



ວັນທີ 1 ມັງກອນ – 31 ທັນວາ 2026

ເອກະສານຢືນຢັນການຄຸ້ມຄອງສໍາລັບປີ 2026:

ຜົນປະໂຫຍດດ້ານສຸຂະພາບຂອງ Medicare ແລະ ການບໍລິການ ແລະ ການຄຸ້ມຄອງຢາຂອງທ່ານໃນຖານະ ເປັນສະມາຊິກຂອງແຜນ Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP)

ເອກະສານນີ້ໃຫ້ລາຍລະອຽດກ່ຽວກັບການຄຸ້ມຄອງຢາ Medicare ແລະ Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) ຂອງທ່ານແຕ່ວັນທີ 1 ມັງກອນ – 31 ທັນວາ 2026. **ນີ້ແມ່ນເອກະສານທາງກົດໝາຍທີ່ສໍາຄັນ. ຮັກສາໄວ້ໃຫ້ດີ ແລະປອດໄພ.**

ເອກະສານນີ້ອະທິບາຍລາຍລະອຽດກ່ຽວກັບຜົນປະໂຫຍດ ແລະ ສິດຂອງທ່ານ. ອ່ານເອກະສານນີ້ເພື່ອເຂົ້າໃຈກ່ຽວກັບ:

- ເບີປະກັນສຸຂະພາບຂອງແຜນ ແລະ ການແບ່ງປັນຄ່າໃຊ້ຈ່າຍເຮົາ
- ຜົນປະໂຫຍດທາງການແພດ ແລະ ຢາຂອງພວກເຮົາ
- ວິທີການຍື່ນການຮ້ອງທຸກຖ້າທ່ານບໍ່ພໍໃຈກັບການບໍລິການ ຫຼື ການປິ່ນປົວໃດໜຶ່ງ
- ວິທີຕິດຕໍ່ພວກເຮົາ
- ການຄຸ້ມຄອງອື່ນໆຕາມທີ່ກົດໝາຍ Medicare ກໍານົດ

ສໍາລັບຄໍາຖາມກ່ຽວກັບເອກະສານນີ້, ໃຫ້ໂທຫາຝ່າຍການບໍລິການສະມາຊິກທີ່ເບີ 1-888-846-4262. (ຜູ້ໃຊ້ TTY ໂທຫາ 711). ໂມງລັດຖະການແມ່ນ: ລະຫວ່າງວັນທີ 1 ຕຸລາ ຫາ ວັນທີ 31 ມີນາ ມີຕົວແທນເຮັດວຽກແຕ່ ວັນຈັນ-ວັນອາທິດ ເວລາ 7:45 ໂມງ ເຊົ້າ ຫາ 8 ໂມງແລງ, ລະຫວ່າງວັນທີ 1 ເສມາ ຫາ ວັນທີ 30 ກັນຍາ ມີຕົວແທນແຕ່ ວັນຈັນ-ວັນສຸກ ເວລາ 7:45 ໂມງເຊົ້າ ຫາ 8 ໂມງແລງ. ການໂທນີ້ແມ່ນຟຣີ.

ແຜນ Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP) ນີ້ແມ່ນສະໜອງໃຫ້ໂດຍບໍລິສັດ Wellcare Health Insurance Of Arizona, Inc. (Wellcare By 'Ohana Health Plan) (ເມື່ອ ເອກະສານຢືນຢັນການຄຸ້ມຄອງ ກ່າວເຖິງຄໍາວ່າ "ພວກເຮົາ" ຫຼື "ຂອງພວກເຮົາ", ໝາຍເຖິງ Wellcare Health Insurance Of Arizona, Inc. (Wellcare By 'Ohana Health Plan) ເມື່ອກ່າວເຖິງ "ແຜນ" ຫຼື "ແຜນຂອງພວກເຮົາ", ໝາຍເຖິງ Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP).)

OMB Approval 0938-1051
(Expires: August 31, 2026)
4676376_HI6ZSPEOC LAO_M_0001
H9916001000

ເອກະສານນີ້ສາມາດໃຊ້ໄດ້ຟຣີໃນພາສາຈີນ, ເກົາຫຼີ, ມົ້ງ, ຕາກາລັອກ, ລາວ, ກຳປູເຈຍ/ຂະເໝນ, ຫວຽດນາມ, ຮາວາຍ, ຍີ່ປຸ່ນ, ກະເຣນ, ຊາມົວ, ໄທ, ຕວກກີ, ອຸສເບກ, ອີໂລກາໂນ ແລະ ພະມ້າ. ເຮົາຕ້ອງໃຫ້ຂໍ້ມູນໃນຮູບແບບທີ່ເໝາະສົມກັບທ່ານ (ໃນພາສາທີ່ບໍ່ໃຊ້ພາສາອັງກິດ, ພິມຕົວໜັງສືໃນຮູບແບບເບວ, ສຽງ, ພິມຕົວອັງສອນຕົວໃຫຍ່ ຫຼື ຮູບແບບອື່ນໆ ເປັນຕົ້ນ). ກະລຸນາຕິດຕໍ່ໝາຍເລກຝ່າຍການບໍລິການສະມາຊິກຂອງເຮົາ ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຂໍ້ມູນແຜນໃນຮູບແບບອື່ນ.

ຜົນປະໂຫຍດ ແລະ/ຫຼື ການຊຳລະຮ່ວມ/ປະກັນຮ່ວມ ອາດຈະມີການປ່ຽນແປງໃນວັນທີ 1 ມັງກອນ ປີ 2027.

ລາຍການຢາທີ່ຄຸ້ມຄອງ, ເຄືອຂ່າຍຮ້ານຂາຍຢາ, ແລະ/ຫຼື ເຄືອຂ່າຍຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງພວກເຮົາອາດຈະມີການປ່ຽນແປງໄດ້ທຸກເວລາ. ທ່ານຈະໄດ້ຮັບແຈ້ງການກ່ຽວກັບການປ່ຽນແປງໃດໆທີ່ອາດຈະສົ່ງຜົນກະທົບຕໍ່ທ່ານລ່ວງໜ້າຢ່າງໜ້ອຍ 30 ມື້.

'Ohana Health Plan, ແມ່ນແຜນປະກັນທີ່ສະໜອງຈາກ WellCare Health Insurance of Arizona, Inc.

ປະຕິບັດຕາມການທົບທວນຮູບແບບການດູແລ Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO POS D-SNP), ຄະນະກຳມະການແຫ່ງຊາດສຳລັບການຮັບປະກັນຄຸນນະພາບ (NCQA) ໄດ້ຮັບການອະນຸມັດໃຫ້ດຳເນີນການເປັນແຜນປະກັນໄພສຳລັບຜູ້ປ່ວຍທີ່ຕ້ອງການການເບິ່ງແຍງພິເສດ (SNP) ຮອດປີ 2028.

ສາລະບານ**ສາລະບານ**

ບົດທີ 1: ເລີ່ມຕົ້ນໃນຖານະສະມາຊິກ	5
ພາກທີ 1 ທ່ານໄດ້ເປັນສະມາຊິກຂອງແຜນ Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP)	5
ພາກທີ 2 ເງື່ອນໄຂຄວາມເໝາະສົມໃນການເຂົ້າຮ່ວມແຜນ	6
ພາກທີ 3 ເອກະສານສໍາຄັນສໍາລັບສະມາຊິກ	9
ພາກທີ 4 ສະຫຼຸບລວມຂອງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຫຼັກໃນປີ 2026	11
ພາກທີ 5 ຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບເບ້ຍປະກັນສຸຂະພາບແຜນລາຍເດືອນ	15
ພາກທີ 6 ຮັກສາບັນທຶກການເປັນສະມາຊິກແຜນຂອງພວກເຮົາໃຫ້ທັນປັດຈຸບັນ	15
ພາກທີ 7 ການປະກັນໄພອື່ນເຮັດວຽກແນວໃດກັບແຜນຂອງພວກເຮົາ	16
ບົດທີ 2: ເບີໂທລະສັບ ແລະ ຊັບພະຍາກອນ	18
ພາກທີ 1: ຕິດຕໍ່ແຜນການຂອງພວກເຮົາ	18
ພາກທີ 2 ການຂໍຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອຈາກ Medicare.....	24
ພາກທີ 3 ໂຄງການເຊື່ອເຫຼືອການປະກັນສຸຂະພາບຂອງລັດ (SHIP).....	25
ພາກທີ 4 ວຽກງານພັດທະນາຄຸນນະພາບ (QIO)	26
ພາກທີ 5 ປະກັນສັງຄົມ	27
ພາກທີ 6 Medicaid.....	28
ພາກທີ 7 ໂຄງການທີ່ຊ່ວຍຄົນຊໍາລະຄ່າຢາຕາມໃບສັງຂອງແພດ	30
ພາກທີ 8 ໜ່ວຍງານບໍລິຫານຈັດການເບ້ຍລ້ຽງສໍາລັບພະນັກງານລັດໄພລັດ (RRB).....	33
ພາກທີ 9 ຖ້າທ່ານມີປະກັນໄພກຸ່ມ ຫຼື ປະກັນໄພສຸຂະພາບອື່ນໆຈາກນາຍຈ້າງ	34
ບົດທີ 3: ການໃຊ້ແຜນຂອງພວກເຮົາສໍາລັບການບໍລິການທາງການແພດ ແລະ ບໍລິການທີ່ຢູ່ໃຕ້ການບໍລິການທີ່ຢູ່ໃຕ້ການຄຸ້ມຄອງອື່ນໆຂອງທ່ານ	35
ພາກທີ 1 ວິທີການຮັບການດູແລທາງການແພດ ແລະ ການບໍລິການອື່ນໆໃນນາມສະມາຊິກຂອງແຜນຂອງພວກເຮົາ	35
ພາກທີ 2 ໃຊ້ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການໃນເຄືອຂ່າຍຂອງແຜນຂອງພວກເຮົາເພື່ອຮັບການດູແລທາງການແພດ ແລະການ ບໍລິການອື່ນໆ	37
ພາກທີ 3 ວິທີການຮັບການບໍລິການເຫດສຸກເສີນ, ໄພພິບັດ ຫຼື ຄວາມຕ້ອງການການດູແລອັນຮີບດ່ວນ.....	42
ພາກທີ 4 ຈະເປັນແນວໃດຖ້າທ່ານຖືກເອີ້ນເກັບເງິນໂດຍກົງສໍາລັບຄ່າບໍລິການທີ່ຢູ່ໃຕ້ການຄຸ້ມຄອງເຕັມຈໍານວນ? ...	45
ພາກທີ 5 ການບໍລິການທາງການແພດໃນການສຶກສາວິໄຈຄຣິນິກ	45
ພາກທີ 6 ກົດລະບຽບໃນການຮັບການດູແລຈາກສະຖານປະຕິບັດທໍາເພື່ອສຸຂະພາບ.....	47
ພາກທີ 7 ກົດລະບຽບການເປັນເຈົ້າຂອງອຸປະກອນການແພດທີ່ທົນທານ.....	48

ສາລະບານ**ບົດທີ 4: ເສັ້ນສະແດງຜົນປະໂຫຍດທາງການແພດ****(ສິ່ງທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ) 50**

ພາກທີ 1	ການເຂົ້າໃຈບໍລິການທີ່ຢູ່ໃຕ້ການຄຸ້ມຄອງ	50
ພາກທີ 2	ເສັ້ນສະແດງຜົນປະໂຫຍດທາງການແພດສະແດງໃຫ້ເຫັນຜົນປະໂຫຍດທາງການແພດແລະ ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຂອງທ່ານ	51
ພາກທີ 3	ການບໍລິການທີ່ໄດ້ຮັບຄວາມຄຸ້ມຄອງນອກແຜນປະກັນ	109
ພາກທີ 4	ການບໍລິການທີ່ບໍ່ໄດ້ຄຸ້ມຄອງໂດຍແຜນຂອງພວກເຮົາ (ຂໍ້ຍົກເວັ້ນ)	110

ບົດທີ 5: ການໃຊ້ການຄຸ້ມຄອງແຜນສໍາລັບຢາພາກ D 113

ພາກທີ 1	ກົດລະບຽບພື້ນຖານສໍາລັບການຄຸ້ມຄອງຢາໃນພາກ D ຂອງແຜນຂອງພວກເຮົາ	113
ພາກທີ 2	ຮັບຢາຕາມໃບສັງຂອງທ່ານຢູ່ຮ້ານຂາຍຢາໃນເຄືອຂ່າຍ ຫຼື ຜ່ານບໍລິການສົ່ງທາງໄປສະ ນີຂອງແຜນຂອງພວກເຮົາ	114
ພາກທີ 3	ຢາຂອງທ່ານຕ້ອງຢູ່ໃນລາຍການຢາຂອງແຜນຂອງພວກເຮົາ	119
ພາກທີ 4	ຢາທີ່ມີຂໍ້ຈຳກັດໃນການຄຸ້ມຄອງ	121
ພາກທີ 5	ສິ່ງທີ່ທ່ານສາມາດເຮັດໄດ້ກໍລະນີຢາຊະນິດໃດໜຶ່ງຂອງທ່ານບໍ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງດັ່ງທີ່ທ່ານຕ້ອງການ	122
ພາກທີ 6	ລາຍການຢາສາມາດມີການປ່ຽນແປງໄດ້ໃນໄລຍະປີ	124
ພາກທີ 7	ປະເພດຂອງຢາທີ່ພວກເຮົາບໍ່ໄດ້ຄຸ້ມຄອງ.....	126
ພາກທີ 8	ວິທີຮັບຢາຕາມໃບສັງແພດ	127
ພາກທີ 9	ຄວາມຄຸ້ມຄອງຢາຕາມພາກ D ໃນສະຖານການພິເສດ.....	127
ພາກທີ 10	ໂຄງການດ້ານຄວາມປອດໄພຢາ ແລະ ການຈັດການຢາ	129
ພາກທີ 11	ເອກະສານຊີ້ແຈງຜົນປະໂຫຍດພາກ D ຂອງທ່ານອະທິບາຍວ່າທ່ານຢູ່ໃນໄລຍະການຊໍາລະໄດ	131

ບົດທີ 6: ສິ່ງທີ່ທ່ານຈ່າຍສໍາລັບຢາພາກ D 133**ບົດທີ 7: ການຂໍໃຫ້ພວກເຮົາຈ່າຍບິນສໍາລັບ ບໍລິການທາງການແພດທີ່ຢູ່ໃຕ້ການຄຸ້ມຄອງ ຫຼື ຢາ 134**

ພາກທີ 1	ສະຖານະການທີ່ທ່ານຄວນຂໍໃຫ້ພວກເຮົາຈ່າຍສ່ວນແບ່ງຂອງພວກເຮົາສໍາລັບຢາ ຫຼື ບໍລິການທີ່ຢູ່ໃຕ້ ການຄຸ້ມຄອງ	134
ພາກທີ 2	ວິທີຂໍໃຫ້ພວກເຮົາຈ່າຍເງິນຄືນ ຫຼື ຊໍາລະຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບ	137
ພາກທີ 3	ພວກເຮົາຈະພິຈາລະນາຄ່າຂໍຊໍາລະເງິນຂອງທ່ານ ແລະ ຕອບວ່າຍອມຮັບ ຫຼື ບໍ່	138

ບົດທີ 8: ສິດ ແລະ ຄວາມຮັບຜິດຊອບຂອງທ່ານ 139

ພາກທີ 1:	ແຜນຂອງພວກເຮົາຈະຕ້ອງເຄົາລົບສິດ ແລະ ຄວາມອ່ອນໄຫວທາງວັດທະນະທຳຂອງທ່ານ	139
ພາກທີ 2	ຄວາມຮັບຜິດຊອບຂອງທ່ານໃນຖານະສະມາຊິກແຜນຂອງພວກເຮົາ.....	160

ສາລະບານ**ບົດທີ 9: ຖ້າທ່ານມີບັນຫາ ຫຼື ການຮ້ອງທຸກ (ການພິຈາລະນາການຄຸ້ມຄອງ, ການຮ້ອງທຸກ, ການຂໍອຸທອນ) 162**

ພາກທີ 1	ສິ່ງທີ່ຕ້ອງເຮັດຖ້າມີບັນຫາຫຼືຄວາມກັງວົນ	162
ພາກທີ 2	ຈະຫາຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມ ແລະ ຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອສ່ວນຕົວໄດ້ທີ່ໃດ	162
ພາກທີ 3	ຄວາມເຂົ້າໃຈກ່ຽວກັບການຮ້ອງທຸກ ແລະ ການຂໍອຸທອນຂອງ Medicare ແລະ Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid)	163
ພາກທີ 4	ຂະບວນການໃດທີ່ຄວນໃຊ້ສໍາລັບບັນຫາຂອງທ່ານ	164
ພາກທີ 5	ຄູ່ມືສໍາລັບການຕັດສິນໃຈກ່ຽວກັບຜົນການພິຈາລະນາການຄຸ້ມຄອງ ແລະ ການຂໍອຸທອນ	164
ພາກທີ 6	Medical care: ວິທີຜົນການພິຈາລະນາການຄຸ້ມຄອງ ຫຼື ການຂໍອຸທອນ	168
ພາກທີ 7	ຢາໃນພາກ D: ວິທີຂໍການຕັດສິນໃຈກ່ຽວກັບຜົນການພິຈາລະນາການຄຸ້ມຄອງ ຫຼື ການຂໍອຸທອນ	178
ພາກທີ 8	ວິທີຂໍໃຫ້ພວກເຮົາຄຸ້ມຄອງການພັກຮັກສາຕົວໃນໂຮງໝໍທີ່ນາຍຂຶ້ນ ຖ້າທ່ານຄິດວ່າທ່ານກໍາລັງຈະຖືກອອກຈາກໂຮງໝໍໄວເກີນໄປ	188
ພາກທີ 9	ວິທີຂໍໃຫ້ພວກເຮົາດໍາເນີນການຄຸ້ມຄອງບໍລິການທາງການແພດບາງຢ່າງຕໍ່ໄປ ຖ້າທ່ານຄິດວ່າການຄຸ້ມຄອງຂອງທ່ານກໍາລັງຈະສິ້ນສຸດລົງໄວເກີນໄປ	193
ພາກທີ 10	ການນໍາການຂໍອຸທອນຂອງທ່ານໄປສູ່ຂັ້ນທີ 3, 4 ແລະ 5	197
ພາກທີ 11	ວິທີການຍື່ນການຮ້ອງທຸກກ່ຽວກັບຄຸນນະພາບການເບິ່ງແຍງ, ເວລາລໍຖ້າ, ການບໍລິການລູກຄ້າ, ຫຼື ຂໍ້ຂ້ອງໃຈອື່ນໆ	200

ບົດທີ 10: ການສິ້ນສຸດການເປັນສະມາຊິກໃນແຜນຂອງພວກເຮົາ 206

ພາກທີ 1	ການຍຸດຕິການເປັນສະມາຊິກໃນແຜນຂອງພວກເຮົາ	206
ພາກທີ 2	ທ່ານສາມາດຢຸດການເປັນສະມາຊິກໃນແຜນຂອງພວກເຮົາໄດ້ເມື່ອໃດ?	206
ພາກທີ 3	ວິທີການຢຸດການເປັນສະມາຊິກໃນແຜນຂອງພວກເຮົາ	210
ພາກທີ 4	ຈົນກວ່າການເປັນສະມາຊິກຂອງທ່ານຈະສິ້ນສຸດ, ທ່ານຕ້ອງສືບຕໍ່ໄດ້ຮັບລາຍການທາງການແພດ, ການບໍລິການ ແລະ ຢາຜ່ານແຜນຂອງພວກເຮົາ	211
ພາກທີ 5	Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP) ຕ້ອງສິ້ນສຸດການເປັນສະມາຊິກໃນແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາໃນບາງສະຖານະການ	211

ບົດທີ 11: ແຈ້ງການທາງກົດໝາຍ 214

ພາກທີ 1	ແຈ້ງການກ່ຽວກັບກົດໝາຍທີ່ກ່ຽວຂ້ອງ	214
ພາກທີ 2	ແຈ້ງການກ່ຽວກັບການບໍ່ຈໍາແນກ	214
ພາກທີ 3	ແຈ້ງການກ່ຽວກັບສິດທິການຊໍາລະເງິນຄືນຂອງຜູ້ຊໍາລະເງິນທີ່ສອງຂອງ Medicare	214

ສາລະບານ

ພາກທີ 4	ການຮຽກຄືນຜົນປະໂຫຍດທີ່ຈ່າຍໂດຍແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາພາຍໃຕ້ແຜນປະກັນ Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP) ຂອງທ່ານ	215
ພາກທີ 5	ບັດສະມາຊິກ	217
ພາກທີ 6	ສັນຍາອິດແບບອິດສະຫຼະ	217
ພາກທີ 7	ການສື່ໂກງຜ່ານແຜນປະກັນສຸຂະພາບ.....	218
ພາກທີ 8	ສະພາບການນອກເໜືອການຄວບຄຸມຂອງແຜນ.....	218
ບົດທີ 12: ຄໍານິຍາມ.....		219

ບົດທີ 1: ເລີ່ມຕົ້ນໃນຖານະສະມາຊິກ

ບົດທີ 1: ເລີ່ມຕົ້ນໃນຖານະສະມາຊິກ

ພາກທີ 1 ທ່ານໄດ້ເປັນສະມາຊິກຂອງແຜນ Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP)

ພາກທີ 1.1 ທ່ານໄດ້ລົງທະບຽນໃນແຜນ Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP) ເຊິ່ງເປັນແຜນປະກັນໄພສໍາລັບຜູ້ປ່ວຍທີ່ຕ້ອງການການເບິ່ງແຍງພິເສດຂອງ Medicare

ທ່ານໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງທັງຈາກ Medicare ແລະ ໂຄງການ Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid):

- **Medicare** ແມ່ນໂຄງການປະກັນສຸຂະພາບຂອງລັດຖະບານກາງ ສໍາລັບຜູ້ທີ່ມີອາຍຸ 65 ປີ ຫຼື ຫຼາຍກວ່າ, ບາງຄົນອາຍຸຕໍ່າກວ່າ 65 ປີ ແຕ່ມີຄວາມພິການບາງຢ່າງ, ແລະ ຜູ້ທີ່ເປັນໂຮກໄຕລະຍະສຸດທ້າຍ (ໄຕລີ້ມເລວ).
- **Medicaid** ແມ່ນໂຄງການຮ່ວມລະຫວ່າງລັດຖະບານກາງ ແລະ ລັດ ທີ່ຊ່ວຍເຫຼືອຄ່າໃຊ້ຈ່າຍດ້ານການແພດ ສໍາລັບບາງຄົນທີ່ມີລາຍໄດ້ ແລະ ຊັບພະຍາກອນຈໍາກັດ. ການຄຸ້ມຄອງຂອງ Medicaid ແຕກຕ່າງກັນໄປຕາມແຕ່ລະລັດ ແລະ ປະເພດຂອງ Medicaid ທີ່ທ່ານມີ. ບາງຄົນທີ່ມີ Medicaid ໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອໃນການຈ່າຍຄ່າປະກັນ Medicare ແລະ ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍອື່ນໆ. ບາງຄົນຍັງໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງສໍາລັບບໍລິການ ແລະ ຢາເພີ່ມເຕີມທີ່ Medicare ບໍ່ຄຸ້ມຄອງ.

ທ່ານໄດ້ເລືອກທີ່ຈະໄດ້ຮັບການດູແລສຸຂະພາບທັງຈາກ Medicare ແລະ ໂຄງການ Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) ພ້ອມທັງການຄຸ້ມຄອງຄ່າຢາຜ່ານແຜນຂອງພວກເຮົາ, Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP). ແຜນຂອງພວກເຮົາຄຸ້ມຄອງທຸກການບໍລິການພາກ A ແລະ ພາກ B. ແຕ່ຢ່າງໃດກໍຕາມ, ການແບ່ງປັນຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ ແລະ ການເຂົ້າເຖິງຜູ້ໃຫ້ບໍລິການໃນແຜນຂອງພວກເຮົາແຕກຕ່າງຈາກ Original Medicare.

Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP) ແມ່ນແຜນປະກັນ Medicare Advantage ພິເສດ (ແຜນປະກັນໄພສໍາລັບຜູ້ປ່ວຍທີ່ຕ້ອງການການເບິ່ງແຍງພິເສດຂອງ Medicare) ທີ່ອອກແບບສິດຜົນປະໂຫຍດເພື່ອຜູ້ທີ່ມີຄວາມຕ້ອງການດ້ານສຸຂະພາບພິເສດ. Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP) ຖືກອອກແບບສໍາລັບຜູ້ທີ່ມີ Medicare ແລະ ມີສິດໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອຈາກ Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid).

ເນື່ອງຈາກທ່ານໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອຈາກ Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) ກັບຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຮ່ວມຂອງ Medicare Part A ແລະ B (ຄ່າເສຍຫາຍສ່ວນທໍາອິດ, ການຊໍາລະຮ່ວມ, ແລະ ຄ່າປະກັນຮ່ວມ), ທ່ານອາດຈະບໍ່ຕ້ອງຈ່າຍຄ່າບໍລິການ Medicare ເລີຍ. Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) ອາດຈະມີສິດຜົນປະໂຫຍດອື່ນເພີ່ມໂດຍຄຸ້ມຄອງການບໍລິການສຸຂະພາບທີ່ໂດຍປົກກະຕິ Medicare ບໍ່ຄຸ້ມຄອງ. ທ່ານຈະໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອພິເສດ (Extra Help) Medicare ເພື່ອຈ່າຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍສໍາລັບຢາ Medicare ຂອງທ່ານ. ແຜນຂອງພວກເຮົາຈະຊ່ວຍທ່ານຈັດການຜົນປະໂຫຍດເຫຼົ່ານີ້ເພື່ອໃຫ້ທ່ານໄດ້ຮັບການບໍລິການສຸຂະພາບ ແລະ ຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການຈ່າຍທີ່ທ່ານມີສິດ.

ບົດທີ 1: ເລີ່ມຕົ້ນໃນຖານະສະມາຊິກ

ແຜນຂອງພວກເຮົາບໍລິຫານໂດຍບໍລິສັດເອກະຊົນ. ເຊັ່ນດຽວກັບແຜນປະກັນ Medicare Advantage ທັງຫມົດ, ແຜນປະກັນໄພສໍາລັບຜູ້ຝ່າຍທີ່ຕ້ອງການການເບິ່ງແຍງພິເສດນີ້ໄດ້ຮັບການຮັບຮອງໂດຍ Medicare. ແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາຍັງມີສັນຍາຮ່ວມກັບໂຄງການ Hawaii Medicaid ເພື່ອປະສານງານເລື່ອງສິດຜົນປະໂຫຍດປະໂຫຍດຈາກ Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid). ພວກເຮົາຍິນດີທີ່ຈະສະໜອງການຄຸ້ມຄອງ Medicare ຂອງທ່ານ ແລະ Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) ລວມທັງການຄຸ້ມຄອງຢາ.

ພາກທີ 1.2 ຂໍ້ມູນທາງດ້ານກົດໝາຍກ່ຽວກັບ ເອກະສານຢືນຢັນການຄຸ້ມຄອງ

ເອກະສານຢືນຢັນການຄຸ້ມຄອງ ນີ້ເປັນສ່ວນໜຶ່ງຂອງສັນຍາລະຫວ່າງພວກເຮົາກັບທ່ານ ກ່ຽວກັບວິທີທີ່ແຜນຂອງພວກເຮົາຄຸ້ມຄອງການດູແລຂອງທ່ານ. ສ່ວນອື່ນໆຂອງສັນຍານີ້ລວມມີແບບຟອມການລົງທະບຽນຂອງທ່ານ, ລາຍການຢາໃຕ້ການຄຸ້ມຄອງ (ລາຍການຢາທີ່ຄຸ້ມຄອງ), ແລະ ແຈ້ງການໃດໆທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບຈາກພວກເຮົາກ່ຽວກັບການປ່ຽນແປງການຄຸ້ມຄອງຂອງທ່ານ ຫຼື ເງື່ອນໄຂທີ່ມີຜົນກະທົບຕໍ່ການຄຸ້ມຄອງຂອງທ່ານ. ແຈ້ງການເຫຼົ່ານີ້ບາງຄັ້ງເອີ້ນວ່າ ເອກະສານຊ້ອນທ້າຍ ຫຼື ເອກະສານແກ້ໄຂເພີ່ມເຕີມ.

ສັນຍານີ້ມີຜົນບັງຄັບໃຊ້ສໍາລັບເດືອນທີ່ທ່ານລົງທະບຽນໃນແຜນຂອງພວກເຮົາ ລະຫວ່າງວັນທີ 1 ມັງກອນ 2026 ເຖິງວັນທີ 31 ທັນວາ 2026.

Medicare ອະນຸຍາດໃຫ້ພວກເຮົາສາມາດປ່ຽນແປງແຜນທີ່ພວກເຮົາໃຫ້ບໍລິການໃນແຕ່ລະປີປະຕິທິນ. ນີ້ຫມາຍຄວາມວ່າພວກເຮົາສາມາດປ່ຽນແປງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ ແລະ ຜົນປະໂຫຍດຂອງແຜນຫຼັງຈາກວັນທີ 31 ທັນວາ 2026. ພວກເຮົາຍັງສາມາດເລືອກຢຸດການສະເໜີແຜນໃນຂອບເຂດບໍລິການຂອງທ່ານ ຫຼັງຈາກວັນທີ 31 ທັນວາ 2026.

Medicare (ສູນບໍລິການ Medicare & Medicaid) ແລະ Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) ຕ້ອງອະນຸມັດໃຫ້ແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາ. ທ່ານສາມາດຮັບການຄຸ້ມຄອງ Medicare ໃນແຕ່ລະປີໃນຖານະສະມາຊິກຂອງແຜນ ຕາມເງື່ອນໄຂທີ່ພວກເຮົາສືບຕໍ່ສະເໜີແຜນ ແລະ Medicare ແລະ Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) ຕໍ່ອາຍຸການອະນຸມັດຂອງແຜນຂອງພວກເຮົາ.

ພາກທີ 2 ເງື່ອນໄຂຄວາມເໝາະສົມໃນການເຂົ້າຮ່ວມແຜນ**ພາກທີ 2.1 ເງື່ອນໄຂຄວາມເໝາະສົມ**

ທ່ານມີຄຸນສົມບັດເພື່ອເປັນສະມາຊິກໃນແຜນຂອງພວກເຮົາ ຕາມເງື່ອນໄຂດັ່ງຕໍ່ໄປນີ້:

- ທ່ານມີທັງ Medicare Part A ແລະ Medicare Part B ຄົບຖ້ວນ.
- ທ່ານອາໄສຢູ່ໃນພື້ນທີ່ຂອບເຂດບໍລິການຂອງພວກເຮົາ (ອະທິບາຍໃນພາກ 2.3). ຜູ້ທີ່ຖືກຄຸມຂັງບໍ່ໄດ້ຖືກພິຈາລະນາວ່າອາໄສຢູ່ໃນຂອບເຂດບໍລິການທາງພູມສາດ ເຖິງແມ່ນວ່າພວກເຂົາຈະຢູ່ໃນພື້ນທີ່ນັ້ນທາງກາຍະພາບກໍຕາມ.
- ທ່ານເປັນພົນລະເມືອງສະຫະລັດ ຫຼື ຢູ່ໃນສະຫະລັດຢ່າງຖືກຕ້ອງຕາມກົດໝາຍ.
- ທ່ານມີຄຸນສົມບັດຕາມເງື່ອນໄຂພິເສດທີ່ອະທິບາຍຂ້າງລຸ່ມນີ້.

ບົດທີ 1: ເລີ່ມຕົ້ນໃນຖານະສະມາຊິກ**ເງື່ອນໄຂຄວາມເໝາະສົມພິເສດສໍາລັບແຜນຂອງພວກເຮົາ**

ແຜນຂອງພວກເຮົາຖືກອອກແບບເພື່ອຕອບສະໜອງຄວາມຕ້ອງການຂອງຜູ້ທີ່ໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດ Medicaid ບາງຢ່າງ. (Medicaid ແມ່ນໂຄງການຮ່ວມລະຫວ່າງລັດຖະບານກາງ ແລະ ລັດ ທີ່ຊ່ວຍເຫຼືອຄ່າໃຊ້ຈ່າຍດ້ານການແພດ ສໍາລັບບາງຄົນທີ່ມີລາຍໄດ້ ແລະ ຊັບພະຍາກອນຈຳກັດ.) ເພື່ອໃຫ້ມີສິດໄດ້ຮັບແຜນຂອງພວກເຮົາ ທ່ານຕ້ອງມີສິດໄດ້ຮັບ Medicare ແລະ Medicaid ຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການແບ່ງປັນຕົ້ນທຶນຂອງຜົນປະໂຫຍດພາຍໃຕ້ Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid). ນອກຈາກນີ້, ທ່ານຕ້ອງໄດ້ລົງທະບຽນໃນໂຄງການ QUEST Integration ຜ່ານ 'Ohana Health Plan.

ໝາຍເຫດ: ຖ້າທ່ານສູນເສຍສິດຂອງທ່ານແຕ່ຄາດວ່າຈະໄດ້ຮັບສິດອີກຄັ້ງພາຍໃນ 6 ເດືອນ, ທ່ານຍັງມີສິດເປັນສະມາຊິກ. ບົດທີ 4 ພາກ 2 ໄດ້ອະທິບາຍເລື່ອງການຄຸ້ມຄອງ ແລະ ການແບ່ງປັນຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ ໃນໄລຍະທີ່ຖືກພິຈາລະນາວ່າມີຄຸນສົມບັດຕໍ່ໄປ.

ພາກທີ 2.2 Medicaid

Medicaid ແມ່ນໂຄງການຮ່ວມລະຫວ່າງລັດຖະບານກາງ ແລະ ລັດ ທີ່ຊ່ວຍເຫຼືອຄ່າໃຊ້ຈ່າຍດ້ານການແພດ ສໍາລັບບາງຄົນທີ່ມີລາຍໄດ້ ແລະ ຊັບພະຍາກອນຈຳກັດ. ແຕ່ລະລັດເປັນຜູ້ກຳນົດວ່າຫຍັງຖືກນັບເປັນລາຍໄດ້ ແລະ ຊັບພະຍາກອນ, ໃຜມີສິດ, ບໍລິການໃດຄຸ້ມຄອງ ແລະ ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຂອງບໍລິການ. ລັດຍັງສາມາດກຳນົດວິທີການດໍາເນີນໂຄງການຂອງຕົນ ໂດຍຕ້ອງປະຕິບັດຕາມຂໍ້ແນະນຳຂອງລັດຖະບານກາງ.

ນອກຈາກນັ້ນ, Medicaid ຍັງມີໂຄງການຕ່າງໆທີ່ຊ່ວຍເຫຼືອຜູ້ທີ່ມີຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ Medicare ເຊັ່ນ: ຄ່າເບ້ຍປະກັນສຸຂະພາບ Medicare ຂອງພວກເຂົາ. ຊ່ວຍເຫຼືອຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ Medicare ນີ້ຊ່ວຍຜູ້ທີ່ມີຂໍ້ຈຳກັດດ້ານລາຍໄດ້ ແລະ ດ້ານຊັບພະຍາກອນປະຢັດເງິນໃນທຸກປີ:

- **ໂຄງການສໍາລັບບຸກຄົນທີ່ໄດ້ຮັບສິດທີ່ປະໂຫຍດ Medicare Plus (QMB+):** ຊ່ວຍຈ່າຍຄ່າເບ້ຍປະກັນສຸຂະພາບ Medicare Part A ແລະ Part B, ແລະ ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຮ່ວມອື່ນໆ (ເຊັ່ນ: ຄ່າຫັກສ່ວນເກີນ, ການປະກັນຮ່ວມ, ແລະ ການຊໍາລະຮ່ວມ). ຜູ້ຮັບສິດທີ່ມີສິດຍັງໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດ Medicaid ແບບເຕັມສ່ວນ.
- **ໂຄງການຊ່ວຍເຫຼືອສະເພາະສໍາລັບບຸກຄົນລາຍໄດ້ຕໍ່າຂອງ Medicare ປລັດສ (SLMB+):** ຊ່ວຍຈ່າຍຄ່າເບ້ຍປະກັນສຸຂະພາບພາກ B. ຜູ້ຮັບສິດທີ່ມີສິດຍັງໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດ Medicaid ແບບເຕັມສ່ວນ.
- **ການເບີກປະກັນທັງສອງແບບເຕັມຈຳນວນ (FBDE):** Medicaid ອາດຈະຈ່າຍຄ່າປະກັນໄພ Medicare Part A ແລະ Part B ຂອງທ່ານ, ເຊັ່ນດຽວກັນກັບການຈ່າຍເງິນຮ່ວມອື່ນໆ (ເຊັ່ນ: ຄ່າເສຍຫາຍສ່ວນທຳອິດ, ປະກັນຮ່ວມ ແລະ ການຊໍາລະຮ່ວມ). ຜູ້ຮັບສິດທີ່ມີສິດຍັງໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດ Medicaid ແບບເຕັມສ່ວນ.

ບົດທີ 1: ເລີ່ມຕົ້ນໃນຖານະສະມາຊິກ

ພາກທີ 2.3 ຂອບເຂດບໍລິການຂອງແຜນປະກັນສໍາລັບ Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP)

Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP) ແມ່ນມີໃຫ້ສະເພາະກັບຜູ້ທີ່ອາໄສຢູ່ໃນຂອບເຂດບໍລິການຂອງແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາເທົ່ານັ້ນ. ເພື່ອເປັນສະມາຊິກຢູ່ໃນແຜນຂອງພວກເຮົາ, ທ່ານຕ້ອງຢູ່ໃນຂອບເຂດບໍລິການຂອງແຜນຂອງພວກເຮົາຕໍ່ໄປ. ເບິ່ງຄໍາອະທິບາຍຂອບເຂດບໍລິການໄດ້ຢູ່ຂ້າງລຸ່ມນີ້.

ຂອບເຂດບໍລິການ ຂອງພວກເຮົາປະກອບມີເຂດດັ່ງຕໍ່ໄປນີ້ໃນ Hawaii: Hawaii, Honolulu, Kauai ແລະ Maui.

ຖ້າທ່ານວາງແຜນທີ່ຈະຍ້າຍໄປຢູ່ລັດໃໝ່ ທ່ານຄວນຕິດຕໍ່ຫ້ອງການ Medicaid ຂອງລັດທ່ານ ແລະຖາມວ່າການຍ້າຍນີ້ຈະສົ່ງຜົນກະທົບຕໍ່ຜົນປະໂຫຍດ Medicaid ຂອງທ່ານແນວໃດ. ເບີໂທຂອງ Medicaid ຢູ່ໃນບົດທີ 2 ພາກທີ 6 ຂອງເອກະສານນີ້.

ຖ້າທ່ານຍ້າຍອອກນອກຂອບເຂດບໍລິການຂອງແຜນນີ້ ທ່ານຈະບໍ່ສາມາດຢູ່ເປັນສະມາຊິກຂອງແຜນນີ້ໄດ້. ໂທຫາຝ່າຍການບໍລິການສະມາຊິກທີ່ 1-888-846-4262 (ຜູ້ໃຊ້ TTY ໂທ 711) ເພື່ອກວດສອບວ່າພວກເຮົາມີແຜນໃນເຂດໃໝ່ຂອງທ່ານຫຼືບໍ່. ເມື່ອທ່ານຍ້າຍທີ່ຢູ່ ທ່ານຈະມີໄລຍະການປ່ຽນຫຼືລົງທະບຽນປະກັນໄພຮອບພິເສດເພື່ອປ່ຽນໄປໃຊ້ Original Medicare ຫຼືລົງທະບຽນໃນແຜນສຸຂະພາບ ຫຼື ແຜນຢາຂອງ Medicare ໃນທ້ອງຖິ່ນໃໝ່.

ຖ້າທ່ານຍ້າຍ ຫຼືປ່ຽນທີ່ຢູ່ສົ່ງໄປສະນີ ກໍ່ສໍາຄັນທີ່ຈະໂທແຈ້ງ ປະກັນສັງຄົມ ເຊັ່ນກັນ. ໂທຫາຫ້ອງການປະກັນສັງຄົມຕາມເບີ 1-800-772-1213 (ຜູ້ໃຊ້ TTY ໂທ 1-800-325-0778).

ພາກທີ 2.4 ພົນລະເມືອງສະຫະລັດ ຫຼື ການມີໜ້າຢ່າງຖືກກົດໝາຍ

ທ່ານຈະຕ້ອງເປັນພົນລະເມືອງສະຫະລັດ ຫຼືຢູ່ອາໄສໃນສະຫະລັດຢ່າງຖືກຕ້ອງຕາມກົດໝາຍ ເພື່ອເປັນສະມາຊິກໃນແຜນປະກັນສຸຂະພາບ Medicare. Medicare (ສູນບໍລິການ Medicare & Medicaid) ຈະແຈ້ງໃຫ້ແຜນ Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP) ຮັບຮູ້ ຖ້າທ່ານບໍ່ມີສິດທີ່ຈະຢູ່ເປັນສະມາຊິກຂອງແຜນພວກເຮົາໃນເງື່ອນໄຂນີ້. Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP) ຈະຕ້ອງຢຸດຕິການລົງທະບຽນຂອງທ່ານ ຖ້າທ່ານບໍ່ປະຕິບັດຕາມເງື່ອນໄຂນີ້.

ບົດທີ 1: ເລີ່ມຕົ້ນໃນຖານະສະມາຊິກ**ພາກທີ 3 ເອກະສານສໍາຄັນສໍາລັບສະມາຊິກ****ພາກທີ 3.1 ບັດສະມາຊິກຂອງແຜນພວກເຮົາ**

ໃຊ້ບັດສະມາຊິກຂອງທ່ານເມື່ອໃດກໍ່ຕາມທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບການບໍລິການທີ່ຄຸ້ມຄອງໂດຍແຜນຂອງພວກເຮົາ ແລະເມື່ອຮັບຢາຕາມໃບສັ່ງແພດທີ່ຮ້ານຂາຍຢາໃນເຄືອຂ່າຍ. ຕົວຢ່າງບັດສະມາຊິກ:

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)	
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	

ທ້າມໃຊ້ບັດ Medicare ສີແດງ, ຂາວ ແລະຟ້າ ສໍາລັບການບໍລິການທາງການແພດທີ່ຄຸ້ມຄອງ ໃນຂະນະທີ່ທ່ານເປັນສະມາຊິກຂອງແຜນນີ້. ຖ້າທ່ານໃຊ້ບັດ Medicare ແທນບັດສະມາຊິກ Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP) ທ່ານອາດຈະຕ້ອງຈ່າຍຄ່າບໍລິການທາງການແພດທັງໝົດດ້ວຍຕົນເອງ. ເກັບຮັກສາບັດ Medicare ຂອງທ່ານໃຫ້ຢູ່ໃນສະຖານທີ່ປອດໄພ. ທ່ານອາດຈະຖືກຂໍໃຫ້ສະແດງບັດນີ້ ຖ້າທ່ານຈຳເປັນຕ້ອງໃຊ້ບໍລິການໂຮງໝໍ, ບໍລິການໂຮງໝໍ ຫຼື ມີສ່ວນຮ່ວມໃນການສຶກສາຄົ້ນຄວ້າທາງການແພດທີ່ Medicare ອະນຸມັດ (ທີ່ຍັງເອີ້ນວ່າ ການທົດລອງທາງຄຣິນິກ).

ຖ້າບັດສະມາຊິກແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາເສຍຫາຍ, ເສຍ, ຫຼື ຖືກລັກ, ໃຫ້ໂທຫາການບໍລິການສະມາຊິກທີ່ເບີ 1-888-846-4262 (ຜູ້ໃຊ້ TTY ໃຫ້ໂທຫາ 711) ທັນທີ ແລະ ພວກເຮົາຈະສົ່ງບັດໃໝ່ໃຫ້ທ່ານ.

ພາກທີ 3.2 ລາຍຊື່ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ ແລະ ຮ້ານຂາຍຢາ

ລາຍຊື່ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ ແລະ ຮ້ານຂາຍຢາ go.wellcare.com/2026providerdirectories ລະບຸເຖິງຜູ້ໃຫ້ບໍລິການໃນເຄືອຂ່າຍ ແລະ ຜູ້ສະໜອງອຸປະກອນການແພດປັດຈຸບັນຂອງພວກເຮົາ. ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການໃນເຄືອຂ່າຍ ແມ່ນແພດ ແລະ ຜູ້ຊຳນານການດ້ານສຸຂະພາບອື່ນໆ, ກຸ່ມການແພດ, ຜູ້ຈັດຫາອຸປະກອນການແພດທີ່ທົນທານ, ໂຮງໝໍ ແລະ ສະຖານພະຍາບານອື່ນໆ ທີ່ມີຂໍ້ຕົກລົງກັບພວກເຮົາໃນການຮັບການຈ່າຍເງິນ ແລະ ການແບ່ງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຂອງແຜນເປັນການຈ່າຍເຕັມ.

ກຸ່ມການແພດແມ່ນສະມາຄົມແພດ ລວມທັງຜູ້ໃຫ້ບໍລິການການເບິ່ງແຍງຫຼັກ (PCPs) ແລະຜູ້ຊຳນານພິເສດ, ແລະ ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບອື່ນໆ ລວມທັງໂຮງໝໍ, ທີ່ມີສັນຍາກັບແຜນເພື່ອໃຫ້ບໍລິການແກ່ຜູ້ລົງທະບຽນ.

ທ່ານຈະຕ້ອງໃຊ້ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການໃນເຄືອຂ່າຍເພື່ອຮັບການຮັກສາ ແລະ ບໍລິການທາງການແພດ. ຖ້າທ່ານໄປຮັບການບໍລິການທີ່ອື່ນໂດຍບໍ່ໄດ້ຮັບການອະນຸມັດຢ່າງຖືກຕ້ອງ ທ່ານຈະຕ້ອງຈ່າຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍເຕັມຈຳນວນ. ຂໍ້ຍົກເວັ້ນພຽງຢ່າງດຽວຄື ເຫດສຸກເສີນ,

ບົດທີ 1: ເລີ່ມຕົ້ນໃນຖານະສະມາຊິກ

ບໍລິການຈຳເປັນສຸກເສີນເມື່ອເຄືອຂ່າຍບໍ່ມີ (ໃນສະຖານະການທີ່ບໍ່ສາມາດ ຫຼື ບໍ່ເໝາະສົມທີ່ຈະໄປຮັບການບໍລິການໃນເຄືອຂ່າຍ), ການຟອກໄຕນອກພື້ນທີ່ ແລະ ກໍລະນີທີ່ Wellcare 'Ohana Dual Align ອະນຸມັດໃຫ້ໃຊ້ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການນອກເຄືອຂ່າຍ. (HMO-POS D-SNP) ອະນຸຍາດໃຫ້ໃຊ້ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການນອກເຄືອຂ່າຍ. ບໍລິການ ແລະ ຜົນປະໂຫຍດດ້ານສຸຂະພາບສ່ວນໃຫຍ່ຂອງທ່ານແມ່ນໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງໂດຍ Medicare ແລະ ຍ້ອນວ່າທ່ານມີໂຄງການ Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid), ທ່ານຈະໄດ້ຮັບບໍລິການພິເສດເພີ່ມເຕີມຈາກແຜນຂອງພວກເຮົາ. ບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ຕ້ອງມີຄວາມຈຳເປັນທາງການແພດ ແລະ ໃນບາງກໍລະນີ, ທ່ານອາດຈະຕ້ອງໄດ້ຮັບການອ້າງອີງຈາກຜູ້ໃຫ້ບໍລິການການເບິ່ງແຍງຫຼັກ. ທ່ານຕ້ອງໄດ້ຮັບບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ຈາກຜູ້ໃຫ້ບໍລິການທີ່ຢູ່ໃນແຜນຂອງພວກເຮົາ. ຖ້າທ່ານບໍ່ສາມາດຊອກຫາຜູ້ໃຫ້ບໍລິການໃນແຜນຂອງພວກເຮົາທີ່ສາມາດໃຫ້ການປິ່ນປົວທີ່ທ່ານຕ້ອງການໄດ້, ພວກເຮົາຈະຊອກຫາການປິ່ນປົວທີ່ທ່ານຕ້ອງການຈາກຜູ້ໃຫ້ບໍລິການນອກແຜນຂອງພວກເຮົາ. ໃນກໍລະນີດັ່ງກ່າວ, ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການການເບິ່ງແຍງຫຼັກ (PCP) ຂອງທ່ານສາມາດໂທຫາ ການບໍລິການສະມາຊິກ ເພື່ອຂໍອະນຸມັດໃຫ້ທ່ານໄປພົບຜູ້ໃຫ້ບໍລິການນອກເຄືອຂ່າຍໄດ້.

ລາຍຊື່ລ່າສຸດຂອງຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ ແລະ ຜູ້ຈັດຫາຢູ່ໃນເວັບໄຊຂອງພວກເຮົາຢູ່ທີ່ go.wellcare.com/2026providerdirectories.

ຖ້າທ່ານບໍ່ມີ ລາຍຊື່ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ ແລະ ຮ້ານຂາຍຢາ, ທ່ານສາມາດຮ້ອງຂໍສໍາເນົາ (ໃນຮູບແບບອີເລັກໂທຣນິກ ຫຼື ເອກະສານກະດາດ) ຈາກຝ່າຍການບໍລິການສະມາຊິກ ໂທ 1-888-846-4262 (ຜູ້ໃຊ້ TTY ໂທ 711). ລາຍຊື່ ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການແລະ ຮ້ານຂາຍຢາໃນຮູບແບບກະດາດທີ່ທ່ານຮ້ອງຂໍຈະຖືກສົ່ງໃຫ້ທ່ານພາຍໃນ 3 ວັນເຮັດການ.

ລາຍຊື່ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ ແລະ ຮ້ານຂາຍຢາ go.wellcare.com/2026providerdirectories ລິສລາຍຊື່ຮ້ານຂາຍຢາໃນເຄືອຂ່າຍຂອງພວກເຮົາ. **ຮ້ານຂາຍຢາໃນເຄືອຂ່າຍ** ແມ່ນຮ້ານຂາຍຢາທີ່ຍອມຮັບຈ່າຍຢາຕາມໃບສັງທີ່ຢູ່ໃນຄວາມຄຸ້ມຄອງສໍາລັບສະມາຊິກແຜນຂອງພວກເຮົາ. ໃຊ້ ລາຍຊື່ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ ແລະ ຮ້ານຂາຍຢາ ເພື່ອຊອກຫາຮ້ານຂາຍຢາໃນເຄືອຂ່າຍທີ່ທ່ານຕ້ອງການໃຊ້. ໄປທີ່ ບົດທີ 5, ພາກທີ 2.4 ສໍາລັບຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບວ່າເມື່ອໃດທີ່ທ່ານສາມາດໃຊ້ຮ້ານຂາຍຢາທີ່ບໍ່ໄດ້ຢູ່ໃນເຄືອຂ່າຍຂອງແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາ.

ນອກຈາກນີ້ ລາຍຊື່ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ ແລະ ຮ້ານຂາຍຢາ ຍັງສະແດງໃຫ້ທ່ານເຫັນວ່າຮ້ານຂາຍຢາໃດໃນເຄືອຂ່າຍຂອງພວກເຮົາມີການແບ່ງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທີ່ຕ້ອງການ, ເຊິ່ງອາດຈະຕໍ່າກວ່າມາດຕະຖານການແບ່ງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທີ່ສະເໜີໂດຍຮ້ານຂາຍຢາອື່ນໆໃນເຄືອຂ່າຍສໍາລັບຢາບາງຊະນິດ.

ຖ້າທ່ານບໍ່ມີລາຍຊື່ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ ແລະ ຮ້ານຂາຍຢາ, ທ່ານສາມາດຮ້ອງຂໍສໍາເນົາໄດ້ຈາກຝ່າຍການບໍລິການສະມາຊິກທີ່ເບີ 1-888-846-4262 (ຜູ້ໃຊ້ TTY ໃຫ້ໂທຫາ 711). ນອກຈາກນີ້, ທ່ານຍັງສາມາດຊອກຫາຂໍ້ມູນນີ້ຢູ່ໃນເວັບໄຊຂອງພວກເຮົາທີ່ go.wellcare.com/2026providerdirectories.

ບົດທີ 1: ເລີ່ມຕົ້ນໃນຖານະສະມາຊິກ

ພາກທີ 3.3 ລາຍການຢາ (ລາຍການຢາທີ່ຄຸ້ມຄອງ)

ແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາມີ ລາຍການຢາໃຕ້ການຄຸ້ມຄອງ (ເຊິ່ງເອີ້ນອີກຢ່າງໜຶ່ງວ່າລາຍການຢາ ຫຼື ລາຍການຢາທີ່ຄຸ້ມຄອງ). ມັນບອກວ່າຢາຕາມໃບສັງແພດຊະນິດໃດແດ່ທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງພາຍໃຕ້ຜົນປະໂຫຍດພາກ D ທີ່ລວມຢູ່ໃນ Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP). ຢາຢູ່ໃນລາຍການນີ້ແມ່ນເລືອກໂດຍແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາ, ໂດຍໄດ້ການຊ່ວຍເຫຼືອຈາກທ່ານຫມໍ ແລະ ແພດການຢາ. ລາຍການຢາຕ້ອງໄດ້ຕາມເງື່ອນໄຂຂອງ Medicare. ຢາທີ່ມີລາຄາຕໍ່ລອງພາຍໃຕ້ໂຄງການຕໍ່ລອງລາຄາຢາຂອງ Medicare ຈະຖືກລວມຢູ່ໃນບັນຊີລາຍການຢາຂອງທ່ານ ເວັ້ນເສຍແຕ່ວ່າພວກມັນຈະຖືກຖອດອອກ ແລະ ປ່ຽນແທນຕາມທີ່ອະທິບາຍໄວ້ໃນບົດທີ 5, ພາກທີ 6. Medicare ໄດ້ອະນຸມັດບັນຊີລາຍການຢາຂອງ Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP) ແລ້ວ.

ລາຍການຢາຍັງບອກຂໍ້ມູນວ່າມີຢາຊະນິດໃດທີ່ມີກົດທີ່ຈຳກັດການຄຸ້ມຄອງຢາ.

ພວກເຮົາຈະສົ່ງສໍາເນົາລາຍການຢາໃຫ້. ເພື່ອຮັບຂໍ້ມູນທີ່ຄົບຖ້ວນ ແລະ ອັດເດນເຫຼົ່າສຸດທີ່ສຸດກ່ຽວກັບວ່າຢາຊະນິດໃດແດ່ທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ, ເຂົ້າເບິ່ງເວັບໄຊ go.wellcare.com/druglist-6716 ຫຼື ໂທຫາຝ່າຍການບໍລິການສະມາຊິກທີ່ເບີ 1-888-846-4262 (ຜູ້ໃຊ້ TTY ໃຫ້ໂທຫາ 711).

ພາກທີ 4 ສະຫຼຸບລວມຂອງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຫຼັກໃນປີ 2026

	ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຂອງທ່ານໃນປີ
ແຜນເບີຍປະກັນສຸຂະພາບລາຍເດືອນ* * ເບີຍປະກັນສຸຂະພາບຂອງທ່ານສາມາດຈະສູງກວ່າຈຳນວນນີ້. ເບິ່ງພາກທີ 4.1 ສໍາລັບລາຍລະອຽດ.	\$0
ວົງເງິນຮັບຜິດຊອບສູງສຸດ ນີ້ແມ່ນ ວົງເງິນສູງສຸດ ທີ່ທ່ານສາມາດຊໍາລະດ້ວຍເງິນຕົນເອງ ສໍາລັບການບໍລິການທີ່ຄຸ້ມຄອງພາຍໃຕ້ພາກ A ແລະ ພາກ B ຂອງທ່ານ. (ໄປທີ່ ບົດທີ 4 ພາກທີ 1 ສໍາລັບລາຍລະອຽດ.)	\$9,250 ທ່ານບໍ່ໄດ້ຮັບຜິດຊອບໃນການຈ່າຍວົງເງິນຮັບຜິດຊອບສູງສຸດ ສໍາລັບຈຳນວນສູງສຸດທີ່ທ່ານຈະຈ່າຍ out-of-pocket ສໍາລັບການບໍລິການທີ່ກວມເອົາ ຢູ່ໃນບໍລິການພາກ A ແລະ ພາກ B.
ການໄປພົບທ່ານໝໍປະຈຳທີ່ຫ້ອງການ	ການຊໍາລະຮ່ວມ \$0 ຕໍ່ການຢ້ຽມຢາມ
ການເຂົ້າຜູ້ຊ່ຽວຊານຢູ່ຫ້ອງການ	ການຊໍາລະຮ່ວມ \$0 ຕໍ່ການຢ້ຽມຢາມ

ບົດທີ 1: ເລີ່ມຕົ້ນໃນຖານະສະມາຊິກ

	ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຂອງທ່ານໃນປີ
ການເຂົ້າພັກຢູ່ໂຮງໝໍ	ສໍາລັບການເຂົ້າໂຮງໝໍທີ່ຄຸ້ມຄອງໂດຍ Medicare ຕໍ່ການເຂົ້າພັກ: ການຊໍາລະຮ່ວມ \$0 ສໍາລັບການເຂົ້າພັກໂຮງໝໍແຕ່ລະຄັ້ງ. ວັນສໍາຮອງຕະຫຼອດຊິບ \$0 ການຊໍາລະຮ່ວມຕໍ່ມື້. ວັນສໍາຮອງຕະຫຼອດຊິບແມ່ນຈໍານວນມື້ເພີ່ມເຕີມທີ່ແຜນປະກັນຈະຈ່າຍໃຫ້ເມື່ອສະມາຊິກຕ້ອງນອນຢູ່ໂຮງໝໍເກີນຈໍານວນວັນທີ່ແຜນປະກັນຄຸ້ມຄອງ. ສະມາຊິກມີມື້ສໍາຮອງນີ້ທັງໝົດ 60 ມື້ໃນໄລຍະຕະຫຼອດຊິບ.
ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍສ່ວນທໍາອິດຂອງການຄຸ້ມຄອງຄໍາຢາພາກ D (ໄປທີ່ ບົດທີ 6 ສໍາລັບລາຍລະອຽດ.)	\$0
ການຄຸ້ມຄອງຢາພາກ D (ໄປທີ່ ບົດທີ 6 ສໍາລັບລາຍລະອຽດ.)	ການຊໍາລະຮ່ວມ \$0

ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຂອງທ່ານປະກອບມີດັ່ງນີ້:

- ແຜນເບ້ຍປະກັນສຸຂະພາບ (ພາກທີ 4.1)
- ເບ້ຍປະກັນສຸຂະພາບ Medicare Part B ລາຍເດືອນ (ພາກທີ 4.2)
- ເບ້ຍປັບໄໝການສະໝັກລ່າຊ້າພາກ D (ພາກທີ 4.3)
- ຈໍານວນເງິນສົບທົບລາຍເດືອນທີ່ປັບຕາມລາຍໄດ້ (ພາກທີ 4.4)

ພາກທີ 4.1 ເບ້ຍປະກັນສຸຂະພາບແຜນ

ເນື່ອງຈາກວ່າໂຄງການການຊ່ວຍເຫຼືອພິເສດ ຈ່າຍເບ້ຍປະກັນສຸຂະພາບແຜນທ່ານ, ທ່ານຈະບໍ່ໄດ້ຈ່າຍເບ້ຍປະກັນສຸຂະພາບແຜນລາຍເດືອນແຍກຕ່າງຫາກສໍາລັບແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາ.

ຖ້າທ່ານ ໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອຈາກໜຶ່ງໃນໂຄງການເຫຼົ່ານີ້ຢູ່ແລ້ວ, **ຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບເບ້ຍປະກັນສຸຂະພາບໃນ ເອກະສານຢືນຢັນການຄຸ້ມຄອງ ອາດຈະບໍ່ນໍາໃຊ້ກັບທ່ານ.** ພວກເຮົາໄດ້ສົ່ງເອກະສານແຍກຕ່າງຫາກໃຫ້ທ່ານ, ເຊິ່ງເອີ້ນວ່າ ເອກະສານຢືນຢັນການຄຸ້ມຄອງສໍາລັບຜູ້ທີ່ໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອພິເສດ ໃນການຈ່າຍຄ່າຢາຕາມໃບສັງແພດ (ເຊິ່ງຮູ້ຈັກກັນໃນຊື່ ເອກະສານຊ້ອນທ້າຍການອຸດໜູນສໍາລັບຜູ້ມີລາຍໄດ້ຕໍ່າ ຫຼື ເອກະສານຊ້ອນທ້າຍ LIS), ເຊິ່ງບອກທ່ານກ່ຽວກັບການຄຸ້ມຄອງຢາຂອງທ່ານ. ຖ້າທ່ານບໍ່ມີເອກະສານຊ້ອນທ້າຍນີ້, ໃຫ້ໂທຫາການບໍລິການສະມາຊິກທີ່ 1-888-846-4262 (ຜູ້ໃຊ້ TTY ໃຫ້ໂທຫາ 711) ແລະ ຮ້ອງຂໍເອກະສານຊ້ອນທ້າຍ LIS.

ບົດທີ 1: ເລີ່ມຕົ້ນໃນຖານະສະມາຊິກ**ພາກທີ 4.2 ເບີ້ຍປະກັນສຸຂະພາບ Medicare Part B ລາຍເດືອນ****ສະມາຊິກຫຼາຍຄົນຈຳເປັນຕ້ອງຈ່າຍຄ່າເບີ້ຍປະກັນສຸຂະພາບອື່ນ Medicare**

ສະມາຊິກບາງຄົນຈຳເປັນຕ້ອງຈ່າຍຄ່າເບີ້ຍປະກັນສຸຂະພາບອື່ນ Medicare. ດັ່ງທີ່ໄດ້ອະທິບາຍໃນຂໍ້ 2 ຂ້າງເທິງ ເພື່ອໃຫ້ມີສິດເຂົ້າຮ່ວມແຜນຂອງພວກເຮົາ, ທ່ານຕ້ອງຮັກສາສິດໃນໂຄງການ Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) ພ້ອມທັງມີທັງ Medicare Part A ແລະ Medicare Part B. ສໍາລັບສະມາຊິກ Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP) ສ່ວນໃຫຍ່, ໂຄງການ Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) ຈະຈ່າຍຄ່າທຳນຽມ ພາກ A ຂອງທ່ານ (ຖ້າທ່ານບໍ່ມີຄຸນສົມບັດໂດຍອັດຕະໂນມັດ) ແລະ ເບີ້ຍປະກັນສຸຂະພາບ ພາກ B.

ຖ້າ Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) ບໍ່ໄດ້ຈ່າຍເບີ້ຍປະກັນສຸຂະພາບ Medicare ໃຫ້ທ່ານ, ທ່ານຈະຕ້ອງສືບຕໍ່ຈ່າຍເບີ້ຍປະກັນສຸຂະພາບ Medicare ດ້ວຍຕົນເອງເພື່ອເປັນສະມາຊິກໃນແຜນຂອງພວກເຮົາຕໍ່ໄປ. ນີ້ລວມມີເບີ້ຍປະກັນສຸຂະພາບຂອງທ່ານສໍາລັບພາກ B. ທ່ານອາດຈະຕ້ອງຈ່າຍເບີ້ຍປະກັນສຸຂະພາບສໍາລັບພາກ A ຖ້າທ່ານບໍ່ມີສິດໄດ້ຮັບພາກ A ແບບບໍ່ເສຍເບີ້ຍປະກັນສຸຂະພາບ.

ພາກທີ 4.3 ເບີ້ຍປັບໄໝການສະໝັກລ່າຊ້າພາກ D

ເນື່ອງຈາກທ່ານມີສິດສອງສະຖານະ, LEP ຈະບໍ່ນໍາໃຊ້ຕາມທີ່ທ່ານຮັກສາສະຖານະນີ້, ແຕ່ຖ້າສູນເສຍສະຖານະ ທ່ານອາດຈະເກີດຄ່າ LEP. ເບີ້ຍປັບໄໝການສະໝັກລ່າຊ້າພາກ D ແມ່ນເບີ້ຍປະກັນສຸຂະພາບເພີ່ມເຕີມທີ່ຕ້ອງຈ່າຍສໍາລັບການຄຸ້ມຄອງພາກ D ຖ້າຊ່ວງໃດກໍຕາມຫຼັງຈາກໄລຍະການລົງທະບຽນເບື້ອງຕົ້ນຂອງທ່ານໝົດສິ້ນສຸດລົງ ທ່ານມີໄລຍະເວລາ 63 ມື້ຕິດຕໍ່ກັນ ຫຼື ຫຼາຍກວ່າ ທີ່ທ່ານບໍ່ມີພາກ D ຫຼື ການຄຸ້ມຄອງຢາທີ່ໜ້າເຊື່ອຖືອື່ນ. ການຄຸ້ມຄອງຢາຕາມໃບສັງເພດທີ່ເຊື່ອຖືໄດ້ແມ່ນການຄຸ້ມຄອງທີ່ສອດຄ່ອງກັບມາດຕະຖານຂັ້ນຕໍ່າຂອງ Medicare ເນື່ອງຈາກຄາດວ່າຈະຈ່າຍໃຫ້ເທົ່າ ຫຼື ຫຼາຍກວ່າການຄຸ້ມຄອງຢາມາດຕະຖານຂອງ Medicare. ເບີ້ຍປັບໄໝການສະໝັກລ່າຊ້າຈະຂຶ້ນກັບໄລຍະເວລາທີ່ທ່ານບໍ່ມີພາກ D ຫຼື ການຄຸ້ມຄອງຢາຕາມໃບສັງເພດທີ່ໜ້າເຊື່ອຖືອື່ນ. ທ່ານຈະຕ້ອງຈ່າຍຄ່າປັບນີ້ຕະຫຼອດໄລຍະທີ່ທ່ານມີຄວາມຄຸ້ມຄອງພາກ D.

ທ່ານ ບໍ່ ຕ້ອງຈ່າຍຄ່າປັບໄໝການລົງທະບຽນຊ້າຂອງພາກ D ຖ້າ:

- ທ່ານໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອພິເສດ ຈາກ Medicare ເພື່ອຊ່ວຍຈ່າຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຢາຂອງທ່ານ.
- ທ່ານບໍ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງທີ່ຮັບຮອງຕິດກັນໜ້ອຍກວ່າ 63 ມື້.
- ທ່ານມີຄວາມຄຸ້ມຄອງຢາທີ່ເຂົ້າເກນຜ່ານແຫຼ່ງອື່ນ (ເຊັ່ນ ນາຍຈ້າງເກົ່າ, ສະຫະພັນ, TRICARE ຫຼື ການບໍລິຫານສຸຂະພາບທະຫານຜ່ານເສິກ (VA)). ບໍລິສັດປະກັນຂອງທ່ານ ຫຼື ພະແນກບຸກຄະລາກອນຈະແຈ້ງໃຫ້ທ່ານຮູ້ໃນແຕ່ລະປີວ່າຄວາມຄຸ້ມຄອງຢາຂອງທ່ານແມ່ນການຄຸ້ມຄອງທີ່ຮັບຮອງ ຫຼື ບໍ່. ທ່ານອາດຈະໄດ້ຮັບຂໍ້ມູນນີ້ໃນຮູບແບບຂອງຈົດໝາຍ ຫຼື ຈົດໝາຍຂ່າວສານຈາກແຜນນັ້ນ. ເກັບຮັກສາຂໍ້ມູນນີ້ໄວ້ ເພາະທ່ານອາດຈະຕ້ອງການມັນຖ້າທ່ານເຂົ້າຮ່ວມແຜນປະກັນຢາ Medicare ໃນພາຍຫຼັງ.
 - **ໝາຍເຫດ:** ຈົດໝາຍ ຫຼື ແຈ້ງການໃດໆຕ້ອງລະບຸວ່າທ່ານມີການຄຸ້ມຄອງຢາຕາມໃບສັງເພດທີ່ເຊື່ອຖືໄດ້ ເຊິ່ງຄາດວ່າຈະຈ່າຍໃຫ້ເທົ່າກັບທີ່ແຜນປະກັນຢາມາດຕະຖານຂອງ Medicare ຈ່າຍ.
 - **ໝາຍເຫດ:** ບັດສ່ວນຫຼຸດຢາຕາມໃບສັງເພດ, ຄລີນິກຟຣີ, ແລະ ເວັບໄຊສ່ວນຫຼຸດຢາ ບໍ່ແມ່ນການຄຸ້ມຄອງຢາຕາມໃບສັງເພດທີ່ເຊື່ອຖືໄດ້.

ບົດທີ 1: ເລີ່ມຕົ້ນໃນຖານະສະມາຊິກ

Medicare ຈະເປັນຜູ້ກຳນົດຈຳນວນຄ່າເບ້ຍປັບໄໝການສະໝັກລ່າຊ້າພາກ D. ນີ້ຄືວິທີການຄິດໄລ່:

- ທຳອິດ, ໃຫ້ນັບຈຳນວນເດືອນເຕັມທີ່ທ່ານເລື່ອນການລົງທະບຽນໃນແຜນຢາ Medicare, ຫຼັງຈາກທີ່ທ່ານມີສິດລົງທະບຽນ. ຫຼືນັບຈຳນວນເດືອນເຕັມທີ່ທ່ານບໍ່ມີການຄຸ້ມຄອງດ້ານຢາທີ່ເຊື່ອຖືໄດ້, ຖ້າການຂາດການຄຸ້ມຄອງແມ່ນ 63 ມື້ ຫຼື ຫຼາຍກວ່ານັ້ນ. ຄ່າປັບໄໝແມ່ນ 1% ສໍາລັບທຸກໆເດືອນທີ່ທ່ານບໍ່ມີການຄຸ້ມຄອງທີ່ຮັບຮອງ. ຕົວຢ່າງ, ຖ້າທ່ານບໍ່ມີການຄຸ້ມຄອງເປັນເວລາ 14 ເດືອນ, ເປີເຊັນຄ່າປັບໄໝຈະເປັນ 14%.
- ຈາກນັ້ນ Medicare ຈະກຳນົດຈຳນວນເບ້ຍປະກັນສຸຂະພາບລາຍເດືອນໂດຍສະເລ່ຍສໍາລັບແຜນປະກັນຢາ Medicare ໃນທົ່ວປະເທດຈາກປີທີ່ຜ່ານມາ (ປະກັນໄພຜູ້ໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດແຫ່ງຊາດ). ສໍາລັບປີ 2026, ເບ້ຍປະກັນສຸຂະພາບສະເລ່ຍແມ່ນ \$38.99.
- ເພື່ອຄິດໄລ່ຄ່າປັບໄໝລາຍເດືອນຂອງທ່ານ, ໃຫ້ຄູນເປີເຊັນຄ່າປັບໄໝໃສ່ກັບ ເບ້ຍປະກັນສຸຂະພາບພື້ນຖານລະດັບຊາດຂອງຜູ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດ ແລະ ປັດໃຫ້ເປັນ 10 ເຊັ່ນທີ່ໄກ້ຄຽງທີ່ສຸດ. ໃນຕົວຢ່າງນີ້, ມັນຈະເປັນ 14% ຄູນ \$38.99, ເຊິ່ງເທົ່າກັບ \$5.46. ປັດເປັນເລກກົມໆເປັນ \$5.50. ຈຳນວນນີ້ຈະຖືກເພີ່ມເຂົ້າ **ໄປໃນເບ້ຍປະກັນສຸຂະພາບແຜນລາຍເດືອນສໍາລັບຜູ້ທີ່ມີເບ້ຍປັບໄໝການສະໝັກລ່າຊ້າພາກ D.**

ມີສາມສິ່ງສໍາຄັນທີ່ຕ້ອງຮູ້ກ່ຽວກັບເບ້ຍປັບໄໝການສະໝັກລ່າຊ້າພາກ D ລາຍເດືອນ:

- ຄ່າປັບໄໝອາດຈະປ່ຽນແປງໃນແຕ່ລະປີ** ເພາະວ່າເບ້ຍປະກັນສຸຂະພາບພື້ນຖານລະດັບຊາດຂອງຜູ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດສາມາດປ່ຽນແປງໄດ້ໃນແຕ່ລະປີ.
- ທ່ານຈະສືບຕໍ່ຈ່າຍຄ່າປັບໄໝທຸກເດືອນ** ຕາມໃດທີ່ທ່ານຍັງລົງທະບຽນຢູ່ໃນແຜນປະກັນທີ່ມີຜົນປະໂຫຍດດ້ານຢາ Medicare Part D, ເຖິງແມ່ນວ່າທ່ານຈະປ່ຽນແຜນປະກັນກໍຕາມ.
- ຖ້າທ່ານອາຍຸ *ຕໍ່ກວ່າ* 65 ແລະ ລົງທະບຽນໃນ Medicare, ເບ້ຍປັບໄໝການສະໝັກລ່າຊ້າພາກ D ຈະຖືກຮີເຊັດເມື່ອທ່ານອາຍຸ ຮອດ 65 ປີ. ຫຼັງອາຍຸ 65 ປີ, ເບ້ຍປັບໄໝການສະໝັກລ່າຊ້າພາກ D ຂອງທ່ານຈະຖືກຄຳນວນຕາມຈຳນວນເດືອນທີ່ທ່ານບໍ່ມີຄວາມຄຸ້ມຄອງຫຼັງຈາກໄລຍະການລົງທະບຽນເບື້ອງຕົ້ນຂອງທ່ານສໍາລັບເຂົ້າຮັບ Medicare ຕາມອາຍຸ.

ຖ້າທ່ານບໍ່ເຫັນດີກ່ຽວກັບຄ່າປັບໄໝການລົງທະບຽນຊ້າຂອງພາກ D ຂອງທ່ານ, ທ່ານ ຫຼື ຜູ້ຕາງໜ້າຂອງທ່ານສາມາດຮ້ອງຂໍການກວດສອບຄືນໄດ້. ໂດຍທົ່ວໄປແລ້ວ, ທ່ານຕ້ອງຮ້ອງຂໍການກວດສອບ **ຄືນນີ້ພາຍໃນ 60 ວັນ** ນັບຈາກວັນທີໃນຈົດໝາຍສະບັບທຳອິດທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບ ເຊິ່ງລະບຸວ່າທ່ານຕ້ອງຈ່າຍເບ້ຍປັບໄໝການສະໝັກລ່າຊ້າ. ເຖິງຢ່າງໃດກໍຕາມ, ຖ້າທ່ານໄດ້ຈ່າຍຄ່າປັບໄໝກ່ອນທີ່ທ່ານຈະເຂົ້າຮ່ວມແຜນຂອງພວກເຮົາ, ທ່ານອາດຈະບໍ່ມີໂອກາດອີກໃນການຮ້ອງຂໍການທົບທວນເບ້ຍປັບໄໝການສະໝັກລ່າຊ້ານັ້ນ.

ພາກທີ 4.4 ເບ້ຍປະກັນສຸຂະພາບເພີ່ມເຕີມຕາມລະດັບລາຍໄດ້

ຖ້າທ່ານສູນເສຍສິດເຂົ້າຮ່ວມແຜນນີ້ເນື່ອງຈາກມີການປ່ຽນແປງລາຍຮັບ, ສະມາຊິກບາງຄົນອາດຈະຕ້ອງຈ່າຍຄ່າທຳນຽມເພີ່ມສໍາລັບແຜນ Medicare ຂອງພວກເຂົາ, ເຊິ່ງເອີ້ນວ່າ ເບ້ຍປະກັນສຸຂະພາບເພີ່ມເຕີມຕາມລະດັບລາຍໄດ້ພາກ D (IRMAA). ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍເພີ່ມເຕີມແມ່ນຈະຄິດໄລ່ໂດຍໃຊ້ລາຍໄດ້ລວມທີ່ໄດ້ປັບປ່ຽນແລ້ວຂອງທ່ານຕາມທີ່ໄດ້ລາຍງານຢູ່ໃນໃບແຈ້ງພາສີ IRS ຂອງທ່ານຈາກ 2 ປີກ່ອນ. ຖ້າເງິນຈຳນວນນີ້ສູງກວ່າຈຳນວນທີ່ກຳນົດ, ທ່ານຈະຕ້ອງຈ່າຍເບ້ຍປະກັນສຸຂະພາບມາດຕະຖານ ແລະ ຄ່າ IRMAA ເພີ່ມເຕີມ. ສໍາລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບຈຳນວນເງິນເພີ່ມເຕີມທີ່ທ່ານອາດຈະຕ້ອງຈ່າຍໂດຍອີງຕາມລາຍໄດ້ຂອງທ່ານ, ເຂົ້າເບິ່ງທີ່ www.Medicare.gov/health-drug-plans/part-d/basics/costs.

ບົດທີ 1: ເລີ່ມຕົ້ນໃນຖານະສະມາຊິກ

ຖ້າທ່ານຕ້ອງຈ່າຍຄ່າ IRMAA ເພີ່ມເຕີມ, ປະກັນສັງຄົມ, ເຊິ່ງບໍ່ແມ່ນແຜນ Medicare ຂອງທ່ານ, ຈະເປັນຜູ້ສັງຈັດໝາຍບອກທ່ານວ່າຈຳນວນເງິນເພີ່ມເຕີມນັ້ນຈະເປັນເທົ່າໃດ. ຈຳນວນທີ່ທັກເພີ່ມເຕີມຈະທັກອອກຈາກປະກັນສັງຄົມ, ໜ່ວຍງານບໍລິຫານຈັດການເບ້ຍລ້ຽງສໍາລັບພະນັກງານລົດໄຟລັດ, ຫຼື ເຊັກຜົນປະໂຫຍດຈາກຫ້ອງການບໍລິຫານບຸກຄະລາກອນ ບໍ່ວ່າທ່ານຈະຊຳລະເບ້ຍປະກັນສຸຂະພາບຂອງແຜນເຮົາຕາມຜັກກະຕິແນວໃດກໍຕາມ ເວັ້ນເສຍແຕ່ວ່າຜົນປະໂຫຍດລາຍເດືອນຂອງທ່ານຈະສາມາດຄຸ້ມຄອງຈຳນວນເງິນເພີ່ມເຕີມທີ່ຕ້ອງຊຳລະ. ຖ້າເຊັກຜົນປະໂຫຍດຂອງທ່ານບໍ່ພຽງພໍໃນການຄຸ້ມຄອງເງິນຈຳນວນນີ້, ທ່ານຈະໄດ້ຮັບໃບບິນຈາກ Medicare. **ທ່ານຕ້ອງຈ່າຍຄ່າ IRMAA ເພີ່ມໃຫ້ແກ່ລັດຖະບານ. ມັນບໍ່ສາມາດຈ່າຍລວມກັບເບ້ຍປະກັນສຸຂະພາບຂອງແຜນປະກັນລາຍເດືອນຂອງທ່ານໄດ້. ຖ້າທ່ານບໍ່ຈ່າຍຄ່າ IRMAA ເພີ່ມເຕີມນີ້, ທ່ານຈະຖືກຢຸດຕິຈາກແຜນຂອງພວກເຮົາ ແລະ ເສຍສິດຮັບການຄຸ້ມຄອງຢາຕາມໃບສັງແພດ.**

ຖ້າທ່ານບໍ່ເຫັນດີກັບການຈ່າຍຄ່າ IRMAA ເພີ່ມເຕີມນີ້, ທ່ານສາມາດຂໍໃຫ້ປະກັນສັງຄົມທົບທວນການຕັດສິນຄືນໄດ້. ເພື່ອຮູ້ຂັ້ນຕອນ, ໂທຫາສະຫະຄົມປະກັນສັງຄົມທີ່ 1-800-772-1213 (ຜູ້ໃຊ້ TTY ໂທ 1-800-325-0778).

ພາກທີ 5 ຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບເບ້ຍປະກັນສຸຂະພາບແຜນລາຍເດືອນ

ພາກທີ 5.1 ເບ້ຍປະກັນສຸຂະພາບແຜນລາຍເດືອນຂອງພວກເຮົາຈະບໍ່ປ່ຽນແປງໃນລະຫວ່າງປີ

ພວກເຮົາບໍ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດໃຫ້ປ່ຽນຈຳນວນເງິນເບ້ຍປະກັນສຸຂະພາບແຜນລາຍເດືອນຂອງພວກເຮົາໃນລະຫວ່າງປີ. ຖ້າຄ່າເບ້ຍປະກັນສຸຂະພາບຂອງແຜນລາຍເດືອນປ່ຽນແປງສໍາລັບປີໜ້າ, ພວກເຮົາຈະແຈ້ງໃຫ້ທ່ານຊາບໃນເດືອນກັນຍາ ແລະ ຄ່າເບ້ຍປະກັນສຸຂະພາບໃໝ່ຈະມີຜົນບັງຄັບໃຊ້ໃນວັນທີ 1 ມັງກອນ.

ໃນບາງກໍລະນີ, ທ່ານອາດຈະສາມາດຢຸດຈ່າຍຄ່າປັບໃໝການລົງທະບຽນຊ້າ, ຖ້າທ່ານເປັນໜຶ່ງ, ຫຼືທ່ານອາດຈະຕ້ອງເລີ່ມຈ່າຍຄ່າປັບໃໝການລົງທະບຽນຊ້າ. ສິ່ງນີ້ອາດຈະເກີດຂຶ້ນຖ້າທ່ານມີສິດໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອພິເສດ ຫຼື ສູນເສຍສິດໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອພິເສດ ໃນລະຫວ່າງປີ.

- ຖ້າປະຈຸບັນທ່ານຈ່າຍຄ່າປັບໃໝການລົງທະບຽນ ພາກ D ຊ້າ ແລະ ມີສິດໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອພິເສດ ໃນລະຫວ່າງປີ, ທ່ານຈະສາມາດຢຸດຈ່າຍຄ່າປັບໃໝຂອງທ່ານໄດ້.
- ຖ້າທ່ານສູນເສຍການຊ່ວຍເຫຼືອພິເສດ, ທ່ານອາດຈະຖືກປັບໃໝການລົງທະບຽນ ພາກ D ຊ້າ ຖ້າທ່ານໃຊ້ເວລາ 63 ມື້ ຫຼື ຫຼາຍກວ່ານັ້ນຕິດຕໍ່ກັນໂດຍບໍ່ມີ ພາກ D ຫຼື ການຄຸ້ມຄອງຢາອື່ນໆທີ່ໜ້າເຊື່ອຖື.

ຊອກຫາຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບການຊ່ວຍເຫຼືອພິເສດ ໃນບົດທີ 2, ພາກທີ 7.

ພາກທີ 6 ຮັກສາບັນທຶກການເປັນສະມາຊິກແຜນຂອງພວກເຮົາໃຫ້ທັນປັດຈຸບັນ

ບັນທຶກການເປັນສະມາຊິກຂອງທ່ານມີຂໍ້ມູນຈາກແບບຟອມລົງທະບຽນຂອງທ່ານ, ລວມທັງທີ່ຢູ່ ແລະ ເບີໂທລະສັບຂອງທ່ານ. ມັນສະແດງການຄຸ້ມຄອງແຜນສະເພາະຂອງທ່ານ ລວມທັງຜູ້ໃຫ້ໃຫ້ບໍລິການການເບິ່ງແຍງຫຼັກ/ສະມາຄົມແພດອິດສະລະ (IPA) ຂອງທ່ານ. IPA ແມ່ນສະມາຄົມຂອງແພດ, ລວມທັງແພດປະຈຳໂຕ PCP ແລະ ແພດຊ່ຽວຊານ, ແລະ ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບອື່ນໆ, ລວມທັງໂຮງໝໍ, ທີ່ໄດ້ເຮັດສັນຍາກັບແຜນປະກັນເພື່ອໃຫ້ບໍລິການແກ່ສະມາຊິກ.

ບົດທີ 1: ເລີ່ມຕົ້ນໃນຖານະສະມາຊິກ

ທ່ານໝໍ, ໂຮງໝໍ, ຮ້ານຂາຍຢາ, ແລະ ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການອື່ນໆໃນເຄືອຂ່າຍຂອງແຜນການຂອງພວກເຮົາ **ໃຊ້ບັນທຶກການເປັນສະມາຊິກຂອງທ່ານເພື່ອຮູ້ວ່າການບໍລິການ ແລະຢາໃດຖືກຄຸ້ມຄອງ ແລະ ຈຳນວນການແບ່ງປັນຕົ້ນທຶນຂອງທ່ານ**. ຍ້ອນເຫດນີ້, ມັນຈຶ່ງສໍາຄັນຫຼາຍທີ່ຈະຊ່ວຍຮັກສາຂໍ້ມູນຂອງທ່ານໃຫ້ເປັນປັດຈຸບັນ.

ຖ້າທ່ານມີການປ່ຽນແປງເຫຼົ່ານີ້, ແຈ້ງໃຫ້ພວກເຮົາຮັບຮູ້:

- ການປ່ຽນແປງຊື່, ທີ່ຢູ່, ຫຼື ເບີໂທລະສັບຂອງທ່ານ
- ການປ່ຽນແປງໃນການຄຸ້ມຄອງສຸຂະພາບອື່ນໆທີ່ທ່ານມີ (ເຊັ່ນ: ຈາກນາຍຈ້າງຂອງທ່ານ, ນາຍຈ້າງຂອງຄູ່ສົມລົດ ຫຼື ຄູ່ຮ່ວມງານຂອງທ່ານ, ການຊົດເຊີຍຄົນງານ ຫຼື Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid))
- ການຮຽກຮ້ອງຄວາມຮັບຜິດຊອບໃດໆ, ເຊັ່ນ: ການຮຽກຮ້ອງຈາກອຸປະຕິເຫດລົດໃຫຍ່
- ຖ້າຫາກວ່າທ່ານໄດ້ຮັບການເຂົ້າໄປໃນສະຖານພະຍາບານ
- ຖ້າທ່ານໄດ້ຮັບການເບິ່ງແຍງຢູ່ໃນໂຮງໝໍນອກເຂດ ຫຼື ນອກເຄືອຂ່າຍ ຫຼື ຫ້ອງສຸກເສີນ
- ຖ້າພາກສ່ວນທີ່ຮັບຜິດຊອບຂອງທ່ານ (ເຊັ່ນ: ຜູ້ເບິ່ງແຍງ) ມີການປ່ຽນແປງ
- ຖ້າທ່ານເຂົ້າຮ່ວມໃນການສຶກສາວິໄຈຄຣິນິກ (**ໝາຍເຫດ:** ທ່ານບໍ່ຈຳເປັນຕ້ອງບອກແຜນການຂອງພວກເຮົາກ່ຽວກັບການສຶກສາຄົ້ນຄວ້າທາງດ້ານຄລິນິກທີ່ທ່ານຕັ້ງໃຈຈະເຂົ້າຮ່ວມ, ແຕ່ພວກເຮົາຊຸກຍູ້ໃຫ້ທ່ານເຮັດແນວນັ້ນ.)

ຖ້າຂໍ້ມູນນີ້ມີການປ່ຽນແປງ, ໃຫ້ພວກເຮົາຮູ້ໂດຍການໂທຫາຝ່າຍການບໍລິການສະມາຊິກ 1-888-846-4262 (ຜູ້ໃຊ້ TTY ໂທຫາ 711).

ຖືເປັນເລື່ອງສໍາຄັນທີ່ຈະຕິດຕໍ່ຫາປະກັນສັງຄົມຖ້າທ່ານຍ້າຍ ຫຼື ປ່ຽນທີ່ຢູ່ທາງໄປສະນີຂອງທ່ານ. ໂທຫາຫ້ອງການປະກັນສັງຄົມຕາມເບີ 1-800-772-1213 (ຜູ້ໃຊ້ TTY ໂທ 1-800-325-0778).

ພາກທີ 7 ການປະກັນໄພອື່ນເຮັດວຽກແນວໃດກັບແຜນຂອງພວກເຮົາ

Medicare ຮຽກຮ້ອງໃຫ້ພວກເຮົາເກັບກຳຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບການຄຸ້ມຄອງທາງການແພດ ຫຼື ຢາອື່ນໆທີ່ທ່ານມີ ເພື່ອໃຫ້ພວກເຮົາສາມາດປະສານງານການຄຸ້ມຄອງອື່ນໆກັບຜົນປະໂຫຍດຂອງທ່ານພາຍໃຕ້ແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາ. ນີ້ເອີ້ນວ່າ **ການປະສານງານຜົນປະໂຫຍດ**.

ທຸກໆປີ, ພວກເຮົາຈະສົ່ງຈົດໝາຍທີ່ບອກເຖິງການຄຸ້ມຄອງທາງການແພດ ຫຼື ຢາອື່ນໆທີ່ພວກເຮົາຮູ້. ອ່ານຂໍ້ມູນນີ້ໃຫ້ລະອຽດ. ຖ້າຂໍ້ມູນຖືກຕ້ອງ, ທ່ານບໍ່ຈຳເປັນຕ້ອງເຮັດຫຍັງ. ຖ້າຂໍ້ມູນບໍ່ຖືກຕ້ອງ, ຫຼືຖ້າທ່ານມີການຄຸ້ມຄອງອື່ນໆທີ່ບໍ່ໄດ້ລະບຸໄວ້, ໃຫ້ໂທຫາຝ່າຍການບໍລິການສະມາຊິກ 1-888-846-4262 (ຜູ້ໃຊ້ TTY ໂທຫາ 711). ທ່ານອາດຈະຕ້ອງໃຫ້ໝາຍເລກ ID ສະມາຊິກແຜນຂອງພວກເຮົາໃຫ້ກັບຜູ້ປະກັນໄພອື່ນຂອງທ່ານ (ເມື່ອທ່ານຢືນຢັນຕົວຕົນຂອງເຂົາເຈົ້າ) ເພື່ອໃຫ້ໃບບິນຂອງທ່ານຖືກຈ່າຍຢ່າງຖືກຕ້ອງແລະທັນເວລາ.

ບົດທີ 1: ເລີ່ມຕົ້ນໃນຖານະສະມາຊິກ

ເມື່ອທ່ານມີປະກັນໄພອື່ນໆ (ເຊັ່ນ: ການຄຸ້ມຄອງສຸຂະພາບຂອງກຸ່ມນາຍຈ້າງ), ກົດລະບຽບຂອງ Medicare ຈະພິຈາລະນາວ່າ ແຜນຂອງພວກເຮົາ ຫຼື ປະກັນໄພອື່ນໆຂອງທ່ານຄວນຈ່າຍກ່ອນ. ປະກັນໄພທີ່ຈ່າຍກ່ອນ (“ຜູ້ຈ່າຍຫຼັກ”), ຈ່າຍເຖິງຂີດຈໍາກັດຂອງການຄຸ້ມຄອງຂອງຕົນ. ການປະກັນໄພທີ່ຈ່າຍທີສອງ (“ຜູ້ຈ່າຍສໍາຮອງ”), ຈ່າຍສະເພາະຖ້າມີຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທີ່ຍັງເຫຼືອທີ່ບໍ່ໄດ້ຄຸ້ມຄອງໂດຍການຄຸ້ມຄອງຫຼັກ. ຜູ້ຈ່າຍສໍາຮອງອາດຈະບໍ່ຈ່າຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທີ່ບໍ່ໄດ້ຄຸ້ມຄອງທັງໝົດ. ຖ້າທ່ານມີປະກັນໄພອື່ນ, ບອກທ່ານຫມໍ, ໂຮງຫມໍ, ແລະຮ້ານຂາຍຢາຂອງທ່ານ.

ກົດລະບຽບເຫຼົ່ານີ້ນໍາໃຊ້ສໍາລັບການຄຸ້ມຄອງແຜນປະກັນສຸຂະພາບຂອງນາຍຈ້າງ ຫຼື ກຸ່ມສະຫະພັນ:

- ຖ້າທ່ານມີການຄຸ້ມຄອງບໍານານ, Medicare ຈ່າຍກ່ອນ.
- ຖ້າການຄຸ້ມຄອງແຜນປະກັນສຸຂະພາບຂອງກຸ່ມຂອງທ່ານແມ່ນອີງໃສ່ການຈ້າງງານໃນປະຈຸບັນຂອງທ່ານ ຫຼື ສະມາຊິກຄອບຄົວ, ຜູ້ທີ່ຈ່າຍເງິນກ່ອນແມ່ນຂຶ້ນກັບອາຍຸຂອງທ່ານ, ຈຳນວນຄົນທີ່ເຮັດວຽກໂດຍນາຍຈ້າງຂອງທ່ານ, ແລະວ່າທ່ານມີ Medicare ໂດຍອີງໃສ່ອາຍຸ, ຄວາມພິການ, ຫຼື ພະຍາດຫມາກໄຂ້ຫຼັງໄລຍະສຸດທ້າຍ (ESRD):
 - ຖ້າທ່ານອາຍຸຕໍ່າກວ່າ 65 ປີ ແລະພິການ ແລະ ທ່ານ (ຫຼື ສະມາຊິກຄອບຄົວຂອງທ່ານ) ຍັງເຮັດວຽກຢູ່, ແຜນປະກັນສຸຂະພາບກຸ່ມຂອງທ່ານຈະຈ່າຍເງິນກ່ອນຖ້ານາຍຈ້າງມີລູກຈ້າງ 100 ຄົນຂຶ້ນໄປ ຫຼື ຢ່າງໜ້ອຍໜຶ່ງຄົນໃນແຜນນາຍຈ້າງຫຼາຍຄົນມີພະນັກງານຫຼາຍກວ່າ 100 ຄົນ.
 - ຖ້າທ່ານອາຍຸເກີນ 65 ປີ ແລະ ທ່ານ (ຫຼື ຄູ່ສົມລົດ ຫຼື ຄູ່ຮັກຂອງທ່ານ) ຍັງເຮັດວຽກຢູ່, ແຜນສຸຂະພາບກຸ່ມຂອງທ່ານຈະຈ່າຍເງິນກ່ອນຖ້ານາຍຈ້າງມີລູກຈ້າງ 20 ຄົນຂຶ້ນໄປ ຫຼື ຢ່າງໜ້ອຍໜຶ່ງນາຍຈ້າງໃນແຜນນາຍຈ້າງຫຼາຍຄົນມີພະນັກງານຫຼາຍກວ່າ 20 ຄົນ.
- ຖ້າທ່ານມີ Medicare ຍ້ອນ ESRD, ແຜນປະກັນສຸຂະພາບແບບກຸ່ມຂອງທ່ານຈະຈ່າຍກ່ອນໃນ 30 ເດືອນທໍາອິດຫຼັງຈາກທີ່ທ່ານມີສິດໄດ້ຮັບ Medicare.

ປະເພດຂອງການຄຸ້ມຄອງເຫຼົ່ານີ້ມັກຈະຈ່າຍກ່ອນສໍາລັບການບໍລິການທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບແຕ່ລະປະເພດ:

- ການປະກັນໄພທີ່ບໍ່ມີຄວາມຜິດພາດ (ລວມທັງການປະກັນໄພລົດຍົນ)
- ຄວາມຮັບຜິດຊອບ (ລວມທັງປະກັນໄພລົດຍົນ)
- ຜົນປະໂຫຍດປິ່ນປົວປອດດໍາ
- ຄ່າຊົດເຊີຍແຮງງານ

Medicaid ແລະ TRICARE ຈະບໍ່ຈ່າຍຄ່າການບໍລິການທີ່ຢູ່ໃຕ້ການຄຸ້ມຄອງໂດຍ Medicare ກ່ອນ. ເຂົາເຈົ້າຈະຈ່າຍສະເພາະກໍລະນີຫຼັງຈາກ Medicare ແລະ/ຫຼື ແຜນປະກັນສຸຂະພາບກຸ່ມນາຍຈ້າງໄດ້ຈ່າຍແລ້ວ.

ບົດທີ 2:

ເບີໂທລະສັບ ແລະ ຊັບພະຍາກອນ

ພາກທີ 1: ຕິດຕໍ່ແຜນການຂອງພວກເຮົາ

ສໍາລັບການຊ່ວຍເຫຼືອກ່ຽວກັບການຮຽກຮ້ອງຄ່າສິນໄໝ, ການເອີ້ນເກັບເງິນ, ຫຼື ຄໍາຖາມກ່ຽວກັບບັດສະມາຊິກ, ໃຫ້ໂທ ຫຼື ຂຽນ ຫາຝ່າຍການບໍລິການສະມາຊິກ Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP). ພວກເຮົາຈະຍິນດີທີ່ຈະຊ່ວຍທ່ານ.

ຝ່າຍການບໍລິການສະມາຊິກ – ຂໍ້ມູນຕິດຕໍ່	
ໂທ	1-888-846-4262 ການໂທຫາເບີນີ້ບໍ່ມີຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ. ລະຫວ່າງວັນທີ 1 ຕຸລາຫາວັນທີ 31 ມີນາ, ຜູ້ຕາງຫນ້າມີວັນຈັນເຖິງວັນອາທິດ, 7:45 ໂມງເຊົ້າຫາ 8 ໂມງແລງ. ລະຫວ່າງວັນທີ 1 ເດືອນເມສາຫາວັນທີ 30 ກັນຍາ, ຜູ້ຕາງຫນ້າມີວັນຈັນເຖິງວັນສຸກ, 7:45 ໂມງເຊົ້າຫາ 8 ໂມງແລງ. ກະລຸນາຮັບຊາບວ່າໃນຊ່ວງຫຼັງຈາກຊົ່ວໂມງເຮັດວຽກ, ວັນພັກທ້າຍອາທິດ ແລະ ວັນພັກລັດຖະການ ຕັ້ງແຕ່ວັນທີ 1 ເມສາ ຫາ ວັນທີ 30 ກັນຍາ ລະບົບໂທລະສັບອັດຕະໂນມັດຂອງພວກເຮົາອາດຈະຮັບສາຍຂອງທ່ານ. ຖ້າທ່ານປະຊໍຄວາມສຽງໄວ້, ກະລຸນາລະບຸຊື່ ແລະ ເບີໂທລະສັບຂອງທ່ານ ແລ້ວທີມງານສະມາຊິກຈະໂທກັບຫາທ່ານພາຍໃນໜຶ່ງ (1) ວັນລັດຖະການ. ຝ່າຍການບໍລິການສະມາຊິກ 1-888-846-4262 (ຜູ້ໃຊ້ TTY ໃຫ້ໂທຫາ 711) ບໍລິການນາຍພາສາໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າສໍາລັບຜູ້ທີ່ບໍ່ເວົ້າພາສາອັງກິດ.
TTY	711 ການໂທຫາເບີນີ້ບໍ່ມີຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ. ລະຫວ່າງວັນທີ 1 ຕຸລາຫາວັນທີ 31 ມີນາ, ຜູ້ຕາງຫນ້າມີວັນຈັນເຖິງວັນອາທິດ, 7:45 ໂມງເຊົ້າຫາ 8 ໂມງແລງ. ລະຫວ່າງວັນທີ 1 ເດືອນເມສາຫາວັນທີ 30 ກັນຍາ, ຜູ້ຕາງຫນ້າມີວັນຈັນເຖິງວັນສຸກ, 7:45 ໂມງເຊົ້າຫາ 8 ໂມງແລງ.
ຂຽນ	Wellcare By 'Ohana Health Plan PO Box 31370 Tampa, FL 33631-3370
ເວັບໄຊທ໌	go.wellcare.com/OhanaHI

ບົດທີ 2 ເບີໂທລະສັບທີ່ສໍາຄັນ ແລະ ເອກະສານຕ່າງໆ**ວິທີການຮ້ອງຂໍການຕັດສິນໃຈຜົນການພິຈາລະນາການຄຸ້ມຄອງ ຫຼື ການຂໍອຸທອນກ່ຽວກັບດູແລທາງການແພດ**

ຜົນການພິຈາລະນາການຄຸ້ມຄອງແມ່ນການພິຈາລະນາກ່ຽວກັບຜົນປະໂຫຍດ ແລະ ການຄຸ້ມຄອງຂອງທ່ານ ຫຼື ກ່ຽວກັບຈຳນວນ ເງິນທີ່ພວກເຮົາຈ່າຍຄ່າບໍລິການທາງການແພດຂອງທ່ານ ຫຼືຢາພາກ D. ການຂໍອຸທອນແມ່ນວິທີການຢ່າງເປັນທາງການໃນການ ຂໍໃຫ້ພວກເຮົາທົບທວນ ແລະ ປ່ຽນແປງຜົນການພິຈາລະນາການຄຸ້ມຄອງ. ສໍາລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບວິທີການຮ້ອງຂໍຜົນ ການພິຈາລະນາການຄຸ້ມຄອງ ຫຼື ການຂໍອຸທອນກ່ຽວກັບການດູແລທາງການແພດ ຫຼື ຢາໃນພາກ D ຂອງທ່ານ, ໃຫ້ໄປທີ່ບົດທີ 9.

ຜົນການພິຈາລະນາການຄຸ້ມຄອງສໍາລັບການດູແລທາງການແພດ – ຂໍ້ມູນຕິດຕໍ່

ໂທ	1-888-846-4262 ການໂທຫາເບີນີ້ບໍ່ມີຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ. ລະຫວ່າງວັນທີ 1 ຕຸລາຫາວັນທີ 31 ມີນາ, ຜູ້ຕາງຫນ້າມີວັນຈັນເຖິງວັນອາທິດ, 7:45 ໂມງເຊົ້າ ຫາ 8 ໂມງແລງ. ລະຫວ່າງວັນທີ 1 ເດືອນເມສາຫາວັນທີ 30 ກັນຍາ, ຜູ້ຕາງຫນ້າມີວັນຈັນເຖິງ ວັນສຸກ, 7:45 ໂມງເຊົ້າຫາ 8 ໂມງແລງ.
TTY	711 ການໂທຫາເບີນີ້ບໍ່ມີຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ. ລະຫວ່າງວັນທີ 1 ຕຸລາຫາວັນທີ 31 ມີນາ, ຜູ້ຕາງຫນ້າມີວັນຈັນເຖິງວັນອາທິດ, 7:45 ໂມງເຊົ້າ ຫາ 8 ໂມງແລງ. ລະຫວ່າງວັນທີ 1 ເດືອນເມສາຫາວັນທີ 30 ກັນຍາ, ຜູ້ຕາງຫນ້າມີວັນຈັນເຖິງ ວັນສຸກ, 7:45 ໂມງເຊົ້າຫາ 8 ໂມງແລງ.
ຂຽນ	Wellcare Coverage Determinations Department - Medical PO Box 31370 Tampa, FL 33631-3370

ບົດທີ 2 ເບີໂທລະສັບທີ່ສໍາຄັນ ແລະ ເອກະສານຕ່າງໆ**ຜົນການພິຈາລະນາການຄຸ້ມຄອງສໍາລັບຢາພາກ – ຂໍ້ມູນຕິດຕໍ່**

ໂທ	1-888-846-4262 ການໂທຫາເບີນີ້ບໍ່ມີຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ. ລະຫວ່າງວັນທີ 1 ຕຸລາຫາວັນທີ 31 ມີນາ, ຜູ້ຕາງໜ້າມີວັນຈັນເຖິງວັນອາທິດ, 7:45 ໂມງເຊົ້າ ຫາ 8 ໂມງແລງ. ລະຫວ່າງວັນທີ 1 ເດືອນເມສາຫາວັນທີ 30 ກັນຍາ, ຜູ້ຕາງໜ້າມີວັນຈັນເຖິງວັນສຸກ, 7:45 ໂມງເຊົ້າຫາ 8 ໂມງແລງ.
TTY	711 ການໂທຫາເບີນີ້ບໍ່ມີຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ. ລະຫວ່າງວັນທີ 1 ຕຸລາຫາວັນທີ 31 ມີນາ, ຜູ້ຕາງໜ້າມີວັນຈັນເຖິງວັນອາທິດ, 7:45 ໂມງເຊົ້າ ຫາ 8 ໂມງແລງ. ລະຫວ່າງວັນທີ 1 ເດືອນເມສາຫາວັນທີ 30 ກັນຍາ, ຜູ້ຕາງໜ້າມີວັນຈັນເຖິງວັນສຸກ, 7:45 ໂມງເຊົ້າຫາ 8 ໂມງແລງ.
ແຟັກ:	1-866-388-1767
ຂຽນ	Wellcare Pharmacy - Coverage Determinations P.O. Box 31397 Tampa, FL 33631-3397
ເວັບໄຊທ໌	go.wellcare.com/coveragedetermination

ການຂໍອຸທອນສໍາລັບການດູແລທາງການແພດ – ຂໍ້ມູນຕິດຕໍ່

ໂທ	1-888-846-4262 ການໂທຫາເບີນີ້ບໍ່ມີຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ. ລະຫວ່າງວັນທີ 1 ຕຸລາຫາວັນທີ 31 ມີນາ, ຜູ້ຕາງໜ້າມີວັນຈັນເຖິງວັນອາທິດ, 7:45 ໂມງເຊົ້າ ຫາ 8 ໂມງແລງ. ລະຫວ່າງວັນທີ 1 ເດືອນເມສາຫາວັນທີ 30 ກັນຍາ, ຜູ້ຕາງໜ້າມີວັນຈັນເຖິງວັນສຸກ, 7:45 ໂມງເຊົ້າຫາ 8 ໂມງແລງ.
-----------	--

ບົດທີ 2 ເບີໂທລະສັບທີ່ສໍາຄັນ ແລະ ເອກະສານຕ່າງໆ

TTY	711 ການໂທຫາເບີນີ້ບໍ່ມີຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ. ລະຫວ່າງວັນທີ 1 ຕຸລາຫາວັນທີ 31 ມີນາ, ຜູ້ຕາງຫນ້າມີວັນຈັນເຖິງວັນອາທິດ, 7:45 ໂມງເຊົ້າ ຫາ 8 ໂມງແລງ. ລະຫວ່າງວັນທີ 1 ເດືອນເມສາຫາວັນທີ 30 ກັນຍາ, ຜູ້ຕາງຫນ້າມີວັນຈັນເຖິງ ວັນສຸກ, 7:45 ໂມງເຊົ້າຫາ 8 ໂມງແລງ.
ແຟັກ:	1-866-201-0657
ຂຽນ	Wellcare Appeals Department - Medical P.O. Box 31368 Tampa, FL 33631-3368

ການຂໍອຸທອນສໍາລັບຢາພາກ – ຂໍ້ມູນຕິດຕໍ່

ໂທ	1-888-846-4262 ການໂທຫາເບີນີ້ບໍ່ມີຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ. ລະຫວ່າງວັນທີ 1 ຕຸລາຫາວັນທີ 31 ມີນາ, ຜູ້ຕາງຫນ້າມີວັນຈັນເຖິງວັນອາທິດ, 7:45 ໂມງເຊົ້າ ຫາ 8 ໂມງແລງ. ລະຫວ່າງວັນທີ 1 ເດືອນເມສາຫາວັນທີ 30 ກັນຍາ, ຜູ້ຕາງຫນ້າມີວັນຈັນເຖິງ ວັນສຸກ, 7:45 ໂມງເຊົ້າຫາ 8 ໂມງແລງ.
TTY	711 ການໂທຫາເບີນີ້ບໍ່ມີຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ. ລະຫວ່າງວັນທີ 1 ຕຸລາຫາວັນທີ 31 ມີນາ, ຜູ້ຕາງຫນ້າມີວັນຈັນເຖິງວັນອາທິດ, 7:45 ໂມງເຊົ້າ ຫາ 8 ໂມງແລງ. ລະຫວ່າງວັນທີ 1 ເດືອນເມສາຫາວັນທີ 30 ກັນຍາ, ຜູ້ຕາງຫນ້າມີວັນຈັນເຖິງ ວັນສຸກ, 7:45 ໂມງເຊົ້າຫາ 8 ໂມງແລງ.
ແຟັກ:	1-866-388-1766
ຂຽນ	Attn: Pharmacy Appeals P.O. Box 31383 Tampa, FL 33631-3383
ເວັບໄຊທ໌	go.wellcare.com/OhanaHI

ບົດທີ 2 ເບີໂທລະສັບທີ່ສໍາຄັນ ແລະ ເອກະສານຕ່າງໆ**ວິທີການຮ້ອງທຸກກ່ຽວກັບການດູແລທາງການແພດຂອງທ່ານ**

ທ່ານສາມາດຍື່ນການຮ້ອງທຸກກ່ຽວກັບພວກເຮົາ ຫຼື ໜຶ່ງໃນຜູ້ບໍລິການໃນເຄືອຂ່າຍຂອງພວກເຮົາ, ລວມທັງການຮ້ອງທຸກກ່ຽວກັບຄຸນນະພາບຂອງການເບິ່ງແຍງຂອງທ່ານ. ການຮ້ອງທຸກປະເພດນີ້ບໍ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບຂໍ້ຂັດແຍ່ງດ້ານການຄຸ້ມຄອງ ຫຼື ການຈ່າຍເງິນ. ສໍາລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບວິທີການຍື່ນການຮ້ອງທຸກກ່ຽວກັບການດູແລທາງການແພດຂອງທ່ານ, ໃຫ້ໄປທີ່ບົດທີ 9.

ການຮ້ອງທຸກກ່ຽວກັບການດູແລທາງການແພດ – ຂໍ້ມູນຕິດຕໍ່

ໂທ	1-888-846-4262 ການໂທຫາເບີນີ້ບໍ່ມີຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ. ລະຫວ່າງວັນທີ 1 ຕຸລາຫາວັນທີ 31 ມີນາ, ຜູ້ຕາງຫນ້າມີວັນຈັນເຖິງວັນອາທິດ, 7:45 ໂມງເຊົ້າ ຫາ 8 ໂມງແລງ. ລະຫວ່າງວັນທີ 1 ເດືອນເມສາຫາວັນທີ 30 ກັນຍາ, ຜູ້ຕາງຫນ້າມີວັນຈັນເຖິງວັນສຸກ, 7:45 ໂມງເຊົ້າຫາ 8 ໂມງແລງ.
TTY	711 ການໂທຫາເບີນີ້ບໍ່ມີຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ. ລະຫວ່າງວັນທີ 1 ຕຸລາຫາວັນທີ 31 ມີນາ, ຜູ້ຕາງຫນ້າມີວັນຈັນເຖິງວັນອາທິດ, 7:45 ໂມງເຊົ້າ ຫາ 8 ໂມງແລງ. ລະຫວ່າງວັນທີ 1 ເດືອນເມສາຫາວັນທີ 30 ກັນຍາ, ຜູ້ຕາງຫນ້າມີວັນຈັນເຖິງວັນສຸກ, 7:45 ໂມງເຊົ້າຫາ 8 ໂມງແລງ.
ແຟັກ:	1-877-297-3112
ຂຽນ	Wellcare Grievance Department P.O. Box 31395 Tampa, FL 33631-3395
ເວັບໄຊທ໌ Medicare	ເພື່ອຍື່ນການຮ້ອງທຸກກ່ຽວກັບ Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP) ໂດຍກົງຫາ Medicare, ໄປທີ່ www.Medicare.gov/my/medicare-complaint .

ບົດທີ 2 ເບີໂທລະສັບທີ່ສໍາຄັນ ແລະ ເອກະສານຕ່າງໆ**ການຮ້ອງທຸກກ່ຽວກັບຢາພາກ – ຂໍ້ມູນຕິດຕໍ່**

ໂທ	1-888-846-4262 ການໂທຫາເບີນີ້ບໍ່ມີຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ. ລະຫວ່າງວັນທີ 1 ຕຸລາຫາວັນທີ 31 ມີນາ, ຜູ້ຕາງຫນ້າມີວັນຈັນເຖິງວັນອາທິດ, 7:45 ໂມງເຊົ້າຫາ 8 ໂມງແລງ. ລະຫວ່າງວັນທີ 1 ເດືອນເມສາຫາວັນທີ 30 ກັນຍາ, ຜູ້ຕາງຫນ້າມີວັນຈັນເຖິງວັນສຸກ, 7:45 ໂມງເຊົ້າຫາ 8 ໂມງແລງ.
TTY	ການໂທຫາເບີນີ້ບໍ່ມີຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ. ລະຫວ່າງວັນທີ 1 ຕຸລາຫາວັນທີ 31 ມີນາ, ຜູ້ຕາງຫນ້າມີວັນຈັນເຖິງວັນອາທິດ, 7:45 ໂມງເຊົ້າຫາ 8 ໂມງແລງ. ລະຫວ່າງວັນທີ 1 ເດືອນເມສາຫາວັນທີ 30 ກັນຍາ, ຜູ້ຕາງຫນ້າມີວັນຈັນເຖິງວັນສຸກ, 7:45 ໂມງເຊົ້າຫາ 8 ໂມງແລງ.
ຂຽນ	P.O. Box 31384 Tampa, FL 33631-3384
ເວັບໄຊທ໌ Medicare	ເພື່ອຍື່ນການຮ້ອງທຸກກ່ຽວກັບ Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP) ໂດຍກົງຫາ Medicare, ໄປທີ່ www.Medicare.gov/my/medicare-complaint .

ວິທີການຮ້ອງຂໍໃຫ້ພວກເຮົາຈ່າຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຂອງການດູແລທາງການແພດທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບ

ຖ້າທ່ານໄດ້ຮັບໃບບິນ ຫຼື ໄດ້ຈ່າຍຄ່າບໍລິການ (ເຊັ່ນ: ໃບບິນຈາກຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ) ທີ່ທ່ານຄິດວ່າພວກເຮົາຄວນຈ່າຍໃຫ້, ທ່ານອາດຈະຕ້ອງຮ້ອງຂໍໃຫ້ແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາຊົດເຊີຍຄືນ ຫຼື ຈ່າຍໃບບິນຂອງຜູ້ໃຫ້ບໍລິການນັ້ນ. ໄປທີ່ບົດທີ 7 ສໍາລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມ.

ຖ້າທ່ານສົງຄໍາຮ້ອງຂໍການຊໍາລະເງິນຫາພວກເຮົາ ແລະ ພວກເຮົາປະຕິເສດພາກສ່ວນໃດກໍຕາມຂອງຄໍາຮ້ອງ, ທ່ານສາມາດຍື່ນການຂໍອຸທອນຫາພວກເຮົາ. ໄປທີ່ບົດທີ 9 ສໍາລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມ.

ບົດທີ 2 ເບີໂທລະສັບທີ່ສໍາຄັນ ແລະ ເອກະສານຕ່າງໆ**ຄໍາຮ້ອງຂໍການຊໍາລະເງິນ – ຂໍ້ມູນຕິດຕໍ່**

ຂຽນ	ຄໍາຮ້ອງຂໍການຊໍາລະຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທາງການແພດ: Wellcare Medical Reimbursement Department PO Box 31370 Tampa, FL 33631-3370 ຄໍາຮ້ອງຂໍການຊໍາລະພາກ D: Wellcare Medicare Part D Claims Attn: Member Reimbursement Department P.O. Box 31577 Tampa, FL 33631-3577
ເວັບໄຊທ໌	go.wellcare.com/OhanaHI

ພາກທີ 2 ການຂໍຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອຈາກ Medicare

Medicare ແມ່ນໂຄງການປະກັນສຸຂະພາບຂອງລັດຖະບານກາງສໍາລັບຜູ້ທີ່ມີອາຍຸ 65 ປີຂຶ້ນໄປ, ບາງຄົນທີ່ມີອາຍຸຕໍ່າກວ່າ 65 ປີທີ່ມີຄວາມພິການ, ແລະ ຜູ້ທີ່ເປັນພະຍາດຫມາກໄຂ່ຫຼັງໄລຍະສຸດທ້າຍ (ໝາກໄຂ່ຫຼັງລົ້ມເຫຼວຖາວອນທີ່ຕ້ອງການການລ້າງໄຕ ຫຼື ການປ່ຽນໄຕ).

ອົງການຂອງລັດຖະບານກາງທີ່ຮັບຜິດຊອບ Medicare ແມ່ນສູນບໍລິການ Medicare & Medicaid (CMS). ອົງການນີ້ເຮັດສັນຍາກັບອົງການຈັດຕັ້ງ Medicare Advantage ລວມທັງແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາ.

ຄໍາຮ້ອງຂໍການຊໍາລະເງິນ – ຂໍ້ມູນຕິດຕໍ່

ໂທ	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) ການໂທຫາເບີນີ້ບໍ່ມີຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ. 24 ຊົ່ວໂມງຕໍ່ມື້, 7 ມື້ຕໍ່ອາທິດ.
TTY	1-877-486-2048. ໝາຍເລກນີ້ຕ້ອງໃຊ້ອຸປະກອນໂທລະສັບພິເສດ ແລະ ອອກແບບມາສະເພາະສໍາລັບຜູ້ທີ່ມີຄວາມຫຍຸ້ງຍາກໃນການໄດ້ຍິນ ຫຼື ການປາກເວົ້າເທົ່ານັ້ນ. ການໂທຫາເບີນີ້ບໍ່ມີຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ.
ແຊັດສອບຖາມສົດ	ແຊັດສອບຖາມສົດໄດ້ທີ່ www.Medicare.gov/talk-to-someone .

ບົດທີ 2 ເບີໂທລະສັບທີ່ສໍາຄັນ ແລະ ເອກະສານຕ່າງໆ**ຄໍາຮ້ອງຂໍການຊໍາລະເງິນ – ຂໍ້ມູນຕິດຕໍ່**

ຂຽນ	ຂຽນຫາ Medicare ທີ່ PO Box 1270, Lawrence, KS 66044
ເວັບໄຊທ໌	www.Medicare.gov - ຂໍຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບແຜນປະກັນສຸຂະພາບ ແລະ ຢາຂອງ Medicare ໃກ້ບ້ານທ່ານ, ລວມທັງຂໍ້ມູນລາຄາ ແລະ ບໍລິການທີ່ເຂົ້າເຈົ້າສະໜອງໃຫ້. - ຄົ້ນຫາທ່ານໝໍທີ່ເຂົ້າຮ່ວມ Medicare ຫຼື ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບອື່ນໆ ແລະ ຜູ້ສະໜອງ. - ຄົ້ນຫາສິ່ງທີ່ Medicare ຄຸ້ມຄອງ, ລວມທັງການບໍລິການປ້ອງກັນ (ເຊັ່ນ: ການກວດ, ການສັກຢາ ຫຼື ວັກຊີນ, ແລະ ການເຂົ້າພົບແພດກວດ "ສຸຂະພາບ" ປະຈຳປີ). - ຮັບຂໍ້ມູນ ແລະ ແບບຟອມການຂໍອຸທອນຂອງ Medicare. - ໄດ້ຮັບຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບຄຸນນະພາບຂອງການດູແລສະໜອງໃຫ້ໂດຍແຜນການ, ສະຖານພະຍາບານ, ໂຮງໝໍ, ທ່ານຫມໍ, ໜ່ວຍງານເບິ່ງແຍງສຸຂະພາບເຖິງບ້ານ, ສະຖານພະຍາບານໄຕທຽມ, ສູນເບິ່ງແຍງຄົນປ່ວຍໄລຍະສຸດທ້າຍ, ສະຖານທີ່ຟື້ນຟູຄົນເຈັບໃນ, ແລະ ໂຮງຫມໍດູແລໃນໄລຍະຍາວ. - ຊອກຫາເວັບໄຊທ໌ ແລະ ເບີໂທລະສັບທີ່ເປັນປະໂຫຍດ. ທ່ານຍັງສາມາດເຂົ້າເບິ່ງ www.Medicare.gov ເພື່ອແຈ້ງ Medicare ກ່ຽວກັບການຮ້ອງທຸກໃດໆທີ່ທ່ານມີກ່ຽວກັບ ແຜນຂອງພວກເຮົາ. ເພື່ອຍື່ນການຮ້ອງທຸກຕໍ່ Medicare, ໄປທີ່ www.Medicare.gov/my/medicare-complaint. Medicare ໃຫ້ຄວາມສໍາຄັນກັບການຮ້ອງທຸກຂອງທ່ານ ແລະ ຈະໃຊ້ຂໍ້ມູນນີ້ເພື່ອຊ່ວຍປັບປຸງຄຸນນະພາບຂອງໂຄງການ Medicare.

ພາກທີ 3 ໂຄງການເຊື່ອເຫຼືອການປະກັນສຸຂະພາບຂອງລັດ (SHIP)

ໂຄງການເຊື່ອເຫຼືອການປະກັນສຸຂະພາບຂອງລັດ (SHIP) ແມ່ນໂຄງການຂອງລັດຖະບານທີ່ມີຜູ້ໃຫ້ຄໍາປຶກສາທີ່ໄດ້ຮັບການຝຶກອົບຮົມໃນທຸກໆລັດທີ່ສະໜອງການຊ່ວຍເຫຼືອ, ຂໍ້ມູນ, ແລະ ຄໍາຕອບຟຣີສໍາລັບຄໍາຖາມ Medicare ຂອງທ່ານ. ໃນ Hawaii, the SHIP ເອີ້ນວ່າໂຄງການເຊື່ອເຫຼືອການປະກັນສຸຂະພາບຂອງລັດ Hawaii (SHIP).

ໂຄງການເຊື່ອເຫຼືອການປະກັນສຸຂະພາບຂອງລັດ Hawaii (SHIP) ແມ່ນໂຄງການຂອງລັດທີ່ເປັນເອກະລາດ (ບໍ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບບໍລິສັດປະກັນໄພ ຫຼື ແຜນປະກັນສຸຂະພາບ) ທີ່ໄດ້ຮັບເງິນທຶນຈາກລັດຖະບານກາງ ເພື່ອໃຫ້ຄໍາປຶກສາດ້ານການປະກັນສຸຂະພາບໃນທ້ອງຖິ່ນໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າແກ່ຜູ້ທີ່ມີ Medicare.

ບົດທີ 2 ເບີໂທລະສັບທີ່ສໍາຄັນ ແລະ ເອກະສານຕ່າງໆ

ທີ່ປຶກສາຂອງໂຄງການເຊື່ອເຫຼືອການປະກັນສຸຂະພາບຂອງລັດ Hawaii (SHIP) ສາມາດຊ່ວຍໃຫ້ທ່ານເຂົ້າໃຈສິດທິ Medicare ຂອງທ່ານ, ຍືນການຮ້ອງທຸກກ່ຽວກັບການເບິ່ງແຍງ ຫຼື ການປິ່ນປົວທາງການແພດຂອງທ່ານ, ແລະ ແກ້ໄຂບັນຫາກ່ຽວກັບໃບບິນ Medicare ຂອງທ່ານ. ຜູ້ໃຫ້ຄໍາປຶກສາໂຄງການເຊື່ອເຫຼືອການປະກັນສຸຂະພາບຂອງລັດ Hawaii (SHIP) ຍັງສາມາດຊ່ວຍໃຫ້ທ່ານຕອບຄໍາຖາມ ຫຼື ແກ້ບັນຫາທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບ Medicare, ຊ່ວຍໃຫ້ທ່ານເຂົ້າໃຈຕົວເລືອກແຜນ Medicare ຂອງທ່ານ, ແລະ ຕອບຄໍາຖາມກ່ຽວກັບການປ່ຽນແຜນປະກັນ.

ໂຄງການເຊື່ອເຫຼືອການປະກັນສຸຂະພາບຂອງລັດ Hawaii (SHIP) – ສໍາລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມ

ໂທ	1-888-875-9229
TTY	1-866-810-4379 ໝາຍເລກນີ້ຕ້ອງໃຊ້ອຸປະກອນໂທລະສັບພິເສດ ແລະ ອອກແບບມາສະເພາະສໍາລັບຜູ້ທີ່ມີຄວາມຫຍຸ້ງຍາກໃນການໄດ້ຍິນ ຫຼື ການປາກເວົ້າເທົ່ານັ້ນ.
ຂຽນ	Hawaii SHIP, Executive Office on Aging, No. 1 Capitol District 250 South Hotel Street, Suite 406 Honolulu, Hawaii 96813-2831
ເວັບໄຊທ໌	http://www.hawaiiiship.org/

ພາກທີ 4 ວຽກງານພັດທະນາຄຸນນະພາບ (QIO)

ວຽກງານພັດທະນາຄຸນນະພາບ (QIO) ຖືກສ້າງຕັ້ງເພື່ອໃຫ້ບໍລິການຄົນທີ່ມີ Medicare ໃນແຕ່ລະລັດ. ສໍາລັບລັດ Hawaii, ວຽກງານພັດທະນາຄຸນນະພາບແມ່ນເອີ້ນວ່າ Livanta - ວຽກງານພັດທະນາຄຸນນະພາບຂອງລັດ Hawaii.

Livanta - ວຽກງານພັດທະນາຄຸນນະພາບຂອງລັດ Hawaii ມີກຸ່ມແພດ ແລະ ຜູ້ຊ່ຽວຊານດ້ານສຸຂະພາບອື່ນໆທີ່ໄດ້ຮັບຄໍາຈ້າງຈາກ Medicare ເພື່ອກວດກາ ແລະ ຊ່ວຍປັບປຸງຄຸນນະພາບການເບິ່ງແຍງສໍາລັບຜູ້ທີ່ມີ Medicare. Livanta - ວຽກງານພັດທະນາຄຸນນະພາບຂອງລັດ Hawaii ແມ່ນວຽກງານທີ່ເປັນເອກະລາດ. ມັນບໍ່ໄດ້ກ່ຽວຂ້ອງກັບແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາ.

ຕິດຕໍ່ຫາ Livanta - ວຽກງານພັດທະນາຄຸນນະພາບຂອງລັດ Hawaii ໃນສະຖານະການເຫຼົ່ານີ້:

- ທ່ານມີການຮ້ອງທຸກກ່ຽວກັບຄຸນນະພາບຂອງການດູແລທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບ. ຕົວຢ່າງຂອງຂໍ້ກົງວົນດ້ານຄຸນນະພາບຂອງການດູແລ ໄດ້ແກ່ການໄດ້ຮັບຢາທີ່ບໍ່ຖືກຕ້ອງ, ການກວດ ຫຼື ຂັ້ນຕອນທີ່ບໍ່ຈໍາເປັນ, ຫຼື ການບັງມະຕິທີ່ບໍ່ຖືກຕ້ອງ.
- ທ່ານຄິດວ່າການຄຸ້ມຄອງການເຂົ້າໂຮງໝໍຂອງທ່ານຈະສິ້ນສຸດໄວເກີນໄປ.
- ຖ້າທ່ານຄິດວ່າການຄຸ້ມຄອງການດູແລສຸຂະພາບຢູ່ເຮືອນ, ການດູແລໃນສະຖານພະຍາບານຊ່ວຍເຫຼືອຜູ້ປ່ວຍ ຫຼື ສູນອໍານວຍຄວາມສະດວກການຟື້ນຄົນປ່ວຍນອກສະຖານພະຍາບານ (CORF) ຈະສິ້ນສຸດໄວເກີນໄປ.

ບົດທີ 2 ເບີໂທລະສັບທີ່ສໍາຄັນ ແລະ ເອກະສານຕ່າງໆ

Livanta - ອົງການພັດທະນາຄຸນນະພາບຂອງລັດ Hawaii – ຂໍ້ມູນຕິດຕໍ່	
ໂທ	1-877-588-1123 9 ໂມງເຊົ້າ - 5 ໂມງແລງ ເວລາທ້ອງຖິ່ນ, ວັນຈັນ-ວັນສຸກ; 10 ໂມງເຊົ້າ - 4 ໂມງແລງ ຕາມເວລາທ້ອງຖິ່ນ, ວັນເສົາ -ວັນອາທິດ
TTY	711
ຂຽນ	Livanta LLC/BFCC-QIO PO Box 2687 Virginia Beach, VA 23450
ເວັບໄຊທ໌	https://www.livantaqio.cms.gov/en

ພາກທີ 5 ປະກັນສັງຄົມ

ປະກັນສັງຄົມກຳນົດການມີສິດໄດ້ຮັບ Medicare ແລະ ຈັດການການລົງທະບຽນ Medicare. ປະກັນສັງຄົມຍັງມີຄວາມຮັບຜິດຊອບໃນການກຳນົດວ່າໃຜຕ້ອງຈ່າຍເງິນເພີ່ມເຕີມສໍາລັບການຄຸ້ມຄອງຢາພາກ D ເພາະວ່າພວກເຂົາມີລາຍໄດ້ສູງກວ່າ. ຖ້າທ່ານໄດ້ຮັບຈົດໝາຍຈາກປະກັນສັງຄົມທີ່ແຈ້ງໃຫ້ທ່ານຊາບວ່າທ່ານຕ້ອງຈ່າຍຈໍານວນເງິນເພີ່ມເຕີມ ແລະ ມີຄໍາຖາມກ່ຽວກັບຈໍານວນເງິນ ຫຼື ຖ້າລາຍໄດ້ຂອງທ່ານຫຼຸດລົງຍ້ອນເຫດການທີ່ປ່ຽນແປງຊີວິດ, ທ່ານສາມາດໂທຫາປະກັນສັງຄົມເພື່ອຮ້ອງຂໍການພິຈາລະນາຄືນໃໝ່.

ຖ້າຍ້າຍ ຫຼື ປ່ຽນທີ່ຢູ່ທາງໄປສະນີ, ໃຫ້ຕິດຕໍ່ຫາປະກັນສັງຄົມເພື່ອແຈ້ງໃຫ້ພວກເຂົາຮູ້.

ປະກັນສັງຄົມ— ຂໍ້ມູນຕິດຕໍ່	
ໂທ	1-800-772-1213. ການໂທຫາເບີນີ້ບໍ່ມີຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ. ໃຫ້ບໍລິການ 8 ໂມງເຊົ້າຫາ 7 ໂມງແລງ, ວັນຈັນເຖິງວັນສຸກ. ໃຊ້ບໍລິການໂທລະສັບອັດຕະໂນມັດຂອງປະກັນສັງຄົມເພື່ອຮັບຂໍ້ມູນຜ່ານບັນທຶກສຽງ ແລະ ໃຫ້ບໍລິການບາງລາຍການຕະຫຼອດ 24 ຊົ່ວໂມງ.

ບົດທີ 2 ເບີໂທລະສັບທີ່ສໍາຄັນ ແລະ ເອກະສານຕ່າງໆ

TTY	1-800-325-0778 ໝາຍເລກນີ້ຕ້ອງໃຊ້ອຸປະກອນໂທລະສັບພິເສດ ແລະ ອອກແບບມາສະເພາະສໍາລັບຜູ້ທີ່ມີຄວາມຫຍຸ້ງຍາກກັບການໄດ້ຍິນ ຫຼື ການປາກເວົ້າເທົ່ານັ້ນ. ການໂທຫາເບີນີ້ບໍ່ມີຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ. ໃຫ້ບໍລິການ 8 ໂມງເຊົ້າຫາ 7 ໂມງແລງ, ວັນຈັນເຖິງວັນສຸກ.
ເວັບໄຊທ໌	www.SSA.gov

ພາກທີ 6 Medicaid

ໃນຖານະທີ່ເປັນສະມາຊິກຂອງແຜນຂອງພວກເຮົາ, ທ່ານມີສິດໄດ້ຮັບທັງ Medicare ແລະ Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid). Medicaid ແມ່ນໂຄງການຮ່ວມລະຫວ່າງລັດຖະບານກາງ ແລະ ລັດ ທີ່ຊ່ວຍເຫຼືອຄ່າໃຊ້ຈ່າຍດ້ານການແພດ ສໍາລັບບາງຄົນທີ່ມີລາຍໄດ້ ແລະ ຊັບພະຍາກອນຈຳກັດ.

ນອກຈາກນັ້ນ, ຍັງມີໂຄງການທີ່ນໍາສະເໜີໂດຍຜ່ານ Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) ຊໍາລະຄ່າ Medicare ຂອງເຂົາເຈົ້າ, ເຊັ່ນ: ເບ້ຍປະກັນສຸຂະພາບ Medicare ຂອງເຂົາເຈົ້າ. ຊ່ວຍເຫຼືອຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ Medicare ນີ້ຊ່ວຍຜູ້ທີ່ມີຂໍ້ຈຳກັດດ້ານລາຍໄດ້ ແລະ ດ້ານຊັບພະຍາກອນປະຢັດເງິນໃນທຸກປີ:

- **ໂຄງການສໍາລັບບຸກຄົນທີ່ໄດ້ຮັບສິດທິປະໂຫຍດ Medicare Plus (QMB+):** ຊ່ວຍຈ່າຍຄ່າເບ້ຍປະກັນສຸຂະພາບ Medicare Part A ແລະ Part B, ແລະ ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຮ່ວມອື່ນໆ (ເຊັ່ນ: ຄ່າຫັກສ່ວນເກີນ, ການປະກັນຮ່ວມ, ແລະ ການຊໍາລະຮ່ວມ). ຜູ້ຮັບສິດທິມີສິດຍັງໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດ Medicaid ແບບເຕັມສ່ວນ.
- **ໂຄງການຊ່ວຍເຫຼືອສະເພາະສໍາລັບບຸກຄົນລາຍໄດ້ຕໍ່າຂອງ Medicare ປລັດສ (SLMB+):** ຊ່ວຍຈ່າຍຄ່າເບ້ຍປະກັນສຸຂະພາບພາກ B. ຜູ້ຮັບສິດທິມີສິດຍັງໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດ Medicaid ແບບເຕັມສ່ວນ.
- **ການເບີກປະກັນທັງສອງແບບເຕັມຈໍານວນ (FBDE):** Medicaid ອາດຈະຈ່າຍຄ່າປະກັນໄພ Medicare Part A ແລະ Part B ຂອງທ່ານ, ເຊັ່ນດຽວກັນກັບການຈ່າຍເງິນຮ່ວມອື່ນໆ (ເຊັ່ນ: ຄ່າເສຍຫາຍສ່ວນທໍາອິດ, ປະກັນຮ່ວມ ແລະ ການຊໍາລະຮ່ວມ). ຜູ້ຮັບສິດທິມີສິດຍັງໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດ Medicaid ແບບເຕັມສ່ວນ.

ເພື່ອເປັນສະມາຊິກຂອງແຜນການນີ້, ທ່ານຄວນລົງທະບຽນສອງຄັ້ງໃນທັງ Medicare ແລະ Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) ແລະ ສາມາດປະຕິບັດໄດ້ທຸກເງື່ອນໄຂການມີສິດໄດ້ຮັບແຜນອື່ນໃນເວລາລົງທະບຽນ. ຖ້າທ່ານມີຄໍາຖາມກ່ຽວກັບການຊ່ວຍເຫຼືອທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບຈາກ Medicaid, Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid).

ບົດທີ 2 ເບີໂທລະສັບທີ່ສໍາຄັນ ແລະ ເອກະສານຕ່າງໆ

ຖ້າທ່ານມີໂຄງການ Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) - ຕິດຕໍ່ຂໍ້ມູນ	
ໂທ	1-800-316-8005 1-808-524-3370 7:45-4:30 ໂມງແລງ HT, ວັນຈັນ-ວັນສຸກ
TTY	711
ຂຽນ	Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) 1350 S. King Street, Suite 200 Honolulu, HI 96814
ເວັບໄຊທ໌	https://medquest.hawaii.gov/en.html

ຫ້ອງການຜູ້ກວດການຂອງລັດ Hawaii ຊ່ວຍເຫຼືອຜູ້ທີ່ລົງທະບຽນໃນໂຄງການ Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) ກ່ຽວກັບບັນຫາການບໍລິການ ຫຼື ການອອກໃບບິນ. ພວກເຂົາສາມາດຊ່ວຍທ່ານຢືນຄໍາຮ້ອງທຸກ ຫຼື ການຂໍອຸທອນ ກັບແຜນຂອງພວກເຮົາ.

State of Hawaii Office of the Ombudsman - ຂໍ້ມູນຕິດຕໍ່	
ໂທ	1-808-587-0770 7:45-4:30 ໂມງແລງ ຕາມເວລາທ້ອງຖິ່ນ, ວັນຈັນ-ວັນສຸກ
TTY	1-808-587-0774 ໝາຍເລກນີ້ຕ້ອງໃຊ້ອຸປະກອນໂທລະສັບພິເສດ ແລະ ອອກແບບມາສະເພາະສໍາລັບຜູ້ທີ່ມີຄວາມຫຍຸ້ງຍາກໃນການໄດ້ຍິນ ຫຼື ການປາກເວົ້າເທົ່ານັ້ນ.
ຂຽນ	Office of the Ombudsman 465 South King Street, 4th Floor Honolulu, Hawaii 96813
ເວັບໄຊທ໌	https://www.ombudsman.hawaii.gov/

ໂຄງການສະໜັບສະໜູນ ແລະ ປ້ອງກັນສິດຜູ້ສູງອາຍຸແລະຄົນພິການໃນສະຖານພະຍາບານ ຂອງລັດ Hawaii ຊ່ວຍຄົນໃຫ້ໄດ້ຮັບ ຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບສະຖານພະຍາບານ ແລະ ແກ້ໄຂບັນຫາລະຫວ່າງສະຖານພະຍາບານ ແລະ ຄົນເຈັບ ຫຼື ຄອບຄົວຂອງເຂົາເຈົ້າ.

ບົດທີ 2 ເບີໂທລະສັບທີ່ສໍາຄັນ ແລະ ເອກະສານຕ່າງໆ

ໂຄງການສະໜັບສະໜູນ ແລະ ປ້ອງກັນສິດຜູ້ສູງອາຍຸແລະຄົນພິການໃນສະຖານພະຍາບານລັດ Hawaii - ຂໍ້ມູນຕິດຕໍ່	
ໂທ	1-808-586-7268 7:45-4:30 ໂມງແລງ ຕາມເວລາທ້ອງຖິ່ນ, ວັນຈັນ-ວັນສຸກ
TTY	711
ຂຽນ	Executive Office on Aging 250 South Hotel Street, Suite 406 Honolulu, HI 96813
ເວັບໄຊທ໌	https://www.hi-ltc-ombudsman.org/

ພາກທີ 7 ໂຄງການທີ່ຊ່ວຍຄົນຊໍາລະຄ່າຢາຕາມໃບສັງຂອງແພດ

ເວັບໄຊທ໌ Medicare (www.Medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs) ມີຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບວິທີຫຼຸດລາຄາຢາຕາມໃບສັງຂອງແພດຂອງທ່ານ. ໂຄງການຂ້າງລຸ່ມນີ້ສາມາດຊ່ວຍຄົນທີ່ມີລາຍໄດ້ຈໍາກັດ.

ການຊ່ວຍເຫຼືອພິເສດ ຈາກ Medicare

ເນື່ອງຈາກທ່ານມີສິດໄດ້ຮັບການບໍລິການ Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid), ທ່ານຈຶ່ງມີຄຸນສົມບັດ ແລະ ໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອພິເສດ ຈາກ Medicare ເພື່ອຈ່າຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃນແຜນການຢາຕາມໃບສັງຂອງແພດຂອງທ່ານ. ທ່ານບໍ່ຈໍາເປັນຕ້ອງເຮັດຫຍັງອີກເພື່ອໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອພິເສດ ນີ້.

ຖ້າທ່ານມີຄໍາຖາມກ່ຽວກັບການຊ່ວຍເຫຼືອພິເສດ ໂທ:

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). ຜູ້ໃຊ້ TTY ສາມາດໂທທີ່ເບີ 1-877-486-2048;
- ຕິດຕໍ່ສໍານັກງານປະກັນສັງຄົມທີ່ໝາຍເລກ 1-800-772-1213 ລະຫວ່າງເວລາ 8 ໂມງເຊົ້າ ເຖິງ 7 ໂມງແລງ, ວັນຈັນ ເຖິງວັນສຸກ ເພື່ອລົມກັບຕົວແທນ. ຜູ້ໃຊ້ TTY ຄວນຕິດຕໍ່ທີ່ເບີ 1-800-325-0778; ຫຼື
- ຫ້ອງການ Medicaid ປະຈໍາລັດຂອງທ່ານທີ່ເບີ 1-800-316-8005, ຜູ້ໃຊ້ TTY ໂທຫາ 711.

ຖ້າທ່ານຄິດວ່າທ່ານກໍາລັງຈ່າຍຄ່າຢາຕາມໃບສັງຂອງແພດບໍ່ຖືກຕ້ອງຢູ່ຮ້ານຂາຍຢາ, ແຜນການຂອງພວກເຮົາມີຂະບວນການເພື່ອຊ່ວຍໃຫ້ທ່ານໄດ້ຮັບຫຼັກຖານຂອງຈໍານວນການຊໍາລະຮ່ວມທີ່ຖືກຕ້ອງຂອງທ່ານ. ຖ້າທ່ານມີຫຼັກຖານຂອງຈໍານວນເງິນທີ່ຖືກຕ້ອງແລ້ວ, ພວກເຮົາສາມາດຊ່ວຍທ່ານແບ່ງປັນຫຼັກຖານນີ້ກັບພວກເຮົາໄດ້.

ບົດທີ 2 ເບີໂທລະສັບທີ່ສໍາຄັນ ແລະ ເອກະສານຕ່າງໆ

- ໂທຫາຝ່າຍການບໍລິການສະມາຊິກ ແລະ ບອກຕົວແທນວ່າທ່ານຄິດວ່າທ່ານມີຄຸນສົມບັດໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອພິເສດ. ທ່ານອາດຈະຖືກຮຽກຮ້ອງໃຫ້ສະໜອງເອກະສານປະເພດໃດໜຶ່ງດັ່ງຕໍ່ໄປນີ້ (ຫຼັກຖານທີ່ມີຢູ່ດີທີ່ສຸດ):
 - ສໍາເນົາບັດ Medicaid ຂອງຜູ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດຈາກ Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) ທີ່ປະກອບມີຊື່ ແລະ ວັນທີທີ່ມີສິດຂອງຜູ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດ ໃນລະຫວ່າງເດືອນໃດໜຶ່ງຫຼັງຈາກເດືອນມີຖຸນາຂອງປີປະຕິທິນທີ່ຜ່ານມາ.
 - ສໍາເນົາເອກະສານຂອງລັດ ທີ່ຢັ້ງຢືນສະຖານະທີ່ເຄື່ອນໄຫວໂຄງການ Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) Medicaid ທີ່ຍັງມີຜົນຢູ່ ໃນລະຫວ່າງເດືອນໃດໜຶ່ງຫຼັງຈາກເດືອນມີຖຸນາຂອງປີປະຕິທິນທີ່ຜ່ານມາ.
 - ໃບພິມອອກຈາກໄຟລ໌ການລົງທະບຽນແບບອີເລັກໂທຣນິກຂອງລັດ ທີ່ສະແດງສະຖານະ ຂອງໂຄງການ Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) ໃນລະຫວ່າງເດືອນໃດໜຶ່ງຫຼັງຈາກເດືອນມີຖຸນາຂອງປີປະຕິທິນທີ່ຜ່ານມາ.
 - ຖ່າຍພາບໜ້າຈໍຈາກລະບົບ Medicaid ຂອງລັດ ທີ່ສະແດງສະຖານະຂອງໂຄງການ Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) ໃນລະຫວ່າງເດືອນໃດໜຶ່ງຫຼັງຈາກເດືອນມີຖຸນາຂອງປີປະຕິທິນທີ່ຜ່ານມາ.
 - ເອກະສານອື່ນໆທີ່ອອກໃຫ້ໂດຍລັດ ທີ່ສະແດງສະຖານະ ຂອງໂຄງການ Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) ໃນລະຫວ່າງເດືອນໃດໜຶ່ງຫຼັງຈາກເດືອນມີຖຸນາຂອງປີປະຕິທິນທີ່ຜ່ານມາ
 - ໜັງສືຈາກອົງການປະກັນສັງຄົມ (SSA) ທີ່ສະແດງໃຫ້ເຫັນວ່າບຸກຄົນນັ້ນໄດ້ຮັບ ໂຄງການລາຍໄດ້ປະກັນສັງຄົມເສີມ (SSI)
 - ໃບສະໝັກທີ່ຍື່ນໂດຍຜູ້ທີ່ມີສິດຖືກພິຈາລະນາວ່າເປັນຜູ້ທີ່ມີສິດ ເຊິ່ງຢືນຢັນວ່າຜູ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດ "...ມີສິດໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອພິເສດໂດຍອັດຕະໂນມັດ..." (ສິ່ງພິມຂອງ SSA HI 03094.605)

ຖ້າທ່ານ ຢູ່ໃນສະຖານພະຍາບານ, ແລະ ເຊື່ອວ່າທ່ານມີຄຸນສົມບັດໄດ້ຮັບການຮ່ວມຈ່າຍເປັນສູນ, ໃຫ້ໂທຫາຝ່າຍການບໍລິການສະມາຊິກ ແລະ ແຈ້ງໃຫ້ພະນັກງານຊາບວ່າທ່ານເຊື່ອວ່າທ່ານມີຄຸນສົມບັດໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອພິເສດ. ທ່ານອາດຈະຖືກຮ້ອງຂໍໃຫ້ສະໜອງເອກະສານປະເພດໃດໜຶ່ງດັ່ງຕໍ່ໄປນີ້:

- ໃບໂອນເງິນຈາກສະຖານທີ່ສະແດງການຈ່າຍເງິນ Medicaid ແທນທ່ານສໍາລັບເດືອນປະຕິທິນເຕັມເດືອນ ໃນເດືອນຫຼັງຈາກເດືອນມີຖຸນາຂອງປີປະຕິທິນທີ່ຜ່ານມາ;
- ສໍາເນົາເອກະສານຂອງລັດທີ່ຢັ້ງຢືນການຈ່າຍເງິນ Medicaid ແທນທ່ານໃຫ້ກັບສະຖານທີ່ສໍາລັບເດືອນປະຕິທິນເຕັມເດືອນ ໃນເດືອນຫຼັງຈາກເດືອນມີຖຸນາຂອງປີປະຕິທິນທີ່ຜ່ານມາ; ຫຼື
- ພາບໜ້າຈໍຈາກລະບົບ Medicaid ຂອງລັດທີ່ສະແດງສະຖານະການຢູ່ໃນສະຖາບັນຂອງທ່ານໂດຍອີງໃສ່ການເຂົ້າພັກຢ່າງໜ້ອຍໜຶ່ງເດືອນປະຕິທິນເຕັມເດືອນເພື່ອຈຸດປະສົງການຈ່າຍເງິນ Medicaid ໃນເດືອນຫຼັງຈາກເດືອນມີຖຸນາຂອງປີປະຕິທິນທີ່ຜ່ານມາ.

ບົດທີ 2 ເບີໂທລະສັບທີ່ສໍາຄັນ ແລະ ເອກະສານຕ່າງໆ

- ຖ້າທ່ານບໍ່ສາມາດສະໜອງເອກະສານທີ່ອະທິບາຍໄວ້ຂ້າງເທິງ ແລະ ທ່ານເຊື່ອວ່າທ່ານອາດຈະມີຄຸນສົມບັດໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອພິເສດ, ໃຫ້ໂທຫາການບໍລິການສະມາຊິກ ແລະ ພະນັກງານຈະຊ່ວຍເຫຼືອທ່ານ.
- ເມື່ອພວກເຮົາໄດ້ຮັບຫຼັກຖານທີ່ສະແດງລະດັບການຊໍາລະຮ່ວມທີ່ຖືກຕ້ອງ, ພວກເຮົາຈະອັບເດດລະບົບຂອງພວກເຮົາເພື່ອໃຫ້ທ່ານສາມາດຈ່າຍຈໍານວນການຊໍາລະຮ່ວມທີ່ຖືກຕ້ອງເມື່ອທ່ານຮັບຢາຕາມໃບສັງແພດຄັ້ງຕໍ່ໄປ. ຖ້າທ່ານຈ່າຍຄ່າການຊໍາລະຮ່ວມຂອງທ່ານເກີນ, ພວກເຮົາຈະຈ່າຍເງິນຄືນໃຫ້ທ່ານ ບໍ່ວ່າຈະເປັນເຊັກ ຫຼື ເປັນເຄຣດິດການຊໍາລະຮ່ວມໃນອະນາຄົດ. ຖ້າຮ້ານຂາຍຢາບໍ່ໄດ້ເກັບເງິນຄ່າການຊໍາລະຮ່ວມຂອງທ່ານ ແລະ ທ່ານເປັນໜີ້ພວກເຂົາ, ພວກເຮົາອາດຈະຈ່າຍເງິນໂດຍກົງໃຫ້ຮ້ານຂາຍຢາ. ຖ້າລັດຈ່າຍເງິນແທນທ່ານ, ພວກເຮົາອາດຈະຈ່າຍເງິນໂດຍກົງໃຫ້ລັດ. ໂທຫາການບໍລິການສະມາຊິກທີ່ 1-888-846-4262 (ຜູ້ໃຊ້ TTY ໃຫ້ໂທຫາ 711) ຖ້າທ່ານມີຄໍາຖາມ.

ຈະເປັນແນວໃດຖ້າທ່ານມີການຊ່ວຍເຫຼືອພິເສດ ແລະ ການຄຸ້ມຄອງຈາກໂຄງການຊ່ວຍເຫຼືອທາງການຢາສໍາລັບຜູ້ປ່ວຍໂລກ AIDS (ADAP)?

ໂຄງການຊ່ວຍເຫຼືອທາງການຢາສໍາລັບຜູ້ປ່ວຍໂລກ AIDS (ADAP) ຊ່ວຍໃຫ້ຜູ້ຕິດເຊື້ອ HIV/AIDS ສາມາດເຂົ້າເຖິງຢາຮັກສາ HIV ເພື່ອຮັກສາຊີວິດໄດ້. ຢາ Medicare Part D ທີ່ມີຢູ່ໃນລາຍການຢາທີ່ຄຸ້ມຄອງ ADAP ມີສິດໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອໃນການແບ່ງປັນຕົ້ນທຶນຕາມໃບສັງແພດຜ່ານໂຄງການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານຢາຕ້ານ HIV ຂອງລັດ Hawaii (HDAP).

ໂຄງການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານຢາຕ້ານ HIV ຂອງລັດ Hawaii (HDAP) ແມ່ນ ADAP ຂອງລັດຂອງທ່ານ.

ໂຄງການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານຢາຕ້ານ HIV ຂອງລັດ Hawaii (HDAP) ໃນລັດຂອງທ່ານໄດ້ລະດູໄວ້ຂ້າງລຸ່ມນີ້.

ໂຄງການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານຢາຕ້ານ HIV ຂອງລັດ Hawaii (HDAP) — ຂໍ້ມູນຕິດຕໍ່	
ໂທ	1-808-733-9360 8 ໂມງເຊົ້າ - 5 ໂມງແລງ ຕາມເວລາທ້ອງຖິ່ນ, ວັນຈັນ-ວັນສຸກ
TTY	711
ຂຽນ	Harm Reduction Services 3627 Kilauea Ave, Suite 306 Honolulu, HI 96816
ເວັບໄຊທ໌	https://health.hawaii.gov/harmreduction/about-us/hiv-programs/hiv-medical-management-services/

ໝາຍເຫດ: ເພື່ອທີ່ຈະສາມາດຮັບສິດຂອງໂຄງການ ADAP ທີ່ດໍາເນີນໃນລັດຂອງທ່ານ, ປະຊາຊົນຕ້ອງມີຄຸນສົມບັດຕາມເກນທີ່ກຳນົດໄວ້ ລວມທັງ ຫຼັກຖານການສະຖານະພາບການຢູ່ອາໄສ ແລະ ສະຖານະພາບການເປັນ HIV, ມີລາຍຮັບຕໍ່າ(ກຳນົດໂດຍລັດຖະບານ), ແລະ ສະຖານະບໍ່ມີປະກັນ/ປະກັນບໍ່ພຽງພໍ. ຖ້າທ່ານປ່ຽນແຜນປະກັນ, ແຈ້ງໃຫ້ພະນັກງານລົງທະບຽນ ADAP

ບົດທີ 2 ເບີໂທລະສັບທີ່ສໍາຄັນ ແລະ ເອກະສານຕ່າງໆ

ທ້ອງຖິ່ນຂອງທ່ານຮັບຮູ້ເພື່ອໃຫ້ທ່ານສາມາດສືບຕໍ່ໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອ. ສໍາລັບຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບເງື່ອນໄຂການເຂົ້າຮັບສິດ, ຢ່າທີ່ຢູ່ໃຕ້ການຄຸ້ມຄອງ, ຫຼື ວິທີການລົງທະບຽນເຂົ້າໂຄງການ, ກະລຸນາໂທຕິດຕໍ່ສອບຖາມໂຄງການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານຢາຕ້ານ HIV ຂອງລັດ Hawaii (HDAP).

ພາກທີ 8 ໜ່ວຍງານບໍລິຫານຈັດການເບີລັຽງສໍາລັບພະນັກງານລັດໄຟລັດ (RRB)

ໜ່ວຍງານບໍລິຫານຈັດການເບີລັຽງສໍາລັບພະນັກງານລັດໄຟລັດເປັນອົງການຂອງລັດຖະບານກາງທີ່ເປັນເອກະລາດທີ່ຄຸ້ມຄອງໂຄງການຜົນປະໂຫຍດແບບຄົບວົງຈອນໃຫ້ກັບພະນັກງານທາງລັດໄຟຂອງປະເທດ ແລະ ຄອບຄົວຂອງພວກເຂົາ. ຖ້າທ່ານໄດ້ຮັບ Medicare ຜ່ານໜ່ວຍງານບໍລິຫານຈັດການເບີລັຽງສໍາລັບພະນັກງານລັດໄຟລັດ, ໃຫ້ແຈ້ງໜ່ວຍງານນັ້ນຖ້າທ່ານຍ້າຍ ຫຼື ປ່ຽນທີ່ຢູ່ໄປສະນີຂອງທ່ານ. ສໍາລັບຄໍາຖາມກ່ຽວກັບຜົນປະໂຫຍດຂອງທ່ານຈາກໜ່ວຍງານບໍລິຫານຈັດການເບີລັຽງສໍາລັບພະນັກງານລັດໄຟລັດ, ຕິດຕໍ່ອົງການ.

