



ទម្រង់បែបបទស្នើសុំចុះឈ្មោះបុគ្គលឆ្នាំ 2025

តើអ្នកណាខ្លះអាចប្រើទម្រង់បែបបទនេះ?

អ្នកដែលមាន Medicare ចង់ចូលរួមក្នុងគម្រោង Medicare Advantage

ដើម្បីចូលរួមក្នុងគម្រោង អ្នកត្រូវតែ៖

- ជាពលរដ្ឋអាមេរិក ឬមានវត្តមានស្របច្បាប់នៅក្នុងសហរដ្ឋអាមេរិក
- រស់នៅក្នុងតំបន់សេវាកម្មរបស់គម្រោង

សំខាន់៖ សំខាន់៖ដើម្បីចូលរួមក្នុងគម្រោង Medicare Advantage អ្នកត្រូវតែមានទាំងពីរផងដែរ៖

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

តើខ្ញុំប្រើទម្រង់បែបបទនេះនៅពេលណាដែរ?

អ្នកអាចចូលរួមក្នុងគម្រោង៖

- ចន្លោះពីថ្ងៃទី 15 ខែតុលា ដល់ថ្ងៃទី 7 ខែធ្នូ ជារៀងរាល់ឆ្នាំ (សម្រាប់ការធានារ៉ាប់រងចាប់ពីថ្ងៃទី 1 ខែមករា)
- ក្នុងរយៈពេល 3 ខែនៃការទទួលបាន Medicare ជាលើកដំបូង
- នៅក្នុងស្ថានភាពជាក់លាក់ដែលអ្នកត្រូវបានអនុញ្ញាតឱ្យចូលរួម ឬផ្លាស់ប្តូរគម្រោង
- អ្នកដែលមានសិទ្ធិទទួលបានទាំងពីរត្រូវបានអនុញ្ញាតឱ្យចុះឈ្មោះម្តងក្នុងមួយខែទៅក្នុង FIDE SNP, AIP ឬ Original Medicare ជាមួយនិង PDP។ ការចុះឈ្មោះចូលរៀនមានប្រសិទ្ធភាពចាប់ពីខែដំបូងនៃខែបន្ទាប់។ សូមចូលមើលគេហទំព័រ **Medicare.gov** ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពីពេលវេលាដែលអ្នកអាចចុះឈ្មោះសម្រាប់គម្រោងមួយ។

តើខ្ញុំត្រូវការអ្វីខ្លះដើម្បីបំពេញទម្រង់បែបបទនេះ?

- លេខ Medicare របស់អ្នក (លេខនៅលើប័ណ្ណ Medicare ពាណិជ្ជកម្ម ពាណិស និងពាណិជ្ជកម្មរបស់អ្នក)
- អាសយដ្ឋានអចិន្ត្រៃយ៍ និងលេខទូរសព្ទរបស់អ្នក

ចំណាំ៖ អ្នកត្រូវតែបំពេញគ្រប់ធាតុទាំងអស់នៅក្នុងផ្នែកទី 1។ ធាតុនៅក្នុងផ្នែកទី 2 គឺជាជម្រើស - អ្នកមិនអាចត្រូវបានបដិសេធចំពោះការធានារ៉ាប់រងទេដោយសារតែអ្នកមិនបំពេញវា។

ការរំលឹក៖

- ប្រសិនបើអ្នកចង់ចូលរួមក្នុងគម្រោងក្នុងអំឡុងពេលបើកចុះឈ្មោះនៅរដូវស្លឹកឈើជ្រុះ (ថ្ងៃទី 15 ខែតុលា ដល់ថ្ងៃទី 7 ខែធ្នូ) គម្រោងត្រូវតែទទួលបានទម្រង់បែបបទ

ដែលបានបំពេញរបស់អ្នកនៅត្រឹមថ្ងៃទី 7 ខែធ្នូ។

- គម្រោងរបស់អ្នកនឹងផ្ទេរវិញប្រសិនបើអ្នកសម្រាប់ថ្ងៃធានារ៉ាប់រងរបស់គម្រោង។ អ្នកអាចជ្រើសរើសចុះឈ្មោះដើម្បីកាត់ថ្លៃធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកពីគណនីធនាគាររបស់អ្នក ឬអត្ថប្រយោជន៍ពីរបបសន្តិសុខសង្គមប្រចាំខែរបស់អ្នក (ឬ Railroad Retirement Board (RRB, ក្រុមប្រឹក្សាកម្មកររដ្ឋ រដ្ឋកិច្ចលើកិច្ចសន្យា))។

មានអ្វីកើតឡើងបន្ទាប់ទៀត?

អ៊ីមែល សំបុត្រ ឬទូរសារទម្រង់បែបបទដែលបានបំពេញនឹងចុះហត្ថលេខារបស់អ្នកទៅកាន់៖

អ៊ីមែល៖ WHMembership@blueshieldca.com

ប្រៃសណីយ៍៖ Blue Shield of California

P.O. Box 948

Woodland Hills, CA 91365-9856

ទូរសារ៖ (877) 251-3660

នៅពេលដែលពួកគេដំណើរការសំណើរបស់អ្នកដើម្បីចូលរួមពួកគេនឹងទាក់ទងអ្នក។

តើខ្ញុំទទួលបានជំនួយជាមួយទម្រង់បែបបទនេះដោយរបៀបណា?

