



ទម្រង់បែបបទស្នើសុំចុះឈ្មោះបុគ្គលឆ្នាំ 2027

តើនរណាអាចប្រើទម្រង់បែបបទនេះបាន?

អ្នកដែលមាន Medicare ដែលចង់ចូលរួមក្នុងគម្រោង Medicare Advantage

ដើម្បីចូលរួមគម្រោង អ្នកត្រូវតែ៖

- ក្លាយជាពលរដ្ឋសហរដ្ឋអាមេរិក ឬមានវត្តមានស្របច្បាប់នៅក្នុងសហរដ្ឋអាមេរិក
- រស់នៅក្នុងតំបន់សេវាកម្មរបស់គម្រោង

សំខាន់៖ ដើម្បីចូលរួមគម្រោង Medicare Advantage អ្នកក៏ត្រូវមានទាំង៖

- Medicare ផ្នែក A (ការធានារ៉ាប់រងសម្រាប់មន្ទីរពេទ្យ)
- Medicare ផ្នែក B (ការធានារ៉ាប់រងផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ)

តើខ្ញុំប្រើទម្រង់បែបបទនេះនៅពេលណា?

អ្នកអាចចូលរួមគម្រោង៖

- ចន្លោះពីថ្ងៃទី 15 ខែធ្នូ ដល់ថ្ងៃទី 7 ខែធ្នូ ជាម្សៅរាល់ឆ្នាំ (សម្រាប់ការធានារ៉ាប់រងដែលចាប់ពីថ្ងៃទី 1 ខែមករា)។
- ក្នុងរយៈពេល បី ខែបន្ទាប់ពីការទទួលបាន Medicare ដំបូង។
- នៅក្នុងស្ថានភាពជាក់លាក់ ដែលអ្នកត្រូវបានអនុញ្ញាតឱ្យចូលរួម ឬប្តូរគម្រោង។
- អ្នកដែលមានសិទ្ធិទទួលបានទាំងពីរត្រូវបានអនុញ្ញាតឱ្យចុះឈ្មោះម្តងក្នុងមួយខែទៅក្នុង គម្រោងសេចក្តីត្រូវការពិសេសដែលមានសិទ្ធិទទួលបានទាំងពីរដោយរួមបញ្ចូលគ្នាពេញលេញ (FIDE SNP) ការទូទាត់លើការវិនិយោគជាមុន (AIP) ឬ Original Medicare ជាមួយនឹង គម្រោងឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជា (PDP)។ ការចុះឈ្មោះចូលរៀនមានប្រសិទ្ធភាពចាប់ពីខែដំបូងនៃខែបន្ទាប់។

សូមចូលមើលគេហទំព័រ **Medicare.gov** ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពីពេលណាដែលអ្នកអាចចុះឈ្មោះសម្រាប់គម្រោងមួយ។

តើខ្ញុំត្រូវការអ្វីខ្លះដើម្បីបំពេញទម្រង់បែបបទនេះ?

- លេខ Medicare របស់អ្នក (លេខនៅលើប័ណ្ណ Medicare ពណ៌ក្រហមស និងខៀវ)
- អាសយដ្ឋានអចិន្ត្រៃយ៍ និងលេខទូរសព្ទរបស់អ្នក

ចំណាំ៖ អ្នកត្រូវតែបំពេញគ្រប់ធាតុទាំងអស់នៅក្នុងផ្នែកទី 1។ ធាតុនៅក្នុងផ្នែកទី 2 គឺជាជម្រើស - អ្នកមិនអាចត្រូវបានបដិសេធចំពោះការធានារ៉ាប់រងទេ ដោយសារតែអ្នកមិនបំពេញវា។

ការរំលឹក៖

- ប្រសិនបើអ្នកចង់ចូលរួមក្នុងគម្រោងក្នុងអំឡុងពេលការចុះឈ្មោះចូលរៀននៅរដូវស្លឹកឈើជ្រុះ (ចាប់ពីថ្ងៃទី 15 ខែធ្នូ ដល់ថ្ងៃទី 7 ខែធ្នូ) គម្រោងត្រូវតែ

ទទួលបានទម្រង់បែបបទដែលបានបំពេញរបស់អ្នកត្រឹមថ្ងៃទី 7 ខែធ្នូ។

- គម្រោងរបស់អ្នកនឹងធ្វើវិក្កយបត្រជូនអ្នកសម្រាប់ថ្ងៃធានារ៉ាប់រងរបស់គម្រោង។ អ្នកអាចជ្រើសរើសចុះឈ្មោះដើម្បីកាត់ថ្លៃធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកពីគណនីធនាគាររបស់អ្នក ឬអត្ថប្រយោជន៍ពីរបបសន្តិសុខសង្គមប្រចាំខែរបស់អ្នក (ឬ Railroad Retirement Board (RRB, ក្រុមប្រឹក្សាកម្មករផ្លូវដែកចូលនិវត្តន៍))។

តើមានអ្វីកើតឡើងនៅពេលបន្ទាប់នោះ?

អ៊ីមែល ប្រៃសណីយ៍ ឬទូរសារទម្រង់បែបបទដែលបានបំពេញ និងចុះហត្ថលេខារបស់អ្នកទៅកាន់៖

អ៊ីមែល៖ WHMembership@blueshieldca.com

ប្រៃសណីយ៍៖ Blue Shield of California

P.O. Box 948

Woodland Hills, CA 91365-9856

ទូរសារ៖ (877) 251-3660

នៅពេលដែលពួកគេដំណើរការសំណើរបស់អ្នកដើម្បីចូលរួម

ពួកគេនឹងទាក់ទងទៅអ្នក។

តើខ្ញុំទទួលបានជំនួយទម្រង់បែបបទនេះដោយរបៀបណា?

