1 ມັງກອນ – 31 ທັນວາ 2024

ຫຼັກຖານການຄຸ້ມຄອງ:

ສິດຜົນປະໂຫຍດ ແລະ ການບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບຂອງ Medicare ແລະ ການຄຸ້ມຄອງຢາຕາມໃບສັ່ງແພດຂອງທ່ານ ໃນຖານະສະມາຊິກຂອງ CCA Medicare Preferred (PPO)

ເອກະສານສະບັບນີ້ໃຫ້ລາຍລະອຽດແກ່ທ່ານກ່ຽວກັບການຄຸ້ມຄອງຢາຕາມໃບສັ່ງແພດ ແລະ Medicare healthcare ຂອງທ່ານຈາກວັນທີ 1 ມັງກອນ – 31 ທັນວາ 2024. **ນີ້ແມ່ນເອກະສານທາງກົດໝາຍທີ່ສຳຄັນ. ກະລຸນາຮັກສາມັນໄວ້ໃນບ່ອນທີ່ປອດໄພ.**

ຖ້າມີຄຳຖາມກ່ຽວກັບເອກະສານນີ້, ກະລຸນາຕິດຕໍ່ ຝ່າຍບໍລິການສະມາຊິກ ທີ່ເບີ 1-833-346-9222 (ຜູ້ໃຊ້ TTY ຄວນໂທ 711). ໂມງເຮັດວຽກແມ່ນ 8 am ຫາ 8 pm, 7 ມື້ຕໍ່ອາທິດ. ການໂທນີ້ແມ່ນບໍ່ເສຍຄ່າ.

ແຜນປະກັນ, CCA Medicare Preferred, ນີ້ສະເໜີໃຫ້ໂດຍ Commonwealth Care Alliance Rhode Island, LLC. (ເມື່ອຫຼັກຖານຂອງການຄຸ້ມຄອງ **Evidence of Coverage** ນີ້ເວົ້າວ່າ "ພວກເຮົາ," "ພວກເຮົາ," ຫຼື "ຂອງພວກເຮົາ," ຫມາຍເຖິງ Commonwealth Care Alliance Rhode Island, LLC (CCA Health Rhode Island). ເມື່ອເວົ້າວ່າ "ແຜນການ" ຫຼື "ແຜນການຂອງພວກເຮົາ," ມັນຫມາຍເຖິງ CCA Medicare Preferred.)

ໃນລັດ Rhode Island, Commonwealth Care Alliance Rhode Island, LLC ດຳເນີນທຸລະກິດໃນນາມຂອງ CCA Health Rhode Island (CCA Health).

ເອກະສານສະບັບນີ້ອະທິບາຍກ່ຽວກັບຜົນປະໂຫຍດ ແລະ ສິດຂອງທ່ານ. ນຳໃຊ້ເອກະສານນີ້ເພື່ອໃຫ້ເຂົ້າໃຈກ່ຽວກັບ:

- ແຜນພຣີມຽມ ແລະ ການແບ່ງປັນຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຂອງທ່ານ;
- ຜົນປະໂຫຍດດ້ານການແພດ ແລະ ຢາຕາມແພດສັ່ງຂອງທ່ານ;
- ວິທີຍື່ນເອກະສານຮ້ອງທຸກ, ຖ້າທ່ານບໍ່ພໍໃຈການບໍລິການ ຫຼື ການປິ່ນປົວ;
- ວິທີຕິດຕໍ່ຫາພວກເຮົາ, ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອເພີ່ມເຕີມ; ແລະ
- ການປົກປ້ອງອື່ນໆ ທີ່ກຳນົດໂດຍກົດໝາຍ Medicare.

H9876_24_EOC_001_C

ການອະນຸມັດ OMB Approval 0938-1051 (ໝົດອາຍຸວັນທີ 29 ກຸມພາ 2024)

ສິດຜົນປະໂຫຍດ, ຄ່າປະກັນໄພ, ການຫັກອອກ, ແລະ/ຫຼື ການຈ່າຍເງິນຮ່ວມ/ການປະກັນໄພຮ່ວມ ອາດມີການປ່ຽນແປງໃນວັນທີ 1 ມັງກອນ 2025.

ລາຍການຢາ, ຮ້ານຂາຍຢາໃນເຄືອຂ່າຍ ແລະ/ຫຼື
ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດູແລສຸຂະພາບໃນເຄືອຂ່າຍອາດປ່ຽນແປງໄດ້ທຸກເວລາ. ທ່ານຈະໄດ້ຮັບແຈ້ງການເມື່ອຈຳເປັນ. ພວກເຮົາຈະແຈ້ງໃຫ້ຜູ້ລົງທະບຽນທີ່ໄດ້ຮັບຜົນກະທົບຈາກການປ່ຽນແປງຮັບຊາບຢ່າງຫນ້ອຍ 30 ມື້ລ່ວງຫນ້າ.

CCA Medicare Preferred (PPO) ແມ່ນແຜນປະກັນສຸຂະພາບທີ່ເຮັດສັນຍາກັບ Medicare. ການສະຫມັກເຂົ້າຮ່ວມຈະຂຶ້ນກັບການເຮັດສັນຍາຄືນໃຫມ່.

ທ່ານສາມາດໄດ້ຮັບເອກະສານນີ້ຟຣີໃນຮູບແບບອື່ນໆ, ເຊັ່ນ: ການພິມຂະຫນາດໃຫຍ່, ຕົວອັກສອນເບອ, ຫຼືແບບສຽງ. ໂທ 833-346-9222 (TTY 711), 8 am ຫາ 8 pm, 7 ມື້ຕໍ່ອາທິດ. ການໂທແມ່ນບໍ່ເສຍຄ່າ.

ການບໍລິການແປຫຼາຍພາສາ

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-833-346-9222 (TTY 711). Someone who speaks English can help you. This is a free service.

Spanish: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-833-346-9222 (TTY 711). Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin: 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑 问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-833-346-9222 (TTY 711) 。我们的中文工作人员很乐意帮助您。 这是一项免费服务。

Chinese Cantonese: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯 服務。如需翻譯服務，請致電 1-833-346-9222 (TTY 711) 。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這 是一項免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-833-346-9222 (TTY 711). Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-833-346-9222 (TTY 711). Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quí vị cần thông dịch viên xin gọi 1-833-346-9222 (TTY 711) sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quí vị. Đây là dịch vụ miễn phí .

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-833-346-9222 (TTY 711). Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 답해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-833-346-9222 (TTY 711) 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-833-346-9222 (телетайп 711). Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على 1-833-346-9222(رقم هاتف الصم والبكم 711). سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं. एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-833-346-9222 (TTY 711) पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त सेवा है.

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-833-346-9222 (TTY 711). Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portuguese: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-833-346-9222 (TTY 711). Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-833-346-9222 (TTY 711). Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-833-346-9222 (TTY 711). Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese: 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするため に、無料の通訳サービスがありますございます。通訳をご用命になるには、1-833-346-9222 (TTY 711) にお電話ください。日本語を話す人 者 が支援いたします。これは無料のサー ビスです。

Gujarati: અમારી આરોગ્ય અથવા દવાની યોજના વિશે તમને હોય તેવા કોઈપણ પ્રશ્નોના જવાબ આપવા માટે અમારી પાસે મફત દુભાષિયા સેવાઓ છે. દુભાષિયા મેળવવા માટે, અમને ફક્ત 1-833-346-9222 (TTY 711) પર કૉલ કરો. અંગ્રેજી/ગુજરાતી બોલતી વ્યક્તિ તમને મદદ કરી શકે છે. આ એક મફત સેવા છે.

Lao/Laotian:
ພວກເຮົາມີບໍລິການລ່າມແປພາສາໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າເພື່ອຕອບທຸກຄຳຖາມທີ່ທ່ານອາດມີກ່ຽວກັບແຜນສຸຂະພາບ ຫຼື ແຜນຢາຂອງພວກເຮົາ. ເພື່ອຂໍລ່າມແປພາສາ, ພຽງໂທຫາພວກເຮົາທີ່ເບີ 1-833-346-9222 (TTY 711). ຈະມີຜູ້ທີ່ເວົ້າພາສາອັງກິດ/ລາວຊ່ວຍທ່ານໄດ້. ນີ້ແມ່ນການບໍລິການບໍ່ເສຍຄ່າ.

Cambodian: យើងមានសេវាបកប្រែផ្ទាល់មាត់ដោយឥតគិតថ្លៃដើម្បីឆ្លើយសំនួរណាមួយដែលអ្នកអាចមានអំពីគម្រោងសុខភាព ឬថ្នាំរបស់យើង។ ដើម្បីទទួលបានអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ សូមហៅទូរស័ព្ទមកយើងតាមរយៈលេខ 1-833-346-9222 (TTY 711) ។ នរណាម្នាក់ដែលនិយាយភាសាអង់គ្លេស/ភាសាខ្មែរអាចជួយអ្នកបាន។ នេះគឺជាសេវាកម្មដែលឥតគិតថ្លៃ។

ຫຼັກຖານການຄຸ້ມຄອງ ປີ 2024

ສາລະບານ

ພາກທີ 1*: ເລີ່ມຈາກຖານະສະມາຊິກ*..... 5

ຂໍ້ທີ 1 ຄຳແນະນຳ..... 6
ຂໍ້ທີ 2 ສິ່ງໃດທີ່ເຮັດໃຫ້ທ່ານມີສິດເປັນສະມາຊິກແຜນປະກັນ?..... 7
ຂໍ້ທີ 3 ເອກະສານເປັນສະມາຊິກທີ່ສຳຄັນທີ່ທ່ານຈະໄດ້ຮັບ..... 8
ຂໍ້ທີ 4 ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍລາຍເດືອນຂອງທ່ານສຳລັບ CCA Medicare Preferred..... 10
ຂໍ້ທີ 5 ຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບຄ່າປະກັນໄພພຣີມຽມປະຈຳເດືອນຂອງທ່ານ..... 14
ຂໍ້ທີ 6 ການຮັກສາບັນທຶກການເປັນສະມາຊິກແຜນຂອງທ່ານ (ການບັນທຶກການ ວິງທະບຽນແບບລວມສູນ) ໃຫ້ທັນສະໄໝ..... 16
ຂໍ້ທີ 7 ວິທີການທີ່ປະກັນໄພອື່ນໆປະສານງານກັບແຜນຂອງພວກເຮົາ..... 17

ພາກທີ 2: *ຂໍ້ມູນ ແລະ ເບີໂທລະສັບທີ່ສຳຄັນ*..... 20

ຂໍ້ທີ 1 ຜູ້ຕິດຕໍ່ຂອງ CCA Medicare Preferred (ວິທີການຕິດຕໍ່ຫາພວກເຮົາ, ລວມ ທັງວິທີການເຂົ້າເຖິງການບໍລິການສະມາຊິກ)..... 21
ຂໍ້ທີ 2 Medicare (ວິທີຮັບເອົາການຊ່ວຍເຫຼືອ ຫຼື ຂໍ້ມູນໂດຍກົງຈາກໂຄງການ Medicare ຂອງລັດຖະບານກາງ)..... 25
ຂໍ້ທີ 3 ໂຄງການຊ່ວຍເຫຼືອປະກັນໄພສຸຂະພາບຂອງລັດ State Health Insurance Assistance Program (ການຊ່ວຍເຫຼືອ, ຂໍ້ມູນ ແລະ ຄຳຕອບຕໍ່ຄຳຖາມຂອງທ່ານກ່ຽວກັບ Medicare ຟຣີ)..... 26
ຂໍ້ທີ 4 ອົງການການປັບປຸງຄຸນນະພາບ..... 28
ຂໍ້ທີ 5 ປະກັນສັງຄົມ..... 30
ຂໍ້ທີ 6 Medicaid..... 31
ຂໍ້ທີ 7 ຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບໂຄງການທີ່ຊ່ວຍຄົນຈ່າຍຄ່າຢາຕາມແຜນສັ່ງຂອງພວກເຂົາ..... 32
ຂໍ້ທີ 8 ວິທີຕິດຕໍ່ຫາຄະນະກຳມະການບຳນານສຳລັບພະນັກງານທາງລົດໄຟ..... 35
ຂໍ້ທີ 9 ທ່ານມີປະກັນໄພກຸ່ມ ຫຼື ປະກັນໄພສຸຂະພາບອື່ນໆຈາກນາຍຈ້າງຫຼືບໍ່?..... 35
ຂໍ້ທີ 10 ທ່ານສາມາດຂໍຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອຈາກ ສາຍດ່ວນເພື່ອຄຳແນະນຳຈາກແພດ ໄດ້..... 36

ພາກທີ 3: *ນຳໃຊ້ແຜນປະກັນເພື່ອການບໍລິການທາງການແພດຂອງທ່ານ*..... 37

ຂໍ້ທີ 1 ສິ່ງທີ່ຄວນຮູ້ກ່ຽວກັບການຮັບການດູແລທາງການແພດຂອງທ່ານ ໃນຖານະເປັນສະມາຊິກໃນແຜນຂອງພວກເຮົາ..... 38
ຂໍ້ທີ 2 ການໃຊ້ບໍລິການກັບຜູ້ໃຫ້ບໍລິການໃນເຄືອຂ່າຍ ແລະ ນອກເຄືອຂ່າຍເພື່ອຮັບການດູແລທາງການແພດຂອງທ່ານ..... 40

ຂໍ້ທີ 3 ວິທີຮັບການບໍລິການໃນເວລາທີ່ທ່ານມີເຫດການສຸກເສີນ ຫຼື ຄວາມຕ້ອງການຢ່າງຮີບດ່ວນສຳລັບການດູແລ ຫຼື ໃນໄລຍະທີ່ເກີດໄພພິບັດ 46
ຂໍ້ທີ 4 ແມ່ນຫຍັງຈະເກີດຂຶ້ນ ຖ້າທ່ານຖືກຮຽກເກັບເງິນໂດຍກົງສຳລັບຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທັງໝົດໃນການບໍລິການຂອງທ່ານ? 49
ຂໍ້ທີ 5 ບໍລິການທາງການແພດຈະຄຸ້ມຄອງທ່ານແນວໃດໃນເວລາທີ່ທ່ານເຂົ້າຮ່ວມການສຶກສາຄົ້ນຄວ້າທາງການແພດ? 50
ຂໍ້ທີ 6 ກົດລະບຽບສຳລັບການຮັບການເບິ່ງແຍງດູແລໃນສະຖາບັນເບິ່ງແຍງດູແລສຸຂະພາບທີ່ບໍ່ແມ່ນທາງສາສະໜາ 53
ຂໍ້ທີ 7 ກົດລະບຽບການເປັນເຈົ້າຂອງອຸປະກອນທາງການແພດທີ່ທົນທານ 54

ພາກທີ 4: *ຕາຕະລາງຜົນປະໂຫຍດດ້ານການແພດ (ສິ່ງທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ ແລະ ສິ່ງທີ່ທ່ານຈະຕ້ອງຈ່າຍ)* 56

ຂໍ້ທີ 1 ..... ຄວາມເຂົ້າໃຈຄ່າໃຊ້ຈ່າຍດ້ວຍຕົນເອງຂອງທ່ານສຳລັບການບໍລິການທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ 57
ຂໍ້ທີ 2 ໃຊ້ຕາຕະລາງສິດຜົນປະໂຫຍດດ້ານການແພດ ເພື່ອຊອກຫາສິ່ງທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ ແລະ ທ່ານຈະຕ້ອງຈ່າຍເທົ່າໃດ 59
ຂໍ້ທີ 3 ການບໍລິການອັນໃດທີ່ບໍ່ໄດ້ກວມເອົາໃນແຜນການ? 168

ພາກທີ 5: *ການນຳໃຊ້ການຄຸ້ມຄອງຈາກແຜນປະກັນສຳລັບຢາຕາແພດສັ່ງ ພາກ D* 172

ຂໍ້ທີ 1 ຄຳແນະນຳ..... 173
ຂໍ້ທີ 2 ຮັບຢາຕາມແພດສັ່ງຂອງທ່ານທີ່ຮ້ານຂາຍຢາໃນເຄືອຂ່າຍ ຫຼື ຜ່ານການບໍລິການຈັດສົ່ງຕາມຄຳສັ່ງຊື້ຂອງແຜນປະກັນ 173
ຂໍ້ທີ 3ຢາຂອງທ່ານຈຳເປັນຕ້ອງຢູ່ໃນ “ລາຍການຢາ” ຂອງແຜນປະກັນ..... 178
ຂໍ້ທີ 4 ມີຂໍ້ຈຳກັດໃນການຄຸ້ມຄອງຢາບາງປະເພດ 180
ຂໍ້ທີ 5 ແມ່ນຫຍັງຈະເກີດຂຶ້ນ ຖ້າຢາຂອງທ່ານບໍ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງໃນທາງທີ່ທ່ານຕ້ອງການໃຫ້ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ? 182
ຂໍ້ທີ 6 ຈະເກີດຫຍັງຂຶ້ນ ຖ້າການຄຸ້ມຄອງຂອງທ່ານປ່ຽນແປງສຳລັບຢາໃດໜຶ່ງຂອງທ່ານ?..... 186
ຂໍ້ທີ 7 ຢາປະເພດໃດທີ່ບໍ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງໂດຍແຜນປະກັນ?..... 188
ຂໍ້ທີ 8 ການຮັບຢາຕາມແພດສັ່ງ 190
ຂໍ້ທີ 9 ການຄຸ້ມຄອງຢາ ພາກ D ໃນສະຖານະການພິເສດ..... 190
ຂໍ້ທີ 10 ໂປຣແກຣມກ່ຽວກັບຄວາມປອດໄພຂອງຢາ ແລະ ການຈັດການກັບຢາ 192

ພາກທີ 6: *ສິ່ງທີ່ທ່ານຈ່າຍສຳລັບຢາຕາມໃບສັ່ງ ພາກ D ຂອງທ່ານ* 195

ຂໍ້ທີ 1 ຄຳແນະນຳ..... 196

ຂໍ້ທີ 2 ....ສິ່ງທີ່ທ່ານຈ່າຍໃຫ້ຄ່າຢາແມ່ນຂຶ້ນກັບຂັ້ນຕອນການຊຳລະຢາທີ່ທ່ານຢູ່ໃນຕອນທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບຢາ 199

ຂໍ້ທີ 3 ພວກເຮົາສົ່ງລາຍງານໃຫ້ທ່ານທີ່ອະທິບາຍການຊຳລະຄ່າຢາຂອງທ່ານ ແລະທ່ານຢູ່ໃນຂັ້ນຕອນການຈ່າຍເງິນໃດ 200

ຂໍ້ທີ 4 ບໍ່ມີການຫັກອອກສຳລັບ CCA Medicare Preferred..... 201

ຂໍ້ທີ 5 ໃນລະຫວ່າງຂັ້ນຕອນການຄຸ້ມຄອງເບື້ອງຕົ້ນ, ແຜນຈະຈ່າຍສ່ວນແບ່ງຂອງຄ່າຢາຂອງທ່ານ ແລະທ່ານຈ່າຍສ່ວນແບ່ງຂອງທ່ານ 202

ຂໍ້ທີ 6 ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃນຂັ້ນຕອນການຄຸ້ມຄອງຊ່ອງຫວ່າງ 207

ຂໍ້ທີ 7 ໃນລະຫວ່າງຂັ້ນຕອນການຄຸ້ມຄອງໄພພິບັດ, ແຜນການຈະຈ່າຍເງິນສ່ວນໃຫຍ່ໃຫ້ກັບຄ່າຢາຂອງທ່ານ..... 207

ຂໍ້ທີ 8 ຂໍ້ມູນຜົນປະໂຫຍດເພີ່ມເຕີມ 207

ຂໍ້ທີ 9 ພາກ D ວັກຊີນ. ສິ່ງທີ່ທ່ານຈ່າຍຈະຂຶ້ນກັບວິທີການ ແລະ ບ່ອນທີ່ທ່ານຮັບຢາ 208

ພາກທີ 7:
***ຂໍໃຫ້ພວກເຮົາຈ່າຍຄ່າສ່ວນແບ່ງຂອງພວກເຮົາໃນໃບບິນທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບສຳລັບການບໍລິການທາງການແພດຫຼືຢາທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ* 211**

ຂໍ້ທີ 1 ສະຖານະການທີ່ທ່ານຄວນຂໍໃຫ້ພວກເຮົາຈ່າຍສ່ວນແບ່ງຂອງພວກເຮົາສຳລັບຄ່າການບໍລິການ ຫຼື ຢາຂອງທ່ານທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ 212

ຂໍ້ທີ 2 ວິທີການຂໍໃຫ້ພວກເຮົາຈ່າຍເງິນທົດແທນຄືນໃຫ້ທ່ານ ຫຼື ຈ່າຍເງິນສຳລັບໃບຮຽກເກັບເງິນທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບ 215

ຂໍ້ທີ 3 ພວກເຮົາຈະພິຈາລະນາຄຳຮ້ອງຂອງທ່ານສຳລັບການຈ່າຍເງິນ ແລະ ຈະຕອບວ່າ ໄດ້ ຫຼື ບໍ່ໄດ້..... 220

ພາກທີ 8: *ສິດ ແລະ ຄວາມຮັບຜິດຊອບຂອງທ່ານ* 221

ຂໍ້ທີ 1 ແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາຕ້ອງໃຫ້ກຽດ ສິດ ແລະ ຄວາມອ່ອນໄຫວດ້ານວັດທະນະທຳຂອງທ່ານ ໃນຖານະສະມາຊິກຂອງແຜນປະກັນ 222

ຂໍ້ທີ 2 ທ່ານມີຄວາມຮັບຜິດຊອບບາງຢ່າງເປັນສະມາຊິກຂອງແຜນປະກັນ..... 238

ພາກທີ 9: *ສິ່ງທີ່ຕ້ອງເຮັດ ຖ້າທ່ານມີບັນຫາ ຫຼື ຄຳຮ້ອງທຸກ (ຄຳຕັດສິນການຄຸ້ມຄອງ, ການອຸທອນ, ການຮ້ອງທຸກ)* 241

ຂໍ້ທີ 1 ຄຳແນະນຳ..... 242

ຂໍ້ທີ 2 ບ່ອນທີ່ຈະໄດ້ຮັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມ ແລະການຊ່ວຍເຫຼືອສ່ວນບຸກຄົນ 243

ຂໍ້ທີ 3 ເຜື່ອຮັບມືກັບບັນຫາຂອງທ່ານ, ທ່ານຄວນນຳໃຊ້ຂະບວນການໃດ? 244
ຂໍ້ທີ 4 ຄຳແນະນຳກ່ຽວກັບພື້ນຖານການຕັດສິນກ່ຽວກັບການຄຸ້ມຄອງ ແລະ ການອຸທອນ 244
ຂໍ້ທີ 5 ການດູແລທາງການແພດຂອງທ່ານ: ວິທີການຂໍການຕັດສິນໃຫ້ການຄຸ້ມຄອງ ຫຼື ດຳເນີນການອຸທອນສຳລັບການຕັດສິນການຄຸ້ມຄອງ 248
ຂໍ້ທີ 6 ຢາຕາມໃບສັ່ງ ພາກ D ຂອງທ່ານ: ວິທີການຂໍການຕັດສິນດ້ານການຄຸ້ມຄອງ ຫຼື ການຍື່ນອຸທອນ 258
ຂໍ້ທີ 7 ວິທີຂໍໃຫ້ພວກເຮົາຄຸ້ມຄອງການນອນໂຮງໝໍສຳລັບຄົນເຈັບໃນທີ່ຢູ່ດົນກວ່າ ຖ້າທ່ານຄິດວ່າຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບໃຫ້ທ່ານອອກໂຮງໝໍໄວເກີນໄປ 270
ຂໍ້ທີ 8 ວິທີຂໍໃຫ້ພວກເຮົາສືບຕໍ່ຄຸ້ມຄອງການບໍລິການທາງການແພດທີ່ກຳນົດໄວ້ ຖ້າທ່ານຄິດວ່າການຄຸ້ມຄອງຂອງທ່ານສິ້ນສຸດລົງໄວເກີນໄປ 279
ຂໍ້ທີ 9 ເອົາການອຸທອນຂອງທ່ານຂຶ້ນໄປລະດັບ 3 ແລະສູງກວ່ານັ້ນ 287
ຂໍ້ທີ 10 ວິທີການຮ້ອງຮຽນກ່ຽວກັບຄຸນນະພາບຂອງການດູແລ, ເວລາລໍຖ້າ, ການບໍລິການລູກຄ້າ, ຫຼືຄວາມກັງວົນອື່ນໆ 291

ພາກທີ 10: *ການສິ້ນສຸດການເປັນສະມາຊິກຂອງທ່ານໃນແຜນປະກັນ* 297
ຂໍ້ທີ 1 ບົດແນະນຳ ການສິ້ນສຸດການເປັນສະມາຊິກຂອງທ່ານໃນແຜນຂອງພວກເຮົາ 298
ຂໍ້ທີ 2 ທ່ານສາມາດສິ້ນສຸດການເປັນສະມາຊິກຂອງທ່ານໃນແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາໄດ້ເມື່ອໃດ? 298
ຂໍ້ທີ 3 ທ່ານຈະສິ້ນສຸດການເປັນສະມາຊິກຂອງທ່ານໃນແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາແນວໃດ? 301
ຂໍ້ທີ 4 ຈົນກວ່າການເປັນສະມາຊິກຂອງທ່ານຈະສິ້ນສຸດລົງ, ທ່ານຕ້ອງສືບຕໍ່ຮັບການບໍລິການທາງການແພດ ແລະ ຢາຜ່ານແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາ 303
ຂໍ້ທີ 5 CCA Medicare Preferred ຕ້ອງສິ້ນສຸດການເປັນສະມາຊິກຂອງທ່ານໃນແຜນການ ໃນບາງສະຖານະການ 303

ພາກທີ 11: *ແຈ້ງການດ້ານກົດໝ າຍ* 306
ຂໍ້ທີ 1 ແຈ້ງການກ່ຽວກັບກົດໝາຍປົກຄອງ 307
ຂໍ້ທີ 2 ແຈ້ງການກ່ຽວກັບການບໍ່ເລືອກປະຕິບັດ 307
ຂໍ້ທີ 3 ແຈ້ງການກ່ຽວກັບສິດຮັບຊ່ວງສິດຂອງຜູ້ຊຳລະເງິນຂອງ Medicare 309
ຂໍ້ທີ 4 ເຕັກໂນโลຊີໃໝ່ 309
ຂໍ້ທີ 5 ຂໍ້ມູນຕາມການຮ້ອງຂໍ 310

ພາກທີ 12: *ຄຳອະທິບາຍຄຳສັບທີ່ສຳຄັນ* 311

ພາກທີ 1:

ເລີ່ມຈາກຖານະສະມາຊິກ

ຂໍ້ທີ 1 ຄຳແນະນຳ

ຂໍ້ທີ 1.1 ທ່ານໄດ້ລົງທະບຽນຢູ່ໃນ CCA Medicare Preferred, ເຊິ່ງເປັນ Medicare PPO

ທ່ານໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງໂດຍ Medicare ແລະ ທ່ານໄດ້ເລືອກທີ່ຈະຮັບການດູແລສຸຂະພາບຈາກ Medicare ແລະ ການຄຸ້ມຄອງຢາຕາມໃບສັ່ງ ຜ່ານແຜນ CCA Medicare Preferred ຂອງພວກເຮົາ. ພວກເຮົາຖືກກຳນົດໃຫ້ຄຸ້ມຄອງການບໍລິການທັງ ພາກ A ແລະ ພາກ B ທັງໝົດ. ເຖິງຢ່າງໃດກໍຕາມ, ການແບ່ງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ ແລະ ການເຂົ້າເຖິງຜູ້ໃຫ້ບໍລິການໃນແຜນນີ້ຕ່າງຈາກ Original Medicare.

CCA Medicare Preferred ແມ່ນ Medicare Advantage PPO Plan (PPO ຫຍໍ້ມາຈາກ Preferred Provider Organization). ເຊັ່ນດຽວກັນກັບແຜນປະກັນສຸຂະພາບຂອງ Medicare ທັງໝົດ, Medicare PPO ນີ້ໄດ້ຮັບການອະນຸມັດຈາກ Medicare ແລະດຳເນີນການໂດຍບໍລິສັດເອກະຊົນບໍລິສັດໜຶ່ງ.

ການຄຸ້ມຄອງພາຍໃຕ້ແຜນນີ້ມີຄຸນສົມບັດເປັນການຄຸ້ມຄອງສຸຂະພາບທີ່ມີຄຸນວຸດທິ (Qualifying Health Coverage,QHC) ແລະ ຕອບສະໜອງຄວາມຕ້ອງການດ້ານຄວາມຮັບຜິດຊອບຮ່ວມກັນຂອງບຸກຄົນຂອງກົດໝາຍການປົກປ້ອງຄົນເຈັບ ແລະ ລາຄາບໍ່ແພງ (Affordable Care Act's,ACA). ກະລຸນາເຂົ້າເບິ່ງໃນເວັບໄຊ (Internal Revenue Service,IRS) ໄດ້ທີ່: www.irs.gov/affordable-care-act/individuals-and-families ເພື່ອເບິ່ງຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມ.

ຂໍ້ທີ 1.2 ເອກະສານຫຼັກຖານການຄຸ້ມຄອງ Evidence of Coverage ເປັນເອກະສານກ່ຽວກັບຫຍັງ?

ເອກະສານ *ຫຼັກຖານການຄຸ້ມຄອງ Evidence of Coverage* ນີ້ບອກທ່ານກ່ຽວກັບວິທີທີ່ຈະໄດ້ຮັບການດູແລທາງການແພດແລະຢາຕາມໃບສັ່ງແພດຂອງທ່ານ. ມັນອະທິບາຍສິດ ແລະ ຄວາມຮັບຜິດຊອບຂອງທ່ານ, ສິ່ງທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ, ສິ່ງທີ່ທ່ານຈ່າຍໃນຖານະເປັນສະມາຊິກຂອງແຜນປະກັນ ແລະ ວິທີຍື່ນເອກະສານຮ້ອງທຸກ ຖ້າທ່ານບໍ່ພໍໃຈກັບຄຳຕັດສິນ ຫຼື ການປິ່ນປົວ.

ຄຳວ່າ *ການຄຸ້ມຄອງ coverage* ແລະ *ການບໍລິການທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ covered services* ຫມາຍເຖິງການດູແລທາງການແພດ ແລະການບໍລິການ ແລະຢາຕາມໃບສັ່ງແພດທີ່ມີໃຫ້ທ່ານໃນຖານະທີ່ເປັນສະມາຊິກຂອງ CCA Medicare Preferred.

ມັນສຳຄັນຫຼາຍທີ່ທ່ານຈະຕ້ອງຮຽນຮູ້ວ່າກົດລະບຽບຂອງແຜນປະກັນແມ່ນຫຍັງ ແລະ ການບໍລິການອັນໃດທີ່ມີໃຫ້ແກ່ທ່ານ. ພວກເຮົາຂໍແນະນຳໃຫ້ທ່ານແບ່ງເວລາໄວ້ເພື່ອອ່ານເອກະສານ *ຫຼັກຖານການຄຸ້ມຄອງ* ນີ້.

ຖ້າຫາກທ່ານສັບສົນ, ກັງວົນ ຫຼື ພຽງແຕ່ຢາກຖາມຄຳຖາມ, ກະລຸນາຕິດຕໍ່ຫາຝ່າຍບໍລິການສະມາຊິກ.

ຂໍ້ທີ 1.3	ຂໍ້ມູນທາງກົດໝາຍກ່ຽວກັບ <u>ຫຼັກຖານຂອງການຄຸ້ມຄອງ Evidence of Coverage</u>

ຫຼັກຖານການຄຸ້ມຄອງ Evidence of Coverage ນີ້ແມ່ນສ່ວນຫນຶ່ງຂອງສັນຍາຂອງພວກເຮົາທີ່ມີກັບທ່ານກ່ຽວກັບວິທີທີ່ CCA Medicare Preferred ໃຫ້ຄຸ້ມຄອງການປິ່ນປົວຂອງທ່ານ. ພາກອື່ນຂອງສັນຍາສະບັບນີ້ລວມເອົາແບບຟອມການສະໝັກຂອງທ່ານ, *ລາຍການຢາທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ (ລາຍການຢາ)* ແລະ ແຈ້ງການໃດໆທີ່ໄດ້ຮັບຈາກພວກເຮົາກ່ຽວກັບການປ່ຽນແປງການຄຸ້ມຄອງຂອງທ່ານ ຫຼື ຂໍ້ກຳນົດທີ່ສົ່ງຜົນກະທົບຕໍ່ການຄຸ້ມຄອງຂອງທ່ານ. ແຈ້ງການເຫຼົ່ານີ້ບາງຄັ້ງເອີ້ນວ່າ *ຂໍ້ຄວາມເພີ່ມເຕີມ* ຫຼື *ການປັບປຸງ*.

ສັນຍາມີຜົນບັງຄັບໃຊ້ເປັນເວລາຫຼາຍເດືອນ ທີ່ທ່ານໄດ້ລົງທະບຽນກັບ CCA Medicare Preferred ລະຫວ່າງວັນທີ 1 ມັງກອນ 2024 ຫາ 31 ທັນວາ 2024.

ໃນແຕ່ລະປີຕາມປະຕິທິນ, Medicare ອະນຸຍາດໃຫ້ພວກເຮົາດຳເນີນການປ່ຽນແປງຕໍ່ແຜນທີ່ພວກເຮົາສະເຫນີ. ເຊິ່ງຫມາຍຄວາມວ່າພວກເຮົາສາມາດປ່ຽນແປງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ ແລະ ສິດຜົນປະ�โຫຍດຂອງ CCA Medicare Preferred ຫຼັງຈາກວັນທີ 31 ທັນວາ 2024. ພວກເຮົາຍັງສາມາດເລືອກທີ່ຈະຍຸດການນຳສະເຫນີແຜນປະກັນດັ່ງກ່າວ ຫຼື ສະເຫນີໃຫ້ຢູ່ໃນພື້ນທີ່ບໍລິການອື່ນໄດ້ ຫຼັງຈາກວັນທີ 31 ທັນວາ 2024.

Medicare (ສູນບໍລິການ Medicare & Medicaid) ຈະຕ້ອງອະນຸມັດ CCA Medicare Preferred ໃນແຕ່ລະປີ. ທ່ານສາມາດສືບຕໍ່ແຕ່ລະປີເພື່ອໃຫ້ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ Medicare ໃນຖານະເປັນສະມາຊິກຂອງແຜນພວກເຮົາຕາບເທົ່າທີ່ພວກເຮົາເລືອກທີ່ຈະສືບຕໍ່ສະເຫນີແຜນ ແລະ Medicare ຕໍ່ອາຍຸການອະນຸມັດແຜນຂອງພວກເຂົາ.

ຂໍ້ທີ 2 ສິ່ງໃດທີ່ເຮັດໃຫ້ທ່ານມີສິດເປັນສະມາຊິກແຜນປະກັນ?

ຂໍ້ທີ 2.1	ເງື່ອນໄຂການມີສິດໄດ້ຮັບຂອງທ່ານ

ທ່ານມີສິດໃນການເປັນສະມາຊິກໃນແຜນຂອງພວກເຮົາຕາບໃດທີ່:

- ທ່ານມີທັງ Medicare ພາກ A ແລະ Medicare ພາກ B
- -- *ແລະ* -- ທ່ານອາໄສຢູ່ໃນເຂດບໍລິການທາງພູມສາດຂອງພວກເຮົາ (ຂໍ້ທີ 2.3 ຂ້າງລຸ່ມນີ້ອະທິບາຍເຂດບໍລິການຂອງພວກເຮົາ).
  ບຸກຄົນທີ່ຖືກຄຸມຂັງຖືວ່າບໍ່ໄດ້ອາໄສຢູ່ໃນພື້ນທີ່ບໍລິການຂອງພວກເຮົາເຖິງແມ່ນວ່າພວກເຂົາຈະອາໄສຢູ່ໃນພື້ນທີ່ນັ້ນກໍ່ຕາມ.

- -- *ແລະ* -- ທ່ານເປັນພົນລະເມືອງຂອງສະຫະລັດ ຫຼື ຢູ່ໃນປະເທດສະຫະລັດຢ່າງຖືກກົດໝາຍ.

ຂໍ້ທີ 2.2	ນີ້ແມ່ນເຂດບໍລິການແຜນຂອງ CCA Medicare Preferred

CCA Medicare Preferred ມີໃຫ້ສະເພາະບຸກຄົນຜູ້ທີ່ອາໄສຢູ່ໃນເຂດພື້ນທີ່ບໍລິການຕາມແຜນຂອງພວກເຮົາເທົ່ານັ້ນ. ເພື່ອສືບຕໍ່ເປັນສະມາຊິກແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາ, ທ່ານຕ້ອງສືບຕໍ່ອາໄສຢູ່ໃນເຂດບໍລິການແຜນປະກັນ. ເຂດບໍລິການແມ່ນລະບຸໄວ້ຢູ່ລຸ່ມນີ້.

ເຂດບໍລິການຂອງພວກເຮົາລວມມີ ເຄົາຕີ້ ເຫຼົ່ານີ້ໃນ Rhode Island: Bristol, Kent, Newport, Providence ແລະ Washington.

ຖ້າທ່ານວາງແຜນຈະຍ້າຍອອກໄປນອກເຂດບໍລິການຂອງພວກເຮົາ,
ທ່ານຈະບໍ່ສາມາດເປັນສະມາຊິກຂອງແຜນຂອງພວກເຮົາໄດ້.
ກະລຸນາຕິດຕໍ່ຫາຝ່າຍບໍລິການສະມາຊິກເພື່ອເບິ່ງວ່າພວກເຮົາມີແຜນປະກັນໃນເຂດໃໝ່ຂອງທ່ານຫຼືບໍ່.
ເມື່ອທ່ານຍ້າຍ, ທ່ານຈະມີໄລຍະການສະໝັກພິເສດທີ່ອະນຸຍາດໃຫ້ທ່ານປ່ຽນໄປແຜນ Original Medicare ຫຼື ເຂົ້າຮ່ວມໃນແຜນຢາ ຫຼື ສຸຂະພາບຂອງ Medicare ທີ່ມີໃຫ້ໃນສະຖານທີ່ໃໝ່ຂອງທ່ານ.

ມັນຍັງສຳຄັນຫຼາຍທີ່ທ່ານຕ້ອງໂທຫາປະກັນສັງຄົມ, ຖ້າຫາກທ່ານຍ້າຍ ຫຼື ປ່ຽນທີ່ຢູ່ໄປສະນີຂອງທ່ານ. ທ່ານສາມາດເບິ່ງເບີໂທລະສັບ ແລະ ຂໍ້ມູນຕິດຕໍ່ສຳລັບປະກັນສັງຄົມໃນພາກທີ 2, ຂໍ້ທີ 5.

ຂໍ້ທີ 2.3	ພົນລະເມືອງສະຫະລັດ ຫຼື ການຢູ່ຢ່າງຖືກຕ້ອງຕາມກົດຫມາຍ

ສະມາຊິກຂອງແຜນປະກັນສຸຂະພາບ Medicare ຕ້ອງເປັນພົນລະເມືອງສະຫະລັດ ຫຼື ເຂົ້າມາສະຫະລັດຖືກຕ້ອງຕາມກົດໝາຍ. Medicare (ສູນບໍລິການ Medicare & Medicaid) ຈະແຈ້ງໃຫ້ CCA Medicare Preferred ຮັບຊາບ ຖ້າທ່ານບໍ່ມີສິດສືບຕໍ່ເປັນສະມາຊິກບົນພື້ນຖານນີ້. CCA Medicare Preferred ຈະຕ້ອງຍົກເລີກການລົງທະບຽນຂອງທ່ານ ຖ້າທ່ານບໍ່ປະຕິບັດຕາມຂໍ້ກຳນົດນີ້.

ຂໍ້ທີ 3 ເອກະສານເປັນສະມາຊິກທີ່ສຳຄັນທີ່ທ່ານຈະໄດ້ຮັບ

ຂໍ້ທີ 3.1	ບັດສະມາຊິກແຜນປະກັນຂອງທ່ານ

ໃນຂະນະທີ່ທ່ານເປັນສະມາຊິກແຜນຂອງພວກເຮົາ, ທ່ານຕ້ອງນຳໃຊ້ບັດສະມາຊິກຂອງທ່ານໃນເວລາທີ່ທ່ານໄປໃຊ້ບໍລິການທີ່ມີການຄຸ້ມຄອງໂດຍແຜນປະກັນນີ້ ແລະ ສຳລັບຢາຕາມແຜດສັ່ງທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບທີ່ຮ້ານຂາຍຢາເຄືອຂ່າຍ. ທ່ານຄວນສະແດງບັດ Medicaid ຂອງທ່ານຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຮັບຮູ້, ຖ້າມີ. ນີ້ແມ່ນບັດສະມາຊິກຕົວຢ່າງ ເພື່ອສະແດງໃຫ້ທ່ານເຫັນວ່າບັດຂອງທ່ານຈະເປັນແນວໃດ:

ຫ້າມໃຊ້ບັດ Medicare ສີແດງ, ຂາວ ແລະ ຟ້າ ຂອງທ່ານ ສຳລັບການບໍລິການທາງການແພດທີ່ມີການຄຸ້ມຄອງ ໃນຂະນະທີ່ທ່ານເປັນສະມາຊິກຂອງແຜນນີ້. ຖ້າທ່ານໃຊ້ບັດ Medicare ຂອງທ່ານແທນບັດສະມາຊິກ CCA Medicare Preferred ຂອງທ່ານ, ທ່ານອາດຈະຕ້ອງຈ່າຍຄ່າບໍລິການທາງການແພດເຕັມຈຳນວນດ້ວຍຕົວທ່ານເອງ. ຮັກສາບັດ Medicare ຂອງທ່ານໄວ້ໃນບ່ອນທີ່ປອດໄພ. ທ່ານອາດຈະຖືກຂໍໃຫ້ສະແດງບັດ ຖ້າຫາກທ່ານຕ້ອງການບໍລິການຢູ່ໂຮງໝໍ, ບໍລິການທີ່ພັກຂອງຄົນເຈັບໄລຍະທ້າຍຂອງຊີວິດ ຫຼື ເຂົ້າຮ່ວມໃນການສຶກສາຄົ້ນຄວ້າທີ່ໄດ້ຮັບການອະນຸມັດຈາກ Medicare ຫຼື ເອີ້ນວ່າການທົດລອງທາງຄລີນິກ.

ຖ້າບັດສະມາຊິກແຜນປະກັນຂອງທ່ານເສຍຫາຍ, ເສຍ ຫຼື ຖືກລັກ, ກະລຸນາໂທຫາຝ່າຍບໍລິການສະມາຊິກທັນທີ ແລະ ພວກເຮົາຈະສົ່ງບັດໃໝ່ໃຫ້ທ່ານ.

ຂໍ້ທີ 3.2 ບັນຊີລາຍຊື່ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ ແລະ ຮ້ານຂາຍຢາ

ບັນຊີລາຍຊື່ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ ແລະ ຮ້ານຂາຍຢາ ມີບັນຊີລາຍຊື່ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການໃນເຄືອຂ່າຍຂອງພວກເຮົາ ແລະ ຜູ້ສະຫນອງອຸປະກອນການແພດໃຊ້ໄລຍະຍາວ, ແລະບັນດາຮ້ານຂາຍຢາໃນເຄືອຂ່າຍ. **ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການໃນເຄືອຂ່າຍ** ແລະ **ຮ້ານຂາຍຢາໃນເຄືອຂ່າຍ** ແມ່ນທ່ານຫມໍ ແລະ ຜູ້ຊ່ຽວຊານດ້ານການດູແລສຸຂະພາບອື່ນໆ, ກຸ່ມທາງການແພດ, ຜູ້ສະຫນອງອຸປະກອນການແພດໃຊ້ໄລຍະຍາວ, ໂຮງຫມໍ, ຮ້ານຂາຍຢາ ແລະ ສະຖານທີ່ດູແລສຸຂະພາບອື່ນໆ ທີ່ມີຂໍ້ຕົກລົງກັບພວກເຮົາໃນການຍອມຮັບການຈຳລະເງິນຂອງພວກເຮົາແລະການແບ່ງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍເປັນການຈ່າຍເງິນເຕັມຈຳນວນ.

ໃນຖານະສະມາຊິກຂອງແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາ, ທ່ານສາມາດເລືອກທີ່ຈະຮັບການດູແລຈາກຜູ້ໃຫ້ບໍລິການນອກເຄືອຂ່າຍໄດ້. ແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາຈະໃຫ້ການຄຸ້ມຄອງການບໍລິການຕ່າງໆ ຈາກຜູ້ໃຫ້ບໍລິການໃນເຄືອຂ່າຍ ຫຼື ນອກເຄືອຂ່າຍ, ຕາບໃດທີ່ການບໍລິການໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງສິດຜົນປະໂຫຍດ ແລະມີຄວາມຈຳເປັນທາງການແພດ. ແຕ່ວ່າ, ຖ້າທ່ານໃຊ້ ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດູແລສຸຂະພາບນອກເຄືອຂ່າຍ, ສ່ວນແບ່ງຂອງທ່ານທີ່ຕ້ອງຈ່າຍສຳລັບການບໍລິການທີ່ຖືກຄຸ້ມຄອງອາດສູງກວ່າ. ເບິ່ງພາກ 3 (ການໃຊ້ການຄຸ້ມຄອງຂອງແຜນສຳລັບການບໍລິການທາງການແພດຂອງທ່ານ)

ສຳລັບຂໍ້ມູນສະເພາະເພີ່ມເຕີມ. ບັນຊີລາຍຊື່ຂອງຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ, ຮ້ານຂາຍຢາ, ແລະຜູ້ສະຫນອງ ຫຼ້າສຸດແມ່ນມີຢູ່ໃນເວັບໄຊທ໌ຂອງພວກເຮົາທີ່ www.ccahealthri.org.

ຖ້າທ່ານບໍ່ມີສຳເນົາ ບັນຊີລາຍຊື່ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ *ແລະ ຮ້ານຂາຍຢາ*, ທ່ານສາມາດຂໍສຳເນົາ (ແບບເອເລັກໂຕຣນິກ ຫຼື ເປັນເຈ້ຍ) ຈາກ ການບໍລິການສະມາຊິກໄດ້. ການຂໍບັນຊີລາຍຊື່ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການເປັນເຈ້ຍເອກະສານຈະຖືກສົ່ງທາງໄປສະນີຫາທ່ານພາຍໃນສາມວັນທາງວັດຖະການ.

ຂໍ້ທີ 3.3 ລາຍຊື່ ຢາທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ ຂອງແຜນ (ລາຍການຢາ)

ແຜນປະກັນມີ *ລາຍການຢາທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງຈາກແຜນປະກັນ (ລາຍການຢາ)*. ພວກເຮົາເອີ້ນວ່າ "ລາຍການຢາ" ແບບສັ້ນໆ. ມັນຈະບອກວ່າຢາຕາມໃບສັ່ງແພດ ພາກ D ອັນໃດທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງພາຍໃຕ້ສິດຜົນປະ�โຫຍດ ພາກ D ທີ່ລວມຢູ່ໃນ CCA Medicare Preferred. ຢາໃນບັນຊີລາຍຊື່ນີ້ຖືກເລືອກໂດຍແຜນປະກັນດ້ວຍການຊ່ວຍເຫຼືອຂອງທີມຜູ້ໃຫ້ການເບິ່ງແຍງດູແລສຸຂະພາບ ແລະ ແພດການຢາ. ບັນຊີລາຍຊື່ຕ້ອງໄດ້ຕາມເງື່ອນໄຂກຳນົດທີ່ກຳນົດໂດຍ Medicare. Medicare ໄດ້ອະນຸມັດ "ລາຍການຢາ" ຂອງ CCA Medicare Preferred.

"ລາຍການຢາ" ຍັງບອກໃຫ້ທ່ານຮູ້ອີກວ່າມີກົດລະບຽບໃດທີ່ຈຳກັດການຄຸ້ມຄອງຢາຂອງທ່ານ.

ພວກເຮົາຈະຈັດກຽມສຳເນົາ "ລາຍການຢາ" ໃຫ້ກັບທ່ານ. ເພື່ອໃຫ້ໄດ້ຂໍ້ມູນຄົບຖ້ວນທີ່ສຸດ ແລະນຳໃຊ້ປະຈຸບັນກ່ຽວກັບວ່າຢາໃດແດ່ ທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ, ທ່ານສາມາດເຂົ້າເບິ່ງເວັບໄຊທ໌ຂອງແຜນ (www.ccahealthri.org) ຫຼືໂທຫາບໍລິການສະມາຊິກ.

ຂໍ້ທີ 4 ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍລາຍເດືອນຂອງທ່ານສຳລັບ CCA Medicare Preferred

ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຂອງທ່ານອາດຈະລວມມີດັ່ງຕໍ່ໄປນີ້:

- ຄ່າປະກັນໄພແຜນພຣີມຽມ (ຂໍ້ທີ 4.1)
- ຄ່າປະກັນໄພ Medicare ພາກ B ລາຍເດືອນ (ຂໍ້ທີ 4.2)
- ການປັບໃໝການລົງທະບຽນຊ້ຳ ພາກ D (ຂໍ້ທີ 4.4)
- ລາຍໄດ້ທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບຈຳນວນເງິນທີ່ປັບປຸງລາຍເດືອນ (ຂໍ້ທີ 4.5)

ໃນບາງສະຖານະການ, ຄ່າປະກັນໄພແຜນພຣີມຽມຂອງທ່ານອາດຈະ<u>ຫນ້ອຍກວ່ານີ້</u>

ມີໂຄງການທີ່ຈະຊ່ວຍຈ່າຍຄ່າຢາຂອງຜູ້ທີ່ມີຊັບພະຍາກອນຈຳກັດ. ໂຄງການເຫຼົ່ານີ້ລວມມີ "ການຊ່ວຍເຫຼືອພິເສດ" ແລະ ໂຄງການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານຢາຂອງລັດ. ພາກທີ 2, ຂໍ້ທີ 7 ອະທິບາຍເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບໂຄງການເຫຼົ່ານີ້. ຖ້າທ່ານມີຄຸນສົມບັດ, ລົງທະບຽນໃນໂຄງການ ອາດເຮັດໃຫ້ຄ່າປະກັນໄພແຜນປະຈຳເດືອນຂອງທ່ານຫຼຸດລົງ.

ຖ້າທ່ານໄດ້ *ລົງທະບຽນແລ້ວ* ແລະ ໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອຈາກຫນຶ່ງໃນໂຄງການເຫຼົ່ານີ້, **ຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບຄ່າປະກັນໄພໃນ *ຫຼັກຖານການຄຸ້ມຄອງ* Evidence of Coverage ນີ້ອາດຈະບໍ່ນຳໃຊ້ກັບທ່ານ.** ພວກເຮົາໄດ້ສົ່ງຂໍ້ມູນແຍກຕ່າງຫາກໃຫ້ທ່ານ, ເອີ້ນວ່າ *ຫຼັກຖານຂອງການຄຸ້ມຄອງເພີ່ມເຕີມ ສຳລັບຜູ້ທີ່ໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອພິເສດທີ່ຈ່າຍຄ່າຢາຕາມໃບສັ່ງແພດ/ Evidence of Coverage Rider for People Who Get Extra Help Paying for Prescription Drugs* (ຫຼືເອີ້ນກັນວ່າສັນຍາເພີ່ມເຕີມທີ່ມີລາຍໄດ້ຕ່ຳຫຼື LIS Rider), ເຊິ່ງບອກທ່ານກ່ຽວກັບການຄຸ້ມຄອງຢາຂອງທ່ານ. ຖ້າທ່ານບໍ່ມີສ່ວນເພີ່ມນີ້, ກະລຸນາໂທຫາສູນບໍລິການສະມາຊິກ ແລະ ຂໍສັນຍາເພີ່ມເຕີມ LIS.

ຄ່າປະກັນໄພ Medicare ພຣີມຽມພາກ B ແລະ ພາກ D ແມ່ນແຕກຕ່າງກັນສຳລັບຜູ້ທີ່ມີລາຍໄດ້ແຕກຕ່າງກັນ. ຖ້າທ່ານມີຄຳຖາມກ່ຽວກັບຄ່າປະກັນໄພພຣີມຽມເຫຼົ່ານີ້ ກວດເບິ່ງສຳເນົາປຶ້ມຄູ່ມື *Medicare & You 2024*, ພາກສ່ວນທີ່ເອີ້ນວ່າ *2024 Medicare Costs*. ຖ້າທ່ານຕ້ອງການສຳເນົາ ທ່ານສາມາດດາວໂຫລດໄດ້ຈາກເວັບໄຊທ໌ Medicare (<u>www.medicare.gov</u>). ຫຼື, ທ່ານສາມາດສັ່ງພິມສຳເນົາ ໄດ້ທາງໂທລະສັບທີ່ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 ຊົ່ວໂມງຕໍ່ມື້, 7 ມື້ຕໍ່ອາທິດ. ຜູ້ໃຊ້ TTY, ກະລຸນາໂທ 1-877-486-2048.

ຂໍ້ທີ 4.1 ແຜນປະກັນໄພພຣີມຽມ

ທ່ານບໍ່ໄດ້ຈ່າຍຄ່າແຜນປະກັນໄພພຣີມຽມລາຍເດືອນແຍກຕ່າງຫາກສຳລັບ CCA Medicare Preferred.

ຂໍ້ທີ 4.2 ຄ່າປະກັນໄພ Medicare ພາກ B ລາຍເດືອນ

ສະມາຊິກຫຼາຍຄົນຈຳເປັນຕ້ອງໄດ້ຈ່າຍຄ່າປະກັນໄພ Medicare ອື່ນໆ

ທ່ານຕ້ອງສືບຕໍ່ຈ່າຍຄ່າປະກັນໄພ Medicare ພຣີມຽມຂອງທ່ານເພື່ອສືບຕໍ່ເປັນສະມາຊິກຂອງແຜນປະກັນ.ນີ້ລວມມີຄ່າປະກັນໄພພຣີມຽມຂອງທ່ານສຳລັບ ພາກ B. ມັນຍັງອາດລວມເອົາຄ່າປະກັນໄພສຳລັບ ພາກ A ເຊິ່ງມີຜົນຕໍ່ສະມາຊິກຜູ້ທີ່ບໍ່ມີສິດໄດ້ຮັບຄ່າປະກັນໄພ ພາກ A ຟຣີ.

ຂໍ້ທີ 4.3	**ການປັບໄຫມການວົງທະບຽນຊ້ຳ ພາກ D**

ສະມາຊິກບາງທ່ານ ຕ້ອງຈ່າຍ ຄ່າປັບໃຫມ**ການວົງທະບຽນຊ້ຳ** ພາກ D. ການປັບໄຫມການວົງທະບຽນຊ້ຳ ພາກ D ແມ່ນຄ່າປະກັນເພີ່ມເຕີມທີ່ຕ້ອງໄດ້ຈ່າຍໃຫ້ສຳລັບການຄຸ້ມຄອງ ພາກ D ຖ້າຫາກເວລາໃດກໍຕາມຫຼັງຈາກຊ່ວງທຳອິດຂອງການວົງທະບຽນຂອງທ່ານສິ້ນສຸດລົງ, ມີໄລຍະເວລາ 63 ວັນຂຶ້ນໄປເປັນໄລຍະຕິດຕໍ່ກັນໃນເວລາທີ່ທ່ານບໍ່ມີການຄຸ້ມຄອງ ພາກ D ຫຼື ຢາຕາມໃບສັ່ງທີ່ເຊື່ອຖືໄດ້ອື່ນໆ. ການຄຸ້ມຄອງຢາຕາມແຜນສັ່ງທີ່ຫນ້າເຊື່ອຖືແມ່ນການຄຸ້ມຄອງທີ່ສອດຄ່ອງກັບມາດຕະຖານຂັ້ນຕ່ຳສຸດຂອງ Medicare ເນື່ອງຈາກຄາດວ່າຈະຈ່າຍໂດຍສະເລ່ຍຢ່າງຫນ້ອຍໃຫ້ເທົ່າກັບການຄຸ້ມຄອງຢາຕາມແຜນສັ່ງຕາມມາດຕະຖານຂອງ Medicare. ຄ່າປັບໄຫມຍ້ອນການວົງທະບຽນຊ້ຳຂຶ້ນກັບໄລຍະເວລາທີ່ທ່ານບໍ່ມີການຄຸ້ມຄອງ ພາກ D ຫຼື ຢາຕາມແຜນສັ່ງທີ່ເຊື່ອຖືໄດ້ອື່ນໆ. ທ່ານຈະໄດ້ຊຳລະການປັບໄຫມນີ້ຕາບໃດທີ່ທ່ານມີການຄຸ້ມຄອງ ພາກ D.

ການປັບໄຫມວົງທະບຽນຊ້ຳ ພາກ D ຈະເພີ່ມໃສ່ຄ່າປະກັນໄພປະຈຳເດືອນຂອງທ່ານ. ເມື່ອທ່ານວົງທະບຽນໃນ CCA Medicare Preferred ທຳອິດ, ພວກເຮົາຈະແຈ້ງໃຫ້ທ່ານຮັບຊາບຈຳນວນປັບໄຫມ. ຖ້າທ່ານບໍ່ຈ່າຍຄ່າປັບໄຫມການວົງທະບຽນຊ້ຳ ພາກ D, ທ່ານອາດເສຍສິດຜົນປະ�โຫຍດຢາຕາມໃບສັ່ງແພດຂອງທ່ານ.

ທ່ານ**ຈະບໍ່**ຈຳເປັນຕ້ອງຈ່າຍ, ຖ້າວ່າ:

- ທ່ານຍັງໄດ້ຮັບ "ການຊ່ວຍເຫຼືອພິເສດ" ຈາກ Medicare ເພື່ອຈ່າຍຄ່າຢາຕາມແຜນສັ່ງຂອງທ່ານ.
- ທ່ານໃຊ້ເວລາຫນ້ອຍກວ່າ 63 ມື້ຕິດຕໍ່ກັນໂດຍບໍ່ມີການຄຸ້ມຄອງທີ່ເຊື່ອຖືໄດ້.
- ທ່ານມີການຄຸ້ມຄອງຄ່າຢາທີ່ເຊື່ອຖືໄດ້ຜ່ານແຫຼ່ງອື່ນໆເຊັ່ນ: ອະດີດນາຍจ້າງ, ສະຫະພັນກຳມະບານ, TRICARE ຫຼື ພະແນກນັກຮົບເກົ່າ. ຜູ້ໃຫ້ປະກັນໄພຂອງທ່ານ ຫຼື ພະແນກຊັບພະຍາກອນມະນຸດຂອງທ່ານຈະບອກທ່ານໃນທຸກປີ ຖ້າການຄຸ້ມຄອງຄ່າຢາຂອງທ່ານແມ່ນການຄຸ້ມຄອງທີ່ຫນ້າເຊື່ອຖື. ຂໍ້ມູນນີ້ອາດຈະຖືກສົ່ງໄປຫາທ່ານທາງຈົດຫມາຍ ຫຼື ລວມຢູ່ໃນຈົດຫມາຍຂ່າວຈາກແຜນປະກັນນີ້. ກະລຸນາເກັບຮັກສາຂໍ້ມູນນີ້ໄວ້, ເນື່ອງຈາກວ່າທ່ານອາດຕ້ອງການມັນ ຖ້າທ່ານເຂົ້າຮ່ວມແຜນປະກັນຄ່າຢາຂອງ Medicare ໃນພາຍຫຼັງ.
    - **ຫມາຍເຫດ:** ແຈ້ງການທັງຫມົດ ຈະຕ້ອງລະບຸວ່າທ່ານມີການຄຸ້ມຄອງຢາຕາມໃບສັ່ງແພດທີ່ເຊື່ອຖືໄດ້ ທີ່ຄາດວ່າຈະຈ່າຍໃຫ້ຫຼາຍເທົ່າກັບແຜນການຢາຕາມໃບສັ່ງແພດຕາມມາດຕະຖານຂອງ Medicare.
    - **ຫມາຍເຫດ:** ບໍລິການລຸ່ມນີ້ບໍ່ຫນ້າເຊື່ອຖືໃນການໃຫ້ການຄຸ້ມຄອງຢາຕາມໃບສັ່ງແພດ: ບັດສ່ວນຫຼຸດຄ່າຢາຕາມໃບສັ່ງແພດ, ຄລີນິກຟຣີ ແລະເວັບໄຊທ໌ສ່ວນຫຼຸດຢາ.

Medicare ກຳນົດຈຳນວນຄ່າປັບໄຫມ. ວິທີການມີດັ່ງນີ້:

- ຖ້າທ່ານຜ່ານ 63 ມື້ ຫຼື ຫຼາຍກວ່ານັ້ນໂດຍບໍ່ມີການຄຸ້ມຄອງໃນ ພາກ D ຫຼື ການຄຸ້ມຄອງຢາຕາມໃບສັ່ງແພດທີ່ເຊື່ອຖືໄດ້ອື່ນໆຫຼັງຈາກທີ່ທ່ານມີສິດລົງທະບຽນໃນພາກ D ເປັນຄັ້ງທຳອິດ, ແຜນການຈະນັບຈຳນວນເດືອນທັງໝົດທີ່ທ່ານບໍ່ມີການຄຸ້ມຄອງ. ການປັບໄຫມແມ່ນ 1% ສຳລັບທຸກໆເດືອນທີ່ທ່ານບໍ່ມີການຄຸ້ມຄອງທີ່ຫນ້າເຊື່ອຖື. ຕົວຢ່າງ: ຖ້າຫາກທ່ານບໍ່ມີການຄຸ້ມຄອງ 14 ເດືອນ, ການປັບໄຫມຈະເປັນ 14%.
- ຈາກນັ້ນ Medicare ຈະກຳນົດຈຳນວນຄ່າປະກັນພຣີມຽມລາຍເດືອນສະເລ່ຍສຳລັບແຜນປະກັນຄ່າຢາ Medicare ພາຍໃນປະເທດຈາກປີທີ່ຜ່ານມາ. ສຳລັບປີ 2024, ຈຳນວນຄ່າປະກັນສະເລ່ຍນີ້ແມ່ນ $ 34.70.
- ເພື່ອຄຳນວນການປັບໄຫມລາຍເດືອນຂອງທ່ານ, ທ່ານຕ້ອງຄູນເປີເຊັນການປັບໄຫມ ແລະ ຄ່າທຳນຽມລາຍເດືອນສະເລ່ຍ, ຈາກນັ້ນປັບເສດຂຶ້ນໃຫ້ເປັນ 10 ເຊັນທີ່ໃກ້ທີ່ສຸດ. ໃນຕົວຢ່າງນີ້, ມັນຈະເປັນ 14 % ຄູນ $34.70, ເຊິ່ງເທົ່າກັບ $4.858. ການປັບຂຶ້ນແມ່ນ $4.90. ຈຳນວນນີ້ຈະຖືກເພີ່ມ**ເຂົ້າໃນຄ່າປະກັນພຣີມຽມລາຍເດືອນສຳລັບບາງຄົນທີ່ຖືກປັບໄຫມຈາກການລົງທະບຽນຊ້າ ພາກ D*.

ສິ່ງສຳຄັນສາມປະການທີ່ຕ້ອງຮັບຮູ້ກ່ຽວກັບການປັບໄຫມການລົງທະບຽນຊ້າ ພາກ D ປະຈຳເດືອນນີ້ຄື:

- ປະການທີຫນຶ່ງ, **ການປັບໄຫມອາດມີການປ່ຽນແປງໃນແຕ່ລະປີ**, ເນື່ອງຈາກວ່າຄ່າປະກັນລາຍເດືອນສະເລ່ຍສາມາດປ່ຽນແປງແຕ່ລະປີ.
- ປະການທີສອງ, **ທ່ານຈະຕ້ອງສືບຕໍ່ຈ່າຍຄ່າປັບໄຫມ**ທຸກໆເດືອນຕາບໃດທີ່ທ່ານເຂົ້າຮ່ວມໃນແຜນທີ່ມີຜົນປະ�โຫຍດດ້ານຄ່າຢາ Medicare ພາກ D, ເຖິງແມ່ນວ່າທ່ານໄດ້ປ່ຽນແຜນປະກັນ.
- ປະການທີສາມ, ຖ້າຫາກທ່ານອາຍຸ<u>ຕ່ຳກວ່າ</u> 65 ປີ ແລະ ກຳລັງໄດ້ຮັບຜົນປະ�โຫຍດ Medicare, ການປັບໄຫມການລົງທະບຽນຊ້າ ພາກ D ຈະຖືກຕັ້ງໃຫ່ມ່ຖ້າທ່ານອາຍຸຮອດ 65 ປີ. ຫຼັງຈາກອາຍຸ 65 ປີ, ການປັບໄຫມການລົງທະບຽນຊ້າ ພາກ D ຂອງທ່ານຈະອີງຕາມຈຳນວນເດືອນທີ່ທ່ານບໍ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງຫຼັງຈາກໄລຍະການລົງທະບຽນເຂົ້າຮ່ວມເລີ່ມຕົ້ນສຳລັບອາຍຸທີ່ເຂົ້າສູ່ Medicare ເທົ່ານັ້ນ.

ຖ້າຫາກທ່ານບໍ່ເຫັນດີກັບການປັບໄຫມການລົງທະບຽນຊ້າ ພາກ D, ທ່ານ ຫຼື ຜູ້ຕາງຫນ້າຂອງທ່ານສາມາດຂໍການທົບທວນໄດ້. ໂດຍທົ່ວໄປແລ້ວ, ທ່ານຕ້ອງຂໍການທົບທວນນີ້**ພາຍໃນ 60 ວັນ**ຈາກວັນທີຂອງຈົດຫມາຍສະບັບທຳອິດທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບລະບຸວ່າທ່ານຕ້ອງໄດ້ຈ່າຍຄ່າປັບໄຫມການລົງທະບຽນຊ້າ. ເຖິງຢ່າງໃດກໍ່ຕາມ, ຖ້າທ່ານໄດ້ຈ່າຍຄ່າປັບໄຫມກ່ອນເຂົ້າຮ່ວມໃນແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາ, ທ່ານອາດຈະມີໂອກາດອື່ນໆອີກໃນການຂໍການທົບທວນການປັບໄຫມການລົງທະບຽນຊ້ານັ້ນ.

ຂໍ້ທີ 4.5	**ຈຳນວນການປັບຄ່າໃຊ້ຈ່າຍລາຍເດືອນທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບລາຍໄດ້**

ສະມາຊິກບາງຄົນອາດຈະຖືກຂໍໃຫ້ຈ່າຍເພີ່ມ,
ເອີ້ນວ່າຈຳນວນການປັບຄ່າໃຊ້ຈ່າຍລາຍເດືອນທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບລາຍໄດ້ ພາກ D ຫຼື ເອີ້ນວ່າ (Income Related Monthly Adjustment Amount,IRMAA).
ການເກັບເງິນເພີ່ມແມ່ນຖືກຄຳນວນໂດຍການໃຊ້ລາຍຮັບທັງໝົດທີ່ປັບແລ້ວຕາມທີ່ໄດ້ລາຍງານໃນເອກະສານການຄືນພາສີ IRS ຂອງທ່ານຈາກ 2 ປີທີ່ຜ່ານມາ. ຖ້າຫາກຈຳນວນນີ້ກາຍຈຳນວນທີ່ກຳນົດ, ທ່ານຈະຕ້ອງຈ່າຍຈຳນວນຄ່າປະກັນພຣີມຽມມາດຕະຖານ ແລະ IRMAA ເພີ່ມເຕີມ.
ສຳລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບຈຳນວນເພີ່ມທີ່ທ່ານຈຳເປັນຕ້ອງຈ່າຍໂດຍອີງໃສ່ລາຍຮັບຂອງທ່ານ, ກະລຸນາເຂົ້າເບິ່ງ https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/monthly-premium-for-drug-plans.

ຖ້າທ່ານຈຳເປັນຕ້ອງຈ່າຍຈຳນວນເພີ່ມທີ່ບໍ່ແມ່ນແຜນປະກັນ Medicare ຂອງທ່ານ, ປະກັນສັງຄົມຈະສົ່ງຈົດໝາຍແຈ້ງທ່ານວ່າຈຳນວນເພີ່ມເຕີມແມ່ນເທົ່າໃດ. ຈຳນວນເພີ່ມເຕີມຈະຖືກຖອນຈາກປະກັນສັງຄົມຂອງທ່ານ, ຄະນະກຳມະການບຳນານທາງລົດໄຟ ຫຼື ສຳນັກງານບໍລິຫານຜົນປະໂຫຍດພະນັກງານ, ບໍ່ວ່າທ່ານຈະໄດ້ຈ່າຍຄ່າປະກັນແຜນພຣີມຽມຂອງທ່ານປົກກະຕິເທົ່າໃດ, ຍົກເວັ້ນວ່າຜົນປະໂຫຍດປະຈຳເດືອນຂອງທ່ານບໍ່ພຽງພໍທີ່ຈະຈ່າຍຈຳນວນເພີ່ມເຕີມທີ່ທ່ານຄ້າງຊຳລະ. ຖ້າຫາກໃບເຊັກຈ່າຍຜົນປະໂຫຍດທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບບໍ່ພຽງພໍທີ່ຈະຈ່າຍເງິນຈຳນວນເພີ່ມເຕີມ, ທ່ານຈະຕ້ອງໄປເອົາໃບບິນຮຽກເກັບເງິນຈາກ Medicare. **ທ່ານຈຳເປັນຕ້ອງຈ່າຍເງິນເພີ່ມເຕີມໃຫ້ແກ່ລັດຖະບານ. ມັນບໍ່ສາມາດຈ່າຍດ້ວຍຄ່າປະກັນແຜນພຣີມຽມປະຈຳເດືອນຂອງທ່ານໄດ້. ຖ້າທ່ານບໍ່ຈ່າຍເງິນຈຳນວນເພີ່ມ, ທ່ານຈະຖືກຕັດສິດຈາກແຜນ ແລະ ສູນເສຍການຄຸ້ມຄອງຄ່າຢາຕາມແພດສັ່ງ.**

ຖ້າຫາກທ່ານບໍ່ເຫັນດີກັບການຈ່າຍເງິນເພີ່ມ, ທ່ານສາມາດຂໍໃຫ້ປະກັນສັງຄົມກວດຄືນຄຳຕັດສິນໄດ້. ເພື່ອເບິ່ງເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບວິທີດຳເນີນການດັ່ງກ່າວ, ກະລຸນາຕິດຕໍ່ຫາປະກັນສັງຄົມທີ່ 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

ຂໍ້ທີ 5 ຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບຄ່າປະກັນໄພພຣີມຽມປະຈຳເດືອນຂອງທ່ານ

ຂໍ້ທີ 5.1	**ຖ້າທ່ານຈ່າຍຄ່າປັບໃຫມການລົງທະບຽນຊ້າ ພາກ D, ທ່ານສາມາດຈ່າຍຄ່າປັບໃຫມໄດ້ຫຼາຍວິທີ**

ມີສາມ (3) ວິທີທີ່ທ່ານສາມາດຈ່າຍຄ່າປັບໃຫມໄດ້.

ທ່ານຈະຈ່າຍດ້ວຍເຊັກ (ທາງເລືອກ 1) ຫຼືດ້ວຍບັດເຄຣດິດ ຫຼື ການຖອນເງິນອັດຕະໂນມັດ (ທາງເລືອກ 2) ຍົກເວັ້ນວ່າທ່ານບອກພວກເຮົາວ່າທ່ານຕ້ອງການຄ່າປັບໃໝການລົງທະບຽນຊ້ຳຂອງພາກ D ຖືກຫັກອອກຈາກທະນາຄານຂອງທ່ານໂດຍອັດຕະໂນມັດ (ທາງເລືອກ 2) ຫຼືເຊັກປະກັນສັງຄົມຂອງທ່ານ (ທາງເລືອກ 3). ເພື່ອລົງທະບຽນໃນທາງເລືອກ 2 ຫຼື 3 ຫຼື ປ່ຽນການເລືອກຂອງທ່ານເມື່ອໃດກໍ່ໄດ້, ກະລຸນາໂທຫາ ຝ່ າຍບໍລິການສະມາຊິກ ແລະ ບອກພວກເຮົາວ່າທ່ານຕ້ອງການທາງເລືອກໃດ.

ທາງເລືອກ 1: ຈ່າຍດ້ວຍເຊັກ

ກະລຸນາສັ່ງຈ່າຍເຊັກໃຫ້ກັບ Commonwealth Care Alliance Rhode Island. ທຸກໆເດືອນທ່ານຈະໄດ້ ຮັບລາຍງານບັນຊີສຳ ຮອງ. ສ່ວນລຸ່ມສຸດຂອງ ບັນຊີສຳຮອງຄວນຈະຖືກແຍກອອກຕາມແຖບ ຮູບຈີກເຈ້ຍ ແລະ ເອົາໃສ່ຊອງຄືນທີ່ມາພ້ອມ ກັບບັນຊີສຳຮອງຂອງທ່ານ. ເອົາເຊັກໃສ່ ໃນຊອງຈົດຫມາຍ ແລະ ປິດ. ຄ່າໄປສະນີ ແມ່ນຕ້ອງມີ ແລະ ຈຳເປັນຕ້ອງໄດ້ຄັດຕິດມາ. ເຊັກຕ້ອງໄດ້ຮັບພາຍໃນວັນທີ 5 ຂອງແຕ່ລະ ເດືອນ.

ທາງເລືອກ 2: ບັດເຄຣດິດ ຫຼື ການຖອນເງິນອັດຕະໂນມັດ

ກະລຸນາໄປທີ່ https://payments.payspanhealth.com/CCA ປະຕິບັດຕາມຄຳແນະນຳການເຂົ້າສູ່ລະບົບ ແລະ ເລືອກວິທີການຊຳລະເງິນທີ່ຕ້ອງການ. ທາງເລືອກຂອງທ່ານແມ່ນບັດເຄຣດິດ ຫຼື ການຖອນເງິນອັດຕະໂນມັດຈາກບັນຊີເງິນຝາກຂອງທ່ານ. ທ່ານມີທາງເລືອກທີ່ຈະເລືອກເອົາຈຳນວນແລະຄວາມຖີ່ໃນການຈ່າຍເງິນ ຂອງທ່ານ.

ທາງເລືອກ 3: ມີການຫັກເອົາຄ່າປັບໃໝການລົງທະບຽນຊ້ຳ ພາກ D ຂອງທ່ານອອກຈາກເຊັກເງິນສິດປະກັນສັງຄົມປະຈຳເດືອນຂອງທ່ານ

ທ່ານສາມາດຈ່າຍຄ່າປັບໃໝການລົງທະບຽນຊ້ຳຂອງພາກ D ດ້ວຍການຫັກອອກຈາກເຊັກປະກັນສັງຄົມປະຈຳ ເດືອນຂອງທ່ານໄດ້. ຕິດຕໍ່ ຝ່ າຍບໍລິການສະມາຊິກ ສຳລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບວິທີຈ່າຍຄ່າປັບໃໝຂອງທ່ ານດ້ວຍວິທີນີ້. ພວກເຮົາຍິນດີຊ່ວຍທ່ານຈັດການກັບບັນຫານີ້. (ເບີໂທລະສັບສຳລັບຝ່ າຍບໍລິການສະມາຊິກແມ່ ນພິມຕິດຢູ່ໃນດ້ານຫຼັງຂອງປຶ້ມຄູ່ມືນີ້.)

ການປ່ຽນແປງວິທີຈ່າຍຄ່າປັບໃໝການລົງທະບຽນຊ້ຳພາກ D ຂອງທ່ານ.

ຖ້າທ່ານຕັດສິນໃຈປ່ຽນທາງເລືອກໃນການຈ່າຍຄ່າປັບໃໝການລົງທະບຽນຊ້ຳ ພາກ D, ອາດຈະຕ້ອງໃຊ້ເວລາ ຖຶງສາມເດືອນ ຈົນກວ່າວິທີການຊຳລະເງິນໃໝ່ຂອງທ່ານຈະມີຜົນບັງຄັບໃຊ້. ໃນຂະນະທີ່ພວກເຮົາດຳເນີນຕາ ມຄຳຮ້ອງຂໍວິທີການຊຳລະໃຫມ່ຂອງທ່ານ, ທ່ານມີຫນ້າທີ່ຮັບຜິດຊອບໃນການກວດສອບໃຫ້ແນ່ໃຈວ່າຄ່າປັບໃ ໝການລົງທະບຽນຊ້ຳ ພາກ D ຂອງທ່ານຖືກຊຳລະຕົງຕາມເວລາ. ເພື່ອປ່ຽນວິທີທີ່ທ່ານຈ່າຍຄ່າປັບໃໝ, ກະລຸ ນາຕິດຕໍ່ ຝ່ າຍບໍລິການສະມາຊິກ. ພວກເຮົາຍິນດີຊ່ວຍທ່ານ.

ຈະເຮັດແນວໃດ ຖ້າທ່ານມີບັນຫາໃນການຈ່າຍຄ່າປັບໃຫມ່ການວິງທະບຽນຊ້ຳຂອງ ພາກ D

ການຊຳລະເງິນຄ່າປັບໃຫມ່ການວິງທະບຽນ ພາກ D ຊ້ຳຂອງທ່ານຈະຕ້ອງເຖິງຫ້ອງການຂອງພວກເຮົາພາຍໃນ ວັນທີ 5 ຂອງເດືອນ. I

ຖ້າທ່ານມີບັນຫາໃນການຈ່າຍຄ່າປັບໃຫມ່ການວິງທະບຽນຊ້ຳ ພາກ D, ຖ້າຄ້າງຈ່າຍ, ໃຫ້ຕົງເວລາ, ກະລຸນາຕິດຕໍ່ຜ່າຍບໍລິການສະມາຊິກ ເພື່ອເບິ່ງວ່າພວກເຮົາສາມາດນຳທ່ານໄປຫາໂປຣກຣາມທີ່ຈະຊ່ວຍທ່ານຈ່າຍໄດ້ຫຼືບໍ່.

ຂໍ້ທີ 5.2	ພວກເຮົາສາມາດປ່ຽນຄ່າປະກັນໄພແຜນລາຍເດືອນຂອງທ່ານໃນລະຫວ່າງປີໄດ້ບໍ?

ບໍ່ໄດ້. ພວກເຮົາບໍ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດໃຫ້ປ່ຽນຈຳນວນເງິນທີ່ພວກເຮົາຮຽກເກັບຄ່າປະກັນໄພແຜນລາຍເດືອນຂອງແຜນໃນລະຫວ່າງປີ. ຖ້າແຜນປະກັນໄພປະຈຳເດືອນມີການປ່ຽນແປງສຳລັບປີຫນ້າ, ພວກເຮົາຈະແຈ້ງໃຫ້ທ່ານຮັບຊາບໃນເດືອນກັນຍາ ແລະການປ່ຽນແປງຈະມີຜົນບັງຄັບໃຊ້ໃນວັນທີ 1 ມັງກອນ.

ຢ່າງໃດກໍຕາມ, ໃນບາງກໍລະນີ, ທ່ານອາດສາມາດຍຸດເຊົາການຈ່າຍຄ່າປັບໄຫມການວິງທະບຽນຊ້ຳໄດ້, ຖ້າຄ້າງຈ່າຍ, ຫຼື ຈຳເປັນເພື່ອເລີ່ມຕົ້ນຈ່າຍຄ່າປັບໄຫມການວິງທະບຽນຊ້ຳ. ກໍລະນີນີ້ອາດຈະເກີດຂຶ້ນໄດ້ ຖ້າທ່ານມີສິດສຳລັບໂຄງການ "ການຊ່ວຍເຫຼືອພິເສດ" ຫຼື ຖ້າທ່ານສູນເສຍສິດຂອງທ່ານສຳລັບໂຄງການ "ການຊ່ວຍເຫຼືອພິເສດ" ໃນລະຫວ່າງປີ:

- ຖ້າປະຈຸບັນທ່ານຈ່າຍຄ່າປັບໃຫມ່ການວິງທະບຽນຊ້ຳຂອງພາກ D ແລະ ມີສິດໄດ້ຮັບ "ການຊ່ວຍເຫຼືອພິເສດ" ໃນລະຫວ່າງປີ, ທ່ານສາມາດຍຸດການຈ່າຍຄ່າປັບໃຫມ່ຂອງທ່ານໄດ້.
- ຖ້າຫາກທ່ານສູນເສຍ "ການຊ່ວຍເຫຼືອພິເສດ", ທ່ານອາຈະຖືກປັບໄຫມການວິງທະບຽນຊ້ຳ, ຖ້າຫາກທ່ານອອກໄປໃນໄລຍະ 63 ວັນຕິດຕໍ່ກັນ ຫຼື ຫຼາຍກວ່ານັ້ນໂດຍບໍ່ມີການຄຸ້ມຄອງຢາ ພາກ D ຫຼື ຢາຕາມໃບສັ່ງແພດທີ່ຫນ້າເຊື່ອຖືອື່ນໆ.

ທ່ານສາມາດຫາຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບໂຄງການ "ການຊ່ວຍເຫຼືອພິເສດ" ໄດ້ໃນພາກທີ 2, ຂໍ້ທີ 7.

ຂໍ້ທີ 6 ການຮັກສາບັນທຶກການເປັນສະມາຊິກແຜນຂອງທ່ານ (ການບັນທຶກການວິງທະບຽນແບບລວມສູນ) ໃຫ້ທັນສະໄຫມ

ບັນທຶກການເປັນສະມາຊິກຂອງທ່ານ (ບັນທຶກການວິງທະບຽນແບບລວມສູນ) ມີຂໍ້ມູນຈາກແບບຟອມການວິງທະບຽນຂອງທ່ານ, ລວມທັງທີ່ຢູ່ ແລະ ເບີໂທລະສັບຂອງທ່ານ. ມັນສະແດງໃຫ້ເຫັນແຜນການຄຸ້ມຄອງສະເພາະຂອງທ່ານ.

ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບ, ໂຮງໝໍ, ຮ້ານຂາຍຢາ ແລະ ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການອື່ນໆ ໃນເຄືອຂ່າຍຂອງແຜນຕ້ອງມີຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບທ່ານທີ່ຖືກຕ້ອງ. **ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການເຄືອຂ່າຍເຫຼົ່ານີ້ນຳໃຊ້ບັນທຶກການເປັນສະມາຊິກຂອງທ່ານເພື່ອໃຫ້ຮູ້ວ່າບໍລິການ ແລະ ຢາອັນໃດທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ ແລະ ຈຳນວນການແບ່ງປັນຄ່າໃຊ້ຈ່າຍສຳລັບທ່ານ**. ຍ້ອນແນວນີ້, ມັນສຳຄັນຫຼາຍທີ່ທ່ານຈະຊ່ວຍພວກເຮົາໃນການອັບເດດຂໍ້ມູນຂອງທ່ານຢູ່ສະເໝີ.

ບອກໃຫ້ພວກເຮົາຮູ້ກ່ຽວກັບການປ່ຽນແປງເຫຼົ່ານີ້:

- ການປ່ຽນຊື່, ທີ່ຢູ່ ຫຼື ເບີໂທລະສັບຂອງທ່ານ
- ການປ່ຽນແປງການຄຸ້ມຄອງປະກັນສຸຂະພາບອື່ນໆ ທີ່ທ່ານມີ (ເຊັ່ນ: ຈາກນາຍຈ້າງຂອງທ່ານ, ນາຍຈ້າງຄູ່ສົມລົດຂອງທ່ານ, ການຊົດເຊີຍຂອງແຮງງານ ຫຼື Medicaid)
- ຖ້າຫາກທ່ານມີການຮຽນຮ້ອງຄ່າຊົດເຊີຍຈາກຄວາມຮັບຜິດຊອບຕາມກົດໝາຍໃດໆເຊັ່ນ: ການຮຽກຮ້ອງຄ່າຊົດເຊີຍຈາກອຸປະຕິເຫດລົດຍົນ
- ຖ້າຫາກທ່ານໄດ້ເຂົ້າຮັບການຮັກສາຢູ່ບ້ານພັກຜູ້ສູງອາຍຸ
- ຖ້າຫາກທ່ານໄດ້ຮັບການປິ່ນປົວໃນໂຮງໝໍນອກເຂດ ຫຼື ໂຮງໝໍນອກເຄືອຂ່າຍ ຫຼື ຫ້ອງສຸກເສີນ
- ຖ້າຫາກຝ່າຍຮັບຜິດຊອບທີ່ຖືກມອບໝາຍຂອງທ່ານ (ເຊັ່ນ: ຜູ້ໃຫ້ການດູແລ) ມີການປ່ຽນແປງ
- ຖ້າທ່ານເຂົ້າຮ່ວມໃນການສຶກສາຄົ້ນຄ້ວາທາງຄລີນິກ. (**ຫມາຍເຫດ:** ທ່ານບໍ່ຈຳເປັນຕ້ອງບອກແຜນປະກັນຂອງທ່ານກ່ຽວກັບການສຶກສາຄົ້ນຄ້ວາທາງດ້ານຄລີນິກ ທີ່ທ່ານຕັ້ງໃຈຈະເຂົ້າຮ່ວມ ແຕ່ພວກເຮົາຂໍແນະນຳໃຫ້ທ່ານເຮັດແນວນັ້ນ)

ຖ້າຫາກຂໍ້ມູນນີ້ປ່ຽນແປງ, ກະລຸນາບອກໃຫ້ພວກເຮົາໃຫ້ຮູ້ດ້ວຍການໂທຫາຝ່າຍບໍລິການສະມາຊິກ.

ມັນຍັງສຳຄັນຫຼາຍທີ່ຕ້ອງຕິດຕໍ່ຫາປະກັນສັງຄົມ ຖ້າທ່ານຍ້າຍ ຫຼື ປ່ຽນທີ່ຢູ່ໄປສະນີຂອງທ່ານ. ທ່ານສາມາດເບິ່ງເບີໂທລະສັບ ແລະ ຂໍ້ມູນຕິດຕໍ່ສຳລັບປະກັນສັງຄົມໃນພາກທີ 2, ຂໍ້ທີ 5.

ຂໍ້ທີ 7 ວິທີການທີ່ປະກັນໄພອື່ນໆປະສານງານກັບແຜນຂອງພວກເຮົາ

ປະກັນໄພອື່ນໆ

Medicare ກຳນົດວ່າພວກເຮົາເກັບກຳຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບການຄຸ້ມຄອງປະກັນໄພຄ່າຢາ ຫຼື ການປິ່ນປົວທີ່ທ່ານມີ. ນັ້ນຍ້ອນວ່າພວກເຮົາຕ້ອງປະສານງານກັບການຄຸ້ມຄອງອື່ນໆທີ່ທ່ານມີພ້ອມກັບຜົນປະໂຫຍດຂອງທ່ານພາຍໃຕ້ແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາ. ນີ້ເອີ້ນວ່າ**ການປະສານງານຜົນປະໂຫຍດ*.

ໃນແຕ່ລະປີ, ພວກເຮົາຈະສົ່ງຈົດໝາຍໃຫ້ທ່ານທີ່ມີບັນຊີລາຍຊື່ການຄຸ້ມຄອງປະກັນໄພທາງການແພດ ຫຼື ການຍາອື່ນໆໃດໜຶ່ງທີ່ພວກເຮົາຮູ້ຈັກ. ກະລຸນານາອ່ານຂໍ້ມູນຕໍ່ໄປນີ້ຢ່າງລະອຽດ. ຖ້າທຸກຢ່າງຖືກຕ້ອງ, ທ່ານບໍ່ຈຳເປັນຕ້ອງເຮັດຫຍັງ. ຖ້າຂໍ້ມູນນີ້ບໍ່ຖືກຕ້ອງ ຫຼື ຖ້າທ່ານມີການຄຸ້ມຄອງທີ່ບໍ່ຢູ່ໃນລາຍການ, ກະລຸນາໂທຫາຝ່າຍບໍລິການສະມາຊິກ. ທ່ານອາດຈຳເປັນຕ້ອງແຈ້ງໝາຍເລກປະຈຳຕົວສະມາຊິກແຜນປະກັນຂອງທ່ານໃຫ້ແກ່ຜູ້ປະກັນອື່ນໆຂອງທ່ານ (ເມື່ອທ່ານໄດ້ຢືນຢັນຕົວຕົນຂອງພວກເຂົາ) ເພື່ອໃຫ້ໃບຮຽກເກັບເງິນຂອງທ່ານໄດ້ຖືກຈຸ່ຳລະຢ່າງຖືກຕ້ອງ ແລະ ທັນເວລາ.

ໃນເວລາທີ່ທ່ານມີປະກັນໄພອື່ນ (ເຊັ່ນ: ການຄຸ້ມຄອງສຸຂະພາບກຸ່ມນາຍຈ້າງ), ມີກົດລະບຽບທີ່ກຳນົດໂດຍ Medicare ທີ່ຕັດສິນວ່າແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາ ຫຼື ປະກັນໄພອື່ນໆຂອງທ່ານຈະເປັນຜູ້ຈ່າຍກ່ອນ. ປະກັນໄພທີ່ຈ່າຍກ່ອນເອີ້ນວ່າຜູ້ຈ່າຍຫຼັກ ແລະ ຈ່າຍສູງສຸດເຖິງຂີດຈຳກັດຂອງການຄຸ້ມຄອງຂອງພວກເຂົາ. ຜູ້ທີ່ຈ່າຍທີສອງ, ເອີ້ນວ່າຜູ້ຊຳລະເງິນສຳຮອງ, ຈະຈ່າຍກໍຕໍ່ເມື່ອມີຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທີ່ເຫຼືອທີ່ບໍ່ໄດ້ຄຸ້ມຄອງໂດຍການຄຸ້ມຄອງຫຼັກ. ຜູ້ຈ່າຍເງິນສຳຮອງອາດຈະບໍ່ຕ້ອງຈ່າຍຈຳນວນທັງໝົດທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ. ຖ້າທ່ານມີປະກັນໄພອື່ນ, ກະລຸນາແຈ້ງໃຫ້ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບ, ໂຮງຫມໍ ແລະ ຮ້ານຂາຍຢາ ຂອງທ່ານຮັບຊາບ.

ກົດລະບຽບເຫຼົ່ານີ້ນຳໃຊ້ກັບການຄຸ້ມຄອງແຜນສຸຂະພາບກຸ່ມນາຍຈ້າງ ຫຼື ສະຫະພັນກຳມະບານ:

- ຖ້າຫາກທ່ານມີການຄຸ້ມຄອງການບຳນານ, Medicare ຈະຈ່າຍກ່ອນ.
- ຖ້າການຄຸ້ມຄອງແຜນປະ
  ກັນສຸຂະພາບກຸ່ມຂອງທ່ານອີງໃສ່ການຈ້າງງານປັດຈຸບັນຂອງສະມາຊິກຄອບຄົວ ຫຼື ຂອງທ່ານ, ຜູ້ທີ່ຈະຈ່າຍກ່ອນແມ່ນຂຶ້ນກັບອາຍຸຂອງທ່ານ, ຈຳນວນຄົນທີ່ຖືກຈ້າງໂດຍນາຍຈ້າງຂອງທ່ານ ແລະ ທ່ານມີ Medicare ໂດຍອີງຕາມອາຍຸ, ຄວາມພິການ ຫຼື ພະຍາດໝາກໄຂ່ຫຼັງໄວຍະສຸດທ້າຍ (End-Stage Renal Disease,ESRD) ຫຼືບໍ່ກໍ່ຕາມ:
  - ຖ້າຫາກທ່ານອາຍຸຕ່ຳກວ່າ 65 ປີ ແລະ ທ່ານ ຫຼື ສະມາຊິກຄອບຄົວຂອງທ່ານຍັງເຮັດວຽກ, ແຜນປະກັນສຸຂະພາບກຸ່ມຂອງທ່ານຈະຈ່າຍກ່ອນ, ຖ້ານາຍຈ້າງມີລູກຈ້າງຫຼາຍກວ່າ 100 ຄົນຂຶ້ນໄປ ຫຼື ຢ່າງຫນ້ອຍນາຍຈ້າງຫນຶ່ງຄົນໃນແຜນນາຍຈ້າງຫຼາຍຄົນທີ່ມີລູກຈ້າງຫຼາຍກວ່າ 100 ຄົນ.
  - ຖ້າທ່ານອາຍຸຕ່ຳກວ່າ 65 ປີ ແລະ ທ່ານ ຫຼື ຄູ່ສົມລົດຂອງທ່ານຍັງເຮັດວຽກຢູ່, ແຜນປະກັນສຸຂະພາບກຸ່ມຂອງທ່ານຈະຈ່າຍກ່ອນ, ຖ້ານາຍຈ້າງມີລູກຈ້າງຫຼາຍກວ່າ 20 ຄົນ ຫຼື ຢ່າງຫນ້ອຍນາຍຈ້າງຫນຶ່ງຄົນໃນແຜນນາຍຈ້າງຫຼາຍຄົນທີ່ມີລູກຈ້າງຫຼາຍກວ່າ 20 ຄົນ.
- ຖ້າຫາກທ່ານມີ Medicare ຍ້ອນ ESRD, ແຜນປະກັນສຸຂະພາບກຸ່ມຂອງທ່ານຈະຈ່າຍກ່ອນສຳລັບ 30 ເດືອນທຳອິດຫຼັງຈາກທີ່ທ່ານມີສິດຮັບ Medicare.

ປະເພດການຄຸ້ມຄອງເຫຼົ່ານີ້ຈະຈ່າຍກ່ອນໃຫ້ກັບການບໍລິການທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບແຕ່ລະປະເພດ:

- ປະກັນໄພບໍ່ມີຂໍ້ບົກພ່ອງ (ລວມທັງປະກັນໄພລິດຍົນ)
- ຄວາມຮັບຜິດຊອບຕາມກົດໝາຍ (ລວມທັງປະກັນໄພລິດຍົນ)
- ສະຫວັດດີການຂອງພະຍາດປອດດຳ
- ຄ່າຊົດເຊີຍແຮງງານ

Medicaid ແລະ TRICARE ບໍ່ເຄີຍຈ່າຍເງິນກ່ອນສຳລັບການບໍລິການທີ່ Medicare ຄຸ້ມຄອງ. ພວກເຂົາຈ່າຍຫຼັງຈາກ Medicare , ແຜນການສຸຂະພາບຂອງກຸ່ມນາຍຈ້າງ, ແລະ/ຫຼື Medigap ໄດ້ຈ່າຍແລ້ວເທົ່ານັ້ນ.

ພາກທີ 2:

ຂໍ້ມູນ ແລະ ເບີໂທລະສັບທີ່ສຳຄັນ

ຂໍ້ທີ 1 ຜູ້ຕິດຕໍ່ຂອງ CCA Medicare Preferred

(ວິທີການຕິດຕໍ່ຫາພວກເຮົາ, ລວມທັງວິທີການເຂົ້າເຖິງການບໍລິການສະມາຊິກ)

ວິທີຕິດຕໍ່ຫາຝ່າຍບໍລິການສະມາຊິກແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາ

ສຳລັບການຊ່ວຍເຫຼືອກ່ຽວກັບການຍື່ນຄຳຮ້ອງ, ການເອີ້ນເກັບເງິນ ຫຼື ຄຳຖາມກ່ຽວກັບບັດສະມາຊິກ, ກະລຸນາໂທຫາ ຫຼື ຂຽນໄປຫາຝ່າຍບໍລິການສະມາຊິກ CCA Medicare Preferred. ພວກເຮົາຍິນດີຊ່ວຍທ່ານ.

ວິທີ	ຝ່າຍບໍລິການສະມາຊິກ – ຂໍ້ມູນຕິດຕໍ່
ໂທ	833-346-9222 ໂທຫາເບີໂທນີ້ແມ່ນບໍ່ເສຍຄ່າ. **ເວລາເຮັດວຽກ:** 8 am ຫາ 8 pm, 7 ມື້ຕໍ່ອາທິດ. ຝ່າຍບໍລິການສະມາຊິກຍັງມີບໍລິການແປພາສາແບບບໍ່ເສຍຄ່າໃຫ້.
TTY	711 (Rhode Island Relay) ໂທຫາເບີໂທນີ້ແມ່ນບໍ່ເສຍຄ່າ. *ເວລາເຮັດວຽກ:* 8 am ຫາ 8 pm, 7 ມື້ຕໍ່ອາທິດ.
ແຟັກ	617-426-1311
ຂຽນຫາ	Commonwealth Care Alliance Rhode Island, LLC Member Services Department 30 Winter Street Boston, MA 02108
ເວັບໄຊ	www.ccahealthri.org

ວິທີການຕິດຕໍ່ຫາພວກເຮົາໃນເວລາທີ່ທ່ານຂໍການຕັດສິນ ຫຼື ການອຸທອນການຄຸ້ມຄອງກ່ຽວກັບການເບິ່ງແຍງດູແລສຸຂະພາບຂອງທ່ານ

ຄຳຕັດສິນການຄຸ້ມຄອງແມ່ນຄຳຕັດສິນທີ່ພວກເຮົາເຮັດກ່ຽວກັບສະຫວັດດີການ ແລະ ການຄຸ້ມຄອງຂອງທ່ານ ຫຼື ກ່ຽວກັບຈຳນວນທີ່ພວກເຮົາຈະຈ່າຍສຳລັບການບໍລິການທາງການແພດ ຫຼື ຢາຕາມແພດສັ່ງ ພາກ D. ການອຸທອນແມ່ນວິທີທາງການໃນການຂໍໃຫ້ພວກເຮົາທົບທວນ ຫຼື ປ່ຽນຄຳຕັດສິນການຄຸ້ມຄອງທີ່ພວກເຮົາໄດ້ຕັດສິນແລ້ວ. ສຳລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບການຂໍຄຳຕັດສິນ ຫຼື ການອຸທອນການຄຸ້ມຄອງກ່ຽວກັບການດູແລທາງການແພດ ຫຼື ຢາຕາມໃບສັ່ງແພດ ພາກ D, ກະລຸນາເບິ່ງພາກທີ 9 *(ສິ່ງທີ່ຕ້ອງເຮັດ ຖ້າທ່ານມີບັນຫາ ຫຼື ຂໍ້ຮຽກຮ້ອງ (ການຕັດສິນການຄຸ້ມຄອງ, ການອຸທອນ, ການຮ້ອງທຸກ))*.

ວິທີ	**ຄຳຕັດສິນການຄຸ້ມຄອງ ແລະ ການອຸທອນສຳລັບການດູແລທາງການແພດ ຫຼື ຢາຕາມໃບສັ່ງແພດ ພາກ D – ຂໍ້ມູນຕິດຕໍ່**
ໂທ	833-346-9222 ໂທຫາເບີໂທນີ້ແມ່ນບໍ່ເສຍຄ່າ. **ເວລາເຮັດວຽກ:** 8 am ຫາ 8 pm, 7 ມື້ຕໍ່ອາທິດ.
TTY	711 (Rhode Island Relay) ໂທຫາເບີໂທນີ້ແມ່ນບໍ່ເສຍຄ່າ. *ເວລາເຮັດວຽກ:* 8 am ຫາ 8 pm, 7 ມື້ຕໍ່ອາທິດ.
ແຟັກ	857-453-4517
ຂຽນຫາ	Commonwealth Care Alliance Rhode Island, LLC Appeals and Grievances 30 Winter Street Boston, MA 02108
ເວັບໄຊ	www.ccahealthri.org

ວິທີຕິດຕໍ່ຫາພວກເຮົາໃນເວລາທີ່ທ່ານຍື່ນຄຳຮ້ອງທຸກກ່ຽວກັບການດູແລປິ່ນປົວຂອງທ່ານ

ທ່ານສາມາດຍື່ນຄຳຮ້ອງທຸກກ່ຽວກັບພວກເຮົາ ຫຼື ຫນຶ່ງໃນຜູ້ໃຫ້ບໍລິການເຄືອຂ່າຍຂອງພວກເຮົາ ຫຼື ຮ້ານຂາຍຢາ, ລວມທັງການຮ້ອງທຸກກ່ຽວກັບຄຸນນະພາບຂອງການເບິ່ງແຍງດູແລຂອງທ່ານໄດ້. ຄຳຮ້ອງທຸກປະເພດນີ້ບໍ່ໄດ້ລວມເອົາການຄຸ້ມຄອງ ຫຼື ຂໍ້ຂັດແຍ່ງໃນການຈ່າລະເງີນ. ສຳລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບການຍື່ນຄຳຮ້ອງທຸກກ່ຽວກັບການດູແລດ້ານການແພດ, ກະລຸນາເບິ່ງພາກທີ 9 (*ສິ່ງທີ່ຕ້ອງເຮັດ ຖ້າຫາກທ່ານມີບັນຫາ ຫຼື ການຮ້ອງທຸກ (ຄຳຕັດສິນການຄຸ້ມຄອງ, ການອຸທອນ, ການຮ້ອງທຸກ)*).

ວິທີ	ຄຳຮ້ອງທຸກກ່ຽວກັບການປິ່ນປົວທາງການແພດ – ຂໍ້ມູນຕິດຕໍ່
ໂທ	1-833-346-9222 ໂທຫາເບີໂທນີ້ແມ່ນບໍ່ເສຍຄ່າ. *ເວລາເຮັດວຽກ:* 8 am ຫາ 8 pm, 7 ມື້ຕໍ່ອາທິດ.
TTY	711 (Rhode Island Relay) ໂທຫາເບີໂທນີ້ແມ່ນບໍ່ເສຍຄ່າ. *ເວລາເຮັດວຽກ:* 8 am ຫາ 8 pm, 7 ມື້ຕໍ່ອາທິດ.
ແຟັກ	857-453-4517
ຂຽນຫາ	Commonwealth Care Alliance Rhode Island, LLC Appeals and Grievances 30 Winter Street Boston, MA 02108
ເວັບໄຊ MEDICARE	ທ່ານສາມາດສົ່ງຄຳຮ້ອງກ່ຽວກັບ CCA Medicare Preferred ຖືກ Medicare ໄດ້ໂດຍກົງ. ເພື່ອຍື່ນຄຳຮ້ອງທຸກທາງອອນລາຍຫາ Medicare, ໄປທີ່ www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx.

ບ່ອນທີ່ຈະສົ່ງຄຳຮ້ອງຂໍໃຫ້ພວກເຮົາຈ່າຍຄ່າສ່ວນແບ່ງຂອງພວກເຮົາສຳລັບການດູແລທາງການແພດ ຫຼື ຢາທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບ

ຖ້າຫາກທ່ານໄດ້ຮັບໃບບິນຮຽກເກັບເງິນ ຫຼື ໄດ້ຈ່າຍເງິນສຳລັບການບໍລິການ (ເຊັ່ນ: ໃບບິນຈາກຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ) ທີ່ທ່ານຄິດວ່າພວກເຮົາຄວນຈ່າຍໃຫ້, ທ່ານອາດຈະຕ້ອງຂໍໃຫ້ພວກເຮົາທົດແທນເງິນຄືນ ຫຼື ຈ່າຍຕາມໃບບິນໃຫ້ຜູ້ບໍລິການ. ເບິ່ງພາກ 7 *(ຂໍໃຫ້ພວກເຮົາຈ່າຍສ່ວນແບ່ງຂອງພວກເຮົາໃນໃບບິນ ທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບສຳລັບການບໍລິການທາງການແພດ ຫຼື ຢາທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ).*

ກະລຸນາຮັບຊາບວ່າ: ຖ້າທ່ານສົ່ງຄຳຮ້ອງການຊຳລະເງິນໃຫ້ພວກເຮົາ ແລະ ພວກເຮົາປະຕິເສດພາກສ່ວນໃດໜຶ່ງໃນຄຳຮ້ອງຂອງທ່ານ, ທ່ານສາມາດອຸທອນຄຳຕັດສິນຂອງພວກເຮົາໄດ້. *ເບິ່ງພາກທີ 9 (ຈະເຮັດແນວໃດຖ້າທ່ານມີບັນຫາ ຫຼືຄຳຮ້ອງທຸກ (ການຕັດສິນໃຈກ່ຽວກັບການຄຸ້ມຄອງ, ການອຸທອນ, ການຮ້ອງຮຽນ)*) ສຳລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມ.

ວິທີ	ຄຳຮ້ອງການຊຳລະເງິນ – ຂໍ້ມູນຕິດຕໍ່
ໂທ	1-833-346-9222 ໂທຫາເບີໂທນີ້ແມ່ນບໍ່ເສຍຄ່າ. **ເວລາເຮັດວຽກ:** 8 am ຫາ 8 pm, 7 ມື້ຕໍ່ອາທິດ.
TTY	711 (Rhode Island Relay) ໂທຫາເບີໂທນີ້ແມ່ນບໍ່ເສຍຄ່າ. **ເວລາເຮັດວຽກ:** 8 am ຫາ 8 pm, 7 ມື້ຕໍ່ອາທິດ.
ແຟັກ	617-426-1311
ຂຽນຫາ	Commonwealth Care Alliance Rhode Island, LLC Member Services Department 30 Winter Street Boston, MA 02108
ເວັບໄຊ	www.ccahealthri.org

ຂໍ້ທີ 2 Medicare

(ວິທີຮັບເອົາການຊ່ວຍເຫຼືອ ຫຼື ຂໍ້ມູນໂດຍກົງຈາກໂຄງການ Medicare ຂອງລັດຖະບານກາງ)

Medicare ແມ່ນໂຄງການປະກັນສຸຂະພາບຂອງລັດຖະບານກາງສຳລັບຄົນທີ່ມີອາຍຸ 65 ປີຂຶ້ນໄປ, ບາງຄົນອາຍຸຕ່ຳກວ່າ 65 ປີທີ່ມີຄວາມພິການ ແລະ ຄົນທີ່ເປັນພະຍາດ/ໝາກໄຂ່ຫຼັງໄລຍະສຸດທ້າຍ (ໄຂ່ຫຼັງຫຼົ້ມເຫຼວຖາວອນທີ່ຂໍການຜອກໄຂ່ຫຼັງ ຫຼື ການບ່ຽນໄຂ່ຫຼັງ).

ຫນ່ວຍງານລັດຖະບານກາງຮັບຜິດຊອບ Medicare ແມ່ນສູນບໍລິການ Medicare & Medicaid (ບາງຄັ້ງເອີ້ນວ່າ CMS). ຫນ່ວຍງານນີ້ເຮັດສັນຍາກັບອົງກອນ Medicare Advantage ລວມທັງພວກເຮົາ.

ວິທີ	Medicare – ຂໍ້ມູນຕິດຕໍ່
ໂທ	1-800-MEDICARE ຫຼື 1-800-633-4227 ໂທຫາເບີໂທນີ້ແມ່ນບໍ່ເສຍຄ່າ. 24 ຊົ່ວໂມງຕໍ່ມື້, 7 ມື້ຕໍ່ອາທິດ.
TTY	1-877-486-2048 ເບີໂທນີ້ຕ້ອງໃຊ້ອຸປະກອນໂທລະສັບພິເສດ ແລະ ໃຊ້ສຳລັບຄົນຜູ້ທີ່ມີຄວາມຫຍຸ້ງຍາກໃນການໄດ້ຍິນ ຫຼື ໃນການເວົ້າ. ໂທຫາເບີໂທນີ້ແມ່ນບໍ່ເສຍຄ່າ.

ວິທີ	Medicare – ຂໍ້ມູນຕິດຕໍ່
ເວັບໄຊ	www.medicare.gov ນີ້ແມ່ນເວັບໄຊທາງການຂອງລັດຖະບານສຳລັບ Medicare. ມັນໃຫ້ຂໍ້ມູນອັບເດດກ່ຽວກັບ Medicare ແລະ ບັນຫາ Medicare ໃນປັດຈຸບັນ. ມັນຍັງມີຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບໂຮງໝໍ, ບ້ານພັກຜູ້ສູງອາຍຸ, ແພດ, ຫນ່ວຍງານດູແລສຸຂະພາບຢູ່ເຮືອນ ແລະ ສະຖານທີ່ຜອກໄຂ່ຫຼັງ. ມັນລວມເອົາເອກະສານທີ່ທ່ານສາດມາດພິມອອກໂດຍກົງຈາກຄອມພິວເຕີຂອງທ່ານ. ທ່ານຍັງສາມາດເບິ່ງຂໍ້ມູນຕິດຕໍ່ Medicare ໃນ Rhode Island. ເວັບໄຊຂອງ Medicare ຍັງມີຂໍ້ມູນລະອຽດກ່ຽວກັບການມີສິດຮັບ Medicare ຂອງທ່ານ ແລະ ຕົວເລືອກການເຂົ້າຮ່ວມ ກັບເອກະສານດັ່ງຕໍ່ໄປນີ້: • **ເຄື່ອງມືການມີສິດຮັບ Medicare:** ໃຫ້ຂໍ້ມູນສະຖານະການມີສິດຮັບ Medicare. • **ເອກະສານແຜນປະກັນ Medicare:** ໃຫ້ຂໍ້ມູນສ່ວນຕົວກ່ຽວກັບແຜນຢາຕາມແພດສັ່ງ Medicare ທີ່ມີໃຫ້, ແຜນປະກັນສຸຂະພາບ, Medicare ແລະ ນະ�โยบาย Medigap (ປະກັນໄພເສີມຂອງ Medicare) ໃນພື້ນທີ່ຂອງທ່ານ. ເອກະສານເຫຼົ່ານີ້ໃຫ້*ການປະມານ*ຈຳນວນເງິນທີ່ຕ້ອງຈ່າຍເອງຂອງທ່ານ ເຊິ່ງອາດຈະແຕກຕ່າງກັນໃນແຜນ Medicare. ທ່ານຍັງສາມາດໃຊ້ເວັບໄຊທ໌ເພື່ອແຈ້ງໃຫ້ Medicare ຮັບຊາບກ່ຽວກັບຄຳຮ້ອງ ທີ່ທ່ານມີກ່ຽວກັບ CCA Medicare Preferred: • **ບອກ Medicare ກ່ຽວກັບຄຳຮ້ອງທຸກຂອງທ່ານ:** ທ່ານສາມາດສົ່ງຄຳຮ້ອງກ່ຽວກັບ CCA Medicare Preferred ເຖິງ Medicare ໄດ້ໂດຍກົງ. ເພື່ອຍື່ນຄຳຮ້ອງທຸກກັບ Medicare, ກະລຸນາໄປທີ່ www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare ໃຫ້ຄວາມສຳຄັນຕໍ່ຄຳຮ້ອງທຸກຂອງທ່ານຢ່າງຈິງຈັງ ແລະ ຈະນຳໃຊ້ຂໍ້ມູນນີ້ເພື່ອຊ່ວຍປັບປຸງຄຸນນະພາບຂອງໂຄງການ Medicare. ຖ້າຫາກທ່ານບໍ່ມີຄອມພິວເຕີ, ຫ້ອງສະໝຸດທ້ອງຖິ່ນຂອງທ່ານ ຫຼື ສູນຜູ້ສູງອາຍຸອາດຈະສາມາດຊ່ວຍທ່ານໃນການເຂົ້າເບິ່ງເວັບໄຊໂດຍນຳໃຊ້ຄອມພິວເຕີຂອງພວກເຂົາ. **ຫຼື** ທ່ານສາມາດໂທຫາ Medicare ແລະ ບອກພວກເຂົາກ່ຽວກັບຂໍ້ມູນທີ່ທ່ານກຳລັງຊອກຫາ. ພວກເຂົາຈະຊອກຫາຂໍ້ມູນໃນເວັບໄຊແລະກວດເບິ່ງຂໍ້ມູນກັບທ່ານ. ທ່ານສາມາດໂທຫາ Medicare ທີ່ເບີ 1-800-MEDI CARE (1-800-633-4227), ຕະຫຼອດ 24 ຊົ່ວໂມງຕໍ່ມື້, 7 ມື້ຕໍ່ອາທິດ. ຜູ້ໃຊ້ TTY, ກະລຸນາໂທຫາ 1-877-486-2048.

ຂໍ້ທີ 3 ໂຄງການຊ່ວຍເຫຼືອປະກັນໄພສຸຂະພາບຂອງລັດ State Health Insurance Assistance Program

(ການຊ່ວຍເຫຼືອ, ຂໍ້ມູນ ແລະ ຄຳຕອບຕໍ່ຄຳຖາມຂອງທ່ານກ່ຽວກັບ Medicare ຟຣີ)

State Health Insurance Assistance Program (SHIP) ເປັນໂຄງການຂອງລັດຖະບານທີ່ປະກອບມີຜູ້ໃຫ້ຄຳປຶກສາທີ່ຜ່ານການຝຶກอົບຮົມໃນທຸກລັດ. ໃນ Rhode Island, SHIP ເອີ້ນວ່າໂຄງການການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການປະກັນສຸຂະພາບຂອງລັດ Rhode Island (SHIP)

ໂຄງການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການປະກັນສຸຂະພາບຂອງລັດ Rhode Island ແມ່ນໂຄງການຂອງລັດ (The Rhode Island State Health Insurance Assistance Program) ທີ່ເປັນເອກະລາດ (ບໍ່ເຊື່ອມຕໍ່ກັບບໍລິສັດປະກັນໄພ ຫຼື ແຜນປະກັນສຸຂະພາບໃດໆ) ທີ່ໄດ້ຮັບເງິນຈາກລັດຖະບານກາງເພື່ອໃຫ້ຄຳປຶກສາດ້ານປະກັນສຸຂະພາບທ້ອງຖິ່ນຟຣີແກ່ຄົນທີ່ມີ Medicare.

ຜູ້ໃຫ້ຄຳປຶກສາຂອງໂຄງການຊ່ວຍເຫຼືອປະກັນສຸຂະພາບຂອງລັດ Rhode Island ສາມາດຊ່ວຍໃຫ້ທ່ານເຂົ້າໃຈສິດຂອງ Medicare ຂອງທ່ານ, ຊ່ວຍໃຫ້ທ່ານຮ້ອງທຸກກ່ຽວກັບການດູແລທາງການແພດຫຼືການປິ່ນປົວຂອງທ່ານ ແລະ ຊ່ວຍໃຫ້ທ່ານແກ້ບັນຫາໃບບິນຄ່າ Medicare ຂອງທ່ານ. ຜູ້ໃຫ້ຄຳປຶກສາຂອງ SHIP ຍັງສາມາດຊ່ວຍທ່ານກັບຄຳຖາມ ຫຼື ບັນຫາ Medicare ແລະຊ່ວຍທ່ານໃຫ້ເຂົ້າໃຈການເລືອກແຜນ Medicare ຂອງທ່ານ ແລະ ຕອບຄຳຖາມກ່ຽວກັບການປ່ຽນແຜນປະກັນ.

ວິທີການເຂົ້າເຖິງ SHIP ແລະ ຂໍ້ມູນອື່ນໆ:

- ກະລຸນາເຂົ້າເບິ່ງ https://www.shiphelp.org(ຄລິກໃສ່ຕົວລະບຸ SHIP LOCATOR ໃນຊ່ອງທາງຂອງໜ້າ)
- ເລືອກ **ລັດ** ຂອງທ່ານຈາກບັນຊີລາຍຊື່. ສິ່ງນີ້ຈະນຳທ່ານໄປສູ່ໜ້າທີ່ມີເບີໂທລະສັບ ແລະ ຂໍ້ມູນສະເພາະໃນລັດຂອງທ່ານ.

ວິທີ	**Rhode Island State Health Insurance Assistance Program (SHIP) – ຂໍ້ມູນຕິດຕໍ່**
ໂທ	1-888-884-8721
TTY	1-401-462-0740 ເບີໂທນີ້ຕ້ອງໃຊ້ອຸປະກອນໂທລະສັບພິເສດ ແລະ ໃຊ້ສຳລັບຄົນຜູ້ທີ່ມີຄວາມຫຍຸ້ງຍາກໃນການໄດ້ຍິນ ຫຼື ໃນການເວົ້າ.
ຂຽນຫາ	25 Howard Ave, Building 57 Cranston, RI 02920

ວິທີ	**Rhode Island State Health Insurance Assistance Program (SHIP) – ຂໍ້ມູນຕິດຕໍ່**
ເວັບໄຊ	https://oha.ri.gov/Medicare

ຂໍ້ທີ 4 ອົງການການປັບປຸງຄຸນນະພາບ

ມີອົງການການປັບປຸງຄຸນນະພາບທີ່ຖືກແຕ່ງຕັ້ງຂຶ້ນເພື່ອໃຫ້ບໍລິການແກ່ຜູ້ຮັບສະຫວັດດີການ Medicare ໃນແຕ່ລະລັດ. ສຳລັບ Rhode Island, ອົງການການປັບປຸງຄຸນນະພາບເອີ້ນວ່າ KEPRO.

KEPRO ມີກຸ່ມຂອງທ່ານໝໍ ແລະ ຜູ້ຊ່ຽວຊານດ້ານສຸຂະພາບ ຜູ້ທີ່ໄດ້ຮັບຄ່າຈ້າງຈາກ Medicare ເພື່ອກວດ ແລະ ຊ່ວຍປັບປຸງຄຸນນະພາບການດູແລປິ່ນປົວຄົນທີ່ມີ Medicare. KEPRO ແມ່ນອົງການທີ່ບໍ່ຂຶ້ນກັບໃຜ. ເປັນອົງການທີ່ບໍ່ເຊື່ອມຕໍ່ກັບແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາ.

ທ່ານຄວນຕິດຕໍ່ຫາ KEPRO ໃນສະຖານະການດັ່ງຕໍ່ໄປນີ້:

- ທ່ານມີຄຳຮ້ອງກ່ຽວກັບຄຸນນະພາບການເບິ່ງແຍງດູແລທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບ.
- ທ່ານຄິດວ່າການຄຸ້ມຄອງສຳລັບການຢູ່ໂຮງໝໍຂອງທ່ານສິ້ນສຸດລົງໄວເກີນໄປ.
- ທ່ານຄິດວ່າ ການຄຸ້ມຄອງການດູແລສຸຂະພາບຢູ່ເຮືອນຂອງທ່ານ, ການດູແລໃນສະຖານທີ່ພະຍາບານທີ່ມີຄວາມຊຳນິຊຳນານ ຫຼື ການບໍລິການຟື້ນຟູຄົນເຈັບນອກແບບຄົບວົງຈອນ (CORF) ສິ້ນສຸດລົງໄວເກີນໄປ.

ວິທີ	**ຂໍ້ມູນຕິດຕໍ່ – KEPRO (ອົງການການປັບປຸງຄຸນນະພາບຂອງ Rhode Island)**
ໂທ	1-888-319-8452 ວັນຈັນ - ວັນສຸກ 9 am - 5 pm ທ້າຍອາທິດ ແລະ ວັນພັກລາດຊະການ: 11 am – 3 pm ໃຫ້ບໍລິການຂໍ້ຄວາມສຽງຕະຫຼອດ 24 ຊົ່ວໂມງ.
TTY	1-855-843-4776 ເບີໂທນີ້ຕ້ອງໃຊ້ອຸປະກອນໂທລະສັບພິເສດ ແລະ ໃຊ້ສຳລັບຄົນຜູ້ທີ່ມີຄວາມຫຍຸ້ງຍາກໃນການໄດ້ຍິນ ຫຼື ໃນການເວົ້າ.

ວິທີ	ຂໍ້ມູນຕິດຕໍ່ – KEPRO (ອົງການການປັບປຸງຄຸນນະພາບຂອງ Rhode Island)
ຂຽນຫາ	KEPRO 5700 Lombardo Center Drive, Suite 100 Seven Hills, OH 44131
ເວັບໄຊ	www.keproqio.com

ຂໍ້ທີ 5 ປະກັນສັງຄົມ

ປະກັນສັງຄົມຮັບຜິດຊອບການກຳນົດສິດເພື່ອຮັບ ແລະ ການລົງທະບຽນສຳລັບ Medicare. ພົນລະເມືອງສະຫະລັດ ແລະ ຜູ້ຢູ່ອາໄສຖາວອນຖືກຕ້ອງຕາມກົດໝາຍທີ່ອາຍຸ 65 ປີຂຶ້ນໄປ ຫຼື ຜູ້ທີ່ມີຄວາມພິການ ຫຼື ເປັນພະຍາດໝາກໄຂ່ຫຼັງວິ້ມເຫຼວຂັ້ນສຸດທ້າຍ ແລະ ມີຄຸນສົມບັດຕາມເງື່ອນໄຂ, ມີສິດຮັບ Medicare. ຖ້າທ່ານໄດ້ຮັບການກວດສອບການປະກັນສັງຄົມແລ້ວ, ການລົງທະບຽນເຂົ້າຮ່ວມໃນ Medicare ຈະເປັນໄປຢ່າງອັດຕະໂນມັດ. ຖ້າຫາກທ່ານຍັງບໍ່ໄດ້ຮັບການກວດສອບປະກັນສັງຄົມ, ທ່ານຈຳເປັນຕ້ອງລົງທະບຽນສຳລັບ Medicare. ເພື່ອສະໝັກເຂົ້າ Medicare, ທ່ານສາມາດໂທຫາປະກັນສັງຄົມ ຫຼື ເຂົ້າໄປທີ່ສຳນັກງານປະກັນສັງຄົມໃນທ້ອງຖິ່ນຂອງທ່ານ.

ປະກັນສັງຄົມຍັງຮັບຜິດຊອບກັບການກຳນົດວ່າໃຜຈະຕ້ອງຈ່າຍເງິນເພີ່ມເຕີມສຳລັບການຄຸ້ມຄອງຄ່າຢາ ພາກ D ຂອງພວກເຂົາເນື່ອງຈາກວ່າພວກເຂົາມີລາຍໄດ້ທີ່ສູງຂຶ້ນ. ຖ້າຫາກທ່ານໄດ້ຮັບຈົດໝາຍຈາກປະກັນສັງຄົມ ແຈ້ງໃຫ້ທ່ານຊາບວ່າທ່ານຕ້ອງຈະຈ່າຍຈຳນວນເພີ່ມເຕີມ ແລະ ມີຄຳຖາມກ່ຽວກັບຈຳນວນເງິນ ຫຼື ຖ້າຫາກລາຍຮັບຂອງທ່ານຫຼຸດລົງເນື່ອງຈາກວ່າສະຖານະການຊີວິດປ່ຽນແປງ, ທ່ານສາມາດໂທຫາປະກັນສັງຄົມເພື່ອຂໍການພິຈາລະນາຄືນໄດ້.

ຖ້າຫາກທ່ານຍ້າຍ ຫຼື ປ່ຽນທີ່ຢູ່ທາງໄປສະນີຂອງທ່ານ, ສຳຄັນຫຼາຍທີ່ທ່ານຕ້ອງຕິດຕໍ່ຫາປະກັນສັງຄົມເພື່ອແຈ້ງໃຫ້ພວກເຂົາຮັບຮູ້.

ວິທີ	ປະກັນສັງຄົມ – ຂໍ້ມູນຕິດຕໍ່
ໂທ	1-800-772-1213 ໂທຫາເບີໂທນີ້ແມ່ນບໍ່ເສຍຄ່າ. ພ້ອມໃຫ້ບໍລິການ 8 am ຫາ 7 pm, ວັນຈັນ ຈົນເຖິງ ວັນສຸກ. ທ່ານສາມາດໃຊ້ບໍລິການໂທລະສັບອັດຕະໂນມັດຂອງປະກັນສັງຄົມເພື່ອຂໍ້ມູນທີ່ບັນທຶກໄວ້ ແລະ ດຳເນີນທຸລະກິດບາງຢ່າງໄດ້ຕະຫຼອດ 24 ຊົ່ວໂມງ.
TTY	1-800-325-0778 ເບີໂທນີ້ຕ້ອງໃຊ້ອຸປະກອນໂທລະສັບພິເສດ ແລະ ໃຊ້ສຳລັບຄົນຜູ້ທີ່ມີຄວາມຫຍຸ້ງຍາກໃນການໄດ້ຍິນ ຫຼື ໃນການເວົ້າ. ໂທຫາເບີໂທນີ້ແມ່ນບໍ່ເສຍຄ່າ. ພ້ອມໃຫ້ບໍລິການ 8 am ຫາ 7 pm, ວັນຈັນ ຈົນເຖິງ ວັນສຸກ.
ເວັບໄຊ	www.ssa.gov

ຂໍ້ທີ 6 Medicaid

Medicaid ແມ່ນໂຄງການຮ່ວມມືກັນລະຫວ່າງລັດຖະບານກາງ ແລະ ລັດທີ່ຊ່ວຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທາງການແພດໃຫ້ແກ່ບາງຄົນທີ່ມີລາຍຮັບ ແລະ ຊັບພະຍາກອນຈຳກັດ. ບາງຄົນທີ່ມີ Medicare ຍັງມີສິດໄດ້ຮັບ Medicaid. ໂຄງການທີ່ສະເໜີຜ່ານ Medicaid ຊ່ວຍໃຫ້ຜູ້ທີ່ມີ Medicare ຈ່າຍ ຄ່າ Medicare ຂອງເຂົາເຈົ້າ ເຊັ່ນ: ຄ່າປະກັນໄພ Medicare. ໂຄງການ **ເກັບທ້ອນເງິນຂອງ Medicare (Medicare Savings Programs)** ເຫຼົ່ານີ້ລວມເອົາ:

ຜູ້ຮັບສິດຜົນປະໂຫຍດ Medicare ທີ່ມີຄຸນສົມບັດ (QMB): ຊ່ວຍຈ່າຍຄ່າປະກັນ Medicare ພາກ A ແລະ ພາກ B ແລະ ການແບ່ງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍອື່ນໆ (ເຊັ່ນ: ສ່ວນທີ່ຫຼຸດໄດ້, ປະກັນໄພຮ່ວມ ແລະ ການຮ່ວມຈ່າຍ). (ນອກຈາກນັ້ນ, ບາງຄົນທີ່ເປັນ QMB ຍັງມີສິດຮັບຜົນປະໂຫຍດ Medicaid ເຕັມຈຳນວນ (QMB+).)

ຜູ້ໄດ້ຮັບສະຫວັດດີການ Medicare ທີ່ມີລາຍຮັບຕ່ຳສະເພາະ (Specified Low-Income Medicare Beneficiary,SLMB): ຊ່ວຍຈ່າຍຄ່າທຳນຽມ ພາກ B. (ນອກຈາກນັ້ນ, ບາງຄົນທີ່ມີ SLMB ຍັງມີສິດຮັບຜົນປະໂຫຍດ Medicaid ເຕັມຈຳນວນ (SLMB+).)

ບຸກຄົນທີ່ມີຄຸນສົມບັດ (QI): ຊ່ວຍຈ່າຍຄ່າທຳນຽມ ພາກ B.

ບຸກຄົນເຮັດວຽກ ແລະ ຄົນພິການທີ່ມີຄຸນສົມບັດ (Qualified Disabled & Working Individuals,QDWI): ຊ່ວຍຈ່າຍຄ່າປະກັນ ພາກ A.

ເພື່ອຊອກຮູ້ເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບ ແລະ ໂຄງການຂອງ Medicaid, ຕິດຕໍ່ Rhode Island Medicaid.

ວິທີ	**Rhode Island Medicaid – ຂໍ້ມູນຕິດຕໍ່** **Executive Office of Health and Human Services (EOHHS)**
ໂທ	1-401-462-5274 7 am ຫາ 7 pm, ວັນຈັນ ຫາ ວັນສຸກ.
TTY	711
ຂຽນຫາ	3 West Road Cranston, RI 02920
ເວັບໄຊ	https://eohhs.ri.gov/

ຂໍ້ທີ 7 ຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບໂຄງການທີ່ຊ່ວຍຄົນຈ່າຍຄ່າຢາຕາມແຜນສັ່ງຂອງພວກເຂົາ

ເວັບໄຊ Medicare.gov (https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/costs-in-the-coverage-gap/5-ways-to-get-help-with-prescription-costs) ໃຫ້ຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບວິທີຫຼຸດຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຢາຕາມແຜນສັ່ງຂອງທ່ານ. ສຳລັບຄົນທີ່ມີລາຍໄດ້ຈຳກັດ, ຍັງມີໂຄງການເພື່ອໃຫ້ການຊ່ວຍເຫຼືອ, ເຊິ່ງອະທິບາຍໄວ້ລຸ່ມນີ້.

ໂຄງການ "ການຊ່ວຍເຫຼືອພິເສດ ຫຼື Extra Help" ຂອງ Medicare

Medicare ໃຫ້ "ການຊ່ວຍເຫຼືອພິເສດ" ເພື່ອຈ່າຍຄ່າຢາຕາມໃບສັ່ງແພດ ສຳລັບຜູ້ທີ່ມີລາຍໄດ້ ແລະ ຊັບພະຍາກອນຈຳກັດ. ຊັບພະຍາກອນລວມມີ: ເງິນຝາກປະຢັດ ແລະ ຫຼັກຊັບຂອງທ່ານ, ແຕ່ບໍ່ແມ່ນເຮືອນ ຫຼື ລົດຂອງທ່ານ. ຖ້າທ່ານມີຄຸນສົມບັດ, ທ່ານຈະໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການຈ່າຍເງິນຄ່າປະກັນແຜນຢາ Medicare ປະຈຳເດືອນ, ຫັກອອກປະຈຳປີ ແລະ ການຈ່າຍເງິນຕາມໃບສັ່ງແພດ. "ການຊ່ວຍເຫຼືອພິເສດ" ນີ້ຍັງນັບໃສ່ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທີ່ຕ້ອງຮັບຜິດຊອບເອງຂອງທ່ານອີກດ້ວຍ.

ຖ້າທ່ານມີຄຸນສົມບັດຮັບ "ການຊ່ວຍເຫຼືອພິເສດ" ໂດຍອັດຕະໂນມັດ Medicare ຈະສົ່ງຈົດໝາຍເຖິງທ່ານ. ທ່ານຈະບໍ່ຈຳເປັນຕ້ອງສະໝັກ. ຖ້າວ່າທ່ານບໍ່ຜ່ານຄຸນສົມບັດຮັບ "ການຊ່ວຍເຫຼືອພິເສດ" ອັດຕະໂນມັດ ເພື່ອຈ່າຍຄ່າບໍລິການຢາຕາມໃບສັ່ງແພດ ແລະ ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຂອງທ່ານ. ເພື່ອເບິ່ງວ່າທ່ານມີສິດໄດ້ຮັບການ "ການຊ່ວຍເຫຼືອພິເສດ" ຫຼືບໍ່, ກະລຸນາໂທຫາ:

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). ຜູ້ໃຊ້ TTY ຄວນໂທຫາ 1-877-486-2048, 24 ຊົ່ວໂມງຕໍ່ມື້, 7 ມື້ຕໍ່ອາທິດ;
- ສຳນັກງານປະກັນສັງຄົມທີ່ເບີ 1-800-772-1213 ລະຫວ່າງ 8 am ຫາ 7 pm, ວັນຈັນ ເຖິງ ວັນສຸກ. ຜູ້ໃຊ້ TTY ຄວນໂທຫາ 1-800-325-0778 (ແອັບພລິເຄຊັນ); ຫຼື
- ຫ້ອງການ Medicaid ປະຈຳລັດຂອງທ່ານ - Rhode Island Medicaid Office (ແອັບພລິເຄຊັນ). (ເບິ່ງຂໍ້ທີ 6 ຂອງພາກນີ້ສຳລັບຂໍ້ມູນຕິດຕໍ່.)

ຖ້າທ່ານເຊື່ອວ່າທ່ານມີຄຸນສົມບັດສຳລັບ "ການຊ່ວຍເຫຼືອພິເສດ" ແລະ ທ່ານເຊື່ອວ່າທ່ານກຳລັງຈ່າຍ ຈຳນວນການຈ່າຍຮ່ວມທີ່ບໍ່ຖືກຕ້ອງເວລາຮັບຢາຕາມໃບສັ່ງຂອງທ່ານຕາມຮ້ານຂາຍຢາ, ແຜນຂອງພວກເຮົາມີຂະບວນການເພື່ອໃຫ້ທ່ານຂໍຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອ ເພື່ອຮັບຂໍ້ມູນຫຼັກຖານລະດັບການຈ່າຍຮ່ວມອັນເຫມາະສົມຂອງທ່ານ ຫຼື ຖ້າທ່ານມີຫຼັກຖານແລ້ວ, ເພື່ອສົ່ງຫຼັກຖານນັ້ນໃຫ້ພວກເຮົາ.

- ທ່ານສາມາດສົ່ງສຳເນົາຈົດຫມາຍເງິນອຸດຫນູນສຳລັບລາຍໄດ້ຕ່ຳ (LIS) ຫຼື ຫຼັກຖານການມີສິດຮັບ Medi caid ເພື່ອເປັນຫຼັກຖານ. ຂໍ້ມູນນີ້ ສາມາດສົ່ງຫາຜ່າຍບໍລິການສະມາຊິກຕາມທີ່ຢູ່ ແລະ ເບີແຟັກຊ໌ ທີ່ໃຫ້ໄວ້ກ່ອນແລ້ວໃນພາກນີ້.

- ໃນເວລາທີ່ພວກເຮົາໄດ້ຮັບຫຼັກຖານສະແດງລະດັບການຮ່ວມຈ່າຍ, ພວກເຮົາຈະອັບເດດລະບົບຂອງພວກເຮົາເພື່ອໃຫ້ທ່ານສາມາດຈ່າຍເງິນການຮ່ວມຈ່າຍໄດ້ຢ່າງຖືກຕ້ອງ, ໃນເວລາທີ່ທ່ານຮັບເອົາຢາຕາມແຜນສັ່ງຂອງທ່ານຄັ້ງຕໍ່ໄປທີ່ຮ້ານຂາຍຢາ. ຖ້າທ່ານຈ່າຍເງິນກາຍຈຳນວນການຮ່ວມຈ່າຍຂອງທ່ານ, ພວກເຮົາຈະຈ່າຍເງິນຄືນໃຫ້ທ່ານ. ພວກເຮົາຈະສົ່ງເຊັກໃຫ້ທ່ານໃນຈຳນວນທີ່ທ່ານຈ່າຍກາຍ ຫຼື ພວກເຮົາຈະຫັກອອກຈາກການຮ່ວມຈ່າຍໃນອະນາຄົດ. ຖ້າຮ້ານຂາຍຢາຍັງບໍ່ໄດ້ເກັບເງິນການຮ່ວມຈ່າຍຈາກທ່ານ ແລະ ກຳລັງເຮັດໃຫ້ການຮ່ວມຈ່າຍເປັນເງິນທີ່ທ່ານຕິດໜີ້, ພວກເຮົາອາດຈະດຳເນີນການຈຳລະເງິນກັບຮ້ານຂາຍຢາໂດຍກົງ. ຖ້າລັດຈ່າຍໃນນາມຂອງທ່ານ, ພວກເຮົາອາດຈະຈ່າຍເງິນໃຫ້ລັດໂດຍກົງ. ກະລຸນາໂທຫາຝ່າຍບໍລິການສະມາຊິກ ຖ້າທ່ານມີຄຳຖາມ.

ຈະເກີດຫຍັງຂຶ້ນ ຖ້າທ່ານໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງຈາກໂຄງການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານຢາຂອງລັດ State Pharmaceutical Assistance Program (SPAP)?

ຫຼາຍລັດ ແລະ ຫມູ່ເກາະເວີຈິນຂອງສະຫະລັດ ສະເໜີໃຫ້ການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການຈ່າຍຄ່າຢາຕາມໃບສັ່ງແພດ, ຄ່າແຜນປະກັນຢາ ແລະ/ຫຼື ຄ່າຢາອື່ນໆ. ຖ້າທ່ານລົງທະບຽນໃນໂຄງການການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານຢາຂອງລັດ State Pharmaceutical Assistance Program (SPAP) ຫຼື ໂຄງການອື່ນໆ ທີ່ໃຫ້ການຄຸ້ມຄອງຢາ ພາກ D (ນອກຈາກ "ການຊ່ວຍເຫຼືອພິເສດ"), ທ່ານຍັງຄົງໄດ້ຮັບສ່ວນຫຼຸດ 70% ສຳລັບຢາຍີ່ຫໍ້ທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ. ນອກຈາກນີ້, ແຜນການຈະຈ່າຍ 5% ຂອງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຢາຍີ່ຫໍ້ໃນຊ່ອງຫວ່າງການຄຸ້ມຄອງ. ສ່ວນຫຼຸດ 70% ແລະ 5% ທີ່ໄດ້ຈ່າຍໂດຍແຜນການຈະນຳໄປຊຸ້ກັບລາຄາຢາກ່ອນ SPAP ຫຼື ການຄຸ້ມຄອງອື່ນໆ.

ແມ່ນຫຍັງຈະເກີດຂຶ້ນ ຖ້າທ່ານມີການຄຸ້ມຄອງຈາກ AIDS Drug Assistance Program (ADAP, ໂຄງການຊ່ວຍເຫຼືອຢາປິ່ນປົວ AIDS)?
AIDS Drug Assistance Program (ADAP) ຫມາຍເຖິງຫຍັງ?

ໂຄງການຊ່ວຍເຫຼືອຢາປິ່ນປົວ AIDS (ADAP) ຊ່ວຍບຸກຄົນທີ່ມີສິດຮັບ ADAP ທີ່ມີຊີວິດຢູ່ກັບພະຍາດ HIV/AIDS ໃຫ້ສາມາດເຂົ້າເຖິງຢາ HIV ເພື່ອຮັກສາຊີວິດໄດ້. ຢາຕາມແຜນສັ່ງຂອງ Medicare ພາກ D ທີ່ຍັງຢູ່ໃນລາຍການຢາ ADAP ຍັງມີສິດຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອໃນການແບ່ງປັນຄ່າຢາຕາມແຜນສັ່ງ ຜ່ານໂຄງການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານຢາຂອງໂຄງການ Rhode Island HIV Drug Assistance Program.

ຫມາຍເຫດ: ເພື່ອໃຫ້ມີສິດຮັບ ADAP ທີ່ດຳເນີນການໃນ Rhode Island, ບຸກຄົນຕ້ອງມີຄຸນສົມບັດຕາມເກນກຳນົດ, ລວມທັງຫຼັກຖານການຢູ່ອາໄສຢູ່ໃນລັດ ແລະ ສະຖານະພາບຂອງ HIV, ມີລາຍໄດ້ຕ່ຳຕາມການກຳນົດຂອງລັດ ແລະ ບໍ່ມີ/ບໍ່ສາມາດມີປະກັນໄພ. ຖ້າທ່ານປ່ຽນແຜນ, ກະລຸນາແຈ້ງພະນັກງານລົງທະບຽນ ADAP ທ້ອງຖິ່ນຂອງທ່ານຮັບຊາບເພື່ອໃຫ້ທ່ານສາມາດສືບຕໍ່ສິດຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອໄດ້. ສຳລັບຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບການມີສິດຮັບ, ຢາທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ ຫຼື ວິທີການລົງທະບຽນກັບໂຄງການ, ກະລຸນາໂທຫາໂຄງການ Rhode Island HIV Drug Assistance Program ທີ່ເບີ 1-401-222-5960.

ໂຄງການ State Pharmaceutical Assistance Programs

ຫຼາຍໆລັດມີໂຄງການ State Pharmaceutical Assistance Programs ທີ່ຊ່ວຍໃຫ້ບາງຄົນຈ່າຍຄ່າຢາຕາມແຜດສັ່ງໄດ້ ໂດຍພິຈາລະນາຈາກຄວາມຕ້ອງການທາງດ້ານການເງິນ, ອາຍຸ, ເງື່ອນໄຂດ້ານການແພດ ຫຼື ຄວາມພິການ. ແຕ່ລະລັດມີກົດລະບຽບແຕກຕ່າງກັນ ເພື່ອສະໜອງການຄຸ້ມຄອງຢາກັບສະມາຊິກຂອງຕົນ.

ໃນລັດ Rhode Island ໂຄງການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານຢາຂອງລັດ (State Pharmaceutical Assistance Program) ໄດ້ຮັບການເບິ່ງແຍງໂດຍ ພະແນກສຸຂະພາບ ແລະ ຜູ້ສູງອາຍຸຂອງລັດ Rhode Island.

ວິທີ	ພະແນກສຸຂະພາບ ແລະ ຜູ້ສູງອາຍຸຂອງລັດ Rhode Island (Rhode Island's State Pharmaceutical Assistance Program) - ຂໍ້ມູນຕິດຕໍ່
ໂທ	1-401-462-3000 8 am ຫາ 4 pm, ວັນຈັນ ເຖິງ ວັນສຸກ
TTY	1-401-462-0740 ເບີໂທນີ້ຕ້ອງໃຊ້ອຸປະກອນໂທລະສັບພິເສດ ແລະ ໃຊ້ສຳລັບຄົນຜູ້ທີ່ມີຄວາມຫຍຸ້ງຍາກໃນການໄດ້ຍິນ ຫຼື ໃນການເວົ້າ.
ຂຽນຫາ	25 Howard Avenue, Building 57 Cranston, RI 02920
ເວັບໄຊ	https://oha.ri.gov/what-we-do

ຂໍ້ທີ 8 ວິທີຕິດຕໍ່ຫາຄະນະກຳມະການບຳນານສຳລັບພະນັກງານທາງລົດໄຟ

ຄະນະກຳມະການບຳນານສຳລັບພະນັກງານທາງລົດໄຟແມ່ນຫນ່ວຍງານລັດຖະບານກາງເອກະລາດທີ່ບໍລິຫານໂຄງການຜົນປະໂຫຍດທີ່ຄອບຄຸມສຳລັບພະນັກງານທາງລົດໄຟແຫ່ງຊາດ ແລະ ຄອບຄົວຂອງພວກເຂົາ. ຖ້າທ່ານໄດ້ຮັບ Medicare ຂອງທ່ານຜ່ານຄະນະກຳມະການບຳນານສຳລັບພະນັກງານທາງລົດໄຟ, ມັນສຳຄັນຫຼາຍທີ່ທ່ານຕ້ອງແຈ້ງໃຫ້ພວກເຂົາຮັບຊາບ ຖ້າທ່ານຍ້າຍ ຫຼື ປ່ຽນທີ່ຢູ່ທາງໄປສະນີຂອງທ່ານ. ຖ້າທ່ານມີຄຳຖາມກ່ຽວກັບຜົນປະໂຫຍດຂອງທ່ານຈາກຄະນະກຳມະການບຳນານສຳລັບພະນັກງານທາງລົດໄຟ, ຕິດຕໍ່ອົງການຕົວແທນ.

ວິທີ	ຄະນະກຳມະການບຳນານສຳລັບພະນັກງານທາງລົດໄຟ – ຂໍ້ມູນຕິດຕໍ່
ໂທ	1-877-772-5772 ໂທຫາເບີໂທນີ້ແມ່ນບໍ່ເສຍຄ່າ. 9:00 am ຫາ 3:00 pm ວັນຈັນ ເຖິງ ວັນສຸກ
TTY	1-312-751-4701 ເບີໂທນີ້ຕ້ອງໃຊ້ອຸປະກອນໂທລະສັບພິເສດ ແລະ ໃຊ້ສຳລັບຄົນຜູ້ທີ່ມີຄວາມຫຍຸ້ງຍາກໃນການໄດ້ຍິນ ຫຼື ໃນການເວົ້າ. ໂທຫາເບີໂທນີ້ແມ່ນເສຍຄ່າ.
ເວັບໄຊ	rrb.gov/

ຂໍ້ທີ 9 ທ່ານມີປະກັນໄພກຸ່ມ ຫຼື ປະກັນໄພສຸຂະພາບອື່ນໆຈາກນາຍຈ້າງ ຫຼືບໍ?

ຖ້າທ່ານ (ຫຼື ຄູ່ສົມລົດຂອງທ່ານ) ໄດ້ຮັບສິດຜົນປະໂຫຍດຈາກນາຍຈ້າງຂອງທ່ານ (ຫຼື ຄູ່ສົມລົດຂອງທ່ານ) ຫຼື ກຸ່ມຜູ້ບຳນານໃນຖານະເປັນສ່ວນຫນຶ່ງຂອງແຜນປະກັນນີ້, ທ່ານສາມາດໂທຫາເຈົ້າຫນ້າທີ່ດູແລລະບົບຜົນປະໂຫຍດນາຍຈ້າງ/ສະຫະພັນກຳມະບານ ຫຼື ຝ່າຍບໍລິການສະມາຊິກໄດ້ ຖ້າທ່ານມີຄຳຖາມ. ທ່ານສາມາດຖາມກ່ຽວກັບ ນາຍຈ້າງຂອງທ່ານ (ຫຼື ຄູ່ສົມລົດຂອງທ່ານ) ຫຼື ສິດຜົນປະໂຫຍດດ້ານສຸຂະພາບຂອງຜູ້ບຳນານ, ຄ່າປະກັນ ຫຼື ໄລຍະເວລາການລົງທະບຽນ. (ເບີໂທລະສັບຝ່າຍບໍລິການສະມາຊິກ ຖືກພິມໄວ້ດ້ານຫຼັງຂອງເອກະສານສະບັບນີ້.) ທ່ານຍັງສາມາດໂທຫາ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227; TTY: 1-877-486-2048) ສຳລັບຄຳຖາມທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບການຄຸ້ມຄອງ Medicare ຂອງທ່ານພາຍໃຕ້ແຜນນີ້.

ຖ້າທ່ານມີການຄຸ້ມຄອງຢາຕາມແພດສັ່ງອື່ນໆ ຜ່ານທາງນາຍຈ້າງ ຫຼື ກຸ່ມຜູ້ບຳນານ (ຫຼື ຄູ່ສົມລົດຂອງທ່ານ), ກະລຸນາຕິດຕໍ່ຫາ **ຜູ້ດູແລສິດຜົນປະໂຫຍດຂອງກຸ່ມນັ້ນໆ.** ຜູ້ດູແລສິດຜົນປະໂຫຍດ ສາມາດຊ່ວຍທ່ານໃນການກຳນົດວ່າການຄຸ້ມຄອງຢາຕາມແພດສັ່ງປັດຈຸບັນຂອງທ່ານຈະໃຊ້ງ້ຽໄດ້ກັບແຜນຂອງພວກເຮົາແນວໃດ.

ຂໍ້ທີ 10 ທ່ານສາມາດຂໍຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອຈາກ ສາຍດ່ວນເພື່ອຄຳແນະນຳຈາກແພດ ໄດ້

CCA Medicare Preferred ຊ່ວຍໃຫ້ທ່ານເຂົ້າເຖິງຜູ້ຊ່ຽວຊານດ້ານສຸຂະພາບທີ່ມີຄວາມຊຳນານໄດ້ຕະຫຼອດຊາວສີ່ຊົ່ວໂມງ ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຂໍ້ມູນ ແລະ ຄຳແນະນຳດ້ານການແພດ. ເມື່ອທ່ານໂທຫາ, ແພດຄລີນິກຂອງພວກເຮົາ, ພະຍາບານ, ຜູ້ຊ່ຽວຊານດ້ານສຸຂະພາບພຶດຕິກຳຫຼືທຽບເທົ່າ, ຈະຕອບຄຳຖາມກ່ຽວກັບສຸຂະພາບທົ່ວໄປ ແລະ ຄວາມເປັນຢູ່ຂອງທ່ານ. ແພດຄລີນິກຂອງພວກເຮົາທີ່ສາມາດເຂົ້າເຖິງແຜນການດູແລສະເພາະຂອງທ່ານຈະໃຫ້ຄຳແນະນຳດ້ານຄລີນິກກ່ຽວກັບຄວາມຕ້ອງການທາງດ້ານຮ່າງກາຍ ຫຼື ຈິດໃຈຂອງທ່ານອີກດ້ວຍ. ຖ້າທ່ານມີຄວາມຕ້ອງການດ້ານສຸຂະພາບຮີບດ່ວນ ແຕ່ບໍ່ແມ່ນເຫດສຸກເສີນ, ທ່ານສາມາດໂທຫາ ສາຍດ່ວນໃຫ້ຄຳແນະນຳຈາກແພດ ຂອງພວກເຮົາໄດ້ຕະຫຼອດ 24 ຊົ່ວໂມງຕໍ່ມື້, 7 ມື້ຕໍ່ອາທິດ ເພື່ອຖາມຄຳຖາມທາງການແພດ ແລະ ສຸຂະພາບພຶດຕິກຳ.

ວິທີ	ສາຍດ່ວນໃຫ້ຄຳແນະນຳຈາກແພດ – ຂໍ້ມູນຕິດຕໍ່
ໂທ	1-833-346-9222 ໂທຫາເບີໂທນີ້ແມ່ນບໍ່ເສຍຄ່າ. ມີໃຫ້ 24 ຊົ່ວໂມງຕໍ່ມື້, 7 ມື້ຕໍ່ອາທິດ. ບໍລິການແປພາສາແບບບໍ່ເສຍຄ່າແມ່ນມີໃຫ້ສຳລັບຜູ້ທີ່ບໍ່ເວົ້າພາສາອັງກິດ.
TTY	711 ໂທຫາເບີໂທນີ້ແມ່ນບໍ່ເສຍຄ່າ. ມີໃຫ້ 24 ຊົ່ວໂມງຕໍ່ມື້, 7 ມື້ຕໍ່ອາທິດ.

ພາກທີ 3:

ນຳໃຊ້ແຜນປະກັນເພື່ອການບໍລິການທາງການແພດຂອງທ່ານ

ຂໍ້ທີ 1 ສິ່ງທີ່ຄວນຮູ້ກ່ຽວກັບການຮັບການດູແລທາງການແພດຂອງທ່ານ ໃນຖານະເປັນສະມາຊິກໃນແຜນຂອງພວກເຮົາ

ພາກນີ້ຈະອະທິບາຍສິ່ງທີ່ທ່ານຈຳເປັນຕ້ອງຮູ້ກ່ຽວກັບການໃຊ້ແຜນປະກັນເພື່ອການດູແລທາງການແພດຂອງທ່ານ. ມັນໃຫ້ນິຍາມກ່ຽວກັບຄຳສັບ ແລະ ອະທິບາຍກົດລະບຽບທີ່ທ່ານຈຳເປັນຕ້ອງປະຕິບັດຕາມເພື່ອສາມາດຮັບການປິ່ນປົວທາງການແພດ, ການບໍລິການ, ອຸປະກອນ, ຢາຕາມແພດສັ່ງ ແລະ ດູແລທາງການແພດທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງໂດຍແຜນປະກັນ.

ສຳລັບລາຍລະອຽດກ່ຽວກັບແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາຈະໃຫ້ການຄຸ້ມຄອງຫຍັງແນ່ ແລະ ທ່ານຈະຈ່າຍຫຼາຍປານໃດເມື່ອທ່ານໄດ້ຮັບການດູແລຮັກສານີ້, ນຳໃຊ້ຕາຕະລາງສະແດງສິດຜົນປະ�โຫຍດໃນບົດຕໍ່ໄປ, ພາກທີ 4 *(ຕາຕະລາງສະແດງສິດຜົນປະ�โຫຍດທາງການແພດ, ສິ່ງທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງແລະສິ່ງທີ່ທ່ານຈະຕ້ອງຈ່າຍ)*.

ຂໍ້ທີ 1.1 ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການເຄືອຂ່າຍ ແລະ ບໍລິການທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງຫມາຍເຖິງຫຍັງ?

- **ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ** ແມ່ນແພດແລະຜູ້ຊ່ຽວຊານດ້ານສຸຂະພາບອື່ນໆ ທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດຈາກລັດເພື່ອໃຫ້ບໍລິການແລະການດູແລປິ່ນປົວທາງການແພດ. ຄຳວ່າ ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ ຍັງລວມເອົາໂຮງໝໍ ແລະ ສະຖານເບິ່ງແຍງດູແລສຸຂະພາບອື່ນໆ.
- **ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການໃນເຄືອຂ່າຍ** ແມ່ນແພດແລະຜູ້ຊ່ຽວຊານດ້ານສຸຂະພາບອື່ນໆ, ກຸ່ມການແພດ, ໂຮງຫມໍ, ແລະສະຖານທີ່ດູແລສຸຂະພາບອື່ນໆ ທີ່ມີຂໍ້ຕົກລົງກັບພວກເຮົາໃນການຍອມຮັບການຈ່າຍເງິນຂອງພວກເຮົາ ແລະ ຈຳນວນເງິນໃນສ່ວນແບ່ງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຂອງທ່ານເປັນການຈ່າຍເງິນເຕັມ. ພວກເຮົາຈັດໃຫ້ມີຜູ້ໃຫ້ບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ເພື່ອໃຫ້ບໍລິການທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ ສຳລັບສະມາຊິກແຜນຂອງພວກເຮົາ. ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການເຄືອຂ່າຍຂອງພວກເຮົາຈະຮຽກເກັບເງິນຈາກພວກເຮົາໂດຍກົງສຳລັບການບໍລິການທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບ. ເມື່ອທ່ານເຫັນຜູ້ໃຫ້ບໍລິການໃນເຄືອຂ່າຍ, ທ່ານຈ່າຍພຽງແຕ່ ສ່ວນແບ່ງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ ສຳລັບການບໍລິການຈາກພວກເຂົາ.
- **ບໍລິການທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ** ລວມມີ ການດູແລທາງການແພດ, ການບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບ, ສະໜອງອຸປະກອນ ແລະ ຢາຕາມໃບສັ່ງແພດ ທັງໝົດທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງໂດຍແຜນຂອງພວກເຮົາ. ບໍລິການທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງຂອງທ່ານສຳລັບການປິ່ນປົວ ຖືກລະບຸໄວ້ໃນເສັ້ນສະແດງຜົນປະ�โຫຍດໃນພາກທີ 4. ການບໍລິການທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງຂອງທ່ານສຳລັບຢາຕາມແພດສັ່ງແມ່ນໄດ້ອະທິບາຍໄວ້ໃນພາກທີ 5.

ຂໍ້ທີ 1.2	**ກົດລະບຽບພື້ນຖານສຳລັບການຮັບການດູແລທາງການແພດຂອງທ່ານຕາມແຜນປະກັນ**

ໃນຖານະທີ່ເປັນແຜນປະກັນສຸຂະພາບຂອງ Medicare, CCA Medicare Preferred ຕ້ອງກວມເອົາການບໍລິການທັງໝົດ ທີ່ຄຸ້ມຄອງໂດຍ Original Medicare ແລະ ຕ້ອງປະຕິບັດຕາມກົດລະບຽບການຄຸ້ມຄອງຂອງ Original Medicare.

CCA Medicare Preferred ໂດຍທົ່ວໄປແລ້ວຈະກວມເອົາການດູແລທາງການແພດຂອງທ່ານຕາບໃດທີ່:

- **ການດູແລທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບແມ່ນໄດ້ລວມຢູ່ໃນເສັ້ນສະແດງຜົນປະໂຫຍດຂອງດ້ານການປິ່ນປົວຂອງແຜນ** (ເສັ້ນສະແດງນີ້ແມ່ນຢູ່ໃນພາກທີ 4 ຂອງເອກະສານນີ້).
- **ການເບິ່ງແຍງດູແລທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບແມ່ນຖືວ່າເປັນຄວາມຈຳເປັນທາງການແພດ**. ຄວາມຈຳເປັນທາງການແພດໝາຍຄວາມວ່າການບໍລິການ, ເຄື່ອງໃຊ້, ອຸປະກອນ ຫຼື ຢາແມ່ນຈຳເປັນສຳລັບການປ້ອງກັນ, ການບົ່ງມະຕິ ຫຼື ການປິ່ນປົວພະຍາດຂອງທ່ານ ແລະ ເປັນໄປຕາມມາດຕະຖານທີ່ຍອມຮັບຂອງການປະຕິບັດດ້ານການປິ່ນປົວ.
- **ທ່ານຮັບການດູແລຂອງທ່ານຈາກຜູ້ໃຫ້ບໍລິການທີ່ມີສິດໃຫ້ບໍລິການພາຍໃຕ້ Original Medicare.** ໃນຖານະເປັນສະມາຊິກຂອງແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາ, ທ່ານສາມາດໄດ້ຮັບການດູແລຈາກຜູ້ໃຫ້ບໍລິການໃນເຄືອຂ່າຍ ຫຼື ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການນອກເຄືອຂ່າຍ (ສຳລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມ, ເບິ່ງຂໍ້ທີ 2 ໃນພາກນີ້).
    - ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຢູ່ໃນເຄືອຂ່າຍຂອງພວກເຮົາມີລາຍຊື່ໃນ *ບັນຊີລາຍຊື່ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ*.
    - ຖ້າທ່ານໃຊ້ ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການນອກເຄືອຂ່າຍ, ສ່ວນແບ່ງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຂອງທ່ານສຳລັບການບໍລິການທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງອາດຈະສູງກວ່າ.
    - ກະລຸນາຮັບຊາບວ່າ: ໃນຂະນະທີ່ທ່ານສາມາດຮັບການດູແລຈາກຜູ້ໃຫ້ບໍລິການນອກເຄືອຂ່າຍ, ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຈະຕ້ອງມີສິດເຂົ້າຮ່ວມໃນ Medicare. ຍົກເວັ້ນການດູແລສຸກເສີນ, ພວກເຮົາບໍ່ສາມາດຈ່າຍເງິນໃຫ້ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການທີ່ບໍ່ມີສິດເຂົ້າຮ່ວມໃນ Medicare ໄດ້. ຖ້າທ່ານໄປຫາຜູ້ໃຫ້ບໍລິການທີ່ບໍ່ມີສິດເຂົ້າຮ່ວມໃນ Medicare, ທ່ານຈະຕ້ອງຮັບຜິດຊອບຄ່າໃຊ້ຈ່າຍເຕັມຈຳນວນຂອງການບໍລິການທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບ. ກວດເບິ່ງກັບຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງທ່ານ ກ່ອນທີ່ຈະໄດ້ຮັບການບໍລິການເພື່ອຢັ້ງຢືນວ່າພວກເຂົາມີສິດເຂົ້າຮ່ວມໃນ Medicare.

ຂໍ້ທີ 2 ການໃຊ້ບໍລິການກັບຜູ້ໃຫ້ບໍລິການໃນເຄືອຂ່າຍ ແລະ ນອກເຄືອຂ່າຍເພື່ອຮັບການດູແລທາງການແພດຂອງທ່ານ

ຂໍ້ທີ 2.1 ທ່ານຕ້ອງເລືອກຜູ້ໃຫ້ບໍລິການກວດສຸຂະພາບປະຈຳ (PCP) ເພື່ອຈັດຫາ ແລະ ດູແລການສຸຂະພາບຂອງທ່ານ

PCP ຫມາຍເຖິງຫຍັງ ແລະ PCP ເຮັດຫຍັງໃຫ້ທ່ານ?

ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການເບິ່ງແຍງດູແລປະຈຳຂອງທ່ານແມ່ນຜູ້ໃຫ້ບໍລິການໃນເຄືອຂ່າຍທີ່ທ່ານໄປພົບທຳອິດສຳລັບບັນຫາສຸຂະພາບສ່ວນໃຫຍ່.

ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການປະເພດໃດແດ່ ທີ່ສາມາດເປັນ PCP ໄດ້?

PCP ຂອງທ່ານອາດເປັນແພດຮັກສາສຸຂະພາບປະຈຳຕົວ, ຜູ້ປະກອບວິຊາຊີບພະຍາບານ, ຜູ້ຊ່ວຍແພດ ຫຼື ຜູ້ຊ່ຽວຊານສຸຂະພາບຍິງທີ່ມີໃບທະບຽນ ເຊິ່ງມີຄຸນສົມບັດຕາມຂໍ້ກຳນົດຂອງລັດ ແລະ ຜ່ານການຝຶກອົບຮົມເພື່ອໃຫ້ການປິ່ນປົວສຸຂະພາບທົ່ວໄປແຕັມຮູບແບບໃຫ້ແກ່ທ່ານ.

ບົດບາດຂອງ PCPຂອງຂ້າພະເຈົ້າ ແມ່ນຫຍັງ?

PCP ຂອງທ່ານຮັບຈະຜິດຊອບການຮ່ວມມືດ້ານການເບິ່ງແຍງດູແລສຸຂະພາບຂອງທ່ານ, ລວມທັງຄວາມຈຳເປັນດ້ານການເບິ່ງແຍງດູແລສຸຂະພາບປະຈຳຂອງທ່ານ. ເມື່ອທ່ານເປັນສະມາຊິກແຜນຂອງພວກເຮົາ, ທ່ານຕ້ອງເລືອກເອົາຜູ້ໃຫ້ບໍລິການໃນເຄືອຂ່າຍໃຫ້ເປັນ PCP ຂອງທ່ານ. ພວກເຮົາໄດ້ເຊັນສັນຍາກັບຜູ້ໃຫ້ການເບິ່ງແຍງດູແລສຸຂະພາບປະຈຳ ຜູ້ທີ່ຮູ້ຈຸມຈິນຂອງທ່ານ ແລະ ຜູ້ທີ່ໄດ້ພັດທະນາສາຍສຳພັນໃນການເຮັດວຽກຮ່ວມກັບບັນດາຊ່ຽວຊານ, ໂຮງໝໍ, ແພດເບິ່ງແຍງດູແລໃນຊຸມຊົນ ແລະ ສະຖານພະຍາບານທີ່ມີຄວາມສາມາດ ໃນພື້ນທີ່ຂອງທ່ານ.

ບົດບາດຂອງ PCP ໃນການປະສານງານກັບການບໍລິການທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງແມ່ນຫຍັງ?
PCP ຂອງທ່ານ,
ພ້ອມກັບສະມາຊິກຄົນອື່ນໆຂອງທີມງານເບິ່ງແຍງດູແລທ່ານຈະຮັບຜິດຊອບການປະສານງານດ້ານການເບິ່ງແຍງດູແລທາງການແພດຂອງທ່ານທັງໝົດ. ຄວາມຕໍ່ເນື່ອງແລະການປະສານງານການດູແລປິ່ນປົວ ລະຫວ່າງ PCP ຂອງທ່ານ, ຜູ້ຊ່ຽວຊານ, ແລະ CCA Medicare Preferred (PPO)
ຈະຊ່ວຍໃຫ້ທ່ານໄດ້ຮັບການເບິ່ງແຍງທີ່ເຫມາະສົມ ໃນສະຖານທີ່ເຫມາະສົມ ໃນເວລາທີ່ເຫມາະສົມ.
ການປະສານງານການບໍລິການຂອງທ່ານລວມມີ ການໄດ້ຮັບການອະນຸຍາດລ່ວງຫນ້າ (ຖ້າມີ)
ແລະການກວດສອບ ຫຼື ໃຫ້ຄຳປຶກສາແກ່ທ່ານ ແລະ
ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການແຜນປະກັນອື່ນໆກ່ຽວກັບການດູແລຂອງທ່ານແລະຈະດຳເນີນໄປແບບໃດ.

ທ່ານຈະເລືອກ PCP ຂອງທ່ານແນວໃດ?

ສະມາຊິກແຕ່ລະຄົນຂອງພວກເຮົາຈຳເປັນຕ້ອງມີຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດູແລສຸຂະພາບປະຈຳ (PCP). ທ່ານຕ້ອງເລືອກ PCP ໃນເວລາທີ່ທ່ານລົງທະບຽນເຂົ້າຮ່ວມໃນແຜນຂອງພວກເຮົາ. ຖ້າທ່ານເລືອກ PCP ທີ່ບໍ່ໄດ້ຢູ່ໃນເຄືອຂ່າຍຂອງພວກເຮົາ, ທ່ານອາດຈະຈ່າຍເງິນເພີ່ມເຕີມ ສຳລັບການບໍລິການທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ.

ທ່ານສາມາດນຳໃຊ້ *ບັນຊີລາຍຊື່ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ ແລະ ຮ້ານຂາຍຢາ* ຂອງພວກເຮົາເພື່ອຊອກຫາ PCP. ບັນຊີລາຍຊື່ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ ແລະ ຮ້ານຂາຍຢາຫຼ້າສຸດຂອງພວກເຮົາມີຢູ່ໃນເວັບໄຊຂອງພວກເຮົາທີ່ www.ccahealthri.org.

ຖ້າຫາກທ່ານບໍ່ໄດ້ເລືອກ PCP, ພວກເຮົາອາດຈະເລືອກໃຫ້ທ່ານ. ທ່ານຍັງສາມາດໂທຫາຝ່າຍການບໍລິການສະມາຊິກຂອງພວກເຮົາທີ່ເບີ�โທລະສັບທີ່ພິມໄວ້ຢູ່ດ້ານຫຼັງຂອງປຶ້ມຄູ່ມືນີ້ ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຂໍ້ມູນ ຫຼື ການຊ່ວຍເຫຼືອເພີ່ມເຕີມ. ທ່ານສາມາດປ່ຽນ PCP ຂອງທ່ານໄດ້ຕະຫຼອດເວລາ. ເບິ່ງການປ່ຽນ PCP ຂອງທ່ານ ດັ່ງລຸ່ມນີ້.

ການປ່ຽນ PCP ຂອງທ່ານ

ທ່ານອາດຈະປ່ຽນ PCP ຂອງທ່ານໄດ້ທຸກເວລາ ຈະດ້ວຍເຫດຜົນໃດກໍ່ຕາມ. ນອກຈາກນັ້ນ, ອາດເປັນໄປໄດ້ວ່າ PCP ຂອງທ່ານອາດຈະອອກຈາກເຄືອຂ່າຍຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາ. ຖ້າເກີດຂຶ້ນແທ້, ທ່ານອາດຕ້ອງຊອກຫາ PCP ຄົນໃຫມ່. ຖ້າທ່ານເລືອກທີ່ຈະພົບ PCP ຜູ້ທີ່ບໍ່ໄດ້ຢູ່ໃນເຄືອຂ່າຍຂອງພວກເຮົາ, ທ່ານອາດຈະຈ່າຍເງິນເພີ່ມເຕີມສຳລັບການບໍລິການທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ.

ຖ້າຫາກທ່ານຕ້ອງການປ່ຽນ PCP ຂອງທ່ານ, ໂທຫາຝ່າຍບໍລິການສະມາຊິກ. ຖ້າ PCP ປ່ຽນເປັນສະຖານພະຍາບານກຸ່ມອື່ນ, ຈະມີຜົນໃນມື້ທຳອິດຂອງເດືອນ ຫຼັງຈາກຍື່ນຄຳຮ້ອງ; ຢ່າງໃດກໍ່ຕາມ, ຖ້າການປ່ຽນແປງ PCP ຂອງທ່ານຢູ່ພາຍໃນນຫນ່ວຍອາຄານ/ສະຖານທີ່ດຽວກັນ, ການປ່ຽນແປງຂອງທ່ານອາດມີຜົນໄວກວ່າ.

ຂໍ້ທີ 2.2	**ທ່ານສາມາດຮັບການຮັກສາປະເພດໃດໄດ້ແນ່ ໂດຍບໍ່ມີການສົ່ງຕໍ່ຈາກ PCP ຂອງທ່ານ?**

ທ່ານສາມາດຮັບການບໍລິການທີ່ມີລາຍຊື່ລຸ່ມນີ້ໂດຍບໍ່ຈຳເປັນຕ້ອງໄດ້ຮັບການອະນຸມັດລ່ວງໜ້າຈາກ PCP ຂອງທ່ານ.

- ການດູແລສຸຂະພາບປົກກະຕິຂອງແມ່ຍິງ, ເຊິ່ງລວມມີ ການກວດເຕົ້ານົມ, ການກວດຄັດກອງແມນໂມແກຣມ (ເອັກສເຣເຕົ້ານົມ), ການກວດມະເຮັງປາກຫມົດລູກ ແລະ ການກວດຜົ້ງທ້ອງ
- ການສັກຢາປ້ອງກັນໄຂ້ຫວັດໃຫຍ່, ການສັກວັກຊີນ COVID-19, ການສັກຢາປ້ອງກັນພະຍາດຕັບອັກເສບ B ແລະ ການສັກຢາປ້ອງກັນພະຍາດປອດບວມ
- ການໃຫ້ບໍລິການສຸກເສີນຈາກຜູ້ໃຫ້ຜູ້ບໍລິການໃນເຄືອຂ່າຍ ຫຼື ຈາກຜູ້ໃຫ້ບໍລິການນອກເຄືອຂ່າຍ.
- ການບໍລິການທີ່ຈຳເປັນຮີບດ່ວນຈະໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງທີ່ບໍ່ແມ່ນການບໍລິການສຸກເສີນ, ໃຫ້ການບໍລິການເມື່ອຜູ້ໃຫ້ບໍລິການໃນເຄືອຂ່າຍບໍ່ສາມາດໃຫ້ບໍລິການໄດ້ ຫຼື ບໍ່ສາມາດເຂົ້າເຖິງໄດ້ເປັນການຊົ່ວຄາວ ຫຼື ໃນເວລາທີ່ຜູ້ສະໝັກຢູ່ນອກພື້ນທີ່ບໍລິການ. ຕົວຢ່າງ: ທ່ານຈຳເປັນຕ້ອງຮັບການປິ່ນປົວທັນທີໃນວັນເສົາອາທິດ. ຈຳເປັນຕ້ອງຮັບການບໍລິການທັນທີ ແລະ ຄວາມຈຳເປັນທາງການແພດ.
- ການບໍລິການຜອກໝາກໄຂ່ຫຼັງ ທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບຢູ່ສະຖານທີ່ຜອກໝາກໄຂ່ຫຼັງທີ່ຜ່ານການຮັບຮອງໂດຍ Medicare ໃນເວລາທີ່ທ່ານຢູ່ນອກເຂດບໍລິການຂອງແຜນເປັນການຊົ່ວຄາວ ຫຼື ເມື່ອຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງທ່ານບໍ່ສາມາດໃຫ້ການບໍລິການຊົ່ວຄາວ ຫຼື ບໍ່ສາມາດເຂົ້າເຖິງໄດ້. ການແບ່ງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທີ່ທ່ານຈ່າຍໃຫ້ແຜນປະກັນສຳລັບການຜອກໄຂ່ຫຼັງບໍ່ສາມາດກາຍການແບ່ງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃນ Original Medicare. ຖ້າທ່ານຢູ່ນອກເຂດບໍລິການຂອງແຜນປະກັນ ແລະ ໄດ້ຮັບການຜອກໄຂ່ຫຼັງຈາກຜູ້ໃຫ້ບໍລິການນອກເຄືອຂ່າຍຂອງແຜນ, ການແບ່ງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຈະບໍ່ກາຍການແບ່ງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃນເຄືອຂ່າຍ. ເຖິງຢ່າງໃດກໍ່ຕາມ, ຖ້າຜູ້ໃຫ້ບໍລິການໃນເຄືອຂ່າຍສຳລັບການຜອກໄຂ່ຫຼັງຂອງທ່ານສາມາດໃຫ້ບໍລິການເປັນການຊົ່ວຄາວ ແລະ ທ່ານເລືອກທີ່ຈະຮັບການບໍລິການພາຍໃນພື້ນທີ່ບໍລິການຂອງຜູ້ໃຫ້ບໍລິການນອກເຄືອຂ່າຍຂອງແຜນປະກັນ, ການແບ່ງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍສຳລັບການຜອກໄຂ່ຫຼັງອາດຈະສູງຂຶ້ນ. ຖ້າເປັນໄປໄດ້, ກະລຸນາແຈ້ງໃຫ້ພວກເຮົາຮູ້ກ່ອນທີ່ທ່ານຈະອອກຈາກເຂດບໍລິການ ເພື່ອພວກເຮົາຈະສາມາດຊ່ວຍຈັດຫາການຜອກໝາກໄຂ່ຫຼັງສຳຮອງໃຫ້ໃນຂະນະທີ່ທ່ານບໍ່ຢູ່.

