



# ទម្រង់បែបបទស្នើសុំចុះឈ្មោះបុគ្គលឆ្នាំ 2024

## តើនរណាអាចប្រើទម្រង់បែបបទនេះបាន?

អ្នកដែលមាន Medicare ដែលចង់ចូលរួមក្នុង គម្រោង Medicare Advantage

## ដើម្បីចូលរួមគម្រោង អ្នកត្រូវតែ៖

- ក្លាយជាពលរដ្ឋសហរដ្ឋអាមេរិក ឬមានវត្តមានស្របច្បាប់នៅក្នុងសហរដ្ឋអាមេរិក
- រស់នៅក្នុងតំបន់សេវាកម្មរបស់គម្រោង

**សំខាន់៖** ដើម្បីចូលរួមគម្រោង Medicare Advantage អ្នកក៏ត្រូវមានទាំង៖

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

## តើខ្ញុំប្រើទម្រង់បែបបទនេះនៅពេលណា?

អ្នកអាចចូលរួមគម្រោង៖

- ចន្លោះពីថ្ងៃទី 15 ខែតុលា ដល់ថ្ងៃទី 7 ខែធ្នូ ជារៀងរាល់ឆ្នាំ (សម្រាប់ការធានារ៉ាប់រងដែលចាប់ពីថ្ងៃទី 1 ខែមករា)
- ក្នុងរយៈពេល 3 ខែបន្ទាប់ពីការទទួលបាន Medicare ដំបូង
- នៅក្នុងស្ថានភាពជាក់លាក់ ដែលអ្នកត្រូវបានអនុញ្ញាតឱ្យចូលរួម ឬប្តូរគម្រោង

សូមចូលមើលគេហទំព័រ Medicare.gov ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពីពេលវេលាដែលអ្នកអាចចុះឈ្មោះសម្រាប់គម្រោងនោះ។

## តើខ្ញុំត្រូវការអ្វីខ្លះដើម្បីបំពេញទម្រង់បែបបទនេះ?

- លេខ Medicare របស់អ្នក (លេខនៅលើប័ណ្ណ Medicare ពណ៌ក្រហម ស និងខៀវ)
- អាសយដ្ឋានអចិន្ត្រៃយ៍ និងលេខទូរស័ព្ទរបស់អ្នក

**ចំណាំ៖** អ្នកត្រូវតែបំពេញសំណួរទាំងអស់នៅក្នុងផ្នែកទី 1។ សំណួរនៅក្នុងផ្នែកទី 2 គឺជាជម្រើស - អ្នកមិនអាចបដិសេធលើការធានារ៉ាប់រងបានដោយសារតែអ្នកមិនបានបំពេញពួកវានោះទេ។

## ការរំលឹក៖

- ប្រសិនបើអ្នកចង់ចូលរួមក្នុងគម្រោងក្នុងអំឡុងពេលការចុះឈ្មោះចូលរៀននៅរដូវស្លឹកឈើជ្រុះ (ចាប់ពីថ្ងៃទី 15 ខែតុលា ដល់ថ្ងៃទី 7 ខែធ្នូ) គម្រោងត្រូវតែទទួលបានទម្រង់បែបបទដែលបានបំពេញរបស់អ្នកត្រឹមថ្ងៃទី 7 ខែធ្នូ។

- គម្រោងរបស់អ្នកនឹងផ្ញើជូនអ្នកនូវវិក្កយបត្រសម្រាប់ថ្លៃធានារ៉ាប់រងរបស់គម្រោង។ អ្នកអាចជ្រើសរើសចុះឈ្មោះ ដើម្បីឱ្យការទូទាត់ថ្លៃធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកត្រូវបានកាត់កងពីគណនីធានាការរបស់អ្នក ឬអត្ថប្រយោជន៍របស់របបសន្តិសុខសង្គមប្រចាំខែរបស់អ្នក (ឬក្រុមប្រឹក្សាកម្មកររដ្ឋរដ្ឋកែដែលចូលនិរត្តន៍)។

## តើមានអ្វីកើតឡើងនៅពេលបន្ទាប់នោះ?

ផ្ញើតាមអ៊ីមែល ប្រៃសណីយ៍ ឬទូរសារនូវទម្រង់បែបបទដែលបានបំពេញ និងចុះហត្ថលេខារបស់អ្នកទៅកាន់៖

**អ៊ីមែល៖** WHMembership@blueshieldca.com

**ប្រៃសណីយ៍៖** Blue Shield of California  
PO Box 948  
Woodland Hills, CA 91365-9856

**ទូរសារ៖** (877) 251-3660

នៅពេលដែលពួកគេដំណើរការសំណើរបស់អ្នកដើម្បីចូលរួម ពួកគេនឹងទាក់ទងទៅអ្នក។

## តើខ្ញុំទទួលបានជំនួយទម្រង់បែបបទនេះដោយរបៀបណា?

សូមទូរសព្ទទៅភ្នាក់ងារដែលមានការអនុញ្ញាត ឬអ្នកតំណាង Blue Shield របស់អ្នកតាមរយៈលេខ **(888) 534-4263**។ អ្នកប្រើ TTY សូមទូរសព្ទទៅលេខ **711**។ ឬទូរសព្ទមកកាន់ Medicare តាមរយៈលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)។ អ្នកប្រើ TTY អាចទូរសព្ទទៅកាន់លេខ 1-877-486-2048។

**En español:** Llame a su Agente Autorizado o a su Representante de Blue Shield al **(888) 534-4263**.

Los usuarios del sistema TTY pueden llamar al **711** o a Medicare gratis al 1-800-633-4227 y oprima el 2 para asistencia en español y un representante estará disponible para asistirle.

