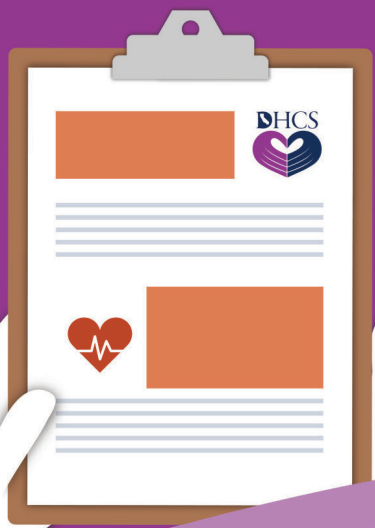


myMedi-Cal

របៀបទទួលបានការថែទាំសុខភាពដែលអ្នកត្រូវការ





តារាងមាតិកា

3 ការរ៉ាប់រងសុខភាពនៅក្នុងរដ្ឋ California

Medi-Cal និង Covered California
លក្ខខណ្ឌវត្ថុប្រយោជន៍កម្មវិធី Medi-Cal
ការប្រៀបធៀបកម្មវិធី Medi-Cal

7 តើខ្ញុំដាក់ពាក្យសុំដោយរបៀបណា?

វិធីនៃការដាក់ពាក្យសុំផ្សេងៗ
រយៈពេលសម្រាប់ពិនិត្យពាក្យសុំ

9 តើខ្ញុំប្រើប្រាស់អត្ថប្រយោជន៍កម្មវិធី Medi-Cal របស់ខ្ញុំ ដោយរបៀបណា?

ការពិគ្រោះជាមួយវេជ្ជបណ្ឌិត
កម្មវិធី Medi-Cal ដែលគិតថ្លៃសម្រាប់ការប្រើប្រាស់
សេវាកម្ម (Fee-for-Service)
កម្មវិធី Medi-Cal បង់ថ្លៃរួមគ្នា (Share of Cost-SOC)
Medi-Cal Managed Care
ប្រសិនបើខ្ញុំមានកម្មវិធីធានារ៉ាប់រងសុខភាពផ្សេងទៀត
ជួយចូលប្រើប្រាស់ការថែទាំសុខភាព
ការប្រើប្រាស់កម្មវិធី Medicare & Medi-Cal
ចូលជាមួយគ្នា

16 អត្ថប្រយោជន៍ដែលត្រូវបានរ៉ាប់រងដោយ Medi-Cal

សេវាកម្មវេជ្ជសាស្ត្រទូទៅ
កម្មវិធីបំបាត់ការប្រើប្រាស់បំពានសារធាតុ
(Substance Use Disorder Program)
សេវាកម្មទទួលស្រាវជ្រាវ
ការពិនិត្យរកជំងឺ ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ
និងការព្យាបាលឲ្យបានលឿនពីដើមទី និងម្តងម្កាល
(Early and Periodic Screening, Diagnostic and Treatment-EPSTD)
សេវាកម្មធ្វើដំណើរ
សេវាកម្មសុខភាពឯកទេសផ្លូវចិត្ត

20 កម្មវិធី & សេវាកម្មសុខភាពដទៃទៀត

កម្មវិធី Medi-Cal ប្រតិសកម្ម
(Retroactive Medi-Cal)

24 ការធ្វើបច្ចុប្បន្នភាព & ការបន្តសារថ្មីឡើងវិញនូវកម្មវិធី Medi-Cal របស់ខ្ញុំ

ការរាយការណ៍ពីការផ្លាស់ប្តូរក្នុងគ្រួសារ
ផ្លាស់ទីលំនៅចេញទៅក្រៅខេត្ត ឬរដ្ឋ
ការបន្តឡើងវិញសារជាថ្មីនូវកម្មវិធី Medi-Cal របស់ខ្ញុំ

26 សិទ្ធិ & ទំនួលខុសត្រូវ

សិទ្ធិបណ្តឹងខ្មោចរណ៍ និងសវនាការ
សវនាការយុត្តិធម៌ថ្នាក់រដ្ឋ
ការទទួលខុសត្រូវរបស់ភាគីទីបី (Third Party Liability)
ការទាញយកភោគទ្រព្យត្រូវប្រមូលមកវិញ
(Estate Recovery)
ការបន្តកម្មវិធី Medi-Cal
លក្ខខណ្ឌទាមទារតម្រូវមិនឲ្យរើសអើង
និងភាពមានសិទ្ធិចូលប្រើប្រាស់

DHCS នៅលើបណ្តាញសង្គម

@DHCS_CA

DHCS.CA

California Department of Health Care Services

DHCS_CA

ការរ៉ាប់រងសុខភាពនៅក្នុងរដ្ឋ California



“កម្មវិធី Medi-Cal របស់ខ្ញុំ របៀបទទួលបានការថែទាំសុខភាពដែលអ្នកត្រូវការ” ជម្រាបពលរដ្ឋរដ្ឋ California ពីរបៀបដាក់ពាក្យសុំ Medi-Cal សម្រាប់ការធានារ៉ាប់រងសុខភាពដែលមិនគិតថ្លៃ ឬដែលមានតម្លៃទាប។ អ្នកនឹងឈ្ងុងយល់ពីអ្វីដែលអ្នកត្រូវធ្វើដើម្បីមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់។ ឯកសារមគ្គុទ្ទេសក៍នេះក៏នឹងប្រាប់អ្នកផងដែរពីរបៀបប្រើប្រាស់អត្ថប្រយោជន៍ Medi-Cal របស់អ្នក។ វាក៏ជម្រាប អ្នកពេលណាត្រូវរាយការណ៍ពីការផ្លាស់ប្តូរ។ អ្នកគួររក្សាឯកសារមគ្គុទ្ទេសក៍នេះ ហើយប្រើប្រាស់វាពេលអ្នកមានសំណួរអំពី Medi-Cal។

រដ្ឋ California ផ្តល់នូវរបៀបពីរក្នុងការទទួលបានការរ៉ាប់រងសុខភាព។ ពួកវាគឺ “Medi-Cal” និង “Covered California”។ កម្មវិធីទាំងពីរប្រើប្រាស់ការដាក់ពាក្យសុំដូចគ្នា។

តើ Medi-Cal គឺជាអ្វី?

Medi-Cal គឺជាទម្រង់កំណែរបស់រដ្ឋ California នៃកម្មវិធី Medicaid របស់សហព័ន្ធ។ Medi-Cal ផ្តល់នូវការរ៉ាប់រងសុខភាពដោយគិតគិតថ្លៃ និងគិតថ្លៃទាបដល់ប្រជាជនដែលមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ដែលរស់នៅក្នុងរដ្ឋ California។

Department of Health Care Services (DHCS) ជាអ្នកមើលការខុសត្រូវលើកម្មវិធី Medi-Cal។

ការិយាល័យខោនធីក្នុងមូលដ្ឋានរបស់អ្នកគ្រប់គ្រងចាត់ចែងសឹងស្ទើរគ្រប់ករណី Medi-Cal ទាំងអស់សម្រាប់ DHCS។ អ្នកអាចទាក់ទងការិយាល័យខោនធីក្នុងមូលដ្ឋានរបស់អ្នកតាមអនឡាញនៅអាសយដ្ឋាន www.benefitscal.com អ្នកក៏អាចហៅទូរស័ព្ទទៅកាន់ការិយាល័យខោនធីក្នុងមូលដ្ឋានរបស់អ្នកផងដែរ។

ដើម្បីទទួលបានលេខទូរស័ព្ទសម្រាប់ការិយាល័យខោនធី ក្នុងមូលដ្ឋានរបស់អ្នក សូមអញ្ជើញទៅកាន់៖
<http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal>
 ឬហៅទូរស័ព្ទទៅកាន់លេខ 1-800-541-5555 (TTY 1-800-430-7077)

ការិយាល័យខោនធីក្នុងមូលដ្ឋានប្រើប្រាស់អង្គហេតុជាច្រើនដើម្បីកំណត់ប្រភេទនៃជំនួយដែលអ្នកអាចទទួលបានពីកម្មវិធី Medi-Cal។ ពួកវារួមមាន៖

- តើប្រាក់ប៉ុន្មានដែលអ្នករកបាន
- អាយុរបស់អ្នក
- អាយុនៃកូនណាមួយក៏ដោយនៅលើពាក្យសុំរបស់អ្នក
- ថាតើអ្នកមានផ្ទៃពោះ ពិការភ្នែក ឬពិការដៃឬទេ
- ថាតើអ្នកទទួលបានកម្មវិធី Medicare ដែរឬទេ

បណ្តាជនស្ទើរគ្រប់គ្នាដែលដាក់ពាក្យសុំកម្មវិធី Medi-Cal អាចដឹងបានថាតើពួកគេមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ដោយផ្អែកលើប្រាក់ចំណូលរបស់ពួកគេ។ សម្រាប់ប្រភេទខ្លះនៃកម្មវិធី Medi-Cal ក៏ចាំបាច់ត្រូវផ្តល់ព័ត៌មានអំពីទ្រព្យសកម្ម និងភោគទ្រព្យរបស់ពួកគេផងដែរ។ ដើម្បីឈ្ងុងយល់បន្ថែម សូមមើលការប្រៀបធៀបកម្មវិធី Medi-Cal នៅទំព័រទី 5។

តើកម្មវិធី Covered California គឺជាអ្វី?

កម្មវិធី Covered California គឺជាទីផ្សារការធានារ៉ាប់រងសុខភាពរបស់រដ្ឋ។ អ្នកអាចប្រៀបធៀបកម្មវិធីសុខភាពពីក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងដែលមានម៉ាកយីហោ ឬដើររកទិញគម្រោង។ ប្រសិនបើប្រាក់ចំណូលរបស់អ្នកខ្ពស់ពេកសម្រាប់កម្មវិធី Medi-Cal អ្នកអាចនឹងមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ដើម្បីទិញការធានារ៉ាប់រងសុខភាពតាមរយៈកម្មវិធី Covered California។

កម្មវិធី Covered California ផ្តល់នូវ “ជំនួយបុព្វលាភ (premium assistance)”។ វាជួយបន្ទាបតម្លៃនៃការថែទាំសុខភាពសម្រាប់បុគ្គល និងក្រុមគ្រួសារដែលចុះឈ្មោះចូលនៅក្នុងគម្រោងសុខភាពនៃកម្មវិធី Covered California ហើយបំពេញបានគ្រប់ទៅតាមក្រិតក្រមនៃប្រាក់ចំណូល។ ដើម្បីមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ជំនួយបុព្វលាភប្រាក់ចំណូលរបស់អ្នកត្រូវតែនៅក្រោមដែនកំណត់ប្រាក់ចំណូលរបស់កម្មវិធី Covered California។

កម្មវិធី Covered California មានកម្រិតនៃការរ៉ាប់រងចំនួនបួនសម្រាប់ជ្រើសរើស៖ សំរិទ្ធ ប្រាក់ មាស និងប្រាក់ទៀត។ អត្ថប្រយោជន៍នៅក្នុងកម្រិតនីមួយៗគឺដូចគ្នាមិនថាក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងមួយណាដែលអ្នកជ្រើសរើសនោះឡើយ។ ប្រាក់ចំណូលរបស់អ្នក និងអង្គហេតុដទៃទៀតនឹងសម្រេចថាតើកម្មវិធីអ្វីដែលអ្នកមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់អាចទទួលបាន។

ដើម្បីឈ្វេងយល់បន្ថែមអំពីកម្មវិធី Covered California សូមទៅកាន់ www.coveredca.com ឬហៅទូរស័ព្ទទៅកាន់លេខ 1-800-906-8528 (TTY 1-888-889-4500)។

តើអ្វីទៅជាលក្ខខណ្ឌកំណត់តម្រូវដើម្បីទទួលបានកម្មវិធី Medi-Cal?

ដើម្បីមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់កម្មវិធី Medi-Cal អ្នកត្រូវតែរស់នៅក្នុងរដ្ឋ California ហើយអនុលោមទៅតាមក្រិតក្រមជាក់លាក់មួយចំនួន។ អ្នកត្រូវតែផ្តល់ព័ត៌មានពីស្ថានភាពប្រាក់ចំណូល និងការដាក់ពាក្យពន្ធអាករសម្រាប់មនុស្សគ្រប់រូបដែលនៅក្នុងក្រុមគ្រួសារ របស់អ្នក និងនៅលើទម្រង់បែបបទបង់ពន្ធរបស់អ្នក។ អ្នកក៏អាចនឹងត្រូវផ្តល់ព័ត៌មានផងដែរអំពីភោគទ្រព្យរបស់អ្នក។

អ្នកមិនចាំបាច់ត្រូវដាក់ពាក្យបង់ពន្ធឡើយដើម្បីមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់កម្មវិធី Medi-Cal។ សម្រាប់សំណួរអំពីការដាក់ពាក្យបង់ពន្ធ សូមទាក់ទងទៅកាន់សេវាកម្មប្រាក់ចំណូលផ្ទៃក្នុង (Internal Revenue Service-IRS) ឬអ្នកប្រកបវិជ្ជាជីវៈផ្នែកពន្ធដារ។

បុគ្គលគ្រប់រូបដែលដាក់ពាក្យសុំកម្មវិធី Medi-Cal ត្រូវតែផ្តល់លេខបេឡាសន្តិសុខសង្គម (Social Security Number-SSN) ប្រសិនបើអ្នកមានលេខនោះ។ ជនគ្រប់រូបដែលស្នើសុំកម្មវិធី Medi-Cal ត្រូវតែផ្តល់ព័ត៌មានអំពីស្ថានភាពអន្តោប្រវេសន៍របស់ខ្លួន។ ស្ថានភាពអន្តោប្រវេសន៍ដែលត្រូវបានផ្តល់ឲ្យជាផ្នែកមួយនៃការដាក់ពាក្យសុំកម្មវិធី Medi-Cal គឺមានលក្ខណៈលាក់ការណ៍សម្ងាត់។ សេវាកម្មភាពជាពលរដ្ឋ និងអន្តោប្រវេសន៍សហរដ្ឋអាមេរិច (United States Citizenship and Immigration Services) មិនអាចប្រើប្រាស់វាសម្រាប់ការពង្រឹងអន្តោប្រវេសន៍បានឡើយ លុះត្រាតែអ្នកបានប្រព្រឹត្តការក្នុងបន្តិច។

មនុស្សពេញវ័យដែលមានអាយុ 19 ឆ្នាំ ឬច្រើនជាងនេះអាចនឹងមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍ដែលមានកម្រិតរបស់កម្មវិធី Medi-Cal បើទោះបីជាពួកគេមិនមានលេខបេឡាសន្តិសុខសង្គម (SSN) ឬមិនអាចបញ្ជាក់នូវស្ថានភាពអន្តោប្រវេសន៍របស់ពួកគេក៏ដោយ។ អត្ថប្រយោជន៍ទាំងនេះរ៉ាប់រងលើសេវាកម្មសង្គ្រោះបន្ទាន់ សេវាកម្មទាក់ទងនឹងការមានផ្ទៃពោះនិងសេវាកម្មថែទាំរយៈពេលយូរអង្វែង (long-term care)។

អ្នកអាចដាក់ពាក្យសុំកម្មវិធី Medi-Cal សម្រាប់កូនរបស់អ្នកបើទោះបីជាអ្នកមិនមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ការរ៉ាប់រងពេញក៏ដោយ។

នៅក្នុងរដ្ឋ California ស្ថានភាពអន្តោប្រវេសន៍មិនប៉ះពាល់ដល់អត្ថប្រយោជន៍កម្មវិធី Medi-Cal សម្រាប់កូនក្មេងអាយុក្រោម 19ឆ្នាំឡើយ។ កូនក្មេងអាចនឹងមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍ពេញលេញរបស់កម្មវិធី Medi-Cal មិនថាស្ថានភាពអន្តោប្រវេសន៍យ៉ាងម៉េចនោះឡើយ។

ដើម្បីឈ្វេងយល់បន្ថែមអំពីក្រិតក្រមនៃកម្មវិធី Medi-Cal សូមអានការប្រៀបធៀបកម្មវិធី Medi-Cal នៅទំព័ររបៀប។

ការប្រៀបធៀបកម្មវិធី Medi-Cal

MAGI

vs.

Non-MAGI

ប្រាក់ចំណូលដុលដែលត្រូវបានកែតម្រូវ (The Modified Adjusted Gross Income-MAGI) វិធីសាស្ត្ររបស់ Medi-Cal គឺប្រើប្រាស់ក្រិតក្រមពន្ធអាករសហព័ន្ធដើម្បីសម្រេចថាតើអ្នកមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ផ្នែកលើរបៀបដែលអ្នកដាក់ពាក្យបង់ពន្ធរបស់អ្នកនិងប្រាក់ចំណូលដែលអាចរាប់បានរបស់អ្នក។

កម្មវិធី Non-MAGI នៃ Medi-Cal រួមបញ្ចូលកម្មវិធីពិសេសជាច្រើន។ ជនដែលមិនមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ MAGI នៃកម្មវិធី Medi-Cal អាចនឹងមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់កម្មវិធី Non-MAGI នៃ Medi-Cal។

នរណាខ្លះដែលមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់៖



- កុមារក្រោមអាយុ 19 ឆ្នាំ
- ឪពុកម្តាយ និងអ្នកផ្តល់ការថែទាំនៃកុមារជាអនីតិជន
- មនុស្សពេញវ័យដែលមានអាយុ 19 ឆ្នាំរហូតដល់អាយុ 64 ឆ្នាំ
- ស្ត្រីដែលមានផ្ទៃពោះ



- មនុស្សពេញវ័យដែលមានអាយុ 65 ឆ្នាំ ឬចាស់ជាងនេះ
- កូនក្មេងអាយុក្រោម 21 ឆ្នាំ
- ស្ត្រីដែលមានផ្ទៃពោះ
- ឪពុក ឬម្តាយ/សាច់ញាតិដែលជាអ្នកថែទាំនៃកុមារដែលរស់នៅមានលក្ខណៈសម្បត្តិ
- មនុស្សពេញវ័យ ឬកុមារនៅក្នុងមន្ទីរថែទាំរយៈពេលយូរអង្វែង
- ជនដែលទទួលបានកម្មវិធី Medicare
- ជនពិការភ្នែក ឬមានពិការភាព

ក្រិតក្រុមនៃភោគទ្រព្យ៖



គ្មានកម្រិតដែនកំណត់ភោគទ្រព្យ។

- ត្រូវតែរាយការណ៍ និងផ្តល់ភស្តុតាងនៃភោគទ្រព្យដូចជា យានជំនិះ គណនីធនាគារ ប្តូរផ្ទះជួល
- មានកម្រិតដែនកំណត់ចំពោះចំនួននៃភោគទ្រព្យនៅក្នុងក្រុមគ្រួសារ

សម្រាប់ទាំងកម្មវិធី MAGI និង Non-MAGI៖

- ការិយាល័យខោនធីប្រើចំណូលមូលដ្ឋាននឹងពិនិត្យមើលព័ត៌មានពាក្យសុំរបស់អ្នក។ អ្នកអាចនឹងត្រូវតែផ្តល់នូវភស្តុតាងច្រើនបន្ថែមទៀត។
- អ្នកត្រូវតែរស់នៅក្នុងរដ្ឋ California។
- ពលរដ្ឋសហរដ្ឋអាមេរិច ឬអ្នកដាក់ពាក្យសុំដែលមានវត្តមានដោយស្របច្បាប់ត្រូវតែផ្តល់ SSN របស់ពួកគេ។
- អ្នកត្រូវតែដាក់ពាក្យសុំប្រាក់ចំណូលណាមួយដែលអ្នកអាចនឹងមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ដូចជា អត្ថប្រយោជន៍បានពីភាពអត់ការងារធ្វើ (unemployment benefits) និងការធានារ៉ាប់រងពិការភាពរបស់រដ្ឋ (State Disability Insurance)។
- អ្នកត្រូវតែគោរពតាមការពង្រឹងជំនួយគាំទ្រវេជ្ជសាស្ត្រ* ដែលនឹង៖
 - ផ្តួចផ្តើមបង្កើតនូវបិតុភាពសម្រាប់កូនមួយ ឬកូនច្រើនដែលឥតខ្ចាន់ស្នា
 - ទទួលជំនួយគាំទ្រវេជ្ជសាស្ត្រសម្រាប់កូនមួយ ឬកូនច្រើនដែលឪពុក ឬម្តាយរបស់ពួកគេអវត្តមាន។

*ប្រសិនបើអ្នកគិតថាអ្នកមានហេតុផលល្អដែលមិនត្រូវអនុលោមតាមវិធាននេះ សូមហៅទូរស័ព្ទទៅកាន់ការិយាល័យខោនធីក្នុងមូលដ្ឋានរបស់អ្នក។



តើខ្ញុំដាក់ពាក្យសុំដោយរបៀបណា?

