



ឆ្នាំ 2027

សេចក្តីជូនដំណឹងប្រចាំឆ្នាំ អំពីការផ្លាស់ប្តូរ

សេវាកម្មអតិថិជន៖ 1-888-361-PLAN (7526) (TTY: 711)

ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ចាប់ពីថ្ងៃទី 1 ខែតុលា ដល់ថ្ងៃទី 31 ខែមីនា
និងថ្ងៃចន្ទដល់ថ្ងៃសុក្រ ចាប់ពីថ្ងៃទី 1 ខែមេសា ដល់ថ្ងៃទី 30 ខែកញ្ញា។
ការហៅទូរសព្ទគឺឥតគិតថ្លៃ។

www.hpsj-mvhp.org

សេចក្តីជូនដំណឹងប្រចាំឆ្នាំអំពីការផ្លាស់ប្តូរសម្រាប់ឆ្នាំ 2027

សេចក្តីផ្តើម

បច្ចុប្បន្ន អ្នកបានចុះឈ្មោះជាសមាជិកនៃគម្រោងរបស់យើង។ នៅឆ្នាំក្រោយ នឹងមានការផ្លាស់ប្តូរមួយចំនួនចំពោះអត្ថប្រយោជន៍ ការធានារ៉ាប់រង វិធាន និងថ្លៃចំណាយរបស់យើង។

សេចក្តីជូនដំណឹងប្រចាំឆ្នាំអំពីការផ្លាស់ប្តូរនេះប្រាប់អ្នកអំពីការផ្លាស់ប្តូរ និងកន្លែងដែលអ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានបន្ថែមអំពីការផ្លាស់ប្តូរទាំងនេះ។ ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែមអំពីថ្លៃចំណាយ អត្ថប្រយោជន៍ ឬវិធាន សូមពិនិត្យមើល *សៀវភៅណែនាំសមាជិក* ដែលមាននៅលើគេហទំព័ររបស់យើងតាមរយៈ:

www.hpsj-mvhp.org។

សូមហៅទូរសព្ទទៅសេវាបម្រើអតិថិជនតាមលេខទូរសព្ទនៅខាងក្រោមទំព័រ ដើម្បីទទួលបានច្បាប់ចម្លងតាមប្រៃសណីយ៍។ ពាក្យសុំខាន់ៗ និងនិយមន័យរបស់ពាក្យទាំងនោះ:

ត្រូវបានរៀបតាមលំដាប់អក្សរក្រមនៅក្នុងជំពូកចុងក្រោយនៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក* របស់អ្នក។

ធនធានបន្ថែម

- ឯកសារនេះមានផ្តល់ជូនដោយឥតគិតថ្លៃជាភាសាអង់គ្លេស អេស្ប៉ាញ ខ្មែរ និងវៀតណាម។
អ្នកអាចទទួលបានឯកសារនេះដោយឥតគិតថ្លៃជាទម្រង់ផ្សេងទៀត ដូចជា អក្សរពុម្ពធំ អក្សរស្លាប់សម្រាប់ជនពិការភ្នែក ទម្រង់អេឡិចត្រូនិកដែលអាចចូលប្រើបាន ឬទម្រង់សំឡេង។ សូមហៅទូរសព្ទទៅលេខ 1-888-361-7526 (TTY 711) ដើម្បីធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពចំណូលចិត្តរបស់អ្នក។
- សូមហៅទូរសព្ទទៅ Health Plan of San Joaquin/ Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP ដើម្បីប្រាប់អំពីភាសា ឬទម្រង់ដែលអ្នកចូលចិត្ត។ យើងនឹងសួរថា តើការស្នើសុំនេះគឺសម្រាប់ឯកសារមួយ ឬសម្រាប់ឯកសារទាំងអស់។
- ប្រសិនបើអ្នកស្នើសុំភាសាអង់គ្លេស អេស្ប៉ាញ ខ្មែរ វៀតណាម ឬទម្រង់ផ្សេងទៀតសម្រាប់ឯកសារទាំងអស់ នេះហៅថា សំណើសកម្ម។ ចំណូលចិត្តរបស់អ្នកនឹងត្រូវបានរក្សាទុកនៅក្នុងប្រព័ន្ធរបស់យើង

ការយល់ព្រមពី OMB 0938-1444 (ផុតកំណត់៖ 5/31/2029)

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមហៅទូរសព្ទទៅ Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP តាមលេខ 1-888-361-7526 (TTY:711) ចាប់ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ ចាប់ពីថ្ងៃទី 1 ខែតុលា ដល់ថ្ងៃទី 31 ខែមីនា និងពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ចាប់ពីថ្ងៃទី 1 ខែមេសា ដល់ថ្ងៃទី 30 ខែបន្ថែម



សូមចូលទៅកាន់ www.hpsj-mvhp.org.

សម្រាប់ការផ្ញើតាមប្រៃសណីយ៍ និងការទំនាក់ទំនងទាំងអស់នាពេលអនាគត។
អ្វីដែលត្រូវធ្វើគឺអ្នក គ្រាន់តែប្រាប់យើងខ្ញុំអំពីជម្រើសទាំងនេះ តែមួយដងទេ។
ការស្នើសុំភាសាផ្សេងទៀត ត្រូវធ្វើឡើងសម្រាប់ឯកសារនីមួយៗ។

- ដើម្បីធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពចំណូលចិត្តរបស់អ្នកនៅពេលណាក៏បាន សូមហៅទូរសព្ទទៅលេខ 1-888-361-7526 (TTY 711) ចាប់ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ ចាប់ពីថ្ងៃទី 1 ខែតុលា ដល់ថ្ងៃទី 31 ខែមីនា និងពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ចាប់ពីថ្ងៃទី 1 ខែមេសា ដល់ថ្ងៃទី 30 ខែកញ្ញា។
ការហៅទូរសព្ទគឺឥតគិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលទៅកាន់ www.hpsj-mvhp.org.

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមហៅទូរសព្ទទៅ Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley
Health Plan Advantage D-SNP តាមលេខ 1-888-361-7526 (TTY:711) ចាប់ពីម៉ោង
8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ ចាប់ពីថ្ងៃទី 1 ខែតុលា ដល់ថ្ងៃទី 31
ខែមីនា និងពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ចាប់ពីថ្ងៃទី 1 ខែមេសា ដល់ថ្ងៃទី 30 ខែ**បន្ថែម**



សេចក្តីជូនដំណឹងស្តីពីការផ្តល់ជូនសេវាកម្មបកប្រែភាសា ព្រមទាំងសេវាកម្ម និងជំនួយ
ជ្រាមជ្រែង

English

ATTENTION: If you need help in your language, call **1-888-361-7526 (TTY 711)**. Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call **1-888-361-7526 (TTY 711)**. These services are free of charge.

العربية (Arabic)

يرجى الانتباه: إذا احتجت المساعدة بلغتك، فاتصل بـ **1-888-361-7526 (TTY 711)** تتوفر أيضا المساعدات والخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل المستندات المكتوبة بطريقة برايل والخط الكبير. اتصل بـ **1-888-361-7526 (TTY 711)** هذه الخدمات مجانية.

Հայերեն (Armenian)

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ. Եթե Ձեզ օգնություն է հարկավոր Ձեր լեզվով, զանգահարեք **1-888-361-7526 (TTY 711)**: Կան նաև օժանդակ միջոցներով ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար, օրինակ՝ Բրայլի գրատիպով ու խոշորատառ տպագրված
Լրեր: Չանգահարեք **1-888-361-7526 (TTY 711)**: Այս ծառայություններն անվճար են:

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមហៅទូរសព្ទទៅ Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP តាមលេខ 1-888-361-7526 (TTY:711) ចាប់ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ ចាប់ពីថ្ងៃទី 1 ខែតុលា ដល់ថ្ងៃទី 31 ខែមីនា និងពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ចាប់ពីថ្ងៃទី 1 ខែមេសា ដល់ថ្ងៃទី 30 ខែបន្ថែម
សូមចូលទៅកាន់ www.hpsj-mvhp.org.



中文 (Chinese)

请注意：如果您需要以您的母语提供帮助，请致电 **1-888-361-7526 (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 **1-888-361-7526 (TTY 711)**。这些服务都是免费的。

ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi)

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਤਾਂ **1-888-361-7526 (TTY 711)** 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਅਧਾਰਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬ੍ਰੇਲ ਅਤੇ ਵੱਡੇ ਅੱਖਰਾਂ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। **1-888-361-7526 (TTY 711)** 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫਤ ਹਨ।

हिंदी (Hindi)

ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा में सहायता की आवश्यकता है, तो **1-888-361-7526 (TTY 711)** पर कॉल करें। अशक्तता वाले लोगों के लिए सहायता और सेवाएं, जैसे ब्रेल और बड़े प्रिंट में भी दस्तावेज़ उपलब्ध हैं। **1-888-361-7526 (TTY 711)** पर कॉल करें। ये सेवाएं निःशुल्क हैं।

ਪ੍ਰਸ਼ਨਪੱਤਰਕਸੰਸਥਾ: ਸੁਖਮਾਤ੍ਰਾਸਹਿਤਾ Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley
Health Plan Advantage D-SNP ਥਾਮਸ 1-888-361-7526 (TTY:711) ਚਾਪਟੀਮੋਡ
8:00 ਟ੍ਰਿਕ ਸਲਮੋਡ 8:00 ਘੜ ਚਾਪਟੀਮੋਡਸੁਖਮਾਤ੍ਰਾ ਚਾਪਟੀਮੋਡ 1 ਏਕੁਲਾ ਸਲਮੋਡ 31
ਏਕੁਲਾ ਨਿਸ਼ਚਿਤਸੁਖਮਾਤ੍ਰਾ ਚਾਪਟੀਮੋਡ 1 ਏਕੁਲਾ ਸਲਮੋਡ 30 ਏਕੁਲਾ



Hmoob (Hmong)

CEEB TOOM: Yog koj xav tau kev pab txhais koj hom lus hu rau **1-888-361-7526 (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 **1-888-361-7526 (TTY 711)**. Cov kev pab cuam no yog pab dawb xwb.

日本語 (Japanese)

注意：日本語の対応が必要な場合は、**1-888-361-7526 (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を用意しています。**1-888-361-7526 (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。

한국어 (Korean)

유의사항: 귀하의 언어로 도움을 받고 싶으시면 **1-888-361-7526 (TTY 711)** 번으로 의하십시오. 점자나 큰 활자로 된 문서와 같이 장애가 있는 분들을 위한 도움과 서비스도 이용 가능합니다. **1-888-361-7526 (TTY 711)** 번으로 의하십시오. 이러한 서비스는 무료로 제공됩니다.

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមហៅទូរសព្ទទៅ Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP តាមលេខ **1-888-361-7526 (TTY:711)** ចាប់ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ ចាប់ពីថ្ងៃទី 1 ខែតុលា ដល់ថ្ងៃទី 31 ខែមីនា និងពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ចាប់ពីថ្ងៃទី 1 ខែមេសា ដល់ថ្ងៃទី 30 ខែបន្ថែម
សូមចូលទៅកាន់ www.hpsj-mvhp.org.