ទូរសព្ទទៅទីភ្នាក់ងារដែលទទួលបានសិទ្ធិរបស់អ្នក ឬ កំណាង Blue Shield របស់អ្នកតាមរយៈលេខ **(888) 534-4263**។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY អាចទូរសព្ទទៅលេខ **711** ឬទូរសព្ទទៅ Medicare តាមរយៈលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY អាចទូរសព្ទទៅលេខ 1-877-486-2048។

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

Los usuarios del sistema TTY pueden llamar al **711** o a Medicare gratis al 1-800-633-4227 y oprima el 8 para asistencia en español y un representante estará disponible para asistirle.

បុគ្គលដែលជួបប្រទះភាពក្លានដូសម្បែង

- ប្រសិនបើអ្នកចង់ចូលរួមក្នុងគម្រោង ប៉ុន្តែមិនមានទីលំនៅអចិន្ត្រៃយ៍ទេ ប្រអប់សំបុត្រប្រៃសណីយ៍អាសយដ្ឋាននៃទីជម្រក ឬភ្នាក់ងារ ឬអាសយដ្ឋានដែលអ្នកទទួលបានសំបុត្រ (ឧទាហរណ៍ ការត្រួតពិនិត្យរបបសន្តិសុខសង្គម) អាចត្រូវបានចាត់ទុកថាជាអាសយដ្ឋាននៃទីលំនៅអចិន្ត្រៃយ៍របស់អ្នក។

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

សំខាន់៖

កុំផ្ញើទម្រង់បែបបទនេះ ឬឯកសារណាមួយដែលមាននិងព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួនរបស់អ្នក (ដូចជាការទាមទារសំណង ការទូទាត់ កំណត់ត្រាវេជ្ជសាស្ត្រជាដើម) ទៅកាន់ PRA Reports Clearance Office (ការិយាល័យត្រួតពិនិត្យរបាយការណ៍នៃ PRA)។ ឯកសារណាមួយដែលយើងទទួលបានដែលមិនមែននិយាយអំពីវិធីកែលម្អទម្រង់បែបបទនេះ ឬការដាក់បន្តកល្យការប្រមូលរបស់ខ្លួន (មានចែងក្នុងលេខ 0938-1378 OMB) នឹងត្រូវបញ្ជាញចោល។ វានឹងមិនត្រូវបានរក្សាទុក ពិនិត្យឡើងវិញ ឬបញ្ជូនបន្តទៅគម្រោងទេ។ សូមមើល "មានអ្វីកើតឡើងបន្ទាប់ទៀត?" នៅលើទំព័រនេះ ដើម្បីផ្ញើទម្រង់បែបបទដែលបានបំពេញរបស់អ្នកទៅកាន់គម្រោង។

ផ្នែកទី ១ - ចន្លោះបំពេញទាំងអស់នៅក្នុងផ្នែកនេះគឺត្រូវបានទាមទារ (លើកលែងតែបានសម្គាល់ជាជម្រើស)

ជ្រើសរើសគម្រោងដែលអ្នកចង់ចូលរួម៖
Blue Shield TotalDual Plan (HMO D-SNP)
 ខោនធី Los Angeles/San Diego
 (\$0 ក្នុងមួយខែ)

នាមក្រកូល៖	នាមខ្លួន៖	ឈ្មោះជាអក្សរកាត់កណ្តាល៖ (ជាជម្រើស)
------------	-----------	---------------------------------------

ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត (ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ)៖	ភេទ៖ <input type="checkbox"/> ប្រុស <input type="checkbox"/> ស្រី
-----------------------------------	---

លេខទូរសព្ទ៖	ប្រភេទទូរសព្ទ៖ <input type="checkbox"/> សេវាទូរសព្ទលើតុ <input type="checkbox"/> ទូរសព្ទដៃ
-------------	--

អាសយដ្ឋានផ្លូវនៃទីលំនៅអចិន្ត្រៃយ៍ (កុំបញ្ចូលប្រអប់សំបុត្រប្រៃសណីយ៍។ ចំណាំ៖ សម្រាប់បុគ្គលដែលកំពុងជួបប្រទះភាពគ្មានផ្ទះសំបែង អាចចាត់ទុកប្រអប់ប្រៃសណីយ៍ថាជាអាសយដ្ឋាននៃទីលំនៅអចិន្ត្រៃយ៍របស់អ្នក។)
 អាសយដ្ឋានផ្លូវ៖

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

អាសយដ្ឋានប្រៃសណីយ៍ ប្រសិនបើខុសពីអាសយដ្ឋានអចិន្ត្រៃយ៍របស់អ្នក (ប្រអប់ប្រៃសណីយ៍ត្រូវបានអនុញ្ញាត)៖
 អាសយដ្ឋានផ្លូវ៖

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

ព័ត៌មាន Medicare របស់អ្នក៖
 លេខ Medicare របស់អ្នក៖

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

ការធានារ៉ាប់រងលើឱសថមានវេជ្ជបញ្ជា៖
 ឈ្មោះនៃការធានារ៉ាប់រងផ្សេងទៀត៖

លេខសមាជិកសម្រាប់ការធានារ៉ាប់រងនេះ៖

លេខក្រុមសម្រាប់ការធានារ៉ាប់រងនេះ៖

ការធានារ៉ាប់រងផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ៖
 ឈ្មោះនៃការធានារ៉ាប់រងផ្សេងទៀត៖