ໜ່ວຍງານບໍລິຫານຈັດການເບີລັຽງສໍາລັບພະນັກງານລັດໄຟລັດ (RRB) – ຂໍ້ມູນຕິດຕໍ່	
ໂທ	1-877-772-5772 ການໂທຫາເບີນີ້ບໍ່ມີຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ. ກົດ “0” ເພື່ອລົມສາຍກັບຕົວແທນຂອງ RRB ເວລາ 9 ໂມງເຊົ້າ ຫາ 3:30 ໂມງແລງ, ວັນຈັນ, ວັນອັງຄານ, ວັນພະຫັດ, ແລະ ວັນສຸກ, ແລະ ຕັ້ງແຕ່ 9 ໂມງເຊົ້າຫາ 12 ໂມງແລງໃນວັນພຸດ. ກົດ “1” ເພື່ອເຂົ້າເຖິງສາຍຊ່ວຍເຫຼືອ RRB ແບບອັດຕະໂນມັດ ແລະໄດ້ຮັບຂໍ້ມູນທີ່ບັນທຶກໄວ້ຕະຫຼອດ 24 ຊົ່ວໂມງ, ລວມທັງເກືອບອາທິດ ແລະວັນພັກ.
TTY	1-312-751-4701 ໝາຍເລກນີ້ຕ້ອງໃຊ້ອຸປະກອນໂທລະສັບພິເສດ ແລະ ອອກແບບມາສະເພາະສໍາລັບຜູ້ທີ່ມີຄວາມຫຍຸ້ງຍາກໃນການໄດ້ຍິນ ຫຼື ການປາກເວົ້າເທົ່ານັ້ນ. ການໂທຫາເບີນີ້ບໍ່ມີຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ.
ເວັບໄຊທ໌	https://RRB.gov

ບົດທີ 2 ເບີໂທລະສັບທີ່ສໍາຄັນ ແລະ ເອກະສານຕ່າງໆ**ພາກທີ 9 ຖ້າທ່ານມີປະກັນໄພກຸ່ມ ຫຼື ປະກັນໄພສຸຂະພາບອື່ນໆຈາກນາຍຈ້າງ**

ຖ້າທ່ານ (ຫຼືຄູ່ສົມລົດ ຫຼືຄູ່ຮ່ວມຊີວິດຂອງທ່ານ) ໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດຈາກນາຍຈ້າງ (ຫຼື ຂອງຄູ່ສົມລົດ ຫຼື ຂອງຄູ່ຮ່ວມຊີວິດ) ຂອງທ່ານ ຫຼື ກຸ່ມຜູ້ຮັບບໍານານທີ່ເປັນສ່ວນໜຶ່ງຂອງແຜນປະກັນນີ້, ກະລຸນາໂທຫາຜູ້ດູແລຜົນປະໂຫຍດຂອງນາຍຈ້າງ/ສະຫະພັນ ຫຼື ຝ່າຍການບໍລິການສະມາຊິກທີ່ 1-888-846-4262 (ຜູ້ໃຊ້ TTY ໃຫ້ໂທຫາ 711) ສໍາລັບຄໍາຖາມໃດໆ. ທ່ານສາມາດສອບຖາມກ່ຽວກັບ ຜົນປະໂຫຍດທາງສຸຂະພາບ, ເບີຍປະກັນສຸຂະພາບ ຫຼື ຊ່ວງເວລາການລົງທະບຽນຈາກນາຍຈ້າງ ຫຼື ສະຫະພັນຜູ້ບໍານານຂອງທ່ານ (ຫຼືຂອງຄູ່ສົມລົດ ຫຼື ຂອງຄູ່ຊີວິດຂອງທ່ານ). (ເບີໂທລະສັບສໍາລັບຝ່າຍການບໍລິການສະມາຊິກແມ່ນພົມຢູ່ໜ້າປົກຫຼັງຂອງເອກະສານນີ້.) ທ່ານສາມາດໂທຫາ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) ດ້ວຍຄໍາຖາມກ່ຽວກັບການຄຸ້ມຄອງ Medicare ພາຍໃຕ້ແຜນນີ້. ຜູ້ໃຊ້ TTY ໂທຫາ 1-877-486-2048.

ຖ້າທ່ານມີການຄຸ້ມຄອງຢ່າອື່ນໆຈາກນາຍຈ້າງ (ຫຼືຂອງຄູ່ສົມລົດ ຫຼື ຂອງຄູ່ຮ່ວມຊີວິດຂອງທ່ານ) ຫຼື ກຸ່ມບໍານານ, ໃຫ້ຕິດຕໍ່ຫາ **ຜູ້ບໍລິຫານຜົນປະໂຫຍດຂອງກຸ່ມ**. ຜູ້ບໍລິຫານຜົນປະໂຫຍດສາມາດຊ່ວຍໃຫ້ທ່ານເຂົ້າໃຈວ່າການຄຸ້ມຄອງຢ່າໃນປະຈຸບັນຂອງທ່ານຈະເຮັດວຽກກັບແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາແນວໃດ.

ບົດທີ 3 ການໃຊ້ແຜນສໍາລັບການບໍລິການທາງການແພດຂອງທ່ານ**ບົດທີ 3:****ການໃຊ້ແຜນຂອງພວກເຮົາສໍາລັບການບໍລິການທາງການແພດ
ແລະ ບໍລິການທີ່ຢູ່ໃຕ້ການບໍລິການທີ່ຢູ່ໃຕ້ການຄຸ້ມຄອງອື່ນໆ
ຂອງທ່ານ****ພາກທີ 1 ວິທີການຮັບການດູແລທາງການແພດ ແລະ ການບໍລິການອື່ນໆໃນນາມສະມາຊິກ
ຂອງແຜນຂອງພວກເຮົາ**

ບົດນີ້ອະທິບາຍສິ່ງທີ່ທ່ານຄວນຮູ້ກ່ຽວກັບການໃຊ້ແຜນປະກັນເພື່ອໃຫ້ໄດ້ຮັບການດູແລທາງການແພດ ແລະ ການບໍລິການອື່ນໆຂອງທ່ານ. ສໍາລັບລາຍລະອຽດກ່ຽວກັບການດູແລທາງການແພດ ແລະ ການບໍລິການໃດແດ່ທີ່ແຜນພວກເຮົາຄຸ້ມຄອງ, ໃຫ້ໄປທີ່ເສັ້ນສະແດງຜົນປະໂຫຍດທາງການແພດໃນບົດທີ 4.

ພາກທີ 1.1 ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການໃນເຄືອຂ່າຍ ແລະ ບໍລິການທີ່ຢູ່ໃຕ້ການຄຸ້ມຄອງ

- **ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ** ແມ່ນບັນດາທ່ານໝໍ ແລະ ຜູ້ຊ່ຽວຊານດ້ານການດູແລສຸຂະພາບອື່ນໆທີ່ໄດ້ຮັບການຮັບຮອງຈາກລັດເພື່ອໃຫ້ບໍລິການທາງການແພດ ແລະ ການດູແລ. ຄຳວ່າ "ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ" ຍັງປະກອບມີໂຮງໝໍ ແລະ ສະຖານທີ່ດູແລສຸຂະພາບອື່ນໆ.
- **ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການໃນເຄືອຂ່າຍ** ແມ່ນແພດ ແລະ ຜູ້ຊຳນານການດ້ານສຸຂະພາບອື່ນໆ, ກຸ່ມການແພດ, ໂຮງໝໍ ແລະ ສະຖານພະຍາບານອື່ນໆ ທີ່ມີຂໍ້ຕົກລົງກັບພວກເຮົາໃນການຮັບການຈ່າຍເງິນ ເປັນການຈ່າຍເຕັມຈຳນວນ. ພວກເຮົາໄດ້ຈັດສັນໃຫ້ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ສະໜອງບໍລິການທີ່ຢູ່ໃຕ້ການຄຸ້ມຄອງໃຫ້ແກ່ສະມາຊິກໃນແຜນຂອງພວກເຮົາ. ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການໃນເຄືອຂ່າຍຂອງພວກເຮົາເອີ້ນເກັບເງິນໂດຍກົງກັບພວກເຮົາສໍາລັບຄ່າການດູແລທີ່ພວກເຂົາບໍລິການທ່ານ. ເມື່ອທ່ານເບິ່ງຈາກຜູ້ໃຫ້ບໍລິການໃນເຄືອຂ່າຍ, ທ່ານຈະບໍ່ໄດ້ເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆສໍາລັບບໍລິການທີ່ຢູ່ໃຕ້ການຄຸ້ມຄອງ.
- **ບໍລິການທີ່ຢູ່ໃຕ້ການຄຸ້ມຄອງ** ລວມມີການດູແລທາງການແພດ, ການບໍລິການດູແລສຸຂະພາບ, ຢາ, ອຸປະກອນ, ແລະ ຢາຕາມໃບສັງແພດທັງໝົດທີ່ຄຸ້ມຄອງໂດຍແຜນຂອງພວກເຮົາ. ບໍລິການທີ່ຢູ່ໃຕ້ການຄຸ້ມຄອງຂອງທ່ານສໍາລັບການດູແລທາງການແພດແມ່ນໄດ້ລະບຸໄວ້ໃນເສັ້ນສະແດງຜົນປະໂຫຍດທາງການແພດໃນບົດທີ 4. ການບໍລິການທີ່ຢູ່ໃຕ້ການຄຸ້ມຄອງຂອງທ່ານສໍາລັບຢາຕາມໃບສັງແພດແມ່ນໄດ້ອະທິບາຍໄວ້ໃນບົດທີ 5.

ບົດທີ 3 ການໃຊ້ແຜນສໍາລັບການບໍລິການທາງແພດຂອງທ່ານ**ພາກທີ 1.2 ກົດລະບຽບພື້ນຖານສໍາລັບການດູແລທາງການແພດ ແລະ ການບໍລິການອື່ນໆທີ່ຈະໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງໂດຍແຜນປະກັນ**

ເນື່ອງຈາກພວກເຮົາເປັນແຜນປະກັນສຸຂະພາບຂອງ Medicare ແລະ Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid), ແຜນການຂອງພວກເຮົາຕ້ອງກວມເອົາການບໍລິການທັງໝົດທີ່ຄຸ້ມຄອງໂດຍ Original Medicare ແລະ ອາດຈະໃຫ້ບໍລິການເກີນກວ່າທີ່ Original Medicare ຄຸ້ມຄອງ. ກະລຸນາເບິ່ງບົດທີ 4 ສໍາລັບການບໍລິການທີ່ຄຸ້ມຄອງພາຍໃຕ້ແຜນປະກັນ.

ແຜນການຂອງພວກເຮົາໂດຍທົ່ວໄປກວມເອົາການດູແລທາງການແພດຂອງທ່ານຕາມໃດທີ່:

- **ບໍລິການທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບແມ່ນລວມຢູ່ໃນເສັ້ນສະແດງຜົນປະໂຫຍດທາງການແພດຂອງແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາ** ໃນບົດທີ 4.
- **ການດູແລທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບແມ່ນຖືວ່າມີຄວາມຈຳເປັນທາງການແພດ.** ຈຳເປັນທາງການແພດ ໝາຍຄວາມວ່າການບໍລິການ, ເຄື່ອງໃຊ້, ອຸປະກອນ ຫຼື ຢາທີ່ຈຳເປັນສໍາລັບການປ້ອງກັນ, ການບັງມະຕິ ຫຼື ການປິ່ນປົວສະພາບທາງການແພດຂອງທ່ານ ແລະ ໄດ້ມາດຕະຖານການປະຕິບັດທາງການແພດທີ່ຮັບຮອງ.
- **ທ່ານມີຜູ້ໃຫ້ບໍລິການການເບິ່ງແຍງຫຼັກໃນເຄືອຂ່າຍ (PCP) ທີ່ສະໜອງ ແລະ ເບິ່ງແຍງການດູແລໃຫ້ທ່ານ.** ໃນຖານະການເປັນສະມາຊິກຂອງແຜນຂອງພວກເຮົາ, ທ່ານຕ້ອງເລືອກ PCP ໃນເຄືອຂ່າຍ (ໄປທີ່ພາກ 2.1 ສໍາລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມ).
 - ປຶກສາຫາລືແຜນການປິ່ນປົວຂອງທ່ານກັບ PCP ຂອງທ່ານລ່ວງໜ້າເພື່ອປະສານງານການດູແລຂອງທ່ານກ່ອນທີ່ທ່ານຈະໃຊ້ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການອື່ນໆໃນເຄືອຂ່າຍຂອງແຜນປະກັນ, ເຊັ່ນ: ຜູ້ຊ່ຽວຊານ, ໂຮງໝໍ, ສະຖານທີ່ພະຍາບານທີ່ມີຄວາມຊໍານິຊໍານານ, ຫຼື ການເບິ່ງແຍງຈາກໜ່ວຍບໍລິການສຸຂະພາບຢູ່ບ້ານ. ບໍລິການບາງຢ່າງຈຳເປັນຕ້ອງມີການອານຸມັດລ່ວງໜ້າ. ສໍາລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້, ກະລຸນາເບິ່ງເສັ້ນສະແດງຜົນປະໂຫຍດທາງການແພດໃນບົດທີ 4, ພາກທີ 2.
- **ທ່ານຕ້ອງໄດ້ຮັບການບໍລິການຈາກຜູ້ໃຫ້ບໍລິການເຄືອຂ່າຍ** (ໄປທີ່ພາກທີ 2). ໂດຍສ່ວນໃຫຍ່, ການດູແລທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບຈາກຜູ້ໃຫ້ບໍລິການນອກເຄືອຂ່າຍ (ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການທີ່ບໍ່ໄດ້ຢູ່ໃນເຄືອຂ່າຍຂອງແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາ) ຈະບໍ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ, ຍົກເວັ້ນທີ່ໄດ້ກ່າວມາຂ້າງລຸ່ມນີ້. ນັ້ນໝາຍຄວາມວ່າທ່ານຕ້ອງຈ່າຍຄ່າບໍລິການເຕັມຈໍານວນໃຫ້ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການສໍາລັບການບໍລິການທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບ. ນີ້ແມ່ນ 3 ຂໍ້ຍົກເວັ້ນ:
 - ແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາຄຸ້ມຄອງ ການເບິ່ງແຍງເຫດສຸກເສີນ ຫຼື ບໍລິການຈຳເປັນສຸກເສີນທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບຈາກຜູ້ໃຫ້ບໍລິການນອກເຄືອຂ່າຍ. ສໍາລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມ ແລະ ເພື່ອເບິ່ງວ່າການບໍລິການເຫດສຸກເສີນ ຫຼື ບໍລິການຈຳເປັນສຸກເສີນແມ່ນຫຍັງ, ໃຫ້ໄປທີ່ພາກທີ 3.
 - ຖ້າທ່ານຕ້ອງການການດູແລທາງການແພດທີ່ Medicare ຫຼື Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) ຮຽກຮ້ອງໃຫ້ແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາຄຸ້ມຄອງແຕ່ບໍ່ມີຜູ້ຊ່ຽວຊານໃນເຄືອຂ່າຍຂອງເຮົາທີ່ສາມາດສະໜອງບໍລິການນີ້ໄດ້, ທ່ານສາມາດໄດ້ຮັບການດູແລນີ້ຈາກຜູ້ໃຫ້ບໍລິການນອກເຄືອຂ່າຍໃນການແບ່ງປັນຕົ້ນທຶນດຽວກັນທີ່ທ່ານຈ່າຍໃຫ້ກັບຜູ້ໃຫ້ບໍລິການໃນເຄືອຂ່າຍປົກກະຕິ (ຈຳເປັນຕ້ອງມີການອານຸມັດລ່ວງໜ້າ). ໃນກໍລະນີນີ້, ພວກເຮົາຈະຄຸ້ມຄອງຄ່າບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ຄືກັບວ່າທ່ານໄດ້ຮັບການດູແລຈາກຜູ້ໃຫ້ບໍລິການໃນເຄືອຂ່າຍ. ສໍາລັບຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບການໄດ້ຮັບການອະນຸມັດໃຫ້ພົບແພດນອກເຄືອຂ່າຍ, ໃຫ້ໄປທີ່ພາກ 2.4.

ບົດທີ 3 ການໃຊ້ແຜນສໍາລັບການບໍລິການທາງແພດຂອງທ່ານ

- ແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາຄຸ້ມຄອງການບໍລິການກວດລ້າງໝາກໄຂ່ຫຼັງທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບຢູ່ສູນກວດລ້າງໄຕທີ່ໄດ້ຮັບການຮັບຮອງຈາກ Medicare ເມື່ອທ່ານຢູ່ນອກຂອບເຂດບໍລິການຂອງແຜນປະກັນເຮົາຊົ່ວຄາວ ຫຼື ເວລາທີ່ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງທ່ານບໍ່ສາມາດໃຫ້ບໍລິການໄດ້ຊົ່ວຄາວ ຫຼື ບໍ່ສາມາດເຂົ້າເຖິງໄດ້. ການແບ່ງປັນຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທີ່ທ່ານຈ່າຍໃຫ້ແຜນປະກັນການກວດລ້າງໄຕບໍ່ສາມາດສູງກວ່າການແບ່ງປັນຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃນ Original Medicare. ຖ້າທ່ານຢູ່ນອກຂອບເຂດບໍລິການຂອງແຜນປະກັນເຮົາ ແລະ ໄດ້ຮັບການກວດລ້າງໄຕຈາກຜູ້ໃຫ້ບໍລິການນອກເຄືອຂ່າຍ, ການແບ່ງປັນຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຂອງທ່ານບໍ່ສາມາດສູງກວ່າການແບ່ງປັນຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທີ່ທ່ານຈ່າຍໃນເຄືອຂ່າຍ. ແນວໃດກໍ່ຕາມ, ຖ້າຜູ້ໃຫ້ບໍລິການໃນເຄືອຂ່າຍປົກກະຕິຂອງທ່ານສໍາລັບການຟອກເລືອດບໍ່ສາມາດໃຊ້ໄດ້ຊົ່ວຄາວ ແລະ ທ່ານເລືອກທີ່ຈະຮັບການບໍລິການພາຍໃນຂອບເຂດບໍລິການຂອງພວກເຮົາຈາກຜູ້ໃຫ້ບໍລິການນອກເຄືອຂ່າຍຂອງແຜນຂອງພວກເຮົາ, ການແບ່ງປັນຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຂອງທ່ານສໍາລັບການລ້າງເຄື່ອງກວດເລືອດອາດຈະສູງກວ່າ.
- **ຜົນປະໂຫຍດແບບຈຸດບໍລິການ (POS) ຊ່ວຍໃຫ້ທ່ານສາມາດເຂົ້າເຖິງບາງບໍລິການຈາກຜູ້ໃຫ້ບໍລິການນອກເຄືອຂ່າຍ.** ບໍ່ແມ່ນການບໍລິການທຸກລາຍການທີ່ຈະໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງນອກເຄືອຂ່າຍພາຍໃຕ້ຕົວເລືອກຈຸດບໍລິການ (POS) ຂອງທ່ານ. ສໍາລັບບໍລິການທີ່ຢູ່ໃຕ້ການຄຸ້ມຄອງນອກເຄືອຂ່າຍ, ກະລຸນາເບິ່ງຕາຕະລາງຜົນປະໂຫຍດທາງການແພດໃນບົດທີ 4, ພາກທີ 2 ສໍາລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມ. ທ່ານຈະຕ້ອງຈ່າຍເງິນເພີ່ມເຕີມເພື່ອສາມາດໃຊ້ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ເມື່ອທ່ານໃຊ້ຜົນປະໂຫຍດ POS ຂອງທ່ານ. ສໍາລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມເບິ່ງພາກ 2.4 ຂອງບົດນີ້.

ທ່ານບໍ່ຈໍາເປັນຕ້ອງໄດ້ຮັບການອ້າງອິງໃນເວລາທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບການເບິ່ງແຍງຈາກຜູ້ໃຫ້ບໍລິການນອກເຄືອຂ່າຍສໍາລັບການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້. ແນວໃດກໍ່ຕາມ, ກ່ອນໃຊ້ບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ທ່ານອາດຕ້ອງການກວດສອບກັບພວກເຮົາວ່າມັນໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງຈາກພວກເຮົາລືບໍ່. ຖ້າພວກເຮົາກໍານົດວ່າພວກເຮົາບໍ່ໄດ້ຄຸ້ມຄອງບໍລິການນັ້ນພາຍຫຼັງ, ພວກເຮົາອາດຈະປະຕິເສດການຄຸ້ມຄອງ ແລະ ທ່ານຈະຕ້ອງຮັບຜິດຊອບຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ. ບໍລິການບາງຢ່າງອາດຈໍາເປັນຕ້ອງມີການອານຸມັດລ່ວງໜ້າ.

ພາກທີ 2 ໃຊ້ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການໃນເຄືອຂ່າຍຂອງແຜນຂອງພວກເຮົາເພື່ອຮັບການດູແລທາງການແພດ ແລະ ການບໍລິການອື່ນໆ

ພາກທີ 2.1 ທ່ານຕ້ອງເລືອກຜູ້ໃຫ້ບໍລິການການເບິ່ງແຍງຫຼັກ (PCP) ເພື່ອສະຫນອງ ແລະ ເບິ່ງແຍງການດູແລຂອງທ່ານ

PCP ແມ່ນຫຍັງ ແລະ PCP ຊ່ວຍຫຍັງທ່ານ?

ເມື່ອທ່ານເຂົ້າເປັນສະມາຊິກຂອງແຜນຂອງພວກເຮົາ, ກ່ອນອື່ນໝົດທ່ານຕ້ອງເລືອກຜູ້ໃຫ້ບໍລິການແຜນເພື່ອເປັນ PCP ຂອງທ່ານ. PCP ລແມ່ນທີ່ປຶກສາດ້ານສຸຂະພາບສ່ວນຕົວຂອງທ່ານ, ຜູ້ທີ່ຈະສະຫນອງ ຫຼື ປະສານງານການດູແລຂອງທ່ານ. PCP ຂອງທ່ານແມ່ນຜູ້ຊ່ຽວຊານດ້ານການດູແລສຸຂະພາບທີ່ຮັບຮອງໂດຍເງື່ອນໄຂຂອງລັດ ແລະ ໄດ້ຮັບການຝຶກອົບຮົມໃນການສະໜອງການດູແລທາງການແພດຂັ້ນພື້ນຖານໃຫ້ທ່ານ. ເຊິ່ງປະກອບມີແພດຜູ້ຊ່ຽວຊານດ້ານການແພດຄອບຄົວ, ແພດສາມັນ, ຢາປົວພະຍາດພາຍໃນ, ແລະ ການແພດຜູ້ສູງອາຍຸ. ແພດພະຍາບານ (NP), ພະຍາບານທີ່ໄດ້ຮັບໃບອະນຸຍາດຂອງລັດທີ່ໄດ້ຜ່ານການຝຶກອົບຮົມພິເສດ, ເປັນຜູ້ສະຫນອງລະດັບການດູແລສຸຂະພາບຂັ້ນພື້ນຖານ, ຫຼື ຜູ້ຊ່ວຍແພດ (PA), ທີ່ມີໃບຢັ້ງຢືນເປັນ PCP, ການບໍລິການພາຍໃນສະຖານທີ່ດູແລປະຖົມສາມາດເຮັດໜ້າທີ່ເປັນ PCP ຂອງທ່ານ.

ບົດທີ 3 ການໃຊ້ແຜນສໍາລັບການບໍລິການທາງແພດຂອງທ່ານ

ທ່ານຈະໄດ້ຮັບການດູແລປົກກະຕິ ຫຼື ການດູແລພື້ນຖານສ່ວນໃຫຍ່ຈາກ PCP ຂອງທ່ານ. PCP ຂອງທ່ານຍັງຈະຊ່ວຍທ່ານຈັດສັນ ຫຼື ປະສານກັບການບໍລິການທີ່ຢູ່ໃຕ້ການຄຸ້ມຄອງສ່ວນທີ່ເຫຼືອທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບໃນຖານະສະມາຊິກຂອງແຜນ ປະກັນ. ເຊິ່ງປະກອບມີ:

- ເອັກສເຣ,
- ການກວດໃນຫ້ອງທົດລອງ,
- ການບໍາບັດທາງກາຍະພາບ, ກິດຈະກຳ ແລະ/ຫຼື ທາງການປາກເວົ້າ
- ການດູແລຈາກທ່ານໝໍທີ່ເປັນຜູ້ຊ່ຽວຊານ,
- ການພັກພື້ນຢູ່ໂຮງໝໍ, ແລະ
- ການຕິດຕາມການດູແລ

“ການປະສານງານ” ບໍລິການທີ່ຢູ່ໃຕ້ການຄຸ້ມຄອງຂອງທ່ານລວມມີການກວດສອບ ຫຼື ການໃຫ້ຄໍາປຶກສາກັບຜູ້ໃຫ້ບໍລິການແຜນ ອື່ນກ່ຽວກັບການດູແລຂອງທ່ານ ແລະ ການດໍາເນີນການ. ສໍາລັບການບໍລິການບາງປະເພດ ຫຼື ການສະໜອງ, PCP ຂອງທ່ານຈະ ຕ້ອງໄດ້ຮັບການອະນຸມັດລ່ວງໜ້າ (ການອະນຸມັດລ່ວງໜ້າ). ຖ້າການບໍລິການຂອງທ່ານຈໍາເປັນຕ້ອງໄດ້ຮັບການອະນຸມັດລ່ວງໜ້າ, PCP ຂອງທ່ານຈະຮ້ອງຂໍການອະນຸຍາດນັ້ນຈາກແຜນປະກັນພວກເຮົາ. ເນື່ອງຈາກ PCP ຂອງທ່ານຈະເປັນຜູ້ຈັດສັນ ແລະ ປະສານ ງານການຮັກສາທາງການແພດຂອງທ່ານ, ທ່ານຄວນສົ່ງປະຫວັດການຮັກສາທັງໝົດຂອງທ່ານໄປຫາຫ້ອງການ PCP ຂອງທ່ານ. ໂດຍປົກກະຕິ ທ່ານຈະພົບທ່ານໝໍ PCP ກ່ອນ ສໍາລັບການຮັກສາສຸຂະພາບປະຈຳວັນສ່ວນໃຫຍ່. ພວກເຮົາແນະນຳໃຫ້ທ່ານ ຫມໍ PCP ເປັນຜູ້ປະສານງານການຮັກສາທັງໝົດຂອງທ່ານ. ກະລຸນາອ້າງອີງໄປທີ່ພາກ 2.2 ໃນບົດນີ້ ເພື່ອຮັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມ.

ໃນບາງກໍລະນີ, ທ່ານຫມໍປະຈຳຕົວ PCP, ຫຼື ທ່ານຫມໍຜູ້ຊ່ຽວຊານ ຫຼື ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການອື່ນ ທີ່ທ່ານກໍາລັງພົບ, ຈະຕ້ອງໄດ້ຮັບການອະນຸ ມັດລ່ວງໜ້າ (ການອະນຸຍາດລ່ວງໜ້າ) ຈາກພວກເຮົາ ສໍາລັບບໍລິການທີ່ຢູ່ໃຕ້ການຄຸ້ມຄອງ ແລະ ລາຍການບາງປະເພດ. ກະລຸນາເບິ່ງ ບົດທີ 4 ຂອງເອກະສານນີ້ ສໍາລັບບໍລິການ ແລະ ລາຍການທີ່ຕ້ອງມີການອະນຸມັດລ່ວງໜ້າ.

ຖ້າທ່ານຈໍາເປັນຕ້ອງປຶກສາກັບທ່ານຫມໍຫຼັງເວລາເຮັດການປົກກະຕິ, ໃຫ້ໂທໄປທີ່ສໍານັກງານຂອງທ່ານຫມໍ ແລະ ທ່ານຈະໄດ້ຮັບການ ຕໍ່ສາຍໄປຫາທ່ານຫມໍ, ເຄື່ອງຕອບຮັບອັດຕະໂນມັດທີ່ມີຄໍາແນະນຳຮັບບໍລິການ ຫຼື ທ່ານຫມໍອື່ນທີ່ໃຫ້ການຄຸ້ມຄອງ. ຖ້າທ່ານກໍາລັງ ປະສົບເຫດສຸກເສີນ, ໃຫ້ໂທ 911 ໃນທັນທີ.

ວິທີການເລືອກທ່ານໝໍ PCP

ເພື່ອເລືອກ PCP ຂອງທ່ານ, ໄປທີ່ເວບໄຊຂອງພວກເຮົາທີ່ go.wellcare.com/2026providerdirectories ແລະ ເລືອກ PCP ຈາກເຄືອຂ່າຍແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາ. ຝ່າຍການບໍລິການສະມາຊິກຍັງສາມາດຊ່ວຍທ່ານເລືອກ PCP ໄດ້ອີກດ້ວຍ. ເມື່ອທ່ານ ເລືອກທ່ານຫມໍ PCP ແລ້ວ ໃຫ້ໂທຝ່າຍການບໍລິການສະມາຊິກເພື່ອແຈ້ງຜູ້ທີ່ທ່ານເລືອກ. ທ່ານຫມໍ PCP ຂອງທ່ານຈະຕ້ອງຢູ່ໃນ ເຄືອຂ່າຍຂອງພວກເຮົາ.

ຖ້າມີທ່ານໝໍຜູ້ຊ່ຽວຊານ ຫຼື ໂຮງໝໍໃນແຜນສະເພາະທີ່ທ່ານຕ້ອງການໃຊ້ບໍລິການ, ກະລຸນາກວດສອບໃຫ້ໝັ້ນໃຈວ່າ ຜູ້ຊ່ຽວຊານ ແລະ/ຫຼື ໂຮງໝໍນັ້ນຢູ່ໃນເຄືອຂ່າຍຂອງ PCP ຫຼືບໍ່.

ບົດທີ 3 ການໃຊ້ແຜນສໍາລັບການບໍລິການທາງແພດຂອງທ່ານ

ຖ້າທ່ານບໍ່ເລືອກ PCP ຫຼື ຖ້າທ່ານເລືອກ PCP ທີ່ບໍ່ມີຢູ່ໃນແຜນນີ້, ພວກເຮົາຈະເລືອກ PCP ໃຫ້ທ່ານໂດຍອັດຕະໂນມັດ.

ວິທີການປ່ຽນ PCP ຂອງທ່ານ

ທ່ານສາມາດປ່ຽນ PCP ຂອງທ່ານໄດ້ທຸກເວລາ ບໍ່ວ່າຈະຍ້ອນເຫດຜົນໃດກໍໄດ້. PCP ຂອງທ່ານອາດຈະອອກຈາກການເປັນຜູ້ໃຫ້ບໍລິການໃນເຄືອຂ່າຍຂອງແຜນປະກັນພວກເຮົາ, ກໍລະນີນັ້ນທ່ານຕ້ອງເລືອກ PCP ໃໝ່. ພາຍໃຕ້ບາງສະຖານະການ, ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງພວກເຮົາມີພັນທະທີ່ຈະສືບຕໍ່ການດູແລເຫຼັງຈາກອອກຈາກເຄືອຂ່າຍຂອງພວກເຮົາ. ສໍາລັບລາຍລະອຽດສະເພາະ, ຕິດຕໍ່ການບໍລິການສະມາຊິກ.

ຖ້າທ່ານຕ້ອງການປ່ຽນ PCP ຂອງທ່ານ, ກະລຸນາໂທຫາຝ່າຍການບໍລິການສະມາຊິກ. PCP ແຜນປະກັນແຕ່ລະເຈົ້າຈະເຮັດການອ້າງອີງໄປຫາຜູ້ຊ່ຽວຊານໃນແຜນປະກັນສະເພາະ ແລະ ໃຊ້ໂຮງໝໍສະເພາະໃນເຄືອຂ່າຍຂອງເຂົາເຈົ້າ. ນີ້ຫມາຍຄວາມວ່າ PCP ແຜນປະກັນທີ່ທ່ານເລືອກອາດຈະບັງກຳນົດຜູ້ຊ່ຽວຊານ ແລະ ໂຮງໝໍທີ່ທ່ານອາດຈະໃຊ້ໄດ້. ຖ້າມີຜູ້ຊ່ຽວຊານສະເພາະ ຫຼື ໂຮງໝໍທີ່ທ່ານຕ້ອງການໃຊ້, ລອງກວດສອບວ່າ PCP ແຜນປະກັນຂອງທ່ານໃຊ້ຜູ້ຊ່ຽວຊານ ຫຼື ໂຮງໝໍເຫຼົ່ານີ້ຫຼືບໍ່.

ການບໍລິການສະມາຊິກ ສາມາດຊ່ວຍທ່ານເລືອກ PCP ຄົນໃໝ່ໄດ້. ຖ້າທ່ານຂໍປ່ຽນແປງໃນ ຫຼື ກ່ອນວັນທີ 10 ຂອງເດືອນ, ມັນຈະມີຜົນບັງຄັບໃຊ້ຍ້ອນຫຼັງໃນວັນທີ 1 ຂອງເດືອນນັ້ນ. ຖ້າທ່ານໂທ ຫຼື ຮ້ອງຂໍຫຼັງຈາກວັນທີ 10, ການປ່ຽນແປງຈະມີຜົນບັງຄັບໃຊ້ໃນວັນທີ 1 ຂອງເດືອນຖັດໄປ. ຕົວຢ່າງ: ການຮ້ອງຂໍ PCP ທີ່ເຮັດກ່ອນວັນທີ 10 ມັງກອນຈະມີຜົນບັງຄັບໃຊ້ໃນວັນທີ 1 ມັງກອນ. ການຮ້ອງຂໍທີ່ເຮັດໃນວັນທີ 11 ມັງກອນ ຫຼື ຫຼັງຈາກນັ້ນຈະມີຜົນບັງຄັບໃຊ້ໃນວັນທີ 1 ກຸມພາ. ຈົນກວ່າການປ່ຽນແປງຈະມີຜົນບັງຄັບໃຊ້, ທ່ານຕ້ອງສືບຕໍ່ໃຊ້ PCP ຄົນປັດຈຸບັນຂອງທ່ານສໍາລັບບໍລິການທີ່ຢູ່ໃຕ້ການຄຸ້ມຄອງທັງໝົດ. ເມື່ອໂທຫາ ຝ່າຍການບໍລິການສະມາຊິກ, ໃຫ້ກ່າວເຖິງແພດສະເພາະທາງ ຫຼື ການບໍລິການໃດໆ (ເຊັ່ນ: ການບໍລິການສຸຂະພາບຢູ່ເຮືອນ ຫຼື DME) ທີ່ຕ້ອງການການອະນຸມັດຈາກ PCP ຄົນປັດຈຸບັນຂອງທ່ານ.

ພາກ 2.2 ການຮັກສາທາງການແພດ ແລະ ບໍລິການອື່ນໆທີ່ທ່ານສາມາດໃຊ້ໄດ້ໂດຍບໍ່ຕ້ອງມີການອ້າງອີງຈາກ PCP

ທ່ານສາມາດໄດ້ຮັບບໍລິການທີ່ລະບຸດ້ານລຸ່ມນີ້ ໂດຍບໍ່ຕ້ອງໄດ້ຮັບການອະນຸມັດລ່ວງໜ້າຈາກ PCP.

- ການຮັກສາສຸຂະສະຕຣີປະຈຳວັນ ເຊັ່ນ ການກວດເຕົ້ານົມ, ການກວດຄັດກອງເຕົ້ານົມດ້ວຍລັງສີມໍາໂມແກຣມ (ເອັກຊ໌ເຊີເຣເຕົ້ານົມ), ການກວດປາບ ແລະ ການກວດພາຍໃນ, ໂດຍເງື່ອນໄຂວ່າທ່ານໄດ້ຮັບບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ຈາກຜູ້ໃຫ້ບໍລິການໃນເຄືອຂ່າຍ.
- ການສັກຢາປ້ອງກັນໄຂ້ຫວັດໃຫຍ່, ວັກຊີນ COVID-19 ແລະ ວັກຊີນປ້ອງກັນໂລກປອດບວມ ໂດຍເງື່ອນໄຂວ່າໄດ້ຮັບຈາກຜູ້ໃຫ້ບໍລິການໃນເຄືອຂ່າຍ
- ການບໍລິການເຫດສຸກເສີນຈາກຜູ້ໃຫ້ບໍລິການໃນເຄືອຂ່າຍ ຫຼື ຈາກຜູ້ໃຫ້ບໍລິການນອກເຄືອຂ່າຍ.
- ບໍລິການທີ່ຢູ່ໃຕ້ການຄຸ້ມຄອງຂອງແຜນກໍລະນີເຫດຈຳເປັນໝາຍເຖິງບໍລິການທີ່ຕ້ອງໄດ້ຮັບການຮັກສາທັນທີ (ແຕ່ບໍ່ແມ່ນເຫດສຸກເສີນ) ຖ້າທ່ານຢູ່ນອກຂອບເຂດບໍລິການຂອງແຜນປະກັນເຮົາ ຊົ່ວຄາວ ຫຼື ເຫັນວ່າສະຖານະການບໍ່ເໝາະສົມທີ່ຈະຮັບບໍລິການນັ້ນຈາກຜູ້ໃຫ້ບໍລິການໃນເຄືອຂ່າຍໂດຍອີງໃສ່ຫຼັກຖານກ່ຽວກັບເວລາ, ສະຖານທີ່ ແລະ ສະຖານະການ. ຕົວຢ່າງຂອງບໍລິການຈຳເປັນສຸກເສີນແມ່ນພະຍາດທາງການແພດ ແລະ ການບາດເຈັບທີ່ບໍ່ໄດ້ຄາດຄິດ ຫຼື ອາການກໍາເລີບຂອງ

ບົດທີ 3 ການໃຊ້ແຜນສໍາລັບການບໍລິການທາງແພດຂອງທ່ານ

ພະຍາດທີ່ເປັນຢູ່ແລ້ວ. ການເຂົ້າພົບແພດຕາມກຳນົດທີ່ຈຳເປັນທາງການແພດ (ເຊັ່ນ ການກວດສຸຂະພາບປະຈຳປີ) ຈະບໍ່ຖືວ່າຈຳເປັນເຮັດວ່າ ເຖິງແມ່ນວ່າຈະຢູ່ນອດຂອບເຂດບໍລິການຕາມແຜນຂອງເຮົາ ຫຼື ເຄືອຂ່າຍແຜນຂອງເຮົາບໍ່ສາມາດໃຫ້ບໍລິການໄດ້ຊົ່ວຄາວກໍຕາມ.

- ການບໍລິການຟອກໝາກໄຂ່ຫຼັງທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບຢູ່ສະຖານຟອກໄຕທີ່ຮັບຮອງໂດຍ Medicare ໃນເວລາທີ່ທ່ານຢູ່ນອກຂອບເຂດບໍລິການຂອງແຜນປະກັນ. ຖ້າເປັນໄປໄດ້, ໃຫ້ໂທຫາຝ່າຍການບໍລິການສະມາຊິກທີ່ເບີ 1-888-846-4262 (ຜູ້ໃຊ້ TTY ໂທຫາ 711) ກ່ອນທີ່ທ່ານຈະອອກຈາກຂອບເຂດບໍລິການ ເພື່ອພວກເຮົາຈະສາມາດຊ່ວຍຈັດແຈງໃຫ້ທ່ານມີການຟອກໄຕເມື່ອທ່ານບໍ່ຢູ່.

ພາກທີ 2.3 ວິທີການໄດ້ຮັບການເບິ່ງແຍງຈາກຜູ້ຊ່ຽວຊານ ແລະ ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການເຄືອຂ່າຍອື່ນໆ

ຜູ້ຊ່ຽວຊານ ແມ່ນແພດໝໍ ທີ່ໃຫ້ບໍລິການດູແລສຸຂະພາບສໍາລັບພະຍາດສະເພາະໃດໜຶ່ງ ຫຼື ບພາກສ່ວນໃດໜຶ່ງຂອງຮ່າງກາຍ. ມີຜູ້ຊ່ຽວຊານຫຼາຍປະເພດ. ສໍາລັບຕົວຢ່າງ:

- ແພດຊ່ຽວຊານດ້ານມະເຮັງ ສໍາລັບຄົນເຈັບທີ່ມີພະຍາດມະເຮັງ.
- ແພດຫົວໃຈ ສໍາລັບຄົນເຈັບທີ່ມີບັນຫາດ້ານຫົວໃຈ.
- ແພດກະດູກ ສໍາລັບຄົນເຈັບທີ່ມີບັນຫາສະເພາະດ້ານກະດູກ, ຂໍ້ຕໍ່, ຫຼື ກ້າມຊີ້ນ.

ປຶກສາກ່ຽວກັບຄວາມຕ້ອງການການດູແລສຸຂະພາບຂອງທ່ານກັບ PCP ຂອງທ່ານເພື່ອຂໍຄໍາແນະນຳເພື່ອເຂົ້າໄປພົບຜູ້ຊ່ຽວຊານທີ່ສາມາດຊ່ວຍທ່ານໄດ້. ບໍ່ຈຳເປັນຕ້ອງມີການອ້າງອີງເພື່ອພົບຜູ້ຊ່ຽວຊານ. ຢ່າງໃດກໍຕາມ, ໃນບາງກໍລະນີ, ທ່ານ, ຕົວແທນຂອງທ່ານ ຫຼື PCP/ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງທ່ານອາດຈະຈຳເປັນຕ້ອງໄດ້ຮັບການອະນຸມັດລ່ວງໜ້າຈາກແຜນປະກັນກ່ອນ. ກະລຸນາເບິ່ງບົດທີ 4, ພາກທີ 2 ສໍາລັບຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບການບໍລິການໃດທີ່ຕ້ອງມີການອະນຸມັດລ່ວງໜ້າ.

ເມື່ອຜູ້ຊ່ຽວຊານ ຫຼື ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການໃນເຄືອຂ່າຍເຈົ້າອື່ນອອກຈາກແຜນປະກັນພວກເຮົາ

ພວກເຮົາອາດຈະມີການປ່ຽນແປງລາຍລາຍຊື່ໂຮງໝໍ, ທ່ານໝໍ, ແລະ ຜູ້ຊ່ຽວຊານ (ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ) ໃນເຄືອຂ່າຍແຜນປະກັນຂອງເຮົາໃນລະຫວ່າງປີ. ຖ້າທ່ານໝໍ ຫຼື ຜູ້ຊ່ຽວຊານຂອງທ່ານອອກຈາກແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາ, ທ່ານມີສິດ ແລະ ການປົກປ້ອງເຫຼົ່ານີ້:

- ເຖິງແມ່ນວ່າເຄືອຂ່າຍຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງພວກເຮົາອາດຈະມີການປ່ຽນແປງໃນລະຫວ່າງປີ, Medicare ຮຽກຮ້ອງໃຫ້ທ່ານໃຊ້ບໍລິການແພດຫມໍທີ່ມີຄຸນວຸດທິ ແລະ ຜູ້ຊ່ຽວຊານຢ່າງຕໍ່ເນື່ອງ.
- ພວກເຮົາຈະແຈ້ງໃຫ້ທ່ານຮູ້ວ່າຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງທ່ານກໍາລັງຈະອອກຈາກແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາເພື່ອໃຫ້ທ່ານມີເວລາທີ່ຈະເລືອກຜູ້ໃຫ້ບໍລິການໃໝ່.
 - ຖ້າຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຫຼັກ ຫຼື ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບຈິດຂອງທ່ານອອກຈາກແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາ, ພວກເຮົາຈະແຈ້ງໃຫ້ທ່ານຮູ້ຫາກທ່ານໄດ້ໄປຫາຜູ້ໃຫ້ບໍລິການນັ້ນພາຍໃນ 3 ປີທີ່ຜ່ານມາ.
 - ຖ້າມີຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງທ່ານຜູ້ອື່ນອອກຈາກແຜນປະກັນ, ພວກເຮົາຈະແຈ້ງໃຫ້ທ່ານຮູ້ກໍລະນີທ່ານຖືກມອບໝາຍຫາຜູ້ບໍລິການນັ້ນ, ກໍາລັງຮັບການດູແລຈາກພວກເຮົາ, ຫຼື ໄດ້ເຂົ້າພົບເຂົາເຈົ້າພາຍໃນ 3 ເດືອນຜ່ານມາ.

ບົດທີ 3 ການໃຊ້ແຜນສໍາລັບການບໍລິການທາງແພດຂອງທ່ານ

- ພວກເຮົາຈະຊ່ວຍທ່ານໃນການເລືອກຜູ້ໃຫ້ບໍລິການໃນເຄືອຂ່າຍໃຫມ່ທີ່ມີຄຸນສົມບັດເພື່ອການດູແລຕໍ່ເນື່ອງ.
- ຖ້າຫາກວ່າທ່ານກໍາລັງຮັບການປິ່ນປົວທາງການແພດ ຫຼື ການປິ່ນປົວຈາກຜູ້ໃຫ້ບໍລິການປະຈຸບັນຂອງທ່ານ, ທ່ານມີສິດທີ່ຈະຮ້ອງຂໍໃຫ້ສືບຕໍ່ການປິ່ນປົວ ຫຼື ສະເພາະການປິ່ນປົວທີ່ຈໍາເປັນ. ພວກເຮົາຈະຊ່ວຍທ່ານເພື່ອໃຫ້ທ່ານສາມາດສືບຕໍ່ໄດ້ຮັບການຮັກສານັ້ນ.
- ພວກເຮົາຈະໃຫ້ຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບໄລຍະເວລາການລົງທະບຽນ ແລະ ທາງເລືອກໃນການປ່ຽນແປງແຜນປະກັນ.
- ເມື່ອຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ ຫຼື ຜົນປະໂຫຍດໃນເຄືອຂ່າຍບໍ່ສາມາດໃຊ້ໄດ້ ຫຼື ບໍ່ພຽງພໍກັບຄວາມຕ້ອງການດ້ານການປິ່ນປົວຂອງທ່ານ, ພວກເຮົາຈະຈັດຫາຜົນປະໂຫຍດທີ່ຈໍາເປັນທາງດ້ານການແພດນອກເຄືອຂ່າຍຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງພວກເຮົາໃນການແບ່ງປັນຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃນເຄືອຂ່າຍ. ແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາຕ້ອງຢືນຢັນວ່າບໍ່ມີຜູ້ໃຫ້ບໍລິການເຄືອຂ່າຍທີ່ມີຢູ່, ແລະ ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການນອກເຄືອຂ່າຍຕ້ອງຕິດຕໍ່ກັບແຜນການເພື່ອຮ້ອງຂໍການອະນຸຍາດສໍາລັບທ່ານທີ່ຈະໄດ້ຮັບການບໍລິການ. ຖ້າໄດ້ຮັບການອະນຸມັດ, ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການນອກເຄືອຂ່າຍຈະຖືກອອກໃບອະນຸຍາດໃຫ້ສະໜອງບໍລິການ. ທ່ານມີສິດໄດ້ຮັບການບໍລິການຈາກຜູ້ໃຫ້ບໍລິການນອກເຄືອຂ່າຍເພື່ອຮັບບໍລິການເຫດສຸກເສີນ ຫຼື ບໍລິການຈໍາເປັນສຸກເສີນ. ນອກຈາກນັ້ນ, ແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາຕ້ອງຄຸ້ມຄອງການບໍລິການຟອກໄຕສໍາລັບສະມາຊິກທີ່ມີພະຍາດຫມາກໄຂ້ຫຼັງໄລຍະສຸດທ້າຍ (ESRD) ຜູ້ທີ່ໄດ້ເດີນທາງໄປຂອບເຂດບໍລິການຂອງແຜນການ ແລະ ບໍ່ສາມາດເຂົ້າເຖິງຜູ້ໃຫ້ບໍລິການເຄືອຂ່າຍ. ການບໍລິການ ESRD ຈະຕ້ອງໄດ້ຮັບຢູ່ສະຖານທີ່ຟອກໄຕທີ່ໄດ້ຮັບການຮັບຮອງຈາກ Medicare.
- ຖ້າທ່ານກວດພົບວ່າທ່ານໝໍ ຫຼື ຜູ້ຊ່ຽວຊານຂອງທ່ານກໍາລັງຈະອອກຈາກແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາ, ກະລຸນາຕິດຕໍ່ພວກເຮົາເພື່ອໃຫ້ພວກເຮົາຊ່ວຍທ່ານເລືອກຜູ້ໃຫ້ບໍລິການໃໝ່ເພື່ອຈັດການການດູແລຂອງທ່ານ.
- ຖ້າທ່ານເຊື່ອວ່າພວກເຮົາບໍ່ໄດ້ຈັດຫາຜູ້ໃຫ້ບໍລິການທີ່ມີຄຸນສົມບັດເໝາະສົມໃຫ້ທ່ານເພື່ອມາແທນທີ່ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການເກົ່າຂອງທ່ານ ຫຼື ການດູແລຂອງທ່ານບໍ່ໄດ້ຮັບການດູແລຢ່າງເໝາະສົມ ທ່ານມີສິດຍື່ນການຮ້ອງທຸກກ່ຽວກັບຄຸນນະພາບການດູແລຫາ QIO, ຫຼື ຍື່ນໃບຮ້ອງທຸກເລື່ອງຄຸນນະພາບການດູແລຕໍ່ແຜນປະກັນຂອງເຮົາ ຫຼື ທັງສອງ (ໄປທີ່ບົດທີ 9).

ພາກທີ 2.4 ວິທີຮັບການດູແລຈາກຜູ້ໃຫ້ບໍລິການນອກເຄືອຂ່າຍ

ທ່ານມີສິດໄດ້ຮັບການບໍລິການຈາກຜູ້ໃຫ້ບໍລິການນອກເຄືອຂ່າຍເພື່ອຮັບບໍລິການເຫດສຸກເສີນ ຫຼື ບໍລິການຈໍາເປັນສຸກເສີນ. ນອກຈາກນັ້ນ, ແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາຕ້ອງຄຸ້ມຄອງການບໍລິການຟອກໄຕສໍາລັບສະມາຊິກທີ່ມີພະຍາດຫມາກໄຂ້ຫຼັງໄລຍະສຸດທ້າຍ (ESRD) ຜູ້ທີ່ໄດ້ເດີນທາງໄປຂອບເຂດບໍລິການຂອງແຜນການ ແລະ ບໍ່ສາມາດເຂົ້າເຖິງຜູ້ໃຫ້ບໍລິການເຄືອຂ່າຍ. ການບໍລິການ ESRD ຈະຕ້ອງໄດ້ຮັບຢູ່ສະຖານທີ່ຟອກໄຕທີ່ໄດ້ຮັບການຮັບຮອງຈາກ Medicare.

ນອກຈາກນັ້ນ, ຖ້າທ່ານຕ້ອງການການດູແລທາງການແພດທີ່ຄຸ້ມຄອງໂດຍ Medicare ແລະ ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການໃນເຄືອຂ່າຍບໍ່ສາມາດໃຫ້ການດູແລນີ້ໄດ້, ທ່ານອາດຈະໄດ້ຮັບການເບິ່ງແຍງຈາກຜູ້ໃຫ້ບໍລິການນອກເຄືອຂ່າຍ. ແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາຕ້ອງຢືນຢັນວ່າບໍ່ມີຜູ້ໃຫ້ບໍລິການເຄືອຂ່າຍທີ່ມີຢູ່, ແລະ ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການນອກເຄືອຂ່າຍຕ້ອງຕິດຕໍ່ກັບແຜນການເພື່ອຮ້ອງຂໍການອະນຸຍາດສໍາລັບທ່ານທີ່ຈະໄດ້ຮັບການບໍລິການ. ຖ້າໄດ້ຮັບການອະນຸມັດ, ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການນອກເຄືອຂ່າຍຈະຖືກອອກໃບອະນຸຍາດໃຫ້ສະໜອງບໍລິການ.

ໂດຍການໃຊ້ຜົນປະໂຫຍດແບບຈຸດບໍລິການ (POS), ທ່ານສາມາດໃຊ້ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການນອກເຄືອຂ່າຍເພື່ອຮັບການບໍລິການບາງຢ່າງນັ້ນ. ສໍາລັບບໍລິການທີ່ຢູ່ໃຕ້ການຄຸ້ມຄອງນອກເຄືອຂ່າຍ, ກະລຸນາເບິ່ງຕາຕະລາງຜົນປະໂຫຍດທາງການແພດໃນບົດທີ 4, ພາກ

ບົດທີ 3 ການໃຊ້ແຜນສໍາລັບການບໍລິການທາງແພດຂອງທ່ານ

ທີ 2 ສໍາລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມ. ທ່ານຈະຕ້ອງຈ່າຍເງິນເພີ່ມເຕີມເພື່ອສາມາດໃຊ້ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ເມື່ອທ່ານໃຊ້ຜົນປະໂຫຍດ POS ຂອງທ່ານ. ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍນອກຖົງຂອງທ່ານອາດຈະສູງກວ່າທີ່ທ່ານໃຊ້ຜູ້ບໍລິການນອກເຄືອຂ່າຍຜ່ານຜົນປະໂຫຍດ POS ຂອງທ່ານ. ທ່ານບໍ່ຕ້ອງການການອ້າງອີງເມື່ອທ່ານອອກຈາກເຄືອຂ່າຍເພື່ອຮັບການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້. ແນວໃດກໍຕາມ, ກ່ອນໃຊ້ບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ທ່ານອາດຕ້ອງການກວດສອບວ່າມັນໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງຈາກພວກເຮົາລືບໍ່. ຖ້າພວກເຮົາກໍານົດວ່າພວກເຮົາບໍ່ໄດ້ຄຸ້ມຄອງບໍລິການນັ້ນພາຍຫຼັງ, ພວກເຮົາອາດຈະປະຕິເສດການຄຸ້ມຄອງ ແລະ ທ່ານຈະຕ້ອງຮັບຜິດຊອບຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ. ບໍລິການບາງຢ່າງອາດຈໍາເປັນຕ້ອງມີການອານຸມັດລ່ວງໜ້າ.

ຖ້າຫາກຜູ້ໃຫ້ບໍລິການນອກເຄືອຂ່າຍສົ່ງໃບຮຽກເກັບເງິນມາໃຫ້ທ່ານ ແລະ ທ່ານຄິດວ່າພວກເຮົາຄວນເປັນຜູ້ຈ່າຍ ກະລຸນາຕິດຕໍ່ຝ່າຍການບໍລິການສະມາຊິກ ຫຼື ສົ່ງໃບຮຽກເກັບເງິນນັ້ນມາໃຫ້ພວກເຮົາເພື່ອຈ່າຍ. ພວກເຮົາຈະຈ່າຍໃຫ້ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງທ່ານຕາມສ່ວນທີ່ເຮົາຮັບຜິດຊອບ ແລະ ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການອາດຈະຮຽກເກັບເງິນຈາກທ່ານເພີ່ມຕາມຈໍານວນທີ່ເຫຼືອ, ຖ້າມີ.

ພາກທີ 3 ວິທີການຮັບການບໍລິການເຫດສຸກເສີນ, ໄພພິບັດ ຫຼື ຄວາມຕ້ອງການການດູແລອັນຮີບດ່ວນ

ພາກທີ 3.1 ຮັບການດູແລຖ້າທ່ານມີເຫດສຸກເສີນທາງການແພດ

ເຫດສຸກເສີນທາງການແພດ ແມ່ນໃນເວລາທີ່ທ່ານ, ຫຼື ບຸກຄົນທີ່ມີຄວາມຮູ້ຮອບດ້ານໂດຍສະເລ່ຍກ່ຽວກັບສຸຂະພາບ ແລະ ການແພດສາມັນ, ເຊື່ອວ່າທ່ານມີອາການທາງການແພດທີ່ຈໍາເປັນຕ້ອງຮັບການປິ່ນປົວທັນທີເພື່ອປ້ອງກັນການສູນເສຍຊີວິດຂອງທ່ານ (ແລະ, ຖ້າທ່ານເປັນແມ່ຍິງຖືພາ, ການສູນເສຍລູກໃນທ້ອງ), ການສູນເສຍອະນຸຊາ ຫຼື ການເຮັດວຽກຂອງແຂນຂາ, ຫຼືການສູນເສຍ ຫຼື ຄວາມບົກຜ່ອງທີ່ຮ້າຍແຮງຕໍ່ການເຮັດວຽກຂອງຮ່າງກາຍ. ອາການທາງການແພດອາດຈະເປັນພະຍາດ, ການບາດເຈັບ, ການເຈັບປວດຮ້າຍແຮງ, ຫຼື ສະພາບທາງການແພດທີ່ຮ້າຍແຮງຂຶ້ນຢ່າງໄວວາ.

ຖ້າທ່ານມີເຫດສຸກເສີນທາງການແພດໃດໜຶ່ງ:

- **ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອໂດຍໄວທີ່ສຸດ.** ໂທຫາ 911 ເພື່ອຂໍຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອ ຫຼື ໄປຫ້ອງສຸກເສີນ ຫຼື ໂຮງໝໍທີ່ໃກ້ທີ່ສຸດ. ໂທເອີ້ນລົດສະສຸກເສີນຖ້າຈໍາເປັນ. ທ່ານຈະບໍ່ໄດ້ຮັບການອານຸມັດ ຫຼື ການອ້າງອີງຈາກ PCP ຂອງທ່ານກ່ອນ. ທ່ານບໍ່ຈໍາເປັນຕ້ອງໃຊ້ທ່ານໝໍໃນເຄືອຂ່າຍ. ທ່ານສາມາດໄດ້ຮັບການດູແລທາງການແພດເຫດສຸກເສີນທີ່ໄດ້ຮັບຄຸ້ມຄອງເມື່ອໃດກໍໄດ້ທີ່ທ່ານຕ້ອງການ, ບ່ອນໃດກໍໄດ້ໃນສະຫະລັດ ຫຼື ອານາເຂດຂອງລັດ, ແລະ ຈາກຜູ້ໃຫ້ບໍລິການໃດກໍໄດ້ທີ່ມີໃບອະນຸຍາດຂອງລັດທີ່ເໝາະສົມເຖິງແມ່ນວ່າພວກເຂົາບໍ່ໄດ້ເປັນສ່ວນໜຶ່ງຂອງເຄືອຂ່າຍຂອງພວກເຮົາ. Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP) ລວມເອົາການຄຸ້ມຄອງເຫດສຸກເສີນ/ດ່ວນທົ່ວໂລກ.
- **ໃຫ້ແນ່ໃຈວ່າໄດ້ແຈ້ງແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາກ່ຽວກັບເຫດສຸກເສີນຂອງທ່ານໂດຍໄວທີ່ສຸດທີ່ຈະເປັນໄປໄດ້.** ພວກເຮົາຈໍາເປັນຕ້ອງໄດ້ຕິດຕາມການເບິ່ງແຍງສຸກເສີນຂອງທ່ານ. ທ່ານ ຫຼື ຄົນອື່ນ ຄວນຈະໂທບອກໃຫ້ພວກເຮົາຮູ້ກ່ຽວກັບການເບິ່ງແຍງສຸກເສີນຂອງທ່ານ ໂດຍປົກກະຕິພາຍໃນ 48 ຊົ່ວໂມງ. ທ່ານສາມາດໂທຫາການບໍລິການສະມາຊິກທີ່ເບີໂທທີ່ຢູ່ດ້ານຫຼັງຂອງບັດສະມາຊິກຂອງທ່ານ.

ບົດທີ 3 ການໃຊ້ແຜນສໍາລັບການບໍລິການທາງການແພດຂອງທ່ານ**ບໍລິການທີ່ຢູ່ໃຕ້ການຄຸ້ມຄອງ ໃນເຫດສຸກເສີນທາງການແພດ**

ແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາຄຸ້ມຄອງການບໍລິການຂົນສົ່ງຄົນເຈັບດ້ວຍລົດສຸກເສີນໃນສະຖານະການທີ່ການເດີນໄປຫ້ອງສຸກເສີນດ້ວຍວິທີອື່ນອາດອັນຕະລາຍຕໍ່ສຸຂະພາບຂອງທ່ານ. ພວກເຮົາຍັງຄຸ້ມຄອງບໍລິການທາງການແພດຕ່າງໆລະຫວ່າງເຫດສຸກເສີນ.

ທ່ານໝໍຮັບຜິດຊອບການເບິ່ງແຍງສຸກເສີນຂອງທ່ານຈະກຳນົດວ່າເມື່ອໃດສະພາບທາງການແພດຂອງທ່ານຄົງທີ່ ແລະ ເຫດສຸກເສີນທາງການແພດຈະສິ້ນສຸດເມື່ອໃດ.

ຫຼັງຈາກເຫດສຸກເສີນສິ້ນສຸດລົງ, ທ່ານມີສິດໄດ້ຮັບການຕິດຕາມການດູແລເພື່ອຮັບປະກັນວ່າອາການຂອງທ່ານຍັງສືບຕໍ່ຄົງທີ່. ຖືເປັນສິ່ງສໍາຄັນທີ່ທ່ານຕ້ອງຕິດຕາມອາການກັບຜູ້ໃຫ້ບໍລິການການເບິ່ງແຍງຫຼັກພາຍໃນ 5 ຫາ 7 ມື້ຫຼັງຈາກທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບການເບິ່ງແຍງສຸກເສີນ. ທ່ານຈະໄດ້ຮັບສາຍຈາກທີມງານດູແລຂອງພວກເຮົາເພື່ອຊ່ວຍໃຫ້ທ່ານໄດ້ຮັບການນັດໝາຍຕິດຕາມອາການທີ່ຈຳເປັນ ແລະ ໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດການຟື້ນຕົວທີ່ເປັນປະໂຫຍດອື່ນໆ. ທ່ານໝໍຂອງທ່ານຈະສືບຕໍ່ປິ່ນປົວທ່ານຈົນກວ່າທ່ານໝໍຈະຕິດຕໍ່ຫາພວກເຮົາ ແລະ ເຮັບແຜນສໍາລັບການດູແລເພີ່ມເຕີມ. ແຜນປະກັນເຮົາຄຸ້ມຄອງການຕິດຕາມການດູແລຂອງທ່ານ. ຖ້າການເບິ່ງແຍງສຸກເສີນຂອງທ່ານສະໜອງໃຫ້ໂດຍຜູ້ໃຫ້ບໍລິການນອກເຄືອຄ້າຍ, ພວກເຮົາຈະພະຍາຍາມຈັດຫາຜູ້ໃຫ້ບໍລິການໃນເຄືອຂ່າຍເພື່ອເບິ່ງແຍງດູແລຂອງທ່ານທັນທີທີ່ສະພາບທາງການແພດ ແລະ ສະຖານະການຂອງທ່ານດີຂຶ້ນ.

ຈະເປັນແນວໃດຖ້າມັນບໍ່ແມ່ນເຫດສຸກເສີນທາງການແພດ?

ບາງຄັ້ງກໍເປັນເລື່ອງຍາກທີ່ຈະລະບຸວ່າທ່ານມີເຫດສຸກເສີນທາງການແພດ. ຕົວຢ່າງ ທ່ານອາດຈະເຂົ້າຮັບການເບິ່ງແຍງສຸກເສີນ—ໂດຍຄິດວ່າສຸຂະພາບຂອງທ່ານຕົກຢູ່ໃນອັນຕະລາຍ— ແຕ່ທ່ານໝໍອາດຈະບໍ່ເຫັນດີນໍ້າ ແລະ ບໍ່ຖືວ່າເປັນເຫດສຸກເສີນທາງການແພດ. ຖ້າປະກົດວ່າບໍ່ແມ່ນເຫດສຸກເສີນ, ຕາບໃດທີ່ທ່ານມີເຫດຜົນທີ່ຄິດວ່າສຸຂະພາບຂອງທ່ານເປັນອັນຕະລາຍ, ພວກເຮົາຈະຄຸ້ມຄອງບໍລິການນັ້ນ.

ແນວໃດກໍຕາມ, ຫຼັງຈາກທ່ານໝໍບອກວ່າບໍ່ແມ່ນເຫດສຸກເສີນ, ພວກເຮົາຈະຄຸ້ມຄອງການດູແລເພີ່ມເຕີມກໍຕໍ່ເມື່ອທ່ານຮັບການດູແລນັ້ນໃນຮູບແບບໃດໜຶ່ງໃນ 2 ວິທີນີ້:

- ທ່ານໄປຫາຜູ້ບໍລິການພາຍໃນເຄືອຂ່າຍເພື່ອບການດູແລເພີ່ມເຕີມ.
- ການດູແລເພີ່ມເຕີມນີ້ຖືເປັນບໍລິການຈຳເປັນສຸກເສີນ ແລະ ທ່ານປະຕິບັດຕາໃກ້ດລະບຽບດ້ານລຸ່ມເພື່ອຈະຮັບການການເບິ່ງແຍງສຸກເສີນ.

ພາກທີ 3.2 ຮັບການດູແລໃນເວລາທີ່ທ່ານມີຄວາມຕ້ອງການດ່ວນສໍາລັບການບໍລິການ

ການບໍລິການທີ່ຕ້ອງການການດູແລທາງການແພດທັນທີທັນໃດ (ແຕ່ບໍ່ແມ່ນເຫດສຸກເສີນ) ແມ່ນການບໍລິການທີ່ຈຳເປັນອັນຮີບດ່ວນຫາກທ່ານຢູ່ນອກຂອບເຂດບໍລິການຂອງແຜນຂອງພວກເຮົາຊົ່ວຄາວ, ຫຼື ຖ້າມັນບໍ່ສົມເຫດສົມຜົນໃນການໃຫ້ເວລາ, ສະຖານທີ່ ແລະ ສະຖານະການຂອງທ່ານໄດ້ຮັບການບໍລິການນີ້ຈາກຜູ້ໃຫ້ບໍລິການເຄືອຂ່າຍ. ຕົວຢ່າງຂອງບໍລິການຈຳເປັນສຸກເສີນແມ່ນພະຍາດທາງການແພດ ແລະ ການບາດເຈັບທີ່ບໍ່ໄດ້ຄາດຄິດ ຫຼື ອາການກຳເລີບຂອງພະຍາດທີ່ເປັນຢູ່ແລ້ວ. ແນວໃດກໍຕາມ, ການເຂົ້າພົບແພດຕາມກຳນົດທີ່ຈຳເປັນທາງການແພດ, ເຊັ່ນ ການກວດສຸຂະພາບປະຈຳປີຈະບໍ່ຖືວ່າຈຳເປັນເຮັດດ່ວນ ເຖິງແມ່ນວ່າຈະຢູ່ນອກຂອບເຂດບໍລິການຕາມແຜນຂອງເຮົາ ຫຼື ເຄືອຂ່າຍແຜນຂອງເຮົາບໍ່ສາມາດໃຫ້ບໍລິການໄດ້ຊົ່ວຄາວກໍຕາມ.

ບົດທີ 3 ການໃຊ້ແຜນສໍາລັບການບໍລິການທາງແພດຂອງທ່ານ

ກະລຸນາຕິດຕໍ່ຫ້ອງການ PCP ຂອງທ່ານຕະຫຼອດ 24 ຊົ່ວໂມງຖ້າທ່ານຕ້ອງການການເບິ່ງແຍງສຸກເສີນ. ທ່ານອາດຈະໄດ້ຮັບການຊີ້ນຳໃຫ້ໄປຮັບການການເບິ່ງແຍງສຸກເສີນຢູ່ສູນການເບິ່ງແຍງສຸກເສີນໃນເຄືອຂ່າຍ. ສາມາດເບິ່ງບັນຊີລາຍຊື່ຂອງສູນການເບິ່ງແຍງສຸກເສີນໃນເຄືອຂ່າຍໄດ້ຢູ່ໃນ *ລາຍຊື່ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ ແລະ ຮ້ານຂາຍຢາ* ທີ່ໃນເວບໄຊຂອງພວກເຮົາທີ່ go.wellcare.com/2026providerdirectories. ຖ້າໄດ້ຮັບການເບິ່ງແຍງສຸກເສີນຢູ່ຫ້ອງການຂອງທ່ານໝໍຂອງທ່ານ, ທ່ານຈະຈ່າຍຄ່າການຊຳລະຮ່ວມ ສໍາລັບການເຂົ້າຫ້ອງການ; ແຕ່ຖ້າໄດ້ຮັບການບໍລິການການເບິ່ງແຍງສຸກເສີນຢູ່ສູນການເບິ່ງແຍງສຸກເສີນຂອງເຄືອຂ່າຍ ຫຼື ຄລີນິກແບບ Walk-in, ທ່ານຈະໄດ້ຈ່າຍຄ່າການຊຳລະຮ່ວມໃຫ້ສູນການເບິ່ງແຍງສຸກເສີນ, ເຊິ່ງອາດຈະແຕກຕ່າງກັນ. ເບິ່ງບົດທີ 4, ສໍາລັບການຈ່າຍຄ່າການຊຳລະຮ່ວມທີ່ໃຊ້ກັບການບໍລິການທີ່ສະໜອງໃຫ້ຢູ່ໃນຫ້ອງການຂອງທ່ານໝໍ ຫຼື ສູນການເບິ່ງແຍງສຸກເສີນຂອງເຄືອຂ່າຍ ຫຼື ຄລີນິກແບບ Walk-in.

ທ່ານສາມາດຕິດຕໍ່ກັບສາຍຄໍາແນະນຳຈາກນາຍໝໍໄດ້ທຸກເວລາ. ຜູ້ຊ່ຽວຊານດ້ານການພະຍາບານກຽມພ້ອມຕອບຄໍາຖາມຂອງທ່ານ 24 ຊົ່ວໂມງ, ເຈັດມື້ຕໍ່ອາທິດ. ສໍາລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບສາຍຄໍາແນະນຳຈາກນາຍໝໍ, ເບິ່ງປະເພດຜົນປະໂຫຍດຂອງໂຄງການການສຶກສາສຸຂະພາບ ແລະ ສຸຂະພັນໃນບົດທີ 4, ຫຼື ໂທຫາຝ່າຍການບໍລິການສະມາຊິກ.

ແຜນປະກັນຂອງເຮົາຄຸ້ມຄອງບໍລິການເຫດສຸກເສີນ ແລະ ການເບິ່ງແຍງສຸກເສີນທົ່ວໂລກນອກສະຫະລັດອາເມຣິກາພາຍໃຕ້ເງື່ອນໄຂເຫຼົ່ານີ້. ຢ່າງໃດກໍຕາມ, Medicare ບໍ່ໄດ້ຄຸ້ມຄອງການເບິ່ງແຍງສຸກເສີນຢູ່ນອກສະຫະລັດອາເມຣິກາ.

- ທ່ານໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງສູງເຖິງ \$50,000ເມື່ອເດີນທາງໄປຕ່າງປະເທດນອກສະຫະລັດພາຍໃຕ້ການຄຸ້ມຄອງເຫດສຸກເສີນທົ່ວໂລກ ແລະ ການເບິ່ງແຍງສຸກເສີນຂອງທ່ານ. ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທີ່ເກີນຈຳນວນນີ້ຈະ ບໍ່ ໄດ້ຮັບຄຸ້ມຄອງ.
- ການຂົນສົ່ງກັບຄືນໄປສະຫະລັດອາເມລິກາຈາກປະເທດອື່ນ ແລະ ຢາທີ່ຊື້ໃນຂະນະທີ່ຢູ່ນອກສະຫະລັດແມ່ນ ບໍ່ ຄຸ້ມຄອງ. ນອກຈາກນັ້ນ, ຈະ ບໍ່ ມີການຍົກເວັ້ນການແບ່ງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຫ້ອງສຸກເສີນຫາກທ່ານເຂົ້າຮັບການດູແລຄົນເຈັບຢູ່ໃນໂຮງໝໍ.
- ກະລຸນາຕິດຕໍ່ພວກເຮົາພາຍໃນ 48 ຊົ່ວໂມງ, ຖ້າເປັນໄປໄດ້, ເພື່ອແຈ້ງໃຫ້ພວກເຮົາຮູ້ກ່ຽວກັບການເຂົ້າຫ້ອງສຸກເສີນຂອງທ່ານ.

ສໍາລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມ, ເບິ່ງ "ການເບິ່ງແຍງສຸກເສີນ" ແລະ "ບໍລິການຈຳເປັນສຸກເສີນ" ໃນເສັ້ນສະແດງຜົນປະໂຫຍດທາງການແພດໃນບົດທີ 4 ຂອງເອກະສານນີ້ ຫຼື ໂທຫາຝ່າຍການບໍລິການສະມາຊິກ.

ພາກທີ 3.3 ຮັບການດູແລໃນຍາມໄພພິບັດ

ຖ້າເຈົ້າຄອງລັດຂອງທ່ານ, ລັດຖະມົນຕີກະຊວງສາທາລະນະສຸກ ແລະ ການບໍລິການມະນຸດຂອງສະຫະລັດ, ຫຼື ປະທານາທິບໍດີຂອງສະຫະລັດປະກາດສະຖານະໄພພິບັດ ຫຼື ເຫດສຸກເສີນໃນເຂດປົກຄອງຂອງທ່ານ, ທ່ານມີສິດໄດ້ຮັບການເບິ່ງແຍງຈາກແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາ.

ໄປທີ່ go.wellcare.com/OhanaHI ສໍາລັບຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບວິທີໄດ້ຮັບການເບິ່ງແຍງທີ່ຈຳເປັນໃນຍາມໄພພິບັດ.

ຖ້າທ່ານບໍ່ສາມາດໃຊ້ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການໃນເຄືອຂ່າຍໃນຍາມໄພພິບັດ, ແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາຈະຊ່ວຍໃຫ້ທ່ານໄດ້ຮັບການເບິ່ງແຍງຈາກຜູ້ໃຫ້ບໍລິການນອກເຄືອຂ່າຍໃນລາຄາການແບ່ງປັນຄ່າໃຊ້ຈ່າຍແບບໃນເຄືອຂ່າຍ. ຖ້າທ່ານບໍ່ສາມາດໃຊ້ຮ້ານຂາຍຢາໃນເຄືອຂ່າຍໃນຍາມໄພພິບັດ, ທ່ານອາດຈະສາມາດຮັບຢາຕາມໃບສັງແພດຂອງທ່ານຢູ່ຮ້ານຂາຍຢານອກເຄືອຂ່າຍ. ໄປທີ່ບົດທີ 5, ພາກທີ 2.4.

ບົດທີ 3 ການໃຊ້ແຜນສໍາລັບການບໍລິການທາງແພດຂອງທ່ານ**ພາກທີ 4 ຈະເປັນແນວໃດຖ້າທ່ານຖືກເອີ້ນເກັບເງິນໂດຍກົງສໍາລັບຄ່າບໍລິການທີ່ຢູ່ໃຕ້ການຄຸ້ມຄອງເຕັມຈຳນວນ?**

ຫາກທ່ານໄດ້ຈ່າຍສໍາລັບການບໍລິການທີ່ຢູ່ໃຕ້ການຄຸ້ມຄອງຂອງທ່ານ ຫຼື ຫາກທ່ານໄດ້ຮັບໃບບິນສໍາລັບການບໍລິການທີ່ຢູ່ໃຕ້ການຄຸ້ມຄອງທາງການແພດ, ໃຫ້ໄປທີ່ ບົດທີ 7 ສໍາລັບຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບສິ່ງທີ່ຈະຕ້ອງເຮັດ.

ພາກທີ 4.1 ຖ້າການບໍລິການບໍ່ໄດ້ຄຸ້ມຄອງໂດຍແຜນຂອງພວກເຮົາ

ແຜນຂອງພວກເຮົາຄຸ້ມຄອງການບໍລິການທີ່ຈຳເປັນທາງການແພດທັງໝົດຕາມທີ່ລະບຸໄວ້ໃນເສັ້ນສະແດງຜົນປະໂຫຍດທາງການແພດໃນບົດທີ 4. ຖ້າທ່ານໄດ້ຮັບການບໍລິການທີ່ບໍ່ຢູ່ໃນແຜນຂອງພວກເຮົາ, ຫຼື ທ່ານໄດ້ຮັບການບໍລິການນອກເຄືອຂ່າຍໂດຍບໍ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດ, ທ່ານຈະຕ້ອງຮັບຜິດຊອບຈ່າຍຄ່າບໍລິການທັງໝົດເອງ. ກ່ອນໜ້າທີ່ຈະຈ່າຍສໍາລັບຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຂອງບໍລິການ, ທ່ານຄວນກວດເບິ່ງວ່າການບໍລິການໄດ້ຮັບຄວາມຄຸ້ມຄອງໂດຍ Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) ຫຼືບໍ່.

ສໍາລັບການບໍລິການທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງທີ່ມີຂໍ້ຈຳກັດດ້ານຜົນປະໂຫຍດ, ທ່ານຍັງຕ້ອງຈ່າຍຄ່າບໍລິການເຕັມຈຳນວນທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບຫຼັງຈາກໃຊ້ຜົນປະໂຫຍດສໍາລັບບໍລິການທີ່ຢູ່ໃຕ້ການຄຸ້ມຄອງປະເພດນັ້ນໝົດແລ້ວ. ຈຳນວນເງິນທີ່ທ່ານຈ່າຍເປັນຄ່າໃຊ້ຈ່າຍເມື່ອເຖິງຂີດຈຳກັດຜົນປະໂຫຍດແລ້ວ ຈະບໍ່ຖືກນັບເຂົ້າໃນວົງເງິນຮັບຜິດຊອບສູງສຸດ. ຕົວຢ່າງ, ທ່ານອາດຈະຕ້ອງຈ່າຍເຕັມຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຂອງການດູແລສະຖານພະຍາບານຊ່ວຍເຫຼືອຜູ້ປ່ວຍທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບຫຼັງຈາກການຈ່າຍເງິນຂອງແຜນຂອງພວກເຮົາເຖິງຂອບເຂດຈຳກັດຜົນປະໂຫຍດ. ເມື່ອທ່ານໄດ້ໃຊ້ຂອບເຂດຈຳກັດຜົນປະໂຫຍດຂອງທ່ານແລ້ວ, ການຈ່າຍເງິນເພີ່ມເຕີມທີ່ທ່ານເຮັດສໍາລັບການບໍລິການຈະບໍ່ຖືກນັບໃສ່ເງິນທີ່ສູງສຸດຈາກຖົງເງິນປະຈຳປີຂອງທ່ານ.

ພາກທີ 5 ການບໍລິການທາງການແພດໃນການສຶກສາວິໄຈຄຣີນິກ**ພາກທີ 5.1 ການສຶກສາວິໄຈຄຣີນິກແມ່ນຫຍັງ**

ການສຶກສາວິໄຈຄຣີນິກ (ຫຼືເອີ້ນວ່າ ການທົດລອງທາງຄຣີນິກ) ແມ່ນເປັນວິທີທີ່ທ່ານໝໍ ແລະ ນັກວິທະຍາສາດທົດສອບການດູແລທາງການແພດປະເພດໃໝ່ ເຊັ່ນວ່າຢາມະເຮັງຊະນິດໃໝ່ເຮັດວຽກໄດ້ດີເທົ່າໃດ. ການສຶກສາວິໄຈຄຣີນິກບາງອັນໄດ້ຮັບການຮັບຮອງຈາກ Medicare. ທີ່ອະນຸມັດໂດຍ Medicare ໂດຍປົກກະຕິຈະຂໍໃຫ້ອາສາສະຫມັກເຂົ້າຮ່ວມໃນການສຶກສາ. ໃນເວລາທີ່ທ່ານຢູ່ໃນການສຶກສາວິໄຈຄຣີນິກ, ທ່ານສາມາດລົງທະບຽນຢູ່ໃນແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາ ແລະ ສືບຕໍ່ໄດ້ຮັບການເບິ່ງແຍງສ່ວນທີ່ເຫຼືອຂອງທ່ານ (ການດູແລທີ່ບໍ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບການສຶກສາ) ຜ່ານແຜນປະກັນ.

ຖ້າທ່ານເຂົ້າຮ່ວມໃນການສຶກສາທີ່ Medicare ອະນຸມັດ, Original Medicare ຈະຈ່າຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍສ່ວນໃຫຍ່ສໍາລັບການບໍລິການທີ່ຢູ່ໃຕ້ການຄຸ້ມຄອງທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບເປັນສ່ວນໜຶ່ງຂອງການສຶກສາ. ຖ້າທ່ານບອກພວກເຮົາວ່າທ່ານກໍາລັງຢູ່ໃນການທົດລອງທາງຄຣີນິກທີ່ມີການຮັບຮອງ, ທ່ານຈະໄດ້ຮັບຜິດຊອບພຽງແຕ່ການແບ່ງປັນຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃນເຄືອຂ່າຍສໍາລັບການບໍລິການໃນການທົດລອງນັ້ນ. ຖ້າທ່ານຈ່າຍເງິນຫຼາຍກວ່ານີ້, ຕົວຢ່າງເຊັ່ນ, ຖ້າທ່ານໄດ້ຈ່າຍ Original Medicare ຈຳນວນການແບ່ງປັນຄ່າໃຊ້ຈ່າຍແລ້ວ - ພວກເຮົາຈະຈ່າຍຄືນສ່ວນຕ່າງລະຫວ່າງຈຳນວນທີ່ທ່ານຈ່າຍ ແລະ ການແບ່ງປັນຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃນເຄືອຂ່າຍ. ທ່ານຕ້ອງມີເອກະສານມາຢັ້ງຢືນກັບພວກເຮົາໃນສິ່ງທີ່ທ່ານຈ່າຍໄປ.

ບົດທີ 3 ການໃຊ້ແຜນສໍາລັບການບໍລິການທາງແພດຂອງທ່ານ

ຖ້າທ່ານຕ້ອງການເຂົ້າຮ່ວມໃນການສຶກສາວິໄຈຄຣິນິກທີ່ໄດ້ຮັບການອະນຸມັດຈາກ Medicare, ທ່ານບໍ່ຈໍາເປັນຕ້ອງບອກພວກເຮົາ ຫຼື ໄດ້ຮັບການອະນຸມັດຈາກພວກເຮົາ ຫຼື PCP ຂອງທ່ານ. ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການທີ່ໃຫ້ການເບິ່ງແຍງຂອງທ່ານເປັນສ່ວນໜຶ່ງຂອງການສຶກສາວິໄຈຄຣິນິກບໍ່ຈໍາເປັນຕ້ອງເປັນສ່ວນໜຶ່ງໃນເຄືອຂ່າຍຂອງແຜນການຂອງພວກເຮົາ. (ນີ້ບໍ່ໄດ້ໃຊ້ກັບຜົນປະໂຫຍດທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງເຊິ່ງຕ້ອງມີການທົດລອງທາງຄຣິນິກຫຼື ການລົງທະບຽນເພື່ອປະເມີນຜົນປະໂຫຍດ, ລວມທັງຜົນປະໂຫຍດບາງຢ່າງທີ່ຮຽກຮ້ອງໃຫ້ມີການຄຸ້ມຄອງຫຼັກຖານ (NCDs-CED) ແລະການສຶກສາການຍົກເວັ້ນອຸປະກອນການສືບສວນ (IDE). ຜົນປະໂຫຍດເຫຼົ່ານີ້ອາດຈະຂຶ້ນກັບການອານຸມັດລ່ວງໜ້າ ແລະ ກົດລະບຽບແຜນປະກັນອື່ນໆ.)

ເຖິງແມ່ນວ່າທ່ານບໍ່ຈໍາເປັນຕ້ອງໄດ້ຮັບອານຸຍາດຈາກແຜນຂອງເຮົາໃນການເຂົ້າຮ່ວມການສຶກສາວິໄຈຄຣິນິກ ແຕ່ເຮົາຂໍແນະນຳໃຫ້ທ່ານແຈ້ງພວກເຮົາຮັບຮູ້ລ່ວງໜ້າເມື່ອທ່ານເລືອກທີ່ຈະເຂົ້າຮ່ວມໃນການທົດລອງທາງຄຣິນິກທີ່ຜ່ານການຮັບຮອງໂດຍ Medicare.

ຖ້າທ່ານເຂົ້າຮ່ວມໃນການສຶກສາທີ່ບໍ່ໄດ້ຮັບການອະນຸມັດໂດຍ Medicare, ທ່ານຈະຮັບຜິດຊອບຈ່າຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍເອງທັງໝົດສໍາລັບການເຂົ້າຮ່ວມໃນການສຶກສາຂອງທ່ານ.

ພາກທີ 5.2 ໃຜເປັນຜູ້ຈ່າຍຄ່າບໍລິການໃນການສຶກສາວິໄຈຄຣິນິກ

ເມື່ອທ່ານເຂົ້າຮ່ວມການສຶກສາວິໄຈຄຣິນິກທີ່ໄດ້ຮັບການອະນຸມັດຈາກ Medicare, Original Medicare ເປັນຜູ້ຄຸ້ມຄອງບັນດາລາຍການ ແລະ ການບໍລິການທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບເປັນສ່ວນໜຶ່ງຂອງການສຶກສາ, ເຊັ່ນ:

- ຫ້ອງ ແລະ ອາຫານສໍາລັບການພັກຢູ່ໂຮງໝໍທີ່ Medicare ຈະຈ່າຍໃຫ້ເຖິງແມ່ນວ່າທ່ານບໍ່ໄດ້ຢູ່ໃນໂຄງການການສຶກສາ.
- ການຜ່າຕັດ ຫຼື ຂັ້ນຕອນທາງການແພດອື່ໆ ຖ້າເປັນສ່ວນໜຶ່ງຂອງການສຶກສາວິໄຈ.
- ການຮັກສາຜົນຂ້າຄຽງ ແລະ ພາວະແຊກຊ້ອນຈາກການດູແບບໃໝ່.

ຫຼັງຈາກ Medicare ໄດ້ຈ່າຍສ່ວນແບ່ງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຂອງຕົນສໍາລັບການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ແລ້ວ, ແຜນການຂອງພວກເຮົາຈະຈ່າຍສ່ວນທີ່ເຫຼືອ. ຄືກັບການບໍລິການທີ່ຄຸ້ມຄອງທັງໝົດ, ທ່ານຈະບໍ່ຈ່າຍຫຍັງເລີຍສໍາລັບການບໍລິການທີ່ຢູ່ໃຕ້ການຄຸ້ມຄອງທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບໃນການສຶກສາວິໄຈຄຣິນິກ.

ເມື່ອທ່ານເຂົ້າຮ່ວມການສຶກສາວິໄຈຄຣິນິກ, **ທັງ Medicare ແລະ ແຜນປະກັນເຮົາຈະບໍ່ສາມາດຈ່າຍຄ່າເຫຼົ່ານີ້:**

- ໂດຍທົ່ວໄປແລ້ວ, Medicare ຈະບໍ່ຈ່າຍເງິນໃຫ້ກັບລາຍການ ຫຼື ບໍລິການໃໝ່ທີ່ການສຶກສາກໍາລັງທົດສອບ ເວັ້ນເສຍ ແຕ່ວ່າ Medicare ຈະຄຸ້ມຄອງລາຍການ ຫຼື ການບໍລິການເຖິງແມ່ນວ່າທ່ານບໍ່ໄດ້ຢູ່ໃນການສຶກສາກໍຕາມ.
- ລາຍການ ຫຼື ບໍລິການທີ່ສະໜອງໃຫ້ສະເພາະພຽງເກັບຂໍ້ມູນ ແລະ ບໍ່ໄດ້ໃຊ້ໂດຍກົງກັບການດູແລສຸຈະພາບ. ຕົວຢ່າງ, Medicare ຈະບໍ່ຈ່າຍຄ່າ CT scan ປະຈຳເດືອນທີ່ເປັນສ່ວນໜຶ່ງຂອງການສຶກສາຖ້າຫາກວ່າສະພາບທາງການແພດຂອງທ່ານປົກກະຕິຕ້ອງການ CT scan ພຽງໜຶ່ງຄັ້ງ.
- ລາຍການ ແລະ ການບໍລິການທີ່ສະໜອງໃຫ້ໂດຍການຄົ້ນຄວ້າສະໜັບສະໜູນໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າສໍາລັບຄົນໃນການທົດລອງ.

ບົດທີ 3 ການໃຊ້ແຜນສໍາລັບການບໍລິການທາງແພດຂອງທ່ານ**ຮັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບການເຂົ້າຮ່ວມການສຶກສາວິໄຈຄຣິນິກ**

ໄດ້ຮັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບການເຂົ້າຮ່ວມການສຶກສາວິໄຈຄຣິນິກໃນສິ່ງພິມຂອງ Medicare Medicare ແລະການສຶກສາວິໄຈຄຣິນິກ, ສາມາດເບິ່ງໄດ້ທີ່ www.Medicare.gov/sites/default/files/2019-09/02226-medicare-and-clinical-research-studies.pdf.) ທ່ານຍັງສາມາດໂທຫາ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). ຜູ້ໃຊ້ TTY ໂທຫາ 1-877-486-2048.

ພາກທີ 6 ກົດລະບຽບໃນການຮັບການດູແລຈາກສະຖານປະຕິບັດທໍາເພື່ອສຸຂະພາບ**ພາກທີ 6.1 ສະຖານປະຕິບັດທໍາເພື່ອສຸຂະພາບ**

ສະຖານປະຕິບັດທໍາເພື່ອສຸຂະພາບແມ່ນສະຖານທີ່ທີ່ສະໜອງການດູແລສໍາລັບອາການທີ່ປົກກະຕິຈະໄດ້ຮັບການປິ່ນປົວຢູ່ໃນໂຮງຫມໍ ຫຼື ສະຖານພະຍາບານຊ່ວຍເຫຼືອຜູ້ປ່ວຍ. ຖ້າການດູແລຢູ່ໃນໂຮງຫມໍ ຫຼື ສະຖານພະຍາບານຊ່ວຍເຫຼືອຜູ້ປ່ວຍແມ່ນຂັດກັບຄວາມເຊື່ອທາງສາສະໜາຂອງສະມາຊິກ, ພວກເຮົາຈະໃຫ້ການດູແລໃນສະຖານປະຕິບັດທໍາເພື່ອສຸຂະພາບ. ຜົນປະໂຫຍດນີ້ແມ່ນໃຫ້ສະເພາະກັບການບໍລິການຄົນເຈັບໃນພາກ A (ການບໍລິການດູແລສຸຂະພາບທີ່ບໍ່ແມ່ນທາງການແພດ).

ພາກທີ 6.2 ວິທີຮັບການດູແລຈາກສະຖານປະຕິບັດທໍາເພື່ອສຸຂະພາບ

ເພື່ອໃຫ້ໄດ້ຮັບການດູແລຈາກສະຖານປະຕິບັດທໍາເພື່ອສຸຂະພາບ, ທ່ານຕ້ອງເຊັນເອກະສານທາງດ້ານກົດໝາຍທີ່ບອກວ່າທ່ານກົງກັນຂ້າມຢ່າງມີສະຕິຕໍ່ການໄດ້ຮັບການປິ່ນປົວທາງການແພດທີ່ **ບໍ່ແມ່ນການຍົກເວັ້ນ**.

- **ການຮັກສາທາງການແພດໃນແຜນ** ແມ່ນການດູແລຫຼືການປິ່ນປົວທາງການແພດໃດໆທີ່ເປັນໄປໂດຍຄວາມສະໝັກໃຈ ແລະບໍ່ຈໍາເປັນໂດຍກົດໝາຍຂອງລັດຖະບານກາງ, ລັດ ຫຼື ທ້ອງຖິ່ນ.
- **ການປິ່ນປົວທາງການແພດທີ່ເປັນຂໍ້ຍົກເວັ້ນ** ແມ່ນການດູແລຫຼືການປິ່ນປົວທາງການແພດທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບເຊິ່ງບໍ່ແມ່ນໂດຍຄວາມສະໝັກໃຈ ຫຼືເປັນການບັງຄັບພາຍໃຕ້ກົດໝາຍຂອງລັດຖະບານກາງ, ລັດ, ຫຼືທ້ອງຖິ່ນ.

ເພື່ອໃຫ້ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງຈາກແຜນປະກັນຂອງເຮົາ, ການບໍລິການທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບຈາກສະຖານປະຕິບັດທໍາເພື່ອສຸຂະພາບຕ້ອງສາມາດປະຕິບັດຕາມເງື່ອນໄຂດັ່ງຕໍ່ໄປນີ້:

- ສະຖານອໍານວນຄວາມສະດວກທີ່ໃຫ້ບໍລິການດູແລຕ້ອງໄດ້ຮັບການຮັບຮອງຈາກ Medicare.
- ແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາຄຸ້ມຄອງ ສະເພາະການດູແລ ທີ່ບໍ່ກ່ຽວກັບສາສະໜາເທົ່ານັ້ນ.
- ຖ້າທ່ານໄດ້ຮັບການບໍລິການຈາກສະຖາບັນນີ້ໃນສະຖານພະຍາບານແຫ່ງໜຶ່ງ, ມີເງື່ອນໄຂດັ່ງຕໍ່ໄປນີ້:
 - ທ່ານຕ້ອງມີສະພາບທາງການແພດທີ່ອະນຸຍາດໃຫ້ທ່ານໄດ້ຮັບບໍລິການທີ່ຢູ່ໃຕ້ການຄຸ້ມຄອງສໍາລັບການດູແລຄົນເຈັບຢູ່ໃນໂຮງຫມໍ ຫຼື ການດູແລສະຖານພະຍາບານຊ່ວຍເຫຼືອຜູ້ປ່ວຍ.
 - – ແລະ – ທ່ານຕ້ອງໄດ້ຮັບການອະນຸມັດລ່ວງໜ້າຈາກແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາກ່ອນທີ່ທ່ານຈະໄດ້ຮັບການເຂົ້າໄປໃນສະຖານທີ່, ບໍ່ດັ່ງນັ້ນການພັກເຊົາຂອງທ່ານຈະບໍ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ.

ບົດທີ 3 ການໃຊ້ແຜນສໍາລັບການບໍລິການທາງແພດຂອງທ່ານ

ການພັກພື້ນຂອງທ່ານໃນສະຖານປະຕິບັດທໍາເພື່ອສຸຂະພາບແມ່ນບໍ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງຈາກແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາ ເວັ້ນເສຍແຕ່ວ່າທ່ານໄດ້ຮັບການອະນຸຍາດ (ການອະນຸມັດ) ລ່ວງຫນ້າຈາກແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາ ແລະ ຈະຢູ່ພາຍໃຕ້ຂໍ້ຈຳກັດຂອງການຄຸ້ມຄອງດຽວກັນກັບການດູແລຄົນເຈັບໃນ ຫຼື ໃນສະຖານພະຍາບານຊ່ວຍເຫຼືອຜູ້ປ່ວຍທີ່ທ່ານຈະໄດ້ຮັບ. ກະລຸນາເບິ່ງເສັ້ນສະແດງຜົນປະໂຫຍດທາງການແພດໃນບົດທີ 4 ສໍາລັບກົດລະບຽບການຄຸ້ມຄອງແລະຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບການແບ່ງປັນຄ່າໃຊ້ຈ່າຍແລະຂໍ້ຈຳກັດສໍາລັບໂຮງໝໍໃນຄົນເຈັບແລະການຄຸ້ມຄອງການພະຍາບານທີ່ມີທັກສະ.

ພາກທີ 7 ກົດລະບຽບການເປັນເຈົ້າຂອງອຸປະກອນການແພດທີ່ທົນທານ

ພາກທີ 7.1 ທ່ານຈະບໍ່ໄດ້ເປັນເຈົ້າຂອງອຸປະກອນການແພດທີ່ທົນທານຫຼັງຈາກຊໍາລະເງິນຕາແຜນຂອງເຮົາຕາມຈຳນວນທີ່ກຳນົດໄວ້

ອຸປະກອນການແພດທີ່ທົນທານ (DME) ປະກອບມີອຸປະກອນເຊັ່ນ: ອຸປະກອນອັກຊີເຈນ ແລະເຄື່ອງໃຊ້, ລໍ້ເຫຼື້ອນ, ຄົນຍ່າງ, ລະບົບທື່ນອນທີ່ໃຊ້ພະລັງງານ, ໄມ້ຄ້ອນ, ອຸປະກອນປິ່ນປົວພະຍາດເບົາຫວານ, ອຸປະກອນສ້າງສຽງເວົ້າ, ເຄື່ອງສູບນໍ້າ IV, ເຄື່ອງເປົ່າລົມ, ແລະຕຽງໂຮງໝໍສັງໂດຍຜູ້ໃຫ້ບໍລິການເພື່ອໃຫ້ສະມາຊິກໃຊ້ໃນເຮືອນ. ສະມາຊິກມັກຈະເປັນເຈົ້າຂອງບາງລາຍການ DME, ເຊັ່ນ: ແຂນຂາທຽມ. ປະເພດອື່ນໆຂອງ DME ທີ່ທ່ານຕ້ອງເຊົ່າ.

ໃນແຜນ Original Medicare, ຄົນທີ່ເຊົ່າ DME ບາງປະເພດເປັນເຈົ້າຂອງອຸປະກອນຫຼັງຈາກຈ່າຍ ການຊໍາລະຮ່ວມສໍາລັບລາຍການດັ່ງກ່າວເປັນເວລາ 13 ເດືອນ. ໃນຖານະເປັນສະມາຊິກຂອງແຜນການຂອງພວກເຮົາ, ຍັງມີບາງປະເພດຂອງ DME ທີ່ທ່ານຈະເປັນເຈົ້າຂອງຫຼັງຈາກການຈ່າຍເງິນຮ່ວມກັນສໍາລັບພວກເຂົາສໍາລັບຈຳນວນເດືອນທີ່ແນ່ນອນ. ການຈ່າຍເງິນກ່ອນໜ້ານີ້ຂອງທ່ານສໍາລັບລາຍການ DME ເມື່ອທ່ານມີ Original Medicare ບໍ່ໄດ້ຖືກນັບລວມເຂົ້າໃນການຈ່າຍເງິນທີ່ທ່ານເຮັດໃນຂະນະທີ່ເປັນສະມາຊິກຂອງແຜນການຂອງພວກເຮົາ. ຖ້າທ່ານໄດ້ຮັບຄວາມເປັນເຈົ້າຂອງລາຍການ DME ໃນຂະນະທີ່ທ່ານເປັນສະມາຊິກຂອງແຜນການຂອງພວກເຮົາ, ແລະອຸປະກອນຕ້ອງການການບໍາລຸງຮັກສາ, ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການໄດ້ຮັບອະນຸຍາດໃຫ້ອອກໃບບິນຄ່າແຜນການສໍາລັບການສ້ອມແປງ. ຍັງມີບາງປະເພດຂອງ DME ທີ່ທ່ານຈະບໍ່ໄດ້ເປັນເຈົ້າຂອງບໍ່ວ່າທ່ານຈະຈ່າຍເງິນຈຳນວນເທົ່າໃດສໍາລັບລາຍການໃນຂະນະທີ່ເປັນສະມາຊິກຂອງແຜນການຂອງພວກເຮົາ. ໂທຫາຝ່າຍການບໍລິການສະມາຊິກເພື່ອສອບຖາມກ່ຽວກັບການເຊົ່າ DME ຫຼືຄວາມຕ້ອງການຄວາມເປັນເຈົ້າຂອງ ແລະ ເອກະສານທີ່ທ່ານຕ້ອງການໃຫ້.

ຈະເກີດຫຍັງຂຶ້ນກັບການຈ່າຍເງິນທີ່ທ່ານຈ່າຍໃຫ້ກັບອຸປະກອນການແພດທີ່ທົນທານຫາກທ່ານປ່ຽນໄປໃຊ້ Original Medicare?

ຖ້າທ່ານບໍ່ໄດ້ຮັບຄວາມເປັນເຈົ້າຂອງລາຍການ DME ໃນຂະນະທີ່ຢູ່ໃນແຜນຂອງພວກເຮົາ, ທ່ານຈະຕ້ອງຈ່າຍເງິນ 13 ຄັ້ງຕິດຕໍ່ກັນຫຼັງຈາກທີ່ທ່ານປ່ຽນໄປໃຊ້ Original Medicare ເພື່ອເປັນເຈົ້າຂອງລາຍການ DME. ການຈ່າຍເງິນທີ່ທ່ານເຮັດໃນຂະນະທີ່ລົງທະບຽນຢູ່ໃນແຜນຂອງພວກເຮົາຈະບໍ່ຖືກນັບເຂົ້າໃນ 13 ການຈ່າຍເງິນເຫຼົ່ານີ້.

ຕົວຢ່າງ 1: ທ່ານໄດ້ຈ່າຍເງິນຕິດຕໍ່ກັນ 12 ຄັ້ງ ຫຼືໜ້ອຍກວ່າສໍາລັບລາຍການໃນ Original Medicare ແລະຈາກນັ້ນໄດ້ເຂົ້າຮ່ວມແຜນຂອງພວກເຮົາ. ການຈ່າຍເງິນທີ່ທ່ານເຮັດໃນ Original Medicare ບໍ່ໄດ້ນັບ. ທ່ານຈະຕ້ອງຈ່າຍເງິນໃຫ້ກັບແຜນຂອງພວກເຮົາ 13 ຄັ້ງກ່ອນທີ່ຈະເປັນເຈົ້າຂອງລາຍການນັ້ນ.

ບົດທີ 3 ການໃຊ້ແຜນສໍາລັບການບໍລິການທາງແພດຂອງທ່ານ

ຕົວຢ່າງ 2: ທ່ານໄດ້ຈ່າຍເງິນຕິດຕໍ່ກັນ 12 ຄັ້ງ ຫຼື ໜ້ອຍກວ່າສໍາລັບລາຍການໃນ Original Medicare ແລະ ຈາກນັ້ນໄດ້ເຂົ້າຮ່ວມແຜນຂອງພວກເຮົາ. ທ່ານຈະຍັງບໍ່ໄດ້ເປັນເຈົ້າຂອງອຸປະກອນນັ້ນໃນຂະນະທີ່ຢູ່ໃນແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາ. ຈາກນັ້ນທ່ານກັບຄືນໄປແຜນ Original Medicare. ທ່ານຈະຕ້ອງຈ່າຍເງິນໃໝ່ 13 ຄັ້ງຕິດຕໍ່ກັນເພື່ອເປັນເຈົ້າຂອງລາຍການນັ້ນ ເມື່ອທ່ານເຂົ້າຮ່ວມແຜນ Original Medicare. ການຈ່າຍເງິນໃດໆກໍຕາມທີ່ທ່ານໄດ້ຈ່າຍໄປແລ້ວ (ບໍ່ວ່າຈະເປັນການຈ່າຍໃຫ້ແຜນຂອງພວກເຮົາ ຫຼື Original Medicare) ຈະບໍ່ນັບ.

ພາກທີ 7.2 ກົດລະບຽບສໍາລັບອຸປະກອນອົກຊີເຈນ, ການສະໜອງ, ແລະ ການບໍາລຸງຮັກສາ

ຖ້າທ່ານມີສິດໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງອຸປະກອນອົກຊີແຊນຂອງ Medicare, Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP) ຈະຄຸ້ມຄອງ:

- ເຊົ່າອຸປະກອນອົກຊີແຊນ
- ການຈັດສົ່ງຖັງອົກຊີ ແລະ ອົກຊີເຈນ
- ທໍ່ ແລະ ອຸປະກອນອົກຊີເຈນທີ່ກ່ຽວຂ້ອງສໍາລັບການການຈັດສົ່ງຖັງອົກຊີ ແລະ ອົກຊີເຈນ
- ບໍາລຸງຮັກສາ ແລະ ສ້ອມແປງອຸປະກອນອົກຊີເຈນ

ຖ້າທ່ານອອກຈາກ Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP) ຫຼືບໍ່ຕ້ອງການອຸປະກອນອົກຊີໃນທາງການແພດອີກຕໍ່ໄປ, ອຸປະກອນອົກຊີຈະຕ້ອງຖືກສົ່ງຄືນ.

ຈະເກີດຫຍັງຂຶ້ນຫາກທ່ານອອກຈາກແຜນຂອງພວກເຮົາ ແລະກັບຄືນໄປຫາ Original Medicare?

Original Medicare ຕ້ອງການຜູ້ສະໜອງອົກຊີເພື່ອໃຫ້ບໍລິການແກ່ທ່ານເປັນເວລາ 5 ປີ. ໃນລະຫວ່າງ 36 ເດືອນທໍາອິດ, ທ່ານເຊົ່າອຸປະກອນ. ສໍາລັບ 24 ເດືອນທີ່ຍັງເຫຼືອ, ຜູ້ສະໜອງສະໜອງອຸປະກອນແລະການບໍາລຸງຮັກສາ (ທ່ານຍັງຮັບຜິດຊອບສໍາລັບການຊໍາລະຮ່ວມຄ່າອົກຊີເຈນ). ຫຼັງຈາກ 5 ປີ, ທ່ານສາມາດເລືອກທີ່ຈະຢູ່ກັບບໍລິສັດດຽວກັນ ຫຼື ໄປບໍລິສັດອື່ນ. ໃນຈຸດນີ້, ຮອບວຽນ 5 ປີເລີ່ມຕົ້ນອີກຄັ້ງ, ເຖິງແມ່ນວ່າທ່ານຈະຢູ່ກັບບໍລິສັດດຽວກັນ, ແລະທ່ານກໍຈຳເປັນຕ້ອງຈ່າຍການຊໍາລະຮ່ວມສໍາລັບ 36 ເດືອນທໍາອິດ. ຖ້າທ່ານເຂົ້າຮ່ວມ ຫຼື ອອກຈາກແຜນການຂອງພວກເຮົາ, ຮອບວຽນ 5 ປີຈະເລີ່ມຄືນໃໝ່.

ບົດທີ 4:

ເສັ້ນສະແດງຜົນປະໂຫຍດທາງການແພດ (ສິ່ງທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ)

ພາກທີ 1 ການເຂົ້າໃຈບໍລິການທີ່ຢູ່ໃຕ້ການຄຸ້ມຄອງ

ເສັ້ນສະແດງຜົນປະໂຫຍດທາງການແພດລະບຸເຖິງບໍລິການທີ່ຢູ່ໃຕ້ການຄຸ້ມຄອງຂອງທ່ານໃນຖານະເປັນສະມາຊິກຂອງແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາ. ພາກນີ້ຍັງໃຫ້ຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບການບໍລິການທາງການແພດທີ່ບໍ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ. ແລະອະທິບາຍຂໍ້ຈຳກັດໃນການບໍລິການສະເພາະ.

ພາກທີ 1.1 ທ່ານບໍ່ຈ່າຍຫຍັງເລີຍສໍາລັບການບໍລິການທີ່ຢູ່ໃຕ້ການຄຸ້ມຄອງຂອງທ່ານ

ຍ້ອນວ່າທ່ານໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອຈາກ Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid), ທ່ານບໍ່ຈ່າຍຫຍັງເລີຍສໍາລັບບໍລິການທີ່ຢູ່ໃຕ້ການຄຸ້ມຄອງຂອງທ່ານ ຕາມໃດທີ່ທ່ານປະຕິບັດຕາມກົດລະບຽບຂອງແຜນການຂອງພວກເຮົາສໍາລັບການໄດ້ຮັບການດູແລຂອງທ່ານ. (ໄປບົດທີ 3 ສໍາລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບກົດລະບຽບຂອງແຜນການສໍາລັບການໄດ້ຮັບການດູແລຂອງທ່ານ.)

ພາກທີ 1.2 ທ່ານຈະຈ່າຍຄ່າບໍລິການທາງການແພດ Medicare Part A ແລະ Part B ສູງສຸດໄດ້ເທົ່າໃດ?

ໝາຍເຫດ: ເນື່ອງຈາກສະມາຊິກຂອງພວກເຮົາຍັງໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອຈາກ Medicaid, ມີສະມາຊິກຈຳນວນໜ້ອຍຫຼາຍທີ່ຈະຮອດຂີດຈຳກັດການຈ່າຍເອງສູງສຸດນີ້. ທ່ານບໍ່ມີຄວາມຮັບຜິດຊອບໃນການຈ່າຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆທີ່ຈ່າຍເອງເພື່ອໃຫ້ຮອດຍອດເງິນສູງສຸດທີ່ຕ້ອງຈ່າຍເອງສໍາລັບການບໍລິການພາກ A ແລະພາກ B ທີ່ຄຸ້ມຄອງ.

ແຜນປະກັນໄພ Medicare Advantage ມີຂໍ້ຈຳກັດກ່ຽວກັບຈຳນວນເງິນທີ່ທ່ານຕ້ອງຈ່າຍເອງໃນແຕ່ລະປີສໍາລັບການບໍລິການທາງການແພດທີ່ຄຸ້ມຄອງພາຍໃຕ້ Medicare Part A ແລະ Part B. ຂີດຈຳກັດນີ້ເອີ້ນວ່າ ຈຳນວນເງິນທີ່ຕ້ອງຈ່າຍເອງສູງສຸດ (MOOP) ສໍາລັບການບໍລິການທາງການແພດ. **ສໍາລັບປີປະຕິທິນ 2026 ຈຳນວນເງິນ MOOP ແມ່ນ \$9,250.**

ຈຳນວນເງິນທີ່ທ່ານຈ່າຍສໍາລັບການຊໍາລະຮ່ວມ ແລະ ຄ່າປະກັນຮ່ວມສໍາລັບການບໍລິການທີ່ຢູ່ໃຕ້ການຄຸ້ມຄອງແມ່ນຖືກນັບລວມເຂົ້າໃນຈຳນວນເງິນທີ່ຕ້ອງຈ່າຍເອງສູງສຸດນີ້. ຈຳນວນເງິນທີ່ທ່ານຈ່າຍຄ່າຢາພາກ D ແມ່ນບໍ່ໄດ້ນັບລວມເຂົ້າໃນຈຳນວນເງິນທີ່ຕ້ອງຈ່າຍເອງສູງສຸດຂອງທ່ານ. ນອກຈາກນັ້ນ, ຈຳນວນເງິນທີ່ທ່ານຈ່າຍສໍາລັບບາງການບໍລິການແມ່ນບໍ່ຖືກນັບລວມເຂົ້າໃນຈຳນວນເງິນທີ່ຕ້ອງຈ່າຍເອງສູງສຸດຂອງທ່ານ. ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ແມ່ນມີເຄື່ອງໝາຍດາວ (*) ຢູ່ໃນເສັ້ນສະແດງຜົນປະໂຫຍດທາງການແພດ.

ບົດທີ 4 ເສັ້ນສະແດງຜົນປະໂຫຍດທາງການແພດ (ອັນໃດໄຮັບການຄຸ້ມຄອງ ແລະ ອັນໃດທ່ານຕ້ອງຈ່າຍ)

ຖ້າທ່ານຮອດຈຳນວນເງິນທີ່ຕ້ອງຈ່າຍເອງສູງສຸດທີ່ \$9,250, ທ່ານຈະບໍ່ຕ້ອງຈ່າຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆທີ່ຕ້ອງຈ່າຍເອງອີກຕໍ່ໄປຕະຫຼອດປີສໍາລັບການບໍລິການພາກ A ແລະພາກ B ທີ່ຄຸ້ມຄອງ. ຢ່າງໃດກໍຕາມ, ທ່ານຕ້ອງສືບຕໍ່ຈ່າຍເບ້ຍປະກັນສຸຂະພາບ Medicare Part B (ເວັ້ນເສຍແຕ່ວ່າເບ້ຍປະກັນສຸຂະພາບໃນ ພາກ B ຂອງທ່ານຖືກຈ່າຍໃຫ້ໂດຍ Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) ຫຼື ບຸກຄົນທີສາມອື່ນໆ).

ພາກທີ 2 ເສັ້ນສະແດງຜົນປະໂຫຍດທາງການແພດສະແດງໃຫ້ເຫັນຜົນປະໂຫຍດທາງການແພດແລະ ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຂອງທ່ານ

ເສັ້ນສະແດງຜົນປະໂຫຍດທາງການແພດໃນໜ້າຕໍ່ໄປຈະລະບຸການບໍລິການທີ່ແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາຄຸ້ມຄອງ (ການຄຸ້ມຄອງຢາພາກ D ຢູ່ໃນບົດທີ 5). ການບໍລິການຕ່າງໆທີ່ລະບຸໄວ້ໃນເສັ້ນສະແດງຜົນປະໂຫຍດທາງການແພດຈະໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງກໍຕໍ່ເມື່ອສາມາດປະຕິບັດຕາມເງື່ອນໄຂເຫຼົ່ານີ້:

- ບໍລິການທີ່ຢູ່ໃຕ້ການຄຸ້ມຄອງ Medicare ແລະ Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) ຂອງທ່ານຕ້ອງໄດ້ໃຫ້ຕາມຄໍາແນະນຳກ່ຽວກັບການຄຸ້ມຄອງຂອງ Medicare ແລະ Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid).
- ການບໍລິການຂອງທ່ານ (ລວມທັງການດູແລທາງການແພດ, ການບໍລິການ, ເຄື່ອງໃຊ້, ອຸປະກອນ ແລະ ຢາພາກ B) ຈະຕ້ອງ ມີຄວາມຈຳເປັນທາງການແພດ. ຈຳເປັນທາງການແພດ ໝາຍຄວາມວ່າການບໍລິການ, ເຄື່ອງໃຊ້, ຫຼື ຢາທີ່ຈຳເປັນສໍາລັບການປ້ອງກັນ, ການບັງມະຕິ ຫຼື ການປິ່ນປົວສະພາບທາງການແພດຂອງທ່ານ ແລະ ໄດ້ມາດຕະຖານການປະຕິບັດທາງການແພດທີ່ຮັບຮອງ.
- ສໍາລັບຜູ້ລົງທະບຽນໃໝ່, ແຜນການດູແລທີ່ປະສານງານ MA ຂອງເຈົ້າຕ້ອງໃຫ້ໄລຍະເວລາການປ່ຽນແປງຕໍ່ສຸດທີ່ 90 ມື້, ໃນໄລຍະເວລານັ້ນແຜນ MA ໃໝ່ອາດຈະບໍ່ຕ້ອງມີການອານຸມັດລ່ວງໜ້າສໍາລັບການປິ່ນປົວທີ່ມີການເຄື່ອນໄຫວໃດໆ, ເຖິງແມ່ນວ່າຫຼັກສູດການປິ່ນປົວແມ່ນສໍາລັບການບໍລິການທີ່ເລີ່ມຕົ້ນກັບຜູ້ໃຫ້ບໍລິການນອກເຄືອຄ່າຍ.
- ທ່ານມີຜູ້ໃຫ້ບໍລິການການເບິ່ງແຍງຫຼັກ (PCP) ທີ່ສະໜອງ ແລະ ເບິ່ງແຍງການດູແລທ່ານທ່ານ.
- ບາງບໍລິການທີ່ລະບຸໃນເສັ້ນສະແດງຜົນປະໂຫຍດທາງການແພດຈະຖືກຄຸ້ມຄອງກໍຕໍ່ເມື່ອແພດຂອງທ່ານ ຫຼື ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການໃນເຄືອຂ່າຍໄດ້ຮັບການອະນຸມັດຈາກພວກເຮົາລ່ວງໜ້າ (ບາງຄັ້ງເອີ້ນວ່າ ການອານຸມັດລ່ວງໜ້າ) *ເທົ່ານັ້ນ*. ບໍລິການທີ່ຢູ່ໃຕ້ການຄຸ້ມຄອງທີ່ຕ້ອງມີການອະນຸມັດລ່ວງໜ້າຈະຖືກໝາຍໄວ້ໃນເສັ້ນສະແດງຜົນປະໂຫຍດທາງການແພດເປັນໝັ້ນສີຕົວອຽງ.
- ຖ້າແຜນປະກັນການດູແລທີ່ໄດ້ປະສານຂອງທ່ານໄດ້ອະນຸມັດການອານຸມັດລ່ວງໜ້າສໍາລັບແຜນການຮັກສາ, ການອະນຸມັດນັ້ນຈະຕ້ອງມີຜົນບັງຄັບໃຊ້ຈົນກວ່າຈະເປັນໄປຕາມເຫດຜົນທາງການແພດ ແລະຈຳເປັນເພື່ອຫຼີກລ້ຽງສິ່ງກົດຂວາງຂອງການດູແລ ຕາມເຫນື່ອເງື່ອນໄຂການຄຸ້ມຄອງທີ່ເໝາະສົມ, ປະຫວັດທາງການແພດຂອງທ່ານ ແລະ ຄໍາແນະນຳຂອງຜູ້ໃຫ້ບໍລິການທີ່ຮັບຜິດຊອບການປິ່ນປົວ.

ບົດທີ 4 ເສັ້ນສະແດງຜົນປະໂຫຍດທາງການແພດ (ອັນໃດໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ ແລະ ອັນໃດທ່ານຕ້ອງຈ່າຍ)

ຂໍ້ມູນສໍາຄັນອື່ນໆກ່ຽວກັບການຄຸ້ມຄອງຂອງພວກເຮົາ:

- ທ່ານໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງທັງຈາກ Medicare ແລະ ໂຄງການ Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid). Medicare ຄຸ້ມຄອງການຮັກສາສຸຂະພາບ ແລະ ຢາຕາມໃບສັງແພດ. Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) ຄຸ້ມຄອງການແບ່ງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຂອງທ່ານສໍາລັບບໍລິການ Medicare ລວມທັງຄ່າເສຍຫາຍສ່ວນທໍາອິດ ແລະ ການຊໍາລະຮ່ວມ ທີ່ ຄ່າປະກັນຮ່ວມ ສໍາລັບການບໍລິການຄົນເຈັບໃນ ແລະ ຄົນເຈັບນອກໂຮງຫມໍ ແລະ ການເຂົ້າພົບໝໍ. Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) ບໍ່ຄຸ້ມຄອງ Medicare ເຊັ່ນ ການດູແລລະຍະຍາວ, ບາງຢາທີ່ຈໍາໜ່າຍໜ້າເຄົາເຕີ, ແລະ ບໍລິການທີ່ຢູ່ເຮືອນ ແລະ ບໍລິການຊຸມຊົນ.
- ເຊັ່ນ ແຜນປະກັນສຸຂະພາບ Medicare ທັງໝົດ, ພວກເຮົາຄຸ້ມຄອງທຸກສິ່ງທີ່ Original Medicare ຄຸ້ມຄອງ. (ຫາກຢາກຮຽນຮູ້ເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບຄວາມຄຸ້ມຄອງ ແລະ ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຂອງ Original Medicare, ໃຫ້ໄປທີ່ຄູ່ມື Medicare ແລະ ທ່ານ 2026 ຂອງທ່ານ. ເບິ່ງໄດ້ໃນອອນລາຍທີ່ www.Medicare.gov ຫຼື ຮ້ອງຂໍສໍາເນົາໂດຍການໂທຫາ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). ຜູ້ໃຊ້ TTY ໂທຫາ 1-877-486-2048.)
- ສໍາລັບບໍລິການປ້ອງກັນທີ່ຄຸ້ມຄອງໂດຍບໍ່ມີຄ່າໃຊ້ຈ່າຍພາຍໃຕ້ Original Medicare, ພວກເຮົາກໍ່ຄຸ້ມຄອງບໍລິການນັ້ນໂດຍບໍ່ມີຄ່າໃຊ້ຈ່າຍເຊັ່ນກັນ.
- ຖ້າ Medicare ເພີ່ມການຄຸ້ມຄອງສໍາລັບບໍລິການໃໝ່ໃນປີ 2026, ທັງ Medicare ຫຼື ແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາຈະຄຸ້ມຄອງບໍລິການນັ້ນ.
- ພາຍໃຕ້ແຜນຂອງພວກເຮົາ, ພວກເຮົາຈະໃຫ້ການຄຸ້ມຄອງຜົນປະໂຫຍດບາງຢ່າງຂອງໂຄງການ Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) ຕາມທີ່ໄດ້ກຳນົດໄວ້ໃນສັນຍາຂອງແຜນຂອງພວກເຮົາກັບອົງການ Medicaid ຂອງລັດຂອງທ່ານ. ເສັ້ນສະແດງຜົນປະໂຫຍດທາງການແພດ ໃນພາກທີ 4 ລະບຸວ່າຜົນປະໂຫຍດອັນໃດທີ່ຖືກຄຸ້ມຄອງພາຍໃຕ້ແຜນ. ເສັ້ນສະແດງຜົນປະໂຫຍດທາງການແພດ ຈະລະບຸຂໍ້ຈຳກັດ ຫຼື ການອະນຸຍາດຜົນປະໂຫຍດຕ່າງໆທີ່ນໍາໃຊ້. ສໍາລັບບໍລິການທີ່ຢູ່ໃຕ້ການຄຸ້ມຄອງຂອງ Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid), ກະລຸນາອ້າງອີງໄປທີ່ ບົດສະຫຼຸບຜົນປະໂຫຍດຕ່າງໆ ຂອງແຜນເພື່ອເບິ່ງລາຍການຜົນປະໂຫຍດທັງໝົດທີ່ຄຸ້ມຄອງໂດຍ Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) ນີ້. ຖ້າທ່ານບໍ່ໄດ້ຮັບ ບົດສະຫຼຸບຜົນປະໂຫຍດຕ່າງໆ, ກະລຸນາໂທໄປທີ່ຝ່າຍການບໍລິການສະມາຊິກ ແລະ ຂໍໃຫ້ພວກເຂົາສົ່ງສໍາເນົາໃຫ້ທ່ານໜຶ່ງສະບັບ. ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຂອງທ່ານສໍາລັບການບໍລິການທີ່ຢູ່ໃຕ້ການຄຸ້ມຄອງຈາກ Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid), ຖ້າມີ, ແມ່ນອີງຕາມລະດັບການມີສິດໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອຂອງ Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid).
- ຖ້າທ່ານຢູ່ໃນໄລຍະ 6 ເດືອນຂອງແຜນປະກັນທີ່ໄດ້ຮັບການພິຈາລະນາວ່າມີສິດຕໍ່ເນື່ອງ, ພວກເຮົາຈະສືບຕໍ່ຈັດຫາຜົນປະໂຫຍດ Medicare ທີ່ຄຸ້ມຄອງໂດຍແຜນປະກັນ Medicare Advantage ທັງໝົດ. ແຕ່ໃນໄລຍະນີ້, ແຜນ Medicare Advantage ບໍ່ຮັບຜິດຊອບຄຸ້ມຄອງຜົນປະໂຫຍດໃດໆຂອງ Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) ທີ່ອາດມີຢູ່ໃນແຜນ Medicaid ຂອງທ່ານ.

ບົດທີ 4 ເສັ້ນສະແດງຜົນປະໂຫຍດທາງການແພດ (ອັນໃດໄຮັບການຄຸ້ມຄອງ ແລະ ອັນໃດທ່ານຕ້ອງຈ່າຍ)

ທ່ານບໍ່ຈ່າຍຫຍັງເລີຍສໍາລັບການບໍລິການທີ່ລະບຸໄວ້ໃນເສັ້ນສະແດງຜົນປະໂຫຍດທາງການແພດ, ຕາມໃດທີ່ທ່ານປະຕິບັດຕາມຂໍ້ກຳນົດການຄຸ້ມຄອງທີ່ອະທິບາຍໄວ້ຂ້າງເທິງ.

ຂໍ້ມູນຜົນປະໂຫຍດສໍາຄັນສໍາລັບຜູ້ລົງທະບຽນທີ່ມີພະຍາດຊໍ້າເຮື້ອ

- ຖ້າທ່ານໄດ້ຮັບການບົ່ງມະຕິວ່າມີພະຍາດເຮື້ອຮັງດັ່ງລາຍການຂ້າງລຸ່ມນີ້ ແລະ ກົງຕາມເກນທີ່ກຳນົດ, ທ່ານອາດມີສິດໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດເສີມພິເສດສໍາລັບຜູ້ປ່ວຍພະຍາດຊໍ້າເຮື້ອ.
 - ພະຍາດພູມຕ້ານທານ (ລວມທັງໂລກຂໍ້ອັກເສບປະດັງຂໍ້)
 - ມະເຮັງ
 - ພະຍາດເສັ້ນເລືອດຫົວໃຈ (ລວມທັງຄວາມດັນເລືອດສູງ)
 - ການດື່ມເຫຼົ້າ ແລະ ຄວາມບໍ່ເປັນລະບຽບຂອງການໃຊ້ສານເສບຕິດອື່ນໆ (SUDs)
 - ພະຍາດຫົວໃຈລົ້ມເຫຼວຊໍ້າເຮື້ອ
 - ພະຍາດປອດຊໍ້າເຮື້ອ
 - ພາວະສຸຂະພາບຈິດຊໍ້າເຮື້ອ ແລະ ພິການ
 - ພະຍາດກະເພາະລຳໄສ້ຊໍ້າເຮື້ອ (ລວມທັງພະຍາດກະເພາະລຳໄສ້ຊໍ້າເຮື້ອ)
 - ພະຍາດຫມາກໄຂ້ຫຼັງຊໍ້າເຮື້ອ (CKD)
 - ສະພາບທີ່ເຮັດໃຫ້ເກີດຄວາມບົກຜ່ອງດ້ານການເຮັດວຽກ (ລວມທັງພະຍາດຫມາກໄຂ້ຫຼັງໄລຍະສຸດທ້າຍ (ESRD), ພະຍາດຕັບໃນຂັ້ນຕອນສຸດທ້າຍ, ພະຍາດກະດູກພຸນ (ພະຍາດກະດູກ), ໂຮກຂີ້ເຂົ້າເຊື່ອມ)
 - ເງື່ອນໄຂທີ່ຕ້ອງການການປິ່ນປົວຢ່າງຕໍ່ເນື່ອງເພື່ອເຮັດໃຫ້ຄົນເຈັບສາມາດດໍາລົງຊີວິດ ຫຼື ການດໍາເນີນງານຕໍ່ໄປ (ລວມທັງການ ພະຍາດຖອກທ້ອງຂອງກ້າມເນື້ອ)
 - ເງື່ອນໄຂທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບຄວາມພິການທາງປັນຍາ (ລວມທັງໂຮກ Down)
 - ສະພາວະສະໝອງເສື່ອມ
 - ພະຍາດເບົາຫວານ
 - ພາວະເຍື່ອບຸໂພງມົດລູກເຕີບໃຫຍ່ຜິດປ່ອນ
 - HIV/AIDS
 - ພະຍາດລະບົບປະສາດຜິດປົກກະຕິ
 - ນໍ້າໜັກເກີນ, ໂລກອ່ວນ, ແລະໂຮກເມຕາໂບລິກ (ລວມທັງ ໄຂມັນໃນເລືອດຫຼາຍ/ພະຍາດໄຂມັນໃນເລືອດ)
 - ຫຼັງຈາກການຜ່າຕັດປ່ຽນອະໄວຍະວະ
 - ຄວາມຜິດປົກກະຕິຮ້າຍແຮງຂອງເລືອດ
 - ພະຍາດຫຼອດເລືອດສົດໃນສະໝອງ

ບົດທີ 4 ເສັ້ນສະແດງຜົນປະໂຫຍດທາງການແພດ (ອັນໃດໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ ແລະ ອັນໃດທ່ານຕ້ອງຈ່າຍ)

- ແຜນປະກັນຂອງທ່ານປະກອບມີສິດຜົນປະໂຫຍດເພີ່ມພິເສດສໍາລັບຜູ້ເຈັບພະຍາດຊໍ້າເຮື້ອ (SSBCI). ຜົນປະໂຫຍດເພີ່ມເຫຼົ່ານີ້ ມີໃຫ້ສໍາລັບສະມາຊິກທີ່ເປັນພະຍາດຊໍ້າເຮື້ອ ແລະ ມີຄວາມສ່ຽງສູງ ພ້ອມທັງຕ້ອງມີເງື່ອນໄຂເພີ່ມເຕີມທີ່ກຳນົດໄວ້.
- **ສະມາຊິກຕ້ອງປະຕິບັດ ແລະ ຮັກສາເງື່ອນໄຂຄວາມເໝາະສົມທັງ ສາມ ຂໍ້ຂ້າງລຸ່ມນີ້ເພື່ອໃຫ້ມີສິດ:**
 1. ສະມາຊິກຕ້ອງມີຄວາມຈຳເປັນທີ່ຕ້ອງໄດ້ຮັບການດູແລທີ່ໃກ້ຊິດ ແລະ ເຂັ້ມງວດ.
 2. ສະມາຊິກຕ້ອງມີຄວາມສ່ຽງສູງທີ່ຈະຮຽກຮ້ອງໃຫ້ **ມີການ** ເຂົ້າໂຮງຫມໍທີ່ບໍ່ໄດ້ວາງແຜນໄວ້.
 3. ສະມາຊິກຕ້ອງມີເອກະສານການວິນິດໄສທີ່ຊັດເຈນສໍາລັບເງື່ອນໄຂຊໍ້າເຮື້ອທີ່ມີເງື່ອນໄຂ. ສະພາບການຊໍ້າເຮື້ອຕ້ອງ **ເປັນອັນຕະລາຍເຖິງຊີວິດ ຫຼື ຈຳກັດສຸຂະພາບໂດຍລວມ ຫຼື ການເຮັດວຽກຂອງສະມາຊິກຢ່າງຫຼວງຫຼາຍ.**
- Wellcare ຈະແຈ້ງໃຫ້ທ່ານຊາບຖ້າທ່ານມີສິດ, ແລະ ທ່ານຈະໄດ້ຮັບຈົດຫມາຍທີ່ມີຄໍາແນະນຳກ່ຽວກັບວິທີການເຂົ້າເຖິງຜົນປະໂຫຍດຂອງທ່ານ.
- ສະມາຊິກໃໝ່ຈະມີສິດໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດ SSBCI ຖ້າຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງທ່ານຢືນຢັນວ່າທ່ານກົງກັບເງື່ອນໄຂການມີສິດ.
- ການຊຳລະຮ່ວມ ຫຼື ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍອື່ນໆທີ່ບໍ່ຄຸ້ມຄອງໂດຍແຜນປະກັນອາດຈະຖືກເກັບເພີ່ມ.
- ຈຳເປັນຕ້ອງຢືນຢັນວ່າໄດ້ປະຕິບັດຕາມເງື່ອນໄຂຄົບຖ້ວນ ກ່ອນທີ່ຈະໄດ້ຮັບສິດໃນຜົນປະໂຫຍດເຫຼົ່ານີ້.
- ສິດຜົນປະໂຫຍດທັງໝົດຈະສິ້ນສຸດໃນວັນທີ 12/31/2026 ແລະ ສະມາຊິກຈະຕ້ອງຜ່ານການຄັດເລືອກໃໝ່ໃນແຕ່ລະປີແຜນປະກັນ.
- ສໍາລັບລາຍລະອຽດເພີ່ມເຕີມ, ກະລຸນາເຂົ້າໄປທີ່ *ຜົນປະໂຫຍດພິເສດເພີ່ມເຕີມສໍາລັບແຖວຄົນເຈັບຊໍ້າເຮື້ອໃນ ໃນເສັ້ນສະແດງຜົນປະໂຫຍດທາງການແພດຂ້າງລຸ່ມນີ້.*
- ຕິດຕໍ່ພວກເຮົາເພື່ອຊອກຫາຜົນປະໂຫຍດທີ່ທ່ານອາດຈະມີສິດໄດ້ຮັບ.



ຮູບໝາກແອັບເປັນນີ້ສະແດງການບໍລິການປ້ອງກັນພະຍາດໃນເສັ້ນສະແດງຜົນປະໂຫຍດທາງການແພດ.

ບົດທີ 4 ເສັ້ນສະແດງຜົນປະໂຫຍດທາງການແພດ (ອັນໃດໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ ແລະ ອັນໃດທ່ານຕ້ອງຈ່າຍ)**ເສັ້ນສະແດງຜົນປະໂຫຍດທາງການແພດ**

ບໍລິການທີ່ຢູ່ໃຕ້ການຄຸ້ມຄອງ	ສິ່ງທີ່ທ່ານຈ່າຍ
ສໍາລັບບໍລິການທີ່ຢູ່ໃຕ້ການຄຸ້ມຄອງຂອງ Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid), ກະລຸນາອ້າງອີງໄປທີ່ ບົດສະຫຼຸບຜົນປະໂຫຍດຕ່າງໆຂອງແຜນເພື່ອເບິ່ງລາຍການຜົນປະໂຫຍດທັງໝົດທີ່ຄຸ້ມຄອງໂດຍ Medicaid. ຖ້າທ່ານບໍ່ໄດ້ຮັບ ບົດສະຫຼຸບຜົນປະໂຫຍດຕ່າງໆ, ກະລຸນາໂທໄປທີ່ຝ່າຍການບໍລິການສະມາຊິກ ແລະ ຂໍໃຫ້ພວກເຂົາສົ່ງສໍາເນົາໃຫ້ທ່ານໜຶ່ງສະບັບ. ການແບ່ງປັນຕົ້ນທຶນຂອງທ່ານສໍາລັບບໍລິການທີ່ຢູ່ໃຕ້ການຄຸ້ມຄອງຂອງ Medicaid, ຫາກມີ, ຈະອີງຈາມລະດັບຂອງການມີສິດໄດ້ຮັບຂອງ Medicaid ຂອງທ່ານ. ກະລຸນາຕິດຕໍ່ໜ່ວຍງານ Medicaid ຂອງລັດຂອງທ່ານ ເພື່ອກຳນົດລະດັບການແບ່ງປັນຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຂອງທ່ານ.	
 ການກວດຄັດກອງຫຼອດເລືອດແດງໃນທ້ອງປ່ອງ ການກວດດ້ວຍຄື້ນສຽງເອົາຕຣາຄັງດຽວສໍາລັບບຸກຄົນທີ່ມີຄວາມສ່ຽງ. ແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາຄຸ້ມຄອງການກວດນີ້ ເທົ່ານັ້ນ ຖ້າທ່ານມີປັດໃຈສ່ຽງບາງຢ່າງ ແລະ ຖ້າທ່ານໄດ້ຮັບການອ້າງອີງຈາກ ແພດ, ຜູ້ຊ່ວຍແພດ, ພະຍາບານຜູ້ປະກອບວິຊາຊີບ ຫຼື ນາຍພະຍາບານຜູ້ຊ່ຽວຊານ.	ບໍ່ມີການປະກັນຮ່ວມ, ການຊໍາລະຮ່ວມ, ຫຼື ຄ່າເສຍຫາຍສ່ວນທຳອິດສໍາລັບສະມາຊິກທີ່ມີສິດໄດ້ຮັບການບໍລິການການກວດປ້ອງກັນນີ້.
ການຝັງເຂັມສໍາລັບອາການເຈັບຫຼັງຕໍ່າຊໍາເຮື້ອ ບໍລິການທີ່ຢູ່ໃຕ້ການຄຸ້ມຄອງປະກອບມີ: ສູງສຸດ 12 ຄັ້ງໃນ 90 ວັນ ຈະໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງໃນກໍລະນີດັ່ງຕໍ່ໄປນີ້: ສໍາລັບຈຸດປະສົງຂອງຜົນປະໂຫຍດນີ້, ອາການເຈັບຫຼັງຕໍ່າຊໍາເຮື້ອ ໝາຍເຖິງ: • ມີອາການຕໍ່ເນື່ອງ 12 ອາທິດ ຫຼື ດົນກວ່າ; • ບໍ່ສະເພາະເຈາະຈົງ ໝາຍເຖິງ ບໍ່ມີສາເຫດເຊິ່ງລະບົບທີ່ສາມາດລະບຸໄດ້ (ເຊັ່ນ ບໍ່ກ່ຽວກັບພະຍາດຕິດຕໍ່, ພະຍາດອັກເສດ, ພະຍາດຕິດເຊື້ອ); • ບໍ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບການຜ່າຕັດ; ແລະ • ບໍ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບການຖືພາ. ຈະມີການຄຸ້ມຄອງເພີ່ມອີກ 8 ພາກສ່ວນສໍາລັບຄົນເຈັບທີ່ມີອາການດີຂຶ້ນ. ການຮັກສາດ້ວຍການຝັງເຂັມບໍ່ຄວນເກີນ 20 ຄັ້ງຕໍ່ປີ. ຕ້ອງຢຸດຮັກສາຖ້າຄົນເຈັບອາການບໍ່ດີຂຶ້ນ ຫຼື ຊຸດລົງ. ເງື່ອນໄຂຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ: ທ່ານໝໍ (ຕາມທີ່ໄດ້ກຳນົດໄວ້ໃນ 1861(r)(1) ຂອງກົດໝາຍວ່າດ້ວຍປະກັນສັງຄົມ (ກົດໝາຍ)) ອາດຈະສະໜອງການຝັງເຂັມຕາມຂໍ້ກຳນົດຂອງລັດທີ່ກ່ຽວຂ້ອງ.	\$0 ການຊໍາລະຮ່ວມສໍາລັບການຝັງເຂັມທີ່ຄຸ້ມຄອງໂດຍ Medicare ທີ່ໄດ້ຮັບຈາກຫ້ອງການຂອງໝໍ PCP. \$0 ການຊໍາລະຮ່ວມສໍາລັບການຝັງເຂັມທີ່ຄຸ້ມຄອງໂດຍ Medicare ທີ່ໄດ້ຮັບຈາກຫ້ອງການຂອງໝໍສະເພາະທາງ. ຕ້ອງມີການອານຸມັດລ່ວງໜ້າ. \$0 ການຊໍາລະຮ່ວມສໍາລັບການຝັງເຂັມທີ່ຄຸ້ມຄອງໂດຍ Medicare ທີ່ໄດ້ຮັບຈາກຫ້ອງການຂອງໝໍນວດ. ຕ້ອງມີການອານຸມັດລ່ວງໜ້າ.

ບົດທີ 4 ເສັ້ນສະແດງຜົນປະໂຫຍດທາງການແພດ (ອັນໃດໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ ແລະ ອັນໃດທ່ານຕ້ອງຈ່າຍ)

ບໍລິການທີ່ຢູ່ໃຕ້ການຄຸ້ມຄອງ	ສິ່ງທີ່ທ່ານຈ່າຍ
ການຝັງເຂັມສໍາລັບອາການເຈັບຫຼັງຕໍ່າຊໍາເຮື້ອ - ສົບຕໍ່ ຜູ້ຊ່ວຍແພດ (PAs), ແພດພະຍາບານ (NPs) / ຜູ້ຊ່ຽວຊານດ້ານການພະຍາບານທາງດ້ານຄລິນິກ (CNSs) (ຕາມທີ່ໄດ້ລະບຸໄວ້ໃນ 1861(aa) (5) ຂອງກົດໝາຍ), ແລະພະນັກງານຊ່ວຍອາດຈະສະໜອງການຝັງເຂັມຖ້າພວກເຂົາຕອບສະໜອງໄດ້ທຸກເງື່ອນໄຂຂອງລັດທີ່ກ່ຽວຂ້ອງ ແລະ ມີ: • ມີລະດັບປະລິນຍາໂທ ຫຼື ປະລິນຍາເອກໃນການຝັງເຂັມ ຫຼື ຢາປົວພະຍາດແບບຕາເວັນອອກຈາກໂຮງຮຽນທີ່ໄດ້ຮັບການຮັບຮອງຈາກຄະນະກຳມະການຮັບຮອງການຝັງເຂັມ ແລະ ຢາປົວພະຍາດແບບຕາເວັນອອກ (ACAOM); ແລະ, • ໃບອະນຸຍາດປັດຈຸບັນ, ເຕັມ, ມີການເຄື່ອນໄຫວ, ແລະບໍ່ຈຳກັດໃນການປະຕິບັດການຝັງເຂັມຢູ່ໃນລັດ, ອານາເຂດ, ຫຼື ລັດ Commonwealth (ເຊັ່ນ: Puerto Rico) ຂອງສະຫະລັດ, ຫຼື District of Columbia. ພະນັກງານເສີມທີ່ໃຫ້ບໍລິການການຝັງເຂັມຕ້ອງຢູ່ພາຍໃຕ້ການດູແລທີ່ເໝາະສົມຂອງການຊີ້ນຳຂອງແພດຫມໍ, PA, ຫຼື NP/CNS ຕາມຂໍ້ບັງຄັບຂອງເຮົາທີ່ 42 CFR §§ 410.26 ແລະ 410.27.	
ການຝັງເຂັມສໍາລັບພະຍາດອື່ນໆ ແຜນຂອງພວກເຮົາກວມເອົາການບໍລິການຝັງເຂັມເພີ່ມເຕີມ (ທີ່ບໍ່ໄດ້ກວມເອົາໂດຍ Medicare) ສູງສຸດ 24 ຄັ້ງຕໍ່ປີ. ໃນກໍລະນີສ່ວນໃຫຍ່, ທ່ານຕ້ອງໃຊ້ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຕາມສັນຍາເພື່ອໄດ້ຮັບບໍລິການທີ່ຢູ່ໃຕ້ການຄຸ້ມຄອງ. ກະລຸນາຕິດຕໍ່ແຜນຂອງພວກເຮົາ ຖ້າທ່ານມີຄໍາຖາມກ່ຽວກັບວິທີນຳໃຊ້ຜົນປະໂຫຍດນີ້. ການບໍລິການຝັງເຂັມທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງປະກອບມີ: • ການກວດຄົ້ນເຈັບໃໝ່ ຫຼື ການກວດຄົ້ນເຈັບເກົ່າສໍາລັບການປະເມີນຄັ້ງທຳອິດຂອງຄົນເຈັບທີ່ມີບັນຫາສຸຂະພາບໃໝ່ ຫຼື ມີອາການກຳເຣີບຂຶ້ນມາໃໝ່ • ການກວດຄົ້ນເຈັບເກົ່າ (ພາຍໃນ 3 ປີຂອງການກວດຄັ້ງໃໝ່) • ການໄປພົບທ່ານໝໍຄັ້ງຕໍ່ໄປ—ອາດຈະກ່ຽວຂ້ອງກັບການບໍລິການຝັງເຂັມ ຫຼື ການກວດຄົ້ນໃໝ່ • ການຂໍຄວາມເຫັນຄັ້ງທີສອງຈາກຜູ້ໃຫ້ບໍລິການທີ່ແຕກຕ່າງໃນເຄືອຂ່າຍ • ບໍລິການສຸກເສີນ ແລະ ຮີບດ່ວນ ສໍາລັບການຊ່ວຍເຫຼືອໃນການຊອກຫາຜູ້ໃຫ້ບໍລິການໃນເຄືອຂ່າຍ, ທ່ານສາມາດໂທຫາຝ່າຍການບໍລິການສະມາຊິກ.	\$0 ການຊໍາລະຮ່ວມສໍາລັບການຝັງເຂັມເພີ່ມເຕີມ (ບໍ່ໄດ້ກວມເອົາໂດຍ Medicare) ແຕ່ລະຄັ້ງ.* ຕ້ອງມີການອານຸມັດລ່ວງໜ້າ.

ບົດທີ 4 ເສັ້ນສະແດງຜົນປະໂຫຍດທາງການແພດ (ອັນໃດໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ ແລະ ອັນໃດທ່ານຕ້ອງຈ່າຍ)

ບໍລິການທີ່ຢູ່ໃຕ້ການຄຸ້ມຄອງ	ສິ່ງທີ່ທ່ານຈ່າຍ
ບໍລິການລົດສຸກເສີນ ການບໍລິການລົດສຸກເສີນທີ່ຄຸ້ມຄອງ, ບໍ່ວ່າຈະເປັນກໍລະນີເຫດສຸກເສີນ ຫຼືບໍ່ແມ່ນກໍລະນີເຫດສຸກເສີນ, ລວມມີການບໍລິການລົດສຸກເສີນທາງອາກາດແບບປົກຕິດ, ແບບປົກໝູນ ແລະ ທາງບົກ, ໄປຫາສະຖານທີ່ທີ່ເໝາະສົມທີ່ສຸດທີ່ສາມາດໃຫ້ການດູແລໄດ້, ຖ້າຫາກໃຫ້ແກ່ສະມາຊິກທີ່ມີສະພາບທາງການແພດເຊິ່ງວິທີການຂົນສົ່ງອື່ນໆອາດເປັນອັນຕະລາຍຕໍ່ສຸຂະພາບຂອງບຸກຄົນນັ້ນ ຫຼືຖ້າໄດ້ຮັບອະນຸຍາດຈາກແຜນການຂອງພວກເຮົາ. ຖ້າການບໍລິການລົດສຸກເສີນທີ່ຄຸ້ມຄອງບໍ່ແມ່ນກໍລະນີເຫດສຸກເສີນ, ຄວນມີເອກະສານຢັ້ງຢືນວ່າສະພາບຂອງສະມາຊິກເປັນແບບທີ່ວິທີການຂົນສົ່ງອື່ນໆອາດເປັນອັນຕະລາຍຕໍ່ສຸຂະພາບຂອງບຸກຄົນນັ້ນ ແລະການຂົນສົ່ງໂດຍລົດສຸກເສີນແມ່ນຈຳເປັນທາງການແພດ.	\$0 ການຊຳລະຮ່ວມຕໍ່ການເດີນທາງ ຖ້ຽວດຽວສໍາລັບການບໍລິການຂົນສົ່ງຄົນເຈັບທາງບົກໂດຍ Medicare. ອາດຈະຕ້ອງມີການອະນຸຍາດລ່ວງໜ້າສໍາລັບຍົນປົກຕິດ ແລະການຂົນສົ່ງທີ່ບໍ່ສຸກເສີນ. \$0 ການຊຳລະຮ່ວມຕໍ່ການເດີນທາງ ຖ້ຽວດຽວ ສໍາລັບການບໍລິການຂົນສົ່ງຄົນເຈັບທາງອາກາດທີ່ຄຸ້ມຄອງໂດຍ Medicare. ອາດຈະຕ້ອງມີການອະນຸຍາດລ່ວງໜ້າສໍາລັບຍົນປົກຕິດ ແລະການຂົນສົ່ງທີ່ບໍ່ສຸກເສີນ. ການແບ່ງປັນຕົ້ນທຶນແມ່ນ ບໍ່ຖືກຍົກເວັ້ນ ຖ້າທ່ານເຂົ້າຮັບການດູແລຄົນເຈັບຢູ່ໃນໂຮງຫມໍ.
ການກວດຮ່າງກາຍປະຈຳປີຕາມປົກກະຕິ ການກວດຮ່າງກາຍປະຈຳປີປະກອບມີການກວດຫົວໃຈ, ປອດ, ທ້ອງ ແລະ ລະບົບປະສາດ, ພ້ອມທັງກວດຮ່າງກາຍດ້ວຍມື (ເຊັ່ນ: ຫົວ, ຄໍ ແລະ ຂາ) ແລະ ປະຫວັດການແພດ/ຄອບຄົວຢ່າງລະອຽດ, ນອກຈາກການບໍລິການທີ່ລວມຢູ່ໃນການກວດສຸຂະພາບອົງລວມປະຈຳປີ. ຕໍ່ໄປນີ້ຄືຕົວຢ່າງຂອງບໍລິການທີ່ອາດດໍາເນີນການ ຫຼື ສັງໄດ້ໃນລະຫວ່າງການກວດສອບຂອງທ່ານ: - ການວັດຕາມປົກກະຕິ (ຄວາມສູງ, ນ້ຳໜັກ, ຄວາມດັນເລືອດ) - ປະເມີນປັດໃຈຄວາມສ່ຽງສໍາລັບພະຍາດທີ່ສາມາດປ້ອງກັນໄດ້ - ກວດສອບການຕອບສະໜອງ ແລະ ສັນຍານຊີບ - ການກວດໃນຫ້ອງທົດລອງ (ຕົວຢ່າງຍ່ຽວ ແລະ ເລືອດ)	\$0 ການຊຳລະຮ່ວມສໍາລັບການກວດຮ່າງກາຍປະຈຳປີຕາມປົກກະຕິ.*

ບົດທີ 4 ເສັ້ນສະແດງຜົນປະໂຫຍດທາງການແພດ (ອັນໃດໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ ແລະ ອັນໃດທ່ານຕ້ອງຈ່າຍ)

ບໍລິການທີ່ຢູ່ໃຕ້ການຄຸ້ມຄອງ	ສິ່ງທີ່ທ່ານຈ່າຍ
 ການກວດສຸຂະພາບອົງລວມປະຈຳປີ ຖ້າທ່ານມີພາກ B ເປັນເວລາດົນກວ່າ 12 ເດືອນ, ທ່ານສາມາດໄປການກວດສຸຂະພາບອົງລວມປະຈຳປີເພື່ອພັດທະນາ ຫຼື ອັບເດດແຜນປະກັນໄພປ້ອງກັນພະຍາດສ່ວນບຸກຄົນໂດຍອີງໃສ່ສຸຂະພາບ ແລະ ປັດໃຈຄວາມສ່ຽງໃນປະຈຸບັນຂອງທ່ານ. ແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາຈະຄຸ້ມຄອງການກວດສຸຂະພາບອົງລວມປະຈຳປີຕາມແຕ່ລະປີປະຕິທິນລະຄັ້ງ. ໝາຍເຫດ: ການກວດສຸຂະພາບອົງລວມປະຈຳປີຄັ້ງທໍາອິດຂອງທ່ານບໍ່ສາມາດເກີດຂຶ້ນພາຍໃນ 12 ເດືອນຫຼັງຈາກການ ຍືນດີຕ້ອນຮັບສູ່ການກວດສຸຂະພາບເພື່ອປ້ອງກັນ Medicare. ຢ່າງໃດກໍຕາມ, ທ່ານບໍ່ຈໍາເປັນຕ້ອງເຂົ້າພົບແພດສໍາລັບການຕ້ອນຮັບເຂົ້າ Medicare ເພື່ອໃຫ້ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງການກວດສຸຂະພາບອົງລວມປະຈຳປີຫຼັງຈາກທີ່ທ່ານມີ ພາກ B ຄົບ 12 ເດືອນແລ້ວ.	ບໍ່ມີປະກັນຮ່ວມ, ການຊໍາລະຮ່ວມ, ຫຼື ຄ່າເສຍຫາຍສ່ວນທໍາອິດສໍາລັບການກວດສຸຂະພາບອົງລວມປະຈຳປີ.
 ການວັດມວນກະດູກ ສໍາລັບຜູ້ທີ່ມີຄຸນສົມບັດ (ໂດຍທົ່ວໄປແລ້ວ, ຫມາຍຄວາມວ່າຜູ້ທີ່ມີຄວາມສ່ຽງຕໍ່ການສູນເສຍກະດູກ ຫຼື ມີຄວາມສ່ຽງຕໍ່ການເປັນໂລກກະດູກພຸ່ນ), ການບໍລິການຕໍ່ໄປນີ້ແມ່ນຄຸ້ມຄອງທຸກໆ 24 ເດືອນ ຫຼາຍກວ່ານັ້ນຖ້າຈໍາເປັນທາງການແພດ: ຂັ້ນຕອນໃນການລະບຸມວນກະດູກ, ກວດຫາການສູນເສຍມວນກະດູກ, ຫຼື ກວດສອບຄຸນນະພາບຂອງກະດູກ, ລວມທັງການຕີຄວາມຜົນທາງການແພດ.	ບໍ່ມີປະກັນຮ່ວມ, ການຊໍາລະຮ່ວມ, ຫຼື ຄ່າເສຍຫາຍສ່ວນທໍາອິດສໍາລັບການວັດມວນກະດູກທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງໂດຍ Medicare.
 ການກວດມະເຮັງເຕົ້ານົມ (ມໍາໂມແກຣມ) ບໍລິການທີ່ຢູ່ໃຕ້ການຄຸ້ມຄອງປະກອບມີ: - ການກວດມໍາໂມແກຣມພື້ນຖານໜຶ່ງຄັ້ງລະຫວ່າງອາຍຸ 35 ປີ ເຖິງ 39 ປີ - ການກວດມໍາໂມແກຣມໜຶ່ງຄັ້ງທຸກໆ 12 ເດືອນສໍາລັບແມ່ຍິງທີ່ມີອາຍຸ 40 ປີຂຶ້ນໄປ - ການກວດເຕົ້ານົມທາງຄລິນິກທຸກໆ 24 ເດືອນ	ບໍ່ມີປະກັນຮ່ວມ, ການຊໍາລະຮ່ວມ, ຫຼື ຄ່າເສຍຫາຍສ່ວນທໍາອິດສໍາລັບການກວດມໍາໂມແກຣມທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ.

ບົດທີ 4 ເສັ້ນສະແດງຜົນປະໂຫຍດທາງການແພດ (ອັນໃດໄຮັບການຄຸ້ມຄອງ ແລະ ອັນໃດທ່ານຕ້ອງຈ່າຍ)

ບໍລິການທີ່ຢູ່ໃຕ້ການຄຸ້ມຄອງ	ສິ່ງທີ່ທ່ານຈ່າຍ
ບໍລິການບໍາບັດຟື້ນຟູສະພາບຫົວໃຈ ໂຄງການບໍລິການບໍາບັດຟື້ນຟູຫົວໃຈແບບຄົບວົງຈອນເຊິ່ງລວມເຖິງການອອກກຳລັງກາຍ, ການສຶກສາ ແລະ ການໃຫ້ຄໍາປຶກສາແມ່ນຄຸ້ມຄອງສໍາລັບສະມາຊິກສາມາດກົງຕາມເງື່ອນໄຂບາງຂໍ້ຂອງຄໍາສັ່ງແພດ. ແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາຍັງຄຸ້ມຄອງເອົາບັນດາໂຄງການຟື້ນຟູຫົວໃຈທີ່ເຂັ້ມງວດເຊິ່ງໂດຍທົ່ວໄປແລ້ວຈະເຂັ້ມງວດ ຫຼື ເຂັ້ມງວດກວ່າໂຄງການຟື້ນຟູຫົວໃຈ.	\$0 ການຊໍາລະຮ່ວມສໍາລັບການບໍລິການຟື້ນຟູຫົວໃຈທີ່ຄຸ້ມຄອງໂດຍ Medicare. \$0 ການຊໍາລະຮ່ວມສໍາລັບການບໍລິການຟື້ນຟູຫົວໃຈແບບເຂັ້ມຊັ້ນທີ່ຄຸ້ມຄອງໂດຍ Medicare.
 ການເຂົ້າພົບໝໍເພື່ອຫຼຸດຜ່ອນຄວາມສ່ຽງຂອງພະຍາດຫົວໃຈ (ການປິ່ນປົວພະຍາດຫົວໃຈ) ພວກເຮົາຄຸ້ມຄອງການເຂົ້າພົບແພດຫນຶ່ງຄັ້ງຕໍ່ປີກັບທ່ານໝໍຜູ້ເບິ່ງແຍງຫຼັກຂອງທ່ານເພື່ອຫຼຸດຜ່ອນຄວາມສ່ຽງຕໍ່ພະຍາດຫົວໃຈ. ໃນລະຫວ່າງການພົບແພດນີ້, ທ່ານຫມໍຂອງທ່ານອາດຈະປຶກສາຫາລືກ່ຽວກັບການນໍາໃຊ້ຢາແອດສະໄຟລິນ (ຖ້າເຫມາະສົມ), ກວດເບິ່ງຄວາມດັນເລືອດຂອງທ່ານແລະໃຫ້ຄໍາແນະນໍາເພື່ອໃຫ້ແນ່ໃຈວ່າທ່ານກິນອາຫານທີ່ມີສຸຂະພາບດີ.	ບໍ່ມີປະກັນຮ່ວມ, ການຊໍາລະຮ່ວມ, ຫຼື ຄ່າເສຍຫາຍສ່ວນທໍາອິດສໍາລັບຜົນປະໂຫຍດການປ້ອງກັນພະຍາດຫຼອດເລືອດຫົວໃຈຜ່ານການບໍາບັດພຶດຕິກຳແບບເຂັ້ມຂຶ້ນ.
 ການກວດພະຍາດພະຍາດຫຼອດເລືອດຫົວໃຈ ການກວດເລືອດເພື່ອກວດຫາພະຍາດຫຼອດເລືອດຫົວໃຈ (ຫຼື ຄວາມຜິດປົກກະຕິທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບຄວາມສ່ຽງສູງຂອງພະຍາດຫຼອດເລືອດຫົວໃຈ) ທຸກໆ 5 ປີ (60 ເດືອນ).	ບໍ່ມີປະກັນຮ່ວມ, ການຊໍາລະຮ່ວມ, ຫຼື ຄ່າເສຍຫາຍສ່ວນທໍາອິດສໍາລັບສໍາລັບການກວດພະຍາດພະຍາດຫຼອດເລືອດຫົວໃຈ ທີ່ຄຸ້ມຄອງທຸກໆ 5 ປີ.
 ການກວດມະເຮັງປາກມົດລູກ ແລະ ຊ່ອງຄອດ ບໍລິການທີ່ຢູ່ໃຕ້ການຄຸ້ມຄອງປະກອບມີ: - ສໍາລັບແມ່ຍິງທຸກຄົນ: ການກວດຄັດກອງປາດມົດລູກ ແລະ ການກວດຜັງທ້ອງແມ່ນຄຸ້ມຄອງຫນຶ່ງຄັ້ງໃນທຸກໆ 24 ເດືອນ - ຖ້າທ່ານມີຄວາມສ່ຽງສູງເປັນມະເຮັງປາກມົດລູກ ຫຼືມະເຮັງຊ່ອງຄອດ ຫຼືຢູ່ໃນໄວຈະເລີນພັນ ແລະເຄີຍມີຜົນການກວດ Pap ຜິດປົກກະຕິພາຍໃນ 3 ປີທີ່ຜ່ານມາ: ການກວດ Pap ຫນຶ່ງຄັ້ງທຸກໆ 12 ເດືອນ	ບໍ່ມີປະກັນຮ່ວມ, ການຊໍາລະຮ່ວມ, ຫຼື ຄ່າເສຍຫາຍສ່ວນທໍາອິດສໍາລັບການກວດຄັດກອງປາດມົດລູກ ແລະ ການກວດພາຍໃນ Medicare.

