្ញាត ឬផ្តល់ឱសថផ្នែក B ក្នុងរយៈពេល **72 ម៉ោង** បន្ទាប់ពីយើង ទទួលបានការសម្រេចចិត្តពីអង្គការត្រួតពិនិត្យឯករាជ្យសម្រាប់ **សំណើស្តង់ដារ**។ សម្រាប់ **សំណើ បែបពន្លឺន** យើងមានពេល **24 ម៉ោង** ចាប់ពីកាលបរិច្ឆេទដែលយើងទទួលបានការសម្រេចចិត្ត ពីអង្គការត្រួតពិនិត្យឯករាជ្យ
- **ប្រសិនបើអង្គការត្រួតពិនិត្យឯករាជ្យ បដិសេធ ចំពោះផ្នែកមួយ ឬទាំងអស់នៃបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ របស់អ្នក** វាមានន័យថាពួកគេយល់ព្រមជាមួយគម្រោងរបស់យើងថា សំណើរបស់អ្នក (ឬផ្នែក មួយនៃសំណើរបស់អ្នក) សម្រាប់ការធានារ៉ាប់រងសម្រាប់ការថែទាំផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រមិនគួរត្រូវ បានយល់ព្រមទេ។ (នេះហៅថា **ការគាំទ្រការសម្រេចចិត្ត** ឬ **បដិសេធបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក**) ក្នុងករណីនេះ អង្គការត្រួតពិនិត្យឯករាជ្យនឹងផ្ញើទៅអ្នកនូវលិខិតដែល៖
 - ពន្យល់អំពីសេចក្តីសម្រេចនោះ។
 - អនុញ្ញាតឱ្យអ្នកដឹងអំពីសិទ្ធិរបស់អ្នកក្នុងបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 3 ប្រសិនបើកម្លែងប្រាក់ដុល្លារ នៃការធានារ៉ាប់រងឱសថដែលអ្នកកំពុងស្នើសុំបំពេញតាមអប្បបរមាមួយចំនួន។ សេចក្តី ជូនដំណឹងជាលាយលក្ខណ៍អក្សរដែលអ្នកទទួលបានពីអង្គការត្រួតពិនិត្យឯករាជ្យនឹងប្រាប់ អ្នកពីចំនួនប្រាក់ដុល្លារដែលអ្នកត្រូវតែបំពេញតាមដើម្បីបន្តដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍។
 - ប្រាប់អ្នកពីរបៀបដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 3។
- ប្រសិនបើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 របស់អ្នកត្រូវបានបដិសេធ ហើយអ្នកបំពេញតាមតម្រូវការ ដើម្បីបន្តដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ អ្នកត្រូវតែសម្រេចចិត្តថាតើអ្នកចង់បន្តទៅកម្រិត 3 ហើយដាក់ បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ទីបី ឬទេ។ ព័ត៌មានលម្អិតអំពីរបៀបធ្វើដូច្នេះ គឺមាននៅក្នុងសេចក្តីជូនដំណឹង ជាលាយលក្ខណ៍អក្សរដែលអ្នកទទួលបានបន្ទាប់ពីបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 របស់អ្នក។
 - បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 3 ត្រូវបានដោះស្រាយដោយចៅក្រមច្បាប់រដ្ឋបាល ឬមេធាវីកាត់សេចក្តី។ **ផ្នែកទី 10** ក្នុងជំពូកនេះពន្យល់ពីដំណើរការសម្រាប់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិតទី 3 ទី 4 និងទី 5។

ជំពូកទី 9: ប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហា ឬបណ្តឹងតវ៉ា (សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ បណ្តឹងតវ៉ា)

ប្រសិនបើបញ្ហារបស់អ្នកគឺអំពីសេវាកម្ម ឬទំនិញ Medicaid រ៉ាប់រងទូទៅ៖

ជំហានទី 1: ស្នើសុំសវនាការយុត្តិធម៌ជាមួយរដ្ឋ។

- កម្រិត 2 នៃដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍សម្រាប់សេវាកម្មដែលជាធម្មតាត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយ Medicaid គឺជាសវនាការយុត្តិធម៌ជាមួយរដ្ឋ។ អ្នកត្រូវតែស្នើសុំសវនាការយុត្តិធម៌ជាលាយលក្ខណ៍ អក្សរ ឬតាមទូរសព្ទ ក្នុងរយៈពេល **120 ថ្ងៃតាមប្រតិទិន** គិតចាប់ពីថ្ងៃ ដែលយើងបានផ្ញើលិខិត សេចក្តីសម្រេចលើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 1 របស់អ្នក។ លិខិតដែលអ្នកទទួលបានពីយើងនឹងប្រាប់ អ្នកពីកន្លែងដែលត្រូវដាក់សំណើសវនាការរបស់អ្នក។

ជំហានទី 2: ការិយាល័យសវនាការយុត្តិធម៌ផ្តល់ចម្លើយដល់អ្នក។

ការិយាល័យសវនាការយុត្តិធម៌នឹងប្រាប់អ្នកអំពីការសម្រេចចិត្តរបស់ខ្លួនជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ និងពន្យល់ ពីមូលហេតុ។

- **ប្រសិនបើការិយាល័យសវនាការយុត្តិធម៌ យល់ព្រម ចំពោះផ្នែកមួយ ឬទាំងអស់នៃសំណើសម្រាប់ ទំនិញ ឬសេវាកម្មវេជ្ជសាស្ត្រ** យើងត្រូវតែអនុញ្ញាត ឬផ្តល់សេវាកម្ម ឬទំនិញ ក្នុងរយៈពេល 72 ម៉ោង បន្ទាប់ពីយើងទទួលបានការសម្រេចចិត្តពីការិយាល័យសវនាការយុត្តិធម៌។
- **ប្រសិនបើការិយាល័យសវនាការយុត្តិធម៌ បដិសេធ ចំពោះផ្នែកមួយ ឬទាំងអស់នៃបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ របស់អ្នក** ពួកគេយល់ព្រមជាមួយគម្រោងរបស់យើងថាសំណើរបស់អ្នក (ឬផ្នែកមួយនៃសំណើរបស់ អ្នក) សម្រាប់ការធានារ៉ាប់រងសម្រាប់ការថែទាំវេជ្ជសាស្ត្រមិនគួរត្រូវបានយល់ព្រមទេ។ (នេះហៅថា **ការគាំទ្រការសម្រេចចិត្ត ឬ បដិសេធបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក**)

ប្រសិនបើការសម្រេចចិត្តគឺ បដិសេធ ចំពោះផ្នែកមួយ ឬទាំងអស់នៃអ្វីដែលអ្នកបានស្នើសុំ អ្នកអាចដាក់ បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍មួយទៀត។

ប្រសិនបើការសម្រេចចិត្តរបស់អង្គការត្រួតពិនិត្យឯករាជ្យ ឬការិយាល័យសវនាការយុត្តិធម៌គឺ បដិសេធ សម្រាប់ផ្នែកទាំងអស់ ឬផ្នែកមួយនៃអ្វីដែលអ្នកបានស្នើសុំ នោះអ្នកមាន **សិទ្ធិបន្ថែមសម្រាប់ដាក់បណ្តឹង ឧទ្ធរណ៍**។

លិខិតដែលអ្នកទទួលបានពីការិយាល័យសវនាការយុត្តិធម៌នឹងពណ៌នាអំពីជម្រើសបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍បន្ទាប់ នេះ។ ចូលទៅកាន់ **ផ្នែកទី 10** សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីសិទ្ធិបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នកបន្ទាប់ពីកម្រិត 2។

ផ្នែកទី 6.5 ប្រសិនបើអ្នកស្នើឱ្យយើងបង់ប្រាក់ឱ្យអ្នកវិញសម្រាប់វិក្កយបត្រដែលអ្នកបាន ទទួលសម្រាប់ការថែទាំផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ

ប្រសិនបើអ្នកបានបង់ប្រាក់រួចហើយសម្រាប់សេវាកម្ម ឬសម្ភារៈ Medicaid ដែលធានារ៉ាប់រងដោយ គម្រោងរបស់យើង សូមស្នើឱ្យគម្រោងរបស់យើងបង់ប្រាក់ឱ្យអ្នកវិញ (សងអ្នកវិញ)។ វាជាសិទ្ធិរបស់អ្នក ក្នុងការទទួលបានប្រាក់សំណងពីគម្រោងរបស់យើងរាល់ពេលដែលអ្នកបានបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាកម្ម វេជ្ជសាស្ត្រ ឬឱសថដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយគម្រោងរបស់យើង។ នៅពេលអ្នកផ្ញើមកយើងនូវ វិក្កយបត្រដែលអ្នកបានបង់រួចហើយ នោះយើងនឹងពិនិត្យមើលវិក្កយបត្រ ហើយសម្រេចថា តើសេវាកម្ម

ជំពូកទី 9: ប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហា ឬបណ្តឹងតវ៉ា (សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ បណ្តឹងតវ៉ា)

ឬឱសថគ្រូត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដែរឬទេ? ប្រសិនបើយើងសម្រេចថា ពួកវាគួរតែត្រូវបានធានារ៉ាប់រង យើងនឹងបង់ប្រាក់ឱ្យអ្នកវិញសម្រាប់សេវាកម្ម ឬឱសថនោះ។

ការស្នើសុំសំណង គឺជាការស្នើសុំសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងពីយើង

ប្រសិនបើអ្នកធ្វើឯកសារស្នើសុំសំណងមកយើង អ្នកកំពុងស្នើសុំសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង។ ដើម្បីធ្វើការសម្រេចចិត្តនេះ យើងនឹងពិនិត្យមើលថា តើការថែទាំសុខភាពដែលអ្នកបានបង់ប្រាក់ត្រូវបានរ៉ាប់រងដែរ ឬទេ។ យើងក៏នឹងពិនិត្យមើលថា តើអ្នកបានអនុវត្តតាមវិធានការសម្រាប់ការប្រើប្រាស់ការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកសម្រាប់ការថែទាំផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដែរ ឬទេ។

ប្រសិនបើអ្នកចង់ឱ្យយើងសងអ្នកវិញសម្រាប់សេវាកម្ម ឬសម្ភារៈ **Medicare** ឬអ្នកស្នើឱ្យយើងបង់ប្រាក់ឱ្យអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពសម្រាប់សេវាកម្ម ឬសម្ភារៈ **Medicaid** ដែលអ្នកបានបង់ប្រាក់ សូមស្នើឱ្យយើងធ្វើសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងនេះ។ យើងនឹងពិនិត្យមើលថា តើការថែទាំសុខភាពដែលអ្នកបានបង់ប្រាក់ គឺជាសេវាកម្មដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដែរ ឬទេ។ យើងក៏នឹងពិនិត្យមើលថា តើអ្នកបានអនុវត្តតាមវិធានការសម្រាប់ការប្រើប្រាស់ការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកសម្រាប់ការថែទាំផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដែរ ឬទេ។

- **ប្រសិនបើយើងឆ្លើយ យល់ព្រម ចំពោះសំណើរបស់អ្នក:** ប្រសិនបើការថែទាំផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រត្រូវបានធានារ៉ាប់រង ហើយអ្នកបានអនុវត្តតាមវិធានការ យើងនឹងផ្ញើឱ្យអ្នកនូវការបង់ប្រាក់សម្រាប់ការចំណាយ ជាធម្មតាក្នុងរយៈពេល 30 ថ្ងៃតាមប្រតិទិន ប៉ុន្តែមិនលើសពី 60 ថ្ងៃតាមប្រតិទិន បន្ទាប់ពីយើងទទួលបានសំណើរបស់អ្នកទេ។
- **ប្រសិនបើយើងបដិសេធចំពោះសំណើរបស់អ្នក:** ប្រសិនបើការថែទាំផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រមិនត្រូវបានរ៉ាប់រង ឬអ្នក មិនបាន អនុវត្តតាមវិធានការទាំងអស់ យើងនឹងមិនផ្ញើការទូទាត់ទេ។ ផ្ទុយទៅវិញ យើងនឹងផ្ញើលិខិតមួយច្បាប់ដែលនិយាយថា យើងនឹងមិនបង់ប្រាក់សម្រាប់ការថែទាំផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រជាមួយនិងមូលហេតុ។

ប្រសិនបើអ្នកមិនយល់ស្របនឹងសេចក្តីសម្រេចរបស់យើងក្នុងការបដិសេធអ្នកទេ **អ្នកអាចដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍បាន**។ ប្រសិនបើអ្នកដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ វាមានន័យថាអ្នកកំពុងស្នើសុំឱ្យយើងផ្លាស់ប្តូរសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងដែលយើងបានធ្វើនៅពេលយើងបដិសេធសំណើរបស់អ្នកសម្រាប់ការបង់ប្រាក់។

ដើម្បីដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍នេះ សូមអនុវត្តតាមដំណើរការសម្រាប់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍នៅក្នុងផ្នែកទី 6.3។ សម្រាប់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ទាក់ទងនឹងសំណង សូមចំណាំ៖

- យើងត្រូវតែផ្តល់ចម្លើយរបស់យើងដល់អ្នក ក្នុងរយៈពេល 30 ថ្ងៃតាមប្រតិទិន បន្ទាប់ពីយើងទទួលបានបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក។
- ប្រសិនបើអង្គការត្រួតពិនិត្យឯករាជ្យសម្រេចចិត្តថាយើងគួរបង់ប្រាក់ យើងត្រូវតែធ្វើការបង់ប្រាក់ទៅអ្នក ឬអ្នកផ្តល់សេវា ក្នុងរយៈពេល 30 ថ្ងៃតាមប្រតិទិន។ ប្រសិនបើចម្លើយចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នកគឺ យល់ព្រម នៅដំណាក់កាលណាមួយនៃដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍បន្ទាប់ពីកម្រិត 2 យើងត្រូវតែធ្វើការទូទាត់ដែលអ្នកបានស្នើសុំទៅអ្នក ឬអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាព ក្នុងរយៈពេល 60 ថ្ងៃតាមប្រតិទិន។

ជំពូកទី 9: ប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហា ឬបណ្តឹងតវ៉ា (សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ បណ្តឹងតវ៉ា)

ផ្នែកទី 7 ឱសថផ្នែក D: របៀបស្នើសុំសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង ឬដាក់ បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍

ផ្នែកទី 7.1 ផ្នែកនេះប្រាប់អ្នកពីអ្វីដែលត្រូវធ្វើប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហាក្នុងការទទួលបាន ឱសថផ្នែក D ឬអ្នកចង់ឱ្យយើងបង់ប្រាក់ឱ្យអ្នកវិញសម្រាប់ឱសថផ្នែក D

អត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នករួមបញ្ចូលទាំងការធានារ៉ាប់រងសម្រាប់ឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាជាច្រើន។ ដើម្បីទទួលបានការធានារ៉ាប់រង ឱសថត្រូវតែប្រើសម្រាប់ការបញ្ជាក់បង្ហាញថាទទួលបានយកបានខាងផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ។ (សូមចូលទៅកាន់ជំពូកទី 5 សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីការបញ្ជាក់បង្ហាញថាទទួលបានយកបានខាងផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ) សម្រាប់ព័ត៌មានលម្អិតអំពីឱសថផ្នែក D វិធាន ការដាក់កំហិត និងថ្លៃចំណាយ សូមចូលទៅកាន់ជំពូកទី 5 និងទី 6។ **ផ្នែកនេះនិយាយអំពីឱសថផ្នែក D របស់អ្នកតែប៉ុណ្ណោះ។** ដើម្បីរក្សាអ្វីៗឱ្យសាមញ្ញ ជាទូទៅយើងនិយាយថា ឱសថ នៅក្នុងផ្នែកដែលនៅសល់នៃផ្នែកនេះ ជំនួសឱ្យការការនិយាយម្តងទៀតថា ឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាសម្រាប់អ្នកជំងឺមិនស្នាក់ព្យាបាលដែលមានការធានារ៉ាប់រង ឬឱសថផ្នែក D រាល់ពេល។ យើងក៏ប្រើពាក្យ បញ្ជីឱសថ ជំនួសឱ្យ បញ្ជីឱសថដែលមានការធានារ៉ាប់រង ឬបញ្ជីឱសថ។

- ប្រសិនបើអ្នកមិនដឹងថា តើឱសថត្រូវបានធានារ៉ាប់រងឬអត់ ឬប្រសិនបើអ្នកបំពេញតាមវិធានអ្នកអាចសួរយើងខ្ញុំបាន។ ឱសថមួយចំនួនតម្រូវឱ្យអ្នកទទួលបានការយល់ព្រមពីយើងខ្ញុំមុនពេលយើងនឹងធានារ៉ាប់រងវា។
- ប្រសិនបើឱសថស្ថានរបស់អ្នកប្រាប់អ្នកថា វេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកមិនអាចត្រូវបានបើកតាមការសរសេរបានទេនោះ ឱសថស្ថាននឹងផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវសេចក្តីជូនដំណឹងជាលាយលក្ខណ៍អក្សរដែលពន្យល់អំពីរបៀបទាក់ទងមកយើងខ្ញុំដើម្បីស្នើសុំសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង។

សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងផ្នែក D និងបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍

វាក្យសព្ទច្បាប់:

សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងដំបូងអំពីឱសថផ្នែក D របស់អ្នកត្រូវបានគេហៅថា **ការកំណត់លើការធានារ៉ាប់រង។**

សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងគឺជាការសម្រេចចិត្តដែលយើងធ្វើឡើងអំពីអត្ថប្រយោជន៍ និងការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នក ឬអំពីចំនួនទឹកប្រាក់ដែលយើងនឹងបង់សម្រាប់ឱសថរបស់អ្នក។ ផ្នែកនេះប្រាប់អំពីអ្វីដែលអ្នកអាចធ្វើបាន ប្រសិនបើអ្នកស្ថិតក្នុងស្ថានភាពណាមួយដូចខាងក្រោម៖

- ការស្នើសុំធានារ៉ាប់រងលើឱសថផ្នែក D ដែលមិនមាននៅក្នុងបញ្ជីឱសថរបស់គម្រោងរបស់យើង។ **ស្នើសុំការលើកលែង។ ផ្នែកទី 7.2។**
- ការស្នើសុំលើកលែងការរឹតបន្តឹងលើការរ៉ាប់រងរបស់គម្រោងយើងសម្រាប់ឱសថ (ដូចជាការកំណត់លើបរិមាណឱសថដែលអ្នកអាចទទួលបាន លក្ខណៈវិនិច្ឆ័យនៃការអនុញ្ញាតជាមុន ឬការត្រួតពិនិត្យក្នុងការសាកល្បងឱសថផ្សេងទៀតជាមុន)។ **ស្នើសុំការលើកលែង។ ផ្នែកទី 7.2។**

ជំពូកទី 9: ប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហា ឬបណ្តឹងតវ៉ា (សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ បណ្តឹងតវ៉ា)

- ការស្នើសុំការយល់ព្រមជាមុនសម្រាប់ឱសថ។ **ស្នើសុំសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង។ ផ្នែកទី 7.4។**
- បង់ថ្លៃឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាដែលអ្នកបានទិញរួចហើយ។ **ស្នើសុំឱ្យយើងខ្ញុំសងប្រាក់ទៅអ្នកវិញ។ ផ្នែកទី 7.4។**

ប្រសិនបើអ្នកមិនយល់ព្រមនឹងសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងរបស់យើង នោះអ្នកអាចដាក់ បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ចំពោះការសម្រេចរបស់យើងបាន។

ផ្នែកនេះប្រាប់អ្នកពីរបៀបស្នើសុំសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង និងរបៀបស្នើសុំបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍។

ផ្នែកទី 7.2 ស្នើសុំការលើកលែង

លក្ខខណ្ឌផ្លូវច្បាប់:

ការស្នើសុំការធានារ៉ាប់រងលើឱសថដែលមិនមាននៅក្នុងបញ្ជីឱសថគឺជា**ការលើកលែងក្នុងបញ្ជីឱសថ។**

ការស្នើសុំការដកការរឹតបន្តឹងលើការធានារ៉ាប់រងលើឱសថគឺជា**ការលើកលែងក្នុងបញ្ជីឱសថ។**

ការស្នើសុំឱ្យបង់ថ្លៃទាបសម្រាប់ឱសថដែលមិនចង់បានដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងគឺជា**ការលើកលែងតាមកម្រិតថ្នាក់។**

ប្រសិនបើឱសថមិនត្រូវបានធានារ៉ាប់រងតាមរបៀបដែលអ្នកចង់ឱ្យត្រូវបានធានារ៉ាប់រងទេនោះ អ្នក អាចស្នើឱ្យយើងខ្ញុំធ្វើ**ការលើកលែង**បាន។ ការលើកលែងគឺជាប្រភេទនៃសេចក្តីសម្រេចលើការធានា រ៉ាប់រង។

ដើម្បីឱ្យយើងខ្ញុំពិចារណាលើសំណើសុំការលើកលែងរបស់អ្នក វេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក ឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជា ផ្សេងទៀតនឹងត្រូវពន្យល់អំពីមូលហេតុផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដែលអ្នកត្រូវការការលើកលែងដែលបានអនុម័ត ហើយ។ នេះគឺជាឧទាហរណ៍ចំនួន 2 នៃការលើកលែងដែលអ្នក ឬវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក ឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជា ផ្សេងទៀតអាចស្នើឱ្យយើងខ្ញុំធ្វើ៖

1. **ការធានារ៉ាប់រងលើឱសថផ្នែក D ដែលមិនមាននៅក្នុងបញ្ជីឱសថរបស់យើង។** អ្នកមិនអាចស្នើសុំ ការលើកលែងចំពោះចំនួនទឹកប្រាក់នៃការចែករំលែកថ្លៃចំណាយដែលយើងតម្រូវឱ្យអ្នកបង់ សម្រាប់ឱសថនោះទេ។
2. **ការដកការរឹតបន្តឹងសម្រាប់ឱសថដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រង។** ជំពូកទី 5 ពណ៌នាអំពីវិធាន ឬ ការរឹតបន្តឹងបន្ថែមដែលអនុវត្តចំពោះឱសថមួយចំនួននៅក្នុងបញ្ជីឱសថរបស់យើង។ ប្រសិនបើ យើងយល់ព្រមធ្វើការលើកលែង និងលើកលែងការដាក់កម្រិតសម្រាប់អ្នក អ្នកអាចស្នើសុំ ការលើកលែងចំពោះចំនួនទឹកប្រាក់នៃការបង់ថ្លៃរួម ឬការធានារ៉ាប់រងរួមដែលយើងតម្រូវឱ្យអ្នក បង់សម្រាប់ឱសថ។

ជំពូកទី 9: ប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហា ឬបណ្តឹងតវ៉ា (សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ បណ្តឹងតវ៉ា)

ផ្នែកទី 7.3 រឿងសំខាន់ដែលត្រូវដឹងអំពីការស្នើសុំការលើកលែង

វេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកត្រូវតែប្រាប់យើងខ្ញុំអំពីហេតុផលផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ

វេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក ឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាផ្សេងទៀតត្រូវតែផ្តល់ឱ្យយើងខ្ញុំនូវរបាយការណ៍ដែលពន្យល់អំពី ហេតុផលផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដែលអ្នកកំពុងស្នើសុំការលើកលែង។ សម្រាប់ការសម្រេចរហ័ស រួមមានព័ត៌មាន ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រនេះពីវេជ្ជបណ្ឌិត ឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាផ្សេងទៀតរបស់អ្នក នៅពេលអ្នកស្នើសុំសម្រាប់ ការលើកលែង។

ជាធម្មតា បញ្ជីឱសថរបស់យើងរួមមានឱសថច្រើនជាងមួយសម្រាប់ការព្យាបាលស្ថានភាពជាក់លាក់ មួយ។ លទ្ធភាពផ្សេងៗគ្នានេះត្រូវបានគេហៅថាឱសថជំនួស។ ប្រសិនបើឱសថជំនួសមានប្រសិទ្ធភាពដូច ឱសថដែលអ្នកកំពុងស្នើសុំ ហើយនឹងមិនបណ្តាលឱ្យមានផលរំខានបន្ថែម ឬបញ្ហាសុខភាពផ្សេងទៀត ជាទូទៅយើងនឹងមិនយល់ព្រមលើសំណើសុំការលើកលែងរបស់អ្នកទេ។

យើងអាចនិយាយថា យល់ព្រម ឬ មិនយល់ព្រម ចំពោះសំណើរបស់អ្នក

- ប្រសិនបើយើងយល់ព្រមលើសំណើសុំការលើកលែងរបស់អ្នក ការយល់ព្រមរបស់យើងជាធម្មតា មានសុពលភាពរហូតដល់ចុងឆ្នាំនៃគម្រោងរបស់យើង។ នេះជាការពិត ដរាបណាវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់ អ្នកបន្តចេញវេជ្ជបញ្ជាឱ្យអ្នក ហើយឱសថនោះនៅតែមានសុវត្ថិភាព និងប្រសិទ្ធភាពក្នុងការ ព្យាបាលស្ថានភាពរបស់អ្នក។
- ប្រសិនបើយើងនិយាយថា មិនយល់ព្រម ចំពោះសំណើរបស់អ្នក អ្នកអាចស្នើសុំការពិនិត្យឡើងវិញ មួយទៀតតាមរយៈការដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍។

ផ្នែកទី 7.4 របៀបស្នើសុំសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងរួមទាំងការលើកលែង

វាក្យសព្ទច្បាប់:

សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងរហ័សត្រូវបានគេហៅថា**ការកំណត់ការធានារ៉ាប់រងបែបពន្លឺន**។

ជំហានទី 1: សម្រេចចិត្តថាតើអ្នកត្រូវការសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងស្តង់ដារ ឬសេចក្តីសម្រេចលើ ការធានារ៉ាប់រងរហ័ស។

សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងស្តង់ដារត្រូវបានធ្វើឡើងក្នុងរយៈពេល **72 ម៉ោង** បន្ទាប់ពីយើងទទួល បានរបាយការណ៍ពីវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក។ **សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងរហ័ស** ត្រូវបានធ្វើឡើង ក្នុងរយៈពេល **24 ម៉ោង** បន្ទាប់ពីយើងទទួលបានរបាយការណ៍ពីវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក។

ប្រសិនបើសុខភាពរបស់អ្នកតម្រូវឱ្យធ្វើដូច្នេះ សូមស្នើឱ្យយើងខ្ញុំផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវសេចក្តីសម្រេចលើ ការធានារ៉ាប់រងរហ័ស។ ដើម្បីទទួលបានសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងរហ័ស អ្នកត្រូវតែបំពេញតាម តម្រូវការចំនួន 2:

ជំពូកទី 9: ប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហា ឬបណ្តឹងតវ៉ា (សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ បណ្តឹងតវ៉ា)

- អ្នកត្រូវតែស្នើសុំឱសថ ដែលអ្នកមិនទាន់បានទទួល។ (អ្នកមិនអាចស្នើសុំសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងរហ័សឱ្យបង់ប្រាក់មកវិញសម្រាប់ឱសថដែលអ្នកបានទិញរួចហើយនោះទេ។)
- ការប្រើប្រាស់កាលបរិច្ឆេទកំណត់ស្តង់ដារអាចបណ្តាលឱ្យមានគ្រោះថ្នាក់ធ្ងន់ធ្ងរដល់សុខភាពរបស់អ្នក ឬប៉ះពាល់ដល់សមត្ថភាពរបស់អ្នកក្នុងការបំពេញមុខងារ។
- ប្រសិនបើវេជ្ជបណ្ឌិត ឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាផ្សេងទៀតរបស់អ្នកប្រាប់យើងខ្ញុំថា សុខភាពរបស់អ្នកតម្រូវឱ្យមានសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងរហ័ស យើងនឹងផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងរហ័សដោយស្វ័យប្រវត្តិ។
- ប្រសិនបើអ្នកស្នើសុំសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងរហ័សដោយខ្លួនឯង ដោយគ្មានការគាំទ្រពីវេជ្ជបណ្ឌិត ឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក យើងនឹងសម្រេចថា តើសុខភាពរបស់អ្នកតម្រូវឱ្យយើងផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងរហ័សដែរ ឬទេ។ ប្រសិនបើយើងមិនយល់ព្រមលើសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងរហ័សទេ យើងនឹងផ្ញើលិខិតជូនទៅអ្នកដែល៖
 - ពន្យល់ថា យើងនឹងប្រើកាលបរិច្ឆេទកំណត់ស្តង់ដារ។
 - ពន្យល់ថា ប្រសិនបើវេជ្ជបណ្ឌិត ឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកស្នើសុំសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងរហ័ស យើងនឹងផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងរហ័សដោយស្វ័យប្រវត្តិ។
 - ប្រាប់អ្នកអំពីរបៀបដែលអ្នកអាចដាក់បណ្តឹងតវ៉ារហ័សអំពីសេចក្តីសម្រេចរបស់យើង ដើម្បីផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងស្តង់ដារជំនួសឱ្យសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងរហ័សដែលអ្នកបានស្នើសុំ។ យើងនឹងឆ្លើយតបបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នកក្នុងរយៈពេល 24 ម៉ោងបន្ទាប់ពីទទួលបាន។

ជំហានទី 2: ស្នើសុំសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងស្តង់ដារ ឬសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងរហ័ស។

ចាប់ផ្តើមដោយទូរសព្ទ សរសេរ ឬទូរសារទៅគម្រោងរបស់យើង ដើម្បីស្នើសុំឱ្យយើងអនុញ្ញាត ឬផ្តល់ការធានារ៉ាប់រងលើការថែទាំសុខភាពដែលអ្នកចង់បាន។ អ្នកក៏អាចចូលប្រើដំណើរការនៃការសម្រេចចិត្តលើការធានារ៉ាប់រងតាមរយៈគេហទំព័ររបស់យើងផងដែរ។ យើងត្រូវតែទទួលយកសំណើជាលាយលក្ខណ៍អក្សរណាមួយ រួមទាំងសំណើដែលបានដាក់បញ្ជូនតាមទម្រង់បែបបទស្នើសុំការកំណត់លើការធានារ៉ាប់រងក្នុង [CMS](https://www.wellcare.com/covereddetermination) ដែលមាននៅលើគេហទំព័ររបស់យើងតាមរយៈអាសយដ្ឋាន [go.wellcare.com/covereddetermination](https://www.wellcare.com/covereddetermination)។ ជំពូកទី 2 មានព័ត៌មានទំនាក់ទំនង។ ដើម្បីជួយយើងខ្ញុំដំណើរការសំណើរបស់អ្នក សូមបញ្ចូលឈ្មោះរបស់អ្នក ព័ត៌មានទំនាក់ទំនង និងព័ត៌មានដែលបង្ហាញអំពីការទាមទារសំណងដែលត្រូវបានបដិសេធដែលកំពុងដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍។

អ្នក វេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក (ឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាផ្សេងទៀត) ឬអ្នកតំណាងរបស់អ្នកអាចធ្វើដូច្នេះបាន។ អ្នកក៏អាចឱ្យមេធាវីធ្វើជាអ្នកតំណាងរបស់អ្នកផងដែរ។ ផ្នែកទី 4 នៃជំពូកនេះប្រាប់អំពីរបៀបដែលអ្នកអាចផ្តល់ការអនុញ្ញាតជាលាយលក្ខណ៍អក្សរដល់នរណាម្នាក់ផ្សេងទៀត ដើម្បីដើរតួជាអ្នកតំណាងរបស់អ្នក។

- ប្រសិនបើអ្នកស្នើសុំការលើកលែង សូមផ្តល់របាយការណ៍គាំទ្រ ដែលជាមូលហេតុផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រសម្រាប់ការលើកលែង។ វេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក ឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាផ្សេងទៀត អាចទូរសារ ឬផ្ញើ

ជំពូកទី 9: ប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហា ឬបណ្តឹងតវ៉ា (សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ បណ្តឹងតវ៉ា)

សេចក្តីថ្លែងការណ៍មកកាន់យើង។ ឬវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក ឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាផ្សេងទៀតអាច ប្រាប់យើងខ្ញុំតាមទូរសព្ទ និងតាមដានតាមរយៈទូរសារ ឬផ្ញើរបាយការណ៍ជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ ប្រសិនបើចាំបាច់។

ជំហានទី 3: យើងពិចារណាលើសំណើរបស់អ្នក ហើយផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវចម្លើយរបស់យើង។

កាលបរិច្ឆេទកំណត់ចំពោះសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងរបស់

- ជាទូទៅ យើងត្រូវតែផ្តល់ចម្លើយរបស់យើងដល់អ្នក **ក្នុងរយៈពេល 24 ម៉ោង** បន្ទាប់ពីយើងទទួលបានសំណើរបស់អ្នក។
 - សម្រាប់ការលើកលែង យើងនឹងផ្តល់ចម្លើយរបស់យើងដល់អ្នកក្នុងរយៈពេល 24 ម៉ោង បន្ទាប់ពីយើងទទួលបានរបាយការណ៍គាំទ្រពីវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក។ យើងនឹងផ្តល់ចម្លើយរបស់យើងដល់អ្នកឱ្យបានឆាប់ជាងនេះ ប្រសិនបើសុខភាពរបស់អ្នកតម្រូវឱ្យយើងខ្ញុំធ្វើដូច្នេះ។
 - ប្រសិនបើយើងមិនបំពេញតាមកាលបរិច្ឆេទកំណត់នេះទេ យើងតម្រូវឱ្យបញ្ជូនសំណើរបស់អ្នកទៅកាន់កម្រិត 2 នៃដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ ដែលវានឹងត្រូវបានពិនិត្យឡើងវិញដោយអង្គការត្រួតពិនិត្យឯករាជ្យ។
- **ប្រសិនបើចម្លើយរបស់យើងគឺ យល់ព្រម ចំពោះផ្នែកមួយ ឬទាំងអស់នៃអ្វីដែលអ្នកបានស្នើសុំ** យើងត្រូវតែផ្តល់ការធានារ៉ាប់រងដែលយើងបានយល់ព្រមក្នុងរយៈពេល 24 ម៉ោង បន្ទាប់ពីយើងទទួលបានសំណើ ឬរបាយការណ៍របស់វេជ្ជបណ្ឌិតដែលគាំទ្រសំណើរបស់អ្នក។
- **ប្រសិនបើចម្លើយរបស់យើងគឺ បដិសេធ ចំពោះផ្នែកមួយ ឬទាំងអស់នៃអ្វីដែលអ្នកបានស្នើសុំ** យើងនឹងផ្ញើរបាយការណ៍ជាលាយលក្ខណ៍អក្សរដែលពន្យល់ពីមូលហេតុដែលយើងបានបដិសេធ។ យើងក៏នឹងប្រាប់អ្នកពីរបៀបដែលអ្នកអាចប្តឹងឧទ្ធរណ៍ផងដែរ។

កាលបរិច្ឆេទកំណត់សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងស្តង់ដារអំពីឱសថដែលអ្នកមិនទាន់ទទួលបាន