លេខសមាជិកសម្រាប់ការធានារ៉ាប់រងនេះ៖

លេខក្រុមសម្រាប់ការធានារ៉ាប់រងនេះ៖

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

សំខាន់៖ ចូរអាន និងចុះហត្ថលេខាខាងក្រោម៖

- ខ្ញុំត្រូវតែរក្សាទាំងមន្ទីរពេទ្យ (ផ្នែក A) និងផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ (ផ្នែក B) ដើម្បីបន្តនៅក្នុងគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan។
- តាមរយៈការចូលរួមក្នុងគម្រោង Medicare Advantage នេះ ខ្ញុំទទួលស្គាល់ថាគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan នឹងចែករំលែកព័ត៌មានរបស់ខ្ញុំជាមួយនឹង Medicare ដែលអាចប្រើវាដើម្បីតាមដានការចុះឈ្មោះរបស់ខ្ញុំ ក្នុងការធ្វើការទូទាត់ និងសម្រាប់គោលបំណងផ្សេងទៀតដែលអនុញ្ញាតដោយច្បាប់សហព័ន្ធដែលយល់ព្រមឱ្យប្រមូលព័ត៌មាននេះ (សូមមើល Privacy Act Statement (សេចក្តីថ្លែងការណ៍អំពីច្បាប់ឯកជនភាព) ខាងក្រោម)។ ការឆ្លើយតបរបស់អ្នកចំពោះទម្រង់បែបបទនេះ គឺមានលក្ខណៈស្ម័គ្រចិត្ត។ ទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយ ការខកខានមិនបានឆ្លើយតបអាចប៉ះពាល់ដល់ការចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោង។
- ខ្ញុំយល់ថា ខ្ញុំអាចចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោង MA បានតែមួយក្នុងពេលតែមួយប៉ុណ្ណោះ - ហើយការចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងនេះនឹងបញ្ចប់ការចុះឈ្មោះរបស់ខ្ញុំដោយស្វ័យប្រវត្តិនៅក្នុងគម្រោង MA ផ្សេងទៀត (ការលើកលែងអនុវត្តចំពោះគម្រោង MA PFFS, MA MSA)។
- ខ្ញុំយល់ថានៅពេលដែលការធានារ៉ាប់រងរបស់គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan ចាប់ផ្តើម ខ្ញុំត្រូវតែទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ និងឱសថមានវេជ្ជបញ្ជារបស់ខ្ញុំទាំងអស់ពីគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan។ អត្ថប្រយោជន៍ និងសេវាកម្មដែលផ្តល់ដោយគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan នឹងមាននៅក្នុងឯកសារ Evidence of Coverage (EOC, ភស្តុតាងនៃការធានារ៉ាប់រង) របស់គម្រោង Blue Shield TotalDual Plan របស់ខ្ញុំ (ត្រូវបានគេស្គាល់ផងដែរថាជាកិច្ចសន្យាសមាជិក ឬកិច្ចព្រមព្រៀងអ្នកជាវ) នឹងត្រូវបានធានារ៉ាប់រង។ ទាំង Medicare និងគម្រោង Blue Shield TotalDual Plan នឹងមិនបង់ថ្លៃសម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍ ឬសេវាកម្មដែលមិនត្រូវបានធានារ៉ាប់រងនោះទេ។
- ព័ត៌មាននៅលើទម្រង់បែបបទចុះឈ្មោះនេះគឺត្រឹមត្រូវតាមការយល់ដឹងរបស់ខ្ញុំ។ ខ្ញុំយល់ថា ប្រសិនបើខ្ញុំផ្តល់ព័ត៌មានមិនពិតដោយចេតនានៅក្នុងទម្រង់បែបបទនេះ ខ្ញុំនឹងត្រូវលុបឈ្មោះចេញពីគម្រោង។
- ខ្ញុំយល់ថាហត្ថលេខារបស់ខ្ញុំ (ឬហត្ថលេខារបស់បុគ្គលដែលត្រូវបានអនុញ្ញាតឱ្យធ្វើសកម្មភាពជំនួសខ្ញុំ) នៅក្នុងពាក្យសុំនេះមានន័យថា ខ្ញុំបានអាន និងយល់ខ្លឹមសារនៃពាក្យសុំនេះ។ ប្រសិនបើចុះហត្ថលេខាដោយអ្នកតំណាងដែលមានការអនុញ្ញាត (ដូចបានរៀបរាប់ខាងលើ) ហត្ថលេខានេះបញ្ជាក់ថា៖
 - 1) បុគ្គលនេះត្រូវបានអនុញ្ញាតក្រោមច្បាប់រដ្ឋដើម្បីបំពេញការចុះឈ្មោះនេះ និង
 - 2) ឯកសារអំពីសិទ្ធិអំណាចនេះអាចរកបានតាមការស្នើសុំរបស់ Medicare។

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

ប្រសិនបើអ្នកជាអ្នកតំណាងដែលមានការអនុញ្ញាត សូមចុះហត្ថលេខាខាងលើ ហើយបំពេញចន្លោះទាំងនេះ។
ឈ្មោះ៖

អាសយដ្ឋានផ្លូវ៖

ទីក្រុង៖ រដ្ឋ៖ លេខកូដតំបន់៖

លេខទូរស័ព្ទ៖

ទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកចុះឈ្មោះ៖

ផ្នែកទី 2 - ចន្លោះបំពេញទាំងអស់នៅក្នុងផ្នែកនេះគឺជាជម្រើស

ការឆ្លើយសំណួរទាំងនេះគឺជាជម្រើសរបស់អ្នក។ អ្នកមិនអាចត្រូវបានបដិសេធចំពោះការធានារ៉ាប់រងទេដោយសារតែអ្នកមិនបំពេញវា។