## បុគ្គលដែលជួបប្រទះភាពគ្មានផ្ទះសំបែង

- ប្រសិនបើអ្នកចង់ចូលរួមក្នុងគម្រោង ប៉ុន្តែមិនមានទីលំនៅអចិន្ត្រៃយ៍ ប្រអប់ប្រៃសណីយ៍ អាសយដ្ឋានរបស់កន្លែងស្នាក់នៅ ឬគ្លីនិក ឬអាសយដ្ឋានដែលអ្នកទទួលសំបុត្រ (ឧ. មូលប្បទាន បត្ររបបសន្តិសុខសង្គម) អាចត្រូវបានចាត់ទុកថាជាអាសយដ្ឋានស្នាក់នៅអចិន្ត្រៃយ៍របស់អ្នក។

យោងទៅតាមច្បាប់ Paperwork Reduction Act of 1995 (ច្បាប់ស្តីពីការកាត់បន្ថយការងាររដ្ឋាភិបាលឆ្នាំ 1995) គ្មានបុគ្គលណាម្នាក់ត្រូវបានតម្រូវឱ្យឆ្លើយតបទៅនឹងការប្រមូលព័ត៌មានទេ លុះត្រាតែវាបង្ហាញលេខត្រួតពិនិត្យនៃ Office of Management and Budget (OMB, ការិយាល័យគ្រប់គ្រង និងថវិកា) ត្រឹមត្រូវ។ លេខត្រួតពិនិត្យ OMB ត្រឹមត្រូវសម្រាប់ការប្រមូលព័ត៌មាននេះគឺ 0938-1378។ ពេលវេលាដែលតម្រូវឱ្យបំពេញព័ត៌មាននេះត្រូវបានប៉ាន់ប្រមាណជាមធ្យម 20 នាទីក្នុងការឆ្លើយតបមួយ រមែងទាំងពេលវេលាដើម្បីពិនិត្យមើលការណែនាំស្វែងរកធនធានទិន្នន័យដែលមានស្រាប់ ប្រមូលទិន្នន័យដែលត្រូវការ ហើយបំពេញ និងពិនិត្យមើលការប្រមូលព័ត៌មាន។ ប្រសិនបើអ្នកមានមតិយោបល់ណាមួយដែលទាក់ទងនឹងភាពត្រឹមត្រូវនៃការប៉ាន់ស្មានពេលវេលា ឬការផ្តល់យោបល់សម្រាប់ការកែលម្អទម្រង់បែបបទនេះ សូមផ្ញើសំបុត្រទៅកាន់៖ CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850។

## សំខាន់

កុំផ្ញើទម្រង់បែបបទនេះ ឬការឆ្លើយតបណាមួយដែលមានព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួនរបស់អ្នក (ដូចជាការទាមទារ ការទូទាត់ កំណត់ត្រាវេជ្ជសាស្ត្រ ។ល។) ទៅកាន់ការិយាល័យត្រួតពិនិត្យប្រៃសណីយ៍ PRA។ ការឆ្លើយតបណាមួយដែលយើងទទួលបាន ដែលមិនមែនអំពីវិធីកែលម្អទម្រង់បែបបទនេះ ឬបន្ទុកនៃការប្រមូលរបស់វា (មានចែងក្នុង OMB (0938-1378) និងត្រូវបានបង្ហាញចោល។ វានឹងមិនត្រូវបានរក្សាទុក ពិនិត្យមើល ឬបញ្ជូនបន្តទៅកាន់គម្រោងនោះទេ។ សូមមើល "តើមានអ្វីកើតឡើងនៅពេលបន្ទាប់នោះ?" នៅលើទំព័រនេះ ដើម្បីផ្ញើទម្រង់បែបបទដែលបានបំពេញរបស់អ្នកទៅកាន់គម្រោង។

**ផ្នែកទី ១ - ផ្នែកទាំងអស់នៅក្នុងផ្នែកនេះត្រូវបានទាមទារ (លុះត្រាតែត្រូវបានសម្គាល់ថាជាជម្រើស)**

ជ្រើសរើសគម្រោងដែលអ្នកចង់ចូលរួម៖

**Blue Shield TotalDual Plan (HMO D-SNP)**

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

នាមត្រកូល៖	នាមខ្លួន៖	អក្សរទីមួយនៃឈ្មោះកណ្តាល៖ (ជាជម្រើស)
ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត (ខែ/ថ្ងៃទី/ឆ្នាំ)៖	ភេទ៖ <input type="checkbox"/> ប្រុស <input type="checkbox"/> ស្រី	
លេខទូរសព្ទ៖	ប្រភេទទូរសព្ទ៖ <input type="checkbox"/> ទូរសព្ទលើតុ <input type="checkbox"/> ទូរសព្ទចល័ត	

**អាសយដ្ឋានផ្លូវរបស់លំនៅឋានអចិន្ត្រៃយ៍៖** (កុំបញ្ចូលប្រអប់ប្រៃសណីយ៍)

អាសយដ្ឋានផ្លូវ៖

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

**អាសយដ្ឋានប្រៃសណីយ៍ ប្រសិនបើខុសពីអាសយដ្ឋានអចិន្ត្រៃយ៍របស់អ្នក៖** (ប្រអប់ប្រៃសណីយ៍ដែលបានអនុញ្ញាត)

អាសយដ្ឋានផ្លូវ៖

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

**ព័ត៌មាន Medicare របស់អ្នក៖**

លេខ Medicare៖

**ឆ្លើយសំណួរសំខាន់ៗទាំងនេះ៖**

តើអ្នកនឹងមានការធានារ៉ាប់រងលើឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាផ្សេងទៀត (ដូចជា VA, TRICARE) បន្ថែមពីលើគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan ដែរឬទេ?  បាទ/ចាស  ទេ

**ការធានារ៉ាប់រងលើឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជា៖**

ឈ្មោះនៃការធានារ៉ាប់រងផ្សេងទៀត៖

លេខសមាជិកសម្រាប់ការធានារ៉ាប់រងនេះ៖

លេខក្រុមសម្រាប់ការធានារ៉ាប់រងនេះ៖

**ការធានារ៉ាប់រងផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ៖**

ឈ្មោះនៃការធានារ៉ាប់រងផ្សេងទៀត៖

លេខសមាជិកសម្រាប់ការធានារ៉ាប់រងនេះ៖

លេខក្រុមសម្រាប់ការធានារ៉ាប់រងនេះ៖

តើអ្នកត្រូវបានចុះឈ្មោះក្នុងកម្មវិធី Medicaid (Medi-Cal) រដ្ឋរបស់អ្នកដែរឬទេ?  បាទ/ចាស  ទេ

