

Wellcare Dual Align 129 (HMO D-SNP) ផ្តល់ជូនដោយ Health Net of California, Inc.

សេចក្តីជូនដំណឹងប្រចាំឆ្នាំស្តីពីការផ្លាស់ប្តូរ សម្រាប់ឆ្នាំ 2023

សេចក្តីផ្តើម

បញ្ញត្តិនេះអ្នកត្រូវបានចុះឈ្មោះក្នុងនាមជាសមាជិកម្នាក់នៃគម្រោងរបស់យើង។ នៅឆ្នាំក្រោយ នឹងមានការផ្លាស់ប្តូរមួយចំនួនចំពោះ អត្ថប្រយោជន៍ ការធានារ៉ាប់រង វិធាន និងថ្លៃចំណាយរបស់យើង។ សេចក្តីជូនដំណឹងអំពីការផ្លាស់ប្តូរប្រចាំឆ្នាំនេះជម្រាបជូនអ្នកអំពីការផ្លាស់ប្តូរនិងកន្លែងស្វែងរកព័ត៌មានបន្ថែមអំពីពួកគេដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែមអំពីថ្លៃចំណាយ អត្ថប្រយោជន៍ ឬវិធាន សូមពិនិត្យមើល សៀវភៅណែនាំសមាជិក ដែលមាននៅលើគេហទំព័ររបស់យើងនៅ <https://wellcare.healthnetcalifornia.com>។ ពាក្យគន្លឹះនិងនិយមន័យនៃពាក្យគន្លឹះទាំងនេះបង្ហាញទៅលំដាប់អក្ខរក្រមនៅក្នុងជំពូកចុងក្រោយនៃសៀវភៅណែនាំសមាជិករបស់អ្នក។

តារាងមាតិកា

A. ការបដិសេធមិនទទួលខុសត្រូវ	3
B. ការពិនិត្យឡើងវិញលើការធានារ៉ាប់រង Medicare និង Medi-Cal របស់អ្នកសម្រាប់ឆ្នាំក្រោយ	3
B1. ធនធានបន្ថែមទៀត	4
B2. ព័ត៌មានអំពីគម្រោងរបស់យើង	6
B3. រឿងសំខាន់ដែលត្រូវធ្វើ	7
C. ការផ្លាស់ប្តូរទៅកាន់ឈ្មោះគម្រោងរបស់យើង	8
D. ការផ្លាស់ប្តូរចំពោះអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំក្នុងបណ្តាញ និងឱសថស្ថានរបស់យើង	8
E. ការផ្លាស់ប្តូរចំពោះអត្ថប្រយោជន៍ និងថ្លៃចំណាយ សម្រាប់ឆ្នាំក្រោយ	8
E1. ការផ្លាស់ប្តូរចំពោះអត្ថប្រយោជន៍ និងថ្លៃចំណាយ សម្រាប់សេវាវេជ្ជសាស្ត្រ	8
E2. ការផ្លាស់ប្តូរទៅឱសថដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រង	12
F. ការផ្លាស់ប្តូររដ្ឋបាល	15
G. ការជ្រើសរើសគម្រោងមួយ	15
G1. ស្ថិតនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើង	15
G2. ការផ្លាស់ប្តូរគម្រោង	16
H. ទទួលបានជំនួយ	19

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅ Wellcare Dual Align 129 (HMO D-SNP) តាមលេខ 1-800-431-9007 (TTY: 711)។ ចន្លោះថ្ងៃទី 1 ខែតុលា និងថ្ងៃទី 31 ខែមីនា អ្នកគំណាងអាចរកបានពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃអាទិត្យ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់។ ចន្លោះថ្ងៃទី 1 ខែមេសាដល់ថ្ងៃទី 30 ខែកញ្ញា អ្នកគំណាងអាចរកបានពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់។ ការហៅទូរសព្ទនេះ គឺឥតគិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម ចូលមើលគេហទំព័រ <https://wellcare.healthnetcalifornia.com>។ 1



H1. គម្រោងរបស់ពួកយើង	19
H2. កម្មវិធីគាំពារ និងផ្តល់ប្រឹក្សាអំពីការធានារ៉ាប់រងសុខភាព (HICAP)	20
H3. Ombuds Program	20
H4. Medicare	20
H5. ក្រសួងគ្រប់គ្រងការថែទាំសុខភាពនៃរដ្ឋ California	21



ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅ Wellcare Dual Align 129 (HMO D-SNP) តាមលេខ 1-800-431-9007 (TTY: 711)។ ចន្លោះថ្ងៃទី 1 ខែតុលា និងថ្ងៃទី 31 ខែមីនា អ្នកតំណាងអាចរកបានពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃអាទិត្យ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់។ ចន្លោះថ្ងៃទី 1 ខែមេសានិងថ្ងៃទី 30 ខែកញ្ញា អ្នកតំណាងអាចរកបានពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់។ ការហៅទូរសព្ទនេះ គឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** ចូរមើលគេហទំព័រ <https://wellcare.healthnetcalifornia.com>។

A. ការបដិសេធមិនទទួលខុសត្រូវ

- ❖ នេះមិនមែនជាបញ្ជីដែលពេញលេញនោះទេ។ ព័ត៌មានស្តីអំពីអត្ថប្រយោជន៍ គឺជាសេចក្តីសង្ខេបនៃអត្ថប្រយោជន៍ប៉ុណ្ណោះមិនមែនជាការពណ៌នាអំពីអត្ថប្រយោជន៍ពេញលេញនោះទេ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមទាក់ទងគម្រោង ឬអាន *សៀវភៅណែនាំសមាជិក Wellcare Dual Align 129 (HMO D-SNP)*។
- ❖ Wellcare គឺជាម៉ាក Medicare សម្រាប់សាជីវកម្ម Centene Corporation លើគម្រោង HMO, PPO, PFFS, PDP ជាមួយនឹងកិច្ចសន្យា Medicare និងជាអ្នកឧបត្ថម្ភ Part D ដែលបានយល់ព្រម។ គម្រោង D-SNP របស់យើងមានកិច្ចសន្យាជាមួយកម្មវិធី Medicaid របស់រដ្ឋ។ ការចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងរបស់យើងអាស្រ័យលើការបន្តកិច្ចសន្យាថ្មី។
- ❖ អត្ថប្រយោជន៍ដែលបានរៀបរាប់អាចជាផ្នែកមួយនៃអត្ថប្រយោជន៍បន្ថែមពិសេសសម្រាប់អ្នកជំងឺរ៉ាំរ៉ៃ។ មិនមែនសមាជិកទាំងអស់នឹងមានលក្ខណៈគ្រប់គ្រាន់នោះទេ។

B. ការពិនិត្យឡើងវិញលើការធានារ៉ាប់រង Medicare និង Medi-Cal របស់អ្នកសម្រាប់ឆ្នាំក្រោយ

នៅពេលដែល *សេចក្តីជូនដំណឹងប្រចាំឆ្នាំស្តីពីការផ្លាស់ប្តូរ* និយាយថា "យើង" "យើងខ្ញុំ" "របស់យើង" ឬ "គម្រោងរបស់យើង" មានន័យថា គម្រោង Medicare Medi-Cal Coordination Plan។

វាក៏សំខាន់ដែលត្រូវពិនិត្យឡើងវិញនូវការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកបច្ចុប្បន្ននេះដើម្បីធ្វើឱ្យប្រាកដថាវានឹងនៅតែបំពេញបានតាមសេចក្តីត្រូវការរបស់អ្នកនៅឆ្នាំក្រោយ។ ប្រសិនបើមិនបំពេញតាមតម្រូវការរបស់អ្នកបាននោះទេ អ្នកប្រហែលជាអាចចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើងបាន។ សូមមើលផ្នែក E សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។

ប្រសិនបើអ្នកជ្រើសរើសចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើង សមាជិកភាពរបស់អ្នកនឹងបញ្ចប់នៅថ្ងៃចុងក្រោយនៃខែ ដែលសំណើរបស់អ្នកត្រូវបានធ្វើឡើង។ អ្នកនឹងនៅតែស្ថិតនៅក្នុងកម្មវិធី Medicare និង Medi-Cal ដដែលដរាបណាអ្នកនៅមានសិទ្ធិទទួលបាន។

ប្រសិនបើអ្នកចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើង អ្នកអាចទទួលបានព័ត៌មានអំពី៖

- ជម្រើស Medicare នៅក្នុងតារាងនៅផ្នែក G2។
- សេវារបស់ Medi-Cal នៅក្នុងផ្នែក G2។



ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅ Wellcare Dual Align 129 (HMO D-SNP) តាមលេខ 1-800-431-9007 (TTY: 711)។ ចន្លោះថ្ងៃទី 1 ខែតុលា និងថ្ងៃទី 31 ខែមីនា អ្នកគំណាងអាចរកបានពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃអាទិត្យ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់។ ចន្លោះថ្ងៃទី 1 ខែមេសាដល់ថ្ងៃទី 30 ខែកញ្ញា អ្នកគំណាងអាចរកបានពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់។ ការហៅទូរសព្ទនេះ គឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** ចូរមើលគេហទំព័រ <https://wellcare.healthnetcalifornia.com>។

B1. ធនធានបន្ថែមទៀត

- **انتباه:** إذا كنت تتحدث اللغة العربية أو الأرمنية أو الكمبودية أو الصينية أو الفارسية أو الكورية أو الروسية أو الإسبانية أو التاجالوجية أو الفيتنامية، فنحن نوفر لك خدمات مساعدة لغوية مجانية. اتصل على الرقم 1-800-431-9007 (TTY: 711). في الفترة الممتدة بين 1 أكتوبر و31 مارس، الممثلون متاحون من الاثنين إلى الأحد، من الساعة 8 صباحًا لغاية الساعة 8 مساءً. وفي الفترة الممتدة بين 1 أبريل و30 سبتمبر، الممثلون متاحون من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 صباحًا لغاية الساعة 8 مساءً. والاتصال مجاني.
- **ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ:** Եթե խոսում եք արաբերեն, հայերեն, կամբոջերեն, չինարեն, պարսկերեն, կորեերեն, ռուսերեն, իսպաներեն, թազալոգ կամ վիետնամերեն լեզուներով, ապա Ձեզ կտրամադրվի անվճար լեզվական աջակցության ծառայություններ: Չանգահարեք 1-800-431-9007 (TTY՝ 711): Հոկտեմբերի 1-ից մարտի 31-ն ընկած ժամանակահատվածում ներկայացուցիչները հասանելի են երկուշաբթիից կիրակի, ժամը՝ 8 a.m. - 8 p.m.: Ապրիլի 1-ից սեպտեմբերի 30-ն ընկած ժամանակահատվածում ներկայացուցիչները հասանելի են երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին, ժամը՝ 8 a.m. - 8 p.m.: Չանգն անվճար է:
- **ចំណាំ:** ប្រសិនអ្នកនិយាយភាសា អាវ៉ាប់ អាមេនី ខ្មែរ ចិន ហ្វាស៊ី គូរ៉េ រុស្ស៊ី អេស្ប៉ាញ តាកាឡុក ឬវៀតណាម សេវាកម្មជំនួយផ្នែកភាសាមានផ្តល់ជូនលោកអ្នកដោយឥតគិតថ្លៃ។ ហៅទៅកាន់លេខ 1-800-431-9007 (TTY: 711)។ រវាងថ្ងៃទី 1 ខែតុលានិង ថ្ងៃទី 31 ខែមីនា អ្នកតំណាងអាចរកបានពីថ្ងៃចន្ទដល់ថ្ងៃអាទិត្យ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់។ រវាងថ្ងៃទី 1 ខែមេសានិងថ្ងៃទី 30 ខែកញ្ញា អ្នកតំណាងអាចរកបានពីថ្ងៃចន្ទដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8 ព្រឹកដល់ម៉ោង 8 យប់។ ការហៅទូរសព្ទនេះ គឺ ឥតគិតថ្លៃ។
- **請注意：**我們還提供免費的語言協助服務：阿拉伯語、亞美尼亞語、柬埔寨語、中文、波斯語、韓語、俄語、西班牙語、菲律賓語或越南語。請致電 1-800-431-9007 (TTY : 711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。
- **توجه:** اگر به زبان عربی، ارمنی، کامبوجی، چینی، فارسی، کره ای، روسی، اسپانیایی، تگالوگ یا ویتنامی صحبت می کنید، خدمات کمک زبان به صورت رایگان در اختیار شما قرار می گیرد. با 9007-1 تماس بگیرید. بین 1 اکتبر و 31 مارس، نمایندگان از دوشنبه تا یکشنبه، 8 1-800-431 TTY 711 () صبح تا 8 بعد از ظهر در دسترس هستند. بین 1 آوریل و 30 سپتامبر، نمایندگان از دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 8 بعد از ظهر در دسترس هستند. تماس رایگان است.
- **. 주의:** 아랍어, 아르메니아어, 캄보디아어, 중국어, 페르시아어, 한국어, 러시아어, 스페인어, 타갈로그어 또는 베트남어를 구사하시면, 언어 보조 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로



ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅ Wellcare Dual Align 129 (HMO D-SNP) តាមលេខ 1-800-431-9007 (TTY: 711)។ ចន្លោះថ្ងៃទី 1 ខែតុលា និងថ្ងៃទី 31 ខែមីនា អ្នកតំណាងអាចរកបានពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃអាទិត្យ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់។ ចន្លោះថ្ងៃទី 1 ខែមេសានិងថ្ងៃទី 30 ខែកញ្ញា អ្នកតំណាងអាចរកបានពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់។ ការហៅទូរសព្ទនេះ គឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** ចូរមើលគេហទំព័រ <https://wellcare.healthnetcalifornia.com>។

연락해 주십시오. 상담원과는 10월 1일부터 3월 31일까지는 월요일~일요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다.

