



# ព័ត៌មានសំខាន់

អំពីការផ្លាស់ប្តូរចំពោះ

គម្រោងសុខភាព និងឱសថ Medicare របស់អ្នក

គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan (HMO D-SNP) គឺជាប្រភេទគម្រោង Medicare Medi-Cal ដែលផ្តល់ជូនដោយក្រុមហ៊ុន California Physicians' Service (ដែលគេស្គាល់ជាទូទៅថា Blue Shield of California)។

## សេចក្តីជូនដំណឹងស្តីពីការផ្លាស់ប្តូរប្រចាំឆ្នាំ សម្រាប់ឆ្នាំ 2025

### សេចក្តីផ្តើម

បច្ចុប្បន្ននេះ អ្នកបានចុះឈ្មោះជាសមាជិកម្នាក់ក្នុងគម្រោងរបស់យើង។ នៅឆ្នាំក្រោយ នឹងមានការផ្លាស់ប្តូរមួយចំនួនចំពោះអត្ថប្រយោជន៍ ការរ៉ាប់រង លក្ខខណ្ឌ និងថ្លៃចំណាយរបស់យើង។ **សេចក្តីជូនដំណឹងស្តីពីការផ្លាស់ប្តូរប្រចាំឆ្នាំ** នេះជម្រាបជូនដំណឹងដល់អ្នកអំពីការផ្លាស់ប្តូរ និងកន្លែងស្វែងរកព័ត៌មានបន្ថែមអំពីការផ្លាស់ប្តូរទាំងនោះ។ ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែមអំពីថ្លៃចំណាយ អត្ថប្រយោជន៍ ឬបទបញ្ញត្តិ សូមពិនិត្យមើល *សៀវភៅណែនាំសមាជិក* ដែលមាននៅលើគេហទំព័ររបស់យើងតាមអាសយដ្ឋាន [blueshieldca.com/DSNPdocuments2025](http://blueshieldca.com/DSNPdocuments2025)។ ពាក្យគន្លឹះ និងនិយមន័យនៃពាក្យគន្លឹះទាំងនេះបង្ហាញទៅលំដាប់អក្ខរក្រមនៅក្នុងជំពូកចុងក្រោយនៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិករបស់អ្នក*។

### ធនធានបន្ថែមទៀត

- ឯកសារនេះមានផ្តល់ជូនជាភាសាអង់គ្លេស អាមេរិក ខ្មែរ ចិនសម័យ ចិនបុរាណ ហ្វីលីពីន កូរ៉េ រុស្ស៊ី អេស្ប៉ាញ តាកាឡុក និងវៀតណាម។
- អ្នកអាចទទួលបានសេចក្តីជូនដំណឹងអំពីការផ្លាស់ប្តូរប្រចាំឆ្នាំដោយឥតគិតថ្លៃជាទម្រង់ផ្សេងៗដូចជាអក្សរពណ៌ អក្សរស្នាប ឬជាសំឡេង។ ទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-452-4413 (TTY: 711) ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទនេះ គឺឥតគិតថ្លៃទេ។
  - ប្រសិនបើអ្នកចង់ទទួលបានឯកសារគម្រោងរបស់អ្នកតាមអនឡាញ សូមចូលទៅក្នុងគណនីរបស់អ្នកនៅអាសយដ្ឋាន [blueshieldca.com/login](http://blueshieldca.com/login) ចុច *កម្រងព័ត៌មានរបស់ខ្ញុំ* នៅផ្នែកខាងលើខាងស្តាំ ក្រោមអក្សរដំបូងនៃឈ្មោះរបស់អ្នក អូសរំកិលចុះក្រោមទៅកាន់ចំណុលចិត្តនៃការទំនាក់ទំនង ហើយជ្រើសរើស “ធ្វើតាមអេឡិចត្រូនិក” ជាចំណុលចិត្តនៃការធ្វើរបស់អ្នក។ ប្រសិនបើអ្នកមិនមានគណនីទេ សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ [blueshieldca.com/login](http://blueshieldca.com/login) ហើយចុចបង្កើតគណនី ហើយអ្នកអាចជ្រើសរើសចំណុលចិត្តនៃការធ្វើរបស់អ្នកនៅពេលអ្នកបង្កើតគណនីរបស់អ្នករួច។

លេខអនុញ្ញាត OMB 0938-1444 (ផុតកំណត់៖ ថ្ងៃទី 30 ខែមិថុនា 2026)

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមហៅទូរសព្ទទៅកាន់គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan តាមរយៈលេខ 1-800-452-4413 (TTY: 711) ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទនេះមិនគិតថ្លៃទេ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលមើលគេហទំព័រ [blueshieldca.com/medicare](http://blueshieldca.com/medicare)។



- អ្នកអាចស្នើសុំឯកសារនេះជាភាសាផ្សេងក្រៅពីភាសាអង់គ្លេស ឬជាទម្រង់ជំនួសសម្រាប់ពេលបច្ចុប្បន្ន និងពេលអនាគតបាន។ ដើម្បីធ្វើការស្នើសុំ សូមទាក់ទងមកកាន់ផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជនរបស់គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan។ ភាសា និងទម្រង់ដែលអ្នកពេញចិត្តនឹងត្រូវបានរក្សាទុកក្នុង ឯកសារសម្រាប់ទំនាក់ទំនងនាពេលអនាគត។ ដើម្បីធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពណាមួយលើចំណូលចិត្តរបស់អ្នក សូមទាក់ទងមកកាន់ផ្នែកបម្រើសេវាបម្រើអតិថិជនរបស់គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan។

## • ភាសាផ្សេងទៀត

អ្នកអាចទទួលបានសេចក្តីជូនដំណឹងស្តីពីការផ្លាស់ប្តូរប្រចាំឆ្នាំ និងឯកសារគម្រោងផ្សេងទៀតជាភាសាផ្សេងទៀតដោយមិនគិតថ្លៃ ពីអ្នកឡើយ។ Blue Shield TotalDual Plan ផ្តល់ការបកប្រែ ជាលាយលក្ខណ៍អក្សរពីអ្នកបកប្រែដែលមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់ គ្រាន់។ សូមហៅទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជនរបស់គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan តាមរយៈលេខ 1-800-452-4413 (TTY: 711)។ ការហៅទូរសព្ទនេះមិនគិត ថ្លៃទេ។ សូមមើលសៀវភៅណែនាំសមាជិកនេះ ដើម្បីស្វែងយល់ បន្ថែមអំពីសេវាជំនួយផ្នែកភាសាក្នុងការថែទាំសុខភាព ដូចជា សេវាអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ និងបកប្រែឯកសារ។



• **ទម្រង់ផ្សេងៗ**

អ្នកអាចទទួលបានព័ត៌មាននេះជាទម្រង់ផ្សេងៗ ដូចជាអក្សរស្នាបសម្រាប់ជនពិការភ្នែក បោះពុម្ពអក្សរធំដែលមានទំហំអក្សរ 20 សំឡេង និងជាទម្រង់អេឡិចត្រូនិកអាចចូលប្រើបានដោយឥតគិតថ្លៃសម្រាប់អ្នក។ សូមហៅទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជនរបស់គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan តាមរយៈ លេខ 1-800-452-4413 (TTY: 711)។ ការហៅទូរសព្ទនេះមិនគិតថ្លៃទេ។

• **សេវាអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់**

Blue Shield TotalDual Plan ផ្តល់សេវាអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ រួមមានភាសាសញ្ញាពីអ្នកបកប្រែដែលមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃដោយឥតគិតថ្លៃដល់អ្នក។ អ្នកមិនបាច់ប្រើសមាជិកគ្រួសារ ឬមិត្តភក្តិ ធ្វើជាអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ឡើយ។ យើងមិនលើកទឹកចិត្តឱ្យប្រើប្រាស់អនីតិជនជាអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ឡើយ លុះត្រាតែជាក្នុងករណីអាសន្ន។ មានផ្តល់ជូនសេវាអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ ភាសា និងសេវាវប្បធម៌ដោយមិនគិតថ្លៃ។ ជំនួយមាន 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ សម្រាប់ជំនួយជាភាសារបស់អ្នក ឬដើម្បីទទួលបានសេចក្តីជូនដំណឹងអំពីការផ្លាស់ប្តូរប្រចាំឆ្នាំនេះជាភាសាផ្សេង សូមទូរសព្ទទៅកាន់ផ្នែក

បម្រើសេវាបម្រើអតិថិជនរបស់គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan តាមរយៈលេខ 1-800-452-4413 (TTY: 711)។ ការហៅទូរសព្ទនេះមិនគិតថ្លៃទេ។

ATTENTION: If you need help in your language call 1-800-452-4413 (TTY: 711). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call 1-800-452-4413 (TTY: 711). These services are free of charge.

**الشعار بالعربية (Arabic)** يُرجى الانتباه: إذا احتجت إلى المساعدة بلغتك، فاتصل بـ 1-800-452-4413 (TTY: 711). تتوفر أيضًا المساعدات والخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل المستندات المكتوبة بطريقة بريل والخط الكبير. اتصل بـ 1-800-452-4413 (TTY: 711). هذه الخدمات مجانية.

**Հայերեն պլանակ (Armenian)** ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ. Եթե Ձեզ օգնություն է հարկավոր Ձեր լեզվով, զանգահարեք 1-800-452-4413 (TTY ` 711) հեռախոսահամարով: Կան նաև օժանդակ միջոցներ ու ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար, օրինակ Բրայլի գրատիպով ու խոշորատառ տպագրված նյութեր: Զանգահարեք 1-800-452-4413 (TTY ` 711) հեռախոսահամարով: Այդ ծառայություններն անվճար են:

**简体中文标语 (Chinese)** 请注意：如果您需要以您的母语提供帮助，请致电1-800-452-4413 (TTY: 711)。另外还提供针对残疾人士的帮助和服务，例如盲文和需要较大字体阅



读，也是方便取用的。请致电1-800-452-4413 (TTY: 711)。这些服务都是免费的。

**ਪੰਜਾਬੀ ਟੈਗਲਾਈਨ (Punjabi)** ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਤਾਂ ਕਾਲ ਕਰੋ 1-800-452-4413 (TTY: 711) । ਅਪਾਹਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬ੍ਰੇਲ ਅਤੇ ਮੋਟੀ ਛਪਾਈ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਕਾਲ ਕਰੋ 1-800-452-4413 (TTY: 711) । ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫਤ ਹਨ।

**हिन्दी टैगलाइन (Hindi)** ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा में सहायता की आवश्यकता है तो 1-800-452-4413 (TTY: 711) पर कॉल करें। अशक्तता वाले लोगों के लिए सहायता और सेवाएं, जैसे ब्रेल और बड़े प्रिंट में भी दस्तावेज़ उपलब्ध हैं। 1-800-452-4413 (TTY: 711) पर कॉल करें। ये सेवाएं निःशुल्क हैं।

**Nge Lus Hmoob Cob (Hmong)** CEEB TOOM: Yog koj xav tau kev pab txhais koj hom lus hu rau 1-800-452-4413 (TTY: 711). Muaj cov kev pab txhawb thiab kev pab cuam rau cov neeg xiam oob qhab, xws li puav leej muaj ua cov ntawv su thiab luam tawm ua tus ntawv loj. Hu rau 1-800-452-4413 (TTY: 711). Cov kev pab cuam no yog pab dawb xwb.



**日本語表記 (Japanese)** 注意日本語での対応が必要な場合は1-800-452-4413 (TTY: 711) へお電話ください。点字の資料や文字の拡大表示など、障がいをお持ちの方のためのサービスも用意しています。1-800-452-4413 (TTY: 711) へお電話ください。これらのサービスは無料で提供していますへお電話ください。これらのサービスは無料で提供しています。

**한국어 태그라인 (Korean)** 유의사항: 귀하의 언어로 도움을 받고 싶으시면 1-800-452-4413 (TTY: 711)번으로 문의하십시오. 점자나 큰 활자로 된 문서와 같이 장애가 있는 분들을 위한 도움과 서비스도 이용 가능합니다. 1-800-452-4413 (TTY: 711) 번으로 문의하십시오. 이러한 서비스는 무료로 제공됩니다.