ພາສາລາວ (Laotian)

ປະກາດ: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານ
ໃຫ້ໂທຫາເບີ **1-888-361-7526 (TTY 711)**. ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອ
ແລະ ການບໍລິການສໍາລັບຄົນພິການ ເຊັ່ນ:
ເອກະສານທີ່ເປັນອັກສອນນູນ ແລະ ມີໂຕພິມໃຫຍ່, ໃຫ້ໂທຫາເບີ
1-888-361-7526 (TTY 711).
ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ແມ່ນບໍ່ໄດ້ເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ

Mien

LONGC HNYOUV JANGX LONGX OC: Beiv taux meih
qiemx longc mienh tengx faan benx meih nyei waac nor
douc waac daaih lorx taux **1-888-361-7526 (TTY 711)**.
Liouh lorx jauv-louc tengx aengx caux nzie gong bun taux
ninh mbuo wuaaic fangx mienh, beiv taux longc benx
nzangc-pokc bun hluc mbiutc aengx caux aamz mborqv
benx domh sou se mbenc nzoih bun longc. Douc waac
daaih lorx **1-888-361-7526 (TTY 711)**. Naaiv deix nzie
weih gong-bou jauv-louc se benx wang-henh tengx mv
zuqc cuotv nyaanh oc.

ບຣເສີນເບີຜູກຍາດສໍາຖານ ສູບເບີຮູບສຽງເຮົາ Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley
Health Plan Advantage D-SNP ຄາຍເລຂ 1-888-361-7526 (TTY:711) ດາບຕີເມັ້ນ
8:00 ເງິນ ສຳເລັດ 8:00 ພັດ ເບີ ເບີຮູບສຽງສູບສຽງ ດາບຕີເງິນ 1 ເຂດຄຸນ ສຳເລັດເງິນ 31
ເຂດຍີນ ສຳເລັດເງິນ 1 ເຂດຍີນ ສຳເລັດເງິນ 30 ເຂດຍີນ



ខ្មែរ (Cambodian)

ចំណាំ៖ បើអ្នកត្រូវការជំនួយជាភាសារបស់អ្នក
សូមទូរសព្ទទៅលេខ **1-888-361-7526 (TTY 711)**។ ជំនួយ
និងសេវាកម្មសម្រាប់ជនពិការ
ដូចជាឯកសារសរសេរជាអក្សរធំសម្រាប់ជនពិការ
និងជាពុម្ពអក្សរធំក៏អាចរកបានផងដែរ។ ទូរសព្ទទៅលេខ **1-
888-361-7526 (TTY 711)**។ សេវាកម្មទាំងនេះមិនគិតថ្លៃទេ ។

فارسی (Farsi)

توجه: اگر می‌خواهید به زبان خود کمک دریافت کنید، با **1-888-361-7526 (TTY 711)** تماس بگیرید. کمک‌ها و خدمات مخصوص افراد دارای معلولیت، مانند نسخه‌های خط بریل و چاپ با حروف بزرگ، نیز موجود است. با **1-888-361-7526 (TTY 711)** تماس بگیرید. این خدمات رایگان ارائه می‌شوند.

Русский (Russian)

ВНИМАНИЕ! Если вам нужна помощь на вашем родном языке, звоните по номеру **1-888-361-7526 (TTY 711)**. Предоставляются также средства и услуги для людей с ограниченными возможностями, например документы крупным шрифтом или шрифтом Брайля. Звоните по номеру **1-888-361-7526 (TTY 711)**. Такие услуги предоставляются бесплатно.

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមហៅទូរសព្ទទៅ Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP តាមលេខ 1-888-361-7526 (TTY:711) ចាប់ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ ចាប់ពីថ្ងៃទី 1 ខែតុលា ដល់ថ្ងៃទី 31 ខែមីនា និងពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ចាប់ពីថ្ងៃទី 1 ខែមេសា ដល់ថ្ងៃទី 30 ខែបន្ថែម
សូមចូលទៅកាន់ www.hpsj-mvhp.org.



Español (Spanish)

ATENCIÓN: si necesita ayuda en su idioma, llame al **1-888-361-7526 (TTY 711)**. También ofrecemos asistencia y servicios para personas con discapacidades, como documentos en braille y con letras grandes. Llame al **1-888-361-7526 (TTY 711)**. Estos servicios son gratuitos.

Tagalog (Filipino)

ATENSIYON: Kung kailangan mo ng tulong sa iyong wika, tumawag sa **1-888-361-7526 (TTY 711)**. Mayroon ding mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, tulad ng mga dokumento sa braille at malaking print. Tumawag sa **1-888-361-7526 (TTY 711)**. Libre ang mga serbisyonang ito.

ภาษาไทย (Thai)

โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข **1-888-361-7526 (TTY 711)**. นอกจากนี้ ยังพร้อมให้ ความช่วยเหลือและบริการต่าง ๆ สำหรับบุคคลที่มีความพิการ เช่น เอกสารต่าง ๆ ที่เป็นอักษรเบรลล์และเอกสารที่พิมพ์ด้วย ตัวอักษรขนาดใหญ่. กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข **1-888-361-7526 (TTY 711)**. ไม่มีค่าใช้จ่ายสำหรับบริการเหล่านี้.

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមហៅទូរសព្ទទៅ Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP តាមលេខ **1-888-361-7526 (TTY:711)** ចាប់ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ ចាប់ពីថ្ងៃទី 1 ខែតុលា ដល់ថ្ងៃទី 31 ខែមីនា និងពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ចាប់ពីថ្ងៃទី 1 ខែមេសា ដល់ថ្ងៃទី 30 ខែបន្ថែម



Українська (Ukrainian)

УВАГА! Якщо вам потрібна допомога вашою рідною мовою, телефонуйте на номер **1-888-361-7526 (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 **1-888-361-7526 (TTY 711)**. Ці послуги безкоштовні.

Tiếng Việt (Vietnamese)

CHÚ Ý: Nếu Quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình, vui lòng gọi số **1-888-361-7526 (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 bản in khổ chữ lớn. Vui lòng gọi số **1-888-361-7526 (TTY 711)**. Các dịch vụ này đều miễn phí.

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមហៅទូរសព្ទទៅ Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP តាមលេខ 1-888-361-7526 (TTY:711) ចាប់ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ ចាប់ពីថ្ងៃទី 1 ខែតុលា ដល់ថ្ងៃទី 31 ខែមីនា និងពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ចាប់ពីថ្ងៃទី 1 ខែមេសា ដល់ថ្ងៃទី 30 ខែបន្ថែម សូមចូលទៅកាន់ www.hpsj-mvhp.org.



តារាងមាតិកា

A. សេចក្តីប្រកាសបដិសេធ.....	11
B. ការពិនិត្យមើលការធានារ៉ាប់រង Medicare និង Medi-Cal របស់អ្នកសម្រាប់ឆ្នាំបន្ទាប់	11
B1. ព័ត៌មានអំពី Health Plan of San Joaquin/ Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP.....	12
B2. អ្វីដែលសំខាន់ត្រូវធ្វើ.....	12
C. ការផ្លាស់ប្តូរចំពោះអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញរបស់យើង.....	13
D. ការផ្លាស់ប្តូរចំពោះអត្ថប្រយោជន៍ និងថ្លៃចំណាយសម្រាប់ឆ្នាំបន្ទាប់	14
D1. ការផ្លាស់ប្តូរចំពោះអត្ថប្រយោជន៍សម្រាប់សេវាវេជ្ជសាស្ត្រ.....	14
D2. ការផ្លាស់ប្តូរចំពោះការធានារ៉ាប់រងលើឱសថ.....	15
E. ការជ្រើសរើសគម្រោង	21
E1. ការបន្តនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើង.....	21
E2. ការផ្លាស់ប្តូរគម្រោង	21
F. ការទទួលជំនួយ	27
F1. គម្រោងរបស់យើង.....	27
F2. កម្មវិធីផ្តល់ប្រឹក្សាយោបល់ និងកស្មិមតិផ្នែកធានារ៉ាប់រងសុខភាព (HICAP)	28
F3. កម្មវិធី Ombudsman	28
F4. Medicare	28
F5. ក្រសួងថែទាំសុខភាពដែលស្ថិតក្រោមការគ្រប់គ្រងរដ្ឋ California	29

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមហៅទូរសព្ទទៅ Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP តាមលេខ 1-888-361-7526 (TTY:711) ចាប់ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ ចាប់ពីថ្ងៃទី 1 ខែតុលា ដល់ថ្ងៃទី 31 ខែមីនា និងពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ចាប់ពីថ្ងៃទី 1 ខែមេសា ដល់ថ្ងៃទី 30 ខែបន្ថែម



A. សេចក្តីប្រកាសបដិសេធ

Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP (Health Plan) គឺជា HMO ដែលមានកិច្ចសន្យាជាមួយ Medicare និង Medi-Cal។ ការចុះឈ្មោះក្នុង Health Plan អាស្រ័យលើការបន្តកិច្ចសន្យា។

Health Plan អនុវត្តតាមច្បាប់សិទ្ធិស៊ីវិលរបស់រដ្ឋ និងសហព័ន្ធដែលពាក់ព័ន្ធទាំងអស់ ហើយមិនរើសអើងដោយខុសច្បាប់ មិនបដិសេធមិនផ្តល់សេវាដល់មនុស្ស ឬមិនប្រព្រឹត្តចំពោះមនុស្សខុសពីគ្នាដោយសារភេទ ពូជសាសន៍ ពណ៌សម្បុរ សាសនា វង្សក្រកូល ប្រភពដើមជាតិ ការកំណត់អត្តសញ្ញាណក្រុមជនជាតិ អាយុ ពិការភាពផ្លូវចិត្ត ពិការភាពរាងកាយ ស្ថានភាពវេជ្ជសាស្ត្រ ព័ត៌មានពន្ធុ ស្ថានភាពអាពាហ៍ពិពាហ៍ យេនឌ័រ អត្តសញ្ញាណយេនឌ័រ ឬទំនោរផ្លូវភេទ។

នេះមិនមែនជាបញ្ជីពេញលេញទេ។ ព័ត៌មានអំពីអត្ថប្រយោជន៍គឺជាសេចក្តីសង្ខេបខ្លី មិនមែនជាការពិពណ៌នាពេញលេញអំពីអត្ថប្រយោជន៍ទេ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមទាក់ទងគម្រោងសុខភាព ឬអាន *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*របស់ Health Plan។

B. ការពិនិត្យមើលការធានារ៉ាប់រង Medicare និង Medi-Cal របស់អ្នកសម្រាប់ឆ្នាំបន្ទាប់

វាមានសារៈសំខាន់ក្នុងការពិនិត្យមើលការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកឡើយនេះ ដើម្បីប្រាកដថាវានៅតែឆ្លើយតបនឹងតម្រូវការរបស់អ្នកនៅឆ្នាំបន្ទាប់។ ប្រសិនបើវាមិនឆ្លើយតបនឹងតម្រូវការរបស់អ្នកទេ អ្នកអាចចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើងបាន។ សូមមើលផ្នែក E សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីការផ្លាស់ប្តូរចំពោះអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នកសម្រាប់ឆ្នាំបន្ទាប់។

ប្រសិនបើអ្នកជ្រើសរើសចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើង សមាជិកភាពរបស់អ្នកនឹងបញ្ចប់នៅថ្ងៃចុងក្រោយនៃខែដែលអ្នកបានធ្វើសំណើ។ អ្នកនឹងនៅតែស្ថិតក្នុងកម្មវិធី Medicare និង Medi-Cal ដរាបណាអ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានកម្មវិធីទាំងនេះ។

ប្រសិនបើអ្នកចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើង អ្នកអាចទទួលបានព័ត៌មានអំពី៖

- ជម្រើស Medicare របស់អ្នកនៅក្នុងតារាងក្នុងផ្នែក E2
- ជម្រើស និងសេវា Medi-Cal នៅក្នុងផ្នែក E2

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមហៅទូរសព្ទទៅ Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP តាមលេខ 1-888-361-7526 (TTY:711) ចាប់ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ ចាប់ពីថ្ងៃទី 1 ខែតុលា ដល់ថ្ងៃទី 31 ខែមីនា និងពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ចាប់ពីថ្ងៃទី 1 ខែមេសា ដល់ថ្ងៃទី 30 ខែបន្ថែម។ សូមចូលទៅកាន់ www.hpsj-mvhp.org.



