

Clever Care Longevity Medicare Advantage (HMO)
 Clever Care Balance Medicare Advantage (HMO)
 Clever Care Fortune Medicare Advantage (HMO)
 Clever Care Value Medicare Advantage (HMO)

តើនរណាអាចប្រើទម្រង់បែបបទនេះបាន?

អ្នកដែលមាន Medicare ដែលចង់ចូលរួមជាមួយគម្រោង Medicare Advantage¹

ដើម្បីចូលរួមគម្រោង អ្នកត្រូវ៖

- ជាពលរដ្ឋអាមេរិក ឬមានវត្តមានស្របច្បាប់នៅសហរដ្ឋអាមេរិក
- រស់នៅក្នុងតំបន់សេវាកម្មរបស់គម្រោង

ចំណុចសំខាន់៖ ដើម្បីចូលរួមជាមួយគម្រោង Medicare Advantage អ្នកត្រូវតែមានទាំង៖

- Medicare ផ្នែក A (ធានារ៉ាប់រងផ្នែកមន្ទីរពេទ្យ)
- Medicare ផ្នែក B (ធានារ៉ាប់រងផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ)

តើខ្ញុំប្រើទម្រង់បែបបទនេះនៅពេលណា?

អ្នកអាចចូលរួមគម្រោង៖

- នៅចន្លោះថ្ងៃទី 15 ខែតុលាដល់ថ្ងៃទី 7 ខែធ្នូជាដាច់ខាត (សម្រាប់ការធានារ៉ាប់រងចាប់ពីថ្ងៃទី 1 ខែមករា)
- ក្នុងរយៈពេល 3 ខែនៃការទទួលបាន Medicare ដំបូង
- នៅក្នុងស្ថានភាពមួយចំនួនដែលអ្នកត្រូវបានអនុញ្ញាតឱ្យចូលរួម ឬផ្លាស់ប្តូរគម្រោង

សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov) ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពីពេលវេលាដែលអ្នកអាចចុះឈ្មោះសម្រាប់គម្រោងបាន។

តើខ្ញុំត្រូវការអ្វីខ្លះដើម្បីបំពេញទម្រង់បែបបទនេះ?

- លេខ Medicare របស់អ្នក (លេខនៅលើកាត Medicare ពណ៌ក្រហម ស និងខៀវរបស់អ្នក)
- អាសយដ្ឋាន និងលេខទូរស័ព្ទអចិន្ត្រៃយ៍របស់អ្នក

ចំណាំ៖ អ្នកត្រូវតែបំពេញចំណុចទាំងអស់នៅក្នុងផ្នែកទី 1។ ចំណុចនៅក្នុងផ្នែកទី 2 គឺជាជម្រើស — អ្នកមិនអាចត្រូវបានបដិសេធលើការធានារ៉ាប់រងដោយសារតែអ្នកមិនបានបំពេញចំណុចទាំងនេះនោះទេ។

ការរំលឹក៖

- ប្រសិនបើអ្នកចង់ចូលរួមក្នុងគម្រោងអំឡុងពេលចុះឈ្មោះនៅរដូវស្លឹកឈើជ្រុះ (ថ្ងៃទី 15 ខែតុលាដល់ថ្ងៃទី 7 ខែធ្នូ) គម្រោងត្រូវតែទទួលបានទម្រង់បែបបទ ដែលបំពេញរួចរាល់របស់អ្នកត្រឹមថ្ងៃទី 7 ខែធ្នូ។
- គម្រោងរបស់អ្នកនឹងផ្ញើកិច្ចបញ្ជូនសម្រាប់ថ្លៃបុព្វលាភរ៉ាប់រងរបស់គម្រោង។ អ្នកអាចជ្រើសរើសចុះឈ្មោះដើម្បីឱ្យមានការដកការទូទាត់បុព្វលាភរ៉ាប់រងរបស់អ្នកពីគណនីធនាគាររបស់អ្នក ឬអត្តប្រយោជន៍សន្តិសុខសង្គមប្រចាំខែរបស់អ្នក (ឬក្រុមប្រឹក្សាចូលផ្នែកនិរុត្តន៍ផ្លូវដែក)។

តើមានអ្វីកើតឡើងបន្ទាប់?

ផ្ញើសំណុំបែបបទដែលបានបំពេញ និងចុះហត្ថលេខារួចរបស់អ្នកមកកាន់៖

Clever Care Health Plan
 Attn: Enrollment Services
 660 W Huntington Drive, Suite 200
 Arcadia, CA 91007
 អ៊ីមែល៖ enrollment@ccmapd.com
 ទូរសារ៖ (657) 276-4757

នៅពេលពួកគេដំណើរការសំណើរបស់អ្នកដើម្បីចូលរួមពួកគេនឹងទាក់ទងអ្នក។

តើខ្ញុំទទួលបានជំនួយជាមួយនឹងទម្រង់បែបបទនេះយ៉ាងដូចម្តេច?