**ແທກໄລພາສາລາວ (Laotian)** ປະກາດ: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານໃຫ້ໂທຫາເບີ 1-800-452-4413 (TTY: 711). ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອແລະການບໍລິການສໍາລັບຄົນພິການ ເຊັ່ນເອກະສານທີ່ເປັນອັກສອນນູນ ແລະມີໂຕພິມໃຫຍ່ ໃຫ້ໂທຫາເບີ 1-800-452-4413 (TTY: 711). ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ບໍ່ຕ້ອງເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆ.

**Mienh Tagline (Mien)** LONGC HNYOUV JANGX LONGX OC: Beiv taux meih qiex longc mienh tengx faan benx meih nyei waac nor douc waac daaih lorx taux 1-800-452-4413 (TTY: 711). Liouh lorx javv-louc tengx aengx caux nzie gong bun taux ninh mbuo wuaaic fangx mienh, beiv taux longc benx nzangc-pokc bun hlou mbiutc aengx caux aamz mborqv benx domh sou se mbenc nzaih bun longc. Douc waac daaih lorx



1-800-452-4413 (TTY: 711). Naaiv deix nzie weih gong-bou jauv-louc se benx wang-henh tengx mv zuqc cuotv nyaanh oc.

**ឃ្លាសំគាល់ភាសាខ្មែរ (Cambodian)** ចំណាំ៖ បើសិនអ្នកត្រូវការជំនួយ ជាភាសារបស់អ្នក សូមទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-800-452-4413 (TTY: 711) ។ ជំនួយ និងសេវា សំរាប់ជនពិការ ដូចជាឯកសារសរសេរជាអក្សរប្រើល សម្រាប់ជនពិការភ្នែក ឬឯកសារជាអក្សរពុម្ពធំៗ ក៏មានដែរ។ ទូរសព្ទមកលេខ 1-800-452-4413 (TTY: 711)។ សេវាទាំងនេះ មិនគិតថ្លៃឡើយ។

**مطلب به زبان فارسی (Farsi)** توجه: اگر میخواهید به زبان خود کمک دریافت کنید، با 1-800-452-4413 (TTY: 711) تماس بگیرید. کمکها و خدمات مخصوص افراد دارای معلولیت، مانند نسخه های خط بریل و چاپ با حروف بزرگ، نیز موجود است. با 1-800-452-4413 (TTY: 711) تماس بگیرید. این خدمات رایگان ارائه میشوند.

**Русский слоган (Russian)** ВНИМАНИЕ! Если вам нужна помощь на вашем родном языке, звоните по номеру 1-800-452-4413 (линия ТTY: 711). Также предоставляются средства и услуги для людей с ограниченными возможностями, например документы крупным шрифтом или шрифтом Брайля. Звоните по номеру 1-800-452-4413 (линия ТTY: 711). Такие услуги предоставляются бесплатно.

**Mensaje en Español (Spanish)** ATENCIÓN: Si necesita ayuda en su idioma, llame al 1-800-452-4413 (TTY: 711).



Para las personas con discapacidades, también hay asistencia y servicios gratuitos disponibles, como documentos en braille y letra grande. Llame al 1-800-452-4413 (TTY: 711). Estos servicios son gratuitos.

**Tagalog Tagline** PAUNAWA: Kung kailangan ninyo ng tulong sa inyong wika, tumawag sa 1-800-452-4413 (TTY: 711). Mayroon ding mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, tulad ng mga dokumento sa braille at malalaking titik. Tumawag sa 1-800-452-4413 (TTY: 711). Libre ang mga serbisyonang ito.

**แท็กไลน์ภาษาไทย (Thai)** โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข 1-800-452-4413 (TTY: 711) นอกจากนี้ ยังพร้อมให้ความช่วยเหลือและบริการต่าง ๆ สำหรับบุคคลที่มีความพิการ เช่น เอกสารต่าง ๆ ที่เป็นอักษรเบรลล์และเอกสารที่พิมพ์ด้วยตัวอักษรขนาดใหญ่ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข 1-800-452-4413 (TTY: 711) ไม่มีค่าใช้จ่ายสำหรับบริการเหล่านี้

**Примітка українською (Ukrainian)** УВАГА! Якщо вам потрібна допомога вашою рідною мовою, телефонуйте на номер 1-800-452-4413 (TTY: 711). Люди з обмеженими можливостями також можуть скористатися допоміжними засобами та послугами, наприклад, отримати документи, надруковані шрифтом Брайля та великим шрифтом. Телефонуйте на номер 1-800-452-4413 (TTY: 711). Ці послуги безкоштовні.



**Khẩu hiệu tiếng Việt (Vietnamese)** CHÚ Ý: Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình, vui lòng gọi số 1-800-452-4413 (TTY: 711). Chúng tôi cũng hỗ trợ và cung cấp các dịch vụ dành cho người khuyết tật, như tài liệu bằng chữ nổi Braille và chữ khổ lớn (chữ hoa). Vui lòng gọi số 1-800-452-4413 (TTY: 711). Các dịch vụ này đều miễn phí.



## តារាងមាតិកា

- A. សេចក្តីប្រកាសមិនទទួលខុសត្រូវ..... 11
- B. ការពិនិត្យឡើងវិញលើការធានារ៉ាប់រង Medicare និង Medi-Cal របស់អ្នកសម្រាប់ឆ្នាំក្រោយ..... 11
  - B1. ព័ត៌មានអំពីគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan..... 12
  - B2. កិច្ចការសំខាន់ៗដែលត្រូវធ្វើ..... 12
- C. ការផ្លាស់ប្តូរចំពោះបណ្តាញអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថាន..... 14
- D. ការផ្លាស់ប្តូរចំពោះអត្ថប្រយោជន៍ និងថ្លៃចំណាយសម្រាប់ឆ្នាំក្រោយ ..... 14
  - D1. ការផ្លាស់ប្តូរចំពោះអត្ថប្រយោជន៍ និងថ្លៃចំណាយសម្រាប់សេវាវេជ្ជសាស្ត្រ ..... 14
  - D2. ការផ្លាស់ប្តូរចំពោះការធានារ៉ាប់រងលើឱសថមានវេជ្ជបញ្ជា ..... 19
- E. ការផ្លាស់ប្តូរផ្នែករដ្ឋបាល ..... 25
- F. ការជ្រើសរើសគម្រោង ..... 26
  - F1. ការនៅបន្តក្នុងគម្រោងរបស់យើង ..... 26
  - F2. ការផ្លាស់ប្តូរគម្រោង..... 26
- G. ការទទួលបានជំនួយ..... 31
  - G1. គម្រោងរបស់យើង ..... 31
  - G2. កម្មវិធីប្រឹក្សា និងតស៊ូមតិសម្រាប់ធានារ៉ាប់រងសុខភាពរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា(HICAP)..... 31
  - G3. កម្មវិធីភ្នាក់ងារស៊ើបអង្កេតបណ្តឹងពលរដ្ឋ ..... 32
  - G4. Medicare..... 32
  - G5. ក្រសួងថែទាំសុខភាពក្រោមការគ្រប់គ្រងរបស់រដ្ឋ California ..... 33



## A. សេចក្តីប្រកាសមិនទទួលខុសត្រូវ

Blue Shield of California គឺជាគម្រោង HMO D-SNP ដែលមានកិច្ចសន្យាជាមួយ Medicare និងកម្មវិធី Medicaid របស់រដ្ឋ California។ ការចុះឈ្មោះនៅក្នុង Blue Shield of California អាស្រ័យទៅលើការបន្តកិច្ចសន្យា។

នៅពេលដែលឯកសារនេះនិយាយពាក្យថា “យើង” “យើងខ្ញុំ” ឬ “របស់យើង” ពាក្យនេះសំដៅលើ California Physicians’ Service (ធ្វើអាជីវកម្មក្រោមឈ្មោះ Blue Shield of California)។ នៅពេលឯកសារនេះនិយាយថា “គម្រោង” ឬ “គម្រោងរបស់យើង” ពាក្យនេះសំដៅលើគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan។

Medicare បានយល់ព្រមឱ្យគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan ដើម្បីផ្តល់នូវអត្ថប្រយោជន៍ទាំងនេះ និងការបង់ប្រាក់រួមទាបក្នុងនាមជាផ្នែកនៃកម្មវិធីការពារការធានារ៉ាប់រងផ្នែកលើតម្លៃ (VBID)។ កម្មវិធីនេះអនុញ្ញាតឱ្យ Medicare សាកល្បងវិធីថ្មីដើម្បីកែលម្អគម្រោង Medicare Advantage។

ឱសថស្ថាន Amazon គឺជាសេវាឯករាជ្យមួយ ដាច់ដោយឡែកពី Blue Shield of California ដែលបានចុះកិច្ចសន្យាជាមួយ Blue Shield ដើម្បីផ្តល់សេវាដឹកជញ្ជូនថ្នាំពេទ្យមានវេជ្ជបញ្ជាដល់ផ្ទះសម្រាប់សមាជិក Blue Shield។

## B. ការពិនិត្យឡើងវិញលើការធានារ៉ាប់រង Medicare និង Medi-Cal របស់អ្នកសម្រាប់ឆ្នាំក្រោយ

ជាការសំខាន់ត្រូវពិនិត្យលើការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកឡើងវិញនេះ ដើម្បីធានាថា ការធានារ៉ាប់រងនោះនៅតែបំពេញសេចក្តីត្រូវការរបស់អ្នកនៅឆ្នាំក្រោយ។ ប្រសិនបើមិនបំពេញបានតាមតម្រូវការរបស់អ្នកទេ នោះអ្នកប្រហែលជា អាចចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើងបាន។ សូមមើលផ្នែក F សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីការផ្លាស់ប្តូរចំពោះអត្ថប្រយោជន៍ របស់អ្នកសម្រាប់ឆ្នាំក្រោយ។

ប្រសិនបើអ្នកជ្រើសរើសចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើង សមាជិកភាពរបស់អ្នកនឹងបញ្ចប់នៅថ្ងៃចុងក្រោយនៃខែដែលអ្នកបានធ្វើសំណើនោះ។ អ្នកនឹងនៅតែចូលរួមក្នុងកម្មវិធី Medicare និង Medi-Cal ដដែល លុះត្រាតែអ្នកនៅតែមានសិទ្ធិទទួលបាន។

ប្រសិនបើអ្នកចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើង អ្នកអាចទទួលបានព័ត៌មានអំពី៖

- ជម្រើស Medicare ក្នុងតារាងនៅក្នុងផ្នែក F2។
- ជម្រើស និងសេវា Medi-Cal នៅក្នុងផ្នែក F2។



### B1. ព័ត៌មានអំពីគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan

- California Physicians' Service ដែលគេស្គាល់ជាទូទៅថា Blue Shield of California ជាគម្រោងធានារ៉ាប់រងសុខភាពដែលចុះកិច្ចសន្យាជាមួយទាំង Medicare និង Medi-Cal ដើម្បីផ្តល់ជូននូវអត្ថប្រយោជន៍ពីកម្មវិធីទាំងពីរដល់សមាជិក។
- ការធានារ៉ាប់រងនៅក្រោមគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan គឺជាការធានារ៉ាប់រងដែលមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ដែលហៅថា “ការធានារ៉ាប់រងចាំបាច់កម្រិតអប្បបរមា”។ គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan បំពេញតាមលក្ខខណ្ឌតម្រូវ នៃការទំនួលខុសត្រូវរួមលក្ខណៈបុគ្គលដែលបានកំណត់ដោយច្បាប់ការពារអ្នកជំងឺ និងកម្រិតថែទាំអាចផ្គត់ផ្គង់បាន (ACA)។ សូមចូលមើលគេហទំព័ររបស់សេវាប្រាក់ចំណូលផ្ទៃក្នុង (Internal Revenue Service, IRS) តាមរយៈ [www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families](http://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families) សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមស្តីអំពីលក្ខខណ្ឌតម្រូវនៃទំនួលខុសត្រូវរួមរបស់បុគ្គលម្នាក់ៗ។
- នៅពេលដែល សេចក្តីជូនដំណឹងប្រចាំឆ្នាំស្តីពីការផ្លាស់ប្តូរ នេះនិយាយពាក្យថា “យើង” “យើងខ្ញុំ” “របស់យើង” ឬ “គម្រោងរបស់យើង” នេះមានន័យថា គម្រោង Medicare Medi-Cal Coordination Plan។