ຂໍ້ທີ 2.3	**ວິທີການຮັບການເບິ່ງແຍງດູແລຈາກຜູ້ຊ່ຽວຊານ ແລະ ຜູ້ໃຫ້ບໍລິໃນການເຄືອຂ່າຍອື່ນໆ**

ຜູ້ຊ່ຽວຊານເປັນຜູ້ໃຫ້ບໍລິການເບິ່ງແຍງດູແລສຸຂະພາບທີ່ໃຫ້ບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບສຳລັບພະຍາດສະເພາະ ຫຼື ສ່ວນໃດສ່ວນຫນຶ່ງຂອງຮ່າງກາຍ. ມີຜູ້ຊ່ຽວຊານຫຼາຍປະເພດ. ນີ້ແມ່ນສອງສາມຕົວຢ່າງ:

- ຜູ້ຊ່ຽວຊານດ້ານເນື້ອງອກວິທະຍາເບິ່ງແຍງດູແລຄົນເຈັບທີ່ເປັນມະເຮັງ.

- ຜູ້ຊ່ຽວຊານດ້ານຫົວໃຈເບິ່ງແຍງດູແລຄົນເຈັບທີ່ມີພະຍາດຫົວໃຈ.
- ຜູ້ຊ່ຽວຊານດ້ານກະດູກເບິ່ງແຍງດູແລຄົນເຈັບທີ່ເປັນພະຍາດກະດູກ, ຂໍ້ຕໍ່ ຫຼື ກ້ານເນື້ອ.

PCP ຂອງທ່ານຈະປະສານງານກັບທ່ານ ແລະ ຜູ້ຊ່ຽວຊານຂອງທ່ານ ເພື່ອໃຫ້ແນ່ໃຈວ່າທ່ານໄດ້ຮັບການບໍລິການທີ່ທ່ານຕ້ອງການ.

ແຜນປະກັນຂອງ PCPs ແລະ ທັນຕະແພດ ມີຜູ້ຊ່ຽວຊານບາງຄົນທີ່ພວກເຂົາໃຊ້ເພື່ອແນະນຳຕໍ່, ເຖິງວ່າທ່ານຈະໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງສຳລັບຜູ້ຊ່ຽວຊານທີ່ເປັນສ່ວນໜຶ່ງໃນເຄືອຂ່າຍພວກເຮົາ. ຖ້າຫາກມີຜູ້ຊ່ຽວຊານສະເພາະທີ່ທ່ານຕ້ອງການເບິ່ງ, ທ່ານຄວນຖາມ PCP ຂອງທ່ານວ່າພວກເຂົາເຮັດວຽກຮ່ວມກັບຜູ້ຊ່ຽວຊານເຫຼົ່ານັ້ນຫຼືບໍ່. ທ່ານອາດຈະປ່ຽນ PCP ຂອງທ່ານ ຖ້າທ່ານຕ້ອງການທີ່ຈະພົບຜູ້ຊ່ຽວຊານທີ່ PCP ປະຈຸບັນຂອງທ່ານບໍ່ສາມາດແນະນຳຕໍ່ໄດ້. ສຳລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບການປ່ຽນ PCP ຂອງທ່ານ, ເບິ່ງຂໍ້ມູນການປ່ຽນ PCP ຂອງທ່ານໃນພາກນີ້. ທ່ານຍັງສາມາດໂທຫາຝ່າຍບໍລິການສະມາຊິກ ຖ້າຫາກທ່ານຕ້ອງການຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມ ຫຼື ການຊ່ວຍເຫຼືອ.

ແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາເຮັດສັນຍາກັບສະຖານພະຍາບານ ທີ່ສາມາດໃຫ້ການດູແລກະທັນຫັນ, ຊຳເຮື້ອ ແລະ ການຟື້ນຟູ. ໃນຖານະສະມາຊິກຂອງ CCA Medicare Preferred, ທ່ານຈະຖືກສົ່ງໄປໂຮງຫມໍໃນເຄືອຂ່າຍທີ່ PCP ຂອງທ່ານຍອມຮັບສິດພິເສດ. ສະຖານທີ່ເຫຼົ່ານີ້ຄວນເປັນບ່ອນທີ່ທ່ານລົ້ງເຄີຍ ແລະ ຕັ້ງຢູ່ໃນຊຸມຊົນຂອງທ່ານ. ກະລຸນາອີງໃສ່ *ບັນຊີລາຍຊື່ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ ແລະ ຮ້ານຂາຍຢາ* ເພື່ອລະບຸຈຸດທີ່ຕັ້ງຂອງໂຮງໝໍທີ່ຢູ່ໃນເຄືອຂ່າຍແຜນພວກເຮົາ. ບັນຊີລາຍຊື່ *ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ ແລະ ຮ້ານຂາຍຢາ* ຫຼ້າສຸດຂອງພວກເຮົາມີຢູ່ໃນເວັບໄຊຂອງພວກເຮົາທີ່ www.ccahealthri.org.

ແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາຍັງໃຫ້ການຄຸ້ມຄອງຄວາມເຫັນທີສອງ ຈາກຜູ້ຊ່ຽວຊານ ຫຼື ຜູ້ຊ່ຽວຊານດ້ານການດູແລສຸຂະພາບທີ່ມີຄຸນວຸດທີອື່ນໆ ສຳລັບການບໍລິການທັງໝົດທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງພາຍໃນເຄືອຂ່າຍ. ທ່ານອາດຈະໄດ້ຮັບຄວາມເຫັນທີສອງຈາກຜູ້ໃຫ້ບໍລິການນອກເຄືອຂ່າຍ ຖ້າຜູ້ໃຫ້ບໍລິການໃນເຄືອຂ່າຍບໍ່ສາມາດໃຫ້ການບໍລິການໄດ້. PCP/ທີມງານປິ່ນປົວຂອງທ່ານ ຈະຊ່ວຍທ່ານໃນການຈັດແຈງໃນການຮັບຄວາມເຫັນທີສອງຈາກຜູ້ໃຫ້ບໍລິການฯນອກເຄືອຂ່າຍ. CCA Medicare Preferred ຕ້ອງອະນຸມັດການບໍລິການທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບຈາກຜູ້ໃຫ້ບໍລິການນອກເຄືອຂ່າຍ ກ່ອນທີ່ຈະຮັບການປິ່ນປົວ. ໃນສະຖານະການແບບນີ້, ພວກເຮົາຈະໃຫ້ການຄຸ້ມຄອງການບໍລິການໂດຍທີ່ທ່ານບໍ່ຕ້ອງອອກຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆ.

ການອະນຸຍາດລ່ວງໜ້າອາດຈຳເປັນຕໍ່ການບໍລິການບາງຢ່າງ (ກະລຸນາເບິ່ງໃນພາກທີ 4 ຫຼື ຂໍ້ມູນເພື່ອເບິ່ງວ່າການບໍລິການອັນໃດທີ່ຈຳເປັນຕ້ອງມີການອະນຸຍາດລ່ວງໜ້າ). ສາມາດຂໍການອະນຸມັດຈາກແຜນປະກັນໄດ້. ທ່ານຫຼືຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງທ່ານ, ລວມທັງຜູ້ໃຫ້ບໍລິການທີ່ບໍ່ມີສັນຍາ, ສາມາດຖາມແຜນປະກັນກ່ອນທີ່ຈະໃຫ້ການບໍລິການ ວ່າແຜນການຈະໃຫ້ການຄຸ້ມຄອງມັນຫຼືບໍ່. ທ່ານ ຫຼື ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງທ່ານສາມາດຂໍການກຳນົດນີ້ເປັນລາຍລັກອັກສອນໄດ້. ຂັ້ນຕອນນີ້ເອີ້ນວ່າການກຳນົດລ່ວງໜ້າ. ຖ້າພວກເຮົາເວົ້າວ່າພວກເຮົາຈະບໍ່ຄຸ້ມຄອງການບໍລິການຂອງທ່ານ, ຕົວທ່ານເອງ ຫຼື ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງທ່ານ ມີສິດໃນການອຸທອນຄຳຕັດສິນບໍ່ຄຸ້ມຄອງການດູແລຂອງທ່ານຂອງພວກເຮົາໄດ້. ພາກທີ 9 *(ຈະເຮັດແນວໃດ ຖ້າທ່ານມີບັນຫາ ຫຼື ຄຳຮ້ອງທຸກ (ຄຳຕັດສິນການຄຸ້ມຄອງ, ການຍື່ນອຸທອນ, ການຍື່ນຄຳຮ້ອງທຸກ))* ມີຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບສິ່ງທີ່ຕ້ອງເຮັດ, ຖ້າທ່ານຕ້

ອງການຄຳຕັດສິນການຄຸ້້ມຄອງຈາກພວກເຮົາ ຫຼື ຕ້ອງການຍື່ນອຸທອນຄຳຕັດສິນທີ່ພວກເຮົາໄດ້ເຮັດສຳເລັດແລ້ວ.

ແມ່ນຫຍັງຈະເກີດຂຶ້ນຖ້າຫາກຜູ້ຊ່ຽວຊານ ຫຼື ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການໃນເຄືອຂ່າຍອອກຈາກແຜນປະກັນພວກເຮົາ?

ພວກເຮົາອາດປ່ຽນໂຮງໝໍ, ທ່ານໝໍ, ແລະ ຜູ້ຊ່ຽວຊານ (ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ) ທີ່ເປັນສ່ວນໜຶ່ງຂອງແຜນປະກັນຂອງທ່ານໃນລະຫວ່າງປີ. ຖ້າທ່ານຫມໍຫຼືຜູ້ຊ່ຽວຊານຂອງທ່ານອອກຈາກແຜນປະກັນຂອງທ່ານ, ທ່ານມີສິດແລະມີການປົກປ້ອງ ເຊິ່ງສະຫຼຸບໄວ້ລຸ່ມນີ້:

- ເຖິງວ່າເຄືອຂ່າຍຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງພວກເຮົາອາດມີການປ່ຽນແປງໃນລະຫວ່າງປີ, Medicare ກຳນົດໃຫ້ພວກເຮົາສະຫນອງໃຫ້ທ່ານເຂົ້າເຖິງທ່ານຫມໍ ແລະ ຜູ້ຊ່ຽວຊານທີ່ມີຄຸນວຸດທິໄດ້ຢ່າງຕໍ່ເນື່ອງ.
- ພວກເຮົາຈະແຈ້ງໃຫ້ທ່ານຮັບຊາບວ່າຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງທ່ານຈະອອກຈາກແຜນຂອງພວກເຮົາ, ເພື່ອໃຫ້ທ່ານມີເວລາໃນການເລືອກຜູ້ໃຫ້ບໍລິການໃຫມ່.
    - ຖ້າຫາກແພດປະຈຳ ຫຼື ຜູ້ແພດດ້ານພຶດຕິກຳສຸຂະພາບຂອງທ່ານອອກຈາກແຜນຂອງພວກເຮົາ, ພວກເຮົາຈະແຈ້ງໃຫ້ທ່ານຊາບ ຖ້າທ່ານເຂົ້າພົບຜູ້ໃຫ້ບໍລິການເບິ່ງແຍງດູແລໃນໄລຍະສາມປີທີ່ຜ່ານມາ.
    - ຖ້າຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຄົນອື່ນໆຂອງທ່ານອອກຈາກແຜນຂອງພວກເຮົາ, ພວກເຮົາຈະແຈ້ງທ່ານໃຫ້ທ່ານຊາບ ຖ້າທ່ານຖືກມອບໝາຍໃຫ້ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ, ເຊິ່ງຕອນນີ້ທ່ານຮັບການດູແລຈາກພວກເຂົາ ຫຼື ໄດ້ໄປພົບພວກເຂົາໃນໄລຍະສາມເດືອນທີ່ຜ່ານມາ.
- ພວກເຮົາຈະຊ່ວຍທ່ານໃນການເລືອກຜູ້ໃຫ້ບໍລິການໃນເຄືອຂ່າຍທີ່ມີຄຸນສົມບັດທີ່ທ່ານອາດຈະເຂົ້າເຖິງເພື່ອການດູແລຢ່າງຕໍ່ເນື່ອງ.
- ຖ້າທ່ານກຳລັງເຂົ້າຮັບການປິ່ນປົວ ຫຼື ການບຳບັດກັບຜູ້ໃຫ້ບໍລິການປັດຈຸບັນຂອງທ່ານ, ທ່ານມີສິດໃນການຮ້ອງຂໍ ແລະ ພວກເຮົາຈະປະສານກັບທ່ານເພື່ອຮັບປະກັນວ່າການປິ່ນປົວ ຫຼື ການບຳບັດທີ່ຈຳເປັນທາງການແພດທີ່ທ່ານກຳລັງໄດ້ຮັບຈະບໍ່ຢຸດສະງັກ.
- ພວກເຮົາຈະໃຫ້ຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບໄລຍະການວິງທະບຽນຕ່າງໆທີ່ທ່ານສາມາດໃຊ້ໄດ້ ແລະ ຕົວເລືອກທີ່ທ່ານອາດມີໃນການປ່ຽນແຜນປະກັນ.
- ພວກເຮົາຈະຈັດກຽມຜົນປະ�โຫຍດທີ່ຈຳເປັນທາງການແພດທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງນອກເຄືອຂ່າຍຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງພວກເຮົາ, ແຕ່ຈະມີການແບ່ງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃນເຄືອຂ່າຍ, ໃນເວລາທີ່ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການໃນເຄືອຂ່າຍ ຫຼື ຜົນປະ�โຫຍດ ບໍ່ມີໃຫ້ ຫຼື ບໍ່ພຽງພໍທີ່ຈະສະຫນອງຕາມຄວາມຕ້ອງການທາງການແພດຂອງທ່ານໄດ້.
- ຖ້າທ່ານພົບວ່າທ່ານຫມໍ ຫຼື ຜູ້ຊ່ຽວຊານຂອງທ່ານອອກຈາກແຜນປະກັນຂອງທ່ານ, ກະລຸນາຕິດຕໍ່ພວກເຮົາ ເພື່ອວ່າພວກເຮົາຈະສາມາດຊ່ວຍເຫຼືອທ່ານໃນການຊອກຫາຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຄົນໃຫມ່ເພື່ອຈັດການການດູແລຂອງທ່ານ.
- ຖ້າທ່ານເຊື່ອວ່າພວກເຮົາບໍ່ໄດ້ຈັດຫາທ່ານຫມໍທີ່ມີຄຸນວຸດ ເພື່ອທົດແທນຜູ້ໃຫ້ບໍລິການທີ່ຜ່ານມາຂອງທ່ານ ຫຼື

ການດູແລຂອງທ່ານບໍ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງຢ່າງເຫມາະສົມ, ທ່ານມີສິດທີ່ຈະຍື່ນຄຳຮ້ອງດ້ານຄຸນນະພາບການປິ່ນປົວໄປຫາ (Quality Improvement Organization,QIO), ການຮ້ອງທຸກກ່ຽວກັບຄຸນນະພາບຂອງການປິ່ນປົວກັບແຜນປະກັນ ຫຼື ທັງສອງ. ກະລຸນາເບິ່ງພາກທີ 9.

ຂໍ້ທີ 2.4 ວິທີຮັບເອົາການດູແລຈາກຜູ້ໃຫ້ບໍລິການນອກເຄືອຂ່າຍ

ໃນຖານະສະມາຊິກຂອງແຜນພວກເຮົາ, ທ່ານສາມາດເລືອກທີ່ຈະຮັບການດູແລຈາກຜູ້ໃຫ້ບໍລິການນອກເຄືອຂ່າຍໄດ້. ຢ່າງໃດກໍຕາມ, ກະລຸນາຮັບຊາບວ່າ ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການທີ່ບໍ່ມີສັນຍາກັບພວກເຮົາ ແມ່ນບໍ່ມີພັນທະໃນການປິ່ນປົວທ່ານ, ຍົກເວັ້ນໃນສະຖານະການສຸກເສີນ. ແຜນຂອງພວກເຮົາໃຫ້ການຄຸ້ມຄອງການບໍລິການຈາກຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດູແລສຸຂະພາບໃນເຄືອຂ່າຍແລະນອກເຄືອຂ່າຍ, ຕາບໃດທີ່ການບໍລິການແມ່ນຜົນປະໂຫຍດທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ ແລະມີຄວາມຈຳເປັນດ້ານການແພດ. ແຕ່ວ່າ, **ຖ້າທ່ານໃຊ້ ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດູແລສຸຂະພາບນອກເຄືອຂ່າຍ, ສ່ວນແບ່ງຂອງທ່ານທີ່ຕ້ອງຈ່າຍສຳລັບການບໍລິການທີ່ຖືກຄຸ້ມຄອງອາດສູງກວ່າ.** ຕໍ່ໄປນີ້ແມ່ນສິ່ງສຳຄັນອື່ນໆທີ່ທ່ານຕ້ອງຮູ້ກ່ຽວກັບການໃຊ້ບໍລິການຜູ້ໃຫ້ບໍລິການນອກເຄືອຂ່າຍ:

- ທ່ານສາມາດຮັບການດູແລຈາກຜູ້ໃຫ້ບໍລິການນອກເຄືອຂ່າຍ; ແຕ່ວ່າ, ໃນກໍລະນີສ່ວນຫຼາຍ ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການນັ້ນຕ້ອງເປັນຜູ້ມີສິດເຂົ້າຮ່ວມໃນ Medicare. ຍົກເວັ້ນການດູແລສຸກເສີນ, ພວກເຮົາບໍ່ສາມາດຈ່າຍເງິນໃຫ້ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການທີ່ບໍ່ມີສິດເຂົ້າຮ່ວມໃນ Medicare ໄດ້. ຖ້າທ່ານໄດ້ຮັບການເບິ່ງແຍງຈາກຜູ້ໃຫ້ບໍລິການທີ່ບໍ່ມີສິດເຂົ້າຮ່ວມໃນ Medicare, ທ່ານຈະຕ້ອງຮັບຜິດຊອບຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທັງໝົດຂອງການບໍລິການທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບດ້ວຍຕົນເອງ. ກວດເບິ່ງກັບຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງທ່ານ ກ່ອນທີ່ຈະໄດ້ຮັບການບໍລິການ ເພື່ອຢັ້ງຢືນວ່າພວກເຂົາມີສິດເຂົ້າຮ່ວມໃນ Medicare.
- ທ່ານບໍ່ຈຳເປັນຕ້ອງໄດ້ຮັບການສົ່ງຕໍ່ ຫຼື ຮັບອະນຸຍາດລ່ວງຫນ້າ ເມື່ອທ່ານຮັບການປິ່ນປົວຈາກຜູ້ໃຫ້ບໍລິການນອກເຄືອຂ່າຍ. ຢ່າງໃດກໍ່ຕາມ, ກ່ອນທີ່ຈະໄດ້ຮັບການບໍລິການຈາກຜູ້ໃຫ້ບໍລິການນອກເຄືອຂ່າຍ, ທ່ານອາດຕ້ອງຂໍໃຫ້ມີການຕັດສິນໃຈກ່ຽວກັບການຄຸ້ມຄອງກ່ອນເຂົ້າພົບແພດ ເພື່ອຢືນຢັນວ່າການບໍລິການທີ່ທ່ານຈະໄດ້ຮັບນັ້ນມີການຄຸ້ມຄອງ ແລະ ມີຄວາມຈຳເປັນດ້ານການປິ່ນປົວ. (ເບິ່ງພາກທີ 9, ຂໍ້ທີ 4 ສຳລັບຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບການຮ້ອງຂໍໃຫ້ມີການຕັດສິນໃຫ້ການຄຸ້ມຄອງ.) ນີ້ເປັນສິ່ງສຳຄັນເພາະວ່າ:
    - ບັດສະຈາກການຕັດສິນໃຈກ່ຽວກັບການຄຸ້ມຄອງກ່ອນການເຂົ້າພົບແພດ, ຖ້າວ່າ ຫຼັງຈາກນັ້ນ ພວກເຮົາກຳນົດວ່າການບໍລິການບໍ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ ຫຼື ບໍ່ມີຄວາມຈຳເປັນທາງດ້ານການປິ່ນປົວ, ພວກເຮົາອາດຈະປະຕິເສດການຄຸ້ມຄອງ ແລະ ທ່ານຈະຕ້ອງຮັບຜິດຊອບຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທັງຫມົດດ້ວຍຕົນເອງ. ຖ້າພວກເຮົາເວົ້າວ່າພວກເຮົາບໍ່ໃຫ້ການຄຸ້ມຄອງການບໍລິການຂອງທ່ານ, ທ່ານມີສິດອຸທອນຄຳຕັດສິນຂອງພວກເຮົາທີ່ຈະບໍ່ໃຫ້ການຄຸ້ມຄອງການເບິ່ງແຍງດູແລຂອງທ່ານ. ເບິ່ງພາກທີ 9 *(ຈະເຮັດແນວໃດຖ້າທ່ານມີບັນຫາຫຼືຢາກຍື່ນຄຳຮ້ອງຮຽນ)* ເພື່ອຮຽນຮູ້ວິທີການຮ້ອງຮຽນ.

- ທາງທີ່ດີທີ່ສຸດແມ່ນຂໍໃຫ້ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການນອກເຄືອຂ່າຍສົ່ງໃບບິນເກັບເງິນ ຫາແຜນປະກັນກ່ອນ. ແຕ່ວ່າ ຖ້າທ່ານໄດ້ຈ່າຍການບໍລິການທີ່ມີການຄຸ້ມຄອງໄປແລ້ວ, ພວກເຮົາຈະທົດແທນຄືນສ່ວນແບ່ງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍສຳລັບການບໍລິການທີ່ມີການຄຸ້ມຄອງໃຫ້ກັບທ່ານ. ຫຼື ຖ້າແພດປິ່ນປົວນອກເຄືອຂ່າຍ ສົ່ງໃບເກັບເງິນທີ່ທ່ານຄິດວ່າພວກເຮົາຄວນຈ່າຍໃຫ້ກັບທ່ານ, ທ່ານສາມາດສົ່ງຕໍ່ມາໃຫ້ພວກເຮົາເພື່ອການຊຳລະໄດ້. ເບິ່ງພາກທີ 7 (ຂໍໃຫ້ພວກເຮົາຈ່າຍສ່ວນແບ່ງໃບບິນທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບສຳລັບການບໍລິການທາງການແພດ ຫຼື ຢາທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ) ສຳລັບຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບສິ່ງທີ່ຕ້ອງເຮັດ ຖ້າວ່າທ່ານໄດ້ຮັບໃບບິນ ຫຼື ຖ້າວ່າທ່ານຕ້ອງການຍື່ນຄຳຮ້ອງຂໍເອົາເງິນຄືນ.
- ຖ້າທ່ານກຳລັງໃຊ້ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການນອກເຄືອຂ່າຍ ສຳລັບການດູແລສຸກເສີນ, ການບໍລິການທີ່ຈຳເປັນຮີບດ່ວນ ຫຼື ການຜອກໝາກໄຂ່ຫຼັງນອກພື້ນທີ່, ທ່ານອາດຈະບໍ່ຈຳເປັນຕ້ອງຈ່າຍ ການແບ່ງຈ່າຍທີ່ສູງກວ່າ. ເບິ່ງຂໍ້ທີ 3 ສຳລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບສະຖານະການເຫຼົ່ານີ້.

ຂໍ້ທີ 3 ວິທີຮັບການບໍລິການໃນເວລາທີ່ທ່ານມີເຫດການສຸກເສີນ ຫຼື ຄວາມຕ້ອງການຢ່າງຮີບດ່ວນສຳລັບການດູແລ ຫຼື ໃນໄລຍະທີ່ເກີດໄພພິບັດ

ພາກທີ 3.1 ການຮັບການດູແລ ຖ້າທ່ານເກີດເຫດສຸກເສີນທາງການແພດ

ເຫດການສຸກເສີນທາງການແພດຫມາຍເຖິງຫຍັງ ແລະ ທ່ານຄວນເຮັດແນວໃດຖ້າມັນເກີດກັບທ່ານ?

ເຫດການສຸກເສີນທາງການແພດ ແມ່ນໃນເວລາທີ່ທ່ານ ຫຼື ບຸກຄົນທົ່ວໄປທີ່ມີຄວາມຮູ້ບານກາງດ້ານສຸຂະພາບ ແລະ ຢາເຊື່ອວ່າທ່ານມີອາການທາງການແພດທີ່ຈຳເປັນຕ້ອງໄດ້ຮັບການປິ່ນປົວທັນທີ ເພື່ອປ້ອງກັນການເສຍຊີວິດຂອງທ່ານ (ແລະ ການສູນເສຍລູກໃນທ້ອງ, ຖ້າທ່ານກຳລັງຖືພາ), ການສູນເສຍແຂນຂາ ຫຼື ການເຮັດວຽກຂອງແຂນຂາ ຫຼື ການສູນເສຍ ຫຼື ຄວາມບົກພ່ອງທີ່ຮ້າຍແຮງຕໍ່ການເຮັດວຽກຂອງຮ່າງກາຍ. ອາການທາງການແພດອາດເປັນການເຈັບປ່ວຍ, ອາການບາດເຈັບ, ການເຈັບຮຸນແຮງ ຫຼື ພະຍາດປະຈຳຕົວທີ່ສາມາດຮຸນແຮງຂຶ້ນຢ່າງວ່ອງໄວ.

ຖ້າຫາກທ່ານມີເຫດການສຸກເສີນທາງການແພດ:

- **ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອໃຫ້ໄວທີ່ສຸດເທົ່າທີ່ຈະໄວໄດ້.** ໂທຫາ 911 ເພື່ອຂໍຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອ ຫຼື ໄປຫ້ອງສຸກເສີນ ຫຼື ໂຮງໝໍທີ່ໃກ້ທີ່ສຸດ. ໂທຫາລົດພະຍາບານສຸກເສີນ ຖ້າທ່ານຈຳເປັນ. ທ່ານ *ບໍ່* ຈຳເປັນຕ້ອງຂໍການອະນຸມັດ ຫຼື ການສົ່ງຕໍ່ຈາກ PCP ຂອງທ່ານກ່ອນ. ທ່ານບໍ່ຈຳເປັນຕ້ອງໃຊ້ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການສຸຂະພາບໃນເຄືອຂ່າຍ. ທ່ານອາດຈະໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງດ້ານການແພດສຸກເສີນທຸກຄັ້ງທີ່ທ່ານຈຳເປັນ, ທຸກບ່ອນໃນສະຫະລັດຫຼືອານາເຂດ ແລະ ຈາກຜູ້ໃຫ້ບໍລິການທັງໝົດ ທີ່ມີໃບອະນຸຍາດຂອງລັດທີ່ເຫມາະສົມ ເຖິງວ່າພວກເຂົາບໍ່ໄດ້ເປັນສ່ວນຫນຶ່ງຂອງເຄືອຂ່າຍຂອງພວກເຮົາກໍ່ຕາມ

ຕ້ອງໃຫ້ແນ່ໃຈວ່າແຜນຂອງພວກເຮົາໄດ້ຮັບແຈ້ງກ່ຽວກັບເຫດການສຸກເສີນຂອງທ່ານຢ່າງໄວທີ່ສຸດເທົ່າທີ່ຈະໄວໄດ້. ພວກເຮົາຈຳເປັນຕ້ອງຕິດຕາມຜົນການດູແລສຸກເສີນຂອງທ່ານ. ທ່ານ ຫຼື ຄົນອື່ນຄວນ�โທຫາພວກເຮົາເພື່ອແຈ້ງໃຫ້ພວກເຮົາຮູ້ກ່ຽວກັບການດູແລສຸກເສີນຂອງທ່ານ, ປົກກະຕິແລ້ວຕ້ອງແມ່ນພາຍໃນ 48 ຊົ່ວໂມງ. �โທຫາ ຝ່ายບໍລິການສະມາຊິກ ທີ່ເບີ 833-346-9222 (TTY 711), 8 am ຫາ 8 pm, 7 ມື້ຕໍ່ອາທິດ.

ອັນໃດແດ່ທີ່ຈະໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ ຖ້າທ່ານມີເຫດສຸກເສີນທາງການແພດ?

ແຜນຂອງພວກເຮົາໃຫ້ການຄຸ້ມຄອງບໍລິການລິດສຸກເສີນໃນກໍລະນີທີ່ການໄປຫ້ອງສຸກເສີນດ້ວຍວິທີອື່ນອາດເປັນອັນຕະລາຍຕໍ່ສຸຂະພາບຂອງທ່ານ. ພວກເຮົາຍັງໃຫ້ການຄຸ້ມຄອງການບໍລິການດ້ານການແພດໃນເວລາສຸກເສີນ.

ທ່ານໝໍທີ່ໃຫ້ການປິ່ນປົວສຸກເສີນແກ່ທ່ານຈະເປັນຜູ້ຕັດສິນໃຈວ່າ ສະພາບຂອງທ່ານຄົງທີ່ ແລະ ພາວະສຸກເສີນທາງການແພດກໍຈົບລົງເມື່ອໃດ.

ຫຼັງຈາກເຫດການສຸກເສີນສິ້ນສຸດລົງ, ທ່ານຈະມີສິດຮັບການຕິດຕາມເພື່ອໃຫ້ແນ່ໃຈວ່າສະພາບຂອງທ່ານຄົງທີ່ຢ່າງຕໍ່ເນື່ອງ. ແພດໝໍຂອງທ່ານຈະສືບຕໍ່ປິ່ນປົວທ່ານຈົນກ່ວາພວກເຂົາຕົດຕໍ່ພວກເຮົາ ແລະ ວາງແຜນສຳລັບການດູແລເພີ່ມເຕີມ. ການດູແລຕິດຕາມອາການຈະໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງໂດຍແຜນຂອງພວກເຮົາ.

ຖ້າທ່ານໄດ້ຮັບການຕິດຕາມປິ່ນປົວຈາກຜູ້ໃຫ້ບໍລິການນອກເຄືອຂ່າຍ, ທ່ານຈະຕ້ອງຈ່າຍຈຳນວນແບ່ງປັນຄ່າໃຊ້ຈ່າຍນອກເຄືອຂ່າຍທີ່ສູງຂຶ້ນ.

ແມ່ນຫຍັງຈະເກີດຂຶ້ນ ຖ້າບໍ່ແມ່ນເຫດສຸກເສີນທາງການແພດ?

ບາງຄັ້ງ ມັນຍາກທີ່ຈະຮູ້ໄດ້ວ່າທ່ານຢູ່ໃນສະຖານະການສຸກເສີນທາງການແພດຫຼືບໍ່. ຕົວຢ່າງເຊັ່ນ: ທ່ານອາດຈະໄປຮັບການປິ່ນປົວສຸກເສີນ – ຄິດວ່າສຸຂະພາບຂອງທ່ານຕົກຢູ່ໃນພາວະອັນຕະລາຍ – ແລະ ຜູ້ບໍລິການສຸຂະພາບອາດຈະບອກວ່າມັນບໍ່ແມ່ນກໍລະນີສຸກເສີນທາງການແພດເລີຍ. ຖ້າຜົນອອກມາວ່າບໍ່ແມ່ນເຫດສຸກເສີນ, ຕາບໃດທີ່ທ່ານໄດ້ຄິດຢ່າງມີເຫດມີຜົນແລ້ວວ່າສຸຂະພາບຂອງທ່ານຢູ່ໃນອັນຕະລາຍຮ້າຍແຮງ, ພວກເຮົາຈະໃຫ້ການຄຸ້ມຄອງການດູແລຂອງທ່ານ.

ຢ່າງໃດກໍ່ຕາມ, ຫຼັງຈາກຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບໄດ້ເວົ້າວ່າມັນບໍ່ແມ່ນເລື່ອງສຸກເສີນ, ຈຳນວນແບ່ງປັນຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທີ່ທ່ານຈ່າຍຈະຂຶ້ນກັບວ່າທ່ານໄດ້ຮັບການດູແລຈາກຜູ້ໃຫ້ບໍລິການໃນເຄືອຂ່າຍ ຫຼື ນອກເຄືອຂ່າຍຫຼືບໍ່. ຖ້າທ່ານຮັບການດູແລຈາກຜູ້ໃຫ້ບໍລິການໃນເຄືອຂ່າຍ, ຈຳນວນແບ່ງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຂອງທ່ານຈະຕ່ຳກວ່າການເບິ່ງແຍງຈາກຜູ້ໃຫ້ບໍລິການນອກເຄືອຂ່າຍ.

ຂໍ້ທີ 3.2	ການຮັບການດູແລໃນເວລາທີ່ທ່ານມີຄວາມຕ້ອງການຮີບດ່ວນໃນການບໍລິການ

ການບໍລິການທີ່ຈຳເປັນຮີບດ່ວນຫມາຍເຖິງຫຍັງ?

ການບໍລິການທີ່ຈຳເປັນຮີບດ່ວນແມ່ນສະຖານະການທີ່ບໍ່ສຸກເສີນ, ແຕ່ຕ້ອງການໃຫ້ມີການດູແລທາງການແພດທັນທີແຕ່ ໃນກໍລະນີຂອງທ່ານ, ເປັນໄປບໍ່ໄດ້ ຫຼື ບໍ່ສົມເຫດສົມຜົນທີ່ຈະຮັບການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ຈາກຜູ້ໃຫ້ບໍລິການໃນເຄືອຂ່າຍ. ແຜນຕ້ອງໃຫ້ການຄຸ້ມຄອງການບໍລິການທີ່ຈຳເປັນຢ່າງຮີບດ່ວນທີ່ຢູ່ນອກເຄືອຂ່າຍ. ບາງຕົວຢ່າງກ່ຽວກັບບໍລິການທີ່ຈຳເປັນຢ່າງຮີບດ່ວນມີຄື: i) ອາການເຈັບຄໍຢ່າງຮຸນແຮງ ທີ່ເກີດຂຶ້ນໃນຊ່ວງວັນເສົາອາທິດ ຫຼື ii) ອາການແພ້ລາມຂອງອາການໂດຍບໍ່ຄາດຄິດເມື່ອທ່ານຢູ່ນອກເຂດການບໍລິການເປັນການຊົ່ວຄາວ.

ໃນສະຖານະການສ່ວນໃຫຍ່, ຖ້າທ່ານຢູ່ໃນພື້ນທີ່ບໍລິການຂອງແຜນປະກັນ ແລະ ທ່ານໃຊ້ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການນອກເຄືອຂ່າຍ, ທ່ານຈະຈ່າຍສ່ວນແບ່ງທີ່ສູງກວ່າສຳລັບການປິ່ນປົວຂອງທ່ານ.

ທ່ານຄວນພະຍາຍາມເຂົ້າຮັບການບໍລິການທີ່ຈຳເປັນຮີບດ່ວນຈາກຜູ້ໃຫ້ບໍລິການໃນເຄືອຂ່າຍສະເໝີ. ຢ່າງໃດກໍ່ຕາມ, ຖ້າຜູ້ໃຫ້ບໍລິການບໍ່ສາມາດເຂົ້າພົບໄດ້ ຫຼື ບໍ່ສາມາດເຂົ້າເຖິງໄດ້ເປັນການຊົ່ວຄາວ ແລະ ມັນບໍ່ສົມເຫດສົມຜົນທີ່ຈະລໍຖ້າການປິ່ນປົວຈາກຜູ້ໃຫ້ບໍລິການທີ່ມີໃຫ້ໃນເຄືອຂ່າຍຂອງທ່ານ, ພວກເຮົາຈະຄຸ້ມຄອງການບໍລິການທີ່ຈຳເປັນຮີບດ່ວນ ທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບຈາກຜູ້ໃຫ້ບໍລິການນອກເຄືອຂ່າຍ. (ເຊັ່ນ: ການໃຊ້ສູນປິ່ນປົວແບບຮີບດ່ວນ, ສາຍດ່ວນຂອງຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ ແລະ ອື່ນໆ.)

ພວກເຮົາຂໍແນະນຳໃຫ້ທ່ານໂທຫາ ຝ່ายບໍລິການສະມາຊິກ ທີ່ເບີ 1-833-346-9222 (TTY 711) ແລະ ເລືອກຕົວເລືອກໃນເມນູ **ສາຍດ່ວນພະຍາບານ,** ຖ້າທ່ານຕ້ອງການ ການດູແລແບບຮີບດ່ວນ ໄດ້ຕະຫຼອດ 24 ຊົ່ວໂມງ, 7 ມື້ຕໍ່ອາທິດ. ພວກເຮົາຈະເຊື່ອມຕໍ່ທ່ານກັບພະແນກຕອບສະໜອງທາງຄລີນິກຂອງພວກເຮົາ ທີ່ໃຫ້ບໍລິການຕະຫຼອດ 24 ຊົ່ວໂມງ. ພວກເຮົາມີພະຍາບານທີ່ມີໃບທະບຽນ ແລະ ພະນັກງານຄລີນິກສຸຂະພາບດ້ານພຶດຕິກຳ ຜູ້ທີ່ຈະຊ່ວຍທ່ານກັບຄວາມຈຳເປັນໃນການດູແລຮີບດ່ວນດ້ານສຸຂະພາບດ້ານພຶດຕິກຳ ຫຼື ດ້ານການແພດຂອງທ່ານ.

ກວດເບິ່ງ *ບັນຊີລາຍຊື່ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ ແລະ ຮ້ານຂາຍຢາ* ຂອງທ່ານສຳລັບສູນປິ່ນປົວຮີບດ່ວນໃນເຄືອຂ່າຍ.

ແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາໃຫ້ການຄຸ້ມຄອງການບໍລິການສຸກເສີນທົ່ວໂລກ ນອກສະຫະລັດ. ມີວົງເງິນຈຳກັດຈຳນວນ $100,000 ສຳລັບການບໍລິການສຸກເສີນຢູ່ນອກສະຫະລັດ. ສຳລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມ, ກະລຸນາເຂົ້າເບິ່ງຕາຕະລາງສິດຜົນປະໂຫຍດດ້ານການແພດໃນພາກທີ 4 ຂອງປຶ້ມຄູ່ມືສະບັບນີ້.

ຂໍ້ທີ 3.3	ການຮັບການເບິ່ງແຍງດູແລໃນຊ່ວງເກີດໄພພິບັດ

ຖ້າເຈົ້າຄອງໃນລັດຂອງທ່ານ, ລັດຖະມົນຕີກະຊວງສາທາລະນະສຸກ ແລະ ການບໍລິການມະນຸດຂອງສະຫະລັດ ຫຼື ປະທານາທິບໍດີຂອງສະຫະລັດ ປະກາດພາວະໄພພິບັດ ຫຼື ພາວະສຸກເສີນໃນເຂດພູມສາດຂອງທ່ານ, ທ່ານຍັງຄົງມີສິດຮັບການເບິ່ງແຍງຈາກແຜນປະກັນ.

ກະລຸນາເຂົ້າເບິ່ງເວັບໄຊທ໌ຕໍ່ໄປນີ້: https://www.medicare.gov/what-medicare-covers/getting-care-drugs-in-disasters-or-emergencies ສຳລັບຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບວິທີຮັບການເບິ່ງແຍງທີ່ຈຳເປັນໃນເວລາເກີດໄພພິບັດ.

ຖ້າທ່ານບໍ່ສາມາດນຳໃຊ້ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການເຄືອຂ່າຍໃນໄລຍະເກີດໄພພິບັດ, ແຜນຂອງທ່ານຈະອະນຸຍາດໃຫ້ທ່ານໄດ້ຮັບການດູແລຈາກຜູ້ໃຫ້ບໍລິການນອກເຄືອຂ່າຍດ້ວຍການແບ່ງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍເທົ່າກັນກັບໃນເຄືອຂ່າຍ. ຖ້າທ່ານບໍ່ສາມາດນຳໃຊ້ຮ້ານຂາຍຢາໃນເຄືອຂ່າຍໃນໄລຍະເກີດໄພພິບັດ, ທ່ານອາດຈະສາມາດຮັບເອົາຢາຕາມແພດສັ່ງໄດ້ທີ່ຮ້ານຂາຍຢານອກເຄືອຂ່າຍ. ກະລຸນາເບິ່ງພາກທີ 5, ຂໍ້ທີ 2.5 ສຳລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມ.

ຂໍ້ທີ 4 ແມ່ນຫຍັງຈະເກີດຂຶ້ນ ຖ້າທ່ານຖືກຮຽກເກັບເງິນໂດຍກົງສຳລັບຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທັງໝົດໃນການບໍລິການຂອງທ່ານ?

ຂໍ້ທີ 4.1	ທ່ານສາມາດຂໍໃຫ້ພວກເຮົາຈ່າຍຈຳນວນສ່ວນແບ່ງຂອງພວກເຮົາ ສຳລັບຄ່າບໍລິການທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ

ຖ້າທ່ານໄດ້ຈ່າຍຫຼາຍກວ່າຈຳນວນສ່ວນແບ່ງຈ່າຍໃນແຜນປະກັນຂອງທ່ານສຳລັບການບໍລິການທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ ຫຼື ຖ້າທ່ານຮັບໃບບິນຄ່າບໍລິການທາງການແພດເຕັມຈຳນວນ, ກະລຸນາໄປທີ່ບົດທີ 7 *(ຂໍໃຫ້ພວກເຮົາຈຳນວນຈ່າຍສ່ວນແບ່ງຂອງພວກເຮົາໃນໃບບິນທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບສຳລັບການຄຸ້ມຄອງທາງການແພດ ຫຼື ຢາ)* ສຳລັບຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບສິ່ງທີ່ຕ້ອງເຮັດ.

ຂໍ້ທີ 4.2	ຖ້າວ່າການບໍລິການບໍ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງຈາກແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາ , ທ່ານຕ້ອງຈ່າຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທັງຫມົດດ້ວຍຕົນເອງ

CCA Medicare Preferred ໃຫ້ການຄຸ້ມຄອງການບໍລິການທີ່ຈຳເປັນດ້ານການປິ່ນປົວທັງໝົດ ທີ່ລະບຸໄວ້ໃນຕາຕະລາງສິດຜົນປະໂຫຍດດ້ານການແພດໃນບົດທີ 4 ຂອງເອກະສານສະບັບນີ້. ຖ້າຫາກທ່ານໄດ້ຮັບບໍລິການທີ່ບໍ່ມີການຄຸ້ມຄອງຈາກແຜນຂອງພວກເຮົາ ຫຼື ການບໍລິການທີ່ນອກເຄືອຂ່າຍ ແລະ ບໍ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດ, ທ່ານຕ້ອງຮັບຜິດຊອບຕໍ່ການຈ່າລະຄ່າບໍລິການທັງໝົດ.

ສຳລັບບໍລິການທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ ທີ່ສິດຜົນປະໂຫຍດຖືກຈຳກັດ, ທ່ານຍັງຈະຕ້ອງຈ່າຍຄ່າບໍລິການເຕັມຈຳນວນທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບ ພາຍຫຼັງທີ່ທ່ານໃຊ້ສິດຜົນປະ�โຫຍດຂອງທ່ານໃນການບໍລິການທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງປະເພດນັ້ນຈົນໝົດແລ້ວ. ການຊຳລະຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ ເມື່ອຂີດຈຳກັດຜົນປະໂຫຍດຖືກໃຊ້ໝົດແລ້ວ ຈະບໍ່ຖືກນຳໃຊ້ເຂົ້າໃນຈຳນວນເງິນສູງສຸດທີ່ຕ້ອງຈ່າຍເອງ. ທ່ານສາມາດໂທຫາ ຝ່າຍບໍລິການສະມາຊິກ ໄດ້ເມື່ອທ່ານຕ້ອງການຮູ້ວ່າທ່ານໄດ້ໃຊ້ວົງເງິນຈຳກັດສິດຜົນປະໂຫຍດໄປແລ້ວຫຼາຍປານໃດ.

ຂໍ້ທີ 5 ບໍລິການທາງການແພດຈະຄຸ້ມຄອງທ່ານແນວໃດໃນເວລາທີ່ທ່ານເຂົ້າຮ່ວມການສຶກສາຄົ້ນຄວ້າທາງການແພດ?

ຂໍ້ທີ 5.1 ການສຶກສາຄົ້ນຄວ້າທາງຄລີນິກໝາຍເຖິງຫຍັງ?

ການສຶກສາຄົ້ນຄວ້າທາງຄລີນິກ (ຫຼື ເອີ້ນວ່າ *ການທົດລອງທາງຄລີນິກ*) ແມ່ນວິທີທີ່ຜູ້ໃຫ້ການເບິ່ງແຍງດູແລສຸຂະພາບ ແລະ ນັກວິທະຍາສາດທົດສອບການດູແລທາງການແພດປະເພດໃໝ່ເຊັ່ນ: ຢາປິ່ນປົວພະຍາດມະເຮັງຊະນິດໃໝ່ອອກວິດໄດ້ດີປານໃດ. ການສຶກສາຄົ້ນຄວ້າທາງຄລີນິກບາງຢ່າງແມ່ນໄດ້ຮັບການອະນຸມັດຈາກ Medicare. ການສຶກສາຄົ້ນຄວ້າທາງຄລີນິກທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸມັດຈາກ Medicare ໂດຍທົ່ວໄປແລ້ວຕ້ອງການອາສາສະໝັກເພື່ອເຂົ້າຮ່ວມໃນການສຶກສານີ້.

ເມື່ອ Medicare ອະນຸມັດການສຶກສາຄົ້ນຄວ້າ ແລະ ທ່ານໄດ້ສະແດງຄວາມສົນໃຈ, ຄົນທີ່ເຮັດວຽກໃນການສຶກສານີ້ຈະຕິດຕໍ່ຫາທ່ານເພື່ອອະທິບາຍເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບການສຶກສາ ແລະ ເບິ່ງວ່າທ່ານມີເງື່ອນໄຂຖືກຕ້ອງຕາມທີ່ກຳນົດໂດຍນັກວິທະຍາສາດທີ່ດຳເນີນການສຶກສານີ້ຫຼືບໍ່. ທ່ານສາມາດເຂົ້າຮ່ວມໃນການສຶກສາຄົ້ນຄວ້າ ຕາບໃດທີ່ທ່ານມີເງື່ອນໄຂສຳລັບການສຶກສາຄົ້ນຄວ້າ *ແລະ* ທ່ານເຂົ້າໃຈຢ່າງລະອຽດ ແລະ ຍອມຮັບສິ່ງທີ່ກ່ຽວຂ້ອງ ຖ້າທ່ານເຂົ້າຮ່ວມໃນການສຶກສາຄົ້ນຄວ້ານີ້.

ຖ້າທ່ານເຂົ້າຮ່ວມໃນການສຶກສາທີ່ໄດ້ຮັບການອະນຸມັດຈາກ Medicare, Original Medicare ຈະຊຳລະຄ່າໃຊ້ຈ່າຍສ່ວນໃຫຍ່ຂອງການບໍລິການທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບເຊິ່ງເປັນສ່ວນໜຶ່ງຂອງການສຶກສາ. ຖ້າທ່ານບອກພວກເຮົາວ່າທ່ານຢູ່ໃນການທົດລອງທາງຄລີນິກທີ່ມີຄຸນສົມບັດຕົງຕາມກຳນົດ, ພວກເຮົາຈະຮັບຜິດຊອບການແບ່ງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃນເຄືອຂ່າຍສຳລັບການບໍລິການໃນການທົດລອງດັ່ງກ່າວເທົ່ານັ້ນ. ຖ້າທ່ານໄດ້ຈ່າຍເພີ່ມ, ຕົວຢ່າງເຊັ່ນ: ຖ້າທ່ານໄດ້ຈ່າຍເງິນສຳລັບການແບ່ງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຂອງ Original Medicare ແລ້ວ, ພວກເຮົາຈະແທນເງິນສ່ວນຕ່າງລະຫວ່າງຈຳນວນທີ່ທ່ານໄດ້ຈ່າຍ ແລະ ການແບ່ງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃນເຄືອຂ່າຍ. ເຖິງຢ່າງໃດກໍ່ຕາມ, ທ່ານຈຳເປັນຕ້ອງສະໜອງເອກະສານສະແດງຈຳນວນເງິນທີ່ທ່ານຈ່າຍນັ້ນໃຫ້ພວກເຮົາ. ໃນເວລາທີ່ທ່ານຢູ່ໃນການສຶກສາຄົ້ນຄວ້າທາງຄລີນິກ, ທ່ານອາດຈະຍັງຢູ່ໃນແຜນຂອງພວກເຮົາ ແລະ ສືບຕໍ່ໄດ້ຮັບການເບິ່ງແຍງດູແລສ່ວນທີ່ເຫຼືອຂອງທ່ານ (ການເບິ່ງແຍງດູແລທີ່ບໍ່ໄດ້ກ່ຽວຂ້ອງກັບການສຶກສາ) ຜ່ານແຜນຂອງພວກເຮົາ.

ຖ້າທ່ານຕ້ອງການເຂົ້າຮ່ວມໃນການສຶກສາຄົ້ນຄວ້າທີ່ໄດ້ຮັບການອະນຸມັດຈາກ Medicare, ທ່ານບໍ່ຈຳເປັນຕ້ອງບອກພວກເຮົາ ຫຼື ຂໍການອະນຸມັດຈາກພວກເຮົາ ຫຼື PCP ຂອງທ່ານ.

ຜູ້ໃຫ້ການບໍລິການທີ່ໃຫ້ການເບິ່ງແຍງດູແລທ່ານໃນຖານະເປັນສ່ວນຫນຶ່ງຂອງການສຶກສາຄົ້ນຄວ້າທາງຄລີນິກ *ບໍ່ຈຳເປັນຕ້ອງ*ເປັນສ່ວນຫນຶ່ງຂອງຜູ້ໃຫ້ບໍລິການເຄືອຂ່າຍຂອງພວກເຮົາ. ກະລຸນາຮັບຊາບວ່າ ອັນນີ້ບໍ່ລວມເອົາຜົນປະໂຫຍດ ທີ່ແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາຮັບຜິດຊອບເຊິ່ງລວມເປັນອົງປະກອບດັ່ງນີ້: ການທົດລອງທາງຄລີນິກ ຫຼື ການວິງທະບຽນເພື່ອປະເມີນສິດຜົນປະໂຫຍດ. ເຫຼົ່ານີ້ລວມມີ ຜົນປະໂຫຍດບາງຢ່າງທີ່ລະບຸໄວ້ພາຍໃຕ້ການກຳນົດການໃຫ້ຄຸ້ມຄອງແຫ່ງຊາດ (national coverage determinations, NCDs) ແລະ ການທົດລອງອຸປະກອນສືບສວນ (investigational device trials,IDE) ແລະ ອາດຢູ່ພາຍໃຕ້ການອະນຸຍາດລ່ວງຫນ້າ ແລະ ກົດລະບຽບແຜນປະກັນອື່ນໆ.

ເຖິງວ່າທ່ານບໍ່ຈຳເປັນຕ້ອງໄດ້ຮັບອະນຸຍາດຈາກແຜນຂອງພວກເຮົາເພື່ອເຂົ້າຮ່ວມການສຶກສາຄົ້ນຄວ້າທາງຄລີນິກ, ພວກເຮົາຂໍແນະນຳໃຫ້ທ່ານແຈ້ງພວກເຮົາຮັບຊາບລ່ວງຫນ້າ ເມື່ອທ່ານເລືອກທີ່ຈະເຂົ້າຮ່ວມໃນການທົດລອງທາງຄລີນິກທີ່ມີຄຸນສົມບັດຕາມກຳນົດຂອງ Medicare.

ຖ້າທ່ານເຂົ້າຮ່ວມໃນການສຶກສາຄົ້ນຄວ້າທີ່ Medicare *ບໍ່ໃຫ້ການອະນຸມັດ, ທ່ານຈະຕ້ອງຮັບຜິດຊອບຕໍ່ກັບການຊຳລະຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທັງຫມົດໃນການເຂົ້າຮ່ວມໃນການສຶກສານີ້.*

ຂໍ້ທີ 5.2	**ໃນເວລາທີ່ທ່ານເຂົ້າຮ່ວມໃນການສຶກສາຄົ້ນຄວ້າທາງຄລີນິກ, ໃຜຊຳລະອັນໃດແດ່?**

ເມື່ອທ່ານເຂົ້າຮ່ວມໃນການສຶກສາຄົ້ນຄວ້າທາງຄລີນິກທີ່ໄດ້ຮັບການອະນຸມັດຈາກ Medicare, Original Medicare ຈະໃຫ້ການຄຸ້ມຄອງການກວດສຸຂະພາບປະຈຳ ແລະ ການບໍລິການທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບ ເຊິ່ງເປັນສ່ວນຫນຶ່ງຂອງການສຶກສາ, ລວມມີ:

- ຫ້ອງ ແລະ ກະດານສຳລັບການເຂົ້ານອນໂຮງຫມໍທີ່ Medicare ຈະຈ່າຍໃຫ້ ເຖິງວ່າທ່ານບໍ່ໄດ້ເຂົ້າຮ່ວມໃນການສຶກສາຄົ້ນຄວ້າກໍ່ຕາມ.
- ການຜ່າຕັດ ຫຼື ຂະບວນການທາງການແພດອື່ນໆ ຖ້າມັນເປັນສ່ວນຫນຶ່ງຂອງການສຶກສາຄົ້ນຄວ້າ.
- ການປິ່ນປົວຜົນຂ້າງຄຽງ ແລະ ພາວະແຊກຊ້ອນຈາກການປິ່ນປົວດູແລແບບໃຫມ່.

ຫຼັງຈາກ Medicare ໄດ້ຈ່າຍສ່ວນແບ່ງຈ່າຍສຳລັບການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້, ແຜນຂອງພວກເຮົາຈະຈ່າຍສ່ວນຕ່າງລະຫວ່າງການແບ່ງຈ່າຍໃນ Original Medicare ແລະ ການແບ່ງຈ່າຍໃນເຄືອຂ່າຍຂອງທ່ານໃນຖານະສະມາຊິກຂອງແຜນຂອງພວກເຮົາ. ນີ້ຫມາຍຄວາມວ່າ ທ່ານຈະຈ່າຍຄ່າບໍລິການທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບຈາກການສຶກສາຄົ້ນຄວ້າ ໃນຈຳນວນເທົ່າກັນກັບທີ່ທ່ານຈະຕ້ອງຈ່າຍ ຖ້າທ່ານໄດ້ຮັບການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ຈາກແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາ. ຢ່າງໃດກໍຕາມ, ທ່ານຈຳເປັນຕ້ອງສົ່ງເອກະສານສະແດງຈຳນວນການແບ່ງຈ່າຍທີ່ທ່ານໄດ້ຈ່າຍໄປ. ກະລຸນາເບິ່ງພາກທີ 7 ສຳລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບການສົ່ງຄຳຮ້ອງຂໍການຈ່າຍເງິນ.

*ນີ້ແມ່ນຕົວຢ່າງຂອງການແບ່ງປັນຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ:*ສົມມຸດວ່າ ທ່ານມີການກວດວິເຄາະໃນຫ້ອງທົດລອງ ທີ່ມີຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ $100 ເປັນສ່ວນຫນຶ່ງຂອງການສຶກສາຄົ້ນຄ້ວາ. ສົມມຸດອີກວ່າ ສ່ວນແບ່ງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃນການກວດຄັ້ງນີ້ແມ່ນ $20 ພາຍໃຕ້ Original Medicare, ແຕ່ການກວດຈະເປັນ $10 ພາຍໃຕ້ສິດຜົນປະໂຫຍດໃນແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາ. ໃນກໍລະນີນີ້, Original Medicare ຈະຈ່າຍ $80 ສຳລັບການກວດ ແລະທ່ານຈະຈ່າຍຮ່ວມ $20 ທີ່ຮຽກຮ້ອງພາຍໃຕ້ Original Medicare. ຈາກນັ້ນທ່ານຈະແຈ້ງແຜນປະກັນຂອງທ່ານໃຫ້ຊາບວ່າ ທ່ານໄດ້ຮັບການບໍລິການທົດລອງທາງຄລີນິກທີ່ໄດ້ມາດຕະຖານ ແລະ ສົ່ງເອກະສານເຊັ່ນ ໃບບິນຂອງຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ ໄປຫາແຜນປະກັນ. ແຜນປະກັນດັ່ງກ່າວຈະຈ່າຍເງິນໃຫ້ທ່ານໂດຍກົງ $10. ດັ່ງນັ້ນ, ການຈ່າຍເງິນສຸດທິຂອງທ່ານຈະແມ່ນ $10, ຈຳນວນດຽວກັນທີ່ທ່ານຈະຈ່າຍພາຍໃຕ້ສິດຜົນປະໂຫຍດໃນແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາ. ກະລຸນາຮັບຊາບວ່າ ເພື່ອຮັບການຈ່າຍເງິນຈາກແຜນປະກັນຂອງທ່ານ, ທ່ານຕ້ອງສົ່ງເອກະສານໃຫ້ແຜນປະກັນຂອງທ່ານ ເຊັ່ນ: ໃບເກັບເງິນຂອງຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ.

ເມື່ອທີ່ທ່ານເປັນສ່ວນຫນຶ່ງຂອງການສຶກສາຄົ້ນຄວ້າທາງຄລີນິກ, **ທັງ Medicare ແລະ ແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາຈະບໍ່ຈ່າຍເງິນໃຫ້ກັບກໍລະນີຕໍ່ໄປນີ້:**

- ໂດຍທົ່ວໄປແລ້ວ, Medicare ຈະ*ບໍ່*ຈ່າຍໃຫ້ກັບລາຍການໃຫມ່ ຫຼື ການບໍລິການທີ່ການສຶກສາກຳລັງທົດສອບ, ຍົກເວັ້ນວ່າ Medicare ຈະຄຸ້ມຄອງລາຍການ ຫຼື ການບໍລິການ ເຖິງແມ່ນວ່າທ່ານ*ບໍ່ໄດ້*ຮ່ວມການສຶກສາດັ່ງກ່າວ.
- ລາຍການ ຫຼື ການບໍລິການທີ່ມີໃຫ້ເພື່ອການເກັບຂໍ້ມູນເທົ່ານັ້ນ ແລະ ບໍ່ໄດ້ຖືກນຳໃຊ້ເຂົ້າໃນການເບິ່ງແຍງສຸຂະພາບໂດຍກົງຂອງທ່ານ. ຕົວຢ່າງເຊັ່ນ: Medicare ຈະບໍ່ຈ່າຍເງິນຄ່າກວດ CT ລາຍເດືອນທີ່ໄດ້ກວດເພື່ອເປັນສ່ວນຫນຶ່ງຂອງການສຶກສາ, ຖ້າວ່າພະຍາດປະຈຳຕົວຂອງທ່ານໂດຍປົກກະຕິແລ້ວຕ້ອງກວດ CT ຫນຶ່ງຄັ້ງເທົ່ານັ້ນ.

ທ່ານຕ້ອງການຮູ້ເພີ່ມເຕີມຫຼືບໍ່?

ທ່ານສາມາດຮຽນຮູ້ຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບການເຂົ້າຮ່ວມການສຶກສາຄົ້ນຄວ້າດ້ວຍການເຂົ້າເບິ່ງເວັບໄຊ Medicare ເພື່ອອ່ານ ຫຼື ດາວໂຫຼດເອກະສານ Medicare and Clinical Research Studies. (ເອກະສານແມ່ນມີໃຫ້ທີ່: www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf.) ທ່ານຍັງສາມາດໂທຫາ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), ຕະຫຼອດ 24 ຊົ່ວໂມງຕໍ່ມື້, 7 ມື້ຕໍ່ອາທິດ. ຜູ້ໃຊ້ TTY, ກະລຸນາໂທຫາ 1-877-486-2048.

ຂໍ້ທີ 6 ກົດລະບຽບສຳລັບການຮັບການເບິ່ງແຍງດູແລໃນສະຖາບັນເບິ່ງແຍງດູແລສຸຂະພາບທີ່ບໍ່ແມ່ນທາງສາສະໜາ

ຂໍ້ທີ 6.1 ສະຖາບັນສາດສະໜາເພື່ອການເບິ່ງແຍງດູແລສຸຂະພາບທີ່ບໍ່ແມ່ນທາງການແພດໝາຍເຖິງຫຍັງ?

ສະຖາບັນສາດສະໜາເພື່ອການເບິ່ງແຍງດູແລສຸຂະພາບທີ່ບໍ່ແມ່ນທາງການແພດ ແມ່ນສະຖານທີ່ໃຫ້ການເບິ່ງແຍງດູແລສຳລັບຜູ້ທີ່ມີເງື່ອນໄຂທີ່ໂດຍປົກກະຕິແລ້ວຕ້ອງໄດ້ຮັບການປິ່ນປົວอยู่ໂຮງໝໍ ຫຼື ສະຖານພະຍາບານ. ຖ້າການເຂົ້າຮັບການປິ່ນປົວໃນໂຮງໝໍ ຫຼື ສະຖານພະຍາບານ ເປັນການຂັດກັບຄວາມເຊື່ອທາງສາສະໜາຂອງສະມາຊິກ, ພວກເຮົາຈະໃຫ້ການຄຸ້ມຄອງການປິ່ນປົວໃນສະຖາບັນປິ່ນປົວທາງສາດສະໜາທີ່ບໍ່ແມ່ນທາງການແພດແທນ. ສິດຜົນປະໂຫຍດນີ້ ມີໃຫ້ສຳລັບການບໍລິການຄົນເຈັບພາຍໃນ ພາກ A ເທົ່ານັ້ນ (ການບໍລິການເບິ່ງແຍງດູແລສຸຂະພາບທີ່ບໍ່ແມ່ນທາງການແພດ).

ຂໍ້ທີ 6.2 ການຮັບການດູແລຈາກສະຖາບັນສາດສະໜາທີ່ບໍ່ແມ່ນທາງການແພດ

ເພື່ອຈະຮັບການເບິ່ງແຍງດູແລຈາກສະຖາບັນທາງສາດສະໜາທີ່ບໍ່ແມ່ນທາງການແພດ, ທ່ານຕ້ອງເຊັນເອກະສານທີ່ລະບຸວ່າທ່ານບໍ່ເຫັນດີກັບການປິ່ນປົວທາງການແພດໂດຍບໍ່ມີຂໍ້ຍົກເວັ້ນ.

- ການດູແລ ຫຼື ການປິ່ນປົວທາງການແພດ**ບໍ່ມີຂໍ້ຍົກເວັ້ນ**ແມ່ນ ເປັນການປິ່ນປົວທາງການແພດ ຫຼື ການດູແລທີ່ເປັນການ *ສະໝັກໃຈ* ແລະ *ບໍ່ໄດ້ກຳນົດ* ໂດຍກົດໝາຍລັດຖະບານກາງ, ລັດ ຫຼື ທ້ອງຖິ່ນ.
- ການປິ່ນປົວທາງການແພດ **ແບບຍົກເວັ້ນ** ແມ່ນການດູແລທາງການແພດ ຫຼື ການປິ່ນປົວທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບທີ່ **ບໍ່**ສະໝັກໃຈ ຫຼື *ໄດ້ກຳນົດ* ໂດຍກົດໝາຍລັດຖະບານກາງ, ລັດ ຫຼື ທ້ອງຖິ່ນ.

ເພື່ອໃຫ້ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງຈາກແຜນຂອງພວກເຮົາ, ການເບິ່ງແຍງດູແລທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບຈາກສະຖານບັນສາສະໜາທີ່ບໍ່ແມ່ນທາງການແພດ ຕ້ອງເປັນໄປຕາມຂໍ້ກຳນົດດັ່ງຕໍ່ໄປນີ້:

- ສະຖານທີ່ໃຫ້ການເບິ່ງແຍງດູແລຕ້ອງໄດ້ຮັບການຢັ້ງຢືນຈາກ Medicare.
- ການຄຸ້ມຄອງການບໍລິການແຜນຂອງພວກເຮົາທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບຖືກຈຳກັດຢູ່ທີ່ການເບິ່ງແຍງດູແລທີ່ບໍ່ແມ່ນທາງສາສະໜາ ເທົ່ານັ້ນ.
- ຖ້າທ່ານໄດ້ຮັບການບໍລິການຈາກສະຖາບັນນີ້ ເຊິ່ງໄດ້ດູແລທ່ານໃນສະຖານທີ່, ຂໍ້ກຳນົດລຸ່ມນີ້ຈະຖືກນຳໃຊ້

- ທ່ານຕ້ອງມີເງື່ອນໄຂສຸຂະພາບທີ່ຈະອະນຸຍາດໃຫ້ທ່ານໄດ້ຮັບບໍລິການທີ່ຄຸ້ມຄອງສຳລັບການດູແລໃນໂຮງຫມໍຄົນເຈັບໃນ ຫຼື ໃນສະຖານພະຍາບານ.
- – ແລະ – ທ່ານຕ້ອງໄດ້ຮັບການອະນຸມັດລ່ວງຫນ້າຈາກແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາ ກ່ອນທີ່ທ່ານຈະເຂົ້ານອນຢູ່ສະຖານທີ່ນັ້ນ ຫຼື ບໍ່ດັ່ງນັ້ນການພັກເຊົາຂອງທ່ານຈະບໍ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ.

ທ່ານໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງໂດຍບໍ່ຈຳກັດມື້ຢູ່ໃນໂຮງຫມໍ, ຕາບໃດທີ່ການພັກເຊົາຂອງທ່ານປະຕິບັດຕາມຄຳແນະນຳການຄຸ້ມຄອງ Medicare. ຂີດຈຳກັດການຄຸ້ມຄອງ ໄດ້ອະທິບາຍໄວ້ພາຍໃຕ້ການດູແລຄົນເຈັບໃນໂຮງຫມໍໃນຕາຕະລາງສິດຜົນປະໂຫຍດທາງການແພດໃນພາກທີ 4.

ຂໍ້ທີ 7 ກົດລະບຽບການເປັນເຈົ້າຂອງອຸປະກອນທາງການແພດທີ່ທົນທານ

ຂໍ້ທີ 7.1 ທ່ານຈະເປັນເຈົ້າຂອງອຸປະກອນການແພດທີ່ໃຊ້ໄລຍະຍາວ ພາຍຫຼັງໄດ້ຊຳລະເງິນບາງຈຳນວນທີ່ກຳນົດໃນແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາຫຼືບໍ່?

ອຸປະກອນທາງການແພດທີ່ໃຊ້ໄລຍະຍາວ (Durable Medical Equipment,DME) ລວມມີອຸປະກອນຕ່າງງເຊັ່ນ: ອຸປະກອນ ແລະ ເຄື່ອງໃຊ້ກ່ຽວກັບອອກຊີເຈນ, ລໍ້ເລື່ອນ, ອຸປະກອນຊ່ວຍຍ່າງ, ລະບົບບ່ອນນອນໄພພ້າ, ໄມ້ຄ້ຳ, ອຸປະກອນສຳລັບຄົນເປັນເບົາຫວານ, ອຸປະກອນຊ່ວຍເວົ້າ, ເຄື່ອງສີດນ້ຳເກືອເຂົ້າໃນເສັ້ນເລືອດ, ເຄື່ອງພົ່ນຢາ ແລະ ຕຽງໂຮງຫມໍທີ່ສັ່ງໂດຍຜູ້ໃຫ້ບໍລິການເພື່ອການໃຊ້ໃນເຮືອນ. ສະມາຊິກມັກຈະເປັນເຈົ້າຂອງລາຍການຂອງບາງຢ່າງເຊັ່ນ: ຂາທຽມ. ໃນຂໍ້ນີ້, ພວກເຮົາຈະສົນທະນາກ່ຽວກັບ DME ປະເພດອື່ນທີ່ທ່ານຕ້ອງເຊົ່າ.

ໃນ Original Medicare, ຄົນຜູ້ທີ່ເຊົ່າ DME
ບາງປະເພດເປັນເຈົ້າຂອງອຸປະກອນຫຼັງຈາກການຊຳຄ່າລາຍການສິ່ງຂອງຮ່ວມເປັນເວລາ 13 ເດືອນ.
ແນວໃດກໍ່ຕາມ ໃນຖານະທີ່ເປັນສະມາຊິກຂອງ CCA Medicare Preferred,
ປົກກະຕິແລ້ວທ່ານຈະບໍ່ໄດ້ເປັນເຈົ້າຂອງເຄື່ອງ DME ທີ່ເຊົ່າ
ເຖິງວ່າທ່ານຈະຈ່າຍເງິນຮ່ວມກັບລາຍການດັ່ງກ່າວຫຼາຍປານໃດກໍ່ຕາມໃນຂະນະທີ່ເປັນສະມາຊິກແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາ, ເຖິງວ່າທ່ານຈະຈ່າຍເງິນຫຼາຍເຖິງ 12 ເທື່ອຕິດຕໍ່ກັນສຳລັບອຸປະກອນ DME ພາຍໃຕ້ Original Medicare ກ່ອນທີ່ທ່ານຈະເຂົ້າຮ່ວມແຜນການຂອງພວກເຮົາ.
ພາຍໃຕ້ສະຖານະການທີ່ຈຳກັດບາງຢ່າງ, ພວກເຮົາຈະໂອນການເປັນເຈົ້າຂອງອຸປະກອນ DME ໃຫ້ແກ່ທ່ານ.
ໂທຫາຝ່າຍບໍລິການສະມາຊິກສຳລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມ.

ແມ່ນຫຍັງຈະເກີດຂຶ້ນກັບການຊຳລະເງິນທີ່ທ່ານໄດ້ຈ່າຍສຳລັບອຸປະກອນທາງການແພດ, ຖ້າທ່ານປ່ຽນໄປຫາ Original Medicare?

ຖ້າທ່ານບໍ່ໄດ້ເປັນເຈົ້າຂອງອຸປະກອນ DME ໃນຂະນະທີ່ຢູ່ໃນແຜນຂອງພວກເຮົາ, ທ່ານຈະຕ້ອງໄດ້ຊຳລະເງິນ 13 ຄັ້ງຕິດຕໍ່ກັນໃຫມ່ຫຼັງຈາກທີ່ທ່ານປ່ຽນໄປ Original Medicare ເພື່ອໃຫ້ໄດ້ເປັນເຈົ້າຂອງອະປະກອນ. ການຊຳລະເງິນໃນຂະນະທີ່ຢູ່ໃນແຜນຂອງທ່ານແມ່ນບໍ່ນັບເອົາ.

ຕົວຢ່າງ 1: ທ່ານໄດ້ຊຳລະເງິນເປັນຈຳນວນ 12 ຄັ້ງຕິດຕໍ່ກັນ ຫຼື ຫນ້ອຍກວ່າ ສຳລັບອຸປະກອນໃນ Original Medicare ແລະ ຫຼັງຈາກນັ້ນໄດ້ເຂົ້າຮ່ວມໃນແຜນຂອງພວກເຮົາ. ການຊຳລະເງິນຂອງທ່ານໃນ Original Medicare ແມ່ນບໍ່ນັບເອົາ. ທ່ານຈະຕ້ອງຈ່າຍ 13 ຄັ້ງ ເງິນໃຫ້ກັບແຜນຂອງພວກເຮົາກ່ອນທີ່ຈະເປັນເຈົ້າຂອງອຸປະກອນ.

ຕົວຢ່າງ 2: ທ່ານໄດ້ຊຳລະເງິນເປັນຈຳນວນ 12 ຄັ້ງຕິດຕໍ່ກັນ ຫຼື ຫນ້ອຍກວ່າ ສຳລັບອຸປະກອນໃນ Original Medicare ແລະ ຫຼັງຈາກນັ້ນໄດ້ເຂົ້າຮ່ວມໃນແຜນຂອງພວກເຮົາ. ທ່ານໄດ້ຢູ່ໃນແຜນຂອງພວກເຮົາ, ແຕ່ບໍ່ໄດ້ເປັນເຈົ້າຂອງໃນຂະນະທີ່ຢູ່ໃນແຜນຂອງພວກເຮົາ. ຈາກນັ້ນທ່ານກັບໄປໃຊ້ Original Medicare. ທ່ານຈຳເປັນຕ້ອງຊຳລະເງິນຈຳນວນ 13 ຄັ້ງຕິດຕໍ່ກັນໃຫມ່ອີກຄັ້ງເພື່ອເປັນເຈົ້າຂອງອຸປະກອນ, ເມື່ອທ່ານເຂົ້າຮ່ວມໃນ Original Medicare ອີກຄັ້ງ. ການຊຳລະເງິນກ່ອນຫນ້າທັງຫມົດ (ບໍ່ວ່າແຜນຂອງພວກເຮົາ ຫຼື Original Medicare) ແມ່ນບໍ່ນັບ.

ຂໍ້ທີ 7.2 ກົດລະບຽບສຳລັບອຸປະກອນ, ເຄື່ອງໃຊ້ ແລະ ການບຳລຸງຮັກສາ

ທ່ານມີສິດໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດດ້ານອົກຊິເຈັນ ອັນໃດແນ່?

ຖ້າທ່ານມີສິດໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງອຸປະກອນອົກຊິຂອງ Medicare, CCA Medicare Preferred ຈະຄຸ້ມຄອງ:

- ການເຊົ່າອຸປະກອນອົກຊິເຈນ
- ການສົ່ງອົກຊິເຈນ ແລະ ປະລິມານອົກຊິເຈນ
- ທໍ່ ແລະ ອຸປະກອນເສີມທີ່ກ່ຽວຂ້ອງສຳລັບການສົ່ງອົກຊິເຈນ ແລະ ປະລິມານອົກຊິເຈນ
- ການບຳລຸງຮັກສາ ແລະ ການສ້ອມແປງອຸປະກອນອົກຊິເຈນ

ຖ້າທ່ານອອກຈາກ CCA Medicare Preferred ຫຼື ບໍ່ຕ້ອງການອຸປະກອນອົກຊິໃນທາງການແພດ, ອຸປະກອນອົກຊິຕ້ອງຖືກສົ່ງຄືນ.

ຈະເກີດຫຍັງຂຶ້ນຖ້າຫາກທ່ານອອກຈາກແຜນປະກັນຂອງທ່ານ ແລະ ກັບໄປສູ່ Original Medicare?

Original Medicare ກຳນົດໃຫ້ຜູ້ສະຫນອງອຸປະກອນອົກຊິເຈນໃຫ້ບໍລິການແກ່ທ່ານເປັນເວລາຫ້າປີ. ໃນໄລຍະ 36 ເດືອນທຳອິດ ທ່ານເຊົ່າອຸປະກອນ. 24 ເດືອນທີ່ເຫຼືອ ຜູ້ສະຫນອງໃຫ້ເຄື່ອງອຸປະກອນ ແລະ ການບຳລຸງຮັກສາ (ທ່ານຍັງຕ້ອງຮັບຜິດຊອບການຮ່ວມຈ່າຍສຳລັບອົກຊິເຈນ). ຫຼັງຈາກຫ້າປີ ທ່ານອາດເລືອກວ່າຈະໃຊ້ບໍລິສັດເດີມ ຫຼື ເລືອກບໍລິສັດອື່ນ. ໃນຈຸດນີ້, ວົງຈອນຫ້າປີເລີ່ມຂຶ້ນອີກຄັ້ງ, ເຖິງວ່າທ່ານຍັງຢູ່ກັບບໍລິສັດເດີມ, ຍັງຕ້ອງຂໍໃຫ້ທ່ານຈ່າຍຮ່ວມສຳລັບ 36 ເດືອນທຳອິດ. ຖ້າທ່ານເຂົ້າຮ່ວມ ຫຼື ອອກຈາກແຜນຂອງພວກເຮົາ, ວົງຈອນຫ້າປີທີ່ເລີ່ມມາຈະສິ້ນສຸດລົງ.

ພາກທີ 4:

ຕາຕະລາງຜົນປະໂຫຍດດ້ານການແພດ (ສິ່ງທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ ແລະ ສິ່ງທີ່ທ່ານຈະຕ້ອງຈ່າຍ)

ຂໍ້ທີ 1 ຄວາມເຂົ້າໃຈຄ່າໃຊ້ຈ່າຍດ້ວຍຕົນເອງຂອງທ່ານສຳລັບການບໍລິການທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ

ພາກນີ້ໃຫ້ຕາຕະລາງສິດຜົນປະໂຫຍດດ້ານການແພດທີ່ລະບຸການບໍລິການທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງຂອງທ່ານ ແລະ ສະແດງໃຫ້ເຫັນວ່າທ່ານຈະຈ່າຍຫຼາຍປານໃດສຳລັບການບໍລິການແຕ່ລະຢ່າງທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງໃນຖານະເປັນສະມາຊິກຂອງ CCA Medicare Preferred. ຕໍ່ໄປໃນບົດນີ້, ທ່ານສາມາດເບິ່ງຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບບໍລິການທາງການແພດທີ່ບໍ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ. ມັນຍັງໄດ້ອະທິບາຍຂີດຈຳກັດຂອງບໍລິການບາງຢ່າງ.

ຂໍ້ທີ 1.1 ປະເພດຂອງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍດ້ວຍຕົນເອງທີ່ທ່ານອາດຈະຕ້ອງຈ່າຍສຳລັບບໍລິການທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງຂອງທ່ານ

ເພື່ອເຂົ້າໃຈຂໍ້ມູນການຈ່າຍເງິນ, ພວກເຮົາມອບພາກນີ້ໃຫ້ທ່ານ, ທ່ານຈຳເປັນຕ້ອງຮູ້ກ່ຽວກັບປະເພດຂອງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍດ້ວຍຕົນເອງ ທີ່ທ່ານອາດຈະຕ້ອງຈ່າຍສຳລັບການບໍລິການທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງຂອງທ່ານ.

- **ການຈ່າຍຮ່ວມ** ແມ່ນຈຳນວນຄົງທີ່ທີ່ທ່ານຈ່າຍໃນແຕ່ລະຄັ້ງທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບການບໍລິການທາງການແພດບາງຢ່າງ. ທ່ານຈຳລະ ການຈ່າຍຮ່ວມ ໃນເວລາທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບການບໍລິການດ້ານການແພດ. (ຕາຕະລາງຜົນປະໂຫຍດດ້ານການແພດ ໃນຂໍ້ທີ 2 ບອກທ່ານເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບການຈ່າຍຮ່ວມຂອງທ່ານ.)
- **ການປະກັນໄພຮ່ວມ** ແມ່ນອັດຕາສ່ວນທີ່ທ່ານຈ່າຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທັງຫມົດຂອງການບໍລິການທາງການແພດບາງປະເພດ. ທ່ານຈຳລະຄ່າປະກັນໄພຮ່ວມ ໃນເວລາທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບການບໍລິການດ້ານການແພດ. (ຕາຕະລາງຜົນປະໂຫຍດດ້ານການແພດ ໃນຂໍ້ທີ 2 ບອກທ່ານເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບການປະກັນໄພຮ່ວມຂອງທ່ານ.)

ຄົນສ່ວນໃຫຍ່ທີ່ມີສິດໄດ້ຮັບ Medicaid ຫຼື ໂຄງການ Qualified Medicare Beneficiary (QMB) ບໍ່ຄວນຈະຕ້ອງໄດ້ຈ່າຍ ສ່ວນທີ່ຫັກອອກ, ການຈ່າຍເງິນຮ່ວມ ຫຼື ການປະກັນໄພຮ່ວມ. ຍ່າລືມສະແດງຫຼັກຖານການມີສິດໄດ້ຮັບ Medicaid ຫຼື QMB ຂອງທ່ານ ໃຫ້ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງທ່ານຮັບຊາບ, ຖ້າມີ.

ຂໍ້ທີ 1.2 ທ່ານຈະຈ່າຍຄ່າບໍລິການດ້ານການແພດທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງຫຼາຍສຸດເທົ່າໃດ?

ພາຍໃຕ້ແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາ, ມີຂໍ້ຈຳກັດສອງຂໍ້ທີ່ແຕກຕ່າງກັນກ່ຽວກັບສິ່ງທີ່ທ່ານຕ້ອງຈ່າຍດ້ວຍຕົນເອງ ສຳລັບການບໍລິການທາງການແພດທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ:

- **ຈຳນວນເງິນຈ່າຍເອງສູງສຸດໃນເຄືອຂ່າຍ** ຂອງທ່ານແມ່ນ $4,500. ນີ້ແມ່ນຈຳນວນເງິນສູງສຸດທີ່ທ່ານຈ່າຍໃນລະຫວ່າງປີປະຕິທິນ ສຳລັບການບໍລິການຕາມແຜນປະກັນທີ່ມີການຄຸ້ມຄອງຈາກຜູ້ໃຫ້ບໍລິການໃນເຄືອຂ່າຍ.ຈຳນວນເງິນທີ່ທ່ານຈ່າຍໃຫ້ກັບການຈ່າຍຮ່ວມ ແລະ ການປະກັນໄພຮ່ວມ ສຳລັບການ

ນບໍລິການທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງຈາກຜູ້ໃຫ້ບໍລິການໃນເຄືອຂ່າຍ ຈະນັບເປັນຈຳນວນເງິນທີ່ຕ້ອງຈ່າຍສູງສຸດໃນເຄືອຂ່າຍ. (ຈຳນວນເງິນທີ່ທ່ານຈຳລະສຳລັບຄ່າປະກັນໄພແຜນ, ຢາຕາມໃບສັ່ງແພດຂອງພາກ D ແລະ ການບໍລິການຈາກຜູ້ໃຫ້ບໍລິການນອກເຄືອຂ່າຍບໍ່ນັບໃສ່ໃນເຄືອຂ່າຍຂອງທ່ານ. ຖ້າທ່ານໄດ້ຈ່າຍ $4,500 ສຳລັບການບໍລິການທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງຈາກຜູ້ໃຫ້ບໍລິການໃນເຄືອຂ່າຍ, ທ່ານຈະບໍ່ມີຄ່າໃຊ້ຈ່າຍດ້ວຍຕົນເອງໃດໆ ສຳລັບສ່ວນທີ່ເຫຼືອຂອງປີເມື່ອທ່ານໄປພົບຜູ້ໃຫ້ບໍລິການໃນເຄືອຂ່າຍຂອງພວກເຮົາ. ແນວໃດກໍ່ຕາມ, ທ່ານຕ້ອງສືບຕໍ່ຈ່າຍຄ່າປະກັນໄພ Medicare ພາກ B (ຍົກເວັ້ນ ຄ່າປະກັນໄພພາກ B ຂອງທ່ານຈະຖືກຈ່າຍໃຫ້ທ່ານໂດຍ Medicaid ຫຼື ພາກສ່ວນທີສາມ).

- **ຈຳນວນເງິນທີ່ຕ້ອງຈຳລະສູງສຸດລວມກັນ** ຂອງທ່ານແມ່ນ $4,500.ນີ້ແມ່ນເງິນຈຳນວນສູງສຸດທີ່ທ່ານຈ່າຍໃນລະຫວ່າງປີປະຕິທິນສຳລັບການບໍລິການຕາມແຜນປະກັນທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງຈາກຜູ້ໃຫ້ບໍລິການທັງໃນ ແລະ ນອກເຄືອຂ່າຍ. ຈຳນວນເງິນທີ່ທ່ານຈຳລະໃຫ້ການຈ່າຍເງິນຮ່ວມ ແລະ ການປະກັນໄພຮ່ວມ ສຳລັບການບໍລິການທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ ຈະນັບເປັນຈຳນວນເງິນລວມກັນສູງສຸດທີ່ຕ້ອງຈ່າຍດ້ວຍຕົນເອງ. (ຈຳນວນເງິນທີ່ທ່ານຈ່າຍໃຫ້ຄ່າປະກັນໄພຂອງທ່ານ ແລະ ສຳລັບຢາຕາມໃບສັ່ງແພດ ພາກ D ຂອງທ່ານ ຈະບໍ່ນັບເຂົ້າກັບຈຳນວນເງິນລວມສູງສຸດທີ່ຈ່າຍດ້ວຍຕົນເອງຂອງທ່ານ.)ຖ້າທ່ານໄດ້ຈ່າຍເງິນຈຳນວນ $4,500 ສຳລັບການບໍລິການທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ, ທ່ານຈະມີການຄຸ້ມຄອງ 100% ແລະ ຈະບໍ່ມີຄ່າໃຊ້ຈ່າຍດ້ວຍຕົນເອງອີກ ສຳລັບສ່ວນທີ່ເຫຼືອຂອງປີສຳລັບການບໍລິການທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ. ແນວໃດກໍ່ຕາມ, ທ່ານຕ້ອງສືບຕໍ່ຈ່າຍຄ່າປະກັນໄພ Medicare ພາກ B (ຍົກເວັ້ນຄ່າປະກັນໄພພາກ B ຂອງທ່ານຈະຖືກຈ່າຍໃຫ້ທ່ານໂດຍ Medicaid ຫຼື ພາກສ່ວນທີສາມອື່ນ).

ຂໍ້ທີ 1.3	ແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາຈະບໍ່ອະນຸຍາດໃຫ້ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການເກັບເງິນຈາກທ່ານ

ໃນຖານະເປັນສະມາຊິກຂອງ CCA Medicare Preferred, ການປົກປ້ອງທີ່ສຳຄັນສຳລັບທ່ານແມ່ນ ທ່ານຕ້ອງຈ່າຍພຽງແຕ່ຈຳນວນການແບ່ງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຂອງທ່ານເມື່ອທ່ານຮັບການບໍລິການທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງໂດຍແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາ. ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການອາດຈະບໍ່ເພີ່ມຄ່າໃຊ້ຈ່າຍແຍກຕ່າງຫາກ, ເອີ້ນວ່າ **ການຮຽກເກັບຍອດເງິນຄ້າງຈ່າຍ.** ການປົກປ້ອງນີ້ມີຜົນນຳໃຊ້ ເຖິງວ່າພວກເຮົາຈະຈ່າຍເງິນໃຫ້ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຫນ້ອຍກວ່າຄ່າບໍລິການຂອງຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ ແລະ ເຖິງວ່າຈະມີຂໍ້ຂັດແຍ້ງ ແລະ ພວກເຮົາບໍ່ຈ່າຍຄ່າບໍລິການບາງຢ່າງກໍ່ຕາມ.

ຕໍ່ໄປນີ້ແມ່ນວິທີການປະຕິບັດງານໃນການປ້ອງກັນ.

- ຖ້າການແບ່ງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຂອງທ່ານ ເປັນການຈ່າຍຮ່ວມ (ຈຳນວນໂດລາທີ່ກຳນົດໄວ້ ຕົວຢ່າງ: $ 15. 00), ຈາກນັ້ນທ່ານຈະຈ່າຍພຽງຈຳນວນນັ້ນ ສຳລັບການບໍລິການທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງຈາກຜູ້ໃຫ້ບໍລິການໃນເຄືອຂ່າຍ. ໂດຍທົ່ວໄປແລ້ວ ທ່ານຈະມີການຈ່າຍຮ່ວມທີ່ສູງກວ່າ ເມື່ອທ່ານໄດ້ຮັບການເບິ່ງແຍງຈາກຜູ້ໃຫ້ບໍລິການນອກເຄືອຂ່າຍ.

- ຖ້າການແບ່ງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຂອງທ່ານແມ່ນການປະກັນໄພຮ່ວມ (ເປີເຊັນຂອງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທັງຫມົດ), ທ່ານບໍ່ຈຳເປັນຈ່າຍຫຼາຍກ່ວາເປີເຊັນນັ້ນ. ຢ່າງໃດກໍຕາມ, ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຂອງທ່ານຈະຂຶ້ນກັບປະເພດຂອງຜູ້ໃຫ້ບໍລິການທີ່ທ່ານເຫັນ:
    - ຖ້າທ່ານໄດ້ຮັບການບໍລິການທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງຈາກຜູ້ໃຫ້ບໍລິການໃນເຄືອຂ່າຍ, ທ່ານຈ່າຍເປັນເປີເຊັນຂອງການປະກັນຮ່ວມ ຄູນດ້ວຍອັດຕາການຈ່າຍເງິນຄືນຂອງແຜນປະກັນ (ຕາມທີ່ກຳນົດໄວ້ໃນສັນຍາລະຫວ່າງຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ ແລະ ແຜນປະກັນ).
    - ຖ້າທ່ານໄດ້ຮັບການບໍລິການທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງຈາກຜູ້ໃຫ້ບໍລິການນອກເຄືອຂ່າຍທີ່ເຂົ້າຮ່ວມ Medicare, ທ່ານຈ່າຍຄ່າເປີເຊັນຂອງການປະກັນໄພຮ່ວມ ຄູນດ້ວຍອັດຕາການຈ່າຍເງິນຂອງ Medicare ສຳລັບຜູ້ໃຫ້ບໍລິການທີ່ເຂົ້າຮ່ວມ.
    - ຖ້າທ່ານໄດ້ຮັບການບໍລິການທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງຈາກຜູ້ໃຫ້ບໍລິການນອກເຄືອຂ່າຍທີ່ບໍ່ເຂົ້າຮ່ວມກັບ Medicare, ທ່ານຈະຕ້ອງຈ່າຍຄ່າປະກັນໄພຮ່ວມຄູນດ້ວຍອັດຕາການຈ່າຍເງິນຂອງ Medicare ສຳລັບຜູ້ໃຫ້ບໍລິການທີ່ບໍ່ເຂົ້າຮ່ວມ.

ຖ້າທ່ານເຊື່ອວ່າ ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການມີຍອດເງິນຄ້າງຈ່າຍສົ່ງໃຫ້ທ່ານ, ໃຫ້ໂທຫາ ຝ່ າຍບໍລິການສະມາຊິກ.

ຂໍ້ທີ 2 ***ໃຊ້ຕາຕະລາງສິດຜົນປະໂຫ ຍດດ້ານການແພດ ເພື່ອຊອກຫາ ສິ່ງທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ ແລະ ທ່ານຈະຕ້ອງຈ່າຍເທົ່າໃດ***

ຂໍ້ທີ 2.1 ສິດຜົນປະໂຫຍດດ້ານການປິ່ນປົວ ແລະ ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຂອງທ່ານໃນຖານະສະມາຊິກຂອງແຜນປະກັນ

ຕາຕະລາງຜົນປະໂຫຍດທາງການແພດໃນຫນ້າຕໍ່ໄປນີ້ຈະສະແດງລາຍການບໍລິການທີ່ CCA Medicare Preferred ໃຫ້ການຄຸ້ມຄອງ ແລະ ສິ່ງທີ່ທ່ານຈ່າຍດ້ວຍຕົນເອງສຳລັບບໍລິການແຕ່ລະລາຍການ. ການຄຸ້ມຄອງຢາຕາມໃບສັ່ງແພດ ພາກ D ແມ່ນສະເຫນີໃນບພາກທີ 5. ບໍລິການທີ່ລະບຸຢູ່ໃນຕາຕະລາງຜົນປະໂຫຍດທາງການແພດແມ່ນໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງກໍຕໍ່ເມື່ອຂໍ້ກຳນົດການຄຸ້ມຄອງດັ່ງຕໍ່ໄປນີ້ໄດ້ຮັບການປະຕິບັດເທົ່ານັ້ນ:

- ການບໍລິການທີ່ Medicare ໃຫ້ການຄຸ້ມຄອງຂອງທ່ານຈະຕ້ອງເປັນໄປຕາມແນວທາງການຄຸ້ມຄອງທີ່ກຳນົດໂດຍ Medicare.
- ການບໍລິການຂອງທ່ານ (ລວມທັງການດູແລທາງການແພດ, ການບໍລິການ, ເຄື່ອງໃຊ້, ອຸປະກອນ ແ ລະ ຢາຕາມແພດສັ່ງ ພາກ B) *ຕ້ອງ*ມີຄວາມຈຳເປັນທາງການແພດ. ຄວາມຈຳເປັນທາງການແພດ ຫມາຍຄວາມວ່າ ການບໍລິການ, ເຄື່ອງໃຊ້ ຫຼື ຢາແມ່ນຈຳເປັນສຳລັບການປ້ອງກັນ, ການບົ່ງມະຕິ ຫຼື ການປິ່ນປົວພະຍາດຂອງທ່ານ ແລະ ບັນລຸຕາມມາດຕະຖານທາງການແພດທີ່ເປັນທີ່ຍອມຮັບ.

ພາກທີ 4 ຕາຕະລາງສິດຜົນປະໂຫຍດດ້ານການແພດ (ສິ່ງທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ ແລະ ສິ່ງທີ່ທ່ານຈະຕ້ອງຈ່າຍ)

- ການບໍລິການບາງຢ່າງທີ່ລະບຸໄວ້ໃນຕາຕະລາງສິດຜົນປະໂຫຍດດ້ານການແພດ ແມ່ນຖືກຄຸ້ມຄອງ ໃນຖານະການບໍລິການໃນເຄືອຂ່າຍ*ເທົ່ານັ້ນ* ຖ້າທ່ານໝໍ ຫຼື ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການເຄືອຂ່າຍອື່ນຂອງທ່ານໄດ້ຮັບການອະນຸມັດລ່ວງໜ້າ (ບາງຄັ້ງເອີ້ນວ່າການອະນຸຍາດກ່ອນ) ຈາກ CCA Medicare Preferred.
    - ການບໍລິການທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງທີ່ຈຳເປັນຕ້ອງມີການອະນຸມັດລ່ວງໜ້າເພື່ອຈະໃຫ້ເປັນການບໍລິການໃນເຄືອຂ່າຍທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ ຖືກໝາຍເປັນໜັງສືຕົວໜາ ແລະ ຕົວໜັງສືເນີ້ງໃນຕາຕະລາງສິດຜົນປະໂຫຍດທາງການແພດ.
    - ທ່ານບໍ່ຈຳເປັນຕ້ອງມີການອະນຸມັດລ່ວງຫນ້າ ສຳລັບການບໍລິການນອກເຄືອຂ່າຍຈາກຜູ້ໃຫ້ບໍລິການນອກເຄືອຂ່າຍ.

  ໃນຂະນະທີ່ທ່ານບໍ່ຈຳເປັນຕ້ອງມີການອະນຸມັດລ່ວງຫນ້າ ສຳລັບການບໍລິການນອກເຄືອຂ່າຍ, ທ່ານ ຫຼື ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບຂອງທ່ານສາມາດຂໍໃຫ້ພວກເຮົາຕັດສິນໃຈກ່ຽວກັບການຄຸ້ມຄອງລ່ວງຫນ້າໄດ້.

ສິ່ງສຳຄັນອື່ນໆທີ່ຕ້ອງຮູ້ກ່ຽວກັບການຄຸ້ມຄອງຂອງພວກເຮົາ:

- ສຳລັບຜົນປະໂຫຍດທີ່ການແບ່ງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຂອງທ່ານແມ່ນອັດຕາສ່ວນການປະກັນໄພຮ່ວມ, ຈຳນວນເງິນທີ່ທ່ານຈ່າຍແມ່ນຂຶ້ນກັບປະເພດຂອງຜູ້ໃຫ້ບໍລິການທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບການບໍລິການຈາກ:
    - ຖ້າທ່ານໄດ້ຮັບການບໍລິການທີ່ຄຸ້ມຄອງຈາກຜູ້ໃຫ້ບໍລິການເຄືອຂ່າຍ, ທ່ານຈ່າຍເປີເຊັນຂອງການປະກັນໄພຮ່ວມຄູນດ້ວຍອັດຕາການຈ່າຍເງິນຄືນຂອງແຜນ (ຕາມທີ່ກຳນົດໄວ້ໃນສັນຍາລະຫວ່າງຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ ແລະ ແຜນ).
    - ຖ້າທ່ານໄດ້ຮັບການບໍລິການທີ່ມີການຄຸ້ມຄອງຈາກຜູ້ໃຫ້ບໍລິການນອກເຄືອຂ່າຍທີ່ເຂົ້າຮ່ວມກັບ Medicare, ທ່ານຈະຈ່າຍເປີເຊັນຂອງການປະກັນໄພຮ່ວມຄູນດ້ວຍອັດຕາການຈ່າຍເງິນຂອງ Medicare ສຳລັບຜູ້ໃຫ້ບໍລິການທີ່ເຂົ້າຮ່ວມ.
    - ຖ້າທ່ານໄດ້ຮັບການບໍລິການທີ່ຄຸ້ມຄອງຈາກຜູ້ໃຫ້ບໍລິການນອກເຄືອຂ່າຍທີ່ບໍ່ໄດ້ເຂົ້າຮ່ວມກັບ Medicare, ທ່ານຈະຈ່າຍອັດຕາສ່ວນການປະກັນໄພຮ່ວມຄູນດ້ວຍອັດຕາການຈ່າຍເງິນຂອງ Medicare ສຳລັບຜູ້ໃຫ້ບໍລິການທີ່ບໍ່ເຂົ້າຮ່ວມ.
- ເຊັ່ນດຽວກັນກັບແຜນສຸຂະພາບ Medicare ທັງໝົດ, ພວກເຮົາຄຸ້ມຄອງທຸກຢ່າງທີ່ Original Medicare ຄຸ້ມຄອງ. ສຳລັບຜົນປະໂຫຍດບາງອັນເຫຼົ່ານີ້, ທ່ານຈ່າຍຫຼາຍກວ່າໃນແຜນຂອງພວກເຮົາ *ຫຼາຍກວ່າ* ທີ່ທ່ານຈະຈ່າຍຢູ່ໃນ Original Medicare. ສຳລັບຄົນອື່ນ, ທ່ານຈ່າຍຫນ້ອຍ.(ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຮູ້ເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບການຄຸ້ມຄອງ ແລະ ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຂອງ Original Medicare, ກະລຸນາເບິ່ງປຶ້ມຄູ່ມື *Medicare & You 2024* ຂອງທ່ານ. ເບິ່ງທາງອອນລາຍທີ່ www.medicare.gov ຫຼື ຂໍສຳເນົາເອກະສານໂດຍການໂທຫາເບີ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 ຊົ່ວໂມງຕໍ່ມື້, 7 ມື້ຕໍ່ອາທິດ. ຜູ້ໃຊ້ TTY, ກະລຸນາໂທຫາ 1-877-486-2048.

ພາກທີ 4 ຕາຕະລາງສິດຜົນປະໂຫຍດດ້ານການແພດ (ສິ່ງທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ ແລະ ສິ່ງທີ່ທ່ານຈະຕ້ອງຈ່າຍ)

- ສຳລັບການບໍລິການເພື່ອປ້ອງກັນທັງໝົດທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງໂດຍບໍ່ມີຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆພາຍໃຕ້ Original Medicare, ພວກເຮົາຍັງຄຸ້ມຄອງການບໍລິການໂດຍບໍ່ມີຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃຫ້ກັບທ່ານ.
- ຖ້າ Medicare ເພີ່ມການຄຸ້ມຄອງສຳລັບການບໍລິການໃໝ່ໃນໄລຍະ 2024, Medicare ຫຼື ແຜນຂອງພວກເຮົາຈະຄຸ້ມຄອງການບໍລິການນັ້ນ.

ຂໍ້ມູນດ້ານຜົນປະ�โຫຍດທີ່ສຳຄັນສຳລັບຜູ້ວິງທະບຽນທີ່ມີອາການຈຳເຮື້ອ

ຖ້າທ່ານກວດພົບວ່າເປັນພະຍາດຈຳເຮື້ອຕໍ່ໄປນີ້ຕາມທີ່ໄດ້ກຳນົດໄວ້ຢູ່ດ້ານລຸ່ມ ແລະ ເຮັດໄດ້ຕາມຂໍ້ກຳນົດບາງຢ່າງ, ທ່ານອາດມີສິດຮັບຜົນປະໂຫຍດເສີມພິເສດສຳລັບການເຈັບປ່ວຍຈຳເຮື້ອ.

  - ການຕິດເຫຼົ້າຈຳເຮື້ອ ແລະ ການຕິດຢາອື່ນໆ; ພະຍາດຫຼຸດຕ້ານທານຜິດປົກກະຕິ; ມະເຮັງ; ຄວາມຜິດປົກກະຕິຂອງຫົວໃຈ ແລະ ຫຼອດເລືອດ; ຫົວໃຈລົ້ມເຫຼວຈຳເຮື້ອ; ສະໝອງເສື່ອມ; ເບົາຫວານ; ພະຍາດຕັບໄລຍະສຸດທ້າຍ; ພະຍາດໄຂ່ຫຼັງຫຼົ້ມເຫຼວໄລຍະສຸດທ້າຍ (ESRD); ຄວາມຜິດປົກກະຕິທາງເລືອດຢ່າງຮຸນແຮງ; ພະຍາດ HIV/AIDS; ພະຍາດປອດຈຳເຮື້ອ ແລະ ພະຍາດດ້ານຈິດຕິກຳສຸຂະພາບຈຳເຮື້ອ; ຄວາມຜິດປົກກະຕິຂອງລະບົບປະສາດ ແລະ ພະຍາດເສັ້ນເລືອດສະໝອງແຕກ

- ຄວາມສາມາດຮັບສິດທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບຜົນປະ�โຫຍດເສີມພິເສດສຳລັບຜູ້ປ່ວຍຈຳເຮື້ອ (Special Supplemental Benefits for the Chronically Ill,SSBCI)
  ແມ່ນກຳນົດຕາມການພິຈາລະນາຂອງແຜນ. ຜົນປະ
  �โຫຍດແມ່ນມີໃຫ້ສຳລັບສະມາຊິກທີ່ໄດ້ຮັບການລະບຸຕົວຜ່ານການຮັບເອກະສານຈາກຜູ້ໃຫ້ບໍລິການປິ່ນປົວ (ຕົວຢ່າງ: ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການປິ່ນປົວຍື່ນຮ້ອງ) ທີ່ລວມເອົາພະຍາດຈຳເຮື້ອທີ່ສາມາດຮັບສິດຮັບ ແລະ ການເບິ່ງແຍງດູແລຂອງທ່ານຈະໄດ້ຮັບການປະສານງານໂດຍ CCA Care Partner ຫຼື ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການໃນເຄືອຂ່າຍ.
  ຫຼັງຈາກການກວດສອບວ່າມີເງື່ອນໄຂຄົບຖ້ວນຕາມຄວາມສາມາດຮັບສິດແລ້ວ, CCA ຈະແຈ້ງໃຫ້ທ່ານຊາບກ່ຽວກັບການສະໜັກເອົາຜົນປະ�โຫຍດເຫຼົ່ານີ້. ຜົນປະ�โຫຍດເຫຼົ່ານີ້ບໍ່ມີຍ້ອນຫຼັງ.

- ກະລຸນາໄປທີ່ເວັບໄປທີ່ແຖບຂອງ ສິດຜົນປະ�โຫຍດເສີມພິເສດສຳລັບຜູ້ປ່ວຍຈຳເຮື້ອ ໃນຕາຕະລາງສິດຜົນປະ�โຫຍດດ້ານການແພດ ເພື່ອລາຍລະອຽດເພີ່ມເຕີມ.

- ກະລຸນາຕິດຫາພວກເຮົາເພື່ອເບິ່ງວ່າຜົນປະ�โຫຍດອັນໃດແທ້ທີ່ທ່ານມີສິດໄດ້ຮັບ.

🍎 ທ່ານຈະເຫັນ ໝາກແອັບເປີ້ນ ນີ້ຖັດຈາກການບໍລິການປ້ອງກັນໃນຕາຕະລາງຜົນປະ�โຫຍດ.

ພາກທີ 4 ຕາຕະລາງສິດຜົນປະໂຫຍດດ້ານການແພດ (ສິ່ງທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ ແລະ ສິ່ງທີ່ທ່ານລະຕ້ອງຈ່າຍ)

ຕາຕະລາງຜົນປະໂຫຍດທາງການແພດ

ການບໍລິການທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງສຳລັບທ່ານ	**ສິ່ງທີ່ທ່ານຕ້ອງຈ່າຍ** ໃນເວລາທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ ໃນເຄືອຂ່າຍ	**ສິ່ງທີ່ທ່ານຕ້ອງຈ່າຍ** ໃນເວລາທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ຢູ່ນອກເຄືອຂ່າຍ
ການກວດຄັດກອງຫຼອດເລືອດບວມໃນຊ່ວງທ້ອງ ການກວດຄັດກອງຄັ້ງດຽວສຳລັບຄົນທີ່ມີຄວາມສ່ຽງ. ແຜນຈະຄຸ້ມຄອງການກວດຄັດກອງນີ້ກໍຕໍ່ຖ້າທ່ານມີບັດໃຈຄວາມສ່ຽງບາງຢ່າງ ແລະ ຖ້າທ່ານໄດ້ຮັບການສົ່ງຕໍ່ຈາກແພດ, ຜູ້ຊ່ວຍແພດ, ພະຍາບານ ຫຼື ພະຍາບານຊ່ຽວຊານການແພດທາງຄລີນິກຂອງທ່ານ	ບໍ່ມີປະກັນໄພຮ່ວມ, ການຮ່ວມຈ່າຍ ຫຼື ຈຳນວນທີ່ຫັກອອກໃຫ້ສະມາຊິກທີ່ມີສິດຕໍ່ກັບການກວດຄັດກອງເພື່ອການປ້ອງກັນນີ້	ຈ່າຍຮ່ວມ $0 ນອກເຄືອຂ່າຍ ສຳລັບສະມາຊິກທີ່ມີສິດໄດ້ຮັບການກວດກັ່ນຕອງເພື່ອປ້ອງກັນພະຍາດນີ້

ພາກທີ 4 ຕາຕະລາງສິດຜົນປະໂຫຍດດ້ານການແພດ (ສິ່ງທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ ແລະ ສິ່ງທີ່ທ່ານຈະຕ້ອງຈ່າຍ)

ການຜ່າເຂັ້ມສຳລັບອາການເຈັບຫຼັງຊ່ວງລຸ່ມຊໍ້າເຮື້ອ ການບໍລິການທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງແມ່ນສະໜອງໃຫ້ຜ່ານ American Specialty Health (ASH) ແລະ ລວມມີ: Medicare ທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ: ການເຂົ້າພົບແພດເຖິງ 12 ຄັ້ງໃນ 90 ວັນຈະໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງສຳລັບຜູ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດຈາກ Medicare ພາຍໃຕ້ເງື່ອນໄຂຕໍ່ໄປນີ້: ສຳລັບຈຸດປະສົງຂອງຜົນປະ�โຫຍດນີ້, ການເຈັບຫຼັງຊ່ວງລຸ່ມຖືກກຳນົດໄວ້ວ່າ: • 12 ອາທິດຫຼືດົນກວ່ານັ້ນ; • ບໍ່ສະເພາະ, ໃນນັ້ນມັນບໍ່ມີສາເຫດທາງລະບົບທີ່ສາມາດລະບຸໄດ້ (ເຊັ່ນ: ບໍ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບການແຜ່ກະຈາຍ, ອັກເສບ, ຕິດເຊື້ອ, ພະຍາດ.) • ບໍ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບການຜ່າຕັດ; ແລະ • ບໍ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບການຖືພາ. ຈະມີການຄຸ້ມຄອງການກວດເພີ່ມເຕີມອີກແປດຄັ້ງສຳລັບຄົນເຈັບທີ່ສະແດງອາການທີ່ດີຂຶ້ນ. ສາມາດເຮັດການຜ່າເຂັ້ມໄດ້ບໍ່ກາຍ 20 ຄັ້ງຕໍ່ປີ. ຕ້ອງບໍ່ສືບຕໍ່ການປິ່ນປົວ ຖ້າຄົນເຈັບບໍ່ມີອາການດີຂຶ້ນ ຫຼື ອາການຮ້າຍແຮງກວ່າເກົ່າ. ຂໍ້ກຳນົດຂອງຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ: ແພດ (ຕາມທີ່ໄດ້ລະບຸໄວ້ໃນ 1861(r)(1) ຂອງກົດໝາຍປະກັນສັງຄົມ (ກົດໝາຍ) ອາດຈັດໃຫ້ມີການຜ່າເຂັ້ມຕາມຂໍ້ກຳນົດຂອງລັດທີ່ນຳໃຊ້. (ຕໍ່) **ການຜ່າເຂັ້ມສຳລັບອາການເຈັບຫຼັງຊ່ວງລຸ່ມຊໍ້າເຮື້ອ (ຕໍ່)**	ຈ່າຍຮ່ວມ $30 ໃນເຄືອຂ່າຍ ຕໍ່ຄັ້ງທີ່ຄຸ້ມຄອງໂດຍ Medicare ບໍ່ເກີນ 20 ຄັ້ງຕໍ່ປີ ທ່ານຈ່າຍຈຳນວນນີ້ຈົນກ່ວາທ່ານຈະບັນລຸຈຳນວນສູງສຸດທີ່ຕ້ອງຈ່າຍດ້ວຍຕົນເອງ <u>ບໍ່ແມ່ນ Medicare ຄຸ້ມຄອງ:</u> ຈ່າຍຮ່ວມ $0 ຕໍ່ການໄປຜ່າເຂັ້ມທີ່ non-Medicare ຄຸ້ມຄອງໃນເຄືອຂ່າຍຫຼາຍເຖິງ 12 ຄັ້ງຕໍ່ປີ	ປະກັນໄພຮ່ວມ 20% ນອກເຄືອຂ່າຍຕໍ່ຄັ້ງທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງຈາກ Medicare ທ່ານຈ່າຍຈຳນວນນີ້ຈົນກ່ວາທ່ານຈະບັນລຸຈຳນວນສູງສຸດທີ່ຕ້ອງຈ່າຍດ້ວຍຕົນເອງ <u>ບໍ່ແມ່ນ Medicare ຄຸ້ມຄອງ:</u> 20% ຂອງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທັງໝົດຕໍ່ຜ່າເຂັ້ມໜຶ່ງຄັ້ງທີ່ non-Medicare ຄຸ້ມຄອງຢູ່ນອກເຄືອຂ່າຍ ຫຼາຍເຖິງ 12 ຄັ້ງຕໍ່ປີ

ພາກທີ 4 ຕາຕະລາງສິດຜົນປະໂຫຍດດ້ານການແພດ (ສິ່ງທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ ແລະ ສິ່ງທີ່ທ່ານລະຕ້ອງຈ່າຍ)

ຜູ້ຊ່ວຍແພດ (Physician Assistants,PAs), ພະຍາບານປະຕິບັດການ (Nurse Practitioners,NPs) / ຜູ້ຊ່ຽວຊານດ້ານການພະຍາບານທາງດ້ານການຊ່ວຍ (Clinical Nurse Specialists,CNSs) (ຕາມທີ່ໄດ້ລະບຸໄວ້ໃນ 1861(aa5) ຂອງກົດຫມາຍວ່າດ້ວຍ), ແລະພະນັກງານຊ່ວຍອາດຈະສະຫນອງການຝັງເຂັມຖ້າພວກເຂົາຕອບສະຫນອງຄວາມຕ້ອງການຂອງລັດທັງຫມົດແລະມີ: • ປະລິນຍາໂທຫຼືລະດັບປະລິນຍາເອກດ້ານການຝັງເຂັມຫຼືຢາ Oriental ຈາກໂຮງຮຽນທີ່ໄດ້ຮັບການຮັບຮອງໂດຍຄະນະກຳມະການຮັບຮອງການຝັງເຂັມແລະການແພດແຜນຕາເວັນອອກ Oriental (Accreditation Commission on Acupuncture and Oriental Medicine,ACAOM); ແລະ • ໃບອະນຸຍາດໃນປັດຈຸບັນ, ເຕັມຮູບແບບ, ໃຊ້ງານຢູ່ ແລະ ບໍ່ຖືກຈຳກັດໃນການຝຶກການຝັງເຂັມໃນລັດ, ດິນແດນ ຫຼື ເຄືອຈັກກະພົບ (ເຊັ່ນ: Puerto Rico) ຂອງສະຫະລັດ ຫຼື ເຂດໂຄລໍາເບຍ. ບຸກຄະລາກອນເສີມທີ່ຈັດກຽມການຝັງເຂັມຕ້ອງຢູ່ພາຍໃຕ້ການຊີ້ນຳໃນລະດັບທີ່ເຫມາະສົມຈາກແພດ, PA ຫຼື NP/CNS ກຳນົດໂດຍກົດຫມາຍຂອງພວກເຮົາທີ່ 42 CFR §§ 410.26 ແລະ 410.27 ການຝັງເຂັມທີ່ຄຸ້ມຄອງດ້ວຍ Medicare ສຳລັບອາການເຈັບຫຼັງຊໍາເຮື້ອຈະຖືກຄຸ້ມຄອງໂດຍ American Specialty Health (ASH) ສຳລັບຜູ້ໃຫ້ບໍລິການໃນເຄືອຂ່າຍ		

ພາກທີ 4 ຕາຕະລາງສິດຜົນປະ�โຫຍດດ້ານການແພດ (ສິ່ງທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ ແລະ ສິ່ງທີ່ທ່ານລະຕ້ອງຈ່າຍ)

ການບໍລິການທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງສຳລັບທ່ານ	**ສິ່ງທີ່ທ່ານຕ້ອງຈ່າຍ** ໃນເວລາທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ ໃນເຄືອຂ່າຍ	**ສິ່ງທີ່ທ່ານຕ້ອງຈ່າຍ** ໃນເວລາທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ຢູ່ນອກເຄືອຂ່າຍ
ການຝັງເຂັມ, ປົກກະຕິ (ບໍ່ແມ່ນ Medicare ຄຸ້ມຄອງ) ແຜນຂອງພວກເຮົາຄຸ້ມຄອງການເຂົ້າຮັບການຝັງເຂັມເສີມ ບໍ່ແມ່ນ Medicare ຄຸ້ມຄອງ ຈຳນວນ 12 ຄັ້ງຕໍ່ປີຜ່ານ ສຸຂະພາບພິເສດຂອງອາເມລິກາ (ASH).		

ພາກທີ 4 ຕາຕະລາງສິດຜົນປະ�โຫຍດດ້ານການແພດ (ສິ່ງທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ ແລະ ສິ່ງທີ່ທ່ານລະຕ້ອງຈ່າຍ)

ການບໍລິການທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງສຳລັບທ່ານ	**ສິ່ງທີ່ທ່ານຕ້ອງຈ່າຍ** ໃນເວລາທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ ໃນເຄືອຂ່າຍ	**ສິ່ງທີ່ທ່ານຕ້ອງຈ່າຍ** ໃນເວລາທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ຢູ່ນອກເຄືອຂ່າຍ
ການບໍລິການລົດສຸກເສີນ ບໍລິການລົດສຸກເສີນທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້້ມຄອງ, ບໍ່ວ່າຈະເປັນສະຖານະການສຸກເສີນ ຫຼື ບໍ່ສຸກເສີນ, ລວມທັງບໍລິການສຸກເສີນທາງອົນ, ເຮລິຄອບເຕີ ຫຼື ທາງພື້ນດິນ, ໄປຫາສະຖານທີ່ເໝາະສົມທີ່ໃກ້ທີ່ສຸດທີ່ສາມາດໃຫ້ບໍລິການບົ່ງແຍງດູແລໄດ້ ກໍຕໍ່ເມື່ອພວກເຂົາກະກຽມໃຫ້ສະມາຊິກຜູ້ທີ່ມີອາການດ້ານສຸຂະພາບໃນລັກສະນະທີ່ການເດີນທາງໃນຮູບແບບອື່ນອາດຈະເປັນອັນຕະລາຍຕໍ່ສຸຂະພາບຂອງຄົນຄົນນັ້ນ ຫຼື ຖ້າຫາກມັນໄດ້ຮັບອະນຸຍາດຈາກແຜນທົ່ານັ້ນ. ຖ້າການບໍລິການລົດສຸກເສີນທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງບໍ່ແມ່ນສຳລັບສະຖານະການສຸກເສີນ, ມັນຄວນຖືກບັນທຶກໄວ້ວ່າອາການຂອງສະມາຊິກເປັນໄປໃນລັກສະນະທີ່ການເດີນທາງຮູບແບບອື່ນອາດເປັນອັນຕະລາຍຕໍ່ກັບສຸຂະພາບຂອງບຸກຄົນ ແລະ ການເດີນທາງແບບສຸກເສີນແມ່ນຄວາມຈຳເປັນທາງການແພດ. ***ການອະນຸຍາດກ່ອນແມ່ນຕ້ອງການສຳລັບການບໍລິການຂົນສົ່ງຄົນເຈັບ Medicare ທີ່ບໍ່ແມ່ນສຸກເສີນ.***	ການບໍລິການຂົນສົ່ງຄົນເຈັບທາງບົກ: ຈ່າຍຮ່ວມ $250 ຕໍ່ການເດີນທາງຖ້ຽວດຽວ. ການບໍລິການຂົນສົ່ງຄົນເຈັບທາງອາກາດ: ຈ່າຍຮ່ວມ $250 ຕໍ່ການເດີນທາງຖ້ຽວດຽວ. ສ່ວນແບ່ງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍນີ້ສະທ້ອນໃຫ້ເຫັນຄ່າໃຊ້ຈ່າຍດ້ວຍຕົນເອງ ສຳລັບການບໍລິການພາຍໃນສະຫະລັດແລະອານາເຂດຂອງຕົນ. ສຳລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບການຄຸ້ມຄອງທົ່ວໂລກ, ເບິ່ງ “ການຄຸ້ມຄອງທົ່ວໂລກ” ໃນຕາຕະລາງຜົນປະ�โຫຍດທາງການແພດ. ການຈ່າຍຮ່ວມຈະບໍ່ຖືກຍົກເວັ້ນຖ້າເຂົ້ານອນໂຮງໝໍ ທ່ານຈ່າຍຈຳນວນນີ້ຈົນກ່ວາທ່ານຈະບັນລຸຈຳນວນສູງສຸດທີ່ຕ້ອງຈ່າຍດ້ວຍຕົນເອງ

ພາກທີ 4 ຕາຕະລາງສິດຜົນປະໂຫຍດດ້ານການແພດ (ສິ່ງທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ ແລະ ສິ່ງທີ່ທ່ານຈະຕ້ອງຈ່າຍ)

ການກວດຮ່າງກາຍປະຈຳປີ ໃຫ້ການຄຸ້ມຄອງໜຶ່ງຄັ້ງ ທຸກໆປີ. ການກວດທີ່ປະຕິບັດໂດຍແພດປະຈຳໂຕ, ແພດພະຍາບານຫຼືຜູ້ຊ່ວຍແພດ. ການກວດນີ້ຈະທົບທວນປະຫວັດດ້ານສຸຂະພາບ ແລະ ການໃຊ້ຢາຂອງທ່ານ ແລະ ລວມເອົາການກວດຮ່າງກາຍແບບລະອຽດ. ການກວດຮ່າງກາຍປະຈຳປີແມ່ນການກວດລະອຽດກວ່າການກວດສຸຂະພາບປະຈຳປີ	ບໍ່ມີປະກັນໄພຮ່ວມ, ການຮ່ວມຈ່າຍ ຫຼື ສ່ວນທີ່ຫັກອອກ ສຳລັບການກວດຮ່າງກາຍປະຈຳປີ	ປະກັນໄພຮ່ວມ 20% ທ່ານຈ່າຍຈຳນວນນີ້ຈົນກ່ວາທ່ານຈະບັນລຸຈຳນວນສູງສຸດທີ່ຕ້ອງຈ່າຍດ້ວຍຕົນເອງ
ລາງວັນການເຂົ້າກວດສຸຂະພາບປະຈຳປີ ການກວດຮ່າງກາຍປະຈຳປີຈະມີສິດໄດ້ຮັບລາງວັນ $ 25 ໂດລາຕໍ່ປີ ຫຼັງຈາກທີ່ທ່ານສຳເລັດການກວດ. ການໄປຫາ PCP ເປັນປະຈຳເຊັ່ນ: ການກວດເພື່ອຕິດຕາມຜົນ ຫຼື ການກວດອາການເຈັບປ່ວຍແມ່ນບໍ່ມີສິດໄດ້ຮັບລາງວັນນີ້. ຮາງວັນທີ່ໄດ້ຮັບຈະຖືກເພີ່ມໃສ່ບັດ Healthy Savings card ຂອງທ່ານເພື່ອໃຊ້ໃນຮ້ານຄ້າໃນເຄືອຂ່າຍ (Over The Counter,OTC). **ອັນນີ້ອາດຈະໃຊ້ເວລາຫຼາຍເດືອນໃນການໂຫຼດເງິນເຂົ້າ.** ເພື່ອຮັບຮາງວັນນີ້, ທ່ານຕ້ອງກວດສຸຂະພາບປະຈຳປີ ຫຼື ການກວດຮ່າງກາຍປະຈຳປີ. ທັງສອງປະເພດຂອງການກວດປະຈຳປີ ຈະໃຊ້ເວລາດົນກວ່າການໄປການພົບ PCP ຕາມປົກກະຕິ. ໃນໄລຍະການກວດສຸຂະພາບປະຈຳປີ ຫຼື ການກວດຮ່າງກາຍປະຈຳປີ, ທ່ານ ແລະ ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງທ່ານຈະຕ້ອງທົບທວນສຸຂະພາບໂດຍລວມຂອງທ່ານຢ່າງລະອຽດຄືນໃໝ່. ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງທ່ານຕ້ອງຮຽກເກັບເງິນກັບ CCA ສຳລັບການກວດຂອງທ່ານເພື່ອການດຳເນີນການ ແລະ ຍື່ນເອົາບັດ Healthy Savings ຂອງທ່ານ. ລາງວັນຂອງທ່ານຈະສາມາດນຳໃຊ້ທີ່ຮ້ານຄ້າ OTC ໃນເຄືອຂ່າຍ ເພື່ອຊື້ສິ່ງຂອງທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດ ແຕ່ບໍ່ລວມປືນ, ເຫຼົ້າ ຫຼື ຢາສູບ	ຖ້າທ່ານໄດ້ຮັບການກວດສຸຂະພາບ ຫຼື ກວດຮ່າງກາຍປະຈຳປີ ຈາກ PCP ຂອງທ່ານ, ທ່ານສາມາດໄດ້ຮັບລາງວັນສູງສຸດເຖິງ $25 ໃນບັດ Healthy Savings card ຂອງທ່ານຕໍ່ປີຕາມປະຕິທິນ ຫຼັງຈາກຜູ້ໃຫ້ບໍລິການໄດ້ເກັບເງິນຄ່າບໍລິການຈາກ CCA	

ພາກທີ 4 ຕາຕະລາງສິດຜົນປະໂຫຍດດ້ານການແພດ (ສິ່ງທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ ແລະ ສິ່ງທີ່ທ່ານລະຕ້ອງຈ່າຍ)

ການບໍລິການທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງສຳລັບທ່ານ	**ສິ່ງທີ່ທ່ານຕ້ອງຈ່າຍ** ໃນເວລາທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ ໃນເຄືອຂ່າຍ	**ສິ່ງທີ່ທ່ານຕ້ອງຈ່າຍ** ໃນເວລາທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ຢູ່ນອກເຄືອຂ່າຍ
ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງຫນຶ່ງຄັ້ງຕໍ່ປີຕາມປະຕິທິນ		
ການກວດສຸຂະພາບປະຈຳປີ ຖ້າຫາກທ່ານມີ ພາກ B ເປັນເວລາຫຼາຍກວ່າ 12 ເດືອນ, ທ່ານສາມາດໄດ້ຮັບການກວດສຸຂະພາບປະຈຳປີເພື່ອປັບປຸງ ຫຼື ອັບເດດແຜນການປ້ອງກັນສ່ວນບຸກຄົນຂອງທ່ານໂດຍອີງຕາມສຸຂະພາບໃນເວລານັ້ນຂອງທ່ານ ແລະ ປັດໄຈຄວາມສ່ຽງ. ສິ່ງນີ້ຈະໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງຫນຶ່ງຄັ້ງໃນທຸກໆ 12 ເດືອນ. **ຫມາຍເຫດ:** ການກວດສຸຂະພາບປະຈຳປີຄັ້ງທຳອິດຂອງທ່ານຈະບໍ່ສາມາດເຮັດໄດ້ພາຍໃນ 12 ເດືອນ ນັບຈາກການເຂົ້າກວດເພື່ອປ້ອງກັນ ໃນການຍິນດີຕ້ອນຮັບທ່ານເຂົ້າສູ່ Medicare. ເຖິງຢ່າງໃດກໍ່ຕາມ, ທ່ານບໍ່ຈຳເປັນຕ້ອງມີການກວດ ໃນການຍິນດີຕ້ອນຮັບທ່ານເຂົ້າສູ່ Medicare ເພື່ອໃຫ້ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ ສຳລັບການກວດສຸຂະພາບປະຈຳປີຫຼັງຈາກທ່ານໄດ້ເຂົ້າຮ່ວມ ພາກ B ເປັນເວລາ 12 ເດືອນ. **ລາງວັນການເຂົ້າກວດສຸຂະພາບປະຈຳປີ** ກະລຸນາເຂົ້າເບິ່ງການກວດຮ່າງກາຍປະຈຳປີຂ້າງເທິງສຳລັບລາຍລະອຽດ. ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງຫນຶ່ງຄັ້ງຕໍ່ປີຕາມປະຕິທິນ	ບໍ່ມີປະກັນໄພຮ່ວມ, ການຈ່າຍຮ່ວມ ຫຼື ສ່ວນທີ່ຫັກອອກ ສຳລັບການກວດສຸຂະພາບປະຈຳປີ	ຈ່າຍຮ່ວມ $0

ພາກທີ 4 ຕາຕະລາງສິດຜົນປະໂຫຍດດ້ານການແພດ (ສິ່ງທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ ແລະ ສິ່ງທີ່ທ່ານລະຕ້ອງຈ່າຍ)

ການບໍລິການທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງສຳລັບທ່ານ	**ສິ່ງທີ່ທ່ານຕ້ອງຈ່າຍ** ໃນເວລາທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ ໃນເຄືອຂ່າຍ	**ສິ່ງທີ່ທ່ານຕ້ອງຈ່າຍ** ໃນເວລາທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ຢູ່ນອກເຄືອຂ່າຍ
ການວັດແທກມວນກະດູກ ສຳລັບບຸກຄົນທີ່ມີຄຸນສົມບັດ (ໂດຍທົ່ວໄປ, ນີ້ໝາຍເຖິງຄົນທີ່ມີຄວາມສ່ຽງໃນການສູນເສຍມວນກະດູກ ຫຼື ຄວາມສ່ຽງພະຍາດກະດູກຜ່ອຍ) ການບໍລິການດັ່ງຕໍ່ໄປນີ້ແມ່ນໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງທຸກໆ 24 ເດືອນ ຫຼື ຖີ່ກວ່ານັ້ນຖ້າມີຄວາມຈຳເປັນທາງການແພດ: ຂະບວນການໃນການກຳນົດມວນກະດູກ, ການກວດຫາການສູນເສຍກະດູກ ຫຼື ການກຳນົດຄຸນນະພາບຂອງກະດູກລວມທັງການແປຜົນກວດຂອງແພດ.	ບໍ່ມີປະກັນໄພຮ່ວມ, ການຈ່າຍຮ່ວມ ຫຼື ສ່ວນທີ່ຫັກອອກສຳລັບການວັດແທກມວນກະດູກທີ່ Medicare ຄຸ້ມຄອງ	ຈ່າຍຮ່ວມ $0 ນອກເຄືອຂ່າຍ
ການກວດຄັດກອງມະເຮັງເຕົ້ານົມ (ແມັມໂມແກຣມ) ບໍລິການທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງລວມມີ: • ການກວດແມມໂມແກຣມພື້ນຖານໜຶ່ງຄັ້ງລະຫວ່າງອາຍຸ 35 ຫາ 39 ປີ • ການກວດຄັດກອງແມມໂມແກຣມ ໜຶ່ງຄັ້ງທຸກໆ 12 ເດືອນສຳລັບຜູ້ຍິງທີ່ມີອາຍຸ 40 ປີຂຶ້ນໄປ • ການກວດເຕົ້ານົມທາງຄລີນິກໜຶ່ງຄັ້ງທຸກໆ 24 ເດືອນ	ບໍ່ມີປະກັນໄພຮ່ວມ, ການຈ່າຍຮ່ວມ ຫຼື ສ່ວນທີ່ຫັກອອກສຳລັບການກວດຄັດກອງແມມໂມແກຣມເພື່ອທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ	ຈ່າຍຮ່ວມ $0 ນອກເຄືອຂ່າຍ

ພາກທີ 4 ຕາຕະລາງສິດຜົນປະໂຫຍດດ້ານການແພດ (ສິ່ງທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ ແລະ ສິ່ງທີ່ທ່ານລະຕ້ອງຈ່າຍ)

ການບໍລິການທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງສຳລັບທ່ານ	**ສິ່ງທີ່ທ່ານຕ້ອງຈ່າຍ** ໃນເວລາທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ ໃນເຄືອຂ່າຍ	**ສິ່ງທີ່ທ່ານຕ້ອງຈ່າຍ** ໃນເວລາທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ຢູ່ນອກເຄືອຂ່າຍ
ການບໍລິການຟື້ນຟູຫົວໃຈ ໂປຣແກຣມການບໍລິການຟື້ນຟູຫົວໃຈຄົບວົງຈອນ ທີ່ລວມເອົາການອອກກຳລັງກາຍ, ການໃຫ້ຄວາມຮູ້ ແລະ ການໃຫ້ຄຳປຶກສາ ແມ່ນໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງສຳລັບສະມາຊິກຜູ້ທີ່ປະຕິບັດຕາມເງື່ອນໄຂບາງປະການ ພ້ອມກັບຄຳສັ່ງຂອງທ່ານຫມໍ. ແຜນຍັງໃຫ້ການຄຸ້ມຄອງໂປຣແກຣມການຟື້ນຟູຫົວໃຈແບບລະອຽດ ເຊື່ອໂດຍທົ່ວໄປແລ້ວຈະແນ່ນອນກວ່າ ຫຼື ລະອຽດກວ່າໂປຣແກຣມຟື້ນຟູຫົວໃຈ. ***ຕ້ອງໄດ້ຮັບອະນຸຍາດກ່ອນ***	ຈ່າຍຮ່ວມ $0 ໃນເຄືອຂ່າຍ ສຳລັບຄ່າບໍລິການປິ່ນປົວຫົວໃຈ ແລະ ການຟື້ນຟູຫົວໃຈແບບເລັ່ງລັດ ທ່ານຈ່າຍຈຳນວນນີ້ຈົນກ່ວາທ່ານຈະບັນລຸຈຳນວນສູງສຸດທີ່ຕ້ອງຈ່າຍດ້ວຍຕົນເອງ	ປະກັນໄພຮ່ວມ20%ນອກເຄືອຂ່າຍ ສຳລັບການບໍລິການປິ່ນປົວຫົວໃຈ ແລະການຟື້ນຟູຫົວໃຈແບບເລັ່ງລັດ ທ່ານຈ່າຍຈຳນວນນີ້ຈົນກ່ວາທ່ານຈະບັນລຸຈຳນວນສູງສຸດທີ່ຕ້ອງຈ່າຍດ້ວຍຕົນເອງ
🍏 **ການກວດເພື່ອຫຼຸດຄວາມສ່ຽງພະຍາດຫົວໃຈ ແລະ ຫຼອດເລືອດ (ການປິ່ນປົວພະຍາດຫົວໃຈ ແລະ ຫຼອດເລືອດ)** ພວກເຮົາໃຫ້ການຄຸ້ມຄອງການກວດ ປີລະຄັ້ງ ກັບຜູ້ໃຫ້ບໍລິການປະຈຳຕົວຂອງທ່ານ (PCP) ເພື່ອຊ່ວຍຫຼຸດຜ່ອນຄວາມສ່ຽງຕໍ່ພະຍາດຫຼອດເລືອດຫົວໃຈ. ໃນໄລຍະການເຂົ້າກວດ, PCP ຂອງທ່ານອາດຈະປຶກສາຫາລືການນຳໃຊ້ອາດສະປິຣິນ (ຖ້າມີ), ກວດສອບຄວາມດັນເລືອດຂອງທ່ານ ແລະ ໃຫ້ຄຳແນະນຳເພື່ອໃຫ້ແນ່ໃຈວ່າທ່ານກິນອາຫານທີ່ດີ.	ບໍ່ມີປະກັນໄພຮ່ວມ, ການຈ່າຍຮ່ວມ ຫຼື ສ່ວນທີ່ຫັກຫຼຸດສຳລັບການບຳບັດຜິດຕິກຳແບບເລັ່ງລັດເພື່ອປະໂຫຍດການປ້ອງກັນພະຍາດຫຼອດເລືອດຫົວໃຈ	ຈ່າຍຮ່ວມນອກເຄືອຂ່າຍ $0 ຕໍ່ຄັ້ງ

ພາກທີ 4 ຕາຕະລາງສິດຜົນປະໂຫຍດດ້ານການແພດ (ສິ່ງທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ ແລະ ສິ່ງທີ່ທ່ານລະຕ້ອງຈ່າຍ)

ການບໍລິການທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງສຳລັບທ່ານ	**ສິ່ງທີ່ທ່ານຕ້ອງຈ່າຍ** ໃນເວລາທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ ໃນເຄືອຂ່າຍ	**ສິ່ງທີ່ທ່ານຕ້ອງຈ່າຍ** ໃນເວລາທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ຢູ່ນອກເຄືອຂ່າຍ
ການກວດພະຍາດຫົວໃຈ ແລະ ຫຼອດເລືອດ ການກວດເລືອດເພື່ອກວດຫາພະຍາດຫົວໃຈ ແລະ ຫຼອດເລືອດ (ຫຼື ຄວາມຜິດປົກກະຕິທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບຄວາມສ່ຽງພະຍາດຫຼອດເລືອດຫົວໃຈ) ຫນຶ່ງຄັ້ງໃນທຸກໆ 5 ປີ (60 ເດືອນ)	ບໍ່ມີປະກັນໄພຮ່ວມ, ການຈ່າຍຮ່ວມ ຫຼື ສ່ວນທີ່ຫັກອອສຳລັບການກວດພະຍາດຫຼອດເລືອດຫົວໃຈທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງຫນຶ່ງຄັ້ງທຸກໆ 5 ປີ	ຈ່າຍຮ່ວມນອກເຄືອຂ່າຍ $0
ການກວດຄັດກອງມະເຮັງປາກມົດລູກ ແລະ ຊ່ອງຄອດ ບໍລິການທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງລວມມີ: • ສຳລັບຜູ້ຍິງທຸກຄົນ: ການກວດມະເຮັງປາກມົດລູກ ແລະ ການກວດທ້ອງນ້ອຍແມ່ນມີການຄຸ້ມຄອງການກວດຫນຶ່ງຄັ້ງທຸກໆ 24 ເດືອນ • ຖ້າຫາກທ່ານມີຄວາມສ່ຽງສູງເປັນມະເຮັງປາກມົດລູກ ແລະ ຊ່ອງຄອດ ຫຼື ທ່ານຢູ່ຊ່ວງອາຍຸທີ່ຖືພາໄດ້ ແລະ ມີການກວດຄວາມຜິດປົກກະຕິຂອງປາກມົດລູກໃນໄລຍະ 3 ປີຜ່ານມາ: ການກວດເຮັງປາກມົດລູກຫນຶ່ງຄັ້ງ ໃນທຸກໆ 12 ເດືອນ	ບໍ່ມີປະກັນໄພຮ່ວມ, ການຈ່າຍຮ່ວມ ຫຼື ສ່ວນທີ່ຫັກຫຼຸດສຳລັບການກວດປາກມົດລູກ ແລະ ພາຍໃນເພື່ອການປ້ອງກັນທີ່ Medicare ຄຸ້ມຄອງ	ຈ່າຍຮ່ວມນອກເຄືອຂ່າຍ $0

ພາກທີ 4 ຕາຕະລາງສິດຜົນປະໂຫຍດດ້ານການແພດ (ສິ່ງທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ ແລະ ສິ່ງທີ່ທ່ານລະຕ້ອງຈ່າຍ)

ການບໍລິການທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງສຳລັບທ່ານ	**ສິ່ງທີ່ທ່ານຕ້ອງຈ່າຍ** ໃນເວລາທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ ໃນເຄືອຂ່າຍ	**ສິ່ງທີ່ທ່ານຕ້ອງຈ່າຍ** ໃນເວລາທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ຢູ່ນອກເຄືອຂ່າຍ
ການບໍລິການນວດຈັດກະດູກສັນຫຼັງ ບໍລິການທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງລວມມີ: • ພວກເຮົາຄຸ້ມຄອງພຽງແຕ່ການຈັດກະດູກສັນຫຼັງດ້ວຍມືເພື່ອການແກ້ໄຂການເຄື່ອນຕົວຂອງກະດູກສັນຫຼັງ	ຈ່າຍຮ່ວມ $20 ໃນເຄືອຂ່າຍຕໍ່ການກວດແຕ່ລະຄັ້ງ ທ່ານຈ່າຍຈຳນວນນີ້ຈົນກ່ວາທ່ານຈະບັນລຸຈຳນວນສູງສຸດທີ່ຕ້ອງຈ່າຍດ້ວຍຕົນເອງ	ປະກັນໄພຮ່ວມນອກເຄືອຂ່າຍ 20% ຕໍ່ຄັ້ງ ທ່ານຈ່າຍຈຳນວນນີ້ຈົນກ່ວາທ່ານຈະບັນລຸຈຳນວນສູງສຸດທີ່ຕ້ອງຈ່າຍດ້ວຍຕົນເອງ

ພາກທີ 4 ຕາຕະລາງສິດຜົນປະໂຫຍດດ້ານການແພດ (ສິ່ງທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ ແລະ ສິ່ງທີ່ທ່ານຈະຕ້ອງຈ່າຍ)

ການກວດຄັດກອງມະເຮັງລຳໃສ້ໃຫຍ່ ການກວດຄັດກອງດັ່ງຕໍ່ໄປນີ້ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ: • ການສ່ອງກ້ອງກວດລຳໃສ້ໃຫຍ່ທີ່ບໍ່ຈຳກັດອາຍຸຕ່ຳສຸດ ຫຼື ສູງສຸດ ແລະ ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງຫນຶ່ງຄັ້ງທຸກໆ 120 ເດືອນ (10 ປີ) ສຳລັບຄົນເຈັບທີ່ບໍ່ມີຄວາມສ່ຽງສູງ ຫຼື 48 ເດືອນຫຼັງຈາກການສ່ອງກ້ອງລຳໃສ້ໃຫຍ່ສ່ວນປາຍສຳລັບຄົນເຈັບທີ່ບໍ່ມີຄວາມສ່ຽງສູງເປັນມະເຮັງລຳໃສ້ ແລະ ຫນຶ່ງຄັ້ງທຸກໆ 24 ເດືອນສຳລັບຄົນເຈັບທີ່ມີຄວາມສ່ຽງສູງຫຼັງຈາກການສ່ອງກ້ອງກວດລຳໃສ້ໃຫຍ່ກ່ອນຫນ້ານີ້ ຫຼື ການສວນລຳໃສ້ຄັ້ງກ່ອນ. • ການສ່ອງກ້ອງລຳໃສ້ໃຫຍ່ສ່ວນປາຍສຳລັບຄົນເຈັບທີ່ອາຍຸ 45 ປີຂຶ້ນໄປ. ຫນຶ່ງຄັ້ງໃນທຸກໆ 120 ເດືອນສຳລັບຄົນເຈັບທີ່ບໍ່ມີຄວາມສ່ຽງສູງ ຫຼັງຈາກທີ່ຄົນເຈັບໄດ້ກວດຄັດກອງມະເຮັງລຳໃສ້ໃຫຍ່. ຫນຶ່ງຄັ້ງທຸກໆ 48 ເດືອນສຳລັບຄົນເຈັບຄວາມສ່ຽງສູງຈາກການສ່ອງກ້ອງລຳໃສ້ໃຫຍ່ທາງປາຍ ຫຼື ການສວນລຳໃສ້ຄັ້ງກ່ອນ. • ການກວດເລືອດແຜງໃນອາຈົມສຳລັບຄົນເຈັບທີ່ອາຍຸ 45 ປີຂຶ້ນໄປ. ຫນຶ່ງຄັ້ງທຸກໆ 12 ເດືອນ. • ການກວດຫາ DNA ເຊອກໍ່ມະເຮັງສຳລັບຄົນເຈັບອາຍຸ 45 ຫາ 85 ປີ ແລະ ບໍ່ຄົບຕາມເກນຄວາມສ່ຽງສູງ. ຫນຶ່ງຄັ້ງທຸກໆ 3 ປີ. • ການກວດຕົວຊີ້ວັດທາງຊີວະພາບໃນເລືອດສຳລັບຄົນເຈັບອາຍຸ 45 ຫາ 85 ປີ ແລະ ບໍ່ຄົບຕາມເກນຄວາມສ່ຽງສູງ. ຫນຶ່ງຄັ້ງທຸກໆ 3 ປີ. (ຕໍ່) • ການສວນລຳໃສ້ເປັນທາງເລືອກໃນການສ່ອງກ້ອງລຳໃສ້ໃຫຍ່ສຳລັບຄົນເຈັບທີ່ມີຄວາມສ່ຽງສູງ ແລະ ເປັນເວລາ 24 ເດືອນນັບຈາກການສວນລຳໃສ້ຄັ້ງຫຼ້າສຸດ ຫຼື ການກວດຄັດກອງສ່ອງກ້ອງລຳໃສ້ໃຫຍ່ຄັ້ງຫຼ້າສຸດ.	ບໍ່ມີປະກັນໄພຮ່ວມ, ການຈ່າຍຮ່ວມ ຫຼື ສ່ວນທີ່ຫັກອອກສຳລັບການກວດຄັດກອງມະເຮັງລຳໃສ້ທີ່ Medicare ຄຸ້ມຄອງ ຖ້າທ່ານຫມໍຂອງທ່ານພົບ ແລະເອົາຕົ່ງເນື້ອຫຼືເນື້ອເຍື່ອອື່ນໆອອກໃນລະຫວ່າງການກວດຄົນລຳໃສ້ໃຫຍ່ ຫຼື ກວດສີກມວຍໂດສະກອບປີແບບຍືດຫຍຸ່ນ, ການກວດຄັດກອງຈະກາຍເປັນການກວດວິນິດໄສ. Barium Enema:ຈ່າຍຮ່ວມ $0 ໃນເຄືອຂ່າຍ	ຈ່າຍຮ່ວມນອກເຄືອຂ່າຍ $0 Barium Enema:ປະກັນໄພຮ່ວມ 20% ນອກເຄືອຂ່າຍ ທ່ານຈ່າຍຈຳນວນນີ້ຈົນກ່ວາທ່ານຈະບັນລຸຈຳນວນສູງສຸດທີ່ຕ້ອງຈ່າຍດ້ວຍຕົນເອງ

ພາກທີ 4 ຕາຕະລາງສິດຜົນປະໂຫຍດດ້ານການແພດ (ສິ່ງທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ ແລະ ສິ່ງທີ່ທ່ານລະຕ້ອງຈ່າຍ)

ການບໍລິການທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງສຳລັບທ່ານ	**ສິ່ງທີ່ທ່ານຕ້ອງຈ່າຍ** ໃນເວລາທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ ໃນເຄືອຂ່າຍ	**ສິ່ງທີ່ທ່ານຕ້ອງຈ່າຍ** ໃນເວລາທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ຢູ່ນອກເຄືອຂ່າຍ
ການກວດມະເຮັງລຳໄສ້ໃຫຍ່ (ຕ່ຳ) • ການສອນລຳໄສ້ເປັນທາງເລືອກຂອງການສ່ອງລຳໄສ້ສ່ວນປາຍສຳລັບຄົນເຈັບທີ່ບໍ່ມີຄວາມສ່ຽງສູງ ແລະ ອາຍຸ 45 ປີຂຶ້ນໄປ. ເມື່ອຮອດເວລາ 48 ເດືອນຫຼັງຈາກການສອນລຳໄສ້ຄັ້ງຫຼ້າສຸດ ຫຼື ການສ່ອງລຳໄສ້ສ່ວນປາຍຄັ້ງຫຼ້າສຸດ. ການກວດຄັດກອງມະເຮັງລຳໄສ້ໃຫຍ່ລວມເອົາການສ່ອງລຳໄສ້ໃຫຍ່ພາຍຫຼັງທີ່ຜົນກວດຄັດກອງມະເຮັງລຳໄສ້ໃຫຍ່ທີ່ແຜງໃນອາຈົມແບບບໍ່ແຜ່ລາມທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງຈາກ Medicare ອອກມາວ່າເປັນຜົນບວກ.		

ພາກທີ 4 ຕາຕະລາງສິດຜົນປະໂຫຍດດ້ານການແພດ (ສິ່ງທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ ແລະ ສິ່ງທີ່ທ່ານລະຕ້ອງຈ່າຍ)

ການບໍລິການດ້ານທັນຕະກຳ	ການບໍລິການດ້ານທັນຕະກຳທີ່ Medicare ໃຫ້ການຄຸ້ມຄອງ:	ການບໍລິການດ້ານທັນຕະກຳທີ່ Medicare ໃຫ້ການຄຸ້ມຄອງ:
ໂດຍທົ່ວໄປ, ການບໍລິການດ້ານທັນຕະກຳເພື່ອການປ້ອງກັນ (ເຊັ່ນ: ການທຳຄວາມສະອາດ, ການກວດແຂ້ວເປັນປະຈຳ ແລະ ການຊ່ອງໄຟຟ້າ X-rays ແຂ້ວ) ແມ່ນບໍ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງໂດຍ Original Medicare. ເຖິງຢ່າງໃດກໍ່ຕາມ, ປະຈຸບັນ Medicare ຈ່າຍເງິນສຳລັບການບໍລິການດ້ານທັນຕະກຳໃຫ້ໃນຈຳນວນສະຖານະການທີ່ຈຳກັດ, ໂດຍສະເພາະໃນເວລາທີ່ການບໍລິການນັ້ນແມ່ນເປັນສ່ວນສຳຄັນຂອງການປິ່ນປົວສະເພາະ ຂອງອາການທາງການແພດຂັ້ນຕົ້ນຂອງຜູ້ຮັບຜົນປະ�โຫຍດ. ບາງຕົວຢ່າງໄດ້ແກ່: ການສ້າງການໃໝ່ຫຼັງຈາກການແຕກຫັກ ຫຼື ບາດເຈັບ, ການຖອນແຂ້ວເພື່ອກະກຽມສຳລັບການປິ່ນປົວດ້ວຍລັງສີສຳລັບມະເຮັງທີ່ຢູ່ໃນການ ຫຼື ການກວດຊ່ອງປາກກ່ອນການປູກຖ່າຍໄຂ່ຫຼັງ. ການບໍລິການດ້ານທັນຕະກຳທີ່ Medicare ໃຫ້ການຄຸ້ມຄອງ: ການບໍລິການທີ່ Medicare ຄຸ້ມຄອງ ຫຼື ເອີ້ນວ່າການກວດຊ່ອງປາກແບບບໍ່ເປັນປະຈຳ, ແມ່ນບັນດາການບໍລິການທີ່ມີໃຫ້ໂດຍທັນຕະແພດ ຫຼື ແພດຜ່າຕັດຊ່ອງປາກທີ່ຈຳກັດທີ່ການຜ່າຕັດການ ຫຼື ໂຄງສ້າງທີ່ກ່ຽວຂອງ, ການຫັກຂອງການ ຫຼື ກະດູກໃບໜ້າ, ການຫຼຸດແຂ້ວເພື່ອກຽມການໃຫ້ພ້ອມສຳລັບການປິ່ນປົວດ້ວຍລັງສີເພື່ອກຳຈັດເນື້ອງອກ ຫຼື ການບໍລິການທີ່ອາດຈະໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງໃນເວລາທີ່ທ່ານໝໍໃຫ້ບໍລິການ. ນອກຈາກນັ້ນ, ພວກເຮົາໃຫ້ການຄຸ້ມຄອງ **ການບໍລິການທັນຕະກຳແບບປ້ອງກັນ ແລະ ຄົບວົງຈອນທີ່ບໍ່ແມ່ນ Medicare** ດັ່ງຕໍ່ໄປນີ້: (ຕໍ່) <u>ການບໍລິການກວດດ້ານທັນຕະກຳເພື່ອປ້ອງກັນ:</u>	ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃນເຄືອຂ່າຍ: ຈ່າຍຮ່ວມ $0 **ບໍ່ແມ່ນ Medicare:** **ຮວມ (ການບໍລິການດ້ານທັນຕະກຳເພື່ອການປ້ອງກັນ ແລະ ຄົບວົງຈອນ) ສູງສຸດຕໍ່ປີ**: $3,000 **ບໍລິການທັນຕະກຳເພື່ອການປ້ອງກັນ:** ຈ່າຍຮ່ວມ $0 ສູງສຸດຕາມຈຳນວນ CCA ອະນຸຍາດ (ຕໍ່ລະຫັດ) ແລະຈຳນວນເງິນສູງສຸດທີ່ອະນຸຍາດໃຫ້ສຳລັບການກວດ, ທຳຄວາມສະອາດ, ສ່ອງໄຟຟ້າ, ແລະ ຟລູໂອໄຣ ໃນເຄືອຂ່າຍ **ບໍລິການທັນຕະກຳແບບຄົບວົງຈອນ:** ຈ່າຍຮ່ວມ $0 ສູງສຸດຕາມຈຳນວນທີ່ CCA ອະນຸຍາດ (ຕໍ່ລະຫັດ) ແລະຈຳນວນສູງສຸດທີ່ອະນຸຍາດໃຫ້ປະຈຳປີ ຫຼັງຈາກຍອດສູງສຸດປະຈຳປີໝົດແລ້ວ,	ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍນອກເຄືອຂ່າຍ: ປະກັນໄພຮ່ວມ 20% **ບໍ່ແມ່ນ Medicare:** **ຮວມ (ການບໍລິການດ້ານທັນຕະກຳເພື່ອການປ້ອງກັນ ແລະ ຄົບວົງຈອນ) ສູງສຸດຕໍ່ປີ**: $3,000 **ບໍລິການທັນຕະກຳເພື່ອການປ້ອງກັນ:** ຈ່າຍຮ່ວມ $0 ສູງສຸດຕາມຈຳນວນ CCA ອະນຸຍາດ (ຕໍ່ລະຫັດ) ແລະຈຳນວນເງິນສູງສຸດທີ່ອະນຸຍາດໃຫ້ສຳລັບການກວດ, ທຳຄວາມສະອາດ, ສ່ອງໄຟຟ້າ, ແລະ ຟລູໂອໄຣ ໃນເຄືອຂ່າຍ **ບໍລິການທັນຕະກຳແບບຄົບວົງຈອນ:** ຈ່າຍຮ່ວມ $0 ສູງສຸດຕາມຈຳນວນທີ່ CCA ອະນຸຍາດ (ຕໍ່ລະຫັດ) ແລະຈຳນວນສູງສຸດທີ່ອະນຸຍາດໃຫ້ປະຈຳປີ ຫຼັງຈາກຍອດສູງສຸດປະຈຳປີໝົດແລ້ວ, ຄ່າບໍລິການທີ່ຍັງເຫຼືອແມ່ນ

ພາກທີ 4 ຕາຕະລາງສິດຜົນປະ�โຫຍດດ້ານການແພດ (ສິ່ງທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ ແລະ ສິ່ງທີ່ທ່ານຈະຕ້ອງຈ່າຍ)

•ການກວດຊ່ອງປາກເປັນໄລຍະ ແລະ ການທຳຄວາມສະອາດເພື່ອປ້ອງກັນພະຍາດ ຈະຈ່າຍສອງຄັ້ງຕໍ່ປີຕາມປະຕິທິນ. **ບໍລິການທັນຕະກຳ (ຕໍ່)** •ການກວດຊ່ອງປາກແບບຄົບວົງຈອນ ຈະຈ່າຍໜຶ່ງຄັ້ງຕໍ່ໄລຍະ 3 ປີ. •ການຊ່ອງໄຟຟ້າ X-rays ແບບກັດ ຈະຈ່າຍໜຶ່ງຄັ້ງຕໍ່ປີຕາມປະຕິທິນ. •ການຊ່ອງໄຟຟ້າ X-rays ແບບພາບກວ້າງ ຫຼື ເຕັມປາກ (ຄົບຊຸດ) (ລວມທັງການ X-rays ແບບກັດ) ຈະຈ່າຍໜຶ່ງຄັ້ງຕໍ່ໄລຍະ 3 ປີ. •ການຊ່ອງໄຟຟ້າ X-rays ແບບກັດ ຈະບໍ່ຈ່າຍໃຫ້ໃນປີດຽວກັນກັບການກວດຊ່ອງປາກແບບຄົບຊຸດ. ການບໍລິການດ້ານທັນຕະກຳແບບຄົບວົງຈອນ: • ການບໍລິການດ້ານການກວດເພີ່ມເຕີມ • ການບໍລິການຟື້ນຟູແຂ້ວ (ເຊັ່ນ: ຄອບແຂ້ວ, ການໃສ່ແຂ້ວປອມ, ການໃສ່ແຂ້ວປອມ ແລະ ແຂ້ວປອມແບບເຝືອກ) • ການຮັກສາຮາກແຂ້ວ • ເຫືອກອັກເສບ • ການຖອນແຂ້ວ • ການຜ່າຮາກແຂ້ວປອມ (ສູງສຸດ 4 ຄັ້ງຕໍ່ປີ) (ຕໍ່) • ການສັນຍະກຳຊ່ອງປາກ/ໃບໜ້າ ແລະ ຄາງລວມທັງຢາກົດປະສາດ • ເຝືອກສຳລັບການກັດແຂ້ວ	ຄ່າບໍລິການທີ່ຍັງເຫຼືອແມ່ນຄວາມຮັບຜິດຊອບຂອງທ່ານ.	ຄວາມຮັບຜິດຊອບຂອງທ່ານ. ສຳລັບການບໍລິການທີ່ໄດ້ຮັບນອກເຄືອຂ່າຍ, ແຜນຈະຈ່າຍໃຫ້ສະເພາະຈຳນວນທີ່ CCA ອະນຸຍາດໃຫ້ (ຕໍ່ລະຫັດ) ແລະຈຳນວນສູງສຸດທີ່ອະນຸຍາດໃຫ້. ຖ້າທ່ານເລືອກທີ່ຈະໄປພົບທັນຕະແພດນອກເຄືອຂ່າຍ, ທ່ານອາດຈະຖືກເກັບເງິນຈຳນວນໃດນຶ່ງ ທີ່ຫຼາຍກວ່າສິ່ງທີ່ແຜນຈ່າຍໃຫ້ແຕ່ລະການບໍລິການ. ສຳລັບຂໍ້ມູນລະອຽດກ່ຽວກັບການບໍລິການທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ, ກະລຸນາເບິ່ງຕາຕະລາງຜົນປະ�โຫຍດການກວດທາງທັນຕະກຳປົກກະຕິທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງຫຼັງຈາກຕາຕະລາງຜົນປະ�โຫຍດທາງການແພດນີ້. ສຳລັບການບໍລິການທີ່ໄດ້ຮັບນອກເຄືອຂ່າຍ, ແຜນຈະຈ່າຍໃຫ້ສະເພາະຈຳນວນທີ່ CCA ອະນຸຍາດໃຫ້

ພາກທີ 4 ຕາຕະລາງສິດຜົນປະ�โຫຍດດ້ານການແພດ (ສິ່ງທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ ແລະ ສິ່ງທີ່ທ່ານລະຕ້ອງຈ່າຍ)

ການບໍລິການທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງສຳລັບທ່ານ	**ສິ່ງທີ່ທ່ານຕ້ອງຈ່າຍ** ໃນເວລາທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ ໃນເຄືອຂ່າຍ	**ສິ່ງທີ່ທ່ານຕ້ອງຈ່າຍ** ໃນເວລາທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ຢູ່ນອກເຄືອຂ່າຍ
ມີຂີດຈຳກັດຄວາມຖີ່. ລາຍການນີ້ບໍ່ຮັບປະກັນຈະໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ. ການບໍລິການທີ່ຕ້ອງຂໍອະນຸຍາດຕ້ອງໄດ້ສົ່ງໂດຍກົງຈາກຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດ້ານທັນຕະກຳໃນເຄືອຂ່າຍຂອງທ່ານຫາຜູ້ບໍລິຫານຜົນປະ�โຫຍດດ້ານທັນຕະກຳຂອງແຜນ Skygen, ສຳລັບການທົບທວນ. **ບໍລິການທັນຕະກຳ (ຕໍ່)** ເພື່ອເບິ່ງວ່າທັນຕະແພດຂອງທ່ານແມ່ນທັນຕະແພດຂອງ CCA Medicare Preferred ຫຼືບໍ່ ຫຼື ຖ້າທ່ານຕ້ອງການທັນຕະແພດຄົນໃໝ່, ໃຫ້ກວດເບິ່ງລາຍຊື່ທັນຕະແພດ ຫຼື ຕິດຕໍ່ຜ່າຍບໍລິການສະມາຊິກ. ສຳລັບລາຍລະອຽດກ່ຽວກັບຜົນປະ�โຫຍດດ້ານທັນຕະກຳທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ, ກະລຸນາເບິ່ງຕາຕະລາງສະຫວັດດີການດ້ານທັນຕະກຳທີ່ໄດ້ຮັບຄຸ້ມຄອງຫຼັງຈາກຕາຕະລາງຜົນປະ�โຫຍດທາງການແພດນີ້. ***ການອະນຸມັດລ່ວງໜ້າເປັນສິ່ງຈຳເປັນສຳລັບການບໍລິການຕໍ່ໄປນີ້:*** • **ບໍ່ເປັນປະຈຳ** • **ການບໍລິການຮັກສາຮາກແຂ້ວ** • **ການຕົບແຕ່ງທັນຕະກຳ, ການສັນຍາກຳຜົ້ງປາກ/ສັນຍາກຳໃບໜ້າ ແລະ ຄາງອື່ນໆ, ການບໍລິການອື່ນໆລວມທັງການປູກຖ່າຍ.**		(ຕໍ່ລະຫັດ) ແລະຈຳນວນສູງສຸດທີ່ອະນຸຍາດໃຫ້.

ພາກທີ 4 ຕາຕະລາງສິດຜົນປະ�โຫຍດດ້ານການແພດ (ສິ່ງທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ ແລະ ສິ່ງທີ່ທ່ານລະຕ້ອງຈ່າຍ)

ການບໍລິການທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງສຳລັບທ່ານ	**ສິ່ງທີ່ທ່ານຕ້ອງຈ່າຍ** ໃນເວລາທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ ໃນເຄືອຂ່າຍ	**ສິ່ງທີ່ທ່ານຕ້ອງຈ່າຍ** ໃນເວລາທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ຢູ່ນອກເຄືອຂ່າຍ
ການກວດຄັດກອງພາວະຊຶມເສົ້າ ພວກເຮົາຄຸ້ມຄອງການກວດຄັດກອງພາວະຊຶມເສົ້າຫນຶ່ງຄັ້ງຕໍ່ປີ. ການກວດຄັດກອງຖືກເຮັດຢູ່ໃນການສະຖານທີ່ການດູແລຂັ້ນຕົ້ນ ທີ່ສາມາດໃຫ້ການປິ່ນປົວຕິດຕາມ ແລະ/ຫຼືສົ່ງຕໍ່	ບໍ່ມີປະກັນໄພຮ່ວມ, ການຈ່າຍຮ່ວມ ຫຼື ສ່ວນທີ່ຫັກອອກສຳລັບການກວດຄັດກອງພະຍາດຊຶມເສົ້າປະຈຳປີ	ຈ່າຍຮ່ວມນອກເຄືອຂ່າຍ $0 ຕໍ່ຄັ້ງ
ການກວດຄັດກອງເບົາຫວານ ພວກເຮົາໃຫ້ການຄຸ້ມຄອງການກວດຄັດກອງນີ້ (ລວມທັງການກວດລະດັບນ້ຳຕານໃນເລືອດໃນຊ່ວງອົດອາຫານ) ຖ້າທ່ານມີປັດໄຈຄວາມສ່ຽງດັ່ງຕໍ່ໄປນີ້: ຄວາມດັນເລືອດສູງ (ຄວາມດັນສູງ), ປະຫວັດຄໍເລສເຕີຣໍຜິດປົກກະຕິ, ລະດັບໄຕຣກລີເຊີໄຣດ໌ (ພາວະໄຂມັນຜິດປົກກະຕິ), ພະຍາດອ້ວນ ຫຼື ປະຫວັດນ້ຳຕານໃນເລືອດສູງ (ກວູໂຄສ໌). ການກວດອາດຈະໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ ຖ້າທ່ານມີຄົບຕາມເງື່ອນໄຂອື່ນເຊັ່ນ: ນ້ຳຫນັກຫຼາຍເກີນໄປ ແລະ ມີປະຫວັດຄອບຄົວທີ່ເປັນພະຍາດເບົາຫວານ. ໂດຍອີງຕາມຜົນກວດເຫຼົ່ານີ້, ທ່ານອາດມີສິດໄດ້ຮັບການກວດຄັດກອງເບົາຫວານສູງສຸດເຖິງສອງຄັ້ງໃນທຸກໆ 12 ເດືອນ	ບໍ່ມີປະກັນໄພຮ່ວມ, ການຈ່າຍຮ່ວມ ຫຼື ສ່ວນທີ່ຫັກອອກສຳລັບການກວດຄັດຄອງມະເຮັງທີ່ Medicare ໃຫ້ການຄຸ້ມຄອງ	ຈ່າຍຮ່ວມນອກເຄືອຂ່າຍ $0 ຕໍ່ຄັ້ງ
ການຝຶກອົບຮົມການຈັດການຕົນເອງກ່ຽວກັບພະຍາດເບົາຫວານ, ການບໍລິການ ແລະ ສິ່ງຂອງສຳລັບຄົນເປັນເບົາຫວານ ສຳລັບທຸກຄົນທີ່ເປັນເບົາຫວານ (ຜູ້ໃຊ້ອິນຊູລິນ ແລະ ບໍ່ໃຊ້ອິນຊູລິນ). ບໍລິການທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງລວມມີ: • ອຸປະກອນເພື່ອຕິດຕາມລະດັບນ້ຳຕານໃນເລືອດຂອງທ່ານ: ຕົວວັດແທກນ້ຳຕານໃນເລືອດ, ແຖບກວດນ້ຳຕານໃນເລືອດ, ປາກກາກວດນ້ຳຕານໃນເລືອດ ແລະ ເຂັມໃສ່ປາກກາກ	**ອຸປະກອນຕິດຕາມພະຍາດເບົາຫວານ:** ຈ່າຍຮ່ວມໃນເຄືອຂ່າຍ $0 **ເກີບ/ອຸປະກອນ ປິ່ນປົວພະຍາດເບົາຫວານ:**	**ອຸປະກອນຕິດຕາມພະຍາດເບົາຫວານ:** ປະກັນໄພຮ່ວມນອກເຄືອຂ່າຍ 20% **ເກີບ/ສ່ວນເສີມ ປິ່ນປົວພະຍາດເບົາຫວານ:** ການ

ພາກທີ 4 ຕາຕະລາງສິດຜົນປະໂຫຍດດ້ານການແພດ (ສິ່ງທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ ແລະ ສິ່ງທີ່ທ່ານລະຕ້ອງຈ່າຍ)

ການບໍລິການທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງສຳລັບທ່ານ	**ສິ່ງທີ່ທ່ານຕ້ອງຈ່າຍ** ໃນເວລາທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ ໃນເຄືອຂ່າຍ	**ສິ່ງທີ່ທ່ານຕ້ອງຈ່າຍ** ໃນເວລາທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ຢູ່ນອກເຄືອຂ່າຍ
ວດເລືອດ ແລະ ສານຄວບຄຸມນ້ຳຕານສຳລັບການກວດຄວາມຖືກຕ້ອງຂອງແຖບກວດ ແລະ ເຄື່ອງຕິດຕາມ. • ສຳລັບຄົນທີ່ເປັນເບົາຫວາ ຜູ້ທີ່ເປັນພະຍາດເບົາຫວານວິງຕີນຂັ້ນຮ້າຍແຮງ: ເກີບທີ່ຂຶ້ນຮູບສະເພາະເພື່ອການຮັກສາຫນຶ່ງຄູ່ຕໍ່ປີຕາມປະຕິທິນ (ລວມທັງສ່ອນເສີມທີ່ມີໃຫ້ໃນເກີບດັ່ງກ່າວ) ແລະ ສ່ອນເສີມເພີ່ມເຕີມສອງຄູ່ ຫຼື ເກີບທີ່ມີຄວາມເລິກຫນຶ່ງຄູ່ ແລະ ສ່ອນເສີມສາມຄູ່ (ບໍ່ລວມເອົາສ່ອນເສີມທີ່ຖອດອອກໄດ້ທີ່ບໍ່ໄດ້ຮັດພິເສດມາພ້ອມກັບເກີບດັ່ງກ່າວ). ການຄຸ້ມຄອງລວມທັງການລອງໃສ່. • ການຝຶກອົບຮົມການຄຸ້ມຄອງການຈັດການຕົນເອງກ່ຽວກັບພະຍາດເບົາຫວານແມ່ນໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງພາຍໃຕ້ຂໍ້ກຳນົດບາງປະການ. • ການກວດຄັດກອງແກ່ນຕາຊຸ້ນ. (ຕໍ່) ແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາເຮັດສັນຍາກັບ Abbott Diabetes Care ແລະ LifeScan, ຫຸ້ນສ່ວນທີ່ເປັນບຸລິມະສິດ ໃນການຈັດຫາເຄື່ອງກວດນ້ຳຕານໃນເລືອດ ແລະ ແຖບກວດໃຫ້ກັບສະມາຊິກທີ່ເປັນເບົາຫວານຂອງພວກເຮົາ. ຜະລິດຕະພັນເຫຼົ່ານີ້ລວມເອົາ: FreeStyle Precision Neo® Meter, FreeStyle Precision Neo® Test Strips, FreeStyle Lite® Meter, FreeStyle Freedom Lite® Meter, FreeStyle Lite ® Test Strips, FreeStyle® Lancets,	ປະກັນໄພຮ່ວມໃນເຄືອຂ່າຍ 20% **ການຝຶກອົບຮົມການຈັດການຕົນເອງກ່ຽວກັບພະຍາດເບົາຫວານ:** ຮ່ວມຈ່າຍໃນເຄືອຂ່າຍ $0 **ການກວດຄັດກອງຕໍ່ຫົນ:** ຈ່າຍຮ່ວມໃນເຄືອຂ່າຍ $0 ທ່ານຈ່າຍຈຳນວນນີ້ຈົນກ່ວາທ່ານຈະບັນລຸຈຳນວນສູງສຸດທີ່ຕ້ອງຈ່າຍດ້ວຍຕົນເອງ	ປະກັນໄພຮ່ວມນອກເຄືອຂ່າຍ 20% **ການຝຶກອົບຮົມການຈັດການຕົນເອງກ່ຽວກັບພະຍາດເບົາຫວານ:** ການປະກັນໄພຮ່ວມນອກເຄືອຂ່າຍ 20% **ການກວດພະຍາດຕ່ອມນ້ຳເຫຼືອງ:** ການປະກັນໄພຮ່ວມນອກເຄືອຂ່າຍ 20% ທ່ານຈ່າຍຈຳນວນນີ້ຈົນກ່ວາທ່ານຈະບັນລຸຈຳນວນສູງສຸດທີ່ຕ້ອງຈ່າຍດ້ວຍຕົນເອງ

Freestyle® Test Strips, Freestyle InsuLinx ® Test Strips, Precision Xtra ® Meter, 🍏 **ການຝຶກອົບຮົມການຈັດການຕົນເອງກ່ຽວກັບພະຍາດເບົາຫວານ, ການບໍລິການແລະອຸປະກອນການປິ່ນປົວພະຍາດເບົາຫວານ (ຕໍ່)** Precision Xtra® Test Strips,Precision Xtra Beta Ketone® Test Strips, OneTouch Ultra 2® Meter, OneTouch Ultra Mini® Meter, OneTouch Ultra ® Test Strips, OneTouch Verio® Meter, OneTouch Verio® Reflect Meter, OneTouch Verio® Flex Meter, OneTouch Verio® Test Strips, OneTouch Delica® Lancets, OneTouch Delica® Plus Lancets, OneTouch Delica® Ultrasoft Lancets ທ່ານສາມາດຮັບເອົາເຄື່ອງກວດນ້ຳຕານໃນເລືອດ ແລະ ແຖບກວດເລືອດໃໝ່ດ້ວຍການຂໍໃບສັ່ງຢາໃໝ່ຈາກຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງທ່ານເພື່ອຮັບເອົາທີ່ຮ້ານຂາຍຢາທ້ອງຖິ່ນຂອງທ່ານ. ນອກນັ້ນທ່ານຍັງສາມາດໂທຫາ LifeScan ທີ່ 1-800-227-8862 ຫຼືເຂົ້າຢ້ຽມ www.lifescan.com. ຫຼື ໂທຫາ Abbott Diabetes Care ທີ່ 1-800-522-5226 ຫຼື ທາງອອນລາຍທີ່ www.AbbottDiabetesCare.com ສຳລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມ, ກະລຸນາໂທຫາຝ່າຍບໍລິການສະມາຊິກ. ບໍ່ຈຳເປັນຕ້ອງຂໍອະນຸຍາດລ່ວງໜ້າ ສຳລັບການຝຶກອົບຮົມການຈັດການຕົນເອງກ່ຽວກັບພະຍາດເບົາຫວານ, ການບໍລິການຄົນເປັນເບົາຫວານ ແລະ ສິ່ງຂອງສຳລັບຄົນເປັນເບົາຫວານອື່ນໆທີ່ສະໜອງໃຫ້ໂດຍຜູ້ໃຫ້ບໍລິການທີ່ໄດ້ເຊັນສັນຍາ. ***ຕ້ອງມີການອະນຸມັດກ່ອນສຳລັບອຸປະກອນກວດພະຍາດເບົາຫ ວານທີ່ບໍ່ມັກ (ເຄື່ອງກວດນ້ຳຕາ***		

ພາກທີ 4 ຕາຕະລາງສິດຜົນປະໂຫຍດດ້ານການແພດ (ສິ່ງທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ ແລະ ສິ່ງທີ່ທ່ານລະຕ້ອງຈ່າຍ)

ການບໍລິການທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງສຳລັບທ່ານ	**ສິ່ງທີ່ທ່ານຕ້ອງຈ່າຍ** ໃນເວລາທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ ໃນເຄືອຂ່າຍ	**ສິ່ງທີ່ທ່ານຕ້ອງຈ່າຍ** ໃນເວລາທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ຢູ່ນອກເຄືອຂ່າຍ
ນ ແລະແຖບກວດ) ແລະ ເກີບ/ອຸສຳລັບປົ່ນປົວພະຍາດເບົາຫວານ.		