សូមទូរសព្ទទៅភ្នាក់ងារដែលមានការអនុញ្ញាតរបស់អ្នក ឬ តំណាង

Blue Shield របស់អ្នកតាមរយៈលេខ **(888) 534-4263**។ អ្នកប្រើប្រាស់

TTY អាចទូរសព្ទទៅលេខ **711**។ ឬទូរសព្ទទៅ Medicare តាមរយៈលេខ

1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)។ អ្នកប្រើ TTY អាចទូរសព្ទ

ទៅកាន់លេខ 1-877-486-2048។

En español: Llame a su agente autorizado o a su representante de Blue Shield al **(888) 534-4263**។ Los usuarios del sistema TTY pueden llamar al **711** o a Medicare gratis al 1-800-633-4227 y oprima el 8 para asistencia en español y un representante estará disponible para asistirle.

បុគ្គលដែលជួបប្រទះភាពគ្មានផ្ទះសម្បែង

- ប្រសិនបើអ្នកចង់ចូលរួមក្នុងគម្រោង ប៉ុន្តែមិនមានទីលំនៅអចិន្ត្រៃយ៍ទេ ប្រអប់សំបុត្រប្រៃសណីយ៍ អាសយដ្ឋាននៃទីជម្រក ឬគ្លីនិក ឬអាសយដ្ឋានដែលអ្នកទទួលបានសំបុត្រតាមប្រៃសណីយ៍ (ឧទាហរណ៍ ការត្រួតពិនិត្យរបបសន្តិសុខសង្គម) អាចត្រូវបានចាត់ទុកថាជាអាសយដ្ឋាននៃទីលំនៅអចិន្ត្រៃយ៍របស់អ្នក។

យោងទៅតាមច្បាប់ Paperwork Reduction Act (PRA, ច្បាប់ស្តីពីការកាត់បន្ថយក្រដាសស្នាមការងារ) ឆ្នាំ 1995 គ្មានបុគ្គលណាម្នាក់ត្រូវបានតម្រូវឱ្យឆ្លើយតបទៅនឹងការប្រមូលព័ត៌មានទេ លុះត្រាតែវាបង្ហាញលេខត្រួតពិនិត្យ Office of Management and Budget (OMB, ការិយាល័យគ្រប់គ្រងនិងកញ្ចប់ថវិកា) ត្រឹមត្រូវ។ លេខត្រួតពិនិត្យ OMB ត្រឹមត្រូវសម្រាប់ការប្រមូលព័ត៌មាននេះមានលេខ 0938-1378។ ពេលវេលាដែលត្រូវការដើម្បីបំពេញការប្រមូលព័ត៌មាននេះត្រូវបានគេប៉ាន់ស្មានជាមធ្យមថាមានរយៈពេល 20 នាទីក្នុងការឆ្លើយតបមួយ ដោយរាប់បញ្ចូលទាំងពេលវេលាដើម្បីពិនិត្យមើលការណែនាំ ការស្វែងរកធនធានទិន្នន័យដែលមានស្រាប់ និងការប្រមូលទិន្នន័យដែលត្រូវការ ហើយបំពេញនិងពិនិត្យមើលការប្រមូលព័ត៌មានឡើងវិញ។ ប្រសិនបើអ្នកមានមតិយោបល់ណាមួយដែលទាក់ទងនឹងភាពត្រឹមត្រូវនៃការប៉ាន់ស្មានពេលវេលា ឬការផ្តល់យោបល់សម្រាប់ការកែលម្អទម្រង់បែបបទនេះ សូមផ្ញើសំបុត្រទៅកាន់ CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850។

សំខាន់

កុំផ្ញើទម្រង់បែបបទនេះ ឬឯកសារណាមួយដែលមាននឹងព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួនរបស់អ្នក (ដូចជាការទាញទម្រង់សំណង ការទូទាត់ កំណត់ត្រាវេជ្ជសាស្ត្រជាដើម) ទៅកាន់ PRA Reports Clearance Office (ការិយាល័យត្រួតពិនិត្យរបាយការណ៍នៃ PRA)។ ឯកសារណាមួយដែលយើងទទួលបានដែលមិនមែននិយាយអំពីវិធីគោលមុខទម្រង់បែបបទនេះ ឬការដាក់បន្ទុកលើការប្រមូលរបស់ខ្លួន (មានចែងក្នុងលេខ 0938-1378 OMB) នឹងត្រូវបង្អាញចោល។ វានឹងមិនត្រូវបានរក្សាទុក ពិនិត្យឡើងវិញ ឬបញ្ជូនបន្តទៅគម្រោងទេ។ សូមមើល “មានអ្វីកើតឡើងបន្ទាប់ទៀត?” នៅលើទំព័រនេះ ដើម្បីផ្ញើទម្រង់បែបបទដែលបានបំពេញរបស់អ្នកទៅកាន់គម្រោង។

ផ្នែកទី 1 – ផ្នែកទាំងអស់នៅក្នុងផ្នែកនេះត្រូវបានទាមទារ (លុះត្រាតែត្រូវបានសម្គាល់ថាជាជម្រើស)

ជ្រើសរើសគម្រោងដែលអ្នកចង់ចូលរួម៖

Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan (HMO D-SNP)

☐ ខោនធី Los Angeles/San Diego
(\$0 ក្នុងមួយខែ)

ព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួនរបស់អ្នក៖

នាមត្រកូល៖	នាមខ្លួន៖	ឈ្មោះកណ្តាលជាអក្សរកាត់៖ (ជាជម្រើស)
ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត (ថ្ងៃ/ខែ/ឆ្នាំ)៖	ភេទ៖ ☐ ប្រុស ☐ ស្រី	
លេខទូរសព្ទ៖	ប្រភេទទូរសព្ទ៖ ☐ សេវាទូរសព្ទលើតុ ☐ ទូរសព្ទដៃ	