### B2. កិច្ចការសំខាន់ដែលត្រូវធ្វើ

- ពិនិត្យមើលថាតើមានការផ្លាស់ប្តូរណាមួយចំពោះអត្ថប្រយោជន៍ និងថ្លៃចំណាយរបស់យើងដែលអាចប៉ះពាល់ដល់អ្នកដែរឬទេ។
  - តើមានការផ្លាស់ប្តូរណាមួយដែលប៉ះពាល់ដល់សេវាដែលអ្នកប្រើប្រាស់ដែរឬទេ?
  - ពិនិត្យមើលការផ្លាស់ប្តូរអត្ថប្រយោជន៍ និងថ្លៃចំណាយ ដើម្បីធ្វើឱ្យប្រាកដថា អត្ថប្រយោជន៍ និងថ្លៃចំណាយទាំងនោះនឹងដំណើរការសម្រាប់អ្នកនៅឆ្នាំក្រោយ។
  - សូមមើលផ្នែក **D1** សម្រាប់ព័ត៌មានអំពីការផ្លាស់ប្តូរអត្ថប្រយោជន៍ និងថ្លៃចំណាយសម្រាប់គម្រោងរបស់យើង។



- ពិនិត្យថាតើមានការផ្លាស់ប្តូរណាមួយចំពោះការធានារ៉ាប់រងលើឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាដែលអាចប៉ះពាល់ដល់អ្នកឬយ៉ាងណា។
  - តើឱសថរបស់អ្នកនឹងត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដែរឬទេ? តើអ្នកអាចប្រើឱសថស្ថានដូចគ្នាបានឬទេ? តើនឹងមានការផ្លាស់ប្តូរណាមួយ ដូចជាការអនុញ្ញាតជាមុន ការព្យាបាលជាជំហានៗ ឬដែនកំណត់បរិមាណដែរឬទេ?
  - ពិនិត្យមើលពីការផ្លាស់ប្តូរ ដើម្បីប្រាកដថា ការធានារ៉ាប់រងលើឱសថរបស់យើងនឹងដំណើរការសម្រាប់អ្នកនៅឆ្នាំក្រោយ។
  - សូមមើល ផ្នែក D2 សម្រាប់ព័ត៌មានអំពីការផ្លាស់ប្តូរចំពោះការធានារ៉ាប់រងលើឱសថរបស់យើង។
- ពិនិត្យមើលថាតើអ្នកផ្តល់សេវាសុខភាព និងឱសថស្ថានរបស់អ្នកនឹងស្ថិតនៅក្នុងបណ្តាញរបស់យើងនៅឆ្នាំក្រោយដែរឬទេ។
  - តើវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក មានរាប់បញ្ចូលគ្រូពេទ្យឯកទេសរបស់អ្នកនៅក្នុងបណ្តាញរបស់យើងដែរឬទេ? ចុះចំណែកឯឱសថស្ថានរបស់អ្នកវិញ? ចុះចំណែកឯមន្ទីរពេទ្យ ឬអ្នកផ្តល់សេវាដទៃទៀតដែលអ្នកប្រើវិញ?
  - សូមមើល ផ្នែក D សម្រាប់ព័ត៌មានអំពីបញ្ជីឈ្មោះ អ្នកផ្តល់សេវា និង ឱសថស្ថាន របស់យើង។
- គិតអំពីថ្លៃចំណាយសរុបរបស់អ្នកនៅក្នុងគម្រោងនេះ។
  - តើថ្លៃចំណាយសរុបប្រៀបធៀបនឹងជម្រើសធានារ៉ាប់រងដទៃទៀតយ៉ាងដូចម្តេច?
- គិតអំពីការដែលអ្នកពេញចិត្តនឹងគម្រោងរបស់យើងឬយ៉ាងណា។



**ប្រសិនបើអ្នកសម្រេចចិត្តបន្តនៅជាមួយគម្រោង  
Blue Shield TotalDual Plan៖**

ប្រសិនបើអ្នកចង់នៅបន្តជាមួយនឹងយើងខ្ញុំនៅឆ្នាំក្រោយ វាងាយស្រួលនោះទេ គឺអ្នកមិនចាំបាច់ធ្វើអ្វីឡើយ។ ប្រសិនបើអ្នកមិនធ្វើការផ្លាស់ប្តូរអ្វីទេ អ្នកនឹងបន្តចុះឈ្មោះដោយស្វ័យប្រវត្តិនៅក្នុងគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan។

**ប្រសិនបើអ្នកសម្រេចចិត្តផ្លាស់ប្តូរគម្រោង៖**

ប្រសិនបើអ្នកសម្រេចចិត្ត ការធានារ៉ាប់រងផ្សេងទៀតនឹងបំពេញតាមតម្រូវការរបស់អ្នកបានល្អប្រសើរជាងមុន អ្នកអាចផ្លាស់ប្តូរគម្រោងបាន (សូមមើល ផ្នែក F2 សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម)។ ប្រសិនបើអ្នកចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងថ្មីមួយ ឬក៏ផ្លាស់ទៅគម្រោង Original Medicare នោះការធានារ៉ាប់រងថ្មីរបស់អ្នកនឹងចាប់ផ្តើមនៅថ្ងៃទីមួយនៃខែបន្តបន្ទាប់។

**C. ការផ្លាស់ប្តូរចំពោះបណ្តាញអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថាន**

បណ្តាញអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថានរបស់យើងបានផ្លាស់ប្តូរសម្រាប់ឆ្នាំ 2025។

**សូមពិនិត្យមើលបញ្ជីឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថាននៅឆ្នាំ 2025** ដើម្បីស្វែងយល់ថាតើអ្នកផ្តល់សេវា ឬឱសថស្ថានរបស់អ្នកស្ថិតនៅក្នុងបណ្តាញរបស់យើងដែរឬទេ។ **បញ្ជីឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថាន** ដែលបានធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពមាននៅលើគេហទំព័ររបស់យើងតាមអាសយដ្ឋាន [blueshieldca.com/DSNPdocuments2025](https://blueshieldca.com/DSNPdocuments2025)។ អ្នកក៏អាចទូរសព្ទទៅផ្នែកបម្រើសេវាអតិថិជនតាមលេខនៅផ្នែកខាងក្រោមនៃទំព័រ សម្រាប់ព័ត៌មានអំពីអ្នកផ្តល់សេវាដែលបានធ្វើបច្ចុប្បន្នភាព ឬស្នើសុំឱ្យយើងខ្ញុំធ្វើតាមប្រែសំណើយឱ្យអ្នកនូវ **បញ្ជីឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថាន**។

វាមានសារៈសំខាន់ដែលអ្នកត្រូវជ្រាបថា យើងក៏អាចធ្វើការផ្លាស់ប្តូរក្នុងបណ្តាញរបស់យើងក្នុងរយៈពេលមួយឆ្នាំផងដែរ។ ប្រសិនបើអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើង អ្នកមានសិទ្ធិ និងការការពារជាក់លាក់មួយចំនួន។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមមើល **ជំពូកទី 3 នៃសៀវភៅណែនាំសមាជិករបស់អ្នក**។

**D. ការផ្លាស់ប្តូរចំពោះអត្ថប្រយោជន៍ និងថ្លៃចំណាយសម្រាប់ឆ្នាំក្រោយ**

**D1. ការផ្លាស់ប្តូរចំពោះអត្ថប្រយោជន៍ និងថ្លៃចំណាយសម្រាប់សេវាវេជ្ជសាស្ត្រ**

យើងកំពុងផ្លាស់ប្តូរការធានារ៉ាប់រងរបស់យើងសម្រាប់សេវាវេជ្ជសាស្ត្រមួយចំនួន និងអ្វីដែលអ្នកត្រូវទូទាត់ចំពោះសេវាវេជ្ជសាស្ត្រដែលមានការធានារ៉ាប់រងទាំងនេះនៅឆ្នាំក្រោយ។ តារាងខាងក្រោមនេះរៀបរាប់អំពីការផ្លាស់ប្តូរទាំងនេះ។



**ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ** សូមទូរសព្ទទៅកាន់គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan តាមរយៈលេខ 1-800-452-4413 (TTY: 711) ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទនេះមិនគិតថ្លៃទេ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** ចូលមើលនៅ [blueshieldca.com/medicare](https://blueshieldca.com/medicare)។

	ឆ្នាំ 2024 (ឆ្នាំនេះ)	ឆ្នាំ 2025 (ឆ្នាំក្រោយ)
<p><b>ចំនួនអតិបរមានៃការចំណាយផ្ទាល់ខ្លួនប្រចាំឆ្នាំ</b></p>	<p><b>\$8,850</b></p> <p>ពេលដែលអ្នកបានបង់ប្រាក់ចំនួន \$8,850 ពីការចំណាយផ្ទាល់ខ្លួនសម្រាប់សេវាផ្នែក A និងផ្នែក B ដែលត្រូវរ៉ាប់រងនោះ អ្នកនឹងមិនចាំបាច់បង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាសម្រាប់សេវាផ្នែក A និងផ្នែក B ដែលត្រូវរ៉ាប់រងនោះទៀតទេ សម្រាប់រយៈពេលដែលនៅសល់នៃឆ្នាំនោះ។</p> <p>ប្រសិនបើអ្នកមានសិទ្ធិទទួលបាន Medicare និង Medi Cal (Medicaid) អ្នកមិនមានកាតព្វកិច្ចបង់ប្រាក់ចំណាយផ្ទាល់ខ្លួនណាមួយ ចំពោះចំនួនអតិបរមានៃការចំណាយផ្ទាល់ខ្លួន សម្រាប់សេវាផ្នែក A និងផ្នែក B ដែលមានធានារ៉ាប់រងនោះទេ។</p>	<p><b>\$9,350</b></p> <p>ពេលដែលអ្នកបានបង់ប្រាក់ចំនួន \$9,350 ពីការចំណាយផ្ទាល់ខ្លួនសម្រាប់សេវាផ្នែក A និងផ្នែក B ដែលត្រូវរ៉ាប់រងនោះ អ្នកនឹងមិនចាំបាច់បង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាសម្រាប់សេវាផ្នែក A និងផ្នែក B ដែលត្រូវរ៉ាប់រងនោះទៀតទេ សម្រាប់រយៈពេលដែលនៅសល់នៃឆ្នាំនោះ។</p> <p>ប្រសិនបើអ្នកមានសិទ្ធិទទួលបាន Medicare និង Medi Cal (Medicaid) អ្នកមិនមានកាតព្វកិច្ចបង់ប្រាក់ចំណាយផ្ទាល់ខ្លួនណាមួយ ចំពោះចំនួនអតិបរមានៃការចំណាយផ្ទាល់ខ្លួន សម្រាប់សេវាផ្នែក A និងផ្នែក B ដែលមានធានារ៉ាប់រងនោះទេ។</p>
<p><b>សេវាថែទាំសុខភាពធ្មេញជាប្រចាំ (មិនមានធានារ៉ាប់រងពី Medicare)</b></p>	<p>សេវាថែទាំបង្ការសុខភាពធ្មេញជាប្រចាំ (មិនមានធានារ៉ាប់រងពី Medicare) និងទូលំទូលាយត្រូវបានរ៉ាប់រង។</p> <p>សូមមើល តារាងនៃនីតិវិធីអត្ថប្រយោជន៍សុខភាពធ្មេញជាប្រចាំក្នុងជំពូកទី 4 (ខាងក្រោមតារាងអត្ថប្រយោជន៍ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ) នៃ សៀវភៅណែនាំសមាជិកសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីសេវាកម្មដែលមានធានារ៉ាប់រង និងអ្វីដែលអ្នកត្រូវទូទាត់។</p>	<p>សេវាថែទាំសុខភាពធ្មេញទូលំទូលាយជាក់លាក់ត្រូវបានធានារ៉ាប់រង។ សូមមើល តារាងនៃនីតិវិធីសេវាថែទាំសុខភាពធ្មេញដែលមានធានារ៉ាប់រងក្នុងជំពូកទី 4 ផ្នែក E (ខាងក្រោមនៃតារាងអត្ថប្រយោជន៍ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ) របស់ សៀវភៅណែនាំសមាជិកសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីសេវាធានារ៉ាប់រង និងអ្វីដែលអ្នកត្រូវទូទាត់។</p>