អ្នកអាចដាក់ពាក្យសុំកម្មវិធី Medi-Cal បាននៅគ្រប់ពេលវេលាប្រចាំឆ្នាំដោយការធ្វើតាមប្រែសណ្ឋាវិធី ទូរស័ព្ទ ទូរសារ ឬដោយសារអេឡិចត្រូនិច។ អ្នកក៏អាចដាក់ពាក្យសុំបានផងដែរលើបណ្តាញអ៊ិនធើណិត ឬដោយវត្តមានផ្ទាល់។

អ្នកអាចដាក់ពាក្យសុំការរ៉ាប់រងនៃកម្មវិធី Covered California នៅកាលបរិច្ឆេទដាក់លាក់មួយចំនួនតែប៉ុណ្ណោះ។ ដើម្បីឈ្វេងយល់ពេលវេលា អ្នកអាចដាក់ពាក្យសុំបាន សូមចូលទៅកាន់ www.coveredca.com ឬហៅទៅកាន់លេខ 1-800-906-8528 (TTY 1-888-889-4500)។

✉ ដាក់ពាក្យសុំដោយធ្វើតាមប្រែសណ្ឋាវិធី

អ្នកអាចដាក់ពាក្យសុំកម្មវិធី Medi-Cal និងកម្មវិធី Covered California តាមរយៈពាក្យសុំរបៀបតែមួយ (Single Streamlined Application)។ អ្នកអាចទទួលបានពាក្យសុំជាភាសាអង់គ្លេស និងភាសាដទៃទៀតនៅគេហទំព័រ <http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal>។ សូមធ្វើពាក្យសុំដែលបានបំពេញរួចទៅកាន់ការិយាល័យខោនធីក្នុងមូលដ្ឋានរបស់អ្នក។

សូមស្វែងរកអាសយដ្ឋានការិយាល័យខោនធីក្នុងមូលដ្ឋានរបស់អ្នកនៅគេហទំព័រ <http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal>

អ្នកក៏អាចធ្វើពាក្យសុំទៅកាន់៖
Covered California
P.O. Box 989725
West Sacramento, CA 95798-9725

☎ ដាក់ពាក្យសុំតាមទូរស័ព្ទ ទូរសារ ឬសារអេឡិចត្រូនិច

សូមហៅទូរស័ព្ទទៅកាន់ការិយាល័យខោនធីក្នុងមូលដ្ឋានរបស់អ្នក។ អ្នកអាចស្វែងរកលេខទូរស័ព្ទនៅលើគេហទំព័រនៅអាសយដ្ឋាន <http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal> ឬហៅទូរស័ព្ទទៅកាន់កម្មវិធី Covered California តាមរយៈលេខ 1-800-906-8528។

💻 ដាក់ពាក្យសុំតាមបណ្តាញអ៊ិនធើណិតនៅគេហទំព័រ

www.benefitscal.com

ឬ

www.coveredca.com

👤 អញ្ជើញមកដោយផ្ទាល់

ស្វែងរកការិយាល័យខោនធីក្នុងមូលដ្ឋានរបស់អ្នកនៅគេហទំព័រ <http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal>។ អ្នកអាចទទួលបានជំនួយនៅក្នុងការដាក់ពាក្យ។

អ្នកក៏អាចស្វែងរក អ្នកផ្តល់ប្រឹក្សាក្នុងការចុះឈ្មោះនៃកម្មវិធី Covered California ដែលមានវិញ្ញាបនបត្របញ្ជាក់ (Certified Enrollment Counselor) ឬ ភ្នាក់ងារធានារ៉ាប់រង (Insurance Agent) នៅអាសយដ្ឋានគេហទំព័រ www.CoveredCA.com/get-help/local/។

តើអ្នកដឹងដែរឬទេ?

វាអាចទៅរួចសម្រាប់សមាជិកនៃគ្រួសារតែមួយក្នុងការមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ទទួលបានទាំងកម្មវិធី Medi-Cal និងកម្មវិធី Covered California។ នេះគឺដោយសារតែក្រិតក្រុមនៃលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ទទួលបានកម្មវិធី Medi-Cal គឺមានភាពខុសប្លែកគ្នាសម្រាប់កុមារ និងមនុស្សពេញវ័យ។

ឧទាហរណ៍ ការរ៉ាប់រងសម្រាប់ក្រុមគ្រួសារដែលមានឪពុកម្តាយពីរនាក់និងកូនមួយអាចនឹងមានសភាពដូចនេះ៖



ឪពុកម្តាយ — មានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់កម្មវិធីសុខភាព Covered California ហើយទទួលបានឥណទានពន្ធនិងការចែករំលែកការបង់ថ្លៃដើម្បីកាត់បន្ថយតម្លៃចំណាយរបស់ពួកគេ



កូន — មានលក្ខណៈសម្បត្តិទទួលបានកម្មវិធី Medi-Cal ដោយឥតគិតថ្លៃ ឬដែលមានតម្លៃទាប

តើត្រូវការរយៈពេលប៉ុណ្ណាសម្រាប់ពិនិត្យពាក្យសុំរបស់ខ្ញុំ?

វាអាចនឹងត្រូវការពេលវេលាដល់ទៅ 45 ថ្ងៃដើម្បីពិនិត្យពាក្យសុំកម្មវិធី Medi-Cal របស់អ្នក។ ប្រសិនបើអ្នកដាក់ពាក្យសុំកម្មវិធី Medi-Cal ផ្អែកលើពិការភាព វាអាចនឹងត្រូវការពេលវេលាដល់ទៅ 90 ថ្ងៃ។ ការិយាល័យខោនធីក្នុងមូលដ្ឋានរបស់អ្នក ឬកម្មវិធី Covered California នឹងផ្ញើជូនអ្នកនូវលិខិតពិសេសសម្រេចចិត្តអំពីលក្ខណៈសម្បត្តិរបស់អ្នក។ លិខិតនេះត្រូវបានហៅថា “ការជូនដំណឹងពីចំណាត់ការ (Notice of Action)”។ ប្រសិនបើអ្នកមិនបានទទួលលិខិតក្នុងអំឡុងពេល 45 ឬ 90 ថ្ងៃទេ អ្នកអាចនឹងស្នើសុំ “សវនាការយុត្តិធម៌ថ្នាក់រដ្ឋ (State Fair Hearing)”។ អ្នកក៏អាចនឹងស្នើសុំសវនាការបានផងដែរ ប្រសិនបើអ្នកមិនយល់ស្របជាមួយនឹងការសម្រេចចិត្ត។ ដើម្បីឈ្នួងយល់បន្ថែម សូមអាន “សិទ្ធិបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ និងសវនាការ” នៅទំព័រទី26។

តើខ្ញុំប្រើប្រាស់អត្ថប្រយោជន៍កម្មវិធី Medi-Cal របស់ខ្ញុំយ៉ាងដូចម្តេច?



កម្មវិធី Medi-Cal រ៉ាប់រងលើការថែទាំដែលចាំបាច់ផ្នែក វេជ្ជសាស្ត្រស្ទើរតែទាំងអស់។ ប្រការនេះរួមមានការណាត់ ជួបជាមួយវេជ្ជបណ្ឌិត និងទទួលបាន ឱសថត្រូវការ វេជ្ជបញ្ជា ការថែទាំខាងភ្នែក ការពន្យាកំណើត ការថែទាំ សុខភាពផ្លូវចិត្ត និងការព្យាបាលការញៀនថ្នាំ ឬគ្រឿង ស្រវឹង។ កម្មវិធី Medi-Cal ក៏រ៉ាប់រងផងដែរលើ មធ្យោបាយធ្វើដំណើរទៅទទួលសេវាកម្មទាំងនេះ។ សូមអាន បន្ថែមនៅក្នុង “Covered Benefits” នៅទំព័រទី 16។

ពេលអ្នកត្រូវបានអនុម័តហើយ អ្នកអាចប្រើប្រាស់ អត្ថប្រយោជន៍កម្មវិធី Medi-Cal របស់អ្នកបានភ្លាមៗ។ អ្នក ទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ថ្មីដែលត្រូវបានអនុម័តសម្រាប់ កម្មវិធី Medi-Cal ទទួលបាន ប័ណ្ណសម្គាល់អត្ថប្រយោជន៍ (Benefits Identification Card-BIC) នៃកម្មវិធី Medi-Cal។ អ្នកផ្តល់សេវាកម្មថែទាំសុខភាព និងថែទាំ ទទួលបានសេវាកម្មត្រូវការ BIC របស់អ្នកដើម្បីផ្តល់សេវាកម្ម និងដើម្បីចេញវិក័យបត្រគិតថ្លៃពីកម្មវិធី Medi-Cal។ អ្នកទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ ថ្មី នឹងអ្នកទាំងឡាយណាដែលស្នើ សុំប័ណ្ណថ្មីនិងទទួលបានប័ណ្ណ BIC ដែលមានការរចនាថ្មី បង្ហាញពីផ្តាច់បត្ររបស់រដ្ឋ California។ ប័ណ្ណ BIC ទាំងពីរ ដែលមានរចនាបទដូចត្រូវបានបង្ហាញនៅទីនេះគឺមាន សុពលភាព៖



សូមទាក់ទងការិយាល័យខោនធីក្នុងមូលដ្ឋានរបស់អ្នក ប្រសិនបើ៖

- អ្នកមិនបានទទួលប័ណ្ណ BIC របស់អ្នក
- ប័ណ្ណ BIC របស់អ្នកបានបាត់
- ប័ណ្ណ BIC របស់អ្នកមានព័ត៌មានខុស
- ប័ណ្ណ BIC របស់អ្នកត្រូវបានលួច

នៅពេលអ្នកត្រូវបានគេផ្ញើប័ណ្ណ BIC ថ្មី អ្នកមិនអាច ប្រើប្រាស់ប័ណ្ណ BIC ចាស់របស់អ្នកបានទេ។

អ្នកអាចទទួលបានលេខទូរស័ព្ទសម្រាប់ការិយាល័យខោនធី ក្នុងមូលដ្ឋានរបស់អ្នកនៅអាសយដ្ឋានគេហទំព័រ៖

<http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal>

ឬហៅទូរស័ព្ទទៅកាន់៖

1-800-541-5555 (TTY 1-800-430-7077)

តើខ្ញុំជួបពិគ្រោះជាមួយវេជ្ជបណ្ឌិត ដោយរបៀបណា?

មនុស្សភាគច្រើនដែលមានកម្មវិធី Medi-Cal តែងជួប ពិគ្រោះជាមួយវេជ្ជបណ្ឌិតតាមរយៈគម្រោង Medi-Cal Managed Care។ គម្រោងនេះ គឺដូចគ្នាទៅនឹងគម្រោង សុខភាពដែលប្រជាពលរដ្ឋទទួលបានតាមរយៈក្រុមហ៊ុន ធានារ៉ាប់រងឯកជនដែរ។ សូមអានបន្ថែមទៀតអំពីគម្រោងថែ ទាំដែលមានការគ្រប់គ្រង ដោយចាប់ផ្តើមនៅទំព័ររប្លាប់។

វាអាចនឹងចំណាយពេលប៉ុន្មានសប្តាហ៍ដើម្បីចាត់តាំង គម្រោង Medi-Cal Managed Care របស់អ្នក។ នៅ ពេលអ្នកចុះឈ្មោះជាលើកដំបូងសម្រាប់កម្មវិធី Medi-Cal ឬប្រសិនបើអ្នកមានស្ថានភាពពិសេស អ្នកអាចនឹងត្រូវការ ជួបពិគ្រោះជាមួយវេជ្ជបណ្ឌិតតាមរយៈ “កម្មវិធី Medi-Cal ដែលគិតថ្លៃសម្រាប់ការប្រើប្រាស់សេវា”។

តើកម្មវិធីគិតថ្លៃសម្រាប់សេវាកម្ម ដែលប្រើប្រាស់នៃកម្មវិធី Medi-Cal គឺជាអ្វី?

កម្មវិធីគិតថ្លៃសម្រាប់សេវាកម្មដែលប្រើប្រាស់គឺជាកម្មវិធី ដែលកម្មវិធី Medi-Cal បង់ថ្លៃដល់វេជ្ជបណ្ឌិត និងអ្នកផ្តល់ សេវាកម្មថែទាំសុខភាពដទៃទៀត។ ពេលអ្នកចុះឈ្មោះ លើកដំបូងសម្រាប់កម្មវិធី Medi-Cal អ្នកនឹងទទួលបាន អត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នកតាមរយៈកម្មវិធីគិតថ្លៃសម្រាប់ សេវាកម្មដែលប្រើប្រាស់នៃកម្មវិធី Medi-Cal រហូតទាល់តែ អ្នកត្រូវបានចុះឈ្មោះចូលនៅក្នុងគម្រោងសុខភាពរបស់ការ ថែទាំ ដែលមានការគ្រប់គ្រង។

មុនពេលអ្នកទទួលបានសេវាកម្មវេជ្ជសាស្ត្រ ឬទទួលបានស្រ្តូ មុនសូមសួរថាតើអ្នកផ្តល់សេវាកម្មទទួលយកការបង់ថ្លៃ សម្រាប់កម្មវិធីគិតថ្លៃសម្រាប់សេវាកម្មដែលប្រើប្រាស់នៃ កម្មវិធី Medi-Cal ដែរឬទេ។ អ្នកផ្តល់សេវាកម្មមានសិទ្ធិក្នុង ការបដិសេធមិនទទួលអ្នកជំងឺនៃកម្មវិធី Medi-Cal បាន។ ប្រសិនបើអ្នកមិនប្រាប់អ្នកផ្តល់សេវាកម្មថាអ្នកមាន កម្មវិធី Medi-Cal ទេ អ្នកអាចនឹងត្រូវតែចេញថ្លៃសម្រាប់សេវាកម្ម វេជ្ជសាស្ត្រ ឬទទួលបានស្រ្តូដោយខ្លួនឯង។

តើការចំណាយវេជ្ជសាស្ត្រ ឬទទួលបានស្រ្តូត្រូវបានបង់ថ្លៃដោយ របៀបណានៅក្នុងការរ៉ាប់រងនៃកម្មវិធី គិតថ្លៃសម្រាប់សេវាកម្មប្រើប្រាស់?

អ្នកផ្តល់សេវាកម្មរបស់អ្នកប្រើប្រាស់ប័ណ្ណ BIC របស់អ្នក ដើម្បីធានាឲ្យបាន ថាអ្នកមានកម្មវិធី Medi-Cal។ អ្នកផ្តល់ សេវាកម្មរបស់អ្នកនឹងដឹងថាតើកម្មវិធី Medi-Cal នឹងបង់ ថ្លៃទូទាត់សម្រាប់ការព្យាបាលវេជ្ជសាស្ត្រ ឬទទួលបានស្រ្តូ។ ពេលខ្លះអ្នកអាចនឹងត្រូវតែបង់ថ្លៃ “សហចំណាយ” សម្រាប់ការព្យាបាល។ អ្នកអាចនឹងត្រូវបង់ថ្លៃ \$1 រាល់ ពេលអ្នកទទួលបានសេវាកម្មវេជ្ជសាស្ត្រ ឬទទួលបានស្រ្តូ

ឬខ្លះដែលត្រូវការវេជ្ជបញ្ជា។ អ្នកអាចនឹងត្រូវបង់ថ្លៃ \$5 ប្រសិនបើអ្នកទៅកាន់បន្ទប់សង្គ្រោះបន្ទាន់នៃមន្ទីរពេទ្យ ពេលអ្នកមិនត្រូវការសេវាកម្មសង្គ្រោះបន្ទាន់។ អ្នកទទួល អត្ថប្រយោជន៍ទាំងឡាយណាដែលត្រូវបានចុះឈ្មោះនៅក្នុង គម្រោងការថែទាំដោយមានការគ្រប់គ្រងមិនចាំបាច់ត្រូវបង់ ថ្លៃសហចំណាយនោះឡើយ។

មានសេវាកម្មខ្លះដែលកម្មវិធី Medi-Cal ត្រូវតែអនុម័ត មុនពេលអ្នកអាចនឹងទទួលបានវា។ សូមមើលទំព័រទី 11 សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។

តើខ្ញុំទទួលបានសេវាកម្មវេជ្ជសាស្ត្រ ឬទទួលបានស្រ្តូដោយរបៀបណា ពេលខ្ញុំត្រូវតែបង់ថ្លៃរួមគ្នា (Share of Cost-SOC)?

កម្មវិធី Non-MAGI មួយចំនួននៃកម្មវិធី Medi-Cal តម្រូវឲ្យអ្នកបង់ថ្លៃ SOC។ ការជូនដំណឹងពីចំណាត់ការ (Notice of Action-NOA) ដែលអ្នកទទួលបានបន្ទាប់ពី ការអនុម័តលើកម្មវិធី Medi-Cal របស់អ្នកនឹងប្រាប់អ្នកថា តើអ្នកមាន SOC ដែរឬទេ។ វាក៏នឹងប្រាប់ផងដែរពីចំនួននៃ SOC។ SOC របស់អ្នកគឺជាចំនួន ដែលអ្នកត្រូវបង់ថ្លៃទូទាត់ ឬសន្យាថានឹងបង់ ថ្លៃទៅអ្នកផ្តល់សេវាកម្មសម្រាប់ការ ថែទាំសុខភាព ឬទទួលបានស្រ្តូមុនពេលកម្មវិធី Medi-Cal ចាប់ផ្តើមបង់ថ្លៃ។

ទឹកប្រាក់ SOC កំណត់ឡើងវិញជារៀងរាល់ខែ។ អ្នកត្រូវការ បង់ថ្លៃ SOC របស់អ្នកនៅក្នុងខែដែលអ្នកទទួលបានសេវា កម្មថែទាំសុខភាព នឹង/ឬទទួលបានស្រ្តូតែប៉ុណ្ណោះ។ ទឹកប្រាក់ SOC គឺជំពាក់ដល់អ្នកផ្តល់សេវាកម្មសុខភាព ឬទទួលបានស្រ្តូ។ វាមិនមែនជំពាក់កម្មវិធី Medi-Cal ឬរដ្ឋឡើយ។ អ្នកផ្តល់ សេវាកម្មអាចនឹង អនុញ្ញាតឱ្យអ្នកបង់ថ្លៃទូទាត់សម្រាប់សេវា- កម្មនៅពេលក្រោយជំនួសឲ្យបង់សរុបតែម្តង។ នៅក្នុង ខោនធីខ្លះ ប្រសិនបើអ្នកមាន SOC អ្នកមិនអាចចុះឈ្មោះ នៅក្នុងគម្រោងការថែទាំដោយមានការគ្រប់គ្រងនោះ ឡើយ។

ប្រសិនបើអ្នកបង់ថ្លៃទូទាត់សម្រាប់សេវាកម្មថែទាំសុខភាព ដល់អ្នកណាម្នាក់ដែលមិនទទួលបានកម្មវិធី Medi-Cal អ្នកអាច នឹងរាប់ការបង់ថ្លៃទូទាត់ទាំងនោះ ជា SOC របស់អ្នក។ អ្នក ត្រូវតែយកបង្កាន់ដៃពីការចំណាយលើការថែទាំសុខភាព ទាំងនោះទៅកាន់ការិយាល័យខោនធីក្នុងមូលដ្ឋាន របស់អ្នក។ ពួកគេនឹងដាក់បញ្ចូលចំនួននោះទៅក្នុងSOC របស់អ្នក។

អ្នកប្រហែលនឹងអាចបន្ថយ SOC នៅខែនាពេលអនាគត បានប្រសិនបើអ្នកមានវិក័យប័ត្រវេជ្ជសាស្ត្រដែលមិនទាន់ បង់ថ្លៃទូទាត់។ ស្នើសុំការិយាល័យខោនធីក្នុងមូលដ្ឋានរបស់ អ្នកឱ្យមើលថាតើវិក័យប័ត្ររបស់អ្នកមានលក្ខណៈសម្បត្តិ គ្រប់គ្រាន់ដែរឬទេ។

តើ Medi-Cal Managed Care គឺជាអ្វី?

