

07/29/2026

ជូនចំពោះសមាជិក

Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan បានផ្ញើលិខិតមួយច្បាប់ជូនអ្នកដើម្បីប្រាប់អ្នកអំពីការផ្លាស់ប្តូរចំពោះ អត្ថប្រយោជន៍សុខភាពធ្មេញរបស់ Medi-Cal។ យើងសរសេរលិខិតនេះដើម្បីជម្រាបជូនអ្នកថាការផ្លាស់ប្តូរទាំងនោះត្រូវ បានពន្យារពេល។

តើមានអ្វីផ្លាស់ប្តូរ?

ការផ្លាស់ប្តូរអត្ថប្រយោជន៍សុខភាពធ្មេញរបស់ Medi-Cal ត្រូវបានពន្យារពេលរហូតដល់ថ្ងៃទី 1 ខែកក្កដា ឆ្នាំ 2027។

តើចំណុចនេះមានន័យដូចម្តេចសម្រាប់អ្នក

ភស្តុតាងនៃការធានារ៉ាប់រង (EOC) របស់អ្នកត្រូវបានធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពដើម្បីបង្ហាញពីតំណាងអត្ថប្រយោជន៍បច្ចុប្បន្ន៖

- ផ្នែកទី 3 - របៀបទទួលបានការថែទាំ
- ផ្នែកទី 4 - អត្ថប្រយោជន៍ និងសេវាកម្ម
- ផ្នែកទី 5 - ការថែទាំសុខុមាលភាពកុមារ និងយុវជន
- ផ្នែកទី 6 - ការរាយការណ៍ និងការដោះស្រាយបញ្ហា
- ផ្នែកទី 7 - សិទ្ធិ និងទំនួលខុសត្រូវ

យើងបានបង្ហាញការផ្លាស់ប្តូរនៅលើគេហទំព័ររបស់យើងនៅ www.hpsj-mvhp.org។ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការច្បាប់ចម្លងបោះពុម្ពនៃ EOC ដែលបានធ្វើបច្ចុប្បន្នភាព សូមទូរសព្ទមកយើងខ្ញុំ ហើយយើងនឹងផ្ញើពីតំណាងតាមប្រៃសណីយ៍ជូនអ្នក។

យើងនៅរង់ចាំជួយអ្នកជានិច្ច!

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ ឬត្រូវការជំនួយជាមួយអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នក សូមទូរសព្ទទៅលេខ 1-888-936-PLAN (7526) TTY 711 ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ ថ្ងៃសុក្រ វេលាម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ 5:00 ល្ងាច។ ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។

ប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហា ឬសំណួរដែល Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan មិនអាចជួយអ្នកបាន អ្នកអាចទូរសព្ទទៅការិយាល័យ Omnibudsman តាមរយៈលេខ **1-888-452-8609** ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ ថ្ងៃសុក្រ ចាប់ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក - 5:00 ល្ងាច លើកលែងតែថ្ងៃឈប់សម្រាក។ អ្នកដែលមានបញ្ហាពិបាកក្នុងការស្តាប់ និងការនិយាយអាចប្រើប្រាស់លេខទូរសព្ទឥតគិតថ្លៃរបស់សេវាបញ្ចូលបន្តរដ្ឋ California (TTY) តាមរយៈលេខ **1-800-735-2929**។

សូមអរគុណ

Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan

3. របៀបទទួលបានការថែទាំ

ការយល់ព្រមជាមុន (ការអនុញ្ញាតជាមុន)

សម្រាប់ប្រភេទនៃការថែទាំមួយចំនួន PCP ឬអ្នកឯកទេសរបស់អ្នកនឹងត្រូវស្នើសុំការអនុញ្ញាតពី Health Plan មុនពេលអ្នកទទួលបានការថែទាំ។ នេះហៅថាការស្នើសុំការយល់ព្រមជាមុន ឬការអនុញ្ញាតជាមុន។ វាមានន័យថា Health Plan ត្រូវតែប្រាកដថាការថែទាំនោះចាំបាច់តាមផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ (តម្រូវឱ្យមាន)។

សេវាចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រគឺជាសេវាសមហេតុផល និងចាំបាច់ដើម្បីការពារអាយុជីវិតរបស់អ្នក ការពារអ្នកពីការធ្លាក់ខ្លួនឈឺធ្ងន់ធ្ងរ ឬពិការ ឬកាត់បន្ថយការឈឺចាប់ធ្ងន់ធ្ងរពីជំងឺ ឬរបួស។ សម្រាប់សមាជិកដែលមានអាយុក្រោម 21 ឆ្នាំ សេវា Medi-Cal រាប់បញ្ចូលទាំងការថែទាំដែលចាំបាច់តាមផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដើម្បីកែតម្រូវ ឬជួយសម្រាលជំងឺ ឬស្ថានភាពផ្លូវកាយ ឬផ្លូវចិត្ត។

សេវាដូចខាងក្រោមនេះ **ជានិច្ចកាល** ត្រូវការការយល់ព្រមជាមុន (ការអនុញ្ញាតមុន) ទោះបីជាអ្នកទទួលបានសេវាទាំងនោះពីអ្នកផ្តល់សេវានៅក្នុងបណ្តាញ Health Plan ក៏ដោយ៖

- ការសម្រាកព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យ ប្រសិនបើមិនមែនជាករណីអាសន្ន
- សេវាកម្មនៅក្រៅតំបន់សេវាកម្មរបស់ Health Plan ប្រសិនបើមិនមែនជាការថែទាំក្នុងគ្រាអាសន្ន ឬការថែទាំបន្ទាន់
- ការរក្សាអ្នកជំងឺមិនស្នាក់ព្យាបាល
- ការថែទាំរយៈពេលវែង ឬសេវាកម្មថែទាំជំនាញនៅមជ្ឈមណ្ឌលថែទាំ (រាប់បញ្ចូលទាំងមណ្ឌលថែទាំរបួសស្រាលសម្រាប់មនុស្សពេញវ័យ និងកុមារ ដែលចុះកិច្ចសន្យាជាមួយផ្នែកថែទាំរបួសស្រាលរបស់ក្រសួងសេវាថែទាំសុខភាព) ឬមណ្ឌលថែទាំកម្រិតមធ្យម (រួមទាំងមជ្ឈមណ្ឌលថែទាំរបួសកម្រិតមធ្យមសម្រាប់ជនមានពិការភាពការលូតលាស់ (ICF/DD), ICF/DD-សេវាកម្មបង្រៀនជំនាញរស់នៅប្រចាំថ្ងៃ (ICF/DD-H) និង ICF/DD-ការថែទាំ (ICF/DD-N))
- ការព្យាបាលឯកទេស ការថតរូបភាពវេជ្ជសាស្ត្រ ការធ្វើតេស្ត និងនីតិវិធី
- សេវាកម្មដឹកជញ្ជូនវេជ្ជសាស្ត្រនៅពេលដែលវាមិនមែនជាការសង្គ្រោះបន្ទាន់