តើអ្នកជាជនជាតិអេស្ប៉ាញ ឡាទីណូ/ណា ឬដើមកំណើតអេស្ប៉ាញដែរឬទេ? ជ្រើសរើសចម្លើយទាំងអស់ដែលអាចអនុវត្តបាន។

ទេ មិនមែនជាជនជាតិដើមកំណើតអេស្ប៉ាញ ឡាទីណូ/ណា ឬ ដើមកំណើតអេស្ប៉ាញ

បាទ/ចាស ជនជាតិព័រតូរិក

បាទ/ចាស ជនជាតិជនជាតិដើមកំណើតអេស្ប៉ាញ ឡាទីណូ/ណា ឬ ដើមកំណើតអេស្ប៉ាញ

បាទ/ចាស ជនជាតិមិកស៊ិកកូ ជនជាតិអាមេរិក មានដំណើតមិកស៊ិកកូ ជនជាតិឈីកាណូ/ណា

បាទ/ចាស ជនជាតិគុយបា

ខ្ញុំជ្រើសរើសមិនឆ្លើយ។

តើអ្នកមានជាតិសាសន៍អ្វី? ជ្រើសរើសចម្លើយទាំងអស់ដែលអាចអនុវត្តបាន។

ជនជាតិដើមអាមេរិកាំង ឬជនជាតិដើមអាឡាស្កា ជនជាតិអាស៊ី

ជនជាតិអាមេរិកមានដំណើតពីអាហ្វ្រិក ឬ ជនជាតិស្បែកខ្មៅ

ជនជាតិដើមកោះហាវ៉ៃ និងកោះប៉ាស៊ីហ្វិក

ជនជាតិហ្វីលីពីន ឬជនជាតិបាមីន

ជនជាតិដើមហាវ៉ៃ

សាមី

អ្នកកោះប៉ាស៊ីហ្វិកផ្សេងទៀត

ស្បែកស

ខ្ញុំជ្រើសរើសមិនឆ្លើយ។

ឥណ្ឌាពីអាស៊ី

ចិន

ហ្វីលីពីន

ជប៉ុន

កូរ៉េ

វៀតណាម

ជនជាតិអាស៊ីផ្សេងទៀត

តើអ្នកមានភេទអ្វី?

ស្រី

ប្រុស

មិនមានអត្តសញ្ញាណភេទ

ខ្ញុំប្រើពាក្យផ្សេងៗ

ខ្ញុំជ្រើសរើសមិនឆ្លើយ

តើមួយណាខាងក្រោមដែលតំណាងឱ្យរបៀបដែលអ្នកគិតអំពីខ្លួនរបស់អ្នក? (ជ្រើសរើសមួយ)

ស្រីស្រលាញ់ភេទដូចគ្នា ឬប្រុសស្រឡាញ់ប្រុស

ស្រីស្រឡាញ់ភេទផ្ទុយគ្នា មិនមែនជា ស្រីស្រលាញ់ភេទដូចគ្នា ឬប្រុសស្រឡាញ់ប្រុសទេ

អ្នកស្រឡាញ់បានទាំងពីរភេទ

ខ្ញុំប្រើពាក្យផ្សេងៗ

ខ្ញុំមិនដឹងទេ

ខ្ញុំជ្រើសរើសមិនឆ្លើយ

ជ្រើសរើសមួយប្រសិនបើអ្នកចង់ឱ្យយើងធ្វើព័ត៌មានទៅអ្នកជាភាសាផ្សេងក្រៅពីភាសាអង់គ្លេស។

ភាសាអារ៉ាប់

ភាសាអាមេនី

ភាសាខ្មែរ

ភាសាចិន (សាមញ្ញ)

ភាសាចិន (ប្រពៃណី)

ភាសាហ្វីលីពីន

ភាសាកូរ៉េ

ភាសារុស្ស៊ី

ភាសាអេស្ប៉ាញ

ភាសាតាកាទូរិក

ភាសាវៀតណាម

ជ្រើសរើសមួយ ប្រសិនបើអ្នកចង់ឱ្យយើងធ្វើព័ត៌មានទៅអ្នកជាទម្រង់ដែលអាចចូលប្រើបាន។

អក្សរស្តាបសម្រាប់ជនពិការភ្នែក អក្សរពុម្ពធំៗ សំលេង CD ទិន្នន័យ CD

សូមទាក់ទងផ្នែកបម្រើសេវាអតិថិជនតាមរយៈលេខ (800) 452-4413 (TTY: 711) ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការព័ត៌មានជាទម្រង់ដែលអាចចូលប្រើបានក្រៅពីអ្វីដែលមានរាយខាងលើ។ ម៉ោងធ្វើការរបស់យើងគឺពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។

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

រាយបញ្ជីគ្រូពេទ្យថែទាំជាបឋម (PCP) គ្លីនិក ឬមណ្ឌលសុខភាពរបស់អ្នក:

ឈ្មោះគ្រូពេទ្យ គ្លីនិក ឬមណ្ឌលសុខភាព:

ID របស់គ្រូពេទ្យ គ្លីនិក ឬមណ្ឌលសុខភាពលេខ:

ឈ្មោះក្រុមគ្រូពេទ្យ គ្លីនិក ឬមណ្ឌលសុខភាព:

បច្ចុប្បន្នជាអ្នកជំងឺមែនទេ? បាទ/ចាស ទេ

អាសយដ្ឋានអ៊ីមែល: លេខទូរសព្ទដៃ:

ការផ្តល់អាសយដ្ឋានអ៊ីមែលរបស់អ្នកខាងលើការចុះឈ្មោះអ្នកដោយស្វ័យប្រវត្តិក្នុងដឹកជញ្ជូនដោយគ្មានក្រដាសសម្រាប់ការទំនាក់ទំនងមួយចំនួននៃគម្រោងរបស់អ្នក។