ບົດທີ 4 ເສັ້ນສະແດງຜົນປະໂຫຍດທາງການແພດ (ອັນໃດໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ ແລະ ອັນໃດທ່ານຕ້ອງຈ່າຍ)

ບໍລິການທີ່ຢູ່ໃຕ້ການຄຸ້ມຄອງ	ສິ່ງທີ່ທ່ານຈ່າຍ
ບໍລິການແພດກະດູກສັນຫຼັງ ບໍລິການທີ່ຢູ່ໃຕ້ການຄຸ້ມຄອງປະກອບມີ: - ການຈັດກະດູກສັນຫຼັງດ້ວຍມືເພື່ອແກ້ພາວະເຄື່ອນຫຼຸດຂອງກະດູກ ແຜນຂອງພວກເຮົາຍັງກວມເອົາການບໍລິການກາຍະບໍາບັດ (ທີ່ບໍ່ໄດ້ກວມເອົາໂດຍ Medicare) ເພີ່ມເຕີມສູງສຸດ 12 ຄັ້ງຕໍ່ປີ. ການບໍລິການກາຍະບໍາບັດເພີ່ມເຕີມ (ທີ່ບໍ່ໄດ້ກວມເອົາໂດຍ Medicare) ເພື່ອຊ່ວຍບັນເທົາອາການປວດຫຼັງ, ຄໍ ຫຼື ຂໍ້ຕ່ອງແຂນແລະຂາ ແມ່ນຈຳກັດໂດຍຄວາມຈຳເປັນທາງການແພດ. ການບໍລິການກາຍະບໍາບັດທີ່ໄດ້ຮັບ: - ການກວດເບື້ອງຕົ້ນ (ການກວດຄົນເຈັບໃໝ່ ຫຼື ຄົນເຈັບເກົ່າທີ່ມາພົບແພດເປັນຄັ້ງທຳອິດຍ້ອນບັນຫາສຸຂະພາບໃໝ່ ຫຼື ອາການກຳເລີບໃໝ່.) - ການກວດຄືນ (ການກວດຄົນເຈັບເກົ່າ, ເມື່ອຈຳເປັນຕ້ອງໄດ້ປະເມີນຜົນການປິ່ນປົວ ຫຼື ປັບປຸງວິທີການປິ່ນປົວ), ການຈັດກະດູກສັນຫຼັງ ຫຼື ຂໍ້ຕ່, ແລະ/ຫຼື ບໍລິການອື່ນໆ (ບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ອາດຈະໄດ້ຮັບໃນມື້ດຽວກັນກັບການກວດ) - ການກວດ X-ray ແລະ ຫ້ອງທົດລອງເມື່ອຖືກສັງເກດ ຫຼື ໄດ້ຮັບການບໍລິການໂດຍແພດຈັດກະດູກທີ່ຢູ່ໃນສັນຍາ. ການບໍລິການ X-ray ແລະ ຫ້ອງທົດລອງທີ່ເຮັດຢູ່ນອກເວລາກວດຂອງຄົນເຈັບໃໝ່ ຫຼື ຄົນເຈັບເກົ່າ ຈະຕ້ອງການຊຳລະຮ່ວມເປັນລາຍບຸກຄົນ. ສໍາລັບການຊ່ວຍເຫຼືອໃນການຊອກຫາຜູ້ໃຫ້ບໍລິການໃນເຄືອຂ່າຍ, ທ່ານສາມາດໂທຫາຝ່າຍການບໍລິການສະມາຊິກ. ໝາຍເຫດ: ການຄຸ້ມຄອງການບໍລິການຈັດກະດູກເປັນປົກກະຕິແມ່ນຜົນປະໂຫຍດເພີ່ມເຕີມທີ່ສະເໜີໃຫ້ໂດຍແຜນການ. ທັງ Medicare ແລະ Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) ຈະຈ່າຍສ່ວນແບ່ງການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ຂອງທ່ານ.	\$0 ການຊຳລະຮ່ວມສໍາລັບການບໍລິການຈັດຮູບຮ່າງກະດູກສັນຫຼັງ ແລະ ຂໍ້ຕ່ ທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງໂດຍ Medicare. ຕ້ອງມີການອານຸມັດລ່ວງໜ້າ. \$0 ການຊຳລະຮ່ວມສໍາລັບການໄປພົບແພດຈັດກະດູກເພີ່ມເຕີມໃນແຕ່ລະຄັ້ງ (ບໍ່ແມ່ນພາຍໃຕ້ການຄຸ້ມຄອງຂອງ Medicare)* ຕ້ອງມີການອານຸມັດລ່ວງໜ້າ.

ບົດທີ 4 ເສັ້ນສະແດງຜົນປະໂຫຍດທາງການແພດ (ອັນໃດໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ ແລະ ອັນໃດທ່ານຕ້ອງຈ່າຍ)

ບໍລິການທີ່ຢູ່ໃຕ້ການຄຸ້ມຄອງ	ສິ່ງທີ່ທ່ານຈ່າຍ
ບໍລິການຈັດການ ແລະ ຮັກສາອາການປອດຫຼັງຊໍ້າເຮື້ອ ການບໍລິການປະຈຳເດືອນທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງສໍາລັບຜູ້ທີ່ມີອາການເຈັບຊໍ້າເຮື້ອ (ອາການເຈັບຄົງທີ່ ຫຼື ເປັນຊໍ້າຄືນເປັນເວລາດົນກວ່າ 3 ເດືອນ). ການບໍລິການອາດຈະປະກອບມີການປະເມີນຄວາມປວດ, ການຄຸ້ມຄອງຢາ, ແລະ ການປະສານງານການດູແລ ແລະ ການວາງແຜນ.	ການແບ່ງປັນຄ່າໃຊ້ຈ່າຍສໍາລັບການບໍລິການນີ້ຈະແຕກຕ່າງກັນໄປຕາມແຕ່ລະການບໍລິການທີ່ໄດ້ຮັບໃນລະຫວ່າງການປິ່ນປົວ. ກະລຸນາເບິ່ງຫົວຂໍ້ “ການບໍລິການຈາກທ່ານໝໍ/ຜູ້ຊ່ຽວຊານ, ລວມທັງການໄປພົບທ່ານໝໍ” ໃນສ່ວນຕໍ່ໄປຂອງຕາຕະລາງນີ້ ເພື່ອຊາບກ່ຽວກັບຈໍານວນເງິນຄ່າໃຊ້ຈ່າຍສ່ວນຮ່ວມ ທີ່ຕ້ອງຈ່າຍສໍາລັບການໄປພົບແພດປິ່ນປົວຂັ້ນຕົ້ນ ຫຼື ຜູ້ຊ່ຽວຊານ ທີ່ຢູ່ໃນການຄຸ້ມຄອງຂອງ Medicare ເມື່ອທ່ານເຂົ້າຮັບບໍລິການເຫຼົ່ານັ້ນ.
 ການກວດມະເຮັງລໍາໄສ້ໃຫຍ່ ການກວດດັ່ງຕໍ່ໄປນີ້ແມ່ນໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ: - ການຊ່ອງກ້ອງລໍາໄສ້ໃຫຍ່ບໍ່ມີຂອບເຂດຈຳກັດອາຍຸຕໍ່າສຸດຫຼືສູງສຸດແລະຖືກຄຸ້ມຄອງໃນທຸກໆ 120 ເດືອນ (10 ປີ) ສໍາລັບຄົນເຈັບທີ່ບໍ່ມີຄວາມສ່ຽງສູງ, ຫຼືທຸກໆ 48 ເດືອນຫຼັງຈາກການກວດການຊ່ອງກ້ອງລໍາໄສ້ໃຫຍ່ປາຍທີ່ຍຶດຫຢຸນກ່ອນຫນ້າສໍາລັບຄົນເຈັບທີ່ບໍ່ມີຄວາມສ່ຽງສູງຕໍ່ການເປັນມະເຮັງລໍາໄສ້, ແລະ ທຸກໆ 24 ເດືອນສໍາລັບຄົນເຈັບທີ່ມີຄວາມສ່ຽງສູງຫຼັງຈາກການກວດຈຳສອງເມັດໃນຈຳສອງເມັດທີ່ຜ່ານມາ. - ການສ່ອງກ້ອງລໍາໄສ້ໃຫຍ່ດ້ວຍເຄື່ອງຄອມພິວເຕີສໍາລັບຄົນເຈັບທີ່ມີອາຍຸ 45 ປີຂຶ້ນໄປທີ່ບໍ່ມີຄວາມສ່ຽງສູງຕໍ່ການເປັນມະເຮັງລໍາໄສ້ໃຫຍ່ ແລະຖືກຄຸ້ມຄອງເມື່ອຜ່ານໄປຢ່າງໜ້ອຍ 59 ເດືອນຫຼັງຈາກເດືອນທີ່ມີການສ່ອງກ້ອງລໍາໄສ້ໃຫຍ່ດ້ວຍເຄື່ອງຄອມພິວເຕີຄັ້ງສຸດທ້າຍ ຫຼື 47 ເດືອນຫຼັງຈາກເດືອນທີ່ມີການສ່ອງກ້ອງລໍາໄສ້ສ່ວນປາຍທີ່ຍຶດຢຸນ ຫຼືການສ່ອງກ້ອງລໍາໄສ້ໃຫຍ່ຄັ້ງສຸດທ້າຍ. ສໍາລັບຄົນເຈັບທີ່ມີຄວາມສ່ຽງສູງຕໍ່ພະຍາດມະເຮັງລໍາໄສ້ໃຫຍ່ ແລະ ທະວານໜັກ ສາມາດຊໍາລະເງິນສໍາລັບການກວດດ້ວຍການສ່ອງກ້ອງລໍາໄສ້ໃຫຍ່ດ້ວຍເຄື່ອງຄອມພິວເຕີທີ່ດໍາເນີນການຫຼັງຈາກຜ່ານໄປຢ່າງໜ້ອຍ 23 ເດືອນນັບຈາກເດືອນທີ່ໄດ້ມີການສ່ອງກ້ອງລໍາໄສ້ໃຫຍ່ດ້ວຍເຄື່ອງຄອມພິວເຕີຄັ້ງສຸດທ້າຍ ຫຼື ການສ່ອງກ້ອງລໍາໄສ້ໃຫຍ່ຄັ້ງສຸດທ້າຍ. - ການສ່ອງກ້ອງກວດລໍາໄສ້ໃຫຍ່ສ່ວນປາຍທີ່ຍຶດຢຸນສໍາລັບຄົນເຈັບອາຍຸ 45 ປີຂຶ້ນໄປ. ທຸກໆ 120 ເດືອນສໍາລັບຄົນເຈັບທີ່ບໍ່ມີຄວາມສ່ຽງສູງຫຼັງຈາກຄົນເຈັບໄດ້ຮັບການສ່ອງກ້ອງກວດລໍາໄສ້ໃຫຍ່. ທຸກໆ 48 ເດືອນສໍາລັບຄົນເຈັບທີ່ມີຄວາມສ່ຽງສູງຈາກການກວດຈຳສອງເມັດທີ່ປ່ຽນແປງໄດ້ສຸດທ້າຍ ຫຼື ການໃຊ້ກ້ອງເບິ່ງລໍາໄສ້ໃຫຍ່ຜ່ານຄອມພິວເຕີທີ່ມີການຄິດໄລ່.	ການກວດພະຍາດມະເຮັງລໍາໄສ້ໃຫຍ່ທີ່ຄຸ້ມຄອງໂດຍ Medicare ບໍ່ມີການປະກັນຮ່ວມ, ການຊໍາລະຮ່ວມ ຫຼື ຄ່າເສຍຫາຍສ່ວນທໍາອິດ. ຖ້າແພດຂອງທ່ານກວດພົບ ແລະ ນໍາເນື່ອງອອກ ຫຼື ເນື້ອເຍື່ອອື່ນໆອອກໃນລະຫວ່າງການສ່ອງກ້ອງກວດລໍາໄສ້ໃຫຍ່ ຫຼື ການສ່ອງກ້ອງກວດລໍາໄສ້ໃຫຍ່ສ່ວນປາຍທີ່ມີຄວາມຍຶດຫຢຸນ, ການກວດຈະກາຍເປັນການກວດບັງມະຕິ ແລະ ຕ້ອງຈ່າຍ \$0 ການຊໍາລະຮ່ວມສໍາລັບການບໍລິການຂອງທ່ານຫມົດຂອງທ່ານ.

ບົດທີ 4 ເສັ້ນສະແດງຜົນປະໂຫຍດທາງການແພດ (ອັນໃດໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ ແລະ ອັນໃດທ່ານຕ້ອງຈ່າຍ)

ບໍລິການທີ່ຢູ່ໃຕ້ການຄຸ້ມຄອງ	ສິ່ງທີ່ທ່ານຈ່າຍ
 ການກວດມະເຮັງລຳໄສ້ໃຫຍ່ - ສືບຕໍ່ - ການກວດເລືອກຈາກອາໂຈມສໍາລັບຄົນເຈັບທີ່ມີອາຍຸ 45 ປີຂຶ້ນໄປ. ທຸກໆ 12 ເດືອນ. - ການກວດ DNA ອາໂຈມຫຼາກປະສົງສໍາລັບຄົນເຈັບທີ່ມີອາຍຸ 45 ຫາ 85 ປີທີ່ບໍ່ກົງຕາມເກນຜູ້ມີຄວາມສ່ຽງສູງ. ໜຶ່ງຄັ້ງທຸກໆ 3 ປີ. - ການກວດ Biomarker ໃນເລືອດສໍາລັບຄົນເຈັບທີ່ມີອາຍຸ 45 ຫາ 85 ປີທີ່ບໍ່ກົງຕາມເກນຜູ້ມີຄວາມສ່ຽງສູງ. ໜຶ່ງຄັ້ງທຸກໆ 3 ປີ. - ການກວດກວດພະຍາດມະເຮັງລຳໄສ້ໃຫຍ່ລວມມີການສ້າງກ້ອງກວດລຳໄສ້ໃຫຍ່ຫຼັງຈາກການກວດກວດພະຍາດມະເຮັງລຳໄສ້ໃຫຍ່ທີ່ຄຸ້ມຄອງໂດຍ Medicare ແບບບໍ່ຜ່າຕັດໂດຍໃຊ້ອາໂຈມກັບມາໃຫ້ເປັນຜົນບວດ. - ການກວດຫາມະເຮັງລຳໄສ້ໃຫຍ່ລວມມີການສໍາຫຼວດຈຳສອງເມັດແບບປ່ຽນແປງໄດ້ຕາມແຜນ ຫຼື ການກວດຫາຈຳສອງເມັດ, ເຊິ່ງກ່ຽວຂ້ອງກັບການກຳຈັດເນື້ອເຍື່ອ ຫຼື ວັດສະດຸອື່ນໆ, ຫຼື ຂັ້ນຕອນອື່ນໆທີ່ຈັດລຽງໃນການເຊື່ອມຕໍ່, ຫຼື ເປັນຜົນມາຈາກ, ແລະ ໃນລະຫວ່າງການໄປກວດຄລິນິກດຽວກັນກັບການກວດ.	
ບໍລິການທັນຕະກຳ ໂດຍທົ່ວໄປແລ້ວ, ການບໍລິການທັນຕະກຳເພື່ອປ້ອງກັນ (ເຊັ່ນ: ການທຳຄວາມສະອາດ, ການກວດແຂ້ວຕາມປົກກະຕິ, ແລະ X-rays ແຂ້ວ) ບໍ່ໄດ້ຄຸ້ມຄອງໂດຍ Original Medicare. ຢ່າງໃດກໍຕາມ, Medicare ຈ່າຍຄ່າບໍລິການດ້ານແຂ້ວໃນຈຳນວນຈຳກັດຂອງກໍລະນີ, ໂດຍສະເພາະເມື່ອການບໍລິການນັ້ນເປັນສ່ວນໜຶ່ງຂອງການປິ່ນປົວສະເພາະສໍາລັບ ສະພາບທາງການແພດຫຼັກ. ຕົວຢ່າງລວມທັງການສ້າງຄາງກະໄຕຄືນໃໝ່ຫຼັງຈາກກະດູກຫັກ ຫຼື ການບາດເຈັບ, ການເອົາແຂ້ວອອກໃນການກະກຽມການປິ່ນປົວລັງສີສໍາລັບມະເຮັງທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບຄາງກະໄຕ, ຫຼື ການກວດຊ່ອງປາກກ່ອນການປ່ຽນອະໄວຍະວະ. ນອກຈາກນັ້ນ, ພວກເຮົາຍັງຄຸ້ມຄອງ:	\$0 ການຊຳລະຮ່ວມສໍາລັບການບໍລິການກ່ຽວກັບແຂ້ວ ທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງຂອງ Medicare. ຕ້ອງມີການອາໂຈມັດລ່ວງໜ້າ.
ບໍລິການແຂ້ວ (i.e., ປົກກະຕິ) ເສີມ ມີເງິນອຸດໜູນຕາມຜົນປະໂຫຍດແຜນປະກັນຈຳນວນ \$3,000 ທຸກໆປີສໍາລັບການບໍລິການດ້ານທັນຕະກຳຄົບວົງຈອນທັງໝົດໃນເຄືອຂ່າຍ ແລະ ນອກເຄືອຂ່າຍ. ທ່ານຮັບຜິດຊອບຕໍ່ຈຳນວນທີ່ເກີນເງິນອຸດໜູນຕາມຜົນປະໂຫຍດແຜນ.*	

ບົດທີ 4 ເສັ້ນສະແດງຜົນປະໂຫຍດທາງການແພດ (ອັນໃດໄຮັບການຄຸ້ມຄອງ ແລະ ອັນໃດທ່ານຕ້ອງຈ່າຍ)

ບໍລິການທີ່ຢູ່ໃຕ້ການຄຸ້ມຄອງ	ສິ່ງທີ່ທ່ານຈ່າຍ
ບໍລິການທັນຕະກຳ - ສືບຕໍ່ - ການດູແລແຂ້ວເພື່ອການວິນິດໄສ ແລະ ປ້ອງກັນ (ການບໍລິການທີ່ຄຸ້ມຄອງມີດັ່ງນີ້.) - ການບໍລິການກວດວິນິດໄສທາງແຂ້ວອື່ນໆ - 1 ຄັ້ງຕໍ່ມື້ ຫາ 1 ຄັ້ງຕໍ່ປີ ແຜນການ, ຂຶ້ນກັບປະເພດຂອງການບໍລິການ. - ການບໍລິການປ້ອງກັນພະຍາດແຂ້ວອື່ນໆ - 1 ຄັ້ງຕໍ່ມື້ ຫາ 1 ຄັ້ງຕໍ່ປີ, ຂຶ້ນກັບປະເພດຂອງການບໍລິການ. - ການເບິ່ງແຍງສຸຂະພາບແຂ້ວແບບຄົບວົງຈອນ (ການບໍລິການທີ່ຄຸ້ມຄອງມີດັ່ງນີ້.) - ການບໍລິການຟື້ນຟູ - 1 ຄັ້ງຕໍ່ 1 ປີ ຫາ 7 ປີຂອງແຜນການ, ຂຶ້ນກັບປະເພດຂອງການບໍລິການ	ໃນເຄືອຍຂ່າຍ \$0 ການຊໍາລະຮ່ວມສໍາລັບບໍລິການບັງມະຕິທັນຕະກຳອື່ນໆຕໍ່ການເຂົ້າພົບແພດ.* ຕ້ອງມີການອານຸມັດລ່ວງໜ້າ. ນອກເຄືອຂ່າຍ¹ ປະກັນຮ່ວມ 25% ສໍາລັບການບໍລິການບັງມະຕິທັນຕະກຳອື່ນໆຕໍ່ການເຂົ້າພົບແພດ.* ຕ້ອງມີການອານຸມັດລ່ວງໜ້າ. ໃນເຄືອຍຂ່າຍ \$0 ການຊໍາລະຮ່ວມສໍາລັບບໍລິການທັນຕະກຳເພື່ອປ້ອງກັນອື່ນໆຕໍ່ການເຂົ້າພົບແພດ.* ຕ້ອງມີການອານຸມັດລ່ວງໜ້າ. ນອກເຄືອຂ່າຍ¹ ປະກັນຮ່ວມ 25% ສໍາລັບການບໍລິການຕະກຳເພື່ອປ້ອງກັນອື່ນໆຕໍ່ການເຂົ້າພົບແພດ.* ຕ້ອງມີການອານຸມັດລ່ວງໜ້າ. ໃນເຄືອຍຂ່າຍ \$0 ການຊໍາລະຮ່ວມສໍາລັບບໍລິການບຸລະນະແຂ້ວແຕ່ລະຄັ້ງ.* ຕ້ອງມີການອານຸມັດລ່ວງໜ້າ.

ບົດທີ 4 ເສັ້ນສະແດງຜົນປະໂຫຍດທາງການແພດ (ອັນໃດໄຮັບການຄຸ້ມຄອງ ແລະ ອັນໃດທ່ານຕ້ອງຈ່າຍ)

ບໍລິການທີ່ຢູ່ໃຕ້ການຄຸ້ມຄອງ	ສິ່ງທີ່ທ່ານຈ່າຍ
ບໍລິການທັນຕະກຳ - ສືບຕໍ່ - ທັນຕະກຳຮາກຟັນ - - ທັນຕະກຳປະຣິທັນ - - ການຜ່າຕັດຊ່ອງປາກ/ກະດູກຄາງ - 1 ຄັ້ງຕໍ່ຕະຫຼອດຊີວິດ	ນອກເຄືອຂ່າຍ^a ປະກັນຮ່ວມ 25% ສໍາລັບບໍລິການ ບຸລະນະແຂ້ວແຕ່ລະຄັ້ງ.* ຕ້ອງມີການອານຸມັດລ່ວງໜ້າ. ໃນເຄືອຂ່າຍ \$0 ການຊຳລະຮ່ວມສໍາລັບບໍລິການ ປິ່ນປົວຮາກແຂ້ວແຕ່ລະຄັ້ງ.* ຕ້ອງມີການອານຸມັດລ່ວງໜ້າ. ນອກເຄືອຂ່າຍ^a ປະກັນຮ່ວມ 25% ສໍາລັບບໍລິການ ປິ່ນປົວຮາກແຂ້ວແຕ່ລະຄັ້ງ.* ຕ້ອງມີການອານຸມັດລ່ວງໜ້າ. ໃນເຄືອຂ່າຍ \$0 ການຊຳລະຮ່ວມສໍາລັບການບໍລິ ການປະຣິທັນແຕ່ລະຄັ້ງ.* ຕ້ອງມີການອານຸມັດລ່ວງໜ້າ. ນອກເຄືອຂ່າຍ^a ປະກັນຮ່ວມ 25% ສໍາລັບການບໍລິການ ປະຣິທັນແຕ່ລະຄັ້ງ.* ຕ້ອງມີການອານຸມັດລ່ວງໜ້າ. ໃນເຄືອຂ່າຍ \$0 ການຊຳລະຮ່ວມສໍາລັບບໍລິການຜັງ ປາກຄາງກະໄຕໃບໜ້າແຕ່ລະຄັ້ງ. * ຕ້ອງ ມີການອານຸມັດລ່ວງໜ້າ. ນອກເຄືອຂ່າຍ^a ປະກັນຮ່ວມ 25% ສໍາລັບບໍລິການຜັງ ປາກຄາງກະໄຕໃບໜ້າແຕ່ລະຄັ້ງ.* ຕ້ອງມີການອານຸມັດລ່ວງໜ້າ.

ບົດທີ 4 ເສັ້ນສະແດງຜົນປະໂຫຍດທາງການແພດ (ອັນໃດໄຮັບການຄຸ້ມຄອງ ແລະ ອັນໃດທ່ານຕ້ອງຈ່າຍ)

ບໍລິການທີ່ຢູ່ໃຕ້ການຄຸ້ມຄອງ	ສິ່ງທີ່ທ່ານຈ່າຍ
ບໍລິການທັນຕະກຳ - ສືບຕໍ່ - ທັນຕະກຳປະດິດ, ແບບຕິດແໜ້ນ - - ການປອມແຂ້ວແບບຖອດໄດ້ - 1 ຄັ້ງຕໍ່ 6 ເດືອນ ຫາ 5 ປີ, ຂຶ້ນກັບປະເພດຂອງການບໍລິການ. - ການບໍລິການເສີມທົ່ວໄປ - ບໍ່ຈຳກັດຈຳນວນໃນແຕ່ລະປີ ກ່ອນທີ່ຈະໄດ້ຮັບການບໍລິການ, ສະມາຊິກໄດ້ຖືກແນະນຳໃຫ້ປຶກສາຫາລືທາງເລືອກການປິ່ນປົວຂອງພວກເຂົາກັບຜູ້ໃຫ້ບໍລິການທີ່ເຂົ້າຮ່ວມດ້ານທັນຕະແພດປະຈຳ. ການປິ່ນປົວຕ້ອງໄດ້ຮັບການເລີ່ມຕົ້ນແລະສຳເລັດໃນຂະນະທີ່ການຄຸ້ມຄອງໂດຍແຜນການໃນລະຫວ່າງປີແຜນການ.	ໃນເຄືອຂ່າຍ \$0 ການຊຳລະຮ່ວມສໍາລັບບໍລິການທັນຕະກຳປະດິດແບບຖາວອນແຕ່ລະຄັ້ງ.* ຕ້ອງມີການອານຸມັດລ່ວງໜ້າ. ນອກເຄືອຂ່າຍ" ປະກັນຮ່ວມ 25% ສໍາລັບບໍລິການທັນຕະກຳປະດິດແບບຖາວອນແຕ່ລະຄັ້ງ.* ຕ້ອງມີການອານຸມັດລ່ວງໜ້າ. ໃນເຄືອຂ່າຍ \$0 ການຊຳລະຮ່ວມສໍາລັບບໍລິການທັນຕະກຳປະດິດແບບຖອດອອກໄດ້ແຕ່ລະຄັ້ງ.* ຕ້ອງມີການອານຸມັດລ່ວງໜ້າ. ນອກເຄືອຂ່າຍ" ປະກັນຮ່ວມ 25% ສໍາລັບບໍລິການທັນຕະກຳປະດິດແບບຖອດອອກໄດ້ແຕ່ລະຄັ້ງ.* ຕ້ອງມີການອານຸມັດລ່ວງໜ້າ. ໃນເຄືອຂ່າຍ \$0 ການຊຳລະຮ່ວມສໍາລັບການບໍລິການເສີມທົ່ວໄປ.* ຕ້ອງມີການອານຸມັດລ່ວງໜ້າ. ນອກເຄືອຂ່າຍ" ປະກັນຮ່ວມ 25% ສໍາລັບການການບໍລິການເສີມທົ່ວໄປແຕ່ລະຄັ້ງ.* ຕ້ອງມີການອານຸມັດລ່ວງໜ້າ. "ຖ້າທ່ານເລືອກທີ່ຈະໄປຢ້ຽມຢາມຫມໍປົວແຂ້ວ ນອກເຄືອຂ່າຍ, ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍເກີນຂອງທ່ານອາດຈະສູງກວ່າ. ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການທັນຕະກຳນອກເຄືອຂ່າຍບໍ່ໄດ້ເຮັດສັນຍາເພື່ອຮັບເອົາການຈ່າຍເງິນຈາກແຜນການເປັນການຈ່າຍເງິນເຕັມ.

ບົດທີ 4 ເສັ້ນສະແດງຜົນປະໂຫຍດທາງການແພດ (ອັນໃດໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ ແລະ ອັນໃດທ່ານຕ້ອງຈ່າຍ)

ບໍລິການທີ່ຢູ່ໃຕ້ການຄຸ້ມຄອງ	ສິ່ງທີ່ທ່ານຈ່າຍ
ບໍລິການທັນຕະກຳ - ສືບຕໍ່ ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຂອງການບໍລິການທາງທັນຕະກຳທີ່ບໍ່ໄດ້ກວມເອົາໂດຍແຜນປະກັນແມ່ນຄວາມຮັບຜິດຊອບຂອງສະມາຊິກ. ສໍາລັບຄໍາຖາມກ່ຽວກັບວິທີການຊອກຫາຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ, ຍິ່ນຄໍາຮ້ອງຂໍ, ຫຼື ສໍາລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມໂທຫາຝ່າຍການບໍລິການສະມາຊິກ. ທ່ານສາມາດຊອກຫາຂໍ້ມູນການຄຸ້ມຄອງແຂ້ວເພີ່ມເຕີມ, ລວມທັງລາຍຊື່ລະອຽດຂອງຂັ້ນຕອນທີ່ຄຸ້ມຄອງ, ໃນລາຍລະອຽດຜົນປະໂຫຍດທາງແຂ້ວຂອງພວກເຮົາໄດ້ທີ່: go.wellcare.com/dentalbenefits-hi ໝາຍເຫດ: ການຄຸ້ມຄອງການບໍລິການທັນຕະແພດປະຈຳແມ່ນຜົນປະໂຫຍດເພີ່ມເຕີມທີ່ສະເໜີໃຫ້ໂດຍແຜນປະກັນ. ທັງ Medicare ແລະ Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) ຈະຈ່າຍສ່ວນແບ່ງການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ຂອງທ່ານ. ສະມາຊິກຍັງລົງທະບຽນຢູ່ໃນ Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) ອາດຈະມີສິດໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງຂັ້ນສອງຂອງການບໍລິການທັນຕະກຳເສີມໂດຍລັດ. ກ່ອນທີ່ຈະໄດ້ຮັບການບໍລິການທາງທັນຕະກຳ, ໃຫ້ຖາມຜູ້ໃຫ້ບໍລິການວ່າເຂົາເຈົ້າສາມາດເອີ້ນເກັບເງິນໃນໂຄງການ Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) ເປັນຜູ້ຈ່າຍເງິນສໍາຮອງໄດ້ບໍ່. ໃຫ້ແນ່ໃຈວ່າທ່ານໄດ້ສະແດງບັດປະຈຳຕົວຂອງ Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) ຂອງທ່ານໃຫ້ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການເບິ່ງ.	ຖ້າພວກເຂົາໄລ່ຄ່າບໍລິການຫຼາຍກວ່າທີ່ແຜນການຕ້ອງຈ່າຍ, ທ່ານຈະຕ້ອງໄດ້ຮັບຜິດຊອບຄ່າໃຊ້ຈ່າຍສ່ວນທີ່ເກີນແຜນນັ້ນ. ເຖິງແມ່ນວ່າຄ່າບໍລິການທີ່ມີ \$0 ການຊໍາລະຮ່ວມ.
 ການກວດຫາພະຍາດຊຶມເສົ້າ ພວກເຮົາກຸ້ມຄອງການກວດພະຍາດຊຶມເສົ້າໜຶ່ງຄັ້ງຕໍ່ປີ. ຕ້ອງດໍາເນີນການກວດພາຍໃນສະຖານຜູ້ເບິ່ງແຍງຫຼັກທີ່ສາມາດສະໜອງການປິ່ນປົວຕິດຕາມອາການ ແລະ/ ຫຼື ການອ້າງອີງ.	ບໍ່ມີປະກັນຮ່ວມ, ການຊໍາລະຮ່ວມ, ຫຼື ຄ່າເສຍຫາຍສ່ວນທຳອິດສໍາລັບການເຂົ້າກວດພະຍາດຊຶມເສົ້າປະຈຳປີ.
 ການກວດພະຍາດເບົາຫວານ ພວກເຮົາຄູ່ໂຄງການກວດນີ້ (ລວມທັງການກວດລະດັບນໍ້າຕານໃນເລືອດໃນຂະນະການອົດອາຫານ) ຖ້າທ່ານມີປັດໃຈສ່ຽງເຫຼົ່ານີ້: ຄວາມດັນສູງ (ຄວາມດັນເລືອດສູງ), ປະຫວັດລະດັບຄໍລເລສໂຕລ໌ທີ່ຜິດປົກກະຕິ ແລະ ລະດັບໄຕກຣີເຊີລາຍ (ໄຂມັນໃນເລືອກສູງ), ໂລກອ່ວນ, ຫຼື ປະຫວັດລະດັບນໍ້າຕານໃນເລືອດສູງ (ກຽໂຕສ). ການກວດຍັງອາດຈະໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງຖ້າທ່ານກົງຕາມເງື່ອນໄຂອື່ນໆ, ເຊັ່ນ: ນໍ້າຫນັກເກີນ ແລະ ມີປະຫວັດຂອງຄອບຄົວທີ່ເປັນພະຍາດເບົາຫວານ.	ບໍ່ມີປະກັນຮ່ວມ, ການຊໍາລະຮ່ວມ, ຫຼື ຄ່າເສຍຫາຍສ່ວນທຳອິດສໍາລັບການເຂົ້າພົບແພດເພື່ອກວດພະຍາດເບົາຫວານMedicare.

ບົດທີ 4 ເສັ້ນສະແດງຜົນປະໂຫຍດທາງການແພດ (ອັນໃດໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ ແລະ ອັນໃດທ່ານຕ້ອງຈ່າຍ)

ບໍລິການທີ່ຢູ່ໃຕ້ການຄຸ້ມຄອງ	ສິ່ງທີ່ທ່ານຈ່າຍ
 ການກວດພະຍາດເບົາຫວານ - ສືບຕໍ່ ທ່ານອາດຈະມີສິດໄດ້ຮັບການກວດພະຍາດເບົາຫວານໄດ້ເຖິງ 2 ຄັ້ງໃນທຸກໆ 12 ເດືອນຫຼັງຈາກວັນທີກວດພະຍາດເບົາຫວານຫຼ້າສຸດຂອງທ່ານ.	
 ການຝຶກອົບຮົມຄຸ້ມຄອງພະຍາດເບົາຫວານດ້ວຍຕົນເອງ, ການບໍລິການພະຍາດເບົາຫວານ, ແລະ ອຸປະກອນ ສໍາລັບທຸກຄົນທີ່ເປັນພະຍາດເບົາຫວານ (ຜູ້ທີ່ໃຊ້ອິນຊູລິນ ແລະ ບໍ່ໃຊ້ອິນຊູລິນ). ບໍລິການທີ່ຢູ່ໃຕ້ການຄຸ້ມຄອງປະກອບມີ: • ອຸປະກອນເພື່ອຕິດຕາມກວດກາລະດັບນ້ຳຕານໃນເລືອດຂອງທ່ານ: ເຄື່ອງກວດລະດັບນ້ຳຕານໃນເລືອດ, ແຖບກວດລະດັບນ້ຳຕານໃນເລືອດ, ອຸປະກອນເຈາະເລືອດ ແລະ ສານລະລາຍຄວບຄຸມລະດັບນ້ຳຕານໃນເລືອດ, ສໍາລັບການກວດສອບຄວາມຖືກຕ້ອງຂອງແຖບທົດສອບແລະ ການຕິດຕາມ. • ສໍາລັບຜູ້ເປັນພະຍາດເບົາຫວານທີ່ມີພະຍາດຕີນເບົາຫວານຂັ້ນຮ້າຍແຮງ: ເກີບປິ່ນປົວແບບກຳນົດເອງໜຶ່ງຄູ່ຕໍ່ປີປະຕິທິນ (ລວມທັງເກີບສຽບທີ່ໃຫ້ມາກັບເກີບ ດັ່ງກ່າວ) ແລະ ເກີບສຽບເພີ່ມເຕີມ 2 ຄູ່, ຫຼື ເກີບເລິກໜຶ່ງຄູ່ ແລະ ເກີບສຽບ 3 ຄູ່ (ບໍ່ລວມເກີບສຽບທີ່ຖອດອອກໄດ້ທີ່ບໍ່ໄດ້ກຳນົດເອງທີ່ໃຫ້ມາກັບເກີບດັ່ງກ່າວ). ການຄຸ້ມຄອງປະກອບມີການປະຂະໜາດ. • ການຝຶກອົບຮົມຄຸ້ມຄອງພະຍາດເບົາຫວານດ້ວຍຕົນເອງໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງສະເພາະບາງກໍລະນີ. Accu-Chek Guide™ ແລະ True Metrix™ ຜະລິດຕະພັນໂດຍ Lifescan ແມ່ນອຸປະກອນກວດພະຍາດເບົາຫວານທີ່ແນະນຳຂອງພວກເຮົາ (ເຄື່ອງວັດແທກນ້ຳຕານໃນເລືອດ ແລະ ແຖບທົດສອບ). ເພື່ອຮັບເອົາຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບອຸປະກອນທີ່ຢູ່ໃນລາຍການເຄື່ອງກວດພະຍາດເບົາຫວານທີ່ຕ້ອງການ, ກະລຸນາຕິດຕໍ່ຝ່າຍການບໍລິການສະມາຊິກ. ຖ້າທ່ານໃຊ້ອຸປະກອນກວດພະຍາດເບົາຫວານທີ່ບໍ່ມັກໂດຍແຜນ, ເວົ້າກັບຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງທ່ານເພື່ອຂໍໃບສັງແພດໃຫມ່ຫຼືເພື່ອຮ້ອງຂໍການອານຸມັດລ່ວງໜ້າສໍາລັບເຄື່ອງກວດລະດັບນ້ຳຕານໃນເລືອດທີ່ບໍ່ຕ້ອງການ ແລະ ແຖບທົດສອບ.	\$0 ການຊໍາລະຮ່ວມສໍາລັບອຸປະກອນກວດຕິດຕາມພະຍາດເບົາຫວານ ທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງໂດຍ Medicare. ຕ້ອງມີການອານຸມັດລ່ວງໜ້າ. ຢ່າງໃດກໍຕາມ, ທ່ານອາດຈະຍັງຕ້ອງຈ່າຍສູງເຖິງ 20% ຂອງຈໍານວນສໍາລັບຜະລິດຕະພັນ ຊຶ່ງ Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) ບໍ່ຄຸ້ມຄອງ. \$0 ການຊໍາລະຮ່ວມສໍາລັບເກີບ ຫຼື ເກີບສຽບປິ່ນປົວທີ່ຄຸ້ມຄອງໂດຍ Medicare ສໍາລັບຜູ້ເປັນພະຍາດເບົາຫວານທີ່ມີພະຍາດຕີນເບົາຫວານຂັ້ນຮ້າຍແຮງ. ຕ້ອງມີການອານຸມັດລ່ວງໜ້າ. ຢ່າງໃດກໍຕາມ, ທ່ານອາດຈະຍັງຕ້ອງຈ່າຍສູງເຖິງ 20% ຂອງຈໍານວນສໍາລັບຜະລິດຕະພັນ ຊຶ່ງ Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) ບໍ່ຄຸ້ມຄອງ. \$0 ການຊໍາລະຮ່ວມສໍາລັບການຝຶກອົບຮົມຄຸ້ມຄອງພະຍາດເບົາຫວານດ້ວຍຕົນເອງ ທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງໂດຍ Medicare. ຢ່າງໃດກໍຕາມ, ທ່ານອາດຈະຍັງຕ້ອງຈ່າຍສູງເຖິງ 20% ຂອງຈໍານວນສໍາລັບຜະລິດຕະພັນ ຊຶ່ງ Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) ບໍ່ຄຸ້ມຄອງ.

ບົດທີ 4 ເສັ້ນສະແດງຜົນປະໂຫຍດທາງການແພດ (ອັນໃດໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ ແລະ ອັນໃດທ່ານຕ້ອງຈ່າຍ)

ບໍລິການທີ່ຢູ່ໃຕ້ການຄຸ້ມຄອງ	ສິ່ງທີ່ທ່ານຈ່າຍ
 ການຝຶກອົບຮົມຄຸ້ມຄອງພະຍາດເບົາຫວານດ້ວຍຕົນເອງ, ການບໍລິການພະຍາດເບົາຫວານ, ແລະ ອຸປະກອນ - ສືບຕໍ່ ຖ້າທ່ານໃຊ້ອຸປະກອນກວດພະຍາດເບົາຫວານທີ່ບໍ່ມັກໂດຍແຜນ, ເວົ້າກັບຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງທ່ານເພື່ອຂໍໃບສັງເກດໃຫມ່ຫຼືເພື່ອຮ້ອງຂໍການອານຸມັດລ່ວງໜ້າສໍາລັບເຄື່ອງກວດລະດັບນ້ຳຕານໃນເລືອດທີ່ບໍ່ຕ້ອງການ ແລະ ແຖບທົດສອບ. ອຸປະກອນການແພດທີ່ທົນທານ (DME) ແລະ ອຸປະກອນອື່ນໆທີ່ກ່ຽວຂ້ອງ (ສໍາລັບຄໍານິຍາມຂອງອຸປະກອນການແພດທີ່ທົນທານ, ໄປທີ່ບົດທີ 12 ແລະບົດທີ 3) ລາຍການທີ່ຄຸ້ມຄອງລວມມີ, ແຕ່ບໍ່ຈຳກັດຢູ່ທີ່, ລີ້ຍູ້, ໄມ້ຄໍ້າ, ລະບົບທຶນອນທີ່ໃຊ້ພະລັງງານ, ອຸປະກອນສໍາລັບພະຍາດເບົາຫວານ, ຕຽນອນໂຮງໝໍທີ່ສັງໂດຍຜູ້ໃຫ້ບໍລິການເພື່ອໃຊ້ໃນເຮືອນ, ປ້າສິດ IV, ອຸປະກອນສ້າງສຽງເວົ້າ, ອຸປະກອນອັກຊີແຊນ, ເຄື່ອງພົ້ນຢາ ແລະເຄື່ອງຊ່ວຍຢ່າງ. ພວກເຮົາຄຸ້ມຄອງ DME ທີ່ຈຳເປັນທາງການແພດທັງໝົດທີ່ຄຸ້ມຄອງໂດຍ Original Medicare. ຖ້າຜູ້ສະໜອງຂອງພວກເຮົາໃນພື້ນທີ່ຂອງທ່ານບໍ່ມີຢູ່ທີ່ ຫຼືຜູ້ຜະລິດສະເພາະ, ທ່ານສາມາດຂໍໃຫ້ພວກເຂົາສັ່ງພິເສດໃຫ້ທ່ານໄດ້. ລາຍຊື່ລ່າສຸດຂອງຜູ້ຈັດຫາຢູ່ໃນເວັບໄຊຂອງພວກເຮົາຢູ່ທີ່ go.wellcare.com/2026providerdirectories.	ການຊໍາລະຮ່ວມ \$0 ສໍາລັບອຸປະກອນການແພດແບບທົນທານທີ່ຄອບຄຸມໂດຍ Medicare. ຕ້ອງມີການອານຸມັດລ່ວງໜ້າ. \$0 ການຊໍາລະຮ່ວມສໍາລັບອຸປະກອນການແພດທີ່ຄອບຄຸມໂດຍ Medicare. ຕ້ອງມີການອານຸມັດລ່ວງໜ້າ. ການແບ່ງປັນຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຂອງທ່ານສໍາລັບການຄຸ້ມຄອງອຸປະກອນອັກຊີຂອງ Medicare ແມ່ນ ການຊໍາລະຮ່ວມ \$0 ທຸກໆ 36 ເດືອນ. ການແບ່ງປັນຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຂອງທ່ານຈະບໍ່ມີການປ່ຽນແປງຫຼັງຈາກທີ່ທ່ານໄດ້ລົງທະບຽນເປັນເວລາ 36 ເດືອນ. ຖ້າທ່ານໄດ້ຈ່າຍຄ່າເຊົ່າຄຸ້ມຄອງອຸປະກອນອັກຊີແຊນຄົບ 36 ເດືອນ ກ່ອນທີ່ທ່ານຈະລົງທະບຽນໃນແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາ, ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍສ່ວນຮ່ວມຂອງທ່ານໃນແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາແມ່ນ ການຊໍາລະຮ່ວມ \$0.
ການເບິ່ງແຍງສຸກເສີນ ການເບິ່ງແຍງສຸກເສີນໝາຍເຖິງບໍລິການທີ່: - ຈັດສັນໃຫ້ໂດຍຜູ້ໃຫ້ບໍລິການທີ່ມີຄຸນະສົມບັດໃນການໃຫ້ບໍລິການເຫດສຸກເສີນ - ຕ້ອງປະເມີນ ຫຼື ຄວບຄຸມສະພາບທາງການແພດສຸກເສີນໄດ້.	\$0 ການຊໍາລະຮ່ວມສໍາລັບການໄປຢ້ຽມຢາມຫ້ອງສຸກເສີນທີ່ຄອບຄຸມໂດຍ Medicare.

ບົດທີ 4 ເສັ້ນສະແດງຜົນປະໂຫຍດທາງການແພດ (ອັນໃດໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ ແລະ ອັນໃດທ່ານຕ້ອງຈ່າຍ)

ບໍລິການທີ່ຢູ່ໃຕ້ການຄຸ້ມຄອງ	ສິ່ງທີ່ທ່ານຈ່າຍ
ການເບິ່ງແຍງສຸກເສີນ - ສິບຕໍ່ ເຫດສຸກເສີນທາງການແພດແມ່ນເວລາທີ່ທ່ານ, ຫຼື ບຸກຄົນທົ່ວໄປທີ່ມີຄວາມຮູ້ໂດຍສະເລ່ຍກ່ຽວກັບສຸຂະພາບ ແລະ ການແພດ, ເຊື່ອວ່າທ່ານມີອາການທາງການແພດທີ່ຕ້ອງການການເອົາໃຈໃສ່ທາງການແພດຢ່າງຮີບດ່ວນເພື່ອປ້ອງກັນການສູນເສຍຊີວິດ (ແລະ ຖ້າທ່ານເປັນແມ່ຍິງຖືພາ, ການສູນເສຍລູກໃນທ້ອງ), ການສູນເສຍແຂນຂາ, ຫຼື ການສູນເສຍການທໍາງານຂອງແຂນຂາ. ອາການທາງການແພດອາດຈະເປັນພະຍາດ, ການບາດເຈັບ, ການເຈັບປວດຮ້າຍແຮງ, ຫຼື ສະພາບທາງການແພດທີ່ຮ້າຍແຮງຂຶ້ນຢ່າງໄວວາ. ການແບ່ງປັນຄ່າໃຊ້ຈ່າຍສໍາລັບການບໍລິການເຫດສຸກເສີນທີ່ຈໍາເປັນທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບນອກເຄືອຂ່າຍແມ່ນຄືກັນກັບເວລາທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ຢູ່ໃນເຄືອຂ່າຍ. ບໍລິການເຫດສຸກເສີນນອກສະຫາລັດອາເມຣິກາກໍໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ.	ຖ້າທ່ານໄດ້ຮັບການເບິ່ງແຍງສຸກເສີນຢູ່ໂຮງໝໍນອກເຄືອຂ່າຍ ແລະ ຕ້ອງການເຂົ້າປິ່ນປົວໃນໂຮງໝໍ ພາຍຫຼັງທີ່ອາການເຫດສຸກເສີນຂອງທ່ານຄົງທີ່ແລ້ວ, ທ່ານຕ້ອງຍ້າຍໄປໂຮງໝໍໃນເຄືອຂ່າຍ ເພື່ອໃຫ້ການປິ່ນປົວຂອງທ່ານໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງຢ່າງຕໍ່ເນື່ອງ, ຫຼື ທ່ານຕ້ອງໄດ້ຮັບການອະນຸຍາດຈາກແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາເພື່ອສືບຕໍ່ການປິ່ນປົວຢູ່ໂຮງໝໍນອກເຄືອຂ່າຍ, ແລະ ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍສ່ວນຮ່ວມຂອງທ່ານກໍຈະເທົ່າກັບຈໍານວນທີ່ທ່ານຕ້ອງຈ່າຍໃຫ້ກັບໂຮງໝໍໃນເຄືອຂ່າຍ. ການຊໍາລະຮ່ວມ \$115 ສໍາລັບການບໍລິການເຫດສຸກເສີນນອກສະຫະລັດ.* ທ່ານຈະຈ່າຍຄ່າທໍານຽມນີ້ເຖິງແມ່ນວ່າທ່ານຈະຖືກຮັບເຂົ້າໂຮງໝໍພາຍໃນ 24 ຊົ່ວໂມງສໍາລັບສະພາບການດຽວກັນ. ທ່ານໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງເຖິງ \$50,000 ທຸກໆປີສໍາລັບການບໍລິການເຫດສຸກເສີນ ຫຼື ບໍລິການຈໍາເປັນສຸກເສີນຢູ່ນອກສະຫະລັດ.
 ໂຄງການການສຶກສາສຸຂະພາບ ແລະ ການເປັນຢູ່ທີ່ດີ ສາຍຄໍາແນະນໍາຈາກນາຍໝໍ ຄໍາແນະນໍາການພະຍາບານທາງໂທລະສັບຟຣີຈາກພະຍາບານວິຊາຊີບທີ່ໄດ້ຮັບການຝຶກອົບຮົມ ແລະ ໃບອະນຸຍາດ. ສາຍຄໍາແນະນໍາຈາກນາຍໝໍພ້ອມໃຫ້ບໍລິການ 24 ຊົ່ວໂມງຕໍ່ມື້, 7 ມື້ຕໍ່ອາທິດສໍາລັບການຊ່ວຍເຫຼືອຄໍາຖາມທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບສຸຂະພາບ. ທ່ານສາມາດຕໍ່ສາຍຄໍາແນະນໍາຈາກນາຍໝໍໂດຍການໂທຫາຝ່າຍການບໍລິການສະມາຊິກເພື່ອໂອນສາຍໄປຫາສາຍຄໍາແນະນໍາຈາກນາຍໝໍ.	\$0 ການຊໍາລະຮ່ວມສໍາລັບສາຍຄໍາແນະນໍາຈາກນາຍໝໍ.*

ບົດທີ 4 ເສັ້ນສະແດງຜົນປະໂຫຍດທາງການແພດ (ອັນໃດໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ ແລະ ອັນໃດທ່ານຕ້ອງຈ່າຍ)

ບໍລິການທີ່ຢູ່ໃຕ້ການຄຸ້ມຄອງ	ສິ່ງທີ່ທ່ານຈ່າຍ
 ໂຄງການການສຶກສາສຸຂະພາບ ແລະ ການເປັນຢູ່ທີ່ດີ - ສືບຕໍ່ ຜົນປະໂຫຍດຂອງການອອກກຳລັງກາຍ ແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາສະໜອງໂຄງການອອກກຳລັງກາຍທີ່ທ່ານສາມາດເຂົ້າເຖິງສູນອອກກຳລັງກາຍໄດ້ທົ່ວປະເທດ. ເພື່ອຊ່ວຍສົ່ງເສີມຊີວິດທີ່ມີການເຄື່ອນໄຫວ ແລະ ມີສຸຂະພາບທີ່ດີ, ທ່ານສາມາດເຂົ້າເຖິງບໍລິການຕໍ່ໄປນີ້ໂດຍບໍ່ມີຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ: - ການເປັນສະມາຊິກສູນພິດເນສ: ເລືອກຈາກສູນອອກກຳລັງກາຍຈຳນວນໜຶ່ງທີ່ເຂົ້າຮ່ວມໃນເຄືອຂ່າຍອອກກຳລັງກາຍ. ສະມາຊິກໄດ້ຮັບການເຂົ້າເຖິງສະໂມສອນອອກກຳລັງກາຍມາດຕະຖານ ຫຼື ສະຕູດີໂອອອກກຳລັງກາຍ, ລວມທັງຫ້ອງຮຽນອອກກຳລັງກາຍເປັນກຸ່ມ. ທ່ານສາມາດເຂົ້າເຖິງຫນຶ່ງຫຼາຍ ຫ້ອງອອກກຳລັງກາຍພາຍໃນເຄືອຂ່າຍອອກກຳລັງກາຍ. - ຊຸດເຄື່ອງມືອອກກຳລັງກາຍຢູ່ບ້ານ: ທ່ານສາມາດເລືອກຊຸດເຄື່ອງມືອອກກຳລັງກາຍຢູ່ບ້ານໄດ້ຫຼາກຫຼາຍລວມເຖິງອຸປະກອນຕິດຕາມການອອກກຳລັງກາຍແບບສວມໃສ່. ທ່ານສາມາດຮັບໄດ້ເຖິງ 1 ຊຸດອອກກຳລັງກາຍຕໍ່ປີທີ່ໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດ - ໂຄງການອອກກຳລັງກາຍດິຈິຕໍລ: ເລືອກເບິ່ງວິດີໂອຫຼາຍພັນຄົບກ່ຽວກັບການອອກກຳລັງກາຍຕາມຄວາມຕ້ອງການຂອງທ່ານຜ່ານຫ້ອງສະໝຸດດິຈິຕອລ 1:1 ໂຄງການຝຶກອົບຮົມວິທີການຊີວິດ - ພະສະໂມສອນສຸຂະພາບ: ພົບກັບແຫຼ່ງຂໍ້ມູນທີ່ເໝາະສົມກັບຄວາມສົນໃຈ ແລະ ເປົ້າໝາຍຂອງທ່ານເຊັ່ນ ບົດຄວາມ, ວິດີໂອ, ແລະ ຫ້ອງຮຽນແບບຖ່າຍທອດສົດ ແລະ ກິດຈະກຳ ສໍາລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບຜົນປະໂຫຍດການອອກກຳລັງກາຍ, ກະລຸນາໂທຫາຝ່າຍການບໍລິການສະມາຊິກ.	\$0 ການຊໍາລະຮ່ວມສໍາລັບຜົນປະໂຫຍດຂອງການອອກກຳລັງກາຍ.*
ບໍລິການດ້ານການໄດ້ຍິນ: ການປະເມີນຜົນການໄດ້ຍິນ ແລະ ຊົງຕົວທີ່ປະຕິບັດໂດຍຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງທ່ານ ເພື່ອກຳນົດວ່າທ່ານຕ້ອງການການປິ່ນປົວທາງການແພດແບບໃດນັ້ນ ແມ່ນໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງໃນຖານະເປັນການດູແລຄົນເຈັບບອກໃນເວລາທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບມັນຈາກແພດ, ຜູ້ຊ່ຽວຊານດ້ານສຽງ, ຫຼື ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການທີ່ມີຄຸນນະສົມບັດຄົນອື່ນໆ.	\$0 ການຊໍາລະຮ່ວມສໍາລັບການກວດການໄດ້ຍິນ ທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງຂອງ Medicare. ຕ້ອງມີການອານຸມັດລ່ວງໜ້າ.

ບົດທີ 4 ເສັ້ນສະແດງຜົນປະໂຫຍດທາງການແພດ (ອັນໃດໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ ແລະ ອັນໃດທ່ານຕ້ອງຈ່າຍ)

ບໍລິການທີ່ຢູ່ໃຕ້ການຄຸ້ມຄອງ	ສິ່ງທີ່ທ່ານຈ່າຍ
ບໍລິການດ້ານການໄດ້ຍິນ: - ສືບຕໍ່ ແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາຍັງຄຸ້ມຄອງການບໍລິການເສີມດ້ານການໄດ້ຍິນ (ເຊັ່ນ: ປະຈຳວັນ) ຕໍ່ໄປນີ້: - ການກວດການໄດ້ຍິນຕາມປົກກະຕິປີລະ 1 ຄັ້ງ. - ການກວດວັດ ແລະ ປະເມີນເຄື່ອງຊ່ວຍຟັງປີລະ 1 ຄັ້ງ. - ເຄື່ອງຊ່ວຍຟັງແບບບໍ່ໄດ້ຟັງ 1 ອັນສູງສຸດ \$500 ຕໍ່ທູໃນແຕ່ລະປີ. ຈຳກັດ 2 ເຄື່ອງຊ່ວຍຟັງແບບບໍ່ໄດ້ຟັງທຸກໆປີ. ຜົນປະໂຫຍດລວມມີປະກັນການສູນເສຍໄລຍະ 3 ປີ, ແລະ ປະກັນຄວາມເສຍຫາຍ 1 ປີ ພ້ອມການຂໍຮັບແບັດເຕີຣີເພີ່ມ. ຄ່າເຄື່ອງຊ່ວຍຟັງໃດໆທີ່ເກີນຜົນປະໂຫຍດສູງສຸດຂ້າງເທິງແມ່ນຄວາມຮັບຜິດຊອບຂອງເຈົ້າ. ຂີດໝາຍການຟັງສຽງກ່ຽວກັບຄວາມໝັ້ນຄົງຂອງພັກລັດ. ການບໍລິການໄດ້ຍິນແບບປົກກະຕິຈະຕ້ອງໄດ້ຮັບຈາກຜູ້ໃຫ້ບໍລິການທີ່ເຂົ້າຮ່ວມພາຍໃນເຄືອຂ່າຍຜູ້ຂາຍເພື່ອຈະໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດການໄດ້ສວນຢ່າງເຕັມທີ່ຕາມແຜນ. ສໍາລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບຜູ້ຂາຍຟັງຂອງທ່ານ, ຂໍ້ມູນການຕິດຕໍ່ ແລະ ຜົນປະໂຫຍດ, ກະລຸນາໂທຫາຝ່າຍການບໍລິການສະມາຊິກ. ໝາຍເຫດ: ການຄຸ້ມຄອງການບໍລິການຟັງເປັນປົກກະຕິແມ່ນຜົນປະໂຫຍດເພີ່ມເຕີມທີ່ສະເໜີໃຫ້ໂດຍແຜນການ. ທັງ Medicare ແລະ Hawaii ໂຄງການ Med-QUEST (Medicaid) ຈະຈ່າຍສ່ວນແບ່ງການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ຂອງທ່ານ.	\$0 ການຊຳລະຮ່ວມສໍາລັບການກວດການໄດ້ຍິນປົກກະຕິ 1 ຄັ້ງຕໍ່ປີ.* ຕ້ອງມີການອານຸມັດລ່ວງໜ້າ. ການຊຳລະຮ່ວມ \$0 ສໍາລັບການກວດວັດ ແລະ ປະເມີນເຄື່ອງຊ່ວຍຟັງປີລະ 1 ຄັ້ງ.* ຕ້ອງມີການອານຸມັດລ່ວງໜ້າ. ການຊຳລະຮ່ວມ \$0 ເຄື່ອງຊ່ວຍຟັງປີລະ 2 ຄັ້ງ.* ຕ້ອງມີການອານຸມັດລ່ວງໜ້າ.
 ການກວດຫາເຊື້ອ HIV ສໍາລັບຜູ້ທີ່ຮ້ອງຂໍໃຫ້ມີການກວດກວດ HIV ທີ່ມີຄວາມສ່ຽງຕໍ່ການຕິດເຊື້ອ HIV, ພວກເຮົາກວມເອົາ: - ການກວດໜຶ່ງຄັ້ງທຸກໆ 12 ເດືອນ. ຖ້າທ່ານຖືພາ, ພວກເຮົາກວມເອົາ: - ກວດເຖິງ 3 ຄັ້ງໃນລະຫວ່າງການຖືພາ.	ບໍ່ມີການປະກັນຮ່ວມ, ການຊຳລະຮ່ວມ, ຫຼື ຄ່າເສຍຫາຍສ່ວນທຳອິດສໍາລັບສະມາຊິກທີ່ມີສິດໄດ້ຮັບການກວດປ້ອງກັນ HIV ທີ່ຄຸ້ມຄອງໂດຍ Medicare.

ບົດທີ 4 ເສັ້ນສະແດງຜົນປະໂຫຍດທາງການແພດ (ອັນໃດໄຮັບການຄຸ້ມຄອງ ແລະ ອັນໃດທ່ານຕ້ອງຈ່າຍ)

ບໍລິການທີ່ຢູ່ໃຕ້ການຄຸ້ມຄອງ	ສິ່ງທີ່ທ່ານຈ່າຍ
ການເບິ່ງແຍງຈາກໜ່ວຍບໍລິການສຸຂະພາບຢູ່ບ້ານ ກ່ອນທີ່ທ່ານຈະໄດ້ຮັບການບໍລິການສຸຂະພາບຢູ່ເຮືອນ, ທ່ານໝໍຕ້ອງຢັ້ງຢືນວ່າທ່ານຕ້ອງການການບໍລິການສຸຂະພາບຢູ່ເຮືອນ ແລະຈະສົ່ງໃຫ້ການບໍລິການສຸຂະພາບບ້ານສະໜອງໃຫ້ໂດຍອົງການອະນາໄມບ້ານ. ທ່ານຕ້ອງກັບບ້ານ, ຊຶ່ງຫມາຍຄວາມວ່າການອອກຈາກເຮືອນແມ່ນຄວາມພະຍາຍາມທີ່ສໍາຄັນ. ບໍລິການທີ່ຄອບຄຸມ, ແຕ່ບໍ່ຈໍາກັດຢູ່: - ການບໍລິການພະຍາບານທີ່ມີທັກສະແບບນອກເວລາ ຫຼື ເປັນບາງຄັ້ງຄາວ ແລະ ຜູ້ຊ່ວຍດ້ານການແພດປະຈຳບ້ານໃນບ້ານ (ເພື່ອຄອບຄຸມພາຍໃຕ້ຜົນປະໂຫຍດການດູແລສຸຂະພາບໃນບ້ານຂອງທ່ານ, ການບໍລິການພະຍາບານທີ່ມີທັກສະ ແລະ ຜູ້ຊ່ວຍດ້ານການແພດປະຈຳບ້ານໃນບ້ານ ຕ້ອງລວມທັງໝົດໜ້ອຍກວ່າ 8 ຊົ່ວໂມງຕໍ່ມື້ ແລະ 35 ຊົ່ວໂມງຕໍ່ອາທິດ) - ກາຍະພາບບໍາບັດ, ກາຍະພາບບໍາບັດ ແລະ ບໍາບັດການເວົ້າ - ບໍລິການທາງການແພດ ແລະ ສັງຄົມ - ອຸປະກອນທາງການແພດ ແລະ ການສະໜອງຕ່າງໆ	ການຊໍາລະຮ່ວມ \$0 ສໍາລັບແຕ່ລະຄັ້ງ ການເບິ່ງແຍງຈາກໜ່ວຍບໍລິການສຸຂະພາບຢູ່ບ້ານທີ່ຄອບຄຸມໂດຍ Medicare. ຕ້ອງມີການອານຸມັດລ່ວງໜ້າ.
ການບໍາບັດຢູ່ເຮືອນ ການບໍາບັດຢູ່ເຮືອນແມ່ນການໃຫ້ຢາ ຫຼື ສານຊີວະພາບທາງເສັ້ນເລືອດ ຫຼື ໃຕ້ຜິວໜັງຂອງຄົນເຈັບຢູ່ບ້ານ. ສ່ວນປະກອບທີ່ຈໍາເປັນໃນການສິດສານເຂົ້າທາງເສັ້ນເລືອກທີ່ບ້ານໄດ້ແກ່ຢາ (ເຊັ່ນຢາຕ້ານເຊື້ອ, ສານພູມຕ່ານທານໂກຣບູລິນ), ອຸປະກອນ (ຕົວຢ່າງ, ເຄື່ອງສູບນໍ້າ), ແລະ ອຸປະກອນ (ຕົວຢ່າງ, ທໍ່ແລະ ສາຍສວນ). ບໍລິການທີ່ຄອບຄຸມ, ແຕ່ບໍ່ຈໍາກັດຢູ່: - ການບໍລິການດ້ານວິຊາຊີບ, ລວມທັງການບໍລິການພະຍາບານ, ໄດ້ໃຫ້ສອດຄ່ອງກັບແຜນການດູແລຂອງພວກເຮົາ - ການຝຶກອົບຮົມຄົນເຈັບແລະການສຶກສາບໍ່ໄດ້ກວມເອົາຢ່າງອື່ນພາຍໃຕ້ຜົນປະໂຫຍດອຸປະກອນການແພດທີ່ທົນທານ	\$0 ການຊໍາລະຮ່ວມສໍາລັບການບໍລິການຈາກຜູ້ໃຫ້ບໍລິການການເບິ່ງແຍງຫຼັກ (PCP), ລວມທັງການບໍລິການພະຍາບານ, ການຝຶກອົບຮົມ ແລະ ການສຶກສາ, ການບໍລິການຕິດຕາມທາງໄກ ແລະ ການບໍລິການຕິດຕາມ. ການຊໍາລະຮ່ວມ \$0 ສໍາລັບການບໍລິການວິຊາຊີບຈາກຜູ້ຊ່ຽວຊານ, ລວມທັງການບໍລິການພະຍາບານ, ການຝຶກອົບຮົມ ແລະ ການສຶກສາ, ການບໍລິການຕິດຕາມ

ບົດທີ 4 ເສັ້ນສະແດງຜົນປະໂຫຍດທາງການແພດ (ອັນໃດໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ ແລະ ອັນໃດທ່ານຕ້ອງຈ່າຍ)

ບໍລິການທີ່ຢູ່ໃຕ້ການຄຸ້ມຄອງ	ສິ່ງທີ່ທ່ານຈ່າຍ
ການບໍາບັດຢູ່ເຮືອນ - ສືບຕໍ່ - ການຕິດຕາມທາງໄກ - ການບໍລິການຕິດຕາມການສະໜອງການການບໍາບັດຢູ່ເຮືອນ ແລະ ຢ່າໂດຍຜູ້ສະໜອງການບໍາບັດຢູ່ເຮືອນທີ່ມີຄຸນວຸດທິ	ການຕິດຕາມ ແລະ ການບໍລິການການຕິດຕາມ. ອາດຈຳເປັນຕ້ອງມີການອະນຸມັດລ່ວງໜ້າ. ອຸປະກອນ ແລະ ການສະໜອງການບໍາບັດຢູ່ເຮືອນແມ່ນຄຸ້ມຄອງພາຍໃຕ້ຜົນປະໂຫຍດອຸປະກອນການແພດທີ່ທົນທານ (DME) ຂອງທ່ານ. ກະລຸນາເບິ່ງ "ອຸປະກອນການແພດທີ່ທົນທານ (DME) ແລະ ອຸປະກອນທີ່ກ່ຽວຂ້ອງ" ສໍາລັບຂໍ້ມູນການແບ່ງປັນຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ. ຢາການບໍາບັດຢູ່ເຮືອນໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງພາຍໃຕ້ ຜົນປະໂຫຍດຢາຕາມໃບສັງແພດ Medicare Part B. ກະລຸນາເບິ່ງ “ຢາຕາມໃບສັງແພດ Medicare Part B” ສໍາລັບຂໍ້ມູນການແບ່ງປັນຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ.
ການເບິ່ງແຍງຄົນເຈັບໄລຍະສຸດທ້າຍ ທ່ານມີສິດໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດຂອງການດູແລຄົນເຈັບໄລຍະສຸດທ້າຍ ເມື່ອທ່ານໝໍຂອງທ່ານ ແລະ ຜູ້ອໍານວຍການແພດຂອງການດູແລຄົນເຈັບໄລຍະສຸດທ້າຍ ໄດ້ໃຫ້ການວິນິດໄສໄລຍະສຸດທ້າຍທີ່ຢືນຢັນວ່າທ່ານເປັນພະຍາດໄລຍະສຸດທ້າຍ ແລະ ມີເວລາ 6 ເດືອນ ຫຼື ໜ້ອຍກວ່ານັ້ນທີ່ຈະມີຊີວິດຢູ່ ຖ້າພະຍາດຂອງທ່ານດໍາເນີນໄປຕາມປົກກະຕິ. ທ່ານສາມາດຮັບການດູແລຈາກໂຄງການສະຖານດູແລຄົນເຈັບທີ່ໄດ້ຮັບໃບອານຸຍາດ Medicare ໃດກໍໄດ້. ແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາມີພັນທະທີ່ຈະຊ່ວຍທ່ານຊອກຫາໂຄງການສະຖານດູແລຄົນເຈັບທີ່ໄດ້ຮັບໃບອານຸຍາດ Medicare ໃນຂອບເຂດບໍລິການຂອງແຜນຂອງພວກເຮົາ, ລວມທັງໂຄງການທີ່ພວກເຮົາເປັນເຈົ້າຂອງ, ຄວບຄຸມ, ຫຼືມີຄວາມສົນໃຈທາງດ້ານການເງິນ. ທ່ານໝໍໂຮງໝໍຂອງທ່ານສາມາດເປັນຜູ້ໃຫ້ບໍລິການເຄືອຂ່າຍ ຫຼື ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການນອກເຄືອຂ່າຍໄດ້. ບໍລິການທີ່ຢູ່ໃຕ້ການຄຸ້ມຄອງປະກອບມີ: ຢາສໍາລັບການຄວບຄຸມອາການ ແລະ ຢາບັນເທົາອາການເຈັບປວດ	ເມື່ອທ່ານລົງທະບຽນຢູ່ໃນໂຄງການສະຖານດູແລຄົນເຈັບທີ່ໄດ້ຮັບໃບອານຸຍາດ Medicare, ການບໍລິການໂຮງໝໍຂອງທ່ານ ແລະ ການບໍລິການພາກ A ແລະ ພາກ B ທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບການບັງມະຕິໄລຍະສຸດທ້າຍຂອງທ່ານຈະໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງໂດຍ Original Medicare, ບໍ່ແມ່ນແຜນຂອງພວກເຮົາ. ການແບ່ງປັນຄ່າໃຊ້ຈ່າຍການບໍລິການແພດໃຊ້ໄດ້ກັບການບໍລິການໃຫ້ຄໍາປຶກສາໃນໂຮງໝໍ. ເບິ່ງໃນພາກ "ບໍລິການຂອງທ່ານໝໍ/ພະນັກງານການແພດ" ຂອງຕາຕະລາງນີ້ສໍາລັບຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ.

ບົດທີ 4 ເສັ້ນສະແດງຜົນປະໂຫຍດທາງການແພດ (ອັນໃດໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ ແລະ ອັນໃດທ່ານຕ້ອງຈ່າຍ)**ບໍລິການທີ່ຢູ່ໃຕ້ການຄຸ້ມຄອງ****ສິ່ງທີ່ທ່ານຈ່າຍ****ການເບິ່ງແຍງຄົນເຈັບໄລຍະສຸດທ້າຍ - ສືບຕໍ່**

- ການດູແລພັກພື້ນໄລຍະສັ້ນ
- ການດູແລຢູ່ບ້ານ

ເມື່ອທ່ານຖືກຍອມຮັບໃຫ້ເຂົ້າພັກຢູ່ໃນ ໂຮງໝໍສໍາລັບການດູແລຄົນເຈັບໃນໄລຍະສຸດທ້າຍ ທ່ານມີສິດທີ່ຈະຢູ່ພາຍໃຕ້ແຜນຂອງພວກເຮົາ; ຖ້າທ່ານຢູ່ໃນແຜນຂອງພວກເຮົາ, ທ່ານຈະຕ້ອງຈ່າຍເບ້ຍປະກັນສຸຂະພາບ.

ສໍາລັບການບໍລິການໂຮງໝໍ ແລະ ການບໍລິການທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງໂດຍ Medicare Part A ຫຼື B ທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບການຄາດຄະເນການເປັນພະຍາດໃນໄລຍະສຸດທ້າຍຂອງທ່ານ: Original Medicare (ບໍ່ແມ່ນແຜນຂອງພວກເຮົາ) ຈະຈ່າຍຄ່າໃຫ້ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດູແລຄົນເຈັບໃນໄລຍະສຸດທ້າຍຂອງເຈົ້າສໍາລັບການບໍລິການດູແລຄົນເຈັບໃນໄລຍະສຸດທ້າຍ ແລະ ບໍລິການ ພາກ A ແລະ ພາກ B ທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບການຄາດຄະເນການເປັນພະຍາດໃນໄລຍະສຸດທ້າຍຂອງທ່ານ. ໃນຂະນະທີ່ທ່ານຢູ່ໃນໂຄງການດູແລຄົນເຈັບໃນໄລຍະສຸດທ້າຍ, ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດູແລຄົນເຈັບໃນໄລຍະສຸດທ້າຍຂອງທ່ານຈະເກັບຄ່າບໍລິການຈາກ Original Medicareສໍາລັບການບໍລິການທີ່ Original Medicare ຈ່າຍໃຫ້. ທ່ານຈະຖືກຄິດຄ່າທຳນຽມສ່ວນແບ່ງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຂອງ Original Medicare.

ສໍາລັບການບໍລິການທີ່ຄອບຄຸມໂດຍ Medicare Part A ຫຼື B ທີ່ບໍ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບການຄາດຄະເນການເປັນພະຍາດໃນໄລຍະສຸດທ້າຍຂອງທ່ານ: ຖ້າ ທ່ານຕ້ອງການບໍ່ແມ່ນບໍລິການຈໍາເປັນສຸກເສີນ, ບໍ່ຮີບດ່ວນ ທີ່ຄອບຄຸມໂດຍ Medicare Part A ຫຼື B ແລະ ບໍ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບການຄາດຄະເນການເປັນພະຍາດໃນໄລຍະສຸດທ້າຍຂອງທ່ານ, ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍສໍາລັບການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ແມ່ນຂຶ້ນກັບວ່າທ່ານໃຊ້ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການໃນເຄືອຂ່າຍຂອງແຜນຂອງພວກເຮົາ ຫຼື ບໍ່ ແລະ ປະຕິບັດຕາມກົດລະບຽບຂອງແຜນ (ເຊັ່ນ: ຖ້າມີຂໍ້ກຳນົດໃຫ້ໄດ້ຮັບການອານຸມັດລ່ວງໜ້າ).

- ຖ້າທ່ານໄດ້ຮັບການບໍລິການທີ່ຢູ່ໃຕ້ການຄຸ້ມຄອງຈາກຜູ້ໃຫ້ບໍລິການເຄືອຂ່າຍ ແລະ ປະຕິບັດຕາມກົດລະບຽບແຜນການສໍາລັບການຮັບການບໍລິການ, ທ່ານຈ່າຍພຽງແຕ່ຈໍານວນການແບ່ງປັນຕົ້ນທຶນຂອງພວກເຮົາສໍາລັບການບໍລິການໃນເຄືອຂ່າຍເທົ່ານັ້ນ.
- ຖ້າທ່ານໄດ້ຮັບການບໍລິການທີ່ຢູ່ໃຕ້ການຄຸ້ມຄອງຈາກຜູ້ໃຫ້ບໍລິການນອກເຄືອຂ່າຍ, ທ່ານຈະຈ່າຍຄ່າແບ່ງປັນພາຍໃຕ້ Original Medicare.

ສໍາລັບການບໍລິການທີ່ຢູ່ໃຕ້ການຄຸ້ມຄອງໂດຍແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາ ແຕ່ບໍ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງໂດຍ Medicare Part A ຫຼື B: ແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາຈະສືບຕໍ່ຄຸ້ມຄອງບໍລິການທີ່ບໍ່ໄດ້ຢູ່ໃຕ້ການຄຸ້ມຄອງໂດຍແຜນ ພາກ A ຫຼື B ບໍ່ວ່າຈະກ່ຽວຂ້ອງກັບການຄາດຄະເນການເປັນພະຍາດໃນໄລຍະສຸດທ້າຍຂອງທ່ານຫຼືບໍ່. ທ່ານຈ່າຍຈໍານວນການແບ່ງປັນຕົ້ນທຶນຂອງແຜນຂອງພວກເຮົາສໍາລັບການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້.

ສໍາລັບຢາທີ່ອາດຈະບໍ່ຢູ່ໃຕ້ການຄຸ້ມຄອງໂດຍຜົນປະໂຫຍດພາກ D ຂອງແຜນຂອງທ່ານ: ຖ້າຢາເຫຼົ່ານີ້ບໍ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບສະພາບການດູແລຄົນເຈັບໃນໄລຍະສຸດທ້າຍຂອງທ່ານ, ທ່ານຈະຕ້ອງຈ່າຍຄ່າສ່ວນແບ່ງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ. ຖ້າກ່ຽວຂ້ອງກັບສະພາບການດູແລຄົນເຈັບໃນໄລຍະສຸດທ້າຍຂອງທ່ານ, ທ່ານຈະຕ້ອງຈ່າຍຄ່າສ່ວນແບ່ງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຂອງ Original Medicare. ຢາຈະບໍ່ຖືກຄຸ້ມຄອງໂດຍທັງໂຮງໝໍ ແລະ ແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາໃນເວລາດຽວກັນ. ສໍາລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມ, ໃຫ້ໄປທີ່ບົດທີ 5, ພາກທີ 9.4.

ບົດທີ 4 ເສັ້ນສະແດງຜົນປະໂຫຍດທາງການແພດ (ອັນໃດໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ ແລະ ອັນໃດທ່ານຕ້ອງຈ່າຍ)

ບໍລິການທີ່ຢູ່ໃຕ້ການຄຸ້ມຄອງ	ສິ່ງທີ່ທ່ານຈ່າຍ
ການເບິ່ງແຍງຄົນເຈັບໄລຍະສຸດທ້າຍ - ສິບຕໍ່ ໝາຍເຫດ: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການການດູແລທີ່ບໍ່ແມ່ນການເບິ່ງແຍງຄົນເຈັບໄລຍະສຸດທ້າຍ (ການດູແລທີ່ບໍ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບການຄາດຄະເນການເປັນພະຍາດໃນໄລຍະສຸດທ້າຍຂອງທ່ານ), ໃຫ້ຕິດຕໍ່ພວກເຮົາເພື່ອຈັດການບໍລິການ.. ແຜນການຂອງພວກເຮົາຄຸ້ມຄອງບໍລິການໃຫ້ຄໍາປຶກສາການດູແລຄົນເຈັບໄລຍະສຸດທ້າຍ (ຄັງດຽວເທົ່ານັ້ນ) ສໍາລັບຄົນເຈັບບໍ່ໄດ້ເລືອກຜົນປະໂຫຍດການດູແລຄົນເຈັບໄລຍະສຸດທ້າຍ.	
 ການສັກວັກຊີນ ບໍລິການທີ່ຢູ່ໃຕ້ການຄຸ້ມຄອງ Medicare Part B ປະກອບມີ: • ວັກຊີນປ້ອນພະຍາດປອດບວມ • ການສັກຢາປ້ອງກັນໄຂ້ຫວັດໃຫຍ່ ຫຼື ໄຂ້ຫວັດ, ໃຫ້ສັກໄດ້ ໜຶ່ງ ຄັ້ງຕໍ່ລະດູໄຂ້ຫວັດໃນລະດູໃບໄມ້ປັ້ງ ແລະ ລະດູໜາວ, ແລະ ສາມາດຮັບການສັກເພີ່ມໄດ້ຖ້າມີຄວາມຈຳເປັນທາງການແພດ. • ວັກຊີນປ້ອງກັນພະຍາດຕັບອັກເສບ B ຖ້າທ່ານມີຄວາມສ່ຽງສູງ ຫຼື ປານກາງທີ່ຈະເປັນພະຍາດຕັບອັກເສບ B. • ວັກຊີນ COVID-19 • ວັກຊີນອື່ນໆ ຖ້າທ່ານມີຄວາມສ່ຽງ ແລະ ເປັນໄປຕາມກົດລະບຽບການຄຸ້ມຄອງຂອງ Medicare Part B. ພວກເຮົາຍັງຄຸ້ມຄອງວັກຊີນຜູ້ໃຫຍ່ສ່ວນໃຫຍ່ ພາຍໃຕ້ຜົນປະໂຫຍດຂອງຢາພາກ D ຂອງພວກເຮົາ. ແຜນຂອງພວກເຮົາຄຸ້ມຄອງຢາວັກຊີນພາກ D ສໍາລັບຜູ້ໃຫຍ່ສ່ວນໃຫຍ່ໂດຍບໍ່ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆສໍາລັບສະມາຊິກທີ່ມີອາຍຸ 19 ປີຂຶ້ນໄປ.	ບໍ່ມີການປະກັນຮ່ວມ, ການຊໍາລະຮ່ວມ ຫຼື ຄ່າເສຍຫາຍສ່ວນທຳອິດສໍາລັບພະຍາດປອດບວມ, ໄຂ້ຫວັດ/ໄຂ້ຫວັດໃຫຍ່, ຕັບອັກເສບ B ແລະ ວັກຊີນ COVID-19. ສໍາລັບການສັກຢາປ້ອງກັນໂລກອື່ນໆທີ່ Medicare ຄຸ້ມຄອງ (ຖ້າທ່ານຢູ່ໃນກຸ່ມສ່ຽງ ແລະ ຢາກສອດຄ່ອງກັບກົດລະບຽບການຄຸ້ມຄອງຂອງ Medicare Part B) ກະລຸນາອ້າງອີງໄປທີ່ພາກຢາຕາມໃບສັງແພດຂອງ Medicare Part B ໃນຕາຕະລາງນີ້ ເພື່ອເບິ່ງການແບ່ງປັນຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທີ່ສອດຄ່ອງ. <i>ຢາພາກພາກ B ບາງຊະນິດຕ້ອງມີການອານຸມັດລ່ວງໜ້າເພື່ອໃຫ້ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ.</i>
ການດູແລຄົນເຈັບຢູ່ໃນໂຮງໝໍ ປະກອບມີການປິ່ນປົວໂຮງໝໍຄົນເຈັບສ້ວຍແຫຼມ, ການຟື້ນຟູຄົນເຈັບໃນ, ໂຮງໝໍເບິ່ງແຍງໄລຍະຍາວ, ແລະ ການບໍລິການໂຮງໝໍຄົນເຈັບໃນປະເພດອື່ນໆ. ການດູແລຄົນເຈັບຢູ່ໃນໂຮງໝໍຈະເລີ່ມຕັ້ງແຕ່ມື້ທີ່ທ່ານເຂົ້າໂອນໂຮງໝໍຢ່າງເປັນທາງການຕາມຄໍາສັ່ງຂອງທ່ານໝໍ.	ສໍາລັບການເຂົ້າໂຮງໝໍທີ່ຄຸ້ມຄອງໂດຍ Medicare ຕໍ່ການເຂົ້າພັກ: ການຊໍາລະຮ່ວມ \$0 ສໍາລັບການເຂົ້າພັກໂຮງໝໍແຕ່ລະຄັ້ງ. ວັນສໍາຮອງຕະຫຼອດຊິບ \$0 ການຊໍາລະຮ່ວມຕໍ່ມື້.

ບົດທີ 4 ເສັ້ນສະແດງຜົນປະໂຫຍດທາງການແພດ (ອັນໃດໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ ແລະ ອັນໃດທ່ານຕ້ອງຈ່າຍ)

ບໍລິການທີ່ຢູ່ໃຕ້ການຄຸ້ມຄອງ	ສິ່ງທີ່ທ່ານຈ່າຍ
ການດູແລຄົນເຈັບຢູ່ໃນໂຮງໝໍ - ສືບຕໍ່ ມີກ່ອນທ່ານອອກໂຮງໝໍຖືເປັນມື້ສຸດທ້າຍຂອງການເປັນຄົນເຈັບໃນ. ທ່ານໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງນອນໂຮງໝໍ 90 ມື້ທີ່ຄຸ້ມຄອງໂດຍ Medicare. ບໍລິການທີ່ຢູ່ໃຕ້ການຄຸ້ມຄອງລວມມີແຕ່ບໍ່ຈຳກັດ: • ຫ້ອງພັກຜູ້ປ່ວຍລວມຂະໜາດນ້ອຍ (ຫຼື ຫ້ອງສ່ວນຕົວຖ້າຈຳເປັນທາງການແພດ) • ອາຫານ ລວມທັງອາຫານພິເສດ • ບໍລິການພະຍາບານປະຈຳ • ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຂອງໜ່ວຍງານດູແລພິເສດ (ເຊັ່ນ ໜ່ວຍງານດູແລຄົນເຈັບໜັກ ຫຼື ໜ່ວຍງານດູແລຄົນເຈັບພະຍາດຫົວໃຈ) • ຢາ ແລະ ການກິນຢາ • ການກວດໃນຫ້ອງທົດລອງ • ເອັກສເຣ ແລະ ການບໍລິການການສ່ອງກ້ອງອື່ນໆ • ອຸປະກອນທາງການແພດ ແລະ ສໍາລັບການຜ່າຕັດ • ການນໍາໃຊ້ອຸປະກອນຕ່າງໆເຊັ່ນ: ລີ້ນັ່ງ • ຄ່າຫ້ອງປະຕິບັດງານ ແລະ ພື້ນຟູ • ການບໍາບັດທາງກາຍະພາບ, ກິດຈະກຳ ແລະ ການບໍາບັດທາງການປາກເວົ້າ • ບໍລິການບໍາບັດຜູ້ປ່ວຍຕິດສານເສບຕິດ • ພາຍໃຕ້ເງື່ອນບາງກໍລະນີ, ການປູກຖ່າຍປະເພດຕໍ່ໄປນີ້ຈະໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ: ແກ້ວຕາ, ໄຕ, ໄຕ-ຕັບອອ່ນ, ຫົວໃຈ, ຕັບ, ປອດ, ຫົວໃຈ/ປອດ, ໄຂກະດູກ, ຈຸລັງລຳຕົ້ນ, ແລະ ລຳໄສ້/ຫຼາກອະໄວຍະວະ. ຖ້າທ່ານຕ້ອງການປ່ຽນອະໄວຍະວະ, ພວກເຮົາຈະຈັດການໃຫ້ສູນປ່ຽນອະໄວຍະວະທີ່ Medicare ອະນຸມັດພິຈາລະນາກໍລະນີຂອງທ່ານ ເພື່ອຕັດສິນວ່າທ່ານເປັນຜູ້ທີ່ສາມາດປ່ຽນອະໄວຍະວະໄດ້ ຫຼື ບໍ່. ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການປູກຖ່າຍອາດຈະເປັນຜູ້ໃຫ້ບໍລິການທ້ອງຖິ່ນ ຫຼື ນອກຂອບເຂດບໍລິການ. ຖ້າການບໍລິການປູກຖ່າຍພາຍໃນເຄືອຂ່າຍຂອງພວກເຮົາຢູ່ນອກຮູບແບບການດູແລຂອງຊຸມຊົນ, ທ່ານອາດຈະເລືອກທີ່ຈະໄປໃນທ້ອງຖິ່ນຕາບໃດທີ່ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການປູກຖ່າຍເຕັມໃຈຮັບ Original Medicare. ຖ້າແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາໃຫ້ບໍລິການປ່ຽນອະໄວຍະວະຢູ່ສະຖານທີ່ນອກເຄືອຂ່າຍການດູແລການປ່ຽນອະໄວຍະວະໃນຊຸມຊົນຂອງທ່ານ ແລະ ທ່ານເລືອກທີ່ຈະປ່ຽນອະໄວຍະວະຢູ່ສະຖານທີ່ທີ່ໄກນີ້, ພວກເຮົາຈະຈັດການ ຫຼື ຈ່າຍຄ່າທີ່ພັກ ແລະ ຄ່າເດີນທາງທີ່ເໝາະສົມໃຫ້ທ່ານ ແລະ ຜູ້ຕິດຕາມ. • ເລືອດ - ລວມທັງການຈັດເກັບ ແລະ ການບໍລິຫານ. ການຄຸ້ມຄອງສໍາລັບເລືອກຮ່າງກາຍ ແລະ ເມັດເລືອດແດງອັດແໜ້ນ ແມ່ນຈະເລີ່ມຕົ້ນນັບແຕ່ເລືອດໄພນິທໍາອິດທີ່ທ່ານຕ້ອງການ. ສ່ວນປະກອບຂອງເລືອດອື່ນໆທັງຫມົດແມ່ນຄຸ້ມຄອງຈາກເມັດທໍາອິດ.	ວັນສໍາຮອງຕະຫຼອດຊີບແມ່ນຈຳນວນມື້ເພີ່ມເຕີມທີ່ແຜນປະກັນຈະຈ່າຍໃຫ້ເມື່ອສະມາຊິກຕ້ອງນອນຢູ່ໂຮງໝໍເກີນຈຳນວນວັນທີ່ແຜນປະກັນຄຸ້ມຄອງ. ສະມາຊິກມີມື້ສໍາຮອງນີ້ທັງໝົດ 60 ມື້ໃນໄລຍະຕະຫຼອດຊີບ. ຖ້າທ່ານໄດ້ຮັບການອະນຸມັດການດູແລໃນໂຮງໝໍທີ່ບໍ່ແມ່ນໂຮງໝໍໃນເຄືອຂ່າຍຫຼັງຈາກສະພາບການເຫດສຸກເສີນຂອງທ່ານຄົງທີ່ແລ້ວ, ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຂອງທ່ານແມ່ນຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຮ່ວມທີ່ທ່ານຈະຈ່າຍຢູ່ໂຮງໝໍໃນເຄືອຂ່າຍ. ຕ້ອງມີການອະນຸມັດລ່ວງໜ້າ.

ບົດທີ 4 ເສັ້ນສະແດງຜົນປະໂຫຍດທາງການແພດ (ອັນໃດໄຮັບການຄຸ້ມຄອງ ແລະ ອັນໃດທ່ານຕ້ອງຈ່າຍ)

ບໍລິການທີ່ຢູ່ໃຕ້ການຄຸ້ມຄອງ	ສິ່ງທີ່ທ່ານຈ່າຍ
ການບໍລິການທາງການແພດ ໝາຍເຫດ: ເພື່ອເປັນຄົນເຈັບໃນ, ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງທ່ານຕ້ອງຂຽນຄໍາສັ່ງເພື່ອຮັບທ່ານເຂົ້າເປັນຄົນເຈັບໃນຂອງໂຮງໝໍຢ່າງເປັນທາງການ. ເຖິງແມ່ນວ່າທ່ານນອນຄ້າງຄືນຢູ່ໃນໂຮງໝໍ, ທ່ານຍັງອາດຈະຖືກພິຈາລະນາເປັນຄົນເຈັບນອກ. ຖ້າທ່ານບໍ່ແນ່ໃຈວ່າທ່ານເປັນຄົນເຈັບໃນ ຫຼື ຄົນເຈັບນອກ, ໃຫ້ຖາມພະນັກງານໂຮງໝໍ. ຮັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມຢູ່ໃນເອກະສານຂໍ້ມູນ Medicare ຜົນປະໂຫຍດໂຮງໝໍ Medicare. ເອກະສານຂໍ້ມູນນີ້ມີໃຫ້ຢູ່ www.Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf ຫຼື ໂທ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). ຜູ້ໃຊ້ TTY ໂທຫາ 1-877-486-2048.	
ການບໍລິການຄົນເຈັບໃນໂຮງໝໍສຸຂະພາບຈິດ ການບໍລິການທີ່ຄຸ້ມຄອງ ລວມມີການບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບຈິດທີ່ຈຳເປັນຕ້ອງນອນພັກໃນໂຮງໝໍ. ທ່ານໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງນອນໂຮງໝໍ 90 ມື້ຕໍ່ການເຂົ້າໂຮງໝໍໜຶ່ງຄັ້ງທີ່ຄຸ້ມຄອງໂດຍ Medicare. ບໍລິການຮັກສາສຸຂະພາບຈິດສໍາລັບຄົນເຈັບໃນໂຮງໝໍຈິດຕະສາດມີໄລຍະເວລາຈຳກັດຕະຫຼອດຊີບຢູ່ທີ່ 190 ມື້. ໄລຍະການຈຳກັດ 190 ມື້ ບໍ່ໄດ້ນຳໃຊ້ກັບການບໍລິການສຸຂະພາບຈິດສໍາລັບຄົນເຈັບໃນທີ່ກຳນົດໄວ້ໃນແຜນປະກັນຈິດຕະສາດທົ່ວໄປ. ຖ້າທ່ານໄດ້ໃຊ້ບາງສ່ວນຂອງຜົນປະໂຫຍດ Medicare ຕະຫຼອດຊີວິດ 190 ມື້ກ່ອນທີ່ຈະລົງທະບຽນເຂົ້າແຜນຂອງພວກເຮົາ, ທ່ານຈະມີສິດຮັບພຽງແຕ່ຈຳນວນມື້ທີ່ເຫຼືອຢູ່ໃນສິດຕະຫຼອດຊີວິດຂອງທ່ານເທົ່ານັ້ນ.	ສໍາລັບການເຂົ້າໂຮງໝໍທີ່ຄຸ້ມຄອງໂດຍ Medicare ຕໍ່ການເຂົ້າພັກ: ການຊໍາລະຮ່ວມ \$0 ສໍາລັບການພັກເພື່ອການດູແລສຸຂະພາບຈິດແຕ່ລະຄັ້ງ. ວັນສໍາຮອງຕະຫຼອດຊີບ \$0 ການຊໍາລະຮ່ວມຕໍ່ມື້. ວັນສໍາຮອງຕະຫຼອດຊີບແມ່ນຈຳນວນມື້ເພີ່ມເຕີມທີ່ແຜນປະກັນຈະຈ່າຍໃຫ້ເມື່ອສະມາຊິກຕ້ອງນອນຢູ່ໂຮງໝໍເກີນຈຳນວນວັນທີ່ແຜນປະກັນຄຸ້ມຄອງ. ສະມາຊິກມີມື້ສໍາຮອງນີ້ທັງໝົດ 60 ມື້ໃນໄລຍະຕະຫຼອດຊີບ. ຕ້ອງມີການອາໄສມັດລ່ວງໜ້າ. ຖ້າທ່ານໄດ້ຮັບການອະນຸມັດການດູແລໃນໂຮງໝໍທີ່ບໍ່ແມ່ນໂຮງໝໍໃນເຄືອຂ່າຍຫຼັງຈາກສະພາບການເຫດສຸກເສີນຂອງທ່ານຄົງທີ່ແລ້ວ, ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຂອງທ່ານແມ່ນຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຮ່ວມທີ່ທ່ານຈະຈ່າຍຢູ່ໂຮງໝໍໃນເຄືອຂ່າຍ.

ບົດທີ 4 ເສັ້ນສະແດງຜົນປະໂຫຍດທາງການແພດ (ອັນໃດໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ ແລະ ອັນໃດທ່ານຕ້ອງຈ່າຍ)

ບໍລິການທີ່ຢູ່ໃຕ້ການຄຸ້ມຄອງ	ສິ່ງທີ່ທ່ານຈ່າຍ
ການພັກເຊົາໃນຄົນເຈັບ: ບໍລິການທີ່ຢູ່ໃຕ້ການຄຸ້ມຄອງທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບໃນໂຮງໝໍ ຫຼື SNF ໃນລະຫວ່າງການພັກເຊົາຄົນເຈັບໃນຄົນເຈັບທີ່ບໍ່ມີການຄຸ້ມຄອງ ຖ້າທ່ານໃຊ້ຜົນປະໂຫຍດການເປັນຄົນເຈັບໃນຂອງທ່ານໝົດແລ້ວ ຫຼື ຖ້າການເຂົ້າພັກໃນໂຮງໝໍບໍ່ສົມເຫດສົມຜົນ ແລະ ບໍ່ຈຳເປັນ, ພວກເຮົາຈະບໍ່ຄຸ້ມຄອງການເຂົ້າພັກໃນໂຮງໝໍຂອງທ່ານ. ໃນບາງກໍລະນີ, ພວກເຮົາຈະຄຸ້ມຄອງບໍລິການບາງຢ່າງທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບໃນຂະນະທີ່ທ່ານຢູ່ໃນໂຮງໝໍ ຫຼື ສະຖານພະຍາບານຊ່ວຍເຫຼືອຜູ້ປ່ວຍ (SNF). ບໍລິການທີ່ຄອບຄຸມ, ແຕ່ບໍ່ຈຳກັດຢູ່: - ການບໍລິການທາງການແພດ - ການກວດບັງມະຕິພະຍາດ (ລັກສະນະການກວດໃນແລັບ) - ການບຳບັດດ້ວຍລັງສີເອກສເລ, ເຣດຽມ, ໄອໂສໂທບ ລວມທັງອຸປະກອນ ແລະ ບໍລິການຈາກຊ່າງເຕັກນິກ - ຊຸດຜ້າຕັດ - ເຟືອກ, ເຟືອກອ່ອນ ແລະ ອຸປະກອນອື່ນໆທີ່ນຳໃຊ້ເພື່ອປ້ອງກັນການແຕກຫັກ ແລະ ການເຄື່ອນຂອງກະດູກ - ອຸປະກອນຂາທຽມ ແລະ ແຜ່ນຮອງຕີນ (ນອກເໜືອໄປຈາກທັນຕະກຳ) ທີ່ປ່ຽນແທນອະໄວຍະວະພາຍໃນຮ່າງກາຍທັງໝົດ (ລວມທັງເນື້ອເຍື່ອຕິດກັນ), ຫຼືທັງໝົດ ຫຼື ບາງສ່ວນຂອງການເຮັດວຽກຂອງອະໄວຍະວະພາຍໃນຮ່າງກາຍທີ່ບໍ່ເຮັດວຽກຖາວອນ ຫຼື ເຮັດວຽກຜິດປົກກະຕິ, ລວມທັງການປ່ຽນ ຫຼື ສ້ອມແປງອຸປະກອນດັ່ງກ່າວ. - ອຸປະກອນຄໍ້າຂາ, ແຂນ, ຫລັງ, ແລະ ຄໍ; ໂຄງຍືດ, ແລະ ຂາທຽມ, ແຂນ, ແລະ ດວງຕາທຽມ, ລວມທັງການປັບ ການສ້ອມແປງ, ແລະ ການປ່ຽນແທນທີ່ຕ້ອງໃຊ້ເນື່ອງຈາກການແຕກຫັກ, ການສວມໃສ່, ການສູນເສຍ, ຫຼື ການປ່ຽນແປງໃນສະພາບທາງດ້ານຮ່າງກາຍຂອງຄົນເຈັບ. - ກາຍະພາບບຳບັດ, ບຳບັດການເວົ້າ, ແລະ ກິດຈະກຳບຳບັດ	ການບໍລິການທີ່ລະບຸໄວ້ຈະສືບຕໍ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງໃນຈຳນວນການແບ່ງປັນຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທີ່ສະແດງຢູ່ໃນຕາຕະລາງຜົນປະໂຫຍດສໍາລັບການບໍລິການສະເພາະ.

ບົດທີ 4 ເສັ້ນສະແດງຜົນປະໂຫຍດທາງການແພດ (ອັນໃດໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ ແລະ ອັນໃດທ່ານຕ້ອງຈ່າຍ)

ບໍລິການທີ່ຢູ່ໃຕ້ການຄຸ້ມຄອງ	ສິ່ງທີ່ທ່ານຈ່າຍ
 ການບໍາບັດໂພຊະນາການທາງການແພດ ຜົນປະໂຫຍດນີ້ແມ່ນສໍາລັບຜູ້ທີ່ເປັນພະຍາດເບົາຫວານ, ພະຍາດ(ຫມາກໄຂ່ຫຼັງ) (ແຕ່ບໍ່ໄດ້ຟອກໄຕ), ຫຼື ຫຼັງຈາກການຜ່າຕັດຫມາກໄຂ່ຫຼັງຕາມຄໍາສັ່ງຈາກທ່ານຫມໍຂອງທ່ານ. ພວກເຮົາຄຸ້ມຄອງ 3 ຊົ່ວໂມງຂອງການບໍລິການໃຫ້ຄໍາປຶກສາຫນຶ່ງຕໍ່ຫນຶ່ງໃນລະຫວ່າງປີທໍາອິດທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບການບໍລິການດ້ານໂພຊະນາການທາງການແພດພາຍໃຕ້ Medicare (ນີ້ປະກອບມີແຜນຂອງພວກເຮົາ, ແຜນ Medicare Advantage ອື່ນໆ, ຫຼື Original Medicare), ແລະ 2 ຊົ່ວໂມງໃນແຕ່ລະປີຫຼັງຈາກນັ້ນ. ຖ້າອາການປ່ວຍ, ການປິ່ນປົວ ຫຼື ການບົ່ງມະຕິມີການປ່ຽນແປງ, ທ່ານອາດຈະໄດ້ຮັບຊົ່ວໂມງການປິ່ນປົວເພີ່ມເຕີມຕາມຄຳສັ່ງແພດ. ແພດໝໍຈະຕ້ອງສັ່ງບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ ແລະ ຕໍ່ອາຍໃບສັງຫຼາດປີທາງທ່ານຕັ້ງການປິ່ນປົວໃນປີຕໍ່ໄປ.	ບໍ່ມີການປະກັນຮ່ວມ, ການຊໍາລະຮ່ວມ, ຫຼື ຄ່າເສຍຫາຍສ່ວນທໍາອິດສໍາລັບສະມາຊິກທີ່ມີສິດໄດ້ຮັບການບໍລິການດ້ານໂພຊະນາການທາງການແພດທີ່ຄຸ້ມຄອງໂດຍ Medicare.
 ໂຄງການປ້ອງກັນພະຍາດເບົາຫວານ Medicare (MDPP) ບໍລິການ MDPP ແມ່ນການຄຸ້ມຄອງສໍາລັບຜູ້ມີສິດໄດ້ຮັບພາຍໃຕ້ແຜນປະກັນສຸຂະພາບທັງໝົດຂອງ Medicare. MDPP ແມ່ນ ການແຊກແຊງໃນການປ່ຽນແປງພຶດຕິກຳສຸຂະພາບຢ່າງມີໂຄງສ້າງທີ່ສະຫນອງການຝຶກອົບຮົມໃນທາງການປະຕິບັດໃນການປ່ຽນແປງໂພຊະນາການໃນໄລຍະຍາວ, ກິດຈະກຳທາງດ້ານຮ່າງກາຍໄດ້ເພີ່ມຂຶ້ນ, ແລະ ຍຸດທະສາດການແກ້ໄຂບັນຫາເພື່ອເອົາຊະນະສິ່ງທ້າທາຍຕໍ່ການຮັກສາການຫລຸດນ້ຳຫນັກ ແລະ ການໃຊ້ຊີວິດຢ່າງມີສຸຂະພາບດີ.	ຜົນປະໂຫຍດ MDPP ບໍ່ມີການຈ່າຍຄ່າປະກັນຮ່ວມ, ການຊໍາລະຮ່ວມ, ຫຼື ຄ່າເສຍຫາຍສ່ວນທໍາອິດ.
ຢາ Medicare Part B ຢາຈໍາພວກນີ້ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງພາຍໃຕ້ພາກ B ຂອງ Original Medicare. ສະມາຊິກໃນແຜນຂອງພວກເຮົາໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງສໍາລັບຢາຈໍາພວກນີ້ໂດຍແຜນຂອງພວກເຮົາ. ຢາທີ່ຢູ່ໃຕ້ການຄຸ້ມຄອງປະກອບມີ: - ຢາທີ່ຄົນເຈັບມັກຈະບໍ່ກິນເອງ ແລະ ຕ້ອງການການສັກຢາ ຫຼື ໃຫ້ຢາທາງເສັ້ນເລືອດດໍາໃນລະຫວ່າງຮັບບໍລິການຈາກແພດຄົນເຈັບນອກ ຫຼື ສູນຜ່າຕັດຄົນເຈັບນອກສະຖານທີ່. - Insulin ທີ່ສະຫນອງໂດຍອຸປະກອນການແພດທີ່ທົນທານ (ເຊັ່ນ: ປຶ້ມ Insulin ທີ່ຈໍາເປັນທາງການແພດ) - ຢາອື່ນໆທີ່ທ່ານກິນໂດຍໃຊ້ອຸປະກອນການແພດທີ່ທົນທານ (ເຊັ່ນ: nebulizer) ທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດຈາກແຜນປະກັນຂອງເຮົາ.	ຢາບາງຊະນິດອາດຈະຕ້ອງການການປິ່ນປົວແບບເປັນຂັ້ນຕອນ. ຮ້ານຂາຍຢາອາດຈະຖືກຮຽກຮ້ອງໃຫ້ສົ່ງການຮຽກຮ້ອງທັງແຜນການຂອງພວກເຮົາ ແລະ ໂຄງການ Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) ເພື່ອໃຫ້ທ່ານໄດ້ຮັບຢາໃນພາກ B ໃນລາຄາທີ່ສະແດງຂ້າງລຸ່ມນີ້. ຢາອິນຊູລິນ Medicare Part B ການຊໍາລະຮ່ວມ \$0 ສໍາລັບຢາ Insulin ທີ່ຄຸ້ມຄອງໂດຍ Medicare Part B.

ບົດທີ 4 ເສັ້ນສະແດງຜົນປະໂຫຍດທາງການແພດ (ອັນໃດໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ ແລະ ອັນໃດທ່ານຕ້ອງຈ່າຍ)

ບໍລິການທີ່ຢູ່ໃຕ້ການຄຸ້ມຄອງ	ສິ່ງທີ່ທ່ານຈ່າຍ
ຢາ Medicare Part B - ສືບຕໍ່ - ຢາປິ່ນປົວພະຍາດ Alzheimer Leqembi® (ຊື່ທົ່ວໄປ lecanemab), ເຊິ່ງໃຫ້ທາງເສັ້ນເລືອດດໍາ. ນອກເໜືອຈາກຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຢາ, ທ່ານອາດຈະຕ້ອງການການສະແກນ ແລະ ການທົດສອບກ່ອນໜ້າ ແລະ/ຫຼື ລະຫວ່າງການປິ່ນປົວທີ່ສາມາດເພີ່ມໄປທີ່ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໂດຍລວມຂອງທ່ານ. ປຶກສາຫາລືກັບທ່ານຫມໍຂອງທ່ານກ່ຽວກັບການກວດ ແລະ ທົດສ ບທີ່ທ່ານອາດຈະຕ້ອງເປັນສ່ວນຫນຶ່ງຂອງການປິ່ນປົວຂອງທ່ານ. - ປັດໄຈການແຂງຕົວຂອງເລືອດທີ່ໃຫ້ໂດຍການສີດຢາ ຖ້າທ່ານເປັນພະຍາດຮີໂມຟີເລຍ - ຢາປູກຖ່າຍ/ຢາຕ້ານພູມຄຸ້ມກັນ: Medicare ຄຸ້ມຄອງຢາປູກຖ່າຍ ຖ້າ Medicare ຈ່າຍເງິນໃຫ້ກັບການປ່ຽນອະໄວຍະວະຂອງທ່ານ. ທ່ານຕ້ອງມີການຄຸ້ມຄອງພາກ A ໃນຂະນະທີ່ເຮັດການປ່ຽນອະໄວຍະວະທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ, ແລະ ທ່ານຕ້ອງມີການຄຸ້ມຄອງພາກ B ໃນຂະນະທີ່ໄດ້ຮັບຢາຕ້ານພູມຕ້ານທານ. ການຄຸ້ມຄອງຂອງ Medicare Part D ຄຸ້ມຄອງຢາຕ້ານພູມຕ້ານທານ ຖ້າພາກ B ບໍ່ຄຸ້ມຄອງ - ຢາສັກຢາສໍາລັບພະຍາດກະດູກພຸນ, ຖ້າທ່ານຕ້ອງກັບບ້ານ, ມີອາການກະດູກຫັກທີ່ທ່ານຫມໍຮັບຮອງວ່າເປັນໂຮກກະດູກພຸນຫຼັງຫມົດປະຈຳເດືອນ, ແລະ ບໍ່ສາມາດໃຊ້ຢາດ້ວຍຕົນເອງໄດ້ - Antigens ບາງຊະນິດ: Medicare ຄຸ້ມຄອງ antigens ຖ້າທ່ານຫມໍເປັນຄົນກະກຽມ ແລະ ບຸກຄົນ ພາຍໃຕ້ການຊີ້ນໍາທີ່ຖືກຕ້ອງ (ຊຶ່ງອາດຈະເປັນທ່ານ, ຄົນເຈັບ) ໃຫ້ພາຍໃຕ້ການຊີ້ນໍາທີ່ເໝາະສົມ - ຢາປິ່ນປົວມະເຮັງປາກບາງຊະນິດ: Medicare ຄຸ້ມຄອງຢາປິ່ນປົວມະເຮັງປາກບາງຊະນິດທີ່ທ່ານກິນ ທາງປາກ ຖ້າຢາຊະນິດດຽວກັນມີຢູ່ໃນຮູບແບບສັກ ຫຼື ເປັນຢາ prodrugs (ຢາກິນທາງປາກທີ່ແບ່ງອອກເປັນສ່ວນປະກອບດຽວກັນທີ່ພົບເຫັນຢູ່ໃນຢາສັກ) ຂອງຢາທີ່ໃຊ້ສັກ. ເມື່ອມີຢາປິ່ນປົວມະເຮັງຊ່ອງປາກໃໝ່, ພາກ B ອາດຈະຄຸ້ມຄອງຢາດັ່ງກ່າວ. ຖ້າພາກ B ບໍ່ຄຸ້ມຄອງພວກມັນ, ພາກ D ຈະກວມ. - ຢາຕ້ານອາການປວດຮາກຊະນິດກິນ: Medicare ຄຸ້ມຄອງຢາຕ້ານອາການປວດຮາກຊະນິດກິນທີ່ທ່ານໃຊ້ເປັນສ່ວນຫນຶ່ງຂອງແຜນການປິ່ນປົວມະເຮັງຂອງທ່ານຖ້າຢາໄດ້ຖືກໃຊ້ມາກ່ອນ, ໃນລະຫວ່າງ, ຫຼືພາຍໃນ 48 ຊົ່ວໂມງຂອງການປິ່ນປົວດ້ວຍເຄມີບໍາບັດ, ຫຼືເປັນການທົດແທນຢາຕ້ານອາການປວດຮາກທີ່ສິດເຂົ້າທາງເສັ້ນເລືອດຢ່າງເຕັມຮູບແບບ - ຢາກິນ ພະຍາດຫມາກໄຂ່ຫຼັງໄລຍະສຸດທ້າຍ (ESRD) ບາງຊະນິດໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງພາຍໃຕ້ Medicare Part B	ການແບ່ງປັນຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຂອງອິນຊູລິນແມ່ນອີງໃສ່ຫນ້ອຍກວ່າ 25% ຂອງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ ຫຼື ການຊໍາລະຮ່ວມສູງສຸດ \$ 35 ສໍາລັບການສະໜອງອິນຊູລິນປະຈຳເດືອນ. ຕ້ອງມີການອານຸມັດລ່ວງໜ້າ. ຢາອື່ນໆຂອງ Medicare Part B ການຊໍາລະຮ່ວມ \$0 ສໍາລັບອື່ນໆຢາພາກ B ທີ່ຢູ່ໃຕ້ການຄຸ້ມຄອງຂອງ Medicare. ຕ້ອງມີການອານຸມັດລ່ວງໜ້າ. Medicare Part B ເຄມີບໍາບັດ/ ການສາຍລັງສີຢາ ການຊໍາລະຮ່ວມ \$0 ສໍາລັບທີ່ຢູ່ໃຕ້ການຄຸ້ມຄອງໂດຍ Medicare. ຢາເຄມີບໍາບັດພາກ B. ຕ້ອງມີການອານຸມັດລ່ວງໜ້າ.

ບົດທີ 4 ເສັ້ນສະແດງຜົນປະໂຫຍດທາງການແພດ (ອັນໃດໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ ແລະ ອັນໃດທ່ານຕ້ອງຈ່າຍ)

ບໍລິການທີ່ຢູ່ໃຕ້ການຄຸ້ມຄອງ	ສິ່ງທີ່ທ່ານຈ່າຍ
ຢາ Medicare Part B - ສືບຕໍ່ - ຢາແຄວສີມິສເຊຕິກ ແລະ ຢາຟອສເຟສພາຍໃຕ້ລະບົບການຈ່າຍເງິນ ESRD ປະກອບມີ ຢາສິດເຂົ້າທາງເສັ້ນເລືອດ Parsabiv® ແລະ ຢາກິນ Sensipar®. - ຢາບາງຊະນິດສໍາລັບການລ້າງໄຕຢູ່ເຮືອນ, ລວມທັງຢາເຮປາຣິນ. ຢາແກ້ພິດເຮປາຣິນ ເມື່ອມີຄວາມຈຳເປັນທາງການແພດ, ແລະ ຢາສະລົບທ້ອງຖິ້ນ. - ຢາກະຕຸ້ນເມັດເລືອດແດງ: Medicare ຄຸ້ມຄອງການສັກຢາ erythropoietin ຖ້າທ່ານເປັນພະຍາດຫມາກໄຂ້ຫຼັງໄລຍະສຸດທ້າຍ (ESRD) ຫຼື ທ່ານຕ້ອງການຢານີ້ເພື່ອປິ່ນປົວພະຍາດເລືອດຈາງທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບພະຍາດອື່ນໆ. (ເຊັ່ນ: Epogen®, Procrit®, Retacrit®, Epoetin Alfa, Aranesp®, Darbepoetin Alfa, Mircera®, ຫຼື Methoxy polyethylene glycol-epoetin beta) - ພູມຄຸ້ມກັນທາງຫຼອດເລືອດດໍາ Globulin ສໍາລັບການຮັກສາພະຍາດພູມຄຸ້ມກັນບົກພ່ອງເບື້ອງຕົ້ນຢູ່ບ້ານ - ໂພຊະນາການທາງເສັ້ນເລືອດ ແລະ ທາງສາຍຢາງ (ການໃຫ້ອາຫານທາງເສັ້ນເລືອດ ແລະ ທາງສາຍຢາງ) ລິ້ງຕໍ່ນີ້ຈະນຳທ່ານໄປຫາລາຍຊື່ຂອງຢາ ພາກ B ທີ່ອາດຈະຕ້ອງການການປິ່ນປົວແບບເປັນຂັ້ນຕອນ: go.wellcare.com/HIStepTherapy. ພວກເຮົາຍັງຄຸ້ມຄອງບາງວັກຊີນພາຍໃຕ້ພາກ B ແລະ ວັກຊີນຜູ້ໃຫຍ່ສ່ວນໃຫຍ່ພາຍໃຕ້ຜົນປະໂຫຍດຂອງຢາພາກ D ຂອງພວກເຮົາ. ບົດທີ 5 ອະທິບາຍຜົນປະໂຫຍດຂອງຢາພາກ D ຂອງພວກເຮົາ, ລວມທັງກົດລະບຽບທີ່ທ່ານຕ້ອງປະຕິບັດຕາມເພື່ອໃຫ້ໄດ້ຕາມໃບສັງແພດ. ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທີ່ທ່ານຕ້ອງຈ່າຍສໍາລັບຢາພາກ D ຜ່ານແຜນການຂອງພວກເຮົາແມ່ນໄດ້ອະທິບາຍໃນບົດທີ 6.	
 ການກວດຄັດ ແລະ ການປິ່ນປົວໂລກອ້ວນເພື່ອສົ່ງເສີມການຫລຸດນ້ຳຫນັກແບບຍືນຍົງ ຖ້າທ່ານມີດັດຊະນີມວນຂອງຮ່າງກາຍທີ່ 30 ຫຼື ສູງກວ່າ, ພວກເຮົາຄຸ້ມຄອງການໃຫ້ຄໍາປຶກສາແບບເຂັ້ມຊັ້ນເພື່ອຊ່ວຍໃຫ້ທ່ານຫລຸດນ້ຳຫນັກ. ການໃຫ້ຄໍາປຶກສານີ້ຈະໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງຖ້າທ່ານໄດ້ຮັບການປິ່ນປົວຢູ່ໃນການດູແລຂັ້ນປະຖົມພະຍາບານ, ເຊິ່ງສາມາດປະສານງານກັບແຜນການປ້ອງກັນທີ່ຄອບຄຸມຂອງທ່ານ. ປຶກສາທ່ານໝໍ ຫຼື ຜູ້ປະຕິບັດການປະຖົມພະຍາບານຂອງທ່ານສໍາລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມ.	ບໍ່ມີປະກັນຮ່ວມ, ການຊໍາລະຮ່ວມ, ຫຼື ຄ່າເສຍຫາຍສ່ວນທຳອິດສໍາລັບການກວດ ແລະ ການປິ່ນປົວປ້ອງກັນໂລກອ້ວນ.

ບົດທີ 4 ເສັ້ນສະແດງຜົນປະໂຫຍດທາງການແພດ (ອັນໃດໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ ແລະ ອັນໃດທ່ານຕ້ອງຈ່າຍ)

ບໍລິການທີ່ຢູ່ໃຕ້ການຄຸ້ມຄອງ	ສິ່ງທີ່ທ່ານຈ່າຍ
ໂຄງການການບໍລິການການປິ່ນປົວໂລກ Opioid ສະມາຊິກຂອງແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາທີ່ມີຄວາມຜິດປົກະຕິໃນການໃຊ້ສານໂອປີອອຍ (OUD) ສາມາດໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງການບໍລິການເພື່ອປິ່ນປົວ OUD ໂດຍຜ່ານ ໂຄງການການຮັກສາດ້ວຍຢາຝີນ (OTP) ເຊິ່ງລວມມີການບໍລິການດັ່ງຕໍ່ໄປນີ້: • Food and Drug Administration (FDA) ຂອງສະຫະລັດ-ອະນຸມັດຢາທີ່ກະຕຸ້ນຕົວຮັບຝີນ ແລະ ຕົວຕ້ານຝີນ ເພື່ອການຮັກສາດ້ວຍການໃຊ້ຢາຮ່ວມການບໍາບັດ (MAT) • ການແຈກຈ່າຍ ແລະ ບໍລິຫານຢາ MAT (ຖ້າມີ) • ການໃຫ້ຄໍາປຶກສາການນໍາໃຊ້ສານເສບຕິດ • ການປິ່ນປົວສ່ວນບຸກຄົນ ແລະ ກຸ່ມ • ການທົດລອງພິດວິທະຍາ • ກິດຈະກຳຮັບ • ການປະເມີນແຕ່ລະໄລຍະ	ການຊໍາລະຮ່ວມ \$0 ສໍາລັບການບໍລິການປິ່ນປົວຢາຝີນທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງໂດຍ Medicare. ຕ້ອງມີການອານຸມັດລ່ວງໜ້າ.
ບໍລິການກວດເຂດນອກ ແລະ ປິ່ນປົວທາງການແພດ ແລະ ຊ່ວຍໃນບໍລິການກວດພະຍາດດ້ວຍລັງສີ ບໍລິການທີ່ຄອບຄຸມ, ແຕ່ບໍ່ຈຳກັດຢູ່: • ເອັກສເຣ • ການປິ່ນປົວດ້ວຍລັງສີ (ເຣດຽມ ແລະ ໄອໂຊໂທບ) ລວມທັງອຸປະກອນວິຊາການ ແລະ ການສະຫນອງ • ອຸປະກອນການຜ່າຕັດ, ເຊັ່ນເຄື່ອງແຕ່ງກາຍ • ເຟືອກ, ເຟືອກອ່ອນ ແລະ ອຸປະກອນອື່ນໆທີ່ນໍາໃຊ້ເພື່ອປ້ອງກັນການແຕກຫັກ ແລະ ການເຄື່ອນຂອງກະດູກ	ການຊໍາລະຮ່ວມ \$0 ສໍາລັບການເອັກສເຣ, ທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງຈາກ Medicare. ຕ້ອງມີການອານຸມັດລ່ວງໜ້າ. ການຊໍາລະຮ່ວມ \$0 ສໍາລັບບໍລິການລັງສີບໍາບັດທີ່ຢູ່ໃຕ້ການຄຸ້ມຄອງໂດຍ Medicare. ຕ້ອງມີການອານຸມັດລ່ວງໜ້າ. ການຊໍາລະຮ່ວມ \$0 ສໍາລັບອຸປະກອນທາງການແພດທີ່ຢູ່ໃຕ້ການຄຸ້ມຄອງໂດຍ Medicareລວມທັງເຟືອກ ແລະ ອຸປະກອນພະຍຸງ. ຕ້ອງມີການອານຸມັດລ່ວງໜ້າ.

ບົດທີ 4 ເສັ້ນສະແດງຜົນປະໂຫຍດທາງການແພດ (ອັນໃດໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ ແລະ ອັນໃດທ່ານຕ້ອງຈ່າຍ)

ບໍລິການທີ່ຢູ່ໃຕ້ການຄຸ້ມຄອງ	ສິ່ງທີ່ທ່ານຈ່າຍ
ບໍລິການກວດເຂດນອກ ແລະ ບໍລິການ ແລະ ອຸປະກອນການປິ່ນປົວ-ສືບຕໍ່ - ການກວດໃນຫ້ອງທົດລອງ - ເລືອດ - ລວມທັງການຈັດເກັບ ແລະ ການບໍລິຫານ. ການຄຸ້ມຄອງເລືອກຮ່າງກາຍ ແລະ ເມັດເລືອດແດງທີ່ມີຄວາມເຂັ້ມຊັນສູງ ເລີ່ມຕົ້ນສະເພາະດ້ວຍປະລິມານເລືອດທໍາອິດທີ່ທ່ານຕ້ອງການ. ສ່ວນປະກອບຂອງເລືອດອື່ນໆທັງໝົດແມ່ນຄຸ້ມຄອງໂດຍເລີ່ມຕົ້ນດ້ວຍເມັດທໍາອິດທີ່ໃຊ້ - ການກວດວິນິດໄສທີ່ບໍ່ແມ່ນຫ້ອງທົດລອງ, ເຊັ່ນ: CT scans, MRIs, EKGs, ແລະ PET scans, ແມ່ນມີໃຫ້ເມື່ອສັງໂດຍແພດຫຼືຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບອື່ນໆເພື່ອປິ່ນປົວບັນຫາທາງການແພດ. - ການກວດວິນິໄສຄົນເຈັບນອກອື່ນໆ	ການຊໍາລະຮ່ວມ \$0 ສໍາລັບແຕ່ລະຄັ້ງ ບໍລິການຫ້ອງທົດລອງທີ່ຢູ່ໃຕ້ການຄຸ້ມຄອງຂອງ Medicare. ຕ້ອງມີການອານຸມັດລ່ວງໜ້າ. ການຊໍາລະຮ່ວມ \$0 ສໍາລັບການບໍລິການເລືອດຂອງ Medicare ທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ. ການຊໍາລະຮ່ວມ \$0 ສໍາລັບບໍລິການວິນິດໄສທາງລັງສີທີ່ຢູ່ໃຕ້ການຄຸ້ມຄອງຂອງ Medicare. ຕ້ອງມີການອານຸມັດລ່ວງໜ້າ. ການຊໍາລະຮ່ວມ \$0 ສໍາລັບຂັ້ນຕອນ ແລະ ການກວດວິນິໄສທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງໂດຍ Medicare. ຕ້ອງມີການອານຸມັດລ່ວງໜ້າ.
ການສັງເກດການຂອງໂຮງຫມໍຄົນເຈັບນອກ ການບໍລິການສັງເກດການແມ່ນສະໜອງໃຫ້ເປັນການບໍລິການຄົນເຈັບນອກໂດຍໂຮງຫມໍເພື່ອກໍານົດວ່າທ່ານຈໍາເປັນຕ້ອງໄດ້ຮັບການຍອມຮັບເປັນຄົນເຈັບໃນ ຫຼື ຄົນເຈັບນອກ. ເພື່ອຄຸ້ມຄອງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຂອງການບໍລິການການສັງເກດການຄົນເຈັບນອກ, ໂຮງຫມໍຕ້ອງປະຕິບັດຕາມເງື່ອນໄຂຂອງ Medicare ແລະ ຖືວ່າມີຄວາມສົມເຫດສົມຜົນທາງດ້ານການປິ່ນປົວ ແລະ ມີຄວາມຈໍາເປັນ. ການບໍລິການການສັງເກດການແມ່ນຄຸ້ມຄອງພຽງແຕ່ຖ້າສັງໂດຍແພດ ຫຼື ຜູ້ອື່ນທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດຈາກກົດໝາຍວິຊາຊີບຂອງລັດແລະກົດລະບຽບຂອງໂຮງຫມໍເພື່ອຮັບເອົາຄົນເຈັບໄປໂຮງຫມໍ ຫຼື ດໍາເນີນການກວດຄົນເຈັບນອກ.	ການຊໍາລະຮ່ວມ \$0 ສໍາລັບແຕ່ລະຄັ້ງ ການເຂົ້າພົບແພດສໍາລັບ ການບໍລິການທີ່ຢູ່ໃຕ້ການຄຸ້ມຄອງ Medicare.

ບົດທີ 4 ເສັ້ນສະແດງຜົນປະໂຫຍດທາງການແພດ (ອັນໃດໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ ແລະ ອັນໃດທ່ານຕ້ອງຈ່າຍ)

ບໍລິການທີ່ຢູ່ໃຕ້ການຄຸ້ມຄອງ	ສິ່ງທີ່ທ່ານຈ່າຍ
ການສັງເກດການຂອງໂຮງຫມໍຄົນເຈັບນອກ - ສືບຕໍ່ ຫມາຍເຫດ: ເວັ້ນເສຍແຕ່ວ່າຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງທ່ານໄດ້ສັ່ງໃຫ້ທ່ານເຂົ້າເປັນຄົນເຈັບໃນ, ທ່ານຈະຖືກພິຈາລະນາເປັນຄົນເຈັບນອກ ແລະ ຈະຕ້ອງຮັບຜິດຊອບຄ່າການແບ່ງປັນຕົ້ນທຶນຄົນເຈັບນອກຂອງໂຮງຫມໍ. ເຖິງແມ່ນວ່າທ່ານນອນຄ້າງຄືນຢູ່ໃນໂຮງຫມໍ, ທ່ານຍັງອາດຈະຖືກພິຈາລະນາເປັນຄົນເຈັບນອກ. ຖ້າທ່ານບໍ່ແນ່ໃຈວ່າທ່ານເປັນຄົນເຈັບນອກ ຫຼື ບໍ່, ກະລຸນາຖາມພະນັກງານໂຮງຫມໍ. ຮັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມຢູ່ໃນເອກະສານຂໍ້ມູນ Medicare ຜົນປະໂຫຍດໂຮງຫມໍ Medicare. ເອກະສານຂໍ້ມູນນີ້ມີໃຫ້ຢູ່ www.Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf ຫຼື ໂທ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). ຜູ້ໃຊ້ TTY ໂທຫາ 1-877-486-2048.	
ບໍລິການຄົນເຈັບນອກໂຮງຫມໍ ພວກເຮົາຄຸ້ມຄອງການບໍລິການທາງການແພດທີ່ຈຳເປັນທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບໃນພະແນກຄົນເຈັບນອກໂຮງຫມໍສໍາລັບການວິນິດໄສ ຫຼື ການປິ່ນປົວພະຍາດ ຫຼື ການບາດເຈັບ. ບໍລິການທີ່ຄອບຄຸມ, ແຕ່ບໍ່ຈຳກັດຢູ່: - ການບໍລິການຢູ່ໃນພະແນກເຫດສຸກເສີນ ຫຼື ຄລີນິກຄົນເຈັບນອກ, ເຊັ່ນ: ບໍລິການສັງເກດການ ຫຼື ການຜ່າຕັດຄົນເຈັບນອກ. - ຫ້ອງທົດລອງ ແລະ ການທົດສອບວິນິດໄສອອກໃບບິນໂດຍໂຮງຫມໍ - ການດູແລສຸຂະພາບຈິດ, ລວມທັງການດູແລໃນບາງໂຄງການເຂົ້າໂຮງຫມໍ, ຖ້າທ່ານຫມໍຢັ້ງຢືນວ່າການເຂົ້າໂຮງຫມໍແມ່ນມີຄວາມຈຳເປັນໂດຍບໍ່ມີການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້. - ເອັກສເຣ ແລະ ການບໍລິການລັງສີອື່ນໆທີ່ອອກໃບບິນໂດຍໂຮງຫມໍ - ອຸປະກອນການແພດເຊັ່ນ ເຜືອກດາມ ແລະ ເຜືອກ - ຢາບາງຊະນິດ ແລະ ທາງຊີວະພາບທີ່ທ່ານບໍ່ສາມາດໃຫ້ຕົນເອງໄດ້. ຫມາຍເຫດ: ເວັ້ນເສຍແຕ່ວ່າຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງທ່ານໄດ້ສັ່ງໃຫ້ທ່ານເຂົ້າເປັນຄົນເຈັບໃນ, ທ່ານຈະຖືກພິຈາລະນາເປັນຄົນເຈັບນອກ ແລະ ຈະຕ້ອງຮັບຜິດຊອບຄ່າການແບ່ງປັນຕົ້ນທຶນຄົນເຈັບນອກຂອງໂຮງຫມໍ. ເຖິງແມ່ນວ່າທ່ານນອນຄ້າງຄືນຢູ່ໃນໂຮງຫມໍ, ທ່ານຍັງອາດຈະຖືກພິຈາລະນາເປັນຄົນເຈັບນອກ. ຖ້າທ່ານບໍ່ແນ່ໃຈວ່າທ່ານເປັນຄົນເຈັບນອກ ຫຼື ບໍ່, ກະລຸນາຖາມພະນັກງານໂຮງຫມໍ.	ທ່ານຈ່າຍຄ່າຮ່ວມຕາມຈຳນວນທີ່ລະບຸໄວ້ໃນເສັ້ນສະແດງຜົນປະໂຫຍດທາງການແພດ ສໍາລັບການບໍລິການສະເພາະນີ້.

ບົດທີ 4 ເສັ້ນສະແດງຜົນປະໂຫຍດທາງການແພດ (ອັນໃດໄຮັບການຄຸ້ມຄອງ ແລະ ອັນໃດທ່ານຕ້ອງຈ່າຍ)

ບໍລິການທີ່ຢູ່ໃຕ້ການຄຸ້ມຄອງ	ສິ່ງທີ່ທ່ານຈ່າຍ
ການດູແລສຸຂະພາບຈິດຂອງຄົນເຈັບນອກ ບໍລິການທີ່ຢູ່ໃຕ້ການຄຸ້ມຄອງປະກອບມີ: ການບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບຈິດທີ່ສະໜອງໃຫ້ໂດຍຈິດຕະແພດ ຫຼື ແພດທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດຈາກລັດ, ນັກຈິດຕະສາດທາງດ້ານຄລິນິກ, ພະນັກງານສັງຄົມສົງເຄາະທາງດ້ານຄລິນິກ, ແພດພະຍາບານ, ທີ່ປຶກສາດ້ານວິຊາຊີບທີ່ມີໃບອະນຸຍາດ (LPC), ນັກບໍາບັດເລື່ອງການແຕ່ງງານ ແລະ ຄອບຄົວ (LMFT), ແພດພະຍາບານ (NP), ຜູ້ຊ່ວຍແພດ (PA), ຫຼື ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ ທາງດ້ານຈິດໃຈອື່ນໆ ຂອງ Medicare ທີ່ຕາມກົດໝາຍຂອງລັດທີ່ເໝາະສົມ. • ບໍລິການໃຫ້ໂດຍຈິດຕະແພດ • ການບໍລິການທີ່ສະໜອງໃຫ້ໂດຍຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບຈິດອື່ນໆ	ການຊໍາລະຮ່ວມ \$0 ສໍາລັບແຕ່ລະຄັ້ງຕໍ່ການຮັບການປິ່ນປົວສ່ວນບຸກຄົນໂດຍຈິດຕະແພດທີ່ຄຸ້ມຄອງໂດຍ Medicare. ການຊໍາລະຮ່ວມ \$0 ຕໍ່ການຮັບການປິ່ນປົວແບບກຸ່ມໂດຍຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບຈິດອື່ນໆທີ່ຄຸ້ມຄອງໂດຍ Medicare. ຕ້ອງມີການອານຸມັດລ່ວງໜ້າ. ການຊໍາລະຮ່ວມ \$0 ສໍາລັບແຕ່ລະຄັ້ງການເຂົ້າໃຊ້ບໍລິການບໍາບັດສ່ວນບຸກຄົນທີ່ຢູ່ໃຕ້ການຄຸ້ມຄອງຂອງ Medicare ກັບຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບຈິດອື່ນໆ. ການຊໍາລະຮ່ວມ \$0 ສໍາລັບແຕ່ລະການຢ້ຽມຢາມການປິ່ນປົວກຸ່ມທີ່ຄຸ້ມຄອງໂດຍ Medicare ກັບຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບຈິດອື່ນໆ. ຕ້ອງມີການອານຸມັດລ່ວງໜ້າ.

ບົດທີ 4 ເສັ້ນສະແດງຜົນປະໂຫຍດທາງການແພດ (ອັນໃດໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ ແລະ ອັນໃດທ່ານຕ້ອງຈ່າຍ)

ບໍລິການທີ່ຢູ່ໃຕ້ການຄຸ້ມຄອງ	ສິ່ງທີ່ທ່ານຈ່າຍ
ບໍລິການບໍາບັດຟື້ນຟູຄົນເຈັບນອກໂຮງໝໍ ບໍລິການທີ່ຢູ່ໃຕ້ການຄຸ້ມຄອງປະກອບມີກາຍະພາບບໍາບັດ, ກິດຈະກຳບໍາບັດ ແລະ ການບໍາບັດດ້ານພາສາປາກເວົ້າ. ບໍລິການບໍາບັດຟື້ນຟູຄົນເຈັບນອກໂຮງໝໍແມ່ນມີຢູ່ໃນຫຼາຍໆບ່ອນ, ລວມທັງ ພະແນກຄົນເຈັບນອກໂຮງໝໍ, ຄລີນິກປິ່ນປົວແບບອິດສະຫລະ, ແລະ ສະຖານທີ່ ຟື້ນຟູຄົນເຈັບນອກຄົບວົງຈອນ (CORFs). • ບໍລິການໃຫ້ໂດຍນັກກາຍະພາບບໍາບັດ • ບໍລິການໃຫ້ໂດຍນັກກິດຈະກຳບໍາບັດ • ບໍລິການໂດຍນັກບໍາບັດການເວົ້າ ແລະ ພາສາ	ການຊໍາລະຮ່ວມ \$0 ຕໍ່ຄັ້ງສໍາລັບການ ບໍລິການກາຍະພາບບໍາບັດທີ່ຄຸ້ມຄອງ ໂດຍ Medicare. ຕ້ອງມີການອານຸມັດລ່ວງໜ້າ. ການຊໍາລະຮ່ວມ \$0 ຕໍ່ຄັ້ງສໍາລັບ ການເຮັດກິດຈະກຳບໍາບັດທີ່ຄຸ້ມຄອງ ໂດຍ Medicare. ຕ້ອງມີການອານຸມັດລ່ວງໜ້າ. ການຊໍາລະຮ່ວມ \$0 ຕໍ່ຄັ້ງສໍາລັບການ ບໍລິການປິ່ນປົວທາງດ້ານການເວົ້າ ແລະ ພາສາ ທີ່ຄຸ້ມຄອງໂດຍ Medicare. ຕ້ອງມີການອານຸມັດລ່ວງໜ້າ.
ບໍລິການປິ່ນປົວການນໍາໃຊ້ສານເສບຕິດຄົນເຈັບນອກ ບໍລິການທີ່ຢູ່ໃຕ້ການຄຸ້ມຄອງປະກອບມີ: ການບໍລິການປິ່ນປົວການໃຊ້ສານເສບຕິດເຊັ່ນ ການປິ່ນປົວແບບບຸກຄົນ ແລະ ກຸ່ມແມ່ນສະໜອງໃຫ້ໂດຍແພດ, ນັກຈິດຕະສາດທາງດ້ານຄລີນິກ, ພະນັກງານ ສັງຄົມສົງເຄາະທາງດ້ານຄລີນິກ, ພະຍາບານຜູ້ຊ່ຽວຊານ, ພະຍາບານ, ຜູ້ຊ່ວຍແພດ, ຫຼື ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການທາງດ້ານສຸຂະພາບຈິດ ຫຼື ໂຄງການອື່ນໆທີ່ມີສິດໃນ Medicare ທີ່ ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດຕາມກົດໝາຍຂອງລັດ.	ການຊໍາລະຮ່ວມ \$0 ສໍາລັບແຕ່ລະຄັ້ງ ການເຂົ້າພົບແພດສໍາລັບການບໍາບັດ ບຸກຄົນທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ Medicare. ການຊໍາລະຮ່ວມ \$0 ຕໍ່ຄັ້ງສໍາລັບ ການປິ່ນປົວແບບກຸ່ມທີ່ຄຸ້ມຄອງໂດຍ Medicare.

ບົດທີ 4 ເສັ້ນສະແດງຜົນປະໂຫຍດທາງການແພດ (ອັນໃດໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ ແລະ ອັນໃດທ່ານຕ້ອງຈ່າຍ)

ບໍລິການທີ່ຢູ່ໃຕ້ການຄຸ້ມຄອງ	ສິ່ງທີ່ທ່ານຈ່າຍ
ບໍລິການປິ່ນປົວການນໍາໃຊ້ສານເສບຕິດຄົນເຈັບນອກ-ສືບຕໍ່	ຕ້ອງມີການອານຸມັດລ່ວງໜ້າ.
ການຜ່າຕັດຄົນເຈັບນອກລວມມີການບໍລິການທີ່ສະໜອງໃຫ້ຢູ່ໃນພະແນກຄົນເຈັບນອກໂຮງໝໍ ແລະ ສູນຜ່າຕັດນອກສະຖານທີ່. ຫມາຍເຫດ: ຖ້າທ່ານຈຳເປັນຕ້ອງຜ່າຕັດຢູ່ໃນໂຮງໝໍ, ທ່ານຄວນກວດເບິ່ງກັບຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງທ່ານວ່າທ່ານຈະເປັນຄົນເຈັບໃນ ຫຼື ຄົນເຈັບນອກ. ເວັ້ນເສຍແຕ່ວ່າຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງທ່ານໄດ້ສັ່ງໃຫ້ທ່ານເຂົ້າເປັນຄົນເຈັບໃນ, ທ່ານຈະຖືກພິຈາລະນາເປັນຄົນເຈັບນອກ ແລະ ຈະຕ້ອງຮັບຜິດຊອບຄ່າການແບ່ງປັນຕົ້ນທຶນຄົນເຈັບນອກຂອງໂຮງໝໍ. ເຖິງແມ່ນວ່າທ່ານນອນຄ້າງຄືນຢູ່ໃນໂຮງໝໍ, ທ່ານຍັງອາດຈະຖືກພິຈາລະນາເປັນຄົນເຈັບນອກ. - ການບໍລິການສະໜອງໃຫ້ຢູ່ໂຮງໝໍຄົນເຈັບນອກ - ບໍລິການໃຫ້ໂດຍສູນຜ່າຕັດສຸກເສີນ	ການຊໍາລະຮ່ວມ \$0 ສໍາລັບແຕ່ລະຄັ້ງການໄປພົບແພດທີ່ສະຖານພະຍາບານຄົນເຈັບນອກທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງໂດຍ Medicare. ຕ້ອງມີການອານຸມັດລ່ວງໜ້າ. ການຊໍາລະຮ່ວມ \$0 ສໍາລັບແຕ່ລະຄັ້ງການເຂົ້າພົບແພດໃນ ສູນຜ່າຕັດສຸກເສີນທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງໂດຍ Medicare. ຕ້ອງມີການອານຸມັດລ່ວງໜ້າ.
ໂຄງການການປິ່ນປົວຜູ້ປ່ວຍນອກເວລາ ແລະ ບໍລິການຄົນເຈັບນອກແບບເຂັ້ມຊັນ. ໂຄງການການປິ່ນປົວຜູ້ປ່ວຍນອກເວລາ ເປັນໂຄງການທີ່ມີໂຄງສ້າງຂອງການປິ່ນປົວທາງດ້ານຈິດຕະວິທະຍາເຊິ່ງລຸກທີ່ສະໜອງໃຫ້ບົນພື້ນຖານຄົນເຈັບນອກໂດຍໂຮງໝໍ ຫຼື ສູນສຸຂະພາບຈິດຂອງຊຸມຊົນ, ເຊິ່ງມີຄວາມເຂັ້ມຊັນຫຼາຍກວ່າການດູແລທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບຈາກແພດ, ນັກບໍາບັດ, ນັກບໍາບັດເລື່ອງການແຕ່ງງານ ແລະ ຄອບຄົວ (LMFT), ຫຼື ທີ່ປຶກສາດ້ານວິຊາຊີບທີ່ມີໃບອະນຸຍາດ, ແລະ ເປັນທາງເລືອກໃນການເຂົ້າຮັກສາໃນໂຮງໝໍ.	ການຊໍາລະຮ່ວມ \$0 ຕໍ່ມື້ ສໍາລັບບໍລິການໂຄງການການປິ່ນປົວຜູ້ປ່ວຍນອກເວລາທີ່ໄດ້ຮັບການຄອບຄຸມໂດຍ Medicare. ຕ້ອງມີການອານຸມັດລ່ວງໜ້າ.

ບົດທີ 4 ເສັ້ນສະແດງຜົນປະໂຫຍດທາງການແພດ (ອັນໃດໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ ແລະ ອັນໃດທ່ານຕ້ອງຈ່າຍ)

ບໍລິການທີ່ຢູ່ໃຕ້ການຄຸ້ມຄອງ	ສິ່ງທີ່ທ່ານຈ່າຍ
ໂຄງການການປິ່ນປົວຜູ້ປ່ວຍນອກເວລາ ແລະ ການບໍລິການຄົນເຈັບນອກແບບຊັ້ນ - ສືບຕໍ່ ການບໍລິການຄົນເຈັບນອກ ແບບເຂັ້ມຊັ້ນແມ່ນໂຄງການທີ່ມີໂຄງສ້າງຂອງການປິ່ນປົວທາງດ້ານພຶດຕິກຳ (ສຸຂະພາບຈິດ) ເຊິ່ງລຸກທີ່ສະໜອງໃຫ້ຢູ່ໃນພະແນກຄົນເຈັບນອກໂຮງໝໍ, ສູນສຸຂະພາບຈິດຊຸມຊົນ, ສຸກສາລາທີ່ມີຄຸນວຸດທິຂອງລັດຖະບານກາງ, ຫຼື ຄຣິນິກຊານເມືອງ ເຊິ່ງມີຄວາມເຂັ້ມຊັ້ນຫຼາຍກວ່າການດູແລທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບຈາກແພດ, ນັກບໍາບັດ, ນັກບໍາບັດເລື່ອງການແຕ່ງງານ ແລະ ຄອບຄົວ (LMFT), ຫຼື ທີ່ປຶກສາດ້ານວິຊາຊີບທີ່ມີໃບອະນຸຍາດ, ແຕ່ມີຄວາມເຂັ້ມຊັ້ນໜ້ອຍກວ່າການເຂົ້າຮັກສາໃນໂຮງໝໍບາງສ່ວນ.	ການຊໍາລະຮ່ວມ \$0 ຕໍ່ມື້ ສໍາລັບບໍລິການຄົນເຈັບນອກເຂັ້ມຊັ້ນທີ່ໄດ້ຮັບການຄອບຄຸມໂດຍ Medicare. ຕ້ອງມີການອານຸມັດລ່ວງໜ້າ.
ການບໍລິການຈາກທ່ານຫມໍ / ຜູ້ຊ່ຽວຊານ, ລວມທັງການໄປພົບທ່ານໝໍຢູ່ຫ້ອງການ ບໍລິການທີ່ຢູ່ໃຕ້ການຄຸ້ມຄອງປະກອບມີ: - ການບໍລິການທາງການແພດ ຫຼື ການຜ່າຕັດທີ່ຈຳເປັນທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບຢູ່ໃນຫ້ອງການຂອງແພດ, ສູນຜ່າຕັດຄົນເຈັບນອກສະຖານທີ່ທີ່ໄດ້ຮັບການຢືນຢັນ, ພະແນກຄົນເຈັບນອກໂຮງໝໍ ຫຼື ສະຖານທີ່ອື່ນໆ. - ການໃຫ້ຄໍາປຶກສາຜູ້, ການວິນິດໄສ, ແລະ ການປິ່ນປົວຈາກຊ່ຽວຊານ - ຜູ້ຊ່ຽວຊານດ້ານການດູແລສຸຂະພາບຄົນອື່ນໆ	ການຊໍາລະຮ່ວມ \$0 ສໍາລັບແຕ່ລະຄັ້ງ ການເຂົ້າພົບແພດ PCP ໃນຫ້ອງການທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງໂດຍ Medicare. ເບິ່ງພາກ "ການຜ່າຕັດຄົນເຈັບນອກ" ຕໍ່ມາໃນຕາຕະລາງນີ້ ເພື່ອເບິ່ງຈຳນວນການແບ່ງປັນຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທີ່ໃຊ້ໄດ້ໃຫ້ສູນຜ່າຕັດສຸກເສີນ ຫຼື ສະຖານທີ່ຄົນເຈັບນອກໂຮງໝໍ. ການຊໍາລະຮ່ວມ \$0 ສໍາລັບແຕ່ລະຄັ້ງ ການເຂົ້າພົບແພດຜູ້ຊ່ຽວຊານທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງໂດຍ Medicare. ຕ້ອງມີການອານຸມັດລ່ວງໜ້າ. ການຊໍາລະຮ່ວມ \$0 ສໍາລັບບໍລິການການໄດ້ຍິນທີ່ຢູ່ໃຕ້ການຄຸ້ມຄອງຂອງ Medicare. ຕ້ອງມີການອານຸມັດລ່ວງໜ້າ.

ບົດທີ 4 ເສັ້ນສະແດງຜົນປະໂຫຍດທາງການແພດ (ອັນໃດໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ ແລະ ອັນໃດທ່ານຕ້ອງຈ່າຍ)

ບໍລິການທີ່ຢູ່ໃຕ້ການຄຸ້ມຄອງ	ສິ່ງທີ່ທ່ານຈ່າຍ
ການບໍລິການຈາກທ່ານຫມໍ / ຜູ້ຊ່ຽວຊານ, ລວມທັງການໄປພົບທ່ານໝໍຢູ່ ທ້ອງການ - ສືບຕໍ່ - ການທົດສອບການຟັງ ແລະ ຄວາມດຸ່ນດ່ຽງຂັ້ນພື້ນຖານຈາກທ່ານຫມໍ PCP ຫຼື ຜູ້ຊ່ຽວຊານຂອງທ່ານ, ຖ້າທ່ານຫມໍຂອງທ່ານກໍານົດວ່າທ່ານຕ້ອງການການປິ່ນປົວທາງການແພດ. - ການບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບບາງປະເພດປະກອບມີ: ບໍລິການຈຳເປັນສຸກເສີນ, ບໍລິການສຸຂະພາບຢູ່ບ້ານ, ແພດບໍລິການຫຼັກ, ກິດຈະກຳບຳບັດ, ຜູ້ຊ່ຽວຊານ, ການປິ່ນປົວສ່ວນບຸກຄົນ ແລະ ກຸ່ມສໍາລັບສຸຂະພາບຈິດ, ບໍລິການປິ່ນປົວພະຍາດຕີນ, ຜູ້ຊ່ຽວຊານດ້ານການດູແລສຸຂະພາບອື່ນໆ, ການປິ່ນປົວສ່ວນບຸກຄົນ ແລະ ກຸ່ມສໍາລັບຈິດຕະເວດ, ບໍລິການກາຍະພາບບຳບັດ ແລະ ການບຳບັດການເວົ້າ ແລະ ພາສາ, ແລະ ການປິ່ນປົວສ່ວນບຸກຄົນ ແລະ ກຸ່ມສໍາລັບຄົນເຈັບບນອກທີ່ມີການໃຊ້ສານເສບຕິດ ແລະ ການເຝິກອົບຮົມຈັດການພະຍາດເບົາຫວານດ້ວຍຕົນເອງ. - ທ່ານສາມາດເລືອກທີ່ຈະຮັບການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ແບບການຢ້ຽມຢາມເຊິ່ງຫນ້າ ຫຼື ຜ່ານບໍລິການປຶກສາແພດອອນລາຍ. ຖ້າທ່ານເລືອກທີ່ຈະຮັບການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ຜ່ານທາງບໍລິການປຶກສາແພດອອນລາຍ, ທ່ານຕ້ອງໃຊ້ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການເຄືອຂ່າຍທີ່ໃຫ້ບໍລິການປຶກສາແພດອອນລາຍ. - ການໃຫ້ຄໍາປຶກສາດ້ານສຸຂະພາບທາງໂທລະສັບ (ຍັງເອີ້ນວ່າການປຶກສາທາງອອນລາຍ ຫຼື ການແພດທາງໄກ) ແມ່ນການໄປຫາທ່ານໝໍຜ່ານທາງໂທລະສັບ ຫຼື ອິນເຕີເນັດ, ໂດຍໃຊ້ສະມາດໂຟນ, ແທັບເລັດ ຫຼື ຄອມພິວເຕີ. ການພົບທ່ານໝໍບາງຄົນອາດຕ້ອງການອິນເຕີເນັດ ແລະ ອຸປະກອນທີ່ເປີດກ້ອງໄດ້. - ແຜນການຂອງພວກເຮົາສະໜອງການເຂົ້າເຖິງ 24 ຊົ່ວໂມງຕໍ່ມື້, 7 ມື້ຕໍ່ອາທິດກັບແພດຫມໍທີ່ໄດ້ຮັບການຢັ້ງຢືນໂດຍຜ່ານເຄືອຂ່າຍຂອງຜູ້ໃຫ້ບໍລິການການໄປຢ້ຽມຢາມແພດສະເໝືອນຈິງເພື່ອຊ່ວຍແກ້ໄຂຄໍາຖາມ/ບັນຫາສຸຂະພາບທີ່ຫລາກຫລາຍ. ບໍລິການທີ່ຢູ່ໃຕ້ການຄຸ້ມຄອງລວມມີຢາສາມັນ, ສຸຂະພາບຈິດ, ພະຍາດຜິວໜັງ ແລະ ອື່ນໆອີກ. ສໍາລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມ ຫຼື ເພື່ອຊອກຫາຜູ້ໃຫ້ບໍລິການເຄືອຂ່າຍການຢ້ຽມຢາມສະເໝືອນຈິງ, ກະລຸນາຕິດຕໍ່ຝ່າຍການບໍລິການສະມາຊິກ.	ການຊໍາລະຮ່ວມ \$0 ແມ່ນໃຊ້ໄດ້ກັບການບໍລິການໄດ້ຍິນທີ່ຄຸ້ມຄອງໂດຍ Medicare. ຕ້ອງມີການອານຸມັດລ່ວງໜ້າ. ການຊໍາລະຮ່ວມ \$0 ສໍາລັບການບໍລິການຢ້ຽມຢາມສະເໝືອນຈິງດໍາເນີນການໂດຍຜ່ານຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຢ້ຽມຢາມສະເໝືອນຈິງຂອງແຜນຂອງທ່ານ. ກະລຸນາບັນທຶກ: ການຊໍາລະຮ່ວມ \$0 ຂ້າງເທິງນີ້ພຽງແຕ່ມີການນໍາໃຊ້ໃນເວລາທີ່ໄດ້ຮັບການບໍລິການຈາກຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຢ້ຽມຢາມສະເໝືອນຈິງແຜນການຂອງທ່ານ. ຖ້າທ່ານໄດ້ຮັບການບໍລິການດ້ານການແພດດ້ວຍຕົນເອງ ຫຼື າງໂທລະເລກຈາກຜູ້ໃຫ້ບໍລິການໃນເຄືອຂ່າຍ ແລະບໍ່ແມ່ນຜູ້ໃຫ້ບໍລິການການໄປຢ້ຽມຢາມແບບສະເໝືອນຈິງ, ທ່ານຈະຈ່າຍຄ່າຮ່ວມທີ່ລະບຸໄວ້ໃຫ້ກັບຜູ້ໃຫ້ບໍລິການເຫຼົ່ານັ້ນ, ດັ່ງທີ່ລະບຸໄວ້ໃນຕາຕະລາງຜົນປະໂຫຍດນີ້ (ເຊັ່ນ: ຖ້າທ່ານໄດ້ຮັບການບໍລິການທາງໂທລະສັບຈາກ PCP ຂອງທ່ານ, ທ່ານຈະຈ່າຍຄ່າຮ່ວມກັບ PCP).

ບົດທີ 4 ເສັ້ນສະແດງຜົນປະໂຫຍດທາງການແພດ (ອັນໃດໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ ແລະ ອັນໃດທ່ານຕ້ອງຈ່າຍ)

ບໍລິການທີ່ຢູ່ໃຕ້ການຄຸ້ມຄອງ	ສິ່ງທີ່ທ່ານຈ່າຍ
ການບໍລິການຈາກທ່ານຫມໍ / ຜູ້ຊ່ຽວຊານ, ລວມທັງການໄປພົບທ່ານໝໍຢູ່ຫ້ອງການ - ສືບຕໍ່ • ບໍລິການສຸຂະພາບທາງອອນລາຍບາງອັນ, ລວມທັງການໃຫ້ຄໍາປຶກສາ, ການວິນິດໄສ, ແລະ ການປິ່ນປົວໂດຍແພດ ຫຼື ຜູ້ຊ່ຽວຊານອື່ນໆ, ມີໃຫ້ຄົນເຈັບໃນເຂດຊົນນະບົດ ຫຼື ສະຖານທີ່ອື່ນໆທີ່ໄດ້ຮັບການອະນຸມັດຈາກ Medicare. • ການບໍລິການປຶກສາແພດອອນລາຍປະຈໍາເດືອນສໍາລັບຄົນເຈັບທີ່ເປັນພະຍາດຫມາກໄຂ່ຫຼັງຊໍາເຮື້ອໃນການຊໍາລະລ້າງຫມາກໄຂ່ຫຼັງຢູ່ເຮືອນທີ່ສູນ teledialysis ທີ່ໂຮງຫມໍ ຫຼື ສູນ hemodialysis ທີ່ໂຮງຫມໍ, ສະຖານພະຍາບານ, ຫຼື ເຮືອນຂອງສະມາຊິກ. • ການບໍລິການປຶກສາແພດອອນລາຍສໍາລັບການວິນິດໄສ, ການປະເມີນຜົນ, ຫຼືການປິ່ນປົວອາການເສັ້ນເລືອດໃນສະຫມອງ, ໂດຍບໍ່ຄໍານຶງເຖິງສະຖານທີ່. • ການບໍລິການປຶກສາແພດອອນລາຍສໍາລັບສະມາຊິກທີ່ມີການນໍາໃຊ້ສານເສບຕິດ ຫຼື ຄວາມຜິດປົກກະຕິດ້ານສຸຂະພາບຈິດຮ່ວມກັນ, ໂດຍບໍ່ຄໍານຶງເຖິງສະຖານທີ່. • ການບໍລິການປຶກສາແພດອອນລາຍສໍາລັບການວິນິດໄສ, ການປະເມີນຜົນ ແລະ ການປິ່ນປົວຄວາມຜິດປົກກະຕິຂອງສຸຂະພາບຈິດ ຖ້າ: ◦ ທ່ານໄດ້ໄປພົບແພດແບບເຊິ່ງຫນ້າກັບແພດພາຍໃນ 6 ເດືອນກ່ອນການຢ້ຽມຢາມທາງອອນລາຍຄັ້ງທໍາອິດຂອງທ່ານ. ◦ ທ່ານໄດ້ໄປພົບແພດແບບເຊິ່ງຫນ້າກັບແພດທຸກໆ 12 ເດືອນໃນຂະນະທີ່ໄດ້ຮັບການບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບເຫຼົ່ານີ້. ◦ ຂໍ້ຍົກເວັ້ນອາດຈະນໍາໃຊ້ກັບຂ້າງເທິງໃນບາງສະຖານະການສະເພາະ. • ການບໍລິການປຶກສາແພດອອນລາຍສໍາລັບການໄປຢ້ຽມຢາມສຸຂະພາບຈິດທີ່ສະໜອງໃຫ້ໂດຍຄລີນິກສຸຂະພາບຊົນນະບົດ ແລະ ສູນບໍລິການທາງການແພດຂອງລັດ. • ເຊັກອິນແບບອອນລາຍ (ຕົວຢ່າງ, ທາງໂທລະສັບ ຫຼື ວິດີໂອສົມທະນາ) ກັບໝໍຂອງທ່ານເປັນເວລາ 5-10 ນາທີ ຖ້າ: ◦ ທ່ານບໍ່ແມ່ນຄົນເຈັບໃຫມ່ ແລະ ◦ ການເຊັກອິນບໍ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບການໄປພົບແພດໃນ 7 ມື້ທີ່ຜ່ານມາ ແລະ ◦ ການເຊັກອິນບໍ່ໄດ້ນໍາໄປສູ່ການໄປຢ້ຽມຢາມຫ້ອງການພາຍໃນ 24 ຊົ່ວໂມງຫຼືການນັດພົບຂ້າງຫນ້າອັນໃກ້	ທ່ານຈະຈ່າຍຄ່າແບ່ງປັນຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທີ່ນໍາໃຊ້ກັບຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ (ຕາມທີ່ອະທິບາຍໄວ້ໃນ "ການບໍລິການແພດ / ການປະຕິບັດ, ລວມທັງການໄປຢ້ຽມຢາມຫ້ອງການທ່ານຫມໍ" ຂ້າງເທິງ).