ພາກທີ 4 ຕາຕະລາງສິດຜົນປະໂຫຍດດ້ານການແພດ (ສິ່ງທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ ແລະ ສິ່ງທີ່ທ່ານຈະຕ້ອງຈ່າຍ)

ອຸປະກອນທາງການແພດທີ່ທົນທານ (DME) ແລະ ອຸປະກອນທີ່ກ່ຽວຂ້ອງ (ສຳລັບນິຍາມກ່ຽວກັບອຸປະກອນທາງການແພດທີ່ທົນທານ, ເບິ່ງພາກທີ 12 ພ້ອມກັບພາກທີ 3, ຂໍ້ທີ 7 ຂອງເອກະສານສະບັບນີ້.) ສິ່ງຂອງທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງລວມເອົາແຕ່ບໍ່ຈຳກັດທີ່: ລໍ້ເລື່ອນ, ໄມ້ຄ້ຳ, ລະບົບບ່ອນນອນແບບເຫນັງຕີງ, ອຸປະກອນສຳລັບຄົນເປັນເບົາຫວານ, ຕຽງໂຮງຫມໍທີ່ສັ່ງໂດຍຜູ້ໃຫ້ບໍລິການສຳລັບການໃຊ້ໃນເຮືອນ, ເຄື່ອງສົ່ງນ້ຳເກືອ, ອຸປະກອນຊ່ວຍເວົ້າ, ອຸປະກອນອົກຊີເຈນ, ເຄື່ອງພົ່ນຢາ ແລະ ອຸປະກອນຊ່ວຍຍ່າງ. ພວກເຮົາຄຸ້ມຄອງ DME ທີ່ຈຳເປັນທາງການແພດທັງຫມົດທີ່ຄຸ້ມຄອງໂດຍ Original Medicare. ຖ້າຜູ້ສະຫນອງຂອງພວກເຮົາ ຢູ່ໃນເຂດຂອງທ່ານບໍ່ມີຍີ່ຫໍ້ ຫຼື ຜູ້ຜະລິດໂດຍສະເພາະ, ທ່ານອາດຈະຖາມພວກເຂົາວ່າພວກເຂົາສາມາດສັ່ງຊື້ພິເສດສຳລັບທ່ານ.ບັນຊີລາຍຊື່ຜູ້ສະຫນອງຫຼ້າສຸດແມ່ນມີຢູ່ໃນເວັບໄຊທ໌ຂອງພວກເຮົາທີ່ www.ccahealthri.org. ໂດຍທົ່ວໄປແລ້ວ, CCA Medicare Preferred ຄຸ້ມຄອງ DME ທີ່ຄຸ້ມຄອງໂດຍ Original Medicare ຈາກຍີ່ຫໍ້ ແລະຜູ້ຜະລິດໃນບັນຊີລາຍຊື່ນີ້. ພວກເຮົາຈະບໍ່ຄຸ້ມຄອງຍີ່ຫໍ້ ແລະຜູ້ຜະລິດອື່ນ ເວັ້ນເສຍແຕ່ວ່າທ່ານຫມໍຫຼື ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຄົນອື່ນໆ ຂອງທ່ານບອກພວກເຮົາວ່າຍີ່ຫໍ້ແມ່ນເຫມາະສົມສຳລັບຄວາມຕ້ອງການທາງການແພດຂອງທ່ານ. ຢ່າງໃດກໍຕາມ, ຖ້າທ່ານເປັນຄົນໃຫມ່ໃນ CCA Medicare Preferred ແລະກຳລັງໃຊ້ຍີ່ຫໍ້ຂອງ DME ທີ່ບໍ່ຢູ່ໃນບັນຊີລາຍຊື່ຂອງພວກເຮົາ, ພວກເຮົາຈະສືບຕໍ່ຄຸ້ມຄອງຍີ່ຫໍ້ນີ້ສຳລັບທ່ານນານເຖິງ 90 ມື້. ໃນລະຫວ່າງເວລານີ້, ທ່ານຄວນລົມກັບຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງທ່ານເພື່ອຕັດສິນໃຈວ່າຍີ່ຫໍ້ໃດທີ່ເຫມາະສົມທາງດ້ານການແພດສຳລັບທ່ານຫຼັງຈາກໄລຍະເວລາ 90 ມື້ນີ້. (ຖ້າທ່າ	ປະກັນໄພຮ່ວມ 20% ທ່ານຈ່າຍຈຳນວນນີ້ຈົນກ່ວາທ່ານຈະບັນລຸຈຳນວນສູງສຸດທີ່ຕ້ອງຈ່າຍດ້ວຍຕົນເອງ	ປະກັນໄພຮ່ວມ 20%

ພາກທີ 4 ຕາຕະລາງສິດຜົນປະ�โຫຍດດ້ານການແພດ (ສິ່ງທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ ແລະ ສິ່ງທີ່ທ່ານລະຕ້ອງຈ່າຍ)

ການບໍລິການທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງສຳລັບທ່ານ	**ສິ່ງທີ່ທ່ານຕ້ອງຈ່າຍ** ໃນເວລາທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ ໃນເຄືອຂ່າຍ	**ສິ່ງທີ່ທ່ານຕ້ອງຈ່າຍ** ໃນເວລາທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ຢູ່ນອກເຄືອຂ່າຍ
ນບໍ່ເຫັນດີກັບຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງທ່ານ, ທ່ານສາມາດຂໍໃຫ້ລາວສົ່ງທ່ານໄປຂໍຄວາມເຫັນທີສອງ.)(ຕໍ່)		
ອຸປະກອນການແພດທົນທານ (DME) ແລະອຸປະກອນທີ່ກ່ຽວຂ້ອງ (ຕໍ່) ຖ້າທ່ານ (ຫຼື ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງທ່ານ) ບໍ່ເຫັນດີກັບຄຳຕັດສິນການຄຸ້ມຄອງຂອງແຜນປະກັນ, ທ່ານ ຫຼື ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການທ່ານອາດຈະຍື່ນການອຸທອນໄດ້. ທ່ານຍັງສາມາດຍື່ນອຸທອນໄດ້ຖ້າທ່ານບໍ່ເຫັນດີກັບການຕັດສິນໃຈຂອງຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງທ່ານກ່ຽວກັບຜະລິດຕະພັນຫຼືຍີ່ຫໍ້ໃດທີ່ເຫມາະສົມກັບສະພາບທາງການແພດຂອງທ່ານ. (ສຳລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບການອຸທອນ, ເບິ່ງພາກທີ 9, **ສິ່ງທີ່ຕ້ອງເຮັດຖ້າທ່ານມີບັນຫາຫຼືຄຳຮ້ອງທຸກ (ການຕັດສິນໃຈກ່ຽວກັບການຄຸ້ມຄອງ, ການອຸທອນ, ການຮ້ອງຮຽນ)**.) ***ຕ້ອງໄດ້ຮັບອະນຸຍາດກ່ອນ.***		

ພາກທີ 4 ຕາຕະລາງສິດຜົນປະ�โຫຍດດ້ານການແພດ (ສິ່ງທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ ແລະ ສິ່ງທີ່ທ່ານຈະຕ້ອງຈ່າຍ)

ການເບິ່ງແຍງດູແລສຸກເສີນ ການເບິ່ງແຍງດູແລສຸກເສີນໝາຍເຖິງການບໍລິການທີ່: • ກະກຽມໂດຍຜູ້ໃຫ້ບໍລິການທີ່ມີຄຸນສົມບັດໃນການຈັດກຽມການບໍລິການສຸກເສີນ ແລະ • ຈຳເປັນຕ້ອງປະເມີນ ຫຼື ຮັກສາສະພາວສຸກເສີນໃຫ້ຄົງທີ່. ເຫດການສຸກເສີນທາງການແພດ ແມ່ນເວລາທີ່ທ່ານ ຫຼື ບຸກຄົນທົ່ວໄປທີ່ມີຄວາມຮູ້ປານກາງກ່ຽວກັບສຸຂະພາບ ແລະ ຢາ, ເຊື່ອວ່າທ່ານມີອາການທາງການແພດທີ່ຈຳເປັນຕ້ອງໄດ້ນັບການປິ່ນປົວທັນທີເພື່ອປ້ອງກັນການເສຍຊີວິດ (ແລະ ຖ້າທ່ານເປັນຜູ້ຍິງຖືພາ, ການສູນເສຍລູກໃນທ້ອງ), ການສູນເສຍແຂນຂາ ຫຼື ການທຳງານຂອງແຂນຂາ. ອາການທາງການແພດອາດເປັນການເຈັບປ່ວຍ, ອາການບາດເຈັບ, ການເຈັບຮຸນແຮງ ຫຼື ພະຍາດປະຈຳຕົວທີ່ສາມາດຮຸນແຮງຂຶ້ນຢ່າງວ່ອງໄວ. ການແບ່ງປັນຄ່າໃຊ້ຈ່າຍສຳລັບການບໍລິການສຸກເສີນທີ່ຈຳເປັນທີ່ຕົກແຕ່ງຢູ່ນອກເຄືອຂ່າຍແມ່ນຄືກັນກັບການບໍລິການດັ່ງກ່າວທີ່ຕົກແຕ່ງຢູ່ໃນເຄືອຂ່າຍ.	ຈ່າຍຮ່ວມ $90 ສຳລັບການບໍລິການທັງໃນເຄືອຂ່າຍ ແລະນອກເຄືອຂ່າຍ ທ່ານຈົ່ງບໍ່ຈ່າຍເງິນຈຳນວນນີ້ຖ້າທ່ານເຂົ້າໂຮງຫມໍພາຍໃນ 24 ຊົ່ວໂມງສຳລັບອາການດຽວກັນ. ຖ້າທ່ານເຂົ້າໂຮງຫມໍ, ທ່ານຈະຈ່າຍຄ່າແບ່ງປັນຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຕາມທີ່ໄດ້ອະທິບາຍໄວ້ໃນພາກການດູແລຄົນເຈັບນອນໂຮງຫມໍໃນຕາຕະລາງຜົນປະ�โຫຍດນີ້ ຖ້າທ່ານໄດ້ຮັບການເບິ່ງແຍງສຸກເສີນຢູ່ໂຮງຫມໍນອກເຄືອຂ່າຍແລະຕ້ອງການການດູແລຄົນເຈັບໃນພາຍ ຫຼັງຈາກອາການສຸກເສີນຂອງທ່ານຄົງທີ່, ທ່ານຕ້ອງຍ້າຍໄປຢູ່ໂຮງຫມໍເຄືອຂ່າຍເພື່ອຈ່າຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃນເຄືອຂ່າຍສຳລັບສ່ວນຂອງການພັກເຊົາຂອງທ່ານຫຼັງຈາກທີ່ທ່ານອາການຄົງທີ່. ຖ້າທ່ານພັກຢູ່ໂຮງຫມໍນອກເຄືອຂ່າຍ, ການພັກເຊົາຂອງທ່ານຈະໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ ແຕ່ທ່ານຈະໄດ້ຊຳລະສ່ວນແບ່ງປັນຄ່າໃຊ້ຈ່າຍນອກເຄືອຂ່າຍສຳລັບການພັກເຊົາຂອງທ່ານຫຼັງຈາກທີ່ທ່ານມີອາການຄົງທີ່ ຈຳນວນສ່ວນແບ່ງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍນີ້ສະທ້ອນໃຫ້ເຫັນຄ່າໃຊ້ຈ່າຍເອງສຳລັບການບໍລິການພາຍໃນສະຫະລັດແລະອານາເຂດຂອງຕົນ. ສຳລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບການຄຸ້ມຄອງທົ່ວໂລກ, ເບິ່ງ “ການຄຸ້ມຄອງສຸກເສີນ ແລະການດູແລດ່ວນ ທົ່ວໂລກ” ໃນຕາຕະລາງຜົນປະ�โຫຍດທາງການແພດ.	
🍎 ໂປຣແກຣມໃຫ້ຄວາມຮູ້ດ້ານສຸຂະພາບ ແລະ ຄວາມເປັນຢູ່ທີ່ດີ		

ພາກທີ 4 ຕາຕະລາງສິດຜົນປະໂຫຍດດ້ານການແພດ (ສິ່ງທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ ແລະ ສິ່ງທີ່ທ່ານລະຕ້ອງຈ່າຍ)

ແຜນໃຫ້ການຄຸ້ມຄອງການບໍລິການເພື່ອປ້ອງກັນຂອງ Medicare. ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ ແມ່ນ ໄດ້ລະບຸໄວ້ຕ່າງຫາກຢູ່ໃນຕາຕະລາງຜົນປະໂຫຍດທາງການແພດນີ້ແລະຖືກຫມາຍດ້ວຍຫມາກໂປມ. ໂຄງການສຸຂະພາບ ແລະ ຄວາມເປັນຢູ່ທີ່ດີອື່ນໆ ແມ່ນບໍ່ໄດ້ຄຸ້ມຄອງພາຍໃຕ້ຜົນປະໂຫຍດຂອງ Medicare. ແຜນຂອງພວກເຮົາຍັງໃຫ້ການຄຸ້ມຄອງການບໍລິການ ແລະ ໂປຣແກຣມເພີ່ມເຕີມ, ລວມມີແຕ່ບໍ່ຈຳກັດທີ່: ການໃຫ້ຄວາມຮູ້ດ້ານສຸຂະພາບ ແລະ ການດຳລົງຊີວິດທີ່ດີ ຈາກແຫຼ່ງຊັບພະຍາກອນໃນບ້ານ ໂປຣແກຣມດ້ານການຈັດການຕົນເອງສຳລັບການດູແລທີ່ຊັບຊ້ອນສຳລັບພະຍາດປອດອຸດຕັນຊຳເຮື້ອ (Complex Care Self-Management Programs for Chronic Obstructive pulmonary Disease,COPD), ເບົາຫວານ ແລະ ຫົວໃຈລົ້ມເຫຼວ ການສຳພາດເພື່ອສ້າງແຮງບັນດານໃຈ ເຂົ້າເຖິງສາຍດ່ວນຄຳແນະນຳຈາກແພດໄດ້ຕະຫຼອດ 24 ຊົ່ວໂມງຕໍ່ມື້, 7 ມື້ຕໍ່ອາທິດ (ເບິ່ງພາກທີ 2, ສຳລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມ ກ່ຽວກັບ ການເຂົ້າເຖິງສາຍດ່ວນຄຳແນະນຳຈາກແພດ). ທີມເບິ່ງແຍງດູແລທ່ານຈະປະສານກັບທ່ານ ແລະ ແນະນຳໂປຣແກຣມທີ່ອາດຈະເໝາະສົມກັບທ່ານໂດຍອີງຕາມຄວາມຕ້ອງການຂອງທ່ານ. ສຳລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມ ຫຼື ຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອ, ກະລຸນາລົມກັບທີມງານດູແລຂອງທ່ານ. (ຕໍ່) 🍎 **ໂຄງການສຶກສາດ້ານສຸຂະພາບ ແລະ ຄວາມເປັນຢູ່ທີ່ດີ (ຕໍ່)**	ທ່ານຈ່າຍ $0 ສຳລັບໂຄງການດ້ານສຸຂະພາບ ແລະຄວາມສົມບູນ ຜ່ານ CCA.	ທ່ານຈ່າຍ 20% ສຳລັບໂຄງການສຸຂະພາບແ ລະຄວາມເປັນຢູ່ທີ່ດີໂດຍຜ່ານຜູ້ໃຫ້ບໍລິການນອກລະບົບ.

ພາກທີ 4 ຕາຕະລາງສິດຜົນປະໂຫຍດດ້ານການແພດ (ສິ່ງທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ ແລະ ສິ່ງທີ່ທ່ານລະຕ້ອງຈ່າຍ)

ການບໍລິການທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງສຳລັບທ່ານ	**ສິ່ງທີ່ທ່ານຕ້ອງຈ່າຍ** ໃນເວລາທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ ໃນເຄືອຂ່າຍ	**ສິ່ງທີ່ທ່ານຕ້ອງຈ່າຍ** ໃນເວລາທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ຢູ່ນອກເຄືອຂ່າຍ
<u>ການອອກກຳລັງກາຍ</u> ແຜນປະກັນໃຫ້ການຄຸ້ມຄອງຜົນປະໂຫຍດດ້ານການອອກກຳລັງກາຍຜ່ານ **Silver & Fit Fitness:** ຜົນປະໂຫຍດ Silver & Fit ຂອງທ່ານລວມມີການເປັນສະມາຊິກອອກກຳລັງກາຍພ້ອມການເຂົ້າເຖິງສູນອອກກຳລັງກາຍໃນເຄືອຂ່າຍແຫ່ງດຽວທີ່ທ່ານເລືອກຕໍ່ເດືອນ, ໂຄງການ Fit at Home ສຳລັບການອອກກຳລັງກາຍຢູ່ເຮືອນ, ອຸປະກອນອອກກຳລັງກາຍຫນຶ່ງ (1) ຊຸດຕໍ່ປີ ແລະ ອື່ນໆ. ທ່ານຕ້ອງໃຊ້ Silver&Fit ສຳລັບການອອກກຳລັງກາຍ. ເພື່ອຊອກຫາສະຖານທີ່ອອກກຳລັງກາຍຂອງ Silver & Fit ການອະນຸຍາດລ່ວງຫນ້າແມ່ນບໍ່ຈຳເປັນສຳລັບການບໍລິການທີ່ສະຫນອງໃຫ້ໂດຍ CCA Health Rhode Island ຫຼືຜູ້ໃຫ້ບໍລິການທີ່ມີສັນຍາ	Silver & Fit Fitness: $0 ເພື່ອຊອກຫາສະຖານທີ່ອອກກຳລັງກາຍຂອງ Silver & Fit, ກະລຸນາເຂົ້າໄປທີ່ https://www.silverandfit.com. ທ່ານຍັງສາມາດໂທຫາ 1-877-427-4788 (TTY 711).	ສະຖານທີ່ອອກກຳລັງກາຍບໍ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງແບບນອກເຄືອຂ່າຍ. ທ່ານຕ້ອງໃຊ້ Silver & Fit. .

ພາກທີ 4 ຕາຕະລາງສິດຜົນປະໂຫຍດດ້ານການແພດ (ສິ່ງທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ ແລະ ສິ່ງທີ່ທ່ານລະຕ້ອງຈ່າຍ)

ບໍລິການດ້ານການໄດ້ຍິນ **ການກວດການໄດ້ຍິນແບບລະອຽດ:** ການປະເມີນຜົນການໄດ້ຍິນແລະການດຸ່ນດ່ຽງທີ່ປະຕິບັດໂດຍ PCP ຂອງທ່ານເພື່ອກຳນົດວ່າທ່ານຕ້ອງການການປິ່ນປົວທາງດ້ານການປິ່ນປົວແມ່ນກວມເອົາການດູແລຄົນເຈັບນອກໃນເວລາທີ່ປະກອບໂດຍແພດຫມໍ, ຜູ້ຊ່ຽວຊານດ້ານສຽງ, ຫຼືຜູ້ໃຫ້ບໍລິການທີ່ມີຄຸນວຸດທິອື່ນໆ. ນອກເໜືອໄປຈາກຜົນປະ�โຫຍດການຟັງ**ທີ່ບໍ່ກຄຸມໂດຍ Medicare ທີ່ບໍ່ ແມ່ນບໍກກະຕິ,** ພວກເຮົາຍັງກວມເອົາຜົນປະໂຫຍດການໄດ້ຍິນແບບບໍກກະຕິຕໍ່ໄປນີ້ຜ່ານ NationsHearing: ການກວດການໄດ້ຍິນແບບບໍກກະຕິ: ການກວດປີລະຫນຶ່ງຄັ້ງ. ເຄື່ອງຊ່ວຍຟັງ: ແຜນດັ່ງກ່າວຄຸ້ມຄອງ ເຄື່ອງຊ່ວຍຟັງ 2 ເຄື່ອງຈາກ NationsHearing ທຸກໆປີ. ທ່ານມີຄວາມຮັບຜິດຊອບ ໃນການຊຳລະຈຳນວນຈ່າຍຮ່ວມໂດຍອີງຕາມລະດັບຂອງເຄື່ອງຊ່ວຍຟັງທີ່ ທ່ານເລືອກ. ການປະເມີນຄວາມພໍດີຂອງເຄື່ອງຊ່ວຍການໄດ້ຍິນ: ການປະເມີນ/ການລອງໃສ່ເຄື່ອງຊ່ວຍການໄດ້ຍິນປີລະຫນຶ່ງຄັ້ງ. (ຕໍ່) **ບໍລິການເຄື່ອງຊ່ວຍຟັງ (ຕໍ່)**	**ການກວດການໄດ້ຍິນແບບລະອຽດ:** ການກວດເພື່ອບົ່ງມະຕິ ແລະ ປິ່ນປົວບັນຫາການໄດ້ຍິນ ແລະ ບັນຫາການຈິ່ງຕົວ: ການຈ່າຍຮ່ວມໃນເຄືອຂ່າຍ $0 ຕໍ່ຄັ້ງ **ການກວດການໄດ້ຍິນແບບບໍກກະຕິ:** ການກວດການໄດ້ຍິນປະຈຳ (ກວດ 1 ຄັ້ງຕໍ່ປີ): ຈ່າຍຮ່ວມໃນເຄືອຂ່າຍ $0 ຕໍ່ຄັ້ງ ເຄື່ອງຊ່ວຍຟັງ: ລະດັບ 1: $200 ຕໍ່ເຄື່ອງ ລະດັບ 2: $450 ຕໍ່ເຄື່ອງ ລະດັບ 3: $650 ຕໍ່ເຄື່ອງ ລະດັບ 4: $850 ຕໍ່ເຄື່ອງ ລະດັບ 5: $1,150 ຕໍ່ເຄື່ອງ	**ການກວດການໄດ້ຍິນແບບລະອຽດ:** ກວດບົ່ງມະຕິ ແລະ ການປິ່ນປົວບັນຫາການໄດ້ຍິນ ແລະ ການດຸ່ນດ່ຽງ: ປະກັນໄພຮ່ວມນອກເຄືອຂ່າຍ 20% ຕໍ່ຄັ້ງ **ການກວດການໄດ້ຍິນແບບບໍກກະຕິ:** ການກວດການໄດ້ຍິນແບບບໍກກະຕິ: ບໍ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ, ທ່ານຕ້ອງໃຊ້ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການການ NationsHearing. ເຄື່ອງຊ່ວຍຟັງ: ການປະກັນໄພຮ່ວມນອກເຄືອຂ່າຍ 50 % ສູງເຖິງຜົນປະໂຫຍດສູງສຸດ $300 ຕໍ່ປີຜົນປະໂຫຍດ

ພາກທີ 4 ຕາຕະລາງສິດຜົນປະໂຫຍດດ້ານການແພດ (ສິ່ງທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ ແລະ ສິ່ງທີ່ທ່ານລະຕ້ອງຈ່າຍ)

ການບໍລິການທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງສຳລັບທ່ານ	**ສິ່ງທີ່ທ່ານຕ້ອງຈ່າຍ** ໃນເວລາທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ ໃນເຄືອຂ່າຍ	**ສິ່ງທີ່ທ່ານຕ້ອງຈ່າຍ** ໃນເວລາທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ຢູ່ນອກເຄືອຂ່າຍ
ການຊື້ອຸປະກອນຊ່ວຍການໄດ້ຍິນລວມທັງ: ການໄປພົບແພດເພື່ອຕິດຕາມ 3 ຄັ້ງ ພາຍໃນປີທຳອິດນັບຈາກມື້ເລີ່ມລອງໃສ່ ໄລຍະທົດລອງແມ່ນ 60 ມື້ ນັບຈາກມື້ລອງໃສ່ ແບັດເຕີຣີ 60 ກ້ອນຕໍ່ປີຕໍ່ເຄື່ອງຊ່ວຍການໄດ້ຍິນ (ມີໃຫ້ສຳລັບ 3 ປີ) ການຮັບປະກັນການສ້ອມແປງຈາກຜູ້ຜະລິດ 3 ປີ ການຄຸ້ມຄອງການປ່ຽນແທນ 1 ຄັ້ງ ສຳລັບເຄື່ອງຊ່ວຍຟັງທີ່ເສຍຫາຍ, ຖືກລັກ ຫຼື ເປ່ເພ (ສ່ວນທີ່ຫັກອອກ ອາດຈະໃຊ້ໄດ້ຕໍ່ເຄື່ອງຊ່ວຍຫນຶ່ງເຄື່ອງ) ແມ່ພິມຫູຊຸດທຳອິດ (ເມື່ອທີ່ຈຳເປັນ) ແຜນຂອງພວກເຮົາໄດ້ສັນຍາກັບ NationsHearing ເພື່ອສະຫນອງການບໍລິການຟັງປົກກະຕິຂອງທ່ານ (ທີ່ບໍ່ແມ່ນ Medicare- ຄຸ້ມຄອງ). ກະລຸນາຕິດຕໍ່ຫາ NationsHearing ທາງໂທລະສັບທີ່ 877-277-9196 (TTY 711) ສຳລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມ ຫຼື ເພື່ອຈັດການນັດພົບ.		

ພາກທີ 4 ຕາຕະລາງສິດຜົນປະໂຫຍດດ້ານການແພດ (ສິ່ງທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ ແລະ ສິ່ງທີ່ທ່ານລະຕ້ອງຈ່າຍ)

ການບໍລິການທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງສຳລັບທ່ານ	**ສິ່ງທີ່ທ່ານຕ້ອງຈ່າຍ** ໃນເວລາທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ ໃນເຄືອຂ່າຍ	**ສິ່ງທີ່ທ່ານຕ້ອງຈ່າຍ** ໃນເວລາທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ຢູ່ນອກເຄືອຂ່າຍ
ການກວດຄັດກອງ HIV ສຳລັບຄົນທີ່ຂໍການກວດຄັດກອງ HIV ຫຼື ຜູ້ທີ່ມີຄວາມສ່ຽງສູງຕໍ່ການຕິດ HIV, ພວກເຮົາຈະໃຫ້ການຄຸ້ມຄອງ: • ການກວດຄັດຄອງຫນຶ່ງຄັ້ງທຸກໆ 12 ເດືອນ ສຳລັບຜູ້ຍິງທີ່ຖືພາ, ພວກເຮົາຈະໃຫ້ການຄຸ້ມຄອງ: • ການກວດຄັດກອງສູງສຸດເຖິງສາມຄັ້ງໃນໄລຍະການຖືພາ	ບໍ່ມີການປະກັນໄພຮ່ວມ, ການຈ່າຍເງິນຮ່ວມ, ຫຼືການຫັກອອກສຳລັບສະມາຊິກທີ່ມີສິດໄດ້ຮັບການກວດຄັດກອງ HIV ປ້ອງກັນ ຄຸ້ມຄອງໂດຍMedicare	ຈ່າຍຮ່ວມນອກເຄືອຂ່າຍ $0

ພາກທີ 4 ຕາຕະລາງສິດຜົນປະໂຫຍດດ້ານການແພດ (ສິ່ງທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ ແລະ ສິ່ງທີ່ທ່ານລະຕ້ອງຈ່າຍ)

ການບໍລິການທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງສຳລັບທ່ານ	**ສິ່ງທີ່ທ່ານຕ້ອງຈ່າຍ** ໃນເວລາທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ ໃນເຄືອຂ່າຍ	**ສິ່ງທີ່ທ່ານຕ້ອງຈ່າຍ** ໃນເວລາທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ຢູ່ນອກເຄືອຂ່າຍ
ຫນ່ວຍງານດູແລສຸຂະພາບຢູ່ເຮືອນ ກ່ອນທີ່ຈະຮັບເອົາການບໍລິການດູແລສຸຂະພາບຢູ່ເຮືອນ, ແພດທີ່ໃຫ້ການປິ່ນປົວຕ້ອງຢືນຢັນວ່າທ່ານຈຳເປັນຕ້ອງໄດ້ຮັບບໍລິການດູແລສຸຂະພາບຢູ່ເຮືອນ ແລະ ພວກເຂົາຈະສັ່ງໃຫ້ຫນ່ວຍງານດູແລສຸຂະພາບຢູ່ເຮືອນ ໃຫ້ບໍລິການສຸຂະພາບຢູ່ເຮືອນແກ່ທ່ານ. ທ່ານຕ້ອງຮັກສາຕົວຢູ່ເຮືອນ, ຫມາຍຄວາມວ່າການອອກຈາກເຮືອນແມ່ນການໃຊ້ຄວາມພະຍາຍາມຄັ້ງໃຫຍ່. ບໍລິການທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງລວມມີແຕ່ບໍ່ຈຳກັດທີ່: • ບໍລິການພະຍາບານ ແລະ ແພດຊ່ວຍດູແລສຸຂະພາບຢູ່ເຮືອນທີ່ມີຄວາມຈຳນານນອກເວລາ ຫຼື ບໍ່ເຕັມເວລາ (ເພື່ອໃຫ້ໄດ້ການຄຸ້ມຄອງພາຍໃຕ້ຜົນປະໂຫຍດການດູແລສຸຂະພາບຢູ່ເຮືອນ, ບໍລິການພະຍາບານ ແລະ ແພດຊ່ວຍດູແລສຸຂະພາບຢູ່ເຮືອນທີ່ມີຄວາມຈຳນານລວມກັນທັງຫມົດຕ້ອງບໍ່ເກີນ 8 ຊົ່ວໂມງ ຕໍ່ວັນ ແລະ 35 ຊົ່ວໂມງຕໍ່ອາທິດ) • ການຍະພາບບຳບັດ, ກິດຈະກຳບຳບັດ ແລະ ການບຳບັດການປາກເວົ້າ • ບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການແພດ ແລະ ສັງຄົມ • ເຄື່ອງໃຊ້ ແລະ ອຸປະກອນການແພດ ***ຕ້ອງໄດ້ຮັບອະນຸຍາດກ່ອນ***	ຈ່າຍຮ່ວມໃນເຄືອຂ່າຍ $0 ຕໍ່ຄັ້ງ	ປະກັນໄພຮ່ວມນອກເຄືອຂ່າຍ 20% ຕໍ່ຄັ້ງ. ທ່ານຈ່າຍຈຳນວນນີ້ຈົນກ່ວາທ່ານຈະບັນລຸຈຳນວນສູງສຸດທີ່ຕ້ອງຈ່າຍດ້ວຍຕົນເອງ

ພາກທີ 4 ຕາຕະລາງສິດຜົນປະໂຫຍດດ້ານການແພດ (ສິ່ງທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ ແລະ ສິ່ງທີ່ທ່ານລະຕ້ອງຈ່າຍ)

ການບໍລິການທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງສຳລັບທ່ານ	**ສິ່ງທີ່ທ່ານຕ້ອງຈ່າຍ** ໃນເວລາທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ ໃນເຄືອຂ່າຍ	**ສິ່ງທີ່ທ່ານຕ້ອງຈ່າຍ** ໃນເວລາທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ຢູ່ນອກເຄືອຂ່າຍ
ການບຳບັດດ້ວຍການສົ່ງເຊລວອມຢູ່ເຮືອນ ການສົ່ງເຊລວອມຢູ່ເຮືອນລວມມີ ການໃຫ້ຢາ ຫຼື ສານລະລາຍທາງຊີວະພາບ ເຂົ້າໃນຫຼອດເລືອດດຳ ຫຼື ໃຕ້ຜິວໜັງໃຫ້ບຸກຄົນຢູ່ເຮືອນ. ສ່ວນປະກອບທີ່ຈຳເປັນເພື່ອດຳເນີນສົ່ງເຊລວອມຢູ່ເຮືອນລວມມີຢາ (ຕົວຢ່າງ: ຢາຕ້ານໄວຣັສ, ສານພູມຕ້ານທານ), ເຄື່ອງ (ເຊັ່ນ: ເຄື່ອງສີດ) ແລະ ອຸປະກອນ (ເຊັ່ນ: ທໍ່ ແລະ ສາຍເຊລວອມ). ບໍລິການທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງລວມມີແຕ່ບໍ່ຈຳກັດທີ່: • ການບໍລິການດ້ວຍມືອາຊີບ, ລວມມີ ການບໍລິການພະຍາບານ, ກະກຽມຕາມແຜນການເບິ່ງແຍງດູແລ • ການຝຶກອົບຮົມ ແລະ ການໃຫ້ຄວາມຮູ້ຄົນເຈັບທີ່ບໍ່ມີການຄຸ້ມຄອງພາຍໃຕ້ຜົນປະໂຫຍດດ້ານອຸປະກອນທາງການແພດທີ່ທົນທານ • ການຕິດຕາມກວດກາທາງໄກ • ການຕິດຕາມກວດກາການບໍລິການສຳລັບການສົ່ງເຊລວອມຢູ່ເຮືອນ ແລະ ຢາທີ່ໃຊ້ຢູ່ເຮືອນແມ່ນຖືກກະກຽມໂດຍຜູ້ສະໜອງອັດຖຸການໃນການສົ່ງເຊລວອມຢູ່ເຮືອນທີ່ເຊື່ອຖືໄດ້ ***ຕ້ອງໄດ້ຮັບອະນຸຍາດກ່ອນ.***	ທ່ານຈະຈ່າຍສ່ວນແບ່ງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທີ່ນຳໃຊ້ກັບການບໍລິການປະຖົມພະຍາບານ, ການບໍລິການແພດຊ່ຽວຊານ ຫຼື ສຸຂະພາບຢູ່ບ້ານ (ຕາມທີ່ອະທິບາຍໄວ້ພາຍໃຕ້ການບໍລິການແພດ/ຜູ້ປະກອບອາຊີບ, ລວມທັງການໄປຫາທ່ານໝໍ ຫຼື ການດູແລຢູ່ອົງການອະນາໄມບ້ານ ຂຶ້ນກັບບ່ອນທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບການບໍລິການບໍລິຫານ ຫຼື ການຕິດຕາມ. ທ່ານຈະຈ່າຍຈຳນວນເຫຼົ່ານີ້ຈົນກວ່າທ່ານຈະຮອດຍອດເງິນສູງສຸດທີ່ຈ່າຍເອງ. ເບິ່ງອຸປະກອນການແພດທີ່ທົນທານກ່ອນໜ້ານີ້ຢູ່ໃນຕາຕະລາງສຳລັບສ່ວນແບ່ງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆ ກໍຕາມທີ່ໃຊ້ໄດ້ສຳລັບອຸປະກອນ ແລະເຄື່ອງໃຊ້ຕ່າງໆ ທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບການປິ່ນປົວດ້ວຍການແຊ່ນ້ຳຢູ່ເຮືອນ. ເບິ່ງຢາຕາມໃບສັ່ງແພດຂອງ Medicare ພາກ B ຕໍ່ມາໃນຕາຕະລາງນີ້ ສຳລັບການແບ່ງປັນຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆກໍຕາມທີ່ໃຊ້ໄດ້ສຳລັບຢາທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບການປິ່ນປົວດ້ວຍການນ້ຳຕົ້ມຢູ່ເຮືອນ.

ການເບິ່ງແຍງດູແລຄົນເຈັບໄລຍະສຸດທ້າຍ ທ່ານມີສິດຮັບຜົນປະໂຫຍການດູແລຄົນເຈັບໄລຍະສຸດທ້າຍໃນເວລາທີ່ແພດປຶ່ນປົວຂອງທ່ານ ແລະ ຜູ້ອຳນວຍການຂອງໂຮງໝໍສຳລັບຄົນເຈັບໄລຍະສຸດທ້າຍ ໄດ້ຮັບຮອງພະຍາດໄລຍະສຸດທ້າຍຂອງທ່ານເພື່ອຢືນຢັນວ່າທ່ານມີອາການປ່ວຍຮຸນແຮງ ແລະ ຈະມີຊີວິດຢູ່ຫນ້ອຍກວ່າ 6 ເດືອນ ຖ້າວ່າອາການປ່ວຍຂອງທ່ານມີສະພາບຕາມທີ່ເປັນຢູ່. ທ່ານອາດໄດ້ຮັບການເບິ່ງແຍງດູແລຈາກໂຄງການຄົນເຈັບໄລຍະສຸດທ້າຍທີ່ໄດ້ຮັບການຮັບຮອງຈາກ Medicare. ແຜນຂອງທ່ານມີຫນ້າທີ່ໃນການຊ່ວຍທ່ານຊອກຫາໂຄງການຄົນເຈັບໄລຍະສຸດທ້າຍທີ່ໄດ້ຮັບການຮັບຮອງໂດຍ Medicare ໃນພື້ນທີ່ບໍລິການແຜນຂອງທ່ານ, ລວມທັງບັນດາອົງການ MA ທີ່ເປັນເຈົ້າຂອງ, ຄວບຄຸມ ຫຼື ມີຜົນປະໂຫຍດທາງດ້ານການເງິນ. ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການເຮືອນດູແລຂອງທ່ານສາມາດເປັນຜູ້ໃຫ້ບໍລິການເຄືອຂ່າຍ ຫຼື ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການນອກເຄືອຂ່າຍ. ບໍລິການທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງລວມມີ: • ຢາສຳລັບການຄວບຄຸມອາການ ແລະ ບັນເທົາຄວາມເຈັບ • ການດູແລເພື່ອບັນເທົາໄລຍະສັ້ນ • ການເບິ່ງແຍງດູແລຢູ່ເຮືອນ ໃນເວລາທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບການຮັກສາຢູ່ເຮືອນດູແລ ທ່ານມີສິດທີ່ຈະຢູ່ໃນແຜນຂອງທ່ານ; ຖ້າທ່ານເລືອກທີ່ຈະຢູ່ໃນແຜນຂອງທ່ານຕ້ອງສືບຕໍ່ຈ່າຍຄ່າປະກັນໄພແຜນ. (ຕໍ່) **ການເບິ່ງແຍງດູແລຄົນເຈັບໄລຍະສຸດທ້າຍ (ຕໍ່)**	ເມື່ອທ່ານລົງທະບຽນໃນໂຄງການເຮືອນດູແລທີ່ຮັບຮອງຈາກ Medicare, ການບໍລິການເຮືອນດູແລຂອງທ່ານ ແລະການບໍລິການພາກ A ແລະພາກ B ທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບການພະຍາກອນອາການໄລຍະສຸດທ້າຍຂອງທ່ານ ແມ່ນຈ່າຍໃຫ້ໂດຍ Original Medicare, ບໍ່ແມ່ນ CCA Medicare Preferred

ພາກທີ 4 ຕາຕະລາງສິດຜົນປະໂຫຍດດ້ານການແພດ (ສິ່ງທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ ແລະ ສິ່ງທີ່ທ່ານຈະຕ້ອງຈ່າຍ)

ການບໍລິການທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງສຳລັບທ່ານ	**ສິ່ງທີ່ທ່ານຕ້ອງຈ່າຍ** ໃນເວລາທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ ໃນເຄືອຂ່າຍ	**ສິ່ງທີ່ທ່ານຕ້ອງຈ່າຍ** ໃນເວລາທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ຢູ່ນອກເຄືອຂ່າຍ
<u>ສຳລັບການບໍລິການຄົນເຈັບໄລຍະສຸດທ້າຍ ແລະ ການບໍລິການທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງຈາກ Medicare ພາກ A ຫຼື B ແລະ ທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບການປະເມີນອາການປ່ວຍໄລຍະສຸດທ້າຍຂອງທ່ານ</u>:Original Medicare (ແທນທີ່ຈະເປັນແຜນຂອງພວກເຮົາ) ຈະຈ່າຍເງິນໃຫ້ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການເຮືອນດູແລຂອງທ່ານສຳລັບການບໍລິການເຮືອນດູແລຂອງທ່ານ ແລະການບໍລິການພາກ A ແລະພາກ B ທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບການພະຍາກອນໂລກໄລຍະສຸດຂອງທ່ານ. ໃນຂະນະທີ່ທ່ານຢູ່ໃນໂຄງການຄົນເຈັບໄລຍະສຸດທ້າຍ, ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຄົນເຈັບໄລຍະສຸດທ້າຍຂອງທ່ານຈະຮຽກເກັບເງິນຈາກ Original Medicare ສຳລັບບໍລິການທີ່ Original Medicare ໄດ້ຈ່າຍໃຫ້. ທ່ານຈະຖືກຮຽກເກັບເງິນການແບ່ງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຂອງ Original Medicare. <u>ສຳລັບການບໍລິການທີ່ຄຸ້ມຄອງໂດຍ Medicare ພາກ A ຫຼື B ແລະ ທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບການປະເມີນອາການປ່ວຍໄລຍະສຸດທ້າຍຂອງທ່ານ</u>: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການບໍລິການທີ່ຈຳເປັນແບບບໍ່ຮີບດ່ວນ, ບໍ່ແມ່ນເຫດສຸກເສີນທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງພາຍໃຕ້ Medicare ພາກ A ຫຼື B ແລະ ທີ່ບໍ່ໄດ້ກ່ຽວຂ້ອງກັບອາການປ່ວຍໄລຍະສຸດທ້າຍຂອງທ່ານ, ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍສຳລັບການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ຈະຂຶ້ນກັບວ່າທ່ານໄດ້ໃຊ້ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການໃນເຄືອຂ່າຍຂອງພວກເຮົາ ແລະ ປະຕິບັດຕາມກົດລະບຽບຂອງແຜນຫຼືບໍ່ (ເຊັ່ນ: ຖ້າມີຂໍ້ກຳນົດທີ່ຕ້ອງມີຂໍການອະນຸມັດລ່ວງຫນ້າ). (ຕໍ່)		

• ຖ້າທ່ານໄດ້ຮັບການບໍລິການທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງຈາກຜູ້ໃຫ້ບໍລິການເຄືອຂ່າຍ ແລະປະຕິບັດຕາມກົດລະບຽບແຜນສຳລັບການໄດ້ຮັບການບໍລິການ, ທ່ານຈ່າຍພຽງແຕ່ຈຳນວນການແບ່ງປັນຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຂອງແຜນສຳລັບການບໍລິການໃນເຄືອຂ່າຍ. • ຖ້າທ່ານໄດ້ຮັບການບໍລິການທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງຈາກຜູ້ໃຫ້ບໍລິການນອກເຄືອຂ່າຍ, ທ່ານຕ້ອງຈ່າຍສ່ວນແບ່ງແຜນການສຳລັບການບໍລິການນອກເຄືອຂ່າຍ. <u>ສຳລັບການບໍລິການທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງໂດຍ CCA Medicare Preferred ແຕ່ບໍ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງໂດຍ Medicare ພາກ A ຫຼື B:</u> CCA Medicare Preferred ຈະສືບຕໍ່ໃຫ້ການບໍລິການຕາມແຜນທີ່ບໍ່ໄດ້ຄຸ້ມຄອງພາຍໃຕ້ພາກ A ຫຼື B ບໍ່ວ່າຈະກ່ຽວຂ້ອງກັບການພະຍາກອນໂລກໄລຍະສຸດທ້າຍຂອງທ່ານຫຼືບໍ່. ທ່ານຈ່າຍຈຳນວນການແບ່ງປັນຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃນແຜນຂອງທ່ານສຳລັບການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້. (ຕໍ່)	
ການເບິ່ງແຍງດູແລຄົນເຈັບໄລຍະສຸດທ້າຍ (ຕໍ່)	

ພາກທີ 4 ຕາຕະລາງສິດຜົນປະໂຫຍດດ້ານການແພດ (ສິ່ງທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ ແລະ ສິ່ງທີ່ທ່ານລະຕ້ອງຈ່າຍ)

ການບໍລິການທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງສຳລັບທ່ານ	**ສິ່ງທີ່ທ່ານຕ້ອງຈ່າຍ** ໃນເວລາທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ ໃນເຄືອຂ່າຍ	**ສິ່ງທີ່ທ່ານຕ້ອງຈ່າຍ** ໃນເວລາທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ຢູ່ນອກເຄືອຂ່າຍ
<u>ສຳລັບຢາທີ່ອາດຈະໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງໂດຍຜົນປະໂຫຍດ ພາກ D ຂອງແຜນ: ຖ້າຢາເຫຼົ່ານີ້ແມ່ນບໍ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບສະພາບຄວາມເຈັບໄລຍະສຸດທ້າຍຂອງທ່ານ, ທ່ານຕ້ອງຈ່າຍສ່ວນແບ່ງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ. ຖ້າພວກມັນກ່ຽວຂ້ອງກັບສະພາບຂອງເຮືອນດູແລຂອງທ່ານ ທ່ານຕ້ອງຈ່າຍຄ່າແບ່ງປັນຂອງ Original Medicare.</u> ຢາແມ່ນບໍ່ເຄີຍໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງໂດຍທັງເຮືອນດູແລແລະແຜນຂອງພວກເຮົາໃນເວລາດຽວກັນ. ສຳລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມ, ກະລຸນາເບິ່ງພາກທີ 5, ຂໍ້ທີ 9.4 *(ຈະເກີດຫຍັງຂຶ້ນຖ້າທ່ານຢູ່ໃນສະຖານພະຍາບານສຳລັບຄົນເຈັບໄລຍະສຸດທ້າຍ ທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງຈາກ Medicare*). **ໝາຍເຫດ:** ຖ້າທ່ານຕ້ອງການການດູແລທີ່ບໍ່ແມ່ນສຳລັບຄົນເຈັບໄລຍະສຸດທ້າຍ (ການດູແລທີ່ບໍ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບອາການເຈັບປ່ວຍໄລຍະສຸດທ້າຍຂອງທ່ານ), ທ່ານຄວນຕິດຕໍ່ຫາພວກເຮົາເພື່ອຈັດແຈງການບໍລິການ. ແຜນຂອງພວກເຮົາຈະໃຫ້ການຄຸ້ມຄອງການບໍລິການໃຫ້ຄຳປຶກສາຄົນເຈັບໄລຍະສຸດທ້າຍ (ຫນຶ່ງຄັ້ງເທົ່ານັ້ນ) ໃຫ້ກັບຄົນທີ່ເຈັບປ່ວຍໄລຍະສຸດທ້າຍຜູ້ທີ່ບໍ່ໄດ້ເລືອກເອົາຜົນປະໂຫຍດເມື່ອເຈັບໄລຍະສຸດທ້າຍ.		

ພາກທີ 4 ຕາຕະລາງສິດຜົນປະໂຫຍດດ້ານການແພດ (ສິ່ງທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ ແລະ ສິ່ງທີ່ທ່ານລະຕ້ອງຈ່າຍ)

ການບໍລິການທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງສຳລັບທ່ານ	**ສິ່ງທີ່ທ່ານຕ້ອງຈ່າຍ** ໃນເວລາທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ ໃນເຄືອຂ່າຍ	**ສິ່ງທີ່ທ່ານຕ້ອງຈ່າຍ** ໃນເວລາທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ຢູ່ນອກເຄືອຂ່າຍ
ການສັກວັກຊີນ ການບໍລິການ Medicare ພາກ B ທີ່ຄຸ້ມຄອງລວມເອົາ: • ວັກຊີນປ້ອງກັນພະຍາດປອດບວມ • ສັກຢາໄຂ້ຫວັດໃຫຍ່, ຄັ້ງໜຶ່ງໃນແຕ່ລະລະດູໄຂ້ຫວັດໃຫຍ່ໃນລະດູໃບໄມ້ປົ່ງແລະລະດູຫນາວ, ດ້ວຍການສັກຢາໄຂ້ຫວັດໃຫຍ່ເພີ່ມເຕີມຖ້າຈຳເປັນທາງການແພດ • ວັກຊີນປ້ອງກັນຕັບອັກເສບ B ຖ້າຫາກທ່ານມີຄວາມສ່ຽງສູງ ຫຼື ຄວາມສ່ຽງປານກາງຕໍ່ການຕິດພະຍາດຕັບອັກເສບ B • ວັກຊີນປ້ອງກັນ COVID-19 • ວັກຊີນອື່ນໆ, ຖ້າທ່ານມີຄວາມສ່ຽງ ແລະ ເປັນໄປຕາມກົດລະບຽບການຄຸ້ມຄອງຂອງ Medicare ພາກ B ພວກເຮົາຍັງໃຫ້ການຄຸ້ມຄອງບາງວັກຊີນ ພາຍໃຕ້ຜົນປະໂຫຍດຢາຕາມແພດສັ່ງ ພາກ D ຂອງພວກເຮົາ	ບໍ່ມີປະກັນໄພຮ່ວມ, ການຮ່ວມຈ່າຍ ຫຼື ສ່ວນຫຼຸດສຳລັບວັກຊີນປ້ອງກັນປອດບວມ, ໄຂ້ຫວັດໃຫຍ່, ໄວຣັສຕັບອັກເສບ B ແລະ ວັກຊີນປ້ອງກັນ COVID-19	

ການດູແລໃນໄລຍະເຂົ້ານອນໂຮງໝໍ ລວມທັງການບໍລິການຄົນເຈັບຫັນກ, ການຟື້ນຟູຄົນເຈັບ, ໂຮງໝໍສຳລັບການດູແລໄລຍະຍາວ ແລະ ການບໍລິການນອນໂຮງໝໍສຳລັບຄົນເຈັບປະເພດອື່ນໆ. ການເຂົ້ານອນປິ່ນປົວໃນໂຮງໝໍເລີ່ມໃນມື້ທີ່ທ່ານເຂົ້າໂຮງໝໍຢ່າງເປັນທາງການ ຕາມຄຳສັ່ງຂອງແພດຜູ້ໃຫ້ການປິ່ນປົວ. ມື້ກ່ອນທີ່ທ່ານຈະອອກໂຮງໝໍແມ່ນມື້ທີ່ມື້ສຸດທ້າຍຂອງການນອນໂຮງໝໍຂອງທ່ານ. ການບໍລິການທີ່ມີການຄຸ້ມຄອງລວມເອົາ ແຕ່ບໍ່ຈຳກັດທີ່: • ຫ້ອງເຄິ່ງສ່ວນຕົວ (ຫຼື ຫ້ອງສ່ວນຕົວ, ຖ້າຫາກຈຳເປັນທາງການແພດ) • ອາຫານ ລວມທັງອາຫານພິເສດ • ການບໍລິການພະຍາບານປົກກະຕິ • ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍສຳລັບພະແນກເບິ່ງແຍງດູແລພິເສດ (ເຊັ່ນ: ພະແນກດູແລຜູ້ປ່ວຍຫັນກ ຫຼື ດູແລຫຼອດເລືອດຫົວໃຈ) • ຢາ ແລະ ການປິ່ນປົວ • ການວິເຄາະໃນຫ້ອງທົດລອງ • ການຊ່ອງໄຟຟ້າ X-rays ແລະ ການບໍລິການສາຍລັງສີອື່ນໆ • ເຄື່ອງໃຊ້ທາງການແພດ ແລະ ການຜ່າຕັດທີ່ຈຳເປັນ • ການນຳໃຊ້ອຸປະກອນເສີມເຊັ່ນ: ລໍ້ເລື່ອນ • ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຫ້ອງຜ່າຕັດ ແລະ ຫ້ອງພັກຟື້ນ • ການຍະພາບບຳບັດ, ກິດຈະກຳບຳບັດ ແລະ ການບຳບັດຊ່ວຍການປາກເວົ້າ • ການບໍລິການຄົນເຈັບພາຍໃນ ທີ່ໃຊ້ສານເສບຕິດ (ຕໍ່)	ຈ່າຍຮ່ວມ $300 ຕໍ່ມື້ສຳລັບມື້ 1-5; ຈ່າຍຮ່ວມ $0 ສຳລັບມື້ 6 ແລະນອກເໜືອໄປຈາກໃນເຄືອຂ່າຍ ແລະນອກເຄືອຂ່າຍ ທ່ານໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງໂດຍບໍ່ຈຳກັດຈຳນວນມື້ໃນເຄືອຂ່າຍແຕ່ລະໄລຍະເວລາຮັບຜົນປະ�โหยด ທ່ານຈ່າຍຈຳນວນນີ້ຈົນກ່ວາທ່ານຈະບັນລຸຈຳນວນສູງສຸດທີ່ຕ້ອງຈ່າຍດ້ວຍຕົນເອງ ຖ້າທ່ານໄດ້ຮັບ ອະນຸມັດການດູແລເປັນຄົນເຈັບພາຍໃນຢູ່ໂຮງໝໍນອກເຄືອຂ່າຍຫຼັງຈາກອາການສຸກເສີນຂອງທ່ານມີຄົງທີ່, ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຂອງທ່ານແມ່ນການແບ່ງປັນຄ່າໃຊ້ຈ່າຍດຽວກັນທີ່ທ່ານຈະຈ່າຍຢູ່ໂຮງໝໍໃນເຄືອຂ່າຍ
ການດູແລໃນໄລຍະເຂົ້ານອນໂຮງໝໍ (ຕໍ່) • ພາຍໃຕ້ສະຖານະການບາງຢ່າງ, ປະເພດການປູກຖ່າຍດັ່ງຕໍ່ໄປນີ້ຈະໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ: ກະຈົກຕາ, ໄຂ່ຫຼັ	

ພາກທີ 4 ຕາຕະລາງສິດຜົນປະໂຫຍດດ້ານການແພດ (ສິ່ງທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ ແລະ ສິ່ງທີ່ທ່ານລະຕ້ອງຈ່າຍ)

ການບໍລິການທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງສຳລັບທ່ານ	**ສິ່ງທີ່ທ່ານຕ້ອງຈ່າຍ** ໃນເວລາທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ ໃນເຄືອຂ່າຍ	**ສິ່ງທີ່ທ່ານຕ້ອງຈ່າຍ** ໃນເວລາທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ຢູ່ນອກເຄືອຂ່າຍ
ງ, ໄຂ່ຫຼັງ-ມ້ານ, ຫົວໃຈ, ຕັບ, ປອດ, ຫົວໃຈ/ປອດ, ໄຂກະດູກ, ສະເຕັມເຊວ ແລະ ລຳໄສ້/ຫຼາຍອະໄວຍະວະພາຍໃນ. ຖ້າທ່ານຕ້ອງມີການປູກຖ່າຍໄຂ່ຫຼັງ, ພວກເຮົາຈະຈັດກຽມການກວດຄືນກໍລະນີຂອງທ່ານ ໂດຍສົນປູກຖ່າຍອະໄວຍະວະທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸມັດຈາກ Medicare ເພື່ອຈະຕັດສິນວ່າທ່ານເປັນຜູ້ສະໝັກຂອງການປູກຖ່າຍອະໄວຍະວະຫຼືບໍ່. ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການປູກຖ່າຍອະໄວຍະວະອາດຈະຢູ່ໃນພື້ນທີ່ ຫຼື ນອກພື້ນທີ່ໃຫ້ບໍລິການກໍ່ໄດ້. ຖ້າການບໍລິການປູກຖ່າຍອະໄວຍະວະ ໃນເຄືອຂ່າຍຂອງພວກເຮົາຢູ່ນອກຮູບແບບການດູແລໃນຊຸມຊົນຂອງທ່ານ, ທ່ານອາດຈະເລືອກໄປໃນພື້ນທີ່ ຕາບໃດທີ່ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການປູກຖ່າຍອະໄວຍະວະໃນພື້ນທີ່ຍິນດີທີ່ຈະຍອມຮັບອັດຕາຂອງ Original Medicare. ຖ້າ CCA Medicare Preferred ໃຫ້ບໍລິການການປູກຖ່າຍຢູ່ສະຖານທີ່ນອກຮູບແບບການດູແລຂອງການປູກຖ່າຍໃນຊຸມຊົນຂອງເຈົ້າ ແລະເຈົ້າເລືອກທີ່ຈະໄດ້ຮັບການປູກຖ່າຍຢູ່ບ່ອນຫ່າງໄກນີ້, ພວກເຮົາຈະຈັດຫາ ຫຼືຈ່າຍຄ່າທີ່ພັກ ແລະຄ່າຂົນສົ່ງທີ່ເໝາະສົມໃຫ້ກັບເຈົ້າ ແລະໝູ່ຄູ່. • ເລືອດ - ການຄຸ້ມຄອງເລືອດທັງໝົດ ແລະ ເມັດເລືອດແດງເລີ່ມຕົ້ນດ້ວຍເລືອດເມັດທຳອິດ. • ການບໍລິການຂອງແພດ (ຕໍ່)		

ພາກທີ 4 ຕາຕະລາງສິດຜົນປະໂຫຍດດ້ານການແພດ (ສິ່ງທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ ແລະ ສິ່ງທີ່ທ່ານຈະຕ້ອງຈ່າຍ)

ການບໍລິການທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງສຳລັບທ່ານ	**ສິ່ງທີ່ທ່ານຕ້ອງຈ່າຍ** ໃນເວລາທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ ໃນເຄືອຂ່າຍ	**ສິ່ງທີ່ທ່ານຕ້ອງຈ່າຍ** ໃນເວລາທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ຢູ່ນອກເຄືອຂ່າຍ
ການດູແລໃນໄລຍະເຂົ້ານອນໂຮງໝໍ (ຕ່ໍ) **ໝາຍເຫດ:**ເພື່ອໃຫ້ໄດ້ເປັນນອນໂຮງໝໍ, ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງທ່ານຈະຕ້ອງຂຽນໃບສັ່ງເພື່ອໃຫ້ທ່ານໄດ້ເຂົ້ານອນໂຮງໝໍຢ່າງເປັນທາງການ. ເຖິງວ່າທ່ານຈະນອນໂຮງໝໍຂ້າມຄືນ, ທ່ານຍັງອາດຖືກພິຈາລະນາໃຫ້ເປັນຄົນເຈັບນອກບໍ່ໄດ້ນອນໂຮງໝໍ. ຖ້າທ່ານບໍ່ແນ່ໃຈວ່າທ່ານເປັນຄົນເຈັບພາຍໃນນອນໂຮງໝໍ ຫຼື ຄົນເຈັບພາຍນອກບໍ່ໄດ້ນອນໂຮງໝໍ, ທ່ານຄວນຖາມພະນັກງານໂຮງໝໍ. ທ່ານຍັງສາມາດເບິ່ງຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມໃນເອກະສານຄວາມຈິງຂອງ Medicare ທີ່ເອີ້ນວ່າ*ທ່ານເປັນຄົນເຈັບໃນ ຫຼື ນອກຂອງໂຮງໝໍ? ຖ້າຫາກທ່ານມີ Medicare - ຖາມ!* ເອກະສານຄວາມຈິງນີ້ແມ່ນມີໃຫ້ໃນເວັບທີ່ https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf ຫຼື ໂດຍການໂທຫາ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). ຜູ້ໃຊ້ TTY ໂທ 1-877-486-2048. ທ່ານຍັງສາມາດໂທຫາເບີເຫຼົ່ານີ້ໄດ້ບໍ່ເສຍຄ່າ, ຕະຫຼອດ 24 ຊົ່ວໂມງ, 7 ມື້ຕໍ່ອາທິດ. ***ຕ້ອງໄດ້ຮັບອະນຸຍາດກ່ອນ.***		

ພາກທີ 4 ຕາຕະລາງສິດຜົນປະໂຫຍດດ້ານການແພດ (ສິ່ງທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ ແລະ ສິ່ງທີ່ທ່ານລະຕ້ອງຈ່າຍ)

ການບໍລິການທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງສຳລັບທ່ານ	**ສິ່ງທີ່ທ່ານຕ້ອງຈ່າຍ** ໃນເວລາທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ ໃນເຄືອຂ່າຍ	**ສິ່ງທີ່ທ່ານຕ້ອງຈ່າຍ** ໃນເວລາທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ຢູ່ນອກເຄືອຂ່າຍ
ບໍລິການຄົນເຈັບນອນໂຮງໝໍຈິດຕະເວດ ການບໍລິການທີ່ໃຫ້ການຄຸ້ມຄອງລວມມີ ບໍລິການດູແລສຸຂະພາບພຶດຕິກຳທີ່ຈຳເປັນຕ້ອງເຂົ້າໂຮງໝໍ. Medicare ມີ ຂໍ້ຈຳກັດຕະຫຼອດຊີວິດ 190 ວັນສຳລັບການບໍລິການຄົນເຈັບພາຍໃນ ນອນໂຮງຫມໍຈິດຕະແພດ. ຂີດຈຳກັດ 190 ວັນບໍ່ນຳໃຊ້ກັບການບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບພຶດຕິກຳທີ່ສະໜອງໃຫ້ຢູ່ໃນຫນ່ວຍບໍລິການຈິດຕະເວດຂອງໂຮງໝໍທົ່ວໄປ ພາຍໃຕ້ Medicare. ***ຕ້ອງໄດ້ຮັບອະນຸຍາດກ່ອນ***	ຈ່າຍຮ່ວມ $300 ຕໍ່ມື້ ສຳລັບມື້ 1-4; ຈ່າຍຮ່ວມ $0 ຕໍ່ມື້ ສຳລັບມື້ 5-90 ໃນເຄືອຂ່າຍແລະນອກເຄືອຂ່າຍ. ທ່ານຈ່າຍຈຳນວນເງິນເຫຼົ່ານີ້ຈົນກວ່າທ່ານຈະໄປຮອດຍອດສູງສຸດທີ່ຈ່າຍເອງ.	

ພາກທີ 4 ຕາຕະລາງສິດຜົນປະ�โຫຍດດ້ານການແພດ (ສິ່ງທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ ແລະ ສິ່ງທີ່ທ່ານລະຕ້ອງຈ່າຍ)

ການບໍລິການທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງສຳລັບທ່ານ	**ສິ່ງທີ່ທ່ານຕ້ອງຈ່າຍ** ໃນເວລາທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ ໃນເຄືອຂ່າຍ	**ສິ່ງທີ່ທ່ານຕ້ອງຈ່າຍ** ໃນເວລາທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ຢູ່ນອກເຄືອຂ່າຍ
🍎 ໂພຊະນາບຳບັດທາງການແພດ ຜົນປະ�โຫຍດນີ້ແມ່ນສຳລັບຜູ້ທີ່ເປັນພະຍາດເບົາຫວານ, ພະຍາດຫມາກໄຂ່ຫຼັງ (ແຕ່ບໍ່ແມ່ນຢູ່ໃນການຟອກໝາກໄຂ່ຫຼັງ), ຫຼືຫຼັງຈາກການຜ່າຕັດຫມາກໄຂ່ຫຼັງຕາມຄຳສັ່ງຈາກຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບຂອງທ່ານ. ພວກເຮົາໃຫ້ການຄຸ້ມຄອງການບໍລິການໃຫ້ຄຳປຶກສາຕົວຕໍ່ຕົວເປັນເວລາ 3 ຊົ່ວໂມງ ໃນໄລຍະປີທຳອິດທີ່ທ່ານຮັບການບໍລິການໂພຊະນາການບຳບັດທາງການແພດພາຍໃຕ້ Medicare (ນີ້ລວມມີ ແຜນຂອງພວກເຮົາ, ແຜນ Medicare Advantage ອື່ນໆ ຫຼື Original Medicare) ແລະ 2 ຊົ່ວໂມງທຸກໆປີຫຼັງຈາກນັ້ນ. ຖ້າອາການ, ການປິ່ນປົວ ຫຼື ການບົງມະຕິພະຍາດຂອງທ່ານມີການປ່ຽນແປງ, ທ່ານອາດມີສິດຮັບການປິ່ນປົວຫຼາຍຊົ່ວໂມງຕາມຄຳສັ່ງຂອງແພດ. ແພດຕ້ອງສັ່ງການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ ແລະ ຕໍ່ອາຍຸ ຄຳສັ່ງທຸກໆປີ ຖ້າການປິ່ນປົວຂອງທ່ານມີຄວາມຈຳເປັນໃນປີຕໍ່ໄປຕາມປະຕິທິນ.	ບໍ່ມີການປະກັນໄພຮ່ວມ, ການຈ່າຍເງິນຮ່ວມ, ຫຼື ການຫັກອອກ ສຳລັບສະມາຊິກທີ່ມີສິດໄດ້ຮັບການບໍລິການດ້ານໂພຊະນາການທາງການແພດທີ່ຄຸ້ມຄອງໂດຍ Medicare	ຈ່າຍຮ່ວມນອກເຄືອຂ່າຍ $0

ພາກທີ 4 ຕາຕະລາງສິດຜົນປະໂຫຍດດ້ານການແພດ (ສິ່ງທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ ແລະ ສິ່ງທີ່ທ່ານຈະຕ້ອງຈ່າຍ)

ການບໍລິການທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງສຳລັບທ່ານ	**ສິ່ງທີ່ທ່ານຕ້ອງຈ່າຍ** ໃນເວລາທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ ໃນເຄືອຂ່າຍ	**ສິ່ງທີ່ທ່ານຕ້ອງຈ່າຍ** ໃນເວລາທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ຢູ່ນອກເຄືອຂ່າຍ
🍏 **ໂຄງການປ້ອງກັນພະຍາດເບົາຫວານຂອງ Medicare (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP)** ການບໍລິການ MDPP ຈະໃຫ້ການຄຸ້ມຄອງກັບຜູ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດ Medicare ທີ່ມີສິດພາຍໃຕ້ແຜນປະກັນສຸຂະພາບ Medicare ທັງໝົດຂອງທ່ານ. MDPP ແມ່ນການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການປ່ຽນແປງພຶດຕິກຳສຸຂະພາບທີ່ກຳນົດທີ່ໃຫ້ມີການຝຶກອົບຮົມການປະຕິບັດເພື່ອການປ່ຽນແປງການບໍລິໂພກໃນໄລຍະຍາວ, ກິດຈະກຳດ້ານຮ່າງກາຍທີ່ເພີ່ມຂຶ້ນ ແລະ ກົນລະຍຸດການແກ້ໄຂບັນຫາສຳລັບການກ້າວຂ້າມສິ່ງທ້າທາຍໃນການຫຼຸດນ້ຳໜັກແບບຍືນຍົງ ແລະ ວິຖີຊີວິດທີ່ມີສຸຂະພາບດີ	ບໍ່ມີປະກັນໄພຮ່ວມ, ການຈ່າຍຮ່ວມ ຫຼື ການຫັກອອກສຳລັບຜົນປະ�โหยดໃນ MDPP	ຈ່າຍຮ່ວມນອກເຄືອຂ່າຍ $0

ພາກທີ 4 ຕາຕະລາງສິດຜົນປະໂຫຍດດ້ານການແພດ (ສິ່ງທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ ແລະ ສິ່ງທີ່ທ່ານຈະຕ້ອງຈ່າຍ)

ຢາຕາມແພດສັ່ງ Medicare ພາກ B ຢາເຫຼົ່ານີ້ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງພາຍໃຕ້ ພາກ B ຂອງ Original Medicare. ສະມາຊິກແຜນຂອງພວກເຮົາໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງຢາເຫຼົ່ານີ້ຜ່ານແຜນຂອງພວກເຮົາ. ຢາທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ ລວມມີ: • ຢາທີ່ປົກກະຕິແລ້ວຄົນເຈັບບໍ່ໄດ້ສັກດ້ວຍຕົນເອງ ແລະ ຕ້ອງສັກ ຫຼື ໃສ່ຢາໃນຂະນະທີ່ທ່ານກຳລັງຮັບການບໍລິການຈາກແພດ, ໂຮງໝໍຄົນເຈັບພາຍນອກ ຫຼື ສູນບໍລິການສູນຜ່າຕັດຄົນເຈັບນອກ • ອິນຊູລິນທີ່ຈັດກຽມໃຫ້ຜ່ານລາຍການອຸປະກອນທາງການແພດທີ່ທົນທານ (ເຊັ່ນ: ເຄື່ອງສີດອິນຊູລິນທີ່ຈຳເປັນທາງການແພດ) • ຢາອື່ນໆທີ່ທ່ານກິນໂດຍໃຊ້ອຸປະກອນທາງການແພດທີ່ທົນທານ (ເຊັ່ນ: ເຄື່ອງພົ່ນຢາ) ທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດຈາກແຜນຂອງພວກເຮົາ • ບັດໄຈການແຂງຕົວຂອງເລືອດທີ່ທ່ານເຮັດໃຫ້ຕົນເອງດ້ວຍການສັກຢາ ຖ້າຫາກທ່ານເປັນພະຍາດເລືອດໄຫຼບໍ່ຢຸດ • ຢາຫຼຸດພູມຕ້ານທານ ຖ້າທ່ານເຂົ້າຮ່ວມໃນ Medicare ພາກ A ໃນຂະນະທີ່ມີການປູກຖ່າຍອະໄວຍະວະ • ຢາຮັກສາພະຍາດກະດູກຜ່ອຍແບບສັກ ຖ້າທ່ານອອກຈາກເຮືອນບໍ່ໄດ້, ມີກະດູກຫັກເຊິ່ງແພດໃຫ້ການປິ່ນປົວຢືນຢັນວ່າມັນກ່ຽວຂ້ອງກັບພະຍາດກະດູກຜ່ອຍຫຼັງອາຍຸໝົດປະຈຳເດືອນ ແລະ ບໍ່ສາມາດສັກຢາດ້ວຍຕົນເອງໄດ້ • ແຂນຕົເຈນ • ຢາຕ້ານມະເຮັງໃນຊ່ອງປາກ ແລະ ຢາປ້ອງກັນການບຸ້ນທ້ອງປວດຮາກບາງປະເພດ (ຕໍ່) **ຢາຕາມແພດສັ່ງ Medicare ພາກ B (ຕໍ່)**	**ຢາເຄມີບຳບັດ/ລ້ຽງສີ:** ປະກັນໄພຮ່ວມ 0%-20% ໃນເຄືອຂ່າຍແລະນອກເຄືອຂ່າຍ **ຢາພາກ B ອື່ນໆ: ປະກັນໄພຮ່ວມ** 0% - 20% ໃນເຄືອຂ່າຍ ແລະນອກເຄືອຂ່າຍ **ອິນຊູລິນ:** ການຈ່າຍຮ່ວມຄ່າອິນຊູລິນ $35 ທ່ານອາດຈ່າຍການປະກັນຮ່ວມໜ້ອຍລົງ ສຳລັບຢາບາງຕົວໃນ ພາກ B ຖ້າລາຄາຢາເພີ່ມຂຶ້ນໄວກວ່າ ອັດຕາເງິນເຟີ້ໃນໄຕມາດ ມາດຕະຖານ. ທ່ານຈ່າຍຈຳນວນນີ້ຈົນກ່ວາທ່ານຈະບັນລຸຈຳນວນສູງສຸດທີ່ຕ້ອງຈ່າຍດ້ວຍຕົນເອງ	**ຢາເຄມີບຳບັດ/ລ້ຽງສີ:** ປະກັນໄພຮ່ວມໃນເຄືອຂ່າຍ ແລະນອກເຄືອຂ່າຍ 20% **ຢາພາກ B ອື່ນໆ:** ປະກັນໄພຮ່ວມໃນເຄືອຂ່າຍ 20%ແລະ ນອກເຄືອຂ່າຍ **ອິນຊູລິນ:** ການຈ່າຍຮ່ວມຄ່າອິນຊູລິນ $35 ທ່ານຈ່າຍຈຳນວນນີ້ຈົນກ່ວາທ່ານຈະບັນລຸຈຳນວນສູງສຸດທີ່ຕ້ອງຈ່າຍດ້ວຍຕົນເອງ

ພາກທີ 4 ຕາຕະລາງສິດຜົນປະໂຫຍດດ້ານການແພດ (ສິ່ງທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ ແລະ ສິ່ງທີ່ທ່ານລະຕ້ອງຈ່າຍ)

• ຢາບາງປະເພດສຳລັບການຜອກໄຂ່ຫຼັງຢູ່ເຮືອນ, ລວມທັງຢາແຮັບປາຣິນ, ຢາແກ້ພິດສຳລັບແຮັບປາຣິນເມື່ອມີຄວາມຈຳເປັນທາງການແພດ, ຢາຊາສະເພາະຈຸດ ແລະ ສານກະຕຸ້ນການສ້າງເມັດເລືອດແດງ • ໂກຼບູລິນ ພູມຕ້ານທານທາງຫຼອດເລືອດ ສຳລັບການປິ່ນປົວພະຍາດພູມຕ້ານທານບົກພ່ອງຂັ້ນຕົ້ນຢູ່ເຮືອນ ພວກເຮົາຍັງໃຫ້ການຄຸ້ມຄອງບາງອັກຊີນພາຍໃຕ້ຜົນປະ�โหຍດຢາຕາມແພດສັ່ງ ພາກ B ແລະ ພາກ D ຂອງພວກເຮົາ. ພາກທີ 5 ອະທິບາຍຜົນປະໂຫຍດຢາຕາມແພດສັ່ງ ພາກ D, ລວມທັງ ກົດລະບຽບທີ່ທ່ານຕ້ອງປະຕິບັດເພື່ອໃຫ້ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງຢາຕາມແພດສັ່ງ. ໃນເວລາທີ່ທ່ານຈ່າຍເງິນສຳລັບຢາຕາມແພດສັ່ງ ພາກ D ຂອງທ່ານ ຜ່ານແຜນຂອງພວກເຮົາແມ່ນໄດ້ອະທິບາຍໄວ້ໃນພາກທີ 6. ບາງຢາຕາມໃບສັ່ງແພດຂອງພາກ B ອາດຈະຂຶ້ນກັບເງື່ອນໄຂການຂັ້ນຕອນບຳບັດ. ໝວດຢາການບຳບັດຕາມຂັ້ນຕອນ ພາກ B: (ໝາຍເຫດ: ກຸ່ມຢາທີ່ລະບຸດ້ານລຸ່ມນີ້ໂດຍປົກກະຕິແລ້ວຈະບໍ່ສາມາດນຳໃຊ້ດ້ວຍຕົນເອງໄດ້) • ຕ້ານການອັກເສບ • ສານຕ້ານເນື້ອງອກ (ມະເຮັງ) • ຊີວະພັນ • ບັດໄຈການສ້າງຈຸລິນຊີ (ຕໍ່) • ອານຸພັນອາຊິດໄຮອາລູຣອນນິກ		

ພາກທີ 4 ຕາຕະລາງສິດຜົນປະໂຫຍດດ້ານການແພດ (ສິ່ງທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ ແລະ ສິ່ງທີ່ທ່ານລະຕ້ອງຈ່າຍ)

ການບໍລິການທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງສຳລັບທ່ານ	**ສິ່ງທີ່ທ່ານຕ້ອງຈ່າຍ** ໃນເວລາທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ ໃນເຄືອຂ່າຍ	**ສິ່ງທີ່ທ່ານຕ້ອງຈ່າຍ** ໃນເວລາທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ຢູ່ນອກເຄືອຂ່າຍ
• ສານອິຣິໂຕຣໂພອີຕິນ • ປັດໄຈການຈະເລີນເຕີບໂຕຂອງຜະຫນັງພາຍໃນຫຼອດເລືອດ **ຢາຕາມແພດສັ່ງ Medicare ພາກ B (ຕໍ່)** ເຂົ້າໄປເບິ່ງເວັບໄຊທ໌ຂອງພວກເຮົາເພື່ອເບິ່ງລາຍຊື່ຂອງຢາພາກ B ທີ່ອາດຈະຂຶ້ນກັບຂັ້ນຕອນບຳບັດ: https://www.commonwealthcarealliance.org/ri/providers/medical-policies/medical-necessity-guidelines/ ລົ້ງອາດຈະໄດ້ຮັບການອັບເດດຕະຫຼອດປີ ແລະ ການປ່ຽນແປງທັງໝົດຕ້ອງໄດ້ເພີ່ມເຂົ້າຢ່າງຫນ້ອຍ 30 ວັນກ່ອນການຈັດຕັ້ງປະຕິບັດຕາມ 42 CFR 42.111(d). ***ຕ້ອງໄດ້ຮັບອະນຸຍາດກ່ອນ.***		
ສາຍດ່ວນພະຍາບານໃຫ້ຄຳແນະນຳ ສາຍດ່ວນພະຍາບານໃຫ້ຄຳແນະນຳ ສະຫນອງໃຫ້ທ່ານຕະຫຼອດເວລາເພື່ອເຂົ້າເຖິງຜູ້ຊ່ຽວຊານດ້ານສຸຂະພາບທີ່ຊຳນິຊຳນານ ໃນການໂທຖ້າທ່ານຕ້ອງການຂໍ້ມູນທາງການແພດແລະຄຳແນະນຳ. ເມື່ອທ່ານໂທຫາ, ແພດຄລີນິກຂອງພວກເຮົາ, ພະຍາບານ, ຜູ້ຊ່ຽວຊານດ້ານສຸຂະພາບພຶດຕິກຳຫຼືທຽບເທົ່າ, ຈະຕອບຄຳຖາມກ່ຽວກັບສຸຂະພາບທົ່ວໄປແລະຄວາມເປັນຢູ່ຂອງທ່ານ. ສາຍຄຳແນະນຳແມ່ນມີຕະຫຼອດ 24 ຊົ່ວໂມງຕໍ່ມື້, 7 ມື້ຕໍ່ອາທິດທີ່ 833-346-9222 (TTY: 711)	ຈ່າຍຮ່ວມ $0	ປະກັນໄພຮ່ວມນອກເຄືອຂ່າຍ 20%

ພາກທີ 4 ຕາຕະລາງສິດຜົນປະ�โຫຍດດ້ານການແພດ (ສິ່ງທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ ແລະ ສິ່ງທີ່ທ່ານລະຕ້ອງຈ່າຍ)

ການບໍລິການທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງສຳລັບທ່ານ	**ສິ່ງທີ່ທ່ານຕ້ອງຈ່າຍ** ໃນເວລາທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ ໃນເຄືອຂ່າຍ	**ສິ່ງທີ່ທ່ານຕ້ອງຈ່າຍ** ໃນເວລາທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ຢູ່ນອກເຄືອຂ່າຍ
🍏 **ການປິ່ນປົວ ແລະ ການກວດຄັດກອງຄວາມອ້ວນເພື່ອສົ່ງເສີມການຫຼຸດນ້ຳຫັນກແບບຍືນຍົງ** ຖ້າທ່ານມີ ດັດຊະນີມວນຂອງຮ່າງກາຍ 30 ຂຶ້ນໄປ, ພວກເຮົາຈະໃຫ້ການຄຸ້ມຄອງການໃຫ້ຄຳປຶກສາລະອຽດເພື່ອຊ່ວຍທ່ານຫຼຸດນ້ຳຫັນກ. ການປຶກສານີ້ຈະໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງກ່ຕ່ເມື່ອທ່ານໄດ້ຮັບການບໍລິການໃນສະຖານທີ່ດູແລປະຈຳ, ບ່ອນທີ່ພວກເຮົາສາມາປະສານງານກັບແຜນເພື່ອການປ້ອງກັນແບບຄົບວົງຈອນໃຫ້ກັບທ່ານ. ໂອ້ລົມກັບຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດູແລຂັ້ນຕົ້ນ (PCP) ຫຼືຜູ້ປະຕິບັດເພື່ອຊອກຮູ້ເພີ່ມເຕີມ	ບໍ່ມີການປະກັນໄພຮ່ວມ, ການຈ່າຍເງິນຮ່ວມ, ຫຼືການຫັກອອກສຳລັບການກວດຄັດກອງແລະການບຳບັດໂລກອ້ວນ	ຈ່າຍຮ່ວມນອກເຄືອຂ່າຍ $0

ພາກທີ 4 ຕາຕະລາງສິດຜົນປະໂຫຍດດ້ານການແພດ (ສິ່ງທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ ແລະ ສິ່ງທີ່ທ່ານລະຕ້ອງຈ່າຍ)

ການບໍລິການທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງສຳລັບທ່ານ	**ສິ່ງທີ່ທ່ານຕ້ອງຈ່າຍ** ໃນເວລາທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ ໃນເຄືອຂ່າຍ	**ສິ່ງທີ່ທ່ານຕ້ອງຈ່າຍ** ໃນເວລາທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ຢູ່ນອກເຄືອຂ່າຍ
ໂປຣແກຣມການບໍລິການບຳບັດການຕິດຢາແກ້ປວດໂອປິອອຍ ສະມາຊິກຂອງແຜນພວກເຮົາທີ່ມີບັນຫາການໃຊ້ຝິ່ນ (Opioid Use Disorder,OUD) ສາມາດໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງການບໍລິການເພື່ອປິ່ນປົວ OUD ໂດຍຜ່ານໂຄງການການປິ່ນປົວຝິ່ນ (Opioid Treatment Program,OTP) ເຊິ່ງລວມມີການບໍລິການດັ່ງຕໍ່ໄປນີ້: • ສຳນັກງານຄະນະກຳມະການອາຫານແລະຢາຂອງສະຫະລັດອາເມລິກາ (Food and Drug Administration,FDA) ອະນຸມັດຢາກຸ່ມໂອປິອອຍ ແລະ ຢາຕ້ານການຕ້ານຢາ (medication-assisted treatment,MAT). • ການຈ່າຍຢາ ແລະ ການບໍລິຫານຢາຂອງ MAT (ຖ້າມີ) • ການໃຫ້ຄຳປຶກສາການໃຊ້ສານເສບຕິດ • ການບຳບັດດ່ຽວ ແລະ ການບຳບັດກຸ່ມ • ການທົດສອບພົດວິທະຍາ • ກິດຈະກຳການບໍລິໂພກ • ການປະເມີນເບັນໄລຍະ	ຈ່າຍຮ່ວມໃນເຄືອຂ່າຍ $0 ທ່ານຈ່າຍຈຳນວນນີ້ຈົນກ່ວາທ່ານຈະບັນລຸຈຳນວນສູງສຸດທີ່ຕ້ອງຈ່າຍດ້ວຍຕົນເອງ	ປະກັນໄພຮ່ວມນອກເຄືອຂ່າຍ 20% ທ່ານຈ່າຍຈຳນວນນີ້ຈົນກ່ວາທ່ານຈະບັນລຸຈຳນວນສູງສຸດທີ່ຕ້ອງຈ່າຍດ້ວຍຕົນເອງ

ພາກທີ 4 ຕາຕະລາງສິດຜົນປະໂຫຍດດ້ານການແພດ (ສິ່ງທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ ແລະ ສິ່ງທີ່ທ່ານລະຕ້ອງຈ່າຍ)

ການບໍລິການທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງສຳລັບທ່ານ	**ສິ່ງທີ່ທ່ານຕ້ອງຈ່າຍ** ໃນເວລາທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ ໃນເຄືອຂ່າຍ	**ສິ່ງທີ່ທ່ານຕ້ອງຈ່າຍ** ໃນເວລາທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ຢູ່ນອກເຄືອຂ່າຍ
ການທົດສອບການບົ່ງມະຕິພະຍາດຄົນເຈັບນອກ ແລະ ການບໍລິການ ແລະ ອຸປະກອນການບຳບັດ ບໍລິການທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງລວມມີແຕ່ບໍ່ຈຳກັດທີ່: • ການຊ່ອງໄຟຟ້າ X-rays • ການບຳບັດດ້ວຍລັງສີ (ເຣດຽມ ແລະ ໄອໂຊໂທບ) ລວມທັງເຄື່ອງມື ແລະ ອຸປະກອນດ້ານວິຊາການ • ອຸປະກອນການຜ່າຕັດຊົ່ນ: ອັດສະດຸປິດບາດແຜ • ປອກຫຸ້ມກະດູກໃຫ້ຄົງທີ່, ການໃສ່ເຝືອກ ແລະ ອຸປະກອນອື່ນໆທີ່ຖືກນຳໃຊ້ເພື່ອຫຼຸດຜ່ອນການແຕກຫັກ ແລະ ການເຄື່ອນເຫັນ • ການທົດລອງໃນຫ້ອງທົດລອງ • ເລືອດ - ລວມທັງການຈັດເກັບ ແລະ ການບໍລິຫານ. ການຄຸ້ມຄອງເລືອດ ແລະ ເຊວເມັດເລືອດແດງເລີ່ມຕົ້ນດ້ວຍ ເລືອດເມັດທຳອິດ. • ການກວດເພື່ອບົ່ງມະຕິພະຍາດຄົນເຈັບນອກອື່ນໆ. ***ຕ້ອງໄດ້ຮັບອະນຸຍາດກ່ອນ.***	**ສ່ອງ ໄຟຟ້າ X-Rays:** ຈ່າຍຮ່ວມ $0 **ການປິ່ນປົວລັງສີ:** ຈ່າຍຮ່ວມ $10 **ການກວດແລະຂັ້ນຕອນການວິນິດໄສ (ທີ່ບໍ່ແມ່ນລັງສີ): ຈ່າຍຮ່ວມ $0** **ການກວດແລະຂັ້ນຕອນການວິນິດໄສ (ທາງລັງສີ) (ຕົວຢ່າງ: MRI):** ຈ່າຍຮ່ວມ $150 **ການກວດວິເຄາະ:** ຈ່າຍຮ່ວມ $0 ທ່ານຈ່າຍຈຳນວນນີ້ຈົນກ່ວາທ່ານຈະບັນລຸຈຳນວນສູງສຸດທີ່ຕ້ອງຈ່າຍດ້ວຍຕົນເອງ	**ສ່ອງໄຟຟ້າ X-Rays:** ປະກັນໄພຮ່ວມ 20% **ການປິ່ນປົວລັງສີ:** ປະກັນໄພຮ່ວມ 20% **ການກວດແລະຂັ້ນຕອນການວິນິດໄສ (ທີ່ບໍ່ແມ່ນລັງສີ):** ປະກັນໄພຮ່ວມ 20% **ການກວດແລະຂັ້ນຕອນການວິນິດໄສ (ທາງລັງສີ) (ຕົວຢ່າງ: MRI):** ປະກັນໄພຮ່ວມ 20% **ການກວດວິເຄາະ:** ປະກັນໄພຮ່ວມ 20% ທ່ານຈ່າຍຈຳນວນນີ້ຈົນກ່ວາທ່ານຈະບັນລຸຈຳນວນສູງສຸດທີ່ຕ້ອງຈ່າຍດ້ວຍຕົນເອງ

ພາກທີ 4 ຕາຕະລາງສິດຜົນປະໂຫຍດດ້ານການແພດ (ສິ່ງທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ ແລະ ສິ່ງທີ່ທ່ານຈະຕ້ອງຈ່າຍ)

ສັງເກດການຄົນເຈັບນອກຢູ່ໂຮງໝໍ ການບໍລິການໃຫ້ການສັງເກດ ແລະ ການບໍລິການຄົນເຈັບນອກໃນໂຮງໝໍມີໃຫ້ເພື່ອກຳນົດວ່າທ່ານຕ້ອງການເຂົ້າໂຮງໝໍເປັນຄົນເຈັບໃນ ຫຼື ສາມາດອອກໂຮງໝໍໄດ້. ເພື່ອໃຫ້ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງການບໍລິການໃຫ້ການສັງເກດໂຮງໝໍຄົນເຈັບນອກ, ການບໍລິການນີ້ຕ້ອງບັນລຸຕາມເກນກຳນົດຂອງ Medicare ແລະ ໄດ້ຮັບການພິຈາລະນາຢ່າງເໝາະສົມ ແລະ ຕາມຄວາມຈຳເປັນ. ການບໍລິການໃຫ້ການສັງເກດຈະໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງກໍ່ຕໍ່ເມື່ອໄດ້ໃຫ້ບໍລິການໂດຍຄຳສັ່ງຂອງແພດ ຫຼື ບຸກຄົນອື່ນທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດໂດຍກົດໝາຍໃບອະນຸຍາດຈາກລັດ ແລະ ຂໍ້ບັງຄັບພະນັກງານໂຮງໝໍເພື່ອໃຫ້ຄົນເຈັບເຂົ້ານອນໂຮງໝໍ ຫຼື ຄຳສັ່ງກວດຄົນເຈັບນອກ. **ໝາຍເຫດ:** ຍົກເວັ້ນວ່າ ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການໄດ້ຂຽນຄຳສັ່ງເພື່ອໃຫ້ທ່ານໄດ້ເປັນຄົນເຈັບໃນໃນໂຮງໝໍ, ທ່ານຍັງຄົງເປັນຄົນເຈັບນອກ ແລະ ຈ່າຍຈຳນວນການແບ່ງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍສຳລັບການບໍລິການໂຮງໝໍຄົນເຈັບນອກ. ເຖິງວ່າທ່ານຈະນອນໂຮງໝໍຂ້າມຄືນ, ທ່ານຍັງອາດຖືກພິຈາລະນາໃຫ້ເປັນຄົນເຈັບນອກບໍ່ໄດ້ນອນໂຮງໝໍ. ຖ້າທ່ານບໍ່ແນ່ໃຈວ່າທ່ານເປັນຄົນເຈັບນອກຫຼືບໍ່, ທ່ານຄວນຖາມພະນັກງານໂຮງໝໍ. (ຕໍ່) ທ່ານຍັງສາມາດເບິ່ງຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມໃນເອກະສານຄວາມຈິງຂອງ Medicare ທີ່ເອີ້ນວ່າ*ທ່ານເປັນຄົນເຈັບໃນ ຫຼື ນອກຂອງໂຮງໝໍ? ຖ້າຫາກທ່ານມີ Medicare - ຖາມ!*ເອກະສານຄວາມຈິງນີ້ແມ່ນມີໃຫ້ໃນເວັບທີ່ https:/	ຈ່າຍຮ່ວມໃນເຄືອຂ່າຍ $275 ຕໍ່ມື້. ທ່ານຈ່າຍຈຳນວນນີ້ຈົນກ່ວາທ່ານຈະບັນລຸຈຳນວນສູງສຸດທີ່ຕ້ອງຈ່າຍດ້ວຍຕົນເອງ	ການປະກັນໄພຮ່ວມນອກເຄືອຂ່າຍ 20% ຕໍ່ມື້. ທ່ານຈ່າຍຈຳນວນນີ້ຈົນກ່ວາທ່ານຈະບັນລຸຈຳນວນສູງສຸດທີ່ຕ້ອງຈ່າຍດ້ວຍຕົນເອງ

ພາກທີ 4 ຕາຕະລາງສິດຜົນປະໂຫຍດດ້ານການແພດ (ສິ່ງທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ ແລະ ສິ່ງທີ່ທ່ານລະຕ້ອງຈ່າຍ)

ການບໍລິການທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງສຳລັບທ່ານ	**ສິ່ງທີ່ທ່ານຕ້ອງຈ່າຍ** ໃນເວລາທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ ໃນເຄືອຂ່າຍ	**ສິ່ງທີ່ທ່ານຕ້ອງຈ່າຍ** ໃນເວລາທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ຢູ່ນອກເຄືອຂ່າຍ
/www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf ຫຼື ໂດຍການໂທຫາ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). ຜູ້ໃຊ້ TTY, ກະລຸນາໂທ 1-877-486-2048. ທ່ານຍັງສາມາດໂທຫາເບີເຫຼົ່ານີ້ໄດ້ບໍ່ເສຍຄ່າ, ຕະຫຼອດ 24 ຊົ່ວໂມງ, 7 ມື້ຕໍ່ອາທິດ. ພວກເຮົາໃຫ້ການຄຸ້ມຄອງການບໍລິການທີ່ຈຳເປັນທາງການແພດທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບໃນພະແນກຄົນເຈັບນອກຂອງໂຮງໝໍສຳລັບການກວດວິນິໄສ ຫຼື ການປິ່ນປົວການເຈັບປ່ວຍ ຫຼື ອາການບາດເຈັບ. ບໍລິການທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງລວມມີແຕ່ບໍ່ຈຳກັດທີ່: • ການບໍລິການໃນພະແນກສຸກເສີນ ຫຼື ຄລີນິກຄົນເຈັບນອກເຊັ່ນ: ບໍລິການໃຫ້ການສັງເກດການ ຫຼື ການຜ່າຕັດຄົນເຈັບນອກ • ການຮຽກເກັບເງິນການກວດໃນຫ້ອງທົດລອງ ແລະ ການບົງມະຕິພະຍາດຈາກໂຮງໝໍ (ຕໍ່)		

ພາກທີ 4 ຕາຕະລາງສິດຜົນປະໂຫຍດດ້ານການແພດ (ສິ່ງທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ ແລະ ສິ່ງທີ່ທ່ານຈະຕ້ອງຈ່າຍ)

ການບໍລິການຄົນເຈັບນອກ • ການດູແລສຸຂະພາບພຶດຕິກຳ, ລວມທັງການດູແລໃນໂປຣແກຣມການເຂົ້າໂຮງໝໍບາງສ່ວນ, ຖ້າແພດໃຫ້ການປິ່ນປົວຢືນຢັນວ່າຈຳເປັນຕ້ອງປິ່ນປົວແບບຄົນເຈັບໃນ ຫາກບໍ່ມີ • ການຊ່ອງໄຟຟ້າ X-rays ແລະ ການບໍລິການສາຍລັງສີອື່ນໆທີ່ຮຽກເກັບເງິນໂດຍໂຮງໝໍ • ອຸປະກອນທາງການແພດເຊັ່ນ: ປອກຫຸ້ມກະດູກໃຫ້ຄົງທີ່ ແລະ ການໃສ່ເຝືອກ • ຢາ ແລະ ຊີວະພັນບາງຊະນິດທີ່ທ່ານບໍ່ສາມາດໃຫ້ຕົນເອງໄດ້ **ໝາຍເຫດ:** ຍົກເວັ້ນວ່າ ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການໄດ້ຂຽນຄຳສັ່ງເພື່ອໃຫ້ທ່ານໄດ້ເປັນຄົນເຈັບໃນໃນໂຮງໝໍ, ທ່ານຍັງຄົງເປັນຄົນເຈັບນອກ ແລະ ຈ່ າຍຈຳນວນການແບ່ງຄ່າໃຊ້ຈ່ າຍສຳລັບການບໍລິການໂຮງໝໍຄົນເຈັບນອກ. ເຖິງວ່າທ່ານຈະນອນໂຮງໝໍຂ້ າມຄືນ, ທ່ານຍັງອາດຖືກພິຈາລະນາໃຫ້ເປັນຄົນເຈັບນອກບໍ່ໄດ້ ນອນໂຮງໝໍ. ຖ້ າທ່ານບໍ່ແນ່ໃຈວ່ າທ່ານເປັນຄົນເຈັບນອກຫຼືບໍ່, ທ່ານຄວນຖາມພະນັກງານໂຮງໝໍ. (ຕໍ່)	ຈ່ າຍຮ່ ວມໃນເຄືອຂ່ າຍ $275. ທ່ ານຈ່ າຍຈຳ ນ ວ ນ ນີ້ ຈົ ນ ກ່ ວ າທ່ ານ ຈະ ບັ ນ ລຸ ຈຳ ນ ວ ນ ສູ ງ ສຸ ດ ທີ່ ຕ້ ອ ງ ຈ່ າ ຍ ດ້ ວ ຍ ຕົ ນ ເ ອ ງ	ປ ະ ກັ ນ ໄ ພ ຮ່ ວ ມ ນ ອ ກ ເ ຄ ືອ ຂ່ າ ຍ 20%. ທ່ ານ ຈ່ າ ຍ ຈຳ ນ ວ ນ ນີ້ ຈົ ນ ກ່ ວ າ ທ່ ານ ຈະ ບັ ນ ລຸ ຈຳ ນ ວ ນ ສູ ງ ສຸ ດ ທີ່ ຕ້ ອ ງ ຈ່ າ ຍ ດ້ ວ ຍ ຕົ ນ ເ ອ ງ
ການບໍລິການຄົນເຈັບນອກ (ຕໍ່) ທ່ ານ ຍັ ງ ສາ ມ າ ດ ເ ບິ່ ງ ຂໍ້ ມ ູ ນ ເ ພີ່ ມ ເ ຕີ ມ ໃ ນ ເ ອ ກ ະ ສ ານ ຄ ວ າ ມ ຈິ ງ ຂ ອ ງ Medicare ທີ່ ເ ອີ້ ນ ວ່ າ*ທ່ ານ ເ ປັ ນ ຄົ ນ ເ ຈັ ບ ໃ ນ*		

ພາກທີ 4 ຕາຕະລາງສິດຜົນປະໂຫຍດດ້ານການແພດ (ສິ່ງທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ ແລະ ສິ່ງທີ່ທ່ານລະຕ້ອງຈ່າຍ)

ການບໍລິການທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງສຳລັບທ່ານ	**ສິ່ງທີ່ທ່ານຕ້ອງຈ່າຍ** ໃນເວລາທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ ໃນເຄືອຂ່າຍ	**ສິ່ງທີ່ທ່ານຕ້ອງຈ່າຍ** ໃນເວລາທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ຢູ່ນອກເຄືອຂ່າຍ
ຫຼື ນອກຂອງໂຮງໝໍ? ຖ້າຫາກທ່ານມີ Medicare - ຖາມ! ເອກະສານຄວາມຈິງນີ້ແມ່ນມີໃຫ້ໃນເວັບທີ່ https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf ຫຼື ໂດຍການໂທຫາ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). ຜູ້ໃຊ້ TTY ໂທ 1-877-486-2048. ທ່ານຍັງສາມາດໂທຫາເບີເຫຼົ່ານີ້ໄດ້ບໍ່ເສຍຄ່າ, ຕະຫຼອດ 24 ຊົ່ວໂມງ, 7 ມື້ຕໍ່ອາທິດ. ***ຕ້ອງໄດ້ຮັບອະນຸຍາດກ່ອນ***		

ພາກທີ 4 ຕາຕະລາງສິດຜົນປະໂຫຍດດ້ານການແພດ (ສິ່ງທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ ແລະ ສິ່ງທີ່ທ່ານລະຕ້ອງຈ່າຍ)

ການບໍລິການທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງສຳລັບທ່ານ	**ສິ່ງທີ່ທ່ານຕ້ອງຈ່າຍ** ໃນເວລາທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ ໃນເຄືອຂ່າຍ	**ສິ່ງທີ່ທ່ານຕ້ອງຈ່າຍ** ໃນເວລາທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ຢູ່ນອກເຄືອຂ່າຍ
ການເບິ່ງແຍງສຸຂະພາບຈິດຂອງຄົນເຈັບນອກ ບໍລິການທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງລວມມີ: ການບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບຈິດ ທີ່ໃຫ້ບໍລິການໂດຍ ນັກຈິດຕະແພດມີໃບອະນຸຍາດຈາກລັດ ຫຼື ແພດຜູ້ໃຫ້ການປິ່ນປົວ, ນັກຈິດຕະວິທະຍາທາງຄລີນິກ, ນັກສັງຄົມສົງເຄາະທາງຄລີນິກ, ຜູ້ຊ່ຽວຊານການແພດທາງຄລີນິກ, ທີ່ປຶກສາຊ່ຽວຊານທີ່ມີໃບອະນຸຍາດ (Licensed Professional Counselor,LPC), ນັກບຳບັດການແຕ່ງງານ ແລະ ຄອບຄົວທີ່ມີໃບອະນຸຍາດ (licensed marriage and family therapist,LMFT), ແພດທີ່ມີໃບປະກອບອາຊີບ (nurse practitioner,NP), ຜູ້ຊ່ວຍແພດ (physician assistant,PA) ຫຼື ຜູ້ຊ່ຽວຊານດ້ານການດູແລສຸຂະພາບພຶດຕິກຳທີ່ຮັບຮອງໂດຍ Medicare ດັ່ງທີ່ໄດ້ໃຫ້ອະນຸຍາດພາຍໃຕ້ກົດໝາຍລັດ. ***ຕ້ອງໄດ້ຮັບອະນຸຍາດກ່ອນ***	**ແບບບຸກຄົນ:** ຈ່າຍຮ່ວມໃນເຄືອຂ່າຍ $0 ຕໍ່ຄັ້ງ **ພາກສ່ວນກຸ່ມ:** **ຈ່າຍຮ່ວມ** $0 ໃນເຄືອຂ່າຍ ຕໍ່ຄັ້ງ	**ແບບບຸກຄົນ:** ຈ່າຍຮ່ວມນອກເຄືອຂ່າຍ $0 ຕໍ່ຄັ້ງ **ແບບກຸ່ມ:** ຈ່າຍຮ່ວມນອກເຄືອຂ່າຍ $0 ຕໍ່ຄັ້ງ

ພາກທີ 4 ຕາຕະລາງສິດຜົນປະໂຫຍດດ້ານການແພດ (ສິ່ງທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ ແລະ ສິ່ງທີ່ທ່ານລະຕ້ອງຈ່າຍ)

ການບໍລິການທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງສຳລັບທ່ານ	**ສິ່ງທີ່ທ່ານຕ້ອງຈ່າຍ** ໃນເວລາທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ ໃນເຄືອຂ່າຍ	**ສິ່ງທີ່ທ່ານຕ້ອງຈ່າຍ** ໃນເວລາທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ຢູ່ນອກເຄືອຂ່າຍ
ບໍລິການຟື້ນຟູຄົນເຈັບນອກ ການບໍລິການທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງລວມມີ ກາຍະພາບບຳບັດ, ກິດຈະກຳບຳບັດ ແລະ ການບຳບັດການປາກເວົ້າ. ການບໍລິການຟື້ນຟູຄົນເຈັບນອກ ແມ່ນໃຫ້ບໍລິການໃນສະຖານທີ່ສຳລັບຄົນເຈັບນອກເຊັ່ນ: ພະແນກຄົນເຈັບນອກຂອງໂຮງໝໍ, ຫ້ອງການນັກບຳບັດອິດສະລະ ແລະ ສະຖານທີ່ຟື້ນຟູຄົນເຈັບນອກແບບຄົບວົງຈອນ (CORF). ***ຕ້ອງໄດ້ຮັບອະນຸຍາດກ່ອນ***	ຈ່າຍຮ່ວມ $0 ຕໍ່ການໄປຢ້ຽມຢາມຢູ່ບ້ານ ຈ່າຍຮ່ວມ $20 ສຳລັບການຢ້ຽມຢາມຢູ່ຫ້ອງການຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ ຫຼືສະຖານທີ່ໃນເຄືອຂ່າຍ ທ່ານຈ່າຍຈຳນວນນີ້ຈົນກ່ວາທ່ານຈະບັນລຸຈຳນວນສູງສຸດທີ່ຕ້ອງຈ່າຍດ້ວຍຕົນເອງ	ປະກັນໄພຮ່ວມນອກເຄືອຂ່າຍ 20% ທ່ານຈ່າຍຈຳນວນນີ້ຈົນກ່ວາທ່ານຈະບັນລຸຈຳນວນສູງສຸດທີ່ຕ້ອງຈ່າຍດ້ວຍຕົນເອງ
ການບໍລິການຄົນເຈັບນອກທີ່ໃຊ້ສານເສບຕິດ ພວກເຮົາມີໃຫ້ທັງ ແບບບຸກຄົນ ແລະ ແບບກຸ່ມ	**ແບບບຸກຄົນ:** ຈ່າຍຮ່ວມໃນເຄືອຂ່າຍ $0 ຕໍ່ຄັ້ງ **ພາກສ່ວນກຸ່ມ: ຈ່າຍຮ່ວມ** $0 ໃນເຄືອຂ່າຍ ຕໍ່ຄັ້ງ	**ແບບບຸກຄົນ:** ຈ່າຍຮ່ວມນອກເຄືອຂ່າຍ $0 ຕໍ່ຄັ້ງ **ແບບກຸ່ມ:** ຈ່າຍຮ່ວມນອກເຄືອຂ່າຍ $0 ຕໍ່ຄັ້ງ

ພາກທີ 4 ຕາຕະລາງສິດຜົນປະໂຫຍດດ້ານການແພດ (ສິ່ງທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ ແລະ ສິ່ງທີ່ທ່ານຈະຕ້ອງຈ່າຍ)

ການບໍລິການທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງສຳລັບທ່ານ	**ສິ່ງທີ່ທ່ານຕ້ອງຈ່າຍ** ໃນເວລາທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ ໃນເຄືອຂ່າຍ	**ສິ່ງທີ່ທ່ານຕ້ອງຈ່າຍ** ໃນເວລາທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ຢູ່ນອກເຄືອຂ່າຍ
ການຜ່າຕັດຄົນເຈັບນອກ, ລວມທັງການບໍລິການທີ່ສະຫນອງໃຫ້ຢູ່ສະຖານທີ່ຄົນເຈັບນອກໃນໂຮງຫມໍແລະສູນຜ່າຕັດນ້ອຍ (ambulatory surgical centers,ASC) **ໝາຍເຫດ:** ຖ້າທ່ານກຳລັງຮັບການຜ່າຕັດໃນໂຮງໝໍ, ທ່ານຄວນກວດສອບກັບຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງທ່ານວ່າທ່ານຈະເປັນຄົນເຈັບເຂດໃນ ຫຼື ຄົນເຈັບນອກ. ຍົກເວັ້ນວ່າຜູ້ໃຫ້ບໍລິການໄດ້ຂຽນຄຳສັ່ງເພື່ອໃຫ້ທ່ານເຂົ້າໂຮງໝໍເປັນຄົນເຈັບໃນ, ທ່ານຈະຍັງຄົງເປັນຄົນເຈັບນອກແລະ ຈ່າຍຈຳນວນແບ່ງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍສຳລັບການຜ່າຕັດຄົນເຈັບນອກ. ເຖິງແມ່ນວ່າທ່ານຄ້າງຄືນຢູ່ໃນໂຮງຫມໍ, ທ່ານຍັງອາດຈະຖືກພິຈາລະນາເປັນ *ຄົນເຈັບນອກ* ***ຕ້ອງໄດ້ຮັບອະນຸຍາດກ່ອນ***	**ໂຮງໝໍຄົນເຈັບນອກ:** ຈ່າຍຮ່ວມ $275 ສຳລັບການຜ່າຕັດທີ່ຄຸ້ມຄອງໂດຍ Medicare ແລະການບໍລິການອື່ນໆໃນເຄືອຂ່າຍ ສູນສາຍຍະກບາຄົນເຈັບນອກ (ASC): ຈ່າຍເງິນຮ່ວມ $200 ສຳລັບການຜ່າຕັດທີ່ Medicare ໃຫ້ການຄຸ້ມຄອງ ຫຼື ບໍລິການອື່ນໆ ໃນເຄືອຂ່າຍ ການແບ່ງປັນຄ່າໃຊ້ຈ່າຍສຳລັບການບໍລິການທີ່ກວມເອົາແຜນການເພີ່ມເຕີມຈະຖືກນຳໃຊ້ ທ່ານຈ່າຍຈຳນວນນີ້ຈົນກ່ວາທ່ານຈະບັນລຸຈຳນວນສູງສຸດທີ່ຕ້ອງຈ່າຍດ້ວຍຕົນເອງ	**ໂຮງໝໍຄົນເຈັບນອກ:** 20% ປະກັນໄພຮ່ວມ ສຳລັບການຜ່າຕັດທີ່ຄຸ້ມຄອງໂດຍ Medicare ແລະການບໍລິການອື່ນໆນອກເຄືອຂ່າຍ. ສູນຜ່າຕັດນ້ອຍ (ASC): 20% ປະກັນໄພຮ່ວມ ສຳລັບການຜ່າຕັດ Medicare ໃຫ້ການຄຸ້ມຄອງ ຫຼື ການບໍລິການອື່ນໆນອກເຄືອຂ່າຍ ທ່ານຈ່າຍຈຳນວນນີ້ຈົນກ່ວາທ່ານຈະບັນລຸຈຳນວນສູງສຸດທີ່ຕ້ອງຈ່າຍດ້ວຍຕົນເອງ

ພາກທີ 4 ຕາຕະລາງສິດຜົນປະໂຫຍດດ້ານການແພດ (ສິ່ງທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ ແລະ ສິ່ງທີ່ທ່ານຈະຕ້ອງຈ່າຍ)

ສິນຄ້າຜ່ານເຄົາເຕີ (OTC) ທ່ານຈະໄດ້ຮັບບັດເງິນຝາກປະຢັດເພື່ອສຸຂະພາບພ້ອມເງິນອຸດໜູນ $150 ທີ່ໃຊ້ໃນຕອນຕົ້ນຂອງແຕ່ລະໄຕມາດປະຕິທິນ (ທຸກໆສາມເດືອນ) ເພື່ອຊື້ລາຍການທີ່ປົກຄຸມດ້ວຍ CCA (OTC) ເຊັ່ນ: ເຈອລ້າງມື, ຫນ້າກາກ, ການປະຖົມພະຍາບານ ການສະຫນອງ, ແປງຖູແຂ້ວ, ການກວດ COVID-19, ເຄື່ອງໃຊ້ອາການເຍັນ ແລະ ອື່ນໆ, ໂດຍບໍ່ມີໃບສັ່ງຢາຢູ່ຮ້ານຂາຍຍ່ອຍເຄືອຂ່າຍ OTC. ສະມາຊິກທີ່ເປັນພະຍາດຈຸລາເຮື້ອ ອາດຈະໃຊ້ເງິນອຸດໜູນປະຈຳໄຕມາດໃນບັດ Healthy Savings card ເພື່ອຊື້ອາຫານທີ່ CCA ຄຸ້ມຄອງ ແລະຜະລິດຕະພັນຜົນຜະລິດ ຢູ່ຮ້ານຂາຍຍ່ອຍເຄືອຂ່າຍ OTC. ກະລຸນາເບິ່ງ "ຜົນປະໂຫຍດເສີມພິເສດສຳລັບອາການເຈັບປ່ວຍຈຸລາເຮື້ອ" ພາຍໃນຕາຕະລາງຜົນປະໂຫຍດທາງການແພດສຳລັບ ຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມ. ຕິດຕໍ່ ສູນບໍລິການສະມາຊິກ ສຳລັບຄຳຖາມທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບລາຍການທີ່ CCA ອະນຸມັດ ຫຼື ໄປທີ່ www.mybenefitscenter.com ພ້ອມກັບເລກບັດ Healthy Savings card ຂອງທ່ານ. ທ່ານຕ້ອງໃຊ້ບັດຄືກັບໃຊ້ເງິນສົດ. ເງິນທີ່ບໍ່ຖືກໃຊ້ ຫຼື ຖືກລັກຈະບໍ່ມີການຍົກຍອດ ຫຼື ແທນທີ່. ບັດສາມາດນຳໃຊ້ໄດ້ສຳລັບ ການຊື້ສິນຄ້າທີ່ມີສິດ ກຳນົດໂດຍຜູ້ໃຫ້ບໍລິການແຜນຂອງທ່ານທຸກໆບ່ອນທີ່ຮັບບັດເດບິດ Visa. ບັດແມ່ນອອກໃຫ້ໂດຍ Sutton Bank, ໂດຍອີງຕາມການອະນຸຍາດຈາກ Visa U.S.A. Inc. ກະລຸນາຕິດຕໍ່ຫາຜູ້ສະຫນັບສະຫນູນໂປຣແກຣມຂອງທ່ານໂດຍກົງເພື່ອຂໍບັນຊີລາຍການລະອຽດສຳລັບສິນຄ້າທີ່ມີຄຸນສົມບັດ. Visa ແມ່ນເຄື່ອງຫມາຍທາງການຄ້າຂອງ Visa, U.S.A. Inc. ເຄື່ອງຫມາຍທາງການຄ້າອື່ນໆ	ທ່ານໄດ້ຮັບ $150 ໃນແຕ່ລະໄຕມາດຂອງປະຕິທິນເຂົ້າໃນບັດ Heathy Savings ຂອງທ່ານສຳລັບການຊື້ລາຍການ OTC ທີ່ CCA ຄຸ້ມຄອງ. ຈຳນວນເງິນທີ່ບໍ່ຖືກນຳໃຊ້ບໍ່ສາມາດຍົກຍອດຈາກໄຕມາດຫນຶ່ງໄປສູ່ໄຕມາດຕໍ່ໄປໄດ້. ຖ້າຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຂອງລາຍການ OTC ທີ່ CCA ຄຸ້ມຄອງ ເກີນວົງເງິນຈຳກັດຜົນປະໂຫຍດປະຈຳໄຕມາດ $150 ຕໍ່ໄຕມາດ, ທ່ານຈະໄດ້ຮັບຜິດຊອບຄ່າໃຊ້ຈ່າຍເພີ່ມເຕີມນັ້ນ. ບັດຂອງທ່ານຈະໂຫຼດຄືນໃຫມ່ໂດຍອັດຕະໂນມັດພ້ອມກັບເງິນອຸດໜູນປະຈຳໄຕມາດໃນຕອນເລີ່ມຕົ້ນຂອງແຕ່ລະໄຕມາດປະຕິທິນ ໃນຂະນະທີ່ທ່ານຍັງມີສິດຢູ່. ນອກເຄືອຂ່າຍ ທ່ານຈ່າຍ $0 ສຳລັບລາຍການທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງສູງເຖິງ $150 ຕໍ່ໄຕມາດປະຕິທິນ. ຈຳນວນເງິນທີ່ບໍ່ຖືກນຳໃຊ້ບໍ່ສາມາດຍົກຍອດຈາກໄຕມາດຫນຶ່ງໄປສູ່ໄຕມາດຕໍ່ໄປໄດ້. ຖ້າຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຂອງລາຍການ OTC ທີ່ CCA ຄຸ້ມຄອງ ເກີນວົງເງິນຈຳກັດຜົນປະໂຫຍດປະຈຳໄຕມາດ $150 ຕໍ່ໄຕມາດປະຕິທິນ, ທ່ານຮັບຈະໄດ້ຜິດຊອບຄ່າໃຊ້ຈ່າຍເພີ່ມເຕີມນັ້ນ. ເພື່ອໃຫ້ໄດ້ຮັບການຊົດເຊີຍຄືນສຳລັບການຊື້ນອກເຄືອຂ່າຍ, ທ່ານຕ້ອງສົ່ງແບບຟອມການຊົດເຊີຍຄືນພ້ອມກັບໃບຮັບເງິນແລະຫຼັກຖານການຈ່າຍເງິນ. ເອກະສານອ້າງອີງພາກທີ 7 ສຳລັບລາຍລະອຽດຄົບຖ້ວນ ຫຼືໂທຫາຝ່າຍບໍລິການສະມາຊິກເພື່ອຂໍແບບຟອມການຈ່າຍຄືນ ຫຼືໄປທີ່ www.ccahealthri.org

ພາກທີ 4 ຕາຕະລາງສິດຜົນປະ�โຫຍດດ້ານການແພດ (ສິ່ງທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ ແລະ ສິ່ງທີ່ທ່ານລະຕ້ອງຈ່າຍ)

ການບໍລິການທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງສຳລັບທ່ານ	**ສິ່ງທີ່ທ່ານຕ້ອງຈ່າຍ** ໃນເວລາທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ ໃນເຄືອຂ່າຍ	**ສິ່ງທີ່ທ່ານຕ້ອງຈ່າຍ** ໃນເວລາທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ຢູ່ນອກເຄືອຂ່າຍ
ແລະ ເຄື່ອງໝາຍບໍລິການທັງໝົດເປັນຂອງເຈົ້າຂອງທີ່ກ່ຽວຂ້ອງ. ບໍ່ສາມາດເຂົ້າເຖິງເງິນສົດ ຫຼື ATM ໄດ້. ປະຕິບັດໄປຕາມຂໍ້ກຳນົດ ແລະ ເງື່ອນໄຂ, ຕິດຕໍ່ຫາຜູ້ໃຫ້ບໍລິການແຜນປະກັນຂອງທ່ານສຳລັບລາຍລະອຽດ.		

ພາກທີ 4 ຕາຕະລາງສິດຜົນປະໂຫຍດດ້ານການແພດ (ສິ່ງທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ ແລະ ສິ່ງທີ່ທ່ານຈະຕ້ອງຈ່າຍ)

ໂຄງການການດູແລແບບເບິ່ງແຍງໃກ້ຊິດ ການດູແລເບິ່ງແບບແຍງໃກ້ຊິດ ແມ່ນການດູແລທີ່ແນໃສ່ປັບປຸງຄຸນນະພາບຊີວິດຂອງຄົນທີ່ມີພະຍາດຮ້າຍແຮງ. ປະແພດຂອງການດູແລນີ້ແມ່ນສຸມໃສ່ການບັນເທົາອາການແລະຄວາມກົດດັນຂອງພະຍາດຮ້າຍແຮງ. ໃນເວລາທີ່ໄດ້ຮັບການດູແລແບບເບິ່ງແຍງໃກ້ຊິດ, ທ່ານຍັງສາມາດຮັບເອົາການປິ່ນປົວ ແລະ ການບຳບັດທີ່ມີເຈດຈຳນົງໃນການປັບປຸງ ຫຼື ການປິ່ນປົວບັນຫາສຸຂະພາບຂອງທ່ານ. ໂຄງການສາມາດຊ່ວຍທ່ານ: • ຊອກຫາການຫຼຸດຜ່ອນຄວາມເຈັບປວດ ຫຼື ອາການອື່ນໆ • ຈັດການບໍລິຫານການປິ່ນປົວຂອງທ່ານ • ທຳຄວາມເຂົ້າໃຈອາການເຈັບປ່ວຍຂອງທ່ານ ແລະ ສາເຫດຂອງການເຈັບປ່ວຍນັ້ນ • ລະບຸສິ່ງທີ່ສຳຄັນທີ່ສຸດສຳລັບທ່ານ • ຮັບເອົາການດູແລທີ່ຖືກຕ້ອງໃນເວລາທີ່ເໝາະສົມ • ສ້າງແຜນ ແລະ ການຕັດສິນໃຈ • ສື່ສານກັບຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງທ່ານ • ກຽມຄວາມພ້ອມສຳລັບຂັ້ນຕອນໃນອະນາຄົດ ເພື່ອຊອກຫາແພດໃຫ້ການປິ່ນປົວແບບເບິ່ງແຍງໃກ້ຊິດ, ກະລຸນາປຶກສາກັບຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດູແລປະຈຳ (PCP) ຂອງທ່ານ. ຖ້າມັນເປັນສິ່ງທີ່ຖືກຕ້ອງທີ່ທ່ານຈຳເປັນຕ້ອງມີ, ພວກເຂົາສາມາດຊ່ວຍທ່ານໃນການຊອກຫາແພດໃຫ້ການປິ່ນປົວແບບເບິ່ງແຍງໃກ້ຊິດ. ບໍ່ຈຳເປັນການອະນຸຍາດລ່ວງໜ້າ ສຳລັບການບໍລິການທີ່ສະໜອງໃຫ້ໂດຍໂຄງການການດູແລແບບເບິ່ງແຍງໃກ້ຊິດ CCA Health Rhode Island ຫຼືຈາກຜູ້ໃຫ້ບໍລິການເຄືອຂ່າຍ.	ຖ້າທ່ານໄດ້ຮັບການດູແລປະຄັບປະຄອງ, ແຕ່ບໍ່ແມ່ນການດູແລຢູ່ເຮືອນດູແລ, ທ່ານຈະມີຄ່າໃຊ້ຈ່າຍດ້ວຍຕົວເອງ. ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍເຫຼົ່ານີ້ຈະແຕກຕ່າງກັນໄປຕາມການບໍລິການທີ່ໄດ້ຮັບ. ຕົວຢ່າງ: ທ່ານສາມາດໄດ້ຮັບການປິ່ນປົວດ້ວຍການຟື້ນຟູຄົນເຈັບນອກ ຫຼື ອຸປະກອນທາງການແພດທີ່ທົນທານ (DME) ທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບການປິ່ນປົວແບບເບິ່ງແຍງໃກ້ຊິດຂອງທ່ານ ທ່ານຈະຮັບຜິດຊອບສ່ວນແບ່ງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຂອງທ່ານສຳລັບການບໍລິການເຫຼົ່ານັ້ນຕາມທີ່ລະບຸໄວ້ໃນລາຍລະອຽດສິດຜົນປະໂຫຍດສຳລັບການບໍລິການສະເພາະພາຍໃນຕາຕະລາງສິດຜົນປະໂຫຍດທາງການແພດ

ພາກທີ 4 ຕາຕະລາງສິດຜົນປະໂຫຍດດ້ານການແພດ (ສິ່ງທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ ແລະ ສິ່ງທີ່ທ່ານລະຕ້ອງຈ່າຍ)

ການບໍລິການທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງສຳລັບທ່ານ	**ສິ່ງທີ່ທ່ານຕ້ອງຈ່າຍ** ໃນເວລາທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ ໃນເຄືອຂ່າຍ	**ສິ່ງທີ່ທ່ານຕ້ອງຈ່າຍ** ໃນເວລາທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ຢູ່ນອກເຄືອຂ່າຍ
ການບໍລິການເຂົ້າໂຮງໝໍແບບບໍ່ເຕັມເວລາ ແລະ ການບໍລິການຄົນເຈັບ ພາຍນອກແບບເຂັ້ມຂຸ້ນ ການເຂົ້າໂຮງໝໍແບບເຄິ່ງມື້ ແມ່ນໂຄງການທີ່ມີໂຄງສ້າງຂອງການປິ່ນປົວທາງຈິດແບບແອັກຖິບທີ່ໃຫ້ເປັນບໍລິການຄົນເຈັບນອກໂຮງໝໍ ຫຼື ໂດຍສູນສຸຂະພາບຈິດຊຸມຊົນ, ເຊິ່ງມີຄວາມເຂັ້ມຂຸ້ນຫຼາຍກວ່າການດູແລທີ່ໄດ້ຮັບໃນຫ້ອງການຂອງຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ ຫຼື ນັກຈິດບຳບັດ ແລະ ເປັນທາງເລືອກໜຶ່ງນອກຈາກການເຂົ້າໂຮງໝໍແບບຄົນເຈັບໃນ. ການບໍລິການຄົນເຈັບນອກແບບສອງສາມມື້ຕໍ່ອາທິດ ແມ່ນໂຄງການທີ່ມີໂຄງສ້າງຂອງການປິ່ນປົວທາງດ້ານພຶດຕິກຳ (ຈິດ) ການປິ່ນປົວທີ່ສະໜອງໃຫ້ຢູ່ໃນພະແນກຄົນເຈັບນອກໂຮງໝໍ, ສູນສຸຂະພາບຈິດຊຸມຊົນ, ສູນສຸຂະພາບທີ່ມີຄຸນວຸດທິຂອງລັດຖະບານກາງ, ຫຼືຄລີນິກສຸຂະພາບຊົນນະບົດທີ່ເຂັ້ມງວດກວ່າການດູແລທີ່ໄດ້ຮັບໃນຂອງທ່ານ. ຫ້ອງການຂອງທ່ານຫມໍຫຼືຜູ້ປິ່ນປົວ ແຕ່ມີຄວາມເຂັ້ມງວດຫນ້ອຍກວ່າການເຂົ້າໂຮງຫມໍ ບາງສ່ວນ	ຈ່າຍຮ່ວມໃນເຄືອຂ່າຍ $50. ທ່ານຈ່າຍຈຳນວນນີ້ຈົນກ່ວາທ່ານຈະບັນລຸຈຳນວນສູງສຸດທີ່ຕ້ອງຈ່າຍດ້ວຍຕົນເອງ	ປະກັນໄພຮ່ວມນອກເຄືອຂ່າຍ 20%. ທ່ານຈ່າຍຈຳນວນນີ້ຈົນກ່ວາທ່ານຈະບັນລຸຈຳນວນສູງສຸດທີ່ຕ້ອງຈ່າຍດ້ວຍຕົນເອງ

ພາກທີ 4 ຕາຕະລາງສິດຜົນປະໂຫຍດດ້ານການແພດ (ສິ່ງທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ ແລະ ສິ່ງທີ່ທ່ານຈະຕ້ອງຈ່າຍ)

ການບໍລິການທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງສຳລັບທ່ານ	**ສິ່ງທີ່ທ່ານຕ້ອງຈ່າຍ** ໃນເວລາທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ ໃນເຄືອຂ່າຍ	**ສິ່ງທີ່ທ່ານຕ້ອງຈ່າຍ** ໃນເວລາທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ຢູ່ນອກເຄືອຂ່າຍ
ການບໍລິການຈາກແພດ/ຜູ້ປະກອບວິຊາຊີບ, ລວມທັງການເຂົ້າພົບຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ ບໍລິການທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງລວມມີ: • ການເບິ່ງແຍງດູແລທາງການແພດທີ່ຈຳເປັນ ຫຼື ການບໍລິການຜ່າຕັດທີ່ຖືກຈັດກຽມໃຫ້ໃນຫ້ອງການຂອງແພດ, ສູນຜ່າຕັດຄົນເຈັບນອກທີ່ໄດ້ຮັບການຮັບຮອງ, ພະແນກຄົນເຈັບນອກຂອງໂຮງໝໍ ຫຼື ສະຖານທີ່ອື່ນໆ • ການປຶກສາ, ການບົງມະຕິພະຍາດ ແລະ ການປິ່ນປົວຈາກຜູ້ຊ່ຽວຊານ • ການກວດການໄດ້ຍິນແລະການດຸ່ນດ່ຽງພື້ນຖານທີ່ປະຕິບັດໂດຍ PCP ຂອງທ່ານຫຼືຜູ້ຊ່ຽວຊານ, ຖ້າຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງທ່ານສັ່ງໃຫ້ເບິ່ງວ່າທ່ານຕ້ອງການການປິ່ນປົວທາງການແພດ. (ຕໍ່) **ການບໍລິການຈາກແພດ/ຜູ້ປະຕິບັດງານດ້ານການແພດ, ລວມທັງການເຂົ້າພົບຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ (ຕໍ່)**	**ການຢ້ຽມຢາມຜູ້ໃຫ້ການດູແລເບື້ອງຕົ້ນ:** ຈ່າຍຮ່ວມໃນເຄືອຂ່າຍ $0 ຕໍ່ຄັ້ງ **ການຢ້ຽມຢາມຂອງຜູ້ຊ່ຽວຊານ:** ຈ່າຍຮ່ວມໃນເຄືອຂ່າຍ $30 ຕໍ່ຄັ້ງ	**ການໄປຢ້ຽມຢາມຜູ້ໃຫ້ການດູແລເບື້ອງຕົ້ນ:** ປະກັນໄພຮ່ວມນອກເຄືອຂ່າຍ 20% ຕໍ່ຄັ້ງ **ການຢ້ຽມຢາມຂອງຜູ້ຊ່ຽວຊານ:** ຈ່າຍຮ່ວມ ນອກເຄືອຂ່າຍ $40 ຕໍ່ຄັ້ງ

ພາກທີ 4 ຕາຕະລາງສິດຜົນປະ�โຫຍດດ້ານການແພດ (ສິ່ງທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ ແລະ ສິ່ງທີ່ທ່ານລະຕ້ອງຈ່າຍ)

ການບໍລິການທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງສຳລັບທ່ານ	**ສິ່ງທີ່ທ່ານຕ້ອງຈ່າຍ** ໃນເວລາທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ ໃນເຄືອຂ່າຍ	**ສິ່ງທີ່ທ່ານຕ້ອງຈ່າຍ** ໃນເວລາທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ຢູ່ນອກເຄືອຂ່າຍ
• ການບໍລິການສຸຂະພາບທາງໄກ (ຄ້າຍຄືຕົວຈິງ) ບາງຢ່າງ, ລວມມີ: ການບໍລິການຈຳເປັນຮີບດ່ວນ; ການບໍລິການສຸຂະພາບຢູ່ເຮືອນ; ການບໍລິການແພດເບິ່ງແຍງດູແລປະຈຳ; ການບໍລິການກິດຈະກຳບຳບັດ; ການພົບດ້ວຍຕົວເອງສຳລັບການບໍລິການພິເສດດ້ານພຶດຕິກຳສຸຂະພາບ; ຜູ້ຊ່ຽວຊານການເບິ່ງແຍງດູແລສຸຂະພາບອື່ນໆ; ການພົບດ້ວຍຕົວເອງສຳລັບການບໍລິການພິເສດດ້ານຈິດຕະວິທະຍາ; ການປິ່ນປົວດ້ານຮ່າງກາຍ ແລະ ບໍລິການດ້ານການປາກເວົ້າ; ການເຂົ້າພົບຕົວຕໍ່ຕົວສຳລັບຄົນເຈັບນອກທີ່ໃຊ້ສານເສບຕິດ ທ່ານມີທາງເລືອກໃນການຮັບບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ຜ່ານການເຂົ້າພົບດ້ວຍຕົວເອງ ຫຼື ການກວດສຸຂະພາບທາງໄກ. ຖ້າທ່ານເລືອກທີ່ຈະຮັບເອົາຫນຶ່ງໃນການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ດ້ວຍການໃຊ້ບໍລິການສຸຂະພາບທາງໄກ, ທ່ານຕ້ອງໃຊ້ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການທີ່ໃຫ້ບໍລິການສຸຂະພາບທາງໄກໄດ້ . (ຕໍ່) **ການບໍລິການຈາກແພດ/ຜູ້ປະຕິບັດງານດ້ານການແພດ, ລວມທັງການເຂົ້າພົບຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ (ຕໍ່)** • ການບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບທາງໄກ ໃນການເຂົ້າພົບແພດສຳຫຼັບພະຍາດຫນາກໄຂ່ຫຼັງໄວຍະສຸດທ້າຍໃຫ້ກັບສະມາຊິກທີ່ຜອກໄຂ່ຫຼັງຢູ່ເຮືອ	**ການຍ້ຽມຍາມແລະການບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບ (ທາງໄກ):** ຈ່າຍຮ່ວມ $0 ສຳລັບການໄປຍ້ຽມຍາມຂອງ PCP ແບບສະເໝີອນຈິງ ຈ່າຍຮ່ວມ $30 ສຳລັບການເຂົ້າພົບຜູ້ຊ່ຽວຊານໃນເຄືອຂ່າຍແບບທາງໄກ ຕໍ່ຄັ້ງ	**ການຍ້ຽມຍາມແລະບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບທາງໄກ (ທາງໄກ):** ປະກັນໄພຮ່ວມນອກເຄືອຂ່າຍ20% ຕໍ່ຄັ້ງ ອີງຕາມປະເພດຜູ້ໃຫ້ບໍລິການປິ່ນປົວ ຫຼື ການບໍລິການ ທ່ານຈ່າຍຈຳນວນນີ້ຈົນກ່ວາທ່ານຈະບັນລຸຈຳນວນສູງສຸດທີ່ຕ້ອງຈ່າຍດ້ວຍຕົນເອງ

ພາກທີ 4 ຕາຕະລາງສິດຜົນປະໂຫຍດດ້ານການແພດ (ສິ່ງທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ ແລະ ສິ່ງທີ່ທ່ານຈະຕ້ອງຈ່າຍ)

ການບໍລິການທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງສຳລັບທ່ານ	**ສິ່ງທີ່ທ່ານຕ້ອງຈ່າຍ** ໃນເວລາທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ ໃນເຄືອຂ່າຍ	**ສິ່ງທີ່ທ່ານຕ້ອງຈ່າຍ** ໃນເວລາທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ຢູ່ນອກເຄືອຂ່າຍ

ນ ຫຼື ສູນໄຂ່ຫຼັງໃນໂຮງໝໍ, ພະແນກລ້ຳໄຂ່ຫຼັງ ຫຼື ເຮືອນຂອງສະມາຊິກ
• ການບໍລິການກວດສຸຂະພາບທາງໄກເພື່ອບົ່ງມະຕິ, ປະເມີນຜົນ ຫຼື ປິ່ນປົວອາການຫຼອດເລືອດໃນສະໝອງແຕກ, ບໍ່ວ່າທ່ານຈະຢູ່ໃສກໍ່ຕາມ
• ການບໍລິການກວດສຸຂະພາບທາງໄກສຳລັບສະມາຊິກທີ່ມີຄວາມຜິດປົກກະຕິໃນການໃຊ້ສານເສບຕິດ ຫຼື ການເກີດຂຶ້ນຮ່ວມກັນຂອງຄວາມຜິດປົກກະຕິດ້ານສຸຂະພາບຈິດ, ບໍ່ວ່າພວກເຂົາຈະຢູ່ໃສກໍ່ຕາມ
• ການບໍລິການກວດສຸຂະພາບທາງໄກສຳລັບການບົ່ງມະຕິ, ການປະເມີນຜົນ ແລະ ການປິ່ນປົວສຸຂະພາບຈິດຕິກຳ ຖ້າ:
  ○ ທ່ານໄດ້ກວດເຊື່ອງໜ້າພາຍໃນ 6 ເດືອນ ກ່ອນການກວດສຸຂະພາບທາງໄກຄັ້ງທຳອິດຂອງທ່ານ
  ○ ທ່ານໄດ້ກວດເຊື່ອງໜ້າພາຍໃນ 12 ເດືອນ ໃນຂະນະທີ່ຮັບການກວດສຸຂະພາບທາງໄກເຫຼົ່ານີ້
(ຕໍ່)
ການບໍລິການລາກແພດ/ຜູ້ປະຕິບັດງານດ້ານການແພດ, ລວມທັງການເຂົ້າພົບຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ (ຕໍ່)
  ○ ສາມາດມີຂໍ້ຂໍ້ຍົກເວັ້ນຂ້າງເທິງນີ້ໄດ້ໃນບາງກໍລະນີ
ການບໍລິການກວດສຸຂະພາບທາງໄກສຳລັບການກວດສຸຂະພາບຈິດຕິກຳທີ່ໃຫ້ບໍລິການໂດຍຄລີນິກສຸຂະພາບທ້ອງຖິ່ນ ແລະ ສູນສຸຂະພາບທີ່ມີຄຸນສົມບັດຕາມລັດຖະບານກາງ
	ການຄຸ້ມຄອງ ການບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບທາງໄກ ລວມທັງ Teladoc ສຳລັບຢາທ້ອໄປ ແລະສຸຂະພາບພຶດຕິກຳ
	
	ທ່ານຈ່າຍຈຳນວນນີ້ຈົນກ່ວາທ່ານຈະບັນລຸຈຳນວນສູງສຸດທີ່ຕ້ອງຈ່າຍດ້ວຍຕົນເອງ	

ພາກທີ 4 ຕາຕະລາງສິດຜົນປະໂຫຍດດ້ານການແພດ (ສິ່ງທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ ແລະ ສິ່ງທີ່ທ່ານລະຕ້ອງຈ່າຍ)

ການບໍລິການທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງສຳລັບທ່ານ	**ສິ່ງທີ່ທ່ານຕ້ອງຈ່າຍ** ໃນເວລາທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ ໃນເຄືອຂ່າຍ	**ສິ່ງທີ່ທ່ານຕ້ອງຈ່າຍ** ໃນເວລາທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ຢູ່ນອກເຄືອຂ່າຍ
• ການລົງທະບຽນເຂົ້າພົບເໝືອຈົງ (ຕົວຢ່າງ: ທາງໂທລະສັບ ຫຼື ທາງຂໍ້ຄວາມວິດີໂອ) ກັບຜູ້ໃຫ້ບໍລິການສຸຂະພາບຂອງທ່ານເປັນເວລາ 5-10 ນາທີ **ຖ້າ**: ○ ທ່ານບໍ່ແມ່ນຄົນເຈັບໃໝ່ **ແລະ** ○ ການລົງທະບຽນບໍ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບການເຂົ້າພົບໝໍໃນຫ້ອງການໃນໄລຍະ 7 ມື້ທີ່ຜ່ານມາ **ແລະ** ○ ການລົງທະບຽນບໍ່ໄດ້ນຳໄປສູ່ການເຂົ້າພົບໝໍໃນຫ້ອງການພາຍໃນ 24 ຊົ່ວໂມງ ຫຼື ການໄດ້ມື້ນັດທີ່ໄວທີ່ສຸດ • ການປະເມີນຜົນວິດີໂອ ແລະ/ຫຼື ຮູບພາບທີ່ທ່ານສົ່ງໃຫ້ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການສຸຂະພາບຂອງທ່ານ ແລະ ການຕີຄວາມໝາຍ ແລະ ການຕິດຕາມຜົນໂດຍຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງທ່ານ ພາຍໃນ 24 ຊົ່ວໂມງ, **ຖ້າ**: ○ ທ່ານບໍ່ແມ່ນຄົນເຈັບໃໝ່ **ແລະ** (ຕໍ່) **ການບໍລິການຈາກແພດ/ຜູ້ປະຕິບັດງານດ້ານການແພດ, ລວມທັງການເຂົ້າພົບຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ (ຕໍ່)** ○ ການປະເມີນຜົນບໍ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບການເຂົ້າພົບໝໍໃນຫ້ອງການໃນໄລຍະ 7 ມື້ທີ່ຜ່ານມາ **ແລະ** ○ ການປະເມີນຜົນບໍ່ໄດ້ນຳໄປສູ່ການເຂົ້າພົບໝໍໃນຫ້ອງການພາຍໃນ 24 ຊົ່ວໂມງ ຫຼື ການໄດ້ມື້ນັດທີ່ໄວທີ່ສຸດ • ປຶກສາຫາລືກັບຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດູແລສຸຂະພາບຂອງທ່ານກັບຜູ້ໃຫ້ບໍລິການອື່ນທາງໂທລະສັບ, ອິນເຕີເນັດ ຫຼື ບັນທຶກສຸຂະພາບທາງອີເລັກໂທຣນິກ		

ພາກທີ 4 ຕາຕະລາງສິດຜົນປະໂຫຍດດ້ານການແພດ (ສິ່ງທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ ແລະ ສິ່ງທີ່ທ່ານລະຕ້ອງຈ່າຍ)

ການບໍລິການທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງສຳລັບທ່ານ	**ສິ່ງທີ່ທ່ານຕ້ອງຈ່າຍ** ໃນເວລາທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ ໃນເຄືອຂ່າຍ	**ສິ່ງທີ່ທ່ານຕ້ອງຈ່າຍ** ໃນເວລາທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ຢູ່ນອກເຄືອຂ່າຍ
• ຄວາມເຫັນທີສອງ ກ່ອນການຜ່າຕັດ • ການປິ່ນປົວດ້ານທັນຕະກຳແບບບໍ່ປົກກະຕິ (ການບໍລິການທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງແມ່ນຈຳກັດທີ່ການຜ່າຕັດການ ຫຼື ໂຄງສ້າງທີ່ກ່ຽວຂ້ອງ, ການຫັກຂອງການ ຫຼື ກະດູກໃບຫນ້າ, ການຫຼົກແຂ້ວເພື່ອກຽມການໃຫ້ພ້ອມສຳລັບການປິ່ນປົວດ້ວຍລັງສີສຳລັບພະຍາດມະເຮັງເນື້ອງອກ ຫຼື ການບໍລິການທີ່ອາດຈະໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງໃນເວລາທີ່ທ່ານຫມໍໃຫ້ບໍລິການ)		
ການບໍລິການປິ່ນປົວພະຍາດຕີນ ບໍລິການທີ່ໄດ້ມີການຄຸ້ມຄອງ ລວມມີການຍ້ຽມຍາມແບບບໍ່ຈຳກັດສຳລັບ: • ການວິນິໄສ ແລະ ການປິ່ນປົວ ຫຼື ດ້ວຍການຜ່າຕັດທາງການແພດ ສຳລັບການບາດເຈັບ ແ ລະ ພະຍາດທີ່ເກີດຢູ່ຕີນ (ເຊັ່ນ: ນິ້ວຕີນງໍ່ຜິດປົກກະຕິ ຫຼື ກະດູກງໍ່ບໍລິເວນສົ້ນຫນ່ອງ). • ການດູແລຕີນເປັນປົກກະຕິສຳລັບສະມາຊິທີ່ມີບັນຫາບາງຢ່າງທີ່ສົ່ງຜົນກະທົບຕໍ່ແຂນຂາຊ່ວງລຸ່ມ • ການປິ່ນປົວຕີນເພື່ອການປ້ອງກັນ, ເຊັ່ນການຕັດນໍ, ຂີ້ກະຕອດ, ຫນັງດ້ານ ຫຼື ເລັບ. ***ຕ້ອງໄດ້ຮັບອະນຸຍາດກ່ອນ***	**ການດູແລຕີນປົກກະຕິ:** ຈ່າຍຮ່ວມໃນເຄືອຂ່າຍ $30 ໃນເຄືອຂ່າຍ ຕໍ່ຄັ້ງ **ການກວດ ແລະ ປິ່ນປົວຕີນ:** ຈ່າຍຮ່ວມ $30 ຕໍ່ຄັ້ງ ທ່ານຈ່າຍຈຳນວນນີ້ຈົນກ່ວາທ່ານຈະບັນລຸຈຳນວນສູງສຸດທີ່ຕ້ອງຈ່າຍດ້ວຍຕົນເອງ	**ການດູແລຕີນແບບປົກກະຕິ:** ປະກັນໄພຮ່ວມນອກເຄືອຂ່າຍ 20% ຕໍ່ຄັ້ງ **ການກວດແລະການປິ່ນປົວຕີນ:** ປະກັນໄພຮ່ວມນອກເຄືອຂ່າຍ 20% ຕໍ່ຄັ້ງ ທ່ານຈ່າຍຈຳນວນນີ້ຈົນກ່ວາທ່ານຈະບັນລຸຈຳນວນສູງສຸດທີ່ຕ້ອງຈ່າຍດ້ວຍຕົນເອງ

ພາກທີ 4 ຕາຕະລາງສິດຜົນປະໂຫຍດດ້ານການແພດ (ສິ່ງທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ ແລະ ສິ່ງທີ່ທ່ານລະຕ້ອງຈ່າຍ)

ການບໍລິການທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງສຳລັບທ່ານ	**ສິ່ງທີ່ທ່ານຕ້ອງຈ່າຍ** ໃນເວລາທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ ໃນເຄືອຂ່າຍ	**ສິ່ງທີ່ທ່ານຕ້ອງຈ່າຍ** ໃນເວລາທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ຢູ່ນອກເຄືອຂ່າຍ
ອາຫານຫຼັງການປິ່ນປົວ/ການຟື້ນຟູ ສະມາຊິກມີສິດຮັບອາຫານ 14 ຄາບ, ສູງສຸດ 7 ມື້,ພາຍຫຼັງອອກຈາກໂຮງໝໍແຕ່ລະຄັ້ງ. ສະມາຊິກບໍ່ຈຳກັດອາຫານຕາມຈຳນວນທີ່ກຳນົດໄວ້ຂອງການເຂົ້າໂຮງຫມໍ. ***ຕ້ອງໄດ້ຮັບອະນຸຍາດກ່ອນ***	ອາຫານ 14 ຄາບ ເປັນເວລາ 7 ມື້ ຕໍ່ ການອອກໂຮງໝໍໃນເຄືອຂ່າຍ ໂດຍໃຊ້ການບໍລິການຈາກຜູ້ສະໜອງທີ່ແຜນປະກັນອະນຸມັດ	ບໍ່ໃຫ້ການຄຸ້ມຄອງ
🍎 **ການກວດຄັດກອງມະເຮັງຕ່ອມລູກໝາກ** ສຳລັບຜູ້ຊາຍ ທີ່ມີອາຍຸ 50 ປີຂຶ້ນໄປ, ການບໍລິການທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ ທຸກໆ 12 ເດືອນ ລວມມີດັ່ງຕໍ່ໄປນີ້: • ການກວດຮູທະວານທາງດິຈິຕອນ • ການກວດແອນຕິເຈນສະເພາະຕ່ອມລູກໝາກ (PSA)	ບໍ່ມີປະກັນໄພຮ່ວມ, ການຈ່າຍຮ່ວມ ຫຼື ສ່ວນຫັກອອກສຳລັບການກວດ PSA ປະຈຳປີ ການກວດຮູທະວານທາງດິຈິຕອລ: ຈ່າຍຮ່ວມໃນເຄືອຂ່າຍ $0 ທ່ານຈ່າຍຈຳນວນນີ້ຈົນກ່ວາທ່ານຈະບັນລຸຈຳນວນສູງສຸດທີ່ຕ້ອງຈ່າຍດ້ວຍຕົນເອງ	ຈ່າຍຮ່ວມນອກເຄືອຂ່າຍ $0 ການກວດຮູທະວານດິຈິຕອລ: ປະກັນໄພຮ່ວມນອກເຄືອຂ່າຍ 20% ທ່ານຈ່າຍຈຳນວນນີ້ຈົນກ່ວາທ່ານຈະບັນລຸຈຳນວນສູງສຸດທີ່ຕ້ອງຈ່າຍດ້ວຍຕົນເອງ

ພາກທີ 4 ຕາຕະລາງສິດຜົນປະໂຫຍດດ້ານການແພດ (ສິ່ງທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ ແລະ ສິ່ງທີ່ທ່ານລະຕ້ອງຈ່າຍ)

ການບໍລິການທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງສຳລັບທ່ານ	**ສິ່ງທີ່ທ່ານຕ້ອງຈ່າຍ** ໃນເວລາທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ ໃນເຄືອຂ່າຍ	**ສິ່ງທີ່ທ່ານຕ້ອງຈ່າຍ** ໃນເວລາທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ຢູ່ນອກເຄືອຂ່າຍ
ອຸປະກອນອະໄວຍະວະທຽມ ແລະ ເຄື່ອງມືທີ່ກ່ຽວຂ້ອງ ອຸປະກອນ (ນອກເໜືອຈາກທາງທັນຕະກຳ) ທີ່ປ່ຽນແທນບາງສ່ວນຂອງຮ່າງກາຍ ຫຼື ການເຮັດວຽກຂອງຮ່າງກາຍບາງສ່ວນ ຫຼື ທັງໝົດ. ສິ່ງເຫຼົ່ານີ້ລວມມີ, ແຕ່ບໍ່ຈຳກັດທີ່: ຖົງໂຄລອສໂຕມີ ແລະ ອຸປະກອນທີ່ກ່ຽວຂ້ອງໂດຍກົງກັບການປິ່ນປົວໂຄລອສໂຕມີ, ເຄື່ອງກະຕຸ້ນຫົວໃຈ, ການຈັດແຂ້ວ, ເກີບສ່ວນເສີມ, ແຂນຂາທຽມ ແລະ ເຕົ້ານົມທຽມ (ລວມທັງເສື້ອຊ້ອນການຜ່າຕັດຫຼັງຈາກການຜ່າຕັດມະເຮັງເຕົ້ານົມ). ລວມມີ ອຸປະກອນບາງຢ່າງທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບອຸປະກອນເສີມ ແລະ ການສ້ອມແປງ ແລະ/ຫຼື ການປ່ຽນແທນອຸປະກອນເສີມ. ນອກນັ້ນຍັງລວມເອົາການຄຸ້ມຄອງບາງສ່ວນຫຼັງຈາກການລອກຕາຂຸ້ນ ຫຼື ການຜ່າຕັດຕາຕໍ້ - ເບິ່ງ ການດູແລສາຍຕາ ພາຍຫຼັງໃນຂໍ້ນີ້ສຳລັບລາຍລະອຽດເພີ່ມເຕີມ. ***ຕ້ອງໄດ້ຮັບອະນຸຍາດກ່ອນ***	**ອະໄວຍະວະທຽມ (ເຊັ່ນ: ເຄື່ອງດັດແຂ້ວ, ແຂນຂາທຽມ):** ປະກັນໄພຮ່ວມ20% **ອະໄວຍະວະທຽມ:** ປະກັນໄພຮ່ວມ 20% ທ່ານຈ່າຍຈຳນວນນີ້ຈົນກ່ວາທ່ານຈະບັນລຸຈຳນວນສູງສຸດທີ່ຕ້ອງຈ່າຍດ້ວຍຕົນເອງ	**ອະໄວຍະວະທຽມ (ເຊັ່ນ: ເຄື່ອງດັດແຂ້ວ, ແຂນຂາທຽມ):** ປະກັນໄພຮ່ວມ20% **ອະໄວຍະວະທຽມ:** ການປະກັນໄພຮ່ວມຂອງເຄືອຂ່າຍ 20% ທ່ານຈ່າຍຈຳນວນນີ້ຈົນກ່ວາທ່ານຈະບັນລຸຈຳນວນສູງສຸດທີ່ຕ້ອງຈ່າຍດ້ວຍຕົນເອງ
ການບໍລິການຟື້ນຟູປອດ ໂປຣແກຣມການຟື້ນຟູປອດແບບຄົບວົງຈອນແມ່ນໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງສຳລັບສະມາຊິກທີ່ເປັນພະຍາດປອດອຸດຕັນຊຳເຮື້ອລະດັບປານກາງຫາຮຸນແຮງ (COPD) ແລະ ຄຳສັ່ງສຳລັບການຟື້ນຟູປອດຈາກຜູ້ໃຫ້ບໍລິການສຸຂະພາບໃນການປິ່ນປົວພະຍາດລະບົບທາງເດີນຫາຍໃຈຊຳເຮື້ອ. ***ຕ້ອງໄດ້ຮັບອະນຸຍາດກ່ອນ***	**ການຟື້ນຟູປອດ:** ຈ່າຍຮ່ວມໃນເຄືອຂ່າຍ $0	**ການຟື້ນຟູປອດ:** ປະກັນໄພຮ່ວມນອກເຄືອຂ່າຍ 20% ຕໍ່ການຍ້ຽມຍາມ ທ່ານຈ່າຍຈຳນວນນີ້ຈົນກ່ວາທ່ານຈະບັນລຸຈຳນວນສູງສຸດທີ່ຕ້ອງຈ່າຍດ້ວຍຕົນເອງ

ພາກທີ 4 ຕາຕະລາງສິດຜົນປະໂຫຍດດ້ານການແພດ (ສິ່ງທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ ແລະ ສິ່ງທີ່ທ່ານລະຕ້ອງຈ່າຍ)

ການບໍລິການທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງສຳລັບທ່ານ	**ສິ່ງທີ່ທ່ານຕ້ອງຈ່າຍ** ໃນເວລາທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ ໃນເຄືອຂ່າຍ	**ສິ່ງທີ່ທ່ານຕ້ອງຈ່າຍ** ໃນເວລາທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ຢູ່ນອກເຄືອຂ່າຍ
ການກວດຄັດກອງ ແລະ ການໃຫ້ຄຳປຶກສາກ່ຽວກັບການຫຼຸດຜ່ອນການນຳໃຊ້ເຫຼົ້າໃນທາງທີ່ຜິດ ພວກເຮົາໃຫ້ການຄຸ້ມຄອງການກວດຄັດກອງການໃຊ້ເຫຼົ້າໃນທາງທີ່ຜິດສຳລັບຜູ້ໃຫຍ່ທີ່ມີ Medicare (ລວມທັງຜູ້ຍິງຖືພາ) ຜູ້ທີ່ນຳໃຊ້ເຫຼົ້າໃນທາງທີ່ຜິດ ແຕ່ບໍ່ຕິດເຫຼົ້າ. ຖ້າທ່ານຜົນກວດຄັດກອງເປັນບວກສຳລັບການໃຊ້ເຫຼົ້າໃນທາງທີ່ຜິດ, ທ່ານສາມາດຮັບເອົາການປຶກສາແບບເຊິ່ງໜ້າສູງສຸດເຖິງ 4 ຄັ້ງຕໍ່ປີ (ຖ້າທ່ານມີຄວາມສາມາດ ແລະ ຕື່ນຕົວໃນລະຫວ່າງການໃຫ້ຄຳປຶກສາ) ທີ່ໃຫ້ບໍລິການໂດຍຜູ້ໃຫ້ບໍລິການສຸຂະພາບປະຈຳ ຫຼື ແພດໃນສະຖານທີ່ດູແລປະຈຳ.	ບໍ່ມີປະກັນໄພຮ່ວມ, ການຮ່ວມຈ່າຍ ຫຼື ສ່ວນຫຼຸດສຳລັບຜົນປະ�โຫຍດການກວດຄັດກອງ ແລະ ການປຶກສາທີ່ຄຸ້ມຄອງໂດຍ Medicare ເພື່ອຫຼຸດຜົນປະโຫຍດການປ້ອງກັນການໃຊ້ເຫຼົ້າຢ່າງບໍ່ຖືກຕ້ອງ	ຈ່າຍຮ່ວມນອກເຄືອຂ່າຍ $0 ຕໍ່ຄັ້ງ

ພາກທີ 4 ຕາຕະລາງສິດຜົນປະໂຫຍດດ້ານການແພດ (ສິ່ງທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ ແລະ ສິ່ງທີ່ທ່ານຈະຕ້ອງຈ່າຍ)

ການກວດຄັດກອງສຳລັບມະເຮັງປອດດ້ວຍ ວິທີສ່ອງລັງສີໂດສຕ່ຳ (LDCT) ສຳລັບບຸກຄົນທີ່ມີຄຸນສົມບັດ, LDCT ມີການຄຸ້ມຄອງ ທຸກໆ 12 ເດືອນ. **ສະມາຊິກທີ່ມີສິດແມ່ນ:** ຄົນທີ່ອາຍຸ 50 – 77 ປີ ຜູ້ທີ່ບໍ່ມີສັນຍານ ຫຼື ອາການຂອງມະເຮັງປອດ, ແຕ່ມີປະຫວັດການສູບຢາຢ່າງຫນ້ອຍ 20 ຊອງຕໍ່ປີ ແລະ ຜູ້ທີ່ກຳລັງສູບຢາ ຫຼື ໄດ້ເຊົາສູບຢາພາຍໃນ 15 ປີທີ່ຜ່ານມາ, ຜູ້ທີ່ໄດ້ຮັບຄຳສັ່ງເປັນລາຍລັກອັກສອນສຳລັບ LDCT ໃນໄລຍະການປຶກສາການກວດຄັດກອງມະເຮັງປອດ ແລະ ການເຂົ້າພົບແພດເພື່ອການຕັດສິນໃຈທີ່ບັນລຸຕາມເງື່ອນໄຂຂອງ Medicare ສຳລັບການເຂົ້າພົບດັ່ງກ່າວ ແລະ ໄດ້ກະກຽມໂດຍແພດ ຫຼື ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການທີ່ບໍ່ແມ່ນແພດຜູ້ປະຕິບັດວິຊາຊີບແຕ່ມີໃບຮັບຮອງ. *ສຳລັບການກວດຄັດກອງມະເຮັງປອດດ້ວຍ* LDCT *ຫຼັງຈາກວິເຄາະການກວດຄັດກອງ LDCT:* ສະມາຊິກຕ້ອງໄດ້ຮັບຄຳສັ່ງເປັນລາຍລັກອັກສອນເພື່ອການກວດຄັດກອງມະເຮັງປອດ LDCT, ເຊິ່ງອາດຈະກະກຽມໃນໄລຍະການເຂົ້າພົບກັບແພດ ຫຼື ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການທີ່ບໍ່ແມ່ນແພດແຕ່ມີຄຸນວຸດທິພຽງພໍ. ຖ້າແພດ ຫຼື ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການທີ່ບໍ່ແມ່ນແພດມີຄຸນວຸດທິພຽງພໍຜູ້ທີ່ໄດ້ຮັບເລືອກເພື່ອໃຫ້ຄຳປຶກສາດ້ານການກວດຄັດກອງມະເຮັງປອດ ແລະ ເຂົ້າພົບປະເພື່ອຕັດສິນໃຈຮ່ວມກັນສຳລັບການກວດຄັດກອງມະເຮັງປອດຄັ້ງຕໍ່ໄປດ້ວຍ LDCT, ການໄປພົບຕ້ອງບັນລຸຕາມເກນກຳນົດຂອງ Medicare ສຳລັບການພົບດັ່ງກ່າວ.	ບໍ່ມີປະກັນໄພຮ່ວມ, ການຈ່າຍຮ່ວມ ຫຼື ສ່ວນຫັກອອກສຳລັບການປຶກສາ ແລະ ການໄປພົບເພື່ອຮ່ວມຕັດສິນໃຈຮ່ວມກັນ ຫຼື ສຳລັບ LDCT ທີ່ຄຸ້ມຄອງໂດຍ Medicare	ຈ່າຍຮ່ວມນອກເຄືອຂ່າຍ $0 ທ່ານຈ່າຍຈຳນວນນີ້ຈົນກ່ວາທ່ານຈະບັນລຸຈຳນວນສູງສຸດທີ່ຕ້ອງຈ່າຍດ້ວຍຕົນເອງ

ພາກທີ 4 ຕາຕະລາງສິດຜົນປະໂຫຍດດ້ານການແພດ (ສິ່ງທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ ແລະ ສິ່ງທີ່ທ່ານລະຕ້ອງຈ່າຍ)

ການບໍລິການທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງສຳລັບທ່ານ	**ສິ່ງທີ່ທ່ານຕ້ອງຈ່າຍ** ໃນເວລາທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ ໃນເຄືອຂ່າຍ	**ສິ່ງທີ່ທ່ານຕ້ອງຈ່າຍ** ໃນເວລາທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ຢູ່ນອກເຄືອຂ່າຍ
ການກວດຄັດກອງສຳລັບການຕິດເຊື້ອທາງແພດສຳພັນ (STIs) ແລະ ການໃຫ້ຄຳປຶກສາເພື່ອປ້ອງກັນ STIs ພວກເຮົາໃຫ້ການຄຸ້ມຄອງການກວດຄັດການການຕິດເຊື້ອທາງເພດສຳພັນ (STI) ສຳລັບພະຍາດຫນອງໃນທຽມ, ຫນອງໃນ, ຊິຟິລິສ ແລະ ໄວຣັສຕັບອັກເສບບີ. ການກວດຄັດກອງເຫຼົ່ານີ້ມີການຄຸ້ມຄອງສຳລັບຜູ້ຍິງຖືພາ ແລະ ບາງຄົນທີ່ມີຄວາມສ່ຽງສູງຕໍ່ການຕິດເຊື້ອທາງເພດ STI ເມື່ອການກວດເບັນຄຳສັ່ງຂອງຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດູແລປະຈຳ. ພວກເຮົາໃຫ້ການຄຸ້ມຄອງການກວດເຫຼົ່ານີ້ຫນຶ່ງຄັ້ງທຸກໆ 12 ເດືອນ ຫຼື ບາງເວລາໃນຊ່ວງການຖືພາ. ພວກເຮົາໃຫ້ການຍັງຄຸ້ມຄອງສູງສຸດເຖິງ 2 ຄົນພາຍໃນ 20 ຫາ 30 ນາທີ, ການໃຫ້ຄຳປຶກສາສຸຂະພາບພຶດຕິກຳແບບລະອຽດຖີ່ຖ້ວນແບບເຊິ່ງຫນ້າ ໃນແຕ່ລະປີສຳລັບຜູ້ໃຫຍ່ທີ່ມີເພດສຳພັນເຊິ່ງມີຄວາມສ່ຽງ STI ສູງ. ພວກເຮົາຈະຄຸ້ມຄອງພຽງແຕ່ຈຸດໃຫ້ຄຳປຶກສາເຫຼົ່ານີ້ ເປັນການບໍລິການປ້ອງກັນຖ້າພວກເຂົາສະຫນອງໃຫ້ໂດຍຜູ້ໃຫ້ບໍລິການປະຖົມພະຍາບານ ແລະດຳເນີນຢູ່ໃນສະຖານທີ່ປະຖົມດູແລ ເຊັ່ນ: ຫ້ອງການຂອງທ່ານຫມໍ	ບໍ່ມີປະກັນໄພຮ່ວມ, ການຈ່າຍຮ່ວມ ຫຼື ສ່ວນຫັກອອກສຳລັບຜົນປະ�โຫຍດການກວດຄັດກອງ STI ແລະ ການປຶກສາຜົນປະໂຫຍດການປ້ອງກັນ STI ທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງໂດຍ Medicare	ຈ່າຍຮ່ວມນອກເຄືອຂ່າຍ $0

ພາກທີ 4 ຕາຕະລາງສິດຜົນປະໂຫຍດດ້ານການແພດ (ສິ່ງທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ ແລະ ສິ່ງທີ່ທ່ານຈະຕ້ອງຈ່າຍ)

ການບໍລິການເພື່ອປິ່ນປົວພະຍາດໄຂ່ຫຼັງ ບໍລິການທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງລວມມີ: • ການບໍລິການໃຫ້ຄວາມຮູ້ກ່ຽວກັບພະຍາດໄຂ່ຫຼັງເພື່ອສອນການດູແລໄຂ່ຫຼັງ ແລະ ຊ່ວຍສະມາຊິກມີທຳການຕັດສິນໃຈຢ່າງຂອບຄອບໃນການດູແລຂອງພວກເຂົາ. ສຳລັບສະມາຊິກທີ່ເປັນພະຍາດໄຂ່ຫຼັງຈຳເຮື້ອຂັ້ນ IV ໃນເວລາທີ່ມີການສົ່ງຕໍ່ໂດຍຜູ້ໃຫ້ບໍລິການສຸຂະພາບຂອງພວກເຂົາ, ພວກເຮົາຄຸ້ມຄອງການບໍລິການໃຫ້ຄວາມຮູ້ດ້ານພະຍາດໄຂ່ຫຼັງສູງສຸດເຖິງຫົກຄັ້ງຕໍ່ຊ່ວງຊີວິດ • ການຜອກໄຂ່ຫຼັງຄົນເຈັບນອກ (ລວມທັງການການຜອກໄຂ່ຫຼັງໃນເວລາທີ່ຢູ່ນອກພື້ນທີ່ການບໍລິການເປັນການຊົ່ວຄາວ, ດັ່ງທີ່ໄດ້ອະທິບາຍໄວ້ໃນພາກທີ 3 ຫຼື ໃນເວລາທີ່ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງທ່ານຂອງການບໍລິການນີ້ແມ່ນບໍ່ຫວ່າງ ຫຼື ບໍ່ສາມາດເຂົ້າເຖິງໄດ້ເປັນການຊົ່ວຄາວ) • ການຜອກໄຂ່ຫຼັງຄົນເຈັບໃນ (ຖ້າທ່ານເຂົ້າໂຮງໝໍເປັນຄົນເຈັບໃນເພື່ອຮັບການດູແລພິເສດ) • ການຝຶກອົບຮົມການຜອກໄຂ່ຫຼັງດ້ວຍຕົນເອງ (ລວມທັງການຝຶກອົບຮົມໃຫ້ກັບທ່ານ ແລະ ຜູ້ທີ່ຈະຊ່ວຍທ່ານໃນການຜອກໄຂ່ຫຼັງຢູ່ເຮືອນຂອງທ່ານ) • ອຸປະກອນ ແລະ ເຄື່ອງມືການຜອກໄຂ່ຫຼັງ ຢູ່ເຮືອນ • ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອຢູ່ເຮືອນບາງຢ່າງ (ເຊັ່ນ: ເມື່ອຈຳເປັນ, ການພົບໂດຍພະນັກງານຜອກໄຂ່ຫຼັງ ທີ່ໄດ້ຮັບການຝຶກອົບຮົມເພື່ອກວດເບິ່ງການຜອກໄຂ່ຫຼັງຢູ່ເຮືອນຂອງທ່ານ, ເພື່ອຊ່ວຍໃນເຫດການສຸກເສີນ ແລະ ກວດອຸປະກອນຜອກໄຂ່ຫຼັງຂອງທ່ານ ແລະ ນ້ຳປະປາ)	**ເຊົ່າອຸປະກອນຜອກໝາກໄຂ່ຫຼັງ:** ປະກັນໄພຮ່ວມໃນເຄືອຂ່າຍ 20% **ການສຶກສາພະຍາດຫມາກໄຂ່ຫຼັງ:** ຈ່າຍຮ່ວມໃນເຄືອຂ່າຍ $0 ທ່ານຈ່າຍຈຳນວນນີ້ຈົນກ່ວາທ່ານຈະບັນລຸຈຳນວນສູງສຸດທີ່ຕ້ອງຈ່າຍດ້ວຍຕົນເອງ	**ເຊົ່າອຸປະກອນຜອກໝາກໄຂ່ຫຼັງ:** ປະກັນໄພຮ່ວມນອກເຄືອຂ່າຍ 20% **ການສຶກສາພະຍາດຫມາກໄຂ່ຫຼັງ:** ປະກັນໄພຮ່ວມນອກເຄືອຂ່າຍ 20% ທ່ານຈ່າຍຈຳນວນນີ້ຈົນກ່ວາທ່ານຈະບັນລຸຈຳນວນສູງສຸດທີ່ຕ້ອງຈ່າຍດ້ວຍຕົນເອງ

ພາກທີ 4 ຕາຕະລາງສິດຜົນປະໂຫຍດດ້ານການແພດ (ສິ່ງທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ ແລະ ສິ່ງທີ່ທ່ານລະຕ້ອງຈ່າຍ)

ການບໍລິການທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງສຳລັບທ່ານ	**ສິ່ງທີ່ທ່ານຕ້ອງຈ່າຍ** ໃນເວລາທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ ໃນເຄືອຂ່າຍ	**ສິ່ງທີ່ທ່ານຕ້ອງຈ່າຍ** ໃນເວລາທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ຢູ່ນອກເຄືອຂ່າຍ
ຢາບາງຢ່າງສຳລັບການຜອກໄຂ່ ຫຼັງແມ່ນໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງພາຍໃຕ້ຜົນປະໂຫຍດຢາ Medicare ພາກ B ຂອງທ່ານ. ສຳລັບຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບການຄຸ້ມຄອງຢາ ພາກ B, ກະລຸນາໄປທີ່ພາກ **ຢາຕາມໃບສັ່ງແພດ Medicare ພາກ B.**		

ພາກທີ 4 ຕາຕະລາງສິດຜົນປະໂຫຍດດ້ານການແພດ (ສິ່ງທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ ແລະ ສິ່ງທີ່ທ່ານຈະຕ້ອງຈ່າຍ)

ການດູແລໃນສະຖານພະຍາບານ (Skilled Nursing Facility,SNF) (ສຳລັບຄຳນິຍາມຂອງ ການດູແລສະຖານທີ່ພະຍາບານ, ເບິ່ງພາກທີ 12 ຂອງເອກະສານສະບັບນີ້. ສະຖານທີ່ພະຍາບານ ບາງຄັ້ງເອີ້ນວ່າ SNFs.) ບໍ່ຈຳເປັນຕ້ອງນອນໂຮງໝໍກ່ອນ ການບໍລິການທີ່ມີການຄຸ້ມຄອງລວມເອົາ ແຕ່ບໍ່ຈຳກັດທີ່: • ຫ້ອງເຄິ່ງສ່ວນຕົວ (ຫຼື ຫ້ອງສ່ວນຕົວ ຖ້າຈຳເປັນທາງການແພດ) • ອາຫານ, ລວມທັງອາຫານພິເສດ • ການບໍລິການພະຍາບານ • ການຍະພາບບຳບັດ, ກິດຈະກຳບຳບັດ ແລະ ການບຳບັດການປາກເວົ້າ • ຢາທີ່ເປີກໃຫ້ທ່ານເປັນສ່ວນໜຶ່ງຂອງການດູແລຂອງທ່ານ (ລວມທັງສານທຳມະຊາດທີ່ມີຢູ່ໃນຮ່າງກາຍເຊັ່ນ: ບັດໄຈການກ້າມຂອງເລືອດ.) • ເລືອດ - ລວມທັງການຈັດເກັບ ແລະ ການບໍລິການ. ການໃຫ້ການຄຸ້ມຄອງເລືອດ ແລະ ເຊອເມັດເລືອດແດງທີ່ອັດແໜ້ນເລີ່ມຕົ້ນດ້ວຍການນຳໃຊ້ໄພທ໌ ທຳອິດທີ່ທ່ານຕ້ອງການເທົ່ານັ້ນ. ສ່ວນປະກອບອື່ນໆ ທັງໝົດຂອງເລືອດແມ່ນຄຸ້ມຄອງໂດຍເລີ່ມຕົ້ນດ້ວຍເມັດທຳອິດທີ່ໃຊ້ • ອຸປະກອນຜ່າຕັດ ແລະ ເວດຊະພັນທີ່ປົກກະຕິແລ້ວ SNFs ສະໜອງໃຫ້ • ການທົດລອງໃນຫ້ອງທົດລອງໂດຍປົກກະຕິແລ້ວ SNFs ສະໜອງໃຫ້ • ການສ່ອງໄຟຟ້າ X-rays ແລະ ການບໍລິການສາຍລັງສີອື່ນໆທີ່ປົກກະຕິແລ້ວ SNFs ສະໜອງໃຫ້ (ຕໍ່) **ການດູແລໃນສະຖານພະຍາບານ (SNF) (ຕໍ່)**	ຈ່າຍຮ່ວມ $0 ຕໍ່ມື້ສຳລັບມື້ 1-20 ໃນເຄືອຂ່າຍ ຮ່ວມຈ່າຍ $180 ຕໍ່ມື້ສຳລັບມື້ 21-45 ໃນເຄືອຂ່າຍ ຮ່ວມຈ່າຍ $0 ຕໍ່ມື້ສຳລັບມື້ 46-100 ໃນເຄືອຂ່າຍ ທ່ານຈ່າຍຈຳນວນນີ້ຈົນກ່ວາທ່ານຈະບັນລຸຈຳນວນສູງສຸດທີ່ຕ້ອງຈ່າຍດ້ວຍຕົນເອງ	20% ປະກັນໄພຮ່ວມ ນອກເຄືອຂ່າຍ ຕໍ່ການເຂົ້າໂຮງໝໍແຕ່ລະຄັ້ງ ທ່ານຈ່າຍຈຳນວນນີ້ຈົນກ່ວາທ່ານຈະບັນລຸຈຳນວນສູງສຸດທີ່ຕ້ອງຈ່າຍດ້ວຍຕົນເອງ

ພາກທີ 4 ຕາຕະລາງສິດຜົນປະໂຫຍດດ້ານການແພດ (ສິ່ງທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ ແລະ ສິ່ງທີ່ທ່ານລະຕ້ອງຈ່າຍ)

ການບໍລິການທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງສຳລັບທ່ານ	**ສິ່ງທີ່ທ່ານຕ້ອງຈ່າຍ** ໃນເວລາທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ ໃນເຄືອຂ່າຍ	**ສິ່ງທີ່ທ່ານຕ້ອງຈ່າຍ** ໃນເວລາທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ຢູ່ນອກເຄືອຂ່າຍ
• ການນຳໃຊ້ອຸປະກອນເຄື່ອງມືຕ່າງໆເຊັ່ນ: ລໍ້ເລື່ອນທີ່ປົກກະຕິແລ້ວ SNFs ສະຫນອງໃຫ້ • ການບໍລິການຈາກແພດ/ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ ໂດຍທົ່ວໄປແລ້ວ, ທ່ານຈະໄດ້ຮັບການດູແລ SNF ຂອງທ່ານຈາກສະຖານທີ່ໃນເຄືອຂ່າຍ. ຢ່າງໃດກໍ່ຕາມ, ພາຍໃຕ້ເງື່ອນໄຂບາງຢ່າງທີ່ລະບຸໄວ້ຂ້າງລຸ່ມນີ້, ທ່ານອາດຈະສາມາດຈ່າຍຈຳນວນແບ່ງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃນເຄືອຂ່າຍສຳລັບສະຖານທີ່ທີ່ບໍ່ແມ່ນຜູ້ໃຫ້ບໍລິການເຄືອຂ່າຍ, ຖ້າສະຖານທີ່ນັ້ນຍອມຮັບຈຳນວນເງິນຕາມແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາເພື່ອຈ່າຍເງິນ. ບ້ານພັກຜູ້ສູງອາຍຸ ຫຼື ຊຸມຊົນຄົນບຳນານທີ່ດູແລຢ່າງຕໍ່ເນື່ອງໃນບ່ອນທີ່ທ່ານອາໄສຢູ່ກ່ອນທີ່ທ່ານຈະໄປໂຮງໝໍ (ຕາບໃດທີ່ມີການບໍລິການເບິ່ງແຍງດູແລໃນສະຖານພະຍາບານ) SNF ບ່ອນທີ່ຄູ່ສົມລົດຂອງທ່ານອາໄສຢູ່ໃນເວລາທີ່ທ່ານອອກຈາກໂຮງໝໍ ***ຕ້ອງໄດ້ຮັບອະນຸຍາດກ່ອນ***		

ພາກທີ 4 ຕາຕະລາງສິດຜົນປະໂຫຍດດ້ານການແພດ (ສິ່ງທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ ແລະ ສິ່ງທີ່ທ່ານລະຕ້ອງຈ່າຍ)

ການບໍລິການທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງສຳລັບທ່ານ	**ສິ່ງທີ່ທ່ານຕ້ອງຈ່າຍ** ໃນເວລາທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ ໃນເຄືອຂ່າຍ	**ສິ່ງທີ່ທ່ານຕ້ອງຈ່າຍ** ໃນເວລາທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ຢູ່ນອກເຄືອຂ່າຍ
ການຢຸດເຊົາການສູບຢາ ແລະ ການໃຊ້ຢາສູບ (ການໃຫ້ຄຳປຶກສາເພື່ອຢຸດເຊົາການສູບຢາ ຫຼື ການນຳໃຊ້ຢາສູບ) ຖ້າຫາກທ່ານໃຊ້ຢາສູບ, ແຕ່ບໍ່ມີສັນຍານ ຫຼື ອາການຂອງພະຍາດທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບຢາສູບ: ພວກເຮົາຈະໃຫ້ການຄຸ້ມຄອງຄວາມພະຍາຍາມໃນການຢຸດເຊົາສູບຢາດ້ວຍການໃຫ້ຄຳປຶກສາສອງຄັ້ງພາຍໃນໄລຍະ 12 ເດືອນ ເພື່ອເປັນການບໍລິການປ້ອງກັນໂດຍບໍ່ມີຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃຫ້ແກ່ທ່ານ. ຄວາມພະຍາຍາມຮັບຄຳປຶກສາແຕ່ລະຄັ້ງລວມທັງການພົບແບບເຊິ່ງໜ້າ ສູງສຸດເຖິງສີ່ຄັ້ງ **ຖ້າທ່ານນຳໃຊ້ຢາສູບ ແລະ ໄດ້ຮັບການບົ່ງມະຕິວ່າມີພະຍາດທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບຢາສູບ ຫຼື ກຳລັງກິນຢາທີ່ໄດ້ຮັບຜົນກະທົບໂດຍຢາສູບ: ພວກເຮົາຄຸ້ມຄອງການບໍລິການໃຫ້ຄຳປຶກສາເລື່ອງການຢຸດເຊົາຢາສູບ. ພວກເຮົາຄຸ້ມຄອງຄວາມພະຍາມໃນການເຊົາສູບຢາໂດຍການໃຫ້ຄຳປຶກສາສອງຄັ້ງພາຍໃນໄລຍະ 12 ເດືອນ; ເຖິງຢ່າງໃດກໍ່ຕາມ, ທ່ານລະຕ້ອງຈ່າຍເງິນ ສ່ວນແບ່ງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທີ່ກ່ຽວຂ້ອງ. ຄວາມພະຍາຍາມຮັບຄຳປຶກສາແຕ່ລະຄັ້ງລວມທັງການພົບແບບເຊິ່ງໜ້າ ສູງສຸດເຖິງສີ່ຄັ້ງ**	ບໍ່ມີປະກັນໄພຮ່ວມ, ການຈ່າຍຮ່ວມ ຫຼື ສ່ວນຫັກອອກສຳລັບຜົນປະໂຫຍດການປ້ອງກັນການສູບຢາ ແລະ ການເຊົາສູບຢາທີ່ຄຸ້ມຄອງໂດຍ Medicare	ຈ່າຍຮ່ວມນອກເຄືອຂ່າຍ $0

ພາກທີ 4 ຕາຕະລາງສິດຜົນປະໂຫຍດດ້ານການແພດ (ສິ່ງທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ ແລະ ສິ່ງທີ່ທ່ານຈະຕ້ອງຈ່າຍ)

ຜົນປະໂຫຍດເພີ່ມພິເສດ ສຳລັບພະຍາດຈຸລຳເຮື້ອ ຜົນປະໂຫຍດຂອງ CCA Medicare Preferred ລວມທັງການບໍລິການເພີ່ມເຕີມຕໍ່ໄປນີ້ສຳລັບສະມາຊິກທີ່ຖືກກວດພົບວ່າມີອາການຈຸລຳເຮື້ອຕາມເງື່ອນໄຂ:	ສະມາຊິກທີ່ມີຄຸນສົມບັດສຳລັບພະຍາດຈຸລຳເຮື້ອ ເງື່ອນໄຂການຈ່າຍ:	ສະມາຊິກມີອາການຈຸລຳເຮື້ອທີ່ມີຄຸນສົມບັດເໝາະສົມ ຈະຕ້ອງຈ່າຍ:
• **ເງິນອຸດໜູນອາຫານ ແລະ ພືດຜັກ.** ສະມາຊິກທີ່ມີອາການຈຸລຳເຮື້ອທີ່ມີຄຸນສົມບັດຈະເຂົ້າເຖິງເງິນອຸດໜູນນີ້ຜ່ານເງິນອຸດໜູນຕາມໄຕມາດຂອງ Healthy Savings OTC ເປັນຈຳນວນ $150 ເພື່ອໃຊ້ຢູ່ຮ້ານຄ້າຍ່ອຍໃນເຄືອຂ່າຍຂອງ OTC. ເບິ່ງຂໍ້ "Healthy Savings Card ເພື່ອຊື້ບາງລາຍການທີ່ອະນຸມັດໂດຍ Medicare ທີ່ຕ້ອງສັ່ງໂດຍແພດ (OTC)" ສຳລັບລາຍລະອຽດຄົບຖ້ວນສົມບູນກ່ຽວກັບການນຳໃຊ້ບັດ.	$0 ສູງເຖິງເງິນອຸດໜູນ OTC ປະຈຳໄຕມາດ ໃນບັດ Healthy Savings card ຈຳນວນ $150 ເພື່ອຊື້ອາຫານ ແລະ ພືດຜັກທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸມັດຈາກ CCA Health ໃນຮ້ານຄ້າຍ່ອຍໃນເຄືອຂ່າຍຂອງ OTC.	$0 ສູງເຖິງເງິນອຸດໜູນ OTC ປະຈຳໄຕມາດ ຂອງປະຕິທິນຈຳນວນ $150 ຕໍ່ກັບການຊື້ອາຫານທີ່ອະນຸມັດຈາກ CCA Health ແລະ ຜະລິດຕະພັນຜ່ານການຊົດເຊີຍເງິນຄືນ
• **ເງິນອຸດໜູນຄ່າເກີບຜ້າໃບ:** ສຳລັບສະມ່າຊິກທີ່ມີຄຸນສົມບັດ, ແຜນໃຫ້ເງິນອຸດໜູນ $100 ຕໍ່ປີຕໍ່ບັດ Healthy Savings ເພື່ອຊື້ ສະນີກເກີ້ ທີ່ຮ້ານຂາຍເກີບທີ່ໄດ້ລົງທະບຽນຍອມຮັບບັດ Visa ເປັນຮູບແບບໃນການຊຳລະເງິນ.	$0 ສູງເຖິງເງິນອຸດໜູນ ປະຈຳປີ ຈຳນວນ $100 ເ ພື່ອຊື້ເກີບຜ້າໃບທີ່ຮ້ານ Healthy ບັດເງິນຜາກປະຢັດສຳລັບໃຊ້ທີ່ຮ້ານຂາຍເກີບທີ່ລົງທະບຽນກັບ Visa ທີ່ຮັບບັດ Visa.	ຈ່າຍ $0 ເຖິງ $100 ຕໍ່ປີ ສຳລັບເກີບຜ້າໃບ ຈາກຮ້ານນອກເຄືອຂ່າຍ ຮ້ານຄ້າຍ່ອຍ. ເພື່ອໄດ້ຮັບການຊົດເຊີຍຄືນ ສຳລັບການຊື້ນອກເຄືອຂ່າຍ, ທ່ານຕ້ອງສົ່ງແບບຟອມການຊົດເຊີຍຄືນ ພ້ອມກັບໃບຮັບເງິນ ແລະຫຼັກຖານສະແດງ ການຊຳລະເງິນ. ເອກະສານອ້າງອີງພາກທີ 7 ສຳລັບລາຍລະອຽດຄົບຖ້ວນ ຫຼືໂທຫາຝ່າຍບໍລິການສະມາຊິກເພື່ອຂໍແບບຟອມການຈ່າຍຄືນ

(ຕໍ່)

ພາກທີ 4 ຕາຕະລາງສິດຜົນປະໂຫຍດດ້ານການແພດ (ສິ່ງທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ ແລະ ສິ່ງທີ່ທ່ານຈະຕ້ອງຈ່າຍ)

ຜົນປະໂຫຍດພິເສດສຳລັບໂຮກຊຳເຮື້ອ (ຕໍ່) • **ການປ້ອງກັນການລັກຂໍ້ມູນສ່ວນຕົວ.** ການປົກປ້ອງການລັກຂໍ້ມູນສ່ວນຕົວ ຈະເຝົ້າລະວັງຂໍ້ມູນປະຈຳຕົວຂອງທ່ານໃນກໍລະນີທີ່ຄົນອື່ນໃຊ້ໝາຍເລກປະກັນສັງຄົມຂອງທ່ານ ຫຼື ຂໍ້ມູນສ່ວນຕົວອື່ນໆ. ພວກເຂົາຊ່ວຍທ່ານກູ້ຂໍ້ມູນສ່ວນຕົວຂອງທ່ານຄືນ ແລະ ຈະຈ່າຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທີ່ທ່ານອາດມີຍ້ອນການລັກຂໍ້ມູນສ່ວນຕົວນັ້ນຄືນໃຫ້ທ່ານ. ສະມາຊິກທີ່ມີອາການຊຳເຮື້ອທີ່ມີຄຸນສົມບັດ ສາມາດລົງທະບຽນສຳລັບການປ້ອງກັນການລັກຂໍ້ມູນສ່ວນຕົວ ໂດຍຜ່ານຜູ້ຈຳໜ່າຍຂອງພວກເຮົາ, Equifax. ສະມາຊິກຈະຕ້ອງໃຊ້ Equifax ເພື່ອຮັບການຄຸ້ມຄອງສຳລັບສິດຜົນປະໂຫຍດນີ້. ເມື່ອທ່ານເຂົ້າຮ່ວມ, ທ່ານຈະເຂົ້າຮ່ວມຈົນເຖິງຕອນທ້າຍຂອງແຜນປັດຈຸບັນປະຈຳປີ. ຖ້າທ່ານເລືອກທີ່ຈະຍົກເລີກການເຂົ້າຮ່ວມ, ທ່ານຈະບໍ່ສາມາດຍົກເລີກການເຂົ້າຮ່ວມຈົນຮອດປີຕໍ່ໄປ. ທ່ານສາມາດຕິດຕໍ່ຫາ ID Watchdog (Equifax) ໂດຍການໂທໄປທີ່ເບີ 866-513-1518. (ຕໍ່) **ຜົນປະໂຫຍດພິເສດສຳລັບໂຮກຊຳເຮື້ອ (ຕໍ່)** ອາການຊຳເຮື້ອທີ່ຄຸ້ມຄອງ: ການຕິດເຫຼົ້າຊຳເຮື້ອ ແລະ ການຕິດຢາອື່ນໆ; ພະຍາດພູມຕ້ານທານຜິດປົກກະຕິ;	ສະມາຊິກທີ່ມີຄຸນສົມບັດ ສຳລັບພະຍາດຊຳເຮື້ອ ເງື່ອນໄຂຈ່າຍ $0 ສຳລັບການລັກຂໍ້ມູນສ່ວນຕົວ ການປົກປ້ອງຈາກ Equifax.	ຫຼືໄປທີ່ www.ccahealthri.org ການລັກຂໍ້ມູນສ່ວນຕົວ: ບໍ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ. ທ່ານຕ້ອງໃຊ້ Equifax

ພາກທີ 4 ຕາຕະລາງສິດຜົນປະ�โຫຍດດ້ານການແພດ (ສິ່ງທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ ແລະ ສິ່ງທີ່ທ່ານລະຕ້ອງຈ່າຍ)

ການບໍລິການທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງສຳລັບທ່ານ	**ສິ່ງທີ່ທ່ານຕ້ອງຈ່າຍ** ໃນເວລາທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ ໃນເຄືອຂ່າຍ	**ສິ່ງທີ່ທ່ານຕ້ອງຈ່າຍ** ໃນເວລາທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ຢູ່ນອກເຄືອຂ່າຍ
ມະເຮັງ; ຄວາມຜິດປົກກະຕິຂອງຫົວໃຈ ແລະ ຫຼອດເລືອດ; ຫົວໃຈລົ້ມເຫຼວຊໍາເຮື້ອ; ສະໝອງເສື່ອມ; ເບົາຫວານ; ພະຍາດຕັບໄວຍະສຸດທ້າຍ; ພະຍາດໄຂ່ຫຼັງຫຼົ້ມເຫຼວໄວຍະສຸດທ້າຍ (ESRD); ຄວາມຜິດປົກກະຕິທາງເລືອດຢ່າງຮຸນແຮງ; ພະຍາດ HIV/AIDS; ພະຍາດປອດຊໍາເຮື້ອ ແລະ ພະຍາດດ້ານພຶດຕິກຳສຸຂະພາບຊໍາເຮື້ອ; ຄວາມຜິດປົກກະຕິຂອງລະບົບປະສາດ ແລະ ພະຍາດເສັ້ນເລືອດສະໝອງແຕກ ການກວດບົ່ງມະຕິພະຍາດຊໍາເຮື້ອຈະຕ້ອງບັນທຶກລົງໃນເອກະສານ ແລະ ບັນທຶກໄວ້ນຳ CCA ກ່ອນທີ່ຈະໄດ້ຮັບສິດຜົນປະ�โຫຍດພິເສດເພີ່ມເຕີມ ສຳລັບຄົນເຈັບທີ່ເປັນພະຍາດຊໍາເຮື້ອ. ພະຍາດຊໍາເຮື້ອໂດຍທົ່ວໄປແມ່ນສະພາບທີ່ຕ້ອງໄດ້ຮັບການດູແລຈາກແພດຢ່າງຕໍ່ເນື່ອງ ແລະ ຈຳກັດກິດຈະກຳການໃຊ້ຊີວິດໃນແຕ່ລະມື້. ສະພາວະທີ່ໄດ້ຮັບການກວດໂດຍຜູ້ຊ່ຽວຊານທາງການແພດທີ່ມີໃບອະນຸຍາດ, ລວມທັງຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດູແລປະຈຳຂອງທ່ານ ແລະ ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການທີ່ຄ້າຍກັນ. ສະມາຊິກບາງຄົນອາດບໍ່ມີຄຸນສົມບັດຮັບສິດນີ້.		