	ឆ្នាំ 2024 (ឆ្នាំនេះ)	ឆ្នាំ 2025 (ឆ្នាំក្រោយ)
<b>ឧបករណ៍ជំនួយការស្តាប់</b>	<p>អ្នកនឹងទទួលបានសំណងរហូតដល់ <b>\$2,000</b> ជារៀងរាល់ឆ្នាំសម្រាប់ឧបករណ៍ជំនួយការស្តាប់ចំនួនពីរគ្រឿង និងការវាយតម្លៃ និងការពាក់ឧបករណ៍ជំនួយការស្តាប់ចំនួនពីរគ្រឿង (ពាក់នៅត្រចៀកទាំងសងខាងរួមបញ្ចូលគ្នា)។</p> <p>អ្នកអាចទទួលបានឧបករណ៍ជំនួយការស្តាប់ពីអ្នកផ្តល់សេវាឧបករណ៍ជំនួយការស្តាប់ដែលអ្នកជ្រើសរើស។</p>	<p>អ្នកនឹងទទួលបានប្រាក់ឧបត្ថម្ភរហូតដល់ <b>\$1,500</b> ជារៀងរាល់ឆ្នាំសម្រាប់ឧបករណ៍ជំនួយការស្តាប់ចំនួនពីរគ្រឿង និងការវាយតម្លៃ និងការពាក់ឧបករណ៍ជំនួយការស្តាប់ចំនួនពីរគ្រឿង (ពាក់នៅត្រចៀកទាំងសងខាងរួមបញ្ចូលគ្នា)។</p> <p>អ្នកនឹងទទួលបានបណ្តុំចំណាយដែលនឹងត្រូវបានបញ្ចូលលុយជាមុនជាមួយនឹងប្រាក់ឧបត្ថម្ភប្រចាំឆ្នាំចំនួន \$1,500 របស់អ្នកដើម្បីជួយទូទាត់ថ្លៃទំនិញ និងសេវាដែលមានធានារ៉ាប់រង។</p> <p>អ្នកអាចទទួលបានសេវាទាំងនេះពីអ្នកផ្តល់សេវាឧបករណ៍ជំនួយការស្តាប់ដែលអ្នកជ្រើសរើស។</p>
<b>ទំនិញដែលមិនមានវេជ្ជបញ្ជា (OTC)</b>	<p>អ្នកនឹងទទួលបានប្រាក់ឧបត្ថម្ភចំនួន <b>\$210</b> ក្នុងមួយត្រីមាសសម្រាប់ទំនិញដែលមានការរ៉ាប់រង។</p> <p>អ្នកអាចធ្វើការបញ្ជាទិញពីលើកក្នុងមួយត្រីមាស ហើយមិនអាចលើកប្រាក់ឧបត្ថម្ភដែលមិនបានប្រើរបស់អ្នកបន្តទៅក្នុងត្រីមាសបន្ទាប់បានទេ។</p>	<p>អ្នកនឹងទទួលបានប្រាក់ឧបត្ថម្ភ <b>\$70</b> ក្នុងមួយខែសម្រាប់ទំនិញដែលមានការរ៉ាប់រង។</p> <p>អ្នកអាចធ្វើការបញ្ជាទិញម្តងក្នុងមួយខែ ហើយមិនអាចលើកប្រាក់ឧបត្ថម្ភដែលមិនបានប្រើរបស់អ្នកបន្តទៅក្នុងខែបន្ទាប់បានទេ។</p>



	ឆ្នាំ 2024 (ឆ្នាំនេះ)	ឆ្នាំ 2025 (ឆ្នាំក្រោយ)
<p><b>ការចនាការធានារ៉ាប់រងផ្នែកលើតម្លៃ</b></p> <p><b>រ៉ាប់រងផ្នែកលើតម្លៃ (VBID)</b></p>	<p>ការចនាការធានារ៉ាប់រងផ្នែកលើតម្លៃ (VBID) មិនត្រូវបានរ៉ាប់រងទេ។</p>	<p>ការចនាការធានារ៉ាប់រងផ្នែកលើតម្លៃ (VBID) មានអត្ថប្រយោជន៍ចំនួនពីរ៖</p> <p><b>ត្រៀមទេសសម្រាប់សុខភាព៖</b></p> <p>អ្នកនឹងទទួលបានប្រាក់ឧបត្ថម្ភចំនួន \$50 ក្នុងមួយខែសម្រាប់ការទិញអាហារសុខភាពនៅតាមហាងនៅក្នុងបណ្តាញរបស់គម្រោង។ ប្រាក់ឧបត្ថម្ភនេះមិនអាចត្រូវបានលើកពីមួយខែទៅមួយខែទេ។</p> <p>អ្នកនឹងទទួលបានកាតចំណាយដែលបានបញ្ចូលទឹកប្រាក់ជាមុន ជាមួយនឹងប្រាក់ឧបត្ថម្ភចំនួន \$50 ក្នុងមួយខែ ដើម្បីជួយបង់ថ្លៃសម្រាប់ទូទាត់ថ្លៃទំនិញ និងសេវាដែលមានការរ៉ាប់រង។</p> <p><b>មធ្យោបាយធ្វើដំណើរ៖</b></p> <p>អ្នកបង់ប្រាក់រួម \$0 សម្រាប់ដែលមានកំណត់រួមគ្នាលើការធ្វើដំណើរតែមួយជើងចំនួន 48 ដង ក្នុងមួយឆ្នាំសម្រាប់មធ្យោបាយធ្វើដំណើរដែលមិនមែនជាផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ និងមធ្យោបាយធ្វើដំណើរដែលមិនមែនជាផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រនៃ VBID។</p> <p>មធ្យោបាយធ្វើដំណើរអាចត្រូវបានប្រើសម្រាប់លទ្ធភាពចូលទៅដល់</p>
<p><b>ផ្នែកនេះមានបន្តទៅកាន់ទំព័របន្ទាប់</b></p>	<p>ការចនាការធានារ៉ាប់រងផ្នែកលើតម្លៃ (VBID) មិនត្រូវបានរ៉ាប់រងទេ។</p>	



	ឆ្នាំ 2024 (ឆ្នាំនេះ)	ឆ្នាំ 2025 (ឆ្នាំក្រោយ)
<p><b>ការចនាការធានារ៉ាប់រងផ្នែកលើតម្លៃ (VBID) (បន្ត)</b></p>		<p>អត្ថប្រយោជន៍ដែលមិនរ៉ាប់រងដោយ Medicare ដែលផ្តល់ដោយគម្រោងដូចជា៖</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ ទីតាំងហាត់ប្រាណនៅក្នុងបណ្តាញ SilverSneakers</li> <li>○ ទីតាំងហាងលក់គ្រឿងទេសសុខភាពដែលទទួលបានការអនុម័ត</li> <li>○ ឧបករណ៍ជំនួយការស្តាប់នៅកន្លែងអ្នកផ្តល់សេវាជំនួយការស្តាប់ដែលអ្នកជ្រើសរើស</li> <li>○ សេវាចាប់សរសៃនៅគម្រោងសុខភាពក្នុងបណ្តាញដែលបានអនុម័ត</li> <li>○ សេវាសុខភាពភ្នែក និងធ្មេញនៅគម្រោងសុខភាពក្នុងបណ្តាញដែលបានអនុម័ត</li> </ul>



	ឆ្នាំ 2024 (ឆ្នាំនេះ)	ឆ្នាំ 2025 (ឆ្នាំក្រោយ)
<p><b>ការថែទាំសុខភាព ភ្នែកមិនបានធានារ៉ាប់រងពី Medicare 19 (ទទួលបានពីអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ)*</b></p>	<p>អ្នកបង់ប្រាក់ \$0 សម្រាប់ដងវ៉ែនតា (មានតម្លៃរហូតដល់តម្លៃលក់រាយធម្មតាចំនួន \$375) រៀងរាល់ 24 ខែម្តង នៅពេលអ្នកប្រើអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ។ ប្រសិនបើអ្នកជ្រើសរើសដងវ៉ែនតាដែលមានតម្លៃលើសពី \$375 អ្នកទទួលខុសត្រូវចំពោះភាពខុសគ្នានេះ។</p> <p>អ្នកបង់ប្រាក់ \$0 សម្រាប់កញ្ចក់វ៉ែនតាមួយគូតាមវេជ្ជបញ្ជា (ដោយមិនគិតពីទំហំ ឬឌីក្រេភ្នែក) ឬក៏សម្រាប់កែវដាក់ក្នុងភ្នែក (មានតម្លៃរហូតដល់ \$375 សម្រាប់សេវាកែវដាក់ក្នុងភ្នែក និងវត្ថុធាតុដើម) រៀងរាល់ 12 ខែម្តង នៅពេលអ្នកប្រើអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ។ ប្រសិនបើសេវា និងវត្ថុធាតុដើមមានតម្លៃលើសពី \$375 អ្នកទទួលខុសត្រូវចំពោះភាពខុសគ្នានេះ។</p>	<p>អ្នកបង់ប្រាក់ \$0 សម្រាប់ដងវ៉ែនតា (មានតម្លៃរហូតដល់តម្លៃលក់រាយធម្មតាចំនួន \$200) រៀងរាល់ 12 ខែម្តង នៅពេលអ្នកប្រើអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ។ ប្រសិនបើអ្នកជ្រើសរើសដងវ៉ែនតាដែលមានតម្លៃលើសពី \$200 អ្នកទទួលខុសត្រូវចំពោះភាពខុសគ្នានេះ។</p> <p>អ្នកបង់ប្រាក់ \$0 សម្រាប់កញ្ចក់វ៉ែនតាមួយគូតាមវេជ្ជបញ្ជា (ដោយមិនគិតពីទំហំ ឬឌីក្រេភ្នែក) ឬក៏សម្រាប់កែវដាក់ក្នុងភ្នែក (មានតម្លៃរហូតដល់ \$200 សម្រាប់សេវា និងវត្ថុធាតុដើមនៃកែវដាក់ក្នុងភ្នែក) រៀងរាល់ 12 ខែម្តង នៅពេលអ្នកប្រើប្រាស់អ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ។ ប្រសិនបើសេវា និងវត្ថុធាតុដើមមានតម្លៃលើសពី \$200 អ្នកទទួលខុសត្រូវចំពោះភាពខុសគ្នានេះ។</p>

**D2. ការផ្លាស់ប្តូរចំពោះការធានារ៉ាប់រងលើឱសថមានវេជ្ជបញ្ជា**

**ការផ្លាស់ប្តូរចំពោះបញ្ជីឱសថរបស់យើង**

បញ្ជីឱសថដែលមានការធានារ៉ាប់រង ដែលបានធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពមាននៅលើគេហទំព័ររបស់យើងនៅ [blueshieldca.com/medpharmacy2025](https://blueshieldca.com/medpharmacy2025)។ អ្នកក៏អាចទូរសព្ទទៅសេវាបម្រើសមាជិកតាមរយៈលេខនៅផ្នែកខាងក្រោមនៃទំព័រនេះ សម្រាប់ព័ត៌មានអំពីឱសថដែលបានធ្វើបច្ចុប្បន្នភាព ឬសុំឱ្យយើងខ្ញុំផ្ញើសំបុត្រតាមប្រៃសណីយ៍ទៅអ្នកសម្រាប់បញ្ជីឱសថដែលមានការធានារ៉ាប់រង។



*បញ្ជីឱសថដែលមានការធានារ៉ាប់រងក៏ត្រូវបានហៅថា បញ្ជីឱសថ ផងដែរ។*

យើងបានធ្វើការផ្លាស់ប្តូរចំពោះ *បញ្ជីឱសថ* របស់យើង ដែលអាចរួមបញ្ចូលការដកចេញ ឬបន្ថែមឱសថ ការផ្លាស់ប្តូរឱសថ ដែលយើងធានារ៉ាប់រង និងការផ្លាស់ប្តូរលើការរឹតបន្តឹងដែលអនុវត្តទៅលើធានារ៉ាប់រងរបស់យើងទៅលើឱសថជាក់លាក់ មួយចំនួន ឬការផ្លាស់ប្តូរឱសថទាំងនោះទៅកម្រិតនៃការចែករំលែកថ្លៃចំណាយផ្សេងៗ។

ពិនិត្យមើល *បញ្ជីឱសថ* នេះដើម្បីប្រាកដថា ឱសថរបស់អ្នកនឹងត្រូវបានធានារ៉ាប់រងនៅឆ្នាំក្រោយ និងដើម្បីមើលថាតើមាន ការដាក់កំហិតណាមួយ ឬថាតើឱសថរបស់អ្នកត្រូវបានផ្លាស់ប្តូរទៅកម្រិតនៃការចែករំលែកថ្លៃចំណាយផ្សេងៗឬយ៉ាងណា។