ບົດທີ 4 ເສັ້ນສະແດງຜົນປະໂຫຍດທາງການແພດ (ອັນໃດໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ ແລະ ອັນໃດທ່ານຕ້ອງຈ່າຍ)

ບໍລິການທີ່ຢູ່ໃຕ້ການຄຸ້ມຄອງ	ສິ່ງທີ່ທ່ານຈ່າຍ
ການບໍລິການຈາກທ່ານຫມໍ / ຜູ້ຊ່ຽວຊານ, ລວມທັງການໄປພົບທ່ານໝໍຢູ່ຫ້ອງການ - ສືບຕໍ່ - ການປະເມີນຜົນຂອງວິດີໂອ ແລະ / ຫຼື ຮູບພາບທີ່ທ່ານສົ່ງໃຫ້ທ່ານຫມໍຂອງທ່ານ, ແລະ ການຕິລາຄາແລະການຕິດຕາມໂດຍທ່ານຫມໍຂອງທ່ານພາຍໃນ 24 ຊົ່ວໂມງ ຖ້າ: - ທ່ານບໍ່ແມ່ນຄົນເຈັບໃຫມ່ ແລະ - ການປະເມີນຜົນບໍ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບການເຂົ້າພົບແພດໃນ 7 ມື້ທີ່ຜ່ານມາ ແລະ - ການປະເມີນຜົນຈະບໍ່ນໍາໄປສູ່ການໄປຢ້ຽມຢາມທ່ານຫມໍພາຍໃນ 24 ຊົ່ວໂມງ ຫຼື ພາຍໃນເວລານັດອັນໃກ້ນີ້. - ການປຶກສາຫາລືກັບທ່ານຫມໍຂອງທ່ານທາງໂທລະສັບ, ອິນເຕີເນັດ, ຫຼື ການບັນທຶກສຸຂະພາບແບບເອເລັກໂຕຣນິກ. - ໄດ້ຮັບຄວາມຄິດເຫັນທີສອງຈາກຜູ້ໃຫ້ບໍລິການເຄືອຂ່າຍອື່ນກ່ອນການຜ່າຕັດ.	ທ່ານຈະຈ່າຍຄ່າແບ່ງປັນຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທີ່ນໍາໃຊ້ກັບຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ (ຕາມທີ່ອະທິບາຍໄວ້ໃນ "ການບໍລິການແພດ / ການປະຕິບັດ, ລວມທັງການໄປຢ້ຽມຢາມຫ້ອງການທ່ານຫມໍ" ຂ້າງເທິງ). ທ່ານຈະຈ່າຍຄ່າແບ່ງປັນຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທີ່ນໍາໃຊ້ກັບຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ (ຕາມທີ່ອະທິບາຍໄວ້ໃນ "ການບໍລິການແພດ / ການປະຕິບັດ, ລວມທັງການໄປຢ້ຽມຢາມຫ້ອງການທ່ານຫມໍ" ຂ້າງເທິງ). ທ່ານຈະຈ່າຍຄ່າແບ່ງປັນຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທີ່ນໍາໃຊ້ກັບຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ (ຕາມທີ່ອະທິບາຍໄວ້ໃນ "ການບໍລິການແພດ / ການປະຕິບັດ, ລວມທັງການໄປຢ້ຽມຢາມຫ້ອງການທ່ານຫມໍ" ຂ້າງເທິງ). ນອກຈາກຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທີ່ລະບຸໄວ້ຂ້າງເທິງແລ້ວ, ຍັງຈະມີການຊໍາລະຮ່ວມ ແລະ ຄ່າປະກັນຮ່ວມສໍາລັບການບໍລິການທີ່ຈໍາເປັນທາງການບໍລິການທີ່ຢູ່ໃຕ້ການຄຸ້ມຄອງ Medicare ຄຸ້ມຄອງ ເຊັ່ນ: ອຸປະກອນການແພດທີ່ທົນທານ ແລະ ເຄື່ອງໃຊ້, ອຸປະກອນທຽມ ແລະ ເຄື່ອງໃຊ້, ການກວດວິນິດໄສ ແລະ ການບໍລິການປິ່ນປົວຄົນເຈັບນອກ, ແວ່ນຕາ ແລະ ເລນສໍາຜັດຫຼັງການຜ່າຕັດຕາຕໍ່, ຢາຕາມໃບສັງແພດ ພາກ D ແລະ ຢາຕາມໃບສັງແພດ Medicare Part B, ດັ່ງທີ່ໄດ້ອະທິບາຍໄວ້ໃນຕາຕະລາງຜົນປະໂຫຍດນີ້.

ບົດທີ 4 ເສັ້ນສະແດງຜົນປະໂຫຍດທາງການແພດ (ອັນໃດໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ ແລະ ອັນໃດທ່ານຕ້ອງຈ່າຍ)

ບໍລິການທີ່ຢູ່ໃຕ້ການຄຸ້ມຄອງ	ສິ່ງທີ່ທ່ານຈ່າຍ
ບໍລິການປິ່ນປົວພະຍາດຕີນ ບໍລິການທີ່ຢູ່ໃຕ້ການຄຸ້ມຄອງປະກອບມີ: - ການວິນິດໄສທາງການແພດ ຫຼື ການຜ່າຕັດ ແລະ ການປິ່ນປົວການບາດເຈັບ ແລະ ພະຍາດທີ່ຕີນ (ເຊັ່ນ: ກະດູກນິ້ວຕີນບວມ ຫຼື ເດືອຍທີ່ສັ້ນຕີນ) - ການດູແລຕີນເປັນປົກກະຕິສໍາລັບສະມາຊິກທີ່ມີສະພາບທາງການແພດບາງຢ່າງທີ່ມີຜົນກະທົບຕໍ່ຂາສ່ວນລຸ່ມ.	ການຊໍາລະຮ່ວມ \$0 ສໍາລັບບໍລິການປິ່ນປົວພະຍາດຕີນທີ່ຄຸ້ມຄອງໂດຍ Medicare. ຕ້ອງມີການອານຸມັດລ່ວງໜ້າ.
 ການປ້ອງກັນໂຮກ (PrEP) HIV ລ່ວງໜ້າກ່ອນການສໍາຜັດເຊື້ອ ຖ້າທ່ານບໍ່ໄດ້ເປັນພະຍາດ HIV ແຕ່ທ່ານໝໍ ຫຼື ຜູ້ຊ່ຽວຊານດ້ານສຸຂະພາບຄົນອື່ນໆ ກໍາລັງວ່າທ່ານມີຄວາມສ່ຽງສູງຕໍ່ການຕິດເຊື້ອເອສໄອວີ, ພວກເຮົາຄຸ້ມຄອງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຂອງການປ້ອງກັນໂຮກ HIV ລ່ວງໜ້າກ່ອນການສໍາຜັດເຊື້ອ (PrEP) ແລະ ການບໍລິການທີ່ກ່ຽວຂ້ອງ. ຖ້າທ່ານມີເງື່ອນໄຂ, ບໍລິການທີ່ຢູ່ໃຕ້ການຄຸ້ມຄອງປະກອບມີ: - ຢາ PrEP ແບບຮັບປະທານ ຫຼື ສັກ ທີ່ຖືກອະນຸມັດໂດຍ FDA. ຖ້າທ່ານໃຊ້ຢາສັກ, ພວກເຮົາຍັງໃຫ້ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຂອງຢາທີ່ໃຊ້ສິດ. - ມີເຖິງ 8 ກອງປະຊຸມໃຫ້ຄໍາປຶກສາສ່ວນບຸກຄົນ (ລວມທັງການປະເມີນຄວາມສ່ຽງຕໍ່ໂລກ HIV, ການຫຼຸດຜ່ອນຄວາມສ່ຽງຂອງເຊື້ອໂລກ HIV, ແລະ ການປະຕິບັດຕາມຄໍາແນະນໍາໃນການໃຊ້ຢາ) ທຸກໆ 12 ເດືອນ. - ກວດຫາເຊື້ອໂຮກ HIV ໄດ້ເຖິງ 8 ຄັ້ງໃນທຸກໆ 12 ເດືອນ. ການກວດພະຍາດຕັບອັກເສບ B ຄັ້ງດຽວ.	ບໍ່ມີປະກັນຮ່ວມ, ການຊໍາລະຮ່ວມ, ຫຼື ຄ່າເສຍຫາຍສ່ວນທໍາອິດສໍາລັບຜົນປະໂຫຍດຂອງ PrEP.

ບົດທີ 4 ເສັ້ນສະແດງຜົນປະໂຫຍດທາງການແພດ (ອັນໃດໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ ແລະ ອັນໃດທ່ານຕ້ອງຈ່າຍ)

ບໍລິການທີ່ຢູ່ໃຕ້ການຄຸ້ມຄອງ	ສິ່ງທີ່ທ່ານຈ່າຍ
 ການກວດມະເຮັງຕ່ອມລູກໝາກ ສໍາລັບຜູ້ຊາຍທີ່ມີອາຍຸ 50 ປີຂຶ້ນໄປ, ການບໍລິການທີ່ຢູ່ໃຕ້ການຄຸ້ມຄອງລວມມີການບໍລິການດັ່ງຕໍ່ໄປນີ້ທຸກໆ 12 ເດືອນ: - ການກວດຮູທະວານດ້ວຍນິ້ວມື - ການກວດຕ່ອມລູກໝາກ (PSA)	ການຊໍາລະຮ່ວມ \$0 ສໍາລັບ ການຄຸ້ມຄອງຈາກ Medicare ປະຈຳປີ ການກວດຮູທະວານດ້ວຍນິ້ວມືແຕ່ລະຄັ້ງ. ບໍ່ມີປະກັນຮ່ວມ, ການຊະລໍາຮ່ວມ, ຫຼື ຄ່າເສຍຫາຍສ່ວນທຳອິດສໍາລັບການກວດຕ່ອມລູກໝາກ PSA ປະຈຳປີ.
ອຸປະກອນທຽມ, ອຸປະກອນຄໍ້າຂໍ້ທຽມ, ແລະ ອຸປະກອນທີ່ກ່ຽວຂ້ອງ ອຸປະກອນ (ນອກຈາກທັນຕະກຳ) ທີ່ທົດແທນສ່ວນຫນຶ່ງຂອງຮ່າງກາຍ ຫຼື ຫນ້າທີ່ເຮັດວຽກ. ນີ້ປະກອບມີ, ແຕ່ບໍ່ຈຳກັດພຽງແຕ່ການທົດລອງ, ການໃສ່, ຫຼື ການຝຶກອົບຮົມສໍາລັບການນຳໃຊ້ອຸປະກອນເສີມຂາທຽມ ແລະ ອຸປະກອນສະຫນັບສະຫນູນ, ລວມທັງຖົງ ແລະ ອຸປະກອນສະຫນັບສະຫນູນທີ່ກ່ຽວຂ້ອງໂດຍກົງກັບການດູແລຫຼັງການຜ່າຕັດທະວານທຽມ, ເຄື່ອງກະຕຸ້ນຫົວໃຈ, ອຸປະກອນຄໍ້າຂໍ້, ເກີບທຽມ, ຂາທຽມ, ແລະ ເຕົ້າມົມທຽມ (ລວມທັງ ເສື້ອໃນຫລັງການຜ່າຕັດເຕົ້າມົມ). ປະກອບມີອຸປະກອນບາງຢ່າງທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບອຸປະກອນຂາທຽມ ແລະ ອຸປະກອນຄໍ້າຂໍ້ທຽມ, ແລະ ການສ້ອມແປງ ແລະ/ຫຼືການທົດແທນອຸປະກອນຂາທຽມ ແລະ ອຸປະກອນຄໍ້າຂໍ້ທຽມ. ລວມມີການຄຸ້ມຄອງບາງຢ່າງຫຼັງຈາກການຜ່າຕັດຕາ ຫຼື ການຜ່າຕັດຕາຕໍ່ – ໄປທີ່ Vision Care ລາຍລະອຽດເພີ່ມເຕີມແມ່ນໃຫ້ຢູ່ໃນຕາຕະລາງຕໍ່ໄປ.	ການຊໍາລະຮ່ວມ \$0 ສໍາລັບອຸປະກອນເສີມ ຫຼື ແຜ່ນຮອງຕີນທີ່ຢູ່ໃຕ້ການຄຸ້ມຄອງຂອງ Medicare. ຕ້ອງມີການອານຸມັດລ່ວງໜ້າ. ການຊໍາລະຮ່ວມ \$0 ສໍາລັບອຸປະກອນທາງການແພດທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບອຸປະກອນເສີມທີ່ຢູ່ໃຕ້ການຄຸ້ມຄອງຂອງ Medicare. ຕ້ອງມີການອານຸມັດລ່ວງໜ້າ.
ບໍລິການບຳບັດຟື້ນຟູສະພາບປອດ ແຜນຟື້ນຟູປອດອັກເສບແບບຄົບວົງຈອນມີໃຫ້ສໍາລັບສະມາຊິກທີ່ມີພະຍາດອຸດຕັນຊໍາເຮື້ອ (COPD) ແລະ ຜູ້ທີ່ໄດ້ຮັບການສັ່ງໃຫ້ຟື້ນຟູປອດອັກເສບໂດຍແພດປິ່ນປົວພະຍາດລະບົບຫາຍໃຈຊໍາເຮື້ອຂອງເຂົາເຈົ້າ.	ການຊໍາລະຮ່ວມ \$0 ສໍາລັບແຕ່ລະຄັ້ງ ການເຂົ້າພົບແພດສໍາລັບ ບໍລິການຟື້ນຟູສຸຂະພາບປອດທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງໂດຍ Medicare.

ບົດທີ 4 ເສັ້ນສະແດງຜົນປະໂຫຍດທາງການແພດ (ອັນໃດໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ ແລະ ອັນໃດທ່ານຕ້ອງຈ່າຍ)

ບໍລິການທີ່ຢູ່ໃຕ້ການຄຸ້ມຄອງ	ສິ່ງທີ່ທ່ານຈ່າຍ
 ການກວດ ແລະ ໃຫ້ຄໍາປຶກສາກ່ຽວກັບການຫລຸດການໃຊ້ເຫຼົ້າທີ່ບໍ່ຖືກຕ້ອງ ພວກເຮົາຄຸ້ມຄອງເອົາໜຶ່ງການກວດການຕິດເຫຼົ້າສໍາລັບຜູ້ໃຫຍ່ (ລວມທັງແມ່ຍິງຖືພາ) ຜູ້ທີ່ໃຊ້ເຫຼົ້າໃນທາງທີ່ຜິດແຕ່ບໍ່ໄດ້ຕິດເຫຼົ້າ. ຖ້າທ່ານຖືກກວດພົບວ່າເປັນຜູ້ຕິດເຫຼົ້າ, ທ່ານສາມາດໄດ້ຮັບເຖິງ 4 ກອງປະຊຸມການໃຫ້ຄໍາປຶກສາໃບຫນ້າຕໍ່ຫນ້າໂດຍຫຍໍ້ຕໍ່ປີ (ຖ້າທ່ານມີຄວາມສາມາດ ແລະ ຕື່ນຕົວໃນລະຫວ່າງການປຶກສາຫາລື) ຈາກແພດທີ່ມີຄຸນວຸດທິ ຫຼື ຜູ້ຊ່ຽວຊານດ້ານການດູແລສຸຂະພາບອື່ນໆໃນການດູແລປະຫຼັກ.	ບໍ່ມີປະກັນຮ່ວມ, ການຊໍາລະຮ່ວມ, ຫຼື ຄ່າເສຍຫາຍສ່ວນທໍາອິດສໍາລັບການກວດກາ ແລະ ໃຫ້ຄໍາປຶກສາການດຶມເຫຼົ້າທີ່ຄຸ້ມຄອງໂດຍ Medicare.
 ການກວດຫາໂຣກມະເຮັງປອດດ້ວຍການສ່ອງພາບຄອມພິວເຕີແບບໃຊ້ລັງສີຕໍ່າ (LDCT) ສໍາລັບບຸກຄົນທີ່ມີເງື່ອນໄຂ, LDCT ແມ່ນຄຸ້ມຄອງທຸກໆ 12 ເດືອນ. ສະມາຊິກທີ່ມີສິດໄດ້ແກ່ ບຸກຄົນທີ່ມີອາຍຸ 50 ຫາ 77 ປີທີ່ບໍ່ມີສັນຍານ ຫຼື ອາການຂອງມະເຮັງປອດແຕ່ມີປະຫວັດການສູບຢາຢ່າງຫນ້ອຍ 20 ຊອງຕໍ່ປີ ແລະ ຜູ້ທີ່ສູບຢາໃນປະຈຸບັນ ຫຼື ເຊົາພາຍໃນ 15 ປີທີ່ຜ່ານມາ, ຜູ້ທີ່ຖືກສົ່ງໃຫ້ມີ LDCT ໃນລະຫວ່າງການໃຫ້ຄໍາປຶກສາດ້ານການກວດມະເຮັງປອດ ແລະ ການຕັດສິນໃຈຮ່ວມກັນ, ເຊິ່ງກົງຕາມເກນຂອງ Medicare ການໄປຢ້ຽມຢາມດັ່ງກ່າວຕ້ອງໄດ້ຮັບການດູແລຈາກແພດຫມໍ ຫຼື ການປິ່ນປົວພິເສດ ທີ່ບໍ່ແມ່ນແພດທີ່ບໍ່ມີຄຸນວຸດທິ. ສໍາລັບການກວດມະເຮັງປອດ LDCT ຫຼັງຈາກການກວດ LDCT ເບື້ອງຕົ້ນ: ສະມາຊິກຕ້ອງໄດ້ຮັບການສົ່ງໃຫ້ດໍາເນີນການກວດມະເຮັງປອດດ້ວຍ LDCT, ເຊິ່ງອາດຈະຖືກປະຕິບັດໃນລະຫວ່າງການພົບກັບແພດຫມໍ ຫຼື ແພດທີ່ຄຸນສົມບັດບໍ່ເໝາະສົມອື່ນໆ. ຖ້າແພດ ຫຼື ແພດທີ່ຄຸນສົມບັດບໍ່ເໝາະສົມອື່ນໆເລືອກທີ່ຈະໃຫ້ຄໍາປຶກສາກ່ຽວກັບ ແລະ ການຕັດສິນໃຈຮ່ວມກັນກ່ຽວກັບການກວດມະເຮັງປອດພາຍຫລັງ LDCT , ການພົບແພດດັ່ງກ່າວຕ້ອງປະຕິບັດຕາມເງື່ອນໄຂຂອງ Medicare.	ບໍ່ມີປະກັນຮ່ວມ, ການຊໍາລະຮ່ວມ ຫຼື ຄ່າເສຍຫາຍສ່ວນທໍາອິດສໍາລັບການໃຫ້ຄໍາປຶກສາ ແລະ ການຕັດສິນໃຈຮ່ວມກັນທີ່ຄຸ້ມຄອງໂດຍ Medicare ຫຼື ສໍາລັບ LDCT.

ບົດທີ 4 ເສັ້ນສະແດງຜົນປະໂຫຍດທາງການແພດ (ອັນໃດໄຮັບການຄຸ້ມຄອງ ແລະ ອັນໃດທ່ານຕ້ອງຈ່າຍ)

ບໍລິການທີ່ຢູ່ໃຕ້ການຄຸ້ມຄອງ	ສິ່ງທີ່ທ່ານຈ່າຍ
 ການກວດການຕິດເຊື້ອພະຍາດຕັບອັກເສບ C ພວກເຮົາຄຸ້ມຄອງການກວດພະຍາດຕັບອັກເສບຊື່ໜຶ່ງຄັ້ງ ຖ້າແພດປິ່ນປົວຫຼັກຂອງທ່ານ ຫຼື ຜູ້ໃຫ້ການດູແລສຸຂະພາບທີ່ຜ່ານການຮັບຮອງອື່ນສົ່ງໃຫ້ກວດ ແລະ ທ່ານຕອບສະໜອງໄດ້ໜຶ່ງໃນເງື່ອນໄຂຕໍ່ໄປນີ້: - ທ່ານມີຄວາມສ່ຽງສູງເພາະເຈົ້າໃຊ້ ຫຼື ເຄີຍໃຊ້ຢາສິດທີ່ຜິດກົດໝາຍ. - ທ່ານໄດ້ຮັບການຖ່າຍເລືອດກ່ອນປີ 1992. - ທ່ານເກີດໃນລະຫວ່າງປີ 1945 ຫາ 1965. ຖ້າທ່ານເກີດໃນລະຫວ່າງປີ 1945 ຫາ 1965 ແລະ ບໍ່ໄດ້ຖືວ່າມີຄວາມສ່ຽງສູງ, ພວກເຮົາຈະຈ່າຍຄ່າກວດໃຫ້ໜຶ່ງຄັ້ງ. ຖ້າທ່ານມີຄວາມສ່ຽງສູງ (ເຊັ່ນ: ສືບຕໍ່ໃຊ້ຢາສິດທີ່ຜິດກົດໝາຍນັບຕັ້ງແຕ່ຜົນກວດພະຍາດຕັບອັກເສບຊື່ຄັ້ງກ່ອນເປັນລົບ), ພວກເຮົາຈະຄຸ້ມຄອງການກວດປະຈຳປີ.	ບໍ່ມີປະກັນຮ່ວມ, ການຊໍາລະຮ່ວມ, ຫຼື ຄ່າເສຍຫາຍສ່ວນທໍາອິດສໍາລັບການກວດພະຍາດຕັບອັກເສບຊື່ ທີ່ຄຸ້ມຄອງໂດຍ Medicare.
 ການກວດພະຍາດຕິດຕໍ່ທາງເພດສໍາພັນ (STIs) ການກວດ ແລະ ໃຫ້ຄໍາປຶກສາການປ້ອງກັນພະຍາດ STIs ພວກເຮົາຄຸ້ມຄອງເອົາການກວດກາການຕິດເຊື້ອທາງເພດສໍາພັນ (STI) ສໍາລັບໂຮກຫນອງໃນທຽມ, ຫນອງໃນທຽມ, ຊີຟິລິດ, ແລະ ຕັບອັກເສບ B. ການກວດເຫຼົ່ານີ້ແມ່ນມີໃຫ້ສໍາລັບແມ່ຍິງຖືພາ ແລະ ຄົນເຈັບບາງຄົນທີ່ມີຄວາມສ່ຽງສູງຕໍ່ການເປັນໂຮກ STI ເມື່ອໄດ້ຮັບຄໍາສັ່ງໂດຍຜູ້ໃຫ້ບໍລິການການເບິ່ງແຍງຫຼັກ. ພວກເຮົາຄຸ້ມຄອງເອົາການກວດເຫຼົ່ານີ້ທຸກໆ 12 ເດືອນ ຫຼື ບາງເວລາໃນລະຫວ່າງການຖືພາ. ພວກເຮົາຍັງໃຫ້ຄໍາປຶກສາດ້ານພຶດຕິກຳແບບເຂັ້ມຂົນ, ເຊິ່ງຫນ້າ, ເຖິງສອງຄົນ 20-30 ນາທີຕໍ່ຄັ້ງ ຕໍ່ປີ, ແກ່ຜູ້ໃຫຍ່ທີ່ມີເພດສໍາພັນທີ່ມີຄວາມສ່ຽງສູງຕໍ່ພະຍາດຕິດຕໍ່ທາງເພດສໍາພັນ STIs. ພວກເຮົາຄຸ້ມຄອງບໍລິການໃຫ້ຄໍາປຶກສາເຫຼົ່ານີ້ພຽງແຕ່ຖ້າພວກເຂົາເປັນການບໍລິການການປ້ອງກັນທີ່ສະຫນອງໂດຍຜູ້ໃຫ້ບໍລິການການເບິ່ງແຍງຫຼັກ ແລະ ຖືກຈັດຢູ່ໃນບ່ອນດູແລຂັ້ນຕົ້ນເຊັ່ນຫ້ອງການແພດ.	ບໍ່ມີປະກັນຮ່ວມ, ການຊໍາລະຮ່ວມ, ຫຼື ຄ່າເສຍຫາຍສ່ວນທໍາອິດສໍາລັບການກວດກາພະຍາດ STI ທີ່ຄຸ້ມຄອງໂດຍ Medicare ແລະ ໃຫ້ຄໍາປຶກສາສໍາລັບຜົນປະໂຫຍດການປ້ອງກັນພະຍາດ STI.

ບົດທີ 4 ເສັ້ນສະແດງຜົນປະໂຫຍດທາງການແພດ (ອັນໃດໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ ແລະ ອັນໃດທ່ານຕ້ອງຈ່າຍ)

ບໍລິການທີ່ຢູ່ໃຕ້ການຄຸ້ມຄອງ	ສິ່ງທີ່ທ່ານຈ່າຍ
ບໍລິການປິ່ນປົວຫມາກໄຂ່ຫຼັງ ບໍລິການທີ່ຢູ່ໃຕ້ການຄຸ້ມຄອງປະກອບມີ: - ບໍລິການການສຶກສາກ່ຽວກັບຫມາກໄຂ່ຫຼັງເພື່ອສອນສະມາຊິກກ່ຽວກັບການດູແລຫມາກໄຂ່ຫຼັງ ແລະ ຊ່ວຍໃຫ້ພວກເຂົາຕັດສິນໃຈໃນການດູແລຕົນເອງຢ່າງມີຂໍ້ມູນ. ສໍາລັບສະມາຊິກທີ່ມີພະຍາດຫມາກໄຂ່ຫຼັງຊໍາເຮື້ອຂັ້ນທີ IV ທີ່ຖືກສົ່ງໂດຍແພດ,ພວກເຮົາຄຸ້ມຄອງການໃຫ້ການສຶກສາກ່ຽວກັບຫມາກໄຂ່ຫຼັງເຖິງ 6 ພາກສ່ວນຕະຫຼອດຊີວິດ. - ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃນການປິ່ນປົວການຟອກໄຕຂອງຄົນເຈັບນອກ (ລວມທັງຄ່າຟອກເລືອດເມື່ອທ່ານບໍ່ໄດ້ຢູ່ໃນຂອບເຂດບໍລິການຊົ່ວຄາວ, ດັ່ງທີ່ໄດ້ອະທິບາຍໄວ້ໃນບົດທີ 3, ຫຼື ເມື່ອບໍ່ສາມາດນໍາໃຊ້ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງທ່ານໄດ້ຊົ່ວຄາວ ຫຼື ບໍ່ສາມາດໃຊ້ໄດ້) - ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃນການປິ່ນປົວຫມາກໄຂ່ຫຼັງສໍາລັບຄົນເຈັບໃນ (ຖ້າຫາກວ່າທ່ານໄດ້ຮັບການເຂົ້າໂຮງຫມໍໃນຖານະເປັນຄົນເຈັບໃນເພື່ອຮັບການປິ່ນປົວພິເສດ) - ການຝຶກອົບຮົມການຟອກຫມາກໄຂ່ຫຼັງດ້ວຍຕົນເອງ (ລວມທັງການຝຶກອົບຮົມສໍາລັບທ່ານ ແລະ ຜູ້ທີ່ຊ່ວຍຟອກຫມາກໄຂ່ຫຼັງໃຫ້ທ່ານຢູ່ເຮືອນ) - ອຸປະກອນການຟອກຫມາກໄຂ່ຫຼັງຢູ່ເຮືອນ ແລະ ການສະໜອງ - ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອໃນບ້ານບາງຢ່າງ (ເຊັ່ນ: ເມື່ອຕ້ອງການ, ຜູ້ກວດເລືອດທີ່ໄດ້ຮັບການຝຶກອົບຮົມຈະໄປຢ້ຽມຢາມເຮືອນຂອງທ່ານເພື່ອຕິດຕາມການປິ່ນປົວການຟອກຫມາກໄຂ່ຫຼັງຂອງທ່ານ, ໃຫ້ການຊ່ວຍເຫຼືອເຫດສຸກເສີນ, ແລະ ກວດເບິ່ງອຸປະກອນການຟອກຫມາກໄຂ່ຫຼັງທຽມ ແລະ ນໍ້າປະປາຂອງທ່ານ)	ການຊໍາລະຮ່ວມ \$0 ສໍາລັບການບໍລິການການສຶກສາຫມາກໄຂ່ຫຼັງທີ່ຄຸ້ມຄອງໂດຍ Medicare. ການຊໍາລະຮ່ວມ \$0 ສໍາລັບຄ່າປິ່ນປົວຫມາກໄຂ່ຫຼັງທຽມຂອງຄົນເຈັບນອກທີ່ຄຸ້ມຄອງໂດຍ Medicare. ເບິ່ງ "ການດູແລຄົນເຈັບຢູ່ໃນໂຮງຫມໍ" ສໍາລັບສ່ວນແບ່ງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທີ່ໃຊ້ໄດ້ກັບຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃນການປິ່ນປົວຫມາກໄຂ່ຫຼັງທຽມຂອງຄົນເຈັບໃນ. ການຊໍາລະຮ່ວມ \$0 ສໍາລັບການຝຶກອົບຮົມການຟອກຫມາກໄຂ່ຫຼັງດ້ວຍຕົນເອງທີ່ຢູ່ໃຕ້ການຄຸ້ມຄອງຂອງ Medicare. ການຊໍາລະຮ່ວມ \$0 ສໍາລັບອຸປະກອນຟອກຫມາກໄຂ່ຫຼັງຢູ່ເຮືອນທີ່ຢູ່ໃຕ້ການຄຸ້ມຄອງຂອງ Medicare. ຕ້ອງມີການອານຸມັດລ່ວງໜ້າ. ການຊໍາລະຮ່ວມ \$0 ສໍາລັບອຸປະກອນຟອກຫມາກໄຂ່ຫຼັງທີ່ຢູ່ໃຕ້ການຄຸ້ມຄອງຂອງ Medicare. ຕ້ອງມີການອານຸມັດລ່ວງໜ້າ. ການຊໍາລະຮ່ວມ \$0 ສໍາລັບບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອຢູ່ເຮືອນທີ່ຢູ່ໃຕ້ການຄຸ້ມຄອງຂອງ Medicare.

ບົດທີ 4 ເສັ້ນສະແດງຜົນປະໂຫຍດທາງການແພດ (ອັນໃດໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ ແລະ ອັນໃດທ່ານຕ້ອງຈ່າຍ)

ບໍລິການທີ່ຢູ່ໃຕ້ການຄຸ້ມຄອງ	ສິ່ງທີ່ທ່ານຈ່າຍ
ບໍລິການປິ່ນປົວຫມາກໄຂ່ຫຼັງ - ສືບຕໍ່ ຢາບາງປະເພດສໍາລັບການຟອກໄຕຈະໄດ້ຮັບຄວາມຄຸ້ມຄອງພາຍໃຕ້ Medicare Part B. ສໍາລັບຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບການຄຸ້ມຄອງສໍາລັບຢາ ພາກ B, ໃຫ້ໄປທີ່ ຢາຂອງ Medicare Part B ໃນຕາຕະລາງນີ້.	
ສະຖານພະຍາບານຊ່ວຍເຫຼືອຜູ້ປ່ວຍ (SNF) (ສໍາລັບຄໍານິຍາມຂອງສະຖານພະຍາບານຊ່ວຍເຫຼືອຜູ້ປ່ວຍ, ເບິ່ງບົດທີ 12. ສະຖານພະຍາບານຊ່ວຍເຫຼືອຜູ້ປ່ວຍບາງຄັ້ງເອີ້ນວ່າ SNFs.) ບໍລິການເບິ່ງແຍງ ແລະ ບໍລິການດ້ານການແພດໃນສະຖານບໍລິການພະຍາບານທີ່ມີສີມື SNF ຫຼື ສະຖານທີ່ອື່ນໆ ແມ່ນໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງສູງສຸດ 100 ມື້ຕໍ່ໄລຍະຜົນປະໂຫຍດ, ເມື່ອການບໍລິການທີ່ຢູ່ໃຕ້ການຄຸ້ມຄອງ ດັ່ງກ່າວເປັນໄປຕາມຂໍ້ແນະນຳການຄຸ້ມຄອງຂອງແຜນ ແລະ Medicare. ບໍ່ຈຳເປັນຕ້ອງເຄີຍນອນໂຮງໝໍມາກ່ອນ. ບໍລິການເບິ່ງແຍງໃນສະຖານບໍລິການພະຍາບານທີ່ມີສີມື SNF ສູງສຸດ 100 ວັນຕໍ່ໄລຍະຜົນປະໂຫຍດ ແມ່ນໄດ້ລວມເອົາວັນທີ່ໄດ້ຮັບຜ່ານແຜນປະກັນ, ໂຄງການ Original Medicare ຫຼື ອົງການ Medicare Advantage ອື່ນໆ ໃນໄລຍະຜົນປະໂຫຍດນັ້ນ. ບໍລິການທີ່ຢູ່ໃຕ້ການຄຸ້ມຄອງລວມມີແຕ່ບໍ່ຈຳກັດ: - ຫ້ອງເຄິ່ງສ່ວນຕົວ (ຫຼື ຫ້ອງສ່ວນຕົວຖ້າຈຳເປັນທາງການແພດ) - ອາຫານ, ລວມທັງອາຫານພິເສດ - ບໍລິການພະຍາບານທີ່ມີຄວາມຊຳນານ. - ກາຍະພາບບຳບັດ, ກິດຈະກຳບຳບັດ ແລະ ບຳບັດການເວົ້າ. - ຢາທີ່ກຳນົດໄວ້ສໍາລັບທ່ານພາຍໃຕ້ແຜນການດູແລຂອງພວກເຮົາ (ລວມທັງສານທີ່ເກີດຕາມທຳມະຊາດໃນຮ່າງກາຍ ເຊັ່ນ: ປັດໃຈການກ້າມຂອງເລືອດ.) - ເລືອດ - ລວມທັງການຈັດເກັບ ແລະ ການບໍລິຫານ. ການຄຸ້ມຄອງເລືອກຮ່າງກາຍ ແລະ ເມັດເລືອດແດງທີ່ມີຄວາມເຂັ້ມຊັນສູງ ເລີ່ມຕົ້ນສະເພາະດ້ວຍປະລິມານເລືອດໄຟນ໌ທຳອິດທີ່ທ່ານຕ້ອງການ. ສ່ວນປະກອບຂອງເລືອດອື່ນໆທັງຫມົດແມ່ນຄຸ້ມຄອງຈາກເມັດ ທຳອິດທີ່ໃຊ້. - ອຸປະກອນການແພດ ແລະ ການຜ່າຕັດໂດຍທົ່ວໄປແມ່ນສະໜອງໃຫ້ໂດຍ SNFs. - ການທົດສອບຫ້ອງທົດລອງໂດຍທົ່ວໄປສະໜອງໃຫ້ໂດຍ SNFs. - ເອັກສເຣ ແລະ ການບໍລິການການສ່ອງກ້ອງອື່ນໆທີ່ສະໜອງໃຫ້ໂດຍ SNFs - ການນຳໃຊ້ອຸປະກອນຕ່າງໆເຊັ່ນ: ລິ້ນງ່ໂດຍທົ່ວໄປໂດຍ SNFs.	ສໍາລັບການເຂົ້າໂຮງໝໍທີ່ຄຸ້ມຄອງໂດຍ Medicare ຕໍ່ໄລຍະຜົນປະໂຫຍດ: ການຊຳລະຮ່ວມ \$0 ສໍາລັບແຕ່ລະຄັ້ງການເຂົ້າປິ່ນປົວໃນ ສະຖານພະຍາບານຊ່ວຍເຫຼືອຜູ້ປ່ວຍທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງໂດຍ Medicare. ທ່ານຈ່າຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍເຕັມສໍາລັບແຕ່ລະມື້ຫຼັງຈາກມື້ທີ 100. ຕ້ອງມີການອານຸມັດລ່ວງໜ້າ. ໄລຍະເວລາຜົນປະໂຫຍດເລີ່ມຕົ້ນໃນມື້ທຳອິດທີ່ທ່ານເຂົ້າໄປໃນສະຖານພະຍາບານຊ່ວຍເຫຼືອຜູ້ປ່ວຍ. ໄລຍະຜົນປະໂຫຍດຈະສິ້ນສຸດລົງເມື່ອທ່ານບໍ່ໄດ້ຮັບການດູແລຈາກພະຍາບານທີ່ມີຄວາມຊຳນານງານໃນ SNF ເປັນເວລາ 60 ມື້ຕິດຕໍ່ກັນ. ຖ້າທ່ານເຂົ້າໄປໃນສະຖານພະຍາບານຊ່ວຍເຫຼືອຜູ້ປ່ວຍຫຼັງຈາກໄລຍະຜົນປະໂຫຍດໜຶ່ງສິ້ນສຸດລົງ, ໄລຍະຜົນປະໂຫຍດໃໝ່ຈະເລີ່ມຕົ້ນ. ບໍ່ມີການຈຳກັດຈຳນວນໄລຍະຜົນປະໂຫຍດ.

ບົດທີ 4 ເສັ້ນສະແດງຜົນປະໂຫຍດທາງການແພດ (ອັນໃດໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ ແລະ ອັນໃດທ່ານຕ້ອງຈ່າຍ)

ບໍລິການທີ່ຢູ່ໃຕ້ການຄຸ້ມຄອງ	ສິ່ງທີ່ທ່ານຈ່າຍ
ການດູແລໃນສະຖານພະຍາບານຊ່ວຍເຫຼືອຜູ້ປ່ວຍ (SNF) - ສືບຕໍ່ - ບໍລິການທາງການແພດ/ຜູ້ປະກອບອາຊີບ ໂດຍທົ່ວໄປແລ້ວ, ທ່ານຈະໄດ້ຮັບການດູແລ SNF ຈາກສະຖານທີ່ຢູ່ໃນເຄືອຂ່າຍຂອງພວກເຮົາ. ພາຍໃຕ້ເງື່ອນໄຂສະເພາະໃດຫນຶ່ງ, ດັ່ງທີ່ລະບຸໄວ້ຂ້າງລຸ່ມນີ້, ທ່ານອາດຈະສາມາດຈ່າຍສ່ວນແບ່ງໃນເຄືອຂ່າຍຂອງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍສໍາລັບສະຖານທີ່ທີ່ບໍ່ແມ່ນເຄືອຂ່າຍຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ, ຖ້າຫາກວ່າສະຖານທີ່ຍອມຮັບຈໍານວນການຈ່າຍເງິນຂອງແຜນຂອງພວກເຮົາ. - ສະຖານພະຍາບານ ຫຼື ການດູແລຊຸມຊົນບໍານານຢ່າງຕໍ່ເນື່ອງບ່ອນທີ່ທ່ານຢູ່ກ່ອນການເຂົ້າໂຮງຫມໍຂອງທ່ານ (ຕາບໃດທີ່ມັນມີສະຖານພະຍາບານທີ່ດູແລໂດຍສະຖານພະຍາບານຊ່ວຍເຫຼືອຜູ້ປ່ວຍ) - ບ້ານພັກຄົນຊະລາ SNF ບ່ອນທີ່ຄູ່ສົມລົດ ຫຼື ຄູ່ຊີວິດຂອງທ່ານຢູ່ໃນເວລາທີ່ທ່ານອອກຈາກໂຮງຫມໍ.	
 ການໃຫ້ຄໍາປຶກສາການເລີກສູບຢາ ແລະ ການສູບຢາ (ການຢຸດເຊົາການສູບຢາ ຫຼື ການໃຫ້ຄໍາປຶກສາການສູບຢາ) ການໃຫ້ຄໍາປຶກສາການເລີກສູບຢາ ແລະ ການສູບຢາແມ່ນຖືກຄຸ້ມຄອງເອົາສໍາລັບທັງຄົນເຈັບນອກແລະຄົນເຈັບໃນ ທີ່ບັນລຸເງື່ອນໄຂເຫຼົ່ານີ້: - ສູບຢາ, ໂດຍບໍ່ຄໍານຶງວ່າພວກເຂົາຈະສະແດງສັນຍານ ຫຼື ອາການຂອງພະຍາດທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບຢາສູບ. - ມີຄວາມສາມາດ ແລະ ຕື່ນຕົວໃນລະຫວ່າງການໃຫ້ຄໍາປຶກສາ. - ແພດທີ່ຜ່ານການຮັບຮອງ ຫຼື ຜູ້ຊ່ຽວຊານດ້ານອື່ນໆ. ການໃຫ້ຄໍາປຶກສາທີ່ໄດ້ຮັບການຮັບຮູ້ຈາກ Medicare. ພວກເຮົາຄຸ້ມຄອງຄວາມພະຍາຍາມເຊົາສູບຢາ 2 ຄັ້ງຕໍ່ປີ (ແຕ່ລະການພະຍາຍາມອາດຈະປະກອບມີເຖິງ 4 ກອງປະຊຸມຂອງການປິ່ນປົວລະດັບປານກາງ ຫຼື ແບບເຂັ້ມຂຸ້ນ, ສູງສຸດເຖິງ 8 ຄັ້ງຕໍ່ປີ)	ບໍ່ມີປະກັນຮ່ວມ, ການຊໍາລະຮ່ວມ, ຫຼື ຄ່າເສຍຫາຍສ່ວນທໍາອິດສໍາລັບຜົນປະໂຫຍດການປ້ອງກັນການສູບຢາ ແລະ ການເລີກສູບຢາ Medicare.
ແພຣັດຟອມສະໜັບສະໜູນທາງສັງຄົມ ແຜນຂອງພວກເຮົາມີແພຣັດຟອມສະໜັບສະໜູນທາງສັງຄົມອອນລາຍເພື່ອຊ່ວຍສະໜັບສະໜູນໃຫ້ພາບລວມການເປັນຢູ່ທີ່ດີດີຂຶ້ນ. ແພັດຟອມສະໜັບສະໜູນມີສ່ວນຮ່ວມຂອງຊຸມຊົນ, ກິດຈະກຳການບໍາບັດ, ແລະຊັບພະຍາກອນທີ່ສະໜັບສະໜູນຈາກແຜນປະກັນເພື່ອຊ່ວຍຈັດການຄວາມກັດດັນ ແລະ ຄວາມກັງວົນ. ແພັດຟອມຊ່ວຍໃຫ້ທ່ານເຂົ້າຮ່ວມໄດ້ງ່າຍດາຍ ແລະ ຍັງຄົງມີສ່ວນຮ່ວມເພື່ອຊ່ວຍທ່ານໃນການຈັດການກັບຄວາມຕ້ອງການດ້ານສຸຂະພາບພຶດຕິກຳ. ສາມາດໃຊ້ໄດ້ໃນອອນໄລນ໌ 24/7, ສະນັ້ນທ່ານສາມາດນໍາໃຊ້ຍາມໃດກໍໄດ້ທີ່ທ່ານເລືອກ.	ການຊໍາລະຮ່ວມ \$0 ສໍາລັບແພຣັດຟອມສະໜັບສະໜູນທາງສັງຄົມ.*

ບົດທີ 4 ເສັ້ນສະແດງຜົນປະໂຫຍດທາງການແພດ (ອັນໃດໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ ແລະ ອັນໃດທ່ານຕ້ອງຈ່າຍ)

ບໍລິການທີ່ຢູ່ໃຕ້ການຄຸ້ມຄອງ	ສິ່ງທີ່ທ່ານຈ່າຍ
ແພຣັດຟອມສະໜັບສະໜູນທາງສັງຄົມ - ສິບຕໍ່ ແພຣັດຟອມສະໜັບສະໜູນທາງສັງຄົມປະກອບມີ: - ໂຄງການສຸຂະພາບທີ່ຖືກປັບແຕ່ງ: ເຂົ້າເຖິງໂປຼແກຼມນໍາພາຕົນເອງ 4 ອາທິດທີ່ປັບແຕ່ງທີ່ຖືກອອກແບບມາເພື່ອເສີມສ້າງຄວາມເປັນຢູ່ທີ່ດີທາງກາຍ ແລະ ທາງອາລົມ, ລວມເອົາຄວາມເຂົ້າໃຈຈາກຜູ້ຊ່ຽວຊານດ້ານການສູງອາຍຸທີ່ມີສຸຂະພາບດີ ເພື່ອສະໜັບສະໜູນສະມາຊິກໂດຍສະເພາະ. ປະຕິບັດຕາມໂຄງການຕາມຈັງຫວະຂອງທ່ານເອງ ແລະ ຕິດຕາມຄວາມຄືບໜ້າຂອງທ່ານເພື່ອຄວບຄຸມຄວາມຄືບໜ້າຂອງສຸຂະພາບຂອງທ່ານ. - ການສະໜັບສະໜູນຈາກໝູ່ເພື່ອນ ແລະ ຜູ້ຊ່ຽວຊານ: ເຊື່ອມຕໍ່ກັບຊຸມຊົນອອນລາຍໃນພື້ນທີ່ທີ່ມີການຄວບຄຸມດູແລທີ່ທ່ານສາມາດຕອບໂຕ້ກັບເພື່ອນ ແລະ ຜູ້ຊ່ຽວຊານດ້ານສຸຂະພາບທີ່ມີຄົນສົມບັດ. ເຂົ້າເຖິງບົດຄວາມທີ່ໄດ້ຮັບການຢັ້ງຢືນທາງດ້ານຄລິນິກ ແລະ ຮັບຄໍາແນະນໍາສະເພາະບຸກຄົນສໍາລັບການບໍລິການສຸຂະພາບ Wellcare ເພີ່ມເຕີມໂດຍອີງໃສ່ການໂຕ້ຕອບ ແລະ ຄວາມຕ້ອງການສະເພາະຂອງທ່ານ. - ເຄື່ອງມືສຸຂະພາບດີຈິຕອລສ່ວນບຸກຄົນ: ມີສ່ວນຮ່ວມໃນກິດຈະກຳແບບໂຕ້ຕອບ, ການນັ່ງສະມາທິ, ແລະ ເກມທີ່ສຸມໃສ່ການບໍາບັດພຶດຕິກຳທາງປັນຍາ, ສະຕິ, ແລະ ຈິດຕະວິດທະຍາທາງບວກ. ເຄື່ອງມືເຫຼົ່ານີ້ກວມເອົາຫົວຂໍ້ເຊັ່ນ: ຜູ້ສູງອາຍຸທີ່ມີສຸຂະພາບດີ, ການຈັດການຄວາມໂດດດ່ຽວ, ການດູແລ, ຄວາມໂສກເສົ້າ, ການຊອກຫາຈຸດຫມາຍໃນໄວສູງອາຍຸ ແລະ ອື່ນໆ. ສະມາຊິກສາມາດເຂົ້າເຖິງແພລັດຟອມໄດ້ໂດຍການເຂົ້າສູ່ລະບົບພໍ້ຂອງສະມາຊິກ ທີ່ go.wellcare.com/member ຫຼື ໂດຍການໂທຫາການບໍລິການສະມາຊິກ. ຫຼັງຈາກລົງທະບຽນ, ທ່ານສາມາດເຂົ້າເຖິງແພລັດຟອມໂດຍກົງໄດ້ທຸກເວລາຈາກຄອມພິວເຕີ, ແທັບເລັດ, ຫຼື ໂທລະສັບສມາທໂຟນຂອງທ່ານ.	
ເງິນອຸດໜູນສໍາລັບຜູ້ປ່ວຍພະຍາດປະເພດຊໍາເຮື້ອ ຖ້າທ່ານມີສິດໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດເພີ່ມເຕີມພິເສດສໍາລັບຄົນເຈັບຊໍາເຮື້ອ (SSBCI), ແຜນການຂອງພວກເຮົາຈະໃຫ້ຜົນປະໂຫຍດເພີ່ມເຕີມ. ທ່ານຕ້ອງມີເງື່ອນໄຂສະເພາະໃດຫນຶ່ງ, ລວມທັງການໄດ້ຮັບການວິນິດໄສທີ່ເປັນເອກະສານ ແລະ ຊັດເຈນວ່າມີໂຮກຢ່າງໜ້ອຍໜຶ່ງໂຮກ. ສະພາບດັ່ງກ່າວຕ້ອງເປັນອັນຕະລາຍຕໍ່ຊີວິດ ຫຼື ຈຳກັດສຸຂະພາບອົງລວມ ຫຼື ການເຮັດວຽກໂດຍລວມຂອງທ່ານ. ນອກຈາກນີ້, ທ່ານຍັງຕ້ອງໄດ້ຮັບການດູແລຢ່າງເຂັ້ມງວດ ແລະ ມີຄວາມສ່ຽງສູງທີ່ຈະເຂົ້າໂຮງໝໍທີ່ບໍ່ໄດ້ວາງແຜນໄວ້. ເງື່ອນໄຂສະພາບພະຍາດຊໍາເຮື້ອທີ່ມີປະກອບມີ:	ຈະບໍ່ມີການປະກັນຮ່ວມ, ການຊໍາລະຮ່ວມ ຫຼື ຄ່າເສຍຫາຍສ່ວນທຳອິດສໍາລັບເງິນອຸດໜູນສໍາລັບຜູ້ປ່ວຍພະຍາດປະເພດຊໍາເຮື້ອ.

ບົດທີ 4 ເສັ້ນສະແດງຜົນປະໂຫຍດທາງການແພດ (ອັນໃດໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ ແລະ ອັນໃດທ່ານຕ້ອງຈ່າຍ)**ບໍລິການທີ່ຢູ່ໃຕ້ການຄຸ້ມຄອງ****ສິ່ງທີ່ທ່ານຈ່າຍ****ຜົນປະໂຫຍດສໍາລັບຜູ້ປ່ວຍພະຍາດປະເພດຊໍາເຮື້ອ - ຕໍ່**

ໂຮກພູມຄຸ້ມກັນບົກຜ່ອງ (ລວມເຖິງ ໂຮກຂໍ້ອັກເສບຮູມາຕອຍ); ໂຮກມະເຮັງ; ໂຮກຫຼອດເລືອດຫົວໃຈ (ລວມເຖິງຄວາມດັນເລືອດສູງ); ໂຮກຕິດເຫຼົ້າຊໍາເຮື້ອ ແລະ ໂຮກຕິດສານເສບຕິດອື່ນໆ (SUDs); ພາວະຫົວໃຈລົ້ມເຫຼວຊໍາເຮື້ອ; ໂຮກປອດຊໍາເຮື້ອ; ພາວະສຸຂະພາບຈິດຊໍາເຮື້ອ ແລະ ເຮັດໃຫ້ພິການ; ພະຍາດທາງເດີນອາຫານຊໍາເຮື້ອ (ລວມເຖິງໂຮກທາງເດີນອາຫານຊໍາເຮື້ອ); ພະຍາດໄຕຊໍາເຮື້ອ (CKD); ພາວະທີ່ມີບັນຫາທາງການເຮັດວຽກ (ລວມເຖິງ ໂຮກໄຕໄລຍະສຸດທ້າຍ (ESRD), ໂຮກຕັບໄລຍະສຸດທ້າຍ, ໂຮກກະດູກຜ່ອຍ (ພະຍາດກະກຽກ), ໂຮກຂໍ້ເຂົ້າເຊື່ອມ); ສະພາວະທີ່ຕ້ອງໄດ້ຮັບການບໍາບັດຢ່າງຕໍ່ເນື່ອງເພື່ອໃຫ້ຄົນເຈັບສາດຢູ່ໄດ້ ຫຼື ສາມາດເຮັດວຽກໄດ້ (ລວມເຖິງໂຮກກ້າມເນື້ອເສື່ອມ); ສະພາວະທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບຄວາມບົກຜ່ອງທາງສະຕິປັນຍາ (ລວມເຖິງດາວຊິນໂດຣມ); ພາວະສະໝອງເສື່ອມ; ໂຮກເບົາຫວານ; HIV/AIDS; ໂຮກເຍື່ອໃນໂພງມົດລູກຈະເລີນຜິດປ່ອນ; ຄວາມຜິດປົກກະຕິທາງລະບົບປະສາດ; ຄວາມຜິດປົກກະຕິທາງເລືອດວິທະຍາຢ່າງຮຸນແຮງ; ນໍ້າໜັກເກີນ, ໂຮກອ້ວນ ແລະ ກຸ່ມອາການເມຕາໂບລິກ (ລວມເຖິງໄຂມັນໃນເລືອດສູງ/ໄຂມັນໃນເລືອດຜິດປົກກະຕິ); ຫຼັງການປູກຖ່າຍອະໄວຍະວະ; ເສັ້ນເລືອດໃນສະໝອດແຕກ

ເບິ່ງບົດທີ 4, ພາກທີ 2 ສໍາລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບເງື່ອນໄຂການມີສິດ. ການມີສິດໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດຂ້າງລຸ່ມນີ້ຈະຖືກກຳນົດຫຼັງຈາກທີ່ທ່ານລົງທະບຽນໃນແຜນການຂອງພວກເຮົາ.

ທາກມີສິດ, ທ່ານມີທາງເລືອກທີ່ຈະໃຊ້ເງິນອຸດໜູນຂອງ Wellcare Spendables® ຂອງທ່ານກັບຜົນປະໂຫຍດເພີ່ມເຕີມທີ່ໄດ້ລະບຸໄວ້ດ້ານລຸ່ມນີ້. ເມື່ອຖືກພິຈາລະນາວ່າທ່ານມີເງື່ອນໄຂ, ຜົນປະໂຫຍດທີ່ຂະຫຍາຍນີ້ຈະພ້ອມໃຊ້ພາຍໃນ 7-10 ວັນລັດຖະການ. ເງິນອຸດໜູນຈະຖືກໂອນໄປເດືອນຕໍ່ໄປຖ້າບໍ່ໄດ້ໃຊ້ ແລະ ຈະໝົດອາຍຸທ້າຍປີແຜນ. ເບິ່ງພາກຜົນປະໂຫຍດຂອງ Wellcare Spendables® ໃນເສັ້ນສະແດງສໍາລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມ.

- ການຊໍາລະເງິນໃນປີນໍ້າມັນ**

ທ່ານສາມາດໃຊ້ບັດຂອງທ່ານເພື່ອຈ່າຍຄ່ານໍ້າມັນລົດໄດ້ໂດຍກົງທີ່ປີ້ນໍ້າມັນທີ່ສະຖານທີ່ເຂົ້າຮ່ວມ. ບໍ່ສາມາດນໍາໃຊ້ບັດສໍາລັບການຊໍາລະແບບເຊິ່ງໜ້າກັບເຄົາເຕີຈ່າຍເງິນໄດ້. ບັດຂອງທ່ານສາມາດໃຊ້ເພື່ອເຕີມນໍ້າມັນໄດ້ພຽງຕາມວົງເງິນທີ່ໄດ້ຮັບອານຸຍາດເທົ່ານັ້ນ.

ບົດທີ 4 ເສັ້ນສະແດງຜົນປະໂຫຍດທາງການແພດ (ອັນໃດໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ ແລະ ອັນໃດທ່ານຕ້ອງຈ່າຍ)**ບໍລິການທີ່ຢູ່ໃຕ້ການຄຸ້ມຄອງ****ສິ່ງທີ່ທ່ານຈ່າຍ****ເງິນອຸດໜູນສໍາລັບຜູ້ປ່ວຍພະຍາດປະເພດຊໍາເຮື້ອ - ສືບຕໍ່**

- **ອາຫານດີຕໍ່ສຸຂະພາບ**

ທ່ານສາມາດໃຊ້ບັດຂອງທ່ານສໍາລັບອາຫານທີ່ດີຕໍ່ສຸຂະພາບ ແລະ ຜະລິດຕະພັນທີ່ຮ້ານຂາຍຍ່ອຍທີ່ເຂົ້າຮ່ວມ. ອາດຈະມີຕົວເລືອກການຈັດສົ່ງສໍາລັບສິນຄ້າທີ່ມີສິດຊື້ໄດ້. ສາມາດສົ່ງອາຫານປຸງສໍາເລັດຮູບໄດ້ຜ່ານທາງເວັບປອນລາຍ. ບັດບໍ່ສາມາດໃຊ້ເພື່ອຊື້ຢາສູບ ຫຼື ເຫຼົ້າໄດ້. ລາຍການທີ່ຜ່ານການອານຸມັດມີ:

- ຊີ້ນ ແລະ ໄກ່
- ໝາກໄມ້ ແລະ ຜັກ
- ເຄື່ອງດື່ມທີ່ມີທາດບໍາລຸງ

ໃຊ້ເຄື່ອງສະແກນບາໂຄດຂອງແອັບເພື່ອຄົ້ນຫາຜະລິດຕະພັນທີ່ໄດ້ຮັບການອະນຸມັດຢູ່ຮ້ານຄ້າປົກຄຸມ, ເຂົ້າສູ່ລະບົບບັນຊີສະມາຊິກຂອງທ່ານ ຫຼື ເບິ່ງລາຍການຂອງທ່ານ.

- **ການຊ່ວຍເຫຼືອໃນບ້ານ ແລະ ອຸປະກອນຮັກສາຄວາມປອດໄພ**

ທ່ານສາມາດນໍາໃຊ້ບັດຂອງທ່ານເພື່ອຊ່ວຍເຫຼືອຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃນການປັບປຸງເຮືອນ ແລະ ອຸປະກອນຮັກສາຄວາມປອດໄພ, ລວມເຖິງການບໍລິການຕິດຕັ້ງສໍາລັບຜະລິດຕະພັນທີ່ມີສິດ. ລົງຊື້ເຂົ້າລະບົບສະມາຊິກຂອງທ່ານ ຫຼື ຕິດຕໍ່ພວກເຮົາເພື່ອຊື້ສິນຄ້າທີ່ຍອມຮັບໄດ້ ແລະ ເບິ່ງການບໍລິການທີ່ມີສິດໄດ້ຮັບ. ລາຍການ ແລະ ບໍລິການທີ່ໄດ້ຮັບການອະນຸມັດໄດ້ແກ່:

- ຮາວຈັບ ຫຼື ມືຈັບປະຕູ ແລະ ວັດສະດຸປຸ້ນກັນລີ້ນ
- ຕັ່ງນິລະໄພ ແລະ ອຸປະກອນຊ່ວຍປັບປຸງຫ້ອງນໍ້າ
- ເຄື່ອງປັບອາກາດແບບພົກພາ ແລະ ຜະລິດຕະພັນປັບຄຸນນະພາບອາກາດ
- ອຸປະກອນຄວບຄຸມສັດຕູພືດ ແລະ ແມງໄມ້ ແລະ ການຮັກສາພາຍໃນເຮືອນ

- **ການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານເຊົ່າບ້ານ**

ທ່ານສາມາດນໍາໃຊ້ບັດຂອງທ່ານເພື່ອຊ່ວຍທ່ານໃນການຊໍາລະຄ່າເຊົ່າເຮືອນຂອງທ່ານ. ລົງຊື້ເຂົ້າລະບົບຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຄ່າເຊົ່າ/ຈໍານອງເພື່ອຈ່າຍ ຫຼື ຈ່າຍໃຫ້ກັບຜູ້ໃຫ້ບໍລິການເຊົ່າຂອງທ່ານໂດຍກົງ ໄດ້ທີ່ບ່ອນຍອມຮັບການຊໍາລະຜ່ານບັດ. ບັດຂອງທ່ານສາມາດໃຊ້ໄດ້ພຽງຕາມວົງເງິນທີ່ໄດ້ຮັບອານຸຍາດເທົ່ານັ້ນ. ບໍ່ສາມາດໃຊ້ບັດເພື່ອຄັງຄ່າການຊໍາລະເງິນຊໍາໂດຍອັດຕະໂນມັດ.

ບົດທີ 4 ເສັ້ນສະແດງຜົນປະໂຫຍດທາງການແພດ (ອັນໃດໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ ແລະ ອັນໃດທ່ານຕ້ອງຈ່າຍ)

ບໍລິການທີ່ຢູ່ໃຕ້ການຄຸ້ມຄອງ	ສິ່ງທີ່ທ່ານຈ່າຍ
ເງິນອຸດໜູນສໍາລັບຜູ້ປ່ວຍພະຍາດປະເພດຊໍາເຮື້ອ - ສືບຕໍ່ - ການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານສາລະນຸປະໂພກ ທ່ານສາມາດນໍາໃຊ້ບັດຂອງທ່ານເພື່ອຊ່ວຍທ່ານໃນການຊໍາລະຄ່າສາທາລະນຸປະໂພກສໍາລັບເຮືອນທ່ານ. ລົງຊື່ໂດຍກົງເຂົ້າໄປທີ່ພ້ອດໂທຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດ້ານສາທາລະນຸປະໂພກຂອງທ່ານ ແລະ ຊໍາລະໂດຍການນໍາໃຊ້ບັດຂອງທ່ານ. ບໍ່ສາມາດໃຊ້ບັດເພື່ອຄັງຄ່າການຊໍາລະເງິນຊໍ້າໂດຍອັດຕະໂນມັດ. ບັດຂອງທ່ານສາມາດໃຊ້ໄດ້ພຽງຕາມວົງເງິນທີ່ໄດ້ຮັບອານຸຍາດເທົ່ານັ້ນ. ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທີ່ໄດ້ຮັບການອະນຸມັດສໍາລັບຜົນປະໂຫຍດນີ້ລວມມີ: - ຄ່າໄຟຟ້າ, ຄ່າແກ້ສ, ຄ່າສຸຂາພິບານ/ຖິ້ມຂີ້ເຫຍື້ອ ແລະ ຄ່ານໍ້າປະປາ - ບໍລິການໂທລະສັບຕັ້ງໂຕະ ແລະ ມືຖື - ບໍລິການອິນເຕີເນັດ - ບໍລິການສາຍເຄເບີໂທລະທັດ (ບໍ່ລວມບໍລິການຖ່າຍທອດ) - ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍນໍ້າມັນບາງອັນ, ເຊັ່ນ: ນໍ້າມັນເຄື່ອງເຮັດຄວາມຮ້ອນໃນເຮືອນ	
ການບໍາບັດດ້ວຍການອອກກຳລັງກາຍ (SET) SET ຄຸ້ມຄອງເອົາສະມາຊິກທີ່ມີພະຍາດເສັ້ນເລືອດແດງອັກເສບ (PAD). ຖ້າສາມາດປະຕິບັດຕາມເງື່ອນໄຂຂອງໂຄງການ SET, ຈະສາມາດໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງເຖິງ 36 ພາກສ່ວນໃນໄລຍະເວລາ 12 ອາທິດ. ໂຄງການ SET ຕ້ອງ: - ປະກອບມີການເຝິກຊ້ອມການອອກກຳລັງກາຍປະມານ 30-60 ນາທີ, ສໍາລັບການປິ່ນປົວພະຍາດຫລອດເລືອດແດງສ່ວນແດງອັກເສບ PAD ໃນຄົນເຈັບທີ່ມີພາວະຂ້າອ່ອນເພຍ. - ຈະປະຕິບັດຢູ່ໃນສະຖານທີ່ທີ່ຄົນເຈັບນອກຢູ່ໃນໂຮງຫມໍ ຫຼື ຫ້ອງການແພດ - ສະຫນອງໃຫ້ໂດຍພະນັກງານສະຫນັບສະຫນູນທີ່ຜ່ານການຮັບຮອງຮັບປະກັນຜົນປະໂຫຍດຫຼາຍກ່ວາອັນຕະລາຍ ແລະ ໄດ້ຮັບການຝຶກອົບຮົມໃນການປິ່ນປົວດ້ວຍການອອກກຳລັງກາຍສໍາລັບ PAD.	ການຊໍາລະຮ່ວມ \$0 ສໍາລັບແຕ່ລະຄັ້ງການເຂົ້າພົວພາດສໍາລັບ ການບໍາບັດດ້ວຍການອອກກຳລັງກາຍທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງໂດຍ Medicare.

ບົດທີ 4 ເສັ້ນສະແດງຜົນປະໂຫຍດທາງການແພດ (ອັນໃດໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ ແລະ ອັນໃດທ່ານຕ້ອງຈ່າຍ)

ບໍລິການທີ່ຢູ່ໃຕ້ການຄຸ້ມຄອງ	ສິ່ງທີ່ທ່ານຈ່າຍ
ການບໍາບັດດ້ວຍການອອກກຳລັງກາຍ (SET) - ສືບຕໍ່ ຢູ່ພາຍໃຕ້ການຊີ້ນຳໂດຍກົງຂອງແພດ, ຜູ້ຊ່ວຍແພດ, ຫຼືແພດພະຍາບານ / ຜູ້ຊ່ຽວຊານທາງດ້ານການຊ່ວຍພະຍາບານ ຜູ້ທີ່ຕ້ອງໄດ້ຮັບການຝຶກອົບຮົມໃນທັງສອງພື້ນຖານແລະກ້າວຫນ້າທາງດ້ານເຕັກນິກການຊ່ວຍເຫຼືອຊີວິດ SET ອາດຈະໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງເກີນ 36 ພາກສ່ວນໃນໄລຍະ 12 ອາທິດສໍາລັບ 36 ພາກສ່ວນ ເພີ່ມເຕີມໃນໄລຍະເວລາທີ່ເພີ່ມຂຶ້ນຖ້າເຫັນວ່າມີຄວາມຈຳເປັນທາງດ້ານການປິ່ນປົວໂດຍຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບ.	
ການບໍລິການທີ່ຕ້ອງການດ່ວນ ການບໍລິການທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງທີ່ຕ້ອງການການດູແລທາງການແພດສຸກເສີນທີ່ບໍ່ແມ່ນເຫດສຸກເສີນແມ່ນຖືວ່າເປັນເລື່ອງຮີບດ່ວນຖ້າທ່ານຢູ່ນອກຂອບເຂດບໍລິການການຄຸ້ມຄອງຂອງແຜນຂອງພວກເຮົາຊົ່ວຄາວ, ຫຼື ເຖິງແມ່ນວ່າທ່ານຢູ່ໃນຂອບເຂດບໍລິການການຄຸ້ມຄອງຂອງແຜນຂອງພວກເຮົາ. ການເອີ້ນຫາການບໍລິການນີ້ຈາກຜູ້ໃຫ້ບໍລິການໃນເຄືອຂ່າຍແມ່ນບໍ່ສົມເຫດສົມຜົນກັບເວລາ, ສະຖານທີ່, ແລະສະຖານະການຂອງທ່ານ. ແຜນການຂອງພວກເຮົາຕ້ອງຄຸ້ມຄອງບໍລິການຈຳເປັນສຸກເສີນ ແລະ ພຽງແຕ່ເກັບການແບ່ງປັນຕົ້ນທຶນໃນເຄືອຂ່າຍເທົ່ານັ້ນ. ຕົວຢ່າງຂອງບໍລິການຈຳເປັນສຸກເສີນແມ່ນພະຍາດທາງການແພດ ແລະ ການບາດເຈັບທີ່ບໍ່ໄດ້ຄາດຄິດ ຫຼື ອາການກຳເລີບຂອງພະຍາດທີ່ເປັນຢູ່ແລ້ວ. ການເຂົ້າພົບແພດຕາມກຳນົດທີ່ຈຳເປັນທາງການແພດ (ເຊັ່ນ ການກວດສຸຂະພາບປະຈຳປີ) ຈະບໍ່ຖືວ່າຈຳເປັນເຮັງດ່ວນ ເຖິງແມ່ນວ່າຈະຢູ່ນອກຂອບເຂດບໍລິການຕາມແຜນຂອງເຮົາ ຫຼື ເຄືອຂ່າຍແຜນຂອງເຮົາບໍ່ສາມາດໃຫ້ບໍລິການໄດ້ຊົ່ວຄາວກໍຕາມ. ບໍລິການຈຳເປັນສຸກເສີນນອກສະຫາລັດອາເມຣິກາກໍໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ.	ການຊໍາລະຮ່ວມ \$0 ສໍາລັບການເຂົ້າໃຊ້ບໍລິການທີ່ຕ້ອງການດ່ວນທີ່ຢູ່ໃຕ້ການຄຸ້ມຄອງຂອງ Medicare. ການຊໍາລະຮ່ວມ \$115 ສໍາລັບບໍລິການຈຳເປັນສຸກເສີນຢູ່ນອກສະຫະລັດອາເມລິກາ.* ທ່ານຈະຈ່າຍຄ່າທຳນຽມນີ້ເຖິງແມ່ນວ່າທ່ານຈະຖືກຮັບເຂົ້າໂຮງໝໍພາຍໃນ 24 ຊົ່ວໂມງສໍາລັບສະພາບການດຽວກັນ. ທ່ານໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງສູງເຖິງ \$50,000 ທຸກໆປີສໍາລັບການບໍລິການເຫດສຸກເສີນ ຫຼື ບໍລິການຈຳເປັນສຸກເສີນຢູ່ນອກສະຫະລັດ.

ບົດທີ 4 ເສັ້ນສະແດງຜົນປະໂຫຍດທາງການແພດ (ອັນໃດໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ ແລະ ອັນໃດທ່ານຕ້ອງຈ່າຍ)

ບໍລິການທີ່ຢູ່ໃຕ້ການຄຸ້ມຄອງ	ສິ່ງທີ່ທ່ານຈ່າຍ
 ການດູແລສາຍຕາ ບໍລິການທີ່ຢູ່ໃຕ້ການຄຸ້ມຄອງປະກອບມີ: - ການບໍລິການທາງການແພດຄົນເຈັບບອກສໍາລັບການວິນິດໄສ ແລະ ການປິ່ນປົວພະຍາດຕາ ແລະ ການບາດເຈັບ, ລວມທັງການປິ່ນປົວສໍາລັບຈໍຮັບພາບເສື່ອມທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບອາຍຸ. Original Medicare ບໍ່ໄດ້ຄຸ້ມຄອງການກວດສາຍຕາແບບປົກກະຕິ (ການສະທ້ອນແສງ) ສໍາລັບແວ່ນຕາ / ເລນສາຍຕາ. - ສໍາລັບຜູ້ທີ່ມີຄວາມສ່ຽງສູງຕໍ່ການເປັນຕາຕໍ່ຫີນ, ພວກເຮົາຄຸ້ມຄອງການກວດຕາຕໍ່ຫີນຫນຶ່ງຄັ້ງ ຕໍ່ປີ. ຄົນທີ່ມີຄວາມສ່ຽງສູງຕໍ່ການເປັນຕາຕໍ່ຫີນປະກອບມີຄົນທີ່ມີປະຫວັດຄອບຄົວເປັນ ຕາຕໍ່ຫີນ, ຄົນເປັນພະຍາດເບົາຫວານ, ຄົນອາຟຣິກາ-ອາເມລິກາທີ່ມີອາຍຸ 50 ປີຂຶ້ນໄປ ແລະ ຄົນຮິສແປນິກ-ອາເມລິກາທີ່ມີອາຍຸ 65 ປີຂຶ້ນໄປ. - ສໍາລັບຄົນເຈັບພະຍາດເບົາຫວານ, ການກວດຫາໂຣກຈໍປະສາດຕາຈາກເບົາຫວານແມ່ນຄຸ້ມຄອງຫນຶ່ງຄັ້ງຕໍ່ປີ. - ແວ່ນຕາ ຫຼື ເລນສາຍຕາຫນຶ່ງຄັ້ງຈາກຜ່າຕັດແຕ່ລະຄັ້ງ, ລວມທັງການໃສ່ເລນແກ້ວຕາ. ຖ້າທ່ານມີການຜ່າຕັດຕາຕໍ່ແຍກກັນ 2 ຄັ້ງ, ທ່ານບໍ່ສາມາດເກັບຜົນປະໂຫຍດໄວ້ຫຼັງຈາກການຜ່າຕັດຄັ້ງທໍາອິດ ແລະ ຊື້ແວ່ນຕາ 2 ອັນຫຼັງຈາກການຜ່າຕັດຄັ້ງທີສອງໄດ້. ນອກຈາກນັ້ນ, ແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາຍັງຄຸ້ມຄອງການບໍລິການເສີມດ້ານສາຍຕາ (ເຊັ່ນ: ປະຈຳວັນ) ຕໍ່ໄປນີ້: - ການກວດສາຍຕາຕາມປົກກະຕິປີລະ 1 ຄັ້ງ. ການກວດສາຍຕາແບບປົກກະຕິປະກອບມີການກວດຕາຕໍ່ຫີນສໍາລັບຜູ້ທີ່ມີຄວາມສ່ຽງຕໍ່ການເປັນຕາຕໍ່ຫີນ ແລະ ການກວດຫາໂຣກເບົາຫວານ.	ການຊໍາລະຮ່ວມ \$0 ສໍາລັບການກວດສາຍຕາອື່ນໆທັງໝົດເພື່ອວິນິດໄສ ແລະ ປິ່ນປົວພະຍາດຕາ. ຕ້ອງມີການອານຸມັດລ່ວງໜ້າ. ການຊໍາລະຮ່ວມ \$0 ສໍາລັບການກວດກວດພະຍາດຕໍ່ຫີນທີ່ຄຸ້ມຄອງໂດຍ Medicare. ການຊໍາລະຮ່ວມ \$0 ສໍາລັບການກວດຕາທີ່ປົກຄຸມດ້ວຍ Medicare ສໍາລັບສະມາຊິກທີ່ເປັນໂລກເບົາຫວານ ຫຼື ການກວດສາຍຕາເບົາຫວານ. ຕ້ອງມີການອານຸມັດລ່ວງໜ້າ. ການຊໍາລະຮ່ວມ \$0 ສໍາລັບແວ່ນຕາທີ່ຢູ່ໃຕ້ການຄຸ້ມຄອງໂດຍ Medicare. ການຊໍາລະຮ່ວມ \$0 ສໍາລັບການກວດສາຍຕາປົກກະຕິ 1 ຄັ້ງຕໍ່ປີ.*

ບົດທີ 4 ເສັ້ນສະແດງຜົນປະໂຫຍດທາງການແພດ (ອັນໃດໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ ແລະ ອັນໃດທ່ານຕ້ອງຈ່າຍ)

ບໍລິການທີ່ຢູ່ໃຕ້ການຄຸ້ມຄອງ	ສິ່ງທີ່ທ່ານຈ່າຍ
ນອກຈາກນັ້ນ, ແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາຍັງຄຸ້ມຄອງການບໍລິການເສີມດ້ານສາຍຕາ (ເຊັ່ນ: ປະຈຳວັນ) ຕໍ່ໄປນີ້: - ສືບຕໍ່ - ແວ່ນຕາຕາມໃບສັງບໍ່ຈຳກັດຄູ່ໃນແຕ່ລະປີ ສູງສຸດຜົນປະໂຫຍດ \$100 ຕໍ່ປີ. ແວ່ນຕາທີ່ມີການຄຸ້ມຄອງຢ່າງໃດຫນຶ່ງດັ່ງຕໍ່ໄປນີ້: - ແວ່ນຕາ (ກອບ ແລະ ເລນ) ຫຼື - ພຽງແຕ່ເລນແວ່ນຕາ ຫຼື - ພຽງແຕ່ຂອບແວ່ນຕາ ຫຼື - ເລນສາຍຕາແທນແວ່ນຕາ ຫຼື - ການຍົກລະດັບຮາດແວສໍາລັບສາຍຕາ ຫມາຍເຫດ: ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃນການປັບແວ່ນຕາແມ່ນຄຸ້ມຄອງໂດຍແຜນ. ປະລິມານການຄຸ້ມຄອງສູງສຸດຂອງແຜນແມ່ນ \$100 ຕໍ່ປີຄຸ້ມຄອງລາຄາຂາຍຍ່ອຍຂອງກອບ ຫຼື ເລນ (ລວມທັງເລນເສີມເຊັ່ນ: ເລນສີ ແລະ ເຄືອບ). ທ່ານຈະໄດ້ຮັບຜິດຊອບຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆທີ່ເກີນຂອບເຂດການຄຸ້ມຄອງສູງສຸດສໍາລັບແວ່ນຕາເສີມ (ເຊັ່ນ: ແວ່ນຕາທົ່ວໄປ).* ແວ່ນຕາທີ່ຄຸ້ມຄອງພາຍໃຕ້ Medicare ບໍ່ໄດ້ລວມຢູ່ໃນວົງເງິນສູງສຸດຂອງການຄຸ້ມຄອງ (ເຊັ່ນ: ແວ່ນຕາທົ່ວໄປ). ສະມາຊິກບໍ່ສາມາດໃຊ້ຜົນປະໂຫຍດແວ່ນຕາເສີມເພື່ອເພີ່ມຄວາມຄຸ້ມຄອງຂອງແວ່ນຕາທີ່ຄຸ້ມຄອງພາຍໃຕ້ Medicare. ຫມາຍເຫດ: ການຄຸ້ມຄອງການບໍລິການກວດສາຍຕາປົກກະຕິແມ່ນຜົນປະໂຫຍດເພີ່ມເຕີມທີ່ສະເໜີໃຫ້ໂດຍແຜນການ. ທັງ Medicare ແລະ Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) ຈະຈ່າຍສ່ວນແບ່ງການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ຂອງທ່ານ. ບໍລິການກວດສາຍຕາຕ້ອງໄດ້ຮັບຜ່ານເຄືອຂ່າຍການກວດສາຍຕາຂອງແຜນ. ສໍາລັບຄໍາຖາມກ່ຽວກັບວິທີການຊອກຫາຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ ຫຼື ສໍາລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມໂທຫາຝ່າຍການບໍລິການສະມາຊິກ.	ຕ້ອງມີການອານຸມັດລ່ວງໜ້າ. ການຊໍາລະຮ່ວມ \$0 ສໍາລັບແວ່ນຕາ.* ຕ້ອງມີການອານຸມັດລ່ວງໜ້າ.

ບົດທີ 4 ເສັ້ນສະແດງຜົນປະໂຫຍດທາງການແພດ (ອັນໃດໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ ແລະ ອັນໃດທ່ານຕ້ອງຈ່າຍ)

ບໍລິການທີ່ຢູ່ໃຕ້ການຄຸ້ມຄອງ	ສິ່ງທີ່ທ່ານຈ່າຍ
 ຍິນດີຕ້ອນຮັບສູ່ການກວດສຸຂະພາບເພື່ອປ້ອງກັນ Medicare ແຜນປະກັນຂອງເຮົາຄຸ້ມຄອງ ຍິນດີຕ້ອນຮັບສູ່ການກວດສຸຂະພາບເພື່ອປ້ອງກັນ Medicare ແບບຄັ້ງດຽວ. ການໄປພົບແພດຈະປະກອບມີການກວດສຸຂະພາບຂອງທ່ານ, ການສຶກສາ ແລະ ການໃຫ້ຄໍາປຶກສາກ່ຽວກັບການບໍລິການປ້ອງກັນທີ່ທ່ານຕ້ອງການ (ລວມທັງການກວດ ແລະ ການສັກຢາບາງຊະນິດ), ແລະ ການອ້າງອີງການດູແລອື່ນໆຖ້າຈໍາເປັນ. ສໍາຄັນ: ພວກເຮົາຄຸ້ມຄອງ ຍິນດີຕ້ອນຮັບສູ່ການກວດສຸຂະພາບເພື່ອປ້ອງກັນ Medicare ເທົ່ານັ້ນພາຍໃນ 12 ເດືອນທໍາອິດທີ່ທ່ານມີ Medicare Part B. ເມື່ອທ່ານນັດໝາຍ, ໃຫ້ບອກທ້ອງການຂອງທ່ານໝໍວ່າທ່ານຕ້ອງການນັດໝາຍການເຂົ້າກວດປ້ອງກັນ ຍິນດີຕ້ອນຮັບສູ່ການກວດສຸຂະພາບເພື່ອປ້ອງກັນ Medicare. EKG ທີ່ຢູ່ໃຕ້ການຄຸ້ມຄອງ ຂອງ Medicare ຫຼັງຈາກການບໍລິການປ້ອງກັນຍິນດີຕ້ອນຮັບສູ່ Medicare.	ບໍ່ມີປະກັນຮ່ວມ, ການຊໍາລະຮ່ວມ, ຫຼື ຄ່າເສຍຫາຍສ່ວນທໍາອິດສໍາລັບ ຍິນດີຕ້ອນຮັບສູ່ການກວດສຸຂະພາບເພື່ອປ້ອງກັນ Medicare. ການຊໍາລະຮ່ວມ \$0 ສໍາລັບແຕ່ລະຄັ້ງ EKG ທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງໂດຍ Medicare ຕາມດ້ວຍ ການບໍລິການປ້ອງກັນຂອງການຕ້ອງການສູ່ Medicare.
Wellcare Spendables® ທ່ານຈະໄດ້ຮັບ \$120 ທຸກເດືອນທີ່ເຕີມໄວ້ລ່ວງໜ້າໃນບັດ Wellcare Spendables® ຂອງທ່ານ ເພື່ອໃຊ້ຈ່າຍກັບສິນຄ້າ OTC ແລະ ການບໍລິການດ້ານແຂ້ວ, ສາຍຕາ ແລະ ການໄດ້ຍິນ. - ເງິນອຸດໜູນຈະ ຖືກໂອນໄປເດືອນຕໍ່ໄປຖ້າບໍ່ໄດ້ໃຊ້ ແລະ ຈະໝົດອາຍຸທ້າຍປີແຜນ. <u>ເງິນອຸດໜູນຂອງບັດຂອງບັດຍັງສາມາດໃຊ້ໄດ້ດັ່ງນີ້:</u> ລາຍການຈໍາໜ່າຍໜ້າເຄົາເຕີ (OTC): ທ່ານສາມາດໃຊ້ບັດຂອງທ່ານຢູ່ຮ້ານຂາຍຍ່ອຍທີ່ເຂົ້າຮ່ວມໂຄງການ, ຜ່ານແອັບມືຖື ຫຼື ໂດຍການເຂົ້າສູ່ລະບົບພອດທໍສະມາຊິກຂອງທ່ານເພື່ອສັງສິນຄ້າສໍາລັບສິ່ງເຖິງເຮືອນ. ລາຍການທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງມີ: - ລາຍການທີ່ຈໍາໜ່າຍໜ້າເຄົາເຕີແບບສາມັນ ແລະ ມີຍີ່ຫໍ້ - ວິຕາມິນ, ຢາແກ້ປວດ, ຢາປິ່ນປົວຫວັດ ແລະ ພູມແພ້, ແລະ ຢາປິ່ນປົວພະຍາດເບົາຫວານ. - ໃຊ້ເຄື່ອງສະແກນບາໂຄດຂອງແອັບເພື່ອຄົ້ນຫາຜະລິດຕະພັນທີ່ໄດ້ຮັບການອະນຸມັດຢູ່ຮ້ານຄ້າປົກຄຸມ, ເຂົ້າສູ່ລະບົບບັນຊີສະມາຊິກຂອງທ່ານ, ຫຼື ເບິ່ງລາຍການຂອງທ່ານ.	ບໍ່ມີປະກັນຮ່ວມ, ການຊໍາລະຮ່ວມ ຫຼື ຄ່າເສຍຫາຍສ່ວນທໍາອິດສໍາລັບບັດ Wellcare Spendables®.

ບົດທີ 4 ເສັ້ນສະແດງຜົນປະໂຫຍດທາງການແພດ (ອັນໃດໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ ແລະ ອັນໃດທ່ານຕ້ອງຈ່າຍ)

ບໍລິການທີ່ຢູ່ໃຕ້ການຄຸ້ມຄອງ	ສິ່ງທີ່ທ່ານຈ່າຍ
ໝາຍເຫດ: ພາຍໃຕ້ສະຖານະການສະເພາະ, ອຸປະກອນວິນິດໄສ ແລະ ເຄື່ອງຊ່ວຍເຊົາຢາສູບຈະຖືກຄຸ້ມຄອງພາຍໃຕ້ຜົນປະໂຫຍດທາງການແພດຂອງແຜນ. ທ່ານຄວນ (ເມື່ອເປັນໄປໄດ້) ໃຊ້ສິດທິຜົນປະໂຫຍດດ້ານການປິ່ນປົວຂອງແຜນປະກັນພວກເຮົາກ່ອນທີ່ຈະນໍາໃຊ້ວິທີ OTC ຂອງທ່ານສໍາລັບລາຍການເຫຼົ່ານີ້. ທັນຕະກຳ, ສາຍຕາ ແລະ ການໄດ້ຍິນ ທ່ານສາມາດໃຊ້ບັດຂອງທ່ານເພື່ອຫຼຸດຜ່ອນຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທີ່ຕ້ອງຈ່າຍເອງ ສໍາລັບບໍລິການທັນຕະກຳ ສາຍຕາ ແລະ/ຫຼື ການໄດ້ຍິນໄດ້. ບັດນີ້ສາມາດໃຊ້ຈ່າຍໃຫ້ກັບຜູ້ໃຫ້ບໍລິການທັນຕະກຳ ສາຍຕາ ຫຼື ການໄດ້ຍິນໄດ້ໂດຍກົງ. - ການຊື້ ແລະ ທຸລະກຳທັງໝົດຈະຕ້ອງດໍາເນີນການພາຍໃຕ້ສໍານັກງານຂອງຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ ຫຼື ສະຖານທີ່ຂອງຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ. - ບໍ່ສາມາດໃຊ້ໄດ້ເງິນອຸດໜູນສໍາລັບບໍລິການຄວາມງາມ ຫຼື ກ່ຽວກັບຄວາມງາມ, ໄມຕັ້ງສອກໄຊ, ການໃຫ້ຢາສະລົບທາງເສັ້ນເລືອດ, ການຟອກສີຟ້ນ ຫຼື ການຟອກສີ. ອາດຈະໃຊ້ບັດຂອງທ່ານໄດ້ສໍາລັບສິ່ງຕໍ່ໄປນີ້: ທັນຕະກຳ ເງິນອຸດໜູນນີ້ບໍ່ສາມາດທົດແທນຜົນປະໂຫຍດດ້ານທັນຕະກຳປົກກະຕິຂອງທ່ານໄດ້. ທ່ານຄວນໃຊ້ຜົນປະໂຫຍດຂອງແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາກ່ອນທີ່ຈະໃຊ້ເງິນອຸດໜູນ Spendables ຂອງທ່ານ. - ບໍລິການທັນຕະກຳວິນິດໄສອື່ນໆ - ບໍລິການທັນຕະກຳເພື່ອການປ້ອງກັນອື່ນໆ - ບໍລິການຟື້ນຟູ - ທັນຕະກຳຮາກຟັນ - ທັນຕະກຳປະຣິທັນ - ທັນຕະກຳປະດິດ, ແບບຖອດອອກໄດ້ - ທັນຕະກຳປະດິດ, ແບບຕິດແໜ້ນ - ການໄສຍະກຳປາກ ແລະ ໃບໜ້າ - ການບໍລິການເສີມທົ່ວໄປ ສາຍຕາ ເງິນອຸດໜູນນີ້ບໍ່ສາມາດທົດແທນຜົນປະໂຫຍດດ້ານສາຍຕາປົກກະຕິຂອງທ່ານໄດ້. ທ່ານຄວນໃຊ້ຜົນປະໂຫຍດຂອງແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາກ່ອນທີ່ຈະໃຊ້ເງິນອຸດໜູນ Spendables ຂອງທ່ານ. - ການກວດສາຍຕາປົກກະຕິ - ຄອນແທັກເລີນສ໌ - ແວ່ນຕາ (ເລີນ ແລະ ຂອບ) - ເລີນແວ່ນຕາ	ບໍ່ມີການຊື້ຂັ້ນຕໍາສໍາລັບການຊື້ໃນຮ້ານ.

ບົດທີ 4 ເສັ້ນສະແດງຜົນປະໂຫຍດທາງການແພດ (ອັນໃດໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ ແລະ ອັນໃດທ່ານຕ້ອງຈ່າຍ)**ບໍລິການທີ່ຢູ່ໃຕ້ການຄຸ້ມຄອງ****ສິ່ງທີ່ທ່ານຈ່າຍ****Wellcare Spendables®: - ສິບຕໍ່**

- ຂອບແວນຕາ
- ການອັບເກດ

ການໄດ້ຍິນ

ເງິນອຸດໜູນນີ້ບໍ່ສາມາດທົດແທນຜົນປະໂຫຍດດ້ານການໄດ້ຍິນປົກກະຕິຂອງທ່ານໄດ້. ທ່ານຄວນໃຊ້ຜົນປະໂຫຍດຂອງແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາກ່ອນທີ່ຈະໃຊ້ເງິນອຸດໜູນ Spendables ຂອງທ່ານ.

- ການກວດການໄດ້ຍິນປົກກະຕິ
- ການປະກອບ/ການປະເມີນສໍາລັບອຸປະກອນຊ່ວຍຟັງ
- ອຸປະກອນຊ່ວຍຟັງຕາມໃບສັງແພດ (ທຸກປະເພດ)

ຜົນປະໂຫຍດທີ່ໄດ້ກ່າວມາຂ້າງລຸ່ມນີ້ແມ່ນສ່ວນໜຶ່ງຂອງ SSBCI. ບໍ່ແມ່ນສະມາຊິກທຸກຄົນຈະມີສິດໄດ້ຮັບ. ທ່ານຕ້ອງກຽມເງື່ອນໄຂການມີສິດໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດຂອງແຜນຕໍ່ໄປນີ້.

ຖ້າທ່ານມີຄຸນສົມບັດຄົບ, ເງິນອຸດໜູນໃນບັດປະຈຳເດືອນຍັງສາມາດໃຊ້ໄດ້ຕໍ່ກັບ:

- ການຊຳລະເງິນໃນປ້າມ້າມັນ
- ອາຫານດີຕໍ່ສຸຂະພາບ
- ການຊ່ວຍເຫຼືອໃນບ້ານ ແລະ ອຸປະກອນຮັກສາຄວາມປອດໄພ
- ການບໍລິກາ ແລະ ເຄື່ອງຄວບຄຸມສັດຕູພືດ
- ການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານເຊົ້າບ້ານ
- ການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານສາລະນຸປະໂພກ

ເບິ່ງຜົນປະໂຫຍດເພີ່ມເຕີມພິເສດສໍາລັບຄົນເຈັບທີ່ເປັນພະຍາດຊຳເຮື້ອ (SSBCI) ໃນຕາຕະລາງນີ້ສໍາລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບຜົນປະໂຫຍດເຫຼົ່ານີ້.

ວິທີການນໍາໃຊ້ບັດ:

1. ເປີດໃຊ້ບັດຂອງທ່ານກ່ອນທີ່ຈະໃຊ້.
2. ໄປຫາຮ້ານທີ່ເຂົ້າຮ່ວມ, ເຂົ້າສູ່ລະບົບການເຊື່ອມຕໍ່ທີ່ປຸ່ມສີແດງສະແດງໃຫ້ເຫັນຂ້າງລຸ່ມນີ້ ຫຼື ດາວໂທລະທັດແອັບໂທລະສັບມືຖືຂອງ Wellcare Spendables®.
3. ເລືອກຜະລິດຕະພັນ / ບໍລິການທີ່ໄດ້ຮັບການອະນຸມັດ.
4. ໃນຮ້ານຄ້າ, ດໍາເນີນການໄປທີ່ຈຸດຊຳລະເງິນຂອງຮ້ານຄ້າປົກ ແລະ ຊຳລະດ້ວຍບັດ Wellcare Spendables® ຂອງທ່ານ. ສໍາລັບການສັ່ງຊື້ຜ່ານທາງອອນລາຍ ຫຼື ທາງມືຖື, ເຂົ້າລະບົບເພື່ອເຂົ້າເຖິງ ແລະ ໃຊ້ຜົນປະໂຫຍດຂອງທ່ານ.
5. ບັດຂອງທ່ານບໍ່ແມ່ນບັດເຄຣດິດແຕ່ສາມາດໃສ່ເປັນ “ເຄຣດິດ” ເພື່ອຊຳລະເງິນໄດ້. ຫາກໄດ້ຮັບແຈ້ງ, ໃຫ້ປ້ອນລະຫັດ PIN ທີ່ທ່ານໄດ້ສ້າງເມື່ອທ່ານໄດ້ເປີດໃຊ້ງານບັດຂອງທ່ານ.

ບົດທີ 4 ເສັ້ນສະແດງຜົນປະໂຫຍດທາງການແພດ (ອັນໃດໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ ແລະ ອັນໃດທ່ານຕ້ອງຈ່າຍ)

ບໍລິການທີ່ຢູ່ໃຕ້ການຄຸ້ມຄອງ	ສິ່ງທີ່ທ່ານຈ່າຍ
Wellcare Spendables®: - ສິບຕໍ່ ຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມທີ່ທ່ານຄວນຮູ້: - ເມື່ອທ່ານໃຊ້ເງິນອຸດໜູນການໃຊ້ຈ່າຍຂອງທ່ານໝົດແລ້ວ, ທ່ານຕ້ອງຮັບຜິດຊອບຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທີ່ຍັງເຫຼືອຂອງສິນຄ້າທີ່ທ່ານຊື້. - ການຊື້ໃນຮ້ານສາມາດສົ່ງຄືນໄດ້ຕາມນະໂຍບາຍການສົ່ງຄືນ ແລະ ການແລກປ່ຽນຂອງຮ້ານ. - ຖ້າບັດຂອງທ່ານບໍ່ຖືກຕ້ອງ ຫຼື ປະສົບກັບຄວາມຫຍຸ້ງຍາກທາງດ້ານເຕັກນິກ, ກະລຸນາຕິດຕໍ່ພວກເຮົາທີ່ເບີຂ້າງລຸ່ມນີ້. - Wellcare ບໍ່ຮັບຜິດຊອບຕໍ່ບັດເສຍ ຫຼື ຖືກລັກ. - ບັດ Wellcare Spendables® ແມ່ນສໍາລັບການນໍາໃຊ້ສ່ວນບຸກຄົນເທົ່ານັ້ນ. ມັນບໍ່ສາມາດຂາຍ ຫຼື ໂອນໄດ້ ແລະ ບໍ່ມີມູນຄ່າເປັນເງິນສົດ. - ບໍລິການຄ່າເຊົ່າ ແລະ ຄ່າສາທາລະນະປະໂພກທີ່ເລືອກໄວ້ອາດຈະມີສິດໄດ້ຮັບເງິນຄືນ ຫາກການຊໍາລະເງິນບໍ່ສໍາເລັດ. ຕິດຕໍ່ຫາພວກເຮົາ ຫຼື ຍິນຄໍາຮ້ອງຂໍການຊໍາລະເງິນຄືນຜ່ານພ້ອດໂທສະມາຊິກສໍາລັບການກວດສອບ. ຈະຕ້ອງຍື່ນການຂໍການຈ່າຍເງິນຄືນພາຍໃນ 120 ວັນ ຈາກວັນທີ່ທໍາທຸລະກໍາ ແລະ ຕ້ອງຢູ່ພາຍໃນປີແຜນປະກັນດຽວກັນ. - ອາດມີຂໍ້ຈຳກັດ ແລະ ຂໍ້ກຳນົດຕ່າງໆ. ສະເພາະລາຍການທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸມັດເທົ່ານັ້ນທີ່ຄຸ້ມຄອງ. - ນີ້ບໍ່ແມ່ນຜົນປະໂຫຍດຂອງ Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid). ສໍາລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບບັດ Wellcare Spendables® ຫຼື ເພື່ອຂໍລາຍການ, ກະລຸນາໂທຫາ: 1-888-846-4262, ຜູ້ໃຊ້ TTY ໂທ: 711. ເວລາວຽກແມ່ນ: ໃນຊ່ວງວັນທີ 1 ຕຸລາ ຫາ 31 ມີນາ, ໃຫ້ບໍລິການຕັ້ງແຕ່ ວັນຈັນ-ວັນອາທິດ ເວລາ 7:45 ໂມງເຊົ້າ ຫາ 8 ໂມງແລງ. ລະຫວ່າງວັນທີ 1 ເມສາ ຫາ 30 ກັນຍາ ຕົວແທນແມ່ນໃຫ້ບໍລິການແຕ່ ວັນຈັນ-ວັນສຸກ, ເວລາ 7:45 ໂມງເຊົ້າ ຫາ 8 ໂມງແລງ. ທ່ານຍັງສາມາດເຂົ້າເບິ່ງອອນໄລນ໌ໄດ້ທີ່: go.wellcare.com/member.	

ພາກທີ 3 ການບໍລິການທີ່ໄດ້ຮັບຄວາມຄຸ້ມຄອງນອກແຜນປະກັນ

ການບໍລິການຕໍ່ໄປນີ້ໄດ້ຮັບຄວາມຄຸ້ມຄອງໂດຍ Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) Fee for Service:

- ໂຄງການປູກຖ່າຍອະໄວຍະວະ ແລະ ເນື້ອເຍື້ອຂອງລັດ Hawaii
- ການບໍລິການສໍາລັບບຸກຄົນທີ່ມີຄວາມພິການດ້ານສະຕິປັນຍາ ແລະ ການພັດທະນາ

- ບໍລິການທັນຕະກຳ
- ການຢຸດຕິການຕັ້ງຄັນໂດຍເຈດຕະນາ (ITOPs)

ພາກທີ 4 ການບໍລິການທີ່ບໍ່ໄດ້ຄຸ້ມຄອງໂດຍແຜນຂອງພວກເຮົາ (ຂໍ້ຍົກເວັ້ນ)

ພາກສ່ວນນີ້ຈະບອກທ່ານວ່າບໍລິການໃດທີ່ບໍ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ.

ຕາຕະລາງຂ້າງລຸ່ມນີ້ບອກເຖິງການບໍລິການ ແລະ ລາຍການທີ່ແຜນການຂອງພວກເຮົາບໍ່ໄດ້ຄຸ້ມຄອງພາຍໃຕ້ເງື່ອນໄຂໃດໆ, ຫຼື ພຽງແຕ່ຄຸ້ມຄອງພາຍໃຕ້ເງື່ອນໄຂສະເພາະ.

ຖ້າທ່ານໄດ້ຮັບການບໍລິການທີ່ບໍ່ມີການຄຸ້ມຄອງ (ບໍ່ຄຸ້ມຄອງ), ທ່ານຕ້ອງຈ່າຍຄ່າບໍລິການເອງ, ຍົກເວັ້ນພາຍໃຕ້ເງື່ອນໄຂສະເພາະຂ້າງລຸ່ມນີ້. ເຖິງແມ່ນວ່າທ່ານຈະໄດ້ຮັບການບໍລິການທີ່ບໍ່ມີການຄຸ້ມຄອງຢູ່ໃນສະຖານທີ່ດູເຫດສຸກເສີນ, ການບໍລິການທີ່ບໍ່ມີການຄຸ້ມຄອງຍັງບໍ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ ແລະ ແຜນການຂອງພວກເຮົາຈະບໍ່ຈ່າຍຄ່າບໍລິການເຫຼົ່ານັ້ນ. ຂໍ້ຍົກເວັ້ນດຽວຄືຖ້າການບໍລິການຖືກອຸທອນ ແລະ ຖືກກຳນົດວ່າ: ເມື່ອມີການຂໍອຸທອນແລ້ວ, ການບໍລິການແມ່ນການບໍລິການທາງການແພດທີ່ພວກເຮົາຄວນຈະຈ່າຍ ຫຼື ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງເນື່ອງຈາກສະຖານະການສະເພາະຂອງທ່ານ. (ສໍາລັບຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບການຂໍອຸທອນກ່ຽວກັບການຕັດສິນໃຈຂອງພວກເຮົາທີ່ບໍ່ໃຫ້ຄຸ້ມຄອງເອົາການບໍລິການການແພດ, ກະລຸນາເບິ່ງບົດທີ 9, ພາກທີ 6.3.)

ການບໍລິການທີ່ບໍ່ຄຸ້ມຄອງໂດຍ	ຄຸ້ມຄອງສະເພາະພາຍໃຕ້ບາງເງື່ອນໄຂ
ການສັນຍະກຳຕົກແຕ່ງ ຫຼື ຫັກຖະການ	ການຄຸ້ມຄອງການບາດເຈັບຈາກອຸບັດຕິເຫດ ຫຼື ເພື່ອປັບປຸງການເຮັດວຽກຂອງອະໄວຍະວະທີ່ມີຮູບຮ່າງຜິດປົກກະຕິ. ການຄຸ້ມຄອງສໍາລັບທຸກຂັ້ນຕອນຂອງການຟື້ນຟູເຕົ້ານົມຫຼັງຈາກການຜ່າຕັດເຕົ້ານົມ, ລວມທັງເຕົ້ານົມທີ່ບໍ່ໄດ້ຮັບຜົນກະທົບເພື່ອໃຫ້ໄດ້ຮູບຮ່າງເຫມາະສົມ.
ການດູແລພື້ນຖານ ການດູແລພື້ນຖານຫມາຍເຖິງການດູແລສ່ວນບຸກຄົນທີ່ບໍ່ຈຳເປັນຕ້ອງມີການຊີ້ນຳຢ່າງຕໍ່ເນື່ອງໂດຍຜູ້ຊ່ຽວຊານດ້ານການແພດ ຫຼື ພະຍາບານທີ່ໄດ້ຮັບການຝຶກອົບຮົມ, ເຊັ່ນ: ການດູແລທີ່ຊ່ວຍທ່ານໃນກິດຈະກຳປະຈຳວັນເຊັ່ນ: ອາບນ້ຳ ຫຼື ການນຸ່ງເຄື່ອງ.	ບໍ່ໄດ້ຄຸ້ມຄອງເອົາພາຍໃຕ້ເງື່ອນໄຂໃດໆ.

ບົດທີ 4 ເສັ້ນສະແດງຜົນປະໂຫຍດທາງການແພດ (ອັນໃດໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ ແລະ ອັນໃດທ່ານຕ້ອງຈ່າຍ)

ການບໍລິການທີ່ບໍ່ຄຸ້ມຄອງໂດຍ	ຄຸ້ມຄອງສະເພາະພາຍໃຕ້ບາງເງື່ອນໄຂ
ການທົດລອງທາງດ້ານການແພດ ແລະ ການຜ່າຕັດ, ອຸປະກອນ, ແລະ ຢາ ຫັດຖະການການທົດລອງ ແລະ ລາຍການແມ່ນລາຍການ ແລະ ຫັດຖະການທີ່ Original Medicare ໄດ້ກຳນົດວ່າບໍ່ໄດ້ຮັບການຍອມຮັບໂດຍທົ່ວໄປໃນວົງການແພດ.	ອາດຈະຖືກຄຸ້ມຄອງພາຍໃຕ້ Original Medicareພາຍໃຕ້ການສຶກສາວິໄຈຄຣິນິກ, ການສຶກສາ, ຫຼື ແຜນການຂອງພວກເຮົາທີ່ໄດ້ຮັບການອະນຸມັດຈາກ Medicare. (ເບິ່ງບົດທີ 3, ພາກທີ 5 ສໍາລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບການສຶກສາວິໄຈທາງຄລິນິກ.)
ຄ່າທຳນຽມການດູແລສະຫນອງໃຫ້ໂດຍພື້ນ້ອງໃກ້ຊິດ ຫຼື ສະມາຊິກຄົວເຮືອນຂອງທ່ານ.	ບໍ່ໄດ້ຄຸ້ມຄອງເອົາພາຍໃຕ້ເງື່ອນໄຂໃດໆ.
ການພະຍາບານເຕັມເວລາຢູ່ໃນເຮືອນຂອງທ່ານ	ບໍ່ໄດ້ຄຸ້ມຄອງເອົາພາຍໃຕ້ເງື່ອນໄຂໃດໆ.
ອາຫານສົ່ງຮອດບ້ານ	ເບິ່ງຜົນປະໂຫຍດ "ອາຫານເພື່ອສຸຂະພາບ" ໃນພາກ SSBCI ຂອງເສັ້ນສະແດງຜົນປະໂຫຍດທາງການແພດສໍາລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມ.
ການບໍລິການແມ່ບ້ານລວມມີວຽກບ້ານພື້ນຖານ, ລວມທັງວຽກເຮືອນເບົາໆ ຫຼື ການກະກຽມອາຫານເບົາໆ.	ບໍ່ໄດ້ຄຸ້ມຄອງເອົາພາຍໃຕ້ເງື່ອນໄຂໃດໆ.
ບໍລິການການແພດທາງເລືອກແບບທຳມະຊາດ (ການນຳໃຊ້ການປິ່ນປົວດ້ວຍທຳມະຊາດ ຫຼື ທາງເລືອກ)	ບໍ່ໄດ້ຄຸ້ມຄອງເອົາພາຍໃຕ້ເງື່ອນໄຂໃດໆ.
ເກີບເບົາຫວານ ຫຼື ແຜ່ນຮອງຝາຕີນ.	ເກີບທີ່ເປັນສ່ວນຫນຶ່ງຂອງເຄື່ອງຄ້າຂາ ແລະ ຖືກລວມຢູ່ໃນລາຄາຂອງເຄື່ອງຄ້າຂາ. ເກີບເບົາຫວານ ຫຼື ສໍາລັບບຳບັດສໍາລັບຄົນທີ່ມີພະຍາດເບົາຫວານລົງຕີນ
ເຄື່ອງໃຊ້ສ່ວນຕົວຢູ່ໃນໂຮງໝໍ ຫຼື ສະຖານພະຍາບານຊ່ວຍເຫຼືອຜູ້ປ່ວຍ ເຊັ່ນ: ໂທລະສັບ ຫຼື ໂທລະທັດ.	ບໍ່ໄດ້ຄຸ້ມຄອງເອົາພາຍໃຕ້ເງື່ອນໄຂໃດໆ.
ຫ້ອງສ່ວນຕົວໃນໂຮງໝໍ.	ຄຸ້ມຄອງສະເພາະກໍລະນີທີ່ມີຄວາມຈຳເປັນທາງການແພດ.
ຂະບວນການການຜ່າຕັດແກ້ໝັນ ແລະ/ຫຼື ອຸປະກອນຄຸມກຳເນີດທີ່ບໍ່ຕ້ອງສົ່ງໂດຍແພດ.	ບໍ່ໄດ້ຄຸ້ມຄອງເອົາພາຍໃຕ້ເງື່ອນໄຂໃດໆ.

ບົດທີ 4 ເສັ້ນສະແດງຜົນປະໂຫຍດທາງການແພດ (ອັນໃດໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ ແລະ ອັນໃດທ່ານຕ້ອງຈ່າຍ)

ການບໍລິການທີ່ບໍ່ຄຸ້ມຄອງໂດຍ	ຄຸ້ມຄອງສະເພາະພາຍໃຕ້ບາງເງື່ອນໄຂ
ການດູແລທັນຕະກັບປົກກະຕິ, ເຊັ່ນ: - ການທຳຄວາມສະອາດ (ການປ້ອງກັນ) - ການປິ່ນປົວດ້ວຍຟລູໂອຣອຍ - ບໍລິການຈັດແຂ້ວ - ບໍລິການຝັງຮາກທຽມ - ຄາງກະໄຕໃບໜ້າ ແຂນຂາທຽມ	ບໍ່ໄດ້ຄຸ້ມຄອງເອົາພາຍໃຕ້ເງື່ອນໄຂໃດໆ. ໃຫ້ເບິ່ງຜົນປະໂຫຍດການບໍລິການດູແລທັນຕະກຳໃນເສັ້ນສະແດງຜົນປະໂຫຍດທາງການແພດສໍາລັບການດູແລທັນຕະກຳປົກກະຕິທີ່ແຜນປະກັນຂອງທ່ານຄຸ້ມຄອງເປັນສ່ວນໜຶ່ງຂອງຊຸດຜົນປະໂຫຍດຂອງທ່ານ.
ການດູແລຕີນປະຈຳ (ການປົວຕີນ)	ການຄຸ້ມຄອງບາງຢ່າງຖືກຈຳກັດໂດຍຂໍ້ແນະນຳຂອງ Medicare (ເຊັ່ນ: ຖ້າທ່ານມີພະຍາດເບົາຫວານ)
ການບໍລິການຖືວ່າບໍ່ສົມເຫດສົມຜົນ ແລະ ບໍ່ຈຳເປັນພາຍໃຕ້ມາດຕະຖານ Original Medicare.	ບໍ່ໄດ້ຄຸ້ມຄອງເອົາພາຍໃຕ້ເງື່ອນໄຂໃດໆ.
ການດູແລສາຍຕາ: ການຜ່າຕັດແກ້ວຕາດ້ວຍເຣດຽວ, ການຜ່າຕັດ LASIK ແລະ ການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານສາຍຕາອື່ນໆ.	ບໍ່ໄດ້ຄຸ້ມຄອງເອົາພາຍໃຕ້ເງື່ອນໄຂໃດໆ.
ການດູແລສາຍຕາ: ການກວດສາຍຕາປົກກະຕິ, ແວ່ນຕາ	ໃຫ້ເບິ່ງຜົນປະໂຫຍດການດູແລສາຍຕາໃນເສັ້ນສະແດງຜົນປະໂຫຍດທາງການແພດສໍາລັບການບໍລິການສາຍຕາປົກກະຕິທີ່ແຜນປະກັນຂອງທ່ານຄຸ້ມຄອງເປັນສ່ວນໜຶ່ງຂອງຊຸດຜົນປະໂຫຍດຂອງທ່ານ.

ບົດທີ 5 ການໃຊ້ການຄຸ້ມຄອງແຜນປະກັນສໍາລັບຢາຕາມໃບສັງແພດພາກ D

ບົດທີ 5:

ການໃຊ້ການຄຸ້ມຄອງແຜນສໍາລັບຢາພາກ D

ທ່ານສາມາດໄດ້ຮັບຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຢາຂອງທ່ານໄດ້ແນວໃດ?

ເນື່ອງຈາກທ່ານມີຄຸນສົມບັດສໍາລັບ Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid), ທ່ານມີສິດໄດ້ຮັບ ແລະ ໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອພິເສດ ຈາກ Medicare ເພື່ອຈ່າຍຄ່າແຜນຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຢາຕາມໃບສັງຂອງທ່ານ. ເນື່ອງຈາກທ່ານຢູ່ໃນໂຄງການການ, **ການຊ່ວຍເຫຼືອພິເສດ ເອກະສານຢືນຢັນການຄຸ້ມຄອງ ນີ້ກ່ຽວກັບຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຢາຕາມໃບສັງພາກ D ອາດຈະບໍ່ນໍາໃຊ້ກັບທ່ານ.** ພວກເຮົາໄດ້ສົ່ງເອກະສານແຍກຕ່າງຫາກໃຫ້ທ່ານແລ້ວ, ເຊິ່ງເອີ້ນວ່າ ເອກະສານຢືນຢັນການຄຸ້ມຄອງສໍາລັບຜູ້ທີ່ໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອພິເສດ ໃນການຈ່າຍຄ່າຢາຕາມໃບສັງແພດ (ເຊິ່ງຮູ້ຈັກກັນໃນຊື່ ເອກະສານຊ້ອນທ້າຍການອຸດໜູນສໍາລັບຜູ້ມີລາຍໄດ້ຕ່ຳ ຫຼື ເອກະສານຊ້ອນທ້າຍ LIS), ເຊິ່ງບອກທ່ານກ່ຽວກັບການຄຸ້ມຄອງຢາຂອງທ່ານ. ຖ້າທ່ານບໍ່ມີເອກະສານຊ້ອນທ້າຍນີ້, ໃຫ້ໂທຫາການບໍລິການສະມາຊິກທີ່ 1-888-846-4262 (ຜູ້ໃຊ້ TTY ໃຫ້ໂທຫາ 711) ແລະ ຮ້ອງຂໍ ເອກະສານຊ້ອນທ້າຍ LIS. (ເບີໂທລະສັບສໍາລັບຝ່າຍການບໍລິການສະມາຊິກແມ່ນພິມຢູ່ໜ້າປົກຫຼັງຂອງເອກະສານນີ້.)

ພາກທີ 1 ກົດລະບຽບພື້ນຖານສໍາລັບການຄຸ້ມຄອງຢາໃນພາກ D ຂອງແຜນຂອງພວກເຮົາ

ໄປທີ່ເສັ້ນສະແດງຜົນປະໂຫຍດທາງການແພດໃນບົດທີ 4 ສໍາລັບຜົນປະໂຫຍດຂອງຢາ Medicare Part B ແລະ ຜົນປະໂຫຍດຂອງຢາໃນໂຮງໝໍ.

ນອກເໜືອໄປຈາກຢາທີ່ຄຸ້ມຄອງໂດຍ Medicare, ບາງຢາຕາມໃບສັງແພດຍັງຖືກຄຸ້ມຄອງພາຍໃຕ້ຜົນປະໂຫຍດ Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) ຂອງທ່ານ.

ເພື່ອຊອກຫາເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບການຄຸ້ມຄອງຢາຂອງ Medicaid ກະລຸນາຕິດຕໍ່ Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) ເພື່ອກຳນົດວ່າການຄຸ້ມຄອງຢາໃດທີ່ອາດມີໃຫ້ກັບທ່ານ. (ທ່ານສາມາດຊອກຫາເບີໂທລະສັບ ແລະ ຂໍ້ມູນຕິດຕໍ່ສໍາລັບ Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) ໃນບົດທີ 2, ພາກທີ 6.)

ໂດຍທົ່ວໄປແລ້ວແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາຈະຄຸ້ມຄອງຢາຂອງທ່ານຕາມໃບສັງທີ່ທ່ານປະຕິບັດຕາມກົດລະບຽບເຫຼົ່ານີ້:

- ທ່ານຕ້ອງມີຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ (ທ່ານໝໍ, ໝໍປົວແຂ້ວ, ຫຼື ຜູ້ອອກໃບສັງຢາອື່ນໆ) ຂຽນໃບສັງຢາທີ່ຖືກຕ້ອງຕາມກົດໝາຍຂອງລັດທີ່ນໍາໃຊ້.
- ຜູ້ອອກໃບສັງຢາຂອງທ່ານຈະຕ້ອງບໍ່ຢູ່ໃນລາຍຊື່ການຍົກເວັ້ນ ຫຼື ການຍົກເວັ້ນຂອງ Medicare.
- ໂດຍທົ່ວໄປແລ້ວ ທ່ານຕ້ອງນໍາໃຊ້ຮ້ານຂາຍຢາໃນເຄືອຂ່າຍເພື່ອຮັບຢາຕາມໃບສັງແພດຂອງທ່ານ (ໄປທີ່ພາກສ່ວນ 2) ຫຼື ທ່ານສາມາດຮັບຢາຕາມໃບສັງແພດຂອງທ່ານຜ່ານບໍລິການສັ່ງຊື້ທາງໄປສະນີຂອງແຜນການຂອງພວກເຮົາ.

ບົດທີ 5 ການໃຊ້ການຄຸ້ມຄອງແຜນປະກັນສໍາລັບຢາຕາມໃບສັງເພດພາກ D

- ຢາຂອງທ່ານຕ້ອງຢູ່ໃນລາຍການຢາຂອງແຜນຂອງພວກເຮົາ (ໄປທີ່ພາກທີ 3).
- ຢາຂອງທ່ານຕ້ອງໃຊ້ສໍາລັບຂໍ້ບົງຊີ້ຜະລິດຕະພັນຢາທີ່ມີການຮັບຮອງໄດ້. "ຂໍ້ບົງຊີ້ຜະລິດຕະພັນຢາທີ່ມີການຮັບຮອງ" ແມ່ນການໃຊ້ຢາທີ່ໄດ້ຮັບການອະນຸມັດໂດຍ FDA ຫຼືໄດ້ຮັບການສະໜັບສະໜູນໂດຍເອກະສານອ້າງອີງບາງຢ່າງ. (ໄປທີ່ບົດທີ 3 ສໍາລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບຂໍ້ບົງຊີ້ຜະລິດຕະພັນຢາທີ່ມີການຮັບຮອງ.)
- ຢາຂອງທ່ານອາດຈະຕ້ອງການການອະນຸມັດຈາກແຜນການຂອງພວກເຮົາໂດຍອີງໃສ່ເງື່ອນໄຂທີ່ແນ່ນອນກ່ອນທີ່ພວກເຮົາຈະຕົກລົງທີ່ຈະຄຸ້ມຄອງມັນ. (ໄປທີ່ພາກທີ 4 ສໍາລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມ)

ພາກທີ 2 ຮັບຢາຕາມໃບສັງຂອງທ່ານຢູ່ຮ້ານຂາຍຢາໃນເຄືອຂ່າຍ ຫຼື ຜ່ານບໍລິການສັງເກດ ໄປສະນີຂອງແຜນຂອງພວກເຮົາ

ໃນກໍລະນີສ່ວນໃຫຍ່, ຢາຕາມໃບສັງແພດຂອງທ່ານຈະຄຸ້ມຄອງ ສະເພາະ ໃນເວລາທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບມັນຢູ່ຮ້ານຂາຍຢາໃນເຄືອຂ່າຍຂອງແຜນການຂອງພວກເຮົາ. (ໄປທີ່ພາກ 2.4 ສໍາລັບຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບເວລາທີ່ພວກເຮົາຄຸ້ມຄອງຢາຕາມໃບສັງແພດທີ່ຮັບຢູ່ຮ້ານຂາຍຢາອອກເຄືອຂ່າຍ.)

ຮ້ານຂາຍຢາໃນເຄືອຂ່າຍແມ່ນຮ້ານຂາຍຢາທີ່ມີສັນຍາກັບແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາເພື່ອສະໜອງຢາທີ່ຢູ່ໃຕ້ການຄຸ້ມຄອງໃຫ້ທ່ານ. ຄໍາວ່າ “ຢາທີ່ຢູ່ໃຕ້ການຄຸ້ມຄອງ” ໝາຍເຖິງຢາພາກ D ທັງໝົດທີ່ມີຢູ່ໃນລາຍການຢາຂອງແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາ.

ພາກທີ 2.1 ຮ້ານຂາຍຢາໃນເຄືອຂ່າຍ

ຄົ້ນຫາຮ້ານຂາຍຢາໃນເຄືອຂ່າຍໃນເຂດບ້ານຂອງທ່ານ.

ເພື່ອຊອກຫາຮ້ານຂາຍຢາໃນເຄືອຂ່າຍ, ໃຫ້ໄປທີ່ *ລາຍຊື່ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ ແລະ ຮ້ານຂາຍຢາຂອງທ່ານ*, ເຂົ້າເບິ່ງໃນເວບໄຊຂອງພວກເຮົາ (go.wellcare.com/2026providerdirectories), ແລະ/ຫຼື ໂທຫາການບໍລິການສະມາຊິກໄດ້ທີ່ 1-888-846-4262 (ຜູ້ໃຊ້ TTY ໂທຫາ 711).

ທ່ານສາມາດໄປຮ້ານຂາຍຢາໃນເຄືອຂ່າຍໃດກໍໄດ້. ບາງຮ້ານຂາຍຢາໃນເຄືອຂ່າຍສະໜອງການແບ່ງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທີ່ຕ້ອງການ, ເຊິ່ງອາດຈະຕໍ່າກວ່າການແບ່ງປັນຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃນຮ້ານຂາຍຢາທີ່ສະໜອງມາດຕະຖານການແບ່ງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ. *ລາຍຊື່ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ ແລະ ຮ້ານຂາຍຢາ* ຈະແຈ້ງໃຫ້ທ່ານຮູ້ວ່າຮ້ານຂາຍຢາໃນເຄືອຂ່າຍໃດທີ່ໃຫ້ການແບ່ງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທີ່ຕ້ອງການ. ຕິດຕໍ່ພວກເຮົາເພື່ອຊອກຫາຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບວິທີທີ່ ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍດ້ວຍຕົນເອງ ຂອງທ່ານສາມາດແຕກຕ່າງກັນສໍາລັບຢາທີ່ແຕກຕ່າງກັນ.

ຖ້າຮ້ານຂາຍຢາຂອງທ່ານອອກຈາກເຄືອຂ່າຍ

ຖ້າຮ້ານຂາຍຢາທີ່ທ່ານໃຊ້ອອກຈາກເຄືອຂ່າຍຂອງແຜນພວກເຮົາ, ທ່ານຈະຕ້ອງຊອກຫາຮ້ານຂາຍຢາໃໝ່ໃນເຄືອຂ່າຍ. ຖ້າຮ້ານຂາຍຢາທີ່ທ່ານໃຊ້ຢູ່ໃນເຄືອຂ່າຍຂອງພວກເຮົາແຕ່ບໍ່ມີການແບ່ງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທີ່ຕ້ອງການອີກຕໍ່ໄປ, ທ່ານອາດຈະຕ້ອງການປ່ຽນໄປໃຊ້ເຄືອຂ່າຍອື່ນ ຫຼືຮ້ານຂາຍຢາທີ່ຕ້ອງການ, ຖ້າມີ. ເພື່ອຊອກຫາຮ້ານຂາຍຢາອື່ນໃນພື້ນທີ່ຂອງທ່ານ, ໂທຫາການບໍລິການສະມາຊິກທີ່ 1-888-846-4262 (ຜູ້ໃຊ້ TTY ໃຫ້ໂທຫາ 711) ຫຼືໃຊ້ *ລາຍຊື່ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ ແລະ ຮ້ານຂາຍຢາ*. ທ່ານຍັງສາມາດຊອກຫາຂໍ້ມູນຢູ່ໃນເວັບໄຊຂອງພວກເຮົາທີ່ go.wellcare.com/2026providerdirectories.

ບົດທີ 5 ການໃຊ້ການຄຸ້ມຄອງແຜນປະກັນສໍາລັບຢາຕາມໃບສັງແພດພາກ D**ຮ້ານຂາຍຢາສະເພາະ**

ຢາຕາມໃບສັງແພດບາງອັນຕ້ອງໄປຮັບທີ່ຮ້ານຂາຍຢາສະເພາະເທົ່ານັ້ນ. ຮ້ານຂາຍຢາສະເພາະປະກອບມີ:

- ຮ້ານຂາຍຢາທີ່ມີຢາສໍາລັບການບໍາບັດຢູ່ເຮືອນ.
- ຮ້ານຂາຍຢາທີ່ມີຢາສໍາລັບຄົນເຈັບໃນສະຖານທີ່ດູແລໄລຍະຍາວ (LTC). ໂດຍປົກກະຕິ ສະຖານທີ່ດູແລໄລຍະຍາວ LTC (ເຊັ່ນ ສະຖານພະຍາບານ) ຈະມີຮ້ານຂາຍຢາຂອງມັນເອງ. ຖ້າທ່ານມີຄວາມຫຍຸ້ງຍາກໃນການໄດ້ຮັບຢາພາກ D ໃນສະຖານພະຍາບານໄລຍະຍາວ LTC, ໃຫ້ໂທຫາການບໍລິການສະມາຊິກທີ່ 1-888-846-4262 (ຜູ້ໃຊ້ TTY ໃຫ້ໂທຫາ 711).
- ຮ້ານຂາຍຢາທີ່ໃຫ້ບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບຂອງຄົນອິນເດຍ / ຊົນເຜົ່າ / ໂຄງການສຸຂະພາບຊາວອິນເດຍໃນເມືອງ (ບໍ່ມີໃນ Puerto Rico). ຍົກເວັ້ນໃນກໍລະນີສຸກເສີນ, ມີພຽງແຕ່ຊາວອາເມລິກາພື້ນເມືອງ ຫຼື ຄົນ Alaska ເທົ່ານັ້ນທີ່ມີສິດເຂົ້າເຖິງຮ້ານຂາຍຢາເຫຼົ່ານີ້ຢູ່ໃນເຄືອຂ່າຍຂອງພວກເຮົາ.
- ຮ້ານຂາຍຢາທີ່ແຈກຢາຢາທີ່ຖືກຈຳກັດໂດຍ FDA ໃນບາງສະຖານທີ່ ຫຼື ທີ່ຕ້ອງໄດ້ຮັບການຈັດການພິເສດ, ການປະສານງານກັບຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ, ຫຼື ການໃຫ້ຄວາມຮູ້ກ່ຽວກັບຢາ. ເພື່ອຊອກຫາຮ້ານຂາຍຢາສະເພາະທາງ, ໃຫ້ໄປທີ່ *ລາຍຊື່ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ ແລະ ຮ້ານຂາຍຢາຂອງທ່ານ* go.wellcare.com/2026providerdirectories ຫຼື ໂທຫາການບໍລິການສະມາຊິກທີ່ 1-888-846-4262 (ຜູ້ໃຊ້ TTY ໂທຫາ 711).

ພາກທີ 2.2 ຮ້ານຂາຍຢາຕາມສັງທາງໄປສະນີຂອງແຜນພວກເຮົາ

ສໍາລັບຢາບາງຊະນິດ, ທ່ານສາມາດໃຊ້ບໍລິການສັງທາງໄປສະນີເຄືອຂ່າຍຂອງແຜນຂອງພວກເຮົາໄດ້. ໂດຍທົ່ວໄປແລ້ວ, ຢາທີ່ສະໜອງໃຫ້ຜ່ານທາງໄປສະນີແມ່ນຢາທີ່ທ່ານກິນເປັນປະຈຳ, ສໍາລັບອາການຊ້ຳເຮື້ອ ຫຼື ບັນຫາສະພາບທາງການແພດໄລຍະຍາວ. ຢາທີ່ບໍ່ມີໃຫ້ບໍລິການຜ່ານບໍລິການສັງທາງໄປສະນີຂອງແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາແມ່ນໝາຍດ້ວຍ “NM” ໃນລາຍການຢາຂອງພວກເຮົາ.

ບໍລິການສັງທາງໄປສະນີຂອງແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາອະນຸຍາດໃຫ້ທ່ານສັ່ງຊື້ **ຢາໃນປະລິມານສໍາລັບການໃຊ້ງານຢ່າງໜ້ອຍ 35 ວັນ ແລະ ບໍ່ໃຫ້ເກີນ 100 ວັນ.**

ເພື່ອໄດ້ຮັບຮູບແບບການສັ່ງຊື້ ແລະ ຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບການຕື່ມໃບສັງຢາທາງເມລ, ກະລຸນາໂທຫາ Express Scripts® Pharmacy ທີ່ 1-833-750-0201 (TTY: 711), 24 ຊົ່ວໂມງຕໍ່ມື້, 7 ມື້ຕໍ່ອາທິດ. ຫຼື, ເຂົ້າສູ່ລະບົບຜ່ານ express-scripts.com/rx. ຖ້າທ່ານໃຊ້ສັ່ງຊື້ທາງໄປສະນີທີ່ບໍ່ໄດ້ຢູ່ໃນເຄືອຂ່າຍຂອງແຜນການ, ຢາຕາມໃບສັງແພດຂອງທ່ານຈະບໍ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ.

ໂດຍປົກກະຕິແລ້ວ, ການສັ່ງຊື້ຢາທາງໄປສະນີຈະຖືກຈັດສົ່ງຮອດທ່ານພາຍໃນບໍ່ເກີນ 14 ມື້. ເຖິງຢ່າງໃດກໍຕາມ, ບາງຄັ້ງຢາຕາມໃບສັງແພດຈາກການສັ່ງຊື້ທາງໄປສະນີຂອງທ່ານອາດຈະຊ້າ. ສໍາລັບຢາໄລຍະຍາວທີ່ທ່ານຕ້ອງການທັນທີ, ໃຫ້ຂໍໃບສັ່ງຢາຈາກແພດສອງໃບຈາກແພດຂອງທ່ານ: ໃບໜຶ່ງສໍາລັບຢາ 30 ວັນ ເພື່ອຮັບຢູ່ຮ້ານຂາຍຢາຂາຍຍ່ອຍທີ່ເຂົ້າຮ່ວມ, ແລະ ອີກໃບໜຶ່ງສໍາລັບຢາໄລຍະຍາວ

ບົດທີ 5 ການໃຊ້ການຄຸ້ມຄອງແຜນປະກັນສໍາລັບຢາຕາມໃບສັງເພດພາກ D

(35 ຫາ 100 ມື້) ເພື່ອຮັບຜ່ານທາງໄປສະນີ. ຖ້າທ່ານມີບັນຫາໃດໆໃນການຮັບຢາສໍາລັບ 30 ມື້ ທີ່ຮ້ານຂາຍຢາຍ່ອຍທີ່ເຂົ້າຮ່ວມ ເມື່ອໃບສັງຢາຈາກການສັງຢາທາງໄປສະນີຂອງທ່ານຊັກຊ້າ, ກະລຸນາໃຫ້ຮ້ານຂາຍຢາຍ່ອຍຂອງທ່ານໂທຫາສູນບໍລິການຜູ້ໃຫ້ ບໍລິການຂອງພວກເຮົາທີ່ 1-866-800-6111 (TTY 1-888-816-5252), 24 ຊົ່ວໂມງຕໍ່ມື້, 7 ມື້ຕໍ່ອາທິດ ເພື່ອຂໍຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອ. ສະມາຊິກສາມາດໂທຫາ Express Scripts® Pharmacy ທີ່ເບີ 1-833-750-0201 (TTY: 711), 24 ຊົ່ວໂມງຕໍ່ມື້, 7 ມື້ຕໍ່ອາທິດ. ຫຼື, ເຂົ້າສູ່ລະບົບຜ່ານ express-scripts.com/rx.

ໃບສັງຢາໃໝ່ທີ່ໄດ້ຮັບໂດຍກົງຈາກຄລີນິກຂອງທ່ານຢູ່ຮ້ານຂາຍຢາ.

ຮ້ານຂາຍຢາຈະຕື່ມຂໍ້ມູນໃສ່ອັດຕະໂນມັດ ແລະ ສົ່ງໃບສັງຢາໃໝ່ທີ່ໄດ້ຮັບຈາກຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບຂອງທ່ານໂດຍບໍ່ມີ ການຢັ້ງຢືນກ່ອນ, ຖ້າ:

- ຜ່ານມາທ່ານເຄີຍໃຊ້ບໍລິການສັງຊື້ທາງໄປສະນີກັບແຜນນີ້, ຫຼື
- ທ່ານໄດ້ສະໝັກຮັບໃບສັງຢາໃໝ່ທັງໝົດທີ່ໄດ້ຮັບໂດຍກົງຈາກຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບຂອງທ່ານ. ທ່ານ ສາມາດຮ້ອງຂໍການສັງໃບສັງຢາໃໝ່ທັງໝົດອັດຕະໂນມັດໄດ້ທຸກເວລາໂດຍການໂທຫາ Express Scripts® Pharmacy ທີ່ 1-833-750-0201 (TTY: 711), 24 ຊົ່ວໂມງຕໍ່ມື້, 7 ມື້ຕໍ່ອາທິດ. ຫຼື, ເຂົ້າສູ່ລະບົບຜ່ານ express-scripts.com/rx.

ຖ້າທ່ານໄດ້ຮັບໃບສັງຢາທາງໄປສະນີອັດຕະໂນມັດທີ່ທ່ານບໍ່ຕ້ອງການ ແລະ ທ່ານບໍ່ໄດ້ຮັບການຕິດຕໍ່ເພື່ອສອບຖາມຖ້າທ່ານ ຕ້ອງການມັນກ່ອນທີ່ຈະຖືກຈັດສົ່ງ, ທ່ານອາດຈະມີສິດໄດ້ຮັບເງິນຄືນ.

ຖ້າທ່ານເຄີຍໃຊ້ຢາຕາມສັງທາງໄປສະນີ ແລະ ບໍ່ຕ້ອງການໃຫ້ຮ້ານຂາຍຢາຕື່ມອັດຕະໂນມັດ ແລະ ສົ່ງໃບສັງຢາໃໝ່ໃຫ້ທ່ານ, ກະລຸນາຕິດຕໍ່ພວກເຮົາໂດຍການໂທຫາ Express Scripts® Pharmacy ທີ່ເບີ 1-833-750-0201 (TTY: 711), 24 ຊົ່ວໂມງ ຕໍ່ມື້, 7 ມື້ຕໍ່ອາທິດ. ຫຼື, ເຂົ້າສູ່ລະບົບຜ່ານ express-scripts.com/rx.

ຖ້າທ່ານບໍ່ເຄີຍໃຊ້ບໍລິການຈັດສັງທາງໄປສະນີຂອງພວກເຮົາ ຫຼື ຕັດສິນໃຈຢຸດການຮັບຢາຕາມໃບສັງໃໝ່ແບບອັດຕະໂນມັດ, ຮ້ານຂາຍຢາຈະຕິດຕໍ່ທ່ານທຸກຄັ້ງທີ່ໄດ້ຮັບຢາຕາມໃບສັງໃໝ່ຈາກຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບເພື່ອຖາມວ່າທ່ານຕ້ອງການໃຫ້ ຢາຖືກບັນຈຸແລະຈັດສັງທັນທີຫຼືບໍ່. ມັນເປັນສິ່ງສໍາຄັນທີ່ຈະຕ້ອງຕອບກັບທຸກຄັ້ງທີ່ຮ້ານຂາຍຢາຕິດຕໍ່ຫາທ່ານ ເພື່ອແຈ້ງໃຫ້ ພວກເຂົາຮັບຊາບວ່າຈະໃຫ້ສັ່ງ, ເລື່ອນ, ຫຼື ຍົກເລີກໃບສັງຢາໃໝ່.

ເພື່ອຍົກເລີກການຈັດສັງໃບສັງຢາໃໝ່ອັດຕະໂນມັດທີ່ໄດ້ຮັບໂດຍກົງຈາກຫ້ອງການຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບຂອງທ່ານ, ກະລຸນາຕິດຕໍ່ພວກເຮົາໂດຍການໂທຫາ Express Scripts® Pharmacy ທີ່ເບີ 1-833-750-0201 (TTY: 711), 24 ຊົ່ວໂມງ ຕໍ່ມື້, 7 ມື້ຕໍ່ອາທິດ. ຫຼື, ເຂົ້າສູ່ລະບົບຜ່ານ express-scripts.com/rx.

ຕື່ມຂໍ້ມູນໃສ່ໃບສັງຢາທາງໄປສະນີ. ເພື່ອຂໍຮັບຢາຂອງທ່ານເພີ່ມ, ທ່ານມີຕົວເລືອກໃນການສະໝັກເຂົ້າໂຄງການຂໍຮັບຢາເພີ່ມ ໂດຍອັດຕະໂນມັດ. ພາຍໃຕ້ໂຄງການນີ້, ພວກເຮົາຈະເລີ່ມດໍາເນີນການເຕີມຢາຄັ້ງຕໍ່ໄປຂອງທ່ານໂດຍອັດຕະໂນມັດ ເມື່ອການ ບັນທຶກຂອງພວກເຮົາສະແດງວ່າຢາຂອງທ່ານໃກ້ຈະໝົດ. ຮ້ານຂາຍຢາຈະຕິດຕໍ່ຫາທ່ານກ່ອນທີ່ຈະສັງຢາຕື່ມໃນແຕ່ລະຄັ້ງ ເພື່ອ ຮັບປະກັນວ່າທ່ານຕ້ອງການຢາເພີ່ມ, ແລະ ທ່ານສາມາດຍົກເລີກການຕື່ມຢາຕາມກຳນົດໄດ້ ຖ້າທ່ານມີຢາພຽງພໍແລ້ວ ຫຼື ຢາ ຂອງທ່ານມີການປ່ຽນແປງ.

ບົດທີ 5 ການໃຊ້ການຄຸ້ມຄອງແຜນປະກັນສໍາລັບຢາຕາມໃບສັງແພດພາກ D

ຖ້າທ່ານເລືອກທີ່ຈະບໍ່ນໍາໃຊ້ໂຄງການຕື່ມຢາອັດຕະໂນມັດຂອງພວກເຮົາ ແຕ່ຍັງຄົງຕ້ອງການໃຫ້ຮ້ານຂາຍຢາທາງໄປສະນີສັ່ງຢາຕາມໃບສັ່ງຂອງທ່ານ, ກະລຸນາຕິດຕໍ່ຮ້ານຂາຍຢາຂອງທ່ານ 21 ມື້ກ່ອນທີ່ໃບສັ່ງຢາປັດຈຸບັນຂອງທ່ານຈະໝົດອາຍຸ. ນີ້ເປັນການຮັບປະກັນວ່າລາຍສັ່ງຊື້ຂອງທ່ານຖືກຈັດສົ່ງໃຫ້ທ່ານທັນເວລາ.

ເພື່ອເລືອກອອກຈາກໂຄງການຂອງພວກເຮົາທີ່ກະກຽມການຕື່ມຢາທາງໄປສະນີໂດຍອັດຕະໂນມັດ, ກະລຸນາຕິດຕໍ່ພວກເຮົາໂດຍການໂທຫາຮ້ານຂາຍຢາທາງໄປສະນີຂອງທ່ານ:

- **Express Scripts® Pharmacy: 1-833-750-0201 (ຜູ້ໃຊ້ TTY ສາມາດໂທຫາ 711).**

ຖ້າທ່ານໄດ້ຮັບການຕື່ມຢາອັດຕະໂນມັດທາງໄປສະນີທີ່ທ່ານບໍ່ຕ້ອງການ, ທ່ານອາດຈະມີສິດໄດ້ຮັບເງິນຄືນ.

ພາກທີ 2.3 ວິທີການຮັບຢາໃນໄລຍະຍາວ

ແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາມີໃຫ້ເລືອກ 2 ວິທີໃນການຮັບຢາບໍາລຸງຮັກສາໄລຍະຍາວ (ຫຼືເອີ້ນວ່າການສະໜອງຢາຕໍ່ເນື່ອງ) ຢູ່ໃນບັນຊີລາຍການຢາຂອງແຜນພວກເຮົາ. (ຢາບໍາລຸງຮັກສາແມ່ນຢາທີ່ທ່ານໃຊ້ເປັນປະຈຳສໍາລັບອາການເຈັບປ່ວຍຊຳເຮື້ອ ຫຼື ສະພາບທາງການແພດໄລຍະຍາວ.)

1. ຮ້ານຂາຍຢາປົກໃນເຄືອຂ່າຍບາງຮ້ານຂອງພວກເຮົາອະນຸຍາດໃຫ້ທ່ານໄດ້ຮັບການສະໜອງໃນໄລຍະຍາວຂອງຢາບໍາລຸງຮັກສາ. ລາຍຊື່ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ ແລະ ຮ້ານຂາຍຢາຂອງທ່ານ go.wellcare.com/2026providerdirectories ບອກໃຫ້ທ່ານຮູ້ວ່າຮ້ານຂາຍຢາໃດໃນເຄືອຂ່າຍຂອງພວກເຮົາສາມາດໃຫ້ຢາບໍາລຸງຮັກສາທີ່ໃຊ້ໄດ້ໄລຍະຍາວແກ່ທ່ານ. ທ່ານສາມາດໂທຫາຝ່າຍການບໍລິການສະມາຊິກທີ່ 1-888-846-4262 (ຜູ້ໃຊ້ TTY ໂທຫາ 711) ສໍາລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມ.
2. ທ່ານສາມາດຮັບຢາບໍາລຸງຮັກສາຜ່ານໂຄງການສັ່ງຊື້ຢາທາງໄປຊະນີຂອງເຮົາໄດ້. ໄປທີ່ພາກທີ 2.2 ສໍາລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມ.

ພາກທີ 2.4 ການໃຊ້ຮ້ານຂາຍຢາທີ່ບໍ່ໄດ້ຢູ່ໃນເຄືອຂ່າຍແຜນຂອງພວກເຮົາ

ໂດຍທົ່ວໄປ, ພວກເຮົາຄຸ້ມຄອງຢາທີ່ຊື້ຈາກຮ້ານຂາຍຢາອອກເຄືອຄ້າຍ ສະເພາະ ໃນກໍລະນີທີ່ທ່ານບໍ່ສາມາດນໍາໃຊ້ຮ້ານຂາຍຢາໃນເຄືອຂ່າຍໄດ້ເທົ່ານັ້ນ. ພວກເຮົາຍັງມີຮ້ານຂາຍຢາໃນເຄືອຂ່າຍຢູ່ນອກເຂດບໍລິການຂອງພວກເຮົາ ບ່ອນທີ່ທ່ານສາມາດຮັບໃບສັ່ງຢາໄດ້ເຕັມທີ່ໃນຖານະທີ່ເປັນສະມາຊິກຂອງແຜນປະກັນ. **ກະລຸນາກວດສອບກັບການບໍລິການສະມາຊິກກ່ອນທີ່ເບີ 1-888-846-4262 (ຜູ້ໃຊ້ TTY ໃຫ້ໂທຫາ 711) ເພື່ອສອບຖາມວ່າມີຮ້ານຂາຍຢາໃນເຄືອຂ່າຍຢູ່ໃກ້ຄຽງບໍ່.**

ພວກເຮົາຄຸ້ມຄອງຢາຕາມໃບສັ່ງແພດຢູ່ໃນຮ້ານຂາຍຢາອອກເຄືອຄ້າຍໃນກໍລະນີຕໍ່ໄປນີ້ເທົ່ານັ້ນ:

ການເດີນທາງ: ການໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງເມື່ອທ່ານເດີນທາງ ຫຼື ຢູ່ຫ່າງຈາກເຂດບໍລິການຂອງແຜນ.

- ຖ້າທ່ານກິນຢາຕາມໃບສັ່ງແພດເປັນປະຈຳ ແລະ ທ່ານກໍາລັງເດີນທາງ, ໃຫ້ແນ່ໃຈວ່າທ່ານກວດເບິ່ງຢາຂອງທ່ານກ່ອນທີ່ທ່ານຈະອອກເດີນທາງ. ຖ້າເປັນໄປໄດ້ ໃຫ້ຖືຢາທີ່ຈໍາເປັນທັງໝົດໄປພ້ອມ. ທ່ານອາດຈະສາມາດສັ່ງຢາຕາມໃບສັ່ງແພດລ່ວງໜ້າໄດ້ຜ່ານທາງຮ້ານຂາຍຢາທາງໄປຊະນີ.

ບົດທີ 5 ການໃຊ້ການຄຸ້ມຄອງແຜນປະກັນສໍາລັບຢາຕາມໃບສັງແພດພາກ D

- ຖ້າທ່ານກໍາລັງເດີນທາງພາຍໃນສະຫະລັດ ແລະ ອາໄປເຂດ ແລະ ເຈັບປ່ວຍ, ຫຼື ເຮັດຢາເສຍ ຫຼື ຢາໝົດ, ພວກເຮົາຈະຄຸ້ມຄອງຢາຕາມໃບສັງແພດທີ່ສາມາດຮັບໄດ້ທີ່ຮ້ານຂາຍຢາບໍ່ອອກເຄືອຄ້າຍ. ໃນສະຖານະການນີ້, ທ່ານຈະຕ້ອງຈ່າຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍເຕັມຈໍານວນ (ແທນທີ່ຈະຈ່າຍພຽງແຕ່ການຊຳລະຮ່ວມ ຫຼື ປະກັນຮ່ວມ ຂອງທ່ານ) ໃນເວລາທີ່ທ່ານຮັບຢາໃບສັງຢາຂອງທ່ານ. ທ່ານສາມາດຂໍໃຫ້ພວກເຮົາຄືນເງິນທ່ານ ຕາມການແບ່ງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໂດຍການສົ່ງແບບຟອມການການສົ່ງເງິນຄືນ. ຖ້າທ່ານໄປຮ້ານຂາຍຢາບໍ່ອອກເຄືອຄ້າຍ, ທ່ານອາດຈະຕ້ອງຮັບຜິດຊອບຈ່າຍຄ່າສ່ວນຕ່າງລະຫວ່າງເງິນທີ່ພວກເຮົາຈ່າຍຄ່າຢາຕາມໃບສັງແພດໃນຮ້ານຂາຍຢາໃນເຄືອຂ່າຍ ແລະ ເງິນທີ່ຮ້ານຂາຍຢາບໍ່ອອກເຄືອຄ້າຍເອີ້ນເກັບຕາມໃບສັງແພດຂອງທ່ານ. ເພື່ອສຶກສາວິທີການຍື່ນຄໍາຮ້ອງຂໍການຊົດເຊີຍຄືນ, ກະລຸນາເບິ່ງ ບົດທີ 7, ພາກທີ 2.
- ນອກນັ້ນທ່ານຍັງສາມາດໂທຫາຝ່າຍການບໍລິການສະມາຊິກເພື່ອຊອກຫາວ່າມີຮ້ານຂາຍຢາເຄືອຂ່າຍຢູ່ໃນພື້ນທີ່ທີ່ທ່ານກໍາລັງເດີນທາງຫຼືບໍ່.
- ພວກເຮົາບໍ່ສາມາດຈ່າຍຄ່າໃບສັງຢາໃດໆທີ່ຊື້ຈາກຮ້ານຂາຍຢາບໍ່ອອກສະຫະລັດອາເມລິກາ ແລະ ເຂດແຄວ້ນຂອງຕົນ, ເຖິງແມ່ນວ່າຈະເປັນກໍລະນີເຫດສຸກເສີນທາງການແພດ.

ເຫດສຸກເສີນທາງການແພດ: ຈະເປັນແນວໃດຫາກຂ້າພະເຈົ້າຕ້ອງການຢາຕາມໃບສັງແພດຍ້ອນເຫດສຸກເສີນທາງການແພດ ຫຼື ຍ້ອນຕ້ອງການເບິ່ງແຍງສຸກເສີນ?

- ພວກເຮົາຈະຄຸ້ມຄອງຢາຕາມໃບສັງແພດທີ່ຮັບຢູ່ຮ້ານຂາຍຢາບໍ່ອອກເຄືອຄ້າຍຖ້າຢາມັນກ່ຽວຂ້ອງກັບການດູແລສໍາລັບເຫດສຸກເສີນທາງການແພດ ຫຼື ການເບິ່ງແຍງສຸກເສີນໃດໜຶ່ງ. ໃນສະຖານະການນີ້, ທ່ານຈະຕ້ອງຈ່າຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍເຕັມຈໍານວນ (ແທນທີ່ຈະຈ່າຍພຽງແຕ່ການຊຳລະຮ່ວມ ຫຼື ປະກັນຮ່ວມ ຂອງທ່ານ) ໃນເວລາທີ່ທ່ານຮັບຢາໃບສັງຢາຂອງທ່ານ. ທ່ານສາມາດຂໍໃຫ້ພວກເຮົາຄືນເງິນທ່ານ ຕາມການແບ່ງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໂດຍການສົ່ງແບບຟອມການການສົ່ງເງິນຄືນ. ຖ້າທ່ານໄປຮ້ານຂາຍຢາບໍ່ອອກເຄືອຄ້າຍ, ທ່ານອາດຈະຕ້ອງຮັບຜິດຊອບຈ່າຍຄ່າສ່ວນຕ່າງລະຫວ່າງເງິນທີ່ພວກເຮົາຈ່າຍຄ່າຢາຕາມໃບສັງແພດໃນຮ້ານຂາຍຢາໃນເຄືອຂ່າຍ ແລະ ເງິນທີ່ຮ້ານຂາຍຢາບໍ່ອອກເຄືອຄ້າຍເອີ້ນເກັບຕາມໃບສັງແພດຂອງທ່ານ. ເພື່ອສຶກສາວິທີການຍື່ນຄໍາຮ້ອງຂໍການຊົດເຊີຍຄືນ, ກະລຸນາເບິ່ງ ບົດທີ 7, ພາກທີ 2.

ສະຖານະການເພີ່ມເຕີມ: ເວລາອື່ນໆທີ່ທ່ານສາມາດໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງຢາຕາມໃບສັງຂອງທ່ານຖ້າທ່ານໄປຮ້ານຂາຍຢາບໍ່ອອກເຄືອຄ້າຍ.

- ພວກເຮົາຈະຄຸ້ມຄອງຢາຕາມໃບສັງແພດທີ່ຊື້ຢູ່ຮ້ານຂາຍຢາບໍ່ອອກເຄືອຄ້າຍຖ້າກົງຕາມເງື່ອນໄຂໃດໜຶ່ງຕໍ່ໄປນີ້:
 - ຖ້າທ່ານບໍ່ສາມາດໄດ້ຮັບຢາທີ່ຢູ່ໃຕ້ການຄຸ້ມຄອງໃນເວລາທີ່ເໝາະສົມພາຍໃນຂອບເຂດບໍລິການຂອງພວກເຮົາ ເນື່ອງຈາກບໍ່ມີຮ້ານຂາຍຢາໃນເຄືອຂ່າຍ, ພາຍໃນໄລຍະທາງຂັບລົດທີ່ສົມເຫດສົມຜົນ, ທີ່ໃຫ້ບໍລິການຕະຫຼອດ 24 ຊົ່ວໂມງ.
 - ຖ້າທ່ານກໍາລັງຕ້ອງການຢາຕາມໃບສັງແພດທີ່ບໍ່ໄດ້ເກັບຮັກສາໄວ້ເປັນປະຈຳຢູ່ໃນຮ້ານຂາຍຍ່ອຍໃນເຄືອຂ່າຍທີ່ສາມາດເຂົ້າເຖິງໄດ້ ຫຼື ຮ້ານຂາຍຢາສັງທາງໄປສະນີ (ເຊັ່ນ ຢາທີ່ມີລາຄາແພງ ແລະ ເປັນຢາສະເພາະ).
 - ຖ້າທ່ານກໍາລັງໄດ້ຮັບວັກຊີນທີ່ຈຳເປັນທາງການແພດ ແຕ່ບໍ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງໂດຍ Medicare Part B ແລະ ໄດ້ຮັບການສັກຢາຢູ່ສະຖານທີ່ບໍລິການຂອງທ່ານໝໍ.
 - ຖ້າທ່ານຮັບຢາຕາມໃບສັງແພດທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງຈາກຮ້ານຂາຍຢາຕາມສະຖາບັນໃນຂະນະທີ່ຄົນເຈັບຢູ່ໃນຄລີນິກການຜ່າຕັດຄົນເຈັບບອກ, ຫຼື ສະຖານທີ່ຄົນເຈັບບອກອື່ນໆ.

ບົດທີ 5 ການໃຊ້ການຄຸ້ມຄອງແຜນປະກັນສໍາລັບຢາຕາມໃບສັງແພດພາກ D

- ສໍາລັບສະຖານະການທັງໝົດທີ່ໄດ້ກ່າວມາຂ້າງເທິງ, ທ່ານອາດຈະໄດ້ຮັບການສະໜອງຢາເຖິງ 30 ວັນຂອງຢາຕາມໃບສັງແພດ. ນອກຈາກນັ້ນ, ທ່ານອາດຈະຕ້ອງຈ່າຍຄ່າຢາຢູ່ຮ້ານຂາຍຢານອກເຄືອຄ່າຍ ແລະ ສົ່ງເອກະສານເພື່ອຂໍຮັບເງິນຄືນຈາກແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາ. ກະລຸນາຮັບປະກັນວ່າທ່ານໄດ້ໃສ່ຄໍາອະທິບາຍກ່ຽວກັບສະຖານະການກ່ຽວກັບວ່າເປັນຫຍັງທ່ານຈຳເປັນຕ້ອງໃຊ້ຮ້ານຂາຍຢາຢູ່ນອກເຄືອຄ່າຍຂອງພວກເຮົາ. ນີ້ຈະຊ່ວຍໃຫ້ຂະບວນການການສົ່ງເງິນຄືນໄວຂຶ້ນ.

ຖ້າທ່ານຕ້ອງໃຊ້ຮ້ານຂາຍຢານອກເຄືອຄ່າຍ, ໂດຍທົ່ວໄປແລ້ວທ່ານຈະຕ້ອງຈ່າຍຄ່າເຕັມຈຳນວນຕອນທີ່ທ່ານໄປເຕີມຢາຕາມໃບສັງ. ທ່ານສາມາດຮ້ອງຂໍໃຫ້ພວກເຮົາຈ່າຍຄືນໃຫ້ທ່ານໄດ້. (ໄປທີ່ ບົດທີ 7, ພາກທີ 2 ສໍາລັບຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບວິທີການຮ້ອງຂໍໃຫ້ແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາຊົດເຊີຍຄືນໃຫ້ທ່ານ.) ທ່ານອາດຈະຕ້ອງຈ່າຍຄ່າເງິນສ່ວນຕ່າງລະຫວ່າງຄ່າຢາຢູ່ຮ້ານຂາຍຢານອກເຄືອຄ່າຍ ແລະ ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທີ່ພວກເຮົາຈະຈ່າຍຢູ່ຮ້ານຂາຍຢາໃນເຄືອຄ່າຍ.

ພາກທີ 3 ຢາຂອງທ່ານຕ້ອງຢູ່ໃນລາຍການຢາຂອງແຜນຂອງພວກເຮົາ**ພາກທີ 3.1 ລາຍການຢາຈະບອກວ່າຢາພາກ D ຕົວໃດໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ**

ແຜນຂອງພວກເຮົາມີ ລາຍການຢາໃຕ້ການຄຸ້ມຄອງ (ລາຍການຢາທີ່ຄຸ້ມຄອງ). ໃນ ເອກະສານຢືນຢັນການຄຸ້ມຄອງ, ພວກເຮົາເອີ້ນລາຍການຢາ.

ຢາຢູ່ໃນລາຍການນີ້ແມ່ນເລືອກໂດຍແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາ ໂດຍໄດ້ການຊ່ວຍເຫຼືອຈາກທ່ານຫມໍ ແລະ ແພດການຢາ. ບັນຊີລາຍການນີ້ກົງຕາມເງື່ອນໄຂຂອງ Medicare ແລະ ໄດ້ຮັບການອະນຸມັດຈາກ Medicare.

ບັນຊີລາຍການຢາສະແດງສະເພາະຢາທີ່ຢູ່ພາຍໃຕ້ Medicare Part D. ນອກເໜືອໄປຈາກຢາທີ່ຄຸ້ມຄອງໂດຍ Medicare, ບາງຢາຕາມໃບສັງແພດຍັງຖືກຄຸ້ມຄອງພາຍໃຕ້ຜົນປະໂຫຍດ Medicaid ຂອງທ່ານ. ເພື່ອຊອກຫາເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບການຄຸ້ມຄອງຢາຂອງ Medicaid ກະລຸນາຕິດຕໍ່ Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) ເພື່ອກຳນົດວ່າການຄຸ້ມຄອງຢາໃດທີ່ອາດມີໃຫ້ກັບທ່ານ. (ທ່ານສາມາດຊອກຫາເບີໂທລະສັບ ແລະ ຂໍ້ມູນຕິດຕໍ່ສໍາລັບ Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) ໃນບົດທີ 2, ພາກທີ 6.)