ប្រសិនបើបាទ/ចាស សូមផ្តល់លេខ Medicaid (Medi-Cal) របស់អ្នក

**សំខាន់៖ សូមអាន និងចុះហត្ថលេខាខាងក្រោម៖**

- ខ្ញុំត្រូវតែរក្សាទុកទាំងមន្ទីរពេទ្យ (ផ្នែក A) និងវេជ្ជសាស្ត្រ (ផ្នែក B) ដើម្បីបន្តស្ថិតនៅក្នុងគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan។
- តាមរយៈការចូលរួមក្នុងគម្រោង Medicare Advantage នេះ ខ្ញុំទទួលស្គាល់ថា គម្រោង Blue Shield Medicare Advantage របស់ខ្ញុំនឹងចែករំលែកព័ត៌មានរបស់ខ្ញុំជាមួយ Medicare ដែលអាចប្រើវាដើម្បីតាមដានការចុះឈ្មោះរបស់ខ្ញុំ ដើម្បីធ្វើការទូទាត់ និងសម្របសម្រួលបំណងផ្សេងទៀតដែលត្រូវបានអនុញ្ញាតដោយច្បាប់សហព័ន្ធដែលផ្តល់សិទ្ធិក្នុងការប្រមូលព័ត៌មាននេះ។ (សូមមើលសេចក្តីថ្លែងការណ៍អំពីច្បាប់ស្តីពីឯកជនភាពខាងក្រោម)។ ការឆ្លើយតបរបស់អ្នកចំពោះទម្រង់បែបបទនេះ គឺជាការស្ម័គ្រចិត្ត។ ទោះបីជាយ៉ាងណាក៏ដោយ ការខកខានក្នុងការឆ្លើយតបអាចប៉ះពាល់ដល់ការចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោង។
- ខ្ញុំយល់ថា ខ្ញុំអាចត្រូវបានចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោង MA តែមួយប៉ុណ្ណោះក្នុងពេលតែមួយ ហើយការចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងនេះនឹងបញ្ចប់ការចុះឈ្មោះរបស់ខ្ញុំដោយស្វ័យប្រវត្តិក្នុងគម្រោង MA ផ្សេងទៀត (ករណីលើកលែងអនុវត្តចំពោះគម្រោង MA PFFS, MA MSA)។
- ខ្ញុំយល់ថា នៅពេលដែលការធានារ៉ាប់រងរបស់គម្រោង Blue Shield Medicare Advantage របស់ខ្ញុំចាប់ផ្តើម ខ្ញុំត្រូវតែទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ និងឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជារបស់ខ្ញុំទាំងអស់ពីគម្រោង Blue Shield Medicare Advantage។ អត្ថប្រយោជន៍ និងសេវាកម្មដែលបានផ្តល់ដោយគម្រោង Blue Shield Medicare Advantage របស់ខ្ញុំ នឹងមាននៅក្នុងឯកសារ ភស្តុតាងនៃការធានារ៉ាប់រង របស់គម្រោង Blue Shield Medicare Advantage របស់ខ្ញុំ (ក៏ត្រូវបានគេស្គាល់ថាជាភិច្ចសន្យាសមាជិក ឬភិច្ចព្រមព្រៀងអ្នកជំងឺដែរ) នឹងត្រូវបានធានារ៉ាប់រង។ ទាំង Medicare និងគម្រោង Blue Shield Medicare Advantage របស់ខ្ញុំនឹងមិនបង់ថ្លៃសម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍ ឬសេវាកម្មដែលមិនត្រូវបានធានារ៉ាប់រងនោះទេ។
- ព័ត៌មាននៅលើទម្រង់បែបបទចុះឈ្មោះនេះមានភាពត្រឹមត្រូវទៅតាមការយល់ដឹងរបស់ខ្ញុំ។ ខ្ញុំយល់ថា ប្រសិនបើខ្ញុំផ្តល់ព័ត៌មានមិនពិតដោយចេតនាលើទម្រង់បែបបទនេះ ខ្ញុំនឹងត្រូវលុបឈ្មោះចេញពីគម្រោង។
- ខ្ញុំយល់ថា ហត្ថលេខារបស់ខ្ញុំ (ឬហត្ថលេខារបស់អ្នកដែលត្រូវបានអនុញ្ញាតផ្លូវច្បាប់ឱ្យធ្វើសកម្មភាពជំនួសខ្ញុំ) នៅលើពាក្យស្នើសុំនេះមានន័យថា ខ្ញុំបានអាន និងយល់ខ្លឹមសាររបស់ពាក្យស្នើសុំនេះ។ ប្រសិនបើបានចុះហត្ថលេខាដោយអ្នកតំណាងដែលមានការអនុញ្ញាត (ដូចដែលបានរៀបរាប់ខាងលើ) ហត្ថលេខានេះបញ្ជាក់ថា៖
  - 1) បុគ្គលនេះត្រូវបានអនុញ្ញាតក្រោមច្បាប់រដ្ឋ ដើម្បីបំពេញតាមការចុះឈ្មោះនេះ និង
  - 2) ឯកសារបញ្ជាក់របស់អាជ្ញាធរនេះអាចរកបានតាមការស្នើសុំដោយ Medicare។

<b>ហត្ថលេខា៖</b>	<b>កាលបរិច្ឆេទក្នុងថ្ងៃនេះ (ខែ/ថ្ងៃទី/ឆ្នាំ)៖</b>
------------------	---

ប្រសិនបើអ្នកជាអ្នកតំណាងដែលមានការអនុញ្ញាត សូមចុះហត្ថលេខាខាងលើ ហើយបំពេញផ្នែកទាំងនេះ។  
ឈ្មោះ៖

