

របៀបប្រើសេវា **Apple Health (Medicaid)** និងធានារ៉ាប់រងសុខភាពឯកជនដើម្បីទទួលបានការថែទាំសុខភាព

Q: បើខ្ញុំមានធានារ៉ាប់រងឯកជន តើសុខភាពអបជលនៅឆ្លងខ្ញុំទេ?

A: បាទ/ចាស ។ ការមានសុខភាពអបជលជាមួយនឹងធានារ៉ាប់រងឯកជនរបស់អ្នកពិតជាមានប្រយោជន៍ ។ ឲ្យតែអ្នកមានគុណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់សុខភាពអបជល ពួកយើងអាចបង់សហបង់ប្រាក់ ការអាចដកហូតបាន និងសេវាកម្មដែលធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកមិនបានធានា ។

Q: បើខ្ញុំមានទាំងធានារ៉ាប់រងឯកជន និងសុខភាពអបជល តើខ្ញុំត្រូវប្រាប់ត្រូវពេទ្យរបស់ខ្ញុំ ឬអ្នកផ្តល់សេវាកម្មវេជ្ជសាស្ត្រផ្សេងទៀតអ្វីខ្លះ?

A: វាមានសារៈសំខាន់ដែលអ្នកទៅរកអ្នកផ្តល់សេវាកម្មដែលទទួលបានទាំងធានារ៉ាប់រងឯកជន និងប័ណ្ណសេវាកម្មសុខភាពអបជលរបស់អ្នក (ក៏ត្រូវបានហៅផងដែរជាប័ណ្ណសេវាកម្ម **ProviderOne**) និង/ឬប័ណ្ណសេវាកម្មគម្រោង **Apple Health** របស់អ្នក ។

ពេលអ្នកទៅរកគ្រូពេទ្យរបស់អ្នក ឬអ្នកផ្តល់សេវាកម្មវេជ្ជសាស្ត្រផ្សេងទៀត បង្ហាញប័ណ្ណរបស់អ្នកទាំងអស់ រួមទាំងប័ណ្ណធានារ៉ាប់រងសុខភាពឯកជន **Apple Health** ប័ណ្ណសេវាកម្ម និងប័ណ្ណគម្រោងសុខភាព បើអ្នកត្រូវបានចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងដែលមានការគ្រប់គ្រង ។

Q: តើខ្ញុំគួរតែធ្វើអ្វីខ្លះ បើគ្រូពេទ្យរបស់ខ្ញុំ ឬអ្នកផ្តល់សេវាកម្មផ្សេងទៀតនិយាយថាពួកគេមិនទទួលបានធានារ៉ាប់រងឯកជន និងប័ណ្ណសេវាកម្មរបស់ខ្ញុំ?

A: អ្នកគួរតែរកអ្នកផ្តល់សេវាកម្មដែលទទួលបានទាំងសុខភាពអបជល និងធានារ៉ាប់រងឯកជនរបស់អ្នក ។ អ្នកអាចហៅទូរស័ព្ទទៅក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកសម្រាប់ជំនួយក្នុងការកំណត់ទីតាំងអ្នកផ្តល់សេវាកម្មក្នុងតំបន់របស់អ្នក ៖

- បើសិនអ្នកផ្តល់សេវាកម្មរបស់អ្នកមិនទទួល **Apple Health** (រួមមាន គម្រោងថែទាំដែលមានការគ្រប់គ្រងចុះកិច្ចសន្យាដោយ **Apple Health**) អ្នកនឹងចង់ស្វែងរកអ្នកផ្តល់សេវាកម្មដែលទទួលបាន មិនដូច្នោះទេ អ្នកអាចទទួលខុសត្រូវលើសហបង់ថ្លៃ ឬថ្លៃអាចហូតយកបាន ។
- បើអ្នកផ្តល់សេវាកម្មរបស់អ្នកទទួលបាន **Apple Health** ប៉ុន្តែគ្មានមិនជាផ្នែកនៃគម្រោងថែទាំមានការគ្រប់គ្រង ដែលអ្នកត្រូវបានចុះឈ្មោះ ៖
 - អ្នកផ្តល់សេវាកម្មអាចជ្រើសរើសចេញវិក្កយបត្រគម្រោងថែទាំមានការគ្រប់គ្រង
 - អ្នកអាចត្រូវការស្វែងរកអ្នកផ្តល់សេវាកម្មខុសគ្នា ៖ ឬ
 - អ្នកអាចស្នើសុំផ្លាស់ប្តូរគម្រោងថែទាំមានការគ្រប់គ្រងរបស់អ្នកដើម្បីរៀបចំគម្រោងឱ្យអ្នកផ្តល់សេវាកម្មរបស់អ្នកទទួលបាន ។

Q: តើមានអ្វីកើតឡើងបើធានារ៉ាប់រងឯកជនរបស់ខ្ញុំមិនបានធានាសេវាកម្មអ្វី?