Medi-Cal Managed Care គឺជាប្រព័ន្ធដែលត្រូវបានរៀបចំ ដើម្បីជួយអ្នកឱ្យទទួលបានការថែទាំដែលមានគុណភាពខ្ពស់ និងរក្សាបាននូវសុខភាពល្អ។

“ គម្រោងសុខភាព Medi-Cal Managed Care ជួយអ្នកស្វែងរកវេជ្ជបណ្ឌិត ឱសថស្ថាន និងកម្មវិធី អប់រំសុខភាព នានា។ ”

មនុស្សភាគច្រើនត្រូវចុះឈ្មោះនៅក្នុងគម្រោងការថែទាំ ដែលមានការគ្រប់គ្រង លើកលែងតែអ្នកបំពេញតាម លក្ខណៈវិនិច្ឆ័យជាក់លាក់មួយចំនួន ឬមានលក្ខណៈសម្បត្តិ គ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ការលើកលែង។ ជម្រើសគម្រោង សុខភាពរបស់អ្នកអាស្រ័យលើខោនធីដែលអ្នករស់នៅ។ ប្រសិនបើខោនធីរបស់អ្នកមានគម្រោងសុខភាពច្រើន អ្នកចាំ បាច់ត្រូវជ្រើសរើសគម្រោងណាមួយដែលសមស្របតាម តម្រូវការអ្នក និងក្រុមគ្រួសាររបស់អ្នក។

រាល់គម្រោង Medi-Cal Managed Care ទាំងអស់នៅ ក្នុងខោនធីនីមួយៗមានសេវាកម្មដូចគ្នា។ អ្នកអាចទទួល បានបញ្ជីឈ្មោះនៃគម្រោងការថែទាំដោយមានការគ្រប់គ្រង តាមរយៈគេហទំព័រ <http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal>។ អ្នកអាចជ្រើសរើសវេជ្ជបណ្ឌិតដែលធ្វើការជាមួយគម្រោង របស់អ្នកឱ្យធ្វើជាគ្រូពេទ្យថែទាំសុខភាពបឋមរបស់អ្នក។ ពុំនោះសោត គម្រោងរបស់អ្នកអាចជ្រើសរើសវេជ្ជ បណ្ឌិតថែទាំសុខភាពបឋមជំនួសអ្នកបាន។ អ្នកអាចនឹង ជ្រើសរើសយកអ្នកផ្តល់សេវាពន្យារកំណើតនៃកម្មវិធី Medi-Cal ណាមួយទៅតាមជម្រើសរបស់អ្នករួមមានអ្នក ផ្តល់សេវានៅខាងក្រៅគម្រោងរបស់អ្នកផងដែរ។ សូមទាក់ ទងទៅកាន់គម្រោងការថែទាំសុខភាពដែលមានការគ្រប់គ្រង របស់អ្នកដើម្បីឈ្វេងយល់បន្ថែម។

គម្រោងសុខភាពនៃការថែទាំដោយមានការគ្រប់គ្រងក៏ផ្តល់ ជូនផងដែរនូវ៖

- ការសម្របសម្រួលការថែទាំ
- ការបញ្ជូនបន្តទៅកាន់អ្នកឯកទេស
- សេវាពិគ្រោះយោបល់លើការថែទាំតាមទូរសព្ទរយៈ ពេញ 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ
- មជ្ឈមណ្ឌលសេវាអតិថិជន

កម្មវិធី Medi-Cal ត្រូវតែឯកភាពលើសេវាកម្មមួយចំនួន មុនពេលអ្នកទទួលបានសេវាកម្មទាំងនោះ។ អ្នកផ្តល់ សេវាកម្មនឹងដឹងថាតើពេលណាអ្នកត្រូវការការឯកភាពជា មុន។ សេវាកម្មរបស់វេជ្ជបណ្ឌិត និងការមកជួបពិគ្រោះនៅ មន្ទីរព្យាបាលសឹងទាំងអស់មិនមានកំណត់នោះទេ។ សេវាទាំងនោះមិនចាំបាច់មានការឯកភាពនោះទេ។ សូម ពិភាក្សាជាមួយវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកអំពីផែនការព្យាបាល និងការណាត់ជួបពិគ្រោះរបស់អ្នក។

តើខ្ញុំចុះឈ្មោះនៅក្នុងគម្រោង Medi-Cal Managed Care បានដោយរបៀបណា?

ប្រសិនបើអ្នកនៅក្នុងខោនធីដែលមានជម្រើសគម្រោង លើសពីមួយ អ្នកត្រូវតែជ្រើសរើសយកគម្រោងសុខភាពក្នុង រយៈពេល 30 ថ្ងៃក្រោយការអនុម័តលើកម្មវិធី Medi-Cal។ អ្នកនឹងទទួលបានសំណុំឯកសារព័ត៌មាននៅក្នុងសំបុត្រ ប្រៃសណីយ៍។ វានឹងប្រាប់អ្នកអំពីគម្រោងសុខភាព ដែលមាននៅក្នុងខោនធីរបស់អ្នក។ សំណុំឯកសារព័ត៌មាន នេះក៏នឹងប្រាប់អ្នកផងដែរពីរបៀបចុះឈ្មោះនៅក្នុងគម្រោង ថែទាំដោយមានការគ្រប់គ្រងដែលអ្នកជ្រើសរើស។ ប្រសិនបើអ្នកមិនជ្រើសរើសយកគម្រោងក្នុងរយៈពេល 30 ថ្ងៃក្រោយទទួលបានការឯកភាពលើកម្មវិធី Medi-Cal របស់អ្នកនោះទេ ពេលនោះរដ្ឋនឹងជ្រើសរើសគម្រោងណា មួយសម្រាប់អ្នក។

សូមរង់ចាំកញ្ចប់ព័ត៌មានស្តីពីគម្រោងសុខភាពរបស់អ្នកនៅ ក្នុងសំបុត្រប្រៃសណីយ៍។

“ ប្រសិនបើខោនធីរបស់អ្នកមាន ត្រឹមតែគម្រោងសុខភាពមួយ ខោនធីជ្រើសរើសគម្រោង សម្រាប់អ្នក។ ”

ប្រសិនបើអ្នករស់នៅក្នុងខោនធី **San Benito** មានគម្រោងសុខភាពតែមួយប៉ុណ្ណោះ។ អ្នកអាចចុះឈ្មោះនៅក្នុងគម្រោងសុខភាពនេះបាន។ ឬអ្នកអាចជ្រើសរើសប័ន្តស្ថិតនៅក្នុងកម្មវិធី Medi-Cal ដែលបង់ថ្លៃសម្រាប់ការប្រើប្រាស់សេវា។

ប្រសិនបើខោនធីរបស់អ្នកមានគម្រោងសុខភាពលើសពីមួយ អ្នកចាំបាច់ត្រូវជ្រើសរើសគម្រោងមួយដែលសមស្របតាមតម្រូវការរបស់អ្នកនិងក្រុមគ្រួសារអ្នក។

ដើម្បីពិនិត្យមើលថា តើមានគម្រោងអ្វីខ្លះនៅក្នុងខោនធីរបស់អ្នក សូមទៅកាន់គេហទំព័រ <https://www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov/>

តើខ្ញុំត្រូវលប់ចោលការចុះឈ្មោះស្នើសុំការលើកលែងការចុះឈ្មោះ ឬផ្លាស់ប្តូរគម្រោង Medi-Cal Managed Care របស់ខ្ញុំបានដោយរបៀបណា?

អ្នកទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ភាគច្រើននៃកម្មវិធី Medi-Cal ត្រូវតែចុះឈ្មោះនៅក្នុងគម្រោង Medi-Cal Managed Care។ ប្រសិនបើអ្នកជ្រើសរើសចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងថែទាំសុខភាព នោះអ្នកអាចលប់ចោលការចុះឈ្មោះនេះបានគ្រប់ពេលវេលា។ ដើម្បីលប់ចោលការចុះឈ្មោះសូមទូរស័ព្ទទៅកាន់ផ្នែក Health Care Options តាមរយៈលេខ **1-800-430-4263**។

ប្រសិនបើខោនធីអ្នកមានគម្រោងច្រើនលើសពីមួយ អ្នកអាចទូរស័ព្ទទៅកាន់ផ្នែក Health Care Options ក្នុងកំណើតអ្នកចង់ផ្លាស់ប្តូរគម្រោងថែទាំសុខភាពដោយមានការគ្រប់គ្រងរបស់អ្នក។

ប្រសិនបើអ្នកកំពុងទទួលបានការព្យាបាលនៅពេលនេះតាមរយៈអ្នកផ្តល់សេវានៃកម្មវិធី Medi-Cal ដែលបង់ថ្លៃសម្រាប់ការប្រើប្រាស់សេវា ពេលនោះអ្នកអាចនឹងមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ការលើកលែងជាបណ្តោះអាសន្នពីការចុះឈ្មោះនៅក្នុងគម្រោង Medi-Cal Managed Care។ អ្នកផ្តល់សេវាដែលមានការបង់ប្រាក់មិនអាចជាផ្នែកមួយនៃគម្រោង Medi-Cal Managed Care នៅក្នុងខោនធីរបស់អ្នកឡើយ។ អ្នកផ្តល់សេវាត្រូវតែ

ផ្តល់ការព្យាបាលដល់អ្នកសម្រាប់ស្ថានភាពជំងឺស្មុគស្មាញ ដែលអាចនឹងមានសភាពកាន់តែធ្ងន់ធ្ងរឡើង ក្នុងកំណើតដែលអ្នកត្រូវធ្វើការផ្លាស់ប្តូរអ្នកផ្តល់សេវានោះ។

សូមសួរអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកថា តើគាត់គឺជាផ្នែកមួយនៃគម្រោង Medi-Cal Managed Care នៅក្នុងខោនធីរបស់អ្នកដែរឬទេ។ ប្រសិនបើអ្នកផ្តល់សេវាកម្មរបស់អ្នកមិនមែនជាចំណែកនៃគម្រោង Medi-Cal Managed Care នៅក្នុងខោនធីរបស់អ្នកនោះទេ សូមឱ្យអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកបំពេញទម្រង់បែបបទជាមួយអ្នក ដើម្បីស្នើសុំការលើកលែងពីការចុះឈ្មោះនៅក្នុងគម្រោង Medi-Cal Managed Care។

អ្នកផ្តល់សេវាកម្មរបស់អ្នកចាំបាច់ត្រូវចុះហត្ថលេខានៅលើទម្រង់បែបបទនោះ ភ្ជាប់មកជាមួយនូវភស្តុតាងតាមការទាមទារ ហើយ ផ្ញើតាមប្រៃសណីយ៍ ឬផ្ញើទូរសារទម្រង់បែបបទនោះទៅកាន់ Health Care Options។ ពួកគេនឹងពិនិត្យមើលទម្រង់បែបបទនោះ ហើយសម្រេចថា តើអ្នកមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ការលើកលែងបណ្តោះអាសន្នពីការចុះឈ្មោះនៅក្នុងគម្រោង Medi-Cal Managed Care ដែរឬទេ។ អ្នកអាចស្វែងរកទម្រង់បែបបទនិងសេចក្តីណែនាំបានតាមរយៈគេហទំព័រ <http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal>។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរស័ព្ទមកកាន់លេខ **1-800-430-4263**។

ចុះប្រសិនបើខ្ញុំមានការធានារ៉ាប់រងសុខភាពផ្សេងទៀតនោះ?

ទោះបីជាអ្នកមានការរ៉ាប់រងសុខភាពផ្សេងទៀតដូចជាការធានារ៉ាប់រងសុខភាពពីកន្លែងធ្វើការរបស់អ្នក អ្នកក៏នៅតែអាចនឹងមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់កម្មវិធី Medi-Cal ដដែល។ ប្រសិនបើអ្នកមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ កម្មវិធី Medi-Cal នឹងរ៉ាប់រងលើការចំណាយដែលអនុញ្ញាត ដែលមិនត្រូវបានទូទាត់ដោយការធានារ៉ាប់រងបឋមរបស់អ្នក។ ស្ថិតក្រោមច្បាប់សហព័ន្ធ ក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងសុខភាពឯកជនរបស់អ្នកទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍នៃកម្មវិធី Medi-Cal ត្រូវបានគេចេញវិក័យប័ត្រទូទាត់ដំបូងគេ មុនពេលចេញវិក័យប័ត្រគិតថ្លៃពីកម្មវិធី Medi-Cal។

អ្នកទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ពីកម្មវិធី Medi-Cal ត្រូវបានតម្រូវដោយច្បាប់សហព័ន្ធនិងរដ្ឋអោយរាយការណ៍អំពីការ

ធានារ៉ាប់រងសុខភាពឯកជន។ ដើម្បីរាយការណ៍ឬផ្លាស់ប្តូរ
ការធានារ៉ាប់រងសុខភាពឯកជន សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ
<http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal> ឬហៅទៅកាន់លេខ
1-800-541-5555 (TTY 1-800-430-7077)។
នៅក្រៅរដ្ឋ California សូមទូរស័ព្ទមកកាន់លេខ
1-916-636-1980។

អ្នកក៏ត្រូវតែរាយការណ៍វា ទៅកាន់ការិយាល័យខោនធី
ក្នុងមូលដ្ឋាន និងអ្នកផ្តល់ការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នកផង
ដែរ។ ប្រសិនបើអ្នកខកខានមិនបានរាយការណ៍ពីការរ៉ាប់រង
ដោយការធានារ៉ាប់រងសុខភាពឯកជនដែលអ្នកកំពុងមាន
អ្នកកំពុងប្រព្រឹត្តបទល្មើសមជ្ឈិមហើយ។

តើខ្ញុំអាចទទួលបានសេវាកម្ម កម្មវិធី MediCal នៅពេលដែល ខ្ញុំមិននៅក្នុងរដ្ឋ California បានទេ?

នៅពេលអ្នកធ្វើដំណើរចេញក្រៅរដ្ឋ California សូមយក
ប័ណ្ណ BIC របស់អ្នក ឬភស្តុតាងបញ្ជាក់ថាអ្នកបានចុះ
ឈ្មោះក្នុងគម្រោងថែទាំសុខភាពរបស់ Medi-Cal។ កម្មវិធី
Medi-Cal អាចជួយបានក្នុងករណីខ្លះដូចជា ការសង្គ្រោះ
បន្ទាន់ដោយសារតែគ្រោះថ្នាក់ របួស ឬជំងឺធ្ងន់ធ្ងរ។
លើកលែងតែករណីសង្គ្រោះបន្ទាន់ គម្រោងថែទាំដោយមាន
ការគ្រប់គ្រងរបស់អ្នកត្រូវតែធ្វើការយល់ព្រមលើសេវាកម្ម
វេជ្ជសាស្ត្រក្រៅរដ្ឋណាមួយមុនពេលអ្នកអាចទទួលបាន
សេវាកម្ម។ ប្រសិនបើអ្នកផ្តល់សេវាកម្មមិនព្រមទទួលយក
កម្មវិធី Medicaid អ្នកនឹងត្រូវតែបង់ថ្លៃវេជ្ជសាស្ត្រសម្រាប់
សេវាកម្ម ដែលអ្នកបានទទួលបាននៅខាងក្រៅរដ្ឋ
California។ សូមចងចាំថា៖ ប្រហែលជាមានអ្នកផ្តល់សេវា
កម្មជាច្រើនដែល ពាក់ព័ន្ធនៅក្នុង ការថែទាំសង្គ្រោះបន្ទាន់។
ឧទាហរណ៍ វេជ្ជបណ្ឌិតដែលអ្នកទៅជួបអាចទទួលយក
Medicaid ប៉ុន្តែផ្នែកឆ្លុះកាំរស្មីអ៊ុក្រូប្រូហែលជាមិនទទួលយក
ទេ។ សូមធ្វើការជាមួយគម្រោងការថែទាំដោយមានការ
គ្រប់គ្រងរបស់អ្នកដើម្បីដាក់កម្រិតថ្លៃលើអ្វីដែលអ្នកត្រូវ
បង់ថ្លៃទូទាត់។ អ្នកផ្តល់សេវាកម្ម គួរតែធានាឱ្យប្រាកដ
ជាមុនសិនថាអ្នកមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ដោយ
ការទូរស័ព្ទទៅកាន់លេខ 1-916-636-1960។

ប្រសិនបើអ្នករស់នៅជិតបន្ទាត់ព្រំដែនរដ្ឋ California
ហើយទទួលបានសេវាវេជ្ជសាស្ត្រនៅក្នុងរដ្ឋផ្សេងទៀត
ពេលនោះវិធានទាំងនេះមួយចំនួនមិនត្រូវបានអនុវត្តនោះ
ទេ។ ដើម្បីឈ្ងុយល់បន្ថែម សូមទាក់ទងទៅកាន់គម្រោង
Medi-Cal Managed Care របស់អ្នក។

**“ អ្នកនឹងមិនទទួលបានកម្មវិធី
Medi-Cal ទេ ប្រសិនបើអ្នក
ផ្លាស់ទីលំនៅចេញទៅក្រៅ
រដ្ឋ California អ្នកអាចនឹង
ដាក់ពាក្យសុំកម្មវិធី Medicaid
នៅក្នុងរដ្ឋដែលអ្នកផ្លាស់ទីលំ
នៅកាន់។ ”**

ប្រសិនបើអ្នកផ្លាស់ទីលំនៅទៅកាន់ខោនធីក្នុងរដ្ឋ
California អ្នកក៏ត្រូវជម្រាបខោនធី ដែលអ្នកបានរស់នៅ
ឬខោនធីដែលអ្នកបានផ្លាស់ទៅនៅអោយដឹងផងដែរ។ នេះ
ដើម្បីអោយប្រាកដថាអ្នកនៅតែបន្តទទួលបាន
អត្ថប្រយោជន៍កម្មវិធី Medi-Cal។ អ្នកគួរតែជម្រាប
ការិយាល័យខោនធីក្នុងមូលដ្ឋានរបស់អ្នកក្នុងអំឡុងពេល10
ថ្ងៃនៃការផ្លាស់ទីលំនៅទៅខោនធីថ្មី។

តើខ្ញុំគួរធ្វើដូចម្តេចប្រសិនបើខ្ញុំមិន អាចទទួលបានការណាត់ជួបពិគ្រោះ ឬទទួលបានការថែទាំផ្សេងទៀត ដែលខ្ញុំត្រូវការនោះទេ?

ការិយាល័យប្រជាពលរដ្ឋនៃកម្មវិធី Medi-Cal Managed
Care ជួយដោះស្រាយបញ្ហាដោយផ្អែកលើទស្សនៈ
អព្យាក្រឹត្យឥតលម្អៀង។ ពួកគេធ្វើឱ្យប្រាកដថាអ្នកទទួលបាន
រាល់សេវារ៉ាប់រងដែលត្រូវការជាចាំបាច់ទាំងអស់។

ការិយាល័យប្រជាពលរដ្ឋ៖

- ជួយដោះស្រាយបញ្ហារវាងសមាជិក Medi-Cal
Managed Care និងគម្រោងការថែទាំដែលមានការ
គ្រប់គ្រង ដោយមិនកាន់ជើងខាងណាមួយឡើយ
- ជួយដោះស្រាយបញ្ហារវាងអ្នកទទួល
អត្ថប្រយោជន៍នៃកម្មវិធី Medi-Cal និង
គម្រោងសុខភាពផ្លូវចិត្តរបស់ខោនធី ដោយមិនមាន
ការកាន់ជើងខាងណាមួយឡើយ
- អង្កេតលើពាក្យបណ្តឹងរបស់សមាជិកអំពីគម្រោង
ថែទាំដែលមានការគ្រប់គ្រង និងគម្រោងសុខភាពផ្លូវ
ចិត្តរបស់ខោនធី
- ជួយសមាជិកក្នុងការចុះឈ្មោះ និងលុបចោលការចុះ
ឈ្មោះជាបន្ទាន់ណាមួយ

- ជួយដល់អ្នកទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ពី កម្មវិធី Medi-Cal ឲ្យទទួលបានសេវាសុខភាព ឯកទេសផ្លូវចិត្តនៃកម្មវិធី Medi-Cal
- ផ្តល់ជូននូវព័ត៌មាន និងការណែនាំបន្ត
- កំណត់មធ្យោបាយដើម្បីឲ្យកម្មវិធី Medi-Cal Managed Care កាន់តែមានប្រសិទ្ធភាពខ្ពស់
- អប់រំសមាជិកអំពីរបៀបស្វែងរក Medi-Cal Managed Care និងប្រព័ន្ធសុខភាពឯកទេសផ្លូវចិត្ត

ដើម្បីឈ្វេងយល់បន្ថែមទៀតអំពីការិយាល័យប្រជាពលរដ្ឋ អ្នកអាចទូរសព្ទទៅលេខ៖

1-888-452-8609

ឬចូលទៅកាន់គេហទំព័រ៖

<http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal>

តើកម្មវិធី Medi-Cal ធ្វើការដោយ របៀបណាប្រសិនបើខ្ញុំមានកម្មវិធី Medicare ផងដែរនោះ?