ការផ្លាស់ប្តូរភាគច្រើននៅក្នុង *បញ្ជីឱសថ* គឺថ្មីសម្រាប់ដើមឆ្នាំនីមួយៗ។ ទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយ យើងអាចធ្វើការផ្លាស់ប្តូរ ផ្សេងទៀតដែលត្រូវបានអនុញ្ញាតដោយ Medicare និង/ឬរដ្ឋដែលនឹងប៉ះពាល់ដល់អ្នកក្នុងអំឡុងឆ្នាំគម្រោង។ យើងធ្វើ បច្ចុប្បន្នភាព *បញ្ជីឱសថ* តាមអនុញ្ញាតរបស់យើងយ៉ាងហោចណាស់ជាប្រចាំខែដើម្បីផ្តល់បញ្ជីឱសថចុងក្រោយបំផុត។ ប្រសិនបើយើងធ្វើការផ្លាស់ប្តូរដែលនឹងប៉ះពាល់ដល់ឱសថដែលអ្នកកំពុងប្រើ យើងនឹងផ្ញើសេចក្តីជូនដំណឹងអំពីការផ្លាស់ប្តូរ នេះជូនអ្នក។

ប្រសិនបើអ្នកទទួលបានផលប៉ះពាល់ដោយសារការផ្លាស់ប្តូរចំពោះការធានារ៉ាប់រងលើឱសថ យើងលើកទឹកចិត្តអ្នកឱ្យ៖

- ធ្វើការជាមួយនឹងវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក (ឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាដទៃទៀត) ដើម្បីស្វែងរកឱសថផ្សេងដែលយើង ធានារ៉ាប់រង។
  - អ្នកអាចទូរសព្ទទៅសេវាបម្រើសមាជិកតាមរយៈលេខនៅខាងក្រោមនៃទំព័រនេះ ឬទាក់ទងអ្នកសម្របសម្រួល ការថែទាំរបស់អ្នកដើម្បីស្វែងរក *បញ្ជីឱសថដែលមានការធានារ៉ាប់រង* ដែលព្យាបាលអាចដូចគ្នា។
  - បញ្ជីនេះអាចជួយអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកឱ្យស្វែងរកឱសថដែលបានធានារ៉ាប់រង ដែលអាចមាន ប្រសិទ្ធភាពចំពោះអ្នក។
- ធ្វើការជាមួយវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក (ឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាផ្សេងទៀត) ហើយស្នើសុំយើងឱ្យធ្វើការលើកលែង ដើម្បីធានារ៉ាប់រងទៅលើឱសថនោះ។
  - អ្នកអាចស្នើសុំករណីលើកលែងមុនឆ្នាំបន្ទាប់ ហើយយើងនឹងផ្តល់ចម្លើយដល់អ្នកក្នុងរយៈពេល 72 ម៉ោងបន្ទាប់ពីយើងទទួលបានសំណើរបស់អ្នក (ឬលិខិតគាំទ្ររបស់អ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក)។
  - ដើម្បីស្វែងយល់ពីអ្វីដែលអ្នកត្រូវធ្វើដើម្បីស្នើសុំការលើកលែង សូមមើល **ជំពូកទី 9** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក* របស់អ្នក ឬទូរសព្ទទៅសេវាបម្រើសមាជិកតាមរយៈលេខ នៅខាងក្រោមនៃទំព័រនេះ។
  - ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយក្នុងការស្នើសុំការលើកលែង សូមទាក់ទងទៅសេវាបម្រើសមាជិក ឬអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នក។ សូមមើល **ជំពូកទី 2 និងទី 3** នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក* របស់អ្នក ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពីរបៀបទាក់ទងអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នក។



- ស្នើសុំយើងខ្ញុំឱ្យធានារ៉ាប់រងលើការផ្គត់ផ្គង់ឱសថជាបណ្តោះអាសន្ន។
  - ក្នុងស្ថានភាពមួយចំនួន យើងធានារ៉ាប់រងជាបណ្តោះអាសន្នទៅលើការផ្គត់ផ្គង់ឱសថក្នុងអំឡុងពេល 90 ថ្ងៃដំបូងនៃឆ្នាំតាមប្រតិទិន។
  - ការផ្គត់ផ្គង់បណ្តោះអាសន្ននេះគឺសម្រាប់រហូតទៅដល់ 30 ថ្ងៃ។ (ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពីពេល ដែលអ្នកអាចទទួលបានការផ្គត់ផ្គង់បណ្តោះអាសន្ន និងរបៀបស្នើសុំមួយ សូមមើល **ជំពូកទី 5 នៃ សៀវភៅណែនាំសមាជិក**)
  - ពេលអ្នកទទួលបានការផ្គត់ផ្គង់ឱសថបណ្តោះអាសន្នហើយ សូមពិភាក្សាជាមួយនឹងវេជ្ជបណ្ឌិត របស់អ្នកអំពីអ្វីដែលត្រូវធ្វើនៅពេលឱសថដែលបានទទួលជាបណ្តោះអាសន្ននោះត្រូវអស់។ អ្នកអាចប្តូរទៅគម្រោងធានារ៉ាប់រងឱសថរបស់យើងផ្សេងទៀត ឬស្នើសុំយើងដើម្បីធ្វើករណី លើកលែងចំពោះរូបអ្នក និងធានារ៉ាប់រងឱសថបច្ចុប្បន្នរបស់អ្នក។

សំណើសុំករណីលើកលែងក្នុងការប្រើបញ្ជីរូបមន្តឱសថត្រូវតែដាក់ជូនរៀងរាល់ឆ្នាំទៅកាន់គម្រោង។

បច្ចុប្បន្ននេះ យើងអាចដកចេញជាបន្ទាន់នូវឱសថមានម៉ាកនៅក្នុង *បញ្ជីឱសថ* របស់យើង ប្រសិនបើយើងជំនួសវា ដោយឱសថប្រភេទទូទៅនៅកម្រិតនៃការចែករំលែកថ្លៃចំណាយដូចគ្នា ឬទាបជាងនេះ និងមានលក្ខខណ្ឌដូចគ្នា ឬតិចជាងឱសថមានម៉ាកដែលជំនួសនោះ។ ដូចគ្នានេះផងដែរ នៅពេលបន្ថែមឱសថទូទៅថ្មី យើងក៏អាចសម្រេចចិត្ត រក្សាទុកឱសថម៉ាកនៅក្នុង *បញ្ជីឱសថ* របស់យើង ប៉ុន្តែផ្លាស់ប្តូរភ្លាមៗទៅកម្រិតនៃការចែករំលែកថ្លៃចំណាយផ្សេង ឬបន្ថែមលក្ខខណ្ឌថ្មី ឬទាំងពីរ។

ចាប់ពីឆ្នាំ 2025 តទៅ យើងនឹងអាចជំនួសផលិតផលជីវសាស្ត្រដើមបានភ្លាមៗដោយផលិតផលជីវសាស្ត្រស្រដៀងគ្នា ជាក់លាក់។ នេះមានន័យថា ឧទាហរណ៍ បើអ្នកកំពុងប្រើប្រាស់ផលិតផលជីវសាស្ត្រដើមដែលត្រូវបានជំនួសដោយ ផលិតផលជីវសាស្ត្រស្រដៀងគ្នាមួយ នោះអ្នកប្រហែលជាមិនទទួលបានការជូនដំណឹងអំពីការផ្លាស់ប្តូររយៈពេល 30 ថ្ងៃ មុនពេលយើងបង្កើតវា ឬទទួលបានការផ្គត់ផ្គង់មួយខែនៃផលិតផលជីវសាស្ត្រដើមរបស់អ្នកនៅឱសថស្ថានបណ្តាញ នេះទេ។ ប្រសិនបើអ្នកកំពុងប្រើប្រាស់ផលិតផលជីវសាស្ត្រដើមនៅពេលយើងធ្វើការផ្លាស់ប្តូរនេះ នោះអ្នកនឹងនៅតែ ទទួលបានព័ត៌មានអំពីការផ្លាស់ប្តូរជាក់លាក់ដែលយើងបានធ្វើ ប៉ុន្តែវាអាចនឹងមកដល់បន្ទាប់ពីយើងធ្វើការផ្លាស់ប្តូរហើយ។

ប្រភេទឱសថមួយចំនួនក្នុងចំណោមប្រភេទឱសថទាំងនេះអាចជាប្រភេទថ្មីសម្រាប់អ្នក។ សម្រាប់និយមន័យនៃប្រភេទ ឱសថ សូមមើល**ជំពូកទី 12 នៃ សៀវភៅណែនាំសមាជិករបស់អ្នក**។ រដ្ឋបាលចំណីអាហារ និងឱសថ (FDA) ក៏ផ្តល់ ព័ត៌មានដល់អ្នកប្រើប្រាស់អំពីឱសថនានាផងដែរ។ សូមមើលគេហទំព័ររបស់ FDA៖

[www.fda.gov/drugs/biosimilars/multimedia-education-materials-biosimilars#For%20Patients](http://www.fda.gov/drugs/biosimilars/multimedia-education-materials-biosimilars#For%20Patients) 1

អ្នកក៏អាចទាក់ទងផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជនតាមរយៈលេខនៅខាងក្រោមទំព័រ ឬសួរអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាព អ្នកចេញ វេជ្ជបញ្ជា ឬឱសថការីរបស់អ្នកសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។



**ការផ្លាស់ប្តូរចំពោះថ្លៃចំណាយទៅលើឱសថមានវេជ្ជបញ្ជា**

**យើងបានប្តូរឱសថមួយចំនួនក្នុង *បញ្ជីឱសថ* របស់យើងទៅកម្រិតឱសថទាប ឬខ្ពស់ជាង។ ដើម្បីស្វែងយល់ថាតើឱសថរបស់អ្នកស្ថិតក្នុងកម្រិតឱសថផ្សេងគ្នាឬយ៉ាងណា សូមពិនិត្យមើលឱសថទាំងនោះនៅក្នុង *បញ្ជីឱសថ* នេះ។**

តារាងខាងក្រោមបង្ហាញពីថ្លៃចំណាយរបស់អ្នកសម្រាប់ឱសថក្នុងផ្នែកនីមួយៗនៃកម្រិតឱសថទាំងប្រាំរបស់យើង។



	ឆ្នាំ 2024 (ឆ្នាំនេះ)	ឆ្នាំ 2025 (ឆ្នាំក្រោយ)
<p><b>ឱសថក្នុងកម្រិតទី 1</b> (ឱសថទូទៅដែលពេញចិត្ត) ថ្លៃចំណាយសម្រាប់ ការផ្គត់ផ្គង់ឱសថក្នុងកម្រិត ទី 1 ដែលបានបើកពីឱសថ ស្ថានក្នុងបណ្តាញសម្រាប់ រយៈពេលមួយខែ</p>	<p>ការបង់ប្រាក់រួមរបស់អ្នកសម្រាប់ ការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេលមួយខែ (30 ថ្ងៃ) គឺ <b>\$0 ក្នុងមួយ វេជ្ជបញ្ជា</b>។</p>	<p>ការបង់ប្រាក់រួមរបស់អ្នកសម្រាប់ ការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេលមួយខែ (30 ថ្ងៃ) គឺ <b>\$0 ក្នុងមួយវេជ្ជបញ្ជា</b>។</p>
<p><b>ឱសថក្នុងកម្រិតទី 2</b> (ឱសថទូទៅ) ថ្លៃចំណាយសម្រាប់ ការផ្គត់ផ្គង់ឱសថក្នុងកម្រិត ទី 2 ដែលបានបើកពីឱសថ ស្ថានក្នុងបណ្តាញសម្រាប់ រយៈពេលមួយខែ</p>	<p>ការបង់ប្រាក់រួមរបស់អ្នកសម្រាប់ ការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេលមួយខែ (30 ថ្ងៃ) គឺ <b>\$0, \$1.55, ឬ \$4.50 ក្នុងមួយវេជ្ជបញ្ជា</b>។</p>	<p>ការបង់ប្រាក់រួមរបស់អ្នកសម្រាប់ ការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេលមួយខែ (30 ថ្ងៃ) គឺ <b>\$0 ក្នុងមួយវេជ្ជបញ្ជា</b>។</p>
<p><b>ឱសថក្នុងកម្រិតទី 3</b> (ឱសថមានម៉ាកយីហោ ដែលពេញចិត្ត) ថ្លៃចំណាយសម្រាប់ ការផ្គត់ផ្គង់ឱសថក្នុងកម្រិត ទី 3 ដែលបានបើកពីឱសថ ស្ថានក្នុងបណ្តាញសម្រាប់ រយៈពេលមួយខែ</p>	<p>ការបង់ប្រាក់រួមរបស់អ្នកសម្រាប់ ការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេលមួយខែ (30 ថ្ងៃ) គឺ <b>\$0, \$4.60, ឬ \$11.20 ក្នុងមួយវេជ្ជបញ្ជា</b>។</p>	<p>ការបង់ប្រាក់រួមរបស់អ្នកសម្រាប់ ការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេលមួយខែ (30 ថ្ងៃ) គឺ <b>\$0 ក្នុងមួយវេជ្ជបញ្ជា</b>។</p>



**ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ** សូមទូរសព្ទទៅកាន់គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan តាមរយៈលេខ  
1-800-452-4413 (TTY: 711) ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។  
ការហៅទូរសព្ទនេះមិនគិតថ្លៃទេ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** ចូលមើលនៅ [blueshieldca.com/medicare1](https://blueshieldca.com/medicare1)



<p><b>ឱសថក្នុងកម្រិតទី 4</b> (ឱសថដែលមិនពេញចិត្ត)</p> <p>ថ្លៃចំណាយសម្រាប់ការផ្គត់ផ្គង់ឱសថក្នុងកម្រិតទី 4 ដែលបានបើកពីឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញសម្រាប់រយៈពេលមួយខែ</p>	<p>ការបង់ប្រាក់រួមរបស់អ្នកសម្រាប់ការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេលមួយខែ (30 ថ្ងៃ) គឺ <b>\$0, \$4.60, ឬ \$11.20 ក្នុងមួយវេជ្ជបញ្ជា</b>។</p>	<p>ការបង់ប្រាក់រួមរបស់អ្នកសម្រាប់ការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេលមួយខែ (30 ថ្ងៃ) គឺ <b>\$0 ក្នុងមួយវេជ្ជបញ្ជា</b>។</p>
<p><b>ឱសថក្នុងកម្រិតទី 5</b> (ឱសថកម្រិតឯកទេស)</p> <p>ថ្លៃចំណាយសម្រាប់ការផ្គត់ផ្គង់ឱសថក្នុងកម្រិតទី 5 ដែលបានបើកពីឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញសម្រាប់រយៈពេលមួយខែ</p>	<p>ការបង់ប្រាក់រួមរបស់អ្នកសម្រាប់ការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេលមួយខែ (30 ថ្ងៃ) គឺ <b>\$0, \$4.60, ឬ \$11.20 ក្នុងមួយវេជ្ជបញ្ជា</b>។</p> <p>ការបង់ប្រាក់រួមរបស់អ្នកសម្រាប់សេវាបញ្ជាទិញឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាតាមប្រែសណីយ៍រយៈពេលមួយខែ (30 ថ្ងៃ) គឺ <b>\$0, \$4.60 ឬ \$11.20 ក្នុងមួយវេជ្ជបញ្ជា</b>។</p>	<p>ការបង់ប្រាក់រួមរបស់អ្នកសម្រាប់ការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេលមួយខែ (30 ថ្ងៃ) គឺ <b>\$0 ក្នុងមួយវេជ្ជបញ្ជា</b>។</p> <p>ការបង់ប្រាក់រួមរបស់អ្នកសម្រាប់ការដឹកជញ្ជូនឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាដល់ផ្ទះរយៈពេលមួយខែ (30 ថ្ងៃ) គឺ <b>\$0 ក្នុងមួយវេជ្ជបញ្ជា</b>។</p>



**ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ** សូមទូរសព្ទទៅកាន់គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan តាមរយៈលេខ 1-800-452-4413 (TTY: 711) ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទនេះមិនគិតថ្លៃទេ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** ចូលមើលនៅ [blueshieldca.com/medicare](https://blueshieldca.com/medicare)។

## E. ការផ្លាស់ប្តូរផ្នែករដ្ឋបាល

	ឆ្នាំ 2024 (ឆ្នាំនេះ)	ឆ្នាំ 2025 (ឆ្នាំក្រោយ)
អាសយដ្ឋានធ្វើសំបុត្រដែលដំណើរការ ការទាមទារសំណងលើឱសថមាន វេជ្ជបញ្ជាផ្នែក D	Blue Shield of California P.O. Box 52066 Phoenix, AZ 85072-2066	ការដំណើរការទាមទារសំណង 1606 Ave. Ponce de Leon San Juan, PR 00909-4830
ការផ្លាស់ប្តូរអ្នកផ្តល់សេវាកម្ម ឱសថស្ថានតាមប្រៃសណីយ៍	CVS Caremark® Mail Service Pharmacy	ឱសថស្ថាន Amazon
ការផ្លាស់ប្តូរវាក្យសព្ទ	សេវាតាមប្រៃសណីយ៍	ការដឹកជញ្ជូនដល់ផ្ទះ
ការផ្លាស់ប្តូរទៅកាន់ការផ្គត់ផ្គង់ រយៈពេលវែងសម្រាប់កម្រិតទី 2៖ ឱសថម៉ាកធម្មតា កម្រិតទី 3៖ ឱសថមានម៉ាកដែលពេញចិត្ត និងកម្រិតទី 4៖ ឱសថម៉ាកដែល មានតម្លៃថ្លៃ	ការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេល 90 ថ្ងៃ	ការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេល 100 ថ្ងៃ
រយៈពេលដែលតម្រូវសម្រាប់ ការដាក់ពាក្យស្នើសុំប្តូរឧទ្ធរណ៍	អ្នកត្រូវតែធ្វើសំណើប្តូរឧទ្ធរណ៍ របស់អ្នកក្នុងរយៈពេល 60 ថ្ងៃប្រតិទិនគិតចាប់ពីកាលបរិច្ឆេទ នៃលិខិតជូនដំណឹងជាលាយលក្ខណ៍ អក្សរអំពីការសម្រេចចិត្តលើការធានា រ៉ាប់រង។	អ្នកត្រូវតែធ្វើសំណើប្តូរឧទ្ធរណ៍ របស់អ្នកក្នុងរយៈពេល 65 ថ្ងៃប្រតិទិនគិតចាប់ពីកាលបរិច្ឆេទ នៃលិខិតជូនដំណឹងជាលាយលក្ខណ៍ អក្សរអំពីការសម្រេចចិត្តលើការធានា រ៉ាប់រង។
ការដឹកជញ្ជូនទំនិញដែលមិនមាន វេជ្ជបញ្ជា (OTC) មានការផ្លាស់ប្តូរ	សូមទុកពេលប្រហែល 14 ថ្ងៃនៃ ថ្ងៃធ្វើការសម្រាប់ការដឹកជញ្ជូន។	សូមទុកពេលប្រហែល 7 ថ្ងៃនៃថ្ងៃ ធ្វើការសម្រាប់ការដឹកជញ្ជូន។

**ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ** សូមទូរសព្ទទៅកាន់គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan តាមរយៈលេខ  
1-800-452-4413 (TTY: 711) ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។  
ការហៅទូរសព្ទនេះមិនគិតថ្លៃទេ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម ចូលមើលនៅ [blueshieldca.com/medicare](https://blueshieldca.com/medicare)។



## F. ការជ្រើសរើសគម្រោង

### F1. ការនៅបន្តក្នុងគម្រោងរបស់យើង

យើងសង្ឃឹមថា អ្នកនៅតែបន្តនៅជាសមាជិកគម្រោង។ អ្នកមិនចាំបាច់ធ្វើអ្វីដើម្បីនៅបន្តនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើងទេ។ ប្រសិនបើអ្នកមិនផ្លាស់ប្តូរទៅគម្រោង Medicare ផ្សេងទៀត ឬផ្លាស់ប្តូរទៅគម្រោង Original Medicare ទេ អ្នកនឹងបន្តចុះឈ្មោះជាសមាជិកនៃគម្រោងរបស់យើងសម្រាប់ឆ្នាំ 2025 ដោយស្វ័យប្រវត្តិ។

### F2. ការផ្លាស់ប្តូរគម្រោង

មនុស្សភាគច្រើនដែលមាន Medicare អាចបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់ពួកគេក្នុងអំឡុងពេលជាក់លាក់ណាមួយនៃឆ្នាំ។ ដោយសារអ្នកមាន Medi-Cal អ្នកអាចបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់អ្នកនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើងនៅខែណាមួយនៃឆ្នាំបាន។

លើសពីនេះទៀត អ្នកអាចបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់អ្នកនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើងក្នុងអំឡុងពេលដូចខាងក្រោម៖

- **រយៈពេលចុះឈ្មោះចូលគម្រោងប្រចាំឆ្នាំ**ដែលមានរយៈពេលពីថ្ងៃទី 15 ខែតុលា ដល់ថ្ងៃទី 7 ខែធ្នូ។ ប្រសិនបើអ្នកជ្រើសរើសយកគម្រោងថ្មីមួយក្នុងអំឡុងពេលនេះ សមាជិកភាពរបស់អ្នកនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើងនឹងបញ្ចប់នៅថ្ងៃទី 31 ខែធ្នូ ហើយសមាជិកភាពរបស់អ្នកនៅក្នុងគម្រោងថ្មីនឹងចាប់ផ្តើមនៅថ្ងៃទី 1 ខែមករា។
- **រយៈពេលបើកការចុះឈ្មោះនៃគម្រោង Medicare Advantage (MA)** ដែលមានរយៈពេលចាប់ពីថ្ងៃទី 1 ខែមករា ដល់ថ្ងៃទី 31 ខែមីនា។ ប្រសិនបើអ្នកជ្រើសរើសយកគម្រោងថ្មីក្នុងអំឡុងពេលនេះ សមាជិកភាពរបស់អ្នកនៅក្នុងគម្រោងថ្មីនេះនឹងចាប់ផ្តើមនៅថ្ងៃដំបូងនៃខែបន្ទាប់។

វាអាចមានស្ថានភាពផ្សេងទៀតនៅពេលដែលអ្នកមានគ្រប់លក្ខន្តិកៈសម្រាប់ធ្វើការផ្លាស់ប្តូរចំពោះការចុះឈ្មោះរបស់អ្នក។ ឧទាហរណ៍ នៅពេល៖

- អ្នកបានផ្លាស់ចេញពីតំបន់សេវារបស់យើង
- សិទ្ធិទទួលបានរបស់អ្នកសម្រាប់ Medi-Cal ឬជំនួយបន្ថែមបានផ្លាស់ប្តូរ ឬ
- អ្នកទើបតែបានផ្លាស់ទៅក្នុង ឬកំពុងទទួលការថែទាំនៅក្នុងស្ថាប័ន (ដូចជាមន្ទីរថែទាំជំនាញ ឬមន្ទីរពេទ្យថែទាំរយៈពេលវែង)។ ប្រសិនបើអ្នកទើបតែផ្លាស់ចេញពីស្ថាប័នមួយ អ្នកអាចផ្លាស់ប្តូរគម្រោង ឬផ្លាស់ប្តូរទៅគម្រោង Original Medicare សម្រាប់រយៈពេលពីរខែពេញ បន្ទាប់ពីខែដែលអ្នកផ្លាស់ចេញ។

### សេវា Medicare របស់អ្នក

អ្នកមានជម្រើសបីយ៉ាងសម្រាប់ការទទួលបានសេវាកម្ម Medicare របស់អ្នកដែលមានក្នុងបញ្ជីខាងក្រោមក្នុងខែណាមួយនៃឆ្នាំ។ អ្នកមានជម្រើសបន្ថែមដែលបានរាយខាងក្រោមក្នុងអំឡុងពេលជាក់លាក់នៃឆ្នាំ រួមទាំង**រយៈពេលចុះឈ្មោះប្រចាំឆ្នាំ** និង**រយៈពេលបើកការចុះឈ្មោះគម្រោង Medicare Advantage** ឬស្ថានភាពផ្សេងទៀតដែលបានពិពណ៌នានៅក្នុងផ្នែក F2។ តាមរយៈការជ្រើសរើសយកជម្រើសមួយក្នុងជម្រើសទាំងនេះ នោះអ្នកនឹងបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់អ្នកនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើងដោយស្វ័យប្រវត្តិ។