A: គ្រូពេទ្យរបស់អ្នកនឹងគិតប្រាក់ជាមួយធានារ៉ាប់រងឯកជនរបស់អ្នកមុន ។ បើសេវាកម្មមិនបានធានាដោយធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នក ប៉ុន្តែធានាដោយសុខភាពអបជល ពួកគេនឹងគិតប្រាក់ពីសុខភាពអបជល ឬគម្រោងថែទាំមានការគ្រប់គ្រងសម្រាប់ការទូទាត់ ។ ដើម្បីប្រាក់ដទៃមិនមានបញ្ហា ត្រូវយកប័ណ្ណសេវាកម្ម **Apple Health** របស់អ្នក និងប័ណ្ណគម្រោងសុខភាពរបស់អ្នកជានិច្ច ។

Q: តើខ្ញុំត្រូវធ្វើអ្វីខ្លះដើម្បីឱ្យអ្នកបង់បុព្វលាភធានារ៉ាប់រងសុខភាពរបស់ខ្ញុំ?

A: ទូរស័ព្ទមកពួកយើង ។ ពួកយើងនឹងត្រូវការព័ត៌មានអំពីធានារ៉ាប់រងសុខភាពរបស់អ្នក ចំនួនបុព្វលាភរបស់អ្នក ពេលដែលវាផុតកំណត់ និងថាតើអ្នកឬនិយោជករបស់អ្នកបង់បុព្វលាភ ។ ពេលដែលពួកយើងមានព័ត៌មាននេះ ពួកយើងនឹងឱ្យអ្នកដឹង បើពួកយើងអាចបង់បុព្វលាភរបស់អ្នក ។

Q: តើខ្ញុំនឹងត្រូវស្នើសុំឱ្យបង់ភាពខុសគ្នារវាងអ្វីដែលសុខភាពអបជលបង់ និងអ្វីក្នុងវិក្កយបត្រអ្នកផ្តល់សេវាកម្មរបស់ខ្ញុំ?

A: ទេ ។ ពេលដែលគ្រូពេទ្យ និងអ្នកផ្តល់សេវាកម្មផ្សេងទៀតធ្វើការជាមួយសុខភាពអបជល ពួកគេយល់ព្រមទទួលអ្វីដែលសុខភាពអបជលបង់ និងមិនគិតប្រាក់ឱ្យអ្នកសម្រាប់ភាពខុសគ្នាណាមួយទេ ។ បើអ្នកទទួលបានវិក្កយបត្រ ទូរស័ព្ទមកពួកយើងភ្លាមៗ ។ អ្នកមិនអាចត្រូវបានគិតប្រាក់សម្រាប់សេវាកម្មដែលបានធានាដោយសុខភាពអបជលទេ ។

Q: ចុះបើធានារ៉ាប់រងឯកជនរបស់ខ្ញុំបញ្ចប់ ឬប្រែប្រួល?

A: វាមានសារៈសំខាន់ក្នុងការទូរស័ព្ទទៅគម្រោងថែទាំមានការគ្រប់គ្រងរបស់អ្នក ហើយរាយការណ៍ពីការការប្រែប្រួលណាមួយលើការគ្របដណ្តប់ធានារ៉ាប់រងឯកជនរបស់អ្នក ។ ពួកយើងនឹងធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពឯកសាររបស់អ្នក ហើយអ្នកនឹងបន្ត ទទួលបានការថែទាំសុខភាពតាមរយៈសុខភាពអបជលឱ្យតែអ្នកនៅតែមានគុណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ ។

Q: បើខ្ញុំមានធានារ៉ាប់រងការថែទាំរយៈពេលយូរ (**LTC**) តើសុខភាពអបជលនៅតែជួយខ្ញុំទេ?