អាសយដ្ឋានផ្លូវនៃទីលំនៅអចិន្ត្រៃយ៍ (កុំបញ្ចូលប្រអប់សំបុត្រប្រៃសណីយ៍។ ចំណាំ៖ សម្រាប់បុគ្គលដែលកំពុងជួបប្រទះភាពគ្មានផ្ទះសម្បែង អាចចាត់ទុកប្រអប់ប្រៃសណីយ៍ថាជាអាសយដ្ឋាននៃទីលំនៅអចិន្ត្រៃយ៍របស់អ្នក។)៖

អាសយដ្ឋានផ្លូវ៖

ទីក្រុង៖	រដ្ឋ៖	លេខកូដតំបន់៖
----------	-------	--------------

អាសយដ្ឋានប្រៃសណីយ៍ ប្រសិនបើខុសពីអាសយដ្ឋានអចិន្ត្រៃយ៍របស់អ្នក (ប្រអប់ប្រៃសណីយ៍ត្រូវបានអនុញ្ញាត)៖

អាសយដ្ឋានផ្លូវ៖

ទីក្រុង៖	រដ្ឋ៖	លេខកូដតំបន់៖
----------	-------	--------------

ព័ត៌មាន Medicare របស់អ្នក

លេខ Medicare៖

ការធានារ៉ាប់រងផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ៖

ឈ្មោះការធានារ៉ាប់រងផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រផ្សេងទៀត៖

លេខសមាជិកសម្រាប់ការធានារ៉ាប់រងនេះ៖

លេខក្រុមសម្រាប់ការធានារ៉ាប់រងនេះ៖

តើអ្នកបានចុះឈ្មោះនៅក្នុងកម្មវិធី Medicaid (Medi-Cal) ក្នុងរដ្ឋរបស់អ្នកដែរឬទេ? ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ
ប្រសិនបើចម្លើយបាទ/ចាស សូមផ្តល់លេខ Medicaid (Medi-Cal) របស់អ្នក (តម្រូវ)៖

ឆ្លើយសំណួរសំខាន់ៗទាំងនេះ៖

តើអ្នកនឹងមានការធានារ៉ាប់រងលើឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាផ្សេងទៀត (ដូចជា VA, TRICARE) បន្ថែមពីលើគម្រោង Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan ដែរឬទេ? ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ

ការធានារ៉ាប់រងលើឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជា៖

ឈ្មោះនៃការធានារ៉ាប់រងផ្សេងទៀត៖

លេខសមាជិកសម្រាប់ការធានារ៉ាប់រងនេះ៖

លេខក្រុមសម្រាប់ការធានារ៉ាប់រងនេះ៖

សំខាន់៖ ចូរអាន និងចុះហត្ថលេខាខាងក្រោម៖

- ខ្ញុំត្រូវតែរក្សាទុកទាំងមន្ទីរពេទ្យ (ផ្នែក A) និងវេជ្ជសាស្ត្រ (ផ្នែក B) ដើម្បីបន្តស្ថិតនៅក្នុងគម្រោង Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan។
- តាមរយៈការចូលរួមក្នុងគម្រោង Medicare Advantage នេះ ខ្ញុំទទួលស្គាល់ថាគម្រោង Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan នឹងចែករំលែកព័ត៌មានរបស់ខ្ញុំជាមួយនឹង Medicare ដែលអាចប្រើវាដើម្បីតាមដានការចុះឈ្មោះរបស់ខ្ញុំ ក្នុងការធ្វើការទូទាត់ និងសម្រាប់គោលបំណងផ្សេងទៀតដែលអនុញ្ញាតដោយច្បាប់សហព័ន្ធដែលយល់ព្រមឱ្យប្រមូលព័ត៌មាននេះ (សូមមើល Privacy Act Statement (សេចក្តីថ្លែងការណ៍អំពីច្បាប់ឯកជនភាព) ខាងក្រោម)។ ការឆ្លើយតបរបស់អ្នកចំពោះទម្រង់បែបបទនេះ គឺមានលក្ខណៈស្ម័គ្រចិត្ត។ ទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយ ការខកខានមិនបានឆ្លើយតបអាចប៉ះពាល់ដល់ការចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោង។
- ខ្ញុំយល់ថា ខ្ញុំអាចចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោង MA បានតែមួយក្នុងពេលតែមួយប៉ុណ្ណោះ – ហើយការចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងនេះនឹងបញ្ចប់ការចុះឈ្មោះរបស់ខ្ញុំដោយស្វ័យប្រវត្តិនៅក្នុងគម្រោង MA ផ្សេងទៀត (ការលើកលែងអនុវត្តចំពោះគម្រោង MA ថ្លៃចំណាយតាមសេវាឯកជន (PFFS) MA គណនីសន្សំវេជ្ជសាស្ត្រ (MSA))។
- ខ្ញុំយល់ថានៅពេលដែលការធានារ៉ាប់រងរបស់គម្រោង Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan ចាប់ផ្តើម ខ្ញុំត្រូវតែទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ និងឱសថមានវេជ្ជបញ្ជារបស់ខ្ញុំទាំងអស់ពីគម្រោង Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan។ អត្ថប្រយោជន៍ និងសេវាកម្មដែលផ្តល់ដោយគម្រោង Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan នឹងមាននៅក្នុងឯកសារ Evidence of Coverage (EOC, ភស្តុតាងនៃការធានារ៉ាប់រង) របស់គម្រោង Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan របស់ខ្ញុំ (ត្រូវបានគេស្គាល់ផងដែរថាជាកិច្ចសន្យាសមាជិក ឬកិច្ចព្រមព្រៀងអ្នកជារ) នឹងត្រូវបានធានារ៉ាប់រង។ ទាំង Medicare និងគម្រោង Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan នឹងមិនបង់ថ្លៃសម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍ ឬសេវាកម្មដែលមិនត្រូវបានធានារ៉ាប់រងនោះទេ។
- គម្រោងនេះរួមបញ្ចូលទាំងអត្ថប្រយោជន៍បន្ថែមពិសេសសម្រាប់ជំងឺរ៉ាំរ៉ៃ (SSBCI) ដែលហៅថា “អត្ថប្រយោជន៍ អាហារ និង កសិផល”។ ខ្ញុំយល់ថា ខ្ញុំត្រូវតែមានជំងឺរយៈពេលវែងជាក់លាក់មួយដែលត្រូវបានគេស្គាល់ថាជាស្ថានភាពរ៉ាំរ៉ៃ ដើម្បីប្រើប្រាស់អត្ថប្រយោជន៍នេះ។ Blue Shield នឹងស្វែងយល់ថា តើខ្ញុំមានសិទ្ធិទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍សម្រាប់អាហារ និងកសិផលឬអត់នោះ ដោយប្រើព័ត៌មានពីវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់ខ្ញុំ ឬដោយទាក់ទងវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់ខ្ញុំដើម្បីសុំសេចក្តីថ្លែងការណ៍ដែលមានចុះហត្ថលេខាអំពីស្ថានភាពរ៉ាំរ៉ៃរបស់ខ្ញុំ។
- ព័ត៌មាននៅលើទម្រង់បែបបទចុះឈ្មោះនេះគឺត្រឹមត្រូវតាមការយល់ដឹងរបស់ខ្ញុំ។ ខ្ញុំយល់ថា ប្រសិនបើខ្ញុំផ្តល់ព័ត៌មានមិនពិតដោយចេតនានៅក្នុងទម្រង់បែបបទនេះ ខ្ញុំនឹងត្រូវលុបឈ្មោះចេញពីគម្រោង។
- ខ្ញុំយល់ថាហត្ថលេខារបស់ខ្ញុំ (ឬហត្ថលេខារបស់បុគ្គលដែលត្រូវបានអនុញ្ញាតឱ្យធ្វើសកម្មភាពជំនួសខ្ញុំ) នៅក្នុងពាក្យសុំនេះមានន័យថា ខ្ញុំបានអាន និងយល់ខ្លឹមសារនៃពាក្យសុំនេះ។ ប្រសិនបើចុះហត្ថលេខាដោយអ្នកតំណាងដែលមានការអនុញ្ញាត (ដូចបានរៀបរាប់ខាងលើ) ហត្ថលេខានេះបញ្ជាក់ថា៖
 - 1) បុគ្គលនេះត្រូវបានអនុញ្ញាតក្រោមច្បាប់រដ្ឋ ដើម្បីបំពេញតាមការចុះឈ្មោះនេះ និង
 - 2) ឯកសារបញ្ជាក់របស់អាជ្ញាធរនេះអាចរកបានតាមការស្នើសុំដោយ Medicare។