សេវាកម្មរថយន្តសង្គ្រោះបន្ទាន់មិនតម្រូវឱ្យមានការយល់ព្រមជាមុន (ការអនុញ្ញាតជាមុន) ទេ។



ទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជនតាមរយៈលេខ **1-888-936-7526** (TTY 711)។ Health Plan នៅទីនេះ **ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 5:00 ល្ងាច**។ ការហៅមកលេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ ឬហៅទៅខ្សែទូរសព្ទបញ្ជូនបន្តរបស់រដ្ឋ California តាមលេខ 711។ ចូលមើលតាមអនឡាញតាមគេហទំព័រ **www.hpsj-mvhp.org**។

សម្រាប់ការស្នើសុំការយល់ព្រមមុន (ការអនុញ្ញាតមុន) ស្តង់ដារ Health Plan ត្រូវតែឆ្លើយតបទៅនឹងសំណើរបស់អ្នកឱ្យបានឆាប់តាមដែលស្ថានភាពសុខភាពរបស់អ្នកតម្រូវ

ប៉ុន្តែមិនឱ្យលើសពី ប្រាំថ្ងៃធ្វើការចាប់ពីពេលដែល Health Plan

ទទួលបានព័ត៌មានដែលបានស្នើសុំ ដែលខ្លួនត្រូវ

ការដោយសមហេតុផល ដើម្បីសម្រេច (យល់ព្រម ផ្លាស់ប្តូរ ឬបដិសេធ) សំណើរបស់អ្នក។

Health Plan ត្រូវតែឆ្លើយតប មិនឱ្យលើសពីប្រាំពីរថ្ងៃតាមប្រតិទិនចាប់ពីពេលដែល

Health Plan ទទួលបានសំណើរបស់អ្នក។

ប្រសិនបើអ្នកផ្តល់សេវា ឬ Health Plan រកឃើញថាការអនុវត្តតាមកាលកំណត់ស្តង់ដារអាច

គំរាមកំហែងធ្ងន់ធ្ងរដល់ជីវិត សុខភាព ឬសមត្ថភាពរបស់អ្នកក្នុងការសម្រេច រក្សា ឬស្តារមុខ

ងារអតិបរមាឡើងវិញ Health Plan នឹងធ្វើការសម្រេចចិត្តលើ ការយល់ព្រមជាមុន

(ការអនុញ្ញាតមុន) បែបពន្លឿនរហ័សជាងមុន។ Health Plan នឹងឆ្លើយតបឱ្យបានឆាប់តាម

ដែលស្ថានភាពសុខភាពរបស់អ្នកតម្រូវ ប៉ុន្តែមិនឱ្យលើសពី 72 ម៉ោង ចាប់ពីពេលដែល

Health Plan ទទួលបានសំណើរបស់អ្នកឡើយ។

ក្នុងករណីមួយចំនួន Health Plan ប្រហែលជាត្រូវការព័ត៌មានបន្ថែមដើម្បីសម្រេចលើ (អនុម័ត ផ្លាស់ប្តូរ ឬបដិសេធ) សំណើសុំការអនុម័តជាមុន (ការអនុញ្ញាតជាមុន) របស់អ្នក។ ប្រសិនបើ

ករណីនេះកើតឡើង Health Plan មានពេលរហូតដល់ 14

ថ្ងៃតាមប្រគោទិនបន្ថែមទៀតដើម្បីស

ម្រេច។ នៅពេល Health Plan ទទួលបានព័ត៌មានដែលត្រូវការ ខ្លួនត្រូវតែធ្វើការសម្រេចចិត្តឱ្យ

បានឆាប់តាមដែល ស្ថានភាពសុខភាពរបស់អ្នកតម្រូវ ប៉ុន្តែមិនឱ្យលើសពីប្រាំថ្ងៃធ្វើការសម្រាប់

ការស្នើសុំស្តង់ដារ ឬ 72 ម៉ោងសម្រាប់ការស្នើសុំពន្លឿនឡើយ។ អ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកអាចស្នើសុំ

ការពន្យារពេលសម្រាប់ Health Plan ដើម្បីឆ្លើយតបទៅនឹងសំណើស្តង់ដារ។ អ្នកអាចស្នើសុំការ

ពន្យារពេលសម្រាប់ការស្នើសុំស្តង់ដារ ឬ ពន្លឿនបាន។ បុគ្គលិកគ្លីនិក ឬវេជ្ជសាស្ត្រ ដូចជាវេជ្ជ

បណ្ឌិត គិលានុបដ្ឋាយិកា និងឱសថការី មានភារកិច្ចពិនិត្យមើលសំណើយល់ព្រមជាមុន

(ការអនុញ្ញាតមុន)។

Health Plan មិនមានឥទ្ធិពលលើការសម្រេចចិត្តរបស់អ្នកពិនិត្យក្នុងការបដិសេធ ផ្លាស់ប្តូរ