A: បាទ/ចាស ។ សុខភាពអបជលអាចជួយបង់ថ្លៃ **LTC** របស់អ្នក ពេលអ្នកនៅក្នុងផ្ទះខ្លួនឯង កន្លែងជំនួយការរស់នៅ គេហដ្ឋានគ្រួសារមនុស្សពេញវ័យ ឬកន្លែងថែទាំ បើធានារ៉ាប់រង **LTC** របស់អ្នក នឹងមិនបង់ថ្លៃចំណាយទាំងអស់ ។ បើធានារ៉ាប់រងបង់ឱ្យអ្នកដោយផ្ទាល់ អ្នកត្រូវតែធ្វើលុបប្រាសប្រាសប្រែប្រួលឱ្យបានត្រឹមត្រូវធានារ៉ាប់រងទៅកន្លែងដែលផ្តល់ការថែទាំរបស់អ្នក ។

Q: តើហេតុអ្វីខ្ញុំគួរតែរក្សាធានារ៉ាប់រង **LTC** របស់ខ្ញុំ បើខ្ញុំមានគុណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់សុខភាពអបជល?

A: មិនមានការធានាថាអ្នកនឹងតែងតែមានគុណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់សុខភាពអបជល ។ អ្នកអាចទទួលបានប្រាក់ចំណូល ឬទ្រព្យសម្បត្តិពិបាកបន្ថែម ដែលអាចបង្កឱ្យសិទ្ធិទទួលបានរបស់អ្នកត្រូវបានលុបចោល ឬច្បាប់អាចកាត់បន្ថយថវិកាសម្រាប់កម្មវិធីខ្លះ ។

បើអ្នកលុបចោលធានារ៉ាប់រង **LTC** របស់អ្នក អ្នកអាចមិនអាចទទួលបានវិញទេ ។ ផលប្រយោជន៍ធានារ៉ាប់រង **LTC** នឹងកាត់បន្ថយភាពពិបាកក្នុងការទាញយកប្រាក់ចំណូលនិងទ្រព្យសម្បត្តិរបស់អ្នក ពេលអ្នកបាត់បង់ជីវិត ។

Q: តើហេតុអ្វីអ្នកត្រូវការលេខសន្តិសុខសង្គម?

A: ច្បាប់សហព័ន្ធទាំងនេះចែងថាមានរណាម្នាក់ដែលដាក់ពាក្យសុំផលប្រយោជន៍ Medicaid ត្រូវតែផ្តល់លេខសន្តិសុខសង្គម (42 USC 132b-7(a), 42 CFR 435.910, 42 CFR 435.920, and 42 CFR 457.340(b).) ។ បទបញ្ញត្តិទាំងនេះជួយពួកយើងធ្វើឲ្យប្រាកដថាពួកយើងផ្តល់ឲ្យអ្នកនូវបរិមាណផលប្រយោជន៍ត្រឹមត្រូវ និងដើម្បីទាញយកប្រាក់មកវិញ បើពួកយើងបានចំណាយហួសផលប្រយោជន៍ ។

Q: ចុះបើខ្ញុំមានសំណួរផ្សេងទៀត?

A: បើអ្នកមានសំណួរអំពីធានារ៉ាប់រងសុខភាពឯកជនរបស់អ្នក ទូរស័ព្ទទៅគម្រោងរបស់អ្នកដោយផ្ទាល់ ។ សម្រាប់ជំនួយបន្ថែមជាមួយការប្រើប័ណ្ណសេវាកម្មរបស់អ្នកជាមួយធានារ៉ាប់រងឯកជនរបស់អ្នក ទូរស័ព្ទមកពួកយើងតាមលេខខាងក្រោម ។

ការសម្របសម្រួលផលប្រយោជន៍ លេខទូរស័ព្ទឥតគិតថ្លៃ **1-800-562-3022**

ថ្ងៃច័ន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ៖ ពីម៉ោង **7:00** ព្រឹក – ម៉ោង **5:00** ល្ងាច