ហត្ថលេខា៖	កាលបរិច្ឆេទថ្ងៃនេះ (ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ)៖
-----------	-------------------------------------

ប្រសិនបើអ្នកជាអ្នកតំណាងដែលមានការអនុញ្ញាត សូមចុះហត្ថលេខាខាងលើ ហើយបំពេញផ្នែកទាំងនេះ។
ឈ្មោះ៖

អាសយដ្ឋានផ្ទះ៖

ទីក្រុង៖ រដ្ឋ៖ លេខកូដតំបន់៖

លេខទូរសព្ទ៖

ទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកចុះឈ្មោះ៖

ផ្នែកទី 2 – ចន្លោះបំពេញទាំងអស់នៅក្នុងផ្នែកនេះគឺជាជម្រើស

ការឆ្លើយសំណួរទាំងនេះគឺជាជម្រើសរបស់អ្នក។ អ្នកមិនអាចត្រូវបានបដិសេធចំពោះការធានារ៉ាប់រងទេដោយសារតែអ្នកមិនបំពេញវា។

ជ្រើសរើសមួយ ប្រសិនបើអ្នកចង់ឱ្យយើងធ្វើព័ត៌មានទៅអ្នកជាភាសាផ្សេងក្រៅពីភាសាអង់គ្លេស។

- | | | |
|---|--|---------------------------------------|
| ☐ ភាសាអារ៉ាប់ | ☐ ភាសាចិន (ប្រពៃណី) | ☐ ភាសាអេស្ប៉ាញ |
| ☐ ភាសាអាមេនី | ☐ ភាសាហ្វាស៊ី | ☐ ភាសាតាកាឡុក |
| ☐ ភាសាខ្មែរ | ☐ ភាសាកូរ៉េ | ☐ ភាសាវៀតណាម |
| ☐ ភាសាចិន (សាមញ្ញ) | ☐ ភាសារុស្ស៊ី | |

ជ្រើសរើសមួយ ប្រសិនបើអ្នកចង់ឱ្យយើងធ្វើព័ត៌មានទៅអ្នកជាទម្រង់ដែលអាចចូលប្រើបាន។

- ☐ អក្សរស្នាបសម្រាប់ជនពិការភ្នែក ☐ អក្សរពុម្ពធំៗ ☐ សំលេង CD ☐ ទិន្នន័យ CD

សូមទាក់ទងផ្នែកបម្រើសេវាអតិថិជនតាមរយៈលេខ **(800) 452-4413 (TTY: 711)** ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការព័ត៌មានជាទម្រង់ដែលអាចចូលប្រើបានក្រៅពីអ្វីដែលមានរាយខាងលើ។ ម៉ោងធ្វើការរបស់យើងគឺចាប់ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់ ម៉ោងនៅតំបន់ប៉ាស៊ីហ្វិក បានប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។

តើអ្នកធ្វើការដែរឬទេ? ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ តើប្តីឬប្រពន្ធរបស់អ្នកធ្វើការដែរឬទេ? ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ

រាយបញ្ជីគ្រូពេទ្យថែទាំជាបឋម (PCP) គ្លីនិក ឬមណ្ឌលសុខភាពរបស់អ្នក៖

ឈ្មោះគ្រូពេទ្យ គ្លីនិក ឬមណ្ឌលសុខភាព៖

ID របស់គ្រូពេទ្យ គ្លីនិក ឬមណ្ឌលសុខភាពលេខ៖

ឈ្មោះក្រុមគ្រូពេទ្យ គ្លីនិក ឬមណ្ឌលសុខភាព៖

បច្ចុប្បន្នជាអ្នកជំងឺមែនទេ? ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ

អាសយដ្ឋានអ៊ីមែល៖

ការផ្តល់អាសយដ្ឋានអ៊ីមែលរបស់អ្នកខាងលើការចុះឈ្មោះអ្នកដោយស្វ័យប្រវត្តិក្នុងដឹកជញ្ជូនដោយគ្មានក្រដាសសម្រាប់ការទំនាក់ទំនងមួយចំនួននៃគម្រោងរបស់អ្នក។

អ្នកនឹងទទួលបានការប្រាស្រ័យទាក់ទងពីគម្រោងដែលអ្នកត្រូវការជាច្រើនត្រូវបានផ្តល់ជូនតាមប្រព័ន្ធអេឡិចត្រូនិក។ យើងនឹងធ្វើអ៊ីមែលទៅអ្នកនៅពេលដែលមានការប្រាស្រ័យទាក់ទងថ្មី (ឧទាហរណ៍៖ ការពន្យល់ពីអត្ថប្រយោជន៍ ឬសេចក្តីជូនដំណឹងប្រចាំឆ្នាំអំពីការផ្លាស់ប្តូរ) អាចរកបានតាមអនឡាញ។ អ្នកអាចចូលទៅកាន់ការប្រាស្រ័យទាក់ទងទាំងនេះតាមរយៈឧបករណ៍ណាមួយដូចជាកុំព្យូទ័រ ចេប្លេត ឬទូរសព្ទចល័ត។

☐ ជំនួសឱ្យការចែកចាយដោយមិនប្រើក្រដាសស្នាម យើងនឹងធ្វើតាមប្រៃសណីយ៍មកឱ្យអ្នកនូវច្បាប់ចម្លងនៃឯកសារដែលបានតម្រូវ។ អ្នកអាចផ្លាស់ប្តូរចំណង់ចំណូលចិត្តរបស់អ្នកសម្រាប់ការដឹកជញ្ជូនបានគ្រប់ពេលវេលា។

ការបង់ថ្លៃធានារ៉ាប់រងគម្រោងរបស់អ្នក

អ្នកអាចបង់ថ្លៃធានារ៉ាប់រងគម្រោងប្រចាំខែរបស់អ្នក (រួមទាំងការពិន័យលើការចុះឈ្មោះយឺតយ៉ាវណាមួយដែលអ្នកមាន ឬអាចជំពាក់នាពេលបច្ចុប្បន្ន) តាមប្រៃសណីយ៍ជាដាច់ខាត។ ប្រសិនបើគម្រោងរបស់អ្នកមានថ្លៃធានារ៉ាប់រងដល់កាលកំណត់ អ្នកនឹងទទួលបានវិក្កយបត្រប្រចាំខែ រួមទាំងចំនួនទឹកប្រាក់ និងកាលបរិច្ឆេទនៃការបង់ប្រាក់បន្ទាប់របស់អ្នកដល់កាលកំណត់ ឬអ្នកក៏អាចជ្រើសរើសបង់ថ្លៃធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកដោយការដកវាចេញពីអត្ថប្រយោជន៍នៃរបបសន្តិសុខសង្គម ឬ Railroad Retirement Board (RRB) របស់អ្នកដោយស្វ័យប្រវត្តិតាមខែនីមួយៗ។

ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពីរបៀបបង់ប្រាក់របស់អ្នក សូមចូលមើលយើងខ្ញុំតាមរយៈគេហទំព័រ [blueshieldca.com/medicarewaystopay](https://www.blueshieldca.com/medicarewaystopay) ឬទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជនតាមរយៈលេខ (800) 452-4413 (TTY: 711)។

☐ ការកាត់កងដោយស្វ័យប្រវត្តិពីមូលប្បទានបត្រអត្ថប្រយោជន៍ពីរបបសន្តិសុខសង្គមប្រចាំខែរបស់អ្នក ឬ Railroad Retirement Board (RRB)។

ខ្ញុំទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ប្រចាំខែពី៖ ☐ របបសន្តិសុខសង្គម ☐ RRB

(ការកាត់កងរបបសន្តិសុខសង្គម/Railroad Retirement Board អាចចំណាយពេលពីរខែ ឬច្រើនជាងនេះដើម្បីចាប់ផ្តើម។ ក្នុងករណីភាគច្រើន ប្រសិនបើសន្តិសុខសង្គម/Railroad Retirement Board ទទួលយកសំណើរបស់អ្នកសម្រាប់ការកាត់កងដោយស្វ័យប្រវត្តិ ការកាត់កងលើកដំបូងពីការមូលប្បទានបត្រអត្ថប្រយោជន៍នៃ Railroad Retirement Board/សន្តិសុខសង្គមរបស់អ្នកនឹងរួមបញ្ចូលទាំងថ្លៃធានារ៉ាប់រងទាំងអស់ដែលត្រូវបង់ពីកាលបរិច្ឆេទមានប្រសិទ្ធភាពនៃការចុះឈ្មោះរបស់អ្នករហូតដល់ចំណុចនៃការកាត់កងចាប់ផ្តើម។ ប្រសិនបើរបបសន្តិសុខសង្គម/Railroad Retirement Board មិនយល់ព្រមលើសំណើរបស់អ្នកសម្រាប់ការកាត់កងដោយស្វ័យប្រវត្តិ យើងនឹងធ្វើវិក្កយបត្រក្រដាសទៅអ្នកសម្រាប់ថ្លៃធានារ៉ាប់រងប្រចាំខែរបស់អ្នក។)