ហៅទូរស័ព្ទទៅ Clever Care តាមលេខ (833) 388-8168។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY អាចហៅទូរសព្ទទៅលេខ 711 ឬហៅទូរសព្ទទៅ Medicare តាមលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY អាចហៅទូរសព្ទទៅលេខ 1-877-486-2048។

En español: Llame a Clever Care al (833) 388-8168/711 o a Medicare gratis al 1-800-633-4227 y oprima el 2 para asistencia en español y un representante estará disponible paraasistirle.

យោងតាមក្រមច្បាប់ស្តីពីការកាត់បន្ថយប្រាក់សន្តិសុខ ឆ្នាំ 1995 មិនមានបុគ្គលណាម្នាក់ចាំបាច់ត្រូវឆ្លើយតបទៅនឹងការប្រមូលផ្តុំព័ត៌មានទេ លុះត្រាតែវាបង្ហាញលេខគ្រប់គ្រង OMB ត្រឹមត្រូវ លេខគ្រប់គ្រង OMB ត្រឹមត្រូវសម្រាប់ការប្រមូលព័ត៌មាននេះគឺ 0938-1154។ ពេលវេលាដែលត្រូវការ ដើម្បីបំពេញព័ត៌មាននេះត្រូវបានប៉ាន់ប្រមាណថាជាមធ្យម 20 នាទីក្នុងការឆ្លើយតបម្តង រួមទាំងពេលវេលាដើម្បីពិនិត្យមើលការណែនាំ ស្វែងរកប្រភពទិន្នន័យដែលមានស្រាប់ ប្រមូលទិន្នន័យដែលត្រូវការ ព្រមទាំងបំពេញនិងពិនិត្យមើលលើការប្រមូលព័ត៌មាន។ ប្រសិនបើអ្នកមានមតិណាមួយពាក់ព័ន្ធនឹងការប្រើប្រាស់នេះដែលបានរាយនាម ឬយោបល់ក្នុងការកែលម្អទម្រង់បែបបទនេះ សូមសរសេរសារទៅកាន់៖ CMS, 7500 Security Boulevard, ចំណុច៖ PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850។

ចំណុចសំខាន់

កុំផ្ញើទម្រង់បែបបទនេះ ឬចំណុចណាមួយដែលមានព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួនរបស់អ្នក (ដូចជាការទាមទារ ការបញ្ជាក់ កំណត់ត្រាវេជ្ជសាស្ត្រណាមួយ) ទៅកាតិបាលវិជ្ជាប្រតិបត្តិការណ៍ PRA ឱ្យដឹងទេ។ ចំណុចណាមួយដែលយើងទទួលបានដែលមិនមែនអំពីរបៀបកែលម្អទម្រង់បែបបទនេះ ឬបន្ទុកក្នុងប្រមូលព័ត៌មាននេះទេ (ដែលមានចែងក្នុង OMB 0938-1378) នឹងត្រូវបញ្ជូនទៅក្រុមការងារ និងមិនត្រូវបានរក្សាទុក ពិនិត្យឡើងវិញ ឬបញ្ជូនបន្តទៅគម្រោងឡើយ។ សូមមើល “តើមានអ្វីកើតឡើងបន្ទាប់?” នៅលើទំព័រនេះ ដើម្បីផ្ញើសំណុំបែបបទដែលបានបំពេញរបស់អ្នកទៅកាន់គម្រោង។

ផ្នែកទី 1

តម្រូវឱ្យសរសេរចូលក្នុងចន្លោះបញ្ចូលទាំងអស់នៅលើទំព័រនេះ (លុះត្រាតែបានសម្គាល់ថាជាជម្រើស)

