COVERED CALIFORNIA

ពី Medi-Cal ទៅ Covered California៖

យើងមានគម្រោងសម្រាប់អ្នក ហើយយើងក៏នៅចាំជួយគាំទ្រអ្នកជានិច្ច។

Medi-Cal នឹងត្រូវបញ្ចប់មែនទេ? Covered California អាចជួយបាន។

Medi-Cal ពិនិត្យមើលជាមួយសមាជិករបស់ពួកគេជាទៀងទាត់ដើម្បីស្វែងយល់ថាតើអ្នកដែលទទួលបានការធានារ៉ាប់រងពី Medi-Cal នៅតែមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ដែរឬទេ។ ប្រសិនបើកាលៈទេសៈរបស់អ្នកបានផ្លាស់ប្តូរ ដូចជាប្រាក់ចំណូល ការងារ ឬទំហំគ្រួសារសិទ្ធិរបស់អ្នកក្នុងការទទួលបានការធានារ៉ាប់រងពី Medi-Cal ក៏អាចផ្លាស់ប្តូរផងដែរ។ ប្រសិនបើអ្នករកឃើញថា Medi-Cal របស់អ្នកនឹងបញ្ចប់នោះ Covered California នៅទីនេះ ដើម្បីជួយធ្វើឱ្យប្រាកដថាអ្នកមានលទ្ធភាពទទួលបានសេវាធានារ៉ាប់រងសុខភាពប្រកបដោយគុណភាព និងមានតម្លៃសមរម្យ។

ការបន្ត Medi-Cal ឡើងវិញ៖ អ្វីដែលត្រូវរំពឹងទុក។

នៅពេលដែលដល់វេនអ្នកក្នុងការបន្តឡើងវិញ នោះ Medi-Cal នឹងផ្ញើលិខិតជូនដំណឹងអំពីការបន្តឡើងវិញរបស់អ្នកនៅក្នុងស្រោមសំបុត្រពណ៌លឿងដ៏ធំមួយ។ សូមប្រគល់ព័ត៌មានដែលបានស្នើសុំទៅកាន់ Medi-Cal វិញតាមកាលបរិច្ឆេទដែលមានចែងក្នុងលិខិតជូនដំណឹងនេះ។ Medi-Cal នឹងផ្ញើជូនអ្នកនូវលិខិតជូនដំណឹងតាមដានជាមួយនឹងស្ថានភាពសិទ្ធិទទួលបានរបស់អ្នក។ ប្រសិនបើអ្នកបន្តមានសិទ្ធិទទួលបាន Medi-Cal អ្នកនឹងត្រូវបានជូនដំណឹងនៅពេលនេះ។

ការធានារ៉ាប់រងដោយគ្មានការភាន់ច្រឡំ

ប្រសិនបើអ្នកលែងមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ Medi-Cal តទៅទៀតហើយ លិខិតជូនដំណឹងនឹងបញ្ជាក់ថាការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកត្រូវបានបញ្ចប់ មូលហេតុ និងរៀបរាប់ថាអ្នកកំពុងត្រូវបានបញ្ជូនទៅកាន់ Covered California។ ប្រសិនបើអ្នកលែងមានសិទ្ធិទទួលបាន Medi-Cal តទៅទៀតហើយ ពួកគេនឹងផ្តល់ព័ត៌មានរបស់អ្នកភ្លាមៗទៅកាន់ Covered California ដែលជាសេវាកម្មឥតគិតថ្លៃពីរដ្ឋ ដែលជួយអ្នកក្នុងការស្វែងរក និងបង់ប្រាក់សម្រាប់ការធានារ៉ាប់រងសុខភាពប្រកបដោយគុណភាព។

Covered California នឹងផ្ញើជូនអ្នកនូវលិខិតមួយច្បាប់នៅក្នុងសំបុត្រដែលនឹងរួមបញ្ចូលសិទ្ធិរបស់អ្នកក្នុងការទទួលបាន Covered California ដោយផ្អែកលើព័ត៌មានដែលអ្នកបានផ្តល់ទៅ Medi-Cal និងជំហាននានាក្នុងការចុះឈ្មោះ។

ប្រសិនបើប្រាក់ចំណូលរបស់អ្នកធ្វើឲ្យអ្នកមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ជំនួយផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុដើម្បីកាត់បន្ថយថ្លៃបុព្វលាភរ៉ាប់រងប្រចាំខែរបស់អ្នក Covered California នឹងជ្រើសរើសគម្រោងធានារ៉ាប់រងសុខភាពសម្រាប់អ្នកជាមួយនឹងជំនួយផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុច្រើនបំផុត!