ឬយល់ព្រមលើការរ៉ាប់រង ឬសេវាតាមវិធីណាមួយឡើយ។ ប្រសិនបើ Health Plan មិនយល់

ព្រមលើសំណើទេ Health Plan នឹងផ្ញើលិខិតជូនដំណឹងអំពីចំណាត់ការ (NOA) ជូនអ្នក។ NOA

នឹងប្រាប់អ្នកពីរបៀបដាក់ពាក្យបណ្តឹងតវ៉ា ប្រសិនបើអ្នកមិនយល់ស្របនឹងការសម្រេច

ចិត្តនេះ។

Health Plan នឹងទាក់ទងអ្នក ប្រសិនបើ Health Plan ត្រូវការព័ត៌មានបន្ថែម ឬពេលវេលា

បន្ថែមដើម្បីពិនិត្យមើលសំណើរបស់អ្នក។

អ្នកមិនដែលត្រូវការការយល់ព្រមជាមុន (ការអនុញ្ញាតមុន) សម្រាប់ការថែទាំបន្ទាន់ឡើយ

ទោះបីជាវាស្ថិតនៅក្រៅបណ្តាញ Health Plan ឬក្រៅតំបន់សេវារបស់អ្នកក៏ដោយ។ នេះរួម

បញ្ចូលទាំងការឈឺពោះ និងការសម្រាលកូន ប្រសិនបើអ្នកមានផ្ទៃពោះ។ អ្នកមិនត្រូវការការ

យល់ព្រមជាមុន (ការអនុញ្ញាតជាមុន) សម្រាប់សេវាថែទាំដោយសម្ងាត់មួយចំនួន។ ដើម្បីស្វែង

យល់បន្ថែមអំពីសេវាថែទាំសម្ងាត់ សូមអាន “ការថែទាំសម្ងាត់” នៅផ្នែកខាងក្រោយនៃជំពូកនេះ។

សម្រាប់សំណួរអំពីការយល់ព្រមជាមុន (ការអនុញ្ញាតមុន) សូមទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជន

តាមរយៈលេខ 1-888-936-PLAN (7526), TTY 711។



ទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជនតាមរយៈលេខ 1-888-936-7526 (TTY 711)។

Health Plan នៅទីនេះពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 5:00 ល្ងាច។

ការហៅមកលេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ ឬហៅទៅខ្សែទូរសព្ទបញ្ជូនបន្តរបស់រដ្ឋ California

តាមលេខ 711។ ចូលមើលតាមអនឡាញតាមគេហទំព័រ www.hpsj-mvhp.org។

មតិយោបល់ទីពីរ

អ្នកប្រហែលជាចង់បានមតិយោបល់ទីពីរអំពីការថែទាំដែលអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកនិយាយថា អ្នកត្រូវការ ឬអំពីការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ ឬផែនការព្យាបាលរបស់អ្នក។ ឧទាហរណ៍ អ្នកប្រហែលជា ចង់បានមតិយោបល់ទីពីរ ប្រសិនបើអ្នកចង់ធ្វើឱ្យប្រាកដថាការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យរបស់អ្នក ត្រឹមត្រូវ អ្នកមិនប្រាកដថាអ្នកត្រូវការការព្យាបាល ឬការវះកាត់តាមវេជ្ជបញ្ជា ឬអ្នកបាន ព្យាយាមធ្វើតាមផែនការព្យាបាល ហើយវាមិនដំណើរការ។

Health Plan នឹងបង់ថ្លៃសម្រាប់មតិយោបល់ទីពីរ ប្រសិនបើអ្នក ឬអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ របស់អ្នកស្នើសុំ ហើយអ្នកទទួលបានមតិយោបល់ទីពីរពីអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងបណ្តាញ។ អ្នកមិនត្រូវ ការការយល់ព្រមជាមុន (ការអនុញ្ញាតមុន) ពី Health Plan ដើម្បីទទួលបានយោបល់ទីពីរពី អ្នកផ្តល់សេវានៅក្នុងបណ្តាញឡើយ។ ប្រសិនបើអ្នកចង់បានយោបល់ទីពីរ យើងនឹងបញ្ជូនអ្នក ទៅកាន់អ្នកផ្តល់សេវានៅក្នុងបណ្តាញដែលមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ដែលអាចផ្តល់យោបល់ ជូនអ្នកបាន។

ដើម្បីស្នើសុំយោបល់ទីពីរ និងទទួលបានជំនួយក្នុងការជ្រើសរើសអ្នកផ្តល់សេវា សូមទូរសព្ទទៅ ផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជនតាមរយៈលេខ 1-888-936-PLAN (7526), TTY 711។ អ្នកផ្តល់សេវា ក្នុងបណ្តាញរបស់អ្នកក៏អាចជួយអ្នកឱ្យទទួលបានការបញ្ជូនបន្តសម្រាប់មតិយោបល់ទីពីរ ប្រសិនបើអ្នកចង់បាន។

ប្រសិនបើមិនមានអ្នកផ្តល់សេវានៅក្នុងបណ្តាញរបស់ Health Plan ដែលអាចផ្តល់មតិយោបល់ ទីពីរដល់អ្នកទេ Health Plan នឹងបង់ប្រាក់សម្រាប់មតិយោបល់ទីពីរពីអ្នកផ្តល់សេវាក្រៅប ណ្តាញ។ Health Plan នឹងជម្រាបជូនអ្នកថា

តើអ្នកផ្តល់សេវាដែលអ្នកជ្រើសរើសសម្រាប់យោបល់

ទីពីរទទួលបានការយល់ព្រមឬអត់ ឱ្យបានរហ័សតាមដែលស្ថានភាពវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នកតម្រូវ ប៉ុន្តែមិនឱ្យលើសពីប្រាំថ្ងៃនៃថ្ងៃធ្វើការចាប់ពីពេលដែល Health Plan ទទួលបានព័ត៌មានដែល បានស្នើសុំ ដែលខ្លួនត្រូវការដោយសមហេតុផលដើម្បីសម្រេចលើសំណើរបស់អ្នកឡើយ Health Plan ត្រូវតែឆ្លើយតបមិនឱ្យលើសពីប្រាំពីរថ្ងៃតាមប្រតិទិនចាប់ពីពេលដែល Health Plan ទទួលបានសំណើរបស់អ្នក។

ប្រសិនបើអ្នកមានជំងឺរ៉ាំរ៉ៃ ធ្ងន់ធ្ងរ ឬប្រឈមនឹងការគំរាមកំហែងភ្លាមៗ និងធ្ងន់ធ្ងរដល់សុខ ភាពរបស់អ្នក រួមមានជាអាទិ៍ ការបាត់បង់ជីវិត អវយវៈ ឬផ្នែករាងកាយសំខាន់ ឬមុខងាររាង កាយ Health Plan នឹងជម្រាបជូនអ្នកជាលាយលក្ខណ៍អក្សរក្នុងរយៈពេល 72 ម៉ោងបន្ទាប់ពី ទទួលបានសំណើរបស់អ្នក។

ប្រសិនបើ Health Plan បដិសេធសំណើមតិយោបល់ទីពីររបស់អ្នក អ្នកអាចដាក់បណ្តឹងសាទុក្ខ បាន។ ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែម សូមអាន “ពាក្យបណ្តឹង” នៅក្នុងជំពូកទី 6 នៃ សៀវភៅណែនាំ នេះ។



ទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជនតាមរយៈលេខ 1-888-936-7526 (TTY 711)។ Health Plan នៅទីនេះពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 5:00 ល្ងាច។ ការហៅមកលេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ ឬហៅទៅខ្សែទូរសព្ទបញ្ជូនបន្តរបស់រដ្ឋ California តាមលេខ 711។ ចូលមើលតាមអនឡាញតាមគេហទំព័រ www.hpsj-mvhp.org។

4. អត្ថប្រយោជន៍ និងសេវាកម្ម

អត្ថប្រយោជន៍ Medi-Cal ដែលធានារ៉ាប់រងដោយ Health Plan

កម្មវិធី និងសេវាកម្ម Medi-Cal ផ្សេងទៀត

សេវាកម្មផ្សេងទៀតដែលអ្នកអាចទទួលបានតាមរយៈថ្លៃសេវា (FFS) Medi-Cal ឬកម្មវិធី Medi-Cal ផ្សេងទៀត

Health Plan មិនធានារ៉ាប់រងលើសេវាកម្មមួយចំនួនទេ ប៉ុន្តែអ្នកនៅតែអាចទទួលបានតាមរយៈ FFS Medi-Cal ឬកម្មវិធី Medi-Cal ផ្សេងទៀត។ Health Plan នឹងសម្របសម្រួលជាមួយកម្មវិធីផ្សេងទៀត ដើម្បីប្រាកដថាអ្នកទទួលបានសេវាចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រទាំងអស់ រួមទាំងសេវាដែលធានារ៉ាប់រងដោយកម្មវិធីផ្សេងទៀត និងមិនមែន Health Plan។ ផ្នែកនេះរាយបញ្ជីសេវាកម្មទាំងនេះមួយចំនួន។ ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែម សូមទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជនតាមរយៈលេខ 1-888-936-PLAN (7526), TTY 711។

សេវាសុខភាពធ្មេញ

Medi-Cal Dental FFS គឺដូចគ្នានឹង Medi-Cal FFS សម្រាប់សេវាសុខភាពធ្មេញរបស់អ្នកដែរ។ មុនពេលអ្នកទទួលបានសេវាថែទាំធ្មេញ អ្នកត្រូវតែបង្ហាញកាត BIC Medi-Cal របស់អ្នកទៅកាន់អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំធ្មេញ។ សូមប្រាកដថាអ្នកផ្តល់សេវាទទួលយក Dental FFS ហើយអ្នកមិនមែនជាផ្នែកនៃគម្រោងថែទាំក្រោមការគ្របគ្រងដែលរ៉ាប់រងលើសេវាសុខភាពធ្មេញនោះទេ។

Medi-Cal រ៉ាប់រងលើសេវាសុខភាពធ្មេញយ៉ាងទូលំទូលាយតាមរយៈ Medi-Cal Dental រាប់បញ្ចូលទាំង៖

- ក្រាស់ធ្មេញពាក់ទាំងស្រុង និងដោយផ្នែក
- ការស្រាបធ្មេញ (ប្រភេទធ្វើស្រេច/ធ្វើពីមន្ទីរពិសោធន៍)
- សេវាធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ និងបង្ការជំងឺធ្មេញដូចជាការពិនិត្យ ការថតកាំរស្មីអ៊ិច ការសម្អាតធ្មេញ



ទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជនតាមរយៈលេខ **1-888-936-7526 (TTY 711)**។ Health Plan នៅទីនេះព័ត៌មានបន្ថែម ដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 5:00 ល្ងាច។ ការហៅមកលេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ ឬហៅទៅខ្សែទូរសព្ទបញ្ជូនបន្តរបស់រដ្ឋ California តាមលេខ 711។ ចូលមើលតាមអនឡាញតាមគេហទំព័រ www.hpsj-mvhp.org។

5 | ការថែទាំសុខុមាលភាពកុមារ និងយុវជន

- ការថែទាំសង្គ្រោះបន្ទាន់សម្រាប់ការគ្រប់គ្រងការឈឺចាប់
- ការប៉ះប្រហោងធ្មេញ
- ការពាក់តម្រង់ធ្មេញសម្រាប់កុមារដែលមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់
- ការព្យាបាលប្រហោងឬសធ្មេញ (ផ្នែកខាងមុខ/ក្រោយ)
- ការសម្អាតធ្មេញ និងកោសសម្អាតឬសធ្មេញ
- ការដកធ្មេញ
- សារធាតុក្លាយអរស្រោបពីក្រៅ

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ ឬចង់ស្វែងយល់បន្ថែមអំពីសេវាថែទាំធ្មេញ សូមហៅទូរសព្ទទៅ Medi-Cal Dental តាមរយៈលេខ 1-800-322-6384 (TTY 1-800-735-2922 ឬ 711)។ អ្នកក៏អាចចូលទៅកាន់គេហទំព័រ Medi-Cal Dental តាមអាសយដ្ឋាន <https://www.dental.dhcs.ca.gov> បានផងដែរ។



ទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជនតាមរយៈលេខ 1-888-936-7526 (TTY 711)។ Health Plan នៅទីនេះពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 5:00 ល្ងាច។ ការហៅមកលេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ ឬហៅទៅខ្សែទូរសព្ទបញ្ជូនបន្តរបស់រដ្ឋ California តាមលេខ 711។ ចូលមើលតាមអនឡាញតាមគេហទំព័រ www.hpsj-mvhp.org។

5. កុមារ និងយុវជន ការថែទាំសុខភាព

សមាជិកកុមារ និងយុវជនដែលមានអាយុក្រោម 21 ឆ្នាំអាចទទួលបានសេវាថែទាំសុខភាពចាំបាច់តាមបន្ទាប់ពីពួកគេបានចុះឈ្មោះ។ នេះធ្វើឱ្យប្រាកដថាពួកគេទទួលបានការថែទាំបង្ការសុខភាពធ្មេញ និងសុខភាពផ្លូវចិត្តត្រឹមត្រូវ រួមទាំងសេវាអភិវឌ្ឍន៍ និងឯកទេស។ ជំពូកនេះពន្យល់អំពីសេវាកម្មទាំងនេះ។