អ្នកនឹងទទួលបានការប្រាស្រ័យទាក់ទងពីគម្រោងដែលអ្នកត្រូវការជាច្រើនត្រូវបានផ្តល់ជូនតាមប្រព័ន្ធអេឡិចត្រូនិក។ យើងនឹងធ្វើអ៊ីមែលទៅអ្នកនៅពេលដែលមានការប្រាស្រ័យទាក់ទងថ្មី (ឧទាហរណ៍: ការពិន្យល់ពីអត្ថប្រយោជន៍ ឬសេចក្តីជូនដំណឹងប្រចាំឆ្នាំអំពីការផ្លាស់ប្តូរ) អាចរកបានតាមអនឡាញ។ អ្នកអាចចូលទៅកាន់ការប្រាស្រ័យទាក់ទងនេះតាមរយៈឧបករណ៍ណាមួយដូចជាកុំព្យូទ័រ ទូរស័ព្ទ ឬទូរសព្ទចល័ត។

ជំនួសឱ្យការដឹកជញ្ជូនដោយគ្មានក្រដាស យើងនឹងផ្ញើតាមប្រៃសណីយ៍មកឱ្យអ្នកនូវច្បាប់ចម្លងនៃឯកសារដែលបានកម្រិត។ សូមចំណាំថាការប្រាស្រ័យទាក់ទងមួយចំនួនមានទំហំធំណាស់ ហើយប្រហែលជាមិនសមស្របនៅក្នុងប្រអប់សំបុត្រទាំងអស់ទេ។ អ្នកអាចផ្លាស់ប្តូរចំណង់ចំណូលចិត្តរបស់អ្នកសម្រាប់ការដឹកជញ្ជូនបានគ្រប់ពេលវេលា។

ការបង់ថ្លៃធានារ៉ាប់រងសម្រាប់គម្រោងរបស់អ្នក

អ្នកអាចបង់ថ្លៃធានារ៉ាប់រងគម្រោងប្រចាំខែរបស់អ្នក (រួមទាំងការពិន័យលើការចុះឈ្មោះយឺតយ៉ាវណាមួយដែលអ្នកមាន ឬអាចជំពាក់) តាមប្រៃសណីយ៍ជារៀងរាល់ខែ។ ប្រសិនបើគម្រោងរបស់អ្នកមានថ្លៃធានារ៉ាប់រងដល់កាលកំណត់ អ្នកនឹងទទួលបានវិក្កយបត្រប្រចាំខែ រួមទាំងចំនួនទឹកប្រាក់ និងកាលបរិច្ឆេទនៃការបង់ប្រាក់បន្ទាប់របស់អ្នកដល់កាលកំណត់ ឬអ្នកក៏អាចជ្រើសរើសបង់ថ្លៃធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកដោយការដកវាចេញពីអត្ថប្រយោជន៍នៃរបបសន្តិសុខសង្គម ឬ Railroad Retirement Board (RRB) របស់អ្នកដោយស្វ័យប្រវត្តិតាមខែនីមួយៗ។ ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពីជម្រើសនៃការទូទាត់របស់អ្នក សូមចូលមើលគេហទំព័រ blueshieldca.com/medicarewaystopay ឬទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជនតាមរយៈលេខ (800) 452-4413 (TTY: 711)។

ការកាត់កងដោយស្វ័យប្រវត្តិពីមូលប្បទានបត្រអត្ថប្រយោជន៍ពីរបបសន្តិសុខសង្គមប្រចាំខែរបស់អ្នក ឬ Railroad Retirement Board (RRB)។

ខ្ញុំទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ប្រចាំខែពី៖ របបសន្តិសុខសង្គម RRB

(ការកាត់កងរបបសន្តិសុខសង្គម/Railroad Retirement Board អាចចំណាយពេលពីរខែ ឬច្រើនជាងនេះ ដើម្បីចាប់ផ្តើម។ ក្នុងករណីភាគច្រើន ប្រសិនបើសន្តិសុខសង្គម/Railroad Retirement Board ទទួលយកសំណើរបស់អ្នកសម្រាប់ការកាត់កងដោយស្វ័យប្រវត្តិ ការកាត់កងលើកដំបូងពីការមូលប្បទានបត្រអត្ថប្រយោជន៍នៃ Railroad Retirement Board/សន្តិសុខសង្គមរបស់អ្នកនឹងរួមបញ្ចូលទាំងថ្លៃធានារ៉ាប់រងទាំងអស់ដែលត្រូវបង់ពីកាលបរិច្ឆេទមានប្រសិទ្ធភាពនៃការចុះឈ្មោះរបស់អ្នករហូតដល់ចំណុចនៃការកាត់កងចាប់ផ្តើម។ ប្រសិនបើរបបសន្តិសុខសង្គម/Railroad Retirement Board មិនយល់ព្រមលើសំណើរបស់អ្នកសម្រាប់ការកាត់កងដោយស្វ័យប្រវត្តិ យើងនឹងផ្ញើវិក្កយបត្រក្រដាសទៅអ្នកសម្រាប់ថ្លៃធានារ៉ាប់រងប្រចាំខែរបស់អ្នក។)