អាស័យដ្ឋានផ្លូវ៖

ទីក្រុង៖ រដ្ឋ៖ លេខកូដតំបន់៖

លេខទូរស័ព្ទ៖

ទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកចុះឈ្មោះ៖

**ផ្នែកទី 2 - ផ្នែកទាំងអស់នៅក្នុងផ្នែកនេះគឺជាជម្រើស**

**ការឆ្លើយសំណួរទាំងនេះគឺជាជម្រើសរបស់អ្នក។ អ្នកមិនអាចត្រូវបានបដិសេធលើការធានារ៉ាប់រង ដោយសារតែអ្នកមិនបានបំពេញសំណួរទាំងនោះទេ។**

**តើអ្នកជាអ្នកនិយាយភាសាអេស្ប៉ាញ ឡាទីន ឬមានភាសាដើមអេស្ប៉ាញឬទេ? ជ្រើសរើសទាំងអស់ដែលអនុវត្តបាន។**

- ទេ មិនមែនជាអ្នកនិយាយភាសាអេស្ប៉ាញ ឡាទីន ឬ ភាសាដើមអេស្ប៉ាញ
- បាទ/ចាស ជនជាតិព័រតូរិកូ
- បាទ/ចាស ជាអ្នកនិយាយភាសាអេស្ប៉ាញ ឡាទីន ឬ ផ្សេងទៀត ភាសាដើមអេស្ប៉ាញ
- ខ្ញុំជ្រើសរើសមិនឆ្លើយ។
- បាទ/ចាស ជនជាតិម៉ិកស៊ិក ជនជាតិម៉ិកស៊ិក-អាមេរិក ជនជាតិឈីកាណូ
- បាទ/ចាស ជនជាតិកុយបា

**តើអ្នកជាពូជសាសន៍អ្វី? ជ្រើសរើសទាំងអស់ដែលអនុវត្តបាន។**

- ជនជាតិដើមអាមេរិក ឬជនជាតិដើមអាឡាស្កា អាស៊ី:
- ជនជាតិគណ្តាក្នុងតំបន់អាស៊ី
- ជនជាតិចិន
- ជនជាតិហ្វីលីពីន
- ជនជាតិជប៉ុន
- ជនជាតិកូរ៉េ
- ជនជាតិវៀតណាម
- ជនជាតិអាស៊ីផ្សេងទៀត
- ជនជាតិអាមេរិកស្បែកខ្មៅ ឬដើមកំណើតអាហ្វ្រិក ជនជាតិដើមហាវ៉ៃ និងកោះប៉ាស៊ីហ្វិក:
- ហ្គាម៉ានី ឬចាម៉ូរ៉ូ
- ជនជាតិដើមហាវ៉ៃ
- សាម៉រ
- អ្នករស់នៅលើកោះក្នុងមហាសមុទ្រប៉ាស៊ីហ្វិក ផ្សេងទៀត
- ជនជាតិស្បែកស
- ខ្ញុំជ្រើសរើសមិនឆ្លើយ។

ជ្រើសរើសមួយ ប្រសិនបើអ្នកចង់ឱ្យយើងខ្ញុំធ្វើព័ត៌មានទៅអ្នកជាភាសាផ្សេងក្រៅពីភាសាអង់គ្លេស។

- ភាសាអារ៉ាប់
- ភាសាអាមេនី
- ភាសាខ្មែរ
- ភាសាចិន (សាមញ្ញ)
- ភាសាចិន (បុរាណ)
- ភាសាហ្វាស៊ី
- ភាសាកូរ៉េ
- ភាសារុស្ស៊ី
- ភាសាអេស្ប៉ាញ
- ភាសាតាកាឡុក
- ភាសាវៀតណាម

ជ្រើសរើសមួយ ប្រសិនបើអ្នកចង់ឱ្យយើងខ្ញុំធ្វើព័ត៌មានឱ្យអ្នកក្នុងទម្រង់ដែលអាចចូលប្រើបាន។

- អក្សរស្នាបសម្រាប់ជនពិការភ្នែក
- អក្សរពុម្ពធំ
- ស៊ីឌីសាសំឡេង

សូមទាក់ទងមកកាន់ផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជនតាមរយៈលេខ (800) 452-4413 (TTY: 711) ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការព័ត៌មានក្នុងទម្រង់ដែលអាចចូលប្រើបានក្រៅពីអ្វីដែលបានរាយខាងលើ។ ម៉ោងធ្វើការរបស់យើងគឺចាប់ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់ បានប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។

អាសយដ្ឋានអ៊ីមែល:  លេខទូរសព្ទចល័ត:

**ការផ្តល់អាសយដ្ឋានអ៊ីមែលរបស់អ្នកខាងលើនឹងចុះឈ្មោះអ្នកដោយស្វ័យប្រវត្តិក្នុងការផ្តល់ជូនដោយមិនប្រើក្រដាសសម្រាប់ការទំនាក់ទំនងមួយចំនួននៃគម្រោងរបស់អ្នក។**

អ្នកនឹងទទួលបានការទំនាក់ទំនងជាច្រើនពីគម្រោងដែលបានតម្រូវរបស់អ្នកដែលបានផ្តល់ឱ្យតាមប្រព័ន្ធអេឡិចត្រូនិច។ យើងនឹងធ្វើអ៊ីមែលទៅអ្នកនៅពេលមានការទំនាក់ទំនងថ្មី (ឧទាហរណ៍: ការពន្យល់អំពីអត្ថប្រយោជន៍ ឬសេចក្តីជូនដំណឹងប្រចាំឆ្នាំស្តីពីការផ្លាស់ប្តូរ) ដែលមាននៅលើអនឡាញ។ អ្នកអាចចូលប្រើការទំនាក់ទំនងទាំងនេះតាមរយៈឧបករណ៍ណាមួយដូចជាកុំព្យូទ័រ ម៉ូប៊ីល ឬទូរសព្ទចល័ត។