ជ្រើសរើសគម្រោងដែលអ្នកចង់ចូលរួម៖

<input checked="" type="checkbox"/>	គម្រោង	ខោនធី	បុព្វលាភរ៉ាប់រង
Clever Care Longevity Medicare Advantage (HMO)			
	H7607-002-001	Los Angeles	\$0 ក្នុងមួយខែ
	H7607-002-002	Orange	\$0 ក្នុងមួយខែ
	H7607-002-003	San Diego	\$0 ក្នុងមួយខែ
Clever Care Balance Medicare Advantage (HMO)			
	H7607-003-001	Los Angeles	<\$31.50> ក្នុងមួយខែ
	H7607-003-002	Orange	<\$31.50> ក្នុងមួយខែ
	H7607-003-003	San Diego	<\$31.50> ក្នុងមួយខែ
Clever Care Fortune Medicare Advantage (HMO)			
	H7607-007-001	Los Angeles	\$0 ក្នុងមួយខែ
	H7607-007-002	Orange	\$0 ក្នុងមួយខែ
	H7607-007-003	San Diego	\$0 ក្នុងមួយខែ
Clever Care Value Medicare Advantage (HMO)			
	H7607-008-001	Los Angeles	\$0 ក្នុងមួយខែ
	H7607-008-002	Orange	\$0 ក្នុងមួយខែ
	H7607-008-003	San Diego	\$0 ក្នុងមួយខែ

នាមខ្លួន៖	នាមត្រកូល៖	អាទិសដ្ឋេតកណ្តាល (ជាជម្រើស)៖
ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត (mm/dd/yyyy)៖ / /	ភេទ៖ <input type="checkbox"/> ប្រុស <input type="checkbox"/> ស្រី	លេខទូរស័ព្ទ៖ ()

អាសយដ្ឋានស្នាក់នៅអចិន្ត្រៃយ៍មានលេខផ្លូវ (កុំសរសេរបញ្ចូលប្រអប់សំបុត្រ)៖

ទីក្រុង៖	ខោនធី (ជាជម្រើស)៖	រដ្ឋ៖	លេខកូដតំបន់៖
----------	-------------------	-------	--------------

អាសយដ្ឋានសំបុត្រប្រៃសណីយ៍ បើខុសពីអាសយដ្ឋានអចិន្ត្រៃយ៍របស់អ្នក (អនុញ្ញាតឱ្យប្រើលេខប្រអប់សំបុត្រ)៖

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

ព័ត៌មានអំពី Medicare របស់អ្នក៖

លេខ Medicare ៖ _____ - _____ - _____

ឆ្លើយសំណួរសំខាន់ៗទាំងនេះ៖

តើអ្នកនឹងទទួលបានការធានារ៉ាប់រងឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាផ្សេងទៀត (ដូចជា VA, TRICARE) បន្ថែមលើអត្ថប្រយោជន៍ Clever Care Longevity Medicare Advantage, Clever Care Balance Medicare Advantage, Clever Care Fortune Medicare Advantage, ឬ Clever Care Value Medicare Advantage ដែរឬទេ?		<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ
ឈ្មោះនៃការធានារ៉ាប់រងផ្សេងទៀត៖	លេខសមាជិកសម្រាប់ការធានារ៉ាប់រងនេះ៖	លេខក្រុមសម្រាប់ការធានារ៉ាប់រងនេះ៖