ប្រសិនបើអ្នកត្រូវបង់ប្រាក់កែតម្រូវប្រចាំខែដែលទាក់ទងនឹងប្រាក់ចំណូលផ្នែក D (ផ្នែក D-IRMAA) អ្នកត្រូវតែបង់ចំនួនទឹកប្រាក់បន្ថែមនេះ បន្ថែមលើថ្លៃធានារ៉ាប់រងនៃគម្រោងរបស់អ្នក។ ចំនួនទឹកប្រាក់នេះជាធម្មតាត្រូវបានដកចេញពីអត្ថប្រយោជន៍របបសន្តិសុខសង្គមរបស់អ្នក ឬអ្នកអាចទទួលបានវិក្កយបត្រពី Medicare (ឬ RRB)។ កុំបង់ Blue Shield of California សម្រាប់ IRMAA ផ្នែក D។

សម្រាប់បុគ្គលដែលជួយអ្នកចុះឈ្មោះជាមួយការបំពេញទម្រង់បែបបទនេះតែប៉ុណ្ណោះ៖

បំពេញទម្រង់បែបបទផ្នែកនេះ ប្រសិនបើអ្នកជាបុគ្គលម្នាក់ (ដូចជា ភ្នាក់ងារ ឈ្មួញកណ្តាល អ្នកប្រឹក្សានៃកម្មវិធី State Health Insurance Program (SHIP, កម្មវិធីជំនួយការធានារ៉ាប់រងសុខភាពរដ្ឋ) ឬភាគីទីបីផ្សេងទៀត) ដែលជួយអ្នកចុះឈ្មោះបំពេញទម្រង់បែបបទនេះ។

ឈ្មោះ៖ _____ ទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកចុះឈ្មោះ៖ _____

ហត្ថលេខា៖ _____

ព័ត៌មានអ្នកផលិត/ភ្នាក់ងារសរសេរ៖

*ចង្អុលបង្ហាញផ្នែកដែលត្រូវការ។

ឈ្មោះទីភ្នាក់ងារដែលបានតែងតាំង៖ _____

ID ពន្ធរបស់ទីភ្នាក់ងារដែលបានតែងតាំង៖ _____

ឈ្មោះរបស់អ្នកផលិត/ភ្នាក់ងារសរសេរ៖ _____

បុគ្គល NPN របស់អ្នកផលិត/ភ្នាក់ងារសរសេរ៖ _____

អាសយដ្ឋានអ៊ីមែលរបស់អ្នកផលិត/ភ្នាក់ងារសរសេរ៖ _____

លេខទូរសព្ទរបស់អ្នកផលិត/ភ្នាក់ងារសរសេរ៖ _____

ហត្ថលេខារបស់អ្នកផលិត/ភ្នាក់ងារសរសេរ៖ _____

កាលបរិច្ឆេទរបស់ពាក្យស្នើសុំដែលបានទទួលដោយអ្នកផលិត៖ _____

តាមរយៈហត្ថលេខារបស់ខ្ញុំ ខ្ញុំសូមបញ្ជាក់ថា ខ្ញុំបានទទួលបានវិញ្ញាបនបត្រជើងសាដែលតម្រូវទាំងអស់ ហើយ ខ្ញុំបានអាន និងយល់ពីគោលការណ៍ណែនាំការទំនាក់ទំនង និងទិដ្ឋភាព និងច្បាប់ចុះឈ្មោះរបស់ CMS Medicare ហើយបញ្ជាក់ថា អ្នកចុះឈ្មោះបានទទួលឧបករណ៍ចុះឈ្មោះពេញលេញ។ ខ្ញុំយល់ស្របថាការចុះឈ្មោះសម្រាប់អ្នកទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍របស់ Medicare នេះក្នុងនាមជា Blue Shield of California បានអនុលោមតាមច្បាប់ទាំងនេះ។

សេចក្តីថ្លែងការណ៍អំពីច្បាប់ស្តីពីឯកជនភាព

មជ្ឈមណ្ឌល Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS, មជ្ឈមណ្ឌលសម្រាប់សេវា Medicare និង Medicaid) ប្រមូលព័ត៌មានពីគម្រោង Medicare ដើម្បីតាមដានការចុះឈ្មោះរបស់អ្នកទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍នៅក្នុងគម្រោង Medicare Advantage (MA) កែលម្អការថែទាំ និងការបង់ប្រាក់អត្ថប្រយោជន៍ Medicare។ ផ្នែកទី 1851 និង 1860D-1 នៃច្បាប់សន្តិសុខសង្គម និង 42 CFR § §422.50 និង 422.60 អនុញ្ញាតឱ្យប្រមូលព័ត៌មាននេះ។ CMS អាចប្រើ បង្ហាញ និងផ្លាស់ប្តូរទិន្នន័យចុះឈ្មោះពីអ្នកទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍របស់ Medicare ដូចដែលបានបញ្ជាក់នៅក្នុងប្រព័ន្ធជូនដំណឹងអំពី កំណត់ត្រា (SORN) “Medicare Advantage Prescription Drug (MARx)” ប្រព័ន្ធលេខ 09-70-0588។ ការ ឆ្លើយតបរបស់អ្នកចំពោះទម្រង់បែបបទនេះ គឺមានលក្ខណៈស្ម័គ្រចិត្ត។ ទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយ ការខកខានមិនបានឆ្លើយតប អាចប៉ះពាល់ដល់ការចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោង។