ជំនួសឱ្យការផ្តល់ជូនដោយមិនប្រើក្រដាស យើងនឹងផ្ញើជូនអ្នកនូវច្បាប់ចម្លងបោះពុម្ពចំពោះឯកសារដែលត្រូវការប៉ុណ្ណោះ។ សូមចំណាំថា ទំនាក់ទំនងមួយចំនួនមានទំហំធំណាស់ ហើយប្រហែលជាមិនសមនឹងប្រអប់សំបុត្រទាំងអស់នោះទេ។ អ្នកអាចផ្លាស់ប្តូរចំណូលចិត្តរបស់អ្នកសម្រាប់ការដឹកជញ្ជូនបានគ្រប់ពេលវេលា។

**តើអ្នកធ្វើការដែរឬទេ?  បាទ/ចាស  ទេ តើប្តីឬប្រពន្ធរបស់អ្នកធ្វើការដែរឬទេ?  បាទ/ចាស  ទេ**

**បញ្ជីឈ្មោះគ្រូពេទ្យថែទាំបឋម (PCP) គ្លីនិក ឬមណ្ឌលសុខភាពរបស់អ្នក:**

ឈ្មោះគ្រូពេទ្យ គ្លីនិក ឬមណ្ឌលសុខភាព:

លេខសម្គាល់គ្រូពេទ្យ គ្លីនិក ឬមណ្ឌលសុខភាព:

ឈ្មោះក្រុមគ្រូពេទ្យ គ្លីនិក ឬមណ្ឌលសុខភាព:

តើបច្ចុប្បន្នអ្នកជាអ្នកជំងឺមែនទេ?  បាទ/ចាស  ទេ

**ការបង់ថ្លៃធានារ៉ាប់រងគម្រោងរបស់អ្នក**

អ្នកអាចបង់ថ្លៃធានារ៉ាប់រងគម្រោងប្រចាំខែរបស់អ្នក (រួមទាំងការពិន័យលើការចុះឈ្មោះយឺតយ៉ាវដែលអ្នកមាន ឬ អាចជំពាក់បច្ចុប្បន្ន) តាមប្រៃសណីយ៍ជារៀងរាល់ខែ។ ប្រសិនបើគម្រោងរបស់អ្នកមានថ្លៃធានារ៉ាប់រងដែលត្រូវបង់ អ្នកនឹងទទួលបានវិក្កយបត្រប្រចាំខែ រួមទាំងចំនួនទឹកប្រាក់ និងកាលបរិច្ឆេទនៃពេលវេលាក្នុងការទូទាត់បន្ទាប់ របស់អ្នកដែលត្រូវបង់ ឬអ្នកអាចជ្រើសរើសបង់ថ្លៃធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកដោយការកាត់កងដោយស្វ័យប្រវត្តិពីអត្ត ប្រយោជន៍របស់របបសន្តិសុខសង្គម ឬក្រុមប្រឹក្សាកម្មកររដ្ឋ រដ្ឋកែដែលចូលនិវត្តន៍ (RRB) របស់អ្នកជារៀងរាល់ខែ។ ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពីជម្រើសនៃការទូទាត់របស់អ្នក សូមចូលមើលទំព័រគាមរយៈគេហទំព័រ [blueshieldca.com/medicarewaystopay](http://blueshieldca.com/medicarewaystopay) ឬទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជនតាមរយៈលេខ (800) 452-4413 (TTY: 711)។

ការកាត់កងដោយស្វ័យប្រវត្តិពីមូលប្បទានបត្រលើអត្តប្រយោជន៍របស់របបសន្តិសុខសង្គម/ ក្រុមប្រឹក្សាកម្មកររដ្ឋ រដ្ឋកែដែលចូលនិវត្តន៍ (RRB) ប្រចាំខែរបស់អ្នក។

ខ្ញុំទទួលបានអត្តប្រយោជន៍ប្រចាំខែពី៖  របបសន្តិសុខសង្គម  RRB

(ការកាត់កងពីរបបសន្តិសុខសង្គម/ក្រុមប្រឹក្សាកម្មកររដ្ឋ រដ្ឋកែដែលចូលនិវត្តន៍អាចចំណាយពេលពីរ ខែ ឬច្រើនខែដើម្បីចាប់ផ្តើម។ ក្នុងករណីភាគច្រើន ប្រសិនបើរបបសន្តិសុខសង្គម/ក្រុមប្រឹក្សាកម្មករ រដ្ឋ រដ្ឋកែដែលចូលនិវត្តន៍ទទួលយកសំណើរបស់អ្នកសម្រាប់ការកាត់កងដោយស្វ័យប្រវត្តិ ការកាត់ចេញ ជាលើកដំបូងពីមូលប្បទានបត្រលើអត្តប្រយោជន៍របស់របបសន្តិសុខសង្គម/ក្រុមប្រឹក្សាកម្មកររដ្ឋ រដ្ឋកែ ដែលចូលនិវត្តន៍របស់អ្នកនឹងរួមបញ្ចូលថ្លៃធានារ៉ាប់រងទាំងអស់ដែលត្រូវបង់ក៏ដូចជា កាលបរិច្ឆេទ ចុះឈ្មោះមានប្រសិទ្ធភាពរបស់អ្នករហូតដល់ចំនុចកាត់ទុកចាប់ផ្តើម។ ប្រសិនបើរបបសន្តិសុខសង្គម/ ក្រុមប្រឹក្សាកម្មកររដ្ឋ រដ្ឋកែដែលចូលនិវត្តន៍មិនយល់ព្រមលើសំណើរបស់អ្នកសម្រាប់ការកាត់កងដោយ ស្វ័យប្រវត្តិទេនោះ យើងនឹងផ្ញើក្រដាសវិក្កយបត្រសម្រាប់ថ្លៃធានារ៉ាប់រងប្រចាំខែរបស់អ្នកដល់អ្នក។)