- យើងត្រូវតែផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវចម្លើយរបស់យើង **ក្នុងរយៈពេល 72 ម៉ោង** បន្ទាប់ពីយើងទទួលបានសំណើរបស់អ្នក។
 - សម្រាប់ការលើកលែង យើងនឹងផ្តល់ចម្លើយរបស់យើងដល់អ្នកក្នុងរយៈពេល 72 ម៉ោង បន្ទាប់ពីយើងទទួលបានរបាយការណ៍គាំទ្រពីវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក។ យើងនឹងផ្តល់ចម្លើយរបស់យើងដល់អ្នកឱ្យបានឆាប់ជាងនេះ ប្រសិនបើសុខភាពរបស់អ្នកតម្រូវឱ្យយើងខ្ញុំធ្វើដូច្នេះ។
 - ប្រសិនបើយើងមិនបំពេញតាមកាលបរិច្ឆេទកំណត់នេះទេ យើងត្រូវបានតម្រូវឱ្យបញ្ជូនសំណើរបស់អ្នកទៅកម្រិត 2 នៃដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ ដែលវានឹងត្រូវបានពិនិត្យឡើងវិញដោយអង្គការត្រួតពិនិត្យឯករាជ្យ។
- **ប្រសិនបើចម្លើយរបស់យើងគឺ យល់ព្រម ចំពោះផ្នែកមួយ ឬទាំងអស់នៃអ្វីដែលអ្នកបានស្នើសុំ** យើងត្រូវតែផ្តល់ការធានារ៉ាប់រងដែលយើងបានយល់ព្រមក្នុងរយៈពេល 72 ម៉ោង បន្ទាប់ពីយើងទទួលបានសំណើ ឬរបាយការណ៍របស់វេជ្ជបណ្ឌិតដែលគាំទ្រសំណើរបស់អ្នក។
- **ប្រសិនបើចម្លើយរបស់យើងគឺ បដិសេធ ចំពោះផ្នែកមួយ ឬទាំងអស់នៃអ្វីដែលអ្នកបានស្នើសុំ** យើងនឹងផ្ញើរបាយការណ៍ជាលាយលក្ខណ៍អក្សរដែលពន្យល់ពីមូលហេតុដែលយើងបានបដិសេធ។ យើងក៏នឹងប្រាប់អ្នកពីរបៀបដែលអ្នកអាចប្តឹងឧទ្ធរណ៍ផងដែរ។

ជំពូកទី 9: ប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហា ឬបណ្តឹងតវ៉ា (សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ បណ្តឹងតវ៉ា)

ថ្ងៃផុតកំណត់សម្រាប់សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងស្តង់ដារអំពីការបង់ប្រាក់សម្រាប់ឱសថ ដែលអ្នក បានទិញរួចហើយ

- យើងត្រូវផ្តល់ចម្លើយរបស់យើងជូនអ្នកក្នុងរយៈពេល **14 ថ្ងៃតាមប្រតិទិន** បន្ទាប់ពីយើងទទួល បានសំណើរបស់អ្នក។

ប្រសិនបើយើងមិនបំពេញតាមកាលបរិច្ឆេទកំណត់នេះទេ យើងត្រូវបានតម្រូវឱ្យបញ្ជូនសំណើរបស់អ្នក ទៅកម្រិត 2 នៃដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ ដែលវានឹងត្រូវបានពិនិត្យឡើងវិញដោយអង្គការត្រួតពិនិត្យ ឯករាជ្យ។

- **ប្រសិនបើចម្លើយរបស់យើងគឺ យល់ព្រម ចំពោះផ្នែកមួយ ឬទាំងអស់នៃអ្វីដែលអ្នកបានស្នើសុំ** យើងក៏ត្រូវបានតម្រូវឱ្យបង់ប្រាក់ទៅអ្នកក្នុងរយៈពេល **14 ថ្ងៃតាមប្រតិទិន** បន្ទាប់ពីយើងទទួល បានសំណើរបស់អ្នក។
- **ប្រសិនបើចម្លើយរបស់យើងគឺ បដិសេធ ចំពោះផ្នែកមួយ ឬទាំងអស់នៃអ្វីដែលអ្នកបានស្នើសុំ** យើងនឹងផ្ញើរបាយការណ៍ជាលាយលក្ខណ៍អក្សរដែលពន្យល់ពីមូលហេតុដែលយើងបានបដិសេធ។ យើងក៏នឹងប្រាប់អ្នកពីរបៀបដែលអ្នកអាចប្តឹងឧទ្ធរណ៍ផងដែរ។

ជំហានទី 4: ប្រសិនបើយើងបដិសេធចំពោះសំណើធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នក អ្នកអាចដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ បាន។

- ប្រសិនបើយើងបដិសេធ អ្នកមានសិទ្ធិស្នើសុំឱ្យយើងខ្ញុំពិចារណាឡើងវិញនូវការសម្រេចចិត្តនេះ ដោយធ្វើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍។ នេះមានន័យថា ស្នើសុំម្តងទៀតដើម្បីទទួលបានការធានារ៉ាប់រងឱសថ ដែលអ្នកចង់បាន។ ប្រសិនបើអ្នកដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ វាមានន័យថាអ្នកនឹងទៅកាន់កម្រិត 1 នៃ ដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍។

ផ្នែកទី 7.5 របៀបដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 1

លក្ខខណ្ឌផ្លូវច្បាប់:

បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ចំពោះគម្រោងរបស់យើងអំពីសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងឱសថផ្នែក D ត្រូវបាន គេហៅថា **ការកំណត់ឡើងវិញនៃគម្រោង។**

បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍រហ័សត្រូវបានគេហៅថា **ការកំណត់ឡើងវិញបែបពន្លឺន។**

ជំហានទី 1: សម្រេចចិត្តថា តើអ្នកត្រូវការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ស្តង់ដារ ឬបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍រហ័ស។

ជាធម្មតា បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ស្តង់ដារត្រូវបានធ្វើឡើងក្នុងរយៈពេល **7 ថ្ងៃតាមប្រតិទិន**។ ជាទូទៅ បណ្តឹង ឧទ្ធរណ៍រហ័សត្រូវបានធ្វើឡើងក្នុងរយៈពេល **72 ម៉ោង**។ ប្រសិនបើសុខភាពរបស់អ្នកត្រូវការវា ត្រូវស្នើសុំ បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍រហ័ស។

- ប្រសិនបើអ្នកកំពុងដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ចំពោះការសម្រេចចិត្តដែលយើងខ្ញុំបានធ្វើអំពីឱសថដែល អ្នកមិនទាន់ បានទទួល អ្នក និងវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក ឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាផ្សេងទៀតនឹងត្រូវ សម្រេចថាតើអ្នកត្រូវការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍រហ័សដែរឬទេ។

ជំពូកទី 9: ប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហា ឬបណ្តឹងតវ៉ា (សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ បណ្តឹងតវ៉ា)

- តម្រូវការសម្រាប់ការទទួលបានបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍រហ័សគឺដូចគ្នាទៅនឹងតម្រូវការសម្រាប់ការទទួលបានសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងរហ័សនៅក្នុងផ្នែកទី 7.4។

ជំហានទី 2: អ្នក អ្នកតំណាង វេជ្ជបណ្ឌិត ឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាផ្សេងទៀតរបស់អ្នកត្រូវតែទាក់ទងមកយើង ហើយដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 1 របស់អ្នក។ ប្រសិនបើសុខភាពរបស់អ្នកតម្រូវឱ្យមានការឆ្លើយតប រហ័ស អ្នកត្រូវតែស្នើសុំបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍រហ័ស។

- **សម្រាប់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ស្តង់ដារ** សូមដាក់សំណើជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ ឬទូរសព្ទមកយើងខ្ញុំ។ ជំពូកទី 2 មានព័ត៌មានទំនាក់ទំនង។
- **សម្រាប់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍រហ័ស** សូមដាក់ពាក្យបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នកជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ ឬទូរសព្ទមកយើងខ្ញុំតាមរយៈលេខ 1-888-846-4262 (TTY: 711)។ ជំពូកទី 2 មានព័ត៌មានទំនាក់ទំនង។
- **យើងត្រូវតែទទួលយកសំណើជាលាយលក្ខណ៍អក្សរណាមួយ** រួមទាំងសំណើដែលបានដាក់បញ្ជូននៅលើទម្រង់បែបបទស្នើសុំការកំណត់ឡើងវិញរបស់ CMS Model ដែលមាននៅលើគេហទំព័ររបស់យើង go.wellcare.com/redetermination។ ដាក់បញ្ចូលឈ្មោះរបស់អ្នក ព័ត៌មានទំនាក់ទំនង និងព័ត៌មានអំពីការទាមទារសំណងរបស់អ្នក ដើម្បីជួយយើងខ្ញុំដំណើរការសំណើរបស់អ្នក។
- **អ្នកក៏អាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នកតាមប្រព័ន្ធអេឡិចត្រូនិកតាមរយៈគេហទំព័ររបស់យើងតាមរយៈអាសយដ្ឋាន** go.wellcare.com/OhanaHI។
- **អ្នកត្រូវតែដាក់សំណើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នកក្នុងរយៈពេល 65 ថ្ងៃតាមប្រតិទិន គិតចាប់ពី** កាលបរិច្ឆេទនៅលើសេចក្តីជូនដំណឹងជាលាយលក្ខណ៍អក្សរដែលយើងបានផ្ញើដល់ប្រាប់អ្នកពីចម្លើយរបស់យើងលើសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង។ ប្រសិនបើអ្នកខកខានចំពោះកាលបរិច្ឆេទកំណត់នេះ ហើយមានមូលហេតុសមរម្យសម្រាប់ការខកខាន សូមពន្យល់អំពីមូលហេតុដែលបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នកយឺតពេលនៅពេលអ្នកដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក។ យើងអាចផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវពេលវេលាបន្ថែមដើម្បីដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក។ ឧទាហរណ៍នៃមូលហេតុសមរម្យអាចរួមមាន ជំងឺធ្ងន់ធ្ងរដែលរារាំងអ្នកមិនឱ្យទាក់ទងមកយើងខ្ញុំ ឬប្រសិនបើយើងផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវព័ត៌មានមិនត្រឹមត្រូវ ឬមិនពេញលេញអំពីកាលបរិច្ឆេទកំណត់សម្រាប់ការស្នើសុំបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍។
- **អ្នកអាចស្នើសុំច្បាប់ចម្លងនៃព័ត៌មាននៅក្នុងបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក ហើយបន្ថែមព័ត៌មានថែមទៀត។** អ្នក និងវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកអាចបន្ថែមព័ត៌មានថែមទៀត ដើម្បីគាំទ្របណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក។

ជំហានទី 3: យើងពិចារណាលើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក ហើយផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវចម្លើយរបស់យើង។

- នៅពេលយើងពិនិត្យឡើងវិញនូវបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក យើងពិនិត្យមើលព័ត៌មានទាំងអស់អំពីសំណើធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកដោយប្រុងប្រយ័ត្ន។ យើងពិនិត្យមើលថា តើយើងបានអនុវត្តតាមច្បាប់ទាំងអស់នៅពេលដែលយើងបានបដិសេធចំពោះសំណើរបស់អ្នកដែរ ឬទេ។
- យើងអាចទាក់ទងទៅកាន់អ្នក ឬវេជ្ជបណ្ឌិត ឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាផ្សេងទៀតរបស់អ្នកដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែម។

ជំពូកទី 9: ប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហា ឬបណ្តឹងតវ៉ា (សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ បណ្តឹងតវ៉ា)

កាលបរិច្ឆេទកំណត់សម្រាប់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍រហ័ស

- សម្រាប់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍រហ័ស យើងត្រូវតែផ្តល់ចម្លើយរបស់យើងដល់អ្នក ក្នុងរយៈពេល 72 ម៉ោង បន្ទាប់ពីយើងទទួលបានបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក។ យើងនឹងផ្តល់ចម្លើយរបស់យើងដល់អ្នកឱ្យបានឆាប់ជាងនេះ ប្រសិនបើសុខភាពរបស់អ្នកតម្រូវឱ្យយើងធ្វើដូច្នេះ។
 - ប្រសិនបើយើងមិនផ្តល់ចម្លើយដល់អ្នកក្នុងរយៈពេល 72 ម៉ោងទេ យើងត្រូវបានតម្រូវឱ្យបញ្ជូនសំណើរបស់អ្នកទៅកម្រិត 2 នៃដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ ដែលវានឹងត្រូវបានពិនិត្យឡើងវិញដោយអង្គការត្រួតពិនិត្យឯករាជ្យ។ **ផ្នែកទី 7.6** ពន្យល់ពីដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2។
- ប្រសិនបើចម្លើយរបស់យើងគឺ យល់ព្រម ចំពោះផ្នែកមួយ ឬទាំងអស់នៃអ្វីដែលអ្នកបានស្នើសុំ យើងត្រូវតែផ្តល់ការធានារ៉ាប់រង ដែលយើងបានយល់ព្រម ក្នុងរយៈពេល 72 ម៉ោង បន្ទាប់ពីយើងទទួលបានបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក។
- ប្រសិនបើចម្លើយរបស់យើងគឺ បដិសេធ ចំពោះផ្នែកមួយ ឬទាំងអស់នៃអ្វីដែលអ្នកបានស្នើសុំ យើងនឹងផ្ញើរបាយការណ៍ជាលាយលក្ខណ៍អក្សរដែលពន្យល់ពីមូលហេតុដែលយើងបានបដិសេធ និងរបៀបដែលអ្នកអាចដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ចំពោះការសម្រេចចិត្តរបស់យើង។

កាលបរិច្ឆេទកំណត់សម្រាប់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ស្តង់ដារ សម្រាប់ឱសថដែលអ្នកមិនទាន់ទទួលបាន

- សម្រាប់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ស្តង់ដារ យើងត្រូវតែផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវចម្លើយរបស់យើងក្នុងរយៈពេល 7 ថ្ងៃ តាមប្រតិទិន បន្ទាប់ពីយើងទទួលបានបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក។ យើងនឹងផ្តល់សេចក្តីសម្រេចរបស់យើងដល់អ្នកឱ្យបានឆាប់ ប្រសិនបើអ្នកមិនទាន់ទទួលបានឱសថនោះទេ ហើយស្ថានភាពសុខភាពរបស់អ្នកតម្រូវឱ្យយើងធ្វើដូច្នេះ។
 - ប្រសិនបើយើងមិនផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវការសម្រេចចិត្តក្នុងរយៈពេល 7 ថ្ងៃតាមប្រតិទិនទេ យើងត្រូវតែផ្តល់សំណើរបស់អ្នកទៅកម្រិត 2 នៃដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ ដែលវានឹងត្រូវបានពិនិត្យឡើងវិញដោយអង្គការត្រួតពិនិត្យឯករាជ្យ។ **ផ្នែកទី 7.6** ពន្យល់ពីដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2។
- ប្រសិនបើចម្លើយរបស់យើងគឺ យល់ព្រម ចំពោះផ្នែកមួយ ឬទាំងអស់នៃអ្វីដែលអ្នកបានស្នើសុំ យើងត្រូវតែផ្តល់ការធានារ៉ាប់រងឱ្យបានឆាប់តាមដែលសុខភាពរបស់អ្នកតម្រូវ ប៉ុន្តែមិនលើសពី 7 ថ្ងៃតាមប្រតិទិន បន្ទាប់ពីយើងទទួលបានបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក។
- ប្រសិនបើចម្លើយរបស់យើងគឺ បដិសេធ ចំពោះផ្នែកមួយ ឬទាំងអស់នៃអ្វីដែលអ្នកបានស្នើសុំ យើងនឹងផ្ញើរបាយការណ៍ជាលាយលក្ខណ៍អក្សរដែលពន្យល់ពីមូលហេតុដែលយើងបានបដិសេធ និងរបៀបដែលអ្នកអាចដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ចំពោះការសម្រេចចិត្តរបស់យើង។

កាលបរិច្ឆេទកំណត់សម្រាប់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ស្តង់ដារអំពីការបង់ប្រាក់សម្រាប់ឱសថដែលអ្នកបានទិញរួចហើយ

ជំពូកទី 9: ប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហា ឬបណ្តឹងតវ៉ា (សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ បណ្តឹងតវ៉ា)

- យើងត្រូវផ្តល់ចម្លើយរបស់យើងជូនអ្នកក្នុងរយៈពេល **14 ថ្ងៃតាមប្រតិទិន** បន្ទាប់ពីយើងទទួលបានសំណើរបស់អ្នក។
 - ប្រសិនបើយើងមិនបំពេញតាមកាលបរិច្ឆេទកំណត់នេះទេ យើងត្រូវបានតម្រូវឱ្យបញ្ជូនសំណើរបស់អ្នកទៅកាន់កម្រិត 2 នៃដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ ដែលវានឹងត្រូវបានពិនិត្យឡើងវិញដោយអង្គការត្រួតពិនិត្យឯករាជ្យ។
- **ប្រសិនបើចម្លើយរបស់យើងគឺ យល់ព្រម ចំពោះផ្នែកមួយ ឬទាំងអស់នៃអ្វីដែលអ្នកបានស្នើសុំ** យើងក៏ត្រូវបានតម្រូវឱ្យបង់ប្រាក់ទៅអ្នកក្នុងរយៈពេល 30 ថ្ងៃតាមប្រតិទិន បន្ទាប់ពីយើងទទួលបានសំណើរបស់អ្នក។
- **ប្រសិនបើចម្លើយរបស់យើងគឺ បដិសេធ ចំពោះផ្នែកមួយ ឬទាំងអស់នៃអ្វីដែលអ្នកបានស្នើសុំ** យើងនឹងផ្ញើរបាយការណ៍ជាលាយលក្ខណ៍អក្សរដែលពន្យល់ពីមូលហេតុដែលយើងបានបដិសេធ។ យើងក៏នឹងប្រាប់អ្នកពីរបៀបដែលអ្នកអាចប្តឹងឧទ្ធរណ៍ផងដែរ។

ជំហានទី 4: ប្រសិនបើយើងបដិសេធចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក អ្នកសម្រេចចិត្តថាតើអ្នកចង់បន្តដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ ហើយដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍មួយទៀតដែរឬទេ។

- ប្រសិនបើអ្នកសម្រេចចិត្តដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍មួយទៀត វាមានន័យថាបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នកនឹងបន្តទៅកម្រិត 2 នៃដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍។

ផ្នែកទី 7.6 របៀបដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2

វាក្យសព្ទច្បាប់:

ឈ្មោះផ្លូវការសម្រាប់អង្គការត្រួតពិនិត្យឯករាជ្យគឺ **អង្គភាពត្រួតពិនិត្យឯករាជ្យ**។ ពេលខ្លះវាត្រូវបានគេហៅថា **IRE**។

អង្គការត្រួតពិនិត្យឯករាជ្យ គឺជាអង្គការឯករាជ្យដែលផ្តល់ដោយ Medicare។ វាមិនទាក់ទងនឹងយើងខ្ញុំទេ ហើយវាមិនមែនជាទីភ្នាក់ងាររដ្ឋាភិបាលទេ។ អង្គការនេះសម្រេចចិត្តថាតើសេចក្តីសម្រេចដែលយើងបានធ្វើគឺត្រឹមត្រូវ ឬថាតើវាគួរតែត្រូវបានផ្លាស់ប្តូរដែរឬទេ។ Medicare ត្រួតពិនិត្យការងាររបស់ខ្លួន។

ជំហានទី 1: អ្នក (ឬអ្នកតំណាងរបស់អ្នក ឬវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក ឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាផ្សេងទៀត) ត្រូវតែទាក់ទងអង្គការត្រួតពិនិត្យឯករាជ្យ និងស្នើសុំការពិនិត្យឡើងវិញលើករណីរបស់អ្នក។

- ប្រសិនបើយើងបដិសេធចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 1 របស់អ្នក សេចក្តីជូនដំណឹងជាលាយលក្ខណ៍អក្សរដែលយើងផ្ញើជូនអ្នកនឹងរួមបញ្ចូល**ការណែនាំអំពីរបៀបដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2** ជាមួយអង្គការត្រួតពិនិត្យឯករាជ្យ។ ការណែនាំទាំងនេះនឹងប្រាប់ថាអ្នកណាដែលអាចដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 នេះ ថ្ងៃផុតកំណត់នៅថ្ងៃណាដែលអ្នកត្រូវធ្វើតាម និងរបៀបទាក់ទងទៅអង្គការត្រួតពិនិត្យឯករាជ្យ។
- **អ្នកត្រូវតែដាក់សំណើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នកក្នុងរយៈពេល 65 ថ្ងៃតាមប្រតិទិន** គិតចាប់ពីកាលបរិច្ឆេទនៅលើសេចក្តីជូនដំណឹងជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ។

ជំពូកទី 9: ប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហា ឬបណ្តឹងតវ៉ា (សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ បណ្តឹងតវ៉ា)

- ប្រសិនបើយើងមិនបានបញ្ចប់ការពិនិត្យឡើងវិញរបស់យើងក្នុងរយៈពេលដែលអាចអនុវត្តបាន ឬធ្វើការសម្រេចចិត្តមិនអំណោយផលទាក់ទងនឹងការកំណត់ហានិភ័យក្រោមកម្មវិធីគ្រប់គ្រងឱសថរបស់យើង យើងនឹងបញ្ជូនសំណើរបស់អ្នកទៅ IRE ដោយស្វ័យប្រវត្តិ។
- យើងនឹងផ្ញើព័ត៌មានអំពីបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នកទៅអង្គការនេះ។ ព័ត៌មាននេះត្រូវបានហៅថា **ឯកសារសំណុំរឿង**របស់អ្នក។ **អ្នកមានសិទ្ធិស្នើសុំច្បាប់ចម្លងឯកសារសំណុំរឿងរបស់អ្នកពីយើងខ្ញុំ។**
- អ្នកមានសិទ្ធិផ្តល់ព័ត៌មានបន្ថែមដល់អង្គការត្រួតពិនិត្យឯករាជ្យ ដើម្បីគាំទ្របណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក។

ជំហានទី 2: អង្គការត្រួតពិនិត្យឯករាជ្យពិនិត្យឡើងវិញនូវបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក។

អ្នកពិនិត្យឡើងវិញនៅអង្គការត្រួតពិនិត្យឯករាជ្យនឹងពិនិត្យមើលព័ត៌មានទាំងអស់ដែលទាក់ទងនឹងបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នកដោយប្រុងប្រយ័ត្ន។

កាលបរិច្ឆេទកំណត់សម្រាប់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍រហ័ស

- ប្រសិនបើសុខភាពរបស់អ្នកតម្រូវឱ្យធ្វើដូច្នេះ សូមស្នើសុំអង្គការត្រួតពិនិត្យឯករាជ្យសម្រាប់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍រហ័ស។
- ប្រសិនបើអង្គការត្រួតពិនិត្យឯករាជ្យយល់ព្រមផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍រហ័ស អង្គការត្រួតពិនិត្យឯករាជ្យត្រូវតែផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវចម្លើយចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 របស់អ្នក **ក្នុងរយៈពេល 72 ម៉ោង** បន្ទាប់ពីពួកគេទទួលបានសំណើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក។

កាលបរិច្ឆេទកំណត់សម្រាប់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ស្តង់ដារ

- សម្រាប់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ស្តង់ដារ អង្គការត្រួតពិនិត្យឯករាជ្យត្រូវតែផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវចម្លើយចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 របស់អ្នក **ក្នុងរយៈពេល 7 ថ្ងៃតាមប្រតិទិន** បន្ទាប់ពីពួកគេទទួលបានបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក ប្រសិនបើវាគឺសម្រាប់ឱសថដែលអ្នកមិនទាន់បានទទួល។ ប្រសិនបើអ្នកស្នើឱ្យយើងបង់ប្រាក់ឱ្យអ្នកវិញសម្រាប់ឱសថដែលអ្នកបានទិញរួចហើយ អង្គការត្រួតពិនិត្យឯករាជ្យត្រូវតែផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវចម្លើយចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 របស់អ្នក **ក្នុងរយៈពេល 14 ថ្ងៃតាមប្រតិទិន** បន្ទាប់ពីពួកគេទទួលបានសំណើរបស់អ្នក។

ជំហានទី 3: អង្គការត្រួតពិនិត្យឯករាជ្យផ្តល់ចម្លើយដល់អ្នក។

សម្រាប់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍រហ័ស:

- ប្រសិនបើអង្គការត្រួតពិនិត្យឯករាជ្យ យល់ព្រម ចំពោះផ្នែកមួយ ឬទាំងអស់នៃអ្វីដែលអ្នកបានស្នើសុំ យើងត្រូវតែផ្តល់ការធានារ៉ាប់រងឱសថដែលត្រូវបានអនុម័តដោយអង្គការត្រួតពិនិត្យឯករាជ្យក្នុងរយៈពេល **24 ម៉ោង** បន្ទាប់ពីយើងទទួលបានការសម្រេចចិត្តពីអង្គការត្រួតពិនិត្យឯករាជ្យ។

សម្រាប់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ស្តង់ដារ:

ជំពូកទី 9: ប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហា ឬបណ្តឹងតវ៉ា (សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ បណ្តឹងតវ៉ា)

- ប្រសិនបើអង្គការត្រួតពិនិត្យឯករាជ្យ យល់ព្រម ចំពោះផ្នែកមួយ ឬទាំងអស់នៃសំណើរបស់អ្នកសម្រាប់ការធានារ៉ាប់រង យើងត្រូវតែផ្តល់ការធានារ៉ាប់រងឱសថដែលត្រូវបានអនុម័តដោយអង្គការត្រួតពិនិត្យឯករាជ្យ ក្នុងរយៈពេល 72 ម៉ោង បន្ទាប់ពីយើងទទួលបានការសម្រេចចិត្តពីអង្គការត្រួតពិនិត្យឯករាជ្យ។
- ប្រសិនបើអង្គការត្រួតពិនិត្យឯករាជ្យ យល់ព្រម ចំពោះផ្នែកមួយ ឬទាំងអស់នៃសំណើរបស់អ្នកក្នុងការបង់ប្រាក់ឱ្យអ្នកវិញ្ញាបនបត្រឱសថដែលអ្នកបានទិញរួចហើយ យើងត្រូវបានតម្រូវឱ្យធ្វើការបង់ប្រាក់ទៅអ្នកក្នុងរយៈពេល 30 ថ្ងៃតាមប្រតិទិន បន្ទាប់ពីយើងទទួលបានការសម្រេចចិត្តពីអង្គការត្រួតពិនិត្យឯករាជ្យ។

ចុះប្រសិនបើអង្គការត្រួតពិនិត្យឯករាជ្យបដិសេធចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នកវិញ?

ប្រសិនបើអង្គការឯករាជ្យនិយាយថា ទេ ចំពោះផ្នែកមួយ ឬទាំងអស់នៃបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក វាមានន័យថា ពួកគេយល់ព្រមនឹងការសម្រេចចិត្តរបស់យើងដែលមិនយល់ព្រមលើសំណើរបស់អ្នក (ឬផ្នែកមួយនៃសំណើរបស់អ្នក)។ (នេះហៅថា **ការគាំទ្រការសម្រេចចិត្ត ឬ បដិសេធបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក**) ក្នុងករណីនេះ អង្គការត្រួតពិនិត្យឯករាជ្យនឹងផ្ញើទៅអ្នកនូវលិខិតដែល៖

- ពន្យល់អំពីសេចក្តីសម្រេចនោះ។
- អនុញ្ញាតឱ្យអ្នកដឹងអំពីសិទ្ធិរបស់អ្នកក្នុងការប្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 3 ប្រសិនបើតម្លៃប្រាក់ដុល្លារនៃការធានារ៉ាប់រងឱសថដែលអ្នកកំពុងស្នើសុំពេញតាមអប្បបរមាមួយចំនួន។ ប្រសិនបើតម្លៃប្រាក់ដុល្លារនៃការធានារ៉ាប់រងឱសថដែលអ្នកស្នើសុំគឺទាបពេក អ្នកមិនអាចដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ម្តងទៀតបានទេ ហើយសេចក្តីសម្រេចនៅកម្រិត 2 គឺជាសេចក្តីសម្រេចចុងក្រោយ។
- ប្រាប់អ្នកពីតម្លៃប្រាក់ដុល្លារដែលត្រូវតែមានក្នុងដោះស្រាយ ដើម្បីបន្តដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍។

ជំហានទី 4: ប្រសិនបើករណីរបស់អ្នកបំពេញតាមតម្រូវការ អ្នកជ្រើសរើសថា តើអ្នកចង់ប្តឹងឧទ្ធរណ៍បន្តទៀតដែរ ឬទេ។

- មានកម្រិតបន្ថែមចំនួន 3 នៅក្នុងដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍បន្ទាប់ពីកម្រិត 2 (សម្រាប់កម្រិតបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍សរុបចំនួន 5)។
- ប្រសិនបើអ្នកចង់បន្តទៅបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 3 ព័ត៌មានលម្អិតអំពីរបៀបធ្វើដូច្នេះគឺមាននៅក្នុងសេចក្តីជូនដំណឹងជាលាយលក្ខណ៍អក្សរដែលអ្នកទទួលបានបន្ទាប់ពីការសម្រេចចិត្តបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 របស់អ្នក។
- បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 3 ត្រូវបានដោះស្រាយដោយចៅក្រមច្បាប់រដ្ឋបាល ឬមេធាវីកាត់សេចក្តី។ **ផ្នែកទី 10** និយាយបន្ថែមទៀតអំពីដំណើរការសម្រាប់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 3, 4 និងបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 5។

ជំពូកទី 9: ប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហា ឬបណ្តឹងតវ៉ា (សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ បណ្តឹងតវ៉ា)

ផ្នែកទី 8 របៀបស្នើសុំឱ្យយើងខ្ញុំធានារ៉ាប់រងលើការស្នាក់នៅមន្ទីរពេទ្យ រយៈពេលយូរជាងនេះ ប្រសិនបើអ្នកគិតថាអ្នកកំពុងចាកចេញពីមន្ទីរពេទ្យឆាប់ពេក

នៅពេលអ្នកត្រូវបានអនុញ្ញាតឱ្យចូលមន្ទីរពេទ្យ អ្នកមានសិទ្ធិក្នុងការទទួលបានសេវានៅមន្ទីរពេទ្យដែល មានការធានារ៉ាប់រងទាំងអស់ដែលចាំបាច់ដើម្បីធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ និងព្យាបាលជំងឺ ឬរបួសរបស់អ្នក។

ក្នុងអំឡុងពេលស្នាក់នៅមន្ទីរពេទ្យដែលធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នក វេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក និងបុគ្គលិកមន្ទីរពេទ្យ នឹងធ្វើការជាមួយអ្នក ដើម្បីរៀបចំសម្រាប់ថ្ងៃដែលអ្នកចាកចេញពីមន្ទីរពេទ្យ។ ពួកគេនឹងជួយរៀបចំ ការថែទាំដែលអ្នកអាចត្រូវការបន្ទាប់ពីអ្នកចាកចេញ។

- ថ្ងៃដែលអ្នកចាកចេញពីមន្ទីរពេទ្យត្រូវបានគេហៅថា **កាលបរិច្ឆេទចាកចេញពីមន្ទីរពេទ្យរបស់ អ្នក**។
- នៅពេលដែលកាលបរិច្ឆេទចាកចេញពីមន្ទីរពេទ្យរបស់អ្នកត្រូវបានសម្រេច វេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក ឬបុគ្គលិកមន្ទីរពេទ្យនឹងប្រាប់អ្នក។
- ប្រសិនបើអ្នកគិតថាអ្នកត្រូវបានស្នើសុំឱ្យចាកចេញពីមន្ទីរពេទ្យឆាប់ពេក អ្នកអាចស្នើសុំការ ស្នាក់នៅមន្ទីរពេទ្យយូរជាងនេះ ហើយសំណើរបស់អ្នកនឹងត្រូវបានពិចារណា។

ផ្នែកទី 8.1 ក្នុងអំឡុងពេលស្នាក់នៅមន្ទីរពេទ្យ អ្នកនឹងទទួលបានសេចក្តីជូនដំណឹងជា លាយលក្ខណ៍អក្សរពី Medicare ដែលប្រាប់អ្នកអំពីសិទ្ធិរបស់អ្នក

ក្នុងរយៈពេល 2 ថ្ងៃតាមប្រតិទិនបន្ទាប់ពីត្រូវបានអនុញ្ញាតឱ្យចូលមន្ទីរពេទ្យ អ្នកនឹងទទួលបានសេចក្តី ជូនដំណឹងជាលាយលក្ខណ៍អក្សរដែលហៅថា **សារសំខាន់ពី Medicare អំពីសិទ្ធិរបស់អ្នក**។ អ្នកគ្រប់គ្នា ដែលមាន Medicare ទទួលបានច្បាប់ចម្លងនៃសេចក្តីជូនដំណឹងនេះ។ ប្រសិនបើអ្នកមិនទទួលបាន សេចក្តីជូនដំណឹងពីនរណាម្នាក់នៅមន្ទីរពេទ្យ (ឧទាហរណ៍ បុគ្គលិកសំណុំរឿង ឬគិលានុបដ្ឋាយិកា) សូម សួរបុគ្គលិកមន្ទីរពេទ្យណាមួយអំពីវា។ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយ សូមទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើ សមាជិកតាមរយៈលេខ 1-888-846-4262 (អ្នកប្រើ TTY សូមទូរសព្ទទៅលេខ 711) ឬ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (អ្នកប្រើ TTY សូមទូរសព្ទទៅលេខ 1-877-486-2048)។

1. សូមអានសេចក្តីជូនដំណឹងនេះដោយប្រុងប្រយ័ត្ន ហើយសួរសំណួរ ប្រសិនបើអ្នកមិនយល់ទេនោះ។ បញ្ជីនេះប្រាប់លោកអ្នកនូវ៖

- អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានសេវាកម្មដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងពី Medicare ក្នុងអំឡុងពេល និង បន្ទាប់ពីការស្នាក់នៅមន្ទីរពេទ្យរបស់អ្នក ដូចដែលបានបញ្ជាក់ដោយវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក។ នេះ រួមបញ្ចូលទាំងសិទ្ធិដឹងថាតើសេវាកម្មទាំងនេះជាអ្វី អ្នកណានឹងបង់ថ្លៃសេវាកម្មទាំងនេះ និង កន្លែងដែលអ្នកអាចទទួលបានសេវាកម្មទាំងនេះ។
- សិទ្ធិរបស់អ្នកក្នុងការចូលរួមក្នុងការសម្រេចចិត្តណាមួយអំពីការស្នាក់នៅមន្ទីរពេទ្យរបស់ អ្នក។

ជំពូកទី 9: ប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហា ឬបណ្តឹងតវ៉ា (សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ បណ្តឹងតវ៉ា)