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

សម្រាប់បុគ្គលដែលជួយអ្នកចុះឈ្មោះជាមួយការបំពេញទម្រង់បែបបទនេះតែប៉ុណ្ណោះ

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

ឈ្មោះ៖ _____ ទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកចុះឈ្មោះ៖
 ហត្ថលេខា៖ _____ អ្នកប្រឹក្សាអ្នកប្រឹក្សានៃ អ្នកតំណាងដែលមានការ
 កម្មវិធី SHIP អនុញ្ញាត
 ផ្សេងទៀត (ភាគីទីបី) ដោយខ្លួនឯង

ព័ត៌មានភ្នាក់ងារផលិត/សរសេរ៖
 *ចង្អុលបង្ហាញផ្នែកដែលត្រូវការ។
 ឈ្មោះភ្នាក់ងារដែលបានតែងតាំង៖ _____
 (សូមសរសេរឈ្មោះភ្នាក់ងារដែលបានចាត់តាំង)
 ID ពន្ធរបស់ភ្នាក់ងារដែលបានតែងតាំង៖ _____
 (សូមសរសេរលេខ ID ពន្ធរបស់ភ្នាក់ងារដែលបានចាត់តាំង)
 ឈ្មោះរបស់អ្នកផលិត/ភ្នាក់ងារសរសេរ៖ _____
 (សូមបញ្ជាក់ឈ្មោះអ្នកផលិត/ភ្នាក់ងារសរសេរ)
 NPN នីមួយៗរបស់អ្នកផលិត/ភ្នាក់ងារសរសេរ៖ _____
 (សូមបញ្ជាក់ឈ្មោះអ្នកផលិត/NPN បុគ្គលរបស់ភ្នាក់ងារសរសេរ)
 លេខទូរសព្ទរបស់អ្នកផលិត/ភ្នាក់ងារសរសេរ៖ _____
 អាសយដ្ឋានអ៊ីមែលរបស់អ្នកផលិត/ភ្នាក់ងារសរសេរ៖ _____
 ពាក្យស្នើសុំកាលបរិច្ឆេទដែលបានទទួលដោយអ្នកផលិត/ភ្នាក់ងារសរសេរ៖ _____
 ហត្ថលេខារបស់អ្នកផលិត/ភ្នាក់ងារសរសេរ៖ _____
 តាមរយៈហត្ថលេខារបស់ខ្ញុំ ខ្ញុំសូមបញ្ជាក់ថា ខ្ញុំបានអាន និងយល់ពីគោលការណ៍ណែនាំការទំនាក់ទំនង និងទិដ្ឋភាព និងច្បាប់ចុះឈ្មោះរបស់ CMS Medicare ហើយបញ្ជាក់ថា អ្នកចុះឈ្មោះបានទទួលឧបករណ៍ចុះឈ្មោះពេញលេញ។ ខ្ញុំយល់ស្របថាការចុះឈ្មោះសម្រាប់អ្នកទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍របស់ Medicare នេះក្នុងនាមជា Blue Shield of California បានអនុលោមតាមច្បាប់ទាំងនេះ។

Blue Shield of California គឺជាគម្រោង HMO D-SNP ដែលចុះកិច្ចសន្យាជាមួយ Medicare និងកិច្ចសន្យាជាមួយកម្មវិធី California State Medicaid Program។ ការចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោង Blue Shield of California អាស្រ័យទៅលើការបន្តកិច្ចសន្យា។

សេចក្តីថ្លែងការណ៍អំពីច្បាប់ស្តីពីឯកជនភាព

មជ្ឈមណ្ឌល Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS, មជ្ឈមណ្ឌលសម្រាប់សេវា Medicare និង Medicaid) ប្រមូលព័ត៌មានពីគម្រោង Medicare ដើម្បីតាមដានការចុះឈ្មោះរបស់អ្នកទទួលអត្ថប្រយោជន៍ នៅក្នុងគម្រោង Medicare Advantage (MA) កែលម្អការថែទាំ និងការបង់ប្រាក់អត្ថប្រយោជន៍ Medicare។ ផ្នែកទី 1851 នៃច្បាប់ Social Security Act (ច្បាប់សន្តិសុខសង្គម) និង 42 ក្រមច្បាប់សហព័ន្ធ (CFR) §§ 422.50 និង 422.60 អនុញ្ញាតឱ្យប្រមូលព័ត៌មាននេះ។ CMS អាចប្រើ បង្ហាញ និងផ្លាស់ប្តូរទិន្នន័យចុះឈ្មោះពី អ្នកទទួលអត្ថប្រយោជន៍របស់ Medicare ដូចដែលបានបញ្ជាក់នៅក្នុងប្រព័ន្ធជូនដំណឹងអំពីកំណត់ត្រា (SORN) "Medicare Advantage Prescription Drug (MARx)" ប្រព័ន្ធលេខ 09-70-0588។ ការឆ្លើយតប របស់អ្នកចំពោះទម្រង់បែបបទនេះ គឺមានលក្ខណៈស្ម័គ្រចិត្ត។ ទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយ ការខកខានមិនបាន ឆ្លើយតបអាចប៉ះពាល់ដល់ការចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោង។

ជាធម្មតា អ្នកអាចចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោង Medicare Advantage បានតែក្នុងអំឡុងពេលចុះឈ្មោះប្រចាំឆ្នាំ ចាប់ពីថ្ងៃទី 15 ខែតុលា ដល់ថ្ងៃទី 7 ខែធ្នូ នៃឆ្នាំនីមួយៗប៉ុណ្ណោះ។ មានករណីលើកលែងដែលអាចអនុញ្ញាតឱ្យ អ្នកចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោង Medicare Advantage នៅខាងក្រៅរយៈពេលនេះ។