មានមនុស្សជាច្រើនដែលមានអាយុ 65 ឬចាស់ជាងនេះ ឬដែលមានពិការភាពមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ សម្រាប់ទាំងកម្មវិធី Medi-Cal និងកម្មវិធី Medicare។ ប្រសិនបើអ្នកមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សំរាប់កម្មវិធី ទាំងពីរ អ្នកនឹងទទួលបានសិទ្ធិទាំងអស់នៃសេវា កម្មវិធីសាស្ត្រ និងឱសថត្រូវការវេជ្ជបញ្ជាតាមរយៈ កម្មវិធី Medicare។ Medi-Cal ផ្តល់ជូនសេវាកម្ម និងជំនួយគាំទ្ររយៈពេលវែង ដូចជាការថែទាំនៅផ្ទះ និងសេវាកម្មដែលមានមូលដ្ឋាននៅសហគមន៍។

“កម្មវិធី Medi-Cal ធានា រ៉ាប់រងទៅលើអត្ថប្រយោជន៍ មួយចំនួនដែលកម្មវិធី Medicare មិនបានធ្វើការ ធានារ៉ាប់រង។”

កម្មវិធី Medi-Cal ក៏អាចនឹងបង់ថ្លៃបុព្វលាភ Medicare របស់អ្នកផងដែរ។

តើអ្វីទៅជាកម្មវិធីជំនួយការបង់ថ្លៃ បុព្វលាភ Medicare Premium Payment Buy-In នៃកម្មវិធី Medicare?

កម្មវិធីបង់ថ្លៃបុព្វលាភ (Premium Payment Program) នៃកម្មវិធី Medicare ដែលត្រូវបានហៅផងដែរថា កម្មវិធី Medicare Buy-In អនុញ្ញាតឱ្យកម្មវិធី Medi-Cal បង់ថ្លៃ ដល់ Medicare Part A (ការធានារ៉ាប់រងមន្ទីរពេទ្យ) នៃកម្មវិធី Medicare និង/ ឬបុព្វលាភសម្រាប់ផ្នែក B (ការធានារ៉ាប់រងវេជ្ជសាស្ត្រ) សម្រាប់សមាជិកកម្មវិធី Medi-Cal និងសមាជិកផ្សេងទៀតដែលមានលក្ខណៈ សម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់កម្មវិធី Medi-Cal ជាក់លាក់។

តើអ្វីទៅជាកម្មវិធីប្រាក់សន្សំ (Savings Program-MSP) របស់កម្មវិធី Medicare?

កម្មវិធីប្រាក់សន្សំនៃកម្មវិធី Medicare អាចនឹងបង់ថ្លៃ សម្រាប់ផ្នែក A នៃកម្មវិធី Medicare និងថ្លៃចំណាយ បន្ទុកសាមីជន សហធានារ៉ាប់រង និងសហចំណាយរបស់ ផ្នែក B នៃកម្មវិធី Medicare ប្រសិនបើអ្នកបំពេញបានគ្រប់ ទៅនឹងលក្ខខណ្ឌជាក់លាក់មួយចំនួន។ នៅពេលដែលអ្នក ដាក់ពាក្យសុំកម្មវិធី Medi-Cal ខោនធីរបស់អ្នកនឹងធ្វើការ វាយតម្លៃអ្នកសំរាប់កម្មវិធីនេះ។ មនុស្សមួយចំនួនដែលមិន មានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ ដើម្បីទទួលបាន អត្ថប្រយោជន៍ពីកម្មវិធី Medi-Cal ពេញលេញនៅតែអាច នឹងមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សំរាប់ MSP ដដែល។

ប្រសិនបើខ្ញុំប្រើប្រាស់អ្នកផ្តល់ សេវានៃកម្មវិធី Medicare តើខ្ញុំនឹង ត្រូវបង់ថ្លៃសហធានារ៉ាប់រងនៃកម្មវិធី Medicare ដែរឬទេ?

ទេ។ បើមានសិទ្ធិទទួលបាន MSP អ្នកមិនចាំបាច់បង់ប្រាក់ស ហធានារ៉ាប់រង ឬប្រាក់ធានារ៉ាប់រងបង់មុននោះទេ។ ប្រសិនបើអ្នកទទួលបានវិក្កយបត្រទូទាត់ពីអ្នកផ្តល់សេវានៃ កម្មវិធី Medicare របស់អ្នក សូមទាក់ទងទៅកាន់ Medi-Cal Managed Care របស់អ្នក ឬទូរសព្ទទៅកាន់លេខ 1-800-MEDICARE។

ប្រសិនបើខ្ញុំមានកម្មវិធី Medicare តើ ខ្ញុំត្រូវប្រើប្រាស់វេជ្ជប្រឹក្សា និងអ្នក ផ្តល់សេវាដទៃទៀតដែលទទួលយក កម្មវិធី Medi-Cal ដែរឬទេ?

ទេ។ អ្នកអាចប្រើប្រាស់អ្នកផ្តល់សេវានៃកម្មវិធី Medicare ណាមួយក៏បាន ទោះបីជាអ្នកផ្តល់សេវានោះមិនទទួល យកកម្មវិធី Medi-Cal ឬមិនមែនជាផ្នែកមួយនៃគម្រោង Medi-Cal Managed Care របស់អ្នកក៏ដោយ។ អ្នកផ្តល់សេវាកម្មវិធី Medicare មួយចំនួន អាចមិនទទួលអ្នកជាអ្នកជំងឺឡើយ។

តើអ្នកដឹងដែរ ឬទេ?



កម្មវិធី Medi-Cal ផ្តល់ជូននៅ ការអប់រំទៅលើការបំបៅដោះកូន ដែលជាផ្នែកមួយនៃការថែទាំមាតភាព និងការថែទាំទារកទើបកើត។



អ្នកអាចមានសិទ្ធិទទួលបានការពិនិត្យ ភ្នែកជាប្រចាំចំនួនមួយដងរៀងរាល់ 24 ខែម្តង។



ដើម្បីឈ្ងុងយល់បន្ថែមអំពីអ្វីដែលត្រូវបាន ផ្តល់ជូន សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ៖ <http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal>



អត្ថប្រយោជន៍ដែលត្រូវបាន រ៉ាប់រងដោយ Medi-Cal

Medi-Cal ផ្តល់អត្ថប្រយោជន៍ពេញលេញ ដែលហៅថា អត្ថប្រយោជន៍សុខភាពសារវន្ត (Essential Health Benefits)។ ដើម្បីឈ្ងុងថា តើសេវាកម្មមួយត្រូវបានរ៉ាប់រង ដែរឬទេ សូមសាកសួររដ្ឋបណ្ឌិត ឬគម្រោងសុខភាព របស់អ្នក។ អត្ថប្រយោជន៍សុខភាពសារវន្តរួមមាន៖

- សេវាពិគ្រោះជំងឺខាងក្រៅដូចជាការពិនិត្យសុខភាព នៅការិយាល័យរដ្ឋបណ្ឌិត
- សេវាសង្គ្រោះបន្ទាន់
- ការសម្រាកក្នុងមន្ទីរពេទ្យ
- ការថែទាំមាតភាពនិងទារកទើបនឹងកើត
- សេវាសុខភាពផ្លូវចិត្ត
- សេវារឹបត្រីប្រើប្រាស់សារធាតុ ដូចជាការព្យាបាលការ ញៀនថ្នាំញៀនឬការញៀនស្រា
- ឱសថត្រូវការរដ្ឋបញ្ជា
- សេវាមន្ទីរពិសោធន៍ ដូចជាការពិនិត្យឈាម
- កម្មវិធីដូចជាការព្យាបាលដោយចលនា (ហៅថាសេវាកម្មស្មារនីតិសម្បទា និងសេវាកម្មផ្តល់នីតិសម្បទា) និងបរិក្ខារ និងឧបករណ៍វេជ្ជសាស្ត្រដូចជា រទេះរុញ សម្រាប់ជនពិការ និងផ្ទះខ្យល់អ្នកស៊ីសេន
- សេវាបង្ការជំងឺ និងសេវាសុខមាលភាព
- ការគ្រប់គ្រងជំងឺរ៉ាំរ៉ៃ
- សេវាកម្មកុមារ ឬករុមការថែទាំមាត់និងភ្នែក
- ការថែទាំនៅក្នុងផ្ទះ និងសេវាកម្មនិងការគាំទ្រយូរ អង្វែងផ្សេងៗទៀត

កម្មវិធីរឹបត្រីប្រើប្រាស់សារធាតុញៀន

គម្រោង Medi-Cal ផ្តល់ជូននូវបរិយាកាសបែបពិគ្រោះជំងឺ ក្រៅ និងពិគ្រោះជំងឺក្នុងសម្រាប់ការព្យាបាលការប្រើប្រាស់ ថ្នាំញៀន ឬគ្រឿងស្រវឹង។ កម្មវិធីនេះក៏ត្រូវបានហៅផង ដែរថាជាការព្យាបាលរឹបត្រីប្រើប្រាស់សារធាតុ។ បរិយាកាស អាស្រ័យទៅលើប្រភេទនៃការព្យាបាលដែលអ្នកត្រូវការ។ សេវាកម្ម រួមមាន៖

- ការព្យាបាលដោយគ្មានថ្នាំបែបពិគ្រោះជំងឺក្រៅ (ការផ្តល់ប្រឹក្សាយោបល់ជាក្រុម/ឬជាឯកត្តជន)
- ការព្យាបាលជាគំហុកបែបពិគ្រោះជំងឺក្រៅ (សេវាកម្ម ផ្តល់ប្រឹក្សាជាក្រុមដែលត្រូវបានផ្តល់ជូនយ៉ាងហោច ណាស់បីម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ បីថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍)
- ការព្យាបាលនៅនឹងលំនៅដ្ឋាន (សេវាកម្មស្មារ សម្បទាដែលត្រូវបានផ្តល់ជូនក្នុងខណៈកំពុងរស់នៅ ក្នុងបរិវេណលំនៅដ្ឋាន)
- ការព្យាបាលជំនួសសារធាតុឱសថណាកូទិច (ដូចជាឱសថបំបាត់ការឈឺចាប់)

ខោនធីខ្លះផ្តល់នូវសេវាកម្មព្យាបាល និងជួយឱ្យជាសះ ស្បើយកាន់តែច្រើនថែមទៀត។ សូមជម្រាបរដ្ឋបណ្ឌិត របស់អ្នកអំពីស្ថានភាពជំងឺរបស់អ្នក។ ដូច្នេះពួកគាត់ អាចណែនាំអ្នកទៅកាន់ការព្យាបាលត្រឹមត្រូវ។ អ្នកក៏អាច នឹងណែនាំខ្លួនឯងទៅកាន់ភ្នាក់ងារព្យាបាលក្នុងមូលដ្ឋាន ដែលនៅជិតបំផុតបានផងដែរ។ ឬហៅទូរស័ព្ទទៅកាន់ខ្សែ បណ្តាញទូរស័ព្ទ បង្កើតអ្នកសម្រាប់ការព្យាបាលបែបមិនមែន សង្គ្រោះបន្ទាន់តាមរយៈលេខ 1-800-879-2772។

កម្មវិធីទន្តសាស្ត្ររបស់ Medi-Cal (Medi-Cal Dental Program)

សុខភាពមាត់ធ្មេញជាផ្នែកសំខាន់នៃសុខភាពជារួម។ កម្មវិធីទន្តសាស្ត្ររបស់ Medi-Cal (Medi-Cal Dental Program) គ្របដណ្តប់លើសេវាកម្មជាច្រើនដើម្បីរក្សាធ្មេញអ្នកឱ្យមានសុខភាពល្អ។ អ្នកអាចទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ទន្តសាស្ត្រភ្លាមៗពេលអ្នកត្រូវបានគេអនុម័តយល់ព្រមសម្រាប់ Medi-Cal។

អ្នកអាចឃើញអត្ថប្រយោជន៍ទន្តសាស្ត្រ និងធនធានដទៃទៀតនៅ <http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal>។
ឬ អ្នកអាចហៅទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-800-322-6384 (TTY 1-800-735-2922) ពីថ្ងៃច័ន្ទរហូតដល់ថ្ងៃសុក្ររវាងម៉ោង 8:00 ព្រឹក និង 5:00 ល្ងាច។

តើខ្ញុំទទួលបានសេវាកម្មទន្តសាស្ត្ររបស់ Medi-Cal ដោយរបៀបណា?

កម្មវិធីទន្តសាស្ត្ររបស់ Medi-Cal (Medi-Cal Dental Program) ផ្តល់ជូនសេវាកម្ម ជាពីររបៀប។ របៀបទីមួយគឺសេវាកម្មទន្តសាស្ត្រគិតថ្លៃសម្រាប់សេវាកម្មដែលប្រើប្រាស់ (Fee-for-Service) ហើយអ្នកអាចទទួលបានវានៅទូទាំងរដ្ឋ California។ សេវាកម្មទន្តសាស្ត្រគិតថ្លៃសម្រាប់សេវាកម្មដែលប្រើប្រាស់ (Fee-for-Service) គឺដូចគ្នាទៅនឹងសេវាកម្មគិតថ្លៃសម្រាប់សេវាកម្មដែលប្រើប្រាស់ (Fee-for-Service) របស់ Medi-Cal។ មុនពេលអ្នកទទួលបានសេវាកម្មទន្តសាស្ត្រ អ្នកត្រូវតែបង្ហាញប័ណ្ណ BIC របស់អ្នកទៅកាន់អ្នកផ្តល់សេវាកម្មទន្តសាស្ត្រ ហើយសូមឱ្យប្រាកដថា អ្នកផ្តល់សេវាកម្មទទួលយកការធានារ៉ាប់រងទន្តសាស្ត្រគិតថ្លៃសម្រាប់សេវាកម្មដែលប្រើប្រាស់ (Fee-for-Service)។

មធ្យោបាយផ្សេងទៀតដែល Medi-Cal ផ្តល់ជូនសេវាកម្មទន្តសាស្ត្រ គឺ តាមរយៈកម្មវិធី (Dental Managed Care-DMC)។ DMC ត្រូវបានផ្តល់ជូនតែនៅក្នុងខោនធី Los Angeles និងខោនធី Sacramento តែប៉ុណ្ណោះ។ គម្រោង DMC រ៉ាប់រងលើសេវាកម្មទន្តសាស្ត្រដូចគ្នានឹងសេវាកម្មទន្តសាស្ត្រគិតថ្លៃសម្រាប់សេវាកម្មដែលប្រើប្រាស់។ DHCS ប្រើប្រាស់គម្រោងថែទាំដោយមានការគ្រប់គ្រងចំនួនបីនៅក្នុងខោនធី Sacramento។ DHCS ក៏ចុះកិច្ចសន្យាជាមួយគម្រោងសុខភាពដែលបង់ថ្លៃជាមុនចំនួនបីនៅក្នុងខោនធី

Los Angeles។ គម្រោងទាំងនេះផ្តល់សេវាកម្មទន្តសាស្ត្រទៅដល់អ្នកទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍នៃកម្មវិធី Medi-Cal។

ប្រសិនបើអ្នករស់នៅក្នុងខោនធី Sacramento អ្នកត្រូវតែចុះឈ្មោះនៅក្នុង DMC។ នៅក្នុងករណីខ្លះ អ្នកអាចនឹងមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ការលើកលែងឱ្យរួចពីការចុះឈ្មោះនៅក្នុង DMC។

ដើម្បីឈ្វេងយល់បន្ថែម សូមអញ្ជើញចូលទៅកាន់ Health Care Options តាមរយៈគេហទំព័រ <http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal>។

នៅក្នុងខោនធី Los Angeles អ្នកអាចស្ថិតនៅក្នុងកម្មវិធីទន្តសាស្ត្រគិតថ្លៃសម្រាប់សេវាកម្មដែលប្រើប្រាស់ (Fee-for-Service) ឬអ្នកអាចជ្រើសរើសកម្មវិធី DMC។ ដើម្បីជ្រើសរើស ឬផ្លាស់ប្តូរគម្រោងទន្តសាស្ត្ររបស់អ្នក សូមហៅទូរស័ព្ទទៅកាន់ Health Care Options។

ការពិនិត្យរកជំងឺ ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ និងការព្យាបាលឱ្យបានលឿនពីដើមទី និងម្តងម្កាល (Early and Periodic Screening, Diagnostic and Treatment-EPSTD)

ប្រសិនបើអ្នក ឬកូនអ្នកមានអាយុក្រោម 21 ឆ្នាំ Medi-Cal រ៉ាប់រងលើសេវាកម្មបង្ការជំងឺដូចជាការពិនិត្យជំងឺ និងការពិនិត្យរកជំងឺជាទៀងទាត់។ ការពិនិត្យ និងការពិនិត្យរកជំងឺជាទៀងទាត់ស្វែងរកមើលអាការៈ ទន្តសាស្ត្រ ចក្ខុសោត និងសុខភាពផ្លូវចិត្តរបស់អ្នក ហើយនិងវបត្តិមិនប្រក្រតីនៃការប្រើប្រាស់បំពានសារធាតុណាមួយ។ អ្នកក៏អាចទទួលបានការផ្តល់ថ្នាំបង្ការជងដែរដើម្បីរក្សាអ្នកឱ្យមានសុខភាពល្អ។ Medi-Cal រ៉ាប់រងលើសេវាកម្មពិនិត្យរកជំងឺនៅ ពេលណាមួយក៏ដោយដែលមានតម្រូវការ សូម្បីតែមិនស្ថិតនៅក្នុងអំឡុងពេលការពិនិត្យសុខភាពជាប្រចាំរបស់អ្នកក៏ដោយ។ សេវាកម្មទាំងនេះមិនគិតថ្លៃអ្នកឡើយ។

ការពិនិត្យសុខភាព និងការពិនិត្យរកជំងឺមានសារៈសំខាន់សម្រាប់ជួយអ្នកផ្តល់ការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នកឱ្យកំណត់ឃើញអាការៈរោគបានពីដើមទី។ នៅពេលអាការៈរោគត្រូវបានរកឃើញក្នុងអំឡុងការពិនិត្យសុខភាព ឬការពិនិត្យរកជំងឺ Medi-Cal រ៉ាប់រងលើសេវាកម្មដែលត្រូវការដើម្បីសម្រេចឬព្យាបាលអាការៈ ឬជំងឺផ្លូវកាយ ឬផ្លូវចិត្តណា

មួយ។ អ្នកអាចទទួលបានសេវាកម្មធ្វើ
រោគវិនិច្ឆ័យ និងព្យាបាលដែលផ្តល់ជូន
អ្នកផ្តល់ការថែទាំសុខភាពដទៃទៀត ទទួលបាន
កម្មវិធីបង្ការសុខភាព និងពិការភាពកុមារ (Child Health
and Disability Prevention program-CHDP) ប្រចាំ
ខោនធី ឬអ្នកផ្តល់ការថែទាំសុខភាពផ្លូវចិត្ត ឬអាកប្បកិរិយា
ប្រចាំខោនធីរបស់អ្នកជម្រាបថាអ្នកត្រូវការដើម្បីឱ្យបានធូរ
ស្រាលប្រសើរឡើង។ EPSDT រ៉ាប់រងលើសេវាកម្មទាំងនេះ
ដោយមិនគិតថ្លៃពីអ្នកឡើយ។

អ្នកផ្តល់សេវាកម្មថែទាំរបស់អ្នកក៏នឹងប្រាប់អ្នកផងដែរ
ថាតើពេលណាត្រូវត្រឡប់មកទទួលបានការពិនិត្យសុខ
ភាព ការថតឆ្លុះពិនិត្យជើង ឬការណាត់ជួបពិគ្រោះផ្នែក
វេជ្ជសាស្ត្រនៅពេលបន្ទាប់។ ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ
អំពីការណាត់ជួបពិគ្រោះផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ ឬរបៀបទទួល
បានជំនួយសម្រាប់ការធ្វើដំណើរដឹកជញ្ជូនទៅកាន់
ការជួបពិគ្រោះវេជ្ជសាស្ត្រ Medi-Cal អាចជួយបាន។
សូមទូរស័ព្ទទៅកាន់គម្រោងសុខភាព (Medi-Cal
Managed Care Health Plan-MCP) របស់អ្នក។
ប្រសិនបើអ្នកមិនមាន MCP ទេ
អ្នកអាចទូរស័ព្ទទៅវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក
ឬអ្នកផ្តល់សេវាផ្សេងទៀត ឬអញ្ជើញចូលទៅកាន់
<http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal>
សម្រាប់ជំនួយក្នុងការធ្វើដំណើរ។

សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពី EPSDT
អ្នកអាចនឹងហៅទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-800-541-5555
អញ្ជើញទៅកាន់គេហទំព័រ
<http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal> ទាក់ទងកម្មវិធី CHDP
របស់ខោនធីអ្នក ឬ MCP របស់អ្នក។ ដើម្បីឈ្ងុងយល់
បន្ថែមអំពីសេវាកម្មឯកទេស សុខភាពផ្លូវចិត្ត ឬសេវាកម្មវិបត្តិ
មិនប្រក្រតីនៃការប្រើប្រាស់បំពានសារធាតុនៃ EPSDT សូម
ទាក់ទងនាយកដ្ឋានសុខភាពផ្លូវចិត្ត ឬសុខភាពអាកប្បកិរិយា
នៃខោនធីរបស់អ្នក។

សេវាកម្មធ្វើដំណើរ

គម្រោង Medi-Cal អាចជួយជូនដំណើរសម្រាប់ការ
ណាត់ជួបផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ សុខភាពផ្លូវចិត្ត ការប្រើប្រាស់
សារធាតុញៀន ឬទូរសាស្ត្រ នៅពេលណាត់ជួប
ទាំងនោះត្រូវបានរ៉ាប់រងដោយគម្រោង Medi-Cal។ ការ
ជូនដំណើរអាចមិនទាក់ទងនឹងវេជ្ជសាស្ត្រ (nonmedical
transportation-NMT) ឬ មិនមែន ការសង្គ្រោះបន្ទាន់
(nonemergency medical transportation-NEMT)។
អ្នកក៏អាចប្រើប្រាស់ NMT បានផងដែរ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការ
ទៅទទួលយកវេជ្ជបញ្ជា ឬគ្រឿងផ្គត់ផ្គង់ ឬសម្ភារៈបរិក្ខារ
វេជ្ជសាស្ត្រ។

ប្រសិនបើអ្នកអាចធ្វើដំណើរបានតាមឡាន ឡានក្រុង
រថភ្លើង ឬឡានតាក់ស៊ី តែមិនមានមធ្យោបាយ
ធ្វើដំណើរទៅកាន់ការណាត់ជួបរបស់អ្នកទេ នោះ NMT
អាចរៀបចំជូនបាន។

ប្រសិនបើអ្នកចុះឈ្មោះនៅក្នុងគម្រោងសុខភាព សូមហៅទូរ
ស័ព្ទទៅកាន់សេវាកម្មអតិថិជន សម្រាប់ព័ត៌មានស្តីអំពីរបៀប
ទទួលបានសេវាកម្ម NMT។

ប្រសិនបើអ្នកមានការបង់ថ្លៃសម្រាប់សេវាកម្មដែលប្រើប្រាស់
អ្នកអាចធ្វើដូចខាងក្រោមនេះ៖

- ហៅទូរស័ព្ទទៅកាន់ការិយាល័យ Medi-Cal
ខោនធីរបស់អ្នកដើម្បីបញ្ជាក់ ថាតើពួកគេអាចជួយ
អ្នកឱ្យទទួលបានការជិះ NMT ដែរឬទេ។
- ដើម្បីទទួលបានការជូនដំណើរ ដំបូងអ្នកគួរហៅ
ទូរស័ព្ទទៅកាន់អ្នកផ្តល់សេវាកម្មដែលគិតថ្លៃ
សម្រាប់ការប្រើប្រាស់សេវាកម្ម ហើយសាកសួររកអ្នក
ផ្តល់ការដឹកជញ្ជូននៅក្នុងតំបន់របស់អ្នក។ ឬអ្នក
អាចហៅទូរស័ព្ទទៅកាន់អ្នកផ្តល់ NMT ដែលត្រូវ
បានអនុម័តនៅក្នុងតំបន់របស់អ្នកដែលត្រូវ
បានរាយនាមនៅតែហាទំព័រ
<http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal>។

ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការយានជំនិះវេជ្ជសាស្ត្រពិសេស
សម្រាប់ការណាត់ជួបរបស់អ្នក សូមជម្រាបដល់អ្នកផ្តល់ការ
ថែទាំសុខភាពរបស់អ្នកឱ្យបានដឹង។ ប្រសិនបើអ្នកមាន
គម្រោងថែទាំសុខភាព អ្នកក៏អាចទាក់ទងគម្រោងរបស់អ្នក
ផងដែរដើម្បីរៀបចំការដឹកជញ្ជូនរបស់អ្នក។ ប្រសិនបើអ្នក
មានគម្រោងបង់ថ្លៃសម្រាប់ការប្រើប្រាស់សេវាកម្ម សូមហៅ
ទូរស័ព្ទទៅកាន់អ្នកផ្តល់ការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក។
គម្រោង ឬអ្នកផ្តល់ការថែទាំសុខភាពអាចបញ្ជាសុំ
NEMT ដូចជាឡានមានកៅអីរញ្ជូនជនពិការ ឡានមាន
គ្រែស្វែងដឹកអ្នកជំងឺដែលមានកង់ រថយន្តគិលានសង្គ្រោះ
ឬការដឹកជញ្ជូនតាមផ្លូវអាកាស។

សូមស្នើសុំមធ្យោបាយជូនដំណើរ ឱ្យបានឆាប់ៗតាមដែល
អាចធ្វើបានមុនពេលការណាត់ជួប។ ប្រសិនបើអ្នកមាន
ការណាត់ជួបញឹកញាប់ អ្នកផ្តល់ការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក
ឬគម្រោងសុខភាពរបស់អ្នកអាចស្នើសុំការដឹកជញ្ជូនដើម្បី
រ៉ាប់រងលើការណាត់ជួបនាពេលអនាគត។

សូមអញ្ជើញទៅកាន់គេហទំព័រ
<http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal> សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម
អំពីការជូនដំណើរដែលត្រូវបានរៀបចំដោយអ្នកផ្តល់ NMT
ដែលទទួលបានការអនុម័ត។

សេវាកម្មឯកទេសសុខភាពផ្លូវចិត្ត

ប្រសិនបើអ្នកមានជំងឺផ្លូវចិត្ត ឬតម្រូវការផ្នែកសតិ អារម្មណ៍ដែលជួបជុំឥតធម្មតារបស់អ្នកមិនអាចព្យាបាល បាន នោះនៅមានសេវាឯកទេសសុខភាពផ្លូវចិត្តដែលអ្នក អាចទទួលបាន។ គម្រោងសុខភាពផ្លូវចិត្ត (Mental Health Plan-MHP) ផ្តល់នូវសេវាកម្មឯកទេសសុខភាពផ្លូវចិត្ត។ ខោនធីនីមួយៗមាន MHP មួយ។

សេវាឯកទេសសុខភាពផ្លូវចិត្តរួមមានជាអាទិ៍និងមិនកំណត់ ត្រឹមតែការព្យាបាលជាបុគ្គលនិងជាក្រុម សេវាផ្តល់ឱសថ សេវាដោះស្រាយវិបត្តិ ការគ្រប់គ្រងករណី សេវាតាមលំនៅ ដ្ឋានឬនៅតាមមន្ទីរពេទ្យ និងសេវាឯកទេសនានាដើម្បីជួយ ដល់កុមារនិងយុវជន។

ដើម្បីឈ្នួលយល់បន្ថែមអំពីសេវាឯកទេស សុខភាពផ្លូវចិត្ត ឬដើម្បីទទួលបានសេវាកម្មទាំងនេះ សូមទូរស័ព្ទទៅកាន់ MHP ប្រចាំខោនធីរបស់អ្នក។ MHP របស់អ្នកនឹងកំណត់ថាតើអ្នកមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ សម្រាប់សេវាឯកទេសសុខភាពផ្លូវចិត្តដែរឬទេ។ អ្នកអាចទទួលបានលេខទូរស័ព្ទរបស់ MHP ពីការិយាល័យប្រជាពលរដ្ឋ តាមរយៈលេខ 1-888-452-8609 ឬអញ្ជើញចូលទៅកាន់គេហទំព័រ <http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal> ។

តើអ្នកដឹងដែរ ឬទេ?



ប្រសិនបើអ្នកមានលក្ខណៈ សម្បត្តិទទួលបាន Supplemental Security Income (SSI) អ្នកមានលក្ខណៈ សម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ដោយ ស្វ័យប្រវត្តិសម្រាប់កម្មវិធី SSI-linked Medi-Cal។



ការិយាល័យខោនធីប្រចាំមូល ដ្ឋានរបស់អ្នកអាចជួយបាន ដល់បញ្ហាទាក់ទងនឹង SSI Medi-Cal មួយចំនួន។ ពួកគេនឹងប្រាប់ អ្នកថាតើអ្នកត្រូវការទាក់ទង ការិយាល័យបេឡា សន្តិសុខសង្គម (Social Security) ដើម្បីដោះស្រាយបញ្ហា។

កម្មវិធី & សេវាកម្មសុខភាពដទៃទៀត



រដ្ឋ California ផ្តល់ជូននូវកម្មវិធីសម្រាប់តម្រូវការនានា ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នក។ អ្នកអាចដាក់ពាក្យសុំមួយ ចំនួនតាមរយៈការិយាល័យខោនធីប្រចាំមូលដ្ឋានដដែល ដែលចាត់ចែងកម្មវិធី Medi-Cal។

ពីការិយាល័យខោនធីប្រចាំមូលដ្ឋាន របស់អ្នក

អ្នកអាចស្នើសុំកម្មវិធីខាងក្រោមពីការិយាល័យខោនធីក្នុង មូលដ្ឋានដដែលដែលអ្នកដាក់ពាក្យសុំកម្មវិធី Medi-Cal។ អ្នកអាចទទួលបានលេខទូរស័ព្ទសម្រាប់ខោនធីរបស់អ្នកនៅ អាសយដ្ឋានគេហទំព័រ <http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal> ឬហៅទូរស័ព្ទទៅកាន់លេខ 1-800-541-5555 (TTY 1-800-430-7077)។

អតីតយុវជនដែលគេទទួលយកទៅចិញ្ចឹម (Former Foster Youth)

ប្រសិនបើអ្នកស្ថិតនៅក្រោមការថែទាំចិញ្ចឹមបីបាច់នៅថ្ងៃ កំណើតទី 18 ឆ្នាំរបស់អ្នក ឬក្រោយពីនេះ អ្នកអាចនឹងមាន លក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់កម្មវិធី Medi-Cal ដោយឥតគិតថ្លៃ ។ ការរ៉ាប់រងអាចនឹង បន្តរហូតដល់ ថ្ងៃកំណើតលើកទី 26 ឆ្នាំរបស់អ្នក។ ប្រាក់ចំណូលមិនសំខាន់ទេ។ អ្នកមិនចាំបាច់បំពេញ ពាក្យសុំកម្មវិធី Medi-Cal ពេញលេញ ឬផ្តល់នូវ ព័ត៌មានអំពីប្រាក់ចំណូល ឬពន្ធអាករឡើយពេលអ្នកដាក់ ពាក្យសុំ។ សម្រាប់ការរ៉ាប់រងភ្លាមៗ សូមទាក់ទង ការិយាល័យខោនធីក្នុងមូលដ្ឋានរបស់អ្នក។

សេវាកម្មវេជ្ជសាស្ត្រប្រកបដោយការ លាក់ការណ៍សម្ងាត់

អ្នកអាចដាក់ពាក្យសុំសេវាកម្មប្រកបដោយការលាក់ការណ៍ សម្ងាត់ ប្រសិនបើអ្នកមិនទាន់គ្រប់អាយុ 21។ ដើម្បីមាន លក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ អ្នកត្រូវតែ៖

- មិនទាន់រៀបការ ហើយរស់នៅជាមួយឪពុកម្តាយ ឬ
- ឪពុកម្តាយត្រូវតែទទួលខុសត្រូវលើផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុ ដូចជានិស្សិតមហាវិទ្យាល័យ

អ្នកមិនត្រូវការការយល់ព្រមពីឪពុកម្តាយដើម្បីដាក់ពាក្យ សុំ ឬដើម្បីទទួលបានការរ៉ាប់រងឡើយ។ សេវាកម្មរួមមានការ ពន្យាកំណើតនិងការថែទាំការមានផ្ទៃពោះ និងការ ព្យាបាលសម្រាប់ការប្រើប្រាស់ថ្នាំញៀន ឬគ្រឿងស្រវឹង ជំងឺឆ្លងតាមការរួមភេទ ការបំពានបំពានផ្លូវភេទ និងសុខភាពផ្លូវចិត្ត។

250% កម្មវិធីជនពិការធ្វើការងារ (Working Disabled Program)

កម្មវិធីជនពិការធ្វើការងារផ្តល់ជូននូវកម្មវិធី Medi-Cal ដល់មនុស្សពេញវ័យដែលមានពិការភាព ដែលមានប្រាក់ ចំណូលខ្ពស់ជាងអ្នកទទួលបានកម្មវិធី Medi-Cal ភាគច្រើន។ ប្រសិនបើអ្នកកបានប្រាក់ចំណូលពិការភាព តាមរយៈបេឡាសន្តិសុខសង្គម ឬការងារពីមុនរបស់អ្នក អ្នកអាចនឹងមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់។ កម្មវិធីនេះត្រូវ ការប្រាក់បុព្វលាភប្រចាំខែទាប ដែលមានចាប់ពី \$20 ដល់ \$250 អាស្រ័យលើប្រាក់ចំណូលរបស់អ្នក។ ដើម្បីមាន លក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ អ្នកត្រូវតែ៖

- បំពេញបានតាមនិយមន័យរបស់ បេឡាសន្តិសុខសង្គមនៃពិការភាព

មានប្រាក់ចំណូលដោយសារពិការភាព ហើយពេលនេះកំពុងតែរកប្រាក់បានតាមរយៈការងារ

- បំពេញបានតាមក្រិតក្រមនៃប្រាក់ចំណូលរបស់កម្មវិធីសម្រាប់ប្រាក់ចំណូលដែលបាននិងមិនបានមកពីការងារ
- បំពេញបានទៅតាមក្រិតក្រមនៃកម្មវិធីដទៃទៀត

Medi-Cal Access Program (MCAP)

កម្មវិធី MCAP ផ្តល់ការធានារ៉ាប់រងសុខភាពពេញលេញគ្រប់ជ្រុងជ្រោយដែលមានតម្លៃទាបទៅដល់ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ។ កម្មវិធី MCAP មិនមានសហចំណាយបច្ចុប្បន្នណាមួយនៃសម្រាប់សេវាកម្មដែលត្រូវបានរ៉ាប់រងរបស់ខ្លួននោះឡើយ។ តម្លៃសរុបសម្រាប់កម្មវិធី MCAP គឺ 1.5% នៃប្រាក់ចំណូលដែលត្រូវបានលៃតម្រូវរបស់អ្នក។ ឧទាហរណ៍ ប្រសិនបើប្រាក់ចំណូលរបស់អ្នកគឺ \$50,000 ក្នុងមួយឆ្នាំ តម្លៃរបស់អ្នកនឹងមានចំនួន \$750 សម្រាប់ការរ៉ាប់រង។

អ្នកអាចបង់ទូទាត់សរុបតែម្តង ឬជាការបង់រំលស់ប្រចាំខែក្នុងរយៈពេល 12 ខែ។ ប្រសិនបើអ្នកមានផ្ទៃពោះ ហើយមានការរ៉ាប់រងនៃកម្មវិធី Covered California អ្នកប្រហែលជាអាចប្តូរទៅកាន់កម្មវិធី MCAP បាន។ ទារកដែលកើតពីបុគ្គលដែលត្រូវបានចុះឈ្មោះនៅក្នុងកម្មវិធី MCAP មានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់កម្មវិធី Medi-Cal Access Infant Program ឬសម្រាប់កម្មវិធី Medi-Cal។ ដើម្បីមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់កម្មវិធី MCAP អ្នកត្រូវតែ៖

- ជាពលរដ្ឋនៃរដ្ឋ California
- មិនត្រូវបានចុះឈ្មោះនៅក្នុងកម្មវិធី Medi-Cal ដែលមិនគិតថ្លៃ ឬកម្មវិធី Medicare Part A និង Part B នៅពេលដាក់ពាក្យសុំ
- មិនត្រូវបានរ៉ាប់រងដោយគម្រោងធានារ៉ាប់រងសុខភាពដទៃទៀត
- ស្ថិតនៅក្នុងរង្វង់គោលការណ៍ណែនាំប្រាក់ចំណូលរបស់កម្មវិធី

ដើម្បីឈ្ងុយល់បន្ថែមអំពីកម្មវិធី MCAP សូមអញ្ជើញចូលទៅកាន់គេហទំព័រ <http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal> ឬហៅទូរស័ព្ទទៅកាន់លេខ 1-800-433-2611។

កម្មវិធីសេវាកម្មជំនួយគាំទ្រនៅក្នុងផ្ទះ (In-Home Supportive Services-IHSS)

កម្មវិធី IHSS ជួយចេញថ្លៃសម្រាប់សេវាកម្ម ហេតុនេះអ្នកអាចនៅបានយ៉ាងមានសុវត្ថិភាពនៅក្នុងផ្ទះផ្ទាល់របស់អ្នក។ ប្រសិនបើអ្នកមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់កម្មវិធី Medi-Cal អ្នកក៏អាចនឹងមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់កម្មវិធី IHSS ដែរ។ ប្រសិនបើអ្នកមិនមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់កម្មវិធី Medi-Cal ទេ អ្នកប្រហែលនឹងនៅតែមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់កម្មវិធី IHSS ប្រសិនបើអ្នកបំពេញបានគ្រប់ទៅតាមលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យដទៃទៀត។ ប្រសិនបើអ្នកមានកម្មវិធី Medi-Cal ដោយគ្មាន SOC វានឹងចេញថ្លៃសម្រាប់សេវាកម្មកម្មវិធី IHSS ទាំងអស់របស់អ្នក។ ប្រសិនបើអ្នកមានកម្មវិធី Medi-Cal ដោយមាន SOC អ្នកត្រូវតែបំពេញបានគ្រប់គ្រាន់ទៅតាម SOC នៃកម្មវិធី Medi-Cal របស់អ្នកមុនសេវាកម្ម IHSS ណាមួយត្រូវបានបង់ថ្លៃ។ ដើម្បីមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ អ្នកត្រូវតែមានចំណុចមួយក្នុងចំណោមចំណុចដូចតទៅនេះ៖

- អាយុ 65 ឆ្នាំ និងចាស់ជាងនេះ
- ពិការភ្នែក
- ពិការ (រួមទាំងកូនពិការផងដែរ)
- មានអាការៈជំងឺរ៉ាំរ៉ៃ រួមមានអាការៈជំងឺដែលធ្វើឲ្យពិការដែលបណ្តាលឲ្យមានការថយចុះសរីរាង្គដែលត្រូវបានរំពឹងទុកថានឹងអូសបន្លាយរយៈពេលយ៉ាងហោចណាស់ 12 ខែជាប់គ្នា ឬត្រូវបានរំពឹងថានឹងបណ្តាលឲ្យស្លាប់ក្នុងរង្វង់ 12 ខែ

កម្មវិធី IHSS អាចផ្តល់សិទ្ធិអនុញ្ញាតសេវាកម្មដូចជា៖

- សេវាកម្មក្នុងផ្ទះដូចជាការលាងតុបញ្ជូរផ្ទះបាយ ឬការសម្អាតបន្ទប់ទឹក
- ការរៀបចំអាហារ
- ការបោកគក់
- ការដើរហាងទំនិញទិញអាហារ
- សេវាកម្មថែទាំផ្ទាល់ខ្លួន
- ការអមដំណើរទៅកាន់ការណាត់ជួបផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ
- ការ ឃុំគ្រងមនុស្សដែលមានជំងឺផ្លូវចិត្ត ឬមានបញ្ហាផ្នែកសតិអារម្មណ៍ និងមិនអាចនៅផ្ទះរបស់ពួកគេបានដោយគ្មានការឃុំគ្រង
- សេវាកម្មអមវេជ្ជសាស្ត្រ