ພວກເຮົາຄຸ້ມຄອງຢາທີ່ຢູ່ໃນລາຍການຢາຂອງແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາ ຕາມໃບທີ່ທ່ານປະຕິບັດຕາມກົດລະບຽບການຄຸ້ມຄອງອື່ນໆທີ່ໄດ້ອະທິບາຍໄວ້ໃນບົດນີ້ ແລະ ການນໍາໃຊ້ຢານັ້ນເພື່ອຂໍ້ບັງຊີ້ຜະລິດຕະພັນຢາທີ່ມີການຮັບຮອງ. ຂໍ້ບັງຊີ້ຜະລິດຕະພັນຢາທີ່ມີການຮັບຮອງ ແມ່ນການນໍາໃຊ້ຢາທີ່ເປັນ ໜຶ່ງໃນສອງຢ່າງນີ້:

- ໄດ້ຮັບການອະນຸມັດໂດຍ FDA ສໍາລັບການວິນິດໄສ ຫຼື ສະພາວະທີ່ມັນຖືກສັງໃຫ້, ຫຼື
- ໄດ້ຮັບການສະໜັບສະໜູນການອ້າງອີງໃດໜຶ່ງ, ເຊັ່ນ American Hospital Formulary Service Drug Information ແລະ ລະບົບຂໍ້ມູນ Micromedex DRUGDEX.

ລາຍການຢາປະກອບມີຢາທີ່ມີກາສິນຄ້າ, ຢາສາມັນ, ແລະ ສິນຄ້າຊີວະພາບ (ເຊິ່ງອາດຈະປະກອບມີ ຊີວະວັດຖຸທີ່ຄ້າຍຄຶງ).

ຢາທີ່ມີກາສິນຄ້າແມ່ນຢາຕາມໃບສັງແພດທີ່ຂາຍພາຍໃຕ້ຊື່ເຄື່ອງໝາຍການຄ້າເປັນເຈົ້າຂອງໂດຍຜູ້ຜະລິດຢາ. ຜະລິດຕະພັນຊີວະພາບແມ່ນຢາທີ່ມີຄວາມຊັບຊ້ອນຫຼາຍກ່ວາຢາທົ່ວໄປ. ໃນລາຍການຢາ, ເມື່ອພວກເຮົາອ້າງອີງເຖິງຢາ, ນີ້ອາດຈະໝາຍເຖິງຢາຫຼືສິນຄ້າຊີວະພາບ.

ບົດທີ 5 ການໃຊ້ການຄຸ້ມຄອງແຜນປະກັນສໍາລັບຢາຕາມໃບສັງແພດພາກ D

ຢາສາມັນແມ່ນຢາຕາມໃບສັງແພດທີ່ມີສ່ວນປະກອບທີ່ອອກລິດຄືກັນກັບຢາທີ່ມີກາສິນຄ້າ. ສິນຄ້າຊິວະພາບມີທາງເລືອກອື່ນທີ່ເອີ້ນວ່າ ຊິວະວັດຖຸທີ່ຄ້າຍຄຶງ. ໂດຍທົ່ວໄປແລ້ວ, ຢາສາມັນ ແລະ ຊິວະວັດຖຸທີ່ຄ້າຍຄຶງ ມີປະສິດທິພາບດີເທົ່າກັບຢາມີກາສິນຄ້າ ຫຼື ສິນຄ້າຊິວະພາບຕົ້ນສະບັບ ແລະ ອາດມີລາຄາຖືກກວ່າ. ມີຢາສາມັນທົດແທນສໍາລັບຢາທີ່ມີກາສິນຄ້າຫຼາຍຊະນິດ ແລະ ມີຢາຊິວະວັດຖຸທີ່ຄ້າຍຄຶງທີ່ສາມາດທົດແທນຢາສິນຄ້າຊິວະພາບຕົ້ນແບບ. ຢາຊິວະວັດຖຸທີ່ຄ້າຍຄຶງບາງຊະນິດເປັນຢາຊິວະວັດຖຸທີ່ຄ້າຍຄຶງແບບປ່ຽນແທນໄດ້ ແລະ ອີງຕາມກົດໝາຍຂອງແຕ່ລະລັດ, ອາດໃຊ້ທົດແທນຢາສິນຄ້າຊິວະພາບຕົ້ນສະບັບທີ່ຂາຍໃນຮ້ານຂາຍຢາໂດຍບໍ່ຈໍາເປັນຕ້ອງມີໃບສັງຢາໃໝ່, ຄືກັນກັບຢາທົ່ວໄປທີ່ສາມາດໃຊ້ທົດແທນຢາທີ່ມີກາສິນຄ້າ.

ໄປທີ່ບົດທີ 12 ສໍາລັບຄໍານິຍາມຂອງປະເພດຢາທີ່ອາດຈະຢູ່ໃນລາຍການຢາ.

ຢາທີ່ບໍ່ມີຢູ່ໃນລາຍການຢາ

ແຜນຂອງທ່ານບໍ່ໄດ້ຄຸ້ມຄອງຢາຕາມໃບສັງແພດທັງໝົດ.

- ໃນບາງກໍລະນີ, ກົດໝາຍບໍ່ອະນຸຍາດໃຫ້ແຜນ Medicare ຄຸ້ມຄອງຢາບາງປະເພດ. (ສໍາລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມ, ໃຫ້ໄປທີ່ພາກທີ 7.)
- ໃນກໍລະນີອື່ນໆ, ພວກເຮົາຕັດສິນໃຈບໍ່ລວມເອົາຢາບາງຊະນິດໄວ້ໃນລາຍການຢາ.
- ໃນບາງກໍລະນີ, ທ່ານອາດຈະສາມາດຮັບຢາທີ່ບໍ່ຢູ່ໃນລາຍການຢາຂອງພວກເຮົາ. (ສໍາລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມ, ໃຫ້ໄປທີ່ພາກທີ 9.)
- ຢາຕາມໃບສັງແພດທີ່ຄຸ້ມຄອງໂດຍ Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) ບໍ່ຢູ່ໃນລາຍການຢາ. ກະລຸນາຕິດຕໍ່ Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) ເພື່ອກວດສອບວ່າທ່ານໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງຢາໃດແດ່. (ທ່ານສາມາດຊອກຫາເບີໂທລະສັບ ແລະ ຂໍ້ມູນຕິດຕໍ່ສໍາລັບ Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) ໃນບົດທີ 2, ພາກທີ 6.)

ພາກທີ 3.2 ວິທີການຊອກຫາວ່າຢາສະເພາະຢູ່ໃນລາຍການຢາຫຼືບໍ່

ເພື່ອຄົ້ນຫາວ່າຢາຢູ່ໃນລາຍການຢາຂອງພວກເຮົາຫຼືບໍ່, ທ່ານມີທາງເລືອກດັ່ງນີ້:

- ກວດເບິ່ງລາຍການຢາຫຼ້າສຸດທີ່ພວກເຮົາໄດ້ສະໜອງໃຫ້ທາງອີເລັກໂທຣນິກ.
- ເຂົ້າເບິ່ງເວັບໄຊທ໌ຂອງແຜນພວກເຮົາ (go.wellcare.com/OhanaHI). ລາຍການຢາໃນເວັບໄຊທ໌ຈະເປັນລາຍການທີ່ອັບເດລໍາສຸດສະເໝີ.
- ໂທຫາການບໍລິການສະມາຊິກທີ່ 1-888-846-4262 (ຜູ້ໃຊ້ TTY ໃຫ້ໂທຫາ 711) ເພື່ອສອບຖາມວ່າຢາຊະນິດໃດໜຶ່ງຢູ່ໃນລາຍການຢາຂອງແຜນປະກັນພວກເຮົາບໍ່ ຫຼື ຂໍສໍາເນົາບັນຊີລາຍຊື່.
- ນໍາໃຊ້ “ລະບົບສະແດງຜົນປະໂຫຍດຕົວຈິງ” ຂອງແຜນພວກເຮົາທີ່ (go.wellcare.com/OhanaHI) ເພື່ອຊອກຫາຢາຢູ່ໃນລາຍການຢາເພື່ອປະເມີນລາຄາຢາທີ່ທ່ານຕ້ອງຈ່າຍ ແລະ ເບິ່ງວ່າມີຢາທາງເລືອກອື່ນໃນລາຍການຢາທີ່ສາມາດປິ່ນປົວອາການດຽວກັນໄດ້ຫຼືບໍ່. ທ່ານສາມາດໂທຫາການບໍລິການສະມາຊິກທີ່ 1-888-846-4262 (ຜູ້ໃຊ້ TTY ໃຫ້ໂທຫາ 711).

ບົດທີ 5 ການໃຊ້ການຄຸ້ມຄອງແຜນປະກັນສໍາລັບຢາຕາມໃບສັງແພດພາກ D**ພາກທີ 4 ຢາທີ່ມີຂໍ້ຈຳກັດໃນການຄຸ້ມຄອງ****ພາກທີ 4.1 ເປັນຫຍັງຢາບາງຊະນິດມີຂໍ້ຈຳກັດ**

ສໍາລັບຢາຕາມໃບສັງແພດບາງຊະນິດ, ກົດລະບຽບພິເສດຈຳກັດວ່າແຜນປະກັນເຮົາຄວນຄຸ້ມຄອງແນວໃດ ແລະ ເມື່ອໃດ. ທີມແພດ ແລະ ແພດການຢາໄດ້ພັດທະນາກົດລະບຽບເຫຼົ່ານີ້ເພື່ອຊຸກຍູ້ໃຫ້ທ່ານ ແລະ ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງທ່ານໃຊ້ຢາຢ່າງມີປະສິດທິພາບທີ່ສຸດ. ເພື່ອຊອກຫາວ່າຂໍ້ຈຳກັດເຫຼົ່ານີ້ນໍາໃຊ້ກັບຢາທີ່ທ່ານກິນ ຫຼື ຕ້ອງການກິນ, ໃຫ້ກວດເບິ່ງລາຍການຢາ.

ຖ້າຢາທີ່ປອດໄພ, ລາຄາຖືກກວ່າຈະໄດ້ຜົນດີທາງການແພດດີເທົ່າກັບຢາທີ່ມີລາຄາແພງ, ກົດລະບຽບຂອງແຜນພວກເຮົາຖືກອອກແບບມາເພື່ອຊຸກຍູ້ໃຫ້ທ່ານ ແລະ ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງທ່ານເລືອກໃຊ້ຕົວເລືອກທີ່ມີລາຄາຖືກ.

ໃຫ້ສັງເກດວ່າບາງຄັ້ງຢາບາງຊະນິດອາດຈະປາກົດຫຼາຍກວ່າໜຶ່ງຄັ້ງໃນລາຍການຢາຂອງພວກເຮົາ. ນັ້ນກໍເພາະວ່າຢາດຽວກັນສາມາດແຕກຕ່າງກັນໂດຍອີງໃສ່ຄວາມເຂັ້ມຂົ້ນ, ປະລິມານ, ຫຼື ຮູບແບບຂອງຢາທີ່ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດູແລສຸຂະພາບຂອງທ່ານກຳນົດ, ແລະ ຂໍ້ຈຳກັດທີ່ແຕກຕ່າງກັນ ຫຼື ການແບ່ງປັນຄ່າໃຊ້ຈ່າຍອາດຈະນໍາໃຊ້ກັບຮຸ່ນທີ່ແຕກຕ່າງກັນຂອງຢາ (ຕົວຢ່າງ: 10 mg ທຽບກັບ 100 mg; ໜຶ່ງເມັດຕໍ່ມື້ທຽບ ກັບ 2 ເມັດຕໍ່ມື້; ແບບເມັດກັບແບບນໍ້າ).

ພາກທີ 4.2 ປະເພດຂອງຂໍ້ຈຳກັດ

ຖ້າມີຂໍ້ຈຳກັດກັບຢາຂອງທ່ານ, ມັກຈະຫມາຍຄວາມວ່າທ່ານ ຫຼື ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງທ່ານຕ້ອງດໍາເນີນຂັ້ນຕອນເພີ່ມເຕີມເພື່ອໃຫ້ພວກເຮົາຄຸ້ມຄອງຢາໃຫ້.. ໂທຫາການບໍລິການສະມາຊິກທີ່ເບີ 1-888-846-4262 (ຜູ້ໃຊ້ TTY ໃຫ້ໂທຫາ 711) ເພື່ອສຶກສາວ່າທ່ານ ຫຼື ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງທ່ານສາມາດດໍາເນີນການແນວໃດເພື່ອໃຫ້ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງສໍາລັບຢາ. **ຖ້າທ່ານຕ້ອງການໃຫ້ພວກເຮົາຍົກເວັ້ນຂໍ້ຈຳກັດໃຫ້ກັບທ່ານ, ທ່ານຈຳເປັນຕ້ອງດໍາເນີນຂະບວນຜົນການພິຈາລະນາການຄຸ້ມຄອງ ແລະ ຂໍໃຫ້ພວກເຮົາດໍາເນີນການເປັນຂໍ້ຍົກເວັ້ນ.** ພວກເຮົາອາດຈະ ຫຼື ບໍ່ຕົກລົງເຫັນດີທີ່ຈະຍົກເວັ້ນຂໍ້ຈຳກັດໃຫ້ທ່ານ. (ໄປທີ່ບົດທີ 9.)

ການຂໍອະນຸມັດແຜນປະກັນລ່ວງໜ້າ

ສໍາລັບຢາບາງຊະນິດ, ທ່ານ ຫຼື ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງທ່ານຕ້ອງໄດ້ຮັບການອະນຸມັດຈາກແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາໂດຍອີງໃສ່ເງື່ອນໄຂສະເພາະກ່ອນທີ່ພວກເຮົາຈະຕົກລົງທີ່ຈະຄຸ້ມຄອງຢານັ້ນໃຫ້ທ່ານ. ເຊິ່ງເອີ້ນວ່າ **ການອະນຸມັດລ່ວງໜ້າ**. ກົດນີ້ຖືກນໍາມາໃຊ້ເພື່ອຮັບຮອງຄວາມປອດໄພຂອງຢາ ແລະ ຊ່ວຍແນະນໍາການໃຊ້ຢາແຕ່ລະຊະນິດຢ່າງເໝາະສົມ. ຖ້າທ່ານບໍ່ໄດ້ຮັບການອະນຸມັດນີ້, ຢາຂອງທ່ານອາດຈະບໍ່ຖືກຄຸ້ມຄອງໂດຍແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາ. ທ່ານສາມາດຮ້ອງຂໍເງື່ອນໄຂການອະນຸມັດລ່ວງໜ້າສໍາລັບແຜນການຂອງພວກເຮົາໂດຍການໂທຫາຝ່າຍການບໍລິການສະມາຊິກທີ່ 1-888-846-4262 (ຜູ້ໃຊ້ TTY ໂທ 711) ຫຼື ໃນເວັບໄຊຂອງພວກເຮົາ go.wellcare.com/pa-select.

ລອງໃຊ້ຢາອື່ນກ່ອນ

ເງື່ອນໄຂນີ້ສົ່ງເສີມໃຫ້ທ່ານລອງໃຊ້ຢາທີ່ລາຄາຖືກແຕ່ໂດຍທົ່ວໄປມີປະສິດທິພາບເທົ່າກັນ ກ່ອນທີ່ແຜນປະກັນເຮົາຈະຄຸ້ມຄອງຢາຊະນິດອື່ນ. ຕົວຢ່າງ, ຖ້າຢາ A ແລະ ຢາ B ປິ່ນປົວບັນຫາສະພາບທາງການແພດດຽວກັນ ແລະ ຢາ A ມີຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໜ້ອຍກວ່າ, ແຜນຂອງພວກເຮົາອາດຈະຮຽກຮ້ອງໃຫ້ທ່ານລອງໃຊ້ຢາ A ກ່ອນ. ຖ້າຢາ A ບໍ່ໄດ້ຜົນສໍາລັບທ່ານ, ແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາຈຶ່ງຈະຄຸ້ມຄອງຢາ B. ຂໍ້ກຳນົດທີ່ໃຫ້ທົດລອງໃຊ້ຢາຊະນິດອື່ນກ່ອນນີ້ເອີ້ນວ່າ **ການບໍາບັດດ້ວຍຕົນ**. ທ່ານສາມາດສອບຖາມກ່ຽວກັບ

ບົດທີ 5 ການໃຊ້ການຄຸ້ມຄອງແຜນປະກັນສໍາລັບຢາຕາມໃບສັງແພດພາກ D

ເງື່ອນໄຂການບໍາບັດດ້ວຍຕົນຂອງແຜນຂອງພວກເຮົາໂດຍການໂທຫາຝ່າຍການບໍລິການສະມາຊິກທີ່ 1-888-846-4262 (ຜູ້ໃຊ້ TTY ໂທຫາ 711) ຫຼື ຢູ່ໃນເວັບໄຊທ໌ຂອງພວກເຮົາ go.wellcare.com/st-select.

ຕົວວັດກອບຄຸນນະພາບ

ສໍາລັບຢາບາງຊະນິດ, ພວກເຮົາຈຳກັດປະລິມານຢາທີ່ທ່ານສາມາດໄດ້ຮັບໃນແຕ່ລະຄັ້ງທີ່ທ່ານຮັບຢາຕາມໃບສັງແພດ. ຕົວຢ່າງ, ໂດຍທົ່ວໄປຖືວ່າປອດໄພໃນການກິນຢາພຽງແຕ່ຫນຶ່ງເມັດຕໍ່ມື້ສໍາລັບຢາບາງຊະນິດ, ພວກເຮົາອາດຈະຈຳກັດການຄຸ້ມຄອງຕາມໃບສັງແພດຂອງທ່ານບໍ່ໃຫ້ເກີນຫນຶ່ງເມັດຕໍ່ມື້.

ພາກທີ 5 ສິ່ງທີ່ທ່ານສາມາດເຮັດໄດ້ກໍລະນີຢາຊະນິດໃດໜຶ່ງຂອງທ່ານບໍ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງດັ່ງທີ່ທ່ານຕ້ອງການ

ມີສະຖານະການທີ່ຢາຕາມໃບສັງແພດທີ່ທ່ານກິນ, ຫຼື ວ່າທ່ານ ແລະ ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງທ່ານຄິດວ່າທ່ານຄວນກິນບໍ່ຢູ່ໃນລາຍການຢາຂອງພວກເຮົາ ຫຼື ມີຂໍ້ຈຳກັດ. ສໍາລັບຕົວຢ່າງ:

- ຢາອາດຈະບໍ່ຖືກຄຸ້ມຄອງເລີຍ. ຫຼື ພວກເຮົາຄຸ້ມຄອງສະເພາະຢາສາມັນຂອງຢາຊະນິດນັ້ນ ແຕ່ບໍ່ໄດ້ຄຸ້ມຄອງສະບັບຢາແບບມີຍີ່ຫໍ້ທີ່ທ່ານຕ້ອງການ.
- ຢາແມ່ນໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ, ແຕ່ມີກົດລະບຽບພິເສດ ຫຼື ຂໍ້ຈຳກັດກ່ຽວກັບການຄຸ້ມຄອງ.

ຖ້າຢາຂອງທ່ານບໍ່ໄດ້ຢູ່ໃນລາຍການຢາ ຫຼື ຖືຈຳກັດ, ນີ້ແມ່ນວິທີທາງທີ່ທ່ານສາມາດດໍາເນີນການໄດ້:

- ທ່ານອາດຈະໄດ້ຮັບຢາຈາກສູນບໍລິການຢາຊົ່ວຄາວ.
- ທ່ານສາມາດປ່ຽນເປັນຢາອື່ນ.
- ທ່ານສາມາດຮ້ອງຂໍໃຫ້ມີ **ຂໍ້ຍົກເວັ້ນ** ແລະ ຂໍໃຫ້ແຜນຂອງພວກເຮົາຄຸ້ມຄອງເອົາຢາ ຫຼື ຍົກເລີກຂໍ້ຈຳກັດອອກຈາກຢາ.

ທ່ານອາດຈະໄດ້ຮັບສູນບໍລິການຢາຊົ່ວຄາວ

ພາຍໃຕ້ບາງສະຖານະການ, ແຜນຂອງພວກເຮົາຕ້ອງຈັດຫາສູນບໍລິການຢາຊົ່ວຄາວທີ່ທ່ານກໍາລັງກິນຢູ່. ສູນບໍລິການຢາຊົ່ວຄາວນີ້ຊ່ວຍໃຫ້ທ່ານມີເວລາເພື່ອປຶກສາຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງທ່ານກ່ຽວກັບການປ່ຽນແປງ.

ເພື່ອໃຫ້ມີສິດໄດ້ຮັບສູນບໍລິການຢາຊົ່ວຄາວ, ຢາທີ່ທ່ານກິນ **ຈະຕ້ອງບໍ່ຢູ່ໃນລາຍການຢາຂອງແຜນຂອງພວກເຮົາ ຫຼື ຖືກຈຳກັດໃນທາງໃດໜຶ່ງ.**

- **ຖ້າທ່ານເປັນສະມາຊິກໃໝ່,** ພວກເຮົາຈະຄຸ້ມຄອງສູນບໍລິການຢາຊົ່ວຄາວໃຫ້ທ່ານໃນໄລຍະ **90 ມື້** ທໍາອິດຂອງການເປັນສະມາຊິກຂອງແຜນພວກເຮົາ.
- **ຖ້າທ່ານຢູ່ໃນແຜນຂອງພວກເຮົາຕັ້ງແຕ່ງປີກາຍ,** ພວກເຮົາຈະຄຸ້ມຄອງສູນບໍລິການຢາຊົ່ວຄາວໃຫ້ທ່ານໃນໄລຍະ **90 ມື້** ທໍາອິດຂອງປີຕາມປະຕິທິນ.

ບົດທີ 5 ການໃຊ້ການຄຸ້ມຄອງແຜນປະກັນສໍາລັບຢາຕາມໃບສັງແພດພາກ D

- ສູນບໍລິການຢາຊົ່ວຄາວນີ້ຈະດໍາເນີນຈັດຫາຢາສູງສຸດຂອງ 30 ມື້ຈາກຮ້ານຂາຍຢາຂາຍອ່ອຍ ຫຼື ການສະໜອງຢາ 31 ມື້ຢູ່ຮ້ານຂາຍຢາດູແລໄລຍະຍາວ. ຖ້າໃບສັງຢາຂອງທ່ານຂຽນໄວ້ໃນເວລາສັ້ນກວ່ານັ້ນ, ພວກເຮົາຈະອະນຸຍາດໃຫ້ຮັບຢາໄດ້ຫຼາຍຄັ້ງເພື່ອໃຫ້ໄດ້ປະລິມານຢາ 30 ມື້ຢູ່ຮ້ານຂາຍຢາຂາຍອ່ອຍ, ການສະໜອງຢາ 31 ມື້ຢູ່ຮ້ານຂາຍຢາດູແລໄລຍະຍາວ. ຕ້ອງຮັບຢາຕາມໃບສັງແພດທີ່ຮ້ານຂາຍຢາໃນເຄືອຂ່າຍເທົ່ານັ້ນ. (ໃຫ້ສັງເກດວ່າຮ້ານຂາຍຢາທີ່ມີການດູແລໄລຍະຍາວອາດຈະໃຫ້ຢາໃນປະລິມານໜ້ອຍລົງໃນແຕ່ລະຄັ້ງເພື່ອປ້ອງກັນການສິ້ນເປືອງ.)

- ສໍາລັບສະມາຊິກທີ່ໄດ້ຢູ່ໃນແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາເປັນເວລາຫຼາຍກວ່າ 90 ວັນ ແລະ ອາໄສຢູ່ໃນສູນບໍລິການເບິ່ງແຍງໄລຍະຍາວ ແລະ ຕ້ອງການສິ່ງຂອງທີ່ຈຳເປັນທັນທີ:**

ພວກເຮົາຈະຄຸ້ມຄອງການໃຫ້ຢາເຫດສຸກເສີນເຖິງ 31 ມື້ຂອງຢາສະເພາະ ຫຼື ໜ້ອຍກວ່າ ຫາກໄດ້ຂຽນໃບສັງຢາຂອງທ່ານມີເວລາໜ້ອຍກວ່ານັ້ນ. ນີ້ເປັນພາກສ່ວນເພີ່ມເຕີມຈາກສູນບໍລິການຢາຊົ່ວຄາວທີ່ໄດ້ກ່າວມາຂ້າງເທິງ.

- ສໍາລັບສະມາຊິກຜູ້ທີ່ປະສົບກັບການປ່ຽນແປງລະດັບການດູແລ (ເຊັ່ນ: ການຍ້າຍໄປ ຫຼື ຈາກສູນບໍລິການເບິ່ງແຍງໄລຍະຍາວ ຫຼື ໂຮງຫມໍ) ແລະ ຕ້ອງການການສະໜອງຢາດ່ວນ:**

ພວກເຮົາຈະຄຸ້ມຄອງການສະໜອງຢາ 30 ມື້ ຫຼື ໜ້ອຍກວ່າຖ້າໃບສັງຢາຂອງທ່ານຂຽນໄວ້ໃນເລາທີ່ສັ້ນ (ໃນກໍລະນີນີ້, ພວກເຮົາຈະອະນຸຍາດໃຫ້ຮັບຢາໄດ້ຫຼາຍຄັ້ງເພື່ອໃຫ້ໄດ້ຢາທັງຫມົດຄົບ 30 ມື້).

ສໍາລັບຄໍາຖາມກ່ຽວກັບສູນບໍລິການຢາຊົ່ວຄາວ, ໂທຫາການບໍລິການສະມາຊິກທີ່ 1-888-846-4262 (ຜູ້ໃຊ້ TTY ໂທຫາ 711).

ໃນຊ່ວງເວລາທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບສູນບໍລິການຢາຊົ່ວຄາວ, ທ່ານຄວນປຶກສາກັບຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງທ່ານວ່າຈະປະຕິບັດແນວໃດຕໍ່ຫາກການສະໜອງຢາຊົ່ວຄາວຂອງທ່ານໝົດອາຍຸ. ທ່ານມີ 2 ທາງເລືອກ:

ທາງເລືອກທີ 1. You can change to another drug

ລົມກັບຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງທ່ານວ່າຢາຊະນິດອື່ນທີ່ຄຸ້ມຄອງໂດຍແຜນຂອງພວກເຮົາອາດຈະເໝາະກັບທ່ານຫຼືບໍ່. ໂທຫາການບໍລິການສະມາຊິກທີ່ເບີ 1-888-846-4262 (TTY: 711) ເພື່ອສອບຖາມເອົາລາຍການຢາທີ່ຢູ່ໃຕ້ການຄຸ້ມຄອງທີ່ສາມາດປິ່ນປົວບັນຫາສະພາບທາງການແພດດຽວກັນໄດ້. ລາຍການນີ້ສາມາດຊ່ວຍໃຫ້ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງທ່ານສາມາດຊອກເບິ່ງຢາທີ່ຢູ່ພາຍໃຕ້ການຄຸ້ມຄອງວ່າຕົວສາມາດນໍາໃຊ້ກັບທ່ານໄດ້.

ທາງເລືອກທີ 2. ທ່ານສາມາດຂໍເປັນຂໍ້ຍົກເວັ້ນ

ທ່ານ ແລະ ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງທ່ານສາມາດຂໍໃຫ້ແຜນຂອງພວກເຮົາສ້າງຂໍ້ຍົກເວັ້ນ ແລະ ຄຸ້ມຄອງຢາໃນແບບທີ່ທ່ານຕ້ອງການໄດ້. ຖ້າຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງທ່ານບອກວ່າທ່ານມີເຫດຜົນທາງການແພດທີ່ສົມຄວນຂໍຂໍ້ຍົກເວັ້ນຈາກພວກເຮົາ, ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງທ່ານສາມາດຊ່ວຍທ່ານຂໍຂໍ້ຍົກເວັ້ນໄດ້. ຕົວຢ່າງ, ທ່ານສາມາດຂໍໃຫ້ແຜນຂອງພວກເຮົາໃຫ້ຄຸ້ມຄອງຢາຂອງທ່ານ ເຖິງແມ່ນວ່າມັນຈະບໍ່ຢູ່ໃນລາຍການຢາຂອງແຜນຂອງພວກເຮົາກໍຕາມ. ຫຼື ທ່ານສາມາດຮ້ອງຂໍໃຫ້ແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາເຮັດຂໍ້ຍົກເວັ້ນ ແລະ ຄຸ້ມຄອງຢາຂອງທ່ານປາສະຈາກຂໍ້ຈຳກັດໃດໆ.

ຖ້າທ່ານ ແລະ ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງທ່ານຕ້ອງການຂໍເປັນຂໍ້ຍົກເວັ້ນ, ໃຫ້ໄປທີ່ບົດທີ 9, ພາກທີ 7.4 ເພື່ອຮຽນຮູ້ຂັ້ນຕອນຕ່າງໆ. ເຊິ່ງໃນນັ້ນໄດ້ອະທິບາຍຂັ້ນຕອນ ແລະ ກຳນົດເວລາໂດຍ Medicare ເພື່ອໃຫ້ແນ່ໃຈວ່າຄໍາຮ້ອງຂໍຂອງທ່ານຖືກຈັດການຢ່າງທັນທີ ແລະ ຢ່າງຍຸຕິທໍາ.

ບົດທີ 5 ການໃຊ້ການຄຸ້ມຄອງແຜນປະກັນສໍາລັບຢາຕາມໃບສັງເພດພາກ D**ພາກທີ 6 ລາຍການຢາສາມາດມີການປ່ຽນແປງໄດ້ໃນໄລຍະປີ**

ການປ່ຽນແປງຕໍ່ການຄຸ້ມຄອງຢາສ່ວນໃຫຍ່ເກີດຂຶ້ນໃນຊ່ວງຕົ້ນຂອງແຕ່ລະປີ (1 ມັງກອນ). ແຕ່ເຖິງຢ່າງໃດກໍຕາມ, ໃນລະຫວ່າງປີ, ແຜນຂອງພວກເຮົາສາມາດມີປ່ຽນແປງບາງຢ່າງຕໍ່ກັບລາຍການຢາ. ຕົວຢ່າງ, ແຜນຂອງພວກເຮົາອາດຈະ:

- ເພີ່ມ ຫຼື ເອົາຢາບາງລາຍການອອກຈາກລາຍການຢາ.
- ເພີ່ມ ຫຼື ຍົກເລີກການຈໍາກັດໃນການຄຸ້ມຄອງຢາບາງຊະນິດ.
- ປ່ຽນແທນຢາຢາທີ່ມີກາສິນຄ້າດ້ວຍຢາສະບັບສາມັນຂອງຢານັ້ນ.
- ປ່ຽນແທນຢາສິນຄ້າຊິວະພາບຕົ້ນສະບັບດ້ວຍຢາສິນຄ້າຊິວະພາບສະບັບຊິວະວັດຖຸທີ່ຄ້າຍຄຶງແບບປ່ຽນແທນໄດ້.

ພວກເຮົາຕ້ອງປະຕິບັດຕາມຂໍ້ກຳນົດຂອງ Medicare ກ່ອນທີ່ພວກເຮົາຈະປ່ຽນລາຍການຢາຂອງແຜນຂອງພວກເຮົາ.

ຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບການປ່ຽນແປງການຄຸ້ມຄອງຢາ

ເມື່ອມີການປ່ຽນແປງເກີດຂຶ້ນໃນລາຍການຢາ, ພວກເຮົາຈະແຈ້ງຂໍ້ມູນນີ້ລົງເວັບໄຊກ່ຽວກັບການປ່ຽນແປງນັ້ນໆ. ພວກເຮົາຍັງມີການອັບເດດລາຍການຢາທາງອອນລາຍເປັນປີຈໍາ. ບາງຄັ້ງທ່ານອາດຈະໄດ້ຮັບການແຈ້ງເຕືອນໂດຍກົງຫາກມີການປ່ຽນແປງເກີດຂຶ້ນກັບຢາທີ່ທ່ານກິນ.

ການປ່ຽນແປງການຄຸ້ມຄອງຢາທີ່ມີຜົນຕໍ່ທ່ານໃນໄລຍະປີແຜນ

- **ການເພີ່ມຢາຊະນິດໃໝ່ເຂົ້າລາຍການຢາ ແລະ ການລົບ ຫຼື ການປ່ຽນແປງຢາທີ່ມີລັກສະນະດຽວກັນອອກຈາກລາຍການຢາທັນທີ.**
 - ພວກເຮົາອາດຈະເອົາຢາທີ່ຄ້າຍກັນອອກຈາກລາຍການຢາທັນທີ, ຍ້າຍຢາທີ່ຄ້າຍກັນໄປຢູ່ໃນລະດັບການແບ່ງປັນຕົ້ນທຶນລະດັບອື່ນ, ເພີ່ມຂໍ້ຈໍາກັດໃໝ່ ຫຼື ດໍາເນີນທັງສອງຢ່າງ. ຢາລຸ່ມໃໝ່ຈະຢູ່ໃນການຈໍາກັດດຽວກັນ ຫຼື ໜ້ອຍກວ່າ.
 - ພວກເຮົາຈະດໍາເນີນການປ່ຽນແປງທັນທີແບບນີ້ໃນກໍລະນີທີ່ພວກເຮົາເພີ່ມຢາທີ່ມີຢູ່ທີ່ສະບັບໃໝ່ ຫຼື ເພີ່ມຢາຊິວະວັດຖຸທີ່ຄ້າຍຄຶງສະບັບໃໝ່ຂອງຢາສິນຄ້າຊິວະພາບຕົ້ນສະບັບທີ່ມີຢູ່ໃນລາຍການຢາຢູ່ແລ້ວ.
 - ພວກເຮົາອາດຕ້ອງໄດ້ດໍາເນີນການປ່ຽນແປງໃນທັນທີ ແລະ ແຈ້ງທ່ານໃນພາຍຫຼັງ ເຖິງແມ່ນວ່າທ່ານຈະກິນຢາທີ່ພວກເຮົາໄດ້ລົບອອກ ຫຼື ດໍາເນີນການປ່ຽນແປງ. ຖ້າທ່ານກິນຢາທີ່ຄ້າຍຄຶກັນໃນຊ່ວງໄລຍະທີ່ພວກເຮົາມີການປ່ຽນແປງ, ພວກເຮົາຈະແຈ້ງໃຫ້ທ່ານຮັບຮູ້ກ່ຽວກັບການປ່ຽນແປງສະເພາະນັ້ນ.
- **ການເພີ່ມຢາເຂົ້າລາຍການຢາ ແລະ ການລົບ ຫຼື ການປ່ຽນແປງຢາທີ່ມີລັກສະນະດຽວກັນອອກຈາກລາຍການຢາ.**
 - ເມື່ອມີການເພີ່ມຢາສະບັບໃໝ່ເຂົ້າໃນລາຍການຢາ, ພວກເຮົາອາດຈະລົບຢາທີ່ຄ້າຍກັນອອກຈາກລາຍການຢາ, ຍ້າຍໄປລະດັບການແບ່ງປັນຕົ້ນທຶນອື່ນ, ເພີ່ມຂໍ້ຈໍາກັດໃໝ່ ຫຼື ດໍາເນີນທັງສອງຢ່າງ. ຢາລຸ່ມທີ່ພວກເຮົາເພີ່ມໃສ່ຈະຢູ່ໃນການຈໍາກັດດຽວກັນ ຫຼື ໜ້ອຍກວ່າ.
 - ພວກເຮົາຈະດໍາເນີນການປ່ຽນແປງເຫຼົ່ານີ້ສະເພາະໃນກໍລະນີທີ່ພວກເຮົາເພີ່ມຢາທີ່ມີກາສິນຄ້າສະບັບສາມັນໃໝ່ ຫຼື ການເພີ່ມຢາຊິວະວັດຖຸທີ່ຄ້າຍຄຶງສະບັບໃໝ່ຂອງຢາສິນຄ້າຊິວະພາບຕົ້ນສະບັບທີ່ມີຢູ່ໃນລາຍການຢາຢູ່ແລ້ວ.

ບົດທີ 5 ການໃຊ້ການຄຸ້ມຄອງແຜນປະກັນສໍາລັບຢາຕາມໃບສັງເພດພາກ D

- ພວກເຮົາຈະແຈ້ງທ່ານຢ່າງໜ້ອຍ 30 ມື້ກ່ອນທີ່ພວກເຮົາຈະເຮັດການປ່ຽນແປງ ຫຼື ແຈ້ງທ່ານກ່ຽວກັບການປ່ຽນແປງ ແລະ ຄຸ້ມຄອງຄ່າຢາໄລຍະ 30 ມື້ ສໍາລັບຢາສະບັບທີ່ທ່ານກໍາລັງກິນຢູ່.
- **ການລົບຢາທີ່ບໍ່ປອດໄພ ແລະ ຢາອື່ນໆອອກຈາກລາຍການຢາທີ່ຖືກຖອນອອກຈາກຕະຫຼາດ.**
 - ບາງຄັ້ງຢາບາງຊະນິດອາດຈະຖືວ່າບໍ່ປອດໄພ ຫຼື ຖືກເອົາອອກຈາກຕະຫຼາດດ້ວຍເຫດຜົນອື່ນ. ຖ້າສິ່ງນີ້ເກີດຂຶ້ນ, ພວກເຮົາຈະລົບຢານັ້ນອອກຈາກລາຍການຢາໂດຍທັນທີ. ຖ້າທ່ານກໍາລັງກິນຢານັ້ນຢູ່ ພວກເຮົາຈະແຈ້ງທ່ານພາຍຫຼັງການປ່ຽນແປງ.
- **ການດໍາເນີນການປ່ຽນແປງຢາໃນລາຍການຢາແບບອື່ນໆ.**
 - ພວກເຮົາອາດຈະມີການປ່ຽນແປງອື່ນໆໃນໄລຍະຕົ້ນປີເຊິ່ງອາດຈະມີຜົນກະທົບກັບຢາທີ່ທ່ານກໍາລັງກິນ. ຕົວຢ່າງ, ພວກເຮົາປະຕິບັດຕາມຂອບເຂດການຕັກເຕືອນຂອງ FDA ຫຼື ຄູ່ມືກສຍປະຕິບັດທາງຄຣິນິກທີ່ຮັບຮອງໂດຍ Medicare.
 - ພວກເຮົາຈະແຈ້ງທ່ານຢ່າງໜ້ອຍ 30 ມື້ກ່ອນທີ່ພວກເຮົາຈະເຮັດການປ່ຽນແປງ ຫຼື ແຈ້ງທ່ານກ່ຽວກັບການປ່ຽນແປງ ແລະ ຄຸ້ມຄອງຄ່າຢາເພີ່ມ 30 ມື້ ສໍາລັບຢາທີ່ທ່ານກໍາລັງກິນຢູ່.

ຖ້າພວກເຮົາດໍາເນີນການປ່ຽນແປງເຫຼົ່ານີ້ຕໍ່ກັບຢາໃດໆກໍຕາມທີ່ທ່ານໃຊ້ຢູ່, ໃຫ້ປຶກສາກັບຜູ້ອອກໃບສັງຢາຂອງທ່ານກ່ຽວກັບທາງເລືອກທີ່ເໝາະສົມທີ່ສຸດສໍາລັບທ່ານ, ລວມທັງການປ່ຽນເປັນຢາຊະນິດອື່ນເພື່ອປິ່ນປົວອາການຂອງທ່ານ, ຫຼື ຮ້ອງຂໍໃຫ້ມີຜົນການພິຈາລະນາການຄຸ້ມຄອງເພື່ອຕອບສະຫນອງຂໍ້ຈຳກັດໃຫມ່ກ່ຽວກັບຢາທີ່ທ່ານກໍາລັງກິນ. ທ່ານ ຫຼື ຜູ້ອອກໃບສັງຢາຂອງທ່ານສາມາດຮ້ອງຂໍຂໍ້ຍົກເວັ້ນຈາກພວກເຮົາເພື່ອສືບຕໍ່ຄຸ້ມຄອງຢາ ຫຼື ຢາສະບັບທີ່ທ່ານກໍາລັງກິນ. ສໍາລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບວິທີການຮ້ອງຂໍຜົນການພິຈາລະນາການຄຸ້ມຄອງ, ລວມທັງຂໍ້ຍົກເວັ້ນ, ໃຫ້ໄປທີ່ບົດທີ 9.

ການປ່ຽນແປງລາຍການຢາທີ່ມີຜົນຕໍ່ທ່ານໃນໄລຍະປີແຜນ

ພວກເຮົາອາດຈະມີການປ່ຽນແປງບາງຢ່າງຕໍ່ກັບລາຍການຢາທີ່ບໍ່ໄດ້ອະທິບາຍໄວ້ຂ້າງເທິງ. ໃນກໍລະນີເຫຼົ່ານີ້, ການປ່ຽນແປງຈະບໍ່ມີຜົນກັບທ່ານຖ້າຫາກວ່າທ່ານກໍາລັງກິນຢາໃນເວລາທີ່ມີການປ່ຽນແປງ; ແນວໃດກໍຕາມ, ການປ່ຽນແປງເຫຼົ່ານີ້ອາດຈະສົ່ງຜົນກະທົບຕໍ່ທ່ານຕັ້ງແຕ່ວັນທີ 1 ມັງກອນຂອງປີແຜນການຕໍ່ໄປ ຖ້າທ່ານຍັງຢູ່ໃນແຜນເກົ່ານີ້.

ໂດຍທົ່ວໄປແລ້ວ, ການປ່ຽນແປງທີ່ບໍ່ມີຜົນຕໍ່ທ່ານໃນປີແຜນປັດຈຸບັນແມ່ນ:

- ພວກເຮົາເພີ່ມຂໍ້ຈຳກັດໃນການໃຊ້ຢາຂອງທ່ານ.
- ພວກເຮົາລົບຢາຂອງທ່ານອອກຈາກລາຍການຢາ.

ຖ້າການປ່ຽນແປງໃດໆເຫຼົ່ານີ້ເກີດຂຶ້ນກັບຢາທີ່ທ່ານໃຊ້ (ຍົກເວັ້ນການທີ່ຢາຖືກອອກຈາກຕະຫຼາດ, ຢາສາມັນທີ່ປ່ຽນແທນຢາທີ່ມີກາສິນຄ້າ, ຫຼື ການປ່ຽນແປງອື່ນໆທີ່ກຳນົດໄວ້ໃນພາກຂ້າງເທິງ), ການປ່ຽນແປງຈະບໍ່ມີຜົນກະທົບຕໍ່ການໃຊ້ຢາຂອງທ່ານ ຫຼື ສ່ວນແບ່ງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຂອງທ່ານຈົນກວ່າຈະຮອດວັນທີ 1 ມັງກອນຂອງປີຕໍ່ໄປ.

ບົດທີ 5 ການໃຊ້ການຄຸ້ມຄອງແຜນປະກັນສໍາລັບຢາຕາມໃບສັງເພດພາກ D

ພວກເຮົາຈະຍັງບໍ່ທັນໄດ້ແຈ້ງທ່ານໂດຍກົງກ່ຽວກັບການປ່ຽນແປງປະເພດນີ້ໃນໄລຍະແຜນປີປັດຈຸບັນ. ທ່ານຈະຕ້ອງກວດເບິ່ງລາຍການຢາສໍາລັບປີແຜນຕໍ່ໄປ (ເມື່ອລາຍການຢາພ້ອມຄົບຖ້ວນໃນໄລຍະການເປີດລົງທະບຽນ) ເພື່ອເບິ່ງວ່າມີການປ່ຽນແປງໃດໆຂອງຢາທີ່ທ່ານໃຊ້ທີ່ຈະສົ່ງຜົນກະທົບຕໍ່ທ່ານໃນປີແຜນການຕໍ່ໄປຫຼືບໍ່.

ພາກທີ 7 ປະເພດຂອງຢາທີ່ພວກເຮົາບໍ່ໄດ້ຄຸ້ມຄອງ

ຢາຕາມໃບສັງເພດບາງຊະນິດແມ່ນ ບໍ່ລວມໃນການຄຸ້ມຄອງ. ນັ້ນໝາຍຄວາມວ່າ Medicare ບໍ່ໄດ້ຊໍາລະຄ່າຢາເຫຼົ່ານີ້ໃຫ້.

ຖ້າທ່ານຂໍອຸທອນ ແລະ ພົບວ່າຢາທີ່ຂໍບໍ່ຢູ່ໃນຊ່າຍຍົກເວັ້ນພາຍໃຕ້ພາກ D, ພວກເຮົາຈະຈ່າຍຄ່າຢາ ຫຼື ຄຸ້ມຄອງໃຫ້. (ສໍາລັບຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບການຂໍອຸທອນການຕັດສິນໃຈ, ໃຫ້ໄປທີ່ບົດທີ 9.) ຖ້າຢາທີ່ບໍ່ໄດ້ລວມໃນແຜນຂອງພວກເຮົາຍັງຖືກຍົກເວັ້ນໂດຍ Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) ທ່ານຕ້ອງຊໍາລະຄ່າຢາດ້ວຍຕົນເອງ.

ນີ້ແມ່ນ 3 ກົດລະບຽບທົ່ວໄປກ່ຽວກັບຢາທີ່ແຜນຢາ Medicare ຈະບໍ່ຄຸ້ມຄອງພາຍໃຕ້ພາກ D:

- ການຄຸ້ມຄອງຢາພາກ D ຂອງແຜນພວກເຮົາບໍ່ສາມາດຄຸ້ມຄອງຢາທີ່ຈະໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງພາຍໃຕ້ Medicare Part A ຫຼື Part B.
- ແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາບໍ່ສາມາດຄຸ້ມຄອງຢາທີ່ຊື່ຢູ່ນອກສະຫະລັດອາເມຣິກາ ຫຼື ນອກອານາເຂດຂອງລັດ.
- ແຜນຂອງພວກເຮົາບໍ່ສາມາດຄຸ້ມຄອງການໃຊ້ຢາ ນອກຂໍ້ບັງໃຊ້ ຫາກການນໍາໃຊ້ນັ້ນບໍ່ມີການອ້າງອີງສະເພາະ, ເຊັ່ນ American Hospital Formulary Service Drug Information ແລະ Micromedex DRUGDEX Information System. ການໃຊ້ຢານອກຂໍ້ບັງໃຊ້ ແມ່ນການໃຊ້ຢາໃດໆທີ່ນອກເໜືອຈາກທີ່ລະບຸໄວ້ໃນສະຫຼາກທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດຈາກ FDA.

ນອກຈາກນັ້ນ, ຕາມກົດໝາຍແລ້ວ ປະເພດຢາຕໍ່ໄປນີ້ແມ່ນບໍ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງໂດຍ Medicare ຫຼື Medicaid. ແນວໃດກໍ່ຕາມ, ຍາງປະເພດຂອງຢາເຫຼົ່ານີ້ອາດຈະໄດ້ຮັບຄວາມຄຸ້ມຄອງສໍາລັບທ່ານພາຍໃຕ້ການຄຸ້ມຄອງຢາຂອງ Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) ຂອງທ່ານ. ກະລຸນາຕິດຕໍ່ Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) ເພື່ອກວດສອບວ່າທ່ານໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງຢາໃດແດ່. (ທ່ານສາມາດຊອກຫາເບີໂທລະສັບ ແລະ ຂໍ້ມູນຕິດຕໍ່ສໍາລັບ Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) ໃນບົດທີ 2, ພາກທີ 6.)

- ຢາທີ່ບໍ່ມີໃບສັງເພດ (ຫຼືເອີ້ນວ່າຢາທີ່ຈໍາໜ່າຍໜ້າເຄົາເຕີ)
- ຢາທີ່ໃຊ້ເພື່ອສົ່ງເສີມການຈະເລີນພັນ
- ຢາທີ່ໃຊ້ໃນການບັນເທົາອາການໄອ ຫຼື ອາການຫວັດ
- ຢາທີ່ໃຊ້ສໍາລັບຈຸດປະສົງເສີມຄວາມງາມ ຫຼື ເພື່ອສົ່ງເສີມການເຕີບໂຕຂອງເສັ້ນຜົມ
- ຢາວິຕາມິນ ແລະ ແຮ່ທາດຕາມໃບສັງເພດ, ຍົກເວັ້ນວິຕາມິນກ່ອນການເກີດລູກ ແລະ ການກະກຽມຟຣູອໍລາຍ
- ຢາຮັກສາອາການເສື່ອມສະພາບທາງເພດ ຫຼື ການແຂງຕົວຂອງອາໄວຍະວະເພດ

ບົດທີ 5 ການໃຊ້ການຄຸ້ມຄອງແຜນປະກັນສໍາລັບຢາຕາມໃບສັງແພດພາກ D

- ຢາທີ່ໃຊ້ຮັກສາອາການເບື້ອອາຫານ, ລົດນໍ້າໜັກ ຫຼື ເພີ່ມນໍ້າໜັກ
- ຢາຄົນສໍາລັບຄົນເຈັບບນອກທີ່ຜູ້ຜະລິດກໍານົດໃຫ້ຕ້ອງຊື້ການກວດ ຫຼື ການບໍລິການຕິດຕາມທີ່ກ່ຽວຂ້ອງຈາກຜູ້ຜະລິດເທົ່ານັ້ນ ເຊິ່ງເປັນເງື່ອນໄຂໃນການຂາຍ.

ຖ້າທ່ານໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອພິເສດ ເພື່ອຊໍາລະຄ່າຢາຕາມໃບສັງແພດຂອງທ່ານ, ການຊ່ວຍເຫຼືອພິເສດ ຈະບໍ່ຈ່າຍຄ່າຢາທີ່ປົກກະຕິບໍ່ມີການຄຸ້ມຄອງ. ຖ້າທ່ານມີການຄຸ້ມຄອງຢາຜ່ານ Medicaid, ໂຄງການ Medicaid ຂອງລັດຂອງທ່ານອາດຈະຄຸ້ມຄອງຢາຕາມໃບສັງແພດບາງຊະນິດທີ່ປົກກະຕິບໍ່ໄດ້ຄຸ້ມຄອງໃນແຜນຢາ Medicare. ຕິດຕໍ່ໂຄງການ Medicaid ຂອງລັດຂອງທ່ານເພື່ອພິຈາລະນາວ່າທ່ານມີສິດໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງຢາລາຍການໄດແດ່. (ຊອກຫາເບີໂທລະສັບ ແລະ ຂໍ້ມູນຕິດຕໍ່ Medicaid ໃນບົດທີ 2, ພາກທີ 6.)

ພາກທີ 8 ວິທີຮັບຢາຕາມໃບສັງແພດ

ເພື່ອນໍາໃບສັງຢາໄປຮັບຢາ ກະລຸນາສະແດງຂໍ້ມູນສະມາຊິກແຜນປະກັນຂອງທ່ານ (ເຊິ່ງສາມາດເບິ່ງໄດ້ຈາກບັດສະມາຊິກ) ທີ່ຮ້ານຂາຍຢາທີ່ທ່ານເລືອກໃຊ້ບໍລິການ. ຮ້ານຂາຍຢາໃນເຄືອຂ່າຍຈະເອີ້ນເກັບຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຂອງຢາທີ່ພວກເຮົາຮັບຜິດຊອບຕາມແຜນປະກັນໂດຍອັດຕະໂນມັດສໍາລັບຢາຂອງທ່ານ.

ຖ້າທ່ານບໍ່ມີຂໍ້ມູນສະມາຊິກແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາຢູ່ກັບຕົວ ທ່ານ ຫຼື ຮ້ານຂາຍຢາສາມາດໂທຫາແຜນປະກັນເພື່ອຂໍຂໍ້ມູນ ຫຼື ຂໍໃຫ້ຮ້ານຂາຍຢາຊ່ວຍຄົ້ນຫາຂໍ້ມູນການລົງທະບຽນແຜນປະກັນໃຫ້ກໍໄດ້.

ຖ້າຮ້ານຂາຍຢາບໍ່ສາມາດໄດ້ຂໍ້ມູນທີ່ຈໍາເປັນນັ້ນ, **ທ່ານອາດຈະຕ້ອງຮັບຜິດຊອບຈ່າຍລາຄາເຕັມຕາມໃບສັງຢາເມື່ອທ່ານໄປຮັບຢາ.** ຈາກນັ້ນທ່ານສາມາດຂໍໃຫ້ພວກເຮົາຄືນເງິນທ່ານ. ໄປທີ່ບົດທີ 7 ພາກທີ 2 ເພື່ອເບິ່ງຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບວິທີການຂໍເງິນຄືນຈາກແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາ.

ພາກທີ 9 ຄວາມຄຸ້ມຄອງຢາຕາມພາກ D ໃນສະຖານການພິເສດ**ພາກທີ 9.1 ໃນໂຮງໝໍ ຫຼື ສະຖານພະຍາບານຊ່ວຍເຫຼືອຜູ້ປ່ວຍທີ່ຢູ່ພາຍໃຕ້ຄວາມຄຸ້ມຄອງຂອງແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາ**

ຖ້າທ່ານເຂົ້າຮັບການປິ່ນປົວໃນໂຮງໝໍ ຫຼື ສະຖານພະຍາບານຊ່ວຍເຫຼືອຜູ້ປ່ວຍ ທີ່ຢູ່ພາຍໃຕ້ຄວາມຄຸ້ມຄອງຂອງແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາ ພວກເຮົາຈະຄຸ້ມຄອງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຄ່າຢາຕາມໃບສັງຢາຂອງທ່ານໃນລະຫວ່າງທີ່ທ່ານພັກຢູ່ໂຮງໝໍ. ເມື່ອທ່ານອອກຈາກໂຮງໝໍ ຫຼື ສະຖານພະຍາບານຊ່ວຍເຫຼືອຜູ້ປ່ວຍ ແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາຈະຄຸ້ມຄອງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຢາຕາມໃບສັງຢາໃຫ້ເທົ່າທີ່ຢາເປັນໄປຕາມເງື່ອນໄຂການຄຸ້ມຄອງທັງໝົດທີ່ໄດ້ກໍານົດໄວ້ໃນບົດນີ້.

ພາກທີ 9.2 ໃນຖານະຜູ້ອາໄສໃນສະຖານທີ່ດູແລໄລຍະຍາວ (LTC)

ໂດຍປົກກະຕິ ສະຖານທີ່ດູແລໄລຍະຍາວ (LTC) (ເຊັ່ນ ສະຖານພະຍາບານ) ຈະມີຮ້ານຂາຍຢາຂອງມັນເອງ ຫຼື ໃຊ້ບໍລິການຮ້ານຂາຍຢາທີ່ຈັດສັງຢາສໍາລັບຜູ້ອາໄສທັງຫມົດ. ຖ້າທ່ານເປັນຜູ້ອາໄສໃນສະຖານທີ່ດູແລໄລຍະຍາວ LTC ທ່ານສາມາດຮັບຢາຕາມໃບສັງຢາຜ່ານຮ້ານຂາຍຢາຂອງສະຖານທີ່ນັ້ນ ຫຼື ຮ້ານຂາຍຢາທີ່ສະຖານທີ່ນັ້ນໃຊ້ບໍລິການ ຂໍພຽງຮ້ານນັ້ນຢູ່ໃນເຄືອຂ່າຍຂອງພວກເຮົາ.

ບົດທີ 5 ການໃຊ້ການຄຸ້ມຄອງແຜນປະກັນສໍາລັບຢາຕາມໃບສັງເພດພາກ D

ກວດເບິ່ງ ລາຍຊື່ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ ແລະ ຮ້ານຂາຍຢາ go.wellcare.com/2026providerdirectories ເພື່ອກວດເບິ່ງວ່າຮ້ານຂາຍຢາຂອງສະຖານພະຍາບານ LTC ຫຼື ບ່ອນທີ່ມັນໃຊ້ເປັນສ່ວນໜຶ່ງຂອງເຄືອຂ່າຍຂອງພວກເຮົາ. ຖ້າມັນບໍ່ແມ່ນ, ຫຼື ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມ ຫຼື ການຊ່ວຍເຫຼືອ, ໃຫ້ໂທຫາການບໍລິການສະມາຊິກທີ່ເບີ 1-888-846-4262 (ຜູ້ໃຊ້ TTY ໃຫ້ໂທຫາ 711). ຖ້າທ່ານຢູ່ໃນສະຖານ LTC, ພວກເຮົາຕ້ອງຮັບປະກັນວ່າທ່ານສາມາດໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດພາກ D ຂອງທ່ານເປັນປົກກະຕິຜ່ານເຄືອຂ່າຍຮ້ານຂາຍຢາ LTC ຂອງພວກເຮົາ.

ຖ້າທ່ານຢູ່ໃນສະຖານ LTC ແລະ ຕ້ອງການຢາທີ່ບໍ່ມີຢູ່ໃນລາຍການຢາຂອງພວກເຮົາ ຫຼື ຖືກຈຳກັດທາງໃດທາງໜຶ່ງ, ໃຫ້ໄປທີ່ພາກ 5 ສໍາລັບຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບການຮັບການສະໜອງຢາຊົ່ວຄາວ ຫຼື ເຫດສຸກເສີນ.

ພາກທີ 9.3 ຖ້າທ່ານໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງຢາຈາກນາຍຈ້າງ ຫຼື ແຜນກຸ່ມຜູ້ກະສຽນບໍານານ

ຖ້າທ່ານມີການຄຸ້ມຄອງຢາອື່ນໆຈາກນາຍຈ້າງ (ຫຼືຂອງຄູ່ສົມລົດ ຫຼື ຂອງຄູ່ຮ່ວມຊີວິດຂອງທ່ານ) ຫຼື ກຸ່ມບໍານານ, ໃຫ້ຕິດຕໍ່ຫາ **ຜູ້ບໍລິຫານຜົນປະໂຫຍດຂອງກຸ່ມ**. ພວກເຂົາສາມາດຊ່ວຍໃຫ້ທ່ານເຂົ້າໃຈວ່າການຄຸ້ມຄອງຢາໃນປະຈຸບັນຂອງທ່ານຈະເຮັດວຽກກັບແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາແນວໃດ.

ໂດຍທົ່ວໄປ, ຖ້າທ່ານມີການຄຸ້ມຄອງຈາກການເປັນພະນັກງານ ຫຼື ກຸ່ມຜູ້ກະສຽນບໍານານ, ການຄຸ້ມຄອງຢາທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບຈາກພວກເຮົາຈະເປັນຮອງຕໍ່ຈາກການຄຸ້ມຄອງກຸ່ມຂອງທ່ານ. ນັ້ນໝາຍເຖິງການຄຸ້ມຄອງກຸ່ມຂອງທ່ານຈະຕ້ອງຊໍາລະກ່ອນ.

ໝາຍເຫດພິເສດກ່ຽວກັບການຄຸ້ມຄອງທີ່ຮັບຮອງ:

ໃນແຕ່ລະປີນາຍຈ້າງ ຫຼື ກຸ່ມຜູ້ບໍານານຂອງທ່ານຄວນສົ່ງຫນັງສືແຈ້ງການທີ່ບອກທ່ານວ່າການຄຸ້ມຄອງຢາຂອງທ່ານສໍາລັບປີໜ້າມີຄວາມໜ້າເຊື່ອຖືຫຼືບໍ່..

ຖ້າການຄຸ້ມຄອງຈາກແຜນກຸ່ມແມ່ນມີຄວາມເຊື່ອຖືໄດ້, ມັນໝາຍຄວາມວ່າແຜນການຂອງພວກເຮົາມີການຄຸ້ມຄອງຢາທີ່ຄາດວ່າຈະຈ່າຍ, ໂດຍສະເລ່ຍ, ຢ່າງຫນ້ອຍເທົ່າກັບການຄຸ້ມຄອງຢາມາດຕະຖານຂອງ Medicare.

ເກັບຮັກສາແຈ້ງການແຕ່ລະອັນກ່ຽວກັບການຄຸ້ມຄອງທີ່ຮັບຮອງ ເພາະວ່າທ່ານອາດຈະຕ້ອງການແຈ້ງການເຫຼົ່ານີ້ໃນພາຍຫຼັງເພື່ອສະແດງໃຫ້ເຫັນວ່າທ່ານຮັກສາການຄຸ້ມຄອງທີ່ຮັບຮອງໄວ້. ຖ້າທ່ານບໍ່ໄດ້ຮັບໃບແຈ້ງຄວາມກ່ຽວກັບການຄຸ້ມຄອງທີ່ຮັບຮອງ, ໃຫ້ຂໍສໍາເນົາຈາກນາຍຈ້າງ ຫຼື ຜູ້ບໍລິຫານຜົນປະໂຫຍດຂອງແຜນບໍານານ ຫຼື ນາຍຈ້າງ ຫຼື ສະຫະພັນ.

ພາກທີ 9.4 ຖ້າທ່ານຢູ່ໃນສະຖານດູແລຄົນເຈັບທີ່ໄດ້ຮັບໃບອານຸຍາດ Medicare

ໂຮງໝໍ ແລະ ແຜນຂອງພວກເຮົາບໍ່ຄຸ້ມຄອງຢາດຽວກັນໃນເວລາດຽວກັນ. ຖ້າທ່ານລົງທະບຽນຢູ່ໃນໂຮງໝໍຂອງ Medicare ແລະ ຕ້ອງການຢາບາງຊະນິດ (ເຊັ່ນ: ຢາແກ້ອາການປວດຮາກ, ຢາລະບາຍ, ຢາແກ້ປວດ ຫຼື ຢາແກ້ຄວາມວິຕົກກັງວົນ) ທີ່ບໍ່ຢູ່ໃນໂຮງໝໍຂອງທ່ານ ເພາະວ່າມັນບໍ່ກ່ຽວຂ້ອງພະຍາດຮ້າຍແຮງ ຫຼືອາການທີ່ກ່ຽວຂ້ອງ, ແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາຈະຕ້ອງໄດ້ຮັບການແຈ້ງເຕືອນຈາກຜູ້ອອກໃບສັງຢາ ຫຼື ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການໂຮງໝໍຂອງທ່ານ ກ່ອນທີ່ແຜນຂອງເຮົາຈະສາມາດຄຸ້ມຄອງໄດ້. ເພື່ອຫຼຽກລ່ຽງຄວາມລ່າຊ້າໃນການໄດ້ຮັບຢາເຫຼົ່ານີ້ທີ່ຄວນໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງໂດຍແຜນຂອງພວກເຮົາ, ຂໍໃຫ້ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການໂຮງໝໍ ຫຼື ຜູ້ອອກໃບສັງຢາຂອງທ່ານອອກແຈ້ງການກ່ອນທີ່ຈະນໍາໃບສັງຢາມາຮັບຢາ.

ບົດທີ 5 ການໃຊ້ການຄຸ້ມຄອງແຜນປະກັນສໍາລັບຢາຕາມໃບສັງເພດພາກ D

ໃນກໍລະນີທີ່ທ່ານຍົກເລີກການເລືອກໂຮງໝໍ ຫຼື ຖືກປ່ອຍອອກຈາກໂຮງໝໍ, ແຜນຂອງພວກເຮົາຄວນຄຸ້ມຄອງຢາຂອງທ່ານຕາມທີ່ກຳນົດໄວ້ໃນເອກະສານ. ເພື່ອຫຼຽກລ່ຽງຄວາມລ່າຊ້າຢູ່ຮ້ານຂາຍຢາເມື່ອຜົນປະໂຫຍດຂອງໂຮງໝໍ Medicare ຂອງທ່ານໝົດອາຍຸ, ໃຫ້ເອົາເອກະສານຕິດຕົວໄປຮ້ານຂາຍຢາເພື່ອຢືນຢັນການຍົກເລີກ ຫຼື ການອອກໂຮງໝໍຂອງທ່ານ.

ພາກທີ 10 ໂຄງການດ້ານຄວາມປອດໄພຢາ ແລະ ການຈັດການຢາ

ພວກເຮົາດໍາເນີນການກວດກາການນໍາໃຊ້ຢາເພື່ອຊ່ວຍໃຫ້ແນ່ໃຈວ່າສະມາຊິກຂອງພວກເຮົາໄດ້ຮັບການເບິ່ງແຍງທີ່ປອດໄພ ແລະ ເໝາະສົມ.

ພວກເຮົາດໍາເນີນການທົບທວນທຸກຄັ້ງທີ່ທ່ານມາຮັບຢາຕາມໃບສັງ. ພວກເຮົາຍັງໄດ້ທົບທວນບັນທຶກຂອງພວກເຮົາເປັນປະຈຳ. ໃນການທົບທວນເຫຼົ່ານີ້, ພວກເຮົາຄົ້ນຫາບັນຫາບໍ່ມີຊ້ອນເຊັ່ນ:

- ບັນຫາການໃຊ້ຢາທີ່ອາດຈະເກີດ
- ຢາທີ່ອາດຈະບໍ່ຈຳເປັນເນື່ອງຈາກທ່ານໄດ້ກິນຢາຊະນິດອື່ນທີ່ມີຜົນໃນການຮັກສາອາການດຽວກັນ
- ຢາທີ່ອາດຈະບໍ່ປອດໄພ ຫຼື ເໝາະສົມເນື່ອງຈາກອາຍຸ ຫຼື ເພດຂອງທ່ານ
- ຢາປະສົມບາງຊະນິດທີ່ອາດເປັນອັນຕະລາຍຕໍ່ທ່ານຫາກກິນໃນເວລາດຽວກັນ
- ໃບສັງຢາສໍາລັບຢາທີ່ມີສ່ວນປະກອບທີ່ທ່ານອາດຈະມີອາການແພ້
- ຂໍ້ຜິດພາກເລື່ອງປະລິມານ (ໂດສ) ຂອງຢາທີ່ທ່ານຮັບປະທານ
- ປະລະມານຢາແກ້ປວດໂອປີອອຍທີ່ບໍ່ປອດໄພ

ຖ້າພວກເຮົາເຫັນບັນຫາທີ່ເປັນໄປໄດ້ໃນການໃຊ້ຢາຂອງທ່ານ, ພວກເຮົາຈະເຮັດວຽກຮ່ວມກັບຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງທ່ານເພື່ອແກ້ໄຂບັນຫານັ້ນ.

ພາກທີ 10.1 ໂຄງການຄຸ້ມຄອງຢາ (DMP) ເພື່ອຊ່ວຍໃຫ້ສະມາຊິກໃຊ້ຢາໂອປີອອຍຢ່າງປອດໄພ

ພວກເຮົາມີໂຄງການທີ່ຊ່ວຍໃຫ້ແນ່ໃຈວ່າສະມາຊິກໃຊ້ຢາໂອປີອອຍຕາມໃບສັງເພດ ແລະ ຢາອື່ນໆທີ່ມັກໃຊ້ໃນທາງທີ່ຜິດໃຫ້ປອດໄພ. ໂຄງການນີ້ເອີ້ນວ່າໂຄງການຄຸ້ມຄອງຢາ (DMP). ຖ້າທ່ານໃຊ້ຢາໂອປີອອຍທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບຈາກຜູ້ອອກໃບສັງຢາ ຫຼື ຮ້ານຂາຍຢາຫຼາຍໆເຈົ້າ, ຫຼື ຖ້າທ່ານໄດ້ຮັບຢາໂອປີອອຍຫຼາຍເກີນໄປ, ພວກເຮົາອາດຈະຕ້ອງໂອລົມກັບຜູ້ອອກໃບສັງຢາຂອງທ່ານເພື່ອໃຫ້ແນ່ໃຈວ່າການໃຊ້ຢາໂອປີອອຍຂອງທ່ານຢູ່ລະດັບທີ່ເໝາະສົມ ແລະ ມີຄວາມຈຳເປັນໃນການປິ່ນປົວ. ໃນການເຮັດວຽກຮ່ວມກັບແພດຜູ້ສັງຢາຂອງທ່ານ ຖ້າເຮົາຕັດສິນໃຈວ່າການໃຊ້ຢາໂອປີອອຍ ຫຼື benzodiazepine ຂອງທ່ານອາດຈະບໍ່ປອດໄພ ພວກເຮົາອາດຈະຈຳກັດວິທີທີ່ທ່ານຈະໄດ້ຮັບຢາເຫຼົ່ານັ້ນ. ຖ້າພວກເຮົາເຫັນເຂົ້າໂຄງການ DMP, ບັນດາຂໍ້ຈຳກັດຈະປະກອບມີ:

- ກຳນົດໃຫ້ທ່ານຮັບຢາໂອປີອອຍ ຫຼື benzodiazepine ທັງໝົດຈາກຮ້ານຂາຍຢາທີ່ຖືກກຳນົດໄວ້ເທົ່ານັ້ນ
- ກຳນົດໃຫ້ທ່ານຮັບຢາໂອປີອອຍ ຫຼື benzodiazepine ທັງໝົດຈາກຜູ້ອອກໃບສັງຢາທີ່ຖືກກຳນົດໄວ້ເທົ່ານັ້ນ
- ຈຳກັດປະລິມານຢາໂອປີອອຍ ຫຼື benzodiazepine ທີ່ແຜນຂອງພວກເຮົາຈະຄຸ້ມຄອງໃຫ້ທ່ານເທົ່ານັ້ນ

ບົດທີ 5 ການໃຊ້ການຄຸ້ມຄອງແຜນປະກັນສໍາລັບຢາຕາມໃບສັງແພດພາກ D

ຖ້າແຜນຂອງພວກເຮົາຈະຈຳກັດວິທີທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບຢາເຫຼົ່ານີ້ ຫຼືຈຳກັດປະລິມານທີ່ທ່ານຈະໄດ້ຮັບ ພວກເຮົາຈະສົ່ງຈົດໝາຍແຈ້ງທ່ານລ່ວງໜ້າ. ຈົດໝາຍນັ້ນຈະແຈ້ງໃຫ້ທ່ານຮູ້ວ່າ ພວກເຮົາຈະຈຳກັດການຄຸ້ມຄອງຢາເຫຼົ່ານີ້ສໍາລັບທ່ານຫຼືບໍ່ ຫຼືທ່ານຈະຕ້ອງໄດ້ຮັບໃບສັງຢາຈາກຜູ້ອອກໃບສັງຢາ ຫຼື ຮ້ານຂາຍຢາທີ່ຖືກກຳນົດເທົ່ານັ້ນ. ທ່ານຈະມີໂອກາດແຈ້ງໃຫ້ພວກເຮົາຮູ້ວ່າ ທ່ານຕ້ອງການໃຊ້ບໍລິການຜູ້ອອກໃບສັງຢາ ຫຼື ຮ້ານຂາຍຢາໃດ ແລະ ຂໍ້ມູນອື່ນໆທີ່ທ່ານຄິດວ່າສໍາຄັນໃຫ້ພວກເຮົາຮູ້. ຫຼັງຈາກທີ່ທ່ານໄດ້ມີໂອກາດຕອບກັບແລ້ວ ຖ້າພວກເຮົາຕັດສິນໃຈຈຳກັດການຄຸ້ມຄອງຢາເຫຼົ່ານີ້ ພວກເຮົາຈະສົ່ງຈົດໝາຍອີກສະບັບເພື່ອຢືນຢັນການຈຳກັດນັ້ນ. ຖ້າທ່ານຄິດວ່າພວກເຮົາຕັດສິນໃຈຜິດ ຫຼື ທ່ານບໍ່ເຫັນດີກັບການຕັດສິນໃຈ ຫຼື ການຈຳກັດນັ້ນ ທ່ານ ແລະ ຜູ້ອອກໃບສັງຢາຂອງທ່ານມີສິດໃນການຂໍອຸທອນ. ຖ້າທ່ານດໍາເນີນການຂໍອຸທອນ ພວກເຮົາຈະທົບທວນກໍລະນີຂອງທ່ານຄືນ ແລະ ໃຫ້ຄໍາຕັດສິນໃໝ່ແກ່ທ່ານ. ຖ້າພວກເຮົາຍັງຄົງປະຕິເສດຄໍາຮ້ອງຂໍບາງສ່ວນຂອງທ່ານທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບຂໍ້ຈຳກັດໃນການເຂົ້າເຖິງຢາ ພວກເຮົາຈະສົ່ງກໍລະນີຂອງທ່ານໃຫ້ຜູ້ກວດກາອິດສະຫຼະທີ່ຢູ່ນອກແຜນຂອງພວກເຮົາໂດຍອັດຕະໂນມັດ. ໄປທີ່ບົດທີ 9 ສໍາລັບຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບວິທີການຂໍອຸທອນ.

ທ່ານຈະບໍ່ຖືກບັນຈຸຢູ່ໃນ DMP ຂອງພວກເຮົາຖ້າທ່ານມີສະພາບທາງການແພດບາງຢ່າງ, ເຊັ່ນ: ຄວາມເຈັບປວດທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບມະເຮັງ ຫຼື ພະຍາດເມັດເລືອບຮູບກ່ຽວ, ທ່ານກໍາລັງໄດ້ຮັບການເບິ່ງແຍງຢູ່ໃນໂຮງໝໍ, ການເບິ່ງແຍງແບບໃກ້ຊິດ, ຫຼື ການເບິ່ງແຍງອາການປ່ວຍໄລຍະສຸດທ້າຍ ຫຼື ອາໄສຢູ່ໃນສູນບໍລິການເບິ່ງແຍງໄລຍະຍາວ.

ພາກທີ 10.2 ໂຄງການການຄຸ້ມຄອງການບໍາບັດດ້ວຍຢາ (MTM) ເພື່ອຊ່ວຍໃຫ້ສະມາຊິກຈັດການເລື່ອງຢາ

ພວກເຮົາມີໂຄງການທີ່ສາມາດຊ່ວຍສະມາຊິກຂອງພວກເຮົາທີ່ມີຄວາມຕ້ອງການດ້ານສຸຂະພາບທີ່ຊັບຊ້ອນ. ໂຄງການຂອງພວກເຮົາເອີ້ນວ່າໂຄງການການຄຸ້ມຄອງການບໍາບັດດ້ວຍຢາ (MTM). ໂຄງການນີ້ເປັນໂຄງການສະຫມັກໃຈ ແລະ ຟຣີ. ທີມແພດການຢາ ແລະ ທ່ານໝໍໄດ້ພັດທະນາໂຄງການນີ້ໃຫ້ພວກເຮົາເພື່ອຊ່ວຍໃຫ້ແນ່ໃຈວ່າສະມາຊິກຂອງພວກເຮົາໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດສູງສຸດຈາກຢາທີ່ເຂົາເຈົ້າກິນ.

ສະມາຊິກບາງຄົນທີ່ມີພະຍາດຊຳເຮື້ອບາງປະເພດ ແລະ ກິນຢາທີ່ເກີນຈຳນວນສະເພາະຂອງຄຳຢາ ຫຼື ຢູ່ໃນໂຄງການ DMP ເພື່ອຊ່ວຍໃຫ້ພວກເຂົາໃຊ້ຢາໄວ້ໄດ້ຢ່າງປອດໄພ, ອາດຈະໄດ້ຮັບການບໍລິການຜ່ານໂຄງການ MTM. ຖ້າທ່ານມີຄຸນນະສົມບັດສໍາລັບໂຄງການ, ແພດການຢາ ຫຼື ຜູ້ຊ່ຽວຊານດ້ານສຸຂະພາບຄົນອື່ນໆຈະກວດສອບຢາທີ່ທ່ານກິນທັງໝົດຢ່າງລະອຽດ. ໃນລະຫວ່າງການທົບທວນ, ທ່ານສາມາດປຶກສາກ່ຽວກັບຢາ, ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ, ແລະ ບັນຫາຕ່າງໆ ຫຼື ຄຳຖາມໃດໆທີ່ທ່ານມີກ່ຽວກັບຢາຕາມໃບສັງແພດ ແລະ ຢາຈຳໜ່າຍໜ້າເຄົາເຕີ. ທ່ານຈະໄດ້ຮັບບົດສະຫຼຸບເປັນລາຍລັກອັກສອນພ້ອມກັບລາຍການສິ່ງທີ່ຕ້ອງເຮັດເຊິ່ງປະກອບມີຂັ້ນຕອນທີ່ທ່ານຄວນເຮັດ ເພື່ອໃຫ້ໄດ້ຜົນທີ່ດີທີ່ສຸດຈາກຢາຂອງທ່ານ. ນອກນັ້ນທ່ານຍັງຈະໄດ້ຮັບລາຍການຊື່ຢາທີ່ຈະປະກອບມີຢາທັງໝົດທີ່ທ່ານກຳລັງກິນ, ປະລິມານຢາທີ່ກິນ ແລະ ກິນເວລາໃດ ແລະ ເຫດຜົນທີ່ຕ້ອງກິນ. ນອກຈາກນັ້ນ, ສະມາຊິກໃນໂຄງການ MTM ຈະໄດ້ຮັບຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບການກຳຈັດຢາຕາມໃບສັງແພດເຊິ່ງເປັນສານຄວບຄຸມຢ່າງປອດໄພ.

ແນະນຳໃຫ້ປຶກສາໂອ້ລົມກັບທ່ານໝໍຂອງທ່ານກ່ຽວກັບລາຍການສິ່ງທີ່ຕ້ອງເຮັດ ແລະ ລາຍການການໃຊ້ຢາ. ເອົາບົດສະຫຼຸບຕິດຕົວທ່ານເມື່ອໄປພົບໝໍ ຫຼື ທຸກຄັ້ງທີ່ທ່ານມີການປຶກສາກັບທ່ານໝໍ, ຮ້ານຂາຍຢາ ແລະ ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບອື່ນໆ. ພະຍາຍາມອັບເດດຂໍ້ມູນລາຍການການໃຊ້ຢາຂອງທ່ານ ແລະ ເກັບໄວ້ຕິດຕົວ (ຕົວຢ່າງ ID ຂອງທ່ານ) ເພື່ອກໍລະນີທ່ານໄດ້ໄປໂຮງໝໍ ຫຼື ຫ້ອງສຸກເສີນ.

ຖ້າພວກເຮົາມີໂຄງການທີ່ເໝາະ ສົມກັບຄວາມຕ້ອງການຂອງທ່ານ, ພວກເຮົາຈະລົງທະບຽນທ່ານເຂົ້າໃນໂຄງການໂດຍອັດຕະໂນມັດ ແລະ ສົ່ງຂໍ້ມູນໃຫ້ທ່ານ. ຖ້າທ່ານຕັດສິນໃຈບໍ່ເຂົ້າຮ່ວມ, ກະລຸນາແຈ້ງພວກເຮົາ ແລະ ພວກເຮົາຈະຖອນຕົວທ່ານອອກ. ສໍາລັບຄໍາຖາມກ່ຽວກັບໂຄງການນີ້, ໃຫ້ໂທຫາການບໍລິການສະມາຊິກທີ 1-888-846-4262 (ຜູ້ໃຊ້ TTY ໃຫ້ໂທຫາ 711).

ບົດທີ 5 ການໃຊ້ການຄຸ້ມຄອງແຜນປະກັນສໍາລັບຢາຕາມໃບສັງແພດພາກ D**ພາກທີ 11 ເອກະສານຊີ້ແຈງຜົນປະໂຫຍດພາກ D ຂອງທ່ານອະທິບາຍວ່າທ່ານຢູ່ໃນໄລຍະການຊໍາລະໃດ**

ແຜນຂອງພວກເຮົາຕິດຕາມຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຢາຕາມໃບສັງແພດຂອງທ່ານ ແລະ ການຊໍາລະເງິນທີ່ທ່ານຈ່າຍເມື່ອໄປຮັບຢາຕາມໃບສັງແພດຢູ່ຮ້າຍຂາຍຢາ. ດ້ວຍວິທີນີ້, ພວກເຮົາຈຶ່ງສາມາດແຈ້ງທ່ານໃນເວລາທີ່ທ່ານຍ້າຍຈາກໄລຍະການຊໍາລະຢາຫນຶ່ງໄປຫາຕໍ່ໄປ. ພວກເຮົາຕິດຕາມຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ 2 ປະເພດ:

- **ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທີ່ທ່ານອອກເອງກ່ອນ:** ນີ້ແມ່ນເງິນທີ່ທ່ານຈ່າຍເອງ. ເຊິ່ງລວມມີເງິນທີ່ທ່ານຈ່າຍເມື່ອທ່ານໄປຮັບຢາພາກ D ທີ່ມີການຄຸ້ມຄອງ, ການຈ່າຍຊື້ຢາຂອງທ່ານໂດຍຄອບຄົວ ຫຼື ໝູ່ເພື່ອນ, ການຈ່າຍຊື້ຢາຂອງທ່ານໂດຍການຊ່ວຍເຫຼືອພິເສດຈາກ Medicare, ແຜນປະກັນສຸຂະພາບຈາກນາຍຈ້າງ ຫຼື ສະຫະພັນ, ການບໍລິການສຸຂະພາບຂອງອິນເດຍ, ໂຄງການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານຢາເອດສ໌, ອົງການກຸສົນ, ໂຄງການການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການຢາຂອງລັດ (SPAPs) ສ່ວນໃຫຍ່.
- **ຄ່າຢາທັງໝົດ:** ນີ້ແມ່ນຈໍານວນເງິນທັງໝົດສໍາລັບຢາທັງໝົດທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງພາກ D. ເຊິ່ງປະກອບມີຄ່າຕ່າງໆທີ່ແຜນຂອງພວກເຮົາ, ທ່ານ ແລະ ໂຄງການ ຫຼື ອົງການຈັດຕັ້ງອື່ນໆໄດ້ຈ່າຍໃຫ້ກັບຢາພາກ D ຂອງທ່ານ.

ຖ້າທ່ານໄປຮັບຢາຕາມໃບສັງແພດຫຼາຍກວ່າຫນຶ່ງຄັ້ງຜ່ານແຜນຂອງພວກເຮົາໃນເດືອນທີ່ຜ່ານມາ, ພວກເຮົາຈະສົ່ງ *EOB* ພາກ D ໃຫ້ທ່ານ. *EOB* ພາກ D ປະກອບມີ:

- **ຂໍ້ມູນສໍາລັບເດືອນນັ້ນ.** ບົດລາຍງານນີ້ບອກລາຍລະອຽດການຊໍາລະເງິນກ່ຽວກັບຢາຕາມສັງແພດທີ່ທ່ານໄປຮັບເອົາໃນລະຫວ່າງເດືອນທີ່ຜ່ານມາ. ເຊິ່ງແມ່ນຄ່າຢາທັງໝົດ, ສິ່ງທີ່ແຜນການຂອງພວກເຮົາໄດ້ຈ່າຍ, ແລະ ສິ່ງທີ່ທ່ານ ແລະ ຄົນອື່ນໄດ້ຈ່າຍໃນນາມຂອງທ່ານ.
- **ຈໍານວນທັງໝົດສໍາລັບປີນີ້ນັບຕັ້ງແຕ່ວັນທີ 1 ມັງກອນ.** ນີ້ແມ່ນຄ່າຢາທັງໝົດ ແລະ ລາຍຈ່າຍທັງໝົດສໍາລັບຢາຂອງທ່ານຕັ້ງແຕ່ຕົ້ນປີ.
- **ຂໍ້ມູນລາຄາຢາ.** ນີ້ສະແດງລາຄາຢາທັງໝົດ, ແລະ ຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບການປ່ຽນແປງລາຄາຈາກການຮັບຢາຄັ້ງທໍາອິດສໍາລັບໃບສັງຢາແຕ່ລະໃບທີ່ມີປະລິມາຍດຽວກັນ.
- **ມີຢາຕາມໃບສັງແພດທາງເລືອກອື່ນທີ່ລາຄາຖືກກວ່າ.** ນີ້ສະແດງຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບຢາອື່ນໆທີ່ມີການແບ່ງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທີ່ຕໍ່າກວ່າສໍາລັບການຮຽກຮ້ອງໃບສັງຢາແຕ່ລະໃບ, ຖ້າມີ

ພາກທີ 11.1 ຊ່ວຍພວກເຮົາອັບເດດຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບການຊໍາລະຄ່າຢາຂອງທ່ານ

ເພື່ອຕິດຕາມລາຄາຢາຂອງທ່ານ ແລະ ການຊໍາລະຢາຂອງທ່ານ, ພວກເຮົາໃຊ້ບັນທຶກທີ່ພວກເຮົາໄດ້ຮັບຈາກຮ້ານຂາຍຢາ. ທ່ານສາມາດຊ່ວຍເຮົາໃນການເກັບຂໍ້ມູນຂອງທ່ານໃຫ້ຖືກຕ້ອງ ແລະ ອັບເດດໄດ້ດັ່ງນີ້:

- **ສະແດງບັດສະມາຊິກຂອງທ່ານທຸກຄັ້ງທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບຢາຕາມໃບສັງແພດ.** ນີ້ຊ່ວຍໃຫ້ແນ່ໃຈວ່າພວກເຮົາຮັບຮູ້ກ່ຽວກັບຢາຕາມໃບສັງຢາທີ່ທ່ານໄປເອົາ ແລະ ຄ່າຢາທີ່ທ່ານຈ່າຍ.

ບົດທີ 5 ການໃຊ້ການຄຸ້ມຄອງແຜນປະກັນສໍາລັບຢາຕາມໃບສັງເພດພາກ D

- ໃຫ້ແນ່ໃຈວ່າພວກເຮົາມີຂໍ້ມູນທີ່ພວກເຮົາຕ້ອງການ.** ອາດຈະມີບາງສະຖານະການທີ່ທ່ານຕ້ອງໄດ້ຊໍາລະຄ່າຢາຕາມໃບສັງເພດຈຳນວນ. ໃນກໍລະນີດັ່ງກ່າວ, ພວກເຮົາຈະບໍ່ໄດ້ຮັບຂໍ້ມູນທີ່ພວກເຮົາຕ້ອງການເພື່ອຕິດຕາມຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທີ່ທ່ານອອກເອງໂດຍອັດຕະໂນມັດ. ເພື່ອຊ່ວຍພວກເຮົາຕິດຕາມຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທີ່ທ່ານອອກເອງກ່ອນ, ສົ່ງສໍາເນົາໃບຮັບເງິນຂອງທ່ານໃຫ້ພວກເຮົາ. **ຕົວຢ່າງສະຖານະການທີ່ທ່ານຄວນສົ່ງສໍາເນົາໃບຮັບຢາຂອງທ່ານໃຫ້ພວກເຮົາ:**
 - ເມື່ອທ່ານຊື້ຢາທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງຢູ່ຮ້ານຂາຍຢາເຄືອຂ່າຍໃນລາຄາພິເສດ ຫຼື ໃຊ້ບັດສ່ວນຫຼຸດທີ່ບໍ່ແມ່ນສ່ວນໜຶ່ງຂອງຜົນປະໂຫຍດຂອງແຜນຂອງພວກເຮົາ.
 - ເມື່ອທ່ານຈ່າຍການຊໍາລະຮ່ວມສໍາລັບຢາທີ່ສະໜອງໃຫ້ພາຍໃຕ້ໂຄງການຊ່ວຍເຫຼືອຄົນເຈັບຂອງຜູ້ຜະລິດຢາ.
 - ທຸກຄັ້ງທີ່ທ່ານຊື້ຢາທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງຢູ່ຮ້ານຂາຍຢາອກເຄືອຂ່າຍ ຫຼື ຈ່າຍລາຄາເຕັມສໍາລັບຢາທີ່ຢູ່ໃຕ້ການຄຸ້ມຄອງພາຍໃຕ້ສະຖານະການພິເສດ.
 - ຖ້າທ່ານຖືກເອີ້ນເກັບເງິນຄ່າຢາທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ, ທ່ານສາມາດຮ້ອງຂໍໃຫ້ແຜນຂອງເຮົາຊໍາລະສ່ວນແບ່ງຈ່າຍຂອງແຜນ. ສໍາລັບຄໍາແນະນຳກ່ຽວກັບວິທີດໍາເນີນການນີ້, ໃຫ້ໄປທີ່ບົດທີ 7, ພາກທີ 2.
- ສົ່ງຂໍ້ມູນການຊໍາລະເງິນທີ່ຄົນອື່ນຈ່າຍໃຫ້ທ່ານ ໃຫ້ພວກເຮົາ.** ການຊໍາລະເງິນທີ່ດໍາເນີນໂດຍບຸກຄົນ ແລະ ອົງການອື່ນສະເພາະແມ່ນນັບເຂົ້າເປັນຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທີ່ທ່ານອອກເອງກ່ອນ. ຕົວຢ່າງ, ການຈ່າຍເງິນທີ່ເຮັດ ໂຄງການຊ່ວຍເຫຼືອ(ADAP) ດ້ານຢາຕ້ານ AIDS, ການບໍລິການສຸຂະພາບຂອງອິນເດຍ, ແລະອົງການການກຸສົນແມ່ນນັບໃສ່ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃນຖົງເງິນຂອງທ່ານ. ໃຫ້ເກັບຮັກສາບັນທຶກການຊໍາລະເງິນເຫຼົ່ານີ້ໄວ້ ແລະ ສົ່ງໃຫ້ພວກເຮົາເພື່ອທີ່ພວກເຮົາຈະສາມາດຕິດຕາມຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຂອງທ່ານ.
- ກວດເບິ່ງລາຍງານທີ່ເປັນລາຍລັກອັກສອນທີ່ພວກເຮົາສົ່ງໃຫ້ທ່ານ.** ເມື່ອທ່ານໄດ້ຮັບ *EOB ພາກ D*, ກວດໃຫ້ແນ່ໃຈວ່າຂໍ້ມູນຄົບຖ້ວນສົມບູນ ແລະ ຖືກຕ້ອງ. ຖ້າຫາກທ່ານຄິດວ່າບາງສິ່ງບາງຢ່າງຂາດຫາຍໄປ ຫຼື ມີຄໍາຖາມ, ໂທຫາຝ່າຍການບໍລິການສະມາຊິກທີ່ 1-888-846-4262 (ຜູ້ໃຊ້ TTY ໂທ 711). **ແທນທີ່ຈະໄດ້ຮັບເອກະສານ ເອກະສານຊີ້ແຈງຜົນປະໂຫຍດພາກ D (EOB ພາກ D) ຜ່ານທາງໄປສະນີ, ຕອນນີ້ທ່ານມີທາງເລືອກທີ່ຈະໄດ້ຮັບແບບເປັນສະບັບເອເລັກໂຕຣນິກຂອງ EOB ພາກ D ຂອງທ່ານ.** ທ່ານສາມາດຮ້ອງຂໍໄດ້ໂດຍການເຂົ້າໄປທີ່ <https://www.express-scripts.com/>. ຖ້າທ່ານເລືອກທີ່ຈະເຂົ້າຮ່ວມ, ທ່ານຈະໄດ້ຮັບອີເມວເມື່ອ *EOB ພາກ D* ຂອງທ່ານພ້ອມໃຫ້ກວດເບິ່ງ, ປຶ້ນ ຫຼື ດາວໂຫຼດ. *EOBs ພາກ D* ແບບເອເລັກໂຕຣນິກຍັງສາມາດເອີ້ນອີກຢ່າງໜຶ່ງວ່າ *EOBs ພາກ D ແບບບໍ່ໃຊ້ເຈ້ຍ*. *EOBs ພາກ D* ແບບບໍ່ໃຊ້ເຈ້ຍແມ່ນສໍາເນົາອັນດຽວກັນ (ຮູບພາບ) ຂອງ *EOBs ພາກ D* ທີ່ປຶ້ນອອກມາ. ເກັບຮັກສາບົດລາຍງານນີ້ໄວ້ໃຫ້ດີ.

ບົດທີ 6: ສິ່ງທີ່ທ່ານຈ່າຍສໍາລັບຢາພາກ D

ທ່ານບໍ່ຈໍາເປັນຕ້ອງຈ່າຍຄ່າຢາພາກ D ທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງໂດຍແຜນຂອງພວກເຮົາ.

ບົດທີ 7:

ການຂໍໃຫ້ພວກເຮົາຈ່າຍບິນສໍາລັບ ບໍລິການທາງການແພດທີ່ຢູ່ ໃຕ້ການຄຸ້ມຄອງ ຫຼື ຢາ

ພາກທີ 1 ສະຖານະການທີ່ທ່ານຄວນຂໍໃຫ້ພວກເຮົາຈ່າຍສ່ວນແບ່ງຂອງພວກເຮົາສໍາລັບຢາ ຫຼື ບໍລິການທີ່ຢູ່ໃຕ້ການຄຸ້ມຄອງ

ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການໃນເຄືອຂ່າຍຂອງພວກເຮົາຈະຄິດຄ່າບໍລິການທີ່ຢູ່ໃຕ້ການຄຸ້ມຄອງ ແລະ ຄ່າຍາໂດຍກົງກັບແຜນການຂອງທ່ານ – ທ່ານຈະບໍ່ໄດ້ຮັບໃບບິນຄ່າບໍລິການທີ່ຢູ່ໃຕ້ການຄຸ້ມຄອງ ຫຼື ຄ່າຍາທີ່ຢູ່ໃນແຜນ. ຖ້າທ່ານໄດ້ຮັບໃບບິນຄ່າການແພດ ຫຼື ໃບສັງຢາ, ກະລຸນາສົ່ງໃຫ້ພວກເຮົາເພື່ອໃຫ້ພວກເຮົາຈ່າຍເງິນມັນ. ເມື່ອທ່ານສົ່ງໃບບິນໃຫ້ພວກເຮົາ, ພວກເຮົາຈະກວດສອບໃບບິນ ແລະ ຕັດສິນໃຈວ່າການບໍລິການ ຫຼື ຢານັ້ນຄວນໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງຫຼືບໍ່. ຖ້າພວກເຮົາຕັດສິນໃຈວ່າພວກເຂົາຄວນຈະໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ, ພວກເຮົາຈະຈ່າຍເງິນໃຫ້ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການໂດຍກົງ.

ຖ້າທ່ານໄດ້ຈ່າຍຄ່າບໍລິການ Medicare ຫຼື ລາຍການທີ່ຄຸ້ມຄອງໂດຍແຜນການຂອງພວກເຮົາແລ້ວ, ທ່ານສາມາດຮ້ອງຂໍໃຫ້ແຜນຂອງພວກເຮົາຄືນເງິນໃຫ້ (ການຈ່າຍຄືນທ່ານມັກຈະເອີ້ນວ່າ **ການຄືນເງິນ** ທ່ານໄດ້). ມັນເປັນສິດຂອງທ່ານທີ່ຈະໄດ້ຮັບເງິນຄືນຈາກແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາ ທຸກຄັ້ງທີ່ທ່ານໄດ້ຈ່າຍຄ່າບໍລິການທາງການແພດ ຫຼື ຄ່າຢາທີ່ຖືກຄຸ້ມຄອງໂດຍແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາ. ອາດຈະມີກຳນົດເວລາທີ່ທ່ານຕ້ອງຄໍານຶງເພື່ອໃຫ້ໄດ້ເງິນຄືນ. ໄປທີ່ພາກທີ 2 ຂອງບົດນີ້. ເມື່ອທ່ານສົ່ງໃບບິນທີ່ທ່ານໄດ້ຈ່າຍແລ້ວໃຫ້ພວກເຮົາ, ພວກເຮົາຈະກວດສອບໃບບິນ ແລະ ຕັດສິນໃຈວ່າການບໍລິການ ຫຼື ຢານັ້ນຄວນໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງຫຼືບໍ່. ຖ້າພວກເຮົາຕັດສິນໃຈວ່າຄວນໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ, ພວກເຮົາຈະຈ່າຍເງິນຄືນທ່ານ ສໍາລັບການບໍລິການ ຫຼື ຢານັ້ນ.

ອາດຈະມີບາງຄັ້ງທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບໃບບິນຈາກຜູ້ໃຫ້ບໍລິການສໍາລັບຄ່າໃຊ້ຈ່າຍເຕັມຂອງການດູແລທາງການແພດທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບຫຼາຍກວ່າການແບ່ງປັນຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຂອງທ່ານ. ທຳອິດ, ພະຍາຍາມແກ້ໄຂບັນຫາກັບຜູ້ໃຫ້ບໍລິການກ່ອນ. ຖ້າວິທີນັ້ນບໍ່ໄດ້ຜົນ, ໃຫ້ສົ່ງໃບບິນໃຫ້ພວກເຮົາແທນທີ່ຈະຈ່າຍເງິນ. ພວກເຮົາຈະກວດສອບໃບບິນ ແລະ ຕັດສິນໃຈວ່າການບໍລິການ ຫຼື ຢານັ້ນຄວນໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງບໍ່. ຖ້າພວກເຮົາຕັດສິນໃຈວ່າພວກເຂົາຄວນຈະໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ, ພວກເຮົາຈະຈ່າຍເງິນໃຫ້ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການໂດຍກົງ. ຖ້າພວກເຮົາຕັດສິນໃຈຈະບໍ່ຄຸ້ມຄອງ, ພວກເຮົາຈະແຈ້ງຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ. ທ່ານບໍ່ຄວນຈ່າຍເງິນຫຼາຍກວ່າການແບ່ງປັນຕົ້ນທຶນຕາມແຜນການ. ຖ້າຜູ້ໃຫ້ບໍລິການນີ້ຍັງມີສັນຍາກັບເຮົາ, ທ່ານຍັງຄົງມີສິດໄດ້ຮັບການປິ່ນປົວ.

ຕົວຢ່າງສະຖານະການທີ່ທ່ານອາດຈະຕ້ອງຂໍໃຫ້ແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາຈ່າຍເງິນຄືນ ຫຼື ຊໍາລະໃບບິນທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບ:

1. ເມື່ອທ່ານເຫດສຸກເສີນ ຫຼື ຕ້ອງການການດູແລທາງການແພດດ່ວນຈາກຜູ້ໃຫ້ບໍລິການທີ່ບໍ່ຢູ່ໃນເຄືອຂ່າຍຂອງແຜນຂອງພວກເຮົາ

- ທ່ານສາມາດໄດ້ຮັບບໍລິການເຫດສຸກເສີນ ຫຼື ບໍລິການຈຳເປັນສຸກເສີນຈາກຜູ້ໃຫ້ບໍລິການໃດກໍໄດ້, ບໍ່ວ່າຈະເປັນຜູ້ໃຫ້ບໍລິການໃນເຄືອຂ່າຍເຮົາຫຼືບໍ່. ໃນກໍລະນີເຫຼົ່ານີ້, ຂໍໃຫ້ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການອອກໃບບິນຫາແຜນຂອງພວກເຮົາ.

ບົດທີ 7 ການຂໍໃຫ້ພວກເຮົາຈ່າຍສ່ວນຂອງພວກເຮົາໃນໃບເກັບເງິນທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບສໍາລັບບໍລິການທາງການທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ

- ຖ້າທ່ານຈ່າຍເຕັມຈໍານວນດ້ວຍຕົນເອງໃນເວລາທີ່ທ່ານຮັບການປິ່ນປົວ, ສະເໜີຂໍໃຫ້ພວກເຮົາຈ່າຍເງິນຄືນ. ສິ່ງໃບບິນໃຫ້ພວກເຮົາ, ພ້ອມກັບເອກະສານການຊໍາລະຕ່າງໆທີ່ທ່ານຈ່າຍ.
- ທ່ານອາດຈະໄດ້ຮັບໃບບິນຈາກຜູ້ໃຫ້ບໍລິການທີ່ເອີ້ນເກັບເງິນທີ່ທ່ານຄິດວ່າທ່ານບໍ່ຈໍາເປັນຕ້ອງຊໍາລະ. ສິ່ງໃບບິນນີ້ໃຫ້ພວກເຮົາ, ພ້ອມກັບເອກະສານການຊໍາລະຕ່າງໆທີ່ທ່ານຈ່າຍ.
 - ຖ້າຜູ້ໃຫ້ບໍລິການມີໝີ່ໄດ້ໆ, ພວກເຮົາຈະຈ່າຍເງິນໃຫ້ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການໂດຍກົງ.
 - ຖ້າທ່ານໄດ້ຊໍາລະຄ່າບໍລິການນັ້ນແລ້ວ, ພວກເຮົາຈະຈ່າຍຄືນໃຫ້ທ່ານ.

2. ເມື່ອຜູ້ໃຫ້ບໍລິການໃນເຄືອຂ່າຍສົ່ງໃບເກັບເງິນທີ່ທ່ານຄິດວ່າທ່ານບໍ່ຄວນຈ່າຍ.

ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການໃນເຄືອຂ່າຍຄວນຈະສົ່ງໃບເກັບເງິນໂດຍກົງມາຫາແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາເທົ່ານັ້ນ. ແຕ່ບາງຄັ້ງພວກເຂົາກໍເຮັດຜິດພາດ ແລະ ຮຽກເກັບເງິນຄ່າບໍລິການຈາກທ່ານ.

- ເວລາທ່ານໄດ້ຮັບໃບບິນຈາກຜູ້ໃຫ້ບໍລິການໃນເຄືອຂ່າຍ, ໃຫ້ສົ່ງໃບບິນນັ້ນມາໃຫ້ພວກເຮົາ. ພວກເຮົາຈະຕິດຕໍ່ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການໂດຍກົງ ແລະ ແກ້ໄຂບັນຫາການເກັບເງິນນັ້ນ.
- ຖ້າທ່ານໄດ້ຈ່າຍໃບເກັບເງິນໃຫ້ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການໃນເຄືອຂ່າຍແລ້ວ, ກະລຸນາສົ່ງໃບເກັບເງິນນັ້ນພ້ອມຫຼັກຖານການຈ່າຍເງິນທີ່ທ່ານໄດ້ຊໍາລະ. ໃຫ້ສົ່ງຄໍາຮ້ອງມາຫາພວກເຮົາເພື່ອຂໍເງິນຄືນ ສໍາລັບຄ່າບໍລິການທີ່ຢູ່ໃຕ້ການຄຸ້ມຄອງຂອງທ່ານ.

3. ຖ້າການລົງທະບຽນຂອງທ່ານໃນແຜນຂອງພວກເຮົາເປັນແບບຍ້ອນຫຼັງ

ບາງຄັ້ງການລົງທະບຽນໃນແຜນຂອງບຸກຄົນອາດເປັນແບບຍ້ອນຫຼັງ. ນີ້ໝາຍຄວາມວ່າວັນທໍາອິດຂອງການລົງທະບຽນໄດ້ຜ່ານມາແລ້ວ. ວັນທີລົງທະບຽນອາດເກີດຂຶ້ນແມ່ນແຕ່ປີກ່ອນກໍໄດ້.)

ຖ້າທ່ານໄດ້ຖືກລົງທະບຽນແບບຍ້ອນຫຼັງໃນແຜນຂອງພວກເຮົາ ແລະ ທ່ານໄດ້ຈ່າຍເງິນດ້ວຍຕົນເອງສໍາລັບຢາ ຫຼື ບໍລິການທີ່ຢູ່ໃຕ້ການຄຸ້ມຄອງຫຼັງຈາກວັນທີລົງທະບຽນ, ທ່ານສາມາດຮ້ອງຂໍໃຫ້ພວກເຮົາຄືນເງິນໃຫ້ທ່ານໄດ້. ທ່ານຈະຕ້ອງສົ່ງເອກະສານເຊັ່ນໃບຮັບເງິນ ແລະ ໃບເກັບເງິນເພື່ອໃຫ້ພວກເຮົາດໍາເນີນການຄືນເງິນໃຫ້.

4. ເມື່ອທ່ານໃຊ້ຮ້ານຂາຍຢາອກເຄືອຄ້າຍເພື່ອຮັບຢາຕາມໃບສັງຢາ

ຖ້າທ່ານໄປຮ້ານຂາຍຢາອກເຄືອຄ້າຍ, ຮ້ານຂາຍຢາອາດບໍ່ສາມາດສົ່ງຄໍາຮ້ອງຂໍສິນໄໝມາຫາພວກເຮົາໂດຍກົງໄດ້. ໃນກໍລະນີນັ້ນ, ທ່ານຈະຕ້ອງຈ່າຍເງິນຄ່າຢາເຕັມຈໍານວນເອງ.

ເກັບໃບຮັບເງິນໄວ້ ແລະ ສົ່ງສໍາເນົາໃຫ້ພວກເຮົາເມື່ອທ່ານຮ້ອງຂໍໃຫ້ຄືນເງິນ. ຈົ່ງຈໍາໄວ້ວ່າພວກເຮົາຄຸ້ມຄອງຮ້ານຂາຍຢາອກເຄືອຂ່າຍພຽງໃນບາງສະຖານະການເທົ່ານັ້ນ. ໃຫ້ໄປທີ່ບົດທີ 5 ພາກ 2.4 ເພື່ອຮູ້ເພີ່ມກ່ຽວກັບສະຖານະການເຫຼົ່ານີ້. ພວກເຮົາອາດບໍ່ຄືນເງິນສ່ວນຕ່າງລະຫວ່າງຈໍານວນທີ່ທ່ານຈ່າຍສໍາລັບຢາທີ່ຮ້ານຂາຍຢາອກເຄືອຂ່າຍ ແລະ ຈໍານວນທີ່ພວກເຮົາຈະຈ່າຍໃນຮ້ານຂາຍຢາອກເຄືອຄ້າຍ.

ບົດທີ 7 ການຂໍໃຫ້ພວກເຮົາຈ່າຍສ່ວນຂອງພວກເຮົາໃນໃບເກັບເງິນທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບສໍາລັບບໍລິການທາງການທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ**5. ເມື່ອທ່ານຈ່າຍເງິນເຕັມຈໍານວນສໍາລັບໃບສັງຢາເນື່ອງຈາກທ່ານບໍ່ມີບັດສະມາຊິກແຜນຂອງພວກເຮົາຢູ່ກັບຕົນ**

ຖ້າທ່ານບໍ່ມີບັດສະມາຊິກແຜນຂອງພວກເຮົາ, ທ່ານສາມາດຂໍໃຫ້ຮ້ານຂາຍຢາໂທຫາແຜນຂອງພວກເຮົາ ຫຼື ຊອກຫາຂໍ້ມູນການລົງທະບຽນແຜນ. ຖ້າຮ້ານຂາຍຢາບໍ່ສາມາດໄດ້ຮັບຂໍ້ມູນການລົງທະບຽນທີ່ຕ້ອງການໃນທັນທີ, ທ່ານອາດຈະຕ້ອງຈ່າຍເງິນເຕັມຈໍານວນສໍາລັບຢາເອງ.

ເກັບໃບຮັບເງິນໄວ້ ແລະ ສົ່ງສໍາເນົາໃຫ້ພວກເຮົາເມື່ອທ່ານຮ້ອງຂໍໃຫ້ຄືນເງິນ. ພວກເຮົາອາດບໍ່ຄືນເງິນເຕັມຈໍານວນໃຫ້ທ່ານ ຖ້າລາຄາເງິນສົດທີ່ທ່ານຈ່າຍສູງກວ່າລາຄາທີ່ພວກເຮົາຕົກລົງສໍາລັບຢານັ້ນ.

6. ເມື່ອທ່ານຈ່າຍເງິນເຕັມຈໍານວນສໍາລັບໃບສັງຢາໃນສະຖານະການອື່ນ

ທ່ານອາດຈະຕ້ອງຈ່າຍເງິນເຕັມຈໍານວນສໍາລັບຢາເນື່ອງຈາກພົບວ່າຢານັ້ນບໍ່ຖືກຄຸ້ມຄອງໂດຍບາງເຫດຜົນ.

- ຕົວຢ່າງເຊັ່ນ ຢານັ້ນອາດບໍ່ຢູ່ໃນລາຍການຢາຂອງແຜນ ຫຼື ອາດມີເງື່ອນໄຂ ຫຼື ຂໍ້ຈຳກັດທີ່ທ່ານບໍ່ຮູ້ ຫຼື ຄິດວ່າບໍ່ຄວນນໍາໃຊ້ກັບທ່ານ. ຖ້າທ່ານຕັດສິນໃຈເອົາຢານັ້ນທັນທີ, ທ່ານອາດຈະຕ້ອງຈ່າຍເງິນເຕັມຈໍານວນສໍາລັບມັນ.
- ເກັບໃບຮັບເງິນໄວ້ ແລະ ສົ່ງສໍາເນົາໃຫ້ພວກເຮົາເມື່ອທ່ານຮ້ອງຂໍໃຫ້ຄືນເງິນ. ໃນບາງສະຖານະການ, ພວກເຮົາອາດຈະຈໍາເປັນຕ້ອງໄດ້ຮັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມຈາກທ່ານຫມໍ່ຂອງທ່ານເພື່ອຈ່າຍຄືນເງິນຕາມໃບສັງແພດຂອງທ່ານ. ພວກເຮົາອາດບໍ່ຄືນເງິນເຕັມຈໍານວນໃຫ້ທ່ານ ຖ້າລາຄາເງິນສົດທີ່ທ່ານຈ່າຍສູງກວ່າລາຄາທີ່ພວກເຮົາຕົກລົງສໍາລັບຢານັ້ນ.

7. ຖ້າທ່ານຖືກເຂົ້າທະບຽນໃນແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາແບບມີຜົນຍ້ອນຫຼັງ ເນື່ອງຈາກທ່ານມີສິດໄດ້ຮັບໂຄງການ Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid).

Medicaid ແມ່ນໂຄງການຮ່ວມກັນລະຫວ່າງລັດຖະບານກາງ ແລະ ລັດ ທີ່ຊ່ວຍຈ່າຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທາງການແພດໃຫ້ກັບບາງຄົນທີ່ມີລາຍໄດ້ ແລະ ຊັບພະຍາກອນຈຳກັດ. ບາງຄົນທີ່ມີ Medicaid ຈະໄດ້ຮັບການລົງທະບຽນໃນແຜນຂອງພວກເຮົາໂດຍອັດຕະໂນມັດເພື່ອຮັບຄວາມຄຸ້ມຄອງຄ່າຢາຕາມໃບສັງຢາ. ບາງຄັ້ງການລົງທະບຽນໃນແຜນຂອງບຸກຄົນເປັນແບບຍ້ອນຫຼັງ. (ຍ້ອນຫຼັງໝາຍເຖິງວ່າວັນທໍາອິດຂອງການລົງທະບຽນໄດ້ຜ່ານມາແລ້ວ. ວັນທີລົງທະບຽນອາດເກີດຂຶ້ນແມ່ນແຕ່ປີກ່ອນກໍ່ໄດ້.)

ຖ້າທ່ານລົງທະບຽນໃນແຜນການຂອງພວກເຮົາຄືນຫຼັງ ແລະ ທ່ານໄດ້ຈ່າຍຄ່າຢາໃດໆທີ່ອອກຈາກຖົງໂສ້ງຫຼັງຈາກວັນທີລົງທະບຽນຂອງທ່ານ, ທ່ານອາດຈະຮ້ອງຂໍໃຫ້ພວກເຮົາຈ່າຍຄືນຄ່າໃຊ້ຈ່າຍເຫຼົ່ານັ້ນໃຫ້ກັບທ່ານ. ທ່ານຕ້ອງສົ່ງເອກະສານ ເຊັ່ນ: ໃບຮັບເງິນ ແລະ ໃບບິນ ເພື່ອໃຫ້ພວກເຮົາດໍາເນີນການຊົດເຊີຍ.

- ສົ່ງສໍາເນົາໃບຮັບເງິນຂອງທ່ານມາໃຫ້ພວກເຮົາ ເມື່ອທ່ານຂໍໃຫ້ພວກເຮົາໃຊ້ຄືນ.
- ທ່ານຄວນຂໍການຊະລະເງິນ ສໍາລັບຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທີ່ຈ່າຍເອງ (ບໍ່ແມ່ນສໍາລັບຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆ ທີ່ຈ່າຍໂດຍປະກັນອື່ນ).
 - ແຜນນີ້ອາດບໍ່ຈ່າຍ ສໍາລັບຢາທີ່ບໍ່ໄດ້ຢູ່ໃນລາຍການຢາຂອງພວກເຮົາ. ຕົວຢ່າງທັງໝົດຂ້າງເທິງ ແມ່ນປະເພດຂອງຜົນການພິຈາລະນາການຄຸ້ມຄອງ. ນີ້ໝາຍຄວາມວ່າຖ້າພວກເຮົາປະຕິເສດການຊໍາລະເງິນຂອງທ່ານ, ທ່ານສາມາດການຂໍອຸທອນການຕັດສິນໃຈຂອງພວກເຮົາໄດ້. ບົດທີ 9 ຂອງເອກະສານນີ້ມີຂໍ້ມູນ ກ່ຽວກັບ ວິທີການການຂໍອຸທອນ.

ບົດທີ 7 ການຂໍໃຫ້ພວກເຮົາຈ່າຍສ່ວນຂອງພວກເຮົາໃນໃບເກັບເງິນທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບສໍາລັບບໍລິການທາງການທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ

ເມື່ອທ່ານສົ່ງຄໍາຂໍຊໍາລະເງິນມາໃຫ້ພວກເຮົາ, ພວກເຮົາຈະກວດສອບຄໍາຂໍຂອງທ່ານ ແລະ ຕັດສິນໃຈວ່າ ການບໍລິການ ຫຼື ຢາ ນັ້ນຄວນໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ ຫຼື ບໍ່. ສິ່ງນີ້ເອີ້ນວ່າ **ຜົນການພິຈາລະນາການຄຸ້ມຄອງ**. ຖ້າພວກເຮົາຕັດສິນໃຈວ່າຄວນໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ, ພວກເຮົາຈະຈ່າຍສໍາລັບການບໍລິການ ຫຼື ຢານັ້ນ. ຖ້າພວກເຮົາປະຕິເສດຄໍາຂໍການຊໍາລະຂອງທ່ານ, ທ່ານສາມາດຂໍອຸທອນການຕັດສິນໃຈຂອງພວກເຮົາໄດ້. ບົດທີ 9 ມີຂໍ້ມູນ ກ່ຽວກັບ ວິທີການຂໍອຸທອນ.

ພາກທີ 2 ວິທີຂໍໃຫ້ພວກເຮົາຈ່າຍເງິນຄືນ ຫຼື ຊໍາລະຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບ

ທ່ານສາມາດຂໍໃຫ້ພວກເຮົາຈ່າຍເງິນຄືນໄດ້ ໂດຍການສົ່ງຄໍາຮ້ອງຂໍເປັນລາຍລັກອັກສອນ. ຖ້າທ່ານສົ່ງຄໍາຮ້ອງຂໍເປັນລາຍລັກອັກສອນ, ໃຫ້ສົ່ງໃບບິນ ແລະ ເອກະສານຢັ້ງຢືນການຊໍາລະເງິນທີ່ທ່ານໄດ້ເຮັດໄປ. ເປັນຄວາມຄິດທີ່ດີທີ່ຈະເຮັດສໍາເນົາໃບເອກະສານຮຽກເກັບເງິນ ແລະ ໃບເຊັນຮັບເງິນໄວ້ເປັນຫຼັກຖານ. **ທ່ານຕ້ອງຍື່ນຄໍາຮ້ອງຕໍ່ພວກເຮົາພາຍໃນ 365 ວັນ (ສໍາລັບຄໍາຮ້ອງທາງການແພດ) ແລະ ພາຍໃນສາມປີ (ສໍາລັບຄໍາຮ້ອງກ່ຽວກັບຢາ)** ນັບແຕ່ວັນທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບບໍລິການ, ລາຍການ ຫຼື ຢາ.

ເພື່ອໃຫ້ແນ່ໃຈວ່າທ່ານໄດ້ໃຫ້ຂໍ້ມູນທັງໝົດທີ່ພວກເຮົາຕ້ອງການໃນການຕັດສິນໃຈ, ທ່ານສາມາດຕື່ມແບບຟອມການຮ້ອງຂໍຊໍາລະເງິນໄດ້.

- ທ່ານບໍ່ຈໍາເປັນຕ້ອງໃຊ້ແບບຟອມນີ້, ແຕ່ມັນຈະຊ່ວຍໃຫ້ພວກເຮົາດໍາເນີນການຂໍ້ມູນໄດ້ໄວຂຶ້ນ. ສໍາລັບການຂໍເກັບເງິນຄືນຂອງສະມາຊິກ, ພວກເຮົາມີແບບຟອມການຮ້ອງຂໍຜ່ານເວັບພີ່ຕ. ເຖິງແມ່ນວ່າພວກເຮົາແນະນຳຢ່າງຈິ່ງຈັງໃຫ້ສະມາຊິກໃຊ້ແບບຟອມ, ເພື່ອໃຫ້ແນ່ໃຈວ່າເອກະສານທັງໝົດຖືກສົ່ງມາ, ແຕ່ມັນກໍ່ບໍ່ຈໍາເປັນສະເໝີໄປ. ພວກເຮົາຍັງສາມາດສົ່ງສໍາເນົາໃບເອກະສານເກັບເງິນໂດຍບໍ່ຕ້ອງໃຊ້ແບບຟອມ. ບໍ່ວ່າໃນກໍລະນີໃດ, ຄວນມີຂໍ້ມູນຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ, ວັນທີ່ໄດ້ຮັບບໍລິການ, ລະຫັດ ຄໍາສັບກ່ຽວກັບຫັດທະການທາງການແພດປັດຈຸບັນ (CPT) ຖ້າມີ, ລະຫັດການວິນິດໄສ ຫຼື ຄໍາອະທິບາຍ ແລະ ຈຳນວນເງິນທີ່ເກັບ, ພ້ອມກັບເອກະສານການແພດທີ່ມີຢູ່ ແລະ ຖ້າຈໍາເປັນ, ຄໍາອະທິບາຍສັ້ນໆວ່າເປັນຫຍັງຈຶ່ງຕ້ອງໄດ້ຮັບການດູແລ. ສະມາຊິກຄວນສົ່ງຫຼັກຖານການຊໍາລະເງິນພ້ອມກັບການຍື່ນຄໍາຮ້ອງໃນເວລາດຽວກັນ. ຫຼັກຖານການຊໍາລະເງິນທີ່ຖືກຕ້ອງແມ່ນໃບແຈ້ງຍົກຈາກທະນາຄານ ຫຼື ບັດເຄຣດິດ, ຫຼື ສໍາເນົາແຊກທີ່ຍົກເລີກແລ້ວ.
- ດາວໂຫຼດສໍາເນົາຟອມຈາກເວັບໄຊຂອງພວກເຮົາ (go.wellcare.com/OhanaHI) ຫຼື ໂທຫາການບໍລິການສະມາຊິກທີ່ເບີ 1-888-846-4262 (ຜູ້ໃຊ້ TTY ໃຫ້ໂທຫາ 711) ແລະ ຂໍເອກະສານ.

ສໍາລັບບໍລິການທາງການແພດ: ສົ່ງຄໍາຂໍຊໍາລະເງິນຂອງທ່ານພ້ອມກັບໃບເອກະສານຮຽກເກັບເງິນ ຫຼື ໃບເຊັນຮັບເງິນທີ່ຊໍາລະແລ້ວມາຍັງພວກເຮົາຕາມທີ່ຢູ່ນີ້:

ທີ່ຢູ່ສໍາລັບສົ່ງຄໍາຮ້ອງຂໍຊໍາລະເງິນ

Wellcare

Medical Reimbursement Department

PO Box 31370

Tampa, FL 33631-3370

ສໍາລັບຢາຕາມໃບສັງແພດໃນພາກ D: ສົ່ງຄໍາຂໍຊໍາລະເງິນຂອງທ່ານພ້ອມກັບໃບເອກະສານຮຽກເກັບເງິນ ຫຼື ໃບເຊັນຮັບເງິນທີ່ຊໍາລະແລ້ວມາຍັງພວກເຮົາຕາມທີ່ຢູ່ນີ້:

ບົດທີ 7 ການຂໍໃຫ້ພວກເຮົາຈ່າຍສ່ວນຂອງພວກເຮົາໃນໃບເກັບເງິນທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບສໍາລັບບໍລິການທາງການທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ**ທີ່ຢູ່ສໍາລັບສົ່ງຄໍາຮ້ອງຂໍຊໍາລະເງິນພາກ D**

Wellcare Medicare Part D Claims

Attn: Member Reimbursement Department

P.O. Box 31577

Tampa, FL 33631-3577

ພາກທີ 3 ພວກເຮົາຈະພິຈາລະນາຄໍາຂໍຊໍາລະເງິນຂອງທ່ານ ແລະ ຕອບວ່າຍອມຮັບ ຫຼື ບໍ່

ເມື່ອພວກເຮົາໄດ້ຮັບຄໍາຂໍຊໍາລະເງິນຂອງທ່ານ, ພວກເຮົາຈະແຈ້ງໃຫ້ທ່ານຮູ້ຖ້າຕ້ອງການຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມ. ຖ້າບໍ່ດັ່ງນັ້ນ, ພວກເຮົາຈະພິຈາລະນາຄໍາຂໍຂອງທ່ານ ແລະ ຜົນການພິຈາລະນາການຄຸ້ມຄອງ.

- ຖ້າພວກເຮົາກໍານົດວ່າການດູແລທາງການແພດ ຫຼື ຢາຂອງທ່ານຖືກຄຸ້ມຄອງແລະ ທ່ານໄດ້ປະຕິບັດຕາມກົດລະບຽບທັງໝົດ, ພວກເຮົາຈະຈ່າຍຄ່າບໍລິການຫຼື ຢາ. ຖ້າທ່ານໄດ້ຈ່າຍຄ່າບໍລິການ ຫຼື ຢາແລ້ວ, ພວກເຮົາຈະສົ່ງເງິນຄືນໃຫ້ທ່ານທາງໄປສະນີ. ຖ້າທ່ານຊໍາລະຄ່າຢາທັງໝົດ, ທ່ານອາດຈະບໍ່ໄດ້ຮັບເງິນຊົດເຊີຍຄືນເຕັມຈໍານວນທີ່ທ່ານໄດ້ຈ່າຍໄປ (ຕົວຢ່າງ: ຖ້າທ່ານຊື້ຢາທີ່ຮ້ານຂາຍຢາອກເຄືອຄ້າຍ ຫຼື ຖ້າລາຄາເງິນສົດທີ່ທ່ານຈ່າຍສໍາລັບຢາແພງກວ່າລາຄາທີ່ພວກເຮົາໄດ້ເຈລະຈາກັນໄວ້). ຖ້າທ່ານຍັງບໍ່ໄດ້ຊໍາລະເງິນສໍາລັບບໍລິການ ຫຼື ຢາ, ພວກເຮົາຈະສົ່ງເງິນຊໍາລະໃຫ້ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການໂດຍກົງ.
- ຖ້າພວກເຮົາຕັດສິນໃຈວ່າການດູແລທາງການແພດ ຫຼື ຢາຂອງທ່ານ ບໍ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ, ຫຼື ວ່າທ່ານ ບໍ່ໄດ້ປະຕິບັດຕາມກົດລະບຽບທັງໝົດ, ພວກເຮົາຈະບໍ່ຈ່າຍຄ່າການດູແລ ຫຼື ຢາ. ພວກເຮົາຈະສົ່ງຈົດໝາຍແຈ້ງເຫດຜົນທີ່ພວກເຮົາບໍ່ສົ່ງເງິນຊໍາລະໃຫ້ ແລະ ສິດທີ່ຈະຂໍອຸທອນການຕັດສິນໃຈນັ້ນຂອງທ່ານ.

ພາກທີ 3.1 ຖ້າພວກເຮົາແຈ້ງໃຫ້ທ່ານຮູ້ວ່າຈະບໍ່ຈ່າຍເງິນສໍາລັບການດູແລທາງການແພດ ຫຼື ຢາ, ທ່ານສາມາດດໍາເນີນການຂໍອຸທອນໄດ້

ຖ້າທ່ານຄິດວ່າພວກເຮົາຜິດພາດໃນການປະຕິເສດຄໍາຂໍຊໍາລະເງິນ ຫຼື ຈໍານວນເງິນທີ່ພວກເຮົາຈ່າຍໃຫ້, ທ່ານສາມາດດໍາເນີນການຂໍອຸທອນໄດ້. ຖ້າທ່ານດໍາເນີນການຂໍອຸທອນ, ນັ້ນໝາຍຄວາມວ່າທ່ານກໍາລັງຂໍໃຫ້ພວກເຮົາປ່ຽນແປງການຕັດສິນໃຈທີ່ພວກເຮົາໄດ້ປະຕິເສດຄໍາຂໍຊໍາລະເງິນຂອງທ່ານ. ຂະບວນການຂໍອຸທອນເປັນຂະບວນການທາງການທີ່ມີຂັ້ນຕອນລະອຽດ ແລະ ກໍານົດເວລາທີ່ສໍາຄັນ. ສໍາລັບລາຍລະອຽດກ່ຽວກັບວິທີການຂໍອຸທອນນີ້, ກະລຸນາອ່ານໃນບົດທີ 9.

ບົດທີ 8:

ສິດ ແລະ ຄວາມຮັບຜິດຊອບຂອງທ່ານ

ພາກທີ 1: ແຜນຂອງພວກເຮົາຈະຕ້ອງເຄົາລົບສິດ ແລະ ຄວາມອ່ອນໄຫວທາງວັດທະນະທຳຂອງທ່ານ

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.

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-

ບົດທີ 8 ສິດ ແລະ ໜ້າທີ່ຂອງບໍລິການຂອງທ່ານ**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 언어]로 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.

당사 플랜은 여성 가입자에게 여성의 일상 및 예방 건강 관리 서비스에 대한 네트워크 소속 여성 건강 전문의에 직접 접근할 수 있는 옵션을 제공해야 합니다.

전문 분야에 대한 제공자를 당사 플랜의 네트워크에서 찾을 수 없는 경우 필요한 관리를 제공할 네트워크 외부의 전문 제공업체를 찾는 것은 당사 플랜의 책임입니다. 이 경우 네트워크 소속 비용 부담만 납부하게 됩니다. 당사 플랜 네트워크에 귀하가 필요로 하는 서비스를 제공하는 전문가가 없는 경우 당사 플랜에 전화하여 이 서비스를 받을 수 있는 위치에 대한 정보를 문의하십시오.

ບົດທີ 8 ສິດ ແລະ ໜ້າທີ່ຂອງບໍລິການຂອງທ່ານ

ຖ້າເປັນໄປໄດ້ ທ່ານສາມາດຮຽນຮູ້ເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບບໍລິການຂອງທ່ານໄດ້ ຢູ່ໃນໜ້າທີ່ຂອງທ່ານ ຫຼື ໃນໜ້າທີ່ຂອງທ່ານ. ຖ້າທ່ານມີຄຳຖາມ ຫຼື ບໍ່ສາມາດຮຽນຮູ້ເພີ່ມເຕີມ ທ່ານສາມາດສອບຖາມ ຫຼື ໃບສະໜັບສະໜູນ ທ່ານໄດ້ ຢູ່ໃນໜ້າທີ່ຂອງທ່ານ. ຖ້າທ່ານມີຄຳຖາມ ຫຼື ບໍ່ສາມາດຮຽນຮູ້ເພີ່ມເຕີມ ທ່ານສາມາດສອບຖາມ ຫຼື ໃບສະໜັບສະໜູນ ທ່ານໄດ້ ຢູ່ໃນໜ້າທີ່ຂອງທ່ານ. ຖ້າທ່ານມີຄຳຖາມ ຫຼື ບໍ່ສາມາດຮຽນຮູ້ເພີ່ມເຕີມ ທ່ານສາມາດສອບຖາມ ຫຼື ໃບສະໜັບສະໜູນ ທ່ານໄດ້ ຢູ່ໃນໜ້າທີ່ຂອງທ່ານ.

Nqe 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 ncay 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.

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

ບົດທີ 8 ສິດ ແລະ ໜ້າທີ່ຂອງບໍລິການຂອງທ່ານ

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 ncaj 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.

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.

ບົດທີ 8 ສິດ ແລະ ໜ້າທີ່ຂອງບໍລິການຂອງທ່ານ

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, ຊາມົວ, ໄທ, ອີໂລກາໂນ, ມຽນມາ, ຄາເລັນ, ເຕີກກີ, ອູເບກິສະຖານ ແລະ ສຽງ, ຕົວອັກສອນນູນ, ພິມໃຫຍ່, ຫຼືຮູບແບບສະຫຼັບອື່ນໆໂດຍບໍ່ມີຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆຖ້າທ່ານຕ້ອງການ.

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

ແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາຈຳເປັນຕ້ອງໃຫ້ທາງເລືອກແກ່ຜູ້ລົງທະບຽນເພດຍິງ

ໃນການເຂົ້າເຖິງຜູ້ຊ່ວຍດ້ານສຸຂະພາບສໍາລັບຜູ້ຍິງພາຍໃນເຄືອຂ່າຍໂດຍກົງເພື່ອສະໜອງການບໍລິການເບິ່ງແຍງປະຈຳວັນ ແລະ ການປ້ອງກັນ.

ຖ້າບໍ່ມີຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຢູ່ໃນເຄືອຂ່າຍຂອງແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາສໍາລັບບໍລິການສະເພາະທາງ, ມັນເປັນຄວາມຮັບຜິດຊອບຂອງແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາທີ່ຈະຊອກຫາຜູ້ໃຫ້ບໍລິການພິເສດຢູ່ນອກເຄືອຂ່າຍທີ່ຈະສະຫນອງການບໍລິການທີ່ຈຳເປັນໃຫ້ທ່ານ. ໃນກໍລະນີດັ່ງກ່າວ, ທ່ານຈະໄດ້ຈ່າຍສະເພາະຄ່າແບ່ງບັນຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃນເຄືອຂ່າຍເທົ່ານັ້ນ.

ຖ້າທ່ານພົບວ່າຕົວທ່ານເອງຢູ່ໃນສະຖານະການ

ທີ່ບໍ່ມີຜູ້ຊ່ວຍດ້ານໃນເຄືອຂ່າຍຂອງແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາທີ່ກວມເອົາການບໍລິການທີ່ທ່ານຕ້ອງການ, ໃຫ້ໂທຫາແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາເພື່ອຂໍຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບບ່ອນທີ່ຈະໄປຮັບການບໍລິການນີ້

ໃນການແບ່ງບັນຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃນເຄືອຂ່າຍ.

ຖ້າຫາກວ່າທ່ານມີບັນຫາໃດໜຶ່ງໃນການຮັບຂໍ້ມູນຈາກແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາໃນຮູບແບບທີ່ສາມາດເຂົ້າເຖິງໄດ້ ແລະເໝາະສົມສໍາລັບທ່ານ, ເຂົ້າພົບຜູ້ຊ່ວຍດ້ານສຸຂະພາບແມ່ຍິງ ຫຼື ຄົນຫາຜູ້ຊ່ວຍດ້ານໃນເຄືອຂ່າຍ, ໂທເພື່ອອີ່ນຄໍາຮ້ອງທຸກກັບຝ່າຍບໍລິການສະມາຊິກ. ນອກນັ້ນທ່ານຍັງສາມາດອີ່ນຄໍາຮ້ອງທຸກກັບ Medicare

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

O kā mākou ho'olālā e hō'oiā'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

ບົດທີ 8 ສິດ ແລະ ໜ້າທີ່ຂອງບໍລິການຂອງທ່ານ

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 loea 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 loea olakino wahine a i 'ole ka 'imi 'ana i kahi loea 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.

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

弊社のプランでは、女性の皆様に日常的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。

တၢ်နီၤဖး 1.1 ပကဘၣ်ဟ့ၣ်ထီၣ် တၢ်ဂ့ၢ်တၢ်ကျိၤ လၢကျိၤကျဲၤလၢ အကဲထီၣ်တၢ်မၤစၢၤလၢနဂီၢ်ဒီး အဃုၤလိာ်ဖိးလိာ်သးဒီး နတၢ်ဆဲးတၢ်လၢ လၢကဘၣ်အိၣ်ဒီးတၢ်ပလီၢ်ပဒိသး (လၢကျိၢ်တၢ်ကတိၤလၢ တမ့ၢ်ဘၣ် အဲကလံးကျိၢ်, ဒီးလၢတၢ်ဖိၣ်န့ၢ်တၢ်ကလုာ်, ပှၤမၢ်တထီၣ်တၢ်အလံာ်, လံာ်မၢ်ဖျါၣ်ဖးဒိၣ်, မ့တမ့ၢ် တၢ်အက့ၢ်အဂီၢ်အဂၤတဖၣ်, ဒီးဒိန့ၣ်အသိးတဖၣ်န့ၣ်လီၤ.)

၊တၢ်ကူၤစၢၤယၢၤတၢ်ခံၤမၤလိာ်, န့ၣ်ဘၣ်တၢ်ဟ့ၣ်ထီၣ်အိၤလၢ
 လုၢ်လၢ်လၢအလၢပုၤဒီးတၢ်ဆဲးတၢ်လၢအကၢ်အစီအပူၤဒီး ပုၤဆဲးလီၤမံၤခဲလၢ် ဒီးန့ၢ်အိၤကသ့, ပၣ်ဃုာ်ဒီး
 ပုၤတဖၣ်လၢ စံးကတိၤအဲကလံးကျိၣ်တသ့ဂ့ၤဂ့ၤ, ဖးလံာ်တသ့ဂ့ၤဂ့ၤ, တၢ်န့ၢ်ဟူၤတၢ်ဂံၢ်ဘၢၤစၢၤ, မ့တမ့ၢ်
 ပုၤတဖၣ်လၢအိၣ်ဒီး တၢ်ဆဲးတၢ်လၢလၢ အလီၤဆီလိာ်သးဒီး ကလုာ်ဒုၣ်တၢ်စၢၤစၢၤဂံၢ်ထံး
 တလီၤကံလိာ်သးတဖၣ်အဂီၢ်န့ၣ်လီၤ. ပတၢ်တံာ်ကျဲၤအံၤ ထီၣ်ဘးဝဲဒၣ် တၢ်လိာ်ဘၣ်တဖၣ်လၢ
 တၢ်ဒီးန့ၢ်အိၤသ့ဒီးညီ ကသ့ဝဲဒၣ်လဲၣ် အတၢ်အဒိအတၢ်အပူၤ ပၣ်ဃုာ်ဒီး တၢ်ဟ့ၣ်ထီၣ် ပုၤကွဲးကျိၣ်ထံတၢ်
 အတၢ်တိၤစၢၤမၤစၢၤတဖၣ်, ပုၤတဲကျိၣ်ထံတၢ် အတၢ်တိၤစၢၤမၤစၢၤတဖၣ်, တၢ်ကွဲးဆုၤလံာ်လၢလီၤတဲစိဖီခိၣ်,
 မ့တမ့ၢ် TTY (တၢ်ကွဲးဆုၤတၢ်ကစီၣ်လၢလီၤတဲစိ မ့တမ့ၢ် တၢ်ကွဲးဆုၤလံာ်လၢလီၤတဲစိဖီခိၣ်) တၢ်ဘျးစဲတဖၣ်
 သန့က့ တမ့ၢ်ဒၣ်ထဲ

ပတ်တော်ကျနေ့ အိပ်ဒီးပုလဲကျိတ်ဒီးနီအီသုလၢဘူးလဲကလီ ဒ်သိးကစံးဆၢတ်သံကွၢ်တဖၣ်လၢ ပုၤကရူၤဖိတဖၣ်လၢ စံးကတိၤအဲကလံးကျိတ်သ့တဖၣ်အဂီၢ်န့ၣ်လီၤ. ပဟ့ၣ်န့ၣ် လံာ်လံာ်တၢ်ကွဲးနီၣ်ကွဲးပါတဖၣ်သ့ ခီဖျိ

ပတ်တော်ကျနေ့ ဘဉ်တၢ်မၤလိာ်အီၤလၢ ပှၤဆဲးလီၤမံၤလၢအမ့ၢ်ဟံၢ်မုၢ်တဖၣ်လၢ တၢ်ဃုထၢဘဉ်ဃးဒီး တၢ်ဒီးန့ၢ်ဘဉ် ဟံၢ်မုၢ်ဟံၢ်မၤတဖၣ် အဆူၣ်ချု ပှၤသ့ဘဉ်စဲၣ်နီၤလၢ ဟံၢ်ဘျးစဲလၢ ဟံၢ်မုၢ်ဟံၢ်မၤတဖၣ် အညိၣ်န့ၢ်ဆူၣ်ချုတၢ်ကွၢ်ထွဲ တၢ်တိစၤမၤစၤဒီး တၢ်မၤကွၢ်ဆူၣ်ချုဒီးတၢ်ဆဲးကသံၣ်ဒိသဒၢတၢ်ဆါအပူၤ လံၤလံၤအဂီၢ်န့ၣ်လီၤ.

ကသိပ်သရုပ်တဖန်လ၊ လၢတၢ်သ့တၢ်ဘၣ်စံၣ်နီၤလီၤဆိတမံၤအဂီၢ်န့ၣ် တၢ်ဒီးန့ၢ်အံၤမ့ၢ်တသ့ဘၣ်အဃိ၊ တၢ်အံၤမ့ၢ်ပတၢ်တီၢ်ကျဲၤအမူအဒါလ၊ ကယုထံၣ်သ့ၣ်ညါ ကသိပ်သရုပ်ကူစါလီၤဆိတၢ်လ၊ ပှ်ဘျးစဲအချ၊ လၢကဟ့ၣ်လီၤန၊ တၢ်ကွၢ်ထွဲလၢအလိၣ်အဂီၢ်န့ၣ်လီၤ. တၢ်မၤအသးဒ်သိးအံၤအပူၤ, နကဘၣ်ဟ့ၣ်ဒ်ထဲ ပှ်ဘျးစဲပူၤ တၢ်ဟ့ၣ်သဃဲၤ ဘျးလဲန့ၣ်လီၤ. နမ့ၢ်ထံၣ်သ့ၣ်ညါလီၤကွၢ်နသးလ၊ နဘၣ်ကွၢ်ဆၢၣ်မၢ်တၢ်အိၣ်သးတမံၤ ဖဲလၢပတၢ်တီၢ်ကျဲၤအပှ်ဘျးစဲအပူၤ ကသိပ်သရုပ်ကူစါလီၤဆိတၢ်လ၊ အကျါဘၢဟ့ၣ် တၢ်တိစၢၤမၤစၢၤတမံၤလၢနလိၣ်ဘၣ်အံၤတမံၤတအိၣ်ဝဲဘၣ်အခါ, ကိးဘၣ် ပတၢ်တီၢ်ကျဲၤ လၢတၢ်ဂ့ၢ်တၢ်ကျိၤဘၣ်ဃးဒီး နကဘၣ်လဲၤယုဒီးန့ၢ်တၢ်တိစၢၤမၤစၢၤအံၤဖဲလဲၣ်လၢ ပှ်ဘျးစဲပူၤ တၢ်ဟ့ၣ်သဃဲၤဘျးလဲအဂီၢ်န့ၣ်လဲၣ်တက့ၢ်.

နမ့်အိပ်ဒီး တၢ်ကိတ်ခဲတမံမံလၢ တၢ်ဂ့ၢ်တၢ်ကျိၤလၢပတၢ်တိၢ်ကျဲၤအအိၣ် လၢတၢ်အက့ၢ်အဂီၢ်တမံလၢ နဒီးန့ၢ်အီၤသ့ဒီးညီ ဒီး အကၢၤတြးအဘၣ်လၢနဂီၢ်, လၢကထံၣ်လိာ်ဒုးန့ၣ်သးဒီး ဟံၣ်မုၢ်ဟံၣ်မၤအဆူၣ်ချၢ ပုၤသ့ဘၣ်စဲၣ်နီၤတဂၤ မ့တမ့ၢ် ဃုထံၣ်န့ၢ် ပုၤသ့ဘၣ်စဲၣ်နီၤလီၤဆီလၢ ပုၤဘျးစဲအပူၤတဂၤန့ၢ်, ကိးလီၤတဲစိလၢ ကဆၢထီၣ် တၢ်ဆိးထီၣ်တၢ်သးတမံဆူ တၢ်တိၤစၢၤမၤစၢၤ ပုၤကရူၢ်ဖိ အတၢ်မၤန့ၣ်တက့ၢ်. နဆၢထီၣ် တၢ်သးတမံအဂီၢ်ဆူ Medicare ဒီဖျိ နကိး 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) မ့တမ့ၢ် ဆူ ဝဲၤဒီးလၢ ထံဖိကီၢ်ဖိခွဲးယာ်တဖၣ်အဂီၢ် (Office for Civil Rights) 1-800-368-1019 မ့တမ့ၢ် TTY 1-800-537-7697 သ့စ့ၢ်ကိးန့ၣ်လီၤ.

ບົດທີ 8 ສິດ ແລະ ໜ້າທີ່ຂອງບໍລິການຂອງທ່ານ**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 tomiai 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).

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 tomiai 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 tomiai 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 faasea i le Auaunaga mo Sui Resitala. E mafai fo'i ona fai sau faasea 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.

ບົດທີ 8 ສິດ ແລະ ໜ້າທີ່ຂອງບໍລິການຂອງທ່ານ

ສ່ວນທີ່ 1.1 ເຮົາຕ້ອງໃຫ້ຂໍ້ມູນໃນລັກສະນະທີ່ເໝາະກັບທ່ານແລະສອດຄ້ອງກັບຄວາມອ່ອນໄຫວທາງວັດນຸຮຸມຂອງທ່ານ (ເປັນພາສາອື່ນທີ່ໄດ້ໃຊ້ພາສາອັງກິດ ເປັນເສຍ ເປັນອັກສະເບຣລ໌ ເປັນສິ່ງພົມພັນນາດໃຫຍ່ ຫຼືເປັນຮູບແບບອື່ນໆ ເປັນຕົ້ນ)

ແຜນຂອງເຮົາກຳນົດໃຫ້ບໍລິການທັງໝົດ ທັງບໍລິການທາງກິດຈະກຳແລະທີ່ໄດ້ໃຊ້ທາງກິດຈະກຳ ຕ້ອງໃຫ້ບໍລິການໃນລັກສະນະທີ່ມີຄວາມຮູ້ແລະຄວາມສາມາດທາງວັດນຸຮຸມ ແລະຜູ້ລະບົບທັງໝົດສາມາດເຂົ້າສູ່ໄດ້ ຮວມທັງຜູ້ທີ່ມີຄວາມເຊື່ອວ່າພາສາອັງກິດທີ່ຈຳກັດ ມີທັກສະການອ່ານທີ່ຈຳກັດ ຂາດຄວາມສາມາດໃນການໄດ້ຍິນ ຫຼືຜູ້ທີ່ມີຜົນກະທົບທາງວັດນຸຮຸມແລະຊາຕິພັນຮູ້ທີ່ຫລາກຫລາຍ ຕົວຢ່າງວິທີການທີ່ແຜນຂອງເຮົາສາມາດຕອບສະໜອງຄວາມຕ້ອງການດ້ານການຊ່ວຍເຫຼືອເຂົ້າສູ່ເລ່ນນີ້ຈະ ຮວມທັງແຕ່ງຕັ້ງພາສາ ການຈັດຫາບໍລິການແປພາສາ ບໍລິການລ່າມ ການພົມພັນທາງໂກລ ຫຼືການເຂື່ອນຕໍ່ TTY (ໂຕຣັກ໌ແບບຂໍ້ຄວາມ ຫຼືເຄື່ອງໂຕຣັກ໌ພົມພັນ) ແຜນຂອງເຮົາມີບໍລິການລ່າມຟຣີເພື່ອຕອບຄໍາຖາມຈາກສາມາດທີ່ໄດ້ໃຊ້ພາສາອັງກິດ ນອກຈາກນີ້ ເຮົາສາມາດມອບເນື້ອໃຈໃຫ້ແກ່ທ່ານເປັນ

ພາສາອື່ນນອກເໜືອຈາກອັງກິດ ໄດ້ແກ່ ຈີນ ເກາຫລີ ມັງ ຕາກາລືອກ ລາວ ເມຣ ເວຍດນາມ ຫວາຍ ສູນ ສາມັ ຫວຍ ອີໂລກາໂນ ພາ ກະເຮຶຍ ຕຸກ ອຸບເບກ ແລະ ເສຍ ອັກສະເບຣລ໌ ສິ່ງພົມພັນນາດໃຫຍ່ ຫຼືຮູບແບບອື່ນໆ ໂດຍບໍ່ມີຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ ຫາກທ່ານຕ້ອງການ ເຮົາຈຳເປັນຕ້ອງໃຫ້ຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບສິດທິປະໂຫຍດຂອງແຜນຂອງເຮົາໃນຮູບແບບທີ່ທ່ານສາມາດເຂົ້າສູ່ໄດ້ແລະເໝາະສົມກັບທ່ານ ຫາກທ່ານຕ້ອງການຂໍ້ມູນຈາກເຮົາໃນຮູບແບບທີ່ທ່ານໃຊ້ງານໄດ້ ໂປຣໂຕກອດຕິດຕໍ່ຝ່າຍບໍລິການຂອງສາມາດທີ່ custserv1-888-846-4262 (ຜູ້ໃຊ້ TTY ໃຫ້ໂຕໂປໂຕ 711)

ແຜນຂອງເຮົາກຳນົດໃຫ້ຜູ້ລະບົບທີ່ເປັນຜູ້ຮຽນສາມາດເລືອກທີ່ຈະເຂົ້າສູ່ຜູ້ເຊື່ອວ່າພາສາດ້ານສຸກ ພວງຜູ້ຮຽນໃນເຄື່ອງຂ່າຍໄດ້ໂດຍກົງສໍາລັບບໍລິການດູແລສຸກພາບເປັນປະຈຳແລະໃນເຂັງປ້ອງກັນຂອງຜູ້ຮຽນ

ຫາກຜູ້ໃຫ້ບໍລິການເພາະທາງໃນເຄື່ອງຂ່າຍຂອງແຜນຂອງເຮົາບໍ່ພ້ອມໃຫ້ບໍລິການ ຈະຄືເປັນຄວາມຮັບຜິດຊອບຂອງແຜນຂອງເຮົາໃນການຄົ້ນຫາຜູ້ໃຫ້ບໍລິການເພາະທາງນອກເຄື່ອງຂ່າຍຜູ້ທີ່ຈະໃຫ້ການດູແລທີ່ຈຳເປັນແກ່ທ່ານ

ໃນກຣນີ້ທ່ານຈະຈ່າຍເພາະການແບ່ງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃນເຄື່ອງຂ່າຍເຖົ້າເຖົ້າ ຫາກທ່ານພົບວ່າບໍ່ມີຜູ້ເຊື່ອວ່າພາສາໃນເຄື່ອງຂ່າຍຂອງແຜນຂອງເຮົາທີ່ໃຫ້ບໍລິການທີ່ທ່ານຕ້ອງການ ໃຫ້ໂຕໂປໂຕຕິດຕໍ່ແຜນຂອງເຮົາເພື່ອສອບຖາມຂໍ້ມູນວ່າຈະຮັບບໍລິການນີ້ໄດ້ຈາກທີ່ໃດໃນ າກາການແບ່ງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃນເຄື່ອງຂ່າຍ

ຫາກທ່ານພົບປະຫຍາດໃນການຮັບຂໍ້ມູນຈາກແຜນຂອງເຮົາໃນຮູບແບບທີ່ສາມາດເຂົ້າສູ່ໄດ້ແລະເໝາະສົມກັບທ່ານ ການຄົ້ນຫາຜູ້ເຊື່ອວ່າພາສາດ້ານສຸກພວງຜູ້ຮຽນ ຫຼືການຄົ້ນຫາຜູ້ເຊື່ອວ່າພາສາໃນເຄື່ອງຂ່າຍ ໂປຣໂຕກອດຕິດຕໍ່ເພື່ອຍື່ນຄໍາຮ້ອງທຸກໆຝ່າຍບໍລິການຂອງສາມາດ ນອກຈາກນີ້ທ່ານຍັງສາມາດຍື່ນຄໍາຮ້ອງເຮັດຕໍ່ Medicare ໄດ້ດ້ວຍການໂຕໂປໂຕຕິດຕໍ່ເລກ 1 800 MEDICARE (1 800 633 4227) ຫຼືສາຍຕຽງ Office for Civil Rights 1 800 368 1019 ຫຼື TTY 1 800 537 7697

Bölüm 1.1 Bilgileri, sizin için uygun olan ve kültürel hassasiyetlerinizle tutarlı bir biçimde sunmalyız (İngilizce dışındaki dillerde, sesli olarak, Braille alfabesiyle, büyük baskıyla veya diğer alternatif biçimlerde vb.)

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

ບົດທີ 8 ສິດ ແລະ ໜ້າທີ່ຂອງບໍລິການຂອງທ່ານ

karşılatabileceğine ilişkin örnekler arasında, çevirmen hizmetleri, tercüman hizmetleri, teleksler veya TTY (yazı çıktıları cihaz veya teleks telefonu) yer almakla birlikte, örnekler bunlarla sınırlı değildir.

Planımızda, İngilizce konuşmayan üyelerden gelen soruları yanıtlamak için ücretsiz tercüman hizmetleri vardır. İhtiyacınız varsa Çince, Korece, Hmong dili, Tagalogca, Laosça, Kamboçça/Kmerce, Vietnamca, Hawaii Dili, Japonca, Samoaca, Tayca, İlocano Dili, Birmanca, Karence, Türkçe, Özbekçe dahil olmak üzere İngilizce dışındaki dillerde ve sesli, Braille alfabesinde, büyük baskılı veya diğer alternatif biçimlerde materyalleri de ücretsiz olarak sunabiliriz. Planımızda kapsanan haklar hakkında erişilebilir ve sizin için uygun olan bir biçimde size bilgi verme yükümlülüğümüz vardır. Sizin için uygun olan şekilde bilgi almak için 1-888-846-4262 (TTY kullanıcıları için 711) numarasını kullanarak Üye Hizmetlerini arayın.

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

Planımızın uzmanlık ağındaki sağlayıcılar kullanılamıyorsa gerekli bakımı sağlayacak olan, ağ dışında uzman sağlayıcılar bulmak planımızın sorumluluğundadır. Bu durumda, yalnızca ağ içi masraf paylaşımı için ödeme yaparsınız. Planımızın ağında, ihtiyacınız olan bir hizmeti kapsayan uzmanın bulunmadığı bir durumla karşılaşırsanız bu hizmeti ağ içi masraf paylaşımında nereden edinebileceğinizi öğrenmek amacıyla planımızı arayın.

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.

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

ບົດທີ 8 ສິດ ແລະ ໜ້າທີ່ຂອງບໍລິການຂອງທ່ານ

berishimiz shart. Bizdan o'zingiz uchun qulay usulda ma'lumot olish uchun 1-888-846-4262 dagi A'zolarga 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 bermoqchimiz.

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.

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, discapacidad 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. Mabalainmi 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 agtrabaho para kenka, tawagan ti Serbisio dagiti Miembro iti 1-888-846-4262 (TTY users ti tawagan 711).

ບົດທີ 8 ສິດ ແລະ ໜ້າທີ່ຂອງບໍລິການຂອງທ່ານ

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.

အပိုင်း 1.1 သင့်အတွက် ကိုက်ညီအဆင်ပြေသော ယဉ်ကျေးမှုပိုင်းဆိုင်ရာ အကဲဆတ်မှုများကို အလေးဂရုပြုသည့် ပုံစံ (အင်္ဂလိပ်မဟုတ်သော ဘာသာစကားများ၊ အသံ၊ မျက်မမငြိ လက်စမ်းစာ၊ ပုံနှိပ်စာလုံးအကန့်နှင့် အခြားသော အစားထိုးပုံစံများ) အား အသုံးပြုလျက် အချက်အလက်များကို ကျွန်ုပ်တို့က ပေးအပ်ရမည်ဖြစ်ပါသည်။

ဆေးကုသမှုဆိုင်ရာနှင့် ပတ်သက်သည်ဖြစ်စေ မပတ်သက်သည်ဖြစ်စေ ဝန်ဆောင်မှုအားလုံးကို ယဉ်ကျေးမှုအရ အဆင့်အတန်းပြည့်မီသည့် နည်းလမ်းဖြင့် ပေးအပ်ခြင်းဖြစ်စေရန်နှင့် အင်္ဂလိပ်ဘာသာစကားကျွမ်းကျင်မှု နိမ့်ပါးသူများ၊ စာဖတ်စွမ်းရည် နိမ့်ပါးသူများ၊ အကဲဖြတ်ချိန်တွင်သူများနှင့် ကွဲပြားစုံလင်သော ယဉ်ကျေးမှုနှင့် လူမျိုးရေးနောက်ခံများကို ပိုင်ဆိုင်ထားသူများအပါအဝင် စာရင်းသွင်းသူအားလုံးအတွက် လွယ်လင့်တကူလက်လှမ်းမီနိုင်စေရန် ကျွန်ုပ်တို့၏အစီအစဉ်က စီမံပေးရပါမည်။ ထိုသို့သော လွယ်လင့်တကူလက်လှမ်းမီနိုင်ရေးဆိုင်ရာ လိုအပ်ချက်များကို ကျွန်ုပ်တို့ ဖညှိဆည်းပေးနိုင်မည့် နည်းလမ်းများမှာ ဘာသာပြန်ဝန်ဆောင်မှုများနှင့် စကားပြန်ဝန်ဆောင်မှုများ၊ ဖုန်းထဲမှပြောစကားကို စာသားဖြင့်ပြောင်းသော စက်များနှင့် TTY (စာသားဖြင့်ဆက်သွယ်သော တယ်လီဖုန်း သို့မဟုတ် TTY ဖုန်း) ဖြင့် ချိတ်ဆက်မှုများအား စီစဉ်ပေးခြင်း စသည်တို့ဖြစ်ပါသည်။

ບົດທີ 8 ສິດ ແລະ ໜ້າທີ່ຂອງບໍລິການຂອງທ່ານ

ອຳນວຍໃຫ້ທ່ານຮູ້ວ່າ ພວກເຮົາຈະຊ່ວຍທ່ານໃນການເຮັດວຽກງານຂອງທ່ານ ໂດຍການສະໜອງບໍລິການທີ່ມີຄຸນນະພາບ ແລະ ມີຄວາມສະດວກສະບາຍ ໂດຍການສະໜອງບໍລິການທີ່ມີຄຸນນະພາບ ແລະ ມີຄວາມສະດວກສະບາຍ ໂດຍການສະໜອງບໍລິການທີ່ມີຄຸນນະພາບ ແລະ ມີຄວາມສະດວກສະບາຍ

ເມື່ອທ່ານເຮັດວຽກງານ ພວກເຮົາຈະຊ່ວຍທ່ານໃນການເຮັດວຽກງານຂອງທ່ານ ໂດຍການສະໜອງບໍລິການທີ່ມີຄຸນນະພາບ ແລະ ມີຄວາມສະດວກສະບາຍ ໂດຍການສະໜອງບໍລິການທີ່ມີຄຸນນະພາບ ແລະ ມີຄວາມສະດວກສະບາຍ ໂດຍການສະໜອງບໍລິການທີ່ມີຄຸນນະພາບ ແລະ ມີຄວາມສະດວກສະບາຍ

ເມື່ອທ່ານເຮັດວຽກງານ ພວກເຮົາຈະຊ່ວຍທ່ານໃນການເຮັດວຽກງານຂອງທ່ານ ໂດຍການສະໜອງບໍລິການທີ່ມີຄຸນນະພາບ ແລະ ມີຄວາມສະດວກສະບາຍ ໂດຍການສະໜອງບໍລິການທີ່ມີຄຸນນະພາບ ແລະ ມີຄວາມສະດວກສະບາຍ ໂດຍການສະໜອງບໍລິການທີ່ມີຄຸນນະພາບ ແລະ ມີຄວາມສະດວກສະບາຍ

ເມື່ອທ່ານເຮັດວຽກງານ ພວກເຮົາຈະຊ່ວຍທ່ານໃນການເຮັດວຽກງານຂອງທ່ານ ໂດຍການສະໜອງບໍລິການທີ່ມີຄຸນນະພາບ ແລະ ມີຄວາມສະດວກສະບາຍ ໂດຍການສະໜອງບໍລິການທີ່ມີຄຸນນະພາບ ແລະ ມີຄວາມສະດວກສະບາຍ ໂດຍການສະໜອງບໍລິການທີ່ມີຄຸນນະພາບ ແລະ ມີຄວາມສະດວກສະບາຍ

ເມື່ອທ່ານເຮັດວຽກງານ ພວກເຮົາຈະຊ່ວຍທ່ານໃນການເຮັດວຽກງານຂອງທ່ານ ໂດຍການສະໜອງບໍລິການທີ່ມີຄຸນນະພາບ ແລະ ມີຄວາມສະດວກສະບາຍ ໂດຍການສະໜອງບໍລິການທີ່ມີຄຸນນະພາບ ແລະ ມີຄວາມສະດວກສະບາຍ ໂດຍການສະໜອງບໍລິການທີ່ມີຄຸນນະພາບ ແລະ ມີຄວາມສະດວກສະບາຍ

ບົດທີ 8 ສິດ ແລະ ໜ້າທີ່ຂອງບໍລິການຂອງທ່ານ

Civil Rights ທີ່ສໍາຄັນ 1-800-368-1019 ວຽງໂທ TTY 1-800-537-7697 ວຽງ ທີ່ກໍານົດໄວ້
 ທີ່ຕິດຕໍ່ກັບ ບຸກຄົນທີ່ມີສິດ ບໍລິການຂອງທ່ານ

4227) or directly with the Office for Civil Rights 1-800-368-1019 or TTY 1-800-537-7697.