សេវាកម្មផ្សេងទៀតដែលអ្នកអាចទទួលបានតាមរយៈ Medi-Cal ដែលបង់ថ្លៃតាមសេវា (FFS) ឬកម្មវិធីផ្សេងទៀត។

ការពិនិត្យសុខភាពធ្មេញ

រក្សាអញ្ញាញធ្មេញរបស់កូនអ្នកឱ្យបានស្អាតជានិច្ចដោយដូចអញ្ញាញធ្មេញថ្មីម្តងមួយនឹងក្រណាត់លាងសម្អាតជារៀងរាល់ថ្ងៃ។ នៅប្រហែលបួន ទៅប្រាំមួយខែ “ការដុះធ្មេញ” នឹងចាប់ផ្តើមនៅពេលដែលធ្មេញទារកចាប់ផ្តើមដុះចេញមក។ អ្នកគួរតែធ្វើការណាត់ជួបសម្រាប់ការពិនិត្យសុខភាពធ្មេញលើកដំបូងរបស់កូនអ្នកតាមរយៈការណាត់ជួបដែលធ្មេញដំបូងរបស់គាត់ដុះចេញមក ឬនៅឧបកំណើតអាយុមួយឆ្នាំរបស់គាត់ មួយណាកើតឡើងមុន។

សេវាកម្មថែទាំធ្មេញ Medi-Cal ទាំងនេះគឺជាសេវាកម្មឥតគិតថ្លៃសម្រាប់៖

ទារកអាយុ 0-3 ឆ្នាំ

- | | |
|---|---|
| ▪ ការទៅពិនិត្យសុខភាពធ្មេញលើកដំបូងរបស់ទារក | ▪ ម្តង និងពេលខ្លះលើសនេះ) |
| ▪ ការពិនិត្យសុខភាពធ្មេញដំបូងរបស់ទារក | ▪ ការលាបក្លាយអរលើធ្មេញ (រៀងរាល់ប្រាំមួយខែម្តង និងពេលខ្លះលើសនេះ) |
| ▪ ការពិនិត្យសុខភាពភាពធ្មេញ (រៀងរាល់ប្រាំមួយខែម្តង និងពេលខ្លះលើសនេះ) | ▪ ការប៉ះប្រហោងធ្មេញ |
| ▪ ការថតការស្តីអ៊ិច | ▪ ការដកធ្មេញ (ការយកធ្មេញចេញ) |
| ▪ ការសម្អាតធ្មេញ (រៀងរាល់ប្រាំមួយខែ | ▪ សេវាសុខភាពធ្មេញក្នុងគ្រាអាសន្ន |
| | ▪ *ការប្រើថ្នាំសណ្ត (បើចាំបាច់ខាង |



ទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាអភិវឌ្ឍន៍តាមរយៈលេខ **1-888-936-7526** (TTY 711) Health Plan នៅទីនេះពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 5:00 ល្ងាច។ ការហៅមកលេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃ ឬហៅទៅខ្សែទូរសព្ទបញ្ជូនបន្តរបស់រដ្ឋ California តាមលេខ 711។ ចូលមើលតាមអនឡាញតាមគេហទំព័រ www.hpsj-mvhp.org។

វេជ្ជសាស្ត្រ)

ក្មេងអាយុ 4-12 ឆ្នាំ

- ការពិនិត្យសុខភាពភាពធ្មេញ (រៀងរាល់ប្រាំមួយខែម្តង និងពេលខ្លះលើសនេះ)
- ការថតកាំរស្មីអ៊ិច
- ការលាបក្លាយអរលើធ្មេញ (រៀងរាល់ប្រាំមួយខែម្តង និងពេលខ្លះលើសនេះ)
- ការសម្អាតធ្មេញ (រៀងរាល់ប្រាំមួយខែម្តង និងពេលខ្លះលើសនេះ)
- ការបិទភ្លឹកធ្មេញថ្គាម
- ការប៉ះប្រហោងធ្មេញ
- ចង្កូរប្រសធ្មេញ
- ការដកធ្មេញ (ការយកធ្មេញចេញ)
- សេវាសុខភាពធ្មេញក្នុងគ្រាអាសន្ន
- *ការប្រើថ្នាំសណ្ត (បើចាំបាច់ខាងវេជ្ជសាស្ត្រ)

យុវជនអាយុ 13-20 ឆ្នាំ

- ការពិនិត្យសុខភាពភាពធ្មេញ (រៀងរាល់ប្រាំមួយខែម្តង និងពេលខ្លះលើសនេះ)
- ការថតកាំរស្មីអ៊ិច
- ការលាបក្លាយអរលើធ្មេញ (រៀងរាល់ប្រាំមួយខែម្តង និងពេលខ្លះលើសនេះ)
- ការសម្អាតធ្មេញ (រៀងរាល់ប្រាំមួយខែម្តង និងពេលខ្លះលើសនេះ)
- ការពាក់គ្រឿងធ្មេញ (ការពាក់រណបធ្មេញ) សម្រាប់អ្នកដែលមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់
- ការប៉ះប្រហោងធ្មេញ
- ការស្រោបធ្មេញ
- ចង្កូរប្រសធ្មេញ
- ក្រាសធ្មេញពាក់ដោយផ្នែកនិងពេញលេញ
- ការសម្អាតធ្មេញ និងកោសសម្អាតប្រសធ្មេញ
- ការដកធ្មេញ (ការយកធ្មេញចេញ)
- សេវាសុខភាពធ្មេញក្នុងគ្រាអាសន្ន
- *ការប្រើថ្នាំសណ្ត (បើចាំបាច់ខាងវេជ្ជសាស្ត្រ)

* អ្នកផ្តល់សេវាក្នុងការពិចារណាលើការប្រើថ្នាំសណ្ត និងការប្រើថ្នាំសន្លប់ នៅពេលដែលពួកគេកំណត់ និងចងក្រងជាឯកសារអំពីហេតុផលដែលការប្រើថ្នាំស្តីពីកម្មវិធីសមស្របតាមលក្ខណៈវេជ្ជសាស្ត្រ ហើយការព្យាបាលសុខភាពធ្មេញទទួលបានការយល់ព្រមជាមុន ឬមិនត្រូវការការយល់ព្រមជាមុន (ការអនុញ្ញាតជាមុន)។

ទាំងនេះគឺជាហេតុផលមួយចំនួន ដែលមិនអាចប្រើថ្នាំស្តីពីកម្មវិធីបាន ហើយប្រហែលជានឹងត្រូវប្រើថ្នាំសណ្ត ឬថ្នាំសន្លប់ជំនួសវិញ៖

