



ថ្លៃធានារ៉ាប់រងប្រចាំខែរបស់គម្រោង Blue Shield of California សម្រាប់អ្នកដែលទទួលបាន Extra Help (ជំនួយបន្ថែម) ពី Medicare ដើម្បីជួយបង់ថ្លៃឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជារបស់ពួកគេ

ប្រសិនបើអ្នកទទួលបាន Extra Help ពី Medicare ដើម្បីជួយទូទាត់ថ្លៃចំណាយលើគម្រោងឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជារបស់ Medicare នោះថ្លៃធានារ៉ាប់រងនៃគម្រោងប្រចាំខែរបស់អ្នកនឹងទាបជាងចំនួនដែលវានឹងទទួលបាន ប្រសិនបើអ្នកមិនទទួលបាន Extra Help ពី Medicare។ ចំនួន Extra Help ដែលអ្នកទទួលបាននឹងកំណត់ថ្លៃធានារ៉ាប់រងនៃគម្រោងប្រចាំខែសរុបរបស់អ្នកក្នុងនាមជាសមាជិកនៃគម្រោងរបស់យើង។

តារាងនេះបង្ហាញអ្នកនូវថាតើថ្លៃធានារ៉ាប់រងនៃគម្រោងប្រចាំខែរបស់អ្នកនឹងមានចំនួនប៉ុន្មាន ប្រសិនបើអ្នកទទួលបាន Extra Help។

| ឈ្មោះគម្រោង | PBP | កម្រិត Extra Help របស់អ្នក | |
|--|-----------|----------------------------|---------|
| | | 100% | 0% |
| ថ្លៃធានារ៉ាប់រងប្រចាំខែសម្រាប់ Blue Shield TotalDual Plan (HMO D-SNP) (ខោនធី Los Angeles និង San Diego) * | H2819-001 | \$0 | \$28.30 |

* វាមិនរាប់បញ្ចូលថ្លៃធានារ៉ាប់រង Medicare ផ្នែក B ណាមួយដែលអ្នកប្រហែលជាត្រូវបង់នោះទេ។

ថ្លៃធានារ៉ាប់រងរបស់ Blue Shield of California រួមមានការធានារ៉ាប់រងសម្រាប់ទាំងសេវាវេជ្ជសាស្ត្រ និងការធានារ៉ាប់រងលើឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជា។

ប្រសិនបើអ្នកមិនទទួលបាន Extra Help ទេ អ្នកអាចដឹងថាតើអ្នកមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ដែរឬទេ ដោយទូរសព្ទទៅ៖

- 1-800-Medicare ឬអ្នកប្រើប្រាស់ TTY ទូរសព្ទទៅលេខ (877) 486-2048 (24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ/7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍)
- ការិយាល័យ Medicaid រដ្ឋរបស់អ្នក ឬ
- រដ្ឋបាលរបបសន្តិសុខសង្គមតាមរយៈលេខ (800) 772-1213។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរតែទូរសព្ទទៅលេខ (800) 325-0778 ចន្លោះម៉ោង 7 ព្រឹកដល់ម៉ោង 7 យប់ពីថ្ងៃចន្ទដល់ថ្ងៃសុក្រ។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរណាមួយ សូមទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាអតិថិជនតាមលេខ (800) 452-4413 (TTY:711) ម៉ោង 8 ព្រឹកដល់ 8 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។

Blue Shield of California គឺជាគម្រោង HMO D-SNP ដែលមានកិច្ចសន្យាជាមួយ Medicare និងកិច្ចសន្យាជាមួយ California State Medicaid Program (កម្មវិធី Medicaid នៃរដ្ឋ California)។ ការចុះឈ្មោះនៅក្នុង Blue Shield of California អាស្រ័យទៅលើការបន្តកិច្ចសន្យា។

The company complies with applicable state laws and federal civil rights laws and does not discriminate, exclude people, or treat them differently on the basis of race, color, national origin, ethnic group identification, medical condition, genetic information, ancestry, religion, sex, marital status, gender, gender identity, sexual orientation, age, mental disability, or physical disability. La compañía cumple con las leyes de derechos civiles federales y estatales aplicables, y no discrimina, ni excluye ni trata de manera diferente a las personas por su raza, color, país de origen, identificación con determinado grupo étnico, condición médica, información genética, ascendencia, religión, sexo, estado civil, género, identidad de género, orientación sexual, edad, ni discapacidad física ni mental. 本公司遵守適用的州法律和聯邦民權法律，並且不會以種族、膚色、原國籍、族群認同、醫療狀況、遺傳資訊、血統、宗教、性別、婚姻狀況、性別認同、性取向、年齡、精神殘疾或身體殘疾而進行歧視、排斥或區別對待他人。 ក្រុមហ៊ុនគោរពច្បាប់រដ្ឋដែលមានជាធរមាន និងច្បាប់សិទ្ធិមនុស្សសហព័ន្ធ ហើយមិនមានការរើសអើង បដិសេធមនុស្ស ឬប្រព្រឹត្តខុសគ្នាចំពោះគេផ្អែក លើមូលដ្ឋាន ជាតិសាសន៍ ពណ៌សម្បុរ ប្រភពជាតិដើម អត្តសញ្ញាណក្រុមជនជាតិភាគតិច អាការសុខភាព ព័ត៌មានហ្សែន មរតក សាសនា ភេទ ស្ថានភាពអាពាហ៍ពិពាហ៍ យេនឌ័រ អត្តសញ្ញាណយេនឌ័រ ទនោរផ្លូវភេទ អាយុ ពិការភាពផ្លូវចិត្ត ឬពិការភាពរាងកាយ។

© California Physician’s Service ធ្វើអាជីវកម្មជា Blue Shield of California 1999-2024។ រក្សាសិទ្ធិគ្រប់យ៉ាង។

California Physician’s Service ធ្វើអាជីវកម្មជា Blue Shield of California គឺជាសមាជិកឯករាជ្យនៃសមាគម Blue Shield Association។

Blue Shield of California 601 12th Street, Oakland, CA 94607។