<p><b>1. អ្នកអាចផ្លាស់ប្តូរទៅ៖</b></p> <p><b>គម្រោង Medicare Medi-Cal Plan (Medi-Medi Plan) គឺជាប្រភេទគម្រោង Medicare Advantage Plan។ គម្រោងនេះ គឺសម្រាប់អ្នកដែលមានទាំង Medicare និង Medi Cal ហើយគម្រោងនេះរួមបញ្ចូលអត្ថប្រយោជន៍ Medicare និង Medi Cal ទៅក្នុងគម្រោងតែមួយ។ គម្រោង Medi-Medi សម្របសម្រួលអត្ថប្រយោជន៍ និងសេវាទាំងអស់នៅទូទាំងកម្មវិធីទាំងពីរ រួមមានសេវាមានធានារ៉ាប់រងពី Medicare និង Medi-Cal ទាំងអស់។</b></p> <p><b>ចំណាំ៖</b> ពាក្យថាគម្រោង Medi-Medi គឺជាឈ្មោះសម្រាប់តម្រូវការពិសេសដែលរួមបញ្ចូលគ្នា សម្រាប់អ្នកដែលមានសិទ្ធិទទួលបានទាំង Medicare និង Medi-Cal (D-SNPs) នៅក្នុងរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា។</p>	<p>ខាងក្រោមនេះ គឺជាអ្វីៗត្រូវធ្វើ៖</p> <p>សូមហៅទូរសព្ទទៅកាន់ Medicare តាមរយៈលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរទូរសព្ទទៅកាន់លេខ 1-877-486-2048។</p> <p>សម្រាប់ការសាកសួរអំពីកម្មវិធីថែទាំដ៏ទូលំទូលាយសម្រាប់មនុស្សចាស់ (PACE) សូមហៅទូរសព្ទទៅ 1-855-921-PACE (7223)។</p> <p>បើអ្នកត្រូវការជួយ ឬព័ត៌មានបន្ថែម៖</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• កម្មវិធីប្រឹក្សាយោបល់ និងការតស៊ូមតិផ្នែកធានារ៉ាប់រងសុខភាព (HICAP) នៃរដ្ឋ California តាមរយៈលេខ 1-800-434-0222 ចាប់ពីថ្ងៃចន្ទដល់ថ្ងៃសុក្រពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក 5:00 ល្ងាច។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម ឬដើម្បីស្វែងរកការិយាល័យ HICAP តាមមូលដ្ឋាននៅក្នុងតំបន់របស់អ្នក សូមចូលមើលគេហទំព័រ <a href="http://www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/">www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/</a>។</li> </ul> <p>ឬ</p> <p>ចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោង Medi-Medi ថ្មី។</p> <p>អ្នកនឹងត្រូវលុបឈ្មោះចេញពីគម្រោងរបស់យើងនៅពេលដែលការធានារ៉ាប់រងគម្រោងថ្មីរបស់អ្នកចាប់ផ្តើម។ គម្រោង Medi-Cal របស់អ្នកនឹងផ្លាស់ប្តូរដើម្បីផ្គូផ្គងនឹងគម្រោង Medi-Medi របស់អ្នក។</p>
---	--



<p><b>2. អ្នកអាចផ្លាស់ប្តូរទៅ៖</b></p> <p><b>Original Medicare</b> ដែលមានគម្រោងឱសថមានវេជ្ជបញ្ជា <b>Medicare</b> ដោយឡែកពីគ្នា</p>	<p>ខាងក្រោមនេះគឺជាអ្វីៗត្រូវធ្វើ៖</p> <p>សូមហៅទូរសព្ទទៅកាន់ Medicare តាមរយៈលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរទូរសព្ទទៅកាន់លេខ 1-877-486-2048។</p> <p>បើអ្នកត្រូវការជួយ ឬព័ត៌មានបន្ថែម៖</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• សូមទូរសព្ទទៅកម្មវិធីប្រឹក្សា និងតស៊ូមតិសម្រាប់ធានារ៉ាប់រងសុខភាពរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា (HICAP) តាមរយៈលេខ 1-800-434-0222 ចាប់ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ចាប់ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 5:00 ល្ងាច។ ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែម ឬស្វែងរកការិយាល័យ HICAP ក្នុងតំបន់របស់អ្នក សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ <a href="http://www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/">www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/</a>។</li> </ul> <p><b>ឬ</b></p> <p>ចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងឱសថមានវេជ្ជបញ្ជារបស់ Medicare ថ្មី។</p> <p>អ្នកនឹងត្រូវលុបឈ្មោះចេញពីគម្រោងរបស់យើងដោយស្វ័យប្រវត្តិនៅពេលការធានារ៉ាប់រង Original Medicare របស់អ្នកចាប់ផ្តើម។</p> <p>គម្រោង Medi-Cal របស់អ្នកនឹងមិនផ្លាស់ប្តូរនោះទេ លុះត្រាតែអ្នកស្នើសុំការផ្លាស់ប្តូរ។</p>
--	---



<p><b>3. អ្នកអាចផ្លាស់ប្តូរទៅ៖</b></p> <p><b>Original Medicare ដោយគ្មានគម្រោងឱសថ ត្រូវការវេជ្ជបញ្ជា Medicare ជាប់ដោយឡែកមួយ</b></p> <p><b>ចំណាំ៖</b> បើអ្នកដូរទៅ Original Medicare និងមិនចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងឱសថមានវេជ្ជបញ្ជា Medicare ដោយឡែកទេ Medicare អាចនឹងចុះឈ្មោះអ្នកក្នុងគម្រោងឱសថមួយ លុះត្រាតែអ្នកប្រាប់ Medicare ថាអ្នកមិនចង់ចូលរួមទេ។</p> <p>អ្នកគួរបោះបង់ការធានារ៉ាប់រងលើឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាតែក្នុងករណីដែលអ្នកទទួលបានការធានារ៉ាប់រងឱសថពីប្រភពផ្សេងទៀត ដូចជានិយោជក ឬសហជីពប៉ុណ្ណោះ។ ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរណាមួយអំពីថាតើអ្នកត្រូវការការរ៉ាប់រងលើឱសថដែរឬអត់ សូមហៅទូរសព្ទទៅកម្មវិធីប្រឹក្សា និងតស៊ូមតិសម្រាប់ធានារ៉ាប់រងសុខភាពរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា (HICAP) តាមរយៈលេខ 1-800-434-0222 ចាប់ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ចាប់ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 5:00 ល្ងាច។ ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែម ឬស្វែងរកការិយាល័យ HICAP ក្នុងតំបន់របស់អ្នក សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ <a href="http://www.aging.ca.gov/Programs and Services /Medicare Counseling/">www.aging.ca.gov/Programs and Services /Medicare Counseling/</a>។</p>	<p>ខាងក្រោមនេះគឺជាអ្វីៗត្រូវធ្វើ៖</p> <p>សូមហៅទូរសព្ទទៅកាន់ Medicare តាមរយៈលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរទូរសព្ទទៅកាន់លេខ 1-877-486-2048។</p> <p>បើអ្នកត្រូវការជួយ ឬព័ត៌មានបន្ថែម៖</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• សូមទូរសព្ទទៅកម្មវិធីប្រឹក្សា និងតស៊ូមតិសម្រាប់ធានារ៉ាប់រងសុខភាពរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា (HICAP) តាមរយៈលេខ 1-800-434-0222 ចាប់ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ចាប់ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 5:00 ល្ងាច។ ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែម ឬស្វែងរកការិយាល័យ HICAP ក្នុងតំបន់របស់អ្នក សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ <a href="http://www.aging.ca.gov/Programs and Services/Medicare Counseling/">www.aging.ca.gov/Programs and Services/Medicare Counseling/</a>។</li> </ul> <p>អ្នកនឹងត្រូវលុបឈ្មោះចេញពីគម្រោងរបស់យើងដោយស្វ័យប្រវត្តិនៅពេលការធានារ៉ាប់រង Original Medicare របស់អ្នកចាប់ផ្តើម។</p> <p>គម្រោង Medi-Cal របស់អ្នកនឹងមិនផ្លាស់ប្តូរនោះទេ លុះត្រាតែអ្នកស្នើសុំការផ្លាស់ប្តូរ។</p>
---	--



<p><b>4. អ្នកអាចផ្លាស់ប្តូរទៅ៖</b></p> <p><b>គម្រោងសុខភាព Medicare ណាមួយ</b> ក្នុងអំឡុងពេលជាក់លាក់នៃឆ្នាំ រួមទាំងរយៈពេលចុះឈ្មោះប្រចាំឆ្នាំ និងរយៈពេលបើកការចុះឈ្មោះសម្រាប់ <b>Medicare Advantage</b> ឬស្ថានភាពផ្សេងទៀតដែលបានពណ៌នានៅក្នុងផ្នែក A។</p>	<p><b>ខាងក្រោមនេះគឺជាអ្វីៗត្រូវធ្វើ៖</b></p> <p>សូមហៅទូរសព្ទទៅកាន់ Medicare តាមរយៈលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរទូរសព្ទទៅកាន់លេខ 1-877-486-2048។</p> <p>សម្រាប់ការសាកសួរអំពីកម្មវិធីថែទាំដ៏ទូលំទូលាយសម្រាប់មនុស្សចាស់ (PACE) សូមហៅទូរសព្ទទៅ 1-855-921-PACE (7223)។</p> <p>បើអ្នកត្រូវការជួយ ឬព័ត៌មានបន្ថែម៖</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• សូមទូរសព្ទទៅកម្មវិធីប្រឹក្សា និងតស៊ូមតិសម្រាប់ធានារ៉ាប់រងសុខភាពរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា (HICAP) តាមរយៈលេខ 1-800-434-0222 ចាប់ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ចាប់ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 5:00 ល្ងាច។ ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែម ឬស្វែងរកការិយាល័យ HICAP ក្នុងតំបន់របស់អ្នក សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ <a href="http://www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/">www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/</a>។</li> </ul> <p><b>ឬ</b></p> <p>ចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងថ្មីរបស់ Medicare។</p> <p>អ្នកនឹងត្រូវបានលុបឈ្មោះចេញពីគម្រោង Medicare របស់អ្នកដោយស្វ័យប្រវត្តិ នៅពេលដែលការធានារ៉ាប់រង នៃគម្រោងថ្មីរបស់អ្នកបានចាប់ផ្តើម។</p> <p>គម្រោង Medi-Cal របស់អ្នកអាចនឹងផ្លាស់ប្តូរ។</p>
---	--



**សេវា Medi-Cal របស់អ្នក**

សម្រាប់សំណួរអំពីរបៀបជ្រើសរើសគម្រោង Medi-Cal ឬទទួលបានសេវា Medi-Cal របស់អ្នកបន្ទាប់ពីអ្នកចាកចេញពី គម្រោងរបស់យើង សូមទាក់ទង Health Care Options តាមរយៈលេខ 1-800-430-4263 ចាប់ពីចន្ទ ដល់សុក្រ ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 6:00 ល្ងាច។ អ្នកប្រើ TTY គួរតែទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-430-7077។ សាកសួរអំពី របៀបនៃការចូលរួមគម្រោងផ្សេងទៀត ឬការត្រឡប់ទៅ Original Medicare ដែលប៉ះពាល់ដល់របៀបដែលអ្នក ទទួលបានការធានារ៉ាប់រង Medi-Cal របស់អ្នក។

---

**G. ការទទួលបានជំនួយ**

**G1. គម្រោងរបស់យើង**

យើងនៅទីនេះ ដើម្បីជួយ ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរណាមួយ។ សូមទូរសព្ទទៅផ្នែកបម្រើសេវាអតិថិជនតាមរយៈលេខ នៅខាងក្រោមទំព័រ ក្នុងអំឡុងពេលថ្ងៃ និងម៉ោងធ្វើការដែលបានរាយក្នុងបញ្ជី។ ការហៅទូរសព្ទទាំងនេះ គឺឥតគិតថ្លៃ។