ដើម្បីឈ្ងុយល់បន្ថែម សូមអញ្ជើញទៅកាន់គេហទំព័រ <http://www.cdss.ca.gov/In-Home-Supportive-Services>។

សេវាកម្មសុខាភិបាលរដ្ឋដទៃទៀត

កម្មវិធីខាងក្រោមមានដំណើរការដាក់ពាក្យសុំខ្លួនស្របច្បាប់ គ្នាពីកម្មវិធី Medi-Cal។ អ្នកអាចដាក់ពាក្យសុំ ឬឈ្នួល យល់បន្ថែមអំពីកម្មវិធីដោយប្រើប្រាស់ព័ត៌មានសម្រាប់ទាក់ ទងដូចដែលមានរាយនាម។

កម្មវិធីព្យាបាលជំងឺមហារីកស្បូន និងមហារីកមាត់ស្បូន (Breast and Cervical Cancer Treatment Program)

កម្មវិធីព្យាបាលជំងឺមហារីកស្បូន និងមហារីកមាត់ស្បូន ផ្តល់ការព្យាបាលជំងឺមហារីក និងសេវាកម្មពាក់ព័ន្ធដល់ ពលរដ្ឋរដ្ឋ California ដែលមានប្រាក់ចំណូលទាប ដែលមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់។ ពួកគេត្រូវតែត្រូវបានគេពិនិត្យរក/ឬត្រូវបានគេចុះឈ្មោះដោយ កម្មវិធីអង្កេតរកជំងឺមហារីក (Cancer Detection Program) កម្មវិធីស្ត្រីគ្រប់រូបទាំងអស់ត្រូវបានរាប់បញ្ចូល (Every Woman Counts) ឬដោយកម្មវិធីពន្យាកំណើត ការ ទទួលស្រេចនានា ការថែទាំ និងកម្មវិធីព្យាបាល ផ្សេងៗ (Family Planning, Access, Care and Treatment programs)។ ដើម្បីមានលក្ខណៈសម្បត្តិ គ្រប់គ្រាន់ អ្នកត្រូវតែមានប្រាក់ចំណូលក្រោមកម្រិត ជើងកំណត់ និងត្រូវការការព្យាបាលសម្រាប់ជំងឺមហារីក ស្បូន ឬមហារីកមាត់ស្បូន។ ដើម្បីឈ្នួលយល់បន្ថែម សូមហៅទូរស័ព្ទទៅកាន់លេខ 1-800-824-0088 ឬផ្ញើសារអេឡិចត្រូនិចទៅកាន់ BCCTP@dhcs.ca.gov។

សេវាកម្មដែលមានមូលដ្ឋាននៅផ្ទះ និងសហគមន៍ (Home and Community-Based Services)

កម្មវិធី Medi-Cal អនុញ្ញាតឱ្យជនវ័យចាស់ជរា និងជន ដែលមានពិការភាពដែលមាន លក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ មួយចំនួនទទួលបានការព្យាបាលនៅផ្ទះ ឬនៅក្នុង បរិយាកាសសហគមន៍ជំនួសឱ្យនៅក្នុងមន្ទីរថែទាំជំនាច់ ជរា ឬស្ថាប័នដទៃទៀត។ សេវាកម្មដែលមានមូលដ្ឋាន នៅផ្ទះ និងសហគមន៍រួម ប៉ុន្តែមិនកម្រិតត្រឹមតែការ គ្រប់គ្រងករណី (ជំនួយគាំទ្រ និងការសម្របសម្រួល សេវាកម្មសេវាកម្មថែទាំសុខភាពពេលថ្ងៃសម្រាប់មនុស្ស ចាស់ ការស្តារនីតិសម្បទា (ពេលថ្ងៃ និងនៅនឹងលំនៅដ្ឋាន) មេផ្ទះ ជំនួយសុខភាពនៅផ្ទះ សេវាកម្មអាហារូបត្ថម្ភ សេវាកម្មថែទាំដោយគិលានុបដ្ឋាក ការថែទាំផ្ទាល់ខ្លួន និងការថែទាំនៅមន្ទីរថែទាំជំងឺដំណាក់កាលចុងក្រោយ។

អ្នកត្រូវតែមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់កម្ម វិធី Medi-Cal ពេញលេញហើយបំពេញបានគ្រប់ទៅ តាមក្រិតក្រមកម្មវិធីទាំងអស់។ ដើម្បីឈ្នួលយល់បន្ថែម សូមហៅទូរស័ព្ទទៅកាន់ DHCS, Integrated Systems of Care Division តាមរយៈលេខ 1-916-552-9105។

កម្មវិធីសេវាកម្មរបស់កុមារនៃរដ្ឋ California (California Children's Services-CCS Program)

កម្មវិធី CCS ផ្តល់សេវាកម្មធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ និងព្យាបាល ការគ្រប់គ្រងករណីវេជ្ជសាស្ត្រ និងសេវាកម្មព្យាបាលដោយចលនា និងព្យាបាលស្តារ សម្បទាដល់កុមារអាយុក្រោម 21 ឆ្នាំ ដែលមាន អាការៈជំងឺ ដែលមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់កម្មវិធី CCS។ អាការៈជំងឺដែលមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ កម្មវិធី CCS គឺស្ថានភាពវេជ្ជសាស្ត្រទាំងឡាយណាដែលមាន លក្ខណៈបង្កឱ្យមានពិការភាពផ្លូវកាយ ឬទាមទារ ត្រូវការសេវាកម្មវេជ្ជសាស្ត្រ ការកាត់ ឬស្តារនីតិសម្បទា។ សេវាកម្មដែលត្រូវបានអនុញ្ញាតដោយកម្មវិធី CCS ដើម្បីព្យាបាល អាការៈ របស់កុមារដែលត្រូវបានចុះឈ្មោះ នៅក្នុងកម្មវិធី Medi-Cal មិនមែនជាសេវាកម្មដែល គម្រោងធានារ៉ាប់រងសុខភាពស្ទឹងតែទាំងអស់រ៉ាប់រងនោះ ឡើយ។ កម្មវិធីគម្រោងធានារ៉ាប់រងសុខភាព Medi-Cal នៅតែផ្តល់ការថែទាំសុខភាពបឋម និងសេវាកម្មបង្ការ សុខភាពមិនទាក់ទងទៅនឹងអាការៈជំងឺ ដែលមានលក្ខណៈ សម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់កម្មវិធី CCS នោះទេ។

ដើម្បីដាក់ពាក្យសុំកម្មវិធី CCS សូមទាក់ទងការិយាល័យ CCS ប្រចាំខោនធីក្នុងមូលដ្ឋានរបស់អ្នក។ ដើម្បីឈ្នួលយល់បន្ថែម សូមអញ្ជើញចូលទៅកាន់គេហទំព័រ <http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal> ឬហៅទូរស័ព្ទទៅកាន់លេខ 1-916-552-9105។

កម្មវិធីជនពិការផ្នែកសេនេទិច (Genetically Handicapped Person's Program-GHPP)

កម្មវិធី GHPP ផ្តល់នូវការគ្រប់គ្រងករណីជាលក្ខណៈវេជ្ជ សាស្ត្រ និងរដ្ឋបាល ហើយចេញថ្លៃសម្រាប់សេវាកម្ម ដែលជាផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ សម្រាប់ជនដែលរស់នៅក្នុងរដ្ឋ California មានអាយុលើសពី 21 ឆ្នាំ ហើយមាន អាការៈរោគ ដែលមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ សម្រាប់កម្មវិធី GHPP។ អាការៈរោគ ដែលមានលក្ខណៈ សម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់កម្មវិធី GHPP គឺអាការៈរោគ តំណពូជដូចជាជំងឺឈាមក្រកក ជំងឺស្លូតបង្កើតស្នេស្នូច

រើនខុសធម្មតា (cystic fibrosis) ជំងឺរាងកាយមិនអាចបំបែកជាតិហ្វេនីលឡាណូនីន (Phenylketonuria) និងជំងឺគោលិកាក្រហមរាងកាយដែលមានឥទ្ធិពលលើសុខភាពយ៉ាងខ្លាំង។ កម្មវិធី GHPP ប្រើប្រាស់ប្រព័ន្ធមជ្ឈមណ្ឌលថែទាំពិសេស (Special Care Centers-SCCs)។ កម្មវិធី SCCs ផ្តល់នូវការថែទាំសុខភាពពេញលេញគ្រប់ជ្រុងជ្រោយប្រកបដោយការសម្របសម្រួលដល់អតិថិជនដែលមានអាការៈប្រកបដោយលក្ខណៈសម្បត្តិ សមស្របជាក់លាក់។ ប្រសិនបើសេវាកម្មមិនស្ថិតនៅក្នុងអត្ថប្រយោជន៍ដែលត្រូវបានរ៉ាប់រងរបស់គម្រោង

ថែទាំសុខភាពគម្រោង GHPP ផ្តល់សិទ្ធិអនុញ្ញាតដល់ការវាយតម្លៃគម្រោង SCC សម្រាប់មនុស្សពេញវ័យដែលត្រូវបានចុះឈ្មោះ ក្នុងគម្រោង Medi-Cal ដែលមានអាការៈរោគមានលក្ខណៈសមស្របសម្រាប់គម្រោង GHPP។

ដើម្បីដាក់ពាក្យសុំកម្មវិធី GHPP សូមបំពេញពាក្យសុំ។ សូមផ្ញើតាមទូរសារទៅកាន់លេខ 1-800-440-5318។ ដើម្បីឈ្វេងយល់បន្ថែម សូមហៅទូរស័ព្ទទៅកាន់លេខ 1-916-552-9105 ឬទៅកាន់ <http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal>។

កម្មវិធី Medi-Cal ប្រតិសកម្ម (Retroactive Medi-Cal)

ប្រសិនបើអ្នកមានវិក្កយប័ត្រវេជ្ជសាស្ត្រ ឬទទួលបានសេវាកម្មវិធី Medi-Cal អ្នកអាចស្នើសុំកម្មវិធី Medi-Cal ប្រតិសកម្មបាន។ កម្មវិធី Medi-Cal ប្រតិសកម្មអាចនឹងជួយចេញថ្លៃវិក្កយប័ត្រវេជ្ជសាស្ត្រ ឬទទួលបានសេវាកម្មនៅក្នុងរយៈកាលបរិច្ឆេទដាក់ពាក្យសុំ។

ឧទាហរណ៍ប្រសិនបើអ្នកដាក់ពាក្យសុំកម្មវិធី Medi-Cal នៅក្នុងខែមេសា អ្នកប្រហែលជាអាចនឹងទទួលបានជំនួយជាមួយនឹងវិក្កយប័ត្រសម្រាប់សេវាកម្មវេជ្ជសាស្ត្រ ឬទទួលបានសេវាកម្មនៅក្នុងខែមករា ខែកុម្ភៈ និងខែមីនា។

ដើម្បីទទួលបានកម្មវិធី Medi-Cal ប្រតិសកម្ម អ្នកត្រូវតែ៖

- មានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់កម្មវិធី Medi-Cal នៅក្នុងខែដែលអ្នកទទួលបានសេវាកម្មវេជ្ជសាស្ត្រ
- បានទទួលសេវាកម្មវេជ្ជសាស្ត្រ ឬទទួលបានសេវាកម្មវិធី Medi-Cal រ៉ាប់រង
- ស្នើសុំក្នុងអំឡុងពេលមួយឆ្នាំគិតចាប់ពីខែដែលអ្នកទទួលបានសេវាកម្មដែលត្រូវបានរ៉ាប់រង
- អ្នកត្រូវតែទាក់ទងការិយាល័យខោនធីក្នុងមូលដ្ឋានរបស់អ្នកដើម្បី ស្នើសុំកម្មវិធី Medi-Cal ប្រតិសកម្ម

ឧទាហរណ៍ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវបានព្យាបាលដៃបាក់នៅក្នុងខែមករាឆ្នាំ 2017 ហើយដាក់ពាក្យសុំកម្មវិធី

Medi-Cal នៅក្នុងខែមេសាឆ្នាំ 2017 អ្នកនឹងត្រូវតែស្នើសុំកម្មវិធី Medi-Cal ប្រតិសកម្មនៅត្រឹមមិនឲ្យលើសពីខែមករា ឆ្នាំ 2018 ឡើយដើម្បីចេញថ្លៃវិក្កយប័ត្រវេជ្ជសាស្ត្រ។

ប្រសិនបើអ្នកចេញថ្លៃសម្រាប់សេវាកម្មវេជ្ជសាស្ត្រ ឬទទួលបានសេវាកម្មដែលអ្នកទទួលបានរួចហើយនៅក្នុងអំឡុងបីខែនេះរយៈកាលប្រតិសកម្ម កម្មវិធី Medi-Cal ក៏អាចនឹងជួយអ្នកឲ្យទទួលបានការសងប្រាក់ត្រលប់មកវិញផងដែរ។ អ្នកត្រូវតែដាក់ការទាមទាររបស់អ្នកក្នុងអំឡុងពេលមួយឆ្នាំនៃ កាលបរិច្ឆេទនៃសេវាកម្ម ឬក្នុងអំឡុងពេល 90 ថ្ងៃបន្ទាប់ពីការអនុម័តនៃភាពមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ កម្មវិធី Medi-Cal របស់អ្នក ជម្រើសមួយណាក៏ដោយដែលមានរយៈពេលយូរជាង។

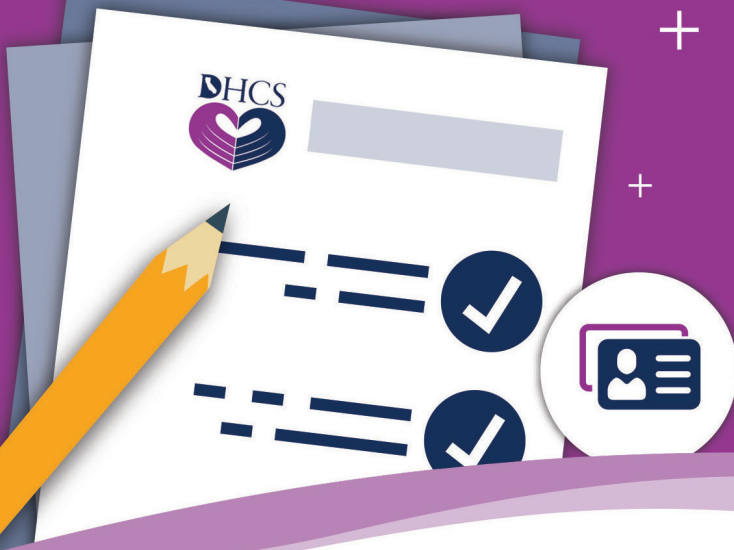
ដើម្បីដាក់ពាក្យទាមទារសំណង អ្នកត្រូវតែហៅទូរស័ព្ទ ឬសរសេរទៅកាន់៖

Department of Health Care Services
Beneficiary Services
P.O. Box 138008
Sacramento, CA 95813-8008
1-916-403-2007 (TTY 1-916-635-6491)

សម្រាប់ការទាមទារសំណងផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ សុខភាពផ្លូវចិត្ត ការប្រើប្រាស់សារធាតុញៀន និងសេវាកម្មជំនួយនៅក្នុងផ្ទះ

Medi-Cal Dental Beneficiary Services
P.O. Box 526026
Sacramento, CA 95852-6026
1-916-403-2007 (TTY 1-916-635-6491)

សម្រាប់ការទាមទារសំណងទទួលបានសេវាកម្ម។



ការធ្វើបច្ចុប្បន្នភាព & ការបន្តឡើងវិញកម្មវិធី Medi-Cal របស់ខ្ញុំ

អ្នកត្រូវតែរាយការណ៍ការផ្លាស់ប្តូរក្នុងក្រុមគ្រួសារណាមួយក្នុងអំឡុងពេល 10 ថ្ងៃទៅកាន់ការិយាល័យខោនធីក្នុងមូលដ្ឋានរបស់អ្នក។ អ្នកអាចរាយការណ៍ការផ្លាស់ប្តូរដោយផ្ទាល់ខ្លួន តាមអនឡាញ តាមទូរស័ព្ទ សារអេឡិចត្រូនិច ឬទូរសារ។ ការប្រែប្រួលផ្លាស់ប្តូរអាចប៉ះពាល់ដល់ភាពមានលក្ខណៈសម្បត្តិទទួលបានកម្មវិធី Medi-Cal របស់អ្នក។

- មានការប្រែប្រួលដទៃទៀតណាមួយដែលអាចនឹងជះឥទ្ធិពលដល់ទំហំប្រាក់ចំណូល ឬទំហំគ្រួសាររបស់អ្នក

ចុះប្រសិនបើខ្ញុំផ្លាស់ទីទៅរស់នៅខោនធីមួយផ្សេងទៀតនៅក្នុងរដ្ឋ California វិញ?

អ្នកត្រូវតែរាយការណ៍ប្រសិនបើអ្នក៖

- រៀបការ ឬលែងលះ
- មានកូន យកកូនមកចិញ្ចឹម ឬដាក់កូនឲ្យគេយកទៅចិញ្ចឹម
- មានការផ្លាស់ប្តូរលើប្រាក់ចំណូល ឬទ្រព្យសម្បត្តិ (ប្រសិនបើមាន)
- ទទួលបានការរ៉ាប់រងផ្នែកសុខភាពដទៃទៀតណាមួយ រួមមានពីការងារ ឬកម្មវិធីដូចជាកម្មវិធី Medicare
- ផ្លាស់ទីលំនៅ ឬមានការប្រែប្រួលបុគ្គលដែលកំពុងរស់នៅក្នុងផ្ទះរបស់អ្នក
- មានការប្រែប្រួលលើស្ថានភាពពិការភាព
- មានការប្រែប្រួលស្ថានភាពនៃការដាក់ពាក្យបង់ពន្ធអាករ រួមមានការប្រែប្រួលជនក្រោមបន្ទុកដែលត្រូវទទួលបានការលើកលែងការបង់ពន្ធ
- មានការផ្លាស់ប្តូរលើស្ថានភាពជាពលរដ្ឋ ឬជនអន្តោប្រវេសន៍
- ត្រូវបានដាក់ពន្ធនាគារ (គុក មន្ទីរឃុំឃាំង ។ល។) ឬត្រូវបានដោះលែងពីការដាក់ពន្ធនាគារ
- មានការប្រែប្រួលផ្លាស់ប្តូរនៅក្នុងស្ថានភាពជាជនជាតិអាមេរិកឥណ្ឌាដើម ឬជនជាតិដើមរដ្ឋអាឡាស្កា ឬការផ្លាស់ប្តូរស្ថានភាពកុលសម្ព័ន្ធរបស់អ្នក
- ប្តូរឈ្មោះ ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត ឬបេឡាសន្តិសុខសង្គម (SSN) របស់អ្នក

ប្រសិនបើអ្នកផ្លាស់ទីទៅរស់នៅខោនធីរបស់រដ្ឋ California មួយផ្សេងទៀតនោះ អ្នកអាចឲ្យគេផ្ទេរករណីកម្មវិធី Medi-Cal របស់អ្នកទៅកាន់ខោនធីថ្មីបាន។ ប្រការនេះត្រូវបានគេហៅថា ការផ្ទេរអន្តរខោនធី (Inter-County Transfer-ICT)។ អ្នកត្រូវតែរាយការណ៍ការផ្លាស់ប្តូរអាសយដ្ឋានរបស់អ្នកទៅកាន់ខោនធីណាមួយក្នុងចំណោមខោនធីទាំងពីរក្នុងអំឡុងពេល 10 ថ្ងៃនៃការផ្លាស់ប្តូរ។ អ្នកអាចរាយការណ៍ការផ្លាស់ប្តូរអាសយដ្ឋានរបស់អ្នកតាមអនឡាញ ដោយផ្ទាល់ខ្លួន តាមទូរស័ព្ទ សារអេឡិចត្រូនិច ឬទូរសារ។ ការរ៉ាប់រងរបស់គម្រោងការថែទាំដែលត្រូវបានគ្រប់គ្រងរបស់អ្នកនៅក្នុងខោនធីចាស់នឹងបញ្ចប់នៅថ្ងៃចុងក្រោយនៃខែនោះ។ អ្នកនឹងត្រូវចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងការថែទាំដែលមានការគ្រប់គ្រងនៅក្នុងខោនធីថ្មីរបស់អ្នក។

ពេលអ្នកចាកចេញពីខោនធីរបស់អ្នកជាបណ្តោះអាសន្នកម្មវិធី Medi-Cal របស់អ្នកនឹងមិនផ្ទេរនោះឡើយ។ ចំណុចនេះរួមមានកូនដែលរៀននៅមហាវិទ្យាល័យ ឬនៅពេលអ្នកមើលថែទាំសាច់ញាតិដែលមានជំងឺ។ សូមទាក់ទងការិយាល័យខោនធីក្នុងមូលដ្ឋានរបស់អ្នកដើម្បីរាយការណ៍ពីការផ្លាស់ប្តូរអាសយដ្ឋានបណ្តោះអាសន្នរបស់សមាជិកទៅកាន់ខោនធីថ្មី។ ការិយាល័យខោនធីក្នុងមូលដ្ឋាននឹងធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពអាសយដ្ឋាន ហេតុនេះសមាជិកក្រុមគ្រួសារអាចចុះឈ្មោះនៅក្នុងគម្រោងសុខភាពនៅក្នុងខោនធីថ្មី។

តើខ្ញុំបន្តជាថ្មីការរ៉ាប់រងនៃកម្មវិធី Medi-Cal របស់ខ្ញុំយ៉ាងដូចម្តេច?