B1. ព័ត៌មានអំពី Health Plan of San Joaquin/ Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP

- Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP (HMO) គឺជាគម្រោងសុខភាពដែលមានកិច្ចសន្យាជាមួយទាំង Medicare និង Medi-Cal ដើម្បីផ្តល់អត្ថប្រយោជន៍នៃកម្មវិធីទាំងពីរដល់សមាជិក។
- នៅពេល **សេចក្តីជូនដំណឹងប្រចាំឆ្នាំអំពីការផ្លាស់ប្តូរ**នេះនេះប្រើពាក្យ “យើង” “យើងខ្ញុំ” “របស់យើង” ឬ “គម្រោងរបស់យើង” ពាក្យទាំងនេះមានន័យថា គម្រោង Medicare Medi-Cal។

B2. អ្វីដែលសំខាន់ត្រូវធ្វើ

- **ពិនិត្យមើលថា តើមានការផ្លាស់ប្តូរណាមួយចំពោះអត្ថប្រយោជន៍ និងថ្លៃចំណាយរបស់យើង ដែលអាចប៉ះពាល់ដល់អ្នកដែរឬទេ?**
 - តើមានការផ្លាស់ប្តូរណាមួយដែលប៉ះពាល់ដល់សេវាដែលអ្នកប្រើដែរឬទេ?
 - ពិនិត្យមើលការផ្លាស់ប្តូរអត្ថប្រយោជន៍ និងថ្លៃចំណាយ ដើម្បីប្រាកដថា វានឹងសមស្របសម្រាប់អ្នកនៅឆ្នាំបន្ទាប់។
 - សូមមើលផ្នែក **D1** សម្រាប់ព័ត៌មានអំពីការផ្លាស់ប្តូរអត្ថប្រយោជន៍ និងថ្លៃចំណាយសម្រាប់គម្រោងរបស់យើង។
- **ពិនិត្យមើលថា តើមានការផ្លាស់ប្តូរណាមួយចំពោះការធានារ៉ាប់រងលើឱសថរបស់យើង ដែលអាចប៉ះពាល់ដល់អ្នកដែរឬទេ?**
 - តើឱសថរបស់អ្នកនឹងត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដែរឬទេ?
តើអ្នកអាចប្រើឱសថស្ថានដែលបានដែរឬទេ?
តើនឹងមានការផ្លាស់ប្តូរណាមួយ ដូចជាការអនុញ្ញាតជាមុន ការព្យាបាលជាជំហាន ឬការកំណត់បរិមាណដែរឬទេ?
 - ពិនិត្យមើលការផ្លាស់ប្តូរ ដើម្បីប្រាកដថា ការធានារ៉ាប់រងលើឱសថរបស់យើងនឹងសមស្របសម្រាប់អ្នកនៅឆ្នាំបន្ទាប់។
 - សូមមើលផ្នែក **D2** សម្រាប់ព័ត៌មានអំពីការផ្លាស់ប្តូរចំពោះការធានារ៉ាប់រងលើឱសថរបស់យើង។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមហៅទូរសព្ទទៅ Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP តាមលេខ 1-888-361-7526 (TTY:711) ចាប់ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ ចាប់ពីថ្ងៃទី 1 ខែតុលា ដល់ថ្ងៃទី 31 ខែមីនា និងពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ចាប់ពីថ្ងៃទី 1 ខែមេសា ដល់ថ្ងៃទី 30 ខែបន្ថែម



- ពិនិត្យមើលថា តើអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថានរបស់អ្នកនឹងស្ថិតនៅក្នុងបណ្តាញរបស់យើងនៅឆ្នាំបន្ទាប់ដែរឬទេ។
 - តើវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក រួមទាំងអ្នកឯកទេសរបស់អ្នក ស្ថិតនៅក្នុងបណ្តាញរបស់យើងដែរឬទេ? ចុះឱសថស្ថានរបស់អ្នកវិញ? ចុះមន្ទីរពេទ្យ ឬអ្នកផ្តល់សេវាផ្សេងទៀតដែលអ្នកប្រើវិញ?
 - សូមមើល **ផ្នែក C** សម្រាប់ព័ត៌មានអំពី *សៀវភៅរាយឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថាន*។
- គិតអំពីថ្លៃចំណាយសរុបរបស់អ្នកនៅក្នុងគម្រោង។
 - តើថ្លៃចំណាយសរុបប្រៀបធៀបទៅនឹងជម្រើសធានារ៉ាប់រងផ្សេងទៀតយ៉ាងដូចម្តេច?
- គិតអំពីថា តើអ្នកពេញចិត្តនឹងគម្រោងរបស់យើងដែរឬទេ។

ប្រសិនបើអ្នកសម្រេចចិត្តបន្តនៅជាមួយ Health Plan Advantage D-SNP៖

ប្រសិនបើអ្នកចង់បន្តនៅជាមួយយើងនៅឆ្នាំបន្ទាប់ វាងាយស្រួល – អ្នកមិនចាំបាច់ធ្វើអ្វីទេ។ ប្រសិនបើអ្នកមិនធ្វើការផ្លាស់ប្តូរទេ អ្នកនឹងបន្តចុះឈ្មោះក្នុង Health Plan ដោយស្វ័យប្រវត្តិ។

ប្រសិនបើអ្នកសម្រេចចិត្តផ្លាស់ប្តូរគម្រោង៖

ប្រសិនបើអ្នកសម្រេចចិត្តថា ការធានារ៉ាប់រងផ្សេងទៀតនឹងឆ្លើយតបតាមតម្រូវការរបស់អ្នកបានល្អជាង អ្នកអាចប្តូរគម្រោងបាន (សូមមើល**ផ្នែក E2** សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម)។ ប្រសិនបើអ្នកចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងថ្មី ឬផ្លាស់ប្តូរទៅ Original Medicare ការធានារ៉ាប់រងថ្មីរបស់អ្នកនឹងចាប់ផ្តើមនៅថ្ងៃដំបូងនៃខែបន្ទាប់។

C. ការផ្លាស់ប្តូរចំពោះអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញរបស់យើង

បណ្តាញអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថានរបស់យើងបានផ្លាស់ប្តូរសម្រាប់ឆ្នាំ 2027។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមហៅទូរសព្ទទៅ Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP តាមលេខ 1-888-361-7526 (TTY:711) ចាប់ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ ចាប់ពីថ្ងៃទី 1 ខែតុលា ដល់ថ្ងៃទី 31 ខែមីនា និងពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ចាប់ពីថ្ងៃទី 1 ខែមេសា ដល់ថ្ងៃទី 30 ខែបន្ថែម

 សូមចូលទៅកាន់ www.hpsj-mvhp.org.

សូមពិនិត្យមើល សៀវភៅវាយឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថាន ឆ្នាំ 2027

ដើម្បីដឹងថា តើអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក (អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំបឋម អ្នកឯកទេស មន្ទីរពេទ្យ ។ល។) ឬឱសថស្ថានរបស់អ្នកស្ថិតនៅក្នុងបណ្តាញរបស់យើងដែរឬទេ។ សៀវភៅវាយឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថានដែលបានធ្វើបច្ចុប្បន្នភាព មាននៅលើគេហទំព័ររបស់យើងតាមរយៈ

www.hpsj-mvhp.org។ អ្នកក៏អាចហៅទូរសព្ទទៅ សេវាបម្រើអតិថិជន

តាមលេខនៅខាងក្រោមទំព័រ

ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានដែលបានធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពអំពីអ្នកផ្តល់សេវា

ឬស្នើសុំឱ្យយើងផ្ញើ សៀវភៅវាយឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា

និងឱសថស្ថានជូនអ្នកតាមប្រៃសណីយ៍បានផងដែរ។ វាមានសារៈសំខាន់ណាស់ដែលអ្នកដឹងថា

យើងក៏អាចធ្វើការផ្លាស់ប្តូរចំពោះបណ្តាញរបស់យើងក្នុងអំឡុងពេលផងដែរ។

ប្រសិនបើអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើង អ្នកមានសិទ្ធិ

និងការការពារមួយចំនួន។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមមើលជំពូក **3**

នៃ សៀវភៅណែនាំសមាជិករបស់អ្នក ឬហៅទូរសព្ទទៅ សេវាបម្រើអតិថិជន

តាមលេខនៅខាងក្រោមទំព័រ ដើម្បីទទួលបានជំនួយ។

D. ការផ្លាស់ប្តូរចំពោះអត្ថប្រយោជន៍ និងថ្លៃចំណាយសម្រាប់ឆ្នាំបន្ទាប់

D1. ការផ្លាស់ប្តូរចំពោះអត្ថប្រយោជន៍សម្រាប់សេវាវេជ្ជសាស្ត្រ

យើងកំពុងផ្លាស់ប្តូរការធានារ៉ាប់រងរបស់យើងសម្រាប់សេវាវេជ្ជសាស្ត្រមួយចំនួននៅឆ្នាំបន្ទាប់។ តារាងខាងក្រោមពិពណ៌នាអំពីការផ្លាស់ប្តូរទាំងនេះ។

	2026 (ឆ្នាំនេះ)	2027 (ឆ្នាំបន្ទាប់)
ឱសថមិនតម្រូវឱ្យមានវេជ្ជបញ្ជា (OTC)	\$150 ក្នុងមួយត្រីមាស ហើយមិនមានការផ្ទេរទឹកប្រាក់ដែលមិនបានប្រើទៅត្រីមាសបន្ទាប់ទេ។	\$145 ក្នុងមួយត្រីមាស ហើយមិនមានការផ្ទេរទឹកប្រាក់ដែលមិនបានប្រើទៅត្រីមាសបន្ទាប់ទេ។
ការស្តារនីតិសម្បទាស្នាក់	មិនតម្រូវឱ្យមានការអនុញ្ញាតជាមុនទេ។	តម្រូវឱ្យមានការអនុញ្ញាតជាមុន។
ឧបករណ៍ជំនួយការស្តាប់	\$1500 លើសពីកម្រិតកំណត់របស់ Medi-Cal រដ្ឋសម្រាប់ឧបករណ៍ជំនួយការស្តាប់ ពុម្ពត្រចៀក ការកែសម្រួល និងគ្រឿងបន្ថែម។	\$1200 លើសពីកម្រិតកំណត់របស់ Medi-Cal រដ្ឋសម្រាប់ឧបករណ៍ជំនួយការស្តាប់ ពុម្ពត្រចៀក ការកែសម្រួល និងគ្រឿងបន្ថែម។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមហៅទូរសព្ទទៅ Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley

Health Plan Advantage D-SNP តាមលេខ 1-888-361-7526 (TTY:711) ចាប់ពីម៉ោង

8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ ចាប់ពីថ្ងៃទី 1 ខែតុលា ដល់ថ្ងៃទី 31

ខែមីនា និងពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ចាប់ពីថ្ងៃទី 1 ខែមេសា ដល់ថ្ងៃទី 30 ខែបន្ថែម



	2026 (ឆ្នាំនេះ)	2027 (ឆ្នាំបន្ទាប់)
ការបំពាក់ និងការវាយតម្លៃឧបករណ៍ជំនួយការស្តាប់	មិនតម្រូវឱ្យមានការអនុញ្ញាតជាមុនទេ	តម្រូវឱ្យមានការអនុញ្ញាតជាមុន។
ឧបករណ៍ជំនួយការស្តាប់	មិនតម្រូវឱ្យមានការអនុញ្ញាតជាមុនទេ	តម្រូវឱ្យមានការអនុញ្ញាតជាមុន។

D2. ការផ្លាស់ប្តូរចំពោះការធានារ៉ាប់រងលើឱសថ

ការផ្លាស់ប្តូរចំពោះបញ្ជីឱសថរបស់យើង

បញ្ជីឱសថដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងរបស់យើង ក៏ត្រូវបានហៅថា បញ្ជីឈ្មោះឱសថ ឬបញ្ជីឱសថផងដែរ។ ច្បាប់ចម្លងនៃបញ្ជីឱសថរបស់យើង ត្រូវបានបង្ហាញតាមអនឡាញនៅ www.hpsj-mvhp.org.

យើងបានធ្វើការផ្លាស់ប្តូរចំពោះបញ្ជីឱសថរបស់យើង ដែលអាចរួមមានការដកចេញឬបន្ថែមឱសថ ការផ្លាស់ប្តូរឱសថដែលយើងធានារ៉ាប់រង និងការផ្លាស់ប្តូរចំពោះការកម្រិតដែលអនុវត្តចំពោះការធានារ៉ាប់រងរបស់យើងសម្រាប់ឱសថមួយចំនួន។

សូមមើលបញ្ជីឱសថ ដើម្បីប្រាកដថាឱសថរបស់អ្នកនឹងត្រូវបានគ្របដណ្តប់នៅឆ្នាំបន្ទាប់ និងដើម្បីស្វែងយល់ថា តើមានការដាក់កម្រិតណាមួយដែរឬទេ។

ការផ្លាស់ប្តូរភាគច្រើននៅក្នុងបញ្ជីឱសថគឺជាការផ្លាស់ប្តូរថ្មីសម្រាប់ដើមឆ្នាំនីមួយៗ។ ទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយ យើងអាចធ្វើការផ្លាស់ប្តូរផ្សេងទៀតដែលត្រូវបានអនុញ្ញាតដោយ Medicare និង/ឬរដ្ឋ ដែលនឹងប៉ះពាល់ដល់អ្នកក្នុងអំឡុងឆ្នាំតាមប្រតិទិន។ យើងធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពបញ្ជីឱសថតាមអនឡាញរបស់យើងយ៉ាងហោចណាស់ប្រចាំខែ ដើម្បីផ្តល់បញ្ជីឱសថដែលមានបច្ចុប្បន្នភាពបំផុត។ ប្រសិនបើយើងធ្វើការផ្លាស់ប្តូរដែលនឹងប៉ះពាល់ដល់ឱសថដែលអ្នកកំពុងប្រើ យើងនឹងផ្ញើសេចក្តីជូនដំណឹងអំពីការផ្លាស់ប្តូរនោះជូនអ្នក។

ប្រសិនបើអ្នករងផលប៉ះពាល់ដោយសារការផ្លាស់ប្តូរចំពោះការធានារ៉ាប់រងលើឱសថ យើងសូមលើកទឹកចិត្តឱ្យអ្នក៖

- ធ្វើការជាមួយវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក (ឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាផ្សេងទៀត) ដើម្បីស្វែងរកឱសថផ្សេងទៀតដែលយើងធានារ៉ាប់រង។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមហៅទូរសព្ទទៅ Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP តាមលេខ 1-888-361-7526 (TTY:711) ចាប់ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ ចាប់ពីថ្ងៃទី 1 ខែតុលា ដល់ថ្ងៃទី 31 ខែមីនា និងពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ចាប់ពីថ្ងៃទី 1 ខែមេសា ដល់ថ្ងៃទី 30 ខែបន្ថែម

សូមចូលទៅកាន់ www.hpsj-mvhp.org.

- អ្នកអាចហៅទូរសព្ទទៅសេវាបម្រើអតិថិជនតាមលេខនៅខាងក្រោមទំព័រ ឬទាក់ទងអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នក ដើម្បីស្នើសុំបញ្ជីឱសថដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងដែលព្យាបាលជំងឺដូចគ្នា។
- បញ្ជីនេះអាចជួយអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកស្វែងរកឱសថដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រង ដែលអាចសម្របសម្រាប់អ្នក។
- ធ្វើការជាមួយវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក (ឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាផ្សេងទៀត) ហើយស្នើសុំឱ្យយើងធ្វើការលើកលែង ដើម្បីធានារ៉ាប់រងលើឱសថនោះ។
 - អ្នកអាចស្នើសុំការលើកលែងមុនឆ្នាំបន្ទាប់ ហើយយើងនឹងផ្តល់ចម្លើយជូនអ្នកក្នុងរយៈពេល 72 ម៉ោង បន្ទាប់ពីយើងទទួលបានសំណើរបស់អ្នក(ឬសេចក្តីថ្លែងការណ៍គាំទ្ររបស់អ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជា)។
 - ដើម្បីស្វែងយល់អំពីអ្វីដែលអ្នកត្រូវធ្វើដើម្បីស្នើសុំការលើកលែង សូមមើលជំពូក 9 នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*របស់អ្នក ឬហៅទូរសព្ទទៅសេវាបម្រើអតិថិជនតាមលេខនៅខាងក្រោមទំព័រ។
 - ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយក្នុងការស្នើសុំការលើកលែង សូមទាក់ទងសេវាបម្រើអតិថិជន ឬអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នក សូមមើលជំពូក 2 និង 3 នៃ *សៀវភៅណែនាំសមាជិក*របស់អ្នក ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពីរបៀបទាក់ទងអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នក។

មុនពេលចាប់ផ្តើមឆ្នាំគម្រោងថ្មី សេចក្តីជូនដំណឹងប្រចាំឆ្នាំអំពីការផ្លាស់ប្តូរនឹងត្រូវផ្ញើជូនអ្នក។ នេះនឹងជួយឱ្យអ្នកដឹងថា តើឱសថណាមួយដែលអ្នកកំពុងប្រើនឹងមិនត្រូវបានធានារ៉ាប់រងក្នុងឆ្នាំគម្រោងថ្មីដែរឬទេ។ អ្នកនឹងអាចស្នើសុំការលើកលែងបាន មុនពេលឆ្នាំគម្រោងថ្មីចាប់ផ្តើម។

ការលើកលែងចំពោះបញ្ជីឈ្មោះឱសថដែលមានសុពលភាពនាពេលបច្ចុប្បន្ន នឹងត្រូវបានធានារ៉ាប់រងបន្តរហូតដល់ឆ្នាំបន្ទាប់ លុះត្រាតែកាលបរិច្ឆេទបញ្ចប់នៃការលើកលែងដែលបានយល់ព្រមបានមកដល់។

ចាប់ពីឆ្នាំ 2027 យើងអាចដកចេញក្លាមៗនូវឱសថមានម៉ាកយីហោ ឬផលិតផលជីវសាស្ត្រដើមនៅលើ *បញ្ជីឱសថ*របស់យើង ប្រសិនបើយើងជំនួសពួកវាដោយឱសថទូទៅថ្មី ឬឱសថជីវសាស្ត្រស្រដៀងគ្នាជាក់លាក់នៃឱសថមានម៉ាកយីហោ ឬផលិតផលជីវសាស្ត្រដើមនៅលើកម្រិតការបង់ប្រាក់រួមដូចគ្នា ឬទាបជាង និងមានវិធានដូចគ្នា ឬតិចជាង។ លើសពីនេះ នៅពេលបន្ថែមកំណែថ្មី

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមហៅទូរសព្ទទៅ Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP តាមលេខ 1-888-361-7526 (TTY:711) ចាប់ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ ចាប់ពីថ្ងៃទី 1 ខែតុលា ដល់ថ្ងៃទី 31 ខែមីនា និងពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ចាប់ពីថ្ងៃទី 1 ខែមេសា ដល់ថ្ងៃទី 30 ខែបន្ថែម



យើងអាចសម្រេចចិត្តរក្សាទុកឱសថមានម៉ាកយីហោ
ឬផលិតផលជីវសាស្ត្រដើមនៅលើ *បញ្ជីឱសថ*របស់យើង ប៉ុន្តែ
ផ្លាស់ទីវាភ្លាមៗទៅកាន់កម្រិតការបង់ប្រាក់រួមផ្សេងទៀត ឬបន្ថែមវិធានថ្មី ឬទាំងពីរ។

ឧទាហរណ៍ ប្រសិនបើអ្នកប្រើឱសថមានម៉ាកយីហោ
ឬផលិតផលជីវសាស្ត្រដែលត្រូវបានជំនួសដោយឱសថទូទៅ ឬឱសថជីវសាស្ត្រស្រដៀងគ្នា
អ្នកប្រហែលជាមិនទទួលបានការជូនដំណឹងអំពីការផ្លាស់ប្តូរ 30 ថ្ងៃជាមុន
ឬមុនពេលអ្នកទទួលបានការផ្គត់ផ្គង់ឱសថមានម៉ាកយីហោ
ឬផលិតផលជីវសាស្ត្រសម្រាប់រយៈពេលមួយខែឡើយ។
អ្នកអាចនឹងទទួលបានព័ត៌មានអំពីការផ្លាស់ប្តូរជាក់លាក់
បន្ទាប់ពីការផ្លាស់ប្តូរត្រូវបានធ្វើឡើងរួចហើយ។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមហៅទូរសព្ទទៅ Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley
Health Plan Advantage D-SNP តាមលេខ 1-888-361-7526 (TTY:711) ចាប់ពីម៉ោង
8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ ចាប់ពីថ្ងៃទី 1 ខែតុលា ដល់ថ្ងៃទី 31
ខែមីនា និងពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ចាប់ពីថ្ងៃទី 1 ខែមេសា ដល់ថ្ងៃទី 30 ខែ**បន្ថែម**



សូមចូលទៅកាន់ www.hpsj-mvhp.org.