- **ВНИМАНИЕ:** Если вы говорите на арабском, армянском, камбоджийском, китайском, корейском, русском, испанском, тагальском или вьетнамском языках либо фарси, вам доступны бесплатные услуги переводчика. Позвоните по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). С 1 октября по 31 марта представители доступны с понедельника по воскресенье с 8 a.m. до 8 p.m. С 1 апреля по 30 сентября представители доступны с понедельника по пятницу с 8 a.m. до 8 p.m. Звонок бесплатный.
- **ATENCIÓN:** Si habla Árabe, Armenio, Camboyano, Chino, Persa, Coreano, Ruso, Español, Tagalo o Vietnamita, disponemos de servicios de asistencia lingüística sin costo alguno para usted. Llame al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de Octubre y el 31 de Marzo, los representantes están disponibles de Lunes a Domingo, de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de Abril y el 30 de Septiembre, los representantes están disponibles de Lunes a Viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.
- **ATENSYON:** Kung nagsasalita kayo ng Arabic, Armenian, Cambodian, Chinese, Farsi, Korean, Russian, Spanish, Tagalog, o Vietnamese, mayroon kayong magagamit na mga libreng serbisyo ng tulong sa wika. Tumawag sa 1-800-431-9007 (TTY: 711). Mula Oktubre 1 hanggang Marso 31, available ang mga kinatawan mula Lunes–Linggo, 8 a.m. hanggang 8 p.m. Mula Abril 1 hanggang Setyembre 30, available ang mga kinatawan mula Lunes–Biyernes, 8 a.m. hanggang 8 p.m. Libre ang tawag.
- **LƯU Ý:** Nếu quý vị nói tiếng Ả Rập, tiếng Armenia, tiếng Campuchia, tiếng Trung Quốc, tiếng Ba Tư, tiếng Hàn, tiếng Nga, tiếng Tây Ban Nha, tiếng Tagalog hoặc tiếng Việt, chúng tôi có sẵn các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho quý vị. Hãy gọi đến số 1 800 431 9007 (TTY: 711). Từ ngày 1 tháng 10 đến 31 tháng 3, nhân viên đại diện sẽ làm việc từ Thứ Hai Chủ Nhật, 8 a.m. đến 8 p.m. Từ ngày 1 tháng 4 đến 30 tháng 9, nhân viên đại diện sẽ làm việc từ Thứ Hai Thứ Sáu, 8 a.m. đến 8 p.m. Cuộc gọi này được miễn phí.
- អ្នកអាចទទួលបានសេវាបកប្រែសេចក្តីជូនដំណឹងអំពីការផ្តល់សេវា រួមទាំង ទំនាក់ទំនងជាមួយភក្តីគិតថ្លៃកាន់តែទាប ក្នុងរយៈពេលពីថ្ងៃទី១ ខែតុលា ដល់ថ្ងៃទី៣១ ខែមីនា អ្នកតំណាងអាចរកបានពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃអាទិត្យ ពីម៉ោង ៨ ព្រឹក ដល់ម៉ោង ៨ យប់។ ចន្លោះថ្ងៃទី១ ខែមេសា ដល់ថ្ងៃទី៣០ ខែកញ្ញា អ្នកតំណាងអាចរកបានពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង ៨ ព្រឹក ដល់ម៉ោង ៨ យប់។ ការហៅទូរសព្ទនេះ គឺឥតគិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម ចូរមើលគេហទំព័រ <https://wellcare.healthnetcalifornia.com>។



ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅ Wellcare Dual Align 129 (HMO D-SNP) តាមលេខ 1-800-431-9007 (TTY: 711)។ ចន្លោះថ្ងៃទី ១ ខែតុលា និងថ្ងៃទី ៣១ ខែមីនា អ្នកតំណាងអាចរកបានពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃអាទិត្យ ពីម៉ោង ៨ ព្រឹក ដល់ម៉ោង ៨ យប់។ ចន្លោះថ្ងៃទី ១ ខែមេសា ដល់ថ្ងៃទី ៣០ ខែកញ្ញា អ្នកតំណាងអាចរកបានពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង ៨ ព្រឹក ដល់ម៉ោង ៨ យប់។ ការហៅទូរសព្ទនេះ គឺឥតគិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម ចូរមើលគេហទំព័រ <https://wellcare.healthnetcalifornia.com>។

១០៖ ពីថ្ងៃទី 1 ខែមេសា និងថ្ងៃទី 30 ខែកញ្ញា អ្នកតំណាងអាចរកបានពីថ្ងៃចន្ទដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ ម៉ោង 8 យប់។ ការទៅទូរសព្ទនេះ គឺឥតគិតថ្លៃ។

- Wellcare Dual Align 129 (HMO D-SNP) ចង់បញ្ជាក់ថាអ្នកយល់ពីព័ត៌មានអំពីគម្រោងសុខភាពរបស់អ្នក។ យើងអាចបញ្ជូនព័ត៌មានទៅកាន់លោកអ្នកជាភាសាមួយទៀត ឬជាទម្រង់ផ្សេងទៀត បើសិនលោកអ្នកស្នើសុំវាបែបនេះ។ នេះត្រូវបានគេហៅថា "សំណើអចិន្ត្រៃយ៍"។ យើងនឹងចងក្រងឯកសារជម្រើសរបស់អ្នក។

សូមហៅទូរសព្ទមកពួកយើង បើសិន៖

- លោកអ្នកចង់ទទួលបានព័ត៌មានរបស់អ្នកជាភាសាអារ៉ាប់ អាមេនី កម្ពុជា (ខ្មែរ) ចិន (អក្សរចិនបុរាណ) ហ្វីលីពីន កូរ៉េ រុស្ស៊ី អេស្ប៉ាញ តាហ្គាឡ វៀតណាម ឬ ជាទម្រង់ផ្សេងៗ។ លោកអ្នកអាចស្នើសុំភាសាណាមួយក្នុងចំណោមភាសាទាំងនេះជាទម្រង់ផ្សេងបាន។

ឬ

- លោកអ្នកចង់ផ្លាស់ប្តូរភាសា ឬទម្រង់នៃព័ត៌មាន ដែលយើងផ្ញើទៅកាន់លោកអ្នក។

ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយក្នុងការស្វែងយល់អំពីសម្ភាររបស់គម្រោងរបស់អ្នក សូមទាក់ទងផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិករបស់ Wellcare Dual Align 129 (HMO D-SNP) តាមរយៈលេខ 1-800-431-9007 (TTY: 711)។ ចន្លោះពីថ្ងៃទី 1 ខែតុលា និងថ្ងៃទី 31 ខែមីនា អ្នកតំណាងអាចរកបានពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ ថ្ងៃអាទិត្យ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ ម៉ោង 8 យប់។ ចន្លោះពីថ្ងៃទី 1 ខែមេសា និងថ្ងៃទី 30 ខែកញ្ញា អ្នកតំណាងអាចរកបានពីថ្ងៃចន្ទដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ ម៉ោង 8 យប់។

B2. ព័ត៌មានអំពីគម្រោងរបស់យើង

- Wellcare by Health Net គឺជាគម្រោងសុខភាពដែលចុះកិច្ចសន្យាទាំងជាមួយនឹង Medicare និង Medi-Cal ដើម្បីផ្តល់អត្ថប្រយោជន៍នៃកម្មវិធីទាំងពីរដល់សមាជិកទាំងឡាយ។
- ការធានារ៉ាប់រងនៅក្រោម Wellcare Dual Align 129 (HMO D-SNP) គឺការធានារ៉ាប់រងសុខភាពដែលមានលក្ខណៈគ្រប់គ្រាន់ត្រូវបានហៅថា "ការធានារ៉ាប់រងអប្បបរមាដែលចាំបាច់" រាប់ពេញទៅតាមច្បាប់ការពារអ្នកជំងឺ និងថែទាំដែលមានតម្លៃសមរម្យតាមលក្ខខណ្ឌតម្រូវនៃការទទួលខុសត្រូវរបស់បុគ្គលម្នាក់នៅក្រោមច្បាប់នៃការការពារអ្នកជំងឺ និងច្បាប់ថែទាំដែលមានតម្លៃសមរម្យ (ACA)។ សូមចូលមើលគេហទំព័រអំពីសេវាកម្មចំណូលផ្ទៃក្នុង (IRS) តាមអាសយដ្ឋាន www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីលក្ខខណ្ឌតម្រូវនៃការទទួលខុសត្រូវរបស់បុគ្គល។



ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅ Wellcare Dual Align 129 (HMO D-SNP) តាមលេខ 1-800-431-9007 (TTY: 711)។ ចន្លោះថ្ងៃទី 1 ខែតុលា និងថ្ងៃទី 31 ខែមីនា អ្នកតំណាងអាចរកបានពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃអាទិត្យ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់។ ចន្លោះថ្ងៃទី 1 ខែមេសា និងថ្ងៃទី 30 ខែកញ្ញា អ្នកតំណាងអាចរកបានពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់។ ការហៅទូរសព្ទនេះ គឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** ចូរមើលគេហទំព័រ <https://wellcare.healthnetcalifornia.com>។

B3. រឿងសំខាន់ដែលត្រូវធ្វើ

- ពិនិត្យមើលថា តើមានការផ្លាស់ប្តូរណាមួយចំពោះអត្ថប្រយោជន៍ និងថ្លៃចំណាយ របស់យើង ដែលអាចប៉ះពាល់ដល់អ្នកដែរឬទេ?
 - តើមានការផ្លាស់ប្តូរណាមួយដែលប៉ះពាល់ដល់សេវាកម្មដែលអ្នកប្រើដែរឬទេ?
 - ពិនិត្យមើលការផ្លាស់ប្តូរអត្ថប្រយោជន៍ និងថ្លៃចំណាយ ដើម្បីប្រាកដថាពួកវានឹងដំណើរការសម្រាប់អ្នកនៅឆ្នាំក្រោយ។
 - សូមមើលផ្នែក E1 សម្រាប់ព័ត៌មានអំពីអត្ថប្រយោជន៍ និងការផ្លាស់ប្តូរថ្លៃចំណាយ របស់ពួកយើង
- ពិនិត្យមើលថា តើមានការផ្លាស់ប្តូរណាមួយចំពោះការធានារ៉ាប់រងលើឱសថមានវេជ្ជបញ្ជា របស់យើងដែលអាចប៉ះពាល់ដល់អ្នកដែរឬទេ?
 - តើឱសថរបស់អ្នកនឹងមានការធានារ៉ាប់រងដែរឬទេ? តើឱសថទាំងនោះស្ថិតក្នុង កម្រិតខុសគ្នាមែនទេ? តើអ្នកអាចប្រើឱសថស្ថានដូចគ្នាបានដែរឬទេ?
 - ពិនិត្យមើលការផ្លាស់ប្តូរ ដើម្បីប្រាកដថាការធានារ៉ាប់រងឱសថរបស់យើងនឹងដំណើរការ សម្រាប់អ្នកនៅឆ្នាំក្រោយ។
 - សូមមើលផ្នែក E2 សម្រាប់ព័ត៌មានអំពីការផ្លាស់ប្តូរចំពោះការធានារ៉ាប់រងឱសថរបស់ យើង។
- ពិនិត្យមើលថា តើអ្នកផ្តល់សេវាសុខភាព និងឱសថស្ថានរបស់អ្នកនឹងស្ថិតនៅក្នុងបណ្តាញ របស់យើងនៅឆ្នាំក្រោយឬទេ?
 - តើវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក មានរាប់បញ្ចូលគ្រូពេទ្យជំនាញរបស់អ្នកនៅក្នុងបណ្តាញរបស់ យើងដែរឬទេ? ហើយឱសថស្ថានរបស់អ្នកយ៉ាងម៉េចដែរ? ហើយចុះមន្ទីរពេទ្យ ឬអ្នក ផ្តល់សេវាសុខភាពដែលអ្នកប្រើយ៉ាងម៉េចដែរ?
 - សូមមើល ផ្នែក D សម្រាប់ព័ត៌មានអំពី បញ្ជីឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថានរបស់ យើង។
- គិតអំពីថ្លៃចំណាយសរុបនៅក្នុងគម្រោងនោះ។
 - តើអ្នកនឹងចំណាយថ្លៃចេញពីហោប៉ៅប៉ុន្មានសម្រាប់សេវាកម្ម និងឱសថមានវេជ្ជបញ្ជា ដែលអ្នកប្រើជាប្រចាំនោះ?
 - តើថ្លៃចំណាយសរុបប្រៀបធៀបទៅនឹងជម្រើសធានារ៉ាប់រងផ្សេងទៀតយ៉ាងដូចម្តេច?
- គិតអំពីថា តើអ្នកពេញចិត្តជាមួយគម្រោងរបស់យើងឬទេ។



ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅ Wellcare Dual Align 129 (HMO D-SNP) តាមលេខ 1-800-431-9007 (TTY: 711)។ ចន្លោះថ្ងៃទី 1 ខែតុលា និងថ្ងៃទី 31 ខែមីនា អ្នកគំណាងអាចរកបានពីថ្ងៃ ចន្ទ ដល់ថ្ងៃអាទិត្យ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់។ ចន្លោះថ្ងៃទី 1 ខែមេសាដល់ថ្ងៃទី 30 ខែកញ្ញា អ្នក គំណាងអាចរកបានពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់។ ការហៅទូរសព្ទនេះ គឺឥត គិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** ចូរមើលគេហទំព័រ <https://wellcare.healthnetcalifornia.com>។

ប្រសិនបើអ្នកសម្រេចចិត្តនៅជាមួយគម្រោង Wellcare Dual Align 129 (HMO D-SNP)៖

ប្រសិនបើអ្នកចង់បន្តនៅជាមួយយើងនៅឆ្នាំក្រោយ វាងាយស្រួលទេ គឺជាអ្នកមិនចាំបាច់ធ្វើអ្វីទាំងអស់។ ប្រសិនបើអ្នកមិនធ្វើការផ្លាស់ប្តូរទេ អ្នកនឹងបន្តចុះឈ្មោះដោយស្វ័យប្រវត្តិនៅក្នុងគម្រោង Wellcare Dual Align 129 (HMO D-SNP)។