ພາກທີ 1.2: ພວກເຮົາຕ້ອງເຮັດໃຫ້ແນ່ໃຈວ່າທ່ານສາມາດເຂົ້າເຖິງບໍລິການທີ່ຢູ່ໃຕ້ການຄຸ້ມຄອງ ແລະ ຢາທີ່ ຄຸ້ມຄອງໄດ້ຢ່າງທັນເວລາ

ທ່ານມີສິດເລືອກ ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການການເບິ່ງແຍງທັງ (PCP) ໃນເຄືອຂ່າຍຂອງແຜນບໍລິການທີ່ຢູ່ໃຕ້ການຄຸ້ມຄອງຂອງທ່ານ. ພວກເຮົາ
 ບໍ່ມັງຄັບ ໃຫ້ທ່ານຕ້ອງມີການອ້າງອີງເພື່ອໄປຫາຜູ້ໃຫ້ບໍລິການໃນເຄືອຂ່າຍ.

ທ່ານມີສິດໄດ້ຮັບ ການນັດໝາຍ ແລະ ບໍລິການທີ່ຢູ່ໃຕ້ການຄຸ້ມຄອງຈາກເຄືອຂ່າຍແຜນຂອງພວກເຮົາຂອງຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ ພາຍໃນ
 ໄລຍະເວລາທີ່ເໝາະສົມ. ລວມທັງສິດໄດ້ຮັບບໍລິການຈາກ ແພດຜູ້ຊ່ຽວຊານ ໄດ້ຢ່າງທັນການ. ທ່ານຍັງມີສິດໄດ້ຮັບ ຢາຕາມໃບສັງ
 ແພດ ຫຼື ເຕີມຢາຊໍ້າ ທີ່ຮ້ານຢາໃນເຄືອຂ່າຍ ໂດຍບໍ່ມີຄວາມຊໍ້າຊໍ້າ.

ຖ້າທ່ານຄິດວ່າບໍ່ໄດ້ຮັບການດູແລທາງການແພດ ຫຼື ຢາໃນ ພາກ D ທັນເວລາ, ບົດທີ 9 ຈະບອກວິທີແກ້ໄຂ.

ພາກທີ 1.3 ພວກເຮົາຕ້ອງປົກປ້ອງ ຄວາມເປັນສ່ວນຕົວ ຂອງຂໍ້ມູນສຸຂະພາບຂອງທ່ານ

ກົດໝາຍລັດຖະບານ ແລະ ລັດປົກປ້ອງ ເອກະສານການແພດ ແລະ ຂໍ້ມູນສຸຂະພາບສ່ວນຕົວຂອງທ່ານ. ພວກເຮົາປົກປ້ອງຂໍ້ມູນ
 ຕາມກົດໝາຍຢ່າງເຂັ້ມງວດ.

- ຂໍ້ມູນສຸຂະພາບສ່ວນຕົວຂອງທ່ານລວມມີຂໍ້ມູນສ່ວນຕົວທີ່ທ່ານໃຫ້ໃນການລົງທະບຽນແຜນນີ້ ພ້ອມທັງເອກະສານການ
 ແພດ ແລະ ຂໍ້ມູນທາງການແພດ ແລະ ສຸຂະພາບອື່ນໆຂອງທ່ານ.
- ສິດທິທ່ານມີທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບຂໍ້ມູນຂອງທ່ານ ແລະ ການຄວບຄຸມວິທີການນໍາໃຊ້ຂໍ້ມູນສຸຂະພາບຂອງທ່ານ. ພວກເຮົາ
 ຈະມອບການແຈ້ງເຕືອນເປັນລາຍລັກອັກສອນ ເອີ້ນວ່າ ແຈ້ງການປະຕິບັດຕາມຄວາມເປັນສ່ວນຕົວເຊິ່ງຈະແຈ້ງເຖິງສິດ
 ດັ່ງກ່າວ ແລະ ອະທິບາຍວິທີທີ່ພວກເຮົາປົກປ້ອງຄວາມເປັນສ່ວນຕົວຂອງຂໍ້ມູນສຸຂະພາບຂອງທ່ານ.

ພວກເຮົາປົກປ້ອງຄວາມເປັນສ່ວນຕົວຂອງຂໍ້ມູນສຸຂະພາບຂອງທ່ານແນວໃດ?

- ພວກເຮົາກວດສອບໃຫ້ແນ່ໃຈວ່າບຸກຄົນທີ່ບໍ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດຈະບໍ່ເຫັນ ຫຼື ປ່ຽນແປງບັນທຶກຂອງທ່ານ.
- ຍົກເວັ້ນໃນກໍລະນີທີ່ກໍານົດໄວ້ດ້ານລຸ່ມນີ້, ຖ້າພວກເຮົາຕັ້ງໃຈຈະໃຫ້ຂໍ້ມູນສຸຂະພາບຂອງທ່ານແກ່ບຸກຄົນອື່ນທີ່ບໍ່ແມ່ນຜູ້
 ໃຫ້ການດູແລ ຫຼື ຊໍາລະຄ່າດູແລຂອງທ່ານ, ພວກເຮົາຈໍາເປັນຕ້ອງໄດ້ຮັບອະນຸຍາດເປັນລາຍລັກສະນະຈາກທ່ານ ຫຼື ບຸກຄົນ
 ທີ່ທ່ານໃຫ້ອໍານາດໂດຍກົດໝາຍໃນການຕັດສິນໃຈແທນທ່ານກ່ອນ.

ບົດທີ 8 ສິດ ແລະ ໜ້າທີ່ຂອງບໍລິການຂອງທ່ານ

- ມີຂໍ້ຍົກເວັ້ນບາງປະການທີ່ບໍ່ຈໍາເປັນຕ້ອງໄດ້ຮັບອະນຸຍາດເປັນລາຍລັກສະນະຈາກທ່ານກ່ອນ. ຂໍ້ຍົກເວັ້ນເຫຼົ່ານີ້ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດ ຫຼື ກໍານົດໄວ້ໂດຍກົດໝາຍ.
 - ພວກເຮົາຈໍາເປັນຕ້ອງເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນສຸຂະພາບໃຫ້ແກ່ຫນ່ວຍງານລັດຖະບານທີ່ກວດສອບຄຸນນະພາບຂອງການດູແລ.
 - ເນື່ອງຈາກທ່ານເປັນສະມາຊິກຂອງແຜນຂອງພວກເຮົາຜ່ານ Medicare, ພວກເຮົາຈໍາເປັນຕ້ອງໃຫ້ຂໍ້ມູນສຸຂະພາບຂອງທ່ານແກ່ Medicare ເຊິ່ງລວມມີຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບຢາຕາມໃບສັງແພດໃນພາກ D ຂອງທ່ານ. ຖ້າ Medicare ເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນຂອງທ່ານເພື່ອການຄົ້ນຄວ້າ ຫຼື ການນໍາໃຊ້ອື່ນໆ, ການດໍາເນີນການນີ້ຈະປະຕິບັດຕາມກົດໝາຍ ແລະ ຂໍ້ບັງຄັບຂອງລັດຖະບານກາງ; ໂດຍທົ່ວໄປແລ້ວ, ການດໍາເນີນການນີ້ຈະກໍານົດໃຫ້ຂໍ້ມູນທີ່ລະບຸຕົວຕົນຂອງທ່ານໂດຍສະເພາະຈະບໍ່ຖືກເປີດເຜີຍ.

ທ່ານສາມາດກວດສອບຂໍ້ມູນໃນບັນທຶກຂອງທ່ານ ແລະ ຮູ້ວິທີທີ່ຂໍ້ມູນສຸຂະພາບຂອງທ່ານຖືກແບ່ງປັນກັບຜູ້ອື່ນ

ທ່ານມີສິດທີ່ຈະເບິ່ງເອກະສານການແພດທີ່ແຜນຂອງພວກເຮົາຈັດເກັບໄວ້ ແລະ ຂໍຮັບສໍາເນົາບັນທຶກຂອງທ່ານ. ພວກເຮົາມີສິດທີ່ຈະຄິດຄ່າທໍານຽມຈາກທ່ານສໍາລັບການເຮັດສໍາເນົາ. ທ່ານຍັງມີສິດທີ່ຈະຂໍໃຫ້ພວກເຮົາເພີ່ມ ຫຼື ແກ້ໄຂບັນທຶກການແພດຂອງທ່ານ. ຖ້າທ່ານຂໍໃຫ້ພວກເຮົາດໍາເນີນການນີ້ ພວກເຮົາຈະປຶກສາຮ່ວມກັບຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດູແລສຸຂະພາບຂອງທ່ານເພື່ອຕັດສິນໃຈວ່າຄວນດໍາເນີນການປ່ຽນແປງ ຫຼື ບໍ່.

ທ່ານມີສິດທີ່ຈະຮູ້ວ່າຂໍ້ມູນສຸຂະພາບຂອງທ່ານຖືກແບ່ງປັນກັບຜູ້ອື່ນເພື່ອຈຸດປະສົງໃດທີ່ບໍ່ແມ່ນການໃຊ້ງານປະຈຳວັນ.

ຖ້າທ່ານມີຄໍາຖາມ ຫຼື ຂໍຂ້ອງໃຈກ່ຽວກັບຄວາມເປັນສ່ວນຕົວຂອງຂໍ້ມູນສຸຂະພາບສ່ວນຕົວຂອງທ່ານ, ໃຫ້ໂທຫາການບໍລິການສະມາຊິກທີ່ 1-888-846-4262 (ຜູ້ໃຊ້ TTY ໃຫ້ໂທຫາ 711).

ພາກທີ 1.4: ພວກເຮົາຕ້ອງໃຫ້ຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບແຜນຂອງພວກເຮົາ ເຄືອຂ່າຍຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງພວກເຮົາ ແລະ ບໍລິການທີ່ຢູ່ໃຕ້ການຄຸ້ມຄອງຂອງທ່ານ

ໃນຖານະທີ່ເປັນສະມາຊິກຂອງແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາ, ທ່ານມີສິດທີ່ຈະໄດ້ຮັບຂໍ້ມູນຫຼາຍປະເພດຈາກພວກເຮົາ.

ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຂໍ້ມູນປະເພດໃດໜຶ່ງຕໍ່ໄປນີ້, ໃຫ້ໂທຫາການບໍລິການສະມາຊິກທີ່ 1-888-846-4262 (ຜູ້ໃຊ້ TTY ໃຫ້ໂທຫາ 711):

- **ຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບແຜນຂອງພວກເຮົາ.** ເຊິ່ງລວມມີ ຕົວຢ່າງ: ຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບສະຖານະການເງິນຂອງແຜນຂອງພວກເຮົາ.
- **ຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ ແລະ ຮ້ານຂາຍຢາໃນເຄືອຂ່າຍຂອງພວກເຮົາ.** ທ່ານມີສິດທີ່ຈະໄດ້ຮັບຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບຄຸນສົມບັດຂອງຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ ແລະ ຮ້ານຂາຍຢາໃນເຄືອຂ່າຍຂອງພວກເຮົາ ແລະ ວິທີທີ່ພວກເຮົາຈ່າຍເງິນໃຫ້ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການໃນເຄືອຂ່າຍຂອງພວກເຮົາ.
 - ທ່ານສາມາດຮ້ອງຂໍຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມກັບຝ່າຍການບໍລິການສະມາຊິກກ່ຽວກັບຜູ້ໃຫ້ບໍລິການໃນເຄືອຂ່າຍຂອງພວກເຮົາ ລວມທັງຄຸນວຸດທິ, ໂຮງຮຽນແພດທີ່ສຶກສາ, ການຝຶກງານໃນໂຮງໝໍ, ແລະ ການຮັບຮອງຈາກຄະນະກຳມະການ.

ບົດທີ 8 ສິດ ແລະ ໜ້າທີ່ຂອງບໍລິການຂອງທ່ານ

ທັງຝ່າຍການບໍລິການສະມາຊິກ ແລະ ເວັບໄຊ ສາມາດໃຫ້ຂໍ້ມູນທີ່ອັບເດດຫຼ້າສຸດກ່ຽວກັບການປ່ຽນແປງຜູ້ໃຫ້ບໍລິການໃນເຄືອຂ່າຍຂອງພວກເຮົາ. ທ່ານສາມາດຊອກຫາຂໍ້ມູນນີ້ໄດ້ໃນເວັບໄຊຂອງພວກເຮົາທີ່ go.wellcare.com/2026providerdirectories.

- **ຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບການຄຸ້ມຄອງ ແລະ ກົດລະບຽບທີ່ທ່ານຕ້ອງປະຕິບັດຕາມເມື່ອໃຊ້ສິດ.** ບົດທີ 3 ແລະ 4 ໃຫ້ຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບບໍລິການທາງການແພດ. ບົດທີ 5 ແລະ 6 ໃຫ້ຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບການຄຸ້ມຄອງຢາໃນພາກ D.
 - **ໝາຍເຫດ:** ແຜນຂອງພວກເຮົາບໍ່ໄດ້ມອບລາງວັນໃຫ້ແກ່ຜູ້ປະຕິບັດງານ, ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ, ຫຼືພະນັກງານທີ່ດໍາເນີນການກວດສອບການໃຊ້ປະໂຫຍດ, ລວມທັງຜູ້ທີ່ໄດ້ຮັບມອບອໍານາດ. ການຕັດສິນໃຈດ້ານການຈັດການການໃຊ້ປະໂຫຍດ (UM) ແມ່ນອີງໃສ່ຄວາມເໝາະສົມຂອງການດູແລ, ບໍລິການ, ແລະການມີຢູ່ຂອງການຄຸ້ມຄອງເທົ່ານັ້ນ. ນອກຈາກນີ້, ແຜນດັ່ງກ່າວບໍ່ໄດ້ມອບລາງວັນໃຫ້ແກ່ຜູ້ປະຕິບັດງານ ຫຼືບຸກຄົນອື່ນໃດໜຶ່ງເປັນການສະເພາະສໍາລັບການອອກຄໍາປະຕິເສດການຄຸ້ມຄອງ. ເຄື່ອງຈັກຈັດການການເງິນ ສໍາລັບຜູ້ຕັດສິນໃຈດ້ານ UM ບໍ່ໄດ້ສົ່ງເສີມການຕັດສິນໃຈທີ່ຈະນໍາໄປສູ່ການໃຊ້ປະໂຫຍດຕໍ່າກວ່າທີ່ຄວນເປັນ.
- **ຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບເຫດຜົນທີ່ບາງສິ່ງບໍ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ ແລະ ສິ່ງທີ່ທ່ານສາມາດເຮັດໄດ້ກ່ຽວກັບເລື່ອງນັ້ນ.** ບົດທີ 9 ໃຫ້ຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບການຂໍຄໍາອະທິບາຍເປັນລາຍລັກສະນະວ່າເປັນຫຍັງບໍລິການທາງການແພດ ຫຼື ຢາໃນພາກ D ຈຶ່ງບໍ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ, ຫຼືຖ້າການຄຸ້ມຄອງຂອງທ່ານຖືກຈຳກັດ. ບົດທີ 9 ຍັງໃຫ້ຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບການຂໍໃຫ້ພວກເຮົາປ່ຽນການຕັດສິນໃຈ, ຫຼືທີ່ເອີ້ນວ່າການຂໍອຸທອນ.

ພາກທີ 1.5 ທ່ານມີສິດທີ່ຈະຮັບຮູ້ກ່ຽວກັບທາງເລືອກໃນການປິ່ນປົວຂອງທ່ານ ແລະ ມີສ່ວນຮ່ວມໃນການຕັດສິນໃຈກ່ຽວກັບການເບິ່ງແຍງຂອງທ່ານ

ທ່ານມີສິດທີ່ຈະໄດ້ຮັບຂໍ້ມູນເຕັມຮູບແບບຈາກແພດ ແລະຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບອື່ນໆ. ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງທ່ານຕ້ອງອະທິບາຍສະພາບທາງການແພດ ແລະ ທາງເລືອກ ໃນການປິ່ນປົວໃຫ້ທ່ານເຂົ້າໃຈໄດ້.

ທ່ານຍັງມີສິດທີ່ຈະມີສ່ວນຮ່ວມຢ່າງເຕັມທີ່ໃນການຕັດສິນໃຈກ່ຽວກັບສຸຂະພາບຂອງທ່ານ. ເພື່ອຊ່ວຍໃຫ້ທ່ານຕັດສິນໃຈຮ່ວມກັບແພດວ່າການປິ່ນປົວໃດດີທີ່ສຸດສໍາລັບທ່ານ, ສິດຂອງທ່ານມີດັ່ງນີ້:

- **ເພື່ອຮູ້ກ່ຽວກັບທາງເລືອກທັງໝົດຂອງທ່ານ.** ທ່ານມີສິດໄດ້ຮັບການແຈ້ງເຕືອນກ່ຽວກັບທາງເລືອກໃນການປິ່ນປົວທັງໝົດທີ່ແນະນໍາສໍາລັບອາການຂອງທ່ານ, ບໍ່ວ່າຈະມີຄ່າໃຊ້ຈ່າຍເທົ່າໃດ ຫຼື ແຜນຂອງພວກເຮົາຈະຄຸ້ມຄອງຫຼືກໍ່ຕາມ. ນອກຈາກນີ້, ຍັງລວມເຖິງການໄດ້ຮັບຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບໂປຣແກຣມຕ່າງໆທີ່ແຜນຂອງພວກເຮົາສະເໜີເພື່ອຊ່ວຍໃຫ້ສະມາຊິກຈັດການກັບຢາຂອງຕົນເອງ ແລະ ໃຊ້ຢາໄດ້ຢ່າງປອດໄພ.
- **ເພື່ອຮູ້ກ່ຽວກັບຄວາມສ່ຽງ.** ທ່ານມີສິດໄດ້ຮັບການແຈ້ງເຕືອນກ່ຽວກັບຄວາມສ່ຽງໃດໆທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບການດູແລຂອງທ່ານ. ທ່ານຕ້ອງໄດ້ຮັບການແຈ້ງເຕືອນລ່ວງໜ້າຖ້າການປິ່ນປົວ ຫຼື ການດູແລໃດໆທີ່ຖືກນໍາສະເໜີເປັນສ່ວນໜຶ່ງຂອງການທົດລອງວິໄຈ. ທ່ານມີສິດທີ່ຈະປະຕິເສດການປິ່ນປົວແບບທົດລອງໃດໆໄດ້ຕະຫຼອດເວລາ.

ບົດທີ 8 ສິດ ແລະ ໜ້າທີ່ຂອງບໍລິການຂອງທ່ານ

- **ສິດໃນການ “ປະຕິເສດ”** ທ່ານມີສິດທີ່ຈະປະຕິເສດການປິ່ນປົວທີ່ແນະນຳ. ນີ້ລວມເຖິງສິດທີ່ຈະອອກຈາກໂຮງໝໍ ຫຼື ສະຖານບໍລິການດູແລສຸຂະພາບອື່ນໆ, ເຖິງແມ່ນວ່າແພດຈະແນະນຳບໍ່ໃຫ້ອອກກໍຕາມ. ທ່ານຍັງມີສິດທີ່ຈະຢຸດການກິນຢາຂອງທ່ານ. ຖ້າທ່ານປະຕິເສດການປິ່ນປົວ ຫຼື ຢຸດກິນຢາ ທ່ານຕ້ອງຮັບຜິດຊອບທັງໝົດຕໍ່ຜົນທີ່ເກີດຂຶ້ນກັບຮ່າງກາຍຂອງທ່ານຈາກການກະທຳດັ່ງກ່າວ.

ທ່ານມີສິດທີ່ຈະໃຫ້ຄໍາສັ່ງກ່ຽວກັບສິ່ງທີ່ຕ້ອງເຮັດຖ້າທ່ານບໍ່ສາມາດຕັດສິນໃຈທາງການແພດດ້ວຍຕົນເອງໄດ້

ບາງຄັ້ງຄົນເຮົາກໍບໍ່ສາມາດຕັດສິນໃຈເລື່ອງການດູແລສຸຂະພາບດ້ວຍຕົນເອງໄດ້ເນື່ອງຈາກອຸປະຕິເຫດ ຫຼື ອາການເຈັບປ່ວຍຮ້າຍແຮງ. ທ່ານມີສິດທີ່ຈະບອກວ່າທ່ານຕ້ອງການໃຫ້ເກີດຫຍັງຂຶ້ນຖ້າທ່ານຕົກຢູ່ໃນສະຖານະການເຊັ່ນນີ້. ຊຶ່ງຫມາຍຄວາມວ່າ ຖ້າທ່ານຕ້ອງການ, ທ່ານສາມາດ:

- ຕື່ມແບບຟອມທີ່ເປັນລາຍລັກສະນະອັກສອນເພື່ອມອບອໍານາດທາງກົດໝາຍໃຫ້ຜູ້ອື່ນຕັດສິນໃຈທາງການແພດແທນທ່ານ ຖ້າທ່ານບໍ່ສາມາດຕັດສິນໃຈດ້ວຍຕົນເອງໄດ້.
- **ໃຫ້ຄໍາແນະນຳເປັນລາຍລັກອັກສອນແກ່ແພດຂອງທ່ານ** ກ່ຽວກັບວິທີທີ່ທ່ານຕ້ອງການໃຫ້ພວກເຂົາຈັດການການເບິ່ງແຍງທາງການແພດຂອງທ່ານ ຖ້າຫາກທ່ານບໍ່ສາມາດຕັດສິນໃຈດ້ວຍຕົນເອງໄດ້.

ເອກະສານທາງກົດໝາຍທີ່ທ່ານສາມາດໃຊ້ເພື່ອໃຫ້ຄໍາແນະນຳລ່ວງໜ້າໃນສະຖານະການເຫຼົ່ານີ້ເອີ້ນວ່າ **ຄໍາແນະນຳລ່ວງໜ້າກ່ຽວກັບການຮັກສາ**. ເອກະສານຕ່າງໆ ເຊັ່ນ **ໃບມອບສິດ** ແລະ **ໃບມອບສິດການຕັດສິນໃຈທາງການແພດແທນ** ແມ່ນຕົວຢ່າງຂອງຄໍາແນະນຳລ່ວງໜ້າກ່ຽວກັບການຮັກສາ.

ວິທີຈັດຕັ້ງຫນັງສືພິນະຍັດລ່ວງໜ້າເພື່ອໃຫ້ຄໍາແນະນຳ:

- **ຮັບແບບຟອມ.** ທ່ານສາມາດຮັບແບບຟອມຄໍາສັ່ງລ່ວງໜ້າໄດ້ຈາກນັກກົດໝາຍ, ນັກສັງຄົມສັງເກດ, ຫຼື ຮ້ານຂາຍເຄື່ອງໃຊ້ສໍານັກງານບາງແຫ່ງ. ບາງຄັ້ງທ່ານສາມາດຮັບແບບຟອມຄໍາສັ່ງລ່ວງໜ້າໄດ້ຈາກອົງການທີ່ໃຫ້ຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບ Medicare ແກ່ປະຊາຊົນ.
- **ຕື່ມແບບຟອມ ແລະ ເຊັນ.** ບໍ່ວ່າທ່ານຮັບແບບຟອມນີ້ມາຈາກໃສ ກໍຖືວ່າເປັນເອກະສານທາງກົດໝາຍ. ຄວນພິຈາລະນາໃຫ້ທະນາຍຄວາມເປັນຜູ້ຈັດທໍາແບບຟອມໃຫ້.
- **ມອບສໍາເນາແບບຟອມໃຫ້ບຸກຄົນທີ່ມອບສິດໃຫ້.** ມອບສໍາເນາແບບຟອມໃຫ້ແພດຂອງທ່ານ ແລະບຸກຄົນທີ່ທ່ານລະບຸຊື່ໃນແບບຟອມເພື່ອໃຫ້ເປັນຜູ້ຕັດສິນໃຈແທນທ່ານຖ້າທ່ານບໍ່ສາມາດເຮັດໄດ້ ທ່ານອາດຈະຕ້ອງການມອບສໍາເນາໃຫ້ໝູ່ສະນິດ ຫຼືສະມາຊິກໃນຄອບຄົວດ້ວຍ. ເກັບສໍາເນາໄວ້ຢູ່ເຮືອນ.

ຖ້າທ່ານຮູ້ລ່ວງໜ້າວ່າກໍາລັງຈະເຂົ້າຮັບການຮັກສາໃນໂຮງໝໍ ແລະ ໄດ້ເຊັນເອກະສານຄໍາປະກັນລ່ວງໜ້າ ແລ້ວ **ໃຫ້ນໍາສໍາເນາຕິດຕົວໄປດ້ວຍທີ່ໂຮງໝໍ.**

- ໂຮງໝໍຈະຖາມວ່າທ່ານໄດ້ເຊັນແບບຟອມຄໍາສັ່ງລ່ວງໜ້າ ຫຼື ບໍ່ ແລະ ໄດ້ນໍາຕິດຕົວມາດ້ວຍ ຫຼື ບໍ່.
- ຖ້າທ່ານບໍ່ໄດ້ເຊັນແບບຟອມຄໍາສັ່ງລ່ວງໜ້າ ທາງໂຮງໝໍມີແບບຟອມໃຫ້ ແລະຈະຖາມວ່າທ່ານຕ້ອງການເຊັນ ຫຼື ບໍ່.

ບົດທີ 8 ສິດ ແລະ ໜ້າທີ່ຂອງບໍລິການຂອງທ່ານ

ການຕື່ມແບບຟອມຄໍາສັ່ງລ່ວງໜ້າແມ່ນເປັນທາງເລືອກຂອງທ່ານ (ລວມທັງວ່າທ່ານຕ້ອງການເຊັນ ຫຼື ບໍ່ ຖ້າທ່ານຢູ່ໃນໂຮງໝໍ). ຕາມກົດໝາຍແລ້ວ ບໍ່ມີໃຜສາມາດປະຕິເສດທ່ານ ຫຼື ເລືອກປະຕິບັດຕໍ່ທ່ານໄດ້ ບໍ່ວ່າທ່ານຈະເຊັນຫຼືບໍ່ເຊັນເອກະສານແສດງເຈດຕະນາລ່ວງໜ້າ.

ຖ້າບໍ່ປະຕິບັດຕາມຄໍາສັ່ງຂອງທ່ານ

ຖ້າທ່ານເຊັນຄໍາສັ່ງລ່ວງໜ້າ ແລະ ທ່ານເຊື່ອວ່າແພດ ຫຼື ໂຮງໝໍບໍ່ໄດ້ປະຕິບັດຕາມຄໍາແນະນໍາໃນນັ້ນ, ທ່ານສາມາດຍື່ນການຮ້ອງທຸກກັບຫ້ອງການບໍລິຫານຜູ້ສູງອາຍຸຂອງລັດ Hawaii.

ພາກທີ 1.6 ທ່ານມີສິດທີ່ຈະຮ້ອງທຸກ ແລະ ຂໍໃຫ້ພວກເຮົາພິຈາລະນາການຕັດສິນໃຈທີ່ເຮົາໄດ້ເຮັດໃໝ່

ຖ້າທ່ານມີບັນຫາ, ຄວາມກັງວົນ, ຫຼື ຕ້ອງການຮ້ອງທຸກ ແລະ ຂໍຄວາມຄຸ້ມຄອງ ຫຼື ຍື່ນອຸທອນ, ບົດທີ 9 ຂອງເອກະສານນີ້ຈະບອກທ່ານວ່າຕ້ອງເຮັດຢ່າງໃດ ບໍ່ວ່າທ່ານຈະເຮັດຫຍັງ — ຖາມເລື່ອງຜົນການພິຈາລະນາການຄຸ້ມຄອງ, ຍື່ນການຂໍອຸທອນ ຫຼື ການຮ້ອງທຸກ — **ພວກເຮົາຈໍາເປັນຕ້ອງປະຕິບັດຕໍ່ທ່ານຢ່າງຍຸດຕິທໍາ.**

ພາກທີ 1.7 ທ່ານມີສິດໃຫ້ຄໍາແນະນໍາກ່ຽວກັບນະໂຍບາຍສິດ ແລະ ຄວາມຮັບຜິດຊອບຂອງສະມາຊິກຂອງພວກເຮົາ

ຖ້າທ່ານມີຄໍາຖາມ ຫຼື ຄວາມກັງວົນໃດໆ ເກື່ອງສິດ ແລະ ຄວາມຮັບຜິດຊອບ ຫຼື ຖ້າທ່ານມີຄໍາແນະນໍາໃນການປັບປຸງນະໂຍບາຍສິດ ແລະ ຄວາມຮັບຜິດຊອບຂອງສະມາຊິກຂອງພວກເຮົາ ກະລຸນາແບ່ງປັນຄວາມຄິດເຫັນຂອງທ່ານໂດຍການຕິດຕໍ່ຝ່າຍການບໍລິຫານສະມາຊິກ.

ພາກທີ 1.8 ການປະເມີນເຕັກໂນໂລຢີໃໝ່ໆ

ເຕັກໂນໂລຢີໃໝ່ໆ ລວມທັງຂັ້ນຕອນ, ຢາ, ສິນຄ້າຊີວະພາບ ຫຼື ອຸປະກອນທີ່ຖືກພັດທະນາຂຶ້ນມາເມື່ອບໍ່ດົນມານີ້ ເພື່ອການຮັກສາໂຮກ ຫຼື ພາວະຈໍາເພາະ ຫຼື ເປັນການນໍາໃຊ້ຂັ້ນຕອນ, ຢາ, ສິນຄ້າຊີວະພາບ ແລະ ອຸປະກອນທີ່ມີຢູ່ແລ້ວໃນປັດຈຸບັນ. ແຜນຂອງພວກເຮົາເປັນໄປຕາມຂໍ້ກໍານົດຂອງ Medicare ແຫ່ງຊາດ ແລະ ການກໍານົດການຄຸ້ມຄອງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຂອງທ້ອງຖິ່ນ ເມື່ອສາມາດນໍາໃຊ້ໄດ້.

ໃນກໍລະນີທີ່ບໍ່ມີຂໍ້ການກໍານົດການຄຸ້ມຄອງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຂອງ Medicare, ແຜນຂອງພວກເຮົາຈະປະເມີນເຕັກໂນໂລຢີໃໝ່ ຫຼື ການນໍາໃຊ້ເຕັກໂນໂລຢີທີ່ມີຢູ່ແລ້ວເພື່ອການລວມເຂົ້າໃນແຜນຜົນປະໂຫຍດທີ່ສາມາດນໍາໃຊ້ໄດ້. ເພື່ອຮັບປະກັນວ່າສະມາຊິກສາມາດເຂົ້າເຖິງຜົນປະໂຫຍດທີ່ປອດໄພ ແລະ ມີປະສິດທິຜົນ, ໂດຍການປະເມີນຢ່າງລະອຽດກ່ຽວກັບວັດທະນະທໍາທາງການແພດທີ່ໄດ້ຈໍາໜ່າຍໃນປະຈຸບັນ, ຈາກບົດວິພາກວິຈານຂອງຜູ້ຊ່ຽວຊານ, ການສຶກສາແບບລະບົບ, ການທົດລອງແບບສຸ່ມ, ການສຶກສາແບບກຸ່ມ, ການສຶກສາການວິນິດໄສພະຍາດ, ການທົດສອບທາງສະຖິຕິທີ່ມີນໍາໃຊ້ສະແດງໃຫ້ເຫັນເຖິງຄວາມປອດໄພ ແລະ ປະສິດທິຜົນ, ແລະ ການທົບທວນແນວທາງຕາມຫຼັກຖານທີ່ພັດທະນາໂດຍອົງກອນລະດັບຊາດ ແລະ ຫນ່ວຍງານທີ່ໄດ້ຮັບການຍອມຮັບ. ແຜນຂອງພວກເຮົາຍັງພິຈາລະນາຄວາມຄິດເຫັນ, ຄໍາແນະນໍາ, ແລະ ການປະເມີນຈາກແພດຜູ້ປະຕິບັດຕົວຈິງ, ສະມາຄົມການແພດທີ່ໄດ້ຮັບການຍອມຮັບໃນລະດັບຊາດ ລວມທັງສະມາຄົມແພດສະເພາະດ້ານ, ຄະນະກຳມະການຮ່ວມກັນຄວາມເປັນເອກະພາບ ຫຼື ອົງກອນຄົ້ນຄວ້າ ຫຼື ການປະເມີນເຕັກໂນໂລຢີອື່ນໆ ທີ່ໄດ້ຮັບການຍອມຮັບໃນລະດັບຊາດ, ລາຍງານ ແລະ ສິ່ງພິມຂອງຫົວໜ່ວຍງານລັດຖະບານ (ເຊັ່ນ: Food and Drug Administration (FDA), ສູນຄວບຄຸມພະຍາດ (CDC) ແລະ ຫ້ອງການປະກັນສຸຂະພາບ

ບົດທີ 8 ສິດ ແລະ ໜ້າທີ່ຂອງບໍລິການຂອງທ່ານ

ແຫ່ງຊາດ (NIH)) ດ້ວຍ.

ພາກທີ 1.9 ຖ້າທ່ານເຊື່ອວ່າທ່ານໄດ້ຮັບການປະຕິບັດຢ່າງບໍ່ເປັນທໍາ, ຫຼື ສິດທິຂອງທ່ານບໍ່ໄດ້ຮັບການເຄົາລົບ

ຖ້າທ່ານເຊື່ອວ່າທ່ານໄດ້ຮັບການປະຕິບັດຢ່າງບໍ່ຍຸດຕິທໍາ ຫຼື ສິດຂອງທ່ານບໍ່ໄດ້ຮັບການເຄົາລົບເນື່ອງຈາກເຊື້ອຊາດ, ຄວາມພິການ, ສາດສະໜາ, ເພດ, ສຸຂະພາບ, ຊົນເຜົ່າ, ຄວາມເຊື່ອ (ຄວາມເຊື່ອຖື), ອາຍຸ, ຫຼືຖິ່ນກໍາເນີດ, ທ່ານສາມາດຕິດຕໍ່ກັບສາທາລະນະສຸກ ແລະ ບໍລິການມະນຸດ (Department of Health and Human Services) **ສໍານັກງານສິດທິພົນລະເມືອງ (Office for Civil Rights)** ທີ່ 1-800-368-1019 (ຜູ້ໃຊ້ TTY ໂທ 1-800-537-7697) ຫຼື ໂທຫາສໍານັກງານສິດທິພົນລະເມືອງ (Office for Civil Rights)ໃນທ້ອງຖິ່ນຂອງທ່ານ. ທ່ານມີສິດທີ່ຈະໄດ້ຮັບການປະຕິບັດດ້ວຍຄວາມເຄົາລົບ ແລະ ການຍອມຮັບໃນສັກສີຂອງທ່ານ.

ຖ້າທ່ານເຊື່ອວ່າທ່ານໄດ້ຮັບການປະຕິບັດຢ່າງບໍ່ຍຸດຕິທໍາ ຫຼື ສິດຂອງທ່ານບໍ່ໄດ້ຮັບການເຄົາລົບ ແລະມັນບໍ່ໄດ້ກ່ຽວຂ້ອງກັບ ການເລືອກປະຕິບັດ, ທ່ານສາມາດຂໍຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນການຈັດການກັບບັນຫາທີ່ທ່ານກໍາລັງເຈັດຈັງໄດ້ຈາກສະຖານທີ່ເຫຼົ່ານີ້:

- ໂທຫາການບໍລິການສະມາຊິກຂອງແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາທີ່ **1-888-846-4262** (ຜູ້ໃຊ້ TTY ໃຫ້ໂທຫາ **711**)
- ໂທຫາ **SHIP** ທ້ອງຖິ່ນຂອງທ່ານ ທີ່ 1-888-875-9229.
- ໂທຫາ **Medicare** ທີ່ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (ຜູ້ໃຊ້ TTY ໂທ 1-877-486-2048)

ພາກທີ 1.10 ວິທີການຮັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບສິດຂອງທ່ານ

ຮັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບສິດຂອງທ່ານໄດ້ຈາກສະຖານທີ່ເຫຼົ່ານີ້:

- ໂທຫາການບໍລິການສະມາຊິກທີ່ **1-888-846-4262** (ຜູ້ໃຊ້ TTY ໃຫ້ໂທຫາ **711**)
- ໂທຫາ **SHIP** ທ້ອງຖິ່ນຂອງທ່ານ ທີ່ 1-888-875-9229.
- ຕິດຕໍ່ **Medicare**
 - ເຂົ້າເບິ່ງທີ່ www.Medicare.gov ເພື່ອອ່ານສິ່ງພິມ ສິດ ແລະ ການປົກປ້ອງຂອງ Medicare (ເບິ່ງໄດ້ທີ່: www.Medicare.gov/publications/11534-medicare-rights-and-protections.pdf)
 - ໂທ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (ຜູ້ໃຊ້ TTY ໂທ 1-877-486-2048)

ພາກທີ 2 ຄວາມຮັບຜິດຊອບຂອງທ່ານໃນຖານະສະມາຊິກແຜນຂອງພວກເຮົາ

ສິ່ງທີ່ທ່ານຕ້ອງເຮັດໃນຖານະສະມາຊິກແຜນຂອງພວກເຮົາໄດ້ກໍານົດໄວ້ດ້ານລຸ່ມນີ້. ສໍາລັບຄໍາຖາມ, ໂທຫາການບໍລິການສະມາຊິກທີ່ 1-888-846-4262 (ຜູ້ໃຊ້ TTY ໃຫ້ໂທຫາ 711).

- **ຮູ້ຈັກບໍລິການທີ່ຢູ່ໃຕ້ການຄຸ້ມຄອງ ແລະ ກົດລະບຽບທີ່ທ່ານຕ້ອງປະຕິບັດຕາມເພື່ອໃຫ້ໄດ້ຮັບບໍລິການເຫຼົ່ານີ້.** ໃຊ້ ເອກະສານຢືນຢັນການຄຸ້ມຄອງນີ້ ເພື່ອສຶກສາວ່າມີບໍລິການໃດແດ່ທີ່ຄຸ້ມຄອງ ແລະ ກົດລະບຽບທີ່ຕ້ອງປະຕິບັດຕາມເພື່ອໃຫ້ໄດ້ຮັບບໍລິການທີ່ຢູ່ໃຕ້ການຄຸ້ມຄອງ.

ບົດທີ 8 ສິດ ແລະ ໜ້າທີ່ຂອງບໍລິການຂອງທ່ານ

- ບົດທີ 3 ແລະ 4 ໃຫ້ລາຍລະອຽດກ່ຽວກັບບໍລິການທາງການແພດ.
- ບົດທີ 5 ແລະ 6 ໃຫ້ລາຍລະອຽດກ່ຽວກັບການຄຸ້ມຄອງຢາໃນ ພາກ D.
- **ແຈ້ງໃຫ້ພວກເຮົາຮູ້ຖ້າທ່ານມີການຄຸ້ມຄອງສຸຂະພາບ ຫຼື ຢາອື່ນນອກເໜືອຈາກແຜນຂອງພວກເຮົາ.** ບົດທີ 1 ຈະບອກທ່ານກ່ຽວກັບການປະສານສົດຜົນປະໂຫຍດເຫຼົ່ານີ້.
- **ແຈ້ງໃຫ້ແພດ ແລະ ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດູແລສຸຂະພາບອື່ນໆຂອງທ່ານຮູ້ວ່າທ່ານໄດ້ລົງທະບຽນໃນແຜນຂອງພວກເຮົາແລ້ວ.** ສະແດງບັດສະມາຊິກແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາ ແລະ ບັດໂຄງການ Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) ຂອງທ່ານ ທຸກຄັ້ງທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບການເບິ່ງແຍງທາງການແພດ ຫຼື ຢາໃນພາກ D.
- **ຊ່ວຍໃຫ້ແພດ ແລະ ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການອື່ນໆຊ່ວຍທ່ານໄດ້ດ້ວຍການໃຫ້ຂໍ້ມູນ, ຖາມຄໍາຖາມ, ແລະ ປະຕິບັດຕາມແຜນການດູແລຂອງທ່ານ.**
 - ໃຫ້ບອກແພດ ແລະ ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການສຸຂະພາບອື່ນໆຂອງທ່ານກ່ຽວກັບບັນຫາສຸຂະພາບຂອງທ່ານເພື່ອຊ່ວຍໃຫ້ການດູແລດີທີ່ສຸດ. ປະຕິບັດຕາມແຜນການປິ່ນປົວ ແລະ ຄໍາແນະນຳທີ່ທ່ານ ແລະ ແພດຂອງທ່ານເຫັນດີຮ່ວມກັນ.
 - ກວດເບິ່ງໃຫ້ແນ່ໃຈວ່າແພດຂອງທ່ານຮູ້ຢາກັງໝົດທີ່ທ່ານກຳລັງຮັບປະທານ ລວມທັງຢາທີ່ຈຳໜ່າຍໜ້າເຄົາເຕີ, ວິຕາມິນ ແລະ ອາຫານເສີມ.
 - ຖ້າມີຄໍາຖາມ ກະລຸນາຖາມ ແລະ ຮັບຄໍາຕອບທີ່ທ່ານເຂົ້າໃຈ. ທ່ານມີໜ້າທີ່ຮັບຜິດຊອບໃນການເຂົ້າໃຈບັນຫາສຸຂະພາບຂອງທ່ານ ແລະ ຊ່ວຍກຳນົດເປົ້າໝາຍການປິ່ນປົວທີ່ທ່ານ ແລະ ແພດຂອງທ່ານເຫັນດີຮ່ວມກັນ.
- **ມີນ້ຳໃຈເອື້ອເພື່ອແຜ່.** ພວກເຮົາຄາດຫວັງໃຫ້ສະມາຊິກຂອງພວກເຮົາເຄົາລົບສິດຂອງຄົນເຈັບຄົນອື່ນໆ. ນອກຈາກນີ້, ພວກເຮົາຍັງຄາດຫວັງໃຫ້ທ່ານປະຕິບັດຕົວໃນລັກສະນະທີ່ຊ່ວຍໃຫ້ການເຮັດວຽກຂອງທ້ອງຖານແພດ, ໂຮງໝໍ, ແລະ ທ້ອງຖານອື່ນໆ ເປັນໄປຢ່າງສະດວກ.
- **ຈ່າຍໃນສິ່ງທີ່ທ່ານເປັນໜີ້.** ໃນຖານະສະມາຊິກແຜນ ທ່ານຕ້ອງຮັບຜິດຊອບໃນການຈ່າຍເງິນເຫຼົ່ານີ້::
 - ທ່ານຕ້ອງສືບຕໍ່ຈ່າຍຄ່າທຳນຽມ Medicare ຂອງທ່ານເພື່ອຮັກສາສະຖານະພາບການເປັນສະມາຊິກແຜນຂອງພວກເຮົາ.
- **ຖ້າທ່ານຍ້າຍທີ່ຢູ່ ພາຍໃນ ຂອບເຂດບໍລິການຂອງແຜນປະກັນພວກເຮົາ, ພວກເຮົາຈຳເປັນຕ້ອງຮັບຊາບ** ເພື່ອພວກເຮົາຈະສາມາດປັບປຸງການບັນທຶກສະມາຊິກຂອງທ່ານໃຫ້ເປັນປັດຈຸບັນ ແລະ ຮູ້ວິທີຕິດຕໍ່ຫາທ່ານ.
- **ຖ້າທ່ານຍ້າຍທີ່ຢູ່ ນອກ ຂອບເຂດບໍລິການຂອງແຜນຂອງພວກເຮົາ, ທ່ານຈະບໍ່ສາມາດເປັນສະມາຊິກຂອງແຜນຂອງພວກເຮົາໄດ້.**
- **ຖ້າທ່ານປ່ຽນທີ່ຢູ່, ກະລຸນາແຈ້ງໃຫ້ ປະກັນສັງຄົມ (ຫຼື ໜ່ວຍງານບໍລິຫານຈັດການເບ້ຍລ້ຽງສໍາລັບພະນັກງານລົດໄຟລັດ).**

ບົດທີ 9:

ຖ້າທ່ານມີບັນຫາ ຫຼື ການຮ້ອງທຸກ (ການພິຈາລະນາ ການຄຸ້ມຄອງ, ການຮ້ອງທຸກ, ການຂໍອຸທອນ)

ພາກທີ 1 ສິ່ງທີ່ຕ້ອງເຮັດຖ້າມີບັນຫາຫຼືຄວາມກັງວົນ

ບົດນີ້ຈະອະທິບາຍຂັ້ນຕອນສໍາລັບການຈັດການບັນຫາ ແລະ ຄວາມກັງວົນ. ຂະບວນການທີ່ທ່ານໃຊ້ເພື່ອຈັດການບັນຫາຂອງທ່ານ ແມ່ນຂຶ້ນກັບປະເພດຂອງບັນຫາທີ່ທ່ານກໍາລັງປະເຊີນຢູ່:

- ສໍາລັບບາງບັນຫາ, ທ່ານຈໍາເປັນຕ້ອງໃຊ້ **ຂະບວນການສໍາລັບການຕັດສິນໃຈກ່ຽວກັບຜົນການພິຈາລະນາການຄຸ້ມຄອງ ແລະ ການຂໍອຸທອນ.**
- ສໍາລັບບັນຫາອື່ນໆ, ທ່ານຕ້ອງໃຊ້ **ຂະບວນການການຮ້ອງທຸກ** (ເອີ້ນອີກຢ່າງວ່າ ໃບຮ້ອງທຸກ).

ແຕ່ລະຂະບວນການມີກຸ່ມກົດລະບຽບ, ຂັ້ນຕອນ, ແລະ ຂະບວນການທີ່ຕ້ອງປະຕິບັດຕາມໂດຍພວກເຮົາ ແລະ ໂດຍທ່ານ.

ພາກທີ 3 ຈະຊ່ວຍໃຫ້ທ່ານກຳນົດຂະບວນການທີ່ຖືກຕ້ອງທີ່ຈະນໍາໃຊ້ ແລະ ສິ່ງທີ່ທ່ານຄວນເຮັດ.

ພາກທີ 1.1 ຄໍາສັບທາງກົດໝາຍ

ມີຄໍາສັບທາງກົດໝາຍສໍາລັບກົດລະບຽບ, ຂັ້ນຕອນ, ແລະ ປະເພດຂອງກຳນົດເວລາບາງສ່ວນທີ່ອະທິບາຍໄວ້ໃນບົດນີ້. ຄໍາສັບເຫຼົ່ານີ້ຫຼາຍຄຳບໍ່ຄຸ້ນເຄີຍສໍາລັບຄົນສ່ວນໃຫຍ່. ເພື່ອໃຫ້ເຂົ້າໃຈງ່າຍຂຶ້ນ, ບົດນີ້ຈຶ່ງໃຊ້ຄໍາທີ່ຄຸ້ນເຄີຍຫຼາຍຂຶ້ນແທນຄໍາສັບທາງກົດໝາຍບາງຄໍາ.

ເຖິງຢ່າງໃດກໍຕາມ, ບາງຄັ້ງກໍເປັນສິ່ງສໍາຄັນທີ່ຕ້ອງຮູ້ຄໍາສັບທາງກົດໝາຍທີ່ຖືກຕ້ອງ. ເພື່ອຊ່ວຍໃຫ້ທ່ານຮູ້ວ່າຄວນໃຊ້ຄໍາສັບໃດ ເພື່ອຮັບຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອຫຼືຂໍ້ມູນທີ່ຖືກຕ້ອງ, ພວກເຮົາຈຶ່ງໃສ່ຄໍາສັບທາງກົດໝາຍເຫຼົ່ານີ້ເມື່ອໃຫ້ລາຍລະອຽດສໍາລັບການຈັດການສະຖານະການເຈາະຈົງ.

ພາກທີ 2 ຈະຫາຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມ ແລະ ຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອສ່ວນຕົວໄດ້ທີ່ໃດ

ພວກເຮົາພ້ອມໃຫ້ຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອທ່ານສະເໝີ. ເຖິງແມ່ນວ່າທ່ານຈະມີການຮ້ອງທຸກກ່ຽວກັບການປະຕິບັດຕໍ່ທ່ານຂອງພວກເຮົາ, ພວກເຮົາກໍມີພັນທະທີ່ຈະໃຫ້ກຽດສິດຂອງທ່ານໃນການຮ້ອງທຸກ. ທ່ານຄວນໂທຫາການບໍລິການສະມາຊິກທີ່ 1-888-846-4262 (ຜູ້ໃຊ້ TTY ໃຫ້ໂທຫາ 711) ສໍາລັບຂໍ້ຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອ. ໃນບາງສະຖານະການ, ທ່ານອາດຈະຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອຫຼືຄໍາແນະນໍາຈາກບຸກຄົນທີ່ບໍ່ມີສ່ວນກ່ຽວຂ້ອງກັບພວກເຮົາ. ອົງການສອງແຫ່ງທີ່ສາມາດໃຫ້ຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໄດ້ຄື:

ບົດທີ 9 ຕ້ອງເຮັດຫຍັງຖ້າທ່ານມີບັນຫາ ຫຼື ຕ້ອງການຮ້ອງທຸກ (ຂໍຜົນການພິຈາລະນາການຄຸ້ມຄອງ, ການຂໍອຸທອນ, ການຮ້ອງທຸກ)**ໂຄງການເຊື່ອເຫຼືອການປະກັນສຸຂະພາບຂອງລັດ (SHIP)**

ແຕ່ລະລັດມີໂປຣແກຣມຂອງລັດຖະບານທີ່ມີທີ່ປຶກສາທີ່ໄດ້ຮັບການຝຶກອົບຮົມ. ໂຄງການ ບໍ່ໄດ້ຂຶ້ນກັບພວກເຮົາ ຫຼື ບໍລິສັດປະກັນໄພ ຫຼື ແຜນປະກັນສຸຂະພາບໃດໆ. ທີ່ປຶກສາໃນໂປຣແກຣມນີ້ສາມາດຊ່ວຍທ່ານໃຫ້ເຂົ້າໃຈວ່າທ່ານຄວນໃຊ້ຂະບວນການໃດໃນການຈັດການບັນຫາທີ່ທ່ານກໍາລັງພົບຢູ່. ພວກເຂົາຍັງສາມາດຕອບຄໍາຖາມ, ໃຫ້ຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມ, ແລະ ໃຫ້ຄໍາແນະນຳກ່ຽວກັບສິ່ງທີ່ຄວນເຮັດ.

ບໍລິການຂອງທີ່ປຶກສາ SHIP ນັ້ນບໍ່ເສັຽຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ. ຂໍ້ມູນການຕິດຕໍ່ SHIP ມີຢູ່ໃນບົດທີ 2 ພາກທີ 3.

Medicare

ທ່ານສາມາດຕິດຕໍ່ Medicare ເພື່ອຂໍຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໄດ້ດັ່ງນີ້:

- ໂທຫາ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) ໄດ້ທຸກເວລາ, 24 ຊົ່ວໂມງຕໍ່ມື້, 7 ມື້ຕໍ່ອາທິດ. ຜູ້ໃຊ້ TTY ໂທຫາ 1-877-486-2048.
- ໄປທີ່ www.Medicare.gov.

ທ່ານສາມາດຂໍຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ຂໍ້ມູນຈາກ Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid)

ສໍາລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມ ແລະ ການຊ່ວຍເຫຼືອໃນການຈັດການບັນຫາ, ທ່ານຍັງສາມາດຕິດຕໍ່ຫາ Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) ໄດ້. ນີ້ແມ່ນສອງວິທີໃນການຮັບຂໍ້ມູນໂດຍກົງຈາກ Medicaid:

- ທ່ານສາມາດໂທຫາ Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) ທີ່ 1-800-316-8005. ຜູ້ໃຊ້ TTY ຄວນໂທຫາ 711, ເວລາແມ່ນ 7:45 ໂມງເຊົ້າ - 4:30 ໂມງແລງ HT, ວັນຈັນ - ວັນສຸກ.
- ທ່ານສາມາດເຂົ້າເບິ່ງເວັບໄຊຂອງ Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) (<https://medquest.hawaii.gov/en.html>).

ພາກທີ3 ຄວາມເຂົ້າໃຈກ່ຽວກັບການຮ້ອງທຸກ ແລະ ການຂໍອຸທອນຂອງ Medicare ແລະ Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid)

ທ່ານມີ Medicare ແລະ ໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອຈາກ Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid). ຂໍ້ມູນໃນບົດນີ້ ແມ່ນນຳໃຊ້ກັບຜົນປະໂຫຍດ **ທັງໝົດ** ຂອງທ່ານຈາກ Medicare ແລະ Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid). ສິ່ງນີ້ເອີ້ນວ່າຂະບວນການແບບປະສົມປະສານ ເພາະມັນລວມເອົາ, ຫຼື ປະສົມປະສານ, ຂະບວນການຂອງ Medicare ແລະ Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) ເຂົ້າກັນ.

ບາງຄັ້ງຂະບວນການຂອງ Medicare ແລະ Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) ກໍບໍ່ໄດ້ຖືກລວມເຂົ້າກັນ. ໃນສະຖານະການເຫຼົ່ານັ້ນ, ໃຫ້ໃຊ້ຂະບວນການຂອງ Medicare ສໍາລັບຜົນປະໂຫຍດທີ່ຄຸ້ມຄອງໂດຍ Medicare ແລະ ໃຊ້ຂະບວນການຂອງ Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) ສໍາລັບຜົນປະໂຫຍດທີ່ຄຸ້ມຄອງໂດຍ Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid). ສະຖານະການເຫຼົ່ານີ້ໄດ້ຖືກອະທິບາຍໄວ້ໃນ **ພາກທີ 6.4**.

ພາກທີ 4 ຂະບວນການໃດທີ່ຄວນໃຊ້ສໍາລັບບັນຫາຂອງທ່ານ

ຖ້າທ່ານມີບັນຫາ ຫຼື ຂໍຂ້ອງໃຈ, ໃຫ້ອ່ານພາກສ່ວນຕ່າງໆຂອງບົດນີ້ທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບສະຖານະການຂອງທ່ານ. ຂໍ້ມູນຂ້າງລຸ່ມນີ້ຈະຊ່ວຍໃຫ້ທ່ານຊອກຫາພາກສ່ວນທີ່ຖືກຕ້ອງຂອງບົດນີ້ ສໍາລັບບັນຫາ ຫຼື ຄໍາຮ້ອງທຸກກ່ຽວກັບ **ຜົນປະໂຫຍດທີ່ຄຸ້ມຄອງໂດຍ Medicare ຫຼື Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid).**

ບັນຫາ ຫຼື ຄວາມກັງວົນຂອງທ່ານກ່ຽວກັບສິດຜົນປະໂຫຍດ ຫຼື ການຄຸ້ມຄອງຂອງທ່ານ ຫຼື ບໍ່?

ສິ່ງນີ້ລວມມີບັນຫາກ່ຽວກັບວ່າການເບິ່ງແຍງທາງການແພດ (ລາຍການທາງການແພດ, ການບໍລິການ ແລະ/ຫຼື ຢາໃນພາກ B) ຖືກຄຸ້ມຄອງ ຫຼື ບໍ່, ວິທີການທີ່ພວກມັນຖືກຄຸ້ມຄອງ, ແລະ ບັນຫາທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບການຈ່າຍເງິນຄ່າເບິ່ງແຍງທາງການແພດ.

ແມ່ນແລ້ວ.

ໄປທີ່ **ພາກທີ 5**, ຄູ່ມືກ່ຽວກັບຜົນການພິຈາລະນາການຄຸ້ມຄອງ ແລະ ການຂໍອຸທອນ.

ບໍ່ແມ່ນ.

ໄປທີ່ **ພາກທີ 11**, ວິທີການຍື່ນການຮ້ອງທຸກກ່ຽວກັບຄຸນນະພາບການເບິ່ງແຍງ, ເວລາລໍຖ້າ, ການບໍລິການລູກຄ້າ, ຫຼື ຂໍຂ້ອງໃຈອື່ນໆ.

ຜົນການພິຈາລະນາການຄຸ້ມຄອງ ແລະ ການຂໍອຸທອນ

ພາກທີ 5 ຄູ່ມືສໍາລັບການຕັດສິນໃຈກ່ຽວກັບຜົນການພິຈາລະນາການຄຸ້ມຄອງ ແລະ ການຂໍອຸທອນ

ຜົນການພິຈາລະນາການຄຸ້ມຄອງ ແລະ ການຂໍອຸທອນ ຈັດການກັບບັນຫາທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບສິດຜົນປະໂຫຍດ ແລະ ການຄຸ້ມຄອງຂອງທ່ານສໍາລັບການດູແລທາງການແພດ (ບໍລິການ, ລາຍການ, ແລະ ຢາຕາມໃບສັງແພດ ພາກ B, ລວມທັງການຈ່າຍເງິນ). ເພື່ອໃຫ້ເຂົ້າໃຈງ່າຍ, ພວກເຮົາມັກເອີ້ນລາຍການທາງການແພດ, ບໍລິການ, ແລະ ຢາ Medicare Part B ວ່າເປັນ **medical care**. ທ່ານໃຊ້ຂະບວນການຜົນການພິຈາລະນາການຄຸ້ມຄອງ ແລະ ການຂໍອຸທອນ ສໍາລັບບັນຫາຕ່າງໆ ເຊັ່ນ: ສິ່ງໃດສິ່ງໜຶ່ງໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ ຫຼື ບໍ່ ແລະ ວິທີການຄຸ້ມຄອງ.

ການຂໍຜົນການພິຈາລະນາການຄຸ້ມຄອງ ກ່ອນທີ່ທ່ານຈະໄດ້ຮັບບໍລິການ

ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຮູ້ວ່າພວກເຮົາຈະຄຸ້ມຄອງການດູແລທາງການແພດຫຼືບໍ່ ກ່ອນທີ່ທ່ານຈະໄດ້ຮັບບໍລິການ, ທ່ານສາມາດຂໍຜົນການພິຈາລະນາການຄຸ້ມຄອງໃຫ້ທ່ານ. ຜົນການພິຈາລະນາການຄຸ້ມຄອງ ແມ່ນການຕັດສິນໃຈທີ່ພວກເຮົາສ້າງຂຶ້ນກ່ຽວກັບ ສິດຜົນປະໂຫຍດ ແລະ ການຄຸ້ມຄອງຂອງທ່ານ ຫຼື ຈຳນວນເງິນທີ່ພວກເຮົາຈະຈ່າຍສໍາລັບການດູແລທາງການແພດຂອງທ່ານ. ຕົວຢ່າງ: ຖ້າແພດໃນແຜນຂອງພວກເຮົາສົ່ງຕໍ່ທ່ານໄປຫາຜູ້ຊ່ຽວຊານທາງການແພດທີ່ບໍ່ຢູ່ໃນເຄືອຂ່າຍ, ການອ້າງອີງນີ້ຈະຖືວ່າເປັນການຕັດສິນໃຈກ່ຽວກັບ ຜົນການພິຈາລະນາການຄຸ້ມຄອງທີ່ເໝາະສົມ, ນອກຈາກນີ້ທ່ານ ຫຼື ແພດໃນເຄືອຂ່າຍຂອງທ່ານສະແດງໃຫ້

ບົດທີ 9 ຕ້ອງເຮັດຫຍັງຖ້າທ່ານມີບັນຫາ ຫຼື ຕ້ອງການຮ້ອງທຸກ (ຂໍຜົນການພິຈາລະນາການຄຸ້ມຄອງ, ການຂໍອຸທອນ, ການຮ້ອງທຸກ)

ເຫັນວ່າທ່ານໄດ້ຮັບແຈ້ງການມາດຕະຖານກ່ຽວກັບການປະຕິເສດການດູແລທາງການແພດນັ້ນ ຫຼື ເອກະສານຢືນຢັນການຄຸ້ມຄອງ ລະບຸຢ່າງຊັດເຈນວ່າບໍລິການທີ່ສົ່ງຕໍ່ນັ້ນບໍ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງພາຍໃຕ້ເງື່ອນໄຂໃດໆ. ທ່ານ ຫຼື ແພດຂອງທ່ານຍັງສາມາດຕິດຕໍ່ພວກເຮົາ ແລະ ຂໍການຜົນການພິຈາລະນາການຄຸ້ມຄອງໄດ້ ຖ້າແພດຂອງທ່ານບໍ່ແນ່ໃຈວ່າພວກເຮົາຈະຄຸ້ມຄອງການດູແລທາງການແພດນັ້ນຫຼືບໍ່ ຫຼື ປະຕິເສດທີ່ຈະໃຫ້ການດູແລທາງການແພດທີ່ທ່ານຄິດວ່າທ່ານຕ້ອງການ.

ໃນສະຖານະການທີ່ຈຳກັດ, ການຂໍຜົນການພິຈາລະນາການຄຸ້ມຄອງຈະຖືກຍົກເລີກ, ເຊິ່ງຫມາຍຄວາມວ່າພວກເຮົາຈະບໍ່ກວດສອບຄໍາຂໍນັ້ນ. ຕົວຢ່າງຂອງການຍົກເລີກຄໍາຂໍລວມມີຖ້າຄໍາຂໍບໍ່ສົມບູນ, ຖ້າມີຄົນຍື່ນຄໍາຂໍໃນນາມຂອງທ່ານແຕ່ບໍ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດຕາມກົດໝາຍໃຫ້ເຮັດແບບນັ້ນ ຫຼື ຖ້າທ່ານຂໍໃຫ້ຖອນຄໍາຂໍຂອງທ່ານ. ຖ້າພວກເຮົາຍົກເລີກຄໍາຂໍການຕັດສິນໃຈກ່ຽວກັບຜົນການພິຈາລະນາການຄຸ້ມຄອງ, ພວກເຮົາຈະສົ່ງເອກະສານແຈ້ງເຕືອນທີ່ອະທິບາຍວ່າເປັນຫຍັງຄໍາຂໍຈຶ່ງຖືກຍົກເລີກ ແລະ ວິທີທີ່ທ່ານທວນການຍົກເລີກ.

ພວກເຮົາຈະດໍາເນີນການທົບທວນຜົນການພິຈາລະນາການຄຸ້ມຄອງເມື່ອພວກເຮົາຕັດສິນໃຈວ່າອັນໃດທີ່ຄຸ້ມຄອງສໍາລັບທ່ານ ແລະ ພວກເຮົາຈະຈ່າຍເທົ່າໃດ. ໃນບາງກໍລະນີ, ພວກເຮົາອາດຈະຕັດສິນໃຈວ່າການດູແລທາງການແພດບໍ່ໄດ້ຖືກຄຸ້ມຄອງອີກຕໍ່ໄປສໍາລັບທ່ານ. ຖ້າທ່ານບໍ່ເຫັນດີກັບຜົນການພິຈາລະນາການຄຸ້ມຄອງນີ້, ທ່ານສາມາດຍື່ນການຂໍອຸທອນໄດ້.

ການຍື່ນການຂໍອຸທອນ

ຖ້າພວກເຮົາດໍາເນີນຜົນການພິຈາລະນາການຄຸ້ມຄອງ, ບໍ່ວ່າຈະເປັນກ່ອນ ຫຼື ຫຼັງຈາກທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບສິດປະໂຫຍດ, ແລະ ທ່ານບໍ່ພໍໃຈ, ທ່ານສາມາດ **ການຂໍອຸທອນ**ການຕັດສິນໃຈນັ້ນໄດ້. ການຍື່ນການຂໍອຸທອນແມ່ນວິທີການຢ່າງເປັນທາງການໃນການຂໍໃຫ້ພວກເຮົາທົບທວນ ແລະ ປ່ຽນແປງຜົນການພິຈາລະນາການຄຸ້ມຄອງທີ່ພວກເຮົາໄດ້ດໍາເນີນໄປ. ພາຍໃຕ້ສະຖານະການບາງຢ່າງ, ທ່ານສາມາດຂໍໃຫ້ມີ **ການຂໍອຸທອນດ່ວນ** ຂອງຜົນການພິຈາລະນາການຄຸ້ມຄອງໄດ້. ການຍື່ນການຂໍອຸທອນຂອງທ່ານຈະໄດ້ຮັບການຈັດການໂດຍຜູ້ທົບທວນທີ່ແຕກຕ່າງຈາກຜູ້ທີ່ໄດ້ດໍາເນີນການຕັດສິນໃຈໃນຕອນທໍາອິດ.

ເມື່ອທ່ານຍື່ນອຸທອນການຕັດສິນໃຈເປັນຄັ້ງທໍາອິດ, ນີ້ເອີ້ນວ່າການຂໍອຸທອນລະດັບທີ 1. ໃນການຂໍອຸທອນນີ້, ພວກເຮົາຈະທົບທວນຜົນການພິຈາລະນາການຄຸ້ມຄອງທີ່ພວກເຮົາໄດ້ດໍາເນີນໄປເພື່ອກວດສອບວ່າພວກເຮົາໄດ້ປະຕິບັດຕາມກົດໝາຍຢ່າງຖືກຕ້ອງ ຫຼື ບໍ່. ເມື່ອພວກເຮົາດໍາເນີນການກວດສອບສໍາເລັດແລ້ວ, ພວກເຮົາຈະແຈ້ງຜົນການຕັດສິນໃຈຂອງພວກເຮົາໃຫ້ທ່ານຊາບ.

ໃນບາງກໍລະນີ, ຄໍາຮ້ອງຂໍອຸທອນລະດັບ 1 ອາດຈະຖືກຍົກເລີກ ໝາຍຄວາມວ່າພວກເຮົາຈະບໍ່ດໍາເນີນການກວດສອບຄໍາຮ້ອງຂໍນັ້ນ. ຕົວຢ່າງການຍົກເລີກຄໍາຮ້ອງຂໍລວມມີ: ຄໍາຮ້ອງຂໍບໍ່ສົມບູນ ມີຜູ້ຍື່ນຄໍາຮ້ອງໃນນາມທ່ານແຕ່ບໍ່ມີອໍານາດຕາມກົດໝາຍ ຫຼື ທ່ານຂໍຖອນຄໍາຮ້ອງຂໍ. ຖ້າພວກເຮົາຍົກເລີກຄໍາຮ້ອງອຸທອນລະດັບ 1 ພວກເຮົາຈະສົ່ງເອກະສານແຈ້ງເຕືອນທີ່ອະທິບາຍເຫດຜົນ ແລະ ວິທີຂໍທົບທວນການຍົກເລີກ.

ຖ້າພວກເຮົາບໍ່ຍອມຮັບການຂໍອຸທອນລະດັບ 1 ຂອງທ່ານທັງໝົດຫຼືບາງສ່ວນສໍາລັບການຮັກສາພະຍາດ ຄໍາອຸທອນຈະຖືກສົ່ງຕໍ່ໄປຍັງລະດັບ 2 ໂດຍອັດຕະໂນມັດ ຂະບວນການນີ້ຈະດໍາເນີນໂດຍອົງການທົບທວນອິດສະຫຼະທີ່ບໍ່ມີການເຊື່ອມໂຍງກັບພວກເຮົາ.

- ທ່ານບໍ່ຈຳເປັນຕ້ອງດໍາເນີນການໃດໆເພື່ອເລີ່ມການຂໍອຸທອນລະດັບ 2. ກົດລະບຽບ Medicare ກຳນົດໃຫ້ພວກເຮົາຕ້ອງສົ່ງຄໍາອຸທອນດ້ານການຮັກສາພະຍາດໄປຍັງລະດັບ 2 ໂດຍອັດຕະໂນມັດ ໃນກໍລະນີທີ່ພວກເຮົາບໍ່ເຫັນດີກັບຄໍາອຸທອນລະດັບ 1 ຢ່າງເຕັມຮູບ.

ບົດທີ 9 ຕ້ອງເຮັດຫຍັງຖ້າທ່ານມີບັນຫາ ຫຼື ຕ້ອງການຮ້ອງທຸກ (ຂໍຜົນການພິຈາລະນາການຄຸ້ມຄອງ, ການຂໍອຸທອນ, ການຮ້ອງທຸກ)

- ໄປທີ່ **ພາກທີ 6.4** ຂອງບົດນີ້ສໍາລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບການຂໍອຸທອນລະດັບທີ 2 ສໍາລັບການເບິ່ງແຍງທາງການແພດ.
- ການຂໍອຸທອນກ່ຽວກັບພາກ D ແມ່ນໄດ້ສົນທະນາກັນໃນພາກທີ 7 ຂອງບົດນີ້.

ຖ້າທ່ານບໍ່ພໍໃຈກັບການຕັດສິນໃຈໃນລະດັບ 2 ທ່ານອາດຈະສາມາດດໍາເນີນການຕໍ່ໄປຍັງລະດັບອຸທອນທີ່ສູງຂຶ້ນໄດ້ (ລະດັບ 3, 4 ແລະ 5 ຈະໄດ້ຮັບການອະທິບາຍໃນບົດນີ້).

ພາກທີ 5.1 ສໍາລັບການຊ່ວຍເຫຼືອໃນຜົນການພິຈາລະນາການຄຸ້ມຄອງ ຫຼື ການຂໍອຸທອນ

ຖ້າທ່ານຕັດສິນໃຈຈະຂໍຜົນການພິຈາລະນາການຄຸ້ມຄອງ ຫຼື ການຂໍອຸທອນການຕັດສິນໃຈ ທ່ານສາມາດເຂົ້າເຖິງແຫຼ່ງຂໍ້ມູນດັ່ງຕໍ່ໄປນີ້:

- **ໂທຫາການບໍລິການສະມາຊິກທີ 1-888-846-4262** (ຜູ້ໃຊ້ TTY ໃຫ້ໂທຫາ 711)
- **ຮັບຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອຟຣີ** ຈາກໂຄງການເຊື່ອເຫຼືອການປະກັນສຸຂະພາບຂອງລັດຂອງທ່ານ
- **ແພດ ຫຼື ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບອື່ນໆຂອງທ່ານສາມາດຍື່ນຄໍາຮ້ອງຂໍແທນທ່ານໄດ້.** ຖ້າແພດຂອງທ່ານຊ່ວຍໃນການຂໍອຸທອນຫຼັງຈາກລະດັບ 2 ພວກເຂົາຈະຕ້ອງໄດ້ຮັບການແຕ່ງຕັ້ງໃຫ້ເປັນຕົວແທນຂອງທ່ານ. ໂທຫາການບໍລິການສະມາຊິກທີ 1-888-846-4262 (ຜູ້ໃຊ້ TTY ໃຫ້ໂທຫາ 711) ແລະ ຂໍເອກະສານ *ການແຕ່ງຕັ້ງຜູ້ຕາງໜ້າ*. (ແບບຟອມດັ່ງກ່າວຍັງມີໃຫ້ທີ່ www.CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf ຫຼື ຢູ່ເວັບໄຊຂອງພວກເຮົາທີ່ go.wellcare.com/OhanaHI.)
 - ສໍາລັບການເບິ່ງແຍງທາງການແພດ, ແພດ ຫຼື ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບອື່ນໆຂອງທ່ານສາມາດຮ້ອງຂໍການຕັດສິນໃຈຜົນການພິຈາລະນາການຄຸ້ມຄອງ ຫຼື ການຂໍອຸທອນລະດັບທີ 1 ໃນນາມຂອງທ່ານໄດ້. ຖ້າການຂໍອຸທອນຂອງທ່ານຖືກປະຕິເສດໃນລະດັບທີ 1, ມັນຈະຖືກສົ່ງຕໍ່ໄປຍັງລະດັບທີ 2 ໂດຍອັດຕະໂນມັດ.
 - ຖ້າແພດ ຫຼື ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບອື່ນໆຂອງທ່ານຮ້ອງຂໍໃຫ້ການບໍລິການ ຫຼື ລາຍການທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບຢູ່ແລ້ວນັ້ນດໍາເນີນຕໍ່ໄປໃນລະຫວ່າງການຂໍອຸທອນຂອງທ່ານ, ທ່ານ **ອາດຈະ** ຕ້ອງແຕ່ງຕັ້ງແພດ ຫຼື ຜູ້ອອກໃບສັງຢາອື່ນໆຂອງທ່ານໃຫ້ເປັນຜູ້ຕາງໜ້າເພື່ອດໍາເນີນການແທນທ່ານ.
 - ສໍາລັບຢາ ພາກ D ແພດຂອງທ່ານຫຼື ຜູ້ອອກໃບສັງຢາຄົນອື່ນສາມາດຂໍຜົນການພິຈາລະນາການຄຸ້ມຄອງ ຫຼື ການຂໍອຸທອນລະດັບ 1 ໃນນາມຂອງທ່ານໄດ້. ຖ້າການຂໍອຸທອນລະດັບທີ 1 ຂອງທ່ານຖືກປະຕິເສດ ແພດ ຫຼື ຜູ້ອອກໃບສັງຢາ ຂອງທ່ານສາມາດຂໍການຂໍອຸທອນລະດັບ 2 ໄດ້.
- **ທ່ານສາມາດຂໍໃຫ້ໃຜຜູ້ໜຶ່ງດໍາເນີນການແທນທ່ານໄດ້.** ທ່ານສາມາດລະບຸຊື່ບຸກຄົນອື່ນເພື່ອເຮັດໜ້າທີ່ເປັນຕົວແທນຂອງທ່ານເພື່ອຂໍຜົນການພິຈາລະນາການຄຸ້ມຄອງ ຫຼື ຂໍອຸທອນໄດ້.

ຖ້າທ່ານຕ້ອງການໃຫ້ໝູ່ເພື່ອນ, ຍາດພີ່ນ້ອງ, ຫຼື ບຸກຄົນອື່ນເປັນຜູ້ຕາງໜ້າຂອງທ່ານ, ໃຫ້ໂທຫາການບໍລິການສະມາຊິກທີ 1-888-846-4262 (ຜູ້ໃຊ້ TTY ໃຫ້ໂທຫາ 711) ແລະ ຂໍເອກະສານ *ການແຕ່ງຕັ້ງຜູ້ຕາງໜ້າ*. (ແບບຟອມດັ່ງກ່າວຍັງມີໃຫ້ທີ່

ບົດທີ 9 ຕ້ອງເຮັດຫຍັງຖ້າທ່ານມີບັນຫາ ຫຼື ຕ້ອງການຮ້ອງທຸກ (ຂໍຜົນການພິຈາລະນາການຄຸ້ມຄອງ, ການຂໍອຸທອນ, ການຮ້ອງທຸກ)

www.CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf ຫຼື ຢູ່ເວັບໄຊຂອງພວກເຮົາທີ່ go.wellcare.com/OhanaHI.) ແບບຟອມນີ້ໃຫ້ສິດແກ່ບຸກຄົນນັ້ນໃນການດໍາເນີນການແທນທ່ານ. ມັນຕ້ອງໄດ້ຮັບການເຊັນໂດຍທ່ານ ແລະ ບຸກຄົນທີ່ທ່ານຕ້ອງການໃຫ້ດໍາເນີນການແທນທ່ານ. ທ່ານຕ້ອງສົ່ງສໍາເນົາແບບຟອມທີ່ລົງຊື່ແລ້ວໃຫ້ພວກເຮົາ.

ພວກເຮົາສາມາດຮັບຄໍາຮ້ອງຂໍອຸທອນຈາກຜູ້ຕາງໜ້າໂດຍບໍ່ຕ້ອງມີແບບຟອມ, ແຕ່ພວກເຮົາບໍ່ສາມາດເລີ່ມຕົ້ນ ຫຼື ສໍາເລັດການກວດສອບຂອງພວກເຮົາໄດ້ຈົນກວ່າພວກເຮົາຈະໄດ້ຮັບມັນ. ຖ້າພວກເຮົາບໍ່ໄດ້ຮັບແບບຟອມກ່ອນເຖິງກໍານົດເວລາໃນການຕັດສິນໃຈກ່ຽວກັບການຂໍອຸທອນຂອງທ່ານ ຄໍາຂໍອຸທອນຂອງທ່ານຈະຖືກຍົກເລີກ. ຖ້າເກີດເຫດການນີ້ຂຶ້ນ ພວກເຮົາຈະສົ່ງເອກະສານແຈ້ງເປັນລາຍລັກອັກສອນທີ່ອະທິບາຍສິດທິຂອງທ່ານໃນການຂໍໃຫ້ອົງການກວດສອບອິດສະຫຼະທົບທວນການຕັດສິນໃຈຂອງພວກເຮົາທີ່ຈະຍົກເລີກການຂໍອຸທອນຂອງທ່ານ.

- **ທ່ານຍັງມີສິດຈ້າງນັກກົດໝາຍ.** ທ່ານສາມາດຕິດຕໍ່ນັກກົດໝາຍຂອງທ່ານເອງ ຫຼື ຮັບບັນຊີລາຍຊື່ນັກກົດໝາຍຈາກສະມາຄົມນັກກົດໝາຍໃນທ້ອງຖິ່ນຂອງທ່ານຫຼືບໍລິການການອ້າງອີງອື່ນໆ. ນອກນັ້ນຍັງມີກຸ່ມຕ່າງໆທີ່ຈະໃຫ້ບໍລິການດ້ານກົດໝາຍແກ່ທ່ານໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ ຖ້າທ່ານມີຄຸນສົມບັດຄົບຖ້ວນ. ແນວໃດກໍຕາມ, **ທ່ານບໍ່ຈໍາເປັນຕ້ອງຈ້າງທະນາຍຄວາມເພື່ອຮ້ອງຂໍການຕັດສິນໃຈ** ຜົນການພິຈາລະນາການຄຸ້ມຄອງປະເພດໃດໜຶ່ງ ຫຼື ການຂໍອຸທອນຄໍາຕັດສິນ.

ພາກທີ 5.2 ກົດລະບຽບແລະກໍານົດເວລາສໍາລັບສະຖານະການຕ່າງໆ

ມີ 4 ສະຖານະການທີ່ແຕກຕ່າງກັນທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບຜົນການພິຈາລະນາການຄຸ້ມຄອງ ແລະ ການຂໍອຸທອນ. ແຕ່ລະສະຖານະການມີກົດລະບຽບ ແລະ ກໍານົດເວລາທີ່ແຕກຕ່າງກັນ, ພວກເຮົາໃຫ້ລາຍລະອຽດສໍາລັບແຕ່ລະສະຖານະການເຫຼົ່ານີ້:

- **ພາກທີ 6:** "ຮັກສາພະຍາດ: ວິທີຂໍຜົນການພິຈາລະນາການຄຸ້ມຄອງ ຫຼື ການຂໍອຸທອນ"
- **ພາກທີ 7:** "ຢາໃນພາກ D: ວິທີການຮ້ອງຂໍການຕັດສິນໃຈຜົນການພິຈາລະນາການຄຸ້ມຄອງ ຫຼື ການຂໍອຸທອນ"
- **ພາກທີ 8:** "ວິທີການຮ້ອງຂໍໃຫ້ພວກເຮົາຄຸ້ມຄອງການນອນໂຮງໝໍທີ່ດົນກວ່າ ຖ້າທ່ານຄິດວ່າທ່ານຖືກສົ່ງອອກຈາກໂຮງໝໍໄວເກີນໄປ"
- **ພາກທີ 9:** ວິທີຂໍໃຫ້ພວກເຮົາຄຸ້ມຄອງບໍລິການບາງຢ່າງຕໍ່ໄປ ຖ້າທ່ານຄິດວ່າການຄຸ້ມຄອງຂອງທ່ານຈະສິ້ນສຸດໄວເກີນໄປ (ໃຊ້ເພື່ອບໍລິການເຫຼົ່ານີ້: ການດູແລສຸຂະພາບຢູ່ເຮືອນ, ສະຖານພະຍາບານຊ່ວຍເຫຼືອຜູ້ປ່ວຍ ແລະ ສູນອໍານວຍຄວາມສະດວກການຟື້ນຄົນປ່ວຍນອກສະຖານພະຍາບານ (CORF))

ຖ້າທ່ານບໍ່ແນ່ໃຈວ່າຂໍ້ມູນໃດທີ່ນໍາໃຊ້ກັບທ່ານ, ໃຫ້ໂທຫາການບໍລິການສະມາຊິກທີ 1-888-846-4262 (ຜູ້ໃຊ້ TTY ໃຫ້ໂທຫາ 711). ທ່ານຍັງສາມາດຂໍຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອ ຫຼື ຂໍ້ມູນຈາກ SHIP ຂອງທ່ານໄດ້.

ພາກທີ 6 Medical care: ວິທີຜົນການພິຈາລະນາການຄຸ້ມຄອງ ຫຼື ການຂໍອຸທອນ

ພາກທີ 6.1 ສິ່ງທີ່ຕ້ອງເຮັດຖ້າທ່ານມີບັນຫາໃນການໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງສໍາລັບການຮັກສາພະຍາດ ຫຼື ຕ້ອງການໃຫ້ພວກເຮົາຈ່າຍເງິນຄືນສໍາລັບການດູແລຂອງທ່ານ

ສິດປະໂຫຍດຂອງທ່ານສໍາລັບການຮັກສາພະຍາດໄດ້ຖືກອະທິບາຍໄວ້ໃນບົດທີ 4 ໃນເສັ້ນສະແດງຜົນປະໂຫຍດທາງການແພດ. ໃນບາງກໍລະນີ, ກົດລະບຽບທີ່ແຕກຕ່າງກັນຈະນໍາໃຊ້ກັບຄໍາຂໍສໍາລັບຢາ ພາກ B. ໃນກໍລະນີເຫຼົ່ານັ້ນ, ພວກເຮົາຈະອະທິບາຍວ່າ ກົດລະບຽບສໍາລັບ ຢາຂອງພາກ B ຈະແຕກຕ່າງຈາກກົດລະບຽບສໍາລັບລາຍການທາງການແພດ ແລະ ການບໍລິການແນວໃດ.

ນີ້ແມ່ນພາກທີ່ຈະບອກທ່ານວ່າທ່ານສາມາດເຮັດຫຍັງໄດ້ບາງຢ່າງ ຖ້າທ່ານຢູ່ໃນສະຖານະການ 5 ຢ່າງຕໍ່ໄປນີ້:

1. ທ່ານບໍ່ໄດ້ຮັບການຮັກສາພະຍາດບາງຢ່າງທີ່ທ່ານຕ້ອງການ ແລະ ທ່ານເຊື່ອວ່າແຜນຂອງທ່ານຄຸ້ມຄອງການຮັກສານີ້. **ຂໍຜົນການພິຈາລະນາການຄຸ້ມຄອງ. ພາກທີ 6.2.**
2. ແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາຈະບໍ່ອະນຸມັດການເບິ່ງແຍງທາງການແພດທີ່ແພດ ຫຼື ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບອື່ນໆຂອງທ່ານຕ້ອງການໃຫ້ທ່ານ, ແລະ ທ່ານເຊື່ອວ່າແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາຄຸ້ມຄອງການເບິ່ງແຍງນີ້. **ຂໍຜົນການພິຈາລະນາການຄຸ້ມຄອງ. ພາກທີ 6.2.**
3. ທ່ານໄດ້ຮັບການຮັກສາພະຍາດທີ່ທ່ານເຊື່ອວ່າແຜນຂອງພວກເຮົາຄວນຄຸ້ມຄອງ ແຕ່ພວກເຮົາບອກວ່າຈະບໍ່ຈ່າຍຄ່າຮັກສານີ້. **ດໍາເນີນການການຂໍອຸທອນ. ພາກທີ 6.3.**
4. ທ່ານໄດ້ຮັບ ແລະ ຊໍາລະຄ່າຮັກສາພະຍາບານ ເຊິ່ງທ່ານເຊື່ອວ່າແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາຄຸ້ມຄອງ ແລະ ທ່ານຕ້ອງການຂໍໃຫ້ແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາຊົດເຊີຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍນີ້ໃຫ້ທ່ານ. **ສົ່ງບິນໃຫ້ພວກເຮົາ. ພາກທີ 6.5.**
5. ທ່ານໄດ້ຮັບແຈ້ງວ່າການຄຸ້ມຄອງສໍາລັບການເບິ່ງແຍງທາງການແພດບາງຢ່າງທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບຢູ່ (ທີ່ພວກເຮົາໄດ້ອະນຸມັດກ່ອນໜ້ານີ້) ຈະຖືກຫຼຸດລົງ ຫຼື ຢຸດເຊົາ, ແລະ ທ່ານເຊື່ອວ່າການຫຼຸດລົງ ຫຼື ການຢຸດເຊົາການເບິ່ງແຍງນີ້ອາດຈະເປັນອັນຕະລາຍຕໍ່ສຸຂະພາບຂອງທ່ານ. **ດໍາເນີນການການຂໍອຸທອນ. ພາກທີ 6.3.**

ຖ້າການຄຸ້ມຄອງທີ່ຈະຢຸດລົງແມ່ນສໍາລັບການດູແລໃນໂຮງໝໍ, ການດູແລສຸຂະພາບຢູ່ເຮືອນ, ສະຖານພະຍາບານ ຊ່ວຍເຫຼືອຜູ້ປ່ວຍ ຫຼື ສູນອໍານວຍຄວາມສະດວກການພື້ນຄົນປ່ວຍນອກສະຖານພະຍາບານ (CORF), ໄປທີ່ ພາກທີ 8 ແລະ 9. ກົດລະບຽບພິເສດໃຊ້ກັບການດູແລປະເພດເຫຼົ່ານີ້.

ພາກທີ 6.2 ວິທີຂໍຜົນການພິຈາລະນາການຄຸ້ມຄອງ**ຄໍາສັບທາງດ້ານກົດໝາຍ:**

ຜົນການພິຈາລະນາການຄຸ້ມຄອງທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບການຮັກສາພະຍາດຂອງທ່ານເອີ້ນວ່າການພິຈາລະນາສື່ການຮັກສາ.

ການພິຈາລະນາການຄຸ້ມຄອງດ້ວນເອີ້ນວ່າ ການພິຈາລະນາດ້ວນ.

ຂັ້ນຕອນທີ 1: ຕັດສິນໃຈວ່າທ່ານຕ້ອງການຜົນການພິຈາລະນາການຄຸ້ມຄອງແບບມາດຕະຖານ ຫຼື ການພິຈາລະນາການຄຸ້ມຄອງດ້ວນ.

ການຕັດສິນໃຈຜົນການພິຈາລະນາການຄຸ້ມຄອງແບບມາດຕະຖານໂດຍທົ່ວໄປແມ່ນເຮັດພາຍໃນ 7 ວັນຕາມປະຕິທິນ ເມື່ອລາຍການ ຫຼື ການບໍລິການທາງການແພດນັ້ນຂຶ້ນກັບກົດລະບຽບການອານຸມັດລ່ວງໜ້າຂອງພວກເຮົາ, 14 ວັນຕາມປະຕິທິນສໍາລັບລາຍການ ແລະ ການບໍລິການທາງການແພດອື່ນໆທັງໝົດ, ຫຼື 72 ຊົ່ວໂມງສໍາລັບຢາໃນພາກ B. ການພິຈາລະນາການຄຸ້ມຄອງດ້ວນໂດຍທົ່ວໄປແມ່ນເຮັດພາຍໃນ 72 ຊົ່ວໂມງ ສໍາລັບການບໍລິການທາງການແພດ, 24 ຊົ່ວໂມງສໍາລັບຢາໃນພາກ B.

- ທ່ານສາມາດໄດ້ຮັບການພິຈາລະນາການຄຸ້ມຄອງດ້ວນ ກໍຕໍ່ເມື່ອ ຖ້າໃຊ້ກຳນົດເວລາແບບມາດຕະຖານອາດຈະກໍ່ໃຫ້ເກີດອັນຕະລາຍຮ້າຍແຮງຕໍ່ສຸຂະພາບຂອງທ່ານ ຫຼື ເປັນອັນຕະລາຍຕໍ່ຄວາມສາມາດໃນການເຮັດວຽກຂອງທ່ານ.
- ຖ້າແພດຂອງທ່ານບອກພວກເຮົາວ່າສຸຂະພາບຂອງທ່ານຕ້ອງການການພິຈາລະນາການຄຸ້ມຄອງດ້ວນ, ພວກເຮົາຈະຕົກລົງທີ່ຈະໃຫ້ການພິຈາລະນາການຄຸ້ມຄອງດ້ວນແກ່ທ່ານໂດຍອັດຕະໂນມັດ.
- ຖ້າທ່ານຂໍການພິຈາລະນາການຄຸ້ມຄອງດ້ວນດ້ວຍຕົວທ່ານເອງໂດຍບໍ່ມີການສະໜັບສະໜູນຈາກແພດຂອງທ່ານ, ພວກເຮົາຈະຕັດສິນໃຈວ່າສຸຂະພາບຂອງທ່ານຕ້ອງການໃຫ້ພວກເຮົາໃຫ້ການພິຈາລະນາການຄຸ້ມຄອງດ້ວນແກ່ທ່ານ ຫຼື ບໍ່. ຖ້າພວກເຮົາບໍ່ອະນຸມັດການພິຈາລະນາການຄຸ້ມຄອງດ້ວນ, ພວກເຮົາຈະສົ່ງຈົດໝາຍເຖິງທ່ານທີ່:
 - ການອະທິບາຍກ່ຽວກັບເວລາມາດຕະຖານ.
 - ອະທິບາຍວ່າຖ້າແພດຂອງທ່ານຂໍການພິຈາລະນາການຄຸ້ມຄອງດ້ວນ ພວກເຮົາຈະໃຫ້ການພິຈາລະນາການຄຸ້ມຄອງດ້ວນແກ່ທ່ານໂດຍອັດຕະໂນມັດ.
 - ອະທິບາຍວ່າທ່ານສາມາດຍື່ນການຮ້ອງທຸກແບບຮີບດ່ວນກ່ຽວກັບການຕັດສິນໃຈຂອງພວກເຮົາທີ່ຈະໃຫ້ຜົນການພິຈາລະນາການຄຸ້ມຄອງຜົນການພິຈາລະນາການຄຸ້ມຄອງແບບມາດຕະຖານແທນການພິຈາລະນາການຄຸ້ມຄອງດ້ວນທີ່ທ່ານຂໍ.

ຂັ້ນຕອນທີ 2: ຂໍໃຫ້ແຜນຂອງພວກເຮົາດໍາເນີນຜົນການພິຈາລະນາການຄຸ້ມຄອງແບບມາດຕະຖານ ຫຼື ການພິຈາລະນາການຄຸ້ມຄອງດ້ວນ.

- ເລີ່ມຕົ້ນດ້ວຍການໂທຫາ, ຂຽນ ຫຼື ສົ່ງແຟັກສ໌ແຜນຂອງທ່ານເພື່ອຍື່ນຄໍາຂໍໃຫ້ພວກເຮົາອະນຸຍາດໃຫ້ການຄຸ້ມຄອງສໍາລັບການຮັກສາພະຍາດທີ່ທ່ານຕ້ອງການ. ທ່ານ, ແພດຂອງທ່ານ ຫຼື ຕົວແທນຂອງທ່ານສາມາດດໍາເນີນການໄດ້. ບົດທີ 2 ມີຂໍ້ມູນການຕິດຕໍ່.

ບົດທີ 9 ຕ້ອງເຮັດຫຍັງຖ້າທ່ານມີບັນຫາ ຫຼື ຕ້ອງການຮ້ອງທຸກ (ຂໍຜົນການພິຈາລະນາການຄຸ້ມຄອງ, ການຂໍອຸທອນ, ການຮ້ອງທຸກ)

ຂັ້ນຕອນທີ 3: ພວກເຮົາຈະພິຈາລະນາຄໍາຂໍຂອງທ່ານສໍາລັບການຄຸ້ມຄອງການຮັກສາພະຍາດແລະໃຫ້ຄໍາຕອບຂອງພວກເຮົາແກ່ທ່ານ.

ສໍາລັບຜົນການພິຈາລະນາການຄຸ້ມຄອງແບບມາດຕະຖານ ພວກເຮົາໃຊ້ເວລາມາດຕະຖານ.

ນີ້ໝາຍຄວາມວ່າພວກເຮົາຈະໃຫ້ຄໍາຕອບແກ່ທ່ານພາຍໃນ 7 ວັນຕາມປະຕິທິນ ຫຼັງຈາກທີ່ພວກເຮົາໄດ້ຮັບຄໍາຮ້ອງຂໍຂອງທ່ານສໍາລັບລາຍການ ຫຼື ການບໍລິການທາງການແພດທີ່ຂຶ້ນກັບກົດລະບຽບການອານຸມັດລ່ວງໜ້າຂອງພວກເຮົາ. **ຖ້າລາຍການ ຫຼື ການບໍລິການທາງການແພດທີ່ທ່ານຮ້ອງຂໍນັ້ນບໍ່ຂຶ້ນກັບກົດລະບຽບການອານຸມັດລ່ວງໜ້າຂອງພວກເຮົາ, ພວກເຮົາຈະໃຫ້ຄໍາຕອບແກ່ທ່ານພາຍໃນ 14 ວັນຕາມປະຕິທິນ** ຫຼັງຈາກທີ່ພວກເຮົາໄດ້ຮັບຄໍາຮ້ອງຂໍຂອງທ່ານ. ຖ້າຄໍາຮ້ອງຂໍຂອງທ່ານແມ່ນສໍາລັບ **ຢາໃນພາກ B**, ພວກເຮົາຈະໃຫ້ຄໍາຕອບແກ່ທ່ານ **72 ຊົ່ວໂມງ** ຫຼັງຈາກທີ່ພວກເຮົາໄດ້ຮັບຄໍາຮ້ອງຂໍຂອງທ່ານ.

- **ເຖິງຢ່າງໃດກໍຕາມ,** ຫາກທ່ານຂໍເວລາເພີ່ມ ຫຼື ຫາກພວກເຮົາຕ້ອງການຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມທີ່ອາດຈະເປັນປະໂຫຍດກັບທ່ານ, **ພວກເຮົາສາມາດໃຊ້ເວລາໄດ້ສູງສຸດເຖິງ 14 ວັນຕາມປະຕິທິນເພີ່ມ** ຫາກຄໍາຂໍຂອງທ່ານສໍາລັບລາຍການ ຫຼື ບໍລິການທາງການແພດ. ຖ້າຫາກພວກເຮົາໃຊ້ເວລາເພີ່ມ,ພວກເຮົາຈະແຈ້ງໃຫ້ທ່ານຊາບເປັນລາຍລັກອັກສອນ. ພວກເຮົາບໍ່ສາມາດໃຊ້ເວລາເພີ່ມໃນການຕັດສິນໃຈໄດ້ຖ້າຫາກຄໍາຂໍຂອງທ່ານສໍາລັບຢາ ພາກ B.
- ຖ້າຫາກທ່ານເຊື່ອວ່າພວກເຮົາ ບໍ່ຄວນ ໃຊ້ເວລາເພີ່ມ, ທ່ານສາມາດຍື່ນການຮ້ອງທຸກດ່ວນໄດ້. ພວກເຮົາຈະໃຫ້ຄໍາຕອບສໍາລັບການຮ້ອງທຸກຂອງທ່ານທັນທີທີ່ພວກເຮົາດໍາເນີນການຕັດສິນໃຈ. (ຂະບວນການເຮັດໃບຮ້ອງທຸກແຕກຕ່າງຈາກຂະບວນການສໍາລັບຜົນການພິຈາລະນາການຄຸ້ມຄອງແລະການອຸທອນ. ໄປທີ່ພາກທີ 11 ສໍາລັບຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບການຮ້ອງທຸກ.)

ສໍາລັບການພິຈາລະນາການຄຸ້ມຄອງດ່ວນ ພວກເຮົາໃຊ້ເວລາແບບຮີບດ່ວນ.

ການພິຈາລະນາການຄຸ້ມຄອງດ່ວນ ໝາຍຄວາມວ່າພວກເຮົາຈະຕອບກັບພາຍໃນ 72 ຊົ່ວໂມງຖ້າຫາກຄໍາຂໍຂອງທ່ານສໍາລັບລາຍການຫຼືບໍລິການທາງການແພດ. ຖ້າຫາກຄໍາຂໍຂອງທ່ານສໍາລັບຢາ ພາກ B ພວກເຮົາຈະຕອບກັບພາຍໃນ 24 ຊົ່ວໂມງ.

- **ແນວໃດກໍຕາມ,** ຖ້າທ່ານຮ້ອງຂໍເວລາເພີ່ມເຕີມ, ຫຼື ຖ້າພວກເຮົາຕ້ອງການເວລາເພີ່ມເຕີມເຊິ່ງອາດຈະເປັນປະໂຫຍດແກ່ທ່ານ, **ພວກເຮົາສາມາດໃຊ້ເວລາເພີ່ມໄດ້ອີກເຖິງ 14 ວັນຕາມປະຕິທິນ.** ຖ້າຫາກພວກເຮົາໃຊ້ເວລາເພີ່ມ,ພວກເຮົາຈະແຈ້ງໃຫ້ທ່ານຊາບເປັນລາຍລັກອັກສອນ. ພວກເຮົາບໍ່ສາມາດໃຊ້ເວລາເພີ່ມໃນການຕັດສິນໃຈໄດ້ຖ້າຫາກຄໍາຂໍຂອງທ່ານສໍາລັບຢາ ພາກ B.
- ຖ້າທ່ານເຊື່ອວ່າພວກເຮົາ ບໍ່ຄວນໃຊ້ເວລາເພີ່ມ, ທ່ານສາມາດຍື່ນການຮ້ອງທຸກແບບເລັ່ງດ່ວນໄດ້. (ໄປທີ່ສ່ວນທີ 11 ສໍາລັບຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບຄໍາຮ້ອງທຸກ.) ພວກເຮົາຈະໂທຫາທ່ານທັນທີທີ່ພວກເຮົາດໍາເນີນການຕັດສິນໃຈ.
- **ຖ້າຄໍາຕອບຂອງພວກເຮົາແມ່ນບໍ່ຕໍ່ບາງສ່ວນ ຫຼື ທັງໝົດຂອງສິ່ງທີ່ທ່ານຮ້ອງຂໍ,** ພວກເຮົາຈະສົ່ງຄໍາຖະແຫຼງເປັນລາຍລັກອັກສອນທີ່ອະທິບາຍວ່າເປັນຫຍັງພວກເຮົາຈຶ່ງປະຕິເສດໃຫ້ທ່ານ.

ຂັ້ນຕອນທີ 4: ຖ້າຫາກພວກເຮົາປະຕິເສດຄໍາຂໍຂອງທ່ານສໍາລັບການຄຸ້ມຄອງການຮັກສາພະຍາດ ທ່ານສາມາດອຸທອນໄດ້.

- ຖ້າຫາກພວກເຮົາປະຕິເສດ ທ່ານມີສິດທີ່ຈະຂໍໃຫ້ພວກເຮົາພິຈາລະນາການຕັດສິນໃຈນີ້ອີກຄັ້ງໂດຍການຍື່ນການຂໍອຸທອນ. ນີ້ໝາຍຄວາມວ່າການຂໍອີກຄັ້ງເພື່ອໃຫ້ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງການຮັກສາພະຍາດທີ່ທ່ານຕ້ອງການ. ຖ້າຫາກທ່ານຍື່ນອຸທອນ ໝາຍຄວາມວ່າທ່ານກໍາລັງຈະເຂົ້າສູ່ລະດັບ 1 ຂອງຂະບວນການອຸທອນ.

ພາກທີ 6.3 ວິທີການຂໍອຸທອນລະດັບ 1**ຄໍາສັບທາງດ້ານກົດໝາຍ:**

ການຂໍອຸທອນແຜນຂອງພວກເຮົາກ່ຽວກັບຜົນການພິຈາລະນາການຄຸ້ມຄອງ ການຮັກສາພະຍາດເອີ້ນວ່າ **ການພິຈາລະນາໃໝ່ຂອງແຜນ.**

ການຂໍອຸທອນດ້ວນກໍເອີ້ນວ່າ **ການສະເໜີຂໍການພິຈາລະນາຄືນດ້ວນ.**

ຂັ້ນຕອນທີ 1: ຕັດສິນໃຈວ່າທ່ານຕ້ອງການຂໍອຸທອນມາດຕະຖານ ຫຼື ການຂໍອຸທອນດ້ວນ.

ການຂໍອຸທອນມາດຕະຖານມັກຈະດໍາເນີນການພາຍໃນ 30 ວັນຕາມປະຕິທິນ ຫຼື 7 ວັນຕາມປະຕິທິນສໍາລັບຢາ ພາກ B. ການຂໍອຸທອນດ້ວນມັກຈະດໍາເນີນການພາຍໃນ 72 ຊົ່ວໂມງ.

- ຖ້າຫາກທ່ານກໍາລັງອຸທອນການຕັດສິນໃຈທີ່ພວກເຮົາເຮັດກ່ຽວກັບການຄຸ້ມຄອງສໍາລັບການຮັກສາ ທ່ານ ຫຼື ແພດຂອງທ່ານຕ້ອງຕັດສິນໃຈວ່າທ່ານຕ້ອງການການຂໍອຸທອນດ້ວນ ຫຼື ບໍ່. ຖ້າຫາກແພດຂອງທ່ານບອກພວກເຮົາວ່າສຸຂະພາບຂອງທ່ານຕ້ອງການການຂໍອຸທອນດ້ວນ, ພວກເຮົາຈະໃຫ້ການຂໍອຸທອນດ້ວນແກ່ທ່ານ.
- ຂໍ້ກຳນົດສໍາລັບການໄດ້ຮັບການຂໍອຸທອນດ້ວນແມ່ນຄືກັນກັບຂໍ້ກຳນົດສໍາລັບການໄດ້ຮັບການຕັດສິນໃຈການພິຈາລະນາການຄຸ້ມຄອງດ້ວນໃນພາກທີ 6.2.

ຂັ້ນຕອນທີ 2: ຂໍໃຫ້ແຜນຂອງພວກເຮົາດໍາເນີນການຂໍອຸທອນ ຫຼື ການຂໍອຸທອນດ້ວນ

- ຖ້າຫາກທ່ານຂໍການຂໍອຸທອນມາດຕະຖານ ໃຫ້ສົ່ງການຂໍອຸທອນມາດຕະຖານຂອງທ່ານເປັນລາຍລັກອັກສອນ. ທ່ານຍັງສາມາດຂໍການຂໍອຸທອນໄດ້ໂດຍການໂທຫາພວກເຮົາ. ບົດທີ 2 ມີຂໍ້ມູນການຕິດຕໍ່.
- ຖ້າຫາກທ່ານຂໍການຂໍອຸທອນດ້ວນ ໃຫ້ຂໍອຸທອນຂອງທ່ານເປັນລາຍລັກອັກສອນ ຫຼື ໂທຫາພວກເຮົາ. ບົດທີ 2 ມີຂໍ້ມູນການຕິດຕໍ່.
- ທ່ານຕ້ອງຍື່ນຄໍາຂໍອຸທອນຂອງທ່ານພາຍໃນ 65 ວັນຕາມປະຕິທິນ** ນັບຈາກວັນທີ່ໃນເອກະສານແຈ້ງເປັນລາຍລັກອັກສອນທີ່ພວກເຮົາສົ່ງໃຫ້ທ່ານເພື່ອແຈ້ງຄໍາຕອບຂອງພວກເຮົາກ່ຽວກັບຜົນການພິຈາລະນາການຄຸ້ມຄອງ. ຖ້າຫາກທ່ານພາດກຳນົດເວລານີ້ແລະມີເຫດຜົນທີ່ດີທີ່ພາດໄປ ກະລຸນາອະທິບາຍເຫດຜົນທີ່ການຂໍອຸທອນຂອງທ່ານລ່ວງໄປເມື່ອທ່ານຍື່ນອຸທອນ. ພວກເຮົາອາດຈະໃຫ້ເວລາທ່ານເພີ່ມໃນການຍື່ນການຂໍອຸທອນ. ຕົວຢ່າງຂອງເຫດຜົນທີ່ດີອາດລວມມີການເຈັບປ່ວຍຮຸນແຮງທີ່ເຮັດໃຫ້ທ່ານບໍ່ສາມາດຕິດຕໍ່ພວກເຮົາໄດ້ ຫຼືຖ້າຫາກພວກເຮົາໃຫ້ຂໍ້ມູນທີ່ບໍ່ຖືກຕ້ອງ ຫຼືບໍ່ສົມບູນແກ່ທ່ານກ່ຽວກັບກຳນົດເວລາໃນການຂໍອຸທອນ.
- ທ່ານສາມາດຮ້ອງຂໍສໍາເນົາຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບການຕັດສິນໃຈທາງການແພດຂອງທ່ານໄດ້ໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ.** ທ່ານແລະແພດຂອງທ່ານອາດຈະເພີ່ມຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມເພື່ອສະໜັບສະໜູນການຂໍອຸທອນຂອງທ່ານ.

ບົດທີ 9 ຕ້ອງເຮັດຫຍັງຖ້າທ່ານມີບັນຫາ ຫຼື ຕ້ອງການຮ້ອງທຸກ (ຂໍຜົນການພິຈາລະນາການຄຸ້ມຄອງ, ການຂໍອຸທອນ, ການຮ້ອງທຸກ)

ຖ້າພວກເຮົາໄດ້ແຈ້ງໃຫ້ທ່ານຊາບວ່າພວກເຮົາກໍາລັງຈະຢຸດ ຫຼື ຫຼຸດການບໍລິການ ຫຼື ລາຍການທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບຢູ່ແລ້ວ, ທ່ານອາດຈະສາມາດຮັກສາການບໍລິການ ຫຼື ລາຍການເຫຼົ່ານັ້ນໄວ້ໄດ້ໃນລະຫວ່າງການຂໍອຸທອນຂອງທ່ານ.

- ຖ້າພວກເຮົາຕັດສິນໃຈປ່ຽນແປງ ຫຼື ຢຸດການຄຸ້ມຄອງສໍາລັບການບໍລິການ ຫຼື ລາຍການທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບຢູ່ໃນປັດຈຸບັນ, ພວກເຮົາຈະສົ່ງແຈ້ງການໃຫ້ທ່ານກ່ອນທີ່ຈະດໍາເນີນການຕາມທີ່ສະເໜີ.
- ຖ້າທ່ານບໍ່ເຫັນດີກັບການດໍາເນີນການດັ່ງກ່າວ, ທ່ານສາມາດຍື່ນການຂໍອຸທອນລະດັບທີ 1 ໄດ້. ພວກເຮົາຈະສືບຕໍ່ຄຸ້ມຄອງການບໍລິການ ຫຼື ລາຍການດັ່ງກ່າວ ຖ້າທ່ານຮ້ອງຂໍການຂໍອຸທອນລະດັບທີ 1 ພາຍໃນ 10 ວັນຕາມປະຕິທິນນັບຈາກວັນທີປະທັບຕາໄປສະນີເທິງຈົດໝາຍຂອງພວກເຮົາ ຫຼື ຕາມວັນທີມີຜົນບັງຄັບໃຊ້ຕາມທີ່ກຳນົດໄວ້ຂອງການດໍາເນີນການ, ແລ້ວແຕ່ຢ່າງໃດຈະມາເຖິງຊ້າກວ່າ.
- ຖ້າທ່ານປະຕິບັດຕາມກຳນົດເວລານີ້, ທ່ານສາມາດສືບຕໍ່ໄດ້ຮັບການບໍລິການ ຫຼື ລາຍການດັ່ງກ່າວໂດຍບໍ່ມີການປ່ຽນແປງໃນຂະນະທີ່ການຂໍອຸທອນລະດັບທີ 1 ຂອງທ່ານກໍາລັງລໍຖ້າການພິຈາລະນາ. ທ່ານຍັງຈະສືບຕໍ່ໄດ້ຮັບການບໍລິການ ຫຼື ລາຍການອື່ນໆທັງໝົດ (ທີ່ບໍ່ແມ່ນຫົວຂໍ້ຂອງຂໍການຂໍອຸທອນຂອງທ່ານ) ໂດຍບໍ່ມີການປ່ຽນແປງ.

ຂັ້ນຕອນທີ 3: ພວກເຮົາພິຈາລະນາການຂໍອຸທອນຂອງທ່ານ ແລະ ພວກເຮົາໃຫ້ຄໍາຕອບແກ່ທ່ານ.

- ເມື່ອພວກເຮົາກໍາລັງກວດສອບການຂໍອຸທອນຂອງທ່ານ ພວກເຮົາຈະເບິ່ງຂໍ້ມູນທັງໝົດຢ່າງຖີ່ຖ້ວນ. ພວກເຮົາກວດສອບວ່າພວກເຮົາປະຕິບັດຕາມກົດລະບຽບທັງໝົດຫຼືບໍ່ເມື່ອພວກເຮົາປະຕິເສດຄໍາຂໍຂອງທ່ານ.
- ພວກເຮົາຈະລວບລວມຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມຖ້າຫາກຈຳເປັນ ແລະ ອາດຈະຕິດຕໍ່ທ່ານຫຼືແພດຂອງທ່ານ.

ກຳນົດເວລາສໍາລັບການຂໍອຸທອນດ່ວນ

- ສໍາລັບການຂໍອຸທອນດ່ວນ ພວກເຮົາຕ້ອງໃຫ້ຄໍາຕອບແກ່ທ່ານ **ພາຍໃນ 72 ຊົ່ວໂມງຫຼັງຈາກທີ່ພວກເຮົາໄດ້ຮັບການຂໍອຸທອນຂອງທ່ານ.**
ພວກເຮົາຈະໃຫ້ຄໍາຕອບແກ່ທ່ານໄວຂຶ້ນຖ້າຫາກສຸຂະພາບຂອງທ່ານຕ້ອງການໃຫ້ພວກເຮົາເຮັດແບບນັ້ນ.
 - ຖ້າຫາກທ່ານຂໍເວລາເພີ່ມ ຫຼື ຖ້າຫາກພວກເຮົາຕ້ອງການຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມທີ່ອາດຈະເປັນປະໂຫຍດກັບທ່ານ **ພວກເຮົາສາມາດໃຊ້ເວລາໄດ້ສູງສຸດເຖິງ 14 ວັນຕາມປະຕິທິນ** ຖ້າຫາກຄໍາຂໍຂອງທ່ານສໍາລັບລາຍການຫຼືບໍລິການທາງການແພດ. ຖ້າຫາກພວກເຮົາໃຊ້ເວລາເພີ່ມ,ພວກເຮົາຈະແຈ້ງໃຫ້ທ່ານຊາບເປັນລາຍລັກອັກສອນ. ພວກເຮົາບໍ່ສາມາດໃຊ້ເວລາເພີ່ມໄດ້ຖ້າຫາກຄໍາຂໍຂອງທ່ານສໍາລັບຢາ ພາກ B.
 - ຖ້າຫາກພວກເຮົາບໍ່ໃຫ້ຄໍາຕອບແກ່ທ່ານພາຍໃນ 72 ຊົ່ວໂມງ (ຫຼື ພາຍໃນສິ້ນສຸດລະດັບເວລາທີ່ຂະຫຍາຍອອກໄປ ຖ້າຫາກພວກເຮົາໃຊ້ເວລາເພີ່ມ) ພວກເຮົາຈຳເປັນຕ້ອງສົ່ງຄໍາຂໍຂອງທ່ານຕໍ່ໄປຍັງລະດັບ 2 ຂອງຂະບວນການຂໍອຸທອນໂດຍອັດຕະໂນມັດ ເຊິ່ງຈະໄດ້ຮັບການກວດສອບໂດຍອົງການກວດສອບອິດສະຫຼະ. ສ່ວນທີ 6.4 ອະທິບາຍຂະບວນການການຂໍອຸທອນລະດັບ 2.
- ຖ້າຫາກຄໍາຕອບຂອງພວກເຮົາແມ່ນ 'ແມ່ນ' ສໍາລັບສ່ວນໃດສ່ວນໜຶ່ງທີ່ທ່ານຂໍ, ພວກເຮົາຕ້ອງອະນຸມັດຫຼືໃຫ້ການຄຸ້ມຄອງທີ່ພວກເຮົາຕົກລົງໄວ້ພາຍໃນ 72 ຊົ່ວໂມງຫຼັງຈາກທີ່ພວກເຮົາໄດ້ຮັບການຂໍອຸທອນຂອງທ່ານ.**

ບົດທີ 9 ຕ້ອງເຮັດຫຍັງຖ້າທ່ານມີບັນຫາ ຫຼື ຕ້ອງການຮ້ອງທຸກ (ຂໍຜົນການພິຈາລະນາການຄຸ້ມຄອງ, ການຂໍອຸທອນ, ການຮ້ອງທຸກ)

- ຖ້າຫາກຄໍາຕອບຂອງພວກເຮົາແມ່ນ 'ບໍ່' ສໍາລັບສ່ວນໃດສ່ວນໜຶ່ງທີ່ທ່ານຮ້ອງຂໍ, ພວກເຮົາຈະສົ່ງການຕັດສິນໃຈຂອງພວກເຮົາເປັນລາຍລັກອັກສອນ ແລະ ສົ່ງຄໍາອຸທອນຂອງທ່ານຕໍ່ໄປຍັງອົງການກວດສອບອິດສະຫຼະສໍາລັບການຂໍອຸທອນລະດັບ 2 ໂດຍອັດຕະໂນມັດ. ອົງການກວດສອບອິດສະຫຼະຈະແຈ້ງໃຫ້ທ່ານຊາບເປັນລາຍລັກອັກສອນເມື່ອໄດ້ຮັບການຂໍອຸທອນຂອງທ່ານ.

ກຳນົດເວລາສໍາລັບເປັນການຂໍອຸທອນມາດຕະຖານ

- ສໍາລັບການຂໍອຸທອນມາດຕະຖານ, ພວກເຮົາຕ້ອງໃຫ້ຄໍາຕອບແກ່ທ່ານ **ພາຍໃນ 30 ວັນຕາມປະຕິທິນ** ຫຼັງຈາກພວກເຮົາໄດ້ຮັບການຂໍອຸທອນຂອງທ່ານ. ຫາກຄໍາຂໍຂອງທ່ານສໍາລັບຢາ ພາກ B ທີ່ທ່ານຍັງບໍ່ໄດ້ຮັບ, ພວກເຮົາຈະໃຫ້ຄໍາຕອບແກ່ທ່ານ **ພາຍໃນ 7 ວັນຕາມປະຕິທິນ** ຫຼັງຈາກພວກເຮົາໄດ້ຮັບການຂໍອຸທອນຂອງທ່ານ. ພວກເຮົາຈະໃຫ້ຄໍາຕັດສິນໃຈແກ່ທ່ານໄວຂຶ້ນຫາກສະພາບສຸຂະພາບຂອງທ່ານຕ້ອງການໃຫ້ພວກເຮົາດໍາເນີນການແບບນັ້ນ.
 - ເຖິງຢ່າງໃດກໍຕາມ, ຫາກທ່ານຂໍເວລາເພີ່ມ ຫຼື ຫາກພວກເຮົາຕ້ອງການຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມທີ່ອາດຈະເປັນປະໂຫຍດກັບທ່ານ, **ພວກເຮົາສາມາດໃຊ້ເວລາໄດ້ສູງສຸດເຖິງ 14 ວັນຕາມປະຕິທິນເພີ່ມ** ຫາກຄໍາຂໍຂອງທ່ານສໍາລັບລາຍການຫຼືບໍລິການທາງການແພດ. ຖ້າຫາກພວກເຮົາໃຊ້ເວລາເພີ່ມ, ພວກເຮົາຈະແຈ້ງໃຫ້ທ່ານຊາບເປັນລາຍລັກອັກສອນ. ພວກເຮົາບໍ່ສາມາດໃຊ້ເວລາເພີ່ມໃນການຕັດສິນໃຈໄດ້ຖ້າຫາກຄໍາຂໍຂອງທ່ານສໍາລັບຢາ ພາກ B.
 - ຖ້າຫາກທ່ານເຊື່ອວ່າພວກເຮົາ *ບໍ່ຄວນ* ໃຊ້ເວລາເພີ່ມ, ທ່ານສາມາດຍື່ນການຮ້ອງທຸກດ່ວນໄດ້. ເມື່ອທ່ານຍື່ນການຮ້ອງທຸກແບບຮີບດ່ວນ, ພວກເຮົາຈະໃຫ້ຄໍາຕອບສໍາລັບການຮ້ອງທຸກຂອງທ່ານພາຍໃນ 24 ຊົ່ວໂມງ. (ສໍາລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບຂະບວນການຍື່ນການຮ້ອງທຸກ, ລວມທັງການຮ້ອງທຸກແບບເລັ່ງດ່ວນ, ໃຫ້ໄປ **ພາກທີ 11.**)
 - ຫາກພວກເຮົາບໍ່ໃຫ້ຄໍາຕອບແກ່ທ່ານພາຍໃນເວລາກຳນົດ (ຫຼືພາຍໃນສິ້ນສຸດໄລຍະເວລາທີ່ຂະຫຍາຍອອກໄປ), ພວກເຮົາຈະສົ່ງຄໍາຂໍຂອງທ່ານໄປຍັງການຂໍອຸທອນລະດັບ 2 ໂດຍອັດຕະໂນມັດ, ເຊິ່ງອົງການກວດສອບເອກະລາດຈະກວດສອບການຂໍອຸທອນ. ສ່ວນທີ 6.4 ອະທິບາຍຂະບວນການການຂໍອຸທອນລະດັບ 2.
- ຖ້າຄໍາຕອບຂອງພວກເຮົາແມ່ນເຫັນດີຕໍ່ບາງສ່ວນ ຫຼື ທັງໝົດຂອງສິ່ງທີ່ທ່ານຮ້ອງຂໍ, ພວກເຮົາຕ້ອງອະນຸມັດ ຫຼື ຈັດຫາການຄຸ້ມຄອງໃຫ້ພາຍໃນ **30 ວັນຕາມປະຕິທິນ**, ຫຼື ພາຍໃນ 7 ວັນຕາມປະຕິທິນ ຖ້າຄໍາຮ້ອງຂໍຂອງທ່ານແມ່ນສໍາລັບຢາໃນພາກ B.
- ຖ້າແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາປະຕິເສດບາງສ່ວນ ຫຼື ທັງໝົດຂອງການຂໍອຸທອນຂອງທ່ານ, ທ່ານມີສິດການຂໍອຸທອນເພີ່ມເຕີມ.
- ຖ້າພວກເຮົາປະຕິເສດບາງສ່ວນ ຫຼື ທັງໝົດຂອງສິ່ງທີ່ທ່ານຮ້ອງຂໍ, ພວກເຮົາຈະສົ່ງຈົດໝາຍແຈ້ງໃຫ້ທ່ານຊາບ.
 - ຖ້າບັນຫາຂອງທ່ານກ່ຽວກັບການຄຸ້ມຄອງການບໍລິການ ຫຼື ລາຍການຂອງ Medicare, ຈົດໝາຍຈະແຈ້ງໃຫ້ທ່ານຊາບວ່າພວກເຮົາໄດ້ສົ່ງກໍລະນີຂອງທ່ານໄປຍັງອົງການກວດສອບອິດສະຫຼະເພື່ອການຂໍອຸທອນລະດັບທີ 2.
 - ຖ້າບັນຫາຂອງທ່ານກ່ຽວກັບການຄຸ້ມຄອງການບໍລິການ ຫຼື ລາຍການຂອງ Medicaid, ຈົດໝາຍຈະແຈ້ງໃຫ້ທ່ານຊາບກ່ຽວກັບວິທີການຂໍອຸທອນລະດັບທີ 2 ດ້ວຍຕົນເອງ.

ສ່ວນທີ 6.4 ຂະບວນການການຂໍອຸທອນລະດັບ 2**ຄໍາສັບທາງກົດໝາຍ:**

ຊື່ຢ່າງເປັນທາງການສໍາລັບອົງການກວດສອບເອກະລາດແມ່ນ **ໜ່ວຍງານພິຈາລະນາການອຸທອນອິດສະລະ**. ບາງຄັ້ງກໍ່ຍັງເອີ້ນວ່າ **IRE**.

ອົງການກວດສອບເອກະລາດເປັນອົງການເອກະລາດທີ່ Medicare ຈ້າງມາ. ບໍ່ໄດ້ເຊື່ອມຕໍ່ກັບພວກເຮົາແລະບໍ່ແມ່ນໜ່ວຍງານຂອງລັດ. ອົງການນີ້ຈະຕັດສິນໃຈວ່າການຕັດສິນໃຈທີ່ພວກເຮົາທຳນອງນັ້ນຖືກຕ້ອງຫຼືບໍ່ຫຼືຄວນຈະປ່ຽນແປງ. Medicare ກໍາກັບການເຮັດວຽກຂອງອົງການນີ້.

- ຖ້າບັນຫາຂອງທ່ານກ່ຽວກັບການບໍລິການ ຫຼື ລາຍການທີ່ໂດຍປົກກະຕິແລ້ວ **ການຄຸ້ມຄອງໂດຍ Medicare**, ພວກເຮົາຈະສົ່ງກໍລະນີຂອງທ່ານໄປສູ່ລະດັບທີ 2 ຂອງຂະບວນການຂໍອຸທອນໂດຍອັດຕະໂນມັດທັນທີທີ່ການຂໍອຸທອນລະດັບທີ 1 ສໍາເລັດ.
- ຖ້າບັນຫາຂອງທ່ານກ່ຽວກັບການບໍລິການ ຫຼື ລາຍການທີ່ໂດຍປົກກະຕິແລ້ວ **ການຄຸ້ມຄອງໂດຍ Medicaid**, ທ່ານສາມາດຍື່ນອຸທອນລະດັບທີ 2 ດ້ວຍຕົນເອງໄດ້. ຈົດໝາຍຈະບອກທ່ານກ່ຽວກັບວິທີເຮັດສິ່ງນີ້. ຂໍ້ມູນກໍມີຢູ່ຂ້າງລຸ່ມນີ້ເຊັ່ນກັນ.
- ຖ້າບັນຫາຂອງທ່ານກ່ຽວກັບການບໍລິການ ຫຼື ລາຍການທີ່ອາດຈະ **ຄຸ້ມຄອງໂດຍທັງ Medicare ແລະ Medicaid**, ທ່ານຈະໄດ້ຮັບການຂໍອຸທອນລະດັບທີ 2 ກັບອົງການກວດສອບອິດສະຫຼະໂດຍອັດຕະໂນມັດ. ທ່ານຍັງສາມາດຮ້ອງຂໍການໄຕ່ສວນທີ່ເປັນທຳກັບທາງລັດໄດ້.

ຖ້າທ່ານມີຄຸນສົມບັດຄົບຖ້ວນໃນການສືບຕໍ່ຮັບຜົນປະໂຫຍດເມື່ອທ່ານຍື່ນການຂໍອຸທອນລະດັບທີ 1, ຜົນປະໂຫຍດຂອງທ່ານສໍາລັບການບໍລິການ, ລາຍການ, ຫຼື ຢາທີ່ກຳລັງອາດຈະມີການຂໍອຸທອນຢູ່ນັ້ນກໍອາດຈະສືບຕໍ່ໃນລະຫວ່າງລະດັບທີ 2 ເຊັ່ນກັນ. ໄປທີ່ໜ້າ 161 ສໍາລັບຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບການສືບຕໍ່ຮັບຜົນປະໂຫຍດຂອງທ່ານໃນລະຫວ່າງການຂໍອຸທອນລະດັບທີ 1.

- ຖ້າບັນຫາຂອງທ່ານກ່ຽວກັບການບໍລິການທີ່ແລ້ວຄຸ້ມຄອງໂດຍ Medicare ເທົ່ານັ້ນ, ຜົນປະໂຫຍດຂອງທ່ານສໍາລັບການບໍລິການນັ້ນຈະບໍ່ສືບຕໍ່ໃນລະຫວ່າງຂະບວນການຂໍອຸທອນລະດັບທີ 2 ກັບອົງການກວດສອບອິດສະຫຼະ.
- ຖ້າບັນຫາຂອງທ່ານກ່ຽວກັບການບໍລິການທີ່ແລ້ວຄຸ້ມຄອງໂດຍ Medicaid, ຜົນປະໂຫຍດຂອງທ່ານສໍາລັບການບໍລິການນັ້ນຈະສືບຕໍ່ ຖ້າທ່ານຍື່ນການຂໍອຸທອນລະດັບທີ 2 ພາຍໃນ 10 ວັນຕາມປະຕິທິນຫຼັງຈາກໄດ້ຮັບຈົດໝາຍຕັດສິນຂອງແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາ.

ຖ້າບັນຫາຂອງທ່ານກ່ຽວກັບການບໍລິການ ຫຼື ລາຍການທີ່ Medicare ຄຸ້ມຄອງໂດຍທົ່ວໄປ:

ຂັ້ນຕອນທີ 1: ອົງການກວດສອບເອກະລາດຈະກວດສອບການຂໍອຸທອນຂອງທ່ານ.

- ພວກເຮົາຈະສົ່ງຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບການຂໍອຸທອນຂອງທ່ານໄປຍັງອົງການນີ້. ຂໍ້ມູນນີ້ເອີ້ນວ່າ **ໄຟລ໌ກໍລະນີຂອງທ່ານ**. ທ່ານມີສິດຮ້ອງຂໍສໍາເນົາເອກະສານກໍລະນີຂອງທ່ານໄດ້ໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ.

ບົດທີ 9 ຕ້ອງເຮັດຫຍັງຖ້າທ່ານມີບັນຫາ ຫຼື ຕ້ອງການຮ້ອງທຸກ (ຂໍຜົນການພິຈາລະນາການຄຸ້ມຄອງ, ການຂໍອຸທອນ, ການຮ້ອງທຸກ)

- ທ່ານມີສິດທີ່ຈະໃຫ້ຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມແກ່ອົງການກວດສອບເອກະລາດເພື່ອສນັບສນູນການຂໍອຸທອນຂອງທ່ານ.
- ຜູ້ກວດສອບທີ່ອົງການກວດສອບອິດສະຫຼະຈະກວດສອບຂໍ້ມູນທັງໝົດທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບການຂໍອຸທອນຂອງທ່ານຢ່າງລະມັດລະວັງ.

ຫາກທ່ານມີການຂໍອຸທອນດ້ວນໃນລະດັບ 1 ທ່ານກໍຈະມີອຸທອນດ້ວນໃນລະດັບ 2 ດ້ວຍ.

- ສໍາລັບການຂໍອຸທອນດ້ວນ ອົງການກວດສອບເອກະລາດຕ້ອງໃຫ້ຄໍາຕອບສໍາລັບການອຸທອນລະດັບ 2 ຂອງທ່ານ **ພາຍໃນ 72 ຊົ່ວໂມງ** ນັບຈາກທີ່ໄດ້ຮັບການອຸທອນຂອງທ່ານ.
- ຫາກຄໍາຂໍຂອງທ່ານສໍາລັບລາຍການຫຼືບໍລິການທາງການແພດແລະອົງການກວດສອບເອກະລາດຈຳເປັນຕ້ອງລວບລວມຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມທີ່ອາດຈະເປັນປະໂຫຍດກັບທ່ານ, **ສາມາດໃຊ້ເວລາໄດ້ສູງສຸດເຖິງ 14 ວັນຕາມປະຕິທິນເພີ່ມ**. ອົງການກວດສອບເອກະລາດບໍ່ສາມາດໃຊ້ເວລາເພີ່ມໃນການຕັດສິນໃຈໄດ້ຫາກຄໍາຂໍຂອງທ່ານສໍາລັບຢາ ພາກ B.

ຫາກທ່ານມີການຂໍອຸທອນມາດຕະຖານໃນລະດັບ 1 ທ່ານກໍຈະມີການຂໍອຸທອນມາດຕະຖານໃນລະດັບ 2 ດ້ວຍ.

- ສໍາລັບການຂໍອຸທອນມາດຕະຖານ ຫາກຄໍາຂໍຂອງທ່ານສໍາລັບລາຍການຫຼືບໍລິການທາງການແພດ ອົງການກວດສອບເອກະລາດຕ້ອງໃຫ້ຄໍາຕອບສໍາລັບການອຸທອນລະດັບ 2 ຂອງທ່ານ **ພາຍໃນ 30 ວັນຕາມປະຕິທິນ** ນັບຈາກທີ່ໄດ້ຮັບການອຸທອນຂອງທ່ານ. ຫາກຄໍາຂໍຂອງທ່ານສໍາລັບຢາ ພາກ B ອົງການກວດສອບເອກະລາດຕ້ອງໃຫ້ຄໍາຕອບສໍາລັບການຂໍອຸທອນລະດັບ 2 ຂອງທ່ານ **ພາຍໃນ 7 ວັນຕາມປະຕິທິນ** ນັບຈາກທີ່ໄດ້ຮັບການຂໍອຸທອນຂອງທ່ານ.
- ຫາກຄໍາຂໍຂອງທ່ານສໍາລັບລາຍການຫຼືບໍລິການທາງການແພດແລະອົງການກວດສອບເອກະລາດຈຳເປັນຕ້ອງລວບລວມຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມທີ່ອາດຈະເປັນປະໂຫຍດກັບທ່ານ, **ສາມາດໃຊ້ເວລາໄດ້ສູງສຸດເຖິງ 14 ວັນຕາມປະຕິທິນເພີ່ມ**. ອົງການກວດສອບເອກະລາດບໍ່ສາມາດໃຊ້ເວລາເພີ່ມໃນການຕັດສິນໃຈໄດ້ຫາກຄໍາຂໍຂອງທ່ານສໍາລັບຢາ ພາກ B.

ຂັ້ນຕອນທີ 2: ອົງການກວດສອບເອກະລາດຈະໃຫ້ຄໍາຕອບແກ່ທ່ານ.

ອົງການກວດສອບເອກະລາດຈະແຈ້ງການຕັດສິນໃຈເປັນລາຍລັກສະນະອັກສອນແລະອະທິບາຍເຫດຜົນ.

- **ຖ້າອົງການກວດສອບອິດສະຫຼະເຫັນດີຕໍ່ບາງສ່ວນ ຫຼື ທັງໝົດຂອງຄໍາຮ້ອງຂໍສໍາລັບລາຍການ ຫຼື ການບໍລິການທາງການແພດ,** ພວກເຮົາຕ້ອງອະນຸມັດການຄຸ້ມຄອງການເບິ່ງແຍງທາງການແພດພາຍໃນ **72 ຊົ່ວໂມງ** ຫຼື ຈັດຫາການບໍລິການພາຍໃນ 14 ວັນຕາມປະຕິທິນຫຼັງຈາກທີ່ພວກເຮົາໄດ້ຮັບຄໍາຕັດສິນຈາກອົງການກວດສອບອິດສະຫຼະສໍາລັບຄໍາຮ້ອງຂໍແບບມາດຕະຖານ. ສໍາລັບ **ຄໍາຮ້ອງຂໍແບບຮີບດ່ວນ**, ພວກເຮົາມີ **72 ຊົ່ວໂມງ** ນັບຈາກວັນທີ່ພວກເຮົາໄດ້ຮັບການຕັດສິນໃຈຈາກອົງການກວດສອບເອກະລາດ.
- **ຖ້າອົງການກວດສອບອິດສະຫຼະເຫັນດີຕໍ່ບາງສ່ວນ ຫຼື ທັງໝົດຂອງຄໍາຮ້ອງຂໍສໍາລັບຢາໃນພາກ B,** ພວກເຮົາຕ້ອງອະນຸມັດ ຫຼື ຈັດຫາຢາໃນພາກ B ໃຫ້ພາຍໃນ **72 ຊົ່ວໂມງ** ຫຼັງຈາກທີ່ພວກເຮົາໄດ້ຮັບຄໍາຕັດສິນຈາກອົງການກວດສອບອິດສະຫຼະສໍາລັບ **ຄໍາຮ້ອງຂໍແບບມາດຕະຖານ**. ສໍາລັບ**ຄໍາຮ້ອງຂໍແບບຮີບດ່ວນ** ພວກເຮົາມີ **24 ຊົ່ວໂມງ** ນັບຈາກວັນທີ່ພວກເຮົາໄດ້ຮັບການຕັດສິນໃຈຈາກອົງການກວດສອບເອກະລາດ.

ບົດທີ 9 ຕ້ອງເຮັດຫຍັງຖ້າທ່ານມີບັນຫາ ຫຼື ຕ້ອງການຮ້ອງທຸກ (ຂໍຜົນການພິຈາລະນາການຄຸ້ມຄອງ, ການຂໍອຸທອນ, ການຮ້ອງທຸກ)

- **ທາງອົງການກວດສອບເອກະລາດຕອບວ່າ 'ບໍ່' ສໍາລັບສ່ວນໃດສ່ວນໜຶ່ງທີ່ທັງໝົດຂອງການຂໍອຸທອນຂອງທ່ານ,** ໝາຍຄວາມວ່າພວກເຂົາເຫັນດີກັບແຜນຂອງພວກເຮົາວ່າຄໍາຂໍຂອງທ່ານ (ທີ່ສ່ວນໜຶ່ງຂອງຄໍາຂໍຂອງທ່ານ) ສໍາລັບການຄຸ້ມຄອງການປິ່ນປົວບໍ່ຄວນໄດ້ຮັບການອະນຸມັດ. (ອັນນີ້ເອີ້ນວ່າ **ການຢືນຢັນຄໍາຕັດສິນເດີມ ຫຼື ການປະຕິເສດການຂໍອຸທອນຂອງທ່ານ.**) ໃນກໍລະນີນີ້ ອົງການກວດສອບເອກະລາດຈະສົ່ງຈົດໝາຍເຖິງທ່ານທີ່:
 - ອະທິບາຍການຕັດສິນໃຈ.
 - ແຈ້ງໃຫ້ທ່ານຊາບກ່ຽວກັບສິດຂອງທ່ານໃນການຂໍອຸທອນລະດັບທີ 3 ຖ້າມູນຄ່າຂອງການຄຸ້ມຄອງການເບິ່ງແຍງທາງການແພດນັ້ນບັນລຸລະດັບຂັ້ນຕໍ່າທີ່ກຳນົດໄວ້. ໝັ້ນແຈ້ງເປັນລາຍລັກສະນະທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບຈາກອົງການກວດສອບເອກະລາດຈະບອກທ່ານກ່ຽວກັບຈຳນວນເງິນເປັນໂດລາທີ່ທ່ານຕ້ອງຕັ້ງກັບຂໍ້ກຳນົດເພື່ອດໍາເນີນການໃນຂະບວນການຂໍອຸທອນຕໍ່ໄປ.
 - ບອກທ່ານກ່ຽວກັບວິທີການຢືນຢັນການຂໍອຸທອນລະດັບ 3.
- ຖ້າການຂໍອຸທອນລະດັບທີ 2 ຂອງທ່ານຖືກປະຕິເສດ ແລະ ທ່ານມີຄຸນສົມບັດຄົບຖ້ວນທີ່ຈະດໍາເນີນການຕໍ່ໃນຂະບວນການຂໍອຸທອນ, ທ່ານຕ້ອງຕັດສິນໃຈວ່າທ່ານຕ້ອງການໄປສູ່ລະດັບທີ 3 ແລະ ຢືນຢັນການຂໍອຸທອນຄັ້ງທີສາມ ຫຼື ບໍ່. ລາຍລະອຽດກ່ຽວກັບວິທີການເຮັດສິ່ງນີ້ແມ່ນຢູ່ໃນແຈ້ງການເປັນລາຍລັກອັກສອນທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບຫຼັງຈາກການຂໍອຸທອນລະດັບທີ 2 ຂອງທ່ານ.
 - ການຂໍອຸທອນລະດັບ 3 ດໍາເນີນການໂດຍຜູ້ພິພາກສາກົດໝາຍປົກຄອງທີ່ຜູ້ພິພາກສາມັກກົດໝາຍ. **ພາກທີ 10** ໃນບົດນີ້ອະທິບາຍຂະບວນການສໍາລັບການຂໍອຸທອນລະດັບທີ 3, 4, ແລະ 5.

ຖ້າບັນຫາຂອງທ່ານກ່ຽວກັບການບໍລິການ ຫຼື ລາຍການທີ່ Medicaid ຄຸ້ມຄອງໂດຍທົ່ວໄປ:**ຂັ້ນຕອນທີ 1: ຮ້ອງຂໍການໄຕ່ສວນທີ່ເປັນທໍາກັບທາງລັດ.**

- ລະດັບທີ 2 ຂອງຂະບວນການຂໍອຸທອນສໍາລັບການບໍລິການທີ່ໂດຍປົກກະຕິແລ້ວຄຸ້ມຄອງໂດຍ Medicaid ແມ່ນການໄຕ່ສວນທີ່ເປັນທໍາກັບທາງລັດ. ທ່ານຕ້ອງຮ້ອງຂໍການໄຕ່ສວນທີ່ເປັນທໍາເປັນລາຍລັກອັກສອນ ຫຼື ທາງໂທລະສັບ **ພາຍໃນ 120 ວັນຕາມປະຕິທິນນັບຈາກ** ວັນທີ່ທ່ານພວກເຮົາສົ່ງຈົດໝາຍຕັດສິນກ່ຽວກັບການຂໍອຸທອນລະດັບທີ 1 ຂອງທ່ານ. ຈົດໝາຍທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບຈາກພວກເຮົາຈະບອກທ່ານວ່າຄວນສົ່ງຄໍາຮ້ອງຂໍການໄຕ່ສວນຂອງທ່ານໄປທີ່ໃດ.

ຂັ້ນຕອນທີ 2: ຫ້ອງການໄຕ່ສວນທີ່ເປັນທໍາໃຫ້ຄໍາຕອບແກ່ທ່ານ.

ຫ້ອງການໄຕ່ສວນທີ່ເປັນທໍາຈະແຈ້ງຄໍາຕັດສິນຂອງຕົນໃຫ້ທ່ານຊາບເປັນລາຍລັກອັກສອນ ແລະ ອະທິບາຍເຫດຜົນ.

- **ຖ້າຫ້ອງການໄຕ່ສວນທີ່ເປັນທໍາເຫັນດີຕໍ່ບາງສ່ວນ ຫຼື ທັງໝົດຂອງຄໍາຮ້ອງຂໍສໍາລັບລາຍການ ຫຼື ການບໍລິການທາງການແພດ,** ພວກເຮົາຕ້ອງອະນຸມັດ ຫຼື ຈັດຫາການບໍລິການ ຫຼື ລາຍການນັ້ນໃຫ້ພາຍໃນ 72 ຊົ່ວໂມງຫຼັງຈາກທີ່ພວກເຮົາໄດ້ຮັບຄໍາຕັດສິນຈາກຫ້ອງການໄຕ່ສວນທີ່ເປັນທໍາ.

ບົດທີ 9 ຕ້ອງເຮັດຫຍັງຖ້າທ່ານມີບັນຫາ ຫຼື ຕ້ອງການຮ້ອງທຸກ (ຂໍຜົນການພິຈາລະນາການຄຸ້ມຄອງ, ການຂໍອຸທອນ, ການຮ້ອງທຸກ)

- **ຖ້າຕ້ອງການໄຕ່ສວນທີ່ເປັນທໍາປະຕິເສດບາງສ່ວນ ຫຼື ທັງໝົດຂອງການຂໍອຸທອນຂອງທ່ານ,** ພວກເຂົາເຫັນດີກັບແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາວ່າຄໍາຮ້ອງຂໍຂອງທ່ານ (ຫຼື ບາງສ່ວນຂອງຄໍາຮ້ອງຂໍຂອງທ່ານ) ສໍາລັບການຄຸ້ມຄອງການເບິ່ງແຍງທາງການແພດບໍ່ຄວນໄດ້ຮັບການອະນຸມັດ. (ອັນນີ້ເອີ້ນວ່າ **ການຢືນຢັນຄໍາຕັດສິນເດີມ ຫຼື ການປະຕິເສດການຂໍອຸທອນຂອງທ່ານ.**)

ຖ້າຄໍາຕັດສິນແມ່ນບໍ່ຕໍ່ທັງໝົດ ຫຼື ບາງສ່ວນຂອງສິ່ງທີ່ທ່ານຮ້ອງຂໍ, ທ່ານສາມາດຍື່ນການຂໍອຸທອນອີກຄັ້ງໄດ້.

ຖ້າຄໍາຕັດສິນຂອງອົງການກວດສອບອິດສະຫຼະ ຫຼື ຫ້ອງການໄຕ່ສວນທີ່ເປັນທໍາແມ່ນບໍ່ຕໍ່ທັງໝົດ ຫຼື ບາງສ່ວນຂອງສິ່ງທີ່ທ່ານຮ້ອງຂໍ, ທ່ານມີ **ສິດໃນການຂໍອຸທອນເພີ່ມເຕີມ.**

ຈົດໝາຍທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບຈາກຫ້ອງການໄຕ່ສວນທີ່ເປັນທໍາຈະອະທິບາຍທາງເລືອກໃນການຂໍອຸທອນຄັ້ງຕໍ່ໄປນີ້.

ໄປທີ່ **ພາກທີ 10** ສໍາລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບສິດໃນການຂໍອຸທອນຂອງທ່ານຫຼັງຈາກລະດັບທີ 2.

ພາກທີ 6.5 ຫາກທ່ານຂໍໃຫ້ພວກເຮົາຈ່າຍເງິນຄືນສໍາລັບໃບບິນທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບສໍາລັບການປິ່ນປົວ

ຖ້າທ່ານໄດ້ຈ່າຍຄ່າບໍລິການ ຫຼື ລາຍການຂອງ Medicaid ທີ່ຄຸ້ມຄອງໂດຍແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາໄປແລ້ວ, ໃຫ້ຮ້ອງຂໍໃຫ້ແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາຈ່າຍເງິນຄືນໃຫ້ທ່ານ (ຊົດເຊີຍຄືນ). ມັນເປັນສິດຂອງທ່ານທີ່ຈະໄດ້ຮັບເງິນຄືນຈາກແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາທຸກຄັ້ງທີ່ທ່ານໄດ້ຈ່າຍຄ່າບໍລິການທາງການແພດ ຫຼື ຄ່າຢາທີ່ຖືກຄຸ້ມຄອງໂດຍແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາ. ເມື່ອທ່ານສົ່ງໃບບິນທີ່ທ່ານໄດ້ຈ່າຍແລ້ວໃຫ້ພວກເຮົາ, ພວກເຮົາຈະກວດສອບໃບບິນ ແລະ ຕັດສິນໃຈວ່າການບໍລິການ ຫຼື ຢາມັນຄວນໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ ຫຼື ບໍ່. ຖ້າພວກເຮົາຕັດສິນໃຈວ່າຄວນໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ, ພວກເຮົາຈະຈ່າຍເງິນຄືນທ່ານ ສໍາລັບການບໍລິການ ຫຼື ຢານັ້ນ.

ການຂໍເງິນຄືນແມ່ນການຜົນການພິຈາລະນາການຄຸ້ມຄອງຈາກພວກເຮົາ

ຫາກທ່ານສົ່ງເອກະສານຂໍເງິນຄືນໃຫ້ພວກເຮົາ, ທ່ານກໍາລັງຂໍຜົນການພິຈາລະນາການຄຸ້ມຄອງ. ເພື່ອຕັດສິນໃຈດັ່ງກ່າວ, ພວກເຮົາຈະກວດສອບເບິ່ງວ່າການເບິ່ງແຍງທາງການແພດທີ່ທ່ານຈ່າຍໄປນັ້ນໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ ຫຼື ບໍ່. ພວກເຮົາຈະກວດສອບດ້ວຍວ່າທ່ານປະຕິບັດຕາມກົດສໍາລັບການໃຊ້ການຄຸ້ມຄອງຄ່າປິ່ນປົວ ຫຼື ບໍ່.

ຖ້າທ່ານຕ້ອງການໃຫ້ພວກເຮົາຊົດເຊີຍຄືນຄ່າບໍລິການສໍາລັບລາຍການຂອງ **Medicare** ຫຼື ທ່ານກໍາລັງຮ້ອງຂໍໃຫ້ພວກເຮົາຈ່າຍເງິນໃຫ້ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບ ສໍາລັບການບໍລິການ ຫຼື ລາຍການຂອງ Medicaid ທີ່ທ່ານໄດ້ຈ່າຍໄປ, ໃຫ້ຮ້ອງຂໍໃຫ້ພວກເຮົາຕັດສິນໃຈຜົນການພິຈາລະນາການຄຸ້ມຄອງ. ພວກເຮົາຈະກວດສອບເບິ່ງວ່າການເບິ່ງແຍງທາງການແພດທີ່ທ່ານຈ່າຍໄປນັ້ນເປັນການບໍລິການທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ ຫຼື ບໍ່. ພວກເຮົາຍັງຈະກວດສອບເບິ່ງວ່າທ່ານໄດ້ປະຕິບັດຕາມກົດລະບຽບທັງໝົດສໍາລັບການນໍາໃຊ້ການຄຸ້ມຄອງຂອງທ່ານສໍາລັບການເບິ່ງແຍງທາງການແພດ ຫຼື ບໍ່.

- **ຖ້າພວກເຮົາເຫັນດີກັບຄໍາຮ້ອງຂໍຂອງທ່ານ:** ຖ້າການເບິ່ງແຍງທາງການແພດນັ້ນໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ ແລະ ທ່ານໄດ້ປະຕິບັດຕາມກົດລະບຽບ, ພວກເຮົາຈະສົ່ງເງິນຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃຫ້ທ່ານໂດຍທົ່ວໄປພາຍໃນ 30 ວັນຕາມປະຕິທິນ, ແຕ່ບໍ່ໃຫ້ກາຍ 60 ວັນຕາມປະຕິທິນຫຼັງຈາກທີ່ພວກເຮົາໄດ້ຮັບຄໍາຮ້ອງຂໍຂອງທ່ານ.
- **ຖ້າພວກເຮົາປະຕິເສດຄໍາຮ້ອງຂໍຂອງທ່ານ:** ຖ້າການເບິ່ງແຍງທາງການແພດ ບໍ່ ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ, ຫຼື ທ່ານ ບໍ່ ໄດ້ປະຕິບັດຕາມກົດລະບຽບທັງໝົດ, ພວກເຮົາຈະບໍ່ສົ່ງເງິນໃຫ້. ແທນທີ່ຈະ, ພວກເຮົາຈະສົ່ງຈົດໝາຍແຈ້ງໃຫ້ທ່ານຊາບວ່າພວກເຮົາຈະບໍ່ຈ່າຍຄ່າເບິ່ງແຍງທາງການແພດ ແລະ ບອກເຫດຜົນ.

ບົດທີ 9 ຕ້ອງເຮັດຫຍັງຖ້າທ່ານມີບັນຫາ ຫຼື ຕ້ອງການຮ້ອງທຸກ (ຂໍຜົນການພິຈາລະນາການຄຸ້ມຄອງ, ການຂໍອຸທອນ, ການຮ້ອງທຸກ)

ຖ້າທ່ານບໍ່ເຫັນດີກັບຄໍາຕັດສິນຂອງພວກເຮົາທີ່ປະຕິເສດທ່ານ, **ທ່ານສາມາດຍື່ນການຂໍອຸທອນໄດ້**. ຫາກທ່ານຂໍອຸທອນ, ນັ້ນໝາຍຄວາມວ່າທ່ານກໍາລັງຂໍໃຫ້ພວກເຮົາປ່ຽນຜົນການພິຈາລະນາການຄຸ້ມຄອງທີ່ພວກເຮົາທໍາເມື່ອພວກເຮົາປະຕິເສດຄໍາຂໍຊໍາລະເງິນຂອງທ່ານ.

ທາງຕ້ອງການຂໍອຸທອນນີ້, ໃຫ້ປະຕິບັດຕາມຂັ້ນຕອນການຂໍອຸທອນໃນ ພາກທີ 6.3. ສໍາລັບການຂໍອຸທອນທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບການຊົດເຊີຍຄ່າເສຍຫາຍ, ກະລຸນາສັງເກດ:

- ພວກເຮົາຕ້ອງໃຫ້ຄໍາຕອບແກ່ທ່ານພາຍໃນ 30 ວັນຕາມປະຕິທິນຫຼັງຈາກທີ່ພວກເຮົາໄດ້ຮັບການຂໍອຸທອນຂອງທ່ານ.
- ຫາກອົງການກວດສອບເອກະລາດຕັດສິນໃຈວ່າພວກເຮົາຄວນຈ່າຍເງິນ, ພວກເຮົາຕ້ອງສົ່ງການຊໍາລະເງິນໃຫ້ທ່ານຫຼືຜູ້ໃຫ້ບໍລິການພາຍໃນ 30 ວັນຕາມປະຕິທິນ. ຖ້າຄໍາຕອບຕໍ່ການຂໍອຸທອນຂອງທ່ານແມ່ນເຫັນດີໃນຂັ້ນຕອນໃດໜຶ່ງຂອງຂະບວນການຂໍອຸທອນຫຼັງຈາກລະດັບທີ 2, ພວກເຮົາຕ້ອງສົ່ງເງິນທີ່ທ່ານຮ້ອງຂໍໃຫ້ທ່ານ ຫຼື ໃຫ້ຜູ້ເບິ່ງແຍງສຸຂະພາບພາຍໃນ 60 ວັນຕາມປະຕິທິນ.

ພາກທີ 7 ຢາໃນພາກ D: ວິທີຂໍການຕັດສິນໃຈກ່ຽວກັບຜົນການພິຈາລະນາການຄຸ້ມຄອງ ຫຼື ການຂໍອຸທອນ

ສ່ວນທີ 7.1 ສ່ວນນີ້ຈະບອກທ່ານວ່າຕ້ອງເຮັດແນວໃດຫາກທ່ານມີບັນຫາກ່ຽວກັບຢາໃນພາກ D ຫຼື ຫາກພວກເຮົາຕ້ອງການໃຫ້ທ່ານຈ່າຍເງິນຄືນສໍາລັບຢາໃນພາກ D

ຜົນປະໂຫຍດຂອງທ່ານລວມມີການຄຸ້ມຄອງສໍາລັບຢາຕາມໃບສັງແພດຫຼາຍຊະນິດ. ເພື່ອໃຫ້ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ, ຢານີ້ຕ້ອງໃຊ້ສໍາລັບຂໍ້ບົງຊີ້ຜະລິດຕະພັນຢາທີ່ມີການຮັບຮອງໄດ້. (ໄປທີ່ບົດທີ 5 ສໍາລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບຂໍ້ບົງຊີ້ຜະລິດຕະພັນຢາທີ່ມີການຮັບຮອງ.) ສໍາລັບລາຍລະອຽດກ່ຽວກັບຢາໃນພາກ D, ກົດ, ຂໍ້ຈໍາກັດ, ແລະຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ, ໃຫ້ໄປທີ່ບົດທີ 5 ແລະ 6. **ສ່ວນນີ້ກ່ຽວກັບຢາໃນພາກ D ຂອງທ່ານເທົ່ານັ້ນ.** ເພື່ອໃຫ້ເຂົ້າໃຈງ່າຍ, ພວກເຮົາໂດຍທົ່ວໄປຈະໃຊ້ຄໍາວ່າ *ຢາ* ໃນສ່ວນທີ່ເຫຼືອຂອງພາກນີ້, ແທນທີ່ຈະເວົ້າຊໍ້າວ່າ *ຢາຕາມໃບສັງແພດສໍາລັບຄົນເຈັບນອກທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ ຫຼື ຢາໃນພາກ D* ທຸກຄັ້ງ. ນອກຈາກນີ້, ພວກເຮົາຍັງໃຊ້ຄໍາວ່າລາຍການຢາແທນ *ລາຍການຢາໃຕ້ການຄຸ້ມຄອງ ຫຼື ສູດຢາ*.

- ຫາກທ່ານບໍ່ຮູ້ວ່າຢາຊະນິດໃດໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ ຫຼື ບໍ່, ຫຼືຫາກທ່ານປະຕິບັດຕາມກົດແລ້ວ, ທ່ານສາມາດຖາມພວກເຮົາໄດ້. ຢາບາງຊະນິດຕ້ອງການໃຫ້ທ່ານໄດ້ຮັບການອະນຸມັດຈາກພວກເຮົາກ່ອນ ພວກເຮົາຈຶ່ງຈະຄຸ້ມຄອງໃຫ້.
- ຫາກຮ້ານຂາຍຢາຂອງທ່ານບອກທ່ານວ່າໃບສັງຢາຂອງທ່ານບໍ່ສາມາດດໍາເນີນການໄດ້ຕາມທີ່ຂຽນໄວ້, ຮ້ານຂາຍຢາຈະໃຫ້ປຶ້ມແຈ້ງເປັນລາຍລັກສະນະແກ່ທ່ານ, ເຊິ່ງອະທິບາຍວິທີຕິດຕໍ່ພວກເຮົາເພື່ອຂໍຜົນການພິຈາລະນາການຄຸ້ມຄອງ.

ພາກ D ຜົນການພິຈາລະນາການຄຸ້ມຄອງ ແລະ ການຂໍອຸທອນ

ຄໍາສັບທາງກົດໝາຍ:

ການຕັດສິນໃຈກ່ຽວກັບຜົນການພິຈາລະນາການຄຸ້ມຄອງເບື້ອງຕົ້ນກ່ຽວກັບຢາໃນພາກ D ຂອງທ່ານເອີ້ນວ່າ **ການກໍານົດການຄຸ້ມຄອງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ**.

ບົດທີ 9 ຕ້ອງເຮັດຫຍັງຖ້າທ່ານມີບັນຫາ ຫຼື ຕ້ອງການຮ້ອງທຸກ (ຂໍຜົນການພິຈາລະນາການຄຸ້ມຄອງ, ການຂໍອຸທອນ, ການຮ້ອງທຸກ)

ຜົນການພິຈາລະນາການຄຸ້ມຄອງ ແມ່ນການຕັດສິນໃຈທີ່ພວກເຮົາທຳກ່ຽວກັບຜົນປະໂຫຍດແລະການຄຸ້ມຄອງຂອງທ່ານ ຫຼື ກ່ຽວກັບຈຳນວນເງິນທີ່ພວກເຮົາຈະຈ່າຍຄ່າຢາຂອງທ່ານ. ສ່ວນນີ້ຈະບອກທ່ານວ່າທ່ານສາມາດເຮັດຫຍັງໄດ້ບາງຫາກທ່ານຕົກຢູ່ໃນສະຖານະການໃດໆ ດັ່ງຕໍ່ໄປນີ້:

- ການຮ້ອງຂໍໃຫ້ຄຸ້ມຄອງຢາໃນພາກ D ທີ່ບໍ່ຢູ່ໃນລາຍການຢາຂອງແຜນປະກັນພວກເຮົາ. **ຂໍຂໍ້ຍົກເວັ້ນ. ພາກທີ 7.2.**
- ການຮ້ອງຂໍໃຫ້ຍົກເວັ້ນຂໍ້ຈຳກັດໃນການຄຸ້ມຄອງຢາຂອງແຜນປະກັນພວກເຮົາ (ເຊັ່ນ: ການຈຳກັດປະລິມານຢາທີ່ທ່ານສາມາດໄດ້ຮັບ, ເງື່ອນໄຂການອານຸມັດລ່ວງໜ້າ, ຫຼື ຂໍ້ກຳນົດໃຫ້ລອງໃຊ້ຢາຊະນິດອື່ນກ່ອນ). **ຂໍຂໍ້ຍົກເວັ້ນ. ພາກທີ 7.2.**
- ການຂໍຮັບການອະນຸມັດລ່ວງໜ້າສໍາລັບຢາ. **ຂໍຜົນການພິຈາລະນາການຄຸ້ມຄອງ. ພາກທີ 7.4.**
- ຈ່າຍຄ່າຢາຕາມໃບສັງແພດທີ່ທ່ານຊື້ໄປແລ້ວ. **ຂໍໃຫ້ພວກເຮົາຈ່າຍເງິນຄືນໃຫ້ທ່ານ. ພາກທີ 7.4.**

ຫາກທ່ານບໍ່ເຫັນດີກັບຜົນການພິຈາລະນາການຄຸ້ມຄອງທີ່ພວກເຮົາທຳ, ທ່ານສາມາດອຸທອນການຕັດສິນໃຈຂອງພວກເຮົາໄດ້.