ដើម្បីរក្សាអត្ថប្រយោជន៍នៃកម្មវិធី Medi-Cal របស់អ្នក អ្នកត្រូវតែបន្តធ្វើឡើងវិញយ៉ាងហោចណាស់មួយដងក្នុងមួយឆ្នាំ។ ប្រសិនបើការិយាល័យខោនធីក្នុងមូលដ្ឋានរបស់អ្នកមិនអាចបន្តធ្វើឡើងវិញនូវការរ៉ាប់រងកម្មវិធី Medi-Cal របស់អ្នកដោយប្រើប្រាស់ប្រភពអេឡិចត្រូនិចបានទេ ពួកគេនឹងផ្ញើជូនអ្នកនូវទម្រង់បែបបទសម្រាប់បន្តថ្មី។ អ្នកនឹងត្រូវតែផ្តល់នូវព័ត៌មានដែលថ្មី ឬដែលបានផ្លាស់ប្តូរ។ អ្នកក៏នឹងត្រូវតែផ្តល់នូវព័ត៌មានបច្ចុប្បន្នបំផុតរបស់អ្នកផងដែរ។ អ្នកអាចបញ្ជូនព័ត៌មានរបស់អ្នកត្រឡប់ទៅវិញតាមអនឡាញ ដោយមកផ្ទាល់ ឬតាមទូរស័ព្ទ ឬមធ្យោបាយអេឡិចត្រូនិចដទៃទៀតប្រសិនបើមាននៅក្នុងខោនធីរបស់អ្នក។ ប្រសិនបើអ្នកផ្ញើតាមប្រៃសណីយ៍ ឬបញ្ជូនត្រលប់ទម្រង់បែបបទបន្តជាថ្មីរបស់អ្នកដោយមកផ្ទាល់ វាត្រូវតែចុះហត្ថលេខា។

ប្រសិនបើអ្នកមិនផ្តល់ព័ត៌មានដែលត្រូវការនៅត្រឹមកាលបរិច្ឆេទកំណត់ នោះអត្ថប្រយោជន៍កម្មវិធី Medi-Cal នឹងបញ្ចប់។ ការិយាល័យខោនធីក្នុងមូលដ្ឋានរបស់អ្នកនឹងផ្ញើជូនអ្នកនូវសេចក្តីជូនដំណឹងអំពីចំណាត់ការនៅក្នុងប្រៃសណីយ៍។ អ្នកមានរយៈពេល 90 ថ្ងៃដើម្បីផ្តល់ដល់ការិយាល័យខោនធីមូលដ្ឋានរបស់អ្នកនូវបណ្តាព័ត៌មានដែលបាត់ខ្លះដោយ ពុំចាំបាច់ត្រូវដាក់ពាក្យសុំសារឡើងវិញ។ ប្រសិនបើអ្នកផ្តល់នូវបណ្តាព័ត៌មានដែលខ្លះក្នុងអំឡុងពេល 90 ថ្ងៃ និងនៅតែមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់កម្មវិធី Medi-Cal នោះការិយាល័យខោនធីមូលដ្ឋានរបស់អ្នកនឹងតាំងកម្មវិធី Medi-Cal របស់អ្នកឡើងវិញដោយគ្មានចន្លោះនៅក្នុងការរ៉ាប់រងឡើយ។

សិទ្ធិ & ការទទួលខុសត្រូវ



នៅពេលអ្នកដាក់ពាក្យសុំកម្មវិធី Medi-Cal អ្នកនឹងទទួលបានបញ្ជីសិទ្ធិ និងការទទួលខុសត្រូវរបស់អ្នក។ បញ្ជីនេះរួមមានលក្ខខណ្ឌទាមទារតម្រូវឱ្យរាយការណ៍ពីការផ្លាស់ប្តូរនៃអាសយដ្ឋាន ឬប្រាក់ចំណូល ឬប្រសិនបើមានការផ្លាស់ប្តូរផ្សេងៗទៀត ឬឆ្លងទន្លេ។ អ្នកអាចនឹងហៅទូរស័ព្ទទៅកាន់ការិយាល័យខោនធីក្នុងមូលដ្ឋានរបស់អ្នក ឬស្នើសុំសេវាដែលធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពចុងក្រោយបំផុតនៃសិទ្ធិ និងការទទួលខុសត្រូវរបស់អ្នកនៅតាមអនឡាញនៅអាសយដ្ឋាន៖

<http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal>

សិទ្ធិក្នុងការប្តឹងឧទ្ធរណ៍និងសវនាការ

សេវាកម្មនិងអត្ថប្រយោជន៍នៃការថែទាំសុខភាព

អ្នកមានសិទ្ធិស្នើសុំបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ ប្រសិនបើអ្នកមិនសុខចិត្តលើការ ការបដិសេធសេវាកម្មឬអត្ថប្រយោជន៍នៃការថែទាំសុខភាព។

ប្រសិនបើអ្នកនៅក្នុងគម្រោង Medi-Cal Managed Care ហើយអ្នកទទួលបានលិខិតជូនដំណឹងអំពីចំណាត់ការដែលបញ្ជាក់ថាសេវាកម្មឬអត្ថប្រយោជន៍នៃការថែទាំសុខភាពនេះត្រូវបានបដិសេធ ពេលនោះអ្នកមានសិទ្ធិក្នុងការស្នើសុំបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍បាន។

អ្នកត្រូវតែដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ទៅកាន់គម្រោងសុខភាពរបស់អ្នកក្នុងរយៈពេល 60 ថ្ងៃក្រោយកាលបរិច្ឆេទនៅក្នុងសេចក្តីជូនដំណឹងអំពីចំណាត់ការនោះ។ បន្ទាប់ពីអ្នកដាក់

បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់ខ្លួនរួចមកគម្រោងនេះនឹងផ្ញើជូនអ្នកនូវសេចក្តីសម្រេចចិត្តក្នុងរយៈពេល 30 ថ្ងៃ។ ប្រសិនបើអ្នកមិនទទួលបានការសម្រេចចិត្តក្នុងរយៈពេល 30 ថ្ងៃ ឬមិនពេញចិត្តនឹងការសម្រេចចិត្តរបស់គម្រោងនោះទេ ពេលនោះអ្នកអាចស្នើសុំសវនាការយុត្តិធម៌ថ្នាក់រដ្ឋបាន។ ចៅក្រមនឹងស៊ើបអង្កេតរឿងរបស់អ្នកឡើងវិញ។ អ្នកត្រូវដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នកជាមុនសិនទៅកាន់គម្រោងរបស់អ្នកមុនពេលអ្នកអាចស្នើសុំសវនាការយុត្តិធម៌ថ្នាក់រដ្ឋ។ អ្នកត្រូវតែស្នើសុំសវនាការយុត្តិធម៌ថ្នាក់រដ្ឋក្នុងរយៈពេល 120 ថ្ងៃក្រោយកាលបរិច្ឆេទសេចក្តីសម្រេចចិត្តលើបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ជាលាយលក្ខណ៍អក្សររបស់គម្រោង។

ប្រសិនបើអ្នកស្ថិតនៅក្នុងកម្មវិធី Medi-Cal ដែលគិតថ្លៃសម្រាប់ការប្រើប្រាស់សេវា ហើយអ្នកទទួលបានលិខិតជូនដំណឹងអំពីចំណាត់ការដែលបញ្ជាក់ប្រាប់អ្នកថាសេវាកម្មឬអត្ថប្រយោជន៍សុខភាពត្រូវបានបដិសេធ ពេលនោះអ្នកមានសិទ្ធិស្នើសុំសវនាការយុត្តិធម៌ថ្នាក់រដ្ឋភ្លាមៗ។ អ្នកត្រូវតែស្នើសុំសវនាការយុត្តិធម៌ថ្នាក់រដ្ឋក្នុងរយៈពេល 90 ថ្ងៃក្រោយកាលបរិច្ឆេទនៅលើសេចក្តីជូនដំណឹងអំពីចំណាត់ការនោះ។

អ្នកក៏មានសិទ្ធិផងដែរក្នុងការស្នើសុំសវនាការយុត្តិធម៌ថ្នាក់រដ្ឋ ប្រសិនបើអ្នកមិនយល់ស្របទៅលើអ្វីដែលកំពុងកើតឡើងចំពោះពាក្យសុំ ឬសិទ្ធិទទួលបានកម្មវិធី Medi-Cal របស់អ្នក។ ប្រការនេះអាចកើតមាននៅពេលដែល៖

- អ្នកមិនយល់ស្របទៅលើចំណាត់ការរបស់ខោនធី ឬរដ្ឋទៅលើពាក្យសុំកម្មវិធី Medi-Cal របស់អ្នក
- ខោនធីមិនបានផ្តល់ជូនអ្នកនូវសេចក្តីសម្រេចចិត្តអំពីពាក្យសុំ Medi-Cal របស់អ្នកក្នុងរយៈពេល 45 ឬ 90 ថ្ងៃ។
- សិទ្ធិទទួលបានកម្មវិធី Medi-Cal ឬការរំចែករំលែកជួយចេញថ្លៃរបស់អ្នកផ្លាស់ប្តូរ

សេចក្តីសម្រេចចិត្តលើលក្ខណៈសម្បត្តិ

ប្រសិនបើអ្នកទទួលបានលិខិតស្តីពីការជូនដំណឹងពី ចំណាត់ការដែលប្រាប់អ្នកអំពីសេចក្តីសម្រេចចិត្តពី លក្ខណៈសម្បត្តិដែលអ្នកមិនយល់ស្របជាមួយ អ្នកអាច និយាយជាមួយបុគ្គលិកបម្រើការងារផ្នែកលក្ខណៈសម្បត្តិ ប្រចាំខោនធីរបស់អ្នក និង/ឬស្នើសុំសវនាការយុត្តិធម៌ថ្នាក់ រដ្ឋ។ ប្រសិនបើអ្នកមិនអាចដោះស្រាយភាពខ្វែងគំនិតគ្នា របស់អ្នកតាមរយៈខោនធី អ្នកត្រូវតែស្នើសុំសវនាការ យុត្តិធម៌ថ្នាក់រដ្ឋក្នុងអំឡុងពេល 90 ថ្ងៃនៃកាលបរិច្ឆេទនៅ លើការជូនដំណឹងអំពី ចំណាត់ការ។ អ្នកអាចស្នើសុំ សវនាការយុត្តិធម៌ថ្នាក់រដ្ឋបានដោយទាក់ទងការិយាល័យ ខោនធីប្រចាំមូលដ្ឋានរបស់អ្នក។ អ្នកក៏អាចហៅទូរស័ព្ទ ឬសរសេរទៅកាន់៖

**California Department of Social Services
Public Inquiry and Response
PO Box 944243, M.S. 9-17-37
Sacramento, CA 94244-2430
1-800-743-8525, (TTY 1-800-952-8349)**

អ្នកក៏អាចដាក់សំណើសុំសវនាការតាមអនឡាញបានផង ដែរតាមរយៈអាសយដ្ឋាន៖

<http://www.cdss.ca.gov/>

ប្រសិនបើអ្នកជឿថាអ្នកត្រូវបានរើសអើងដោយខុសច្បាប់ ប្រឆាំងជាមួយដោយផ្អែកលើមូលដ្ឋានភេទ ពូជសាសន៍ ពណ៌សម្បុរ សាសនា បុព្វបុរស ដើមកំណើតជាតិសាសន៍ អត្តសញ្ញាណកម្មក្រុមជនជាតិ អាហ្វ ពិការភាពផ្លូវសតិបញ្ញា ពិការភាពផ្លូវកាយ អាការៈរោគ ព័ត៌មានសេនេទិច ស្ថានភាពអាពាហ៍ពិពាហ៍ យេនឌ័រ អត្តសញ្ញាណយេនឌ័រ ឬទំនោរផ្លូវភេទ អ្នកអាចធ្វើការប្តឹងទៅកាន់ DHCS ការិយាល័យសិទ្ធិពលរដ្ឋ (Office of Civil Rights) បាន។

អ្នកអាចរៀនសូត្រអំពីរបៀបធ្វើបណ្តឹងពីការរើសអើងបាន នៅក្នុង “សេចក្តីជូនដំណឹងដែលតម្រូវដោយសហព័ន្ធ ដែលជម្រាបដល់បុគ្គលអំពីលក្ខខណ្ឌតម្រូវពីការមិនរើស អើង និងភាពមានសិទ្ធិចូលប្រើប្រាស់” នៅទំព័រទី 29។

អំពីសវនាការយុត្តិធម៌ថ្នាក់រដ្ឋ

រដ្ឋនឹងជម្រាបអ្នកថាខ្លួនបានទទួលសំណើសុំសវនាការរបស់ អ្នកហើយ។ អ្នកនឹងទទួលបានការជូនដំណឹងអំពីពេលវេលា កាលបរិច្ឆេទ និងទីកន្លែងនៃសវនាការរបស់អ្នក។ អ្នក តំណាងសវនាការនឹងពិនិត្យមើលឡើងវិញករណី របស់អ្នក ហើយព្យាយាមដោះស្រាយបញ្ហារបស់អ្នក។ ប្រសិនបើខោនធី/រដ្ឋផ្តល់ជូនអ្នកនូវកិច្ចព្រមព្រៀងដើម្បីដោះ ស្រាយបញ្ហារបស់អ្នក អ្នកនឹងទទួលបានវាជាលាយលក្ខណ៍ អក្សរ។

អ្នកអាចផ្តល់ការអនុញ្ញាតជាលាយលក្ខណ៍អក្សរឲ្យ មិត្តភក្តិ សមាជិកក្រុមគ្រួសារ ឬអ្នកគាំទ្រស្និទ្ធស្នាលជួយអ្នក នៅឯសវនាការ។ ប្រសិនបើអ្នកមិនអាចដោះស្រាយបញ្ហា បានយ៉ាងពេញលេញជាមួយខោនធី ឬរដ្ឋបានទេ នោះអ្នក ឬអ្នកតំណាងអ្នកត្រូវតែចូលរួមសវនាការយុត្តិធម៌ថ្នាក់រដ្ឋ។ សវនាការរបស់អ្នកអាចនឹងដោយមានវត្តមានផ្ទាល់ ឬតាមរយៈទូរស័ព្ទ។ ចៅក្រមដែលមិនធ្វើការឲ្យខោនធី ឬកម្មវិធី Medi-Cal នឹងជំនុំករណីរបស់អ្នក។

អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានជំនួយផ្នែកភាសាដោយឥតគិតថ្លៃ។ សូមរាយនាមភាសារបស់អ្នកនៅលើសំណើសុំសវនាការរបស់ អ្នក។ ឬប្រាប់អ្នកតំណាងសវនាការថាអ្នកចង់បានអ្នក បកប្រែភាសាដោយឥតគិតថ្លៃ។ អ្នកមិនអាចប្រើប្រាស់ក្រុម គ្រួសារ ឬមិត្តភក្តិឲ្យបកប្រែភាសាឲ្យអ្នកនៅសវនាការបាន ឡើយ។

ប្រសិនបើអ្នកមានពិការភាព ហើយត្រូវការ ការសម្របសម្រួលសមស្រប ដើម្បីចូលរួម បានយ៉ាងពេញលេញនៅក្នុងដំណើរការ សវនាការយុត្តិធម៌ អ្នកអាចនឹងហៅទូរស័ព្ទទៅកាន់ 1-800-743-8525 (TTY 1-800-952-8349)។ អ្នកក៏អាចផ្ញើសារអេឡិចត្រូនិចបានផងដែរទៅកាន់ SHDCSU@DSS.ca.gov។

ដើម្បីទទួលបានជំនួយដល់សវនាការរបស់អ្នក អ្នកអាច ស្នើសុំការឧទ្ទេសនាមជំនួយផ្លូវច្បាប់បាន។ អ្នកអាច នឹងទទួលបានជំនួយផ្លូវច្បាប់ដោយឥតគិតថ្លៃនៅ ការិយាល័យជំនួយផ្លូវច្បាប់ក្នុងមូលដ្ឋានរបស់អ្នក ឬការិយាល័យសុខុមាលភាព ក្នុងមូលដ្ឋានរបស់អ្នក។

ការទទួលខុសត្រូវភាគីទីបី

ប្រសិនបើអ្នកទទួលបានរបួស អ្នកអាចនឹងប្រើប្រាស់កម្មវិធី Medi-Cal របស់អ្នកដើម្បីទទួលបានសេវាកម្មផ្នែកពេទ្យ។ ប្រសិនបើអ្នកដាក់ពាក្យទាមទារសំណងធានារ៉ាប់រង ឬប្តឹងនរណាម្នាក់សម្រាប់ការខូចខាតដោយសារតែរបួសរបស់អ្នក អ្នកត្រូវតែជម្រាបកម្មវិធីរបួសផ្ទាល់ខ្លួន (Personal Injury-PI) នៃកម្មវិធី Medi-Cal ក្នុងអំឡុងពេល 30 ថ្ងៃនៃការដាក់ពាក្យទាមទារសំណង ឬសកម្មភាពរបស់អ្នក។ អ្នកត្រូវតែប្រាប់ទាំងការិយាល័យខោនធីក្នុងមូលដ្ឋានរបស់អ្នក និងកម្មវិធី PI។

ដើម្បីជម្រាបជូនដំណឹងដល់កម្មវិធី PI នៃកម្មវិធី Medi-Cal សូមបំពេញទម្រង់បែបបទ “ការជូនដំណឹងអំពីរបួសផ្ទាល់ខ្លួន (ករណីថ្មី)”។ អ្នកអាចរកវាបាននៅលើគេហទំព័រខាងក្រោម។ ប្រសិនបើអ្នកពុំមានអ៊ីនធឺណិតប្រើប្រាស់ សូមស្នើសុំមេធាវីអ្នក ឬអ្នកតំណាងក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងឱ្យជូនដំណឹងកម្មវិធី PI នៃកម្មវិធី Medi-Cal តាងនាមជនរងគ្រោះ។ អ្នកអាចរកទម្រង់បែបបទជូនដំណឹង និងបច្ចុប្បន្នភាពបាននៅអាសយដ្ឋានគេហទំព័រ៖ <http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal>។

ប្រសិនបើអ្នកជួលមេធាវីឱ្យតំណាងឱ្យរបួសអ្នកសម្រាប់ការទាមទារសំណង ឬបណ្តឹងរបស់អ្នក នោះមេធាវីអ្នកទទួលខុសត្រូវចំពោះការជូនដំណឹងដល់កម្មវិធី PI នៃកម្មវិធី Medi-Cal និងចំពោះការផ្តល់លិខិតផ្តល់សិទ្ធិអនុញ្ញាត។ ការផ្តល់សិទ្ធិអនុញ្ញាតឱ្យបុគ្គលិកកម្មវិធី Medi-Cal ទាក់ទងមេធាវីអ្នកបាន និងពិភាក្សាករណីរបួសផ្ទាល់ខ្លួនរបស់អ្នក។ កម្មវិធី Medi-Cal មិនផ្តល់នូវការតំណាង ឬធ្វើការខ្ចីសនាមមេធាវីឡើយ។ បុគ្គលិកអាចផ្តល់ព័ត៌មានដែលអាចជួយមេធាវីតាមរយៈដំណើរការនេះបាន។