ພາກທີ 4 ຕາຕະລາງສິດຜົນປະໂຫຍດດ້ານການແພດ (ສິ່ງທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ ແລະ ສິ່ງທີ່ທ່ານຈະຕ້ອງຈ່າຍ)

ການບຳບັດດ້ວຍການອອກກຳລັງກາຍທີ່ມີການດູແລ (Supervised Exercise Therapy,SET) SET ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງໃຫ້ສະມາຊິກຜູ້ທີ່ມີອາການເສັ້ນເລືອດແຂງສ່ວຍປາຍຕີບ (peripheral artery diseas,PAD) ແລະ ຄຳສັ່ງສຳລັບ PAD ຈາກແພດທີ່ຮັບຜິດຊອບການປິ່ນປົວ PAD. ສູງສຸດເຖິງ 36 ຄັ້ງໃນໄລຍະ 12 ອາທິດ ຈະໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ ຖ້າຫາກບັນລຸຕາມຂໍ້ກຳນົດໂປຣແກຣມຂອງ SET. ໂປຣແກຣມ SET ຕ້ອງ: • ປະກອບດ້ວຍການປຶກສາທີ່ໃຊ້ເວລາ 30-60 ນາທີ, ປະກອບມີໂປຣແຣມການຝຶກອົບຮົມການອອກກຳລັງກາຍເພື່ອບຳບັດສຳລັບພະຍາດຫຼອດເລືອດສ່ວນປາຍຕີບຕັນ PAD ໃນຄົນເຈັບທີ່ມີອາການເຈັບຂາ • ດຳເນີນການໃນໂຮງໝໍຄົນເຈັບນອກ ຫຼື ໃນຫ້ອງການຂອງແພດ • ຈັດສົ່ງໂດຍບຸກຄະລາກອນເສີມທີ່ມີຄຸນສົມບັດດ້ວຍຄວາມຈຳເປັນເພື່ອຮັບປະກັນວ່າ ຜົນປະ�โຫຍດໄດ້ຫຼາຍກວ່າຄວາມອັນຕະລາຍ ແລະ ເປັນຜູ້ທີ່ໄດ້ຜ່ານການຝຶກອົບຮົມດ້ານການການອອກກຳລັງກາຍແບບບຳບັດສຳລັບ PAD • ຢູ່ພາຍໃຕ້ການກຳກັບດູແລໂດຍກົງຂອງແພດ, ຜູ້ຊ່ວຍແພດ ຫຼື ພະຍາບານ/ພະຍາບານໃນຄລີນິກ ຜູ້ທີ່ຕ້ອງຜ່ານການຝຶກອົບຮົມດ້ານເຕັກນິກການຊ່ວຍຊີວິດຂັ້ນພື້ນຖານ ແລະ ຂັ້ນສູງ SET ອາດຈະຄຸ້ມຄອງຫຼາຍກວ່າ 36 ຄັ້ງໃນໄລຍະ 12 ອາທິດສຳລັບການໃຫ້ຄຳປຶກສາ ແລະ ເພີ່ມອີກ 36 ຄັ້ງໃນໄລຍະຍືດເວລາຕື່ມ ຖ້າຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບເຫັນວ່າມີຄວາມຈຳເປັນທາງການແພດ. ***ຕ້ອງໄດ້ຮັບອະນຸຍາດກ່ອນ***	ຈ່າຍຮ່ວມໃນເຄືອຂ່າຍ $0 ຕໍ່ຄັ້ງ	ປະກັນໄພຮ່ວມນອກເຄືອຂ່າຍ 20% ຕໍ່ຄັ້ງ ທ່ານຈ່າຍຈຳນວນນີ້ຈົນກ່ວາທ່ານຈະບັນລຸຈຳນວນສູງສຸດທີ່ຕ້ອງຈ່າຍດ້ວຍຕົນເອງ
ການຂົນສົ່ງ (ທາງການແພດ)		

ພາກທີ 4 ຕາຕະລາງສິດຜົນປະ�โຫຍດດ້ານການແພດ (ສິ່ງທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ ແລະ ສິ່ງທີ່ທ່ານລະຕ້ອງຈ່າຍ)

ການບໍລິການທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງສຳລັບທ່ານ	**ສິ່ງທີ່ທ່ານຕ້ອງຈ່າຍ** ໃນເວລາທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ ໃນເຄືອຂ່າຍ	**ສິ່ງທີ່ທ່ານຕ້ອງຈ່າຍ** ໃນເວລາທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ຢູ່ນອກເຄືອຂ່າຍ
ແຜນປະກັນຈະໃຫ້ການຄຸ້ມຄອງການຂົນສົ່ງຖ້ຽວດຽວ ສິບສອງ (12) ຄັ້ງ ໃຊ້ລົດແທັກຊີ, ແຊລົດ ຫຼື ລົດຕູ້ ດ້ວຍເຫດຜົນທາງການແພດ ນອກຈາກເຫດສຸກເສີນ ເພື່ອໃຫ້ໄປຮອດຈຸດຫມາຍປາຍທາງທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸມັດໃນເຂດບໍລິການຂອງແຜນພາຍໃນ 50 ໄມລ໌ຈາກບ່ອນຮັບ. ການເດີນທາງຕ້ອງໄດ້ຈອງລ່ວງຫນ້າ 72 ຊົ່ວໂມງ, 7am ຫາ 8pm ເວລາຕາມ EST ວັນຈັນຮອດວັນສຸກ ແລະ 8am ຫາ 12pm ເວລາຕາມ EST ວັນເສົາ ແລະ ວັນອາທິດ. ແຜນປະກັນນຳໃຊ້ Coordinated Transportation Solutions (CTS) ສຳລັບການເດີນທາງທີ່ບໍ່ແມ່ນເຫດສຸກເສີນທັງຫມົດ. ເພື່ອຕິດຕໍ່ຫາ CTS, ກະລຸນາໂທ 866-444-7350 (TTY 711)	ທ່ານຈ່າຍ $0 ສຳລັບການເດີນທາງທາງການແພດ ຖ້ຽວດຽວ ຫຼາຍເຖິງ 12 ຄັ້ງ	ທ່ານຈ່າຍຄ່າປະກັນໄພຮ່ວມ 50% (ເຖິງ $32), ຕໍ່ການເດີນທາງ ຖ້ຽວດຽວ, ສູງສຸດ 12 ການເດີນທາງທາງການແພດຖ້ຽວດຽວ

ພາກທີ 4 ຕາຕະລາງສິດຜົນປະ�โຫຍດດ້ານການແພດ (ສິ່ງທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ ແລະ ສິ່ງທີ່ທ່ານຈະຕ້ອງຈ່າຍ)

ບໍລິການທີ່ຈຳເປັນແບບຮີບດ່ວນ ການບໍລິການທີ່ຈຳເປັນແບບຮີບດ່ວນແມ່ນ ການໃຫ້ບໍລິການເພື່ອປິ່ນປົວອາການປ່ວຍ, ບາດເຈັບທາງການແພດທີ່ເບິ່ງບໍ່ເຫັນ, ບໍ່ແມ່ນເຫດສຸກເສີນ ຫຼື ສະພາບທີ່ຈຳເປັນຕ້ອງມີການດູແລທາງການແພດທັນທີແຕ່,ດ້ວຍສະຖານະການຂອງທ່ານ, ມັນເປັນໄປບໍ່ໄດ້ ຫຼື ມັນບໍ່ສົມເຫດສົມຜົນທີ່ຈະໄດ້ຮັບການບໍລິການຈາກຜູ້ໃຫ້ບໍລິການໃນເຄືອຂ່າຍຂອງທ່ານ. ຕົວຢ່າງຂອງການບໍລິການທີ່ຈຳເປັນອັນຮີບດ່ວນທີ່ແຜນຈະຕ້ອງກວມເອົານອກເຄືອຂ່າຍແມ່ນ i) ທ່ານຈຳເປັນການດູແລທັນທີທັນໃດໃນທ້າຍອາທິດ ຫຼື ii) ທ່ານຢູ່ນອກເຂດບໍລິການຂອງແຜນຊື່ວຄາວ. ຕົວຢ່າງ: ທ່ານຈຳເປັນຕ້ອງຮັບການປິ່ນປົວທັນທີໃນວັນເສົາອາທິດ. ຈຳເປັນຕ້ອງຮັບການບໍລິການທັນທີ ແລະ ຄວາມຈຳເປັນທາງການແພດ. ການແບ່ງປັນຄ່າໃຊ້ຈ່າຍສຳລັບການບໍລິການທີ່ຈຳເປັນຢ່າງຮີບດ່ວນກະກຽມ ໂດຍຜູ້ໃຫ້ບໍລິການນອກເຄືອຂ່າຍແມ່ນຄືກັນກັບບໍລິການທີ່ກະກຽມໃນເຄືອຂ່າຍ. ແຜນຂອງພວກເຮົາຍັງຄຸ້ມຄອງການດູແລທີ່ຈຳເປັນຢ່າງຮີບດ່ວນ ແລະການບໍລິການສຸກເສີນ, ລວມທັງການຂົນສົ່ງສຸກເສີນ, ຢູ່ນອກສະຫະລັດ ແລະອານາເຂດຂອງມັນ. ນີ້ແມ່ນຜົນປະ�โຫຍດເສີມທີ່ຄຸ້ມຄອງພາຍໃຕ້ແຜນຂອງພວກເຮົາ. ການບໍລິການຈາກທັນຕະແພດຈະບໍ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ. ສຳລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບການດູແລທີ່ຈຳເປັນຢ່າງຮີບດ່ວນ, ເບິ່ງພາກທີ 3. ມີຂີດຈຳກັດຈຳນວນ $100,000 ສຳລັບການບໍລິການທີ່ຈຳເປັນແບບຮີບດ່ວນ ແລະ ສຸກເສີນທີ່ໃຫ້ບໍລິການນອກສະຫະລັດ.	ຈ່າຍຮ່ວມ $30 ສຳລັບການບໍລິການການດູແລດ່ວນ ໃນເຄືອຂ່າຍ ແລະນອກເຄືອຂ່າຍຕໍ່ຄັ້ງ ທ່ານຈ່າຍຈຳນວນນີ້ຈົນກ່ວາທ່ານຈະບັນລຸຈຳນວນສູງສຸດທີ່ຕ້ອງຈ່າຍດ້ວຍຕົນເອງ

ພາກທີ 4 ຕາຕະລາງສິດຜົນປະໂຫຍດດ້ານການແພດ (ສິ່ງທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ ແລະ ສິ່ງທີ່ທ່ານຈະຕ້ອງຈ່າຍ)

ການດູແລສາຍຕາ ບໍລິການທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງລວມມີ: **Medicare ຄຸ້ມຄອງ** • ການບໍລິການຈາກແພດສຳລັບຄົນເຈັບນອກເພື່ອການບົງມະຕິ ແລະ ການປິ່ນປົວພະຍາດ ແລະ ອາການບາດເຈັບຂອງຕາ, ລວມທັງການປິ່ນປົວຈໍປະສາດຕາທີ່ເສື່ອມຕາມອາຍຸ. Original Medicare ບໍ່ໃຫ້ການຄຸ້ມຄອງການກວດສາຍຕາຕາມປົກກະຕິ (ພາວະການຫັກຂອງແສງສຳລັບສາຍຕາ) ສຳລັບແວ່ນຕາ/ຄອນແທັກເລນສ໌ • ສຳລັບຄົນທີ່ມີຄວາມສ່ຽງເປັນພະຍາດແກ້ວຕາຊຸ້ນ, ພວກເຮົາຈະໃຫ້ການຄຸ້ມຄອງການກວດຄັດກອງພະຍາດແກ້ວຕາຊຸ້ນປີລະຄັ້ງ. ຄົນທີ່ມີຄວາມສ່ຽງສູງຂອງການເປັນພະຍາດແກ້ວຕາຊຸ້ນລວມມີ: ຄົນທີ່ປະຫວັດຄອບຄົວເປັນພະຍາດແກ້ວຕາຊຸ້ນ, ຄົນທີ່ເປັນເບົາຫວານ, ຄົນອາເມລິກາເຊື້ອສາຍອາຟຣິກາ ອາຍຸ 50 ປີຂຶ້ນໄປ ແລະ ຄົນອາເມລິກາເຊື້ອຈາກອາເມລິກາໄຕ້ ອາຍຸ 65 ປີຂຶ້ນໄປ ສຳລັບຄົນທີ່ເປັນເບົາຫວານ, ການກວດຄັດກອງພາວະເບົາຫວານຂຶ້ນຕາຈະໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງປີລະຄັ້ງ. ແວ່ນຕາ ຫຼື ຄອນແທັກເລນຊ໌ຄູ່ຫນຶ່ງ ຫຼັງຈາກການຜ່າຕັດຕາຕໍ້ແຕ່ລະຄັ້ງ ເຊິ່ງລວມມີ ການໃສ່ເລັນຊ໌ແກ້ວຕາທຽມ. (ຖ້າທ່ານໄດ້ຜ່າຕັດຕໍ້ກະຈົກຕາແຍກກັນສອງຄັ້ງ, ທ່ານຈະບໍ່ສາມາດສະຫງວນຜົນປະໂຫຍດຫຼັງຈາກການຜ່າຕັດຄັ້ງທຳອິດແລະຊື້ແວ່ນຕາສອງອັນຫຼັງຈາກການຜ່າຕັດຄັ້ງທີສອງໄດ້.) (ຕໍ່) **ການດູແລສາຍຕາ (ຕໍ່)** **ບໍ່ແມ່ນ Medicare (ປົກກະຕິ) ສາຍຕາ:**	**ການກວດເພື່ອບົງມະຕິ ແລະ ປິ່ນປົວພະຍາດ ແລະ ອາການຂອງຕາ:** ປະກັນໄພຮ່ວມ 0% **ແວ່ນຕາຫຼັງການຜ່າຕັດຕາຕໍ້:** ຈ່ າຍຮ່ວມ $0	**ການກວດຕາ Medicare:** ຈ່ າຍຮ່ວມ $30 **ແວ່ນຕາຫຼັງການຜ່າຕັດຕາຕໍ້:** ຈ່ າຍຮ່ວມ $0

ພາກທີ 4 ຕາຕະລາງສິດຜົນປະໂຫຍດດ້ານການແພດ (ສິ່ງທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ ແລະ ສິ່ງທີ່ທ່ານລະຕ້ອງຈ່າຍ)

ການບໍລິການທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງສຳລັບທ່ານ	**ສິ່ງທີ່ທ່ານຕ້ອງຈ່າຍ** ໃນເວລາທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ ໃນເຄືອຂ່າຍ	**ສິ່ງທີ່ທ່ານຕ້ອງຈ່າຍ** ໃນເວລາທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ຢູ່ນອກເຄືອຂ່າຍ
<u>ການກວດຕາ</u> ພວກເຮົາໃຫ້ການຄຸ້ມຄອງການກວດຕາຕາມປົກກະຕິ 1 (ຫນຶ່ງ) ຄັ້ງຕໍ່ປີ ພວກເຮົາໃຫ້ການຄຸ້ມຄອງແວ່ນຕາຫນຶ່ງ (1) ຄູ່ຕາມໃບສັ່ງແພດ ລວມທັງກອບ, ເລນ, ແວ່ນຕາທີ່ຈຳເປັນຕໍ່ສາຍຕາ ແລະ/ຫຼື ອັບເກຣດ ສູງເຖິງ $400 ຕໍ່ປີ. ແວ່ນຕາ ແລະ ອຸປະກອນຊ່ວຍເບິ່ງເຫັນອື່ນໆ, ລວມທັງຄອນແທັກເລນສ໌, ອາດຈະຈ່າຍໄດ້ສະເພາະມີໃບສັ່ງເປັນລາຍລັກອັກສອນ ແລະ ລະບຸວັນທີເທົ່ານັ້ນ. ໃບສັ່ງແພດຕ້ອງອີງໃສ່ຜົນຂອງການກວດສາຍຕາທີ່ປະຕິບັດໂດຍແພດຜູ້ສັ່ງ VSP ແມ່ນການບໍລິຫານຜົນປະ�โຫຍດສຳລັບການບໍລິການດູແລສາຍຕາຕາມປົກກະຕິຂອງແຜນປະກັນ, ລວມທັງການກວດ ແລະ ແວ່ນຕາ. ເພື່ອຕິດຕໍ່ VSP ກະລຸນາໂທຫາ 1-855-492-9028 ວັນຈັນ ເຖິງ ວັນອາທິດ 8 am ເຖິງ 8 pm	**<u>ການກວດສາຍຕາແບບປະຈຳ</u>** **ການກວດຕາແບບປົກກະຕິ:** ຈ່າຍຮ່ວມ $0 ຫນຶ່ງຄັ້ງຕໍ່ປີ **ແວ່ນຕາ (ຂອບ ແລະ ເລັນ), ຄອນແທັກເລັນຊ໌ ແລະ ການອັບເກຣດການຄຸ້ມຄອງ ໄດ້ເຖິງ $400 ຕໍ່ປີຜົນປະໂຫຍດ.** **ການກວດຄັດກອງຕ້ຫົນ:** ຈ່າຍຮ່ວມ $0	**<u>ການກວດສາຍຕາແບບປະຈຳ</u>** **ການກວດກາຕາປົກກະຕິ**: ປະກັນໄພຮ່ວມ 50% ສູງເຖິງ $150 ແລະຫນຶ່ງຄັ້ງຕໍ່ປີ. **ເລນຊ໌ແວ່ນຕາຕາມໃບສັ່ງແພດ:** ປະກັນໄພຮ່ວມ 50% ສູງເຖິງ $150 ຫນຶ່ງຄັ້ງຕໍ່ປີ. **ແວ່ນຕາ (ຂອບ) ຫຼື ຄອນແທັກເລັນຊ໌:** ໃຫ້ການຄຸ້ມຄອງເຖິງສິດຜົນປະໂຫຍດສູງສຸດຈຳນວນ $400 ຕໍ່ປີ ສຳລັບ ຂອບ ຫຼື ຄອນແທັກຊ໌. ສິດຜົນປະໂຫຍດປະຈຳປີ ຈຳນວນ $400 ສາມາດນຳໃຊ້ກັບຂກອບແວ່ນຕາ ຫຼື ຄອນແທັກເລັນຊ໌, ແຕ່ບໍ່ລວມທັງສອງພ້ອມກັນ. **ການກວດຄັດກອງແກ້ວຕາຂຸ້ນ:** ປະກັນໄພຮ່ວມ 20%

ພາກທີ 4 ຕາຕະລາງສິດຜົນປະໂຫຍດດ້ານການແພດ (ສິ່ງທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ ແລະ ສິ່ງທີ່ທ່ານລະຕ້ອງຈ່າຍ)

ການບໍລິການທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງສຳລັບທ່ານ	**ສິ່ງທີ່ທ່ານຕ້ອງຈ່າຍ** ໃນເວລາທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ ໃນເຄືອຂ່າຍ	**ສິ່ງທີ່ທ່ານຕ້ອງຈ່າຍ** ໃນເວລາທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ຢູ່ນອກເຄືອຂ່າຍ
🍏 **ຍິນດີຕ້ອນຮັບການໄປຢ້ຽມຢາມປ້ອງກັນ Medicare** ແຜນຈະໃຫ້ການຄຸ້ມຄອງການນັດກວດໃນ **ຍິນດີຕ້ອນຮັບ ສູ່ Medicare** ພຽງຄັ້ງດຽວເທົ່ານັ້ນ. ການກວດລວມມີ ການທົບທວນຄືນສຸຂະພາບຂອງທ່ານ, ທັງໃຫ້ການສຶກສາ ແລະ ການໃຫ້ຄຳປຶກສາກ່ຽວກັບການບໍລິການເພື່ອການປ້ອງກັນທີ່ທ່ານຕ້ອງການ (ລວມທັງການກວດຄັດກອງ ແລະ ການສັກຢາບາງຢ່າງ) ແລະ ການສົ່ງຕໍ່ເພື່ອຮັບການດູແລອື່ນໆ ຖ້າຈຳເປັນ. **ສຳຄັນ:** ພວກເຮົາໃຫ້ການຄຸ້ມຄອງ ການຕ້ອນຮັບເຂົ້າສູ່ການກວດເພື່ອການປ້ອງກັນ *Welcome to Medicare* ພາຍໃນ 12 ເດືອນທຳອິດ ກ່ຕໍ່ເມື່ອທ່ານມີ Medicare ພາກ B ເທົ່ານັ້ນ. ໃນເວລາທີ່ທ່ານທຳການນັດພົບຂອງທ່ານ, ກະລຸນາແຈ້ງໃຫ້ຫ້ອງການຜູ້ໃຫ້ບໍລິການສຸຂະພາບຂອງທ່ານຮັບຊາບວ່າທ່ານຕ້ອງການນັດການກວດເພື່ອປ້ອງກັນ *Welcome to Medicare* ຂອງທ່ານ.	ບໍ່ມີປະກັນໄພຮ່ວມ, ການຈ່າຍຮ່ວມ ຫຼື ສ່ວນຫັກອອກສຳລັບການ *ໄປກວດເພື່ອປ້ອງກັນຈາກ Welcome to Medicare*	

ພາກທີ 4 ຕາຕະລາງສິດຜົນປະໂຫຍດດ້ານການແພດ (ສິ່ງທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ ແລະ ສິ່ງທີ່ທ່ານລະຕ້ອງຈ່າຍ)

ການບໍລິການທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງສຳລັບທ່ານ	**ສິ່ງທີ່ທ່ານຕ້ອງຈ່າຍ** ໃນເວລາທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ ໃນເຄືອຂ່າຍ	**ສິ່ງທີ່ທ່ານຕ້ອງຈ່າຍ** ໃນເວລາທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ຢູ່ນອກເຄືອຂ່າຍ
ການຄຸ້ມຄອງສຸກເສີນ ແລະການດູແລດ່ວນທົ່ວໂລກ ແຜນຂອງພວກເຮົາຍັງໃຫ້ການຄຸ້ມຄອງການບໍລິການສຸກເສີນ, ການຂົນສົ່ງສຸກເສີນ ແລະ ການດູແລທີ່ຈຳເປັນຮີບດ່ວນຢູ່ນອກສະຫະລັດ ແລະ ອານາເຂດ ໃຫ້ການຄຸ້ມຄອງສູງເຖິງຫນຶ່ງແສນໂດລາ ($100,000) ສຳລັບການບໍລິການທັງໝົດລວມກັນ. ນີ້ແມ່ນຜົນປະໂຫຍດເສີມທີ່ຄຸ້ມຄອງພາຍໃຕ້ແຜນຂອງພວກເຮົາ. **ບໍ່ໄດ້ຄຸ້ມຄອງ:** • ການເດີນທາງກັບສະຫະລັດຈາກປະເທດອື່ນ. • ການປິ່ນປົວທີ່ໄດ້ກຳນົດໄວ້ລ່ວງຫນ້າ ຫຼື ວາງແຜນໄວ້ລ່ວງຫນ້າ ຫຼື ຂະບວນການທາງເລືອກ. ○ ນີ້ລວມທັງການຜອກໄຂ່ຫຼ້ງ ຫຼື ການປິ່ນປົວອື່ນໆສຳລັບອາການທີ່ໄດ້ຮູ້/ກຳລັງປິ່ນປົວ. • ການບໍລິການດ້ານທັນຕະກຳ.	ຈ່າຍຮ່ວມ $90 ສຳລັບການບໍລິການສຸກເສີນທົ່ວໂລກ. ຈ່າຍຮ່ວມ $90 ສຳລັບການບໍລິການທີ່ຈຳເປັນຮີບດ່ວນທົ່ວໂລກ. ຈ່າຍຮ່ວມ $90 ສຳລັບການບໍລິການຂົນສົ່ງສຸກເສີນທົ່ວໂລກ. ວົງເງິນຈຳກັດທີ່ $100,000 ສຳລັບການຄຸ້ມຄອງສຸກເສີນ/ດ່ວນຢູ່ນອກສະຫະລັດທຸກໆປີ.	

ພາກທີ 4 ຕາຕະລາງສິດຜົນປະໂຫຍດດ້ານການແພດ (ສິ່ງທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ ແລະ ສິ່ງທີ່ທ່ານຈະຕ້ອງຈ່າຍ)

ຕາຕະລາງຜົນປະໂຫຍດດ້ານທັນຕະກຳທີ່ໄດ້ຮັບຄຸ້ມຄອງ:

- ໂດຍທົ່ວໄປແລ້ວ, ການບໍລິການດ້ານທັນຕະກຳແບບປົກກະຕິ ແລະ ການປ້ອງກັນແມ່ນບໍ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງພາຍໃຕ້ Original Medicare.
- ການບໍລິການໃດໆທີ່ບໍ່ໄດ້ລະບຸລຸ່ມນີ້ແມ່ນບໍ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ.
- **ຈຳນວນສູງສຸດຕໍ່ປີ: $3,000**
- **ນອກເຄືອຂ່າຍ:**ສຳລັບການບໍລິການທີ່ໄດ້ຮັບນອກເຄືອຂ່າຍ, ແຜນປະກັນຈະຈ່າຍເຖິງຈຳນວນໃນເຄືອຂ່າຍ CCA ສູງເຖິງຈຳນວນສູງສຸດປະຈຳປີທີ່ລະບຸໄວ້ຂ້າງເທິງ. ຖ້າທ່ານເລືອກທີ່ຈະໄປພົບທັນຕະແພດນອກເຄືອຂ່າຍ, ທ່ານອາດຈະຖືກເກັບເງິນສຳລັບຈຳນວນເງິນທີ່ຫຼາຍກວ່າທີ່ແຜນຈ່າຍໃຫ້. ຄ່າທຳນຽມທີ່ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງທ່ານຮຽກເກັບອາດຈະເກີນຄ່າທຳນຽມໃນເຄືອຂ່າຍ CCA .
- ຫຼັງຈາກຍອດສູງສຸດປະຈຳປີໝົດແລ້ວ, ຄ່າບໍລິການທີ່ຍັງເຫຼືອແມ່ນຄວາມຮັບຜິດຊອບຂອງທ່ານ.
- ຈຳເປັນຕ້ອງມີການຂໍອະນຸຍາດລ່ວງໜ້າ ສຳລັບບໍລິການຟື້ນຟູທີ່ສຳຄັນ (ການອັດຮາກແຂ້ວ, ການປູກຖ່າຍ, ຍາສະຫຼົບ ແລະ ການສັນຍະກຳເຫືອກ).
- ຜູ້ໃຫ້ການບໍລິການຈຳໄດ້ຮັບຄ່າຈ້າງ ໂດຍໃສ່ອັດຕາຕາມສັນຍາສຳລັບແຕລະລະຫັດທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ. ຄ່າທຳນຽມໃດໆທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບການບໍລິການທີ່ບໍ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງຈາກ CCA ແລະ ຄວາມຮັບຜິດຊອບຂອງທ່ານ.
- ລະຫັດໃນຕາຕະລາງລຸ່ມນີ້ອາດມີການປ່ຽນແປງ.

ຄຳອະທິບາຍດັ່ງຕໍ່ໄປນີ້ຈະເປັນປະໂຫຍດເມື່ອທ່ານທົບທວນຕາຕະລາງຜົນປະໂຫຍດດ້ານທັນຕະກຳຂອງທ່ານ.

ລະຫັດສະມາຄົມທັນຕະກຳອາເມລິກາ (ADA): ລະຫັດດ້ານທັນຕະກຳທີ່ CCA ໃຫ້ການຄຸ້ມຄອງແມ່ນລະບຸຢູ່ດ້ານລຸ່ມຂອງລະຫັດ ADA. ລະຫັດເຫຼົ່ານີ້ແມ່ນນຳໃຊ້ໂດຍທັນຕະແພດເພື່ອສົ່ງຄຳຮ້ອງ ແລະ ການໃຫ້ອະນຸຍາດດ້ານທັນຕະກຳ. ລະຫັດເພີ່ມເຕີມອາດຖືກເພີ່ມເຂົ້າ ແລະ ລະຫັດບາງຢ່າງອາດຈະຖືກປົດອອກ.

ຄຳອະທິບາຍສຳລັບຂັ້ນຕອນທາງການແພດ:ງ່າຍຕໍ່ການແປຄຳອະທິບາຍຂອງລະຫັດດ້ານທັນຕະກຳແຕ່ລະຢ່າງ.

ຄວາມຖີ່: ອະທິບາຍວ່າ CCA ຈະຊຳລະເງິນສຳລັບຂະບວນການທາງທັນຕະກຳເລື້ອຍປານໃດ.

ເກນກຳນົດ ແລະ ການຍົກເວັ້ນ: ເງື່ອນໄຂພາຍໃຕ້ CCA ຈະຊຳລະເງິນສຳລັບຂະບວນການ ແລະ ສະຖານະການທີ່ CCA ຈະບໍ່ຈ່າຍໃຫ້ສຳລັບຂະບວນການນີ້.

ການຮ່ວມຈ່າຍ ຫຼື ປະກັນໄພຮ່ວມ: ຖ້າທ່ານເລືອກທີ່ຈະພົບກັບທັນຕະແພດນອກເຄືອຂ່າຍ, ທ່ານອາດຈະຖືກຮຽກເກັບເງິນກາຍຈຳນວນທີ່ແຜນປະກັນຈ່າຍ ແລະ/ຫຼື ສຳລັບລາຍການຕ່າງໆທີ່ເຖິງວ່າການບໍລິການນັ້ນຈະລະບຸເປັນການຮ່ວມຈ່າຍເປັນ $0 ກໍ່ຕາມ.

ພາກທີ 4 ຕາຕະລາງສິດຜົນປະ�โຫຍດດ້ານການແພດ (ສິ່ງທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ ແລະ ສິ່ງທີ່ທ່ານລະຕ້ອງຈ່າຍ)

ການກວດດ້ານທັນຕະກຳ				
ລະຫັດສະມາຄົມທັນຕະກຳອາເມລິກາ (ADA)	**ຄຳອະທິບາຍສຳລັບຂັ້ນຕອນທາງທັນຕະກຳ**	**ຄວາມຖີ່**	**ເກນກຳນົດ ແລະ ການຍົກເວັ້ນ**	**ການຈ່າຍຮ່ວມ ຫຼື ປະກັນໄພຮ່ວມ**
D0120	ການກວດປະຈຳເປັນໄລຍະສຳເລັດລົງໃນໄລຍະການກວດສຸຂະພາບທົ່ວໄປ	ສອງ (2) ຄັ້ງຕໍ່ປີແຜນປະກັນ	ໃຫ້ການຄຸ້ມຄອງການກວດຊ່ອງປາກເປັນໄລຍະ, ແບບລະອຽດ ແລະ ຄົບວົງຈອນ. ບໍ່ຄຸ້ມຄອງການກວດເຫືອກອັບເສບທີ່ແຍກຈາກໄລຍະປົກກະຕິ, ການກວດທີ່ຈຳກັດ ຫຼື ຄົບວົງຈອນ. ຄຸ້ມຄອງລະຫັດການກວດ ໜຶ່ງ (1) ຄັ້ງເທົ່ານັ້ນຕໍ່ການນັດ.	ຈ່າຍຮ່ວມ $0
D0140	ການກວດທີ່ຈຳກັດເພື່ອປະເມີນບັນຫາ	ໜຶ່ງ (1) ຄັ້ງຕໍ່ແຜນປີປະກັນ		ຈ່າຍຮ່ວມ $0
D0150	ການກວດແບບລະອຽດ (ສຳລັບຄົນເຈັບໃໝ່ ຫຼື ຄົນເຈັບທີ່ໄດ້ກຳນົດຫຼັງຈາກບໍ່ມີການເຄື່ອນໄຫວໃດໆດ້ານການປິ່ນປົວຊ່ອງປາກເປັນເວລາ 3 ປີ ຫຼື ຫຼາຍກວ່ານັ້ນ)	ໜຶ່ງ (1) ຄັ້ງທຸກໆ ສາມ (3) ປີ ຕາມແຜນ		ຈ່າຍຮ່ວມ $0
D0160	ການກວດທີ່ເນັ້ນບັນຫາຢ່າງກວ້າງຂວາງ ແລະ ລະອຽດ	ໜຶ່ງ (1) ຄັ້ງຕໍ່ປີແຜນ		ຈ່າຍຮ່ວມ $0

ພາກທີ 4 ຕາຕະລາງສິດຜົນປະໂຫຍດດ້ານການແພດ (ສິ່ງທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ ແລະ ສິ່ງທີ່ທ່ານລະຕ້ອງຈ່າຍ)

ຊ່ອງໄຟຟ້າ X-Rays ຊ່ອງປາກ				
ລະຫັດສະມາຄົມທັນຕະກຳອາເມລິກາ (ADA)	**ຄຳອະທິບາຍສຳລັບຂັ້ນຕອນທາງທັນຕະກຳ**	**ຄວາມຖີ່**	**ເກນກຳນົດ ແລະ ການຍົກເວັ້ນ**	**ການຮ່ວມຈ່າຍ ຫຼື ປະກັນໄພຮ່ວມ**
D0210	ການຊ່ອງໄຟຟ້າ X-Ray ແບບຄົບຖ້ວນ/ເຕັມປາກ ສຳລັບການປະເມີນແຂ້ວ ແລະ ປາກ	ຫນຶ່ງ (1) ຄັ້ງທຸກໆ ສາມ (3) ປີຕາມແຜນ	ຄຸ້ມຄອງການສ່ອງລັງສີຊ່ອງປາກແບບຄົບຖ້ວນ. ບໍ່ຄຸ້ມຄອງ CTs, cephalograms ຫຼື MRIs.	ຈ່າຍຮ່ວມ $0
D0220, D0230	ການຊ່ອງໄຟຟ້າ X-rays ສຳລັບການປະເມີນອ້ອມຮອບຮາກແຂ້ວແບບລະອຽດ	ບໍ່ຈຳກັດຕໍ່ປີແຜນປະກັນ	ຄຸ້ມຄອງການຊ່ອງໄຟຟ້າ x-rays ຮອບນອກ. ບໍ່ຄຸ້ມຄອງ CTs, cephalograms ຫຼື MRIs. ບໍ່ຄຸ້ມຄອງໃນມື້ດຽວກັນກັບການສ່ອງລັງສີແບບຄົບຖ້ວນໃນຊ່ອງປາກ (D0210).	ຈ່າຍຮ່ວມ $0
D0270, D0272, D0273, D0274, D0277	ການຊ່ອງໄຟຟ້າ x-rays ແບບກັດ ສຳລັບການປະເມີນແຂ້ວ ແລະ ກະດູກ.	ຫນຶ່ງ (1) ຄັ້ງຕໍ່ປີແຜນປະກັນ.	ບໍ່ໄດ້ຄຸ້ມຄອງໃນປີດຽວກັນກັບການຊ່ອງໄຟຟ້າ x-rays ປາກແບບຄົບຊຸດ (D0210).	ຈ່າຍຮ່ວມ $0
D0330	ການຊ່ອງໄຟຟ້າ x-rays ແບບພາບກວ້າງສຳລັບການປະເມີນແຂ້ວ ແລະ ປາກ	ຫນຶ່ງ (1) ຄັ້ງທຸກໆ ສາມ (3) ປີຕາມແຜນ	ຄຸ້ມຄອງການສາຍລັງສີແບບພາບກວ້າງ. ບໍ່ຄຸ້ມຄອງ CTs, cephalograms ຫຼື MRIs.	ຈ່າຍຮ່ວມ $0

ພາກທີ 4 ຕາຕະລາງສິດຜົນປະໂຫຍດດ້ານການແພດ (ສິ່ງທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ ແລະ ສິ່ງທີ່ທ່ານລະຕ້ອງຈ່າຍ)

ການທຳຄວາມສະອາດຊ່ອງປາກ				
ລະຫັດສະມາຄົມທັນຕະກຳອາເມລິກາ (ADA)	ຄຳອະທິບາຍສຳລັບຂັ້ນຕອນທາງທັນຕະກຳ	ຄວາມຖີ່	ເກນກຳນົດ ແລະ ການຍົກເວັ້ນ	ການຮ່ວມຈ່າຍ ຫຼື ປະກັນໄພຮ່ວມ
D1110	ການທຳຄວາມສະອາດຊ່ອງປາກຜູ້ໃຫຍ່ຕາມມາດຕະຖານ	ສອງ (2) ຄັ້ງຕໍ່ປີແຜນປະກັນ, ການທຳຄວາມສະອາດເພີ່ມເຕີມສອງ (2) ຄັ້ງສຳລັບສະມາຊິກທີ່ມີອາການປ່ວຍຈຳເຣື້ອທີ່ໄດ້ບັນທຶກໄວ້. ບໍ່ກາຍສີ່ (4) ຄັ້ງຕໍ່ແຜນປີຮ່ວມກັບ D4910.	ຄຸ້ມຄອງການປ້ອງກັນພະຍາດຂອງຜູ້ໃຫຍ່. ບໍ່ຄຸ້ມຄອງໃນມື້ດຽວກັນກັບ D4910 ຫຼື D4355.	ຈ່າຍຮ່ວມ $0
D4910	ການທຳຄວາມສະອາດຊ່ອງປາກປົກກະຕິສຳລັບຜູ້ໃຫຍ່ທີ່ມີປະຫວັດເປັນພະຍາດເຫືອກ	ສີ່ (4) ຄັ້ງຕໍ່ປີແຜນປະກັນ	ຄຸ້ມຄອງການຮັກສາເຫືອກອັກເສບ. ຄຸ້ມຄອງຜູ້ທີ່ມີປະຫວັດການຂູດຫີນປູນ ແລະ ການຂູດຮາກແຂ້ວ (ທຳຄວາມສະອາດລົງເລິກ) ຫຼື ການຜ່າຕັດເຫືອກອັກເສບ.	ຈ່າຍຮ່ວມ $0

ພາກທີ 4 ຕາຕະລາງສິດຜົນປະໂຫຍດດ້ານການແພດ (ສິ່ງທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ ແລະ ສິ່ງທີ່ທ່ານລະຕ້ອງຈ່າຍ)

ການບໍລິການກວດດ້ານທັນຕະກຳເພື່ອປ້ອງກັນອື່ນໆ				
ລະຫັດສະມາຄົມທັນຕະກຳອາເມລິກາ (ADA)	**ຄຳອະທິບາຍສຳລັບຂັ້ນຕອນທາງທັນຕະກຳ**	**ຄວາມຖີ່**	**ເກນກຳນົດ ແລະ ການຍົກເວັ້ນ**	**ການຮ່ວມຈ່າຍ ຫຼື ປະກັນໄພຮ່ວມ**
D1206, D1208	ການປິ່ນປົວດ້ວຍຟລູ ອໍຣາຍດ໌	ສອງ (2) ຄັ້ງຕໍ່ປີແຜນປະກັນ	ຄຸ້ມຄອງການນຳໃຊ້ ຟລູອໍລາຍສະເພາະ ຈຸດ (ທັງເຄືອບງົ້ງ ຫຼື ບໍ່ເຄືອບງົ້ງ).	ຈ່າຍຮ່ວມ $0
D1310	ການໃຫ້ຄຳປຶກສາດ້ານ ໂພຊະນາການ	ໜຶ່ງ (1) ຄັ້ງຕໍ່ປີແຜນ	ຄຸ້ມຄອງການໃຫ້ ຄຳປຶກສາດ້ານພຶດ ຕິກຳການກິນອາຫ ານທີ່ເປັນສ່ວນໜຶ່ ງຂອງການປິ່ນປົວ ແລະ ຄວບຄຸມພະຍາດ ຫືອກ ແລະ/ຫຼື ແຂ້ວແມງ.	ຈ່າຍຮ່ວມ $0
D1354	ການນຳໃຊ້ຢາໃສ່ແຂ້ວ ເພື່ອຢຸດ ຫຼື ປ່ຽນພຶດຕິກຳທີ່ກໍ່ໃຫ້ເ ກີດແຂ້ວແມງ	ບໍ່ຈຳກັດຕໍ່ປີແ ຜນປະກັນ	ຄຸ້ມຄອງການນຳໃຊ້ ສານເພື່ອຢຸດການ ຮັກສາເທື່ອລະເຫຼັ້ມ ຊຶ່ວຄາວໄປຈົນຮອ ດແຂ້ວແມງທີ່ບໍ່ມີ ອາການ.	ຈ່າຍຮ່ວມ $0

ພາກທີ 4 ຕາຕະລາງສິດຜົນປະໂຫຍດດ້ານການແພດ (ສິ່ງທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ ແລະ ສິ່ງທີ່ທ່ານລະຕ້ອງຈ່າຍ)

ການອັດແຂ້ວ ແລະ ການອັດໃສ່ຍາ				
ລະຫັດສະມາຄົມທັນຕະກຳອາເມລິກາ (ADA)	**ຄຳອະທິບາຍສຳລັບຂັ້ນຕອນທາງທັນຕະກຳ**	**ຄວາມຖີ່**	**ເກນກຳນົດ ແລະ ການຍົກເວັ້ນ**	**ການຮ່ວມຈ່າຍ ຫຼື ປະກັນໄພຮ່ວມ**
D2140, D2150, D2160, D2161, D2330, D2331, D2332, D2335, D2390, D2391, D2392, D2392, D2394, D2940	ການອັດແຂ້ວດ້ວຍສີທຳມະຊາດ ຫຼື ສີໂລຫະທີ່ໃສ່ໂດຍກົງ ຂໍ້າປາກທີ່ແຂ້ວດ້ານໜ້າ, ທາງກາງ ຫຼື ດ້ານຫຼັງ.	ບໍ່ຈຳກັດຕໍ່ປີ ແຜນປະກັນ	ຄຸ້ມຄອງການອັດແຂ້ວດ້ວຍຄອມໂພສິດທີ່ມີອະມັລກາມ (amalgam) ແລະ ເຣຊິນ (resin). ບໍ່ໃຫ້ການຄຸ້ມຄອງການອັດເຄືອບແຂ້ວດ້ວຍຜອຍຄຳ, ນ້ຳຍາ ເຄືອບຂຸມຮ່ອງແຂ້ວ ຫຼື ການຟື້ນຟູດ້ວຍ ເຣຊິນ ເພື່ອການປ້ອງກັນ.	ຈ່າຍຮ່ວມ $0
D3110, D3120	ຢາທີ່ໃສ່ດ້ານລຸ່ມຂອງການອັດແຂ້ວເພື່ອສົ່ງເສີມການການຮັກສາປະສາດແຂ້ວ	ບໍ່ຈຳກັດຕໍ່ປີ ແຜນປະກັນ	ຄຸ້ມຄອງການປິດຜາປະສາດໃນແຂ້ວ ສຳລັບປະສາດໃນແຂ້ວທີ່ພົ້ນ ຫຼື ເກືອບຈະພົ້ນອອກມາ. ບໍ່ຄຸ້ມຄອງຖານ ແລະ ສ່ວນຮອງໃນເວລາທີ່ໄດ້ກຳຈັດແຂ້ວ ແມງຫມົດແລ້ວ.	ຈ່າຍຮ່ວມ $0

ພາກທີ 4 ຕາຕະລາງສິດຜົນປະ�โຫຍດດ້ານການແພດ (ສິ່ງທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ ແລະ ສິ່ງທີ່ທ່ານລະຕ້ອງຈ່າຍ)

ການຄອບແຂ້ວ, ອິນເລສ ແລະ ອອນເລສ				
ລະຫັດສະມາຄົມທັນຕະກຳອາເມລິກາ (ADA)	**ຄຳອະທິບາຍສຳລັບຂັ້ນຕອນທາງທັນຕະກຳ**	**ຄວາມຖີ່**	**ເກນກຳນົດ ແລະ ການຍົກເວັ້ນ**	**ການຮ່ວມຈ່າຍ ຫຼື ປະກັນໄພຮ່ວມ**
D2510, D2520, D2530, D2542, D2543, D2544, D2610, D2620, D2630, D2642, D2643, D2644, D2740, D2750, D2751, D2752, D2790, D2791, D2792, D2794	ການຄອບແຂ້ວທັງໝົດ (ຄອບ) ຫຼື ການຄອບແຂ້ວບາງສ່ວນເອີ້ນວ່າອິນເລ ຫຼື ອອນເລ - ເຮັດຈາກໂລຫະ, ສານເຄືອບ/ເຊລามิก, ສານເຄືອບປະສົມກັບໂລຫະ ຫຼື ໄທທານຽມ. ເຮັດຢູ່ນອກປາກ, ຈາກນັ້ນຈັດວາງໃສ່ໃນປາກ.	ໜຶ່ງ (1) ຄັ້ງຕໍ່ແຂ້ວໜຶ່ງແ ຫຼັ້ມທຸກໆຫ້າ (5) ປີແຜນປະກັນ	ຄຸ້ມຄອງໃນເວລາທີ່ມີແຂ້ວແມງ ຫຼື ແ ຂ້ວຖືກທຳລາຍເປັນວົງກວ້າງບ່ອນທີ່ແຂ້ວບໍ່ສາມາດຮັກສາດ້ວຍການອັດແ ຂ້ວພຽງຢ່າງດຽວ ໄດ້. ບໍ່ຄຸ້ມຄອງການ ຄອບແຂ້ວດ້ວຍເຫ ດຜົນດ້ານຄວາມງ າມ ຫຼື ເພື່ອອັດຊ່ອ ງຫວ່າງ. ບໍ່ຄຸ້ມຄອງການເຮັ ດວິເນຍ. ບໍ່ຄຸ້ມຄອງການຄອ ບແຂ້ວທຽມ. ບໍ່ຄຸ້ມຄອງການຄອ ບແຂ້ວ 3/4.	ຈ່າຍຮ່ວມ $0

ພາກທີ 4 ຕາຕະລາງສິດຜົນປະ�โຫຍດດ້ານການແພດ (ສິ່ງທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ ແລະ ສິ່ງທີ່ທ່ານລະຕ້ອງຈ່າຍ)

ການບໍລິການດ້ານທັນຕະກຳເພື່ອການຟື້ນຟູອື່ນໆ				
ລະຫັດສະມາຄົມທັນຕະກຳອາເມລິກາ (ADA)	**ຄຳອະທິບາຍສຳລັບຂັ້ນຕອນທາງທັນຕະກຳ**	**ຄວາມຖີ່**	**ເກນກຳນົດ ແລະ ການຍົກເວັ້ນ**	**ການຮ່ວມຈ່າຍ ຫຼື ປະກັນໄພຮ່ວມ**
D2920	ການເສີມການຄອບແຂ້ວສ່ວນທີ່ຫຼຸດອອກ	ບໍ່ຈຳກັດຕໍ່ປີແຜນປະກັນ	ຄຸ້ມຄອງແຂ້ວທີ່ມີການຄອບຢູ່ແລ້ວເທົ່ານັ້ນ. ບໍ່ຄຸ້ມຄອງການຄອບແຂ້ວໃໝ່ໃນມື້ການຈັດສົ່ງ.	ຈ່າຍຮ່ວມ $0
D2949	ຈຳເປັນຕ້ອງມີການອັດແຂ້ວເລັກນ້ອຍກ່ອນການຄອບແຂ້ວ	ໜຶ່ງ (1) ຄັ້ງຕໍ່ແຂ້ວໜຶ່ງເຫຼັ້ມທຸກໆຫ້າ (5) ປີແຜນປະກັນ.	ຕ້ອງໄດ້ຮັດພ້ອມກັນກັບການຄອບແຂ້ວ.	ຈ່າຍຮ່ວມ $0
D2950	ການອັດ ຫຼື ການໝາຍເພື່ອກຽມແຂ້ວໃຫ້ພ້ອມສຳລັບການຄອບແຂ້ວ	ໜຶ່ງ (1) ຄັ້ງຕໍ່ແຂ້ວໜຶ່ງເຫຼັ້ມທຸກໆຫ້າ (5) ປີແຜນປະກັນ		ຈ່າຍຮ່ວມ $0
D2952, D2953, D2954, D2957	ການກໍ່ຕັ້ງຂອງວັດສະດຸອັດເພື່ອກຽມແຂ້ວສຳລັບການອັດແຂ້ວ	ຫນຶ່ງ (1) D2952 ແລະ D2953, ຫຼືຫນຶ່ງ (1) D2954 ແລະ D2957 ຕໍ່ແຂ້ວທຸກໆຫ້າ (5) ປີແຜນ	ຕ້ອງໄດ້ຮັດພ້ອມກັນກັບການຄອບແຂ້ວ. ແຂ້ວກໍ່ຕ້ອງມີການປິ່ນປົວຮາກແຂ້ວ. ຄຸ້ມຄອງທັງສອງຮາກແຂ້ວ ແລະ ແຂນ ທັງແບບປະດິດເອົາ ແລະ ແບບສຳເລັດຮູບ.	ຈ່າຍຮ່ວມ $0

ພາກທີ 4 ຕາຕະລາງສິດຜົນປະໂຫຍດດ້ານການແພດ (ສິ່ງທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ ແລະ ສິ່ງທີ່ທ່ານລະຕ້ອງຈ່າຍ)

ການຮັກສາຮາກແຂ້ວ (ບໍລິການປິ່ນປົວຮາກແຂ້ວ)				
ລະຫັດສະມາຄົມທັນຕະກຳອາເມລິກາ (ADA)	**ຄຳອະທິບາຍສຳລັບຂັ້ນຕອນທາງທັນຕະກຳ**	**ຄວາມຖີ່**	**ເກນກຳນົດ ແລະ ການຍົກເວັ້ນ**	**ການຈ່າຍຮ່ວມ ຫຼື ປະກັນໄພຮ່ວມ**
D3310, D3320, D3330, D3346, D3347, D3348	ການປິ່ນປົວຮາກແຂ້ວ ສຳລັບແຂ້ວທາງຫນ້າ, ທາງຂ້າງ ຫຼື ທາງຫຼັງ (ບໍ່ລວມການອັດແຂ້ວ ຫຼື ການຄອບແຂ້ວທີ່ຈຳເປັນຫຼັງຈາກການປົວຮາກແຂ້ວ)	ການປົກຮາກແຂ້ວເລີ່ມຕົ້ນຫນຶ່ງ (1) ຄັ້ງ (D3310, D3320 ຫຼື D3330) ແລະ ການປົວຄືນຫນຶ່ງ (1) ຄັ້ງ (D3346, D3347 ຫຼື D3348) ຕໍ່ແຂ້ວຫນຶ່ງເຫຼັ້ມຕໍ່ອາຍຸການເປັນສະມາຊິກ.	ສິ່ງນີ້ແມ່ນການປິ່ນປົວຮາກແຂ້ວໃນແຂ້ວເປັນຄັ້ງທຳອິດ ຫຼື ເປັນການປິ່ນປົວແຂ້ວທີ່ປົວຮາກແຂ້ວກ່ອນຫນ້ານີ້ອີກຄັ້ງ. ບໍ່ລວມອົງການປົວຮາກແຂ້ວທີ່ເຮັດຈາກປາຍຮາກໂດຍການເຂົ້າເຖິງຜ່ານເຫືອກ, ການປົວຮາກແຂ້ວທີ່ບໍ່ສຳເລັດ ຫຼື ການສ້ອມແປງຮາກຈາກພາຍໃນຈາກຂໍ້ຜິດພາດຂອງການເຈາະ.	ຈ່າຍຮ່ວມ $0

ພາກທີ 4 ຕາຕະລາງສິດຜົນປະ�โຫຍດດ້ານການແພດ (ສິ່ງທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ ແລະ ສິ່ງທີ່ທ່ານລະຕ້ອງຈ່າຍ)

ການຂູດຫີນປູນ ແລະ ການຜ່ຽງຮາກແຂ້ວ				
ລະຫັດສະມາຄົມທັນຕະກຳອາເມລິກາ (ADA)	**ຄຳອະທິບາຍສຳລັບຂັ້ນຕອນທາງທັນຕະກຳ**	**ຄວາມຖີ່**	**ເກນກຳນົດ ແລະ ການຍົກເວັ້ນ**	**ການຈ່າຍຮ່ວມ ຫຼື ປະກັນໄພຮ່ວມ**
D4341	ການທຳຄວາມສະອາດແຂ້ວແບບເລິກເຊິ່ງໃຫ້ກັບແຂ້ວ 4 ເຫຼັ້ມ ຫຼືຫຼາຍກວ່ານັ້ນ ໃນຫນຶ່ງສ່ວນສີ່ຂອງປາກ	ຫນຶ່ງ (1) ຄັ້ງຕໍ່ຫນຶ່ງສ່ວນສີ່ຂອງປາກທຸກໆຊາວສີ່ (24) ເດືອນ ບໍ່ໃຫ້ການສີ່ (4) ສ່ວນທຸກໆຊາວສີ່ (24) ເດືອນ.	ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງໃນເວລາທີ່ການສູນເສຍມວນກະດູກສະແດງໃນການຊ່ອງໄຟຟ້າ x-rays ນອກຈາກການບັນທຶກການສະສົມຂອງຫີນປູນ ແລະ ການແທງເຫືອກພຽງພໍທີ່ຈະຮັບປະກັນການທຳຄວາມສະອາດແບບເລິກເຊິ່ງ.	ຈ່າຍຮ່ວມ $0
D4342	ການທຳຄວາມສະອາດແຂ້ວ 1-3 ເຫຼັ້ມ ຂຶ້ນໄປໃນຫນຶ່ງສ່ວນສີ່ຂອງປາກ	ຫນຶ່ງ (1) ຄັ້ງຕໍ່ຫນຶ່ງສ່ວນສີ່ຂອງປາກທຸກໆຊາວສີ່ (24) ເດືອນ ບໍ່ໃຫ້ການສີ່ (4) ສ່ວນທຸກໆຊາວສີ່ (24) ເດືອນ.		ຈ່າຍຮ່ວມ $0
D4355	ການທຳຄວາມສະອາດຄາບທີ່ເກາະຢູ່ແຂ້ວເພື່ອໃຫ້ເຫັນແຂ້ວຢ່າງຊັດເຈນໃນການກວດ	ຫນຶ່ງ (1) ຄັ້ງທຸກໆ ສາມ (3) ປີຕາມແຜນ	ຖືກນຳໃຊ້ເພື່ອກຳຈັດຄາບສະສົມຈຳນວນຫຼາຍກ່ອນການກວດ. ບໍ່ສາມາດດຳເນີນການໄດ້ໃນວັນດຽວກັນກັບການທຳຄວາມສະອາດແຂ້ວ (D1110 ຫຼື D4910).	ຈ່າຍຮ່ວມ $0

ພາກທີ 4 ຕາຕະລາງສິດຜົນປະ�โຫຍດດ້ານການແພດ (ສິ່ງທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ ແລະ ສິ່ງທີ່ທ່ານລະຕ້ອງຈ່າຍ)

ການຂູດຫີນປູນ ແລະ ການຜ່ຽງຮາກແຂ້ວ (ຕ່ໍ)				
ລະຫັດສະມາຄົມທັນຕະກຳອາເມລິກາ (ADA)	**ຄຳອະທິບາຍສຳລັບຂັ້ນຕອນທາງທັນຕະກຳ**	**ຄວາມຖີ່**	**ເກນກຳນົດ ແລະ ການຍົກເວັ້ນ**	**ການຈ່າຍຮ່ວມ ຫຼື ປະກັນໄພຮ່ວມ**
D4381	ຢາທີ່ນຳໃຊ້ກັບພື້ນທີ່ແຫ້ວກອ້ອມແຂ້ວ (ຕ່ໍແຂ້ວໜຶ່ງເຫຼັ້ມ) ສຳລັບການຈັດການກັບພະຍາດແຫ້ວກ	ບໍ່ຈຳກັດຕ່ໍປີແຜນປະກັນ	ອະນຸຍາດໃຫ້ D4341 ຫຼື D4342 ໃນມື້ດຽວກັນ	ຈ່າຍຮ່ວມ $0
ແຂ້ວປອມຫມົດປາກ				
ລະຫັດສະມາຄົມທັນຕະກຳອາເມລິກາ (ADA)	**ຄຳອະທິບາຍສຳລັບຂັ້ນຕອນທາງທັນຕະກຳ**	**ຄວາມຖີ່**	**ເກນກຳນົດ ແລະ ການຍົກເວັ້ນ**	**ການຈ່າຍຮ່ວມ ຫຼື ປະກັນໄພຮ່ວມ**
D5110	ແຂ້ວປອມເບື້ອງເທິງຫມົດປາກ	ຫນຶ່ງ (1) ຄັ້ງທຸກໆຫ້າ (5) ປີແຜນປະກັນ	ແຂ້ວປອມໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງໃນເວລາທີ່ບໍ່ມີແຂ້ວແມງເຫຼືອຢູ່ໃນປາກ.	ຈ່າຍຮ່ວມ $0
D5120	ແຂ້ວປອມເບື້ອງລຸ່ມຫມົດປາກ	ຫນຶ່ງ (1) ຄັ້ງທຸກໆຫ້າ (5) ປີແຜນປະກັນ		ຈ່າຍຮ່ວມ $0
D5130	ແຂ້ວປອມເບື້ອງເທິງຫມົດປາກທີ່ໃສ່ໃຫ້ໃນເວລາທີ່ການຖອນແຂ້ວເບື້ອງເທິງທີ່ຍັງເຫຼືອຢູ່	ຫນຶ່ງ (1) ຄັ້ງຕະຫຼອດຊີວິດຂອງສະມາຊິກ		ຈ່າຍຮ່ວມ $0
D5140	ແຂ້ວປອມເບື້ອງລຸ່ມຫມົດປາກທີ່ໃສ່ໃຫ້ໃນເວລາທີ່ການຖອນແຂ້ວເບື້ອງລຸ່ມຍັງທີ່ເຫຼືອຢູ່	ຫນຶ່ງ (1) ຄັ້ງຕະຫຼອດຊີວິດຂອງສະມາຊິກ		ຈ່າຍຮ່ວມ $0

ພາກທີ 4 ຕາຕະລາງສິດຜົນປະໂຫຍດດ້ານການແພດ (ສິ່ງທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ ແລະ ສິ່ງທີ່ທ່ານລະຕ້ອງຈ່າຍ)

ບາງສ່ວນ (ບາງສ່ວນຂອງແຂ້ວປອມທີ່ຖອດອອກໄດ້)				
ລະຫັດສະມາຄົມທັນຕະກຳອາເມລິກາ (ADA)	ຄຳອະທິບາຍສຳລັບຂັ້ນຕອນທາງທັນຕະກຳ	ຄວາມຖີ່	ເກນກຳນົດ ແລະ ການຍົກເວັ້ນ	ການຈ່າຍຮ່ວມ ຫຼື ປະກັນໄພຮ່ວມ
D5211	ບາງສ່ວນຂອງແຂ້ວປອມເບື້ອງເທິງ - ຖານເຣຊິນ	ຫນຶ່ງ (1) ຄັ້ງທຸກໆຫ້າ (5) ປີແ ຜນປະກັນ	ບາງສ່ວນຂອງແຂ້ວປອມໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງໃນເວລາທີ່ແຂ້ວທີ່ຍັງເຫຼືອຢູ່/ກຳລັງປົ່ນປ້ອຢູ່ບໍ່ໄດ້ເປັນແຂ້ວແນງ ແລະ ມີກະດູກທີ່ແຂງແຮງ (1) ເພື່ອຮອງຮັບບາງສ່ວນຂອງແຂ້ວປອມ. ລວມທັງອັດສະດຸຍຶດ/ຈ່ອງ, ບ່ອນວາງ ແລະ ແຂ້ວ.	ຈ່າຍຮ່ວມ $0
D5212	ບາງສ່ວນຂອງແຂ້ວປອມເບື້ອງລຸ່ມ - ຖານເຣຊິນ	ຫນຶ່ງ (1) ຄັ້ງທຸກໆຫ້າ (5) ປີແ ຜນປະກັນ		ຈ່າຍຮ່ວມ $0
D5213	ບາງສ່ວນຂອງແຂ້ວປອມເບື້ອງເທິງ - ໂຄງໂລຫະທີ່ພົມແບບພ້ອມກັບການແຂ້ວປອມຈາກເຣຊິນ	ຫນຶ່ງ (1) ຄັ້ງທຸກໆຫ້າ (5) ປີແ ຜນປະກັນ		ຈ່າຍຮ່ວມ $0
D5214	ບາງສ່ວນຂອງແຂ້ວປອມເບື້ອງລຸ່ມ - ໂຄງໂລຫະທີ່ພົມແບບພ້ອມກັບການແຂ້ວປອມຈາກເຣຊິນ	ຫນຶ່ງ (1) ຄັ້ງທຸກໆຫ້າ (5) ປີແ ຜນປະກັນ		ຈ່າຍຮ່ວມ $0
D5221	ບາງສ່ວນຂອງແຂ້ວປອມເບື້ອງເທິງທີ່ໃສ່ໃນເວລາທີ່ຖອນຖານເຣຊິນ.	ຫນຶ່ງ (1) ຄັ້ງທຸກໆຫ້າ (5) ປີແ ຜນປະກັນ		ຈ່າຍຮ່ວມ $0
D5222	ບາງສ່ວນຂອງແຂ້ວປອມເບື້ອງລຸ່ມທີ່ໃສ່ໃນເວລາທີ່ຖອນ - ຖານເຣຊິນ	ຫນຶ່ງ (1) ຄັ້ງທຸກໆຫ້າ (5) ປີແ ຜນປະກັນ		ຈ່າຍຮ່ວມ $0

ພາກທີ 4 ຕາຕະລາງສິດຜົນປະໂຫຍດດ້ານການແພດ (ສິ່ງທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ ແລະ ສິ່ງທີ່ທ່ານລະຕ້ອງຈ່າຍ)

ບາງສ່ວນ (ບາງສ່ວນຂອງແຂ້ວປອມທີ່ຖອດອອກໄດ້) (ຕໍ່)				
ລະຫັດສະມາຄົມທັນຕະກຳອາເມລິກາ (ADA)	**ຄຳອະທິບາຍສຳລັບຂັ້ນຕອນທາງທັນຕະກຳ**	**ຄວາມຖີ່**	**ເກນກຳນົດ ແລະ ການຍົກເວັ້ນ**	**ການຈ່າຍຮ່ວມ ຫຼື ປະກັນໄພຮ່ວມ**
D5225	ບາງສ່ວນຂອງແຂ້ວປອມດ້ານເທິງ - ຖານທີ່ຫົດຍືດໄດ້	ໜຶ່ງ (1) ຄັ້ງທຸກໆຫ້າ (5) ປີແຜນປະກັນ	ບາງສ່ວນຂອງແຂ້ວປອມໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງໃນເວລາທີ່ແຂ້ວທີ່ຍັງເຫຼືອຢູ່/ກຳລັງປົ່ນປົວຢູ່ບໍ່ໄດ້ເປັນແຂ້ວແມງ ແລະ ມີກະດູກທີ່ແຂງແຮງ (1) ເພື່ອຮອງຮັບບາງສ່ວນຂອງແຂ້ວປອມ. ລວມທັງວັດສະດຸຍຶດ/ຈ່ອງ, ບ່ອນວາງ ແລະ ແຂ້ວ.	ຈ່າຍຮ່ວມ $0
D5226	ບາງສ່ວນຂອງແຂ້ວປອມດ້ານລຸ່ມ - ຖານທີ່ຫົດຍືດໄດ້	ໜຶ່ງ (1) ຄັ້ງທຸກໆຫ້າ (5) ປີແຜນປະກັນ		ຈ່າຍຮ່ວມ $0

ພາກທີ 4 ຕາຕະລາງສິດຜົນປະໂຫຍດດ້ານການແພດ (ສິ່ງທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ ແລະ ສິ່ງທີ່ທ່ານລະຕ້ອງຈ່າຍ)

ການປັບ ແລະ ການສ້ອມແປງແຂ້ວປອມຫົມດປາກ				
ລະຫັດສະມາຄົມທັນຕະກຳອາເມລິກາ (ADA)	**ຄຳອະທິບາຍສຳລັບຂັ້ນຕອນທາງທັນຕະກຳ**	**ຄວາມຖີ່**	**ເກນກຳນົດ ແລະ ການຍົກເວັ້ນ**	**ການຈ່າຍຮ່ວມ ຫຼື ປະກັນໄພຮ່ວມ**
D5410, D5411, D5850, D5851	ການປັບແຂ້ວປອມ ຫຼື ການປັບສະພາບເນື້ອເຍື່ອສຳລັບແຂ້ວປອມດ້ານລຸ່ມ ແລະ/ຫຼື ດ້ານເທິງຫົມດປາກ	ສອງ (2) ຂອງແຕ່ລະປະເພດ ຕໍ່ແຂ້ວປອມ ຕໍ່ປີແຜນປະກັນ	ຄຸ້ມຄອງການປັບ, ການລວງໃຫມ່, ການສ້ອມແປງ, ການປັບສະພາບເນື້ອເຍື່ອ ແລະ ການປ່ຽນແທນແຂ້ວທີ່ຫາຍໄປ ຫຼື ແຕກຫັກສຳລັບແຂ້ວປອມຫົມດປາກ. ບໍ່ສາມາດຮຽກເກັບເງິນພາຍໃນ 6 ເດືອນນັບຈາກການໃສ່ແຂ້ວປອມໃຫມ່.	ຈ່າຍຮ່ວມ $0
D5511, D5512, D5520, D5730, D5731, D5750, D5751	ການສ້ອມແປງ ແລະ ການຈັດລວງແຂ້ວປອມດ້ານລຸ່ມ ແລະ/ຫຼື ດ້ານເທິງຫົມດປາກ	ຫນຶ່ງ (1) ຄັ້ງ ຂອງແຕ່ລະປະເພດ ຕໍ່ແຂ້ວປອມ ຕໍ່ປີແຜນປະກັນ		ຈ່າຍຮ່ວມ $0

ພາກທີ 4 ຕາຕະລາງສິດຜົນປະໂຫຍດດ້ານການແພດ (ສິ່ງທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ ແລະ ສິ່ງທີ່ທ່ານລະຕ້ອງຈ່າຍ)

ການປັບ ແລະ ການສ້ອມແປງບາງສ່ວນຂອງແຂ້ວປອມ				
ລະຫັດສະມາຄົມທັນຕະກຳອາເມລິກາ (ADA)	**ຄຳອະທິບາຍສຳລັບຂັ້ນຕອນທາງທັນຕະກຳ**	**ຄວາມຖີ່**	**ເກນກຳນົດ ແລະ ການຍົກເວັ້ນ**	**ການຈ່າຍຮ່ວມ ຫຼື ປະກັນໄພຮ່ວມ**
D5421, D5422	ການປັບບາງສ່ວນຂອງແຂ້ວປອມດ້ານລຸ່ມ ແລະ/ຫຼື ດ້ານເທິງ	ສອງ (2) ຄັ້ງ ຕໍ່ແຂ້ວປອມ ຕໍ່ປີແຜນປະກັນ	ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ ສຳລັບບາງສ່ວນຂອງແຂ້ວປອມ: ການປັບ, ການລຽງໃໝ່, ການສ້ອມແປງໂຄງສ້າງແຂ້ວປອມ, ການແປງ/ການປ່ຽນແທນແຂ້ວປອມທີ່ຫາຍໄປ ຫຼື ແຕກຫັກ ແລະ ການເສີມຂໍເກາະ ຫຼື ແຂ້ວປອມເພີ່ມເຕີມຕໍ່ໃສ່ບາງສ່ວນຂອງແຂ້ວປອມທີ່ມີຢູ່ແລ້ວ້ອ. ບໍ່ສາມາດຮຽກເກັບເງິນພາຍໃນ 6 ເດືອນນັບຈາກການໃສ່ບາງສ່ວນຂອງແຂ້ວປອມໃໝ່.	ຈ່າຍຮ່ວມ $0

ພາກທີ 4 ຕາຕະລາງສິດຜົນປະໂຫຍດດ້ານການແພດ (ສິ່ງທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ ແລະ ສິ່ງທີ່ທ່ານລະຕ້ອງຈ່າຍ)

ການປັບ ແລະ ການສ້ອມບາງສ່ວນຂອງແປງແຂ້ວປອມ (ຕ່ຳ)				
ລະຫັດສະມາຄົມທັນຕະກຳອາເມລິກາ (ADA)	ຄຳອະທິບາຍສຳລັບຂັ້ນຕອນທາງທັນຕະກຳ	ຄວາມຖີ່	ເກນກຳນົດ ແລະ ການຍົກເວັ້ນ	ການຈ່າຍຮ່ວມ ຫຼື ປະກັນໄພຮ່ວມ
D5611, D5612, D5621, D5622, D5630, D5640, D5650, D5660, D5740, D5741, D5760, D5761	ການສ້ອມແປງ ຫຼື ການຈັດວາງໃໝ່ສຳລັບບາງສ່ວນຂອງແຂ້ວປອມດ້ານລຸ່ມ ແລະ/ຫຼື ດ້ານເທິງ	ໜຶ່ງ (1) ຄັ້ງ ຂອງແຕ່ລະປະເພດ ຕໍ່ບາງສ່ວນຂອງແຂ້ວປອມ ຕໍ່ປີແຜນປະກັນ	ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງສຳລັບບາງສ່ວນຂອງແຂ້ວປອມ: ການປັບ, ການວາງໃໝ່, ການສ້ອມແປງໂຄງສ້າງແຂ້ວປອມ, ການແປງ/ການປ່ຽນແທນແຂ້ວປອມທີ່ຫາຍໄປ ຫຼື ແຕກຫັກ ແລະ ການເສີມຂໍເກາະ ຫຼື ແຂ້ວປອມເພີ່ມເຕີມຕໍ່ໃສ່ບາງສ່ວນຂອງແຂ້ວປອມທີ່ມີຢູ່ແລ້ວ. ບໍ່ສາມາດຮຽກເກັບເງິນພາຍໃນ 6 ເດືອນນັບຈາກການໃສ່ບາງສ່ວນຂອງແຂ້ວປອມໃໝ່.	ຈ່າຍຮ່ວມ $0

ພາກທີ 4 ຕາຕະລາງສິດຜົນປະໂຫຍດດ້ານການແພດ (ສິ່ງທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ ແລະ ສິ່ງທີ່ທ່ານລະຕ້ອງຈ່າຍ)

ການໃສ່ແຂ້ວທຽມ				
ລະຫັດສະມາຄົມທັນຕະກຳອາເມລິກາ (ADA)	**ຄຳອະທິບາຍສຳລັບຂັ້ນຕອນທາງທັນຕະກຳ**	**ຄວາມຖີ່**	**ເກນກຳນົດ ແລະ ການຍົກເວັ້ນ**	**ການຈ່າຍຮ່ວມ ຫຼື ປະກັນໄພຮ່ວມ**
D6010, D6010 D6011, D6056 D6057, D6058 D6059, D6060 D6061, D6062 D6063, D6068 D6069, D6073, D6071, D6072 D6065, D6066 D6067, D6075 D6076, D6077 D6091, D6111 D6112, D6191 D6192	ການວາງຕຳແໜ່ງໃສ່ແຂ້ວປອມໃນກະດູກຄາງ ແລະ ການຄ້ຳຊູການຮອງຮັບ	ການປູກຖ່າຍສູງສຸດເຖິງສີ່ (4) ຄັ້ງ ຕໍ່ປີແຜນ, ຫນຶ່ງຄັ້ງຕໍ່ແຂ້ວ ຫນຶ່ງເຫຼັ້ມຕະຫຼອດຊີວິດ).	ສາມາດນຳໃຊ້ເພື່ອປ່ຽນແທນແຂ້ວທີ່ຫາຍໄປເທົ່ານັ້ນ. ພື້ນທີ່ຕ້ອງມີສຸຂະພາບແຂງແຮງພຽງພໍທີ່ຈະຮອງຮັບການປູກຖ່າຍ ແລະ ຈາກພະຍາດເຫືອກທີ່ຍັງເປັນຢູ່.	ຈ່າຍຮ່ວມ $0

ພາກທີ 4 ຕາຕະລາງສິດຜົນປະໂຫຍດດ້ານການແພດ (ສິ່ງທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ ແລະ ສິ່ງທີ່ທ່ານຈະຕ້ອງຈ່າຍ)

ສະພານແຂ້ວ				
ລະຫັດສະມາຄົມທັນຕະກຳອາເມລິກາ (ADA)	**ຄຳອະທິາຍສຳລັບຂັ້ນຕອນທາງທັນຕະກຳ**	**ຄວາມຖີ່**	**ເກນກຳນົດ ແລະ ການຍົກເວັ້ນ**	**ການຈ່າຍຮ່ວມ ຫຼື ປະກັນໄພຮ່ວມ**
D6210, D6211, D6212, D6214, D6240, D6241, D6242, D6245	ສ່ວນໜຶ່ງຂອງສະພານແຂ້ວແມ່ນແຂ້ວປອມທີ່ປ່ຽນແທນແຂ້ວທີ່ຫາຍໄປ (ການຄອບແຂ້ວລອຍ)	ໜຶ່ງ (1) ຄັ້ງຕໍ່ແຂ້ວໜຶ່ງເຫຼັ້ມທຸກໆຫ້າ (5) ປີແຜນປະກັນ	ສາມາດນຳໃຊ້ເພື່ອປ່ຽນແທນແຂ້ວທີ່ຫາຍໄປເທົ່ານັ້ນ. ຄຸ້ມຄອງສະພານແຂ້ວທີ່ເຮັດຈາກສານເຄືອບ/ເຊລາມິກ; ສານເຄືອບທີ່ຫຼອມລວມກັບສານເຄືອບມີສະກຸນສູງ, ຖານສ່ວນໃຫຍ່ ຫຼື ໂລລາຄາແພງ; ການຄອບແຂ້ວດ້ວຍສານລາຄາແພງທັງໝົດ, ຖານສ່ວນໃຫຍ່ ຫຼື ໂລຫະລາຄາແພງ ແລະ ໄທທານຽມ.	ຈ່າຍຮ່ວມ $0
D6740, D6750, D6751, D6752, D6790, D6791, D6792, D6794,	ການຄອບທີ່ວາງໃສ່ແຂ້ວທີ່ຮອງຮັບສະພານແຂ້ວ (ການຄອບເພື່ອຮັກສາສະພາບ)	ໜຶ່ງ (1) ຄັ້ງຕໍ່ແຂ້ວໜຶ່ງເຫຼັ້ມທຸກໆຫ້າ (5) ປີແຜນປະກັນ	ຄຸ້ມຄອງການຄອບທີ່ເປັນສ່ວນຂອງສະພານແຂ້ວເທົ່ານັ້ນ.	ຈ່າຍຮ່ວມ $0
D6930	ການຕໍ່ເຕີມສະພານແຂ້ວທີ່ຫຼຸດອອກ	ບໍ່ຈຳກັດຕໍ່ປີແຜນປະກັນ	ບໍ່ໄດ້ໃຫ້ການຄຸ້ມຄອງການຕໍ່ເຕີມສະພານແຂ້ວໃນມື້ດຽວກັນກັບການໃສ່ສະພານແຂ້ວທຳອິດ.	ຈ່າຍຮ່ວມ $0

ພາກທີ 4 ຕາຕະລາງສິດຜົນປະໂຫຍດດ້ານການແພດ (ສິ່ງທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ ແລະ ສິ່ງທີ່ທ່ານລະຕ້ອງຈ່າຍ)

ຂັ້ນຕອນການຫຼັກແຂ້ວ ແລະ ການຜ່າຕັດຊ່ອງປາກ				
ລະຫັດສະມາຄົມທັນຕະກຳອາເມລິກາ (ADA)	**ຄຳອະທິບາຍສຳລັບຂັ້ນຕອນທາງທັນຕະກຳ**	**ຄວາມຖີ່**	**ເກນກຳນົດ ແລະ ການຍົກເວັ້ນ**	**ການຈ່າຍຮ່ວມ ຫຼື ປະກັນໄພຮ່ວມ**
D7111, D7140, D7210, D7250	ການຖອນແຂ້ວ	ຫນຶ່ງ (1) ຄັ້ງ ຕໍ່ແຂ້ວຫນຶ່ງເຫຼັ້ມ ຕະຫຼອດຊີວິດຂອງສະມາຊິກ	ຄຸ້ມຄອງການຫຼັກແຂ້ວແມງ, ຮາກແຂ້ວທີ່ພົ້ນຂຶ້ນມາ ແລະ ແຂ້ວນ້ຳນົມທີ່ຍັງເຫຼືອ. ຄຸ້ມຄອງການຜ່າຕັດຖອນແຂ້ວທີ່ເປັນແມງ ຫຼື ຮາກແຂ້ວທີ່ພົ້ນຂຶ້ນມາ. ບໍ່ຄຸ້ມຄອງການຫຼັກແຂ້ວທີ່ໄດ້ຮັບຜົນກະທົບ (ບໍ່ເປັນແມງ).	ຈ່າຍຮ່ວມ $0
D7310, D7311, D7320, D7321	ການຈັດຮູບຮ່າງກະດູກ (1) ຄັ້ງ ທີ່ຢູ່ອ້ອມແຂ້ວ ຫຼື ພື້ນທີ່ແຂ້ວ	ຫນຶ່ງ (1) ຄັ້ງ ຕໍ່ ຫນຶ່ງສ່ວນສີ່ຂອງປາກ ຕໍ່ປີແຜນປະກັນ, ສູງສຸດສີ່ທັງ (4) ສ່ວນຂອງປາກແຕ່ລະສ່ວນແຕກຕ່າງກັນ/ບໍ່ຊ້ຳກັນ ຕໍ່ປີແຜນປະກັນ	ຄຸ້ມຄອງການຜ່າຕັດເບົ້າແຂ້ວທີ່ພ້ອມ ຫຼື ບໍ່ພ້ອມກັບການຫຼັກແຂ້ວ.	ຈ່າຍຮ່ວມ $0

ພາກທີ 4 ຕາຕະລາງສິດຜົນປະໂຫຍດດ້ານການແພດ (ສິ່ງທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ ແລະ ສິ່ງທີ່ທ່ານລະຕ້ອງຈ່າຍ)

ຂັ້ນຕອນການຫຼີກແຂ້ວ ແລະ ການຜ່າຕັດຊ່ອງປາກ (ຕ່ໍ)				
ລະຫັດສະມາຄົມທັນຕະກຳອາເມລິກາ (ADA)	**ຄຳອະທິບາຍສຳລັບຂັ້ນຕອນທາງທັນຕະກຳ**	**ຄວາມຖີ່**	**ເກນກຳນົດ ແລະ ການຍົກເວັ້ນ**	**ການຈ່າຍຮ່ວມ ຫຼື ປະກັນໄພຮ່ວມ**
D7510, D7511	ການຜ່າຕັດເພື່ອລະບາຍຫນອງ	ບໍ່ຈຳກັດຕໍ່ປີແຜນປະກັນ	ຄຸ້ມຄອງຮອຍຜ່າ ແລະ ການລະບາຍຫນອງຜ່ານເນື້ອເຫຍື່ອອ່ອນໃນປາກ (ໃນຊ່ອງປາກ). ບໍ່ຄຸ້ມຄອງຮອຍຜ່າ ແລະ ການລະບາຍຜ່ານຜິວຫນັງຢູ່ນອກປາກ (ນອກຊ່ອງປາກ).	ຈ່າຍຮ່ວມ $0
ການປິ່ນປົວສຸກເສີນສຳລັບອາການເຈັບ ແລະ ສຸຂະພາບຊ່ອງປາກອື່ນໆ				
ລະຫັດສະມາຄົມທັນຕະກຳອາເມລິກາ (ADA)	**ຄຳອະທິບາຍສຳລັບຂັ້ນຕອນທາງທັນຕະກຳ**	**ຄວາມຖີ່**	**ເກນກຳນົດ ແລະ ການຍົກເວັ້ນ**	**ການຈ່າຍຮ່ວມ ຫຼື ປະກັນໄພຮ່ວມ**
D9110	ຂັ້ນຕອນເລັກນ້ອຍໃນການປິ່ນປົວສຸກເສີນຂອງອາການບາດເຈັບໃນຊ່ອງປາກ	ບໍ່ຈຳກັດຕໍ່ປີແຜນປະກັນ	ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງສຳລັບການກວດແບບຮີບດ່ວນ ຫຼື ສຸກເສີນເທົ່ານັ້ນ.	ຈ່າຍຮ່ວມ $0
D9910	ການນຳໃຊ້ສານຫຼຸດອາການເຂັດແຂ້ວ	ບໍ່ຈຳກັດຕໍ່ປີແຜນປະກັນ	ຄຸ້ມຄອງຫນຶ່ງຄັ້ງຕໍ່ການໄປກວດ. ບໍ່ຄຸ້ມຄອງຖານ, ການຈັດວາງ ຫຼື ກາວທີ່ໃຊ້ພາຍໃຕ້ການຟື້ນຟູ.	ຈ່າຍຮ່ວມ $0

ພາກທີ 4 ຕາຕະລາງສິດຜົນປະໂຫຍດດ້ານການແພດ (ສິ່ງທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ ແລະ ສິ່ງທີ່ທ່ານລະຕ້ອງຈ່າຍ)

ໄນຕຣັສອອກຊາຍ Nitrous Oxide ແລະ ຢາມຶນສຳລັບຂັ້ນຕອນດ້ານທັນຕະກຳ				
ລະຫັດສະມາຄົມທັນຕະກຳອາເມລິກາ (ADA)	**ຄຳອະທິບາຍສຳລັບຂັ້ນຕອນທາງທັນຕະກຳ**	**ຄວາມຖີ່**	**ເກນກຳນົດ ແລະ ການຍົກເວັ້ນ**	**ການຈ່າຍຮ່ວມ ຫຼື ປະກັນໄພຮ່ວມ**
D9219	ການປະເມີນການໃຊ້ຢາມຶນ ຫຼື ການດົມຢາສະຫຼົບ	ບໍ່ຈຳກັດຕໍ່ປີແຜນປະກັນ	ຄຸ້ມຄອງການບໍລິຫານ, ການປະເມີນຜົນ ແລະ ການຕິດຕາມຜົນສຳລັບການໃຊ້ຢາມຶນ/ຢາສະຫຼົບລະດັບປານກາງ (ຍັງມີສະຕິ), ການໃຊ້ຢາມຶນ/ຢາສະຫຼົບແບບເລີກ ແລະ ໄນຕຣັສອອກຊາຍ/ຢາສະຫຼົບ - ຍັງມີສະຕິ. ຢາທີ່ຖືກນຳໃຊ້ກັບຂັ້ນຕອນເຫຼົ່ານີ້ຖືກວ່າລວມຢູ່ໃນລະຫັດຂັ້ນຕອນ ແລະ ບໍ່ສາມາດຮຽກເກັບເງິນແຍກຕ່າງຫາກໄດ້.	ຈ່າຍຮ່ວມ $0
D9222, D9223	ການໃຊ້ຢາມຶນ/ຢາສະຫຼົບລະດັບເລີກ	ບໍ່ຈຳກັດຕໍ່ປີແຜນປະກັນ		ຈ່າຍຮ່ວມ $0
D9230	ໄນຕຣັສອອກຊາຍ Nitrous Oxide	ບໍ່ຈຳກັດຕໍ່ປີແຜນປະກັນ		ຈ່າຍຮ່ວມ $0
D9239, D9243	ການສົ່ງຢາມຶນຜ່ານດສັ້ນເລືອດ	ບໍ່ຈຳກັດຕໍ່ປີແຜນປະກັນ		ຈ່າຍຮ່ວມ $0

ພາກທີ 4 ຕາຕະລາງສິດຜົນປະໂຫຍດດ້ານການແພດ (ສິ່ງທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ ແລະ ສິ່ງທີ່ທ່ານລະຕ້ອງຈ່າຍ)

ການໃສ່ເຜືອກແຂ້ວ				
ລະຫັດສະມາຄົມທັນຕະກຳອາເມລິກາ (ADA)	**ຄຳອະທິບາຍສຳລັບຂັ້ນຕອນທາງທັນຕະກຳ**	**ຄວາມຖີ່**	**ເກນກຳນົດ ແລະ ການຍົກເວັ້ນ**	**ການຈ່າຍຮ່ວມ ຫຼື ປະກັນໄພຮ່ວມ**
D7880	ການໃສ່ເຜືອກໃຊ້ເພື່ອປິ່ນປົວ TMJ	ຫນຶ່ງ (1) ຄັ້ງທຸກໆ ສາມ (3) ປີຕາມແຜນ	ຄຸ້ມຄອງອຸປະກອນເສີມການກັດແຂ້ວທີ່ມີໃຫ້ສຳລັບການປິ່ນປົວຄວາມຜິດປົກກະຕິຂອງ TMJ.	ຈ່າຍຮ່ວມ $0
D9943	ການປັບອຸປະກອນປ້ອງກັນການກັດແຂ້ວ	ສອງ (2) ຄັ້ງຕໍ່ປີແຜນປະກັນ	ບໍ່ຄຸ້ມຄອງພາຍໃນ 6 ເດືອນ ນັບຈາກການໃສ່ອຸປະກອນປ້ອງກັນການກັດແຂ້ວ.	ຈ່າຍຮ່ວມ $0
D9944	ອຸປະກອນປ້ອງກັນການກັດແຂ້ວແບບແຂງທີ່ເຕັມສ່ວນໂຄ້ງດ້ານເທິງ ຫຼື ດ້ານລຸ່ມ	ຫນຶ່ງ (1) ຄັ້ງທຸກໆ ສາມ (3) ປີຕາມແຜນ	ຄຸ້ມຄອງສະເພາະສິ່ງທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບການທຳຄວາມສະອາດ ຫຼື ການຜົນແຂ້ວທີ່ບັນທຶກໄວ້ເທົ່ານັ້ນ. ບໍ່ຄຸ້້ມຄອງພາວະຫຍຸດຫາຍໃຈຂະນະນອນຫຼັບ, ການໂກນ ຫຼື ອຸປະກອນເສີມໃດໆ	ຈ່າຍຮ່ວມ $0

ພາກທີ 4 ຕາຕະລາງສິດຜົນປະໂຫຍດດ້ານການແພດ (ສິ່ງທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ ແລະ ສິ່ງທີ່ທ່ານຈະຕ້ອງຈ່າຍ)

ຂໍ້ຈຳກັດໃນການຄຸ້ມຄອງດ້ານທັນຕະກຳ:

1. ບໍລິການໃດໆທີ່ບໍ່ໄດ້ລະບຸຂ້າງເທິງນີ້ແມ່ນຖືວ່າບໍ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ.
2. ການບໍລິການທີ່ມີໃຫ້ໂດຍທັນຕະແພດນອກເຄືອຂ່າຍ ຖ້າວ່າແຜນຂອງທ່ານບໍ່ມີການຄຸ້ມຄອງນອກເຄືອຂ່ານ.
3. ການບໍລິການດ້ານທັນຕະກຳ ແລະ/ຫຼື ຂັ້ນຕອນທີ່ບໍ່ຈຳເປັນ ແລະ/ຫຼື ດຳເນີນການຍ້ອນເຫດຜົນດ້ານການຕົບແຕ່ງ ແລະ/ຫຼື ເພື່ອຄວາມສວຍງາມພຽງຢ່າງດຽວເທົ່ານັ້ນ
4. ຄ່າເຂົ້ານອນໂຮງໝໍ ແລະ ສະຖານທີ່ອື່ນໆ.
5. ການດຳເນີນຂັ້ນຕອນດ້ານທັນຕະກຳທີ່ບໍ່ກ່ຽວຂ້ອງໂດຍກົງກັບພະຍາດໃນຊ່ອງປາກ.
6. ການດຳເນີນຂັ້ນຕອນໃດໆທີ່ບໍ່ຢູ່ໃນສະຖານທີ່ດ້ານທັນຕະກຳ.
7. ການຜ່າຕັດເພື່ອການປັບໂຄງສ້າງທຸກປະເພດ, ລວມທັງການຜ່າຕັດເພື່ອການປັບໂຄງສ້າງໃນຊ່ອງປາກ, ອາການບາດເຈັບ ຫຼື ຄວາມຜິດປົກກະຕິແຕ່ກຳເນີດ.
8. ການດຳເນີນຂັ້ນຕອນທີ່ຖືວ່າເປັນການທົດລອງ, ການສຶບສວນ ຫຼື ຍັງບໍ່ໄດ້ຮັບການຜົນສູດ. ນີ້ລວມມີ ສູດການຍາທີ່ຍັງບໍ່ໄດ້ຮັບການຍອມຮັບຈາກ ສະພາຄະນະກຳມະການທັນຕະກຳຂອງອາເມລິກາ (American Dental Association Council) ໃນດ້ານການປິ່ນປົວດ້ານທັນຕະກຳ. ຄວາມຈິງທີ່ວ່າການບໍລິການດ້ານການທົດລອງ, ການສຶບສວນ ຫຼື ຍັງບໍ່ໄດ້ຮັບການຜົນສູດ, ການປິ່ນປົວ, ອຸປະກອນ ຫຼື ສູດການຍາຈະມີໃຫ້ພຽງການປິ່ນປົວອາການເຈັບປ່ວຍບາງຢ່າງເທົ່ານັ້ນ ຈະບໍ່ມີຜົນຕໍ່ການຄຸ້ມຄອງ ຖ້າວ່າຂັ້ນຕອນນັ້ນຖືວ່າເປັນການທົດລອງ, ການສຶບສວນ ຫຼື ທີ່ຍັງບໍ່ໄດ້ຮັບການຜົນສູດ ໃນການປິ່ນປົວອາການເຈັບປ່ວຍສະເພາະ.
9. ການບໍລິການການບາດເຈັບ ຫຼື ອາການເຈັບປ່ວຍທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງຈາກກົດໝາຍການຈ່າຍເງິນຊົດເຊີຍ ຫຼື ຄວາມຮັບຜິດຊອບຂອງນາຍຈ້າງຕໍ່ລູກຈ້າງ ແລະ ການບໍລິການທີ່ມີໃຫ້ໂດຍບໍ່ໄດ້ເສຍຄ່າສຳລັບຄົນທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງຈາກ ເມືອງ, ເຄົາຕີ້ ຫຼື ຫນ່ວຍງານຍ່ອຍທາງການເມືອງອື່ນໆ. ຂໍ້ຍົກເວັ້ນນີ້ບໍ່ສາມາດໃຊ້ໄດ້ກັບບໍລິການທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງຈາກ Medicaid ຫຼື Medicare.
10. ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍສຳລັບຂັ້ນຕອນດ້ານທັນຕະກຳກ່ອນມື້ເລີ່ມຕົ້ນການມີສິດຂອງບຸກຄົນທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງຈາກແຜນປະກັນ.
11. ການບໍລິການດ້ານທັນຕະກຳທີ່ໃຫ້ (ລວມທັງບໍລິການທັນຕະກຳທີ່ມີການຄຸ້ມຄອງ) ຫຼັງຈາກມື້ທີ່ນະ�โยບາຍສິ້ນສຸດລົງ, ລວມທັງບໍລິການທັນຕະກຳສຳລັບບັນຫາສຸຂະພາບປາກທີ່ເກີດກ່ອນມື້ທີ່ການຄຸ້ມຄອງບຸກຄົນພາຍໃຕ້ນະ�โยບາຍສິ້ນສຸດລົງ.
12. ການບໍລິການທີ່ຈັດຫາໃຫ້ໂດຍຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ ທີ່ມີເຂດທີ່ຢູ່ຖືກຕ້ອງຕາມກົດໝາຍດຽວກັນກັບບຸກຄົນທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ ຫຼື ຜູ້ທີ່ເປັນສະມາຊິກຂອງຄອບຄົວບຸກຄົນທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ, ລວມທັງຄູ່ສົມລົດ, ອ້າຍ, ເອື້ອຍ, ພໍ່ແມ່ ຫຼື ລູກ.
13. ຄ່າປັບໃໝຍ້ອນບໍ່ສາມາດມານັດທີ່ກຳນົດໄວ້ໄດ້ ໂດຍບໍ່ມີການແຈ້ງໃຫ້ຫ້ອງການທັນຕະກຳຮັບຊາບພາຍໃນໄລຍະເວລາທີ່ກຳນົດ.

ການປະຕິເສດຄວາມຮັບຜິດຊອບ: ແຜນການປິ່ນປົວ ແລະ ຂັ້ນຕອນດ້ານທັນຕະກຳທີ່ໄດ້ຮັບການແນະນຳອາດຈະແຕກຕ່າງກັນ. ປຶກສາກັບທັນຕະແພດຂອງທ່ານກ່ຽວກັບຕົວເລືອກການປິ່ນປົວ, ຄວາມສ່ຽງ, ຜົນປະໂ

ຫຍດ ແລະ ຄ່າທຳນຽມ. ການປ່ຽນລະຫັດຂອງ CDT ໄດ້ອອກແຈ້ງການເປັນລາຍປີ ໂດຍສະມາຄົມທັນຕະກຳຂອງອາເມລິກາ. ລະຫັດຂັ້ນຕອນອາດປ່ຽນແປງໃນໄລຍະປີແຜນປະກັນໂດຍອີງຕາມການຍຸດຊະງັກຂອງລະຫັດທັນຕະກຳບາງລະຫັດ.

ຂໍ້ທີ 3 ການບໍລິການອັນໃດທີ່ບໍ່ໄດ້ກວມເອົາໃນແຜນການ?

ຂໍ້ທີ 3.1 ການບໍລິການທີ່ພວກເຮົາບໍ່ໃຫ້ການຄຸ້ມຄອງ (ການຍົກເວັ້ນ)

ຂໍ້ນີ້ອະທິບາຍທ່ານວ່າການບໍລິການໃດຖືກຍົກເວັ້ນຈາກການຄຸ້ມຄອງຂອງ Medicare ແລະດັ່ງນັ້ນ, ບໍ່ໄດ້ກວມເອົາໂດຍແຜນນີ້.

ເສັ້ນສະແດງລຸ່ມນີ້ສະແດງລາຍການການບໍລິການ ແລະ ລາຍການທີ່ບໍ່ມີການຄຸ້ມຄອງພາຍໃຕ້ເງື່ອນໄຂໃດໆ ຫຼື ມີການຄຸ້ມຄອງພາຍໃຕ້ເງື່ອນໄຂສະເພາະເທົ່ານັ້ນ.

ຖ້າທ່ານໄດ້ຮັບການບໍລິການທີ່ຖືກຍົກເວັ້ນ (ບໍ່ມີການຄຸ້ມຄອງ), ທ່ານຕ້ອງຈ່າຍຄ່າບໍລິການດ້ວຍຕົນເອງ. ຍົກເວັ້ນພາຍໃຕ້ເງື່ອນໄຂສະເພາະທີ່ລະບຸໄວ້ຂ້າງລຸ່ມນີ້. ເຖິງວ່າທ່ານຈະໄດ້ຮັບບໍລິການທີ່ບໍ່ໄດ້ລວມເອົາສະຖານທີ່ສຸກເສີນ, ການບໍລິການທີ່ທີ່ບໍ່ໄດ້ລວມຢູ່ນຳກັນນັ້ນແມ່ນຍັງບໍ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ ແລະ ແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາຈະບໍ່ຈ່າຍເງິນສຳລັບສິ່ງເຫຼົ່ານັ້ນ.

ຂໍ້ຍົກເວັ້ນດຽວກໍ່ຄື ຖ້າການບໍລິການໄດ້ຮັບການອຸທອນ ແລະ ຕັດສິນວ່າ: ເມື່ອການອຸທອນໃຫ້ເປັນການບໍລິການດ້ານການແພດທີ່ພວກເຮົາຄວນຈ່າຍ ຫຼື ຕ້ອງໃຫ້ການຄຸ້ມຄອງເນື່ອງຈາກສະຖານະການສະເພາະຂອງທ່ານ. (ສຳລັບຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບການອຸທອນການຕັດສິນໃຈທີ່ພວກເຮົາໄດ້ເຮັດ ເພື່ອຈະບໍ່ໃຫ້ການຄຸ້ມຄອງການບໍລິການທາງການແພດ, ໃຫ້ໄປທີ່ບົດພາກທີ 9, ຂໍ້ທີ 5.3 ໃນເອກະສານສະບັບນີ້.)

ການບໍລິການທີ່ບໍ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງຈາກ Medicare	ບໍ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງພາຍໃຕ້ທຸກເງື່ອນໄຂ	ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງພາຍໃຕ້ເງື່ອນສະເພາະເທົ່ານັ້ນ
ການຜ່າເຂັ້ມ		• ມີໃຫ້ສຳລັບຜູ້ທີ່ມີອາການເຈັບຫຼັງ ຊ່ອງລຸ່ມລຳເຮື້ອ ພາຍໃຕ້ບາງສະຖານະການ.

ພາກທີ 4 ຕາຕະລາງສິດຜົນປະໂຫຍດດ້ານການແພດ (ສິ່ງທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ ແລະ ສິ່ງທີ່ທ່ານລະຕ້ອງຈ່າຍ)

ການບໍລິການທີ່ບໍ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງຈາກ Medicare	**ບໍ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງພາຍໃຕ້ທຸກເງື່ອນໄຂ**	**ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງພາຍໃຕ້ເງື່ອນສະເພາະເທົ່ານັ້ນ**
ການເຮັດສັນຍະກຳ ຫຼື ຂັ້ນຕອນການປິ່ນປົວອື່ນໆ		• ຄຸ້ມຄອງໃນກໍລະນີບາດເຈັບຈາກອຸບັດເຫດ ຫຼື ການປັບປຸງການທຳງານຂອງອະໄວຍະວະທີ່ມີຮູບຮ່າງຜິດປົກກະຕິ. • ຄຸ້ມຄອງທຸກຂັ້ນຕອນສຳລັບການແກ້ໄຂໂຄງສ້າງເຕົ້ານົມຫຼັງຈາກການຜ່າຕັດມະເຮັງເຕົ້ານົມ ແລະ ເ ຕົ້ານົມທີ່ບໍ່ໄດ້ຮັບຜົນກະທົບໃຫ້ມີຮູບລັກສະນະທີ່ສົມສ່ວນ.
ການດູແລຮັກສາໄລຍະຍາວ ການດູແລຮັກສາໄລຍະຍາວ ແມ່ນການດູແລໃນເລື່ອງສ່ວນຕົວ ທີ່ບໍ່ຕ້ອງການຄວາມເອົາໃຈໃສ່ຢ່າງຕໍ່ເນື່ອງຈາກບຸກລະຄາກອນທາງການແພດ ຫຼື ພະຍາບານເຊັ່ນ: ການດູແລທີ່ຊ່ວຍທ່ານເຮັດກິດຈະກຳໃນຊີວິດປະຈຳວັນເຊັ່ນການອາບນ້ຳ ຫຼື ການນຸ່ງເຄື່ອງ.	**ບໍ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງພາຍໃຕ້ທຸກເງື່ອນໄຂ**	
ຂັ້ນຕອນການທົດລອງທາງການແພດ ແລະການຜ່າຕັດ, ອຸປະກອນແລະຢາ. ຂັ້ນຕອນການທົດລອງ ແລະ ສິ່ງຂອງເພື່ອການທົດລອງແມ່ນບັນດາສິ່ງຂອງ ແລະ ຂັ້ນຕອນທີ່ກຳນົດໂດຍ Original Medicare ເພື່ອບໍ່ໃຫ້ໄດ້ການຍອມຮັບຈາກອົງການແພດທົ່ວໂປ.		• ອາດຈະໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງໂດຍ Original Medicare ພາຍໃຕ້ການສຶກສາຄົ້ນຄວ້າທາງຄລີນິກທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸມັດໂດຍ Medicare ຫຼື ແຜນຂອງພວກເຮົາ. (ເບິ່ງພາກທີ 3, ຂໍ້ທີ 5 ສຳລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບການສຶກສາຄົ້ນຄວ້າທາງຄລີນິກ.)

ພາກທີ 4 ຕາຕະລາງສິດຜົນປະ�โຫຍດດ້ານການແພດ (ສິ່ງທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ ແລະ ສິ່ງທີ່ທ່ານລະຕ້ອງຈ່າຍ)

ການບໍລິການທີ່ບໍ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງຈາກ Medicare	ບໍ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງພາຍໃຕ້ທຸກເງື່ອນໄຂ	ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງພາຍໃຕ້ເງື່ອນສະເພາະເທົ່ານັ້ນ
ການເກັບຄ່າທຳນຽມເພື່ອການດູແລຈາກພີ່ນ້ອງໃກ້ຊິດຂອງທ່ານ ຫຼື ສະມາຊິກໃນຄົວເຮືອນ.	**ບໍ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງພາຍໃຕ້ທຸກເງື່ອນໄຂ**	
ການດູແລດ້ານພະຍາບານເຕັມເວລາໃນເຮືອນຂອງທ່ານ.	**ບໍ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງພາຍໃຕ້ທຸກເງື່ອນໄຂ**	
ອາຫານທີ່ສົ່ງເຖິງເຮືອນ	**ບໍ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງພາຍໃຕ້ທຸກເງື່ອນໄຂ**	
ການບໍລິການແມ່ບ້ານລວມທັງການຊ່ວຍເຫຼືອໃນຄົວເຮືອນແບບທົ່ວໄປເຊັ່ນ: ການທຳຄວາມສະອາດເຮືອນເລັກນ້ອຍ ຫຼື ການກຽມອາຫານເບົາ.	**ບໍ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງພາຍໃຕ້ທຸກເງື່ອນໄຂ**	
/ການບໍລິການດ້ານທຳມະຊາດບຳບັດ (ນຳໃຊ້ການປິ່ນປົວທາງທຳມະຊາດ ຫຼື ການປິ່ນປົວທາງເລືອກອື່ນໆ).	**ບໍ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງພາຍໃຕ້ທຸກເງື່ອນໄຂ**	
ເກີບສຳລັບການແກ້ໄຂກະດູກ ຫຼື ອຸປະກອນເສີມສຳລັບຕີນ		• ເກີບທີ່ເປັນສ່ວນໜຶ່ງຂອງເຄື່ອງຈ່ອງຂາ ແລະ ລວມຢູ່ໃນຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຂອງເຄື່ອງຈ່ອງຂາ. ເກີບເພື່ອການບຳບັດ ຫຼື ປິ່ນປົວສຳລັບຄົນທີ່ເປັນພະຍາດເບົາຫວານລົງຕີນ.
ສິ່ງຂອງສ່ວນຕົວໃນຫ້ອງຂອງທ່ານໃນໂຮງໝໍ ຫຼື ສະຖານພະຍາບານເຊັ່ນ: ໂທລະສັບ ຫຼື ໂທລະພາບ.	**ບໍ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງພາຍໃຕ້ທຸກເງື່ອນໄຂ**	
ຫ້ອງສ່ວນຕົວຢູ່ໂຮງໝໍ.		• ຄຸ້ມຄອງກໍ່ຕໍ່ເມື່ອມີຄວາມຈຳເປັນທາງການແພດເທົ່ານັ້ນ.
ຂັ້ນຕອນການແກ້ໝັນ ແລະ ຫຼື ອຸປະກອນຄຸມກຳເນີດທີ່ບໍ່ຕ້ອງສັ່ງໂດຍແພດ.	**ບໍ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງພາຍໃຕ້ທຸກເງື່ອນໄຂ**	

ພາກທີ 4 ຕາຕະລາງສິດຜົນປະ�โຫຍດດ້ານການແພດ (ສິ່ງທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ ແລະ ສິ່ງທີ່ທ່ານລະຕ້ອງຈ່າຍ)

ການບໍລິການທີ່ບໍ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງຈາກ Medicare	**ບໍ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງພາຍໃຕ້ທຸກເງື່ອນໄຂ**	**ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງພາຍໃຕ້ເງື່ອນສະເພາະເທົ່ານັ້ນ**
ການປິ່ນປົວການຈັດກະດູກເປັນຕາມປົກກະຕິ		• ການຈັດກະດູກສັນຫຼັງດ້ວຍມືເພື່ອແກ້ໄຂການເຄື່ອນຕົວຂອງກະດູກສັນຫຼັງແມ່ນໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ.
ແກ້ວຕາບາດ, ການຜ່າຕັດ LASIK ແລະ ການຊ່ວຍເຫຼືອພາວະການເບິ່ງເຫັນຕ່ຳອື່ນໆ.	**ບໍ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງພາຍໃຕ້ທຸກເງື່ອນໄຂ**	
ການບໍລິການທີ່ຖືວ່າບໍ່ສົມເຫດສົມຜົນ ແລະ ບໍ່ຈຳເປັນ, ອີງຕາມມາດຕະຖານຂອງ Original Medicare	**ບໍ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງພາຍໃຕ້ທຸກເງື່ອນໄຂ**	

ພາກທີ 5:

ການນຳໃຊ້ການຄຸ້ມຄອງຈາກແຜນປະ ກັນສຳລັບຢາຕາແພດສັ່ງ ພາກ D

ຂໍ້ທີ 1 ຄຳແນະນຳ

ພາກນີ້ **ອະທິບາຍກົດລະບຽບການນຳໃຊ້ການຄຸ້ມຄອງສຳລັບຢາ ພາກ D ຂອງທ່ານ*.* ກະລຸນາເບິ່ງພາ**ກທີ 4 ສຳລັບຜົນປະໂຫຍດຢາຈາກ Medicare ພາກ B ແລະ ຜົນປະໂຫຍດຄ່າຢາສຳລັບຄົນເຈັບໄລຍະສຸດທ້ າ**ຍ.

ຂໍ້ທີ 1.1 ກົດລະບຽບພື້ນຖານສຳລັບການຄຸ້ມຄອງຢາ ພາກ D ຂອງແຜນປະກັນ

ໂດຍທົ່ວໄປແລ້ວແຜນປະກັນຈະຄຸ້ມຄອງຢາຂອງທ່ານຕາບໃດທີ່ທ່ານປະຕິບັດຕາມກົດລະບຽບພື້ນຖານເຫຼົ່ານີ້:

- ທ່ານຕ້ອງໃຫ້ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ (ທ່ານໝໍ, ທັນຕະແພດ ຫຼື ຜູ້ສັ່ງຢາອື່ນໆ) ຂຽນໃບສັ່ງຢາໃຫ້ທ່ານ ເຊິ່ງຈະຕ້ອງຖືກຕ້ອງຕາມກົດໝາຍຂອງລັດທີ່ກຳນົດໄວ້.
- ຜູ້ສັ່ງຢາຂອງທ່ານຈະຕ້ອງບໍ່ຢູ່ໃນລາຍຊື່ຍົກເວັ້ນ ຫຼື ຈຳກັດການຄຸ້ມຄອງຂອງ Medicare.
- ໂດຍທົ່ວໄປ ທ່ານຕ້ອງນຳໃຊ້ຮ້ານຂາຍຢາໃນເຄືອຂ່າຍເພື່ອຮັບຢາຕາມແພດສັ່ງຂອງທ່ານ. (ເບິ່ງຂໍ້ທີ 2, ຮັ ບຢາຕາມແພດສັ່ງຂອງທ່ານທີ່ຮ້ານຂາຍຢາໃນເຄືອຂ່າຍ ຫຼື ຜ່ານການບໍລິການຈັດສົ່ງຕາມຄຳສັ່ງຊື້ຂອງແ ຜນ).
- ຢາຂອງທ່ານຕ້ອງຢູ່ໃນລາຍການຢາທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ (ລາຍການຢາ) ຂອງແຜນປະກັນ (ພວກເຮົາເ ອີ້ນສັ້ນໆວ່າ "ລາຍການຢາ"). (ເບິ່ງພາກທີ 3, ຢາຂອງທ່ານຕ້ອງຢູ່ໃນ "ລາຍການຢາ" ຂອງແຜນປະກັນ) .
- ຢາຂອງທ່ານຕ້ອງໃຊ້ຢາຕາມກຳນົດໃຫ້ທີ່ເປັນທີ່ຍອມຮັບທາງການແພດ. ການກຳນົດທີ່ເປັນທີ່ຍອມຮັບທ າງການແພດແມ່ນການໃຊ້ຢາທີ່ອາດຈະໄດ້ຮັບການອະນຸມັດຈາກອົງການອາຫານ ແລະ ຢາ ຫຼື ໄດ້ຮັບການ ສະໜັບສະໜູນໂດຍບົ້ມອ້າງອີງບາງສະບັບ. (ເບິ່ງພາກທີ 3 ສຳລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບການກຳນົດທີ່ເ ປັນທີ່ຍອມຮັບທາງການແພດ.)

ຂໍ້ທີ 2 ຮັບຢາຕາມແພດສັ່ງຂອງທ່ານທີ່ຮ້ານຂາຍຢາໃນເຄືອຂ່າຍ ຫຼື ຜ່ານການບໍລິການຈັດສົ່ງຕາມຄຳສັ່ງຊື້ຂອງແຜນປະກັນ

ຂໍ້ທີ 2.1 ນຳໃຊ້ຮ້ານຂາຍຢາໃນເຄືອຂ່າຍ

ສ່ວນໃຫຍ່, ຢາຕາມແພດສັ່ງຂອງທ່ານຈະໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງກໍ່ຕໍ່ເມື່ອໄດ້ຮັບຢາຕາມຮ້ານຂາຍຢາໃນເຄືອຂ່າຍ ຂອງແຜນປະກັນ*ເທົ່ານັ້ນ*. (ເບິ່ງພາກທີ 2.5 ສຳລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບເວລາທີ່ພວກເຮົາຈະຄຸ້ມຄອງການ ຮັບຢາຕາມແພດສັ່ງຕາມຮ້ານຂາຍຢານອກເຄືອຂ່າຍ.)

ຮ້ານຂາຍຢາໃນເຄືອຂ່າຍແມ່ນຮ້ານຂາຍຢາທີ່ເຊັນສັນຍາກັບແຜນເພື່ອໃຫ້ຢາຕາມແພດສັ່ງຂອງທ່ານທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ. ຄຳວ່າຢາທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງຫມາຍເຖິງຢາຕາມແພດສັ່ງ ພາກ D ທັງຫມົດທີ່ຢູ່ໃນ "ລາຍການຢາ" ຂອງແຜນປະກັນ.

ຂໍ້ທີ 2.2 ຮ້ານຂາຍຢາໃນເຄືອຂ່າຍ

ທ່ານຈະຊອກຫາຮ້ານຂາຍຢາໃນເຄືອຂ່າຍໃນເຂດຂອງທ່ານແນວໃດ?

ເພື່ອຊອກຫາຮ້ານຂາຍຢາໃນເຄືອຂ່າຍ, ທ່ານສາມາດເບິ່ງໃນ *ບັນຊີລາຍຊື່ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ ແລະຮ້ານຂາຍຢາ* ຂອງທ່ານ, ເຂົ້າໄປທີ່ເວັບໄຊທ໌ຂອງພວກເຮົາ (www.ccahealthri.org), ແລະ/ຫຼື ໂທຫາ ຝ່າຍບໍລິການສະມາຊິກ.

ທ່ານສາມາດໄປທີ່ຮ້ານຂາຍຢາໃນເຄືອຂ່າຍຂອງພວກເຮົາໄດ້.

ແມ່ນຫຍັງຈະເກີດຂຶ້ນ ຖ້າຮ້ານຂາຍຢາທີ່ທ່ານເຄີຍໃຊ້ອອກຈາກເຄືອຂ່າຍພວກເຮົາ?

ຖ້າຮ້ານຂາຍຢາທີ່ທ່ານເຄີຍໃຊ້ອອກຈາກເຄືອຂ່າຍແຜນ, ທ່ານຈະຕ້ອງຊອກຮ້ານຂາຍຢາໃຫມ່ທີ່ຢູ່ໃນເຄືອຂ່າຍ. ເພື່ອຊອກຫາຮ້ານຂາຍຢາອື່ນໃນພື້ນທີ່ຂອງທ່ານ, ທ່ານສາມາດຂໍຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອຈາກຫນ່ວຍງານບໍລິການສະມາຊິກ ຫຼື ນຳໃຊ້*ລາຍການຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ ແລະ ຮ້ານຂາຍຢາ*. ທ່ານຍັງສາມາດເຂົ້າເບິ່ງເວັບໄຊຂອງພວກເຮົາທີ່ www.ccahealthri.org.

ແມ່ນຫຍັງຈະເກີດຂຶ້ນ ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຮ້ານຂາຍຢາສະເພາະເຈາະຈົງ?

ຢາຕາມແພດສັ່ງບາງຢ່າງຮັບໄດ້ທີ່ຮ້ານຂາຍຢາສະເພາະເທົ່ານັ້ນ. ຮ້ານຂາຍຢາສະເພາະລວມມີ:

- ຮ້ານຂາຍຢາທີ່ໃຫ້ຢາສຳລັບການການບຳບັດໃສ່ຢາຢູ່ເຮືອນ.
- ຮ້ານຂາຍຢາທີ່ໃຫ້ຢາຜູ້ທີ່ຢູ່ອາໄສໃນສະຖານທີ່ເບິ່ງແຍງດູແລໄລຍະຍາວ (long-term care,LTC). ໂດຍປົກກະຕິແລ້ວ, ສະຖານທີ່ LTC (ເຊັ່ນ: ບ້ານພັກຄົນຊະລາ) ຈະມີຮ້ານຂາຍຢາຂອງຕົນເອງ. ຖ້າທ່ານພົບຄວາມຫຍຸ້ງຍາກໃນການເຂົ້າເຖິງຜົນປະໂຫຍດ ພາກ D ຂອງທ່ານໃນສະຖານທີ່ LTC, ກະລຸນາຕິດຕໍ່ສູນບໍລິການສະມາຊິກ.
- ຮ້ານຂາຍຢາທີ່ໃຫ້ການບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບຂອງອິນເດຍ / ໂປຣແກຣມສຸຂະພາບຊົນເຜົ່າ / ເຂດໃນເມືອງຂອງຄົນອິນເດຍ (ບໍ່ມີຢູ່ໃນ Puerto Rico). ຍົກເວັ້ນໃນກໍລະນີສຸກເສີນ, ມີພຽງແຕ່ຄົນພື້ນເມືອງອາເມລິກັນ ຫຼື ພື້ນເມືອງອາລາສ້ກາເທົ່ານັ້ນທີ່ສາມາດເຂົ້າເຖິງຮ້ານຂາຍຢາໃນເຄືອຂ່າຍເຫຼົ່ານີ້ຂອງພວກເຮົາໄດ້.

- ຮ້ານຂາຍຢາທີ່ຈຳໜ່າຍຢາທີ່ອົງການ FDA ສະຫງວນໄວ້ໃຫ້ກັບບາງສະຖານທີ່ ຫຼື ຕ້ອງມີການມອບສິ່ງແບບພິເສດ, ການປະສານງານຂອງຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ ຫຼື ການໃຫ້ຄວາມຮູ້ກ່ຽວກັບການນຳໃຊ້ຢາເຫຼົ່ານັ້ນ. (ໝາຍເຫດ: ສະຖານະການນີ້ບໍ່ຄ່ອຍເກີດຂຶ້ນ.)

ເພື່ອຊອກຫາຮ້ານຂາຍຢາສະເພາະ, ກະລຸນາເບິ່ງທີ່ *ລາຍການຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ ແລະ ຮ້ານຂາຍຢາ*ຂອງທ່ານ ຫຼື ໂທຫາສູນບໍລິການສະມາຊິກ.

ຂໍ້ທີ 2.3 ການໃຊ້ການບໍລິການຈັດສົ່ງຕາມການສັ່ງຊື້ທາງໄປສະນີຂອງແຜນປະກັນ

ສຳລັບຢາບາງປະເພດ, ທ່ານສາມາດໃຊ້ການບໍລິການຈັດສົ່ງຕາມການສັ່ງຊື້ທາງໄປສະນີໃນເຄືອຂ່າຍຂອງແຜນປະກັນ. ໂດຍທົ່ວໄປແລ້ວ, ຢາທີ່ສົ່ງໃຫ້ຜ່ານການຈັດສົ່ງຕາມການສັ່ງຊື້ທາງໄປສະນີແມ່ນຢາທີ່ທ່ານກິນເປັນປົກກະຕິ, ສຳລັບພະຍາດຊໍາເຮື້ອ ຫຼື ໄລຍະຍາວ. ຢາທີ່ບໍ່ສາມາດໃຊ້ໄດ້ຜ່ານບໍລິການສັ່ງທາງໄປສະນີຂອງແຜນແມ່ນຖືກໝາຍວ່າ *ເປັນການສະໜອງມື້ທີ່ບໍ່ຂະຫຍາຍ* ຢູ່ໃນ "ລາຍການຢາ" ຂອງພວກເຮົາ.

ການບໍລິການຈັດສົ່ງຕາມການສັ່ງຊື້ທາງໄປສະນີໃນແຜນ ພວກເຮົາຈະອະນຸຍາດໃຫ້ທ່ານສັ່ງຊື້ຢາໄວ້ໃຊ້ໄດ້**ເຖິງ 100 ມື້**.

ເພື່ອຮັບເອົາແບບຟອມການສັ່ງຊື້ ແລະ ຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບການຕື່ມໃບສັ່ງຢາຂອງທ່ານທາງໄປສະນີ ກະລຸນາໂທຫາ ຝ່ายບໍລິການສະມາຊິກ (ເບີໂທລະສັບຢູ່ໜ້າປົກຫຼັງຂອງບຶ້ມຫົວນີ້) ຫຼື ເຂົ້າໄປທີ່ເວັບໄຊຂອງພວກເຮົາ www.ccahealthri.org.

ໂດຍປົກກະຕິແລ້ວ, ການສັ່ງຊື້ຢາທາງໄປສະນີຈະຖືກຈັດສົ່ງໃຫ້ທ່ານບໍ່ກາຍ 14 ມື້. ກະລຸນາຕິດຕໍ່ຫາ ຝ່ายບໍລິການສະມາຊິກ ຖ້າວ່າການສັ່ງຊື້ຢາທາງໄປສະນີຂອງທ່ານລັກຊ້າ.

ຢາຕາມໃບສັ່ງແພດໃຫມ່ທີ່ຮ້ານຂາຍຢາໄດ້ຮັບໂດຍກົງຈາກຫ້ອງການທ່ານຫມໍຂອງທ່ານ. ຮ້ານຂາຍຢາຈະຕື່ມ ແລະ ສົ່ງຢາຕາມແພດສັ່ງໃຫມ່ທີ່ໄດ້ຮັບຈາກຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ, ໂດຍບໍ່ມີການກວດກັບທ່ານກ່ອນ, ຖ້າວ່າ:

- ທ່ານໄດ້ໃຊ້ການບໍລິການຈັດສົ່ງຕາມການສັ່ງຊື້ທາງໄປສະນີກັບແຜນປະກັນນີ້ໃນອະດີດ ຫຼື
- ທ່ານໄດ້ລົງທະບຽນຂໍການສົ່ງອັດຕະໂນມັດສຳລັບຢາຕາມແພດສັ່ງໃຫມ່ທັງຫມົດທີ່ໄດ້ຮັບໂດຍກົງຈາກຜູ້ໃຫ້ບໍລິການສຸຂະພາບຂອງທ່ານ. ທ່ານສາມາດຮ້ອງຂໍການຈັດສົ່ງອັດຕະໂນມັດຂອງໃບສັ່ງຢາໃຫມ່ທັງຫມົດໄດ້ທຸກເວລາ ໂດຍການຮ້ອງຂໍການຕື່ມຢາອັດຕະໂນມັດຈາກຮ້ານຂາຍຢາທາງໄປສະນີເຊັ່ນ: Costco Pharmacy. ສຳລັບການຊ່ວຍເຫຼືອເພີ່ມເຕີມ, ກະລຸນາໂທຫາ ຝ່ายບໍລິການສະມາຊິກ.

ຖ້າທ່ານໄດ້ຮັບໃບສັ່ງຢາອັດຕະໂນມັດທາງໄປສະນີທີ່ທ່ານບໍ່ຕ້ອງການ ແລະ ທ່ານບໍ່ໄດ້ຮັບການຕິດຕໍ່ ເພື່ອເບິ່ງວ່າທ່ານຕ້ອງການມັນກ່ອນທີ່ຈະສົ່ງຫຼືບໍ່, ທ່ານອາດຈະມີສິດໄດ້ຮັບເງິນຄືນ.

ຖ້າທີ່ຜ່ານມາ ທ່ານສັ່ງຊື້ທາງໄປສະນີ ແລະ ບໍ່ຕ້ອງການໃຫ້ຮ້ານຂາຍຢາຕື່ມຢາອັດຕະໂນມັດ ແລະ ຈັດສົ່ງຢາໃຫມ່ທຸກຄັ້ງ, ກະລຸນາຕິດຕໍ່ຮ້ານຂາຍຢາ Costco ໂດຍໂທລະສັບ 800-607-6861, 8:00 am ຫາ 10:00 pm ວັນຈັນ ຫາ ວັນສຸກ; ແລະ 12:30 pm ຫາ 5 pm ວັນເສົາ. ສຳລັບການຊ່ວຍເຫຼືອເພີ່ມເຕີມ, ກະລຸນາໂທຫາ ຝ່ายບໍລິການສະມາຊິກ.

ຖ້າທ່ານຍັງບໍ່ເຄີຍໃຊ້ການບໍລິການການສັ່ງຊື້ຢາທາງໄປສະນີ ແລະ/ຫຼື ຕັດສິນໃຈທີ່ຍຸດການຕື່ມຢາໃຫມ່ໂດຍອັດຕະໂນມັດ, ຮ້ານຂາຍຢາຈະຕິດຕໍ່ຫາທ່ານແຕ່ລະຄັ້ງທີ່ພວກເຂົາໄດ້ຮັບໃບສັ່ງຢາໃຫມ່ຈາກຜູ້ໃຫ້ບໍລິການສຸຂະພາບຂອງທ່ານເພື່ອເບິ່ງວ່າທ່ານຕ້ອງການໃຫ້ຕື່ມ ແລະ ສົ່ງຢາທັນທີໂດດຫຼືບໍ່. ມັນເປັນສິ່ງສຳຄັນທີ່ທ່ານຈະຕ້ອງຕອບທຸກໆຄັ້ງທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບການຕິດຕໍ່ຈາກຮ້ານຂາຍຢາ, ເພື່ອແຈ້ງໃຫ້ພວກເຂົາຊາບວ່າຈະເຮັດແນວໃດກັບການຈັດສົ່ງ, ເລື່ອນ ຫຼື ຍົກເລີກຢາຕາມແພດສັ່ງໃຫມ່.

ການຕື່ມຢາຕາມການບໍລິການຈັດສົ່ງຕາມການສັ່ງຊື້ທາງໄປສະນີ. ສຳລັບການຕື່ມຢາຂອງທ່ານ, ທ່ານມີທາງເລືອກທີ່ຈະລົງທະບຽນສຳລັບໂຄງການຕື່ມຢາອັດຕະໂນມັດ ພາຍໃຕ້ໂຄງການນີ້ພວກເຮົາຈະເລີ່ມຕົ້ນດຳເນີນການຕື່ມຢາຄັ້ງຕໍ່ໄປໃຫ້ທ່ານໂດຍອັດຕະໂນມັດ ໃນເວລາທີ່ບັນທຶກຂອງພວກເຮົາສະແດງໃຫ້ເຫັນວ່າຢາທ່ານໃກ້ຈະໝົດແລ້ວ. ຮ້ານຂາຍຢາຈະຕິດຕໍ່ຫາທ່ານກ່ອນທີ່ຈະສົ່ງຢາເພີ່ມແຕ່ລະຄັ້ງ ເພື່ອແນ່ໃຈວ່າທ່ານຕ້ອງການຢາເພີ່ມ ແລະ ທ່ານສາມາດຍົກເລີກການຕື່ມຢາທີ່ກຳນົດໄວ້ໄດ້ ຖ້າທ່ານມີຢາພຽງພໍ ຫຼື ຖ້າຢາຂອງທ່ານມີການປ່ຽນແປງ.

ຖ້າທ່ານເລືອກທີ່ຈະໃຊ້ໂປຣແກຣມການຕື່ມຢາອັດຕະໂນມັດຂອງພວກເຮົາ, ແຕ່ຍັງຕ້ອງການສັ່ງຢາຕາມແພດສັ່ງທາງໄປສະນີ, ກະລຸນາຕິດຕໍ່ຫາຮ້ານຂາຍຢາ 14-21 ວັນກ່ອນຢາຕາມແພດສັ່ງຂອງທ່ານຈະໝົດ. ນີ້ເພື່ອຮັບປະກັນວ່າ ການສັ່ງຊື້ຂອງທ່ານຈະຖືກສົ່ງໃຫ້ທ່ານທັນເວລາ.

ເພື່ອເລືອກອອກຈາກໂຄງການຂອງພວກເຮົາທີ່ກະກຽມການຕື່ມຢາທາງໄປສະນີ, ກະລຸນາຕິດຕໍ່ຮ້ານຂາຍຢາ Costco ທາງໂທລະສັບ 800-607-6861, 8:00 am ຫາ 10:00 pm ວັນຈັນເຖິງວັນສຸກ; ແລະ 12:30 pm ຫາ 5:00 pm ວັນເສົາ. ສຳລັບການຊ່ວຍເຫຼືອເພີ່ມເຕີມ, ກະລຸນາໂທຫາ ຝ່ายບໍລິການສະມາຊິກ.

ຖ້າທ່ານໄດ້ຮັບການຕື່ມຢາໂດຍອັດຕະໂນມັດທາງໄປສະນີທີ່ທ່ານບໍ່ຕ້ອງການ, ທ່ານອາດຈະມີສິດຂໍຮັບເງິນຄືນ.

ຂໍ້ທີ 2.4 ທ່ານຈະໄດ້ຮັບການສະຫນອງຢາເປັນເວລາດົນປານໃດ?

ເມື່ອທ່ານໄດ້ຮັບການສະຫນອງຢາໃນໄລຍະຍາວ, ການແບ່ງປັນຄ່າໃຊ້ຈ່ າຍຂອງທ່ານອາດຈະຕ່ຳກວ່າ. ແຜນປະກັນໄດ້ສະເໜີສອງວິທີເພື່ອຮັບເອົາການສົ່ງຢາປະຈຳແບບໄລຍະຍາວ (ຫຼື ເອີ້ນວ່າການສະຫນອງເພີ່ມເຕີມ) ໃນ "ລາຍການຢາ" ຂອງແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາ. (ຢາປະຈຳ ແມ່ນຢາທີ່ທ່ານກິນເປັນປົກກະຕິ, ສຳລັບພະຍາດທີ່ເປັນໄລຍະຍາວ ຫຼື ຊຳເຮື້ອ.)

1. ຮ້ານຂາຍຢາຍ່ອຍບາງບ່ອນໃນເຄືອຂ່າຍຂອງພວກເຮົາອະນຸຍາດໃຫ້ທ່ານໄດ້ຮັບຢາປະຈຳໄລຍະຍາວ *ບັນຊີລາຍຊື່ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ ແລະ ຮ້ານຂາຍຢາຂອງທ່ານ* ຈະບອກທ່ານວ່າຮ້ານຂາຍຢາຮ້ານໃດໃນເຄືອຂ່າຍຂອງພວກເຮົາສາມາດໃຫ້ຢາປະຈຳໄລຍະຍາວໃຫ້ທ່ານໄດ້. ທ່ານຍັງສາມາດໂທຫາ ຝ່າຍບໍລິການສະມາຊິກ ສຳລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມ.
2. ທ່ານຍັງອາດຈະໄດ້ຮັບຢາປະຈຳຜ່ານໂປຣແກຣມຈັດສົ່ງຕາມການສັ່ງຊື້ຂອງພວກເຮົາໄດ້. ກະລຸນາເບິ່ງຂໍ້ທີ 2.3 ສຳລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມ.

ຂໍ້ທີ 2.5	ເມື່ອໃດທ່ານຈະສາມາດໃຊ້ຮ້ານຂາຍຢາທີ່ບໍ່ຢູ່ໃນເຄືອຂ່າຍແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາໄດ້?

ຢາຕາມແພດສັ່ງຂອງທ່ານອາດຈະໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງໃນບາງສະຖານະການ

ໂດຍທົ່ວໄປແລ້ວ, ພວກເຮົາຄຸ້ມຄອງຢາທີ່ຮັບເອົາຢູ່ຮ້ານຂາຍຢານອກເຄືອຂ່າຍໃນເວລາທີ່ທ່ານບໍ່ສາມາດນຳໃຊ້ຮ້ານຂາຍຢາໃນເຄືອຂ່າຍໄດ້**ເທົ່ານັ້ນ*.* ເພື່ອຊ່ວຍທ່ານ, ພວກເຮົາມີຮ້ານຂາຍຢາໃນເຄືອຂ່າຍ ນອກເຂດບໍລິການຂອງພວກເຮົາ ບ່ອນທີ່ທ່ານສາມາດເອົາໃບສັ່ງຢາຂອງທ່ານໄປເພີ່ມຢາໄດ້ໃນຖານະເປັນສະມາຊິກແຜນພວກເຮົາ. **ກະລຸນາກວດສອບກັບ ຝ່າຍບໍລິການສະມາຊິກ** ກ່ອນວ່າມີຮ້ານຂາຍຢາໃນເຄືອຂ່າຍທີ່ຢູ່ໃກ້ຄຽງຫຼືບໍ່. ສ່ວນຫຼາຍທ່ານຈະຕ້ອງຈ່າຍສ່ວນຕ່າງຂອງລາຄາຢາຈາກຮ້ານຂາຍຢານອກເຄືອຂ່າຍ ແລະ ຢາຈາກຮ້ານຂາຍຢາໃນເຄືອຂ່າຍ.

ລຸ່ມນີ້ແມ່ນສະຖານະການທີ່ພວກເຮົາອາດຈະໃຫ້ການຄຸ້ມຄອງການຕື່ມຢາຕາມແພດສັ່ງທີ່ຮ້ານຂາຍຢານອກເຄືອຂ່າຍ:

- ຖ້າທ່ານກຳລັງເດີນທາງພາຍໃນສະຫະລັດ ແລະ ອານາເຂດສະຫະລັດ, ແຕ່ຢູ່ນອກເຂດການບໍລິການຂອງແຜນປະກັນ ແລະ ມີອາການເຈັບປ່ວຍ, ເຮັດຢາຕາມແພດສັ່ງເສຍ ຫຼື ຢາໝົດ, ພວກເຮົາຈະໃຫ້ການຄຸ້ມຄອງຢາຕາມແພດສັ່ງທີ່ຮັບຈາກຮ້ານຂາຍຢານອກເຄືອຂ່າຍ. ກ່ອນຕື່ມຢາຕາມໃບສັ່ງຢາຂອງທ່ານຕາມຮ້ານຂາຍຢານອກເຄືອຂ່າຍ, ກະລຸນາໂທຫາເບີຟຣີ ຝ່າຍບໍລິການສະມາຊິກຂອງພວກເຮົາທີ່ພິມຢູ່ຫນ້າປົກຫຼັງຂອງປຶ້ມຄູ່ມືສະບັບນີ້, ເພື່ອເບິ່ງວ່າມີຮ້ານຂາຍຢາໃນເຄືອຂ່າຍພື້ນທີ່ທີ່ທ່ານຢູ່ຫຼືບໍ່. ຖ້າບໍ່ມີຮ້ານຂາຍຢາໃນເຄືອຂ່າຍໃນພື້ນທີ່ນັ້ນ, ຝ່າຍບໍລິການສະມາຊິກ ອາດສາມາດຈັດກຽມໃຫ້ທ່ານສາມາດຮັບເອົາຢາຕາມໃບສັ່ງແພດຂອງທ່ານຈາກຮ້ານຂາຍຢານອກເຄືອຂ່າຍໄດ້. ທ່ານອາດຈະຕ້ອງຈ່າຍລາຄາເຕັມເວລາທີ່ທ່ານຕື່ມຢາຕາມໃບສັ່ງແພດຂອງທ່ານ. ທ່ານສາມາດຂໍໃຫ້ພວກເຮົາທົດແທນເງິນໃຫ້ທ່ານສຳລັບຄ່າຢາດ້ວຍການສົ່ງຜອມຄຳຮ້ອງມາຫາພວກເຮົາ. ເພື່ອຮຽນຮູ້ວິທີການສົ່ງຄຳຮ້ອງດ້ວຍເຈ້ຍເອກະສານ, ກະລຸນາເຂົ້າເບິ່ງ ຂັ້ນຕອນການຍື່ນຄຳຮ້ອງດ້ວຍເຈ້ຍເອກະສານທີ່ອະທິບາຍໄວ້ໃນພາກທີ 6. ພວກເຮົາບໍ່ສາມາດໃຫ້ການຄຸ້ມຄອງໃບສັ່ງຢາອອກໃຫ້ໂດຍຮ້ານຂາຍຢານອກສະຫະລັດ ແລະ ອານາເຂດສະຫະລັດ, ເຖິງວ່າເປັນເຫດສຸກເສີນທາງການແພດກໍ່ຕາມ.

- ຖ້າທ່ານບໍ່ສາມາດໄດ້ຮັບຢາທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງຢ່າງທັນເວລາພາຍໃນເຂດບໍລິການຂອງພວກເຮົາ ຍ້ອນວ່າບໍ່ມີຮ້ານຂາຍຢາໃນເຄືອຂ່າຍ (ພາຍໃນໄລຍະທາງທາງລົດທີ່ເໝາະສົມ) ທີ່ໃຫ້ບໍລິການ 24 ຊົ່ວໂມງ.
- ຖ້າທ່ານພະຍາຍາມທີ່ຈະຕື່ມຢາຕາມແພດສັ່ງທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ ເຊິ່ງປົກກະຕິແລ້ວມີສະຕັອກໄວ້ໃນຮ້ານຂາຍໃນເຄືອຂ່າຍ ຫຼື ຮ້ານຂາຍຢາທີ່ຈັດສົ່ງຕາມຄຳສັ່ງຊື້ທາງໄປສະນີຂອງພວກເຮົາ (ຢາເຫຼົ່ານີ້ລວມທັງຢາກຳພ້າ ຫຼື ຢາພິເສດອື່ນໆ).
- ຖ້າທ່ານບໍ່ສາມາດໃຊ້ຮ້ານຂາຍຢາໃນເຄືອຂ່າຍໃນຊ່ວງທີ່ມີການປະກາດໄພພິບັດ.

ໃນກໍລະນີເຫຼົ່ານີ້, **ກະລຸນາກວດກັບຜ່າຍບໍລິການສະມາຊິກກ່ອນ** ເພື່ອເບິ່ງວ່າມີຮ້ານຂາຍຢາໃນເຄືອຂ່າຍຢູ່ເຂດໃກ້ຄຽງຫຼືບໍ່. ທ່ານອາດຈະຕ້ອງຈ່າຍຄ່າຄວາມຕ່າງລະຫວ່າງລາຄາຢາທີ່ທ່ານຈ່າຍນອກເຄືອຂ່າຍ ແລະ ລາຄາທີ່ພວກເຮົາຈະຈ່າຍໃຫ້ຈາກຮ້ານຂາຍຢາໃນເຄືອຂ່າຍ.

ທ່ານຈະຂໍການທົດແທນເງິນຄືນຈາກແຜນປະກັນໄດ້ແນວໃດ?

ຖ້າທ່ານຕ້ອງໃຊ້ຮ້ານຂາຍຢານອກເຄືອຂ່າຍ, ໂດຍທົ່ວໄປແລ້ວທ່ານຈະຕ້ອງຈ່າຍເຕັມລາຄາ (ແທນທີ່ຈະເປັນສ່ວນແບ່ງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍປົກກະຕິຂອງທ່ານ) ໃນເວລາທີ່ທ່ານຕື່ມຢາຕາມແພດສັ່ງຂອງທ່ານ. ທ່ານສາມາດຂໍໃຫ້ພວກເຮົາຈ່າຍຊົດເຊີຍ ສຳລັບສ່ວນແບ່ງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຂອງພວກເຮົາ. (ພາກທີ 7, ຂໍ້ທີ 2.1 ອະທິບາຍວິທີຂໍໃຫ້ແຜນຈ່າຍເງິນຄືນໃຫ້ທ່ານ.)

ຂໍ້ທີ 3 ຢາຂອງທ່ານຈຳເປັນຕ້ອງຢູ່ໃນ "ລາຍການຢາ" ຂອງແຜນປະກັນ

ຂໍ້ທີ 3.1 "ລາຍການຢາ" ລະບຸວ່າຢາ ພາກ D ອັນໃດທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ

ແຜນປະກັນມີ *ລາຍການຢາທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງຈາກແຜນປະກັນ (ລາຍການຢາ). ໃນ*ຫຼັກຖານການຄຸ້ມຄອງ*ນີ້, **ພວກເຮົາເອີ້ນສັ້ນໆວ່າ "ລາຍການຢາ".***

ຢາໃນບັນຊີລາຍຊື່ນີ້ຖືກເລືອກໂດຍແຜນປະກັນດ້ວຍການຊ່ວຍເຫຼືອຂອງທີມຜູ້ໃຫ້ການເບິ່ງແຍງດູແລສຸຂະພາບ ແລະ ແພດການຢາ. ລາຍການທີ່ຕົງຕາມຂໍ້ກຳນົດຂອງ Medicare ແລະ ໄດ້ຮັບການອະນຸມັດໂດຍ Medicare.

ຢາໃນ "ລາຍການຢາ" ແມ່ນຢາໃນການຄຸ້ມຄອງພາຍໃຕ້ Medicare ພາກ D ເທົ່ານັ້ນ.

ໂດຍທົ່ວໄປແລ້ວ, ພວກເຮົາໃຫ້ການຄຸ້ມຄອງຢາໃນ "ລາຍການຢາ" ຂອງແຜນປະກັນຕາບໃດທີ່ທ່ານປະຕິບັດຕາມກົດລະບຽບການຄຸ້ມຄອງອື່ນໆທີ່ໄດ້ອະທິບາຍໄວ້ໃນພາກນີ້ ແລະ ການໃຊ້ຢາຖືກເປັນຂໍ້ບົ່ງຊີ້ວ່າເປັນທີ່ຍອມຮັບທາງການແພດ. ຂໍ້ບົ່ງຊີ້ທີ່ເປັນທີ່ຍອມຮັບໃນທາງການແພດແມ່ນການໃຊ້ຢາທີ່ມີ *ໜຶ່ງໃນ*ຂໍ້ລຸ່ມນີ້:

- ໄດ້ຮັບການອະນຸມັດໂດຍອົງການອາຫານ ແລະ ຢາສຳລັບການບົ່ງມະຕິພະຍາດ ຫຼື ອາການທີ່ກຳນົດໄວ້.
- *ຫຼື* -- ໄດ້ຮັບການສະໜັບສະໜູນຈາກຂໍ້ມູນອ້າງອີງບາງຢ່າງເຊັ່ນ: ການບໍລິການຂໍ້ມູນລາຍການຢາຂອງໂຮງໝໍຂອງອາເມລິກາ ແລະ ລະບົບຂໍ້ມູນ DRUGDEX.

"ລາຍການຢາ" ລວມມີຢາຍີ່ຫໍ້ດັງ ແລະ ຢາທົ່ວໄປ.

ຢາຍີ່ຫໍ້ດັງ ແມ່ນຢາຕາມແພດສັ່ງທີ່ຂາຍພາຍໃຕ້ຊື່ເຄື່ອງໝາຍການຄ້າ ທີ່ຜູ້ຜະລິດຢາເປັນເຈົ້າຂອງ. ຢາຍີ່ຫໍ້ດັງ ທີ່ມີຄວາມຊັບຊ້ອນກວ່າຢາທົ່ວໄປ (ຕົວຢ່າງ: ຢາທີ່ໃຊ້ໂປຣຕີນເປັນຫຼັກ) ຖືກເອີ້ນວ່າຜະລິດຕະພັນຊີວະພາບ. ໃນ "ລາຍການຢາ", ເວລາພວກເຮົາອ້າງອີງເຖິງຢາ, ອາດໝາຍເຖິງຢາ ຫຼື ຜະລິດຕະພັນຢາຊີວະພາບ.

ຢາຕາມຮ້ານຂາຍຢາທົ່ວໄປ ແມ່ນຢາຕາມແພດສັ່ງທີ່ມີສ່ວນປະກອບອັນດຽວກັນກັບຢາຍີ່ຫໍ້ດັງ. ເນື່ອງຈາກວ່າ ຢາຊີວະພາບ ມີຄວາມຊັບຊ້ອນກວ່າຢາທົ່ວໄປ, ແທນທີ່ຈະມີຮູບແບບທົ່ວໄປ, ພວກມັນມີຕົວເລືອກທີ່ເອີ້ນວ່າ ໄບໂອຊີມິລາຣ໌. ໂດຍທົ່ວໄປແລ້ວ, ຢາສາມັນຕາມຮ້ານຂາຍຢາທົ່ວໄປ ແລະ ໄບໂອຊີມິລາຣ໌ ໄດ້ຜົນຄືກັບຢາຍີ່ຫໍ້ດັງ ຫຼື ຜະລິຕະພັນທາງຊີວະພາບ ແລະ ໂດຍປົກກະຕິແລ້ວລາຄາຖືກກວ່າ. ມີຢາຕາມຮ້ານຂາຍຢາທົ່ວໄປທີ່ໃຊ້ແທນຢາຍີ່ຫໍ້ດັງຫຼາຍຍີ່ຫໍ້ໄດ້. ມີຢາ ໄບໂອຊີມິລາຣ໌ ໃຫ້ເປັນທາງເລືອກເພື່ອທົດແທນຜະລິດຕະພັນຊີວະພາບບາງອັນ.

ຢາຫຍັງ*ບໍ່ຢູ່*ໃນ "ລາຍການຢາ"?

ແຜນປະກັນທີ່ບໍ່ໃຫ້ການຄຸ້ມຄອງຢາຕາມແພດສັ່ງທັງໝົດ.

- ໃນບາງກໍລະນີ, ກົດໝາຍບໍ່ອະນຸຍາດໃຫ້ແຜນປະກັນ Medicare ໃຫ້ການຄຸ້ມຄອງຢາບາງປະເພດ (ສຳລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບຂໍ້ນີ້, ເບິ່ງຂໍ້ທີ 7.1 ໃນພາກນີ້).
- ໃນກໍລະນີອື່ນໆ, ພວກເຮົາໄດ້ຕັດສິນໃຈບໍ່ລວມເອົາຢາສະເພາະໃດໜຶ່ງເຂົ້າໃນ "ລາຍການຢາ". ໃນບາງກໍລະນີ, ທ່ານອາດສາມາດຮັບເອົາຢາທີ່ບໍ່ຢູ່ໃນ "ລາຍການຢາ" ໄດ້. ກະລຸນາເບິ່ງພາກທີ 9, ສຳລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມ.

ຂໍ້ທີ 3.2 ມີ 5 ລະດັບການແບ່ງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຄ່າຢາໃນ"ລາຍການຢາ"

ຢາທັງໝົດໃນ "ລາຍການຢາ" ຂອງແຜນປະກັນແມ່ນຢູ່ໃນຫນຶ່ງໃນ 5 ລະດັບການແບ່ງຄ່າຢາ. ໂດຍທົ່ວໄປ, ຍິ່ງລະດັບການແບ່ງຄ່າຢາສູງເທົ່າໃດ, ຄ່າຢາຂອງທ່ານກໍ່ຈະສູງຂຶ້ນເທົ່ານັ້ນ:

- ລະດັບ 1 ແມ່ນລະດັບຕ່ຳສຸດ ແລະ ປະກອບມີຢາທົ່ວໄປທີ່ນິຍົມ.
- ລະດັບ 2 ແມ່ນຢາທົ່ວໄປ
- ລະດັບ 3 ແມ່ນຢາຍີ່ຫໍ້ທີ່ເປັນທີ່ນິຍົມ
- ລະດັບ 4 ແມ່ນຢາຍີ່ຫໍ້ທີ່ບໍ່ເປັນທີ່ນິຍົມ
- ລະດັບ 5 ລະດັບສູງສຸດ, ແມ່ນລະດັບຢາພິເສດ

ເພື່ອເບິ່ງວ່າລະດັບແບ່ງຄ່າຢາຂອງທ່ານຢູ່ໃນລະດັບໃດ, ໃຫ້ເບິ່ງຢູ່ໃນ "ລາຍການຢາ" ຂອງແຜນປະກັນ.

ຈຳນວນເງິນທີ່ທ່ານຈ່າຍສຳລັບຢາໃນແຕ່ລະລະດັບການແບ່ງບັນຄ່າຢາ ຖືກສະແດງໄວ້ຢູ່ໃນພາກທີ 6 (*ສິ່ງທີ່ທ່ານຈ່າຍສຳລັບຢາຕາມໃບສັ່ງແພດຂອງພາກ D ຂອງທ່ານ).*

ຂໍ້ທີ 3.3 ທ່ານສາມາດຮູ້ໄດ້ແນວໃດວ່າຢາສະເພາະໃດຫນຶ່ງຢູ່ໃນ "ບັນຊີຢາ"ຫຼືບໍ່?

ທ່ານມີສີ່ (4) ວິທີເພື່ອຊອກຫາ:

1. ກວດເບິ່ງ "ລາຍການຢາ" ຫຼ້າສຸດທີ່ພວກເຮົາມີໃຫ້ທາງອີເລັກໂທຣນິກ.
2. ເຂົ້າມເບິ່ງເວັບໄຊຂອງແຜນປະກັນ (www.ccahealthri.org). "ລາຍການຢາ" ໃນເວັບໄຊເປັນຂໍ້ມູນລ່າສຸດສະເໝີ.
3. ໂທຫາສູນບໍລິການສະມາຊິກເພື່ອຊອກເບິ່ງວ່າຢາບາງປະເພດມີຢູ່ໃນ "ລາຍການຢາ" ຂອງແຜນປະກັນ ຫຼື ເພື່ອຂໍສຳເນົາລາຍການດັ່ງກ່າວ.
4. ໃຊ້ ເຄື່ອງມືຕົວຈິງ "Real-Time Benefit Tool" ຂອງແຜນ (https://memberportal.navitus.com/micro-sites/realtime-benefits ຫຼືໂດຍການໂທຫາບໍລິການສະມາຊິກ). ດ້ວຍເຄື່ອງມືນີ້, ທ່ານສາມາດຊອກຫາຢາໃນ "ລາຍການຢາ" ເພື່ອເບິ່ງຄ່າຢາໂດຍປະມານວ່າທ່ານຕ້ອງຈ່າຍຫຍັງແດ່ ແລະ ມີຢາທາງເລືອກໃນ "ລາຍການຢາ" ທີ່ສາມາດປິ່ນປົວອາການດຽວກັນໄດ້ບໍ່.

ຂໍ້ທີ 4 ມີຂໍ້ຈຳກັດໃນການຄຸ້ມຄອງຢາບາງປະເພດ

ຂໍ້ທີ 4.1 ຍ້ອນຫຍັງຢາບາງປະເພດຈຶ່ງມີຂໍ້ຈຳກັດ?

ສຳລັບຢາຕາມແພດສັ່ງບາງປະເພດ, ກົດລະບຽບພິເສດບາງຢ່າງຈຳກັດວິທີ ແລະ ເວລາທີ່ແຜນປະກັນຄຸ້ມຄອງພວກມັນ. ທີມງານຂອງຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບ ແລະ ແພດການຢາໄດ້ພັດທະນາກົດລະບຽບເຫຼົ່ານີ້ເພື່ອຊຸກຍູ້ໃຫ້ທ່ານ ແລະ ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງທ່ານໃຊ້ຢາຢ່າງມີປະສິດທິພາບທີ່ສຸດ. ເພື່ອເບິ່ງວ່າ ຂໍ້ຈຳກັດເຫຼົ່ານີ້ນຳໃຊ້ກັບຢາທີ່ທ່ານກິນ ຫຼື ຕ້ອງການກິນຫຼືບໍ່, ໃຫ້ກວດເບິ່ງ "ລາຍການຢາ".

ຖ້າຢາລາຄາຕ່ຳ, ປອດໄພໃຊ້ໄດ້ຜົນດີໃນທາງການແພດຄືກັນກັບຢາລາຄາສູງ, ກົດລະບຽບຂອງແຜນປະກັນແມ່ນໄດ້ຮັບການອອກແບບເພື່ອສະໜັບສະໜູນທ່ານ ແລະ ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງທ່ານໃຫ້ເລືອກໃຊ້ຢາທີ່ມີລາຄາຕ່ຳກວ່າ.

ກະລຸນາຮັບຊາບວ່າ ບາງຄັ້ງຢາອາດປາກົດຂຶ້ນຫຼາຍກວ່າໜຶ່ງຄັ້ງໃນ "ລາຍການຢາ" ຂອງພວກເຮົາ. ຍ້ອນວ່າຢາແບບດຽວກັນສາມາດມີຄວາມແຕກຕ່າງກັນໄດ້ໂດຍອີງຕາມຄວາມແຮງ, ຈຳນວນ ຫຼື ຮູບແບບຂອງຢາທີ່ສັ່ງໂດຍຜູ້ໃຫ້ບໍລິການສຸຂະພາບຂອງທ່ານ ແລະ ມີຂໍ້ຈຳກັດທີ່ແຕກຕ່າງກັນ ຫຼື ການແບ່ງປັນຄ່າໃຊ້ຈ່າຍອາດຈະນຳໃຊ້ກັບຢາຫຼາຍລຸ່ນ (ຕົວຢ່າງເຊັ່ນ: 10 mg ກັບ 100 mg; ໜຶ່ງຄັ້ງຕໍ່ມື້ ກັບ ສອງຄັ້ງຕໍ່ມື້; ເປັນເມັດ ກັບ ເປັນນ້ຳ).

ຂໍ້ທີ 4.2 ມີຂໍ້ກຳນົດປະເພດໃດແດ່?

ຂໍ້ອື່ນໆລຸ່ມນີ້ຈະບອກທ່ານເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບປະເພດຂອງຂໍ້ຈຳກັດທີ່ພວກເຮົາໃຊ້ສຳລັບຢາບາງປະເພດ.