**សូមអាន សៀវភៅណែនាំសមាជិករបស់អ្នក**

សៀវភៅណែនាំសមាជិករបស់អ្នកគឺជាការពណ៌នាលម្អិតស្របច្បាប់អំពីអត្ថប្រយោជន៍គម្រោងរបស់យើង។ វាមានព័ត៌មាន លម្អិតអំពីអត្ថប្រយោជន៍ និងថ្លៃចំណាយសម្រាប់ឆ្នាំ 2025។ សៀវភៅនេះពន្យល់ពីសិទ្ធិរបស់អ្នក និងលក្ខខណ្ឌដែល អ្នកត្រូវតែអនុវត្តតាម ដើម្បីទទួលបានសេវា និងឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាដែលយើងធានារ៉ាប់រង។

សៀវភៅណែនាំសមាជិកសម្រាប់ឆ្នាំ 2025 នឹងអាចរកបានត្រឹមថ្ងៃទី 15 ខែតុលា។ ច្បាប់ចម្លងនៃ សៀវភៅណែនាំសមាជិក ដែលបានធ្វើបច្ចុប្បន្នភាព មាននៅលើគេហទំព័ររបស់យើងតាមរយៈ [blueshieldca.com/DSNPdocuments2025](https://blueshieldca.com/DSNPdocuments2025)។ អ្នកក៏អាចទូរសព្ទទៅផ្នែកបម្រើសេវាអតិថិជនតាមរយៈលេខនៅខាងក្រោមទំព័រ ដើម្បីស្នើសុំឱ្យយើងខ្ញុំធ្វើ សៀវភៅណែនាំ សមាជិក តាមប្រៃសណីយ៍ជូនអ្នកសម្រាប់ឆ្នាំ 2025។

**គេហទំព័ររបស់យើង**

អ្នកអាចចូលមើលគេហទំព័ររបស់យើងតាម [blueshieldca.com/DSNP2025](https://blueshieldca.com/DSNP2025)។ ជាការរំលឹក គេហទំព័ររបស់យើងមានព័ត៌មានថ្មីបំផុតអំពីបណ្តាញអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថាន (បញ្ជីឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថាន) និង បញ្ជីឱសថរបស់យើង (បញ្ជីឱសថដែលមានការធានារ៉ាប់រង)។

**G2. កម្មវិធីប្រឹក្សា និងតស៊ូមតិសម្រាប់ធានារ៉ាប់រងសុខភាពរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា(HICAP)**

អ្នកក៏អាចហៅទូរសព្ទទៅកាន់កម្មវិធីជំនួយធានារ៉ាប់រងសុខភាពរបស់រដ្ឋ (SHIP) បានផងដែរ។ នៅរដ្ឋ California កម្មវិធី SHIP មានឈ្មោះថា កម្មវិធីប្រឹក្សាយោបល់ និងការតស៊ូមតិផ្នែកធានារ៉ាប់រងសុខភាព (HICAP)។ អ្នកផ្តល់ប្រឹក្សា HICAP



---

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅកាន់គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan តាមរយៈលេខ 1-800-452-4413 (TTY: 711) ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទនេះមិនគិតថ្លៃទេ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម ចូលមើលនៅ [blueshieldca.com/medicare](https://blueshieldca.com/medicare)។



អាចជួយឱ្យអ្នកយល់អំពីជម្រើសនៃគម្រោងរបស់អ្នក និងឆ្លើយសំណួរផ្សេងៗអំពីការប្តូរគម្រោង។ HICAP មិនជាប់ពាក់ព័ន្ធ ជាមួយនឹងយើង ឬក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រង ឬគម្រោងថែទាំសុខភាពណាមួយឡើយ។ HICAP មានអ្នកប្រឹក្សាដែលទទួលបាន ហ្វឹកហ្វឺននៅគ្រប់ខោនធី ហើយសេវាគឺឥតគិតថ្លៃឡើយ។ លេខទូរសព្ទរបស់ HICAP គឺ 1-800-434-0222។ សម្រាប់ ព័ត៌មានបន្ថែម ឬស្វែងរកការិយាល័យ HICAP តាមមូលដ្ឋាននៅក្នុងតំបន់របស់អ្នក សូមចូលមើលគេហទំព័រ [www.aging.ca.gov/Programs and Services/Medicare Counseling/](http://www.aging.ca.gov/Programs and Services/Medicare Counseling/)។

### G3. កម្មវិធីភ្នាក់ងារស៊ើបអង្កេតបណ្តឹងពលរដ្ឋ

កម្មវិធីភ្នាក់ងារស៊ើបអង្កេតបណ្តឹងពលរដ្ឋ Medicare Medi-Cal អាចជួយអ្នក ប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហាជាមួយ គម្រោងរបស់ពួកយើង។ សេវាមន្ត្រីបណ្តឹងសាធារណៈ គឺឥតគិតថ្លៃ និងមានគ្រប់ភាសា។ កម្មវិធីភ្នាក់ងារស៊ើបអង្កេត បណ្តឹងពលរដ្ឋ Medicare Medi-Cal ៖

- ធ្វើជាអ្នកតស៊ូមតិដើម្បីអ្នកខ្លួនឯង។ ពួកគេអាចឆ្លើយសំណួរ ប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហា ឬពាក្យបណ្តឹងតវ៉ា ហើយអាចជួយអ្នកឱ្យយល់ពីអ្វីដែលត្រូវធ្វើ។
- ត្រូវប្រាកដថាអ្នកមានព័ត៌មានទាក់ទងនឹងសិទ្ធិ និងការការពាររបស់អ្នក និងរបៀបដែលអ្នកអាចទទួល បានដំណោះស្រាយរាល់កង្វល់របស់អ្នក។
- ពុំមានទំនាក់ទំនងជាមួយយើង ឬជាមួយក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រង ឬគម្រោងសុខភាពណាមួយឡើយ។ លេខទូរសព្ទសម្រាប់កម្មវិធីភ្នាក់ងារស៊ើបអង្កេតបណ្តឹងពលរដ្ឋ Medicare Medi-Cal គឺ 1-855-501-3077។

### G4. Medicare

ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានដោយផ្ទាល់ពី Medicare សូមហៅទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរទូរសព្ទទៅកាន់លេខ 1-877-486-2048។

#### គេហទំព័ររបស់ Medicare

អ្នកអាច ចូលមើលគេហទំព័រ Medicare ([www.medicare.gov](http://www.medicare.gov))។ ប្រសិនបើអ្នកជ្រើសរើសលុបឈ្មោះចេញពីគម្រោង របស់យើង ហើយចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោង Medicare មួយផ្សេងទៀតនោះ គេហទំព័ររបស់ Medicare មានព័ត៌មានអំពី ថ្លៃចំណាយ ការធានារ៉ាប់រង និងការវាយតម្លៃលើគុណភាព ដើម្បីជួយអ្នកប្រៀបធៀបនឹងគម្រោងនានា។

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីគម្រោង Medicare ដែលមាននៅក្នុងតំបន់របស់អ្នកដោយប្រើ Medicare Plan Finder នៅលើគេហទំព័ររបស់ Medicare។ (សម្រាប់ព័ត៌មានអំពីគម្រោង សូមមើលគេហទំព័រ [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov) និងចុចលើ “ស្វែងរកគម្រោង”)



**Medicare និងអ្នកសម្រាប់ឆ្នាំ 2025**

អ្នកអាចអានសៀវភៅណែនាំអំពី Medicare និងអ្នកសម្រាប់ឆ្នាំ 2025។ រៀងរាល់ឆ្នាំនៅរដូវស្លឹកឈើជ្រុះ កូនសៀវភៅ ផ្សព្វផ្សាយនេះត្រូវបានធ្វើតាមប្រែសម្រួលទៅមុខស្របដែលប្រើគម្រោង Medicare។ វាមានសេចក្តីសង្ខេបអំពីអត្ថប្រយោជន៍ របស់ Medicare សិទ្ធិ និងកិច្ចការពារនានា និងចម្លើយចំពោះសំណួរដែលបានចោទសួរជា ញឹកញាប់បំផុតអំពី Medicare។ កូនសៀវភៅណែនាំនេះក៏មានជាភាសាអេស៉្បាញ ចិន និងវៀតណាមផងដែរ។

ប្រសិនបើអ្នកមិនមានច្បាប់ចម្លងរបស់កូនសៀវភៅណែនាំនេះទេ អ្នកអាចទទួលបានវាតាមរយៈគេហទំព័រ Medicare ([www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf](http://www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf)) ឬដោយហៅទូរសព្ទតាមរយៈលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរទូរសព្ទទៅកាន់លេខ 1-877-486-2048។

**G5. ក្រសួងថែទាំសុខភាពក្រោមការគ្រប់គ្រងរបស់រដ្ឋ California**

ក្រសួងថែទាំសុខភាពក្រោមការគ្រប់គ្រងរបស់រដ្ឋ California គឺមានភារៈកិច្ចសម្រាប់ដាក់ច្បាប់ដល់គម្រោងសេវាថែទាំ សុខភាព។ ប្រសិនបើអ្នកមានបណ្តឹងសាទុក្ខជំទាស់នឹងគម្រោងសុខភាពរបស់អ្នក អ្នកគួរទូរសព្ទទៅគម្រោងសុខភាព របស់អ្នកជាមុនសិន តាមរយៈលេខ **1-800-452-4413 (TTY: 711)** ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ហើយប្រើដំណើរការបណ្តឹងសាទុក្ខនៃគម្រោងសុខភាពរបស់អ្នកមុនពេលទាក់ទងទៅក្រសួង។ ការប្រើប្រាស់នីតិវិធីបណ្តឹងសាទុក្ខនេះ គឺមិនហាមឃាត់សិទ្ធិស្របច្បាប់អ្វីមួយដែលអាចយកមកប្រើ ឬដំណោះស្រាយ អ្វីៗដែលអាចមានសម្រាប់អ្នកឡើយ។ បើសិនអ្នកត្រូវការជំនួយជាមួយសារទុក្ខពាក់ព័ន្ធនឹងភាពអាសន្ន ឬសារទុក្ខអ្វីមួយ ដែលគម្រោងថែទាំសុខភាពរបស់អ្នកមិនទាន់បានដោះស្រាយឲ្យគាប់ចិត្តនៅឡើយ ឬក៏សារទុក្ខអ្វីមួយ ដែលនៅតែមិន ទាន់ដោះស្រាយរួចលើសពី 30 ថ្ងៃ អ្នកអាចហៅទូរសព្ទទៅក្រសួងដើម្បីសុំជំនួយ។ អ្នកក៏ប្រហែលជាមានសិទ្ធិទទួល បានការពិនិត្យផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រករាជ្យ (IMR) ផងដែរ។ បើសិនអ្នកមានសិទ្ធិទទួលបាន IMR នោះដំណើរការ IMR នឹងផ្តល់ការពិនិត្យដោយ មិនលម្អៀងទៅលើសេចក្តីសម្រេចលើការព្យាបាលសុខភាព ដែលបានធ្វើដោយគម្រោងថែទាំ សុខភាពទាក់ទងនឹង តម្រូវការ ចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រនៃសេវាដែលបានស្នើសុំ ឬលើការព្យាបាល សេចក្តីសម្រេច ធានារ៉ាប់រងសម្រាប់ការព្យាបាលដែលជា លក្ខណៈពិសោធន៍ ឬសិក្សា និងវិវាទលើការបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាថែទាំ សុខភាពលក្ខណៈសង្គ្រោះបន្ទាន់ ឬជាបន្ទាន់។ ក្រសួងក៏មានលេខទូរសព្ទឥតគិតថ្លៃ **(1-888-466-2219)** និង ខ្សែទូរសព្ទ TDD **(1-877-688-9891)** សម្រាប់អ្នក អន់សោភ័ណភាព និងសំដីផងដែរ។ គេហទំព័រលើអ៊ីនធឺណិត របស់ក្រសួង [www.dmhc.ca.gov](http://www.dmhc.ca.gov) មានទម្រង់ពាក្យបណ្តឹង ទម្រង់ពាក្យសុំ IMR និងសេចក្តីណែនាំតាម អនឡាញ។ សូមមើលជំពូកទី 9 ផ្នែក F4 នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក* របស់អ្នកសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។



ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅកាន់គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan តាមរយៈលេខ 1-800-452-4413 (TTY: 711) ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរសព្ទនេះមិនគិតថ្លៃទេ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម ចូលមើលនៅ [blueshieldca.com/medicare](http://blueshieldca.com/medicare)។



[blueshieldca.com/medicare](https://blueshieldca.com/medicare)

Blue Shield of California 6300 Canoga Avenue, Woodland Hills, CA 91367-2555