ប្រភេទឱសថទាំងនេះមួយចំនួន អាចជាប្រភេទថ្មីសម្រាប់អ្នក។ សម្រាប់និយមន័យនៃប្រភេទឱសថ សូមមើលជំពូក 12 នៃសៀវភៅណែនាំសមាជិករបស់អ្នក។ រដ្ឋបាលចំណីអាហារ និងឱសថ (FDA) ក៏ផ្តល់ព័ត៌មានសម្រាប់អ្នកប្រើប្រាស់អំពីឱសថផងដែរ។ សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ FDA៖ www.fda.gov/drugs/biosimilars/multimedia-education-materials-biosimilars#For%20Patients។

អ្នកក៏អាចហៅទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជនតាមលេខនៅខាងក្រោមទំព័រ ឬសួរអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាព អ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជា ឬឱសថការីរបស់អ្នក ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែម។

ការផ្លាស់ប្តូរចំពោះថ្លៃឱសថ

តារាងខាងក្រោមបង្ហាញពីថ្លៃចំណាយរបស់អ្នកសម្រាប់ឱសថនៅក្នុងកម្រិតឱសថទាំង 6 របស់យើង។

	2026 (ឆ្នាំនេះ)	2027 (ឆ្នាំបន្ទាប់)
ឱសថនៅក្នុងកម្រិត 1 (ឱសថទូទៅដែលត្រូវបានជ្រើសរើស) ថ្លៃចំណាយសម្រាប់ការផ្គត់ផ្គង់ឱសថក្នុងកម្រិត 1 សម្រាប់មួយខែ ដែលបានបំពេញនៅឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញ	ការបង់ប្រាក់រួមរបស់អ្នកសម្រាប់ការផ្គត់ផ្គង់មួយខែ (30 ថ្ងៃ) គឺ \$0។ ការបង់ប្រាក់រួមរបស់អ្នកសម្រាប់ការផ្គត់ផ្គង់មួយខែ (30 ថ្ងៃ) នៃផលិតផលអាំងស៊ុយលីននីមួយៗដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រង គឺ \$0។ ការបង់ប្រាក់រួមរបស់អ្នកសម្រាប់វេជ្ជបញ្ជាតាមប្រៃសណីយ៍សម្រាប់មួយខែ (30 ថ្ងៃ) គឺ \$0។	ការបង់ប្រាក់រួមរបស់អ្នកសម្រាប់ការផ្គត់ផ្គង់មួយខែ (30 ថ្ងៃ) គឺ \$0។ ការបង់ប្រាក់រួមរបស់អ្នកសម្រាប់ការផ្គត់ផ្គង់មួយខែ (30 ថ្ងៃ) នៃផលិតផលអាំងស៊ុយលីននីមួយៗដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រង គឺ \$0។ ការបង់ប្រាក់រួមរបស់អ្នកសម្រាប់វេជ្ជបញ្ជាតាមប្រៃសណីយ៍សម្រាប់មួយខែ (30 ថ្ងៃ) គឺ \$0។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមហៅទូរសព្ទទៅ Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP តាមលេខ 1-888-361-7526 (TTY:711) ចាប់ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ ចាប់ពីថ្ងៃទី 1 ខែតុលា ដល់ថ្ងៃទី 31 ខែមីនា និងពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ចាប់ពីថ្ងៃទី 1 ខែមេសា ដល់ថ្ងៃទី 30 ខែបន្ថែម



	2026 (ឆ្នាំនេះ)	2027 (ឆ្នាំបន្ទាប់)
ឱសថនៅក្នុងកម្រិត 2 (ឱសថទូទៅ) ថ្លៃចំណាយសម្រាប់ការផ្គត់ផ្គង់ឱសថក្នុងកម្រិត 2 សម្រាប់មួយខែ ដែលបានបំពេញនៅឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញ	ការបង់ប្រាក់រួមរបស់អ្នកសម្រាប់ការផ្គត់ផ្គង់មួយខែ (30 ថ្ងៃ) គឺ \$1.60 ដល់ \$5.10។ ការបង់ប្រាក់រួមរបស់អ្នកសម្រាប់ការផ្គត់ផ្គង់មួយខែ (30 ថ្ងៃ) នៃផលិតផលអាំងស៊ុយលីននីមួយៗដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងគឺរហូតដល់ \$1.60 ដល់ \$5.10។ ការបង់ប្រាក់រួមរបស់អ្នកសម្រាប់វេជ្ជបញ្ជាតាមប្រៃសណីយ៍សម្រាប់មួយខែ (30 ថ្ងៃ) គឺ \$1.60 ដល់ \$5.10។	ការបង់ប្រាក់រួមរបស់អ្នកសម្រាប់ការផ្គត់ផ្គង់មួយខែ (30 ថ្ងៃ) គឺ \$0។ ការបង់ប្រាក់រួមរបស់អ្នកសម្រាប់ការផ្គត់ផ្គង់មួយខែ (30 ថ្ងៃ) នៃផលិតផលអាំងស៊ុយលីននីមួយៗដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងគឺ \$0។ ការបង់ប្រាក់រួមរបស់អ្នកសម្រាប់វេជ្ជបញ្ជាតាមប្រៃសណីយ៍សម្រាប់មួយខែ (30 ថ្ងៃ) គឺ \$0។
ឱសថនៅក្នុងកម្រិត 3 (ឱសថមានម៉ាកយីហោដែលត្រូវបានជ្រើសរើស) ថ្លៃចំណាយសម្រាប់ការផ្គត់ផ្គង់ឱសថក្នុងកម្រិត 1 សម្រាប់មួយខែ ដែលបានបំពេញនៅឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញ	ការបង់ប្រាក់រួមរបស់អ្នកសម្រាប់ការផ្គត់ផ្គង់មួយខែ (30 ថ្ងៃ) គឺ \$4.90 ដល់ \$12.65។ ការបង់ប្រាក់រួមរបស់អ្នកសម្រាប់ការផ្គត់ផ្គង់មួយខែ (30 ថ្ងៃ) នៃផលិតផលអាំងស៊ុយលីននីមួយៗដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងគឺ \$4.90 ដល់ \$12.65។ ការបង់ប្រាក់រួមរបស់អ្នកសម្រាប់វេជ្ជបញ្ជាតាមប្រៃសណីយ៍សម្រាប់មួយខែ (30 ថ្ងៃ) គឺ \$4.90 ដល់ \$12.65។	ការបង់ប្រាក់រួមរបស់អ្នកសម្រាប់ការផ្គត់ផ្គង់មួយខែ (30 ថ្ងៃ) គឺ \$0។ ការបង់ប្រាក់រួមរបស់អ្នកសម្រាប់ការផ្គត់ផ្គង់មួយខែ (30 ថ្ងៃ) នៃផលិតផលអាំងស៊ុយលីននីមួយៗដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងគឺ \$0។ ការបង់ប្រាក់រួមរបស់អ្នកសម្រាប់វេជ្ជបញ្ជាតាមប្រៃសណីយ៍សម្រាប់មួយខែ (30 ថ្ងៃ) គឺ \$0។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមហៅទូរសព្ទទៅ Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP តាមលេខ 1-888-361-7526 (TTY:711) ចាប់ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ ចាប់ពីថ្ងៃទី 1 ខែតុលា ដល់ថ្ងៃទី 31 ខែមីនា និងពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ចាប់ពីថ្ងៃទី 1 ខែមេសា ដល់ថ្ងៃទី 30 ខែបន្ថែម



សូមចូលទៅកាន់ www.hpsj-mvhp.org.

	2026 (ឆ្នាំនេះ)	2027 (ឆ្នាំបន្ទាប់)
ឱសថនៅក្នុងកម្រិត 4 (ឱសថមានម៉ាកយីហៅ ដែលមិនចង់បាន) ថ្លៃចំណាយសម្រាប់ការផ្គត់ផ្គង់ឱសថក្នុងកម្រិត 1 សម្រាប់មួយខែ ដែល បានបំពេញនៅឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញ	ការបង់ប្រាក់រួមរបស់អ្នកសម្រាប់ការផ្គត់ផ្គង់មួយខែ (30 ថ្ងៃ) គឺ \$1.60 ដល់ \$12.65។ ការបង់ប្រាក់រួមរបស់អ្នកសម្រាប់ការផ្គត់ផ្គង់មួយខែ (30 ថ្ងៃ) នៃផលិតផលអាំងស៊ុយលីននីមួយៗដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រង គឺ \$1.60 ដល់ \$12.65។ ការបង់ប្រាក់រួមរបស់អ្នកសម្រាប់វេជ្ជបញ្ជាតាមប្រែសណីយ៍សម្រាប់មួយខែ (30 ថ្ងៃ) គឺ \$1.60 ដល់ \$12.65។	ការបង់ប្រាក់រួមរបស់អ្នកសម្រាប់ការផ្គត់ផ្គង់មួយខែ (30 ថ្ងៃ) គឺ \$0។ ការបង់ប្រាក់រួមរបស់អ្នកសម្រាប់ការផ្គត់ផ្គង់មួយខែ (30 ថ្ងៃ) នៃផលិតផលអាំងស៊ុយលីននីមួយៗដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រង គឺ \$0។ ការបង់ប្រាក់រួមរបស់អ្នកសម្រាប់វេជ្ជបញ្ជាតាមប្រែសណីយ៍សម្រាប់មួយខែ (30 ថ្ងៃ) គឺ \$0។
ឱសថនៅក្នុងកម្រិត 5 (ឱសថឯកទេស) ថ្លៃចំណាយសម្រាប់ការផ្គត់ផ្គង់ឱសថក្នុងកម្រិត 1 សម្រាប់មួយខែ ដែល បានបំពេញនៅឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញ	ការបង់ប្រាក់រួមរបស់អ្នកសម្រាប់ការផ្គត់ផ្គង់មួយខែ (30 ថ្ងៃ) គឺ \$1.60 ដល់ \$12.65។ ការបង់ប្រាក់រួមរបស់អ្នកសម្រាប់ការផ្គត់ផ្គង់មួយខែ (30 ថ្ងៃ) នៃផលិតផលអាំងស៊ុយលីននីមួយៗដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រង គឺ \$1.60 ដល់ \$12.65។ ការបង់ប្រាក់រួមរបស់អ្នកសម្រាប់វេជ្ជបញ្ជាតាមប្រែសណីយ៍សម្រាប់មួយខែ (30 ថ្ងៃ) គឺ \$1.60 ដល់ \$12.65។	ការបង់ប្រាក់រួមរបស់អ្នកសម្រាប់ការផ្គត់ផ្គង់មួយខែ (30 ថ្ងៃ) គឺ \$0។ ការបង់ប្រាក់រួមរបស់អ្នកសម្រាប់ការផ្គត់ផ្គង់មួយខែ (30 ថ្ងៃ) នៃផលិតផលអាំងស៊ុយលីននីមួយៗដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រង គឺ \$0។ ការបង់ប្រាក់រួមរបស់អ្នកសម្រាប់វេជ្ជបញ្ជាតាមប្រែសណីយ៍សម្រាប់មួយខែ (30 ថ្ងៃ) គឺ \$0។
ឱសថនៅក្នុងកម្រិត 6	ការបង់ប្រាក់រួមរបស់អ្នកសម្រាប់ការផ្គត់ផ្គង់មួយខែ (30 ថ្ងៃ) គឺ \$0។	ការបង់ប្រាក់រួមរបស់អ្នកសម្រាប់ការផ្គត់ផ្គង់មួយខែ (30 ថ្ងៃ) គឺ \$0។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមហៅទូរសព្ទទៅ Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP តាមលេខ 1-888-361-7526 (TTY:711) ចាប់ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ ចាប់ពីថ្ងៃទី 1 ខែតុលា ដល់ថ្ងៃទី 31 ខែមីនា និងពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ចាប់ពីថ្ងៃទី 1 ខែមេសា ដល់ថ្ងៃទី 30 ខែបន្ថែម