ចំណុចសំខាន់ៗ សូមអាន និងចុះហត្ថលេខាខាងក្រោម៖

- ខ្ញុំត្រូវរក្សាទុកទាំងផ្នែកមន្ទីរពេទ្យ (ផ្នែក A) និងផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ (ផ្នែក B) ដើម្បីបន្តស្ថិតនៅក្នុងគម្រោង Clever Care Longevity Medicare Advantage (HMO), Clever Care Balance Medicare Advantage (HMO), Clever Care Fortune Medicare Advantage (HMO), or Clever Care Value Advantage (HMO)។
- តាមរយៈការចូលរួមជាមួយគម្រោង Medicare Advantage នេះ មានន័យថាខ្ញុំទទួលស្គាល់ថា Clever Care នឹងរំលែកព័ត៌មានរបស់ខ្ញុំជាមួយ Medicare ដែលអាចប្រើព័ត៌មាននេះដើម្បីតាមដានការចុះឈ្មោះរបស់ខ្ញុំ ដើម្បីទូទាត់ប្រាក់ និងសម្រាប់គោលបំណងផ្សេងទៀតអនុញ្ញាតដោយច្បាប់សហព័ន្ធ ដែលអនុញ្ញាតឱ្យប្រមូលព័ត៌មាននេះ (សូមមើលសេចក្តីថ្លែងការណ៍ស្តីពីច្បាប់ឯកជនភាពខាងក្រោម)។
- ការឆ្លើយតបរបស់អ្នកចំពោះទម្រង់បែបបទនេះគឺដោយស្ម័គ្រចិត្ត។ ប៉ុន្តែ ការខកខានមិនបានឆ្លើយតបអាចប៉ះពាល់ដល់ការចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងនេះ។
- ព័ត៌មានអំពីទម្រង់បែបបទចុះឈ្មោះនេះគឺត្រឹមត្រូវតាមដែលខ្ញុំដឹងច្បាស់។ ខ្ញុំយល់ថាប្រសិនបើខ្ញុំមានចេតនាផ្តល់ព័ត៌មានមិនពិតលើទម្រង់បែបបទនេះ នោះខ្ញុំនឹងត្រូវបានដកចេញពីគម្រោងនេះ។
- ខ្ញុំយល់ថាមនុស្សដែលមាន Medicare ជាទូទៅមិនត្រូវបានរ៉ាប់រងនៅក្រោម Medicare ទេ ខណៈពេលដែលស្ថិតនៅក្រៅប្រទេស លើកលែងតែការធានារ៉ាប់រងមានកំណត់នៅជិតព្រំដែនសហរដ្ឋអាមេរិក។
- ខ្ញុំយល់ថានៅពេលដែលការធានារ៉ាប់រងលើ Clever Care Longevity Medicare Advantage, Clever Care Balance Medicare Advantage, Clever Care Fortune Medicare Advantage, ឬ Clever Care Value Medicare Advantage របស់ខ្ញុំ ចាប់ផ្តើម ខ្ញុំត្រូវតែទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ និងឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជារបស់ខ្ញុំទាំងអស់ពី Clever Care។ អត្ថប្រយោជន៍ និងសេវាកម្មដែលផ្តល់ដោយ Clever Care នឹងមាននៅក្នុងឯកសារ “កត្តាឯកសារអំពីការធានារ៉ាប់រង” Clever Care Longevity Medicare Advantage, Clever Care Balance Medicare Advantage, Clever Care Fortune Medicare Advantage, ឬ Clever Care Value Medicare Advantage របស់ខ្ញុំ (ដែលត្រូវបានស្គាល់ផងដែរថាជាកិច្ចសន្យាសមាជិក ឬកិច្ចព្រមព្រៀងអតិថិជន) នឹងត្រូវបានរ៉ាប់រង។ ទាំង Medicare និង Clever Care នឹងមិនបង់ប្រាក់សម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍ ឬសេវាកម្មដែលមិនត្រូវបានរ៉ាប់រងឡើយ។
- ខ្ញុំយល់បានថាហត្ថលេខារបស់ខ្ញុំ (ឬហត្ថលេខារបស់បុគ្គលដែលមានការអនុញ្ញាតឱ្យធ្វើសកម្មភាពតាមនាមខ្ញុំ) លើពាក្យសុំនេះមានន័យថា ខ្ញុំបានអាននិងយល់ពីខ្លឹមសារនៃពាក្យសុំនេះហើយ។ ប្រសិនបើមានការចុះហត្ថលេខាដោយអ្នកតំណាងដែលមានការអនុញ្ញាត (ដូចបានរៀបរាប់ខាងលើ) ហត្ថលេខានេះបញ្ជាក់ថា៖
 1. បុគ្គលនេះត្រូវបានអនុញ្ញាតក្រោមច្បាប់រដ្ឋដើម្បីបញ្ចប់ការចុះឈ្មោះនេះ និង
 2. ឯកសារនៃសិទ្ធិអំណាចនេះអាចផ្តល់ជូនតាមការស្នើសុំពី Medicare។

ហត្ថលេខា៖	កាលបរិច្ឆេទថ្ងៃនេះ៖ (mm/dd/yyyy) / /
-----------	---

ប្រសិនបើអ្នកជាអ្នកតំណាងដែលមានការអនុញ្ញាត សូមចុះហត្ថលេខានៅខាងលើ ហើយបំពេញចន្លោះបញ្ចូលទាំងនេះ៖

ឈ្មោះ៖	អាសយដ្ឋាន៖
លេខទូរស័ព្ទ៖	ទំនាក់ទំនងជាមួយនឹងអ្នកចុះឈ្មោះ៖

ការឆ្លើយសំណួរទាំងនេះគឺជាជម្រើសរបស់អ្នក។ អ្នកមិនអាចត្រូវបានបដិសេធលើការធានារ៉ាប់រង ដោយសារតែអ្នកមិនបានបំពេញចំណុចទាំងនេះនោះទេ។

ជ្រើសរើសភាសាមួយ ប្រសិនបើអ្នកចង់ឱ្យយើងបញ្ជូនព័ត៌មានទៅអ្នកជាភាសាផ្សេងក្រៅពីភាសាអង់គ្លេស។

- ចិន (បុរាណ) គ្រាមភាសាដែលអ្នកពេញចិត្ត៖ ចិនកុកធី ចិនកាតាំង
- ខ្មែរ ភូមិ វៀតណាម អេស្ប៉ាញ ផ្សេងៗ៖ _____