ប្រសិនបើអ្នកសម្រេចចិត្តផ្លាស់ប្តូរគម្រោង៖

ប្រសិនបើអ្នកសម្រេចចិត្តថាការធានារ៉ាប់រងផ្សេងទៀតនឹងបំពេញតាមតម្រូវការរបស់អ្នកបានល្អប្រសើរជាងមុន អ្នកអាចផ្លាស់ប្តូរគម្រោង (សូមមើលផ្នែក **G2** សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម)។ ប្រសិនបើអ្នកចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងថ្មី ឬផ្លាស់ប្តូរទៅគម្រោង Original Medicare ការធានារ៉ាប់រងថ្មីរបស់អ្នកនឹងចាប់ផ្តើមនៅថ្ងៃដំបូងនៃខែបន្ទាប់។

C. ការផ្លាស់ប្តូរទៅកាន់ឈ្មោះគម្រោងរបស់យើង

នៅថ្ងៃទី 1 ខែមករា ឆ្នាំ 2023 ឈ្មោះគម្រោងរបស់យើងនឹងផ្លាស់ប្តូរពី Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) ទៅ Wellcare Dual Align 129 (HMO D-SNP) វិញ។

Wellcare Dual Align 129 (HMO D-SNP) នឹងផ្ញើជូនអ្នកនូវប័ណ្ណសម្គាល់សមាជិកថ្មីតាមប្រៃសណីយ៍។ អ្នកក៏អាចទទួលបានសំបុត្របន្ថែមជាមួយនឹងឈ្មោះគម្រោងថ្មីផងដែរ។

D. ការផ្លាស់ប្តូរចំពោះអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំក្នុងបណ្តាញ និងឱសថស្ថានរបស់យើង

អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំក្នុងបណ្តាញ និងឱសថស្ថានរបស់យើងបានផ្លាស់ប្តូរសម្រាប់ឆ្នាំ 2023។

យើងសូមធ្វើការលើកទឹកចិត្តអ្នកឱ្យធ្វើការត្រួតពិនិត្យឡើងវិញនូវបញ្ជីឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថានរបស់យើងខ្លះៗដែលបច្ចុប្បន្ន ដើម្បីពិនិត្យមើលថាតើអ្នកផ្តល់សេវា ឬឱសថស្ថានរបស់អ្នកនៅតែស្ថិតនៅក្នុងបណ្តាញរបស់យើងខ្លះៗទេ។ បញ្ជីរាយឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថានដែលបានធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពមានទីតាំងនៅលើគេហទំព័ររបស់យើងនៅ <https://wellcare.healthnetcalifornia.com>។ អ្នកក៏អាចទទួលបានទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិកតាមលេខនៅខាងក្រោមទំព័រសម្រាប់ព័ត៌មានអ្នកផ្តល់សេវាដែលបានធ្វើបច្ចុប្បន្នភាព ឬសុំឱ្យយើងផ្ញើទៅអ្នកនូវបញ្ជីឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថាន។

វាជារឿងសំខាន់ដែលអ្នកដឹងថាយើងក៏អាចធ្វើការផ្លាស់ប្តូរបណ្តាញរបស់យើងក្នុងអំឡុងពេលមួយឆ្នាំផងដែរ។ ប្រសិនបើអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើង អ្នកមានសិទ្ធិ និងការការពារជាក់លាក់សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមមើល ផ្នែក 3 នៃ សៀវភៅណែនាំសមាជិករបស់អ្នក។

E. ការផ្លាស់ប្តូរចំពោះអត្ថប្រយោជន៍ និងថ្លៃចំណាយ សម្រាប់ឆ្នាំក្រោយ

E1. ការផ្លាស់ប្តូរចំពោះអត្ថប្រយោជន៍ និងថ្លៃចំណាយ សម្រាប់សេវាវេជ្ជសាស្ត្រ

យើងកំពុងផ្លាស់ប្តូរការធានារ៉ាប់រងសម្រាប់សេវាវេជ្ជសាស្ត្រជាក់លាក់ និងអ្វីដែលអ្នកបង់ថ្លៃសម្រាប់សេវាវេជ្ជសាស្ត្រដែលបានធានារ៉ាប់រងទាំងនោះនៅឆ្នាំក្រោយ។ តារាងខាងក្រោមពិពណ៌នាអំពីការផ្លាស់ប្តូរទាំងនេះ។



ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅ Wellcare Dual Align 129 (HMO D-SNP) តាមលេខ 1-800-431-9007 (TTY: 711)។ ចន្លោះថ្ងៃទី 1 ខែតុលា និងថ្ងៃទី 31 ខែមីនា អ្នកតំណាងអាចរកបានពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃអាទិត្យ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់។ ចន្លោះថ្ងៃទី 1 ខែមេសាដល់ថ្ងៃទី 30 ខែកញ្ញា អ្នកតំណាងអាចរកបានពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់។ ការហៅទូរសព្ទនេះ គឺឥតគិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម ចូរមើលគេហទំព័រ <https://wellcare.healthnetcalifornia.com>។

	2022 (ឆ្នាំនេះ)	2023 (ឆ្នាំក្រោយ)
សេវាថែទាំធ្មេញ - ថែទាំធ្មេញជាប្រចាំ	មានប្រាក់ឧបត្ថម្ភអតិបរមាសម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍នៃគម្រោងចំនួន \$1,000 សម្រាប់សេវាសុខភាពធ្មេញដែលគ្របដណ្តប់ដោយគម្រោង បន្ថែមពីលើអត្ថប្រយោជន៍សុខភាពធ្មេញដែលរ៉ាប់រងដោយ Medi-Cal របស់អ្នក។	បន្ថែមពីលើអត្ថប្រយោជន៍នៃការព្យាបាលធ្មេញក្រោមការធានារ៉ាប់រងនៃ Medi-Cal របស់អ្នក គម្រោង Medicare របស់យើងគ្របដណ្តប់លើសេវា និងនីតិវិធីសេវាថែទាំធ្មេញបន្ថែម។ មិនមានប្រាក់ឧបត្ថម្ភជាអតិបរមាពីអត្ថប្រយោជន៍នៃគម្រោងនោះទេ។ សេវាកម្មទាំងនេះអាចរួមបញ្ចូល ប៉ុន្តែមិនត្រូវបានកំណត់ចំពោះដូចខាងក្រោម៖ - ធ្មេញស្រោប - ធាតុលោហៈល្អ- ម្តងក្នុង 5 ឆ្នាំតាមប្រតិទិន - ធ្មេញសិប្បនិម្មិត (ធ្មេញពាក់) – ជារៀងរាល់ 2 ឆ្នាំតាមប្រតិទិនសម្រាប់កន្លះស្ថិត - ភ្ជាប់ធ្មេញ - ជារៀងរាល់ 5 ឆ្នាំប្រតិទិនក្នុងមួយធ្មេញ ការដាក់កម្រិត និងការលើកលែងត្រូវបានអនុវត្ត។ អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានលម្អិតអំពីអត្ថប្រយោជន៍សុខភាពធ្មេញរបស់ Medi-Cal របស់អ្នកតាមរយៈ https://smilecalifornia.org/
Healthy Foods Card Medicare បានអនុម័ត Wellcare by Health Net ដើម្បីផ្តល់អត្ថប្រយោជន៍ទាំងនេះជាផ្នែកនៃកម្មវិធីបង្កើតការធានារ៉ាប់រងផ្នែកលើតម្លៃ។ កម្មវិធីនេះអនុញ្ញាតឱ្យ Medicare សាកល្បងវិធីថ្មីដើម្បីកែលម្អគម្រោង Medicare Advantage។	Healthy Foods Card មិនត្រូវបានធានារ៉ាប់រងទេ។	អ្នកទទួលបានប្រាក់ឧបត្ថម្ភ \$50 ជារៀងរាល់ខែ ដើម្បីចំណាយលើផលិតផលក្រឡឹងទេសដែលមានសិទ្ធិទទួលបាននៅហាងលក់រាយដែលចូលរួម។ ប្រាក់ឧបត្ថម្ភនេះមិនត្រូវបានអនុវត្តដល់ខែបន្ទាប់។



ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅ Wellcare Dual Align 129 (HMO D-SNP) តាមលេខ 1-800-431-9007 (TTY: 711)។ ចន្លោះថ្ងៃទី 1 ខែតុលា និងថ្ងៃទី 31 ខែមីនា អ្នកគំណាងអាចរកបានពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃអាទិត្យ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់។ ចន្លោះថ្ងៃទី 1 ខែមេសាដល់ថ្ងៃទី 30 ខែកញ្ញា អ្នកគំណាងអាចរកបានពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់។ ការហៅទូរសព្ទនេះ គឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** ចូរមើលគេហទំព័រ <https://wellcare.healthnetcalifornia.com>។

	2022 (ឆ្នាំនេះ)	2023 (ឆ្នាំក្រោយ)
សេវាពិនិត្យត្រចៀក	សេចក្តីយោងមិនត្រូវបានទាមទារ	អាចនឹងតម្រូវឱ្យមានសេចក្តីយោង។
សេវាកម្មជំនួយនៅក្នុងផ្ទះ	សេវាកម្មជំនួយនៅក្នុងផ្ទះ មិនត្រូវបានធានារ៉ាប់រងទេ។	គម្រោងរបស់អ្នកផ្តល់សេវាកម្មជំនួយនៅក្នុងផ្ទះ បន្ថែមពីលើអ្វីដែលបានផ្តល់ជូនតាមរយៈ Medi-Cal® អ្នកបង់ ប្រាក់រួមចំនួន \$0 សម្រាប់ការពិនិត្យ 12 ដងជារៀងរាល់ឆ្នាំ។ សេវាកម្មរួមមានការសម្អាត ការងារផ្ទះ និងការរៀបចំអាហារ ព្រមទាំងការផ្តល់ជំនួយជាមួយសកម្មភាពនៃការរស់នៅប្រចាំថ្ងៃ។ សេវាកម្មត្រូវបានផ្តល់ដោយអ្នកលក់តាមកិច្ចសន្យា។ ការដាក់កម្រិត និងការរឹតបន្តឹងត្រូវបានអនុវត្ត។
សេវាផ្តល់ឈាមសម្រាប់អ្នកជំងឺមិនស្អាតព្យាបាល	អាចនឹងតម្រូវឱ្យមានការអនុញ្ញាតជាមុន។	ការអនុញ្ញាតជាមុនមិនត្រូវបានទាមទារទេ។
ទំនិញដែលមិនត្រូវការវេជ្ជបញ្ជា	អ្នកបង់ប្រាក់រួមចំនួន \$0 ។ អ្នកទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ចំនួន \$155 រៀងរាល់ត្រីមាសដើម្បីចំណាយលើផលិតផលដែលមិនត្រូវការវេជ្ជបញ្ជា (OTC) ដែលអាចទទួលបានតាមរយៈការបញ្ជាទិញតាមប្រៃសណីយ៍ ឬអ្នកលក់រាយដែលចូលរួម។ អត្ថប្រយោជន៍នេះមិនបន្តទៅរយៈពេលបន្ទាប់នោះទេ	អ្នកបង់ប្រាក់រួមចំនួន \$0 ។ អ្នកទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ចំនួន 260 ដុល្លារ រៀងរាល់ត្រីមាសដើម្បីចំណាយលើផលិតផលដែលមិនត្រូវការវេជ្ជបញ្ជា (OTC) ដែលអាចទទួលបានតាមរយៈការបញ្ជាទិញតាមសំបុត្រ ឬអ្នកលក់រាយដែលចូលរួម។ អត្ថប្រយោជន៍នេះមិនបន្តទៅរយៈពេលបន្ទាប់នោះទេ
សេវាព្យាបាលសុខភាពផង	ការអនុញ្ញាតជាមុនមិនត្រូវបានទាមទារទេ។	អាចនឹងតម្រូវឱ្យមានការអនុញ្ញាតជាមុន។



ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅ Wellcare Dual Align 129 (HMO D-SNP) តាមលេខ 1-800-431-9007 (TTY: 711)។ ចន្លោះថ្ងៃទី 1 ខែតុលា និងថ្ងៃទី 31 ខែមីនា អ្នកគំណាងអាចរកបានពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃអាទិត្យ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់។ ចន្លោះថ្ងៃទី 1 ខែមេសា និងថ្ងៃទី 30 ខែកញ្ញា អ្នកគំណាងអាចរកបានពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់។ ការហៅទូរសព្ទនេះ គឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** ចូរមើលគេហទំព័រ <https://wellcare.healthnetcalifornia.com>។