- កន្លែងដែលត្រូវរាយការណ៍អំពីកង្វល់ណាមួយដែលអ្នកមានអំពីគុណភាពនៃការថែទាំនៅ មន្ទីរពេទ្យរបស់អ្នក។
 - សិទ្ធិរបស់អ្នកក្នុងការស្នើសុំការពិនិត្យឡើងវិញជាបន្ទាន់នូវសេចក្តីសម្រេចក្នុងការចាកចេញ ពីអ្នក ប្រសិនបើអ្នកគិតថាអ្នកកំពុងចាកចេញពីមន្ទីរពេទ្យឆាប់ពេក។ នេះគឺជាវិធី ផ្លូវការ និងស្របច្បាប់ក្នុងការស្នើសុំការពិនិត្យពេលក្នុងថ្ងៃចេញពីមន្ទីរពេទ្យ ដើម្បីឱ្យយើង ធានារ៉ាប់រងលើការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នករយៈពេលយូរជាងនេះ។
- 2. អ្នកនឹងត្រូវបានស្នើសុំឱ្យចុះហត្ថលេខាលើសេចក្តីជូនដំណឹងជាលាយលក្ខណ៍អក្សរដើម្បីបង្ហាញថា អ្នកបានទទួលវាហើយយល់ពីសិទ្ធិរបស់អ្នក។**
- អ្នក ឬនរណាម្នាក់ដែលកំពុងធ្វើសកម្មភាពជំនួសអ្នកនឹងត្រូវបានស្នើសុំឱ្យចុះហត្ថលេខាលើ សេចក្តីជូនដំណឹងនេះ។
 - ការចុះហត្ថលេខាលើសេចក្តីជូនដំណឹងនេះបង្ហាញ តែជាអ្នកបានទទួលព័ត៌មានអំពីសិទ្ធិរបស់ អ្នកប៉ុណ្ណោះ។ សេចក្តីជូនដំណឹងមិនផ្តល់កាលបរិច្ឆេទចាកចេញពីមន្ទីរពេទ្យរបស់អ្នកទេ។ ការ ចុះហត្ថលេខាលើសេចក្តីជូនដំណឹងនេះ**មិនមានន័យថា**អ្នកកំពុងយល់ព្រមលើកាលបរិច្ឆេទ ចាកចេញពីមន្ទីរពេទ្យនោះទេ។
- 3. រក្សាច្បាប់ចម្លងនៃសេចក្តីជូនដំណឹងរបស់អ្នក ដូច្នេះអ្នកមានព័ត៌មានអំពីការដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ (ឬរាយការណ៍ពីការព្រួយបារម្ភអំពីគុណភាពនៃការថែទាំ) ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការវា។**
- ប្រសិនបើអ្នកចុះហត្ថលេខាលើសពី 2 ថ្ងៃតាមប្រតិទិនមុនកាលបរិច្ឆេទចាកចេញពីមន្ទីរពេទ្យ របស់អ្នក អ្នកនឹងទទួលបានច្បាប់ចម្លងមួយផ្សេងទៀតមុនពេលអ្នកត្រូវបានកំណត់ឱ្យ ចាកចេញពីមន្ទីរពេទ្យ។
 - ដើម្បីមើលច្បាប់ចម្លងនៃសេចក្តីជូនដំណឹងនេះជាមុន សូមទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើ សមាជិកតាមរយៈលេខ 1-888-846-4262 (អ្នកប្រើ TTY សូមទូរសព្ទទៅលេខ 711) ឬ 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227)។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY ទូរសព្ទទៅលេខ 1-877-486-2048។ អ្នកក៏អាចទទួលបានសេចក្តីជូនដំណឹងតាមរយៈគេហទំព័រ www.CMS.gov/medicare/forms- notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im ផងដែរ។

ផ្នែកទី 8.2 របៀបដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 1 ដើម្បីផ្លាស់ប្តូរកាលបរិច្ឆេទចាកចេញពី មន្ទីរពេទ្យរបស់អ្នក

ដើម្បីស្នើសុំឱ្យយើងធានារ៉ាប់រងលើសេវាអ្នកជំងឺស្នាក់ព្យាបាលរយៈពេលយូរជាងនេះ សូមប្រើដំណើរការ បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ដើម្បីធ្វើសំណើនេះ។ មុនពេលអ្នកចាប់ផ្តើម អ្នកត្រូវយល់ពីអ្វីដែលអ្នកត្រូវធ្វើ និងថាតើថ្ងៃ ផុតកំណត់គឺជាអ្វី។

- អនុវត្តតាមដំណើរការ
- ធ្វើតាមកាលបរិច្ឆេទកំណត់

ជំពូកទី 9: ប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហា ឬបណ្តឹងតវ៉ា (សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ បណ្តឹងតវ៉ា)

- **ស្នើសុំជំនួយប្រសិនបើអ្នកត្រូវការ។** ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ ឬត្រូវការជំនួយ សូមទូរសព្ទទៅផ្នែក សេវាបម្រើសមាជិកតាមរយៈលេខ 1-888-846-4262 (អ្នកប្រើ TTY សូមទូរសព្ទទៅលេខ 711)។ ឬ ទូរសព្ទទៅកម្មវិធីជំនួយធានារ៉ាប់រងសុខភាពរបស់រដ្ឋ (SHIP) របស់អ្នកសម្រាប់ជំនួយផ្ទាល់ខ្លួន។ ព័ត៌មានទំនាក់ទំនងរបស់ SHIP មាននៅក្នុងជំពូកទី 2 ផ្នែកទី 3។ ព័ត៌មានទំនាក់ទំនងរបស់ SHIP មាននៅក្នុងជំពូកទី 2 ផ្នែកទី 3។

ក្នុងអំឡុងពេលបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 1 អង្គការកែលម្អគុណភាពពិនិត្យឡើងវិញនូវបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក។ វាពិនិត្យមើលថាតើកាលបរិច្ឆេទចាកចេញពីមន្ទីរពេទ្យដែលបានគ្រោងទុករបស់អ្នកសមស្របតាមវេជ្ជសាស្ត្រសម្រាប់អ្នកដែរឬទេ។ **អង្គការកែលម្អគុណភាព** គឺជាក្រុមវេជ្ជបណ្ឌិត និងអ្នកជំនាញថែទាំសុខភាពផ្សេងទៀត ដែលទទួលបានប្រាក់ពីរដ្ឋាភិបាលសហព័ន្ធ ដើម្បីពិនិត្យ និងជួយកែលម្អគុណភាពនៃ ការថែទាំសម្រាប់អ្នកដែលមាន Medicare។ នេះរួមបញ្ចូលទាំងការពិនិត្យឡើងវិញនូវកាលបរិច្ឆេទចាកចេញពីមន្ទីរពេទ្យសម្រាប់អ្នកដែលមាន Medicare។ អ្នកជំនាញទាំងនេះមិនមែនជាផ្នែកមួយនៃគម្រោងរបស់យើងទេ។

ជំហានទី 1: ទាក់ទងអង្គការកែលម្អគុណភាពសម្រាប់រដ្ឋរបស់អ្នក ហើយស្នើសុំការពិនិត្យឡើងវិញជាបន្ទាន់នូវការចាកចេញពីមន្ទីរពេទ្យរបស់អ្នក។ អ្នកត្រូវតែធ្វើសកម្មភាពឱ្យបានឆាប់រហ័ស។

តើអ្នកអាចទាក់ទងអង្គការនេះដោយរបៀបណា?

- សេចក្តីជូនដំណឹងជាលាយលក្ខណ៍អក្សរដែលអ្នកបានទទួល (សារសំខាន់ពី Medicare អំពីសិទ្ធិរបស់អ្នក) ប្រាប់អ្នកពីរបៀបទាក់ទងអង្គការនេះ។ ឬស្វែងរកឈ្មោះ អាសយដ្ឋាន និងលេខទូរសព្ទរបស់អង្គការកែលម្អគុណភាពសម្រាប់រដ្ឋរបស់អ្នកនៅក្នុងជំពូកទី 2។

ធ្វើសកម្មភាពឱ្យបានឆាប់រហ័ស:

- ដើម្បីដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក អ្នកត្រូវតែទាក់ទងអង្គការកែលម្អគុណភាព មុនពេលអ្នកចាកចេញពីមន្ទីរពេទ្យ និងមិនលើសពីពាក់កណ្តាលយប់នៃថ្ងៃចេញពីមន្ទីរពេទ្យរបស់អ្នក។
 - **ប្រសិនបើអ្នកបំពេញតាមកាលបរិច្ឆេទកំណត់នេះ:** អ្នកអាចស្នាក់នៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យបន្ទាប់ពីកាលបរិច្ឆេទចាកចេញពីមន្ទីរពេទ្យរបស់អ្នកដោយមិនចាំបាច់បង់ប្រាក់សម្រាប់វាខណៈពេលដែលអ្នករង់ចាំការសម្រេចចិត្តពីអង្គការកែលម្អគុណភាព។
 - **ប្រសិនបើអ្នកមិនបំពេញតាមកាលបរិច្ឆេទកំណត់នេះទេ សូមទាក់ទងមកយើងខ្ញុំ។** ប្រសិនបើអ្នកសម្រេចចិត្តស្នាក់នៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យបន្ទាប់ពីកាលបរិច្ឆេទចាកចេញពីមន្ទីរពេទ្យដែលបានគ្រោងទុករបស់អ្នក អ្នកអាចនឹងត្រូវបង់ថ្លៃចំណាយទាំងអស់សម្រាប់ការថែទាំនៅមន្ទីរពេទ្យដែលអ្នកទទួលបានបន្ទាប់ពីកាលបរិច្ឆេទចាកចេញពីមន្ទីរពេទ្យដែលបានគ្រោងទុករបស់អ្នក។

នៅពេលអ្នកស្នើសុំការពិនិត្យឡើងវិញជាបន្ទាន់នូវការចាកចេញពីមន្ទីរពេទ្យរបស់អ្នក អង្គការកែលម្អគុណភាពនឹងទាក់ទងមកយើងខ្ញុំ។ នៅពេលរសៀលនៃថ្ងៃបន្ទាប់ពីយើងត្រូវបានទាក់ទង យើងនឹងផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវ **សេចក្តីជូនដំណឹងលម្អិតអំពីការចាកចេញ**។ សេចក្តីជូនដំណឹងនេះផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវកាលបរិច្ឆេទចាកចេញពីមន្ទីរពេទ្យដែលបានគ្រោងទុក និងពន្យល់លម្អិតពីមូលហេតុដែលវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកមន្ទីរពេទ្យ ហើយយើងខ្ញុំគិតថាវាត្រឹមត្រូវ (សមស្របតាមវេជ្ជសាស្ត្រ) ដែលត្រូវចាកចេញពីមន្ទីរពេទ្យនៅកាលបរិច្ឆេទនោះ។

ជំពូកទី 9: ប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហា ឬបណ្តឹងតវ៉ា (សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ បណ្តឹងតវ៉ា)

អ្នកអាចទទួលបានកំរៃសេចក្តីជូនដំណឹងលម្អិតអំពីការចេញពីមន្ទីរពេទ្យដោយទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវា បម្រើសមាជិកតាមរយៈលេខ 1-888-846-4262 (អ្នកប្រើ TTY សូមទូរសព្ទទៅលេខ 711) ឬ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)។ (អ្នកប្រើប្រាស់ TTY សូមទូរសព្ទទៅលេខ 1-877-486-2048)។ ឬអ្នកអាចទទួលបាន សេចក្តីជូនដំណឹងតាមអនឡាញនៅគេហទំព័រ www.CMS.gov/medicare/forms-notice/beneficiary-notice-initiative/ffs-ma-im។

ជំហានទី 2: អង្គការកែលម្អគុណភាពធ្វើការត្រួតពិនិត្យករណីរបស់អ្នកដោយឯករាជ្យ។

- អ្នកជំនាញសុខភាពនៅអង្គការកែលម្អគុណភាព (អ្នកពិនិត្យឡើងវិញ) នឹងសួរអ្នក (ឬអ្នកតំណាង របស់អ្នក) ពីមូលហេតុដែលអ្នកជឿថាការធានារ៉ាប់រងសម្រាប់សេវាកម្មគួរតែបន្ត។ អ្នកមិន ចាំបាច់រៀបចំអ្វីទាំងអស់ជាលាយលក្ខណ៍អក្សរប៉ុន្តែអ្នកអាចធ្វើបានប្រសិនបើអ្នកចង់។
- អ្នកត្រួតពិនិត្យក៏នឹងពិនិត្យមើលព័ត៌មានវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នក ពិភាក្សាជាមួយវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់ អ្នក និងពិនិត្យមើលព័ត៌មានដែលយើង និងមន្ទីរពេទ្យបានផ្តល់ឱ្យពួកគេ។
- ត្រឹមថ្ងៃត្រង់នៃថ្ងៃបន្ទាប់ពីអ្នកពិនិត្យឡើងវិញបានប្រាប់យើងអំពីបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក អ្នក នឹងទទួលបានសេចក្តីជូនដំណឹងជាលាយលក្ខណ៍អក្សរពីយើងដែលផ្តល់កាលបរិច្ឆេទចាកចេញ ពីមន្ទីរពេទ្យដែលបានគ្រោងទុករបស់អ្នក។ សេចក្តីជូនដំណឹងនេះក៏ពន្យល់យ៉ាងលម្អិតអំពី មូលហេតុដែលវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក មន្ទីរពេទ្យ និងយើងគិតថាត្រឹមត្រូវ (សមស្របតាម វេជ្ជសាស្ត្រ) ដែលត្រូវឱ្យអ្នកចាកចេញពីមន្ទីរពេទ្យនៅកាលបរិច្ឆេទនោះ។

ជំហានទី 3: ក្នុងរយៈពេលមួយថ្ងៃពេញ បន្ទាប់ពីអង្គការកែលម្អគុណភាពនឹងផ្តល់ចម្លើយដល់អ្នកចំពោះ បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក។

តើមានអ្វីកើតឡើងប្រសិនបើចម្លើយគឺ យល់ព្រម?

- ប្រសិនបើអង្គការត្រួតពិនិត្យឯករាជ្យ យល់ព្រម យើងត្រូវតែបន្តផ្តល់សេវាអ្នកជំងឺស្នាក់ព្យាបាល ដែលមានការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នក ដរាបណាសេវាកម្មទាំងនេះមានភាពចាំបាច់ខាងវេជ្ជសាស្ត្រ។
- អ្នកនឹងត្រូវបន្តបង់ចំណែកនៃថ្លៃចំណាយរបស់អ្នក (ដូចជាប្រាក់ដែលត្រូវកាត់កង ឬការបង់ថ្លៃ រួមប្រសិនបើមាន)។ លើសពីនេះទៀត អាចមានការដាក់កម្រិតលើសេវាមន្ទីរពេទ្យដែលមានការ ធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នក។

តើមានអ្វីកើតឡើងប្រសិនបើចម្លើយគឺ បដិសេធ?

- ប្រសិនបើអង្គការត្រួតពិនិត្យឯករាជ្យបដិសេធ ពួកគេកំពុងនិយាយថាកាលបរិច្ឆេទចាកចេញពី មន្ទីរពេទ្យដែលបានគ្រោងទុករបស់អ្នកគឺសមស្របតាមវេជ្ជសាស្ត្រ។ ប្រសិនបើរឿងនេះកើតឡើង **ការធានារ៉ាប់រងរបស់យើងសម្រាប់សេវាកម្មមន្ទីរពេទ្យរបស់អ្នកនឹងបញ្ចប់** នៅពេលថ្ងៃត្រង់ **បន្ទាប់ពី** អង្គការកែលម្អគុណភាពផ្តល់ចម្លើយដល់អ្នកចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក។
- ប្រសិនបើអង្គការត្រួតពិនិត្យឯករាជ្យបដិសេធចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក ហើយអ្នក សម្រេចចិត្តស្នាក់នៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យ **អ្នកអាចនឹងត្រូវបង់ថ្លៃចំណាយពេញ** នៃការថែទាំនៅ មន្ទីរពេទ្យដែលអ្នកទទួលបានបន្ទាប់ពីថ្ងៃត្រង់នៅថ្ងៃបន្ទាប់ពីអង្គការកែលម្អគុណភាពផ្តល់ ចម្លើយដល់អ្នកចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក។

ជំពូកទី 9: ប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហា ឬបណ្តឹងតវ៉ា (សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ បណ្តឹងតវ៉ា)

ជំហានទី 4: ប្រសិនបើចម្លើយចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 1 របស់អ្នកគឺ ទេ អ្នកសម្រេចចិត្តថា អ្នក ចង់ដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍មួយទៀតដែរឬទេ។

- ប្រសិនបើអង្គការកែលម្អគុណភាព បដិសេធ ចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក ហើយអ្នកស្នាក់នៅ ក្នុងមន្ទីរពេទ្យបន្ទាប់ពីកាលបរិច្ឆេទចាកចេញពីមន្ទីរពេទ្យដែលបានគ្រោងទុករបស់អ្នក អ្នក អាចដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍មួយទៀត។ ការដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍មួយទៀតមានន័យថាអ្នកនឹងទៅកាន់ **កម្រិត 2** នៃដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍។

ផ្នែកទី 8.3 ការណែនាំជាជំហានៈ របៀបដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 ដើម្បីផ្លាស់ប្តូរ កាលបរិច្ឆេទចេញពីមន្ទីរពេទ្យរបស់អ្នក

ក្នុងអំឡុងពេលបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 អ្នកស្នើសុំឱ្យអង្គការកែលម្អគុណភាពពិនិត្យមើលឡើងវិញនូវ ការសម្រេចចិត្តរបស់ខ្លួនលើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ដំបូងរបស់អ្នក។ ប្រសិនបើអង្គការកែលម្អគុណភាពបដិ សេធបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 របស់អ្នក អ្នកអាចនឹងត្រូវបង់ថ្លៃចំណាយពេញសម្រាប់ការស្នាក់នៅរបស់ អ្នកបន្ទាប់ពីកាលបរិច្ឆេទចាកចេញពីមន្ទីរពេទ្យដែលបានគ្រោងទុករបស់អ្នក។

ជំហានទី 1: ទាក់ទងអង្គការកែលម្អគុណភាពម្តងទៀត ហើយស្នើសុំការពិនិត្យឡើងវិញមួយទៀត។

- អ្នកត្រូវតែស្នើសុំការពិនិត្យឡើងវិញនេះក្នុងរយៈពេល **60 ថ្ងៃតាមប្រតិទិន** បន្ទាប់ពីថ្ងៃដែល អង្គការកែលម្អគុណភាពបានបដិសេធចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 1 របស់អ្នក។ អ្នកអាចស្នើសុំ ការពិនិត្យឡើងវិញនេះបានលុះត្រាតែអ្នកស្នាក់នៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យ បន្ទាប់ពីកាលបរិច្ឆេទការធានា រ៉ាប់រងរបស់អ្នកសម្រាប់ការថែទាំបានបញ្ចប់ប៉ុណ្ណោះ។

ជំហានទី 2: អង្គការកែលម្អគុណភាពធ្វើការត្រួតពិនិត្យស្ថានភាពរបស់អ្នកជាលើកទីពីរ។

- អ្នកពិនិត្យឡើងវិញនៅអង្គភាពកែលម្អគុណភាពនឹងពិនិត្យដោយប្រុងប្រយ័ត្នលើរាល់ព័ត៌មាន ទាំងឡាយណាដែលទាក់ទងនឹងបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក។

ជំហានទី 3: ក្នុងរយៈពេល 14 ថ្ងៃតាមប្រតិទិន បន្ទាប់ពីទទួលបានសំណើរបស់អ្នកសម្រាប់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ កម្រិត 2 អ្នកត្រូវពិនិត្យនឹងសម្រេចចិត្តលើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក ហើយប្រាប់អ្នកអំពីការសម្រេចចិត្ត របស់ខ្លួន។

ប្រសិនបើអង្គការត្រួតពិនិត្យឯករាជ្យ យល់ព្រម៖

- **យើងត្រូវតែសងអ្នកវិញសម្រាប់ចំណែករបស់យើងនៃការចំណាយលើការថែទាំនៅមន្ទីរពេទ្យដែល អ្នកបានទទួលតាំងពីថ្ងៃត្រង់នៅថ្ងៃបន្ទាប់ពីកាលបរិច្ឆេទដែលបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ដំបូងរបស់អ្នកត្រូវ បានបដិសេធដោយអង្គការកែលម្អគុណភាព។ យើងត្រូវបន្តផ្តល់ការធានារ៉ាប់រងលើការថែទាំក្នុង មន្ទីរពេទ្យ របស់អ្នកទៅតាមការចាំបាច់នៃសេវានោះ។**
- លោកអ្នកត្រូវបន្តបង់ចំណែកនៃការចំណាយរបស់អ្នក ហើយការកម្រិតលើការធានារ៉ាប់រងអាច ត្រូវបានអនុវត្ត។

ជំពូកទី 9: ប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហា ឬបណ្តឹងតវ៉ា (សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ បណ្តឹងតវ៉ា)

ប្រសិនបើអង្គការត្រួតពិនិត្យឯករាជ្យ បដិសេធ៖

- វាមានន័យថា ពួកគេយល់ស្របនឹងការសម្រេចចិត្តដែលពួកគេបានធ្វើនៅលើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ កម្រិត 1 របស់អ្នក។
- សេចក្តីជូនដំណឹងដែលអ្នកទទួលបាននឹងប្រាប់អ្នកជាលាយលក្ខណ៍អក្សរពីអ្វីដែលអ្នកអាចធ្វើ បានប្រសិនបើអ្នកចង់បន្តដំណើរការត្រួតពិនិត្យ។

ជំហានទី 4: ប្រសិនបើចម្លើយគឺ ទេ អ្នកនឹងត្រូវសម្រេចចិត្តថា តើអ្នកចង់ប្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នកបន្ថែម ទៀតដោយបន្តទៅកម្រិត 3។

- មានកម្រិតបន្ថែមចំនួន 3 នៅក្នុងដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍បន្ទាប់ពីកម្រិត 2 (សម្រាប់កម្រិត បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍សរុបចំនួន 5)។ ប្រសិនបើអ្នកចង់បន្តបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 3 ព័ត៌មានលម្អិត អំពីរបៀបធ្វើដូច្នេះគឺមាននៅក្នុងសេចក្តីជូនដំណឹងជាលាយលក្ខណ៍អក្សរដែលអ្នកទទួលបាន បន្ទាប់ពីសេចក្តីសម្រេចលើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 របស់អ្នក។
- បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 3 ត្រូវបានដោះស្រាយដោយចៅក្រមច្បាប់រដ្ឋបាល ឬមេធាវីកាត់សេចក្តី។ **ផ្នែកទី 10** និយាយបន្ថែមទៀតអំពីកម្រិត 3, 4 និងកម្រិត 5 នៃដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍។

ផ្នែកទី 9 របៀបស្នើសុំឱ្យយើងខ្ញុំបន្តធានារ៉ាប់រងលើសេវាវេជ្ជសាស្ត្រមួយចំនួន ប្រសិនបើអ្នកគិតថា ការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកនឹងបញ្ចប់ឆាប់ពេក

នៅពេលអ្នកកំពុងទទួលបានការធានារ៉ាប់រងសេវាសុខភាពតាមផ្ទះ ការថែទាំពិគិលានឬប្បដ្ឋាកជំនាញ ឬការថែទាំស្តារនីតិសម្បទា (មន្ទីរស្តារនីតិសម្បទាសម្រាប់អ្នកជំងឺមិនសម្រាកព្យាបាលដ៏ទូលំទូលាយ) អ្នកមានសិទ្ធិបន្តទទួលបានសេវារបស់អ្នកសម្រាប់ប្រភេទនៃការថែទាំនោះដរាបណាការថែទាំគឺចាំបាច់ ដើម្បីធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ និងព្យាបាលជំងឺ ឬរូបសរបស់អ្នក។

នៅពេលដែលយើងសម្រេចចិត្តថាវាដល់ពេលដែលត្រូវបញ្ឈប់ការធានារ៉ាប់រងលើការថែទាំទាំង 3 ប្រភេទ សម្រាប់អ្នក យើងតម្រូវឱ្យប្រាប់អ្នកជាមុន។ នៅពេលដែលការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកសម្រាប់ការថែទាំនោះ បញ្ចប់ យើងនឹងឈប់បង់ថ្លៃសម្រាប់ការថែទាំរបស់អ្នក។

ប្រសិនបើអ្នកគិតថា យើងកំពុងបញ្ចប់ការធានារ៉ាប់រងលើការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នកឆាប់ពេក **អ្នកអាច ប្តឹងឧទ្ធរណ៍ចំពោះសេចក្តីសម្រេចរបស់យើងបាន** ។ ផ្នែកនេះប្រាប់អ្នកពីរបៀបស្នើសុំបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍។

ផ្នែកទី 9.1 យើងនឹងប្រាប់អ្នកជាមុននៅពេលដែលការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកនឹងបញ្ចប់

វាក្យសព្ទច្បាប់៖

សេចក្តីជូនដំណឹងអំពីការមិនធានារ៉ាប់រងរបស់ Medicare។ វាប្រាប់អ្នកពីរបៀបដែលអ្នកអាចស្នើសុំ បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ឆាប់រហ័ស។ ការស្នើសុំបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ឆាប់រហ័សគឺជាវិធីផ្លូវការ និងស្របច្បាប់ក្នុងការ ស្នើសុំការផ្លាស់ប្តូរចំពោះការសម្រេចចិត្តលើការធានារ៉ាប់រងរបស់យើងអំពីពេលណាត្រូវបញ្ឈប់ការថែទាំ របស់អ្នក។

ជំពូកទី 9: ប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហា ឬបណ្តឹងតវ៉ា (សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ បណ្តឹងតវ៉ា)

1. **អ្នកទទួលបានសេចក្តីជូនដំណឹងជាលាយលក្ខណ៍អក្សរយ៉ាងហោចណាស់ 2 ថ្ងៃតាមប្រតិទិនមុន** ពេលគម្រោងរបស់យើងនឹងបញ្ឈប់ការធានារ៉ាប់រងលើការថែទាំរបស់អ្នក។ សេចក្តីជូនដំណឹង ប្រាប់អ្នកថា៖
 - កាលបរិច្ឆេទដែលយើងនឹងឈប់ធានារ៉ាប់រងលើការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក។
 - របៀបស្នើសុំបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ឆាប់រហ័ស ដើម្បីស្នើសុំឱ្យយើងខ្ចប់បន្តធានារ៉ាប់រងលើការថែទាំរបស់ អ្នករយៈពេលយូរជាងនេះ។
2. **អ្នក ឬនរណាម្នាក់ដែលកំពុងធ្វើសកម្មភាពជំនួសអ្នកនឹងត្រូវបានស្នើសុំឱ្យចុះហត្ថលេខាលើ** សេចក្តីជូនដំណឹងជាលាយលក្ខណ៍អក្សរដើម្បីបង្ហាញថាអ្នកបានទទួលវាហើយ។ ការចុះហត្ថលេខា លើសេចក្តីជូនដំណឹងនេះបង្ហាញថាអ្នកបានទទួលព័ត៌មានអំពីពេលដែលការធានារ៉ាប់រងរបស់ អ្នកនឹងបញ្ចប់ប៉ុណ្ណោះ។ **ការចុះហត្ថលេខានេះមិនមានន័យថាអ្នកយល់ព្រម** នឹងការសម្រេចចិត្ត របស់គម្រោងរបស់យើងក្នុងការបញ្ឈប់ការថែទាំនោះទេ។

ផ្នែកទី 9.2 របៀបដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 1 ដើម្បីឱ្យគម្រោងរបស់យើងធានារ៉ាប់រងលើ ការថែទាំរបស់អ្នករយៈពេលយូរជាងនេះ

ប្រសិនបើអ្នកចង់ស្នើសុំឱ្យយើងខ្ចប់ធានារ៉ាប់រងលើការថែទាំរបស់អ្នករយៈពេលយូរជាងនេះ អ្នកនឹងត្រូវប្រើ ដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ដើម្បីធ្វើសំណើនេះ។ មុនពេលអ្នកចាប់ផ្តើម អ្នកត្រូវយល់ពីអ្វីដែលអ្នកត្រូវធ្វើ និង ថាតើថ្ងៃផុតកំណត់គឺជាអ្វី។

- **អនុវត្តតាមដំណើរការ**
- **ធ្វើតាមកាលបរិច្ឆេទកំណត់**
- **ស្នើសុំជំនួយប្រសិនបើអ្នកត្រូវការ។** ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ ឬត្រូវការជំនួយ សូមទូរសព្ទទៅផ្នែក សេវាបម្រើសមាជិកតាមរយៈលេខ 1-888-846-4262 (អ្នកប្រើ TTY សូមទូរសព្ទទៅលេខ 711)។ ឬ ទូរសព្ទទៅកម្មវិធីជំនួយធានារ៉ាប់រងសុខភាពរបស់រដ្ឋ (SHIP) របស់អ្នកសម្រាប់ជំនួយផ្ទាល់ខ្លួន៖ កម្មវិធីជំនួយធានារ៉ាប់រងសុខភាពរបស់រដ្ឋ Hawaii (SHIP) តាមរយៈលេខ 1-888-875-9229 (អ្នកប្រើប្រាស់ TTY សូមទូរសព្ទទៅលេខ 1-866-810-4379) ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 5 ល្ងាច ម៉ោងក្នុងស្រុក ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ។ ព័ត៌មានទំនាក់ទំនងរបស់ SHIP មាននៅក្នុងជំពូកទី 2 ផ្នែកទី 3។

ក្នុងអំឡុងពេលបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 1 អង្គការកែលម្អគុណភាពពិនិត្យឡើងវិញនូវបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់ អ្នក។ វាសម្រេចថាតើកាលបរិច្ឆេទបញ្ចប់សម្រាប់ការថែទាំរបស់អ្នកសមស្របតាមវេជ្ជសាស្ត្រដែរឬទេ។ **អង្គការកែលម្អគុណភាព** គឺជាក្រុមវេជ្ជបណ្ឌិត និងអ្នកជំនាញថែទាំសុខភាពផ្សេងទៀត ដែលទទួលបាន ប្រាក់ពីរដ្ឋាភិបាលសហព័ន្ធ ដើម្បីពិនិត្យ និងជួយកែលម្អគុណភាពនៃ ការថែទាំសម្រាប់អ្នកដែលមាន Medicare។ នេះរួមបញ្ចូលទាំងការពិនិត្យឡើងវិញនូវការសម្រេចចិត្តរបស់គម្រោងអំពីពេលដែលវាដល់ពេល ដែលត្រូវបញ្ឈប់ការធានារ៉ាប់រងលើការថែទាំផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រប្រភេទជាក់លាក់។ អ្នកជំនាញទាំងនេះ មិនមែនជាផ្នែកមួយនៃគម្រោងរបស់យើងទេ។

ជំពូកទី 9: ប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហា ឬបណ្តឹងតវ៉ា (សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ បណ្តឹងតវ៉ា)

ជំហានទី 1: ដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 1 របស់អ្នក: ទាក់ទងអង្គការកែលម្អគុណភាព និងស្នើសុំ បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ឆាប់រហ័ស។ អ្នកត្រូវតែធ្វើសកម្មភាពឱ្យបានឆាប់រហ័ស។

តើអ្នកអាចទាក់ទងអង្គការនេះដោយរបៀបណា?

- សេចក្តីជូនដំណឹងជាលាយលក្ខណ៍អក្សរដែលអ្នកបានទទួល (សេចក្តីជូនដំណឹងអំពីការ មិនធានារ៉ាប់រងរបស់ Medicare) ប្រាប់អ្នកពីរបៀបទាក់ទងអង្គការនេះ។ ឬស្វែងរកឈ្មោះ អាសយដ្ឋាន និងលេខទូរសព្ទរបស់អង្គការកែលម្អគុណភាពសម្រាប់រដ្ឋរបស់អ្នកនៅក្នុងជំពូក ទី 2។

ធ្វើសកម្មភាពឱ្យបានឆាប់រហ័ស:

- អ្នកត្រូវតែទាក់ទងអង្គការកែលម្អគុណភាព ដើម្បីចាប់ផ្តើមបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក **ត្រឹម ថ្ងៃត្រង់នៃថ្ងៃមុនកាលបរិច្ឆេទមានប្រសិទ្ធភាព**នៅលើសេចក្តីជូនដំណឹងអំពីការមិន ធានារ៉ាប់រងរបស់ Medicare។
- ប្រសិនបើអ្នកខកកាលបរិច្ឆេទកំណត់ ហើយអ្នកចង់ដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ អ្នកនៅតែមានសិទ្ធិ ដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍។ ទាក់ទងអង្គការកែលម្អគុណភាពរបស់អ្នក។

ជំហានទី 2: អង្គការកែលម្អគុណភាពធ្វើការត្រួតពិនិត្យករណីរបស់អ្នកដោយឯករាជ្យ។

វាក្យសព្ទច្បាប់:

ការពន្យល់លម្អិតអំពីការមិនធានារ៉ាប់រង។ សេចក្តីជូនដំណឹងដែលផ្តល់ព័ត៌មានលម្អិតអំពីហេតុផល សម្រាប់ការបញ្ចប់ការធានារ៉ាប់រង។

តើមានអ្វីកើតឡើងក្នុងអំឡុងពេលពិនិត្យឡើងវិញនេះ?

- អ្នកជំនាញសុខភាពនៅអង្គការកែលម្អគុណភាព (អ្នកពិនិត្យឡើងវិញ) នឹងសួរអ្នក ឬ អ្នកតំណាងរបស់អ្នកពីមូលហេតុដែលអ្នកជឿថាការធានារ៉ាប់រងសម្រាប់សេវាកម្មគួរតែបន្ត។ អ្នកមិនចាំបាច់រៀបចំអ្វីទាំងអស់ជាលាយលក្ខណ៍អក្សរឡើយ ប៉ុន្តែអ្នកអាចធ្វើបានប្រសិនបើអ្នក ចង់។
- អង្គការត្រួតពិនិត្យឯករាជ្យក៏នឹងពិនិត្យមើលព័ត៌មានវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នកពិភាក្សាជាមួយ វេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក និងពិនិត្យមើលព័ត៌មានដែលគម្រោងរបស់យើងផ្តល់ឱ្យពួកគេ។
- នៅចុងបញ្ចប់នៃថ្ងៃដែលអ្នកពិនិត្យឡើងវិញបានប្រាប់យើងអំពីបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក អ្នកនឹងទទួលបានការពន្យល់លម្អិតអំពីការមិនធានារ៉ាប់រងពីយើងដែលពន្យល់លម្អិតអំពី ហេតុផលរបស់យើងសម្រាប់ការបញ្ចប់ការធានារ៉ាប់រងរបស់យើងសម្រាប់សេវាកម្មរបស់អ្នក។

ជំពូកទី 9: ប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហា ឬបណ្តឹងតវ៉ា (សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ បណ្តឹងតវ៉ា)

ជំហានទី 3: ក្នុងរយៈពេលមួយថ្ងៃពេញ បន្ទាប់ពីពួកគេមានព័ត៌មានទាំងអស់ដែលពួកគេត្រូវការ អ្នកត្រួតពិនិត្យនឹងប្រាប់អ្នកអំពីការសម្រេចចិត្តរបស់ខ្លួន។

តើមានអ្វីកើតឡើងប្រសិនបើអ្នកពិនិត្យឡើងវិញឆ្លើយថា យល់ព្រម?