ຖ້າມີຂໍ້ກຳນົດສຳລັບຢາຂອງທ່ານ, ປົກກະຕິແລ້ວມັນຫມາຍຄວາມວ່າທ່ານ ຫຼື ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງທ່ານຈະຕ້ອງໄດ້ດຳເນີນການຕາມຂັ້ນຕອນພິເສດເພື່ອພວກເຮົາສາມາດໃຫ້ການຄຸ້ມຄອງຄ່າຢາ. ຕິດຕໍ່ສູນບໍລິການສະມາຊິກເພື່ອຮຽນຮູ້ເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບສິ່ງທີ່ທ່ານ ຫຼື ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງທ່ານຈະຕ້ອງເຮັດເພື່ອໃຫ້ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງສຳລັບຄ່າຢາ. ຖ້າທ່ານຕ້ອງການໃຫ້ພວກເຮົາຍົກເວັ້ນການຈຳກັດນີ້ໃຫ້ແກ່ທ່ານ, ທ່ານຈະຕ້ອງໃຊ້ຂະບວນການຕັດສິນການຄຸ້ມຄອງ ແລະ ຂໍໃຫ້ພວກເຮົາດຳເນີນການຍົກເວັ້ນ. ພວກເຮົາອາດຈະເຫັນດີ ຫຼື ບໍ່ເຫັນດີ ກັບການຍົກເວັ້ນຂໍ້ຈຳກັດໃຫ້ແກ່ທ່ານ. (ເບິ່ງພາກທີ 9)

ການຈຳກັດຢາຍີ່ຫໍ້ດັງ ຫຼື ຜະລິດຕະພັນຢາຊີວະພາບດັ້ງເດີມ ເມື່ອມີຢາທົ່ວໄປ ຫຼື ໄບໂອຊີມິລາທີ່ປ່ຽນແທນກັນໄດ້ ໃຫ້ເລືອກ

ໂດຍທົ່ວໄປແລ້ວ, ຢາ**ສາມັນ** ຫຼື ໄບໂອຊີມິລາຣ໌ ທີ່ປ່ຽນແທນກັນໄດ້ຈະມີປະສິດທິພາບຄືກັນກັບຢາຍີ່ຫໍ້ດັງ ຫຼື ຜະລິດຕະພັນຊີວະພາບເດີມທີ່ຄ້າຍຄືກັນ ແລະ ມັນຈະມີລາຄາຕ່ຳກວ່າ. **ໃນກໍລະນີສ່ວນໃຫຍ່, ເມື່ອມີຢາທົ່ວໄປ ຫຼື ໄບໂອຊີມິລາ ທີ່ປ່ຽນແທນກັນໄດ້ ຂອງຢາຍີ່ຫໍ້ດັງ ຫຼື ມີຜະລິດຕະພັນຢາຊີວະພາບດັ້ງເດີມໃຫ້ເລືອກໃຊ້, ຮ້ານຂາຍຢາໃນເຄືອຂ່າຍຂອງພວກເຮົາຈະສະຫນອງຢາທົ່ວໄປ ຫຼື ໄບໂອຊີມິລາທີ່ປ່ຽນແທນກັນໄດ້ ແທນທີ່ຈະເປັນຢາຍີ່ຫໍ້ດັງ ຫຼື ຜະລິດຕະພັນຢາຊີວະພາບດັ້ງເດີມ.** ຢ່າງໃດກໍຕາມ, ຖ້າຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງທ່ານໄດ້ບອກເຫດຜົນທາງການແພດໃຫ້ພວກເຮົາວ່າຢາທົ່ວໄປ ຫຼື ຢາໄບໂອຊີມິລາ ທີ່ໃຊ້ແທນກັນໄດ້ ຫຼື ຂຽນວ່າ "ບໍ່ສາມາດທົດແທນໄດ້" ໃນໃບສັ່ງຢາຍີ່ຫໍ້ດັງ, ຢາໄບໂອຊີມິລາ ທີ່ໃຊ້ແທນກັນໄດ້ ຫຼື ຢາທີ່ມີການຄຸ້ມຄອງອື່ນໆຂອງທ່ານ ທີ່ປົ່ນປົວອາການດຽວກັນແລະຈະໄດ້ຜົນສຳລັບທ່ານ, ພວກເຮົາຈະໃຫ້ການຄຸ້ມຄອງຢາຍີ່ຫໍ້ດັງ ຫຼືຜະລິດຕະພັນຊີວະພາບຕົ້ນສະບັບນັ້ນ. (ສ່ວນແບ່ງຄ່າສຳລັບຢາຍີ່ຫໍ້ດັງ ຫຼື ຜະລິດຕະພັນຢາຊີວະພາບດັ້ງເດີມຂອງທ່ານອາດຈະສູງກວ່າ ຢາທົ່ວໄປ ຫຼື ຢາໄບໂອຊີມິລາທີ່ໃຊ້ແທນກັນໄດ້.)

ການຂໍການອະນຸມັດຈາກແຜນປະກັນລ່ວງໜ້າ

ສຳລັບຢາບາງຊະນິດ, ທ່ານ ຫຼື ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງທ່ານຈຳເປັນຕ້ອງຂໍອະນຸມັດຈາກແຜນປະກັນກ່ອນທີ່ພວກເຮົາຈະເຫັນດີໃຫ້ການຄຸ້ມຄອງຄ່າຢາຂອງທ່ານ. ສິ່ງນີ້ເອີ້ນວ່າ **ການຂໍອະນຸມັດລ່ວງໜ້າ**. ມາດຕະການນີ້ມີຂຶ້ນເພື່ອຮັບປະກັນຄວາມປອດໄພທາງການແພດ ແລະ ຊ່ວຍແນະນຳການໃຊ້ຢາບາງປະເພດໃຫ້ເໝາະສົມ. ຖ້າທ່ານບໍ່ໄດ້ຮັບການອະນຸມັດນີ້, ຢາຂອງທ່ານອາດບໍ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງຈາກແຜນປະກັນ.

ລອງໃຊ້ຢາອື່ນກ່ອນ

ຂໍ້ກຳນົດນີ້ສະໜັບສະໜູນໃຫ້ທ່ານລອງຢາທີ່ລາຄາຖືກກ່ອນແຕ່ມີຜົນດີຄືກັນ, ກ່ອນທີ່ແຜນປະກັນຈະໃຫ້ການຄຸ້ມຄອງຄ່າຢາອື່ນ. ຕົວຢ່າງ: ຖ້າຢາ A ແລະ ຢາ B ປິ່ນປົວອາການດຽວກັນ, ແຜນປະກັນອາດຂໍໃຫ້ທ່ານລອງຢາ A ກ່ອນ. ຖ້າຢາ A ໃຊ້ບໍ່ໄດ້ຜົນກັບທ່ານ, ແຜນຈຶ່ງຈະໃຫ້ການຄຸ້ມຄອງຄ່າຢາ B. ຂໍ້ກຳນົດນີ້ແມ່ນເພື່ອລອງຢາອື່ນໆກ່ອນເຊິ່ງເອີ້ນວ່າ **ການນຳບັດຕາມຂັ້ນຕອນ**.

ຂີດຈຳກັດປະລິມານ

ສຳລັບຢາບາງປະເພດ, ພວກເຮົາຈະຈຳກັດຈຳນວນຢາທີ່ທ່ານສາມາດເບີກໄດ້ໃນແຕ່ລະຄັ້ງທີ່ທ່ານໄປຮັບຢາຕາມແພດສັ່ງຂອງທ່ານ. ຕົວຢ່າງ: ຖ້າເບີກກະຕິແລ້ວຖືວ່າມັນປອດໄພທີ່ຈະກິນຢາຫນຶ່ງເມັດຕໍ່ມື້ສຳລັບຢາບາງປະເພດ, ພວກເຮົາອາດຈຳກັດການຄຸ້ມຄອງຢາຕາມແພດສັ່ງຂອງທ່ານໄວ້ບໍ່ໃຫ້ກາຍຫນຶ່ງເມັດຕໍ່ມື້.

ຂໍ້ທີ 5 ແມ່ນຫຍັງຈະເກີດຂຶ້ນ ຖ້າຢາຂອງທ່ານບໍ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງໃນທາງທີ່ທ່ານຕ້ອງການໃຫ້ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ?

ຂໍ້ທີ 5.1 ມີຫຼາຍສິ່ງທີ່ທ່ານສາມາດເຮັດໄດ້ ຖ້າຢາຂອງທ່ານບໍ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງໃນທາງທີ່ທ່ານຕ້ອງການໃຫ້ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ

ມີບາງສະຖານະການທີ່ຢາຕາມແພດສັ່ງທີ່ທ່ານກຳລັງກິນ ຫຼື ຢາທີ່ທ່ານ ຫຼື ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງທ່ານຄິດວ່າຄວນຈະກິນ, ແຕ່ມັນບໍ່ໄດ້ຢູ່ໃນ ລາຍການຢາ ຂອງພວກເຮົາ ຫຼື ຢູ່ໃນ ລາຍການຢາ ຂອງພວກເຮົາແຕ່ມີຂໍ້ຈຳກັດ. ຕົວຢ່າງ:

- ຢາອາດຈະບໍ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງເລີຍ. ຫຼື ບາງທີອາດຈະຄຸ້ມຄອງຢາບໍ່ມີຍີ່ຫໍ້, ແຕ່ແບບມີຍີ່ຫໍ້ທີ່ທ່ານຕ້ອງການກິນແມ່ນບໍ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ.
- ຢາຈະໄດ້ຮັບການຄຸ້ມອງ, ແຕ່ມີກົດລະບຽບເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບຂໍ້ຈຳກັດການຄຸ້ມຄອງສຳລັບຢານັ້ນ, ດັ່ງທີ່ໄດ້ອະທິບາຍໄວ້ໃນຂໍ້ທີ 4.
- ຢາດັ່ງກ່າວໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ, ແຕ່ມັນຢູ່ໃນລະດັບການແບ່ງປັນຄ່າຢາທີ່ເຮັດໃຫ້ການແບ່ງຄ່າຢາຂອງທ່ານແພງກວ່າທີ່ທ່ານຄາດຄິດເອົາໄວ້.

- ມີຫຼາຍສິ່ງທີ່ທ່ານສາມາດເຮັດໄດ້ ຖ້າຢາຂອງທ່ານບໍ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງໃນທາງທີ່ທ່ານຕ້ອງການໃຫ້ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ. ຖ້າຢາຂອງທ່ານບໍ່ໄດ້ຢູ່ໃນ "ລາຍການຢາ" ຫຼື ຖ້າຫາກຢາຂອງທ່ານຖືກຫ້າມ, ໄປທີ່ຂໍ້ທີ 5.2 ເພື່ອຮຽນຮູ້ກ່ຽວກັບສິ່ງທີ່ທ່ານສາມາດເຮັດໄດ້.
- ຖ້າຢາຂອງທ່ານຢູ່ໃນລະດັບການແບ່ງບັນຄ່າຢາທີ່ເຮັດໃຫ້ຄ່າຢາຂອງທ່ານແພງກວ່າທີ່ທ່ານຄິດ, ໃຫ້ໄປທີ່ຂໍ້ 5.3 ເພື່ອຮຽນຮູ້ສິ່ງທີ່ທ່ານສາມາດເຮັດໄດ້.

ຂໍ້ທີ 5.2	ທ່ານສາມາດເຮັດຫຍັງໄດ້ແດ່ ຖ້າຫາກຢາຂອງທ່ານບໍ່ໄດ້ຢູ່ໃນ "ລາຍການຢາ" ຫຼື ຖ້າຫາກຢາຂອງທ່ານຖືກຫ້າມໃນທາງໃດທາງຫນຶ່ງ?

ຖ້າຢາຂອງທ່ານບໍ່ໄດ້ຢູ່ໃນ "ລາຍການຢາ" ຫຼື ຖືກຫ້າມ, ທ່ານມີທາງເລືອກລຸ່ມນີ້:

- ທ່ານອາດຮັບຢານັ້ນເປັນການຈຸ່ອຄາວ.
- ທ່ານສາມາດປ່ຽນໄປເປັນຢາອື່ນ.
- ທ່ານສາມາດຂໍການຍົກເວັ້ນ ແລະ ຂໍໃຫ້ແຜນປະກັນຄຸ້ມຄອງຢາ ຫຼື ຖອນການຂໍ້ຫ້າມອອກຈາກຢາ.

ທ່ານອາດຮັບຢານັ້ນເປັນການຈຸ່ອຄາວ

ພາຍໃຕ້ສະຖານະການບາງຢ່າງ, ແຜນຈຳເປັນຕ້ອງໃຫ້ຢາທີ່ທ່ານໄດ້ກິນແລ້ວເປັນການຈຸ່ອຄາວ. ການໃຫ້ຢາເປັນການຈຸ່ອຄາວຈະໃຫ້ເວລາທ່ານເພື່ອປຶກສາກັບຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງທ່ານກ່ຽວກັບການປ່ຽນແປງໃນການຄຸ້ມຄອງ ແລະ ຕັດສິນໃຈທີ່ຈະຕ້ອງເຮັດ.

ເພື່ອໃຫ້ມີສິດເພື່ອໃຫ້ໄດ້ຮັບຢາເປັນການຈຸ່ອຄາວ, ຢາທີ່ທ່ານໄດ້ກິນ **ຕ້ອງບໍ່ຢູ່ໃນ "ລາຍການຢາ" ຂອງແຜນ** ຫຼື **ຕອນນີ້ຖືກຫ້າມໃນທາງໃດທາງຫນຶ່ງ**.

- **ຖ້າທ່ານເປັນສະມາຊິກໃຫມ່,** ພວກເຮົາຈະໃຫ້ການຄຸ້ມຄອງເປັນການຈຸ່ອຄາວສຳລັບຢາຂອງທ່ານໃນໄລຍະເວລາ **90 ມື້ທຳອິດ** ຂອງການເປັນສະມາຊິກໃນແຜນປະກັນ**.**
- **ຖ້າທ່ານໄດ້ເຂົ້າຮ່ວມໃນແຜນປະກັນປີກາຍ,** ພວກເຮົາຈະໃຫ້ການຄຸ້ມຄອງຢາຂອງທ່ານເປັນການຈຸ່ອຄາວ ໃນໄລຍະເວລາ **90 ມື້ທຳອິດ**ຂອງປີຕາມປະຕິທິນ.
- ການສະຫນອງຢາຈຸ່ອຄາວນີ້ ຈະໃຊ້ເວລາສູງສຸດ 31 ມື້ ໃນການໃຊ້ຢາ. ຖ້າໃບສັ່ງຢາຂອງທ່ານສັ່ງສຳລັບສອງສາມມື້, ພວກເຮົາຈະອະນຸຍາດໃຫ້ຕື່ມຢາຫຼາຍຫຼາຍ ເພື່ອຈ່າຍຢາໃຫ້ທ່ານໄດ້ສູງສຸດ 31 ມື້. ຕ້ອງໄປຮັບຢາຕາມແພດສັ່ງທີ່ຮ້ານຂາຍຢາໃນເຄືອຂ່າຍ. (ກະລຸນາຮັບຊາບວ່າຮ້ານຂາຍຢາເພື່ອການດູແລໄລຍະຍາວອາດຈະສະຫນອງຢາໃນຈຳນວນຫນ້ອຍໃນແຕ່ລະຄັ້ງເພື່ອປ້ອງກັນການສິ້ນເປືອງ.)
- **ສຳລັບສະມາຊິກຜູ້ທີ່ຢູ່ໃນແຜນເປັນເວລາຫຼາຍກວ່າ 90 ວັນ ແລະ ອາໄສຢູ່ໃນສະຖານປິ່ນປົວໄລຍະຍາວ ແລະ ຈຳເປັນໃຫ້ມີການສະຫນອງຢາທັນທີ:**

ພວກເຮົາຈະໃຫ້ການຄຸ້ມຄອງການສະຫນອງສຸກເສີນເປັນເວລາ 31 ມື້ສຳລັບຢາສະເພາະ ຫຼື ຫນ້ອຍກວ່ານັ້ນ ຖ້າຢາຕາມແພດສັ່ງຂອງທ່ານຂຽນຈຳນວນມື້ຫນ້ອຍລົງ. ສິ່ງນີ້ແມ່ນສ່ວນເພີ່ມເຕີມຈາກການໃຫ້ຢາເປັນການຊື່ອຄາວຂ້າງເທິງ.

- **ສຳລັບສະມາຊິກໃນປະຈຸບັນທີ່ມີການປ່ຽນແປງລະດັບການປິ່ນປົວ**, ພວກເຮົາຈະສະຫນອງເຄື່ອງສຸກເສີນໃຫ້ຢ່າງຫນ້ອຍ 31 ມື້ (ຍົກເວັ້ນວ່າໃບສັ່ງຢາສັ່ງສຳລັບສອງສາມມື້) ສຳລັບຢານອກລາຍການຢາທັງໝົດ ລວມທັງຢາທີ່ອາດຈະມີ ການບຳບັດຕາມຂັ້ນຕອນ ຫຼື ກຳນົດໃຫ້ມີການອະນຸຍາດກ່ອນ. ການປ່ຽນແປງລະດັບການດູແລທີ່ບໍ່ໄດ້ວາງແຜນໄວ້ອາດເປັນສິ່ງໃດສິ່ງຫນຶ່ງຕໍ່ໄປນີ້:
    - ການອອກຈາກ ຫຼື ເຂົ້າສະຖານທີ່ດູແລໄລຍະຍາວ,
    - ການອອກຈາກ ຫຼື ເຂົ້າໂຮງຫມໍ ຫຼື
    - ການປ່ຽນລະດັບຂອງບ້ານພັກຄົນຊະລາ

ສຳລັບຄຳຖາມກ່ຽວກັບການໃຫ້ຢາເປັນການຊື່ອຄາວ, ກະລຸນາໂທຫາ ສູນບໍລິການສະມາຊິກ.

ໃນຊ່ວງເວລາທີ່ທ່ານໃຊ້ການໃຫ້ຢາເປັນການຊື່ອຄາວສຳລັບຢາຂອງທ່ານ, ທ່ານຄວນປຶກສາກັບຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງທ່ານເພື່ອຕັດສິນໃຈສິ່ງທີ່ຕ້ອງເຮັດໃນເວລາທີ່ການໃຫ້ຢາເປັນການຊື່ອຄາວຂອງທ່ານຫມົດລົງ. ທ່ານມີສອງທາງເລືອກ:

1) ທ່ານສາມາດປ່ຽນໄປເປັນຢາອື່ນ

ປຶກສາກັບຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງທ່ານກ່ຽວກັບຢາອື່ນທີ່ມີພາຍໃຕ້ການຄຸ້ມຄອງຂອງແຜນທີ່ອາດຈະໃຊ້ໄດ້ຜົນກັບທ່ານ. ທ່ານສາມາດຕິດຕໍ່ສູນບໍລິການສະມາຊິກເພື່ອຂໍລາຍການຢາທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງທີ່ປິ່ນປົວພະຍາດປະຈຳຕົວແບບດຽວກັນ. ລາຍການນີ້ສາມາດຊ່ວຍຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງທ່ານໃນການຊອກຫາຢາທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງທີ່ອາດຈະໄດ້ຜົນກັບທ່ານ.

2) ທ່ານສາມາດຂໍການຍົກເວັ້ນ

ທ່ານ ແລະ ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງທ່ານສາມາດຂໍໃຫ້ແຜນທຳການຍົກເວັ້ນ ແລະ ໃຫ້ການຄຸ້ມຄອງຢາໃນຮູບແບບທີ່ທ່ານຕ້ອງການໃຫ້ຄຸ້ມຄອງ. ຖ້າຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງທ່ານເວົ້າວ່າທ່ານມີເຫດຜົນທາງການແພດທີ່ເໝາະສົມໃນການຂໍໃຫ້ພວກເຮົາຍົກເວັ້ນ, ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງທ່ານສາມາດຊ່ວຍທ່ານຂໍການຍົກເວັ້ນໄດ້. ຕົວຢ່າງ: ທ່ານສາມາດຂໍແຜນໃຫ້ການຄຸ້ມຄອງຢາຂອງທ່ານເຖິງວ່າມັນຈະບໍ່ຢູ່ໃນ "ລາຍການຢາ" ຂອງແຜນກໍ່ຕາມ. ຫຼື ທ່ານສາມາດຂໍໃຫ້ແຜນທຳການຍົກເວັ້ນ ແລະ ໃຫ້ການຄຸ້ມຄອງຢາໂດຍບໍ່ມີຂໍ້ຈຳກັດ.

ຖ້າທ່ານເປັນສະມາຊິກປັດຈຸບັນ ແລະ ຢາທີ່ທ່ານກຳລັງກິນຈະຖືກຖອດອອກຈາກລາຍການຢາ ຫຼື ຖືກຈຳກັດໃນບາງຮູບແບບສຳລັບປີຖັດໄປ, ພວກເຮົາຈະບອກທ່ານກ່ຽວກັບການປ່ຽນແປງກ່ອນປີໃຫມ່ຈະມາເຖິງ. ທ່ານສາມາດຂໍການຍົກເວັ້ນກ່ອນປີຕໍ່ໄປ ແລະ ພວກເຮົາຈະໃຫ້ຄຳຕອບແກ່ທ່ານພາຍໃນ 72 ຊົ່ວໂມງ ຫຼັງຈາກທີ່ພວ

ກເຮົາໄດ້ຮັບຄຳຮ້ອງຈາກທ່ານ (ຫຼື ເອກະສານສະໜັບສະໜູນຈາກແພດຜູ້ສັ່ງຢາຂອງທ່ານ). ຖ້າພວກເຮົາອະນຸມັດຄຳຮ້ອງຂອງທ່ານ, ພວກເຮົາຈະອະນຸມັດໃຫ້ການຄຸ້ມຄອງກ່ອນການບ່ຽນແປງຈະມີຜົນບັງຄັບໃຊ້.

ຖ້າທ່ານ ແລະ ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງທ່ານຕ້ອງການຂໍຂໍ້ຍົກເວັ້ນ, ພາກທີ 9, ຂໍ້ທີ 6.4 ຈະບອກທ່ານໃນສິ່ງທີ່ຕ້ອງເຮັດ. ມັນອະທິບາຍຂະບວນການ ແລະ ວັນທີກຳນົດທີ່ໄດ້ກຳນົດໂດຍ Medicare ເພື່ອຮັບປະກັນວ່າຄຳຮ້ອງຂອງທ່ານໄດ້ຮັບການຈັດການຢ່າງໄວ ແລະ ຍຸຕິທຳ.

ຂໍ້ທີ 5.3	**ທ່ານຈະເຮັດແນວໃດ ຖ້າຢາຂອງທ່ານຢູ່ໃນລະດັບການແບ່ງຄ່າຢາທີ່ທ່ານຄິດວ່າສູງເກີນໄປ?**

ຖ້າຢາຂອງທ່ານຢູ່ໃນລະດັບການແບ່ງຄ່າຢາທີ່ທ່ານຄິດວ່າສູງເກີນໄປ, ລຸ່ມນີ້ແມ່ນສິ່ງທີ່ທ່ານສາມາດເຮັດໄດ້:

ທ່ານສາມາດບ່ຽນເປັນຢາອື່ນ

ຖ້າຢາຂອງທ່ານຢູ່ໃນລະດັບການແບ່ງຄ່າຢາທີ່ທ່ານຄິດວ່າສູງເກີນໄປ, ໃຫ້ປຶກສາກັບຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງທ່ານ. ອາດຈະມີຢາທີ່ແຕກຕ່າງກັນຢູ່ໃນລະດັບການແບ່ງຄ່າຢາຖືກກວ່າ ທີ່ອາດຈະໃຊ້ໄດ້ຜົນສຳລັບທ່ານເຊັ່ນກັນ. ໂທຫາ ຝ່າຍບໍລິການສະມາຊິກ ເພື່ອຂໍລາຍການຢາທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ ທີ່ປິ່ນປົວອາການດຽວກັນ. ລາຍການນີ້ສາມາດຊ່ວຍຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງທ່ານໃນການຊອກຫາຢາທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງທີ່ອາດຈະໄດ້ຜົນກັບທ່ານ.

ທ່ານສາມາດຮ້ອງຂໍໃຫ້ມີຂໍ້ຍົກເວັ້ນ

ທ່ານ ແລະ ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງທ່ານສາມາດຂໍໃຫ້ແຜນປະກັນສ້າງຂໍ້ຍົກເວັ້ນໃນລະດັບການແບ່ງປັນຄ່າຢາເພື່ອໃຫ້ທ່ານຈ່າຍຫນ້ອຍລົງ. ຖ້າຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງທ່ານບອກວ່າທ່ານມີເຫດຜົນທາງການແພດທີ່ສົມຄວນຂໍຂໍ້ຍົກເວັ້ນຈາກພວກເຮົາ, ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງທ່ານສາມາດຊ່ວຍໃຫ້ທ່ານຂໍການຍົກເວັ້ນກັບກົດລະບຽບ.

ຖ້າທ່ານ ແລະ ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງທ່ານຕ້ອງການຂໍການຍົກເວັ້ນ, ພາກທີ 9, ຂໍ້ທີ 6.4 ຈະອະທິບາຍສິ່ງທີ່ຕ້ອງເຮັດ. ມັນອະທິບາຍຂະບວນການ ແລະ ວັນທີກຳນົດທີ່ໄດ້ກຳນົດໂດຍ Medicare ເພື່ອຮັບປະກັນວ່າຄຳຮ້ອງຂອງທ່ານໄດ້ຮັບການຈັດການຢ່າງໄວ ແລະ ຍຸຕິທຳ.

ຢາໃນລະດັບພິເສດຂອງພວກເຮົາ (ລະດັບ 5) ບໍ່ມີສິດໄດ້ຮັບການຍົກເວັ້ນປະເພດນີ້. ພວກເຮົາບໍ່ຫຼຸດຈຳນວນແບ່ງຄ່າຢາໃນລະດັບນີ້.

ຂໍ້ທີ 6 ຈະເກີດຫຍັງຂຶ້ນ ຖ້າການຄຸ້ມຄອງຂອງທ່ານປ່ຽນແປງສຳລັບຢາໃດໜຶ່ງຂອງທ່ານ?

ຂໍ້ທີ 6.1 "ລາຍການຢາ" ສາມາດປ່ຽນແປງໃນລະຫວ່າງປີ

ການປ່ຽນແປງໃນການຄຸ້ມຄອງຄ່າຢາສ່ວນໃຫຍ່ເລີ່ມໃນຕອນຕົ້ນຂອງແຕ່ລະປີ (1 ມັງກອນ). ເຖິງຢ່າງໃດກໍຕາມ, ໃນລະຫວ່າງປີ, ແຜນປະກັນສາມາດດຳເນີນການປ່ຽນແປງ "ລາຍການຢາ" ໄດ້. ຕົວຢ່າງ: ແຜນປະກັນອາດຈະ:

- **ເພີ່ມ ຫຼື ເອົາຢາອອກຈາກ "ລາຍການຢາ".**
- **ຍ້າຍຢາໄປໃສ່ລະດັບການແບ່ງຄ່າຢາທີ່ສູງ ຫຼື ຕ່ຳກວ່າ.**
- **ເພີ່ມ ຫຼື ຖອນຂໍ້ຈຳກັດການຄຸ້ມຄອງຄ່າຢາ.**
- **ທົດແທນຢາຍີ່ຫໍ້ດັ່ງດ້ວຍຢາທົ່ວໄປ.**
- **ປ່ຽນແທນຜະລິດຕະພັນຊີວະພາບດັ້ງເດີມດ້ວຍ ໄບໂອຊີມິລາຣ໌ ແບບປ່ຽນແທນກັນໄດ້ຂອງຜະລິດຕະພັນຊີວະພາບ.**

ພວກເຮົາຕ້ອງປະຕິບັດຕາມຂໍ້ກຳນົດຂອງ Medicare ກ່ອນທີ່ພວກເຮົາຈະປ່ຽນ "ລາຍການຢາ" ຂອງແຜນປະກັນໄດ້.

ພາກທີ 6.2 ແມ່ນຫຍັງຈະເກີດຂຶ້ນ ຖ້າການຄຸ້ມມີການປ່ຽນແປງສຳລັບຢາທີ່ທ່ານກຳລັງກິນ?

ຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບການປ່ຽນແປງການຄຸ້ມຄອງຢາ

ໃນເວລາທີ່ມີການປ່ຽນແປງ "ລາຍການຢາ", ພວກເຮົາຈະໂພສຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບການປ່ຽນແປງເຫຼົ່ານັ້ນໄວ້ໃນເວັບໄຊ້ຂອງພວກເຮົາ. ພວກເຮົາຍັງໄດ້ອັບເດດ "ລາຍການຢາ" ອອນລາຍຂອງພວກເຮົາຕາມກຳນົດເວລາຢ່າງສະໝ່ຳສະເໝີ. ຢູ່ລຸ່ມນີ້ພວກເຮົາຈະລະບຸເວລາທີ່ທ່ານຈະໄດ້ຮັບແຈ້ງການໂດຍກົງ ຖ້າຢາທີ່ທ່ານກຳລັງກິນມີການປ່ຽນແປງ.

ການປ່ຽນແປງການຄຸ້ມຄອງຢາຂອງທ່ານທີ່ສົ່ງຜົນກະທົບຕໍ່ທ່ານໃນປີແຜນປະກັນປັດຈຸບັນ

- **ຢາສາມັນໃຫມ່ທີ່ປ່ຽນແທນຢາຍີ່ຫໍ້ດັ່ງໃນ "ລາຍການຢາ" (ຫຼື ພວກເຮົາປ່ຽນລະດັບການແບ່ງຄ່າຢາ ຫຼື ເພີ່ມຂໍ້ກຳນົດໃຫມ່ໃຫ້ຢາຍີ່ຫໍ້ດັ່ງ ຫຼື ທັງສອງ)**
    - ພວກເຮົາອາດຈະຖອດຢາຍີ່ຫໍ້ດັ່ງອອກຈາກ "ລາຍການຢາ" ຂອງພວກເຮົາ ຖ້າພວກເຮົາກຳລັງປ່ຽນແທນມັນດ້ວຍຢາສາມັນຊະນິດດຽວກັນທີ່ໄດ້ຮັບການອະນຸມັດໃຫມ່. ຢາສາມັນຈະປາກົດ

ຢູ່ໃນລະດັບການແບ່ງຈ່າຍດຽວກັນ ຫຼື ຕ່ຳກວ່າ ແລະ ມີຂໍ້ຈຳກັດອັນດຽວກັນ ຫຼື ມີຫນ້ອຍກວ່າ. ພວກເຮົາອາດຕັດສິນໃຈຮັກສາຢາຍີ່ຫໍ້ດັງໃນ "ລາຍການຢາ" ຂອງພວກເຮົາ, ແຕ່ຕ້ອງຍ້າຍໄປໃນລະດັບການແບ່ງປັນຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທີ່ສູງກວ່າທັນທີ ແລະ ເພີ່ມຂໍ້ກຳນົດໃຫມ່ ຫຼື ທັງສອງເມື່ອເພີ່ມຢາສາມັນຊະນິດໃຫມ່.

- ພວກເຮົາອາດບໍ່ບອກທ່ານລ່ວງຫນ້າກ່ອນທີ່ພວກເຮົາຈະທຳການປ່ຽນແປງນັ້ນ—ເຖິງວ່າທ່ານກຳລັງກິນຢາຍີ່ຫໍ້ດັງຢູ່ກໍ່ຕາມ. ຖ້າທ່ານກຳລັງກິນຢາຍີ່ຫໍ້ດັງໃນເວລາທີ່ພວກເຮົາທຳການປ່ຽນແປງ, ພວກເຮົາຈະໃຫ້ຂໍ້ມູນແກ່ທ່ານກ່ຽວກັບການປ່ຽນແປງສະເພາະ. ສິ່ງນີ້ຈະລວມເອົາຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບຂັ້ນຕອນທີ່ທ່ານຕ້ອງປະຕິບັດເພື່ອຂໍການຍົກເວັ້ນເພື່ອໃຫ້ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງສຳລັບຢາຍີ່ຫໍ້ດັງ. ທ່ານອາດຈະໄດ້ຮັບແຈ້ງການນີ້ກ່ອນທີ່ພວກເຮົາຈະທຳການປ່ຽນແປງ.
- ທ່ານ ຫຼື ແພດຜູ້ສັ່ງຢາຂອງທ່ານສາມາດຂໍໃຫ້ພວກເຮົາດຳເນີນການຍົກເວັ້ນ ແລະ ສືບຕໍ່ໃຫ້ການຄຸ້ມຄອງຢາຍີ່ຫໍ້ດັງໃຫ້ທ່ານໄດ້. ສຳລັບຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບວິທີການຂໍການຍົກເວັ້ນ, ເບິ່ງພາກທີ 9.

- **ຢາທີ່ບໍ່ປອດໄພ ແລະ ຢາອື່ນໆໃນ "ລາຍການຢາ" ທີ່ໄດ້ຖອນອອກຈາກຕະຫຼາດ**
  - ບາງຄັ້ງຢາອາດຈະຖືວ່າບໍ່ປອດໄພ ແລະ ຖືກຖອດອອກຈາກຕະຫຼາດດ້ວຍເຫດຜົນໃດຫນຶ່ງ. ຖ້າສິ່ງນີ້ເກີດຂຶ້ນ, ພວກເຮົາຈະເອົາຢາອອກຈາກ "ລາຍການຢາ" ທັນທີ. ຖ້າທ່ານກຳລັງກິນຢານັ້ນ, ພວກເຮົາຈະບອກທ່ານທັນທີ.
  - ແພດຜູ້ສັ່ງຢາຂອງທ່ານຈະຮູ້ກ່ຽວກັບການປ່ຽນແປງນີ້ເຊັ່ນກັນ ແລະ ສາມາດປະສານກັບທ່ານເພື່ອຊອກຫາຢາອື່ນສຳລັບອາການຂອງທ່ານ.

- **ການປ່ຽນແປງອື່ນໆຕໍ່ກັບຢາໃນ "ລາຍການຢາ"**
  - ພວກເຮົາອາດທຳການປ່ຽນແປງອື່ນໆເມື່ອປີໃຫມ່ເລີ່ມຕົ້ນຂຶ້ນເຊິ່ງສົ່ງຜົນກະທົບຕໍ່ຢາທີ່ທ່ານກິນ. ຕົວຢ່າງ: ພວກເຮົາອາດເພີ່ມຢາສາມັນທີ່ບໍ່ແມ່ນເປັນຢາໃຫມ່ໃນຕະຫຼາດເພື່ອປ່ຽນແປນຢາຍີ່ຫໍ້ດັງໃນ "ລາຍການຢາ" ຫຼື ປ່ຽນແປງລະດັບການແບ່ງປັນຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ ຫຼື ເພີ່ມຂໍ້ກຳນົດໃຫມ່ຕໍ່ກັບຢາຍີ່ຫໍ້ດັ່ງ ຫຼື ທັງສອງ. ພວກເຮົາຍັງອາດດຳເນີນການປ່ຽນແປງອີງຕາມການແຈ້ງເຕືອນໃນກ່ອງຂອງ FDA ຫຼື ຄຳແນະນຳໃຫມ່ທາງຄລີນິກທີ່ Medicare ຮັບຮູ້.
  - ສຳລັບການປ່ຽນແປງເຫຼົ່ານີ້, ພວກເຮົາຕ້ອງໃຫ້ການແຈ້ງການກ່ຽວກັບການປ່ຽນແປງລ່ວງຫນ້າ 30 ມື້ໃຫ້ທ່ານຮັບຊາບ ຫຼື ໃຫ້ແຈ້ງການກ່ຽວກັບການປ່ຽນແປງ ແລະ ການຕື່ມຢາທີ່ທ່ານກຳລັງກິນໄດ້ຈາກຮ້ານຂາຍຢາໃນເຄືອຂ່າຍໃນໄລຍະ 31 ມື້.
  - ຫຼັງຈາກທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບແຈ້ງການ ກ່ຽວກັບການປ່ຽນແປງ, ທ່ານຄວນປະສານກັບຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງທ່ານເພື່ອປ່ຽນຢາໃຫມ່ທີ່ພວກເຮົາຄຸ້ມຄອງ ຫຼື ເພື່ອປະຕິບັດໃຫ້ໄດ້ຕາມຂໍ້ຈຳກັດໃຫມ່ກ່ຽວກັບຢາທີ່ທ່ານກຳລັງກິນ.
  - ທ່ານ ຫຼື ແພດຜູ້ສັ່ງຢາຂອງທ່ານສາມາດຂໍໃຫ້ພວກເຮົາທຳການຍົກເວັ້ນ ແລະ ສືບຕໍ່ໃຫ້ການຄຸ້ມຄອງຢາໃຫ້ແກ່ທ່ານ. ສຳລັບຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບວິທີການຂໍການຍົກເວັ້ນ, ເບິ່ງພາກທີ 9.

ການປ່ຽນແປງ "ລາຍການຢາ" ທີ່ບໍ່ສົ່ງຜົນກະທົບຕໍ່ທ່ານໃນລະຫວ່າງປີແຜນປະກັນ

ພວກເຮົາຍັງໄດ້ທຳການປ່ຽນແປງບາງຢ່າງໃນ "ລາຍການຢາ" ທີ່ບໍ່ໄດ້ອະທິບາຍໄວ້ຢູ່ຂ້າງເທິງ. ໃນກໍລະນີເຫຼົ່ານີ້, ການປ່ຽນແປງຈະບໍ່ສາມາດໃຊ້ໄດ້ກັບທ່ານ, ຖ້າທ່ານກຳລັງກິນຢາໃນເວລາທີ່ການປ່ຽນແປງໄດ້ດຳເນີນການແລ້ວ; ຢ່າງໃດກໍ່ຕາມ, ການປ່ຽນແປງເຫຼົ່ານີ້ອາດຈະສົ່ງຜົນກະທົບຕໍ່ທ່ານເລີ່ມຈາກວັນທີ 1 ມັງກອນ ຂອງປີແຜນປະກັນຕໍ່ໄປ, ຖ້າຫາກທ່ານຍັງໃຊ້ແຜນປະກັນເກົ່າ.

ໂດຍທົ່ວໄປແລ້ວ, ການປ່ຽນແປງທີ່ຈະບໍ່ສົ່ງຜົນກະທົບຕໍ່ທ່ານໃນໄລຍະປີແຜນປະກັນປັດຈຸບັນຄື:

- ພວກເຮົາຍ້າຍຢາຂອງທ່ານໄປໃສ່ລະດັບການແບ່ງຄ່າຢາທີ່ສູງກວ່າ.
- ພວກເຮົາເພີ່ມຂໍ້ຈຳກັດໃໝ່ໃນການໃຊ້ຢາຂອງທ່ານ.
- ພວກເຮົາເອົາຢາຂອງທ່ານອອກຈາກ "ລາຍການຢາ".

ຖ້າການປ່ຽນແປງເຫຼົ່ານີ້ເກີດຂຶ້ນກັບຢາທີ່ທ່ານກຳລັງກິນ (ຍົກເວັ້ນການຖອນອອກຈາກຕະຫຼາດ, ຢາສາມັນປ່ຽນແທນຢາຍີ່ຫໍ້ດັງ ຫຼື ການປ່ຽນແປງອື່ນໆທີ່ໄດ້ບັນທຶກໄວ້ໃນຂ້າງເທິງ), ການປ່ຽນແປງນີ້ຈະບໍ່ສົ່ງຜົນກະທົບຕໍ່ການນຳໃຊ້ຂອງທ່ານ ຫຼື ຈຳນວນທີ່ທ່ານຈ່າຍເປັນສ່ວນແບ່ງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຂອງທ່ານຈົນຮອດວັນທີ 1 ມັງກອນຂອງປີຖັດໄປ. ຈົນກວ່າຈະຮອດມື້ນັ້ນ, ທ່ານອາດບໍ່ເຫັນການເພີ່ມຈຳນວນການຊຳລະເງິນຂອງທ່ານ ຫຼື ຂໍ້ຈຳກັດໃດໆທີ່ເພີ່ມເຂົ້າໃນການໃຊ້ຢາຂອງທ່ານ.

ພວກເຮົາຈະບໍ່ບອກທ່ານກ່ຽວກັບການປ່ຽນແປງປະເພດນີ້ໂດຍກົງໃນໄລຍະປີແຜນປະກັນປັດຈຸບັນ. ທ່ານຈະຕ້ອງກວດເບິ່ງ "ລາຍການຢາ" ສຳລັບແຜນປະກັນປີຕໍ່ໄປ (ເມື່ອລາຍການມີໃຫ້ໃນເວລາເປີດໃຫ້ລົງທະບຽນ) ເພື່ອເບິ່ງວ່າຈະມີການປ່ຽນແປງໃດໆຕໍ່ກັບຢາທີ່ທ່ານກຳລັງກິນ ເຊິ່ງຈະສົ່ງຜົນກະທົບຕໍ່ທ່ານໃນໄລຍະປີແຜນປະກັນຕໍ່ໄປຫຼືບໍ່.

ຂໍ້ທີ 7 ຢາປະເພດໃດທີ່ບໍ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງໂດຍແຜນປະກັນ?

ຂໍ້ທີ 7.1 ປະເພດຂອງຢາທີ່ພວກເຮົາບໍ່ໃຫ້ການຄຸ້ມຄອງ

ຂໍ້ນີ້ບອກທ່ານກ່ຽວກັບຢາຕາມແພດສັ່ງປະເພດໃດທີ່ບໍ່ລວມຢູ່ນຳ. ນີ້ໝາຍຄວາມວ່າ Medicare ບໍ່ໄດ້ຊຳລະເງິນຄ່າຢາເຫຼົ່ານີ້.

ຖ້າທ່ານໄດ້ຮັບຢາທີ່ບໍ່ລວມຢູ່ໃນການຄຸ້ມຄອງ, ທ່ານຕ້ອງຈ່າຍຄ່າຢາດ້ວຍຕົນເອງ. ຖ້າທ່ານອຸທອນ ແລະ ພົບວ່າຢາທີ່ຮ້ອງຂໍບໍ່ໄດ້ຮັບການຍົກເວັ້ນພາຍໃຕ້ ພາກ D, ພວກເຮົາຈະຈ່າຍເງິນ ຫຼື ໃຫ້ການຄຸ້ມຄອງ. (ສຳລັບຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບການອຸທອນຄຳຕັດສິນ, ໄປທີ່ພາກທີ 9.)

ນີ້ແມ່ນກົດລະບຽບທົ່ວໄປສາມຂໍ້ກ່ຽວກັບແຜນຢາທີ່ Medicare ຈະບໍ່ໃຫ້ການຄຸ້ມຄອງພາຍໃຕ້ ພາກ D:

ການໃຫ້ການຄຸ້ມຄອງຢາ ພາກ D ຂອງແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາບໍ່ສາມາດໃຫ້ການຄຸ້ມຄອງຢາທີ່ຈະໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງພາຍໃຕ້ Medicare ພາກ A ຫຼື ພາກ B.

- ແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາບໍ່ສາມາດໃຫ້ການຄຸ້ມຄອງຢາຊື້ຢູ່ນອກສະຫະລັດ ຫຼື ອານາເຂດຂອງສະຫະລັດ.
- ປົກກະຕິແລ້ວ ແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາບໍ່ສາມາດໃຫ້ການຄຸ້ມຄອງການໃຊ້ຢານອກເໜືອຈາກສະຫຼາກຢາກຳນົດໄວ້. ການນຳໃຊ້ຢາບໍ່ມີ **ສະຫຼາກຢາ** ອະນຸມັດ ແມ່ນການນຳໃຊ້ຢາທີ່ບໍ່ມີເຄື່ອງໝາຍອະນຸມັດໂດຍ ອົງການອາຫານ ແລະ ຢາ.
- ການຄຸ້ມຄອງການນຳໃຊ້ນອກເໜືອຈາກສະຫຼາກຢາກຳນົດໄວ້ ຈະໄດ້ຮັບອະນຸຍາດກໍຕໍ່ເມື່ອການໃຊ້ໄດ້ຮັບການສະໜັບສະໜູນຈາກການອ້າງອີງບາງຢ່າງເຊັ່ນ: ຂໍ້ມູນການບໍລິການລາຍການຢາໃນໂຮງໝໍອາເມລິກາ (American Hospital Formulary Service Drug Information) ແລະ ລະບົບຂໍ້ມູນຂອງ DRUGDEX.

ນອກຈາກນັ້ນ, ຕາມກົດໝາຍ, ປະເພດຢາຕໍ່ໄປນີ້ ຈະບໍ່ມີການຄຸ້ມຄອງໂດຍແຜນປະກັນຢາຂອງ Medicare:

- ຢາທີ່ບໍ່ແມ່ນຕາມແພດສັ່ງ (ຫຼື ເອີ້ນວ່າຢາທີ່ຫາຊື້ໄດ້ທົ່ວໄປ).
- ຢາທີ່ຖືກໃຊ້ເພື່ອສົ່ງເສີມການມີລູກໄດ້.
- ຢາທີ່ຖືກໃຊ້ເພື່ອບັນເທົາອາການໄອ ຫຼື ເປັນຫວັດ.
- ຢາທີ່ຖືກໃຊ້ເພື່ອຈຸດປະສົງດ້ານຄວາມງາມ ຫຼື ການປູກຜົມ.
- ຜະລິດຕະພັນແຮ່ທາດ ແລະ ວິຕາມິນຕາມແພດສັ່ງ, ຍົກເວັ້ນການກະກຽມຟລູໂອຣາຍ ແລະ ວິຕາມິນບຳລຸງຄັນ.
- ຢາທີ່ຖືກໃຊ້ສຳລັບການປິ່ນປົວພະຍາດທາງເພດສຳພັນ ຫຼື ການເສື່ອມສະມັດຕະພາບທາງເພດ.
- ຢາທີ່ຖືກນຳໃຊ້ເພື່ອການປິ່ນປົວອາການເບື່ອອາຫານ, ການຫຼຸດນ້ຳຫນັກ ຫຼື ການເພີ່ມນ້ຳຫນັກ.
- ຢາສຳລັບຄົນເຈັບນອກທີ່ຜູ້ຜະລິດຕ້ອງການກຳນົດໃຫ້ມີການຊື້ ການທົດລອງທີ່ກ່ຽວຂ້ອງຫຼື ການບໍລິການຕິດຕາມ ຈາກຜູ້ຜະລິດຕາມເງື່ອນໄຂການຂາຍເທົ່ານັ້ນ.

ນອກຈາກນັ້ນ, ຖ້າທ່ານໄດ້ຮັບ "ການຊ່ວຍເຫຼືອພິເສດ" ເພື່ອຈ່າຍຄ່າຢາຕາມແພດສັ່ງຂອງທ່ານ, ໂຄງການ "ການຊ່ວຍເຫຼືອພິເສດ" ຈະບໍ່ຈ່າຍຄ່າຢາທີ່ປົກກະຕິແລ້ວບໍ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ. ຢ່າງໃດກໍຕາມ, ຖ້າທ່ານມີການຄຸ້ມຄອງຢາຜ່ານ Medicaid, ໂຄງການ Rhode Island Medicaid ອາດຈະຄຸ້ມຄອງຢາຕາມແພດສັ່ງບາງຢ່າງທີ່ບໍ່ມີການຄຸ້ມຄອງຕາມປົກກະຕິໃນແຜນປະກັນຢາ Medicare. ກະລຸນາຕິດຕໍ່ໂຄງການ Rhode Island Medicaid ເພື່ອເບິ່ງວ່າ ການຄຸ້ມຄອງຢາອັນໃດທີ່ອາດມີໃຫ້ທ່ານ. (ທ່ານສາມາດເຂົ້າເບິ່ງເບີໂທລະສັບ ແລະ ຂໍ້ມູນຕິດຕໍ່ສຳລັບ Medicaid ໃນພາກທີ 2, ຂໍ້ທີ 6.)

ຂໍ້ທີ 8 ການຮັບຢາຕາມແພດສັ່ງ

ຂໍ້ທີ 8.1 ການໃຫ້ຂໍ້ມູນການເປັນສະມາຊິກຂອງທ່ານ

ເພື່ອຮັບຢາຂອງທ່ານ, ຕ້ອງໃຫ້ຂໍ້ມູນການເປັນສາມາຊິກໃນແຜນປະກັນຂອງທ່ານ, ເຊິ່ງສາມາດເບິ່ງໄດ້ໃນບັດສະມາຊິກຂອງທ່ານ, ໃນຮ້ານຂາຍຢາໃນເຄືອຂ່າຍທີ່ທ່ານເລືອກ. ຮ້ານຂາຍຢາໃນເຄືອຂ່າຍ ຈະອອກໃບບິນອັດຕະໂນມັດໃຫ້ແຜນປະກັນ ສຳລັບສ່ວນແບ່ງຄ່າຢາ*ຂອງພວກເຮົາ*. ທ່ານຈະຈຳເປັນຕ້ອງໄດ້ຈ່າຍສ່ວນແບ່ງຄ່າຢາ*ຂອງທ່ານ*ໃຫ້ຮ້ານຂາຍຢາໃນເວລາທີ່ທ່ານຮັບເອົາຕາມໃບສັ່ງແພດຂອງທ່ານ.

ຂໍ້ທີ 8.2 ຈະເປັນແນວໃດ ຖ້າທ່ານບໍ່ມີຂໍ້ມູນການເປັນສະມາຊິກຂອງທ່ານຢູ່ກັບທ່ານ?

ຖ້າທ່ານບໍ່ມີຂໍ້ມູນການເປັນສະມາຊິກຂອງແຜນປະກັນ ໃນເວລາທີ່ທ່ານໄປຮັບຢາຕາມແພດສັ່ງ, ທ່ານ ຫຼື ຮ້ານຂາຍຢາຂອງທ່ານສາມາດໂທຫາແຜນປະກັນເພື່ອຂໍຂໍ້ມູນທີ່ຈຳເປັນໄດ້.

ຖ້າຮ້ານຂາຍຢາບໍ່ສາມາດຮັບເອົາຂໍ້ມູນທີ່ຈຳເປັນໄດ້, **ທ່ານອາດຕ້ອງຈ່າຍເງິນເຕັມຈຳນວນສຳລັບຢາຕາມແພດສັ່ງໃນເວລາທີ່ທ່ານໄປຮັບຢາ**. (ຈາກນັ້ນທ່ານສາມາດ **ຂໍໃຫ້ພວກເຮົາຈ່າຍເງິນຄືນ** ສຳລັບສ່ວນແບ່ງຄ່າຢາຂອງພວກເຮົາ. ເບິ່ງພາກທີ 7, ຂໍ້ທີ 2.1 ສຳລັບຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບວິທີການຂໍໃຫ້ແຜນສົ່ງເງິນຄືນ.)

ຂໍ້ທີ 9 ການຄຸ້ມຄອງຢາ ພາກ D ໃນສະຖານະການພິເສດ

ຂໍ້ທີ 9.1 ຈະເປັນແນວໃດ ຖ້າຫາກທ່ານເຂົ້າໂຮງໝໍ ຫຼື ໄປສະຖານພະຍາບານເພື່ອການຮັກສາທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງຈາກແຜນປະກັນ?

ຖ້າທ່ານເຂົ້າໂຮງໝໍ ຫຼື ສະຖານພະຍາບານ ເພື່ອການຮັກສາທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງຈາກແຜນ, ໂດຍທົ່ວໄປແລ້ວພວກເຮົາຈະໃຫ້ການຄຸ້ມຄອງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃນການຊື້ຢາຕາມແພດສັ່ງຂອງທ່ານຕະຫຼອດໄລຍະການປິ່ນປົວຂອງທ່ານ. ເມື່ອທ່ານອອກໂຮງໝໍ ຫຼື ສະຖານພະຍາບານ, ແຜນປະກັນຈະຄຸ້ມຄອງຢາຕາມແພດສັ່ງຢາຂອງທ່ານຕາບໃດທີ່ຢານັ້ນເປັນໄປຕາມຂໍ້ກຳນົດຂອງພວກເຮົາໃນການຄຸ້ມຄອງທີ່ໄດ້ອະທິບາຍໄວ້ໃນພາກນີ້.

ພາກທີ 9.2 ຈະເປັນແນວໃດ ຖ້າທ່ານເປັນຜູ້ອາໄສຢູ່ໃນສະຖານທີ່ດູແລໄລຍະຍາວ (LTC) ຂອງທ່ານ?

ໂດຍປົກກະຕິແລ້ວ, ສະຖານທີ່ດູແລໄລຍະຍາວ (LTC) (ເຊັ່ນ: ບ້ານພັກຜູ້ສູງອາຍຸ) ຈະມີຮ້ານຂາຍຢາຂອງຕົນເອງ ຫຼື ໃຊ້ຮ້ານຂາຍຢາທີ່ສະໜອງຢາໃຫ້ແກ່ຜູ້ຢູ່ອາໄສທັງໝົດ. ຖ້າທ່ານເປັນຜູ້ຢູ່ອາໄສໃນ LTC, ທ່ານອາດໄດ້ຮັບຢາຕາມແພດສັ່ງຂອງທ່ານ ຜ່ານຮ້ານຂາຍຢາຂອງສະຖານ ຫຼື ຮ້ານທີ່ພວກເຂົາໃຊ້, ຕາບໃດທີ່ພວກເຂົາຢູ່ໃນເຄືອຂ່າຍຂອງພວກເຮົາ.

ກວດເບິ່ງ *ບັນຊີລາຍຊື່ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ ແລະ ຮ້ານຂາຍຢາ* ເພື່ອເບິ່ງວ່າຮ້ານຂາຍຢາ LTC ຂອງທ່ານ ຫຼື ຮ້ານທີ່ພວກເຂົາໃຊ້ ຢູ່ໃນເຄືອຂ່າຍຂອງພວກເຮົາຫຼືບໍ່. ຖ້າບໍ່ແມ່ນ ຫຼື ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຂໍ້ມູນ ຫຼື ການຊ່ວຍເຫຼືອເພີ່ມເຕີມ, ກະລຸນາຕິດຕໍ່ຫາສູນບໍລິການສະມາຊິກ*.* ຖ້າທ່ານຢູ່ສະຖານທີ່ພັກຂອງ LTC, ພວກເຮົາຕ້ອງຮັບປະກັນວ່າທ່ານສາມາຮັບຢາ ພາກ D ຂອງທ່ານເປັນປົກກະຕິໂດຍຜ່ານຮ້ານຂາຍຢາ LTC ໃນເຄືອຂ່າຍຂອງພວກເຮົາ.

ຈະເປັນແນວໃດ ຖ້າທ່ານເປັນຜູ້ອາໄສໃນສະຖານທີ່ດູແລໄລຍະຍາວ (LTC) ແລະ ຕ້ອງການຢາທີ່ຢູ່ໃນ "ລາຍການຢາ" ຂອງພວກເຮົາ ຫຼື ຖືກຈຳກັດໃນທາງໃດທາງຫນຶ່ງ?

ກະລຸນາເບິ່ງຂໍ້ທີ 5.2 ກ່ຽວກັບການສະຫນອງຢາສຸກເສີນ ຫຼື ຊົ່ວຄາວ.

ຂໍ້ທີ 9.3	ຈະເປັນແນວໃດ ຖ້າທ່ານຍັງໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງຢາຈາກນາຍຈ້າງ ຫຼື ແຜນກຸ່ມຜູ້ບຳນານ?

ຖ້າຫາກວ່າທ່ານນະປະຈຸບັນມີການຄຸ້ມຄອງຢາຕາມໃບສັ່ງແພດອື່ນໆ ໂດຍຜ່ານ (ຫຼືຄູ່ສົມລົດຂອງທ່ານ) ນາຍຈ້າງຫຼືກຸ່ມບຳນານ, ກະລຸນາຕິດຕໍ່ຫາ **ຜູ້ບໍລິຫານຜົນປະໂຫຍດຂອງກຸ່ມນັ້ນ.** ລາວສາມາດຊ່ວຍທ່ານໃນການກຳນົດວ່າການຄຸ້ມຄອງຢາຕາມແພດສັ່ງປັດຈຸບັນຂອງທ່ານຈະໃຊ້ໄດ້ກັບແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາແນວໃດ.

ໂດຍທົ່ວໄປແລ້ວ, ຖ້າທ່ານໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງໃນຖານະລູກຈ້າງ ຫຼື ກຸ່ມຜູ້ບຳນານ, ການຄຸ້ມຄອງຢາທີ່ທ່ານຮັບຈາກພວກເຮົາຈະເປັນການຄຸ້ມຄອງ *ສຳຮອງ* ຈາກການຄຸ້ມຄອງກຸ່ມຈາກທ່ານ. ຫມາຍຄວາມວ່າການຄຸ້ມຄອງກຸ່ມຂອງທ່ານຈະຈ່າຍກ່ອນ.

ແຈ້ງການພິເສດກ່ຽວກັບ 'ການຄຸ້ມຄອງທີ່ຫນ້າເຊື່ອຖື':

ໃນແຕ່ລະປີ ນາຍຈ້າງ ຫຼື ກຸ່ມຜູ້ບຳນານ ຄວນສົ່ງແຈ້ງການໃຫ້ທ່ານເພື່ອບອກວ່າການຄຸ້ມຄອງຢາຕາມແພດສັ່ງສຳລັບປີຕາມປະຕິທິນປີຕໍ່ໄປຫນ້າເຊື່ອຖືຫຼືບໍ່.

ຖ້າການຄຸ້ມຄອງຈາກແຜນກຸ່ມຫນ້າເຊື່ອຖື, ຫມາຍຄວາມວ່າແຜນມີການຄຸ້ມຄອງຢາທີ່ຄາດວ່າຕ້ອງຈ່າຍ, ໂດຍສະເຫຼ່ຍ, ຢ່າງຫນ້ອຍໃຫ້ໄດ້ຕາມການຄຸ້ມຄອງຢາມາດຕະຖານຕາມແພດສັ່ງຂອງ Medicare.

ຮັກສາແຈ້ງການກ່ຽວກັບ 'ການຄຸ້ມຄອງທີ່ຫນ້າເຊື່ອຖື' ສະບັບນີ້ໄວ້, ເນື່ອງຈາກວ່າທ່ານອາດຕ້ອງການມັນໃນພາຍຫຼັງ*.* ຖ້າທ່ານເຂົ້າຮ່ວມໃນແຜນ Medicare ທີ່ລວມເອົາການຄຸ້ມຄອງຢາ ພາກ D, ທ່ານອາດຈຳເປັນຕ້ອງມີການແຈ້ງການເຫຼົ່ານີ້ ເພື່ອສະແດງໃຫ້ເຫັນວ່າທ່ານມີ 'ການຄຸ້ມຄອງທີ່ຫນ້າເຊື່ອຖື'. ຖ້າທ່ານບໍ່ໄດ້ຮັບແຈ້ງການກ່ຽວກັບການຄຸ້ມຄອງທີ່ຫນ້າເຊື່ອຖື, ກະລຸນາຂໍສຳເນົາຈາກພະນັກງານບໍລິຫານຜົນປະໂຫຍດແຜນຜູ້ບຳນານ ຫຼື ນາຍຈ້າງ ຫຼື ສະຫະພາບແຮງງານ.

ຂໍ້ທີ 9.4 ຈະເປັນແນວໃດ ຖ້າທ່ານຢູ່ໃນບ້ານພັກຜູ້ປ່ວຍທີ່ມີການຮັບຮອງຈາກ Medicare?

ບ້ານພັກຜູ້ປ່ວຍ ແລະ ແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາຈະບໍ່ຄຸ້ມຄອງຢາປະເພດດຽວກັນໃນເວລາດຽວກັນ. ຖ້າທ່ານໄດ້ລົງທະບຽນເຂົ້າບ້ານພັກຜູ້ປ່ວຍຂອງ Medicare ແລະ ຕ້ອງການຢາບາງປະເພດ (ເຊັ່ນ: ຢາແກ້ປວດຮາກ, ຢາລະບາຍ, ຢາແກ້ປວດ ຫຼື ຢາຫຼຸດຄວາມວິຕົກກັງວົນ) ທີ່ບໍ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງຈາກທີ່ພັກຄົນເຈັບໄລຍະສຸດທ້າຍຂອງທ່ານເນື່ອງຈາກວ່າມັນບໍ່ໄດ້ກ່ຽວຂ້ອງກັບອາການເຈັບປ່ວຍໄລຍະສຸດທ້າຍ ແລະ ພະຍາດທີ່ກ່ຽວຂ້ອງຂອງທ່ານ, ແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາຕ້ອງໄດ້ຮັບແຈ້ງການຈາກແພດຜູ້ສັ່ງຢາ ຫຼື ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການໃນບ້ານພັກຄົນເຈັບໄລຍະສຸດທ້າຍຂອງທ່ານວ່າຢາບໍ່ກ່ຽວຂ້ອງ ກ່ອນທີ່ແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາຈະໃຫ້ການຄຸ້ມຄອງຢາ. ເພື່ອປ້ອງກັນການລ່າຊ້າໃນການຮັບຢາເຫຼົ່ານີ້ທີ່ຄວນໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງຈາກແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາ, ກະລຸນາຂໍໃຫ້ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການທີ່ພັກຄົນເຈັບໄລຍະສຸດທ້າຍ ຫຼື ແພດຜູ້ສັ່ງຢາແຈ້ງການໃຫ້ຮັບຊາບກ່ອນທີ່ຈະຮັບເອົາຢາຕາມແພດສັ່ງຂອງທ່ານ.

ໃນກໍລະນີທີ່ທ່ານຖອນການເລືອກທີ່ພັກຄົນເຈັບໄລຍະສຸດທ້າຍຂອງທ່ານ ຫຼື ອອກຈາກທີ່ພັກຄົນປ່ວຍໄລຍະສຸດທ້າຍ, ແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາຄວນໃຫ້ການຄຸ້ມຄອງຢາຂອງທ່ານດັ່ງທີ່ໄດ້ອະທິບາຍໄວ້ໃນເອກະສານສະບັບນີ້. ເພື່ອປ້ອງກັນການລ່າຊ້າໃນຮ້ານຂາຍຢາ ເວລາທີ່ຜົນປະ�โຫຍດຂອງທີ່ພັກຄົນເຈັບໄລຍະສຸດທ້າຍຂອງ Medicare ຂອງທ່ານສິ້ນສຸດລົງ, ກະລຸນານຳເອົາເອກະສານມາທີ່ຮ້ານຂາຍຢາເພື່ອກວດສອບການຖອນ ຫຼື ການອອກຈາກທີ່ພັກຄົນເຈັບຂອງທ່ານ.

ຂໍ້ທີ 10 ໂປຣແກຣມກ່ຽວກັບຄວາມປອດໄພຂອງຢາ ແລະ ການຈັດການກັບຢາ

ຂໍ້ທີ 10.1 ໂປຣແກຣມທີ່ຊ່ວຍສະມາຊິກຂອງພວກເຮົາໃຊ້ຢາຢ່າງປອດໄພ

ພວກເຮົາດຳເນີນການທົບທວນການໃຊ້ຢາໃຫ້ສະມາຊິກຂອງພວກເຮົາ ເພື່ອຮັບປະກັນວ່າພວກເຂົາໄດ້ຮັບການດູແລຢ່າງຖືກຕ້ອງ ແລະ ປອດໄພ.

ພວກເຮົາດຳເນີນການທົບທວນແຕ່ລະຄັ້ງທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບຢາຕາມແພດສັ່ງ. ພວກເຮົາຍັງທົບທວນບັນທຶກຂອງພວກເຮົາເປັນປົກກະຕິ. ໃນຊ່ວງການທົບທວນນີ້, ພວກເຮົາຊອກຫາບັນຫາທີ່ອາດຈະເກີດຂຶ້ນໄດ້ເຊັ່ນ:

- ຄວາມຜິດພາດດ້ານໃຫ້ຢາທີ່ອາດຈະເກີດຂຶ້ນໄດ້
- ຢາທີ່ອາດບໍ່ຈຳເປັນ ຍ້ອນວ່າທ່ານກຳລັງກິນຢາອື່ນເພື່ອປິ່ນປົວອາການດຽວກັນ
- ຢາທີ່ອາດບໍ່ປອດໄພ ຫຼື ບໍ່ເໝາະສົມ ເນື່ອງມາຈາກອາຍຸ ຫຼື ເພດຂອງທ່ານ
- ສ່ວນປະກອບບາງຢ່າງຂອງຢາທີ່ອາດເປັນອັນຕະລາຍ ຖ້າຫາກທ່ານກິນພ້ອມກັນ
- ຢາຕາມແພດສັ່ງທີ່ມີສ່ວນປະກອບທີ່ທ່ານແພ້

- ຄວາມຜິດພາດທີ່ອາດເກີດຂຶ້ນໃນຈຳນວນ (ປະລິມານຢາ) ຂອງຢາທີ່ທ່ານກຳລັງກິນ
- ຢາແກ້ປວດ ໂອປິອອຍ ໃນຈຳນວນທີ່ບໍ່ປອດໄພ

ຖ້າພວກເຮົາເຫັນບັນຫາທີ່ອາດເກີດຂຶ້ນໃນການໃຊ້ຢາຂອງທ່ານ, ພວກເຮົາຈະປຶກສາກັບຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງທ່ານເພື່ອແກ້ໄຂບັນຫາ.

ພາກທີ 10.2	ໂປຣແກຣມການຈັດການຢາ (DMP) ເພື່ອຊ່ວຍສະມາຊິກໃຫ້ໃຊ້ຢາ ໂອປິອອຍ ໄດ້ຢ່າງປອດໄພ

ພວກເຮົາມີໂປຣແກຣມທີ່ຊ່ວຍຮັບປະກັນໃຫ້ສະມາຊິກນຳໃຊ້ຢາ ໂອປິອອຍ ຕາມແພດສັ່ງ ແລະ ຢາອື່ນ ທີ່ໃຊ້ເລື້ອຍໆໄດ້ຢ່າງປອດໄພ. ໂປຣແກຣມນີ້ເອີ້ນວ່າໂປຣແກຣມຈັດການຢາ (DMP). ຖ້າທ່ານນຳໃຊ້ຢາໂອປິອອຍ ທີ່ຮັບຈາກຜູ້ໃຫ້ບໍລິການສຸຂະພາບ ຫຼື ຮ້ານຂາຍຢາ ຫຼື ຖ້າທ່ານໄດ້ໃຊ້ຢາໂອປິອອຍເກີນຂະໜາດເມື່ອບໍ່ດົນມານີ້, ພວກເຮົາອາດປຶກສາກັບຜູ້ໃຫ້ບໍລິການສຸຂະພາບຂອງທ່ານເພື່ອໃຫ້ແນ່ໃຈວ່າທ່ານໄດ້ໃຊ້ຢາໂອປິອອຍຢ່າງເໝາະສົມ ແລະ ຕາມຄວາມຈຳເປັນທາງການແພດ. ປຶກສາກັບຜູ້ໃຫ້ບໍລິການສຸຂະພາບຂອງທ່ານ, ຖ້າພວກເຮົາຕັດສິນໃຈວ່າການໃຊ້ຢາຝື່ນໂອປິອອຍຕາມແພດສັ່ງ ຫຼື ຢາ ເບັນໂຊໄດອາຊີປີນ ຂອງທ່ານອາດບໍ່ປອດໄພ, ພວກເຮົາອາດຈຳກັດວິທີການທີ່ທ່ານຮັບຢາເຫຼົ່ານັ້ນ. ຖ້າພວກເຮົາຈັດທ່ານເຂົ້າໃນ DMP ຂອງພວກເຮົາ, ຂີດຈຳກັດອາດຈະເປັນ:

- ການຂໍໃຫ້ທ່ານຮັບເອົາຢາຕາມໃບສັ່ງແພດສຳລັບຢາທີ່ມີຝື່ນ ຫຼື ຢາເບັນໂຊໄດອາຊີປີນຈາກຮ້ານຂາຍຢາບາງແຫ່ງ
- ການຂໍໃຫ້ທ່ານເອົາໃບສັ່ງຢາສຳລັບຢາໂອປິອອຍ ຫຼື ຢາເບັນໂຊໄດອາຊີປີນທັງໝົດ ຈາກຜູ້ໃຫ້ບໍລິການສຸຂະພາບບາງຄົນ
- ການຈຳກັດຈຳນວນຢາ ໂອປິອອຍ ຫຼື ຢາ ເບັນໂຊໄດອາຊີປີນ ທີ່ພວກເຮົາຈະໃຫ້ການຄຸ້ມຄອງແກ່ທ່ານ

ຖ້າພວກເຮົາວາງແຜນທີ່ຈະຈຳກັດວິທີການທີ່ທ່ານຮັບເຮົາເອົາຢາເຫຼົ່ານີ້ ຫຼື ຈຳນວນທີ່ສາມາດເອົາໄດ້, ພວກເຮົາຈະສົ່ງຈົດໝາຍຫາທ່ານລ່ວງໜ້າ. ຈົດໝາຍຈະອະທິບາຍຂໍ້ຈຳກັດທີ່ພວກເຮົາຄິດວ່າຄວນໃຊ້ກັບທ່ານ. ທ່ານຈະມີໂອກາດບອກພວກເຮົາໃຫ້ຮູ້ ວ່າຜູ້ໃຫ້ບໍລິການສຸຂະພາບ ຫຼື ຮ້ານຂາຍຢາໃດທີ່ທ່ານມັກໃຊ້ ແລະ ກ່ຽວກັບຂໍ້ມູນອື່ນໆທີ່ທ່ານຄິດວ່າມັນສຳຄັນທີ່ພວກເຮົາຕ້ອງຮູ້. ຫຼັງຈາກທີ່ທ່ານມີໂອກາດໃນການຕອບກັບ, ຖ້າພວກເຮົາຕັດສິນໃຈທີ່ຈະຈຳກັດການຄຸ້ມຄອງຢາເຫຼົ່ານີ້ຂອງທ່ານ, ພວກເຮົາຈະສົ່ງຈົດໝາຍອີກສະບັບໜຶ່ງເພື່ອຢືນຢັນການຈຳກັດ. ຖ້າທ່ານຄິດວ່າພວກເຮົາເຮັດຜິດພາດ ຫຼື ທ່ານບໍ່ເຫັນດີກັບການກຳນົດ ຫຼື ກັບການຈຳກັດຂອງພວກເຮົາ, ທ່ານ ແລະ ແພດຜູ້ສັ່ງຢາຂອງທ່ານມີສິດໃນການອຸທອນ. ຖ້າທ່ານຂໍການອຸທອນ, ພວກເຮົາຈະກວດສອບຄະດີຂອງທ່ານ ແລະ ຈະໃຫ້ຄຳຕັດສິນແກ່ທ່ານ. ຖ້າພວກເຮົາສືບຕໍ່ທີ່ຈະປະຕິເສດຄຳຮ້ອງຂອງທ່ານບາງສ່ວນທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບການຈຳກັດທີ່ໃຊ້ໄດ້ກັບການເຂົ້າເຖິງຢາຂອງທ່ານ, ພວກເຮົາຈະສົ່ງຄະດີຂອງທ່ານໄປຫາຜູ້ກວດສອບເອກະລາດນອກແຜນຂອງພວກເຮົາໂດຍອັດຕະໂນມັດ. ເບິ່ງພາກທີ 9 ສຳລັບຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບວິທີການຍື່ນອຸທອນ.

ທ່ານຈະບໍ່ຖືກຈັດເຂົ້າໃນ DMP ຂອງພວກເຮົາ ຖ້າທ່ານມີອາການທາງການແພດບາງຢ່າງເຊັ່ນ: ອາການເຈັບທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບມະເຮັງ ຫຼື ພະຍາດເມັດເລືອດແດງຜິດປົກກະຕິ, ທ່ານກຳລັງໄດ້ຮັບການດູແລໃນບ້ານພັກຄົນປ່ວຍໄລຍະສຸດທ້າຍ, ການດູແລເພື່ອບັນເທົາອາການ ຫຼື ການດູແລບັ້ນປາຍຊີວິດ ຫຼື ອາໄສຢູ່ໃນສະຖານທີ່ດູແລໃນໄລຍະຍາວ.

ຂໍ້ທີ 10.3	ໂຄງການການຄຸ້ມຄອງການບຳບັດດ້ວຍຢາ (Medication Therapy Management,MTM) ເພື່ອຊ່ວຍສະມາຊິກໃນການຄຸ້ມຄອງຢາຂອງເຂົາທ່ານ

ພວກເຮົາມີໂປຣແກຣມທີ່ສາມາດຊ່ວຍສະມາຊິກຂອງພວກເຮົາທີ່ມີຄວາມຕ້ອງການດ້ານສຸຂະພາບທີ່ຊັບຊ້ອນ. ໂປຣແກຣມຂອງພວກເຮົາເອີ້ນວ່າ ໂປຣແກຣມການຈັດການການປິ່ນປົວທາງການແພດ (MTM). ໂປຣແກຣມນີ້ແມ່ນແບບສະໝັກໃຈ ແລະ ຟຣີ. ທີມແພດການຢາ ແລະ ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການສຸຂະພາບໄດ້ປັບປຸງໂປຣແກຣມໃຫ້ພວກເຮົາເພື່ອໃຫ້ແນ່ໃຈວ່າ ສະມາຊິກຂອງພວກເຮົາໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດຫຼາຍທີ່ສຸດຈາກຢາທີ່ພວກເຂົາກິນ.

ສະມາຊິກບາງຄົນທີ່ກິນຢາສຳລັບພະຍາດປະແພດອື່ນ ແລະ ມີຄ່າຢາທີ່ສູງ ຫຼື ຢູ່ໃນ DMP ເພື່ອຊ່ວຍສະມາຊິກນຳໃຊ້ຢາ ໂອປິອອຍ ຂອງພວກເຂົາໄດ້ຢ່າງປອດໄພ, ອາດຈະສາມາດໄດ້ຮັບການບໍລິການຜ່ານໂປຣແກຣມ MTM ໄດ້. ແພດການຢາ ຫຼື ຜູ້ຊ່ຽວຊານດ້ານສຸຂະພາບອື່ນໆ ຈະກວດຄືນຢາທັງໝົດຂອງທ່ານຢ່າງເຕັມຮູບແບບ. ໃນໄລຍະການກວດສອບ, ທ່ານສາມາດປຶກສາກ່ຽວກັບຢາຂອງທ່ານ, ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຂອງທ່ານ ແລະ ບັນຫາ ຫຼື ຄຳຖາມທີ່ທ່ານມີກ່ຽວກັບຢາຕາມແພດສັ່ງ ແລະ ຢາທີ່ຫາຊື້ໄດ້ທົ່ວໄປ. ທ່ານຈະໄດ້ຮັບບົດສະຫຼຸບເປັນລາຍລັກອັກສອນທີ່ມີ ລາຍການທີ່ຕ້ອງເຮັດ ທີ່ໄດ້ແນະນຳໄວ້ລວມທັງຂັ້ນຕອນທີ່ທ່ານຄວນປະຕິບັດເພື່ອໃຫ້ໄດ້ຜົນສູງສຸດຈາກຢາຂອງທ່ານ. ທ່ານຍັງຈະໄດ້ຮັບລາຍການຢາທີ່ລວມເອົາຢາທັງໝົດທີ່ທ່ານກຳລັງກິນ, ຈຳນວນທີ່ທ່ານກິນ ແລະ ເວລາ ແລະ ເຫດຜົນທີ່ທ່ານຄວນກິນ. ນອກຈາກນັ້ນ, ສະມາຊິກໃນໂປຣແກຣມ MTM ຈະໄດ້ຮັບຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບການກຳຈັດຢາຕາມແພດສັ່ງ ທີ່ເປັນສານຄວບຄຸມຢ່າງປອດໄພ.

ເປັນແນວຄວາມຄິດທີ່ດີ ໃນການປຶກສາກັບຜູ້ໃຫ້ບໍລິການສຸຂະພາບຂອງທ່ານກ່ຽວກັບລາຍການທີ່ຕ້ອງເຮັດທີ່ການແນະນຳ ແລະ ລາຍການຢາ. ເອົາບົດສະຫຼຸບໄປນຳເມື່ອເຂົ້າພົບແພດ ຫຼື ທຸກຄັ້ງທີ່ທ່ານສົນທະນາກັບທ່ານໝໍ, ຮ້ານຂາຍຢາ ແລະ ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບອື່ນໆ. ນອກຈາກນັ້ນ, ຮັກສາລາຍການຢາຂອງທ່ານເພື່ອໃຫ້ມີຂໍ້ມູນຫຼ້າສຸດ ແລະ ຮັກສໄວ້ກັບຕົວທ່ານ (ຕົວຢ່າງ: ຮັກສາໄວ້ກັບບັດປະຈຳຕົວຂອງທ່ານ) ໃນກໍລະນີທີ່ທ່ານໄປໂຮງໝໍ ຫຼື ຫ້ອງສຸກເສີນ. ນອກຈາກນັ້ນ, ຮັກສາບັນຊີລາຍຊື່ຢາຂອງທ່ານໃຫ້ທັນເວລາ ແລະ ເກັບຮັກສາມັນໄວ້ກັບທ່ານ (ຕົວຢ່າງ: ບັດປະຈຳຕົວຂອງທ່ານ) ໃນກໍລະນີທີ່ທ່ານໄປໂຮງຫມໍຫຼືຫ້ອງສຸກເສີນ.

ຖ້າທ່ານມີໂປຣແກຣມທີ່ເໝາະສົມກັບຄວາມຕ້ອງການຂອງທ່ານ, ພວກເຮົາຈະໃຫ້ທ່ານເຂົ້າຮ່ວມໃນໂປຣແກຣມໂດຍອັດຕະໂນມັດ ແລະ ສົ່ງຂໍ້ມູນໃຫ້ທ່ານຮັບຊາບ. ຖ້າທ່ານຕັດສິນໃຈທີ່ຈະບໍ່ເຂົ້າຮ່ວມ, ກະລຸນາແຈ້ງພວກເຮົາ ແລະ ພວກເຮົາຈະຖອນທ່ານອອກ. ຖ້າທ່ານມີຄຳຖາມກ່ຽວກັບໂປຣແກຣມນີ້, ກະລຸນາຕິດຕໍ່ຫາສູນບໍລິການສະມາຊິກ.

ພາກທີ 6:

ສິ່ງທີ່ທ່ານຈ່າຍສຳລັບຢາຕາມໃບສັ່ງ ພາກ D ຂອງທ່ານ

ປະຈຸບັນທ່ານໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອເພື່ອຈ່າຍຄ່າຢາຂອງທ່ານຫຼືບໍ?

ຖ້າທ່ານຢູ່ໃນໂຄງການທີ່ຊ່ວຍຈ່າຍຄ່າຢາຂອງທ່ານ, **ບາງຂໍ້ມູນໃນຫຼັກຖານຂອງການຄຸ້ມຄອງສະບັບນີ້ ກ່ຽວກັບຄ່າຢາຕາມແພດສັ່ງ ພາກ D ອາດຈະໃຊ້ບໍ່ໄດ້ກັບທ່ານ.**ພວກເຮົາໄດ້ສົ່ງເອກະສານຊ້ອນທ້າຍຕ່າງຫາກໃຫ້ທ່ານ, ເອີ້ນວ່າ *ຫຼັກຖານຂອງການຄຸ້ມຄອງຜູ້ຂັບຂີ່ ສຳລັບຜູ້ທີ່ໄດ້ຮັບ "ການຊ່ວຍເຫຼືອພິເສດ" ການຈ່າຍຄ່າຢາຕາມໃບສັ່ງແພດ* (ຫຼືທີ່ເອີ້ນວ່າສັນຍາເພີ່ມເຕີມລາຍໄດ້ຕ່ຳ ຫຼື ສັນຍາເພີ່ມເຕີມ LIS Rider), ເຊິ່ງບອກທ່ານກ່ຽວກັບການຄຸ້ມຄອງຢາຂອງທ່ານ. ຖ້າທ່ານບໍ່ມີສ່ວນເພີ່ມນີ້, ກະລຸນາໂທຫາສູນບໍລິການສະມາຊິກ ແລະ ຂໍສັນຍາເພີ່ມເຕີມ LIS.

ຂໍ້ທີ 1 ຄຳແນະນຳ

ຂໍ້ທີ 1.1 ໃຊ້ພາກນີ້ຮ່ວມກັບເອກະສານອື່ນໆ ທີ່ອະທິບາຍການຄຸ້ມຄອງຢາຂອງທ່ານ

ພາກນີ້ເນັ້ນໃສ່ສິ່ງທີ່ທ່ານຈ່າຍຄ່າຢາ ພາກ D ຕາມໃບສັ່ງແພດ. ເພື່ອຮັກສາສິ່ງນີ້ໃຫ້ງ່າຍ, ພວກເຮົາໃຊ້ຢາໃນພາກນີ້ເພື່ອຫມາຍເຖິງຢາ ພາກ D ຕາມໃບສັ່ງແພດ. ດັ່ງທີ່ໄດ້ອະທິບາຍໄວ້ໃນພາກທີ 5, ບໍ່ແມ່ນຢາທັງຫມົດຂະເບັນຢາໃນພາກ D - ຢາບາງຊະນິດຖືກຄຸ້ມຄອງພາຍໃຕ້ Medicare ພາກ A ຫຼື ພາກ B ແລະຢາອື່ນໆ ແມ່ນບໍ່ໄດ້ລວມຢູ່ໃນການຄຸ້ມຄອງຂອງ Medicare ຕາມກົດຫມາຍ.

ເພື່ອເຂົ້າໃຈຂໍ້ມູນການຈ່າຍເງິນ, ທ່ານຈຳເປັນຕ້ອງຮູ້ວ່າຢາໃດຖືກຄຸ້ມຄອງ, ບ່ອນໃດທີ່ຈະຕື່ມໃບສັ່ງຢາຂອງທ່ານ, ແລະກົດລະບຽບອັນໃດທີ່ຈະປະຕິບັດຕາມ ເມື່ອທ່ານໄດ້ຮັບຢາທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ. ພາກທີ 5, ຂໍ້ທີ 1 ເຖິງ 4 ອະທິບາຍກົດລະບຽບເຫຼົ່ານີ້. ເມື່ອທ່ານໃຊ້ "ເຄື່ອງມືຜົນປະ�โຫຍດໃນເວລາຈິງ" ຂອງແຜນ ເພື່ອຄົ້ນຫາການຄຸ້ມຄອງຢາ (ເບິ່ງພາກທີ 5, ຂໍ້ທີ 3.3), ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທີ່ສະແດງແມ່ນສະຫນອງໃຫ້ຢູ່ໃນ "ເວລາຈິງ" ຊຶ່ງຫມາຍຄວາມວ່າຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທີ່ທ່ານເຫັນໃນເຄື່ອງມືສະທ້ອນໃຫ້ເຫັນເຖິງຊ່ວງເວລາທີ່ຈະໃຫ້ການຄາດຄະເນຄ່າໃຊ້ ທີ່ທ່ານຄາດວ່າຈະຈ່າຍ. ນອກນັ້ນ ທ່ານຍັງສາມາດໄດ້ຮັບຂໍ້ມູນທີ່ສະຫນອງໃຫ້ໂດຍ "Real Time Benefit Tool" ໂດຍການໂທຫາບໍລິການສະມາຊິກ.

ຂໍ້ທີ 1.2 ປະເພດຂອງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍອອກຈາກຖົງຂອງທ່ານໃຫ້ກັບຢາທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ

ມີປະເພດທີ່ແຕກຕ່າງກັນຂອງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍອອກຈາກຖົງຂອງທ່ານສຳລັບຢາ ພາກ D. ຈຳນວນເງິນທີ່ທ່ານຈ່າຍສຳລັບຢາ ເອີ້ນວ່າການແບ່ງຄ່າຢາ ແລະ ມີສາມວິທີຕໍ່ໄປນີ້ ທີ່ທ່ານອາດຈະຖືກຂໍໃຫ້ຈ່າຍ.

- **ການຫັກອອກ** ແມ່ນຈຳນວນເງິນທີ່ທ່ານຈ່າຍໃຫ້ຄ່າຢາກ່ອນທີ່ແຜນຂອງພວກເຮົາຈະເລີ່ມຈ່າຍສ່ວນແບ່ງຂອງມັນ.
- **ການຈ່າຍເງິນຮ່ວມ** ແມ່ນຈຳນວນຄົງທີ່ ທີ່ທ່ານຈ່າຍໃນແຕ່ລະຄັ້ງທີ່ທ່ານຕື່ມໃບສັ່ງໃຫ້ແພດ.

- **ປະກັນໄພຮ່ວມ** ແມ່ນອັດຕາສ່ວນຂອງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທັງຫມົດທີ່ທ່ານຈ່າຍໃນແຕ່ລະຄັ້ງທີ່ທ່ານຕື່ມໃບສັ່ງແພດ.

ຂໍ້ທີ 1.3	ວິທີ Medicare ຄິດໄລ່ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທີ່ທ່ານຕ້ອງຈ່າຍເອງ

Medicare ມີກົດລະບຽບກ່ຽວກັບນັບອັນໃດ ແລະອັນໃດທີ່ *ບໍ່* ນັບໃສ່ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທີ່ທ່ານຕ້ອງຈ່າຍເອງ. ນີ້ແມ່ນກົດລະບຽບທີ່ພວກເຮົາຕ້ອງປະຕິບັດຕາມເພື່ອຕິດຕາມຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທີ່ທ່ານຕ້ອງຈ່າຍເອງ.

ການຊຳລະເງິນເຫຼົ່ານີ້ <u>ແມ່ນຖືກລວມ</u>ຢູ່ໃນຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທີ່ທ່ານຕ້ອງຈ່າຍເອງ

<u>ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍອອກຈາກກະເປົາທ່ານ ລວມມີ</u> ການຈ່າຍເງິນທີ່ລະບຸໄວ້ຂ້າງລຸ່ມນີ້ (ຕາບໃດທີ່ພວກມັນແມ່ນສຳລັບຢາທີ່ຄຸ້ມຄອງໃນພາກ D ແລະທ່ານປະຕິບັດຕາມກົດລະບຽບສຳລັບການຄຸ້ມຄອງຢາທີ່ໄດ້ອະທິບາຍໄວ້ໃນພາກທີ 5):

- ຈຳນວນເງິນທີ່ທ່ານຈ່າຍສຳລັບຢາໃນເວລາທີ່ທ່ານຢູ່ໃນໄລຍະການຊຳລະຄ່າຢາຕໍ່ໄປນີ້:
  - ຂັ້ນການຫັກອອກ
  - ຂັ້ນການຄຸ້ມຄອງເບື້ອງຕົ້ນ
- ການຈ່າຍເງິນໃດໆກໍຕາມທີ່ທ່ານເຮັດໃນລະຫວ່າງປີປະຕິທິນນີ້ໃນຖານະເປັນສະມາຊິກຂອງແຜນຢາຕາມໃບສັ່ງແພດຂອງ Medicare ອື່ນກ່ອນທີ່ທ່ານຈະເຂົ້າຮ່ວມແຜນຂອງພວກເຮົາ.

ມັນສຳຄັນວ່າໃຜຈ່າຍເງິນ:

- ຖ້າທ່ານຈ່າຍເງິນເຫຼົ່ານີ້ **ດ້ວຍຕົນເອງ**, ພວກມັນຈະຖືກລວມຢູ່ໃນຄ່າໃຊ້ຈ່າຍອອກຈາກກະເປົາທ່ານ.

- ການຈ່າຍເງິນເຫຼົ່ານີ້ຍັງ **ຖືກລວມເຂົ້າ** ຖ້າພວກເຂົາເຮັດໃນນາມຂອງທ່ານ**ໂດຍບຸກຄົນ ຫຼືອົງການ ລັດຕັ້ງອື່ນໆ.**ນີ້ລວມເຖິງການຈ່າຍເງິນຄ່າຢາຂອງທ່ານທີ່ເຮັດໂດຍຫມູ່ ຫຼືຍາດພີ່ນ້ອງ, ໂດຍອົງການການກຸສົນສ່ວນໃຫຍ່, ໂດຍໂຄງການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານຢາເອດສ໌, ໂດຍໂຄງການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການຢາຂອງລັດ ທີ່ມີຄຸນສົມບັດໂດຍ Medicare ຫຼືໂດຍການບໍລິການສຸຂະພາບອິນເດຍ. ລວມເອົາການການຈ່າຍເງິນໂດຍໂຄງການ "ການຊ່ວຍເຫຼືອພິເສດ" ຂອງ Medicare ອີກດ້ວຍ.
- ລວມເອົາການຈ່າຍໂດຍໂຄງການສ່ວນຫຼຸດບາງຢ່າງຂອງ Medicare Coverage Gap Discount Program ອີກດ້ວຍ. ລວມເອົາຈຳນວນເງິນທີ່ຜູ້ຜະລິດຈ່າຍໃຫ້ກັບຢາຍີ່ຫໍ້ດັງຂອງທ່ານ. ແຕ່ບໍ່ລວມຈຳນວນເງິນທີ່ແຜນຈ່າຍໃຫ້ກັບຢາທົ່ວໄປຂອງທ່ານ.

ກ້າວໄປສູ່ໄລຍະການຄຸ້ມຄອງໄພພິບັດ:

ເມື່ອທ່ານ (ຫຼືຜູ້ທີ່ຈ່າຍເງິນໃນນາມຂອງທ່ານ) ໄດ້ຈ່າຍທັງໝົດຈຳນວນ $8,000 ພາຍໃນປີປະຕິທິນ, ທ່ານຈະຍ້າຍຈາກໄລຍະການຄຸ້ມຄອງເບື້ອງຕົ້ນໄປສູ່ໄລບະການຄຸ້ມຄອງໄພພິບັດ.

ການຈ່າຍເງິນເຫຼົ່ານີ້ <u>ບໍ່ລວມ</u> ຢູ່ໃນຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທີ່ທ່ານທ່ານຕ້ອງຈ່າຍເອງ

ການຈ່າຍດ້ວຍຕົນເອງຂອງທ່ານ **ບໍ່ລວມເອົາ**ການຊຳລະປະແພດເຫຼົ່ານີ້:

- ຄ່າປະກັນໄພປະຈຳເດືອນຂອງທ່ານ.
- ຢາທີ່ທ່ານຊື້ຢູ່ນອກສະຫະລັດແລະອານາເຂດຂອງມັນ.
- ຢາທີ່ບໍ່ໄດ້ຄຸ້ມຄອງໂດຍແຜນການຂອງພວກເຮົາ.
- ຢາທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບຢູ່ຮ້ານຂາຍຢານອກເຄືອຂ່າຍທີ່ບໍ່ຕອບສະໜອງໄດ້ຄວາມຕ້ອງການຂອງແຜນການສຳລັບການຄຸ້ມຄອງນອກເຄືອຂ່າຍ.
- ຢາທີ່ບໍ່ແມ່ນພາກ D, ລວມທັງຢາຕາມໃບສັ່ງແພດທີ່ຄຸ້ມຄອງໂດຍພາກ A ຫຼືສ່ວນ B ແລະຢາອື່ນໆທີ່ຍົກເວັ້ນຈາກການຄຸ້ມຄອງໂດຍ Medicare.
- ຢາຕາມໃບສັ່ງແພດທີ່ຄຸ້ມຄອງໂດຍພາກ A ຫຼືພາກ B.
- ການຈ່າຍເງິນທີ່ທ່ານຈ່າຍໃຫ້ກັບຢາທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງພາຍໃຕ້ການຄຸ້ມຄອງເພີ່ມເຕີມຂອງພວກເຮົາ ແຕ່ປົກກະຕິບໍ່ໄດ້ຄຸ້ມຄອງໃນແຜນຢາຕາມໃບສັ່ງແພດຂອງ Medicare. (Medicare Prescription Drug Plan)
- ການຈ່າຍເງິນທີ່ທ່ານຈ່າຍໃຫ້ກັບຢາຕາມໃບສັ່ງແພດ ທີ່ປົກກະຕິບໍ່ໄດ້ຄຸ້ມຄອງໃນແຜນຢາຕາມໃບສັ່ງຂອງ Medicare.
- ການຈ່າຍເງິນທີ່ເຮັດໂດຍແຜນສຳລັບຍີ່ຫໍ້ຫຼືຢາທົ່ວໄປຂອງທ່ານໃນຂະນະທີ່ຢູ່ໃນ Coverage Gap.
- ການຈ່າຍເງິນສຳລັບຢາຂອງທ່ານທີ່ໂດຍແຜນສຸຂະພາບກຸ່ມລວມທັງແຜນສຸຂະພາບນາຍຈ້າງ.
- ການຈ່າຍເງິນສຳລັບຄ່າຢາຂອງທ່ານໂດຍແຜນປະກັນໄພບາງແຜນ ແລະ ໂຄງການສຸຂະພາບທີ່ຮັບທຶນຈາກລັດຖະບານ ເຊັ່ນ: TRICARE ແລະ Veterans Affairs.
- ການຈ່າຍເງິນສຳລັບຢາຂອງທ່ານໂດຍພາກສ່ວນທີສາມທີ່ມີພັນທະທາງກົດຫມາຍທີ່ຈະຈ່າຍສຳລັບຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຕາມໃບສັ່ງແພດ (ຕົວຢ່າງເຊັ່ນ, ເງິນຊົດເຊີຍຂອງຜູ້ອອກແຮງງານ).

ຄຳເຕືອນ: ຖ້າອົງການອື່ນໃດນຶ່ງເຊັ່ນ: ອົງການທີ່ລະບຸໄວ້ຂ້າງເທິງນັ້ນຈ່າຍຄ່າຢາບາງສ່ວນ ຫຼືທັງໝົດຂອງຄ່າຢາທີ່ທ່ານຕ້ອງຈ່າຍເອງ, ທ່ານຕ້ອງບອກແຜນການຂອງພວກເຮົາໂດຍການໂທຫາບໍລິການສະມາຊິກ.

ທ່ານຈະຕິດຕາມຍອດລວມຄ່າໃຊ້ຈ່າຍອອກຈາກກະເປົາທ່ານ ໄດ້ແນວໃດ?

- **ພວກເຮົາຈະຊ່ວຍທ່ານ**. ບົດລາຍງານ ພາກ D (Explanation of Benefits,EOB) ທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບ ລວມຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທີ່ທ່ານຕ້ອງຈ່າຍເອງໃນປະຈຸບັນອີກດ້ວຍ. ເມື່ອຈຳນວນນີ້ຮອດ $8,000, ບົດລາຍງານນີ້ຈະບອກທ່ານວ່າທ່ານໄດ້ອອກຈາກໄລຍະການຄຸ້ມຄອງເບື້ອງຕົ້ນ ແລະໄດ້ກ້າວໄປສູ່ໄລຍະການຄຸ້ມຄອງໄພພິບັດ.
- **ໃຫ້ແນ່ໃຈວ່າພວກເຮົາມີຂໍ້ມູນທີ່ພວກເຮົາຈຳເປັນຕ້ອງມີ.** ຂໍ້ທີ 3.2 ບອກສິ່ງທີ່ທ່ານສາມາດເຮັດໄດ້ເພື່ອເຮັດໃຫ້ແນ່ໃຈວ່າການບັນທຶກຂອງພວກເຮົາກ່ຽວກັບສິ່ງທີ່ທ່ານໄດ້ໃຊ້ເວລາແມ່ນຄົບຖ້ວນສົມບູນແລະອັບເດດ.

ຂໍ້ທີ 2 ສິ່ງທີ່ທ່ານຈ່າຍໃຫ້ຄ່າຢາແມ່ນຂຶ້ນກັບຂັ້ນຕອນການຊຳລະຢາທີ່ທ່ານຢູ່ໃນຕອນທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບຢາ

ຂໍ້ທີ 2.1 ຂັ້ນຕອນການຊຳລະຢາສຳລັບສະມາຊິກ CCA Medicare Preferred ແມ່ນຫຍັງ?

ມີສີ່ຂັ້ນຕອນການຈ່າຍເງິນຢາສຳລັບການຄຸ້ມຄອງຢາຕາມໃບສັ່ງແພດຂອງທ່ານພາຍໃຕ້ CCA Medicare Preferred. ທ່ານຈ່າຍຫຼາຍປານໃດແມ່ນຂຶ້ນກັບວ່າທ່ານກຳລັງຢູ່ໃນຂັ້ນຕອນໃດເມື່ອທ່ານໄດ້ຮັບໃບສັ່ງຢາທີ່ຕື່ມຫຼືຕື່ມ. ລາຍລະອຽດຂອງແຕ່ລະຂັ້ນຕອນແມ່ນຢູ່ໃນພາກທີ 4 ຫາ 7 ຂອງບົດນີ້. ຂັ້ນຕອນແມ່ນ:

ຂັ້ນຕອນ 1: ຂັ້ນຕອນການຫັກລາຍປີ

ຂັ້ນຕອນ 2: ຂັ້ນຕອນຄຸ້ມຄອງເບື້ອງຕົ້ນ

ຂັ້ນຕອນ 3: ໄລຍະການຄຸ້ມຄອງຊ່ອງຫວ່າງ (Coverage Gap Stage)

ຂັ້ນຕອນ 4: ໄລຍະການຄຸ້ມຄອງໄພພິບັດ (Catastrophic Coverage Stage)

ຂໍ້ທີ 3 ພວກເຮົາສົ່ງລາຍງານໃຫ້ທ່ານທີ່ອະທິບາຍການຊຳລະຄ່າຢາຂອງທ່ານ ແລະທ່ານຢູ່ໃນຂັ້ນຕອນການຈ່າຍເງິນໃດ

ພາກທີ 3.1 ພວກເຮົາສົ່ງບົດສະຫຼຸບປະຈຳເດືອນໃຫ້ທ່ານເອີ້ນວ່າ *ພາກ D ການອະທິບາຍຜົນປະໂຫຍດ* (ພາກ D EOB)

ແຜນຂອງພວກເຮົາຕິດຕາມຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຢາຕາມໃບສັ່ງແພດຂອງທ່ານ ແລະການຈ່າຍເງິນທີ່ທ່ານໄດ້ຈ່າຍໃນເວລາທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບໃບສັ່ງຢາຂອງທ່ານຕື່ມຫຼືຕື່ມຢູ່ຮ້ານຂາຍຢາ. ດ້ວຍວິທີນີ້, ພວກເຮົາສາມາດບອກທ່ານໄດ້ເມື່ອທ່ານໄດ້ຍ້າຍຈາກຂັ້ນຕອນການຊຳລະຢາໄປສູ່ຂັ້ນຕອນຕໍ່ໄປ. ໂດຍສະເພາະ, ມີສອງປະເພດຂອງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທີ່ພວກເຮົາຕິດຕາມ:

- ພວກເຮົາຕິດຕາມວ່າທ່ານໄດ້ຈ່າຍເງິນເທົ່າໃດ. ອັນນີ້ເອີ້ນວ່າ **ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍດ້ວຍຕົນເອງ.**
- ພວກເຮົາຕິດຕາມ **ຄ່າຢາທັງໝົດຂອງທ່ານ.** ນີ້ແມ່ນຈຳນວນເງິນທີ່ອອກຈາກກະເປົາທ່ານ ຫຼືຜູ້ອື່ນຈ່າຍແທນທ່ານ ບວກກັບຈຳນວນທີ່ຈ່າຍໂດຍແຜນ.

ຖ້າທ່ານມີໃບສັ່ງຢາໜຶ່ງ ຫຼືຫຼາຍກວ່ານັ້ນຂຽນຜ່ານແຜນໃນເດືອນກ່ອນໜ້ານີ້ ພວກເຮົາຈະສົ່ງພາກ D EOB ໃຫ້ທ່ານ. ພາກ D EOB ລວມມີ:

ຂໍ້ມູນສຳລັບເດືອນນັ້ນ. ບົດລາຍງານນີ້ໃຫ້ລາຍລະອຽດການຈ່າຍເງິນກ່ຽວກັບໃບສັ່ງຢາທີ່ທ່ານໄດ້ຕື່ມໃສ່ໃນເດືອນທີ່ຜ່ານມາ. ມັນສະແດງຄ່າຢາທັງໝົດ, ແຜນການຈ່າຍຫຍັງ, ແລະສິ່ງທີ່ທ່ານ ແລະຜູ້ອື່ນໄດ້ຈ່າຍໃນນາມທ່ານ.

ຍອດລວມສຳລັບປີນັບຕັ້ງແຕ່ວັນທີ 1 ມັງກອນ. ອັນນີ້ເອີ້ນວ່າຂໍ້ມູນປະຈຳປີ. ມັນສະແດງໃຫ້ເຫັນຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຢາທັງຫມົດແລະການຈ່າຍເງິນທັງຫມົດສຳລັບຢາຂອງທ່ານນັບຕັ້ງແຕ່ປີເລີ່ມຕົ້ນ.

ຂໍ້ມູນລາຄາຢາ. ຂໍ້ມູນນີ້ຈະສະແດງລາຄາຢາທັງຫມົດ, ແລະຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບການເພີ່ມຂຶ້ນຂອງລາຄາຈາກການຕື່ມຂໍ້ມູນຄັ້ງທຳອິດສຳລັບການຮ້ອງຂໍຕາມໃບສັ່ງແພດຂອງປະລິມານດຽວກັນ.

ມີໃບສັ່ງຢາທາງເລືອກທີ່ມີລາຄາຖືກກວ່າ. ນີ້ຈະປະກອບມີຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບຢາອື່ນໆທີ່ມີຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຕ່ຳສຳລັບການຮຽກຮ້ອງຕາມໃບສັ່ງແພດແຕ່ລະຄົນ.

ຂໍ້ທີ 3.2 ຊ່ວຍໃຫ້ພວກເຮົາເກັບຮັກສາຂໍ້ມູນຂອງພວກເຮົາກ່ຽວກັບການຊຳລະຄ່າຢາຂອງທ່ານໃນປະຈຸບັນ

ເພື່ອຕິດຕາມລາຄາຢາຂອງທ່ານ ແລະການຈ່າຍເງິນຄ່າຢາ, ພວກເຮົາໃຊ້ບັນທຶກທີ່ພວກເຮົາໄດ້ຮັບຈາກຮ້ານຂາຍຢາ. ນີ້ແມ່ນວິທີທີ່ທ່ານສາມາດຊ່ວຍພວກເຮົາຮັກສາຂໍ້ມູນຂອງທ່ານໃຫ້ຖືກຕ້ອງ ແລະທັນສະໃໝ:

- **ສະແດງບັດສະມາຊິກຂອງທ່ານທຸກຄັ້ງທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບໃບສັ່ງແພດໃຫ້ຕື່ມຂໍ້ມູນ.** ນີ້ຊ່ວຍພວກເຮົາໃຫ້ແນ່ໃຈວ່າພວກເຮົາຮູ້ກ່ຽວກັບໃບສັ່ງຢາທີ່ທ່ານກຳລັງຕື່ມແລະສິ່ງທີ່ທ່ານກຳລັງຈ່າຍ.
- **ໃຫ້ແນ່ໃຈວ່າພວກເຮົາມີຂໍ້ມູນທີ່ພວກເຮົາຈຳເປັນຕ້ອງມີ.** ມີບາງຄັ້ງທີ່ທ່ານອາດຈະຈ່າຍສຳລັບຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທັງຫມົດຕາມໃບສັ່ງແພດ. ໃນກໍລະນີເຫຼົ່ານີ້, ພວກເຮົາຈະບໍ່ໄດ້ຮັບຂໍ້ມູນທີ່ພວກເຮົາຕ້ອງການເພື່ອຕິດຕາມຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທີ່ທ່ານຕ້ອງຈ່າຍເອງໂດຍອັດຕະໂນມັດ. ເພື່ອຊ່ວຍພວກເຮົາຕິດຕາມຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທີ່ທ່ານຈ່າຍເອງ, ເອົາສຳເນົາໃບຮັບເງິນຂອງທ່ານໃຫ້ພວກເຮົາ. ນີ້ແມ່ນຕົວຢ່າງວ່າຕອນໃດທີ່ທ່ານຄວນໃຫ້ສຳເນົາໃບຮັບຢາຂອງທ່ານແກ່ພວກເຮົາ:
    - ເມື່ອທ່ານຊື້ຢາທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງຢູ່ຮ້ານຂາຍຢາເຄືອຂ່າຍ ໃນລາຄາພິເສດ ຫຼື ໃຊ້ບັດສ່ວນຫຼຸດທີ່ບໍ່ແມ່ນສ່ວນຫນຶ່ງຂອງຜົນປະໂຫຍດຂອງແຜນພວກເຮົາ.
    - ເມື່ອທ່ານໄດ້ຈ່າຍເງິນຮ່ວມ ຄ່າຢາທີ່ສະຫນອງໃຫ້ພາຍໃຕ້ໂຄງການຊ່ວຍເຫຼືອຄົນເຈັບຂອງຜູ້ຜະລິດຢາ.
    - ທຸກຄັ້ງທີ່ທ່ານໄດ້ຊື້ຢາ ທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງຢູ່ຮ້ານຂາຍຢານອກເຄືອຂ່າຍ ຫຼືເວລາອື່ນໆ ທີ່ທ່ານໄດ້ຈ່າຍລາຄາເຕັມສຳລັບຢາທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງພາຍໃຕ້ສະພາບການພິເສດ.
    - ຖ້າທ່ານຖືກຮຽກເກັບຄ່າຢາ ທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ, ທ່ານສາມາດຂໍໃຫ້ແຜນຂອງພວກເຮົາຈ່າຍຄ່າສ່ວນແບ່ງຂອງພວກເຮົາ. ສຳລັບຄຳແນະນຳ ກ່ຽວກັບວິທີເຮັດສິ່ງນີ້, ໃຫ້ໄປທີ່ພາກທີ 7, ຂໍ້ທີ 2.

- **ສົ່ງຂໍ້ມູນໃຫ້ຄົນອື່ນກ່ຽວກັບຄົນອື່ນທີ່ຈ່າຍເງິນຄ່າຢາຂອງທ່ານ.** ການຈ່າຍເງິນທີ່ເຮັດໂດຍບຸກຄົນ ແລະອົງການຈັດຕັ້ງອື່ນໆທີ່ແນ່ນອນນັບເປັນຄ່າໃຊ້ຈ່າຍນອກຖົງຂອງທ່ານ. ຕົວຢ່າງ, ການຈ່າຍເງິນທີ່ເຮັດໂດຍໂຄງການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການຢາຂອງລັດ, ໂຄງການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານຢາຕ້ານເອດ (ADAP), ການບໍລິການສຸຂະພາບຂອງອິນເດຍ, ແລະອົງການການກຸສົນສ່ວນໃຫຍ່ຈະນັບໃສ່ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຂອງທ່ານເອງ. ຮັກສາບັນທຶກຂອງການຈ່າຍເງິນເຫຼົ່ານີ້ ແລະສົ່ງໃຫ້ພວກເຮົາເພື່ອໃຫ້ພວກເຮົາສາມາດຕິດຕາມຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຂອງທ່ານ.
- **ກວດເບິ່ງບົດລາຍງານທີ່ພວກເຮົາສົ່ງໃຫ້ທ່ານ.** ເມື່ອທ່ານໄດ້ຮັບ EOB ພາກ D ເບິ່ງມັນເພື່ອໃຫ້ແນ່ໃຈວ່າຂໍ້ມູນຄົບຖ້ວນສົມບູນແລະຖືກຕ້ອງ. ຖ້າຫາກທ່ານຄິດວ່າບາງສິ່ງບາງຢ່າງຂາດຫາຍໄປຫຼືທ່ານມີຄຳຖາມໃດໆ, ກະລຸນາໂທຫາພວກເຮົາທີ່ບໍລິການສະມາຊິກ.ໃຫ້ແນ່ໃຈວ່າຈະຮັກສາບົດລາຍງານເຫຼົ່ານີ້.

ຂໍ້ທີ 4 ບໍ່ມີການຫັກອອກສຳລັບ CCA Medicare Preferred

ບໍ່ມີການຫັກອອກສຳລັບ CCA Medicare Preferred. ທ່ານເລີ່ມຕົ້ນໃນຂັ້ນຕອນການຄຸ້ມຄອງເບື້ອງຕົ້ນເມື່ອທ່ານຕື່ມໃບສັ່ງຢາຂອງປີ. ເບິ່ງພາກທີ 5 ສຳລັບຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບການຄຸ້ມຄອງຂອງທ່ານໃນຂັ້ນຕອນການຄຸ້ມຄອງເບື້ອງຕົ້ນ.

ຂໍ້ທີ 5 ໃນລະຫວ່າງຂັ້ນຕອນການຄຸ້ມຄອງເບື້ອງຕົ້ນ, ແຜນຈະຈ່າຍສ່ວນແບ່ງຂອງຄ່າຢາຂອງທ່ານ ແລະທ່ານຈ່າຍສ່ວນແບ່ງຂອງທ່ານ

ຂໍ້ທີ 5.1 ສິ່ງທີ່ທ່ານຈ່າຍຄ່າຢາແມ່ນຂຶ້ນກັບຢາແລະບ່ອນທີ່ທ່ານຕື່ມຂໍ້ມູນຕາມໃບສັ່ງແພດຂອງທ່ານ

ໃນລະຫວ່າງຂັ້ນຕອນການຄຸ້ມຄອງເບື້ອງຕົ້ນ, ແຜນການຈະຈ່າຍສ່ວນແບ່ງຂອງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຂອງຢາຕາມໃບສັ່ງແພດ ທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ, ແລະທ່ານຈ່າຍສ່ວນແບ່ງ ຫຼືຈຳນວນເງິນປະກັນໄພຮ່ວມຂອງທ່ານ. ສ່ວນແບ່ງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຂອງທ່ານຈະແຕກຕ່າງກັນໄປຕາມຢາ ແລະບ່ອນທີ່ທ່ານຕື່ມໃບສັ່ງຢາຂອງທ່ານ.

ແຜນການດັ່ງກ່າວມີການແບ່ງຄ່າຢາ 5 ລະດັບ

ຢາທັງໝົດໃນ "ລາຍການຢາ" ຂອງແຜນປະກັນແມ່ນຢູ່ໃນຫນຶ່ງໃນ 5 ລະດັບການແບ່ງຄ່າຢາ. ໂດຍທົ່ວໄປແລ້ວ, ຕົວເລກການແບ່ງບັນຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທີ່ສູງຂຶ້ນເທົ່າໃດ, ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຂອງທ່ານສຳລັບຢາແມ່ນສູງຂຶ້ນເທົ່ານັ້ນ:

- ລະດັບ 1 ແມ່ນລະດັບຕ່ຳສຸດ ແລະ ປະກອບມີຢາທົ່ວໄປທີ່ນິຍົມ.
- ລະດັບ 2 ແມ່ນຢາທົ່ວໄປ
- ລະດັບ 3 ແມ່ນຢາຍີ່ຫໍ້ທີ່ເປັນທີ່ນິຍົມ
- ລະດັບ 4 ແມ່ນຢາຍີ່ຫໍ້ທີ່ບໍ່ເປັນທີ່ນິຍົມ
- ລະດັບ 5, ລະດັບສູງສຸດ, ແມ່ນລະດັບພິເສດ. ລະດັບນີ້ປະກອບມີຢາສະເພາະ ແລະ/ຫຼື ລາຄາແພງຫຼາຍ.

ເພື່ອເບິ່ງວ່າລະດັບແບ່ງຄ່າຢາຂອງທ່ານຢູ່ໃນລະດັບໃດ, ໃຫ້ເບິ່ງຢູ່ໃນ "ລາຍການຢາ" ຂອງແຜນປະກັນ.

ການເລືອກຮ້ານຂາຍຢາຂອງທ່ານ

ຈຳນວນເງິນທີ່ທ່ານຈ່າຍຄ່າຢາ ຂຶ້ນກັບທ່ານໄດ້ຮັບຢາຈາກ:

- ຮ້ານຂາຍຢາຍ່ອຍໃນເຄືອຂ່າຍ
- ຮ້ານຂາຍຢາບໍ່ຢູ່ໃນເຄືອຂ່າຍຂອງແຜນ. ພວກເຮົາໃຫ້ການຄຸ້ມຄອງການເພີ່ມຢາຕາໃບສັ່ງແພດໃນຮ້ານຂາຍຢານອກເຄືອຂ່າຍ ໃນສະຖານະການຈຳກັດເທົ່ານັ້ນ. ກະລຸນາເບິ່ງພາກທີ 5, ຂໍ້ທີ 2.5 ເພື່ອເບິ່ງວ່າພວກເຮົາຈະໃຫ້ການຄຸ້ມຄອງການຕື່ມຢາຕາມໃບສັ່ງແພດຕາມຮ້ານຂາຍຢານອກເຄືອຂ່າຍ.
- ຮ້ານຂາຍຢາສັ່ງທາງໄປສະນີຂອງແຜນ.

ສຳລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບການເລືອກຮ້ານຂາຍຢາເຫຼົ່ານີ້ ແລະ ການຕື່ມຢາຕາມໃບສັ່ງແພດຂອງທ່ານ, ເ ບິ່ງພາກທີ 5 ແລະ *ບັນຊີລາຍຊື່ຜູ້ສະໜອງ ແລະ ຮ້ານຂາຍຢາ* ຂອງແຜນ.

ຂໍ້ທີ 5.2	**ຕາຕະລາງທີ່ສະແດງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຂອງທ່ານສຳລັບຢາ<u>ຫົ່ງເດືອນ</u>**

ໃນລະຫວ່າງ ຂັ້ນຕອນຂອງການຄຸ້ມຄອງເບື້ອງຕົ້ນ, ສ່ວນແບ່ງຄ່າຢາທີ່ໄດ້ມີການຄຸ້ມຄອງຂອງທ່ານຈະເປັນການຈ່າຍເງິນຮ່ວມ ຫຼື ການປະກັນໄພຮ່ວມ.

ດັ່ງທີ່ສະແດງຢູ່ໃນຕາຕະລາງຂ້າງລຸ່ມນີ້, ຈຳນວນການຈ່າຍເງິນຮ່ວມ ຫຼື ປະກັນໄພຮ່ວມ ແມ່ນຂຶ້ນກັບລະດັບຂອງການແບ່ງຄ່າຢາ.

ບາງຄັ້ງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຄ່າຢາ ຈະຕ່ຳກວ່າການຈ່າຍເງິນຮ່ວມຂອງທ່ານ. ໃນກໍລະນີເຫຼົ່ານີ້, ທ່ານຈ່າຍລາຄາຕ່ຳສຳລັບຢາ ແທນທີ່ຈະເປັນ ການຈ່າຍຮ່ວມ.

ສ່ວນແບ່ງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຂອງທ່ານໃນເວລາທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບການສະຫນອງຢາ <u>ຫນຶ່ງເດືອນ</u> ຕາມໃບສັ່ງແພດ ພາກ D ທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ:

ລະດັບ	**ການແບ່ງປັນລາຄາຂາຍຍ່ອຍມາດຕະຖານ (ໃນເຄືອຂ່າຍ)** (ສະຫນອງໃຫ້ 31ມື້)	**ການແບ່ງຄ່າຍາສັ່ງຊື້ທາງໄປສະນີ** (ສະຫນອງໃຫ້ 31ມື້)	**ການແບ່ງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃນການດູແລ (LTC) ໄລຍະຍາວ** (ສະຫນອງໃຫ້ 31ມື້)	**ການແບ່ງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍນອກເຄືອຂ່າຍ** (ການຄຸ້ມຄອງແມ່ນຈຳກັດໃນສະຖານະການສະເພາະໃດຫນຶ່ງ; ເບິ່ງພາກທີ 5 ສຳລັບລາຍລະອຽດ.) (ສະຫນອງໃຫ້ 31 ມື້)
ການແບ່ງປັນຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ ລະດັບ 1 (ແບບທົ່ວໄປທີ່ນິຍົມ)	ຈ່າຍຮ່ວມ $0	ຈ່າຍຮ່ວມ $0	ຈ່າຍຮ່ວມ $0	ຈ່າຍຮ່ວມ $0
ການແບ່ງປັນຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ ລະດັບ 2 (ທົ່ວໄປ)	ຈ່າຍຮ່ວມ $0	ຈ່າຍຮ່ວມ $0	ຈ່າຍຮ່ວມ $0	ຈ່າຍຮ່ວມ $0
ການແບ່ງປັນຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ ລະດັບ 3 (ຍີ່ຫໍ້ທີ່ນິຍົມ)	ຈ່າຍຮ່ວມ $47.00	ຈ່າຍຮ່ວມ $47.00	ຈ່າຍຮ່ວມ $47.00	ຈ່າຍຮ່ວມ $47.00
ການແບ່ງປັນຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ ລະດັບ 4 (ຍີ່ຫໍ້ທີ່ບໍ່ນິຍົມ)	ຈ່າຍຮ່ວມ $100.00	ຈ່າຍຮ່ວມ $100.00	ຈ່າຍຮ່ວມ $100.00	ຈ່າຍຮ່ວມ $100.00
ການແບ່ງປັນຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ ລະດັບ 5 (ພິເສດ)	ປະກັນໄພຮ່ວມ 33%	ປະກັນໄພຮ່ວມ 33%	ປະກັນໄພຮ່ວມ 33%	ປະກັນໄພຮ່ວມ 33%

ທ່ານຈະບໍ່ຈ່າຍຫຼາຍກ່ວາ $35 ສຳລັບຢາຫນຶ່ງເດືອນຂອງຢາອິນຊູລິນແຕ່ລະອັນທີ່ມີການຄຸ້ມຄອງ ໂດຍບໍ່ຄຳນຶງເຖິງລະດັບການແບ່ງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ.

ກະລຸນາເບິ່ງຂໍ້ທີ 9 ຂອງພາກນີ້ ສຳລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບການແບ່ງຄ່າວັກຊີນ ພາກ D ສຳລັບວັກຊີນ ພາກ D.

ຂໍ້ທີ 5.3	ຖ້າຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດູແລສຸຂະພາບຂອງທ່ານສັ່ງຢາໃຫ້ຫນ້ອຍກ່ວາຫນຶ່ງເດືອນເຕັມ, ທ່ານອາດຈະບໍ່ຈຳເປັນຕ້ອງຈ່າຍຄ່າຢາຫມົດເດືອນ

ໂດຍປົກກະຕິ, ຈຳນວນເງິນທີ່ທ່ານຈ່າຍສຳລັບຄ່າຢາຕາມໃບສັ່ງແພດ ຈະໃຫ້ການຄຸ້ມຄອງການຮັບຢາຕະຫຼອດເດືອນ. ອາດຈະມີບາງຄັ້ງທີ່ທ່ານ ຫຼື ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບຂອງທ່ານຢາກໃຫ້ທ່ານມີຢາຫນ້ອຍກວ່າຫນຶ່ງເດືອນ (ຕົວຢ່າງ: ເມື່ອທ່ານລອງກິນຢາເປັນຄັ້ງທຳອິດ). ນອກນັ້ນທ່ານຍັງສາມາດຂໍໃຫ້ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງທ່ານສັ່ງຢາ ແລະ ຮ້ານຂາຍຢາຂອງທ່ານໃຫ້ແຈກຢາຍ, ໃຫ້ຫນ້ອຍກວ່າຢາສຳລັບຫນຶ່ງເດືອນເຕັມຂອງທ່ານ, ຖ້າມັນຈະຊ່ວຍໃຫ້ທ່ານວາງແຜນວັນທີການເພີ່ມຢາສຳລັບຢາຕາມໃບສັ່ງແພດທີ່ແຕກຕ່າງກັນ.

ຖ້າທ່ານໄດ້ຮັບຢາຫນ້ອຍກວ່າຫນຶ່ງເດືອນເຕັມສຳລັບຢາບາງຊະນິດ, ທ່ານຈະບໍ່ຕ້ອງຈ່າຍຄ່າຢາຫມົດເດືອນ.

- ຖ້າທ່ານຮັບຜິດຊອບຄ່າປະກັນໄພຮ່ວມ, ທ່ານຈະຈ່າຍຕາມເປີເຊັນຂອງຄ່າຢາທັງຫມົດ. ຍ້ອນວ່າການປະກັນໄພຮ່ວມ ອີງໃສ່ຄ່າຢາທັງຫມົດ, ຄ່າຢາຂອງທ່ານຈະຕ່ຳກວ່າ ຍ້ອນວ່າຄ່າຢາທັງຫມົດຈະຕ່ຳກວ່າ.
- ຖ້າທ່ານຮັບຜິດຊອບການຈ່າຍເງິນຮ່ວມສຳລັບຢາ, ທ່ານຈະຈ່າຍພຽງແຕ່ຈຳນວນມື້ທີ່ທ່ານໃຊ້ຢາແທນທີ່ຈະເປັນຫມົດເດືອນ. ພວກເຮົາຈະຄິດໄລ່ຈຳນວນເງິນທີ່ທ່ານຈ່າຍຕໍ່ມື້ ສຳລັບຢາຂອງທ່ານ (ອັດຕາຄ່າແບ່ງຄ່າຢາປະຈຳວັນ) ແລະ ຄູນດ້ວຍຈຳນວນມື້ຂອງຢາທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບ.

ຂໍ້ທີ 5.4	ຕາຕະລາງທີ່ສະແດງໃຫ້ເຫັນຄ່າຢາຂອງທ່ານສຳລັບຢາໃນໄລຍະຍາວເຖິງ 100 ມື້

ສຳລັບຢາບາງຊະນິດ, ທ່ານສາມາດຮັບຢາໄລຍະຍາວ (ຍັງເອີ້ນວ່າການສະຫນອງຢາໄລຍະຍາວ). ການສະຫນອງຢາໄລຍະຍາວແມ່ນຈະສູງເຖິງ 100 ມື້.

ຕາຕະລາງລຸ່ມນີ້ສະແດງໃຫ້ເຫັນສິ່ງທີ່ທ່ານຈະຈ່າຍເມື່ອທ່ານຮັບຢາໄລຍະຍາວ.

- ບາງຄັ້ງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຄ່າຢາ ຈະຕ່ຳກວ່າການຈ່າຍເງິນຮ່ວມຂອງທ່ານ. ໃນກໍລະນີເຫຼົ່ານີ້, ທ່ານຈ່າຍລາຄາຕ່ຳສຳລັບຢາ ແທນທີ່ຈະເປັນ ການຈ່າຍຮ່ວມ.

ສ່ວນແບ່ງຄ່າຢາຂອງທ່ານ ເມື່ອທ່ານຮັບຢາໄລຍະຍາວຕາມໃບສັ່ງແພດ ພາກ D ທີ່ມີການຄຸ້ມຄອງ:

ລະດັບ	**ການແບ່ງບັນລາຄາຂາຍຍ່ອຍມາດຕະຖານ (ໃນເຄືອຂ່າຍ)** (ຢາສຳລັບ 100 ວັນ)	**ການແບ່ງຄ່າຢາສັ່ງຊື້ທາງໄປສະນີ** (ຢາສຳລັບ 100 ວັນ)
ການແບ່ງບັນຄ່າໃຊ້ຈ່າຍລະດັບ 1 (ແບບທົ່ວໄປທີ່ນິຍົມ)	ຈ່າຍຮ່ວມ $0.00	ຈ່າຍຮ່ວມ $0.00
ການແບ່ງບັນຄ່າໃຊ້ຈ່າຍລະດັບ 2 (ທົ່ວໄປ)	ຈ່າຍຮ່ວມ $0.00	ຈ່າຍຮ່ວມ $0.00
ການແບ່ງບັນຄ່າໃຊ້ຈ່າຍລະດັບ 3 (ຍີ່ຫໍ້ທີ່ນິຍົມ)	ຈ່າຍຮ່ວມ $141.00	ຈ່າຍຮ່ວມ $141.00
ການແບ່ງບັນຄ່າໃຊ້ຈ່າຍລະດັບ 4 (ຍີ່ຫໍ້ທີ່ບໍ່ນິຍົມ)	ຈ່າຍຮ່ວມ $300.00	ຈ່າຍຮ່ວມ $300.00
ການແບ່ງບັນຄ່າໃຊ້ຈ່າຍລະດັບ 5 (ພິເສດ)	ບໍ່ມີ	ບໍ່ມີ

ຂໍ້ທີ 5.5	**ທ່ານຢູ່ໃນຂັ້ນຕອນ ການຄຸ້ມຄອງເບື້ອງຕົ້ນ ຈົນກ່ວາຄ່າຢາໃນປີຂອງທ່ານບັນລຸ $5,030**

ທ່ານຢູ່ໃນຂັ້ນຕອນການຄຸ້ມຄອງເບື້ອງຕົ້ນຈົນກ່ວາຈຳນວນຢາຕາມໃບສັ່ງແພດທີ່ທ່ານໄດ້ຕື່ມ ໄປຮອດ **ວົງເງິນ $5,030 ໃນຂັ້ນຕອນການຄຸ້ມຄອງເບື້ອງຕົ້ນ.**

EOB ພາກ D ທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບຈະຊ່ວຍໃຫ້ທ່ານຕິດຕາມວ່າ ຕົວທ່ານເອງ, ແຜນ ແລະ ບຸກຄົນທີສາມ, ໄດ້ໃຊ້ຈ່າຍຄ່າຢາຫຼາຍປານໃດໃນນາມຂອງທ່ານ ໃນລະຫວ່າງປີ. ຫຼາຍຄົນໄດ້ບໍ່ຮອດ $5,030 ໃນປີໜຶ່ງ.

ພວກເຮົາຈະແຈ້ງໃຫ້ທ່ານຮູ້ຫາກທ່ານບັນລຸຈຳນວນນີ້. ຖ້າທ່ານບັນລຸຈຳນວນນີ້, ທ່ານຈະອອກຈາກ ຂັ້ນຕອນການຄຸ້ມຄອງເບື້ອງຕົ້ນ ແລະ ກ້າວໄປສູ່ຂັ້ນຕອນການຄຸ້ມຄອງຊ່ອງຫວ່າງ. ເບິ່ງພາກທີ 1.3 ກ່ຽວກັບວິທີທີ່ M edicare ຄິດໄລ່ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທີ່ທ່ານຕ້ອງຈ່າຍເອງ.

ຂໍ້ທີ 6 ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃນຂັ້ນຕອນການຄຸ້ມຄອງຊ່ອງຫວ່າງ

ໃນເວລາທີ່ທ່ານຢູ່ໃນຂັ້ນຕອນຂອງການຄຸ້ມຄອງຊ່ອງວ່າງ, ໂຄງການສ່ວນຫຼຸດການຄຸ້ມຄອງຊ່ອງວ່າງຂອງ Medicare ສະຫນອງສ່ວນຫຼຸດຜູ້ຜະລິດແກ່ຍາຊື່ຍີ່ຫໍ້. ທ່ານຈ່າຍ 25% ຂອງລາຄາທີ່ຕ່ຳລອງແລະສ່ວນຫນຶ່ງຂອງຄ່າທຳນຽມການແຈກຢາຍສຳລັບຢາຊື່ຍີ່ຫໍ້. ທັງຈຳນວນເງິນທີ່ທ່ານຈ່າຍແລະຈຳນວນສ່ວນຫຼຸດໂດຍຜູ້ຜະລິດນັບໃສ່ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທີ່ທ່ານຈ່າຍເອງ ຄືກັບວ່າທ່ານໄດ້ຈ່າຍໃຫ້ພວກເຂົາແລະຍ້າຍທ່ານຜ່ານຊ່ອງຫວ່າງການຄຸ້ມຄອງ.

ທ່ານຍັງໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງຢາທົ່ວໄປບາງຕົວ. ທ່ານຈ່າຍ $0 ສຳລັບຢາລະດັບ 1 ແລະບໍ່ໃຫ້ເກີນ 25% ຂອງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍສຳລັບຢາທົ່ວໄປ ແລະແຜນກຈ່າຍສ່ວນທີ່ເຫຼືອ. ພຽງແຕ່ຈຳນວນເງິນທີ່ທ່ານຈ່າຍນັບແລະຍ້າຍທ່ານຜ່ານຊ່ອງຫວ່າງການຄຸ້ມຄອງ.

ທ່ານສືບຕໍ່ຈ່າຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍເຫຼົ່ານີ້ ຈົນກ່ວາການຈ່າຍເງິນລາຍປີຂອງທ່ານບັນລຸເຖິງຈຳນວນສູງສຸດທີ່ Medicare ໄດ້ກຳນົດ. ເມື່ອທ່ານບັນລຸຈຳນວນ $8,000 ນີ້, ທ່ານອອກຈາກຂັ້ນຕອນການຄຸ້ມຄອງຊ່ອງວ່າງ ແລະຍ້າຍໄປຢູ່ໃນຂັ້ນຕອນຂອງການຄຸ້ມຄອງໄພພິບັດ.

Medicare ມີກົດລະບຽບກ່ຽວກັບອັນໃດນັບ ແລະອັນໃດທີ່ບໍ່ໄດ້ນັບໃສ່ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທີ່ທ່ານຕ້ອງຈ່າຍເອງ (ຂໍ້ທີ 1.3).

ຂໍ້ທີ 7 ໃນລະຫວ່າງຂັ້ນຕອນການຄຸ້ມຄອງໄພພິບັດ, ແຜນການຈະຈ່າຍເງິນສ່ວນໃຫຍ່ໃຫ້ກັບຄ່າຢາຂອງທ່ານ

ທ່ານເຂົ້າສູ່ຂັ້ນຕອນການຄຸ້ມຄອງໄພພິບັດ ເມື່ອຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທີ່ທ່ານຕ້ອງຈ່າຍເອງ ຮອດວົງເງິນກຳນົດ $8,000 ສຳລັບປີປະຕິທິນ. ເມື່ອທ່ານຢູ່ໃນ ຂັ້ນຕອນການຄຸ້ມຄອງໄພພິບັດ, ທ່ານຈະຢູ່ໃນຂັ້ນຕອນການຈ່າຍເງິນນີ້ຈົນຮອດທ້າຍຂອງປີປະຕິທິນ.

ໃນລະຫວ່າງຂັ້ນຕອນນີ້, ແຜນປະກັນຈະຈ່າຍຄ່າຢາຈຳນວນເຕັມຂອງທ່ານ. ເຈົ້າຈະບໍ່ຈ່າຍຫຍັງເລີຍ.

ຂໍ້ທີ 8 ຂໍ້ມູນຜົນປະໂຫຍດເພີ່ມເຕີມ

1. ການຕື່ມຢາຍ້ອນຢາເສຍ, ຖືກລັກ ຫຼື ຖືກທຳລາຍຈະບໍ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ ຍົກເວັ້ນໃນໄລຍະທີ່ມີການປະກາດພາວະສຸກເສີນແຫ່ງຊາດ.
2. ການຕື່ມຢາໄວ້ລ່ວງຫນ້າໃນວັນພັກການ ຈະຖືກຈຳກັດທີ່ ຕື່ມເທື່ອດຽວໄດ້ສູງສຸດ 30 ມື້ຕໍ່ປີປະຕິທິນ
3. ຢາຈະບໍ່ມີການຄຸ້ມຄອງ ຖ້າສັ່ງໂດຍແພດ ຫຼື ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການອື່ນໆ ທີ່ຖືກຍົກເວັ້ນ ຫຼື ຖືກຕັດອອກຈາກການເຂົ້າຮ່ວມໂຄງການ Medicare

4. ທ່ານອາດຈະຕື້ມຢາຕາມແພດສັ່ງທີ່ບໍ່ແມ່ນ ໂອປີອອຍ ເມື່ອມີການບໍລິໂພກໄປແລ້ວຢ່າງຫນ້ອຍ ເຈັດສິບຫ້າເປີເຊັນ (75%) ໂດຍອີງໃສ່ຈຳນວນມື້ທີ່ຕ້ອງໃຊ້ຢາ.
5. ທ່ານອາດຈະຕື້ມຢາ ໂອປີອອຍ ຕາມແພດສັ່ງ ເມື່ອມີການບໍລິໂພກຢາຢ່າງຫນ້ອຍ ແປດສິບຫ້າເປີເຊັນ (85%) ໂດຍອີງໃສ່ຈຳນວນມື້ທີ່ຕ້ອງໃຊ້ຢາ.
6. ຄ່າຢາທີ່ບໍ່ມີການຄຸ້ມຄອງພາຍໃຕ້ພາກ D ຈະບໍ່ໄດ້ນັບໃສ່ຄ່າຢາທີ່ທ່ານຕ້ອງຈ່າຍເອງ.

ຂໍ້ທີ 9 ພາກ D ວັກຊີນ. ສິ່ງທີ່ທ່ານຈ່າຍຈະຂຶ້ນກັບວິທີການ ແລະ ບ່ອນທີ່ທ່ານຮັບຢາ

ຂໍ້ຄວາມສຳຄັນກ່ຽວກັບສິ່ງທີ່ທ່ານຈ່າຍຄ່າວັກຊີນ - ແຜນຂອງພວກເຮົາກວມເອົາວັກຊີນ ພາກ D ສ່ວນໃຫຍ່ໂດຍບໍ່ມີຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆ. ໂທຫາຝ່ າຍບໍລິການສະມາຊິກສຳລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມ.

ມີສອງພາກສ່ວນໃນການຄຸ້ມຄອງການສັກວັກຊີນ ພາກ D ຂອງພວກເຮົາ:

- ສ່ວນທີຫນຶ່ງຂອງການຄຸ້ມຄອງ ແມ່ນຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຂອງ **ຢາວັກຊີນເອງ**.
- ສ່ວນທີສອງຂອງການຄຸ້ມຄອງ ແມ່ນຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ **ໃນການສັກວັກຊີນກັບທ່ານ.** (ບາງຄັ້ງເອີ້ນວ່າການບໍລິຫານຢາວັກຊີນ.)

ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຂອງທ່ານສຳລັບການສັກວັກຊີນພາກ D ແມ່ນຂຶ້ນກັບສາມຢ່າງ:

1. **ບໍ່ວ່າການສັກຢາວັກຊີນແມ່ນແນະນຳສຳລັບຜູ້ໃຫຍ່ໂດຍອີງການຈັດຕັ້ງທີ່ເອີ້ນວ່າຄະນະກຳມະການທີ່ປຶກສາກ່ຽວກັບການປະຕິບັດການສັກຢາປ້ອງກັນ (Advisory Committee on Immunization Practices,ACIP).**
    - ການສັກຢາວັກຊີນ ພາກ D ສຳລັບຜູ້ໃຫຍ່ສ່ວນຫຼາຍແມ່ນແນະນຳໂດຍ ACIP ແລະ ບໍ່ເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຫຍັງເລີຍ.
2. **ບ່ອນທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບວັກຊີນ.**
    - ວັກຊີນຕົວມັນເອງອາດຈະຖືກແຈກຢາຍໂດຍຮ້ານຂາຍຢາ ຫຼື ຈັດໃຫ້ໂດຍຫ້ອງການຂອງທ່ານ ຫມໍ.
3. **ໃຜໃຫ້ວັກຊີນແກ່ທ່ານ.**
    - ຮ້ານຂາຍຢາອາດຈະໃຫ້ຢາວັກຊີນຢູ່ໃນຮ້ານຂາຍຢາ ຫຼື ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການອື່ນອາດຈະໃຫ້ໃນຫ້ອງການຂອງທ່ານຫມໍ.

ສິ່ງທີ່ທ່ານຈ່າຍໃນເວລາທີ່ທ່ານຮັບການສັກວັກຊີນ ພາກ D ອາດແຕກຕ່າງກັນໄປຕາມສະຖານະການ ແລະ **ຂັ້ນຕອນການຈ່າຍຄ່າຢາ** ອັນໃດທີ່ທ່ານມີ.

- ບາງຄັ້ງ ເມື່ອທ່ານຮັບວັກຊີນ, ທ່ານຕ້ອງຈ່າຍຄ່າຢາທັງໝົດສຳລັບ ທັງຄ່າວັກຊີນເອງ ແລະ ຄ່າຜູ້ໃຫ້ບໍລິການສັກຢາວັກຊີນ. ທ່ານສາມາດຂໍໃຫ້ແຜນຂອງພວກເຮົາຈ່າຍສ່ວນແບ່ງຄ່າຢາຂອງພວກເຮົາໄດ້.
- ນອກນັ້ນ, ເມື່ອທ່ານຮັບການສັກວັກຊີນ, ທ່ານຈະຈ່າຍສ່ວນແບ່ງຈ່າຍຄ່າຢາພາຍໃຕ້ຜົນປະໂຫຍດ ພາກ D ຂອງທ່ານເທົ່ານັ້ນ.

ລຸ່ມນີ້ແມ່ນຕົວຢ່າງສາມຕົວຢ່າງຂອງວິທີທີ່ທ່ານອາດຈະໄດ້ຮັບວັກຊີນ ພາກ D.

ສະຖານະການ 1: ທ່ານຮັບການສັກວັກຊີນໃນຮ້ານຂາຍຢາໃນເຄືອຂ່າຍ. (ທ່ານຈະມີທາງເລືອກນີ້ ຫຼື ບໍ່ຈະຂຶ້ນກັບເຂດທີ່ທ່ານອາໃສຢູ່. ບາງລັດບໍ່ອະນຸຍາດໃຫ້ຮ້ານຂາຍຢາໃຫ້ບໍລິການວັກຊີນ.)

- ທ່ານຈະຈ່າຍຄ່າຢາໃຫ້ຮ້ານຂາຍຢາເປັນຄ່າການຈ່າຍຮ່ວມ ສຳລັບວັກຊີນເອງ ເຊິ່ງລວມເອົາຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃນການສັກວັກຊີນໃຫ້ທ່ານ.
- ແຜນການຂອງພວກເຮົາຈະຈ່າຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທີ່ຍັງເຫຼືອ.

ສະຖານະການ 2: ທ່ານຮັບການສັກວັກຊີນ ພາກ D ທີ່ຫ້ອງການທ່ານຫມໍຂອງທ່ານ.

- ເມື່ອທ່ານໄດ້ຮັບວັກຊີນແລ້ວ, ທ່ານຈະຈ່າຍຄ່າຢາທັງໝົດສຳລັບຢາວັກຊີນເອງ ແລະ ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການທີ່ສັກວັກຊີນໃຫ້ທ່ານ.
- ຈາກນັ້ນ ທ່ານສາມາດຂໍໃຫ້ແຜນຂອງພວກເຮົາຈ່າຍຄ່າສ່ວນແບ່ງຂອງພວກເຮົາ ໂດຍໃຊ້ຂັ້ນຕອນທີ່ໄດ້ອະທິບາຍໄວ້ໃນພາກທີ 7.
- ສຳລັບວັກຊີນ ພາກ D ສຳລັບຜູ້ໃຫຍ່ສ່ວນໃຫຍ່, ທ່ານຈະໄດ້ຮັບເງິນຄືນຕາມຈຳນວນທີ່ທ່ານຈ່າຍ. ສຳລັບວັກຊີນ ພາກ D ພາກອື່ນໆ, ທ່ານຈະໄດ້ຮັບເງິນຄືນຕາມຈຳນວນທີ່ທ່ານຈ່າຍ ຫນ້ອຍກວ່າການຈ່າຍຮ່ວມສຳລັບວັກຊີນ (ລວມທັງການບໍລິຫານ). (ຖ້າທ່ານໄດ້ຮັບ "ການຊ່ວຍເຫຼືອພິເສດ", ພວກເຮົາຈະຈ່າຍຄືນໃຫ້ທ່ານສຳລັບຈຳນວຍຕ່າງນີ້.)

ສະຖານະການ 3: ທ່ານຊື້ວັກຊີນ ພາກ D ຈາກຮ້ານຂາຍຢາຂອງທ່ານ, ແລ້ວເອົາໄປໃຫ້ຫ້ອງການແພດຂອງທ່ານ ບ່ອນທີ່ພວກເຂົາຈະສັກວັກຊີນໃຫ້ທ່ານ.

- ທ່ານຈະຕ້ອງຈ່າຍ ຈຳນວນຈ່າຍຮ່ວມ ໃຫ້ຮ້ານຂາຍຢາ ສຳລັບຄ່າວັກຊີນ.

- ເມື່ອຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບຂອງທ່ານໃຫ້ວັກຊີນແກ່ທ່ານ, ທ່ານຈະຈ່າຍຄ່າບໍລິການນີ້ທັງໝົດ. ຈາກນັ້ນ ທ່ານສາມາດຂໍໃຫ້ແຜນຂອງພວກເຮົາຈ່າຍຄ່າສ່ວນຂອງພວກເຮົາ ໂດຍໃຊ້ຂັ້ນຕອນທີ່ໄດ້ອະທິບາຍໄວ້ໃນພາກທີ 7.
- ທ່ານຈະຮັບເງິນຄືນຕາມຈຳນວນທີ່ຈ່າຍໃຫ້ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການສຳລັບຢາວັກຊີນທີ່ມີການຄຸ້ມຄອງ ລົບຈຳນວນຄວາມຕ່າງລະຫວ່າງ ຈຳນວນທີ່ຈ່າຍໃຫ້ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ ແລະ ຈຳນວນທີ່ພວກເຮົາຈ່າຍຕາມປົກກະຕິ. (ຖ້າທ່ານໄດ້ຮັບ “ການຊ່ວຍເຫຼືອພິເສດ”, ພວກເຮົາຈະຈ່າຍຄືນໃຫ້ທ່ານສຳລັບຈຳນວຍຕ່າງນີ້.)

ພາກທີ 7:

ຂໍໃຫ້ພວກເຮົາຈ່າຍຄ່າສ່ວນແບ່ງຂອງພວກເຮົ
າໃນໃບບິນທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບສຳລັບການບໍລິການທ
າງການແພດຫຼືຢາທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ

ຂໍ້ທີ 1 ສະຖານະການທີ່ທ່ານຄວນຂໍໃຫ້ພວກເຮົາຈ່າຍສ່ວນແບ່ງຂອງພວກເຮົາສຳລັບຄ່າການບໍລິການ ຫຼື ຢາຂອງທ່ານທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ

ບາງຄັ້ງເມື່ອທ່ານໄດ້ຮັບການດູແລທາງການແພດ ຫຼື ຢາຕາມໃບສັ່ງແພດ, ທ່ານອາດຈະຕ້ອງຈ່າຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທັງຫມົດ. ໃນບາງຄັ້ງ, ທ່ານອາດພົບວ່າທ່ານໄດ້ຈ່າຍເງິນຫຼາຍກວ່າທີ່ທ່ານຄາດໄວ້ພາຍໃຕ້ກົດລະບຽບການໃຫ້ການຄຸ້ມຄອງຂອງແຜນ. ຫຼືທ່ານອາດຈະໄດ້ຮັບໃບບິນຈາກຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ. ໃນກໍລະນີເຫຼົ່ານີ້, ທ່ານສາມາດຮ້ອງຂໍໃຫ້ແຜນຂອງພວກເຮົາຈ່າຍຄືນໃຫ້ທ່ານ (ການຈ່າຍຄືນທ່ານມັກຈະເອີ້ນວ່າການຈ່າຍຊົດເຊີຍຄືນໃຫ້ທ່ານ). ມັນເປັນສິດຂອງທ່ານທີ່ຈະໄດ້ຮັບການຈ່າຍຊົດເຊີຍຄືນໂດຍແຜນຂອງພວກເຮົາທຸກຄັ້ງທີ່ທ່ານໄດ້ຈ່າຍຫຼາຍກວ່າສ່ວນແບ່ງຂອງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍສຳລັບການບໍລິການທາງການແພດ ຫຼືຢາທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງໂດຍແຜນຂອງພວກເຮົາ. ອາດຈະມີການກຳນົດວັນເວລາທີ່ທ່ານຕ້ອງປະຕິບັດຕາມເພື່ອໃຫ້ໄດ້ຮັບການຈ່າຍເງິນຄືນ. ກະລຸນາເບິ່ງຂໍ້ທີ 2 ຂອງພາກນີ້.

ອາດຈະມີບາງຄັ້ງໃນເວລາທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບໃບຮຽກເກັບເງິນຈາກຜູ້ໃຫ້ບໍລິການສຳລັບຄ່າໃຊ້ຈ່າຍເຕັມຈຳນວນຈາກການບໍລິການທາງການແພດທີ່ທ່ານໄດ້ໃຊ້ບໍລິການ ຫຼື ອາດຈະກາຍສ່ວນແບ່ງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຂອງທ່ານດັ່ງທີ່ໄດ້ອະທິບາຍໄວ້ໃນເອກະສານນີ້. ທຳອິດ ໃຫ້ລອງແກ້ໄຂເລື່ອງໃບຮຽກເກັບເງິນກັບຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງທ່ານ. ຖ້າບໍ່ໄດ້ຜົນ, ສົ່ງໃບບິນມາໃຫ້ພວກເຮົາແທນທີ່ຈະຈ່າຍເງິນເອງ. ພວກເຮົາຈະເບິ່ງໃບບິນ ແລະ ຕັດສິນໃຈວ່າການບໍລິການຄວນໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງຫຼືບໍ່. ຖ້າພວກເຮົາຕັດສິນໃຈວ່າຄວນໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ, ພວກເຮົາຈະຈ່າຍໃຫ້ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການໂດຍກົງ. ຖ້າພວກເຮົາຕັດສິນວ່າຈະບໍ່ຈ່າຍເງິນໃຫ້, ພວກເຮົາຈະແຈ້ງຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ. ທ່ານບໍ່ຄວນຈ່າຍກາຍຈຳນວນສ່ວນແບ່ງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທີ່ແຜນປະກັນອະນຸຍາດ. ຖ້າຜູ້ໃຫ້ບໍລິການນີ້ມີສັນຍາ, ທ່ານຍັງມີສິດໄດ້ຮັບການປິ່ນປົວ.

ນີ້ແມ່ນຕົວຢ່າງຂອງສະຖານະການທີ່ທ່ານຄວນຂໍໃຫ້ແຜນພວກເຮົາຈ່າຍເງິນທົດແທນຄືນໃຫ້ທ່ານ ຫຼື ຈ່າຍໃບຮຽກເກັບເງິນທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບ:

1. **ເມື່ອທ່ານໄດ້ຮັບການດູແລທາງການແພດຈາກຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດູແລສຸຂະພາບທີ່ບໍ່ຢູ່ໃນເຄືອຂ່າຍຂອງແຜນຂອງພວກເຮົາ**

   ເມື່ອທ່ານໄດ້ຮັບການດູແລຈາກຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດູແລສຸຂະພາບທີ່ບໍ່ແມ່ນສ່ວນຫນຶ່ງຂອງເຄືອຂ່າຍຂອງພວກເຮົາ, ທ່ານຮັບຜິດຊອບພຽງແຕ່ຈ່າຍຄ່າສ່ວນແບ່ງຂອງທ່ານ. (ສ່ວນແບ່ງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຂອງທ່ານອາດຈະສູງກວ່າສຳລັບຜູ້ໃຫ້ບໍລິການນອກເຄືອຂ່າຍຫຼາຍກວ່າຜູ້ໃຫ້ບໍລິການໃນເຄືອຂ່າຍ.) ຂໍໃຫ້ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການເກັບເງິນນຳແຜນສຳລັບສ່ວນແບ່ງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຂອງພວກເຮົາ.

   - ຖ້າທ່ານຈ່າຍເງິນທັງຫມົດດ້ວຍຕົວເອງ ໃນເວລາທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບການດູແລ, ຂໍໃຫ້ພວກເຮົາຈ່າຍເງິນໃຫ້ກັບທ່ານສຳລັບສ່ວນແບ່ງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຂອງພວກເຮົາ. ສົ່ງໃບຮຽກເກັບເງິນມາໃຫ້ພວກເຮົາ, ພ້ອມກັບເອກະສານການຈ່າຍເງິນທີ່ທ່ານໄດ້ຈ່າຍ.

- ທ່ານອາດໄດ້ຮັບໃບຮຽກເກັບເງິນຈາກຜູ້ໃຫ້ບໍລິການທີ່ຂໍໃຫ້ທ່ານຈ່າຍເງິນທີ່ທ່ານຄິດວ່າທ່ານບໍ່ໄດ້ຄ້າງຈ່າຍ. ສົ່ງໃບບິນຮຽກເກັບເງິນນີ້ມາໃຫ້ພວກເຮົາ, ພ້ອມກັບເອກະສານການຈ່າຍເງິນທີ່ທ່ານໄດ້ຈ່າຍ.
    - ຖ້າຜູ້ໃຫ້ບໍລິການມີເງິນຄ້າງຈ່າຍ, ພວກເຮົາຈະຈ່າຍໃຫ້ກັບຜູ້ໃຫ້ບໍລິການໂດຍກົງ.
    - ຖ້າທ່ານໄດ້ຈ່າຍຫຼາຍກວ່າສ່ວນແບ່ງຂອງຄ່າການບໍລິການແລ້ວ, ພວກເຮົາຈະກຳນົດວ່າທ່ານຄ້າງຈ່າຍຫຼາຍປານໃດ ແລະ ຈ່າຍຄືນໃຫ້ກັບສ່ວນແບ່ງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຂອງພວກເຮົາ.
- ກະລຸນາຮັບຊາບວ່າ: ໃນຂະນະທີ່ທ່ານສາມາດຮັບການດູແລຈາກຜູ້ໃຫ້ບໍລິການນອກເຄືອຂ່າຍ, ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຈະຕ້ອງມີສິດເຂົ້າຮ່ວມໃນ Medicare. ຍົກເວັ້ນການດູແລສຸກເສີນ, ພວກເຮົາບໍ່ສາມາດຈ່າຍເງິນໃຫ້ ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການທີ່ບໍ່ມີສິດເຂົ້າຮ່ວມໃນ Medicare ໄດ້. ຖ້າຜູ້ໃຫ້ບໍລິການບໍ່ມີສິດເຂົ້າຮ່ວມໃນ Medicare, ທ່ານຈະຮັບຜິດຊອບຄ່າໃຊ້ຈ່າຍເຕັມສຳລັບການບໍລິການທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບ.

2. ໃນເວລາທີ່ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການໃນເຄືອຂ່າຍສົ່ງໃບຮຽກກັບເງິນທີ່ທ່ານຄິດວ່າທ່ານບໍ່ຄວນຈ່າຍ

ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການເຄືອຂ່າຍ ຄວນເອີ້ນເກັບເງິນແຜນໂດຍກົງ ແລະຂໍໃຫ້ທ່ານພຽງແຕ່ສ່ວນແບ່ງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຂອງທ່ານເທົ່ານັ້ນ. ແຕ່ບາງຄັ້ງພວກເຂົາເຮັດຜິດພາດແລະຂໍໃຫ້ທ່ານຈ່າຍເງິນຫຼາຍກວ່າສ່ວນແບ່ງຂອງທ່ານ.

- ທ່ານພຽງແຕ່ຕ້ອງຈ່າຍຈຳນວນການແບ່ງປັນຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຂອງທ່ານ ເມື່ອທ່ານໄດ້ຮັບການບໍລິການທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ. ພວກເຮົາບໍ່ອະນຸຍາດໃຫ້ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການເພີ່ມຄ່າໃຊ້ຈ່າຍແຍກຕ່າງຫາກ, ເອີ້ນວ່າການຮຽກເກັບຍອດເງິນ. ການປົກປ້ອງນີ້ (ທີ່ທ່ານບໍ່ເຄີຍຈ່າຍຫຼາຍກວ່າຈຳນວນການແບ່ງປັນຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຂອງທ່ານ) ແມ່ນໃຊ້ໄດ້ ເຖິງແມ່ນວ່າພວກເຮົາຈະຈ່າຍໃຫ້ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຫນ້ອຍກວ່າຄ່າບໍລິການຂອງຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ ແລະເຖິງແມ່ນວ່າຈະມີຂໍ້ຂັດແຍ້ງກັນ ແລະພວກເຮົາບໍ່ໄດ້ຈ່າຍຄ່າບໍລິການບາງອັນ.
- ເມື່ອໃດກໍ່ຕາມທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບໃບບິນຈາກຜູ້ໃຫ້ບໍລິການເຄືອຂ່າຍທີ່ທ່ານຄິດວ່າຫຼາຍກວ່າທີ່ທ່ານຄວນຈ່າຍ, ສົ່ງໃບບິນໃຫ້ພວກເຮົາ. ພວກເຮົາຈະຕິດຕໍ່ຫາຜູ້ໃຫ້ບໍລິການໂດຍກົງ ແລະ ແກ້ໄຂບັນຫາການຮຽກເກັບເງິນ.

- ຖ້າທ່ານໄດ້ຈ່າຍເງິນໃຫ້ກັບຜູ້ໃຫ້ບໍລິການເຄືອຂ່າຍແລ້ວ, ແຕ່ທ່ານຮູ້ສຶກວ່າທ່ານຈ່າຍຫຼາຍເກີນໄປ, ໃຫ້ສົ່ງໃບບິນໃຫ້ພວກເຮົາພ້ອມກັບເອກະສານການຊຳລະໃດໆທີ່ທ່ານໄດ້ເຮັດແລະຂໍໃຫ້ພວກເຮົາຈ່າຍຄືນກັບຄວາມແຕກຕ່າງລະຫວ່າງຈຳນວນເງິນທີ່ທ່ານຈ່າຍແລະເງິນ. ຈຳນວນເງິນທີ່ທ່ານເປັນຫນີ້ພາຍໃຕ້ແຜນການ.

3. ຖ້າທ່ານໄດ້ລົງທະບຽນໃນແຜນຂອງພວກເຮົາແບບຍ້ອນຫຼັງ

ບາງຄັ້ງການລົງທະບຽນຂອງບຸກຄົນໃນແຜນປະກັນອາດຈະມີຜົນຍ້ອນຫຼັງ. (ນີ້ຫມາຍຄວາມວ່າ ມື້ທຳອິດຂອງການລົງທະບຽນຂອງພວກເຂົາໄດ້ຜ່ານໄປແລ້ວ. ວັນທີລົງທະບຽນອາດຈະແມ່ນໃນປີທີ່ຜ່ານມາ.)

ຖ້າທ່ານໄດ້ລົງທະບຽນໃນແຜນຂອງພວກເຮົາຄືນຫຼັງ ແລະ ທ່ານໄດ້ຈ່າຍເອງສຳລັບການບໍລິການ ຫຼືຢາໃດໆ ກໍຕາມທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ ຫຼັງຈາກວັນທີລົງທະບຽນຂອງທ່ານ, ທ່ານສາມາດຂໍໃຫ້ພວກເຮົາຈ່າຍເງິນໃຫ້ກັບທ່ານສຳລັບສ່ວນແບ່ງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຂອງພວກເຮົາ. ທ່ານຈະຕ້ອງຍື່ນເອກະສານເຊັ່ນ: ໃບຮັບເງິນ ແລະ ໃບບິນຕ່າງໆ ໃຫ້ພວກເຮົາເພື່ອດຳເນີນການຈ່າຍຄືນ.

4. ໃນເວລາທີ່ທ່ານໃຊ້ຮ້ານຂາຍຢານອກເຄືອຂ່າຍເພື່ອໃຫ້ໄດ້ຮັບຢາຕາມແພດສັ່ງ

ຖ້າທ່ານໄປທີ່ຮ້ານຂາຍຢານອກເຄືອຂ່າຍ, ຮ້ານຂາຍຢາອາດບໍ່ສາມາດສົ່ງຄຳຮ້ອງມາຫາພວກເຮົາໄດ້ໂດຍກົງ. ໃນເວລາທີ່ສົ່ງດັ່ງກ່າວເກີດຂຶ້ນ, ທ່ານຈະຕ້ອງຈ່າຍເງິນເຕັມຈຳນວນສຳລັບຢາແພດຕາມສັ່ງຂອງທ່ານ.

ບັນທຶກໃບຮັບເງິນຂອງທ່ານແລະສົ່ງສຳເນົາໃຫ້ພວກເຮົາ ເມື່ອທ່ານຮ້ອງຂໍໃຫ້ພວກເຮົາຈ່າຍຄືນສຳລັບສ່ວນແບ່ງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຂອງພວກເຮົາ. ຈົ່ງຈື່ໄວ້ວ່າພວກເຮົາຄຸ້ມຄອງພຽງແຕ່ຮ້ານຂາຍຢາໃນເຄືອຂ່າຍໃນສະຖານະການຈຳກັດ. ເບິ່ງພາກທີ 5, ຂໍ້ທີ 2.5 ສຳລັບການສົນທະນາກ່ຽວກັບສະຖານະການເຫຼົ່ານີ້.

5. ໃນເວລາທີ່ທ່ານຈ່າຍເງິນເຕັມຈຳນວນສຳລັບຢາຕາມແພດສັ່ງ ຍ້ອນວ່າທ່ານບໍ່ມີບັດສະມາຊິກຂອງແຜນປະກັນຢູ່ກັບທ່ານ

ຖ້າທ່ານບໍ່ມີບັດສະມາຊິກຂອງແຜນຢູ່ກັບທ່ານ, ທ່ານສາມາດຂໍໃຫ້ຮ້ານຂາຍຢາໂທຫາແຜນປະກັນເພື່ອເບິ່ງຂໍ້ມູນການລົງທະບຽນໃນແຜນຂອງທ່ານ. ເຖິງຢ່າງໃດກໍ່ຕາມ, ຖ້າຮ້ານຂາຍຢາບໍ່ສາມາດຮັບເອົາຂໍ້ມູນການລົງທະບຽນທີ່ພວກເຂົາຕ້ອງການທັນທີ, ທ່ານອາດຈະຕ້ອງຈ່າຍເງິນເຕັມຈຳນວນສຳລັບຢາຕາມແພດສັ່ງດ້ວຍຕົນເອງ.

ບັນທຶກໃບຮັບເງິນຂອງທ່ານແລະສົ່ງສຳເນົາໃຫ້ພວກເຮົາ ເມື່ອທ່ານຮ້ອງຂໍໃຫ້ພວກເຮົາຈ່າຍຄືນສຳລັບສ່ວນແບ່ງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຂອງພວກເຮົາ.

6. ເມື່ອທ່ານຈ່າຍເງິນເຕັມຈຳນວນສຳລັບຢາຕາມແພດສັ່ງໃນສະຖານະການອື່ນ

ທ່ານອາດຈະຕ້ອງຈ່າຍເງິນເຕັມຈຳນວນສຳລັບຢາຕາມແພດສັ່ງ ຍ້ອນວ່າທ່ານພົບວ່າຢານັ້ນບໍ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງດ້ວຍເຫດຜົນບາງປະການ.

- ຕົວຢ່າງ: ຍາອາດຈະບໍ່ຢູ່ໃນ *"ລາຍການຍາ"*; ຂອງແຜນ ຫຼື ອາດມີຂໍ້ກຳນົດ ຫຼື ຂໍ້ຈຳກັດທີ່ທ່ານບໍ່ຮູ້ ຫຼື ບໍ່ຄິດວ່າມັນຈະມີຜົນນຳໃຊ້ກັບທ່ານ. ຖ້າທ່ານຕັດສິນໃຈຈະໄປຮັບເອົາຍາທັນທີ, ທ່ານຄວນຈ່າຍເງິນເຕັມຈຳນວນສຳລັບຍານັ້ນ.
- ຮັກສາໃບຮັບເງິນຂອງທ່ານ ແລະ ສົ່ງສະບັບສຳເນົາມາໃຫ້ພວກເຮົາໃນເວລາທີ່ທ່ານຂໍໃຫ້ພວກເຮົາຈ່າຍເງິນທົດແທນໃຫ້ທ່ານ. ໃນບາງສະຖານະການ, ພວກເຮົາອາດຈະຕ້ອງການຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມຈາກຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບຂອງທ່ານ ເພື່ອຈ່າຍເງິນຄືນໃຫ້ກັບທ່ານສຳລັບສ່ວນແບ່ງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຂອງພວກເຮົາ.

ຕົວຢ່າງທັງໝົດຂ້າງເທິງແມ່ນປະເພດຂອງການຕັດສິນໃຈກ່ຽວກັບການຄຸ້ມຄອງ. ນີ້ຫມາຍຄວາມວ່າ ຖ້າພວກເຮົາປະຕິເສດຄຳຮ້ອງຂໍການຈ່າຍເງິນຂອງທ່ານ, ທ່ານສາມາດຍື່ນອຸທອນການຕັດສິນໃຈຂອງພວກເຮົາ. ພາກທີ 9 ຂອງເອກະສານສະບັບນີ້ມີຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບວິທີການຍື່ນອຸທອນ.

ຂໍ້ທີ 2 ວິທີການຂໍໃຫ້ພວກເຮົາຈ່າຍເງິນທົດແທນຄືນໃຫ້ທ່ານ ຫຼື ຈ່າຍເງິນສຳລັບໃບຮຽກເກັບເງິນທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບ

ທ່ານອາດຈະຂໍໃຫ້ພວກເຮົາຈ່າຍເງິນທົດແທນຄືນໃຫ້ທ່ານດ້ວຍການສົ່ງຄຳຮ້ອງເປັນລາຍລັກອັກສອນມາຫາພວກເຮົາ. ຄຳຮ້ອງຂອງທ່ານຕ້ອງມີໃບຮຽກເກັບເງິນ ແລະ ເອກະສານກ່ຽວກັບການຈ່າຍເງິນທີ່ທ່ານໄດ້ຈ່າຍ. ເປັນຄວາມຄິດທີ່ດີທີ່ຈະສຳເນົາໃບຮຽກເກັບເງິນ ແລະ ໃບຮັບເງິນຂອງທ່ານໄວ້ເພື່ອເປັນບົດບັນທຶກສຳລັບທ່ານ. **ທ່ານຕ້ອງສົ່ງຄຳຮ້ອງຂອງທ່ານມາໃຫ້ພວກເຮົາຕາມໄລຍະເວລາທີ່ລະບຸໄວ້ລຸ່ມນີ້:**

- **ການຮ້ອງຂໍເງິນຄືນອື່ນໆທັງຫມົດ** ຕ້ອງຖືກສົ່ງພາຍໃນ 12 ເດືອນຂອງວັນທີທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບການບໍລິການຫຼືລາຍການ.

ເພື່ອຮັບປະກັນວ່າທ່ານໄດ້ສົ່ງຂໍ້ມູນທັງໝົດທີ່ພວກເຮົາຕ້ອງການເພື່ອດຳເນີນການຕັດສິນໃຈ, ທ່ານສາມາດຕື່ມແບບຟອມຄຳຮຽກຮ້ອງເພື່ອຂໍການຈ່າຍເງິນຂອງທ່ານໄດ້.

- ທ່ານບໍ່ຈຳເປັນຕ້ອງໃຊ້ແບບຟອມ, ແຕ່ມັນຊ່ວຍພວກເຮົາໃນການປະມວນຂໍ້ມູນໄດ້ໄວຂຶ້ນ.ຄຳຮ້ອງຂອງທ່ານຕ້ອງເປັນລາຍລັກອັກສອນ ແລະ ລົງລາຍເຊັນໂດຍຕົວທ່ານເອງ, ຜູ້ຕາງຫນ້າທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດ ຫຼື ຜູ້ສັ່ງຍາທີ່ມີໃບອະນຸຍາດ. ຂໍ້ມູນຕໍ່ໄປນີ້ເປັນສິ່ງຈຳເປັນໃນການດຳເນີນການສຳລັບຄຳຮ້ອງຂອງທ່ານ:
    - ຊື່ ແລະ ນາມສະກຸນ
    - ລະຫັດສະມາຊິກ ຫຼື ວັນເດືອນປີເກີດຂອງທ່ານ
    - ຊື່ການຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ/ສະຫນອງວັດຖຸ ແລະ ລະຫັດຜູ້ໃຫ້ບໍລິການແຫ່ງຊາດ (NPI) ຂອງພວກເຂົາ

- ○ ວັນທີໃຫ້ບໍລິການ
- ○ ລະຫັດ (Current Procedural Terminology,CPT)
- ○ ລະຫັດການບົ່ງມະຕິພະຍາດ
- ○ ທ່ານຕ້ອງລວມເອົາສຳເນົາໃບຮັບເງິນ ແລະ ໃບຮຽກເກັບເງິນຄ່າບໍລິການ ຫຼື ສະຫນອງວັດຖຸແບບແຍກເປັນລາຍການ. ໃບຮັບເງິນຕ້ອງສະແດງ:
  - ▪ ສະຖານທີ່ ແລະ ວັນທີການຊື້
  - ▪ ຈຳນວນເງິນທັງໝົດທີ່ໄດ້ຈ່າຍ
  - ▪ ສິ່ງຂອງ/ການບໍລິການທີ່ຕ້ອງທົດແທນເງິນຄືນ
- ○ ໃບຮັບເງິນ ຫຼື ໃບຮຽກເກັບເງິນຄວນມີລະຫັດການກວດພະຍາດ ແລະ ລະຫັດຂັ້ນຕອນ. ຖ້າບໍ່ມີໃບຮຽກເກັບເງິນແຍກເປັນລາຍການ, ທ່ານສາມາດສົ່ງໃບແຈ້ງຍອດຈາກຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ/ຜູ້ສະຫນອງວັດຖຸໃນຫ້ອງຈິດໝາຍຂອງພວກເຂົາໄດ້. ທັງໃບຮັບເງິນ ແລະ ໃບຮຽກເກັບເງິນແຍກເປັນລາຍການຂອງທ່ານຕ້ອງອ່ານໄດ້ງ່າຍ. CCA ຈະບໍ່ໃຫ້ກຽດການຮ້ອງຂໍເງິນຄືນສຳລັບລາຍການທີ່ຊື້ດ້ວຍໃບຍັ້ງຢືນຂອງຂວັນ, ບັດຂອງຂວັນ. CCA ຈະບໍ່ແທນເງິນຄືນສຳລັບບັດແທນເງິນສົດ.
- ○ ມັນຈະເປັນປະໂຫຍດ ທີ່ຈະລະບຸປະເພດການບໍລິການ:
  - ▪ ສຸຂະພາບພຶດຕິກຳ/ສຸຂະພາບຈິດ
  - ▪ ທັນຕະກຳ
  - ▪ ອຸປະກອນ/ເຄື່ອງໃຊ້
  - ▪ ການບໍລິການເຫດສຸກເສີນທົ່ວໂລກ
  - ▪ ການປະຢັດເພື່ອສຸຂະພາບ Healthy Savings
  - ▪ ອາຫານທີ່ໄດ້ຈັດສົ່ງ
  - ▪ ການເດີນທາງ

- ດາວໂຫລດສຳເນົາແບບຟອມຈາກເວັບໄຊທ໌ www.ccahealthri.org ຂອງພວກເຮົາ ຫຼືໂທຫາບໍລິການສະມາຊິກ ແລະຂໍແບບຟອມ.

ສົ່ງທາງໄປສະນີ ຫຼື ແຜ້ກຄຳຮ້ອງຂອງທ່ານສຳລັບການຈ່າຍເງິນມາພ້ອມກັບໃບຮຽກເກັບເງິນ ຫຼື ໃບຮັບເງິນມາຫາພວກເຮົາຕາມທີ່ຢູ່ນີ້:

Commonwealth Care Alliance Rhode Island, LLC
Member Services Department

30 Winter Street
Boston, MA 02108
ແຟັກ: 617-426-1311

ການທົດແທນເງິນຄືນຄ່າຍາຕາມແພດສັ່ງລະແຕກຕ່າງຈາກການແທນເງິນຄືນສຳລັບການບໍລິການທາງການແພດ. ແຜນປະກັນເຮັດວຽກຮ່ວມກັບຜູ້ຈັດການຜົນປະໂຫຍດຮ້ານຂາຍຢາ (PBM), Navitus Health Solutions (Navitus), ເພື່ອໃຫ້ບໍລິການທົດແທນເງິນຄືນສຳລັບຢາຕາມແພດສັ່ງ ພາກ D. **ທ່ານຕ້ອງຍື່ນຄຳຮ້ອງຂໍຂອງທ່ານກັບ Navitus ພາຍໃນ 12 ເດືອນຂອງວັນທີທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບຢາ.**

ເພື່ອຮັບປະກັນວ່າທ່ານໄດ້ຮັບຂໍ້ມູນທັງໝົດທີ່ພວກເຮົາຕ້ອງການເພື່ອດຳເນີນການຕັດສິນໃຈ, ທ່ານສາມາດຕື່ມແບບຟອມການຂໍເງິນຄືນສຳລັບຄ່າຍາຕາມແພດສັ່ງເພື່ອຂໍການຈ່າຍເງິນຂອງທ່ານໄດ້.

- ທ່ານບໍ່ຈຳເປັນຕ້ອງໃຊ້ແບບຟອມການຂໍເງິນຄືນສຳລັບຢາຕາມໃບສັ່ງ, ແຕ່ມັນຊ່ວຍພວກເຮົາໃນການປະມວນຜົນຂໍ້ມູນໄດ້ໄວຂຶ້ນ.ຄຳຮ້ອງຂອງທ່ານຕ້ອງເປັນລາຍລັກອັກສອນ ແລະ ລົງລາຍເຊັນໂດຍຕົວທ່ານເອງ, ຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດ ຫຼື ຜູ້ສັ່ງຢາທີ່ມີໃບອະນຸຍາດ.ທ່ານຕ້ອງລະບຸຂໍ້ມູນດັ່ງຕໍ່ໄປນີ້ໃສ່ໃນຄຳຮ້ອງຂອງທ່ານ:
    - ຊື່ ແລະ ນາມສະກຸນ
    - ເບີໂທລະສັບ
    - ວັນເດືອນປີເກີດ
    - ເພດ
    - ລະຫັດສະມາຊິກ
    - ທີ່ຢູ່ທາງໄປສະນີ
    - ຊື່, ທີ່ຢູ່ ແລະ ເບີໂທລະສັບຂອງຮ້ານຂາຍຢາທີ່ຮັບຢາຕາມແພດສັ່ງຂອງທ່ານ
    - ວັນທີໄປຮັບຢາຕາມແພດສັ່ງ
    - ລະຫັດການບົງມະຕິພະຍາດ ແລະ ຄຳອະທິບາຍ
    - ຊື່ຂອງຢາ
    - ເລກທີໃບສັ່ງຢາ
    - ສຳລັບຢາປະສົມພິເສດ, ຈຳເປັນຕ້ອງມີຂໍ້ມູນດັ່ງຕໍ່ໄປນີ້
        - ຮູບແບບສຸດທ້າຍຂອງສ່ວນປະສົມ (ຄຣີມ, ແຜ່ນ, ຢາສອດ, ຢາຕົກຕະກອນ, ອື່ນໆ)
        - ເວລາທີ່ໃຊ້ໃນການກຽມຢາ
        - ສ່ວນປະສົມຂອງຢາ

ພາກທີ 7 ຂໍໃຫ້ພວກເຮົາຈ່າຍສ່ວນແບ່ງຂອງພວກເຮົາໃນໃບບິນຄ່າຍາ ທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບສຳລັບການບໍລິການທາງການແພດ ຫຼື ຍາທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ

- ລະຫັດຍາແຫ່ງຊາດ
- ປະລິມານ
- ຍາກຸ້ມຈັກມື້
- ບໍລິມາດລວມ (ກຣາມ, ມິນລິລິດ, ອັນ, ອື່ນໆ)
- ຫຼັກຖານການຈ່າຍເງິນ
- ຊື່ ແລະ ນາມສະກຸນຜູ້ສັ່ງຈ່າຍຍາ
- ລະຫັດ NPI ຜູ້ສັ່ງຈ່າຍຍາ
- ລະຫັດດັ້ງເດີມຂອງຍາ
- ຈຳນວນເງິນທີ່ການປະກັນໄພຫຼັກຈ່າຍສຳລັບຄ່າຍາ
- ຈຳນວນທີ່ສະມາຊິກຈ່າຍ

- ທ່ານສາມາດດາວໂຫຼດສຳເນົາແບບຟອມຂໍການຊົດເຊີຍເງິນຄືນສຳລັບຍາຕາມແພດສັ່ງຈາກເວັບໄຊຂອງພວກເຮົາ www.ccahealthri.org ຫຼື ໂທຫາສູນບໍລິການສະມາຊິກ ແລະ ຂໍເອົາແບບຟອມ.