	2026 (ឆ្នាំនេះ)	2027 (ឆ្នាំបន្ទាប់)
(ឱសថថែទាំដែលបានជ្រើសរើស) ថ្លៃចំណាយសម្រាប់ការផ្គត់ផ្គង់ឱសថក្នុងកម្រិត 1 សម្រាប់មួយខែ ដែលបានបំពេញនៅឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញ	ការបង់ប្រាក់រួមរបស់អ្នកសម្រាប់ការផ្គត់ផ្គង់មួយខែ (30 ថ្ងៃ) នៃផលិតផលអាំងស៊ុយលីននីមួយៗដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រង គឺ \$0។ ការបង់ប្រាក់រួមរបស់អ្នកសម្រាប់វេជ្ជបញ្ជាតាមប្រៃសណីយ៍សម្រាប់មួយខែ (30 ថ្ងៃ) គឺ \$0។	ការបង់ប្រាក់រួមរបស់អ្នកសម្រាប់ការផ្គត់ផ្គង់មួយខែ (30 ថ្ងៃ) នៃផលិតផលអាំងស៊ុយលីននីមួយៗដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រង គឺ \$0។ ការបង់ប្រាក់រួមរបស់អ្នកសម្រាប់វេជ្ជបញ្ជាតាមប្រៃសណីយ៍សម្រាប់មួយខែ (30 ថ្ងៃ) គឺ \$0។

E. ការជ្រើសរើសគម្រោង

E1. ការបន្តនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើង

យើងសង្ឃឹមថានឹងរក្សាអ្នកជាសមាជិកគម្រោង។ អ្នកមិនចាំបាច់ធ្វើអ្វីនោះទេ ដើម្បីបន្តនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើង។ លើកលែងតែអ្នកចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោង Medicare ផ្សេង ឬផ្លាស់ប្តូរទៅ Original Medicare អ្នកនឹងបន្តចុះឈ្មោះជាសមាជិកនៃគម្រោងរបស់យើងដោយស្វ័យប្រវត្តិសម្រាប់ឆ្នាំ 2027។

E2. ការផ្លាស់ប្តូរគម្រោង

មនុស្សភាគច្រើនដែលមាន Medicare អាចបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់ពួកគេក្នុងអំឡុងពេលជាក់លាក់មួយចំនួននៃឆ្នាំ។

បន្ថែមពីនេះ:

អ្នកអាចបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់អ្នកនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើងក្នុងអំឡុងពេលដូចខាងក្រោម:

- **រយៈពេលចុះឈ្មោះបើកចំហ** ដែលមានចាប់ពីថ្ងៃទី 15 ខែតុលា ដល់ថ្ងៃទី 7 ខែធ្នូ ប្រសិនបើអ្នកជ្រើសរើសគម្រោងថ្មីក្នុងអំឡុងពេលនេះ សមាជិកភាពរបស់អ្នកនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើងនឹងបញ្ចប់នៅថ្ងៃទី 31 ខែធ្នូ ហើយសមាជិកភាពរបស់អ្នកនៅក្នុងគម្រោងថ្មីនឹងចាប់ផ្តើមនៅថ្ងៃទី 1 ខែមករា

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមហៅទូរសព្ទទៅ Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP តាមលេខ 1-888-361-7526 (TTY:711) ចាប់ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ ចាប់ពីថ្ងៃទី 1 ខែតុលា ដល់ថ្ងៃទី 31 ខែមីនា និងពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ចាប់ពីថ្ងៃទី 1 ខែមេសា ដល់ថ្ងៃទី 30 ខែបន្ថែម



សូមចូលទៅកាន់ www.hpsj-mvhp.org.

- រយៈពេលចុះឈ្មោះបើកចំហរបស់ **Medicare Advantage (MA)** ដែលមានចាប់ពីថ្ងៃទី 1 ខែមករា ដល់ថ្ងៃទី 31 ខែមីនា។ ប្រសិនបើអ្នកជ្រើសរើសគម្រោងថ្មីក្នុងអំឡុងពេលនេះ សមាជិកភាពរបស់អ្នកនៅក្នុងគម្រោងថ្មីនឹងចាប់ផ្តើមនៅថ្ងៃដំបូងនៃខែបន្ទាប់។
- ដោយសារអ្នកមាន Medi-Cal អ្នកមានជម្រើសមួយចំនួនដើម្បីបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់អ្នកនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើង រួមទាំងក្នុងខែណាមួយនៃឆ្នាំផងដែរ។

អាចមានស្ថានភាពផ្សេងទៀតដែលអ្នកមានសិទ្ធិធ្វើការផ្លាស់ប្តូរការចុះឈ្មោះរបស់អ្នក។ ឧទាហរណ៍ នៅពេល៖

- អ្នកបានផ្លាស់ប្តូរទីលំនៅចេញពីតំបន់សេវាកម្មរបស់យើង
- លក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់របស់អ្នកសម្រាប់ Medi-Cal ឬជំនួយបន្ថែម (Extra Help) បានផ្លាស់ប្តូរ **ឬ**
- អ្នកទើបតែបានផ្លាស់ប្តូរទីលំនៅចូល ឬបច្ចុប្បន្នកំពុងទទួលការថែទាំនៅក្នុងគ្រឹះស្ថាន (ដូចជា មន្ទីរថែទាំដែលមានជំនាញ ឬមន្ទីរពេទ្យថែទាំរយៈពេលវែង)។ ប្រសិនបើអ្នកទើបតែបានផ្លាស់ប្តូរទីលំនៅចេញពីគ្រឹះស្ថាន អ្នកអាចផ្លាស់ប្តូរគម្រោង ឬផ្លាស់ប្តូរទៅ Original Medicare បានសម្រាប់រយៈពេលពីរខែពេញ បន្ទាប់ពីខែដែលអ្នកបានផ្លាស់ប្តូរទីលំនៅចេញ។

សេវា Medicare របស់អ្នក

អ្នកមានជម្រើសបីសម្រាប់ទទួលសេវា Medicare របស់អ្នកដែលមានរាយខាងក្រោម ក្នុងខែណាមួយនៃឆ្នាំ។ អ្នកមានជម្រើសបន្ថែមមួយទៀតដែលមានរាយខាងក្រោម ក្នុងអំឡុងពេលជាក់លាក់ណាមួយនៃឆ្នាំ រួមទាំង **រយៈពេលចុះឈ្មោះបើកចំហ** និង**រយៈពេលចុះឈ្មោះបើកចំហរបស់ Medicare Advantage** ឬស្ថានភាពផ្សេងទៀតដែលបានពិពណ៌នានៅក្នុងផ្នែក **E2**។ តាមរយៈការជ្រើសរើសជម្រើសមួយក្នុងចំណោមជម្រើសទាំងនេះ អ្នកនឹងបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់អ្នកនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើងដោយស្វ័យប្រវត្តិ។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមហៅទូរសព្ទទៅ Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP តាមលេខ 1-888-361-7526 (TTY:711) ចាប់ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ ចាប់ពីថ្ងៃទី 1 ខែតុលា ដល់ថ្ងៃទី 31 ខែមីនា និងពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ចាប់ពីថ្ងៃទី 1 ខែមេសា ដល់ថ្ងៃទី 30 ខែបន្ថែម



1. អ្នកអាចផ្លាស់ប្តូរទៅ៖ គម្រោង Medi-Medi គឺជាប្រភេទនៃគម្រោង Medicare Advantage។ វាគឺសម្រាប់មនុស្សដែលមានទាំង Medicare និង Medi-Cal ហើយរួមបញ្ចូលអត្ថប្រយោជន៍ Medicare និង Medi-Cal ទៅក្នុងគម្រោងតែមួយ។ គម្រោង Medi-Medi សម្របសម្រួលអត្ថប្រយោជន៍ និងសេវាទាំងអស់នៅទូទាំងកម្មវិធីទាំងពីរ រួមទាំងសេវាទាំងអស់ដែល Medicare និង Medi-Cal ធានារ៉ាប់រង ឬគម្រោងកម្មវិធីថែទាំរួមបញ្ចូលទាំងស្រុងសម្រាប់មនុស្សចាស់ (PACE) ប្រសិនបើអ្នកមានលក្ខណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់។ ចំណាំ៖ ពាក្យថា Medi-Medi Plan គឺជាឈ្មោះសម្រាប់គម្រោងគម្រូវការពិសេស ដែលមានសិទ្ធិទទួលបានជំនួយពីរួមបញ្ចូល គ្នា (D-SNP) នៅរដ្ឋ California។	ខាងក្រោមនេះគឺជាអ្វីដែលត្រូវធ្វើ ៖ ហៅទូរសព្ទទៅ Medicare តាមលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរតែហៅទូរសព្ទទៅលេខ 1-877-486-2048។ សម្រាប់ការសាកសួរអំពីកម្មវិធីថែទាំរួមបញ្ចូលទាំង ស្រុងសម្រាប់មនុស្សចាស់ (PACE) សូមហៅទូរសព្ទទៅលេខ 1-855-921-PACE (7223)។ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយ ឬព័ត៌មានបន្ថែម៖ • សូមទូរសព្ទទៅកម្មវិធីផ្តល់ប្រឹក្សាយោបល់ និងកសិមកិផ្នែកធានារ៉ាប់រងសុខភាព (HICAP) រដ្ឋ California តាមលេខ 1-800-434-0222 ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ចាប់ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ 5 ល្ងាច។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម ឬដើម្បីស្វែងរកការិយាល័យ HICAP ក្នុងតំបន់របស់អ្នក សូមចូលទៅកាន់ www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/. ឬ ចុះឈ្មោះក្នុង Medi-Medi Plan ថ្មី។ អ្នកនឹងត្រូវលុបឈ្មោះចេញពីគម្រោងរបស់យើង ដោយស្វ័យប្រវត្តិ នៅពេលដែលការធានារ៉ាប់រងរបស់គម្រោងថ្មីរបស់ អ្នកចាប់ផ្តើម។ គម្រោង Medi-Cal របស់អ្នកនឹងផ្លាស់ប្តូរឱ្យត្រូវគ្នានឹងគម្រោង Medi-Medi របស់អ្នក។
---	---

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមហៅទូរសព្ទទៅ Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP តាមលេខ 1-888-361-7526 (TTY:711) ចាប់ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ ចាប់ពីថ្ងៃទី 1 ខែតុលា ដល់ថ្ងៃទី 31 ខែមីនា និងពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ចាប់ពីថ្ងៃទី 1 ខែមេសា ដល់ថ្ងៃទី 30 ខែបន្ថែម