**ប្រសិនបើ អ្នកត្រូវបង់ ផ្នែក D-ចំនួនទឹកប្រាក់កែតម្រូវប្រចាំខែដែលទាក់ទងនឹងប្រាក់ចំណូល (ផ្នែក D-IRMAA) អ្នកត្រូវតែបង់ថ្លៃលើចំនួនទឹកប្រាក់បន្ថែមនេះថែមទៀតលើថ្លៃធានារ៉ាប់រងគម្រោងរបស់អ្នក។** ជាធម្មតា ចំនួនទឹកប្រាក់នេះត្រូវបានកាត់កងពីអត្តប្រយោជន៍របស់សន្តិសុខសង្គមរបស់អ្នក ឬអ្នកអាច ទទួលបានវិក្កយបត្រពី Medicare (ឬ RRB)។ កុំបង់ឱ្យ Blue Shield of California ចំពោះផ្នែក D-IRMAA។

**ព័ត៌មានអ្នកបង្កើត៖** ឈ្មោះអ្នកបង្កើត និងលេខសម្គាល់ ឬ NPN គឺតម្រូវឱ្យមាន។

ឈ្មោះទីភ្នាក់ងារ៖ \_\_\_\_\_  
 (សូមសរសេរឈ្មោះទីភ្នាក់ងារដែលបានតែងតាំងជាអក្សរធំ)

លេខសម្គាល់ទីភ្នាក់ងារ៖ \_\_\_\_\_  
 (សូមសរសេរលេខសម្គាល់ពន្ធរបស់ទីភ្នាក់ងារ)

ឈ្មោះអ្នកបង្កើត (ឈ្មោះភ្នាក់ងារជាអក្សរធំ) (តម្រូវ)៖ \_\_\_\_\_  
 (សូមសរសេរឈ្មោះភ្នាក់ងារជាអក្សរធំ)

លេខសម្គាល់អ្នកបង្កើត៖ \_\_\_\_\_  
 (សូមសរសេរលេខសម្គាល់ពន្ធរបស់ភ្នាក់ងារ)

NPN ឬ TIN របស់អ្នកបង្កើត (ភ្នាក់ងារជាអក្សរធំ) (ត្រូវការមួយ)៖ \_\_\_\_\_  
 (សូមសរសេរលេខ NPN ឬ TIN)

លេខទូរសព្ទអ្នកបង្កើត៖ \_\_\_\_\_

អាសយដ្ឋានអ៊ីមែលអ្នកបង្កើត៖ \_\_\_\_\_

កាលបរិច្ឆេទរបស់ពាក្យស្នើសុំដែលបានទទួលដោយអ្នកផលិត៖ \_\_\_\_\_

ហត្ថលេខាអ្នកបង្កើត៖ \_\_\_\_\_

តាមរយៈការចុះហត្ថលេខារបស់ខ្ញុំ ខ្ញុំសូមបញ្ជាក់ថា ខ្ញុំបានអាន និងយល់អំពីគោលការណ៍ណែនាំអំពី ទិដ្ឋភាព និងការទំនាក់ទំនងរបស់ CMS Medicare និងបទប្បញ្ញត្តិនៃការចុះឈ្មោះ ហើយបញ្ជាក់ថាអ្នក ចុះឈ្មោះបានទទួលឯកសារចុះឈ្មោះពេញលេញ។ ខ្ញុំយល់ស្របថា ការចុះឈ្មោះអ្នកទទួលបាន Medicare នេះ ក្នុងនាមជា Blue Shield of California បានអនុវត្តតាមបទប្បញ្ញត្តិទាំងនេះ។

Blue Shield of California គឺជាគម្រោង HMO D-SNP ដែលមានកិច្ចសន្យា Medicare និងកិច្ចសន្យាជាមួយ កម្មវិធី Medicaid រដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា។ ការចុះឈ្មោះក្នុង Blue Shield of California អាស្រ័យលើការបន្តកិច្ចសន្យា

**សេចក្តីថ្លែងការណ៍អំពីច្បាប់ស្តីពីឯកជនភាព**

Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS, មជ្ឈមណ្ឌលសម្រាប់សេវា Medicare & Medicaid) ប្រមូលព័ត៌មានពិភពគ្រោង Medicare ដើម្បីតាមដានការចុះឈ្មោះអ្នកទទួលបានផលក្នុងគម្រោង Medicare Advantage (MA) ការថែទាំកែលម្អ និងសម្រាប់ការទូទាត់អត្ថប្រយោជន៍ Medicare។ ផ្នែក 1851 នៃច្បាប់ស្តីពីរបបសន្តិសុខសង្គម និង 42 CFR §§ 422.50 និង 422.60 អនុញ្ញាតឱ្យប្រមូលព័ត៌មាននេះ។ CMS អាចប្រើប្រាស់ បង្ហាញ និងប្តូរទិន្នន័យចុះឈ្មោះពីអ្នកទទួលបានផល Medicare ដូចដែលបានបញ្ជាក់នៅក្នុងសេចក្តីជូនដំណឹងអំពីប្រព័ន្ធកត់ត្រា (SORN) "ឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជារបស់ Medicare Advantage (MARx)" ប្រព័ន្ធលេខ 09-70-0588។ ការឆ្លើយតបរបស់អ្នកចំពោះទម្រង់បែបបទនេះគឺជាការស្ម័គ្រចិត្ត។ ទោះបីជាយ៉ាងណាក៏ដោយ ការខកខានក្នុងការឆ្លើយតបអាចប៉ះពាល់ដល់ការចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងនោះទេ។

**ជាធម្មតា អ្នកអាចចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោង Medicare Advantage តែក្នុងអំឡុងពេលនៃរយៈពេលចុះឈ្មោះប្រចាំឆ្នាំចាប់ពីថ្ងៃទី 15 ខែតុលា រហូតដល់ ថ្ងៃទី 7 ខែធ្នូ នៃឆ្នាំនីមួយៗប៉ុណ្ណោះ។** មានករណីលើកលែងដែលអាចឱ្យអ្នកចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោង Medicare Advantage ក្រៅពីរយៈពេលនេះបាន។