ສິ່ງນີ້ຈະບອກທ່ານທັງວິທີການຮ້ອງຂໍການຕັດສິນໃຈຜົນການພິຈາລະນາການຄຸ້ມຄອງ ແລະ ວິທີການຮ້ອງຂໍການຂໍອຸທອນ.

ພາກທີ 7.2 ການຂໍຂໍ້ຍົກເວັ້ນ**ຄໍາສັບທາງດ້ານກົດໝາຍ:**

ການຂໍຄວາມຄຸ້ມຄອງສໍາລັບຢາທີ່ບໍ່ຢູ່ໃນລາຍການຢາແມ່ນ **ລາຍການຢາທີ່ມີຂໍ້ຍົກເວັ້ນ.**

ການຂໍໃຫ້ຍົກເລີກຂໍ້ຈຳກັດໃນການຄຸ້ມຄອງສໍາລັບຢາແມ່ນ **ລາຍການຢາທີ່ມີຂໍ້ຍົກເວັ້ນ.**

ການຂໍຈ່າຍລາຄາທີ່ຕໍ່າກວ່າສໍາລັບຢາທີ່ບໍ່ແມ່ນຢາທີ່ຕ້ອງການເຊິ່ງໄດ້ຮັບຄຸ້ມຄອງແມ່ນ **ການຍົກເວັ້ນລະດັບຢາ.**

ຫາກຢາບໍ່ໄດ້ຮັບຄຸ້ມຄອງໃນແບບທີ່ທ່ານຕ້ອງການໃຫ້ຄຸ້ມຄອງ, ທ່ານສາມາດຂໍໃຫ້ພວກເຮົາທຳ **ຂໍ້ຍົກເວັ້ນ** ໄດ້. ຂໍ້ຍົກເວັ້ນແມ່ນປະເພດໜຶ່ງຂອງຜົນການພິຈາລະນາການຄຸ້ມຄອງ.

ເພື່ອໃຫ້ພວກເຮົາພິຈາລະນາຄໍາຂໍຂໍ້ຍົກເວັ້ນຂອງທ່ານ, ແພດຂອງທ່ານ ຫຼື ຜູ້ອອກໃບສັງຢາຄົນອື່ນໆຈະຕ້ອງອະທິບາຍເຫດຜົນທາງການແພດວ່າເປັນຫຍັງທ່ານຈຶ່ງຕ້ອງໄດ້ຮັບການອະນຸມັດຂໍ້ຍົກເວັ້ນ. ນີ້ແມ່ນຕົວຢ່າງ 2 ຕົວຢ່າງຂອງຂໍ້ຍົກເວັ້ນທີ່ທ່ານຫຼືແພດຂອງທ່ານ ຫຼື ຜູ້ອອກໃບສັງຢາຄົນອື່ນໆສາມາດຂໍໃຫ້ພວກເຮົາທຳໄດ້:

- ການຄຸ້ມຄອງຢາໃນພາກ D ທີ່ບໍ່ຢູ່ໃນລາຍການຢາຂອງພວກເຮົາ.** ທ່ານບໍ່ສາມາດຂໍຂໍ້ຍົກເວັ້ນສໍາລັບຈຳນວນການແບ່ງປັນຕົ້ນທຶນທີ່ພວກເຮົາກຳນົດໃຫ້ທ່ານຕ້ອງຈ່າຍຄ່າຢາໄດ້.
- ການຍົກເລີກຂໍ້ຈຳກັດສໍາລັບຢາທີ່ໄດ້ຮັບຄຸ້ມຄອງ.** ບົດທີ 5 ອະທິບາຍກົດຫຼືຂໍ້ຈຳກັດເພີ່ມເຕີມທີ່ໃຊ້ກັບຢາບາງຊະນິດໃນລາຍການຢາຂອງພວກເຮົາ. ຖ້າພວກເຮົາຕົກລົງທີ່ຈະເຮັດຂໍ້ຍົກເວັ້ນ ແລະ ຍົກເວັ້ນຂໍ້ຈຳກັດໃຫ້ທ່ານ, ທ່ານສາມາດຮ້ອງຂໍຂໍ້ຍົກເວັ້ນສໍາລັບຈຳນວນເງິນການຊຳລະຮ່ວມ ຫຼື ການປະກັນຮ່ວມທີ່ພວກເຮົາກຳນົດໃຫ້ທ່ານຈ່າຍຄ່າຢາ.

ບົດທີ 9 ຕ້ອງເຮັດຫຍັງຖ້າທ່ານມີບັນຫາ ຫຼື ຕ້ອງການຮ້ອງທຸກ (ຂໍຜົນການພິຈາລະນາການຄຸ້ມຄອງ, ການຂໍອຸທອນ, ການຮ້ອງທຸກ)**ພາກທີ 7.3 ສິ່ງສໍາຄັນທີ່ຄວນຮູ້ກ່ຽວກັບການຂໍຂໍ້ຍົກເວັ້ນ****ແພດຂອງທ່ານຕ້ອງແຈ້ງເຫດຜົນທາງການແພດໃຫ້ພວກເຮົາຮູ້**

ແພດຂອງທ່ານ ຫຼື ຜູ້ອອກໃບສັງຢາຄົນອື່ນໆ ຕ້ອງໃຫ້ຄໍາຊີ້ແຈງທີ່ອະທິບາຍເຫດຜົນທາງການແພດທີ່ທ່ານຂໍຂໍ້ຍົກເວັ້ນແກ່ພວກເຮົາ. ເພື່ອໃຫ້ການຕັດສິນໃຈຮີບດ່ວນຍິ່ງຂຶ້ນ, ໃຫ້ເພີ່ມຂໍ້ມູນທາງການແພດນີ້ຈາກແພດຂອງທ່ານ ຫຼື ຜູ້ອອກໃບສັງຢາຄົນອື່ນໆ ເມື່ອທ່ານຂໍຂໍ້ຍົກເວັ້ນ.

ລາຍການຢາຂອງພວກເຮົາມັກຈະມີຢາຫຼາຍກວ່າໜຶ່ງຊະນິດສໍາລັບຮັກສາອາການເຈັບປ່ວຍເພດພິເສດ. ຄວາມເປັນໄປໄດ້ເຫຼົ່ານີ້ເອີ້ນວ່າຢາ **ທາງເລືອກ**. ຖ້າຢາທາງເລືອກອື່ນມີປະສິດທິພາບເທົ່າທຽມກັບຢາທີ່ທ່ານກໍາລັງຮ້ອງຂໍ ແລະ ບໍ່ກໍ່ໃຫ້ເກີດຜົນຂ້າງຄຽງ ຫຼື ບັນຫາສຸຂະພາບອື່ນໆເພີ່ມເຕີມ, ພວກເຮົາໂດຍທົ່ວໄປຈະບໍ່ອະນຸມັດຄໍາຮ້ອງຂໍຂໍ້ຍົກເວັ້ນຂອງທ່ານ.

ພວກເຮົາສາມາດຕອບວ່າ ແມ່ນ ຫຼື ບໍ່ ສໍາລັບຄໍາຂໍຂອງທ່ານໄດ້

- ຫາກພວກເຮົາອະນຸມັດຄໍາຂໍຂໍ້ຍົກເວັ້ນຂອງທ່ານ, ການອະນຸມັດຂອງພວກເຮົາໂດຍທົ່ວໄປຈະໃຊ້ໄດ້ຈົນກ່ວາສິ້ນສຸດປີແຜນຂອງພວກເຮົາ. ສິ່ງນີ້ຈະເປັນຈິງຕາມໃດທີ່ແພດຂອງທ່ານຍັງສັງຢານີ້ໃຫ້ທ່ານ, ແລະຢາດັ່ງກ່າວຍັງປອດໄພແລະມີປະສິດທິພາບໃນການຮັກສາອາການຂອງທ່ານ.
- ຫາກພວກເຮົາຕອບວ່າ ບໍ່ ສໍາລັບຄໍາຂໍຂອງທ່ານ, ທ່ານສາມາດຂໍໃຫ້ມີການທົບທວນຄືນອີກໂດຍການຍື່ນການຂໍອຸທອນ.

ພາກທີ 7.4 ວິທີຂໍຜົນການພິຈາລະນາການຄຸ້ມຄອງ ລວມທັງຂໍ້ຍົກເວັ້ນ**ຄໍາສັບທາງກົດໝາຍ:**

ການພິຈາລະນາການຄຸ້ມຄອງດ່ວນເອີ້ນວ່າ **ການກຳນົດການຄຸ້ມຄອງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍດ່ວນ**.

ຂັ້ນຕອນທີ 1: ຕັດສິນໃຈວ່າທ່ານຕ້ອງການຜົນການພິຈາລະນາການຄຸ້ມຄອງແບບມາດຕະຖານ ຫຼື ການພິຈາລະນາການຄຸ້ມຄອງດ່ວນ.

ຜົນການພິຈາລະນາການຄຸ້ມຄອງແບບມາດຕະຖານ ດໍາເນີນການພາຍໃນ **72 ຊົ່ວໂມງ** ຫຼັງຈາກພວກເຮົາໄດ້ຮັບຄໍາຊີ້ແຈງຈາກແພດຂອງທ່ານ. **ການພິຈາລະນາການຄຸ້ມຄອງດ່ວນ**ດໍາເນີນການພາຍໃນ **24 ຊົ່ວໂມງ**ຫຼັງຈາກພວກເຮົາໄດ້ຮັບຄໍາຊີ້ແຈງຈາກແພດຂອງທ່ານ.

ທາກສຸຂະພາບຂອງທ່ານຕ້ອງການ, ໃຫ້ຂໍໃຫ້ພວກເຮົາຕັດສິນໃຈກ່ຽວກັບການພິຈາລະນາການຄຸ້ມຄອງດ່ວນ. ເພື່ອໃຫ້ໄດ້ຮັບການພິຈາລະນາການຄຸ້ມຄອງດ່ວນ, ທ່ານຕ້ອງມີຄຸນສົມບັດດັ່ງກ່າວຂໍ້ 2 ຂໍ້:

- ທ່ານຕ້ອງຂໍຢາທີ່ທ່ານຍັງບໍ່ໄດ້ຮັບ. (ທ່ານບໍ່ສາມາດຂໍການພິຈາລະນາການຄຸ້ມຄອງດ່ວນເພື່ອຂໍເງິນຄືນສໍາລັບຢາທີ່ທ່ານໄດ້ຊື້ໄປແລ້ວໄດ້.)

ບົດທີ 9 ຕ້ອງເຮັດຫຍັງຖ້າທ່ານມີບັນຫາ ຫຼື ຕ້ອງການຮ້ອງທຸກ (ຂໍຜົນການພິຈາລະນາການຄຸ້ມຄອງ, ການຂໍອຸທອນ, ການຮ້ອງທຸກ)

- ການໃຊ້ກຳນົດເວລາມາດຕະຖານອາດຈະເຮັດໃຫ້ເກີດອັນຕະລາຍຮ້າຍແຮງຕໍ່ສຸຂະພາບຂອງທ່ານຫຼືທຳລາຍຄວາມສາມາດໃນການເຮັດວຽກຂອງທ່ານ.
- ຖ້າຫາກແພດຂອງທ່ານ ຫຼື ຜູ້ອອກໃບສັງຢາຄົນອື່ນໆ ບອກພວກເຮົາວ່າສຸຂະພາບຂອງທ່ານຕ້ອງການການພິຈາລະນາການຄຸ້ມຄອງດ້ວນ, ພວກເຮົາຈະໃຫ້ການພິຈາລະນາການຄຸ້ມຄອງດ້ວນແກ່ທ່ານໂດຍອັດຕະໂນມັດ.
- ຫາກທ່ານຂໍການພິຈາລະນາການຄຸ້ມຄອງດ້ວນດ້ວຍຕົນເອງ, ໂດຍບໍ່ໄດ້ຮັບການສະໜັບສະໜູນຈາກແພດຂອງທ່ານ ຫຼື ຜູ້ອອກໃບສັງຢາ, ພວກເຮົາຈະຕັດສິນໃຈວ່າສຸຂະພາບຂອງທ່ານຕ້ອງການໃຫ້ພວກເຮົາໃຫ້ການພິຈາລະນາການຄຸ້ມຄອງດ້ວນແກ່ທ່ານ ຫຼື ບໍ່. ຖ້າພວກເຮົາບໍ່ອະນຸມັດການພິຈາລະນາການຄຸ້ມຄອງດ້ວນ, ພວກເຮົາຈະສົ່ງຈົດໝາຍເຖິງທ່ານທີ່:
 - ການອະທິບາຍກ່ຽວກັບເວລາມາດຕະຖານ.
 - ອະທິບາຍວ່າຖ້າແພດ ຫຼື ຜູ້ອອກໃບສັງຢາຄົນອື່ນໆ ຂອງທ່ານຂໍການພິຈາລະນາການຄຸ້ມຄອງດ້ວນ ພວກເຮົາຈະໃຫ້ການພິຈາລະນາການຄຸ້ມຄອງດ້ວນແກ່ທ່ານໂດຍອັດຕະໂນມັດ.
 - ບອກທ່ານເຖິງວິທີທີ່ທ່ານສາມາດຂໍການຮ້ອງທຸກແບບຮີບດ່ວນກ່ຽວກັບການຕັດສິນໃຈຂອງພວກເຮົາທີ່ຈະໃຫ້ຜົນການພິຈາລະນາການຄຸ້ມຄອງແບບມາດຕະຖານແທນການພິຈາລະນາການຄຸ້ມຄອງດ້ວນທີ່ທ່ານຂໍ. ພວກເຮົາຈະຕອບກັບເຫດການຮ້ອງທຸກຂອງທ່ານພາຍໃນ 24 ຊົ່ວໂມງຫຼັງຈາກໄດ້ຮັບ.

ຂັ້ນຕອນທີ 2: ຂໍຜົນການພິຈາລະນາການຄຸ້ມຄອງແບບມາດຕະຖານ ຫຼື ການພິຈາລະນາການຄຸ້ມຄອງດ້ວນ.

ເລີ່ມຕົ້ນດ້ວຍການໂທ, ຂຽນ ຫຼື ແຟັກແຜນຂອງພວກເຮົາເພື່ອຂໍໃຫ້ພວກເຮົາອະນຸມັດຫຼືໃຫ້ການຄຸ້ມຄອງສໍາລັບບໍລິການທາງການແພດທີ່ທ່ານຕ້ອງການ. ນອກນັ້ນທ່ານຍັງສາມາດເຂົ້າເຖິງຂະບວນຜົນການພິຈາລະນາການຄຸ້ມຄອງໂດຍຜ່ານເວັບໄຊທ໌ຂອງພວກເຮົາ. ພວກເຮົາຕ້ອງຮັບເອົາຄໍາຮ້ອງຂໍເປັນລາຍລັກອັກສອນທຸກສະບັບ, ລວມທັງຄໍາຮ້ອງຂໍທີ່ຍື່ນໃນແບບຟອມຄໍາຮ້ອງ ຂໍການກຳນົດການຄຸ້ມຄອງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຂອງ CMS, ເຊິ່ງມີຢູ່ໃນເວັບໄຊຂອງພວກເຮົາ go.wellcare.com/covereddetermination. ບົດທີ 2 ມີຂໍ້ມູນການຕິດຕໍ່. ເພື່ອຊ່ວຍພວກເຮົາໃນການດໍາເນີນການຕາມຄໍາຂໍຂອງທ່ານ, ໃຫ້ໃສ່ຊື່, ຂໍ້ມູນຕິດຕໍ່, ແລະຂໍ້ມູນທີ່ສະແດງວ່າການຮຽກຮ້ອງທີ່ຖືກປະຕິເສດໃດກໍາລັງຖືກອຸທອນ.

ທ່ານ, ແພດຂອງທ່ານ (ຫຼື ຜູ້ອອກໃບສັງຢາຄົນອື່ນໆ) ຕົວແທນຂອງທ່ານສາມາດດໍາເນີນການໄດ້. ທ່ານຍັງສາມາດໃຫ້ນັກກົດໝາຍດໍາເນີນການໃນນາມຂອງທ່ານໄດ້. ພາກທີ 4 ຂອງບົດນີ້ອະທິບາຍວິທີທີ່ທ່ານສາມາດໃຫ້ການອະນຸຍາດເປັນລາຍລັກອັກສອນແກ່ບຸກຄົນອື່ນເພື່ອເປັນຕົວແທນຂອງທ່ານ.

- ຖ້າທ່ານກໍາລັງຮ້ອງຂໍຂໍ້ຍົກເວັ້ນ, ໃຫ້ສະໜອງເອກະສານຮັບຮອງ, ເຊິ່ງແມ່ນເຫດຜົນທາງການແພດສໍາລັບຂໍ້ຍົກເວັ້ນ. ແພດຂອງທ່ານ ຫຼື ຜູ້ອອກໃບສັງຢາອື່ນໆສາມາດແຟັກສະຫຼືສົ່ງຄໍາຊີ້ແຈງທາງໄປສະນີໄປຫາພວກເຮົາໄດ້. ຫຼື ແພດຂອງທ່ານ ຫຼື ຜູ້ອອກໃບສັງຢາ ຄົນອື່ນໆສາມາດແຈ້ງໃຫ້ພວກເຮົາທາງໂທລະສັບແລະຕິດຕາມຜົນໂດຍການແຟັກສະ ຫຼື ສົ່ງຄໍາຊີ້ແຈງເປັນລາຍລັກສະນະຖ້າຫາກຈຳເປັນ.

ຂັ້ນຕອນທີ 3: ພວກເຮົາຈະພິຈາລະນາຄໍາຂໍຂອງທ່ານແລະໃຫ້ຄໍາຕອບຂອງພວກເຮົາ.**ກຳນົດເວລາສໍາລັບການພິຈາລະນາການຄຸ້ມຄອງດ້ວນ**

- ໂດຍທົ່ວໄປແລ້ວພວກເຮົາຕ້ອງໃຫ້ຄໍາຕອບແກ່ທ່ານ ພາຍໃນ 24 ຊົ່ວໂມງ ຫຼັງຈາກພວກເຮົາໄດ້ຮັບຄໍາຂໍຂອງທ່ານ.

ບົດທີ 9 ຕ້ອງເຮັດຫຍັງຖ້າທ່ານມີບັນຫາ ຫຼື ຕ້ອງການຮ້ອງທຸກ (ຂໍຜົນການພິຈາລະນາການຄຸ້ມຄອງ, ການຂໍອຸທອນ, ການຮ້ອງທຸກ)

- ສໍາລັບຂໍ້ຍົກເວັ້ນ, ພວກເຮົາຈະໃຫ້ຄໍາຕອບແກ່ທ່ານພາຍໃນ 24 ຊົ່ວໂມງຫຼັງຈາກພວກເຮົາໄດ້ຮັບເອກະສານຮັບຮອງຈາກແພດຂອງທ່ານ. ພວກເຮົາຈະໃຫ້ຄໍາຕອບແກ່ທ່ານໄວຂຶ້ນຖ້າຫາກສຸຂະພາບຂອງທ່ານຕ້ອງການໃຫ້ພວກເຮົາເຮັດແບບນັ້ນ.
- ຫາກພວກເຮົາບໍ່ສາມາດປະຕິບັດຕາມກຳນົດເວລານີ້ໄດ້, ພວກເຮົາຈຳເປັນຕ້ອງສົ່ງຄໍາຂໍຮ້ອງຂອງທ່ານໄປຍັງລະດັບ 2 ຂອງຂະບວນການຂໍອຸທອນ, ເຊິ່ງຈະໄດ້ຮັບການກວດສອບໂດຍອົງການກວດສອບເອກະລາດ.
- **ຫາກຄໍາຕອບຂອງພວກເຮົາແມ່ນ ບາງສ່ວນ ຫຼື ທັງໝົດຂອງສິ່ງທີ່ທ່ານຂໍ,** ພວກເຮົາຕ້ອງໃຫ້ການຄຸ້ມຄອງທີ່ພວກເຮົາຕົກລົງໄວ້ພາຍໃນ 24 ຊົ່ວໂມງຫຼັງຈາກພວກເຮົາໄດ້ຮັບຄໍາຂໍຫຼືຄໍາຊີ້ແຈງຈາກແພດທີ່ສະໜັບສະໜູນຄໍາຂໍຂອງທ່ານ.
- **ຫາກຄໍາຕອບຂອງພວກເຮົາແມ່ນ ບໍ່ ບາງສ່ວນຫຼືທັງໝົດຂອງສິ່ງທີ່ທ່ານຂໍ,** ພວກເຮົາຈະສົ່ງຄໍາຊີ້ແຈງເປັນລາຍລັກສະນະທີ່ອະທິບາຍວ່າເປັນຫຍັງພວກເຮົາຈຶ່ງຕອບວ່າ ບໍ່. ພວກເຮົາຈະບອກວິທີທີ່ທ່ານສາມາດຍື່ນການຂໍອຸທອນ.

ກຳນົດເວລາສໍາລັບຜົນການພິຈາລະນາການຄຸ້ມຄອງແບບມາດຕະຖານສໍາລັບຢາທີ່ທ່ານຍັງບໍ່ໄດ້ຮັບ

- ພວກເຮົາຕ້ອງໃຫ້ຄໍາຕອບແກ່ທ່ານ **ພາຍໃນ 72 ຊົ່ວໂມງ** ຫຼັງຈາກທີ່ພວກເຮົາໄດ້ຮັບຄໍາຮ້ອງຂໍຂອງທ່ານ.
 - ສໍາລັບຂໍ້ຍົກເວັ້ນ, ພວກເຮົາຈະໃຫ້ຄໍາຕອບແກ່ທ່ານພາຍໃນ 72 ຊົ່ວໂມງ ຫຼັງຈາກພວກເຮົາໄດ້ຮັບເອກະສານຮັບຮອງຈາກແພດຂອງທ່ານ. ພວກເຮົາຈະໃຫ້ຄໍາຕອບແກ່ທ່ານໄວຂຶ້ນຖ້າຫາກສຸຂະພາບຂອງທ່ານຕ້ອງການໃຫ້ພວກເຮົາເຮັດແບບນັ້ນ.
 - ຫາກພວກເຮົາບໍ່ສາມາດປະຕິບັດຕາມກຳນົດເວລານີ້ໄດ້, ພວກເຮົາຈຳເປັນຕ້ອງສົ່ງຄໍາຂໍຂອງທ່ານໄປຍັງລະດັບ 2 ຂອງຂະບວນການຂໍອຸທອນ, ເຊິ່ງຈະໄດ້ຮັບການກວດສອບໂດຍອົງການກວດສອບເອກະລາດ.
- **ຫາກຄໍາຕອບຂອງພວກເຮົາແມ່ນ ແມ່ນ ບາງສ່ວນຫຼືທັງໝົດຂອງສິ່ງທີ່ທ່ານຂໍ,** ພວກເຮົາຕ້ອງ **ໃຫ້ການຄຸ້ມຄອງທີ່** ພວກເຮົາຕົກລົງໄວ້ **ພາຍໃນ 72 ຊົ່ວໂມງ** ຫຼັງຈາກພວກເຮົາໄດ້ຮັບຄໍາຂໍຫຼືຄໍາຊີ້ແຈງຈາກແພດທີ່ສະໜັບສະໜູນຄໍາຂໍຂອງທ່ານ.
- **ຫາກຄໍາຕອບຂອງພວກເຮົາແມ່ນ ບໍ່ ບາງສ່ວນຫຼືທັງໝົດຂອງສິ່ງທີ່ທ່ານຂໍ,** ພວກເຮົາຈະສົ່ງຄໍາຊີ້ແຈງເປັນລາຍລັກສະນະທີ່ອະທິບາຍວ່າເປັນຫຍັງພວກເຮົາຈຶ່ງຕອບວ່າ ບໍ່. ພວກເຮົາຈະບອກວິທີທີ່ທ່ານສາມາດຍື່ນການຂໍອຸທອນ.

ກຳນົດເວລາສໍາລັບການຕັດສິນໃຈຜົນການພິຈາລະນາການຄຸ້ມຄອງແບບມາດຕະຖານກ່ຽວກັບການຈ່າຍເງິນຄ່າຢາທີ່ທ່ານໄດ້ຊື້ໄປແລ້ວ

- ພວກເຮົາຕ້ອງໃຫ້ຄໍາຕອບແກ່ທ່ານ **ພາຍໃນ 14 ວັນຕາມປະຕິທິນ** ຫຼັງຈາກພວກເຮົາໄດ້ຮັບຄໍາຂໍຂອງທ່ານ.

ຫາກພວກເຮົາບໍ່ສາມາດປະຕິບັດຕາມກຳນົດເວລານີ້ໄດ້, ພວກເຮົາຈຳເປັນຕ້ອງສົ່ງຄໍາຂໍຂອງທ່ານໄປຍັງລະດັບ 2 ຂອງຂະບວນການຂໍອຸທອນ, ເຊິ່ງຈະໄດ້ຮັບການກວດສອບໂດຍອົງການກວດສອບເອກະລາດ.

- **ຖ້າຄໍາຕອບຂອງພວກເຮົາແມ່ນເຫັນດີຕໍ່ບາງສ່ວນ ຫຼື ທັງໝົດຂອງສິ່ງທີ່ທ່ານຮ້ອງຂໍ,** ພວກເຮົາຈຳເປັນຕ້ອງຈ່າຍເງິນໃຫ້ທ່ານພາຍໃນ 14 ວັນຕາມປະຕິທິນຫຼັງຈາກທີ່ພວກເຮົາໄດ້ຮັບຄໍາຮ້ອງຂໍຂອງທ່ານ.

ບົດທີ 9 ຕ້ອງເຮັດຫຍັງຖ້າທ່ານມີບັນຫາ ຫຼື ຕ້ອງການຮ້ອງທຸກ (ຂໍຜົນການພິຈາລະນາການຄຸ້ມຄອງ, ການຂໍອຸທອນ, ການຮ້ອງທຸກ)

- **ຫາກຄໍາຕອບຂອງພວກເຮົາແມ່ນ ບໍ່ ບາງສ່ວນທີ່ທັງໝົດຂອງສິ່ງທີ່ທ່ານຂໍ,** ພວກເຮົາຈະສົ່ງຄໍາຊີ້ແຈງເປັນລາຍລັກສະນະທີ່ອະທິບາຍວ່າເປັນຫຍັງພວກເຮົາຈຶ່ງຕອບວ່າ ບໍ່. ພວກເຮົາຈະບອກວິທີທີ່ທ່ານສາມາດຍື່ນການຂໍອຸທອນ.

ຂັ້ນຕອນທີ 4: ຫາກພວກເຮົາຕອບວ່າ ບໍ່ ສໍາລັບຄໍາຂໍຄວາມຄຸ້ມຄອງຂອງທ່ານ, ທ່ານສາມາດຂໍການຂໍອຸທອນໄດ້.

- ຖ້າຫາກພວກເຮົາປະຕິເສດ ທ່ານມີສິດທີ່ຈະຂໍໃຫ້ພວກເຮົາພິຈາລະນາການຕັດສິນໃຈນີ້ອີກຄັ້ງໂດຍການຍື່ນການຂໍອຸທອນ. ນັ້ນໝາຍຄວາມວ່າການຂໍອີກຄັ້ງເພື່ອຮັບຄວາມຄຸ້ມຄອງຢ່າງທີ່ທ່ານຕ້ອງການ. ຫາກທ່ານຂໍອຸທອນ, ນັ້ນໝາຍຄວາມວ່າທ່ານກໍາລັງເຂົ້າສູ່ລະດັບ 1 ຂອງຂະບວນການຂໍອຸທອນ.

ພາກທີ 7.5 ວິທີການຂໍອຸທອນລະດັບ 1**ຄໍາສັບທາງດ້ານກົດໝາຍ:**

ການຂໍອຸທອນຕໍ່ແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາກ່ຽວກັບຜົນການພິຈາລະນາການຄຸ້ມຄອງຢ່າງໃນພາກ D ແມ່ນເອີ້ນວ່າ **ການພິຈາລະນາຄືນໃໝ່**.

ການຂໍອຸທອນດ້ວນເອີ້ນວ່າ **ການພິຈາລະນາຄືນໃໝ່ດ້ວນ**.

ຂັ້ນຕອນທີ 1: ຕັດສິນໃຈວ່າທ່ານຕ້ອງການຂໍອຸທອນມາດຕະຖານ ຫຼື ການຂໍອຸທອນດ້ວນ.

ການຂໍອຸທອນມາດຕະຖານມັກຈະດໍາເນີນການພາຍໃນ 7 ວັນຕາມປະຕິທິນ. ການຂໍອຸທອນດ້ວນມັກຈະດໍາເນີນການພາຍໃນ 72 ຊົ່ວໂມງ. ຫາກສຸຂະພາບຂອງທ່ານຕ້ອງການ, ການຂໍອຸທອນດ້ວນ.

- ຖ້າທ່ານກໍາລັງຂໍອຸທອນຄໍາຕັດສິນທີ່ພວກເຮົາໄດ້ເຮັດກ່ຽວກັບຢ່າທີ່ທ່ານຍັງບໍ່ທັນໄດ້ຮັບ, ທ່ານ ແລະ ແພດ ຫຼື ຜູ້ອອກໃບສັງຢາອື່ນໆຂອງທ່ານຈະຕ້ອງຕັດສິນໃຈວ່າທ່ານຕ້ອງການໃນການຂໍອຸທອນດ້ວນ ຫຼື ບໍ່.
- ຂໍ້ກຳນົດສໍາລັບການໄດ້ຮັບການຂໍອຸທອນດ້ວນແມ່ນຄືກັນກັບຂໍ້ກຳນົດສໍາລັບການໄດ້ຮັບການພິຈາລະນາການຄຸ້ມຄອງດ້ວນໃນພາກທີ 7.4.

ຂັ້ນຕອນທີ 2: ທ່ານ, ຕົວແທນຂອງທ່ານ, ແພດ, ຫຼື ຜູ້ອອກໃບສັງຢາຄົນອື່ນໆຕ້ອງຕິດຕໍ່ພວກເຮົາແລະດໍາເນີນການຂໍອຸທອນລະດັບ 1 ຂອງທ່ານ. ຫາກສຸຂະພາບຂອງທ່ານຕ້ອງການການຕອບສະໜອງທີ່ຮີບດ້ວນ, ທ່ານຕ້ອງຂໍການຂໍອຸທອນດ້ວນ.

- **ສໍາລັບການຂໍອຸທອນມາດຕະຖານ, ໃຫ້ສົ່ງຄໍາຂໍເປັນລາຍລັກອັກສອນ** ຫຼື ໂທຫາພວກເຮົາ. ບົດທີ 2 ມີຂໍ້ມູນການຕິດຕໍ່.
- **ສໍາລັບການຂໍອຸທອນດ້ວນ, ໃຫ້ຍື່ນຂໍອຸທອນຂອງທ່ານເປັນລາຍລັກອັກສອນ ຫຼື ໂທຫາພວກເຮົາທີ່ເບີ 1-888-846-4262 (TTY: 711).** ບົດທີ 2 ມີຂໍ້ມູນການຕິດຕໍ່.
- **ພວກເຮົາຕ້ອງຍອມຮັບຄໍາຂໍເປັນລາຍລັກອັກສອນທຸກຊະນິດ, ລວມທັງຄໍາຂໍທີ່ຍື່ນໃນ ແບບຟອມຄໍາຮ້ອງ ຂໍການພິຈາລະນາຄືນໃໝ່ຂອງ CMS, ທີ່ມີຢູ່ໃນເວັບໄຊຂອງພວກເຮົາ go.wellcare.com/redetermination.** ລະບຸຊື່, ຂໍ້ມູນຕິດຕໍ່, ແລະ ຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບການຮ້ອງຂໍຂອງທ່ານເພື່ອຊ່ວຍພວກເຮົາໃນການດໍາເນີນການຕາມຄໍາຂໍຂອງທ່ານ.

ບົດທີ 9 ຕ້ອງເຮັດຫຍັງຖ້າທ່ານມີບັນຫາ ຫຼື ຕ້ອງການຮ້ອງທຸກ (ຂໍຜົນການພິຈາລະນາການຄຸ້ມຄອງ, ການຂໍອຸທອນ, ການຮ້ອງທຸກ)

- **ທ່ານອາດຈະຍື່ນຂໍອຸທອນຂອງທ່ານທາງອີເລັກໂທຣນິກຜ່ານເວັບໄຊຂອງພວກເຮົາທີ່ go.wellcare.com/OhanaHI.**
- **ທ່ານຕ້ອງຍື່ນຄໍາຂໍອຸທອນຂອງທ່ານພາຍໃນ 65 ວັນຕາມປະຕິທິນ** ນັບຈາກວັນທີ່ໃນເອກະສານແຈ້ງເປັນລາຍລັກອັກສອນທີ່ພວກເຮົາສົ່ງໃຫ້ທ່ານເພື່ອແຈ້ງຄໍາຕອບຂອງພວກເຮົາກ່ຽວກັບຜົນການພິຈາລະນາການຄຸ້ມຄອງ. ຖ້າຫາກທ່ານພາດກຳນົດເວລານີ້ແລະມີເຫດຜົນທີ່ດີທີ່ພາດໄປ ກະລຸນາອະທິບາຍເຫດຜົນທີ່ການຂໍອຸທອນຂອງທ່ານລ່ວງໄປເມື່ອທ່ານຍື່ນອຸທອນ. ພວກເຮົາອາດຈະໃຫ້ເວລາທ່ານເພີ່ມໃນການຍື່ນການຂໍອຸທອນ. ຕົວຢ່າງຂອງເຫດຜົນທີ່ດີອາດລວມມີການເຈັບປ່ວຍຮຸນແຮງທີ່ເຮັດໃຫ້ທ່ານບໍ່ສາມາດຕິດຕໍ່ພວກເຮົາໄດ້ ຫຼືຖ້າຫາກພວກເຮົາໃຫ້ຂໍ້ມູນທີ່ບໍ່ຖືກຕ້ອງ ຫຼືບໍ່ສົມບູນແກ່ທ່ານກ່ຽວກັບກຳນົດເວລາໃນການຂໍອຸທອນ.
- **ທ່ານສາມາດຂໍສໍາເນົາຂໍ້ມູນໃນການຂໍອຸທອນຂອງທ່ານ ແລະ ເພີ່ມຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມໄດ້.** ທ່ານແລະແພດຂອງທ່ານອາດຈະເພີ່ມຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມເພື່ອສະໜັບສະໜູນການຂໍອຸທອນຂອງທ່ານ.

ຂັ້ນຕອນທີ 3: ພວກເຮົາຈະພິຈາລະນາການຂໍອຸທອນຂອງທ່ານ ແລະ ໃຫ້ຄໍາຕອບຂອງພວກເຮົາ.

- ເມື່ອພວກເຮົາກວດສອບຄໍາຂໍອຸທອນຂອງທ່ານ, ພວກເຮົາຈະພິຈາລະນາຂໍ້ມູນທັງໝົດກ່ຽວກັບການຮ້ອງຂໍຄຸ້ມຄອງຂອງທ່ານອີກຄັ້ງຢ່າງລະມັດລະວັງ. ພວກເຮົາກວດສອບວ່າພວກເຮົາປະຕິບັດຕາມກົດລະບຽບທັງໝົດຫຼືບໍ່ເມື່ອພວກເຮົາປະຕິເສດຄໍາຂໍຂອງທ່ານ.
- ພວກເຮົາອາດຈະຕິດຕໍ່ທ່ານ ຫຼື ແພດຂອງທ່ານ ຫຼື ຜູ້ອອກໃບສັງຢາຄົນອື່ນໆ ເພື່ອຂໍຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມ.

ກຳນົດເວລາສໍາລັບການຂໍອຸທອນດ່ວນ

- **ສໍາລັບການຂໍອຸທອນດ່ວນ** ພວກເຮົາຕ້ອງໃຫ້ຄໍາຕອບແກ່ທ່ານ **ພາຍໃນ 72 ຊົ່ວໂມງຫຼັງຈາກທີ່ພວກເຮົາໄດ້ຮັບການຂໍອຸທອນຂອງທ່ານ.** ພວກເຮົາຈະໃຫ້ຄໍາຕອບແກ່ທ່ານໄວຂຶ້ນຖ້າຫາກສຸຂະພາບຂອງທ່ານຕ້ອງການໃຫ້ພວກເຮົາເຮັດແບບນັ້ນ.
 - ຖ້າພວກເຮົາບໍ່ໃຫ້ຄໍາຕອບແກ່ທ່ານພາຍໃນ 72 ຊົ່ວໂມງ, ພວກເຮົາຈຳເປັນຕ້ອງສົ່ງຄໍາຂໍຂອງທ່ານໄປຍັງ ຂັ້ນຕອນທີ 2 ຂອງຂະບວນການຂໍອຸທອນ, ເຊິ່ງຈະໄດ້ຮັບການກວດສອບໂດຍອົງການກວດສອບເອກະລາດ. **ພາກທີ 7.6** ອະທິບາຍຂະບວນການຂໍອຸທອນລະດັບທີ 2.
- **ຖ້າຄໍາຕອບຂອງພວກເຮົາແມ່ນເຫັນດີຕໍ່ບາງສ່ວນ ຫຼື ທັງໝົດຂອງສິ່ງທີ່ທ່ານຮ້ອງຂໍ,** ພວກເຮົາຕ້ອງຈັດຫາການຄຸ້ມຄອງທີ່ພວກເຮົາໄດ້ຕົກລົງໃຫ້ພາຍໃນ 72 ຊົ່ວໂມງຫຼັງຈາກທີ່ພວກເຮົາໄດ້ຮັບການຂໍອຸທອນຂອງທ່ານ.
- **ຖ້າຄໍາຕອບຂອງພວກເຮົາແມ່ນ ບໍ່ ບາງສ່ວນທີ່ທັງໝົດຂອງສິ່ງທີ່ທ່ານຂໍ,** ພວກເຮົາຈະສົ່ງ ຄໍາຊີ້ແຈງເປັນລາຍລັກອັກສອນທີ່ອະທິບາຍເຫດຜົນທີ່ພວກເຮົາຕອບ ບໍ່ ແລະ ວິທີທີ່ທ່ານສາມາດອຸທອນຕໍ່ການຕັດສິນຂອງພວກເຮົາໄດ້.

ກຳນົດເວລາສໍາລັບການຂໍອຸທອນມາດຕະຖານ ສໍາລັບຢາທີ່ທ່ານຍັງບໍ່ໄດ້ຮັບ

- ສໍາລັບການຂໍອຸທອນມາດຕະຖານ, ພວກເຮົາຕ້ອງໃຫ້ຄໍາຕອບແກ່ທ່ານ **ພາຍໃນ 7 ວັນຕາມປະຕິທິນ** ຫຼັງຈາກພວກເຮົາໄດ້ຮັບການຂໍອຸທອນຂອງທ່ານ. ພວກເຮົາຈະໃຫ້ຄໍາຕອບແກ່ທ່ານ ໄວຂຶ້ນ ຖ້າທ່ານຍັງບໍ່ໄດ້ຮັບຢາ ແລະ ສະພາບສຸຂະພາບຂອງທ່ານຕ້ອງການໃຫ້ພວກເຮົາເຮັດແບບນີ້.

ບົດທີ 9 ຕ້ອງເຮັດຫຍັງຖ້າທ່ານມີບັນຫາ ຫຼື ຕ້ອງການຮ້ອງທຸກ (ຂໍຜົນການພິຈາລະນາການຄຸ້ມຄອງ, ການຂໍອຸທອນ, ການຮ້ອງທຸກ)

- ຖ້າພວກເຮົາບໍ່ໃຫ້ຄໍາຕັດສິນແກ່ທ່ານພາຍໃນ 7 ວັນຕາມປະຕິທິນ, ພວກເຮົາຈຳເປັນຕ້ອງສົ່ງຄໍາຮ້ອງຂໍຂອງທ່ານໄປຍັງລະດັບທີ 2 ຂອງຂະບວນການຂໍອຸທອນ, ເຊິ່ງຈະຖືກກວດສອບໂດຍອົງການກວດສອບອິດສະລະ.
- ພາກທີ 7.6** ອະທິບາຍຂະບວນການຂໍອຸທອນລະດັບທີ 2.
- **ຖ້າຄໍາຕອບຂອງພວກເຮົາແມ່ນ ແມ່ນ ບາງສ່ວນທີ່ທັງໝົດຂອງສິ່ງທີ່ທ່ານຂໍ**, ພວກເຮົາຕ້ອງໃຫ້ການຄຸ້ມຄອງ ໂດຍໄວທີ່ສຸດຕາມຄວາມຕ້ອງການດ້ານສຸຂະພາບຂອງທ່ານ, ແຕ່ບໍ່ຊັກຊ້າກວ່າ **7 ວັນຕາມປະຕິທິນ** ຫຼັງຈາກໄດ້ຮັບການຂໍອຸທອນຂອງທ່ານ.
- **ຖ້າຄໍາຕອບຂອງພວກເຮົາແມ່ນ ບໍ່ ບາງສ່ວນທີ່ທັງໝົດຂອງສິ່ງທີ່ທ່ານຂໍ**, ພວກເຮົາຈະສົ່ງ ຄໍາຊີ້ແຈງເປັນລາຍລັກອັກສອນທີ່ອະທິບາຍເຫດຜົນທີ່ພວກເຮົາຕອບ ບໍ່ ແລະ ວິທີທີ່ທ່ານສາມາດອຸທອນຕໍ່ການຕັດສິນຂອງພວກເຮົາໄດ້.

ກຳນົດເວລາສໍາລັບການຂໍອຸທອນມາດຕະຖານ ກ່ຽວກັບການຊໍາລະເງິນຄ່າຢາທີ່ທ່ານໄດ້ຊື້ໄປແລ້ວ

- ພວກເຮົາຕ້ອງໃຫ້ຄໍາຕອບແກ່ທ່ານ **ພາຍໃນ 14 ວັນຕາມປະຕິທິນ** ຫຼັງຈາກພວກເຮົາໄດ້ຮັບຄໍາຂໍຂອງທ່ານ.
 - ຖ້າພວກເຮົາບໍ່ສາມາດປະຕິບັດຕາມກຳນົດເວລານີ້ໄດ້, ພວກເຮົາຈຳເປັນຕ້ອງສົ່ງຄໍາຂໍຂອງທ່ານໄປຍັງລະດັບ 2 ຂອງຂະບວນການຂໍອຸທອນ, ເຊິ່ງຈະໄດ້ຮັບການກວດສອບໂດຍອົງການກວດສອບເອກະລາດ.
- **ຖ້າຄໍາຕອບຂອງພວກເຮົາແມ່ນເຫັນດີຕໍ່ບາງສ່ວນ ຫຼື ທັງໝົດຂອງສິ່ງທີ່ທ່ານຮ້ອງຂໍ**, ພວກເຮົາຈຳເປັນຕ້ອງຈ່າຍເງິນໃຫ້ທ່ານພາຍໃນ 30 ວັນຕາມປະຕິທິນຫຼັງຈາກທີ່ພວກເຮົາໄດ້ຮັບຄໍາຮ້ອງຂໍຂອງທ່ານ.
- **ຫາກຄໍາຕອບຂອງພວກເຮົາແມ່ນ ບໍ່ ບາງສ່ວນທີ່ທັງໝົດຂອງສິ່ງທີ່ທ່ານຂໍ**, ພວກເຮົາຈະສົ່ງຄໍາຊີ້ແຈງເປັນລາຍລັກສະນະທີ່ອະທິບາຍວ່າເປັນຫຍັງພວກເຮົາຈຶ່ງຕອບວ່າ ບໍ່. ພວກເຮົາຈະບອກວິທີທີ່ທ່ານສາມາດຍື່ນການຂໍອຸທອນ.

ຂັ້ນຕອນທີ 4: ຖ້າພວກເຮົາຕອບວ່າ ບໍ່ ສໍາລັບການຂໍອຸທອນຂອງທ່ານ ທ່ານຈະຕັດສິນໃຈວ່າທ່ານຕ້ອງການດໍາເນີນການຕໍ່ໃນຂະບວນການຂໍອຸທອນ ແລະ ຍື່ນການຂໍອຸທອນອີກຄັ້ງ.

- ຖ້າທ່ານຕັດສິນໃຈທີ່ຈະຍື່ນອຸທອນອີກຄັ້ງ ໝາຍຄວາມວ່າການຂໍອຸທອນຂອງທ່ານກໍາລັງຈະເຂົ້າສູ່ລະດັບ 2 ຂອງຂະບວນການຂໍອຸທອນ.

ພາກທີ 7.6 ວິທີການຍື່ນການຂໍອຸທອນລະດັບ 2**ຄໍາສັບທາງກົດໝາຍ:**

ຊື່ຢ່າງເປັນທາງການສໍາລັບອົງການກວດສອບເອກະລາດແມ່ນ **ໜ່ວຍງານພິຈາລະນາການອຸທອນອິດສະລະ**. ບາງຄັ້ງກໍຍັງເອີ້ນວ່າ **IRE**.

ອົງການກວດສອບເອກະລາດເປັນອົງການເອກະລາດທີ່ Medicare ຈ້າງມາ. ບໍ່ໄດ້ເຊື່ອມຕໍ່ກັບພວກເຮົາແລະບໍ່ແມ່ນໜ່ວຍງານຂອງລັດ. ອົງການນີ້ຈະຕັດສິນໃຈວ່າການຕັດສິນໃຈທີ່ພວກເຮົາທຳນອງນັ້ນຖືກຕ້ອງຫຼືບໍ່ທີ່ຄວນຈະປ່ຽນແປງ. Medicare ກໍາກັບການເຮັດວຽກຂອງອົງການນີ້.

ບົດທີ 9 ຕ້ອງເຮັດຫຍັງຖ້າທ່ານມີບັນຫາ ຫຼື ຕ້ອງການຮ້ອງທຸກ (ຂໍຜົນການພິຈາລະນາການຄຸ້ມຄອງ, ການຂໍອຸທອນ, ການຮ້ອງທຸກ)**ຂັ້ນຕອນທີ 1: ທ່ານ (ຫຼືຕົວແທນຂອງທ່ານ, ຫຼືແພດ ຫຼື ຜູ້ອອກໃບສັງຢາ) ຕ້ອງຕິດຕໍ່ອົງການກວດສອບເອກະລາດ ແລະ ຂໍໃຫ້ມີການກວດສອບກໍລະນີຂອງທ່ານ.**

- ຖ້າພວກເຮົາຕອບວ່າ ບໍ່ ຕໍ່ຄໍາຂໍອຸທອນລະດັບ 1 ຂອງທ່ານ, ເອກະສານແຈ້ງເປັນລາຍລັກອັກສອນທີ່ພວກເຮົາສົ່ງໃຫ້ທ່ານຈະ **ລວມ ມີຄໍາແນະນຳກ່ຽວກັບວິທີການຍື່ນອຸທອນລະດັບ 2**ກັບອົງການກວດສອບອິດສະຫຼະ. ຄໍາແນະນຳເຫຼົ່ານີ້ຈະບອກວ່າໃຜສາມາດຍື່ນອຸທອນລະດັບ 2 ນີ້ໄດ້ ກຳນົດເວລາໃດທີ່ທ່ານຕ້ອງປະຕິບັດຕາມ ແລະ ວິທີເຂົ້າຖິ້ງອົງການກວດສອບອິດສະຫຼະ.
- ທ່ານຕ້ອງຍື່ນການຂໍອຸທອນຂອງທ່ານພາຍໃນ 65 ວັນຕາມປະຕິທິນ** ນັບຈາກວັນທີໃນເອກະສານແຈ້ງເປັນລາຍລັກອັກສອນ.
- ຖ້າພວກເຮົາບໍ່ໄດ້ສໍາເລັດການກວດສອບຂອງພວກເຮົາພາຍໃນຂອບເຂດເວລາທີ່ກຳນົດ ຫຼື ຕັດສິນໃຈທີ່ບໍ່ເອື້ອອຳນວຍກ່ຽວກັບການກຳນົດ **ຄວາມສ່ຽງ** ພາຍໃຕ້ໂຄງການຄຸ້ມຄອງຢາຂອງພວກເຮົາ, ພວກເຮົາຈະສົ່ງຄໍາຮ້ອງຂໍຂອງທ່ານໄປຍັງ IRE ໂດຍອັດຕະໂນມັດ.
- ພວກເຮົາຈະສົ່ງຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບການຂໍອຸທອນຂອງທ່ານໄປຍັງອົງການນີ້. ຂໍ້ມູນນີ້ເອີ້ນວ່າ **ໄຟລ໌ກໍລະນີຂອງທ່ານ**. **ທ່ານມີສິດທີ່ຈະຂໍສໍາເນົາໄຟລ໌ກໍລະນີຂອງທ່ານຈາກພວກເຮົາ.**
- ທ່ານມີສິດທີ່ຈະໃຫ້ຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມແກ່ອົງການກວດສອບເອກະລາດເພື່ອສນັບສນູນການຂໍອຸທອນຂອງທ່ານ.

ຂັ້ນຕອນທີ 2: ອົງການກວດສອບເອກະລາດຈະກວດສອບການຂໍອຸທອນຂອງທ່ານ.

ຜູ້ກວດສອບທີ່ອົງການກວດສອບອິດສະຫຼະຈະກວດສອບຂໍ້ມູນທັງໝົດທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບການຂໍອຸທອນຂອງທ່ານຢ່າງລະມັດລະວັງ.

ກຳນົດເວລາສໍາລັບການຂໍອຸທອນດ່ວນ

- ຖ້າສະພາບສຸຂະພາບຂອງທ່ານຕ້ອງການ ຂໍໃຫ້ອົງການກວດສອບເອກະລາດດໍາເນີນການຂໍອຸທອນດ່ວນ.
- ຖ້າອົງການກວດສອບເອກະລາດຕົກລົງທີ່ຈະໃຫ້ການຂໍອຸທອນດ່ວນແກ່ທ່ານ ອົງການກວດສອບເອກະລາດຕ້ອງໃຫ້ຄໍາຕອບສໍາລັບການອຸທອນລະດັບ 2 ຂອງທ່ານ **ພາຍໃນ 72 ຊົ່ວໂມງ** ຫຼັງຈາກໄດ້ຮັບຄໍາຂໍອຸທອນຂອງທ່ານ.

ກຳນົດເວລາສໍາລັບການຂໍອຸທອນມາດຕະຖານ

- ສໍາລັບການຂໍອຸທອນມາດຕະຖານ, ອົງການກວດສອບເອກະລາດຕ້ອງໃຫ້ຄໍາຕອບສໍາລັບການຂໍອຸທອນລະດັບ 2 ຂອງທ່ານ **ພາຍໃນ 7 ວັນຕາມປະຕິທິນ** ຫຼັງຈາກໄດ້ຮັບການຂໍອຸທອນຂອງທ່ານ ຖ້າເປັນການຂໍອຸທອນສໍາລັບຢາທີ່ທ່ານຍັງບໍ່ໄດ້ຮັບ. ຖ້າທ່ານກຳລັງຮ້ອງຂໍໃຫ້ພວກເຮົາຈ່າຍເງິນຄືນຄ່າຢາທີ່ທ່ານໄດ້ຊື້ໄປແລ້ວ, ອົງການກວດສອບອິດສະຫຼະຕ້ອງໃຫ້ຄໍາຕອບແກ່ທ່ານກ່ຽວກັບການຂໍອຸທອນລະດັບທີ 2 **ຂອງທ່ານ ພາຍໃນ 14 ວັນຕາມປະຕິທິນ** ຫຼັງຈາກທີ່ໄດ້ຮັບຄໍາຮ້ອງຂໍຂອງທ່ານ.

ຂັ້ນຕອນທີ 3: ອົງການກວດສອບເອກະລາດຈະໃຫ້ຄໍາຕອບແກ່ທ່ານ.**ສໍາລັບການຂໍອຸທອນດ່ວນ:**

- ຖ້າອົງການກວດສອບອິດສະຫຼະເຫັນດີຕໍ່ບາງສ່ວນ ຫຼື ທັງໝົດຂອງສິ່ງທີ່ທ່ານຮ້ອງຂໍ, ພວກເຮົາຕ້ອງ ຈັດຫາການຄຸ້ມຄອງຢ່າ ທີ່ໄດ້ຮັບການອະນຸມັດໂດຍອົງການກວດສອບອິດສະຫຼະ ພາຍໃນ 24 ຊົ່ວໂມງ ຫຼັງຈາກທີ່ພວກເຮົາໄດ້ຮັບຄໍາຕັດສິນຈາກອົງການກວດສອບອິດສະຫຼະ.

ສໍາລັບການຂໍອຸທອນມາດຕະຖານ:

- ຖ້າອົງການກວດສອບອິດສະຫຼະເຫັນດີຕໍ່ບາງສ່ວນ ຫຼື ທັງໝົດຂອງຄໍາຮ້ອງຂໍການຄຸ້ມຄອງຂອງທ່ານ, ພວກເຮົາຕ້ອງ ຈັດຫາການຄຸ້ມຄອງຢ່າທີ່ໄດ້ຮັບການອະນຸມັດໂດຍອົງການກວດສອບອິດສະຫຼະ ພາຍໃນ 72 ຊົ່ວໂມງ ຫຼັງຈາກທີ່ພວກເຮົາໄດ້ຮັບຄໍາຕັດສິນຈາກອົງການກວດສອບອິດສະຫຼະ.
- ຖ້າອົງການກວດສອບເອກະລາດຕອບວ່າ ແມ່ນ ບາງສ່ວນທີ່ທັງໝົດຂອງຄໍາຂໍຂອງທ່ານສໍາລັບຄວາມຄຸ້ມຄອງສໍາລັບຢາທີ່ທ່ານໄດ້ຊື້ໄປແລ້ວ ພວກເຮົາຕ້ອງ ສົ່ງການຊໍາລະເງິນໃຫ້ທ່ານພາຍໃນ 30 ວັນຕາມປະຕິທິນ ຫຼັງຈາກທີ່ພວກເຮົາໄດ້ຮັບການຕັດສິນຈາກອົງການກວດສອບອິດສະຫຼະ.

ຖ້າອົງການກວດສອບເອກະລາດບໍ່ເຫັນດີກັບການຂໍອຸທອນຂອງທ່ານ?

ຖ້າອົງການອິດສະຫຼະປະຕິເສດບາງສ່ວນ ຫຼື ທັງໝົດຂອງການຂໍອຸທອນຂອງທ່ານ, ໝາຍຄວາມວ່າພວກເຂົາເຫັນດີກັບຄໍາຕັດສິນຂອງພວກເຮົາທີ່ຈະບໍ່ອະນຸມັດຄໍາຮ້ອງຂໍຂອງທ່ານ (ຫຼື ບາງສ່ວນຂອງຄໍາຮ້ອງຂໍຂອງທ່ານ). (ອັນນີ້ເອີ້ນວ່າ **ການຢືນຢັນຄໍາຕັດສິນເດີມ** ຫຼື **ການປະຕິເສດການຂໍອຸທອນຂອງທ່ານ**.) ໃນກໍລະນີນີ້ ອົງການກວດສອບເອກະລາດຈະສົ່ງຈົດໝາຍເຖິງທ່ານທີ່:

- ອະທິບາຍການຕັດສິນໃຈ.
- ແຈ້ງໃຫ້ທ່ານຮູ້ກ່ຽວກັບສິດທີ່ຈະອຸທອນລະດັບ 3 ຖ້າມູນຄ່າເງິນໂດລາຂອງການຄຸ້ມຄອງຢາທີ່ທ່ານຂໍມີຄ່າເກີນຈໍານວນຕໍ່າສຸດທີ່ກຳນົດ. ຖ້າມູນຄ່າເງິນໂດລາຂອງການຄຸ້ມຄອງຢາທີ່ທ່ານຂໍຕໍ່າເກີນໄປ ທ່ານຈະບໍ່ສາມາດຍື່ນອຸທອນອີກໄດ້ ແລະ ການຕັດສິນໃຈໃນລະດັບ 2 ຈະເປັນຂັ້ນສຸດທ້າຍ.
- ແຈ້ງໃຫ້ທ່ານຮູ້ກ່ຽວກັບມູນຄ່າເງິນໂດລາທີ່ຕ້ອງເປັນຂໍ້ພິພາດ ເພື່ອດໍາເນີນການຕາມຂະບວນການຂໍອຸທອນຕໍ່ໄປ.

ຂັ້ນຕອນທີ 4: ຖ້າກໍລະນີຂອງທ່ານຕອບສະໜອງເງື່ອນໄຂ ທ່ານຕ້ອງເລືອກວ່າຕ້ອງການດໍາເນີນການຂໍອຸທອນຕໍ່ໄປ ຫຼື ບໍ່.

- ມີລະດັບການຂໍອຸທອນເພີ່ມເຕີມອີກ 3 ລະດັບໃນຂະບວນການຂໍອຸທອນຫຼັງຈາກລະດັບ 2 (ສໍາລັບທັງໝົດ 5 ລະດັບຂອງການຂໍອຸທອນ).
- ຖ້າທ່ານຕ້ອງການດໍາເນີນການຂໍອຸທອນຂັ້ນທີ 3, ລາຍລະອຽດກ່ຽວກັບວິທີການດໍາເນີນການຈະຖືກລະບຸໄວ້ໃນເອກະສານແຈ້ງເຕືອນເປັນລາຍລາຍຊື່ທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບຫຼັງຈາກການຕັດສິນໃຈອຸທອນຂັ້ນທີ 2.
- ການຂໍອຸທອນລະດັບ 3 ດໍາເນີນການໂດຍຜູ້ພິພາກສາກົດໝາຍປົກຄອງຫຼືຜູ້ພິພາກສານັກກົດໝາຍ.
ພາກທີ 10 ເວົ້າເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບຂະບວນການສໍາລັບການຂໍອຸທອນລະດັບທີ 3, 4, ແລະ 5.

ພາກທີ 8 ວິທີຂໍໃຫ້ພວກເຮົາຄຸ້ມຄອງການພັກຮັກສາຕົວໃນໂຮງໝໍທີ່ນາຍຂຶ້ນ ຖ້າທ່ານຄິດວ່າ ທ່ານກໍາລັງຈະຖືກອອກຈາກໂຮງໝໍໄວເກີນໄປ

ເມື່ອທ່ານເຂົ້າຮັບການປິ່ນປົວໃນໂຮງໝໍ ທ່ານມີສິດທີ່ຈະໄດ້ຮັບບໍລິການໃນໂຮງໝໍທີ່ຄຸ້ມຄອງທັງໝົດທີ່ຈໍາເປັນເພື່ອການວິນິດໄສ ແລະ ປິ່ນປົວອາການເຈັບເປັນຫຼືການບາດເຈັບຂອງທ່ານ.

ໃນໄລຍະການປິ່ນປົວໃນໂຮງໝໍທີ່ຄຸ້ມຄອງ ແພດຂອງທ່ານ ແລະ ພະນັກງານໂຮງໝໍຈະເຮັດວຽກຮ່ວມກັບທ່ານເພື່ອກຽມພ້ອມ ສໍາລັບວັນທີ່ທ່ານອອກຈາກໂຮງໝໍ. ພວກເຂົາຈະຊ່ວຍຈັດການດູແລທີ່ທ່ານອາດຈະຕ້ອງການຫຼັງຈາກທີ່ທ່ານອອກຈາກໂຮງໝໍ.

- ວັນທີ່ທ່ານອອກຈາກໂຮງໝໍເອີ້ນວ່າວັນ **ວັນອອກຈາກໂຮງໝໍ**.
- ເມື່ອວັນອອກຈາກໂຮງໝໍຂອງທ່ານໄດ້ຮັບການຕັດສິນໃຈ ແພດ ຫຼື ພະນັກງານໂຮງໝໍຂອງທ່ານຈະແຈ້ງໃຫ້ທ່ານຮູ້.
- ຖ້າທ່ານຄິດວ່າທ່ານກໍາລັງຖືກຂໍໃຫ້ອອກຈາກໂຮງໝໍໄວເກີນໄປ ທ່ານສາມາດຂໍໃຫ້ມີການພັກໃນໂຮງໝໍທີ່ດົນຂຶ້ນໄດ້ ແລະ ຄໍາຂໍຂອງທ່ານຈະໄດ້ຮັບການພິຈາລະນາ.

ພາກທີ 8.1 ໃນໄລຍະການປິ່ນປົວໃນໂຮງໝໍ ທ່ານຈະໄດ້ຮັບເອກະສານແຈ້ງເປັນລາຍລັກອັກສອນຈາກ Medicare ທີ່ແຈ້ງໃຫ້ທ່ານຮູ້ກ່ຽວກັບສິດຂອງທ່ານ

ພາຍໃນ 2 ວັນຕາມປະຕິທິນນັບຕັ້ງແຕ່ເຂົ້າຮັບການປິ່ນປົວໃນໂຮງໝໍທ່ານຈະໄດ້ຮັບເອກະສານແຈ້ງເປັນລາຍລັກອັກສອນທີ່ເອີ້ນວ່າ *ຂໍ້ຄວາມສໍາຄັນຈາກ Medicare ກ່ຽວກັບສິດຂອງທ່ານ*. ທຸກຄົນທີ່ມີ Medicare ຈະໄດ້ຮັບສໍາເນົາຂອງເອກະສານແຈ້ງນີ້. ຖ້າທ່ານ ບໍ່ໄດ້ຮັບເອກະສານແຈ້ງຈາກພະນັກງານໃນໂຮງໝໍ (ເຊັ່ນ: ພະນັກງານດູແລຜູ້ປ່ວຍ ຫຼື ພະຍາບານ) ກະລຸນາສອບຖາມພະນັກງານ ໂຮງໝໍຄົນໃດກໍ່ໄດ້. ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອ, ໃຫ້ໂທຫາຝ່າຍການບໍລິການສະມາຊິກທີ່ 1-888-846-4262 (ຜູ້ໃຊ້ TTY ໃຫ້ໂທຫາ 711) ຫຼື 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (ຜູ້ໃຊ້ TTY ໃຫ້ໂທຫາ 1-877-486-2048).

1. ກະລຸນາອ່ານເອກະສານແຈ້ງນີ້ຢ່າງລະອຽດ ແລະ ຖາມຄໍາຖາມຖ້າທ່ານບໍ່ເຂົ້າໃຈ. ແຈ້ງໃຫ້ທ່ານຮູ້ກ່ຽວກັບ:

- ສິດທິຂອງທ່ານໃນການໄດ້ຮັບການບໍລິການທີ່ຢູ່ໃຕ້ການຄຸ້ມຄອງ Medicare ໃນລະຫວ່າງ ແລະ ຫຼັງຈາກການນອນ ໂຮງໝໍຂອງທ່ານ, ຕາມຄໍາສັ່ງຂອງແພດ. ລວມທັງສິດທີ່ຈະຮູ້ວ່າບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ແມ່ນຫຍັງ, ໃຜຈະເປັນຜູ້ຈ່າຍເງິນ, ແລະ ທ່ານຈະໄດ້ຮັບບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ຈາກໃສ.
- ສິດທິຂອງທ່ານໃນການມີສ່ວນຮ່ວມໃນການຕັດສິນໃຈໃດໆກ່ຽວກັບການນອນໂຮງໝໍຂອງທ່ານ.
- ສະຖານທີ່ລາຍງານຂໍ້ຂ້ອງໃຈໃດໆທີ່ທ່ານມີກ່ຽວກັບຄຸນນະພາບຂອງການເບິ່ງແຍງໃນໂຮງໝໍຂອງທ່ານ.
- ສິດຂອງທ່ານທີ່ຈະ **ຂໍໃຫ້ມີການກວດສອບໂດຍທັນທີ** ຂອງການຕັດສິນໃຈທີ່ຈະອອກຈາກໂຮງໝໍ ຖ້າທ່ານຄິດວ່າ ທ່ານກໍາລັງຈະຖືກອອກຈາກໂຮງໝໍໄວເກີນໄປ. ນີ້ແມ່ນວິທີການທີ່ເປັນທາງການ ແລະ ຖືກຕ້ອງຕາມກົດໝາຍເພື່ອ ຮ້ອງຂໍການເລື່ອນວັນທີອອກຈາກໂຮງໝໍຂອງທ່ານ ເພື່ອໃຫ້ພວກເຮົາຈະຄຸ້ມຄອງການເບິ່ງແຍງໃນໂຮງໝໍຂອງທ່ານ ເປັນເວລາດົນຂຶ້ນ.

ບົດທີ 9 ຕ້ອງເຮັດຫຍັງຖ້າທ່ານມີບັນຫາ ຫຼື ຕ້ອງການຮ້ອງທຸກ (ຂໍຜົນການພິຈາລະນາການຄຸ້ມຄອງ, ການຂໍອຸທອນ, ການຮ້ອງທຸກ)**2. ທ່ານຈະຖືກຂໍໃຫ້ລົງຊື່ໃນເອກະສານແຈ້ງເປັນລາຍລັກອັກສອນ ເພື່ອສະແດງວ່າທ່ານໄດ້ຮັບ ແລະ ເຂົ້າໃຈສິດທິຂອງທ່ານແລ້ວ.**

- ທ່ານ ຫຼື ຜູ້ດໍາເນີນການແທນທ່ານຈະຖືກຂໍໃຫ້ລົງຊື່ໃນເອກະສານແຈ້ງ.
- ເຊັ່ນແຈ້ງການໃນເອກະສານແຈ້ງສະແດງໃຫ້ເຫັນວ່າທ່ານໄດ້ຮັບຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບສິດທິຂອງທ່ານເທົ່ານັ້ນ. ເອກະສານແຈ້ງບໍ່ໄດ້ລະບຸວັນອອກຈາກໂຮງໝໍຂອງທ່ານ. ການເຊັນແຈ້ງການ **ບໍ່ໄດ້** ໝາຍຄວາມວ່າທ່ານກໍາລັງຕົກລົງເຫັນດີກັບວັນທີອອກຈາກໂຮງໝໍ.

3. ໃຫ້ເກັບຮັກສາສໍາເນົາ ແຈ້ງການຂອງທ່ານໄວ້ ເພື່ອໃຫ້ທ່ານມີຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບການຍື່ນການຂໍອຸທອນ (ຫຼື ການລາຍງານຂໍຂ້ອງໃຈກ່ຽວກັບຄຸນນະພາບການເບິ່ງແຍງ) ຖ້າທ່ານຕ້ອງການ.

- ຖ້າທ່ານລົງລາຍເຊັນເອກະສານຫຼາຍກວ່າ 2 ວັນຕາມປະຕິທິນ ກ່ອນວັນອອກຈາກໂຮງໝໍ, ທ່ານຈະໄດ້ຮັບສໍາເນົາອີກຊຸດໜຶ່ງກ່ອນກໍານົດອອກຈາກໂຮງໝໍຂອງທ່ານ.
- ເພື່ອເບິ່ງສໍາເນົາຂອງແຈ້ງການນີ້ລ່ວງໜ້າ, ໃຫ້ໂທຫາການບໍລິການສະມາຊິກທີ່ 1-888-846-4262 (ຜູ້ໃຊ້ TTY ໃຫ້ໂທຫາ 711) ຫຼື 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227). ຜູ້ໃຊ້ TTY ໂທຫາ 1-877-486-2048. ທ່ານຍັງສາມາດຂໍເອົາແຈ້ງການທາງອອນລາຍໄດ້ທີ່ www.CMS.gov/medicare/forms-notice/beneficiary-notice-initiative/ffs-ma-im.

ພາກທີ 8.2 ວິທີການຂໍອຸທອນລະດັບ 1 ເພື່ອປ່ຽນວັນທີອອກຈາກໂຮງໝໍຂອງທ່ານ

ເພື່ອຮ້ອງຂໍໃຫ້ພວກເຮົາຄຸ້ມຄອງການບໍລິການຄົນເຈັບໃນໂຮງໝໍເປັນເວລາດົນຂຶ້ນ, ໃຫ້ໃຊ້ຂະບວນການຂໍອຸທອນເພື່ອຍື່ນການຂໍອຸທອນນີ້. ກ່ອນທີ່ທ່ານຈະເລີ່ມ ກະລຸນາເຂົ້າໃຈວ່າທ່ານຕ້ອງເຮັດຫຍັງແດ່ ແລະ ມີກໍານົດເວລາໃດແດ່.

- **ປະຕິບັດຕາມຂະບວນການ**
- **ປະຕິບັດຕາມກໍານົດເວລາ**
- **ຂໍຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອຖ້າທ່ານຕ້ອງການ.** ຖ້າທ່ານມີຄໍາຖາມ ຫຼື ຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອ, ໃຫ້ໂທຫາການບໍລິການສະມາຊິກທີ່ 1-888-846-4262 (ຜູ້ໃຊ້ TTY ໃຫ້ໂທຫາ 711). ຫຼື ໂທຫາໂຄງການເຊື່ອເຫຼືອການປະກັນສຸຂະພາບຂອງລັດ (SHIP) ຂອງທ່ານ, ເພື່ອຂໍຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອແບບສ່ວນຕົວ. ຂໍ້ມູນການຕິດຕໍ່ SHIP ມີຢູ່ໃນບົດທີ 2 ພາກທີ 3. ຂໍ້ມູນການຕິດຕໍ່ SHIP ມີຢູ່ໃນບົດທີ 2 ພາກທີ 3.

ໃນໄລຍະການຂໍອຸທອນລະດັບທີ 1 ອົງການພັດທະນາຄຸນນະພາບຈະກວດສອບການຂໍອຸທອນຂອງທ່ານ. ອົງການຈະກວດສອບວ່າວັນອອກຈາກໂຮງໝໍທີ່ວາງແຜນໄວ້ຂອງທ່ານເໝາະສົມທາງການແພດສໍາລັບທ່ານ ຫຼື ບໍ່. ອົງ **ອົງການພັດທະນາຄຸນນະພາບ** ແມ່ນກຸ່ມແພດແລະຜູ້ຊ່ຽວຊານດ້ານສຸຂະພາບອື່ນໆ ທີ່ໄດ້ຮັບຄໍາຈ້າງຈາກລັດຖະບານກາງເພື່ອກວດສອບແລະຊ່ວຍປັບປຸງຄຸນນະພາບການດູແລສໍາລັບຜູ້ທີ່ມີ Medicare. ເຊິ່ງລວມມີການກວດສອບວັນອອກຈາກໂຮງໝໍສໍາລັບຜູ້ທີ່ມີ Medicare. ຜູ້ຊ່ຽວຊານເຫຼົ່ານີ້ບໍ່ແມ່ນສ່ວນໜຶ່ງຂອງແຜນຂອງພວກເຮົາ.

ຂັ້ນຕອນທີ 1: ຕິດຕໍ່ອົງການພັດທະນາຄຸນນະພາບ ສໍາລັບລັດຂອງທ່ານ ແລະ ຂໍໃຫ້ມີການກວດສອບການອອກຈາກໂຮງໝໍຂອງທ່ານໂດຍທັນທີ. ທ່ານຕ້ອງດໍາເນີນການຢ່າງຮີບດ່ວນ.

ທ່ານຈະຕິດຕໍ່ອົງການນີ້ໄດ້ແນວໃດ?

- ເອກະສານແຈ້ງເປັນລາຍລັກອັກສອນທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບ (ຂໍ້ຄວາມສໍາຄັນຈາກ Medicare ກ່ຽວກັບສິດທິຂອງທ່ານ) ຈະແຈ້ງໃຫ້ທ່ານຮູ້ວິທີການຕິດຕໍ່ອົງການນີ້. ຫຼື ຄົ້ນຫາຊື່, ທີ່ຢູ່, ແລະ ເລກໂທລະສັບຂອງອົງການພັດທະນາຄຸນນະພາບສໍາລັບລັດຂອງທ່ານໃນ ບົດທີ 2.

ດໍາເນີນການຢ່າງຮີບດ່ວນ:

- ເພື່ອຍື່ນການຂໍອຸທອນຂອງທ່ານ, ທ່ານຕ້ອງຕິດຕໍ່ຫາອົງການພັດທະນາຄຸນນະພາບ ກ່ອນທີ່ ທ່ານຈະອອກຈາກໂຮງໝໍ ແລະ ບໍ່ໃຫ້ກາຍເວລາທ່ຽງຄືນຂອງມື້ທີ່ທ່ານອອກຈາກໂຮງໝໍ.
 - ຖ້າທ່ານປະຕິບັດຕາມກໍານົດເວລານີ້, ທ່ານສາມາດພັກໃນໂຮງໝໍຕໍ່ໄປໄດ້ຫຼັງຈາກ ວັນອອກຈາກໂຮງໝໍຂອງທ່ານໂດຍບໍ່ຈ່າຍເງິນ ໃນຂະນະທີ່ທ່ານລໍຖ້າການຕັດສິນຈາກອົງການພັດທະນາຄຸນນະພາບ.
 - ຖ້າທ່ານບໍ່ປະຕິບັດຕາມກໍານົດເວລານີ້ ກະລຸນາຕິດຕໍ່ພວກເຮົາ. ຖ້າທ່ານຕັດສິນໃຈທີ່ຈະພັກໃນໂຮງໝໍຫຼັງຈາກວັນອອກຈາກໂຮງໝໍທີ່ວາງແຜນໄວ້, ທ່ານອາດຈະຕ້ອງຈ່າຍ ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທັງໝົດ ສໍາລັບການດູແລໃນໂຮງໝໍທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບຫຼັງຈາກວັນອອກຈາກໂຮງໝໍທີ່ວາງແຜນໄວ້.

ເມື່ອທ່ານຂໍໃຫ້ມີການກວດສອບການອອກຈາກໂຮງໝໍຂອງທ່ານໂດຍທັນທີ ອົງການພັດທະນາຄຸນນະພາບຈະຕິດຕໍ່ທ່ານ. ກ່ອນທ່ຽງຂອງມື້ນີ້ຖືກໄປຫຼັງຈາກທີ່ພວກເຮົາໄດ້ຮັບການຕິດຕໍ່, ພວກເຮົາຈະໃຫ້ແຈ້ງການລາຍລະອຽດກ່ຽວກັບ **ການອອກຈາກໂຮງໝໍແກ່ທ່ານ**. ເອກະສານນີ້ຈະແຈ້ງໃຫ້ທ່ານຮູ້ ວັນອອກຈາກໂຮງໝໍທີ່ວາງແຜນໄວ້ຂອງທ່ານ, ອະທິບາຍເຫດຜົນວ່າເປັນຫຍັງແພດຂອງທ່ານ, ໂຮງໝໍ, ແລະ ພວກເຮົາຈຶ່ງຄິດວ່າທ່ານຄວນຈະອອກຈາກໂຮງໝໍໃນວັນນັ້ນ (ເໝາະສົມທາງການແພດ).

ທ່ານສາມາດຂໍເອົາຕົວຢ່າງຂອງ **ແຈ້ງການລາຍລະອຽດກ່ຽວກັບການອອກຈາກໂຮງໝໍ (Detailed Notice of Discharge)**

ໄດ້ໂດຍການໂທຫາການບໍລິການສະມາຊິກທີ່ 1-888-846-4262 (ຜູ້ໃຊ້ TTY ໃຫ້ໂທຫາ 711) ຫຼື 1-800-MEDICARE

(1-800-633-4227). (ຜູ້ໃຊ້ TTY ໂທທີ່ເບີ 1-877-486-2048.) ຫຼື ທ່ານສາມາດຂໍເອົາ

ຕົວຢ່າງແຈ້ງການທາງອອນລາຍໄດ້ທີ່ www.CMS.gov/medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im.

ຂັ້ນຕອນທີ 2: ອົງການພັດທະນາຄຸນນະພາບດໍາເນີນການກວດສອບກໍລະນີຂອງທ່ານຢ່າງເອກະລາດ.

- ຜູ້ຊ່ຽວຊານດ້ານສຸຂະພາບທີ່ອົງການພັດທະນາຄຸນນະພາບ (ຜູ້ກວດສອບ) ຈະຖາມທ່ານ (ຫຼືຕົວແທນຂອງທ່ານ) ວ່າເປັນຫຍັງທ່ານຈຶ່ງເຊື່ອວ່າຄວນມີການຄຸ້ມຄອງສໍາລັບບໍລິການດັ່ງກ່າວຕໍ່ໄປ. ທ່ານບໍ່ຈໍາເປັນຕ້ອງກຽມຂໍ້ມູນເປັນລາຍລັກອັກສອນ ແຕ່ທ່ານສາມາດເຮັດໄດ້ຖ້າຕ້ອງການ.
- ຜູ້ກວດສອບຈະກວດເບິ່ງຂໍ້ມູນທາງການແພດຂອງທ່ານ, ສົນທະນາກັບແພດຂອງທ່ານ ແລະ ກວດສອບຂໍ້ມູນທີ່ພວກເຮົາແລະໂຮງໝໍໃຫ້.

ບົດທີ 9 ຕ້ອງເຮັດຫຍັງຖ້າທ່ານມີບັນຫາ ຫຼື ຕ້ອງການຮ້ອງທຸກ (ຂໍຜົນການພິຈາລະນາການຄຸ້ມຄອງ, ການຂໍອຸທອນ, ການຮ້ອງທຸກ)

- ກ່ອນທ່ຽງຂອງມື້ຖັດໄປ ຫຼັງຈາກຜູ້ກວດສອບແຈ້ງໃຫ້ພວກເຮົາຮູ້ກ່ຽວກັບການຂໍອຸທອນຂອງທ່ານ, ທ່ານຈະໄດ້ຮັບເອກະສານແຈ້ງເປັນລາຍລັກອັກສອນຈາກພວກເຮົາ, ເອກະສານນີ້ຈະແຈ້ງໃຫ້ທ່ານຮູ້ວັນອອກຈາກໂຮງໝໍທີ່ວາງແຜນໄວ້ຂອງທ່ານ. ເອກະສານແຈ້ງນີ້ຍັງອະທິບາຍລາຍລະອຽດເຖິງເຫດຜົນທີ່ແພດຂອງທ່ານ, ໂຮງໝໍ, ແລະ ພວກເຮົາຄິດວ່າທ່ານຄວນຈະອອກຈາກໂຮງໝໍໃນວັນນັ້ນ (ເໝາະສົມທາງການແພດ).

ຂັ້ນຕອນທີ 3: ພາຍໃນ ໜຶ່ງວັນເຕັມຫຼັງຈາກອົງການພັດທະນາຄຸນນະພາບມີຂໍ້ມູນທີ່ຈໍາເປັນທັງໝົດແລ້ວ, ອົງການຈະໃຫ້ຄໍາຕອບກ່ຽວກັບການຂໍອຸທອນຂອງທ່ານ.

ຈະເກີດຫຍັງຂຶ້ນຖ້າຄໍາຕອບແມ່ນເຫັນດີ?

- ຫາກອົງການກວດສອບເອກະລາດກ່າວວ່າເຫັນດີ, ພວກເຮົາຕ້ອງໃຫ້ທ່ານໄດ້ຮັບບໍລິການຜູ້ປ່ວຍໃນທີ່ຄຸ້ມຄອງຕໍ່ໄປຕາມທີ່ບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ມີຄວາມຈໍາເປັນທາງການແພດ.
- ທ່ານຈະຕ້ອງສືບຕໍ່ຈ່າຍສ່ວນແບ່ງຂອງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຂອງທ່ານ (ເຊັ່ນ: ຄ່າຫັກສ່ວນເກີນ ຫຼື ການຊໍາລະຮ່ວມ ຖ້າມີ). ນອກຈາກນີ້, ອາດຈະມີຂໍ້ຈໍາກັດກ່ຽວກັບບໍລິການໃນໂຮງໝໍທີ່ຄຸ້ມຄອງຂອງທ່ານ.

ຈະເກີດຫຍັງຂຶ້ນຖ້າຄໍາຕອບແມ່ນບໍ່ເຫັນດີ?

- ຫາກອົງການກວດສອບເອກະລາດກ່າວວ່າບໍ່ເຫັນດີ, ພວກເຮົາກໍາລັງກ່າວວ່າວັນອອກຈາກໂຮງໝໍທີ່ວາງແຜນໄວ້ຂອງທ່ານເໝາະສົມທາງການແພດ. ຖ້າສິ່ງນີ້ເກີດຂຶ້ນ, **ການຄຸ້ມຄອງຂອງພວກເຮົາສໍາລັບບໍລິການຜູ້ປ່ວຍໃນຂອງທ່ານຈະສິ້ນສຸດລົງ** ກ່ອນທ່ຽງຂອງມື້ຖັດໄປ ຫຼັງຈາກອົງການພັດທະນາຄຸນນະພາບໃຫ້ຄໍາຕອບກ່ຽວກັບການຂໍອຸທອນຂອງທ່ານ.
- ຖ້າອົງການກວດສອບເອກະລາດກ່າວວ່າບໍ່ເຫັນດີກັບການຂໍອຸທອນຂອງທ່ານ ແລະ ທ່ານຕັດສິນໃຈທີ່ຈະພັກໃນໂຮງໝໍ, **ທ່ານອາດຈະຕ້ອງຈ່າຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍເຕັມຈໍານວນ** ສໍາລັບການດູແລໃນໂຮງໝໍທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບຫຼັງຈາກເວລາເຄິ່ງວັນຂອງວັນຫຼັງຈາກອົງການພັດທະນາຄຸນນະພາບໃຫ້ຄໍາຕອບກ່ຽວກັບການຂໍອຸທອນຂອງທ່ານ.

ຂັ້ນຕອນທີ 4: ຖ້າຄໍາຕອບສໍາລັບການຂໍອຸທອນລະດັບ 1 ຂອງທ່ານແມ່ນບໍ່ເຫັນດີ ທ່ານຕ້ອງຕັດສິນໃຈວ່າຕ້ອງການຍື່ນອຸທອນອີກຄັ້ງ ຫຼື ບໍ່.

- ຖ້າອົງການພັດທະນາຄຸນນະພາບ *ປະຕິເສດ* ການຂໍອຸທອນຂອງທ່ານ, ແລະ ທ່ານຍັງຄົງນອນຢູ່ໃນໂຮງໝໍຫຼັງຈາກວັນທີອອກໂຮງໝໍຕາມແຜນ, ທ່ານສາມາດຍື່ນການຂໍອຸທອນອີກຄັ້ງໄດ້. ການຍື່ນການຂໍອຸທອນອີກຄັ້ງໝາຍຄວາມວ່າທ່ານກໍາລັງຈະໄປທີ່ **ລະດັບ 2** ຂອງຂະບວນການການຂໍອຸທອນ.

ພາກທີ 8.3 ຂັ້ນຕອນ: ວິທີການຍື່ນການຂໍອຸທອນລະດັບທີ 2 ເພື່ອປ່ຽນແປງວັນທີອອກຈາກໂຮງໝໍຂອງທ່ານ

ໃນໄລຍະການຂໍອຸທອນລະດັບ 2 ທ່ານຈະຂໍໃຫ້ອົງການພັດທະນາຄຸນນະພາບພິຈາລະນາການຕັດສິນໃຈອີກຄັ້ງໃນການກວດສອບຄັ້ງທໍາອິດຂອງທ່ານ. ຖ້າອົງການພັດທະນາຄຸນນະພາບປະຕິເສດການຂໍອຸທອນລະດັບ 2 ຂອງທ່ານ, ທ່ານອາດຈະຕ້ອງຈ່າຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍເຕັມຈໍານວນສໍາລັບການພັກໃນໂຮງໝໍຫຼັງຈາກວັນອອກຈາກໂຮງໝໍທີ່ວາງແຜນໄວ້ຂອງທ່ານ.

ບົດທີ 9 ຕ້ອງເຮັດຫຍັງຖ້າທ່ານມີບັນຫາ ຫຼື ຕ້ອງການຮ້ອງທຸກ (ຂໍຜົນການພິຈາລະນາການຄຸ້ມຄອງ, ການຂໍອຸທອນ, ການຮ້ອງທຸກ)**ຂັ້ນຕອນທີ 1: ຕິດຕໍ່ຫາອົງການພັດທະນາຄຸນນະພາບ ອີກຄັ້ງ ແລະ ຮ້ອງຂໍການກວດສອບຄືນໃໝ່.**

- ທ່ານຕ້ອງຂໍໃຫ້ມີການກວດສອບນີ້ **ພາຍໃນ 60 ວັນຕາມປະຕິທິນ** ຫຼັງຈາກວັນທີ່ອົງການພັດທະນາຄຸນນະພາບກ່າວວ່າ ບໍ່ເຫັນດີກັບການຂໍອຸທອນລະດັບ 1 ຂອງທ່ານ. ທ່ານສາມາດຂໍໃຫ້ມີການກວດສອບນີ້ໄດ້ເມື່ອທ່ານຍັງຄົງຢູ່ໃນໂຮງໝໍ ຫຼັງຈາກວັນທີ່ການຄຸ້ມຄອງການດູແລຂອງທ່ານສິ້ນສຸດລົງ.

ຂັ້ນຕອນທີ 2: ອົງການພັດທະນາຄຸນນະພາບ ດໍາເນີນການກວດສອບຄັ້ງທີສອງກ່ຽວກັບສະຖານະການຂອງທ່ານ.

- ຜູ້ກວດສອບທີ່ອົງການພັດທະນາຄຸນນະພາບຈະກວດສອບຂໍ້ມູນທັງໝົດທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບການຂໍອຸທອນຂອງທ່ານຢ່າງ ລະມັດລະວັງອີກຄັ້ງ.

ຂັ້ນຕອນທີ 3: ພາຍໃນ 14 ວັນຕາມປະຕິທິນນັບຈາກໄດ້ຮັບຄໍາຮ້ອງການຂໍອຸທອນລະດັບທີ 2 ຂອງທ່ານ, ຜູ້ກວດສອບຈະ ຕັດສິນກ່ຽວຂ້ອງກັບການຂໍອຸທອນຂອງທ່ານ ແລະ ແຈ້ງຄໍາຕັດສິນໃຫ້ທ່ານຊາບ.**ຖ້າອົງການກວດສອບເອກະລາດກ່າວວ່າເຫັນດີ:**

- ພວກເຮົາຈະຕ້ອງຊົດເຊີຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ** ໃນສ່ວນຂອງທ່ານ ສໍາລັບການດູແລໃນໂຮງໝໍທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບຕັ້ງແຕ່ ຫຼັງຈາກທ່ານ ວັນຂອງມື້ຖັດໄປ ຫຼັງຈາກທີ່ການອຸທອນຄັ້ງທໍາອິດຂອງທ່ານຖືກປະຕິເສດໂດຍອົງການພັດທະນາຄຸນນະພາບ. **ພວກເຮົາ ຕ້ອງດໍາເນີນການຄຸ້ມຄອງສໍາລັບການດູແລຄົນເຈັບຢູ່ໃນໂຮງໝໍຂອງທ່ານຕໍ່ໄປຕາມທີ່ຈໍາເປັນທາງການແພດ.**
- ທ່ານຕ້ອງຈ່າຍສ່ວນແບ່ງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຂອງທ່ານຕໍ່ໄປ ແລະ ຂໍ້ຈໍາກັດໃນການຄຸ້ມຄອງອາດຈະມີຜົນບັງຄັບໃຊ້.

ຖ້າຫາກອົງການກວດສອບອິດສະຫຼະກ່າວວ່າບໍ່ເຫັນດີ:

- ໝາຍຄວາມວ່າພວກເຂົາເຫັນດີກັບການຕັດສິນໃຈທີ່ພວກເຂົາເຮັດໃນການຂໍອຸທອນລະດັບ 1 ຂອງທ່ານ.
- ເອກະສານແຈ້ງທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບຈະແຈ້ງໃຫ້ທ່ານຊາບເປັນລາຍລັກອັກສອນວ່າທ່ານສາມາດເຮັດຫຍັງໄດ້ບາງຢ່າງຖ້າຫາກທ່ານ ຕ້ອງການດໍາເນີນການກວດສອບຕໍ່ໄປ.

ຂັ້ນຕອນທີ 4: ຖ້າຄໍາຕອບແມ່ນບໍ່, ທ່ານຈະຕ້ອງຕັດສິນໃຈວ່າທ່ານຕ້ອງການດໍາເນີນການຂໍອຸທອນຂອງທ່ານຕໍ່ໄປໂດຍການໄປສູ່ ລະດັບທີ 3 ຫຼື ບໍ່.

- ມີລະດັບການຂໍອຸທອນເພີ່ມເຕີມອີກ 3 ລະດັບໃນຂະບວນການຂໍອຸທອນຫຼັງຈາກລະດັບ 2 (ສໍາລັບທັງໝົດ 5 ລະດັບຂອງ ການຂໍອຸທອນ). ຖ້າທ່ານຕ້ອງການໄປທີ່ການຂໍອຸທອນລະດັບ 3 ລາຍລະອຽດກ່ຽວກັບວິທີການດໍາເນີນການຈະມີຢູ່ໃນ ເອກະສານແຈ້ງເປັນລາຍລັກອັກສອນທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບຫຼັງຈາກການຕັດສິນໃຈອຸທອນລະດັບ 2 ຂອງທ່ານ.
- ການຂໍອຸທອນລະດັບ 3 ດໍາເນີນການໂດຍຜູ້ພິພາກສາກົດໝາຍປົກຄອງຫຼືຜູ້ພິພາກສານັກກົດໝາຍ. **ພາກທີ 10** ເວົ້າເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບລະດັບທີ 3, 4, ແລະ 5 ຂອງຂະບວນການຂໍອຸທອນ.

ພາກທີ 9 ວິທີຂໍໃຫ້ພວກເຮົາດໍາເນີນການຄຸ້ມຄອງບໍລິການທາງການແພດບາງຢ່າງຕໍ່ໄປ ຖ້າຫາກທ່ານຄິດວ່າການຄຸ້ມຄອງຂອງທ່ານກໍາລັງຈະສິ້ນສຸດລົງໄວເກີນໄປ

ເມື່ອທ່ານໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ ບໍລິການດູແລສຸຂະພາບຢູ່ເຮືອນ, ການພະຍາບານທີ່ມີທັກສະ ຫຼື ສູນຟື້ນຟູ (ສູນອໍານວຍຄວາມສະດວກການຟື້ນຄົນປ່ວຍນອກສະຖານພະຍາບານ), ທ່ານມີສິດທີ່ຈະໄດ້ຮັບບໍລິການດູແລປະເພດນັ້ນຕໍ່ໄປຕາມທີ່ຈໍາເປັນໃນການວິນິດໄສ ແລະ ປົນປົວອາການເຈັບປ່ວຍ ຫຼື ການບາດເຈັບຂອງທ່ານ.

ເມື່ອພວກເຮົາຕັດສິນໃຈວ່າມັນເຖິງເວລາທີ່ຈະຢຸດການຄຸ້ມຄອງການເບິ່ງແຍງ 3 ປະເພດໃດໜຶ່ງສໍາລັບທ່ານ, ພວກເຮົາຈໍາເປັນຕ້ອງແຈ້ງໃຫ້ທ່ານຊາບລ່ວງໜ້າ. ເມື່ອການຄຸ້ມຄອງຂອງທ່ານສໍາລັບການເບິ່ງແຍງນັ້ນສິ້ນສຸດລົງ, ພວກເຮົາຈະຢຸດຈ່າຍຄ່າເບິ່ງແຍງຂອງທ່ານ.

ຖ້າຫາກທ່ານຄິດວ່າພວກເຮົາກໍາລັງຢຸດການຄຸ້ມຄອງການດູແລຂອງທ່ານໄວເກີນໄປ, ທ່ານສາມາດອຸທອນການຕັດສິນໃຈຂອງພວກເຮົາໄດ້. ພາກນີ້ຈະບອກວິທີຂໍໃຫ້ມີການຂໍອຸທອນ.

ພາກທີ 9.1 ພວກເຮົາຈະແຈ້ງໃຫ້ທ່ານຊາບລ່ວງໜ້າເມື່ອການຄຸ້ມຄອງຂອງທ່ານຈະສິ້ນສຸດລົງ

ຄໍາສັບທາງກົດໝາຍ:

ໜັງສືແຈ້ງຜົນການບໍ່ຮັບຮອງການຄຸ້ມຄອງ Medicare. ເອກະສານແຈ້ງນີ້ຈະບອກວິທີທີ່ທ່ານສາມາດຂໍ ການຂໍອຸທອນດ່ວນໄດ້. ສໍາລັບການຂໍອຸທອນດ່ວນ ເປັນວິທີການຢ່າງເປັນທາງການ ແລະ ຖືກຕ້ອງຕາມກົດໝາຍ ໃນການຂໍໃຫ້ມີການປ່ຽນແປງຜົນການພິຈາລະນາການຄຸ້ມຄອງຂອງພວກເຮົາກ່ຽວກັບເວລາທີ່ຈະຢຸດການຄຸ້ມຄອງການດູແລຂອງທ່ານ.

- 1. ທ່ານຈະໄດ້ຮັບເອກະສານແຈ້ງເປັນລາຍລັກອັກສອນ** ຢ່າງໜ້ອຍ 2 ວັນຕາມປະຕິທິນ ກ່ອນທີ່ແຜນຂອງພວກເຮົາຈະຢຸດຄຸ້ມຄອງການດູແລຂອງທ່ານ. ເອກະສານແຈ້ງຈະບອກທ່ານ:
 - ວັນທີ່ພວກເຮົາຈະຢຸດຄຸ້ມຄອງການດູແລສໍາລັບທ່ານ.
 - ວິທີຂໍການຂໍອຸທອນດ່ວນເພື່ອຂໍໃຫ້ພວກເຮົາຄຸ້ມຄອງການດູແລຂອງທ່ານເປັນເວລາດົນຂຶ້ນ.
- 2. ທ່ານຫຼືຜູ້ດໍາເນີນການແທນທ່ານຈະຖືກຂໍໃຫ້ລົງຊື່ໃນເອກະສານແຈ້ງເປັນລາຍລັກອັກສອນເພື່ອສະແດງວ່າທ່ານໄດ້ຮັບເອກະສານນັ້ນແລ້ວ.** ການລົງຊື່ໃນເອກະສານແຈ້ງສະແດງໃຫ້ເຫັນ ພຽງແຕ່ ວ່າທ່ານໄດ້ຮັບຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບເວລາທີ່ການຄຸ້ມຄອງຂອງທ່ານຈະຢຸດລົງ. **ການລົງຊື່ ບໍ່ ໄດ້ໝາຍຄວາມວ່າ** ທ່ານເຫັນດີ ກັບການຕັດສິນຂອງແຜນຂອງພວກເຮົາທີ່ຈະຢຸດການດູແລ.

ພາກທີ 9.2 ວິທີການຍື່ນການຂໍອຸທອນລະດັບ 1 ເພື່ອໃຫ້ແຜນຂອງພວກເຮົາຄຸ້ມຄອງການດູແລຂອງທ່ານ ເປັນເວລາດົນຂຶ້ນ

ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຂໍໃຫ້ພວກເຮົາຄຸ້ມຄອງການດູແລຂອງທ່ານເປັນໄລຍະເວລາດົນຂຶ້ນ ທ່ານຈະຕ້ອງໃຊ້ຂະບວນການຂໍອຸທອນເພື່ອດໍາເນີນການຮ້ອງຂໍນີ້. ກ່ອນທີ່ທ່ານຈະເລີ່ມ ກະລຸນາເຂົ້າໃຈວ່າທ່ານຕ້ອງເຮັດຫຍັງແດ່ ແລະ ມີກຳນົດເວລາໃດແດ່.

- **ປະຕິບັດຕາມຂະບວນການ**
- **ປະຕິບັດຕາມກຳນົດເວລາ**
- **ຂໍຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອຖ້າທ່ານຕ້ອງການ.** ຖ້າທ່ານມີຄໍາຖາມ ຫຼື ຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອ, ໃຫ້ໂທຫາການບໍລິການສະມາຊິກທີ່ 1-888-846-4262 (ຜູ້ໃຊ້ TTY ໃຫ້ໂທຫາ 711). ຫຼື ໂທຫາໂຄງການເຊື່ອເຫຼືອການປະກັນສຸຂະພາບຂອງລັດ (SHIP) ຂອງທ່ານ, ເພື່ອຂໍຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອແບບສ່ວນຕົວ: ໂຄງການເຊື່ອເຫຼືອການປະກັນສຸຂະພາບຂອງລັດ Hawaii (SHIP) ທີ່ 1-888-875-9229 (ຜູ້ໃຊ້ TTY ໂທຫາ 1-866-810-4379) 8 ໂມງເຊົ້າ - 5 ໂມງແລງ ເວລາໃນທ້ອງຖິ່ນ, ວັນຈັນ - ວັນສຸກ. ຂໍ້ມູນການຕິດຕໍ່ SHIP ມີຢູ່ໃນບົດທີ 2 ພາກທີ 3.

ໃນໄລຍະການຂໍອຸທອນລະດັບທີ 1 ອົງການພັດທະນາຄຸນນະພາບຈະກວດສອບການຂໍອຸທອນຂອງທ່ານ. ອົງການຈະຕັດສິນວ່າວັນສິ້ນສຸດສໍາລັບການດູແລຂອງທ່ານເໝາະສົມທາງການແພດ ຫຼື ບໍ່. **ອົງການພັດທະນາຄຸນນະພາບ** ແມ່ນກຸ່ມແພດ ແລະ ຜູ້ຊ່ຽວຊານດ້ານສຸຂະພາບອື່ນໆ ທີ່ໄດ້ຮັບຄໍາຈ້າງຈາກລັດຖະບານກາງເພື່ອກວດສອບ ແລະ ຊ່ວຍປັບປຸງຄຸນນະພາບການດູແລສໍາລັບຜູ້ທີ່ມີ Medicare. ເຊິ່ງລວມມີການກວດສອບການຕັດສິນຂອງແຜນກ່ຽວກັບເວລາທີ່ຈະຢຸດການຄຸ້ມຄອງບໍລິການທາງການແພດບາງປະເພດ. ຜູ້ຊ່ຽວຊານເຫຼົ່ານີ້ບໍ່ແມ່ນສ່ວນໜຶ່ງຂອງແຜນຂອງພວກເຮົາ.

ຂັ້ນຕອນທີ 1: ຍື່ນການຂໍອຸທອນລະດັບທີ 1 ຂອງທ່ານ: ຕິດຕໍ່ຫາອົງການພັດທະນາຄຸນນະພາບ ແລະ ຮ້ອງຂໍ ການຂໍອຸທອນດ່ວນ. ທ່ານຕ້ອງດໍາເນີນການຢ່າງຮີບດ່ວນ.

ທ່ານຈະຕິດຕໍ່ອົງການນີ້ໄດ້ແນວໃດ?

- ເອກະສານແຈ້ງເປັນລາຍລັກອັກສອນທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບ (ໜັງສືແຈ້ງຜົນການບໍ່ຮັບຮອງການຄຸ້ມຄອງ Medicare) ຈະບອກວິທີຕິດຕໍ່ອົງການນີ້. ຫຼື ຄົ້ນຫາຊື່, ທີ່ຢູ່, ແລະ ເລກໂທລະສັບຂອງອົງການພັດທະນາຄຸນນະພາບສໍາລັບລັດຂອງທ່ານໃນ ບົດທີ 2.

ດໍາເນີນການຢ່າງຮີບດ່ວນ:

- ທ່ານຕ້ອງຕິດຕໍ່ຫາອົງການພັດທະນາຄຸນນະພາບ ເພື່ອເລີ່ມການຂໍອຸທອນ ຂອງທ່ານ **ກ່ອນທ່ຽງຂອງມື້ກ່ອນວັນທີ** ມີຜົນບັງຄັບໃຊ້ທີ່ລະບຸໄວ້ໃນໜັງສືແຈ້ງຜົນການບໍ່ຮັບຮອງການຄຸ້ມຄອງ Medicare.
- ຖ້າຫາກທ່ານພາດກຳນົດເວລາ ແລະ ຕ້ອງການຍື່ນການຂໍອຸທອນ ທ່ານຍັງມີສິດການຂໍອຸທອນ. ຕິດຕໍ່ຫາອົງການພັດທະນາຄຸນນະພາບອົງການພັດທະນາຄຸນນະພາບຂອງທ່ານ.

ບົດທີ 9 ຕ້ອງເຮັດຫຍັງຖ້າທ່ານມີບັນຫາ ຫຼື ຕ້ອງການຮ້ອງທຸກ (ຂໍຜົນການພິຈາລະນາການຄຸ້ມຄອງ, ການຂໍອຸທອນ, ການຮ້ອງທຸກ)**ຂັ້ນຕອນທີ 2: ອົງການພັດທະນາຄຸນນະພາບດໍາເນີນການກວດສອບກໍລະນີຂອງທ່ານຢ່າງເອກະລາດ.****ຄໍາສັບທາງກົດໝາຍ:****ຄໍາອະທິບາຍໂດຍລະອຽດຂອງການບໍ່ຄຸ້ມຄອງຂອງ Medicare.**

ເອກະສານແຈ້ງທີ່ໃຫ້ລາຍລະອຽດກ່ຽວກັບເຫດຜົນໃນການຢຸດການຄຸ້ມຄອງ.

ຈະເກີດຫຍັງຂຶ້ນໃນລະຫວ່າງການກວດສອບນີ້?

- ຜູ້ຊ່ຽວຊານດ້ານສຸຂະພາບທີ່ອົງການພັດທະນາຄຸນນະພາບ (ຜູ້ກວດສອບ) ຈະຖາມທ່ານຫຼືຕົວແທນຂອງທ່ານ ວ່າເປັນຫຍັງທ່ານຈຶ່ງເຊື່ອວ່າຄວນມີການຄຸ້ມຄອງສໍາລັບບໍລິການດັ່ງກ່າວຕໍ່ໄປ. ທ່ານບໍ່ຈໍາເປັນຕ້ອງກຽມຂໍ້ມູນເປັນລາຍລັກອັກສອນ ແຕ່ທ່ານສາມາດເຮັດໄດ້ຖ້າຕ້ອງການ.
- ອົງການກວດສອບອິດສະຫຼະຈະກວດສອບຂໍ້ມູນທາງການແພດຂອງທ່ານ, ສົນທະນາກັບແພດຂອງທ່ານ, ແລະ ກວດສອບຂໍ້ມູນທີ່ແຜນຂອງພວກເຮົາໃຫ້.
- ກ່ອນໝົດມື້ທີ່ຜູ້ກວດສອບໄດ້ແຈ້ງພວກເຮົາກ່ຽວກັບການຂໍອຸທອນຂອງທ່ານ, ທ່ານຈະໄດ້ຮັບ ຄໍາອະທິບາຍລະອຽດກ່ຽວກັບການບໍ່ຄຸ້ມຄອງ ຈາກພວກເຮົາ ເຊິ່ງອະທິບາຍເຫດຜົນຂອງພວກເຮົາໃນການຢຸດການຄຸ້ມຄອງສໍາລັບການບໍລິການຂອງທ່ານຢ່າງລະອຽດ.

ຂັ້ນຕອນທີ 3: ພາຍໃນໜຶ່ງມື້ເຕັມຫຼັງຈາກທີ່ພວກເຂົາໄດ້ຮັບຂໍ້ມູນທັງໝົດທີ່ພວກເຂົາຕ້ອງການ; ຜູ້ກວດສອບຈະແຈ້ງຄໍາຕັດສິນຂອງພວກເຂົາໃຫ້ທ່ານຊາບ.**ຖ້າຜູ້ກວດສອບເຫັນດີຈະເກີດຫຍັງຂຶ້ນ?**

- ຖ້າຜູ້ກວດສອບເຫັນດີກັບການຂໍອຸທອນຂອງທ່ານ, ພວກເຮົາຈະຕ້ອງໃຫ້ທ່ານໄດ້ຮັບບໍລິການທີ່ຄຸ້ມຄອງຕໍ່ໄປຕາມຄວາມຈໍາເປັນດ້ານການແພດ.
- ທ່ານຈະຕ້ອງສືບຕໍ່ຈ່າຍສ່ວນແບ່ງຂອງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຂອງທ່ານ (ເຊັ່ນ: ຄ່າຫັກສ່ວນເກີນ ຫຼື ການຊໍາລະຮ່ວມ ຖ້າມີ). ອາດຈະມີຂໍ້ຈໍາກັດກ່ຽວກັບບໍລິການທີ່ຢູ່ໃຕ້ການຄຸ້ມຄອງ.

ຖ້າຜູ້ກວດສອບບໍ່ເຫັນດີຈະເກີດຫຍັງຂຶ້ນ?

- ຖ້າຜູ້ກວດສອບ ບໍ່ເຫັນດີ, ຫຼັງຈາກນັ້ນ ການຄຸ້ມຄອງຂອງທ່ານຈະສິ້ນສຸດໃນວັນທີ່ພວກເຮົາແຈ້ງໃຫ້ທ່ານຮູ້.
- ຖ້າທ່ານຕັດສິນໃຈຮັບບໍລິການດູແລສຸຂະພາບຢູ່ເຮືອນ ຫຼື ສະຖານພະຍາບານເບິ່ງແຍງຜູ້ປ່ວຍ ຫຼື ສູນອໍານວຍຄວາມສະດວກການຟື້ນຄົນປ່ວຍນອກສະຖານພະຍາບານ (CORF) ບໍລິການ ຫຼັງຈາກ ວັນທີການຄຸ້ມຄອງຂອງທ່ານສິ້ນສຸດ ທ່ານຈະຕ້ອງຈ່າຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍເຕັມຈໍານວນ ເພື່ອດູແລຕົນເອງ.

ບົດທີ 9 ຕ້ອງເຮັດຫຍັງຖ້າທ່ານມີບັນຫາ ຫຼື ຕ້ອງການຮ້ອງທຸກ (ຂໍຜົນການພິຈາລະນາການຄຸ້ມຄອງ, ການຂໍອຸທອນ, ການຮ້ອງທຸກ)**ຂັ້ນຕອນທີ 4: ຖ້າຄໍາຕອບສໍາລັບການຂໍອຸທອນລະດັບ 1 ຂອງທ່ານແມ່ນບໍ່ເຫັນດີ ທ່ານຕ້ອງຕັດສິນໃຈວ່າຕ້ອງການຍື່ນອຸທອນອີກຄັ້ງ ຫຼື ບໍ່.**

- ຖ້າຜູ້ກວດສອບປະຕິເສດການຂໍອຸທອນລະດັບທີ 1 ຂອງທ່ານ - ແລະ ທ່ານເລືອກທີ່ຈະສືບຕໍ່ຮັບການເບິ່ງແຍງຫຼັງຈາກການຄຸ້ມຄອງສໍາລັບການເບິ່ງແຍງນັ້ນໄດ້ສິ້ນສຸດລົງ, ທ່ານສາມາດຍື່ນການຂໍອຸທອນລະດັບທີ 2 ໄດ້.

ພາກທີ 9.3 ວິທີການຍື່ນການຂໍອຸທອນຂັ້ນທີ 2 ເພື່ອໃຫ້ແຜນຂອງພວກເຮົາຄຸ້ມຄອງການດູແລຂອງທ່ານໄດ້ດົນຂຶ້ນ

ໃນລະຫວ່າງການຂໍອຸທອນຂັ້ນທີ 2, ທ່ານຈະຂໍໃຫ້ອົງການພັດທະນາຄຸນນະພາບພິຈາລະນາການຕັດສິນໃຈຄັ້ງທໍາອິດຂອງທ່ານອີກຄັ້ງ. ຖ້າອົງການພັດທະນາຄຸນນະພາບ ປະຕິເສດການຂໍອຸທອນລະດັບທີ 2 ຂອງທ່ານ, ທ່ານອາດຈະຕ້ອງຈ່າຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທັງໝົດສໍາລັບການເບິ່ງແຍງສຸຂະພາບເຮືອນ ຫຼື ການເບິ່ງແຍງທີ່ສະຖານພະຍາບານຊ່ວຍເຫຼືອຜູ້ປ່ວຍ, ຫຼື ສູນອໍານວຍຄວາມສະດວກການພື້ນຄົນປ່ວຍນອກສະຖານພະຍາບານ (CORF) ຫຼັງຈາກ ວັນທີທີ່ພວກເຮົາໄດ້ແຈ້ງວ່າການຄຸ້ມຄອງຂອງທ່ານຈະສິ້ນສຸດລົງ.

ຂັ້ນຕອນທີ 1: ຕິດຕໍ່ຫາອົງການພັດທະນາຄຸນນະພາບ ອີກຄັ້ງ ແລະ ຮ້ອງຂໍການກວດສອບຄືນໃໝ່.

- ທ່ານຕ້ອງຂໍການກວດສອບນີ້ **ພາຍໃນ 60 ວັນຕາມປະຕິທິນ** ຫຼັງຈາກວັນທີອົງການພັດທະນາຄຸນນະພາບແຈ້ງວ່າບໍ່ເຫັນດີ ກັບການຂໍອຸທອນຂັ້ນທີ 1 ຂອງທ່ານ. ທ່ານສາມາດຮ້ອງຂໍການກວດສອບນີ້ໄດ້ກໍຕໍ່ເມື່ອທ່ານສືບຕໍ່ຮັບການເບິ່ງແຍງຫຼັງຈາກວັນທີທີ່ການຄຸ້ມຄອງຂອງທ່ານສໍາລັບການເບິ່ງແຍງນັ້ນສິ້ນສຸດລົງ.

ຂັ້ນຕອນທີ 2: ອົງການພັດທະນາຄຸນນະພາບ ດໍາເນີນການກວດສອບຄັ້ງທີສອງກ່ຽວກັບສະຖານະການຂອງທ່ານ.

- ຜູ້ກວດສອບທີ່ອົງການພັດທະນາຄຸນນະພາບ ຈະກວດສອບຂໍ້ມູນທັງໝົດທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບການຂໍອຸທອນຂອງທ່ານຢ່າງລະມັດລະວັງອີກຄັ້ງ.

ຂັ້ນຕອນທີ 3: ພາຍໃນ 14 ວັນຕາມປະຕິທິນນັບຈາກໄດ້ຮັບຄໍາຮ້ອງການຂໍອຸທອນຂອງທ່ານ, ຜູ້ກວດສອບຈະຕັດສິນກ່ຽວກັບການຂໍອຸທອນຂອງທ່ານ ແລະ ແຈ້ງຄໍາຕັດສິນໃຫ້ທ່ານຊາບ.**ຖ້າອົງການກວດສອບເອກະລາດເຫັນດີຈະເກີດຫຍັງຂຶ້ນ?**

- ພວກເຮົາຈະຕ້ອງຊໍາລະຄ່າໃຊ້ຈ່າຍສ່ວນຂອງທ່ານສໍາລັບການດູແລທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບນັບຕັ້ງແຕ່ວັນທີ່ພວກເຮົາແຈ້ງວ່າການຄຸ້ມຄອງຂອງທ່ານຈະສິ້ນສຸດ. ພວກເຮົາຈະຕ້ອງດໍາເນີນການຄຸ້ມຄອງ** ສໍາລັບການດູແລຕໍ່ໄປຕາມຄວາມຈໍາເປັນດ້ານການແພດ.
- ທ່ານຈະຕ້ອງຈ່າຍສ່ວນປະກອບຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຂອງທ່ານຕໍ່ໄປ ແລະ ອາດຈະມີຂໍ້ຈໍາກັດໃນການຄຸ້ມຄອງທີ່ນໍາໃຊ້.

ຖ້າອົງການກວດສອບເອກະລາດບໍ່ເຫັນດີຈະເກີດຫຍັງຂຶ້ນ?

- ນີ້ຫມາຍຄວາມວ່າພວກເຂົາເຫັນດີກັບການຕັດສິນໃຈໃນການຂໍອຸທອນຂັ້ນທີ 1 ຂອງທ່ານ.

ບົດທີ 9 ຕ້ອງເຮັດຫຍັງຖ້າທ່ານມີບັນຫາ ຫຼື ຕ້ອງການຮ້ອງທຸກ (ຂໍຜົນການພິຈາລະນາການຄຸ້ມຄອງ, ການຂໍອຸທອນ, ການຮ້ອງທຸກ)

- ເອກະສານແຈ້ງທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບຈະແຈ້ງໃຫ້ທ່ານຊາບເປັນລາຍລັກອັກສອນວ່າທ່ານສາມາດເຮັດຫຍັງໄດ້ບາງຢ່າງຖ້າຫາກທ່ານຕ້ອງການດໍາເນີນການກວດສອບຕໍ່ໄປ. ໃນເອກະສານແຈ້ງເດືອນຈະລະບຸລາຍລະອຽດກ່ຽວກັບວິທີການດໍາເນີນການຂໍອຸທອນໃນຂັ້ນຕໍ່ໄປ ເຊິ່ງຈະດໍາເນີນການໂດຍຜູ້ພິພາກສາກົດໝາຍປົກຄອງ ຫຼື ນັກກົດໝາຍ.

ຂັ້ນຕອນທີ 4: ຖ້າຄໍາຕອບແມ່ນບໍ່ເຫັນດີ, ທ່ານຈະຕ້ອງຕັດສິນໃຈວ່າຈະດໍາເນີນການຂໍອຸທອນຕໍ່ ຫຼື ບໍ່.

- ມີການຂໍອຸທອນເພີ່ມເຕີມອີກ 3 ລະດັບຫຼັງຈາກລະດັບທີ 2, ລວມເປັນ 5 ລະດັບຂອງການຂໍອຸທອນ. ຖ້າທ່ານຕ້ອງການໄປທີ່ການຂໍອຸທອນລະດັບ 3 ລາຍລະອຽດກ່ຽວກັບວິທີການດໍາເນີນການຈະມີຢູ່ໃນເອກະສານແຈ້ງເປັນລາຍລັກອັກສອນທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບຫຼັງຈາກການຕັດສິນໃຈອຸທອນລະດັບ 2 ຂອງທ່ານ.
- ການຂໍອຸທອນລະດັບ 3 ດໍາເນີນການໂດຍຜູ້ພິພາກສາກົດໝາຍປົກຄອງຫຼືຜູ້ພິພາກສານັກກົດໝາຍ. ພາກທີ 10 ຂອງບົດນີ້ເວົ້າເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບຂະບວນການສໍາລັບການຂໍອຸທອນລະດັບທີ 3, 4, ແລະ 5.

ພາກທີ 10 ການນໍາການຂໍອຸທອນຂອງທ່ານໄປສູ່ຂັ້ນທີ 3, 4 ແລະ 5**ພາກທີ 10.1 ຂັ້ນການຂໍອຸທອນທີ 3, 4 ແລະ 5 ສໍາລັບຄໍາຂໍບໍລິການທາງການແພດ**

ພາກນີ້ອາດຈະເໝາະສົມກັບທ່ານຖ້າທ່ານໄດ້ຍື່ນອຸທອນຂັ້ນທີ 1 ແລະ ຂັ້ນທີ 2 ແລ້ວ ແຕ່ການຂໍອຸທອນທັງສອງຂັ້ນຂອງທ່ານຖືກປະຕິເສດ.

ຖ້າມູນຄ່າເງິນໂດລາ ຂອງລາຍການຫຼືບໍລິການທາງການແພດທີ່ທ່ານອຸທອນມີຄ່າຕໍ່າກວ່າມາດຕະຖານທີ່ກຳນົດ, ທ່ານອາດຈະສາມາດດໍາເນີນການຂໍອຸທອນໃນຂັ້ນຕໍ່ໄປໄດ້. ຖ້າມູນຄ່າເງິນດໍາລາຕໍ່າກວ່າລະດັບຂັ້ນຕໍ່າ ທ່ານຈະບໍ່ສາມາດອຸທອນຕໍ່ໄດ້. ເອກະສານຕອບກັບການຂໍອຸທອນຂັ້ນທີ 2 ຂອງທ່ານຈະອະທິບາຍວິທີການສ້າງການຂໍອຸທອນລະດັບທີ 3.

ສໍາລັບສະຖານະການສ່ວນໃຫຍ່ທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບການຂໍອຸທອນ, 3 ຂັ້ນສຸດທ້າຍຂອງການຂໍອຸທອນຈະເຮັດວຽກໃນລັກສະນະດຽວກັບ 2 ລະດັບທໍາອິດ. ນີ້ແມ່ນບຸກຄົນທີ່ຈັດການການກວດສອບການຂໍອຸທອນຂອງທ່ານໃນແຕ່ລະຂັ້ນ.

ການຂໍອຸທອນລະດັບທີ 3

ຜູ້ ພິພາກສາກົດໝາຍປົກຄອງ ຫຼື ຜູ້ຕັດສິນທີ່ເປັນທະນາຍຄວາມ ທີ່ເຮັດວຽກໃຫ້ລັດຖະບານກາງຈະກວດສອບການຂໍອຸທອນຂອງທ່ານ ແລະ ໃຫ້ຄໍາຕອບ.

- ຖ້າຜູ້ພິພາກສາກົດໝາຍປົກຄອງ ຫຼື ນັກກົດໝາຍເຫັນດີກັບການຂໍອຸທອນຂອງທ່ານ, ຂະບວນການຂໍອຸທອນອາດຈະຫຼື ອາດຈະບໍ່ສິ້ນສຸດ. ບໍ່ຄືກັບການຕັດສິນໃຈໃນການຂໍອຸທອນລະດັບທີ 2, ພວກເຮົາມີສິດທີ່ການຂໍອຸທອນຄໍາຕັດສິນລະດັບທີ 3 ທີ່ເປັນປະໂຫຍດແກ່ທ່ານ. ຖ້າພວກເຮົາຕັດສິນໃຈທີ່ຈະຂໍການຂໍອຸທອນ, ມັນຈະໄປສູ່ການຂໍອຸທອນລະດັບທີ 4.
 - ຖ້າພວກເຮົາຕັດສິນໃຈບໍ່ຍື່ນການຂໍອຸທອນ, ພວກເຮົາຈະຕ້ອງອະນຸມັດ ຫຼື ຈັດທາງການດູແລທາງການແພດໃຫ້ທ່ານພາຍໃນ 60 ວັນ ນັບຈາກວັນທີ່ພວກເຮົາໄດ້ຮັບການຕັດສິນໃຈຈາກຜູ້ພິພາກສາກົດໝາຍການປົກຄອງ ຫຼື ນັກກົດໝາຍ.

ບົດທີ 9 ຕ້ອງເຮັດຫຍັງຖ້າທ່ານມີບັນຫາ ຫຼື ຕ້ອງການຮ້ອງທຸກ (ຂໍຜົນການພິຈາລະນາການຄຸ້ມຄອງ, ການຂໍອຸທອນ, ການຮ້ອງທຸກ)

- ຖ້າພວກເຮົາຕັດສິນໃຈອຸທອນຕໍ່ການຕັດສິນໃຈ, ພວກເຮົາຈະສົ່ງສໍາເນົາຄໍາຂໍອຸທອນຂັ້ນທີ 4 ພ້ອມກັບເອກະສານປະກອບໃດໆໃຫ້ທ່ານ. ພວກເຮົາອາດຈະລໍຖ້າການຕັດສິນໃຈອຸທອນຂັ້ນທີ 4 ກ່ອນທີ່ຈະອະນຸມັດ ຫຼື ຈັດຫາການດູແລທາງການແພດທີ່ມີຂໍ້ຂັດແຍ້ງ.
- **ຖ້າຜູ້ພິພາກສາກົດໝາຍການປົກຄອງ ຫຼື ນັກກົດໝາຍບໍ່ເຫັນດີກັບການຂໍອຸທອນຂອງທ່ານ, ຂະບວນການຂໍອຸທອນອາດຈະ ຫຼື ອາດຈະບໍ່ ສິ້ນສຸດ.**
 - ຖ້າທ່ານຕັດສິນໃຈຍອມຮັບການຕັດສິນໃຈທີ່ປະຕິເສດການຂໍອຸທອນຂອງທ່ານ, ຂະບວນການການຂໍອຸທອນຈະສິ້ນສຸດລົງ.
 - ຖ້າທ່ານບໍ່ຕ້ອງການຍອມຮັບການຕັດສິນໃຈ, ທ່ານສາມາດດໍາເນີນການຕໍ່ໄປຍັງຂັ້ນຕໍ່ໄປຂອງຂະບວນການກວດສອບ. ເອກະສານແຈ້ງເຕືອນທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບຈະຊີ້ບອກສິ່ງທີ່ທ່ານຕ້ອງເຮັດສໍາລັບການຂໍອຸທອນລະດັບທີ 4.

ການຂໍອຸທອນລະດັບ 4

ຄະນະຮັບຜິດຊອບການຂໍອຸທອນ Medicare (ສະພາ) ຈະກວດສອບການຂໍອຸທອນຂອງທ່ານ ແລະ ໃຫ້ຄໍາຕອບ. ສະພາດັ່ງກ່າວເປັນສ່ວນໜຶ່ງຂອງລັດຖະບານກາງ.

- **ຖ້າຄໍາຕອບແມ່ນເຫັນດີ, ຫຼືຖ້າສະພາປະຕິເສດຄໍາຂໍຂອງພວກເຮົາທີ່ຈະກວດສອບການຕັດສິນໃຈອຸທອນຂັ້ນທີ 3 ທີ່ເປັນປະໂຫຍດ, ການຂໍອຸທອນ ອາດຈະ ຫຼື ອາດຈະ ບໍ່ສິ້ນສຸດ.** ບໍ່ຄືກັບການຕັດສິນໃຈລະດັບທີ 2, ພວກເຮົາມີສິດທີ່ຈະຂໍການຂໍອຸທອນຄໍາຕັດສິນລະດັບທີ 4 ທີ່ເປັນປະໂຫຍດແກ່ທ່ານ. ພວກເຮົາຈະຕັດສິນໃຈວ່າຈະການຂໍອຸທອນຕັດສິນໃຈນີ້ໄປຍັງລະດັບທີ 5 ຫຼືບໍ່.
 - ຖ້າພວກເຮົາຕັດສິນໃຈ ບໍ່ ຍືນຢັນການຂໍອຸທອນ, ພວກເຮົາຈະຕ້ອງອະນຸມັດ ຫຼື ຈັດຫາການດູແລທາງການແພດໃຫ້ທ່ານພາຍໃນ 60 ວັນ ນັບຈາກວັນທີ່ໄດ້ຮັບການຕັດສິນໃຈຈາກສະພາ.
 - ຖ້າພວກເຮົາຕັດສິນໃຈອຸທອນ, ພວກເຮົາຈະແຈ້ງໃຫ້ທ່ານຮູ້ເປັນລາຍລາຍຊື່.
- **ຖ້າຄໍາຕອບແມ່ນບໍ່ເຫັນດີ, ຫຼື ຖ້າສະພາປະຕິເສດຄໍາຂໍກວດສອບ, ຂະບວນການຂໍອຸທອນ ອາດຈະ ຫຼື ອາດຈະບໍ່ສິ້ນສຸດ.**
 - ຖ້າທ່ານຕັດສິນໃຈຍອມຮັບການຕັດສິນໃຈນີ້ທີ່ປະຕິເສດການຂໍອຸທອນຂອງທ່ານ, ຂະບວນການການຂໍອຸທອນຈະສິ້ນສຸດລົງ.
 - ຖ້າທ່ານບໍ່ຕ້ອງການຍອມຮັບ, ທ່ານອາດຈະສາມາດດໍາເນີນການຕໍ່ໄປຍັງຂັ້ນຕໍ່ໄປຂອງຂະບວນການກວດສອບ. ຖ້າສະພາບອກວ່າບໍ່ເຫັນດີກັບການຂໍອຸທອນຂອງທ່ານ, ເອກະສານແຈ້ງເຕືອນທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບຈະຊີ້ບອກວ່າ ກົດໝາຍອະນຸຍາດໃຫ້ທ່ານສາມາດດໍາເນີນການຂໍອຸທອນລະດັບທີ 5 ໄດ້ ຫຼື ບໍ່, ແລະ ວິທີການດໍາເນີນການຕໍ່ການຂໍອຸທອນໃນລະດັບ 5.

ການຂໍອຸທອນລະດັບ 5

ຜູ້ພິພາກສາ **ຂອງສານລະດັບລັດຖະບານກາງ** ຈະເປັນຜູ້ກວດສອບການຂໍອຸທອນຂອງທ່ານ.

ບົດທີ 9 ຕ້ອງເຮັດຫຍັງຖ້າທ່ານມີບັນຫາ ຫຼື ຕ້ອງການຮ້ອງທຸກ (ຂໍຜົນການພິຈາລະນາການຄຸ້ມຄອງ, ການຂໍອຸທອນ, ການຮ້ອງທຸກ)

- ຜູ້ພິພາກສາຈະພິຈາລະນາຂໍ້ມູນທັງໝົດ ແລະ ຕັດສິນວ່າຈະອະນຸມັດ ຫຼື ປະຕິເສດ ຄໍາຂໍຂອງທ່ານ. ນີ້ແມ່ນຄໍາຕອບສຸດທ້າຍ. ບໍ່ມີການຂໍອຸທອນໃດໆອີກຫຼັງຈາກສານລະດັບລັດຖະບານກາງ.

ພາກທີ 10.2 ການຂໍອຸທອນຂອງ Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) ເພີ່ມເຕີມ

ທ່ານຍັງມີສິດໃນການຂໍອຸທອນອື່ນໆ ຖ້າການຂໍອຸທອນຂອງທ່ານກ່ຽວກັບການບໍລິການ ຫຼື ລາຍການທີ່ Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) ຄຸ້ມຄອງໂດຍທົ່ວໄປ. ຈົດໝາຍທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບຈາກຫ້ອງການໄຕ່ສວນທີ່ເປັນທໍາຈະບອກທ່ານວ່າຕ້ອງເຮັດແນວໃດ ຖ້າທ່ານຕ້ອງການສືບຕໍ່ຂະບວນການຂໍອຸທອນ.

ພາກທີ 10.3 ລະດັບການຂໍອຸທອນ 3, 4 ແລະ 5 ສໍາລັບຄໍາຮ້ອງຂໍຢາໃນພາກ D

ພາກນີ້ອາດຈະເໝາະສົມກັບທ່ານຖ້າທ່ານໄດ້ຢືນອຸທອນຂັ້ນທີ 1 ແລະ ຂັ້ນທີ 2 ແລ້ວ ແຕ່ການຂໍອຸທອນທັງສອງຂັ້ນຂອງທ່ານຖືກປະຕິເສດ.

ຖ້າມູນຄ່າຢາທີ່ທ່ານອຸທອນເຖິງຈໍານວນເງິນດໍລາທີ່ກໍານົດ: ທ່ານອາດສາມາດດໍາເນີນການຂໍອຸທອນຕໍ່ໄປໄດ້. ຖ້າມູນຄ່າຕໍ່າກວ່າກໍານົດ: ທ່ານຈະບໍ່ສາມາດອຸທອນຕໍ່ໄປໄດ້. ເອກະສານຕອບການຂໍອຸທອນຂັ້ນທີ 2 ຈະຊີ້ບອກວ່າທ່ານຕ້ອງຕິດຕໍ່ໃຜ ແລະ ວິທີດໍາເນີນການຂໍອຸທອນຂັ້ນທີ 3.

ສໍາລັບສະຖານະການສ່ວນໃຫຍ່ທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບການຂໍອຸທອນ, 3 ຂັ້ນສຸດທ້າຍຂອງການຂໍອຸທອນຈະເຮັດວຽກໃນລັກສະນະດຽວກັບ 2 ລະດັບທໍາອິດ. ນີ້ແມ່ນບຸກຄົນທີ່ຈັດການການກວດສອບການຂໍອຸທອນຂອງທ່ານໃນແຕ່ລະຂັ້ນ.

ການຂໍອຸທອນລະດັບທີ 3

ຜູ້ ພິພາກສາກົດໝາຍປົກຄອງ ຫຼື ຜູ້ຕັດສິນທີ່ເປັນທະນາຍຄວາມ ທີ່ເຮັດວຽກໃຫ້ລັດຖະບານກາງຈະກວດສອບການຂໍອຸທອນຂອງທ່ານ ແລະ ໃຫ້ຄໍາຕອບ.

- ຖ້າເຫັນດີ, ຂະບວນການການຂໍອຸທອນຈະສິ້ນສຸດລົງ.** ພວກເຮົາຈະຕ້ອງ **ອະນຸມັດ ຫຼື ໃຫ້ການຄຸ້ມຄອງຢາ** ທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸມັດຈາກຜູ້ພິພາກສາກົດໝາຍປົກຄອງ ຫຼື ຜູ້ພິພາກສານັກກົດໝາຍ **ພາຍໃນ 72 ຊົ່ວໂມງ (24 ຊົ່ວໂມງສໍາລັບການອຸທອນດ່ວນ) ຫຼື ຊໍາລະເງິນບໍ່ເກີນ 30 ວັນຕາມປະຕິທິນ** ຫຼັງຈາກທີ່ພວກເຮົາໄດ້ຮັບການຕັດສິນໃຈ.
- ຖ້າຜູ້ພິພາກສາກົດໝາຍການປົກຄອງ ຫຼື ນັກກົດໝາຍບໍ່ເຫັນດີກັບການຂໍອຸທອນຂອງທ່ານ, ຂະບວນການຂໍອຸທອນອາດຈະ ຫຼື ອາດຈະບໍ່ສິ້ນສຸດ.**
 - ຖ້າທ່ານຕັດສິນໃຈຍອມຮັບການຕັດສິນໃຈນີ້ທີ່ປະຕິເສດການຂໍອຸທອນຂອງທ່ານ, ຂະບວນການການຂໍອຸທອນຈະສິ້ນສຸດລົງ.
 - ຖ້າທ່ານບໍ່ຕ້ອງການຍອມຮັບການຕັດສິນໃຈ, ທ່ານສາມາດດໍາເນີນການຕໍ່ໄປຍັງຂັ້ນຕໍ່ໄປຂອງຂະບວນການກວດສອບ. ເອກະສານແຈ້ງເຕືອນທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບຈະຊີ້ບອກສິ່ງທີ່ທ່ານຕ້ອງເຮັດສໍາລັບການຂໍອຸທອນລະດັບທີ 4.

ບົດທີ 9 ຕ້ອງເຮັດຫຍັງຖ້າທ່ານມີບັນຫາ ຫຼື ຕ້ອງການຮ້ອງທຸກ (ຂໍຜົນການພິຈາລະນາການຄຸ້ມຄອງ, ການຂໍອຸທອນ, ການຮ້ອງທຸກ)**ການຂໍອຸທອນລະດັບ 4**

ຄະນະຮັບຜິດຊອບການຂໍອຸທອນ Medicare (ສະພາ) ຈະກວດສອບການຂໍອຸທອນຂອງທ່ານ ແລະ ໃຫ້ຄໍາຕອບ. ສະພາດັ່ງກ່າວ ເປັນສ່ວນໜຶ່ງຂອງລັດຖະບານກາງ.

- **ຖ້າເຫັນດີ, ຂະບວນການການຂໍອຸທອນຈະສິ້ນສຸດລົງ.** ພວກເຮົາຕ້ອງອະນຸມັດ ຫຼື ຈັດຫາການຄຸ້ມຄອງຢ່າ ທີ່ໄດ້ຮັບການອະນຸມັດໂດຍສະພາ ພາຍໃນ 72 ຊົ່ວໂມງ (24 ຊົ່ວໂມງສໍາລັບການຂໍອຸທອນດ່ວນ) ຫຼື ຈ່າຍເງິນບໍ່ໃຫ້ກາຍ 30 ວັນຕາມປະຕິທິນ ຫຼັງຈາກທີ່ພວກເຮົາໄດ້ຮັບຄໍາຕັດສິນ.
- **ຖ້າຄໍາຕອບແມ່ນບໍ່ເຫັນດີ, ຫຼື ຖ້າສະພາປະຕິເສດຄໍາຂໍກວດສອບ, ຂະບວນການການຂໍອຸທອນ ອາດຈະ ຫຼື ອາດຈະບໍ່ສິ້ນສຸດ.**
 - ຖ້າທ່ານຕັດສິນໃຈຍອມຮັບການຕັດສິນໃຈທີ່ປະຕິເສດການຂໍອຸທອນຂອງທ່ານ, ຂະບວນການການຂໍອຸທອນຈະສິ້ນສຸດລົງ.
 - ຖ້າທ່ານບໍ່ຕ້ອງການຍອມຮັບ, ທ່ານອາດຈະສາມາດດໍາເນີນການຕໍ່ໄປຍັງຂັ້ນຕໍ່ໄປຂອງຂະບວນການກວດສອບ. ຖ້າສະພາບອກວ່າບໍ່ເຫັນດີກັບການຂໍອຸທອນຂອງທ່ານ, ເອກະສານແຈ້ງເຕືອນທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບຈະຊີ້ບອກວ່າ ກົດໝາຍອະນຸຍາດໃຫ້ທ່ານສາມາດດໍາເນີນການຂໍອຸທອນລະດັບທີ 5 ໄດ້ ຫຼື ບໍ່, ແລະ ວິທີການດໍາເນີນການຕໍ່ການຂໍອຸທອນໃນລະດັບ 5.

ການຂໍອຸທອນລະດັບ 5

ຜູ້ພິພາກສາ **ຂອງສານລະດັບລັດຖະບານກາງ** ຈະເປັນຜູ້ກວດສອບການຂໍອຸທອນຂອງທ່ານ.

- ຜູ້ພິພາກສາຈະພິຈາລະນາຂໍ້ມູນທັງໝົດ ແລະ ຕັດສິນວ່າຈະອະນຸມັດ ຫຼື ປະຕິເສດ ຄໍາຂໍຂອງທ່ານ. ນີ້ແມ່ນຄໍາຕອບສຸດທ້າຍ. ບໍ່ມີການຂໍອຸທອນໃດໆອີກຫຼັງຈາກສານລະດັບລັດຖະບານກາງ.

ການຮ້ອງທຸກ

ພາກທີ 11 ວິທີການຍື່ນການຮ້ອງທຸກກ່ຽວກັບຄຸນນະພາບການເບິ່ງແຍງ, ເວລາລໍຖ້າ, ການບໍລິການລູກຄ້າ, ຫຼື ຂໍ້ຂ້ອງໃຈອື່ນໆ

ພາກທີ 11.1 ປະເພດບັນຫາໃດແດ່ທີ່ຖືກຈັດການໂດຍຂະບວນການຮ້ອງທຸກ

ຂະບວນການຮ້ອງທຸກໃຊ້ສໍາລັບບັນຫາບາງປະເພດເທົ່ານັ້ນ. ເຊິ່ງລວມມີບັນຫາກ່ຽວກັບຄຸນນະພາບການດູແລ, ເວລາລໍຖ້າ ແລະ ການບໍລິການລູກຄ້າ. ນີ້ແມ່ນຕົວຢ່າງຂອງປະເພດບັນຫາທີ່ຖືກຈັດການໂດຍຂະບວນການຮ້ອງທຸກ.

ບົດທີ 9 ຕ້ອງເຮັດຫຍັງຖ້າທ່ານມີບັນຫາ ຫຼື ຕ້ອງການຮ້ອງທຸກ (ຂໍຜົນການພິຈາລະນາການຄຸ້ມຄອງ, ການຂໍອຸທອນ, ການຮ້ອງທຸກ)

ຄໍາຮ້ອງທຸກ	ຕົວຢ່າງ
ຄຸນນະພາບຂອງການດູແລທາງການແພດຂອງທ່ານ	ທ່ານບໍ່ພໍໃຈກັບຄຸນນະພາບຂອງການດູແລທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບ (ລວມທັງການດູແລໃນໂຮງໝໍ) ຫຼື ບໍ່?
ການເຄົາລົບຄວາມເປັນສ່ວນຕົວຂອງທ່ານ	ມີໃຜບໍ່ເຄົາລົບສິດໃນຄວາມເປັນສ່ວນຕົວຂອງທ່ານຫຼືແບ່ງປັນຂໍ້ມູນທີ່ເປັນຄວາມລັບ ຫຼື ບໍ່?
ຄວາມບໍ່ສຸພາບ, ການບໍລິການລູກຄ້າທີ່ບໍ່ດີ ຫຼື ພຶດຕິກຳໃນແງ່ລົບອື່ນໆ	- ມີໃຜຫຍາບຄາຍຫຼືບໍ່ສຸພາບກັບທ່ານຫຼືບໍ່ ? - ທ່ານບໍ່ພໍໃຈກັບການບໍລິການສະມາຊິກຂອງພວກເຮົາ ຫຼື ບໍ່ ? - ທ່ານຮູ້ສຶກວ່າທ່ານຖືກຊຸກຍູ້ໃຫ້ອອກຈາກແຜນຂອງພວກເຮົາ ຫຼື ບໍ່?
ເວລາທີ່ລໍຖ້າ	- ທ່ານມີບັນຫາໃນການນັດໝໍ ຫຼື ຕ້ອງລໍຖ້າຄົວດົນເກີນໄປ ຫຼື ບໍ່? - ທ່ານເຄີຍຖືກແພດໃຫ້ລໍຖ້າດົນເກີນໄປ ໝໍຢາ ຫຼື ຜູ້ຊ່ຽວຊານດ້ານສຸຂະພາບອື່ນໆ ຫຼື ບໍ່? ຫຼື ໂດຍພະນັກງານການບໍລິການສະມາຊິກ ຫຼື ພະນັກງານອື່ນໆຂອງແຜນຂອງພວກເຮົາ? - ຕົວຢ່າງລວມມີການລໍຖ້າທາງໂທລະສັບດົນເກີນໄປ ໃນຫ້ອງລໍຖ້າ ຫຼື ຫ້ອງກວດ ຫຼື ການຮັບໃບສັງຢາ.
ຄວາມສະອາດ	ທ່ານບໍ່ພໍໃຈກັບຄວາມສະອາດ ຫຼື ສະພາບຂອງຄລີນິກ ໂຮງໝໍ ຫຼື ຫ້ອງການແພດ ຫຼື ບໍ່?
ຂໍ້ມູນທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບຈາກພວກເຮົາ	- ພວກເຮົາບໍ່ໄດ້ໃຫ້ການແຈ້ງເຕືອນທີ່ຈຳເປັນແກ່ທ່ານ ຫຼື ບໍ່? - ຂໍ້ມູນເປັນລາຍລາຍຊື່ຂອງພວກເຮົາເຂົ້າໃຈຍາກ ຫຼື ບໍ່?

ບົດທີ 9 ຕ້ອງເຮັດຫຍັງຖ້າທ່ານມີບັນຫາ ຫຼື ຕ້ອງການຮ້ອງທຸກ (ຂໍຜົນການພິຈາລະນາການຄຸ້ມຄອງ, ການຂໍອຸທອນ, ການຮ້ອງທຸກ)

ຄໍາຮ້ອງທຸກ	ຕົວຢ່າງ
ຄວາມຕັ້ງໜ້າຕໍ່ເວລາ (ການຄໍາຮ້ອງທຸກປະເພດເຫຼົ່ານີ້ ແມ່ນກ່ຽວກັບຄວາມທັນເວລາຂອງ ການດໍາເນີນການ ຂອງພວກເຮົາທີ່ ກ່ຽວຂ້ອງກັບການຕັດສິນໃຈຜົນ ການພິຈາລະນາການຄຸ້ມຄອງ ແລະ ການຂໍອຸທອນ)	ຖ້າທ່ານຂໍຜົນການພິຈາລະນາການຄຸ້ມຄອງ ຫຼື ຍື່ນອຸທອນ ແລະ ທ່ານຄິດວ່າພວກເຮົາ ຕອບກັບບໍ່ໄວພໍ ທ່ານສາມາດຂໍການຮ້ອງທຸກເລື່ອງຄວາມຊັກຊ້າຂອງພວກເຮົາໄດ້. ຕົວຢ່າງມີດັ່ງນີ້: - ທ່ານຂໍການພິຈາລະນາການຄຸ້ມຄອງດ່ວນ ຫຼື ການຂໍອຸທອນດ່ວນ, ແລະ ພວກເຮົາຕອບວ່າບໍ່; ທ່ານສາມາດຍື່ນການຮ້ອງທຸກໄດ້. - ທ່ານເຊື່ອວ່າພວກເຮົາບໍ່ປະຕິບັດຕາມເວລາກຳນົດ ສໍາລັບຜົນການພິຈາລະນາ ການຄຸ້ມຄອງ ຫຼື ການອຸທອນ; ທ່ານສາມາດຂໍການຮ້ອງທຸກໄດ້. - ທ່ານເຊື່ອວ່າພວກເຮົາບໍ່ປະຕິບັດຕາມເວລາກຳນົດສໍາລັບການຄຸ້ມຄອງ ຫຼື ການຊໍາລະເງິນສໍາລັບລາຍການທາງການແພດ ການບໍລິການ ຫຼື ຢາບາງ ຊະນິດທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸມັດແລ້ວ; ທ່ານສາມາດຂໍການຮ້ອງທຸກໄດ້. - ທ່ານເຊື່ອວ່າພວກເຮົາບໍ່ປະຕິບັດຕາມເວລາທີ່ຈຳເປັນສໍາລັບການສັ່ງຕໍ່ກໍລະນີ ຂອງທ່ານໄປຍັງອົງການກວດສອບເອກະລາດ; ທ່ານສາມາດຂໍການຮ້ອງທຸກໄດ້.

ພາກທີ 11.2 ວິທີການຮ້ອງທຸກ

ຄໍາສັບທາງດ້ານກົດໝາຍ:

ການຮ້ອງທຸກ ເອີ້ນວ່າ **ໃບຮ້ອງທຸກ**.

ການເຮັດໃບຮ້ອງທຸກ ເອີ້ນວ່າ **ການຍື່ນໃບຮ້ອງທຸກ**.

ການໃຊ້ຂະບວນການຮ້ອງທຸກ ເອີ້ນວ່າ **ການໃຊ້ຂະບວນການໃບຮ້ອງທຸກ**.

ຄໍາຮ້ອງ ການຮ້ອງທຸກໄວ ແມ່ນເອີ້ນວ່າ **ການຮ້ອງທຸກດ່ວນ**.

ຂັ້ນຕອນທີ 1: ຕິດຕໍ່ພວກເຮົາໂດຍດ່ວນ □ ບໍ່ວ່າຈະທາງໂທລະສັບ ຫຼື ເປັນລາຍລັກອັກສອນ.

- ການໂທຫາການບໍລິການສະມາຊິກ** ທີ່ 1-888-846-4262 (ຜູ້ໃຊ້ TTY ໃຫ້ໂທຫາ 711) **ແມ່ນຂັ້ນຕອນທຳອິດ.** ຖ້າມີ ສິ່ງອື່ນໃດທີ່ທ່ານຕ້ອງເຮັດ, ຝ່າຍການບໍລິການສະມາຊິກຈະແຈ້ງໃຫ້ທ່ານຊາບ.
- ຖ້າທ່ານບໍ່ຕ້ອງການໂທ (ຫຼື ທ່ານໄດ້ໂທແລ້ວ ແລະ ບໍ່ພໍໃຈ), ທ່ານສາມາດຂຽນການຮ້ອງທຸກຂອງທ່ານເປັນ ລາຍລັກອັກສອນ ແລະ ສົ່ງໃຫ້ພວກເຮົາ.** ຖ້າທ່ານຂຽນຄໍາການຮ້ອງທຸກຂອງທ່ານເປັນລາຍລັກອັກສອນ, ພວກ ເຮົາຈະຕອບຄໍາການຮ້ອງທຸກຂອງທ່ານເປັນລາຍລັກອັກສອນ.

ບົດທີ 9 ຕ້ອງເຮັດຫຍັງຖ້າທ່ານມີບັນຫາ ຫຼື ຕ້ອງການຮ້ອງທຸກ (ຂໍຜົນການພິຈາລະນາການຄຸ້ມຄອງ, ການຂໍອຸທອນ, ການຮ້ອງທຸກ)

- **ຖ້າພວກເຮົາບໍ່ສາມາດແກ້ໄຂການຮ້ອງທຸກຂອງທ່ານທາງໂທລະສັບໄດ້ ພວກເຮົາມີຂັ້ນຕອນທີ່ເປັນທາງການ ເພື່ອທົບທວນການຮ້ອງທຸກຂອງທ່ານ. ພວກເຮົາເອີ້ນສິ່ງນີ້ວ່າ ຂັ້ນຕອນການຂໍອຸທອນ.** ຖ້າຕ້ອງການຮ້ອງທຸກ ຫຼື ຖ້າທ່ານມີຄໍາຖາມກ່ຽວກັບຂັ້ນຕອນນີ້ ກະລຸນາໂທຫາຝ່າຍການບໍລິການສະມາຊິກ. ຫຼື ທ່ານອາດຈະສົ່ງຄໍາຮ້ອງຂໍ ເປັນລາຍລັກອັກສອນທາງໄປສະນີຫາພວກເຮົາຕາມທີ່ຢູ່ທີ່ລະບຸໄວ້ໃນຫົວຂໍ້ *ການຮ້ອງທຸກກ່ຽວກັບການເບິ່ງແຍງ ທາງການແພດ* ຫຼື *ການຮ້ອງທຸກກ່ຽວກັບຢາຕາມໃບສັງແພດໃນພາກ D* ໃນບົດທີ 2 ຂອງເອກະສານນີ້.
 - ຖ້າທ່ານຮ້ອງຂໍການຕອບກັບເປັນລາຍລັກອັກສອນ, ຖ້າທ່ານຍື່ນຄໍາຮ້ອງທຸກເປັນລາຍລັກອັກສອນ (ໃບ ຮ້ອງທຸກ) ຫຼື ຖ້າການຮ້ອງທຸກຂອງທ່ານກ່ຽວຂ້ອງກັບຄຸນນະພາບຂອງການເບິ່ງແຍງ, ພວກເຮົາຈະຕອບກັບ ທ່ານເປັນລາຍລັກອັກສອນ.
 - ທ່ານຕ້ອງຍື່ນການຮ້ອງທຸກຂອງທ່ານພາຍໃນ 60 ວັນຕາມປະຕິທິນນັບຈາກວັນເກີດເຫດການ. ທ່ານສາມາດ ຍື່ນຄໍາການຮ້ອງທຸກຂອງທ່ານຢ່າງເປັນທາງການ, ເປັນລາຍລັກອັກສອນໄດ້ທີ່ທີ່ຢູ່ທີ່ລະບຸໄວ້ພາຍໃຕ້ຫົວຂໍ້ *ການຮ້ອງທຸກກ່ຽວກັບການເບິ່ງແຍງທາງການແພດ* ຫຼື *ການຮ້ອງທຸກກ່ຽວກັບຢາຕາມໃບສັງແພດໃນພາກ D* ໃນ ບົດທີ 2 ຂອງເອກະສານນີ້.
 - ພວກເຮົາຕ້ອງແຈ້ງໃຫ້ທ່ານຮູ້ກ່ຽວກັບການຕັດສິນໃຈຂອງພວກເຮົາກ່ຽວກັບຄໍາຮ້ອງທຸກຂອງທ່ານໂດຍໄວ ທີ່ສຸດຕາມສະພາບສະພາບຂອງທ່ານ ແຕ່ບໍ່ເກີນ 30 ວັນຕາມປະຕິທິນນັບຈາກວັນໄດ້ຮັບການຮ້ອງທຸກຂອງ ທ່ານ. ພວກເຮົາອາດຈະຂະຫຍາຍເວລາອອກໄປໄດ້ສູງສຸດ 14 ວັນຕາມປະຕິທິນ ຖ້າທ່ານຂໍຂະຫຍາຍເວລາ ຫຼື ຖ້າພວກເຮົາເຫັນວ່າຈໍາເປັນຕ້ອງມີຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມ ແລະ ການຊັກຊ້າເປັນຜົນປະໂຫຍດສູງສຸດຂອງທ່ານ.
 - ໃນບາງກໍລະນີ ທ່ານມີສິດທີ່ຈະຂໍໃຫ້ມີການທົບທວນການຮ້ອງທຸກຂອງທ່ານຢ່າງຮີບດ່ວນ. ສິ່ງນີ້ເອີ້ນວ່າ ຂະບວນການຮ້ອງທຸກດ່ວນ. ທ່ານມີສິດໄດ້ຮັບການທົບທວນການຮ້ອງທຸກຂອງທ່ານຢ່າງຮີບດ່ວນ ຖ້າທ່ານບໍ່ ເຫັນດີກັບການຕັດສິນໃຈຂອງພວກເຮົາໃນສະຖານະການຕໍ່ໄປນີ້:
 - ພວກເຮົາປະຕິເສດຄໍາຂໍຂອງທ່ານສໍາລັບການທົບທວນຄໍາຂໍສໍາລັບການດູແລທາງການແພດຫຼືຢາຕາມ ພາກ D ຢ່າງຮີບດ່ວນ.
 - ພວກເຮົາປະຕິເສດຄໍາຂໍຂອງທ່ານສໍາລັບການທົບທວນການຂໍອຸທອນບໍລິການທີ່ຖືກປະຕິເສດ ຫຼື ຢາຕາມ ພາກ D ຢ່າງຮີບດ່ວນ.
 - ພວກເຮົາຕັດສິນໃຈວ່າຕ້ອງການເວລາເພີ່ມເຕີມເພື່ອການກວດສອບຄໍາຮ້ອງຂໍຂອງທ່ານສໍາລັບການ ເບິ່ງແຍງທາງການແພດ.
 - ພວກເຮົາຕັດສິນໃຈວ່າຕ້ອງການເວລາເພີ່ມເຕີມເພື່ອການກວດສອບການຂໍອຸທອນການປະຕິເສດຂອງ ທ່ານສໍາລັບການເບິ່ງແຍງທາງການແພດ.
 - ທ່ານອາດຈະສົ່ງການຮ້ອງທຸກປະເພດນີ້ທາງໂທລະສັບໄດ້ໂດຍໂທຫາຝ່າຍການບໍລິການສະມາຊິກ. ທ່ານອາດຍື່ນຄໍາ ການຮ້ອງທຸກຢ່າງເປັນທາງການຕໍ່ພວກເຮົາ, ເປັນລາຍລັກອັກສອນໄດ້ທີ່ທີ່ຢູ່ທີ່ລະບຸໄວ້ພາຍໃຕ້ຫົວຂໍ້ *ການຮ້ອງທຸກ ກ່ຽວກັບ Medical Care* ຫຼື *ການຮ້ອງທຸກກ່ຽວກັບຢາຕາມໃບສັງແພດໃນ ພາກ D* ໃນ ໃນບົດທີ 2 ຂອງເອກະສານ ນີ້. ເມື່ອພວກເຮົາໄດ້ຮັບການຮ້ອງທຸກດ່ວນແລ້ວ ຜູ້ປະຕິບັດງານທາງຄລິນິກຈະກວດສອບເພື່ອພິຈາລະນາເຫດຜົນ

ບົດທີ 9 ຕ້ອງເຮັດຫຍັງຖ້າທ່ານມີບັນຫາ ຫຼື ຕ້ອງການຮ້ອງທຸກ (ຂໍຜົນການພິຈາລະນາການຄຸ້ມຄອງ, ການຂໍອຸທອນ, ການຮ້ອງທຸກ)

ໃນການປະຕິເສດຄໍາຂໍຂອງທ່ານສໍາລັບການທົບທວນຢ່າງຮີບດ່ວນ ຫຼື ພິຈາລະນາວ່າການຂະຫຍາຍເວລາເຫດການນັ້ນເໝາະສົມ ຫຼື ບໍ່. ພວກເຮົາຈະແຈ້ງໃຫ້ທ່ານຮູ້ກ່ຽວກັບການຕັດສິນໃຈຂອງເຫດການຮີບດ່ວນທັງດ້ວຍວະຈານ ແລະ ເປັນລາຍລາຍຊື່ພາຍໃນ 24 ຊົ່ວໂມງຫຼັງຈາກໄດ້ຮັບເລື່ອງການຮ້ອງທຸກຂອງທ່ານ.

- **ບໍ່ວ່າທ່ານຈະໂທຫາ ຫຼື ຂຽນຈົດໝາຍ, ທ່ານຄວນຈະໂທຫາຝ່າຍການບໍລິການສະມາຊິກໄດ້ທີ່ 1-888-846-4262 (ຜູ້ໃຊ້ TTY ໃຫ້ໂທຫາ 711) ທັນທີ.** ທ່ານສາມາດສົ່ງການຮ້ອງທຸກໄດ້ຕະຫຼອດເວລາ ຫຼັງຈາກທີ່ທ່ານມີບັນຫາທີ່ທ່ານຕ້ອງການຮ້ອງທຸກ.

ຂັ້ນຕອນທີ 2: ພວກເຮົາກວດສອບການຮ້ອງທຸກຂອງທ່ານ ແລະ ໃຫ້ຄໍາຕອບແກ່ທ່ານ.

- **ຖ້າເປັນໄປໄດ້ ພວກເຮົາຈະຕອບທ່ານທັນທີ.** ຖ້າທ່ານໂທຫາພວກເຮົາພ້ອມກັບການຮ້ອງທຸກ, ພວກເຮົາອາດສາມາດໃຫ້ຄໍາຕອບກັບທ່ານໄດ້ໃນການໂທຄັ້ງດຽວ.
- **ຄໍາຮ້ອງທຸກສ່ວນໃຫຍ່ຈະໄດ້ຮັບການຕອບກັບພາຍໃນ 30 ວັນຕາມປະຕິທິນ.** ຖ້າພວກເຮົາຕ້ອງການຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມ ແລະ ການຊັກຊ້ານັ້ນເປັນປະໂຫຍດສູງສຸດຂອງທ່ານ ຫຼື ຖ້າທ່ານຮ້ອງຂໍເວລາເພີ່ມ, ພວກເຮົາສາມາດໃຊ້ເວລາເພີ່ມໄດ້ອີກເຖິງ 14 ວັນຕາມປະຕິທິນ (ລວມເປັນ 44 ວັນຕາມປະຕິທິນ) ເພື່ອຕອບການຮ້ອງທຸກຂອງທ່ານ. ຖ້າພວກເຮົາຕັດສິນໃຈທີ່ຈະໃຊ້ເວລາເພີ່ມເຕີມ ພວກເຮົາຈະແຈ້ງໃຫ້ທ່ານຮູ້ເປັນລາຍລາຍຊື່.
- **ຖ້າທ່ານກໍາລັງເຮັດໃບຂໍການຮ້ອງທຸກຍ້ອນວ່າພວກເຮົາໄດ້ປະຕິເສດຄໍາຮ້ອງຂໍຂອງທ່ານສໍາລັບການຕັດສິນໃຈການພິຈາລະນາການຄຸ້ມຄອງດ່ວນ ຫຼື ການຂໍອຸທອນດ່ວນ, ພວກເຮົາຈະໃຫ້ທ່ານຍື່ນການຮ້ອງທຸກແບບໄວໂດຍອັດຕະໂນມັດ.** ຖ້າທ່ານມີການຮ້ອງທຸກຢ່າງຮີບດ່ວນ, ໝາຍຄວາມວ່າ ພວກເຮົາຈະໃຫ້ຄໍາຕອບກັບທ່ານພາຍໃນ 24 ຊົ່ວໂມງ.
- **ຖ້າພວກເຮົາບໍ່ເຫັນດີ ກັບບາງສ່ວນ ຫຼື ທັງໝົດຂອງການຮ້ອງທຸກຂອງທ່ານ ຫຼື ບໍ່ຮັບຜິດຊອບຕໍ່ບັນຫາທີ່ທ່ານກໍາລັງຮ້ອງທຸກ, ພວກເຮົາຈະລວມເອົາເຫດຜົນຂອງພວກເຮົາໄວ້ໃນຄໍາຕອບຂອງພວກເຮົາເຖິງທ່ານ.**

ພາກທີ 11.3 ທ່ານຍັງສາມາດຍື່ນການຮ້ອງທຸກກ່ຽວກັບຄຸນນະພາບການດູແລໄປຍັງ ອົງການພັດທະນາຄຸນນະພາບໄດ້ອີກດ້ວຍ

ເມື່ອການຮ້ອງທຸກຂອງທ່ານກ່ຽວກັບ ຄຸນນະພາບຂອງການເບິ່ງແຍງ, ທ່ານຍັງມີ 2 ທາງເລືອກພິເສດຄື:

- **ທ່ານສາມາດຍື່ນການຮ້ອງທຸກຂອງທ່ານໂດຍກົງໄປທີ່ ອົງການພັດທະນາຄຸນນະພາບ.** ອົງການພັດທະນາຄຸນນະພາບແມ່ນກຸ່ມຂອງແພດໝໍ ແລະ ຜູ້ຊ່ຽວຊານດ້ານສຸຂະພາບອື່ນໆ ທີ່ໄດ້ຮັບການຈ້າງຈາກລັດຖະບານກາງ ເພື່ອກວດກາ ແລະ ປັບປຸງການດູແລທີ່ໃຫ້ແກ່ຄົນເຈັບ Medicare. ບົດທີ 2 ມີຂໍ້ມູນການຕິດຕໍ່.