	2022 (ឆ្នាំនេះ)	2023 (ឆ្នាំក្រោយ)
អត្ថប្រយោជន៍បន្ថែមពីសេសសម្រាប់ជំងឺរ៉ាំរ៉ៃ (SSBCI) (បន្ត)	អ្នកត្រូវតែបំពេញតាមគោលការណ៍ណែនាំអំពីសិទ្ធិដែលអាចទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍នៃគម្រោងខាងក្រោម។ លើសពីនេះ ការចូលរួមក្នុងកម្មវិធីគ្រប់គ្រងការថែទាំជាមួយនឹងគម្រោងរបស់យើងអាចត្រូវបានទាមទារ។ ការដឹកជញ្ជូនគ្រឿងទេសៈ អ្នកបង់ប្រាក់រួមចំនួន \$0។ ប្រសិនបើមានសិទ្ធិ អ្នកអាចទទួលបានសមាជិកភាពបង់ប្រាក់ជាមុនទៅកាន់អ្នកលក់សេវាកម្មដឹកជញ្ជូនគ្រឿងទេសៈដែលបានចុះកិច្ចសន្យារបស់គម្រោង និងរហូតដល់ \$50 ក្នុងមួយខែ ដើម្បីប្រើប្រាស់លើទំនិញគ្រឿងទេសៈដែលបានអនុម័តដោយគម្រោង។ មានដែនកំណត់ការបញ្ជាទិញអប្បបរមា \$35 ក្នុងការដឹកជញ្ជូនម្តង។ នៅចុងខែនេះ ចំនួនថវិកានៃអត្ថប្រយោជន៍ដែលមិនបានប្រើនឹងមិនបន្តទៀតឡើយ។ សេវាកម្មគាំទ្រសត្វៈ អ្នកបង់ប្រាក់រួមចំនួន \$0 ។ ប្រសិនបើអ្នកមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ អ្នកអាចទទួលបានប្រាក់ចំនួន \$50 ក្នុងមួយខែ ដើម្បីជួយរ៉ាប់រងទៅលើទំនិញជាក់លាក់មួយចំនួន សម្រាប់សត្វបម្រើសេវាក្រោមការអនុញ្ញាតរបស់ ADA ។ អត្ថប្រយោជន៍នេះមិនអាចប្រើដើម្បីរ៉ាប់រងទៅលើថ្លៃចំណាយសម្រាប់ពេទ្យសត្វ ឬវត្ថុលេងនោះទេ។ ចំនួនប្រាក់នៃអត្ថប្រយោជន៍ដែលមិនបានប្រើនឹងផុតកំណត់នៅចុងខែនីមួយៗ។	អ្នកត្រូវតែបំពេញតាមគោលការណ៍ណែនាំអំពីសិទ្ធិដែលអាចទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍នៃគម្រោងខាងក្រោម។ លើសពីនេះ ការចូលរួមក្នុងកម្មវិធីគ្រប់គ្រងការថែទាំជាមួយនឹងគម្រោងរបស់យើងអាចត្រូវបានទាមទារ។ ការដឹកជញ្ជូនគ្រឿងទេសៈ មិន ត្រូវបានធានារ៉ាប់រងទេ។ សេវាជំនួយសត្វមិនត្រូវបានរ៉ាប់រងទេ។ អ្នកបង់ប្រាក់រួមចំនួន \$0 ។ ប្រសិនបើអាចទទួលបាន គម្រោងនេះផ្តល់ជូនបណ្ណាគណនី Visa ដោយបង់ប្រាក់ជាមុនដែលមានដែនកំណត់ \$75 ក្នុងមួយខែ ដើម្បីជួយធានារ៉ាប់រងថ្លៃប្រើប្រាស់សម្រាប់ផ្ទះរបស់អ្នក។ Utility Flex Card ណាមួយដែលមិនបានប្រើប្រាស់ជាដុល្លារនឹងផុតកំណត់នៅចុងខែនីមួយៗ។ សេវាប្រើប្រាស់ដែលត្រូវបានយល់ព្រមសម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍នេះរួមមាន៖ - អគ្គិសនី ហ្គាស អនាម័យ និងទឹកស្អាត - សេវាទូរសព្ទតាមអ៊ិនធឺណិត - សេវាទូរទស្សន៍ខ្សែកាប - ការចំណាយលើប្រេងដោយជាក់លាក់ សត្វចិញ្ចឹមដែលជាគ្រឿងយន្ត មិន ត្រូវបានរ៉ាប់រងទេ។



ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅ Wellcare Dual Align 129 (HMO D-SNP) តាមលេខ 1-800-431-9007 (TTY: 711)។ ចន្លោះថ្ងៃទី 1 ខែតុលា និងថ្ងៃទី 31 ខែមីនា អ្នកគំណាងអាចរកបានពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃអាទិត្យ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់។ ចន្លោះថ្ងៃទី 1 ខែមេសា និងថ្ងៃទី 30 ខែកញ្ញា អ្នកគំណាងអាចរកបានពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់។ ការហៅទូរសព្ទនេះ គឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** ចូរមើលគេហទំព័រ <https://wellcare.healthnetcalifornia.com>។

	2022 (ឆ្នាំនេះ)	2023 (ឆ្នាំក្រោយ)
អត្ថប្រយោជន៍បន្ថែមពីសេសសម្រាប់ជំងឺរ៉ាំរ៉ៃ (SSBCI)	សត្វចិញ្ចឹមដែលជាគ្រឿងយន្ត អ្នកបង់ប្រាក់រួមចំនួន \$0 ។ ប្រសិនបើមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ អ្នកអាចទទួលបានដៃគូប្រាស្រ័យ ទាក់ទងជាសត្វឆ្កា ឬសុនកកី អ្នកលក់ដែលមានកិច្ចសន្យាជាមួយគម្រោង។ ប្រភេទនៃសត្វចិញ្ចឹមអាស្រ័យទៅលើសត្វដែលមាន។ អត្ថប្រយោជន៍ត្រូវបានដាក់កម្រិតត្រឹមសត្វចិញ្ចឹមតែមួយក្បាលក្នុងសមាជិកម្នាក់ក្នុងមួយឆ្នាំ។	
សេវាសុខភាពភ្នែក	សេចក្តីយោងមិនត្រូវបានទាមទារ	អាចនឹងតម្រូវឱ្យមានសេចក្តីយោង។
ការធានារ៉ាប់រងពេលមានគ្រោះអាសន្នទូទាំងពិភពលោក	អ្នកត្រូវបង់ប្រាក់រួមចំនួន \$120 សម្រាប់សេវាដែលបានរ៉ាប់រងនីមួយៗ។ អ្នកត្រូវបានរ៉ាប់រងរហូតដល់ \$50,000 ជារៀងរាល់ឆ្នាំសម្រាប់ការអាសន្ន និងសេវាដែលត្រូវការជាបន្ទាន់នៅខាងក្រៅពីសហរដ្ឋអាមេរិក។	អ្នកត្រូវបង់ប្រាក់រួមចំនួន \$95 សម្រាប់សេវាដែលបានរ៉ាប់រងនីមួយៗ។ អ្នកត្រូវបានរ៉ាប់រងរហូតដល់ \$50,000 ជារៀងរាល់ឆ្នាំសម្រាប់ការអាសន្ន និងសេវាដែលត្រូវការជាបន្ទាន់នៅខាងក្រៅពីសហរដ្ឋអាមេរិក។
ការធានារ៉ាប់រងលើការថែទាំបន្ទាន់ទូទាំងពិភពលោក	អ្នកត្រូវបង់ប្រាក់រួមចំនួន \$120 សម្រាប់សេវាដែលបានរ៉ាប់រងនីមួយៗ។ អ្នកត្រូវបានរ៉ាប់រងរហូតដល់ \$50,000 ជារៀងរាល់ឆ្នាំសម្រាប់ការអាសន្ន និងសេវាដែលត្រូវការជាបន្ទាន់នៅខាងក្រៅពីសហរដ្ឋអាមេរិក។	អ្នកត្រូវបង់ប្រាក់រួមចំនួន \$95 សម្រាប់សេវាដែលបានរ៉ាប់រងនីមួយៗ។ អ្នកត្រូវបានរ៉ាប់រងរហូតដល់ \$50,000 ជារៀងរាល់ឆ្នាំសម្រាប់ការអាសន្ន និងសេវាដែលត្រូវការជាបន្ទាន់នៅខាងក្រៅពីសហរដ្ឋអាមេរិក។

E2. ការផ្លាស់ប្តូរទៅឱសថដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រង

ផ្លាស់ប្តូរទៅកាន់ឱសថនៅក្នុងបញ្ជីបស់យើង

បញ្ជីឱសថដែលមានការរ៉ាប់រង ដែលបានធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពមាននៅលើគេហទំព័ររបស់យើងនៅ <https://wellcare.healthnetcalifornia.com> ។ អ្នកក៏អាចហៅទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាសមាជិកតាមលេខទូរសព្ទនៅខាងក្រោមទំព័រសម្រាប់ព័ត៌មានឱសថដែលបានធ្វើបច្ចុប្បន្នភាព ឬសុំឱ្យយើងផ្ញើ បញ្ជីឱសថ



ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅ Wellcare Dual Align 129 (HMO D-SNP) តាមលេខ 1-800-431-9007 (TTY: 711)។ ចន្លោះថ្ងៃទី 1 ខែតុលា និងថ្ងៃទី 31 ខែមីនា អ្នកតំណាងអាចរកបានពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃអាទិត្យ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់។ ចន្លោះថ្ងៃទី 1 ខែមេសាដល់ថ្ងៃទី 30 ខែកញ្ញា អ្នកតំណាងអាចរកបានពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់។ ការហៅទូរសព្ទនេះ គឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** ចូរមើលគេហទំព័រ <https://wellcare.healthnetcalifornia.com>។

ដែលមានការធានារ៉ាប់រងឱ្យអ្នក។

បញ្ជីឱសថដែលមានការធានារ៉ាប់រង ឬហៅម្យ៉ាងទៀតថា "បញ្ជីឱសថ"។

យើងធ្វើការផ្លាស់ប្តូរបញ្ជីឱសថរបស់យើងរួមមាន ការផ្លាស់ប្តូរឱសថដែលមានការធានារ៉ាប់រង និងការផ្លាស់ប្តូរទៅលើការកំណត់របស់ឱសថនីមួយៗ។

ពិនិត្យមើលបញ្ជីឱសថ ដើម្បីប្រាកដថាឱសថរបស់អ្នកនឹងត្រូវបានធានារ៉ាប់រងនៅឆ្នាំក្រោយ និងដើម្បីរកមើលថាតើមានការរឹតបន្តឹងណាមួយដែរឬទេ។

បើសិនជាអ្នកទទួលបានប៉ះពាល់ដោយសារការផ្លាស់ប្តូរឱសថដែលត្រូវបានរ៉ាប់រង យើងលើកទឹកចិត្តឱ្យលោកអ្នក៖

- សហការជាមួយគ្រូពេទ្យរបស់អ្នក (ឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាផ្សេង) ដើម្បីស្វែងរកឱសថផ្សេងដែលមានការធានារ៉ាប់រងពីយើង។
 - អ្នកអាចទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាសមាជិកតាមលេខទូរសព្ទនៅខាងក្រោមទំព័រ ដើម្បីសួររកបញ្ជីឱសថដែលមានការធានារ៉ាប់រងដែលអាចព្យាបាលនៅក្នុងស្ថានភាពដូចគ្នាបាន។
 - បញ្ជីនេះ អាចជួយអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំលោកអ្នកក្នុងការស្វែងរកឱសថធានារ៉ាប់រងដែលសមស្របសម្រាប់លោកអ្នក។
- សុំឱ្យយើងខ្ញុំធានារ៉ាប់រងលើការផ្គត់ផ្គង់ឱសថជាបណ្តោះអាសន្ន។
 - នៅក្នុងស្ថានភាពខ្លះ យើងធានារ៉ាប់រងលើការផ្គត់ផ្គង់ឱសថជាបណ្តោះអាសន្ននៅក្នុងរយៈពេល 90 ថ្ងៃដំបូងនៃឆ្នាំប្រតិទិន។
 - ការផ្គត់ផ្គង់បណ្តោះអាសន្ននេះគឺសម្រាប់រយៈពេលរហូតដល់ 30 ថ្ងៃនៃការប្រើប្រាស់ឱសថនៅឱសថស្ថានលក់រាយ និងនៅឱសថស្ថានថែទាំរយៈពេលវែងរហូតដល់រយៈពេល 31 ថ្ងៃ (ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពីពេលដែលអ្នកអាចទទួលបានការផ្គត់ផ្គង់បណ្តោះអាសន្ន និងរបៀបស្នើសុំមួយ សូមមើលជំពូកទី 5 នៃ សៀវភៅណែនាំសមាជិករបស់អ្នក)។
 - នៅពេលអ្នកទទួលបានការផ្គត់ផ្គង់ឱសថជាបណ្តោះអាសន្ន សូមពិភាក្សាជាមួយវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកអំពីអ្វីដែលត្រូវធ្វើនៅពេលដែលការផ្គត់ផ្គង់បណ្តោះអាសន្នរបស់អ្នកត្រូវបានអស់។ អ្នកអាចប្តូរទៅឱសថផ្សេងទៀតដែលគម្រោងរបស់យើងបានធានារ៉ាប់រង ឬសុំឱ្យយើងធ្វើការលើកលែងសម្រាប់អ្នក និងធានារ៉ាប់រងនូវឱសថបច្ចុប្បន្នរបស់អ្នកវិញ។ ដើម្បីស្វែងយល់ពីអ្វីដែលអ្នកត្រូវធ្វើដើម្បីសុំការលើកលែង សូមមើលជំពូកទី 9 ផ្នែក F នៃសៀវភៅណែនាំសមាជិកឆ្នាំ 2023 ឬហៅទូរសព្ទទៅសេវាសមាជិក។
 - ប្រសិនបើអ្នកស្ថិតនៅក្នុងគម្រោងលើសពី 90 ថ្ងៃ និងរស់នៅក្នុងផ្ទះថែទាំរយៈពេលវែង យើងនឹងរ៉ាប់រងផ្គត់ផ្គង់ឱសថជូនអ្នករយៈពេល 31 ថ្ងៃ ឬតិចជាងនេះ ប្រសិនបើវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកត្រូវបានសរសេរពីរថ្ងៃមុន។ នេះគឺជាការបន្ថែមទៅលើការផ្គត់ផ្គង់បណ្តោះអាសន្នខាងលើ។
 - បើសិនជាអ្នកផ្លាស់ពីកន្លែងថែទាំរយៈពេលវែង ឬពីមន្ទីរពេទ្យទៅផ្ទះ យើងនឹងធានារ៉ាប់រងផ្គត់ផ្គង់ឱសថរយៈពេល 30 ថ្ងៃ ឬតិចជាងនេះ ប្រសិនបើវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកត្រូវបានសរសេរមុនពីរថ្ងៃ (ក្នុងករណីណាមួយ យើងនឹងអនុញ្ញាតឱ្យផ្តល់ឱសថជូនលោកអ្នករហូតដល់ 30 ថ្ងៃ)។
 - បើសិនបើអ្នកផ្លាស់ពីផ្ទះទៅកន្លែងថែទាំរយៈពេលវែង ឬពីមន្ទីរពេទ្យ យើងនឹងធានារ៉ាប់រងឱសថបណ្តោះអាសន្នរយៈពេល 31 ថ្ងៃឬតិចជាងនេះ ប្រសិនបើវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកត្រូវបានសរសេរមុនពីរថ្ងៃ (ក្នុងករណីណាមួយ យើងនឹង



ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅ Wellcare Dual Align 129 (HMO D-SNP) តាមលេខ 1-800-431-9007 (TTY: 711)។ ចន្លោះថ្ងៃទី 1 ខែតុលា និងថ្ងៃទី 31 ខែមីនា អ្នកគំណាងអាចរកបានពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃអាទិត្យ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់។ ចន្លោះថ្ងៃទី 1 ខែមេសា និងថ្ងៃទី 30 ខែកញ្ញា អ្នកគំណាងអាចរកបានពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់។ ការហៅទូរសព្ទនេះ គឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** ចូរមើលគេហទំព័រ <https://wellcare.healthnetcalifornia.com>។

អនុញ្ញាតឱ្យផ្តល់ឱសថជូនលោកអ្នករហូតដល់ 31 ថ្ងៃ។ លោកអ្នកត្រូវតែបំពេញ ឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជានៅឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញ។

- បញ្ជីលើកលែងឱសថមួយចំនួននឹងត្រូវធានារ៉ាប់រងឆ្នាំក្រោយ។ យោងទៅតាម លិខិតយល់ព្រមដែលអ្នកបានទទួល។ លិខិតយល់ព្រមរួមមានព័ត៌មានអំពីដែន កំណត់នៃការយល់ព្រមលើឱសថដែលជាក់លាក់របស់អ្នក និងកាលបរិច្ឆេទដែល ការធានារ៉ាប់រងរបស់ឱសថនឹងត្រូវបញ្ចប់។ ប្រសិនបើយើងសម្រេចចិត្តមិនបន្ត ការយល់ព្រមរបស់អ្នកទេ យើងនឹងផ្ញើលិខិតឱ្យអ្នកយ៉ាងហោចណាស់ 60 ថ្ងៃ មុនពេលដាច់ឆ្នាំ។ សំបុត្រនេះនឹងរួមបញ្ចូលឱសថនៅពេលជាក់លាក់ លើកលែង តែការយល់ព្រមនឹងត្រូវបញ្ចប់ និងរបៀបស្នើសុំការលើកលែង។ ដើម្បីស្វែងយល់ ពីអ្វីដែលអ្នកត្រូវធ្វើដើម្បីសុំការលើកលែង សូមមើលជំពូកទី 9 ផ្នែក F នៃ សៀវភៅណែនាំសមាជិកឆ្នាំ 2023 ឬហៅទូរសព្ទទៅសេវាសមាជិក។

ផ្លាស់ប្តូរទៅថ្លៃចំណាយឱសថមានវេជ្ជបញ្ជា

យើងបានផ្លាស់ប្តូរឱសថមួយចំនួននៅក្នុងបញ្ជីឱសថទៅកម្រិតឱសថដែលទាបជាង ឬខ្ពស់ជាងនេះ។ ប្រសិនបើឱសថរបស់អ្នកផ្លាស់ពីតម្លៃថ្លៃទៅតម្លៃថ្លៃជាងនេះ វាអាចប៉ះពាល់ដល់ការសហចំណាយរបស់អ្នក។ ដើម្បីរកមើលថា តើឱសថរបស់អ្នកស្ថិតក្នុងកម្រិតខុសគ្នាឬអត់ សូមរកមើលនៅក្នុងបញ្ជីឱសថ។

តារាងខាងក្រោមបង្ហាញពីការចំណាយរបស់អ្នកសម្រាប់ឱសថ Part D ដែលបានធានារ៉ាប់រងទាំងអស់។

	2022 (ឆ្នាំនេះ)	2023 (ឆ្នាំក្រោយ)
ឱសថ Part D ដែលបានធានារ៉ាប់រងទាំងអស់ តម្លៃសម្រាប់ការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេលមួយខែនៃឱសថ Part D ត្រូវបានធានារ៉ាប់រង ដែលត្រូវបានបំពេញនៅឱសថស្ថានបណ្តាញ Medicare បានយល់ព្រមលើ Wellcare ដោយ Health Net ដើម្បីផ្តល់ការទូទាត់រួមគ្នា/សហធានារ៉ាប់រងក្នុងតម្លៃទាប ជាផ្នែកនៃកម្មវិធីបង្កើតការធានារ៉ាប់រងផ្នែកលើតម្លៃ។ កម្មវិធីនេះអនុញ្ញាតឱ្យ Medicare សាកល្បងវិធីថ្មីដើម្បីកែលម្អគម្រោង Medicare Advantage ។	ឱសថកម្រិតទី 1 - ឱសថទូទៅដែលពេញចិត្ត៖ ការបង់ប្រាក់រួមរបស់អ្នកសម្រាប់ការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេលមួយខែ (30 ថ្ងៃ) គឺ \$0 ក្នុងមួយវេជ្ជបញ្ជា។ ឱសថកម្រិតទី 2 - ឱសថទូទៅ៖ ការបង់ប្រាក់រួមរបស់អ្នកសម្រាប់ការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេលមួយខែ(30-ថ្ងៃ) គឺ \$20 ក្នុងមួយវេជ្ជបញ្ជា។ ឱសថកម្រិតទី 3 - ឱសថដែលមានម៉ាកដែលចង់បាន៖ ការបង់ប្រាក់រួមរបស់អ្នកសម្រាប់ការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេលមួយខែ (30-ថ្ងៃ) គឺ \$47 ក្នុងមួយវេជ្ជបញ្ជា។ ឱសថកម្រិតទី 4 - ឱសថដែលមិនចង់បាន៖ ការបង់ប្រាក់រួមរបស់អ្នកសម្រាប់ការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេល	ការបង់ប្រាក់រួមរបស់អ្នកសម្រាប់ការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេលមួយខែ (30 ថ្ងៃ) គឺ \$0 ក្នុងមួយវេជ្ជបញ្ជា។



ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅ Wellcare Dual Align 129 (HMO D-SNP) តាមលេខ 1-800-431-9007 (TTY: 711)។ ចន្លោះថ្ងៃទី 1 ខែតុលា និងថ្ងៃទី 31 ខែមីនា អ្នកតំណាងអាចរកបានពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃអាទិត្យ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់។ ចន្លោះថ្ងៃទី 1 ខែមេសា និងថ្ងៃទី 30 ខែកញ្ញា អ្នកតំណាងអាចរកបានពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់។ ការហៅទូរសព្ទនេះ គឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** ចូរមើលគេហទំព័រ <https://wellcare.healthnetcalifornia.com>។

	2022 (ឆ្នាំនេះ)	2023 (ឆ្នាំក្រោយ)
	មួយខែ (30- ថ្ងៃ) គឺ 44% នៃថ្លៃថ្នាំសម្រាប់ក្នុងមួយមន្ទីរពេទ្យ ឱសថកម្រិតទី 5 - កម្រិតឯកទេស៖ ការបង់ប្រាក់រួមរបស់អ្នកសម្រាប់ការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេលមួយខែ (30- ថ្ងៃ) គឺ 25% នៃថ្លៃថ្នាំសម្រាប់ក្នុងមួយមន្ទីរពេទ្យ ឱសថកម្រិតទី 6 - ជ្រើសរើសឱសថថែទាំ៖ ការបង់ប្រាក់រួមរបស់អ្នកសម្រាប់ការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេលមួយខែ (30 ថ្ងៃ) គឺ \$0 ក្នុងមួយមន្ទីរពេទ្យ	

F. ការផ្លាស់ប្តូររដ្ឋបាល

	2022 (ឆ្នាំនេះ)	2023 (ឆ្នាំក្រោយ)
គម្រោងរបស់អ្នកកំពុងផ្លាស់ប្តូរ	អ្នកគឺជាសមាជិករបស់ Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) ហើយជ្រើសរើសគម្រោង Medi-Cal ដាច់ដោយឡែកមួយ ដែលផ្តល់ជូនតាមរយៈ Health Net ឬក្រុមហ៊ុនផ្សេងទៀត។	អ្នកគឺជាសមាជិកនៃ Wellcare Dual Align 129 (HMO D-SNP) និងត្រូវបានចាត់ចូលក្នុងគម្រោង Health Net Medi-Cal Plan ដោយស្វ័យប្រវត្តិ។

G. ការជ្រើសរើសគម្រោងមួយ

G1. ស្ថិតនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើង

យើងសង្ឃឹមថានឹងរក្សាអ្នកជាសមាជិកនៃគម្រោង។ អ្នកមិនចាំបាច់ធ្វើអ្វីដើម្បីនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើងទេ។ ប្រសិនបើអ្នក **មិន** ផ្លាស់ប្តូរទៅគម្រោង Original Medicare ទៀត ឬផ្លាស់ប្តូរទៅគម្រោង Medicare ដើមទេ អ្នកនឹងបន្តចុះឈ្មោះជាសមាជិកនៃគម្រោងរបស់យើងសម្រាប់ឆ្នាំ 2023 ដោយស្វ័យប្រវត្តិ។



ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅ Wellcare Dual Align 129 (HMO D-SNP) តាមលេខ 1-800-431-9007 (TTY: 711)។ ចន្លោះថ្ងៃទី 1 ខែតុលា និងថ្ងៃទី 31 ខែមីនា អ្នកតំណាងអាចរកបានពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃអាទិត្យ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់។ ចន្លោះថ្ងៃទី 1 ខែមេសាដល់ថ្ងៃទី 30 ខែកញ្ញា អ្នកតំណាងអាចរកបានពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់។ ការហៅទូរសព្ទនេះ គឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** ចូរមើលគេហទំព័រ <https://wellcare.healthnetcalifornia.com>។

G2. ការផ្លាស់ប្តូរគម្រោង

មនុស្សភាគច្រើនដែលមាន Medicare អាចបញ្ចប់ភាពជាសមាជិករបស់ពួកគេក្នុងអំឡុងពេលជាក់លាក់នៃឆ្នាំ។ ដោយសារតែអ្នកមាន Medi-Cal អ្នកប្រហែលជាអាចបញ្ចប់ភាពជាសមាជិករបស់អ្នកនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើង ឬប្តូរទៅគម្រោងផ្សេងមួយក្នុងអំឡុងពេលនៃការចុះឈ្មោះពិសេសនីមួយៗដូចខាងក្រោម៖

- ខែមករាដល់ខែមីនា
- ខែមេសាដល់ខែមិថុនា
- ខែកក្កដាដល់ខែកញ្ញា

បន្ថែមពីលើរយៈពេលចុះឈ្មោះពិសេសទាំងបីនេះ អ្នកអាចបញ្ចប់ភាពជាសមាជិករបស់អ្នកនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើងក្នុងអំឡុងពេលដូចខាងក្រោម៖

- **រយៈពេលចុះឈ្មោះចូលប្រចាំឆ្នាំ** ដែលមានរយៈពេលពីថ្ងៃទី 15 ខែតុលា រហូតដល់ថ្ងៃទី 7 ខែធ្នូ។ ប្រសិនបើអ្នកជ្រើសរើសគម្រោងថ្មីក្នុងអំឡុងពេលនេះ ភាពជាសមាជិករបស់អ្នកនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើងនឹងបញ្ចប់នៅថ្ងៃទី 31 ខែធ្នូ ហើយភាពជាសមាជិករបស់អ្នកនៅក្នុងគម្រោងថ្មីនឹងចាប់ផ្តើមនៅថ្ងៃទី 1 ខែមករា។
- **រយៈពេលបើកចុះឈ្មោះនៃ Medicare Advantage** ដែលមានរយៈពេលចាប់ពីថ្ងៃទី 1 ខែមករាដល់ថ្ងៃទី 31 ខែមីនា។ ប្រសិនបើអ្នកជ្រើសរើសគម្រោងថ្មីក្នុងអំឡុងពេលនេះ ភាពជាសមាជិករបស់អ្នកនៅក្នុងគម្រោងថ្មីនឹងចាប់ផ្តើមនៅថ្ងៃដំបូងនៃខែបន្ទាប់។

វាអាចមានស្ថានភាពផ្សេងទៀតនៅពេលដែលអ្នកមានសិទ្ធិធ្វើការផ្លាស់ប្តូរចំពោះការចុះឈ្មោះរបស់អ្នក។ ឧទាហរណ៍៖

- អ្នកផ្លាស់ប្តូរទីលំនៅទៅក្រៅតំបន់សេវារបស់យើង
- សិទ្ធិរបស់អ្នកសម្រាប់ Medi-Cal ឬ Extra Help បន្ថែមដែលបានផ្លាស់ប្តូរ ឬ
- ប្រសិនបើអ្នកទើបតែបានផ្លាស់ទៅ ពេលនេះកំពុងទទួលការថែទាំ ឬទើបតែផ្លាស់ចេញពីមណ្ឌលថែទាំអ្នកជំងឺ ឬមន្ទីរពេទ្យថែទាំរយៈពេលវែង។

សេវា Medicare របស់អ្នក

លោកអ្នកមានជម្រើសបីយ៉ាង ដើម្បីទទួលបានសេវា Medicare របស់អ្នក។ ដោយការជ្រើសរើសយកជម្រើសមួយក្នុងជម្រើសទាំងនេះ នោះអ្នកនឹងបញ្ចប់សមាជិកភាពជាមួយនឹង Medicare ដោយស្វ័យប្រវត្តិ។



ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅ Wellcare Dual Align 129 (HMO D-SNP) តាមលេខ 1-800-431-9007 (TTY: 711)។ ចន្លោះថ្ងៃទី 1 ខែតុលា និងថ្ងៃទី 31 ខែមីនា អ្នកតំណាងអាចរកបានពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃអាទិត្យ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់។ ចន្លោះថ្ងៃទី 1 ខែមេសានិងថ្ងៃទី 30 ខែកញ្ញា អ្នកតំណាងអាចរកបានពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់។ ការហៅទូរសព្ទនេះ គឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** ចូរមើលគេហទំព័រ <https://wellcare.healthnetcalifornia.com>។

1. លោកអ្នកអាចផ្លាស់ប្តូរទៅកាន់៖ គម្រោងថែទាំសុខភាព Medicare មួយផ្សេងទៀត	ខាងក្រោមនេះ គឺជាអ្វីដែលលោកអ្នកត្រូវអនុវត្តតាម៖ សូមហៅទូរសព្ទទៅកាន់ Medicare តាមរយៈលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ អ្នកប្រើ TTY គួរតែទូរសព្ទទៅលេខ 1-877-486-2048។ សម្រាប់សំណួរអំពី PACE សូមហៅទូរសព្ទទៅកាន់លេខ 1-855-921-PACE (7223)។ បើសិនលោកអ្នកត្រូវការជំនួយ ឬព័ត៌មានបន្ថែម៖ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយ ឬព័ត៌មានបន្ថែម៖ សូមហៅទូរសព្ទទៅកម្មវិធីគាំពារ និងផ្តល់ប្រឹក្សាអំពីការធានារ៉ាប់រងសុខភាព (HICAP) នៃរដ្ឋ California តាមលេខទូរសព្ទ 1-800-434-0222 ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ចាប់ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ 5:00 ល្ងាច។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម ឬស្វែងរកការិយាល័យ HICAP ក្នុងតំបន់របស់អ្នក សូមចូលទៅកាន់ www.aging.ca.gov/Programs and Services/Medicare Counseling/។ ឬ ចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងថ្មីរបស់គម្រោង Medicare។ អ្នកនឹងត្រូវបានលុបឈ្មោះចេញពីគម្រោង Medicare របស់អ្នកដោយស្វ័យប្រវត្តិ នៅពេលដែលការធានារ៉ាប់រងនៃគម្រោងថ្មីរបស់អ្នកបានចាប់ផ្តើម។ គម្រោង Medi-Cal របស់អ្នកអាចនឹងផ្លាស់ប្តូរ។
--	---



ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅ Wellcare Dual Align 129 (HMO D-SNP) តាមលេខ 1-800-431-9007 (TTY: 711)។ ចន្លោះថ្ងៃទី 1 ខែតុលា និងថ្ងៃទី 31 ខែមីនា អ្នកតំណាងអាចរកបានពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃអាទិត្យ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់។ ចន្លោះថ្ងៃទី 1 ខែមេសា និងថ្ងៃទី 30 ខែកញ្ញា អ្នកតំណាងអាចរកបានពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់។ ការហៅទូរសព្ទនេះ គឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** ចូរមើលគេហទំព័រ <https://wellcare.healthnetcalifornia.com>។

2. លោកអ្នកអាចផ្លាស់ប្តូរទៅកាន់៖ Original Medicare ដោយមាន គម្រោងឱសថត្រូវការវេជ្ជបញ្ជា Medicare ដាច់ដោយឡែក	ខាងក្រោមនេះ គឺជាអ្វីដែលលោកអ្នកត្រូវអនុវត្តតាម៖ សូមហៅទូរសព្ទទៅកាន់ Medicare តាមរយៈលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ អ្នកប្រើ TTY គួរតែទូរសព្ទទៅលេខ 1-877-486-2048។ បើសិនលោកអ្នកត្រូវការជំនួយ ឬព័ត៌មានបន្ថែម៖ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយ ឬព័ត៌មានបន្ថែម សូមហៅទូរសព្ទទៅកម្មវិធីគាំពារ និងផ្តល់ប្រឹក្សាអំពីការធានារ៉ាប់រងសុខភាព (HICAP) នៃរដ្ឋ California តាមលេខទូរសព្ទ 1-800-434-0222 ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ចាប់ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ 5:00 ល្ងាច។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម ឬស្វែងរកការិយាល័យ HICAP ក្នុងតំបន់របស់អ្នក សូមចូលទៅកាន់ www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/។ ឬ ចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងឱសថមានវេជ្ជបញ្ជា Medicare ថ្មី។ អ្នកនឹងត្រូវបានលុបឈ្មោះចេញពីគម្រោងរបស់យើងដោយស្វ័យប្រវត្តិនៅពេលការរ៉ាប់រង Original Medicare របស់អ្នកចាប់ផ្តើម។ គម្រោង Medi-Cal របស់អ្នកនឹងមិនផ្លាស់ប្តូរនោះទេ។
--	---



ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅ Wellcare Dual Align 129 (HMO D-SNP) តាមលេខ 1-800-431-9007 (TTY: 711)។ ចន្លោះថ្ងៃទី 1 ខែតុលា និងថ្ងៃទី 31 ខែមីនា អ្នកតំណាងអាចរកបានពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃអាទិត្យ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់។ ចន្លោះថ្ងៃទី 1 ខែមេសា និងថ្ងៃទី 30 ខែកញ្ញា អ្នកតំណាងអាចរកបានពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់។ ការហៅទូរសព្ទនេះ គឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** ចូរមើលគេហទំព័រ <https://wellcare.healthnetcalifornia.com>។

3. លោកអ្នកអាចផ្លាស់ប្តូរទៅកាន់៖ Original Medicare ដោយគ្មានគម្រោងឱសថ ត្រូវការវេជ្ជបញ្ជា Medicare ដាច់ដោយឡែក មួយ កំណត់សម្គាល់៖ បើសិនលោកអ្នកផ្លាស់ប្តូរទៅ Original Medicare ហើយមិនបានចុះឈ្មោះនៅក្នុងគម្រោងឱសថត្រូវការវេជ្ជបញ្ជា Medicare ដាច់ដោយឡែក នោះ Medicare អាចនឹងចុះឈ្មោះលោកអ្នកនៅក្នុងគម្រោងឱសថ លុះត្រាតែលោកអ្នកប្រាប់ Medicare ថា លោកអ្នកមិនចង់ចូលរួមនៅក្នុងគម្រោងនេះ។ លោកអ្នកគប្បីបញ្ឈប់ការធានារ៉ាប់រងលើឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជា តែក្នុងករណីដែលលោកអ្នកមានការធានារ៉ាប់រងឱសថពីប្រភពមួយទៀត ដូចជានិយោជក ឬសហជីពជាដើម។ ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរថា តើអ្នកត្រូវការការធានារ៉ាប់រងលើឱសថដែរឬទេ សូមហៅទូរសព្ទទៅកម្មវិធីគាំពារ និងផ្តល់ប្រឹក្សាអំពីការធានារ៉ាប់រងសុខភាព (HICAP) នៃរដ្ឋ California តាមលេខទូរសព្ទ 1-800-434-0222 ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ចាប់ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ 5:00 ល្ងាច។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម ឬស្វែងរកការិយាល័យ HICAP ក្នុងតំបន់របស់អ្នក សូមចូលទៅកាន់ www.aging.ca.gov/Programs and Services/Medicare Counseling/។	ខាងក្រោមនេះ គឺជាអ្វីដែលលោកអ្នកត្រូវអនុវត្តតាម៖ សូមហៅទូរសព្ទទៅកាន់ Medicare តាមរយៈលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ អ្នកប្រើ TTY គួរតែទូរសព្ទទៅលេខ 1-877-486-2048។ បើសិនលោកអ្នកត្រូវការជំនួយ ឬព័ត៌មានបន្ថែម៖ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយ ឬព័ត៌មានបន្ថែម សូមហៅទូរសព្ទទៅកម្មវិធីគាំពារ និងផ្តល់ប្រឹក្សាអំពីការធានារ៉ាប់រងសុខភាព (HICAP) នៃរដ្ឋ California តាមលេខទូរសព្ទ 1-800-434-0222 ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ចាប់ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ 5:00 ល្ងាច។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម ឬស្វែងរកការិយាល័យ HICAP ក្នុងតំបន់របស់អ្នក សូម ចូលទៅកាន់ www.aging.ca.gov/Programs and Services/Medicare Counseling/។ អ្នកនឹងត្រូវបានលុបឈ្មោះចេញពីគម្រោងរបស់យើងដោយស្វ័យប្រវត្តិនៅពេលការរ៉ាប់រង Original Medicare របស់អ្នកចាប់ផ្តើម។ គម្រោង Medi-Cal របស់អ្នកនឹងមិនផ្លាស់ប្តូរនោះទេ។
--	--

សេវា Medi-Cal របស់អ្នក

សម្រាប់សំណួរអំពីរបៀបទទួលបានសេវា Medi-Cal របស់អ្នក បន្ទាប់ពីអ្នកចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើង សូមទាក់ទង ទៅកាន់ Health Care Options តាមរយៈលេខទូរសព្ទ 1-844-580-7272 ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ 6:00 ល្ងាច។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរហៅទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-430-7077។ សាកសួរអំពីរបៀបនៃការចូលរួមគម្រោងផ្សេងទៀត ឬការត្រលប់ទៅ Original Medicare ដែលប៉ះពាល់ដល់របៀបដែលអ្នកទទួលបានការធានារ៉ាប់រង Medi-Cal របស់អ្នក។

H. ទទួលបានជំនួយ

H1. គម្រោងរបស់ពួកយើង

យើងនៅទីនេះដើម្បីជួយប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ។ សូមទូរសព្ទទៅសេវាសមាជិកតាមរយៈលេខនៅខាងក្រោមទំព័រ ក្នុងអំឡុងពេលថ្ងៃ និងម៉ោងប្រតិបត្តិការដែលបានរាយក្នុងបញ្ជី។ ការហៅទូរសព្ទទាំងនេះ គឺឥតគិតថ្លៃ។



ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅ Wellcare Dual Align 129 (HMO D-SNP) តាមលេខ 1-800-431-9007 (TTY: 711)។ ចន្លោះថ្ងៃទី 1 ខែតុលា និងថ្ងៃទី 31 ខែមីនា អ្នកតំណាងអាចរកបានពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃអាទិត្យ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់។ ចន្លោះថ្ងៃទី 1 ខែមេសា និងថ្ងៃទី 30 ខែកញ្ញា អ្នកតំណាងអាចរកបានពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់។ ការហៅទូរសព្ទនេះ គឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** ចូរមើលគេហទំព័រ <https://wellcare.healthnetcalifornia.com>។

អាន សៀវភៅណែនាំសមាជិករបស់អ្នក

សៀវភៅណែនាំសមាជិក របស់អ្នកគឺជាការពិពណ៌នាលម្អិតស្របច្បាប់នៃអត្ថប្រយោជន៍គម្រោងរបស់អ្នក យើង។ វាមានព័ត៌មានលម្អិតអំពីអត្ថប្រយោជន៍ និងថ្លៃថ្នូរណាមួយសម្រាប់ឆ្នាំ 2023។ វាពន្យល់អំពីសិទ្ធិរបស់អ្នក និងបទបញ្ញត្តិផ្សេងៗដែលអ្នកត្រូវតែ អនុវត្តតាមដើម្បីទទួលបានសេវាកម្មដែលត្រូវបានរ៉ាប់រង និងឱសថមានវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកយើង។

សៀវភៅណែនាំសមាជិក សម្រាប់ឆ្នាំ 2023 នឹងអាចរកបានត្រឹមថ្ងៃទី 15 ខែតុលា។ ច្បាប់ចម្លងចុងក្រោយនៃ សៀវភៅណែនាំសមាជិក អាចរកបាននៅលើគេហទំព័ររបស់យើង

<https://wellcare.healthnetcalifornia.com>។ អ្នកក៏អាចទូរសព្ទទៅសេវាបម្រើសមាជិកតាមរយៈលេខនៅខាងក្រោមទំព័រ ដើម្បីស្នើសុំឱ្យយើងផ្ញើទៅអ្នកនូវ សៀវភៅណែនាំសមាជិក សម្រាប់ឆ្នាំ 2023 ទៅកាន់អ្នកបាន។

គេហទំព័ររបស់យើង

អ្នកអាចចូលមើលគេហទំព័ររបស់យើងនៅ <https://wellcare.healthnetcalifornia.com> ។ ជាការរំលឹក គេហទំព័ររបស់យើងមានព័ត៌មានថ្មីៗក្រោយបំផុតអំពីអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំរបស់យើង និងឱសថស្ថាននៅក្នុង បណ្តាញ (បញ្ជីអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំនិងឱសថស្ថាន) និងបញ្ជីឱសថរបស់យើង (បញ្ជីឱសថមានធានារ៉ាប់រង)។

H2. កម្មវិធីគាំពារ និងផ្តល់ប្រឹក្សាអំពីការធានារ៉ាប់រងសុខភាព (HICAP)

លោកអ្នកក៏អាចទូរសព្ទទៅកម្មវិធីប្រឹក្សាយោបល់ និងគាំទ្រការធានារ៉ាប់រងសុខភាព (SHIP) ផងដែរ។ នៅរដ្ឋ California SHIP ត្រូវបានហៅថា កម្មវិធីគាំទ្រ និងផ្តល់ប្រឹក្សាការធានារ៉ាប់រងសុខភាព (HICAP)។ អ្នកផ្តល់ប្រឹក្សា HICAP អាចជួយឱ្យអ្នកយល់អំពីការជ្រើសរើសគម្រោងរបស់អ្នក និងឆ្លើយសំណួរផ្សេងៗអំពីការប្តូរគម្រោង។ HICAP មិនមានទាក់ទងនឹងយើង ឬជាមួយក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រង ឬគម្រោងសុខភាពណាមួយឡើយ។ HICAP មានអ្នកប្រឹក្សាយោបល់ដែលបានបណ្តុះបណ្តាលនៅគ្រប់ខោនធី ហើយសេវានេះ គឺឥតគិតថ្លៃ។ លេខទូរសព្ទរបស់ HICAP គឺ 1-800-434-0222។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម ឬដើម្បីស្វែងរកការិយាល័យ HICAP ប្រចាំតំបន់ក្នុងទីតាំងរបស់អ្នក សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ www.aging.ca.gov/Programs and Services/Medicare Counseling/។