- ស្ថានភាពរាងកាយ អាកប្បកិរិយា ការលូតលាស់ ឬអារម្មណ៍ដែលរារាំងអ្នកជំងឺពីការឆ្លើយតបទៅនឹងការប៉ុនប៉ងរបស់អ្នកផ្តល់សេវាក្នុងការអនុវត្តការព្យាបាល
- នីតិវិធីស្តារឡើងវិញសំខាន់ៗ និងនីតិវិធីរក្សាភាព
- កុមារដែលមិនសហការ

 ហៅទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជន តាមរយៈលេខ **1-888-936-7526** (TTY 711)។ **Health Plan** នៅទីនេះពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង **8:00** ព្រឹក ដល់ម៉ោង **5:00** ល្ងាច។ ការហៅមកលេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ ឬហៅទៅខ្សែទូរសព្ទបញ្ជូនបន្តរបស់រដ្ឋ California តាមលេខ 711។ ចូលមើលតាមអនឡាញតាមគេហទំព័រ www.hpsj-mvhp.org។

- ការឆ្លងមេរោគស្រួចស្រាវនៅត្រង់កន្លែងចាក់ថ្នាំ
- ការបរាជ័យក្នុងការប្រើថ្នាំស្តីកដើម្បីគ្រប់គ្រងការឈឺចាប់

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ ឬចង់ស្វែងយល់បន្ថែមអំពីសេវាថែទាំធ្មេញ សូមទូរសព្ទទៅ
បណ្តាញផ្នែកសេវាអតិថិជន Medi-Cal Dental តាមរយៈលេខ 1-800-322-6384
(TTY 1-800-735-2922 ឬ 711) ឬចូលទៅកាន់គេហទំព័រ <https://smilecalifornia.org/>។



ហៅទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជន តាមរយៈលេខ 1-888-936-7526 (TTY 711)។
Health Plan នៅទីនេះពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 5:00 ល្ងាច។
ការហៅមកលេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ ឬហៅទៅខ្សែទូរសព្ទបញ្ជូនបន្តរបស់រដ្ឋ California
តាមលេខ 711។ ចូលមើលតាមអនឡាញតាមគេហទំព័រ www.hpsj-mvhp.org។

6. ការរាយការណ៍ និងការដោះស្រាយបញ្ហា

សវនាការថ្នាក់រដ្ឋ

សវនាការថ្នាក់រដ្ឋគឺជាការប្រជុំជាមួយ Health Plan និងចៅក្រមមកពីក្រសួងសេវាសង្គមរដ្ឋក្រសួងសេវាសង្គមរដ្ឋ California (CDSS)។ ចៅក្រមនឹងជួយដោះស្រាយបញ្ហារបស់អ្នក និងសម្រេចថា តើ Health Plan បានធ្វើសេចក្តីសម្រេចត្រឹមត្រូវ ឬអត់។ អ្នកមានសិទ្ធិស្នើសុំសវនាការថ្នាក់រដ្ឋ ប្រសិនបើអ្នកបានស្នើសុំបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ជាមួយ Health Plan រួចហើយ ហើយអ្នកនៅតែមិនសប្បាយចិត្តនឹងសេចក្តីសម្រេចរបស់យើង ឬប្រសិនបើអ្នកមិនទទួលបានសេចក្តីសម្រេចលើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នកបន្ទាប់ពីរយៈពេល 30 ថ្ងៃទេនោះ។

អ្នកត្រូវតែស្នើសុំសវនាការថ្នាក់រដ្ឋក្នុងរយៈពេល 120 ថ្ងៃ គិតចាប់ពីកាលបរិច្ឆេទនៅលើលិខិតជូនដំណឹងអំពីដំណោះស្រាយបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ (NAR) របស់យើង។ ប្រសិនបើយើងផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវជំនួយបង់ប្រាក់ក្នុងពេលរង់ចាំក្នុងអំឡុងពេលនៃបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក ហើយអ្នកចង់ឱ្យរាបនូវហូតដល់មានសេចក្តីសម្រេចលើសវនាការថ្នាក់រដ្ឋរបស់អ្នក អ្នកត្រូវតែស្នើសុំសវនាការថ្នាក់រដ្ឋក្នុងរយៈពេល 10 ថ្ងៃនៃលិខិត NAR របស់យើង ឬមុនកាលបរិច្ឆេទដែលយើងបាននិយាយថាសេវាកម្មរបស់អ្នកនឹងបញ្ចប់ មួយណាដែលកើតឡើងក្រោយ។

ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយដើម្បីប្រាកដថាជំនួយបង់ប្រាក់រង់ចាំការសម្រេចនឹងបន្តរហូតដល់មានការសម្រេចចិត្តចុងក្រោយលើការសវនាការថ្នាក់រដ្ឋរបស់អ្នក សូមទាក់ទង Health Plan ចន្លោះម៉ោង 8:00 ព្រឹក និង 5:00 ល្ងាច ដោយទូរសព្ទទៅលេខ 1-888-936-7526។ ប្រសិនបើអ្នកមិនអាចស្តាប់ឮ ឬនិយាយបានល្អ សូមទូរសព្ទទៅ TTY 711។

តំណាងដែលមានការអនុញ្ញាត

ឬអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកអាចស្នើសុំសវនាការថ្នាក់រដ្ឋសម្រាប់អ្នកដោយមានការអនុញ្ញាតជាលាយលក្ខណ៍អក្សររបស់អ្នក។

ពេលខ្លះ អ្នកអាចស្នើសុំសវនាការថ្នាក់រដ្ឋដោយមិនចាំបាច់បំពេញដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់យើងបាន។



ហៅទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជន តាមរយៈលេខ **1-888-936-7526** (TTY 711)។ **Health Plan** នៅទីនេះពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 5:00 ល្ងាច។ ការហៅមកលេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ ឬហៅទៅខ្សែទូរសព្ទបញ្ជូនបន្តរបស់រដ្ឋ California តាមលេខ 711។ ចូលមើលតាមអនឡាញតាមគេហទំព័រ www.hpsj-mvhp.org។