សូមអានសេចក្តីថ្លែងការណ៍ខាងក្រោមដោយប្រុងប្រយ័ត្ន ហើយជ្រើសរើសប្រសិនបើសេចក្តីថ្លែងការណ៍អនុវត្តចំពោះអ្នក។ តាមរយៈការជ្រើសរើសប្រអប់ណាមួយខាងក្រោម អ្នកនឹងបញ្ជាក់ថា អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានរយៈពេលចុះឈ្មោះទៅតាមការយល់ដឹងរបស់ខ្ញុំ។ ប្រសិនបើយើងកំណត់នៅពេលក្រោយថាព័ត៌មាននេះមិនត្រឹមត្រូវទេនោះអ្នកអាចនឹងត្រូវបានលុបឈ្មោះចោល។

- ខ្ញុំគឺជាសមាជិកថ្មីចំពោះ Medicare។
- ខ្ញុំត្រូវបានចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោង Medicare Advantage ហើយចង់ធ្វើការផ្លាស់ប្តូរអំឡុងពេលនៃរយៈពេលបើកការចុះឈ្មោះសម្រាប់ Medicare Advantage (MA OEP)។
- ថ្មីៗនេះ ខ្ញុំបានផ្លាស់ទីលំនៅទៅក្រៅតំបន់សេវាកម្មសម្រាប់គម្រោងបច្ចុប្បន្នរបស់ខ្ញុំ ឬថ្មីៗនេះ ខ្ញុំបានផ្លាស់ទីលំនៅ ហើយគម្រោងនេះគឺជាជម្រើសថ្មីសម្រាប់ខ្ញុំ។ ខ្ញុំបានផ្លាស់ទីលំនៅនៅថ្ងៃទី (បញ្ចូលកាលបរិច្ឆេទ ខែ/ថ្ងៃទី/ឆ្នាំ) \_\_\_\_\_ ។
- ថ្មីៗនេះ ខ្ញុំត្រូវបានគេដោះលែងឱ្យចេញពីពន្ធនាគារ។ ខ្ញុំបានចេញនៅថ្ងៃទី (បញ្ចូលកាលបរិច្ឆេទ ខែ/ថ្ងៃទី/ឆ្នាំ) \_\_\_\_\_ ។
- ថ្មីៗនេះ ខ្ញុំបានត្រលប់ទៅកាន់សហរដ្ឋអាមេរិកវិញ បន្ទាប់ពីរស់នៅជាអចិន្ត្រៃយ៍នៅខាងក្រៅសហរដ្ឋអាមេរិក។ ខ្ញុំបានត្រលប់ទៅកាន់សហរដ្ឋអាមេរិកវិញនៅថ្ងៃទី (បញ្ចូលកាលបរិច្ឆេទ ខែ/ថ្ងៃទី/ឆ្នាំ) \_\_\_\_\_ ។
- ថ្មីៗនេះ ខ្ញុំបានទទួលស្ថានភាពរុក្ខមានស្របច្បាប់នៅក្នុងសហរដ្ឋអាមេរិក។ ខ្ញុំបានទទួលស្ថានភាពនេះនៅថ្ងៃទី (បញ្ចូលកាលបរិច្ឆេទ ខែ/ថ្ងៃទី/ឆ្នាំ) \_\_\_\_\_ ។
- ថ្មីៗនេះ ខ្ញុំបានប្តូរចូល Medicaid របស់ខ្ញុំ (ទើបទទួលបាន Medicaid ថ្មីៗ បានប្តូរចូលកម្រិតជំនួយ Medicaid ឬបាត់បង់ Medicaid) នៅថ្ងៃទី (បញ្ចូលកាលបរិច្ឆេទ ខែ/ថ្ងៃទី/ឆ្នាំ) \_\_\_\_\_ ។
- ថ្មីៗនេះ ខ្ញុំបានប្តូរចូល Extra Help (ជំនួយបន្ថែម) របស់ខ្ញុំក្នុងការបង់ថ្លៃធានារ៉ាប់រងលើឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជារបស់ Medicare (ទើបទទួលបាន Extra Help ថ្មីៗ បានប្តូរចូលកម្រិត Extra Help ឬបាត់បង់ Extra Help) នៅថ្ងៃទី (បញ្ចូលកាលបរិច្ឆេទ ខែ/ថ្ងៃទី/ឆ្នាំ) \_\_\_\_\_ ។
- ខ្ញុំមានទាំង Medicare និង Medicaid (ឬរដ្ឋរបស់ខ្ញុំជួយបង់ថ្លៃធានារ៉ាប់រង Medicare របស់ខ្ញុំ) ឬខ្ញុំទទួលបាន Extra Help ក្នុងការបង់ថ្លៃធានារ៉ាប់រងលើឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជារបស់ Medicare របស់ខ្ញុំ ប៉ុន្តែខ្ញុំមិនទាន់បានផ្លាស់ប្តូរទេ។
- ខ្ញុំនឹងផ្លាស់ទីលំនៅទៅ រស់នៅក្នុង ឬទើបផ្លាស់ចេញពីមណ្ឌលថែទាំសុខភាពរយៈពេលវែង (ឧទាហរណ៍ មណ្ឌលថែទាំសុខភាព ឬមណ្ឌលថែទាំសុខភាពរយៈពេលវែង)។ ខ្ញុំបានផ្លាស់ទីលំនៅ/នឹងផ្លាស់ទីលំនៅ ចូល/ចេញពីមណ្ឌលនៅថ្ងៃទី (បញ្ចូលកាលបរិច្ឆេទ ខែ/ថ្ងៃទី/ឆ្នាំ) \_\_\_\_\_ ។