ព័ត៌មានធានារ៉ាប់រងវេជ្ជសាស្ត្រ				
ព័ត៌មានសំខាន់៖ គោលបំណងនៃបែបបទនេះ គឺដើម្បីដឹង បើអ្នកមានធានារ៉ាប់រងសុខភាពឯកជន ។ អ្នកអាចមានធានារ៉ាប់រងឯកជន ហើយនៅតែត្រូវបានធានាដោយសុខភាពអបេផល (Medicaid) ។ ពេលអ្នកបានបំពេញបែបបទនេះរួចរាល់ សូមបញ្ជូនវាតាមស្រោមសំបុត្រដែលបានភ្ជាប់មកជាមួយ ទៅអាជ្ញាធរថែទាំសុខភាព PO Box 45565, Olympia, WA 98504-5565 ។ បើអ្នកមានសំណួរអំពីបែបបទនេះ សូមទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-800-562-3022 ។				
ឈ្មោះអ្នកជំងឺ	កាលបរិច្ឆេទ	លេខទូរស័ព្ទ	ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត	លេខអត្តសញ្ញាណអ្នកជំងឺ ACES #
A. តើអ្នកមានធានារ៉ាប់រងវេជ្ជសាស្ត្រ (រាប់បញ្ចូលទាំងផលប្រយោជន៍យោធា) ទេ? ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ				
B. តើអ្នកមានធានារ៉ាប់រងសុខភាពមាត់-ធ្មេញទេ? ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ				
C. តើអ្នកមានធានារ៉ាប់រងវេជ្ជសាស្ត្រ ឬសុខភាពមាត់-ធ្មេញក្នុង 12 ខែចុងក្រោយនេះទេ? ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ				
D. តើអ្នកមានធានារ៉ាប់រងរយៈពេលយូរ (LTC) ទេ? ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ? បើបាទ/ចាស សូមបញ្ជាក់ធានារ៉ាប់រងយូរណាដែលអ្នកមាន៖ ☐ គេហដ្ឋានថែទាំ ☐ ជំនួយរស់នៅ ☐ គេហដ្ឋានគ្រួសារមនុស្សពេញវ័យ ☐ ការថែទាំក្នុងផ្ទះ ☐ ផ្សេងៗ៖				
បើអ្នកបានជ្រើសរើសបាទ/ចាសក្នុងចំណុចណាមួយខាងលើ សូមបំពេញខាងក្រោមសម្រាប់ធានារ៉ាប់រងនីមួយៗ (សូមប្រើទំព័រនៃម បើចាំបាច់)៖				
1. ប្រភេទធានារ៉ាប់រង៖ ☐ វេជ្ជសាស្ត្រ ☐ សុខភាពមាត់-ធ្មេញ ☐ ការថែទាំរយៈពេលយូរ		តាមរយៈណាដែលត្រូវបានធានាដោយធានារ៉ាប់រងនេះ (ប្រើទំព័រនៃម បើចាំបាច់)		
		ឈ្មោះ	ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត	
ឈ្មោះធានារ៉ាប់រង		លេខទូរស័ព្ទ	1.	
អាសយដ្ឋាន (ដូចមានលើប័ណ្ណរបស់អ្នក)			2.	
លេខធានារ៉ាប់រង	កាលបរិច្ឆេទចាប់ផ្តើមធានារ៉ាប់រង	កាលបរិច្ឆេទបញ្ចប់ធានារ៉ាប់រង	3.	
ឈ្មោះអ្នកទិញ	ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើតអ្នកទិញ		4.	
និយោជក	ឈ្មោះសហគាត រីឯលេខក្នុងតំបន់ បើមាន		5.	
2. ប្រភេទធានារ៉ាប់រង៖ ☐ វេជ្ជសាស្ត្រ ☐ សុខភាពមាត់-ធ្មេញ ☐ ការថែទាំរយៈពេលយូរ		តាមរយៈណាដែលត្រូវបានធានាដោយធានារ៉ាប់រងនេះ (ប្រើទំព័រនៃម បើចាំបាច់)		
		ឈ្មោះ	ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត	
ឈ្មោះធានារ៉ាប់រង		លេខទូរស័ព្ទ	1.	
អាសយដ្ឋាន (ដូចមានលើប័ណ្ណរបស់អ្នក)			2.	
លេខធានារ៉ាប់រង	កាលបរិច្ឆេទចាប់ផ្តើមធានារ៉ាប់រង	កាលបរិច្ឆេទបញ្ចប់ធានារ៉ាប់រង	3.	
ឈ្មោះអ្នកទិញ	ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើតអ្នកទិញ	SSN អ្នកទិញ	4.	
និយោជក	ឈ្មោះសហគាត រីឯលេខក្នុងតំបន់ បើមាន		5.	
3. ប្រភេទធានារ៉ាប់រង៖ ☐ វេជ្ជសាស្ត្រ ☐ សុខភាពមាត់-ធ្មេញ ☐ ការថែទាំរយៈពេលយូរ		តាមរយៈណាដែលត្រូវបានធានាដោយធានារ៉ាប់រងនេះ (ប្រើទំព័រនៃម បើចាំបាច់)		
		ឈ្មោះ	ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត	
ឈ្មោះធានារ៉ាប់រង		លេខទូរស័ព្ទ	1.	
អាសយដ្ឋាន (ដូចមានលើប័ណ្ណរបស់អ្នក)			2.	
លេខធានារ៉ាប់រង	កាលបរិច្ឆេទចាប់ផ្តើមធានារ៉ាប់រង	កាលបរិច្ឆេទបញ្ចប់ធានារ៉ាប់រង	3.	
ឈ្មោះអ្នកទិញ	ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើតអ្នកទិញ	SSN អ្នកទិញ	4.	
និយោជក	ឈ្មោះសហគាត រីឯលេខក្នុងតំបន់ បើមាន		5.	