សូមបញ្ជាក់ពីពូជសាសន៍/ជនជាតិដែលជាអត្តសញ្ញាណរបស់អ្នក។

- ជនជាតិស្បែកស ជនជាតិស្បែកខ្មៅ ដើមកំណើតអេស្ប៉ាញ ជនជាតិអាមេរិកដើមកំណើតឥណ្ឌា/ជនជាតិដើមអាឡាស្កា ជនជាតិដើមហាវ៉ៃ/អ្នកកោះប៉ាស៊ីហ្វិក
- អាស៊ី៖ អាស៊ីដើមកំណើតឥណ្ឌា កម្ពុជា ចិន ហ្វីលីពីន ឥណ្ឌូនេស៊ី ជប៉ុន ភូមិ ឡាវ ថៃ វៀតណាម
- ផ្សេងទៀត៖ _____

ជ្រើសរើសយកទម្រង់មួយប្រសិនបើអ្នកចង់ឱ្យយើងបញ្ជូនព័ត៌មានទៅអ្នកក្នុងទម្រង់ដែលអាចប្រើបាន។

- អក្សរស្នាប ការព្រីនទំហំធំ CD សំឡេង

សូមទាក់ទង **Clever Care** តាមលេខ **(833) 388-8168** ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការព័ត៌មាននៅក្នុងទម្រង់ដែលអាចប្រើបានក្រៅពីអ្វីដែលបានរាយខាងលើ ម៉ោងធ្វើការរបស់យើងគឺចាប់ពីម៉ោង 8 ព្រឹកដល់ម៉ោង 8 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ ចាប់ពីថ្ងៃទី 1 ខែតុលាដល់ថ្ងៃទី 31 ខែមីនា និងពីម៉ោង 8 ព្រឹកដល់ម៉ោង 8 យប់ នៅថ្ងៃធ្វើការចាប់ពីថ្ងៃទី 1 ខែមេសា ដល់ថ្ងៃទី 30 ខែកញ្ញា។ សារដែលទទួលបាននៅថ្ងៃឈប់សម្រាក ឬក្រៅម៉ោងធ្វើការរបស់យើងនឹងត្រូវបានបញ្ជូនត្រឡប់វិញក្នុងរយៈពេលមួយថ្ងៃនៃថ្ងៃធ្វើការ។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY អាចហៅទូរស័ព្ទទៅលេខ 711។

- តើអ្នកមានការងារធ្វើដែរឬទេ? បាទ/ចាស ទេ
- តើប្តី/ប្រពន្ធរបស់អ្នកមានការងារធ្វើដែរឬទេ? បាទ/ចាស ទេ

រាយបញ្ជីគ្រូពេទ្យថែទាំបឋមរបស់អ្នក (PCP) ៖

ឈ្មោះរបស់ PCP ៖	លេខសម្គាល់ការចុះឈ្មោះ PCP ៖
-----------------	-----------------------------

- តើអ្នកជាអ្នកជំងឺបច្ចុប្បន្នរបស់វេជ្ជបណ្ឌិតរូបនេះមែនទេ? បាទ/ចាស ទេ

ក្រុមវេជ្ជសាស្ត្រ ឬបណ្តាញគ្រូពេទ្យ៖

ខ្ញុំចង់បានសម្ភារឯកសារដូចខាងក្រោមតាមរយៈអ៊ីមែល។ ជ្រើសរើសមួយ ឬច្រើន៖

- ឯកសារគម្រោងដែលត្រូវបានបង្គាប់ (ឧទាហរណ៍ សេចក្តីជូនដំណឹង អំពីការផ្លាស់ប្តូរប្រចាំឆ្នាំ)
- ការពន្យល់អំពីអត្ថប្រយោជន៍
- ព្រឹត្តិបត្រព័ត៌មាន និងព័ត៌មានគម្រោង
- ព័ត៌មានកម្មវិធីសុខភាព និងសុខុមាលភាព
- ការអញ្ជើញឱ្យចូលរួមសិក្ខាសាលារបស់សមាជិក
- ទាំងអស់ខាងលើនេះ