សូមអានសេចក្តីថ្លែងការណ៍ខាងក្រោមដោយយកចិត្តទុកដាក់ ហើយគូសប្រអប់ ប្រសិនបើសេចក្តីថ្លែងការណ៍ នេះត្រឹមត្រូវចំពោះអ្នក។ តាមរយៈការគូសផឹកប្រអប់ណាមួយខាងក្រោម អ្នកកំពុងបញ្ជាក់ថា តាមចំណេះដឹង ដ៏ល្អបំផុតរបស់អ្នក អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានរយៈពេលនៃការចុះឈ្មោះ។ ប្រសិនបើយើងកំណត់ថាព័ត៌មាននេះ មិនត្រឹមត្រូវនៅពេលក្រោយ អ្នកអាចនឹងត្រូវបានលុបឈ្មោះចេញវិញ។

- ខ្ញុំជាសមាជិកថ្មីរបស់ Medicare។
- ខ្ញុំបានចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោង Medicare Advantage ហើយចង់ធ្វើការផ្លាស់ប្តូរក្នុងអំឡុងពេលនៃការ ចុះឈ្មោះដោយបើកចំហរបស់ Medicare Advantage (MA OEP)។
- ថ្មីនេះ ខ្ញុំបានផ្លាស់ទីលំនៅក្រៅតំបន់សេវាកម្មសម្រាប់គម្រោងបច្ចុប្បន្នរបស់ខ្ញុំ ឬខ្ញុំបានផ្លាស់ទីលំនៅថ្មីនេះ ហើយគម្រោងនេះគឺជាជម្រើសថ្មីសម្រាប់ខ្ញុំ។ ខ្ញុំបានផ្លាស់ទីលំនៅថ្ងៃទី (សូមបញ្ចូលកាលបរិច្ឆេទ ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ) _____។
- ថ្មីនេះ ខ្ញុំត្រូវបានដោះលែងពីពន្ធនាគារ។ ខ្ញុំត្រូវបានដោះលែងនៅថ្ងៃទី (សូមបញ្ចូលកាលបរិច្ឆេទ ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ) _____។
- ថ្មីនេះ ខ្ញុំបានវិលត្រឡប់មកសហរដ្ឋអាមេរិកវិញ បន្ទាប់ពីរស់នៅជាអចិន្ត្រៃយ៍នៅក្រៅសហរដ្ឋអាមេរិក។ ខ្ញុំបានវិលត្រឡប់មកសហរដ្ឋអាមេរិកវិញនៅថ្ងៃទី (សូមបញ្ចូលកាលបរិច្ឆេទ ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ) _____។
- ថ្មីនេះ ខ្ញុំបានទទួលស្ថានភាពរក្សាមានរស់នៅស្របច្បាប់នៅសហរដ្ឋអាមេរិក។ ខ្ញុំទទួលបានស្ថានភាពនេះ នៅថ្ងៃទី (បញ្ចូលកាលបរិច្ឆេទ ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ) _____។
- ថ្មីនេះ ខ្ញុំបានផ្លាស់ប្តូរ Medicaid របស់ខ្ញុំ (ទើបតែទទួលបាន Medicaid មានការផ្លាស់ប្តូរកម្រិតនៃ ជំនួយ Medicaid ឬបាត់បង់ Medicaid) នៅថ្ងៃទី (បញ្ចូលកាលបរិច្ឆេទ ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ) _____។
- ថ្មីនេះ ខ្ញុំមានការផ្លាស់ប្តូរក្នុងកម្មវិធី Extra Help (ជំនួយបន្ថែម) របស់ខ្ញុំសម្រាប់ការបង់ថ្លៃធានារ៉ាប់រង លើឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជារបស់ Medicare (ទើបតែទទួលបានកម្មវិធី Extra Help មានការផ្លាស់ប្តូរកម្រិត នៃកម្មវិធី Extra Help ឬបាត់បង់កម្មវិធី Extra Help) នៅថ្ងៃទី (បញ្ចូលកាលបរិច្ឆេទ ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ) _____។
- ខ្ញុំមានទាំង Medicare និង Medicaid (ប្តូររបស់ខ្ញុំជួយបង់ថ្លៃធានារ៉ាប់រង Medicare របស់ខ្ញុំ) ឬខ្ញុំ ទទួលបាន Extra Help ដែលបង់ថ្លៃធានារ៉ាប់រងលើឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជារបស់ Medicare របស់ខ្ញុំ ប៉ុន្តែខ្ញុំ មិនបាន មានការផ្លាស់ប្តូរទេ។
- ខ្ញុំនឹងផ្លាស់ទីលំនៅ ស្នាក់នៅ ឬបានផ្លាស់ទីលំនៅថ្មីចេញពីមណ្ឌលថែទាំរយៈពេលវែង (ឧទាហរណ៍៖ មណ្ឌល ថែទាំមនុស្សចាស់ ឬមណ្ឌលថែទាំរយៈពេលវែង)។ ខ្ញុំបានផ្លាស់ទីលំនៅ/នឹងផ្លាស់ទីលំនៅចូល/ចេញពីមណ្ឌល នៅថ្ងៃទី (បញ្ចូលកាលបរិច្ឆេទ ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ) _____។

- ថ្ងៃនេះ ខ្ញុំបានចាកចេញពីកម្មវិធី Program of All-Inclusive Care for the Elderly (PACE, កម្មវិធីថែទាំសុខភាពមនុស្សចាស់ដែលមានរួមបញ្ចូលទាំងអស់) នៅថ្ងៃទី (បញ្ចូលកាលបរិច្ឆេទ ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ)