2. អ្នកអាចផ្លាស់ប្តូរទៅ៖ Original Medicare ជាមួយនឹងគម្រោងឱសថ Medicare ដាច់ដោយឡែក	ខាងក្រោមនេះគឺជាអ្វីដែលត្រូវធ្វើ ៖ ហៅទូរសព្ទទៅ Medicare តាមលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរតែហៅទូរសព្ទទៅលេខ 1-877-486-2048។ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយ ឬព័ត៌មានបន្ថែម៖ • សូមទូរសព្ទទៅកម្មវិធីផ្តល់ប្រឹក្សាយោបល់ និងកសិមកិផ្នែកធានារ៉ាប់រងសុខភាព (HICAP) រដ្ឋ California តាមលេខ 1-800-434- 0222 ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ចាប់ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ 5 ល្ងាច។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម ឬដើម្បីស្វែងរកការិយាល័យ HICAP ក្នុងតំបន់របស់អ្នក សូមចូលទៅកាន់ www.aging.ca.gov/ Programs and Services/ Medicare Counseling/. ឬ ចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងឱសថ Medicare តាមវេជ្ជបញ្ជាថ្មី។ អ្នកនឹងត្រូវលុបឈ្មោះចេញពីគម្រោងរបស់យើង ដោយស្វ័យប្រវត្តិ នៅពេលការធានារ៉ាប់រង Original Medicare របស់អ្នកចាប់ផ្តើម។ គម្រោង Medi-Cal របស់អ្នកនឹងមិនផ្លាស់ប្តូរទេ លុះត្រាតែអ្នកស្នើសុំឱ្យមានការផ្លាស់ប្តូរ។
--	---

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមហៅទូរសព្ទទៅ Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley
Health Plan Advantage D-SNP តាមលេខ 1-888-361-7526 (TTY:711) ចាប់ពីម៉ោង
8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ ចាប់ពីថ្ងៃទី 1 ខែតុលា ដល់ថ្ងៃទី 31
ខែមីនា និងពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ចាប់ពីថ្ងៃទី 1 ខែមេសា ដល់ថ្ងៃទី 30 ខែបន្ថែម



3. អ្នកអាចផ្លាស់ប្តូរទៅ៖

Original Medicare
ដោយគ្មានគម្រោងឱសថ Medicare
ដាច់ដោយឡែក
ប្រសិនបើអ្នកមានមូលហេតុដែលមានសុពលភាពសម្រាប់ការលុបឈ្មោះ។

ចំណាំ៖ ប្រសិនបើអ្នកប្តូរទៅ Original Medicare ហើយមិនចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងឱសថ Medicare ដាច់ដោយឡែកទេ Medicare អាចនឹងចុះឈ្មោះអ្នកក្នុងគម្រោងឱសថមួយ លុះត្រាតែអ្នកប្រាប់ Medicare ថាអ្នកមិនចង់ចូលរួម។

អ្នកគួរតែបោះបង់ការធានារ៉ាប់រងលើឱសថ លុះត្រាតែអ្នកមានការធានារ៉ាប់រងលើឱសថពីប្រភពផ្សេងទៀត ដូចជានិយោជក ឬសហជីព។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរអំពីថាតើអ្នកត្រូវការការធានារ៉ាប់រងលើឱសថដែរឬទេ សូមទូរសព្ទទៅកម្មវិធីផ្តល់ប្រឹក្សាយោបល់ និងកសិមកិផ្នែកធានារ៉ាប់រងសុខភាព (HICAP) រដ្ឋ California តាមលេខ 1-800-434-0222 ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ចាប់ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ 5 ល្ងាច។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម ឬដើម្បីស្វែងរកការិយាល័យ HICAP ក្នុងតំបន់របស់អ្នក សូមចូលទៅកាន់ [www.aging.ca.gov/Programs and Services/Medicare Counseling/](http://www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/).

ខាងក្រោមនេះគឺជាអ្វីដែលត្រូវធ្វើ ៖

ហៅទូរសព្ទទៅ Medicare តាមលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរតែហៅទូរសព្ទទៅលេខ 1-877-486-2048។

ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយ ឬព័ត៌មានបន្ថែម៖

- សូមទូរសព្ទទៅកម្មវិធីផ្តល់ប្រឹក្សាយោបល់ និងកសិមកិផ្នែកធានារ៉ាប់រងសុខភាព (HICAP) រដ្ឋ California តាមលេខ 1-800-434-0222 ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ចាប់ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ 5 ល្ងាច។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម ឬដើម្បីស្វែងរកការិយាល័យ HICAP ក្នុងតំបន់របស់អ្នក សូមចូលទៅកាន់ [www.aging.ca.gov/Programs and Services/Medicare Counseling/](http://www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/).

អ្នកនឹងត្រូវលុបឈ្មោះចេញពីគម្រោងរបស់យើង ដោយស្វ័យប្រវត្តិ នៅពេលការធានារ៉ាប់រង Original Medicare របស់អ្នកចាប់ផ្តើម។

គម្រោង Medi-Cal របស់អ្នកនឹងមិនផ្លាស់ប្តូរទេ លុះត្រាតែអ្នកស្នើសុំឱ្យមានការផ្លាស់ប្តូរ។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមហៅទូរសព្ទទៅ Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP តាមលេខ 1-888-361-7526 (TTY:711) ចាប់ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ ចាប់ពីថ្ងៃទី 1 ខែតុលា ដល់ថ្ងៃទី 31 ខែមីនា និងពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ចាប់ពីថ្ងៃទី 1 ខែមេសា ដល់ថ្ងៃទី 30 ខែបន្ថែម

សូមចូលទៅកាន់ www.hpsj-mvhp.org.



4. អ្នកអាចផ្លាស់ប្តូរទៅ៖ គម្រោងសុខភាព Medicare ណាមួយក្នុងអំឡុងពេលជាក់លាក់ណាមួយនៃ ឆ្នាំ រួមទាំងរយៈពេលចុះឈ្មោះបើកចំហ និងរយៈពេលចុះឈ្មោះបើកចំហរបស់ Medicare Advantage ឬស្ថានភាពផ្សេងទៀតដែលបាន ពិពណ៌នានៅក្នុងផ្នែក E2.	ខាងក្រោមនេះគឺជាអ្វីដែលត្រូវធ្វើ ៖ ហៅទូរសព្ទទៅ Medicare តាមលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរតែហៅទូរសព្ទទៅលេខ 1-877-486-2048។ សម្រាប់ការសាកសួរអំពីកម្មវិធីថែទាំរួមបញ្ចូលទាំង ស្រុងសម្រាប់មនុស្សចាស់ (PACE) សូមហៅទូរសព្ទទៅលេខ 1-855-921-PACE (7223)។ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយ ឬព័ត៌មានបន្ថែម៖ • សូមទូរសព្ទទៅកម្មវិធីផ្តល់ប្រឹក្សាយោបល់ និងគម្លឹមកិច្ចការណ៍រ៉ាប់រងសុខភាព (HICAP) រដ្ឋ California តាមលេខ 1-800-434- 0222 ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ចាប់ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ 5 ល្ងាច។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម ឬដើម្បីស្វែងរកការិយាល័យ HICAP ក្នុងតំបន់របស់អ្នក សូមចូលទៅកាន់ www.aging.ca.gov/ Programs and Services/ Medicare Counseling/. ឬ ចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោង Medicare ថ្មី។ អ្នកនឹងត្រូវលុបឈ្មោះចេញពីគម្រោង Medicare របស់យើងដោយស្វ័យប្រវត្តិ នៅពេលដែលការធានារ៉ាប់រងរបស់គម្រោងថ្មីរបស់ អ្នកចាប់ផ្តើម។ គម្រោង Medi-Cal របស់អ្នកអាចនឹងផ្លាស់ប្តូរ។
---	--

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមហៅទូរសព្ទទៅ Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley
Health Plan Advantage D-SNP តាមលេខ 1-888-361-7526 (TTY:711) ចាប់ពីម៉ោង
8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ ចាប់ពីថ្ងៃទី 1 ខែតុលា ដល់ថ្ងៃទី 31
ខែមីនា និងពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ចាប់ពីថ្ងៃទី 1 ខែមេសា ដល់ថ្ងៃទី 30 ខែបន្ថែម



សេវាកម្ម Medi-Cal របស់អ្នក

សម្រាប់សំណួរអំពីរបៀបជ្រើសរើសគម្រោង Medi-Cal ឬទទួលបានសេវាកម្ម Medi-Cal របស់អ្នក បន្ទាប់ពីអ្នកចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើង សូមទាក់ទង Health Care Options តាមរយៈលេខ 1-800-430-4263 ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ចាប់ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 6 ល្ងាច។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរតែហៅទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-430-7077។ សួរថា តើការចូលរួមជាមួយគម្រោងផ្សេងទៀត ឬការត្រឡប់ទៅ Original Medicare វិញ ប៉ះពាល់ដល់របៀបដែលអ្នកទទួលបានការធានារ៉ាប់រង Medi-Cal របស់អ្នកយ៉ាងដូចម្តេច។

F. ការទទួលជំនួយ

F1. គម្រោងរបស់យើង

យើងនៅទីនេះដើម្បីជួយ ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរណាមួយ។ ហៅទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជនតាមលេខនៅខាងក្រោមទំព័រ ក្នុងអំឡុងថ្ងៃ និងម៉ោងធ្វើការដែលបានចុះបញ្ជី។ ការហៅទូរសព្ទទាំងនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។

អាន សៀវភៅណែនាំសមាជិករបស់អ្នក

សៀវភៅណែនាំសមាជិករបស់អ្នក គឺជាការពិពណ៌នាលម្អិតល្អនូវច្បាប់អំពីអត្ថប្រយោជន៍របស់គម្រោងរបស់យើង។ វាមានព័ត៌មានលម្អិតអំពីអត្ថប្រយោជន៍ និងការចំណាយសម្រាប់ឆ្នាំ 2027។ វាពន្យល់ពីសិទ្ធិរបស់អ្នក និងវិធានដែលត្រូវអនុវត្តតាម ដើម្បីទទួលបានសេវាកម្ម និងឱសថ ដែលយើងធានារ៉ាប់រង។

សៀវភៅណែនាំសមាជិកសម្រាប់ឆ្នាំ 2027 នឹងមានជូនត្រឹមថ្ងៃទី 15 ខែតុលា។ ច្បាប់ចម្លងធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពនៃ សៀវភៅណែនាំសមាជិកមាននៅលើគេហទំព័ររបស់យើងតាមរយៈ www.hpsj-mvhp.org។ អ្នកក៏អាចហៅទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជនតាមលេខនៅខាងក្រោមទំព័រ ដើម្បីស្នើសុំឱ្យយើងផ្ញើ សៀវភៅណែនាំសមាជិកសម្រាប់ឆ្នាំ 2027 ជូនអ្នកតាមប្រៃសណីយ៍។

គេហទំព័ររបស់យើង

អ្នកអាចចូលមើលគេហទំព័ររបស់យើងតាមរយៈ www.hpsj-mvhp.org។ សូមរំលឹកថា គេហទំព័ររបស់យើងមានព័ត៌មានបច្ចុប្បន្នភាពបំផុតអំពីបណ្តាញអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថានរបស់យើង (សៀវភៅរាយឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថាន) និងបញ្ជីឱសថរបស់យើង (បញ្ជីឱសថដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រង)។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមហៅទូរសព្ទទៅ Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP តាមលេខ 1-888-361-7526 (TTY:711) ចាប់ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ ចាប់ពីថ្ងៃទី 1 ខែតុលា ដល់ថ្ងៃទី 31 ខែមីនា និងពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ចាប់ពីថ្ងៃទី 1 ខែមេសា ដល់ថ្ងៃទី 30 ខែបន្ថែម



សូមចូលទៅកាន់ www.hpsj-mvhp.org.