- ប្រសិនបើអ្នកត្រួតពិនិត្យ យល់ព្រម ចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក នោះយើងត្រូវតែបន្តផ្តល់ សេវាកម្មដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នក ដរាបណាវាមានភាពចាំបាច់ខាងវេជ្ជសាស្ត្រ។
- អ្នកនឹងត្រូវបន្តបង់ចំណែកនៃថ្លៃចំណាយរបស់អ្នក (ដូចជាប្រាក់ដែលត្រូវកាត់កង ឬការបង់ថ្លៃ រួមប្រសិនបើមាន)។ អាចមានការដាក់កម្រិតលើសេវាកម្មដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នក។

តើមានអ្វីកើតឡើងប្រសិនបើអ្នកពិនិត្យឡើងវិញឆ្លើយថា បដិសេធ?

- ប្រសិនបើអ្នកពិនិត្យឡើងវិញបដិសេធ នោះការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកនឹងបញ្ចប់នៅកាលបរិច្ឆេទ ដែលយើងបានប្រាប់អ្នក។
- ប្រសិនបើអ្នកសម្រេចចិត្តបន្តទទួលបានការថែទាំសុខភាពតាមផ្ទះ ឬការថែទាំនៅមណ្ឌលថែទាំ សុខភាពជំនាញ ឬមន្ទីរស្តារនីតិសម្បទាសម្រាប់អ្នកជំងឺមិនសម្រាកព្យាបាលដ៏ទូលំទូលាយ (CORF) បន្ទាប់ពីកាលបរិច្ឆេទនេះនៅពេលដែលការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកបញ្ចប់ អ្នកនឹងត្រូវបង់ថ្លៃ ចំណាយពេញនៃការថែទាំនេះដោយខ្លួនឯង។

ជំហានទី 4: ប្រសិនបើចម្លើយចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 1 របស់អ្នកគឺ ទេ អ្នកសម្រេចចិត្តថាតើអ្នក ចង់ដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍មួយទៀតដែរឬទេ?

- ប្រសិនបើអ្នកពិនិត្យឡើងវិញបដិសេធចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 1 របស់អ្នក - ហើយអ្នក ជ្រើសរើសបន្តទទួលបានការថែទាំ បន្ទាប់ពីការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកសម្រាប់ការថែទាំបានបញ្ចប់ នោះអ្នកអាចដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 បាន។

ផ្នែកទី 9.3 របៀបដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 ដើម្បីឱ្យគម្រោងរបស់យើងធានារ៉ាប់រងលើ ការថែទាំរបស់អ្នករយៈពេលយូរជាងនេះ

ក្នុងអំឡុងពេលបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 អ្នកស្នើសុំឱ្យអង្គការកែលម្អគុណភាពពិនិត្យមើលឡើងវិញនូវ ការសម្រេចចិត្តលើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ដំបូងរបស់អ្នក។ ប្រសិនបើអង្គការកែលម្អគុណភាពបដិសេធបណ្តឹង ឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 របស់អ្នក អ្នកអាចនឹងត្រូវបង់ថ្លៃចំណាយពេញសម្រាប់ការថែទាំសុខភាពតាមផ្ទះរបស់ អ្នក ឬការថែទាំនៅមណ្ឌលថែទាំសុខភាពជំនាញ ឬមន្ទីរស្តារនីតិសម្បទាសម្រាប់អ្នកជំងឺមិនសម្រាក ព្យាបាលដ៏ទូលំទូលាយ (CORF) បន្ទាប់ពី កាលបរិច្ឆេទដែលយើងបាននិយាយថា ការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នក នឹងបញ្ចប់។

ជំហានទី 1: ទាក់ទងអង្គការកែលម្អគុណភាពម្តងទៀត ហើយស្នើសុំការពិនិត្យឡើងវិញមួយទៀត។

- អ្នកត្រូវតែស្នើសុំការពិនិត្យឡើងវិញនេះក្នុងរយៈពេល 60 ថ្ងៃតាមប្រតិទិន បន្ទាប់ពីថ្ងៃដែល អង្គការកែលម្អគុណភាពបាន បដិសេធ ចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 1 របស់អ្នក។ អ្នកអាច ស្នើសុំការពិនិត្យឡើងវិញនេះបានលុះត្រាតែអ្នកបន្តទទួលបានការថែទាំ បន្ទាប់ពីកាលបរិច្ឆេទ ការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកសម្រាប់ការថែទាំបានបញ្ចប់ប៉ុណ្ណោះ។

ជំពូកទី 9: ប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហា ឬបណ្តឹងតវ៉ា (សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ បណ្តឹងតវ៉ា)

ជំហានទី 2: អង្គការកែលម្អគុណភាពធ្វើការត្រួតពិនិត្យស្ថានភាពរបស់អ្នកជាលើកទីពីរ។

- អ្នកពិនិត្យឡើងវិញនៅអង្គការកែលម្អគុណភាពនឹងពិនិត្យមើលព័ត៌មានទាំងអស់ដែលទាក់ទងនឹងបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នកដោយប្រុងប្រយ័ត្ន។

ជំហានទី 3: ក្នុងរយៈពេល 14 ថ្ងៃតាមប្រតិទិន បន្ទាប់ពីទទួលបានសំណើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក អ្នកត្រូវពិនិត្យនិងសម្រេចចិត្តលើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក ហើយប្រាប់អ្នកអំពីការសម្រេចចិត្តរបស់ខ្លួន។

តើមានអ្វីកើតឡើងប្រសិនបើអង្គការត្រួតពិនិត្យឯករាជ្យឆ្លើយថា យល់ព្រម?

- **យើងត្រូវតែសងអ្នកវិញ** សម្រាប់ចំណែករបស់យើងនៃការចំណាយលើការថែទាំដែលអ្នកបានទទួលតាំងពី កាលបរិច្ឆេទដែលយើងបាននិយាយថា ការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកនឹងបញ្ចប់។ **យើងត្រូវតែបន្តផ្តល់ការធានារ៉ាប់រង**លើការថែទាំរាល់ការមានភាពចាំបាច់ខាងវេជ្ជសាស្ត្រ។
- អ្នកត្រូវតែបន្តបង់ចំណែកនៃថ្លៃចំណាយរបស់អ្នក ហើយអាចមានដែនកំណត់លើការធានារ៉ាប់រងដែលត្រូវអនុវត្ត។

តើមានអ្វីកើតឡើង ប្រសិនបើអង្គការត្រួតពិនិត្យឯករាជ្យឆ្លើយថា បដិសេធ?

- វាមានន័យថាពួកគេយល់ស្របនឹងការសម្រេចចិត្តដែលបានធ្វើឡើងចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 1 របស់អ្នក។
- សេចក្តីជូនដំណឹងដែលអ្នកទទួលបាននឹងប្រាប់អ្នកជាលាយលក្ខណ៍អក្សរពីអ្វីដែលអ្នកអាចធ្វើបានប្រសិនបើអ្នកចង់បន្តដំណើរការត្រួតពិនិត្យ។ វានឹងផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវព័ត៌មានលម្អិតអំពីរបៀបទៅកាន់កម្រិតបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍បន្ទាប់ ដែលត្រូវបានដោះស្រាយដោយចៅក្រមច្បាប់រដ្ឋបាល ឬមេធាវីកាត់សេចក្តី។

ជំហានទី 4: ប្រសិនបើចម្លើយគឺ បដិសេធ អ្នកនឹងត្រូវសម្រេចចិត្តថាតើអ្នកចង់ប្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នកបន្ថែមទៀត។

- មានកម្រិតបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍បន្ថែមចំនួន 3 បន្ទាប់ពីកម្រិត 2 សម្រាប់កម្រិតបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍សរុបចំនួន 5។ ប្រសិនបើអ្នកចង់បន្តបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 3 ព័ត៌មានលម្អិតអំពីរបៀបធ្វើដូច្នេះគឺមាននៅក្នុងសេចក្តីជូនដំណឹងជាលាយលក្ខណ៍អក្សរដែលអ្នកទទួលបានបន្ទាប់ពីសេចក្តីសម្រេចលើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 របស់អ្នក។
- បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 3 ត្រូវបានដោះស្រាយដោយចៅក្រមច្បាប់រដ្ឋបាល ឬមេធាវីកាត់សេចក្តី។ ផ្នែកទី 10 នៃជំពូកនេះប្រាប់បន្ថែមទៀតអំពីដំណើរការសម្រាប់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 3, 4 និងកម្រិត 5។

ជំពូកទី 9: ប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហា ឬបណ្តឹងតវ៉ា (សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ បណ្តឹងតវ៉ា)

ផ្នែកទី 10 នាំយកបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នកទៅកម្រិត 3, 4 និងកម្រិត 5

ផ្នែកទី 10.1 បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 3, 4 និងកម្រិត 5 សម្រាប់ការស្នើសុំសេវាវេជ្ជសាស្ត្រ

ផ្នែកនេះអាចត្រឹមត្រូវសម្រាប់អ្នក ប្រសិនបើអ្នកបានដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 1 និងបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ កម្រិត 2 ហើយបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ទាំងពីររបស់អ្នកត្រូវបានបដិសេធ។

ប្រសិនបើតម្លៃប្រាក់ដុល្លារនៃសម្ភារ ឬសេវាវេជ្ជសាស្ត្រដែលអ្នកបានដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ត្រូវនឹងកម្រិត អប្បបរមាជាក់លាក់ អ្នកអាចបន្តទៅកម្រិតបន្ថែមនៃបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍។ ប្រសិនបើតម្លៃប្រាក់ដុល្លារតិច ជាងកម្រិតអប្បបរមា អ្នកមិនអាចប្តឹងឧទ្ធរណ៍បន្តទៀតបានទេ។ ការឆ្លើយតបជាលាយលក្ខណ៍អក្សរដែល អ្នកទទួលបានចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 របស់អ្នកនឹងពន្យល់ពីវិធីដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 3។

សម្រាប់ស្ថានភាពភាគច្រើនដែលពាក់ព័ន្ធនឹងបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ កម្រិត 3 ចុងក្រោយនៃបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ ដំណើរការដូចគ្នាទៅនឹងកម្រិត 2 ដំបូងដែរ។ នេះគឺជាអ្នកដែលដោះស្រាយការពិនិត្យឡើងវិញនៃបណ្តឹង ឧទ្ធរណ៍របស់អ្នកនៅកម្រិតនីមួយៗនៃកម្រិតទាំងនេះ។

បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 3

ចៅក្រមច្បាប់រដ្ឋបាល ឬមេធាវីកាត់សេចក្តីដែលធ្វើការឱ្យរដ្ឋាភិបាលសហព័ន្ធនឹងពិនិត្យឡើងវិញនូវ បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក ហើយផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវចម្លើយ។

- **ប្រសិនបើចៅក្រមច្បាប់រដ្ឋបាល ឬមេធាវីកាត់សេចក្តីនិយាយថា យល់ព្រម ចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ របស់អ្នក ដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍អាច ឬមិនអាចបញ្ចប់។** មិនដូចការសម្រេចចិត្តនៅបណ្តឹង ឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 យើងមានសិទ្ធិប្តឹងឧទ្ធរណ៍ការសម្រេចចិត្តកម្រិត 3 ដែលអំណោយផលដល់អ្នក។ ប្រសិនបើយើងសម្រេចចិត្ត ប្តឹងឧទ្ធរណ៍ វានឹងបន្តទៅបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 4។
 - ប្រសិនបើយើងសម្រេចចិត្តមិនដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ យើងត្រូវតែអនុញ្ញាត ឬផ្តល់ឱ្យអ្នក នូវការថែទាំវេជ្ជសាស្ត្រ ក្នុងរយៈពេល 60 ថ្ងៃតាមប្រតិទិន បន្ទាប់ពីយើងទទួលបានការ សម្រេចចិត្តរបស់ចៅក្រមច្បាប់រដ្ឋបាល ឬមេធាវីកាត់សេចក្តី។
 - ប្រសិនបើយើងសម្រេចចិត្ត ប្តឹងឧទ្ធរណ៍ការសម្រេចចិត្ត យើងនឹងផ្ញើឱ្យអ្នកនូវច្បាប់ចម្លង នៃសំណើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 4 ជាមួយនឹងឯកសារដែលភ្ជាប់មកជាមួយ។ យើងអាចរង់ចាំ ការសម្រេចចិត្តលើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 4 មុនពេលអនុញ្ញាត ឬផ្តល់ការថែទាំផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ ដែលមានវិវាទ។
- **ប្រសិនបើចៅក្រមច្បាប់រដ្ឋបាល ឬមេធាវីកាត់សេចក្តី បដិសេធចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក ដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍អាច ឬមិនអាចបញ្ចប់។**
 - ប្រសិនបើអ្នកសម្រេចចិត្តទទួលយកការសម្រេចចិត្តដែលបដិសេធបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក ដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ត្រូវបានបញ្ចប់។
 - ប្រសិនបើអ្នកមិនចង់ទទួលយកការសម្រេចចិត្ត អ្នកអាចបន្តទៅកម្រិតបន្ទាប់នៃដំណើរការ ត្រួតពិនិត្យ។ សេចក្តីជូនដំណឹងដែលអ្នកទទួលបាននឹងប្រាប់អ្នកពីអ្វីដែលត្រូវធ្វើសម្រាប់ បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 4។

ជំពូកទី 9: ប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហា ឬបណ្តឹងតវ៉ា (សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ បណ្តឹងតវ៉ា)

បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 4

ក្រុមប្រឹក្សាបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ Medicare (ក្រុមប្រឹក្សា) នឹងពិនិត្យឡើងវិញនូវបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក ហើយផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវចម្លើយ។ ក្រុមប្រឹក្សាគឺជាផ្នែកមួយរបស់រដ្ឋាភិបាលសហព័ន្ធ។

- **ប្រសិនបើចម្លើយគឺ យល់ព្រម ឬ ប្រសិនបើក្រុមប្រឹក្សាបដិសេធសំណើរបស់យើងដើម្បីពិនិត្យឡើងវិញនូវសេចក្តីសម្រេចបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 3 ដែលអំណោយផល ដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍អាច ឬមិនអាច បញ្ចប់។** មិនដូចការសម្រេចចិត្តនៅកម្រិត 2 យើងមានសិទ្ធិប្តឹងឧទ្ធរណ៍ការសម្រេចចិត្តកម្រិត 4 ដែលអំណោយផលដល់អ្នក។ យើងនឹងសម្រេចចិត្តថាតើត្រូវប្តឹងឧទ្ធរណ៍ការសម្រេចចិត្តនេះទៅកម្រិត 5 ដែរឬទេ។
 - ប្រសិនបើយើងសម្រេចចិត្ត មិន ដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍លើការសម្រេចចិត្ត យើងត្រូវតែអនុញ្ញាតឬផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវការថែទាំវេជ្ជសាស្ត្រ ក្នុងរយៈពេល 60 ថ្ងៃតាមប្រតិទិន បន្ទាប់ពីទទួលបានការសម្រេចចិត្តរបស់ក្រុមប្រឹក្សា។
 - ប្រសិនបើយើងសម្រេចចិត្តប្តឹងឧទ្ធរណ៍ការសម្រេចចិត្ត យើងនឹងប្រាប់អ្នកជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ។
- **ប្រសិនបើចម្លើយគឺ បដិសេធ ឬ ប្រសិនបើក្រុមប្រឹក្សាបដិសេធសំណើពិនិត្យឡើងវិញ ដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ អាច ឬមិនអាច បញ្ចប់។**
 - ប្រសិនបើអ្នកសម្រេច ទទួលយក សេចក្តីសម្រេចនេះ ដែលបានចោលបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក ដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ត្រូវបានបញ្ចប់។
 - ប្រសិនបើអ្នកមិនចង់ទទួលយកការសម្រេចចិត្តទេ អ្នកអាចបន្តទៅកម្រិតបន្ទាប់នៃដំណើរការពិនិត្យ។ ប្រសិនបើក្រុមប្រឹក្សា បដិសេធ ចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក សេចក្តីជូនដំណឹងដែលអ្នកទទួលបាននឹងប្រាប់អ្នកថាតើច្បាប់អនុញ្ញាតឱ្យអ្នកទៅបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 5 និងរបៀបបន្តបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 5។

បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 5

ចៅក្រមនៅ**តុលាការមណ្ឌលសហព័ន្ធ**នឹងពិនិត្យឡើងវិញនូវបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក។

- ចៅក្រមនឹងពិនិត្យមើលព័ត៌មានទាំងអស់ ហើយសម្រេចចិត្ត **យល់ព្រម** ឬ **បដិសេធ** ចំពោះសំណើរបស់អ្នក។ នេះជាចម្លើយចុងក្រោយ។ មិនមានកម្រិតបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ទៀតទេ បន្ទាប់ពីតុលាការមណ្ឌលសហព័ន្ធ។

ផ្នែកទី 10.2 បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍បន្ថែមរបស់កម្មវិធី Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid)

អ្នកក៏មានសិទ្ធិដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ផ្សេងទៀតផងដែរ ប្រសិនបើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នកទាក់ទងនឹងសេវាកម្ម ឬសម្ភារដែល Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) ជាធម្មតាត្រូវបានធានារ៉ាប់រង។ សំបុត្រដែលអ្នកទទួលបានពីការិយាល័យសវនាការយុត្តិធម៌នឹងប្រាប់អ្នកពីអ្វីដែលត្រូវធ្វើ ប្រសិនបើអ្នកចង់បន្តដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ទៀត។

ជំពូកទី 9: ប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហា ឬបណ្តឹងតវ៉ា (សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ បណ្តឹងតវ៉ា)

ផ្នែកទី 10.3 បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 3, 4 និងកម្រិត 5 សម្រាប់ការស្នើសុំឱសថផ្នែក D

ផ្នែកនេះអាចត្រឹមត្រូវសម្រាប់អ្នក ប្រសិនបើអ្នកបានដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 1 និងបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ កម្រិត 2 ហើយបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ទាំងពីររបស់អ្នកត្រូវបានបដិសេធ។

ប្រសិនបើតម្លៃនៃឱសថដែលអ្នកបានប្តឹងឧទ្ធរណ៍បំពេញតាមចំនួនប្រាក់ដុល្លារជាក់លាក់ អ្នកអាច ទៅកាន់កម្រិតបន្តបន្ទាប់នៃបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍បាន។ ប្រសិនបើតម្លៃប្រាក់ដុល្លារតិចជាង អ្នកមិនអាចដាក់ បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍បន្តទៀតបានទេ។ ការឆ្លើយតបជាលាយលក្ខណ៍អក្សរដែលអ្នកទទួលបានចំពោះបណ្តឹង ឧទ្ធរណ៍កម្រិត 2 របស់អ្នកនឹងពន្យល់ពីអ្នកដែលត្រូវទាក់ទង និងអ្វីដែលត្រូវធ្វើដើម្បីស្នើសុំបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ កម្រិត 3។

សម្រាប់ស្ថានភាពភាគច្រើនដែលពាក់ព័ន្ធនឹងបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ កម្រិត 3 ចុងក្រោយនៃបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ ដំណើរការដូចគ្នាទៅនឹងកម្រិត 2 ដំបូងដែរ។ នេះគឺជាអ្នកដែលដោះស្រាយការពិនិត្យឡើងវិញនៃបណ្តឹង ឧទ្ធរណ៍របស់អ្នកនៅកម្រិតនីមួយៗនៃកម្រិតទាំងនេះ។

បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 3

ចៅក្រមច្បាប់រដ្ឋបាល ឬមេធាវីកាត់សេចក្តីដែលធ្វើការឱ្យរដ្ឋាភិបាលសហព័ន្ធ នឹងពិនិត្យឡើងវិញនូវ បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក ហើយផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវចម្លើយ។

- **ប្រសិនបើចម្លើយគឺ យល់ព្រម ដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ត្រូវបានបញ្ចប់។** យើងត្រូវតែអនុញ្ញាត ឬផ្តល់ការធានារ៉ាប់រងឱសថ ដែលត្រូវបានអនុម័តដោយចៅក្រមច្បាប់រដ្ឋបាល ឬមេធាវី កាត់សេចក្តីក្នុងរយៈពេល 72 ម៉ោង (24 ម៉ោងសម្រាប់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ពន្លឺន) ឬធ្វើការបង់ប្រាក់ មិនលើសពី 30 ថ្ងៃតាមប្រតិទិន បន្ទាប់ពីយើងទទួលបានការសម្រេចចិត្ត។
- **ប្រសិនបើចៅក្រមច្បាប់រដ្ឋបាល ឬមេធាវីកាត់សេចក្តី បដិសេធចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក ដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍អាច ឬមិនអាចបញ្ចប់។**
 - ប្រសិនបើអ្នកសម្រេច ទទួលយក សេចក្តីសម្រេចនេះ ដែលបានចោលបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់ អ្នក ដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ត្រូវបានបញ្ចប់។
 - ប្រសិនបើអ្នកមិនចង់ទទួលយកការសម្រេចចិត្ត អ្នកអាចបន្តទៅកម្រិតបន្ទាប់នៃដំណើរការ ត្រួតពិនិត្យ។ សេចក្តីជូនដំណឹងដែលអ្នកទទួលបាននឹងប្រាប់អ្នកពីអ្វីដែលត្រូវធ្វើសម្រាប់ បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 4។

បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 4

ក្រុមប្រឹក្សាបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ Medicare (ក្រុមប្រឹក្សា) នឹងពិនិត្យឡើងវិញនូវបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក ហើយ ផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវចម្លើយ។ ក្រុមប្រឹក្សាគឺជាផ្នែកមួយរបស់រដ្ឋាភិបាលសហព័ន្ធ។

- **ប្រសិនបើចម្លើយគឺ យល់ព្រម ដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ត្រូវបានបញ្ចប់។** យើងត្រូវតែអនុញ្ញាត ឬផ្តល់ការធានារ៉ាប់រងឱសថ ដែលត្រូវបានអនុម័តដោយក្រុមប្រឹក្សាក្នុងរយៈពេល 72 ម៉ោង (24 ម៉ោងសម្រាប់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ពន្លឺន) ឬធ្វើការបង់ប្រាក់មិនលើសពី 30 ថ្ងៃតាមប្រតិទិន បន្ទាប់ពីយើងទទួលបានការសម្រេចចិត្ត។

ជំពូកទី 9: ប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហា ឬបណ្តឹងតវ៉ា (សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ បណ្តឹងតវ៉ា)

- ប្រសិនបើចម្លើយគឺ បដិសេធ ឬ ប្រសិនបើក្រុមប្រឹក្សាបដិសេធសំណើពិនិត្យឡើងវិញ ដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ អាច ឬមិនអាច បញ្ចប់។
 - ប្រសិនបើអ្នកសម្រេចចិត្តទទួលយកការសម្រេចចិត្តដែលបដិសេធបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក ដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ត្រូវបានបញ្ចប់។
 - ប្រសិនបើអ្នកមិនចង់ទទួលយកការសម្រេចចិត្តទេ អ្នកអាចបន្តទៅកម្រិតបន្ទាប់នៃដំណើរការពិនិត្យ។ ប្រសិនបើក្រុមប្រឹក្សា បដិសេធ ចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក សេចក្តីជូនដំណឹងដែលអ្នកទទួលបាននឹងប្រាប់អ្នកថា តើច្បាប់អនុញ្ញាតឱ្យអ្នកទៅបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 5 និងរបៀបបន្តបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 5។

បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍កម្រិត 5

ចៅក្រមនៅតុលាការមណ្ឌលសហព័ន្ធនឹងពិនិត្យឡើងវិញនូវបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក។

- ចៅក្រមនឹងពិនិត្យមើលព័ត៌មានទាំងអស់ ហើយសម្រេចចិត្ត យល់ព្រម ឬ បដិសេធ ចំពោះសំណើរបស់អ្នក។ នេះជាចម្លើយចុងក្រោយ។ មិនមានកម្រិតបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ទៀតទេ បន្ទាប់ពីតុលាការមណ្ឌលសហព័ន្ធ។

ការដាក់បណ្តឹង

ផ្នែកទី 11 របៀបដាក់បណ្តឹងតវ៉ាអំពីគុណភាពនៃការថែទាំ ពេលវេលារង់ចាំ សេវាកម្មអតិថិជន ឬកង្វល់ផ្សេងទៀត

ផ្នែកទី 11.1 តើបញ្ហាប្រភេទណាខ្លះដែលត្រូវបានដោះស្រាយដោយដំណើរការបណ្តឹងតវ៉ា

ដំណើរការបណ្តឹងតវ៉ាត្រូវបានប្រើសម្រាប់កែប្រែប្រភេទនៃបញ្ហាដាក់លាក់ប៉ុណ្ណោះ។ នេះរួមបញ្ចូលទាំងបញ្ហាអំពីគុណភាពនៃការថែទាំ ពេលវេលារង់ចាំ និងសេវាកម្មអតិថិជន។ ខាងក្រោមនេះគឺជាឧទាហរណ៍នៃប្រភេទនៃបញ្ហាដែលដោះស្រាយដោយដំណើរការបណ្តឹងតវ៉ា។

បណ្តឹងតវ៉ា	ឧទាហរណ៍
គុណភាពនៃការថែទាំផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នក	• តើអ្នកមិនពេញចិត្តនឹងគុណភាពនៃការថែទាំដែលអ្នកបានទទួល (រួមទាំងការថែទាំនៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យ) ដែរឬទេ?
ការគោរពឯកជនភាពរបស់អ្នក	• តើមាននរណាម្នាក់មិនគោរពសិទ្ធិឯកជនភាពរបស់អ្នក ឬចែករំលែកព័ត៌មានសម្ងាត់ដែរឬទេ?

ជំពូកទី 9: ប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហា ឬបណ្តឹងតវ៉ា (សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ បណ្តឹងតវ៉ា)

បណ្តឹងតវ៉ា	ឧទាហរណ៍
ការមិនគោរព សេវាកម្ម អតិថិជនមិនល្អ ឬអាកប្បកិរិយាអវិជ្ជមានផ្សេងទៀត	• តើមាននរណាម្នាក់មានអាកប្បកិរិយាមិនសមរម្យ ឬមិនគោរពចំពោះអ្នកដែរឬទេ? • តើអ្នកមិនពេញចិត្តនឹងផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិករបស់យើងដែរឬទេ? • តើអ្នកមានអារម្មណ៍ថាអ្នកត្រូវបានលើកទឹកចិត្តឱ្យចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើងដែរឬទេ?
ពេលវេលាចាំទទួលសេវាកម្ម	• តើអ្នកមានបញ្ហាក្នុងការណាត់ជួប ឬរង់ចាំយូរពេកដើម្បីទទួលបានវាដែរឬទេ? • តើអ្នកត្រូវបានរង់ចាំយូរពេកដោយវេជ្ជបណ្ឌិត ឱសថការី ឬអ្នកជំនាញសុខភាពផ្សេងទៀតដែរឬទេ? ឬដោយផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិករបស់យើង ឬបុគ្គលិកផ្សេងទៀតនៅគម្រោងរបស់យើង? ◦ ឧទាហរណ៍រួមមាន ការរង់ចាំទូរសព្ទយូរពេក នៅក្នុងបន្ទប់រង់ចាំ ឬបន្ទប់ពិនិត្យ ឬការទទួលបានវេជ្ជបញ្ជា។
ភាពស្អាតបាត	• តើអ្នកមិនពេញចិត្តនឹងភាពស្អាត ឬស្ថានភាពនៃគ្លីនិក មន្ទីរពេទ្យ ឬការិយាល័យវេជ្ជបណ្ឌិតដែរឬទេ?
ព័ត៌មានដែលអ្នកទទួលបានពីយើងខ្ញុំ	• តើយើងមិនបានផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវសេចក្តីជូនដំណឹងដែលត្រូវការទេ? • តើព័ត៌មានជាលាយលក្ខណ៍អក្សររបស់យើងពិបាកយល់ដែរឬទេ?

ជំពូកទី 9: ប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហា ឬបណ្តឹងតវ៉ា (សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ បណ្តឹងតវ៉ា)

បណ្តឹងតវ៉ា	ឧទាហរណ៍
ភាពទាន់ពេលវេលា (ប្រភេទនៃបណ្តឹងតវ៉ាទាំងនេះ គឺអំពីភាពទាន់ពេលវេលា នៃសកម្មភាពរបស់យើង ទាក់ទងនឹងសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង និងបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍)	ប្រសិនបើអ្នកបានស្នើសុំសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង ឬបានដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ ហើយអ្នកគិតថាយើងមិនឆ្លើយតបបានឆាប់គ្រប់គ្រាន់ អ្នកអាចដាក់បណ្តឹងតវ៉ាអំពីភាពយឺតយ៉ាវរបស់យើងបាន។ នេះគឺជាឧទាហរណ៍មួយចំនួន៖ • អ្នកបានស្នើសុំសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងរហ័ស ឬបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍រហ័ស ហើយយើងបានបដិសេធ អ្នកអាចដាក់បណ្តឹងបាន។ • អ្នកជឿថាយើងមិនបំពេញតាមកាលបរិច្ឆេទកំណត់សម្រាប់ការសម្រេចចិត្តលើការធានារ៉ាប់រង ឬបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ទេ អ្នកអាចដាក់បណ្តឹងបាន។ • អ្នកជឿថាយើងមិនបំពេញតាមកាលបរិច្ឆេទកំណត់សម្រាប់ការធានារ៉ាប់រង ឬការសងប្រាក់ជូនអ្នកវិញសម្រាប់ទំនិញ ឬសេវាកម្ម ឬឱសថវេជ្ជសាស្ត្រជាក់លាក់ដែលត្រូវបានអនុម័តទេ អ្នកអាចដាក់បណ្តឹងតវ៉ាបាន។ • អ្នកជឿថាយើងខកខានមិនបានបំពេញតាមកាលបរិច្ឆេទកំណត់ដែលត្រូវការសម្រាប់ការបញ្ជូនករណីរបស់អ្នកទៅអង្គការត្រួតពិនិត្យឯករាជ្យ។ អ្នកអាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងបាន។

ផ្នែកទី 11.2 របៀបដាក់បណ្តឹងតវ៉ា

លក្ខខណ្ឌផ្លូវច្បាប់៖

បណ្តឹងតវ៉ា ក៏ត្រូវបានហៅផងដែរថា**បណ្តឹងសាទុក្ខ**។

ការដាក់បណ្តឹងតវ៉ា ត្រូវបានគេហៅថាការដាក់**បណ្តឹងសាទុក្ខ**។

ការប្រើប្រាស់ដំណើរការសម្រាប់បណ្តឹងតវ៉ា ត្រូវបានគេហៅថាការប្រើប្រាស់ដំណើរការសម្រាប់ **ដាក់បណ្តឹងសាទុក្ខ**។

បណ្តឹងតវ៉ា រហ័ស ត្រូវបានគេហៅថា**សាទុក្ខដែលត្រូវបានពន្លឿន**។

ជំពូកទី 9: ប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហា ឬបណ្តឹងតវ៉ា (សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ បណ្តឹងតវ៉ា)

ជំហានទី 1: ទាក់ទងមកយើងភ្លាមៗ – ទាំងតាមទូរសព្ទ ឬជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ។

- **ការទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិកតាមរយៈលេខ 1-888-846-4262 (អ្នកប្រើ TTY សូម ទូរសព្ទទៅលេខ 711) គឺជាជំហានដំបូង។** ប្រសិនបើមានអ្វីផ្សេងទៀតដែលអ្នកត្រូវធ្វើ ផ្នែក សេវាបម្រើសមាជិកនឹងប្រាប់អ្នកឱ្យដឹង។
- **ប្រសិនបើអ្នកមិនចង់ទូរសព្ទទៅ (ឬអ្នកបានទូរសព្ទទៅហើយមិនពេញចិត្ត) អ្នកអាចដាក់ បណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នកជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ ហើយផ្ញើវាមកកាន់យើងខ្ញុំ។** ប្រសិនបើអ្នកដាក់ បណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នកជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ យើងនឹងឆ្លើយតបទៅនឹងបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នកជា លាយលក្ខណ៍អក្សរ។
- **ប្រសិនបើយើងមិនអាចដោះស្រាយបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នកតាមទូរសព្ទបាន យើងមាននីតិវិធី ផ្លូវការដើម្បីពិនិត្យឡើងវិញនូវបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នក។** យើងហៅវាថា **នីតិវិធីបណ្តឹងសាទុក្ខ**។ ដើម្បីដាក់ពាក្យបណ្តឹង ឬប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរអំពីដំណើរការនេះ សូមទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវា បម្រើសមាជិក។ ឬអ្នកអាចផ្ញើសំណើជាលាយលក្ខណ៍អក្សរមកយើងខ្ញុំនៅអាសយដ្ឋានដែល បានរាយបញ្ជីនៅក្រោម **បណ្តឹងតវ៉ាអំពីការថែទាំផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ** ឬ **បណ្តឹងតវ៉ាអំពីឱសថតាម វេជ្ជបញ្ជាផ្នែក D** នៅក្នុង ជំពូកទី 2 នៃឯកសារនេះ។
 - ប្រសិនបើអ្នកស្នើសុំការឆ្លើយតបជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ ប្រសិនបើអ្នកដាក់បណ្តឹងតវ៉ាជា លាយលក្ខណ៍អក្សរ (បណ្តឹងសាទុក្ខ) ឬប្រសិនបើបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នកទាក់ទងនឹងគុណភាព នៃការថែទាំ យើងនឹងឆ្លើយតបអ្នកជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ។
 - អ្នកត្រូវដាក់បណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នកក្នុងរយៈពេល 60 ថ្ងៃតាមប្រតិទិនបន្ទាប់ពីព្រឹត្តិការណ៍។ អ្នកអាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នកជាផ្លូវការជាលាយលក្ខណ៍អក្សរនៅអាសយដ្ឋាន ដែលបានរាយនៅក្រោម **បណ្តឹងតវ៉ាអំពីការថែទាំផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ** ឬ **បណ្តឹងតវ៉ាអំពីឱសថ តាមវេជ្ជបញ្ជាផ្នែក D** នៅក្នុងជំពូកទី 2 នៃឯកសារនេះ។
 - យើងត្រូវតែផ្តល់ដំណឹងដល់អ្នកអំពីការសម្រេចចិត្តរបស់យើងអំពីបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នក ឱ្យបានលឿនតាមដែលករណីរបស់អ្នកទាមទារដោយផ្អែកលើស្ថានភាពសុខភាពរបស់អ្នក ប៉ុន្តែមិនឱ្យលើសពី 30 ថ្ងៃតាមប្រតិទិនបន្ទាប់ពីទទួលបានបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នក។ យើង អាចពន្យារពេលរហូតដល់ 14 ថ្ងៃតាមប្រតិទិន ប្រសិនបើអ្នកស្នើសុំការពន្យារពេល ឬ ប្រសិនបើយើងបង្ហាញពីតម្រូវការសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម ហើយការពន្យារពេលគឺដើម្បី ផលប្រយោជន៍របស់អ្នក។
 - ក្នុងករណីជាក់លាក់មួយចំនួន អ្នកមានសិទ្ធិស្នើសុំឱ្យមានការពិនិត្យឡើងវិញរហ័សអំពី បណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នក។ នេះហៅថា **នីតិវិធីបណ្តឹងសាទុក្ខ**ដែលត្រូវបានពន្លឿន។ អ្នកមានសិទ្ធិ ទទួលបានការពិនិត្យឡើងវិញរហ័សលើបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នក ប្រសិនបើអ្នកមិនយល់ព្រម នឹងការសម្រេចចិត្តរបស់យើងក្នុងស្ថានភាពដូចខាងក្រោម៖
- យើងបដិសេធសំណើរបស់អ្នកសម្រាប់ការពិនិត្យឡើងវិញរហ័សនៃសំណើសម្រាប់ការថែទាំ ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ ឬឱសថផ្នែក D។
- យើងបដិសេធសំណើរបស់អ្នកសម្រាប់ការពិនិត្យឡើងវិញរហ័សនៃបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍អំពី សេវាកម្ម ឬឱសថផ្នែក D ដែលបានបដិសេធ។