ឧទាហរណ៍ ប្រសិនបើ Health Plan មិនបានជូនដំណឹងដល់អ្នកឱ្យបានត្រឹមត្រូវ ឬទាន់ពេលវេលាអំពីសេវាកម្មរបស់អ្នក អ្នកអាចស្នើសុំសវនាការថ្នាក់រដ្ឋដោយមិនចាំបាច់បំពេញដំណើរការបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់យើង។ គេហទំព័រ ចាត់ទុកថាបានប្រើអស់លទ្ធភាព។ ទាំងនេះគឺជាឧទាហរណ៍មួយចំនួននៃការចាត់ទុកថាបានបំពេញគ្រប់លក្ខខណ្ឌ៖

- យើងមិនបានធ្វើឲ្យមាន សេចក្តីជូនដំណឹងអំពីចំណាត់ការ (NOA) ឬលិខិត NAR សម្រាប់អ្នកជាភាសាដែលអ្នកពេញចិត្តទេ
- យើងបានធ្វើកំហុសដែលប៉ះពាល់ដល់សិទ្ធិណាមួយរបស់អ្នក
- យើងមិនបានផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវលិខិត NOA ទេ
- យើងមិនបានផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវលិខិត NAR ទេ
- យើងបានធ្វើខុសនៅក្នុងលិខិត NAR របស់យើង
- យើងមិនបានសម្រេចចិត្តលើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នកក្នុងរយៈពេល 30 ថ្ងៃ
- យើងបានសម្រេចថាករណីរបស់អ្នកជារឿងបន្ទាន់ ប៉ុន្តែមិនបានឆ្លើយតបនឹងបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នកក្នុងរយៈពេល 72 ម៉ោង

អ្នកអាចស្នើសុំសវនាការថ្នាក់រដ្ឋតាមវិធីដូចខាងក្រោម៖

- **តាមទូរសព្ទ៖** ហៅទូរសព្ទទៅផ្នែកសវនាការថ្នាក់រដ្ឋរបស់ CDSS តាមរយៈលេខ 1-800-743-8525 (TTY 1-800-952-8349 ឬ 711)
- **តាមប្រៃសណីយ៍៖**
សូមបំពេញទម្រង់ដែលបានផ្តល់ជូនជាមួយនឹងលិខិតជូនដំណឹងអំពីដំណោះស្រាយលើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក ហើយ ផ្ញើទៅ៖

California Department of Social Services
State Hearings Division
744 P Street, MS 09-17-433
Sacramento, CA 95814

- **តាមអនឡាញ៖** ស្នើសុំសវនាការតាមអនឡាញតាមគេហទំព័រ www.cdss.ca.gov
- **តាមអ៊ីមែល៖** បំពេញទម្រង់បែបបទដែលភ្ជាប់មកជាមួយការជូនដំណឹងអំពីការដោះស្រាយបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក ហើយផ្ញើអ៊ីមែលទៅ Scopeofbenefits@dss.ca.gov
 - ចំណាំ៖ ប្រសិនបើអ្នកផ្ញើតាមអ៊ីមែល មានហានិភ័យថាអាចមានបុគ្គលក្រៅពីផ្នែកសវនាការរដ្ឋអាចស្ទាត់ចាប់អ៊ីមែលរបស់អ្នក។ សូមពិចារណាប្រើវិធីសាស្ត្រដែលមានសុវត្ថិភាពជាងនេះ ដើម្បីផ្ញើសំណើរបស់អ្នក។
- **តាមទូរសារ៖** សូមបំពេញទម្រង់បែបបទដែលភ្ជាប់មកជាមួយលិខិតជូនដំណឹងអំពីដំណោះស្រាយបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក ហើយផ្ញើទៅផ្នែកសវនាការថ្នាក់រដ្ឋតាមរយៈលេខ 916-309-3487 ឬតាមលេខឥតគិតថ្លៃតាមរយៈលេខ 1-833-281-0903

ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយក្នុងការស្នើសុំសវនាការថ្នាក់រដ្ឋ យើងអាចជួយអ្នកបាន។ យើងអាចផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវសេវាភាសាដោយឥតគិតថ្លៃ។ ទូរសព្ទទៅសេវាបម្រើអតិថិជនតាមរយៈលេខ 1-888-936-PLAN (7526), TTY 711។

 ហៅទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជន តាមរយៈលេខ 1-888-936-7526 (TTY 711)។ **Health Plan** នៅទីនេះពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 5:00 ល្ងាច។ ការហៅមកលេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ ឬហៅទៅខ្សែទូរសព្ទបញ្ជូនបន្តរបស់រដ្ឋ California តាមលេខ 711។ ចូលមើលតាមអនឡាញតាមគេហទំព័រ www.hpsj-mvhp.org។

នៅក្នុងសវនាការ អ្នកនឹងប្រាប់ចៅក្រមពីមូលហេតុដែលអ្នកមិនយល់ស្របនឹងសេចក្តីសម្រេចរបស់ Health Plan។ Health Plan នឹងប្រាប់ចៅក្រមពីរបៀបដែលយើងបានធ្វើសេចក្តីសម្រេចរបស់យើង។ វាអាចចំណាយពេលដល់ទៅ 90

ថ្ងៃសម្រាប់ចៅក្រមដើម្បីសម្រេចលើករណីរបស់អ្នក។ Health Plan

ត្រូវតែធ្វើតាមសេចក្តីសម្រេចរបស់ចៅក្រម។

ប្រសិនបើអ្នកចង់ឱ្យ CDSS ធ្វើការសម្រេចចិត្តរហ័ស ដោយសារពេលវេលាដែលត្រូវចំណាយលើការសវនាការថ្នាក់រដ្ឋនឹងដាក់ជំរិត សុខភាព ឬសមត្ថភាពក្នុងការប្រព្រឹត្តទៅពេញលេញរបស់អ្នកក្នុងគ្រោះថ្នាក់ អ្នក តំណាងដែលមានការអនុញ្ញាត ឬអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក អាចទាក់ទង CDSS

ហើយស្នើសុំការសវនាការថ្នាក់រដ្ឋឡើងវិញ (រហ័ស) បាន។ CDSS

ត្រូវតែធ្វើការសម្រេចចិត្តមិនឱ្យហួស

ពីថ្ងៃនៃការធ្វើការ បន្ទាប់ពីទទួលបានសំណុំរឿងពេញលេញរបស់អ្នកពី Health Plan។



ហៅទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជន តាមរយៈលេខ 1-888-936-7526 (TTY 711)។ Health Plan នៅទីនេះពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 5:00 ល្ងាច។ ការហៅមកលេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ ឬហៅទៅខ្សែទូរសព្ទបញ្ជូនបន្តរបស់រដ្ឋ California តាមលេខ 711។ ចូលមើលតាមអនឡាញតាមគេហទំព័រ www.hpsj-mvhp.org។