ប្រសិនបើអ្នក ឬគ្រួសាររបស់អ្នកមានការផ្តល់ជូននៃការធានារ៉ាប់រងតាមរយៈ៖ និយោជក ឬកម្មវិធីផ្សេងទៀតដូចជា Medicare អ្នកប្រហែលជាមិនមាន លក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ជំនួយផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុតាមរយៈ Covered California នោះទេ។

ដើម្បីសេចក្តីស្រឡាញ់ចំពោះប្រជាជនកាលីហ្វ័រញ៉ា

មិនថាគម្រោងមួយត្រូវបានជ្រើសរើសសម្រាប់អ្នកឬអត់នោះទេ អ្នកនៅតែត្រូវចាត់វិធានការមួយចំនួនដើម្បីបន្តទទួលបានការធានារ៉ាប់រង។ បន្ទាប់គឺជាការណែនាំជាជំហានៗសម្រាប់ស្ថានភាពទាំងពីរ។

ទំព័របន្ទាប់

ការថែទាំសុខភាពដែលយកចិត្តទុកដាក់ចំពោះអ្នក។

ប្រសិនបើលិខិតរបស់អ្នករៀបរាប់ថាយើងបានជ្រើសរើសគម្រោងសម្រាប់អ្នក៖

បុព្វលាភរ៉ាប់រងប្រចាំខែនៃគម្រោងថ្មីរបស់អ្នកនឹងអាស្រ័យលើចំណូលរបស់អ្នក។ វាប្រហែលជាទាបត្រឹម $0 ក្នុងមួយខែ ដូចគ្នាជាមួយនឹង Medi-Cal ដែរ។ អ្នកនឹងត្រូវបញ្ជាក់ ឬផ្លាស់ប្តូរគម្រោងរបស់អ្នក ដើម្បីបន្តទទួលបានការធានាការរ៉ាប់រងមិនគិតថាបុព្វលាភរ៉ាប់រងប្រចាំខែរបស់អ្នកថ្លៃប៉ុនណានោះទេ។

ជំហានទី 1៖ ចូលទៅកាន់វេបសាយ **CoveredCA.com/new-plan** (វេបសាយជាភាសាអង់គ្លេស) ហើយចុច “Sign In or Create Account” (“ចូល ឬបង្កើតគណនី”)។

ជំហានទី 2៖ បង្កើតគណនីរបស់អ្នកដោយប្រើ **access code** (កូដចូលប្រើ) តាមអនឡាញ និង **case number** (លេខករណី) ដែលបានផ្តល់ជូននៅផ្នែកខាងលើនៃជ្រុងខាងឆ្វេងដៃនៃលិខិតរបស់អ្នកពី Covered California។ ប្រសិនបើអ្នកមានគណនី Covered California រួចហើយ សូមចុច “Log In to Your Account” (“ចូលទៅគណនីរបស់អ្នក”) ដោយប្រើឈ្មោះអ្នកប្រើប្រាស់ និងពាក្យសម្ងាត់របស់អ្នក។ កុំបារម្ភ ប្រសិនបើអ្នកភ្លេចពួកវា អ្នកអាចកំណត់ឈ្មោះអ្នកប្រើប្រាស់ និងពាក្យសម្ងាត់របស់អ្នកឡើងវិញបាននៅពេលអ្នកចូល។

ជំហានទី 3៖ ពិនិត្យឡើងវិញនូវសិទ្ធិទទួលបានគម្រោងសុខភាពសម្រាប់សមាជិកគ្រប់រូបនៃគ្រួសាររបស់អ្នក ហើយបញ្ជាក់ថា អ្នកនឹងរក្សាគម្រោងធានារ៉ាប់រងសុខភាពរបស់អ្នកដែលជ្រើសរើសដោយ Covered California។

- **ប្រសិនបើអ្នកចង់ប្រៀបធៀបគម្រោងសុខភាពដែលបានជ្រើសរើសជូនអ្នកជាមួយគម្រោងផ្សេងទៀតដែលផ្តល់ដោយ Covered California សូមជ្រើសរើស “Change Plan” (“ផ្លាស់ប្តូរគម្រោង”) ជំនួសវិញ។**
- **ប្រសិនបើអ្នកចង់លុបចោលគម្រោងសុខភាពដែលបានជ្រើសរើសសម្រាប់អ្នក សូមជ្រើសរើស “Cancel” (“លុបចោល”)។**