ការផ្ទៀងផ្ទាត់សិទ្ធិទទួលបានគម្រោងសម្រាប់រយៈពេលនៃការចុះឈ្មោះ

ជាធម្មតា អ្នកអាចចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោង Medicare Advantage បានតែក្នុងអំឡុងពេលចុះឈ្មោះប្រចាំឆ្នាំចាប់ពីថ្ងៃទី 15 ខែតុលា ដល់ថ្ងៃទី 7 ខែធ្នូ នៃឆ្នាំនីមួយៗប៉ុណ្ណោះ។ មានករណីលើកលែងដែលអាចអនុញ្ញាតឱ្យអ្នកចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោង Medicare Advantage នៅខាងក្រោយរយៈពេលនេះ។

សូមអានសេចក្តីផ្តើមការណ៍ខាងក្រោមដោយយកចិត្តទុកដាក់ ហើយគូសប្រអប់ ប្រសិនបើសេចក្តីផ្តើមការណ៍នេះត្រឹមត្រូវចំពោះអ្នក។ តាមរយៈការគូសផឹកប្រអប់ណាមួយខាងក្រោម អ្នកកំពុងបញ្ជាក់ថា តាមចំណេះដឹងដ៏ល្អបំផុតរបស់អ្នក អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានរយៈពេលនៃការចុះឈ្មោះ។ ប្រសិនបើយើងកំណត់ថាព័ត៌មាននេះមិនត្រឹមត្រូវនៅពេលក្រោយ អ្នកអាចនឹងត្រូវបានលុបឈ្មោះចេញវិញ។

- ☐ ខ្ញុំជាសមាជិកថ្មីរបស់ Medicare។
- ☐ ខ្ញុំបានចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោង Medicare Advantage ហើយចង់ធ្វើការផ្លាស់ប្តូរក្នុងអំឡុងពេលនៃការចុះឈ្មោះដោយបើកចំហរបស់ Medicare Advantage (MA OEP)។
- ☐ ថ្មីៗនេះ ខ្ញុំបានផ្លាស់ទីលំនៅក្រៅតំបន់សេវាកម្មសម្រាប់គម្រោងបច្ចុប្បន្នរបស់ខ្ញុំ ឬថ្មីៗនេះ ខ្ញុំបានផ្លាស់ទីលំនៅ ហើយមានជម្រើសថ្មីសម្រាប់ខ្ញុំ។ ខ្ញុំបានផ្លាស់ទីលំនៅថ្ងៃទី (សូមបញ្ចូលកាលបរិច្ឆេទ ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ)
_____។
- ☐ ថ្មីៗនេះ ខ្ញុំត្រូវបានដោះលែងពីពន្ធនាគារ។ ខ្ញុំត្រូវបានដោះលែងនៅថ្ងៃទី (សូមបញ្ចូលកាលបរិច្ឆេទ ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ)
_____។
- ☐ ថ្មីៗនេះ ខ្ញុំបានវិលត្រឡប់មកសហរដ្ឋអាមេរិកវិញ បន្ទាប់ពីរស់នៅជាអចិន្ត្រៃយ៍នៅក្រៅសហរដ្ឋអាមេរិក។ ខ្ញុំបានត្រលប់ទៅកាន់សហរដ្ឋអាមេរិកវិញនៅថ្ងៃទី (បញ្ចូលកាលបរិច្ឆេទ ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ)
_____។
- ☐ ថ្មីៗនេះ ខ្ញុំបានទទួលស្ថានភាពរត់មានរស់នៅស្របច្បាប់នៅសហរដ្ឋអាមេរិក។ ខ្ញុំទទួលបានស្ថានភាពនេះនៅថ្ងៃទី (បញ្ចូលកាលបរិច្ឆេទ ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ)
_____។
- ☐ ថ្មីៗនេះ ខ្ញុំបានផ្លាស់ប្តូរ Medicaid របស់ខ្ញុំ (ទើបតែទទួលបាន Medicaid មានការផ្លាស់ប្តូរកម្រិតនៃជំនួយ Medicaid ឬបាត់បង់ Medicaid) នៅថ្ងៃទី (បញ្ចូលកាលបរិច្ឆេទ ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ)
_____។
- ☐ ថ្មីៗនេះ ខ្ញុំមានការផ្លាស់ប្តូរកម្មវិធី Extra Help (ជំនួយបន្ថែម) របស់ខ្ញុំសម្រាប់ការបង់ថ្លៃធានារ៉ាប់រងលើឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជារបស់ Medicare (ទើបតែទទួលបានកម្មវិធី Extra Help មានការផ្លាស់ប្តូរកម្រិតនៃកម្មវិធី Extra Help ឬបាត់បង់កម្មវិធី Extra Help) នៅថ្ងៃទី (បញ្ចូលកាលបរិច្ឆេទ ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ)
_____។
- ☐ ខ្ញុំមាន Medicare ហើយទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ Medicaid ពេញលេញ។ ខ្ញុំចង់ចូលរួម ឬប្តូរទៅគម្រោងដែលសម្របសម្រួលការធានារ៉ាប់រងរវាងគម្រោងថែទាំក្រោមការគ្រប់គ្រងរបស់ Medicare និង Medicaid របស់ខ្ញុំ (ហៅថាគម្រោង Dual Eligible Special Needs Plan (D-SNP, គម្រោងតម្រូវការពិសេសដែលមានសិទ្ធិទទួលបានទ្វេដង) រួមបញ្ចូលគ្នា។
- ☐ ខ្ញុំនឹងផ្លាស់ទីលំនៅ ស្នាក់នៅ ឬបានផ្លាស់ទីលំនៅថ្មីចេញពីមណ្ឌលថែទាំរយៈពេលវែង (ឧទាហរណ៍៖ មណ្ឌលថែទាំមនុស្សចាស់ ឬមណ្ឌលថែទាំរយៈពេលវែង)។ ខ្ញុំបានផ្លាស់ទីលំនៅ/នឹងផ្លាស់ទីលំនៅចូល/ចេញពីមណ្ឌលនៅថ្ងៃទី (បញ្ចូលកាលបរិច្ឆេទ ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ)
_____។