ສົ່ງທາງໄປສະນີ ຫຼື ແຟັກຄຳຮ້ອງຂອງທ່ານສຳລັບການຈ່າຍເງິນຮ່ວມພ້ອມກັບໃບຮຽກເກັບເງິນ ຫຼື ໃບຮັບເງິນມາຫາ Navitus ຕາມທີ່ຢູ່ນີ້:

CCA Medicare Preferred Manual Claims
PO Box 1039
Appleton, WI 54912-1039
ແຟັກ: 1-855-668-8550

ພາກທີ 7 ຂໍໃຫ້ພວກເຮົາຈ່າຍສ່ວນແບ່ງຂອງພວກເຮົາໃນໃບບິນຄ່າຍາ ທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບສຳລັບການບໍລິການທາງການແພດ ຫຼື ຍາທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ

ການຈ່າຍເງິນຄືນການດູແລການຟັງແບບປົກກະຕິແມ່ນແຕກຕ່າງຈາກການຊົດເຊີຍການບໍລິການທາງການແພດ. ແຜນການດັ່ງກ່າວເຮັດວຽກຮ່ວມມືກັບຜູ້ຈັດການຜົນປະໂຫຍດການໄຕ່ສວນຂອງຕົນ, NationsHearing, ເພື່ອສະຫນອງການຊົດເຊີຍໃຫ້ການກວດການໄດຍົນແບບປົກກະຕິເທົ່ານັ້ນ. ທ່ານຕ້ອງສົ່ງຄຳຮ້ອງຂອງທ່ານຫາ NationsHearing ພາຍໃນ 12 ເດືອນຫຼັງຈາກມື້ທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບສິ່ງຂອງ ຫຼື ການບໍລິການ.

ເພື່ອຮັບປະກັນວ່າທ່ານໄດ້ຮັບຂໍ້ມູນທັງຫມົດທີ່ພວກເຮົາຈຳເປັນຕ້ອງມີ ເພື່ອດຳເນີນການຕັດສິນໃຈ, ທ່ານສາມາດຕື່ມແບບຟອມການທົດແທນເງິນຄືນຂອງພວກເຮົາເພື່ອຂໍການຈ່າຍເງິນຂອງທ່ານໄດ້.

- ທ່ານບໍ່ຈຳເປັນຕ້ອງໃຊ້ແບບຟອມການຂໍເງິນຄືນ, ແຕ່ມັນຊ່ວຍພວກເຮົາໃນການປະມວນຜົນຂໍ້ມູນໄດ້ໄວຂຶ້ນ. ຄຳຮ້ອງຂອງທ່ານຕ້ອງເປັນລາຍລັກອັກສອນ ແລະ ລົງລາຍເຊັນ ແລະ ລົງວັນທີດ້ວຍຕົວທ່ານເອງ, ຜູ້ຕາງຫນ້າທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດ ຫຼື ຜູ້ສັ່ງຍາທີ່ມີໃບອະນຸຍາດ. ທ່ານຕ້ອງລະບຸຂໍ້ມູນດັ່ງຕໍ່ໄປນີ້ໃສ່ໃນຄຳຮ້ອງຂອງທ່ານ:
    - ຊື່ ແລະ ນາມສະກຸນ
    - ລະຫັດສະມາຊິກ ຫຼື ວັນເດືອນປີເກີດຂອງທ່ານ
    - ຊື່ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ/ສະຫນອງວັດຖຸ ແລະ ລະຫັດ NPI ຂອງພວກເຂົາ
    - ວັນທີໃຫ້ບໍລິການ
    - ລະຫັດ (Current Procedural Terminology,CPT)
    - ລະຫັດການບົງມະຕິພະຍາດ
    - ທ່ານຕ້ອງລວມເອົາສຳເນົາໃບຮັບເງິນ ແລະ ໃບຮຽກເກັບເງິນຄ່າບໍລິການ ຫຼື ສະຫນອງວັດຖຸແບບແຍກເປັນລາຍການ. ໃບຮັບເງິນຕ້ອງສະແດງ:
        - ສະຖານທີ່ ແລະ ວັນທີການຊື້
        - ຈຳນວນເງິນທັງຫມົດທີ່ໄດ້ຈ່າຍ
        - ສິ່ງຂອງ/ການບໍລິການທີ່ຕ້ອງທົດແທນເງິນຄືນ
    - ໃບຮັບເງິນ ຫຼື ໃບຮຽກເກັບເງິນຄວນມີລະຫັດການກວດພະຍາດ ແລະ ລະຫັດຂັ້ນຕອນ. ຖ້າບໍ່ມີໃບຮຽກເກັບເງິນແຍກເປັນລາຍການ, ທ່ານສາມາດສົ່ງໃບແຈ້ງຍອດຈາກຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ/ຜູ້ສະຫນອງວັດຖຸໃນຫົວຈົດຫມາຍຂອງພວກເຂົາໄດ້. ທັງໃບຮັບເງິນ ແລະ ໃບຮຽກເກັບເງິນແຍກເປັນລາຍການຂອງທ່ານຕ້ອງອ່ານໄດ້ງ່າຍ. CCA ຈະບໍ່ດຳເນີນການຄຳຮ້ອງຂໍແທນເງິນຄືນສຳລັບສິ່ງຂອງທີ່ຊື້ດ້ວຍໃບຢັ້ງຢືນຂອງຂວັນ ຫຼື ບັດຂອງຂວັນ. CCA ຈະບໍ່ແທນເງິນຄືນສຳລັບບັດແທນເງິນສົດ.

ທ່ານສາມາດດາວໂຫຼດສຳເນົາແບບຟອມຂໍການທົດແທນເງິນຄືນຈາກເວັບໄຊຂອງພວກເຮົາ (www.ccahealthri.org) ຫຼື ຕິດຕໍ່ຫາສູນບໍລິການສະມາຊິກ ແລະ ຂໍເອົາແບບຟອມ.

ສົ່ງຄຳຮ້ອງຂອງທ່ານທາງອອນລາຍຜ່ານອີເມວທີ່ OONClaims@nationsbenefits.com ເພື່ອຂໍການຈ່າຍເງິນຄືນພ້ອມກັບຂໍ້ຕົກລົງການຊື້, ຫຼັກຖານການຈ່າຍເງິນ ແລະ ການກວດຄວາມສາມາດການໄດ້ຍິນຂອງທ່ານ.

ຂໍ້ທີ 3 ພວກເຮົາຈະພິຈາລະນາຄຳຮ້ອງຂອງທ່ານສຳລັບການຈ່າຍເງິນ ແລະ ຈະຕອບວ່າ ໄດ້ ຫຼື ບໍ່ໄດ້

ຂໍ້ທີ 3.1 ພວກເຮົາກວດສອບເບິ່ງວ່າພວກເຮົາຄວນຈະຄຸ້ມຄອງການບໍລິການຫຼືຍາ ແລະຈຳນວນທີ່ພວກເຮົາເປັນຫນີ້

ເມື່ອພວກເຮົາໄດ້ຮັບຄຳຮ້ອງຂອງທ່ານສຳລັບການຈ່າຍເງິນ, ພວກເຮົາຈະບອກໃຫ້ທ່ານຮູ້ ຖ້າພວກເຮົາຕ້ອງການຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມຈາກທ່ານ. ບໍ່ດັ່ງນັ້ນ, ພວກເຮົາຈະພິຈາລະນາຄຳຮ້ອງຂອງທ່ານ ແລະ ດຳເນີນການຕັດສິນການໃຫ້ການຄຸ້ມຄອງ.

ຖ້າພວກເຮົາຕັດສິນໃຈວ່າການດູແລທາງການແພດຫຼືຍາ ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງແລະທ່ານປະຕິບັດຕາມກົດລະບຽບທັງຫມົດ, ພວກເຮົາຈະຈ່າຍຄ່າສ່ວນແບ່ງຈ່າຍຂອງພວກເຮົາ. ຖ້າທ່ານໄດ້ຈ່າຍຄ່າບໍລິການຫຼືຍາແລ້ວ, ພວກເຮົາຈະສົ່ງຄືນການຈ່າຍຄືນສ່ວນແບ່ງຂອງພວກເຮົາໃຫ້ກັບທ່ານ. ຖ້າທ່ານຍັງບໍ່ໄດ້ຈ່າຍຄ່າບໍລິການ ຫຼື ຍາ, ພວກເຮົາຈະສົ່ງການຈ່າຍເງິນຫາຜູ້ໃຫ້ບໍລິການທາງໄປສະນີໂດຍກົງ.

- ຖ້າພວກເຮົາຕັດສິນໃຈວ່າການດູແລທາງການແພດຫຼືຍາ**ບໍ່**ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ, ຫຼືທ່ານ**ບໍ່**ໄດ້ປະຕິບັດຕາມກົດລະບຽບທັງຫມົດ, ພວກເຮົາຈະບໍ່ຈ່າຍຄ່າສ່ວນແບ່ງຂອງພວກເຮົາ. ພວກເຮົາຈະສົ່ງຈົດຫມາຍອະທິບາຍເຫດຜົນວ່າຍ້ອນຫຍັງພວກເຮົາຈຶ່ງບໍ່ສົ່ງການຈ່າຍເງິນ ແລະ ສິດຂອງທ່ານໃນການຍື່ນອຸທອນຄຳຕັດສິນນັ້ນ.

ຂໍ້ທີ 3.2 ຖ້າຫາກວ່າພວກເຮົາບອກທ່ານວ່າພວກເຮົາຈະບໍ່ຈ່າຍຄ່າບໍລິການດ້ານການປິ່ນປົວຫຼືຍາທັງຫມົດຫຼືບາງສ່ວນ, ທ່ານສາມາດຮ້ອງຟ້ອງໄດ້

ຖ້າຫາກທ່ານຄິດວ່າພວກເຮົາເຮັດຜິດພາດໃນການປະຕິເສດຄຳຮ້ອງຂອງທ່ານສຳລັບການຈ່າຍເງິນ ຫຼື ຈຳນວນທີ່ພວກເຮົາຈະຈ່າຍ, ທ່ານສາມາດຍື່ນອຸທອນໄດ້. ຖ້າທ່ານຍື່ນອຸທອນ, ຫມາຍຄວາມວ່າທ່ານກຳລັງຂໍໃຫ້ພວກເຮົາປ່ຽນແປງຄຳຕັດສິນທີ່ພວກເຮົາໄດ້ດຳເນີນການໃນເວລາທີ່ພວກເຮົາປະຕິເສດຄຳຮ້ອງການຈ່າຍເງິນຂອງທ່ານ. ຂັ້ນຕອນການຍື່ນອຸທອນແມ່ນຂັ້ນຕອນທາງການທີ່ມີຂະບວນການລະອຽດ ແລະ ກຳນົດເວລາທີ່ສຳຄັນ. ສຳລັບລາຍລະອຽດກ່ຽວກັບວິທີການຍື່ນອຸທອນນີ້, ໃຫ້ໄປທີ່ພາກທີ 9 ຂອງເອກະສານນີ້.

ພາກທີ 8:

ສິດ ແລະ ຄວາມຮັບຜິດຊອບຂອງທ່ານ

ຂໍ້ທີ 1 ແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາຕ້ອງໃຫ້ກຽດ ສິດ ແລະ ຄວາມອ່ອນໄຫວດ້ານວັດທະນະທຳຂອງທ່ານ ໃນຖານະສະມາຊິກຂອງແຜນປະກັນ

ຂໍ້ທີ 1.1 ພວກເຮົາຕ້ອງໃຫ້ຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບວິທີທີ່ຈະໃຫ້ປະ�โຫຍດສຳລັບທ່ານ ແລະ ມີຄວາມສະຫມ່ຳສະເຫມີກັບຄວາມອ່ອນໄຫວດ້ານວັດທະນະທຳຂອງທ່ານ (ໃນດ້ານພາສາທີ່ບໍ່ແມ່ນພາສາອັງກິດ, ຕົວອັກສອນນູນ, ໂຕພິມໃຫຍ່ ຫຼື ຮູບແບບອື່ນ ແລະ ອື່ນໆ)

ແຜນປະກັນຂອງທ່ານຈຳເປັນຕ້ອງຮັບປະກັນວ່າການບໍລິການທັງຫມົດ, ທັງດ້ານຄລີນິກ ແລະ ບໍ່ແມ່ນຄລີນິກ, ໄດ້ໃຫ້ບໍລິການໃນລັກສະນະທີ່ມີຄວາມຮູ້ດ້ານວັດທະນະທຳ ແລະ ຜູ້ສະໝັກທັງຫມົດສາມາດເຂົ້າເຖິງໄດ້, ລວມທັງຜູ້ທີ່ມີຂໍ້ຈຳກັດດ້ານພາສາອັງກິດ, ມີຂໍ້ຈຳກັດດ້ານຄວາມສາມາດອ່ານ, ຟັງ ຫຼື ຜູ້ທີ່ມີພື້ນຖານດ້ານວັດທະນະທຳ ແລະ ຊົນເຜົ່າທີ່ຄວາມຫຼາກຫຼາຍ. ຕົວຢ່າງຂອງວິທີທີ່ແຜນປະກັນອາດຕົງຕາມຂໍ້ກຳນົດດ້ານການເຂົ້າເຖິງເຫຼົ່ານີ້ລວມເອົາ ແຕ່ບໍ່ຈຳກັດທີ່ ການບໍລິການຈັດຫານາຍພາສາ, ການບໍລິການນາຍພາສາ, ເຄື່ອງພິມດີດ ຫຼື ການເຊື່ອມຕໍ່ TTY (ໂທລະສັບແບບຂຽນຂໍ້ຄວາມ ຫຼື ເຄື່ອງພິມດີດ).

ແຜນຂອງພວກເຮົາມີບໍລິການນາຍພາສາຝຣັ່ງ ພ້ອມໃຫ້ບໍລິການຕອບຄຳຖາມ. ທ່ານສາມາດຮັບເອກະສານສຳບັບນີ້ ຫຼືສິ່ງພິມອື່ນໃນພາສາ ສະເປນ ຫຼື ພາສາອື່ນ ຫຼື ເວົ້າກັບໃຜຜູ້ຫນຶ່ງກ່ຽວກັບຂໍ້ມູນນີ້ ໃນພາສາອື່ນ, ໄດ້ຝຣັ່ງ. ພວກເຮົາຍັງສາມາດໃຫ້ຂໍ້ມູນໃນຕົວອັກສອນນູນ, ໂຕພິມໃຫຍ່ ຫຼື ຮູບແບບອື່ນໂດຍບໍ່ມີຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆ, ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຂໍ້ມູນເຫຼົ່ານີ້. ພວກເຮົາຈຳເປັນຕ້ອງໃຫ້ຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບຜົນປະ�โຫຍດຂອງແຜນປະກັນໃນຮູບແບບທີ່ສາມາດເຂົ້າເຖິງໄດ້ ແລະ ເໝາະສົມກັບທ່ານ. ເພື່ອຮັບຂໍ້ມູນຈາກພວກເຮົາໃນຮູບແບບໃດຫນຶ່ງທີ່ເໝາະກັບທ່ານ, ກະລຸນາໂທຫາສູນບໍລິການສະມາຊິກ.

ແຜນປະກັນພວກເຮົາມີຫນ້າທີ່ໃຫ້ທາງເລືອກແກ່ຜູ້ວິງທະບຽນຜູ້ຍິງ ໃນການເຂົ້າເຖິງຊ່ຽວຊານສຸຂະພາບເພດຍິງໂດຍກົງ ພາຍໃນເຄືອຂ່າຍສຳລັບການບໍລິການກວດເພື່ອປ້ອງກັນພະຍາດແບບປົກກະຕິ.

ຖ້າຊ່ຽວຊານຜູ້ໃຫ້ບໍລິການໃນເຄືອຂ່າຍຂອງແຜນປະກັນບໍ່ສາມາດໃຫ້ການປິ່ນປົວໄດ້, ມັນຈະເປັນຄວາມຮັບຜິດຊອບຂອງແຜນປະກັນທີ່ຈະຫາຊ່ຽວຊານຜູ້ໃຫ້ບໍລະການນອກເຄືອຂ່າຍ ຜູ້ທີ່ຈະໃຫ້ການປິ່ນປົວທີ່ຈຳເປັນໃຫ້ທ່ານ. ໃນກໍລະນີນີ້, ທ່ານຈະໄດ້ຈ່າຍການແບ່ງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃນເຄືອຂ່າຍເທົ່ານັ້ນ. ຖ້າທ່ານພົບຕົນເອງຕົກຢູ່ໃນສະຖານະການທີ່ບໍ່ມີຊ່ຽວຊານໃນເຄືອຂ່າຍແຜນປະກັນທີ່ໃຫ້ການຄຸ້ມຄອງການບໍລິການທີ່ທ່ານຕ້ອງການ, ກະລຸນາໂທຫາແຜນປະກັນສຳລັບຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບບ່ອນທີ່ທ່ານສາມາດຮັບການບໍລິການນີ້ໄດ້ ດ້ວຍການແບ່ງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃນເຄືອຂ່າຍ.

ຖ້າທ່ານພົບຄວາມຫຍຸ້ງຍາກໃນການຮັບຂໍ້ມູນຈາກແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາໃນຮູບແບບທີ່ເຂົ້າເຖິງໄດ້ ແລະ ເໝາະສົມສຳລັບທ່ານ, ກະລຸນາຍື່ນຄຳຮ້ອງທຸກໄປທີ່ຫນ່ວຍງານບໍລິການສະມາຊິກທີ່ເບີ 833-346-9222 (TTY 711), ແຕ່ 8 am ຫາ 8 pm, 7 ມື້ຕໍ່ອາທິດ. ທ່ານຍັງສາມາດຍື່ນຄຳຮ້ອງຜ້ອງໄປທີ່ Medicare ດ້ວຍການ

ໂທໄປທີ່ເບີ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) ຫຼື ໂທໂດຍກົງໄປທີ່ Office for Civil Rights (ຫ້ອງການສິດທິພົນລະເມືອງ) ທີ່ເບີ 1-800-368-1019 ຫຼື TTY 1-800-537-7697.

ຂໍ້ທີ 1.2	**ພວກເຮົາຕ້ອງຮັບປະກັນວ່າທ່ານໄດ້ຮັບການເຂົ້າເຖິງການບໍລິການ ແລະຢາຂອງທ່ານຢ່າງທັນເວລາ**

ທ່ານມີສິດໃນການເລືອກຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດູແລປະຈຳ (PCP) ໃນເຄືອຂ່າຍຂອງແຜນປະກັນເພື່ອໃຫ້ບໍລິການ ແ ລະ ຈັດການການບໍລິການທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງຂອງທ່ານ. ພວກເຮົາບໍ່ກຳນົດໃຫ້ທ່ານຕ້ອງມີການແນະນຳຕໍ່ເ ພື່ອໄປຫາຜູ້ໃຫ້ບໍລິການໃນເຄືອຂ່າຍ.

ທ່ານມີສິດໃນການນັດພົບ ແລະ ການບໍລິການທີ່ມີການຄຸ້ມຄອງຈາກຜູ້ໃຫ້ບໍລິການໃນເຄືອຂ່າຍຂອງແຜນປະ ກັນ *ພາຍໃນເວລາທີ່ສົມເຫດສົມຜົນ*. ສິ່ງນີ້ລວມເອົາສິດໃນການຮັບການບໍລິການທັນເວລາຈາກຊ່ຽວຊານເມື່ອ ທ່ານຈຳເປັນຕ້ອງຮັບການປິ່ນປົວ. ທ່ານຍັງມີສິດໃນການຮັບການຮັບ ແລະ ຕື່ມຢາຕາມແພດສັ່ງໄດ້ໃນຮ້ານຂ າຍຢາໃນເຄືອຂ່າຍຂອງພວກເຮົາທຸກບ່ອນໂດຍບໍ່ຕ້ອງມີການເລື່ອນເວລາທີ່ແກ່ຍາວ.

ທ່ານສາມາດເຂົ້າຫ້ອງສຸກເສີນ ແລະ ຫ້ອງກວດອາການ ຫຼື ການປິ່ນປົວຢູ່ເຮືອນຂອງທ່ານພາຍໃນ 48 ຊົ່ວໂມງ. ທ່ານສາມາດເຂົ້າພົບແພດໂດຍບໍ່ມີອາການທັງໝົດໄດ້ພາຍໃນ 14 ມື້ໃນປະຕິທິນ.

ຖ້າທ່ານຄິດວ່າທ່ານບໍ່ຕ້ອງການຮັບການປິ່ນປົວ ຫຼື ຢາ ພາກ D ພາຍໃນເວລາທີ່ສົມເຫດສົມຜົນ, ພາກທີ 5 ໃນ Evidence of Coverage ຈະບອກທ່ານຈະເຮັດຫຍັງແນ່.

ຂໍ້ທີ 1.3	**ພວກເຮົາຕ້ອງຮັບປະກັນວ່າທ່ານໄດ້ຮັບການປະຕິບັດດ້ວຍຄວາມເຄົາລົບ ແ ລະ ຮັບຮູ້ກຽດສັກສີຂອງທ່ານ ແລະ ສິດໃນການຮັກສາຂໍ້ມູນສ່ວນຕົວທ່ານ**

ແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາຕ້ອງປະຕິບັດຕາມກົດໝາຍວ່າດ້ວຍການປົກປ້ອງທ່ານຈາກການເລືອກປະຕິບັດ ຫຼື ຮັບການປະຕິບັດທີ່ບໍ່ເປັນທຳ. **ພວກເຮົາຈະບໍ່ເລືອກປະຕິບັດ** ໂດຍອີງໃສ່ເງື່ອນໄຂການແພດ, ສະຖານະດ້ ານສຸຂະພາບ, ການຮັບບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບ, ປະສົບການຂໍຮັບເງິນຄືນ, ປະຫວັດການປິ່ນປົວ, ຄວາມພິການ (ລວມເຖິງຄວາມຜິດປົກກະຕິທາງຈິດ), ສະຖານະການແຕ່ງງານ, ອາຍຸ, ເພດ (ລວມເຖິງທັດສະນະທາງເພດ ແ ລະ ຕົວຕົນທາງເພດ), ຄວາມມັກທາງເພດ, ສັນຊາດເດີມ, ເຊື້ອຊາດ, ສີຜິວ, ສາສະໜາ, ຄວາມເຊື່ອ, ຄວາມຊ່ ວຍເຫຼືອສາທາລະນະ ຫຼື ບ່ອນຢູ່ອາໄສ.

ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມ ຫຼື ມີຄວາມກັງວົນກ່ຽວກັບການເລືອກປະຕິບັດ ຫຼື ຮັບການປະຕິບັດທີ່ບໍ່ເ ປັນທຳ, ກະລຸນາໂທຫາ U.S. Department of Health and Human Services' **Office for Civil Ri ghts** ທີ່ເບີ 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) ສຳລັບ ຫ້ອງການສິດທິພົນລະເມືອງໃນທ້ອງຖິ່ ນຂອງທ່ານ.

ຖ້າທ່ານມີຄວາມພິການ ແລະ ຕ້ອງການການຊ່ວຍເຫຼືອໃນການເຂົ້າເຖິງການປິ່ນປົວ, ກະລຸນາໂທຫາພວກເຮົາໄດ້ທີ່ສູນບໍລິການສະມາຊິກ. ຖ້າທ່ານມີຄຳຮ້ອງຟ້ອງເຊັ່ນ: ບັນຫາກັບການເຂົ້າເຖິງລໍ້ເລື່ອນ, ຫນ່ວຍງານບໍລິການສະມາຊິກສາມາດຊ່ວຍໄດ້.

ສຳລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບວິທີທີ່ພວກເຮົາປົກປ້ອງສິດໃນການຮັກສາຂໍ້ມູນສ່ວນຕົວຂອງທ່ານ, ກະລຸນາເບິ່ງຂໍ້ທີ 1.4.

ຂໍ້ທີ 1.4 ພວກເຮົາຕ້ອງປົກປ້ອງຂໍ້ມູນສ່ວນຕົວດ້ານຂໍ້ມູນສຸຂະພາບຂອງທ່ານ

ກົດໝາຍລັດຖະບານກາງ ແລະ ກົດໝາຍລັດໃຫ້ການປົກປ້ອງຄວາມເປັນສ່ວນຕົວຂອງບັນທຶກຂໍ້ມູນສ່ວນຕົວດ້ານສຸຂະພາບຂອງບຸກຄົນ. ພວກເຮົາປົກປ້ອງຂໍ້ມູນສ່ວນຕົວດ້ານສຸຂະພາບຂອງທ່ານດັ່ງທີ່ກຳນົດໄວ້ໃນກົດໝາຍເຫຼົ່ານີ້.

- ຂໍ້ມູນສຸຂະພາບສ່ວນຕົວຂອງທ່ານລວມມີຂໍ້ມູນສ່ວນຕົວທີ່ທ່ານໄດ້ໃຫ້ພວກເຮົາໃນເວລາທີ່ທ່ານລົງທະບຽນໃນແຜນນີ້, ເຊັ່ນດຽວກັນກັບບັນທຶກທາງການແພດຂອງທ່ານ ແລະ ຂໍ້ມູນທາງການແພດ ແລະ ສຸຂະພາບອື່ນໆ.
- ທ່ານມີສິດທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບຂໍ້ມູນຂອງທ່ານ ແລະ ການຄວບຄຸມວິທີທີ່ຂໍ້ມູນດ້ານສຸຂະພາບຂອງທ່ານຈະຖືກນຳໃຊ້. ພວກເຮົາສົ່ງແຈ້ງການເປັນລາຍລັກອັກສອນໃຫ້ທ່ານ, ເອີ້ນວ່າ **ແຈ້ງການນຳໃຊ້ຂໍ້ມູນສ່ວນຕົວ** ເຊິ່ງບອກກ່ຽວກັບສິດເຫຼົ່ານີ້ແລະຄຳອະທິບາຍວິທີທີ່ພວກເຮົາປົກປ້ອງຄວາມເປັນສ່ວນຕົວຂອງຂໍ້ມູນດ້ານສຸຂະພາບຂອງທ່ານ.

ພວກເຮົາປົກປ້ອງຄວາມເປັນສ່ວນຕົວຂອງຂໍ້ມູນດ້ານສຸຂະພາບຂອງທ່ານແນວໃດ?

- ພວກເຮົາຮັບປະກັນວ່າຜູ້ທີ່ບໍ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດຈະບໍ່ສາມາດເຫັນ ຫຼື ປ່ຽນແປງບັນທຶກຂອງທ່ານໄດ້.
- ຍົກເວັ້ນກໍລະນີລຸ່ມນີ້, ຖ້າພວກເຮົາຕັ້ງໃຈໃຫ້ຂໍ້ມູນດ້ານສຸຂະພາບຂອງທ່ານໃຫ້ຄົນອື່ນ ຜູ້ທີ່ບໍ່ໄດ້ໃຫ້ການປິ່ນປົວດູແລ ຫຼື ຈ່າຍການປິ່ນປົວດູແລໃຫ້ທ່ານ, *ພວກເຮົາຈະຕ້ອງໄດ້ຮັບອະນຸຍາດເປັນລາຍລັກອັກສອນຈາກທ່ານ ຫຼື ຜູ້ທີ່ທ່ານໄດ້ໃຫ້ອຳນາດດ້ານກົດໝາຍເພື່ອທຳການຕັດສິນໃຈແທນທ່ານກ່ອນທຸກຄັ້ງ.*
- ຍັງມີຂໍ້ຍົກເວັ້ນບາງປະການທີ່ພວກເຮົາບໍ່ຈຳເປັນຕ້ອງໄດ້ຮັບອະນຸຍາດເປັນລາຍລັກອັກສອນຈາກທ່ານລ່ວງຫນ້າ. ຂໍ້ຍົກເວັ້ນເຫຼົ່ານີ້ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດ ຫຼື ຖືກບັງຄັບໃຊ້ດ້ວຍກົດໝາຍ.
    - ພວກເຮົາຈຳເປັນຕ້ອງເຜີຍແຜ່ຂໍ້ມູນດ້ານສຸຂະພາບຂອງທ່ານໃຫ້ກັບອົງການຕົວແທນຂອງລັດຖະບານທີ່ກວດກາຄຸນນະພາບຂອງທ່ານປິ່ນປົວດູແລ.
    - ເນື່ອງຈາກວ່າທ່ານເປັນສະມາຊິກໃນແຜນຂອງພວກເຮົາຜ່ານ Medicare, ພວກເຮົາຈຳເປັນຕ້ອງໃຫ້ຂໍ້ມູນດ້ານສຸຂະພາບຂອງທ່ານແກ່ Medicare ລວມທັງຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບຢາຕາມແພ

ດສັ່ງ Part D ຂອງທ່ານ. ຖ້າ Medicare ເຜີຍແຜ່ຂໍ້ມູນຂອງທ່ານເພື່ອການຄົ້ນຄວ້າ ຫຼື ເພື່ອການນຳໃຊ້ອື່ນໆ, ສິ່ງນີ້ຕ້ອງດຳເນີນໄປຕາມກົດເກນ ແລະ ກົດລະບຽບຂອງລັດຖະບານກາງ; ໂດຍສະເພາະ, ສິ່ງນີ້ຕ້ອງການຂໍ້ມູນທີ່ສາມາດລະບຸຕົວຕົນທ່ານໄດ້ສະເພາະຈະບໍ່ຖືກການເປີດເຜີຍ.

ທ່ານສາມາດເບິ່ງຂໍ້ມູນໃນບັນທຶກຂອງທ່ານແລະຮູ້ວ່າມັນຖືກແບ່ງປັນກັບຄົນອື່ນແນວໃດ.

ທ່ານມີສິດເບິ່ງບັນທຶກທາງການແພດຂອງທ່ານທີ່ແຜນເກັບຮັກສາໄວ້ ແລະ ມີສິດຮັບສຳເນົາບັນທຶກຂອງທ່ານ. ທ່ານຍັງມີສິດຂໍໃຫ້ພວກເຮົາເພີ່ມ ຫຼື ແກ້ໄຂບົດບັນທຶກດ້ານການແພດຂອງທ່ານ. ຖ້າທ່ານຂໍໃຫ້ພວກເຮົາເຮັດສິ່ງນີ້, ພວກເຮົາຈະປະສານງານກັບຜູ້ໃຫ້ບໍລິການສຸຂະພາບຂອງທ່ານເພື່ອຕັດສິນວ່າສົມຄວນດຳເນີນການປ່ຽນແປງນັ້ນ ຫຼື ບໍ່.

ທ່ານມີສິດໃນການຮັບຮູ້ວິທີທີ່ຂໍ້ມູນດ້ານສຸຂະພາບຂອງທ່ານຖືກເປີດເຜີຍກັບຄົນອື່ນບໍ່ວ່າຈະຍ້ອນຈຸດປະສົງໃດໆກໍ່ຕາມທີ່ບໍ່ເປັນປົກກະຕິ.

ຖ້າທ່ານມີຄຳຖາມ ຫຼື ຄວາມກັງວົນກ່ຽວກັນຄວາມເປັນສ່ວນຕົວຂອງຂໍ້ມູນສ່ວນຕົວດ້ານສຸຂະພາບຂອງທ່ານ, ກະລຸນາໂທຫາຫນ່ວຍການບໍລິການສະມາຊິກ.

ແຈ້ງການກ່ຽວກັບການນຳໃຊ້ຂໍ້ມູນສ່ວນຕົວ

ແຈ້ງການສະບັບນີ້ອະທິບາຍວິທີທີ່ຂໍ້ມູນດ້ານການແພດກ່ຽວກັບທ່ານອາດຈະຖືກນຳໃຊ້ ແລະ ເປີດເຜີຍ ແລະ ວິທີທີ່ທ່ານສາມາດເຂົ້າເຖິງຂໍ້ມູນເຫຼົ່ານີ້. ກະລຸນາກວດເບິ່ງຄືນຢ່າງລະອຽດ.

ວັນທີມີຜົນສັກສິດ: 4 ສິງຫາ 2022

ບໍລິສັດ Commonwealth Care Alliance, Inc. ຖືກບັງຄັບໂດຍກົດໝາຍ (i) ໃຫ້ປົກປ້ອງຄວາມເປັນສ່ວນຕົວຂອງ**ຂໍ້ມູນດ້ານການແພດຂອງທ່ານ (ເຊິ່ງລວມມີຂໍ້ມູນດ້ານສຸຂະພາບພຶດຕິກຳ)**; (ii) ສົ່ງແຈ້ງການນຳໃຊ້ຂໍ້ມູນສ່ວນຕົວສະບັບນີ້ໂດຍອະທິບາຍຫນ້າທີ່ທາງກົດໝາຍຂອງພວກເຮົາ ແລະ ຫຼັກການນຳໃຊ້ຂໍ້ມູນສ່ວນຕົວທີ່ກ່ຽວກັບຂໍ້ມູນດ້ານການແພດ; ແລະ (iii) ແຈ້ງໃຫ້ທ່ານຊາບ, ຖ້າຂໍ້ມູນດ້ານການແພດທີ່ບໍ່ໄດ້ເຂົ້າລະຫັດຂອງທ່ານໄດ້ຮັບຜົນກະທົບຈາກການລະເມີດ.

ພວກເຮົາສະຫງວນສິດໃນການປ່ຽນແປງແຈ້ງການສະບັບນີ້ ແລະ ສິດເຮັດໃຫ້ການປ່ຽນແປງມີຜົນກັບຂໍ້ມູນດ້ານການແພດທີ່ພວກເຮົາເກັບຮັກສາທັງໝົດ. ຖ້າພວກເຮົາທຳການປ່ຽນແປງເນື້ອໃນຂອງແຈ້ງການ, ພວກເຮົາຈະ (i) ໂພສ໌ແຈ້ງການສະບັບລ່າສຸດໃນເວັບໄຊຂອງພວກເຮົາ; (ii) ໂພສ໌ແຈ້ງການສະບັບລ່າສຸດຕາມສະຖານທີ່ບ່ອນທີ່ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການສຸຂະພາບຂອງພວກເຮົາໃຫ້ບໍລິການ; ແລະ (iii) ເຮັດສຳເນົາຂອງແຈ້ງການສະບັບລ່າສຸດຕາມການຂໍ. ພວກເຮົາຍັງຈະສົ່ງຂໍ້ມູນແຈ້ງການສະບັບລ່າສຸດໃຫ້ກັບສະມາຊິກໃນແຜນສຸຂະພາບຂອງພວກເ

ຮົາ ແລະ ສົ່ງວິທີຮັບແຈ້ງການສະບັບລ່າສຸດ (ຫຼື ສຳເນົາຂອງແຈ້ງການ) ໃນການສົ່ງເອກະສານໃຫ້ສະມາຊິກໃນ ປີຕໍ່ໄປ. ພວກເຮົາຈຳເປັນຕ້ອງປະຕິບັດຕາມຂໍ້ກຳນົດໃນແຈ້ງການທີ່ມີຜົນນຳໃຊ້ໃນຂະນະນີ້.

ຂໍ້ມູນຕິດຕໍ່: ຖ້າທ່ານມີຄຳຖາມກ່ຽວກັບຂໍ້ມູນໃນແຈ້ງການສະບັບນີ້, ຕ້ອງການໃຊ້ສິດຂອງທ່ານ ຫຼື ຍື່ນຄຳຮ້ອງຟ້ອງ, ກະລຸນາຕິດຕໍ່:

Commonwealth Care Alliance, Inc.
ສົ່ງເຖິງ: Privacy and Security Officer
30 Winter Street
Boston, MA 02108
ໂທຟຣີ: 866-457-4953 (TTY 711)

ຂໍ້ທີ 1: ບໍລິສັດທີ່ແຈ້ງການມີຜົນນຳໃຊ້

ແຈ້ງການມີຜົນນຳໃຊ້ກັບບໍລິສັດ Commonwealth Care Alliance, Inc. ແລະ ບໍລິສັດໃນເຄືອທີ່ຢູ່ພາຍໄຕ້ກົດລະບຽບຄວາມເປັນສ່ວນຕົວ HIPAA ໃນຖານະ ອົງກອນທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ. ບາງບໍລິສັດຍ່ອຍເຫຼົ່ານີ້ແມ່ນ **ແຜນປະກັນສຸຂະພາບຂອງພວກເຮົາ**—ບໍລິສັດທີ່ສະຫນອງ ຫຼືຈ່າຍຄ່າຜົນປະໂຫຍດຂອງ Medicare Advantage, ຜົນປະໂຫຍດ Medicaid, ຫຼືຜົນປະໂຫຍດດ້ານການດູແລສຸຂະພາບອື່ນໆ, ເຊັ່ນ: ປະກັນໄພສຸຂະພາບ ຫຼື HMO. ບໍລິສັດຍ່ອຍອື່ນໆ ແມ່ນຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບຂອງພວກເຮົາ (**ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງພວກເຮົາ**) ທີ່ສະຫນອງການປິ່ນປົວໃຫ້ແກ່ຄົນເຈັບ, ເຊັ່ນ: ຄລີນິກການດູແລປະຖົມ.

ແຈ້ງການສະບັບນີ້ອະທິບາຍວິທີທີ່ອົງກອນທັງໝົດນີ້ໃຊ້ ແລະ ເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນດ້ານການແພດຂອງທ່ານ ແລະ ສິດຂອງທ່ານທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບຂໍ້ມູນນັ້ນໆ. ໃນກໍລະນີສ່ວນໃຫຍ່, ການໃຊ້ແຜນສຸຂະພາບຂອງພວກເຮົາ ແລະ ການເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນດ້ານການແພດຂອງທ່ານໃນທາງທີ່ຄ້າຍຄືກັນກັບຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງພວກເຮົາ ແລະ ສິດຂອງທ່ານທີ່ມີຕໍ່ຂໍ້ມູນດ້ານການແພດຂອງທ່ານແມ່ນຄ້າຍຄືກັນ. ແຕ່ວ່າ, ເມື່ອມີຄວາມແຕກຕ່າງ, ແຈ້ງການສະບັບນີ້ຈະອະທິບາຍຄວາມແຕກຕ່າງເຫຼົ່ານັ້ນ ດ້ວຍການອະທິບາຍວິທີທີ່ພວກເຮົາປະຕິບັດຕໍ່ຂໍ້ມູນດ້ານການແພດກ່ຽວກັບ**ສະມາຊິກແຜນສຸຂະພາບ**ທີ່ແຕກຕ່າງຈາກຂໍ້ມູນດ້ານສຸຂະພາບກ່ຽວກັບ**ຄົນເຈັບຂອງແພດຜູ້ປິ່ນປົວ.**

ແຜນປະກັນສຸຂະພາບ ແລະ ແພດຜູ້ປິ່ນປົວທີ່ແຈ້ງການນີ້ມີຜົນນຳໃຊ້ລວມມີ:

ແຜນປະກັນສຸຂະພາບຂອງພວກເຮົາ

- Commonwealth Care Alliance Massachusetts, LLC
- Commonwealth Care Alliance Rhode Island, LLC
- CCA Health Michigan, Inc.
- CCA Health Plans of California, Inc.

ແພດຜູ້ປິ່ນປົວຂອງພວກເຮົາ

- Commonwealth Clinical Alliance, Inc.
- Boston's Community Medical Group, Inc. d/b/a CCA Primary Care
- Reliance PO of Michigan, Inc.
- instED™
- Marie's Place

<u>ຂໍ້ທີ 2: ຂໍ້ມູນທີ່ພວກເຮົາເກັບກຳ:</u>

ບຸກຄົນມີຄວາມຮັບຜິດຊອບໃນການໃຫ້ຂໍ້ມູນທີ່ຖືກຕ້ອງ ແລະ ຄົບຖ້ວນດ້ານການແພດສຳລັບ Commonwealth Care Alliance, Inc. ແລະ ບໍລິສັດໃນເຄືອ (CCA) ເພື່ອໃຫ້ການບໍລິການທີ່ມີຄຸນນະພາບ. CCA ມຸ່ງໝັ້ນທີ່ຈະປົກປ້ອງຄວາມລັບຂໍ້ມູນດ້ານການແພດຂອງບຸກຄົນທີ່ຖືກເກັບກຳ ຫຼື ສ້າງຂຶ້ນເປັນສ່ວນໜຶ່ງຂອງການປະຕິບັດການ ແລະ ການໃຫ້ການບໍລິການຂອງພວກເຮົາ. ເມື່ອທ່ານມີສ່ວນກ່ຽວພັນກັບພວກເຮົາໂດຍຜ່ານການບໍລິການຂອງພວກເຮົາ, ພວກເຮົາອາດເກັບກຳຂໍ້ມູນດ້ານການແພດ ແລະ ຂໍ້ມູນອື່ນໆຈາກທ່ານ, ດັ່ງທີ່ໄດ້ອະທິບາຍລຸ່ມນີ້.

ຂໍ້ມູນດ້ານການແພດອາດລວມເອົາຂໍ້ມູນສ່ວນຕົວ, ແຕ່ກໍ່ຖືວ່າເປັນຂໍ້ມູນດ້ານການແພດທັງໝົດໃນເວລາທີ່ທ່ານໃຫ້ຂໍ້ມູນຜ່ານ ຫຼື ກ່ຽວຂ້ອງກັບການບໍລິການ:

- ພວກເຮົາເກັບກຳຂໍ້ມູນເຊັ່ນ: ທີ່ຢູ່ອີເມວ, ຂໍ້ມູນສ່ວນຕົວ, ຂໍ້ມູນດ້ານການເງິນ ຫຼື ດ້ານປະຊາກອນຈາກທ່ານໃນເວລາທີ່ທ່ານໃຫ້ຂໍ້ມູນດັ່ງກ່າວກັບພວກເຮົາດ້ວຍຄວາມສະໝັກໃຈເຊັ່ນ: (ແຕ່ບໍ່ຈຳກັດເຖິງ) ເວລາທີ່ທ່ານຕິດຕໍ່ພວກເຮົາເພື່ອຂໍ, ປະກອບພອມອອນລາຍ, ຕອບການວິງສຳຫຼວດໃດໜຶ່ງຂອງພວກເຮົາ, ຕອບກັບໂຄສະນາ ຫຼື ອຸປະກອນໂປຣໂມຊັນ, ລົງທະບຽນເພື່ອເຂົ້າເຖິງການບໍລິການຂອງພວກເຮົາ ຫຼື ໃຊ້ການບໍລິການບາງຢ່າງ.
- ເມື່ອໃດທີ່ CCA ເກັບກຳຂໍ້ມູນດ້ານການແພດ, ພວກເຮົາຈະເຮັດໃຫ້ແຈ້ງການສະບັບນີ້ເຂົ້າເຖິງໄດ້. ດ້ວຍການໃຫ້ຂໍ້ມູນດ້ານການແພດແກ່ພວກເຮົາ, ທ່ານໄດ້ໃຫ້ການຍິນຍອມອະນຸມັດການນຳໃຊ້ຂໍ້ມູນເຫຼົ່ານັ້ນໂດຍໃຫ້ສອດຄ່ອງກັບແຈ້ງການສະບັບນີ້. ຖ້າທ່ານໃຫ້ຂໍ້ມູນກັບ CCA, ທ່ານຮັບຮູ້ ແລະ ເຫັນດີວ່າຂໍ້ມູນດັ່ງກ່າວອາດຖືກສົ່ງຕໍ່ຈາກບ່ອນທີ່ທ່ານຢູ່ໄປຫາອາຄານ ແລະ ເຊີບເວີອື່ນຂອງ CCA ແລະ ບຸກຄົນທີ່ສາມທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດຜູ້ທີ່ CCA ຮ່ວມທຸລະກິດ.

ຂໍ້ທີ 3: ວິທີທີ່ພວກເຮົາໃຊ້ ແລະ ເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນດ້ານການແພດຂອງທ່ານ

ຂໍ້ນີ້ຂອງແຈ້ງການຂອງພວກເຮົາອະທິບາຍວິທີທີ່ພວກເຮົາອາດນຳໃຊ້ ແລະ ເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນດ້ານການແພດຂອງທ່ານເພື່ອຈະໃຫ້ການປິ່ນປົວ, ຈ່າຍເງິນສຳລັບການປິ່ນປົວ, ຮັບການຈ່າຍເງິນສຳລັບການປິ່ນປົວ ແລະ ດຳເນີນທຸລະກິດຢ່າງມີປະສິດທິພາບ. ພາກນີ້ຍັງອະທິບາຍຄວາມຈຳເປັນອື່ນໆທີ່ພວກເຮົາອາດຕ້ອງນຳໃຊ້ ຫຼື ເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນດ້ານການແພດຂອງທ່ານ.

ຮູບແບບການປິ່ນປົວຂອງພວກເຮົາບັງຄັບໃຫ້ແຜນປະກັນສຸຂະພາບ ແລະ ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການສຸຂະພາບຂອງພວກເຮົາເຮັດວຽກຮ່ວມກັບຜູ້ໃຫ້ບໍລິການສຸຂະພາບອື່ນໆເພື່ອຈະໃຫ້ການບໍລິການດ້ານການແພດແກ່ທ່ານ. ພະນັກງານຜູ້ຊ່ຽວຊານ, ແພດໝໍ ແລະ ຜູ້ໃຫ້ການປິ່ນປົວອື່ນໆຂອງພວກເຮົາ (ເອີ້ນວ່າ ທີມງານດູແລ) ສາມາດເຂົ້າເຖິງຂໍ້ມູນດ້ານການແພດຂອງທ່ານ ແລະ ແບ່ງປັນຂໍ້ມູນຂອງທ່ານໃຫ້ກັນແລະກັນເທົ່າທີ່ຈຳເປັນເພື່ອປະຕິບັດການປິ່ນປົວ, ການຈ່າຍເງິນ ແລະ ການດຳເນີນການດູແລສຸຂະພາບຕາມກົດໝາຍອະນຸຍາດ.

ການປິ່ນປົວ: ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງພວກເຮົາອາດໃຊ້ຂໍ້ມູນດ້ານສຸຂະພາບຂອງຄົນເຈັບ ແລະ ພວກເຮົາອາດເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນດ້ານສຸຂະພາບເພື່ອສະໜອງ, ປະສານງານ ຫຼື ບໍລິຫານການດູແລສຸຂະພາບຂອງທ່ານ ແລະ ບໍລິການທີ່ກ່ຽວຂ້ອງຂອງທ່ານ. ນີ້ອາດລວມເອົາການຕິດຕໍ່ສື່ສານກັບຜູ້ໃຫ້ບໍລິການສຸຂະພາບອື່ນໆກ່ຽວກັບການປິ່ນປົວຂອງທ່ານ ແລະ ການປະສານງານ ແລະ ການບໍລິຫານການດູແລສຸຂະພາບຂອງທ່ານກັບຝ່າຍອື່ນໆ.

ຕົວຢ່າງ: ທ່ານໄດ້ອອກຈາກໂຮງໝໍ. ພະຍາບານຂອງພວກເຮົາອາດເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນດ້ານການແພດຂອງທ່ານກັບຫນ່ວຍງານດູແລສຸຂະພາບຢູ່ເຮືອນເພື່ອໃຫ້ແນ່ໃຈວ່າຈະທ່ານໄດ້ຮັບການບໍລິການທີ່ທ່ານຕ້ອງການພາຍຫຼັງອອກຈາກໂຮງໝໍ.

ການຈ່າຍເງິນ: ພວກເຮົາອາດໃຊ້ ແລະ ເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນດ້ານການແພດຂອງທ່ານເພື່ອຈ່າຍເງິນການບໍລິການສຸຂະພາບທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບ ແລະ ເພື່ອຮັບການຈ່າຍຈາກຄົນອື່ນສຳລັບການບໍລິການເຫຼົ່ານັ້ນ.

ຕົວຢ່າງ: ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບຂອງທ່ານອາດຈະສົ່ງຄຳຮ້ອງຮຽກເງິນຄືນເຖິງແຜນປະກັນສຸຂະພາບຂອງພວກເຮົາສຳລັບບໍລິການປິ່ນປົວທີ່ຈັດກຽມໃຫ້ທ່ານ. ແຜນປະກັນສຸຂະພາບອາດໃຊ້ຂໍ້ມູນນັ້ນເພື່ອຈ່າຍຄ່າຮຽກເງິນຄືນຈາກຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບຂອງທ່ານ ແລະ ອາດເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນດ້ານການແພດໃຫ້ກັບ Medicare ຫຼື Medicaid ໃນເວລາທີ່ແຜນສຸຂະພາບຕ້ອງການຈ່າຍເພື່ອການບໍລິການ.

ການດຳເນີນການດູແລສຸຂະພາບ: ພວກເຮົາອາດໃຊ້ ແລະ ເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນດ້ານການແພດຂອງທ່ານເພື່ອດຳເນີນກິດຈະກຳທາງທຸລະກິດທີ່ຫຼາກຫຼາຍທີ່ຊ່ວຍໃຫ້ພວກເຮົາບໍລິຫານຜົນປະໂຫຍດທີ່ທ່ານມີສິດໄດ້ຮັບພາຍໃຕ້ແຜນປະກັນສຸຂະພາບຂອງພວກເຮົາ ແລະ ການປິ່ນປົວທີ່ຈັດກຽມໂດຍຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງພວກເຮົາ. ຕົວຢ່າງ: ພວກເຮົາອາດໃຊ້ ແລະ ເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນດ້ານການແພດຂອງທ່ານເພື່ອ:

- ທົບທວນຄືນ ແລະ ຕີລາຄາຄວາມສາມາດ, ຄຸນສົມບັດ ແລະ ການປະຕິບັດໜ້າທີ່ຂອງຜູ້ໃຫ້ບໍລິການສຸຂະພາບທີ່ໃຫ້ການປິ່ນປົວທ່ານ.
- ປະສານງານກັບອົງການອື່ນທີ່ປະເມີນຄຸນນະພາບຂອງການປິ່ນປົວຂອງອື່ນໆ.
- ກຳນົດວ່າທ່ານມີສິດໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດພາຍໃຕ້ການຄຸ້ມຄອງຂອງພວກເຮົາຫຼືບໍ່; ແຕ່ກົດໝາຍຫ້າມບໍ່ໃຫ້ພວກເຮົາໃຊ້ຂໍ້ມູນທາງກຳມະພັນຂອງທ່ານເພື່ອຈຸດປະສົງໃນການຮັບປະກັນໄພ.

ກົດຈະກຳຮ່ວມ. ບໍລິສັດ Commonwealth Care Alliance, Inc. ແລະ ບໍລິສັດໃນເຄືອມີການຈັດກຽມການເຮັດວຽກຮ່ວມກັນເພື່ອປັບປຸງສຸຂະພາບ ແລະ ຫຼຸດຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ. ພວກເຮົາອາດຈະມີສ່ວນຮ່ວມໃນການຈັດການທີ່ຄ້າຍຄືກັນກັບຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບອື່ນໆ ແລະແຜນສຸຂະພາບ. ພວກເຮົາອາດຈະແລກປ່ຽນຂໍ້ມູນທ

າງການແພດຂອງທ່ານກັບຜູ້ເຂົ້າຮ່ວມອື່ນໆໃນການຈັດການເຫຼົ່ານີ້ສຳລັບການປິ່ນປົວ, ການຈ່າຍເງິນ ແລະ ການດຳເນີນງານການດູແລສຸຂະພາບທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບກິດຈະກຳຮ່ວມກັນຂອງ ການຈັດການດູແລສຸຂະພາບທີ່ຖືກຈັດຂຶ້ນ.

ບຸກຄົນທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບການດູແລຂອງທ່ານ: ພວກເຮົາອາດຈະເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນທາງການແພດຂອງທ່ານໃຫ້ກັບຍາດພີ່ນ້ອງ, ໝູ່ສະໜິດສ່ວນຕົວ ຫຼື ຄົນອື່ນໆທີ່ທ່ານລະບຸວ່າມີສ່ວນຮ່ວມໃນການດູແລຂອງທ່ານ. ຕົວຢ່າງ: ຖ້າທ່ານຂໍໃຫ້ພວກເຮົາແບ່ງປັນຂໍ້ມູນທາງການແພດຂອງທ່ານກັບຄູ່ສົມລົດຂອງທ່ານ, ພວກເຮົາຈະເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນທາງການແພດຂອງທ່ານໃຫ້ກັບຄູ່ສົມລົດຂອງທ່ານ. ພວກເຮົາຍັງອາດຈະເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນທາງການແພດຂອງທ່ານໃຫ້ກັບຄົນເຫຼົ່ານີ້, ຖ້າທ່ານບໍ່ພ້ອມທີ່ຈະຕົກລົງເຫັນດີ ແລະ ພວກເຮົາກຳນົດວ່າມັນເປັນຜົນປະໂຫຍດທີ່ດີທີ່ສຸດຂອງທ່ານ. ໃນກໍລະນີສຸກເສີນ, ພວກເຮົາອາດຈະໃຊ້ ຫຼື ເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນທາງການແພດຂອງເຈົ້າໃຫ້ກັບຍາດພີ່ນ້ອງ, ບຸກຄົນອື່ນທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບການດູແລຂອງທ່ານ ຫຼື ອົງການບັນເທົາທຸກໄພພິບັດ (ເຊັ່ນ: ອົງການກາແດງ), ຖ້າພວກເຮົາຕ້ອງການແຈ້ງໃຫ້ຄົນອື່ນຮູ້ກ່ຽວກັບສະຖານທີ່ ຫຼື ສະພາບຂອງທ່ານ.

ກົດໝາຍບັງຄັບ:ພວກເຮົາຈະໃຊ້ ແລະ ເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນທາງການແພດຂອງທ່ານທຸກຄັ້ງທີ່ກົດໝາຍກຳນົດໃຫ້ເຮັດແບບນັ້ນ. ຕົວຢ່າງ:

- ພວກເຮົາຈະເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນທາງການແພດໃນການຕອບສະໜອງຕໍ່ກັບຄຳສັ່ງຂອງສານ ຫຼື ໃນການຕອບສະໜອງຕໍ່ກັບໝາຍຮຽກ.
- ພວກເຮົາຈະໃຊ້ ຫຼື ເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນທາງການແພດເພື່ອຊ່ວຍໃນການເອີ້ນຄືນຜະລິດຕະພັນ ຫຼື ລາຍງານອາການທາງລົບຕໍ່ຢາ.
- ພວກເຮົາຈະເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນທາງການແພດໃຫ້ອົງການກວດກາສຸຂະພາບ, ເຊິ່ງເປັນອົງການທີ່ຮັບຜິດຊອບໃນການກວດສອບແຜນສຸຂະພາບ, ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບ, ລະບົບການດູແລສຸຂະພາບໂດຍທົ່ວໄປ ຫຼື ບາງໂຄງການຂອງລັດຖະບານ (ເຊັ່ນ: Medicare ແລະ Medicaid).
- ພວກເຮົາຈະເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນທາງການແພດຂອງບຸກຄົນຕໍ່ບຸກຄົນຜູ້ທີ່ມີຄຸນສົມບັດໃນຖານະເປັນຜູ້ຕາງໜ້າສ່ວນບຸກຄົນຂອງທ່ານ. ຜູ້ຕາງໜ້າສ່ວນບຸກຄົນມີສິດອຳນາດທາງກົດໝາຍເພື່ອດຳເນີນການໃນນາມຂອງບຸກຄົນເຊັ່ນ: ພໍ່ແມ່ ຫຼື ຜູ້ປົກຄອງຂອງເດັກ, ບຸກຄົນທີ່ມີອຳນາດໃນການດູແລສຸຂະພາບ ຫຼື ຜູ້ປົກຄອງທີ່ສານແຕ່ງຕັ້ງໃຫ້ແກ່ບຸກຄົນພິການ.

ໄພຂົ່ມຂູ່ຕໍ່ສຸຂະພາບ ຫຼື ຄວາມປອດໄພ: ພວກເຮົາອາດຈະໃຊ້ ຫຼື ເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນທາງການແພດຂອງທ່ານ, ຖ້າພວກເຮົາເຊື່ອວ່າມັນເປັນສິ່ງຈຳເປັນເພື່ອປ້ອງກັນ ຫຼື ຫຼຸດຜ່ອນໄພຂົ່ມຂູ່ທີ່ຮ້າຍແຮງຕໍ່ສຸຂະພາບ ຫຼື ຄວາມປອດໄພ.

ກິດຈະກຳດ້ານສາທາລະນະສຸກ: ພວກເຮົາອາດຈະນຳໃຊ້ ຫຼື ເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນທາງການແພດຂອງທ່ານສຳລັບກິດຈະກຳດ້ານສາທາລະນະສຸກເຊັ່ນ: ການກວດສອບພະຍາດ, ລາຍງານການລ່ວງລະເມີດເດັກນ້ອຍ ຫຼື ຄວາມຮຸນແຮງໃນຄອບຄົວ ແລະ ການລະເລີຍ ແລະ ການຕິດຕາມຢາ ຫຼື ອຸປະກອນທີ່ຄວບຄຸມໂດຍອົງການອາຫານ ແລະ ຢາ.

ການບັງຄັບໃຊ້ກົດໝາຍ: ພວກເຮົາອາດຈະເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນທາງການແພດຕໍ່ພະນັກງານບັງຄັບໃຊ້ກົດໝາຍເພື່ອຈຸດປະສົງການບັງຄັບໃຊ້ກົດໝາຍທີ່ຈຳກັດສະເພາະເຊັ່ນ: ການເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນທາງການແພດກ່ຽວກັບຜູ້ຖືກເຄາະຮ້າຍຈາກອາຊະຍາກຳ ຫຼື ເພື່ອຕອບສະໜອງຕໍ່ໝາຍຮຽກຂອງສານຄະນະລູກຂຸນໃຫຍ່. ພວກເຮົາຍັງອາດຈະເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນທາງການແພດກ່ຽວກັບນັກໂທດຢູ່ທີ່ຄ້າຍຄຸມຂັງດັດສ້າງ.

ເຈົ້າໜ້າທີ່ຊັນນະສູດສົບ ແລະ ອື່ນໆ: ພວກເຮົາອາດຈະເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນທາງການແພດໃຫ້ເຈົ້າໜ້າທີ່ຊັນນະສູດສົບ, ແພດກວດພະຍາດ ຫຼືຜູ້ຈັດການງານສົບ ຫຼື ອົງການຈັດຕັ້ງທີ່ຊ່ວຍໃນການປູກຖ່າຍອະໄວຍະວະ, ຕາ ແລະ ເນື້ອເຍື່ອ.

ຄ່າຊົດເຊີຍແຮງງານ: ພວກເຮົາອາດຈະເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນທາງການແພດຕາມການໃຫ້ອະນຸຍາດ ແລະ ປະຕິບັດຕາມກົດໝາຍການຊົດເຊີຍຂອງຜູ້ອອກແຮງງານ.

ອົງກອນຄົ້ນຄວ້າວິໄຈ: ພວກເຮົາອາດຈະນຳໃຊ້ ຫຼື ເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນທາງການແພດຂອງທ່ານສຳລັບການຄົ້ນຄວ້າທີ່ຕອບສະໜອງເງື່ອນໄຂສະເພາະໃດໜຶ່ງກ່ຽວກັບການປົກປ້ອງຄວາມເປັນສ່ວນຕົວຂອງຂໍ້ມູນທາງການແພດ.

ການເຮັດວຽກຂອງລັດຖະບານທີ່ແນ່ນອນ: ພວກເຮົາອາດຈະໃຊ້ ຫຼື ເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນທາງການແພດຂອງທ່ານສຳລັບການເຮັດວຽກຂອງລັດຖະບານທີ່ແນ່ນອນ, ລວມທັງແຕ່ບໍ່ຈຳກັດກິດຈະກຳຂອງທະຫານ ແລະ ນັກຮົບເກົ່າ ແລະ ກິດຈະກຳການປ້ອງກັນຊາດ ແລະ ຂ່າວລັບ.

ຜູ້ຮ່ວມທຸລະກິດ: ພວກເຮົາເຮັດສັນຍາກັບຜູ້ຂາຍເພື່ອປະຕິບັດໜ້າທີ່ໃນນາມຂອງພວກເຮົາ. ພວກເຮົາອະນຸຍາດໃຫ້ **ຜູ້ຮ່ວມທຸລະກິດ** ເຫຼົ່ານີ້ເກັບກຳ, ນຳໃຊ້ ຫຼື ເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນທາງການແພດ ໃນນາມຂອງພວກເຮົາເພື່ອປະຕິບັດໜ້າທີ່ເຫຼົ່ານີ້. ພວກເຮົາພວກພັນຕາມສັນຍາກັບຜູ້ຮ່ວມທຸລະກິດຂອງພວກເຮົາ (ແລະ ພວກເຂົາຖືກກຳນົດໂດຍກົດໝາຍ) ເພື່ອສະໜອງການປົກປ້ອງຄວາມເປັນສ່ວນຕົວແບບດຽວກັນທີ່ພວກເຮົາສະໜອງໃຫ້.

ການສື່ສານການລະດົມທຶນ: ພວກເຮົາອາດຈະນຳໃຊ້ ຫຼື ເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນທາງການແພດສຳລັບການລະດົມທຶນ. ຖ້າທ່ານໄດ້ຮັບການຮ້ອງຂໍການລະດົມທຶນຈາກພວກເຮົາ (ຫຼື ໃນນາມຂອງພວກເຮົາ), ທ່ານອາດຈະເລືອກອອກຈາກກິດຈະກຳການລະດົມທຶນໃນອະນາຄົດ.

ຂໍ້ທີ 4: ການນຳໃຊ້ ແລະ ການເປີດເຜີຍອື່ນໆຮຽກຮ້ອງໃຫ້ມີການຂໍອະນຸຍາດລ່ວງໜ້າຈາກທ່ານ

ຍົກເວັ້ນຕາມທີ່ອະທິບາຍໄວ້ຂ້າງເທິງ, ພວກເຮົາຈະບໍ່ໃຊ້ ຫຼື ເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນທາງການແພດຂອງທ່ານໂດຍບໍ່ມີການອະນຸຍາດເປັນລາຍລັກອັກສອນ (**ການອະນຸຍາດ**). ພວກເຮົາອາດຈະຕິດຕໍ່ທ່ານເພື່ອຂໍໃຫ້ທ່ານເຊັນແບບຟອມການອະນຸຍາດສຳລັບການນຳໃຊ້ ແລະ ການເປີດເຜີຍຂອງພວກເຮົາ ຫຼື ທ່ານອາດຈະຕິດຕໍ່ພວກເຮົາເພື່ອເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນທາງການແພດຂອງທ່ານກັບບຸກຄົນອື່ນ ແລະ ພວກເຮົາຈຳເປັນຕ້ອງໄດ້ຂໍໃຫ້ທ່ານເຊັນແບບຟອມການອະນຸຍາດ.

ຖ້າຫາກທ່ານລົງນາມໃນການອະນຸຍາດເປັນລາຍລັກອັກສອນ, ທ່ານອາດຈະຖອນຄືນພາຍຫຼັງ (ຫຼື ຍົກເລີກ) ການອະນຸຍາດຂອງທ່ານ. ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຖອນການອະນຸຍາດຂອງທ່ານ, ທ່ານຕ້ອງເຮັດເປັນລາຍລັກອັກສອນ (ສິ່ງສິ່ງນີ້ໃຫ້ພວກເຮົາໂດຍໃຊ້**ຂໍ້ມູນຕິດຕໍ່**ໃນຕອນຕົ້ນຂອງແຈ້ງການນີ້). ຖ້າທ່ານຖອນການອະນຸຍາດຂອງທ່ານ, ພວກເຮົາຈະຢຸດເຊົາການນຳໃຊ້ ຫຼື ເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນທາງການແພດຂອງທ່ານໂດຍອີງໃສ່ການອະນຸຍາດຍົກເວັ້ນໃນຂອບເຂດທີ່ພວກເຮົາໄດ້ປະຕິບັດໂດຍອີງໃສ່ການອະນຸຍາດ. ຕໍ່ໄປນີ້ແມ່ນການນຳໃຊ້ ຫຼື ການເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນທາງການແພດຂອງທ່ານທີ່ພວກເຮົາຕ້ອງການເພື່ອການອະນຸຍາດເປັນລາຍລັກອັກສອນຂອງທ່ານ:

- **ການນຳໃຊ້ ຫຼື ການເປີດເຜີຍສຳລັບຈຸດປະສົງການຕະຫຼາດ:** ພວກເຮົາພຽງແຕ່ອາດຈະໃຊ້ ຫຼື ເ ປີດເຜີຍຂໍ້ມູນທາງການແພດຂອງທ່ານເພື່ອຈຸດປະສົງ ການຕະຫຼາດ ເທົ່ານັ້ນ, ຖ້າພວກເຮົາໄດ້ຮັບການອະນຸຍາດເປັນລາຍລັກອັກສອນຂອງທ່ານ. ຢ່າງໃດກໍຕາມ, ພວກເຮົາອາດຈະສົ່ງຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບຜະລິ

ດຕະພັນ ແລະ ການບໍລິການທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບສຸຂະພາບບາງຢ່າງໂດຍບໍ່ມີການອະນຸຍາດເປັນລາຍລັກອັກສອນຂອງທ່ານ, ຕາບໃດທີ່ບໍ່ມີໃຜຈ່າຍເງິນໃຫ້ພວກເຮົາເພື່ອສົ່ງຂໍ້ມູນ.

- **ການຂາຍຂໍ້ມູນທາງການແພດຂອງທ່ານ:** Commonwealth Care Alliance, Inc. ຈະບໍ່ຂາຍຂໍ້ມູນທາງການແພດຂອງທ່ານ. ຖ້າພວກເຮົາເຮັດ, ພວກເຮົາຕ້ອງຂໍອະນຸຍາດເປັນລາຍລັກອັກສອນຈາກທ່ານ.
- **ການນຳໃຊ້ ແລະ ການເປີດເຜີຍບັນທຶກການປິ່ນປົວທາງຈິດ**: ຍົກເວັ້ນສຳລັບກິດຈະກຳການປິ່ນປົວ, ການຈ່າຍເງິນ ແລະ ກິດຈະກຳການດູແລສຸຂະພາບບາງຢ່າງ ຫຼື ຕາມທີ່ກົດໝາຍກຳນົດໄວ້, ພວກເຮົາອາດຈະໃຊ້ ຫຼື ເປີດເຜີຍບັນທຶກການປິ່ນປົວທາງຈິດຂອງທ່ານເມື່ອພວກເຮົາໄດ້ຮັບອະນຸຍາດເປັນລາຍລັກອັກສອນຂອງທ່ານເທົ່ານັ້ນ.

ພາກທີ 5: ທ່ານມີສິດກ່ຽວກັບຂໍ້ມູນທາງການແພດຂອງທ່ານ

ທ່ານມີສິດທີ່ແນ່ນອນກ່ຽວກັບຂໍ້ມູນທາງການແພດຂອງທ່ານ. ເພື່ອໃຊ້ສິດເຫຼົ່ານີ້, ທ່ານສາມາດຕິດຕໍ່ພວກເຮົາໂດຍໃຊ້**ຂໍ້ມູນການຕິດຕໍ່**ໃນຕອນຕົ້ນຂອງແຈ້ງການນີ້.

ສິດໃນການຂໍສຳເນົາຂອງແຈ້ງການນີ້: ທ່ານມີສິດທີ່ຈະໄດ້ຮັບສຳເນົາເອກະສານຂອງແຈ້ງການກ່ຽວກັບການປະຕິບັດຄວາມເປັນສ່ວນຕົວຂອງພວກເຮົາໄດ້ທຸກເວລາ, ເຖິງແມ່ນວ່າທ່ານຈະຕົກລົງທີ່ຈະຮັບແຈ້ງການທາງອີເລັກໂທຣນິກ.

ສິດທິໃນການເຂົ້າເຖິງການກວດສອບ ແລະ ສຳເນົາ: ທ່ານມີສິດທີ່ຈະກວດສອບ (ເບິ່ງ ຫຼື ທົບທວນຄືນ) ແລະ ໄດ້ຮັບສຳເນົາ ຫຼື ບົດສະຫຼຸບຂອງຂໍ້ມູນທາງການແພດຂອງທ່ານທີ່ພວກເຮົາຮັກສາໄວ້ໃນ ບັນທຶກທີ່ກຳນົດໄວ້. ຖ້າພວກເຮົາຮັກສາຂໍ້ມູນນີ້ໃນຮູບແບບອີເລັກໂທຣນິກ, ທ່ານອາດຈະໄດ້ຮັບສຳເນົາເອເລັກໂທຣນິກຂອງບັນທຶກເຫຼົ່ານີ້. ທ່ານອາດຈະສັ່ງໃຫ້ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບຂອງພວກເຮົາສົ່ງສຳເນົາອີເລັກໂທຣນິກຂອງຂໍ້ມູນທີ່ພວກເຮົາຮັກສາກ່ຽວກັບທ່ານຢູ່ໃນບັນທຶກທາງການແພດເອເລັກໂທຣນິກໄປຫາພາກສ່ວນທີສາມ. ທ່ານຕ້ອງໃຫ້ຄຳຮ້ອງຂໍການເຂົ້າເຖິງນີ້ໃຫ້ພວກເຮົາເປັນລາຍລັກອັກສອນ. ພວກເຮົາອາດຈະຮຽກເກັບຄ່າທຳນຽມທີ່ເໝາະສົມກັບທ່ານເພື່ອຈ່າຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍສຳລັບການສຳເນົາຂໍ້ມູນທາງການແພດຂອງທ່ານ. ອີງຕາມກົດລະບຽບຄວາມເປັນສ່ວນຕົວຂອງ (Health Insurance Portability and Accountability Act,HIPAA) ແລະ ໃນສະຖານະການທີ່ຈຳກັດຫຼາຍ, ພວກເຮົາອາດຈະປະຕິເສດຄຳຮ້ອງຂໍນີ້. ພວກເຮົາຈະໃຫ້ການປະຕິເສດເປັນລາຍລັກອັກສອນໃຫ້ທ່ານບໍ່ເກີນ 30 ວັນຕາມປະຕິທິນຫຼັງຈາກຄຳຮ້ອງຂໍ (ຫຼື ບໍ່ເກີນ 60 ວັນຕາມປະຕິທິນ, ຖ້າພວກເຮົາແຈ້ງໃຫ້ທ່ານຊາບກ່ຽວກັບການຂະຫຍາຍເວລາ).

ສິດທິໃນການຮ້ອງຂໍຂໍ້ມູນທາງການແພດໄດ້ຮັບການປັບປຸງ: ຖ້າທ່ານເຊື່ອວ່າຂໍ້ມູນທາງການແພດທີ່ພວກເຮົາມີນັ້ນບໍ່ຖືກຕ້ອງ ຫຼື ບໍ່ຄົບຖ້ວນ, ທ່ານມີສິດຮ້ອງຂໍໃຫ້ພວກເຮົາປ່ຽນແປງ, ແກ້ໄຂ ຫຼື ເພີ່ມຂໍ້ມູນທາງການແພດຂອງທ່ານ. ການຮ້ອງຂໍຂອງທ່ານຕ້ອງເປັນລາຍລັກອັກສອນ ແລະ ປະກອບມີຄຳອະທິບາຍວ່າເປັນຫຍັງຂໍ້ມູນຂອງພວກເຮົາຈຳເປັນຕ້ອງມີການປ່ຽນແປງ. ຖ້າພວກເຮົາເຫັນດີ, ພວກເຮົາຈະປ່ຽນຂໍ້ມູນຂອງທ່ານ. ຖ້າພວກເຮົາບໍ່ເຫັນດີ, ພວກເຮົາຈະໃຫ້ຄຳອະທິບາຍພ້ອມກັບການເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນໃນອະນາຄົດ.

ສິດໃນບັນຊີຂອງການເປີດເຜີຍ: ທ່ານມີສິດທີ່ຈະໄດ້ຮັບບັນຊີລາຍຊື່ຂອງການເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນບາງຢ່າງທີ່ພວກເຮົາສ້າງຂໍ້ມູນທາງການແພດຂອງທ່ານ (**ການເປີດເຜີຍບັນຊີ**). ບັນຊີລາຍຊື່ດັ່ງກ່າວຈະບໍ່ລວມເອົາການເປີດເຜີຍສຳລັບການປິ່ນປົວ, ການຈ່າຍເງິນ ແລະ ການດຳເນີນງານການດູແລສຸຂະພາບ, ການເປີດເຜີຍທີ່ດົນກວ່າຫົກປີຜ່ານມາ ຫຼື ການເປີດເຜີຍບາງຢ່າງອື່ນໆ. ພວກເຮົາຈະສະໜອງການບັນຊີໜຶ່ງໃນແຕ່ລະປີໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າແຕ່ອາດຈະຄິດຄ່າທຳນຽມທີ່ສົມເຫດສົມຜົນ, ອີງຕາມຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຖ້າທ່ານຮ້ອງຂໍໃຫ້ມີບັນຊີອື່ນພາຍໃນ 12 ເດືອນ. ທ່ານຕ້ອງຍື່ນຄຳຮ້ອງຂໍສຳລັບບັນຊີການເປີດເຜີຍເປັນລາຍລັກອັກສອນ.

ສິດໃນການຮ້ອງຂໍການຈຳກັດໃນການນຳໃຊ້ ແລະ ການເປີດເຜີຍ: ທ່ານມີສິດທີ່ຈະຮ້ອງຂໍໃຫ້ພວກເຮົາຈຳກັດວິທີທີ່ພວກເຮົາໃຊ້ ແລະ ເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນທາງການແພດຂອງທ່ານ (i) ສຳລັບການປິ່ນປົວ, ການຈ່າຍເງິນ ແລະ ການດຳເນີນງານການດູແລສຸຂະພາບ ຫຼື (ii) ໃຫ້ກັບບຸກຄົນທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບການດູແລຂອງທ່ານ. ຍົກເວັ້ນຕາມທີ່ອະທິບາຍໄວ້ຂ້າງລຸ່ມນີ້, ພວກເຮົາບໍ່ຈຳເປັນຕ້ອງຕົກລົງເຫັນດີກັບຂໍ້ຈຳກັດທີ່ຮ້ອງຂໍຂອງທ່ານ. ຖ້າພວກເຮົາຕົກລົງເຫັນດີກັບຄຳຮ້ອງຂໍຂອງທ່ານ, ພວກເຮົາຈະປະຕິບັດຕາມຂໍ້ຈຳກັດຂອງທ່ານ, ເວັ້ນເສຍແຕ່ວ່າຂໍ້ມູນທີ່ຈຳເປັນສຳລັບການປິ່ນປົວສຸກເສີນ.

ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບຂອງພວກເຮົາຕ້ອງເຫັນດີກັບຄຳຮ້ອງຂໍຂອງທ່ານເພື່ອຈຳກັດການເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນທາງການແພດ, ຖ້າ (i) ການເປີດເຜີຍແມ່ນສຳລັບການຈ່າຍເງິນ ຫຼື ການດຳເນີນງານການດູແລສຸຂະພາບ (ແລະ ບໍ່ໄດ້ກຳນົດໂດຍກົດໝາຍ) ແລະ (ii) ຂໍ້ມູນທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບລາຍການ ຫຼື ບໍລິການດູແລສຸຂະພາບສຳລັບທ່ານ ຫຼື ບຸກຄົນອື່ນໃນນາມຂອງທ່ານ (ນອກເໜືອຈາກແຜນສຸຂະພາບຂອງພວກເຮົາ) ໄດ້ຈ່າຍເງິນເຕັມຈຳນວນ.

ສິດທິໃນການຮ້ອງຂໍວິທີການຕິດຕໍ່ທາງເລືອກ: ທ່ານມີສິດຮ້ອງຂໍເປັນລາຍລັກອັກສອນໃຫ້ພວກເຮົາຕິດຕໍ່ຫາທ່ານຢູ່ສະຖານອື່ນ ຫຼື ນຳໃຊ້ວິທີການອື່ນ. ຕົວຢ່າງ: ທ່ານອາດຈະຕ້ອງການໃຫ້ຂໍ້ມູນລາຍລັກອັກສອນທັງໝົດຖືກສົ່ງໄປຫາທີ່ຢູ່ບ່ອນເຮັດວຽກຂອງທ່ານແທນທີ່ຈະເປັນທີ່ຢູ່ເຮືອນ ຫຼື ອີເມວຫາທ່ານ. ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບຂອງພວກເຮົາຈະຕົກລົງເຫັນດີກັບການຮ້ອງຂໍທີ່ສົມເຫດສົມຜົນສຳລັບວິທີການຕິດຕໍ່ທາງເລືອກ.

ພາກທີ 6: ທ່ານສາມາດຍື່ນຄຳຮ້ອງທຸກກ່ຽວກັບການປະຕິບັດຄວາມເປັນສ່ວນຕົວຂອງພວກເຮົາ

ຖ້າທ່ານເຊື່ອວ່າສິດທິຄວາມເປັນສ່ວນຕົວຂອງທ່ານຖືກລະເມີດ, ທ່ານສາມາດຍື່ນຄຳຮ້ອງຮຽນເປັນລາຍລັກອັກສອນກັບ Commonwealth Care Alliance, Inc. ຫຼື ກະຊວງສາທາລະນະສຸກ ແລະ ການບໍລິການມະນຸດຂອງສະຫະລັດ.

Commonwealth Care Alliance, Inc. ຈະບໍ່ດຳເນີນການໃດໆຕໍ່ຕ້ານທ່ານ ຫຼື ປ່ຽນແປງວິທີທີ່ພວກເຮົາປະຕິບັດຕໍ່ທ່ານໃນທາງໃດກໍ່ຕາມ, ຖ້າທ່ານຍື່ນຄຳຮ້ອງທຸກ.

ເພື່ອຍື່ນຄຳຮ້ອງທຸກເປັນລາຍລັກອັກສອນ ຫຼື ຮ້ອງຂໍຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມຈາກ Commonwealth Care Alliance, Inc., ຕິດຕໍ່ພວກເຮົາໂດຍໃຊ້**ຂໍ້ມູນການຕິດຕໍ່**ໃນຕອນຕົ້ນຂອງແຈ້ງການນີ້.

ຂໍ້ທີ 1.5	**ພວກເຮົາຕ້ອງໃຫ້ຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບແຜນ, ເຄືອຂ່າຍຂອງຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງຕົນ, ແລະການບໍລິການທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງຂອງທ່ານ.**

ໃນຖານະເປັນສະມາຊິກຂອງ **CCA Medicare Preferred**, ທ່ານມີສິດທີ່ຈະໄດ້ຮັບຂໍ້ມູນຫຼາຍປະເພດຈາກພວກເຮົາ.

ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຂໍ້ມູນປະເພດຕໍ່ໄປນີ້, ກະລຸນາຕິດຕໍ່ຫາສູນບໍລິການສະມາຊິກ:

- **ຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາ.** ຕົວຢ່າງ: ສິ່ງນີ້ປະກອບມີຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບສະພາບການເງິນຂອງແຜນປະກັນ.
- **ຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບຜູ້ໃຫ້ບໍລິການເຄືອຂ່າຍ ແລະ ຮ້ານຂາຍຢາຂອງພວກເຮົາ.** ທ່ານມີສິດທີ່ຈະໄດ້ຮັບຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບຄຸນສົມບັດຂອງຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ ແລະ ຮ້ານຂາຍຢາໃນເຄືອຂ່າຍຂອງພວກເຮົາ ແລະ ວິທີທີ່ພວກເຮົາຈ່າຍເງິນໃຫ້ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການໃນເຄືອຂ່າຍຂອງພວກເຮົາ.
- **ຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບການບໍລິການການຄຸ້ມຄອງຂອງທ່ານ ແລະ ກົດລະບຽບທີ່ທ່ານຕ້ອງປະຕິບັດໃນເວລາທີ່ການນຳໃຊ້ການຄຸ້ມຄອງຂອງທ່ານ.** ບົດທີ 3 ແລະ 4 ຂອງ Evidence of Coverage ຂອງທ່ານໃຫ້ຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບການບໍລິການທາງການແພດ. ພາກທີ 5 ແລະ 6 ໃຫ້ຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບການຄຸ້ມຄອງຢາຕາມໃບສັ່ງຂອງພາກ D.
- **ຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບວ່າເປັນຫຍັງບາງສິ່ງບາງຢ່າງບໍ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ ແລະ ສິ່ງທີ່ທ່ານສາມາດເຮັດໄດ້ກ່ຽວກັບມັນ.** ບົດທີ 9 ຂອງ Evidence of Coverage ຂອງທ່ານໃຫ້ຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບການຮ້ອງຂໍໃຫ້ມີຄຳອະທິບາຍເປັນລາຍລັກອັກສອນກ່ຽວກັບວ່າເປັນຫຍັງການບໍລິການທາງການແພດຫຼືຢາພາກ D ບໍ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງຫຼືຖ້າການຄຸ້ມຄອງຂອງທ່ານຖືກຈຳກັດ. ບົດທີ 9 ຍັງໃຫ້ຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບການຂໍໃຫ້ພວກເຮົາປ່ຽນແປງການຕັດສິນໃຈ, ເຊິ່ງເອີ້ນວ່າການອຸທອນ.

ຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບຄວາມຮັບຜິດຊອບຂອງທ່ານໃນຖານະເປັນສະມາຊິກຂອງແຜນການຂອງພວກເຮົາ. ທ່ານມີຄວາມຮັບຜິດຊອບບາງຢ່າງທີ່ທ່ານຕ້ອງປະຕິບັດໃນຖານະສະມາຊິກຂອງ CCA Medicare Preferred.

ຂໍ້ທີ 1.6	ພວກເຮົາຕ້ອງສະຫນັບສະຫນູນສິດທິຂອງທ່ານທີ່ຈະມີສ່ວນຮ່ວມກັບຜູ້ປະຕິບັດການແລະຜູ້ໃຫ້ບໍລິການໃນ ການຕັດສິນໃຈກ່ຽວກັບການດູແລຂອງທ່ານ

ທ່ານມີສິດທີ່ຈະຮູ້ທາງເລືອກການປິ່ນປົວຂອງທ່ານແລະມີສ່ວນຮ່ວມໃນການຕັດສິນໃຈກ່ຽວກັບການດູແລສຸຂະພາບຂອງທ່ານ.

ທ່ານມີສິດທີ່ຈະໄດ້ຮັບຂໍ້ມູນຄົບຖ້ວນຈາກທ່ານໝໍ ແລະຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບອື່ນໆ. ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງທ່ານຕ້ອງອະທິບາຍສະພາບທາງການແພດຂອງທ່ານ ແລະ ຕົວເລືອກການປິ່ນປົວຂອງທ່ານ**ໃນວິທີທີ່ທ່ານສາມາດເຂົ້າໃຈໄດ້.**

ນອກນັ້ນທ່ານຍັງມີສິດທີ່ຈະມີສ່ວນຮ່ວມຢ່າງເຕັມສ່ວນໃນການຕັດສິນໃຈກ່ຽວກັບການດູແລສຸຂະພາບຂອງທ່ານ. ເພື່ອຊ່ວຍໃຫ້ທ່ານຕັດສິນໃຈກັບຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບຂອງທ່ານກ່ຽວກັບການປິ່ນປົວທີ່ດີທີ່ສຸດສຳລັບທ່ານ, ສິດທິຂອງທ່ານປະກອບມີດັ່ງຕໍ່ໄປນີ້:

- **ເພື່ອຮູ້ກ່ຽວກັບຕົວເລືອກຂອງທ່ານທັງໝົດ.** ທ່ານມີສິດທີ່ຈະມີການສົນທະນາກ່ຽວກັບທາງເລືອກການປິ່ນປົວທີ່ເໝາະສົມ ຫຼື ມີຄວາມຈຳເປັນທາງການແພດທີ່ແນະນຳສຳລັບສຸຂະພາບຂອງທ່ານ, ບໍ່ວ່າຈະມີຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ ຫຼື ວ່າພວກມັນໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງໂດຍແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາ. ມັນຍັງລວມເຖິງການແຈ້ງກ່ຽວກັບໂຄງການທີ່ແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາສະເໜີໃຫ້ເພື່ອຊ່ວຍສະມາຊິກໃນການຄຸ້ມຄອງຢາຂອງພວກເຂົາ ແລະ ນຳໃຊ້ຢາຢ່າງປອດໄພ.
- **ເພື່ອຮູ້ກ່ຽວກັບຄວາມສ່ຽງ.** ທ່ານມີສິດໄດ້ຮັບຮູ້ກ່ຽວກັບຄວາມສ່ຽງຕ່າງໆທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບການດູແລຂອງທ່ານ. ທ່ານຕ້ອງໄດ້ຮັບແຈ້ງລ່ວງໜ້າ, ຖ້າຫາກວ່າການດູແລທາງການແພດ ຫຼື ການປິ່ນປົວທີ່ສະເໜີໃຫ້ແມ່ນສ່ວນໜຶ່ງຂອງການທົດລອງຄົ້ນຄ້ວາ. ທ່ານມີທາງເລືອກສະເໝີທີ່ຈະປະຕິເສດການປິ່ນປົວແບບທົດລອງໃດໆ.
- **ສິດທີ່ຈະເວົ້າວ່າ "ບໍ່"**. ທ່ານມີສິດທີ່ຈະປະຕິເສດການປິ່ນປົວທີ່ແນະນຳ. ນີ້ລວມທັງສິດທີ່ຈະອອກຈາກໂຮງໝໍ ຫຼື ສະຖານທີ່ທາງການແພດອື່ນໆ, ເຖິງແມ່ນວ່າຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບຂອງທ່ານແນະນຳທ່ານບໍ່ໃຫ້ອອກ. ທ່ານຍັງມີສິດທີ່ຈະຍຸດເຊົາການກິນຢາຂອງທ່ານ. ແນ່ນອນ, ຖ້າທ່ານປະຕິເສດການປິ່ນປົວ ຫຼື ຍຸດເຊົາການກິນຢາ, ທ່ານຍອມຮັບຄວາມຮັບຜິດຊອບທຸກຢ່າງສຳລັບສິ່ງທີ່ຈະເກີດຂຶ້ນກັບຮ່າງກາຍຂອງທ່ານເຊິ່ງເປັນຜົນຕາມມາ.

ທ່ານມີສິດທີ່ຈະໃຫ້ຄຳແນະນຳກ່ຽວກັບສິ່ງທີ່ຕ້ອງເຮັດ, ຖ້າທ່ານບໍ່ສາມາດຕັດສິນໃຈທາງການແພດສຳລັບຕົວທ່ານເອງ

ບາງຄັ້ງ ຄົນເຮົາບໍ່ສາມາດຕັດສິນໃຈດູແລສຸຂະພາບດ້ວຍຕົນເອງໄດ້ຍ້ອນອຸປະຕິເຫດ ຫຼືພະຍາດຮ້າຍແຮງ. ທ່ານມີສິດທີ່ຈະເວົ້າສິ່ງທີ່ທ່ານຕ້ອງການທີ່ຈະເກີດຂຶ້ນ, ຖ້າຫາກວ່າທ່ານຢູ່ໃນສະຖານະການນີ້. *ຖ້າທ່ານຕ້ອງການ*, ນີ້ໝາຍຄວາມວ່າທ່ານສາມາດ:

- ຕື່ມແບບຟອມເປັນລາຍລັກອັກສອນເພື່ອໃຫ້ **ອຳນາດທາງກົດໝາຍຕັດສິນໃຈດ້ານການແພດ ໃຫ້ແກ່ທ່ານ** ຖ້າທ່ານບໍ່ສາມາດຕັດສິນໃຈໄດ້ດ້ວຍຕົນເອງ.
- **ໃຫ້ຄຳແນະນຳເປັນລາຍລັກອັກສອນແກ່ທ່ານໝໍຂອງທ່ານກ່ຽວກັບວິທີ**ທີ່ທ່ານຕ້ອງການໃຫ້ພວກເຂົາຈັດການກັບການດູແລທາງການແພດຂອງທ່ານ, ຖ້າທ່ານບໍ່ສາມາດຕັດສິນໃຈດ້ວຍຕົນເອງ.

ເອກະສານທາງກົດໝາຍທີ່ທ່ານສາມາດນຳໃຊ້ເພື່ອໃຫ້ທິດທາງຂອງທ່ານລ່ວງໜ້າໃນສະຖານະການເຫຼົ່ານີ້ເອີ້ນວ່າໜັງສືເຈດຈຳນົງ**ລ່ວງໜ້າ*. ໜັງສືເຈດຈຳນົງລ່ວງໜ້າມີຫຼາຍປະເພດແຕກຕ່າງກັນ ແລະ ພວກມັນມີຫຼາຍຊື່. ເອກະສານທີ່ເອີ້ນວ່າ **ພິໃນກຳ** ແລະ **ໜັງສືມອບອຳນາດສຳລັບການດູແລສຸຂະພາບ** ແມ່ນຕົວຢ່າງຂອງ ພິໃນກຳຊີວິດ.

ຖ້າທ່ານຕ້ອງການໃຊ້ **ທິດຊີ້ນຳລ່ວງຫນ້າ** ເພື່ອໃຫ້ຄຳແນະນຳຂອງທ່ານ, ນີ້ແມ່ນສິ່ງທີ່ຕ້ອງເຮັດ:

- **ເອົາແບບຟອມ.** ທ່ານສາມາດຮັບເອົາແບບຟອມ ພິໃນກຳຊີວິດ ຈາກທະນາຍຄວາມຂອງທ່ານ, ຈາກພະນັກງານສັງຄົມສົງເຄາະ ຫຼື ຈາກຮ້ານຂາຍເຄື່ອງຫ້ອງການອື່ນໆ. ບາງຄັ້ງທ່ານສາມາດຮັບເອົາແບບຟອມ ພິໃນກຳຊີວິດ ຈາກອົງກອນທີ່ໃຫ້ຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບ Medicare. ທ່ານຍັງສາມາດຕິດຕໍ່ບໍລິການສະມາຊິກເພື່ອຂໍແບບຟອມໄດ້.
- **ປະກອບຂໍ້ມູນ ແລະ ວົງລາຍເຊັນ.** ບໍ່ວ່າທ່ານຈະໄດ້ຮັບແບບຟອມນີ້ຢູ່ໃສ, ກະລຸນາຈື່ໄວ້ວ່າມັນເປັນເອກະສານທາງກົດໝາຍ. ທ່ານຄວນພິຈາລະນາວ່າຄວນມີທະນາຍຄວາມຊ່ວຍທ່ານກະກຽມເອກະສານ.
- **ໃຫ້ສຳເນົານີ້ແກ່ບຸກຄົນທີ່ເໝາະສົມ.**ທ່ານຄວນເອົາສຳເນົາແບບຟອມ ໃຫ້ທ່ານຫມໍຂອງທ່ານແລະຄົນທີ່ທ່ານໃສ່ຊື່ໃນແບບຟອມ ຜູ້ທີ່ສາມາດຕັດສິນໃຈໃຫ້ທ່ານຖ້າທ່ານເຮັດບໍ່ໄດ້. ທ່ານອາດຈະຕ້ອງການໃຫ້ສຳເນົາແກ່ໝູ່ສະໜິດ ຫຼື ສະມາຊິກໃນຄອບຄົວ. ເກັບຮັກສາສຳເນົາໄວ້ເຮືອນ.

ຖ້າທ່ານຮູ້ລ່ວງໜ້າວ່າທ່ານຈະເຂົ້າໂຮງໝໍ ແລະ ທ່ານໄດ້ເຊັນ ພິໃນກຳຊີວິດ ແລ້ວ, **ກະລຸນາເອົາສະບັບສຳເນົາໄປໂຮງໝໍກັບທ່ານ*.

- ໂຮງໝໍຈະຖາມທ່ານວ່າທ່ານໄດ້ເຊັນພິໃນກຳຊີວິດ ແລະ ທ່ານໄດ້ເອົາມັນມາກັບທ່ານ ຫຼື ບໍ່.
- ຖ້າທ່ານບໍ່ໄດ້ເຊັນແບບຟອມພິໃນກຳຊີວິດ, ໂຮງຫມໍມີແບບຟອມໃຫ້ ແລະ ຈະຖາມວ່າທ່ານຕ້ອງການເຊັນຫຼືບໍ່.

ກະລຸນາຮັບຮູ້ວ່າມັນແມ່ນທາງເລືອກຂອງທ່ານວ່າທ່ານຕ້ອງການທີ່ຈະຂຽນພິໃນກຳຊີວິດຫຼືບໍ່ (ລວມທັງວ່າທ່ານຕ້ອງການທີ່ຈະວົງລາຍເຊັນ ຖ້າວ່າທ່ານເຂົ້າໂຮງໝໍ). ອີງຕາມກົດໝາຍ, ບໍ່ມີໃຜສາມາດປະຕິເສດການດູແລຂອງທ່ານ ຫຼື ເລືອກປະຕິບັດຕໍ່ທ່ານໂດຍອີງໃສ່ວ່າທ່ານໄດ້ເຊັນພິໃນກຳຊີວິດ ຫຼື ບໍ່.

ຈະເປັນແນວໃດຖ້າຄຳແນະນຳຂອງທ່ານບໍ່ໄດ້ປະຕິບັດຕາມ?

ຖ້າທ່ານໄດ້ລົງນາມໃນທິດຊີ້ນຳລ່ວງຫນ້າ, ແລະທ່ານເຊື່ອວ່າທ່ານຫມໍຫຼືໂຮງຫມໍ ບໍ່ໄດ້ປະຕິບັດຕາມຄຳແນະນຳໃນນັ້ນ, ທ່ານສາມາດຍື່ນຄຳຮ້ອງຮຽນເຖິງພະແນກການຮ້ອງທຸກດ້ານສຸຂະພາບຂອງ Rhode Island ໂດຍການໂທຫາ 401-222-5200. ນອກນັ້ນທ່ານຍັງສາມາດຕິດຕໍ່ພະແນກການຮ້ອງທຸກດ້ານສຸຂະພາບຂອງ Rhode Island ເພື່ອຍື່ນຄຳຮ້ອງທຸກຕໍ່ກັບຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບສ່ວນບຸກຄົນ.

ຂໍ້ທີ 1.7	**ທ່ານມີສິດທີ່ຈະຮ້ອງຮຽນແລະຮ້ອງຂໍໃຫ້ພວກເຮົາພິຈາລະນາຄືນທີ່ພວກເຮົາໄດ້ເຮັດໃຫ້**

ຖ້າທ່ານມີບັນຫາ, ຄວາມກັງວົນ, ຫຼືຄຳຮ້ອງທຸກ ແລະຕ້ອງການຂໍການຄຸ້ມຄອງ, ຫຼືຍື່ນອຸທອນ, ບົດທີ 8 ຂອງ Evidence of Coverage ຂອງເຈົ້າບອກສິ່ງທີ່ເຈົ້າສາມາດເຮັດໄດ້. ບໍ່ວ່າທ່ານຈະເຮັດຫຍັງ - ຂໍໃຫ້ມີການຕັດສິນໃຈກ່ຽວກັບການຄຸ້ມຄອງ, ຍື່ນອຸທອນ, ຫຼືຮ້ອງຮຽນ - **ພວກເຮົາຈຳເປັນຕ້ອງປະຕິບັດຕໍ່ທ່ານຢ່າງຍຸຕິທຳ.**

ຂໍ້ທີ 1.9	**ທ່ານຈະເຮັດຫຍັງໄດ້ແດ່, ຖ້າຫາກທ່ານເຊື່ອວ່າທ່ານຖືກປະຕິບັດຢ່າງບໍ່ຍຸຕິທຳ ຫຼື ສິດຂອງທ່ານບໍ່ໄດ້ຮັບເຄົາລົບ?**

ຖ້າມັນກ່ຽວກັບການເລືອກປະຕິບັດ, ໂທຫາຫ້ອງການສິດທິພົນລະເມືອງ

ຖ້າທ່ານເຊື່ອວ່າທ່ານຖືກປະຕິບັດຢ່າງບໍ່ຍຸຕິທຳ ຫຼືສິດທິຂອງທ່ານບໍ່ໄດ້ຮັບການເຄົາລົບເນື່ອງຈາກເຊື້ອຊາດ, ຄວາມພິການ, ສາດສະໜາ, ເພດ, ສຸຂະພາບ, ຊົນເຜົ່າ, ວັດທະ (ຄວາມເຊື່ອ), ອາຍຸ, ທັດສະນະທາງເພດ ຫຼືສັນຊາດເດີມ, ເຈົ້າຄວນໂທຫາພະແນກກວດບໍລິການປະຊາຊົນ ແລະສາທາລະນະສຸກ. **ຫ້ອງການສິດທິພົນລະເຮືອນ** ທີ່ເບີ 1-800-368-1019 ຫຼື TTY 1-800-537-7697 ຫຼືໂທຫາຫ້ອງການສິດທິພົນລະເຮືອນທ້ອງຖິ່ນຂອງທ່ານ.

ມັນກ່ຽວກັບສິ່ງອື່ນອີກບໍ?

ຖ້າທ່ານເຊື່ອວ່າທ່ານໄດ້ຮັບການປະຕິບັດຢ່າງບໍ່ຍຸຕິທຳ ຫຼື ສິດທິຂອງທ່ານບໍ່ໄດ້ຮັບການເຄົາລົບ **ແລະ ມັນບໍ່ແ**ມ່ນກ່ຽວກັບການເລືອກປະຕິບັດ, ທ່ານສາມາດໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອແກ້ໄຂບັນຫາທີ່ທ່ານກຳລັງພົບ:

- ທ່ານສາມາດ**ໂທຫາສູນບໍລິການສະມາຊິກ.**
- ທ່ານສາມາດ**ໂທຫາ SHIP ໄດ້**. ສຳລັບລາຍລະອຽດ, ໃຫ້ໄປທີ່ພາກທີ 2, ຂໍ້ທີ 3 ຂອງຫຼັກຖານການຄຸ້ມຄອງຂອງທ່ານ.

- ຫຼື **ທ່ານສາມາດໂທຫາ Medicare** ທີ່ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 ຊົ່ວໂມງຕໍ່ມື້, 7 ມື້ຕໍ່ອາທິດ (TTY 1-877-486-2048).

ຂໍ້ທີ 1.10 ວິທີການຮັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບສິດທິຂອງທ່ານ

ມີຫຼາຍບ່ອນທີ່ທ່ານສາມາດໄດ້ຮັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບສິດທິຂອງທ່ານ:

- ທ່ານສາມາດ**ໂທຫາສູນບໍລິການສະມາຊິກ.**
- ທ່ານສາມາດ**ໂທຫາ SHIP ໄດ້**. ສຳລັບລາຍລະອຽດ, ໃຫ້ໄປທີ່ບົດທີ 2 ຂອງ Evidence of Coverage ຂອງທ່ານ.
- ທ່ານສາມາດຕິດຕໍ່ **Medicare**.
  - ທ່ານສາມາດເຂົ້າເບິ່ງເວັບໄຊທ໌ຂອງ Medicare ເພື່ອອ່ານ ຫຼືດາວໂຫຼດສິ່ງພິມສິດທິ ແລະການປົກປ້ອງຂອງ Medicare . (ການເຜີຍແຜ່ແມ່ນມີໃຫ້ທີ່: www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf.)
  - ຫຼື ທ່ານສາມາດໂທຫາ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 ຊົ່ວໂມງຕໍ່ວັນ, 7 ວັນຕໍ່ອາທິດ (TTY 1-877-486-2048).

ຂໍ້ທີ 2 ທ່ານມີຄວາມຮັບຜິດຊອບບາງຢ່າງເປັນສະມາຊິກຂອງແຜນປະກັນ

ສິ່ງທີ່ທ່ານຕ້ອງເຮັດໃນຖານະສະມາຊິກຂອງແຜນປະກັນແມ່ນໄດ້ລະບຸໄວ້ຂ້າງລຸ່ມນີ້. ຖ້າທ່ານມີຄຳຖາມໃດໆ, ກະລຸນາໂທຫາສູນບໍລິການສະມາຊິກ.

- **ສ້າງຄວາມຄຸ້ນເຄີຍກັບການບໍລິການທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງຂອງທ່ານ ແລະ ກົດລະບຽບທີ່ທ່ານຕ້ອງປະຕິບັດຕາມເພື່ອຮັບການບໍລິການທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງເຫຼົ່ານີ້**. ໃຊ້ຫຼັກຖານຂອງການຄຸ້ມຄອງນີ້ເພື່ອຮຽນຮູ້ສິ່ງທີ່ຄຸ້ມຄອງສຳລັບທ່ານ ແລະ ກົດລະບຽບທີ່ທ່ານຕ້ອງປະຕິບັດຕາມເພື່ອຮັບການບໍລິການທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງຂອງທ່ານ.
  - ບົດທີ 3 ແລະ 4 ຂອງ Evidence of Coverage ຂອງທ່ານໃຫ້ລາຍລະອຽດກ່ຽວກັບການບໍລິການທາງການແພດຂອງທ່ານ.
  - ບົດທີ 5 ແລະ 6 ຂອງ Evidence of Coverage ຂອງທ່ານໃຫ້ລາຍລະອຽດກ່ຽວກັບການຄຸ້ມຄອງຢາຕາມໃບສັ່ງແພດ ພາກ D ຂອງທ່ານ.

  ຖ້າທ່ານມີການຄຸ້ມຄອງຈາກປະກັນໄພສຸຂະພາບອື່ນໆ ຫຼື ການຄຸ້ມຄອງຢາຕາມໃບສັ່ງແພດນອກເໜືອໄປຈາກແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາ, ທ່ານຈຳເປັນຕ້ອງບອກພວກເຮົາ. ກະລຸນາໂທຫາຫນ່ວຍງານບໍລິການສະມາຊິກເພື່ອແຈ້ງໃຫ້ພວກເຮົາຮູ້.

- **ບອກທ່ານໝໍຂອງທ່ານ ແລະ ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບອື່ນໆວ່າທ່ານໄດ້ລົງທະບຽນຢູ່ໃນແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາ.** ສະແດງບັດປະຈຳຕົວສະມາຊິກແຜນຂອງທ່ານ ທຸກຄັ້ງທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບການດູແລທາງການແພດ ຫຼືຢາຕາມໃບສັ່ງແພດຂອງ ພາກ D.
- **ຊ່ວຍໃຫ້ທ່ານໝໍຂອງທ່ານ ແລະ ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການອື່ນຊ່ວຍທ່ານໂດຍການໃຫ້ຂໍ້ມູນ, ຖາມຄຳຖາມ ແລະ ຕິດຕາມການດູແລຂອງທ່ານ.**
    - ເພື່ອຊ່ວຍໃຫ້ໄດ້ຮັບການດູແລທີ່ດີທີ່ສຸດ, ບອກທ່ານຫມໍຂອງທ່ານແລະຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບອື່ນໆກ່ຽວກັບບັນຫາສຸຂະພາບຂອງທ່ານ. ປະຕິບັດຕາມແຜນການປິ່ນປົວ ແລະຄຳແນະນຳທີ່ໄດ້ຕົກລົງເຫັນດີຮ່ວມກັນ ທີ່ທ່ານ ແລະ ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບຂອງທ່ານຕົກລົງເຫັນດີ.
    - ໃຫ້ແນ່ໃຈວ່າຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບຂອງທ່ານຮູ້ຈັກຢາທັງໝົດທີ່ທ່ານກຳລັງກິນ, ລວມທັງຢາທີ່ຊື້ໄດ້ທົ່ວໄປ, ວິຕາມິນ ແລະ ອາຫານເສີມ.
    - ຖ້າທ່ານມີຄຳຖາມໃດໜຶ່ງ, ໃຫ້ແນ່ໃຈວ່າໄດ້ຖາມ ແລະ ໄດ້ຮັບຄຳຕອບທີ່ທ່ານສາມາດເຂົ້າໃຈໄດ້.
- **ສະແດງຄວາມມີນ້ຳໃຈ.**
  ພວກເຮົາຄາດຫວັງວ່າສະມາຊິກຂອງພວກເຮົາທັງໝົດຈະເຄົາລົບສິດທິຂອງຄົນເຈັບອື່ນໆ. ພວກເຮົາຍັງຄາດຫວັງໃຫ້ທ່ານປະຕິບັດໃນວິທີການທີ່ຈະຊ່ວຍໃຫ້ການເຮັດວຽກຂອງຫ້ອງການທ່ານຫມໍ, ໂຮງຫມໍ, ແລະຫ້ອງການອື່ນໆຂອງທ່ານ.
- **ຈ່າຍສິ່ງທີ່ທ່ານຄ້າງຈ່າຍ**. ໃນຖານະສະມາຊິກແຜນປະກັນ, ທ່ານຮັບຜິດຊອບການຈ່າຍເງິນເຫຼົ່ານີ້:
    - ທ່ານຕ້ອງສືບຕໍ່ຈ່າຍຄ່າປະກັນໄພ Medicare Part B ຂອງທ່ານເພື່ອເປັນສະມາຊິກຂອງແຜນການ.
    - ສຳລັບການບໍລິການທາງການແພດຫຼືຢາສ່ວນໃຫຍ່ຂອງທ່ານທີ່ຄຸ້ມຄອງໂດຍແຜນ, ທ່ານຕ້ອງຈ່າຍສ່ວນແບ່ງຂອງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃນເວລາທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບການບໍລິການຫຼືຢາ.
    - ຖ້າທ່ານຕ້ອງຈ່າຍຄ່າປັບໃໝການເຂົ້າຮຽນຈຸ້ຳ, ທ່ານຕ້ອງຈ່າຍຄ່າປັບໃໝເພື່ອຮັກສາການຄຸ້ມຄອງຢາຕາມໃບສັ່ງແພດຂອງທ່ານ.
    - ຖ້າທ່ານຕ້ອງຈ່າຍເງິນເພີ່ມເຕີມສຳລັບພາກ D ເນື່ອງຈາກລາຍໄດ້ປະຈຳປີຂອງທ່ານ, ທ່ານຕ້ອງສືບຕໍ່ຈ່າຍເງິນເພີ່ມເຕີມໂດຍກົງໃຫ້ກັບລັດຖະບານເພື່ອເປັນສະມາຊິກຂອງແຜນການ.
- **ຖ້າທ່ານຍ້າຍ*ໄປຢູ່ໃນ*ພື້ນທີ່ບໍລິການຂອງພວກເຮົາ, ພວກເຮົາຈຳເປັນຕ້ອງຮູ້** ເພື່ອໃຫ້ພວກເຮົາສາມາດຮັກສາບັນທຶກການເປັນສະມາຊິກຂອງທ່ານ (ບັນທຶກການລົງທະບຽນສູນກາງ) ໃຫ້ທັນສະໄຫມແລະຮູ້ວິທີການຕິດຕໍ່ທ່ານ.
- **ຖ້າເຈົ້າຍ້າຍອອກໄປ *ນອກເຂດ* ບໍລິການແຜນຂອງພວກເຮົາ, ທ່ານບໍ່ສາມາດເປັນສະມາຊິກຂອງແຜນຂອງພວກເຮົາໄດ້.**

- ຖ້າທ່ານຍ້າຍໄປ, ມັນຍັງມີຄວາມສຳຄັນທີ່ຈະບອກປະກັນສັງຄົມ (ຫຼື ຄະນະກຳມະການບຳນານທາງລົດໄຟ).

ພາກທີ 9:

ສິ່ງທີ່ຕ້ອງເຮັດ ຖ້າທ່ານມີບັນຫາ ຫຼື ຄຳຮ້ອງທຸກ (ຄຳຕັດສິນການຄຸ້ມຄອງ, ການອຸທອນ, ການຮ້ອງທຸກ)

ຂໍ້ທີ 1 ຄຳແນະນຳ

ຂໍ້ທີ 1.1 ສິ່ງທີ່ຕ້ອງເຮັດຖ້າທ່ານມີບັນຫາ ຫຼື ຄວາມກັງວົນໃຈ

ພາກນີ້ອະທິບາຍສອງປະເພດຂອງຂະບວນການ ສຳລັບການຈັດການບັນຫາ ແລະ ຄວາມກັງວົນ:

- ສຳລັບບາງບັນຫາ, ທ່ານຈຳເປັນຕ້ອງໃຊ້ **ຂະບວນການໃນການຕັດສິນໃຈ ການຄຸ້ມຄອງແລະການອຸທອນ.**
- ສຳລັບບັນຫາອື່ນໆ, ທ່ານຈຳເປັນຕ້ອງໃຊ້**ຂະບວນການຮຽກຮ້ອງຮຽນ;** ຫຼື ເອີ້ນว่าຄວາມຄັບຂ້ອງໃຈ.

ທັງສອງຂະບວນການເຫຼົ່ານີ້ ໄດ້ຮັບການອະນຸມັດໂດຍ Medicare. ແຕ່ລະຂະບວນການມີຊຸດກົດລະບຽບ, ຂັ້ນຕອນ ແລະ ກຳນົດວັນເວລາທີ່ທ່ານ ແລະ ພວກເຮົາຈະຕ້ອງປະຕິບັດຕາມ.

ຄຳແນະນຳໃນພາກທີ 3 ຈະຊ່ວຍທ່ານລະບຸຂະບວນການທີ່ຖືກຕ້ອງເພື່ອນຳໃຊ້ ແລະ ສິ່ງທີ່ທ່ານຄວນເຮັດ.

ຂໍ້ທີ 1.2 ຄຳສັບທາງກົດໝາຍເດ?

ມີຄຳສັບທາງກົດໝາຍສຳລັບກົດລະບຽບ, ຂະບວນການ ແລະ ກຳນົດວັນເວລາບາງປະເພດທີ່ໄດ້ອະທິບາຍໄວ້ໃນພາກນີ້. ມີຫຼາຍຄຳສັບເຫຼົ່ານີ້ທີ່ບໍ່ຄຸ້ນເຄີຍສຳລັບຫຼາຍຄົນ ແລະ ເປັນເລື່ອງຍາກທີ່ຈະເຂົ້າໃຈໄດ້. ເພື່ອເຮັດໃຫ້ສິ່ງນີ້ງ່າຍຂຶ້ນ, ພາກນີ້:

- ການໃຊ້ຄຳສັບງ່າຍໆແທນຄຳສັບທາງກົດໝາຍບາງຄຳ. ຕົວຢ່າງ: ພາກນີ້ໂດຍທົ່ວໄປແລ້ວ ເວົ້າເຖິງການດຳເນີນການຮ້ອງຮຽນແທນທີ່ຈະເປັນການຍື່ນສະເໜີຄວາມຄັບຂ້ອງໃຈ, ການຕັດສິນໃນການຄຸ້ມຄອງ ແທນທີ່ຈະເປັນການກຳນົດຂອງອົງກອນ ຫຼື ການກຳນົດການຄຸ້ມຄອງ ຫຼື ການກຳນົດຄວາມສ່ຽງ ແລະ ອົງກອນກວດສອບອິດສະຫຼະ ແທນທີ່ຈະເປັນຫນ່ວຍງານກວດສອບອິດສະຫຼະ.
- ຍັງນຳໃຊ້ຄຳຫຍໍ້ໃຫ້ຫນ້ອຍທີ່ສຸດເທົ່າທີ່ຈະເປັນໄປໄດ້.

ຢ່າງໃດກໍ່ຕາມ, ມັນຍັງເປັນປະໂຫຍດ ແລະ ບາງຄັ້ງມັນຂ້ອນຂ້າງສຳຄັນສຳລັບທ່ານໃນການຮູ້ຈັກຄຳສັບທາງກົດໝາຍທີ່ຖືກຕ້ອງ. ການຮູ້ຈັກວ່າຄຳສັບໃດທີ່ຕ້ອງໃຊ້ຈະຊ່ວຍໃຫ້ທ່ານສື່ສານໄດ້ຢ່າງຖືກຕ້ອງກວ່າເກົ່າເພື່ອທີ່ຈະໄດ້ຮັບຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອ ຫຼື ຂໍ້ມູນທີ່ຖືກຕ້ອງສຳລັບສະຖານະການຂອງທ່ານ. ເພື່ອຊ່ວຍທ່ານໃຫ້ຮູ້ຄຳສັບໃດທີ່ຄວນນຳໃຊ້, ພວກເຮົາລວມເອົາຄຳສັບທາງກົດໝາຍໃນເວລາທີ່ພວກເຮົາໃຫ້ລາຍລະອຽດກ່ຽວກັບການຮັບມືກັບສະຖານະການປະເພດຕ່າງໆໂດຍສະເພາະ.

ຂໍ້ທີ 2 ບ່ອນທີ່ຈະໄດ້ຮັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມ ແລະການຊ່ວຍເຫຼືອສ່ວນບຸກຄົນ

ພວກເຮົາພ້ອມຊ່ວຍເຫຼືອທ່ານຕະຫຼອດເວລາ. ເຖິງວ່າທ່ານມີຄຳຮ້ອງທຸກກ່ຽວກັບການປິ່ນປົວຂອງພວກເຮົາ ທີ່ມີໃຫ້ທ່ານກໍ່ຕາມ, ພວກເຮົາມີຫນ້າທີ່ຕ້ອງເຄົາລົບສິດຂອງທ່ານຕໍ່ການຮຽກຮ້ອງ. ຍ້ອນແນວນັ້ນ, ທ່ານຄວນຕິດຕໍ່ຫາສູນບໍລິການລູກຄ້າເພື່ອຂໍຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອ. ແຕ່ວ່າໃນບາງສະຖານະການ, ທ່ານຍັງອາດຈະຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອ ຫຼື ຄຳແນະນຳຈາກບາງຄົນທີ່ບໍ່ໄດ້ກ່ຽວຂ້ອງກັບພວກເຮົາ. ລຸ່ມນີ້ແມ່ນສອງຫນ່ວຍງານທີ່ສາມາດຊ່ວຍທ່ານໄດ້.

ໂປຣແກຣມການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານປະກັນໄພສຸຂະພາບຂອງລັດ State Health Insurance Assistance Program (SHIP)

ແຕ່ລະລັດມີໂປຣແກຣມຂອງລັດຖະບານພ້ອມທີ່ປຶກສາຜ່ານຜູ້ໃຫ້ຄຳປຶກສາທີ່ໄດ້ຝຶກມາຢ່າງດີ. ໂປຣແກຣມບໍ່ໄດ້ກ່ຽວຂ້ອງກັບພວກເຮົາ ຫຼື ບໍລິສັດປະກັນໄພ ຫຼື ແຜນປະກັນສຸຂະພາບໃດໆ. ທີ່ປຶກສາຂອງໂປຣແກຣມນີ້ສາມາດຊ່ວຍທ່ານໃຫ້ເຂົ້າໃຈວ່າຂະບວນການໃດທີ່ທ່ານຄວນນຳໃຊ້ເພື່ອຮັບມືກັບບັນຫາທີ່ທ່ານກຳລັງປະເຊີນຫນ້າ. ພວກເຂົາຍັງສາມາດຕອບຄຳຖາມຂອງທ່ານ, ໃຫ້ຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມແກ່ທ່ານ ແລະ ໃຫ້ຄຳແນະນຳກ່ຽວກັບສິ່ງທີ່ຕ້ອງເຮັດ.

ການບໍລິການທີ່ປຶກສາຂອງ SHIP ແມ່ນຟຣີ. ທ່ານຈະເຫັນເບີໂທລະສັບ ແລະ URL ເວັບໄຊໃນພາກທີ 2, ຂໍ້ທີ 3 ຂອງເອກະສານນີ້.

Medicare

ທ່ານຍັງສາມາດຕິດຕໍ່ຫາ Medicare ເພື່ອຂໍຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໄດ້. ເພື່ອຕິດຕໍ່ຫາ Medicare:

ທ່ານສາມາດໂທຫາ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), ຕະຫຼອດ 24 ຊົ່ວໂມງຕໍ່ມື້, 7 ມື້ຕໍ່ອາທິດ. ຜູ້ໃຊ້ TTY, ກະລຸນາໂທຫາ 1-877-486-2048.

ທ່ານສາມາດເຂົ້າເບິ່ງເວັບໄຊ Medicare (www.medicare.gov).

ຂໍ້ທີ 3 ເພື່ອຮັບມືກັບບັນຫາຂອງທ່ານ, ທ່ານຄວນນຳໃຊ້ຂະບວນການໃດ?

ຖ້າທ່ານມີບັນຫາ ຫຼື ຄວາມກັງວົນໃຈ, ທ່ານຈຳເປັນຕ້ອງອ່ານສ່ວນຂອງພາກນີ້ທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບສະຖານະການຂອງທ່ານເທົ່ານັ້ນ. ຄູ່ມືຕໍ່ໄປນີ້ຈະຊ່ວຍໄດ້.

ບັນຫາ ຫຼື ຄວາມກັງວົນໃຈຂອງທ່ານກ່ຽວກັບຜົນປະໂຫຍດ ຫຼື ການຄຸ້ມຄອງຂອງທ່ານຫຼືບໍ່?

ອັນນີ້ລວມມີບັນຫາ ກ່ຽວກັບວ່າການດູແລທາງການແພດ ຫຼືຢາຕາມໃບສັ່ງແພດແມ່ນໄດ້ຄຸ້ມຄອງຫຼືບໍ່, ວິທີການທີ່ເຂົາເຈົ້າໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ, ແລະບັນຫາກ່ຽວຂ້ອງກັບການລຳລະເງິນຄ່າການດູແລທາງການແພດຫຼືຢາຕາມໃບສັ່ງແພດ.

ແມ່ນແລ້ວ.

ໄປຫາຂໍ້ຕໍ່ໄປຂອງພາກນີ້, **ຂໍ້ທີ 4, ຄູ່ມືກ່ຽວກັບພື້ນຖານຂອງການຕັດສິນໃຈການຄຸ້ມຄອງແລະການອຸທອນ.**

ບໍ່ແມ່ນ.

ຂ້າມໄປໜ້າ **ຂໍ້ທີ 10** ໃນຕອນທ້າຍຂອງບົດນີ້:
ວິທີການຍື່ນຄຳຮ້ອງທຸກກ່ຽວກັບຄຸນນະພາບຂອງການດູແລ, ໄວຍະການລໍຖ້າ, ການບໍລິການລູກຄ້າ ຫຼື ຄວາມກັງວົນໃຈອື່ນໆ.

ການຕັດສິນໃຈກ່ຽວກັບການຄຸ້ມຄອງ ແລະ ການອຸທອນ

ຂໍ້ທີ 4 ຄຳແນະນຳກ່ຽວກັບພື້ນຖານການຕັດສິນກ່ຽວກັບການຄຸ້ມຄອງ ແລະ ການອຸທອນ

ຂໍ້ທີ 4.1 ການຮ້ອງຂໍການຕັດສິນໃຈກ່ຽວກັບການຄຸ້ມຄອງແລະ ການຍື່ນອຸທອນ: ພາບລວມ

ການຕັດສິນໃຈກ່ຽວກັບການຄຸ້ມຄອງ ແລະ ການອຸທອນແກ້ໄຂບັນຫາທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບຜົນປະໂຫຍດຂອງທ່ານ ແລະການຄຸ້ມຄອງການດູແລທາງການແພດ (ການບໍລິການ, ລາຍການແລະຢາຕາມໃບສັ່ງແພດ ພາກ B

, ລວມທັງການຈ່າຍເງິນ). ເພື່ອເຮັດໃຫ້ມັນເປັນເລື່ອງງ່າຍ, ໂດຍປົກກະຕິແລ້ວພວກເຮົາເອີ້ນສິ່ງຂອງທາງການແພດ, ການບໍລິການ ແລະ ຢາຕາມແພດສັ່ງ Medicare ພາກ B ນີ້ວ່າເປັນ ການດູແລທາງ**ການແພດ**. ທ່ານໃຊ້ຂະບວນການຕັດສິນໃຈກ່ຽວກັບການຄຸ້ມຄອງ ແລະ ອຸທອນນີ້ ສຳລັບບັນຫາຕ່າງໆ ເຊັ່ນວ່າ ບາງສິ່ງບາງຢ່າງໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຫຼືບໍ່ ແລະວິທີການຄຸ້ມຄອງບາງສິ່ງບາງຢ່າງ.

ການຂໍການຕັດສິນໃຫ້ການຄຸ້ມຄອງກ່ອນທີ່ຈະຮັບການບໍລິການ

ການຕັດສິນໃຈກ່ຽວກັບການຄຸ້ມຄອງແມ່ນການຕັດສິນໃຈທີ່ພວກເຮົາເຮັດກ່ຽວກັບຜົນປະໂຫຍດ ແລະການຄຸ້ມຄອງຂອງທ່ານ ຫຼືກ່ຽວກັບຈຳນວນເງິນທີ່ພວກເຮົາຈະຈ່າຍຄ່າບໍລິການທາງການແພດ ຫຼືຢາຂອງທ່ານ. ທ່ານ ຫຼື ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບຂອງທ່ານຍັງສາມາດຕິດຕໍ່ຫາພວກເຮົາ ແລະ ຮ້ອງຂໍໃຫ້ມີການຕັດສິນໃຈໃນການຄຸ້ມຄອງ ຖ້າຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງທ່ານບໍ່ແນ່ໃຈວ່າພວກເຮົາຈະຄຸ້ມຄອງການບໍລິການທາງການແພດສະເພາະ ຫຼື ປະຕິເສດທີ່ຈະໃຫ້ການດູແລທາງການແພດທີ່ທ່ານຄິດວ່າທ່ານຕ້ອງການ. ຫຼືເວົ້າອີກຢ່າງອື່ນ, ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຮູ້ວ່າພວກເຮົາຈະຄຸ້ມຄອງການບໍລິການທາງການແພດ ກ່ອນທີ່ທ່ານຈະໄດ້ຮັບມັນ, ທ່ານສາມາດຂໍໃຫ້ພວກເຮົາຕັດສິນໃຈກ່ຽວກັບການຄຸ້ມຄອງໃຫ້ທ່ານ. ໃນສະຖານະການທີ່ຈຳກັດ, ຄຳຮ້ອງສຳລັບການຄຸ້ມຄອງຈະຖືກປະຕິເສດ, ເຊິ່ງໝາຍຄວາມວ່າພວກເຮົາຈະບໍ່ທົບທວນຄຳຮ້ອງ. ຕົວຢ່າງເວລາທີ່ຄຳຮ້ອງຖືກຖອນ ລວມທັງຖ້າຄຳຮ້ອງບໍ່ສົມບູນ, ຖ້າບາງຄົນໄດ້ຮັບຄຳຮ້ອງໃນນາມຂອງທ່ານ ແຕ່ບໍ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດຢ່າງຖືກຕ້ອງຕາມກົດໝາຍໃນການດຳເນີນການດັ່ງກ່າວ ຫຼື ຖ້າທ່ານຂໍໃຫ້ມີການຖອນຄຳຮ້ອງຂອງທ່ານ. ຖ້າພວກເຮົາປະຕິເສດຄຳຮ້ອງສຳລັບການຕັດສິນໃຫ້ການຄຸ້ມຄອງ, ພວກເຮົາຈະສົ່ງແຈ້ງການອະທິບາຍວ່າຍ້ອນຫຍັງຄຳຮ້ອງຈຶ່ງຖືກປະຕິເສດ ແລະ ວິທີການຂໍການທົບທວນການປະຕິເສດນັ້ນ.

ພວກເຮົາກຳລັງດຳເນີນການຕັດສິນໃຫ້ການຄຸ້ມຄອງໃຫ້ແກ່ທ່ານເມື່ອໃດກໍ່ຕາມທີ່ພວກເຮົາຕັດສິນໃຈສິ່ງໃດຈະໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງແກ່ທ່ານ ແລະ ຈຳນວນທີ່ພວກເຮົາຈະຈ່າຍ. ໃນບາງກໍລະນີ, ພວກເຮົາອາດຈະຕັດສິນໃຈວ່າການບໍລິການ ຫຼືຢາບໍ່ຖືກຄຸ້ມຄອງ ຫຼືບໍ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງໂດຍ Medicare ສຳລັບທ່ານອີກຕໍ່ໄປ. ຖ້າທ່ານບໍ່ເຫັນດີກັບການຕັດສິນການຄຸ້ມຄອງນີ້, ທ່ານສາມາດຂໍອຸທອນໄດ້.

ການຂໍການອຸທອນ

ຖ້າພວກເຮົາຕັດສິນໃຈກ່ຽວກັບການຄຸ້ມຄອງ, ບໍ່ວ່າຈະເປັນກ່ອນຫຼືຫຼັງຈາກໄດ້ຮັບການບໍລິການ, ແລະທ່ານບໍ່ພໍໃຈ, ທ່ານສາມາດ**ອຸທອນ**ການຕັດສິນໃຈໄດ້. ການອຸທອນແມ່ນວິທີທາງການໃນການຂໍໃຫ້ພວກເຮົາທົບທວນ ຫຼື ປ່ຽນຄຳຕັດສິນການຄຸ້ມຄອງທີ່ພວກເຮົາໄດ້ຕັດສິນແລ້ວ. ພາຍໃຕ້ສະຖານະການບາງຢ່າງ, ເຊິ່ງພວກເຮົາຈະສົນທະນາໃນພາຍຫຼັງ, ທ່ານສາມາຂໍການອຸທອນແບບຮີບດ່ວນ ຫຼື **ອຸທອນແບບໄວ**ສຳລັບການຕັດສິນການຄຸ້ມຄອງ. ການອຸທອນຂອງທ່ານໄດ້ຮັບການຈັດການໂດຍຜູ້ກວດສອບທີ່ແຕກຕ່າງຈາກບັນດາຄົນທີ່ດຳເນີນການຕັດສິນຄັ້ງທຳອິດ.

ໃນເວລາທີ່ທ່ານຂໍການອຸທອນຄຳຕັດສິນເປັນຄັ້ງທຳອິດ, ສິ່ງນີ້ເອີ້ນວ່າການອຸທອນລະດັບທີ 1. ໃນການອຸທອນນີ້, ພວກເຮົາຈະທົບທວນການຕັດສິນໃນການຄຸ້ມຄອງທີ່ພວກເຮົາໄດ້ດຳເນີນການເພື່ອກວດເບິ່ງວ່າພວກເຮົາໄດ້ປະຕິບັດຕາມກົດລະບຽບຢ່າງຖືກຕ້ອງຫຼືບໍ່. ໃນເວລາທີ່ພວກເຮົາສຳເລັດການທົບທວນແລ້ວ, ພວກເຮົາຈະໃ

ຫາ້ຄຳຕັດສິນແກ່ທ່ານ. ໃນສະພາບການທີ່ຈຳກັດ ການຮ້ອງຂໍການອຸທອນລະດັບ 1 ຈະຖືກຍົກເລີກ, ຊຶ່ງໝາຍຄວາມວ່າ ພວກເຮົາຈະບໍ່ກວດສອບຄຳຮ້ອງຂໍດັ່ງກ່າວ. ຕົວຢ່າງເວລາທີ່ຄຳຮ້ອງຖືກຖອນ ລວມທັງຖ້າຄຳຮ້ອງບໍ່ສົມບູນ, ຖ້າບາງຄົນໄດ້ຮັບຄຳຮ້ອງໃນນາມຂອງທ່ານ ແຕ່ບໍ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດຢ່າງຖືກຕ້ອງຕາມກົດໝາຍໃນການດຳເນີນການດັ່ງກ່າວ ຫຼື ຖ້າທ່ານຂໍໃຫ້ມີການຖອນຄຳຮ້ອງຂອງທ່ານ. ຖ້າພວກເຮົາປະຕິເສດຄຳຮ້ອງການອຸທອນລະດັບທີ 1, ພວກເຮົາຈະສົ່ງແຈ້ງການອະທິບາຍວ່າຍ້ອນຫຍັງຄຳຮ້ອງຈຶ່ງຖືກປະຕິເສດ ແລະ ວິທີການຂໍການທົບທວນການປະຕິເສດນັ້ນ.

ຖ້າພວກເຮົາເວົ້າວ່າບໍ່ທັງໝົດ ຫຼືບາງສ່ວນຂອງການອຸທອນລະດັບ 1 ຂອງທ່ານສຳລັບການດູແລທາງການແພດ, ການອຸທອນຂອງທ່ານຈະໄປສູ່ການອຸທອນລະດັບ 2 ໂດຍອັດຕະໂນມັດ ທີ່ດຳເນີນໂດຍອົງການກວດສອບເອກະລາດ ທີ່ບໍ່ເຊື່ອມຕໍ່ກັບພວກເຮົາ.

- ທ່ານບໍ່ຈຳເປັນຕ້ອງເຮັດຫຍັງເພື່ອເລີ່ມການອຸທອນລະດັບທີ 2. ກົດລະບຽບຂອງ Medicare ຮຽກຮ້ອງໃຫ້ພວກເຮົາສົ່ງການອຸທອນຂອງທ່ານ ໂດຍອັດຕະໂນມັດສຳລັບການດູແລທາງການແພດໃນລະດັບ 2 ຖ້າພວກເຮົາບໍ່ເຫັນດີຢ່າງເຕັມສ່ວນກັບການອຸທອນລະດັບ 1 ຂອງທ່ານ.
- ເບິ່ງ **ຂໍ້ທີ 6.4** ຂອງພາກນີ້ສຳລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບການອຸທອນລະດັບທີ 2.
- ສຳລັບການອຸທອນຢາ ພາກ D, ຖ້າພວກເຮົາປະຕິເສດການອຸທອນຂອງທ່ານບາງສ່ວນ ຫຼື ທັງໝົດ, ທ່ານຈະຕ້ອງຂໍການອຸທອນລະດັບທີ 2. ການອຸທອນ ພາກ D ແມ່ນຈະໄດ້ສົນທະນາເພີ່ມເຕີມໃນຂໍ້ທີ 7 ຂອງພາກນີ້.

ຖ້າທ່ານບໍ່ພໍໃຈກັບການຕັດສິນໃຈຢູ່ໃນການອຸທອນລະດັບ 2, ທ່ານອາດຈະສາມາດສືບຕໍ່ການອຸທອນລະດັບເພີ່ມເຕີມໄດ້ (ຂໍ້ທີ 9 ໃນບົດນີ້ອະທິບາຍຂັ້ນຕອນການອຸທອນລະດັບ 3, 4 ແລະ 5).

ຂໍ້ທີ 4.2	ວິທີການໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອໃນເວລາທີ່ທ່ານກຳລັງຮ້ອງຂໍໃຫ້ມີການຕັດສິນໃຈກ່ຽວກັບການຄຸ້ມຄອງຫຼືຍື່ນອຸທອນ

ນີ້ແມ່ນຂໍ້ມູນ ຖ້າທ່ານຕັດສິນໃຈຈະຂໍການຕັດສິນການຄຸ້ມຄອງໃດໆ ຫຼື ຂໍການອຸທອນຄຳຕັດສິນ:

- ທ່ານສາມາດ**ໂທຫາພວກເຮົາທີ່ສູນບໍລິການສະມາຊິກ*.
- ທ່ານ**ສາມາດໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອຟຣີ**ຈາກໂຄງການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານປະກັນສຸຂະພາບ Rhode Island.
- **ທ່ານຫມໍ່ຂອງທ່ານສາມາດເຮັດຄຳຮ້ອງຂໍໃຫ້ທ່ານໄດ້.** ຖ້າຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງທ່ານ ຊ່ວຍໃນການອຸທອນລະດັບ 2 ທີ່ຜ່ານມາ, ເຂົາເຈົ້າຈະຕ້ອງຖືກແຕ່ງຕັ້ງໃຫ້ເປັນຕົວແທນຂອງທ່ານ. *ກະລຸນາໂທຫາຕິດຕໍ່ຫາສູນບໍລິການສະມາຊິກ* ແລະ ຂໍແບບຟອມການແຕ່ງຕັ້ງຜູ້ຕາງໜ້າ. (ແບບຟອມມີຢູ່ໃນເວັບໄຊທ໌ຂອງ Medicare ທີ່ www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf ຫຼື ຢູ່ໃນເວັບໄຊທ໌ຂອງພວກເຮົາທີ່ www.ccahealthri.org.

- ສຳລັບການດູແລທາງການແພດຫຼືຢາຕາມໃບສັ່ງແພດພາກ B, ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບຂອງທ່ານ ສາມາດຮ້ອງຂໍການຕັດສິນໃຈການຄຸ້ມຄອງຫຼືການອຸທອນລະດັບ 1 ໃນນາມຂອງທ່ານ. ຖ້າການອຸທອນຂອງທ່ານຖືກປະຕິເສດໃນລະດັບ 1, ມັນຈະຖືກສົ່ງຕໍ່ໂດຍອັດຕະໂນມັດໄປຫາລະດັບ 2.
- ສຳລັບຢາຕາມໃບສັ່ງແພດ ພາກ D, ທ່ານຫມໍຫຼືຜູ້ສັ່ງຢາອື່ນໆຂອງທ່ານສາມາດຮ້ອງຂໍການຕັດສິນໃຈການຄຸ້ມຄອງຫຼືການອຸທອນລະດັບ 1 ໃນນາມຂອງທ່ານ. ຖ້າການອຸທອນລະດັບ 1 ຂອງທ່ານຖືກປະຕິເສດ ທ່ານຫມໍ ຫຼືຜູ້ສັ່ງຢາຂອງທ່ານສາມາດຮ້ອງຂໍການອຸທອນລະດັບ 2 ໄດ້.

- **ທ່ານສາມາດຂໍໃຫ້ບາງຄົນດຳເນີນການໃນນາມຂອງທ່ານໄດ້.**ຖ້າທ່ານຕ້ອງການ, ທ່ານສາມາດລະບຸຊື່ຄົນອື່ນເພື່ອດຳເນີນການໃຫ້ທ່ານໃນຖານະເປັນຜູ້ຕາງຫນ້າເພື່ອຂໍການຕັດສິນການຄຸ້ມຄອງ ຫຼື ດຳເນີນການອຸທອນ.
  - ຖ້າທ່ານຕ້ອງການໃຫ້ຫມູ່, ພີ່ນ້ອງ ຫຼື ບຸກຄົນອື່ນເປັນຜູ້ຕາງຫນ້າຂອງທ່ານ, ຕິດຕໍ່ຫາສູນບໍລິການສະມາຊິກ ແລະ ຂໍແບບຟອມການແຕ່ງຕັ້ງຜູ້ຕາງຫນ້າ. (ແບບຟອມມີຢູ່ໃນເວັບໄຊທ໌ຂອງ Medicare ທີ່ www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf ຫຼື ຢູ່ໃນເວັບໄຊທ໌ຂອງພວກເຮົາທີ່ www.ccahealthri.org.
    ແບບຟອມນີ້ໃຫ້ສິດບຸກຄົນນັ້ນໃນການດຳເນີນການໃນນາມຂອງທ່ານ. ທ່ານ ແລະ ບຸກຄົນຜູ້ທີ່ຕ້ອງການດຳເນີນການໃນນາມຂອງທ່ານຕ້ອງໄດ້ລົງລາຍເຊັນ. ທ່ານຕ້ອງໃຫ້ສຳເນົາແບບຟອມພ້ອມລາຍເຊັນແກ່ພວກເຮົາ.
  - ເຖິງວ່າພວກເຮົາຈະສາມາຮັບຄຳຮ້ອງຂໍອຸທອນຂອງທ່ານໂດຍບໍ່ມີແບບຟອມ, ພວກເຮົາບໍ່ສາມາດເລີ່ມ ຫຼື ເຮັດສຳເລັດການທົບທວນຂອງພວກເຮົາຈົນກວ່າພວກເຮົາຈະໄດ້ຮັບແບບຟອມ. ຖ້າພວກເຮົາບໍ່ໄດ້ຮັບແບບຟອມພາຍໃນ 44 ວັນຕາມປະຕິທິນຫຼັງຈາກໄດ້ຮັບຄຳຮ້ອງການອຸທອນຂອງທ່ານ (ກຳນົດວັນເວລາຂອງພວກເຮົາເພື່ອດຳເນີນການຕັດສິນກ່ຽວກັບການອຸທອນຂອງທ່ານ), ຄຳຮ້ອງການອຸທອນຂອງທ່ານຈະຖືກຍົກເລີກ. ຖ້າຫາກສິ່ງນີ້ເກີດຂຶ້ນ, ພວກເຮົາຈະສົ່ງແຈ້ງການເປັນລາຍລັກອັກສອນອະທິບາຍສິດຂອງທ່ານເພື່ອຂໍໃຫ້ອົງກອນກວດສອບອິດສະຫຼະໄດ້ທົບທວນຄຳຕັດສິນຂອງພວກເຮົາໃນການຍົກເລີກການຂໍອຸທອນຂອງທ່ານ.

- **ທ່ານຍັງມີສິດໃນການຈ້າງທະນາຍຄວາມ.**ທ່ານອາດຈະຕິດຕໍ່ຫາທະນາຍຄວາມຂອງທ່ານເອງ, ຫຼື ຂໍຊື່ທະນາຍຄວາມຈາກສະມາຄົມທະນາຍຄວາມໃນທ້ອງຖິ່ນຂອງທ່ານ ຫຼື ການບໍລິການອ້າງອີງອື່ນໆ. ນອກນັ້ນຍັງມີກຸ່ມທີ່ຈະໃຫ້ການບໍລິການດ້ານກົດຫມາຍແບບບໍ່ເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ, ຖ້າທ່ານມີສິດໄດ້ຮັບ. ເຖິງຢ່າງໃດກໍຕາມ, **ທ່ານບໍ່ຈຳເປັນຕ້ອງຈ້າງທະນາຍຄວາມ**ເພື່ອຂໍຄຳຕັດສິນການຄຸ້ມຄອງໃດໆ ຫຼື ເພື່ອການຍື່ນອຸທອນການຕັດສິນ.

ຂໍ້ທີ 4.3	**ຂໍ້ໃດຂອງບົດນີ້ໃຫ້ລາຍລະອຽດສຳລັບສະຖານະການຂອງທ່ານ?**

ມີສີ່ສະຖານະການທີ່ແຕກຕ່າງກັນທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບການຕັດສິນການຄຸ້ມຄອງ ແລະ ການອຸທອນ. ເນື່ອງຈາກວ່າແຕ່ລະສະຖານະການມີກົດລະບຽບ ແລະ ກຳນົດວັນເວລາທີ່ແຕກຕ່າງກັນ, ພວກເຮົາໄດ້ໃຫ້ລາຍລະອຽດສຳລັບແຕ່ລະອັນໃນຂໍ້ແຍກຕ່າງຫາກ:

- **ຂໍ້ທີ 5** ຂອງບົດນີ້: ການດູແລທາງການແພດຂອງທ່ານ: ວິທີການຂໍການຕັດສິນດ້ານການຄຸ້ມຄອງ ຫຼື ການຍື່ນອຸທອນ
- **ຂໍ້ທີ 6** ຂອງພາກນີ້: ຢາຕາມໃບສັ່ງແພດ ພາກ D ຂອງທ່ານ: ວິທີການຂໍການຕັດສິນດ້ານການຄຸ້ມຄອງ ຫຼື ການຍື່ນອຸທອນ
- **ຂໍ້ທີ 7** ຂອງພາກນີ້: ວິທີຂໍໃຫ້ພວກເຮົາຄຸ້ມຄ່າການນອນໂຮງໝໍຄົນເຈັບໃນ ທີ່ດົນກວ່ານັ້ນ ຖ້າທ່ານຄິດວ່າຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບໃຫ້ທ່ານອອກໂຮງໝໍໄວເກີນໄປ
- **ຂໍ້ທີ 8** ຂອງພາກນີ້: ວິທີການຂໍໃຫ້ພວກເຮົາສືບຕໍ່ຄຸ້ມຄອງການບໍລິການທາງການແພດ ຖ້າທ່ານຄິດ ວ່າການຄຸ້ມຄອງຂອງທ່ານສິ້ນສຸດລົງໄວເກີນໄປ (*ໃຊ້ກັບການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ເທົ່ານັ້ນ*: ການດູແລສຸຂະ ພາບຢູ່ເຮືອນ, ການດູແລພະຍາບານທີ່ມີຄວາມຊຳນິຊຳນານ, ແລະການບໍລິການຟື້ນຟູຄົນເຈັບນອກ ທີ່ສົມບູນແບບ (CORF))

ຖ້າທ່ານບໍ່ແນ່ໃຈວ່າທ່ານຄວນໃຊ້ສ່ວນໃດ, ກະລຸນາຕິດຕໍ່ຫາສູນບໍລິການສະມາຊິກ. ນອກນັ້ນທ່ານຍັງສາມາ ດໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອ ຫຼືຂໍ້ມູນຈາກອົງການຈັດຕັ້ງຂອງລັດຖະບານຊຸ່ນ: SHIP ຂອງທ່ານ.

ຂໍ້ທີ 5 ການດູແລທາງການແພດຂອງທ່ານ: ວິທີການຂໍການຕັດສິນໃຫ້ການຄຸ້ມຄອງ ຫຼື ດຳເນີນການອຸທອນສຳລັບການຕັດສິນການຄຸ້ມຄອງ

ຂໍ້ທີ 5.1	**ຂໍ້ນີ້ບອກສິ່ງທີ່ຕ້ອງເຮັດ ຖ້າທ່ານມີບັນຫາໃນການໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງການດູແລທາງການແພດ ຫຼືຖ້າທ່ານຕ້ອງການໃຫ້ພວກເຮົາຈ່າຍເງິນໃຫ້ກັບທ່ານສຳລັບສ່ວນແບ່ງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃນການດູແລຂອງທ່ານ**

ຂໍ້ນີ້ກ່ຽວກັບຜົນປະໂຫຍດຂອງທ່ານສຳລັບການບໍລິການ ແລະ ການດູແລທາງການແພດ. ຜົນປະໂຫຍດເຫຼົ່ານີ້ ແມ່ນໄດ້ອະທິບາຍໄວ້ໃນພາກທີ 4 ຂອງແຈ້ງການນີ້: *ເສັ້ນສະແດງຜົນປະໂຫຍດທາງການແພດ (ສິ່ງທີ່ຄຸ້ມຄອງ ແລະສິ່ງທີ່ທ່ານຈ່າຍ).* ໃນບາງກໍລະນີ, ກົດລະບຽບຕ່າງໆອາດຈະໃຊ້ໄດ້ກັບຄຳຮ້ອງສຳລັບຢາຕາມແພດສັ່ງ ພາກ B. ໃນກໍລະນີເຫຼົ່ານັ້ນ, ພວກເຮົາຈະອະທິບາຍວ່າກົດລະບຽບສຳລັບຢາຕາມແພດສັ່ງ ພາກ B ມີຄວາມແຕກ ຕ່າງຈາກກົດລະບຽບສຳລັບສິ່ງຂອງ ແລະ ການບໍລິການທາງການແພດແນວໃດ.

ພາກທີ 9 ສິ່ງທີ່ຕ້ອງເຮັດຖ້າທ່ານມີບັນຫາ ຫຼື ຄຳຮ້ອງທຸກ (ຄຳຕັດສິນການຄຸ້ມຄອງ, ການອຸທອນ, ການຮ້ອງທຸກ)

ຂໍ້ນີ້ຈະບອກສິ່ງທີ່ທ່ານສາມາດເຮັດໄດ້ ຖ້າທ່ານຢູ່ໃນຫນຶ່ງໃນຫ້າສະຖານະການດັ່ງຕໍ່ໄປນີ້:

1. ທ່ານບໍ່ມີສິດໄດ້ຮັບການດູແລທາງການແພດສະເພາະທີ່ທ່ານຕ້ອງການ ແລະ ທ່ານເຊື່ອວ່າການບໍລິການນີ້ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງຈາກແຜນຂອງພວກເຮົາ. **ຂໍການຕັດສິນການຄຸ້ມຄອງ. ຂໍ້ທີ 5.2.**
2. ແຜນຂອງພວກເຮົາຈະບໍ່ອະນຸມັດການດູແລທາງການແພດທີ່ທ່ານຫມໍຂອງທ່ານ ຫຼືຜູ້ໃຫ້ບໍລິການທາງການແພດອື່ນໆຕ້ອງການໃຫ້ທ່ານ, ແລະທ່ານເຊື່ອວ່າການດູແລນີ້ແມ່ນຄຸ້ມຄອງໂດຍແຜນ. **ຂໍການຕັດສິນການຄຸ້ມຄອງ. ຂໍ້ທີ 5.2.**
3. ທ່ານໄດ້ຮັບການດູແລທາງການແພດທີ່ທ່ານເຊື່ອວ່າຄວນໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງຈາກແຜນ, ແຕ່ພວກເຮົາເວົ້າວ່າພວກເຮົາຈະບໍ່ຈ່າຍເງິນຄ່າການດູແລນີ້. **ເຮັດການອຸທອນ. ພາກທີ 5.3.**
4. ທ່ານໄດ້ຮັບ ແລະຈ່າຍຄ່າການດູແລທາງການແພດທີ່ທ່ານເຊື່ອວ່າຄວນຈະຖືກຄຸ້ມຄອງໂດຍແຜນ, ແລະທ່ານຕ້ອງການຂໍໃຫ້ແຜນຂອງພວກເຮົາຈ່າຍຄືນເງິນສຳລັບການດູແລນີ້. **ສົ່ງໃບຮຽກເກັບເງິນມາໃຫ້ພວກເຮົາ. ຂໍ້ທີ 5.5.**
5. ທ່ານໄດ້ຮັບແຈ້ງວ່າ ການຄຸ້ມຄອງສຳລັບການດູແລທາງການແພດບາງຢ່າງທີ່ທ່ານເຄີຍໄດ້ຮັບ (ທີ່ພວກເຮົາໄດ້ອະນຸມັດກ່ອນຫນ້ານີ້) ຈະຖືກຫຼຸດ ຫຼື ຢຸດເຊົາ ແລະ ທ່ານເຊື່ອວ່າການຫຼຸດ ຫຼື ຢຸດເຊົາການດູແລນີ້ສາມາດເປັນອັນຕະລາຍຕໍ່ສຸຂະພາບຂອງທ່ານ. **ເຮັດການອຸທອນ. ພາກທີ 5.3.**

ຫມາຍເຫດ: ຖ້າການຄຸ້ມຄອງທີ່ຈະຖືກຢຸດແມ່ນການດູແລໃນໂຮງຫມໍ, ການດູແລສຸຂະພາບຢູ່ເຮືອນ, ການດູແລໃນສະຖານພະຍາບານ ຫຼື ການບໍລິການໃນສະຖານທີ່ຟື້ນຟູຄົນເຈັບນອກແບບຄອບຄຸມ (CORF) , ທ່ານຕ້ອງອ່ານຂໍ້ທີ 7 ແລະ 8 ຂອງພາກນີ້. ກົດລະບຽບພິເສດທີ່ໃຊ້ກັບການດູແລປະເພດເຫຼົ່ານີ້.

ຂໍ້ທີ 5.2	ເທື່ອລະຂັ້ນຕອນ: ວິທີການຂໍການຕັດສິນການຄຸ້ມຄອງ

ຄຳສັບທາງກົດຫມາຍ
ໃນເວລາທີ່ການຕັດສິນການຄຸ້ມຄອງທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບການດູແລທາງການແພດຂອງທ່ານ, ມັນຖືກເອີ້ນວ່າ**ການພິຈາລະນາຂອງອົງກອນ.** ການຕັດສິນການຄຸ້ມຄອງແບບໄວເອີ້ນວ່າ**ການພິຈາລະນາແບບຮີບດ່ວນ.**

<u>ຂັ້ນຕອນທີ 1:</u> ຕັດສິນວ່າທ່ານຕ້ອງການການຕັດສິນການຄຸ້ມຄອງແບບມາດຕະຖານ ຫຼື ການຕັດສິນການຄຸ້ມຄອງແບບໄວ.

ການຕັດສິນການຄຸ້ມຄອງແບບມາດຕະຖານໂດຍປົກກະຕິແລ້ວດຳເນີນການພາຍໃນ 14 ວັນ ຫຼື 72 ຊົ່ວໂມງສຳລັບຢາ ພາກ B. ການຕັດສິນການຄຸ້ມຄອງແບບໄວໂດຍທົ່ວໄປແລ້ວພາຍໃນ

72 ຊົ່ວໂມງສຳລັບການບໍລິການທາງການແພດ ຫຼື 24 ຊົ່ວໂມງສຳລັບຢາ ພາກ B. ເພື່ອໃຫ້ໄດ້ຮັບການຕັດສິນການຄຸ້ມຄອງແບບໄວ, ທ່ານຕ້ອງບັນລຸຕາມຂໍ້ກຳນົດ ສອງຂໍ້ດັ່ງນີ້:

- ທ່ານສາມາດ *ຂໍ* ການຄຸ້ມຄອງສຳລັບການບໍລິການ ແລະ/ຫຼື ສິ່ງຂອງທາງການແພດ ເ*ທົ່ານັ້ນ* (ບໍ່ໄດ້ຂໍການຈ່າຍເງິນສຳລັບສິ່ງຂອງ ແລະ/ຫຼື ບໍລິການທີ່ໄດ້ຮັບແລ້ວ).
- ທ່ານສາມາດຮັບການຕັດສິນການຄຸ້ມຄອງແບບໄວກໍ່ຕໍ່ເມື່ອການນຳໃຊ້ກຳນົດວັນເວລາຕາມມາດຕະຖານສາມາດ*ກໍ່ໃຫ້ເກີດອັນຕະລາຍຮ້າຍແຮງຕໍ່ກັບສຸຂະພາບຂອງທ່ານ ຫຼື ສົ່ງຜົນເສຍຕໍ່ຄວາມສາມາດໃນການເຮັດວຽກຂອງທ່ານ.*
- **ຖ້າຜູ້ໃຫ້ບໍລິການສຸຂະພາບຂອງທ່ານບອກພວກເຮົາວ່າຜູ້ໃຫ້ບໍລິການສຸຂະພາບຂອງທ່ານຂໍການຕັດສິນການຄຸ້ມຄອງແບບໄວ, ພວກເຮົາຈະຕົກລົງໃຫ້ການຕັດສິນການຄຸ້ມຄອງແບບໄວໂດຍອັດຕະໂນມັດ.**
- **ຖ້າທ່ານຂໍການຕັດສິນກ່ຽວກັບການຄຸ້ມຄອງແບບໄວດ້ວຍຕົວ, ໂດຍບໍ່ມີຄຳເຫັນຈາກຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງທ່ານ, ພວກເຮົາຈະຕັດສິນວ່າຄຳຮ້ອງດ້ານສຸຂະພາບຂອງທ່ານຈະເຮັດໃຫ້ພວກຕັດສິນໃຫ້ການຄຸ້ມຄອງແບບໄວກັບທ່ານຫຼືບໍ່.**ຖ້າພວກເຮົາບໍ່ອະນຸມັດການຕັດສິນການຄຸ້ມຄອງແບບໄວ, ພວກເຮົາຈະສົ່ງຈົດໝາຍທີ່:
  - ອະທິບາຍວ່າພວກເຮົາຈະໃຊ້ກຳນົດວັນເວລາມາດຕະຖານ.
  - ອະທິບາຍວ່າ ຖ້າຜູ້ໃຫ້ບໍລິການສຸຂະພາບຂອງທ່ານຂໍການຕັດສິນການຄຸ້ມຄອງແບບໄວ, ພວກເຮົາຈະອະນຸຍາດໃຫ້ການຕັດສິນການຄຸ້ມຄອງແບບໄວໂດຍອັດຕະໂນມັດ.
  - ອະທິບາຍວ່າ ທ່ານສາມາດຍື່ນການຮ້ອງຮຽນແບບໄວກ່ຽວກັບການຕັດສິນຂອງພວກເຮົາທີ່ໃຫ້ການຕັດສິນການຄຸ້ມຄອງແບບມາດຕະຖານໃຫ້ແກ່ທ່ານ ແທນທີ່ຈະເປັນການຕັດສິນການຄຸ້ມຄອງແບບໄວທີ່ທ່ານຂໍ.

<u>ຂັ້ນຕອນທີ 2:</u> ຂໍໃຫ້ແຜນພວກເຮົາດຳເນີນການຕັດສິນໃຈກ່ຽວກັບການຄຸ້ມຄອງ ຫຼື ການຕັດສິນການກ່ຽວກັບການຄຸ້ມຄອງແບບໄວ.

ເລີ່ມໂດຍການໂທຫາ, ຂຽນ ຫຼື ສົ່ງແຟັກຫາແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາເພື່ອດຳເນີນການຮ້ອງຂໍໃຫ້ພວກເຮົາອະນຸຍາດ ຫຼື ໃຫ້ການຄຸ້ມຄອງສຳລັບການດູແລທາງການແພດທີ່ທ່ານຕ້ອງການ. ທ່ານ, ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງທ່ານ, ຫຼືຕົວແທນຂອງທ່ານສາມາດເຮັດສິ່ງນີ້ໄດ້. ພາກທີ 2 ມີຂໍ້ມູນຕິດຕໍ່.

<u>ຂັ້ນຕອນທີ 3:</u> ພວກເຮົາພິຈາລະນາຄຳຮ້ອງຂອງທ່ານສຳລັບການຄຸ້ມຄອງການດູແລທາງການແພດ ແລະ ໃຫ້ຄຳຕອບແກ່ທ່ານ.

ສຳລັບການຕັດສິນໃຈການຄຸ້ມຄອງມາດຕະຖານ ພວກເຮົາໃຊ້ກຳນົດເວລາມາດຕະຖານ.
ນີ້ໝາຍຄວາມວ່າພວກເຮົາຈະໃຫ້ຄຳຕອບແກ່ທ່ານພາຍໃນ 14 ວັນຕາມປະຕິທິນຫຼັງຈາກທີ່ພວກເຮົາໄດ້ຮັບຄຳຮ້ອງຂໍຂອງທ່ານ**ສຳລັບສິ່ງຂອງ ຫຼື ການບໍລິການທາງການແພດ.** ຖ້າທ່ານຂໍ**ຢາຕາມແພດສັ່ງ Medicare ພາກ B**, ພວກເຮົາຈະໃຫ້ຄຳຕອບແກ່ທ່ານ**ພາຍໃນ 72 ຊົ່ວໂມງ**ຫຼັງຈາກທີ່ພວກເຮົາໄດ້ຮັບຄຳຮ້ອງຂອງທ່ານ.

- **ເຖິງຢ່າງໃດກໍ່ຕາມ,** ຖ້າທ່ານຂໍເວລາເພີ່ມເຕີມ ຫຼື ຖ້າພວກເຮົາຕ້ອງການຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມທີ່ອາດຈະເປັນປະໂຫຍດແກ່ທ່ານ, **ພວກເຮົາອາດຈະໃຊ້ເວລາເພີ່ມສູງສຸດເຖິງ 14 ວັນ,** ຖ້າຄຳຮ້ອງຂອງທ່ານເປັນຄຳຮ້ອງສຳລັບສິ່ງຂອງ ຫຼື ການບໍລິການທາງການແພດ. ຖ້າພວກເຮົາໃຊ້ເວລາຫຼາຍກວ່ານັ້ນ, ພວກເຮົາຈະແຈ້ງທ່ານເປັນລາຍລັກອັກສອນ. ພວກເຮົາບໍ່ສາມາດໃຊ້ເວລາເພີ່ມເຕີມເພື່ອດຳເນີນການຕັດສິນໄດ້, ຖ້າຄຳຮ້ອງຂອງທ່ານແມ່ນສຳລັບຢາຕາມແພດສັ່ງ Medicare ພາກ B.
- ຖ້າທ່ານເຊື່ອວ່າພວກເຮົາ**ບໍ່**ຄວນໃຊ້ເວລາເພີ່ມຫຼາຍມື້, ທ່ານສາມາດຍື່ນຄຳຮ້ອງແບບໄວໄດ້. ພວກເຮົາຈະໃຫ້ຄຳຕອບແກ່ທ່ານກ່ຽວກັບການຮ້ອງທຸກຂອງທ່ານທັນທີທີ່ພວກເຮົາດຳເນີນການຕັດສິນ. (ຂັ້ນຕອນການຮ້ອງຮຽນແມ່ນແຕກຕ່າງຈາກຂັ້ນຕອນການຕັດສິນການຄຸ້ມຄອງ ແລະການອຸທອນ. ເບິ່ງຂໍ້ທີ 10 ຂອງບົດນີ້ສຳລັບຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບການຮ້ອງຮຽນ.)

ສຳລັບການຕັດສິນໃຈຄຸ້ມຄອງແບບໄວ, ພວກເຮົາໃຊ້ໄລຍະເວລາທີ່ເລັ່ງລັດ
ການຕັດສິນການຄຸ້ມຄອງແບບໄວໝາຍຄວາມວ່າພວກເຮົາຈະຕອບກັບພາຍໃນ 72 ຊົ່ວໂມງ ຖ້າຄຳຮ້ອງຂອງທ່ານແມ່ນຄຳຮ້ອງສຳລັບສິ່ງຂອງ ຫຼື ບໍລິການທາງການແພດ. ຖ້າຄຳຮ້ອງຂອງທ່ານແມ່ນຄຳຮ້ອງສຳລັບຢາຕາມແພດສັ່ງ Medicare ພາກ B, ພວກເຮົາຈະໃຫ້ຄຳຕອບແກ່ທ່ານພາຍໃນ 24 ຊົ່ວໂມງ.

- **ເຖິງຢ່າງໃດກໍ່ຕາມ,** ຖ້າທ່ານຂໍເວລາເພີ່ມເຕີມ ຫຼື ຖ້າພວກເຮົາຕ້ອງເວລາເພີ່ມເຕີມທີ່ອາດຈະເປັນປະໂຫຍດແກ່ທ່ານ, **ພວກເຮົາອາດຈະໃຊ້ເວລາເພີ່ມສູງສຸດເຖິງ 14 ວັນ**. ຖ້າພວກເຮົາໃຊ້ເວລາຫຼາຍກວ່ານັ້ນ, ພວກເຮົາຈະແຈ້ງທ່ານເປັນລາຍລັກອັກສອນ. ພວກເຮົາບໍ່ສາມາດໃຊ້ເວລາເພີ່ມເຕີມເພື່ອດຳເນີນການຕັດສິນໄດ້, ຖ້າຄຳຮ້ອງຂອງທ່ານແມ່ນສຳລັບຢາຕາມແພດສັ່ງ Medicare ພາກ B.
- ຖ້າທ່ານເຊື່ອວ່າພວກເຮົາ**ບໍ່**ຄວນໃຊ້ເວລາເພີ່ມຫຼາຍມື້, ທ່ານສາມາດຍື່ນຄຳຮ້ອງແບບໄວໄດ້. (ເບິ່ງຂໍ້ທີ 10 ຂອງບົດນີ້ສຳລັບຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບການຮ້ອງທຸກ.) ພວກເຮົາຈະໂທຫາທ່ານທັນທີທີ່ພວກເຮົາດຳເນີນການຕັດສິນ.

- **ຖ້າຄຳຕອບຂອງພວກເຮົາແມ່ນການປະຕິເສດສິ່ງທີ່ທ່ານຂໍບາງສ່ວນ ຫຼື ທັງໝົດ,** ພວກເຮົາຈະສົ່ງຖະແຫຼງການເປັນລາຍລັກອັກສອນໃຫ້ທ່ານເພື່ອອະທິບາຍວ່າຍ້ອນຫຍັງພວກເຮົາຈຶ່ງປະຕິເສດ.

<u>ຂັ້ນຕອນທີ 4:</u> ຖ້າພວກເຮົາປະຕິເສດຄຳຮ້ອງຂອງທ່ານສຳລັບການຄຸ້ມຄອງການດູແລທາງການແພດ, ທ່ານສາມາດຂໍການອຸທອນ.

ຖ້າພວກເຮົາປະຕິເສດ, ທ່ານມີສິດໃນການຂໍໃຫ້ພວກເຮົາພິຈາລະນາຄຳຕັດສິນນີ້ຄືນໂດຍການຍື່ນການອຸທອນ. ນີ້ໝາຍເຖິງການຂໍອີກຄັ້ງເພື່ອໃຫ້ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງການດູແລທາງການແພດທີ່ທ່ານຕ້ອງການ. ຖ້າທ່ານຍື່ນອຸທອນ, ໝາຍຄວາມວ່າທ່ານກຳລັງເຂົ້າສູ່ຂະບວນການອຸທອນລະດັບທີ 1.

ຂໍ້ທີ 5.3	ເທື່ອລະຂັ້ນຕອນ: ວິທີການຂໍການອຸທອນລະດັບທີ 1

ຄຳສັບທາງກົດໝາຍ
ການຂໍການອຸທອນຕໍ່ແຜນກ່ຽວກັບຄຳຕັດສິນການຄຸ້ມຄອງການດູແລທາງການແພດທີ່ເອີ້ນວ່າ **ການພິຈາລະນາແຜນຄືນໃຫມ່.** ການອຸທອນແບບໄວເອີ້ນຢ່າງໜຶ່ງວ່າ**ການພິຈາລະນາໃຫມ່ແບບຮີບດ່ວນ.**

<u>ຂັ້ນຕອນທີ 1:</u> ຕັດສິນໃຈວ່າທ່ານຈຳເປັນຕ້ອງໄດ້ຮັບການອຸທອນແບບມາດຕະຖານ ຫຼື ການອຸທອນແບບໄວ.

ໂດຍປົກກະຕິການອຸທອນມາດຕະຖານແມ່ນຍື່ນພາຍໃນ 30 ມື້. ການອຸທອນແບບໄວໂດຍປົກກະຕິແລ້ວດຳເນີນການພາຍໃນ 72 ຊົ່ວໂມງ.

- ຖ້າທ່ານກຳລັງຍື່ນອຸທອນການຕັດສິນໃຈ, ພວກເຮົາໄດ້ເຮັດກ່ຽວກັບການຄຸ້ມຄອງການດູແລ ທີ່ທ່ານຍັງບໍ່ທັນໄດ້ຮັບ, ທ່ານ ແລະ/ຫຼື ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບຂອງທ່ານ ຈະຕ້ອງຕັດສິນໃຈວ່າທ່ານຕ້ອງການການອຸທອນແບບໄວຫຼືບໍ່. ຖ້າຜູ້ໃຫ້ບໍລິການສຸຂະພາບຂອງທ່ານ ບອກພວກເຮົາວ່າສຸຂະພາບຂອງທ່ານຈຳເປັນຕ້ອງໄດ້ຮັບການອຸທອນແບບໄວ, ພວກເຮົາຈະໃຫ້ການອຸທອນແບບໄວແກ່ທ່ານ.
- ຂໍ້ກຳນົດສຳລັບການໄດ້ຮັບການອຸທອນແບບໄວແມ່ນຄືກັນກັບການໄດ້ຮັບການຕັດສິນໃຈໄວກ່ຽວກັບການຄຸ້ມຄອງໃນຂໍ້ທີ 5.2 ຂອງພາກນີ້.

<u>ຂັ້ນຕອນທີ 2: ສອບຖາມແຜນຂອງພວກເຮົາສຳລັບການອຸທອນ ຫຼື ການອຸທອນແບບໄວ</u>

- **ຖ້າທ່ານກຳລັງຂໍການອຸທອນແບບມາດຕະຖານ, ຍື່ນການອຸທອນແບບມາດຕະຖານເປັນລາຍລັກອັກສອນ.** ທ່ານຍັງສາມາດຂໍການອຸທອນໂດຍການໂທຫາພວກເຮົາໄດ້. ພາກທີ 2 มีข้อมูลติดต่อ.
- **ຖ້າທ່ານກຳລັງຂໍການອຸທອນແບບໄວ, ກະລຸນາຍື່ນຄຳອຸທອນເປັນລາຍລັກອັກສອນ ຫຼື ໂທຫາພວກເຮົາ.** ພາກທີ 2 มีข้อมูลติดต่อ.
- **ທ່ານຕ້ອງຂໍຍື່ນອຸທອນພາຍໃນ 60 ມື້ຕາມປະຕິທິນ** ນັບແຕ່ວັນທີໃນແຈ້ງການເປັນລາຍລັກອັກສອນທີ່ພວກເຮົາໄດ້ສົ່ງຫາທ່ານເພື່ອແຈ້ງຄຳຕອບຂອງພວກເຮົາກ່ຽວກັບການຕັດສິນດ້ານການຄຸ້ມຄອງ. ຖ້າທ່ານການກຳນົດເວລາ ແລະ ມີເຫດຜົນທີ່ດີຕໍ່ກັບການກາຍກຳນົດນີ້, ອະທິບາຍເຫດຜົນການຍື່ນອຸທອນທີ່ຊັກຊ້າຂອງທ່ານໃນເວລາທີ່ທ່ານຍື່ນອຸທອນ. ພວກເຮົາອາດຈະໃຫ້ເວລາເພີ່ມເຕີມແກ່ທ່ານເພື່ອຍື່ນການອຸທອນຂອງທ່ານ. ຕົວຢ່າງຂອງເຫດຜົນທີ່ດີອາດຈະເປັນອາການເຈັບປ່ວຍຮຸນແຮງທີ່ຍຸດທ່ານຈາກການຕິດຕໍ່ຫາພວກເຮົາ ຫຼື ຖ້າພວກເຮົາໄດ້ໃຫ້ຂໍ້ມູນທີ່ບໍ່ຖືກຕ້ອງ ຫຼື ບໍ່ຄົບຖ້ວນແກ່ທ່ານກ່ຽວກັບກຳນົດເວລາສຳລັບການຂໍການອຸທອນ.
- **ທ່ານສາມາດຂໍສຳເນົາຂໍ້ມູນທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບການຕັດສິນທາງການແພດຂອງທ່ານ. ທ່ານ ແລະ ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການສຸຂະພາບຂອງທ່ານອາດຈະເພີ່ມຂໍ້ມູນເພື່ອສະໜັບສະໜຸນການອຸທອນຂອງທ່ານ.**

<u>ຂັ້ນຕອນທີ 3:</u> ພວກເຮົາພິຈາລະນາການອຸທອນຂອງທ່ານ ແລະ ພວກເຮົາຈະໃຫ້ຄຳຕອບແກ່ທ່ານ.

- ເມື່ອແຜນຂອງພວກເຮົາຈະຕວດສອບການຍື່ນອຸທອນຂອງທ່ານ, ພວກເຮົາກວດເບິ່ງຂໍ້ມູນທັງໝົດຢ່າງລະມັດລະວັງ. ພວກເຮົາກວດເບິ່ງວ່າພວກເຮົາໄດ້ປະຕິບັດຕາມກົດລະບຽບທັງໝົດບໍ, ໃນເວລາທີ່ພວກເຮົາປະຕິເສດຄຳຮ້ອງຂອງທ່ານ.
- ພວກເຮົາຈະເກັບກຳຂໍ້ມູນຖ້າຈຳເປັນ, ໂດຍອາດຈະຕິດຕໍ່ຫາທ່ານ ຫຼື ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການສຸຂະພາບຂອງທ່ານ.

ກຳນົດວັນເວລາສຳລັບການອຸທອນແບບໄວ

- ສຳລັບການອຸທອນແບບໄວ, ພວກເຮົາຕ້ອງໃຫ້ຄຳຕອບແກ່ທ່ານ**ພາຍໃນ 72 ຊົ່ວໂມງຫຼັງຈາກທີ່ພວກເຮົາໄດ້ຮັບການອຸທອນຂອງທ່ານ.** ພວກເຮົາຈະໃຫ້ຄຳຕອບແກ່ທ່ານໄວຂຶ້ນ, ຖ້າສຸຂະພາບຂອງທ່ານກຳນົດໃຫ້ຕ້ອງເຮັດແບບນັ້ນ.
    - ເຖິງຢ່າງໃດກໍ່ຕາມ, ຖ້າທ່ານຂໍເວລາເພີ່ມເຕີມ ຫຼື ຖ້າພວກເຮົາຕ້ອງການຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມທີ່ອາດຈະເປັນປະ�โຫຍດແກ່ທ່ານ, ພວກເຮົາ **ສາມາດໃຊ້ເວລາເພີ່ມສູງສຸດເຖິງ 14 ມື້ຕາມປະຕິທິນ** ຖ້າຄຳຮ້ອງຂອງທ່ານແມ່ນສຳລັບສິ່ງຂອງ ຫຼື ການບໍລິການທາງກ

ານແພດ. ຖ້າພວກເຮົາໃຊ້ເວລາຫຼາຍກວ່ານັ້ນ, ພວກເຮົາຈະແຈ້ງທ່ານເປັນລາຍລັກອັກສອນ. ພວກເຮົາບໍ່ສາມາດໃຊ້ເວລາເພີ່ມເຕີມ, ຖ້າຄຳຮ້ອງຂອງທ່ານແມ່ນສຳລັບຢາຕາມໃບສັ່ງຢາ Medicare ພາກ B.

- ຖ້າພວກເຮົາບໍ່ໃຫ້ຄຳຕອບແກ່ທ່ານພາຍໃນ 72 ຊົ່ວໂມງ (ຫຼື ໃນຕອນທ້າຍຂອງໄລຍະເວລາທີ່ໄດ້ຂະຫຍາຍເພີ່ມເຕີມ, ຖ້າພວກເຮົາໃຊ້ເວລາເພີ່ມເຕີມ) ພວກເຮົາຈຳເປັນຕ້ອງສົ່ງຄຳຮ້ອງຂອງທ່ານໄປທີ່ລະດັບທີ 2 ຂອງຂະບວນການອຸທອນໂດຍອັດຕະໂນມັດ, ເຊິ່ງຄຳຂໍຈະໄດ້ຮັບການອະນຸມັດໂດຍອົງກອນກວດສອບເອກະລາດ. ຂໍ້ທີ 5.4 ອະທິບາຍຂະບວນການອຸທອນລະດັບ 2.

- **ຖ້າຄຳຕອບຂອງພວກເຮົາແມ່ນເຫັນດີຕໍ່ກັບສິ່ງທີ່ທ່ານຂໍບາງສ່ວນ ຫຼື ທັງໝົດ,** ພວກເຮົາຕ້ອງໃຫ້ອະນຸຍາດທ່ານ ຫຼື ໃຫ້ການຄຸ້ມຄອງທີ່ພວກເຮົາເຫັນດີເພື່ອສະໜອງໃຫ້ພາຍໃນ 72 ຊົ່ວໂມງຫຼັງຈາກທີ່ພວກເຮົາໄດ້ຮັບການອຸທອນຂອງທ່ານ.
- **ຖ້າຄຳຕອບຂອງພວກເຮົາປະຕິເສດສິ່ງທີ່ທ່ານໄດ້ຂໍບາງສ່ວນ ຫຼື ທັງໝົດ,** ພວກເຮົາຈະສົ່ງການຕັດສິນຂອງພວກເຮົາໄປຫາທ່ານເປັນລາຍລັກອັກສອນ ແລະ ສົ່ງຕໍ່ການອຸທອນຂອງທ່ານໄປຫາອົງກອນກວດສອບເອກະລາດສຳລັບການອຸທອນລະດັບທີ 2 ໂດຍອັດຕະໂນມັດ. ອົງກອນກວດສອບເອກະລາດຈະແຈ້ງທ່ານເປັນລາຍລັກອັກສອນໃນເວລາທີ່ພວກເຂົາໄດ້ຮັບການອຸທອນຂອງທ່ານ.