អាសយដ្ឋានអ៊ីមែល៖

ការបង់បុព្វលាភរ៉ាប់រងលើគម្រោងរបស់អ្នក

អ្នកអាចបង់ថ្លៃបុព្វលាភរ៉ាប់រងគម្រោងប្រចាំខែរបស់អ្នក (រួមទាំងរាល់ការពិន័យលើការចុះឈ្មោះយឺតយ៉ាវ ដែលអ្នកមានក្នុងពេលបច្ចុប្បន្ន ឬអាចនឹងជំពាក់) តាមសំបុត្រ ឬ ការផ្ទេរប្រាក់តាមប្រព័ន្ធអេឡិចត្រូនិច (Electronic Fund Transfer, EFT) រៀងរាល់ខែ។ អ្នកក៏អាចជ្រើសរើសបង់ថ្លៃបុព្វលាភរ៉ាប់រងរបស់អ្នកដោយ អនុញ្ញាតឱ្យដកវាចេញដោយស្វ័យប្រវត្តិពីអត្ថប្រយោជន៍សន្តិសុខសង្គម ឬក្រុមប្រឹក្សាផ្នែកចូលនិវត្តន៍រ៉ែដែក (Railroad Retirement Board, RRB) របស់អ្នក រៀងរាល់ខែ។

ប្រសិនបើអ្នកត្រូវបង់ចំនួនទឹកប្រាក់កែតម្រូវប្រចាំខែដែលទាក់ទងនឹងប្រាក់ចំណូលផ្នែក **D (Part D-Income Related Monthly Adjustment Amount, Part D-IRMAA)** អ្នកត្រូវបង់ប្រាក់បន្ថែមនេះបន្ថែមលើបុព្វលាភរ៉ាប់រងគម្រោងរបស់អ្នក។ ចំនួនទឹកប្រាក់នេះជាធម្មតាត្រូវបានដកចេញពីអត្ថប្រយោជន៍ សន្តិសុខសង្គមរបស់អ្នក ឬអ្នកអាចទទួលបានវិក្កយបត្រពី Medicare (ឬ RRB) កុំបង់ប្រាក់ឱ្យ Clever Care ផ្នែក D-IRMAA។

សេចក្តីផ្តើមការណ៍ស្តីពីការបង់ចំណូល

មជ្ឈមណ្ឌលសម្រាប់សេវាកម្ម Medicare & Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) ប្រមូលព័ត៌មានពីគម្រោង Medicare ដើម្បីតាមដានការចុះឈ្មោះអ្នកទទួលបាននៅក្នុងគម្រោងអត្ថប្រយោជន៍ Medicare (Medicare Advantage, MA), កែលម្អការថែទាំ និងសម្រាប់ការទូទាត់ប្រាក់អត្ថប្រយោជន៍ Medicare ផ្នែក 1851 និង 1860D-1 នៃច្បាប់សន្តិសុខសង្គម និង 42 CFR §§ 422.50 និង 422.60 ដល់សិទ្ធិក្នុងការប្រមូល ព័ត៌មាននេះ។ CMS អាចប្រើ មធ្យោបាយ និងផ្លាស់ប្តូរទិន្នន័យចុះឈ្មោះពីអ្នកទទួលបានរបស់ Medicare ដូចដែលបានបញ្ជាក់នៅក្នុងប្រព័ន្ធកំណត់ត្រាសេចក្តីជូនដំណឹង (SORN) “ឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជារបស់អត្ថប្រយោជន៍ Medicare (MARx)” ប្រព័ន្ធលេខ 09-70-0588។ ការឆ្លើយតបរបស់អ្នកចំពោះទម្រង់បែបបទនេះគឺដោយស្ម័គ្រចិត្ត។ ប៉ុន្តែ ការខកខានមិនបានឆ្លើយតបអាចប៉ះពាល់ដល់ការចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងនេះ។

ការបញ្ជាក់ពីសិទ្ធិទទួលបានសម្រាប់រយៈពេលចុះឈ្មោះ។

ជាធម្មតា អ្នកអាចចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោង **Medicare Advantage** បានតែក្នុងអំឡុងពេលចុះឈ្មោះប្រចាំឆ្នាំចាប់ពីថ្ងៃទី **15** ខែតុលា ដល់ថ្ងៃទី **7** ខែធ្នូជារៀងរាល់ឆ្នាំ ប៉ុណ្ណោះ។ មានករណីលើកលែងដែលអាចអនុញ្ញាតឱ្យអ្នកចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោង Medicare Advantage នៅក្រៅរយៈពេលនេះ។

សូមអានសេចក្តីផ្តើមការណែនាំខាងក្រោមដោយយកចិត្តទុកដាក់ ហើយគូសផឹកប្រអប់ដែលត្រូវនឹងអ្នក។

តាមរយៈការផឹកលើប្រអប់ណាមួយខាងក្រោមនេះ មានន័យថាអ្នកកំពុងបញ្ជាក់តាមការដឹងច្បាស់របស់អ្នកថា អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានសម្រាប់រយៈពេលចុះឈ្មោះនេះ។ ប្រសិនបើយើងកំណត់នៅពេលក្រោយថាព័ត៌មាននេះមិនត្រឹមត្រូវអ្នកអាចត្រូវបានដកឈ្មោះចេញ។