F2. កម្មវិធីផ្តល់ប្រឹក្សាយោបល់ និងតស៊ូមតិផ្នែកធានារ៉ាប់រងសុខភាព (HICAP)

អ្នកក៏អាចហៅទូរសព្ទទៅកម្មវិធីជំនួយធានារ៉ាប់រងសុខភាពរដ្ឋ (SHIP) បានផងដែរ។ នៅក្នុងរដ្ឋ California, SHIP ត្រូវបានហៅថា កម្មវិធីផ្តល់ប្រឹក្សាយោបល់ និងតស៊ូមតិផ្នែកធានារ៉ាប់រងសុខភាព (HICAP)។ អ្នកប្រឹក្សាយោបល់របស់ HICAP អាចជួយអ្នកឱ្យយល់អំពីជម្រើសគម្រោងរបស់អ្នក និងឆ្លើយសំណួរអំពីការផ្លាស់ប្តូរគម្រោង។ HICAP មិនមានទំនាក់ទំនងជាមួយយើង ឬជាមួយក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រង ឬគម្រោងសុខភាពណាមួយឡើយ។ HICAP មានអ្នកប្រឹក្សាយោបល់ដែលបានទទួលការបណ្តុះបណ្តាលនៅគ្រប់ខោនធី ហើយសេវាកម្មគឺឥតគិតថ្លៃ។ លេខទូរសព្ទរបស់ HICAP គឺ 1-800-434-0222។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម ឬដើម្បីស្វែងរកការិយាល័យ HICAP ក្នុងតំបន់របស់អ្នក សូមចូលទៅកាន់ [www.aging.ca.gov/Programs and Services/Medicare Counseling/](http://www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/).

F3. កម្មវិធី Ombudsman

កម្មវិធី Medicare Medi-Cal Ombudsman អាចជួយអ្នកបាន ប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហាជាមួយគម្រោងរបស់យើង។ សេវាកម្មរបស់ ombudsman គឺឥតគិតថ្លៃ និងមានជូនជាគ្រប់ភាសា។

កម្មវិធី Medicare Medi-Cal Ombudsman:

- អាចឆ្លើយសំណួរ ប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហា ឬបណ្តឹងការរំលោភ និងអាចជួយអ្នកឱ្យយល់ថាត្រូវធ្វើអ្វី។
- ធានាថា អ្នកទទួលបានព័ត៌មានពាក់ព័ន្ធនឹងសិទ្ធិ និងការការពាររបស់អ្នក និងអំពីរបៀបដែលអ្នកអាចដោះស្រាយកង្វល់របស់អ្នកបាន។
- មិនមានទំនាក់ទំនងជាមួយយើង ឬជាមួយក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រង ឬគម្រោងសុខភាពណាមួយឡើយ។ លេខទូរសព្ទរបស់កម្មវិធី Medicare Medi-Cal Ombudsman គឺ 1-855-501-3077។

F4. Medicare

ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានដោយផ្ទាល់ពី Medicare:

- ហៅទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY ត្រូវហៅទូរសព្ទទៅលេខ 1-877-486-2048។
- ជជែកផ្ទាល់តាមរយៈ www.Medicare.gov/talk-to-someone

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមហៅទូរសព្ទទៅ Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP តាមលេខ 1-888-361-7526 (TTY:711) ចាប់ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ ចាប់ពីថ្ងៃទី 1 ខែតុលា ដល់ថ្ងៃទី 31 ខែមីនា និងពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ចាប់ពីថ្ងៃទី 1 ខែមេសា ដល់ថ្ងៃទី 30 ខែបន្ថែម



- សរសេរទៅកាន់ Medicare តាមអាសយដ្ឋាន PO Box 1270, Lawrence, KS 66044។

គេហទំព័ររបស់ Medicare

អ្នកអាចចូលមើលគេហទំព័រ Medicare (www.medicare.gov)។
ប្រសិនបើអ្នកជ្រើសរើសលុបឈ្មោះចេញពីគម្រោងរបស់យើង ហើយចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោង Medicare ផ្សេងទៀត គេហទំព័រ Medicare មានព័ត៌មានអំពីថ្លៃចំណាយ ការធានារ៉ាប់រង និងការវាយតម្លៃគុណភាព ដើម្បីជួយអ្នកប្រៀបធៀបគម្រោងនានា។

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីគម្រោង Medicare ដែលមាននៅក្នុងតំបន់របស់អ្នក ដោយប្រើកម្មវិធី Medicare Plan Finder នៅលើគេហទំព័រ Medicare។
(សម្រាប់ព័ត៌មានអំពីគម្រោង សូមចូលទៅកាន់ www.medicare.gov ហើយចុចលើ “Find plans (ស្វែងរកគម្រោង)”។)

Medicare និងអ្នក ឆ្នាំ 2027

អ្នកអាចអានសៀវភៅណែនាំ *Medicare និងអ្នក ឆ្នាំ 2027*។ ជារៀងរាល់ឆ្នាំនៅរដូវកាលឈប់ស្រប សៀវភៅនេះត្រូវបានធ្វើតាមប្រែសម្រួលទៅកាន់អ្នកដែលមាន Medicare។
វាមានសេចក្តីសង្ខេបអំពីអត្ថប្រយោជន៍ Medicare សិទ្ធិ និងការការពារ និងចម្លើយចំពោះសំណួរដែលគេសួរញឹកញាប់បំផុតអំពី Medicare។
សៀវភៅណែនាំនេះក៏មានជាភាសាអេស៉្បាញ ចិន និងវៀតណាមផងដែរ។

ប្រសិនបើអ្នកមិនមានសៀវភៅតូចនេះទេ អ្នកអាចទទួលបានវានៅលើគេហទំព័រ Medicare (www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf) ឬដោយហៅទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរតែហៅទូរសព្ទទៅលេខ 1-877-486-2048។

F5. ក្រសួងថែទាំសុខភាពដែលស្ថិតក្រោមការគ្រប់គ្រងរដ្ឋ California

ក្រសួងថែទាំសុខភាពដែលស្ថិតក្រោមការគ្រប់គ្រងរដ្ឋ California ទទួលខុសត្រូវក្នុងការគ្រប់គ្រងគម្រោងសេវាថែទាំសុខភាព។
ប្រសិនបើអ្នកមានបណ្តឹងតវ៉ាប្រឆាំងនឹងគម្រោងសុខភាពរបស់អ្នក ដំបូងអ្នកគួរតែទូរសព្ទទៅគម្រោងសុខភាពរបស់អ្នកតាមលេខ **1-888-361-7526 (TTY 711)** ហើយប្រើប្រាស់ដំណើរការបណ្តឹងសាទុក្ខរបស់គម្រោងសុខភាពរបស់អ្នក មុនពេលទាក់ទងក្រសួង។ ការប្រើប្រាស់នីតិវិធីបណ្តឹងសាទុក្ខនេះ មិនហាមឃាត់សិទ្ធិ ឬដំណោះស្រាយផ្លូវច្បាប់ដែលអាចមានសម្រាប់អ្នកនោះឡើយ។
ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយទាក់ទងនឹងបណ្តឹងសាទុក្ខពេលមានអាសន្ន បណ្តឹងសាទុក្ខដែលមិនត្រូវបានដោះស្រាយយ៉ាងគាប់ចិត្តដោយគម្រោងសុខភាពរបស់អ្នក ឬបណ្តឹងសាទុក្ខដែលនៅតែមិនទាន់ដោះស្រាយអស់រយៈពេលជាង 30 ថ្ងៃ អ្នកអាចទូរសព្ទទៅក្រសួង ដើម្បីទទួលបានជំនួយ។
អ្នកក៏អាចមានសិទ្ធិទទួលបានការពិនិត្យមើលផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រឯករាជ្យ (IMR) ផងដែរ។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមហៅទូរសព្ទទៅ Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP តាមលេខ 1-888-361-7526 (TTY:711) ចាប់ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ ចាប់ពីថ្ងៃទី 1 ខែតុលា ដល់ថ្ងៃទី 31 ខែមីនា និងពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ចាប់ពីថ្ងៃទី 1 ខែមេសា ដល់ថ្ងៃទី 30 ខែបន្ថែម

សូមចូលទៅកាន់ www.hpsj-mvhp.org.



ប្រសិនបើអ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានការពិនិត្យមើលផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រឯករាជ្យ (IMR) ដំណើរការ IMR នឹងផ្តល់ការពិនិត្យមើលអព្យាក្រឹតលើការសម្រេចចិត្តផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដែលធ្វើឡើងដោយគម្រោងសុខភាពទាក់ទងនឹងភាពចាំបាច់ខាងវេជ្ជសាស្ត្រនៃសេវាកម្ម ឬការព្យាបាលដែលបានស្នើការសម្រេចចិត្តអំពីការធានារ៉ាប់រងសម្រាប់ការព្យាបាលដែលមានលក្ខណៈជាការពិសោធន៍ ឬជាការស៊ើបអង្កេត និងវិវាទនៃការបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាវេជ្ជសាស្ត្រក្នុងគ្រាអាសន្ន ឬបន្ទាន់។ ក្រសួងក៏មានលេខទូរសព្ទគគិតថ្លៃ (1-888-466-2219) និងខ្សែ TDD (1-877-688-9891) សម្រាប់អ្នកពិការភ្នែក និងការនិយាយផងដែរ។ គេហទំព័រអ៊ិនធឺណិតរបស់ក្រសួង www.dmhc.ca.gov មានទម្រង់បែបបទបណ្តឹងតវ៉ា ទម្រង់បែបបទពាក្យសុំ IMR និងការណែនាំតាមអនឡាញ។

សូមមើលជំពូក 9 ផ្នែក F4 នៃ សៀវភៅណែនាំសមាជិកសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។

សេចក្តីថ្លែងការណ៍បង្ហាញព័ត៌មាន PRA

យោងតាមច្បាប់កាត់បន្ថយបន្ទុករដ្ឋបាលឆ្នាំ 1995 គ្មានបុគ្គលណាម្នាក់ត្រូវបានតម្រូវឱ្យឆ្លើយតបទៅនឹងការប្រមូលព័ត៌មានឡើយ លុះត្រាតែការប្រមូលព័ត៌មាននោះបង្ហាញលេខត្រួតពិនិត្យ OMB ដែលមានសុពលភាព។ លេខត្រួតពិនិត្យ OMB ដែលមានសុពលភាពសម្រាប់ការប្រមូលព័ត៌មាននេះគឺ 0938-1444។ ប្រសិនបើអ្នកមានមតិយោបល់ ឬការផ្តល់យោបល់សម្រាប់ការកែលម្អទម្រង់បែបបទនេះ សូមសរសេរទៅកាន់៖ CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមហៅទូរសព្ទទៅ Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP តាមលេខ 1-888-361-7526 (TTY:711) ចាប់ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ ចាប់ពីថ្ងៃទី 1 ខែតុលា ដល់ថ្ងៃទី 31 ខែមីនា និងពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ចាប់ពីថ្ងៃទី 1 ខែមេសា ដល់ថ្ងៃទី 30 ខែបន្ថែម





Advantage D-SNP

7751 South Manthey Road | French Camp, CA 95231
www.hpsj-mvhp.org