ກຳນົດເວລາສຳລັບການອຸທອນແບບມາດຕະຖານ

- ສຳລັບການອຸທອນແບບມາດຕະຖານ, ພວກເຮົາຕ້ອງໃຫ້ຄຳຕອບແກ່ທ່ານ**ພາຍໃນ 30 ວັນຕາມປະຕິທິນ** ຫຼັງຈາກພວກເຮົາໄດ້ຮັບການອຸທອນຂອງທ່ານ. ຖ້າຫາກຄຳຂໍຂອງທ່ານແມ່ນສຳລັບຢາຕາມໃບສັ່ງຢາ Medicare ພາກ B ທີ່ທ່ານຍັງບໍ່ໄດ້ຮັບ, ພວກເຮົາຈະໃຫ້ຄຳຕອບແກ່ທ່ານ **ພາຍໃນ 7 ມື້ຕາມປະຕິທິນ** ຫຼັງຈາກທີ່ພວກເຮົາໄດ້ຮັບຄຳອຸທອນຂອງທ່ານ. ພວກເຮົາຈະໃຫ້ຄຳຕັດສິນຂອງພວກເຮົາແກ່ທ່ານໄວຂຶ້ນ, ຖ້າເງື່ອນໄຂສຸຂະພາບຂອງທ່ານກຳນົດໃຫ້ຕ້ອງເຮັດແບບນັ້ນ.
    - ເຖິງຢ່າງໃດກໍ່ຕາມ, ຖ້າທ່ານຂໍເວລາເພີ່ມເຕີມ ຫຼື ຖ້າພວກເຮົາຕ້ອງການຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມທີ່ອາດຈະເປັນປະໂຫຍດແກ່ທ່ານ, **ພວກເຮົາສາມາດໃຊ້ເວລາເພີ່ມສູງສຸດເຖິງ 14 ມື້ຕາມປະຕິທິນ,** ຖ້າຄຳຮ້ອງຂອງທ່ານແມ່ນສຳລັບສິ່ງຂອງ ຫຼື ການບໍລິການທາງການແພດ.ຖ້າພວກເຮົາໃຊ້ເວລາຫຼາຍກວ່ານັ້ນ, ພວກເຮົາຈະແຈ້ງທ່ານເປັນລາຍລັກອັກສອນ. ພວກເຮົາບໍ່ສາມາດໃຊ້ເວລາເພີ່ມເຕີມເພື່ອດຳເນີນການຕັດສິນໄດ້, ຖ້າຄຳຮ້ອງຂອງທ່ານແມ່ນສຳລັບຢາຕາມແພດສັ່ງ Medicare ພາກ B.
    - ຖ້າທ່ານເຊື່ອວ່າພວກເຮົາບໍ່ຄວນໃຊ້ເວລາເພີ່ມຫຼາຍມື້, ທ່ານສາມາດຍື່ນຄຳຮ້ອງແບບໄວໄດ້. ໃນເວລາທີ່ທ່ານຍື່ນການຮ້ອງທຸກແບບໄວ, ພວກເຮົາຈະໃຫ້ຄຳຕອບຕໍ່ການຮ້ອງທຸກຂອງທ່ານພາຍໃນ 24 ຊົ່ວໂມງ. (ເບິ່ງຂໍ້ທີ 10 ຂອງບົດນີ້ສຳລັບຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບການຮ້ອງທຸກ.)

- ○ ຖ້າ ພວກເຮົາບໍ່ໄດ້ໃຫ້ຄຳຕອບແກ່ທ່ານພາຍໃນກຳນົດເວລາ (ຫຼື ໃນຕອນທ້າຍຂອງໄລຍະເວລາທີ່ໄດ້ຂະຫຍາຍຕົ້ມ), ພວກເຮົາຈະສົ່ງຄຳຮ້ອງຂອງທ່ານໄປທີ່ການອຸທອນລະດັບທີ 2, ເຊິ່ງອົງກອນກວດສອບເອກະລາດ ຈະກວດສອບຄຳອຸທອນຂອງທ່ານ. ຂໍ້ທີ 5.4 ອະທິບາຍຂະບວນການອຸທອນລະດັບ 2.

- **ຖ້າ ຄຳຕອບຂອງພວກເຮົາເຫັນດີໃນບາງສ່ວນ ຫຼືທັງໝົດຂອງສິ່ງທີ່ທ່ານຮ້ອງຂໍ**, ພວກເຮົາຕ້ອງອະນຸມັດ ຫຼືໃຫ້ການຄຸ້ມຄອງພາຍໃນ 30 ວັນຕາມປະຕິທິນ ຖ້າຄຳຮ້ອງຂໍຂອງທ່ານແມ່ນສຳລັບລາຍການທາງການແພດ ຫຼືການບໍລິການ ຫຼື **ພາຍໃນ 7 ວັນຕາມປະຕິທິນ** ຖ້າຄຳຮ້ອງຂໍຂອງທ່ານແມ່ນສຳລັບ Medicare ພາກ B. ຢາຕາມໃບສັ່ງແພດ.
- ຖ້າແຜນຂອງພວກເຮົາບອກວ່າບໍ່ເຫັນດີກັບບາງສ່ວນ ຫຼືທັງໝົດ, ພວກເຮົາຈະສົ່ງຄຳອຸທອນຂອງທ່ານໄປໃຫ້ອົງການກວດສອບເອກະລາດ ເຊິ່ງການອຸທອນລະດັບ 2 ໂດຍອັດຕະໂນມັດ.

ຂໍ້ທີ 5.4 ເທື່ອລະຂັ້ນຕອນ: ວິທີການອຸທອນລະດັບທີ 2 ສຳເລັດ

ຄຳສັບທາງກົດໝາຍ
ຊື່ທາງການສຳລັບອົງກອນກວດສອບອິດສະລະແມ່ນ**ຫນ່ວຍງານກວດສອບອິດສະຫຼະ.** ໃນບາງຄັ້ງເອີ້ນວ່າ **(Individual Retirement Account,IRE).**

ອົງກອນກວດສອບອິດສະຫຼະແມ່ນອົງກອນອິດສະຫຼະທີ່ຈ້າງໂດຍ Medicare. ພວກເຂົາບໍ່ໄດ້ກ່ຽວຂ້ອງກັບພວກເຮົາ ແລະ ບໍ່ແມ່ນຫນ່ວຍງານຂອງລັດຖະບານ. ອົງກອນນີ້ຕັດສິນວ່າການຕັດສິນທີ່ພວກເຮົາໄດ້ດຳເນີນການນັ້ນຖືກຕ້ອງບໍ ຫຼື ຄວນປ່ຽນແປງຫຼືບໍ່. Medicare ກວດສອບວຽກຂອງພວກເຂົາ.

<u>ຂັ້ນຕອນທີ 1:</u> ອົງກອນກວດສອບອິດສະຫຼະກວດສອບການອຸທອນຂອງທ່ານ.

- ພວກເຮົາຈະສົ່ງຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບການອຸທອນຂອງທ່ານໄປຫາອົງກອນນີ້. ຂໍ້ມູນນີ້ເອີ້ນວ່າສຳນວນຄະດີຂອງທ່ານ. **ທ່ານມີສິດໃນການຂໍໃຫ້ພວກເຮົາໃຫ້ສຳເນົາສຳນວນຄະດີຂອງທ່ານ.**
- ທ່ານມີສິດໃນການໃຫ້ຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມແກ່ອົງກອນກວດສອບອິດສະຫຼະເພື່ອສະຫນັບສະຫນູນການອຸທອນຂອງທ່ານ.
- ຜູ້ກວດສອບທີ່ອົງກອນກວດສອບເອກະລາດຈະກວດສອບຂໍ້ມູນທັງໝົດທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບການອຸທອນຂອງທ່ານຢ່າງລະອຽດ.

ຖ້າທ່ານໄດ້ຍື່ນການອຸທອນແບບໄວ ໃນໄລຍະລະດັບທີ 1, ທ່ານຍັງຈະໄດ້ການອຸທອນແບບໄວ ໃນລະດັບທີ 2

- ສຳລັບການອຸທອນແບບໄວ, ອົງກອນກວດສອບເອກະລາດຕ້ອງໃຫ້ຄຳຕອບກ່ຽວກັບການອຸທອນລະດັບທີ 2 ຂອງທ່ານພາຍໃນ 72 ຊົ່ວໂມງໃນເວລາທີ່ພວກເຂົາໄດ້ຮັບການອຸທອນຂອງທ່ານ.

- ຢ່າງໃດກໍ່ຕາມ, ຖ້າຄຳຮ້ອງຂອງທ່ານແມ່ນຄຳຮ້ອງສຳລັບສິ່ງຂອງ ຫຼື ການບໍລິການທາງການແພດ ແລະ ອົງກອນກວດສອບອິດສະລະ ຈຳເປັນຕ້ອງເກັບກຳຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມທີ່ອາດຈະເປັນປະໂຫຍດຕໍ່ທ່ານ, **ມັນອາດໃຊ້ເວລາສູງສຸດເຖິງ 14 ມື້ຕາມປະຕິທິນ.** ອົງກອນກວດສອບອິດສະຫຼະບໍ່ສາມາດໃຊ້ເວລາເພີ່ມເຕີມເພື່ອດຳເນີນການຕັດສິນ ຖ້າຄຳຮ້ອງຂອງທ່ານແມ່ນຄຳຮ້ອງສຳລັບຢາຕາມໃບສັ່ງຢາ Medicare ພາກ B.

ຖ້າທ່ານໄດ້ຍື່ນການອຸທອນແບບມາດຕະຖານໃນລະດັບທີ 1, ທ່ານຍັງຈະໄດ້ຮັບການອຸທອນແບບຕະຖານໃນລະດັບທີ 2

- ສຳລັບການອຸທອນແບບມາດຕະຖານ, ຖ້າຄຳຮ້ອງຂອງທ່ານແມ່ນຄຳຮ້ອງສຳລັບສິ່ງຂອງ ຫຼື ການບໍລິການທາງການແພດ, ອົງກອນກວດອິດສະຫຼະຈະໃຫ້ຄຳຕອບກ່ຽວກັບການອຸທອນລະດັບທີ 2 **ພາຍໃນ 30 ມື້ຕາມປະຕິທິນ** ເມື່ອທີ່ພວກເຂົາໄດ້ຮັບການອຸທອນຂອງທ່ານ. ຖ້າຫາກຄຳຮ້ອງຂອງທ່ານແມ່ນຄຳຮ້ອງສຳລັບຢາຕາມແພດສັ່ງ ພາກ B, ອົງກອນກວດສອບ ຈະຕ້ອງໃຫ້ຄຳຕອບກ່ຽວກັບການອຸທອນລະດັບທີ 2 ຂອງທ່ານ **ພາຍໃນ 7 ມື້ຕາມປະຕິທິນ** ໃນເວລາທີ່ພວກເຂົາໄດ້ຮັບອຸທອຄຳນຂອງທ່ານ.
- ຢ່າງໃດກໍ່ຕາມ, ຖ້າຄຳຮ້ອງຂອງທ່ານແມ່ນຄຳຮ້ອງສຳລັບສິ່ງຂອງ ຫຼື ການບໍລິການທາງການແພດ ແລະ ອົງກອນກວດສອບອິດສະລະ ຈຳເປັນຕ້ອງເກັບກຳຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມທີ່ອາດຈະເປັນປະໂຫຍດຕໍ່ທ່ານ, **ມັນອາດໃຊ້ເວລາສູງສຸດເຖິງ 14 ມື້ຕາມປະຕິທິນ.** ອົງກອນກວດສອບອິດສະຫຼະບໍ່ສາມາດໃຊ້ເວລາເພີ່ມເຕີມເພື່ອດຳເນີນການຕັດສິນ ຖ້າຄຳຮ້ອງຂອງທ່ານແມ່ນຄຳຮ້ອງສຳລັບຢາຕາມໃບສັ່ງຢາ Medicare ພາກ B.

<u>ຂັ້ນຕອນທີ 2:</u> ອົງກອນກວດສອບອິດສະຫຼະຈະໃຫ້ຄຳຕອບແກ່ທ່ານ.

ອົງກອນກວດສອບອິດສະຫຼະຈະບອກທ່ານກ່ຽວກັບຄຳຕັດສິນຂອງພວກເຂົາເປັນລາຍລັກອັກສອນ ແລະ ອະທິບາຍເຫດຜົນດັ່ງກ່າວ.

- **ຖ້າອົງການກວດສອບເຫັນດີຕໍ່ບາງສ່ວນ ຫຼືທັງໝົດຂອງຄຳຮ້ອງຂໍລາຍການທາງການແພດ ຫຼືການບໍລິການ**, ພວກເຮົາຕ້ອງອະນຸມັດໃຫ້ການຄຸ້ມຄອງການດູແລທາງການແພດພາຍໃນ 72 ຊົ່ວໂມງ ຫຼືໃຫ້ບໍລິການພາຍໃນ 14 ວັນຕາມປະຕິທິນ ຫຼັງຈາກທີ່ພວກເຮົາໄດ້ຮັບຄຳຕັດສິນຈາກອົງການກວດສອບສຳລັບຄຳຮ້ອງຂໍແບບມາດຕະຖານ. ສຳລັບການຮ້ອງຂໍທີ່ເລັ່ງດ່ວນ, ພວກເຮົາມີເວລາ 72 ຊົ່ວໂມງນັບຈາກມື້ທີ່ພວກເຮົາໄດ້ຮັບຄຳຕັດສິນຈາກອົງການກວດສອບ.
- **ຖ້າອົງການກວດສອບເຫັນດີຕໍ່ກັບບາງສ່ວນ ຫຼືທັງໝົດຂອງຄຳຮ້ອງຂໍຢາຕາມໃບສັ່ງແພດຂອງ Medicare ພາກ B**, ພວກເຮົາຕ້ອງອະນຸມັດ ຫຼືໃຫ້ຢາຕາມໃບສັ່ງແພດຂອງພາກ B ພາຍໃນ **72 ຊົ່ວໂມງ** ຫຼັງຈາກພວກເຮົາໄດ້ຮັບຄຳຕັດສິນຈາກອົງການກວດສອບສຳລັບ**ຄຳຮ້ອງຂໍແບບມາດຕະຖານ**.ສຳລັບ **ການຮ້ອງຂໍທີ່ເລັ່ງດ່ວນ** ພວກເຮົາມີເວລາ **24 ຊົ່ວໂມງ** ນັບຈາກມື້ທີ່ພວກເຮົາໄດ້ຮັບຄຳຕັດສິນຈາກອົງການກວດສອບ.

- **ຖ້າອົງການນີ້ ບໍ່ເຫັນດີກັບສ່ວນໜຶ່ງ ຫຼື ທັງໝົດຂອງການອຸທອນຂອງທ່ານ**, ມັນໝາຍຄວາມວ່າເຂົາເຈົ້າເຫັນດີກັບພວກເຮົາວ່າຄຳຮ້ອງຂໍຂອງທ່ານ (ຫຼືສ່ວນໜຶ່ງຂອງຄຳຮ້ອງຂໍຂອງທ່ານ) ສຳລັບການຄຸ້ມຄອງການດູແລທາງການແພດບໍ່ຄວນຖືກອະນຸມັດ. (ສິ່ງນີ້ເອີ້ນວ່າການສະໜັບສະໜູນຄຳຕັດສິນ ຫຼື ການປະຕິເສດການອຸທອນຂອງທ່ານ.). ໃນກໍລະນີນີ້, ອົງກອນກວດສອບອິດສະຫຼະຈະສົ່ງຈົດໝາຍຫາທ່ານ:
    - ເພື່ອອະທິບາຍຄຳຕັດສິນຂອງພວກເຂົາ.
    - ເພື່ອແຈ້ງໃຫ້ທ່ານຊາບ ກ່ຽວກັບສິດໃນການອຸທອນລະດັບທີ 3 ຖ້າວ່າມູນຄ່າຂອງການຄຸ້ມຄອງການດູແລທາງການແພດທີ່ທ່ານກຳລັງຂໍ ເປັນໄປຕາມຈຳນວນຂັ້ນຕ່ຳຕາມທີ່ກຳນົດ. ແຈ້ງການເປັນລາຍລັກອັກສອນທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບຈາກອົງກອນກວດສອບອິດສະຫຼະຈະບອກທ່ານກ່ຽວກັບຈຳນວນເງິນທີ່ຕ້ອງມີເພື່ອສືບຕໍ່ຂະບວນການອຸທອນຂອງທ່ານຕໍ່ໄປ.
    - ບອກໃຫ້ທ່ານຮູ້ວິທີການຍື່ນອຸທອນລະດັບທີ 3.

<u>ຂັ້ນຕອນທີ 3:</u> ຖ້າຄະດີຂອງທ່ານເປັນໄປຕາມຂໍ້ກຳນົດ, ທ່ານເລືອກໄດ້ວ່າທ່ານຕ້ອງການຍື່ນອຸທອນຂອງທ່ານຕໍ່ໄປຫຼືບໍ່.

- ມັນຍັງມີອີກສາມລະດັບເພີ່ມເຕີມໃນຂະບວນການອຸທອນຫຼັງຈາກລະດັບທີ 2 (ສຳລັບການອຸທອນທັງໝົດຫ້າລະດັບ). ຖ້າທ່ານຕ້ອງການສືບຕໍ່ການອຸທອນລະດັບທີ 3 ລາຍລະອຽດກ່ຽວກັບວິທີການດຳເນີນການນີ້ມີຢູ່ໃນແຈ້ງການເປັນລາຍລັກອັກສອນທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບຫຼັງຈາກການອຸທອນລະດັບທີ 2 ຂອງທ່ານ.
- ການອຸທອນລະດັບທີ 3 ຈະໄດ້ຮັບການຈັດການໂດຍຜູ້ພິພາກສາກົດໝາຍການບິກຄອງ ຫຼື ຜູ້ພິພາກສາທະນາຍຄວາມ. ຂໍ້ທີ 9 ໃນພາກນີ້ອະທິບາຍຂະບວນການອຸທອນລະດັບ 3, 4, ແລະ 5.

ຂໍ້ທີ 5.5	ຈະເປັນແນວໃດຖ້າຫາກວ່າທ່ານຮ້ອງຂໍໃຫ້ພວກເຮົາຈ່າຍຄ່າສ່ວນແບ່ງຂອງພວກເຮົາຕາມໃບບິນ ທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບຄ່າການປິ່ນປົວ?

ພາກທີ 7 ອະທິບາຍເຖິງເວລາທີ່ທ່ານອາດຈະຕ້ອງການຂໍເງິນຊົດເຊີຍຄືນ ຫຼືຈ່າຍຄ່າໃບບິນທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບຈາກຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ. ມັນຍັງບອກວິທີການສົ່ງເອກະສານ ທີ່ຂໍໃຫ້ພວກເຮົາຈ່າຍເງິນ.

ການຂໍການທົດແທນເງິນຄືນແມ່ນການຂໍການຕັດສິນດ້ານການຄຸ້ມຄອງຈາກພວກເຮົາ

ຖ້າທ່ານສົ່ງເອກະສານຂໍທົດແທນເງິນຄືນມາໃຫ້ພວກເຮົາ, ທ່ານກຳລັງຂໍການຕັດສິນດ້ານການຄຸ້ມຄອງ. ເພື່ອດຳເນີນການຕັດສິນນີ້, ພວກເຮົາຈະກວດເບິ່ງວ່າການດູແລທາງການແພດທີ່ທ່ານໄດ້ຈ່າຍໄປນັ້ນແມ່ນການບໍລິການທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງຫຼືບໍ່. ພວກເຮົາຍັງຈະກວດເບິ່ງອີກວ່າທ່ານໄດ້ປະຕິບັດຕາມກົດລະບຽບທັງໝົດໃນການນຳໃຊ້ການຄຸ້ມຄອງເພື່ອການດູແລທາງການແພດຂອງທ່ານຫຼືບໍ່.

- **ຖ້າພວກເຮົາເຫັນດີກັບຄຳຮ້ອງຂອງທ່ານ:** ຖ້າການດູແລທາງການແພດໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ ແ ລະທ່ານປະຕິບັດຕາມກົດລະບຽບທັງຫມົດ, ພວກເຮົາຈະສົ່ງເງິນໃຫ້ທ່ານສຳລັບສ່ວນແບ່ງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຂ ອງພວກເຮົາພາຍໃນ 60 ມື້ຫຼັງຈາກພວກເຮົາໄດ້ຮັບການຮ້ອງຂໍຂອງທ່ານ. ຖ້າທ່ານບໍ່ໄດ້ຈ່າຍຄ່າບໍລິກ ານ, ພວກເຮົາຈະສົ່ງເງິນໂດຍກົງໃຫ້ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ.
- **ຖ້າພວກເຮົາບໍ່ເຫັນດີກັບຄຳຮ້ອງຂອງທ່ານ:** ຖ້າການດູແລທາງການແພດ*ບໍ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ* ຫຼື ທ່ານ*ບໍ່*ໄດ້ປະຕິບັດຕາມກົດລະບຽບທັງຫມົດ, ພວກເຮົາຈະບໍ່ຈ່າຍເງິນໃຫ້. ແຕ່ພວກເຮົາຈະສົ່ງແຈ້ງ ການທີ່ລະບຸວ່າພວກເຮົາຈະບໍ່ຈ່າຍເງິນສຳລັບການບໍລິການ ແລະ ອະທິບາຍເຫດຜົນ.

ຖ້າທ່ານບໍ່ເຫັນດີກັບຄຳຕັດສິນຂອງພວກເຮົາໃນການປະຕິເສດທ່ານ, **ທ່ານສາມາດຍື່ນອຸທອນໄດ້**. ຖ້າທ່ານ ຂໍຍື່ນອຸທອນ, ມັນຫມາຍຄວາມວ່າທ່ານກຳລັງຂໍໃຫ້ພວກເຮົາປ່ຽນແປງຄຳຕັດສິນກ່ຽວກັບການຄຸ້ມຄອງທີ່ພວ ກເຮົາໄດ້ຕັດສິນລົງໄປໃນເວລາທີ່ພວກເຮົາປະຕິເສດຄຳຮ້ອງການຈ່າຍເງິນຂອງທ່ານ.

ເພື່ອດຳເນີນການອຸທອນນີ້, ປະຕິບັດຕາມຂະບວນການສຳລັບການອຸທອນທີ່ອະທິບາຍໄວ້ໃນຂໍ້ທີ 5.3. ສຳລັບການອຸທອນທີ່ກ່ຽວກັບການຈ່າຍເງິນຄືນ, ກະລຸນາຮັບຮູ້ວ່າ:

- ພວກເຮົາຕ້ອງໃຫ້ຄຳຕອບແກ່ທ່ານພາຍໃນ 60 ມື້ຕາມປະຕິທິນ ຫຼັງຈາກທີ່ພວກເຮົາໄດ້ຮັບຄຳອຸທອ ນຂອງທ່ານ. ຖ້າທ່ານກຳລັງຂໍໃຫ້ພວກເຮົາຈ່າຍເງິນຄືນໃຫ້ທ່ານສຳລັບການດູແລທາງການແພດທີ່ທ່ า ນໄດ້ຮັບ ແລະ ໄດ້ຈ່າຍເງິນແລ້ວ, ທ່ານບໍ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດໃຫ້ຍື່ນອຸທອນແບບໄວ.
- ຖ້າອົງກອນກວດສອບອິດສະຫຼະຕັດສິນວ່າພວກເຮົາຄວນຈ່າຍ, ພວກເຮົາຕ້ອງສົ່ງການຈ່າຍເງິນໃຫ້ທ່ ານ ຫຼື ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການພາຍໃນ 30 ມື້ຕາມປະຕິທິນ. ຖ້າຄຳຕອບຂອງການອຸທອນຂອງທ່ານແມ່ນ ເຫັນ ດີ ໃນຂັ້ນຕອນໃດໆຂອງຂະບວນການອຸທອນຫຼັງຈາກລະດັບທີ 2, ພວກເຮົາຕ້ອງສົ່ງການຈ່າຍເງິນທີ່ທ່ ານຂໍໃຫ້ທ່ານ ຫຼື ໃຫ້ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການພາຍໃນ 60 ມື້ຕາມປະຕິທິນ.

ຂໍ້ທີ 6 ຢາຕາມໃບສັ່ງ ພາກ D ຂອງທ່ານ: ວິທີການຂໍການຕັດສິນດ້ານ ການຄຸ້ມຄອງ ຫຼື ການຍື່ນອຸທອນ

ຂໍ້ທີ 6.1 ຂໍ້ນີ້ບອກທ່ານວ່າຈະເຮັດແນວໃດ ຖ້າວ່າທ່ານມີບັນຫາໃນການໄດ້ຮັບຢາ ພາກ D ຫຼືທ່ານຕ້ອງການໃຫ້ພວກເຮົາຈ່າຍຄືນໃຫ້ທ່ານສຳລັບຢາ ພາກ D ຂອງທ່ານ

ຜົນປະ�โຫຍດຂອງທ່ານລວມມີ ການຄຸ້ມຄອງສຳລັບຢາຕາມແພດສັ່ງຫຼາຍປະເພດ. ເພື່ອໃຫ້ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອ ງ, ຕ້ອງໃຊ້ຢາຕາມການບົງຊີ້ທີ່ເປັນທີ່ຍອມຮັບທາງການແພດ. (ເບິ່ງພາກທີ 5 ສຳລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັ ບການບົງຊີ້ທີ່ເປັນທີ່ຍອມຮັບທາງການແພດ.) ສຳລັບລາຍລະອຽດກ່ຽວກັບຢາ ພາກ D, ກົດລະບຽບ, ຂໍ້ຈຳກັດ , ແລະຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ, ກະລຸນາເບິ່ງພາກທີ 5 ແລະ 6. **ຂໍ້ນີ້ແມ່ນກ່ຽວກັບຢາ ພາກ D ຂອງທ່ານເທົ່ານັ້ນ.** ເພື່ ອ

ພາກທີ 9 ສິ່ງທີ່ຕ້ອງເຮັດຖ້າທ່ານມີບັນຫາ ຫຼື ຄຳຮ້ອງທຸກ (ຄຳຕັດສິນການຄຸ້ມຄອງ, ການອຸທອນ, ການຮ້ອງທຸກ)

ເພື່ອເຮັດໃຫ້ງ່າຍ, ພວກເຮົາ ໂດຍທົ່ວໄປແລ້ວເວົ້າວ່າ *ຢາ* ໃນສ່ວນທີ່ເຫລືອຂອງພາກນີ້, ແທນທີ່ຈະລົ້ມຄືນຄຳວ່າ *ຢາຕາມໃບສັ່ງແພດຂອງຄົນເຈັບນອກ* ຫຼື *ຢາ ພາກ D* ທີ່ຄຸ້ມຄອງທຸກໆຄັ້ງ. ພວກເຮົາຍັງໃຊ້ຄຳວ່າ "ລາຍການຢາ" *ແທນບັນຊີລາຍຊື່ຂອງຢາທີ່ຄຸ້ມຄອງ* ຫຼື *ລາຍການຢາ*.

- ຖ້າທ່ານບໍ່ຮູ້ວ່າຢາໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງຫຼືບໍ່ ຫຼື ທ່ານໄດ້ປະຕິບັດຕາມກົດລະບຽບຫຼືບໍ່, ທ່ານສາມາດຖາມພວກເຮົາໄດ້. ຢາບາງຢ່າງກຳນົດໃຫ້ທ່ານຕ້ອງໄດ້ຮັບການອະນຸມັດຈາກພວກເຮົາກ່ອນທີ່ພວກເຮົາຈະໃຫ້ການຄຸ້ມຄອງມັນ.
- ຖ້າຮ້ານຂາຍຢາຂອງທ່ານບອກວ່າ ບໍ່ສາມາດເຕີມຢາຕາມແພດສັ່ງຂອງທ່ານໄດ້ ດັ່ງທີ່ຂຽນໄວ້ນັ້ນ, ຮ້ານຂາຍຢາຈະສົ່ງແຈ້ງການເປັນລາຍລັກອັກສອນແກ່ທ່ານເພື່ອອະທິບາຍວິທີການຕິດຕໍ່ຫາພວກເຮົາເພື່ອຂໍການຕັດສິນດ້ານການຄຸ້ມຄອງ.

ການຕັດສິນໃຈດ້ານການຄຸ້ມຄອງ ພາກ D ແລະ ການອຸທອນ

ຄຳສັບທາງກົດໝາຍ
ການຕັດສິນດ້ານການຄຸ້ມຄອງທຳອິດກ່ຽວກັບຢາ ພາກ D ຂອງທ່ານເອີ້ນວ່າ **ການພິຈາລະນາດ້ານການຄຸ້ມຄອງ.**

ຄຳຕັດສິນດ້ານການຄຸ້ມຄອງແມ່ນຄຳຕັດສິນທີ່ພວກເຮົາເຮັດກ່ຽວກັບຜົນປະ�โຫຍດ ແລະ ການຄຸ້ມຄອງຂອງທ່ານ ຫຼື ກ່ຽວກັບຈຳນວນທີ່ພວກເຮົາຈ່າຍສຳລັບຢາຂອງທ່ານ. ຂໍ້ນີ້ຈະບອກສິ່ງທີ່ທ່ານສາມາດເຮັດໄດ້ ຖ້າທ່ານຕົກຢູ່ໃນສະຖານະການໃດໜຶ່ງດັ່ງຕໍ່ໄປນີ້:

- ການຂໍການຄຸ້ມຄອງຢາ ພາກ D ທີ່ບໍ່ຢູ່ໃນ *ລາຍການຢາທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງຂອງແຜນປະກັນ.* **ຂໍການຍົກເວັ້ນ. ຂໍ້ທີ 6.2**
- ການຂໍການຍົກເວັ້ນຂໍ້ຈຳກັດໃນການຄຸ້ມຄອງຂອງແຜນປະກັນສຳລັບຢາ (ເຊັ່ນ: ຂໍ້ຈຳກັດປະລິມານຢາທີ່ທ່ານສາມາດເອົາໄດ້) **ຂໍການຍົກເວັ້ນ. ຂໍ້ທີ 6.2**
- ການຮ້ອງຂໍໃຫ້ຈ່າຍຄ່າສ່ວນແບ່ງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຕ່ຳສຳລັບຢາທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງຢູ່ໃນລະດັບການແບ່ງປັນຄ່າໃຊ້ຈ່ າຍທີ່ສູງ **ຂຶ້ນ ຂໍໃຫ້ມີການຍົກເວັ້ນ. ຂໍ້ທີ 6.2**
- ການຂໍການອະນຸມັດຢາລ່ວງໜ້າ. **ຂໍການຕັດສິນການຄຸ້ມຄອງ. ຂໍ້ທີ 6.4**
- ຈ່າຍເງິນຄ່າຢາຕາມແພດສັ່ງທີ່ທ່ານໄດ້ຊື້ແລ້ວ. **ຂໍໃຫ້ພວກເຮົາຈ່າຍເງິນຄືນໃຫ້ທ່ານ. ຂໍ້ທີ 6.4**

ຖ້າທ່ານບໍ່ເຫັນດີກັບການຕັດສິນດ້ານການຄຸ້ມຄອງທີ່ພວກເຮົາໄດ້ດຳເນີນການ, ທ່ານສາມາດຍື່ນອຸທອນຄຳຕັດສິນຂອງພວກເຮົາໄດ້.

ຂໍ້ນີ້ຈະບອກທ່ານທັງວິທີຂໍການຕັດສິນການຄຸ້ມຄອງ ແລະ ວິທີຂໍການອຸທອນ.

ຂໍ້ທີ 6.2 ຂໍ້ຍົກເວັ້ນແມ່ນຫຍັງ?

ຄຳສັບທາງກົດໝາຍ
ການຮ້ອງຂໍໃຫ້ມີການຄຸ້ມຄອງຢາທີ່ບໍ່ມີຢູ່ໃນ "ລາຍການຢາ" ບາງຄັ້ງເອີ້ນວ່າການຮ້ອງຂໍໃຫ້ມີ **ຂໍ້ຍົກເວັ້ນລາຍການຢາ**. ການຂໍການຖອດຖອນຂໍ້ຈຳກັດການຄຸ້ມຄອງຢາບາງຄັ້ງເອີ້ນວ່າການຂໍ **ຂໍ້ຍົກເວັ້ນລາຍການຢາ.** ການຂໍຈ່າຍໃນລາຄາທີ່ຖືກກວ່າສຳລັບຢາທີ່ບໍ່ມີຍີ່ຫໍ້ທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງບາງຄັ້ງເອີ້ນວ່າ **ຂໍ້ຍົກເວັ້ນການຈັດລະດັບ.**

ຖ້າຢາຂອງທ່ານບໍ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງໃນແບບທີ່ທ່ານຕ້ອງການໃນການຄຸ້ມຄອງ, ທ່ານສາມາດຂໍໃຫ້ພວກເຮົາດຳເນີນ**ການຍົກເວັ້ນ*. ການຍົກເວັ້ນແມ່ນຄຳຕັດສິນດ້ານການຄຸ້ມຄອງປະເພດໜຶ່ງ.

ເພື່ອໃຫ້ພວກເຮົາພິຈາລະນາຄຳຮ້ອງຂໍການຍົກເວັ້ນຂອງທ່ານ, ທ່ານຫມໍ ຫຼື ຜູ້ສັ່ງຢາອື່ນໆ ຂອງທ່ານຈະຕ້ອງອະທິບາຍເຫດຜົນທາງການແພດວ່າເປັນຫຍັງທ່ານຕ້ອງການການຍົກເວັ້ນທີ່ໄດ້ຮັບການອະນຸມັດ. ນີ້ແມ່ນສາມຕົວຢ່າງຂອງການຍົກເວັ້ນທີ່ທ່ານ ຫຼື ທ່ານຫມໍຫຼື ຜູ້ສັ່ງຢາອື່ນໆ ຂອງທ່ານສາມາດຂໍໃຫ້ພວກເຮົາເຮັດ:

1. **ການຄຸ້ມຄອງຢາ ພາກ D ໃຫ້ທ່ານ ເຊິ່ງບໍ່ຢູ່ໃນ "ລາຍການຢາ" ຂອງພວກເຮົາ.** ຖ້າພວກເຮົາຕົກລົງທີ່ຈະຄຸ້ມຄອງຢາທີ່ບໍ່ຢູ່ໃນ "ລາຍການຢາ", ທ່ານຈະຕ້ອງຈ່າຍສ່ວນແບ່ງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທີ່ນຳໃຊ້ກັບຢາທັງໝົດຂອງພວກເຮົາ. ທ່ານບໍ່ສາມາດຮ້ອງຂໍໃຫ້ມີຂໍ້ຍົກເວັ້ນຕໍ່ກັບຈຳນວນການແບ່ງປັນຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທີ່ພວກເຮົາຮຽກຮ້ອງໃຫ້ທ່ານຈ່າຍຄ່າຢາ.
2. **ການຖອນຂໍ້ຈຳກັດສຳລັບຢາທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ.** ພາກທີ 5 ອະທິບາຍກົດລະບຽບເພີ່ມເຕີມ ຫຼື ຂໍ້ກຳນົດທີ່ມີຜົນນຳໃຊ້ກັບຢາບາງປະເພດໃນ "ລາຍການຢາ" ຂອງພວກເຮົາ. ຖ້າພວກເຮົາຕົກລົງເຫັນດີ ທີ່ຈະໃຫ້ຂໍ້ຍົກເວັ້ນແລະຍົກເວັ້ນຂໍ້ຈຳກັດສຳລັບທ່ານ, ທ່ານສາມາດຮ້ອງຂໍໃຫ້ມີຂໍ້ຍົກເວັ້ນຕໍ່ກັບການຈ່າຍເງິນຮ່ວມຫຼືຈຳນວນປະກັນໄພຮ່ວມ ທີ່ພວກເຮົາຮຽກຮ້ອງໃຫ້ທ່ານຈ່າຍຄ່າຢາ.
3. **ການບ່ຽນແປງການຄຸ້ມຄອງຂອງຢາ ໄປສູ່ລະດັບການແບ່ງປັນຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຕ່ຳ.** ທຸກໆຢາຢູ່ໃນ "ລາຍການຢາ" ຂອງພວກເຮົາແມ່ນຢູ່ໃນຫນຶ່ງໃນຫ້າ (5) ຊັ້ນການແບ່ງປັນຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ. ໂດຍທົ່ວໄປແລ້ວ, ຕົວເລກລະດັບການແບ່ງປັນຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຕ່ຳ, ທ່ານຈະຈ່າຍຫນ້ອຍລົງເປັນສ່ວນແບ່ງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຂອງຢາ.
   - ຖ້າ "ລາຍການຢາ" ຂອງພວກເຮົາມີຢາທາງເລືອກສຳລັບການປິ່ນປົວອາການທາງການແພດຂອງທ່ານຢູ່ໃນລະດັບການແບ່ງປັນຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຕ່ຳກວ່າຢາຂອງທ່ານ, ທ່ານສາມາດຂໍໃຫ້ພວກເຮົາຄຸ້ມຄອງຢາຂອງທ່ານໃນຈຳນວນການແບ່ງປັນຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທີ່ໃຊ້ກັບຢາທາງເລືອກ.

- ຖ້າຢາທີ່ທ່ານກຳລັງກິນ ເປັນຜະລິດຕະພັນທາງຊີວະພາບ ທ່ານສາມາດຂໍໃຫ້ພວກເຮົາຄຸ້ມຄອງຢາຂອງທ່ານດ້ວຍລາຄາສ່ວນແບ່ງທີ່ຕ່ຳກວ່າ. ນີ້ຈະເປັນຊັ້ນຕ່ຳສຸດ ທີ່ມີທາງເລືອກຜະລິດຕະພັນຊີວະພາບສຳລັບການປິ່ນປົວອາການຂອງທ່ານ.
- ຖ້າຢາທີ່ທ່ານກຳລັງກິນ ເປັນຢາຊື່ຍີ່ຫໍ້ ທ່ານສາມາດຂໍໃຫ້ພວກເຮົາຄຸ້ມຄອງຢາຂອງທ່ານໄດ້ໃນປະລິມານທີ່ແບ່ງປັນຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທີ່ໃຊ້ກັບລະດັບຕ່ຳສຸດ ທີ່ມີຊື່ຍີ່ຫໍ້ທາງເລືອກໃນການປິ່ນປົວອາການຂອງທ່ານ.
- ຖ້າຢາທີ່ທ່ານກຳລັງກິນ ເປັນຢາທົ່ວໄປ ທ່ານສາມາດຂໍໃຫ້ພວກເຮົາຄຸ້ມຄອງຢາຂອງທ່ານໃນປະລິມານທີ່ແບ່ງປັນຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທີ່ນຳໃຊ້ກັບຊັ້ນຕ່ຳສຸດ ທີ່ມີຍີ່ຫໍ້ ຫຼື ທາງເລືອກທົ່ວໄປໃນການປິ່ນປົວອາການຂອງທ່ານ.
- ທ່ານບໍ່ສາມາດຂໍໃຫ້ພວກເຮົາປ່ຽນຊັ້ນການແບ່ງປັນຄ່າໃຊ້ຈ່າຍສຳລັບຢາໃດໆ ໃນຊັ້ນ 5 (ຢາພິເສດ).
- ຖ້າພວກເຮົາອະນຸມັດຄຳຮ້ອງຂໍການຍົກເວັ້ນຊັ້ນຂອງທ່ານ ແລະມີຫຼາຍກວ່າຫນຶ່ງຊັ້ນການແບ່ງປັນຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຕ່ຳກັບຢາທາງເລືອກທີ່ທ່ານບໍ່ສາມາດກິນໄດ້, ປົກກະຕິແລ້ວທ່ານຈະຈ່າຍເງິນຕ່ຳສຸດ.

ຂໍ້ທີ 6.3 ສິ່ງສຳຄັນທີ່ຈະຮູ້ກ່ຽວກັບການຂໍຍົກເວັ້ນ

ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການສຸຂະພາບຂອງທ່ານຕ້ອງບອກພວກເຮົາກ່ຽວກັບເຫດຜົນທາງການແພດ

ທ່ານຫມໍຂອງທ່ານຫຼືຜູ້ສັ່ງຢາອື່ນໆ ຕ້ອງໃຫ້ຄຳຖະແຫຼງອະທິບາຍໃຫ້ພວກເຮົາກ່ຽວກັບເຫດຜົນທາງການແພດ ສຳລັບການຮ້ອງຂໍການຍົກເວັ້ນ. ສຳລັບການຕັດສິນໃຈໄວກວ່າ, ໃຫ້ໃສ່ຂໍ້ມູນທາງການແພດຈາກທ່ານຫມໍຂອງທ່ານ ຫຼືຜູ້ສັ່ງຢາອື່ນໆ ໃນເວລາທີ່ທ່ານຮ້ອງຂໍໃຫ້ມີຂໍ້ຍົກເວັ້ນ.

ໂດຍທົ່ວໄປແລ້ວ, "ລາຍການຢາ" ຂອງພວກເຮົາມີຢາຫຼາຍກວ່າຫນຶ່ງຊະນິດສຳລັບການປິ່ນປົວສະເພາະບາງພະຍາດ. ຄວາມເປັນໄປໄດ້ຕ່າງໆເຫຼົ່ານີ້ເອີ້ນວ່າຢາ**ທາງເລືອກ*. ຖ້າຢາທາງເລືອກໄດ້ຮັບຜົນດີຄືກັບຢາທີ່ທ່ານກຳລັງຂໍ ແລະ ບໍ່ພາໃຫ້ເກີດຜົນຂ້າງຄຽງ ຫຼື ບັນຫາສຸຂະພາບເພີ່ມເຕີມ, ໂດຍທົ່ວໄປແລ້ວພວກເຮົາຈະ*ບໍ່*ອະນຸມັດຄຳຮ້ອງຂໍການຍົກເວັ້ນຂອງທ່ານ. ຖ້າທ່ານຮ້ອງຂໍໃຫ້ພວກເຮົາຍົກເວັ້ນຊັ້ນ, ໂດຍທົ່ວໄປແລ້ວພວກເຮົາຈະບໍ່ອະນຸມັດຄຳຮ້ອງຂໍຂອງທ່ານ ສຳລັບການຍົກເວັ້ນເວັ້ນເສຍແຕ່ວ່າຢາທາງເລືອກທັງຫມົດທີ່ຢູ່ໃນຊັ້ນການແບ່ງປັນຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຕ່ຳຈະບໍ່ໄດ້ຜົນເຊັ່ນດຽວກັນ ຫຼືມີແນວ�โນ້ມທີ່ຈະເຮັດໃຫ້ເກີດປະຕິກິລິຍາຂ້າງຄຽງ ຫຼືອັນຕະລາຍອື່ນໆ.

ພວກເຮົາສາມາດຕົກລົງເຫັນດີ ຫຼື ບໍ່ເຫັນດີກັບຄຳຮ້ອງຂອງທ່ານ

- ຖ້າພວກເຮົາອະນຸມັດຄຳຮ້ອງຂໍຍົກເວັ້ນ, ການອະນຸມັດຂອງພວກເຮົາໃຊ້ໄດ້ຈົນເຖິງໄລຍະສິ້ນສຸດຂອງປີແຜນປະກັນ. ນີ້ແມ່ນຄວາມຈິງ ຕາບໃດທີ່ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງທ່ານຍັງສືບຕໍ່ສັ່ງຢາໃຫ້ທ່ານ ແລະຢານັ້ນຍັງສືບຕໍ່ປອດໄພ ແລະມີປະສິດທິພາບໃນການປິ່ນປົວອາການຂອງທ່ານ.
- ຖ້າພວກເຮົາປະຕິເສດຕໍ່ຄຳຮ້ອງຂໍຂອງທ່ານ, ທ່ານສາມາດຮ້ອງຂໍໃຫ້ມີການກວດສອບອີກຄັ້ງ ໂດຍການຍື່ນອຸທອນ.

ຂໍ້ທີ 6.4	**ເປັນຂັ້ນເປັນຕອນ: ວິທີການຮ້ອງຂໍໃຫ້ມີການຕັດສິນໃຈກ່ຽວກັບການຄຸ້ມຄອງ, ລວມທັງຂໍ້ຍົກເວັ້ນ**

ຄຳສັບທາງກົດໝາຍ
ການຕັດສິນການດ້ານຄຸ້ມຄອງແບບໄວເອີ້ນວ່າ**ການພິຈາລະນາການຄຸ້ມຄອງແບບຮີບດ່ວນ.**

<u>ຂັ້ນຕອນທີ 1:</u> ຕັດສິນວ່າທ່ານຕ້ອງການການຕັດສິນການຄຸ້ມຄອງແບບມາດຕະຖານ ຫຼື ການຕັດສິນການຄຸ້ມຄອງແບບໄວ.

ການຕັດສິນດ້ານການຄຸ້ມຄອງແບບມາດຕະຖານແມ່ນດຳເນີນການພາຍໃນ **72 ຊົ່ວໂມງ** ຫຼັງຈາກທີ່ພວກເຮົາໄດ້ຮັບຖະແຫຼງການຈາກຜູ້ໃຫ້ບໍລິການສຸຂະພາບຂອງທ່ານ. **ການຕັດສິນໃຈກ່ຽວກັບການຄຸ້ມຄອງທີ່ໄວ** ແມ່ນເຮັດໄດ້ພາຍໃນ **24 ຊົ່ວໂມງ** ຫຼັງຈາກທີ່ພວກເຮົາໄດ້ຮັບຄຳຖະແຫຼງຂອງຜູ້ໃຫ້ບໍລິຂອງທ່ານ.

ຖ້າສຸຂະພາບຂອງທ່ານຮຽກຮ້ອງ, ຂໍໃຫ້ພວກເຮົາໃຫ້ການຕັດສິນດ້ານການຄຸ້ມຄອງແບບໄວໃຫ້ທ່ານ.**ເພື່ອໃຫ້ໄດ້ຮັບການຕັດສິນດ້ານການຄຸ້ມຄອງແບບໄວ, ທ່ານຕ້ອງບັນລຸຕາມສອງຂໍ້ກຳນົດນີ້:**

- ທ່ານຕ້ອງຂໍຢາທີ່ທ່ານຍັງບໍ່ໄດ້ຮັບເທື່ອ. (ທ່ານບໍ່ສາມາດຂໍການຕັດສິນດ້ານການຄຸ້ມຄອງແບບໄວເພື່ອໃຫ້ໄດ້ເງິນຄືນສຳລັບຢາທີ່ທ່ານໄດ້ຊື້ແລ້ວ.)
- ການໃຊ້ກຳນົດເວລາມາດຕະຖານອາດກໍ່ໃຫ້ເກີດອັນຕະລາຍຮ້າຍແຮງກັບສຸຂະພາບຂອງທ່ານ ຫຼື ສົ່ງຜົນເສຍຕໍ່ຄວາມສາມາດໃນການເຮັດວຽກຂອງທ່ານ.
- **ຖ້າທ່ານຫມໍຂອງທ່ານຫຼືຜູ້ສັ່ງຢາອື່ນໆ ບອກພວກເຮົາວ່າສຸຂະພາບຂອງທ່ານຕ້ອງການການຕັດສິນໃຈການຄຸ້ມຄອງໄວ, ພວກເຮົາຈະໃຫ້ການຕັດສິນໃຈກ່ຽວກັບການຄຸ້ມຄອງໄວໂດຍອັດຕະໂນມັດ.**
- **ຖ້າທ່ານຮ້ອງຂໍໃຫ້ມີການຕັດສິນໃຈກ່ຽວກັບການຄຸ້ມຄອງໄວດ້ວຍຕົວຂອງທ່ານເອງ, ໂດຍບໍ່ມີການສະຫນັບສະຫນູນຈາກທ່ານຫມໍ ຫຼື ຜູ້ສັ່ງຢາຂອງທ່ານ, ພວກເຮົາຈະຕັດສິນໃຈວ່າສຸຂະພາບຂອງທ່ານຮຽກຮ້ອງໃຫ້ພວກເຮົາຕັດສິນໃຈໃຫ້ທ່ານມີການຄຸ້ມຄອງໄວຫຼືບໍ່.** ຖ້າພວກເຮົາບໍ່ອະນຸມັດການຕັດສິນການຄຸ້ມຄອງແບບໄວ, ພວກເຮົາຈະສົ່ງຈົດໝາຍທີ່:
    - ອະທິບາຍວ່າພວກເຮົາຈະໃຊ້ກຳນົດເວລາມາດຕະຖານ.
    - ອະທິບາຍວ່າທ່ານຫມໍຂອງທ່ານຫຼືຜູ້ສັ່ງຢາອື່ນໆ ຮ້ອງຂໍໃຫ້ມີການຕັດສິນໃຈໃນການຄຸ້ມຄອງໄວ, ພວກເຮົາຈະໃຫ້ການຕັດສິນໃຈການຄຸ້ມຄອງໄວໃຫ້ທ່ານໂດຍອັດຕະໂນມັດ.
    - ບອກທ່ານວິທີທີ່ທ່ານສາມາດຍື່ນຄຳຮ້ອງແບບໄວກ່ຽວກັບການຕັດສິນຂອງພວກເຮົາທີ່ໃຫ້ທ່ານໄດ້ການຕັດສິນດ້ານການຄຸ້ມຄອງແບບມາດຕະຖານ ແທນທີ່ຈະເປັນການຕັດສິນດ້ານກ

ານຄຸ້ມຄອງແບບໄວ. ພວກເຮົາຈະຕອບກັບການຮ້ອງຮຽນຂອງທ່ານພາຍໃນ 24 ຊົ່ວໂມງຫຼັງຈາກທີ່ໄດ້ຮັບ.

<u>ຂັ້ນຕອນທີ 2:</u> ຂໍການຕັດສິນການດ້ານຄຸ້ມຄອງແບບມາດຕະຖານ ຫຼື ການຕັດສິນດ້ານການຄຸ້ມຄອງແບບໄວ.

ເລີ່ມໂດຍການໂທຫາ, ຂຽນ ຫຼື ສົ່ງແຟັກຫາແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາເພື່ອດຳເນີນການຮ້ອງຂໍໃຫ້ພວກເຮົາອະນຸຍາດ ຫຼື ໃຫ້ການຄຸ້ມຄອງສຳລັບການດູແລທາງການແພດທີ່ທ່ານຕ້ອງການ. ທ່ານຍັງສາມາດເຂົ້າເຖິງຂະບວນການຕັດສິນດ້ານການຄຸ້ມຄອງຜ່ານເວັບໄຊຂອງພວກເຮົາ. ພວກເຮົາຕ້ອງຍອມຮັບຄຳຮ້ອງຂໍທີ່ເປັນລາຍລັກອັກສອນ, ລວມທັງຄຳຮ້ອງຂໍທີ່ສົ່ງຢູ່ໃນແບບຟອມຄຳຮ້ອງຂໍການກຳນົດການຄຸ້ມຄອງແບບຈຳລວງ CMS ຫຼືຢູ່ໃນແບບຟອມຂອງແຜນຂອງພວກເຮົາ, ເຊິ່ງມີຢູ່ໃນເວັບໄຊທ໌ຂອງພວກເຮົາ. ພາກທີ 2 ມີຂໍ້ມູນຕິດຕໍ່. ເພື່ອຊ່ວຍພວກເຮົາໃນການດຳເນີນການຕາມຄຳຮ້ອງຂອງທ່ານ, ກະລຸນາກວດໃຫ້ແນ່ໃຈວ່າໄດ້ໃສ່ຊື່, ຂໍ້ມູນຕິດຕໍ່ ແລະ ຂໍ້ມູນລະບຸວ່າຄຳຮ້ອງໃດຂອງທ່ານທີ່ຖືກປະຕິເສດໄປແລ້ວກຳລັງຮັບການຍື່ນອຸທອນ.

ທ່ານ, ທ່ານຫມໍຂອງທ່ານ, (ຫຼືຜູ້ສັ່ງຢາອື່ນໆ) ຫຼືຕົວແທນຂອງທ່ານສາມາດເຮັດສິ່ງນີ້ໄດ້. ທ່ານຍັງສາມາດໃຫ້ທະນາຍຄວາມດຳເນີນການໃນນາມຂອງທ່ານໄດ້. ຂໍ້ທີ 4 ຂອງພາກນີ້ບອກວິທີທີ່ທ່ານສາມາດອະນຸມັດເປັນລາຍລັກອັກສອນໃຫ້ບາງຄົນເປັນຜູ້ຕາງຫນ້າຂອງທ່ານ.

- **ຖ້າທ່ານຂໍການຍົກເວັ້ນ, ໃຫ້ຈັດກຽມຄຳຖະແຫຼງມາພ້ອມ,** ເຊິ່ງເປັນເຫດຜົນທາງການແພດສຳລັບຂໍ້ຍົກເວັ້ນ. ທ່ານຫມໍ ຫຼືຜູ້ສັ່ງຢາອື່ນໆ ຂອງທ່ານສາມາດແຟັກ ຫຼືສົ່ງໃບແຈ້ງຄວາມມາຫາພວກເຮົາ. ຫຼືທ່ານຫມໍ ຫຼື ຜູ້ສັ່ງຢາອື່ນໆ ຂອງທ່ານສາມາດບອກພວກເຮົາທາງໂທລະສັບ ແລະຕິດຕາມໂດຍການແຟັກ ຫຼືສົ່ງໃບແຈ້ງຄວາມເປັນລາຍລັກອັກສອນ ຖ້າຈຳເປັນ.

<u>ຂັ້ນຕອນທີ 3:</u> ພວກເຮົາຈະພິຈາລະນາຄຳຮ້ອງຂອງທ່ານ ແລະ ຈະໃຫ້ຄຳຕອບແກ່ທ່ານ.

ກຳນົດເວລາສຳລັບການຕັດສິນໃຈດ້ານການຄຸ້ມຄອງແບບໄວ

- ປົກກະຕິແລ້ວພວກເຮົາຕ້ອງໃຫ້ຄຳຕອບແກ່ທ່ານ**ພາຍໃນ 24 ຊົ່ວໂມງ** ຫຼັງຈາກທີ່ພວກເຮົາໄດ້ຮັບຄຳຮ້ອງຂອງທ່ານ.
    - ສຳລັບການຍົກເວັ້ນ, ພວກເຮົາຈະໃຫ້ຄຳຕອບແກ່ທ່ານພາຍໃນ 24 ຊົ່ວໂມງ ຫຼັງຈາກທີ່ພວກເຮົາໄດ້ຮັບຖະແຫຼງສະຫນັບສະຫນູນຈາກຜູ້ໃຫ້ບໍລິການສຸຂະພາບຂອງທ່ານ. ພວກເຮົາຈະໃຫ້ຄຳຕອບແກ່ທ່ານໄວຂຶ້ນ, ຖ້າສຸຂະພາບຂອງທ່ານກຳນົດໃຫ້ຕ້ອງເຮັດແບບນັ້ນ.
    - ຖ້າພວກເຮົາບໍ່ສາມາດປະຕິບັດຕາມກຳນົດເວລານີ້ໄດ້, ພວກເຮົາຈຳເປັນຕ້ອງສົ່ງຄຳຮ້ອງຂອງທ່ານໄປສູ່ຂະບວນການອຸທອນລະດັບທີ 2, ບ່ອນທີ່ຈະໄດ້ຮັບການທົບທວນໂດຍອົງກອນກວດສອບອິດສະຫຼະ.

- **ຖ້າຄຳຕອບຂອງພວກເຮົາເຫັນດີກັບສິ່ງທີ່ທ່ານຮ້ອງຂໍບາງສ່ວນ ຫຼື ທັງໝົດ,** ພວກເຮົາຕ້ອງໃຫ້ການຄຸ້ມຄອງທີ່ພວກເຮົາຕົກລົງເຫັນດີພາຍໃນ 24 ຊົ່ວໂມງ ຫຼັງຈາກທີ່ພວກເຮົາໄດ້ຮັບຄຳຮ້ອງຂອງທ່ານ ຫຼື ຖະແຫຼງການຈາກຜູ້ໃຫ້ບໍລິການສຸຂະພາບທີ່ສະໜັບສະໜຸນຄຳຮ້ອງຂອງທ່ານ.
- **ຖ້າຄຳຕອບຂອງພວກເຮົາແມ່ນການປະຕິເສດສິ່ງທີ່ທ່ານຂໍບາງສ່ວນ ຫຼື ທັງໝົດ,** ພວກເຮົາຈະສົ່ງຖະແຫຼງການເປັນລາຍລັກອັກສອນໃຫ້ທ່ານເພື່ອອະທິບາຍວ່າຍ້ອນຫຍັງພວກເຮົາຈຶ່ງປະຕິເສດ. ພວກເຮົາຍັງຈະບອກທ່ານວິທີການທີ່ທ່ານສາມາດຍື່ນອຸທອນໄດ້.

ກຳນົດວັນເວລາສຳລັບການຕັດສິນດ້ານການຄຸ້ມຄອງແບບມາດຕະຖານກ່ຽວກັບຢາທີ່ທ່ານຍັງບໍ່ໄດ້ຮັບ

ປົກກະຕິແລ້ວພວກເຮົາຕ້ອງໃຫ້ຄຳຕອບແກ່ທ່ານ**ພາຍໃນ 72 ຊົ່ວໂມງ** ຫຼັງຈາກທີ່ພວກເຮົາໄດ້ຮັບຄຳຮ້ອງຂອງທ່ານ.

- ສຳລັບການຍົກເວັ້ນ, ພວກເຮົາຈະໃຫ້ຄຳຕອບແກ່ທ່ານ ພາຍໃນ 72 ຊົ່ວໂມງ ຫຼັງຈາກທີ່ພວກເຮົາໄດ້ຮັບເອະກະສານປະກອບຈາກຜູ້ໃຫ້ບໍລິການສຸຂະພາບຂອງທ່ານ. ພວກເຮົາຈະໃຫ້ຄຳຕອບແກ່ທ່ານໄວຂຶ້ນ, ຖ້າສຸຂະພາບຂອງທ່ານກຳນົດໃຫ້ຕ້ອງເຮັດແບບນັ້ນ.
- ຖ້າພວກເຮົາບໍ່ສາມາດປະຕິບັດຕາມກຳນົດວັນເວລານີ້ໄດ້, ພວກເຮົາຈຳເປັນຕ້ອງສົ່ງຄຳຮ້ອງຂອງທ່ານໄປສູ່ຂະບວນການອຸທອນລະດັບທີ 2, ບ່ອນທີ່ຈະໄດ້ຮັບການທົບທວນໂດຍອົງກອນກວດສອບອິດສະຫຼະ.

- **ຖ້າຄຳຕອບຂອງພວກເຮົາເຫັນດີໃນບາງສ່ວນ ຫຼື ທັງຫມົດຂອງສິ່ງທີ່ທ່ານຮ້ອງຂໍ**, ພວກເຮົາຕ້ອງສະຫນອງການຄຸ້ມຄອງທີ່ພວກເຮົາຕົກລົງທີ່ຈະໃຫ້ **ພາຍໃນ 72 ຊົ່ວໂມງ** ຫຼັງຈາກພວກເຮົາໄດ້ຮັບຄຳຮ້ອງຂໍ ຫຼື ຄຳຖະແຫຼງຂອງຜູ້ໃຫ້ບໍລິການທີ່ສະຫນັບສະຫນຸນຄຳຮ້ອງຂໍຂອງທ່ານ.
- **ຖ້າຄຳຕອບຂອງພວກເຮົາແມ່ນການປະຕິເສດສິ່ງທີ່ທ່ານຂໍບາງສ່ວນ ຫຼື ທັງໝົດ,** ພວກເຮົາຈະສົ່ງຖະແຫຼງການເປັນລາຍລັກອັກສອນໃຫ້ທ່ານເພື່ອອະທິບາຍວ່າຍ້ອນຫຍັງພວກເຮົາຈຶ່ງປະຕິເສດ. ພວກເຮົາຍັງຈະບອກທ່ານວິທີການທີ່ທ່ານສາມາດຍື່ນອຸທອນໄດ້.

ກຳນົດວັນເວລາສຳລັບການຕັດສິນດ້ານການຄຸ້ມຄອງແບບມາດຕະຖານກ່ຽວກັບການຈ່າຍເງິນຄ່າຢາທີ່ທ່ານໄດ້ຊື້ແລ້ວ

ພວກເຮົາຕ້ອງໃຫ້ຄຳຕອບແກ່ທ່ານ**ພາຍໃນ 14 ມື້ຕາມປະຕິທິນ** ຫຼັງຈາກທີ່ພວກເຮົາໄດ້ຮັບຄຳຮ້ອງຂອງທ່ານ.

- ຖ້າພວກເຮົາບໍ່ສາມາດປະຕິບັດຕາມກຳນົດວັນເວລານີ້ໄດ້, ພວກເຮົາຈຳເປັນຕ້ອງສົ່ງຄຳຮ້ອງຂອງທ່ານໄປສູ່ຂະບວນການອຸທອນລະດັບທີ 2, ບ່ອນທີ່ຈະໄດ້ຮັບການທົບທວນໂດຍອົງກອນກວດສອບອິດສະຫຼະ.

- **ຖ້າຄຳຕອບຂອງພວກເຮົາເຫັນດີກັບສິ່ງທີ່ທ່ານຮ້ອງຂໍບາງສ່ວນ ຫຼື ທັງໝົດ,** ພວກເຮົາຍັງຈຳເປັນຕ້ອງຈ່າຍເງິນໃຫ້ທ່ານພາຍໃນ 14 ມື້ຕາມປະຕິທິນ ຫຼັງຈາກທີ່ພວກເຮົາໄດ້ຮັບຄຳຮ້ອງຂອງທ່ານ.
- **ຖ້າຄຳຕອບຂອງພວກເຮົາແມ່ນການປະຕິເສດສິ່ງທີ່ທ່ານຂໍບາງສ່ວນ ຫຼື ທັງໝົດ,** ພວກເຮົາຈະສົ່ງຖະແຫຼງການເປັນລາຍລັກອັກສອນໃຫ້ທ່ານເພື່ອອະທິບາຍວ່າຍ້ອນຫຍັງພວກເຮົາຈຶ່ງປະຕິເສດ. ພວກເຮົາຍັງຈະບອກທ່ານວິທີການທີ່ທ່ານສາມາດຍື່ນອຸທອນໄດ້.

<u>ຂັ້ນຕອນທີ 4:</u> ຖ້າພວກເຮົາປະຕິເສດຄຳຮ້ອງຂໍດ້ານການຄຸ້ມຄອງຂອງທ່ານ, ທ່ານສາມາດຍື່ນອຸທອນໄດ້.

ຖ້າພວກເຮົາປະຕິເສດ, ທ່ານມີສິດໃນການຂໍໃຫ້ພວກເຮົາພິຈາລະນາຄຳຕັດສິນນີ້ຄືນໂດຍການຍື່ນການອຸທອນ. ນີ້ໝາຍເຖິງການຂໍອີກຄັ້ງເພື່ອໃຫ້ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງຢາທີ່ທ່ານຕ້ອງການ. ຖ້າທ່ານຍື່ນອຸທອນ, ໝາຍຄວາມວ່າທ່ານກຳລັງເຂົ້າສູ່ຂະບວນການອຸທອນລະດັບທີ 1.

ຂໍ້ທີ 6.5	ເທື່ອລະຂັ້ນຕອນ: ວິທີການຂໍການອຸທອນລະດັບທີ 1

ຄຳສັບທາງກົດໝາຍ
ການຍື່ນອຸທອນເຖິງແຜນກ່ຽວກັບການຕັດສິນດ້ານການຄຸ້ມຄອງຢາ ພາກ D ເອີ້ນວ່າ **ການພິຈາລະນາແຜນປະກັນຄືນໃໝ່.** ການອຸທອນແບບໄວຍັງເອີ້ນວ່າ **ການພິຈາລະນາຄືນແບບຮີບດ່ວນ.**

<u>ຂັ້ນຕອນທີ 1:</u> ຕັດສິນໃຈວ່າທ່ານຈຳເປັນຕ້ອງໄດ້ຮັບການອຸທອນແບບມາດຕະຖານ ຫຼື ການອຸທອນແບບໄວ.

ການອຸທອນແບບມາດຕະຖານໂດຍປົກກະຕິແລ້ວດຳເນີນການພາຍໃນ 7 ມື້. ການອຸທອນແບບໄວໂດຍປົກກະຕິແລ້ວດຳເນີນການພາຍໃນ 72 ຊົ່ວໂມງ. ຖ້າທ່ານມີຄວາມຈຳເປັນດ້ານສຸຂະພາບຂອງທ່ານ, ຂໍການອຸທອນແບບໄວ

- ຖ້າທ່ານກຳລັງອຸທອນການຕັດສິນໃຈ ທີ່ພວກເຮົາໄດ້ເຮັດກ່ຽວກັບຢາທີ່ທ່ານຍັງບໍ່ທັນໄດ້ຮັບ, ທ່ານແລະທ່ານຫມໍຫຼືຜູ້ສັ່ງຢາອື່ນໆ ຂອງທ່ານຈະຕ້ອງຕັດສິນໃຈວ່າທ່ານຕ້ອງການການອຸທອນແບບໄວ.
- ຂໍ້ກຳນົດສຳລັບການຍື່ນອຸທອນແບບໄວຈະຄືກັນກັບບັນດາຂໍ້ກຳນົດການຕັດສິນດ້ານການຄຸ້ມຄອງແບບໄວໃນຂໍ້ທີ 6.4 ຂອງພາກນີ້.

<u>ຂັ້ນຕອນທີ 2:</u> ທ່ານ, ຕົວແທນຂອງທ່ານ, ທ່ານໝໍ ຫຼືຜູ້ສັ່ງຢາອື່ນໆຕ້ອງຕິດຕໍ່ພວກເຮົາ ແລະຍື່ນການອຸທອນລະດັບ 1 ຂອງທ່ານ.ຖ້າສຸຂະພາບຂອງທ່ານຕ້ອງການໃຫ້ມີການຕອບສະໜອງໄວ, ທ່ານຕ້ອງຂໍ **ການຍື່ນອຸທອນແບບໄວ.**

- **ສຳລັບການຍື່ນອຸທອນແບບມາດຕະຖານ, ສົ່ງຄຳຮ້ອງເປັນລາຍລັກອັກສອນ ຫຼື ໂທຫາພວກເຮົາ.** ພາກທີ 2 ມີຂໍ້ມູນຕິດຕໍ່.
- **ສຳລັບການອຸທອນແບບໄວ ໃຫ້ທ່ານຍື່ນອຸທອນເປັນລາຍລັກອັກສອນ ຫຼືໂທຫາພວກເຮົາ ທີ່ເບີ** 1-833-346-9222 ສຳລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມ. (ຜູ້ໃຊ້ TTY ຄວນໂທ 711). ພາກທີ 2 ມີຂໍ້ມູນຕິດຕໍ່.
- **ພວກເຮົາຕ້ອງຕອບຮັບຄຳຮ້ອງເປັນລາຍລັກອັກສອນ,** ລວມທັງຄຳຮ້ອງທີ່ສົ່ງໃນແບບຟອມການຂໍການພິຈາລະນາດ້ານການຄຸ້ມຄອງໃນຮູບແບບ CMS, ເຊິ່ງມີໃຫ້ຢູ່ໃນເວັບໄຊຂອງພວກເຮົາ. ກະລຸນາໃຫ້ແນ່ໃຈວ່າທ່ານໄດ້ໃສ່ຊື່, ຂໍ້ມູນຕິດຕໍ່ ແລະ ຂໍ້ມູນທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບຄຳຮ້ອງຂອງທ່ານເພື່ອຊ່ວຍພວກເຮົາໃນການດຳເນີນການຄຳຮ້ອງຂອງທ່ານ.
- **ທ່ານຕ້ອງຂໍຍື່ນອຸທອນພາຍໃນ 60 ມື້ຕາມປະຕິທິນ** ນັບແຕ່ວັນທີໃນແຈ້ງການເປັນລາຍລັກອັກສອນທີ່ພວກເຮົາໄດ້ສົ່ງຫາທ່ານເພື່ອແຈ້ງຄຳຕອບຂອງພວກເຮົາກ່ຽວກັບການຕັດສິນດ້ານການຄຸ້ມຄອງ. ຖ້າທ່ານການກຳນົດເວລາ ແລະ ມີເຫດຜົນທີ່ດີຕໍ່ກັບການກາຍກຳນົດນີ້, ອະທິບາຍເຫດຜົນການຍື່ນອຸທອນທີ່ຊັກຊ້າຂອງທ່ານໃນເວລາທີ່ທ່ານຍື່ນອຸທອນ. ພວກເຮົາອາດຈະໃຫ້ເວລາເພີ່ມເຕີມແກ່ທ່ານເພື່ອຍື່ນການອຸທອນຂອງທ່ານ. ຕົວຢ່າງຂອງເຫດຜົນທີ່ດີອາດຈະເປັນອາການເຈັບປ່ວຍຮຸນແຮງທີ່ຢຸດທ່ານຈາກການຕິດຕໍ່ຫາພວກເຮົາ ຫຼື ຖ້າພວກເຮົາໄດ້ໃຫ້ຂໍ້ມູນທີ່ບໍ່ຖືກຕ້ອງ ຫຼື ບໍ່ຄົບຖ້ວນແກ່ທ່ານກ່ຽວກັບກຳນົດເວລາສຳລັບການຂໍການອຸທອນ.
- **ທ່ານສາມາດຂໍສຳເນົາຂໍ້ມູນການອຸທອນຂອງທ່ານ ແລະ ເພີ່ມຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມ.** ທ່ານ ແລະ ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການສຸຂະພາບຂອງທ່ານອາດຈະເພີ່ມຂໍ້ມູນເພື່ອສະໜັບສະໜຸນການອຸທອນຂອງທ່ານ.

<u>ຂັ້ນຕອນທີ 3:</u> ພວກເຮົາພິຈາລະນາການອຸທອນຂອງທ່ານ ແລະ ພວກເຮົາຈະໃຫ້ຄຳຕອບແກ່ທ່ານ.

- ໃນເວລາທີ່ພວກເຮົາທົບທວນການອຸທອນຂອງທ່ານ, ພວກເຮົາຈະເບິ່ງຂໍ້ມູນທັງໝົດກ່ຽວກັບຄຳຮ້ອງຂໍການຄຸ້ມຄອງຂອງທ່ານຢ່າງລະອຽດ. ພວກເຮົາກວດເບິ່ງວ່າພວກເຮົາໄດ້ປະຕິບັດຕາມກົດລະບຽບທັງໝົດບໍ, ໃນເວລາທີ່ພວກເຮົາປະຕິເສດຄຳຮ້ອງຂອງທ່ານ. ພວກເຮົາອາດຈະຕິດຕໍ່ຫາທ່ານ ຫຼືທ່ານໝໍຂອງທ່ານ ຫຼືຜູ້ສັ່ງຢາອື່ນ ເພື່ອຂໍຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມ.

ກຳນົດເວລາສຳລັບການອຸທອນແບບໄວ

- ສຳລັບການອຸທອນແບບໄວ, ພວກເຮົາຕ້ອງໃຫ້ຄຳຕອບແກ່ທ່ານ**ພາຍໃນ 72 ຊົ່ວໂມງຫຼັງຈາກທີ່ພວກເຮົາໄດ້ຮັບການອຸທອນຂອງທ່ານ.** ພວກເຮົາຈະໃຫ້ຄຳຕອບແກ່ທ່ານໄວຂຶ້ນ, ຖ້າສຸຂະພາບຂອງທ່ານກຳນົດໃຫ້ຕ້ອງເຮັດແບບນັ້ນ.

- ○ ຖ້າພວກເຮົາບໍ່ໃຫ້ຄຳຕອບແກ່ທ່ານພາຍໃນ 72 ຊົ່ວໂມງ, ພວກເຮົາຈຳເປັນຕ້ອງສົ່ງຄຳຮ້ອງຂໍຂອງທ່ານໄປລະດັບ 2 ຂອງຂະບວນການອຸທອນ, ເຊິ່ງມັນຈະຖືກທົບທວນໂດຍອົງການກວດສອບເອກະລາດ ຂໍ້ທີ 6.6 ອະທິບາຍຂະບວນການອຸທອນລະດັບ 2.

- **ຖ້າຄຳຕອບຂອງພວກເຮົາເຫັນດີໃນບາງສ່ວນ ຫຼືທັງຫມົດຂອງສິ່ງທີ່ທ່ານຮ້ອງຂໍ**, ພວກເຮົາຕ້ອງສະຫນອງການຄຸ້ມຄອງທີ່ພວກເຮົາຕົກລົງທີ່ຈະໃຫ້ພາຍໃນ 72 ຊົ່ວໂມງ ຫຼັງຈາກພວກເຮົາໄດ້ຮັບການອຸທອນຂອງທ່ານ.
- **ຖ້າຄຳຕອບຂອງພວກເຮົາປະຕິເສດສິ່ງທີ່ທ່ານຂໍບາງສ່ວນ ຫຼື ທັງຫມົດ,** ພວກເຮົາຈະສົ່ງຖະແຫຼງການເປັນລາຍລັກອັກສອນໃຫ້ທ່ານອະທິບາຍວ່າຍ້ອນຫຍັງພວກເຮົາຈຶ່ງປະຕິເສດ ແລະ ວິທີການທີ່ທ່ານສາມາດຍື່ນອຸທອນການຕັດສິນຂອງພວກເຮົາ.

ກຳນົດເວລາສຳລັບການອຸທອນແບບມາດຕະຖານສຳລັບຢາທີ່ທ່ານຍັງບໍ່ທັນໄດ້ຮັບ

- ສຳລັບການອຸທອນແບບມາດຕະຖານ, ພວກເຮົາຕ້ອງໃຫ້ຄຳຕອບ**ພາຍໃນ 7 ມື້ຕາມປະຕິທິນ** ຫຼັງຈາກທີ່ພວກເຮົາໄດ້ຮັບການອຸທອນຂອງທ່ານ. ພວກເຮົາຈະໃຫ້ການຕັດສິນແກ່ທ່ານໄວຂຶ້ນ ຖ້າທ່ານຍັງບໍ່ໄດ້ຮັບຢາ ແລະ ເງື່ອນໄຂສຸຂະພາບຂອງທ່ານກຳນົດໃຫ້ພວກເຮົາຕ້ອງເຮັດແບບນັ້ນ.
    - ○ ຖ້າພວກເຮົາບໍ່ສາມາດໃຫ້ຄຳຕອບແກ່ທ່ານພາຍໃນ 7 ມື້ຕາມປະຕິທິນ, ພວກເຮົາຈຳເປັນຕ້ອງສົ່ງຄຳຮ້ອງຂອງທ່ານໄປສູ່ຂະບວນການອຸທອນລະດັບທີ 2, ບ່ອນທີ່ຈະໄດ້ຮັບການທົບທວນໂດຍອົງກອນກວດສອບອິດສະຫຼະ. ຂໍ້ທີ 6.6 ອະທິບາຍຂະບວນການອຸທອນລະດັບທີ 2.
- **ຖ້າຄຳຕອບຂອງພວກເຮົາເຫັນດີໃນບາງສ່ວນ ຫຼືທັງຫມົດຂອງສິ່ງທີ່ທ່ານຮ້ອງຂໍ**, ພວກເຮົາຕ້ອງສະຫນອງການຄຸ້ມຄອງໃຫ້ໄວເທົ່າທີ່ສຸຂະພາບຕ້ອງການ, ແຕ່ບໍ່ເກີນ **7 ວັນຕາມປະຕິທິນ** ຫຼັງຈາກພວກເຮົາໄດ້ຮັບຄຳອຸທອນຂອງທ່ານ.
- **ຖ້າຄຳຕອບຂອງພວກເຮົາປະຕິເສດສິ່ງທີ່ທ່ານຂໍບາງສ່ວນ ຫຼື ທັງຫມົດ,** ພວກເຮົາຈະສົ່ງຖະແຫຼງການເປັນລາຍລັກອັກສອນໃຫ້ທ່ານອະທິບາຍວ່າຍ້ອນຫຍັງພວກເຮົາຈຶ່ງປະຕິເສດ ແລະ ວິທີການທີ່ທ່ານສາມາດຍື່ນອຸທອນການຕັດສິນຂອງພວກເຮົາ.

ກຳນົດເວລາສຳລັບການຍື່ນອຸທອນແບບມາດຕະຖານສຳລັບການຈ່າຍເງິນຄ່າຢາທີ່ທ່ານໄດ້ຊື້ແລ້ວ

- ພວກເຮົາຕ້ອງໃຫ້ຄຳຕອບແກ່ທ່ານ**ພາຍໃນ 14 ມື້ຕາມປະຕິທິນ** ຫຼັງຈາກທີ່ພວກເຮົາໄດ້ຮັບຄຳຮ້ອງຂອງທ່ານ.
    - ○ ຖ້າພວກເຮົາບໍ່ສາມາດປະຕິບັດຕາມກຳນົດເວລານີ້ໄດ້, ພວກເຮົາຈຳເປັນຕ້ອງສົ່ງຄຳຮ້ອງຂອງທ່ານໄປສູ່ຂະບວນການອຸທອນລະດັບທີ 2, ບ່ອນທີ່ຈະໄດ້ຮັບການທົບທວນໂດຍອົງກອນກວດສອບອິດສະຫຼະ.

- **ຖ້າຄຳຕອບຂອງພວກເຮົາແມ່ນເຫັນດີໃນບາງສ່ວນ ຫຼືທັງຫມົດຂອງສິ່ງທີ່ທ່ານຮ້ອງຂໍ**, ພວກເຮົາຍັງຈຳເປັນຕ້ອງຊຳລະໃຫ້ທ່ານພາຍໃນ **30 ວັນຕາມປະຕິທິນ** ຫຼັງຈາກພວກເຮົາໄດ້ຮັບການຮ້ອງຂໍຂອງທ່ານ.
- **ຖ້າຄຳຕອບຂອງພວກເຮົາແມ່ນການປະຕິເສດສິ່ງທີ່ທ່ານຂໍບາງສ່ວນ ຫຼື ທັງຫມົດ,** ພວກເຮົາຈະສົ່ງຖະແຫຼງການເປັນລາຍລັກອັກສອນໃຫ້ທ່ານເພື່ອອະທິບາຍວ່າຍ້ອນຫຍັງພວກເຮົາຈຶ່ງປະຕິເສດ. ພວກເຮົາຍັງຈະບອກທ່ານວິທີການທີ່ທ່ານສາມາດຍື່ນອຸທອນໄດ້.

<u>ຂັ້ນຕອນທີ 4:</u> ຖ້າພວກເຮົາປະຕິເສດການອຸທອນຂອງທ່ານ, ທ່ານຈະຕັດສິນໃຈວ່າທ່ານຕ້ອງການສືບຕໍ່ຂະບວນການອຸທອນ ແລະ ຍື່ນການອຸທອນ*ອີກ*.

- ຖ້າທ່ານຕັດສິນໃຈຍື່ນການອຸທອນອີກ, ຫມາຍຄວາມວ່າການອຸທອນຂອງທ່ານກຳລັງເຂົ້າສູ່ຂະບວນການອຸທອນລະດັບທີ 2.

ຂໍ້ທີ 6.6	ເທື່ອລະຂັ້ນຕອນ: ວິທີການຍື່ນອຸທອນລະດັບ 2

ຄຳສັບທາງກົດຫມາຍ
ຊື່ທາງການສຳລັບອົງກອນກວດສອບອິດສະລະແມ່ນ**ຫນ່ວຍງານກວດສອບອິດສະຫຼະ.** ໃນບາງຄັ້ງເອີ້ນວ່າ **(Individual Retirement Account,IRE).**

ອົງກອນກວດສອບອິດສະຫຼະແມ່ນອົງກອນອິດສະຫຼະທີ່ຈ້າງໂດຍ Medicare. ພວກເຂົາບໍ່ໄດ້ກ່ຽວຂ້ອງກັບພວກເຮົາ ແລະ ບໍ່ແມ່ນຫນ່ວຍງານຂອງລັດຖະບານ. ອົງກອນນີ້ຕັດສິນວ່າການຕັດສິນທີ່ພວກເຮົາໄດ້ດຳເນີນການນັ້ນຖືກຕ້ອງບໍ ຫຼື ຄວນປ່ຽນແປງຫຼືບໍ່. Medicare ກວດສອບວຽກຂອງພວກເຂົາ.

<u>ຂັ້ນຕອນທີ 1:</u> ທ່ານ (ຫຼືຜູ້ຕາງຫນ້າຂອງທ່ານຫຼືທ່ານຫມໍຫຼືຜູ້ສັ່ງຢາອື່ນໆຂອງທ່ານ) ຕ້ອງຕິດຕໍ່ກັບອົງການກວດສອບເອກະລາດແລະຂໍໃຫ້ມີການທົບທວນກໍລະນີຂອງທ່ານ.

- ຖ້າພວກເຮົາປະຕິເສດການອຸທອນລະດັບທີ 1 ຂອງທ່ານ, ແຈ້ງການເປັນລາຍລັກອັກສອນທີ່ພວກເຮົາສົ່ງຈະປະກອບມີ**ຄຳແນະນຳກ່ຽວກັບວິທີການຍື່ນອຸທອນລະດັບທີ 2** ຫາອົງກອນກວດສອບອິດສະຫຼະ. ຄຳແນະນຳເຫຼົ່ານີ້ຈະບອກທ່ານວ່າໃຜສາມາດຍື່ນອຸທອນລະດັບທີ 2 ໄດ້, ກຳນົດວັນເວລາໃດທີ່ທ່ານຕ້ອງປະຕິບັດຕາມ ແລະ ຈະຕິດຕໍ່ຫາອົງກອນກວດສອບໄດ້ແນວໃດ. ເຖິງຢ່າງໃດກໍຕາມ, ຖ້າພວກເຮົາບໍ່ສຳເລັດການທົບທວນຂອງພວກເຮົາພາຍໃນກຳນົດເວລາທີ່ກຳນົດ ຫຼື ດຳເນີນການຕັດສິນໃຈທີ່ບໍ່ເປັນທີ່ຫນ້າພໍໃຈກ່ຽວກັບການພິຈາລະນາຄວາມສ່ຽງພາຍໃຕ້ໂປຣແກຣມການຈັດການຢາຂອງພວກເຮົາ, ພວກເຮົາຈະສົ່ງການຮຽກຮ້ອງຂອງທ່ານໄປຫາ IRE ຢ່າງອັດຕະໂນມັດ.
- ພວກເຮົາຈະສົ່ງຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບການອຸທອນຂອງທ່ານໄປຫາອົງກອນນີ້. ຂໍ້ມູນນີ້ເອີ້ນວ່າ**ສຳນວນຄະດີ**ຂອງທ່ານ. **ທ່ານມີສິດໃນການຂໍໃຫ້ພວກເຮົາໃຫ້ສຳເນົາສຳນວນຄະດີຂອງທ່ານ.**

- ທ່ານມີສິດໃນການໃຫ້ຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມແກ່ອົງກອນກວດສອບອິດສະຫຼະເພື່ອສະໜັບສະໜູນການອຸທອນຂອງທ່ານ.

<u>ຂັ້ນຕອນທີ 2:</u> ອົງກອນກວດສອບອິດສະຫຼະກວດສອບການອຸທອນຂອງທ່ານ.

ຜູ້ກວດສອບທີ່ອົງກອນກວດສອບເອກະລາດຈະກວດສອບຂໍ້ມູນທັງໝົດທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບການອຸທອນຂອງທ່ານຢ່າງລະອຽດ.

ກຳນົດເວລາສຳລັບການອຸທອນແບບໄວ

- ຖ້າສຸຂະພາບຂອງທ່ານຈຳເປັນຕ້ອງຂໍ, ໃຫ້ຂໍການອຸທອນແບບໄວຈາກອົງກອນກວດສອບອິດສະຫຼະ.
- ຖ້າອົງກອນເຫັນດີໃຫ້ການອຸທອນແບບໄວແກ່ທ່ານ, ອົງກອນຕ້ອງໃຫ້ຄຳຕອບກ່ຽວກັບການອຸທອນລະດັບທີ 2 ຂອງທ່ານ**ພາຍໃນ 72 ຊົ່ວໂມງ** ຫຼັງຈາກພວກເຂົາໄດ້ຮັບການອຸທອນຂອງທ່ານ.

ກຳນົດເວລາສຳລັບການອຸທອນແບບມາດຕະຖານ

- ສຳລັບການອຸທອນແບບມາດຕະຖານ, ອົງກອນກວດສອບຕ້ອງໃຫ້ຄຳຕອບກ່ຽວກັບການອຸທອນລະດັບທີ 2 ຂອງທ່ານ**ພາຍໃນ 7 ມື້ຕາມປະຕິທິນ** ຫຼັງຈາກພວກເຂົາໄດ້ຮັບການອຸທອນຂອງທ່ານສຳລັບຢາທີ່ທ່ານຍັງບໍ່ທັນໄດ້ຮັບ. ຖ້າທ່ານກຳລັງຂໍໃຫ້ພວກເຮົາຈ່າຍເງິນຄືນໃຫ້ທ່ານສຳລັບຢາທີ່ໄດ້ຊື້ແລ້ວ, ອົງກອນກວດສອບຕ້ອງໃຫ້ຄຳຕອບແກ່ທ່ານກ່ຽວກັບການອຸທອນລະດັບທີ 2 ຂອງທ່ານ**ພາຍໃນ 14 ມື້ຕາມປະຕິທິນ** ຫຼັງຈາກທີ່ພວກເຂົາໄດ້ຮັບຄຳຮ້ອງຂອງທ່ານ.

<u>ຂັ້ນຕອນທີ 3:</u> ອົງກອນກວດສອບອິດສະຫຼະຈະໃຫ້ຄຳຕອບແກ່ທ່ານ.

ສຳລັບການອຸທອນແບບໄວ:

- **ຖ້າອົງກອນກວດສອບອິດສະຫຼະເຫັນດີກັບສິ່ງທີ່ທ່ານຮ້ອງຂໍບາງສ່ວນ ຫຼື ທັງໝົດ,** ພວກເຮົາຕ້ອງໃຫ້ການຄຸ້ມຄອງຢາທີ່ໄດ້ຮັບການອະນຸມັດໂດຍອົງກອນກວດສອບ**ພາຍໃນ 24 ຊົ່ວໂມງ** ຫຼັງຈາກທີ່ພວກເຮົາໄດ້ຮັບຄຳຕັດສິນຈາກອົງກອນກວດສອບ.

ສຳລັບການອຸທອນແບບມາດຕະຖານ:

- **ຖ້າອົງການກວດສອບເອກະລາດເຫັນດີຕໍ່ບາງສ່ວນ ຫຼື ທັງໝົດຂອງຄຳຮ້ອງຂໍການຄຸ້ມຄອງຂອງທ່ານ,** ພວກເຮົາຕ້ອງໃຫ້ **ການຄຸ້ມຄອງຢາ** ທີ່ໄດ້ຮັບການອະນຸມັດຈາກອົງການກວດສອບ**ພາຍໃນ 72 ຊົ່ວໂມງ** ຫຼັງຈາກພວກເຮົາໄດ້ຮັບຄຳຕັດສິນຈາກອົງການກວດສອບ.
- **ຖ້າອົງກອນກວດສອບອິດສະຫຼະເຫັນດີກັບຄຳຮ້ອງຂອງທ່ານກ່ຽວກັບການຈ່າຍເງິນຄືນໃຫ້ທ່ານບາງສ່ວນ ຫຼື ທັງໝົດ**ສຳລັບຢາທີ່ໄດ້ຊື້ແລ້ວ, ພວກເຮົາຈຳເປັນຕ້ອງ**ສົ່ງການຊຳລະເງິນໃຫ້ທ່ານພາຍ 30 ມື້ຕາມປະຕິທິນ** ຫຼັງຈາກທີ່ພວກເຮົາໄດ້ຮັບຄຳຕັດສິນຈາກອົງກອນກວດສອບ.

ຈະເກີດຫຍັງຂຶ້ນ ຖ້າອົງກອນກວດສອບບໍ່ເຫັນດີກັບການຍື່ນອຸທອນຂອງທ່ານ?

ຖ້າອົງການນີ້ບໍ່ເຫັນດີ **ໃນສ່ວນໜຶ່ງ ຫຼື ທັງໝົດ** ຂອງການອຸທອນຂອງທ່ານ, ມັນໝາຍຄວາມວ່າເຂົາເຈົ້າເຫັນດີກັບການຕັດສິນໃຈຂອງພວກເຮົາທີ່ຈະບໍ່ອະນຸມັດຄຳຮ້ອງຂໍຂອງທ່ານ (ຫຼືສ່ວນໜຶ່ງຂອງຄຳຮ້ອງຂໍຂອງທ່ານ). (ສິ່ງນີ້ເອີ້ນວ່າການສະໜັບສະໜູນຄຳຕັດສິນ. ເອີ້ນອີກຢ່າງໜຶ່ງວ່າການປະຕິເສດການອຸທອນຂອງທ່ານ.) . ໃນກໍລະນີນີ້, ອົງກອນກວດສອບອິດສະຫຼະຈະສົ່ງຈົດໝາຍຫາທ່ານ:

- ເພື່ອອະທິບາຍຄຳຕັດສິນຂອງພວກເຂົາ.
- ການແຈ້ງໃຫ້ທ່ານຊາບກ່ຽວກັບສິດໃນການອຸທອນລະດັບທີ 3 ຖ້າວ່າມູນຄ່າຂອງການຄຸ້ມຄອງຢາທີ່ທ່ານກຳລັງຂໍເປັນໄປຕາມຂັ້ນຕ່ຳສຸດຕາມທີ່ກຳນົດ. ຖ້າມູນຄ່າຂອງການຄຸ້ມຄອງຢາທີ່ທ່ານກຳລັງຂໍແມ່ນຕ່ຳເກີນໄປ, ທ່ານບໍ່ສາມາດຍື່ນຂໍການອຸທອນອີກຄັ້ງ ແລະ ການຕັດສິນການອຸທອນລະດັບທີ 2 ຖືເປັນຂັ້ນສຸດທ້າຍ.
- ການບອກທ່ານວ່າຈຳນວນທີ່ຕ້ອງໂຕ້ແຍ້ງເພື່ອສືບຕໍ່ຂະບວນການອຸທອນຂອງທ່ານ.

<u>ຂັ້ນຕອນທີ 4:</u> ຖ້າຄະດີຂອງທ່ານເປັນໄປຕາມຂໍ້ກຳນົດ, ທ່ານເລືອກໄດ້ວ່າທ່ານຕ້ອງການຍື່ນອຸທອນຂອງທ່ານຕໍ່ໄປຫຼືບໍ່.

- ມັນຍັງມີອີກສາມລະດັບເພີ່ມເຕີມໃນຂະບວນການອຸທອນຫຼັງຈາກລະດັບທີ 2 (ສຳລັບການອຸທອນທັງໝົດຫ້າລະດັບ).
- ຖ້າທ່ານຕ້ອງການສືບຕໍ່ການອຸທອນລະດັບທີ 3, ລາຍລະອຽດກ່ຽວກັບວິທີການດຳເນີນການນີ້ມີຢູ່ໃນແຈ້ງການເປັນລາຍລັກອັກສອນທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບຫຼັງຈາກການອຸທອນລະດັບທີ 2 ຂອງທ່ານ.
- ການອຸທອນລະດັບທີ 3 ຈະໄດ້ຮັບການຈັດການໂດຍຜູ້ພິພາກສາກົດໝາຍການປົກຄອງ ຫຼື ຜູ້ພິພາກສາທະນາຍຄວາມ. ຂໍ້ທີ 9 ໃນບົດນີ້ບອກເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບລະດັບ 3, 4, ແລະ 5 ຂອງຂະບວນການອຸທອນ.

ຂໍ້ທີ 7 ວິທີຂໍໃຫ້ພວກເຮົາຄຸ້ມຄອງການນອນໂຮງໝໍສຳລັບຄົນເຈັບໃນທີ່ຢູ່ດົນກວ່າ ຖ້າທ່ານຄິດວ່າຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບໃຫ້ທ່ານອອກໂຮງໝໍໄວເກີນໄປ

ໃນເວລາທີ່ທ່ານນອນໂຮງໝໍ, ທ່ານມີສິດຮັບການບໍລິການໃນໂຮງໝໍທີ່ໄດ້ມີການຄຸ້ມຄອງທັງໝົດທີ່ຈຳເປັນຕໍ່ການບົ່ງມະຕິພະຍາດ ແລະ ປິ່ນປົວອາການເຈັບປ່ວຍ ຫຼື ບາດເຈັບຂອງທ່ານ.

ໃນໄລຍະການນອນໂຮງໝໍທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງຂອງທ່ານ, ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການສຸຂະພາບຂອງທ່ານ ແລະ ພະນັກງານໂຮງໝໍຈະປຶກສາກັບທ່ານເພື່ອກະກຽມມື້ທີ່ທ່ານຈະອອກໂຮງໝໍ. ພວກເຂົາຈະຊ່ວຍຈັດແຈງການດູແລທີ່ອາດຈຳເປັນຫຼັງຈາກທ່ານອອກໂຮງໝໍ.

- ມື້ທີ່ທ່ານອອກໂຮງໝໍເອີ້ນວ່າ **ມື້ອອກໂຮງໝໍຂອງທ່ານ**.
- ໃນເວລາຕັດສິນມື້ອອກໂຮງໝໍຂອງທ່ານ, ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການສຸຂະພາບ ຫຼື ພະນັກງານໂຮງໝໍຈະບອກທ່ານ.
- ຖ້າທ່ານຄິດວ່າທ່ານກຳລັງຖືກຂໍໃຫ້ອອກໂຮງໝໍໄວເກີນໄປ, ທ່ານສາມາດຂໍການນອນໂຮງໝໍດົນຂຶ້ນ ແລະ ຄຳຮ້ອງຂອງທ່ານຈະໄດ້ຮັບການພິຈາລະນາ.

ຂໍ້ທີ 7.1	ໃນຊ່ວງໄລຍະການນອນໂຮງໝໍເປັນຄົນເຈັບໃນ, ທ່ານຈະໄດ້ຮັບແຈ້ງການເປັນລາຍລັກອັກສອນຈາກ Medicare ກ່ຽວກັບສິດຂອງທ່ານ

ພາຍໃນສອງວັນຫຼັງຈາກທີ່ໄດ້ເຂົ້າໂຮງໝໍ, ທ່ານຈະໄດ້ຮັບແຈ້ງການເປັນລາຍລັກອັກສອນທີ່ເອີ້ນວ່າ *ຂໍ້ຄວາມສຳຄັນຈາກ Medicare ກ່ຽວກັບສິດຂອງທ່ານ.* ທຸກຄົນທີ່ມີ Medicare ຈະໄດ້ຮັບສຳເນົາຂອງແຈ້ງການສະບັບນີ້ ຖ້າທ່ານບໍ່ໄດ້ຮັບແຈ້ງການຈາກຄົນຢູ່ໂຮງໝໍ (ຕົວຢ່າງ, ພະນັກງານຮັບຜິດຊອບກໍລະນີ ຫຼື ພະຍາບານ), ໃຫ້ຖາມພະນັກງານໂຮງໝໍຄົນໃດກໍໄດ້. ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອ, ກະລຸນາໂທຫາຝ່ายບໍລິການສະມາຊິກ ຫຼື 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 ຊົ່ວໂມງຕໍ່ມື້, 7 ມື້ຕໍ່ອາທິດ (TTY 1-877-486-2048).

1. **ອ່ານແຈ້ງການນີ້ຢ່າງລະອຽດ ແລະ ຖາມຄຳຖາມຖ້າທ່ານບໍ່ເຂົ້າໃຈ.**ມັນບອກທ່ານ:
   - ສິດຂອງທ່ານທີ່ຈະໄດ້ຮັບການບໍລິການທີ່ຄຸ້ມຄອງໂດຍ Medicare ໃນລະຫວ່າງ ແລະ ຫຼັງຈາກການເຂົ້າໂຮງໝໍຂອງທ່ານ, ຕາມທີ່ໄດ້ສັ່ງໂດຍຜູ້ໃຫ້ບໍລິການສຸຂະພາບຂອງທ່ານ. ນີ້ລວມທັງສິດໃນການຮັບຮູ້ວ່າການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ແມ່ນຫຍັງ, ໃຜຈະຈ່ายເງິນຄ່າບໍລິການ ແລະ ບ່ອນທີ່ທ່ານສາມາດຮັບການບໍລິການ.
   - ສິດຂອງທ່ານໃນການມີສ່ວນຮ່ວມໃນການຕັດສິນໃດໆກ່ຽວກັບການເຂົ້າໂຮງໝໍຂອງທ່ານ.
   - ບ່ອນທີ່ທ່ານສາມາດລາຍງານຂໍ້ກັງວົນທີ່ທ່ານມີກ່ຽວກັບຄຸນນະພາບຂອງການດູແລໃນໂຮງໝໍຂອງທ່ານ.
   - ສິດຂອງທ່ານ**ໃນການຂໍການກວດສອບທັນທີ** ກ່ຽວກັບການຕັດສິນການອອກໂຮງໝໍຂອງທ່ານ ຖ້າທ່ານຄິດວ່າທ່ານກຳລັງຈະໄດ້ອອກໂຮງໝໍໄວເກີນໄປ. ສິ່ງນີ້ແມ່ນວິທີທາງການ, ຖືກຕາມກົດໝາຍເພື່ອຂໍເລື່ອນວັນທີອອກໂຮງໝໍຂອງທ່ານເພື່ອທີ່ພວກເຮົາຈະຄຸ້ມຄອງການດູແລຢູ່ໂຮງໝໍຂອງທ່ານໄດ້ດົນຂຶ້ນ.
2. **ທ່ານຈະຖືກຂໍໃຫ້ເຊັນແຈ້ງການເປັນລາຍລັກອັກສອນເພື່ອສະແດງວ່າທ່ານໄດ້ຮັບ ແລະ ເຂົ້າໃຈສິດຂອງທ່ານ.**
   - ທ່ານ ຫຼື ບາງຄົນທີ່ຕາງໜ້າໃຫ້ທ່ານຈະຖືກຂໍໃຫ້ເຊັນໃບແຈ້ງການ.

- ການເຊັນໃນໃບແຈ້ງການນີ້ສະແດງວ່າທ່ານໄດ້ຮັບຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບສິດຂອງທ່ານເທົ່ານັ້ນ. ແຈ້ງການບໍ່ໄດ້ລະບຸວັນທີອອກໂຮງໝໍຂອງທ່ານ. ການເຊັນແຈ້ງການນີ້ບໍ່ໄດ້ໝາຍຄວາມວ່າທ່ານເຫັນດີກັບວັນທີອອກໂຮງໝໍ.

3. **ຮັກສາສຳເນົາ**ແຈ້ງການຂອງທ່ານໄວ້ໃກ້ຕົວເພື່ອທີ່ທ່ານຈະມີຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບການຂໍການອຸທອນ (ຫຼື ລາຍງານຄວາມກັງວົນກ່ຽວກັບຄຸນນະພາບການດູແລ), ຖ້າທ່ານຕ້ອງການ.
   - ຖ້າທ່ານເຊັນແຈ້ງການຫຼາຍກວ່າສອງວັນກ່ອນວັນທີອອກໂຮງໝໍຂອງທ່ານ, ທ່ານຈະໄດ້ຮັບສຳເນົາອີກສະບັບໜຶ່ງກ່ອນທີ່ທ່ານຈະໄດ້ຮັບຈັດມື້ໃຫ້ອອກໂຮງໝໍ.
   - ເພື່ອເບິ່ງສຳເນົາແຈ້ງການສະບັບນີ້ລ່ວງໜ້າ, ທ່ານສາມາດໂທຫາສູນບໍລິການສະມາຊິກ ຫຼື 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 ຊົ່ວໂມງຕໍ່ມື້, 7 ມື້ຕໍ່ອາທິດ. ຜູ້ໃຊ້ TTY, ກະລຸນາໂທຫາ 1-877-486-2048. ທ່ານຍັງສາມາດເບິ່ງແຈ້ງການທາງອອນລາຍໄດ້ທີ່ www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.

ຂໍ້ທີ 7.2	ເທື່ອລະຂັ້ນຕອນ: ວິທີການຍື່ນອຸທອນລະດັບທີ 1 ເພື່ອປ່ຽນແປງມື້ອອກໂຮງໝໍຂອງທ່ານ

ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຂໍບໍລິການໃນໂຮງໝໍສຳລັບຄົນເຈັບໃນຂອງທ່ານໃຫ້ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງຈາກພວກເຮົາໃນເວລາທີ່ດົນຂຶ້ນ, ທ່ານຈະຕ້ອງໃຊ້ຂະບວນການອຸທອນເພື່ອດຳເນີນການຮ້ອງຂໍນີ້. ກ່ອນທີ່ທ່ານຈະເລີ່ມ, ຕ້ອງທຳຄວາມເຂົ້າໃຈສິ່ງທີ່ທ່ານຕ້ອງເຮັດ ແລະ ບໍ່ໃຫ້ການມື້ໃດ.

- **ປະຕິບັດຕາມຂະບວນການ.**
- **ປະຕິບັດຕາມກຳນົດເວລາ.**
- **ຂໍຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອ ຖ້າທ່ານຕ້ອງການ.** ຖ້າທ່ານມີຄຳຖາມໃດໆ ຫຼື ຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອເວລາໃດກໍຕາມ, ກະລຸນາໂທຫາສູນບໍລິການສະມາຊິກ. ຫຼືໂທຫາໂຄງການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານປະກັນສຸຂະພາບ Rhode Island, ເຊິ່ງເປັນອົງການຂອງລັດຖະບານທີ່ໃຫ້ການຊ່ວຍເຫຼືອສ່ວນບຸກຄົນ.

ໃນຊ່ວງການອຸທອນລະດັບທີ 1, ອົງກອນປັບປຸງຄຸນນະພາບຈະກວດສອບການອຸທອນຂອງທ່ານ. ພວກເຂົາກວດເບິ່ງວ່າມື້ອອກໂຮງໝໍທີ່ກຳນົດໄວ້ມີຄວາມເໝາະສົມທາງການແພດແກ່ທ່ານຫຼືບໍ່.

ອົງການຈັດຕັ້ງການປັບປຸງຄຸນນະພາບ (Quality Improvement Organization) ແມ່ນກຸ່ມແພດ ຫມໍແລະຜູ້ຊ່ຽວຊານດ້ານການດູແລສຸຂະພາບອື່ນໆ ທີ່ລັດຖະບານກາງຈ່າຍໃຫ້ເພື່ອກວດສອບ ແລະ ຊ່ວຍປັບປຸງຄຸນນະພາບຂອງການດູແລສຳລັບຜູ້ທີ່ມີ Medicare. ນີ້ລວມທັງການກວດສອບມື້ອອກໂຮງໝໍສຳລັບຄົນທີ່ຢູ່ໃນ Medicare. ຜູ້ຊ່ຽວຊານເຫຼົ່ານີ້ບໍ່ແມ່ນສ່ວນໜຶ່ງຂອງແຜນປະກັນນພວກເຮົາ.

ພາກທີ 9 ສິ່ງທີ່ຕ້ອງເຮັດຖ້າທ່ານມີບັນຫາ ຫຼື ຄຳຮ້ອງທຸກ (ຄຳຕັດສິນການຄຸ້ມຄອງ, ການອຸທອນ, ການຮ້ອງທຸກ)

<u>ຂັ້ນຕອນທີ 1:</u> ຕິດຕໍ່ຫາອົງກອນປັບປຸງຄຸນນະພາບສຳລັບ Rhode Island ແລະ ຂໍການກວດສອບທັນທີກ່ຽວກັບການອອກໂຮງໝໍຂອງທ່ານ. ທ່ານຕ້ອງດຳເນີນການໂດຍໄວ.

ທ່ານສາມາດຕິດຕໍ່ອົງກອນນີ້ໄດ້ແນວໃດ?

- ແຈ້ງການເປັນລາຍລັກອັກສອນທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບ (**ຂໍ້ຄວາມສຳຄັນຈາກ Medicare ກ່ຽວກັບສິດຂອງທ່ານ**) ຈະບອກທ່ານວິທີຕິດຕໍ່ຫາອົງກອນນີ້. ຫຼື, ຊອກຫາຊື່, ທີ່ຢູ່, ແລະ ເບີໂທລະສັບຂອງອົງກອນປັບປຸງຄຸນນະພາບສຳລັບ Rhode Island ໃນພາກທີ 2.

ດຳເນີນການໂດຍໄວ:

- ເພື່ອຍື່ນອຸທອນຂອງທ່ານ, ທ່ານຕ້ອງຕິດຕໍ່ກັບອົງການປັບປຸງຄຸນນະພາບ**ກ່ອນ**ທີ່ທ່ານຈະອອກຈາກໂຮງຫມໍ ແລະ **ບໍ່ເກີນເວລາທ່ຽງຄືນຂອງມື້ທີ່ທ່ານອອກ.**
    - **ຖ້າທ່ານປະຕິບັດຕາມກຳນົດເວລາໄດ້,** ທ່ານອາດຈະໄດ້ຢູ່ໃນໂຮງໝໍຫຼັງຈາກມື້ອອກໂຮງໝໍຂອງທ່ານ*ໂດຍບໍ່ຈຳເປັນຕ້ອງໄດ້ຈ່າຍເງິນ*ໃນຂະນະທີ່ທ່ານກຳລັງລໍຖ້າຄຳຕັດສິນຈາກອົງກອນປັບປຸງຄຸນນະພາບ.
    - **ຖ້າທ່ານ<u>ບໍ່</u>ຮອດກຳນົດເວລານີ້** ແລະທ່ານຕັດສິນໃຈນອນໂຮງໝໍຫຼັງຈາກມື້ອອກໂຮງໝໍ, *ທ່ານອາດຕ້ອງຈ່າຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທັງໝົດ* ສຳລັບການດູແລຂອງໂຮງໝໍທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບຫຼັງຈາກມື້ອອກໂຮງໝໍ.
- ຖ້າທ່ານບໍ່ສາມາດປະຕິບັດຕາມກຳນົດເວລາເພື່ອຕິດຕໍ່ຫາອົງກອນປັບປຸງຄຸນນະພາບ ແລະ ທ່ານຍັງຕ້ອງການທີ່ຈະຍື່ນອຸທອນ, ທ່ານຈະຕ້ອງຂໍການອຸທອນໂດຍກົງຫາແຜນປະກັນຂອງທ່ານແທນ. ສຳລັບລາຍລະອຽດກ່ຽວກັບວິທີອື່ນ ເພື່ອຍື່ນຄຳອຸທອນຂອງທ່ານ, ເບິ່ງຂໍ້ 7.4.

ເມື່ອທ່ານຮ້ອງຂໍການກວດສອບແບບໄວສຳລັບການອອກໂຮງໝໍຂອງທ່ານ, ອົງກອນປັບປຸງຄຸນນະພາບຈະຕິດຕໍ່ຫາພວກເຮົາ. ກ່ອນທ່ຽງຂອງມື້ຫຼັງຈາກທີ່ພວກເຮົາໄດ້ຮັບການຕິດຕໍ່ພວກເຮົາຈະໃຫ້**ແຈ້ງການລະອຽດກ່ຽວກັບການອອກໂຮງໝໍ.** ແຈ້ງການນີ້ຈະບອກມື້ອອກໂຮງໝໍທີ່ກຳນົດໄວ້ຂອງທ່ານ ແລະ ອະທິບາຍເຫດຜົນຢ່າງລະອຽດວ່າຍ້ອນຫຍັງຜູ້ໃຫ້ບໍລິການສຸຂະພາບຂອງທ່ານ, ໂຮງໝໍ ແລະ ພວກເຮົາຄິດວ່າມັນຖືກຕ້ອງ (ເໝາະສົມທາງການແພດ) ສຳລັບທ່ານທີ່ຈະຕ້ອງອອກໂຮງໝໍໃນມື້ນັ້ນ.

ທ່ານສາມາດຂໍຕົວຢ່າງ**ແຈ້ງການກ່ຽວກັບການອອກໂຮງໝໍແບບລະອຽດ**ໂດຍໂທຫາສູນບໍລິການສະມາຊິກ ຫຼື 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 ຊົ່ວໂມງຕໍ່ມື້, 7 ມື້ຕໍ່ອາທິດ. (ຜູ້ໃຊ້ TTY, ກະລຸນາໂທຫາ 1-877-486-2048.) ຫຼື ທ່ານສາມາດເບິ່ງແຈ້ງການຕົວຢ່າງອອນໄລນ້ໄດ້ທີ່ <u>www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.</u>.

<u>ຂັ້ນຕອນທີ 2:</u> ອົງກອນປັບປຸງຄຸນນະພາບຈະດຳເນີນການກວດສອບກໍລະນີຂອງທ່ານຢ່າງອິດສະຫຼະ.

- ຜູ້ຊ່ຽວຊານດ້ານສຸຂະພາບທີ່ອົງກອນປັບປຸງຄຸນນະພາບ (ຜູ້ກວດສອບ) ຈະຖາມທ່ານ (ຫຼື ຜູ້ຕາງໜ້າຂອງທ່ານ) ວ່າຍ້ອນຫຍັງທ່ານຈຶ່ງເຊື່ອວ່າການຄຸ້ມຄອງສຳລັບການບໍລິການນີ້ຄວນສືບຕໍ່. ທ່ານບໍ່ຈຳເປັນຕ້ອງກະກຽມຫຍັງເປັນລາຍລັກອັກສອນ, ແຕ່ທ່ານສາມາດເຮັດແບບນັ້ນໄດ້, ຖ້າຫາກທ່ານຕ້ອງການ.
- ຜູ້ກວດສອບຈະເບິ່ງຂໍ້ມູນສຸຂະພາບຂອງທ່ານ, ປຶກສາກັບຜູ້ໃຫ້ບໍລິການສຸຂະພາບທ່ານ ແລະ ທົບທວນຂໍ້ມູນທີ່ໂຮງໝໍ ແລະ ພວກເຮົາໄດ້ມອບໃຫ້ພວກເຂົາ.
- ກ່ອນທ່ຽງຂອງມື້ຫຼັງຈາກທີ່ຜູ້ກວດສອບແຈ້ງພວກເຮົາກ່ຽວກັບການອຸທອນຂອງທ່ານ, ທ່ານຈະໄດ້ຮັບແຈ້ງການເປັນລາຍລັກອັກສອນຈາກພວກເຮົາເຊິ່ງຈະແຈ້ງມື້ອອກໂຮງໝໍທີ່ກຳນົດໄວ້ໃຫ້ທ່ານ. ແຈ້ງການນີ້ຍັງຈະອະທິບາຍເຫດຜົນຢ່າງລະອຽດວ່າຍ້ອນຫຍັງຜູ້ໃຫ້ບໍລິການສຸຂະພາບຂອງທ່ານ, ໂຮງໝໍ ແລະ ພວກເຮົາຄິດວ່າມັນຖືກຕ້ອງ (ເໝາະສົມທາງການແພດ) ສຳລັບທ່ານທີ່ຈະຕ້ອງອອກໂຮງໝໍໃນມື້ນັ້ນ.

<u>ຂັ້ນຕອນທີ 3:</u> ພາຍໃນຫນຶ່ງມື້ເຕັມຫຼັງຈາກທີ່ພວກເຂົາໄດ້ຮັບຂໍ້ມູນທັງໝົດທີ່ຕ້ອງການ, ອົງກອນປັບປຸງຄຸນນະພາບຈະໃຫ້ຄຳຕອບໃຫ້ກັບການອຸທອນຂອງທ່ານ.

ຈະເກີດຫຍັງຂຶ້ນ ຖ້າຄຳຕອບແມ່ນເຫັນດີ?

- ຖ້າອົງກອນກວດສອບ*ເຫັນດີ*, **ພວກເຮົາຕ້ອງສືບຕໍ່ໃຫ້ການບໍລິການໃນໂຮງໝໍສຳລັບການບໍລິການຄົນເຈັບໃນທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງຂອງທ່ານຕາບໃດທີ່ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ແມ່ນຄວາມຈຳເປັນທາງການແພດ.**
- ທ່ານຈະຕ້ອງສືບຕໍ່ຈ່າຍສ່ວນແບ່ງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຂອງທ່ານ (ເຊັ່ນ: ສ່ວນທີ່ຫັກຫຼຸດໄດ້ ຫຼື ການຮ່ວມຈ່າຍ, ຖ້າສິ່ງເຫຼົ່ານີ້ຖືກບັງຄັບໃຊ້). ນອກຈາກນັ້ນ, ອາດຈະມີຂໍ້ຈຳກັດສຳລັບການບໍລິການໃນໂຮງໝໍທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງຂອງທ່ານ.

ຈະເກີດຫຍັງຂຶ້ນ ຖ້າຄຳຕອບແມ່ນບໍ່ເຫັນດີ?

- ຖ້າອົງກອນກວດສອບ**ປະຕິເສດ**, ພວກເຂົາກຳລັງບອກວ່າມື້ອອກໂຮງໝໍທີ່ໄດ້ກຳນົດໄວ້ຂອງທ່ານແມ່ນມີຄວາມເໝາະສົມທາງການແພດ. ຖ້າສິ່ງນີ້ເກີດຂຶ້ນ, **ການຄຸ້ມຄອງຂອງພວກເຮົາສຳລັບການບໍລິການໃນໂຮງໝໍສຳລັບຄົນເຈັບນອກຂອງທ່ານຈະສິ້ນສຸດລົງ**ໃນຕອນສວາຍຂອງມື້ນັ້ນ**ຫຼັງຈາກ**ອົງກອນປັບປຸງຄຸນນະພາບໃຫ້ຄຳຕອບຂອງພວກເຮົາກ່ຽວກັບການອຸທອນຂອງທ່ານ.

- ຖ້າອົງການກວດສອບບໍ່ເຫັນດີຕໍ່ການອຸທອນຂອງທ່ານ ແລະທ່ານຕັດສິນໃຈນອນໂຮງໝໍ, **ທ່ານອາດຕ້ອງຈ່າຍຄ່າປິ່ນປົວທັງໝົດ** ໃນໂຮງໝໍທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບຫຼັງທ່ຽງໃນມື້ຫຼັງຈາກອົງການປັບປຸງຄຸນນະພາບໃຫ້ຄຳຕອບຕໍ່ການອຸທອນຂອງທ່ານ.

<u>ຂັ້ນຕອນທີ 4:</u> ຖ້າຄຳຕອບຕໍ່ການອຸທອນລະດັບທີ 1 ຂອງທ່ານແມ່ນບໍ່ເຫັນດີ, ທ່ານສາມາດຕັດສິນໃຈວ່າທ່ານຕ້ອງການຍື່ນຂໍອຸທອນອີກຄັ້ງຫຼືບໍ່.

- ຖ້າອົງການປັບປຸງຄຸນນະພາບ**ບໍ່**ເຫັນດີຕໍ່ການອຸທອນຂອງທ່ານ **ແລະ** ທ່ານຍັງນອນໂຮງໝໍຫຼັງຈາກມື້ອອກໂຮງໝໍ, ທ່ານສາມາດຍື່ນອຸທອນໄດ້ອີກ. ການຍື່ນຂໍອຸທອນອີກຄັ້ງໝາຍຄວາມວ່າທ່ານກຳລັງເຂົ້າສູ່ຂະບວນການອຸທອນລະດັບທີ 2.

ຂໍ້ທີ 7.3	ເທື່ອລະຂັ້ນຕອນ: ວິທີການຍື່ນອຸທອນລະດັບທີ 2 ເພື່ອປ່ຽນແປງມື້ອອກໂຮງໝໍຂອງທ່ານ

ໃນໄລຍະການອຸທອນລະດັບທີ 2, ທ່ານຂໍໃຫ້ອົງກອນປັບປຸງຄຸນນະພາບກວດສອບອີກຄັ້ງສຳລັບຄຳຕັດສິນຂອງພວກເຂົາກ່ຽວກັບການຍື່ນຂໍອຸທອນຄັ້ງທຳອິດຂອງທ່ານ. ຖ້າອົງກອນປັບປຸງຄຸນນະພາບປະຕິເສດການອຸທອນລະດັບທີ 2 ຂອງທ່ານ, ທ່ານອາດຈະຕ້ອງຈ່າຍເງິນເຕັມຈຳນວນສຳລັບການນອນໂຮງໝໍຂອງທ່ານຫຼັງຈາກມື້ອອກໂຮງໝໍທີ່ໄດ້ກຳນົດໄວ້ໃຫ້ທ່ານ.

<u>ຂັ້ນຕອນທີ 1:</u> ຕິດຕໍ່ຫາອົງກອນປັບປຸງຄຸນນະພາບອີກຄັ້ງ ແລະ ຂໍການກວດສອບອື່ນ.

- ທ່ານຕ້ອງຂໍການທົບທວນນີ້ພາຍໃນ 60 ມື້ຕາມປະຕິທິນ ຫຼັງຈາກມື້ທີ່ອົງກອນກວດສອບຄຸນນະພາບ **ປະຕິເສດ** ການອຸທອນລະດັບທີ 1 ຂອງທ່ານ. ທ່ານສາມາດຂໍການກວດສອບນີ້ໄດ້ກໍ່ຕໍ່ເມື່ອທ່ານກຳລັງຢູ່ໃນໂຮງໝໍຫຼັງຈາກມື້ທີ່ການຄຸ້ມຄອງສຳລັບການດູແລຂອງທ່ານສິ້ນສຸດລົງ.

<u>ຂັ້ນຕອນທີ 2:</u> ອົງກອນປັບປຸງຄຸນນະພາບດຳເນີນການກວດສອບຄັ້ງທີສອງສຳລັບສະຖານະການຂອງທ່ານ.

- ຜູ້ກວດສອບທີ່ອົງກອນປັບປຸງຄຸນນະພາບຈະກວດສອບຂໍ້ມູນທັງໝົດທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບການອຸທອນຂອງທ່ານຢ່າງລະອຽດ.

<u>ຂັ້ນຕອນທີ 3:</u> ພາຍໃນ 14 ມື້ຕາມປະຕິທິນທີ່ໄດ້ຮັບຄຳຮ້ອງຂອງທ່ານສຳລັບການອຸທອນລະດັບທີ 2, ຜູ້ກວດສອບຈະຕັດສິນການອຸທອນຂອງທ່ານ ແລະ ບອກທ່ານກ່ຽວກັບການຕັດສິນຂອງພວກເຂົາ.

ຖ້າອົງກອນກວດສອບເຫັນດີ:

- **ພວກເຮົາຈະຕ້ອງຈ່າຍເງິນຄືນໃຫ້ທ່ານ**ສຳລັບສ່ວນແບ່ງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຂອງພວກເຮົາໃນການດູແລໃນໂຮງໝໍທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບຕັ້ງແຕ່ຕອນສວາຍຫຼັງຈາກມື້ຍື່ນຂໍອຸທອນຄັ້ງທຳອິດຂອງທ່ານໄດ້ຖືກປະຕິເສດ

ໂດຍອົງກອນປັບປຸງຄຸນນະພາບ. **ພວກເຮົາຕ້ອງສືບຕໍ່ສະໜອງການບໍລິການໃນໂຮງໝໍສຳລັບຄົນເຈັບໃນທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງຂອງທ່ານຕາບໃດທີ່ມັນມີຄວາມຈຳເປັນທາງການແພດ.**

- ທ່ານຕ້ອງສືບຕໍ່ຈ່າຍສ່ວນແບ່ງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຂອງທ່ານ ແລະ ຂໍ້ຈຳກັດການຄຸ້ມຄອງອາດຈະນຳໃຊ້ຕໍ່ໄປ.

ຖ້າອົງກອນກວດສອບບໍ່ເຫັນດີ:

- ໝາຍຄວາມວ່າພວກເຂົາເຫັນດີຕໍ່ກັບຄຳຕັດສິນທີ່ພວກເຂົາໄດ້ດຳເນີນໃນການຂໍອຸທອນລະດັບທີ 1 ຂອງທ່ານ.
- ແຈ້ງການທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບຈະບອດທ່ານເປັນລາຍລັກອັກສອນກ່ຽວກັບສິ່ງທີ່ທ່ານສາມາດເຮັດໄດ້ ຖ້າທ່ານຕ້ອງການສືບຕໍ່ຂະບວນການກວດສອບ.

<u>ຂັ້ນຕອນທີ 4:</u> ຖ້າຄຳຕອບແມ່ນບໍ່ເຫັນດີ, ທ່ານຈະຕ້ອງຕັດສິນໃຈວ່າທ່ານຕ້ອງການດຳເນີນການຂໍອຸທອນຕໍ່ ດ້ວຍການໄປທີ່ລະດັບທີ 3.

- ມັນຍັງມີອີກສາມລະດັບເພີ່ມເຕີມໃນຂະບວນການອຸທອນຫຼັງຈາກລະດັບທີ 2 (ສຳລັບການອຸທອນທັງໝົດຫ້າລະດັບ). ຖ້າທ່ານຕ້ອງການສືບຕໍ່ການອຸທອນລະດັບທີ 3, ລາຍລະອຽດກ່ຽວກັບວິທີການດຳເນີນການນີ້ແມ່ນຢູ່ໃນແຈ້ງການເປັນລາຍລັກອັກສອນທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບຫຼັງຈາກການອຸທອນລະດັບທີ 2 ຂອງທ່ານ.
- ການອຸທອນລະດັບທີ 3 ຈະໄດ້ຮັບການຈັດການໂດຍຜູ້ພິພາກສາກົດໝາຍການບໍລິຫານ ຫຼື ຜູ້ພິພາກສາທະນາຍຄວາມ. ຂໍ້ທີ 9 ໃນບົດນີ້ບອກເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບລະດັບ 3, 4 ແລະ 5 ຂອງຂະບວນການອຸທອນ.

ຂໍ້ທີ 7.4	ຈະເປັນແນວໃດຖ້າຫາກວ່າທ່ານພາດເວລາກຳນົດເວລາທີ່ຈະຍື່ນຄຳອຸທອນລະດັບ 1 ຂອງທ່ານ?

ຄຳສັບທາງກົດໝາຍ
ການກວດສອບແບບໄວ (ຫຼື ການອຸທອນແບບໄວ) ເອີ້ນອີກຢ່າງໜຶ່ງວ່າ**ການອຸທອນແບບຮີບດ່ວນ.**

ທ່ານສາມາດຍື່ນຂໍອຸທອນຫາພວກເຮົາແທນໄດ້

ດັ່ງທີ່ໄດ້ອະທິບາຍໄວ້ຂ້າງເທິງ, ທ່ານຕ້ອງດຳເນີນການໂດຍໄວເພື່ອເລີ່ມການອຸທອນລະດັບທີ 1 ຂອງການອອກໂຮງໝໍຂອງທ່ານ. ຖ້າທ່ານບໍ່ສາມາດປະຕິບັດຕາມກຳນົດເວລາໃນການຕິດຕໍ່ຫາອົງກອນປັບປຸງຄຸນນະພາບ, ຍັງມີວິທີອື່ນໃນການຍື່ນອຸທອນຂອງທ່ານ.

ຖ້າທ່ານນຳໃຊ້ວິທີການອື່ນໃນການຍື່ນອຸທອນ, **ສອງລະດັບທຳອິດຂອງການອຸທອນແມ່ນແຕກຕ່າງກັນ.**

ເທື່ອລະຂັ້ນຕອນ: ວິທີຍື່ນຄຳອຸທອນ *ສຳຮອງ* ລະດັບ 1

<u>ຂັ້ນຕອນທີ 1:</u> ຕິດຕໍ່ຫາພວກເຮົາເພື່ອຂໍການກວດສອບແບບໄວ.

ຂໍການກວດສອບແບບໄວ. ນີ້ໝາຍຄວາມວ່າທ່ານກຳລັງຂໍໃຫ້ພວກເຮົາໃຫ້ຄຳຕອບແກ່ທ່ານດ້ວຍການນຳໃຊ້ກຳນົດເວລາແບບໄວແທນກຳນົດເວລາແບບມາດຕະຖານ. ພາກທີ 2 ມີຂໍ້ມູນຕິດຕໍ່.

<u>ຂັ້ນຕອນທີ 2:</u> ພວກເຮົາດຳເນີນການກວດສອບແບບໄວສຳລັບມື້ອອກໂຮງໝໍທີ່ກຳນົດໄວ້ຂອງທ່ານ, ໂດຍການກວດເບິ່ງວ່າມັນມີຄວາມເໝາະສົມທາງການແພດຫຼືບໍ່.

ໃນໄລຍະການກວດສອບນີ້, ພວກເຮົາກວດສອບເບິ່ງຂໍ້ມູນທັງໝົດກ່ຽວກັບການນອນໂຮງໝໍຂອງທ່ານ. ພວກເຮົາກວດເພື່ອເບິ່ງວ່າມື້ອອກໂຮງໝໍທີ່ກຳນົດໄວ້ມີຄວາມເໝາະສົມທາງການແພດຫຼືບໍ່. ພວກເຮົາກວດເບິ່ງວ່າ ການຕັດສິນເວລາທີ່ທ່ານຄວນອອກໂຮງໝໍມີຄວາມຍຸຕິທຳ ແລະ ໄດ້ປະຕິບັດຕາມກົດລະບຽບທັງໝົດຫຼືບໍ່.

<u>ຂັ້ນຕອນທີ 3:</u> ພວກເຮົາຈະສົ່ງຄຳຕັດສິນໃຫ້ທ່ານພາຍໃນ 72 ຊົ່ວໂມງຫຼັງຈາກທີ່ທ່ານຂໍການກວດສອບແບບໄວ.

ຖ້າພວກເຮົາເຫັນດີຕໍ່ຄຳອຸທອນຂອງທ່ານ, ໝາຍຄວາມວ່າພວກເຮົາເຫັນດີກັບທ່ານວ່າທ່ານຍັງຈຳເປັນຕ້ອງຢູ່ໃນໂຮງໝໍຫຼັງຈາກມື້ອອກໂຮງໝໍ. ພວກເຮົາຈະສືບຕໍ່ໃຫ້ການບໍລິການນອນໂຮງໝໍສຳລັບຄົນເຈັບໃນທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງຂອງທ່ານ ຕາບໃດທີ່ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ມີຄວາມຈຳເປັນທາງການແພດ. ມັນຍັງໝາຍຄວາມວ່າພວກເຮົາເຫັນດີທີ່ຈະຈ່າຍເງິນຄືນໃຫ້ແກ່ທ່ານສຳລັບສ່ວນແບ່ງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຂອງພວກເຮົາສຳລັບການດູແລທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບຈາກມື້ທີ່ພວກເຮົາເວົ້າວ່າການຄຸ້ມຄອງຂອງທ່ານສິ້ນສຸດລົງ. (ທ່ານຕ້ອງສືບຕໍ່ຈ່າຍສ່ວນແບ່ງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຂອງທ່ານ ແລະ ອາດຈະມີຂໍ້ຈຳກັດການຄຸ້ມຄອງທີ່ຈະນຳໃຊ້ຕໍ່ໄປ.)

ຖ້າພວກເຮົາປະຕິເສດການອຸທອນຂອງທ່ານ, ພວກເຮົາກຳລັງບອກວ່າມື້ອອກໂຮງໝໍທີ່ກຳນົດໄວ້ແມ່ນມີຄວາມເໝາະສົມທາງການແພດແລ້ວ. ການຄຸ້ມຄອງຂອງພວກເຮົາກັບການບໍລິການນອນໂຮງໝໍສຳລັບຄົນເຈັບໃນຂອງທ່ານສິ້ນສຸດລົງໃນມື້ທີ່ພວກເຮົາແຈ້ງວ່າການຄຸ້ມຄອງຈະສິ້ນສຸດລົງ.

- ຖ້າທ່ານນອນໂຮງໝໍ*ຫຼັງຈາກ*ມື້ອອກໂຮງໝໍທີ່ໄດ້ກຳນົດໄວ້, ຈາກນັ້ນ**ທ່ານອາດຈະຕ້ອງຈ່າຍເງິນເຕັມຈຳນວນສຳລັບການດູແລ**ໃນໂຮງໝໍທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບຫຼັງຈາກມື້ອອກໂຮງໝໍທີ່ໄດ້ກຳນົດໄວ້.

<u>ຂັ້ນຕອນທີ 4:</u> ຖ້າພວກເຮົາ*ປະຕິເສດ*ການອຸທອນຂອງທ່ານ, ກໍລະນີຂອງທ່ານຈະຖືກສົ່ງໄປທີ່ຂະບວນການອຸທອນລະດັບຕໍ່ໄປ*ໂດຍອັດຕະໂນມັດ*.

ເທື່ອລະຂັ້ນຕອນ: ຂະບວນການອຸທອນ *ສຳຮອງ* ລະດັບ 2

ຄຳສັບທາງກົດໝາຍ
ຊື່ທາງການສຳລັບອົງກອນກວດສອບອິດສະລະແມ່ນ**ຫນ່ວຍງານກວດສອບອິດສະຫຼະ.** ໃນບາງຄັ້ງເອີ້ນວ່າ **IRE (Individual Retirement Account).**

ອົງກອນກວດສອບອິດສະຫຼະແມ່ນອົງກອນອິດສະຫຼະທີ່ຈ້າງໂດຍ Medicare. ມັນບໍ່ໄດ້ກ່ຽວຂ້ອງກັບແຜນຂອງພວກເຮົາແລະບໍ່ແມ່ນອົງກອນຂອງລັດຖະບານ. ອົງກອນນີ້ຕັດສິນວ່າການຕັດສິນທີ່ພວກເຮົາໄດ້ດຳເນີນການນັ້ນຖືກຕ້ອງບໍ ຫຼື ຄວນປ່ຽນແປງຫຼືບໍ່. Medicare ກວດສອບວຽກຂອງພວກເຂົາ.

<u>ຂັ້ນຕອນທີ 1:</u> ພວກເຮົາຈະສົ່ງຕໍ່ກໍລະນີຂອງທ່ານໄປຫາອົງກອນກວດສອບອິດສະຫຼະໂດຍອັດຕະໂນມັດ.

- ພວກເຮົາຈຳເປັນຕ້ອງສົ່ງຂໍ້ມູນການອຸທອນລະດັບທີ 2 ຂອງທ່ານໄປຫາອົງກອນກວດສອບອິດສະຫຼະພາຍໃນ 24 ຊົ່ວໂມງໃນເວລາທີ່ພວກເຮົາບອກທ່ານວ່າພວກເຮົາຈະປະຕິເສດການອຸທອນຄັ້ງທຳອິດຂອງທ່ານ. (ຖ້າທ່ານຄິດວ່າພວກເຮົາບໍ່ໄດ້ຕາມກຳນົດເວລານີ້ ຫຼືເສັ້ນຕາຍອື່ນໆ, ທ່ານສາມາດຮ້ອງຮຽນໄດ້. ຂໍ້ທີ 10 ຂອງບົດນີ້ບອກວິທີການຮ້ອງຮຽນ.)

<u>ຂັ້ນຕອນທີ 2:</u> ອົງກອນກວດສອບອິດສະຫຼະຈະກວດສອບການອຸທອນຂອງທ່ານແບບໄວ. ຜູ້ກວດສອບຈະໃຫ້ຄຳຕອບແກ່ທ່ານພາຍໃນ 72 ຊົ່ວໂມງ.

- ຜູ້ທົບທວນຢູ່ໃນອົງການກວດກາເອກະລາດຈະພິຈາລະນາຢ່າງລະມັດລະວັງໃນຂໍ້ມູນທັງຫມົດທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບການອຸທອນການອອກຈາກໂຮງຫມໍຂອງທ່ານ.
- **ຖ້າອົງການນີ້*ເຫັ ນດີ*ຕໍ່ການອຸທອນຂອງທ່ານ**, ພວກເຮົາຕ້ອງຈ່າຍຄືນໃຫ້ທ່ານສຳລັບສ່ວນແບ່ງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃນການດູແລໂຮງຫມໍທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບຕັ້ງແຕ່ວັນທີທີ່ທ່ານອອກໂຮງຫມໍທີ່ໄດ້ວາງແຜນ. ພວກເຮົາຍັງຈະສືບຕໍ່ໃຫ້ການຄຸ້ມຄອງການບໍລິການໃນໂຮງຫມໍສຳລັບຄົນເຈັບໃນຂອງທ່ານພາຍໃຕ້ແຜນປະກັນ ຕາບໃດທີ່ມີຄວາມຈຳເປັນທາງການແພດ. ທ່ານຕ້ອງສືບຕໍ່ຈ່າຍເງິນສ່ວນແບ່ງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຂອງທ່ານ. ຖ້າມີຂໍ້ຈຳກັດໃນການຄຸ້ມຄອງ, ອາດຈະຈຳກັດຈຳນວນທີ່ພວກເຮົາຕ້ອງຈ່າຍເງິນຄືນ ຫຼື ໄລຍະເວລາທີ່ພວກເຮົາຈະສືບຕໍ່ໃຫ້ການຄຸ້ມຄອງການບໍລິການຂອງທ່ານ.
- **ຖ້າອົງການນີ້*ບໍ່ເຫັ ນດີ*ຕໍ່ການອຸທອນຂອງທ່ານ,** ມັນຫມາຍຄວາມວ່າພວກເຂົາຕົກລົງເຫັນດີວ່າມື້ອອກໂຮງຫມໍທີ່ວາງແຜນຂອງທ່ານແມ່ນເຫມາະສົມທາງດ້ານການປິ່ນປົວ.

- ○ ຫນັງສືແຈ້ງການທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບຈາກອົງການກວດສອບເອກະລາດຈະບອກວິທີການເລີ່ມຕົ້ນການອຸທອນລະດັບ 3 ກັບຂະບວນການທົບທວນ, ເຊິ່ງຖືກຈັດການໂດຍຜູ້ພິພາກສາກົດຫມາຍບໍລິຫານ ຫຼື ຜູ້ພິພາກສາທະນາຍຄວາມ.

<u>ຂັ້ນຕອນທີ 3:</u> ຖ້າອົງກອນກວດສອບອິດສະຫຼະປະຕິເສດການຍື່ນອຸທອນຂອງທ່ານ, ທ່ານສາມາດເລືອກว່າທ່ານຕ້ອງການຍື່ນອຸທອນຂອງທ່ານຕໍ່ໄປຫຼືບໍ່.

- ມັນຍັງມີອີກສາມລະດັບເພີ່ມເຕີມໃນຂະບວນການອຸທອນຫຼັງຈາກລະດັບທີ 2 (ສຳລັບການອຸທອນທັງຫມົດຫ້າລະດັບ). ຖ້າຜູ້ກວດສອບປະຕິເສດການອຸທອນລະດັບທີ 2 ຂອງທ່ານ, ທ່ານສາມາດຕັດສິນໃຈว่าຈະຍອມຮັບການຕັດສິນຂອງພວກເຂົາ ຫຼື ສືບຕໍ່ການອຸທອນລະດັບທີ 3
- ຂໍ້ທີ 9 ໃນບົດນີ້ບອກເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບລະດັບ 3, 4 ແລະ 5 ຂອງຂະບວນການອຸທອນ.

ຂໍ້ທີ 8 ວິທີຂໍໃຫ້ພວກເຮົາສືບຕໍ່ຄຸ້ມຄອງການບໍລິການທາງການແພດທີ່ກຳນົດໄວ້ ຖ້າທ່ານຄິດວ່າການຄຸ້ມຄອງຂອງທ່ານສິ້ນສຸດລົງໄວເກີນໄປ

ຂໍ້ທີ 8.1 *ພາກນີ້ແມ່ນພຽງແຕ່ກ່ຽວກັບສາມການບໍລິການ:* **ການດູແລສຸຂະພາບຢູ່ເຮືອນ, ການດູແລຢູ່ສະຖານພະຍາບານ ແລະ ການບໍລິການໃນສະຖານທີ່ຟື້ນຟູຄົນເຈັບນອກທີ່ຄອບຄຸມ (CORF)**

ໃນເວລາທີ່ທ່ານກຳລັງໄດ້ຮັບ**ການບໍລິການການດູແລສຸຂະພາບຢູ່ເຮືອນ, ການດູແລໃນສະຖານພະຍາບານ ຫຼື ການດູແລໃນສະຖານທີ່ການຟື້ນຟູ (ການບໍລິການໃນສະຖານທີ່ຟື້ນຟູຄົນເຈັບນອກທີ່ຄອບຄຸມ)**, ທ່ານມີສິດສືບຕໍ່ຮັບການບໍລິການທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງຂອງທ່ານເພື່ອການດູແລປະເພດນັ້ນໆ ຕາບໃດທີ່ການດູແລຫາກມີຄວາມຈຳເປັນເພື່ອການບົງມະຕິພະຍາດ ແລະ ປິ່ນປົວອາການເຈັບປ່ວຍ ຫຼື ອາການບາດເຈັບຂອງທ່ານ.

ໃນເວລາທີ່ພວກເຮົາຕັດສິນໃຈว่าເຖິງເວລາທີ່ຈະຢຸດການຄຸ້ມຄອງການດູແລທັງສາມປະເພດທີ່ມີໃຫ້ທ່ານແລ້ວ, ພວກເຮົາຈຳເປັນຕ້ອງບອກທ່ານລ່ວງຫນ້າ. ເມື່ອການຄຸ້ມຄອງຂອງທ່ານສຳລັບການດູແລນັ້ນສິ້ນສຸດລົງ, *ພວກເຮົາຈະຢຸດການຈ່າຍສ່ວນແບ່ງຂອງພວກເຮົາສຳລັບການດູແລຂອງທ່ານ.*

ຖ້າທ່ານຄິດວ່າພວກເຮົາກຳລັງຈະສິ້ນສຸດການຄຸ້ມຄອງຂອງທ່ານໄວເກີນໄປ, **ທ່ານສາມາດຂໍອຸທອນການຕັດສິນຂອງພວກເຮົາໄດ້.** ຂໍ້ນີ້ບອກວິທີການຂໍການອຸທອນຂອງທ່ານ.

ຂໍ້ທີ 8.2 ພວກເຮົາຈະບອກທ່ານວ່າງໜ້າວ່າເວລາໃດທີ່ການຄຸ້ມຄອງຂອງທ່ານຈະສິ້ນສຸດ

ຄຳສັບທາງກົດໝາຍ
ແຈ້ງການກ່ຽວກັບ Medicare ທີ່ບໍ່ໃຫ້ການຄຸ້ມຄອງ. ມັນຈະບອກທ່ານວິທີນທີ່ທ່ານສາມາດຂໍ**ການອຸທອນແບບຮີບດ່ວນ.**ການຂໍການອຸທອນແບບຮີບດ່ວນແມ່ນວິທີທາງການ, ຖືກຕາມກົດໝາຍໃນການຂໍປ່ຽນແປງຄຳຕັດສິນໃນການໃຫ້ຄຸ້ມຄອງຂອງພວກເຮົາກ່ຽວກັບເວລາທີ່ຈະຍຸດການດູແລຂອງທ່ານ.

1. **ທ່ານຈະໄດ້ຮັບແຈ້ງການເປັນລາຍລັກອັກສອນ** ຢ່າງໜ້ອຍສອງມື້ກ່ອນແຜນຂອງພວກເຮົາຈະຍຸດໃຫ້ການຄຸ້ມຄອງການດູແລຂອງທ່ານ. ແຈ້ງການນີ້ບອກທ່ານ:

   ມື້ທີ່ພວກເຮົາຈະຍຸດການຄຸ້ມຄອງການດູແລໃຫ້ແກ່ທ່ານ.

   ວິທີຂໍການອຸທອນແບບຮີບດ່ວນເພື່ອຂໍໃຫ້ພວກເຮົາສືບຕໍ່ຄຸ້ມຄອງການດູແລຂອງທ່ານໃຫ້ດົນກວ່າເກົ່າ.

2. **ທ່ານ ຫຼື ຜູ້ທີ່ດຳເນີນການໃນນາມຂອງທ່ານຈະຖືກຂໍໃຫ້ລົງລາຍເຊັນໃນແຈ້ງການເປັນລາຍລັກອັກສອນເພື່ອສະແດງວ່າທ່ານໄດ້ຮັບເອກະສານ.**ການລົງລາຍເຊັນໃນແຈ້ງການນີ້ສະແດງວ່າທ່ານໄດ້ຮັບຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບເວລາການຄຸ້ມຄອງຂອງທ່ານຈະຍຸດລົງ**ເທົ່ານັ້ນ**. **ການລົງລາຍເຊັນໃນເອກະສານນີ້ບໍ່ໝາຍຄວາມວ່າທ່ານເຫັນດີ**ກັບການຕັດສິນໃຈຂອງແຜນທີ່ຈະຍຸດການດູແລ.

ຂໍ້ທີ 8.3 ເທື່ອລະຂັ້ນຕອນ: ວິທີຍື່ນຂໍການອຸທອນລະດັບທີ 1 ເພື່ອໃຫ້ແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາໃຫ້ການຄຸ້ມຄອງການດູແລຂອງທ່ານໃນໄລຍະເວລາທີ່ດົນກວ່າເກົ່າ

ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຂໍໃຫ້ພວກເຮົາໃຫ້ການຄຸ້ມຄອງການດູແລຂອງທ່ານໃນໄລຍະເວລາທີ່ດົນກວ່າເກົ່າ, ທ່ານຈະຕ້ອງໃຊ້ຂະບວນການອຸທອນເພື່ອດຳເນີນການຮ້ອງຂໍນີ້. ກ່ອນທີ່ທ່ານຈະເລີ່ມ, ຕ້ອງທຳຄວາມເຂົ້າໃຈສິ່ງທີ່ທ່ານຕ້ອງເຮັດ ແລະ ບໍ່ໃຫ້ກາຍມື້ໃດ.

- **ປະຕິບັດຕາມຂະບວນການ.**
- **ປະຕິບັດຕາມກຳນົດເວລາ.**
- **ຂໍຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອ ຖ້າທ່ານຕ້ອງການ.** ຖ້າທ່ານມີຄຳຖາມໃດໆ ຫຼື ຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອເວລາໃດກໍຕາມ, ກະລຸນາໂທຫາສູນບໍລິການສະມາຊິກ. ຫຼືໂທຫາໂຄງການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານປະກັນສຸຂະພາບ Rhode Island, ເຊິ່ງເປັນອົງການຂອງລັດຖະບານທີ່ໃຫ້ການຊ່ວຍເຫຼືອສ່ວນບຸກຄົນ.

ໃນຊ່ວງການອຸທອນລະດັບທີ 1, ອົງກອນປັບປຸງຄຸນນະພາບຈະກວດສອບການອຸທອນຂອງທ່ານ. ມັນຕັດສິນວ່າວັນທີສິ້ນສຸດສຳລັບການດູແລຂອງທ່ານແມ່ນເຫມາະສົມທາງການແພດ.

ອົງການຈັດຕັ້ງການປັບປຸງຄຸນນະພາບ ແມ່ນກຸ່ມແພດຫມໍແລະຜູ້ຊ່ຽວຊານດ້ານການດູແລສຸຂະພາບອື່ນ ໆ ທີ່ລັດຖະບານກາງຈ່າຍໃຫ້ເພື່ອກວດສອບແລະຊ່ວຍປັບປຸງຄຸນນະພາບຂອງການດູແລສຳລັບຜູ້ທີ່ມີ Medicare. ການກວດສອບນີ້ລວມມີການທົບທວນຄືນການຕັດສິນຂອງແຜນປະກັນວ່າເມື່ອໃດທີ່ຄວນຍຸດໃຫ້ການຄຸ້ມຄອງການດູແລທາງການແພດບາງປະເພດ. ຜູ້ຊ່ຽວຊານເຫຼົ່ານີ້ບໍ່ແມ່ນສ່ວນຫນຶ່ງຂອງແຜປະກັນນພວກເຮົາ.

<u>ຂັ້ນຕອນທີ 1:</u> ຍື່ນຄຳອຸທອນລະດັບ 1 ຂອງທ່ານ: ຕິດຕໍ່ອົງການປັບປຸງຄຸນນະພາບ ແລະ ຂໍໃຫ້ມີ *ການອຸທອນແບບໄວ*. ທ່ານຕ້ອງດຳເນີນການໂດຍໄວ.

ທ່ານສາມາດຕິດຕໍ່ອົງກອນນີ້ໄດ້ແນວໃດ?

- ແຈ້ງການເປັນລາຍລັກອັກສອນທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບ (*ແຈ້ງການກ່ຽວກັບ Medicare ທີ່ບໍ່ໃຫ້ການຄຸ້ມຄອງ)* ບອກວິທີຕິດຕໍ່ຫາອົງກອນນີ້. ຫຼື ຊອກຫາຊື່, ທີ່ຢູ່ ແລະ ເບີໂທລະສັບຂອງອົງກອນປັບປຸງຄຸນນະພາບ ສຳລັບ Rhode Island ໃນພາກທີ 2.

ດຳເນີນການໂດຍໄວ:

- ທ່ານຕ້ອງຕິດຕໍ່ກັບອົງການປັບປຸງຄຸນນະພາບ ເພື່ອເລີ່ມການຍື່ນອຸທອນຂອງທ່ານ **ກ່ອນທ່ຽງຂອງມື້ກ່ອນວັນທີທີ່ມີຜົນບັງຄັບໃຊ້**ໃນແຈ້ງການກ່ຽວກັບບໍ່ມີການຄຸ້ມຄອງຂອງ Medicare.
- ຖ້າທ່ານບໍ່ສາມາດປະຕິບັດຕາມກຳນົດເວລາໃນການຕິດຕໍ່ຫາອົງກອນປັບປຸງຄຸນນະພາບ ແລະ ທ່ານຍັງຕ້ອງການທີ່ຈະຍື່ນອຸທອນ, ທ່ານຈະຕ້ອງຂໍການອຸທອນໂດຍກົງຫາພວກເຮົາແທນ. ສຳລັບລາຍລະອຽດກ່ຽວກັບວິທີອື່ນນີ້ເພື່ອຍື່ນອຸທອນຂອງທ່ານ, ເບິ່ງຂໍ້ທີ 8.5.

<u>ຂັ້ນຕອນທີ 2:</u> ອົງກອນປັບປຸງຄຸນນະພາບຈະດຳເນີນການກວດສອບກໍລະນີຂອງທ່ານຢ່າງອິດສະຫຼະ.

ຄຳສັບທາງກົດໝາຍ
ຄຳອະທິບາຍລະອຽດກ່ຽວກັບການບໍ່ໃຫ້ການຄຸ້ມຄອງ. ແຈ້ງການທີ່ໃຫ້ລາຍລະອຽດກ່ຽວກັບເຫດຜົນການສິ້ນສຸດການຄຸ້ມຄອງ.

ຈະເກີດຫຍັງຂຶ້ນໃນໄລຍະການກວດສອບນີ້?

- ຜູ້ຊ່ຽວຊານດ້ານສຸຂະພາບຈາກອົງກອນປັບປຸງຄຸນນະພາບ (ຜູ້ກວດສອບ) ຈະຖາມທ່ານ ຫຼື ຜູ້ຕາງຫນ້າຂອງທ່ານຍ້ອນຫຍັງທ່ານຈຶ່ງເຊື່ອວ່າການຄຸ້ມຄອງສຳລັບການບໍລິການນີ້ຄວນສືບຕໍ່. ທ່ານບໍ່ຈຳເປັນຕ້ອງກະກຽມຫຍັງເປັນລາຍລັກອັກສອນ, ແຕ່ທ່ານສາມາດເຮັດແບບນັ້ນໄດ້, ຖ້າຫາກທ່ານຕ້ອງການ.

ພາກທີ 9 ສິ່ງທີ່ຕ້ອງເຮັດຖ້າທ່ານມີບັນຫາ ຫຼື ຄຳຮ້ອງທຸກ (ຄຳຕັດສິນການຄຸ້ມຄອງ, ການອຸທອນ, ການຮ້ອງທຸກ)

- ອົງກອນກວດສອບຈະເບິ່ງຂໍ້ມູນສຸຂະພາບຂອງທ່ານ, ປຶກສາກັບຜູ້ໃຫ້ບໍລິການສຸຂະພາບທ່ານ ແລະ ທົບທວນຂໍ້ມູນທີ່ແຜນຂອງພວກເຮົາທີ່ໄດ້ສົ່ງໃຫ້ພວກເຂົາ.
- ກ່ອນມື້ຈະສິ້ນສຸດວົງ, ຜູ້ກວດສອບຈະບອກພວກເຮົາຮູ້ກ່ຽວກັບການອຸທອນຂອງທ່ານ, ທ່ານຈະໄດ້ຮັບ**ຄຳອະທິບາຍລະອຽດກ່ຽວກັບການບໍ່ໃຫ້ການຄຸ້ມຄອງ**ຈາກພວກເຮົາເຊິ່ງອະທິບາຍລະອຽດເຖິງເຫດຜົນຂອງພວກເຮົາໃນການສິ້ນສຸດການຄຸ້ມຄອງຂອງພວກເຮົາໃຫ້ກັບການບໍລິການຂອງທ່ານ.

<u>ຂັ້ນຕອນທີ 3:</u>
ພາຍໃນຫນຶ່ງວັນເຕັມຫຼັງຈາກພວກເຂົາໄດ້ຮັບຂໍ້ມູນທັງຫມົດທີ່ພວກເຂົາຕ້ອງການ, ຜູ້ກວດສອບຈະບອກທ່ານກ່ຽວກັບຄຳຕັດສິນຂອງພວກເຂົາ.

ຈະເກີດຫຍັງຂຶ້ນຖ້າຜູ້ກວດສອບເຫັນດີ?

- ຖ້າຜູ້ກວດສອບ**ເຫັນດີ**ກັບການອຸທອນຂອງທ່ານ, **ພວກເຮົາຕ້ອງສືບຕໍ່ໃຫ້ການຄຸ້ມຄອງການບໍລິການທີ່ທ່ານໄດ້ໃຫ້ຮັບດົນເທົ່າທີ່ມີຄວາມຈຳເປັນທາງການແພດ.**
- ທ່ານຈະຕ້ອງສືບຕໍ່ຈ່າຍສ່ວນແບ່ງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຂອງທ່ານ (ເຊັ່ນ: ສ່ວນທີ່ຫັກຫຼຸດໄດ້ ຫຼື ການຮ່ວມຈ່າຍ, ຖ້າສິ່ງເຫຼົ່າຖືກບັງຄັບໃຊ້). ອາດຈະມີຂໍ້ຈຳກັດສຳລັບການບໍລິການທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງຂອງທ່ານ.

ຈະເກີດຫຍັງຂຶ້ນ ຖ້າຜູ້ກວດສອບບໍ່ເຫັນດີ?

- ຖ້ານັກທົບທວນ **ບໍ່** ເຫັນດີ, **ການຄຸ້ມຄອງຂອງທ່ານຈະສິ້ນສຸດໃນວັນທີທີ່ພວກເຮົາໄດ້ບອກທ່ານ.**
- ຖ້າທ່ານຕັດສິນໃຈສືບຕໍ່ຮັບການດູແລສຸຂະພາບຢູ່ເຮືອນ, ຫຼືການດູແລສະຖານທີ່ພະຍາບານທີ່ມີຄວາມຊຳນິຊຳນານ, ຫຼືການບໍລິການຟື້ນຟູຄົນເຈັບນອກຄົບວົງຈອນ (CORF) ຫຼັງຈາກວັນທີນີ້ເມື່ອການຄຸ້ມຄອງຂອງທ່ານສິ້ນສຸດວົງ, **ທ່ານຈະຕ້ອງຈ່າຍຄ່າການດູແລນີ້ຢ່າງເຕັມທີ່ດ້ວຍຕົວທ່ານເອງ.**

<u>ຂັ້ນຕອນທີ 4:</u> ຖ້າຄຳຕອບຕໍ່ການອຸທອນລະດັບທີ 1 ຂອງທ່ານແມ່ນບໍ່ເຫັນດີ, ທ່ານສາມາດຕັດສິນໃຈວ່າທ່ານຕ້ອງການຍື່ນຂໍອຸທອນອີກຄັ້ງຫຼືບໍ່.

- ຖ້າຜູ້ກວດກາເວົ້າວ່າ *ບໍ່* ຕໍ່ການອຸທອນລະດັບ 1 ຂອງທ່ານ – <u>ແລະ</u> ທ່ານເລືອກທີ່ຈະສືບຕໍ່ໄດ້ຮັບການດູແລ ເບິ່ງແຍງຫຼັງຈາກການຄຸ້ມຄອງການດູແລຂອງທ່ານສິ້ນສຸດວົງ – ຫຼັງຈາກນັ້ນທ່ານສາມາດຍື່ນອຸທອນລະດັບ 2 ໄດ້.

ຂໍ້ທີ 8.4	ເທື່ອລະຂັ້ນຕອນ: ວິທີຍື່ນຂໍການອຸທອນລະດັບທີ 2 ເພື່ອໃຫ້ແຜນຂອງພວກເຮົາໃຫ້ການຄຸ້ມຄອງການດູແລໃນໄລຍະເວລາທີ່ຄົນກວ່າເກົ່າ

ໃນໄລຍະການອຸທອນລະດັບທີ 2, ທ່ານຂໍໃຫ້ອົງກອນປັບປຸງຄຸນນະພາບກວດສອບຄຳຕັດສິນການອຸທອນຄັ້ງທຳອິດຂອງທ່ານອີກຄັ້ງໃນ. ຖ້າອົງກອນປັບປຸງຄຸນນະພາບປະຕິເສດການອຸທອນລະດັບທີ 2 ຂອງທ່ານ, ທ່ານອາດຈະຕ້ອງຈ່າຍເງິນເຕັມຈຳນວນສຳລັບການດູແລສຸຂະພາບຢູ່ເຮືອນ ຫຼື ການດູແລໃນສະຖານພະຍາບານ ຫຼື ການບໍລິການໃນສະຖານຟື້ນຟູຄົນເຈັບນອກແບບຄອບຄຸມ (CORF) ຫຼັງຈາກ ມື້ທີ່ພວກເຮົາແຈ້ງການຄຸ້ມຄອງຂອງທ່ານຈະສິ້ນສຸດລົງ.

<u>ຂັ້ນຕອນທີ 1:</u> ຕິດຕໍ່ຫາອົງກອນປັບປຸງຄຸນນະພາບອີກຄັ້ງ ແລະ ຂໍການກວດສອບອື່ນ.

- ທ່ານຕ້ອງຂໍການທົບທວນນີ້ **ພາຍໃນ 60 ມື້** ຫຼັງຈາກມື້ທີ່ອົງກອນກວດສອບຄຸນນະພາບປະຕິເສດການອຸທອນລະດັບທີ 1 ຂອງທ່ານ. ທ່ານສາມາດຂໍການອຸທອນນີ້ກ່ຳຕໍ່ເມື່ອທ່ານໄດ້ສືບຕໍ່ຮັບການບໍລິການ ຫຼັງຈາກມື້ທີ່ການຄຸ້ມຄອງການດູແລຂອງທ່ານໄດ້ສິ້ນສຸດລົງ.

<u>ຂັ້ນຕອນທີ 2:</u> ອົງກອນປັບປຸງຄຸນນະພາບດຳເນີນການກວດສອບຄັ້ງທີສອງສຳລັບສະຖານະການຂອງທ່ານ.

- ຜູ້ກວດສອບທີ່ອົງກອນປັບປຸງຄຸນນະພາບຈະກວດສອບຂໍ້ມູນທັງໝົດທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບການອຸທອນຂອງທ່ານຢ່າງລະອຽດ.

<u>ຂັ້ນຕອນທີ 3:</u> ພາຍໃນ 14 ມື້ ທີ່ໄດ້ຮັບຄຳຮ້ອງການອຸທອນຂອງທ່ານ, ຜູ້ກວດສອບຈະຕັດສິນການອຸທອນຂອງທ່ານ ແລະ ບອກທ່ານກ່ຽວກັບການຕັດສິນຂອງພວກເຂົາ.

ຈະເກີດຫຍັງຂຶ້ນ ຖ້າອົງກອນກວດສອບເຫັນດີ?

- **ພວກເຮົາຕ້ອງໄດ້ຈ່າຍເງິນຄືນໃຫ້ທ່ານ**ສຳລັບສ່ວນແບ່ງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຂອງພວກເຮົາໃນການດູແລທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບນັບແຕ່ມື້ທີ່ພວກເຮົາບອກວ່າການຄຸ້ມຄອງຂອງທ່ານສິ້ນສຸດລົງ. **ພວກເຮົາຕ້ອງສືບຕໍ່ໃຫ້ການຄຸ້ມຄອງ**ການດູແລຕາບໃດທີ່ມີຄວາມຈຳເປັນທາງການແພດ.
- ທ່ານຕ້ອງສືບຕໍ່ຈ່າຍສ່ວນແບ່ງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຂອງທ່ານ ແລະ ອາດມີຂໍ້ຈຳກັດໃນການຄຸ້ມຄອງທີ່ຈະຕ້ອງໄດ້ນຳໃຊ້.

ຈະເກີດຫຍັງຂຶ້ນ ຖ້າອົງກອນກວດສອບບໍ່ເຫັນດີ?

- ໝາຍຄວາມວ່າພວກເຂົາເຫັນດີກັບຄຳຕັດສິນຂອງການຂໍອຸທອນລະດັບທີ 1 ຂອງທ່ານ.
- ແຈ້ງການທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບຈະບອດທ່ານເປັນລາຍລັກອັກສອນກ່ຽວກັບສິ່ງທີ່ທ່ານສາມາດເຮັດໄດ້ ຖ້າທ່ານຕ້ອງການສືບຕໍ່ຂະບວນການກວດສອບ. ມັນຈະໃຫ້ລາຍລະອຽດກ່ຽວກັບວິທີການຍື່ນອຸທອນໃນລະດັບຕໍ່ໄປ, ເຊິ່ງຈະຖືກດຳເນີນການໂດຍຜູ້ພິພາກສາກົດໝາຍບໍລິຫານ ຫຼື ຜູ້ພິພາກສາທະນາຍຄວາມ.

<u>ຂັ້ນຕອນທີ 4:</u> ຖ້າຄຳຕອບແມ່ນບໍ່ເຫັນດີ, ທ່ານຈະຕ້ອງຕັດສິນໃຈວ່າທ່ານຕ້ອງການສືບຕໍ່ການຂໍອຸທອນເພີ່ມເຕີມຫຼືບໍ່.

- ຍັງມີເພີ່ມອີກສາມລະດັບໃນການຍື່ນອຸທອນຫຼັງຈາກລະດັບທີ 2, ສຳລັບການອຸທອນທັງໝົດຫ້າລະດັບ. ຖ້າທ່ານຕ້ອງການສືບຕໍ່ການອຸທອນລະດັບທີ 3, ລາຍລະອຽດກ່ຽວກັບວິທີການດຳເນີນການນີ້ມີຢູ່ໃນແຈ້ງການເປັນລາຍລັກອັກສອນທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບຫຼັງຈາກການອຸທອນລະດັບທີ 2 ຂອງທ່ານ.
- ການອຸທອນລະດັບທີ 3 ຈະໄດ້ຮັບການຈັດການໂດຍຜູ້ພິພາກສາກົດໝາຍການບໍລິການ ຫຼື ຜູ້ພິພາກສາທະນາຍຄວາມ. ຂໍ້ທີ 9 ໃນບົດນີ້ບອກເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບລະດັບ 3, 4 ແລະ 5 ຂອງຂະບວນການອຸທອນ.

ຂໍ້ທີ 8.5	ຈະເປັນແນວໃດຖ້າຫາກວ່າທ່ານພາດກຳນົດເວລາສຳລັບການຍື່ນອຸທອນລະດັບ 1 ຂອງທ່ານ?

ທ່ານສາມາດຍື່ນຂໍອຸທອນຫາພວກເຮົາແທນໄດ້

ດັ່ງທີ່ໄດ້ອະທິບາຍໄວ້ຂ້າງເທິງ, ທ່ານຕ້ອງດຳເນີນການໂດຍໄວເພື່ອຕິດຕໍ່ຫາອົງກອນປັບປຸງຄຸນນະພາບເພື່ອເລີ່ມການອຸທອນທຳອິດຂອງທ່ານ (ສູງສຸດພາຍໃນຫນຶ່ງ ຫຼື ສອງມື້). ຖ້າທ່ານບໍ່ສາມາດປະຕິບັດຕາມກຳນົດເວລາເພື່ອຕິດຕໍ່ຫາອົງກອນນີ້, ຍັງມີວິທີອື່ນໃນການຍື່ນອຸທອນຂອງທ່ານ. ຖ້າທ່ານນຳໃຊ້ວິທີການອື່ນໃນການຍື່ນອຸທອນ, *ສອງລະດັບທຳອິດຂອງການອຸທອນແມ່ນແຕກຕ່າງກັນ.*

ເທື່ອລະຂັ້ນຕອນ: ວິທີຍື່ນຄຳອຸທອນ*ສຳຮອງ*ລະດັບ 1

ຄຳສັບທາງກົດໝາຍ
ການກວດສອບແບບໄວ (ຫຼື ການອຸທອນແບບໄວ) ເອີ້ນອີກຢ່າງຫນຶ່ງວ່າ**ການອຸທອນແບບຮີບດ່ວນ.**

<u>ຂັ້ນຕອນທີ 1:</u> ຕິດຕໍ່ຫາພວກເຮົາເພື່ອຂໍການກວດສອບແບບໄວ.

- **ຂໍການກວດສອບແບບໄວ.** ນີ້ໝາຍຄວາມວ່າທ່ານກຳລັງຂໍໃຫ້ພວກເຮົາໃຫ້ຄຳຕອບແກ່ທ່ານດ້ວຍການນຳໃຊ້ກຳນົດເວລາແບບໄວແທນກຳນົດເວລາແບບມາດຕະຖານ. ພາກທີ 2 ມີຂໍ້ມູນຕິດຕໍ່.

<u>ຂັ້ນຕອນທີ 2:</u> ພວກເຮົາດຳເນີນການກວດສອບແບບໄວໃຫ້ກັບຄຳຕັດສິນວ່າເມື່ອໃດທີ່ຈະສິ້ນສຸດການຄຸ້ມຄອງສຳລັບການບໍລິການຂອງທ່ານ.

- ໃນໄລຍະການກວດສອບນີ້, ພວກເຮົາຈະກວດສອບເບິ່ງຂໍ້ມູນທັງໝົດກ່ຽວກັບກໍລະນີຂອງທ່ານອີກຄັ້ງ. ພວກເຮົາກວດເບິ່ງວ່າພວກເຮົາໄດ້ປະຕິບັດຕາມກົດລະບຽບທັງໝົດແລ້ວບໍ່ ໃນເວລາທີ່ພວກເຮົາກຳນົດມື້ສິ້ນສຸດການຄຸ້ມຄອງຂອງແຜນສຳລັບການບໍລິການທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບ.

<u>ຂັ້ນຕອນທີ 3:</u> ພວກເຮົາຈະສົ່ງຄຳຕັດສິນໃຫ້ທ່ານພາຍໃນ 72 ຊົ່ວໂມງຫຼັງຈາກທີ່ທ່ານຂໍການກວດສອບແບບໄວ.

- **ຖ້າພວກເຮົາເຫັນດີກັບການອຸທອນຂອງທ່ານ,** ໝາຍຄວາມວ່າພວກເຮົາໄດ້ຕົກລົງເຫັນດີວ່າທ່ານຈຳເປັນຕ້ອງໄດ້ຮັບການບໍລິການທີ່ດົນກວ່າເກົ່າ ແລະ ຈະສືບຕໍ່ໃຫ້ການຄຸ້ມຄອງການບໍລິການ ຕາບໃດທີ່ມີຄວາມຈຳເປັນທາງການແພດ. ມັນຍັງໝາຍຄວາມວ່າພວກເຮົາເຫັນດີທີ່ຈະຈ່າຍເງິນຄືນໃຫ້ແກ່ທ່ານສຳລັບສ່ວນແບ່ງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຂອງພວກເຮົາສຳລັບການດູແລທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບຈາກມື້ທີ່ພວກເຮົາເວົ້າວ່າການຄຸ້ມຄອງຂອງທ່ານສິ້ນສຸດລົງ. (ທ່ານຕ້ອງສືບຕໍ່ຈ່າຍສ່ວນແບ່ງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຂອງທ່ານ ແລະ ອາດຈະມີຂໍ້ຈຳກັດການຄຸ້ມຄອງທີ່ຈະນຳໃຊ້ຕໍ່ໄປ.)

- **ຖ້າພວກເຮົາປະຕິເສດການອຸທອນຂອງທ່ານ,** ການຄຸ້ມຄອງຈະສິ້ນສຸດລົງໃນມື້ທີ່ພວກເຮົາບອກທ່ານ ແລະ ພວກເຮົາຈະບໍ່ຈ່າຍເງິນສ່ວນແບ່ງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆຫຼັງຈາກມື້ນີ້.

  ຖ້າທ່ານສືບຕໍ່ຮັບການດູແລສຸຂະພາບໃນເຮືອນ, ການດູແລໃນສະຖານພະຍາບານ ຫຼື ການບໍລິການໃນສະຖານທີ່ຟື້ນຟູຄົນເຈັບນອກແບບຄອບຄຸມ (CORF) *ຫຼັງຈາກ* ມື້ທີ່ພວກເຮົາບອກວ່າການຄຸ້ມຄອງຂອງທ່ານຈະສິ້ນສຸດ, ຈາກນັ້ນ**ທ່ານຈະຕ້ອງຈ່າຍເງິນເຕັມຈຳນວນ**ສຳລັບການດູແລນີ້.

<u>ຂັ້ນຕອນທີ 4:</u> ຖ້າພວກເຮົາ*ປະຕິເສດ*ການອຸທອນແບບໄວຂອງທ່ານ, ກໍລະນີຂອງທ່ານຈະຖືກສົ່ງໄປທີ່ຂະບວນການອຸທອນລະດັບຕໍ່ໄປ*ໂດຍອັດຕະໂນມັດ*.

ຄຳສັບທາງກົດໝາຍ
ຊື່ທາງການສຳລັບອົງກອນກວດສອບອິດສະລະແມ່ນ**ຫນ່ວຍງານກວດສອບອິດສະຫຼະ.** ໃນບາງຄັ້ງເອີ້ນວ່າ **IRE (Individual Retirement Account).**

ເທື່ອລະຂັ້ນຕອນ: ຂະບວນການອຸທອນ *ສຳຮອງ* ລະດັບ 2

ໃນເວລາການອຸທອນລະດັບທີ 2, **ຫນ່ວຍງານກວດສອບອິດສະຫຼະ** ຈະກວດສອບການຕັດສິນທີ່ພວກເຮົາຕັດສິນໄປສຳລັບກັບການອຸທອນແບບໄວຂອງທ່ານ. ອົງກອນນີ້ຈະຕັດສິນວ່າຄຳຕັດສິນທີ່ພວກເຮົາມີນັ້ນຄວນຖືກປ່ຽນແປງຫຼືບໍ່. **ອົງກອນກວດສອບອິດສະຫຼະ ແມ່ນອົງກອນອິດສະຫຼະທີ່ຈ້າງໂດຍ Medicare.** ອົງກອນນີ້ບໍ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາ ແລະ ມັນບໍ່ແມ່ນຫນ່ວຍງານລັດຖະບານ. ອົງກອນນີ້ແມ່ນບໍລິສັດທີ່ຖືກເລືອກໂດຍ Medicare ເພື່ອເຮັດວຽກເປັນອົງກອນກວດສອບອິດສະຫຼະ. Medicare ກວດສອບວຽກຂອງພວກເຂົາ.

<u>ຂັ້ນຕອນທີ 1:</u> ພວກເຮົາຈະສົ່ງກໍລະນີຂອງທ່ານໄປຫາອົງກອນກວດສອບອິດສະຫຼະໂດຍອັດຕະໂນມັດ.

- ພວກເຮົາຈຳເປັນຕ້ອງສົ່ງຂໍ້ມູນການອຸທອນລະດັບທີ 2 ຂອງທ່ານໄປຫາອົງກອນກວດສອບອິດສະຫຼະພາຍໃນ 24 ຊົ່ວໂມງໃນເວລາທີ່ພວກເຮົາບອກທ່ານວ່າພວກເຮົາຈະປະຕິເສດການອຸທອນຄັ້ງທຳອິດຂອງທ່ານ. (ຖ້າທ່ານຄິດວ່າພວກເຮົາບໍ່ໄດ້ຕາມກຳນົດເວລານີ້ ຫຼືເສັ້ນຕາຍອື່ນໆ, ທ່ານສາມາດຮ້ອງຮຽນໄດ້. ຂໍ້ທີ 10 ຂອງບົດນີ້ບອກວິທີການຮ້ອງຮຽນ.)

<u>ຂັ້ນຕອນທີ 2:</u> ອົງກອນກວດສອບອິດສະຫຼະຈະກວດສອບການອຸທອນຂອງທ່ານແບບໄວ. ຜູ້ກວດສອບຈະໃຫ້ຄຳຕອບແກ່ທ່ານພາຍໃນ 72 ຊົ່ວໂມງ.

- ຜູ້ກວດສອບທີ່ອົງກອນກວດສອບເອກະລາດຈະກວດສອບຂໍ້ມູນທັງໝົດທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບການອຸທອນຂອງທ່ານຢ່າງລະອຽດ.