7. សិទ្ធិ និងទំនួលខុសត្រូវ

ក្នុងនាមជាសមាជិករបស់ Health Plan អ្នកមានសិទ្ធិ និងការទំនួលខុសត្រូវរបស់អ្នក ជំពូកនេះ ពន្យល់អំពីសិទ្ធិ និងទំនួលខុសត្រូវទាំងនេះ។ ជំពូកនេះក៏រាប់បញ្ចូលទាំងសេចក្តីជូនដំណឹងផ្លូវច្បាប់ដែលអ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានក្នុងនាមជាសមាជិករបស់ Health Plan ផងដែរ។

សេចក្តីជូនដំណឹងអំពីចំណាត់ការ

Health Plan នឹងផ្ញើលិខិតជូនដំណឹងអំពីចំណាត់ការ (NOA) ទៅអ្នក នៅពេលណាមួយដែល Health Plan បដិសេធ ពន្យារពេល បញ្ចប់ ឬកែប្រែសំណើសុំសេវាថែទាំសុខភាព។ ប្រសិនបើ អ្នកមិនយល់ស្របនឹងការសម្រេចចិត្តរបស់ Health Plan ទេ អ្នកអាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងតវ៉ា ជាមួយ Health Plan បានជានិច្ច។ ចូលទៅកាន់ផ្នែក “បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍” នៅក្នុងជំពូកទី 6 នៃ សៀវភៅណែនាំនេះ សម្រាប់ព័ត៌មានសំខាន់ៗស្តីពីការដាក់ពាក្យបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក។ នៅពេលដែល Health Plan ផ្ញើជូនអ្នកនូវលិខិត NOA វានឹងប្រាប់អ្នកពីសិទ្ធិទាំងអស់ដែល អ្នកមាន ប្រសិនបើអ្នកមិនយល់ស្របនឹងសេចក្តីសម្រេចដែលយើងបានធ្វើ។ ប្រសិនបើ អ្នកទទួលបានលិខិតជូនដំណឹងនេះពីនរណាម្នាក់ក្រៅពី Health Plan ទេ សូមទាក់ទង Health Plan ភ្លាមៗ។

ខ្លឹមសារក្នុងសេចក្តីជូនដំណឹង

ប្រសិនបើ Health Plan ផ្អែកលើការបដិសេធ ការពន្យារពេល ការកែប្រែ ការបញ្ចប់ ការផ្អាក ឬការកាត់បន្ថយសេវារបស់អ្នកទាំងស្រុង ឬមួយផ្អែកលើភាពចាំបាច់តាមផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រទេ លិខិត NOA របស់អ្នកត្រូវតែមានចំណុចដូចខាងក្រោម៖

- សេចក្តីថ្លែងការណ៍ស្តីពីចំណាត់ការដែល Health Plan មានបំណងធ្វើ
- ការពន្យល់ច្បាស់លាស់ និងសង្ខេបអំពីហេតុផលសម្រាប់សេចក្តីសម្រេចរបស់ Health Plan
- របៀបដែល Health Plan បានសម្រេច រាប់បញ្ចូលទាំងវិធានដែល Health Plan បានប្រើប្រាស់
- ហេតុផលវេជ្ជសាស្ត្រសម្រាប់សេចក្តីសម្រេច។ Health Plan ត្រូវតែបញ្ជាក់យ៉ាងច្បាស់អំពី របៀបដែលលក្ខខណ្ឌរបស់អ្នកមិនបំពេញតាមវិធាន ឬគោលការណ៍ណែនាំ។
- ព័ត៌មានអំពីសិទ្ធិរបស់អ្នកក្នុងការស្នើសុំច្បាប់ចម្លងដោយឥតគិតថ្លៃនៃឯកសារ និងកំណត់ ត្រាទាំងអស់ដែលពាក់ព័ន្ធនឹង NOA។



ហៅទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជន តាមរយៈលេខ **1-888-936-7526** (TTY 711)។ **Health Plan** នៅទីនេះពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង **8:00** ព្រឹក ដល់ម៉ោង **5:00** ល្ងាច។ ការហៅមកលេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ ឬហៅទៅខ្សែទូរសព្ទបញ្ជូនបន្តរបស់រដ្ឋ California តាមលេខ **711**។ ចូលមើលតាមអនឡាញតាមគេហទំព័រ **www.hpsj-mvhp.org**។

ការបកប្រែ

Health Plan តម្រូវឱ្យបកប្រែយ៉ាងពេញលេញ និងផ្តល់ព័ត៌មានសមាជិកជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ ជាភាសាទូទៅដែលចូលចិត្ត រួមទាំងសេចក្តីជូនដំណឹងអំពីបណ្តឹងសាទុក្ខ និងបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍។

សេចក្តីជូនដំណឹងដែលបានបកប្រែពេញលេញ

ត្រូវតែរាប់បញ្ចូលទាំងមូលហេតុវេជ្ជសាស្ត្រសម្រាប់

ការសម្រេចចិត្តរបស់ Health Plan ក្នុងការបដិសេធ ពន្យារពេល កែប្រែ បញ្ចប់ ផ្អាក ឬកាត់ បន្ថយសំណើសម្រាប់សេវាថែទាំសុខភាព។

ប្រសិនបើការបកប្រែជាភាសាដែលអ្នកពេញចិត្តមិនមានទេ Health Plan តម្រូវឱ្យផ្តល់ជំនួយ ដោយពាក្យសំដីជាភាសាដែលអ្នកពេញចិត្ត

ដើម្បីឱ្យអ្នកអាចយល់ព័ត៌មានដែលអ្នកទទួលបាន។



ហៅទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជន តាមរយៈលេខ 1-888-936-7526 (TTY 711)។ Health Plan នៅទីនេះពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 5:00 ល្ងាច។ ការហៅមកលេខនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ ឬហៅទៅខ្សែទូរសព្ទបញ្ជូនបន្តរបស់រដ្ឋ California តាមលេខ 711។ ចូលមើលតាមអនឡាញតាមគេហទំព័រ www.hpsj-mvhp.org។