កម្មវិធីការទូទាត់បុព្វលាភ		
បើអ្នកកំពុងទទួលបានការរ៉ាប់រងសុខភាពអប្បបរមា មានធានារ៉ាប់រងសុខភាពឯកជន និងចង់បានជំនួយជាមួយបុព្វលាភធានារ៉ាប់រងសុខភាពរបស់អ្នក សូមទូរស័ព្ទទៅ 1-800-562-3022 x15473 ឬបំពេញបែបបទ “ពាក្យសុំសម្រាប់កម្មវិធីការទូទាត់បុព្វលាភ HCA” (HCA 13-705) ដើម្បីដឹង បើអ្នកមានគុណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ ។ អ្នកអាចរកបែបបទបានតាមអ៊ីនធឺណិតតាមគេហទំព័រ www.hca.wa.gov/assets/free-or-low-cost/13-705.pdf		
ព័ត៌មានអំពីគ្រោះថ្នាក់ ឬការរងរបួស		
តើអ្នក ឬជនដែលអ្នកដាក់ពាក្យឲ្យមានគ្រោះថ្នាក់ដែលតម្រូវឲ្យមានការថែទាំវេជ្ជសាស្ត្រក្នុង 3 ឆ្នាំចុងក្រោយទេ? ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ		កាលបរិច្ឆេទគ្រោះថ្នាក់
តើគ្រោះថ្នាក់ដោយសារ ៖ ☐ រថយន្ត ☐ ក្នុងការងារ (L&I) ☐ ការធ្វេសប្រហែស ☐ របួសផ្ទាល់ខ្លួននៅកន្លែងធ្វើការ ឬផ្ទះអ្នកផ្សេង ☐ ផលិតផលខូចគុណភាព ☐ សកម្មភាពឧក្រិដ្ឋកម្ម ☐ ផ្សេងៗ ៖ _____		
បើអ្នកបានគូសរថយន្ត សូមបំពេញផ្នែកនេះទាំងអស់		
ទីតាំងគ្រោះថ្នាក់ (ផ្លូវ/ផ្លូវប្រសព្វ ទីក្រុង មណ្ឌល និងរដ្ឋ)		
តើមានការចូលរួមពីក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងទេ? ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ		
ឈ្មោះអ្នកត្រូវបានធានា		
ឈ្មោះធានារ៉ាប់រង	អាសយដ្ឋានធានារ៉ាប់រង	
លេខទាមទារសង	លេខធានារ៉ាប់រង	
ឈ្មោះអ្នកសម្របសម្រួល	លេខទូរស័ព្ទអ្នកសម្របសម្រួល	
ឈ្មោះជនរងគ្រោះក្នុងគ្រោះថ្នាក់ (ប្រើក្រដាសបន្ថែម បើចាំបាច់)	របួស	
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
តើមានការចូលរួមពីមេធាវីទេ? ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ		
ឈ្មោះមេធាវី	លេខទូរស័ព្ទមេធាវី	អាសយដ្ឋានមេធាវី
តាមរយៈនេះ ខ្ញុំផ្តល់សិទ្ធិបញ្ចេញព័ត៌មានចាំបាច់ទាំងឡាយទាក់ទងនឹងធានារ៉ាប់រងដែលខ្ញុំជាអ្នកទទួលបាន ឬមនុស្សដែលទទួលបានធានារ៉ាប់រង ដល់អាជ្ញាធរថែទាំសុខភាពសម្រាប់គោលបំណងនៃការសម្របសម្រួលនៃផលប្រយោជន៍សុខភាព/វេជ្ជសាស្ត្រ ។ (WAC 182-503-0540)		
ហត្ថលេខា	កាលបរិច្ឆេទ	