ຫຼື

- **ທ່ານສາມາດຍື່ນການຮ້ອງທຸກຂອງທ່ານທັງສອງບ່ອນຄື: ອົງການພັດທະນາຄຸນນະພາບ ແລະ ພວກເຮົາໃນເວລາດຽວກັນໄດ້.**

ບົດທີ 10 ການສິ້ນສຸດການເປັນສະມາຊິກໃນແຜນຂອງພວກເຮົາ

ພາກທີ 11.4 ທ່ານຍັງສາມາດແຈ້ງ Medicare ແລະ Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) ກ່ຽວກັບການຮ້ອງທຸກຂອງທ່ານໄດ້

ທ່ານສາມາດຍື່ນການຮ້ອງທຸກກ່ຽວກັບແຜນຂອງພວກເຮົາໂດຍກົງກັບ Medicare. ເພື່ອຍື່ນການຮ້ອງທຸກຕໍ່ Medicare, ໃຫ້ໄປທີ່ www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. ທ່ານຍັງສາມາດໂທຫາ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). ຜູ້ໃຊ້ TTY/TDD ສາມາດໂທຫາ 1-877-486-2048.

ສໍາລັບການຮ້ອງທຸກທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບການບໍລິການທີ່ຢູ່ໃຕ້ການຄຸ້ມຄອງ Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid), ກະລຸນາຕິດຕໍ່ຫ້ອງການ Medicaid ຂອງລັດຂອງທ່ານ. ຂໍ້ມູນການຕິດຕໍ່ສາມາດພົບໄດ້ໃນບົດທີ 2 ພາກທີ 6.

ບົດທີ 10:

ການສິ້ນສຸດການເປັນສະມາຊິກໃນແຜນຂອງພວກເຮົາ

ພາກທີ 1 ການຍຸດຕິການເປັນສະມາຊິກໃນແຜນຂອງພວກເຮົາ

ການສິ້ນສຸດການເປັນສະມາຊິກຂອງທ່ານໃນ Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP) ອາດຈະ ເປັນແບບສະໝັກ (ຕາມການເລືອກຂອງທ່ານເອງ) ຫຼື ແບບບໍ່ສະໝັກໃຈ (ບໍ່ແມ່ນການເລືອກຂອງທ່ານເອງ):

- ທ່ານອາດຈະອອກຈາກແຜນຂອງພວກເຮົາ ເພາະທ່ານຕັດສິນໃຈວ່າທ່ານ ຕ້ອງການ ທີ່ຈະອອກ. ພາກທີ 2 ແລະ 3 ໃຫ້ຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບການຢຸດການເປັນສະມາຊິກຂອງທ່ານໂດຍຄວາມສະໝັກໃຈ.
- ນອກຈາກນີ້, ຍັງມີບາງສະຖານະການທີ່ຈຳກັດ ເຊິ່ງພວກເຮົາຈຳເປັນຕ້ອງຢຸດການເປັນສະມາຊິກຂອງທ່ານ. ພາກທີ 5 ບອກທ່ານກ່ຽວກັບສະຖານະການທີ່ພວກເຮົາຈຳເປັນຕ້ອງຢຸດການເປັນສະມາຊິກຂອງທ່ານ.

ຖ້າທ່ານອອກຈາກແຜນຂອງພວກເຮົາ, ແຜນຂອງພວກເຮົາຕ້ອງສືບຕໍ່ໃຫ້ການດູແລທາງການແພດ ແລະຢາຕາມໃບສັງແພດແກ່ທ່ານ, ແລະທ່ານຈະຕ້ອງສືບຕໍ່ຈ່າຍຄ່າສ່ວນແບ່ງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຂອງທ່ານຈົນກວ່າການເປັນສະມາຊິກຂອງທ່ານຈະສິ້ນສຸດລົງ.

ພາກທີ 2 ທ່ານສາມາດຢຸດການເປັນສະມາຊິກໃນແຜນຂອງພວກເຮົາໄດ້ເມື່ອໃດ?

ພາກທີ 2.1 ທ່ານອາດຈະສາມາດຢຸດການເປັນສະມາຊິກຂອງທ່ານໄດ້ ເນື່ອງຈາກທ່ານມີ Medicare ແລະ Medicaid

ຄົນສ່ວນໃຫຍ່ທີ່ມີ Medicare ສາມາດຢຸດການເປັນສະມາຊິກໄດ້ພຽງແຕ່ໃນຊ່ວງເວລາໃດໜຶ່ງຂອງປີເທົ່ານັ້ນ. ຍ້ອນວ່າທ່ານມີ Medicaid, ທ່ານສາມາດສິ້ນສຸດການເປັນສະມາຊິກຂອງທ່ານໃນແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາໂດຍການເລືອກໜຶ່ງໃນທາງເລືອກ Medicare ຕໍ່ໄປນີ້ໃນເດືອນໃດກໍໄດ້ຂອງປີ:

- Original Medicare ໂດຍມີແຜນປະກັນຢາຕາມໃບສັງຢາ Medicare ແຍກຕ່າງຫາກ,
- Original Medicare ໂດຍບໍ່ມີແຜນປະກັນໄພຢາແຍກຕ່າງຫາກ. (ຖ້າທ່ານເລືອກທາງເລືອກນີ້ ແລະ ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອພິເສດ, Medicare ອາດຈະລົງທະບຽນທ່ານໃນແຜນປະກັນໄພຢາ. ເວັ້ນເສຍແຕ່ວ່າທ່ານເລືອກອອກຈາກການລົງທະບຽນອັດຕະໂນມັດ) ຫຼື
- ຖ້າທ່ານມີສິດ, D-SNP ທີ່ລວມເອົາຜົນປະໂຫຍດ ແລະການບໍລິການຂອງ Medicare ແລະ Medicaid ສ່ວນໃຫຍ່ ຫຼື ທັງໝົດຂອງທ່ານເຂົ້າໄປໃນແຜນດຽວ.

ບົດທີ 10 ການສິ້ນສຸດການເປັນສະມາຊິກໃນແຜນຂອງພວກເຮົາ

ໝາຍເຫດ: ຖ້າທ່ານຢຸດຕິການຄຸ້ມຄອງຢາຂອງ Medicare, ບໍ່ໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອພິເສດ ອີກຕໍ່ໄປ ແລະ ບໍ່ມີການຄຸ້ມຄອງຢາທີ່ເຊື່ອຖືໄດ້ເປັນໄລຍະເວລາຕໍ່ເນື່ອງ 63 ມື້ ຫຼາຍກວ່ານັ້ນ, ທ່ານອາດຈະຕ້ອງຈ່າຍຄ່າປັບໃໝການລົງທະບຽນຊໍາຂອງ ພາກ D ຖ້າທ່ານເຂົ້າຮ່ວມແຜນຢາຂອງ Medicare ໃນພາຍຫຼັງ.

- ໂທຫາຫ້ອງການຂອງ Medicaid ໃນລັດຂອງທ່ານໄດ້ທີ 1-800-316-8005, ຜູ້ໃຊ້ TTY ໂທຫາ 711 ເພື່ອຮຽນຮູ້ກ່ຽວກັບທາງເລືອກ ຂອງແຜນປະກັນ Medicaid ຂອງທ່ານ.
- ທາງເລືອກ ແຜນປະກັນສຸຂະພາບ Medicare ອື່ນໆ ແມ່ນມີໃຫ້ເລືອກໃນຊ່ວງ **ໄລຍະເປີດສະໝັກປະກັນສຸຂະພາບ**. ພາກທີ 2.2 ບອກທ່ານເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບ ໄລຍະເປີດສະໝັກປະກັນສຸຂະພາບ.
- **ການເປັນສະມາຊິກຂອງທ່ານໂດຍທົ່ວໄປແລ້ວຈະສິ້ນສຸດລົງໃນວັນທີໜຶ່ງຂອງເດືອນ ຫຼັງຈາກທີ່ພວກເຮົາໄດ້ຮັບຄໍາຮ້ອງຂໍຂອງທ່ານເພື່ອປ່ຽນແຜນການ.** ການລົງທະບຽນຂອງທ່ານໃນແຜນໃໝ່ກໍຈະເລີ່ມຕົ້ນໃນມື້ນີ້ເຊັ່ນກັນ.

ພາກທີ 2.2 ທ່ານສາມາດຢຸດການເປັນສະມາຊິກຂອງທ່ານໃນຊ່ວງໄລຍະເປີດສະໝັກປະກັນສຸຂະພາບ

ທ່ານສາມາດຢຸດການເປັນສະມາຊິກຂອງທ່ານໃນຊ່ວງ **ໄລຍະເປີດສະໝັກປະກັນສຸຂະພາບ** ໃນແຕ່ລະປີ. ໃນຊ່ວງເວລານີ້, ໃຫ້ທົບທວນການຄຸ້ມຄອງສຸຂະພາບແລະຢາຂອງທ່ານ ແລະຕັດສິນໃຈກ່ຽວກັບການຄຸ້ມຄອງສໍາລັບປີທີ່ຈະມາເຖິງ.

- **ໄລຍະເປີດສະໝັກປະກັນສຸຂະພາບ** ແມ່ນເລີ່ມແຕ່ **ວັນທີ 15 ຕຸລາ ຫາ ວັນທີ 7 ທັນວາ**.
- **ເລືອກທີ່ຈະຮັກສາການຄຸ້ມຄອງປັດຈຸບັນຂອງທ່ານ ຫຼື ທໍາການປ່ຽນແປງການຄຸ້ມຄອງຂອງທ່ານສໍາລັບປີທີ່ຈະມາເຖິງ.** ຖ້າທ່ານຕັດສິນໃຈປ່ຽນໄປແຜນໃໝ່, ທ່ານສາມາດເລືອກປະເພດແຜນໃດກໍໄດ້ດັ່ງຕໍ່ໄປນີ້:
 - ແຜນປະກັນສຸຂະພາບ Medicare ອື່ນ, ພ້ອມຫຼືບໍ່ມີການຄຸ້ມຄອງຢາ.
 - Original Medicare ທີ່ມີ ແຜນປະກັນຢາຂອງ Medicare ແຍກຕ່າງຫາກ
 - Original Medicare ທີ່ບໍ່ ມີແຜນປະກັນຢາຂອງ Medicare ແຍກຕ່າງຫາກ.
 - ຖ້າທ່ານມີສິດ, D-SNP ທີ່ລວມເອົາຜົນປະໂຫຍດ ແລະການບໍລິການຂອງ Medicare ແລະ Medicaid ສ່ວນໃຫຍ່ ຫຼືທັງໝົດຂອງທ່ານເຂົ້າໄປໃນແຜນດຽວ.

ທ່ານໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອພິເສດ ຈາກ Medicare ເພື່ອຈ່າຍຄ່າຢາຕາມໃບສັງແພດຂອງທ່ານ: ຖ້າທ່ານປ່ຽນໄປ Original Medicare ແລະບໍ່ລົງທະບຽນໃນແຜນຢາຕາມໃບສັງແພດ Medicare ຕ່າງຫາກ, Medicare ອາດຈະລົງທະບຽນທ່ານໃນແຜນຢາ, ເວັ້ນເສຍແຕ່ທ່ານໄດ້ເລືອກທີ່ຈະບໍ່ເຂົ້າໃນການລົງທະບຽນອັດຕະໂນມັດ.

ໝາຍເຫດ: ຖ້າທ່ານຢຸດຕິການລົງທະບຽນຈາກການຄຸ້ມຄອງຢາຂອງ Medicare, ບໍ່ໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອພິເສດ ອີກຕໍ່ໄປ, ແລະ ບໍ່ມີການຄຸ້ມຄອງຢາຕາມໃບສັງແພດທີ່ເຊື່ອຖືໄດ້ເປັນໄລຍະເວລາຕໍ່ເນື່ອງ 63 ວັນ ຫຼາຍກວ່ານັ້ນ, ທ່ານອາດຈະຕ້ອງຈ່າຍຄ່າປັບໃໝການລົງທະບຽນຊໍາຂອງພາກ D ຖ້າທ່ານເຂົ້າຮ່ວມແຜນຢາຂອງ Medicare ໃນພາຍຫຼັງ.

ບົດທີ 10 ການສິ້ນສຸດການເປັນສະມາຊິກໃນແຜນຂອງພວກເຮົາ

- ການເປັນສະມາຊິກຂອງທ່ານຈະສິ້ນສຸດລົງໃນແຜນຂອງພວກເຮົາ ເມື່ອການຄຸ້ມຄອງຂອງແຜນໃໝ່ຂອງທ່ານເລີ່ມຕົ້ນໃນວັນທີ 1 ມັງກອນ.

ພາກທີ 2.3 ທ່ານສາມາດຢຸດການເປັນສະມາຊິກຂອງທ່ານໃນຊ່ວງ ໄລຍະເປີດສະໝັກປະກັນສຸຂະພາບ Medicare Advantage

ທ່ານສາມາດປ່ຽນແປງການຄຸ້ມຄອງສຸຂະພາບຂອງທ່ານໄດ້ໜຶ່ງ ຄັ້ງໃນຊ່ວງ ໄລຍະເປີດສະໝັກປະກັນສຸຂະພາບ Medicare Advantage ໃນແຕ່ລະປີ.

- ໄລຍະເປີດສະໝັກປະກັນສຸຂະພາບ Medicare Advantage** ແມ່ນແຕ່ຕົ້ນເດືອນ 1 ມັງກອນ ຫາ 31 ມີນາ ແລະຍັງສໍາລັບຜູ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດ Medicare ໃໝ່ທີ່ລົງທະບຽນໃນແຜນ MA, ນັບແຕ່ເດືອນທີ່ມີສິດໄດ້ຮັບ ພາກ A ແລະພາກ B ຈົນເຖິງມື້ສຸດທ້າຍຂອງເດືອນທີ 3 ຂອງການມີສິດ.
- ໃນຊ່ວງ **ໄລຍະເປີດສະໝັກປະກັນສຸຂະພາບ Medicare Advantage** ທ່ານສາມາດ:
 - ປ່ຽນໄປແຜນປະກັນ Medicare Advantage ອື່ນ ພ້ອມທັງບໍ່ມີການຄຸ້ມຄອງຢາ.
 - ຍົກເລີກການລົງທະບຽນຈາກແຜນຂອງພວກເຮົາ ແລະໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງຜ່ານ Original Medicare. ຫາກທ່ານສະຫຼັບໄປທີ່ Original Medicare ລະຫວ່າງໄລຍະເວລານີ້, ທ່ານຍັງສາມາດເຂົ້າຮ່ວມໃນແຜນປະກັນຢາຂອງ Medicare ແຍກຕ່າງຫາກພ້ອມກັນດ້ວຍ.
- ການເປັນສະມາຊິກຂອງທ່ານຈະສິ້ນສຸດລົງ** ໃນວັນທີໜຶ່ງຂອງເດືອນຫຼັງຈາກທີ່ທ່ານລົງທະບຽນໃນແຜນ Medicare Advantage ທີ່ແຕກຕ່າງ ຫຼືພວກເຮົາໄດ້ຮັບຄໍາຮ້ອງຂໍຂອງທ່ານເພື່ອປ່ຽນໄປ Original Medicare. ຖ້າທ່ານຍັງເລືອກທີ່ຈະລົງທະບຽນໃນແຜນຢາ Medicare, ການເປັນສະມາຊິກຂອງທ່ານໃນແຜນຢາຈະເລີ່ມຕົ້ນໃນວັນທີໜຶ່ງຂອງເດືອນຫຼັງຈາກທີ່ແຜນຢາໄດ້ຮັບຄໍາຮ້ອງຂໍການລົງທະບຽນຂອງທ່ານ.

ພາກທີ 2.4 ໃນບາງສະຖານະການ, ທ່ານສາມາດຢຸດການເປັນສະມາຊິກຂອງທ່ານໃນຊ່ວງໄລຍະການປ່ຽນຫຼືລົງທະບຽນປະກັນໄພຮອບພິເສດ

ໃນບາງສະຖານະການ, ທ່ານອາດຈະມີສິດຢຸດການເປັນສະມາຊິກຂອງທ່ານໃນຊ່ວງເວລາອື່ນໆຂອງປີ. ນີ້ແມ່ນເປັນທີ່ຮູ້ກັນໃນຊື່ **ໄລຍະການປ່ຽນຫຼືລົງທະບຽນປະກັນໄພຮອບພິເສດ**.

ທ່ານອາດຈະມີສິດຢຸດການເປັນສະມາຊິກຂອງທ່ານໃນຊ່ວງໄລຍະການປ່ຽນຫຼືລົງທະບຽນປະກັນໄພຮອບພິເສດ ຖ້າສະຖານະການໃດໜຶ່ງຕໍ່ໄປນີ້ມີຜົນຕໍ່ທ່ານ. ນີ້ເປັນພຽງຕົວຢ່າງ. ສໍາລັບລາຍຊື່ເຕັມ ທ່ານສາມາດຕິດຕໍ່ແຜນຂອງພວກເຮົາ, ໂທຫາ Medicare ຫຼືເຂົ້າເບິ່ງwww.Medicare.gov.

- ໂດຍປົກກະຕິ, ເມື່ອທ່ານຍ້າຍທີ່ຢູ່
- ຖ້າທ່ານມີ Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid)

ບົດທີ 10 ການສິ້ນສຸດການເປັນສະມາຊິກໃນແຜນຂອງພວກເຮົາ

- ຖ້າທ່ານມີສິດໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອພິເສດ ໃນການຈ່າຍຄ່າຄຸ້ມຄອງຢາ Medicare ຂອງທ່ານ
- ຖ້າພວກເຮົາລະເມີດສັນຍາກັບທ່ານ
- ຖ້າທ່ານໄດ້ຮັບການດູແລໃນສະຖາບັນ, ເຊັ່ນ: ສະຖານພະຍາບານ ຫຼື ໂຮງໝໍດູແລໄລຍະຍາວ (LTC)
- **ໝາຍເຫດ:** ຖ້າທ່ານຢູ່ໃນໂຄງການຄຸ້ມຄອງຢາ, ທ່ານອາດຈະມີສິດໄດ້ຮັບພຽງແຕ່ບາງໄລຍະການລົງທະບຽນພິເສດເທົ່ານັ້ນ. ບົດທີ 5, ພາກທີ 10 ບອກທ່ານເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບໂຄງການຄຸ້ມຄອງຢາ.
- **ໝາຍເຫດ:** ພາກທີ 2.1 ບອກທ່ານເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບໄລຍະການລົງທະບຽນພິເສດສໍາລັບຄົນທີ່ມີ Medicaid.

ໄລຍະເວລາການລົງທະບຽນແຕກຕ່າງກັນ ຂຶ້ນຢູ່ກັບສະຖານະການຂອງທ່ານ.

ເພື່ອຊອກຮູ້ວ່າທ່ານມີສິດໄດ້ຮັບໄລຍະການປ່ຽນຫຼືລົງທະບຽນປະກັນໄພຮອບພິເສດ ຫຼື ບໍ່, ກະລຸນາໂທຫາ Medicare ທີ່ເບີ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). ຜູ້ໃຊ້ TTY ໂທຫາ 1-877-486-2048. ຖ້າທ່ານມີສິດຢຸດການເປັນສະມາຊິກຂອງທ່ານເນື່ອງຈາກສະຖານະການພິເສດ, ທ່ານສາມາດເລືອກທີ່ຈະປ່ຽນແປງທັງການຄຸ້ມຄອງສຸຂະພາບ Medicare ຂອງທ່ານ ແລະ ການຄຸ້ມຄອງຢາ. ທ່ານສາມາດເລືອກ:

- ແຜນປະກັນສຸຂະພາບ Medicare ອື່ນ, ທີ່ມີ ຫຼື ບໍ່ມີການຄຸ້ມຄອງຢາ,
- Original Medicare ທີ່ມີແຜນປະກັນຢາຂອງ Medicare ແຍກຕ່າງຫາກ,
- Original Medicare ທີ່ບໍ່ມີແຜນປະກັນຢາຂອງ Medicare ແຍກຕ່າງຫາກ.
- ຖ້າທ່ານມີສິດ, D-SNP ທີ່ລວມເອົາຜົນປະໂຫຍດ ແລະການບໍລິການຂອງ Medicare ແລະ Medicaid ສ່ວນໃຫຍ່ ຫຼື ທັງໝົດຂອງທ່ານເຂົ້າໄປໃນແຜນດຽວ.

ໝາຍເຫດ: ຖ້າທ່ານຢຸດຕິຈາກການຄຸ້ມຄອງຢາຂອງ Medicare, ບໍ່ໄດ້ຮັບ ການຊ່ວຍເຫຼືອພິເສດ ອີກຕໍ່ໄປ ແລະ ບໍ່ມີການຄຸ້ມຄອງຢາທີ່ເຊື່ອຖືໄດ້ເປັນໄລຍະເວລາຕໍ່ເນື່ອງ 63 ວັນ ຫຼື ຫຼາຍກວ່ານັ້ນ, ທ່ານອາດຈະຕ້ອງຈ່າຍຄ່າປັບໃໝການລົງທະບຽນຊໍ້າຂອງ ພາກ D ຖ້າທ່ານເຂົ້າຮ່ວມແຜນຢາຂອງ Medicare ໃນພາຍຫຼັງ.

ຖ້າທ່ານໄດ້ຮັບ ການຊ່ວຍເຫຼືອພິເສດ ຈາກ Medicare ເພື່ອຈ່າຍຄ່າຢາຕາມໃບສັງແພດຂອງທ່ານ: ຖ້າທ່ານປ່ຽນໄປໃຊ້ Original Medicare ແລະບໍ່ລົງທະບຽນໃນແຜນຢາຕາມໃບສັງແພດ Medicare ຕ່າງຫາກ, Medicare ອາດຈະລົງທະບຽນທ່ານໃນແຜນຢາ, ເວັ້ນເສຍແຕ່ທ່ານໄດ້ເລືອກທີ່ຈະບໍ່ເຂົ້າໃນການລົງທະບຽນອັດຕະໂນມັດ.

ການເປັນສະມາຊິກຂອງທ່ານໂດຍທົ່ວໄປແລ້ວຈະສິ້ນສຸດລົງ ໃນວັນທີໜຶ່ງຂອງເດືອນຫຼັງຈາກທີ່ພວກເຮົາໄດ້ຮັບຄໍາຮ້ອງຂໍຂອງທ່ານເພື່ອປ່ຽນແຜນການ.

ໝາຍເຫດ: ພາກທີ 2.1 ແລະ 2.2 ບອກທ່ານເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບໄລຍະການລົງທະບຽນພິເສດສໍາລັບຄົນທີ່ມີ Medicaid ແລະ ການຊ່ວຍເຫຼືອພິເສດ.

ພາກທີ 2.5 ຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບວ່າເມື່ອໃດທີ່ທ່ານສາມາດສິ້ນສຸດການເປັນສະມາຊິກຂອງທ່ານ

ຖ້າທ່ານມີຄໍາຖາມໃດໆກ່ຽວກັບການຢຸດການເປັນສະມາຊິກຂອງທ່ານ, ທ່ານສາມາດ:

- ໂທຫາການບໍລິການສະມາຊິກທີ່ **1-888-846-4262** (ຜູ້ໃຊ້ TTY ໃຫ້ໂທຫາ **711**)
- ຊອກຫາຂໍ້ມູນໄດ້ໃນຄູ່ມື **Medicare ແລະ ທ່ານ 2026**
- ໂທຫາ **Medicare** ທີ່ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (ຜູ້ໃຊ້ TTY ໂທ 1-877-486-2048)

ພາກທີ 3 ວິທີການຢຸດການເປັນສະມາຊິກໃນແຜນຂອງພວກເຮົາ

ຕາຕະລາງຂ້າງລຸ່ມນີ້ອະທິບາຍວິທີທີ່ທ່ານສາມາດຢຸດການເປັນສະມາຊິກໃນແຜນຂອງພວກເຮົາ.

ເພື່ອປ່ຽນຈາກແຜນຂອງພວກເຮົາ ໄປ	ນີ້ແມ່ນສິ່ງທີ່ຕ້ອງປະຕິບັດ
ແຜນປະກັນສຸຂະພາບ Medicare ອື່ນ	• ລົງທະບຽນໃນແຜນປະກັນສຸຂະພາບ Medicare ໃໝ່. • ທ່ານຈະຖືກຢຸດຕິການເປັນສະມາຊິກຈາກ Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP) ໂດຍອັດຕະໂນມັດ ເມື່ອການຄຸ້ມຄອງຂອງແຜນປະກັນໃໝ່ຂອງທ່ານເລີ່ມຕົ້ນ.
Original Medicare ທີ່ມີ ແຜນປະກັນຢາຂອງ Medicare ແຍກຕ່າງຫາກ	• ລົງທະບຽນໃນແຜນຢາ Medicare ໃໝ່. • ທ່ານຈະຖືກຢຸດຕິການເປັນສະມາຊິກຈາກ Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP) ໂດຍອັດຕະໂນມັດ ເມື່ອການຄຸ້ມຄອງຂອງແຜນປະກັນໃໝ່ຂອງທ່ານເລີ່ມຕົ້ນ.
Original Medicare ທີ່ບໍ່ມີ ແຜນປະກັນຢາຂອງ Medicare ແຍກຕ່າງຫາກ	• ສົ່ງຄໍາຮ້ອງຂໍເປັນລາຍລັກອັກສອນຫາພວກເຮົາເພື່ອຢຸດຕິ ຫຼື ເຂົ້າເບິ່ງເວັບໄຊທ໌ຂອງພວກເຮົາເພື່ອຢຸດຕິທາງອອນລາຍ. ໂທຫາການບໍລິການສະມາຊິກທີ່ 1-888-846-4262 (ຜູ້ໃຊ້ TTY ໃຫ້ໂທຫາ 711) ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບວິທີການເຮັດສິ່ງນີ້. • ທ່ານຍັງສາມາດໂທຫາ Medicare ທີ່ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) ແລະ ຂໍຢຸດຕິການລົງທະບຽນ. ຜູ້ໃຊ້ TTY ໂທຫາ 1-877-486-2048. • ທ່ານຈະຖືກຢຸດຕິການເປັນສະມາຊິກຈາກ Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP) ເມື່ອການຄຸ້ມຄອງຂອງທ່ານໃນ Original Medicare ເລີ່ມຕົ້ນ.

ບົດທີ 10 ການສິ້ນສຸດການເປັນສະມາຊິກໃນແຜນຂອງພວກເຮົາ

ໝາຍເຫດ: ຖ້າທ່ານຢຸດຕິການຄຸ້ມຄອງຢາຂອງ Medicare, ບໍ່ໄດ້ຮັບ ການຊ່ວຍເຫຼືອພິເສດ ອີກຕໍ່ໄປ ແລະ ບໍ່ມີ ການຄຸ້ມຄອງຢາທີ່ເຊື່ອຖືໄດ້ເປັນໄລຍະເວລາຕໍ່ເນື່ອງ 63 ວັນ ຫຼື ຫຼາຍກວ່ານັ້ນ, ທ່ານອາດຈະຕ້ອງຈ່າຍຄ່າປັບໃໝ ການລົງທະບຽນຊໍາຂອງ ພາກ D ຖ້າທ່ານເຂົ້າຮ່ວມແຜນຢາຂອງ Medicare ໃນພາຍຫຼັງ.

ສໍາລັບຄໍາຖາມກ່ຽວກັບຜົນປະໂຫຍດຈາກ Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) ຂອງທ່ານ, ໃຫ້ໂທຫາ 1-800-316-8005, TTY 711, ເວລາ 7:45 ໂມງເຊົ້າ - 4:30 ໂມງແລງ HT, ວັນຈັນ - ວັນສຸກ. ຖາມວ່າການເຂົ້າຮ່ວມແຜນງານ ອື່ນ ຫຼື ການກັບຄືນໄປຫາ Original Medicare ມີຜົນກະທົບແນວໃດຕໍ່ກັບການມີສິດໄດ້ຮັບຂອງທ່ານໃນການຄຸ້ມຄອງໂຄງການ Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid).

ພາກທີ 4 ຈົນກວ່າການເປັນສະມາຊິກຂອງທ່ານຈະສິ້ນສຸດ, ທ່ານຕ້ອງສືບຕໍ່ໄດ້ຮັບລາຍການ ທາງການແພດ, ການບໍລິການ ແລະຢາຜ່ານແຜນຂອງພວກເຮົາ

ຈົນກວ່າການເປັນສະມາຊິກຂອງທ່ານຈະສິ້ນສຸດ, ແລະການຄຸ້ມຄອງ Medicare ແລະ Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) ໃໝ່ຂອງທ່ານເລີ່ມຕົ້ນ, ທ່ານຕ້ອງສືບຕໍ່ໄດ້ຮັບລາຍການທາງການແພດ, ການບໍລິການ ແລະຢາຕາມໃບສັ່ງ ແພດຜ່ານແຜນຂອງພວກເຮົາ.

- ສືບຕໍ່ນໍາໃຊ້ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການໃນເຄືອຂ່າຍຂອງພວກເຮົາເພື່ອຮັບການດູແລທາງການແພດ.
- ສືບຕໍ່ນໍາໃຊ້ຮ້ານຂາຍຢາໃນເຄືອຂ່າຍຂອງພວກເຮົາ ຫຼືການສັ່ງທາງໄປສະນີເພື່ອໃຫ້ຢາຕາມໃບສັ່ງແພດຂອງທ່ານຖືກ ຈັດສັນ.
- ຖ້າທ່ານເຂົ້າໂຮງໝໍໃນມື້ທີ່ການເປັນສະມາຊິກຂອງທ່ານສິ້ນສຸດ, ການນອນໂຮງໝໍຂອງທ່ານຈະຖືກຄອບຄຸມໂດຍແຜນ ຂອງພວກເຮົາຈົນກວ່າທ່ານຈະອອກຈາກໂຮງໝໍ (ເຖິງແມ່ນວ່າທ່ານຈະອອກຈາກໂຮງໝໍຫຼັງຈາກການຄຸ້ມຄອງສຸຂະພາບ ໃໝ່ຂອງທ່ານເລີ່ມຕົ້ນ).

ພາກທີ 5 Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP) ຕ້ອງສິ້ນສຸດການເປັນ ສະມາຊິກໃນແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາໃນບາງສະຖານະການ

Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP) ຕ້ອງຢຸດຕິການເປັນສະມາຊິກຂອງທ່ານໃນແຜນຂອງພວກເຮົາ ຖ້າ ມີເຫດການໃດໜຶ່ງຕໍ່ໄປນີ້ເກີດຂຶ້ນ:

- ຖ້າທ່ານບໍ່ມີ Medicare Part A ແລະ Part B ອີກຕໍ່ໄປ
- ຖ້າທ່ານບໍ່ມີສິດໄດ້ຮັບ Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) ອີກຕໍ່ໄປ. ດັ່ງທີ່ໄດ້ກ່າວໄວ້ໃນບົດ ທີ 1, ພາກທີ 2.1, ແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາແມ່ນສໍາລັບຜູ້ທີ່ມີສິດທັງ Medicare ແລະ Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid). ຖ້າທ່ານບໍ່ປະຕິບັດຕາມຂໍ້ກຳນົດການມີສິດພິເສດຂອງແຜນຂອງພວກເຮົາອີກ ຕໍ່ໄປ, ການເປັນສະມາຊິກຂອງທ່ານໃນແຜນນີ້ຈະສິ້ນສຸດລົງຫຼັງຈາກ 6 ເດືອນ. ແຕ່ໃນໄລຍະນີ້, ແຜນ Medicare Advantage ບໍ່ຮັບຜິດຊອບຄຸ້ມຄອງຜົນປະໂຫຍດໃດໆຂອງ Hawaii Med-QUEST Division Program (Medicaid) ທີ່ອາດມີຢູ່ໃນແຜນ Medicaid ຂອງທ່ານ. ທ່ານຈະໄດ້ຮັບແຈ້ງການຈາກພວກເຮົາ ແຈ້ງໃຫ້ທ່ານຊາບ

ບົດທີ 10 ການສິ້ນສຸດການເປັນສະມາຊິກໃນແຜນຂອງພວກເຮົາ

ກ່ຽວກັບການສິ້ນສຸດການເປັນສະມາຊິກຂອງທ່ານ ແລະທາງເລືອກຂອງທ່ານ. ຖ້າທ່ານມີຄໍາຖາມໃດໆກ່ຽວກັບການມີສິດຂອງທ່ານ, ກະລຸນາຕິດຕໍ່ຝ່າຍການບໍລິການສະມາຊິກ.

- ໄລຍະເວລາທີ່ມີສິດສືບຕໍ່ໂດຍການພິຈາລະນາຂອງແຜນແມ່ນ 6 ເດືອນ. ໄລຍະເວລາທີ່ມີສິດສືບຕໍ່ໂດຍການພິຈາລະນາຈະເລີ່ມຕົ້ນໃນວັນທີໜຶ່ງຂອງເດືອນຖັດຈາກເດືອນທີ່ທ່ານສູນເສຍສະຖານະພາບຄວາມຕ້ອງການພິເສດ
- ຖ້າທ່ານຍ້າຍອອກນອກຂອບເຂດບໍລິການຂອງພວກເຮົາ
- ຖ້າທ່ານຢູ່ຫ່າງຈາກຂອບເຂດບໍລິການຂອງພວກເຮົາເປັນເວລາຫຼາຍກວ່າ 6 ເດືອນ.
 - ຖ້າທ່ານຍ້າຍທີ່ຢູ່ ຫຼື ເດີນທາງໄກ, ໃຫ້ໂທຫາການບໍລິການສະມາຊິກທີ່ 1-888-846-4262 (ຜູ້ໃຊ້ TTY ໃຫ້ໂທຫາ 711) ເພື່ອສອບຖາມວ່າສະຖານທີ່ທີ່ທ່ານກໍາລັງຈະຍ້າຍໄປ ຫຼື ເດີນທາງໄປນັ້ນຢູ່ໃນພື້ນທີ່ຂອງແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາ ຫຼື ບໍ່.
- ຖ້າທ່ານຖືກຈຳລັກ (ໄປຄຸກ)
- ຖ້າທ່ານບໍ່ແມ່ນພົນລະເມືອງສະຫະລັດ ຫຼື ບໍ່ໄດ້ຢູ່ໃນສະຫະລັດຢ່າງຖືກກົດໝາຍອີກຕໍ່ໄປ
- ຖ້າທ່ານຕົວະ ຫຼື ປິດບັງຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບປະກັນໄພອື່ນໆທີ່ທ່ານມີເຊິ່ງໃຫ້ການຄຸ້ມຄອງຢາ
- ຖ້າທ່ານເຈດຕະນາໃຫ້ຂໍ້ມູນທີ່ບໍ່ຖືກຕ້ອງແກ່ພວກເຮົາໃນເວລາທີ່ທ່ານລົງທະບຽນໃນແຜນຂອງພວກເຮົາ ແລະຂໍ້ມູນນັ້ນມີຜົນກະທົບຕໍ່ການມີສິດຂອງທ່ານໃນແຜນຂອງພວກເຮົາ. (ພວກເຮົາບໍ່ສາມາດບັງຄັບໃຫ້ທ່ານອອກຈາກແຜນຂອງພວກເຮົາດ້ວຍເຫດຜົນນີ້ ເວັ້ນເສຍແຕ່ພວກເຮົາໄດ້ຮັບອະນຸຍາດຈາກ Medicare ກ່ອນ.)
- ຖ້າທ່ານປະພຶດຕົນຢ່າງຕໍ່ເນື່ອງໃນລັກສະນະທີ່ລົບກວນ ແລະ ເຮັດໃຫ້ພວກເຮົາໃຫ້ການດູແລທາງການແພດໃຫ້ທ່ານ ແລະ ສະມາຊິກອື່ນໆຂອງແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາໄດ້ຍາກ. (ພວກເຮົາບໍ່ສາມາດບັງຄັບໃຫ້ທ່ານອອກຈາກແຜນຂອງພວກເຮົາດ້ວຍເຫດຜົນນີ້ ເວັ້ນເສຍແຕ່ພວກເຮົາໄດ້ຮັບອະນຸຍາດຈາກ Medicare ກ່ອນ.)
- ຖ້າທ່ານອະນຸຍາດໃຫ້ຄົນອື່ນໃຊ້ບັດສະມາຊິກຂອງທ່ານເພື່ອຮັບການດູແລທາງການແພດ. (ພວກເຮົາບໍ່ສາມາດບັງຄັບໃຫ້ທ່ານອອກຈາກແຜນຂອງພວກເຮົາດ້ວຍເຫດຜົນນີ້ ເວັ້ນເສຍແຕ່ພວກເຮົາໄດ້ຮັບອະນຸຍາດຈາກ Medicare ກ່ອນ.)
 - ຖ້າພວກເຮົາຢຸດການເປັນສະມາຊິກຂອງທ່ານດ້ວຍເຫດຜົນນີ້, Medicare ອາດຈະໃຫ້ Inspector General ສືບສວນກໍລະນີຂອງທ່ານ.

ຖ້າທ່ານມີຄໍາຖາມ ຫຼື ຕ້ອງການຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບວ່າເມື່ອໃດທີ່ພວກເຮົາສາມາດສິ້ນສຸດການເປັນສະມາຊິກຂອງທ່ານ, ໃຫ້ໂທຫາການບໍລິການສະມາຊິກທີ່ເບີ 1-888-846-4262 (ຜູ້ໃຊ້ TTY ໃຫ້ໂທຫາ 711).

ພາກທີ 5.1 ພວກເຮົາບໍ່ສາມາດ ຂໍໃຫ້ທ່ານອອກຈາກແຜນຂອງພວກເຮົາດ້ວຍເຫດຜົນໃດໆທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບສຸຂະພາບ

Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP) ບໍ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດໃຫ້ຮ້ອງຂໍໃຫ້ທ່ານອອກຈາກແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາດ້ວຍເຫດຜົນໃດໆທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບສຸຂະພາບ.

ບົດທີ 10 ການສິ້ນສຸດການເປັນສະມາຊິກໃນແຜນຂອງພວກເຮົາ

ທ່ານຄວນເຮັດແນວໃດຖ້າເຫດການນີ້ເກີດຂຶ້ນ?

ຖ້າທ່ານຮູ້ສຶກວ່າຖືກຂໍໃຫ້ອອກຈາກແຜນຂອງພວກເຮົາຍ້ອນເຫດຜົນທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບສຸຂະພາບ, ໃຫ້ໂທຫາ Medicare ທີ່ເບີ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). ຜູ້ໃຊ້ TTY ໂທຫາ 1-877-486-2048.

ພາກທີ 5.2 ທ່ານມີສິດທີ່ຈະຍື່ນການຮ້ອງທຸກຖ້າພວກເຮົາຢຸດການເປັນສະມາຊິກຂອງທ່ານໃນແຜນຂອງພວກເຮົາ

ຖ້າພວກເຮົາຢຸດການເປັນສະມາຊິກຂອງທ່ານໃນແຜນຂອງພວກເຮົາ, ພວກເຮົາຕ້ອງບອກເຫດຜົນຂອງພວກເຮົາເປັນລາຍລັກອັກສອນສໍາລັບການຢຸດການເປັນສະມາຊິກຂອງທ່ານ. ພວກເຮົາຍັງຕ້ອງອະທິບາຍວິທີທີ່ທ່ານສາມາດຍື່ນຄໍາຮ້ອງທຸກ ຫຼື ເຮັດຄໍາຮ້ອງຮຽນກ່ຽວກັບການຕັດສິນໃຈຂອງພວກເຮົາເພື່ອຢຸດການເປັນສະມາຊິກຂອງທ່ານ.

ບົດທີ 11 ແຈ້ງການທາງກົດໝາຍ**ບົດທີ 11:****ແຈ້ງການທາງກົດໝາຍ****ພາກທີ 1 ແຈ້ງການກ່ຽວກັບກົດໝາຍທີ່ກ່ຽວຂ້ອງ**

ກົດໝາຍຫຼັກທີ່ນຳໃຊ້ກັບເອກະສານ ເອກະສານຢືນຢັນການຄຸ້ມຄອງ ນີ້ແມ່ນ ມາດຕາ XVIII ຂອງບົດບັນຍັດວ່າດ້ວຍປະກັນສັງຄົມ ແລະ ກົດລະບຽບທີ່ສ້າງຂຶ້ນພາຍໃຕ້ບົດບັນຍັດວ່າດ້ວຍປະກັນສັງຄົມ ໂດຍສູນບໍລິການ Medicare & Medicaid (CMS). ນອກຈາກນີ້, ກົດໝາຍລັດຖະບານກາງອື່ນໆອາດຈະນຳໃຊ້ ແລະ, ພາຍໃຕ້ສະຖານະການບາງຢ່າງ, ກົດໝາຍຂອງລັດທີ່ທ່ານອາໄສຢູ່. ນີ້ອາດຈະສົ່ງຜົນກະທົບຕໍ່ສິດທິແລະຄວາມຮັບຜິດຊອບຂອງທ່ານ ເຖິງແມ່ນວ່າກົດໝາຍດັ່ງກ່າວຈະບໍ່ໄດ້ລວມເຂົ້າ ຫຼື ອະທິບາຍໃນເອກະສານນີ້.

ພາກທີ 2 ແຈ້ງການກ່ຽວກັບການບໍ່ຈຳແນກ

ແຜນປະກັນສຸຂະພາບຂອງພວກເຮົາປະຕິບັດຕາມກົດໝາຍວ່າດ້ວຍສິດທິພົນລະເມືອງຂອງລັດຖະບານກາງ. **ພວກເຮົາບໍ່ຈຳແນກ** ໂດຍອີງໃສ່ເຊື້ອຊາດ, ຊົນເຜົ່າ, ຕົ້ນກຳເນີດຂອງຊາດ, ສີຜິວ, ສາດສະໜາ, ເພດ, ອາຍຸ, ຄວາມພິການທາງຈິດ ຫຼື ຮ່າງກາຍ, ສະຖານະສຸຂະພາບ, ປະສົບການການຮຽກຮ້ອງ, ປະຫວັດທາງການແພດ, ຂໍ້ມູນພັນທຸກຳ, ຫຼັກຖານການປະກັນໄພ, ຫຼື ສະຖານທີ່ທາງພູມສາດພາຍໃນຂອບເຂດບໍລິການ. ອົງການຈັດຕັ້ງທັງໝົດທີ່ໃຫ້ແຜນ Medicare Advantage, ເຊັ່ນແຜນຂອງພວກເຮົາ, ຕ້ອງປະຕິບັດຕາມກົດໝາຍລັດຖະບານກາງຕໍ່ຕ້ານການຈຳແນກ, ລວມທັງ ມາດຕາ VI ຂອງບົດບັນຍັດວ່າດ້ວຍສິດທິພົນລະເມືອງ ປີ 1964, ບົດບັນຍັດວ່າດ້ວຍການຟື້ນຟູສຸຂະພາບ ປີ 1973, ບົດບັນຍັດວ່າດ້ວຍການບໍ່ເລືອກປະຕິບັດດ້ານອາຍຸ ປີ 1975, ບົດບັນຍັດວ່າດ້ວຍຄົນອາເມຣິກາທີ່ພິການ, ພາກທີ 1557 ຂອງ ກົດໝາຍວ່າດ້ວຍການດູແລດ້ວຍລາຄາບໍ່ແພງ, ກົດໝາຍອື່ນໆ ທັງໝົດທີ່ນຳໃຊ້ກັບອົງການຈັດຕັ້ງທີ່ໄດ້ຮັບການສະໜັບສະໜູນຈາກລັດຖະບານກາງ, ແລະກົດໝາຍແລະກົດລະບຽບອື່ນໆທີ່ນຳໃຊ້ດ້ວຍເຫດຜົນອື່ນໆ.

ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມ ຫຼື ມີຄວາມກັງວົນກ່ຽວກັບການຈຳແນກ ຫຼື ການປະຕິບັດທີ່ບໍ່ຍຸດຕິທຳ, ໃຫ້ໂທຫາ ພະແນກບໍລິການສຸຂະພາບ ແລະ ມະນຸດ 'Office for Civil Rights' ທີ່ 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) ຫຼື Office for Civil Rights ທ້ອງຖິ່ນຂອງທ່ານ. ທ່ານຍັງສາມາດທົບທວນຂໍ້ມູນຈາກ ພະແນກບໍລິການສຸຂະພາບ ແລະ ມະນຸດ Office for Civil Rights ໄດ້ທີ່ www.HHS.gov/ocr/index.html.

ຖ້າທ່ານມີຄວາມພິການ ແລະ ຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນການເຂົ້າເຖິງການເບິ່ງແຍງ, ໃຫ້ໂທຫາການບໍລິການສະມາຊິກທີ່ 1-888-846-4262 (ຜູ້ໃຊ້ TTY ໃຫ້ໂທຫາ 711). ຖ້າທ່ານມີການຮ້ອງທຸກ, ເຊັ່ນ: ບັນຫາກ່ຽວກັບການເຂົ້າເຖິງລົດເຂັນ, ຝ່າຍການບໍລິການສະມາຊິກສາມາດຊ່ວຍໄດ້.

ພາກທີ 3 ແຈ້ງການກ່ຽວກັບສິດທິການຊຳລະເງິນຄືນຂອງຜູ້ຊຳລະເງິນທີ່ສອງຂອງ Medicare

ພວກເຮົາມີສິດແລະຄວາມຮັບຜິດຊອບໃນການເກັບເງິນສໍາລັບການບໍລິການ Medicare ທີ່ຄອບຄຸມ ເຊິ່ງ Medicare ບໍ່ແມ່ນຜູ້ຈ່າຍເງິນຫຼັກ. ອີງຕາມຂໍ້ກຳນົດຂອງ CMS ທີ່ 42 CFR ມາດຕາ 422.108 ແລະ 423.462, ແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາ, ໃນຖານະ

ບົດທີ 11 ແຈ້ງການທາງກົດໝາຍ

ອົງການຈັດຕັ້ງ Medicare Advantage, ຈະນໍາໃຊ້ສິດທິໃນການຮຽກຄືນເຊັ່ນດຽວກັບທີ່ເລຂາທິການນໍາໃຊ້ພາຍໃຕ້ຂໍ້ກຳນົດຂອງ CMS ໃນພາກ B ເຖິງ D ຂອງພາກ 411 ຂອງ 42 CFR ແລະ ກົດລະບຽບທີ່ກຳນົດໄວ້ໃນພາກນີ້ຈະຢູ່ເໜືອກົດໝາຍຂອງລັດໃດໆ.

ພາກທີ 4 ການຮຽກຄືນຜົນປະໂຫຍດທີ່ຈ່າຍໂດຍແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາພາຍໃຕ້ແຜນປະກັນ Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP) ຂອງທ່ານ

ເມື່ອທ່ານໄດ້ຮັບບາດເຈັບ

ຖ້າທ່ານເຄີຍໄດ້ຮັບບາດເຈັບ, ເຈັບປ່ວຍ ຫຼືມີອາການໂດຍຜ່ານການກະທຳຂອງບຸກຄົນອື່ນ, ບໍລິສັດ, ຫຼືຕົວທ່ານເອງ (“ຝ່າຍທີ່ຮັບຜິດຊອບ”), ແຜນຂອງພວກເຮົາຈະໃຫ້ຜົນປະໂຫຍດສໍາລັບບໍລິການທີ່ຢູ່ໃຕ້ການຄຸ້ມຄອງທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບ. ແນວໃດກໍຕາມ, ຖ້າທ່ານໄດ້ຮັບເງິນ ຫຼືມີສິດໄດ້ຮັບເງິນເນື່ອງຈາກການບາດເຈັບ, ຄວາມເຈັບປ່ວຍ ຫຼືອາການຂອງທ່ານ, ບໍ່ວ່າຈະຜ່ານການແກ້ໄຂບັນຫາ, ການຕັດສິນ, ຫຼືການຈ່າຍເງິນອື່ນໆທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບການບາດເຈັບ, ຄວາມເຈັບປ່ວຍ ຫຼືອາການຂອງທ່ານ, ແຜນຂອງພວກເຮົາ ຫຼືຜູ້ໃຫ້ບໍລິການທີ່ປິ່ນປົວ ມີສິດໃນການກູ້ຄືນມູນຄ່າຂອງການບໍລິການໃດໆທີ່ໃຫ້ແກ່ທ່ານຜ່ານແຜນນີ້ຕາມກົດໝາຍຂອງລັດທີ່ນໍາໃຊ້.

ດັ່ງທີ່ໃຊ້ຕະຫຼອດຂໍ້ກຳນົດນີ້, ຄຳວ່າ “ຝ່າຍທີ່ຮັບຜິດຊອບ” ໝາຍເຖິງບຸກຄົນ ຫຼືນິຕິບຸກຄົນໃດໆທີ່ຮັບຜິດຊອບຕົວຈິງ ຫຼືອາດຈະຮັບຜິດຊອບສໍາລັບການບາດເຈັບ, ຄວາມເຈັບປ່ວຍ ຫຼືອາການຂອງທ່ານ. ຄຳວ່າຝ່າຍທີ່ຮັບຜິດຊອບລວມມີຄວາມຮັບຜິດຊອບ ຫຼືຜູ້ປະກັນໄພອື່ນໆຂອງບຸກຄົນ ຫຼືນິຕິບຸກຄົນທີ່ຮັບຜິດຊອບ.

ບາງຕົວຢ່າງຂອງວິທີທີ່ທ່ານອາດຈະໄດ້ຮັບບາດເຈັບ, ເຈັບປ່ວຍ ຫຼືມີອາການໂດຍຜ່ານການກະທຳຂອງຝ່າຍທີ່ຮັບຜິດຊອບລວມມີ, ແຕ່ບໍ່ຈຳກັດພຽງ:

- ທ່ານຢູ່ໃນອຸບັດເຫດລົດຍົນ;
- ທ່ານເລື່ອນລົ້ມໃນຮ້ານຄ້າ; ຫຼື
- ທ່ານໄດ້ສຳຜັດກັບສານເຄມີອັນຕະລາຍໃນບ່ອນເຮັດວຽກ.

ສິດທິໃນການກູ້ຄືນຂອງແຜນຂອງພວກເຮົາແມ່ນນໍາໃຊ້ກັບຈຳນວນເງິນທັງໝົດທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບຈາກຝ່າຍທີ່ຮັບຜິດຊອບ, ລວມທັງແຕ່ບໍ່ຈຳກັດພຽງ:

- ການຈ່າຍເງິນທີ່ເຮັດໂດຍບຸກຄົນທີສາມ ຫຼື ບໍລິສັດປະກັນໄພໃດໆໃນນາມຂອງບຸກຄົນທີສາມ; ການຄຸ້ມຄອງຜູ້ຂັບຂີ່ທີ່ບໍ່ມີປະກັນໄພ ຫຼືມີປະກັນໄພບໍ່ພຽງພໍ;
- ການປົກປ້ອງການບາດເຈັບສ່ວນບຸກຄົນ, ບໍ່ມີຄວາມຜິດ ຫຼືການຄຸ້ມຄອງຝ່າຍທຳອິດອື່ນໆ;
- ລາງວັນ ຫຼືການແກ້ໄຂບັນຫາການຊົດເຊີຍແຮງງານ ຫຼືຄວາມພິການ;
- ຄ່າຊົດເຊີຍແຮງງານ ຫຼື ເງິນລາງວັນ/ການຕົກລົງຄວາມເປັນພິການ;
- ການຄຸ້ມຄອງການຈ່າຍຄ່າປິ່ນປົວພາຍໃຕ້ນະໂຍບາຍລົດຍົນໃດໆ, ການຄຸ້ມຄອງປະກັນໄພສະຖານທີ່ ຫຼືເຈົ້າຂອງເຮືອນ, ຫຼືການຄຸ້ມຄອງແບບຄົບວົງຈອນ;
- ການແກ້ໄຂບັນຫາ ຫຼືການຕັດສິນໃດໆທີ່ໄດ້ຮັບຈາກການຟ້ອງຮ້ອງ ຫຼືການດຳເນີນຄະດີທາງກົດໝາຍອື່ນໆ; ຫຼື
- ການຈ່າຍເງິນອື່ນໆຈາກແຫຼ່ງອື່ນໆທີ່ໄດ້ຮັບເປັນຄ່າຊົດເຊີຍສໍາລັບການກະທຳ ຫຼືການລະເວັ້ນຂອງຝ່າຍທີ່ຮັບຜິດຊອບ.

ບົດທີ 11 ແຈ້ງການທາງກົດໝາຍ

ໂດຍການຍອມຮັບຜົນປະໂຫຍດພາຍໃຕ້ແຜນນີ້, ທ່ານຕົກລົງວ່າແຜນຂອງພວກເຮົາມີສິດທິອັນດັບທຳອິດໃນການຊົດເຊີຍ ແລະການຈ່າຍຄືນເຊິ່ງຕິດຄັດເມື່ອແຜນນີ້ໄດ້ຈ່າຍຜົນປະໂຫຍດສໍາລັບການບໍລິການທີ່ຄອບຄຸມທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບຍ້ອນການກະທຳ ຫຼືການລະເວັ້ນຂອງຝ່າຍທີ່ຮັບຜິດຊອບ, ແລະທ່ານຫຼືຕົວແທນຂອງທ່ານກູ້ຄືນ, ຫຼືມີສິດທີ່ຈະກູ້ຄືນ, ຈຳນວນໃດໆຈາກຝ່າຍທີ່ ຮັບຜິດຊອບ.

ໂດຍການຍອມຮັບຜົນປະໂຫຍດພາຍໃຕ້ແຜນນີ້, ທ່ານຍັງ (i) ມອບສິດໃນການກູ້ຄືນຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທາງການແພດຈາກການຄຸ້ມຄອງ ໃດໆທີ່ມີໃຫ້ແກ່ແຜນຂອງພວກເຮົາສູງສຸດເຖິງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍເຕັມຂອງການບໍລິການທີ່ຄອບຄຸມທັງໝົດທີ່ໃຫ້ໂດຍແຜນທີ່ກ່ຽວຂ້ອງ ກັບການບາດເຈັບ, ຄວາມເຈັບປ່ວຍ ຫຼືອາການຂອງທ່ານ, ແລະ (ii) ທ່ານຕົກລົງທີ່ຈະແນະນຳຝ່າຍທີ່ຮັບຜິດຊອບໂດຍສະເພາະໃຫ້ ຈ່າຍເງິນຄືນໂດຍກົງໃຫ້ແກ່ແຜນໃນນາມຂອງທ່ານ.

ໂດຍການຍອມຮັບຜົນປະໂຫຍດພາຍໃຕ້ແຜນນີ້, ທ່ານຍັງໃຫ້ສິດທິຄໍ້າປະກັນອັນດັບທຳອິດແກ່ແຜນຂອງພວກເຮົາກ່ຽວກັບການ ກູ້ຄືນ, ການແກ້ໄຂບັນຫາ ຫຼືການຕັດສິນ ຫຼື ແຫຼ່ງຊົດເຊີຍອື່ນໆ ແລະ ການຈ່າຍຄືນທັງໝົດສໍາລັບຄ່າໃຊ້ຈ່າຍເຕັມຂອງຜົນປະໂຫຍດ ສໍາລັບການບໍລິການທີ່ຄອບຄຸມທີ່ຈ່າຍພາຍໃຕ້ແຜນທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບການບາດເຈັບ, ຄວາມເຈັບປ່ວຍ ຫຼືອາການຂອງທ່ານຍ້ອນ ການກະທຳ ຫຼື ການລະເວັ້ນຂອງຝ່າຍທີ່ຮັບຜິດຊອບ. ບຸລິມະສິດນີ້ແມ່ນນຳໃຊ້ໂດຍບໍ່ຄຳນຶງເຖິງວ່າຈຳນວນເງິນດັ່ງກ່າວຖືກລະບຸ ສະເພາະເປັນການກູ້ຄືນສໍາລັບຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທາງການແພດ ແລະໂດຍບໍ່ຄຳນຶງເຖິງວ່າທ່ານໄດ້ຮັບການຊົດເຊີຍຢ່າງຄົບຖ້ວນ ຫຼືເຕັມທີ່ ສໍາລັບການສູນເສຍຂອງທ່ານ. ແຜນຂອງພວກເຮົາອາດຈະກູ້ຄືນຄ່າໃຊ້ຈ່າຍເຕັມຂອງຜົນປະໂຫຍດທັງໝົດທີ່ໃຫ້ໂດຍແຜນນີ້ໂດຍ ບໍ່ຄຳນຶງເຖິງການອ້າງວ່າທ່ານມີຄວາມຜິດ, ບໍ່ວ່າຈະໂດຍຄວາມປະໝາດປຽບທຽບ ຫຼືຢ່າງອື່ນ. ຄ່າທະນາຍຄວາມອາດຈະບໍ່ໄດ້ຖືກຫັກ ອອກຈາກການເກັບກູ້ຂອງແຜນຂອງພວກເຮົາ, ແລະແຜນຂອງພວກເຮົາແມ່ນບໍ່ຈຳເປັນຕ້ອງຈ່າຍ ຫຼືປະກອບສ່ວນໃຫ້ແກ່ຄ່າສານ ຫຼື ຄ່າທະນາຍຄວາມສໍາລັບທະນາຍຄວາມທີ່ໄດ້ຖືກຈ້າງເພື່ອດຳເນີນການຮຽກຮ້ອງ ຫຼືຄະດີຕໍ່ກັບຝ່າຍທີ່ຮັບຜິດຊອບ.

ຂັ້ນຕອນທີ່ທ່ານຕ້ອງປະຕິບັດ

ຖ້າທ່ານໄດ້ຮັບບາດເຈັບ, ເຈັບປ່ວຍ ຫຼືມີອາການຂອງພະຍາດເນື່ອງຈາກຝ່າຍທີ່ຮັບຜິດຊອບ, ທ່ານຕ້ອງຮ່ວມມືກັບແຜນຂອງພວກ ເຮົາ ຫຼື ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການປິ່ນປົວເພື່ອເກັບກູ້ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຂອງຕົນ, ລວມທັງ:

- ອກແຜນການ ຫຼື ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການປິ່ນປົວຂອງທ່ານ, ຕາມຄວາມເໝາະສົມ, ຊື່ ແລະ ທີ່ຢູ່ຂອງຝ່າຍທີ່ຮັບຜິດຊອບ ຫຼື ທະນາຍຄວາມຂອງເຂົາ; ຖ້າທ່ານຮູ້, ຊື່ ແລະ ທີ່ຢູ່ຂອງທະນາຍຄວາມຂອງທ່ານ, ຖ້າທ່ານໄດ້ໃຊ້ທະນາຍຄວາມ, ຊື່ ແລະ ທີ່ຢູ່ ຂອງບໍລິສັດປະກັນໄພອື່ນໆທີ່ກ່ຽວຂ້ອງ; ແລະ ລາຍລະອຽດກ່ຽວກັບການບາດເຈັບ, ການເຈັບປ່ວຍ ຫຼື ສະພາບການ ເຈັບປ່ວຍໄດ້ຖືກເກີດຂຶ້ນແນວໃດ.
- ສໍາເລັດເອກະສານໃດໜຶ່ງທີ່ແຜນການຂອງທ່ານ ຫຼື ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການປິ່ນປົວອາດຈະຕ້ອງການຢ່າງສົມເຫດສົມຜົນເພື່ອ ຊ່ວຍໃນການບັງຄັບໃຊ້ໜີ້ສິນ ຫຼື ການເກັບກູ້.
- ຕອບຄໍາຖາມຈາກແຜນການຂອງພວກເຮົາ ຫຼື ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການປິ່ນປົວໂດຍທັນທີກ່ຽວກັບສະຖານະຂອງກໍລະນີ ຫຼື ການຮຽກຮ້ອງ ແລະ ການສົນທະນາກ່ຽວກັບການແກ້ໄຂ.
- ແຈ້ງໃຫ້ແຜນການຂອງທ່ານຊາບທັນທີເມື່ອທ່ານ ຫຼື ທະນາຍຄວາມຂອງທ່ານໄດ້ຮັບເງິນໃດໆຈາກຝ່າຍທີ່ຮັບຜິດຊອບ ຫຼື ແຫຼ່ງອື່ນໆ.
- ຈ່າຍຄ່າຕອບແທນຄືນການຮຽກຮ້ອງ ຫຼື ໜີ້ສິນດ້ານການດູແລສຸຂະພາບຈາກການເກັບກູ້ໃດໆ, ການແກ້ໄຂ ຫຼື ຄໍາຕັດສິນ, ຫຼື ການຈ່າຍເງິນອື່ນໆຂອງຄ່າຕອບແທນທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບການຊົດເຊີຍ, ລວມທັງການຈ່າຍເງິນຄືນທັງໝົດ

ບົດທີ 11 ແຈ້ງການທາງກົດໝາຍ

ເນື່ອງຈາກຜົນປະໂຫຍດຢ່າງເຕັມທີ່ທີ່ຈ່າຍພາຍໃຕ້ແຜນທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບການບາດເຈັບ, ການເຈັບປ່ວຍ ຫຼື ສະພາບການເຈັບປ່ວຍຂອງທ່ານເນື່ອງຈາກຝ່າຍທີ່ຮັບຜິດຊອບໂດຍບໍ່ຄໍານຶງເຖິງວ່າສິ່ງທີ່ກໍານົດໄວ້ສະເພາະໄດ້ຖືກລະບຸວ່າເປັນການເກັບກູ້ສໍາລັບຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທາງການແພດ ແລະ ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍອື່ນໆ ຫຼື ວ່າທ່ານໄດ້ຖືກເຮັດໃຫ້ຄົບຖ້ວນ ຫຼື ຊົດເຊີຍຄົບຖ້ວນສໍາລັບການສູນເສຍຂອງທ່ານ;

- ບໍ່ເຮັດສິ່ງໃດສິ່ງໜຶ່ງເພື່ອເຮັດໃຫ້ສິດທິຂອງແຜນການຂອງພວກເຮົາເສຍຫາຍຕາມທີ່ໄດ້ກໍານົດໄວ້ຂ້າງເທິງນີ້. ນີ້ລວມມີ, ແຕ່ບໍ່ຈໍາກັດ, ການລະເວັ້ນຈາກຄວາມພະຍາຍາມໃດໆທີ່ຈະຫຼຸດຜ່ອນ ຫຼື ຍົກເວັ້ນຜົນຈາກການຕົກລົງ ຫຼື ການເກັບກູ້ການຊົດເຊີຍຜົນປະໂຫຍດຢ່າງເຕັມທີ່ທີ່ຈ່າຍໂດຍແຜນການ ຫຼື ຄວາມພະຍາຍາມໃດໆທີ່ຈະປະຕິເສດແຜນການຂອງຕົນສິດທິໃນການເກັບກູ້ຄັ້ງທໍາອິດ.
- ການຖືເງິນໃດໆທີ່ທ່ານ ຫຼື ທະນາຍຄວາມຂອງທ່ານໄດ້ຮັບຈາກຝ່າຍທີ່ຮັບຜິດຊອບ, ຫຼື ຈາກແຫຼ່ງອື່ນໆ, ໂດຍການໄວ້ວາງໃຈ, ແລະ ຈ່າຍຄືນແຜນການຂອງພວກເຮົາ ຫຼື ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການປິ່ນປົວ, ຕາມຄວາມເໝາະສົມ, ສໍາລັບຈໍານວນຂອງການເກັບກູ້ທີ່ຮອດກໍານົດຈ່າຍ ແລະ ກ່ອນການຈ່າຍເງິນຂອງໜີ້ສິນທີ່ມີທ່າແຮງອື່ນໆ ຫຼື ບຸກຄົນທີສາມທີ່ຮຽກຮ້ອງສິດໃນການເກັບກູ້.
- ທ່ານຈໍາເປັນຕ້ອງຮ່ວມມືກັບພວກເຮົາໃນການດໍາເນີນການເກັບກູ້ດັ່ງກ່າວ ຫຼື ການຈ່າຍເງິນເກີນ.

ພາກທີ 5 ບັດສະມາຊິກ

ບັດສະມາຊິກທີ່ອອກໂດຍແຜນການຂອງພວກເຮົາພາຍໃຕ້ ເອກະສານຢືນຢັນການຄຸ້ມຄອງ ແມ່ນສໍາລັບຈຸດປະສົງໃນການລະບຸຕົວຕົນເທົ່ານັ້ນ. ການຄອບຄອງບັດສະມາຊິກບໍ່ໄດ້ໃຫ້ສິດໃດໆໃນການບໍລິການ ຫຼື ຜົນປະໂຫຍດອື່ນໆພາຍໃຕ້ ເອກະສານຢືນຢັນການຄຸ້ມຄອງ. ເພື່ອໃຫ້ມີສິດໄດ້ຮັບການບໍລິການ ຫຼື ຜົນປະໂຫຍດພາຍໃຕ້ ຫຼັກຖານການຄຸ້ມຄອງ, ຜູ້ຖືບັດຕ້ອງມີສິດໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ ແລະ ໄດ້ລົງທະບຽນເປັນສະມາຊິກພາຍໃຕ້ ເອກະສານຢືນຢັນການຄຸ້ມຄອງ. ບຸກຄົນໃດໜຶ່ງທີ່ໄດ້ຮັບການບໍລິການທີ່ລາວ ຫຼື ລາວບໍ່ມີສິດໄດ້ຮັບພາຍໃຕ້ ເອກະສານຢືນຢັນການຄຸ້ມຄອງ ຈະຕ້ອງຮັບຜິດຊອບໃນການຈ່າຍຄ່າບໍລິການເຫຼົ່ານັ້ນ. ສະມາຊິກຕ້ອງສະແດງບັດສະມາຊິກຂອງແຜນ, ບໍ່ແມ່ນບັດ Medicare, ໃນເວລາທີ່ໃຊ້ບໍລິການ. ກະລຸນາໂທຫາຝ່າງການບໍລິການສະມາຊິກທີ່ເບີ 1-888-846-4262 (ຜູ້ໃຊ້ TTY ໂທຫາ: 711) ຖ້າທ່ານຕ້ອງການປ່ຽນບັດສະມາຊິກຂອງທ່ານ.

ໝາຍເຫດ: ສະມາຊິກທີ່ຮູ້ວ່າມີການອະນຸຍາດໃຫ້ໃຊ້ໃນທາງທີ່ຜິດ ຫຼື ການນໍາໃຊ້ບັດສະມາຊິກໃນທາງທີ່ຜິດອາດຈະຖືກຖອນອອກຈາກການລົງທະບຽນ. ແຜນຂອງພວກເຮົາຈະຕ້ອງລາຍງານການຢຸດຕິໃຊ້ປະກັນທີ່ເກີດຈາກການນໍາໃຊ້ບັດສະມາຊິກໃນທາງທີ່ຜິດ ຫຼື ການນໍາໃຊ້ໃນທາງທີ່ຜິດໃຫ້ຫ້ອງການຜູ້ກວດກາທົ່ວໄປ, ເຊິ່ງອາດຈະນໍາໄປສູ່ການດໍາເນີນຄະດີອາຍາ.

ພາກທີ 6 ສັນຍາອິດແບບອິດສະຫຼະ

ຄວາມສໍາພັນລະຫວ່າງແຜນຂອງພວກເຮົາ ແລະ ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການທີ່ເຂົ້າຮ່ວມແຕ່ລະຄົນແມ່ນຄວາມສໍາພັນຂອງຜູ້ຮັບເໝົາອິດສະຫຼະ. ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການທີ່ເຂົ້າຮ່ວມບໍ່ແມ່ນພະນັກງານ ຫຼື ຕົວແທນຂອງແຜນຂອງພວກເຮົາ ແລະ ທັງແຜນຂອງພວກເຮົາ, ທັງພະນັກງານຂອງພວກເຮົາ, ແມ່ນພະນັກງານ ຫຼື ຕົວແທນຂອງຜູ້ໃຫ້ບໍລິການທີ່ເຂົ້າຮ່ວມ. ໃນກໍລະນີໃດກໍ່ຕາມແຜນຂອງພວກເຮົາຈະບໍ່ຮັບຜິດຊອບຕໍ່ຄວາມປະໝາດ, ການກະທໍາທີ່ຜິດກົດໝາຍ ຫຼື ການລະເວັ້ນຂອງຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບອື່ນໆ ຫຼື ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການທີ່ເຂົ້າຮ່ວມ. ແພດທີ່ເຂົ້າຮ່ວມ, ແລະ ບໍ່ແມ່ນແຜນຂອງພວກເຮົາ, ຮັກສາຄວາມສໍາພັນລະຫວ່າງແພດ ແລະ ຄົນເຈັບກັບສະມາຊິກ. ແຜນຂອງພວກເຮົາບໍ່ແມ່ນຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບ.

ບົດທີ 11 ແຈ້ງການທາງກົດໝາຍ**ພາກທີ 7 ການສໍ້ໂກງຜ່ານແຜນປະກັນສຸຂະພາບ**

ການສໍ້ໂກງການດູແລສຸຂະພາບຖືກກໍານົດວ່າເປັນການຫຼອກລວງ ຫຼື ການບິດເບືອນຄວາມຈິງຕໍ່ແຜນໂດຍຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ, ສະມາຊິກ, ນາຍຈ້າງ ຫຼື ບຸກຄົນໃດໜຶ່ງທີ່ກະທໍາໃນນາມຂອງເຂົາເຈົ້າ. ມັນເປັນອາຊະຍາກໍາທີ່ສາມາດດໍາເນີນຄະດີໄດ້. ບຸກຄົນໃດໜຶ່ງທີ່ຕັ້ງໃຈ ແລະ ຮູ້ກ່ຽວກັບການກະທໍາທີ່ຕັ້ງໃຈຈະສໍ້ໂກງແຜນການດູແລສຸຂະພາບ, ຕົວຢ່າງ, ການຕື່ມຄໍາຮ້ອງສະໝັກ ແລະ ຮູ້ວ່າມີຄໍາຖະແຫຼງທີ່ບໍ່ຖືກຕ້ອງ ຫຼື ການຫຼອກລວງທີ່ສາມາດພິສູດໄດ້ວ່າເປັນການສໍ້ໂກງຜ່ານແຜນປະກັນສຸຂະພາບ.

ຖ້າທ່ານມີຄວາມກັງວົນກ່ຽວກັບຄໍາບໍລິການໃດໆທີ່ປາກົດຢູ່ໃນໃບບິນ ຫຼື ເອກະສານຊີ້ແຈງຜົນປະໂຫຍດ, ຫຼື ຖ້າທ່ານຮູ້ ຫຼື ສົງໃສວ່າ ມີກິດຈະກໍາທີ່ຜິດກົດໝາຍ, ໃຫ້ໂທຫາສາຍດ່ວນການສໍ້ໂກງແບບບໍ່ເສຍຄ່າຂອງແຜນພວກເຮົາທີ່ເບີ 1-866-685-8664 (TTY: 711). ສາຍດ່ວນການສໍ້ໂກງເປີດໃຫ້ບໍລິການຕະຫຼອດ 24 ຊົ່ວໂມງຕໍ່ມື້, ເຈັດມື້ຕໍ່ອາທິດ. ທຸກໆການໂທແມ່ນຖືເປັນຄວາມລັບຢ່າງເຂັ້ມງວດ.

ພາກທີ 8 ສະພາບການນອກເໜືອການຄວບຄຸມຂອງແຜນ

ໃນຂອບເຂດທີ່ໄພທໍາມະຊາດ, ສົງຄາມ, ການກໍ່ຄວາມວຸ້ນວາຍ, ການບໍ່ເຊື່ອຟັງຂອງພົນລະເມືອງ, ໂລກລະບາດ, ການທໍາລາຍສະຖານທີ່ຢ່າງສົມບູນ ຫຼື ບາງສ່ວນ, ການລະເບີດປະລະມະນູ ຫຼື ການປ່ອຍພະລັງງານນິວເຄລຍ, ຄວາມພິການຂອງພະນັກງານກຸ່ມການແພດທີ່ສໍາຄັນ, ສະຖານະການເຫດສຸກເສີນ ຫຼື ເຫດການທີ່ຄ້າຍຄືກັນອື່ນໆທີ່ຢູ່ນອກເໜືອການຄວບຄຸມຂອງແຜນ, ສົ່ງຜົນໃຫ້ສະຖານທີ່ຂອງແຜນ ຫຼື ພະນັກງານບໍ່ສາມາດສະໜອງ ຫຼື ຈັດການບໍລິການ ຫຼື ຜົນປະໂຫຍດພາຍໃຕ້ ເອກະສານຢືນຢັນການຄຸ້ມຄອງ, ພັນທະຂອງແຜນທີ່ຈະສະໜອງການບໍລິການ ຫຼື ຜົນປະໂຫຍດດັ່ງກ່າວຈະຖືກຈໍາກັດຢູ່ພຽງແຕ່ຂໍ້ກໍານົດທີ່ແຜນຂອງພວກເຮົາຈະຕ້ອງພະຍາຍາມຢ່າງເຕັມທີ່ເພື່ອສະໜອງ ຫຼື ຈັດການການບໍລິການ ຫຼື ຜົນປະໂຫຍດດັ່ງກ່າວພາຍໃນຄວາມພ້ອມຂອງສະຖານທີ່ ຫຼື ບຸກຄະລາກອນ.

ບົດທີ 12: ຄໍານິຍາມ

ສູນຜ່າຕັດສຸກເສີນ – ສູນຜ່າຕັດສຸກເສີນ ແມ່ນໜ່ວຍງານທີ່ດໍາເນີນການສະເພາະເພື່ອຈຸດປະສົງໃນການໃຫ້ບໍລິການຜ່າຕັດຄົນເຈັບນອກ ແກ່ຄົນເຈັບທີ່ບໍ່ຕ້ອງການການນອນໂຮງໝໍ ແລະ ຄາດວ່າການພັກເຊົາຂອງຄົນເຈັບໃນສູນຈະບໍ່ເກີນ 24 ຊົ່ວໂມງ.

ການຂໍອຸທອນ – ການຂໍອຸທອນແມ່ນສິ່ງທີ່ທ່ານເຮັດຖ້າທ່ານບໍ່ເຫັນດີກັບການຕັດສິນໃຈຂອງພວກເຮົາທີ່ຈະປະຕິເສດຄໍາຮ້ອງຂໍການຄຸ້ມຄອງ ການບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບ ຫຼື ຢາຕາມໃບສັງແພດ ຫຼື ການຈ່າຍເງິນສໍາລັບການບໍລິການ ຫຼື ຢາທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບແລ້ວ. ທ່ານອາດຈະຍັງສາມາດ ອຸທອນໄດ້ຖ້າທ່ານບໍ່ເຫັນດີກັບການຕັດສິນໃຈຂອງພວກເຮົາທີ່ຈະຢຸດການບໍລິການທີ່ທ່ານກໍາລັງໄດ້ຮັບ.

ໄລຍະເວລາຜົນປະໂຫຍດ – ວິທີທີ່ທັງແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາ ແລະ Original Medicare ໃຊ້ວັດແທກການນໍາໃຊ້ບໍລິການຂອງທ່ານ ໃນສະຖານພະຍາບານຊ່ວຍເຫຼືອຜູ້ປ່ວຍ (SNF). ໄລຍະເວລາຜົນປະໂຫຍດເລີ່ມຕົ້ນໃນມື້ທີ່ທ່ານເຂົ້າໄປໃນສະຖານພະຍາບານຊ່ວຍເຫຼືອ ຜູ້ປ່ວຍ. ໄລຍະຜົນປະໂຫຍດຈະສິ້ນສຸດລົງເມື່ອທ່ານບໍ່ໄດ້ຮັບການດູແລຈາກພະຍາບານທີ່ມີຄວາມຊຳນານງານໃນ SNF ເປັນເວລາ 60 ມື້ ຕິດຕໍ່ກັນ. ຖ້າທ່ານເຂົ້າໄປໃນສະຖານພະຍາບານຊ່ວຍເຫຼືອຜູ້ປ່ວຍ ຫຼັງຈາກໄລຍະຜົນປະໂຫຍດໜຶ່ງສິ້ນສຸດລົງ, ໄລຍະຜົນປະໂຫຍດໃໝ່ຈະ ເລີ່ມຕົ້ນ. ບໍ່ມີການຈໍາກັດຈໍານວນໄລຍະຜົນປະໂຫຍດ.

ສິນຄ້າຊິວະພາບ – ຢາຕາມໃບສັງແພດທີ່ເຮັດມາຈາກແຫຼ່ງທໍາມະຊາດ ແລະ ສິ່ງທີ່ມີຊີວິດເຊັ່ນ: ຈຸລັງສັດ, ຈຸລັງພືດ, ເຊື້ອແບັກທີເຣຍ ຫຼື ເຊື້ອ ລາ. ສິນຄ້າຊິວະພາບ ມີຄວາມຊັບຊ້ອນຫຼາຍກວ່າຢາອື່ນໆ ແລະ ບໍ່ສາມາດຖືກສໍາເນົາໄດ້ຢ່າງແນ່ນອນ, ດັ່ງນັ້ນຮູບແບບທາງເລືອກຈຶ່ງຖືກ ເອີ້ນວ່າ ຊິວະວັດຖຸທີ່ຄ້າຍຄຶງ. (ໄປທີ່ “**ສິນຄ້າຊິວະພາບຕົ້ນສະບັບ**” ແລະ “**ຊິວະວັດຖຸທີ່ຄ້າຍຄຶງ**”).

ຊິວະວັດຖຸທີ່ຄ້າຍຄຶງ – ສິນຄ້າຊິວະພາບ, ແຕ່ບໍ່ຄືກັນທັງໝົດ, ກັບສິນຄ້າຊິວະພາບຕົ້ນສະບັບ. ສິນຄ້າຊິວະພາບ ແມ່ນປອດໄພ ແລະ ມີ ປະສິດທິຜົນເທົ່າກັບສິນຄ້າຊິວະພາບຕົ້ນສະບັບ. ຊິວະວັດຖຸທີ່ຄ້າຍຄຶງ ບາງອັນອາດຈະຖືກແທນທີ່ດ້ວຍສິນຄ້າຊິວະພາບຕົ້ນສະບັບຢູ່ຮ້ານ ຂາຍຢາໂດຍບໍ່ຈໍາເປັນຕ້ອງມີໃບສັງແພດໃໝ່ (ໄປທີ່ “**ຊິວະວັດຖຸທີ່ຄ້າຍຄຶງແບບປ່ຽນແທນ**”).

ຢາທີ່ມີກາສິນຄ້າ – ຢາຕາມໃບສັງແພດທີ່ຜະລິດ ແລະ ຂາຍໂດຍບໍລິສັດຢາທີ່ຄົ້ນຄວ້າ ແລະ ພັດທະນາຢາດັ່ງກ່າວໃນເບື້ອງຕົ້ນ. ຢາທີ່ມີກາ ສິນຄ້າ ມີສູດສ່ວນປະກອບທີ່ອອກລິດແບບດຽວກັນກັບຢາສາມັນຂອງຢາ. ແນວໃດກໍ່ຕາມ, ຢາສາມັນແມ່ນຜະລິດ ແລະ ຂາຍໂດຍຜູ້ຜະລິດ ຢາອື່ນໆ ແລະ ໂດຍທົ່ວໄປແມ່ນບໍ່ມີໃຫ້ຈົນກວ່າສິດທິບັດຢາທີ່ມີກາສິນຄ້າຈະໝົດອາຍຸ.

ໄລຍະການຄຸ້ມຄອງຈາກໄພພິບັດ – ໄລຍະໃນຜົນປະໂຫຍດຢາພາກ D ທີ່ເລີ່ມຕົ້ນເມື່ອທ່ານ (ຫຼື ພາກສ່ວນທີ່ມີຄຸນສົມບັດອື່ນໆ ໃນນາມຂອງທ່ານ) ໄດ້ໃຊ້ຈ່າຍ \$2,100 ສໍາລັບຢາທີ່ຢູ່ໃຕ້ການຄຸ້ມຄອງພາກ D ໃນລະຫວ່າງປີທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ. ໃນລະຫວ່າງຂັ້ນ ຕອນການຊໍາລະເງິນນີ້ ທ່ານບໍ່ໄດ້ຈ່າຍ ພາກ D ທີ່ຄຸ້ມຄອງຄ່າຢາ.

ສູນບໍລິການ Medicare & Medicaid (CMS) – ອົງການຂອງລັດຖະບານກາງທີ່ຄຸ້ມຄອງ Medicare.

ປະກັນຮ່ວມ – ຈໍານວນເງິນທີ່ທ່ານອາດຈະຕ້ອງຈ່າຍ, ສະແດງອອກເປັນເປີເຊັນ (ຕົວຢ່າງ 20%) ເປັນສ່ວນແບ່ງຂອງທ່ານໃນຕົ້ນທຶນ ສໍາລັບການບໍລິການ ຫຼື ຢາຕາມໃບສັງແພດ.

ການຮ້ອງທຸກ -- ຊື່ທີ່ເປັນທາງການສໍາລັບເຮັດໃບຮ້ອງທຸກແມ່ນ **ການຍື່ນໃບຮ້ອງທຸກ**. ຂັ້ນຕອນການຮ້ອງທຸກແມ່ນໃຊ້ສະເພາະກັບບັນຫາບາງ ປະເພດເທົ່ານັ້ນ. ນີ້ລວມມີບັນຫາກ່ຽວກັບຄຸນນະພາບຂອງການດູແລ, ເວລາລໍຖ້າ ແລະ ການບໍລິການລູກຄ້າທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບ. ມັນຍັງລວມເຖິງຄໍາ ຮ້ອງທຸກຖ້າແຜນຂອງພວກເຮົາບໍ່ປະຕິບັດຕາມໄລຍະເວລາໃນຂັ້ນຕອນການຂໍອຸທອນ.

ບົດທີ 12 ຄໍານິຍາມ

ສູນອໍານວຍຄວາມສະດວກການພື້ນຄົນປ່ວຍນອກສະຖານພະຍາບານ (CORF) – ສະຖານທີ່ທີ່ໃຫ້ບໍລິການບໍາບັດຟື້ນຟູ ຫຼື ບາດເຈັບເປັນຫຼັກ, ລວມທັງກາຍະພາບບໍາບັດ, ການບໍລິການສັງຄົມ ຫຼື ຈິດຕະວິທະຍາ, ການປິ່ນປົວລະບົບຫາຍໃຈ, ກິດຈະກຳບໍາບັດ ແລະ ການບໍລິການດ້ານພາສາ, ແລະ ການບໍລິການປະເມີນສະພາບແວດລ້ອມໃນບ້ານ.

ການຊໍາລະຮ່ວມ (ຫຼື ການຊໍາລະຮ່ວມ) – ຈໍານວນເງິນທີ່ທ່ານອາດຈະຕ້ອງຈ່າຍເປັນສ່ວນແບ່ງຂອງທ່ານໃນຕົ້ນທຶນສໍາລັບການບໍລິການ ຫຼື ການສະໜອງທາງການແພດ, ເຊັ່ນ: ການໄປພົບແພດ, ການໄປພົບຄົນເຈັບນອກໂຮງໝໍ ຫຼື ຢາຕາມໃບສັ່ງແພດ. ການຊໍາລະຮ່ວມແມ່ນຈໍານວນທີ່ກຳນົດໄວ້ (ຕົວຢ່າງ \$10), ແທນທີ່ຈະເປັນເປີເຊັນ.

ການແບ່ງປັນຕົ້ນທຶນ – ການແບ່ງປັນຕົ້ນທຶນ ໝາຍເຖິງຈໍານວນເງິນທີ່ສະມາຊິກຕ້ອງຈ່າຍເມື່ອໄດ້ຮັບການບໍລິການ ຫຼື ຢາ. ການແບ່ງປັນຕົ້ນທຶນ ລວມມີການລວມກັນຂອງ 3 ປະເພດການຈ່າຍເງິນຕໍ່ໄປນີ້: (1) ຈໍານວນທີ່ຫັກອອກໄດ້ທີ່ແຜນອາດຈະກຳນົດກ່ອນການບໍລິການ ຫຼື ຢາຈະຖືກຄຸ້ມຄອງ; (2) ຈໍານວນການຊໍາລະຮ່ວມທີ່ກຳນົດໄວ້ທີ່ແຜນຕ້ອງການເມື່ອໄດ້ຮັບຢາສະເພາະ; ຫຼື (3) ຈໍານວນການປະກັນຮ່ວມໃດໆ, ເປີເຊັນຂອງຈໍານວນທັງໝົດທີ່ຈ່າຍສໍາລັບຢາທີ່ແຜນຕ້ອງການເມື່ອໄດ້ຮັບຢາສະເພາະ.

ການກຳນົດການຄຸ້ມຄອງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ – ການຕັດສິນໃຈກ່ຽວກັບວ່າຢາທີ່ສັ່ງໃຫ້ທ່ານນັ້ນໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງໂດຍແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາຫຼືບໍ່ ແລະ ຈໍານວນເງິນ, ຖ້າມີ, ທີ່ທ່ານຈໍາເປັນຕ້ອງຈ່າຍສໍາລັບໃບສັ່ງຢາ. ໂດຍທົ່ວໄປແລ້ວ, ຖ້າທ່ານນໍາໃບສັ່ງແພດຂອງທ່ານໄປຮ້ານຂາຍຢາ ແລະ ຮ້ານຂາຍຢາບອກທ່ານວ່າໃບສັ່ງແພດບໍ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງພາຍໃຕ້ແຜນຂອງພວກເຮົາ, ນັ້ນບໍ່ແມ່ນການກຳນົດການຄຸ້ມຄອງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ. ທ່ານຈໍາເປັນຕ້ອງໂທຫາ ຫຼື ຂຽນຫາແຜນຂອງພວກເຮົາເພື່ອຂໍການຕັດສິນໃຈຢ່າງເປັນທາງການກ່ຽວກັບການຄຸ້ມຄອງ. ການກຳນົດການຄຸ້ມຄອງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ ແມ່ນຖືກເອີ້ນວ່າ **ຜົນການພິຈາລະນາການຄຸ້ມຄອງ** ໃນເອກະສານນີ້.

ຢາທີ່ຢູ່ໃຕ້ການຄຸ້ມຄອງ – ຄໍາສັບທີ່ພວກເຮົາໃຊ້ເພື່ອໝາຍເຖິງຢາທັງໝົດທີ່ຄຸ້ມຄອງໂດຍແຜນຂອງພວກເຮົາ.

ບໍລິການທີ່ຢູ່ໃຕ້ການຄຸ້ມຄອງ – ຄໍາທີ່ພວກເຮົາໃຊ້ໝາຍເຖິງບໍລິການ ແລະ ອຸປະກອນດ້ານດາວແລສຸຂະພາບທັງໝົດ ທີ່ຢູ່ພາຍໃຕ້ຄວາມຄຸ້ມຄອງຂອງແຜນຂອງພວກເຮົາ.

ການຄຸ້ມຄອງຄ່າຢາຕາມໃບສັ່ງແພດທີ່ມີການຮັບຮອງ – ການຄຸ້ມຄອງຢາຕາມໃບສັ່ງແພດ (ຕົວຢ່າງ, ຈາກນາຍຈ້າງ ຫຼື ສະຫະພັນ) ທີ່ຄາດວ່າຈະຈ່າຍ, ໂດຍສະເລ່ຍ, ຢ່າງໜ້ອຍເທົ່າກັບການຄຸ້ມຄອງຢາຕາມໃບສັ່ງແພດມາດຕະຖານຂອງ Medicare. ຄົນທີ່ມີການຄຸ້ມຄອງປະເພດນີ້ເມື່ອເຂົ້າເຈົ້າມີສິດໄດ້ຮັບ Medicare ໂດຍທົ່ວໄປສາມາດຮັກສາການຄຸ້ມຄອງນັ້ນໄວ້ໄດ້ໂດຍບໍ່ຕ້ອງເສຍຄ່າປັບໃໝຖ້າເຂົາເຈົ້າຕັດສິນໃຈລົງທະບຽນໃນການຄຸ້ມຄອງຢາຕາມໃບສັ່ງແພດຂອງ Medicare ພາຍຫຼັງ.

ການເບິ່ງແຍງໄລຍະພັກຟື້ນ – ການເບິ່ງແຍງໄລຍະພັກຟື້ນແມ່ນການດູແລສ່ວນບຸກຄົນທີ່ໃຫ້ຢູ່ໃນສະຖານພະຍາບານ, ໂຮງໝໍ ຫຼື ສະຖານທີ່ອື່ນໆ ເມື່ອທ່ານບໍ່ຕ້ອງການການດູແລທາງການແພດ ຫຼື ການດູແລພະຍາບານທີ່ມີສິນ. ການເບິ່ງແຍງໄລຍະພັກຟື້ນ, ທີ່ສະໜອງໃຫ້ໂດຍຄົນທີ່ບໍ່ມີທັກສະ ຫຼື ການຝຶກອົບຮົມທາງວິຊາຊີບ, ລວມມີການຊ່ວຍເຫຼືອກິດຈະກຳໃນຊີວິດປະຈຳວັນເຊັ່ນ: ການອາບນໍ້າ, ການນຸ່ງເຄື່ອງ, ການກິນອາຫານ, ການເຂົ້າ-ອອກຕຽງ ຫຼື ຕັ້ງ, ການຍ່າງໄປມາ ແລະ ການໃຊ້ຫ້ອງນໍ້າ. ມັນອາດຈະລວມເຖິງປະເພດການດູແລທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບສຸຂະພາບທີ່ຄົນສ່ວນໃຫຍ່ເຮັດເອງ, ເຊັ່ນ: ການໃຊ້ຢາຢອດຕາ. Medicare ບໍ່ຈ່າຍຄ່າການເບິ່ງແຍງໄລຍະພັກຟື້ນ.

ອັດຕາການແບ່ງປັນຕົ້ນທຶນລາຍວັນ – ອັດຕາການແບ່ງປັນຕົ້ນທຶນລາຍວັນ ອາດຈະຖືກນໍາໃຊ້ເມື່ອແພດຂອງທ່ານສັ່ງຢາບາງຊະນິດໃຫ້ທ່ານໜ້ອຍກວ່າການສະໜອງໃຫ້ຄົບເດືອນ ແລະ ທ່ານຕ້ອງຈ່າຍການຊໍາລະຮ່ວມ. ອັດຕາການແບ່ງປັນຕົ້ນທຶນລາຍວັນແມ່ນການການຊໍາລະຮ່ວມທີ່ຫານດ້ວຍຈໍານວນມື້ໃນການສະໜອງໃຫ້ຄົບເດືອນ. ນີ້ແມ່ນຕົວຢ່າງ: ຖ້າການຊໍາລະຮ່ວມຂອງທ່ານສໍາລັບຢາໜຶ່ງເດືອນແມ່ນ \$30, ແລະ ການສະໜອງໜຶ່ງເດືອນໃນແຜນຂອງພວກເຮົາແມ່ນ 30 ວັນ, ດັ່ງນັ້ນອັດຕາການແບ່ງປັນຕົ້ນທຶນລາຍວັນຂອງທ່ານແມ່ນ \$1 ຕໍ່ວັນ.

ບົດທີ 12 ຄໍານິຍາມ

ຄໍາເສຍຫາຍສ່ວນທໍາອິດ – ຈຳນວນທີ່ທ່ານຕ້ອງຈ່າຍສໍາລັບການດູແລສຸຂະພາບ ຫຼື ໃບສັງແພດກ່ອນທີ່ແຜນຂອງພວກເຮົາຈະຈ່າຍ.

ຢຸດຕິ ຫຼື ການຢຸດຕິໃຊ້ປະກັນ – ຂັ້ນຕອນການຢຸດການເປັນສະມາຊິກໃນແຜນຂອງພວກເຮົາ.

ຄ່າທຳນຽມໃບສັງຢາ – ຄ່າທຳນຽມທີ່ຖືກຄິດຄ່າທຸກຄັ້ງທີ່ມີການຈ່າຍຢາທີ່ຄຸ້ມຄອງເພື່ອຈ່າຍຄ່າໃບສັງແພດ, ເຊັ່ນ: ເວລາຂອງຮ້ານຂາຍຢາໃນການກະກຽມ ແລະ ທີ່ໃບສັງແພດ.

ແຜນສຸຂະພາບສໍາລັບຜູ້ມີສິດທັງສອງປະກັນ (D-SNP)– DSNPs ລົງທະບຽນຄົນທີ່ມີສິດທິທັງ Medicare (ໝວດທີ XVIII ຂອງກົດໝາຍປະກັນສັງຄົມ) ແລະ ການຊ່ວຍເຫຼືອທາງການແພດຈາກແຜນຂອງລັດພາຍໃຕ້ Medicaid (ໝວດທີ XIX). ລັດຄຸ້ມຄອງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຂອງ Medicare ບາງສ່ວນ ຫຼື ທັງໝົດ, ຂຶ້ນກັບລັດ ແລະ ຄຸນສົມບັດຂອງບຸກຄົນ.

ບຸກຄົນທີ່ມີສິດທັງສອງປະກັນ – ບຸກຄົນທີ່ມີສິດໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງຂອງ Medicare ແລະ Medicaid.

ອຸປະກອນການແພດ (DME) – ອຸປະກອນທາງການແພດບາງຊະນິດທີ່ຖືກສັ່ງໂດຍແພດຂອງທ່ານສໍາລັບເຫດຜົນທາງການແພດ. ຕົວຢ່າງລວມມີເຄື່ອງຊ່ວຍຍ່າງ, ລໍ້ເຫຼືອນ, ໄມ້ຄໍ້າຍັນ, ລະບົບທີ່ນອນແບບມີພະລັງງານ, ອຸປະກອນສໍາລັບຄົນເຈັບເບົາຫວານ, ເຄື່ອງປັ້ນໍ້າເກືອ IV, ເຄື່ອງກຳເນີດສຽງເວົ້າ, ອຸປະກອນອັກຊີເຈນ, ເຄື່ອງພົ້ນລະອອງຢາ ຫຼື ຕຽງໂຮງໝໍທີ່ສັ່ງໂດຍຜູ້ໃຫ້ບໍລິການເພື່ອໃຊ້ໃນບ້ານ.

ເຫດສຸກເສີນ – ເຫດສຸກເສີນທາງການແພດແມ່ນເວລາທີ່ທ່ານ, ຫຼື ບຸກຄົນທົ່ວໄປທີ່ມີຄວາມຮູ້ໂດຍສະເລ່ຍກ່ຽວກັບສຸຂະພາບ ແລະ ການແພດ, ເຊື່ອວ່າທ່ານມີອາການທາງການແພດທີ່ຕ້ອງການການເອົາໃຈໃສ່ທາງການແພດຢ່າງຮີບດ່ວນເພື່ອປ້ອງກັນການສູນເສຍຊີວິດ (ແລະ ຖ້າທ່ານເປັນແມ່ຍິງຖືພາ, ການສູນເສຍລູກໃນທ້ອງ), ການສູນເສຍແຂນຂາ, ຫຼື ການສູນເສຍການທຳງານຂອງແຂນຂາ, ຫຼື ການສູນເສຍ ຫຼື ຄວາມບົກຜ່ອງຮ້າຍແຮງຂອງການທຳງານຂອງຮ່າງກາຍ. ອາການທາງການແພດອາດຈະເປັນພະຍາດ, ການບາດເຈັບ, ການເຈັບປວດຮ້າຍແຮງ, ຫຼື ສະພາບທາງການແພດທີ່ຮ້າຍແຮງຂຶ້ນຢ່າງໄວວາ.

ການເບິ່ງແຍງສຸກເສີນ – ບໍລິການທີ່ຢູ່ໃຕ້ການຄຸ້ມຄອງທີ່: 1) ສະໜອງໃຫ້ໂດຍຜູ້ໃຫ້ບໍລິການທີ່ມີຄຸນສົມບັດໃນການໃຫ້ບໍລິການເຫດສຸກເສີນ; ແລະ 2) ຕ້ອງການເພື່ອປິ່ນປົວ, ປະເມີນ, ຫຼື ໃຫ້ສະຖຽນລະພາບສະພາບທາງການແພດສຸກເສີນ.

ເອກະສານຢືນຢັນການຄຸ້ມຄອງ (EOC) ແລະ ຂໍ້ມູນທີ່ເປີດເຜີຍ – ເອກະສານນີ້, ພ້ອມກັບແບບຟອມການລົງທະບຽນຂອງທ່ານ ແລະ ເອກະສານຄັດຕິດອື່ນໆ, ສັນຍາເພີ່ມເຕີມ ຫຼື ການຄຸ້ມຄອງທາງເລືອກອື່ນໆທີ່ຖືກເລືອກ, ເຊິ່ງອະທິບາຍການຄຸ້ມຄອງຂອງທ່ານ, ສິ່ງທີ່ພວກເຮົາຕ້ອງເຮັດ, ສິດທິຂອງທ່ານ ແລະ ສິ່ງທີ່ທ່ານຕ້ອງເຮັດໃນຖານະສະມາຊິກຂອງແຜນຂອງພວກເຮົາ.

ຂໍ້ຍົກເວັ້ນ – ປະເພດຂອງ ຜົນການພິຈາລະນາການຄຸ້ມຄອງ ທີ່, ຖ້າໄດ້ຮັບການອະນຸມັດ, ອະນຸຍາດໃຫ້ທ່ານໄດ້ຮັບຢາທີ່ບໍ່ໄດ້ຢູ່ໃນສູດຢາຂອງພວກເຮົາ (ລາຍການຢາທີ່ມີຂໍ້ຍົກເວັ້ນ), ຫຼື ໄດ້ຮັບຢາທີ່ບໍ່ຕ້ອງການໃນລະດັບການແບ່ງປັນຕົ້ນທຶນທີ່ຕໍ່າກວ່າ (ການຍົກເວັ້ນລະດັບຢາ). ທ່ານອາດຈະຂໍຂໍ້ຍົກເວັ້ນຖ້າທ່ານພະຍາຍາມໃຊ້ຢາອື່ນກ່ອນທີ່ຈະໄດ້ຮັບຢາທີ່ທ່ານຂໍ, ຖ້າແຜນຂອງພວກເຮົາຕ້ອງການການອານຸມັດລ່ວງໜ້າສໍາລັບຢາ ແລະ ທ່ານຕ້ອງການໃຫ້ພວກເຮົາຍົກເວັ້ນຂໍ້ຈຳກັດເງື່ອນໄຂ, ຫຼື ຖ້າແຜນຂອງພວກເຮົາຈຳກັດປະລິມານ ຫຼື ປະລິມານຢາທີ່ທ່ານຂໍ (ລາຍການຢາທີ່ມີຂໍ້ຍົກເວັ້ນ).

ບົດທີ 12 ຄໍານິຍາມ

ການຊ່ວຍເຫຼືອພິເສດ – ໂຄງການ Medicare ເພື່ອຊ່ວຍຄົນທີ່ມີລາຍຮັບ ແລະ ຊັບພະຍາກອນຈຳກັດຈ່າຍຄ່າໂຄງການຢ່າງຕາມໃບສັງແພດຂອງ Medicare, ເຊັ່ນ: ເບ້ຍປະກັນສຸຂະພາບ, ຍອດຫັກອອກໄດ້ ແລະ ປະກັນຮ່ວມ.

ຢາສາມັນ – ໄດ້ຮັບການຮັບຮອງຈາກ FDA ວ່າມີສ່ວນປະກອບດຽວກັນກັບຢາທີ່ມີກາສິນຄ້າ. ໂດຍທົ່ວໄປແລ້ວ, ຢາສາມັນເຮັດວຽກຄືກັນກັບ ຢາທີ່ມີກາສິນຄ້າ ແລະ ປົກກະຕິແລ້ວມີຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໜ້ອຍກວ່າ.

ຜູ້ຊ່ວຍດ້ານການແພດປະຈຳບ້ານ – ບຸກຄົນທີ່ໃຫ້ບໍລິການທີ່ບໍ່ຕ້ອງການທັກສະຂອງພະຍາບານ ຫຼື ນັກປິ່ນປົວທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດ, ເຊັ່ນ: ການຊ່ວຍເຫຼືອໃນການດູແລສ່ວນບຸກຄົນ (ຕົວຢ່າງ, ການອາບນ້ຳ, ການໃຊ້ຫ້ອງນ້ຳ, ການນຸ່ງເຄື່ອງ ຫຼື ການປະຕິບັດຕາມບົດຝຶກຫັດທີ່ໄດ້ກຳນົດໄວ້).

ການດູແລໄລຍະສຸດທ້າຍຂອງຊີວິດ – ຜົນປະໂຫຍດທີ່ໃຫ້ການປິ່ນປົວພິເສດສໍາລັບສະມາຊິກທີ່ໄດ້ຮັບການຢັ້ງຢືນທາງການແພດວ່າເປັນພະຍາດໄລຍະສຸດທ້າຍ, ຊຶ່ງໝາຍເຖິງມີອາຍຸຢືນຍາວເຫຼືອ 6 ເດືອນ ຫຼື ໜ້ອຍກວ່ານັ້ນ. ແຜນຂອງພວກເຮົາຕ້ອງສະໜອງລາຍຊື່ສະຖານທີ່ດູແລໄລຍະສຸດທ້າຍຂອງຊີວິດໃຫ້ທ່ານໃນພື້ນທີ່ຂອງທ່ານ. ຖ້າທ່ານເລືອກການດູແລໄລຍະສຸດທ້າຍຂອງຊີວິດ ແລະ ສືບຕໍ່ຈ່າຍຄ່ານິຍົມ, ທ່ານຍັງຄົງເປັນສະມາຊິກຂອງແຜນຂອງພວກເຮົາ. ທ່ານຍັງຄົງສາມາດໄດ້ຮັບການບໍລິການທີ່ຈຳເປັນທາງການແພດທັງໝົດເຊັ່ນດຽວກັນກັບຜົນປະໂຫຍດເພີ່ມເຕີມທີ່ພວກເຮົາສະເໜີໃຫ້.

ການພັກຮັກສາຢູ່ໂຮງໝໍ – ການນອນໂຮງໝໍເມື່ອທ່ານໄດ້ຖືກຮັບເຂົ້າໂຮງໝໍຢ່າງເປັນທາງການເພື່ອຮັບການບໍລິການທາງການແພດທີ່ມີສິນ. ເຖິງແມ່ນວ່າທ່ານນອນຄ້າງຄືນຢູ່ໃນໂຮງໝໍ, ທ່ານຍັງອາດຈະຖືກພິຈາລະນາເປັນຄົນເຈັບນອກ.

ເບ້ຍປະກັນສຸຂະພາບເພີ່ມເຕີມຕາມລະດັບລາຍໄດ້(IRMAA) – ຖ້າລາຍຮັບລວມທີ່ຖືກປັບປ່ຽນແລ້ວຂອງທ່ານຕາມທີ່ໄດ້ລາຍງານໃນແບບຟອມພາສີ IRS ຂອງທ່ານຈາກ 2 ປີກ່ອນສູງກວ່າຈຳນວນທີ່ແນ່ນອນ, ທ່ານຈະຈ່າຍຄ່າເບ້ຍປະກັນສຸຂະພາບມາດຕະຖານ ແລະ ຈຳນວນເບ້ຍປະກັນສຸຂະພາບເພີ່ມເຕີມຕາມລະດັບລາຍໄດ້ ເຊິ່ງຮູ້ຈັກກັນໃນຊື່ IRMAA. IRMAA ແມ່ນຄ່າໃຊ້ຈ່າຍເພີ່ມເຕີມທີ່ເພີ່ມເຂົ້າໃນຄ່າເບ້ຍປະກັນສຸຂະພາບຂອງທ່ານ. ຄົນທີ່ມີ Medicare ໜ້ອຍກວ່າ 5% ໄດ້ຮັບຜົນກະທົບ, ດັ່ງນັ້ນຄົນສ່ວນໃຫຍ່ຈະບໍ່ຈ່າຍຄ່າເບ້ຍປະກັນສຸຂະພາບທີ່ສູງຂຶ້ນ.

ສະມາຄົມແພດອິດສະລະ (IPA) – ສະມາຄົມຂອງແພດ, ລວມທັງແພດປະຈຳໂຕ (PCPs) ແລະ ແພດຊ່ຽວຊານ, ແລະ ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບອື່ນໆ, ລວມທັງໂຮງໝໍ, ທີ່ໄດ້ເຮັດສັນຍາກັບແຜນປະກັນເພື່ອໃຫ້ບໍລິການແກ່ສະມາຊິກ. ບິ່ງ ບົດທີ 1, ພາກທີ 6.

ໄລຍະການຄຸ້ມຄອງເບື້ອງຕົ້ນ – ນີ້ແມ່ນໄລຍະກ່ອນທີ່ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທີ່ທ່ານຕ້ອງຈ່າຍເອງສໍາລັບບິໄດ້ບັນລຸເຖິງຍອດເງິນສູງສຸດທີ່ຕ້ອງຈ່າຍເອງ.

ໄລຍະການລົງທະບຽນເບື້ອງຕົ້ນ – ເມື່ອທ່ານມີສິດໄດ້ຮັບ Medicare ເປັນຄັ້ງທຳອິດ, ໄລຍະເວລາທີ່ທ່ານສາມາດສະໝັກເຂົ້າ Medicare Part A ແລະ Part B ໄດ້. ຖ້າທ່ານມີສິດໄດ້ຮັບ Medicare ເມື່ອທ່ານອາຍຸຮອດ 65 ປີ, ໄລຍະການລົງທະບຽນເບື້ອງຕົ້ນຂອງທ່ານ ແມ່ນໄລຍະເວລາ 7 ເດືອນທີ່ເລີ່ມຕົ້ນ 3 ເດືອນກ່ອນເດືອນທີ່ທ່ານອາຍຸຮອດ 65 ປີ, ລວມເຖິງເດືອນທີ່ທ່ານອາຍຸຮອດ 65 ປີ ແລະ ສິ້ນສຸດ 3 ເດືອນຫຼັງຈາກເດືອນທີ່ທ່ານອາຍຸຮອດ 65 ປີ.

D-SNP ແບບເຊື່ອມສານ – D-SNP ທີ່ຄຸ້ມຄອງ Medicare ແລະ ການບໍລິການຂອງ Medicaid ສ່ວນໃຫຍ່ ຫຼື ທັງໝົດພາຍໃຕ້ແຜນປະກັນສຸຂະພາບດຽວສໍາລັບກຸ່ມບຸກຄົນທີ່ມີສິດໄດ້ຮັບທັງ Medicare ແລະ Medicaid. ບຸກຄົນເຫຼົ່ານີ້ຍັງຖືກເອີ້ນວ່າ ບຸກຄົນທີ່ມີສິດທິທັງສອງທີ່ມີຜົນປະໂຫຍດເຕີມ.

ບົດທີ 12 ຄໍານິຍາມ

ໃບຮ້ອງທຸກແບບປະສົມປະສານ – ປະເພດຂອງການຮ້ອງທຸກທີ່ທ່ານຍື່ນກ່ຽວກັບພວກເຮົາ ຫຼື ຮ້ານຂາຍຢາ, ລວມທັງການຮ້ອງທຸກທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບຄຸນນະພາບຂອງການເບິ່ງແຍງຂອງທ່ານ. ການຮ້ອງທຸກປະເພດນີ້ບໍ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບຂໍ້ຂັດແຍ່ງດ້ານການຄຸ້ມຄອງ ຫຼື ການຈ່າຍເງິນ.

ການພິຈາລະນາສືການຮັກສາແບບປະສົມປະສານ – ແຜນປະກັນ Medicare Advantage ໄດ້ເຮັດການພິຈາລະນາສືການຮັກສາເມື່ອມັນຕັດສິນໃຈກ່ຽວກັບວ່າລາຍການ ຫຼື ການບໍລິການໃດໜຶ່ງໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ ຫຼື ທ່ານຕ້ອງຈ່າຍເງິນເທົ່າໃດສໍາລັບລາຍການ ຫຼື ການບໍລິການທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ. ການພິຈາລະນາສືການຮັກສາ ແມ່ນເອີ້ນວ່າ ການຕັດສິນໃຈຜົນການພິຈາລະນາການຄຸ້ມຄອງ ໃນຄູ່ມືສະບັບນີ້. ບົດທີ 9 ອະທິບາຍວິທີການຮ້ອງຂໍການຕັດສິນໃຈຜົນການພິຈາລະນາການຄຸ້ມຄອງຈາກພວກເຮົາ.

ຊີວະວັດຖຸທີ່ຄ້າຍຄຶງແບບປ່ຽນແທນ – ຊີວະວັດຖຸທີ່ຄ້າຍຄຶງທີ່ອາດຈະຖືກໃຊ້ເປັນຢາແທນສິນຄ້າຊີວະພາບຕົ້ນສະບັບຢູ່ຮ້ານຂາຍຢາ ໂດຍບໍ່ຈໍາເປັນຕ້ອງມີໃບສັງແພດໃໝ່ ເພາະມັນຕອບສະໜອງຄວາມຕ້ອງການເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບທໍາແຮງສໍາລັບການປ່ຽນແທນແບບອັດຕະໂນມັດ. ການປ່ຽນແທນແບບອັດຕະໂນມັດຢູ່ຮ້ານຂາຍຢາແມ່ນຂຶ້ນກັບກົດໝາຍຂອງລັດ.

ລາຍການຢາໃຕ້ການຄຸ້ມຄອງ (ສູດຢາ ຫຼື ລາຍການຢາ) – ລາຍຊື່ຢາຕາມໃບສັງແພດທີ່ຄຸ້ມຄອງໂດຍແຜນຂອງພວກເຮົາ.

ໂຄງການເງິນອຸດໜູນຄົນລາຍໄດ້ຕໍ່າ (LIS) – ໄປທີ່ ການຊ່ວຍເຫຼືອພິເສດ.

ໂຄງການສ່ວນຫຼຸດຈາກຜູ້ຜະລິດ – A ໂຄງການທີ່ຜູ້ຜະລິດຢາຈ່າຍສ່ວນໜຶ່ງຂອງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍເຕັມຂອງແຜນຂອງພວກເຮົາສໍາລັບ ຢາທີ່ມີກາສິນຄ້າ ແລະ ສິນຄ້າຊີວະພາບພາກ D ທີ່ຖືກຄຸ້ມຄອງ. ສ່ວນຫຼຸດແມ່ນອີງໃສ່ຂໍ້ຕົກລົງລະຫວ່າງລັດຖະບານກາງ ແລະ ຜູ້ຜະລິດຢາ.

ລາຄາທີ່ເໝາະສົມສູງສຸດ – ລາຄາທີ່ Medicare ເຈລະຈາສໍາລັບຢາທີ່ຖືກເລືອກ.

ວົງເງິນຮັບຜິດຊອບສູງສຸດ – ຈໍານວນສູງສຸດທີ່ທ່ານຈ່າຍເອງໃນລະຫວ່າງປີປະຕິທິນສໍາລັບ ບໍລິການພາກ A ແລະ ພາກ B ທີ່ຖືກຄຸ້ມຄອງ. ຈໍານວນທີ່ທ່ານຈ່າຍສໍາລັບເບ້ຍປະກັນ Medicare Part A ແລະ Part B ຂອງພວກເຮົາ ແລະ ຢາຕາມໃບສັງແພດບໍ່ໄດ້ນັບລວມເຂົ້າໃນຈໍານວນທີ່ຕ້ອງຈ່າຍເອງສູງສຸດ. (ໝາຍເຫດ: ເນື່ອງຈາກວ່າສະມາຊິກຂອງພວກເຮົາຍັງໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອຈາກ Medicaid, ມີພຽງສະມາຊິກຈໍານວນໜ້ອຍທີ່ຈະບັນລຸ ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍດ້ວຍຕົນເອງສູງສຸດນີ້.)

Medicaid (ຫຼື ການຊ່ວຍເຫຼືອທາງການແພດ) – ໂຄງການຮ່ວມຂອງລັດຖະບານກາງ ແລະ ລັດທີ່ຊ່ວຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທາງການແພດສໍາລັບຄົນບາງຄົນທີ່ມີລາຍໄດ້ຕໍ່າ ແລະ ຊັບພະຍາກອນຈຳກັດ. ໂຄງການ Medicaid ຂອງລັດແຕກຕ່າງກັນ, ແຕ່ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍດ້ານການດູແລສຸຂະພາບສ່ວນໃຫຍ່ແມ່ນຖືກຄຸ້ມຄອງຖ້າທ່ານມີຄຸນສົມບັດສໍາລັບທັງ Medicare ແລະ Medicaid.

ກຸ່ມການແພດ – ສະມາຄົມຂອງແພດ, ລວມທັງ PCPs ແລະ ຜູ້ຊ່ຽວຊານ, ແລະ ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດ້ານການດູແລສຸຂະພາບອື່ນໆ, ລວມທັງໂຮງໝໍ, ທີ່ເຮັດສັນຍາກັບແຜນເພື່ອໃຫ້ບໍລິການແກ່ຜູ້ລົງທະບຽນ. ເບິ່ງບົດທີ 1, ພາກທີ 3.2.

ຂໍ້ບົງຊີ້ຜະລິດຕະພັນຢາທີ່ມີການຮັບຮອງ – ການນໍາໃຊ້ຢາທີ່ໄດ້ຮັບການອະນຸມັດຈາກ FDA ຫຼື ສະໜັບສະໜູນໂດຍເອກະສານອ້າງອີງບາງຢ່າງ ເຊັ່ນ: American Hospital Formulary Service Drug Information ແລະ Micromedex DRUGDEX Information System.

ຈໍາເປັນທາງການແພດ – ການບໍລິການ, ເຄື່ອງໃຊ້ ຫຼື ຢາທີ່ຈໍາເປັນສໍາລັບການປ້ອງກັນ, ການວິນິດໄສ ຫຼື ການປິ່ນປົວສະພາບທາງການແພດຂອງທ່ານ ແລະ ໄດ້ມາດຕະຖານການປະຕິບັດທາງການແພດທີ່ຍອມຮັບ.

ບົດທີ 12 ຄໍານິຍາມ

Medicare – ໂຄງການປະກັນສຸຂະພາບຂອງລັດຖະບານກາງສໍາລັບຄົນທີ່ມີອາຍຸ 65 ປີ ຫຼື ສູງກວ່າ, ຄົນບາງຄົນທີ່ມີອາຍຸຕໍ່າກວ່າ 65 ປີທີ່ມີຄວາມພິການບາງຢ່າງ, ແລະ ຄົນທີ່ເປັນພະຍາດຫມາກໄຂ້ຫຼັງໄລຍະສຸດທ້າຍ (ໂດຍທົ່ວໄປແມ່ນຄົນທີ່ມີພາວະຫມາກໄຂ້ຫຼັງ ລົ້ມເຫຼວຖາວອນທີ່ຕ້ອງການການຟອກເລືອດ ຫຼື ການປ່ຽນຖ່າຍຫມາກໄຂ້ຫຼັງ).

ໄລຍະເປີດສະໝັກປະກັນສຸຂະພາບ Medicare Advantage – ໄລຍະເວລາຕັ້ງແຕ່ວັນທີ 1 ມັງກອນ ຫາ 31 ມີນາ ເມື່ອສະມາຊິກໃນແຜນ Medicare Advantage ສາມາດຍົກເລີກການລົງທະບຽນແຜນ ແລະ ປ່ຽນໄປແຜນ Medicare Advantage ອື່ນ ຫຼື ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງຜ່ານ Original Medicare. ຖ້າທ່ານເລືອກທີ່ຈະປ່ຽນໄປ Original Medicare ໃນລະຫວ່າງໄລຍະເວລານີ້, ທ່ານຍັງສາມາດເຂົ້າຮ່ວມແຜນຢາຕາມໃບສັງແພດ Medicare ແຍກຕ່າງຫາກໃນເວລານັ້ນ. ນອກຈາກນີ້ ໄລຍະເປີດສະໝັກປະກັນສຸຂະພາບ Medicare Advantage ກໍ່ມີໃຫ້ສໍາລັບໄລຍະເວລາ 3 ເດືອນຫຼັງຈາກບຸກຄົນມີສິດໄດ້ຮັບ Medicare ເປັນຄັ້ງທໍາອິດ.

ແຜນ Medicare Advantage (MA) – ບາງຄັ້ງກໍ່ເອີ້ນວ່າ Medicare Part C. ແຜນທີ່ສະເໜີໃຫ້ໂດຍບໍລິສັດເອກະຊົນທີ່ເຮັດສັນຍາກັບ Medicare ເພື່ອໃຫ້ຜົນປະໂຫຍດ Medicare Part A ແລະ Part B ທັງໝົດແກ່ທ່ານ. ແຜນປະກັນ Medicare Advantage ສາມາດເປັນໄດ້ທັງ i) HMO, ii) PPO, iii) ແຜນປະກັນເອກະຊົນແບບຊໍາລະຕາມບໍລິການ (PFFS) ຫຼື iv) ແຜນບັນຊີຝາກປະຢັດທາງການແພດ Medicare (MSA). ນອກຈາກການເລືອກຈາກປະເພດແຜນເຫຼົ່ານີ້, ແຜນ Medicare Advantage HMO ຫຼື PPO ຍັງສາມາດເປັນ ແຜນປະກັນໄພສໍາລັບຜູ້ປ່ວຍທີ່ຕ້ອງການການເບິ່ງແຍງພິເສດ (SNP) ໄດ້. ໃນກໍລະນີສ່ວນໃຫຍ່, ແຜນ Medicare Advantage ກໍ່ສະເໜີ Medicare Part D (ການຄຸ້ມຄອງຢາຕາມໃບສັງແພດ). ແຜນເຫຼົ່ານີ້ຖືກເອີ້ນວ່າ **ແຜນ Medicare Advantage ທີ່ມີການຄຸ້ມຄອງຢາຕາມໃບສັງແພດ**.

ການບໍລິການທີ່ຢູ່ໃຕ້ການຄຸ້ມຄອງ Medicare – ບໍລິການທີ່ຄຸ້ມຄອງໂດຍ Medicare Part A ແລະ Part B. ແຜນສຸຂະພາບຂອງ Medicare ທັງໝົດຕ້ອງຄຸ້ມຄອງບໍລິການທັງໝົດທີ່ຄຸ້ມຄອງໂດຍ Medicare Part A ແລະ B. ຄໍາສັບ ບໍລິການທີ່ຖືກຄຸ້ມຄອງໂດຍ Medicare ບໍ່ໄດ້ລວມເອົາຜົນປະໂຫຍດເພີ່ມເຕີມ, ເຊັ່ນ: ສາຍຕາ, ແຂ້ວ ຫຼື ການໄດ້ຍິນ, ທີ່ແຜນ Medicare Advantage ອາດຈະສະເໜີໃຫ້.

ແຜນປະກັນສຸຂະພາບ Medicare – ແຜນປະກັນສຸຂະພາບ Medicare ແມ່ນສະເໜີໃຫ້ໂດຍບໍລິສັດເອກະຊົນທີ່ເຮັດສັນຍາກັບ Medicare ເພື່ອໃຫ້ຜົນປະໂຫຍດພາກ A ແລະ ພາກ B ແກ່ຄົນທີ່ມີ Medicare ທີ່ລົງທະບຽນໃນແຜນຂອງພວກເຮົາ. ຄໍາສັບນີ້ລວມເອົາແຜນ Medicare Advantage ທັງໝົດ, ແຜນປະກັນໄພແບ່ງເບົາຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ Medicare, ແຜນປະກັນໄພສໍາລັບຜູ້ປ່ວຍທີ່ຕ້ອງການການເບິ່ງແຍງພິເສດ, ໂຄງການທົດລອງ/ສາທິດ ແລະ ໂຄງການດູແລຮັກສາທຸກຢ່າງສໍາລັບຜູ້ສູງອາຍຸ (PACE).

ການຄຸ້ມຄອງຢາຂອງ Medicare (Medicare Part D) – ປະກັນໄພເພື່ອຊ່ວຍຈ່າຍຄ່າຢາຕາມໃບສັງແພດຄົນເຈັບນອກ, ວັກຊີນ, ສິນຄ້າຊີວະພາບ, ແລະ ເຄື່ອງໃຊ້ບາງຢ່າງທີ່ບໍ່ໄດ້ຄຸ້ມຄອງໂດຍ Medicare Part A ຫຼື Part B.

ໂຄງການການຄຸ້ມຄອງການບໍາບັດດ້ວຍຢາ (MTM) – ໂຄງການ Medicare Part D ສໍາລັບຄວາມຕ້ອງການດ້ານສຸຂະພາບທີ່ສັບສົນທີ່ສະໜອງໃຫ້ແກ່ຄົນທີ່ຕອບສະໜອງຄວາມຕ້ອງການບາງຢ່າງ ຫຼື ຢູ່ໃນໂຄງການຄຸ້ມຄອງຢາ. ການບໍລິການ MTM ໂດຍປົກກະຕິລວມມີການສົນທະນາກັບຮ້ານຂາຍຢາ ຫຼື ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດ້ານການດູແລສຸຂະພາບເພື່ອກວດສອບຢາ.

Medigap (ປະກັນສຸຂະພາບເຕີມຊ່ອງວ່າງເບ້ຍລ້ຽງຜູ້ສູງອາຍຸ) – ປະກັນໄພເສີມ Medicare ທີ່ຂາຍໂດຍບໍລິສັດປະກັນໄພເອກະຊົນເພື່ອຊ່ວຍ “ຊ່ອງຫວ່າງ” ໃນ Original Medicare. ນະໂຍບາຍ Medigap ໃຊ້ໄດ້ກັບ Original Medicare ເທົ່ານັ້ນ. (ແຜນປະກັນ Medicare Advantage ບໍ່ແມ່ນນະໂຍບາຍ Medigap.)

ບົດທີ 12 ຄໍານິຍາມ

ສະມາຊິກ (ສະມາຊິກຂອງແຜນຂອງພວກເຮົາ, ຫຼື ສະມາຊິກແຜນ) – ບຸກຄົນທີ່ມີ Medicare ຜູ້ທີ່ມີສິດໄດ້ຮັບ ບໍລິການທີ່ຢູ່ໃຕ້ການຄຸ້ມຄອງ, ຜູ້ທີ່ໄດ້ລົງທະບຽນໃນແຜນຂອງພວກເຮົາ ແລະ ການລົງທະບຽນຂອງເຂົາເຈົ້າໄດ້ຮັບການຢືນຢັນໂດຍ ສູນບໍລິການ Medicare & Medicaid (CMS).

ການບໍລິການສະມາຊິກ – ພະແນກພາຍໃນແຜນຂອງພວກເຮົາທີ່ມີໜ້າທີ່ຕອບຄໍາຖາມຂອງທ່ານກ່ຽວກັບການເປັນສະມາຊິກ, ຜົນປະໂຫຍດ, ຄໍາຮ້ອງທຸກ ແລະ ການອຸທອນຂອງທ່ານ.

ຮ້ານຂາຍຢາໃນເຄື່ອຂ່າຍ – ຮ້ານຂາຍຢາທີ່ເຮັດສັນຍາກັບແຜນຂອງພວກເຮົາບ່ອນທີ່ສະມາຊິກຂອງແຜນຂອງພວກເຮົາສາມາດໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດຈາກຢາຕາມໃບສັງແພດຂອງເຂົາເຈົ້າ. ສ່ວນໃຫຍ່ໃນສັງຢາຂອງທ່ານຈະໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ ສະເພາະ ເມື່ອສັງຢານໍາຮ້ານຂາຍຢາທີ່ຢູ່ໃນເຄື່ອຂ່າຍເທົ່ານັ້ນ.

ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການໃນເຄື່ອຂ່າຍ – ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການແມ່ນຄໍາສັບທົ່ວໄປສໍາລັບແພດ, ຜູ້ຊ່ຽວຊານດ້ານການດູແລສຸຂະພາບອື່ນໆ, ໂຮງໝໍ ແລະ ສະຖານທີ່ດູແລສຸຂະພາບອື່ນໆທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດ ຫຼື ຍັງຢືນໂດຍ Medicare ແລະ ໂດຍລັດເພື່ອໃຫ້ບໍລິການດ້ານການດູແລສຸຂະພາບ. **ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການໃນເຄື່ອຂ່າຍ** ມີຂໍ້ຕົກລົງກັບແຜນຂອງພວກເຮົາເພື່ອຍອມຮັບການຈ່າຍເງິນຂອງພວກເຮົາເປັນການຈ່າຍເງິນເຕັມ, ແລະ ໃນບາງກໍລະນີແມ່ນເພື່ອປະສານງານຍ້ອນວ່າພວກເຮົາໃຫ້ ບໍລິການທີ່ຢູ່ໃຕ້ການຄຸ້ມຄອງ ແກ່ສະມາຊິກຂອງແຜນຂອງພວກເຮົາ. ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການໃນເຄື່ອຂ່າຍຍັງຖືກເອີ້ນວ່າແຜນ **ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ**.

ໄລຍະເປີດສະໝັກປະກັນສຸຂະພາບ – ໄລຍະເວລາຕັ້ງແຕ່ວັນທີ 15 ຕຸລາ ເຖິງວັນທີ 7 ທັນວາຂອງທຸກໆປີເມື່ອສະມາຊິກສາມາດປ່ຽນແປງແຜນສຸຂະພາບ ຫຼື ແຜນຢາຂອງເຂົາເຈົ້າ ຫຼື ປ່ຽນໄປໃຊ້ Original Medicare.

ສິນຄ້າຊິວະພາບຕົ້ນສະບັບ – ສິນຄ້າຊິວະພາບທີ່ໄດ້ຮັບການອະນຸມັດໂດຍ FDA ແລະ ເປັນການປຽບທຽບໃຫ້ຜູ້ຜະລິດເຮັດລຸ້ນຊິວະວັດຖຸທີ່ຄ້າຍຄຶງ. ມັນຍັງຖືກເອີ້ນວ່າຜະລິດຕະພັນອ້າງອີງ.

Original Medicare (Medicare ແບບດັ້ງເດີມ ຫຼື Medicare ແບບຈ່າຍຕາມການບໍລິການ) – Original Medicare ແມ່ນສະເໜີໃຫ້ໂດຍລັດຖະບານ, ແລະ ບໍ່ແມ່ນແຜນປະກັນສຸຂະພາບເອກະຊົນເຊັ່ນແຜນ Medicare Advantage ແລະ ແຜນຢາຕາມໃບສັງແພດ. ພາຍໃຕ້ Original Medicare, ບໍລິການ Medicare ຖືກຄຸ້ມຄອງໂດຍການຈ່າຍເງິນໃຫ້ແພດ, ໂຮງໝໍ ແລະ ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດ້ານການດູແລສຸຂະພາບອື່ນໆຕາມຈຳນວນການຈ່າຍເງິນທີ່ກຳນົດໂດຍລັດຖະສະພາ. ທ່ານສາມາດພົບແພດ, ໂຮງໝໍ, ຫຼື ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດ້ານການດູແລສຸຂະພາບອື່ນໆທີ່ຍອມຮັບ Medicare. ທ່ານຕ້ອງຈ່າຍ ຍອດຫັກອອກໄດ້. Medicare ຈ່າຍສ່ວນແບ່ງຂອງຈຳນວນທີ່ໄດ້ຮັບການອະນຸມັດຈາກ Medicare, ແລະ ທ່ານຈ່າຍສ່ວນແບ່ງຂອງທ່ານ. Original Medicare ມີ 2 ພາກ: ພາກ A (ປະກັນໄພໂຮງໝໍ) ແລະ ພາກ B (ປະກັນໄພທາງການແພດ) ແລະ ມີໃຫ້ບໍລິການຢູ່ທຸກແຫ່ງໃນສະຫະລັດ.

ຮ້ານຂາຍຢາໃນເຄື່ອຂ່າຍ – ຮ້ານຂາຍຢາທີ່ບໍ່ມີສັນຍາກັບແຜນຂອງພວກເຮົາເພື່ອປະສານງານ ຫຼື ສະໜອງ ຢາທີ່ຢູ່ໃຕ້ການຄຸ້ມຄອງໃຫ້ແກ່ສະມາຊິກຂອງແຜນຂອງພວກເຮົາ. ຢາສ່ວນໃຫຍ່ທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບຈາກຮ້ານຂາຍຢານອກເຄືອຂ່າຍບໍ່ໄດ້ຖືກຄຸ້ມຄອງໂດຍແຜນຂອງພວກເຮົາ ເວັ້ນເສຍແຕ່ຈະມີເງື່ອນໄຂບາງຢ່າງນໍາໃຊ້.

ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການນອກເຄືອຂ່າຍ ຫຼື ສະຖານພະຍາບານນອກເຄືອຂ່າຍ – ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ ຫຼື ສະຖານທີ່ທີ່ບໍ່ມີສັນຍາກັບແຜນຂອງພວກເຮົາເພື່ອປະສານງານ ຫຼື ສະໜອງ ບໍລິການທີ່ຢູ່ໃຕ້ການຄຸ້ມຄອງ ໃຫ້ແກ່ສະມາຊິກຂອງແຜນຂອງພວກເຮົາ. ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການນອກເຄືອຂ່າຍແມ່ນຜູ້ໃຫ້ບໍລິການທີ່ບໍ່ໄດ້ຖືກຈ້າງ, ເປັນເຈົ້າຂອງ, ຫຼື ດໍາເນີນການໂດຍແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາ.

ບົດທີ 12 ຄໍານິຍາມ

ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທີ່ຕ້ອງຈ່າຍເອງ – ໄປທີ່ຄໍານິຍາມຂອງການແບ່ງປັນຕົ້ນທຶນ ຂ້າງເທິງ. ຂໍ້ກຳນົດ ການແບ່ງປັນຕົ້ນທຶນ ຂອງສະມາຊິກໃນການຈ່າຍເງິນສ່ວນໜຶ່ງຂອງການບໍລິການ ຫຼື ຢາທີ່ໄດ້ຮັບຍັງຖືກເອີ້ນວ່າຂໍ້ກຳນົດຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທີ່ຕ້ອງຈ່າຍເອງຂອງສະມາຊິກ.

ເພດານການຊໍາລະດ້ວຍເງິນຕົນເອງ – ຈຳນວນສູງສຸດທີ່ທ່ານຈ່າຍເອງສໍາລັບຢາພາກ D.

ພາກ C – ໄປທີ່ແຜນ Medicare Advantage (MA).

ພາກ D – ໂຄງການຜົນປະໂຫຍດຢາຕາມໃບສັງແພດ Medicare ແບບສະໝັກໃຈ.

ຢາພາກ D – ຢາທີ່ສາມາດຖືກຄຸ້ມຄອງພາຍໃຕ້ພາກ D. ພວກເຮົາອາດຈະສະເໜີ ຫຼື ບໍ່ສະເໜີຢາພາກ D ທັງໝົດ. ຢາບາງປະເພດໄດ້ຖືກຍົກເວັ້ນຈາກການຄຸ້ມຄອງພາກ D ໂດຍລັດຖະສະພາ. ຢາພາກ D ບາງປະເພດຕ້ອງຖືກຄຸ້ມຄອງໂດຍທຸກໆແຜນ.

ເບ້ຍປັບໄໝການສະໝັກລ່າຊ້າສ່ວນ D – ຈຳນວນເງິນທີ່ຖືກເພີ່ມເຂົ້າໃນແຜນເບ້ຍປະກັນສຸຂະພາບລາຍເດືອນຂອງທ່ານສໍາລັບການຄຸ້ມຄອງຢາ Medicare ຖ້າທ່ານບໍ່ມີການຄຸ້ມຄອງທີ່ຮັບຮອງ (ການຄຸ້ມຄອງທີ່ຄາດວ່າຈະຈ່າຍ, ໂດຍສະເລ່ຍ, ຢ່າງໜ້ອຍເທົ່າກັບການຄຸ້ມຄອງຢາຕາມໃບສັງແພດມາດຕະຖານຂອງ Medicare) ເປັນເວລາຕໍ່ເນື່ອງ 63 ມື້ ຫຼື ຫຼາຍກວ່ານັ້ນ ຫຼັງຈາກທີ່ທ່ານມີສິດຄັ້ງທໍາອິດທີ່ຈະເຂົ້າຮ່ວມແຜນປະກັນພາກ D. ຖ້າທ່ານສູນເສຍ ການຊ່ວຍເຫຼືອພິເສດ, ການຈະຖືກຄ່າປັບໄໝການລົງທະບຽນຊ້າຖ້າທ່ານບໍ່ມີພາກ D ຫຼື ການຄຸ້ມຄອງຄ່າຢາຕາມໃບສັງແພດທີ່ມີການຮັບຮອງອື່ນເປັນເວລາ 63 ມື້ ຫຼື ຫຼາຍກວ່ານັ້ນ.

ຈຸດບໍລິການ – HMO ທີ່ມີທາງເລືອກ ຈຸດບໍລິການ (POS)ແມ່ນຜົນປະໂຫຍດເພີ່ມເຕີມທີ່ຄຸ້ມຄອງບໍລິການທີ່ຈຳເປັນທາງການແພດບາງຢ່າງທີ່ທ່ານອາດຈະໄດ້ຮັບຈາກຜູ້ໃຫ້ບໍລິການນອກເຄືອຂ່າຍທີ່ຍອມຮັບ Medicare. ເມື່ອທ່ານໃຊ້ຜົນປະໂຫຍດ POS (ນອກເຄືອຂ່າຍ) ຂອງທ່ານ,ທ່ານມີໜ້າທີ່ຮັບຜິດຊອບຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃນການດູແລເພີ່ມຂຶ້ນ. ຄວນສົນທະນາກັບຜູ້ໃຫ້ບໍລິການການເບິ່ງແຍງຫຼັກ (PCP) ຂອງທ່ານກ່ອນທີ່ຈະຊອກຫາການດູແລຈາກຜູ້ໃຫ້ບໍລິການນອກເຄືອຂ່າຍ. PCP ຂອງທ່ານຈະແຈ້ງພວກເຮົາໂດຍການຂໍການອະນຸມັດຈາກແຜນ (ການອະນຸມັດລ່ວງໜ້າ). (ເບິ່ງບົດທີ 1, ພາກທີ 1.1)

ການແບ່ງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທີ່ຕ້ອງການ – ການແບ່ງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທີ່ຕ້ອງການ ໝາຍເຖິງ ການແບ່ງປັນຕົ້ນທຶນ ທີ່ຕໍ່າກວ່າສໍາລັບຢາພາກ D ທີ່ຖືກຄຸ້ມຄອງບາງຢ່າງຢູ່ຮ້ານຂາຍຢາໃນເຄືອຂ່າຍບາງແຫ່ງ.

ເບ້ຍປະກັນສຸຂະພາບ – ການຈ່າຍເງິນເປັນງວດໃຫ້ແກ່ Medicare, ບໍລິສັດປະກັນໄພ ຫຼື ແຜນດູແລສຸຂະພາບສໍາລັບການຄຸ້ມຄອງສຸຂະພາບ ຫຼື ຢາຕາມໃບສັງແພດ.

ບໍລິການປ້ອງກັນ – ການດູແລສຸຂະພາບເພື່ອປ້ອງກັນພະຍາດ ຫຼື ກວດພົບພະຍາດໃນໄລຍະເລີ່ມຕົ້ນ, ເມື່ອການປິ່ນປົວມີແນວໂນ້ມທີ່ຈະໄດ້ຜົນດີທີ່ສຸດ (ຕົວຢ່າງ, ບໍລິການປ້ອງກັນລວມມີການສັກຢາກັນໄຂ້ຫວັດ, ການສັກຢາກັນໄຂ້ຫວັດ ແລະ ການກວດແມມໂມແກຣມ).

ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການການເບິ່ງແຍງຫຼັກ (PCP) – ແພດ ຫຼື ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການອື່ນໆທີ່ທ່ານພົບກ່ອນສໍາລັບບັນຫາສຸຂະພາບສ່ວນໃຫຍ່. ໃນແຜນສຸຂະພາບ Medicare ຫຼາຍແຜນປະກັນ, ທ່ານຕ້ອງພົບຜູ້ໃຫ້ບໍລິການການເບິ່ງແຍງຫຼັກຂອງທ່ານກ່ອນທີ່ຈະພົບຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດ້ານການດູແລສຸຂະພາບອື່ນໆ.

ບົດທີ 12 ຄໍານິຍາມ

ການອານຸມັດລ່ວງໜ້າ – ການອະນຸມັດລ່ວງໜ້າເພື່ອຮັບການບໍລິການ ຫຼື ຢາບາງຊະນິດໂດຍອີງໃສ່ເງື່ອນໄຂສະເພາະ. ບໍລິການທີ່ຢູ່ໃຕ້ການຄຸ້ມຄອງ ທີ່ຕ້ອງການອານຸມັດລ່ວງໜ້າ ແມ່ນຖືກໝາຍໄວ້ໃນເສັ້ນສະແດງຜົນປະໂຫຍດທາງການແພດ ໃນບົດທີ 4. ຢາທີ່ຢູ່ໃຕ້ການຄຸ້ມຄອງ ທີ່ຕ້ອງການການອານຸມັດລ່ວງໜ້າແມ່ນຖືກໝາຍໄວ້ໃນສູດຢາ ແລະ ເງື່ອນໄຂຂອງພວກເຮົາແມ່ນຖືກປະກາດໄວ້ໃນເວັບໄຊທ໌ຂອງພວກເຮົາ.

ແຂນຂາທຽມ ແລະ ແຜ່ນຮອງຕີນ – ອຸປະກອນທາງການແພດລວມທັງ, ແຕ່ບໍ່ຈຳກັດ, ເຄື່ອງຕາມແຂນ, ຫຼັງ ແລະ ຄໍ; ອະໄວຍະວະທຽມ; ຕາທຽມ; ແລະ ອຸປະກອນທີ່ຈຳເປັນເພື່ອທົດແທນພາກສ່ວນ ຫຼື ໜ້າທີ່ພາຍໃນຂອງຮ່າງກາຍ, ລວມທັງເຄື່ອງໃຊ້ ການເຮັດສັນຍາກຳເປີດຊ່ອງທາງລະບາຍ ແລະ ການປິ່ນປົວໂພຊະນາການທາງລະບົບທາງເດີນອາຫານກະເພາະ ແລະ ການໃຫ້ອາຫານທາງຫຼອດເດືອດດຳ.

ອົງການພັດທະນາຄຸນນະພາບ (QIO) – ກຸ່ມຂອງແພດທີ່ປະຕິບັດງານ ແລະ ຜູ້ຊ່ຽວຊານດ້ານການດູແລສຸຂະພາບອື່ນໆທີ່ໄດ້ຮັບຄໍາຈ້າງຈາກລັດຖະບານກາງເພື່ອກວດກາ ແລະ ປັບປຸງການດູແລທີ່ໃຫ້ແກ່ຄົນເຈັບ Medicare.

ຂີດຈຳກັດປະລິມານ – ເຄື່ອງມືຄຸ້ມຄອງທີ່ຖືກອອກແບບມາເພື່ອຈຳກັດການໃຊ້ຢາສໍາລັບເຫດຜົນດ້ານຄຸນນະພາບ, ຄວາມປອດໄພ ຫຼື ການນຳໃຊ້. ຂີດຈຳກັດອາດຈະຢູ່ໃນຈຳນວນຢາທີ່ພວກເຮົາຄຸ້ມຄອງຕໍ່ໃບສັງແພດ ຫຼື ສໍາລັບໄລຍະເວລາທີ່ກຳນົດໄວ້.

“ລະບົບສະແດງຜົນປະໂຫຍດຕົວຈິງ” – ປະຕູ ຫຼື ໂປຣແກຣມຄອມພິວເຕີທີ່ຜູ້ລົງທະບຽນສາມາດຊອກຫາຂໍ້ມູນສູດຢາ ແລະ ຜົນປະໂຫຍດທີ່ສົມບູນ, ຖືກຕ້ອງ, ທັນເວລາ, ເໝາະສົມທາງດ້ານຄລິນິກ, ແລະ ສະເພາະຜູ້ລົງທະບຽນ. ອັນນີ້ລວມມີຈຳນວນການແບ່ງປັນຕົ້ນທຶນ, ຢາສູດທາງເລືອກທີ່ອາດຈະຖືກໃຊ້ສໍາລັບສະພາບສຸຂະພາບດຽວກັນກັບຢາທີ່ໄດ້ກຳນົດໄວ້, ແລະ ຂໍ້ຈຳກັດການຄຸ້ມຄອງ (ການອານຸມັດລ່ວງໜ້າ, ການບຳບັດດ້ວຍຕີນ, ຕົວວັດກອບຄຸນນະພາບ) ທີ່ນຳໃຊ້ກັບຢາທາງເລືອກ.

ການອ້າງອີງ – ຄໍາສັ່ງເປັນລາຍລັກອັກສອນຈາກແພດດູແລຫຼັກຂອງທ່ານເພື່ອໃຫ້ທ່ານໄປພົບຜູ້ຊ່ຽວຊານ ຫຼື ໄດ້ຮັບບໍລິການທາງການແພດບາງຢ່າງ. ຫາກບໍ່ມີການອ້າງອີງ, ແຜນຂອງພວກເຮົາອາດຈະບໍ່ຈ່າຍຄ່າບໍລິການຈາກຜູ້ຊ່ຽວຊານ.

ບໍລິການບຳບັດຟື້ນຟູ – ບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ລວມມີການດູແລການຟື້ນຟູສະມັດຕະພາບຄົນເຈັບໃນ, ກາຍະພາບບຳບັດ (ຄົນເຈັບນອກ), ການບຳບັດການເວົ້າ ແລະ ພາສາ, ແລະ ກິດຈະກຳບຳບັດ.

ຢາທີ່ຖືກເລືອກ – ຢາທີ່ຖືກຄຸ້ມຄອງພາຍໃຕ້ພາກ D ທີ່ Medicare ເຈລະຈາ ລາຄາທີ່ເໝາະສົມສູງສຸດ.

ຂອບເຂດບໍລິການ – ພື້ນທີ່ທາງພູມສາດທີ່ທ່ານຕ້ອງອາໄສຢູ່ເພື່ອເຂົ້າຮ່ວມແຜນປະກັນສຸຂະພາບໃດໜຶ່ງ. ສໍາລັບແຜນທີ່ຈຳກັດວ່າທ່ານສາມາດໃຊ້ແພດ ແລະ ໂຮງໝໍໃດ, ມັນຍັງເປັນພື້ນທີ່ທີ່ທ່ານສາມາດໄດ້ຮັບບໍລິການປົກກະຕິ (ບໍ່ແມ່ນເຫດສຸກເສີນ). ແຜນຂອງພວກເຮົາຕ້ອງຢຸດຕິການລົງທະບຽນຂອງທ່ານຖ້າທ່ານຍ້າຍອອກຈາກຂອບເຂດບໍລິການຂອງແຜນຂອງພວກເຮົາຢ່າງຖາວອນ.

ການດູແລຢູ່ສະຖານພະຍາບານຊ່ວຍເຫຼືອຜູ້ປ່ວຍ (SNF) – ການດູແລພະຍາບານສໍາລັບຜູ້ຊ່ຽວຊານ ແລະ ບໍລິການບຳບັດຟື້ນຟູທີ່ສະໜອງໃຫ້ຢ່າງຕໍ່ເນື່ອງ, ທຸກໆມື້ໃນສູນພະຍາບານສໍາລັບຜູ້ຊ່ຽວຊານ. ຕົວຢ່າງຂອງການດູແລລວມມີກາຍະພາບບຳບັດ ຫຼື ການສິດຢາເຂົ້າເສັ້ນທີ່ສາມາດໃຫ້ໄດ້ໂດຍພະຍາບານທີ່ລົງທະບຽນ ຫຼື ແພດເທົ່ານັ້ນ.

ແຜນປະກັນໄພສໍາລັບຜູ້ປ່ວຍທີ່ຕ້ອງການການເບິ່ງແຍງພິເສດ – ປະເພດພິເສດຂອງແຜນ Medicare Advantage ທີ່ໃຫ້ການດູແລສຸຂະພາບທີ່ເນັ້ນໜັກຫຼາຍຂຶ້ນສໍາລັບກຸ່ມຄົນສະເພາະ, ເຊັ່ນ: ຄົນທີ່ມີທັງ Medicare ແລະ Medicaid, ຜູ້ທີ່ອາໄສຢູ່ໃນສະຖານພະຍາບານ, ຫຼື ຜູ້ທີ່ມີສະພາບທາງການແພດຊຳເຮື້ອບາງຢ່າງ.

ບົດທີ 12 ຄໍານິຍາມ

ມາດຕະຖານການແບ່ງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ – ມາດຕະຖານການແບ່ງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍແມ່ນ ການແບ່ງປັນຕົ້ນທຶນ ອື່ນທີ່ບໍ່ແມ່ນ ການແບ່ງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ ທີ່ຕ້ອງການ ທີ່ສະເໜີໃຫ້ຢູ່ຮ້ານຂາຍຢາໃນເຄືອຂ່າຍ.

ການບໍາບັດດ້ວຍຕົນ – ເຄື່ອງມືການນໍາໃຊ້ທີ່ຕ້ອງການໃຫ້ທ່ານລອງໃຊ້ຢ່າງອື່ນກ່ອນເພື່ອປຶ້ນປົວສະພາບທາງການແພດຂອງທ່ານ ກ່ອນທີ່ພວກເຮົາຈະຄຸ້ມຄອງຢາທີ່ແພດຂອງທ່ານອາດຈະສັ່ງໃນເບື້ອງຕົ້ນ.

ໂຄງການລາຍໄດ້ປະກັນສັງຄົມເສີມ (SSI) – ຜົນປະໂຫຍດລາຍເດືອນທີ່ຈ່າຍໂດຍ Social Security ໃຫ້ແກ່ຄົນທີ່ມີລາຍໄດ້ ແລະ ຊັບພະຍາກອນຈຳກັດທີ່ພິການ, ຕາບອດ ຫຼື ອາຍຸ 65 ປີຂຶ້ນໄປ. ຜົນປະໂຫຍດ SSI ບໍ່ຄືກັນກັບຜົນປະໂຫຍດ Social Security.

ບໍລິການຈຳເປັນສຸກເສີນ – ບໍລິການທີ່ຄຸ້ມຄອງໂດຍແຜນທີ່ຕ້ອງການການປຶ້ນປົວທາງການແພດທັນທີທີ່ບໍ່ແມ່ນກໍລະນີເຫດສຸກເສີນ, ແຕ່ທ່ານຢູ່ຊົ່ວຄາວຢູ່ນອກຂອບເຂດບໍລິການຂອງແຜນຂອງພວກເຮົາ, ຫຼື ມັນບໍ່ສົມເຫດສົມຜົນເມື່ອພິຈາລະນາເວລາ, ສະຖານທີ່ ແລະ ສະພາບການຂອງທ່ານທີ່ຈະໄດ້ຮັບບໍລິການນີ້ຈາກຜູ້ໃຫ້ບໍລິການໃນເຄືອຂ່າຍ. ຕົວຢ່າງຂອງບໍລິການຈຳເປັນສຸກເສີນ ແມ່ນພະຍາດທາງການແພດ ແລະ ການບາດເຈັບທີ່ບໍ່ໄດ້ຄາດຄິດ ຫຼື ອາການກຳເລີບຂອງພະຍາດທີ່ເປັນຢູ່ແລ້ວ. ການເຂົ້າພົບ ແພດຕາມກຳນົດທີ່ຈຳເປັນທາງການແພດ (ເຊັ່ນ ການກວດສຸຂະພາບປະຈຳປີ) ຈະບໍ່ຖືວ່າຈຳເປັນເຮັງດ່ວນ ເຖິງແມ່ນວ່າຈະຢູ່ນອກ ຂອບເຂດບໍລິການຕາມແຜນຂອງເຮົາ ຫຼື ເຄືອຂ່າຍແຜນຂອງເຮົາບໍ່ສາມາດໃຫ້ບໍລິການໄດ້ຊົ່ວຄາວກໍຕາມ.

ບັດ Wellcare Spendables® - ບັດເດບິດ, ທີ່ໄດ້ໂຫຼດໄວ້ລ່ວງໜ້າໂດຍແຜນທີ່ອາດຈະຖືກໃຊ້ເພື່ອຊ່ວຍຈ່າຍຄ່າສິນຄ້າຕາມທີ່ ໄດ້ອະທິບາຍໄວ້ໃນເສັ້ນສະແດງຜົນປະໂຫຍດທາງການແພດ.

ໜ້າເພສນີ້ຖືກປະວ່າງໄວ້ໂດຍເຈດຕະນາ.

ໜ້າເພສນີ້ຖືກປະວ່າງໄວ້ໂດຍເຈດຕະນາ.

ຝ່າຍການການບໍລິການສະມາຊິກ Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP)

ວິທີການ	ຝ່າຍການບໍລິການສະມາຊິກ – ຂໍ້ມູນຕິດຕໍ່
ໂທ	1-888-846-4262 ການໂທຫາເບີນີ້ບໍ່ມີຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ. ລະຫວ່າງວັນທີ 1 ເດືອນຕຸລາ ຫາ ວັນທີ 31 ເດືອນມີນາ, ພະນັກງານຕາງໜ້າພ້ອມໃຫ້ບໍລິການວັນຈັນ-ວັນອາທິດ, ເວລາ 7:45 a.m. ຕອນເຊົ້າ ຫາ 8 p.m. ຕອນແລງ. ລະຫວ່າງວັນທີ 1 ເດືອນເມສາ ຫາ ວັນທີ 30 ເດືອນກັນຍາ, ພະນັກງານຕາງໜ້າພ້ອມໃຫ້ບໍລິການວັນຈັນ-ວັນສຸກ, ເວລາ 7:45 a.m. ຕອນເຊົ້າ ຫາ 8 p.m. ຕອນແລງ. ກະລຸນາຮັບຊາບວ່າໃນຊ່ວງນອກເວລາເຮັດວຽກ, ທ້າຍອາທິດ ແລະ ວັນພັກລັດຖະການແຕ່ວັນທີ 1 ເມສາ ຫາ 30 ກັນຍາ, ລະບົບໂທລະສັບອັດຕະໂນມັດຂອງພວກເຮົາອາດຈະຮັບສາຍຂອງທ່ານ. ຖ້າທ່ານປະຊຶ້ຄວາມສຽງໄວ້, ກະລຸນາລະບຸຊື່ ແລະ ເບີໂທລະສັບຂອງທ່ານ ແລ້ວທີມງານສະມາຊິກຈະໂທກັບທ່ານພາຍໃນໜຶ່ງ (1) ວັນລັດຖະການ. ຝ່າຍການບໍລິການສະມາຊິກ 1-888-846-4262 (ຜູ້ໃຊ້ TTY ໃຫ້ໂທຫາ 711) ຍັງມີບໍລິການນາຍພາສາໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າສໍາລັບຜູ້ທີ່ບໍ່ເວົ້າພາສາອັງກິດ.
TTY	711 ການໂທຫາເບີນີ້ບໍ່ມີຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ. ລະຫວ່າງວັນທີ 1 ຕຸລາຫາວັນທີ 31 ມີນາ, ຜູ້ຕາງໜ້າມີວັນຈັນເຖິງວັນອາທິດ, 7:45 ໂມງເຊົ້າຫາ 8 ໂມງແລງ. ລະຫວ່າງວັນທີ 1 ເດືອນເມສາຫາວັນທີ 30 ກັນຍາ, ຜູ້ຕາງໜ້າມີວັນຈັນເຖິງວັນສຸກ, 7:45 ໂມງເຊົ້າຫາ 8 ໂມງແລງ.
ຂຽນ	Wellcare By 'Ohana Health Plan PO Box 31370 Tampa, FL 33631-3370
ເວັບໄຊທ໌	go.wellcare.com/OhanaHI

ໂຄງການເຊື່ອເຫຼືອການປະກັນສຸຂະພາບຂອງລັດ Hawaii (SHIP)

ໂຄງການເຊື່ອເຫຼືອການປະກັນສຸຂະພາບຂອງລັດ Hawaii (SHIP) ແມ່ນໂຄງການຂອງລັດທີ່ໄດ້ຮັບເງິນທຶນຈາກລັດຖະບານກາງ ເພື່ອໃຫ້ຄໍາປຶກສາດ້ານການປະກັນສຸຂະພາບໃນທ້ອງຖິ່ນໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າແກ່ຜູ້ທີ່ມີ Medicare.

ວິທີການ	ຂໍ້ມູນຕິດຕໍ່
ໂທ	1-888-875-9229
TTY	1-866-810-4379 ໝາຍເລກນີ້ຕ້ອງການອຸປະກອນໂທລະສັບພິເສດ ແລະ ແມ່ນສະເພາະສໍາລັບຜູ້ທີ່ມີຄວາມຫຍຸ້ງຍາກໃນການໄດ້ຍິນ ຫຼື ການປາກເວົ້າເທົ່ານັ້ນ.
ຂຽນ	Hawaii SHIP, Executive Office on Aging, No. 1 Capitol District 250 South Hotel Street, Suite 406 Honolulu, Hawaii 96813-2831
ເວັບໄຊທ໌	http://www.hawaiiiship.org/

ໃບແຈ້ງເປີດເຜີຍ PRA ອີງຕາມກົດໝາຍ ບົດບັນຍັດວ່າດ້ວຍການລຸດຜ່ອນການນໍາໃຊ້ເຈ້ຍ ປີ 1995, ບໍ່ມີຜູ້ໃດຖືກຮຽກຮ້ອງໃຫ້ຕອບກັບການເກັບກໍາຂໍ້ມູນເວັ້ນເສຍແຕ່ວ່າມັນສະແດງຕົວເລກຄວບຄຸມ OMB ທີ່ຖືກຕ້ອງ. ຕົວເລກຄວບຄຸມ OMB ທີ່ຖືກຕ້ອງສໍາລັບການເກັບກໍາຂໍ້ມູນນີ້ແມ່ນ 0938-1051. ຖ້າທ່ານມີຄໍາຄິດເຫັນ ຫຼື ຄໍາແນະນໍາສໍາລັບການປັບປຸງແບບຟອມນີ້, ໃຫ້ຂຽນເຖິງ: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.