- ខ្ញុំជាសមាជិកថ្មីរបស់ Medicare។
- ខ្ញុំបានចុះឈ្មោះនៅក្នុងគម្រោងអត្ថប្រយោជន៍របស់ Medicare ហើយចង់ធ្វើការផ្លាស់ប្តូរអំឡុងពេលចុះឈ្មោះបើក Medicare Advantage Open Enrollment Period (Medicare Advantage Open Enrollment Period, MA OEP)។
- ថ្មីៗនេះខ្ញុំបានផ្លាស់ទីលំនៅទៅក្រៅតំបន់សេវាកម្មសម្រាប់គម្រោងបច្ចុប្បន្នរបស់ខ្ញុំ ឬខ្ញុំទើបតែផ្លាស់ទីលំនៅ ហើយគម្រោងនេះគឺជាជម្រើសថ្មីសម្រាប់ខ្ញុំ។ ខ្ញុំបានផ្លាស់ទីលំនៅនៅថ្ងៃ (បញ្ចូលកាលបរិច្ឆេទ៖ ___/___/___)។
- ថ្មីៗនេះខ្ញុំត្រូវបានដោះលែងពីការឃុំឃាំង។ ខ្ញុំត្រូវបានដោះលែងនៅថ្ងៃ (បញ្ចូលកាលបរិច្ឆេទ៖ ___/___/___)។
- ថ្មីៗនេះខ្ញុំបានត្រលប់ទៅសហរដ្ឋអាមេរិកវិញបន្ទាប់ពីរស់នៅអចិន្ត្រៃយ៍នៅខាងក្រៅសហរដ្ឋអាមេរិក។ ខ្ញុំបានត្រលប់ទៅសហរដ្ឋអាមេរិកវិញនៅថ្ងៃ (បញ្ចូលកាលបរិច្ឆេទ៖ ___/___/___)។
- ថ្មីៗនេះខ្ញុំទទួលបានស្ថានភាពរក្សាទុកស្របច្បាប់នៅសហរដ្ឋអាមេរិក។ ខ្ញុំទទួលបានស្ថានភាពនេះនៅថ្ងៃ (បញ្ចូលកាលបរិច្ឆេទ៖ ___/___/___)។
- ថ្មីៗនេះខ្ញុំមានការផ្លាស់ប្តូរគម្រោង Medicaid របស់ខ្ញុំ (ទើបទទួលបាន Medicaid, មានការផ្លាស់ប្តូរកម្រិតជំនួយ Medicaid ឬ បាត់បង់ Medicaid) នៅថ្ងៃ (កាលបរិច្ឆេទបញ្ចូល៖ / /)។
- ថ្មីៗនេះខ្ញុំមានការផ្លាស់ប្តូរជំនួយបន្ថែម (Extra Help) របស់ខ្ញុំដែលបង់ថ្លៃធានារ៉ាប់រងសម្រាប់ឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជារបស់ Medicare (ទើបទទួលបានជំនួយបន្ថែម មានការផ្លាស់ប្តូរកម្រិតជំនួយបន្ថែម ឬបាត់បង់ជំនួយបន្ថែម) នៅថ្ងៃ (កាលបរិច្ឆេទបញ្ចូល៖ / /)។
- ខ្ញុំមានទាំង Medicare និង Medicaid (ប្រដូររបស់ខ្ញុំជួយបង់ថ្លៃបុព្វលាភធានារ៉ាប់រង Medicare របស់ខ្ញុំ) ឬខ្ញុំទទួលបានជំនួយបន្ថែមសម្រាប់ការបង់ថ្លៃធានារ៉ាប់រងលើឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជានៃ Medicare របស់ខ្ញុំ ប៉ុន្តែខ្ញុំមិនមានការផ្លាស់ប្តូរទេ។
- ខ្ញុំកំពុងផ្លាស់ទៅរស់នៅ កំពុងរស់នៅ ឬទើបតែផ្លាស់ចេញពីមណ្ឌលថែទាំរយៈពេលវែង (ឧទាហរណ៍ មណ្ឌលថែទាំមនុស្សចាស់ឬជនពិការ ឬមណ្ឌលថែទាំរយៈពេលវែង)។ ខ្ញុំបានផ្លាស់ទី/នឹងផ្លាស់ទីទៅកាន់/ផ្លាស់ទីចេញក្រៅមណ្ឌលនៅថ្ងៃ (បញ្ចូលកាលបរិច្ឆេទ៖ ___/___/___)។
- ថ្មីៗនេះខ្ញុំបានចាកចេញពីកម្មវិធីមួយរបស់ PACE® នៅថ្ងៃ (បញ្ចូលកាលបរិច្ឆេទ៖ ___/___/___)។