ជំពូកទី 9: ប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហា ឬបណ្តឹងតវ៉ា (សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ បណ្តឹងតវ៉ា)

- យើងសម្រេចថាត្រូវការពេលវេលាបន្ថែមក្នុងការពិនិត្យមើលសំណើរបស់អ្នកសម្រាប់ការថែទាំវេជ្ជសាស្ត្រ។
- យើងសម្រេចថាត្រូវការពេលវេលាបន្ថែមក្នុងការពិនិត្យមើលបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នកចំពោះការថែទាំវេជ្ជសាស្ត្រដែលត្រូវបានបដិសេធ។
 - អ្នកអាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងតវ៉ាប្រភេទនេះតាមទូរសព្ទដោយទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិក។ អ្នកក៏អាចដាក់បណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នកជាលាយលក្ខណ៍អក្សរមកយើងខ្ញុំនៅអាសយដ្ឋានដែលបានរាយនៅក្រោមបណ្តឹងតវ៉ាអំពីការថែទាំផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ ឬ បណ្តឹងតវ៉ាអំពីឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាផ្នែក D នៅក្នុងជំពូកទី 2 នៃឯកសារនេះផងដែរ។ នៅពេលដែលយើងទទួលបានសុទ្ធក្នុងត្រូវបានពន្លឿន គ្រូពេទ្យព្យាបាលនឹងពិនិត្យមើលករណី ដើម្បីកំណត់ហេតុផលសម្រាប់ការបដិសេធសំណើរបស់អ្នកសម្រាប់ការពិនិត្យឡើងវិញឆាប់រហ័ស ឬថាតើការពន្យារពេលករណីសមស្របដែរឬទេ។ យើងនឹងជូនដំណឹងដល់អ្នកអំពីការសម្រេចចិត្តនៃករណីរហ័ស ដោយផ្ទាល់មាត់ និងជាលាយលក្ខណ៍អក្សរក្នុងរយៈពេល 24 ម៉ោង បន្ទាប់ពីទទួលបានបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នក។
- **មិនថាអ្នកទូរសព្ទ ឬសរសេរទេ អ្នកគួរតែទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិកតាមរយៈលេខ 1-888-846-4262 (អ្នកប្រើ TTY ទូរសព្ទទៅលេខ 711) ភ្លាមៗ។** អ្នកអាចដាក់បណ្តឹងតវ៉ាបានគ្រប់ពេល បន្ទាប់ពីអ្នកមានបញ្ហាដែលអ្នកចង់ប្តឹងតវ៉ា។

ជំហានទី 2: យើងពិនិត្យមើលបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នក ហើយផ្តល់ជូនអ្នកនូវចម្លើយរបស់យើង។

- **ប្រសិនបើយើងអាចធ្វើបានយើងនឹងឆ្លើយតបអ្នកភ្លាមៗ។** ប្រសិនបើអ្នកទូរសព្ទទៅយើងខ្ញុំក្នុងការបណ្តឹងតវ៉ា យើងអាចផ្តល់ចម្លើយជូនអ្នកតាមរយៈការហៅទូរសព្ទនេះដូចគ្នាដែរ។
- **បណ្តឹងតវ៉ាភាគច្រើនត្រូវបានឆ្លើយតបក្នុងរយៈពេល 30 ថ្ងៃតាមប្រតិទិន។** ប្រសិនបើយើងត្រូវការព័ត៌មានបន្ថែម ហើយការពន្យារពេលគឺដើម្បីឧត្តមប្រយោជន៍របស់អ្នក ឬប្រសិនបើអ្នកស្នើសុំពេលវេលាបន្ថែម យើងអាចចំណាយពេលរហូតដល់ 14 ថ្ងៃតាមប្រតិទិនបន្ថែមទៀតបាន (សរុបចំនួន 44 ថ្ងៃតាមប្រតិទិន) ដើម្បីឆ្លើយតបបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នក។ ប្រសិនបើយើងសម្រេចចិត្តចំណាយពេលបន្ថែម យើងនឹងប្រាប់អ្នកជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ។
- **ប្រសិនបើអ្នកកំពុងដាក់បណ្តឹងដោយសារតែយើងបានបដិសេធសំណើរបស់អ្នកសម្រាប់សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងរហ័ស ឬបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍រហ័ស យើងនឹងផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវបណ្តឹងតវ៉ារហ័សដោយស្វ័យប្រវត្តិ។** ប្រសិនបើអ្នកមានបណ្តឹងតវ៉ារហ័ស នោះមានន័យថាយើងនឹងផ្តល់ចម្លើយដល់អ្នកក្នុងរយៈពេល 24 ម៉ោង។
- **ប្រសិនបើយើងមិនយល់ស្របនឹង** ចំណុចមួយចំនួន ឬចំណុចទាំងអស់នៃបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នក ឬយើងមិនទទួលខុសត្រូវចំពោះបញ្ហា ដែលអ្នកកំពុងប្តឹងតវ៉ា នោះយើងនឹងរួមបញ្ចូលហេតុផលរបស់យើងទៅក្នុងការឆ្លើយតបរបស់យើងជូនអ្នក។

ជំពូកទី 9: ប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហា ឬបណ្តឹងតវ៉ា (សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ បណ្តឹងតវ៉ា)

ផ្នែកទី 11.3 អ្នកអាចដាក់បណ្តឹងតវ៉ាអំពីគុណភាពនៃការថែទាំទៅកាន់អង្គការកែលម្អ គុណភាពផងដែរ

នៅពេលដែលបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នកទាក់ទងនឹងគុណភាពនៃការថែទាំ អ្នកក៏មានជម្រើសបន្ថែមចំនួន 2 ផងដែរ៖

- អ្នកអាចដាក់បណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នកដោយផ្ទាល់ទៅកាន់អង្គការកែលម្អគុណភាព។ អង្គការកែលម្អគុណភាពគឺជាក្រុមវេជ្ជបណ្ឌិត និងអ្នកជំនាញថែទាំសុខភាពផ្សេងទៀតដែលទទួលបានប្រាក់ពី រដ្ឋាភិបាលសហព័ន្ធ ដើម្បីពិនិត្យ និងធ្វើឱ្យសេវាកម្មថែទាំសុខភាពជូនអ្នកជំងឺរបស់ Medicare មានសភាពកាន់តែល្អប្រសើរ។ ជំពូកទី 2 មានព័ត៌មានទំនាក់ទំនង។

ឬ

- អ្នកអាចដាក់បណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នកទាំងទៅកាន់អង្គការកែលម្អគុណភាព និងមកកាន់យើងខ្ញុំក្នុង ពេលតែមួយបាន។

ផ្នែកទី 11.4 អ្នកអាចប្រាប់ទាំង Medicare និង Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) អំពីបណ្តឹងតវ៉ារបស់អ្នកផងដែរ

អ្នកអាចដាក់បណ្តឹងតវ៉ាអំពីគម្រោងរបស់យើងដោយផ្ទាល់ទៅកាន់ Medicare។ ដើម្បីដាក់បណ្តឹងតវ៉ា ទៅកាន់ Medicare សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx។ អ្នកក៏អាចទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY/TDD អាចទូរសព្ទទៅ លេខ 1-877-486-2048។

សម្រាប់បណ្តឹងតវ៉ាដែលទាក់ទងនឹងសេវាកម្មដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយ Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) សូមទាក់ទងការិយាល័យ Medicaid ក្នុងរដ្ឋរបស់អ្នក។ អាចរកបានព័ត៌មាន ទំនាក់ទំនងនៅក្នុងជំពូកទី 2 ផ្នែកទី 6។

ជំពូកទី 10: ការបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់អ្នកនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើង

ជំពូកទី 10: ការបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់អ្នកនៅក្នុង គម្រោងរបស់យើង

ផ្នែកទី 1 ការបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់អ្នកនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើង

ការបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់អ្នកនៅក្នុង Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP) អាចជា **ការស្ម័គ្រចិត្ត** (ជាជម្រើសផ្ទាល់ខ្លួនរបស់អ្នក) ឬ អាចជា**ការមិនស្ម័គ្រចិត្ត** (មិនមែនជាជម្រើសផ្ទាល់ខ្លួនរបស់អ្នកទេ)៖

- អ្នកអាចចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើងដោយសារតែអ្នកសម្រេចចិត្តថា អ្នកចង់ចាកចេញ។ ផ្នែកទី 2 និង 3 ផ្តល់ព័ត៌មានអំពីការបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់អ្នកដោយស្ម័គ្រចិត្ត។
- វាក៏មានស្ថានភាពមានកំណត់ផងដែរ ដែលពួកយើងតម្រូវឱ្យបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់អ្នក។ ផ្នែកទី 5 ប្រាប់អ្នកអំពីស្ថានភាពដែលយើងត្រូវតែបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់អ្នក។

ប្រសិនបើអ្នកចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើង គម្រោងរបស់យើងត្រូវតែបន្តផ្តល់ការថែទាំវេជ្ជសាស្ត្រ និងឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក ហើយអ្នកនឹងបន្តបង់ចំណែកនៃថ្លៃចំណាយរបស់អ្នករហូតទាល់តែសមាជិកភាពរបស់អ្នកបានបញ្ចប់។

ផ្នែកទី 2 តើអ្នកអាចបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់អ្នកនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើងនៅពេលណា?

ផ្នែកទី 2.1 អ្នកអាចបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់អ្នកបានដោយសារតែអ្នកមានទាំង Medicare និង Medicaid

មនុស្សភាគច្រើនដែលមាន Medicare អាចបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់ពួកគេនៅក្នុងអំឡុងពេលជាក់លាក់នៃឆ្នាំនោះប៉ុណ្ណោះ។ ដោយសារតែអ្នកមាន Medicaid អ្នកអាចបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់អ្នកនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើងដោយជ្រើសយកជម្រើសមួយក្នុងចំណោមជម្រើស Medicare ខាងក្រោមនៅក្នុងខែណាមួយនៃឆ្នាំនោះ៖

- Original Medicare ដែលមានគម្រោងឱសថមានវេជ្ជបញ្ជារបស់ Medicare ដាច់ដោយឡែក
- Original Medicare ដែលមិនមានគម្រោងឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជារបស់ Medicare ដាច់ដោយឡែកពីគ្នា (ប្រសិនបើអ្នកជ្រើសយកជម្រើសនេះ ហើយទទួលបានជំនួយបន្ថែម Medicare អាចចុះឈ្មោះអ្នកនៅក្នុងគម្រោងឱសថ លុះត្រាតែអ្នកបានជ្រើសរើសមិនចុះឈ្មោះដោយស្វ័យប្រវត្តិ) ឬ

ជំពូកទី 10: ការបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់អ្នកនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើង

- ប្រសិនបើមានសិទ្ធិទទួលបាន D-SNP រួមបញ្ចូលគ្នាដែលផ្តល់នូវ Medicare របស់អ្នក និងអត្ថប្រយោជន៍ និងសេវាកម្ម Medicaid ភាគច្រើន ឬទាំងអស់របស់អ្នកនៅក្នុងគម្រោងតែមួយ។

ចំណាំ: ប្រសិនបើអ្នកលុបឈ្មោះចេញពីការធានារ៉ាប់រងលើឱសថរបស់ Medicare អ្នកដែលទទួលបានជំនួយបន្ថែមទៀតហើយដោយគ្មានការធានារ៉ាប់រងលើឱសថដែលអាចជឿទុកចិត្តបានក្នុងរយៈពេល 63 ថ្ងៃ ឬយូរជាងនេះ អ្នកអាចនឹងត្រូវបង់ការពិន័យទៅលើការចុះឈ្មោះយឺតក្នុងគម្រោងផ្នែក D ប្រសិនបើអ្នកចូលរួមក្នុងគម្រោងឱសថរបស់ Medicare នៅពេលក្រោយ។

- សូមទូរសព្ទទៅការិយាល័យ Medicaid នៅរដ្ឋរបស់អ្នកតាមលេខ 1-800-316-8005 អ្នកប្រើ TTY សូមទូរសព្ទទៅលេខ 711 ដើម្បីស្វែងយល់អំពី ជម្រើសគម្រោង Medicaid របស់អ្នក។
- ជម្រើសគម្រោងសុខភាពរបស់ Medicare ផ្សេងទៀតអាចរកបានក្នុង **រយៈពេលពេលបើកចុះឈ្មោះ**។ ផ្នែកទី 2.2 ប្រាប់អ្នកបន្ថែមទៀតអំពីរយៈពេលបើកចុះឈ្មោះ។
- **ជាធម្មតាសមាជិកភាពរបស់អ្នកនឹងបញ្ចប់នៅថ្ងៃដំបូងនៃខែនោះ បន្ទាប់ពីយើងទទួលបានសំណើរបស់អ្នកដើម្បីផ្លាស់ប្តូរគម្រោងរបស់អ្នក។** ការចុះឈ្មោះរបស់អ្នកនៅក្នុងគម្រោងថ្មីរបស់អ្នកក៏នឹងចាប់ផ្តើមនៅថ្ងៃនេះផងដែរ។

ផ្នែកទី 2.2 អ្នកអាចបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់អ្នកក្នុងរយៈពេលបើកចុះឈ្មោះ

អ្នកអាចបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់អ្នកក្នុងរយៈពេលបើកចុះឈ្មោះជារៀងរាល់ឆ្នាំ។ ក្នុងអំឡុងពេលនេះ សូមពិនិត្យមើលការធានារ៉ាប់រងសុខភាព និងឱសថរបស់អ្នកហើយសម្រេចចិត្តអំពីការធានារ៉ាប់រងសម្រាប់ឆ្នាំខាងមុខ។

- **រយៈពេលបើកចុះឈ្មោះ** គឺចាប់ពី ថ្ងៃទី 15 ខែតុលា រហូតដល់ថ្ងៃទី 7 ខែធ្នូ។
- **ជ្រើសរើសរក្សាការធានារ៉ាប់រងបច្ចុប្បន្នរបស់អ្នក ឬធ្វើការផ្លាស់ប្តូរការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកសម្រាប់ឆ្នាំខាងមុខ។** ប្រសិនបើអ្នកសម្រេចចិត្តផ្លាស់ប្តូរទៅគម្រោងថ្មី អ្នកអាចជ្រើសរើសប្រភេទគម្រោងណាមួយដូចខាងក្រោម៖
 - គម្រោងសុខភាពរបស់ Medicare មួយផ្សេងទៀត ដែលមាន ឬមិនមានការធានារ៉ាប់រងលើឱសថ។
 - Original Medicare ដែលមាន គម្រោងឱសថរបស់ Medicare
 - Original Medicare ដែលមិនមាន គម្រោងឱសថរបស់ Medicare ដាច់ដោយឡែកពីគ្នាទេ។
 - ប្រសិនបើមានសិទ្ធិទទួលបាន D-SNP រួមបញ្ចូលគ្នាដែលផ្តល់នូវ Medicare របស់អ្នក និងអត្ថប្រយោជន៍ និងសេវាកម្ម Medicaid ភាគច្រើន ឬទាំងអស់របស់អ្នកនៅក្នុងគម្រោងតែមួយ។

ជំពូកទី 10: ការបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់អ្នកនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើង

អ្នកទទួលបានជំនួយបន្ថែមពី Medicare ដើម្បីបង់ថ្លៃឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក៖ ប្រសិនបើអ្នកប្តូរទៅ Original Medicare ហើយមិនចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជារបស់ Medicare ដាច់ដោយឡែកពីគ្នាទេ នោះ Medicare អាចចុះឈ្មោះអ្នកក្នុងគម្រោងឱសថមួយ លុះត្រាតែអ្នកបានជ្រើសរើសមិនចុះឈ្មោះដោយស្វ័យប្រវត្តិ។

ចំណាំ៖ ប្រសិនបើអ្នកលុបឈ្មោះចេញពីការធានារ៉ាប់រងលើឱសថរបស់ Medicare អ្នកលែងទទួលបានជំនួយបន្ថែមទៀតហើយដោយគ្មានការធានារ៉ាប់រងលើឱសថដែលមានវេជ្ជបញ្ជាដែលអាចជឿទុកចិត្តបានក្នុងរយៈពេល 63 ថ្ងៃ ឬយូរជាងនេះជាប់ៗគ្នា អ្នកអាចនឹងត្រូវបង់ការពិន័យទៅលើការចុះឈ្មោះយឺតក្នុងគម្រោងផ្នែក D ប្រសិនបើអ្នកចូលរួមក្នុងគម្រោងឱសថរបស់ Medicare នៅពេលក្រោយ។

- **សមាជិកភាពរបស់អ្នកនឹងបញ្ចប់នៅក្នុងគម្រោងរបស់យើង** នៅពេលដែលការធានារ៉ាប់រងនៃគម្រោងថ្មីរបស់អ្នកចាប់ផ្តើមនៅថ្ងៃទី 1 ខែមករា។

ផ្នែកទី 2.3 អ្នកអាចបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់អ្នកក្នុងរយៈពេលបើកចុះឈ្មោះរបស់ Medicare Advantage

អ្នកអាចធ្វើការផ្លាស់ប្តូរមួយចំពោះការធានារ៉ាប់រងសុខភាពរបស់អ្នកក្នុងរយៈពេលបើកចុះឈ្មោះរបស់ Medicare Advantage ជារៀងរាល់ឆ្នាំ។

- **រយៈពេលបើកចុះឈ្មោះរបស់ Medicare Advantage** គឺចាប់ពីថ្ងៃទី 1 ខែមករា ដល់ថ្ងៃទី 31 ខែមីនា ហើយក៏សម្រាប់អ្នកទទួលបានផលថ្មីរបស់ Medicare ដែលបានចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោង MA ចាប់ពីខែដែលមានសិទ្ធិទទួលបានផ្នែក A និងផ្នែក B រហូតដល់ថ្ងៃចុងក្រោយនៃខែទី 3 នៃសិទ្ធិទទួលបាន។
- **ក្នុងអំឡុងរយៈពេលបើកចុះឈ្មោះរបស់ Medicare Advantage** អ្នកអាច៖
 - ប្តូរទៅគម្រោង Medicare Advantage មួយផ្សេងទៀត ដែលមាន ឬមិនមានការធានារ៉ាប់រងលើឱសថ។
 - លុបឈ្មោះចេញពីគម្រោងរបស់យើង ហើយទទួលបានការធានារ៉ាប់រងតាមរយៈ Original Medicare។ ប្រសិនបើអ្នកប្តូរទៅ Original Medicare ក្នុងអំឡុងពេលនេះ អ្នកក៏អាចចូលរួមក្នុងគម្រោងឱសថរបស់ Medicare ដាច់ដោយឡែកមួយក្នុងពេលតែមួយផងដែរ។
- **សមាជិកភាពរបស់អ្នកនឹងបញ្ចប់នៅថ្ងៃដំបូងនៃខែនោះ** បន្ទាប់ពីអ្នកចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោង Medicare Advantage ផ្សេងទៀត ឬយើងទទួលបានសំណើរបស់អ្នកដើម្បីប្តូរទៅគម្រោង Original Medicare។ ប្រសិនបើអ្នកជ្រើសរើសចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងឱសថរបស់ Medicare ផងដែរនោះ សមាជិកភាពរបស់អ្នកនៅក្នុងគម្រោងឱសថនឹងចាប់ផ្តើមនៅថ្ងៃដំបូងនៃខែនោះ បន្ទាប់ពីគម្រោងឱសថទទួលបានសំណើចុះឈ្មោះរបស់អ្នក។

ជំពូកទី 10: ការបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់អ្នកនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើង

ផ្នែកទី 2.4 នៅក្នុងស្ថានភាពជាក់លាក់ អ្នកអាចបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់អ្នក ក្នុងរយៈពេលចុះឈ្មោះពិសេស

ក្នុងស្ថានភាពជាក់លាក់ អ្នកអាចមានសិទ្ធិបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់អ្នកនៅពេលផ្សេងទៀតនៃឆ្នាំនោះ។ នេះត្រូវបានគេស្គាល់ថាជារយៈពេលចុះឈ្មោះពិសេស។

អ្នកអាចមានសិទ្ធិបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់អ្នកក្នុងរយៈពេលចុះឈ្មោះពិសេស ប្រសិនបើស្ថានភាពណាមួយខាងក្រោមអនុវត្តចំពោះអ្នក។ នេះគ្រាន់តែជាឧទាហរណ៍។ សម្រាប់បញ្ជីពេញលេញ អ្នកអាចទាក់ទងគម្រោងរបស់យើង ទូរសព្ទទៅ Medicare ឬចូលមើលគេហទំព័រ www.Medicare.gov។

- ជាធម្មតានៅពេលអ្នកផ្លាស់ទី
- ប្រសិនបើអ្នកមាន Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid)
- ប្រសិនបើអ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានជំនួយបន្ថែមក្នុងការបង់ថ្លៃធានារ៉ាប់រងលើឱសថ Medicare របស់អ្នក
- ប្រសិនបើយើងបំពានកិច្ចសន្យារបស់យើងជាមួយអ្នក
- ប្រសិនបើអ្នកកំពុងទទួលបានការថែទាំនៅក្នុងស្ថាប័ន ដូចជាមណ្ឌលថែទាំអ្នកជំងឺ ឬមន្ទីរពេទ្យថែទាំរយៈពេលវែង (LTC)
- **ចំណាំ:** ប្រសិនបើអ្នកស្ថិតនៅក្នុងកម្មវិធីគ្រប់គ្រងឱសថ អ្នកអាចមានសិទ្ធិទទួលបានរយៈពេលចុះឈ្មោះពិសេសជាក់លាក់ប៉ុណ្ណោះ។ ជំពូកទី 5 ផ្នែកទី 10 ប្រាប់អ្នកបន្ថែមទៀតអំពីកម្មវិធីគ្រប់គ្រងឱសថ។
- **ចំណាំ:** ផ្នែកទី 2.1 ប្រាប់អ្នកបន្ថែមទៀតអំពីរយៈពេលចុះឈ្មោះពិសេសសម្រាប់អ្នកដែលមាន Medicaid។

រយៈពេលចុះឈ្មោះប្រែប្រួលអាស្រ័យលើស្ថានភាពរបស់អ្នក។

ដើម្បីស្វែងយល់ថា តើអ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានរយៈពេលចុះឈ្មោះពិសេសដែរឬទេ សូមទូរសព្ទទៅ Medicare តាមរយៈលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY ទូរសព្ទទៅលេខ 1-877-486-2048។ ប្រសិនបើអ្នកមានសិទ្ធិបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់អ្នកដោយសារតែស្ថានភាពពិសេស អ្នកអាចជ្រើសរើសផ្លាស់ប្តូរទាំងការធានារ៉ាប់រងសុខភាព Medicare និងការធានារ៉ាប់រងលើឱសថរបស់អ្នក។ អ្នកអាចជ្រើសរើស៖

- គម្រោងសុខភាពរបស់ Medicare មួយផ្សេងទៀត ដែលមាន ឬមិនមានការធានារ៉ាប់រងលើឱសថ។
- Original Medicare ដែលមាន គម្រោងឱសថរបស់ Medicare ដាច់ដោយឡែកពីគ្នា
- Original Medicare ដែលមិនមាន គម្រោងឱសថរបស់ Medicare ដាច់ដោយឡែកពីគ្នាទេ។
- ប្រសិនបើមានសិទ្ធិទទួលបាន D-SNP រួមបញ្ចូលគ្នាដែលផ្តល់នូវ Medicare របស់អ្នក និងអត្ថប្រយោជន៍ និងសេវាកម្ម Medicaid ភាគច្រើន ឬទាំងអស់របស់អ្នកនៅក្នុងគម្រោងតែមួយ។

ជំពូកទី 10: ការបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់អ្នកនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើង

ចំណាំ: ប្រសិនបើអ្នកលុបឈ្មោះចេញពីការធានារ៉ាប់រងលើឱសថរបស់ Medicare អ្នកដែលទទួលបានជំនួយបន្ថែមទៀតហើយដោយគ្មានការធានារ៉ាប់រងលើឱសថដែលអាចជឿទុកចិត្តបានក្នុងរយៈពេល 63 ថ្ងៃ ឬយូរជាងនេះជាប់ៗគ្នា អ្នកអាចនឹងត្រូវបង់ការពិន័យទៅលើការចុះឈ្មោះយឺតក្នុងគម្រោងផ្នែក D ប្រសិនបើអ្នកចូលរួមក្នុងគម្រោងឱសថរបស់ Medicare នៅពេលក្រោយ។

អ្នកទទួលបានជំនួយបន្ថែមពី Medicare ដើម្បីបង់ថ្លៃចំណាយធានារ៉ាប់រងលើឱសថរបស់អ្នក: ប្រសិនបើអ្នកប្តូរទៅ Original Medicare ហើយមិនចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងឱសថរបស់ Medicare ដាច់ដោយឡែកពីគ្នាទេ នោះ Medicare អាចចុះឈ្មោះអ្នកក្នុងគម្រោងឱសថមួយ លុះត្រាតែអ្នកបានជ្រើសរើសមិនចុះឈ្មោះដោយស្វ័យប្រវត្តិ។

ជាធម្មតាសមាជិកភាពរបស់អ្នកនឹងបញ្ចប់ នៅថ្ងៃដំបូងនៃខែនោះ បន្ទាប់ពីសំណើរបស់អ្នកដើម្បីផ្លាស់ប្តូរគម្រោងរបស់យើង។

ចំណាំ: ផ្នែកទី 2.1 និងទី 2.2 ប្រាប់អ្នកបន្ថែមទៀតអំពីរយៈពេលចុះឈ្មោះពិសេសសម្រាប់អ្នកដែលមាន Medicaid និងជំនួយបន្ថែម។

ផ្នែកទី 2.5 ទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែមអំពីពេលដែលអ្នកអាចបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់អ្នក

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរអំពីការបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់អ្នក អ្នកអាច៖

- សូមទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិកតាមរយៈលេខ **1-888-846-4262**(អ្នកប្រើ TTY ទូរសព្ទទៅលេខ **711**)
- ស្វែងរកព័ត៌មាននៅក្នុងសៀវភៅណែនាំអំពី **Medicare និង អ្នកក្នុងឆ្នាំ 2026**
- សូមទូរសព្ទទៅ **Medicare** តាមរយៈលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (អ្នកប្រើ TTY ទូរសព្ទទៅលេខ 1-877-486-2048)

ផ្នែកទី 3 របៀបបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់អ្នកនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើង

តារាងខាងក្រោមពន្យល់អំពីរបៀបដែលអ្នកអាចបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់អ្នកនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើង។

ដើម្បីប្តូរពីគម្រោងរបស់យើង នេះគឺជាអ្វីដែលត្រូវធ្វើ៖	
គម្រោងថែទាំសុខភាពរបស់ Medicare មួយផ្សេងទៀត	• ចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងសុខភាពថ្មីរបស់ Medicare។ • អ្នកនឹងទទួលបានការលុបឈ្មោះចេញដោយស្វ័យប្រវត្តិពី Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP) នៅពេលដែលការធានារ៉ាប់រងគម្រោងថ្មីរបស់អ្នកចាប់ផ្តើម។

ជំពូកទី 10: ការបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់អ្នកនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើង

ដើម្បីប្តូរពីគម្រោងរបស់យើង នេះគឺជាអ្វីដែលត្រូវធ្វើទៅ៖	
Original Medicare ដែលមានគម្រោងឱសថរបស់ Medicare	• ចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងឱសថថ្មីរបស់ Medicare។ • អ្នកនឹងត្រូវបានលុបឈ្មោះចេញដោយស្វ័យប្រវត្តិពី Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP) នៅពេលដែលការធានារ៉ាប់រងគម្រោងថ្មីរបស់អ្នកចាប់ផ្តើម។
Original Medicare ដោយគ្មានគម្រោងឱសថ Medicare ដាច់ដោយឡែកពីគ្នាទេ	• ផ្ញើសំណើជាលាយលក្ខណ៍អក្សរមកយើងខ្ញុំ ដើម្បីលុបឈ្មោះចេញ ឬចូលមើលគេហទំព័ររបស់យើង ដើម្បីលុបឈ្មោះចេញតាមអនឡាញ។ ទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិកតាមរយៈលេខ 1-888-846-4262 (អ្នកប្រើ TTY ទូរសព្ទទៅលេខ 711) ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការព័ត៌មានបន្ថែមអំពីរបៀបធ្វើដូច្នេះ។ • អ្នកក៏អាចទូរសព្ទទៅ Medicare តាមលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) ហើយស្នើសុំឱ្យលុបឈ្មោះចេញ។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY ទូរសព្ទទៅលេខ 1-877-486-2048។ • អ្នកនឹងទទួលបានការលុបឈ្មោះចេញពី Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP) នៅពេលដែលការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកនៅក្នុង Original Medicare ចាប់ផ្តើម។

ចំណាំ៖ ប្រសិនបើអ្នកលុបឈ្មោះចេញពីការធានារ៉ាប់រងលើឱសថរបស់ Medicare អ្នកលែងទទួលបានជំនួយបន្ថែមទៀតហើយដោយគ្មានការធានារ៉ាប់រងលើឱសថដែលអាចជឿទុកចិត្តបានក្នុងរយៈពេល 63 ថ្ងៃ ឬយូរជាងនេះជាប់ៗគ្នា អ្នកអាចនឹងត្រូវបង់ការពិន័យទៅលើការចុះឈ្មោះយឺតក្នុងគម្រោងផ្នែក D ប្រសិនបើអ្នកចូលរួមក្នុងគម្រោងឱសថរបស់ Medicare នៅពេលក្រោយ។

សម្រាប់សំណួរអំពីអត្ថប្រយោជន៍នៃកម្មវិធី Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) របស់អ្នក សូមទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-316-8005 TTY 711 ពីម៉ោង 7:45 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 4:30 រសៀល ម៉ោង HT ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ។ សាកសួរអំពីរបៀបដែលការចូលរួមក្នុងគម្រោងមួយផ្សេងទៀត ឬការត្រលប់ទៅ Original Medicare ប៉ះពាល់ដល់របៀបដែលអ្នកទទួលបានការធានារ៉ាប់រងកម្មវិធី Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) របស់អ្នក។

ជំពូកទី 10: ការបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់អ្នកនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើង

ផ្នែកទី 4 រហូតដល់សមាជិកភាពរបស់អ្នកបានបញ្ចប់ អ្នកត្រូវតែបន្តទទួលបានទំនិញ សេវាកម្ម និងឱសថវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នកតាមរយៈគម្រោងរបស់យើង

រហូតទាល់តែសមាជិកភាពរបស់អ្នកបានបញ្ចប់ ហើយការធានារ៉ាប់រងរបស់ Medicare និង Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) ថ្មីរបស់អ្នកចាប់ផ្តើម អ្នកត្រូវតែបន្តទទួលបានទំនិញ សេវាកម្ម និងឱសថមានវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកតាមរយៈគម្រោងរបស់យើង។

- បន្តប្រើអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញរបស់យើង ដើម្បីទទួលបានការថែទាំផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ។
- បន្តប្រើឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញរបស់យើង ឬការបញ្ជាទិញតាមប្រៃសណីយ៍ ដើម្បីបើកឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក។
- ប្រសិនបើអ្នកទទួលបានការសម្រាកព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យនៅថ្ងៃដែលសមាជិកភាពរបស់អ្នកបានបញ្ចប់ ការស្នាក់នៅមន្ទីរពេទ្យរបស់អ្នកនឹងត្រូវធានារ៉ាប់រងដោយគម្រោងរបស់យើងរហូតទាល់តែអ្នកចេញពីមន្ទីរពេទ្យ (ទោះបីជាអ្នកទទួលបានការចាកចេញពីមន្ទីរពេទ្យ បន្ទាប់ពីការធានារ៉ាប់រងសុខភាពថ្មីរបស់អ្នកចាប់ផ្តើមក៏ដោយ)។

ផ្នែកទី 5 Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP) ត្រូវតែបញ្ចប់សមាជិកភាពក្នុងគម្រោងរបស់យើងនៅក្នុងស្ថានភាពជាក់លាក់

Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP) ត្រូវតែបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់អ្នកនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើង ប្រសិនបើមានចំណុចណាមួយខាងក្រោមកើតឡើង៖

- ប្រសិនបើអ្នកលែងមាន Medicare Part A និង Part B តទៅទៀតនោះ
- ប្រសិនបើអ្នកលែងមានសិទ្ធិទទួលបាន Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) តទៅទៀតនោះ។ ដូចមានចែងក្នុងជំពូកទី 1 ផ្នែកទី 2.1 គម្រោងរបស់យើងគឺសម្រាប់អ្នកដែលមានសិទ្ធិទទួលបានទាំង Medicare និង Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid)។ ប្រសិនបើអ្នកមិនបំពេញតាមលក្ខខណ្ឌតម្រូវអំពីសិទ្ធិពិសេសនៃគម្រោងរបស់យើងទៀតទេ សមាជិកភាពរបស់អ្នកនៅក្នុងគម្រោងនេះនឹងបញ្ចប់បន្ទាប់ពីរយៈពេល 6 ខែ។ ទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយ ក្នុងអំឡុងពេលនេះ គម្រោង Medicare Advantage មិនទទួលខុសត្រូវចំពោះការធានារ៉ាប់រងលើអត្ថប្រយោជន៍ណាមួយនៃ Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) ដែលអាចនឹងរួមបញ្ចូលនៅក្រោមគម្រោង Medicaid State Plan របស់អ្នកទេ។ អ្នកនឹងទទួលបានការជូនដំណឹងពីយើងដែលជម្រាបជូនអ្នកអំពីការបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់អ្នក និងជម្រើសរបស់អ្នក។ ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរអំពីសិទ្ធិទទួលបានរបស់អ្នក សូមទាក់ទងផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិក។
 - រយៈពេលនៃសិទ្ធិទទួលបានដែលចាត់ទុកជាការបន្តរបស់គម្រោងមានរយៈពេល 6 ខែ។ រយៈពេលនៃសិទ្ធិទទួលបានបន្តដែលត្រូវបានចាត់ទុកថា ចាប់ផ្តើមដំបូងនៃខែនោះ បន្ទាប់ពីខែដែលអ្នកបាត់បង់ស្ថានភាពតម្រូវការពិសេស
- ប្រសិនបើអ្នកផ្លាស់ទីចេញពីតំបន់សេវាកម្មរបស់យើង

ជំពូកទី 10: ការបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់អ្នកនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើង

- ប្រសិនបើអ្នកនៅឆ្ងាយពីតំបន់សេវាកម្មរបស់យើងលើសពី 6 ខែ។
 - ប្រសិនបើអ្នកផ្លាស់ទី ឬធ្វើដំណើររយៈពេលវែង សូមទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិក តាមរយៈលេខ 1-888-846-4262 (អ្នកប្រើ TTY សូមទូរសព្ទទៅលេខ 711) ដើម្បីស្វែងយល់ថា តើ កន្លែងដែលអ្នកកំពុងផ្លាស់ទី ឬធ្វើដំណើរទៅស្ថិតនៅក្នុងតំបន់នៃគម្រោងរបស់យើងខ្ញុំដែរ ឬទេ។
- ប្រសិនបើអ្នកជាប់ពន្ធនាគារ (ចូលគុក)
- ប្រសិនបើអ្នកលែងជាពលរដ្ឋសហរដ្ឋអាមេរិក ឬមានវត្តមានស្របច្បាប់នៅសហរដ្ឋអាមេរិក ទៀតហើយ
- ប្រសិនបើអ្នកនិយាយកុហក ឬលាក់បាំងព័ត៌មានអំពីការធានារ៉ាប់រងផ្សេងទៀត អ្នកមាន ព័ត៌មាននោះដែលផ្តល់ការធានារ៉ាប់រងលើឱសថ
- ប្រសិនបើអ្នកផ្តល់ឱ្យយើងនូវព័ត៌មានមិនត្រឹមត្រូវដោយចេតនា នៅពេលអ្នកចុះឈ្មោះក្នុង គម្រោងរបស់យើង ហើយព័ត៌មាននោះប៉ះពាល់ដល់សិទ្ធិទទួលបានរបស់អ្នកសម្រាប់គម្រោង របស់យើង។ (យើងមិនអាចឱ្យអ្នកចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើងសម្រាប់ហេតុផលនេះបានទេ លុះត្រាតែយើងទទួលបានការអនុញ្ញាតពី Medicare ជាមុនសិន។)
- ប្រសិនបើអ្នកបន្តប្រព្រឹត្តតាមរបៀបដែលរំខាន និងធ្វើឱ្យវាពិបាកសម្រាប់យើងក្នុងការផ្តល់ ការថែទាំសុខភាពសម្រាប់អ្នក និងសមាជិកផ្សេងទៀតនៃគម្រោងរបស់យើង។ (យើងមិនអាចឱ្យ អ្នកចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើងសម្រាប់ហេតុផលនេះបានទេ លុះត្រាតែយើងទទួលបានការ អនុញ្ញាតពី Medicare ជាមុនសិន។)
- ប្រសិនបើអ្នកអនុញ្ញាតឱ្យនរណាម្នាក់ប្រើប័ណ្ណសមាជិកភាពរបស់អ្នក ដើម្បីទទួលបានការថែទាំ ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ។ (យើងមិនអាចឱ្យអ្នកចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើងសម្រាប់ហេតុផលនេះ បានទេ លុះត្រាតែយើងទទួលបានការអនុញ្ញាតពី Medicare ជាមុនសិន។)
 - បើសិនយើងបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់អ្នក ដោយសារមូលហេតុនេះ Medicare អាចនឹងឱ្យអ្នក អធិការកិច្ចធ្វើការស៊ើបអង្កេតទៅលើករណីរបស់អ្នក។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ ឬចង់បានព័ត៌មានបន្ថែមអំពីពេលវេលាដែលយើងអាចបញ្ចប់សមាជិកភាព របស់អ្នក សូមទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិកតាមរយៈលេខ 1-888-846-4262 (អ្នកប្រើ TTY សូមទូរសព្ទ ទៅលេខ 711)។

ផ្នែកទី 5.1 យើងមិនអាចស្នើសុំឱ្យអ្នកចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើងដោយសារហេតុផល ទាក់ទងនឹងសុខភាពណាមួយឡើយ

Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP) មិនត្រូវបានអនុញ្ញាតឱ្យស្នើសុំឱ្យអ្នកចាកចេញពីគម្រោង របស់យើងដោយសារហេតុផលទាក់ទងនឹងសុខភាពណាមួយឡើយ។

តើអ្នកគួរធ្វើអ្វីប្រសិនបើរឿងនេះកើតឡើង?