- ថ្ងៃនេះ ខ្ញុំបានបាត់បង់ការធានារ៉ាប់រងលើឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាដែលអាចជឿទុកចិត្តបានរបស់ខ្ញុំដោយមិនស្ម័គ្រចិត្ត (ការធានារ៉ាប់រងលម្អិតរបស់ Medicare ដែរ)។ ខ្ញុំបានបាត់បង់ការធានារ៉ាប់រងលើឱសថរបស់ខ្ញុំនៅថ្ងៃទី (បញ្ចូលកាលបរិច្ឆេទ ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ)

- ខ្ញុំនឹងចាកចេញពីការធានារ៉ាប់រងរបស់និយោជក ឬសហជីពនៅថ្ងៃទី (បញ្ចូលកាលបរិច្ឆេទ ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ)

- ខ្ញុំជាសមាជិកនៃកម្មវិធីជំនួយឱសថស្ថានដែលផ្តល់ដោយរដ្ឋរបស់ខ្ញុំ។
- គម្រោងរបស់ខ្ញុំកំពុងបញ្ចប់កិច្ចសន្យាជាមួយ Medicare ឬ Medicare កំពុងបញ្ចប់កិច្ចសន្យាជាមួយគម្រោងរបស់អ្នក។
- ខ្ញុំបានចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោង Medicare (ឬរដ្ឋរបស់ខ្ញុំ) ហើយខ្ញុំចង់ជ្រើសរើសគម្រោងផ្សេងទៀត។ ការចុះឈ្មោះរបស់ខ្ញុំនៅក្នុងគម្រោងនោះបានចាប់ផ្តើមនៅថ្ងៃទី (បញ្ចូលកាលបរិច្ឆេទ ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ)

- ខ្ញុំបានចុះឈ្មោះក្នុង Special Needs Plan (SNP, គម្រោងតម្រូវការពិសេស) ប៉ុន្តែខ្ញុំបានបាត់បង់លក្ខណសម្បត្តិកាមតម្រូវការពិសេសដែលត្រូវមាននៅក្នុងគម្រោងហើយ។ ខ្ញុំត្រូវបានដកឈ្មោះចេញពី SNP នៅថ្ងៃទី (បញ្ចូលកាលបរិច្ឆេទ ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ)

- ខ្ញុំបានរងផលប៉ះពាល់ដោយគ្រោះអាសន្ន ឬគ្រោះមហន្តរាយធំ (ដូចដែលបានប្រកាសដោយ Federal Emergency Management Agency (FEMA, ទីភ្នាក់ងារគ្រប់គ្រងគ្រោះអាសន្នសហព័ន្ធ) ឬដោយអង្គការរដ្ឋាភិបាលសហព័ន្ធ រដ្ឋ ឬមូលដ្ឋាន)។ សេចក្តីថ្លែងការណ៍មួយក្នុងចំណោមសេចក្តីថ្លែងការណ៍ផ្សេងទៀតនៅទីនេះអនុវត្តចំពោះខ្ញុំបាន ប៉ុន្តែខ្ញុំមិនអាចធ្វើការស្នើសុំចុះឈ្មោះរបស់ខ្ញុំបានទេ ដោយសារគ្រោះមហន្តរាយ។
 - ខ្ញុំបានខកខានរយៈពេលជ្រើសរើសដំបូង (IEP)
 - ខ្ញុំបានខកខានរយៈពេលចុះឈ្មោះប្រចាំឆ្នាំ (AEP)
- ខ្ញុំសិតក្នុងគម្រោងមួយដែលថ្ងៃនេះត្រូវបានគ្រប់គ្រងដោយរដ្ឋ ឬអាជ្ញាធរគ្រប់គ្រងដែនដី ដោយសារបញ្ហាហិរញ្ញវត្ថុ។ ខ្ញុំចង់ប្តូរទៅគម្រោងផ្សេងទៀត។
- ខ្ញុំសិតក្នុងគម្រោងមួយដែលមានផ្កាយតិចជាង 3 ផ្កាយក្នុងរយៈពេល 3 ឆ្នាំចុងក្រោយនេះ។ ខ្ញុំចង់ចូលរួមក្នុងគម្រោងដែលមានចំណាត់ថ្នាក់ផ្កាយ 3 ឬខ្ពស់ជាងនេះ។
- ខ្ញុំជាសមាជិកថ្មីចំពោះ Medicare ហើយសិទ្ធិទទួលបាន Medicare ត្រូវបានធ្វើឡើងដោយប្រយោល ដូច្នោះខ្ញុំត្រូវបានជូនដំណឹងអំពីការទទួលបាន Medicare បន្ទាប់ពីកាលបរិច្ឆេទចូលជាធរមាននៃផ្នែក A និង/ឬ B របស់ខ្ញុំ។

ប្រសិនបើសេចក្តីថ្លែងការណ៍ទាំងនេះមិនអនុវត្តចំពោះអ្នក ឬអ្នកមិនប្រាកដទេ សូមទាក់ទង Blue Shield of California តាមរយៈលេខ **(888) 534-4263 (TTY: 711)** ឬភ្នាក់ងារដែលមានការអនុញ្ញាត ដើម្បីមើលថាតើអ្នកមានសិទ្ធិចុះឈ្មោះដែរឬទេ។ យើងបើកពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់ បានប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ចាប់ពីថ្ងៃទី 1 ខែតុលា ដល់ថ្ងៃទី 31 ខែមីនា និង ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់ ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីថ្ងៃទី 1 ខែមេសា ដល់ថ្ងៃទី 30 ខែកញ្ញា។