- ថ្មីៗនេះ ខ្ញុំបានចាកចេញពីកម្មវិធី Program of All-Inclusive Care for the Elderly (PACE, កម្មវិធីថែទាំសុខភាពគ្រប់មុខសម្រាប់មនុស្សចាស់) នៅថ្ងៃទី (បញ្ចូលកាលបរិច្ឆេទ ខែ/ថ្ងៃទី/ឆ្នាំ) \_\_\_\_\_ ។
- ថ្មីៗនេះ ខ្ញុំបានបាត់បង់ការធានារ៉ាប់រងឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាដែលអាចទុកចិត្តបានរបស់ខ្ញុំដោយអចេតនា (ការធានារ៉ាប់រងដែលល្អដូចជារបស់ Medicare)។ ខ្ញុំបានបាត់បង់ការធានារ៉ាប់រងលើឱសថរបស់ខ្ញុំនៅថ្ងៃទី (បញ្ចូលកាលបរិច្ឆេទ ខែ/ថ្ងៃទី/ឆ្នាំ) \_\_\_\_\_ ។
- ខ្ញុំនឹងចាកចេញពីការធានារ៉ាប់រងរបស់និយោជក ឬសហជីពនៅថ្ងៃទី (បញ្ចូលកាលបរិច្ឆេទ ខែ/ថ្ងៃទី/ឆ្នាំ) \_\_\_\_\_ ។
- ខ្ញុំស្ថិតនៅក្នុងកម្មវិធីជំនួយពីឱសថស្ថានដែលបានផ្តល់ដោយរដ្ឋរបស់ខ្ញុំ។
- គម្រោងរបស់ខ្ញុំនឹងបញ្ចប់កិច្ចសន្យាជាមួយ Medicare ឬ Medicare នឹងបញ្ចប់កិច្ចសន្យារបស់ខ្លួនជាមួយនឹងគម្រោងរបស់ខ្ញុំ។
- ខ្ញុំត្រូវបានចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងដោយ Medicare (ឬរដ្ឋរបស់ខ្ញុំ) ហើយខ្ញុំចង់ជ្រើសរើសគម្រោងផ្សេងទៀត។ ការចុះឈ្មោះរបស់ខ្ញុំនៅក្នុងគម្រោងនោះបានចាប់ផ្តើមនៅថ្ងៃទី (បញ្ចូលកាលបរិច្ឆេទ ខែ/ថ្ងៃទី/ឆ្នាំ) \_\_\_\_\_ ។
- ខ្ញុំត្រូវបានចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងផ្តល់តម្រូវការពិសេស (SNP) ប៉ុន្តែខ្ញុំបានបាត់បង់លក្ខណៈសម្បត្តិនៃតម្រូវការពិសេសដែលតម្រូវឱ្យនៅក្នុងគម្រោងនោះ។ ខ្ញុំត្រូវបានគេលុបឈ្មោះចេញពី SNP នៅថ្ងៃទី (បញ្ចូលកាលបរិច្ឆេទ ខែ/ថ្ងៃទី/ឆ្នាំ) \_\_\_\_\_ ។
- ខ្ញុំបានទទួលរងផលប៉ះពាល់ដោយគ្រោះអាសន្ន ឬគ្រោះមហន្តរាយធំ (ដូចដែលបានប្រកាសដោយទីភ្នាក់ងារគ្រប់គ្រងគ្រោះអាសន្នសហព័ន្ធ (FEMA) ឬដោយសហព័ន្ធ ស្ថាប័នរដ្ឋ ឬរដ្ឋាភិបាលក្នុងតំបន់)។ សេចក្តីថ្លែងការណ៍មួយក្នុងចំណោមសេចក្តីថ្លែងការណ៍ផ្សេងទៀតនៅទីនេះត្រូវបានអនុវត្តចំពោះខ្ញុំ ប៉ុន្តែខ្ញុំមិនអាចធ្វើការស្នើសុំចុះឈ្មោះរបស់ខ្ញុំបានទេ ដោយសារគ្រោះមហន្តរាយ។
  - ខ្ញុំបានខកខានរយៈពេលជ្រើសរើសលើកដំបូង (IEP)
  - ខ្ញុំបានខកខានរយៈពេលចុះឈ្មោះប្រចាំឆ្នាំ (AEP)
- ខ្ញុំស្ថិតក្នុងគម្រោងមួយដែលថ្មីៗនេះត្រូវបានគ្រប់គ្រងដោយរដ្ឋ ឬអាជ្ញាធរគ្រប់គ្រងដែនដីដោយសារបញ្ហាហិរញ្ញវត្ថុ។ ខ្ញុំចង់ប្តូរទៅគម្រោងមួយផ្សេងទៀត។
- ខ្ញុំស្ថិតក្នុងគម្រោងដែលមានចំណាត់ថ្នាក់ផ្តោតយ៉ាងខ្លាំង 3 ក្នុងរយៈពេល 3 ឆ្នាំចុងក្រោយនេះ។ ខ្ញុំចង់ចូលរួមគម្រោងដែលមានចំណាត់ថ្នាក់ផ្តោតយ៉ាងខ្លាំង 3 ផ្តោត ឬខ្ពស់ជាងនេះ។
- ខ្ញុំគឺជាសមាជិកថ្មីចំពោះ Medicare ហើយសិទ្ធិទទួលបាន Medicare ត្រូវបានធ្វើឡើងជាថ្មី ដូច្នេះខ្ញុំត្រូវបានគេជូនដំណឹងអំពីការទទួលបាន Medicare បន្ទាប់ពីកាលបរិច្ឆេទមានប្រសិទ្ធភាពផ្នែក A និង/ឬ B របស់ខ្ញុំ។

ប្រសិនបើគ្មានសេចក្តីថ្លែងការណ៍ទាំងនេះដែលត្រូវអនុវត្តចំពោះអ្នក ឬអ្នកមិនប្រាកដនោះ សូមទាក់ទងមកកាន់ Blue Shield of California តាមរយៈលេខ **(888) 534-4263 (TTY: 711)** ឬភ្នាក់ងារដែលមានការអនុញ្ញាតដើម្បីមើលថាតើអ្នកមានសិទ្ធិចុះឈ្មោះដែរឬទេ។ យើងបើកពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ ចាប់ពីថ្ងៃទី 1 ខែតុលា រហូតដល់ថ្ងៃទី 31 ខែមីនា និងពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់ ថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ចាប់ពីថ្ងៃទី 1 ខែមេសាដល់ថ្ងៃទី 30 ខែកញ្ញា។