- ថ្មីៗនេះខ្ញុំបានបាត់បង់ការធានារ៉ាប់រងឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាដែលអាចជឿទុកចិត្តបានរបស់ខ្ញុំដោយមិនបានស្ម័គ្រចិត្ត (ការធានារ៉ាប់រងដែលល្អដូចជា Medicare ដែរ)។ ខ្ញុំបានបាត់បង់ការធានារ៉ាប់រងលើថ្នាំរបស់ខ្ញុំនៅថ្ងៃ (បញ្ចូលកាលបរិច្ឆេទ៖ ___/___/___)។
- ខ្ញុំកំពុងចាកចេញ/បាត់បង់ការធានារ៉ាប់រងសម្រាប់និយោជក ឬសហជីពនៅថ្ងៃ (បញ្ចូលកាលបរិច្ឆេទ៖ ___/___/___)។
- ខ្ញុំស្ថិតនៅក្នុងកម្មវិធីជំនួយឱសថស្ថានដែលផ្តល់ដោយរដ្ឋរបស់ខ្ញុំ។
- គម្រោងរបស់ខ្ញុំកំពុងបញ្ចប់កិច្ចសន្យារបស់ខ្លួនជាមួយនឹង Medicare ឬ Medicare កំពុងបញ្ចប់កិច្ចសន្យារបស់ខ្លួនជាមួយនឹងគម្រោងរបស់ខ្ញុំ។
- ខ្ញុំបានចុះឈ្មោះចូលក្នុងគម្រោងដោយ Medicare (ប្រដូររបស់ខ្ញុំ) ហើយខ្ញុំចង់ជ្រើសរើសគម្រោងផ្សេងៗ។ ការចុះឈ្មោះរបស់ខ្ញុំនៅក្នុងគម្រោងនោះបានចាប់ផ្តើមនៅថ្ងៃ (បញ្ចូលកាលបរិច្ឆេទ៖ ___/___/___)។
- ខ្ញុំបានចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងតម្រូវការពិសេស (Special Needs Plan, SNP) ប៉ុន្តែខ្ញុំបានបាត់បង់គុណវុឌ្ឍិសម្រាប់តម្រូវការពិសេសដែលតម្រូវឱ្យមាននៅក្នុងគម្រោងនោះ។ ខ្ញុំត្រូវបានដកឈ្មោះចេញពី SNP នៅថ្ងៃ (បញ្ចូលកាលបរិច្ឆេទ៖ ___/___/___)។
- ខ្ញុំទទួលបានផលប៉ះពាល់ដោយគ្រោះអាសន្ន ឬគ្រោះមហន្តរាយធំមួយ (ដូចដែលបានប្រកាសដោយទីភ្នាក់ងារគ្រប់គ្រងគ្រោះអាសន្នរបស់សហព័ន្ធ (FEMA) ឬដោយអង្គភាពសហព័ន្ធ រដ្ឋ ឬរដ្ឋាភិបាលមូលដ្ឋាន)។ សេចក្តីផ្តើមការណែនាំមួយក្នុងចំណោមសេចក្តីផ្តើមការណែនាំផ្សេងទៀតនៅទីនេះអនុវត្តចំពោះខ្ញុំ ប៉ុន្តែខ្ញុំមិនអាចស្នើសុំការចុះឈ្មោះរបស់ខ្ញុំបានទេដោយសារមានគ្រោះមហន្តរាយ។

ប្រសិនបើសេចក្តីផ្តើមការណែនាំទាំងនេះមិនអនុវត្តចំពោះអ្នក ឬអ្នកមិនច្បាស់ សូមទាក់ទង Clever Care តាមលេខ **(833) 388-8168 (TTY: 711)** ដើម្បីមើលថាតើអ្នកមានសិទ្ធិចុះឈ្មោះដែរឬទេ។ ម៉ោងធ្វើការរបស់យើងគឺចាប់ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ ចាប់ពីថ្ងៃទី 1 ខែតុលា ដល់ថ្ងៃទី 31 ខែមីនា និងពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់ ថ្ងៃធ្វើការ ចាប់ពីថ្ងៃទី 1 ខែមេសា ដល់ថ្ងៃទី 30 ខែកញ្ញា សារដែលទទួលបាននៅថ្ងៃឈប់សម្រាក ឬក្រៅម៉ោងធ្វើការរបស់យើងនឹងត្រូវបានបញ្ជូនត្រឡប់វិញក្នុងរយៈពេលមួយថ្ងៃនៃថ្ងៃធ្វើការ។