ជំហានទី 4 (លុះត្រាតែអ្នកមានបុព្វលាភរ៉ាប់រងប្រចាំខែ)៖ ប្រសិនបើអ្នកមិនបានលុបចោលការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកទេ ហើយមានការទូទាត់ប្រាក់ សូមចុច “Pay Now” (“បង់ប្រាក់ឥឡូវនេះ”) ឬរកមើលវិក្កយបត្រពីក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងសុខភាពរបស់អ្នក។ អ្នកត្រូវតែចាត់វិធានការដើម្បីបញ្ជាក់គម្រោងរបស់អ្នកនៅចុងខែដំបូងនៃការធានារ៉ាប់រង បើមិនដូច្នេះទេគម្រោងដែលបានជ្រើសរើសសម្រាប់អ្នកនឹងត្រូវបានលុបចោល។ អ្នកនៅតែអាចជ្រើសរើសគម្រោងសុខភាពរហូតដល់ 90 ថ្ងៃ បន្ទាប់ពី Medi-Cal របស់អ្នកបានចប់។

ប្រសិនបើលិខិតរបស់អ្នកមិនបាននិយាយអំពីគម្រោងណាមួយទេ៖

អ្នកប្រហែលជានៅតែអាចទទួលបានការធានារ៉ាប់រងសុខភាព ប៉ុន្តែអ្នកត្រូវចាត់វិធានការជាបន្ទាន់ដើម្បីទទួលបានការធានារ៉ាប់រង។

ជំហានទី 1៖ ប្រសិនបើអ្នកមានគណនីអនឡាញ សូមចូលតាម **CoveredCA.com** (វេបសាយជាភាសាអង់គ្លេស)។ ប្រសិនបើអ្នកភ្លេចឈ្មោះអ្នកប្រើប្រាស់ និងពាក្យសម្ងាត់របស់អ្នក អ្នកអាចកំណត់ពួកវាឡើងវិញបាន បន្ទាប់ពីអ្នកចុច “Sign In” (“ចូល”)។ ប្រសិនបើអ្នកមិនមានគណនីអនឡាញទេ សូមចូលទៅកាន់ **CoveredCA.com/create-account** (វេបសាយជាភាសាអង់គ្លេស) ហើយបញ្ចូល **access code** (កូដចូលប្រើ) ដែលត្រូវបានផ្តល់ជូនក្នុងលិខិតរបស់អ្នកពី Covered California។

ជំហានទី 2៖ ពិនិត្យមើលឡើងវិញនូវពាក្យសុំរបស់អ្នក ហើយរាយការណ៍ពីការផ្លាស់ប្តូរប្រសិនបើព័ត៌មានរបស់អ្នកមិនត្រឹមត្រូវ។

ជំហានទី 3៖ ប្រៀបធៀបគម្រោងសុខភាព ហើយជ្រើសរើសគម្រោងមួយដែលមានប្រសិទ្ធភាពបំផុតសម្រាប់អ្នក និងគ្រួសាររបស់អ្នក។ គម្រោងសុខភាពរបស់អ្នកនឹងចាប់ផ្តើមនៅថ្ងៃដំបូងនៃខែបន្ទាប់ បន្ទាប់ពីអ្នកជ្រើសរើសគម្រោងរបស់អ្នក។

ជំហានទី 4៖ ធ្វើការបង់ប្រាក់ដំបូងរបស់អ្នកទាំងនៅក្នុងគណនីអនឡាញរបស់អ្នក ឬនៅពេលដែលអ្នកទទួលបានវិក្កយបត្រពីក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងសុខភាពរបស់អ្នក។

អ្នកមានពេល 90 ថ្ងៃគិតចាប់ពីថ្ងៃចុងក្រោយនៃការធានារ៉ាប់រងពី Medi-Cal របស់អ្នក ដើម្បីចុះឈ្មោះសម្រាប់គម្រោងសុខភាពថ្មី។ ប្រសិនបើអ្នកខកខានឱកាសនេះ អ្នកប្រហែលជាត្រូវរង់ចាំរហូតដល់រយៈពេលបើកទទួលការចុះឈ្មោះ ប្រចាំឆ្នាំលើកក្រោយ។ ការទៅដោយគ្មានការធានារ៉ាប់រងសុខភាពក៏អាចនាំឱ្យអ្នកត្រូវបង់ប្រាក់ពិន័យពន្ធ ហើយយើងចង់ជួយអ្នកឱ្យជៀសវាងពីបញ្ហានោះ។

ទទួលបានការធានារ៉ាប់រង។

សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម និងជំនួយដោយផ្ទាល់ដោយឥតគិតថ្លៃ សូមចូលទៅកាន់៖

- **CoveredCA.com/keep-your-coverage**
- **800-906-8528**

Covered California complies with applicable federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. Atención: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-300-0213 (TTY: 1-888-889-4500). 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-800-300-1533 (TTY 1-888-889-4500).

COVERED CALIFORNIA | ដើម្បីសេចក្តីស្រឡាញ់ចំពោះប្រជាជនកាលីហ្វ័រញ៉ា

D-CCA-XXXXXXXX
KHM-1026