H3. Ombuds Program

កម្មវិធី Health Consumer Alliance Ombuds Program អាចជួយអ្នក ប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហាជាមួយគម្រោងរបស់អ្នកយើង។ សេវារបស់ ombudsman គឺឥតគិតថ្លៃ និងមានគ្រប់ភាសា។ កម្មវិធី Health Consumer Alliance Ombuds Program៖

- ដើរតួជាអ្នកគាំពារជំនួសអ្នក។ ពួកគេអាចឆ្លើយសំណួរប្រសិនបើលោកអ្នកមានបញ្ហា ឬបណ្តឹងតវ៉ាហើយអាចជួយលោកអ្នកឱ្យយល់ពីអ្វីដែលត្រូវធ្វើ។
- ត្រូវប្រាកដថាអ្នកមានសំណួរពាក់ព័ន្ធទៅនឹងសិទ្ធិនិងការការពារ និងរបៀបក្នុងការដោះស្រាយបញ្ហារបស់អ្នក។
- វាមិនមានទាក់ទងនឹងយើងខ្ញុំ ឬជាមួយក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រង ឬគម្រោងសុខភាពណាមួយឡើយ។ លេខទូរសព្ទសម្រាប់កម្មវិធី Health Consumer Alliance Ombuds Program គឺ 1-888-804-3536។

H4. Medicare

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



ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅ Wellcare Dual Align 129 (HMO D-SNP) តាមលេខ 1-800-431-9007 (TTY: 711)។ ចន្លោះថ្ងៃទី 1 ខែតុលា និងថ្ងៃទី 31 ខែមីនា អ្នកតំណាងអាចរកបានពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃអាទិត្យ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់។ ចន្លោះថ្ងៃទី 1 ខែមេសា និងថ្ងៃទី 30 ខែកញ្ញា អ្នកតំណាងអាចរកបានពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់។ ការហៅទូរសព្ទនេះ គឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** ចូរមើលគេហទំព័រ <https://wellcare.healthnetcalifornia.com>។ 20

គេហទំព័រ Medicare

អ្នកអាចចូលទៅកាន់គេហទំព័រ Medicare (www.medicare.gov) ប្រសិនបើអ្នកជ្រើសរើសលុបឈ្មោះចេញពីគម្រោងរបស់យើង ហើយចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោង Medicare វិញ នោះគេហទំព័ររបស់ Medicare មានព័ត៌មានអំពីថ្លៃចំណាយ ទំហំធានារ៉ាប់រង និងការវាយតម្លៃលើគុណភាព ដើម្បីជួយអ្នកប្រៀបធៀបគម្រោងនានា។

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីគម្រោង Medicare ដែលមាននៅក្នុងតំបន់របស់អ្នកដោយប្រើ Medicare Plan Finder នៅលើគេហទំព័ររបស់ Medicare។ (ដើម្បីបង្ហាញព័ត៌មានអំពីគម្រោង សូមចូលទៅមើល www.medicare.gov ហើយចុចលើ "ស្វែងរកគម្រោង")

Medicare និង អ្នកក្នុង ឆ្នាំ 2023

អ្នកអាចអាន Medicare និងអ្នក ឆ្នាំ 2023 ក្នុងកូនសៀវភៅណែនាំ។ ជារៀងរាល់ឆ្នាំក្នុងរដូវស្លឹកឈើជ្រុះ សៀវភៅនេះនឹងត្រូវបានផ្ញើទៅកាន់អ្នកជាមួយ Medicare។ វាមានការសង្ខេបអំពីគម្រោង Medicare សិទ្ធិនិងការការពារ និងចម្លើយចំពោះសំណួរពេញនិយមអំពី Medicare។ សៀវភៅណែនាំនេះក៏មានជាភាសាអេស៉្បាញ ចិន និងវៀតណាមផងដែរ។

ប្រសិនបើអ្នកមិនមានច្បាប់ចម្លងមួយនៃកូនសៀវភៅនេះ អ្នកអាចទទួលបានវានៅគេហទំព័រ Medicare (www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf) ឬដោយហៅទូរសព្ទតាមរយៈលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ អ្នកប្រើ TTY គួរហៅទៅកាន់លេខ 1-877-486-2048។

H5. ក្រសួងគ្រប់គ្រងការថែទាំសុខភាពនៃរដ្ឋ California

ក្រសួងគ្រប់គ្រងការថែទាំសុខភាពនៃរដ្ឋ California (California Department of Managed Health Care) ទទួលខុសត្រូវចេញច្បាប់គ្រប់គ្រងគម្រោងសេវាថែទាំសុខភាព។ មជ្ឈមណ្ឌលជំនួយរបស់ DMHC អាចជួយអ្នកចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ និងការប្តឹងតវ៉ានានាប្រឆាំងនឹងគម្រោងសុខភាពរបស់អ្នក អំពីសេវានៃកម្មវិធី Medi-Cal។ ប្រសិនបើអ្នកមានបណ្តឹងសាទុក្ខប្រឆាំងនឹងគម្រោងសុខភាពរបស់អ្នក អ្នកគួរទូរសព្ទទៅគម្រោងសុខភាពរបស់អ្នកជាមុនសិន តាមរយៈលេខ 1-800-431-9007 (TTY: 711) ហើយប្រើប្រាស់នីតិវិធីដោះស្រាយបណ្តឹងសាទុក្ខរបស់គម្រោងសុខភាពរបស់អ្នក មុនពេលទាក់ទងមកក្រសួង។ នៅចន្លោះថ្ងៃទី 1 ខែតុលាដល់ថ្ងៃទី 31 ខែមីនា អ្នកតំណាងអាចមានពេលពិសេស ដល់ថ្ងៃអាទិត្យ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់។ នៅចន្លោះថ្ងៃទី 1 ខែមេសា ដល់ថ្ងៃទី 30 ខែកញ្ញា អ្នកតំណាងអាចមានពេលពិសេស ដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ 8 យប់។ ការប្រើប្រាស់នីតិវិធីសាទុក្ខនេះមិនហាមឃាត់សិទ្ធិស្របច្បាប់ ឬដំណោះស្រាយដែលអាចមានសម្រាប់អ្នកទេ។ ប្រសិនបើលោកអ្នកត្រូវការជំនួយសម្រាប់ការដាក់បណ្តឹងសាទុក្ខពាក់ព័ន្ធនឹងករណីបន្ទាន់ បណ្តឹងសាទុក្ខដែលគម្រោងសុខភាពរបស់អ្នកមិនបានដោះស្រាយជូនអ្នកដោយពេញចិត្ត ឬបណ្តឹងសាទុក្ខដែលមិនទាន់បានដោះស្រាយក្នុងអំឡុងពេលលើសពី 30 ថ្ងៃ នោះលោកអ្នកអាចទូរសព្ទទៅក្រសួងនេះដើម្បីស្នើសុំជំនួយបាន។ លោកអ្នកក៏អាចមានសិទ្ធិទទួលបានការត្រួតពិនិត្យមើលឡើងវិញផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដោយឯករាជ្យ (IMR) ផងដែរ។ បើសិនលោកអ្នកមានសិទ្ធិសម្រាប់ IMR នីតិវិធី IMR នឹងផ្តល់ជូននូវការពិនិត្យគិតលំអៀងនៃការសម្រេចចិត្តបែបវេជ្ជសាស្ត្របង្កើតដោយគម្រោងសុខភាពទាក់ទងនឹងភាពចាំបាច់វេជ្ជសាស្ត្រនៃសេវាដែលត្រូវបានស្នើសុំឬការព្យាបាល សេចក្តីសម្រេចការធានារ៉ាប់រងសម្រាប់ការព្យាបាលដែលដែលមានលក្ខណៈសាកល្បងឬបែបស៊ើបអង្កេតឬដោះស្រាយសម្រាប់សង្គ្រោះបន្ទាន់ឬសេវាវេជ្ជសាស្ត្របន្ទាន់។ ក្រសួងនេះ ក៏មានលេខទូរសព្ទឥតគិតថ្លៃ (1-888-466-2219) និងខ្សែទូរសព្ទ TDD (1-877-688-9891) សម្រាប់អ្នកដែលមានពិការភាពផ្នែកការស្តាប់ និងការនិយាយ។ គេហទំព័រតាមអ៊ិនធឺណិតរបស់ក្រសួង www.dmhc.ca.gov មានទម្រង់បែបបទពាក្យបណ្តឹងតវ៉ា ទម្រង់បែបបទពាក្យស្នើសុំ IMR និងសេចក្តីណែនាំនៅលើអនឡាញ។



ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅ Wellcare Dual Align 129 (HMO D-SNP) តាមលេខ 1-800-431-9007 (TTY: 711)។ ចន្លោះថ្ងៃទី 1 ខែតុលា និងថ្ងៃទី 31 ខែមីនា អ្នកតំណាងអាចរកបានពិសេស ដល់ថ្ងៃអាទិត្យ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់។ ចន្លោះថ្ងៃទី 1 ខែមេសានិងថ្ងៃទី 30 ខែកញ្ញា អ្នកតំណាងអាចរកបានពិសេស ដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់។ ការហៅទូរសព្ទនេះ គឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** ចូរមើលគេហទំព័រ <https://wellcare.healthnetcalifornia.com>។ 21

សេចក្តីជូនដំណឹងអំពីការវិសេស

ការវិសេស គឺជាការប្រឆាំងនឹងច្បាប់។ Wellcare by Health Net អនុវត្តតាមច្បាប់សិទ្ធិស៊ីវិលរបស់រដ្ឋ និងសហព័ន្ធ។ Wellcare by Health Net មិនប្រព្រឹត្តអំពើវិសេសដោយខុសច្បាប់ មិនបដិសេធមនុស្ស ឬប្រព្រឹត្តិលើពួកគេដោយមិនស្មើភាពគ្នា ដោយសារតែភេទ ពូជសាសន៍ សម្បុរ ពណ៌ សាសនា ដូនតា ដើមកំណើតសញ្ជាតិ អត្តសញ្ញាណក្រុមជាតិពន្ធុ អាយុ ពិការភាពសតិបញ្ញា ពិការភាពសម្បទា ស្ថានភាពជំងឺ ព័ត៌មានហ្វេនូទែន ស្ថានភាពអាពាហ៍ពិពាហ៍ ភេទ អត្តសញ្ញាណភេទ ឬនិន្នាការផ្លូវភេទនោះទេ។

Wellcare by Health Net ផ្តល់ជូន៖

- ជំនួយនិងសេវាកម្មគិតថ្លៃដល់ជនពិការដើម្បីជួយឱ្យពួកគេប្រាស្រ័យទាក់ទងគ្នាកាន់តែប្រសើរដូចជា៖
 - o អ្នកបកប្រែភាសាសញ្ញា ដែលមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់
 - o ព័ត៌មានដែលសរសេរជាទម្រង់ផ្សេងៗ (អក្សរពុម្ពធំ សំឡេង ទម្រង់អេឡិចត្រូនិកដែលអាចចូលប្រើបាន និង ទម្រង់ផ្សេងៗ)
- សេវាកម្មភាសាគិតថ្លៃដល់អ្នកដែលភាសាចម្បងរបស់ពួកគេមិនមែនជាភាសាអង់គ្លេស ដូចជា៖
 - o អ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ដែលមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់
 - o ព័ត៌មានដែលសរសេរជាភាសាផ្សេងៗ

ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការសេវាកម្មទាំងនេះ សូមទាក់ទង Wellcare by Health Net តាមទូរសព្ទលេខ **1-800-431-9007** ។ចាប់ពីថ្ងៃទី 1 ខែតុលាដល់ថ្ងៃទី 31 ខែមីនា អ្នកអាចទូរសព្ទមកយើងបាន 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ចាប់ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់។ ចាប់ពីថ្ងៃទី 1 ខែមេសា ដល់ថ្ងៃទី 30 ខែកញ្ញា អ្នកអាចទូរសព្ទមកយើងពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ចាប់ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់។ ប្រព័ន្ធផ្ញែសារត្រូវបានគេប្រើប្រាស់បន្ទាប់ពីម៉ោងធ្វើការ ចុងសប្តាហ៍ និងថ្ងៃឈប់សម្រាករបស់សហព័ន្ធ។ ប្រសិនបើអ្នកមិនអាចស្តាប់ឮ ឬនិយាយបានល្អ សូមទូរសព្ទទៅលេខ **TTY 711** ។ពេលមានការស្នើសុំ ឯកសារនេះអាចត្រូវបានផ្តល់ជូនអ្នកជាលក្ខណៈអក្សរសម្រាប់អ្នកពិការភ្នែក អក្សរពុម្ពធំ កាសែតសំឡេង ឬជាទម្រង់អេឡិចត្រូនិក។ ដើម្បីទទួលបានច្បាប់ចម្លងក្នុងទម្រង់ជំនួសទាំងនេះណាមួយ សូមទូរសព្ទ ឬសរសេរទៅកាន់៖

Wellcare by Health Net
21281 Burbank Blvd.
Woodland Hills, CA 91367
1-800-431-9007
TTY: 711