ការទាញយកភោគទ្រព្យមកវិញ

កម្មវិធី Medi-Cal ត្រូវតែស្វែងរកការទូទាត់សងវិញពី ភោគទ្រព្យនៃសមាជិកកម្មវិធី Medi-Cal ជាក់លាក់មួយចំនួនដែលបានស្លាប់។ ការសងមកវិញត្រូវបានកម្រិតដែនចំពោះតែការបង់ទូទាត់ដែលត្រូវបានធ្វើឡើង រួមមានបុព្វលាភនៃការថែទាំដែលមានការគ្រប់គ្រង សម្រាប់សេវាកម្មថែទាំជនចាស់ជរា សេវាកម្មដែលមានមូលដ្ឋាននៅផ្ទះ និងសហគមន៍ និងសេវាកម្មថែទាំពេទ្យ និងឱសថត្រូវការវេជ្ជបញ្ជាដែលទាក់ទងនៅពេលដែលអ្នកទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍៖

- ស្ថិតនៅក្នុងផ្នែកពិគ្រោះជំងឺនៅក្នុងមន្ទីរថែទាំជនចាស់ជរា ឬ

- ទទួលបានសេវាកម្មដែលមានមូលដ្ឋាននៅផ្ទះ ឬសហគមន៍នៅចំ ឬបន្ទាប់ពីថ្ងៃកំណើតទី 55 របស់គេ

ប្រសិនបើសមាជិកដែលស្លាប់មិនបានបន្សល់ទុកនូវភោគទ្រព្យដែលរងចំណុះនឹងការធ្វើសុពលភាពកម្មបណ្តាមរតក ឬមិនមានអ្វីមួយជាកម្មសិទ្ធិទេនោះ នៅពេលពួកគេស្លាប់នោះគ្មានអ្វីត្រូវបានជំពាក់នោះឡើយ។

ដើម្បីឈ្នួលយល់បន្ថែម
សូមអញ្ជើញទៅកាន់គេហទំព័រ
<http://dhcs.ca.gov/er> ឬ
ហៅទូរស័ព្ទទៅកាន់លេខ 1-916-650-0590

ការបន្តកម្មវិធី Medi-Cal

ការទទួលខុសត្រូវរបស់អ្នកទទួលអត្ថប្រយោជន៍

អ្នកទទួលអត្ថប្រយោជន៍តែងតែត្រូវបង្ហាញនូវភស្តុតាងនៃការរ៉ាប់រងរបស់កម្មវិធី Medi-Cal ដល់អ្នកផ្តល់សេវាកម្មមុនពេលទទួលបានសេវាកម្ម។ ប្រសិនបើអ្នកកំពុងទទួលបានការព្យាបាលពីវេជ្ជបណ្ឌិត ឬទទួលបានលើសពីមួយនាក់ អ្នកត្រូវតែប្រាប់វេជ្ជបណ្ឌិត ឬទទួលបាននិមួយៗអំពីវេជ្ជបណ្ឌិត ឬទទួលបានដទៃទៀតដែលផ្តល់ការថែទាំដល់អ្នក។

វាជាការទទួលខុសត្រូវរបស់អ្នកក្នុងការមិនបំពានខុសក្រិតក្រម ឬប្រើប្រាស់អត្ថប្រយោជន៍កម្មវិធី Medi-Cal របស់អ្នកដោយមិនត្រឹមត្រូវនោះឡើយ។ វាជាបទឧក្រិដ្ឋក្នុងការ៖

- ឱ្យអ្នកដទៃប្រើប្រាស់អត្ថប្រយោជន៍កម្មវិធី Medi-Cal របស់អ្នក
- ទទួលបានឱសថតាមរយៈការថែទាំមិនពិតទៅកាន់អ្នកផ្តល់សេវាកម្ម
- លក់ទៅឱ្យ ឬឱ្យមនុស្សណាម្នាក់ខ្ចី BIC របស់អ្នក ឬផ្តល់ BIC របស់អ្នកទៅដល់នរណាម្នាក់ក្រៅពីអ្នកផ្តល់សេវាកម្មរបស់អ្នកដូចដែលបានតម្រូវនៅក្រោមគោលការណ៍ណែនាំរបស់កម្មវិធី Medi-Cal

ការប្រើប្រាស់អត្ថប្រយោជន៍ BIC/ កម្មវិធី Medi-Cal ពុំបានត្រឹមត្រូវគឺជាបទឧក្រិដ្ឋ។ វាអាចបណ្តាលឱ្យមានចំណាត់ការអវិជ្ជមានចំពោះករណី ឬការកាត់ទោសបទល្មើសរបស់អ្នក។ ប្រសិនបើអ្នកសង្ស័យថាមានការបន្ត ការខ្លះខ្លាយ ឬការបំពាន

នខសក្រិតក្រុមទៅលើកម្មវិធី Medi-Cal សូមធ្វើការរាយការណ៍ដោយលាក់ការណ៍សម្ងាត់ដោយហៅទូរស័ព្ទទៅកាន់លេខ 1-800-822-6222។

សេចក្តីជូនដំណឹងដែលតម្រូវដោយសហព័ន្ធដែលជម្រាបបុគ្គលអំពីលក្ខខណ្ឌតម្រូវមិនឱ្យរើសអើងនិងភាពមានសិទ្ធិចូលប្រើប្រាស់

DHCS អនុលោមតាមច្បាប់សិទ្ធិពលរដ្ឋសហព័ន្ធនិងរដ្ឋដែលមានអំណាចជាធរមាន។ DHCS មិនរើសអើងដោយខុសច្បាប់នៅលើមូលដ្ឋានភេទ ពូជសាសន៍ ពណ៌សម្បុរ សាសនា បុព្វបុរស ដើមកំណើតជាតិសាសន៍ អត្តសញ្ញាណកម្មក្រុមជនជាតិ អាយុ ពិការភាពសតិបញ្ញា ពិការភាពផ្លូវកាយ អាការៈរោគ ព័ត៌មានសេនេទិច ស្ថានភាពអាពាហ៍ពិពាហ៍ យេនឌ័រ អត្តសញ្ញាណយេនឌ័រ ឬទំនោរផ្លូវភេទនោះឡើយ។ DHCS មិនផាត់ចោលជនទាំងឡាយដោយខុសច្បាប់ ឬប្រព្រឹត្តចំពោះពួកគេខុសប្លែកគ្នាដោយសារតែភេទ ពូជសាសន៍ ពណ៌សម្បុរ សាសនា បុព្វបុរស ដើមកំណើតជាតិសាសន៍ អត្តសញ្ញាណកម្មក្រុមជនជាតិ អាយុ ពិការភាពសតិបញ្ញា ពិការភាពផ្លូវកាយ ស្ថានភាពវេជ្ជសាស្ត្រ ព័ត៌មានសេនេទិច ស្ថានភាពអាពាហ៍ពិពាហ៍ យេនឌ័រ អត្តសញ្ញាណយេនឌ័រ ឬទំនោរផ្លូវភេទនោះឡើយ។ DHCS:

- ផ្តល់ជំនួយ និងសេវាកម្មដោយឥតគិតថ្លៃដល់ជនទាំងឡាយដែលមានពិការភាពដើម្បីប្រាស្រ័យទាក់ទងយ៉ាងមានប្រសិទ្ធភាពជាមួយ DHCS ដូចជា៖
 - អ្នកបកប្រែភាសាសញ្ញាដែលមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់
 - ព័ត៌មានជាលាយលក្ខណ៍អក្សរនៅក្នុងទម្រង់ដទៃទៀតដូចជាការបោះពុម្ពអក្សរធំ ជាសំឡេង ទម្រង់ដែលអាចចូលប្រើប្រាស់ជាទម្រង់អេឡិចត្រូនិច និងទម្រង់ដទៃទៀត
- ផ្តល់សេវាកម្មភាសាដោយឥតគិតថ្លៃដល់ជនទាំងឡាយណាដែលភាសាបឋមរបស់ពួកគេមិនមែនជាភាសាអង់គ្លេស ដូចជា៖
 - អ្នកបកប្រែភាសាដែលមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់
 - ព័ត៌មានដែលសរសេរជាភាសាដទៃទៀត

ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការសេវាកម្មទាំងនេះ សូមហៅទូរស័ព្ទទៅកាន់ការិយាល័យសិទ្ធិពលរដ្ឋ តាមរយៈលេខ 1-916-440-7370, (Ext. 711, California State Relay) ឬផ្ញើសារអេឡិចត្រូនិចទៅកាន់ CivilRights@dhcs.ca.gov។

ប្រសិនបើអ្នកជឿថា DHCS បានខកខានមិនបានផ្តល់សេវាកម្មទាំងនេះ ឬអ្នកត្រូវបានរើសអើងក្រោមរូបភាពឈរនៅលើមូលដ្ឋានភេទ ពូជសាសន៍ ពណ៌សម្បុរ សាសនា បុព្វបុរស ដើមកំណើតជាតិសាសន៍ អត្តសញ្ញាណកម្មក្រុមជនជាតិ អាយុ ពិការភាពសតិបញ្ញា ពិការភាពផ្លូវកាយ អាការៈរោគ ព័ត៌មានសេនេទិច ស្ថានភាពអាពាហ៍ពិពាហ៍ យេនឌ័រ អត្តសញ្ញាណយេនឌ័រ ឬទំនោរផ្លូវភេទ អ្នកអាចដាក់បណ្តឹងសារទុក្ខបាននោះ។

Office of Civil Rights
 PO Box 997413, MS 0009
 Sacramento, CA 95899-7413
 1-916-440-7370, (Ext. 711, CA State Relay)
 Email: CivilRights@dhcs.ca.gov

ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយក្នុងការដាក់បណ្តឹងសារទុក្ខ នោះការិយាល័យសិទ្ធិពលរដ្ឋអាចជួយអ្នកបាន។ ទម្រង់បែបបទបណ្តឹងមាននៅគេហទំព័រ៖

http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx

ប្រសិនបើអ្នកជឿថាអ្នកត្រូវបានរើសអើងប្រឆាំងដោយឈរលើមូលដ្ឋានពូជសាសន៍ ពណ៌សម្បុរ ដើមកំណើតជាតិសាសន៍ អាយុ ពិការភាព ឬ ភេទ អ្នកក៏អាចដាក់បណ្តឹងសិទ្ធិពលរដ្ឋបានផងដែរជាមួយក្រសួងសុខាភិបាល និងសេវាកម្មមនុស្សនៃសហរដ្ឋអាមេរិច (U.S. Department of Health and Human Services) ការិយាល័យសម្រាប់សិទ្ធិពលរដ្ឋ។ អ្នកអាចដាក់ពាក្យបានជាលក្ខណៈអេឡិចត្រូនិចតាមរយៈតំណភ្ជាប់ទៅកាន់គេហទំព័ររបស់ការិយាល័យសម្រាប់បណ្តឹងសិទ្ធិពលរដ្ឋដែលមានអាសយដ្ឋាន <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> ឬអ្នកអាចដាក់បានដោយសារអេឡិចត្រូនិច ឬទូរស័ព្ទនៅឯ៖

ធនធានសំខាន់ៗ



លើបណ្តាញតាមអនឡាញ

គេហទំព័រចម្បងនៃកម្មវិធី Medi-Cal៖
<http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal>

ទទួលបានកម្មវិធី myMedi-Cal កម្មវិធីទូរស័ព្ទឆ្លាតវៃដើម្បីជួយអ្នកឈ្វេងយល់បន្ថែមទៀតអំពីការរ៉ាប់រងស្វែងរកជំនួយនៅមូលដ្ឋាន និងអ្វីជាច្រើនថែមទៀត!



លេខទូរសព្ទ

Medi-Cal Members & Providers:
 1-800-541-5555

Medi-Cal Managed Care:
 1-800-430-4263
 (TTY 1-800-430-7077)

Office of the Ombudsman:
 1-888-452-8609

State Fair Hearing:
 1-800-743-8525
 (TTY 1-800-952-8349)

Covered California:
 1-800-826-6317

Medi-Cal Dental Program:
 1-800-322-6384

U.S. Department of Health and Human Services
 200 Independence Avenue, SW
 Room 509F, HHH Building
 Washington, D.C. 20201
 1-800-368-1019, TTY 1-800-537-7697

អ្នកអាចទទួលបានទម្រង់បែបបទបណ្តឹងនៅគេហទំព័រ៖

<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

ឯកសារនេះបំពេញបានគ្រប់ទៅតាមបទដ្ឋានភាពអាចចូលប្រើប្រាស់បាននៃផ្នែក508។ ការ បោះពុម្ពផ្សាយនេះក៏អាចត្រូវបានធ្វើឲ្យមានផងដែរជាអក្សរធំសម្រាប់ ជនពិការភ្នែក (Braille) ការបោះពុម្ពជាអក្សរធំៗ និងទម្រង់អេឡិចត្រូនិចដទៃទៀតជាការឆ្លើយតបទៅនឹងសំណើសុំសម្របសម្រួលជ័សមគួរដែលធ្វើឡើងដោយ ជនមានពិការភាពប្រកបដោយលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់។ ដើម្បីស្នើសុំច្បាប់សំណើនៃការចេញផ្សាយនេះជាទម្រង់ដទៃទៀត សូមហៅទូរស័ព្ទទៅកាន់ផ្នែកភាពកំណត់លក្ខណៈសម្បត្តិនៃកម្មវិធី Medi-Cal តាមរយៈលេខ 1-916-552-9200 (TTY 1-800-735-2929) ឬផ្ញើសារអេឡិចត្រូនិចទៅកាន់ MCED@dhcs.ca.gov។

ជំនួយផ្នែកភាសា

Attention: If you speak English, you can call 1-800-541-5555 (TDD 1-800-430-7077) for free help in your language. Call your local county office for eligibility issues or questions. (English)

تنبيه: إذا كنت تتحدث العربية، فيمكنك الاتصال برقم 1-800-541-5555 (TDD 1-800-430-7077) للمساعدة المجانية بلغتك. اتصل بمكتب المقاطعة المحلي للمشكلات أو الأسئلة المتعلقة بالتأهل. (Arabic)

Ուշադրություն: Եթե Դուք հայերեն եք խոսում, կարող եք զանգահարել 1-800-541-5555 (TDD 1-800-430-7077) և անվճար օգնություն ստանալ Ձեր լեզվով: Իրավասություն հետ կապված խնդիրների կամ հարցերի դեպքում զանգահարեք Ձեր շրջանային գրասենյակ: (Armenian)

សម្គាល់៖ ប្រសិនបើអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ
អ្នកអាចទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-800-541-5555
(TDD 1-800-430-7077) សម្រាប់ជំនួយដោយឥតគិតថ្លៃជា
ភាសារបស់អ្នក។ ទូរស័ព្ទទៅកាន់ការិយាល័យខោនធីក្នុង
មូលដ្ឋានរបស់អ្នកសម្រាប់បញ្ហាទាក់ទងនឹងសិទ្ធិទទួលបានសេវា
ឬក្នុងករណីមានសំណួរណាមួយ។ (Cambodian)

注意：如果您使用中文，請撥打1-800-541-5555
(TDD 1-800-430-7077) 免費獲得以您所用語言提
供的協助。關於資格的爭議或問題請致電您所在縣
的辦事處。(Chinese)

توجه: اگر به زبان فارسی صحبت می کنید، می توانید برای
دریافت کمک رایگان به زبان خود با شماره
1-800-541-5555 (TDD 1-800-430-7077) تماس
بگیرید. برای مسائل مربوط به صلاحیت یا سوالات، با دفتر محلی
شهرستان خود تماس بگیرید. (Farsi)

ध्यान दें: यदि आप हिंदी भाषी हैं, तो आप अपनी
भाषा में नि:शुल्क सहायता के लिए
1-800-541-5555 (TDD 1-800-430-7077) पर कॉल
कर सकते हैं। योग्यता संबंधी समस्याओं या प्रश्नों
के लिए अपने स्थानीय काउंटी कार्यालय को कॉल
करें। (Hindi)

Lus Ceeb Toom: Yog tias koj hais lus Hmoob, koj tuaj
yeem hu rau tus xov tooj 1-800-541-5555 (TDD
1-800-430-7077) kom tau kev pab koj dawb ua koj
hom lus. Hu rau lub chaw lis dej num hauv koj lub
nroog txog cov teeb meem kev tsim nyog tau txais kev
pab los yog cov lus nug. (Hmong)

注意：ご希望により、1-800-541-5555
(TDD 1-800-430-7077) へお電話いただければ日
本語で対応いたします。有資格問題または質問など
は、地域の代理店までお電話ください。(Japanese)

주의: 한국어를 말하면, 1-800-541-5555
(TDD 1-800-430-7077) 번으로 무료로 도움을
받으실 수 있습니다. 적격 문제 또는 질문은 해당
지역 카운티 사무소에 문의하십시오. (Korean)

ເຊີນຊາບ: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ, ທ່ານສາມາດໂທຫາເບີ
1-800-541-5555 (TDD 1-800-430-7077) ເພື່ອຂໍຄວາ
ມຊ່ວຍເຫຼືອຟຣີໃນພາສາຂອງທ່ານ. ໂທຫາຫ້ອງການເຂດໃນທ້ອງຖິ່
ນຂອງທ່ານເພື່ອສອບຖາມກ່ຽວກັບເງື່ອນໄຂໃນການມີສິດໄດ້ຮັບ ຫຼື
ມີຄໍາຖາມອື່ນໆ. (Laotian)

Waac-mbung: Se gorngv meih gongv mien waac
nor, maaiv zuqc cuotv nyaanh gunv korh waac mingh

taux 1-800-541-5555 (TDD 1-800-430-7077) yiem
wuov maaih mienh tengx faan waac bun meih hiuv duv.
Gunv korh waac taux meih nyei kaau dih nyei mienh, Se
gorngv meih oix hiuv taux, meih maaih fai maaiv maaih
ndaam-dorng leiz puix duqv ziqv nyei buanc. (Mien)

ਪਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ
ਵਿੱਚ ਮੁਫਤ ਸਹਾਇਤਾ ਪਾਉਣ ਲਈ 1-800-541-5555 (TDD
1-800-430-7077) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਪਾਤਰਤਾ ਸੰਬੰਧੀ
ਵਿਵਾਦਾਂ ਜਾਂ ਸਵਾਲਾਂ ਦੇ ਲਈ ਆਪਣੇ ਸਥਾਨਕ ਕਾਉਂਟੀ ਦਫਤਰ ਨੂੰ
ਕਾਲ ਕਰੋ। (Punjabi)

Внимание: Если Вы говорите по-русски, Вы можете
позвонить по номеру 1-800-541-5555
(TDD 1-800-430-7077), чтобы получить бесплатную
помощь на Вашем языке. Позвоните в Ваш местный
окружной офис по вопросам или проблемам,
связанным с соответствием требованиям.
(Russian)

Atención: Si usted habla español puede llamar al
1-800-541-5555 (TDD 1-800-430-7077) para
obtener ayuda gratuita en su idioma. Llame a la oficina
local de su condado si tiene algún problema o alguna
pregunta sobre elegibilidad. (Spanish)

Atensiyon: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari
kang tumawag sa 1-800-541-5555
(TDD 1-800-430-7077) para sa libreng tulong sa
wika mo. Tawagan ang lokal mong tanggapan sa
county para sa mga isyu sa pagiging nararapat o mga
tanong. (Tagalog)

โปรดทราบ: หากท่านพูดภาษาไทย ท่านสามารถโทรศัพท์
ไปที่เบอร์ 1-800-541-5555 (TDD 1-800-430-7077)
เพื่อรับความช่วยเหลือในภาษาของท่านโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย
กรุณาโทรศัพท์หาสำนักงานประจำท้องถิ่นของท่านเพื่อ
สอบถามเกี่ยวกับสิทธิ์ของท่าน (Thai)

Увага: Якщо ви розмовляєте українською, ви
можете зателефонувати за номером 1-800-541-5555
(TDD 1-800-430-7077), щоб отримати безкоштовну
допомогу Вашою мовою. З питань стосовно права
на пільги та іншої інформації, телефонуйте до
вашого місцевого окружного офісу. (Ukrainian)

Lưu ý: Nếu quý vị nói tiếng Việt, quý vị có thể gọi
1-800-541-5555 (TDD 1-800-430-7077) để được trợ
giúp miễn phí bằng ngôn ngữ của mình. Hãy gọi văn
phòng quận địa phương của quý vị nếu có các vấn đề
hoặc thắc mắc về tính đủ điều kiện. (Vietnamese)

California Department of
Health Care Services
1501 Capitol Avenue
Sacramento, CA 95814

PUB 68 | ផ្លូវកាយ DHCS
Office of Communications



PUB 68 CAM (0219) | myMedi-Cal
Department of Health Care Services
dhcs.ca.gov