- ☐ ថ្មីៗនេះ ខ្ញុំបានចាកចេញពីកម្មវិធី Program of All-Inclusive Care for the Elderly (PACE, កម្មវិធីថែទាំសុខភាពមនុស្សចាស់ដែលមានរួមបញ្ចូលទាំងអស់) នៅថ្ងៃទី (បញ្ចូលកាលបរិច្ឆេទ ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ)
_____។
- ☐ ថ្មីៗនេះ ខ្ញុំបានបាត់បង់ការធានារ៉ាប់រងលើឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាដែលអាចជឿទុកចិត្តបានរបស់ខ្ញុំដោយមិនស្ម័គ្រចិត្ត (ការធានារ៉ាប់រងល្អដូចរបស់ Medicare ដែរ)។ ខ្ញុំបានបាត់បង់ការធានារ៉ាប់រងលើឱសថរបស់ខ្ញុំនៅថ្ងៃទី (បញ្ចូលកាលបរិច្ឆេទ ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ)
_____។
- ☐ ខ្ញុំនឹងចាកចេញពីការធានារ៉ាប់រងរបស់និយោជក ឬសហជីពនៅថ្ងៃទី (បញ្ចូលកាលបរិច្ឆេទ ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ)
_____។
- ☐ ខ្ញុំស្ថិតនៅក្នុង State Pharmaceutical Assistance Program (កម្មវិធីជំនួយឱសថរបស់រដ្ឋ) ដែលមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ ឬខ្ញុំកំពុងបាត់បង់ជំនួយពីកម្មវិធី State Pharmaceutical Assistance Program។
- ☐ គម្រោងរបស់ខ្ញុំកំពុងបញ្ចប់កិច្ចសន្យាជាមួយ Medicare ឬ Medicare កំពុងបញ្ចប់កិច្ចសន្យាជាមួយនឹងគម្រោងរបស់ខ្ញុំ។
- ☐ ខ្ញុំបានចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងពី Medicare (ឬរដ្ឋរបស់ខ្ញុំ) ហើយខ្ញុំចង់ជ្រើសរើសគម្រោងផ្សេងទៀត។
ការចុះឈ្មោះរបស់ខ្ញុំនៅក្នុងគម្រោងនោះបានចាប់ផ្តើមនៅថ្ងៃទី (បញ្ចូលកាលបរិច្ឆេទ ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ)
_____។
- ☐ ខ្ញុំបានចុះឈ្មោះក្នុង Special Needs Plan (SNP, គម្រោងតម្រូវការពិសេស) ប៉ុន្តែខ្ញុំបានបាត់បង់លក្ខណសម្បត្តិតាមតម្រូវការពិសេសដែលត្រូវមាននៅក្នុងគម្រោងហើយ។ ខ្ញុំត្រូវបានដកឈ្មោះចេញពី SNP នៅថ្ងៃទី (បញ្ចូលកាលបរិច្ឆេទ ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ)
_____។
- ☐ ខ្ញុំបានរងផលប៉ះពាល់ដោយគ្រោះអាសន្ន ឬគ្រោះមហន្តរាយធំ (ដូចដែលបានប្រកាសដោយ Federal Emergency Management Agency (FEMA, ទីភ្នាក់ងារគ្រប់គ្រងគ្រោះអាសន្នសហព័ន្ធ) ឬដោយអង្គភាពរដ្ឋាភិបាលសហព័ន្ធ រដ្ឋ ឬមូលដ្ឋាន)។ សេចក្តីថ្លែងការណ៍មួយក្នុងចំណោមសេចក្តីថ្លែងការណ៍ផ្សេងទៀតនៅទីនេះអនុវត្តចំពោះខ្ញុំបាន ប៉ុន្តែខ្ញុំមិនអាចធ្វើការស្នើសុំចុះឈ្មោះរបស់ខ្ញុំបានទេ ដោយសារគ្រោះមហន្តរាយ។
 - ☐ ខ្ញុំបានខកខានរយៈពេលជ្រើសរើសដំបូង (IEP)
 - ☐ ខ្ញុំបានខកខានរយៈពេលចុះឈ្មោះប្រចាំឆ្នាំ (AEP)

ប្រសិនបើសេចក្តីថ្លែងការណ៍ទាំងនេះមិនអនុវត្តចំពោះអ្នក ឬអ្នកមិនប្រាកដទេ សូមទាក់ទង Blue Shield of California តាមរយៈលេខ **(800) 534-4263 (TTY: 711)** ឬភ្នាក់ងារដែលមានការអនុញ្ញាត ដើម្បីមើលថាតើអ្នកមានសិទ្ធិចុះឈ្មោះដែរឬទេ។ យើងបើកពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់ ម៉ោងនៅតំបន់ប៉ាស៊ីហ្វិក បានប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ ចាប់ពីថ្ងៃទី 1 ខែតុលា ដល់ថ្ងៃទី 31 ខែមីនា និងពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់ ម៉ោងនៅតំបន់ប៉ាស៊ីហ្វិក ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ចាប់ពីថ្ងៃទី 1 ខែមេសា ដល់ថ្ងៃទី 30 ខែកញ្ញា។

Blue Shield of California គឺជាគម្រោង HMO D-SNP ដែលចុះកិច្ចសន្យាជាមួយ Medicare និងកិច្ចសន្យាជាមួយកម្មវិធី California State Medicaid Program (កម្មវិធី Medicaid នៃរដ្ឋ California)។ ការចុះឈ្មោះក្នុង Blue Shield of California អាស្រ័យលើការបន្តកិច្ចសន្យា។