- **ຖ້າອົງກອນນີ້ເຫັນດີກັບການອຸທອນຂອງທ່ານ,** ພວກເຮົາຕ້ອງຈ່າຍເງິນຄືນໃຫ້ທ່ານໃນສ່ວນແບ່ງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍການດູແລທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບນັບຈາກມື້ທີ່ພວກເຮົາເວົ້າວ່າການຄຸ້ມຄອງຂອງທ່ານຈະສິ້ນສຸດ. ພວກເຮົາຍັງຕ້ອງສືບຕໍ່ໃຫ້ການຄຸ້ມຄອງການດູແລຕາບໃດທີ່ມີຄວາມຈຳເປັນທາງການແພດ. ທ່ານຕ້ອງສືບຕໍ່ຈ່າຍເງິນສ່ວນແບ່ງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຂອງທ່ານ. ຖ້າມີຂໍ້ຈຳກັດໃນການຄຸ້ມຄອງ, ຂໍ້ຈຳກັດຫຼົ່ານີ້ອາດຈະຈຳກັດຈຳນວນທີ່ພວກເຮົາຕ້ອງທົດແທນຄືນ ຫຼື ໄລຍະເວລາທີ່ພວກເຮົາຈະສືບຕໍ່ໃຫ້ການຄຸ້ມຄອງການບໍລິການ.
- **ຖ້າອົງກອນນີ້*ປະຕິເສດ*ການອຸທອນຂອງທ່ານ,** ໝາຍຄວາມວ່າພວກເຂົາເຫັນດີກັບການແຜນຂອງພວກເຮົາໃນການຕັດສິນການອຸທອນຄັ້ງທຳອິດຂອງທ່ານ ແລະ ຈະບໍ່ປ່ຽນແປງ.
- ແຈ້ງການທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບຈາກອົງກອນກວດສອບອິດສະຫຼະຈະແຈ້ງທ່ານໃຫ້ທ່ານຊາບເປັນລາຍລັກອັກສອນກ່ຽວກັບສິ່ງທີ່ທ່ານສາມາດເຮັດໄດ້ ຖ້າທ່ານຕ້ອງການດຳເນີນການອຸທອນລະດັບທີ 3.

<u>ຂັ້ນຕອນທີ 3:</u> ຖ້າອົງກອນກວດສອບອິດສະຫຼະບໍ່ເຫັນດີກັບການອຸທອນຂອງທ່ານ, ທ່ານເລືອກໄດ້ວ່າທ່ານຕ້ອງການຍື່ນອຸທອນຂອງທ່ານຕໍ່ໄປຫຼືບໍ່.

- ຍັງມີເພີ່ມອີກສາມລະດັບໃນການຍື່ນອຸທອນຫຼັງຈາກລະດັບທີ 2, ສຳລັບການອຸທອນທັງໝົດຫ້າລະດັບ. ຖ້າທ່ານຕ້ອງການສືບຕໍ່ການອຸທອນລະດັບທີ 3, ລາຍລະອຽດກ່ຽວກັບວິທີການດຳເນີນການນີ້ມີຢູ່ໃນແຈ້ງການເປັນລາຍລັກອັກສອນທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບຫຼັງຈາກການອຸທອນລະດັບທີ 2 ຂອງທ່ານ.
- ການອຸທອນລະດັບທີ 3 ແມ່ນການກວດສອບໂດຍຜູ້ພິພາກສາກົດໝາຍການປົກຄອງ ຫຼື ຜູ້ພິພາກສາທະນາຍຄວາມ. ຂໍ້ທີ 9 ໃນບົດນີ້ບອກເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບລະດັບ 3, 4 ແລະ 5 ຂອງຂະບວນການອຸທອນ.

ຂໍ້ທີ 9 ເອົາການອຸທອນຂອງທ່ານຂຶ້ນໄປລະດັບ 3 ແລະສູງກວ່ານັ້ນ

ຂໍ້ທີ 9.1 ລະດັບການອຸທອນ 3, 4 ແລະ 5 ສຳລັບຄຳຮ້ອງຂໍການບໍລິການທາງການແພດ

ຂໍ້ນີ້ອາດຈະເໝາະສົມກັບທ່ານ ຖ້າທ່ານໄດ້ທຳການຂໍການອຸທອນລະດັບທີ 1 ແລະ ລະດັບທີ 2 ແລະ ການອຸທອນທັງສອງລະດັບຂອງທ່ານຖືກປະຕິເສດ.

ຖ້າມູນຄ່າຂອງສິ່ງຂອງ ຫຼື ການບໍລິການທາງການແພດທີ່ທ່ານໄດ້ຍື່ນອຸທອນເຖິງລະດັບຂັ້ນຕ່ຳບາງປະການ, ທ່ານອາດຈະສາມາດສືບຕໍ່ການຂໍຍື່ນອຸທອນໃນລະດັບອື່ນອີກ. ຖ້າມູນຄ່າເງິນໜ້ອຍກວ່າລະດັບຂັ້ນຕ່ຳສຸດ, ທ່ານບໍ່ສາມາດຂໍການອຸທອນເພີ່ມເຕີມໄດ້. ການຕອບກັບເປັນລາຍລັກອັກສອນທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບກ່ຽວກັບການອຸທອນລະດັບທີ 2 ຈະອະທິບາຍວິທີການຂໍອຸທອນລະດັບທີ 3.

ສຳລັບສະຖານະການສ່ວນໃຫຍ່ທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບການອຸທອນ, ສາມລະດັບສຸດທ້າຍຂອງການອຸທອນມີລັກສະນະການດຳເນີນການຄ້າຍຄືກັນທີ່ສຸດ. ນີ້ແມ່ນຜູ້ທີ່ຈັດການກັບການກວດສອບການອຸທອນຂອງທ່ານໃນແຕ່ລະລະດັບເຫຼົ່ານີ້.

ການອຸທອນລະດັບ 3	**ຜູ້ພິພາກສາກົດໝາຍບໍລິຫານ ຫຼືຜູ້ພິພາກສາທະນາຍຄວາມ ທີ່ເຮັດວຽກໃຫ້ລັດຖະບານກາງ** ຈະທົບທວນຄືນການອຸທອນຂອງທ່ານ ແລະໃຫ້ຄຳຕອບແກ່ທ່ານ.

ຖ້າຜູ້ພິພາກສາກົດໝາຍບໍລິຫານ ຫຼືຜູ້ພິພາກສາທະນາຍຄວາມເຫັນດີຕໍ່ການອຸທອນຂອງທ່ານ, ຂະບວນການອຸທອນ *ອາດ* ຫຼື *ອາດບໍ່* ສິ້ນສຸດ. ບໍ່ຄືກັບການຕັດສິນຢູ່ໃນການອຸທອນລະດັບ 2, ພວກເຮົາມີສິດທີ່ຈະຍື່ນອຸທອນການຕັດສິນລະດັບ 3 ທີ່ເໝາະສົມກັບທ່ານ. ຖ້າພວກເຮົາຕັດສິນຈະຍື່ນອຸທອນ, ຈະເປັນການອຸທອນລະດັບທີ 4.

- ຖ້າພວກເຮົາຕັດສິນໃຈ *ບໍ່* ອຸທອນ, ພວກເຮົາຕ້ອງອະນຸມັດ ຫຼືໃຫ້ການບໍລິການແກ່ທ່ານພາຍໃນ 60 ວັນຕາມປະຕິທິນຫຼັງຈາກໄດ້ຮັບຄຳຕັດສິນຂອງຜູ້ພິພາກສາ ຫຼືທະນາຍຄວາມ.
- ຖ້າພວກເຮົາຕັດສິນຈະຍື່ນອຸທອນຄຳຕັດສິນ, ພວກເຮົາຈະສົ່ງສຳເນົາການຍື່ນອຸທອນລະດັບທີ 4 ໃຫ້ທ່ານພ້ອມກັບເອກະສານຄັດຕິດ. ພວກເຮົາອາດຈະລໍຖ້າຄຳຕັດສິນການອຸທອນລະດັບທີ 4 ກ່ອນໃຫ້ອະນຸຍາດ ຫຼື ໃຫ້ການບໍລິການທີ່ມີຂໍ້ຂັດແຍ່ງ.

ຖ້າຜູ້ພິພາກສາກົດໝາຍບໍລິຫານ ຫຼື ຜູ້ພິພາກສາທະນາຍຄວາມບໍ່ເຫັນດີກັບການອຸທອນຂອງທ່ານ, ຂະບວນການອຸທອນ*ອາດຈະສິ້ນສຸດ* ຫຼື *ບໍ່ສິ້ນສຸດ*.

- ຖ້າທ່ານຕັດສິນໃຈຍອມຮັບການຕັດສິນທີ່ປະຕິເສດການອຸທອນຂອງທ່ານ, ຂະບວນການອຸທອນຈະສິ້ນສຸດລົງ.
- ຖ້າທ່ານບໍ່ຢາກຍອມຮັບການຕັດສິນ, ທ່ານສາມາດດຳເນີນການໃນຂະບວນການກວດສອບລະດັບຕໍ່ໄປ. ແຈ້ງການທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບຈະບອກທ່ານສິ່ງທີ່ຕ້ອງເຮັດເພື່ອການອຸທອນລະດັບທີ 4.

ການອຸທອນລະດັບ 4	**ສະພາອຸທອນ Medicare** (ສະພາ) ຈະທົບທວນຄືນຄຳອຸທອນຂອງທ່ານແລະໃຫ້ຄຳຕອບແກ່ທ່ານ. ສະພາ ເປັນສ່ວນໜຶ່ງຂອງລັດຖະບານກາງ.

ຖ້າຄຳຕອບເຫັນດີ, ຫຼືຖ້າສະພາປະຕິເສດຄຳຮ້ອງຂໍຂອງພວກເຮົາໃນການກວດສອບການຕັດສິນອຸທອນລະດັບ 3 ທີ່ເອື້ອອຳນວຍ, ຂະບວນການອຸທອນ *ອາດ* ຫຼື *ອາດບໍ່*ສິ້ນສຸດ. ບໍ່ຄືກັບການຕັດສິນການອຸທອນລະດັບທີ 2, ພວກເຮົາມີສິດໃນການອຸທອນການຕັດສິນລະດັບທີ 4 ທີ່ຈະເອື້ອປະໂຫຍດໃຫ້ທ່ານ. ພວກເຮົາຈະຕັດສິນໃຈວ່າຕ້ອງຍື່ນອຸທອນການຕັດສິນນີ້ໄປລະດັບທີ 5 ຫຼືບໍ່.

- ຖ້າພວກເຮົາຕັດສິນໃຈວ່າຈະ *ບໍ່* ອຸທອນການຕັດສິນ, ພວກເຮົາຈະຕ້ອງອະນຸມັດ ຫຼື ໃຫ້ການບໍລິການແກ່ທ່ານພາຍໃນ 60 ວັນຕາມປະຕິທິນ ພາຍຫຼັງໄດ້ຮັບການຕັດສິນຂອງສະພາ.

- ຖ້າພວກເຮົາຍື່ນອຸທອນການຕັດສິນ, ພວກເຮົາຈະແຈ້ງໃຫ້ທ່ານຮູ້ເປັນລາຍລັກອັກສອນ.

ຖ້າຄຳຕອບບໍ່ເຫັນດີຫຼືຖ້າສະພາປະຕິເສດຄຳຮ້ອງຂໍການທົບທວນຄືນ, ຂະບວນການອຸທອນ *ອາດ* ຫຼື *ອາດບໍ່* ສິ້ນສຸດ.

- ຖ້າທ່ານຕັດສິນໃຈຍອມຮັບການຕັດສິນທີ່ປະຕິເສດການອຸທອນຂອງທ່ານ, ຂະບວນການອຸທອນຈະສິ້ນສຸດລົງ.
- ຖ້າທ່ານບໍ່ຕ້ອງການຍອມຮັບການຕັດສິນ, ທ່ານອາດສາມາດສືບດຳເນີນຂະບວນການກວດສອບໃນລະດັບຕໍ່ໄປ. ຖ້າສະພາປະຕິເສດການອຸທອນຂອງທ່ານ, ແຈ້ງການທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບຈະບອກທ່ານວ່າກົດລະບຽບຈະອະນຸຍາດໃຫ້ທ່ານສືບຕໍ່ການຂໍອຸທອນລະດັບທີ 5 ໄດ້ຫຼືບໍ່ ແລະ ຈະສືບຕໍ່ການຍື່ນຂໍອຸທອນລະດັບ 5 ໄດ້ແນວໃດ.

ການອຸທອນລະດັບທີ 5	ຜູ້ພິພາກສາ **ສານເຂດຂອງລັດຖະບານກາງ** ຈະທົບທວນການອຸທອນຂອງທ່ານ.

ຜູ້ພິພາກສາຈະທົບທວນຂໍ້ມູນທັງໝົດ ແລະ ຕັດສິນໃຈ *ເຫັນດີ* ຫຼື *ບໍ່ເຫັນດີ* ກັບຄຳຮ້ອງຂອງທ່ານ. ນີ້ແມ່ນຄຳຕອບສຸດທ້າຍ. ຈະບໍ່ມີການອຸທອນລະດັບໃດໆອີກຕໍ່ໄປຫຼັງຈາກສານເຂດຂອງລັດຖະບານກາງ.

ຂໍ້ທີ 9.2	**ລະດັບການອຸທອນ 3, 4 ແລະ 5 ສຳລັບຄຳຮ້ອງຂໍຢາ ພາກ D**

ຂໍ້ນີ້ອາດຈະເໝາະສົມກັບທ່ານ ຖ້າທ່ານໄດ້ທຳການຂໍການອຸທອນລະດັບທີ 1 ແລະ ລະດັບທີ 2 ແລະ ການອຸທອນທັງສອງລະດັບຂອງທ່ານຖືກປະຕິເສດ.

ຖ້າມູນຄ່າຂອງຢາທີ່ທ່ານໄດ້ຍື່ນອຸທອນບັນລຸຈຳນວນເງິນໃດໜຶ່ງ, ທ່ານອາດສາມາດສືບຕໍ່ການຍື່ນອຸທອນລະດັບອື່ນອີກ. ຖ້າຈຳນວນເງິນໜ້ອຍ, ທ່ານຈະບໍ່ສາມາດຂໍການອຸທອນເພີ່ມເຕີມໄດ້. ຄຳຕອບເປັນລາຍລັກອັກສອນທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບກ່ຽວກັບການອຸທອນລະດັບທີ 2 ຈະອະທິບາຍວ່າທ່ານຈະຕິດຕໍ່ຫາໃຜ ແລະ ຈະຕ້ອງເຮັດຫຍັງແນ່ເພື່ອຂໍຍື່ນອຸທອນລະດັບທີ 3.

ສຳລັບສະຖານະການສ່ວນໃຫຍ່ທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບການອຸທອນ, ສາມລະດັບສຸດທ້າຍຂອງການອຸທອນມີລັກສະນະການດຳເນີນການຄ້າຍຄືກັນທີ່ສຸດ. ນີ້ແມ່ນຜູ້ທີ່ຈັດການກັບການກວດສອບການອຸທອນຂອງທ່ານໃນແຕ່ລະລະດັບເຫຼົ່ານີ້.

ການອຸທອນລະດັບ 3	**ຜູ້ພິພາກສາກົດໝາຍບໍລິຫານ ຫຼືຜູ້ພິພາກສາທະນາຍຄວາມ ທີ່ເຮັດວຽກໃຫ້ລັດຖະບານກາງ** ຈະທົບທວນຄືນການອຸທອນຂອງທ່ານ ແລະໃຫ້ຄຳຕອບແກ່ທ່ານ.

- **ຖ້າຄຳຕອບແມ່ນເຫັນດີ, ຂະບວນການອຸທອນແມ່ນສິ້ນສຸດ.** ພວກເຮົາຕ້ອງ**ອະນຸມັດ ຫຼື ໃຫ້ການຄຸ້ມຄອງຢາ** ທີ່ອະນຸມັດໂດຍຜູ້ພິພາກສາກົດໝາຍບໍລິຫານ ຫຼື ຜູ້ພິພາກສາທະນາຍຄວາມ**ພາຍໃນ 72 ຊົ່ວໂມງ (24 ຊົ່ວໂມງສຳລັບການອຸທອນແບບໄວ) ຫຼື ຈ່າຍເງິນບໍ່ກາຍ 30 ມື້ຕາມປະຕິທິນ** ຫຼັງຈາກທີ່ພວກເຮົາໄດ້ຮັບຄຳຕັດສິນ.
- **ຖ້າຄຳຕອບແມ່ນເຫັນດີ, ຂະບວນການອຸທອນ *ອາດ* ຫຼື *ອາດບໍ່* ສິ້ນສຸດ.**
    - ຖ້າທ່ານຕັດສິນໃຈຍອມຮັບການຕັດສິນທີ່ປະຕິເສດການອຸທອນຂອງທ່ານ, ຂະບວນການອຸທອນຈະສິ້ນສຸດລົງ.
    - ຖ້າທ່ານບໍ່ຍາກຍອມຮັບການຕັດສິນ, ທ່ານສາມາດດຳເນີນການໃນຂະບວນການກວດສອບລະດັບຕໍ່ໄປ. ແຈ້ງການທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບຈະບອກທ່ານສິ່ງທີ່ຕ້ອງເຮັດເພື່ອການອຸທອນລະດັບທີ 4.

ການອຸທອນລະດັບ 4	**ສະພາອຸທອນ Medicare** (ສະພາ) ຈະທົບທວນຄືນຄຳອຸທອນຂອງທ່ານແລະໃຫ້ຄຳຕອບແກ່ທ່ານ. ສະພາ ເປັນສ່ວນໜຶ່ງຂອງລັດຖະບານກາງ.

- **ຖ້າຄຳຕອບແມ່ນເຫັນດີ, ຂະບວນການອຸທອນແມ່ນສິ້ນສຸດ.** ພວກເຮົາຕ້ອງ**ອະນຸມັດ ຫຼື ໃຫ້ການຄຸ້ມຄອງຢາ** ທີ່ອະນຸມັດໂດຍສະພາ **ພາຍໃນ 72 ຊົ່ວໂມງ (24 ຊົ່ວໂມງສຳລັບການອຸທອນແບບໄວ) ຫຼື ຈ່າຍເງິນບໍ່ກາຍ 30 ມື້ຕາມປະຕິທິນ** ຫຼັງຈາກທີ່ພວກເຮົາໄດ້ຮັບຄຳຕັດສິນ.
- **ຖ້າຄຳຕອບແມ່ນເຫັນດີ, ຂະບວນການອຸທອນ *ອາດຈະ* ຫຼື *ອາດຈະບໍ່* ສິ້ນສຸດ.**
    - ຖ້າທ່ານຕັດສິນໃຈຍອມຮັບການຕັດສິນທີ່ປະຕິເສດການອຸທອນຂອງທ່ານ, ຂະບວນການອຸທອນຈະສິ້ນສຸດລົງ.
    - ຖ້າທ່ານບໍ່ຕ້ອງການຍອມຮັບການຕັດສິນ, ທ່ານອາດສາມາດສືບດຳເນີນຂະບວນການກວດສອບໃນລະດັບຕໍ່ໄປ. ຖ້າສະພາບໍ່ເຫັນດີກັບການອຸທອນຂອງທ່ານ ຫຼື ປະຕິເສດຄຳຮ້ອງຂໍການທົບທວນການອຸທອນຂອງທ່ານ, ແຈ້ງການຈະບອກທ່ານວ່າ ກົດລະບຽບຈະອະນຸຍາດໃຫ້ທ່ານສືບຕໍ່ການຂໍອຸທອນລະດັບທີ 5 ໄດ້ຫຼືບໍ່. ແຈ້ງການຍັງຈະບອກທ່ານວ່າຄວນຕິດຕໍ່ຫາໃຜ ແລະ ຈະເຮັດຫຍັງຕໍ່ໄປ ຖ້າທ່ານເລືອກທີ່ຈະສືບຕໍ່ການອຸທອນຂອງທ່ານ.

ການອຸທອນລະດັບທີ 5	ຜູ້ພິພາກສາ **ສານເຂດຂອງລັດຖະບານກາງ** ຈະທົບທວນການອຸທອນຂອງທ່ານ.

ຜູ້ພິພາກສາຈະທົບທວນຂໍ້ມູນທັງໝົດ ແລະ ຕັດສິນໃຈ *ເຫັນດີ* ຫຼື *ບໍ່ເຫັນດີ* ກັບຄຳຮ້ອງຂອງທ່ານ. ນີ້ແມ່ນຄຳຕອບສຸດທ້າຍ. ຈະບໍ່ມີການອຸທອນລະດັບໃດໆອີກຕໍ່ໄປຫຼັງຈາກສານເຂດຂອງລັດຖະບານກາງ.

ການຍື່ນຄຳຮ້ອງຮຽນ

ຂໍ້ທີ 10 ວິທີການຮ້ອງຮຽນກ່ຽວກັບຄຸນນະພາບຂອງການດູແລ, ເວລາລໍຖ້າ, ການບໍລິການລູກຄ້າ, ຫຼືຄວາມກັງວົນອື່ນໆ

ຂໍ້ທີ 10.1 ບັນຫາປະເພດໃດແດ່ທີ່ຖືກຈັດການໂດຍຂະບວນການຮ້ອງຮຽນ?

ຂະບວນການຮ້ອງທຸກແມ່ນໃຊ້ສຳລັບບັນຫາບາງປະເພດ*ເທົ່ານັ້ນ*. ນີ້ລວມທັງບັນຫາທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບຄຸນນະພາບຂອງການດູແລ, ໄລຍະເວລາລໍຖ້າ, ການບໍລິການລູກຄ້າ. ນີ້ແມ່ນຕົວຢ່າງຂອງບັນຫາບາງປະເພດຕ່າງໆທີ່ໄດ້ຮັບການຈັດການໂດຍຂະບວນການຮ້ອງທຸກ.

ການຮ້ອງທຸກ	ຕົວຢ່າງ
ຄຸນນະພາບຂອງການດູແລທາງການແພດຂອງທ່ານ	• ທ່ານກຳລັງບໍ່ພໍໃຈກັບຄຸນນະພາບຂອງການດູແລທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບແມ່ນບໍ່ (ລວມທັງການດູແລໃນໂຮງໝໍ)?
ການເຄົາລົບຄວາມເປັນສ່ວນຕົວຂອງທ່ານ	• ມີໃຜບາງຄົນບໍ່ເຄົາລົບສິດຄວາມເປັນສ່ວນຕົວຂອງທ່ານ ຫຼື ແບ່ງປັນຂໍ້ມູນທີ່ເປັນຄວາມລັບແມ່ນບໍ່?
ການບໍ່ໃຫ້ຄວາມເຄົາລົບ, ການບໍລິການລູກຄ້າທີ່ບໍ່ດີ ຫຼື ພຶດຕິກຳດ້ານລົບອື່ນໆ	• ມີບາງຄົນສະແດງກິລິຍາບໍ່ສຸພາບ ຫຼື ບໍ່ໃຫ້ຄວາມເຄົາລົບທ່ານແມ່ນບໍ່? • ທ່ານບໍ່ພໍໃຈກັບສູນບໍລິການສະມາຊິກຂອງພວກເຮົາແມ່ນບໍ່? • ທ່ານຮູ້ສຶກວ່າທ່ານໄດ້ຮັບການຊຸກຍູ້ໃຫ້ອອກຈາກແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາແມ່ນບໍ່?

ພາກທີ 9 ສິ່ງທີ່ຕ້ອງເຮັດຖ້າທ່ານມີບັນຫາ ຫຼື ຄຳຮ້ອງທຸກ (ຄຳຕັດສິນການຄຸ້ມຄອງ, ການອຸທອນ, ການຮ້ອງທຸກ)

ການຮ້ອງທຸກ	ຕົວຢ່າງ
ເວລາໃນການລໍຖ້າ	• ທ່ານມີບັນຫາໃນການຂໍການນັດໝາຍ ຫຼື ລໍຖ້າດົນເກີນໄປເພື່ອຈະໄດ້ຮັບການນັດໝາຍແມ່ນບໍ່? • ທ່ານໝໍ, ຮ້ານຂາຍຢາ, ຫຼືຜູ້ຊ່ຽວຊານດ້ານສຸຂະພາບຄົນອື່ນໆໄດ້ລໍຖ້າດົນເກີນໄປບໍ? ຫຼື ໂດຍພະນັກງານສູນບໍລິການລູກຄ້າຂອງພວກເຮົາ ຫຼື ພະນັກງານອື່ນໆໃນແຜນຂອງພວກເຮົາແມ່ນບໍ່? ○ ຕົວຢ່າງລວມທັງ ການລໍຖ້າດົນເກີນໄປທາງໂທລະສັບ, ໃນຫ້ອງລໍຖ້າ ຫຼື ຫ້ອງກວດ ຫຼື ການຮັບເອົາຢາຕາມແພດສັ່ງ.
ຄວາມສະອາດ	• ທ່ານບໍ່ພໍໃຈກັບຄວາມສະອາດ ຫຼືສະພາບຂອງຄລີນິກ, ໂຮງໝໍ, ຫຼື ຫ້ອງການແພດໝໍບໍ?
ຂໍ້ມູນທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບຈາກພວກເຮົາ	• ພວກເຮົາບໍ່ມີຄວາມສາມາດໃນການແຈ້ງໃຫ້ທ່ານຮູ້ລ່ວງໜ້າແມ່ນບໍ່? • ຂໍ້ມູນເປັນລາຍລັກອັກສອນຂອງພວກເຮົາເຂົ້າໃຈໄດ້ຍາກແມ່ນບໍ່?
ການຕ່າງທັນວລາ (ການຮ້ອງທຸກປະເພດນີ້ ທັງໝົດແມ່ນກ່ຽວຂ້ອງກັບ *ການທັນເວລາ* ຂອງການດຳເນີນການຂອງພວກເຮົາທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບການຕັດສິນການຄຸ້ມຄອງ ແລະ ການອຸທອນ)	ຖ້າຫາກທ່ານໄດ້ຂໍຄຳຕັດສິນການຄຸ້ມຄອງ ຫຼື ໄດ້ຍື່ນຂໍການອຸທອນ ແລະ ທ່ານຄິດວ່າພວກເຮົາບໍ່ໄດ້ຕອບກັບທ່ານໄວພຽງພໍ, ທ່ານສາມາດຮ້ອງທຸກກ່ຽວກັບຄວາມຊັກຊ້າຂອງພວກເຮົາໄດ້. ນີ້ແມ່ນຕົວຢ່າງ: • ທ່ານໄດ້ຂໍໃຫ້ພວກເຮົາດຳເນີນການຕັດສິນການຄຸ້ມຄອງແບບໄວ ຫຼື ການອຸທອນແບບໄວ ແລະ ພວກເຮົາປະຕິເສດ; ທ່ານສາມາດຍື່ນການຮ້ອງທຸກໄດ້. • ທ່ານເຊື່ອວ່າພວກເຮົາບໍ່ປະຕິບັດຕາມກຳນົດເວລາສຳລັບການຕັດສິນການຄຸ້ມຄອງ ຫຼື ການອຸທອນ; ທ່ານສາມາດຍື່ນການຮ້ອງທຸກໄດ້. • ທ່ານເຊື່ອວ່າພວກເຮົາບໍ່ສາມາດປະຕິບັດຕາມກຳນົດເວລາສຳລັບການຄຸ້ມຄອງ ຫຼື ການຈ່າຍເງິນຄືນແກ່ທ່ານສຳລັບການບໍລິການທາງການແພດ ຫຼື ຢາບາງປະເພດທີ່ໄດ້ຮັບການອະນຸມັດ; ທ່ານສາມາດຍື່ນການຮ້ອງທຸກໄດ້. • ທ່ານເຊື່ອວ່າພວກເຮົາບໍ່ສາມາດປະຕິບັດຕາມກຳນົດເວລາທີ່ລະບຸໄວ້ສຳລັບການສົ່ງຕໍ່ກໍລະນີຂອງທ່ານໄປຫາກອົງກອນກວດສອບອິດສະຫຼະ; ທ່ານສາມາດຍື່ນການຮ້ອງຮຽນໄດ້.

ຂໍ້ທີ 10.2 ວິທີການຮ້ອງທຸກ

ຄຳສັບທາງກົດໝາຍ
• **ຄຳຮ້ອງທຸກ** ຍັງເອີ້ນອີກຢ່າງໜຶ່ງວ່າ **ຄວາມຄັບຂ້ອງໃຈ.** • **ການຍື່ນຄຳຮ້ອງທຸກ** ຍັງເອີ້ນວ່າ **ການຍື່ນຄວາມຄັບຂ້ອງໃຈ.** • **ການນຳໃຊ້ຂະບວນການສຳລັບການຮ້ອງທຸກ** ຍັງເອີ້ນອີກຢ່າງໜຶ່ງວ່າ **ການນຳໃຊ້ຂະບວນການເພື່ອຍື່ນຄວາມຄັບຂ້ອງໃຈ.** • **ການຮ້ອງຮຽນແບບໄວ** ເອີ້ນອີກຢ່າງໜຶ່ງວ່າ **ການຍື່ນຄວາມຄັບຂ້ອງໃຈແບບຮີບດ່ວນ.**

ຂໍ້ທີ 10.3 ເທື່ອລະຂັ້ນຕອນ: ການຍື່ນຄຳຮ້ອງຮຽນທຸກ

<u>ຂັ້ນຕອນທີ 1:</u> ຕິດຕໍ່ຫາພວກເຮົາທັນທີ – ບໍ່ວ່າທາງໂທລະສັບ ຫຼື ເປັນລາຍລັກອັກສອນ.

ໂດຍປົກກະຕິແລ້ວ, ການໂທຫາສູນບໍລິການສະມາຊິກຈະເປັນຂັ້ນຕອນທຳອິດ. ຖ້າມີອັນອື່ນອີກທີ່ທ່ານຕ້ອງເຮັດ, ສູນບໍລິການສະມາຊິກຈະແຈ້ງໃຫ້ທ່ານຊາບ.

ຖ້າທ່ານບໍ່ຕ້ອງການໂທ (ຫຼື ທ່ານໄດ້ໂທແລ້ວ ແລະ ຍັງບໍ່ພໍໃຈ), ທ່ານສາມາດຍື່ນຄຳຮ້ອງທຸກຂອງທ່ານເປັນລາຍລັກອັກສອນ ແລະ ສົ່ງມັນມາຫາພວກເຮົາ. ຖ້າທ່ານຍື່ນຄຳຮ້ອງທຸກເປັນລາຍລັກອັກສອນ, ພວກເຮົາຈະຕອບກັບຫາທ່ານເປັນລາຍລັກອັກສອນ.

ເພື່ອສົ່ງຄຳຮ້ອງຮຽນເປັນລາຍລັກອັກສອນ, ທ່ານສາມາດ ແຜ້ຫໄປຫາພະແນກການອຸທອນແລະການຮ້ອງທຸກທີ່ 857-453-4517 ຫຼືສົ່ງທາງໄປສະນີຕາມທີ່ຢູ່ດັ່ງຕໍ່ໄປນີ້:

Commonwealth Care Alliance Rhode Island, LLC
Appeals and Grievances Department
30 Winter St
Boston, MA 02108

ພວກເຮົາຕ້ອງໄດ້ຮັບການຮ້ອງຮຽນຂອງທ່ານພາຍໃນ 60 ວັນຕາມປະຕິທິນ ກ່ຽວກັບເຫດ ຫຼືເຫດການທີ່ທ່ານຮ້ອງຮຽນ. ຖ້າມີບາງຢ່າງເຮັດໃຫ້ທ່ານບໍ່ຍື່ນຄຳຮ້ອງຮຽນຂອງທ່ານ (ທ່ານເຈັບປ່ວຍ, ພວກເຮົາໃຫ້ຂໍ້ມູນທີ່ບໍ່ຖືກຕ້ອງ, ແລະອື່ນໆ) ແຈ້ງໃຫ້ພວກເຮົາຮູ້ ແລະ ພວກເຮົາອາດຈະສາມາດຍອມຮັບຄຳຮ້ອງທຸກຂອງທ່ານທີ່ກາຍມາ 60 ມື້. ພວກເຮົາຈະແກ້ໄຂການຮ້ອງຮຽນຂອງທ່ານໄວເທົ່າທີ່ຈະໄວໄດ້ ແຕ່ບໍ່ເກີນ 30 ມື້ຫຼັງຈາກໄດ້ຮັບມັນ. ບາງຄັ້ງພວກເຮົາຕ້ອງການຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມ, ຫຼືທ່ານອາດຈະຕ້ອງການໃຫ້ຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມ. ຖ້າສິ່ງນັ້ນເກີດຂຶ້ນ, ພວກເຮົາອາດຈະໃຊ້ເວລາອີກ 14 ມື້ ເພື່ອຕອບສະໜອງຕໍ່ການຮ້ອງຮຽນຂອງທ່ານ. ຖ້າຫາກວ່າເພີ່ມເຕີມອີກ 14 ວັນ, ທ່ານຈະໄດ້ຮັບຈົດໝາຍແຈ້ງໃຫ້ທ່ານຮູ້. ຖ້າການຮ້ອງຮຽນຂອງທ່ານເປັນຍ້ອນວ່າພວກເຮົາໃຊ້ເວລາ

14 ມື້ເພີ່ມເຕີມ ເພື່ອຕອບສະຫນອງຄຳຮ້ອງຂໍການກຳນົດການຄຸ້ມຄອງ ຫຼືການອຸທອນຂອງທ່ານ ຫຼືຍ້ອນວ່າພວກເຮົາຕັດສິນໃຈວ່າທ່ານບໍ່ຕ້ອງການການຕັດສິນໃຈໃນການຄຸ້ມຄອງໄວ ຫຼືການອຸທອນໄວ, ທ່ານສາມາດຍື່ນຄຳຮ້ອງຮຽນໄວໄດ້. ພວກເຮົາຈະຕອບທ່ານພາຍໃນ 24 ຊົ່ວໂມງ ຫຼັງຈາກໄດ້ຮັບການຮ້ອງຮຽນຂອງທ່ານ. ທີ່ຢູ່ ແລະ ໝາຍເລກແຟັກ ສຳລັບການຍື່ນຄຳຮ້ອງຮຽນແມ່ນຢູ່ໃນ **ພາກທີ 2** ພາຍໃຕ້ **ວິທີຕິດຕໍ່ພວກເຮົາ ເມື່ອທ່ານກຳລັງເຮັດຄຳຮ້ອງຮຽນກ່ຽວກັບຢາຕາມໃບສັ່ງຂອງ ພາກ D ຂອງທ່ານ.**

ບໍ່ວ່າທ່ານຈະໂທຫາ ຫຼື ຂຽນ, ທ່ານຄວນຕິດຕໍ່ບໍລິການສະມາຊິກທັນທີ.

ຖ້າທ່ານຍື່ນຄຳຮ້ອງທຸກເນື່ອງຈາກວ່າພວກເຮົາປະຕິເສດຄຳຮ້ອງຂອງທ່ານສຳລັບການຕັດສິນການຄຸ້ມຄອງແບບໄວ ຫຼື ການອຸທອນແບບໄວ, ພວກເຮົາຈະໃຫ້ການຮ້ອງທຸກແບບໄວແກ່ທ່ານໂດຍອັດຕະໂນມັດ. ຖ້າທ່ານມີການຮ້ອງທຸກແບບໄວ, ໝາຍຄວາມວ່າພວກເຮົາຈະໃຫ້ຄຳຕອບພາຍໃນ 24 ຊົ່ວໂມງ.

> **ກຳນົດເວລາ** ສຳລັບການຍື່ນຄຳຮ້ອງທຸກແມ່ນ 60 ມື້ຕາມປະຕິທິນ ຫຼັງຈາກເວລາທີ່ທ່ານມີບັນຫາທີ່ທ່ານຕ້ອງການຮ້ອງທຸກ.

<u>ຂັ້ນຕອນທີ 2:</u> ພວກເຮົາຈະທົບທວນຄຳຮ້ອງທຸກຂອງທ່ານ ແລະ ຈະໃຫ້ຄຳຕອບແກ່ທ່ານ.

> **ຖ້າເປັນໄປໄດ້, ພວກເຮົາຈະຕອບທ່ານທັນທີ.** ຖ້າທ່ານໂທຫາພວກເຮົາເພື່ອແຈ້ງຄຳຮ້ອງທຸກ, ພວກເຮົາອາດຈະສາມາດໃຫ້ຄຳຕອບກັບທ່ານໃນການໂທດຽວກັນ.
>
> **ຄຳຮ້ອງຮຽນສ່ວນຫຼາຍຈະໄດ້ຮັບຄຳຕອບພາຍໃນ 30 ວັນ.**ຖ້າພວກເຮົາຕ້ອງການຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມ ແລະ ການເລື່ອນເວລາເພື່ອເປັນປະໂຫຍດສູງສຸດຂອງທ່ານ ຫຼື ຖ້າຫາກທ່ານຂໍເວລາເພີ່ມເຕີມ, ພວກເຮົາສາມາດຕໍ່ເວລາສູງສຸດໄດ້ເຖິງ 14 ມື້ຕາມປະຕິທິນ (ທັງໝົດ 44 ມື້ຕາມປະຕິທິນ) ເພື່ອໃຫ້ຄຳຕອບການຮ້ອງທຸກຂອງທ່ານ. ຖ້າພວກເຮົາຕັດສິນໃຈໃຊ້ເວລາຫຼາຍກວ່ານັ້ນ, ພວກເຮົາຈະແຈ້ງທ່ານເປັນລາຍລັກອັກສອນ.
>
> **ຖ້າທ່ານຍື່ນຄຳຮ້ອງທຸກເນື່ອງຈາກວ່າພວກເຮົາປະຕິເສດຄຳຮ້ອງຂອງທ່ານສຳລັບການຕັດສິນການຄຸ້ມຄອງແບບໄວ ຫຼື ການອຸທອນແບບໄວ, ພວກເຮົາຈະໃຫ້ການຮ້ອງທຸກແບບໄວແກ່ທ່ານໂດຍອັດຕະໂນມັດ.**ຖ້າທ່ານມີການຮ້ອງທຸກແບບໄວ, ໝາຍຄວາມວ່າພວກເຮົາຈະໃຫ້**ຄຳຕອບພາຍໃນ 24 ຊົ່ວໂມງ**.
>
> **ຖ້າພວກເຮົາບໍ່ເຫັນດີ**ກັບຂໍຮ້ອງທຸກບາງຢ່າງ ຫຼື ທັງໝົດ ຫຼື ບໍ່ຮັບຜິດຊອບຕໍ່ບັນຫາທີ່ທ່ານກຳລັງຮ້ອງທຸກ, ພວກເຮົາຈະລະບຸເຫດຜົນຂອງພວກເຮົາໃນຄຳຕອບທີ່ມີໃຫ້ທ່ານ.

ຂໍ້ທີ 10.4	ທ່ານຍັງສາມາດຮ້ອງຮຽນກ່ຽວກັບຄຸນນະພາບການດູແລຕໍ່ອົງການປັບປຸງຄຸນນະພາບ

ເມື່ອການຮ້ອງທຸກຂອງທ່ານເປັນບັນຫາກ່ຽວກັບ *ຄຸນນະພາບຂອງການດູແລ*,
ທ່ານຍັງມີສອງທາງເລືອກພິເສດ:

ທ່ານສາມາດດຳເນີນການຮ້ອງທຸກຂຶ້ນຫາອົງກອນປັບປຸງຄຸນນະພາບໄດ້ໂດຍກົງ.

ອົງການຈັດຕັ້ງການປັບປຸງຄຸນນະພາບ ແມ່ນກຸ່ມຂອງແພດປະຕິບັດແລະຜູ້ຊ່ຽວຊານດ້ານການດູແລສຸຂະພາບອື່ນໆ ທີ່ລັດຖະບານກາງຈ່າຍໃຫ້ເພື່ອກວດເບິ່ງແລະປັບປຸງການດູແລທີ່ມອບໃຫ້ຄົນເຈັບ Medicare. ພາກທີ 2 ມີຂໍ້ມູນຕິດຕໍ່.

ຫຼື

ທ່ານສາມາດຍື່ນຄຳຮ້ອງທຸກຂອງທ່ານຫາອົງກອນປັບປຸງຄຸນນະພາບ ແລະ ພວກເຮົາໄດ້ໃນເວລາດຽວກັນ.

ຂໍ້ທີ 10.5 ທ່ານຍັງສາມາດບອກ Medicare ກ່ຽວກັບການຮ້ອງຮຽນຂອງທ່ານ

ທ່ານສາມາດສົ່ງຄຳຮ້ອງກ່ຽວກັບ CCA Medicare Preferred ເຖິງ Medicare ໄດ້ໂດຍກົງ. ເພື່ອຍື່ນຄຳຮ້ອງທຸກກັບ Medicare, ກະລຸນາໄປທີ່ www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. ທ່ານຍັງສາມາດໂທຫາ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). ຜູ້ໃຊ້ TTY/TDD ສາມາດໂທ 1-877-486-2048.

ຂໍ້ທີ 10.6 ການລາຍງານການສໍ້ໂກງ, ການສົ້ນເປືອງ ຫຼື ການລ່ວງລະເມີດ

ຖ້າທ່ານຄິດວ່າທ່ານອາດເຫັນການສໍ້ໂກງ, ຄວາມສົ້ນເປືອງ ຫຼື ການລ່ວງລະເມີດ:

- **ໂທຫາ** ສາຍດ່ວນ ການປະຕິບັດຕາມລະບຽບການຂອງ CCA ທີ່ເບີ 866-457-4953 ຫຼື
- **ອີເມວ** cca_compliance@commonwealthcare.org

ພວກເຮົາມຸ່ງໝັ້ນທີ່ຈະເຮັດວຽກເພື່ອປ້ອງກັນ ແລະ/ຫຼື ແກ້ໄຂການສໍ້ໂກງ, ຄວາມສົ້ນເປືອງ ຫຼື ການລ່ວງລະເມີດ.

ທ່ານ, ສະມາຊິກຄອບຄົວຂອງທ່ານ, ຫຼືຜູ້ເບິ່ງແຍງດູແລຂອງທ່ານ MEDICARE (1-800-633-4227). ຜູ້ໃຊ້ TTY/TDD ສາມາດສ້າງລາຍງານໄດ້. ການລາຍງານຈະເປັນຄວາມລັບ. ການລາຍງານຈະບໍ່ເປີດເຜີຍຊື່. ມັນຈະບໍ່ສົ່ງຜົນກະທົບຕໍ່ການບໍລະການຂອງທ່ານ.

ການສໍ້ໂກງ, ຄວາມສົ້ນເປືອງ ຫຼື ການລ່ວງລະເມີດແມ່ນຫຍັງ?

ເຫຼົ່ານີ້ ແມ່ນທຸກປະເພດຂອງການໃຊ້ຊັບພະຍາກອນ, ເງິນ, ຫຼືຊັບສິນຂອງ Commonwealth Care Alliance, Inc., ຫຼືລັດຖະບານກາງ ຫຼືລັດຖະບານຂອງລັດ.

- **ການສໍ້ໂກງ:** ການກະທຳທີ່ບໍ່ຊື່ສັດທີ່ເຮັດໂດຍເຈດຕະນາ ແລະ ຮັບຮູ້ວ່າຊັບພະຍາກອນນັ້ນຈະຕົກເປັນຂອງບາງຄົນທີ່ບໍ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດ
- **ຄວາມສິ້ນເປືອງ:** ການນຳໃຊ້ຊັບພະຍາກອນຫຼາຍເກີນໄປ. ຄວາມສິ້ນເປືອງ<u>ບໍ່ແມ່ນ</u>ໂດ<u>ຍ</u>ເຈດຕະນາ.
- **ການລ່ວງລະເມີດ:** ການດຳເນີນການທີ່ເປັນຜົນໃຫ້ມີຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ ຫຼື ການຈ່າຍເງິນສຳລັບການບໍລິການທີ່ບໍ່ມີຄວາມຈຳເປັນທາງການແພດ ຫຼື ບໍ່ໄດ້ຕາມມາດຕະຖານການດູແລທີ່ຍອມຮັບໄດ້

<u>ຕົວຢ່າງ:</u>

- ການຮຽກເກັບເງິນສຳລັບການບໍລິການທີ່ບໍ່ມີໃນການບໍລິການ
- ບໍ່ຊື່ສັດໃນເວລາຮຽກເກັບເງິນສຳລັບການບໍລິການເຊັ່ນ:
    - ການປ່ຽນປະເພດ
    - ການປ່ຽນລາຄາ
    - ການປ່ຽນວັນທີ
    - ການປ່ຽນຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ ຫຼື ຜູ້ຮັບການບໍລິການ
- ນຳໃຊ້ບັດປະຈຳຕົວຂອງສະມາຊິກຂອງຄົນອື່ນ
- ການຈັດສົ່ງອຸປະກອນ ຫຼື ເຄື່ອງໃຊ້ໃຫ້ແກ່ສະມາຊິກໃນເວລາທີ່ພວກເຂົາບໍ່ຕ້ອງການ

<u>ຄຳແນະນຳໃນການປ້ອງກັນຕົນເອງຈາກການສໍ້ໂກງ</u>

ການສະເຫນີການຊ່ວຍເຫຼືອທາງການແພດຜິດ ຫຼື ການປິ່ນປົວທີ່ເຂົ້າມາທາງໂຄສະນາ, ທາງໂທລະສັບ, ຫຼືຢູ່ຫນ້າປະຕູຂອງທ່ານ **<u>ອາດຈະເປັນການຫຼອກລວງ.</u>**

ສິ່ງທີ່ຕ້ອງເຮັດ:

- ໃຫ້ລະວັງ!
- ອ່ານເອກະສານຂອງທ່ານຈາກ Commonwealth Care Alliance, Inc. ແລະໃຫ້ແນ່ໃຈວ່າທ່ານໄດ້ຮັບການປິ່ນປົວທີ່ຖືຕ້ອງຕາມຄ່າທຳນຽມທີ່ຖືກເກັບ. ຖາມທຸກຢ່າງທີ່ເບິ່ງຄືບໍ່ຖືກຕ້ອງ.
- ຫ້າມໃຫ້ຂໍ້ມູນ Medicare, ປະກັນສັງຄົມ, ບັນຊີທະນາຄານ ຫຼື ຂໍ້ມູນບັດເຄຣດິດກັບບາງຄົນທາງໂທລະສັບ.
- ຖ້າພວກເຂົາມາຫາທ່ານຢູ່ເຮືອນ, ຂໍເບິ່ງບັດປະຈຳຕົວຂອງພວກເຂົາ. ບໍ່ມີໃຜຈາກ Commonwealth Care Alliance, Inc. ສາມາດເຂົ້າມາໃນເຮືອນຂອງທ່ານໄດ້ ໂດຍບໍ່ໄດ້ຮັບການອະນຸຍາດຈາກທ່ານ.

ເພື່ອຮຽນຮູ້ເພີ່ມເຕີມ, ເຂົ້າໄປທີ່ <u>www.ccahealthri.org</u>.

ພາກທີ 10:

ການສິ້ນສຸດການເປັນສະມາຊິກຂອງທ່ານໃນແ ຜນປະກັນ

ຂໍ້ທີ 1 ບົດແນະນຳ ການສິ້ນສຸດການເປັນສະມາຊິກຂອງທ່ານໃນແຜນຂອງພວກເຮົາ

ການສິ້ນສຸດການເປັນສະມາຊິກຂອງທ່ານໃນ CCA Medicare Preferred ອາດຈະເປັນ **ແບບສະໝັກໃຈ** (ທາງເລືອກຂອງທ່ານເອງ) ຫຼື **ບໍ່ສະໝັກໃຈ** (ບໍ່ແມ່ນທາງເລືອກຂອງທ່ານເອງ):

- ທ່ານອາດຈະອອກຈາກແຜນຂອງພວກເຮົາ ເພາະວ່າທ່ານໄດ້ຕັດສິນໃຈແລ້ວວ່າທ່ານ *ຕ້ອງການ* ອອກຈາກແຜນ. ຂໍ້ທີ 2 ແລະ 3 ໃຫ້ຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບການສິ້ນສຸດການເປັນສະມາຊິກຂອງທ່ານແບບສະໝັກໃຈ.
- ຍັງມີສະຖານະການຈຳກັດ ທີ່ພວກເຮົາຈຳເປັນຕ້ອງສິ້ນສຸດການເປັນສະມາຊິກຂອງທ່ານ. ພາກທີ 5 ຈະບອກທ່ານກ່ຽວກັບສະຖານະການໃນເວລາທີ່ພວກເຮົາຕ້ອງສິ້ນສຸດການເປັນສະມາຊິກຂອງທ່ານ.

ຖ້າທ່ານກຳລັງຈະອອກຈາກແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາ, ແຜນຂອງພວກເຮົາຕ້ອງສືບຕໍ່ໃຫ້ການດູແລທາງການແພດ ແລະ ຢາຕາມແພດສັ່ງ ແລະ ທ່ານຈະສືບຕໍ່ຈ່າຍເງິນສ່ວນແບ່ງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຈົນກວ່າການເປັນສະມາຊິກຂອງທ່ານຈະສິ້ນສຸດລົງ.

ຂໍ້ທີ 2 ທ່ານສາມາດສິ້ນສຸດການເປັນສະມາຊິກຂອງທ່ານໃນແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາໄດ້ເມື່ອໃດ?

ຂໍ້ທີ 2.1 ທ່ານສາມາດສິ້ນສຸດການເປັນສະມາຊິກຂອງທ່ານໃນລະຫວ່າງການລົງທະບຽນປະຈຳປີ

ທ່ານສາມາດສິ້ນສຸດການເປັນສະມາຊິກຂອງທ່ານໃນແຜນຂອງພວກເຮົາໃນລະຫວ່າງ **ໄລຍະເວລາການລົງທະບຽນປະຈຳປີ** (ຫຼື ເອີ້ນວ່າ ໄລຍະເວລາການລົງທະບຽນເປີດປະຈຳປີ). ໃນຊ່ວງເວລານີ້, ທົບທວນຄືນສຸຂະພາບ ແລະ ການຄຸ້ມຄອງຢາຂອງທ່ານ ແລະ ຕັດສິນໃຈກ່ຽວກັບການຄຸ້ມຄອງສຳລັບປີຕໍ່ມາ.

- **ໄລຍະເວລາການລົງທະບຽນປະຈຳປີ ແມ່ນຕັ້ງແຕ່ວັນທີ 15 ຕຸລາ ຫາ ວັນທີ 7 ທັນວາ.**
- **ເລືອກເພື່ອຮັກສາການຄຸ້ມຄອງປັດຈຸບັນຂອງທ່ານ ຫຼື ເພື່ອດຳເນີນການປ່ຽນແປງການຄຸ້ມຄອງໃນປີຕໍ່ໄປ.** ຖ້າທ່ານເລືອກທີ່ຈະປ່ຽນໄປໃຊ້ແຜນໃໝ່, ທ່ານສາມາດເລືອກແຜນປະເພດຕ່າງໆ ໄດ້ດັ່ງຕໍ່ໄປນີ້:
    - ແຜນປະກັນສຸຂະພາບ Medicare ອື່ນ, ໂດຍມີ ຫຼື ບໍ່ມີການຄຸ້ມຄອງຢາຕາມແພດສັ່ງ.
    - Original Medicare *ໂດຍມີ* ແຜນຢາຕາມແພດສັ່ງຂອງ Medicare ແຍກຕ່າງຫາກ.
    - Original Medicare *ໂດຍບໍ່ມີ* ແຜນຢາຕາມແພດສັ່ງຂອງ Medicare ແຍກຕ່າງຫາກ.

- ▪ ຖ້າທ່ານເລືອກຕົວເລືອກນີ້, Medicare ອາດວົງທະບຽນໃຫ້ທ່ານເຂົ້າຮ່ວມໃນແຜນ ປະກັນຄ່າຢາ, ຍົກເວັ້ນວ່າທ່ານຈະຍົກເລີກການວົງທະບຽນແບບອັດຕະໂນມັດ.

ໝາຍເຫດ: ຖ້າທ່ານຍົກເລີກການເຂົ້າຮ່ວມການຄຸ້ມຄອງຢາຕາມແຜດສັ່ງຂອງ Medicare ແລະ ໃຊ້ບໍລິການໂດຍບໍ່ມີການຄຸ້ມຄອງຢາຕາມແຜດສັ່ງທີ່ຫນ້າເຊື່ອຖືໄດ້ ເປັນໄລຍະເວລາ 63 ມື້ຕິດຕໍ່ກັນ ຫຼື ຫຼາຍກວ່ານັ້ນ, ທ່ານອາດຈະຕ້ອງຈ່າຍຄ່າປັບໄຫມການວົງບຽນຊ້ຳສຳລັບ ພາກ D ຖ້າທ່ານເຂົ້າຮ່ວມແຜນປະກັນຢາ Medicare ໃນພາຍຫຼັງ.

- **ການເປັນສະມາຊິກຂອງທ່ານຈະສິ້ນສຸດວົງໃນແຜນຂອງພວກເຮົາ** ໃນເວລາທີ່ການຄຸ້ມຄອງແຜນໃຫມ່ຂອງທ່ານເລີ່ມຕົ້ນໃນວັນທີ 1 ມັງກອນ.

ຂໍ້ທີ 2.2	ທ່ານສາມາດສິ້ນສຸດການເປັນສະມາຊິກຂອງທ່ານໃນລະຫວ່າງ ໄລຍະເວລາການວົງທະບຽນເປີດ Medicare Advantage

ທ່ານມີໂອກາດທີ່ຈະເຮັດການປ່ຽນແປງຫນຶ່ງຕໍ່ກັບການຄຸ້ມຄອງສຸຂະພາບຂອງທ່ານໃນລະຫວ່າງ **ໄລຍະເວລາການວົງທະບຽນເປີດ Medicare Advantage.**

- **ໄລຍະເປີດການວົງທະບຽນ Medicare Advantage ປະຈຳປີ** ແມ່ນນັບຈາກ ວັນທີ 1 ມັງກອນ ເຖິງ 31 ມີນາ.
- **ໃນຊ່ວງໄລຍະເປີດການວົງທະບຽນ Medicare Advantage ປະຈຳປີ,** ທ່ານສາມາດ:
  - ○ ສັບປ່ຽນໄປແຜນປະກັນ Medicare Advantage ອື່ນ, ໂດຍມີ ຫຼື ບໍ່ມີການຄຸ້ມຄອງຢາຕາມແຜດສັ່ງ.
  - ○ ຍົກເລີກການເຂົ້າຮ່ວມໃນແຜນຂອງພວກເຮົາ ແລະ ຮັບການຄຸ້ມຄອງຜ່ານ Original Medicare. ຖ້າທ່ານເລືອກທີ່ຈະປ່ຽນໄປໃຊ້ Original Medicare ໃນໄລຍະນີ້, ທ່ານຍັງສາມາດເຂົ້າຮ່ວມໃນແຜນຢາຕາມແຜດສັ່ງຂອງ Medicare ແຍກຕ່າງຫາກໄດ້ໃນເວລານັ້ນ.
- **ການເປັນສະມາຊິກຂອງທ່ານຈະສິ້ນສຸດວົງ** ໃນມື້ທຳອິດຂອງເດືອນ ຫຼັງຈາກທີ່ທ່ານເຂົ້າຮ່ວມໃນແຜນ Medicare Advantage ອື່ນ ຫຼື ພວກເຮົາໄດ້ຮັບຄຳຮ້ອງຈາກທ່ານເພື່ອປ່ຽນໄປໃຊ້ Original Medicare. ຖ້າທ່ານຍັງເລືອກທີ່ຈະເຂົ້າຮ່ວມໃນແຜນຢາຕາມແຜດສັ່ງຂອງ Medicare, ການເປັນສະມາຊິກຂອງທ່ານໃນແຜນຢາຈະເລີ່ມຕົ້ນໃນມື້ທຳອິດຂອງເດືອນ ຫຼັງຈາກທີ່ແຜນຢາໄດ້ຮັບຄຳຮ້ອງວົງທະບຽນເຂົ້າຮ່ວມຂອງທ່ານ.

ຂໍ້ທີ 2.3	ໃນບາງສະຖານະການ, ທ່ານສາມາດສິ້ນສຸດການເປັນສະມາຊິກຂອງທ່ານ ໃນ ໄລຍະການລົງທະບຽນພິເສດ

ໃນບາງສະຖານະການ, ສະມາຊິກຂອງ **CCA Medicare Preferred** ອາດຈະມີສິດສິ້ນສຸດການເປັນສະມາຊິກຂອງເຂົາທ່ານໃນຊ່ວງເວລາອື່ນໆຂອງປີ. ສິ່ງນີ້ເອີ້ນວ່າ **ໄລຍະການລົງທະບຽນພິເສດ**.

ທ່ານອາດມີສິດທີ່ຈະສິ້ນສຸດການເປັນສະມາຊິກຂອງທ່ານໃນໄລຍະການລົງທະບຽນພິເສດ, ຖ້າສະຖານະການຕໍ່ໄປນີ້ໃຊ້ໄດ້ກັບທ່ານ. ສິ່ງເຫຼົ່ານີ້ເປັນພຽງຕົວຢ່າງເທົ່ານັ້ນ, ສຳລັບລາຍການທີ່ຄົບຖ້ວນ, ທ່ານສາມາດຕິດຕໍ່ຫາແຜນປະກັນ, ໂທຫາ Medicare ຫຼື ເຂົ້າເບິ່ງເວັບໄຊຂອງ Medicare (www.medicare.gov):

- ໂດຍປົກກະຕິແລ້ວ, ໃນເວລາທີ່ທ່ານໄດ້ຍ້າຍອອກ.
- ຖ້າທ່ານມີ MassHealth (Medicaid).
- ຖ້າທ່ານມີສິດຮັບ "ການຊ່ວຍເຫຼືອພິເສດ" ໃນການຈ່າຍຄ່າຢາຕາມແຜດສັ່ງຈາກ Medicare ຂອງທ່ານ.
- ຖ້າພວກເຮົາລະເມີດສັນຍາຂອງພວກເຮົາທີ່ມີກັບທ່ານ.
- ຖ້າທ່ານກຳລັງຮັບການດູແລໃນສະຖາບັນເຊັ່ນ: ບ້ານພັກຜູ້ສູງອາຍຸ ຫຼື ໂຮງໝໍການດູແລໃນໄລຍະຍາວ (LTC).
- ຖ້າທ່ານລົງທະບຽນໃນໂປຣແກຣມການດູແລແບບຄົບວົງຈອນສຳລັບຜູ້ສູງອາຍຸ (PACE).

  ໝາຍເຫດ: ຖ້າທ່ານຢູ່ໃນໂປຣແກຣມການຈັດການຢາ, ທ່ານອາດຈະບໍ່ສາມາດປ່ຽນແຜນໄດ້. ພາກທີ 5, ຂໍ້ທີ 10 ບອກທ່ານເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບໂປຣແກຣມການຈັດການຢາ.

ໄລຍະເວລາການລົງທະບຽນແຕກຕ່າງ ກັນຂຶ້ນກັບສະຖານະການຂອງທ່ານ.

ເພື່ອຊອກເບິ່ງວ່າທ່ານມີສິດສຳລັບໄລຍະການລົງທະບຽນພິເສດຫຼືບໍ່, ກະລຸນາໂທຫາ Medicare ທີ່ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 ຊົ່ວໂມງຕໍ່ມື້, 7 ມື້ຕໍ່ອາທິດ. ຜູ້ໃຊ້ TTY, ກະລຸນາໂທ 1-877-486-2048. ຖ້າທ່ານມີສິດທີ່ຈະສິ້ນສຸດການເປັນສະມາຊິກຂອງທ່ານຍ້ອນສະຖານະການພິເສດ, ທ່ານສາມາດເລືອກທີ່ຈະປ່ຽນທັງການຄຸ້ມຄອງສຸຂະພາບ Medicare ຂອງທ່ານ ແລະ ການຄຸ້ມຄອງຢາຕາມແຜດສັ່ງໄດ້. ທ່ານສາມາດເລືອກ:

- ແຜນປະກັນສຸຂະພາບ Medicare ອື່ນ, ໂດຍມີ ຫຼື ບໍ່ມີ ການຄຸ້ມຄອງຢາຕາມແຜດສັ່ງ.
- Original Medicare *ໂດຍມີ* ແຜນຢາຕາມແຜດສັ່ງຂອງ Medicare ແຍກຕ່າງຫາກ.
- ຫຼື – Original Medicare *ໂດຍບໍ່ມີ* ແຜນຢາຕາມໃບສັ່ງຂອງ Medicare ແຍກຕ່າງຫາກ.

  ໝາຍເຫດ: ຖ້າທ່ານຍົກເລີກການເຂົ້າຮ່ວມການຄຸ້ມຄອງຢາຕາມແຜດສັ່ງຂອງ Medicare ແລະ ໃຊ້ບໍລິການໂດຍບໍ່ມີການຄຸ້ມຄອງຢາຕາມແຜດສັ່ງທີ່ຫນ້າເຊື່ອຖືໄດ້ເປັນໄລຍະເວລາ 63 ມື້ຕິດຕໍ່ກັນ ຫຼື

ຫຼາຍກວ່ານັ້ນ, ທ່ານອາດຈະຕ້ອງຈ່າຍການປັບໄໝການລົງບຽນຊ້າສຳລັບ ພາກ D ຖ້າທ່ານເຂົ້າຮ່ວມແຜນປະກັນຢາ Medicare ໃນພາຍຫຼັງ.

ການເປັນສະມາຊິກຂອງທ່ານປົກກະຕິແລ້ວຈະສິ້ນສຸດລົງໃ ນມື້ທຳອິດຂອງເດືອນຫຼັງຈາກໄດ້ຮັບຄຳຮ້ອງ ປ່ຽນແຜນຂອງທ່ານ.

ຖ້າທ່ານໄດ້ຮັບ "ການຊ່ວຍເຫຼືອພິເສດ" ຈາກ Medicare ເພື່ອຈ່າຍຄ່າຢາຕາມແພດສັ່ງຂອງ ທ່ານ: ຖ້າທ່ານປ່ຽນໄປໃຊ້ Original Medicare ແລະ ບໍ່ ລົງທະບຽນໃນແຜນຢາຕາມແພດສັ່ງຂອງ Me dicare ແຍກຕ່າງຫາກ, Medicare ອາດຈະລົງທະບຽນທ່ານໃນແຜນຢາ, ຍົກເວັ້ນວ່າທ່ານໄດ້ເລືອກຖອ ນໂຕອອກຈາກການລົງທະບຽນອັດຕະໂນມັດ.

ຂໍ້ທີ 2.4	**ທ່ານສາມາດໄດ້ຮັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມ ກ່ຽວກັບເວລາທີ່ທ່ານສາມາດສິ້ນ ສຸດການເປັນສະມາຊິກ?**

ຖ້າທ່ານມີຄຳຖາມກ່ຽວກັບການສິ້ນສຸດການເປັນສະມາຊິກຂອງທ່ານ, ທ່ານສາມາດ:

- **ຕິດຕໍ່ສູນບໍລິການສະມາຊິກ.**
- ເບິ່ງຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມໃນປື້ມຄູ່ມື ***Medicare & You 2024.***
- ຕິດຕໍ່ **Medicare** ທີ່ເບີ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), ຕະຫຼອດ 24 ຊົ່ວໂມງຕໍ່ມື້, 7 ມື້ຕໍ່ອາທິດ. (TTY 1-877-486-2048).

ຂໍ້ທີ 3 ທ່ານຈະສິ້ນສຸດການເປັນສະມາຊິກຂອງທ່ານໃນແຜນປະ ກັນຂອງພວກເຮົາແນວໃດ?

ຕາຕະລາງລຸ່ມນີ້ອະທິບາຍວິທີທີ່ທ່ານຄວນສິ້ນສຸດການເປັນສະມາຊິກໃນແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາ.

ຖ້າທ່ານຕ້ອງການປ່ຽນອອກຈາກແຜ ນຂອງພວກ:	**ນີ້ແມ່ນສິ່ງທີ່ທ່ານຄວນເຮັດ:**
ແຜນສຸຂະພາບ Medicare ອື່ນ.	• ເຂົ້າຮ່ວມໃນແຜນສຸຂະພາບໃໝ່ຂອງ Medicare. • ທ່ານຈະຖືກຍົກເລີກການເຂົ້າຮ່ວມຈາກ CCA Medicare Preferred ໂດຍອັດຕະໂນມັດ ໃນເວລາທີ່ການຄຸ້ມຄອງໃນແຜນໃໝ່ຂອງທ່ານເ ລີ່ມຕົ້ນຂຶ້ນ.

ຖ້າທ່ານຕ້ອງການບ່ຽນອອກຈາກແຜນຂອງພວກ:	**ນີ້ແມ່ນສິ່ງທີ່ທ່ານຄວນເຮັດ:**
Original Medicare *ໂດຍມີ* ແຜນຢາຕາມແພດສັ່ງຂອງ Medicare ແຍກຕ່າງຫາກ.	• ລົງທະບຽນເຂົ້າຮ່ວມໃນແຜນຢາຕາມແພດສັ່ງໃຫ່ມ່ຂອງ Medicare. • ທ່ານຈະຖືກຍົກເລີກການເຂົ້າຮ່ວມຈາກ CCA Medicare Preferred ໂດຍອັດຕະໂນມັດ ໃນເວລາທີ່ການຄຸ້ມຄອງໃນແຜນໃຫ່ມ່ຂອງທ່ານເລີ່ມຕົ້ນຂຶ້ນ.
Original Medicare *ໂດຍບໍ່ມີ* ແຜນຢາຕາມແພດສັ່ງຂອງ Medicare ແຍກຕ່າງຫາກ.	• **ສົ່ງຄຳຮ້ອງເປັນລາຍລັກອັກສອນເພື່ອຍົກເລີກການເຂົ້າຮ່ວມ,** ຕິດຕໍ່ຫາສູນບໍລິການສະມາຊິກ ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບການດຳເນີນການນີ້. • ທ່ານຍັງສາມາດຕິດຕໍ່ຫາ **Medicare**, ທີ່ເບີ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), ຕະຫຼອດ 24 ຊົ່ວໂມງຕໍ່ມື້, 7 ມື້ຕໍ່ອາທິດ ແລະ ຂໍຖອນການລົງທະບຽນ. ຜູ້ໃຊ້ TTY, ກະລຸນາໂທຫາ 1-877-486-2048. • ທ່ານຈະຖືກຍົກເລີກການລົງທະບຽນຈາກ CCA Medicare Preferred ເມື່ອການຄຸ້ມຄອງຂອງທ່ານໃນ Original Medicare ເລີ່ມຕົ້ນ.

ຂໍ້ທີ 4 ຈົນກວ່າການເປັນສະມາຊິກຂອງທ່ານຈະສິ້ນສຸດລົງ, ທ່ານຕ້ອງສືບຕໍ່ຮັບການບໍລິການທາງການແພດ ແລະ ຢາຜ່ານແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາ

ຈົນກ່ວາການເປັນສະມາຊິກຂອງທ່ານສິ້ນສຸດລົງ, ແລະການຄຸ້ມຄອງ Medicare ໃຫມ່ຂອງທ່ານເລີ່ມຕົ້ນ, ທ່ານຕ້ອງສືບຕໍ່ໄດ້ຮັບການດູແລທາງການແພດ ແລະຢາຕາມໃບສັ່ງແພດຜ່ານແຜນຂອງພວກເຮົາ.

- **ສືບຕໍ່ໃຊ້ຜູ້ໃຫ້ການບໍລິການໃນເຄືອຂ່າຍຂອງພວກເຮົາເພື່ອຮັບການດູແລທາງການແພດ.**
- **ສືບຕໍ່ໃຊ້ຮ້ານຂາຍຢາໃນເຄືອຂ່າຍຂອງພວກເຮົາ ຫຼືການສັ່ງຊື້ທາງໄປສະນີເພື່ອໃຫ້ໃບສັ່ງຢາຂອງທ່ານໄດ້ຕື່ມຂໍ້ມູນໃສ່**
- **ຖ້າທ່ານເຂົ້າໂຮງໝໍໃນມື້ທີ່ການເປັນສະມາຊິກຂອງທ່ານສິ້ນສຸດລົງ, ການນອນໂຮງໝໍຂອງທ່ານຈະໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງໂດຍແຜນຂອງພວກເຮົາຈົນກວ່າທ່ານຈະອອກຈາກໂຮງໝໍ**. (ເຖິງວ່າທ່ານອອກຈາກໂຮງໝໍຫຼັງຈາກການຄຸ້ມຄອງສຸຂະພາບໃຫມ່ຂອງທ່ານເລີ່ມຕົ້ນຂຶ້ນ).

ຂໍ້ທີ 5 CCA Medicare Preferred ຕ້ອງສິ້ນສຸດການເປັນສະມາຊິກຂອງທ່ານໃນແຜນການ ໃນບາງສະຖານະການ

ຂໍ້ທີ 5.1 ເມື່ອໃດທີ່ພວກເຮົາຕ້ອງຢຸດການເປັນສະມາຊິກຂອງທ່ານໃນແຜນປະກັນ?

CCA Medicare Preferred ຕ້ອງສິ້ນສຸດການເປັນສະມາຊິກຂອງທ່ານໃນແຜນການ ຖ້າມີອັນໃດອັນຫນຶ່ງຕໍ່ໄປນີ້ເກີດຂຶ້ນ:

- ຖ້າທ່ານບໍ່ມີ Medicare ພາກ A ແລະ ພາກ B ອີກຕໍ່ໄປ.
- ຖ້າທ່ານຍ້າຍອອກຈາກພື້ນທີ່ບໍລິການຂອງພວກເຮົາ.
- ຖ້າທ່ານຢູ່ຫ່າງຈາກພື້ນທີ່ບໍລິການຂອງພວກເຮົາຫຼາຍກວ່າຫົກເດືອນ.
    - ຖ້າທ່ານຍ້າຍອອກ ຫຼື ເດີນທາງເປັນເວລາດົນ, ໂທຫາສູນບໍລິການສະມາຊິກຂອງພວກເຮົາເພື່ອເບິ່ງວ່າສະຖານທີ່ບ່ອນທີ່ທ່ານຈະຍ້າຍໄປ ຫຼື ເດີນທາງໄປຢູ່ໃນພື້ນທີ່ຂອງແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາຫຼືບໍ່.
- ຖ້າທ່ານຖືກຂັງ (ເຂົ້າຄຸກ).
- ຖ້າທ່ານບໍ່ແມ່ນພົນລະເມືອງສະຫະລັດອີກຕໍ່ໄປ ຫຼື ຢູ່ໃນສະຫະລັດຢ່າງບໍ່ຖືກຕ້ອງຕາມກົດຫມາຍ.

- ຖ້າທ່ານຕົວະ ຫຼື ບິດບັງຂໍ້ມູນປະກັນໄພອື່ນຂອງທ່ານທີ່ໃຫ້ການຄຸ້ມຄອງຢາຕາມແຜດສັ່ງ.
- ຖ້າທ່ານເຈດຕະນາໃຫ້ຂໍ້ມູນທີ່ບໍ່ຖືກຕ້ອງແກ່ພວກເຮົາໃນເວລາທີ່ທ່ານສະໝັກເຂົ້າໃນແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາ ແລະ ຂໍ້ມູນນັ້ນສົ່ງຜົນກະທົບການມີສິດເຂົ້າຮ່ວມໃນແຜນຂອງພວກເຮົາຂອງທ່ານ. (ພວກເຮົາບໍ່ສາມາດເຮັດໃຫ້ທ່ານອອກຈາກແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາດ້ວຍເຫດຜົນນີ້ໄດ້, ຍົກເວັ້ນວ່າພວກເຮົາໄດ້ຮັບອະນຸຍາດຈາກ Medicare ກ່ອນ)
- ຖ້າທ່ານສືບຕໍ່ປະພຶດຕົວໃນລັກສະນະທີ່ຂັດແຍ່ງ ແລະ ເຮັດໃຫ້ເປັນເລື່ອງຍາກສຳລັບພວກເຮົາໃນການໃຫ້ການດູແລທາງການແພດໃຫ້ແກ່ທ່ານ ແລະ ສະມາຊິກຄົນອື່ນໆໃນແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາ. (ພວກເຮົາບໍ່ສາມາດເຮັດໃຫ້ທ່ານອອກຈາກແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາດ້ວຍເຫດຜົນນີ້ໄດ້, ຍົກເວັ້ນວ່າພວກເຮົາໄດ້ຮັບອະນຸຍາດຈາກ Medicare ກ່ອນ)
- ຖ້າທ່ານປ່ອຍໃຫ້ບາງຄົນນຳໃຊ້ບັດສະມາຊິກຂອງທ່ານເພື່ອໃຫ້ໄດ້ຮັບການດູແລທາງການແພດ. (ພວກເຮົາບໍ່ສາມາດເຮັດໃຫ້ທ່ານອອກຈາກແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາດ້ວຍເຫດຜົນນີ້ໄດ້, ຍົກເວັ້ນວ່າພວກເຮົາໄດ້ຮັບອະນຸຍາດຈາກ Medicare ກ່ອນ)
    - ຖ້າພວກເຮົາຍຸດການເປັນສະມາຊິກຂອງທ່ານດ້ວຍເຫດຜົນນີ້, Medicare ອາດຈະໃຫ້ເຈົ້າໜ້າກວດສອບ ດຳເນີນການສືບສວນກໍລະນີຂອງທ່ານ.
- ຖ້າທ່ານຈຳເປັນຕ້ອງຈ່າຍເງິນ ພາກ D ເພີ່ມຍ້ອນລາຍໄດ້ຂອງທ່ານ ແລະ ທ່ານບໍ່ຍອມຈ່າຍ, Medicare ຈະຖອນທ່ານອອກຈາກແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາ ແລະ ທ່ານຈະສູນເສຍການຄຸ້ມຄອງຢາຕາມໃບສັ່ງແພດ.

ທ່ານຈະຮັບເອົາຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມໄດ້ຢູ່ໃສ?

ຖ້າທ່ານມີຄຳຖາມ ຫຼື ຕ້ອງການຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບເມື່ອໃດທີ່ພວກເຮົາສາມາດຍຸດການເປັນສະມາຊິກຂອງທ່ານໄດ້, ກະລຸນາໂທຫາສູນບໍລິການສະມາຊິກ.

ຂໍ້ທີ 5.2	**ພວກເຮົາ<u>ບໍ່ສາມາດ</u>ຂໍໃຫ້ທ່ານອອກຈາກແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາຍ້ອນເຫດຜົນໃດໜຶ່ງກ່ຽວຂ້ອງກັບສຸຂະພາບ**

CCA Medicare Preferred ບໍ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດໃຫ້ຂໍໃຫ້ທ່ານອອກຈາກແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາຍ້ອນເຫດຜົນທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບສຸຂະພາບ.

ທ່ານຄວນຈະເຮັດແນວໃດ ຖ້າຫາກສິ່ງນີ້ເກີດຂຶ້ນ?

ຖ້າທ່ານຮູ້ສຶກວ່າທ່ານກຳລັງຖືກຂໍໃຫ້ອອກຈາກແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາ ຍ້ອນເຫດຜົນກ່ຽວກັບສຸຂະພາບ, ໂທຫາ Medicare ທີ່ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 ຊົ່ວໂມງຕໍ່ມື້, 7 ມື້ຕໍ່ອາທິດ (TTY 1-877-486-2048).

ຂໍ້ທີ 5.3	**ທ່ານມີສິດໃນຂໍຮ້ອງຟ້ອງ ຖ້າພວກເຮົາຍຸດການເປັນສະມາຊິກຂອງທ່ານໃນແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາ**

ຖ້າພວກເຮົາຍຸດຕິການເປັນສະມາຊິກຂອງທ່ານໃນແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາ, ພວກເຮົາຕ້ອງບອກເຫດຜົນຂອງພວກເຮົາເປັນລາຍລັກອັກສອນກ່ຽວກັບການຍຸດຕິການເປັນສະມາຊິກຂອງທ່ານ. ພວກເຮົາຍັງຕ້ອງອະທິບາຍວິທີທີ່ທ່ານສາມາດຍື່ນຄຳຮ້ອງທຸກ ຫຼື ຮ້ອງຮຽນກ່ຽວກັບການຕັດສິນຍຸດການເປັນສະມາຊິກຂອງທ່ານ.

ພາກທີ 11:

ແຈ້ງການດ້ານກົດໝາຍ

ຂໍ້ທີ 1 ແຈ້ງການກ່ຽວກັບກົດໝາຍປົກຄອງ

ກົດໝາຍຕົ້ນຕໍທີ່ໃຊ້ກັບເອກະສານ *ຫຼັກຖານການຄຸ້ມຄອງ* ນີ້ແມ່ນ ຫົວຂໍ້ XVIII ຂອງກົດໝາຍວ່າດ້ວຍການປະກັນສັງຄົມ ແລະ ກົດລະບຽບທີ່ສ້າງຂຶ້ນພາຍໃຕ້ກົດໝາຍວ່າດ້ວຍການປະກັນສັງຄົມ ໂດຍສູນບໍລິການ Medicare & Medicaid ຫຼື CMS. ນອກຈາກນັ້ນ, ກົດໝາຍລັດຖະບານກາງອື່ນໆອາດຖືກບັງຄັບໃຊ້ ແລະ ພາຍໃຕ້ສະຖານະການບາງຢ່າງ, ກົດໝາຍຂອງລັດທີ່ທ່ານອາໄສຢູ່. ສິ່ງນີ້ອາດຈະສົ່ງຜົນກະທົບຕໍ່ສິດ ແລະ ຄວາມຮັບຜິດຊອບຂອງທ່ານ ເຖິງວ່າກົດໝາຍບໍ່ໄດ້ຖືກລວມຢູ່ໃນ ຫຼື ຖືກອະທິບາຍໄວ້ໃນເອກະສານສະບັບນີ້.

ຂໍ້ທີ 2 ແຈ້ງການກ່ຽວກັບການບໍ່ເລືອກປະຕິບັດ

ພວກເຮົາຈະບໍ່ເລືອກປະຕິບັດ ໂດຍອີງໃສ່ ເຊື້ອຊາດ, ຊົນເຜົ່າ, ຊາດກຳເນີດ, ສີຜິວ, ສາສະໜາ, ເພດ, ເພດກຳນົດ, ອາຍຸ, ຄວາມມັນທາງເພດ, ຄວາມພິການດ້ານຮ່າງກາຍ ຫຼື ຈິດ, ສະຖານະສຸຂະພາບ, ປະສົບການດ້ານການຮຽກຮ້ອງ, ປະຫວັດການປິ່ນປົວ, ຂໍ້ມູນທາງກຳມະພັນ, ຫຼັກຖານການປະກັນ ຫຼື ທີ່ຕັ້ງດ້ານພູມສັນຖານພາຍໃນພື້ນທີ່ບໍລິການ. ອົງການທັງໝົດທີ່ຈັດທຳແຜນປະກັນ Medicare Advantage Plans, ເຊັ່ນດຽວກັນກັບແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາ, ຕ້ອງປະຕິບັດຕາມກົດໝາຍຂອງລັດຖະບານກາງ ໃນການຕໍ່ຕ້ານການເລືອກປະຕິບັດ, ລວມທັງ ຫົວຂໍ້ທີ VI ຂອງກົດໝາຍວ່າດ້ວຍສິດທິພົນລະເມືອງ ປີ 1964, ກົດໝາຍວ່າດ້ວຍການຟື້ນຟູຄົນພິການ ປີ 1973, ກົດໝາຍວ່າດ້ວຍການເລືອກປະຕິບັດ ປີ 1975, ກົດໝາຍວ່າດ້ວຍຄົນພິການຂອງອາເມລິກາ, ມາດຕາ 1557 ຂອງກົດໝາຍວ່າດ້ວຍການປິ່ນປົວໃນລາຄາບໍ່ແພງ, ກົດໝາຍອື່ນໆທັງໝົດທີ່ນຳໃຊ້ກັບອົງການທີ່ໄດ້ຮັບທຶນຈາກລັດຖະບານກາງ ແລະ ກົດໝາຍອື່ນໆ ແລະ ກົດລະບຽບທີ່ນຳໃຊ້ດ້ວຍເຫດຜົນອື່ນໆ.

ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມ ຫຼື ມີຄວາມກັງວົນກ່ຽວກັບການເລືອກປະຕິບັດ ຫຼື ຖືກປະຕິບັດທີ່ບໍ່ເປັນທຳ, ກະລຸນາໂທຫາ **ສຳນັກງານສິດທິພົນລະເມືອງ** ຂອງກະຊວງສາທາລະນະສຸກ ແລະ ການບໍລິການມະນຸດ ທີ່ເບີ 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) ຫຼື ຫ້ອງການສິດທິພົນລະເມືອງໃນທ້ອງຖິ່ນຂອງທ່ານ.
ທ່ານຍັງສາມາດຂໍການທົບທວນຂໍ້ມູນຈາກສຳນັກງານສຳລັບສິດທິພົນລະເມືອງຂອງກະຊວງສາທາລະນະສຸກ ແລະ ການບໍລິການມະນຸດ ໄດ້ທີ່ https://www.hhs.gov/ocr/index.html.

Commonwealth Care Alliance, Inc.® ປະຕິບັດຕາມກົດໝາຍສິດທິພົນລະເມືອງຂອງລັດຖະບານກາງທີ່ກ່ຽວຂ້ອງ ແລະ ບໍ່ເລືອກປະຕິບັດບົນພື້ນຖານ, ຫຼື ຍົກເວັ້ນບຸກຄົນ ຫຼື ປະຕິບັດຕໍ່ພວກເຂົາແຕກຕ່າງກັນໄປ ເນື່ອງຈາກສະພາບທາງການແພດ, ສະຖານະສຸຂະພາບ, ການໄດ້ຮັບການບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບ, ປະສົບການໃນການຮຽກຮ້ອງ, ປະຫວັດທາງການຍາ, ຄວາມພິການ (ລວມເຖິງຄວາມບົກຜ່ອງທາງຈິດ), ສະຖານະພາບການສົມຣົດ, ອາຍຸ, ເພດ (ລວມເຖິງທັດສະນະຄະຕິເໝົາລວມທາງເພດ ແລະ ເອກະລັກທາ

ງເພດ), ລົດສະນິຍົມທາງເພດ, ຊາດກຳເນີດ, ເຊື້ອຊາດ, ສີຜິວ, ສາດສະໜາ, ຄວາມເຊື່ອຖື, ຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອຕໍ່ສາທາລະນະ ຫຼື ບ່ອນຢູ່ອາໃສ. Commonwealth Care Alliance, Inc.:

- ໃຫ້ການຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ການບໍລິການຟຣີສຳລັບຜູ້ມີຄວາມພິການໃນການສື່ສານເຊັ່ນ:
  - ນາຍພາສາມືທີ່ມີຄວາມຊຳນານ
  - ຂໍ້ມູນທີ່ຂຽນເປັນລາຍລັກອັກສອນໃນຮູບແບບອື່ນ (ໂຕພິມໃຫຍ່, ສຽງ, ການເຂົ້າເຖິງຮູບແບບເອເລັກໂທຣນິກ, ຮູບແບບອື່ນໆ)
- ໃຫ້ການບໍລິການດ້ານພາສາຟຣີສຳລັບຜູ້ທີ່ມີພາສາຕົ້ນຕໍບໍ່ແມ່ນພາສາອັງກິດເຊັ່ນ:
  - ນາຍພາສາທີ່ມີຄວາມຊຳນານ
  - ຂໍ້ມູນຂຽນເປັນພາສາອື່ນໆ

ຖ້າທ່ານຕ້ອງການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້, ກະລຸນາຕິດຕໍ່ສູນບໍລິການສະມາຊິກ.

ຖ້າຫາກທ່ານເຊື່ອວ່າ Commonwealth Care Alliance, Inc. ບໍ່ສາມາດໃຫ້ບໍລິການສິ່ງດັ່ງກ່າວນີ້ໄດ້ ຫຼື ຖືກເລື່ອນປະຕິບັດໃນທາງອື່ນໂດຍຂຶ້ນຢູ່ກັບສະພາວະທາງດ້ານການແພດ, ສະຖານະສຸຂະພາບ, ການໄດ້ຮັບການບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບ, ປະສົບການໃນການຮ້ອງຟ້ອງຄ່າທົດແທນ, ປະຫວັດທາງການແພດ, ຄວາມພິການ (ລວມເຖິງຄວາມບົກຜ່ອງທາງຈິດ), ສະຖານະພາບການສົມລົດ, ອາຍຸ, ເພດ (ລວມເຖິງທັດສະຄະຕິເໝົາລວມທາງເພດ ແລະ ເອກະລັກທາງເພດ), ລົດສະນິຍົມທາງເພດ, ຊາດກຳເນີດ, ເຊື້ອຊາດ, ສີຜິວ, ສາດສະໜາ, ຄວາມເຊື່ອຖື, ຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອສາທາລະນະ ຫຼື ສະຖານທີ່ພັກອາໃສ, ທ່ານສາມາດຍື່ນເລື່ອງຮ້ອງຮຽນໄດ້ກັບ:

Commonwealth Care Alliance, Inc.
Civil Rights Coordinator
30 Winter Street
Boston, MA 02108
ໂທລະສັບ: 617-960-0474, ຕໍ່ 3932 (TTY 711) ແຟັກ: 857-453-4517
ອີເມວ: civilrightscoordinator@commonwealthcare.org

ທ່ານສາມາດຍື່ນຄຳຮ້ອງຮຽນໄດ້ດ້ວຍຕົນເອງ ຫຼື ທາງໄປສະນີ, ແຟັກ ຫຼື ອີເມວ.
ຖ້າທ່ານຕ້ອງການການຊ່ວຍເຫຼືອເລື່ອງການຍື່ນການຮ້ອງທຸກ, ຜູ້ປະສານງານສິດທິພົນລະເມືອງ (Civil Rights Coordinator) ພ້ອມສະເໝີທີ່ຈະຊ່ວຍເຫຼືອທ່ານ.

ທ່ານຍັງສາມາດຍື່ນຄຳຮ້ອງຮຽນດ້ານສິດທິພົນລະເມືອງກັບກະຊວງສາທາລະນະສຸກ ແລະ ບໍລິການມະນຸດຂອງສະຫະລັດ, ສຳນັກງານສຳລັບສິດທິພົນລະເມືອງ, ທາງເອເລັກໂທຣນິກຜ່ານຊ່ອງທາງຂອງສຳນັກງານສຳລັບສິດທິພົນລະເມືອງ (Office for Civil Rights Complaint Portal) ທີ່ ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf ຫຼື ຜ່ານທາງໄປສະນີ ຫຼື ໂທລະສັບທີ່:

U.S. Department of Health and Human Services

200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
ເບີໂທລະສັບ: 800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

ແບບຟອມການຮ້ອງຮຽນແມ່ນມີໃຫ້ທີ່ www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

ຖ້າທ່ານມີຄວາມພິການ ແລະ ຕ້ອງການການຊ່ວຍເຫຼືອໃນການເຂົ້າເຖິງການປິ່ນປົວ, ກະລຸນາໂທຫາພວກເຮົາໄດ້ທີ່ສູນບໍລິການສະມາຊິກ. ຖ້າທ່ານມີຄຳຮ້ອງຟ້ອງເຊັ່ນ: ບັນຫາກັບການເຂົ້າເຖິງລົ້ເລື້ອນ, ຫນ່ວຍງານບໍລິການສະມາຊິກສາມາດຊ່ວຍໄດ້.

ຂໍ້ທີ 3 ແຈ້ງການກ່ຽວກັບສິດຮັບຊ່ວງສິດຂອງຜູ້ຊຳລະເງິນຂອງ Medicare

ພວກເຮົາມີສິດ ແລະ ຄວາມຮັບຜິດຊອບໃນການເກັບເງິນການບໍລິການຂອງ Medicare ທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງເຊິ່ງ Medicare ບໍ່ແມ່ນຜູ້ຈ່າຍເງິນຫຼັກ. ອີງຕາມລະບຽບການຂອງ CMS ຢູ່ 42 CFR ພາກ 422.108 ແລະ 423.462, CCA Medicare Preferred, ໃນຖານະເປັນອົງການ Medicare Advantage Organization,
ຈະໃຊ້ສິດອັນດຽວກັນກັບການຟື້ນຟູທີ່ເວລາທີການປະຕິບັດພາຍໃຕ້ກົດລະບຽບ CMS ໃນ ພາກຍ່ອຍ B ເຖິງ D ຂອງພາກສ່ວນ 411 ຂອງ 42 CFR ແລະ ກົດລະບຽບ ສ້າງຂຶ້ນໃນພາກນີ້ແທນກົດຫມາຍຂອງລັດໃດໆ.

ຂໍ້ທີ 4 ເຕັກໂນໂລຊີໃຫມ່

ພວກເຮົາຈະກວດສອບຂັ້ນຕອນ, ອຸປະກອນ, ການປິ່ນປົວ ແລະ ຢາໃຫມ່ເປັນປະຈຳ ເພື່ອກຳນົດວ່າປອດໄພ ແລະ ມີຜົນດີຕໍ່ສະມາຊິກຫຼືບໍ່. ເຕັກໂນໂລຊີໃຫມ່ທີ່ຄົ້ນພົບວ່າປອດໄພ ແລະ ມີຜົນດີມີສິດກາຍເປັນການບໍລິການທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ. ຖ້າເຕັກໂນໂລຊີກາຍເປັນການບໍລິການທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ, ມັນຈະຢູ່ພາຍໃຕ້ເງື່ອນໄຂ ແລະ ຂໍ້ກຳນົດອື່ນໆທັງຫມົດຂອງແຜນປະກັນ, ລວມທັງຄວາມຈຳເປັນທາງການແພດ ແລະ ການຈ່າຍເງິນຮ່ວມ, ປະກັນໄພຮ່ວມ, ສ່ວນທີ່ຫຼຸດໄດ້ ຫຼື ການປະກອບສ່ວນການຈ່າຍເງິນອື່ນໆທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບສະມາຊິກ.

ອຸປະກອນ, ການປິ່ນປົວທາງການແພດ, ຢາ, ເຄື່ອງໃຊ້ ຫຼື ຂັ້ນຕອນອື່ນໆທີ່ຄວາມປອດໄພ ແລະ ປະສິດທິພາບບໍ່ໄດ້ຮັບການກຳນົດ ແລະ ພິສູດຈະຖືວ່າເປັນການທົດລອງ, ການກວດສອບ ຫຼື ຍັງບໍ່ໄດ້ຜ່ານການພິສູດ. ການປິ່ນປົວທີ່ຍັງບໍ່ໄດ້ຮັບການກວດສອບ ຫຼື ຜ່ານການພິສູດ ຈະບໍ່ຖືເປັນຄວາມຈຳເປັນທາງການແພດ ແລະ ຈະບໍ່ຖືກລວມເຂົ້າໃນການຄຸ້ມຄອງ, ຍົກເວັ້ນວ່າພວກມັນໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງຢ່າງຊັດເຈນໂດຍ Medicare ຫຼື ເອກະສານແຜນປະກັນຂອງ CCA.

ໃນເວລາທີ່ພວກເຮົາກຳນົດວ່າ ຈະໃຫ້ການຄຸ້ມຄອງເຕັກໂນ�โลຊີໃໝ່ໃຫ້ສະມາຊິກລາຍບຸກຄົນຫຼືບໍ່ ເນື່ອງຈາກສະຖານະການສະເພາະທາງຄລີນິກຂອງພວກເຂົາ ຫຼື ຍ້ອນທາງເລືອກການປິ່ນປົວອື່ນໜົດລົງແລ້ວ ແລະ ມີເຫດຜົນໃຫ້ເຊື່ອວ່າການປິ່ນປົວທີ່ໄດ້ຂໍມານີ້ຈະປະສົບຜົນສຳເລັດ, ໜຶ່ງໃນຜູ້ອຳນວຍການຂອງພວກເຮົາຈະພິຈາລະນາຄວາມຈຳເປັນທາງການແພດໂດຍອີງຕາມບັນທຶກທາງການແພດຂອງສະມາຊິກລາຍບຸກຄົນ, ຈະທົບທວນຫຼັກຖານທາງວິທະຍາສາດທີ່ໄດ້ພິມເຜີຍແຜ່ ແລະ ຈະປຶກສາຫາລືກັບຜູ້ຊ່ຽວຊານທີ່ມີຄວາມຊຳນານສະເພາະທາງ ຫຼື ຄວາມຊຳນານດ້ານວິຊາຊີບ.

ຂໍ້ທີ 5 ຂໍ້ມູນຕາມການຮ້ອງຂໍ

ໃນຖານະເປັນສະມາຊິກຂອງແຜນປະກັນ, ທ່ານມີສິດຂໍຂໍ້ມູນດັ່ງຕໍ່ໄປນີ້:

- ຂໍ້ມູນການຄຸ້ມຄອງທົ່ວໄປ ແລະ ແຜນປະກັນປຽບທຽບ
- ຂັ້ນຕອນຄວບຄຸມການນຳໃຊ້
- ໂປຣແກຣມປັບປຸງຄຸນນະພາບ
- ຂໍ້ມູນດ້ານສະຖິຕິກ່ຽວກັບການຮ້ອງທຸກ ແລະ ການອຸທອນ
- ເງື່ອນໄຂດ້ານການເງິນຂອງ Commonwealth Care Alliance, Inc. ຫຼື ໜຶ່ງໃນບໍລິສັດໃນເຄືອ

ພາກທີ 12:

ຄຳອະທິບາຍຄຳສັບທີ່ສຳຄັນ

ສູນຜ່າຕັດຜູ້ປ່ວຍເຄື່ອນທີ່ – ສູນຜ່າຕັດຜູ້ປ່ວຍເຄື່ອນທີ່ແມ່ນຫນ່ວຍງານທີ່ປະຕິບັດງານພິເສດສະເພາະເພື່ອຈຸດປະສົງກະກຽມການບໍລິການຜ່າຕັດຄົນເຈັບພາກນອກໃຫ້ບໍລິການແກ່ຄົນເຈັບທີ່ບໍ່ຈຳເປັນຕ້ອງໄດ້ນອນໂຮງໝໍ ແລະ ຜູ້ທີ່ຄາດວ່າຕ້ອງຢູ່ໃນສູນບໍ່ກາຍ 24 ຊົ່ວໂມງ.

ໄລຍະເວລາການລົງທະບຽນປະຈຳປີ – ໄລຍະເວລາ ຈາກວັນທີ 15 ຕຸລາ ຈົນຮອດ ວັນທີ 7 ທັນວາ ຂອງແຕ່ລະປີ ເມື່ອສະມາຊິກສາມາດປ່ຽນແຜນສຸຂະພາບ ຫຼື ຍາຂອງເຂົາເຈົ້າໄດ້ ຫຼື ປ່ຽນມາເປັນ Original Medicare.

ການອຸທອນ – ການອຸທອນແມ່ນບາງຢ່າງທີ່ທ່ານເຮັດ, ຖ້າທ່ານບໍ່ເຫັນດີກັບການຕັດສິນຂອງພວກເຮົາທີ່ປະຕິເສດຄຳຮ້ອງຂໍການຄຸ້ມຄອງການບໍລິການດູແລສຸຂະພາບ ຫຼື ຍາຕາມແຜນສັ່ງ ຫຼື ການຈ່ານເງິນການບໍລິການ ຫຼື ຄ່າຍາທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບແລ້ວ. ທ່ານຍັງສາມາດຍື່ນອຸທອນໄດ້ ຖ້າທ່ານບໍ່ເຫັນດີກັບການຕັດສິນຂອງພວກເຮົາທີ່ຈະຍຸດການບໍລິການທີ່ທ່ານກຳລັງໄດ້ຮັບ.

ການເອີ້ນເກັບເງິນດຸ່ນດ່ຽງ – ເມື່ອຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ (ເຊັ່ນ: ທ່ານໝໍ ຫຼືໂຮງໝໍ) ອອກໃບບິນເກັບເງິນຈາກຄົນເຈັບຫຼາຍກວ່າຈຳນວນແບ່ງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທີ່ອະນຸຍາດ. ໃນຖານະທີ່ເປັນສະມາຊິກຂອງ CCA Medicare Preferred, ທ່ານຕ້ອງຈ່າຍຈຳນວນແບ່ງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃນແຜນຂອງພວກເຮົາເມື່ອທ່ານຮັບການບໍລິການທີ່ມີຄຸ້ມຄອງຈາກແຜນຂອງພວກເຮົາເທົ່ານັ້ນ. ພວກເຮົາຈະບໍ່ອະນຸຍາດໃຫ້ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ **ບັບຈຳນວນເງິນໃນໃບບິນ** ຫຼື ຄິດຄ່າບໍລິການກັບທ່ານຫຼາຍກ່ວາຈຳນວນການແບ່ງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທີ່ແຜນຂອງທ່ານບອກວ່າທ່ານຈະຕ້ອງຈ່າຍ.

ໄລຍະເວລາສິດຮັບຜົນປະ�โຫຍດ – ວິທີທີ່ແຜນຂອງພວກເຮົາ ແລະ Original Medicare ວັດແທກການໃຊ້ບໍລິການຂອງໂຮງໝໍ ແລະ ສະຖານພະຍາບານຕ່າງໆ (Skilled Nursing Facility,SNF). ໄລຍະເວລາຜົນປະ�โຫຍດເລີ່ມຕົ້ນໃນມື້ທີ່ທ່ານເຂົ້າໂຮງໝໍ ຫຼື ສະຖານພະຍາບານ. ໄລຍະເວລາຜົນປະ�โຫຍດຈະສິ້ນສຸດລົງໃນເວລາທີ່ທ່ານບໍ່ໄດ້ຮັບການດູແລໃນໂຮງໝໍສຳລັບຄົນເຈັບໃນ (ຫຼື ການດູແລໃນ SNF) ເປັນເວລາ 60 ມື້ຕິດຕໍ່ກັນ. ຖ້າທ່ານໄປເຂົ້າໂຮງໝໍ ຫຼື ສະຖານພະຍາບານ ຫຼັງຈາກໄລຍະເວລາສິດທິປະ�โຫຍດໜຶ່ງໄດ້ສິ້ນສຸດລົງ, ໄລຍະເວລາຜົນປະ�โຫຍດໃຫມ່ຈະເລີ່ມຕົ້ນຂຶ້ນ. ບໍ່ມີຂີດຈຳກັດຂອງຈຳນວນໄລຍະເວລາຜົນປະ�โຫຍດ.

ຜະລິດຕະພັນຊີວະພາບ – ຍາຕາມແຜນສັ່ງທີ່ຜະລິດມາຈາກແຫຼ່ງທຳມະຊາດ ແລະ ສິ່ງມີຊີວິດເຊັ່ນ: ຈຸລັງຂອງສັດ, ຈຸລັງຂອງພືດ, ແບັກທີເຣຍ ຫຼື ຢີສ. ຜະລິດຕະພັນຊີວະພາບ ມີຄວາມຊັບຊ້ອນກວ່າຍາອື່ນໆ ແລະ ບໍ່ສາມາດສຳເນົາໄດ້ຢ່າງແນ່ນອນ, ດັ່ງນັ້ນຮູບແບບທາງເລືອກຈຶ່ງເອີ້ນວ່າ ໄບໂອຊີມິລາຣຊ໌. ໂດຍທົ່ວໄປ ໄບໂອຊີມິລາຣຊ໌ ໃຊ້ໄດ້ຜົນດີເຊັ່ນກັນ ແລະ ມີຄວາມປອດໄພຄືກັນກັບຜະລິດຕະພັນຊີວະພາບດັ້ງເດີມ.

ໄບໂອຊີມິລາຣຊ໌ – ຍາຕາມແຜນສັ່ງທີ່ຖືກພິຈາລະນາວ່າຄ້າຍຄືກັນກັບ, ແຕ່ບໍ່ຄືກັນໂດຍກົງ, ຜະລິດຕະພັນຊີວະພາບດັ້ງເດີມ. ໄບໂອຊີມິລາຣຊ໌ ໃຊ້ໄດ້ຜົນດີເຊັ່ນກັນ ແລະ ມີຄວາມປອດໄພຄືກັນກັບຜະລິດຕະພັນຊີວະພາບດັ້ງເດີມ; ເຖິງຢ່າງໃດກໍ່ຕາມ, ໂດຍທົ່ວໄປແລ້ວ ໄບໂອຊີມິລາຣຊ໌ຕ້ອງມີໃບສັ່ງຢາໃຫມ່ແທນທີ່ຜະລິດຕະພັນຊີວະພາບດັ້ງເດີມ. ໄບໂອຊີມິລາຣຊ໌ ທີ່ປ່ຽນແທນກັນ ໄດ້ບັນລຸຂໍ້ກຳນົດເພີ່ມເຕີມທີ່ອະນຸຍາດໃຫ້ພວກມັນປ່ຽນແທນຜະລິດຕະພັນຊີວະພາບດັ້ງເດີມທີ່ຮ້ານຂາຍຢາໂດຍບໍ່ຕ້ອງໃຊ້ໃບສັ່ງຢາໃຫມ່, ຂຶ້ນກັບກົດຫມາຍຂອງລັດ.

ຢາມີຍີ່ຫໍ້ – ຢາຕາມແພດສັ່ງທີ່ຖືກຜະລິດ ແລະ ຈຳໜ່າຍໂດຍບໍລິສັດການຢາທີ່ໄດ້ທຳການຄົ້ນຄວ້າ ແລະ ພັດທະນາຢາໃນເບື້ອງຕົ້ນ. ຢາມີຍີ່ຫໍ້ ມີສູດສ່ວນປະສົມອອກລິດຄືກັບຢາສາມັນທົ່ວໄປ. ເຖິງຢ່າງໃດກໍ່ຕາມ, ຢາສາມັນຖືກຮັບການຜະລິດ ແລະ ຈຳໜ່າຍໂດຍຜູ້ຜະລິດຢາອື່ນໆ ແລະ ປົກກະຕິແລ້ວຈະບໍ່ມີຈຳໜ່າຍຈົນກວ່າພາຍຫຼັງສິດທິບັດຂອງຢາມີຍີ່ຫໍ້ຈະໝົດອາຍຸ.

ທີມປິ່ນປົວ – ທີມງານທີ່ອາດປະກອບດ້ວຍ PCP ຂອງທ່ານ, ພະຍາບານ, ຜູ້ຊ່ວຍແພດ ຫຼື/ແລະ ຜູ້ປະສານງານບໍລິການບໍລິການຜູ້ສູງອາຍຸ (GSSC) ຜູ້ທີ່ຮັບຜິດຊອບໃນການປະສານງານການດູແລທາງການແພດທັງໝົດຂອງທ່ານ. ການປະສານງານການບໍລິການຂອງທ່ານລວມມີ ການກວດກາ ຫຼື ການໃຫ້ຄຳປຶກສາກັບທ່ານ ແລະ ຜູ້ໃຫ້ແຜນບໍລິການອື່ນໆກ່ຽວກັບການດູແລຂອງທ່ານ ແລະ ເບິ່ງວ່າທຸກຢ່າງດຳເນີນໄປແນວໃດ. ເບິ່ງພາກທີ 3, ຂໍ້ທີ 2.1 ສຳລັບຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບທີມປິ່ນປົວ.

ໄລຍະການຄຸ້ມຄອງໄພພິບັດ – ໄລຍະໃນຜົນປະ�โຫຍດຂອງຢາ ພາກ D ທີ່ເລີ່ມຕົ້ນເມື່ອທ່ານ (ຫຼື ພາກສ່ວນອື່ນໆທີ່ມີຄຸນສົມບັດເໝາະສົມໃນນາມຂອງທ່ານ) ໄດ້ໃຊ້ຈ່າຍ $8,000 ສຳລັບຢາພາກ D ທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ ໃນລະຫວ່າງປີທີ່ຄຸ້ມຄອງ. ໃນລະຫວ່າງຂັ້ນຕອນການຈ່າຍນີ້, ແຜນຈະຈ່າຍເຕັມຈຳນວນສຳລັບຢາ ພາກ D ຂອງທ່ານທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ. ທ່ານບໍ່ຕ້ອງຈ່າຍຫຍັງ.

ສູນສຳລັບການບໍລິການຂອງ Medicare ແລະ Medicaid (CMS) – ໜ່ວຍງານລັດຖະບານທີ່ບໍລິຫານ Medicare.

ການປະກັນໄພຮ່ວມ – ຈຳນວນເງິນທີ່ທ່ານອາດຈະຕ້ອງຈ່າຍ, ສະແດງອອກເປັນເປີເຊັນ (ຕົວຢ່າງ: 20%) ເປັນສ່ວນແບ່ງຂອງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍສຳລັບການບໍລິການ ຫຼື ຢາຕາມໃບສັ່ງແພດຫຼັງຈາກທີ່ທ່ານຈ່າຍຄ່າຫັກອອກໃດໆ.

ຈຳນວນຈ່າຍດ້ວຍຕົນເອງສູງສຸດລວມເຂົ້າກັນ – ນີ້ແມ່ນຫຼາຍທີ່ສຸດທີ່ທ່ານຈະຈ່າຍໃນປີສຳລັບການບໍລິການທັງໝົດຈາກທັງຜູ້ໃຫ້ບໍລິການໃນເຄືອຂ່າຍ (ທີ່ມັກ) ແລະ ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການນອກເຄືອຂ່າຍ (ບໍ່ມັກ).

ພະນັກງານສາທາຊຸມຊົນ – ພະນັກງານສາທາຊຸມຊົນ (Community Health Worker,CHW) ຊ່ວຍເຫຼືອສະມາຊິກບໍລິຫານບັດໃຈກຳນົດສຸຂະພາບທາງສັງຄົມ (Social Determinants of Health,SDH) ຂອງເຂົາເຈົ້າ ໂດຍການກຳນົດ ແລະ ເຊື່ອມຕໍ່ບັນດາສະມາຊິກກັບການບໍລິການ ແລະ ຊັບພະຍາກອນພາຍໃນຊຸມຊົນຂອງເຂົາເຈົ້າ; ດ້ວຍວິທີການທີ່ມີສະມາຊິກເປັນສູນກາງ ເພື່ອແນໃສ່ທັງປັບປຸງສຸຂະພາບຂອງສະມາຊິກ ແລະ ສ້າງຄວາມເຂັ້ມແຂງເປັນເອກະລາດຂອງພວກເຂົາເຈົ້າ. SDH ລວມທັງ, ແຕ່ບໍ່ຈຳກັດ, ທີ່ຢູ່ອາໄສ, ການຊ່ວຍເຫຼືອສາທາລະນະ [SNAP, SSI Cash Assistance], ໂຄງການມື້ (Day Programs), ການຊ່ວຍເຫຼືອນ້ຳມັນເຊື້ອໄຟ ແລະ MassHealth.

ການຮ້ອງຮຽນ – ຊື່ທາງການສຳລັບເຮັດການຮ້ອງຮຽນແມ່ນ **ການຍື່ນຄຳຮ້ອງທຸກ.** ຂະບວນການຮ້ອງທຸກຈະໃຊ້ສຳລັບບັນຫາບາງປະເພດ*ເທົ່ານັ້ນ.* ນີ້ລວມທັງບັນຫາທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບຄຸນນະພາບຂອງການດູແລ, ໄລຍະເ

ວລາວໍ່ຖ້າ, ການບໍລິການລູກຄ້າທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບ. ມັນຍັງໝາຍເຖິງການຮ້ອງຮຽນ ຖ້າແຜນຂອງທ່ານບໍ່ປະຕິບັດຕາມໄລຍະເວລາໃນຂະບວນການອຸທອນ.

ສະຖານທີ່ຟື້ນຟູຄົນເຈັບນອກແບບຄວບຄຸມ (CORF) – ສະຖານທີ່ທີ່ສ່ວນໃຫຍ່ແມ່ນໃຫ້ບໍລິການຟື້ນຟູຫຼັງຈາກອາການເຈັບປ່ວຍ ຫຼື ບາດເຈັບ, ລວມທັງການປິ່ນປົວດ້ານຮ່າງກາຍ, ບໍລິການທາງສັງຄົມ ຫຼື ຈິດຕະວິທະຍາ, ການບຳບັດດ້ານທາງເດີນຫາຍໃຈ, ການບຳບັດດ້ານກິດຈະກຳ ແລະ ການບໍລິການເຝິກການປາກເວົ້າ ແລະ ການບໍລິການປະເມີນສະພາບແວດລ້ອມຢູ່ເຮືອນ.

ການຈ່າຍຮ່ວມ (ຫຼື ຈ່າຍຮ່ວມ) – ຈຳນວນທີ່ທ່ານອາດຈະຕ້ອງຈ່າຍໃນຖານະເປັນສ່ວນແບ່ງຂອງທ່ານສຳລັບການບໍລິການທາງການແພດ ຫຼື ການສະຫນອງອຸປະກອນເຊັ່ນ: ການເຂົ້າພົບໝໍ, ການເຂົ້າປິ່ນປົວສຳລັບຄົນເຈັບນອກ ຫຼື ຮັບຢາຕາມໃບສັ່ງແພດ. ການຈ່າຍຮ່ວມ ແມ່ນຈຳນວນທີ່ກຳນົດໄວ້ແລ້ວ (ຕົວຢ່າງ $10), ແທນທີ່ຈະເປັນເປີເຊັນ.

ການຈ່າຍສ່ວນແບ່ງ – ການຈ່າຍສ່ວນແບ່ງ ຫມາຍເຖິງຈຳນວນທີ່ສະມາຊິກຕ້ອງຈ່າຍເມື່ອໄດ້ຮັບການບໍລິການ ຫຼື ຮັບຢາ. ການຈ່າຍສ່ວນແບ່ງ ລວມມີ ການລວມເຂົ້າກັນຂອງການຈ່າຍເງິນສາມປະເພດດັ່ງຕໍ່ໄປນີ້: (1) ສ່ວນຫຼຸດທີ່ແຜນປະກັນອາດກຳນົດໄວ້ກ່ອນທີ່ການບໍລິການ ຫຼື ຢາຈະໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ; (2) ຈຳນວນການຈ່າຍຮ່ວມທີ່ກຳນົດໄວ້ແລ້ວທີ່ແຜນປະກັນໃຫ້ທ່ານຈ່າຍ ເມື່ອໄດ້ຮັບການບໍລິການ ຫຼືຢາສະເພາະ; ຫຼື (3) ຈຳນວນປະກັນໄພຮ່ວມ, ເປີເຊັນຂອງຈຳນວນທັງຫມົດທີ່ຈ່າຍສຳລັບການບໍລິການ ຫຼື ຢາທີ່ແຜນປະກັນໃຫ້ທ່ານຈ່າຍເມື່ອໄດ້ຮັບການບໍລິການຫຼືຢາສະເພາະ.

ຊັ້ນການຈ່າຍສ່ວນແບ່ງ – ຢາທຸກໆຢ່າງໃນບັນຊີລາຍຊື່ຢາທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ ຈະນອນຢູ່ໃນຫນຶ່ງໃນ 5 ຊັ້ນການຈ່າຍສ່ວນແບ່ງ. ໂດຍທົ່ວໄປ, ຊັ້ນການຈ່າຍສ່ວນແບ່ງສູງເທົ່າໃດ, ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຂອງທ່ານກໍ່ຈະສູງເທົ່ານັ້ນສຳລັບຄ່າຢາ.

ການກຳນົດໃຫ້ການຄຸ້ມຄອງ – ການຕັດສິນກ່ຽວກັບວ່າຢາຕາມແຜນສັ່ງຂອງທ່ານຈະໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງຫຼືບໍ່ ແລະ ຈຳນວນເງິນ, ຖ້າມີ, ທີ່ທ່ານຕ້ອງຈ່າຍຄ່າຢາຕາມແຜນສັ່ງ. ໂດຍທົ່ວໄປ, ຖ້າທ່ານເອົາໃບສັ່ງຢາຂອງທ່ານໄປທີ່ຮ້ານຂາຍຢາ ແລະ ຮ້ານຂາຍຢາບອກທ່ານວ່າຢາຕາມແຜນສັ່ງຈະບໍ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງພາຍໃຕ້ແຜນປະກັນຂອງທ່ານ, ນັ້ນບໍ່ແມ່ນການພິຈາລະນາການຄຸ້ມຄອງ. ທ່ານຕ້ອງໂທຫາ ຫຼື ຂຽນຫນັງສືຫາແຜນປະກັນຂອງທ່ານເພື່ອຂໍການຕັດສິນທີ່ເປັນທາງການກ່ຽວກັບການຄຸ້ມຄອງ. ການພິຈາລະນາການຄຸ້ມຄອງເອີ້ນວ່າ ການຕັດສິນການຄຸ້ມຄອງໃນເອກະສານສະບັບນີ້.

ຢາທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ – ຄຳສັບທີ່ພວກເຮົາໃຊ້ຫມາຍເຖິງຢາຕາມແຜນສັ່ງທັງຫມົດທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງໂດຍແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາ.

ການບໍລິການທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ – ຄຳສັບທີ່ພວກເຮົາໃຊ້ໃນ EOC ນີ້ ເພື່ອຫມາຍເຖິງການບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບ ແລະ ການສະຫນອງອຸປະກອນທັງຫມົດ ທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງໂດຍແຜນຂອງພວກເຮົາ.

ການຄຸ້ມຄອງຢາຕາມແພດສັ່ງທີ່ເຊື່ອຖືໄດ້ – ການຄຸ້ມຄອງຢາຕາມແພດສັ່ງ (ຕົວຢ່າງ: ຈາກນາຍຈ້າງ ຫຼື ສະຫະພາບແຮງງານ) ທີ່ຄາດຫວັງໃຫ້ຈ່າຍ, ສະເລ່ຍແລ້ວ, ຢ່າງຫນ້ອຍໃຫ້ຫຼາຍເທົ່າກັບການຄຸ້ມຄອງຢາຕາມແພດສັ່ງມາດຕະຖານຂອງ Medicare. ຜູ້ທີ່ມີການຄຸ້ມຄອງປະເພດນີ້ ເມື່ອພວກເຂົາມີສິດຮັບ Medicare, ໂດຍທົ່ວໄປແລ້ວສາມາດຮັກສາການຄຸ້ມຄອງດັ່ງກ່າວໄດ້ໂດຍທີ່ບໍ່ຕ້ອງເສຍຄ່າປັບໄຫມ ຖ້າພວກເຂົາຕັດສິນໃຈລົງທະບຽນເຂົ້າຮ່ວມໃນການຄຸ້ມຄອງຢາຕາມແພດສັ່ງຂອງ Medicare ໃນພາຍຫຼັງ.

ການດູແລແບບກັກຂັງ – ການດູແລແບບກັກຂັງແມ່ນການດູແລບຸກຄົນທີ່ມີໃຫ້ໃນບ້ານພັກຜູ້ສູງອາຍຸ, ໂຮງຫມໍສຳລັບຄົນເຈັບໄປຍະສຸດທ້າຍ ຫຼື ສະຖານທີ່ອຳນວຍຄວາມສະດວກອື່ນໃນເວລາທີ່ທ່ານບໍ່ຕ້ອງການການດູແລທາງການແພດ ຫຼື ການດູແລຈາກພະຍາບານ. ການດູແລແບບກັກຂັງ, ໃຫ້ບໍລິການໂດຍຜູ້ທີ່ມີຄວາມຮູ້ຄວາມສາມາດ ຫຼື ການຝຶກອົບຮົມດ້ານວິຊາຊີບ, ລວມທັງຊ່ວຍເຫຼືອໃນກິດຈະກຳຊີວິດປະຈຳວັນເຊັ່ນ: ການອາບນ້ຳ, ນຸ່ງເຄື່ອງ, ກິນອາຫານ ຫຼື ການລຸກ ຫຼື ນັ່ງຕັ່ງ ຫຼື ຕຽງ, ການຍ່າງເລາະ ແລະ ການໃຊ້ຫ້ອງນ້ຳ. ມັນອາດຈະລວມທັງການດູແລທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບປະເພດດູແລທີ່ຄົນສ່ວນໃຫຍ່ເຮັດໄດ້ເອງເຊັ່ນ: ການຍອດຕາ. Medicare ບໍ່ຈ່າຍເງິນສຳລັບການດູແລແບບກັກຂັງ.

ອັດຕາການຈ່າຍສ່ວນແບ່ງປະຈຳວັນ – ອັດຕາການຈ່າຍສ່ວນແບ່ງປະຈຳວັນອາດໃຊ້ໃນເວລາທີ່ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບຂອງທ່ານສັ່ງຢາຢາບາງຊະນິດໃນເວລາຫນ້ອຍກວ່າຫນຶ່ງເດືອນເຕັມ ໃຫ້ທ່ານ ແລະ ທ່ານຕ້ອງຈ່າຍບ້ວງຈ່າຍຮ່ວມ. ອັດຕາການຈ່າຍສ່ວນແບ່ງປະຈຳວັນ ແມ່ນການຈ່າຍຮ່ວມຫານດ້ວຍຈຳນວນມື້ທີ່ໃຊ້ຢາໃນເດືອນ. ນີ້ແມ່ນຕົວຢ່າງ: ຖ້າການຈ່າຍຮ່ວມຂອງທ່ານ ສຳລັບການສະຫນອງຢາຫນຶ່ງເດືອນແມ່ນ $30, ແລະການສະຫນອງຫນຶ່ງເດືອນໃນແຜນຂອງທ່ານແມ່ນ 30 ມື້, ອັດຕາຄ່າຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຮ່ວມປະຈຳວັນຂອງທ່ານແມ່ນ $1 ຕໍ່ມື້.

ສ່ວນຫຼຸດ – ຈຳນວນເງິນທີ່ທ່ານຕ້ອງຈ່າຍໃຫ້ກັບການດູແລສຸຂະພາບ ຫຼື ຢາຕາມໃບສັ່ງແພດກ່ອນທີ່ແຜນຂອງພວກເຮົາຈະຈ່າຍ.

ຍົກເລີກການເຂົ້າຮ່ວມ ຫຼື **ການຍົກເລີກການເຂົ້າຮ່ວມ** – ຂັ້ນຕອນການສິ້ນສຸດການເປັນສະມາຊິກຂອງທ່ານໃນແຜນຂອງພວກເຮົາ.

ຄ່າທຳນຽມການຕື່ມຢາ – ຄ່າທຳນຽມທີ່ຄິດຄ່າໃນແຕ່ລະຄັ້ງທີ່ມີການຕື່ມຢາທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງເພື່ອຈ່າຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃນການຕື່ມຢາຕາມໃບສັ່ງເຊັ່ນ: ເວລາທີ່ແພດການຢາໃຊ້ໃນການກະກຽມຢາ ແລະ ຫໍ່ຢາຕາມແພດສັ່ງ.

ອຸປະກອນທາງການແພດທີ່ທົນທານ (DME) – ອຸປະກອນທາງການແພດບາງຢ່າງທີ່ໄດ້ສັ່ງຊື້ໂດຍຜູ້ໃຫ້ບໍລິການສຸຂະພາບຂອງທ່ານສຳລັບເຫດຜົນທາງການແພດ. ຕົວຢ່າງ: ເຄື່ອງຊ່ວຍຍ່າງ, ລໍ້ເລື່ອນ, ໄມ້ຄ້ຳ, ລະບົບບ່ອນນອນແບບເຄື່ອນທີ່, ອຸປະກອນສຳລັບຄົນເປັນເບົາຫວານ, ເຄື່ອງສີດນ້ຳເກືອເຂົ້າໃນເສັ້ນເລືອດ, ອຸປະກອນຊ່ວຍເວົ້າ, ອຸປະກອນອົກຊີເຈນ, ເຄື່ອງພົ່ນຢາ, ຕຽງໂຮງຫມໍທີ່ສັ່ງໂດຍຜູ້ໃຫ້ບໍລິການສຳລັບການໃຊ້ໃນເຮືອນ.

ເຫດການສຸກເສີນ – ເຫດສຸກເສີນທາງການແພດ ແມ່ນ ເວລາທີ່ທ່ານ ຫຼື ບຸກຄົນທົ່ວໄປທີ່ພໍມີຄວາມຮູ້ດ້ານສຸຂະພາບ ແລະ ການແພດ ເຊື່ອວ່າທ່ານມີອາການທາງການແພດທີ່ຕ້ອງໄດ້ຮັບການດູແລທັນທີ ເພື່ອປ້ອງກັນການເສຍຊີວິດ (ແລະຖ້າທ່ານເປັນຜູ້ຍິງຖືພາ, ອາດສູນເສຍເດັກໃນທ້ອງ) ສູນເສຍແຂນຂາ ຫຼື ແຂນຂາໃຊ້ການບໍ່ໄດ້ ຫຼື ສູນເສຍ ຫຼື ມີຂໍ້ບົກຜ່ອງທີ່ຮ້າຍແຮງຕໍ່ການທຳງານຂອງຮ່າງກາຍ. ອາການທາງການແພດອາດເປັນການເຈັບປ່ວຍ, ອາການບາດເຈັບ, ການເຈັບຮຸນແຮງ ຫຼື ພະຍາດປະຈຳຕົວທີ່ສາມາດຮຸນແຮງຂຶ້ນຢ່າງວ່ອງໄວ.

ການດູແລສຸກເສີນ – ການບໍລິການທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງມີຄື: (1) ໃຫ້ການບໍລິການໂດຍຜູ້ໃຫ້ບໍລິການທີ່ມີສິດໃນການກຽມການບໍລິການສຸກເສີນ ແລະ (2) ຈຳເປັນຕ້ອງປິ່ນປົວ, ປະເມີນ ຫຼື ຮັກສາສະພາບທາງການແພດສຸກເສີນໃຫ້ຄົງທີ່.

ຫຼັກຖານການຄຸ້ມຄອງ (Evidence of Coverage, EOC) ແລະ ຂໍ້ມູນການເປີດເຜີຍ – ເອກະສານສະບັບນີ້, ພ້ອມກັບແບບຟອມການລົງທະບຽນ ແລະ ເອກະສານຄັດຕິດອື່ນໆ, ເອກະສານເພີ່ມເຕີມ ຫຼື ເອກະສານການຄຸ້ມຄອງທາງເລືອກອື່ນໆທີ່ໄດ້ເລືອກ, ເຊິ່ງອະທິບາຍການຄຸ້ມຄອງຂອງທ່ານ, ສິ່ງທີ່ພວກເຮົາຕ້ອງເຮັດ ຫຼື ສິດຂອງທ່ານ ແລະ ສິ່ງທີ່ທ່ານຕ້ອງເຮັດໃນຖານະສະມາຊິກຂອງພວກເຮົາ.

ຂໍ້ຍົກເວັ້ນ – ປະເພດຂອງ ການຕັດສິນໃຈໃນ ການຄຸ້ມຄອງ ທີ່, ຖ້າໄດ້ຮັບການອະນຸມັດ, ອະນຸຍາດໃຫ້ທ່ານຮັບຢາທີ່ບໍ່ໄດ້ຢູ່ໃນລາຍການຢາຂອງພວກເຮົາ (ຂໍ້ຍົກເວັ້ນລາຍການຢາ) ຫຼື ຮັບຢາທີ່ບໍ່ນັກໃນລະດັບການຈ່າຍສ່ວນແບ່ງຕ່ຳ (ຂໍ້ຍົກເວັ້ນຊັ້ນຂອງຢາ). ທ່ານຍັງສາມາດຂໍການຍົກເວັ້ນໄດ້ ຖ້າແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາຂໍໃຫ້ທ່ານລອງຢາອື່ນກ່ອນທີ່ຈະຮັບຢາທີ່ທ່ານກຳລັງຂໍ ຫຼື ຖ້າແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາຈຳກັດປະລິມານ ຫຼື ຈຳນວນຢາທີ່ທ່ານກຳລັງຂໍ (ຂໍ້ຍົກເວັ້ນຂອງລາຍການຢາ).

"ການຊ່ວຍເຫຼືອພິເສດ" – Medicare ຫຼື ໂຄງການຂອງລັດເພື່ອຊ່ວຍຄົນທີ່ມີລາຍໄດ້ ແລະ ຊັບພະຍາກອນຈຳກັດ ເພື່ອຈ່າຍເງິນໃຫ້ໂຄງການຢາຕາມແພດສັ່ງຂອງ Medicare ເຊັ່ນ: ຄ່າປະກັນ, ສ່ວນທີ່ຫັກອອກໄດ້ ແລະ ການປະກັນໄພຮ່ວມ.

ຢາສາມັນ – ຢາຕາມແພດສັ່ງທີ່ໄດ້ຮັບການອະນຸມັດຈາກກົມອາຫານ ແລະ ຢາ (FDA) ເນື່ອງຈາກວ່າມີສ່ວນປະກອບຢ່າງດຽວກັນກັບຢາມີຊື່ຍີ່ຫໍ້. ໂດຍທົ່ວໄປແລ້ວ, ຢາສາມັນອອກລິດຄືກັນກັບຢາມີຍີ່ຫໍ້ ແລະ ປົກກະຕິແລ້ວມີລາຄາຖືກກວ່າ.

ການຮ້ອງທຸກ – ການຮ້ອງທຸກປະເພດທີ່ທ່ານໄດ້ຍື່ນກ່ຽວກັບແຜນຂອງພວກເຮົາ, ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ ຫຼື ຮ້ານຂາຍຢາ, ລວມທັງການຮ້ອງຮຽນທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບຄຸນນະພາບຂອງການດູແລຂອງທ່ານ. ສິ່ງນີ້ບໍ່ໄດ້ລວມເອົາການຄຸ້ມຄອງ ຫຼື ຂໍ້ຂັດແຍ່ງການຈ່ຳລະເງິນ.

ຜູ້ຊ່ວຍດ້ານສຸຂະພາບຢູ່ເຮືອນ – ບຸກຄົນຜູ້ທີ່ໃຫ້ບໍລິການທີ່ບໍ່ຈຳເປັນຕ້ອງໃຊ້ທັກສະຂອງພະຍາບານ ຫຼື ນັກບຳບັດທີ່ມີໃບອະນຸຍາດເຊັ່ນ: ຊ່ວຍດ້ານການດູແລສ່ວນບຸກຄົນ (ເຊັ່ນ: ການໃຊ້ຫ້ອງນ້ຳ, ການນຸ່ງເຄື່ອງ ຫຼື ການເຮັດກິດຈະກຳທີ່ໄດ້ກຳນົດໄວ້).

ໂຮງໝໍສຳລັບຄົນເຈັບໄລຍະສຸດທ້າຍ – ຜົນປະ�โຫຍດທີ່ໃຫ້ໃນການປິ່ນປົວພິເສດສຳລັບສະມາຊິກຜູ້ທີ່ໄດ້ຮັບການຢືນຢັນທາງການແພດວ່າເຈັບປ່ວຍຢ່າງຮຸນແຮງ, ໝາຍຄວາມວ່າຄາດວ່າຈະມີຊີວິດຢູ່ໄດ້ 6 ວົງມາ. ພວກເຮົາ, ແຜນຂອງທ່ານ, ຕ້ອງໃຫ້ລາຍຊື່ໂຮງໝໍສຳລັບຄົນເຈັບໄລຍະສຸດທ້າຍໃນພື້ນທີ່ຂອງທ່ານໃຫ້ແກ່ທ່ານ. ຖ້າທ່ານເລືອກໂຮງໝໍສຳລັບຄົນເຈັບໄລຍະສຸດທ້າຍ ແລະ ສືບຕໍ່ຈ່າຍປະກັນພຣີມຽມ ທ່ານຍັງຄົງເປັນສະມາຊິກແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາ. ທ່ານຍັງສາມາດໄດ້ຮັບບໍລິການທາງການແພດທີ່ຈຳເປັນທາງແພດເຊັ່ນດຽວກັນກັບຜົນປະ�โຫຍດທີ່ພວກເຮົາສະເໜີໃຫ້.

ການເຂົ້າໂຮງໝໍຂອງຄົນເຈັບໃນ – ການເຂົ້າໂຮງໝໍໃນເວລາທີ່ທ່ານຮັບເຂົ້າໂຮງໝໍຢ່າງເປັນທາງການເພື່ອຮັບການບໍລິການທາງການແພດ. ເຖິງວ່າທ່ານຈະນອນໂຮງໝໍຂ້າມຄືນ, ທ່ານຍັງອາດຖືກພິຈາລະນາໃຫ້ເປັນຄົນເຈັບນອກບໍ່ໄດ້ນອນໂຮງໝໍ.

ຈຳນວນການປັບເງິນລາຍເດືອນທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບລາຍໄດ້ (IRMAA) –ຖ້າລາຍໄດ້ທັງໝົດທີ່ໄດ້ປັບປຸງແລ້ວຂອງທ່ານຕາມທີ່ໄດ້ລາຍງານໃນການສົ່ງພາສີ IRS ຈາກ 2 ປີທີ່ຜ່ານມາແມ່ນກາຍບາງຈຳນວນ, ທ່ານຈະຕ້ອງຈ່າຍເງິນຄ່າປະກັນມາດຕະຖານ ແລະ ຈຳນວນການປັບເງິນລາຍເດືອນທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບລາຍໄດ້ ຫຼື ເອີ້ນກັນວ່າ IRMAA. IRMAA ແມ່ນການຮຽກເກັບເງິນເພີ່ມເຕີມທີ່ເພີ່ມເຂົ້າຄ່າປະກັນຂອງທ່ານ. ໜ້ອຍກວ່າ 5% ຂອງຄົນທີ່ມີ Medicare ທີ່ໄດ້ຮັບຜົນກະທົບ, ສະນັ້ນຄົນສ່ວນໃຫຍ່ຈະບໍ່ຕ້ອງຈ່າຍຄ່າປະກັນທີ່ສູງກວ່າ.

ວົງເງິນຄຸ້ມຄອງເບື້ອງຕົ້ນ – ວົງເງິນສູງສຸດຂອງການຄຸ້ມຄອງພາຍໃຕ້ ວົງເງິນຄຸ້ມຄອງເບື້ອງຕົ້ນ.

ວົງເງິນຄຸ້ມຄອງເບື້ອງຕົ້ນ – ນີ້ແມ່ນຂັ້ນຕອນກ່ອນຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຢາທັງໝົດຂອງທ່ານ ລວມທັງຈຳນວນເງິນທີ່ທ່ານໄດ້ຈ່າຍ ແລະ ສິ່ງທີ່ແຜນປະກັນຂອງທ່ານໄດ້ຈ່າຍແທນທ່ານສຳລັບປີນັ້ນບັນລຸ $5,030.

ໄລຍະການລົງທະບຽນທຳອິດ – ໃນເວລາທີ່ທ່ານມີສິດຮັບ Medicare ຄັ້ງທຳອິດ, ໄລຍະເວລາທີ່ທ່ານສາມາດລົງທະບຽນສຳລັບ ພາກ A ແລະ ພາກ B. ຖ້າທ່ານມີສິດຮັບ Medicare ໃນເວລາທີ່ທ່ານອາຍຸໄດ້ 65 ປີ, ໄລຍະການລົງທະບຽນທຳອິດຂອງທ່ານແມ່ນໄລຍະ 7 ເດືອນທີ່ເລີ່ມຕົ້ນ 3 ເດືອນກ່ອນເດືອນທີ່ທ່ານອາຍຸໄດ້ 65 ປີ, ລວມທັງເດືອນທີ່ທ່ານອາຍຸໄດ້ 65 ປີ ແລະ ສິ້ນສຸດ 3 ເດືອນຫຼັງຈາກເດືອນທີ່ທ່ານອາຍຸໄດ້ 65 ປີ.

ຈຳນວນຈ່າຍດ້ວຍຕົນເອງສູງສຸດໃນເຄືອຂ່າຍ – ຫຼາຍທີ່ສຸດທີ່ທ່ານຈະຕ້ອງຈ່າຍໃຫ້ກັບການບໍລິການທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງຈາກຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ (ທີ່ມັກ) ໃນເຄືອຂ່າຍ . ຫຼັງຈາກທີ່ທ່ານໄດ້ບັນລຸຂີດຈຳກັດນີ້ແລ້ວ, ທ່ານຈະບໍ່ຕ້ອງຈ່າຍຫຍັງເມື່ອທ່ານຮັບການບໍລິການທີ່ມີການຄຸ້ມຄອງຈາກຜູ້ໃຫ້ບໍລິການໃນເຄືອຂ່າຍຕະຫຼອດໄລຍະເວລາທີ່ເຫຼືອໃນປີທີ່ຍັງມີສັນຍາ. ແຕ່ວ່າ ຈົນກວ່າທ່ານຈະບັນລຸວົງເງິນລວມທີ່ຈ່າຍດ້ວຍຕົນເອງນີ້, ທ່ານຈະຕ້ອງສືບຕໍ່ຈ່າຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍສ່ວນຂອງທ່ານ ເວລາທ່ານເຂົ້າຮັບການປິ່ນປົວຈາກຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ (ທີ່ບໍ່ມັກ) ນອກເຄືອຂ່າຍ.

ລາຍການຢາທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ (ລາຍການຢາ ຫຼື "ລາຍການຢາ") – ລາຍການຢາຕາມແຜນດັ່ງທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງຈາກແຜນປະກັນ.

ເງິນອຸດໜູນຜູ້ມີລາຍໄດ້ຫນ້ອຍ (LIS) – ເບິ່ງ "ການຊ່ວຍເຫຼືອພິເສດ".

Medicaid (ຫຼື ການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການແພດ) – ແມ່ນໂຄງການຮ່ວມມືກັນລະຫວ່າງລັດຖະບານກາງ ແລະ ລັດທີ່ຊ່ວຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທາງການແພດໃຫ້ແກ່ບາງຄົນທີ່ມີລາຍຮັບຕ່ຳ ແລະ ຊັບພະຍາກອນຈຳກັດ. ໂຄງການ Medicaid ຂອງລັດມີຄວາມແຕກຕ່າງກັນ, ແຕ່ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍການດູແລສຸຂະພາບສ່ວນໃຫຍ່ຈະໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ ຖ້າທ່ານມີສິດຮັບທັງ Medicare ແລະ Medicaid.

ການລະບຸທີ່ໄດ້ຮັບການຍອມຮັບທາງການແພດ – ການໃຊ້ຢາທີ່ອາດຈະໄດ້ຮັບການອະນຸມັດຈາກກົມອາຫານ ແລະ ຢາ ຫຼື ໄດ້ຮັບການສະຫນັບສະຫນູນໂດຍປຶ້ມຄູ່ມືແນະນຳບາງຢ່າງ.

ຄວາມຈຳເປັນທາງການແພດ – ການບໍລິການ, ເຄື່ອງໃຊ້ ຫຼື ຢາທີ່ຈຳເປັນສຳລັບການປ້ອງກັນ, ການວິເຄາະ ຫຼື ການປິ່ນປົວພະຍາດຂອງທ່ານ ແລະ ບັນລຸຕາມມາດຕະຖານທີ່ຍອມຮັບຂອງການປະຕິບັດທາງດ້ານການປິ່ນປົວ.

Medicare – ແມ່ນໂຄງການປະກັນສຸຂະພາບຂອງລັດຖະບານກາງສຳລັບຄົນທີ່ມີອາຍຸ 65 ປີຂຶ້ນໄປ, ບາງຄົນອາຍຸຕ່ຳກວ່າ 65 ປີມີຄວາມພິການບາງຢ່າງ ແລະ ຄົນທີ່ເປັນພະຍາດໄຂ່ຫຼັງໄລຍະສຸດທ້າຍ (ໂດຍທົ່ວໄປແລ້ວແມ່ນຄົນເຈັບທີ່ໄຂ່ຫຼັງຫຼົ້ມເຫຼວຖາວອນຜູ້ທີ່ຕ້ອງການຜອກໄຂ່ຫຼັງ ຫຼື ການປູກຖ່າຍໄຂ່ຫຼັງ).

ໄລຍະການເປີດລົງທະບຽນ Medicare Advantage – ໄລຍະເວລາຕັ້ງແຕ່ວັນທີ 1 ມັງກອນ ຈົນຮອດ 31 ມີນາ, ໃນເວລາທີ່ສະມາຊິກໃນແຜນ Medicare Advantage ສາມາດຍົກເລີກການລົງທະບຽນແຜນຂອງພວກເຂົາ ແລະ ປ່ຽນໄປໃຊ້ແຜນ Medicare Advantage ອື່ນ ຫຼື ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງຜ່ານ Original Medicare. ຖ້າທ່ານເລືອກທີ່ຈະປ່ຽນໄປໃຊ້ Original Medicare ໃນໄລຍະນີ້, ທ່ານຍັງສາມາດເຂົ້າຮ່ວມໃນແຜນຢາຕາມແພດສັ່ງຂອງ Medicare ແຍກຕ່າງຫາກໄດ້ໃນເວລານັ້ນ. ໄລຍະການເປີດລົງທະບຽນ Medicare Advantage ແມ່ນຍັງມີໃຫ້ສຳລັບໄລຍະເວລາ 3 ເດືອນຫຼັງຈາກບຸກຄົນມີສິດຕໍ່ກັບ Medicare ຄັ້ງທຳອິດ.

ແຜນປະກັນ Medicare Advantage (MA) – ບາງຄັ້ງເອີ້ນວ່າ Medicare ພາກ C. ແຜນທີ່ໄດ້ຮັບການສະເໜີໂດຍບໍລິສັດເອກະຊົນທີ່ໄດ້ເຮັດສັນຍາກັບ Medicare ເພື່ອໃຫ້ບໍລິການທ່ານກ່ຽວກັບຜົນປະ�โຫຍດ Medicare ພາກ A ແລະ ພາກ B ທັງຫມົດ. ແຜນ Medicare Advantage ສາມາດເປັນ i) HMO, ii) PPO, iii) ແຜນຄ່າທຳນຽມການບໍລິການເອກະຊົນ (Private Fee-for-Service,PFFS) ຫຼື iv) ແຜນປະກັນບັນຊີ ຜາກປະຢັດທາງການແພດ Medicare (MSA). ນອກຈາກການເລືອກເອົາຈາກແຜນປະເພດເຫຼົ່ານີ້ແລ້ວ, ແຜນ Medicare Advantage HMO ຫຼື PPO ຍັງສາມາດເປັນແຜນປະກັນສຳລັບຄວາມຕ້ອງການພິເສດ Special Needs Plan (SNP) ອີກດ້ວຍ, ໃນກໍລະນີຫຼາຍສ່ວນຫຼາຍ, ແຜນ Medicare Advantage Plans ຍັງໃຫ້ Medicare ພາກ D (ການຄຸ້ມຄອງຢາຕາມໃບສັ່ງແພດ). ແຜນປະກັນເຫຼົ່ານີ້ເອີ້ນວ່າ ແຜນ **Medical Advantage Plans ພ້ອມກັບການຄຸ້ມຄອງຢາຕາມແພດສັ່ງ**.

Medicare Coverage Gap Discount Program – ໂຄງການທີ່ໃຫ້ສ່ວນຫຼຸດເມື່ອຊື້ຢາ ຍີ່ຫໍ້ດັງ ພາກ D ທີ່ມີການຄຸ້ມຄອງຫຼາຍທີ່ສຸດ ໃຫ້ແກ່ສະມາຊິກຂອງແຜນປະກັນ ພາກ D ຜູ້ທີ່ມາເຖິງຂັ້ນ Coverage Ga

p ແລະ ຜູ້ທີ່ຍັງບໍ່ໄດ້ຮັບ "ການຊ່ວຍເຫຼືອພິເສດ". ສ່ວນຫຼຸດ ແມ່ນອີງໃສ່ຂໍ້ຕົກລົງລະຫວ່າງລັດຖະບານກາງ ແ ລະ ຜູ້ຜະລິດຢາບາງຊະນິດ.

ບໍລິການທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງຈາກ Medicare – ການບໍລິການທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງຈາກ Medi care ພາກ A ແລະ ພາກ B. ແຜນສຸຂະພາບ Medicare ທັງໝົດຕ້ອງຄຸ້ມຄອງການບໍລິການທັງໝົດ ທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງຈາກ Medicare ພາກ A ແລະ B. ຄຳວ່າການບໍລິການທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງໂດ ຍ Medicare ບໍ່ໄດ້ລວມເອົາຜົນປະ�โຫຍດພິເສດເຊັ່ນ: ສຸຂະພາບສາຍຕາ, ທັນຕະກຳ ຫຼື ຫູ ທີ່ແຜນປະ ກັນ Medicare Advantage ອາດສະເໜີໃຫ້.

ແຜນສຸຂະພາບ Medicare – ແຜນສຸຂະພາບ Medicare ຖືກການສະເໜີໃຫ້ໂດຍບໍລິສັດເອກະຊົນເພື່ອໃ ຫ້ຜົນປະ�โຫຍດ ພາກ A ແລະ ພາກ B ໃຫ້ແກ່ຄົນທີ່ມີ Medicare ຜູ້ທີ່ໄດ້ລົງທະບຽນໃນແຜນ. ຄຳນີ້ລວມທັງ ແຜນ Medicare Advantage Plans, Medicare Cost Plans, Special Needs Plans, Demonstr ation/Pilot Programs ແລະ Programs of All-inclusive Care for the Elderly (PACE) ທັງໝົດ.

ການຄຸ້ມຄອງຢາຕາມແພດສັ່ງຂອງ Medicare (Medicare ພາກ D) – ປະກັນໄພທີ່ຊ່ວຍຈ່າຍເງິນຄ່າ ຢາຕາມແພດສັ່ງສຳລັບຄົນເຈັບນອກ, ການສັກວັກຊີນ, ເຄື່ອງໃຊ້ບາງຢ່າງ ຫຼື ຢາຊີວິພາບ ທີ່ບໍ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມ ຄອງພາຍໃຕ້ Medicare ພາກ A ຫຼື ພາກ B.

ນະ�โยบาย Medigap (ການປະກັນໄພເສີມ Medicare) – ການປະກັນໄພເສີມ Medicare ທີ່ຂາຍໂດຍບໍ ລິສັດປະກັນໄພເອກະຊົນເພື່ອຕື່ມຊ່ອງຫວ່າງໃນ Original Medicare. ນະ�โยบาย Medigap ໃຊ້ໄດ້ກັບ Origi nal Medicare ເທົ່ານັ້ນ. (Advantage Medicare Plan ບໍ່ແມ່ນນະ�โยบาย Medigap.)

ສະມາຊິກ (ສະມາຊິກແຜນຂອງພວກເຮົາ ຫຼື ສະມາຊິກແຜນ) – ຄົນທີ່ມີ Medicare ຜູ້ທີ່ມີສິດຮັ ບການບໍລິການທີ່ມີການຄຸ້ມຄອງ, ຜູ້ທີ່ໄດ້ລົງທະບຽນເຂົ້າໃນແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາ ແລະ ຜູ້ທີ່ການລົ ງທະບຽນໄດ້ຮັບການຢືນຢັນໂດຍສູນສຳລັບການບໍລິການຂອງ Medicare ແລະ Medicaid (CMS).

ການບໍລິການສະມາຊິກ – ພະແນກພາຍໃນແຜນຂອງພວກເຮົາຮັບຜິດຊອບໃນການຕອບຄຳຖາມຂອງທ່ า ນກ່ຽວກັບການເປັນສະມາຊິກ, ຜົນປະโຫຍດ, ການຮ້ອງທຸກ ແລະ ການອຸທອນ.

ຮ້ານຂາຍຢາໃນເຄືອຂ່າຍ – ຮ້ານຂາຍຢາທີ່ເຮັດສັນຍາກັບແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາ ເຊິ່ງສະມາຊິກແຜນ ຂອງພວກເຮົາສາມາດຮັບເອົາຢາຕາມແພດສັ່ງໄດ້. ໃນກໍລະນີສ່ວນໃຫຍ່, ໃບສັ່ງຢາຂອງທ່ານໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄ ອງກໍ່ຕໍ່ເມື່ອພວກມັນໄດ້ຮັບການຂຽນໃບສັ່ງຢາໄປຮ້ານຂາຍຢາໃດໜຶ່ງໃນເຄືອຂ່າຍຂອງພວກເຮົາ.

ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການໃນເຄືອຂ່າຍ – ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການແມ່ນຄຳສັບທົ່ວໄປສຳລັບທ່ານຫມໍ, ຜູ້ຊ່ຽວຊານດ້ານສຸຂະພາບ ອື່ນໆ, ໂຮງຫມໍ ແລະ ສະຖານທີ່ດູແລສຸຂະພາບອື່ນໆ ທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດ ຫຼື ການຮັບຮອງໂດຍ Medicare ແລະ ລັດເພື່ອໃຫ້ບໍລິການດ້ານດູແລສຸຂະພາບ. **ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການໃນເຄືອຂ່າຍ** ມີຂໍ້ຕົກລົງກັບແຜນຂອງພວກເຮົາເ ພື່ອຍອມຮັບການຈ່ານເງິນຂອງພວກເຮົາເປັນການຈ່ານເງິນເຕັມຈຳນວນ ແລະ ໃນບາງກໍລະນີເພື່ອປະສານງາ

ນເຊັ່ນດຽວກັນກັບບໍລິການທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງໃຫ້ແກ່ສະມາຊິກໃນແຜນຂອງພວກເຮົາ. ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການໃນເ ຄືອຂ່າຍ ຍັງເອີ້ນວ່າ **ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການໃນແຜນປະກັນ.**

ການພິຈາລະນາຂອງອົງການ – ການຕັດສິນທີ່ແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາຈະຕັດສິນ ເພື່ອກຳນົດວ່າອຸປະກ ອນ ຫຼື ການບໍລິການຈະໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງຫຼືບໍ່ ຫຼື ທ່ານຈະຕ້ອງຈ່າຍເທົ່າໃດສຳລັບອຸປະກອນ ຫຼື ການບໍລິການ ທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງນັ້ນ. ການກຳນົດຂອງອົງການຈັດຕັ້ງ ເອີ້ນວ່າ ການຕັດສິນໃຈໃຫ້ການຄຸ້ມຄອງ ໃນເອກະ ສານນີ້.

Original Medicare (Traditional Medicare ຫຼື Fee-for-service Medicare) – Original Medicare ໃຫ້ໂດຍລັດຖະບານ ແລະ ບໍ່ແມ່ນແຜນສຸຂະພາບເອກະຊົນຄືກັບແຜນ Medicare Advan tage Plans ແລະ ແຜນຄຸ້ມຄອງຢາຕາມແພດສັ່ງ. ພາຍໃຕ້ Original Medicare, ການບໍລິການ Me dicare ແມ່ນຄຸ້ມຄອງດ້ວຍການຈ່າຍເງິນໃຫ້ທ່ານຫມໍ, ໂຮງຫມໍ ແລະ ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການອື່ນໆ ຕາມຈຳນວນ ທີ່ຕັ້ງຂຶ້ນໂດຍສະພາຄອນເກຣດ. ທ່ານສາມາດເຂົ້າພົບທ່ານຫມໍ, ໂຮງຫມໍ ຫຼື ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດ້ານສຸຂະພາບ ໃດກໍ່ໄດ້ທີ່ຮັບ Medicare. ທ່ານຕ້ອງຈ່າຍເງິນສ່ວນທີ່ຫຼຸດໄດ້. Medicare ຈ່າຍສ່ວນແບ່ງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຈຳນ ວນທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸມັດຈາກ Medicare ແລະ ທ່ານຈ່າຍສ່ວນແບ່ງຂອງທ່ານ. Original Medicare ມີສອ ງສ່ວນຄື: ພາກ A (ປະກັນໄພໂຮງຫມໍ) ແລະ ພາກ B (ປະກັນໄພສຸຂະພາບ) ແລະ ມີໃຫ້ທຸກທີ່ທົ່ວສະຫະລັ ດ.

ຮ້ານຂາຍຢານອກເຄືອຂ່າຍ – ຮ້ານຂາຍຢາທີ່ບໍ່ໄດ້ເຊັນສັນຍາກັບແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາເພື່ອປະສານງ ານ ຫຼື ໃຫ້ຢາທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງແກ່ສະມາຊິກຂອງແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາ. ຢາສ່ວນໃຫຍ່ທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບ ຈາກຮ້ານຂາຍຢານອກເຄືອຂ່າຍແມ່ນບໍ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງໂດຍແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາເວັ້ນເສຍແຕ່ວ່າໄ ດ້ນຳໃຊ້ຂໍ້ກຳນົດບາງຢ່າງ.

ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການນອກເຄືອຂ່າຍ ຫຼື ສະຖານບໍລິການນອກເຄືອຂ່າຍ – ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ ຫຼື ສະຖານບໍລິການ ທີ່ບໍ່ໄດ້ເຮັດສັນຍາກັບແຜນປະກັນຂອງພວກເຮົາເພື່ອປະສານງານ ຫຼື ໃຫ້ບໍລິການທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງແກ່ສະ ມາຊິກໃນແຜນຂອງພວກເຮົາ. ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການນອກເຄືອຂ່າຍແມ່ນຜູ້ໃຫ້ບໍລິການທີ່ບໍ່ໄດ້ຖືກຈ້າງ, ເປັນເຈົ້າຂອງ ຫຼື ຄຸ້ມຄອງໂດຍແຜນຂອງພວກເຮົາ.

ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍດ້ວຍຕົນເອງ - ເບິ່ງຄຳນິຍາມສຳລັບການຈ່າຍສ່ວນແບ່ງຂ້າງເທິງນີ້. ຂໍ້ກຳນົດການຈ່າຍສ່ວນແບ່ ງຂອງສະມາຊິກ ເພື່ອຈ່າຍສ່ວນຫນຶ່ງຂອງການບໍລິການ ຫຼື ຢາ ທີ່ໄດ້ຮັບ ຍັງໝາຍເຖິງ ຂໍ້ກຳນົດທີ່ສະມາຊິກຕ້ອ ງຈ່າຍດ້ວຍຕົນເອງ.

ແຜນປະກັນ PACE – ແຜນ PACE (ໂຄງການກ່ຽວກັບການດູແລແບບຄອບຄຸມສຳລັບຜູ້ສູງອາຍຸ) ຮ່ວມ ກັບການບໍລິການທາງການແພດ, ສັງຄົມ ແລະ ການດູແລໄລຍະຍາວ (LTC) ສຳລັບຜູ້ທີ່ອ່ອນແອ ເພື່ອຊ່ວຍໃ ຫ້ບຸກຄົນຢູ່ຢ່າງເອກະລາດ ແລະ ອາໄສຢູ່ໃນຊຸມຊົນຂອງພວກເຂົາ (ແທນການຍ້າຍໄປບ້ານພັກຜູ້ສູງອາຍຸ) ໃຫ້ໄ ດ້ດົນທີ່ສຸດເທົ່າທີ່ຈະເປັນໄປໄດ້. ຄົນທີ່ລົງທະບຽນໃນແຜນ PACE ຈະໄດ້ຮັບທັງຜົນປະ�โຫຍດຈາກ Medicare ແລະ Medicaid ຂອງພວກເຂົາຜ່ານແຜນປະກັນ.

ພາກ C – ເບິ່ງແຜນ Medicare Advantage (MA).

ພາກ D – ໂປຣແກຣມຜົນປະ�โຫຍດຢາຕາມແພດສັ່ງ Medicare ແບບສະໝັກໃຈ.

ຢາ ພາກ D – ຢາທີ່ສາມາດຮັບການຄຸ້ມຄອງພາຍໃຕ້ ພາກ D. ພວກເຮົາອາດຈະສະເໜີ ຫຼື ບໍ່ສະເໜີຢາ ພາກ D ທັງໝົດ. ຢາບາງປະເພດໄດ້ຮັບການຍົກເວັ້ນອອກຈາກຢາທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງຂອງຢາພາກ D ໂດຍຄອນເ ກຣດຊ໌. ຢາ ພາກ D ບາງໝວດໝູ່ທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງໂດຍທຸກໆແຜນ.

ການປັບໄຫມການວົງທະບຽນຊ້ຳສຳລັບ ພາກ D – ຈຳນວນເງິນທີ່ໄດ້ເພີ່ມເຂົ້າຄ່າປະກັນປະຈຳເດືອນຂອງທ່ານສຳລັບການຄຸ້ມຄອງຢາຂອງ Medicare, ຖ້າຫາກທ່ານໄປໂດຍບໍ່ມີການຄຸ້ມຄອງທີ່ຫນ້າເຊື່ອຖືໄດ້ (ການຄຸ້ມຄອງທີ່ຄາດວ່າຕ້ອງຈ່າຍ, ໂດຍສະເລ່ຍ, ຢ່າງຫນ້ອຍຕ້ອງຫຼາຍຄືກັບການຄຸ້ມຄອງຢາຕາມໃບສັ່ງແພດຂອງ Medicare ມາດຕະຖານ) ເປັນໄລຍະເວລາ 63 ວັນຕິດຕໍ່ກັນ ຫຼື ຫຼາຍກວ່ານັ້ນຫຼັງຈາກທີ່ທ່ານມີສິດຄັ້ງໃນການເຂົ້າຮ່ວມແຜນ ພາກ D ຄັ້ງທຳອິດ.

ແຜນ Preferred Provider Organization (PPO) – ແຜນປະກັນຂອງ ກຸ່ມຂອງຜູ້ໃຫ້ບໍລິການທ່ານທີ່ມັກ ແມ່ນແຜນປະກັນຂອງ Medicare Advantage ທີ່ມີເຄືອຂ່າຍຂອງຜູ້ໃຫ້ບໍລິການທີ່ມີສັນຍາທີ່ໄດ້ຕົກລົງທີ່ຈະປິ່ນປົວສະມາຊິກໃນຈຳນວນເງິນທີ່ກຳນົດໄວ້ພິເສດ. ແຜນ PPO ຈະຕ້ອງໃຫ້ການຄຸ້ມຄອງຜົນປະ�โຫຍດຂອງແຜນທັງຫມົດ ບໍ່ວ່າຈະໄດ້ຮັບຈາກຜູ້ໃຫ້ບໍລິການໃນເຄືອຂ່າຍ ຫຼື ນອກເຄືອຂ່າຍ. ໂດຍທົ່ວໄປແລ້ວ ການຈ່າຍສ່ວນແບ່ງຂອງສະມາຊິກຈະສູງກວ່າ ເມື່ອໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດຂອງແຜນຈາກຜູ້ໃຫ້ບໍລິການນອກເຄືອຂ່າຍ. ແຜນ PPO ມີຂີດຈຳກັດປະຈຳປີສຳລັບການຈ່າຍດ້ວຍຕົນເອງຂອງທ່ານ ສຳລັບການບໍລິການທີ່ໄດ້ຮັບຈາກຜູ້ໃຫ້ບໍລິການໃນເຄືອຂ່າຍ (ທີ່ມັກ) ແລະ ຂີດຈຳກັດທີ່ສູງກວ່າສຳລັບການຈ່າຍດ້ວຍຕົນເອງລວມທັງຫມົດຂອງທ່ານ ສຳລັບການບໍລິການທີ່ໄດ້ຮັບຈາກຜູ້ໃຫ້ບໍລິການທັງ ໃນເຄືອຂ່າຍ (ທີ່ມັກ) ແລະ ນອກເຄືອຂ່າຍ (ທີ່ບໍ່ມັກ).

ຄ່າປະກັນ – ການຈ່າຍເງິນເປັນໄລຍະໃຫ້ແກ່ Medicare, ບໍລິສັດປະກັນໄພ ຫຼື ແຜນການດູແລສຸຂະພາບສຳລັບການຄຸ້ມຄອງສຸຂະພາບ ຫຼື ຢາຕາມໃບສັ່ງແພດ.

ແພດປະຈຳ (PCP) – ທ່ານຫມໍ ຫຼື ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການອື່ນທີ່ທ່ານພົບເປັນຄົນທຳອິດ ສຳລັບບັນຫາສຸຂະພາບສ່ວນໃຫຍ່. ໃນແຜນປະກັນສຸຂະພາບ Medicare ຫຼາຍແຜນ, ທ່ານຕ້ອງໄປພົບຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດູແລປະຈຳຂອງທ່ານກ່ອນທີ່ທ່ານຈະໄປພົບຜູ້ໃຫ້ບໍລິການສຸຂະພາບອື່ນ.

ການອະນຸມັດລ່ວງຫນ້າ – ການອະນຸມັດລ່ວງຫນ້າເພື່ອໃຫ້ໄດ້ຮັບການບໍລິການ ຫຼື ຮັບຢາສະເພາະໃດຫນຶ່ງ.ໃນເຄືອຂ່າຍຂອງ PPO, ການບໍລິການທາງການແພດໃນເຄືອຂ່າຍບາງອັນ ມີການຄຸ້ມຄອງໃນກໍລະນີທີ່ທ່ານຫມໍ ຫຼື ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການເຄືອຂ່າຍອື່ນໆ ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດຈາກແຜນການຂອງພວກເຮົາກ່ອນເທົ່ານັ້ນ. ໃນ PPO, ທ່ານບໍ່ຈຳເປັນຕ້ອງຮັບການອະນຸຍາດກ່ອນ ເພື່ອຮັບການບໍລິການນອກເຄືອຂ່າຍ. ຢ່າງໃດກໍ່ຕາມ, ທ່ານອາດຈະຕ້ອງການກວດເບິ່ງກັບແຜນປະກັນກ່ອນທີ່ຈະຮັບການບໍລິການຈາກຜູ້ໃຫ້ບໍລິການນອກເຄືອຂ່າຍ ເພື່ອຢືນຢັນວ່າການບໍລິການມີການຄຸ້ມຄອງໃນແຜນປະກັນຂອງທ່ານ ແລະ ມີຫຍັງແນ່ທີ່ທ່ານຕ້ອງຮັບຜິດຊອບໃນການຈ່າຍສ່ວນແບ່ງຂອງທ່ານ. ການບໍລິການທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ ທີ່ຈຳເປັນຕ້ອງຮັບອະນຸຍາດລ່ວງຫນ້າ ຈະຖືກຫມາຍໄວ້ໃນເສັນສະແດງຜົນປະ�โຫຍດໃນພາກທີ 4. ຢາທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງທີ່ຕ້ອງໄດ້ຮັບການອະນຸຍາດລ່ວງຫນ້າແມ່ນຫມາຍໄວ້ໃນລາຍການຢາ.

ຂາທຽມ ແລະ ອົງຄະທຽມ – ອຸປະກອນທາງການແພດລວມທັງ, ແຕ່ບໍ່ຈຳກັດເຖິງ, ອຸປະກອນຊ່ວຍຊູແຂນ, ຫຼັງ ແລະ ຄໍ; ແຂນຂາທຽມ; ຕາປອມ ແລະ ອຸປະກອນທີ່ຈຳເປັນເພື່ອປ່ຽນແທນ ຫຼື ການເຮັດວຽກຂອງບາງສ່ວນໃນຮ່າງກາຍທາງພາຍໃນ, ລວມທັງອຸປະກອນທະວານຫນັກ ແລະ ການບຳບັດດ້ານໂພຊະນາການທາງຫຼອດເລືອດ ແລະ ທາງເດີນອາຫານ.

ອົງການຈັດຕັ້ງການປັບປຸງຄຸນນະພາບ (Quality Improvement Organization, QIO) - ກຸ່ມແພດປະຕິບັດແລະຜູ້ຊ່ຽວຊານດ້ານການດູແລສຸຂະພາບອື່ນໆທີ່ລັດຖະບານກາງຈ່າຍໃຫ້ເພື່ອກວດເບິ່ງແລະປັບປຸງການດູແລທີ່ມອບໃຫ້ຄົນເຈັບ Medicare.

ຂີດຈຳກັດປະລິມານ – ເຄື່ອງມືບໍລິຫານທີ່ຖືກອອກແບບມາເພື່ອຈຳກັດການນຳໃຊ້ຢາທີ່ຖືກເລືອກດ້ວຍເຫດຜົນທາງດ້ານປະລິມານ, ຄວາມປອດໄພ ຫຼື ການນຳໃຊ້. ຂີດຈຳກັດອາດຈະເປັນຈຳນວນຂອງຢາທີ່ພວກເຮົາຄຸ້ມຄອງຕໍ່ຢາຕາມແຜນສັ່ງ ຫຼື ສຳລັບໄລຍະເວລາທີ່ຖືກປະຕິເສດ.

ເຄື່ອງມືຜົນປະໂຫຍດເວລາຈິງ – ແອັບຄອມພິວເຕີເຊິ່ງຜູ້ສະໝັກສາມາດຊອກຫາສູດຢາທີ່ຄົບຖ້ວນ, ຖືກຕ້ອງ, ທັນເວລາ, ເໝາະສົມທາງຄລີນິກ, ສະເພາະສຳລັບຜູ້ສະໝັກ ແລະ ຂໍ້ມູນຜົນປະໂຫຍດ. ນີ້ລວມທັງຈຳນວນການແບ່ງຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ, ລາຍການຢາທາງເລືອກທີ່ອາດຈະຖືກນຳໃຊ້ສຳລັບບັນຫາສຸຂະພາບແບບດຽວກັນຄືກັບຢາທີ່ໄດ້ຮັບ ແລະ ຂໍ້ຈຳກັດການຄຸ້ມຄອງ (ການອະນຸຍາດລ່ວງໜ້າ, ການປິ່ວປົວຕາມຂັ້ນຕອນ, ການຈຳກັດປະລິມານ) ທີ່ນຳໃຊ້ກັບການປິ່ນປົວທາງເລືອກ.

ການບໍລິການຟື້ນຟູ – ບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ລວມທັງກາຍະພາບບຳບັດ, ການບຳບັດການປາກເວົ້າ ແລະ ພາສາ ແ ລະ ກິດຈະກຳບຳບັດ.

ພື້ນທີ່ການບໍລິການ – ພື້ນທີ່ທາງພູມສາດທີ່ທ່ານຕ້ອງອາໄສຢູ່ເພື່ອເຂົ້າຮ່ວມແຜນສຸຂະພາບສະເພາະ. ສຳລັບແຜນທີ່ຈຳກັດເຊິ່ງຜູ້ໃຫ້ບໍລິການສຸຂະພາບ ແລະ ໂຮງໝໍທີ່ທ່ານອາດຈະໃຊ້, ໂດຍທົ່ວໄປຍັງເອີ້ນວ່າເຂດທີ່ທ່ານສາມາດຮັບບໍລິການເປັນປົກກະຕິ (ບໍ່ສຸກເສີນ). ແຜນຕ້ອງຍົກເລີກການເຂົ້າຮ່ວມຂອງທ່ານ ຖ້າຫາກທ່ານຍ້າຍອອກຈາກພື້ນທີ່ບໍລິການຂອງແຜນແບບຖາວອນ.

ການດູແລໃນສະຖານພະຍາບານ (SNF) – ການດູແລໃນສະຖານພະຍາບານ ແລະ ການບໍລິການຟື້ນຟູທີ່ໃຫ້ບໍລິການຢ່າງຕໍ່ເນື່ອງ, ທຸກມື້, ໃນສະຖານພະຍາບານ. ຕົວຢ່າງຂອງການດູແລ ລວມມີ ການບຳບັດທາງກາຍະພາບ ຫຼື ການສັກຢາທາງເສັ້ນເລືອດ ທີ່ສາມາດໃຫ້ໄດ້ໂດຍພະຍາບານ ຫຼື ທ່ານຫມໍເທົ່ານັ້ນ.

ໄລຍະເວລາການລົງທະບຽນພິເສດ – ເວລາທີ່ກຳນົດໄວ້ໃຫ້ສະມາຊິກສາມາດປ່ຽນແຜນປະກັນສຸຂະພາບ ຫຼື ຢາຂອງເຂົາເຈົ້າ ຫຼື ກັບຄືນໄປຫາ Original Medicare ໄດ້. ສະຖານະການທີ່ທ່ານອາດຈະມີສິດໄດ້ຮັບໄລຍະເວລາການລົງທະບຽນພິເສດປະກອບມີ: ຖ້າທ່ານຍ້າຍອອກໄປນອກເຂດບໍລິການ, ຖ້າທ່ານໄດ້ຮັບ "ການຊ່ວຍເຫຼືອພິເສດ" ກັບຄ່າຢາຕາມໃບສັ່ງແພດຂອງທ່ານ, ຖ້າທ່ານຍ້າຍໄປຢູ່ໃນສະຖານທີ່ພະຍາບານ, ຫຼືຖ້າພວກເຮົາລະເມີດສັນຍາຂອງພວກເຮົາກັບທ່ານ.

ແຜນຄວາມຕ້ອງການພິເສດ – ແຜນປະກັນ Medicare Advantage ປະເພດພິເສດທີ່ໃຫ້ບໍລິການດູແລສຸຂະພາບທີ່ມຸ່ງເນັ້ນໄປຫາກຸ່ມຄົນສະເພາະເຈາະຈົງເຊັ່ນ: ບັນດາຄົນທີ່ມີທັງ Medicare ແລະ Medicaid, ຜູ້ທີ່ອາໄສຢູ່ໃນບ້ານພັກຜູ້ສູງອາຍຸ ຫຼື ຜູ້ທີ່ມີບັນຫາສຸຂະພາບຊຳເຮື້ອບາງຢ່າງ.

ການປິ່ນປົວຕາມຂັ້ນຕອນ – ເຄື່ອງມືການນຳໃຊ້ທີ່ກຳນົດໃຫ້ທ່ານຕ້ອງລອງຢາອື່ນເພື່ອປິ່ນປົວອາການຂອງທ່ານກ່ອນທີ່ພວກເຮົາຈະຄຸ້ມຄອງຢາທີ່ແພດຂອງທ່ານໄດ້ສັ່ງແຕ່ຕອນຕົ້ນ.

ລາຍໄດ້ເສີມເພື່ອໃຫ້ຄວາມຫັ້ນຄົງ (SSI) – ຜົນປະ�โຫຍດລາຍເດືອນທີ່ຈ່າຍໂດຍປະກັນສັງຄົມໃຫ້ແກ່ຜູ້ທີ່ມີລາຍຮັບ ແລະ ຊັບພະຍາກອນຈຳກັດ ເຊິ່ງເປັນຜູ້ທີ່ພິການ, ຕາບອດ ຫຼື ອາຍຸ 65 ປີຂຶ້ນໄປ. ຜົນປະ�โຫຍດ SSI ແມ່ນບໍ່ຄືກັບຜົນປະ�โຫຍດປະກັນສັງຄົມ.

ບໍລິການທີ່ຈຳເປັນຮີບດ່ວນ – ການບໍລິການທີ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງທີ່ບໍ່ແມ່ນການບໍລິການສຸກເສີນ, ໃຫ້ບໍລິການໃນເວລາທີ່ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການໃນເຄືອຂ່າຍບໍ່ສາມາດໃຫ້ບໍລິການໄດ້ ຫຼື ບໍ່ສາມາດເຂົ້າເຖິງໄດ້ເປັນການຊົ່ວຄາວ ຫຼື ໃນເວລາທີ່ຜູ້ວົງຖະບຽນຢູ່ນອກພື້ນບໍລິການ. ຕົວຢ່າງ: ທ່ານຈຳເປັນຕ້ອງຮັບການປິ່ນປົວທັນທີໃນວັນເສົາອາທິດ. ຈຳເປັນຕ້ອງຮັບການບໍລິການທັນທີ ແລະ ຄວາມຈຳເປັນທາງການແພດ.

ການບໍລິການສະມາຊິກ CCA Medicare Preferred

ວິທີ	ຝ່າຍບໍລິການສະມາຊິກ – ຂໍ້ມູນຕິດຕໍ່
ໂທ	**833-346-9222 - ໂທຫາ** ເບີນີ້ແມ່ນບໍ່ເສຍຄ່າ **ເວລາເຮັດວຽກ:** 8 am ຫາ 8 pm, 7 ມື້ຕໍ່ອາທິດ. ຝ່າຍບໍລິການສະມາຊິກຍັງມີບໍລິການແປພາສາແບບບໍ່ເສຍຄ່າໃຫ້.
TTY	711 (Rhode Island Relay) ໂທຫາເບີໂທນີ້ແມ່ນບໍ່ເສຍຄ່າ.
ແຟັກ	617-426-1311
ຂຽນຫາ	Commonwealth Care Alliance Rhode Island, LLC Member Services Department 30 Winter Street Boston, MA 02108
ເວັບໄຊ	www.ccahealthri.org

ໂຄງການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານສຸຂະພາບຂອງລັດ Rhode Island (Rhode Island SHIP)
Rhode Island SHIP ແມ່ນໂຄງການຂອງລັດ ທີ່ໄດ້ຮັບເງິນຈາກລັດຖະບານກາງ ເພື່ອໃຫ້ຄຳປຶກສາດ້ານປະກັນໄພສຸຂະພາບທ້ອງຖິ່ນ ໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າກັບຄົນທີ່ມີ Medicare.

ວິທີ	**Rhode Island State Health Insurance Assistance Program (SHIP) – ຂໍ້ມູນຕິດຕໍ່**
ໂທ	1-401-462-3000
TTY	1-401-462-0740 ເບີໂທນີ້ຕ້ອງໃຊ້ອຸປະກອນໂທລະສັບພິເສດ ແລະ ໃຊ້ສຳລັບຄົນຜູ້ທີ່ມີຄວາມຫຍຸ້ງຍາກໃນການໄດ້ຍິນ ຫຼື ໃນການເວົ້າ.
ຂຽນຫາ	25 Howard Ave, Building #57, Cranston, RI 02920
ເວັບໄຊ	http://www.oha.ri.gov/SHIP/

ຖະແຫຼງການກ່ຽວກັບການເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນຂອງ PRA ອີງຕາມກົດໝາຍວ່າດ້ວຍການຫຼຸດຜ່ອນເອກະສານ ປີ 1995, ບໍ່ມີໃຜຈຳເປັນຕ້ອງໃຫ້ຄຳຕອບການເກັບກຳຂໍ້ມູນ ຍົກເວັ້ນວ່າການເກັບຂໍ້ມູນສະແດງໝາຍເລກຄວບຄຸມ OMB ທີ່ຖືກຕ້ອງ. ໝາຍເລກຄວບຄຸມ OMB ທີ່ຖືກຕ້ອງສຳລັບການເກັບກຳຂໍ້ມູນນີ້ແມ່ນ 0938-1051. ຖ້າທ່ານມີຄວາມຄິດເຫັນ ຫຼື ຄຳແນະນຳສຳລັບການປັບປຸງແບບຟອມນີ້, ກະລຸນາຂຽນຫາ: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

© 2023 Commonwealth Care Alliance Rhode Island, LLC