របៀបដាក់បណ្តឹងសាទុក្ខ

ប្រសិនបើអ្នកជឿជាក់ថា Wellcare by Health Net បានខកខានក្នុងការផ្តល់សេវាកម្មទាំងនេះ ឬវិសេសដោយខុសច្បាប់ក្នុងរូបភាពណាក៏ដោយ ដោយផ្អែកលើភេទ ពូជសាសន៍ សម្បុរ សាសនា ដូនតា ប្រភពសញ្ជាតិ ការសម្គាល់ក្រុមជនជាតិភាគតិច អាយុ ពិការភាពសតិបញ្ញា ពិការភាពរាងកាយ លក្ខខណ្ឌវេជ្ជសាស្ត្រ ព័ត៌មានហ្វេនូទែន ស្ថានភាពអាពាហ៍ពិពាហ៍ យេនឌ័រ អត្តសញ្ញាណយេនឌ័រ ឬចំណូលចិត្តផ្លូវភេទ នោះអ្នកអាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងសាទុក្ខជាមួយនឹងផ្នែកបម្រើសេវាសមាជិកបាន។ អ្នកអាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងសាទុក្ខតាមទូរសព្ទ ជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ ដោយផ្ទាល់ ឬ តាមប្រព័ន្ធអេឡិចត្រូនិក៖

- **តាមទូរសព្ទ៖** សូមទាក់ទងអ្នកសម្របសម្រួលសិទ្ធិស៊ីវិលរបស់ Wellcare by Health Net តាមទូរសព្ទលេខ **1-866-458-2208**។ ចន្លោះម៉ោង 8 ព្រឹក និងម៉ោង 5 ល្ងាចពីថ្ងៃចន្ទដល់ថ្ងៃសុក្រ។ ឬ ប្រសិនបើអ្នកមិនអាចស្តាប់ឮ ឬនិយាយបានល្អ សូម ទូរសព្ទទៅលេខ **TTY 711**។
- **ការសរសេរជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ៖** សូមបំពេញទម្រង់ពាក្យបណ្តឹង ឬសរសេរសំបុត្រ ហើយផ្ញើទៅ៖
Wellcare Civil Rights Coordinator
P.O. Box 9103
Van Nuys, CA 91409-9103
- **ទៅជួបផ្ទាល់៖** ទៅកាន់ការិយាល័យវេជ្ជបណ្ឌិតឬ Wellcare by Health Net របស់អ្នកហើយនិយាយថាអ្នកចង់ដាក់ពាក្យបណ្តឹង។
- **តាមប្រព័ន្ធអេឡិចត្រូនិក៖** ចូលទៅកាន់គេហទំព័រ Wellcare by Health Net នៅអាសយដ្ឋាន **www.wellcare.com/healthnetCA**។

ការិយាល័យសិទ្ធិស៊ីវិល – ក្រសួងសេវាកម្មថែទាំសុខភាពនៃរដ្ឋ California

អ្នកក៏អាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងអំពីសិទ្ធិពលរដ្ឋជាមួយក្រសួងសេវាកម្មថែទាំសុខភាពនៃរដ្ឋ California តាមការិយាល័យសិទ្ធិស៊ីវិលតាមរយៈទូរសព្ទ ជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ ឬតាមប្រព័ន្ធអេឡិចត្រូនិកផងដែរ៖

- **តាមទូរសព្ទ៖** ទូរសព្ទទៅលេខ **1-916-440-7370**។ ប្រសិនបើអ្នកមិនអាចនិយាយ ឬស្តាប់បានល្អ សូមហៅទូរសព្ទទៅលេខ **TTY 711 (សេវាបញ្ជូនបន្តនៃទូរគមនាគមន៍)**។

- **ការសរសេរជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ៖** សូមបំពេញទម្រង់បែបបទនៃពាក្យបណ្តឹង ឬផ្ញើលិខិតទៅកាន់អាសយដ្ឋាន៖
Deputy Director, Office of Civil Rights
Department of Health Care Services
Office of Civil Rights
P.O. Box 997413, MS 0009
Sacramento, CA 95899-7413
សំណុំបែបបទពាក្យបណ្តឹងអាចរកបាននៅ http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx

- **តាមប្រព័ន្ធអេឡិចត្រូនិក៖** ផ្ញើអ៊ីមែលទៅកាន់ **CivilRights@dhcs.ca.gov** ។

ការិយាល័យសិទ្ធិស៊ីវិល - សហរដ្ឋអាមេរិក ក្រសួងសុខាភិបាល និងសេវាមនុស្សជាតិ

ប្រសិនបើអ្នកជឿថាអ្នកត្រូវបានគេរើសអើងទៅលើពូជសាសន៍ ពណ៌សម្បុរ សញ្ជាតិដើម អាយុ ពិការភាព ឬភេទ អ្នកក៏អាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងស្តីពីសិទ្ធិស៊ីវិលជាមួយ ក្រសួងសុខាភិបាល និងសេវាមនុស្សជាតិសហរដ្ឋអាមេរិក ទៅការិយាល័យសិទ្ធិពលរដ្ឋតាមរយៈទូរសព្ទ ជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ ឬតាមរយៈប្រព័ន្ធអេឡិចត្រូនិក៖

- **តាមទូរសព្ទ៖** ទូរសព្ទទៅលេខ **1-800-368-1019**។ ប្រសិនបើអ្នកមិនអាចនិយាយ ឬស្តាប់បានល្អ សូមទូរសព្ទទៅ **TTY/TDD 1-800-537-7697**។

- **ការសរសេរជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ៖** សូមបំពេញទម្រង់បែបបទនៃពាក្យបណ្តឹង ឬផ្ញើលិខិតទៅកាន់អាសយដ្ឋាន៖
U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
សំណុំបែបបទពាក្យបណ្តឹងអាចរកបាននៅ <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html> ។

- **តាមរយៈអេឡិចត្រូនិក៖** សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័ររបស់ការិយាល័យសិទ្ធិស៊ីវិលតាមរយៈគេហទំព័រ <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> ។

English: ATTENTION: If you need help in your language call **1-888-431-9007** (TTY: **711**). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call **1-888-431-9007** (TTY: **711**). These services are free of charge.

العربية (Arabic): انتباه: إذا كنت بحاجة إلى مساعدة بلغتك، فاتصل على الرقم **1-888-431-9007** (TTY: **711**) تتوفر أيضًا مساعدات وخدمات للأشخاص ذوي الإعاقات مثل المستندات بطريقة برايل وبطباعة كبيرة. اتصل على الرقم **1-888-431-9007** (TTY: **711**) وهذه الخدمات مجانية.

Հայերեն (Armenian): Ուշադրություն. Եթե Ձեր լեզվով օգնության կարիք ունեք, զանգահարեք **1-888-431-9007** (TTY՝ **711**): Հասանելի են նաև օգնություն և ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար, ինչպիսիք են՝ բրայլյան և խոշոր տառերով փաստաթղթերը: Չանգահարեք **1-888-431- 9007** (TTY՝ **711**): Այս ծառայություններն անվճար են:

ភាសាខ្មែរ (Cambodian): ចំណាំ: ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយជាភាសាបស់អ្នក សូមទូរសព្ទទៅលេខ **1-888-431-9007** (TTY: **711**)។ ជំនួយនិងសេវាកម្មសម្រាប់ជនពិការ ដូចជាឯកសារជាអក្សរធំសម្រាប់ជនពិការភ្នែក និងពុម្ពអក្សរធំ ក៏មានផងដែរ។ សូមទូរសព្ទទៅលេខ **1-888-431- 9007** (TTY: **711**)។ សេវាកម្មទាំងនេះមិនគិតថ្លៃនោះទេ។

中文 (Chinese): 注意: 如果您需要以您母语提供的协助, 请致电 **1-888-431-9007** (TTY: **711**)。我们也为残疾人士提供辅助和服务, 例如点字和大字体印刷的文件。请致电 **1-888-431-9007** (TTY: **711**)。这些服务为免费服务。

فارسی (Farsi): توجه: اگر نیاز به کمک به زبان خودتان دارید با شماره **1-888-431-9007** (TTY: **711**) تماس بگیرید. کمک ها و خدمات برای افراد دارای معلولیت نیز در دسترس است, مانند اسناد با خط بریل و چاپ درشت. با شماره **1-888-431-9007** (TTY **711**) تماس بگیرید. این خدمات رایگان است.

हिंदी (Hindi): ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा में मदद चाहिए, तो **1-888-431-9007** (TTY: **711**) पर कॉल करें. विकलांग लोगों के लिए ब्रेल और बड़े प्रिंट में दस्तावेज़ जैसी सहायता और सेवाएं उपलब्ध हैं. **1-888-431-9007** (TTY: **711**) पर कॉल करें. ये सेवाएं नि:शुल्क हैं.

Lus Hmoob (Hmong): TSEEM CEEB: : Yog koj xav tau kev pab ua koj hom lus hu rau **1-888-431-9007** (TTY: **711**). Tsis tas li ntawd, kuj tseem muaj cov kev pab thiab cov kev pab cuam rau cov neeg xiam oob qhab, xws li cov ntaub ntawv Ua Ntawv Su thiab cov ntawv loj. Hu rau **1-888-431-9007** (TTY: **711**). Cov kev pab cuam no yog pab dawb xwb.

日本語 (Japanese): 注意: 言語のヘルプが必要な場合は **1-888-431-9007** (TTY: **711**) までお電話ください。障害をお持ちの方には、点字や大判プリントなどの補助機能やサービスもご利用になれます。 **1-888-431-9007** (TTY: **711**) までお電話ください。これらのサービスは無料です。

한국어(Korean): 주의: 귀하의 구사 언어로 도움을 받으셔야 한다면 **1-888-431-9007** (TTY: **711**)번으로 연락해 주십시오. 점자 및 큰 활자 인쇄 형식으로 된 문서 등 장애인을 위한 도움 및 서비스도 제공됩니다. **1-888-431-9007**(TTY: **711**)번으로 연락해 주십시오. 해당 서비스는 무료로 제공됩니다.

ພາສາລາວ (Laotian): ສໍາຄັນ: ຖ້າວ່າທ່ານຕ້ອງການການຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານ ໂທ **1-888-431-9007** (TTY: **711**). ນອກຈາກນີ້ ຍັງມີການຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ບໍລິການສໍາລັບຄົນພິການ ເຊັ່ນ: ເອກະສານທີ່ເປັນຕົວອັກສອນນູນ ແລະ ຕົວພິມຂະໜາດໃຫຍ່ ໂທ **1-888-431-9007** (TTY: **711**). ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ແມ່ນພຣີ

Mienh (Mien): Liouh Eix: Oix se meih oix nongc zuqc gorngv mienh wac daih taengx meih, cingv meih mboqv dienx wac **1-888-431-9007** (TTY: **711**). Yie mbuo hac haih nongc mienh wac daih taengx waic fangx nyei mienh, hnangv zing mangc mv buatac lamh nyei mienh nongc nyei nzangc caux domh nzangc wenh jienx. Cingv meih mboqv dienx wac **1-888-431-9007** (TTY: **711**). Naiv deix bong zouc gong se maiv siou zinh nyanh nyei.

ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi): ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਤਾਂ **1-888-431-9007** (TTY: **711**) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਅਪੰਗਤਾਵਾਂ ਵਾਲੇ ਲੋਕਾਂ ਵਾਸਤੇ ਸਹਾਇਤਾਵਾਂ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬਰੇਲ ਲਿਪੀ ਅਤੇ ਵੱਡੇ ਛਾਪੇ ਵਾਲੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। **1-888-431-9007** 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ (TTY: **711**)। ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫ਼ਤ ਹਨ।

Русский (Russian): ВНИМАНИЕ: если вам требуется помощь на родном языке, позвоните по номеру **1-888-431-9007** (телетайп: **711**). Также доступны сопутствующая помощь и услуги для людей с ограниченными возможностями, такие как материалы, напечатанные крупным шрифтом и шрифтом Брайля. Позвоните по номеру **1-888-431-9007** (телетайп: **711**). Эти услуги предоставляются бесплатно.

Español (Spanish): ATENCIÓN: Si necesita ayuda en su idioma llame al **1-888-431-9007** (TTY: **711**). También están disponibles ayudas y servicios para personas con discapacidades, como documentos en Braille y letra grande. Llame al **1-888-431-9007** (TTY: **711**). Estos servicios son gratuitos.

Tagalog (Tagalog): PAALALA: Kung kailangan ninyo ng tulong sa inyong wika, tumawag sa **1-888-431-9007** (TTY: **711**). Available din ang mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, gaya ng mga dokumento sa braille at malaking print. Tumawag sa **1-888-431-9007** (TTY: **711**). Walang bayad ang mga serbisyong ito.

ภาษาไทย (Thai): **หมายเหตุ: หากต้องการความช่วยเหลือในภาษาของคุณ โปรดโทรไปท1-888-431-9007** (TTY: **711**) เรามีความช่วยเหลือและบริการสำหรับผู้พิการ เช่น เอกสารที่เป็นอักษรเบรลล์และเอกสารที่ใช้ตัวอักษรขนาดใหญ่ ด้วยเช่นกัน โปรดโทรไปที่ **1-888-431-9007** (TTY: **711**) บริการเหล่านี้ไม่มีค่าใช้จ่าย

Українська (Ukrainian): УВАГА! Якщо ви потребуєте підтримки своєю мовою, телефонуйте за номером **1-888-431-9007** (TTY: **711**). Також доступні засоби та послуги для людей з обмеженими можливостями, як-от документи шрифтом Брайля та великим шрифтом. Телефонуйте за номером **1-888-431-9007** (TTY: **711**). Ці послуги є безкоштовними.

Tiếng Việt (Vietnamese): CHÚ Ý: Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của quý vị, hãy gọi số **1-888-431-9007** (TTY: **711**). Các hỗ trợ và dịch vụ dành cho người khuyết tật, chẳng hạn như tài liệu bằng chữ nổi và chữ chữ lớn cũng được cung cấp. Hãy gọi số **1-888-431-9007** (TTY: **711**). Các dịch vụ này được miễn phí.