ប្រសិនបើអ្នកមានអារម្មណ៍ថាអ្នកត្រូវបានស្នើសុំឱ្យចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើងដោយសារហេតុផល ទាក់ទងនឹងសុខភាព សូមទូរសព្ទទៅ Medicare តាមរយៈលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY ទូរសព្ទទៅលេខ 1-877-486-2048។

ជំពូកទី 10: ការបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់អ្នកនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើង

ផ្នែកទី 5.2 អ្នកមានសិទ្ធិការដាក់បណ្តឹង ប្រសិនបើយើងបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់អ្នកនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើង

ប្រសិនបើយើងបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់អ្នកក្នុងគម្រោងរបស់យើង យើងត្រូវតែប្រាប់អ្នកពីហេតុផលរបស់យើងជាលាយលក្ខណ៍អក្សរសម្រាប់ការបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់អ្នក។ យើងក៏ត្រូវពន្យល់ផងដែរពីរបៀបដែលអ្នកអាចដាក់បណ្តឹងសាទុក្ខ ឬពាក្យបណ្តឹងតវ៉ា អំពីការសម្រេចរបស់យើងក្នុងការបញ្ចប់សមាជិកភាពអ្នក។

ជំពូកទី 11: សេចក្តីជូនដំណឹងផ្នែកច្បាប់

ជំពូកទី 11:

សេចក្តីជូនដំណឹងផ្លូវច្បាប់

ផ្នែកទី 1 សេចក្តីជូនដំណឹងអំពីច្បាប់គ្រប់គ្រង

ច្បាប់ចម្បងដែលអនុវត្តចំពោះឯកសារអំពីភស្តុតាងនៃការធានារ៉ាប់រងនេះគឺចំណងជើងទី XVIII នៃច្បាប់សន្តិសុខសង្គម និងបទប្បញ្ញត្តិដែលបង្កើតឡើងក្រោមច្បាប់សន្តិសុខសង្គមដោយមជ្ឈមណ្ឌលសេវាកម្ម Medicare និង Medicaid (CMS)។ លើសពីនេះទៀត ច្បាប់សហព័ន្ធផ្សេងទៀតអាចនឹងអនុវត្ត ហើយក្នុងកាលៈទេសៈជាក់លាក់ ច្បាប់នៃរដ្ឋដែលអ្នករស់នៅ។ នេះអាចប៉ះពាល់ដល់សិទ្ធិ និងការទទួលខុសត្រូវរបស់អ្នក ទោះបីជាច្បាប់មិនត្រូវបានរួមបញ្ចូល ឬពន្យល់នៅក្នុងឯកសារនេះក៏ដោយ។

ផ្នែកទី 2 សេចក្តីជូនដំណឹងអំពីការមិនរើសអើង

គម្រោងសុខភាពរបស់យើងគោរពតាមច្បាប់សិទ្ធិស៊ីវិលរបស់សហព័ន្ធ។ **យើងមិនរើសអើង**ដោយផ្អែកលើពូជសាសន៍ ជាតិសាសន៍ ដើមកំណើតជាតិសាសន៍ ពណ៌សម្បុរ សាសនា ភេទ អាយុ ពិការភាពផ្លូវចិត្ត ឬរាងកាយ ស្ថានភាពសុខភាព បទពិសោធន៍ទាមទារសំណង ប្រវត្តិវេជ្ជសាស្ត្រ ព័ត៌មានហ្វេន ភស្តុតាងនៃការធានារ៉ាប់រង ឬទីតាំងភូមិសាស្ត្រនៅក្នុងតំបន់សេវាកម្មនោះទេ។ អង្គការទាំងអស់ដែលផ្តល់គម្រោង Medicare Advantage ដូចជាគម្រោងរបស់យើងត្រូវតែគោរពតាមច្បាប់សហព័ន្ធប្រឆាំងនឹងការរើសអើងរួមទាំងចំណងជើងទី VI នៃច្បាប់ស្តីពីសិទ្ធិស៊ីវិលឆ្នាំ 1964 ច្បាប់ស្តីពីស្ថានភាពសម្បទាឆ្នាំ 1973 ច្បាប់ស្តីពីការរើសអើងលើអាយុឆ្នាំ 1975 ច្បាប់ស្តីពីជនពិការអាមេរិក ផ្នែកទី 1557 នៃច្បាប់ស្តីអំពីការថែទាំដែលមានគុណសម្បត្តិ ច្បាប់ផ្សេងទៀតទាំងអស់ដែលអនុវត្តចំពោះអង្គការដែលទទួលបានមូលនិធិពីសហព័ន្ធនិងច្បាប់ ព្រមទាំងវិធានផ្សេងទៀតដែលអនុវត្តសម្រាប់ហេតុផលផ្សេងទៀត។

ប្រសិនបើអ្នកចង់បានព័ត៌មានបន្ថែម ឬមានការព្រួយបារម្ភអំពីការរើសអើង ឬការប្រព្រឹត្តិមិនយុត្តិធម៌ សូមទូរសព្ទទៅ **Office for Civil Rights** របស់ ក្រសួងសុខាភិបាល និងសេវាមនុស្សជាតិ តាមលេខ 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) ឬ Office for Civil Rights ក្នុងតំបន់របស់អ្នក។ អ្នកក៏អាចពិនិត្យមើលព័ត៌មានពី Office for Civil Rights ប្រចាំ ក្រសួងសុខាភិបាល និងសេវាមនុស្សជាតិ នៅគេហទំព័រ www.HHS.gov/ocr/index.html។

ប្រសិនបើអ្នកមានពិការភាព ហើយត្រូវការជំនួយក្នុងការទទួលបានការថែទាំ សូមទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិកតាមរយៈលេខ 1-888-846-4262 (អ្នកប្រើ TTY ទូរសព្ទទៅលេខ 711)។ បើសិនអ្នកមានបណ្តឹងតវ៉ា ដូចជា បញ្ហាជាមួយការទទួលបានរដ្ឋប្បវេណី នោះផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិកអាចជួយបាន។

ជំពូកទី 11: សេចក្តីជូនដំណឹងផ្នែកច្បាប់

**ផ្នែកទី 3 សេចក្តីជូនដំណឹងអំពីសិទ្ធិជំនួសអ្នកបង់ប្រាក់បន្ទាប់បន្សំរបស់
Medicare**

យើងមានសិទ្ធិ និងការទទួលខុសត្រូវក្នុងការប្រមូលសេវាកម្មរបស់ Medicare ដែលមានការធានារ៉ាប់រង ហើយ Medicare មិនមែនជាអ្នកបង់ប្រាក់ចម្បងនោះទេ។ យោងតាមបទប្បញ្ញត្តិរបស់ CMS នៅ 42 CFR ផ្នែកទី 422.108 និងទី 423.462 គម្រោងរបស់យើងក្នុងនាមជាអង្គភាព Medicare Advantage មួយនឹង អនុវត្តសិទ្ធិស្តារឡើងវិញដូចគ្នា ដែលលេខាធិការអនុវត្តក្រោមបទប្បញ្ញត្តិរបស់ CMS នៅក្នុងផ្នែករង B ដល់ D នៃផ្នែកទី 411 នៃ 42 CFR ហើយច្បាប់ដែលបានបង្កើតឡើងនៅក្នុងផ្នែកនេះមានសុពលភាពជាង ច្បាប់រដ្ឋណាមួយផ្សេងទៀត។

**ផ្នែកទី 4 ការស្តារអត្ថប្រយោជន៍ដែលបង់ដោយគម្រោងរបស់យើងក្រោម
គម្រោង Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP) របស់អ្នក**

នៅពេលអ្នករងរបួស

ប្រសិនបើអ្នកធ្លាប់រងរបួស ឈឺ ឬវិវត្តទៅជាជំងឺតាមរយៈសកម្មភាពរបស់បុគ្គលផ្សេងទៀត ក្រុមហ៊ុន ឬ ខ្លួនអ្នក ("ភាគីទទួលខុសត្រូវ") គម្រោងរបស់យើងនឹងផ្តល់អត្ថប្រយោជន៍សម្រាប់សេវាកម្មដែលត្រូវ បានធានារ៉ាប់រងដែលអ្នកទទួលបាន។ ទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយ ប្រសិនបើអ្នកទទួលបានប្រាក់ ឬមាន សិទ្ធិទទួលបានប្រាក់ដោយសារតែការរងរបួស ជំងឺ ឬស្ថានភាពរបស់អ្នក មិនថាតាមរយៈការទូទាត់ ការវិនិច្ឆ័យ ឬការបង់ប្រាក់ផ្សេងទៀតដែលទាក់ទងនឹងការរងរបួស ជំងឺ ឬស្ថានភាពរបស់អ្នក គម្រោង របស់យើង នឹង/ឬអ្នកផ្តល់សេវាព្យាបាលរក្សាសិទ្ធិក្នុងការទាញយកតម្លៃនៃសេវាកម្មណាមួយដែលបានផ្តល់ ជូនអ្នកតាមរយៈគម្រោងនេះដោយអនុលោមតាមច្បាប់រដ្ឋជាធរមាន។

ដូចដែលបានប្រើនៅទូទាំងលក្ខខណ្ឌនេះ ពាក្យថា "ភាគីទទួលខុសត្រូវ" មានន័យថាបុគ្គល ឬអង្គភាព ណាមួយដែលពិតជា ឬជាសក្តានុពលក្នុងការទទួលខុសត្រូវចំពោះការរងរបួស ជំងឺ ឬស្ថានភាពរបស់អ្នក។ ពាក្យថាភាគីទទួលខុសត្រូវរួមបញ្ចូលទាំងការទទួលខុសត្រូវ ឬអ្នកធានាផ្សេងទៀតរបស់បុគ្គល ឬអង្គភាព ដែលទទួលខុសត្រូវ។

ឧទាហរណ៍មួយចំនួននៃរបៀបដែលអ្នកអាចរងរបួស ឈឺ ឬវិវត្តទៅជាជំងឺតាមរយៈសកម្មភាពរបស់ភាគី ទទួលខុសត្រូវរួមមានជាអាទិ៍៖

- អ្នកស្ថិតនៅក្នុងគ្រោះថ្នាក់ចរាចរណ៍
- អ្នករអិល និងដួលនៅក្នុងហាង ឬ
- អ្នកត្រូវប្រឈមនឹងសារធាតុគីមីដែលមានគ្រោះថ្នាក់នៅកន្លែងធ្វើការ។

សិទ្ធិទទួលបានមកវិញរបស់គម្រោងរបស់យើងអនុវត្តចំពោះចំនួនទឹកប្រាក់ណាមួយ និងទាំងអស់ដែល អ្នកទទួលបានពីភាគីដែលទទួលខុសត្រូវ រួមមានជាអាទិ៍៖

- ការទូទាត់ប្រាក់ដែលធ្វើឡើងដោយភាគីទីបី ឬក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងណាមួយក្នុងនាមភាគីទីបី
- ការធានារ៉ាប់រងលើអ្នកបើកបរដែលមិនមានការធានារ៉ាប់រង ឬមានការធានារ៉ាប់រងមិន គ្រប់គ្រាន់

ជំពូកទី 11: សេចក្តីជូនដំណឹងផ្នែកច្បាប់

- ការការពារការរងរបួសផ្ទាល់ខ្លួន គ្មានកំហុស ឬការធានារ៉ាប់រងរបស់ភាគីទីមួយផ្សេងទៀត។
- សំណងបុគ្គលិក ឬប្រាក់រង្វាន់ ឬការទូទាត់ទៅលើពិការភាព
- ការធានារ៉ាប់រងលើការបង់ប្រាក់លើផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រនៅក្រោមគោលការណ៍រថយន្ត នៅតាមបរិវេណ ឬការធានារ៉ាប់រងរបស់ម្ចាស់ផ្ទះ ឬការធានារ៉ាប់រងលើសពីការទទួលខុសត្រូវ។
- ការដោះស្រាយ ឬការវិនិច្ឆ័យណាមួយដែលទទួលបានពីពាក្យបណ្តឹង ឬចំណាត់ការផ្លូវច្បាប់ ផ្សេងទៀត ឬ
- ការបង់ប្រាក់ផ្សេងទៀតពីប្រភពផ្សេងទៀតដែលទទួលបានជាសំណងសម្រាប់សកម្មភាព ឬការខកខានរបស់ភាគីទទួលខុសត្រូវ។

តាមរយៈការទទួលយកអត្ថប្រយោជន៍ក្រោមគម្រោងនេះ អ្នកយល់ព្រមថាគម្រោងរបស់យើងមានសិទ្ធិជាអាទិភាពទីមួយនៃការជំនួស និងសំណងដែលក្លាបមកជាមួយនៅពេលដែលគម្រោងនេះបានបង់ប្រាក់អត្ថប្រយោជន៍សម្រាប់សេវាកម្មដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រង ដែលអ្នកបានទទួលដោយសារតែចំណាត់ការ ឬការធ្វេសប្រហែសរបស់ភាគីទទួលខុសត្រូវ ហើយអ្នក ឬអ្នកតំណាងរបស់អ្នកទទួលបានមកវិញ ឬមានសិទ្ធិទទួលបានមកវិញនូវចំនួនណាមួយពីភាគីទទួលខុសត្រូវ។

តាមរយៈការទទួលយកអត្ថប្រយោជន៍នៅក្រោមគម្រោងនេះ អ្នក (i) ប្រគល់សិទ្ធិរបស់អ្នកទៅគម្រោងរបស់យើងក្នុងការទទួលបានមកវិញនូវការចំណាយផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រពីការធានារ៉ាប់រងណាមួយដែលមានរហូតដល់ថ្លៃចំណាយពេញលេញនៃសេវាកម្មដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងទាំងអស់ដែលផ្តល់ដោយគម្រោងទាក់ទងនឹងរបួស ជំងឺ ឬស្ថានភាពរបស់អ្នក និង (ii) អ្នកយល់ព្រមជាពិសេសដើម្បីណែនាំដល់ភាគីដែលទទួលខុសត្រូវឱ្យសងគម្រោងដោយផ្ទាល់ជំនួសអ្នក។

តាមរយៈការទទួលយកអត្ថប្រយោជន៍នៅក្រោមគម្រោងនេះ អ្នកផ្តល់ឱ្យគម្រោងរបស់យើងនូវការទាមទារជាអាទិភាពទីមួយលើការទទួលបានមកវិញនូវការទូទាត់ ឬការវិនិច្ឆ័យ ឬប្រភពនៃសំណងផ្សេងទៀត និងការទូទាត់សងទាំងអស់សម្រាប់ថ្លៃចំណាយពេញលេញនៃអត្ថប្រយោជន៍សម្រាប់សេវាកម្មដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដែលបានបង់ប្រាក់នៅក្រោមគម្រោងដែលទាក់ទងនឹងការរងរបួស ជំងឺ ឬស្ថានភាពរបស់អ្នកដោយសារតែសកម្មភាព ឬការខកខានរបស់ភាគីដែលទទួលខុសត្រូវ។ អាទិភាពនេះអនុវត្តដោយមិនគិតថា តើចំនួនទឹកប្រាក់ត្រូវបានកំណត់យ៉ាងជាក់លាក់ថាជាការទទួលបានមកវិញសម្រាប់ការចំណាយផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ និងដោយមិនគិតថា តើអ្នកទទួលបានប្រាក់សំណងទាំងស្រុង ឬពេញលេញសម្រាប់ការបាត់បង់របស់អ្នកឬទេនោះឡើយ។ គម្រោងរបស់យើងអាចទទួលបានមកវិញនូវថ្លៃចំណាយពេញលេញនៃអត្ថប្រយោជន៍ទាំងអស់ដែលផ្តល់ដោយគម្រោងនេះដោយមិនគិតពីការទាមទារសំណងណាមួយពីសំណាក់អ្នក មិនថាតាមរយៈការធ្វេសប្រហែសប្រៀបធៀប ឬបើផ្សេងណាមួយទៀត។ មិនមានថ្លៃសេវាមេធាវីអាចនឹងត្រូវកាត់ចេញពីការទទួលបានមកវិញរបស់គម្រោងរបស់យើងទេ ហើយគម្រោងរបស់យើងមិនតម្រូវឱ្យអ្នកបង់ប្រាក់ ឬរួមចំណែកក្នុងការបង់ថ្លៃចំណាយតុលាការ ឬថ្លៃសេវាមេធាវីសម្រាប់មេធាវីដែលបានជួលឱ្យបន្តការទាមទារសំណង ឬប្តឹងប្រឆាំងនឹងភាគីដែលទទួលខុសត្រូវណាមួយនោះឡើយ។

ជំពូកទី 11: សេចក្តីជូនដំណឹងផ្នែកច្បាប់

ជំហានដែលអ្នកត្រូវតែអនុវត្ត

ប្រសិនបើអ្នករងរបួស ឈឺ ឬវិវត្តទៅជាជំងឺដោយសារតែភាគីដែលទទួលខុសត្រូវ អ្នកត្រូវតែសហការជាមួយគម្រោងរបស់យើង និង/ឬកិច្ចខិតខំប្រឹងប្រែងរបស់អ្នកផ្តល់សេវាព្យាបាលដើម្បីទទួលបានមកវិញនូវការចំណាយរបស់វា រួមមាន៖

- ប្រាប់គម្រោងរបស់យើង ឬអ្នកផ្តល់សេវាព្យាបាលតាមដែលអាចអនុវត្តបាន ឈ្មោះ និងអាសយដ្ឋានរបស់ភាគីទទួលខុសត្រូវ និង/ឬមេធាវីរបស់គាត់ ប្រសិនបើអ្នកដឹង ឈ្មោះ និងអាសយដ្ឋានរបស់មេធាវីរបស់អ្នក ប្រសិនបើអ្នកកំពុងប្រើប្រាស់មេធាវី ឈ្មោះ និងអាសយដ្ឋានរបស់ក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងណាមួយដែលពាក់ព័ន្ធ និងការពិពណ៌នាអំពីរបៀបដែលការរងរបួសជំងឺ ឬលក្ខខណ្ឌត្រូវបានបង្កឡើង។
- ការបំពេញឯកសារណាមួយដែលគម្រោងរបស់យើង ឬអ្នកផ្តល់សេវាព្យាបាលអាចទាមទារដោយសមហេតុផលដើម្បីជួយក្នុងការអនុវត្តការជម្រះសំណង ឬសិទ្ធិក្នុងការទទួលបានមកវិញ។
- ការឆ្លើយតបភ្លាមៗទៅនឹងសំណួរពីគម្រោងរបស់យើង ឬអ្នកផ្តល់សេវាព្យាបាលអំពីស្ថានភាពនៃករណី ឬការទាមទារសំណង និងការពិភាក្សាអំពីការទូទាត់ណាមួយ។
- ជូនដំណឹងអំពីគម្រោងរបស់យើងភ្លាមៗនៅពេលអ្នក ឬមេធាវីរបស់អ្នកដែលទទួលបានប្រាក់ពីភាគីទទួលខុសត្រូវ ឬប្រភពផ្សេងទៀត។
- ការបង់ប្រាក់សំណងសុខភាព ឬចំនួនសងវិញទៅគម្រោងព្យាបាលពីប្រាក់សំណង ឯកភាពចរចា ឬការកាត់សេចក្តីណាមួយ ឬប្រភពសំណងផ្សេងទៀត រួមទាំងការទូទាត់សំណងទាំងអស់ដោយសារតែគម្រោងរបស់យើងសម្រាប់ថ្លៃចំណាយពេញលេញនៃអត្ថប្រយោជន៍ដែលបានបង់ក្រោមគម្រោងដែលទាក់ទងនឹងការរងរបួស ជំងឺ ឬស្ថានភាពរបស់អ្នកដោយសារតែភាគីទទួលខុសត្រូវដោយមិនគិតពីថាតើបានកំណត់អត្តសញ្ញាណជាសះស្បើយសម្រាប់ការចំណាយផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ និងដោយមិនគិតពីថាតើអ្នកទទួលបានសំណងទាំងស្រុង ឬពេញលេញសម្រាប់ការបាត់បង់របស់អ្នកដែរឬទេ
- មិនធ្វើអ្វីដើម្បីប៉ះពាល់ដល់សិទ្ធិរបស់គម្រោងរបស់យើងដូចមានចែងខាងលើទេ។ នេះរួមមានជាអាទិ៍ ការជៀសវាងពីការប៉ុនប៉ងណាមួយដើម្បីកាត់បន្ថយ ឬដកចេញពីការទូទាត់ ឬការទទួលបានមកវិញនូវថ្លៃចំណាយពេញលេញនៃអត្ថប្រយោជន៍ទាំងអស់ដែលបង់ដោយគម្រោង ឬការប៉ុនប៉ងណាមួយដើម្បីបដិសេធគម្រោងរបស់យើងដែលជាសិទ្ធិអាទិភាពទីមួយរបស់ខ្លួនចំពោះការទទួលបានប្រាក់មកវិញ ឬសំណង។
- ការរក្សាទុកប្រាក់ណាមួយដែលអ្នក ឬមេធាវីរបស់អ្នកទទួលបានពីភាគីទទួលខុសត្រូវ ឬប្រភពផ្សេងទៀត ដោយការទុកចិត្ត និងការផ្តល់សំណងដល់គម្រោងរបស់យើង ឬអ្នកផ្តល់សេវាព្យាបាលតាមដែលអាចអនុវត្តបាន សម្រាប់ចំនួនទឹកប្រាក់ដែលទទួលបានមកវិញដោយសារតែគម្រោងភ្លាមៗ នៅពេលដែលអ្នកត្រូវបានបង់ និងមុនការបង់ប្រាក់របស់អ្នកទាមទារសំណង ឬភាគីទីបីដែលកើតមានឡើងផ្សេងទៀតដែលទាមទារសិទ្ធិក្នុងការទទួលបានប្រាក់មកវិញ។
- អ្នកតម្រូវឱ្យសហការជាមួយយើងខ្ញុំក្នុងការបន្តការទទួលបានឡើងវិញដូចនេះ ឬការបង់ប្រាក់លើស។

ជំពូកទី 11: សេចក្តីជូនដំណឹងផ្នែកច្បាប់

ផ្នែកទី 5 បណ្តាសមាជិកភាព

បណ្តាសមាជិកភាពដែលចេញដោយគម្រោងរបស់យើងក្រោមភស្តុតាងនៃការធានារ៉ាប់រងនេះគឺសម្រាប់គោលបំណងកំណត់អត្តសញ្ញាណតែប៉ុណ្ណោះ។ ការកាន់កាប់បណ្តាសមាជិកភាពមិនផ្តល់សិទ្ធិណាមួយចំពោះសេវាកម្ម ឬអត្ថប្រយោជន៍ផ្សេងទៀតក្រោម ភស្តុតាងនៃការធានារ៉ាប់រងនេះទេ។ ដើម្បីមានសិទ្ធិទទួលបានសេវាកម្ម ឬអត្ថប្រយោជន៍ក្រោមភស្តុតាងនៃការធានារ៉ាប់រងនេះ ម្ចាស់បណ្តាត្រូវតែមានសិទ្ធិទទួលបានការធានារ៉ាប់រង ហើយត្រូវបានចុះឈ្មោះជាសមាជិកក្រោមភស្តុតាងនៃការធានារ៉ាប់រងនេះ។ បុគ្គលណាម្នាក់ទទួលបានសេវាកម្មដែលគាត់មិនមានសិទ្ធិទទួលបានក្រោមភស្តុតាងនៃការធានារ៉ាប់រងនេះនឹងទទួលខុសត្រូវចំពោះការទូទាត់សម្រាប់សេវាកម្មទាំងនោះ។ សមាជិកត្រូវតែបង្ហាញបណ្តាសមាជិកភាពរបស់គម្រោង មិនមែនបណ្តា Medicare នៅពេលបម្រើសេវាកម្មនោះទេ។ សូមទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិកតាមរយៈលេខ 1-888-846-4262 (TTY: 711) ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយសម្រាប់បណ្តាសមាជិកភាពរបស់អ្នក។

ចំណាំ៖ សមាជិកណាម្នាក់ដែលអនុញ្ញាតឱ្យមានការរំលោភបំពាន ឬប្រើប្រាស់បណ្តាសមាជិកមិនត្រឹមត្រូវអាចត្រូវបានលុបឈ្មោះចេញដោយសារមូលហេតុនោះ។ គម្រោងរបស់យើងត្រូវបានគម្រូវឱ្យរាយការណ៍អំពីការលុបឈ្មោះចេញដែលបណ្តាលមកពីការរំលោភបំពានលើបណ្តាសមាជិកភាព ឬការប្រើប្រាស់មិនត្រឹមត្រូវទៅការិយាល័យអធិការកិច្ច ដែលអាចបណ្តាលឱ្យមានការកាត់ទោសព្រហ្មទណ្ឌ។

ផ្នែកទី 6 អ្នកម៉ៅការងារករ

ទំនាក់ទំនងរវាងគម្រោងរបស់យើង និងអ្នកផ្តល់សេវាដែលចូលរួមនីមួយៗគឺជាទំនាក់ទំនងអ្នកម៉ៅការងារករ។ អ្នកផ្តល់សេវាដែលចូលរួមមិនមែនជានិយោជិក ឬភ្នាក់ងារនៃគម្រោងរបស់យើងទេ ហើយទាំងគម្រោងរបស់យើង ឬនិយោជិកណាមួយនៃគម្រោងរបស់យើង គឺមិនមែនជានិយោជិក ឬភ្នាក់ងាររបស់អ្នកផ្តល់សេវាដែលចូលរួមនោះទេ។ ក្នុងករណីណាក៏ដោយ គម្រោងរបស់យើងនឹងមិនទទួលខុសត្រូវចំពោះការធ្វេសប្រហែស ការប្រព្រឹត្តខុស ឬការខកខានរបស់អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពដែលចូលរួម ឬអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពផ្សេងទៀតឡើយ។ គ្រូពេទ្យដែលចូលរួម និងមិនមែនជាគម្រោងរបស់យើងទេ រក្សាទំនាក់ទំនងរវាងគ្រូពេទ្យ និងអ្នកជំងឺជាមួយសមាជិក។ គម្រោងរបស់យើងមិនមែនជាអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពទេ។

ផ្នែកទី 7 ការលួចបន្លំគម្រោងថែទាំសុខភាព

ការក្លែងបន្លំគម្រោងថែទាំសុខភាព ត្រូវបានកំណត់ថាជាការបោក ឬផ្លែងបោកប្រាស់ដល់គម្រោងដោយអ្នកផ្តល់សេវា សមាជិក និយោជក ឬបុគ្គលណាមួយដែលបន្តធ្វើជាពួកគេ។ វាជាបទឧក្រិដ្ឋដែលអាចកាត់ទោសបាន។ ជាឧទាហរណ៍ បុគ្គលណាមួយដែលចូលរួមដោយចិត្តងងឹត ឬដោយចេតនានៅក្នុងសកម្មភាព ដែលប៉ុនប៉ងបោកគម្រោងថែទាំសុខភាព តាមរយៈការដាក់ពាក្យទាមទារសំណងដែលមានសេចក្តីរាយការណ៍មិនពិត ឬបោកប្រាស់អាចមានទោសពីបទការលួចបន្លំគម្រោងថែទាំសុខភាព។

ប្រសិនបើអ្នកមានការព្រួយបារម្ភអំពីការគិតថ្លៃណាមួយដែលបង្ហាញនៅលើវិក្កយបត្រ ឬទម្រង់បែបបទនៃការពន្យល់អំពីអត្ថប្រយោជន៍ ឬប្រសិនបើអ្នកដឹង ឬសង្ស័យអំពីសកម្មភាពខុសច្បាប់ណាមួយ សូមទូរសព្ទទៅខ្សែទូរសព្ទទាន់ហេតុការណ៍សម្រាប់ការក្លែងបន្លំដោយឥតគិតថ្លៃរបស់គម្រោងរបស់យើងតាមរយៈលេខ 1-866-685-8664 (TTY: 711)។ ខ្សែទូរសព្ទនៃការលួចបន្លំប្រតិបត្តិការ 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ រាល់ការហៅទូរសព្ទនឹងរក្សាជាការសម្ងាត់បំផុត។

ជំពូកទី 11: សេចក្តីជូនដំណឹងផ្នែកច្បាប់

ផ្នែកទី 8 កាលៈទេសៈដែលហួសពីការគ្រប់គ្រងរបស់គម្រោង

ក្នុងវិសាលភាពដែលគ្រោះមហន្តរាយធម្មជាតិ សង្គ្រាម កុហ្សកម្ម ការបះបោរស៊ីវិល ការរាតត្បាត ការបំផ្លិចបំផ្លាញទាំងស្រុង ឬដោយផ្នែកនៃមណ្ឌលថែទាំ ការផ្ទុះអាតូម ឬការបញ្ចេញថាមពលនុយក្លេអ៊ែរផ្សេងទៀត ពិការភាពនៃបុគ្គលិកក្រុមវេជ្ជសាស្ត្រសំខាន់ៗ ស្ថានភាពគ្រោះអាសន្ន ឬព្រឹត្តិការណ៍ស្រដៀងគ្នាផ្សេងទៀត ដែលមិនស្ថិតនៅក្នុងការគ្រប់គ្រងនៃគម្រោងរបស់យើង លទ្ធផលនៅក្នុងមណ្ឌលថែទាំ ឬបុគ្គលិករបស់គម្រោងរបស់យើង ដែលមិនមានដើម្បីផ្តល់ ឬរៀបចំសម្រាប់សេវាកម្ម ឬអត្ថប្រយោជន៍ក្រោម ភស្តុតាងនៃការធានារ៉ាប់រងនេះ កាតព្វកិច្ចរបស់គម្រោងក្នុងការផ្តល់សេវាកម្ម ឬអត្ថប្រយោជន៍បែបនេះនឹងត្រូវបានកំណត់ចំពោះតម្រូវការដែលគម្រោងរបស់យើងធ្វើឱ្យមានកិច្ចខិតខំប្រឹងប្រែងដោយស្មោះត្រង់ក្នុងការផ្តល់ ឬរៀបចំសម្រាប់ការផ្តល់សេវាកម្ម ឬអត្ថប្រយោជន៍ទាំងនោះក្នុងអំឡុងពេលអាចរកបានបច្ចុប្បន្ននៃមណ្ឌលថែទាំ ឬបុគ្គលិករបស់ខ្លួន។

ជំពូកទី 12: និយមន័យ

មជ្ឈមណ្ឌលរក្សាចល័ត – មជ្ឈមណ្ឌលរក្សាចល័តគឺជាអង្គភាពដែលប្រតិបត្តិការផ្តាច់មុខសម្រាប់គោលបំណងផ្តល់សេវារក្សាចល័តដល់អ្នកជំងឺមិនស្អាតព្យាបាលដល់អ្នកជំងឺដែលមិនត្រូវការសម្រាកព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យ ហើយការរំពឹងទុករបស់ពួកគេនៅក្នុងមជ្ឈមណ្ឌលមិនលើសពី 24 ម៉ោងឡើយ។

បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ – បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍គឺជាអ្វីដែលអ្នកធ្វើ ប្រសិនបើអ្នកមិនយល់ស្របនឹងសេចក្តីសម្រេចរបស់យើងក្នុងការបដិសេធសំណើសម្រាប់ការធានារ៉ាប់រងសេវាថែទាំសុខភាព ឬឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជា ឬការទូទាត់សម្រាប់សេវា ឬឱសថដែលអ្នកបានទទួលរួចហើយ។ អ្នកក៏អាចដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ផងដែរ ប្រសិនបើអ្នកមិនយល់ស្របនឹងសេចក្តីសម្រេចរបស់យើងក្នុងការបញ្ឈប់សេវាកម្មដែលអ្នកកំពុងទទួលបាន។

រយៈពេលអត្ថប្រយោជន៍ – វិធីដែលទាំងគម្រោងរបស់យើង និង Original Medicare វាស់វែងការប្រើប្រាស់សេវាមណ្ឌលថែទាំជំនាញ (SNF) របស់អ្នក។ រយៈពេលអត្ថប្រយោជន៍ចាប់ផ្តើមនៅថ្ងៃដែលអ្នកចូលមណ្ឌលថែទាំជំនាញ។ រយៈពេលអត្ថប្រយោជន៍បញ្ចប់នៅពេលដែលអ្នកមិនបានទទួលការថែទាំជំនាញណាមួយនៅក្នុង SNF សម្រាប់រយៈពេល 60 ថ្ងៃជាប់ៗគ្នា។ ប្រសិនបើអ្នកចូលទៅកាន់មណ្ឌលថែទាំជំនាញបន្ទាប់ពីរយៈពេលអត្ថប្រយោជន៍មួយបានបញ្ចប់ រយៈពេលអត្ថប្រយោជន៍ថ្មីនឹងចាប់ផ្តើម។ មិនមានដែនកំណត់ចំពោះចំនួននៃរយៈពេលអត្ថប្រយោជន៍នោះទេ។

ផលិតផលជីវសាស្ត្រ - ឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាដែលត្រូវបានផលិតពីប្រភពធម្មជាតិ និងនៅរស់ដូចជា កោសិកាសត្វ កោសិកាប្រូតូដាតា បាក់តេរី ឬមេងប៉េដាដេម។ ផលិតផលជីវសាស្ត្រមានភាពស្មុគស្មាញជាងឱសថដទៃទៀត ហើយមិនអាចចម្លងបានច្បាស់លាស់ទេ ដូច្នេះទម្រង់ផ្សេងទៀតត្រូវបានគេហៅថា ផលិតផលជីវសាស្ត្រស្រដៀងគ្នា (សូមចូលទៅកាន់ “ផលិតផលជីវសាស្ត្រដើម” និង “ផលិតផលជីវសាស្ត្រស្រដៀងគ្នាផលិតផលជីវសាស្ត្រស្រដៀងគ្នា”)។

ផលិតផលជីវសាស្ត្រស្រដៀងគ្នា – ផលិតផលជីវសាស្ត្រដែលមានភាពស្រដៀងគ្នាខ្លាំង ប៉ុន្តែមិនដូចគ្នាទៅនឹងផលិតផលជីវសាស្ត្រដើមទេ។ ផលិតផលជីវសាស្ត្រស្រដៀងគ្នាមានសុវត្ថិភាព និងមានប្រសិទ្ធភាពដូចនឹងផលិតផលជីវសាស្ត្រដើមដែរ។ ផលិតផលជីវសាស្ត្រស្រដៀងគ្នាមួយចំនួនអាចត្រូវបានប្រើជំនួសផលិតផលជីវសាស្ត្រដើមនៅតាមឱសថស្ថានដោយមិនចាំបាច់មានវេជ្ជបញ្ជាថ្មី (សូមចូលមើល “ផលិតផលជីវសាស្ត្រស្រដៀងគ្នាដែលអាចប្តូរជំនួសបាន”)។

ឱសថមានឈ្មោះម៉ាកយីហោ– ឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាដែលត្រូវបានផលិត និងលក់ដោយក្រុមហ៊ុនឱសថដែលបានស្រាវជ្រាវ និងបង្កើតឱសថនេះពីដើម។ ឱសថមានម៉ាកយីហោមានរូបមន្តសមាសធាតុសកម្មដូចគ្នាទៅនឹងឱសថទូទៅ។ ទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយ ឱសថទូទៅត្រូវបានផលិត និងលក់ដោយក្រុមហ៊ុនផលិតឱសថផ្សេងទៀត ហើយជាទូទៅមិនអាចរកបានរហូតដល់ក្រោយពេលប៉ាតង់លើឱសថមានម៉ាកយីហោបានផុតកំណត់។

ជំពូកទី 12: និយមន័យ

ដំណាក់កាលធានារ៉ាប់រងលើគ្រោះមហន្តរាយ – ដំណាក់កាលនៅក្នុងអត្ថប្រយោជន៍ឱសថផ្នែក D ដែលចាប់ផ្តើមនៅពេលអ្នក (ឬភាគីដែលមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ផ្សេងទៀតជំនួសឱ្យអ្នក) បានចំណាយ \$2,100 សម្រាប់ឱសថដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងផ្នែក D ក្នុងអំឡុងពេលដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រង។ ក្នុងដំណាក់កាលទូទាត់នេះ អ្នកមិនត្រូវបង់ថ្លៃអ្វីទាំងអស់សម្រាប់ឱសថផ្នែក D ដែលមានការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នក។

មជ្ឈមណ្ឌលសេវាកម្ម Medicare និង Medicaid (CMS) – ទីភ្នាក់ងារសហព័ន្ធដែលគ្រប់គ្រង Medicare។

ការធានារ៉ាប់រងរួម – ចំនួនទឹកប្រាក់ដែលអ្នកអាចនឹងតម្រូវឱ្យបង់ ដែលបានបង្ហាញជាចំនួនភាគរយ (ឧទាហរណ៍ 20%) ជាចំណែកនៃថ្លៃចំណាយរបស់អ្នកសម្រាប់សេវាកម្ម ឬឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជា។

បណ្តឹងតវ៉ា— ឈ្មោះផ្លូវការសម្រាប់ការដាក់បណ្តឹងគឺ**ការដាក់បណ្តឹងសាទុក្ខ**។ ដំណើរការបណ្តឹងតវ៉ាត្រូវបានប្រើសម្រាប់តែប្រភេទនៃបញ្ហាជាក់លាក់ប៉ុណ្ណោះ។ នេះរួមបញ្ចូលទាំងបញ្ហាទាក់ទងនឹងគុណភាពនៃការថែទាំ ពេលវេលារង់ចាំ និងសេវាកម្មអតិថិជនដែលអ្នកទទួលបាន។ វាក៏រួមបញ្ចូលទាំងបណ្តឹងតវ៉ាប្រសិនបើគម្រោងរបស់យើងមិនអនុវត្តតាមរយៈពេលនៅក្នុងដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍។

មន្ទីរស្តារនីតិសម្បទាសម្រាប់អ្នកជំងឺមិនសម្រាកព្យាបាលដ៏ទូលំទូលាយ (CORF) – ជាមណ្ឌលដែលផ្តល់សេវាស្តារនីតិសម្បទាជាចម្បងបន្ទាប់ពីមានជំងឺ ឬរបួស រួមទាំងការព្យាបាលដោយចលនា សេវាសង្គម ឬផ្លូវចិត្ត ការព្យាបាលផ្លូវដង្ហើម ការព្យាបាលដោយសកម្មភាពការងារ និងសេវាកម្មរោគវិទ្យានៃការនិយាយ និងសេវាវាយតម្លៃបរិស្ថានតាមផ្ទះ។

ការបង់ប្រាក់រួម (ឬបង់ប្រាក់រួម) – ចំនួនទឹកប្រាក់ដែលអ្នកអាចនឹងតម្រូវឱ្យបង់ជាចំណែកនៃថ្លៃចំណាយរបស់អ្នកសម្រាប់សេវាកម្មវេជ្ជសាស្ត្រ ឬការផ្គត់ផ្គង់ ដូចជាការជួបពិគ្រោះជាមួយវេជ្ជបណ្ឌិត ការជួបពិគ្រោះជាមួយអ្នកជំងឺមិនស្នាក់ព្យាបាល ឬឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជា។ ការបង់ថ្លៃរួមគឺជាចំនួនទឹកប្រាក់ដែលបានកំណត់ (ឧទាហរណ៍ \$10) ជាជាងភាគរយ។

ការចែករំលែកថ្លៃចំណាយ – ការចែករំលែកថ្លៃចំណាយសំដៅលើចំនួនទឹកប្រាក់ដែលសមាជិកត្រូវបង់នៅពេលទទួលបានសេវាកម្ម ឬឱសថ។ ការចែករំលែកថ្លៃចំណាយរួមបញ្ចូលទាំងការបន្សុំនៃការទូទាត់ 3 ប្រភេទដូចខាងក្រោម៖ (1) ចំនួនទឹកប្រាក់ដែលត្រូវកាត់កងបានណាមួយដែលគម្រោងអាចដាក់មុនពេលសេវាកម្ម ឬឱសថត្រូវបានធានារ៉ាប់រង (2) ចំនួនបង់ថ្លៃរួមថ្លៃដែលគម្រោងតម្រូវឱ្យមាននៅពេលទទួលបានជាក់លាក់ ឬ (3) ចំនួនទឹកប្រាក់ធានារ៉ាប់រងរួមណាមួយ ជាភាគរយនៃចំនួនសរុបដែលបានបង់សម្រាប់គម្រោងដែលគម្រោងតម្រូវឱ្យមាននៅពេលទទួលបានជាក់លាក់។

ការកំណត់លើការធានារ៉ាប់រង – សេចក្តីសម្រេចថាតើឱសថដែលមានវេជ្ជបញ្ជាសម្រាប់អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយគម្រោងរបស់យើង និងចំនួនទឹកប្រាក់ ប្រសិនបើមាន អ្នកត្រូវបានតម្រូវឱ្យបង់ថ្លៃឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាដែរឬទេ។ ជាទូទៅ ប្រសិនបើអ្នកនាំយកវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកទៅឱសថស្ថាន ហើយឱសថស្ថានប្រាប់អ្នកថាវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកមិនត្រូវបានធានារ៉ាប់រងក្រោមគម្រោងរបស់យើងទេ នោះមិនមែនជាការកំណត់លើការធានារ៉ាប់រងទេ។ អ្នកត្រូវទូរសព្ទ ឬសរសេរទៅកាន់គម្រោងរបស់យើង ដើម្បីស្នើសុំសេចក្តីសម្រេចជាផ្លូវការអំពីការធានារ៉ាប់រង។ ការកំណត់លើការធានារ៉ាប់រងត្រូវបានគេហៅថា**សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង** នៅក្នុងឯកសារនេះ។

ឱសថដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រង – ពាក្យដែលយើងប្រើសំដៅទៅលើឱសថទាំងអស់ដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយគម្រោងរបស់យើង។

ជំពូកទី 12: និយមន័យ

សេវាកម្មដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រង - ពាក្យដែលយើងប្រើសំដៅទៅលើសេវាថែទាំសុខភាព និងសម្ភារៈផ្គត់ផ្គង់ទាំងអស់ដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយគម្រោងរបស់យើង។

ការធានារ៉ាប់រងលើឱសថដែលមានវេជ្ជបញ្ជាដែលអាចជឿទុកចិត្តបាន - ការធានារ៉ាប់រងលើឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជា (ឧទាហរណ៍ពិនិយោជក ឬសហជីព) ដែលត្រូវបានគេរំពឹងថានឹងបង់ប្រាក់ជាមធ្យមយ៉ាងហោចណាស់ស្មើនឹងការធានារ៉ាប់រងលើឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាកម្រិតស្តង់ដាររបស់ Medicare។ អ្នកដែលមានការធានារ៉ាប់រងប្រភេទនេះនៅពេលពួកគេមានសិទ្ធិទទួលបាន Medicare ជាទូទៅអាចរក្សាការធានារ៉ាប់រងនោះដោយមិនចាំបាច់បង់ប្រាក់ពិន័យទេ ប្រសិនបើពួកគេសម្រេចចិត្តចុះឈ្មោះក្នុងការធានារ៉ាប់រងលើឱសថដែលមានវេជ្ជបញ្ជារបស់ Medicare នៅពេលក្រោយ។

ការថែទាំជាអាណាព្យាបាល - ការថែទាំជាអាណាព្យាបាលគឺជាការថែទាំផ្ទាល់ខ្លួនដែលត្រូវបានផ្តល់ជូននៅក្នុងមណ្ឌលថែទាំជំងឺ មណ្ឌលថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយ ឬមជ្ឈមណ្ឌលផ្សេងទៀតនៅពេលដែលអ្នកមិនត្រូវការការថែទាំផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដែលមានជំនាញ ឬការថែទាំពិគិលានុបដ្ឋាយិកាដែលមានជំនាញ។ ការថែទាំជាអាណាព្យាបាល ដែលផ្តល់ដោយមនុស្សដែលមិនមានជំនាញវិជ្ជាជីវៈ ឬការបណ្តុះបណ្តាល រួមមានជំនួយក្នុងសកម្មភាពនៃការរស់នៅប្រចាំថ្ងៃ ដូចជាការដូតទឹក ការស្លៀកពាក់ ការបរិភោគ ការចូល ឬការចេញពីគ្រែ ឬកៅអី ការផ្លាស់ទីជុំវិញ និងការប្រើប្រាស់បន្ទប់ទឹកជាដើម។ ការថែទាំនោះក៏អាចរួមបញ្ចូលការថែទាំដែលទាក់ទងនឹងសុខភាពប្រភេទនេះដែលមនុស្សភាគច្រើនធ្វើបានដោយខ្លួនឯង ដូចជាការប្រើប្រាស់ថ្នាំបន្តក់ភ្នែកជាដើម។ Medicare មិនបង់ប្រាក់សម្រាប់ការថែទាំជាអាណាព្យាបាលទេ។

អត្រាចែករំលែកថ្លៃចំណាយប្រចាំថ្ងៃ - អត្រាចែករំលែកថ្លៃចំណាយប្រចាំថ្ងៃ អាចត្រូវបានអនុវត្តនៅពេលដែលវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាគិតថាជាការផ្គត់ផ្គង់ឱសថជាក់លាក់មួយខែពេញសម្រាប់អ្នកហើយអ្នកត្រូវបានគម្របដណ្តប់ដោយការបង់ថ្លៃរួម។ អត្រាចែករំលែកថ្លៃចំណាយប្រចាំថ្ងៃគឺជាការបង់ថ្លៃរួមដែលបែងចែកដោយចំនួនថ្ងៃក្នុងការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេលមួយខែ។ នេះគឺជាឧទាហរណ៍៖ ប្រសិនបើការបង់ថ្លៃរួមរបស់អ្នកសម្រាប់ការផ្គត់ផ្គង់ឱសថរយៈពេលមួយខែរបស់អ្នកគឺ \$30 ហើយការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេលមួយខែនៅក្នុងគម្រោង របស់យើងគឺ 30 ថ្ងៃ នោះអត្រាចែករំលែកថ្លៃចំណាយប្រចាំថ្ងៃរបស់អ្នកគឺ \$1 ក្នុងមួយថ្ងៃ។

ប្រាក់ដែលត្រូវកាត់កង - ចំនួនទឹកប្រាក់ដែលអ្នកត្រូវតែបង់សម្រាប់ការថែទាំសុខភាព ឬវេជ្ជបញ្ជា មុនពេលគម្រោងរបស់យើងបង់ប្រាក់ឱ្យ។

លុបឈ្មោះចេញ ឬ ការលុបឈ្មោះចេញ - ដំណើរការនៃការបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់អ្នកនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើង។

ថ្លៃលើការចែកចាយ - ថ្លៃសេវាដែលត្រូវគិតថ្លៃរាល់ពេលដែលឱសថដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងត្រូវបានចែកចាយដើម្បីបង់ថ្លៃសម្រាប់ការបើកឱសថមានវេជ្ជបញ្ជា ដូចជាពេលវេលារបស់ឱសថក្នុងការរៀបចំ និងវេចខ្ចប់ឱសថមានវេជ្ជបញ្ជា។

គម្រោង Dual Eligible Special Needs Plans (D-SNP) - DSNP ចុះឈ្មោះអ្នកដែលមានសិទ្ធិទទួលបានទាំង Medicare (ចំណងជើងទី XVIII នៃច្បាប់សន្តិសុខសង្គម) និងជំនួយផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រពីគម្រោងរដ្ឋក្រោម Medicaid (ចំណងជើងទី XIX)។ រដ្ឋធានារ៉ាប់រងលើថ្លៃចំណាយរបស់ Medicare មួយចំនួន ឬទាំងអស់ ដោយអាស្រ័យលើរដ្ឋ និងសិទ្ធិទទួលបានរបស់បុគ្គលនោះ។

បុគ្គលដែលមានសិទ្ធិទទួលបានទាំងពីរ - បុគ្គលដែលមានសិទ្ធិទទួលបានការធានារ៉ាប់រងពី Medicare និង Medicaid។

ជំពូកទី 12: និយមន័យ

បរិក្ខារវេជ្ជសាស្ត្រដែលប្រើជាប់បានយូរ (DME) – បរិក្ខារវេជ្ជសាស្ត្រមួយចំនួនដែលត្រូវបានបញ្ជាទិញដោយ វេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកសម្រាប់ហេតុផលវេជ្ជសាស្ត្រ។ ឧទាហរណ៍រួមមានឧបករណ៍ជំនួយការដើរ រទេះរុញ ឈើច្រក់ ប្រព័ន្ធពូកដើរដោយថាមពល សម្ភារៈផ្គត់ផ្គង់ជំងឺទឹកនោមផ្អែម ម៉ាស៊ីនចាក់ថ្នាំ IV ឧបករណ៍ បង្កើតការនិយាយ ឧបករណ៍អុកស៊ីសែន ម៉ាស៊ីនឆ្កែ ឬគ្រែមន្ទីរពេទ្យដែលបញ្ជាទិញដោយអ្នកផ្តល់សេវា សម្រាប់ប្រើប្រាស់ក្នុងផ្ទះ។

ភាពអាសន្ន – ភាពអាសន្នផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រគឺនៅពេលដែលអ្នក ឬបុគ្គលណាម្នាក់ដែលមានការប្រុងប្រយ័ត្ន ផ្សេងទៀតដែលមានចំណេះដឹងជាមធ្យមអំពីសុខភាព និងថ្នាំ ជឿថាអ្នកមានរោគសញ្ញាវេជ្ជសាស្ត្រ ដែលត្រូវការការយកចិត្តទុកដាក់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រភ្លាមៗ ដើម្បីបង្ការការបាត់បង់ជីវិត (ហើយប្រសិនបើ អ្នកជាស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ ការបាត់បង់កូនក្នុងផ្ទៃ) ការបាត់បង់អវយវៈ ឬការបាត់បង់មុខងារនៃអវយវៈ ឬ ការបាត់បង់ ឬការចុះខ្សោយធ្ងន់ធ្ងរនៃមុខងាររាងកាយ។ រោគសញ្ញាវេជ្ជសាស្ត្រអាចជាជំងឺ ការរងរបួស ការឈឺចាប់ធ្ងន់ធ្ងរ ឬស្ថានភាពវេជ្ជសាស្ត្រដែលកាន់តែធ្ងន់ធ្ងរទៅៗយ៉ាងឆាប់រហ័ស។

ការថែទាំក្នុងស្ថានភាពអាសន្ន – សេវាដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដែលមានដូចជា៖ 1) ផ្តល់ជូនដោយអ្នក ផ្តល់សេវាដែលមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ដើម្បីផ្តល់សេវាក្នុងស្ថានភាពអាសន្ន និង 2) ចាំបាច់ដើម្បី ព្យាបាល វាយតម្លៃ ឬរក្សាស្ថានភាពវេជ្ជសាស្ត្រផ្នែកសង្គ្រោះបន្ទាន់។

កស្តតាងនៃការធានារ៉ាប់រង (EOC) និងបង្ហាញចេញព័ត៌មាន – ឯកសារនេះរួមជាមួយនឹងទម្រង់បែបបទ ចុះឈ្មោះរបស់អ្នក និងឯកសារភ្ជាប់ផ្សេងទៀត ឧបសម្ព័ន្ធ ឬការធានារ៉ាប់រងជាជម្រើសផ្សេងទៀតដែល បានជ្រើសរើស ដែលពន្យល់អំពីការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នក អ្វីដែលយើងត្រូវធ្វើ សិទ្ធិរបស់អ្នក និងអ្វីដែល អ្នកត្រូវធ្វើក្នុងនាមជាសមាជិកនៃគម្រោងរបស់យើង។

ការលើកលែង – ប្រភេទនៃសេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង ប្រសិនបើបានយល់ព្រមលើសេចក្តីសម្រេច នោះ អនុញ្ញាតឱ្យអ្នកទទួលបានឱសថដែលមិនមាននៅក្នុងបញ្ជីឱសថរបស់យើង (ការលើកលែងក្នុងបញ្ជី ឱសថ) ឬទទួលបានឱសថដែលមិនចង់បាននៅកម្រិតនៃការចែករំលែកថ្លៃចំណាយទាប (ការលើកលែង តាមកម្រិតថ្នាំ)។ អ្នកក៏អាចស្នើសុំការលើកលែងផងដែរ ប្រសិនបើគម្រោងរបស់យើងតម្រូវឱ្យអ្នក សាកល្បងឱសថផ្សេងទៀតមុនពេលទទួលបានឱសថដែលអ្នកកំពុងស្នើសុំប្រសិនបើគម្រោងរបស់យើង ទាមទារការអនុញ្ញាតជាមុនសម្រាប់ឱសថ ហើយអ្នកចង់ឱ្យយើងលើកលែងការរឹតបន្តឹងលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យ ឬប្រសិនបើគម្រោងរបស់យើងកំណត់បរិមាណ ឬកម្រិតដូសនៃឱសថដែលអ្នកកំពុងស្នើសុំ (ការលើកលែង ក្នុងបញ្ជីឱសថ)។

ជំនួយបន្ថែម – កម្មវិធី Medicare ដើម្បីជួយអ្នកដែលមានប្រាក់ចំណូល និងធនធានតិចតួចបង្កើន ចំណាយលើកម្មវិធីឱសថមានវេជ្ជបញ្ជារបស់ Medicare ដូចជាថ្លៃធានារ៉ាប់រង ប្រាក់ដែលត្រូវកាត់កង និង ការធានារ៉ាប់រងរួម។

ឱសថទូទៅ – ឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាដែលត្រូវបានអនុម័តដោយ FDA ដែលមានធាតុផ្សំសកម្មដូចគ្នាទៅ នឹងឱសថមានម៉ាកយីហោ។ ជាទូទៅ ឱសថទូទៅមានប្រសិទ្ធភាពដូចគ្នាទៅនឹងឱសថមានម៉ាកយីហោដែរ ហើយតាមធម្មតាមានតម្លៃទាបជាង។

ជំនួយសុខភាពតាមផ្ទះ – បុគ្គលដែលផ្តល់សេវាកម្មដែលមិនត្រូវការជំនាញពិគិលានុបដ្ឋាយិកា ឬ អ្នកព្យាបាលដែលមានអាជ្ញាបណ្ណ ដូចជាជំនួយក្នុងការថែទាំផ្ទាល់ខ្លួន (ឧទាហរណ៍ ការដូតទឹក ការប្រើ ប្រាស់បង្គន់ ការស្លៀកពាក់ ឬការធ្វើលំហាត់ប្រាណតាមវេជ្ជបញ្ជា)។

ជំពូកទី 12: និយមន័យ

មន្ទីរពេទ្យថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយ – អត្ថប្រយោជន៍ដែលផ្តល់ការព្យាបាលពិសេសសម្រាប់សមាជិកដែលត្រូវបានបញ្ជាក់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រថាជាជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយ ដែលមានន័យថា មានអាយុសង្ឃឹមរស់រយៈពេល 6 ខែ ឬតិចជាងនេះ។ គម្រោងរបស់យើងត្រូវតែផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវបញ្ជីមន្ទីរពេទ្យថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយនៅក្នុងតំបន់ភូមិសាស្ត្ររបស់អ្នក។ ប្រសិនបើអ្នកជ្រើសរើសមន្ទីរពេទ្យថែទាំអ្នកជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយ ហើយបន្តបង់ថ្លៃធានារ៉ាប់រង អ្នកនៅតែជាសមាជិកនៃគម្រោងរបស់យើងដដែល។ អ្នកនៅតែអាចទទួលបានសេវាចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រទាំងអស់ ក៏ដូចជាអត្ថប្រយោជន៍បន្ថែមដែលយើងផ្តល់ជូនផងដែរ។

ការស្នាក់នៅរបស់អ្នកជំងឺសម្រាកព្យាបាលក្នុងមន្ទីរពេទ្យ– ការស្នាក់នៅមន្ទីរពេទ្យនៅពេលដែលអ្នកត្រូវបានអនុញ្ញាតឱ្យចូលសម្រាកក្នុងមន្ទីរពេទ្យជាផ្លូវការដើម្បីទទួលបានសេវាវេជ្ជសាស្ត្រជំនាញ។ ទោះបីជាអ្នកស្នាក់នៅមន្ទីរពេទ្យមួយយប់ក៏ដោយ អ្នកនៅតែអាចត្រូវបានចាត់ទុកថាជាអ្នកជំងឺក្រៅ។

ចំនួនកែតម្រូវប្រចាំខែទាក់ទងទៅនឹងប្រាក់ចំណូល (IRMAA) – ប្រសិនបើប្រាក់ចំណូលដុលដែលបានកែសម្រួលរបស់អ្នកដូចដែលបានរាយការណ៍នៅលើលិខិតប្រកាសពន្ធ IRS របស់អ្នកពី 2 ឆ្នាំមុនគឺលើសពីចំនួនជាក់លាក់ អ្នកនឹងបង់ចំនួនថ្លៃធានារ៉ាប់រងស្តង់ដារ និងចំនួនកែតម្រូវប្រចាំខែទាក់ទងទៅនឹងប្រាក់ចំណូល ដែលត្រូវបានគេស្គាល់ផងដែរថាជា IRMAA។ IRMAA គឺជាការកិតថ្លៃបន្ថែមទៅលើថ្លៃធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នក។ មនុស្សតិចជាង 5% ដែលមាន Medicare ទទួលរងផលប៉ះពាល់ ដូច្នេះមនុស្សភាគច្រើននឹងមិនបង់ថ្លៃធានារ៉ាប់រងខ្ពស់ជាងនេះទេ។

សមាគមអនុវត្តវិជ្ជាជីវៈឯករាជ្យ (IPA) – សមាគមគ្រូពេទ្យ រួមទាំង PCP និងគ្រូពេទ្យឯកទេស និងអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពផ្សេងទៀត រួមទាំងមន្ទីរពេទ្យ ដែលបានចុះកិច្ចសន្យាជាមួយគម្រោង ដើម្បីផ្តល់សេវាកម្មដល់សមាជិក។ សូមមើលជំពូកទី 1 ផ្នែកទី 6។

ដំណាក់កាលធានារ៉ាប់រងដំបូង – នេះគឺជាដំណាក់កាលមុនពេលថ្លៃចំណាយចេញពីហោប៉ៅរបស់អ្នកសម្រាប់ឆ្នាំនេះបានឈានដល់ចំនួនកម្រិតកំណត់ថ្លៃចំណាយចេញពីហោប៉ៅ។

រយៈពេលចុះឈ្មោះដំបូង – នៅពេលអ្នកមានសិទ្ធិទទួលបាន Medicare ជាលើកដំបូង រយៈពេលដែលអ្នកអាចចុះឈ្មោះបើកកណ្តាលសម្រាប់ Medicare Part A និង Part B។ ប្រសិនបើអ្នកមានសិទ្ធិទទួលបាន Medicare នៅពេលអ្នកដល់អាយុ 65 ឆ្នាំ រយៈពេលចុះឈ្មោះដំបូងរបស់អ្នកគឺជារយៈពេល 7 ខែ ដែលចាប់ផ្តើម 3 ខែ មុនខែដែលអ្នកដល់អាយុ 65 ឆ្នាំ រួមទាំងខែដែលអ្នកដល់អាយុ 65 ឆ្នាំ ហើយបញ្ចប់ 3 ខែបន្ទាប់ពីខែដែលអ្នកដល់អាយុ 65 ឆ្នាំ។

D-SNP ដែលបានរួមបញ្ចូលគ្នា – D-SNP ដែលធានារ៉ាប់រងលើ Medicare និងសេវាកម្ម Medicaid ភាគច្រើនប្តូរទាំងអស់ក្រោមគម្រោងសុខភាពតែមួយសម្រាប់ក្រុមបុគ្គលជាក់លាក់ដែលមានសិទ្ធិទទួលបានទាំង Medicare និង Medicaid។ បុគ្គលទាំងនេះក៏ត្រូវបានគេស្គាល់ផងដែរថា ជាបុគ្គលដែលមានសិទ្ធិទទួលបានទាំងពីរគឺអត្ថប្រយោជន៍ពេញលេញ។

បណ្តឹងសាទុក្ខរួមបញ្ចូលគ្នា– ជាប្រភេទបណ្តឹងតវ៉ាដែលអ្នកដាក់ប្តឹងអំពីយើង ឬឱសថស្ថាន រួមទាំងបណ្តឹងតវ៉ាអំពីគុណភាពនៃការថែទាំរបស់អ្នក។ បណ្តឹងតវ៉ាប្រភេទនេះមិនពាក់ព័ន្ធនឹងការធានារ៉ាប់រង ឬជម្លោះក្នុងការទូទាត់ទេ។

ជំពូកទី 12: និយមន័យ

ការកំណត់លើការរៀបចំរួមបញ្ចូលគ្នា – គម្រោង Medicare Advantage បានធ្វើការកំណត់លើការរៀបចំនៅពេលដែលខ្លួនធ្វើការសម្រេចចិត្តថាតើទំនិញ ឬសេវាកម្មត្រូវបានរ៉ាប់រង ឬថាតើអ្នកត្រូវបង់ប្រាក់ប៉ុន្មានសម្រាប់ទំនិញ ឬសេវាកម្មដែលត្រូវបានរ៉ាប់រង។ ការកំណត់លើការរៀបចំត្រូវបានគេហៅថា សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង នៅក្នុងសៀវភៅនេះ។ ជំពូកទី 9 ពន្យល់ពីរបៀបស្នើសុំយើងសម្រាប់សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រង។

ផលិតផលជីវសាស្ត្រស្រដៀងគ្នាដែលអាចប្តូរជំនួសបាន – ផលិតផលជីវសាស្ត្រស្រដៀងគ្នាដែលអាចប្រើជំនួសផលិតផលជីវសាស្ត្រស្រដៀងគ្នាដើមនៅតាមឱសថស្ថានដោយមិនចាំបាច់មានវេជ្ជបញ្ជាថ្មីទេ ព្រោះវាបំពេញតាមលក្ខខណ្ឌតម្រូវបន្ថែមទាក់ទងនឹងសក្តានុពលនៃការប្រើជំនួសដោយស្វ័យប្រវត្តិ។ ការជំនួសដោយស្វ័យប្រវត្តិនៅឱសថស្ថានគឺស្ថិតនៅក្រោមច្បាប់របស់រដ្ឋ។

បញ្ជីឱសថដែលមានការធានារ៉ាប់រង (បញ្ជីឈ្មោះឱសថ ឬបញ្ជីឱសថ) – បញ្ជីឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយគម្រោងរបស់យើង។

ឧបត្ថម្ភធនដល់អ្នកចំណូលទាប (LIS) – ចូលទៅកាន់កម្មវិធីជំនួយបន្ថែម។

កម្មវិធីបញ្ជៈតម្លៃរបស់អ្នកផលិត – កម្មវិធីដែលក្រុមហ៊ុនផលិតឱសថបង់ចំណែកមួយនៃថ្លៃចំណាយពេញលេញនៃគម្រោងរបស់យើងសម្រាប់ឱសថមានម៉ាកយីហោ និងជីវសាស្ត្រដែលមានការធានារ៉ាប់រងផ្នែក D។ ការបញ្ជៈតម្លៃគឺផ្អែកលើកិច្ចព្រមព្រៀងរវាងរដ្ឋាភិបាលសហព័ន្ធ និងក្រុមហ៊ុនផលិតឱសថ។

តម្លៃសមរម្យជាអតិបរមា – តម្លៃដែល Medicare បានចរចាសម្រាប់ឱសថដែលបានជ្រើសរើស។

ចំនួនចេញពីហោប៉ៅជាអតិបរមា – តម្លៃច្រើនបំផុតដែលអ្នកត្រូវបង់ចេញពីហោប៉ៅក្នុងអំឡុងឆ្នាំតាមប្រតិទិនសម្រាប់សេវាផ្នែក A និងផ្នែក B ដែលមានការធានារ៉ាប់រង។ ចំនួនដែលអ្នកត្រូវបង់សម្រាប់ថ្លៃធានារ៉ាប់រង Medicare Part A និង Part B និងឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាមិនរាប់បញ្ចូលទៅក្នុងចំនួនថ្លៃចេញពីហោប៉ៅជាអតិបរមាទេ។ (ចំណាំ៖ ដោយសារតែសមាជិករបស់យើងក៏ទទួលបានជំនួយពី Medicaid សមាជិកក៏ចង្អុលណាស់ដែលឈានដល់ចំនួនចេញពីហោប៉ៅជាអតិបរមា។)

Medicaid (ឬជំនួយវេជ្ជសាស្ត្រ) – កម្មវិធីសហព័ន្ធ និងរដ្ឋរួមគ្នាដែលជួយដល់ថ្លៃចំណាយផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រសម្រាប់មនុស្សមួយចំនួនដែលមានប្រាក់ចំណូលទាប និងធនធានមានកម្រិត។ កម្មវិធី Medicaid របស់រដ្ឋប្រែប្រួល ប៉ុន្តែថ្លៃចំណាយលើការថែទាំសុខភាពភាគច្រើនត្រូវបានរ៉ាប់រង ប្រសិនបើអ្នកមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ទាំង Medicare និង Medicaid។

ក្រុមវេជ្ជសាស្ត្រ – សមាគមគ្រូពេទ្យ រួមទាំង PCP និងគ្រូពេទ្យឯកទេស និងអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពផ្សេងទៀត រួមទាំងមន្ទីរពេទ្យ ដែលបានចុះកិច្ចសន្យាជាមួយគម្រោង ដើម្បីផ្តល់សេវាកម្មដល់អ្នកចុះឈ្មោះ។ សូមមើលជំពូកទី 1 ផ្នែកទី 3.2។

ការបញ្ជាក់បង្ហាញថាទទួលយកបានខាងផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ – ការប្រើប្រាស់ឱសថដែលត្រូវបានយល់ព្រមដោយ FDA ឬត្រូវបានគាំទ្រដោយឯកសារយោងជាក់លាក់ដូចជា American Hospital Formulary Service Drug Information និង Micromedex DRUGDEX Information System។

ភាពចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ – សេវាកម្ម បរិក្ខារ ឬឱសថដែលចាំបាច់សម្រាប់ការបង្ការ ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ ឬការព្យាបាលស្ថានភាពវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នក និងបំពេញតាមស្តង់ដារនៃការអនុវត្តផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដែលបានទទួលយក។

ជំពូកទី 12: និយមន័យ

Medicare – កម្មវិធីធានារ៉ាប់រងសុខភាពសហព័ន្ធសម្រាប់មនុស្សដែលមានអាយុចាប់ពី 65 ឆ្នាំឡើងទៅ មនុស្សមួយចំនួនដែលមានអាយុក្រោម 65 ឆ្នាំដែលមានពិការភាពជាក់លាក់ និងមនុស្សដែលមានជំងឺ គ្រងនោមដំណាក់កាលចុងក្រោយ (ជាទូទៅអ្នកដែលមានជំងឺខ្សោយគ្រងនោមជាអចិន្ត្រៃយ៍ ដែល ត្រូវការលាងឈាម ឬប្តូរតម្រងនោម)។

រយៈពេលបើកចុះឈ្មោះរបស់ Medicare Advantage – រយៈពេលចាប់ពីថ្ងៃទី 1 ខែមករា ដល់ថ្ងៃទី 31 ខែមីនា នៅពេលដែលសមាជិកនៅក្នុងគម្រោង Medicare Advantage អាចលុបចោលការចុះឈ្មោះ របស់គម្រោង ហើយប្តូរទៅគម្រោង Medicare Advantage ផ្សេងទៀត ឬទទួលបានការធានារ៉ាប់រង តាមរយៈ Original Medicare។ ប្រសិនបើអ្នកជ្រើសរើសប្តូរទៅ Original Medicare ក្នុងអំឡុងពេលនេះ អ្នក ក៏អាចចូលរួមក្នុងគម្រោងឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជារបស់ Medicare ដាច់ដោយឡែកមួយក្នុងពេលតែមួយ ផងដែរ។ ការរយៈពេលបើកចុះឈ្មោះរបស់ Medicare Advantage ក៏មានសម្រាប់រយៈពេល 3 ខែផងដែរ បន្ទាប់ពីបុគ្គលម្នាក់មានសិទ្ធិទទួលបាន Medicare ជាលើកដំបូង។

គម្រោង Medicare Advantage (MA) – ជួនកាលត្រូវបានគេហៅថា Medicare Part C។ គម្រោងដែល ផ្តល់ជូនដោយក្រុមហ៊ុនឯកជនដែលចុះកិច្ចសន្យាជាមួយ Medicare ដើម្បីផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវអត្ថប្រយោជន៍ Medicare Part A និង Part B ទាំងអស់របស់អ្នក។ គម្រោង Medicare Advantage អាចជា i) HMO, ii) PPO, iii) គម្រោងថ្លៃចំណាយតាមសេវាឯកជន (PFFS) ឬ iv) គម្រោងគណនីសន្សំវេជ្ជសាស្ត្រ (MSA) របស់ Medicare។ ក្រៅពីការជ្រើសរើសពីប្រភេទគម្រោងទាំងនេះ គម្រោង Medicare Advantage HMO ឬ PPO ក៏អាចជាគម្រោងតម្រូវការពិសេស (SNP) ផងដែរ។ ក្នុងករណីភាគច្រើន គម្រោង Medicare Advantage ក៏ ផ្តល់ជូននូវ Medicare Part D (ការធានារ៉ាប់រងលើឱសថមានវេជ្ជបញ្ជា) ផងដែរ។ គម្រោងទាំងនេះត្រូវបាន គេហៅថា គម្រោង **Medicare Advantage ដែលមានការធានារ៉ាប់រងលើឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជា**។

សេវាកម្មដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងពី Medicare – សេវាកម្មដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare Part A និង Part B។ គម្រោងសុខភាពរបស់ Medicare ទាំងអស់ត្រូវតែធានារ៉ាប់រងលើសេវាកម្មទាំងអស់ដែល ធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare Part A និង B។ ពាក្យសេវាកម្មដែលមានការធានារ៉ាប់រងពី Medicare មិនរាប់ បញ្ចូលអត្ថប្រយោជន៍បន្ថែមដូចជា សុខភាពភ្នែក សុខភាពធ្មេញ ឬការស្តាប់ដែលគម្រោង Medicare Advantage អាចផ្តល់ជូន។

គម្រោងសុខភាពរបស់ Medicare – គម្រោងសុខភាពរបស់ Medicare ត្រូវបានផ្តល់ជូនដោយក្រុម ហ៊ុនឯកជនដែលចុះកិច្ចសន្យាជាមួយ Medicare ដើម្បីផ្តល់អត្ថប្រយោជន៍ផ្នែក A និងផ្នែក B ដល់អ្នក ដែលមាន Medicare ដែលចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងរបស់យើង។ ពាក្យនេះរួមបញ្ចូលទាំងគម្រោង Medicare Advantage ទាំងអស់ គម្រោងថ្លៃចំណាយរបស់ Medicare គម្រោងតម្រូវការពិសេស កម្មវិធីសាកល្បង/ កម្មវិធីធ្វើតេស្ត និងកម្មវិធីថែទាំមនុស្សចាស់ដែលមានរួមបញ្ចូលទាំងអស់ (PACE)។

ការធានារ៉ាប់រងលើឱសថ Medicare (Medicare Part D) – ការធានារ៉ាប់រងដើម្បីជួយបង់ប្រាក់សម្រាប់ ឱសថមានវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកជំងឺមិនស្នាក់ព្យាបាល វ៉ាក់សាំងបង្ការ ជីវសាស្ត្រ និងសម្ភារៈផ្គត់ផ្គង់មួយចំនួន ដែលមិនត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយ Medicare Part A ឬផ្នែក B។

កម្មវិធីគ្រប់គ្រងការព្យាបាលដោយឱសថ (MTM) – កម្មវិធី Medicare Part D សម្រាប់តម្រូវការសុខភាព ស្តុកស្តុញដែលផ្តល់ជូនដល់មនុស្សដែលបំពេញតាមលក្ខខណ្ឌតម្រូវជាក់លាក់ ឬស្ថិតនៅក្នុងកម្មវិធី គ្រប់គ្រងឱសថ។ ជាធម្មតាសេវាកម្ម MTM រួមបញ្ចូលការពិភាក្សាជាមួយឱសថការី ឬអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំ សុខភាពដើម្បីពិនិត្យមើលឱសថ។

ជំពូកទី 12: និយមន័យ

គោលការណ៍ស្តីពី Medigap (ការធានារ៉ាប់រងបន្ថែមរបស់ Medicare) – ការធានារ៉ាប់រងបន្ថែមរបស់ Medicare ដែលលក់ដោយក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងឯកជនដើម្បីបំពេញ “ចន្លោះប្រហោង” នៅក្នុង Original Medicare។ គោលនយោបាយ Medigap ធ្វើការជាមួយតែ Original Medicare ប៉ុណ្ណោះ។ (គម្រោង Medicare Advantage មិនមែនជាគោលនយោបាយ Medigap ទេ។)

សមាជិក (សមាជិកនៃគម្រោងរបស់យើង ឬសមាជិកគម្រោង) – បុគ្គលដែលមាន Medicare ដែលមានសិទ្ធិទទួលបានសេវាកម្មដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រង ដែលបានចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងរបស់យើង ហើយការចុះឈ្មោះរបស់ពួកគេត្រូវបានបញ្ជាក់ដោយមជ្ឈមណ្ឌលសេវាកម្ម Medicare និង Medicaid (CMS)។

ផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិក – ជាផ្នែកមួយនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើង ដែលទទួលខុសត្រូវចំពោះការឆ្លើយសំណួររបស់អ្នកអំពីសមាជិកភាព អត្ថប្រយោជន៍ បណ្តឹងសាទុក្ខ និងបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក។

ឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញ – ឱសថស្ថានដែលចុះកិច្ចសន្យាជាមួយគម្រោងរបស់យើងដែលសមាជិកនៃគម្រោងរបស់យើងអាចទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ពីឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជារបស់ពួកគេ។ ក្នុងករណីភាគច្រើន វេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកត្រូវបានរ៉ាប់រង លុះត្រាតែឱសថទាំងនោះត្រូវបានបើកនៅឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញណាមួយរបស់យើងប៉ុណ្ណោះ។

អ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ – **អ្នកផ្តល់សេវា** គឺជាពាក្យទូទៅសម្រាប់វេជ្ជបណ្ឌិត អ្នកមានវិជ្ជាជីវៈថែទាំសុខភាព មន្ទីរពេទ្យ និងមណ្ឌលថែទាំសុខភាពផ្សេងទៀត ដែលត្រូវបានផ្តល់អាជ្ញាបណ្ណ ឬបញ្ជាក់ដោយ Medicare និងដោយរដ្ឋ ដើម្បីផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាព។ **អ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ** មានកិច្ចព្រមព្រៀងជាមួយនឹងគម្រោងរបស់យើងដើម្បីទទួលយកការបង់ប្រាក់របស់យើងជាការបង់ប្រាក់ពេញលេញ ហើយក្នុងករណីខ្លះទៀត ដើម្បីសម្របសម្រួល ក៏ដូចជាផ្តល់សេវាកម្មដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដល់សមាជិកនៃគម្រោងរបស់យើង។ អ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញក៏ត្រូវបានគេហៅថា**អ្នកផ្តល់សេវាក្នុងគម្រោងផងដែរ**។

រយៈពេលបើកចុះឈ្មោះ – រយៈពេលពីថ្ងៃទី 15 ខែតុលា ដល់ថ្ងៃទី 7 ខែធ្នូ ជារៀងរាល់ឆ្នាំ នៅពេលដែលសមាជិកអាចផ្លាស់ប្តូរគម្រោងសុខភាព ឬឱសថរបស់ពួកគេ ឬប្តូរទៅ Original Medicare បាន។

ផលិតផលជីវសាស្ត្រដើម – ផលិតផលជីវសាស្ត្រដែលត្រូវបានអនុម័តដោយ FDA និងបម្រើជាការប្រៀបធៀបសម្រាប់ក្រុមហ៊ុនផលិតដែលបង្កើតកំណែផលិតផលជីវសាស្ត្រស្រដៀងគ្នា។ វាត្រូវបានគេហៅផងដែរថា ជាផលិតផលយោង។

Original Medicare (Traditional Medicare ឬ Fee-for-Service Medicare) – Original Medicare ត្រូវបានផ្តល់ជូនដោយរដ្ឋាភិបាល ហើយមិនមែនជាគម្រោងសុខភាពឯកជនដូចជាគម្រោង Medicare Advantage និងគម្រោងឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាទេ។ នៅក្រោម Original Medicare សេវាកម្ម Medicare ត្រូវបានរ៉ាប់រងដោយការបង់ប្រាក់ជូនវេជ្ជបណ្ឌិត មន្ទីរពេទ្យ និងអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពផ្សេងទៀតនូវចំនួនទឹកប្រាក់ដែលបង់ដែលបង្កើតឡើងដោយសភា។ អ្នកអាចជួបវេជ្ជបណ្ឌិត មន្ទីរពេទ្យ ឬអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពផ្សេងទៀតដែលទទួលយក Medicare បាន។ អ្នកត្រូវតែបង់ប្រាក់ដែលត្រូវកាត់កង។ Medicare បង់ចំណែករបស់ខ្លួននៃចំនួនទឹកប្រាក់ដែលត្រូវបានអនុម័តដោយ Medicare ហើយអ្នកបង់ចំណែករបស់អ្នក។ Original Medicare មាន 2 ផ្នែក៖ ផ្នែក A (ការធានារ៉ាប់រងមន្ទីរពេទ្យ) និងផ្នែក B (ការធានារ៉ាប់រងផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ) ហើយមាននៅគ្រប់ទីកន្លែងនៅសហរដ្ឋអាមេរិក។

ជំពូកទី 12: និយមន័យ

ឱសថស្ថានក្រៅបណ្តាញ – ឱសថស្ថានដែលមិនមានកិច្ចសន្យាជាមួយគម្រោងរបស់យើងដើម្បីសម្របសម្រួល ឬផ្តល់ឱសថដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដល់សមាជិកនៃគម្រោងរបស់យើង។ ឱសថភាគច្រើនដែលអ្នកទទួលបានពីឱសថស្ថានក្រៅបណ្តាញមិនត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយគម្រោងរបស់យើងទេ លុះត្រាតែអនុវត្តក្នុងកិច្ចការជាក់លាក់។

អ្នកផ្តល់សេវាក្រៅបណ្តាញ ឬមណ្ឌលក្រៅបណ្តាញ – អ្នកផ្តល់សេវា ឬមណ្ឌលដែលមិនមានកិច្ចសន្យាជាមួយគម្រោងរបស់យើងដើម្បីសម្របសម្រួល ឬផ្តល់សេវាដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដល់សមាជិកនៃគម្រោងរបស់យើង។

អ្នកផ្តល់សេវាក្រៅបណ្តាញ គឺជាអ្នកផ្តល់សេវាដែលមិនត្រូវបានជួល មិនមែនជាកម្មសិទ្ធិ ឬដំណើរការដោយគម្រោងរបស់យើង។

ថ្លៃចំណាយចេញពីហោប៉ៅ – ចូលទៅកាន់និយមន័យសម្រាប់ ការចែករំលែកថ្លៃចំណាយ ខាងលើ។ លក្ខខណ្ឌតម្រូវនៃការចែករំលែកថ្លៃចំណាយរបស់សមាជិក ដើម្បីបង់ប្រាក់សម្រាប់ចំណែកនៃសេវាកម្ម ឬឱសថដែលទទួលបានក៏ត្រូវបានគេហៅថាជាលក្ខខណ្ឌតម្រូវនៃថ្លៃចំណាយ ចេញពីហោប៉ៅរបស់សមាជិកផងដែរ។

កម្រិតកំណត់ថ្លៃចំណាយចេញពីហោប៉ៅ – ចំនួនទឹកប្រាក់អតិបរមាដែលអ្នកត្រូវបង់ចេញពីហោប៉ៅសម្រាប់ឱសថផ្នែក D។

ផ្នែក C – ចូលទៅកាន់គម្រោង Medicare Advantage (MA)។

ផ្នែក D – កម្មវិធីអត្ថប្រយោជន៍ឱសថមានវេជ្ជបញ្ជារបស់ Medicare ដោយស្ម័គ្រចិត្ត។

ឱសថផ្នែក D – ឱសថដែលអាចត្រូវបានធានារ៉ាប់រងនៅក្រោមផ្នែក D។ យើងអាច ឬមិនអាចផ្តល់ជូនឱសថផ្នែក D ទាំងអស់។ ប្រភេទឱសថមួយចំនួនត្រូវបានដកចេញពីការធានារ៉ាប់រងផ្នែក D ដោយសភា។ ប្រភេទជាក់លាក់នៃឱសថផ្នែក D ត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយគម្រោងនីមួយៗ។

ការពិន័យទៅលើការចុះឈ្មោះយឺតក្នុងគម្រោងផ្នែក D – ចំនួនទឹកប្រាក់បន្ថែមទៅលើថ្លៃធានារ៉ាប់រងប្រចាំខែរបស់អ្នកសម្រាប់ការធានារ៉ាប់រងលើឱសថរបស់ Medicare ប្រសិនបើអ្នកមិនមានការធានារ៉ាប់រងដែលអាចជឿទុកចិត្តបាន (ការធានារ៉ាប់រងដែលត្រូវបានគេរំពឹងថានឹងបង់ប្រាក់ជាមធ្យមយ៉ាងហោចណាស់ស្មើនឹងការធានារ៉ាប់រងឱសថរបស់ Medicare ស្តង់ដារ) សម្រាប់រយៈពេល 63 ថ្ងៃ ឬយូរជាងនេះបន្ទាប់ពីអ្នកមានសិទ្ធិចូលរួមក្នុងគម្រោងផ្នែក D ជាលើកដំបូង។ ប្រសិនបើអ្នកបាត់បង់ជំនួយបន្ថែមអ្នកអាចនឹងត្រូវពិន័យចំពោះការចុះឈ្មោះយឺតយ៉ាវ ប្រសិនបើអ្នកបន្តនៅ 63 ថ្ងៃ ឬយូរជាងនេះជាប់គ្នាដោយគ្មានគម្រោងផ្នែក D ឬការធានារ៉ាប់រងឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាដែលអាចជឿទុកចិត្តបានផ្សេងទៀត។

ចំណុចផ្តល់សេវាកម្ម – HMO ជាមួយនឹងជម្រើសចំណុចផ្តល់សេវាកម្ម (POS) គឺជាអត្ថប្រយោជន៍បន្ថែមដែលធានារ៉ាប់រងលើសេវាចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រជាក់លាក់មួយចំនួនដែលអ្នកអាចទទួលបានពីអ្នកផ្តល់សេវាក្រៅបណ្តាញដែលទទួលយក Medicare។

ជំពូកទី 12: និយមន័យ

នៅពេលអ្នកប្រើអត្ថប្រយោជន៍ POS (ក្រៅបណ្តាញ) របស់អ្នក អ្នកទទួលខុសត្រូវចំពោះការចំណាយបន្ថែមនៃការថែទាំ។ និយាយជាមួយអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំបឋម (PCP) របស់អ្នកជានិច្ច មុនពេលស្វែងរកការថែទាំពីអ្នកផ្តល់សេវាក្រៅបណ្តាញ។ PCP របស់អ្នកនឹងជូនដំណឹងដល់យើងដោយស្នើសុំការយល់ព្រមពិគ្រោះ (ការអនុញ្ញាតជាមុន)។ (សូមមើលជំពូកទី 1 ផ្នែកទី 1.1)

ការចែករំលែកថ្លៃចំណាយដែលចង់បាន – ការចែករំលែកថ្លៃចំណាយដែលចង់បានមានន័យថាការចែករំលែកថ្លៃចំណាយទាបសម្រាប់ឱសថផ្នែក D ដែលមានការធានារ៉ាប់រងមួយចំនួននៅឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញមួយចំនួន។

ថ្លៃធានារ៉ាប់រង – ការបង់ប្រាក់តាមកាលកំណត់ទៅឱ្យ Medicare ក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រង ឬគម្រោងថែទាំសុខភាពសម្រាប់ការធានារ៉ាប់រងលើសុខភាព ឬឱសថដែលមានវេជ្ជបញ្ជា។

សេវាបង្ការ – ការថែទាំសុខភាពដើម្បីបង្ការជំងឺ ឬរកឃើញជំងឺនៅដំណាក់កាលដំបូង នៅពេលដែលការព្យាបាលទំនងជាមានប្រសិទ្ធភាពបំផុត (ឧទាហរណ៍ សេវាបង្ការរួមមាន ការធ្វើតេស្ត Pap ការចាក់ថ្នាំផ្តាសាយធំ និងការចាក់វ៉ាក់សាំងជំងឺកូវីដ-១៩)។

អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំបឋម (PCP) – វេជ្ជបណ្ឌិត ឬអ្នកផ្តល់សេវាផ្សេងទៀតដែលអ្នកជួបដំបូងគេសម្រាប់បញ្ជាសុខភាពភាគច្រើន។ នៅក្នុងគម្រោងសុខភាពរបស់ Medicare ជាច្រើន អ្នកត្រូវតែទៅជួបអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំបឋមរបស់អ្នក មុនពេលអ្នកទៅជួបអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពផ្សេងទៀត។

អនុញ្ញាតជាមុន – ការយល់ព្រមជាមុនដើម្បីទទួលបានឱសថជាក់លាក់ដោយផ្អែកលើលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យជាក់លាក់។ សេវាកម្មដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដែលត្រូវការការអនុញ្ញាតជាមុនត្រូវបានសម្គាល់នៅក្នុងតារាងអត្ថប្រយោជន៍វេជ្ជសាស្ត្រនៅក្នុង ជំពូកទី 4។ ឱសថដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដែលត្រូវការការអនុញ្ញាតជាមុនត្រូវបានសម្គាល់នៅក្នុងបញ្ជីឈ្មោះឱសថ ហើយលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យរបស់យើងត្រូវបានបង្ហាញនៅលើគេហទំព័ររបស់យើង។

អរយៈសិប្បនិម្មិត និងឧបករណ៍គ្រប់គ្រងស្តីពីជើង – ឧបករណ៍វេជ្ជសាស្ត្ររួមមាន ប៉ុន្តែមានកំណត់ចំពោះខ្សែដៃ ខ្នង និងក អរយៈសិប្បនិម្មិត ភ្នែកសិប្បនិម្មិត និងឧបករណ៍ដែលត្រូវការដើម្បីជំនួសផ្នែក ឬមុខងារនៃរាងកាយខាងក្នុង រួមទាំងការផ្គត់ផ្គង់អរយៈ និងវិធីព្យាបាលអាហារូបត្ថម្ភតាមបំពង់អាហារ និងបំពង់អាហារ។

អង្គការកែលម្អគុណភាព (QIO) – ក្រុមវេជ្ជបណ្ឌិតបំពេញមុខងារ និងអ្នកជំនាញថែទាំសុខភាពផ្សេងទៀត ដែលទទួលបានប្រាក់ពីរដ្ឋាភិបាលសហព័ន្ធ ដើម្បីពិនិត្យ និងកែលម្អការថែទាំដែលផ្តល់ជូនដល់អ្នកជំងឺ Medicare។

ការដាក់កំណត់បរិមាណ – ឧបករណ៍គ្រប់គ្រងដែលត្រូវបានរចនាឡើងដើម្បីកំណត់ការប្រើប្រាស់ឱសថសម្រាប់ហេតុផលគុណភាព សុវត្ថិភាព ឬការប្រើប្រាស់។ ដែនកំណត់អាចមានលើបរិមាណឱសថដែលយើងរ៉ាប់រងក្នុងមួយវេជ្ជបញ្ជា ឬសម្រាប់រយៈពេលដែលបានកំណត់។

ជំពូកទី 12: និយមន័យ

“ឧបករណ៍អត្ថប្រយោជន៍ក្នុងពេលជាក់ស្តែង” – ផលិតផល ឬកម្មវិធីកុំព្យូទ័រមួយ ដែលអ្នកចុះឈ្មោះអាចស្វែងរកព័ត៌មានពេញលេញ ត្រឹមត្រូវ ទាន់ពេលវេលា សមស្របផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ និងជាក់លាក់សម្រាប់អ្នកចុះឈ្មោះ អំពីបញ្ជីឱសថ និងអត្ថប្រយោជន៍។ នេះរួមបញ្ចូលទាំងចំនួនទឹកប្រាក់នៃការចែករំលែកថ្លៃចំណាយ ឱសថក្នុងបញ្ជីឈ្មោះឱសថជំនួសដែលអាចត្រូវបានប្រើសម្រាប់ស្ថានភាពសុខភាពដូចគ្នានឹងឱសថដែលបានផ្តល់ឱ្យ និងការដាក់កម្រិតលើការធានារ៉ាប់រង (ការអនុញ្ញាតជាមុន ការព្យាបាលជាជំហាន ការដាក់កំណត់បរិមាណ) ដែលអនុវត្តចំពោះឱសថជំនួស។

ការបញ្ជូនបន្ត – ការបញ្ជាទិញជាលាយលក្ខណ៍អក្សរពីវេជ្ជបណ្ឌិតថែទាំបឋមរបស់អ្នកសម្រាប់អ្នកដើម្បីទៅជួបអ្នកឯកទេស ឬទទួលបានសេវាកម្មវេជ្ជសាស្ត្រជាក់លាក់។ ប្រសិនបើគ្មានការបញ្ជូនបន្ត គម្រោងរបស់យើងប្រហែលជាមិនបង់ថ្លៃសម្រាប់សេវាកម្មពីអ្នកឯកទេសទេ។

សេវាស្តារនីតិសម្បទា – សេវាកម្មទាំងនេះរួមមានការថែទាំស្តារនីតិសម្បទានៅមន្ទីរពេទ្យ ការព្យាបាលដោយចលនា (អ្នកជំងឺមិនស្នាក់ព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យ) ការព្យាបាលដោយការនិយាយ និងភាសា និងការព្យាបាលដោយសកម្មភាពការងារ។

ឱសថដែលបានជ្រើសរើស – ឱសថដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងនៅក្រោមផ្នែក D ដែល Medicare បានចរចាតម្លៃសមរម្យជាអតិបរមា។

តំបន់សេវាកម្ម – តំបន់ភូមិសាស្ត្រដែលអ្នកត្រូវតែរស់នៅដើម្បីចូលរួមក្នុងគម្រោងសុខភាពជាក់លាក់។ សម្រាប់គម្រោងដែលកំណត់ថាតើវេជ្ជបណ្ឌិត និងមន្ទីរពេទ្យណាមួយដែលអ្នកអាចប្រើ ជាទូទៅវាគឺជាតំបន់ដែលអ្នកអាចទទួលបានសេវាកម្មជាប្រចាំ (មិនមែនក្នុងភាពអាសន្ន) ផងដែរ។ គម្រោងរបស់យើងត្រូវតែលុបឈ្មោះអ្នកចេញ ប្រសិនបើអ្នកផ្លាស់ទីលំនៅជាអចិន្ត្រៃយ៍ចេញពីតំបន់សេវាកម្មរបស់គម្រោងរបស់យើង។

ការថែទាំមណ្ឌលថែទាំជំនាញ (SNF) – សេវាថែទាំជំនាញ និងការស្តារនីតិសម្បទាដែលផ្តល់ជូនជាបន្តបន្ទាប់ ជារៀងរាល់ថ្ងៃ នៅក្នុងមណ្ឌលថែទាំជំនាញ។ ឧទាហរណ៍នៃការថែទាំរួមមានការព្យាបាលដោយចលនា ឬការចាក់តាមសរសៃឈាម ដែលអាចផ្តល់ឱ្យដោយគិលានុបដ្ឋាយិកា ឬវេជ្ជបណ្ឌិតដែលបានចុះបញ្ជីតែប៉ុណ្ណោះ។

គម្រោងតម្រូវការពិសេស – ប្រភេទពិសេសនៃគម្រោង Medicare Advantage ដែលផ្តល់ការថែទាំសុខភាពដែលផ្តោតសំខាន់ជាមុនសម្រាប់ក្រុមមនុស្សជាក់លាក់ ដូចជាអ្នកដែលមានទាំង Medicare និង Medicaid ដែលរស់នៅក្នុងមណ្ឌលថែទាំអ្នកជំងឺ ឬអ្នកដែលមានស្ថានភាពវេជ្ជសាស្ត្ររ៉ាំរ៉ៃជាក់លាក់។

ការចែករំលែកថ្លៃចំណាយស្តង់ដារ – ការចែករំលែកថ្លៃចំណាយស្តង់ដារគឺជាការចែករំលែកថ្លៃចំណាយក្រៅពីការចែករំលែកថ្លៃចំណាយដែលបានផ្តល់ជូននៅឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញ។

ការព្យាបាលជាជំហាន – ឧបករណ៍ប្រើប្រាស់ដែលតម្រូវឱ្យអ្នកសាកល្បងប្រើឱសថផ្សេងទៀតដើម្បីស្ថានភាពវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នកជាមុនសិន មុនពេលយើងនឹងធានារ៉ាប់រងលើឱសថដែលត្រូវពេទ្យរបស់អ្នកអាចចេញវេជ្ជបញ្ជាដំបូង។

ប្រាក់ចំណូលសន្តិសុខស្តីពីស្តីសុខ (SSI) – អត្ថប្រយោជន៍ប្រចាំខែដែលបង់ដោយរបបសន្តិសុខសង្គមដល់អ្នកដែលមានប្រាក់ចំណូល និងធនធានមានកម្រិត ដែលមានពិការភាព ពិការភ្នែក ឬអាយុចាប់ពី 65 ឆ្នាំឡើងទៅ។ អត្ថប្រយោជន៍ SSI មិនដូចអត្ថប្រយោជន៍សន្តិសុខសង្គមនោះទេ។

ជំពូកទី 12: និយមន័យ

សេវាកម្មដែលត្រូវការជាបន្ទាន់ - សេវាកម្មដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដោយគម្រោងដែលត្រូវការការយកចិត្តទុកដាក់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រភ្លាមៗ ប៉ុន្តែមិនមែនជាភាពអាសន្ន នោះគឺសេវាកម្មដែលត្រូវការជាបន្ទាន់ បើទោះបីអ្នកនៅក្រៅតំបន់សេវាកម្មរបស់គម្រោងរបស់យើងជាបណ្តោះអាសន្ន ឬដោយសារពេលវេលា ទីកន្លែង និងកាលៈទេសៈរបស់អ្នក វាមិនសមហេតុផលក៏ដោយ ដើម្បីទទួលបានសេវានេះពីអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ។ ឧទាហរណ៍នៃសេវាកម្មដែលត្រូវការជាបន្ទាន់គឺជំងឺ និងការរងរបួសផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដែលមិនបានរំពឹងទុក ឬការរើឡើងនៃជំងឺដែលមានស្រាប់ដោយមិនបានរំពឹងទុក។ ការជួបពិគ្រោះជាមួយអ្នកផ្តល់សេវាជាទៀតទាក់ទងនឹងចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ (ដូចជាការពិនិត្យសុខភាពប្រចាំឆ្នាំ) មិនត្រូវបានចាត់ទុកថាជាតម្រូវការចាំបាច់ជាបន្ទាន់នោះទេ ទោះបីជាអ្នកនៅក្រៅតំបន់សេវាកម្មរបស់គម្រោងរបស់យើង ឬបណ្តាញរបស់យើងមិនមានជាបណ្តោះអាសន្ន។

បណ្ណ Wellcare Spendables® - បណ្ណឥណទានដែលត្រូវបានបញ្ចូលជាមុនដោយគម្រោងដែលអាចត្រូវបានប្រើដើម្បីជួយបង់ថ្លៃទំនិញដូចដែលបានពិពណ៌នានៅក្នុងតារាងអត្ថប្រយោជន៍វេជ្ជសាស្ត្រ។

ទំព័រនេះត្រូវបានទុកចោលដោយចេតនា។

ទំព័រនេះត្រូវបានទុកចោលដោយចេតនា។

វិធីសាស្ត្រ	ផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិក – ព័ត៌មានទំនាក់ទំនង
ទូរសព្ទទៅ	1-888-846-4262 ការទូរសព្ទទៅលេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃទេ។ ចន្លោះពីថ្ងៃទី 1 ខែតុលា និងថ្ងៃទី 31 ខែមីនា អ្នកតំណាងនឹងមានវត្តមានពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ ថ្ងៃអាទិត្យ ពីម៉ោង 7:45 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់។ ចន្លោះពីថ្ងៃទី 1 ខែមេសា និងថ្ងៃទី 30 ខែកញ្ញា អ្នកតំណាងនឹងមានវត្តមានពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 7:45 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់។ សូមចំណាំថា ក្នុងអំឡុងពេលក្រៅម៉ោងធ្វើការ ចុងសប្តាហ៍ និងថ្ងៃឈប់សម្រាករបស់សហព័ន្ធ ចាប់ពីថ្ងៃទី 1 ខែមេសា ដល់ថ្ងៃទី 30 ខែកញ្ញា ប្រព័ន្ធទូរសព្ទស្វ័យប្រវត្តិរបស់យើងអាចឆ្លើយតបការហៅទូរសព្ទរបស់អ្នកបាន។ ប្រសិនបើអ្នកទុកសារជាសំឡេង សូមបញ្ចូលឈ្មោះរបស់អ្នក និងលេខទូរសព្ទ ហើយសមាជិកក្រុមនឹងហៅទៅអ្នកវិញក្នុងរយៈពេលមួយ (1) ថ្ងៃធ្វើការ។ ផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិក 1-888-846-4262 (អ្នកប្រើ TTY ទូរសព្ទទៅលេខ 711) ក៏មានសេវាបកប្រែភាសាផ្ទាល់មាត់ដោយឥតគិតថ្លៃសម្រាប់អ្នកដែលមិននិយាយភាសាអង់គ្លេសផងដែរ។
TTY	711 ការទូរសព្ទទៅលេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃទេ។ នៅចន្លោះថ្ងៃទី 1 ខែតុលា ដល់ថ្ងៃទី 31 ខែមីនា អ្នកតំណាងរង់ចាំបម្រើពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃអាទិត្យ ពីម៉ោង 7:45 ព្រឹក ដល់ 8 យប់។ នៅចន្លោះថ្ងៃទី 1 ខែមេសា ដល់ថ្ងៃទី 30 ខែកញ្ញា អ្នកតំណាងរង់ចាំបម្រើពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 7:45 ព្រឹក ដល់ 8 យប់។
សរសេរទៅកាន់	Wellcare By 'Ohana Health Plan PO Box 31370 Tampa, FL 33631-3370
គេហទំព័រ	go.wellcare.com/OhanaHI

កម្មវិធីជំនួយធានារ៉ាប់រងសុខភាពរបស់រដ្ឋ (SHIP) Hawaii

កម្មវិធីជំនួយធានារ៉ាប់រងសុខភាពរបស់រដ្ឋ (SHIP) Hawaii គឺជាកម្មវិធីរបស់រដ្ឋដែលទទួលបានប្រាក់ពីរដ្ឋាភិបាលសហព័ន្ធដើម្បីផ្តល់ការប្រឹក្សាយោបល់អំពីការធានារ៉ាប់រងសុខភាពក្នុងស្រុកដោយឥតគិតថ្លៃដល់អ្នកដែលមាន Medicare។

វិធីសាស្ត្រ	ព័ត៌មានទំនាក់ទំនង
ទូរសព្ទទៅ	1-888-875-9229
TTY	1-866-810-4379 លេខនេះតម្រូវឱ្យមានឧបករណ៍ទូរសព្ទពិសេស ហើយសម្រាប់តែអ្នកដែលមានការលំបាកក្នុងការស្តាប់ ឬនិយាយប៉ុណ្ណោះ។
សរសេរទៅកាន់	Hawaii SHIP, Executive Office on Aging, No. 1 Capitol District 250 South Hotel Street, Suite 406 Honolulu, Hawaii 96813-2831
គេហទំព័រ	http://www.hawaiiiship.org/

សេចក្តីថ្លែងការណ៍អំពីការបង្ហាញព័ត៌មាន PRA យោងតាមច្បាប់កាត់បន្ថយក្រដាសស្នាមនៃឆ្នាំ 1995 គ្មាននរណាម្នាក់ត្រូវបានតម្រូវឱ្យឆ្លើយតបទៅនឹងការប្រមូលព័ត៌មានទេ លុះត្រាតែវាបង្ហាញលេខត្រួតពិនិត្យ OMB ត្រឹមត្រូវ។ លេខត្រួតពិនិត្យ OMB ដែលត្រឹមត្រូវសម្រាប់ ការប្រមូលព័ត៌មាននេះគឺ 0938-1051។ ប្រសិនបើអ្នកមានមតិយោបល់ ឬសំណូមពរសម្រាប់ការកែលម្អទម្រង់បែបបទនេះ សូមសរសេរទៅកាន់៖ CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850។